

# 早期床旁作业治疗的开展

蔡素芳 华焯 毛金妮

福建中医药大学附属康复医院

2021年7月份起，我院作业治疗师走进病房开展早期床旁作业治疗。在开展初期我们碰到过很多困惑，其中，最大的困惑是来自于临床医生的质疑：“日常生活活动只是我们的干预结局，我们的康复目标，没有必要花那么多的时间来做训练，耐心等一等，等一段时间他们手脚好一点自然会去做日常自理的活动了嘛，为什么要花那么大的力气又要走到床旁，又要安排一波的治疗师专门做这件事情，会不会太浪费时间和人力了？”

项目开展初期，梁国辉老师与我们进行了多次的沟通与交流，他仔细聆听我们的困惑，并给予针对性的指导。特别感谢梁国辉老师对我院开展早期床旁作业治疗的帮助和指导！在此，我们非常高兴能够借此平台来分享我们开展早期床旁作业治疗的体会。

## 什么是早期床旁作业治疗？

早期床旁作业治疗，是针对入院早期脑卒中患者，在病房内开展以ADL为方法的一系列训练。作业治疗师所扮演的角色是引导患者使用熟悉的ADL的方法，目的是尽快把患者“叫醒”，促进身体生理机能恢复，强化躯干及健侧肢体，缩短患肢自然恢复的时间，培养患者尽早应用患肢，最大化自理能力，养成安全的自理活动的习惯！

## 我们为什么开展早期床旁作业治疗？

最初我们了解到早期床旁作业治疗，是在梁国辉老师2021年度全年培训体系之单元一课程《重建生活为本作业治疗核心技术》上。经过课程的学习之后，我们也想尝试在病房开展这个项目。

原因一：我院实际的情况

一是想拓宽科室的治疗领域和内容；

二是想在病房里尽早利用ADL的方法给患者做训练，帮助患者及其家属从一开始就明白我们OT是做什么的；

三是我们也想利用病房作为训练场所，缓解治疗大厅的压力。

原因二：临床常见问题

(1) 患者的日常生活完全**依赖**家属或陪护：生病后就该被照顾，家属也会觉得他都生病了，还是多帮忙他做点事情吧，导致患者日常生活养成了依赖的习惯；他们会觉得在医院就多花时间训练，这些日常生活回到家后自然就会了；还有的人会觉得患侧肢体不好动、不会动，在日常生活中都是用好手在做，导致患侧的习得性废用；有的患者肢体功能恢复得挺好的，但是在治疗室里所学习的技能不会用到日常生活中。

(2) 因为不正确的扶抱和辅助转移方法，导致不必要的**并发症**的出现，尤其是肩痛。

(3) 抱怨病房的环境限制，患者自己做事**不安全**，有的患者还经常会摔倒。

### 我们如何开展早期床旁作业治疗？

我们按梁国辉老师提出的早期床旁作业治疗规范，就患者能力分为三级，并提供三个对应训练方案。

#### 服务对象

病情稳定的脑卒中患者，GCS评分在9分及以上，这个代表中度意识障碍，还没有到昏迷，还是有一定反应的。8分及以下为重度损伤，预后差。将患者分成3类，即1级、2级、3级（图1），1级代表意识不清晰或还没有自行坐起的能力；2级代表有坐位平衡能力；3级代表有病房行走的能力。对于这3类患者，有各自的方案，包括明确的训练目标（表1）和训练项目列表（表2）。



图1 服务对象分类

#### 训练方案

第一类是意识不清晰，未有自行坐起能力的患者。训练目标：针对那些没有受到中风影响的身体部分尽快地最大程度地恢复（**生理性目标**）。做法：尽快**让患者坐起来**。一旦坐起，患者会有许多良好的生理功能的反应。就这一简单的坐起不是让患者去学懂如何翻身坐起、如何提高躯干控制能力、增加患侧肢体的控制能力，而是促进

患者生理方面的恢复，比如体能、心肺功能、健侧身体活动、交流和意识状态、精神状态等。

第二类是有坐位平衡能力的患者。训练目标：促进病房自理能力，引导患手和健手共同协调完成日常生活活动，建立患手可以用的意识，压缩自然恢复的时间（**功能性目标**）。做法：在很早期的时候就让患者进行**健手辅助患手参与日常活动**，采用患侧“支撑、固定、引导、对称”四个训练原则，通过作业任务技能诱发动作记忆，促进自然恢复。

第三类是有在病房行走能力的患者。训练目标：克服环境障碍，最大化自理能力，提高整个人的运动量、士气和自信心，培养安全的自理意识和自理习惯（**行为性目标**）。做法：利用日常生活活动，采用患侧“支撑、固定、引导、对称”训练原则，促进健侧及患侧可以综合协调应用；更强调同病房环境的互动，克服环境障碍，鼓励独立思考和解决问题的能力，逐渐养成自理习惯。

	主要目标	次要目标	训练方案
1级：没有自行坐起能力	1.强化床上移动及翻身能力	1.促进意识及认知功能恢复	方案一
	2.学习健侧患侧协调翻身坐起方法	2.改善心肺、血压调节功能	
	3.提升坐位平衡能力	3.促进躯干控制及力量	
	4.学习床旁简单自理方法（双手喝水、双手洗脸、健/患手梳头）	4.促进健侧肢体活动控制及力量	
		5.促进患侧上肢活动控制能力（辅助主动）	
		6.促进表达和交流意愿及能力	
		7.加强康复意志	
		8.预防依赖心态	
		9.预防过分照顾	
2级：有坐位平衡能力	1.促进病房自理能力	1.强化躯干及健侧肢体力量	方案二
	(1) 喝水、擦脸、刷牙、梳头	2.最大化床旁自理能力	
	(2) 进食、穿脱衣服、刮胡子等	3.强化语言、表达、交流和认知功能	
	2.促进作业技能再学习	4.培养自理心态及习惯	
	(1) 利用简单自理活动	5.强化康复意志	
	(2) 采用患侧“支撑、固定、引导、对称”四个训练原则		
(3) 使健侧及患侧可以综合协调应用			
3级：有在病房内走动的能力	1.最大化病房独立自理能力	1.克服病房的环境限制	方案三
	2.培养全面自理习惯	2.提高解难能力及意志	
	3.提升病房自理活动质量	3.培养病房运动习惯	
	4.提升活动安全意识及习惯		

备注：摘自梁国辉老师《重建生活为本作业治疗》课件

表2 训练项目列表

服务对象：脑卒中患者，病情稳定。GCS昏迷指数>=9分			
训练项目	训练方案及对象		
	方案一	方案二	方案三
宣教-早期床旁训练的重要性	✓	✓	✓
良肢位摆放	✓	✓	
感觉刺激及认知训练	✓		
床上活动及移动训练	✓		
翻身坐起训练	✓		
坐位平衡训练	✓		
辅助床椅转移训练	✓	✓	
床旁洗漱训练	✓	✓	
床旁饮食训练	✓	✓	
床椅转移训练		✓	
坐位穿脱衣服训练		✓	
坐位穿脱鞋袜训练		✓	
床旁坐站训练		✓	
独立床椅转移训练		✓	
病房行走训练（可用助行架）		✓	✓
卫生间洗漱训练			✓
如厕训练			✓
洗澡训练			✓
自理习惯及安全训练		✓	✓

备注：摘自梁国辉老师《重建生活为本作业治疗》课件

### 临床实际开展情况如何？

目前，我院作业治疗部成立专门的治疗小组在病房开展早期床旁作业治疗。当组长接收到医生转介的患者时，筛选合适的患者，并分配给组员，指派的治疗师到病房评估患者和制定训练方案。在治疗大厅，我们也设计了一面“作业治疗走进病房”的宣传板块，让更多人知晓床旁作业治疗都在做些什么！（图2）



图 2 治疗大厅的“早期床旁作业治疗”宣传板块

下面针对上面的三类不同患者进行案例分享：

### 案例 1：意识不清晰，未有自行坐起能力

张阿姨，60 岁，180 斤，右侧基底节区、丘脑及颞叶脑出血。主诉左侧肢体无力、反应迟钝 1 月余，临床诊断为脑出血恢复期。

治疗师对其初印象：患者卧床，头中立位，眼球偏向右侧，眼神呆滞，意识不清（GCS=13 分）；站在患者左侧与其打招呼时，不予转动头部和语言回应。与家属沟通过后了解患者言语少，声音低弱不清。

患者家属及患者需求为进食。对其进行针对性评估。改良 MBI 分数为 0 分，鼻饲管进食，日常生活完全依赖，健手未参与到活动中。患病以来床头摇高 45° 进行坐位，不能静坐；左侧肢体未见主动活动，肌张力增高，处于 Brunnstrom II 期；被动活动上肢时，肩关节内外旋重度受限，健侧上肢活动费力缓慢；单侧忽略情况严重：眼神呆滞，坐位下头转向右侧，对左侧刺激无反应；感觉功能：痛觉存在，其余感觉不配合。患者现有能力都不支撑患者能够完成进食。

最初的治疗集中于让患者坐起来，促进生理功能的恢复。考虑患者的耐受度，慢慢摇高床头高度让患者适应，这个过程中引导患者的头部直立及健手参与日常生活活动，比如使用镜子引导患者头部直立进行梳头、擦脸，促进颈部肌肉和健侧上肢的恢复，擦脸及擦手的活动提升患侧意识和增加感知觉输入。



尽快让患者坐起来



梳头活动：利用镜子诱发头部活动和健侧肢体主动参与梳头活动



擦脸和擦手活动：改善单侧忽略，加强患侧感觉输入及提高患侧意识

当张阿姨已经适应 90° 床头摇高坐位时，进行辅助床边坐位，刚开始需要给予较大的辅助量，患者从双侧上肢支撑逐渐到患侧上肢支撑，引导健手参与日常生活活动，进一步促进健侧躯干控制能力和健侧上肢的生理恢复。在床边训练过程中尽可能进行沟通交流，促进患者理解和语言表达。

经过 1 个月左右的床边训练，患者的精神状态和意识状态得到改善。生理恢复明显：言语增多能进行简单交流；体耐力改善，维持静坐辅助量减少并且能够维持 2 秒静坐，健侧上肢能够拿勺子完成进食全过程。单侧忽略改善。改良 MBI 分数由 0 分升至 14 分。



在进食活动中，健侧功能已恢复，单侧忽略得到改善

## 案例 2：有坐位平衡能力

倪阿姨，54 岁，交警退休人员，右侧基底节区脑出血。主诉左侧肢体无力 19 天，临床诊断为脑出血恢复期。

治疗师对其初印象：患者卧床，意识清楚，无单侧忽略，看起来疲劳无力，精神不佳，在评估过程中稍动就表示疲劳，表达自己不想动；声音轻微，拒绝沟通。患者的需求是能够进行如厕。

患病 2 个星期以来从未坐起过，评估时需扶坐；不能保持站立。左侧上肢和手处于 Brunnstrom II 期；改良 MBI 得分 4 分，日常生活完全依赖，健手未参与到活动中。床上活动及转移功能：向健侧翻身时患手滞后，卧坐转移借助床栏完成，床椅转移、坐站转移完全依赖。感觉功能减退。

经过4天的床边坐位参与日常活动，患者可自行保持坐位平衡。

接下来的治疗重点是在活动中使用“支撑、固定、引导、对称”四大技术，健手带动患手，促进自然恢复及患侧意识。在拧毛巾和挤牙膏及削苹果中患手参与固定。在站立下刷牙时，患手至于台面进行支撑。引导患手站立位下参与穿脱裤子。坐站转移过程中，患手参与支撑，减少重心偏向健侧。



在站立下刷牙时，患手置于台面进行支撑



挤牙膏时患手参与固定



站立位下引导患手参与穿脱裤子

### 案例3：有在病房行走能力

有工作时需回到乡下独居的老朱，68岁，脑桥脑梗死，主诉左侧肢体无力14天。

治疗师对其初印象：意识清楚，评估配合，但因上肢控制不好，患手未参与日常生活活动，依赖他人在床边完成活动，活动范围局限。

患者需求：能够进行自我照顾及休闲娱乐。对其进行针对性评估，坐位平衡3级，站立平衡2级。上肢处于Brunnstrom四期，可抬起至腹部水平，手处于Brunnstrom四期。改良MBI得分76分，其中行走需少量辅助以策安全，日常生活基本自理，患手未参与到活动中。转移功能：向右侧翻身及坐站转移辅助性独立；卧坐转移及床椅转移中等量辅助；不懂翻身及转移技巧，抓握栏杆进行，转移方式不正确。

治疗的重点主要是确保能够正确、安全、最大化的使用其能力，帮助其扩大日常生活活动范围和克服环境障碍，在此过程中提高自信心和养成安全和独立意识，促进把后期学习到的技能转移到日常活动中。在病房内指导进行床边到卫生间如厕、洗手、玩手机、削苹果等各类日常生活活动。



向患侧翻身时，患侧参与支撑



患手固定手机



患手固定参与洗澡



患手抓握苹果



健手辅助患手进食



对称性的进行如厕



如厕后进行清洁