

## 作業治療在急性重症醫療中的角色和實踐概況

周晶，邱乾

南方醫科大學珠江醫院康復醫學科 作業治療師

### 一、作業治療在急性重症醫療的角色和作用：

#### 1..綜合醫院急性期/重症期的特點

重症監護室又稱重症加強治療病房（intensive care unit, ICU），是重症醫學學科的臨床基地，它對因各種原因導致一個或多個器官與系統功能障礙危及生命或具有潛在高危因素的患者，及時提供系統的、高品質的醫學監護和救治技術，是醫院集中監護和救治重症患者的專業科室。

ICU 應用先進的診斷、監護和治療設備與技術，對病情進行連續、動態的定性和定量觀察，並通過有效的干預措施，為重症患者提供規範的、高品質的生命支援，改善生存品質。重症患者的生命支援技術水準直接反映醫院的綜合救治能力，體現醫院整體醫療實力，是現代化醫院的重要標誌。而急性期重症護理的主要目的是穩定病情並解決威脅生命的健康問題。與其他醫療階段的主要區別是需要注意隔離與防護，即時監控生命體征，禁忌活動及疾病的相關注意事項。

由於康復醫學常被相關學科誤解為是解決疾病後期功能障礙問題，因此普遍的想法是對於尚處於生命體征相對不穩定的ICU患者來講，康復的介入似乎言之過早。而康復治療中的作業治療更是被很多人認為只需要在生命體征穩定後康復階段中的中後階段介入的治療。在其他國家，作業治療在ICU的干預已有多年。國內作業治療在急性重症的介入則少有報導。

#### 2.作業治療在急性重症醫療的角色

那麼，在 ICU 環境中，作業治療究竟扮演著怎樣的角色呢？研究表明，OT 是唯一能夠減少再次入院率的醫療開銷項目。作業治療是一種獨特而直接的

關注患者的功能和社會需求，這可能是其重要的推動因素。“作業治療從業者認為，為身體殘疾人士提供的干預措施不應局限于只是恢復生理功能，而是在這個基礎上有所延展，並幫助解決個人參與問題和促進積極參與作業”

（American Occupational Therapy Association，2008）。

當作業治療介入急性重症階段的醫療，其涉及的是對患者進一步損傷的預防、促進功能獨立、保護、宣教、介入和康復，避免變形、失能以及生理心理以及情緒的問題，以促進個體的作業表現和提高生活品質。在重症急性期介入已有半年多的經驗，幫助我們探索和確立作業治療獨特的視角及其整體康復的觀念如何引導急性期重症醫療的作業治療實踐。而在恢復過程中，有許多因素可以影響個體是否能成功康復。以下暫僅羅列三項患者方面具有作業治療屬性的問題：

① 患者的交流表達問題，很多在 ICU 的患者除去無法建立溝通的昏迷和嗜睡外，患者通常使用手勢眼神或者嘴唇來表達，但與醫療人員溝通存在交流誤差，而讓患者產生挫敗感。作業治療師往往缺乏系統的輔助技術和輔助配置資源，以說明個體建立和簡化溝通。

② 患者的情緒管理問題：即便在 ICU，作業治療看待患者也是全人的眼光，包括生理、心智、屬靈、環境因素。在 ICU 患者通常存在嚴重的併發症，比如機械通氣、使用鎮靜劑、氣管切開、壓瘡、水腫、定向障礙、意識水準低等因素。患者會有痛苦和無力感，加上冰冷的 ICU 環境中的設備噪音、侵入性醫療操作、長時間被日光燈照射等，傷口的疼痛，以上這些都會給患者帶來情緒惡化、產生壓力和焦慮。而醫院需要提供人性化的治療服務，將 ICU 的技術資源與人道主義相結合，那麼作業治療此時的作用與患者作為一個個體在功能恢復與社會需求上具有高度的一致性。

③ 患者的生理功能障礙（僅舉例物理治療師無法全面滿足的方面）：手的精細與協調、進食、自我照顧、支具輔具、認知功能障礙的評估與輸入等。

## 二．作業治療在急性期/早期的介入概況

### 1. 作業治療在急性期/早期介入的工作範疇

美國作業治療師協會（the American Occupational Therapy Association.AOTO）在 2017 年修改了作業治療在急性期/早期介入中的角色（Occupational Therapy's Role in Acute Care），其強調作業治療的目標是全面關注病患在康復過程中以作業為基礎的活動，而在以作業為基礎的活動介入中，OT 師應瞭解人體發育學、疾病醫學干預、解剖、運動技能學和神經學等相關知識，以提供三大層次服務：

①通過關注心理、認知和身體症狀來提高患者參與度。

②以患者為中心的評估和治療，促進患者參與活動的積極性。

③分析住院前角色與恢復後角色的可能性，包括出院後環境、輔具的需求以及社區的支援等。

同時，OT 師是這個團隊中最明白患者的需求、能力水準與功能的環境需求，以提供專業的服務促進其回歸家庭、社會或下一階段水準的治療。作業治療師為特定的 ICU 患者制定作業治療計畫前，必須瞭解該患者的治療目標以及醫護小組，以便積極參與支援該患者的治療團隊。作業治療師也應當知道護士在該患者的優先事項和醫療目標，熟悉的醫療團隊成員，瞭解團隊需要作業治療的哪些支援。治療師還必須瞭解患者，具體在 ICU 的這些人，他們來 ICU 的原因，他們的診斷，他們面臨的康復問題和風險，他們的醫療狀況和他們在 ICU 正在接受的治療。

因此，在急性期/早期介入中工作內容包括或不限於：

- ①. 評估是否需要固定或制動的輔具。
- ②. 完成床旁吞咽功能評估以給予飲食形狀、稠度的建議。
- ③. 教導家屬、陪護 ROM 訓練、安全轉移。
- ④. 訓練失語者如何使用移動溝通設備、交流卡。

## 2. 作業治療在急性期/早期介入中的流程與評估內容

### 2.1. 流程

主要包括 5 大步驟：

①. 流覽病歷。通過查閱病歷掌握患者目前病情階段、手術情況、感染史、併發症、用藥（特別是鎮靜藥、麻醉藥、癲癇藥）等信息

②. 與醫護團隊溝通。與主管醫生溝通，瞭解患者目前的病情的進展、手術後的注意事項與禁忌症、是否有禁忌活動、活動的注意事項等。與主管護士溝通，瞭解患者近期的生命體征、各種儀器插管的注意事項、用藥與打針時間安排等。

③. 首次接觸患者。首次接觸，要求家屬、陪護在場，通過觀察、交談瞭解患者是否存在意識障礙、理解表達能力障礙、近期來患者的表現、手術的部位與包紮情況、身上儀器插管的部位等。

④. 評估與治療。訪談與日常生活活動相結合，通過訪談瞭解“以前能做什麼”、“現在能做什麼”、“現在需要做什麼”、“以後想做什麼”，並通過患者與家屬或陪護瞭解患者在從事 ADL 中給予的幫助量，以及患者在從事 ADL 中自我感覺困難程度。然後結合訪談的內容展開 ADL 執行能力的評估以發現執行 ADL 問題所在之處。急性期/早期的患者可能由於創傷性事件、疾病的惡化或罹患新的疾病而虛弱，因此在制定治療目標時應結合生命體征與活動表現，若嚴重者先訓練患者的護理。

在治療中，OT 側重于恢復患者 ADL 活動能力。因此，治療方案關注以作業為基礎的活動恢復。在治療方案執行中，應根據患者的情況提供適宜時間的暫停與休息，並密切關注患者的生命體征變化。如出現不適表現，應暫停治療，嚴重者及時通知護士與醫生。

⑤. 轉移康復治療區訓練/出院計畫制定。當患者生命體征穩定、病情不再惡化等具備長時間離開病房時，OT 師可向主管醫生提出建議轉移患者到康復治療區展開康復訓練。因患者病情穩定後出院，OT 師在與主觀醫生溝通後制定居家的可行治療方案。

## 2.2. 評估內容

①. 認知功能評估：常採用的量表有 MoCa、MMSE 等量表以篩查患者是否存在認知功能障礙。

②. 感覺功能與疼痛的評估：主要對其觸覺、溫度覺、壓覺、本體覺、痛覺等進行評估，而疼痛覺主要瞭解疼痛的強度、性質以及對其生活活動的影響程度。

③. 神經肌肉的評估：主要包括關節活動度、肌力、握力/捏力三大部分。

④. ADL 評估：急性期/早期 OT 的介入側重 ADL 活動，重點評估：穿衣、床上活動、轉移、洗滌、進食等。在進行 ADL 評估中，至少包括 ADL 執行能力、ADL 實際表現與個案自覺從事 ADL 的困難程度三個概念（如表 1），以全面瞭解患者從事 ADL 的情況。

表 1. 三種 ADL 評估概念與評估方式對比

	執行能力	實際表現	困難程度
定義與特點	在標準化環境下，執行各項 ADL 的能力高低，可顯示患者執行 ADL 問題所在	在病患或家中，各項 ADL 專案日常執行情況。代表患者平時的獨立程度	在執行各項 ADL 專案中，自己感覺困難程度。反應患者主觀感受
用途	臨床治療計畫制定	生活獨立程度與療效指標	治療需求與療效指標
評估方式	實際執行模擬的 ADL 專案	訪問患者、家屬或陪護	訪問患者、家屬或陪護

同時，“6-clicks”積分表是一份有效反映住院病患的轉移能力和日常活動的量表，因不需評估工具、操作簡單、耗時短，適合急性期/早期患者的臨床開展（見表 2、3）

表 2. “6-clicks”基礎轉移能力計分表

請根據您實踐情況回答下面問題	完全 依賴	中等依 賴	少量依 賴	獨立
目前您從事下面活動有困難嗎？				
1. 床上轉移 (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：輪椅、床旁等)	1	2	3	4
3. 從仰臥位到坐在床邊	1	2	3	4
目前您從事下面活動需要多大說明？				
4. 從床轉移到凳子上	1	2	3	4
5. 室內步行	1	2	3	4
6. 扶欄杆爬 3-5 個臺階	1	2	3	4

說明：

- 1 分=完全依賴
- 2 分=中等到大量的幫助
- 3 分=監護/接觸/少量幫助
- 4 分=獨立

表 3. “6-clicks”日常活動計分表

請根據您實踐情況回答下面問題	完全 依賴	中等依 賴	少量依 賴	獨立
目前您從事下面活動需要多大說明？				
1. 穿褲子	1	2	3	4
2. 穿上衣	1	2	3	4
3. 沐浴（包括：擦身）	1	2	3	4
4. 如廁（包括：床上用尿盆、便盆）	1	2	3	4
5. 個人衛生（如：刷牙、洗臉等）	1	2	3	4
6. 進食	1	2	3	4

說明：

- 1 分=完全依賴
- 2 分=中等到大量的幫助
- 3 分=監護/接觸/少量幫助
- 4 分=獨立

### 3.作業治療在急性期/早期介入中的注意事項

- ①. 生命體征的觀察與測量：密切關注患者活動前、中、後的生命體征變化
- ②. 各種疾病的注意事項與禁忌知識：根據疾病注意事項與醫囑設計活動。
- ③. 與醫護保持密切的溝通：OT 在早期介入中務必做好病歷查閱以瞭解患者疾病情況，並與醫護團隊溝通患者病情，確認醫囑禁忌活動與注意事項。

### 4.案例分享

#### 4.1 患者洪某，男，52 歲，高中數學教師。

患者 8 月 20 日入我院。入院後 1 天 OT 早期治療介入。

查閱病歷：行“基底動脈彈簧圈填塞+支架植入術”。術後 8 小時出現不適進行搶救。後轉入我院。CT 檢查顯示基底動脈介入術後改變，兩肺多發滲出灶；痰培養提示肺炎克雷桿菌肺炎。診斷為：腦幹梗死、基底動脈冗長擴張症、基底動脈支架植入術後、高血壓 3 級（很高危組）、急性呼吸衰竭 I 型，重症肺炎。

與醫護溝通：患者目前意識清楚，氣管切開，痰多粘稠，咳嗽反射差，兩肺多發滲出灶。留置胃管、尿管。血壓、心率正常，竇性心率，需持續吸氧，急性呼吸衰竭。除基底動脈支架植入術外，無其他手術。活動需要注意量與強度，避免引起呼吸困難。

接觸患者：仰臥於床，床上物品太多導致空間狹小，無心電監護，無指脈氧監測，吸氧（3L/次），除氣切、胃管、尿管外無其他管道。呼之點頭，但左耳的聽力下降。左側肢體軟癱無力。床旁櫃子除吸痰與一般飲食用具外，有一書寫板。

評估：與家屬訪談瞭解到，患者是高中數學教師，目前臥床已有 20 來天，翻身轉移全靠他人幫忙，沒有坐起過。對大小便有意識。可通過右手示意在書寫板上表達訴求。因持續吸氧，身體虛弱，不敢離開床旁。進行床上轉移能力評估時（翻身、平移），患者能配合，但執行你呢公里低，自我表述無力，執行起來非常困難。在兩人協助下床旁坐起，出現頭暈症狀；後平躺，症狀緩解。

治療方案：①. 把床上多餘物品清空，留出足夠空間，並指導家屬良肢體位擺放。

②. 環境調適：把常用物品放置患者左側床旁，並在床旁左側放置一鈴鐺，指導患者通過搖鈴鐺表達訴求。

③. 從主動輔助下引導患者翻身，逐漸減少輔助量。

④. 從依靠床半臥位逐漸過渡到從床上坐起。



協助患者翻身



坐位下，通過書寫板與患者溝通

#### 4.2 以溝通輔具為主的案例：

一腦幹出血並伴有閉鎖綜合症的患者，周某，女性，40歲，角色媽媽，有三個小孩，從事服務行業，因突發腦出血，導致閉鎖綜合症，系腦橋基底部病變所致。見於腦幹的血管病變，多為基底動脈腦橋分支雙側閉塞，導致腦橋基底部雙側梗塞所致。患者大腦半球和腦幹被蓋部網狀啟動系統無損害，因此意識保持清醒，能理解語言，由於其動眼神經與滑車神經的功能保留，故能以眼球上下示意，從而與周圍的環境建立聯繫。但因腦橋基底部損害，雙側皮質腦幹束與皮質脊髓束均被阻斷，外展神經核以下運動性傳出功能喪失，患者表現就像被“封印”：不能講話，眼球只能上下不能左右轉動，不能轉頸聳肩，四肢全癱。因身體不能動，不能言語，常被誤認為昏迷。

患者住在神經內科 ICU。在作業治療師與患者建立起聯繫前，被醫護團隊誤認為是昏迷，作業治療師隨之與患者通過眼控建立溝通，治療師問，患者用上下動眼給予治療師回饋從而回答治療師提問。經過瞭解其作業輪廓後，對患者進行情緒安撫，後來經過與家屬和醫療團隊的溝通，建議在生命體征穩定後，配置眼控溝通電腦的高科技輔助裝置，重建溝通，說明個體發揮其職能。

(患者全身癱瘓，無言語功能，僅剩上下動眼功能。作業治療師引導患者通過上下動眼，“向上”代表“是”，“向下”代表“不是”來進行首次的作業治療訪談和評估，並對其進行情緒的安撫和聯合醫療團隊及家人討論預後的解決方案。理想的情況下，我們應當配置如下的 eyetracking，越是嚴重障礙的個體，對 OT 的介入就越有挑戰。其實，簡易的單開關介面，就可以建立起基本溝通。但現實是，輔助科技的普遍化還有很長的路要走。)



(紅外線眼控+電子溝通板，售價約 6 萬台幣折合 1.2 人民幣)

### 三．作業治療在急性重症醫療發展的限制因素

急性期重症的作業治療是一個正在出現和還未規範化的新領域，其發展必然也受到諸多的因素影響。而作業治療價值並不在於完全干預疾病治療過程，而在於減少患者特異性功能障礙的發生及進一步發展，既要從生理角度又要兼顧患者的全人來規劃其作業治療的介入思路。因而有利於患者整體的病程恢復。

目前作業治療在急性期重症階段發展受限的一些限制：

1. 早期介入作業治療的理念有待普及
2. 作業治療師在重症疾病的病理過程及注意事項缺乏理論及實踐知識不足

郵箱 (Email): [hkiot@hkiot.org](mailto:hkiot@hkiot.org)

網頁 (website): [www.hkiot.org](http://www.hkiot.org)

附作業治療師在急性期重症應具備的能力：

- (1) 循證能力
- (2) 積極傾聽能力
- (3) 靈活應變能力
- (4) 患者照護能力
- (5) 儀器處置能力
- (6) 生命體征的觀察、測量、應對能力
- (7) 團隊合作溝通能力
- (8) 出院建議及轉診決策能力
- (9) 各項疾病的注意事項與禁忌知識

3.急性重症作業治療規範和指南的缺乏

4.醫院並無促進科室間的相互信任及團隊協作的機制及規範

雖然需要特殊的知識技能才能在 ICU 環境中讓作業治療有效運作，但作業治療師在 ICU 環境下的作用與作業治療師在其他實踐領域的作用是類似和一致的。一致的主題是使用有目的的活動來減少併發症並最大限度地提高患者的獨立性。至關重要的是，作業治療師在各自醫院的急性期及重症醫療中發揮作用，讓患者在康復最早期的階段得到全面高品質的醫療服務，減輕醫療負擔，以確保作業治療的價值不被忽視。未來仍需要更多部門和人員的共同努力，才能有效推進作業治療在急性重症醫療中的角色發展和提升，從而逐漸形成作業治療在急性重症醫療的實踐規範。