

作業治療在加護病房和急性期的實踐

一、介紹

ICU 患者出院後常會長期遺留身體功能障礙和心理障礙^[1]，為減少或消除這些影響，需要一個早期治療方案應對 ICU 患者的康復問題。OT 能夠促進 ICU 患者的恢復，特別是 ADL 被認為是最具意義的治療方式^[2]。已經有證據支持 ICU 患者在 ICU 內進行訓練是安全且可行的，並且經過治療後，謔妄和機械通氣的時間縮短了^[3]。

作業治療師早在 1986 年以前就開始在 ICU 內給患者進行治療，使用的干預措施包括改善 ADL 訓練、認知訓練、感覺障礙、轉移和主動與被動關節活動度的改善、褥瘡、體位擺放等^[4, 5]。

ICU 內的作業 治療方案

劉勝鋒，朱毅

海南醫學院第二附屬醫
院康復治療科

二、作業治療介入 ICU 前的準備

為在 ICU 建立作業治療，需要完成以下工作：

1. ICU 內的患者都是因為疾病或受傷而處於危重狀態，作業治療師要與其它治療師以及 ICU 內醫療人員共同合作，如與物理治療師、呼吸治療師、營養師、社工及護士、醫生組一起合作（醫生組通常包括麻醉師、肺部專家、內科醫生和心臟病專家，他們決定患者是否需要 ICU 提供的密切監測）。

2. 作業治療師需要瞭解 ICU 內醫生對患者的治療方案、目的和護士的護理工作重點。

3. 熟悉醫療團隊成員，瞭解團隊成員需要作業治療師提供何種幫助。

4. 治療師必須瞭解在 ICU 住院的患者的診斷、病因和他們面臨的康復問題，醫療狀況，以及在 ICU 內接受的護理。

5. 團隊之間的資訊共用。作業治療師對患者的情況有總體上的瞭解後，可與醫生、護士和其它團隊成員溝通，並對不確定的問題展開討論。由於 ICU 患者的臨床情況複雜，這個討論過程常需要多次進行。在評估與治療期間，治療師應持續觀察患者的心電圖等設備和患者的體征、症狀，應對患者身體狀況的任何變化保持警惕。在完成對患者的評估與治療後，根據所收集的資料，可與其它治療師

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

進行協商，如患者有步態異常表明需要物理治療師介入，呼吸困難表明需要呼吸治療師介入等。

三、患者資訊收集與評估

ICU 患者的病情危重且複雜，為在安全的前提向下進行 ICU 內作業治療，需要提前做好準備工作包括查詢患者的相關病歷、瞭解 ICU 內醫療設備的作用及可能對患者造成的影響、軀體和心理功能相關的作業治療評估。

(一) 查閱患者的病歷

現病史、既往史、家族史、個人史、入院後接受的治療與護理情況、生病前的功能水準、患者的目標、在每次治療前可與患者的管床護士瞭解患者是否有任何的最新資訊（這些資訊可能尚未寫入醫療文書中）。

(二) 瞭解 ICU 內醫療設備的作用以及對患者的影響

ICU 是一個高級醫療設備齊全的環境，可給患者提供生命支援助和身體動態情況監測。通過心電圖和血流動力學監測器可以持續觀察病人的心率、血壓和心功能。這些設備對作業治療師來說很有用，因為在治療過程中，可以通過觀察心電圖和血流動力學監測器隨時檢查患者的生命體征。最重要的是，治療師要對插入患者體內的侵入性線路或管道的走向有充分的瞭解，包括這些線路對患者有什麼作用，可能引起患者出現什麼問題，需要採取什麼預防措施避免線路出現故障等。

(三) 作業治療相關評估

1. 譫妄評定方法（Confusion Assessment Method, CAM）與譫妄分級量表（Delirium Rating Scale, DRS）
2. 鎮靜和躁動評分（Sedation-Agitation Scale）
3. 簡易精神狀態量表（Mini-mental State Examination, MMSE）
4. 功能獨立性評定（Functional Independence Measure, FIM）或改良 Barthel 指數（Modified Barthel Index, MBI）
5. 生活品質（Quality of Life, QOL）評定採用生存品質測定量表簡表（QOL-BREF）
6. “起立-行走”計時測試（Time Up and Go, TUG）
7. 肌力評定：徒手肌力評定（Manual Muscle Test, MMT）
8. 關節活動度評定
9. 坐位和站位平衡能力
10. 疼痛評估：視覺類比評分法（Visual Analogue Scale/Score, VAS）

四、治療措施

患者在 ICU 期間 24-48H 內病情穩定後即可開始治療，治療措施包括：

1. 多重感覺刺激。當患者處在鎮靜和躁動評分 2-3 分時，治療師提供外部刺激（包括聽覺、觸覺等）增加患者的警覺水準。

2. 體位擺放。要持續在患者身體易受破損或易受壓的部位使用軟墊預防褥瘡，

每 2 小時翻身 1 次。

3. 認知功能訓練。改善警覺水準、視覺、記憶、計算力等。可使用工具如測序卡和遊戲（卡片，多米諾骨牌和記憶和視覺空間的建築遊戲）進行訓練。每天 2 次。

4. ADL 訓練。在特定的時間協助患者進行相應的 ADL 訓練如在早上完成個人衛生、個人儀容和飲食。

5. 上肢運動功能訓練。治療師每天 2 次治療都幫助患者完成上肢各關節被動活動，以保持患者的上肢關節活動度。在治療師停止治療之後家屬或社工陪同患者在整個下午都進行上肢運動。循序漸進的運動方式是從被動運動逐漸過渡到助力運動和主動運動。

6. 改善睡眠。患者在入睡時可使用防噪耳塞減少噪音並在患者眼睛上方進行擋光處理。

7. 預防壓瘡。指導患者通過翻身來完成減壓活動。

8. 恢復自主呼吸過程中的干預措施。練習運用深呼吸（胸式呼吸與腹式呼吸）的放鬆技巧並使用想像療法、放鬆療法或有意義的和有目的的活動來應對減少呼吸機輔助而產生的不適和痛苦，為未來獨立呼吸做準備。

9. 視覺跟蹤訓練。借助平板電腦播放患者感興趣的視頻，先練習凝視固定平板中的短視頻場景以記住其中的對話內容並重複，然後移動平板，讓患者開始盯著短視頻場景以記住其中的對話內容並重複，最後讓患者在簡單安全的轉移活動中凝視固定平板中的短視頻以記住其中的對話內容並重複。

10. 體位適應性訓練。使用坐墊、頸圈、安全帶輔助倚靠在躺椅上 15 分鐘，並密切關注患者的心率，血壓，身體生命體征和不適的症狀。

11. 保持腕關節與踝關節的關節活動範圍。製作支具（手與腕、踝關節處），預防關節受限、畸形和保護肌腱和關節。由治療師和患者共

同制定穿脫支具的時間，並在非治療時間時由社工或家屬進行穿戴處的關節被動活動。每天治療都需要檢查患者的穿戴情況和感受，並可根據患者的情況調整穿脫支具的時間。

12. 交流訓練。鼓勵患者坐起交流。可根據患者的情況靈活選擇患者的表達方式，如口頭交流、點頭示意或眨眼等表情、書寫、語音生成設備（可通過選擇可用身體，指標，滑鼠，操縱杆，或眼動控制設備，為有語言障礙的人補充、代替言語或書寫）。但儘量鼓勵患者開口說話並點頭進行交流，能強化頭、頸部、和口肌。同時，建議一項言語治療會診，以評估病人是否使用語音生成設備。

13. 獨立坐位訓練。首先患者靠在椅子上面對鏡子，練習頭部在身體正中位的維持，頭部控制等簡單動作。然後可在獨立坐位下進行寫作練習和個人衛生活動（如口腔、面部清潔和上肢擦洗）。

14. 心理干預。鼓勵在整個治療過程中使用各種交流方式表達患者的恐懼、沮喪和需求。

15. 戶外活動。對於病情穩定的患者，可坐在輪椅上攜帶氧氣袋到戶外活動，攜帶頸圈維持頭頸部的直立。

五、ICU 內開展作業治療存在的困難

在 ICU 開展作業治療存在的困難包括：

1. OT 人員不足；
2. ICU 與 OT 之間沒有及時的轉診流程；
3. ICU 內的醫療人員不瞭解 OT；
4. 目前支持 ICU 內 OT 的干預措施和療效的證據依然有限。

六、結語

本文介紹了作業治療介入的流程，評估及治療計畫。雖然在 ICU 中有效發揮作用需要更多與臨床相關、急重症的相關知識，但在這種環境中，作業治療師的作用在其他身體殘疾領域的作用相似。始終如一的主題是使用有目的的活動來減少併發症，提高患者的獨立性。

參考文獻：

- [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.

腦卒中急性期床邊作業治療的病例分析

方麗婷

廣州醫科大學附屬第二醫院 康復醫學科

一、主觀資料

(一) 基本資料

姓名：招阿姨性別：女年齡：62 歲

祖籍：廣東廣州意識狀態：清醒付費方式：醫保

康復意願：強依從性：強

陪護情況：家屬（未接受陪護知識培訓）、護工（經醫院陪護知識培訓）。

1.主訴：突發右側肢體乏力/言語不清 20 小時

2.現病史：患者于3月14日19:30無明顯誘因在吃飯時突然出現右上肢乏力，拿不穩筷子，伴有言語不清，能自行步行，步態不穩。今來我院急診就診，查頭顱CT示：“左側基底節區-放射冠腦出血”，診斷考慮為腦出血，予“硝普鈉降

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org