

作业治疗在急性重症医疗中的角色和实践概况

周晶, 邱乾

南方医科大学珠江医院康复医学科 作业治疗师

一、作业治疗在急性重症医疗的角色和作用:

1.综合医院急性期/重症期的特点

重症监护室又称重症加强治疗病房(intensive care unit, ICU),是重症医学学科的临床基地,它对因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍危及生命或具有潜在高危因素的患者,及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术,是医院集中监护和救治重症患者的专业科室。

ICU 应用先进的诊断、监护和治疗设备与技术,对病情进行连续、动态的定性和定量观察,并通过有效的干预措施,为重症患者提供规范的、高质量的生命支持,改善生存质量。重症患者的生命支持技术水平直接反映医院的综合救治能力,体现医院整体医疗实力,是现代化医院的重要标志。而急性期重症护理的主要目的是稳定病情并解决威胁生命的健康问题。与其他医疗阶段的主要区别是需要注意隔离与防护,实时监控生命体征,禁忌活动及疾病的相关注意事项。

由于康复医学常被相关学科误解为是解决疾病后期功能障碍问题,因此普遍的想法是对于尚处于生命体征相对不稳定的ICU患者来讲,康复的介入似乎言之过早。而康复治疗中的作业治疗更是被很多人认为只需要在生命体征稳定后康复阶段中的中后阶段介入的治疗。在其他国家,作业治疗在ICU的干预已有多年。国内作业治疗在急性重症的介入则少有报道。

2.作业治疗在急性重症医疗的角色

那么,在ICU环境中,作业治疗究竟扮演着怎样的角色呢?研究表明,OT是唯一能够减少再次入院率的医疗开销项目。作业治疗是一种独特而直接的

关注患者的功能和社会需求,这可能是其重要的推动因素。“作业治疗从业者认为,为身体残疾人士提供的干预措施不应局限于只是恢复生理功能,而是在这个基础上有所延展,并帮助解决个人参与问题和促进积极参与作业”

(American Occupational Therapy Association, 2008)。

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

当作业治疗介入急性重症阶段的医疗，其涉及的是对患者进一步损伤的预防、促进功能独立、保护、宣教、介入和康复，避免变形、失能以及生理心理以及情绪的问题，以促进个体的作业表现和提高生活质量。在重症急性期介入已有半年多的经验，帮助我们探索和确立作业治疗独特的视角及其整体康复的观念如何引导急性期重症医疗的作业治疗实践。而在恢复过程中，有许多因素可以影响个体是否能成功康复。以下暂仅罗列三项患者方面具有作业治疗属性的问题：

① 患者的交流表达问题，很多在 ICU 的患者除去无法建立沟通的昏迷和嗜睡外，患者通常使用手势眼神或者嘴唇来表达，但与医疗人员沟通存在交流误差，而让患者产生挫败感。作业治疗师往往缺乏系统的辅助技术和辅助配置资源，以帮助个体建立和简化沟通。

② 患者的情绪管理问题：即便在 ICU，作业治疗看待患者也是全人的眼光，包括生理、心智、属灵、环境因素。在 ICU 患者通常存在严重的并发症，比如机械通气、使用镇静剂、气管切开、压疮、水肿、定向障碍、意识水平低等因素。患者会有痛苦和无力感，加上冰冷的 ICU 环境中的设备噪音、侵入性医疗操作、长时间被日光灯照射等，伤口的疼痛，以上这些都会给患者带来情绪恶化、产生压力和焦虑。而医院需要提供人性化的治疗服务，将 ICU 的技术资源与人道主义相结合，那么作业治疗此时的作用与患者作为一个个体在功能恢复与社会需求上具有高度的一致性。

③ 患者的生理功能障碍（仅举例物理治疗师无法全面满足的方面）：手的精细与协调、进食、自我照顾、支具辅具、认知功能障碍的评估与输入等。

二．作业治疗在急性期/早期的介入概况

1. 作业治疗在急性期/早期介入的工作范畴

美国作业治疗师协会（the American Occupational Therapy Association.AOTO）在 2017 年修改了作业治疗在急性期/早期介入中的角色（Occupational Therapy's Role in Acute Care），其强调作业治疗的目标是全面关注病患在康复过程中以作业为基础的活动，而在以作业为基础的活动介入中，OT 师应了解人体发育学、疾病医学干预、解剖、运动技能学和神经学等相关知识，以提供三大层次服务：

①通过关注心理、认知和身体症状来提高患者参与度。

②以患者为中心的评估和治疗，促进患者参与活动的积极性。

③分析住院前角色与恢复后角色的可能性，包括出院后环境、辅具的需求以及社区的支持等。

同时，OT 师是这个团队中最明白患者的需求、能力水平与功能的环境需求，以提供专业的服务促进其回归家庭、社会或下一阶段水平的治疗。作业治疗师为特定的 ICU 患者制定作业治疗计划前，必须了解该患者的治疗目标以及医护小组，以便积极参与支持该患者的治疗团队。作业治疗师也应当知道护士在该患者的优先事项和医疗目标，熟悉的医疗团队成员，了解团队需要作业治疗的哪些支持。治疗师还必须了解患者，具体在 ICU 的这些人，他们来 ICU 的原因，他们的诊断，他们面临的康复问题和风险，他们的医疗状况和他们在 ICU 正在接受的治疗。

因此，在急性期/早期介入中工作内容包括或不限于：

- ①. 评估是否需要固定或制动的辅具。
- ②. 完成床旁吞咽功能评估以给予饮食形状、稠度的建议。
- ③. 教导家属、陪护 ROM 训练、安全转移。
- ④. 训练失语者如何使用移动沟通设备、交流卡。

2.作业治疗在急性期/早期介入中的流程与评估内容

2.1.流程

主要包括 5 大步骤：

①.浏览病历。通过查阅病历掌握患者目前病情阶段、手术情况、感染史、并发症、用药（特别是镇静药、麻醉药、癫痫药）等信息

②. 与医护团队沟通。与主管医生沟通，了解患者目前的病情的进展、手术后的注意事项与禁忌症、是否有禁忌活动、活动的注意事项等。与主管护士沟通，了解患者近期的生命体征、各种仪器插管的注意事项、用药与打针时间安排等。

③. 首次接触患者。首次接触，要求家属、陪护在场，通过观察、交谈了解患者是否存在意识障碍、理解表达能力障碍、近期来患者的表现、手术的部位与包扎情况、身上仪器插管的部位等。

④. 评估与治疗。访谈与日常生活活动相结合，通过访谈了解“以前能做什么”、“现在能做什么”、“现在需要做什么”、“以后想做什么”，并通过患者与家属或陪护了解患者在从事 ADL 中给予的帮助量，以及患者在从事 ADL 中自我感觉困难程度。然后结合访谈的内容展开 ADL 执行能力的评估以发现执行 ADL 问题所在之处。急性期/早期的患者可能由于创伤性事件、疾病的恶化或罹患新的疾病而虚弱，因此在制定治疗目标时应结合生命体征与活动表现，若严重者先训练患者的护理。

在治疗中，OT 侧重于恢复患者 ADL 活动能力。因此，治疗方案关注以作业为基础的活动恢复。在治疗方案执行中，应根据患者的情况提供适宜时间的暂停与休息，并密切关注患者的生命体征变化。如出现不适表现，应暂停治疗，严重者及时通知护士与医生。

⑤. 转移康复治疗区训练/出院计划制定。当患者生命体征稳定、病情不再恶化等具备长时间离开病房时，OT 师可向主管医生提出建议转移患者到康复治疗区展开康复训练。因患者病情稳定后出院，OT 师在与主管医生沟通后制定居家的可行治疗方案。

2.2. 评估内容

①. 认知功能评估：常采用的量表有 MoCa、MMSE 等量表以筛查患者是否存在认知功能障碍。

②. 感觉功能与疼痛的评估：主要对其触觉、温度觉、压觉、本体觉、痛觉等进行评估，而疼痛觉主要了解疼痛的强度、性质以及对其生活活动的影响程度。

③. 神经肌肉的评估：主要包括关节活动度、肌力、握力/捏力三大部分。

④. ADL 评估：急性期/早期 OT 的介入侧重 ADL 活动，重点评估：穿衣、床上活动、转移、洗漱、进食等。在进行 ADL 评估中，至少包括 ADL 执行能力、ADL 实际表现与个案自觉从事 ADL 的困难程度三个概念（如表 1），以全面了解患者从事 ADL 的情况。

表 1. 三种 ADL 评估概念与评估方式对比

	执行能力	实际表现	困难程度
定义与特点	在标准化环境下，执行各项 ADL 的能力高低，可显示患者执行 ADL 问题所在	在病患或家中，各项 ADL 项目日常执行情况。代表患者平时的独立程度	在执行各项 ADL 项目中，自己感觉困难程度。反应患者主观感受
用途	临床治疗计划制定	生活独立程度与疗效指标	治疗需求与疗效指标
评估方式	实际执行模拟的 ADL 项目	访问患者、家属或陪护	访问患者、家属或陪护

同时，“6-clicks”积分表是一份有效反映住院病患的转移能力和日常活动的量表，因不需评估工具、操作简单、耗时短，适合急性期/早期患者的临床开展（见表 2、3）

表 2. “6-clicks”基础转移能力计分表

请根据您的实践情况回答下面问题	完全 依赖	中等依 赖	少量依 赖	独立
目前您从事下面活动有困难吗？				
1. 床上转移 (包括：翻身、整理用品等)	1	2	3	4
2. 用手凳子上坐下和站起 (如：轮椅、床旁等)	1	2	3	4
3.从仰卧位到坐在床边	1	2	3	4
目前您从事下面活动需要多大帮助？				
4.从床转移到凳子上	1	2	3	4
5.室内步行	1	2	3	4
6.扶栏杆爬 3-5 个台阶	1	2	3	4

说明：

- 1 分=完全依赖
- 2 分=中等到大量的帮助
- 3 分=监护/接触/少量帮助
- 4 分=独立

表 3. “6-clicks”日常活动计分表

请根据您的实践情况回答下面问题	完全 依赖	中等依 赖	少量依 赖	独立
目前您从事下面活动需要多大帮助？				
1.穿裤子	1	2	3	4
2.穿上衣	1	2	3	4
3.沐浴（包括：擦身）	1	2	3	4
4.如厕（包括：床上用尿盆、便盆）	1	2	3	4
5.个人卫生（如：刷牙、洗脸等）	1	2	3	4
6.进食	1	2	3	4

说明:

- 1 分=完全依赖
- 2 分=中等到大量的帮助
- 3 分=监护/接触/小量帮助
- 4 分=独立

3.作业治疗在急性期/早期介入中的注意事项

- ①. 生命体征的观察与测量: 密切关注患者活动前、中、后的生命体征变化
- ②. 各种疾病的注意事项与禁忌知识: 根据疾病注意事项与医嘱设计活动。
- ③. 与医护保持密切的沟通: OT 在早期介入中务必做好病历查阅以了解患者疾病情况, 并与医护团队沟通患者病情, 确认医嘱禁忌活动与注意事项。

4.案例分享

4.1 患者洪某, 男, 52 岁, 高中数学教师。

患者 8 月 20 日入我院。入院后 1 天 OT 早期治疗介入。

查阅病历: 行“基底动脉弹簧圈填塞+支架植入术”。术后 8 小时出现不适进行抢救。后转入我院。CT 检查显示基底动脉介入术后改变, 两肺多发渗出灶; 痰培养提示肺炎克雷杆菌肺炎。诊断为: 脑干梗死、基底动脉冗长扩张症、基底动脉支架植入术后、高血压 3 级(很高危组)、急性呼吸衰竭 I 型, 重症肺炎。

与医护沟通: 患者目前意识清楚, 气管切开, 痰多粘稠, 咳嗽反射差, 两肺多发渗出灶。留置胃管、尿管。血压、心率正常, 窦性心率, 需持续吸氧, 急性呼吸衰竭。除基底动脉支架植入术外, 无其他手术。活动需要注意量与强度, 避免引起呼吸困难。

接触患者: 仰卧于床, 床上物品太多导致空间狭小, 无心电监护, 无指脉氧监测, 吸氧(3L/次), 除气切、胃管、尿管外无其他管道。呼之点头, 但左耳的听力下降。左侧肢体软瘫无力。床旁柜子除吸痰与一般饮食用具外, 有一书写板。

评估: 与家属访谈了解到, 患者是高中数学教师, 目前卧床已有 20 来天, 翻身转移全靠他人帮忙, 没有坐起过。对大小便有意识。可通过右手示意在书写板上表达诉求。因持续吸氧, 身体虚弱, 不敢离开床旁。进行床上转移能力评估时(翻身、平移), 患者能配合, 但执行你呢公里低, 自我表述无力, 执行起来非常困难。在两人协助下床旁坐起, 出现头晕症状; 后平躺, 症状缓解。

治疗方案：①. 把床上多余物品清空，留出足够空间，并指导家属良肢体位摆放。

②. 环境调适：把常用物品放置患者左侧床旁，并在床旁左侧放置一铃铛，指导患者通过摇铃铛表达诉求。

③. 从主动辅助下引导患者翻身，逐渐减少辅助量。

④. 从依靠床半卧位逐渐过渡到从床上坐起。



协助患者翻身



坐位下，通过书写板与患者沟通

4.2 以沟通辅具为主的案例：

一脑干出血并伴有闭锁综合症的患者，周某，女性，40岁，角色妈妈，有三个小孩，从事服务行业，因突发脑出血，导致闭锁综合症，系脑桥基底部病变所致。见于脑干的血管病变，多为基底动脉脑桥分支双侧闭塞，导致脑桥基底部双侧梗塞所致。患者大脑半球和脑干被盖部网状激活系统无损害，因此意识保持清醒，能理解语言，由于其动眼神经与滑车神经的功能保留，故能以眼球上下示意，从而与周围的环境建立联系。但因脑桥基底部损害，双侧皮质脑干束与皮质脊髓束均被阻断，外展神经核以下运动性传出功能丧失，患者表现就像被“封印”：不能讲话，眼球只能上下不能左右转动，不能转颈耸肩，四肢全瘫。因身体不能动，不能言语，常被误认为昏迷。

患者住在神经内科 ICU。在作业治疗师与患者建立起联系前，被医护团队误认为是昏迷，作业治疗师随之与患者通过眼控建立沟通，治疗师问，患者用上下动眼给予治疗师反馈从而回答治疗师提问。经过了解其作业轮廓后，对患者进行情绪安抚，后来经过与家属和医疗团队的沟通，建议在生命体征稳定后，配置眼控沟通电脑的高科技辅助装置，重建沟通，帮助个体发挥其职能。

（患者全身瘫痪，无言语功能，仅剩上下动眼功能。作业治疗师引导患者通过上下动眼，“向上”代表“是”，“向下”代表“不是”来进行首次的作业治疗访谈和评估，并对其进行情绪的安抚和联合医疗团队及家人讨论预后的解决方案。理想的情况下，我们应当配置如下的 eyetracking，越是严重障碍的个体，对 OT 的介入就越有挑战。其实，简易的单开关介面，就可以建立起基本沟通。但现实是，辅助科技的普遍化还有很长的路要走。）



（红外线眼控+电子沟通板，售价约 6 万台币折合 1.2 人民币）

三．作业治疗在急性重症医疗发展的限制因素

急性期重症的作业治疗是一个正在出现和还未规范化的新领域，其发展必然也受到诸多的因素影响。而作业治疗价值并不在于完全干预疾病治疗过程，而在于减少患者特异性功能障碍的发生及进一步发展，既要从生理角度又要兼顾患者的全人来规划其作业治疗的介入思路。因而有利于患者整体的病程恢复。

目前作业治疗在急性期重症阶段发展受限的一些限制：

1.早期介入作业治疗的理念有待普及

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

2. 作业治疗师在重症疾病的病理过程及注意事项缺乏理论及实践知识不足
附作业治疗师在急性期重症应具备的能力：

- (1) 循证能力
- (2) 积极倾听能力
- (3) 灵活应变能力
- (4) 患者照护能力
- (5) 仪器处置能力
- (6) 生命体征的观察、测量、应对能力
- (7) 团队合作沟通能力
- (8) 出院建议及转诊决策能力
- (9) 各项疾病的注意事项与禁忌知识

3. 急性重症作业治疗规范和指南的缺乏

4. 医院并无促进科室间的相互信任及团队协作的机制及规范

虽然需要特殊的知识技能才能在 ICU 环境中让作业治疗有效运作，但作业治疗师在 ICU 环境下的作用与作业治疗师在其他实践领域的作用是类似和一致的。一致的主题是使用有目的的活动来减少并发症并最大限度地提高患者的独立性。至关重要的是，作业治疗师在各自医院的急性期及重症医疗中发挥作用，让患者在康复最早期的阶段得到全面高质量的医疗服务，减轻医疗负担，以确保作业治疗的价值不被忽视。未来仍需要更多部门和人员的共同努力，才能有效推进作业治疗在急性重症医疗中的角色发展和提升，从而逐渐形成作业治疗在急性重症医疗的实践规范。