

早期床旁作業治療的開展

蔡素芳 華燁 毛金妮

福建中醫藥大學附屬康復醫院

2021年7月份起，我院作業治療師走進病房開展早期床旁作業治療。在開展初期我們碰到過很多困惑，其中，最大的困惑是來自於臨床醫生的質疑：“日常生活活動只是我們的干預結局，我們的康復目標，沒有必要花那麼多的時間來做訓練，耐心等待一等，等一段時間他們手腳好一點自然會去做日常自理的活動了嘛，為什麼要花那麼大的力氣又要走到床旁，又要安排一波的治療師專門做這件事情，會不會太浪費時間和人力了？”

專案開展初期，梁國輝老師與我們進行了多次的溝通與交流，他仔細聆聽我們的困惑，並給予針對性的指導。特別感謝梁國輝老師對我院開展早期床旁作業治療的幫助和指導！在此，我們非常高興能夠借此平臺來分享我們開展早期床旁作業治療的體會。

什麼是早期床旁作業治療？

早期床旁作業治療，是針對入院早期腦卒中患者，在病房內開展以ADL為方法的一系列訓練。作業治療師所扮演的角色是引導患者使用熟悉的ADL的方法，目的是儘快把患者“叫醒”，促進身體生理機能恢復，強化軀幹及健側肢體，縮短患肢自然恢復的時間，培養患者儘早應用患肢，最大化自理能力，養成安全的自理活動的習慣！

我們為什麼開展早期床旁作業治療？

最初我們瞭解到早期床旁作業治療，是在梁國輝老師2021年度全年培訓體系之單元一課程《重建生活為本作業治療核心技術》上。經過課程的學習之後，我們也想嘗試在病房開展這個專案。

原因一：我院實際的情況

一是想拓寬科室的治療領域和內容；

二是想在病房裏儘早利用ADL的方法給患者做訓練，幫助患者及其家屬從一開始就明白我們OT是做什麼的；

三是我們也想利用病房作為訓練場所，緩解治療大廳的壓力。

原因二：臨床常見問題

(1) 患者的日常生活完全**依賴**家屬或陪護：生病後就該被照顧，家屬也會覺得他都生病了，還是多幫忙他做點事情吧，導致患者日常生活養成了依賴的習慣；他們會覺得在醫院就多花時間訓練，這些日常生活回到家後自然就會了；還有的人會覺得患側肢體不好動、不會動，在日常生活中都是用好手在做，導致患側的習得性廢用；有的患者肢體功能恢復得挺好的，但是在治療室裏所學習的技能不會用到日常生活中。

(2) 因為不正確的扶抱和輔助轉移方法，導致不必要的**併發症**的出現，尤其是肩痛。

(3) 抱怨病房的環境限制，患者自己做事**不安全**，有的患者還經常會摔倒。

我們如何開展早期床旁作業治療？

我們按梁國輝老師提出的早期床旁作業治療規範，就患者能力分為三級，並提供三個對應訓練方案。

服務對象

病情穩定的腦卒中患者，GCS 評分在 9 分及以上，這個代表中度意識障礙，還沒有到昏迷，還是有一定反應的。8 分及以下為重度損傷，預後差。將患者分成 3 類，即 1 級、2 級、3 級（圖 1），1 級代表意識不清晰或還沒有自行坐起的能力；2 級代表有坐位平衡能力；3 級代表有病房行走的能力。對於這 3 類患者，有各自的方案，包括明確的訓練目標（表 1）和訓練專案列表（表 2）。



圖 1 服務對象分類

訓練方案

第一類是意識不清晰，未有自行坐起能力的患者。訓練目標：針對那些沒有受到中風影響的身體部分儘快地最大程度地恢復（**生理性目標**）。做法：儘快讓患者坐起來。一旦坐起，患者會有許多良好的生理功能的反應。就這一簡單的坐起不是讓患者去學懂如何翻身坐起、如何提高軀幹控制能力、增加患側肢體的控制能力，而是促進

患者生理方面的恢復，比如體能、心肺功能、健側身體活動、交流和意識狀態、精神狀態等。

第二類是有坐位平衡能力的患者。訓練目標：促進病房自理能力，引導患手和健手共同協調完成日常生活活動，建立患手可以用的意識，壓縮自然恢復的時間（**功能性目標**）。做法：在很早期的時候就讓患者進行**健手輔助患手參與日常活動**，採用患側“支撐、固定、引導、對稱”四個訓練原則，通過作業任務技能誘發動作記憶，促進自然恢復。

第三類是有在病房行走能力的患者。訓練目標：克服環境障礙，最大化自理能力，提高整個人的運動量、士氣和自信心，培養安全的自理意識和自理習慣（**行為性目標**）。做法：利用日常生活活動，採用患側“支撐、固定、引導、對稱”訓練原則，促進健側及患側可以綜合協調應用；更強調同病房環境的互動，克服環境障礙，鼓勵獨立思考和解決問題的能力，逐漸養成自理習慣。

	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		

備註：摘自梁國輝老師《重建生活為本作業治療》課件

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		✓	✓

備註：摘自梁國輝老師《重建生活為本作業治療》課件

臨床實際開展情況如何？

目前，我院作業治療部成立專門的治療小組在病房開展早期床旁作業治療。當組長接收到醫生轉介的患者時，篩選合適的患者，並分配給組員，指派的治療師到病房評估患者和制定訓練方案。在治療大廳，我們也設計了一面“作業治療走進病房”的宣傳板塊，讓更多人知曉床旁作業治療都在做些什麼！（圖2）



圖 2 治療大廳的“早期床旁作業治療”宣傳板塊

下麵針對上面的三類不同患者進行案例分享：

案例 1：意識不清晰，未有自行坐起能力

張阿姨，60 歲，180 斤，右側基底節區、丘腦及顳葉腦出血。主訴左側肢體無力、反應遲鈍 1 月餘，臨床診斷為腦出血恢復期。

治療師對其初印象：患者臥床，頭中立位，眼球偏向右側，眼神呆滯，意識不清（GCS=13 分）；站在患者左側與其打招呼時，不予轉動頭部和語言回應。與家屬溝通過後瞭解患者言語少，聲音低弱不清。

患者家屬及患者需求為進食。對其進行針對性評估。改良 MBI 分數為 0 分，鼻飼管進食，日常生活完全依賴，健手未參與到活動中。患病以來床頭搖高 45° 進行坐位，不能靜坐；左側肢體未見主動活動，肌張力增高，處於 Brunnstrom II 期；被動活動上肢時，肩關節內外旋重度受限，健側上肢活動費力緩慢；單側忽略情況嚴重：眼神呆滯，坐位下頭轉向右側，對左側刺激無反應；感覺功能：痛覺存在，其餘感覺不配合。患者現有功能都不支撐患者能夠完成進食。

最初的治療集中於讓患者坐起來，促進生理功能的恢復。考慮患者的耐受度，慢慢搖高床頭高度讓患者適應，這個過程中引導患者的頭部直立及健手參與日常生活活動，比如使用鏡子引導患者頭部直立進行梳頭、擦臉，促進頸部肌肉和健側上肢的恢復，擦臉及擦手的活動提升患側意識和增加感知覺輸入。



儘快讓患者坐起來



梳頭活動：利用鏡子誘發頭部活動和健側肢體主動參與梳頭活動



擦臉和擦手活動：改善單側忽略，加強患側感覺輸入及提高患側意識

當張阿姨已經適應 90° 床頭搖高坐位時，進行輔助床邊坐位，剛開始需要給予較大的輔助量，患者從雙側上肢支撐逐漸到患側上肢支撐，引導健手參與日常生活活動，進一步促進健側軀幹控制能力和健側上肢的生理恢復。在床邊訓練過程中盡可能進行溝通交流，促進患者理解和語言表達。

經過 1 個月左右的床邊訓練，患者的精神狀態和意識狀態得到改善。生理恢復明顯：言語增多能進行簡單交流；體耐力改善，維持靜坐輔助量減少並且能夠維持 2 秒靜坐，健側上肢能夠拿勺子完成進食全過程。單側忽略改善。改良 MBI 分數由 0 分升至 14 分。



在進食活動中，健側功能已恢復，單側忽略得到改善

案例 2：有坐位平衡能力

倪阿姨，54 歲，交警退休人員，右側基底節區腦出血。主訴左側肢體無力 19 天，臨床診斷為腦出血恢復期。

治療師對其初印象：患者臥床，意識清楚，無單側忽略，看起來疲勞無力，精神不佳，在評估過程中稍動就表示疲勞，表達自己不想動；聲音輕微，拒絕溝通。患者的需求是能夠進行如廁。

患病 2 個星期以來從未坐起過，評估時需扶坐；不能保持站立。左側上肢和手處於 Brunnstrom II 期；改良 MBI 得分 4 分，日常生活完全依賴，健手未參與到活動中。床上活動及轉移功能：向健側翻身時患手滯後，臥坐轉移借助床欄完成，床椅轉移、坐站轉移完全依賴。感覺功能減退。

經過 4 天的床邊坐位參與日常活動，患者可自行保持坐位平衡。

接下來的治療重點是在活動中使用“支撐、固定、引導、對稱”四大技術，健手帶動患手，促進自然恢復及患側意識。在擰毛巾和擠牙膏及削蘋果中患手參與固定。在站立下刷牙時，患手至於臺面進行支撐。引導患手站立位下參與穿脫褲子。坐站轉移過程中，患手參與支撐，減少重心偏向健側。



在站立下刷牙時，患手置於臺面進行支撐



擠牙膏時患手參與固定



站立位下引導患手參與穿脫褲子

案例 3：有在病房行走能力

有工作時需回到鄉下獨居的老朱，68 歲，腦橋腦梗死，主訴左側肢體無力 14 天。

治療師對其初印象：意識清楚，評估配合，但因上肢控制不好，患手未參與日常生活活動，依賴他人在床邊完成活動，活動範圍局限。

患者需求：能夠進行自我照顧及休閒娛樂。對其進行針對性評估，坐位平衡 3 級，站立平衡 2 級。上肢處於 Brunnstrom 四期，可抬起至腹部水準，手處於 Brunnstrom 四期。改良 MBI 得分 76 分，其中行走需少量輔助以策安全，日常生活基本自理，患手未參與到活動中。轉移功能：向右側翻身及坐站轉移輔助性獨立；臥坐轉移及床椅轉移中等量輔助；不懂翻身及轉移技巧，抓握欄杆進行，轉移方式不正確。

治療的重點主要是確保能夠正確、安全、最大化的使用其能力，幫助其擴大日常生活活動範圍和克服環境障礙，在此過程中提高自信心和養成安全和獨立意識，促進把後期學習到的技能轉移到日常活動中。在病房內指導進行床邊到衛生間如廁、洗手、玩手機、削蘋果等各類日常生活活動。



向患側翻身時，患側參與支撐



患手固定手機



患手固定參與洗澡



患手抓握蘋果



健手輔助患手進食



對稱性的進行如廁



如廁後進行清潔