



中華 OT 電子季刊 2018 年秋季刊 The Chinese OT e-Newsletter

2018

作業治療無疆界



作業治療無疆界 ——主編微語

本季刊在汶川地震 10 周年之際，中華 OT 電子季刊夏季版出了一個抗災特刊，楊永紅主編為我們展示作業治療師在地震和大型火災之後如何深入災區第一線治療受傷群眾，並在災後長期地幫助這些傷殘人士“站起來”，回歸家庭和社會。這個特刊引起了熱議，在人們傳統的觀念中，“救災”醫療一般是急診和外科醫生的事情，康復治療都是等這一波“衝鋒隊”忙完了，才開始姍姍登場。現在，作業治療師也加入到救災的現場，成為救災“衝鋒隊”的重要成員。難怪，曾經有同行向我感歎：“你們 OT 無孔不入啊，什麼領域都被你們滲透了！”。是的，作業治療師在不斷地拓寬學術實踐領域，不斷地擴大服務範圍，在為更多的患者提供更精準更有技術水準的康復服務。曾經，聽香港梁國輝會長分享了作業治療師如何在一個由麻醉師、骨科醫生、中醫師、針灸推拿師、物理治療師、心理治療師、護理師等組成的疼痛治療團隊裡發揮獨到的作用，讓備受慢性疼痛折磨、無法坐臥的患者重新露出十幾年不見的笑臉；曾經，在朋友圈裡圍觀過周晶老師分享了她在 ICU 病房裡如何通過一些輔助溝通方式說明被誤診為持續植物狀態的“閉鎖綜合征”患者有效

香港職業治療學院

黃錦文

臺灣高雄長庚醫院

張瑞昆

廣州市殘疾人康復中心

林國徽

宜興九如城康復醫院

李奎成

中山大學附屬第一醫院

陳少貞

河北省人民醫院

閻彥寧

四川大學華西醫院

楊永紅

海南醫學院第二附屬醫院

朱毅

本期責任編輯 陳少貞

中華 OT
電子季刊
編輯委員會

的與人溝通；曾經，見證過臺灣張瑞琨老師幫助那些只有頸部能輕微活動的四肢癱患者和只有眼球可以活動的漸凍人利用各種神奇的電腦輸入法享受電子遊戲的“魔法”；曾經，小編自己利用心理學知識結合作業治療的手段（訪談+心理劇+時間線）幫助一位看過七八家大醫院，包括心理科和精神科沒有處理好的“癔症”患者走出自我暗示的心理迷陣、回歸到正常生活中；曾經，我們中山大學附屬第一醫院的作業治療師走進手術室，在腦腫瘤手術中協助手術大夫做術中喚醒認知和手功能評估……

記得，我曾經和金牌講師林國徽老師討論“作業治療的疆界在哪裡”時，最後我們達成一致的認識：

“作業治療沒有所謂的疆界，只要用心、用愛、用智慧，站在患者的角度，瞭解他們的需求、剖析他們的障礙根源、發現他們的潛力，你會發現作業治療可以幫助所有需要幫助的人”。作業治療的領域的確在不斷擴展，在向不同學科、不同臨床階段滲透！在本期季刊中，我們將展示在這份醫學與人文這塊無垠的大地上，作業治療師如何與其他專業的同行人去用心耕耘腳下的那塊土地。

陳少貞

中山大學附屬第一醫院



目錄 Table Of Contents

重建生活為本

重建生活為本理念文化價值體系	4
生活教練和重建生活為本訪談	9
能力階梯理論與作業治療目標制定	13
重建生活為本理念實踐：脊髓損傷個案分析	18
腦中風個案分析：重塑未來	26
將 OT 教學帶出教室，帶進生活	37

手功能康復

正中神經、尺神經切割傷案例分享	41
剖析 SPS 肘關節矯形器	51
Simon's Ring 在偏癱手功能康復中的應用	54
兒童尺神經損傷作業治療個案報導	63

作業治療在加護病房和急性期的實踐

ICU 內的作業治療方案	70
腦卒中急性期床邊作業治療的病例分析	74
作業治療在急性重症醫療中的角色和實踐概況	91

作業治療與社區康復

社區康復——一座連接醫院與家庭的橋	100
淺析成都地區社區康復的發展策略	103

作業治療專委會資訊

數十年努力，得償所願-中國加入世界作業治療師聯盟	113
中國康復醫學會作業治療專業委員會的“康復服務行	125

重建生活為本

重建生活為本理念文化價值體系

梁國輝

香港職業治療學院

重建生活為本康復理念包含一套理論體系、一套文化價值體系和一套運作模式。而理論體系和運作模式是建基於文化價值體系。

重建生活為本康復文化價值體系由信念、願景、使命、核心價值和患者宣言五部分組成。信念說明崇尚的精神、提供方向與能量，願景勾畫長遠目標和境界，使命解釋具體行動策略及方法，核心價值闡述行事的優次及判斷是非的標準，亦是願景、使命的動力和精神源泉。

信念

我們相信，人天生具備求生存、求能力、求成長的本能，並有追求成功、愉快、

幸福及有意義生活的欲望。患者即使是面對長期功能障礙，維持幸福、愉快生活的本能的欲望是仍然存在的。這些本能欲望可能因受到症狀和病後失敗的經歷打擊，而受到壓抑，但是可通過引導及成功的經歷重新點燃，可通過學習新的生活技巧、調節個人期望及生活環境，以減輕功能障礙對生活的影響。

患者即使有一些長期功能障礙，但仍然擁有一定程度的能力，可根據自己的家庭條件及發病前的愛好和生活方式，重新建立一套愉快的、能維持身心健康的生活方式。身心健康生活方式是因人而異的，但都有兩個重要元素：第一，有比較充實的生活

內容，有足夠的活動，帶來正面情緒、思想和感受。第二有足夠的機會，可以為家庭和社會做一些事情、作一些貢獻。

願景

在重建生活為本作業治療理念指導下，作業治療的最終目標已超越協助患者功能恢復，也超越促進獨立生活，而是指向一個更高的層次。我們的願景是要協助所有服務使用者“重建成功、幸福、愉快及有意義的生活方式”。這也是重建生活為本作業治療模式與其他模式的主要分別之一。

使命

協助服務使用者重建成功、幸福、愉快及有意義的生活方式並不是一個夢想，也不是一個口號，而是一個實在的終極目標。是以科學為基礎，有條有序的，在患者重建生活的每一個步驟，提供具體的、針對性的作業治療服務而達至的目標。重建生活為本作業治療運作模式及內涵可以在服務使命總結下來：“引導患

者發掘自身長線、隱性、真實的需求，按照科學的預定路徑，利用生活化的訓練活動及場景，提升生活能力及生活意志，調節人際及生活環境，重建成功、幸福、愉快及有意義的生活方式，以維持身體及精神健康。”

使命中的六句話，總括了重建生活為本作業治療模式的步驟、內涵、及理論基礎。也概括了服務的短、中、長期服務目標。每一句都以動詞為首，彰顯以行動為出發點，以達至重建成功、幸福、愉快及有意義的生活方式，以維持身體及精神健康的最終目標。

核心價值

透過多年的累積和沉澱，重建生活為本康復理念體系建立了文化價值觀，可概括在十六組價值內涵裡，包括：尊重包容、科學理性、樂觀豁達、適應賦能、充實多元、獨立自強、自信希望、突破超越。我們鼓勵康復人員大家在發展重建生活為本服務及硬體的同時，亦要同步發展相應的科室文化價值，把這些文化及價

值融入日常服務中，為治療注入 生命，為訓練賦靈魂。

宣言

為更有效向患者傳遞重建生活為本康復理念，我們以患者第一角度，把理念的精髓，總結為重建生活為本患者宣言，可讓大家朗讀，加強印象，促進身心力行。宣言由六句話組成，每句皆以一動詞為首，強調患者主動主導重建生活的過程：“我們願意接受慢性症狀及功能障礙的事實，排除思想、情緒、人際及環境障礙，充分利用自己擁有的能力及可掌握的人際、經濟和社會資源，學習及實踐適應性生活策略及方法、並養成習慣，培養新的生活態度及目標，增加愉快及有意義的生活內容，重建成功及快樂的生活方式。”

作業治療管理文化

一套清晰的價值理念是基業長青的靈魂，理念的根基和不斷創新發展源于底蘊深厚的核心價值文化。

重建生活文本理念的成長是“實踐、認識、再實踐、再認識”的過程。從 2015 年正式面世至今已有三年多，始終堅持以“傳承核心價值文化，推崇作業治療使命，宣導作業治療回歸本位”為目標，說明專業人員提升康復服務能力，更好地服務于普羅大眾，重建成功幸福愉快及意義生活。

重建生活為本理念文化價值體系作為一種精神力量，是動態的漸進的不間斷的發展過程，是可以真正踐行的，對一個專業的發展起著無可限量的作用，包括：

(1) 整合。康復醫學科涵蓋人員眾多，康復治療團隊包括康復醫師 (physiatrist)、物理治療師 (PT)、作業治療師 (OT)、言語矯正師 (ST)、心理治療師、假肢與矯形器師 (P&O)、文體治療師 (RT)、社會工作者 (SW) 等等。共同的文化價值觀能夠協調群體成員的行動所發揮的作用，有效地溝通，消除隔閡、促成合作。

(2) 導向。在一個組織結構中，人與人之間是一個以目標為前提的存在，人與人應該承擔各自的責任和目標，從而擁有不同的權利和資源。

共用文化可以提供一種科學的、全體員工所認同、所遵循的工作思路和方式，明白自己的職責和行為是否適宜，才能夠傾向於選擇有效的行動，這就是科室文化對行為的導向作用。

(3) 維持秩序。價值觀作為一把尺規，時刻衡量著我們自身的存在意義和行為方式。經過以往共同工作及臨床經驗的積累，大家認為是合理並被普遍接受、被認可和被遵從的，這也意味著某種秩序的形成。這是科室康復文化維持工作秩序的功能。

(4) 傳續。文化的載體是產品，同樣重建生活為本康復文化體系也根植于康復服務產品，一種好的產品經過不斷創新和優化，可以源遠流長，經久不衰，須要滿足消費者的需求、能夠享受、有延伸價值、長期受益、促進和維持身心靈健康等，這也就彰顯了康復文化的傳續功能。

重建生活為本理念文化體系在它所涵蓋的範圍內和不同的層面發揮著主要的功能和作用。無論個人還是人類，物質再繁榮，生活再舒適，如果精神流於平庸，靈魂變得空虛，就絕無幸福可言。而生生不息、剛毅富有生命力的文化是支撐人的精神支柱。

重建生活為本理念體系中提出“新 OT 三寶”，即訪談、作業活動和環境調適作為作業治療三大核心治療手段。其中環境調適也是理念文化體系的一個重要體現之一，包括康復科室管理文化和作業治療室文化：

治療師及病人構成康復治療室的人際環境。當中，治療師對構建這些人際環境起至關重要的作用。在作業治療理念指導下，治療師團隊可盡力構建有利患者認真積極參與治療訓練的人際環境，具體可參考下面建設：

- 制定人際環境目標 治療師主管帶領團隊認真思考、設計及維持治療室特定的人際環境，以促進療效及服務效率。強調團隊每一成員都要清楚明白及盡職盡責傳遞及維持。
- 制定清晰明確治療時間表 以控制人流、節奏，提升治療效率。
- 堅持治療室的功能 治療不做康復治療以外的事，以營造認真及專注的治療環境。
- 限制治療室人員 限制不必要人士進入治療室，以保護患者隱私，及減少干擾。

- 營造自助自理氛圍 鼓勵患者自助自理，減少依賴，加強獨立意識。有時表面上影響活動及訓練進度，但對患者重建能力及自信有莫大幫助。
- 營造接納氛圍 尊重個人差異，認同個人選擇，培養患者自尊自信，促進對康復的責任感。
- 表揚進步與成就 多留意患者的進步，表揚患者的努力，營造重視奮鬥促進突破、多於重視障礙與不足的氛圍。
- 多注重生活能力 康復中後期，治療師多注重生活能力的重建，適當減少強調基本功能缺欠。
- 強調意志與能力同樣重要 重建生活能力及重建生活意志是相輔相成的，要營造有利重建信心及意志的人際環境。
- 鼓勵多談未來生活 有些患者不願面對現實，回避談及長遠生活。營造鼓勵分享未來目標與行動計畫的人際環境。
- 營造正面價值觀 有技巧地讓患者及家屬明白預後功能水準，共識預後生活目標，傳遞即使有某程度功能障礙，也可成功生活的資訊。營造追求重建成功愉快生活方式的價值觀。

治療師都希望患者在家中運用好在治療室學到的生活技巧。但往往發現患者回家後仍然依賴，沒有把能力用好。康復團隊應好好利用病房這個中途站，讓患者把在治療室學到的技能先在病房應用，並養成習慣，有利患者成功過渡。

科室及病房環境、特別是人際及文化環境、本身就可以利用為一種治療及訓練的媒體。康復科室及病房管理有很多規章、制度和流程，這些背後要有一套科室上下人員公認遵守的價值觀，規章制度才会有真正的意義與價值，可真正發揮促進患者養成習慣的療效。

文化來源於人，也服務於人。

回歸作業治療本質，就必須回歸到人的生活，必須源於對人性的關懷，才更有意義。這是重建生活為本理念內核精髓所在。

生活教練和重建生活為本訪談

梁國輝

香港職業治療學院

訪談 (interview) 是一種有目的性的談話方式，有一人主問、以收集特定的資料，另一人主答、以提供問題相關的資料。廣泛不同的專業都視訪談為重要專業手段，如醫療、新聞、娛樂、法律、保安等。不同專業的訪談著重收集不同內容，以滿足該專業所需的資料，當中會運用很多共通的訪談技巧、也有專業特定的理念與手法。

在作業治療主流專業文獻中，訪談被描述是眾多收集資料的方式方法之一，被認定是治療的必要原素，但沒有被列入作業治療主要治療媒介行列之中。但在重建生活為本作業治療理念中，訪談卻被認定為作業治療重要的介入手段，與作業活動及環境調適並列為作業治療三大核心手段之一。重建生活為本訪談是基於生活教練方式訪談理念與技巧，配以重建生活為本康復理念，以達重建生活為本作業治療的目的。

生活教練訪談針對以下人群特別有幫助：第一、正處於疾病過渡時期，即已經進入重返社會階段的人。第二、病後生活太單調、缺乏內容的人。第三、覺得自己在某些方面停滯不前的人。第四、在奮鬥過程中面對較大困難的人。患者即便面對長期功能障礙，都是有重建幸福、愉快生活的本能欲望的。這些本能欲望受到病後失敗經歷的打擊而受到壓抑，但可透過引導及成功的經歷重新燃點；是可透過學習新的生活技巧、調節個人期望及生活環境，去減輕功能障礙對生活的影響的。

生活教練和重建生活為本訪談不同專業顧問，與心理治療師亦有所差異。專業顧問是某特定範疇的專家，他們能為客人提供該範疇內的專業意見，讓人做得更好。而生活教練會向人提問一些有啟發性的問題，讓人全面思考，梳理思路，更清晰地察覺到目標，更容易地想出解決問題的方案，更準確地制定實際可行的實踐計畫，協助人去創造、創造新的、愉快的生活。

建議採取先易後難的方式，說明人更徹底地探索夢想，發掘潛能，應用智慧和創造力，想出辦法，克服障礙，擴大在生活中的可能性。進而引導人創造一個安全舒適的空間，按照自己的步伐，建立自信，逐漸達至目標。心理治療師著重探討人的過去。他們會嘗試瞭解治療對象童年時期的夢想、過去的創傷，瞭解這些事情如何影響現在的生活。生活教練則著重瞭解現在、和引導人走向所期待的未來。

接受生活教練指導的人需要有改變的意願。改變會帶來不安，所以接受生活教練服務的人要有心理準備，下定改變的決心，向自己負責，也要向自己承諾，衝破改變帶來的不安，擴大適應能力。這些承諾有助一路向前，實現目標，達至理想。

重建生活為本訪談

重建生活為本訪談是重建生活為本作業治療運作模式中一個標誌性的技巧與手段。它與主流作業治療文獻中所說的訪談有質的區別，不在同一個高度、起著十分重要的治療作用。因此被視為重建生活為本作業治療三大核心治療方法之一、與作業活動、環境調適合稱新“OT 三寶”，訪談有若舉足輕重、必不可少的地位，其本身就可以產生一定的療效。

從另一角度去理解，重建生活為本訪談是治療師運用一般的訪談技巧，向患者及家屬灌輸重建生活為本康復理念，說明相關的科學與真實的資訊；又利用生活教練訪談技巧、促進患者瞭解及接受現實，以制定與重建生活為本康復理念相匹配的治療目標與訓練計畫；啟發患者原發及繼發動力、提升生活意志，加強實施行動計畫及積極參與治療訓練的動力。

重建生活為本康復理念的訪談有兩層意義：

（一）是一般的訪談：用作收集者的身心狀況及各種背景資料、作為設計治療計畫的基礎，與作業治療主流文獻中所描述的訪談是一致的。

（二）是重建生活為本訪談：重建生活為本訪談有三大特質：治療師透過訪談、灌輸重建生活為本康復理念，科學與真實的資訊；採用生活教練訪談技巧，透過有力的問題，促進患者瞭解及接受現實，認真思考、梳理思路，以制定與重建生活為本康復理念相匹配的長、中、短期治療目標及訓練策略；透過聽取患者的回應，引導患者啟動原發及繼發動力、提升生活意志，加強實施行動計畫及積極參與治療訓練的動力。

訪談目的

重建生活為本訪談可應用在作業治療的不同階段,也可有不同目的,包括:提供科學及真實的資料;灌輸重建生活為本康復理念(包括:要學習生活能力,建立生活意志、及重建愉快的生活方式;重建生活比完全治癒更重要、更實際、更能自我掌控、及更容易達到);培養、建立和提升患者生活意志;引導建立重建生活的短、中、長期目標;制定短期訓練目標及具體治療專案達成共識、建立行動計畫;及支持患者執行及完成行動計畫。

訪談形式

在重建生活為本康復理念中,訪談是作為引導患者參與配合重建生活為本作業治療的重要手段,也是協助患者強化或重建生活意志的手段。訪談是要專門安排時間及場地進行的,是作業治療的一種形式,應是一種作業治療收費專案。訪談應在安靜、舒適、免干擾環境進行。可以個人或小組形式訪談,首次時間較長,約 30-60 分鐘,階段性訪談時間在 20-40 分鐘。

訪談者角色

在訪談過程中,治療師有三種角色,包括:以康復專家身份,提供權威資訊;以生活教練角色,利用問和聽的技巧引導行動計畫;以治療師身份,為患者安排後續的治療。三種身份角色要有機有效地轉換,以達訪談目的。

訪談主題

在不同康復階段,可有不同訪談主題,包括:

入院訪談: 醫患雙方共識可達到的中、長期重建生活目標

進度訪談: 回顧進展、調整治療計畫

重建意志訪談: 為意志消沉長期病人重建生活目標

生活重整: 重建回家生活內容及探討解決困難的方法

治療性訪談: 消滅擔心疑慮、加強信心、培養希望

訪談過程

每次訪談都有一定的套路及步驟，治療師要合理分配時間，完成各個主要步驟，最終協助患者建立長期目標及短期行動計畫。訪談過程大致分為可下列步驟：

1. 掌握科學及真實的資料
2. 瞭解、面對及接受愈後狀況的現實
3. 回顧自己所付出的努力及已有的成果
4. 關注自己還具有的能力及資源
5. 發掘自己心底的願望底線
6. 建立(大概)中長期生活化目標
7. 找尋(具體)短期目標及達至目標的方法
8. 利用治療師可提供的、有助達成目標的訓練及方法
9. 激發推動實施計畫的動力

臨床應用

訪談作為引導患者積極主動參與配合重建生活為本作業治療的重要手段，對促進和強化生活意志可發揮非常積極和重要的作用。重建生活意志是三元合一生活重建的重要環節，與重建生活能力及生活方式同時進行及發生。生活意志是生活能力及生活方式重建的動力，為重建過程提供能量。然而，生活意志的重建很容易被繁忙的治療師忽略，因此降低了生活能力重建的成效。作業治療師必須謹記，促進患者意志是康復團隊各成員都認同的康復目標，作業治療師在這方面可單獨利用重建生活為本訪談達至理想目標，也可在促進患者嘗試參與有挑戰性的作業活動的不同階段中應用，發揮獨特的作用，為團隊創造更大、更深更長遠的康復效果。

總括而言，重建生活為本訪談是結合了生活教練理念與技巧、及重建生活為本作業治療理念的一種訪談方式。採用生活教練訪談技巧與理念，以充分發揮重建生活為本康復理念，應用在重建生活為本作業治療過程中。生活教練和重建生活為本理念對人的關注及尊重是一致的，都是側重人正面的內涵，著重建立人的能力，跟作業治療理想相輔相成。這也是源於作業治療的理想目標。

能力階梯理論與作業治療目標制定

吳麗君

重建生活為本康復文化傳播中心

人在遭遇不幸因素時，例如身患重病，身體能力可能會大幅度下降，甚至變成完全依賴，在沒有得到專業的指導下，不知道什麼是該做或不該做，甚至什麼都不敢做，失去自主及行為的掌控能力，生活能力下降，自信心倍受打擊，生活意志逐漸消沉。這打亂了一貫的生活秩序，形成生活方式失衡，逐漸發展為身體能力及精神健康同步下降的惡性循環。

“作業治療是以(服務使用者的)作業能力為治療目標”。我們希望可透過作業治療的干預，以達協助促進服務使用者重建生活的目標。我們希望可以幫助人回歸心靈的原鄉，步步為贏，重整旗鼓，胸懷未來。

制定治療目標在任何時候都重要。可是，作業治療師在制定日常治療計畫時，常常會遇到困難，所制定的治療計畫往往與重建生活的理想有較大距離，有很大落差。

自從聽了重建生活為本康復理念創始人梁國輝老師提出“能力階梯”理論後，明白到我們可以利用這理論，在不同的治療階段，制定合適的治療或訓練計畫，一步步引導患者重建生活。

“能力階梯”理論由下而上可分為：生理功能、器官結構、器官功能、動作技能、作業技能、生活能力及生活角色生活方式。他明確指出，人的能力可受到生物性、個人性和社會性因素的影響。下面層次影響上層但不局限上層的學習與發揮。而重建生活為本作業治療重點關注上層（個人性和社會性）功能的影響。

曾經參加梁國輝老師舉辦的一次訪談課程培訓班-實操演練環節，作為訪談者的 A 組學員、被訪者是一位病程三年餘的年輕脊髓損傷患者，日常生活基本可以自理，出行依賴電動輪椅，可以自行上街購物、乘坐地鐵、和朋友聚會等，患者對目前生活尚比較滿足。A 組學員現場十分被動，認為被訪者目前狀況良好，甚至根本不需要進一步康復訓練了，完全不知所言。梁老師也洞察到此狀況，經過患者同意，介入了訪談。大約 15 分鐘結束，患者倍受啟發、滿心接受、見到新的人生方向，找到更高的追求目標，表示願意嘗試，希望突破自己，上升一個臺階，並決心達到未來的生活目標。

帶著滿腹的嘆服和疑問，之後我特別採訪和請教了梁國輝老師，針對這個訪談案例，梁老師作了如下闡釋：

“由上而下和由下而上是利用‘能力階梯理論’制定訓練計畫的兩個策略。作業治療師多是由下而上的關注患者的能力，當 A 組同學知道患者基本功能、自理能力、家居生活能力和社區生活能力都已恢復到一定程度，便會覺得已經完成任務，再沒有事情可再為患者做，便結束訪談。但訪談是要引導被訪者找到新的目標，制定行動計畫，滿懷動力地去實踐才算是成功完成。就這位元年輕女性患者的情況而言，我覺得 A 組同學還沒有成功地完成這次訪談，所以我便介入協助一下。”

“我一開始便採取由上而下的方式，去評估這位元病人是否已經重新建立了跟她能力抱負相匹配的最佳社會角色和生活方式。

很明顯，患者也從來沒有想過這問題。接著我就引導她向這方面去思考和探索，很快她便倍受啟發，找到要想做的事情，建立了中期目標。”

“我們要幫助一個病人建立跟他（她）能力及所擁有的資源相匹配的生活角色，作為 OT 須要有更高層次的目標，上面層次受到下面層次的影響，但不會受到下面層次的局限。因此，我們可大膽一點、樂觀一點協助患者去勾畫一個較美好、但大概可能會實現的前景，以此作為長期目標。一個較美好長期目標可產生能量，支援中、短期目標的制定和執行。”

“當我們的眼界和起點低於病人的能力，訪談則達不到較好的效果，根本不能引導和協助病人建立高層次的生活追求目標。我們要立足于病人擁有的能力之上，透過深度訪談找尋發掘他們的長處及剩餘能力，並找尋到可以幫他們發揮剩餘能力的環境，讓他們把剩餘的能力能夠充分有效的發揮，從而產生一種最大化的幸福感、成功感、愉快感及有意義感。”

“一個成功的 OT 在不同階段，須要做不同的事情。不單要能夠評估病人現有的能力水準，更要透過敏銳的洞察力，站在一定的高度，引導他們學會利用新的或代償性的方法促進上層能力、角色的建立。”

十年磨一劍！梁老師的成功演繹給了我們很大啟發。重建生活為本作業治療強調在病人康復的不同階段採用不同方法促進不同層次的功能恢復與重建、以謀求最快及最大程度協助患者重建成功愉快的生活方式、不會長期局限使用針對一個層次的治療方法。當患者身遭殘疾、能力受限，或多或少都會面臨許多害怕做不到的事情，因而畫地自限。但當他們有能力控制自己和所處的環境時，我們作業治療師應借助患者自身的優勢，引導他們建立更高層次的目標，促進行動計畫並為之努力，重塑自己的人生！

在此，就我自己所得和大家分享，說明服務物件制定切實可行的康復目標，需要把控和關注以下幾點：

1. 目標設立的客觀性：目標的設立必須建立在個案需求、興趣、愛好、教育水準、能力、現時身體條件及所處環境等因素的基礎之上，通過努力可以達到的，並且是明確的、具體的，是可量化、可分解的。結合患者能力水準的評估，以制定生活化的目標，可以引導患者明白重建生活比治癒更重要。

2. 目標分解的科學性：化整為零，庖丁解牛，循序漸進。要充分評估服務物件現處有的能力層次，制定相應的康復訓練目標。“重建生活為本康復計畫方程式”指導我們，目標一定是清晰的可以量化

的，可看得到結果的。把目標分解，月目標、周目標、日目標，再分解成一些小單元，每月每週每日要有詳細的計畫，列出優先次序及具體訓練時間。甚至把每個動作分解為動作單元，包括用到健患側部位、移動距離、人力控制、動作的難易程度、重量和阻力等。續步達成一個一個小目標，會離最初的目標越來越近。

3. 分析達到目標可能的途徑：因地制宜、因事制宜、因時制宜、因人而宜。對途徑和方法不必苛求，關鍵是對達成目標的作用必須一致。雖然達成目標的途徑和方法多種多樣，但要想達成目標，唯一相同和不可改變的就是必須付出切切實實的努力。

4. 選擇路徑：對患者做好充分的瞭解和評估，按照預定的科學路徑，針對不同層次的功能和能力需求，作業治療都可以利用不同的手段干預，以促進實現相應的理想目標。

5. 制定每個目標的具體時間表：時間是機體適應環境的一個維度，可以督促個人行為不斷形成與改變，加強適應環境及作出決策的能量，促使個體的行動計畫有條不紊的進行，提高效率。根據作業活動時間及環境條件盡可能衡量好所需要的時間，如社區作業可能會需要時間較長，包括路途交通等。

6. 做好調整和應變計畫：在執行每個小目標的時候，可能會產生一些障礙或者難度，要及時找尋原因和改進的策略，階段性地調整和優化目標更加有助於建立自控感。梁國輝老師闡述：“人會根據行動目標、達標難度、知識經驗、自身能力、外界協助等因素設計初步行動計畫，再考慮計畫成功的機會。如成功希望值及自我效能感較高、行動風險值較低，人便可輕易作行動的決定。反之，會再調整計畫，再就新計畫評估希望值及效能感。如多次調整計畫都不足以有信心去決定行動，人可能會返回上一階段，調整行動意圖及目標，然後再作計畫及再評估。如反復調整及再評估都不成功，人便會打消行動意圖及決定放棄行動”。

7. 跨出第一步：任何一個人都不可能一步跨入自己的理想世界，都不可能瞬間實現自己的人生目標與價值。一個人的成功之路是由一個個目標鋪就的，一個目標實現以後，一個新的目標必然出現在前方。在沒有跨出第一步之前，所有的計畫都是紙上談兵，必須付諸實際行動並有效實現初步目標，才更能夠加速啟動服務物件的動力，培養和遞增信心，為下一個目標蓄積正能量，創造有利的效應。

8. 總結和累積成功經驗：當目標逐步達至後，治療師需要協助服務物件歸納總結經驗、給與鼓勵、肯定和讚賞，讓服務物件意識到自己的進步和成功，認識到自己有能力和改善自己目前的困境狀態，建立及增強解決現實問題的決心，明白自己還可以做到什麼，而不要過度關注不能做到什麼，促動其建立更高層次的目標。

9. 突破和超越：相信自己的可能性，給自己設立一個更高層次的目標，並把力量整合到一個方向，有所突破和超越，最終可踏上最高臺階，“建立成功、幸福、愉快及有意義的生活方式，以滿足個人及社會對自己的期望，成功地過自己想過（能過）的生活，為生命創造最大價值、滿足感及幸福感”。這也是我們所有人追求的最崇高的康復目標。

縱然人生無常，我們所關注的不是陷於“無常”的泥沼，而是要從“無常”之中洞見“常”。作為一名優秀的作業治療師，我們應有能力協助服務物件樹立正取的認知、情緒、態度與行為及適應、接納和改變的方法與策略，要他們時刻清楚自己的目標，集中於自己的目標，堅定自己的目標，可以調動一切可以調動的力量，促進目標的達成。

“能力階梯”對“目標制定”起著無足輕重的指導和引領作用，每個層次的治療側重各異，相應的目標制定也盡然不同，目標的實現是以個人的學習、鍛煉、努力和能力為基礎的。遵循“能力階梯理論”，協助服務物件為自己設立預定目標，帶出希望，所有的行為將會凝聚在這個希望的周圍，活出意義來。



重建生活為本理念實踐：脊髓損傷個案分析

楊碧珊

美國克瑞頓大學康復科學碩士

剛剛從事作業治療，非常榮幸的接觸到了梁國輝老師的“重建生活為本作業治療理念”，讓我明白了真正的 OT，如何做到真正的 OT。在一年工作中實踐著這套

模式，讓我慢慢地體會到 OT 的角色和力量。

重建生活為本作業治療核心概念在於“新 OT 三寶”，OT 的角色是引導者，OT 是干預者，OT 堅信可以協助“所有服務物件都能夠重建成功、幸福、愉快、有意義的生活”。

以下就我經歷的兩位脊髓損傷患者個案與大家分享重建生活為本作業治療理念的實踐經驗。

案例一

H 先生, 34 歲, 脊髓損傷(C4-C5 頸髓動靜脈畸形破裂術後) C6 脊髓損傷 B 型。

他原本是一位 IT 行業部門負責人，家中有父母和兩個弟弟，住院期間由母親和三弟陪同。

術後半個月他來到我們部門接受作業治療。每天躺在床上，能動的只有雙上肢的肘以及左側微弱的腕部。透過宣教，他慢慢瞭解了脊髓損傷的基本知識，對於醫生的“判刑”，他無論如何也不能接受，根本不能接受坐輪椅，他相信自己能夠站起來。

初次訪談：瞭解到他的日常生活需求和願望，達成共識目標，制定了短、中、長期目標和康復訓練計畫。

在治療當中鼓勵他做更多自理的活動，協助他使用生活小輔具，包括 C 型手柄牙杯、手機支架、輪椅配備、輪椅防滑手套，同時給與上肢力量、手功能的誘發及靈活度訓練、坐位平衡、還教會他協助下轉移、輪椅技巧訓練。

第二次訪談：瞭解到他回家後發現還是有很多障礙，但他自己認為練習之後是可以完成的。對於未來還是希望能夠從事 IT 行業。

作業治療計畫制定：

我們共同制定了三條路線目標：

1.肢體功能上
加強手指的控制能力和軀幹控制

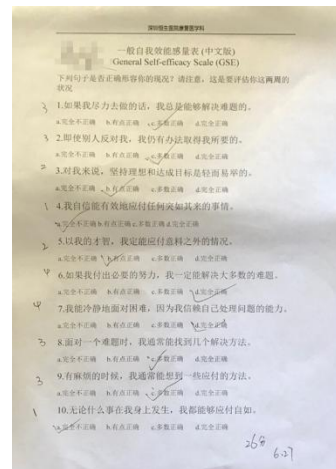
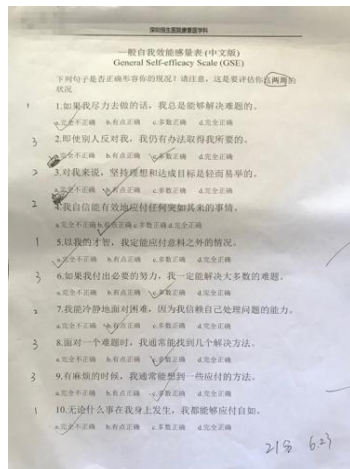
2.生活能力上提高
穿衣褲速度，獨立床-椅轉移，掌握平地輪椅操作技巧

3.社交娛樂上保持與朋友的聯繫，持續關注 IT 行業的動態，學習感興趣的領域和保持有看電影、漫畫、下棋的興趣愛好。

除此之外對照顧者也達成了照顧目標，包括輔助減壓、輔助轉移、體位擺放、飲水量控制等。在治療時間內我們將重點放在前兩部分，而最後一部分則通過建議和聊天追蹤。

經過一個月作業治療後，重新做了評估：手功能的靈活度、肌力有進步，FIM 評定進食、洗漱、穿衣及轉移項分數提高，結論由中度依賴進步至輕度依賴。而在此期間他在照顧者的陪同下坐地鐵外出都沒有問題，每週至少一次餐廳就餐，平地驅動輪椅以及上下緩坡都能夠獨立完成。此外，在一次園藝小組活動中我們運用“自我效能感自評量表”，用於評估該作業活動的療效，結果樂觀。





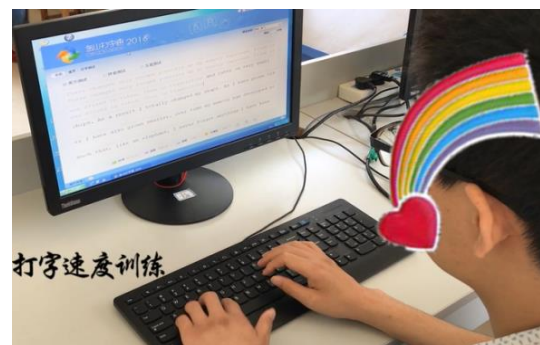
(自我效能感自評量表)

階段治療後的訪談：我們回顧了治療的過程和內容，一個月前定的目標已基本完成，提及到對未來的生活規劃，他希望加強生活能力，自己能開發一個小程序。“生活還是很美好的”他發出的感慨，證明他重燃希望和對未來的追求。

環境調適：

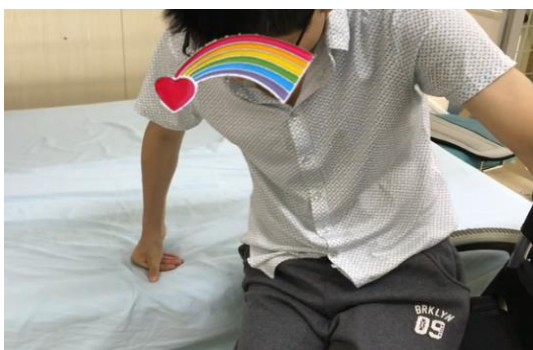


手功能訓練



打字速度訓練

對於 H 先生，處於住院中期治療階段，在治療過程中不斷挖掘其需求，再給與及時的干預，包括輔具自助具使用、家屬的宣教。家屬在整個作業治療過程也是非常重要的角色，配合到計畫的實施。



椅-床獨立轉移練習



輪椅上下坡練習



長坐位穿衣速度練習



輪椅平地驅動技巧
(加速、急剎、後退、轉彎)



穿褲子速度練習



獨立操作輪椅外出

案例二

S 女士，35 歲，脊髓 T9-11 骨巨細胞瘤切除術後 3 年，T11 脊髓損傷 A 型。

她原本是一位熱愛生活、熱愛舞臺、不甘於向不幸低頭的酒店經理，事業有成，生活多姿。卻因命運的安排，失去了獨自行走的能力，暫別了她熱愛的舞臺。住院期間由護工照顧。

在病後的前兩年，在其他醫院接受綜合康復治療，作業治療部分負責她的軀幹力量練習以及基本的日常生活能力訓練，自己可再輪椅上穿脫衣服、褲子、洗漱，床-輪椅、輪椅-椅-之間轉移，借助電動輪椅能在平地和平緩的坡移動自如，穿戴長支具使用助行架能進行短距離的治療性步行。基本的日常生活活動是輕度依賴，（洗

澡、導尿、穿鞋襪需要幫助），複雜的日常生活活動比如做家務、外出購物、搭乘公共交通工具是沒有嘗試過。

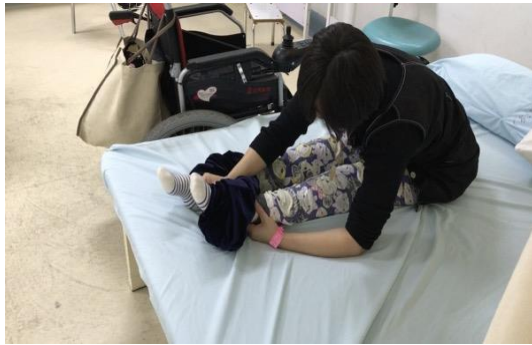
訪談評估：

在第一天我對她進行了訪談以及一系列的作業治療評估，然後給她看了一個真實記錄的視頻，視頻裡的女主角是香港的一位車禍導致的脊髓損傷患者，受傷後 20 年，病情比她嚴重，但她憑著對生活的熱愛，現在自己能夠一個人生活，去旅遊、跳傘、參加各種慈善機構，為大眾分享經歷，激勵身邊的病友。她未來計畫是想做點自己喜歡的事情，渴望能從以往站立的角度完成一些作業活動，但目前她還不確定自己可不可以做得到。

在輪椅上穿鞋襪的技巧、模擬家務練習、手動輪椅的技巧練習（摔倒後如何保護自己、如何重新回到輪椅上、跨越路面障礙、上下坡）、她接受了我的建議開始嘗試自己洗澡，向護士學習控制飲水量，學習自主導尿。加強軀幹控制能力。

作業活動
的設計、
實施與調

在出院前一個月她購買了邦邦機器人（專為截癱患者站立設計，重圓他們站著看世界的夢想），我們又進行了從起床穿戴機器人到洗漱和烹飪的訓練，我對床、灶台、洗手池、櫥櫃等的高度尺寸進行測量，最後給到她一份新居裝修設計建議。



基本日常生活技巧鞏固練習



在輪椅上進行物品清洗活動



治療室與病房使用輔具進行家務活



輪椅摔倒保護及坐起訓練

環境調適：

對於此個案，她上肢和手功能沒有受損，根據她的需求，給她建議配備了一個可以隨身攜帶的拾物夾，能夠取到高處和地上的物品。另外最重要的是新居設計的建議，由於房子還沒有開始裝修，我們可以根據在治療室類比了作業活動之後測量適合的資料以及記下一些注意事項，以更適合她將來的生活。

在出院前，她在病房可以完全獨立一個人生活，包括清潔衛生、洗衣服，可以驅動電動輪椅外出購物用餐，有自己的微店。

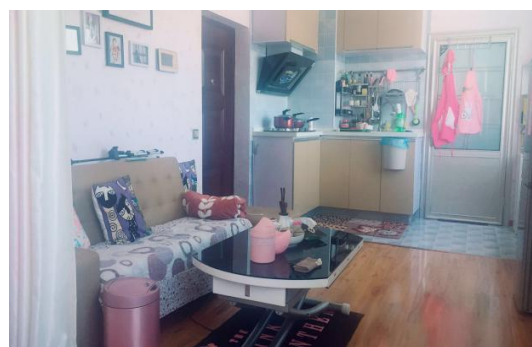
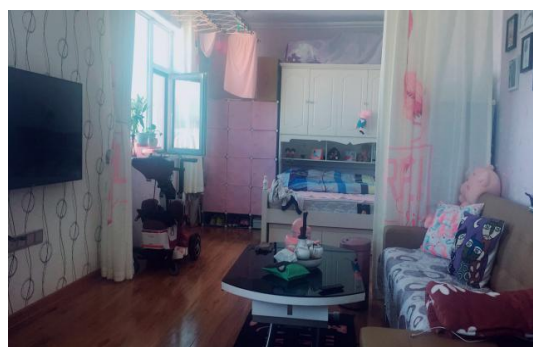
離開醫院已經有 5 個多月，跟蹤隨訪，她生活的很愜意。大部分時間她都是一個人在家，經常邀請朋友們來家做客，在邦邦機器人上做飯給他們吃，可以在朋友陪同下去逛公園。她還做起了直播，在個人帳號上上傳了許多她平日鍛煉、做家務的日常視頻，給遭受著不幸的患者傳遞正能量。直播和微店也能為她提供一些經濟來源。最近她加入了青海西寧脊髓損傷患者組織，病友教會她一些運動輪椅比較複雜的技巧。目前參與青海地區組建基金會，說明更多的病友。嘗試報名參加北京獨立生活訓練營。我們一直保持聯繫，我告訴她這篇文章的存在，她非常開心，十分支持。我期待她帶來更多的好消息！



輪椅跨越障礙訓練



模擬烹飪



在青海西寧一個人生活的新家



在家做飯

患者如此感言，“作業治療總是在我需
患者如此感言，“作業治療總是在我需
要做，想做一些事情的時候為我提供方法。已在
我說做出院準備，治療師就教我各種自己在
家需要完成的技能；我說有次輪椅後傾嚇到
我，她就教我練習輪椅摔倒後自我保護及如
何起來；我說回家需要家庭改造，她就暖心
地將每一個能想到需要環境改造的地方寫下
來。我一直以為自己是不幸的，可是我又是
那麼幸運，總是遇到這樣那樣讓我心裡倍感
溫暖的人。”生病以前，在朋友眼中，她是
有著穩定工作，愛旅遊、愛舞臺的才女，生
病之後，作業治療陪伴她渡過最艱難最沒有
信心的日子，重新帶她看到生活的美好，教
會她以新的方式投入到生活的懷抱。



與組織裡的朋友一起出行



參加青海脊髓損傷協會戶外活動

重建生活為本作業治療理念指引更多新的作業治療師認識 OT 本位，遵循真正 OT 之道。在實踐重建生活為本作業治療理念以來，我越發體會到 OT 的意義，當看到相處許久的患者共同努力後有新的成果，由一蹶不振到他們主動告訴你生活當中的一絲成就；當他們由一直抱怨自己什麼都做不了到有一天他們出院回家後給你發一些他們正在做一些事情的小視頻，你深感欣慰，這也便是作為 OT 的成就。

特別感謝“重建生活為本作業治療”理念的創始人梁國輝老師，正是受益於這套理念，我能得以在工作中不再迷茫，感受 OT 的樂趣，並繼續深愛 OT。

在以上的案例中，OT 的角色是觀察者、引導者、也是生活教練，和脊髓損傷的患者共同面對障礙，用專業的干預手段做許多評估、觀察、訪談，找到他們的需求，再一同用許多代償或代替的適應性方式來跨越障礙，脊髓損傷的患者重新看到未來生活的希望。但不僅僅是脊髓損傷的患者，OT 在面對任何在生活上有所困難的人都可以

蔣先生，48 歲，病前擔任一建築公司專案經理，右利手，一年前因言語不利伴右側肢體活動障礙入當地三甲醫院治療。影像學診斷左側基底節區、放射冠區、半卵圓中心，顳葉腦梗死。經 15 天保守治療後轉社區一家醫院康復兩月餘，情況好轉不明朗，於 2017 年 10 月 16 號來我院進一步介入康復治療。

初期，我們 OT 小組對患者進行了評估：

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

腦中風個案分析: 重塑未來

王振華

濟南白雲醫院康復科作業治療師長

1. Brunnstrom 分期上肢三期，手三期；2. 肌張力採用 Ashworth 量表評定肘屈肌、腕屈肌、指間屈肌肌張力均為 2 級；3. 坐位平衡三級，站立位平衡 2 級；4. 生活自理能力採用 Barthel 量表評分 60 分；5. 偏癱手功能評分為輔助手 C；6. 深淺感覺均減退；7. 併發症：肩手綜合征 2 期，肩疼指數 9/10 分（影響夜間睡眠）、肩胛骨下沉後撤；8. 心理健康指數採用瓦立克愛丁堡心理健康量表（中文簡短版）評分為 8 分；9. 身心健康採用世界衛生組織身心健康指數評定為 0 分。10. 通過訪談，患者情緒悲觀、有自殺傾向，瞭解到患者日常生活習慣。

分析

從病史及現時表現，患者期望有較好恢復，訓練動機較強。預估患者殘留輕度至中度功能障礙，如在院期間加強治療，進展良好，有機會實現獨立自理、一定程度的家居、社區及娛樂生活。但對能否重返工作崗位並不樂觀，社交比較貧乏，需要加強治療。

接下來，我們進行了第一次入院訪談，邀請了主管醫生、責任護士、患者和家屬及相關責任治療師共同參加：1. 宣教，灌輸和引導重建生活為本康復理念，激發其重建生活的動力，樹立對未來生活的信心；2. 引導制定短、中、長期的生活目標；3. 制定和共識了康復治療計畫；4. 教會家屬照顧患者的基本技巧，盡可能協助患者獨立完成日常生活自理部分；5. 和其他責任治療師也達成目標共識，在治療過程中避免引起肩關節損傷及肩痛的可能誘因，最大程度的共同協助患者達至重建生活的目標。



目標制定

短期目標：利用牽伸技術及輔助具佩戴維持及降低肌張力，利用手法治療改善肩疼、手腫，生活自理能力 Bathel 指數提高 15 分，主要表現在穿衣、洗漱、進食、洗澡方面。中期目標：Brunnstrom 分期從三期到四期，促進分離動作。長期目標：Brunnstrom 分期向六期過渡，日常生活能夠自理，無需依賴家人照顧，能夠獨立完成個人相關家務，可獨立做簡單飯餐，恢復人際關係有信心與家屬及村裡的人如舊交流。建立家居運動習慣，建立新的業餘愛好，按照功能恢復學習及適應的情況，建立新的生活及家庭角色。

第一個療程治療計畫 1，首先對家屬及家屬進行入院宣教避免再次引起肩關節損傷，杜絕引起肩痛的可能誘因，2. 通過訪談、觀看勵志短片、重建生活小組動促進交流，提高患者生命意志力。3. 利用肩關節動態鬆動術配合物理因數療法緩解肩痛。4. 利用 Brunnstrom 技術促進分離動作 5. 感覺功能再訓練 6. 利用情景模擬任務訓練促進分離動作減少肩部代償。7，日常生活能力與現有功能相結合訓練。

按照【重建生活為本康復治療計畫方程式】，我們制定了一周治療計畫表，初期以日常生活能力訓練及基本功能為主，目的是培養生活意志，增強自控感：

作業治療專案	治療/訓練時間（分鐘）							備註
	一	二	三	四	五	六	日	
1. 重建生活為本康復面談/小組	0							
2. 康復/作業治療宣教小組		0						
3. 日間體位元擺放指導/設備								
4. 肌張力控制運動	0					5		
5. 自理訓練（病房、床邊）	0							
6. 自理訓練（模擬家居）		0						
7. 任務/遊戲形式訓練：上肢		0						
8. 任務/遊戲形式訓練：全身協調			0					
9. 情景模擬訓練：坐位平衡								
10. 情景模擬訓練：站立平衡			0					
11. 情景模擬訓練：上肢(減重)								
12. 情景模擬訓練：上肢			0					
13. 情景模擬訓練：全身協調				0			0	
14. 作業活動訓練：家務				0				
15. 作業活動訓練：烹飪					0			
16. 作業活動訓練：文康								

				0			
17. 作業活動訓練：手工/工藝			0				
18. 作業活動訓練：八段錦/太極				0	0		
19. 認知訓練：基本功能（桌面活動）							
20. 認知訓練：基本功能（電腦）							
21. 認知訓練：情景模擬							
22. 認知訓練：作業活動							
23. 認知訓練：社區活動							
24. 社區生活技巧訓練：電動樓梯					5		
25. 社區生活技巧訓練：外出購物/超市					0		
26. 社區生活技巧訓練：乘坐交通工具							
27. 社區生活技巧訓練：餐廳							
28. 社區生活技巧訓練：交遊							
29. 家居安置：出院前準備面談/小組							
30. 家居安置：家訪（家居安全、改裝評估）							
31. 家居安置：家訪（自理及家務訓練）							
32. 家居安置：家訪（家居康復指導）							
33. 家居安置：週末回家安排							
34. 家居安置：生活重整面談/小組							
35. 家居宣教/輔導						0	
36. 康復團隊重建生活為本康復							

評價會

0



緊接著進入康復治療計畫執行階段，我們 OT 小組制定了詳細的訓練計畫並付諸逐步實施進行。先從床旁日常生活自理能力訓練開始，每一個簡單的穿脫衣、洗滌、進食等動作，蔣先生僵硬無比的患手根本不聽使喚，但他都非常努力的來完成。家屬看在眼裡、疼在心裡，我們“灌輸”的重建生活為本理念也徹底使他們樹立了正確的康復觀念，這種家屬配合和支持的態度也使我們增強了信心，也時刻銘記重建生活為本的願景，也堅信所有的服務物件都可以重建成功、愉快、幸福和有意義的生活。



一個療程的治療，蔣先生自理能力有效改善；睡眠品質提高；情緒也變得樂觀；肩疼、手腫得到了有效緩解；增強了自信，對未來生活開始有了規劃。進入第二個療程治療，我們更加如魚得水。各種能力的提高，也促使蔣先生訓練更加勤奮和刻苦，只要有時間都會停留在 OT 室認真的練習，把許多不可能變成了可能。有一次我值班巡房時看到蔣先生很艱難地用患手拿饅頭吃飯，雖然肩還有代償，但非常用心。這也為他以後的康復進展和療效奠定了基礎，雖然別人用異樣的眼光在看他，但他堅持一路走下來，突破了我們的目標計畫預定時限。

按照【重建生活為本康復治療計畫方程式】，我們開始了下一個階段的治療方案，治療中期以促進功能恢復、學習正常活動模式、重建生活能力訓練為主：

作業治療專案	治療/訓練時間（分鐘）							備註
	一	二	三	四	五	六	日	
1. 重建生活為本康復面談/小組								
2. 康復/作業治療宣教小組								
3. 日間體位元擺放指導/設備	0							
4. 肌張力控制運動	0							
5. 自理訓練（病房、床邊）								
6. 自理訓練（模擬家居）	0			0				
7. 任務/遊戲形式訓練：上肢								
9. 任務/遊戲形式訓練：全身協調			0					
9. 情景模擬訓練：坐位平衡								
10. 情景模擬訓練：站立平衡		0						
11. 情景模擬訓練：上肢(減重)								
12. 情景模擬訓練：上肢	0	0						
13. 情景模擬訓練：全身協調				0				
14. 作業活動訓練：家務		0		0				
15. 作業活動訓練：烹飪		5			0			
16. 作業活動訓練：文康		5			0			
17. 作業活動訓練：手工/工藝		0				0		

18. 作業活動訓練：八段錦/太極			0		0		
19. 認知訓練：基本功能（桌面活動）							
20. 認知訓練：基本功能（電腦）							
21. 認知訓練：情景模擬							
22. 認知訓練：作業活動							
23. 認知訓練：社區活動							
24. 社區生活技巧訓練：電動樓梯						0	
25. 社區生活技巧訓練：外出購物/超市						0	
26. 社區生活技巧訓練：乘坐交通工具						0	
27. 社區生活技巧訓練：餐廳							0
28. 社區生活技巧訓練：交遊							0
29. 家居安置：出院前準備面談/小組							0
30. 家居安置：家訪（家居安全、改裝評估）							
31. 家居安置：家訪（自理及家務訓練）							5
32. 家居安置：家訪（家居康復指導）							
33. 家居安置：週末回家安排							5
34. 家居安置：生活重整面談/小組							
35. 家居宣教/輔導			0				
36. 康復團隊重建生活為本康復							

評價會



与一斗前比较，功能+能力的双提升，让蒋大哥重建了成功，幸福，有意义的生活方式。



在我們安排的生活化小組作業訓練中，蔣先生完全褪掉了以往的頹廢和沮喪面容，他還把自己的經歷和經驗與患友交流分享，也把重建生活為本的正能量傳遞給大家，這種愉悅的氛圍增強了整個小組人員的信心，激發了大家對未來生活的嚮往。隨著小組作業訓練的多次介入，蔣先生人際關係及交流能力也得到了

按照【重建生活為本康復治療計畫方程式】，到達了後期治療階段，以學習新生活技巧、重建生活方式為主：

作業治療專案	治療/訓練時間（分鐘）							備註
	一	二	三	四	五	六	日	
1. 重建生活為本康復面談/小組	0							
2. 康復/作業治療宣教小組							0	
3. 日間體位元擺放指導/設備								
4. 肌張力控制運動								
5. 自理訓練（病房、床邊）								
6. 自理訓練（模擬家居）								
7. 任務/遊戲形式訓練：上肢								
8. 任務/遊戲形式訓練：全身協調								
9. 情景模擬訓練：坐位平衡								
10. 情景模擬訓練：站立平衡								
11. 情景模擬訓練：上肢(減重)								
12. 情景模擬訓練：上肢								
13. 情景模擬訓練：全身協調								
14. 作業活動訓練：家務	0							
15. 作業活動訓練：烹飪	0							
16. 作業活動訓練：文康		0						
17. 作業活動訓練：手工/工藝		0						
18. 作業活動訓練：八段錦/太極		0						
19. 認知訓練：基本功能（桌面								

活動)							
20. 認知訓練：基本功能（電腦）							
21. 認知訓練：情景模擬							
22. 認知訓練：作業活動							
23. 認知訓練：社區活動							
24. 社區生活技巧訓練：電動樓梯			0				
25. 社區生活技巧訓練：外出購物/超市			0			0	
26. 社區生活技巧訓練：乘坐交通工具			0			0	
27. 社區生活技巧訓練：餐廳			0				
28. 社區生活技巧訓練：交遊				0			
29. 家居安置：出院前準備面談/小組				0			
30. 家居安置：家訪（家居安全、改裝評估）				0			
31. 家居安置：家訪（自理及家務訓練）							
32. 家居安置：家訪（家居康復指導）					0		0
33. 家居安置：週末回家安排					0		
34. 家居安置：生活重整面談/小組					5	0	
35. 家居宣教/輔導					5	0	
36. 康復團隊重建生活為本康復評價會							0

出院前，我們給他做出詳細的出院指導，希望他把重建生活為本模式融入日常生活中，更加順暢的融入社會，創造更大的社會價值。

梁國輝教授闡述：「重建生活為本」是一種康復理念，也是一種作業治療模式。作為整個康復科，這是一種經營理念，無論作為 OT，還是作為醫生、PT 及社工都可以用自己合理的方法來從不同角度促進「重建生活為本」，而 OT 則是主要力量的體現，是把病人功能和生活連接起來的主要橋樑，是一種直接的方法，是一種能夠達到「重建生活為本」至關重要的手段。

一年多來，隨著重建生活為本理念的介入，我們科室整個康復理念也在逐漸轉變，作業治療更加生活化，更加生動充滿活力。有時候，年齡、病程和損傷部位影響大腦神經網路，我們根本無能為力的。在整個訓練過程中，要引導和協助患者樹立正確的康復觀念，發掘自身潛能，調動一切外在和內發的動力，透過有序有目的的康復訓練計畫，一定能夠建立和自己能力相匹配的生活方式，重新享受成功愉悅、幸福有意義的精彩生活。

我堅信，在重建生活為本康復模式運作體系感召下，我們的康復之路會越走越寬，助力我們回歸作業治療本位。

療程結束，進行了末期評估：1. Brunnstrom 分期上肢、手為六期不充分；2. 肌張力採用 Ashworth 量表評定肘屈肌張力 1 級，腕屈肌、指屈肌張力 1 級；3. 立位平衡 3 級；4. 生活自理能力採用 Barthel 指數評定達到 100 分，完全自理；5. 偏癱手功能評分為實用手 A；6. 肩疼指數為 0/10；7. 心理健康指數採用瓦立克愛丁堡心理健康量表評分為 34/35 分；8. 身心健康採用世界衛生組織身心健康指數評定為 23/25 分；9. 肩手綜合征：無；

最後安排了出院訪談：顯而易見，患者和家屬見到自己點點滴滴進步，十分主動積極的參與訓練，對康復結果極為樂觀，也變得豁然開朗，恢復了跟朋友交往的常態，重塑了家庭和社會角色。他表示，，回歸家庭和社會是他最大的心願，也會再接再厲，擴大自己的人際及社交範圍，充實自己的未來生活，使自己邁向更高的一個臺階，生活會更加精

將 OT 教學帶出教室，帶進生活

重建生活為本作業治療 36 項目對內地 OT 教育的啟發

劉雪楓

福建中醫藥大學

披荊斬棘三十有餘，中國作業治療發展筭路藍縷，日趨成熟，取得了非凡的成就。作業治療實踐與作業治療教育相輔相成，相互影響。發展初期，臨床實踐沒有良好的教育作指導，教育沒有良好的臨床實踐作支持，作業治療發展遲滯且沒有方向。從“空白期”到“海外模式參照期”，在多方的共同努力下，內地作業治療發展初見眉目，並

以點帶面地邁向蓬勃發展。

我所工作的福建中醫藥大學康復作業治療專業通過了教育部本科專業備案及審批，通過了世界作業治療聯盟(WFOT)教育認證，在專業建設和教育成果上



頗有積累，作為專業負責人和一線教育人員，我感到努力和進步帶來成就的同時，也時常感到教育開展的瓶頸與挑戰，感同身受其他兄弟院校作業治療教育的困難。面對人民日益增長的健康服務需要，更專業更全面的作業治療實踐和教育捉襟見肘，內地作業治療發展總體而言仍然不平衡不充分。

香港職業治療學院致力於中國內地作業治療的發展，副會長梁國輝先生作為香港的資深作業治療師，在作業治療理論和實踐上有深厚的造詣，積累了豐富的臨床經驗。梁國輝先生深諳內地作業治療發展的挑戰和機遇，自 2005 年起，他以“重建生活為本”的作業治療理念創立了作業治療實踐的新模式，使作業治療的哲學理念、理論與技術能夠實實在在本地化地落地於內地的醫院和社區。該理念的使命是“引導患者發掘自身長線、隱性、真實的需求，按照科學的預定路徑，

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

利用生活化的訓練活動及場景，提升生活能力及生活意志，調節人際及生活環境，重建成功、幸福、愉快及有意義的生活方式，以維持身體及精神健康。”圍繞此“作業治療使命”，梁先生為內地量身打造了既符合作業治療的哲學理念，也符合內地背景，可行性高的“重建生活為本作業治療 36 項目”（以下簡稱“36 項目”）。

“36 專案”給內地作業治療實踐帶來可行性的實踐指導框架的同時，也從實踐角度給予作業治療教育啟發。“36 項目”大致可分為十個類別，包括康復面談及宣教、體位擺放和肌張力控制、自理訓練、任務/遊戲形式訓練、情景模擬訓練、作業活動訓練、認知訓練、社區生活技巧訓練、家居安置、家屬宣教/輔導與評價會。內地所開展的作業治療實踐更多見於體位擺放、肌張力控制、上肢的任務/遊戲訓練、平衡訓練等軀體功能層面的訓練內容，理念好一些的醫院或科室會開展穿衣、進食、如廁等自理訓練以及家務、烹飪等少量的日常生活活動訓練，整體上在活動和參與層面的介入極少。原因主要有兩個，一是醫院服務體制的限制，二是“老師沒教過”所以也不知道如何開展，最終導致對患者愛莫能助，對作業治療的理念和宗旨只能紙上談兵。這確實給我們教育一線工作者一個警醒——我們時常強調作業活動對健康促進的重要性，強調作業活動的多樣性，也強調 ICF 理念中的軀體功能、活動、參與以及環境等多層面的交互影響，然而我們的教學的內容和精力卻沒有就此鋪開。

1. 康復面談

“康復面談”被梁國輝先生稱為“新 OT 三寶”之一，即是作業治療的核心手段之一。它貫穿於整個作業治療過程，首次的面談主要為了收集患者的基本資訊、病史、功能史、生活角色及作業活動概括等，以“引導患者發掘自身長線、隱性、真實的需求”，這個需求是患者現階段和未來最想做、最需要做但做不到或有障礙的活動，即作業需求。除此，首次的面談可以初步建立與患者和家屬的

信任，讓患者明確自己的康復目標，更有動力參與康復訓練中。中後期的面談主要是為了瞭解康復的效果和交流進一步促進康復效果的計畫，包括角色轉換的動機訪談，出院前的面談等。

“康復面談”體現了一名作業治療師應有的理論功底、溝通技能和治療技能，是“以患者為中心”的重要體現，也是康復評定和作業治療開展的基礎。新手治療師在面對患者時容易不知所措，不知如何與患者開展訪談，訪談什麼內容，容易被患者的主訴帶偏思路，甚至不經訪談直接開展評定和治療，導致整個評定和治療過程沒有目的性、沒有邏輯性，很難幫助到患者，解決患者的困難。作業治療教育應將“康復面談”作為一項重要的治療技能開展教學，通過專業基礎課（如作業治療基礎理論）講授“康復面談”的物件、目的、意義和總體原則，通過不同專業課（如神經康復、精神康復、小兒康復等）講授“康復面談”的內容、形式和技巧等，並安排實踐練習，通過學生間互相練習過渡到臨床中的觀摩和實踐，培養“康復面談”的技能。

2. 作業活動訓練

在“36 項目”中，“作業活動訓練”主要包括家務、烹飪、文體活動、手工藝訓練、八段錦/太極五個訓練內容，每一項內容又包括不同的訓練項目，如家務可包括掃地、洗衣、晾衣、疊被子等，烹飪可包括煮餃子、煮面、煮飯等不同類別的烹飪，大致可包括備菜、洗菜、開火、翻炒、加調料、關火、盛菜等過程，手工藝訓練可包括編織、串珠、刺繡等。每一項訓練專案包括不同的動作組合，包含不同的活動分析，但如果治療師本身都沒做過相應的活動，或對活動不熟，如何能準確地為患者開展活動分析、活動評定、找出問題所在並幫助到患者呢？有人說作業治療師其實是專業的生活治療師，所以治療性作業活動訓練和功能性作業活動訓練的教學不應僅限於教室的蜻蜓點水、紙上談兵，也不能局限於實訓室中簡單演示的走馬觀花，應將該教學帶進生活，融入生活，從真實生活中學習不同作業活動的開展、工具的應用、環境的影響，以及理解患者的功能障礙對活動的影響。

綜上，作業活動訓練的教育可分為兩個方面，一方面引導學生學會常見家務

烹飪、文體活動、手工藝活動以及八段錦/太極活動的開展，另一方面模仿不同的功能障礙，體驗和理解患者開展這些活動可能有的障礙，以此形成自己的專業分析、專業經驗和專業技能。教師可利用學生的寢室、學生的家中、戶外場所等與實訓室、社區康復中心、醫院相結合，讓學生真實開展和學習相應活動，自我分析，然後過渡到利用社區康復服務、臨床見習和臨床實習培養自己幫助患者開展作業活動分析和訓練的專業能力。

3. 社區生活技巧訓練

在“36 專案”中，“社區生活技巧訓練”主要包括使用電梯、外出購物、乘坐交通工具、餐廳就餐、外出郊遊五個訓練內容，典型地代表了一個人的基本社會參與活動，日常生活中非常常見，也是大多數（中樞神經損傷）患者夢寐以求能達到的康復目標，然而卻是我們作業治療教學和臨床服務的短板。我們總以為這些康復目標太高太遙遠，然而軀體功能的水準並不完全代表參與水準，我們不去嘗試，如何知道患者達不到呢？我們不在教學中強化社區生活技巧訓練，學生又如何知道患者可能遇到什麼困難，怎麼幫助他們解決困難呢？因此，在不同專業課或不同功能障礙的作業治療教學中需加大社會參與、社區生活技巧的訓練教學內容，將該教學帶進生活，融入社會。學生間可扮演不同功能障礙的患者及治療師，讓學生親身體驗患者在社區或平時環境中使用電梯、外出購物、乘坐交通工具、餐廳就餐以及外出郊遊遇到的困難和障礙，也讓學生治療師分析患者的困難，幫助“患者”解決問題。有此作為鋪墊，治療師更有信心和動力幫助患者參與到社區生活中，並預見性地解決可能有的突發情況，為患者真正回歸社區，參與社區生活提供幫助。

“36 項目”中給予作業治療教育的促進和反思不勝枚舉，認知訓練中的作業活動訓練、社區活動訓練，家居安置的家居安全、改裝評估等都對內地作業治療教學改革有很大的啟發，也是解決目前作業治療教育瓶頸的一個改革方向。只有將作業治療教育帶出教室，帶進生活，才能培養真正合格的作業治療師，才能更好地引導作業治療實踐，符合作業治療的哲學理念，實現“重建成功、幸福、愉快及有意義的生活方式”的作業治療願景。

手功能康復

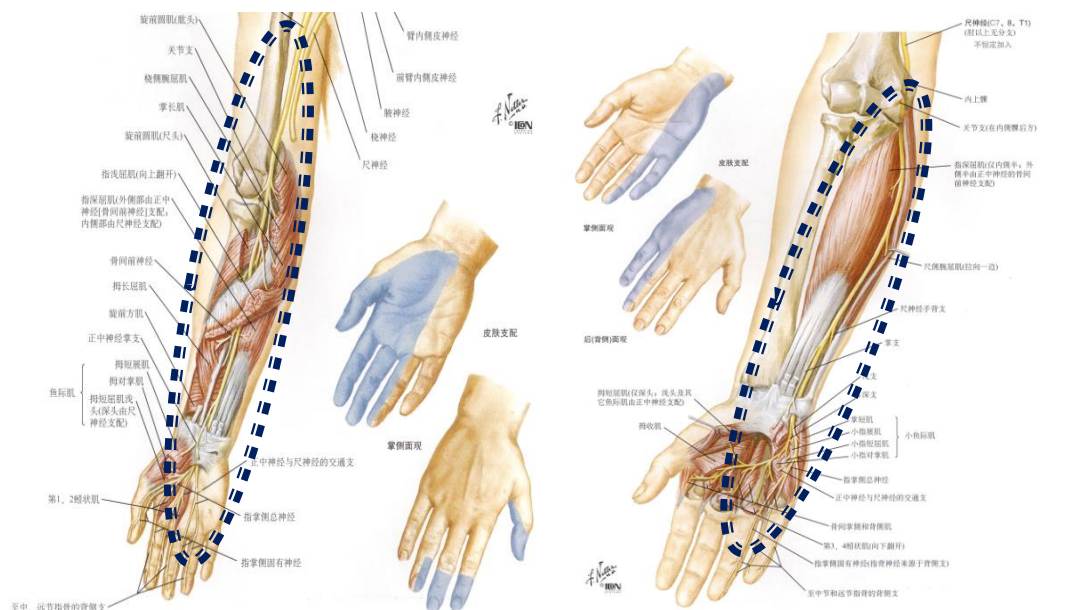
正中神經、尺神經切割傷案例分享

楊穎平，林如敏

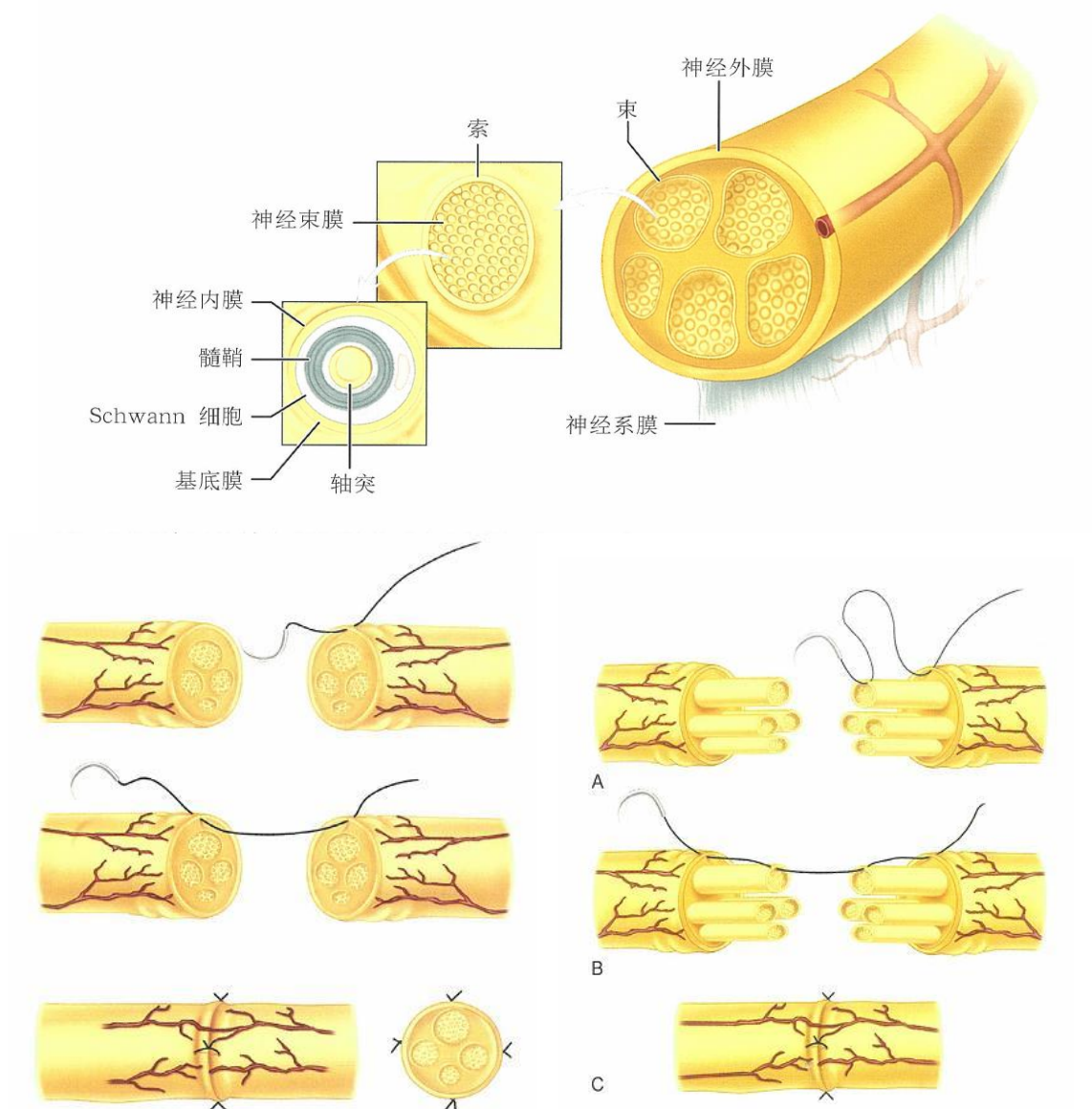
廣東省工傷康復醫院手治療

案例基本資訊

- 姓名：餘某某
- 性別：男
- 年齡：30 歲
- 職業：注塑機維修工
- 受傷日期：2017-11-23 入院日期：2018-1-10
- 主訴：異物割傷致右上肢活動受限伴感覺異常
- 診斷：右上臂割裂傷（術後）： 1.右肱動脈斷裂； 2.右正中神經、尺神經、前臂內側皮神經斷裂； 3.右肱二頭肌斷裂。
- 現病史：2017 年 11 月 23 日工作時不慎被異物割傷右上臂，由他人送至深圳市寶安區福永人民醫院，給予急診行“右上臂割裂傷清創縫合+肱動脈斷裂、正中神經、尺神經、前臂內側皮神經、右肱二頭肌斷裂修復”，入我院前未行系統康復。
- 患者需求：回歸工作

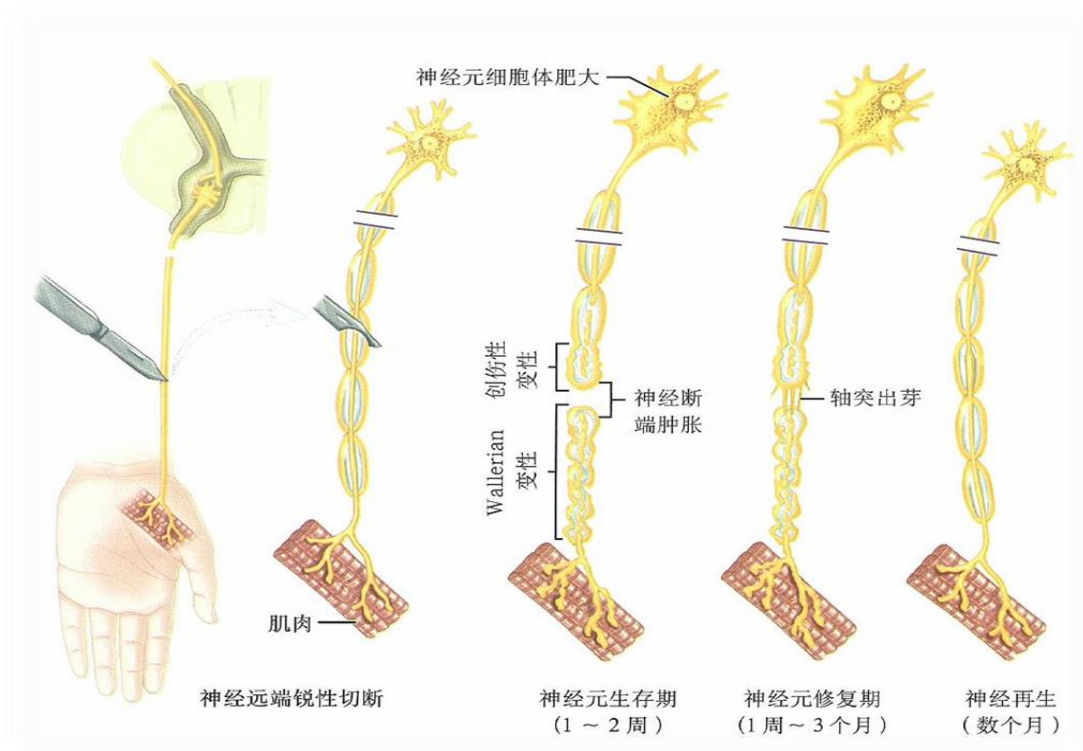


1、知識回顧



2、神經生長

- ①神經損傷後，遠端出現 Wallerian 變性，在 1~3w，損傷部位出現軸突出芽
- ②感覺神經恢復後，隨再生的進展，感覺缺失區不斷縮小，感覺功能不斷改善，2~3 個月損傷神經支配區可出現感覺異常，對輕觸覺和冷刺激感覺過敏，而壓迫常不引起疼痛
- ③隨著再生的進展，感覺功能在 1.5~2 年顯著改善

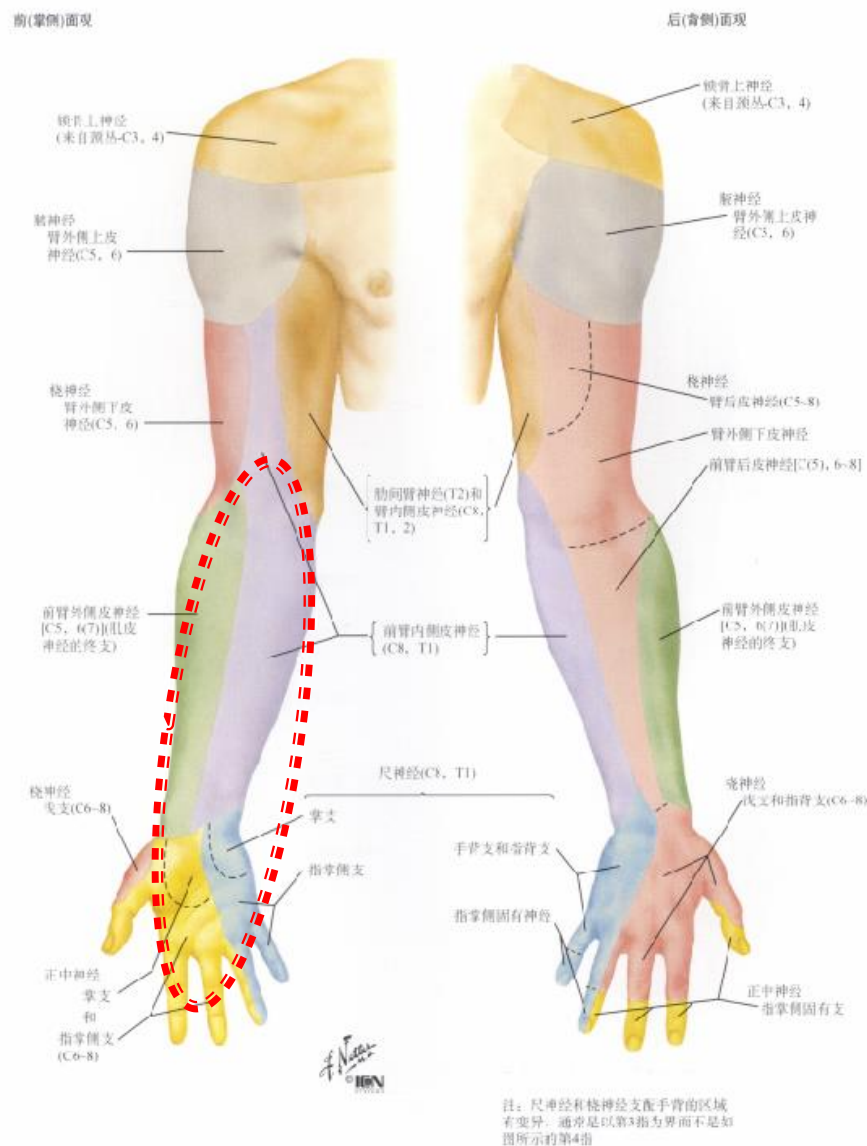


首次評估

- 1、 **ADL:** 基本自理，速度較慢
- 2、 **外形及 ROM、肌力:** 前臂掌側肌肉、大小魚際肌、骨間肌、蚓狀肌萎縮，前臂旋後、拇指內收、爪形手及猿手；無明顯前臂旋後、屈腕屈指功能，屈肘 ↓（有相應肌腹的輕度收縮）



3、感覺



4、PEO 分析

①person（人的層面）

優勢：青年，利於神經再生；其餘軀體功能完全正常；認知正常；心理精神狀態好，預後認識好

劣勢：右上肢高位神經損傷，感覺、運動均嚴重受損；右手不能抓握

②Environment（環境層面）：

優勢：工傷，經濟支持良好；公司答應可回原單位就業。

劣勢：維修工作對手的功能要求很高，短期內手功能難以達到。

③Occupation（作業層面）

優勢：熟悉機器維修技術：故障排查、電路、電子元件匹配等。

劣勢：機器維修需要雙手配合完成搬抬、力量抓握、精細操作等。

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org

患者存在主要問題

- ①、**ADL**: 日常生活以左手為主，可自理，速度慢。
 - ②、**運動功能**: 右側肩、肘、腕、手指關節的主被動活動均有不同程度的受限；右側上肢肌力下降。
 - ③、**感覺功能**: 正中神經和尺神經支配區域感覺功能受損，麻木感明顯。
- 導致**: 法完成機器維修這項作業活動，無法回歸工作

治療目標

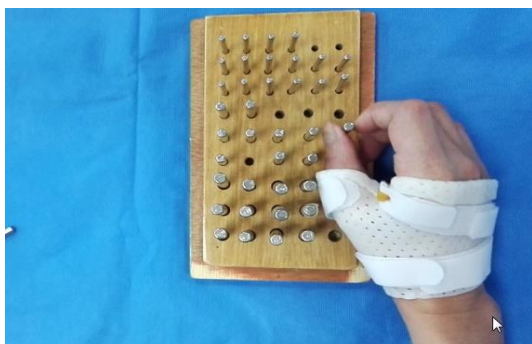
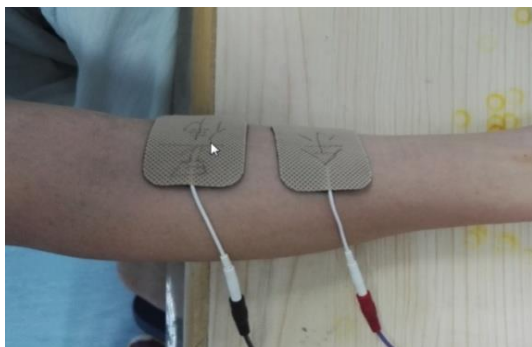
- 1、加強右手使用，輔助左手完成 ADL (2~4W)
- 2、PROM 達健側水準 (2~4W) AROM 進一步改善 (4~6W)
- 3、減輕麻木感，進一步改善感覺功能 (4~6W)
- 4、加強肌力訓練，可完成部分主動活動 (4~6W)

治療方案

1、改善 ROM:

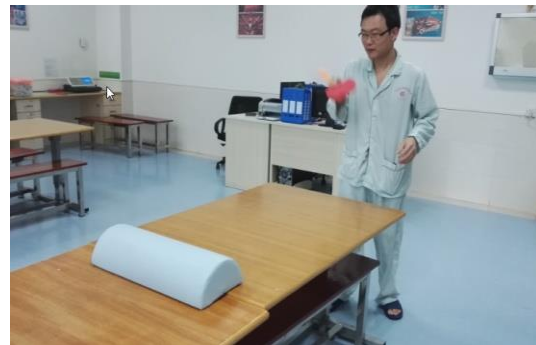


2、改善肌力



3、功能性活動

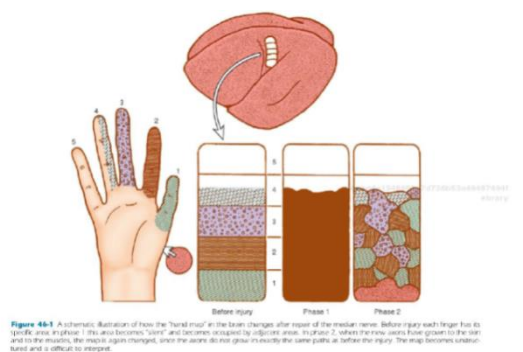
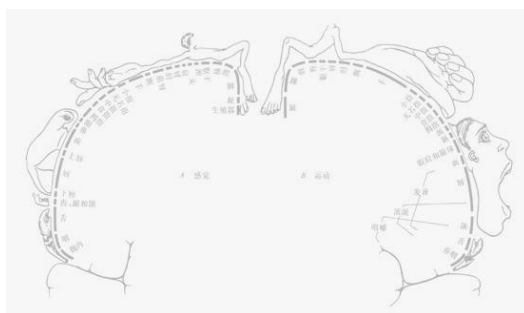


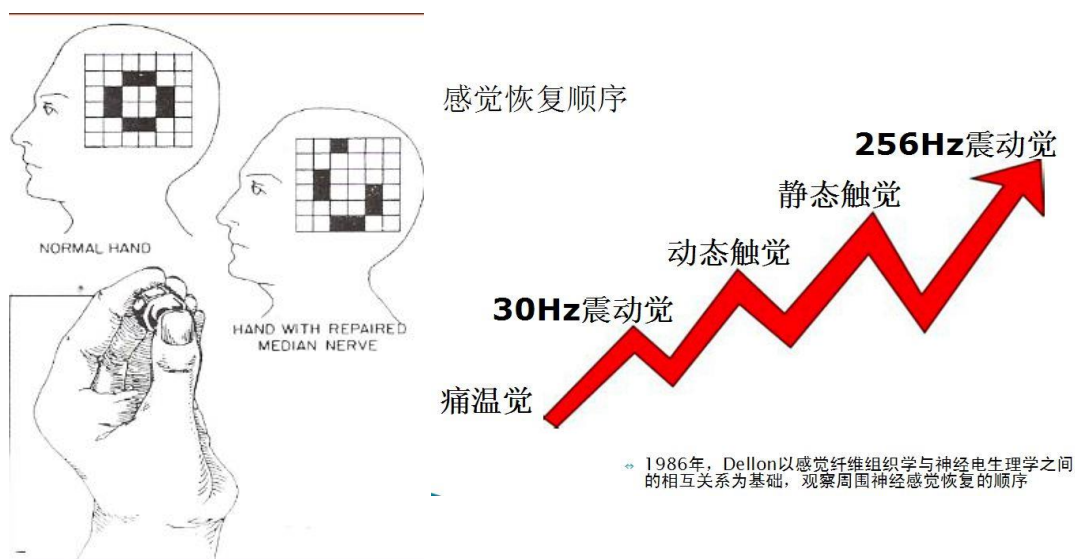


4、感覺訓練

①、名稱？再學習、再訓練、再教育、重塑．．．

②、目的？時機？方法？證據？





触辨觉及定位觉的再训练



强调使用



③、感覺處理

广东省工伤康复中心手治疗区

手部感觉障碍者的注意事项

你有这些问题吗？

局部麻木感、刺痛、灼痛、感觉过敏、感觉倒错、感觉减退、感觉消失等。

这些都是四肢神经受到损伤后感觉障碍的表现。感觉障碍通俗地说就是个体对外界的刺激变得敏感、倒错或者感觉减弱甚至消失。

如何避免损伤？

1、避免使用感觉障碍的部位去接

触危险的物体，如运转中的机器、热水、吸烟时的烟头、暖水器，或是搬运重物等。



2、避免使用小把柄的工具。

3、抓物品不宜过度用力。

4、使用工具的部位经常变换，预防某一部位的皮肤有过多的压力。

5、避免长时间用手。

6、良好的皮肤护理，保持无感觉区皮肤的柔软及弹性。

7、对感觉障碍的手、手指应该戴手套、指套保护，

经常检查手部皮肤有无受压征象，如红、肿、热等情况。



8、如果感觉缺损区皮肤破溃，应及时处理伤口，避免进一步损伤。

注意：

神经损伤导致的感觉障碍问题需要一定时间恢复，期间可以通过训练改善症状，请根据治疗师的专业指导进行训练！

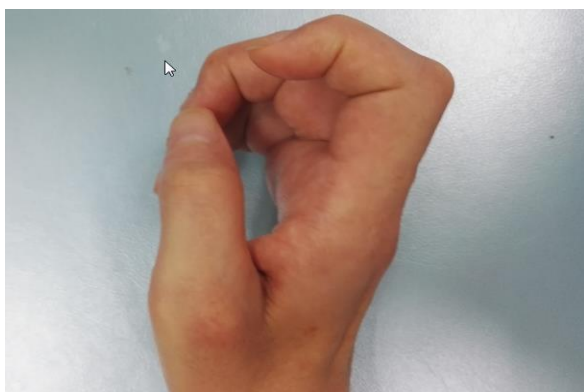
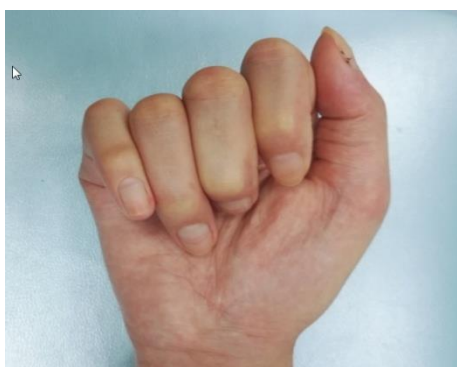


郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

總結：瞭解神經恢復規律及順序；加強感覺障礙區的保護；康復治療促進神經生長；日常生活中強調使用。

治療進展



七、小結

- 1、熟悉解剖及損傷後的恢復規律
- 2、避免二次損傷
- 3、維持 ROM、延緩萎縮
- 4、關注變化，適時促進
- 5、促進使用

八、案例思考

- 1、感覺的介入時機與方式？
- 2、是否考慮利手轉換訓練？
- 3、神經損傷能否完全恢復？

剖析 SPS 肘關節矯形器

黎景波

廣東省工傷康復醫院作業治療科

（論）肘關節的重要性

肘關節是手上肢重要的組成部分，連接手部與肩部的橋樑，其功能作用占手上肢的 50%。正常的肘關節包含肱尺關節、肱橈關節和上尺橈關節，分別參與肘關節的屈曲和伸直、前臂的旋前和旋後活動。如果肘關節僵硬喪失了正常的功能，可導致手部 70% 的運動功能受限。

美國骨科醫師學會

（AAOS）將肘關節

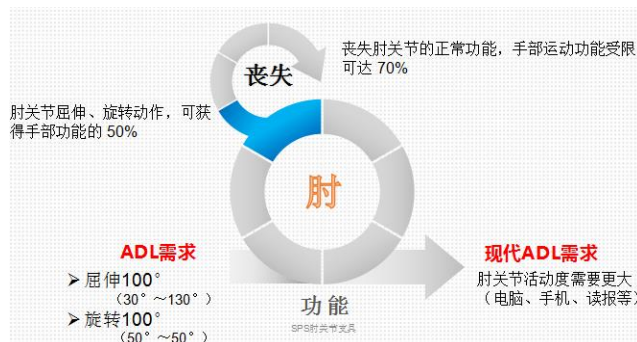
0° ~146°、前臂

71° 和旋後 84°

肘關節的生理活

圍。但作業治療師

關注肘關節的功能活動範圍，Morrey 等報導肘關節正常參與完成日常生活活動需要屈伸 30° ~130° 和前臂旋轉 100°（旋前 50° 和旋後 50°）的功能範圍。然而，隨著現代科技的發展及人們生活品質需求的提高，人們完成日常生活的方式也隨之發生改變，如使用手機（肘關節屈曲通電話）、電腦（前臂旋前敲鍵盤及使用滑鼠）、駕駛汽車、打羽毛球和乒乓球（肘關節屈伸最大範圍）等休閒娛樂活動，需要肘關節屈伸和前臂旋轉的功能活動範圍也隨



美國

屈伸

旋前

定為

動範

更關

之增加。

(聊) 臨床的疑惑

臨床工作中，我們每天都會遇到因各種病因導致肘關節僵硬的患者，但就出現截然不同的效果，如短時間內肘關節功能可完全恢復正常，也有功能基本無改善，甚至功能變差了。奇怪了，到底為什麼呢！為什麼同樣的治療有些患者效果顯著有些無效？怎麼做才是有效安全的治療方案？

(查) 肘關節僵硬的定義

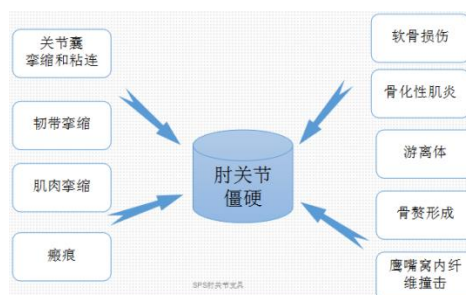
肘關節僵硬是指由於各種原因導致肘關節屈伸活動功能受限或合併前臂旋轉功能受限的總稱，活動度屈曲 $<120^{\circ}$ 、伸直受限 $>30^{\circ}$ ，常見外傷、手術、燒傷、腦卒中等原因。同時，肘關節損傷後常常導致關節僵硬、疼痛、肌力減弱、手上肢功能大幅下降，患者日常生活自理能力受限和生活品質驟然降低等功能障礙。

(看) 肘關節僵硬的流行病學

肘關節損傷占骨關節損傷的首位，發生率約占 14%。肘關節對創傷性損傷非常敏感，易發生關節粘連及僵硬。肘關節僵硬是肘關節損傷後最常見的併發症，如肱骨遠端骨折後發生率為 25%、單純性肘關節脫位後發生率為 15%、肘關節脫位合併橈骨小頭骨折後發生率為 21%；而且肘關節僵硬的預後並不理想，12%以上的患者需要再次手術說明解決關節僵硬的問題。

(析) 肘關節僵硬的原因及形成機制

肘關節僵硬的原因大致包含：關節囊攣縮和粘連、韌帶攣縮、



軟骨損傷、游離體、骨贅形成、瘢痕、肌肉攣縮、異位骨化、鷹嘴窩內纖維撞擊等。患者肘關節損傷後，不管手術是否，早期均

被石膏固定于屈曲 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 的體位 3~4 周，關節固定不僅加重韌帶、關節囊、肌腱等組織間的粘連和纖維化，也會使關節軟骨發生退行性改變，造成肘關節生物力學的改變，導致肘關節的僵硬。比如，此固定體位側副韌帶處於鬆弛狀態，關節囊數天內就可發生 3~4mm 的增厚和攣縮；肌肉和肌腱等軟組織固定時間大於 3 天就開始出現關節粘連；即使沒有損傷的關節軟骨被固定 6~12 周後，也會發生明顯的退行性改變，關節間隙變狹窄，導致關節僵硬。

(驗) 臨床循證治療方案

本作者研究使用漸進式肘關節牽伸矯形器(SPS 肘部矯形器)，包括美國進口成品 JAS 肘關節矯形器 (Joint Activity System) 和個體定制肘關節牽伸矯形器 2 種類型，矯形器均運用靜力漸進性牽伸的原理 (static progressive splint, SPS), 每次牽伸 30~40min, 以患者無疼痛或輕微疼痛為止，逐漸進行低強度長時間的牽伸，作用于肘關節周圍的軟組織，使軟組織發生應力鬆弛及蠕變，從彈性變形到達塑性變形，增加軟組織被延長的效果且減少再次損傷的風險。研究表明，牽伸強度和持續時間直接影響軟組織延長的效果，低強度長時間的牽伸方式對牽伸軟組織的效果最理想。

(運) SPS 肘部矯形器的作用原理

關節囊、韌帶、瘢痕、肌肉、筋膜等軟組織進行牽伸時具有隨時性和過程相關性的粘彈性特徵，即軟組織的牽伸長度不僅與受力大小相關，也與力作用的時間及過程相關，隨牽伸速率（應變率）的增加而增加。軟組織的變形延長具有彈性變形和塑性變形的特點，進行牽伸時需要考慮組織的應變率、應力鬆弛、蠕變、彈性變形和塑性變形等因素。

(獲) 研究療效

本研究結果顯示，SPS 肘關節矯形器可提高患者 BADL 和 IADL 能力、改善關節活動度、緩解疼痛、增加肌力、提高患者的生活品質，特別在改善肘關節活動度、緩解疼痛、提高 ADL 能力和 QOL

方面更為有效。本研究報導 SPS 肘關節矯形器使肘關節屈伸主動活動度平均增加 42.69° ，活動範圍達 110.28° ，已經能滿足日常生活所需要 100° 屈伸的功能活動範圍。SPS 肘關節矯形器是一種合理、有效改善患者手上肢功能、日常生活能力及其生活品質的康復訓練方法，臨床工作中值得推廣使用。

Simon's Ring 在偏癱手功能康復中的應用

蔡素芳

福建中醫藥大學附屬康復醫院作業治療部

在臨床工作中，您可能會遇到這些手功能障礙的問題。腦卒中後，由於異常的運動模式導致的上肢痙攣模式：肘屈曲，前臂旋前，腕屈伴一定的尺側偏，指屈曲內收，拇指屈曲內收。



大部分醫院和康復中心把治療重點放在訓練患者重新步行及在日常生活活動中獨立上，結果常常忽略了手部的關注，只是對手指進行簡單的屈伸，或是用一個分指板將手指置於伸直位，沒有進行對恢復其功能活動的特殊治療。在給患者做治療的過程中，我們常常會看到許多患者肩肘的功能挺好，然而手部的功能卻很差，腕手常常處於屈曲，拇指屈曲內收狀態，

尤其是拇指不能完成對指對掌動作，從而導致患者越來越依賴用健手進行所有的活動，患手的潛力也不能得到充分的發展，干擾到其日常生活活動的能力。

在早期，我們除了對手指做簡單的關節被動活動、使用矯形器使腕手處於伸直位、向心性纏繞或按摩手部緩解手部腫脹等以外，我們還可以怎麼做呢？

早期的介入

從發病時起，就必須充分保持患者手部的靈活性，並抑制屈曲痙攣模式；充分的利用各種治療措施，預防肌肉萎縮，保持手指的活動度，尤其是拇指的對掌功能，手指的屈伸活動；增加患者主動性。這是康復治療階段的重要組成部分。

來看看作業治療師的創新能力，靈活地使用矯形器，同樣可以將腦損傷後手功能訓練推進得很早期！



基礎版 Simon's Ring



腕背伸版 Simon's Ring

Simon's Ring（中文稱為“錦環”）是以黃錦文先生的英文來命名的，是一種創新性的用於手功能訓練的矯形器，可以有多種形式。

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org

理論基礎

對患者進行早期介入，使手指處於手掌對指的位置，儘早給予手指更多的良性刺激，同時給大腦更多的資訊回饋，希望在大腦重置的過程中提高重置的品質。

製作方法

腕背伸位 Simon's Ring，包括前臂、手腕以及手指三個部分。以下視頻演示了整個 Simon's Ring 製作的過程。

一、前臂部分製作

1. 取肢體紙樣



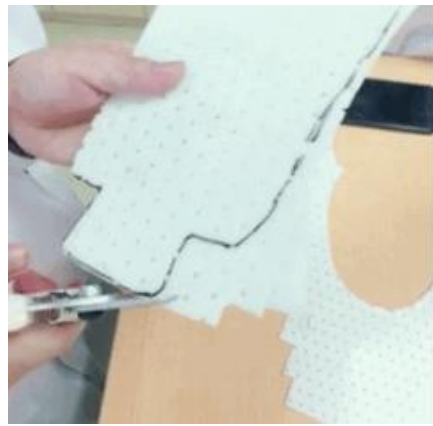
①手臂擺放：前臂旋前，腕中立位置於桌面上。筆垂直位沿著手臂的輪廓將其畫出，並標記出腕橫紋的位置。

②在上圖輪廓兩端各放寬約為手臂厚度的一半。

③在遠端多留出一部分，以便能包繞腕部附件。



2. 裁剪



① 將紙樣輪廓剪下②在 P 板上拓出一樣的圖③使用強力剪剪下板材

3. 塑型

①將板材放入大約 70℃的恒溫水箱中加熱②待到透明即可取出擦乾



③治療師將板材放在自己的皮膚上試溫，待不燙傷皮膚的溫度時便可在患者皮膚上塑形。

④待冷卻後將多餘的部分用筆劃出並取下修剪



二、手腕部分製作

①取一長約 30cm，寬約 5cm 的條子②加熱



③取出立即卷成細長條④保持在圖四姿勢待冷卻，患者手處於背伸位元（角度根據需求）



三、手指部分

①剪出一長約 30cm，寬約 3cm 的長條②如圖包繞在患者手上



③調整拇指的位置至對掌位，拇指及手指整體塑形



四、大組合

①將前臂部分的遠端多留出的部分軟化



② 將前臂部分與手腕部分連結



③ 將手腕部分與手指部分連結



④貼上魔術貼，完工



訓練方法

第一步：

佩戴好 Simon's Ring，健手托著患手（如右下角圖示），在健手的輔助下拿取木釘。



第二步：

意念想像打開手指，將木釘鬆開放入盆中。

第三步：

若患者無法主動鬆開木釘，可以使用健手拇指將木釘推開。



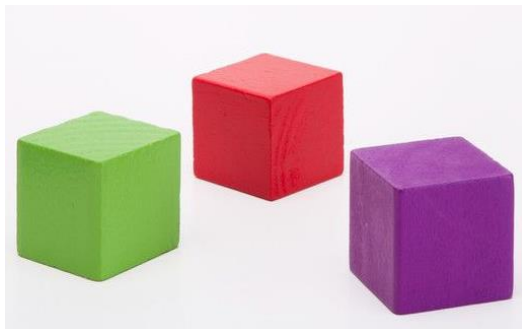
第四步：

當患者肌張力有增高時，患者可以將患手置於桌面上牽伸；放鬆後再按照第一到第三步的方法拿取以及鬆開木釘。

病房內訓練延伸

治療室內短短的半小時的訓練時間是遠遠不夠的，需要讓患者將治療室外的時間充分利用起來，增加手功能訓練的頻率（少食多餐的道理）。

1. 在病房內可以提供患者訓練的工具有很多，比如礦泉水瓶蓋、積木、小紙團等。可以早、中、晚各訓練20分鐘。
2. 囑患者在其餘沒有訓練的時間內佩戴 Simon's Ring，以保持手腕背伸位、拇指對掌位。



兒童尺神經損傷作業治療個案報導

吳珂慧，林國徽

廣州市殘疾人康復中心

尺神經損傷時臨床上常見的周圍神經損傷類型，但是臨床上兒童尺神經損傷後康復訓練報導較少，由於兒童康復訓練有其特殊的要求以及特點，我們此次從兒童本身特點與特色出發，個性化的進行了康復訓練，取得了較好的效果。

個案資料



譚某某，男，5 歲，於 2017 年 5 月 21 日在家持碗吃飯時不慎摔倒，被破碎的碗割傷左側手腕，到當地醫院就診，診斷為：1、左腕部割裂傷 2、左尺神經斷裂 3、左尺側腕屈肌腱、小指固有屈肌腱、無名指小指深淺屈肌腱斷裂。行“左腕部傷口擴大清創、肌腱血管神經探查吻合術”。術後石膏固定約 6 周，未接受系統的康復治療。

因左手畸形伴活動受限 2 個月，於 2017 年 7 月 21 日至我康復科進行康復治療。

康復評估

1、日常生活活動表現：改良 Barthel 評分為 98/100，生活基本自理，僅在個人衛生和洗澡方面需要少量說明，其餘專案滿分。患兒自從術後佩戴石膏托 6 周，極少使用左手參與主動活動。即使在拆除

石膏托後，這種情況仍然持續。日常活動以及遊戲時基本只使用右手，經家長再三要求和提醒才偶爾使用左手。如果非要使用左手，則更多的是用左手進行按壓，儘量逃避用左手進行抓握。

2、認知：對答切題，無認知障礙。性格活潑、好奇。

3、感覺：根據尺神經支配區域進行痛溫觸覺測試未見明顯異常。

4、夾紙試驗陽性。

5、Froment 征陰性。

6、R O M：讓患者左手手指伸直時，左側環指掌指關節過伸 30°，近端指間關節屈曲 90°，遠端指間關節屈曲 5°；左側小指掌指關節過伸 30°，近端指間關節 65°，遠端指間關節 90°。

7、握力和捏力：

項目	左側 (kg)	右側 (kg)
側捏	1.2	1.8
三指捏	0.6	2.1
指尖對指尖	0.9	2.4
拇指對食指	1.4	1.9
拇指對中指	0.8	2.2
拇指對環指	0.6	1.3
拇指對小指	0.2	0.7
握力	1.8	7.2

8、瘢痕：增生期瘢痕，右側腕圍度 11.5 cm，左側 12 cm。

家長的期望

患兒家長希望患兒左手環指和小指能伸直，有力氣，左手主動輔助右手進行吃飯，喝水和玩玩具等活動。

分析

1、神經生長情況：神經損傷分為完全性神經損傷和非完全性損傷，均會出現支配區域的感覺運動障礙。而神經軸突的再生速度為：上臂 8.5mm./天，前臂近端 6.5mm/天，腕部 1-2mm/天，手部 1-1.5mm/天，患兒到我中心進行康復時已經為術後 2 個月，根據推斷，神經恢復生長大概為 60-90mm 左右，進行感覺評估時根據個案表述為無特殊感覺，Tina 征未引出，神經恢復情況良好。

2、肌腱恢復情況：根據肌腱恢復分期，可以分為炎症期（0-2 周）、增殖期（5-6 周）和重塑期（6 周之後），目前患兒受損肌腱處於重塑期，肌力不足，活動受限，爪形手仍然存在，從而影響了左手參與日常活動。

3、瘢痕情況：從疤痕的活躍程度可以判斷患兒為瘢痕體質，表現為術後疤痕膨出，高於皮膚，顏色較鮮紅。如果繼續向內增長，有可能會影響肌腱以及神經恢復，造成粘連。

4、促進因素：個案認知良好，在神經以及肌腱損傷，導致左手功能不佳的情況下，通過儘量使用右手進行代償，對日常生活影響較小；家長對於左手功能較為關注，並能很好地配合康復治療和訓練。

5、不利因素：患兒年齡較小，所以配合度以及自我控制能力不佳，大部分的時間無法主動自覺使用左手；已有一定程度的習得性廢用。興趣轉移快，過於活躍，難以維持較長時間專注力。

康復目標

短期目標：患兒一周後在佩戴支具的情況下，左手拇指、環指和小指可以參與玩玩具活動（捏跳棋、玻璃珠等）

長期目標：患兒四周後在佩戴支具的情況下，用雙手完成個人衛生和畫畫、書寫等活動。

康復計畫

首要解決肌腱恢復問題：環指和小指的靈活性、肌力，通過設計遊戲進行訓練。

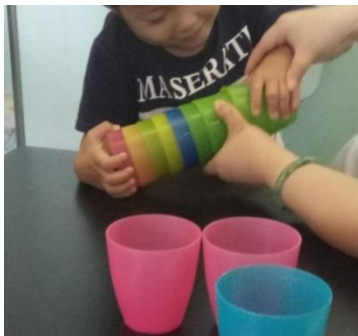
1、佩戴支具：防止掌指關節過伸，輔助環指和小指與大拇指對掌



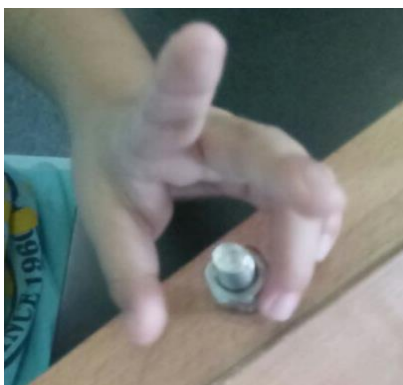
2、癥痕松解：防止癥痕黏連，防止向下擠壓到神經、肌腱和血管從而造成肌腱黏連



3、手內功能訓練：訓練肌力：環指小指側捏、柱狀抓握、全手掌抓握。使用手功能訓練系統內置遊戲進行手部各抓握能力訓練



4、豐富多樣的遊戲訓練項目：提高肌力的同時也手部精細動作，雙手協調。



康復效果

經過了三周積極、系統的康復訓練，患兒的手部功能有了較大改善，短期目標以及長期目標均已達到。

患兒環指和小指的掌指關節過伸位恢復正常範圍、遠端指間關節可以伸直完全。



握力、捏力明顯提高：

項目	左側 (kg)	右側 (kg)
側捏	1.2	2.1
三指捏	1.1 (+0.5)	2.2
指尖對指尖	1.1 (+0.2)	2.3
拇指對食指	1.4	2.1
拇指對中指	1.1 (+0.3)	2.2
拇指對環指	1.1 (+0.5)	2.2
拇指對小指	0.8 (+0.6)	2.4
握力	3.4 (+1.6)	7.2

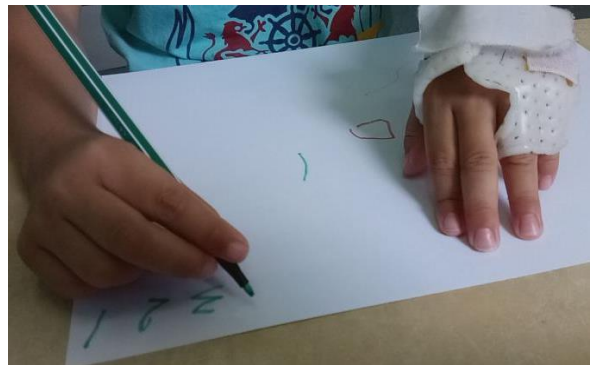
3、患兒對患手的使用意識明顯提高，主動使用左手（部分活動需左手佩戴支具）輔助右手玩玩具、吃飯、喝水的時間占活動總時間的百分之七十。無明顯障礙。

4、癍痕顏色變淺。

出院前康復宣教

個案為 5 歲的兒童，在家長關注的遊戲、以及簡單的喝水進食功能之餘，也需要關注一個幼稚園的兒童需要的執筆書畫的功能，並為

明年上學做準備。在出院前，教導家長與個案如何在佩戴支具情況下完成各項功能活動。



討論

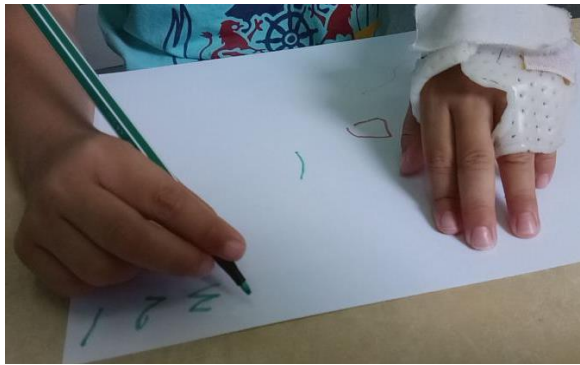
1、尺神經損傷後抗爪形手的支具主要是限制後兩指掌指關節過伸，輔助環指和小指與大拇指對掌，成人的支具（如下圖）會儘量的容易穿脫方便個人操作，而兒童支具則有不同的思路，因為佩戴支具之後會有一定的限制感，大多數兒童會抗拒或者會自行解開支具，導



致支具無法佩戴足夠時間產生應有的效果，所以本次給個案設計支具時，在提供應有的輔助作用和儘量的提高舒適度後，我們設計了一個不易自行脫下的支具形式，包裹範圍更大，這樣個案佩戴上之後就不易自行脫下，可以在一定程度上保證了支具佩戴的時間以及效果。之後的治療過程以及效果也證明了這一思路的正確性。

2、兒童因為有其生長發育以及性格特點，好奇心強而專注時間較短，對於枯燥的訓練過程耐受性很低，所以如果治療過程不能吸引他的注意力並投入其中，訓練效果會很差，甚至導致孩子會有逆反心理，不願意參與訓練治療。所以治療師需要與兒童建立良好的治療關係，充分瞭解孩子性格特點以及喜好、優勢。個案為 5 歲男童，個性

活潑喜愛新鮮玩具和遊戲，遊戲層次處於建構遊戲以及象徵遊戲層次，所以基本每天的訓練都會根據他的遊戲層次提供相應的建構遊戲和象徵遊戲，通過改變玩具形式和遊戲結構讓孩子每天都處於期待和興奮的狀態，較好的治療關係也讓孩子能夠按照治療師要求的方式進行遊戲，這也是本次個案效果叫好的主要原因之一。



3、神經肌腱損傷後康復是有其特定的恢復時間以及階段的，治療師需要充分的瞭解和尊重神經肌肉恢復的過程，只有根據臨床路徑在相應的治療階段才可以進行相應形式和強度的治療，如果不能很肯定的話需要諮詢手術醫生和康復醫生，在專科醫生的指導下進行治療，以免發生意外的醫療事故。本次的個案我們也是在充分進行了神經以及肌腱的評估之後根據臨床路徑制定相應的治療計畫，這樣治療師也會更有把握和信心。

4、在進行神經損傷後康復治療時，一部分治療師或者家長會更關注手部具體形態以及功能的恢復。而因為學齡前兒童的日常生活自理以及學習等活動尚未完全發育成熟，，甚至是某些作業治療師也會迷失在身體功能與結構的框架之中，將作業治療又變為一個手部的PT，但其實我們在進行低幼年齡段孩子的治療時應該充分瞭解，遊戲是孩子非常重要的日常作業活動的一部分，而除了簡單的日常生活自理活動，執筆寫畫能力也是需要為孩子的將來重要的手部操作功能之一。作業治療師需要強化自己的作業思維，將治療泛化到日常生活中，教導家長在平時可以如何鼓勵引導兒童使用雙手，這樣才可以獲得更好的治療效果。

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

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

壓、甘露醇”。為進一步診治以“腦出血”收住廣醫二院神經內科。

3.外傷手術史：30 餘年前曾因胃出血行胃部分切除術。

4.既往史：高血壓，10+年，未予降壓治療，未監測血壓。

5.定位：大腦中動脈

(1) 突發右側肢體無力、言語不清

(2) 頭顱 CT 見左側基底節-放射冠區腦出血

6.定性：出血性

(1) 患者老年女性，急性起病

(2) 頭顱 CT 見明確出血



7.初步診斷：1.高血壓性腦出血；2.高血壓 3 級，很高危。

(二) 個人因素

1.興趣愛好：聽歌、唱歌、飲茶

2.文化程度：高中

3.職業：辦公室職員（已退休）

4.情緒：抑鬱狀態，消極低落，沉默少語，時常落淚。

5.社會角色：妹妹（患者有 2 個姐姐），母親（有 1 個 20 余歲的女兒），友人（住院期間有多位好友探視），妻子（未確定，因住院期間未見、未提及其丈夫）。

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org

6.生活形式：平日較喜歡在家中聽歌，時常與朋友前往 KTV 唱歌，偶爾與家人或朋友喝早茶。

7.人生價值觀：生活自由，重視金錢，偶爾與親朋好友聚會，與家人過著溫馨平凡的生活。

8.生活期待：生活自理，回歸原來的角色和生活形態。

9.患者目標：可以生活自理，說話清晰，可和朋友們去 KTV 唱歌

10.COPM 評分：

活動項目	活動評分	滿意評分
1.可和朋友們去 KTV 唱歌	4	4
2.能坐公車後行走到酒樓飲茶	1	1
得分（總分÷項目數）	2.5	2.5

（三）環境因素

1. 社會性環境

（1）家庭支持：家人支持強，兩位姐姐和一位弟媳輪流照顧，但未見其丈夫，一女兒在海珠區工作常在下班後進行探視。經濟情況一般，近期家庭中因事有十幾萬支出。

（2）醫院人文：醫生、護士關愛細緻，同病房有一位病友隨和健談，但隔壁病房有一位失智病友常在夜間喊叫，影響他人睡眠。

（3）社會支持：廣州職工醫保。

2.物理性環境

（1）醫院環境：監護儀與病區存在吵雜聲，護欄病床，床旁拉簾確保隱私；獨立衛生間，坐廁，幹濕分離，浴室設有防滑墊。

（2）居家環境：客廳寬敞整潔，無門檻；臥室內床寬 1.8 米，彈簧床墊；廁所為坐廁，浴室無干濕分離；廚房灶台較矮（最高處齊患者髖部），煤氣爐；樓梯房 6 樓，社區便利性好。

（3）出行環境：商業區，有人行道，人多擁擠，較多灰塵，公車站方便到達。

二、客觀資料（評估時間：3 月 15-16 日）

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org

1. Brunnstrom 分期（右側肢體臥位）

上肢：V 期

手：V 期

下肢：V 期

2. 肌張力：正常

3. 被動關節活動度：正常

4. 感覺：右側肢體觸覺、溫度覺稍減

5. 肌力：（右側肢體）

肢體 MMT	肩部	肘部	腕部	髖部	膝部	踝部
屈肌 群	3	3+	3	3+	3+	3+
伸肌 群	不合作	3	3	3+	3+	3+

手部肌力	左手	右手
握力	17.8 LBS	8.2 LBS
拇-示指捏力	7 LBS 15OZ	5 LBS 4OZ

6. TCT（Trunk control test）：12（健側向患側翻身）+12（患側向健側翻身）
+不合作（臥坐轉移）+不合作（雙足懸空保持坐位 30 秒）=25

7. 平衡能力：

（1）坐位平衡：不合作；（2）站立平衡：不合作。

8. 協調能力：

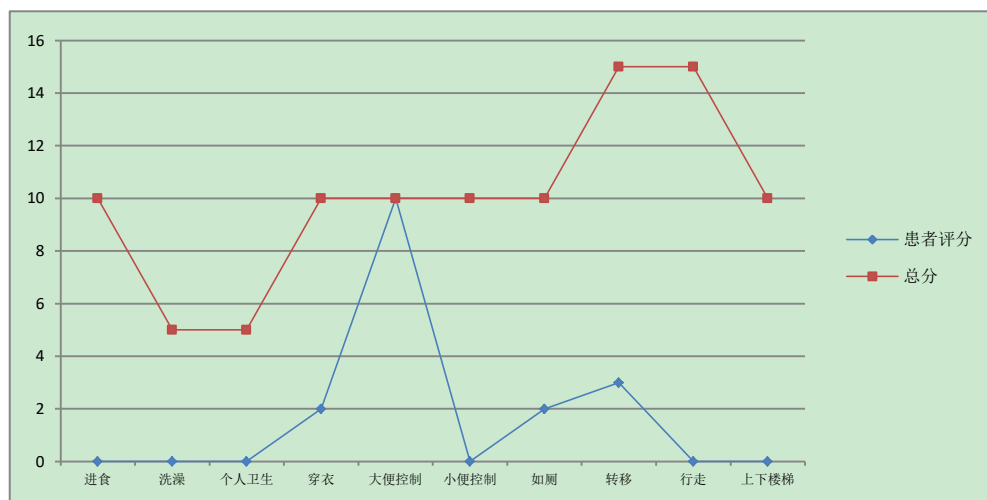
（1）指鼻試驗：稍慢，完成 5 次指鼻動作左側用時 13 秒，右側 23 秒；

（2）上肢輪替試驗：右側較慢；

（3）下肢跟膝脛試驗：右側稍慢。

9.語言吞嚥功能：口齒不清，找詞困難；仰臥位進食液體食物易噎咳。

10.生活技能：MBI 評分 17 分



11.MMSE 評估 (2018.3.16)

記錄		評分
I 定向力 (10 分)	1928	0
	春季	1
	3 月	1
	8 日	0
	星期五	1
	中國	1
	廣州	1
	河南區	1
	?	0
	14 樓	1
II 記憶力 (3 分)	皮球	1
	國旗	1
	樹木	1

III 注意 力和計算力 (5 分)	100-7	30	0
	-7	13	0
	-7	9	0
	-7	2	1
	-7	?	0
IV 回憶能 力 (3 分)	皮球		1
	中國		0
	?		0
V 語言能 力 (9 分)	命名能力	鉛筆	1
		手錶	1
	複述能力	√	1
	三步命令	√	1
		√	1
		×	0
	閱讀能力	√	1
	書寫能力	×	0
	結構能力	×	0
總 分			18

三、評估

(一) 存在問題



(二) 功能診斷

1. 右側肢體分離運動不足、運動協調性障礙、肌力下降，右手精細抓握障礙及需絕對臥床休息致進食、洗漱、穿衣等 ADL 活動受限

2. 定向力、計算力、短時記憶能力下降致獨自出外社交（如唱 K、飲茶）存在走失風險

(三) 治療依據

1. 神經重症康復中國專家共識康復介入時機^[1]:

(1) 血流動力學及呼吸功能穩定後，立即開始。

(2) 入 ICU/NICU 24—48h 後，符合以下標準：心率 $P > 40$ 次/分或 $P < 120$ 次/分；收縮壓(SBP) ≥ 90 或 ≤ 180 mmHg 或/和舒張壓(DBP) ≤ 110 mmHg 平均動脈壓(MBP) ≥ 65 mmHg 或 ≤ 110 mmHg；呼吸頻率 ≤ 35 次/分；血氧飽和度 $\geq 90\%$ 機械通氣吸入氧濃度(FIO₂) $\leq 60\%$ 呼氣末正壓(PEEP) ≤ 10 cmH₂O。

2. 相關文獻：

(1) Craig^[2]認為與對照組（平均發病 31 小時開始康復）相比，超早期康復組（平均發病 21 小時）在三個月後的獨立自理能力得到明顯提高；

(2) Bernhardt^[3]定義超早期康復研究中對照護理首次活動為發病後 30.8h，超早期康復護理首次活動為發

病後 18.1h，干預至出院或 14d，將三個月後患者死亡數和不利事件作為安全性指標，發現腦卒中後 24 小時內的康復訓練安全可行，有效提高患者生活品質且不會增加 3 個月內死亡率，降低醫療費用，加速獨立行走的恢復。

(四) 早期治療原則

1. 加強監護，保障康復技術操作的標準化和安全性；
2. 具備條件者，儘早離床，避免長期臥床導致的一系列併發症；
3. 在評定基礎上，確定階段性康復目標；
4. 確定超早期標準化 ABCDE 組合康復程式：
A 喚醒，B 呼吸訓練，C 適度鎮靜，D 譫妄的監控，E 早期移動和\或運動練習；
5. 可以選用針對性物理因數治療及中醫藥辯證施治；
6. 營養支持，循序漸進恢復患者耐力；
7. 強調多學科合作，關注整體康復；
8. 對患者及家屬的心理支持、宣教應列入康復計畫；

(五) 治療目標

- | 1. 早期目標（2 周） | 2. 中期目標（一個月） | 3. 後期目標（兩個月） |
|------------------------------------|--|--------------------------|
| （1）維持關節活動度、肌力、軀幹控制能力； | （1）坐位平衡達 II 級以上，TCT 達 87 分以上（臥坐轉移 12 分）； | （1）BADL 完全獨立，MBI 達滿分； |
| （2）預防壓瘡、深靜脈血栓及其他併發症； | （2）少量輔助下完成 ADL，監督下行走 10 分鐘； | （2）嘗試參與家務活動，如折衣服、摘菜、洗碗等； |
| （3）獨立床上翻身，中、大量輔助下完成 ADL； | （3）可短時記憶 3-5 個單位內容，計算能力加減法三位位數可基本準確計算； | （3）適應出行環境，家人監督/獨立出行； |
| （4）可對當前空間、時間較準確定向，可短時記憶 2-3 個單位內容； | （4）重拾興趣，家人監督下行走/乘坐輪椅前往酒樓飲茶； | （4）與親戚/朋友前往 KTV 唱歌、逛街。 |
| （5）改善醫院病房環境，情緒好轉，可與他人進行日常交流。 | （5）改善居家環境。 | |

四、治療計畫

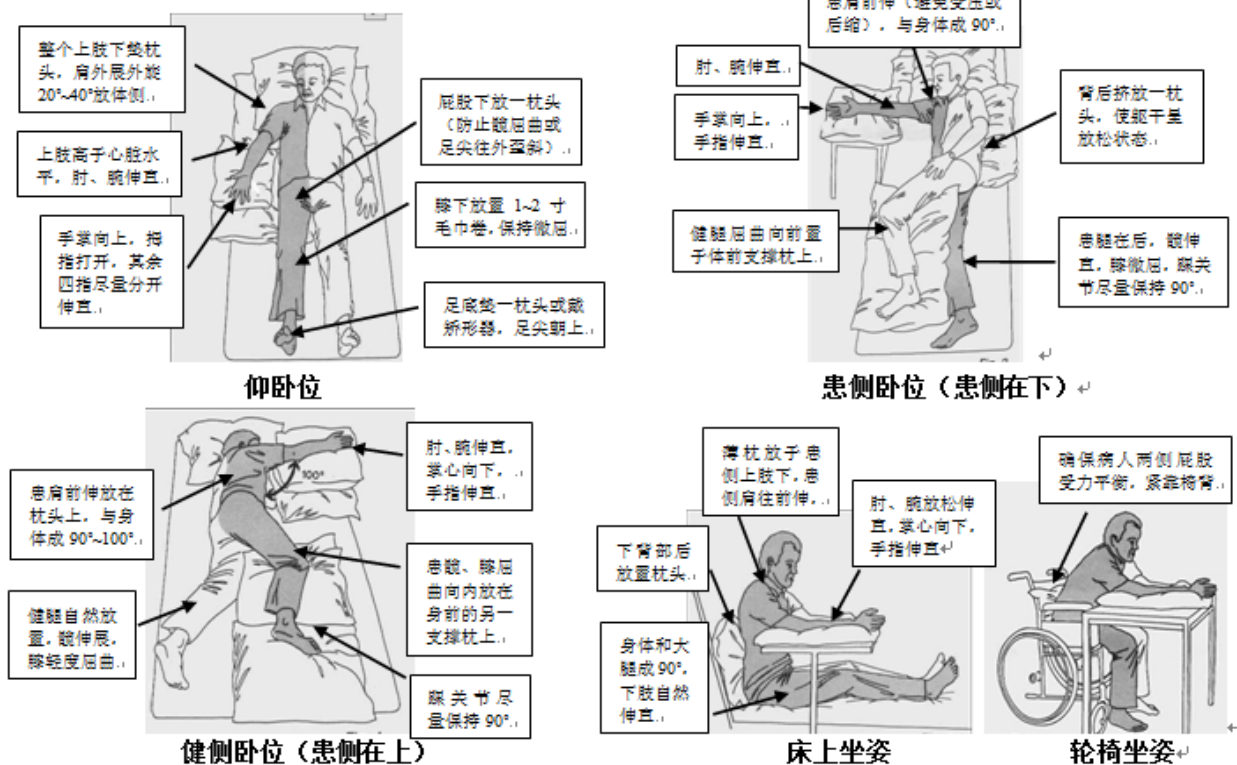
(一) 康復宣教 (2018 年 3 月 15 日, 發病後 20 小時, 首次治療)

1. 良姿位擺放

對患者家屬進行仰臥位、患側臥位、健側臥位良姿位擺放宣教, 1-2 小時進行體位更換, 並提供《康復治療部溫馨提示》紙張。腦出血急性期患者需處於絕對臥床狀態, 可視情況逐漸抬高床頭 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

康復治療部溫馨提示

一、良姿位擺放: (陰影為偏癱側)



2. 預防深靜脈血栓

踝泵運動: 做踝部背屈、蹠屈動作, 各保持 10s, 間歇休息, 15-20 分鐘/組, 2-3 組/天。

3. 營養支持

選擇易消化、富含膳食纖維的食物, 促排便食物, 如番薯、香蕉等 (避免便秘如廁時憋氣, 加重腦出血病情); 補充優質蛋白, 適當補充維生素; 定時定量, 少量多餐。

4. 患者家屬宣教

(1) 適當鼓勵患者主動參與 ADL;

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

- (2) 關注患者興趣的延續，轉化消極情緒；
- (3) 開導與正能量的灌輸。

(二) 呼吸訓練



- 1.目的：提高運動耐力與心肺功能，防止肺部併發症出現；
- 2.腹式呼吸訓練，3-5min/組，3-5 組/天；
- 3.難度進階：在腹部增加阻力，如放置沙袋或徒手施阻。

(三) 醫院環境改造



- 1.安裝手機支架（建議持續使用手機 10-20min 後進行休息）：可使用手機聽歌、與朋友互動，增加與外界聯繫；
- 2.配備耳塞：掩蓋監護儀響聲、失智患者叫聲，改善睡眠情況；

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

3.配備耳機/小音箱：播放歌曲，愉悅身心。

（四）維持軀幹能力（發病後 44 小時，第 2 次治療）

1.床上翻身訓練：無外界輔助翻身，注意防止患者頸部過度屈曲代償，5 個/組，4 組/天。

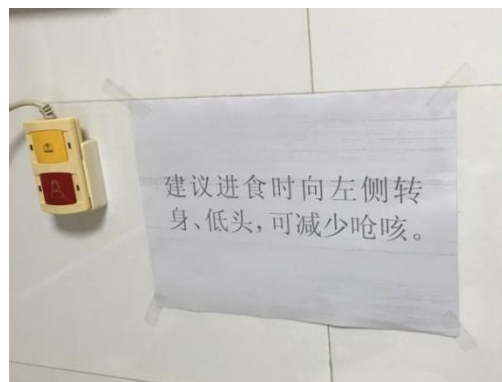
2.橋式運動：8 個/組，6 組/天，有助於提高床上如廁活動的參與程度，建議適配便盆。

（五）改善 ADL 能力

1.進食：

ADL 訓練中首先選擇進食訓練，有以下原因：①進食在 ADL 中難度較低，是大部分患者的早期康復目標；②患者的興趣、生活方式中提到患者常外出飲茶，而飲茶進食點心的過程需要使用筷子、勺子，進食活動的恢復有利於患者興趣的延續、生活方式的回歸；③患者的社會角色包括妹妹、母親、友人，與親人、朋友聚會用餐是患者建立社會關係的一種方式，進食活動表現的進步有利於患者情緒狀態、社交能力的改善。

（1）仰臥位進食姿勢代償：建議患者進食時向左側轉身、低頭，可減少嗆咳。因為患者家庭支持程度強，輪流照顧，可粘貼提示於床頭，避免不同照顧者因未及時接受宣教而對患者照顧不當。



（2）餵食方式的調整：在交流中瞭解到家屬習慣將食物喂到患者舌後方，易造成嗆咳，治療師建議將食物喂投至舌下方，避免嗆咳。

（3）餐具改造：患者的湯勺為較薄、邊緣鋒利的不銹鋼質地，存在劃割傷嘴部皮膚的風險，建議家屬將餐具改變為勺面較大、較深、邊緣圓鈍的陶瓷勺進行餵食。

(4) 用勺進食訓練

①側捏撕魔術：增強拇示指捏力，10min/組，2 組/天。

②加粗勺柄進食訓練：10min/組，2 組/天

(5) 用筷進食訓練

①改造筷子進食訓練：在兩支筷子上方利用方塊泡沫軟墊及膠布纏繞進行連接，進行夾取泡沫方塊訓練，可降低持筷進食訓練的難度，5-10min/組，2 組/天。

②對指、側捏肌力訓練：進行連接夾子訓練，10min/組，2 組/天。



2. 洗滌

(1) 刷牙訓練：使用牙刷在礦水瓶瓶身特定位置進行來回協調刷擦模擬刷牙活動，30s/組，10 組/天。

(2) 木插板訓練：改善患側肢體手眼協調，10min/組，2-3 組/天。

(3) 擰毛巾訓練：使用賽樂棒模擬擰毛巾訓練，10 次/組，6-8 組/天。



3.穿衣訓練：

(1) 臥位下穿衣訓練：建議自行穿脫外套，先穿患側衣袖，向左側翻身將衣服塞至背部，通過向右側翻身，將衣服拉出穿入健側衣袖，扣鈕扣並整理。

(2) 運動協調訓練伸手入套圈：增強患者患側伸入衣袖的動作準確性、流暢性，10min/組，2 組/天。

(六) 認知訓練

1.時間、空間定向訓練（聊天提問、閱讀報紙、手機閱覽形式）

2. 短時記憶結合計算能力訓練（數錢、打撲克牌）



五、再評估（2018 年 3 月 23 日）

1.情緒：僅 3.15 和 3.16 哭泣後無再流淚，笑容增多，願與人交流。

2.Brunnstrom 分期（右側肢體臥位）

上肢：V 期

手：V 期

下肢：V 期

3.肌張力：正常

4.被動關節活動度：正常

5.感覺：右側肢體觸覺、溫度覺稍減退

6.肌力：（右側肢體）

肢體	肩部	肘部	腕部	髖部	膝部	踝部
MMT						
屈肌	3 →	3+	3 →	3+	3+	3+

群	3+		3+			
伸肌 群	不合 作	3	3	3+	3+	3+

手部肌力	左手	右手
握力	17.8 LBS→19.4 LBS	8.2 LBS→13.6 LBS
拇-示指捏力	7 LBS 15OZ → 7 LBS 6OZ	5 LBS 4OZ → 6 LBS 2OZ

7.TCT (Trunk control test): 25 (健側向患側翻身)+25 (患側向健側翻身)+
不合作 (臥坐轉移)+不合作 (雙足懸空保持坐位 30 秒)=50

8.平衡能力:

(1) 坐位平衡: 不合作; (2) 站立平衡: 不合作。

9.協調能力:

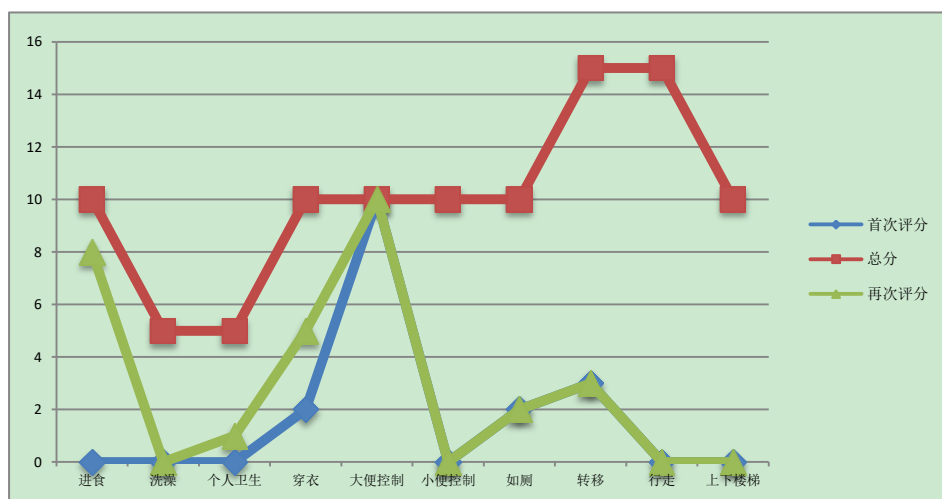
(1) 指鼻試驗: 稍慢, 左側 13 秒→11 秒, 右側 23 秒→13 秒;

(2) 上肢輪替試驗: 右側較慢;

(3) 下肢跟膝脛試驗: 右側稍慢。

10.語言吞嚥功能: 聲音響度較前增加, 仰臥位進食噎咳減少。

11.生活技能: MBI 評分 29 分



12.MMSE 評估 (2018 年 3 月 26 日)

記錄		評分
I 定向力 (10 分)	2018	1
	春季	1

	3 月		1
	23 日		0
	星期一		1
	中國		1
	廣州		1
	河南區		1
	?		0
	14 樓		1
II 記憶力 (3 分)	皮球		1
	國旗		1
	樹木		1
III 注意 力和計算力 (5 分)	100-7	93	1
	-7	86	1
	-7	70	0
	-7	?	0
	-7	?	0
IV 回憶能 力 (3 分)	皮球		1
	國旗		1
	?		0
V 語言能 力 (9 分)	命名能力	鉛筆	1
		手錶	1
	複述能力	√	1
	三步命令	√	1
		√	1
		×	0
	閱讀能力	√	1

	書寫能力	×	0
	結構能力	×	0
總 分			21

13.COPM 評分：（因治療時間短，患者仍處於臥床及仰坐狀態，患者目標未達到）

活動項目	入院評定		出院評定	
	活動 評分	滿意 評分	活動 評分	滿意 評分
1.可和朋友們去 KTV 唱歌	4	4	4	4
2.能坐公車後行走 到酒樓飲茶	1	1	1	1
得分（總分÷項目數）	2.5	2.5	2.5	2.5

表現總分差值= 2.5-2.5 = 0

滿意度總分差= 2.5-2.5 = 0

六、思考

（一）超早期康復介入時機

當腦卒中患者發病後符合神經重症康復中國專家共識康復介入時機中的指征，即可介入床邊作業治療，但建議發病 24 小時內以作業治療宣教為主，24 小時後開始以低強度進行 ADL、肢體功能及認知等訓練。

（二）PEO 模式的運用

儘管是在腦卒中急性期，為患者進行床邊作業治療，亦需要參考 PEO 模式，分析患者的個人因素、環境因素及活動因素，使用 COPM 瞭解目標活動活動評分及滿意評分，體現以患者為中心的理念。

（三）始于宣教，止于宣教

宣教是作業治療重要的一部分，腦卒中急性期的患者及家屬都感到茫然無措，早期充分的宣教可達到維持患者良好的功能狀態、預防併發症、情緒疏導及促進恢復患者 ADL 獨立性的作用，出院時的個性化宣教可提供紙質版家庭康復訓練計畫、環境改造及輔具建議及活

動改造設計等內容，促使患者早日回歸生活軌道。

（四）患者情緒情感的關注

作業治療通過延續患者的興趣、重視其生活方式及社會角色的回歸等方式，使患者積極地參與有意義的活動除了可使人忘記痛楚、增加運動量外，還能提高人的自我觀念、自我控制能力、社交技巧及生活滿足感^[4]。

（五）環境改造、代償方式及輔具提供

由於腦卒中急性期的患者短期內會在醫院內進行診療，對於其早期作業治療的思考可關注醫院的物理環境及人文環境，對於造成患者活動受限或參與能力下降的環境因素進行針對性的處理，建議對於物理環境可進行適應性改造，人文環境則可嘗試通過宣教、訪談等方式改善。

（六）OT 與 PT、ST 的關係

在臨床中，患者及家屬容易混淆康復科各部門的關係及分工，為了區別各學科性質，床邊作業治療對患者以 PEO 模式進行思考，重視患者興趣愛好的延續，通過以任務導向的治療性作業活動、環境改造、輔具提供及適應性代償等方式，提升患者的感覺、運動、認知等功能，鼓勵其主動參與至 ADL 活動、職業活動及休閒娛樂活動，提高患者參與社會活動的能力。

[1]倪瑩瑩，王首紅，宋為群，等. 神經重症康復中國專家共識（上）. 中國康復醫學雜誌[J]. 2018, 33(1):7-14.

[2] Craig LE. Bernhardt P, et. Early mobilization after stroke :an example of an individual patient data meta-analysis of a complex intervention[J].Stroke,2010,41(11):2632-2636.

[3] Bernhardt J,Dewey H,Thrift A,et al.A very early rehabilitation trial for stroke(AVERT)phase II safety and feasibility[J].Stroke,2008,39(2):390-396.

[4] Rogers JC.The study of human occupation.In:Kiellhofner G,eds.Health through occupation:theory and practice in occupational therapy. Philadelphia:FA Davis,1983.93-124

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“以前能做什么”、“現在能做什么”、“現在需要做什么”、“以後想做什么”，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、洗漱、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/小量幫助
- 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

網頁（website）：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。

作業治療與社區康復

社區康復——一座連接醫院與家庭的橋

國昌鳴，羅倫

成都市第二人民醫院康復醫學科作業治療部

分享一位重建生活為本回歸社區的個案故事

康復路漫漫其休遠兮，吾將上下而求索。生活本是色彩繽紛，卻因一場突如其來的疾病，讓這一切蒙上了一層陰霾。許許多多的病人裡面，或自暴自棄，或怨天尤人，或失去了生活的意志，行屍走肉般在餘生裡蹣跚而行，度日如年。虛度的人生像是一道美味的佳餚裡忘了加鹽，索然無味。在我們治療師唉聲歎氣，悲天憫人之際，豁然找到了一劑良方——重建生活為本的作業治療。一個嶄新而有溫度的名詞，包羅萬象的理念，如旭日東昇照耀在希望的田野上。

一個讓年輕作業治療師困擾的個案

在我作為治療師的四年當中，時常感到手足無措，時常心有餘而力不足，面對很多病人的時候我給患者的功能訓練並非是他想要的，在漫長的康復訓練之中，隨著時間的推移，患者軀體功能進步越來越慢，負面的情緒日益增長。這時我們就該停下來想一想，該如何真切地繼續幫助到他（或她）。

患者劉某某，男，56 歲，是
郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

一名工地監理，到我科時是患病後 1+月。因為右側腦梗塞，引起左側肢體偏癱，同側膝關節、踝關節控制較差，步態異常。患者經過一段時間的康復訓練，膝關節和踝關節進步較慢，並且出現焦慮狀態。

劉叔叔也符合了傳統意義的上有老下有小的情形，上有八十老母需要照顧，下有十七八歲的兒子正在讀書，他迫切地希望能夠

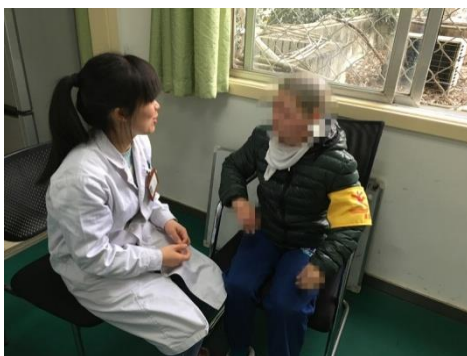
網頁（website）：www.hkiot.org

儘快的回到工作崗位，減輕家裡的經濟壓力。然而他與家人對現狀卻又不太樂觀。儘管在上級治療師的幫助下，我對患者進行了訪談，可能是訪談技術掌握得不好，患者對我們制定的可以嘗試社區步行的計畫，以便為回歸工作崗位做準備。患者及其家屬並沒有接受，他們覺得外出風險很大，在不平整的路面容易摔倒等等。於是我們計畫開一次外出小組活動來促進他的行動。我們準備的是包抄手的小組活動，把外出購買食材的任務交給了劉叔叔（作業活動）。最初劉叔叔萬般推辭，我們又做了一次訪談後他勉

強接受了。事實上這項任務確實艱巨，還沒出醫院的大門，前面一段正在維修的泥濘道路就擋住了劉叔叔的腳步，路面高低不平且軟硬不同（作業環境），我和我的同事分列劉叔叔的兩旁，鼓勵劉叔叔邁開第一步，這樣的一步或許也是開往新生活的一步，第二步、第三步，雖然在之後前往菜市場的道路上，也出現了更為複雜的情況，但他成功地完成了任務，我們感覺他也越走越自信了。至此，劉叔叔在我們科室已經住了近一個月了。

個案向社區基層康復機構的轉介

根據卒中臨床路徑規定，卒中患者在三級醫院的住院時間是 28 天，我們科室從 2015 年就開始推動“以出院計畫作為指導的轉介模



式。因此劉叔叔住院兩周後，我們就召開評定會做相關安排了。這次小組活動後，我們又做了一次出院前的訪談，是由我、主管醫師、社工一起參與，意見是：劉叔叔在三甲醫院的康復目標已經完成，可以轉入下級醫院或社區康復服務機構進行下一步的康復治療。劉叔叔欣然接受建議，在我院醫務社工的幫助下，為劉叔叔合理安排了一家可

滿足其康復需求的醫院。這是一直由我院技術支援並與我院有良好合作關係的基層康復機構，最重要的是我們可以延伸地瞭解並繼續指導患者的治療情況。

劉叔叔轉介過去後，我科通過電話跟蹤的形式繼續瞭解患者康復進展，並且在每週該基層康復機構的機會交流患者康復後，我受科室委派病人，在那裡找到笑道：“劉叔叔現



二的教學查房中，同事借過來參與復情況。轉介一月回訪轉介下去了劉叔叔，我開玩在走路還擔心

嗎？”劉叔叔不以為然的回答：“等會兒我還能送你十裡路呢！”談笑過後，劉叔叔真切地感歎：“以前我不知道社區康復是什麼意思，現在算是切身體會到了，這裡不像大醫院那樣每天都在緊張的康復訓練，時常還因為害怕時間不夠而不能做完所有的治療項目，在這裡，更多的是半生活半治療的日子，這裡為我們從醫院到回家搭了一座穩穩的橋樑啊。”

社區康復有很長的路要走

這次的社區回訪給了我很深的感觸，社區衛生服務中心或一級醫院等是我國的基層醫療機構，肩負著為病、傷、殘人士康復治療的重任。國家提倡大力發展社區康復，然而就目前社區衛生服務中心僅有的任務“康復與輔具”才剛剛起步，需求的膨脹勢如破竹。要構建全新的生物-心理-社會醫學模式，以病、傷、殘者功能恢復以及重建有尊嚴的生活為目標，社區康復就算剛起步也要鏗而不捨地走下去，更何況我們作業治療師可以在其中扮演重要的角色，在梁國輝老師指導的重建生活為本指引下真正做到“以患者為中心”，促進病、傷、殘者身體健康、心理健康、成功生活、幸福生活、愉快生活！



淺析成都地區社區康復的發展策略

羅倫，李登耀

成都市第二人民醫院康復醫學科

成都地區的社區康復是從 2008 年 5.12 地震後透過促進地震傷患的回歸專案逐漸累積經驗，進而開啟了社區康復的進程。在四川康復的領路人四川大學華西醫院何成奇教授的大力支持下，成都康復醫學會社區康復專委會于 2012 年成立，這也是四川省首

個社區康復專業委員會，主委是本文的作者成都市第二人民醫院康復醫學科主任羅倫。

經過五年多的探索，我將成都地區開展社區康復的經歷和經驗做了梳理，現分享給大家，希望與大家共勉。

一、一個個案引發的思考

這是一個發生在我身邊親人的真實故事：張某某，住在某縣離城區較遠的偏遠山區。

離縣城偏遠的山區 2017 年 1 月春節團聚（中間紅色衣服者大嫂）

2017 年 2 月 9 日突發腦卒中，左側肢體功能輕度障礙，住進縣城的第三人民醫院，入院 10+天后好轉準備出院，2 月底突發再卒中，左側肢體癱瘓，失語、吞嚥障礙、意識障礙等均加重。在該院住院期間一直沒有康復介入，我們以為醫院沒有這個部門設置。3 月底我們去探望她，在擁擠狹小的病房裡有家人照顧，沒有任何康復指導，衛生條件極差，主管醫生態度很好但面對現狀很無奈，這種情形下建議做康復治療，我們發現該院設有針灸理療室。但 2 個多月的時間裡既不推薦本院，也不推薦外院。



我積極地在當地尋找康復醫學科，卻發現距離那家醫院約 3 公里的地方有縣城最大的綜合醫院，並且設置了與成都三甲醫院不相上下到康復醫學科。然而我們的親人從第二次腦卒中發作至此的一直臥床



靠營養液維持！

當我極力地主張患者家屬到那家有康復科的大醫院就診，無奈家人于 4 月中旬選擇出院回到農村老家，家中是 92 歲的婆婆和她丈夫予以最基本的日常照顧，患者由於吞咽障礙僅以營養液鼻飼維持，一個月後患者全身已多處壓瘡，6 月中旬去世。

1、發現問題：

1)、沒有康復的介入，更別談康復的品質？

2)、康復資訊無從知曉，其他資源從何而來？

3)、回歸家庭後諸多問題解決途徑在哪裡？社區康復在那裡根本沒有被提及！

3、解決路徑的思索：

1)、社區康復的路在哪裡？

2)、何時才能走上社區康復之路？

3)、社區康復之路怎樣越走越寬？

2、分析原因：

社區康復既近也遠，這是與當地的康復服務的發展水準和人們對其的認知度有著重要的關係，

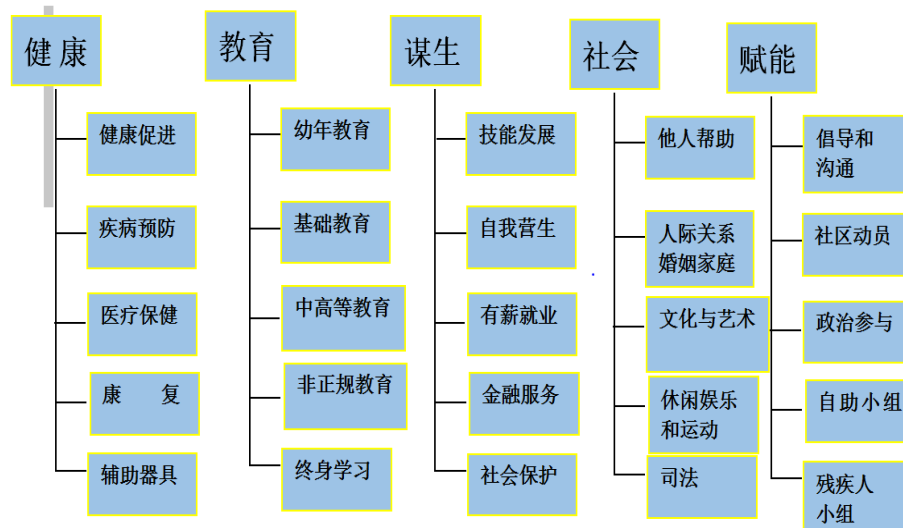
1)、有的地區和醫院，社區康復已迫在眉睫——康復的專業人士已經發現了需求；

2)、有的地區和醫院，可能連康復的需求還沒有發現，或者是只見樹木不見森林，所以根本沒有想過接收社區康復的概念；

3)、其實需求本來就已經在那裡了，只不過我們還沒有能力去發現，更別說去開展了……

二、國內外社區康復的發展狀況

我們還是需要對國內外的情況做一些瞭解，畢竟社區康復是國外傳入的。



WHO 社區康復內容

國外情況：

1、英國康復服務模式

1990 年頒佈了《全國健康服務及社區照顧法案》在立法層面上確立了社區康復的合法性。英國殘疾人社區康復服務是以社區為依託的社區照顧模式：1) 日常照顧；2) 家庭護理服務。且主要是家庭服務模式

2、美國康復服務模式

一般由民間的社會組織負責提供服務。他們通常是把幾個殘疾人和社工放在一起組成居住小組，成為團體之家，每個居住小組的社工根據每個殘疾人身體及能力情況的不同制定不同的康復服務計畫，並注重個性化服務，培養殘疾人自食其力的生活能力與團體合作意識。

3、德國康復服務模式

鄰里之家作為德國睦鄰運動的直接產物，是一個自我經營、自我管理、自負盈虧的獨立單位，但其活動得到了政府的部分資助，並受其監督。鄰里之家為殘疾人提供的社區康復主要有日常生活護理、家庭服務、談心以及朗讀等等。

總之，西方國家殘疾人社區康復模式主要特點：

- 1) . 法律保障，政策支持。
- 2) . 現代化的管理和運行機制。
- 3) . 宣導全面康復理念。
- 4) . 健全的社會服務體系。
- 5) . 有效且穩定的籌資機制。

國內情況：

我國社區康復經歷了由單一醫療模式向社會綜合模式的發展。管理特點主要在於政府積極引導下的多部門參與。從醫療康復逐步發展到職業康復、教育康復、福利救助等，逐漸形成了符合我國國情的一套康復服務體系。

根據中國殘疾人事業統計年鑒，截至 2010 年底，全國開展社區康復的市轄區為 831 個，開展社區康復服務的縣市為 1676 個，分別占全國市轄區總數和縣市總數的 92. 0%和 73. 9%，已建社區康復服務檔案 1672 萬人

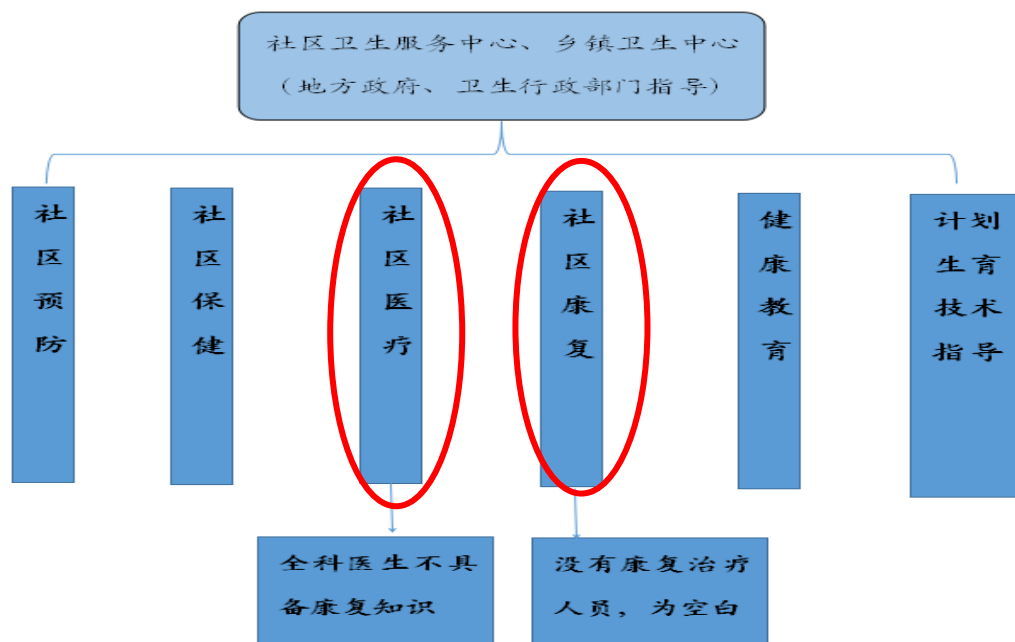
表2 中国社区康复工作的规模*

全国开展了社区康复的市辖区	874 个
开展了社区康复的县(市)	1823 个
全国已建社区康复站	18.6 万个
全国已培育社区康复示范区	99 个
全国已配备社区康复协调员	32.9 万个
全国已有指导社区康复的技术资源中心	549 个

*注：据 2012 年中国残疾人联合会、民政部资料

（以上資訊均來源於民政、殘聯系統。）

衛生系統則認為社區康復開展不足，因為社區衛生服務中心六位元一體的功能架構中不僅缺康復人才，也缺乏康復的醫保政策支持。



民政、殘聯部門與衛生系統在社區康復的認識上是有偏差的，問題在哪裡？可能是各部門站的角度不同；看到的需求不同；提供的服務內容不同等等。

那麼衛計委系統的定位應該怎樣？
我們介入社區康復的時機到了嗎？

三、透過成都康復質控的資訊資料採擷社區康復需求

根據成都康復品質控制中心近幾年的資料調查顯示，各級醫院康復醫學科由於發展參差不齊，對自身的定位和職責還不甚明確，所以

社區康復需求應分層次考慮：

- 1、未發現康復需求（無法提出社區康復需求，正如之前所說的個案）；
- 2、設了康復科，無康復病房（沒有出院的壓力，無法提出社區康復需求）；
- 3、設了康復科，病種不符合三級醫院要求（住院患者以頸肩腰腿痛等障礙不明顯的病種為主，無出院壓力，無法提出社區康復需求）；

4、康復科病種符合三級醫院（收治病入主要是疑、難、重、急、雜，病患遺留殘疾情況較多，發掘出社區康復需求）；

5、全院康復（社區康復需求已被完全發掘，發達地區如香港）；

以我院（成都市第二人民醫院康復醫學科）為例：

2017 年收治患者病種分佈如下：

- 1）、頸腰椎病 21.4%；
- 2）、腦卒中 42.9%；
- 3）、脊髓損傷、骨及其他 35.7%。

出院轉介途徑有以下幾類：

- 1）. 直接重返工作
- 2）. 直接回歸家庭、社會
- 3）. 回歸家庭、社區，但需要門診康復治療
- 4）. 需轉下級醫院繼續住院治療
- 5）. 可回家但需要社區上門服務
- 6）. 可回家但需要家居環境改造
- 7）. 不能出院但需到下級醫院或養護員維持和依賴
- 8）. 上下級醫院反復轉介或者從家到醫院反復出入
- 9）. 轉介養老院、福利院
- 10）. 糾紛患者
- 11）. 轉科

以上除外 1、2 類情況，其餘途徑現階段都存在極大的困難，占 50% 左右存在出院及轉介困難，困難主要是提供服務的專業人員、場地不足和專業技術缺乏。如果將這些途徑建立起來，社區康復就真正發展起來了。

四、 成都康復質控工作分析成都社區康復發展的契機

1、成都地區康復機構數量逐年增加

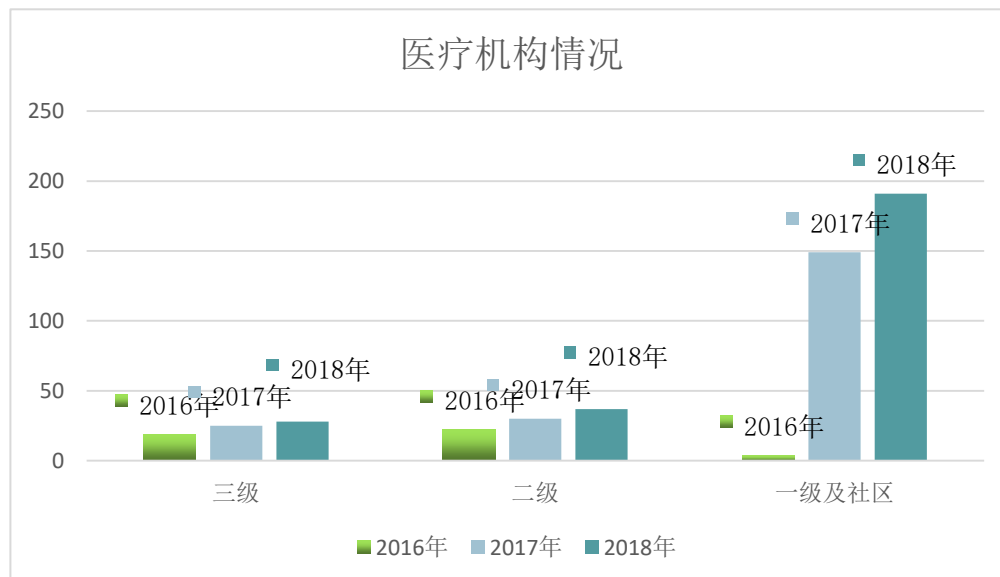
成都康复质控中心工作开展一览

质控督导

自评摸底调查



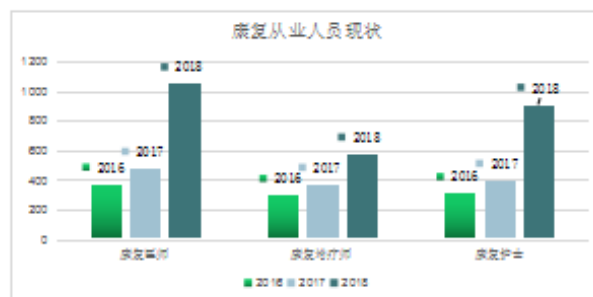
2、一級或社區衛生服務機構增幅尤為明顯



3、康復從業人員數量增長迅速

成都康复质控中心工作开展一览

2018年自评摸底数据分析



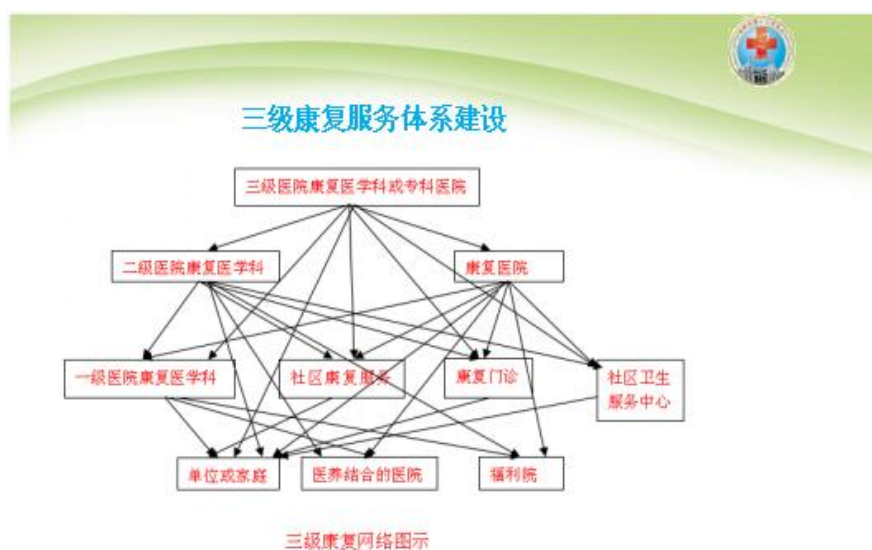
	康复医师	康复治疗师	康复护士
2016	376	300	312
2017	482	374	401
2018	1053	579	908

成都市康复质控中心自评摸底调查2018年与2016年、2017年康复从业人员数据对比，均有显著增加

- 4、康復品質控制的管理力度日益加強
 - 5、29 項基本康復診療專案得到醫保政策支持在本地區的逐漸開放
- 以上訊息表明：成都地區的社區康復的契機真正到來了。

五、以出院計畫為指導透過康復服務體系建設的社區康復的運作探索

- 1、以三級醫院出院計畫為指導推動康復服務體系建設，開展實質性的醫聯



體工作內容

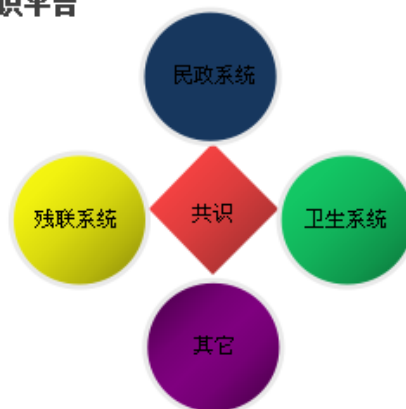


2、搭建共識平臺-社工開展資源連結



社区康复的运作探索

推动社区康复共识平台



3、社區康復的運作模式及內容

1) . 社區康復中衛生系統應該提供的專業人員：

全科醫生（具有康復專業知識）
康復治療師（OT 方向最佳）
醫務社工

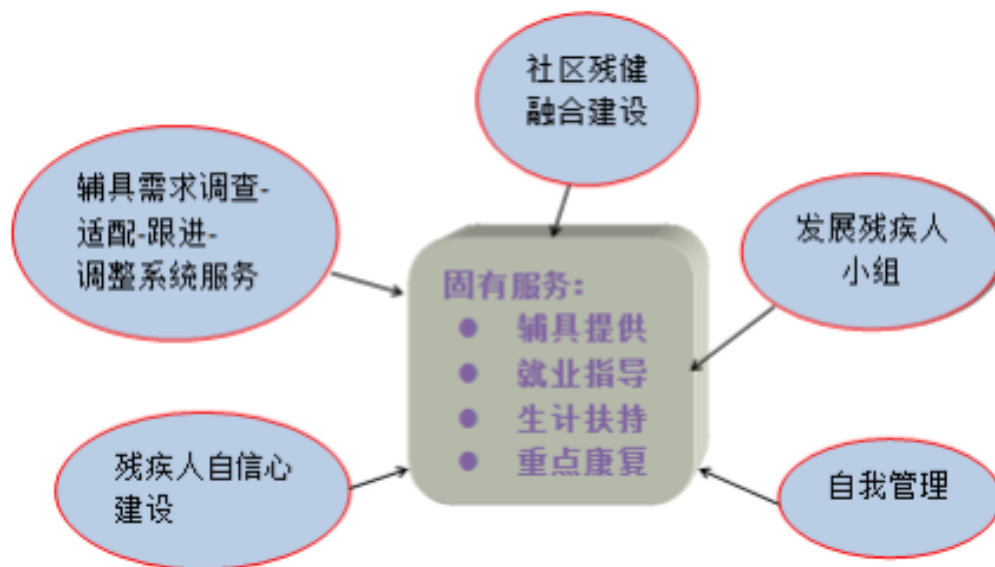
社區社工

2) . 運作模式

醫院——醫務社工(整合醫療及社會資源，與社區社工進行無縫對接)

社區——社工(整合社區內各部門資源服務于回歸社區的患者，並同醫務社工保持對接)

政策支持——各級醫院配套相應的基本醫療保險來支撐



目前開展的社區康復內容

社區康復的開展絕不是衛生系統就可以包攬完成，但衛生系統可以引導、轉介、並通過共識平臺在合適的時間、合適的階段在龐大的資源系統為康復患者連接到合適的服務，如：殘聯、民政、婦聯、文化教育等等，各級醫院配套相應的基本醫療保險來支撐患者的康復治療，全面發展社區康復。

回顧文首的個案故事，這個區域還處在康復都沒有提供的階段，所以社區康復之路，雖然任重而道遠，但是一定會越走越寬廣！

作業治療專委會資訊

數十年努力，得償所願-中國加入世界作業治療師聯盟

危昔均 博士

南方醫科大學深圳醫院康復醫學科

閻彥甯 主任作業治療師

河北省人民醫院康復醫學科

林國徽 副主任醫師、作業治療師、科主任

廣州市康復中心康復醫學科

時間：2018 年 5 月 18 日-20 日

地點：南非開普敦

事件：世界作業治療師聯盟第 33 屆理事會議通過中國加入世界作業治療師聯盟 (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) 的申請，接納中國成為正式會員國 (Full Member)。

20 世紀 80 年代，中國啟動了現代康復的進程，一大批中國康復的先驅們走出國門到境外學習現代康復知識，同時也邀請熱心於推動中國康復發展的境外專家們到中國指導臨床、教學和研究工作，舉辦各種形式的學習班、工作坊和學術會議。康復醫學的發展呈現一片欣欣向榮，尤其是珠三角和長三角地區的康復顯得特別耀眼。借助於國

家政策的引導，全國各地綜合醫院的康復醫學科和康復醫院迅速崛起，成為繼續引領中國醫學康復發展的主要引擎。

康復治療各專科的發展，包括作業治療專科（Occupational Therapy, OT）、物理治療專科（Physical Therapy, PT）和言語治療專科（Speech-Language Pathology, SLP），由於其學科內涵並不僅限於醫療康復的內容，因此，在中國醫學康復的快速發展過程中，康復治療各專科的成長速度相對緩慢，尤其是傳統醫療機構以外的康復治療發展受限明顯，例如：運動康復、精神康復、老齡康復、社區康復和居家康復等。2000 年以後，我國開始有大學開設康復治療專業的本科教育，2006 年首都醫科大學的康復治療專業（OT 方向）獲得 WFOT 的認證（PT 方向為 2017），2010 年昆明醫科大學的康復治療專業（OT 方向）獲得 WFOT 認證（PT 方向為 2011 年），2014 年四川大學的康復治療專業（OT 方向）獲得 WFOT 認證（PT 方向為 2013 年），2016 年上海中醫藥大學的康復治療（OT 方向和 PT 方向），2016 年福建中醫藥大學康復治療（OT 方向和 PT 方向）均獲得國際認證，此外，四川大學和香港理工大學合辦的作業治療碩士課程也于 2015 年獲得 WFOT 認證。

之前的高等康復治療教育課程均全面地教授 PT、OT 和 SLP 知識，使學生在 4 年的本科學習期間同時學習 3 個不同專科的內容，在一定

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org 網頁（website）：www.hkiot.org

程度上影響了各康復治療專科的教學品質，因此，有些大學通過在康復治療專業的基礎上分離出 OT 方向和 PT 方向，以達到 WFOT 和世界物理治療聯盟（WorldConfederationof Physical Therapy, WCPT）的最低教育標準。在國家政策引導和國內許多康復治療教育專家的共同努力下，直至 2017 年，國家教育部開始批准開設康復作業治療和康復物理治療本科專業，同年首個獲得批准設立的大學是上海中醫藥大學，隨後，2018 年教育部繼續批准昆明醫科大學、福建中醫藥大學和南方醫科大學設立康復作業治療和康復物理治療專業。至此，中國在政府層面批准了康復治療的兩個專科教育，但由於康復治療在服務領域和地理區域方面的不平衡，目前國內 OT 和 PT 教育面臨著合格的教學師資和實習點極度缺乏的困境。

在作業治療的學術組織成長方面，廣東省康復醫學會在 2011 年 8 月，成立了中國首個省級的作業治療師專業委員會，同年的 10 月 27 日，中國康復醫學會康復治療專業委員在廣東省工傷康復中心成立了作業治療學組，組織全國的作業治療師共同推動國內的作業治療發展，組長為河北省人民醫院的閆彥甯主任。聘請了 WFOT 大使及前主席 KitSinclair 和香港職業治療學院的黃錦文會長為學組顧問，並逐漸將加入 WFOT 的申請提上日程。並均主動與 WFOT 相關管理層進行多次接觸，商談中國加入 WFOT 的事宜。



2012 年 6 月 20 日-22 日於海口舉行第二次作業治療學術會議



2013 年 8 月 21 日-23 日於甘肅蘭州舉行第三次作業治療學術會議

第四次、第五次和第六次學術會議分別於 2014 年 10 月 22 日-24 日於江西南昌、2015 年 12 月 24 日-27 日於江蘇無錫和 2016 年 11 月 17 日-19 日於浙江杭州舉行。

2017 年 12 月 8 日-10 日北京的第一屆中國康復醫學會綜合學術年會對中國作業治療師們來說是里程碑式的成長。在此次大會上，中



國康復醫學會作業治療專業委員會正式成立。也就是說我們正式擁有了國家層面的作業治療專業委員會，經過中國康復醫學會的批准，作為中國作業治療專業的代表性機構，正式啟動申請加入 WFOT 的程式。根據 WFOT 申請加入正式會員國的要求，專委會重新審核並制定了作業治療專委會創始人的基本條件和推薦名單，並由林國徽著手起草中國作業治療專委會章程和組織架構圖和未來的發展計畫，各常委收集並準備好要提交的國內作業治療實踐和教育現狀基本資料等，並把資料翻譯成英文，一併交中國康復醫學會進行審查。

2018 年 3 月 29 日-4 月 1 日于雲南昆明舉辦的作業治療專業委員會第二次學術會議，是作業治療專業委員會第一次以專業委員會的名義與香港作業治療學院聯合主辦了國際作業治療研討會。此次會議期間，作業治療專業委員會邀請了國內外眾多作業治療專家共同商



討了中國作業治療發展的挑戰和機遇，包括 WFOT 的主席 Marilyn Pattison，教學協調員 RLyleDuque 和 WFOT 大使 KitSinclair。

會議期間，閆彥甯主任（上圖右）、林國徽主任（上圖左）和作業治療專業委員會的專家們（下圖）與 WFOT 的主席 Marilyn Pattison（上圖左二）、教學協調員 RLyleDuque（上圖右二）和 WFOT 大使 KitSinclair（上圖中）多次就申請加入 WFOT。

經過作業治療專業委員會各位專家的努力和爭取，在 WFOT 的主席 Marilyn Pattison、教學協調員 RLyleDuque、WFOT 大使

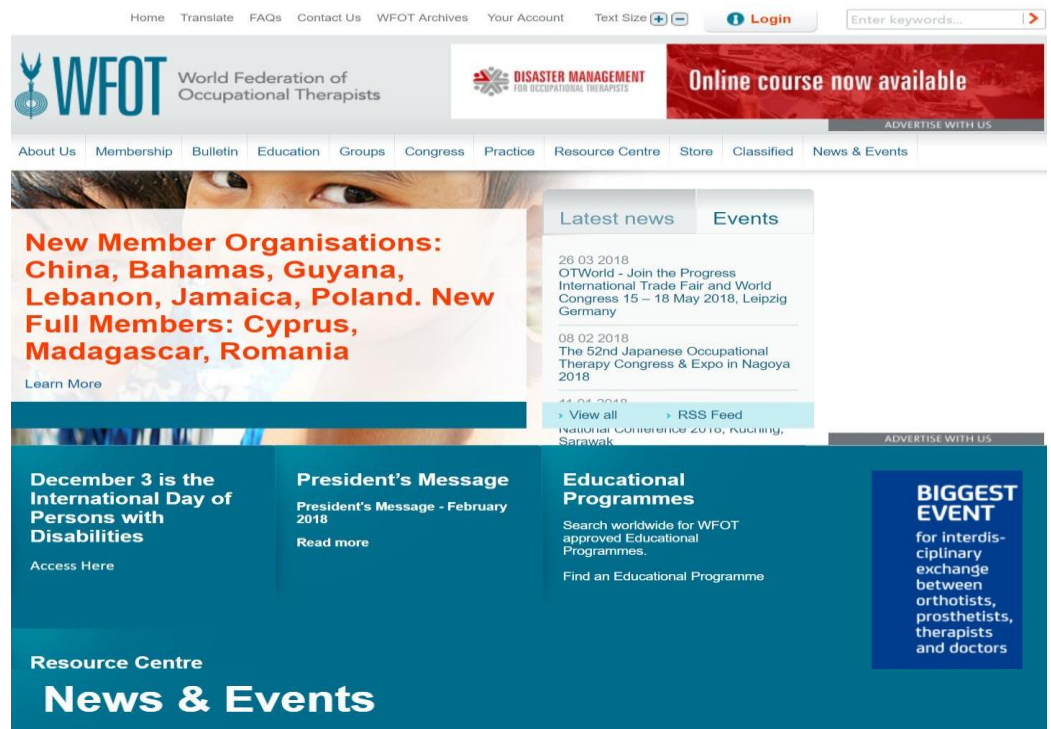
KitSinclair 的協助和見證下，作業治療專業委員最終在會議結束前，



正式在網上向 WFOT 遞交了所有申請的書面材料。

2018 年 5 月 18 日-20 日於南非開普敦的理事會議和 2018 年 5 月 21 日-25 日的學術會議是對中國作業治療成長極具歷史意義的時刻。WFOT 經過 5 月 18 日的理事會議投票後，接納了中國的正式會員國(Full-member)申請，並同時在官方媒體宣佈了這一消息，同時成為 WFOT 的准會員國的 (AssociateMember) 有巴哈馬 (Bahamas)、圭亞那 (Guyana)、牙買加 (Jamaica)、黎巴嫩 (Lebanon) 和波蘭 (Poland)。

WFOT 官方網站
宣佈新加入的國
家協會



20 05 2018

New WFOT Member Organisations

Congratulations to the new WFOT Member Organisations:

Full Members: China

Associate Members: Bahamas, Guyana, Lebanon, Jamaica, Poland.

Congratulations to new Full Members: Cyprus, Madagascar, Romania who now have WFOT Approved Education Programmes in their country.

News & Events

20 05 2018

New WFOT Member Organisations

Congratulations to the new WFOT Member Organisations:

Full Members: China

Associate Members: Bahamas, Guyana, Lebanon, Jamaica, Poland.

Congratulations to new Full Members: Cyprus, Madagascar, Romania who now have WFOT Approved Education Programmes in their country.

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org

WFOT 官方
Twitter 宣佈新加
入的會員組織



WFOT @thewfot · May 18

The [#China](#) [#OccupationalTherapy](#) Association is accepted as a Full Member of [@thewfot](#). [#WFOTCM18](#) Congratulations



2

13

54



WFOT @thewfot · May 18

The [#Madagascar](#) [#OccupationalTherapy](#) Association (Association Malgache pour l' Ergotherapie) is accepted as a Full Member of [@thewfot](#). [#WFOTCM18](#) Congratulations



4

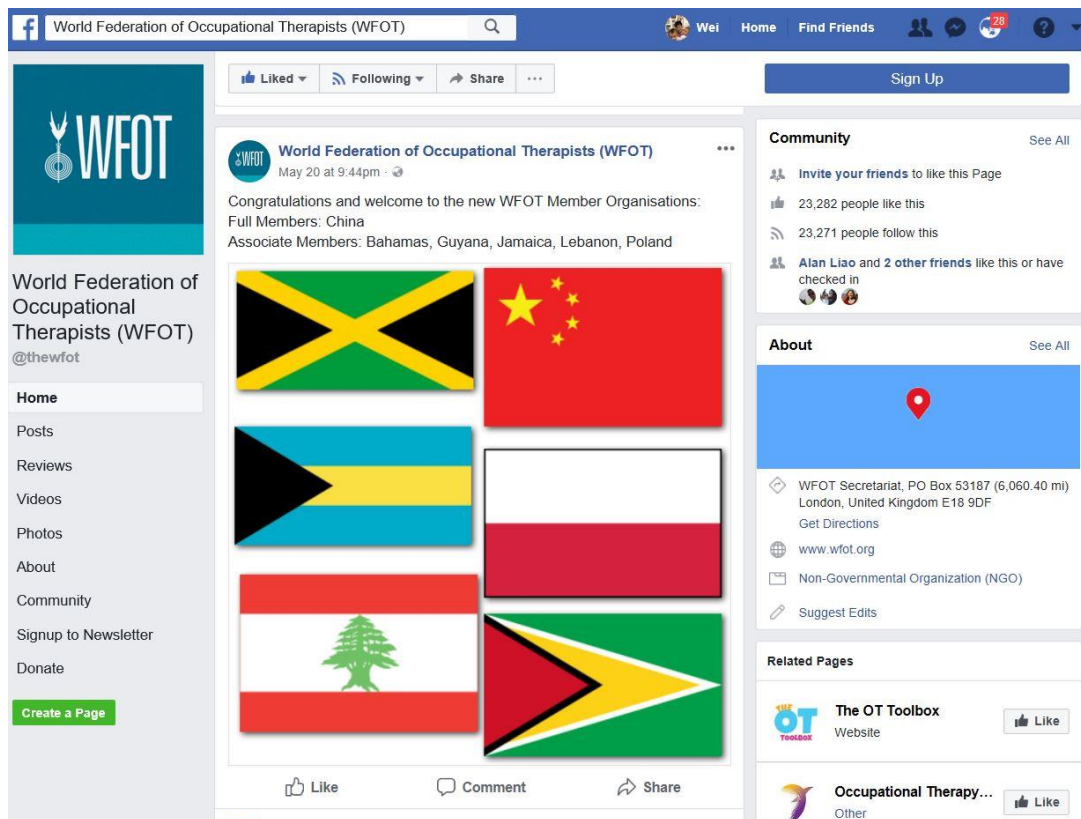
33



WFOT @thewfot · May 18

The [#Cyprus](#) Association of Occupational Therapists is accepted as a Full Member of [@thewfot](#). [#WFOTCM18](#) Congratulations

WFOT 官方
Facebook 宣佈
新成員加入



WFOT 全體理事
會議成員合照



投票結束後，WFOT 全體行政成員與中國代表合影（左起）：教學協調員 R Lyle Duque、研究協調員 Liliana Alvarez、WFOT 大使 Kit Sinclair、財務副主席 Samantha Shann、主席 Marilyn Pattison、中國代表（代理）危昔均博士、副主席 Sue Baptiste、實踐發展協調員 Sandra Bressler、標準和品質協調員 Athena Tsai



WFOT 學術會議開幕式，理事會成員代表各自的成員國入場，接受全體參會人員的歡迎

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org



來自中國大陸的參會代表（左起）：成都市第五人民醫院康復醫學科鐘大勇主任（作業治療專業委員會委員）、湘雅博愛康復醫院職業與社會康復科崔金龍主任（作業治療專業委員會委員）、雲南省殘疾人康復中心社區康復部廖鵬主任、上海獨立作業治療研究員施曉暢老師和南方醫科大學深圳醫院康復醫學科危昔均博士（作業治療專業委員會常務委員）。

中國作業治療的發展終於併入了世界作業治療發展的主流，加入 WFOT 對中國作業治療來說只是一個新的起點，中國作業治療師們面臨諸多挑戰，包括符合國際標準和反映本土特色的教育、符合資質的師資隊伍和臨床實習資源、獨立自主的作業治療臨床和學術活動、作業治療領域的拓展、公眾對作業治療的認知度、政策法規對作業治療的規範和保護等。相信隨著中國作業治療人才的成長，以上挑戰均會被逐步克服。

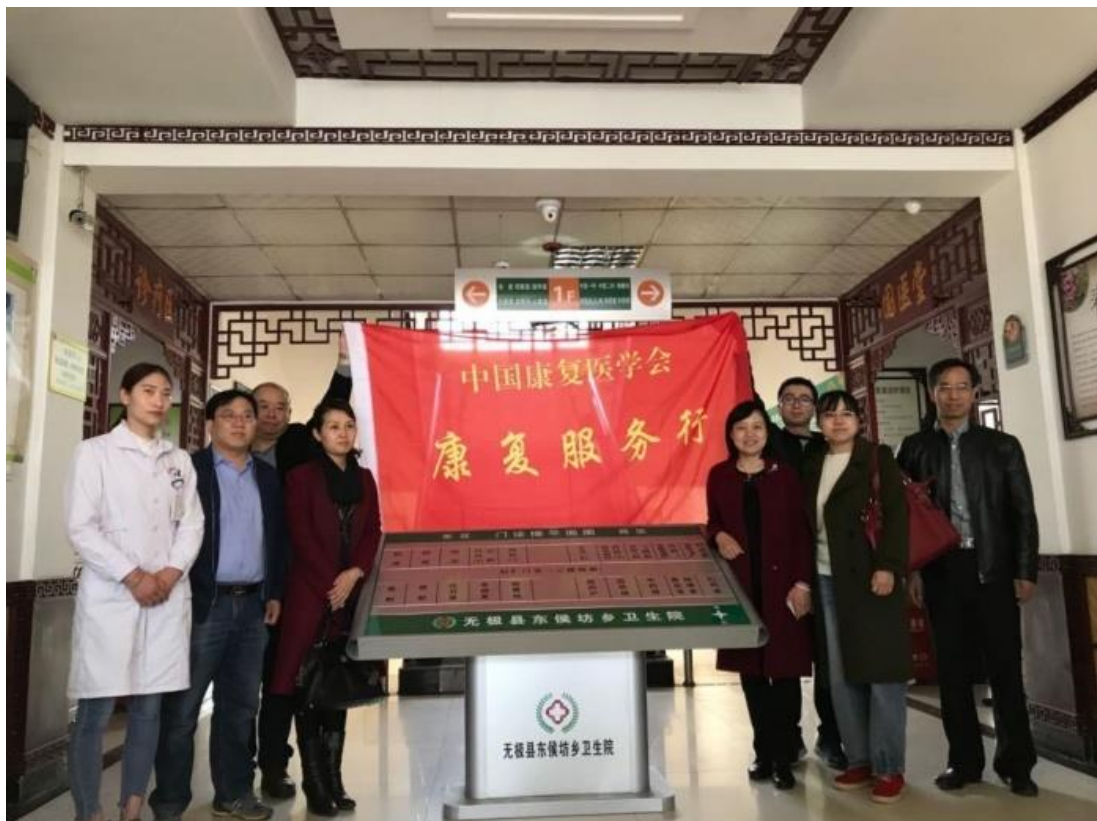
致謝：文章的準備過程中為了盡可能達到資料準確，得到了大家的協助，因此需要特別感謝以下同道，包括四川大學華西醫院的楊永紅博士、昆明醫科大學附屬第二醫院的楊磊博士、中國康復研究中心的黃富表博士、福建中醫藥大學的劉雪楓主任和上海中醫大學的劉曉丹主任。

中國康復醫學會作業治療專業委員會的“康復服務行”

蘆建峰

河北省人民醫院

為深入貫徹黨的十九大精神和全國衛生與健康大會精神，精準對接人民群眾多樣化健康需求，助力健康中國建設，2017 年 12 月，中國康復醫學會黨委下發了《關於開展“康復服務行”活動的通知》，決定從 2018 年起，以“康復服務，健康中國”為主題，在全國範圍持續開展公益性的“康復服務行”活動，受到了行業內外的廣泛關注和積極回應。



3 月 25 日，中國康復醫學會作業治療專業委員會主任委員閔彥甯的帶領 7 位專家，赴河北省無極縣東侯坊鄉衛生院，開展了以義診和康復治療技術指導為主要內容的康復服務行活動。閔彥寧主委面向衛生院中醫康復科全體醫生，進行了腦血管病後遺症患者康復治療操作演示培訓。蘆劍峰等專家為現場參與活動的

郵箱（Email）：hkiot@hkiot.org

網頁（website）：www.hkiot.org

手廢用綜合征、站起與坐下困難、腦梗死後遺症期合併頸腰椎病等患者進行了免費診療，針對患者功能障礙特點提出了訓練方法及治療建議，並普及了康復知識。此次康復服務行活動，受到了衛生院和患者的熱烈歡迎和高度評價。衛生院領導代表全體幹部職工，向中國康復醫學會和專委會表達了誠摯謝意，並發出了再次來院幫帶指導的邀請。接受義診的患者紛紛表示，專家現場診療有效緩解了病痛，有關講解厘清了模糊認識，使自己增強了康復信心，希望類似活動多多開展，為百姓健康造福。



4月中旬，作業治療專委會主任委員閔彥甯、副主任委員劉璿和林國徽，以及專委會常務委員危靜、委員雷邁等專家，赴廣西壯族自治區江濱醫院開展了康復服務行活動。在學術講座環節，專家們圍繞“偏癱上肢功能康復”主題，向260名廣西各地康復醫療工作者分享了學術成果。在工作坊環節，來自臺灣的林國輝教授組織學員們開展熱烈的分組討論，引導大家理解“重建生活為本”理念，學習掌握疏導患者心理的科學方法。在義診服務環節，專家們會同10位廣西作業治療師志願者，為從柳州、玉林、百色等地趕來的百余名患者進行現場評估和治療，並向他們傳授了日常康復自我訓練方法。



8 月上旬，作業治療專委會聯合安徽省醫學會物理醫學與康復分會，深入大別山腹地、革命老區岳西縣石關鄉，開展健康扶貧活動。專委會常務委員吳鳴和南京醫科學附屬醫院許光旭教授、河北醫學科大學第二醫院李紅玲教授、中國科學技術大學第一附屬醫院倪朝民教授，驅車 3 小時，穿越崎嶇山路前往石關鄉養老院，與鄉衛生院同行們一起為 50 多名五保戶和老年村民進行了健康體檢和康復指導，並宣傳了腦卒中三級預防措施等健康知識。活動受到了基層和群眾們的熱烈歡迎，活動結束時，老人家們緊緊握住專家們的手，對專委會送來黨的溫暖連聲致謝。



“康復服務行”是中國康復醫學會積極回應黨的十九大提出實施健康中國的戰略，中國康復醫學會作業治療專委會通過多次活動，落實好學會黨委要求，持續邁開康復服務行活動步伐，取得了明顯成效，擴大了學會和專委會影響。

郵箱 (Email): hkiot@hkiot.org

網頁 (website): www.hkiot.org