

作业治疗在加护病房和急性期的实践

一、介绍

ICU 患者出院后常会长期遗留身体功能障碍和心理障碍^[1]，为减少或消除这些影响，需要一个早期治疗方案应对 ICU 患者的康复问题。OT 能够促进 ICU 患者的恢复，特别是 ADL 被认为是最具意义的治疗方式^[2]。已经有证据支持 ICU 患者在 ICU 内进行训练是安全且可行的，并且经过治疗后，谵妄和机械通气的时间缩短了^[3]。

作业治疗师早在 1986 年以前就开始在 ICU 内给患者进行治疗，使用的干预措施包括改善 ADL 训练、认知训练、感觉障碍、转移和主动与被动关节活动度的改善、褥疮、体位摆放等^[4, 5]。

ICU 内的作业 治疗方案

刘胜锋，朱毅

海南医学院第二附属医
院康复治疗科

二、作业治疗介入 ICU 前的准备

为在 ICU 建立作业治疗，需要完成以下工作：

1. ICU 内的患者都是因为疾病或受伤而处于危重状态，作业治疗师要与其它治疗师以及 ICU 内医疗人员共同合作，如与物理治疗师、呼吸治疗师、营养师、社工及护士、医生组一起合作（医生组通常包括麻醉师、肺部专家、内科医生和心脏病专家，他们决定患者是否需要 ICU 提供的密切监测）。

2. 作业治疗师需要了解 ICU 内医生对患者的治疗方案、目的和护士的护理工作重点。

3. 熟悉医疗团队成员，了解团队成员需要作业治疗师提供何种帮助。

4. 治疗师必须了解在 ICU 住院的患者的诊断、病因和他们面临的康复问题，医疗状况，以及在 ICU 内接受的护理。

5. 团队之间的信息共享。作业治疗师对患者的情况有总体上的了解后，可与医生、护士和其它团队成员沟通，并对不确定的问题展开讨论。由于 ICU 患者的临床情况复杂，这个讨论过程常需要多次进行。在评估与治疗期间，治疗师应持续观察患者的心电图等设备和患者的体征、症状，应对患者身体状况的任何变化保持警惕。在完成对患者的评估与治疗后，根据所收集的资料，可与其它治疗师进行协商，如患者有步态异常表明需要物理治疗师介入，呼吸困难表明需要呼吸

治疗师介入等。

三、患者信息收集与评估

ICU 患者的病情危重且复杂，为在安全的前提向下进行 ICU 内作业治疗，需要提前做好准备工作包括查询患者的相关病历、了解 ICU 内医疗设备的作用及可能对患者造成的影响、躯体和心理功能相关的作业治疗评估。

（一）查阅患者的病历

现病史、既往史、家族史、个人史、入院后接受的治疗与护理情况、生病前的功能水平、患者的目标、在每次治疗前可与患者的管床护士了解患者是否有任何的最新信息（这些信息可能尚未写入医疗文书中）。

（二）了解 ICU 内医疗设备的作用以及对患者的影响

ICU 是一个高级医疗设备齐全的环境，可给患者提供生命支持和身体动态情况监测。通过心电图和血流动力学监测器可以持续观察病人的心率、血压和心功能。这些设备对作业治疗师来说很有用，因为在治疗过程中，可以通过观察心电图和血流动力学监测器随时检查患者的生命体征。最重要的是，治疗师要对插入患者体内的侵入性线路或管道的走向有充分的了解，包括这些线路对患者有什么作用，可能引起患者出现什么问题，需要采取什么预防措施避免线路出现故障等。

（三）作业治疗相关评估

1. 谵妄评定方法（Confusion Assessment Method, CAM）与谵妄分级量表（Delirium Rating Scale, DRS）
2. 镇静和躁动评分（Sedation-Agitation Scale）
3. 简易精神状态量表（Mini-mental State Examination, MMSE）
4. 功能独立性评定（Functional Independence Measure, FIM）或改良 Barthel 指数（Modified Barthel Index, MBI）
5. 生活质量（Quality of Life, QOL）评定采用生存质量测定量表简表（QOL-BREF）
6. “起立-行走”计时测试（Time Up and Go, TUG）
7. 肌力评定：徒手肌力评定（Manual Muscle Test, MMT）
8. 关节活动度评定
9. 坐位和站位平衡能力
10. 疼痛评估：视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale/Score, VAS）

四、治疗措施

患者在 ICU 期间 24-48H 内病情稳定后即可开始治疗，治疗措施包括：

1. 多重感觉刺激。当患者处在镇静和躁动评分 2-3 分时，治疗师提供外部刺激（包括听觉、触觉等）增加患者的警觉水平。

2. 体位摆放。要持续在患者身体易受破损或易受压的部位使用软垫预防褥疮，
每 2 小时翻身 1 次。

3. 认知功能训练。改善警觉水平、视觉、记忆、计算力等。可使用工具如测序卡和游戏（卡片，多米诺骨牌和记忆和视觉空间的建筑游戏）进行训练。每天 2 次。

4. ADL 训练。在特定的时间协助患者进行相应的 ADL 训练如在早上完成个人卫生、个人仪容和饮食。

5. 上肢运动功能训练。治疗师每天 2 次治疗都帮助患者完成上肢各关节被动活动，以保持患者的上肢关节活动度。在治疗师停止治疗之后家属或社工陪同患者在整个下午都进行上肢运动。循序渐进的运动方式是从被动运动逐渐过渡到助力运动和主动运动。

6. 改善睡眠。患者在入睡时可使用防噪耳塞减少噪音并在患者眼睛上方进行挡光处理。

7. 预防压疮。指导患者通过翻身来完成减压活动。

8. 恢复自主呼吸过程中的干预措施。练习运用深呼吸（胸式呼吸与腹式呼吸）的放松技巧并使用想象疗法、放松疗法或有意义的和有目的的活动来应对减少呼吸机辅助而产生的不适和痛苦，为未来独立呼吸做准备。

9. 视觉跟踪训练。借助平板电脑播放患者感兴趣的视频，先练习凝视固定平板中的短视频场景以记住其中的对话内容并重复，然后移动平板，让患者开始盯着短视频场景以记住其中的对话内容并重复，最后让患者在简单安全的转移活动中凝视固定平板中的短视频以记住其中的对话内容并重复。

10. 体位适应性训练。使用坐垫、颈圈、安全带辅助倚靠在躺椅上 15 分钟，并密切关注患者的心率，血压，身体生命体征和不适的症状。

11. 保持腕关节与踝关节的关节活动范围。制作支具（手与腕、踝关节处），预防关节受限、畸形和保护肌腱和关节。由治疗师和患者共

同制定穿脱支具的时间,并在非治疗时间时由社工或家属进行穿戴处的关节被动活动。每天治疗都需要检查患者的穿戴情况和感受,并可根据患者的情况调整穿脱支具的时间。

12. 交流训练。鼓励患者坐起交流。可根据患者的情况灵活选择患者的表达方式,如口头交流、点头示意或眨眼等表情、书写、语音生成设备(可通过选择可用身体,指针,鼠标,操纵杆,或眼动控制设备,为有语言障碍的人补充、代替言语或书写)。但尽量鼓励患者开口说话并点头进行交流,能强化头、颈部、和口肌。同时,建议一项言语治疗会诊,以评估病人是否使用语音生成设备。

13. 独立坐位训练。首先患者靠在椅子上面对镜子,练习头部在身体正中位的维持,头部控制等简单动作。然后可在独立坐位下进行写作练习和个人卫生活动(如口腔、面部清洁和上肢擦洗)。

14. 心理干预。鼓励在整个治疗过程中使用各种交流方式表达患者的恐惧、沮丧和需求。

15. 户外活动。对于病情稳定的患者,可坐在轮椅上携带氧气袋到户外活动,携带颈圈维持头颈部的直立。

五、ICU 内开展作业治疗存在的困难

在 ICU 开展作业治疗存在的困难包括:

1. OT 人员不足;
2. ICU 与 OT 之间没有及时的转诊流程;
3. ICU 内的医疗人员不了解 OT;
4. 目前支持 ICU 内 OT 的干预措施和疗效的证据依然有限。

六、结语

本文介绍了作业治疗介入的流程,评估及治疗计划。虽然在 ICU 中有效发挥作用需要更多与临床相关、急重症的相关知识,但在这种环境中,作业治疗师的作用在其他身体残疾领域的作用相似。始终如一的主题是使用有目的的活动来减少并发症,提高患者的独立性。

参考文献:

- [1]Herridge M, Cameron JI. (2013). Disability after critical illness.*New England Journal of Medicine*,369, 1367–1369.
- [2]Hopkins R, Suchyta M, Kamdar B, Darowski E, Jackson J, & Needham D. (2017). Instrumental activities of daily living after critical illness: A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, 201701–059SR.
- [3]Harris CL,& Shahid S. (2014). Physical therapy-driven quality improvement to promote early mobility in the intensive care unit. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 27, 203–207.
- [4]Affleck AT, Lieberman S, Polon J, & Rohrkemper K. (1986). Providing occupational therapy in an intensive care unit. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 40, 323–332.
- [5]Foreman J. (2005). Ways we work: Occupational therapists' roles in intensive care. *Occupational Therapy Now*, 7, 15–18.

脑卒中急性期床边作业治疗的病例分析

方丽婷

广州医科大学附属第二医院 康复医学科

一、主观资料

(一) 基本资料

姓名：招阿姨性别：女年龄：62 岁

祖籍：广东广州意识状态：清醒付费方式：医保

康复意愿：强依从性：强

陪护情况：家属（未接受陪护知识培训）、护工（经医院陪护知识培训）。

1.主诉：突发右侧肢体乏力/言语不清 20 小时

2.现病史：患者于 3 月 14 日 19:30 无明显诱因在吃饭时突然出现右上肢乏力，拿不稳筷子，伴有言语不清，能自行步行，步态不稳。今来我院急诊就诊，查头颅 CT 示：“左侧基底节区-放射冠脑出血”，诊断考虑为脑出血，予“硝普钠降压、

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org