

·发展思考·

关于重症作业治疗的思考

朱丽叶, 王凤怡

四川大学华西医院

一般来讲,重症医疗着重关注患者的生命体征和生命支持情况,保证患者存活是重症干预的首要原则和目标。随着医疗技术和生活水平的提高,人们对健康的定义逐步在改变,重症环境中患者的生活质量以及重症患者的功能预后也越来越被关注。2009年, Schweickert等^[1]发表在柳叶刀上的一篇临床随机对照试验研究结果表明:与常规治疗相比,在ICU中对机械通气患者进行早期物理治疗和作业治疗的整体康复是安全可行的,并且在出院时可以获得更好的功能结局、更短的谵妄持续时间、更少的机械通气天数。早期活动、避免过度镇静的理念被强调,重症康复的角色被强化,越来越多的作业治疗师开始探索重症作业治疗实践模式。作为重症康复团队中的一员,作业治疗师和重症医生、护士、物理治疗师、心肺治疗师、言语治疗师、营养师、心理治疗师等一起组成多学科团队,以最大限度地提高患者的生活质量、恢复其躯体功能、缩短其住院时间,促进其尽早回归家庭及社会为目标^[2]。

1. 重症作业治疗实践模型

作业治疗关注个体(人)在某地(环境)做某事(作业)所需、预期或期望的事务性关系。我们可以使用PEO、OTPF、CAPAS等模型指导作业治疗在重症监护场景下的实践。PEO模型指导下的重症作业治疗,可以是针对患者的躯体、认知、情绪/心理功能(例如,行动能力、定向能力、应对技能等)的干预措施,以及ICU环境的特征(例如,医疗设备、噪音、照明等)和患者在ICU中参与的活动(例如,自我护理活动、与工作人员沟通、与家庭成员的社交等)^[4]。根据OTPF,在实施具体的作业治疗介入措施前,以其五种介入方法为思路,为患者选择对应的治疗方案:通过睡眠管理、放松方法、能量节省等促进,通过改善意识状态、ADL训练、认知干预等恢复,通过早期活动和锻炼维持,通过环境改造、辅助器、支具等代偿和适应,通过压力袜、安全教育等预防。CAPAS(Cognitive-Affect-Physical-Activity-Self-esteem)模型关注重症康复中的四大领域:认知、情绪、躯体功能、作业活动,在具备情绪驱动力的基础上获得作业活动的的能力,在觉醒的基础上获得一定的认知能

力,在提升躯体功能的基础上借助环境改造和辅助器具帮助其获得作业活动的机会和表现,从而加强个体的自我效能,获得自信。

2. 重症作业治疗流程

在接触重症患者前,作业治疗师不仅要提前浏览患者病历,掌握患者目前病情阶段、手术情况、感染史、并发症、用药(特别是镇静药、麻醉药、癫痫药)等信息,还需要和重症医疗团队沟通,了解患者现目前的具体状况及需求,是否存在禁忌活动和风险点,并且共同制定治疗目标。在此基础上,如果能够通过与家属面谈,了解患者的文化背景、兴趣爱好、生活经历、家庭支持等信息的话,会对重症作业治疗评估和干预的开展起到推波助澜的作用。接下来需要做的是评估,除了对个人因素、病情、功能障碍、活动限制、环境等的评估外,还要评估患者各种仪器管道的状况及对治疗的影响,包括用药、护理的时间安排等。重症作业治疗评估往往穿插在干预的过程中,因为我们需要随时关注治疗开始和终止的标准。例如,建议在心血管系统重症患者中出现以下情况则暂停或终止治疗:收缩压<90mmHg或

>180mmHg; 平均动脉压<65mmHg 或>100mmHg, 或较基线值变化超过20%; 心率<40 或>120 次/分; 新发心律失常和心肌缺血等。有时我们需暂停训练, 观察患者的指标是否有持续的波动, 是否耐受当前的状况, 这需要作业治疗师有丰富的经验和准确的判断力, 如果有任何的疑问, 都应该毫不犹豫地立即寻求医生、护士的帮助^[5]。

2.1 重症作业治疗评估

重症作业治疗的评估内容包括: 躯体功能、意识状态、疼痛、认知功能、睡眠、情绪状况、作业活动以及生活质量评估等。其中, 意识状态评估是最基础, 最常见的评估之一, 因为只有当准确地了解患者的意识状态的波动情况后, 作业治疗师才能寻找到恰当的干预时间窗口进行干预。目前常用的意识状态评估量表包括: GCS 格拉斯哥昏迷评分量表、RASS 镇静躁动评分、CRS-R 昏迷恢复量表、FOUR 全面无反应量表等。疼痛评估则常用 COPT、NPRS、VAS 等方法。在各个方面的评估中, 意识的监测、谵妄的侦察、移动能力的预估在重症患者的管理中尤为重要, 但无论是哪方面的评估, 考虑到重症患者的耐受能力和表达能力相对一般患者较差, 需要作业治疗师针对性地采用相对简单、快捷、易行, 且对环境和设备要求低的评估方法。

2.2 重症作业治疗干预

重症作业治疗的干预思维和内容可以在上述实践模型的指导下开展, 也可以参考美国重症监护医学协会建立的 ABCDEF 集束化管理的综合康复管理策略, 从疼痛的评估、预防和管理, 自主唤醒测试和自主呼吸测试, 镇静、镇痛的选择, 谵妄评估、预防和管理, 早期移动和锻炼, 家属参与和赋能这几个方面思考^[6]。以下就睡眠管理、多感官刺激、情绪支持、ADL 训练、认知交流训练、辅具使用等进行推荐。

睡眠管理中, 作业治疗师可通过安排日间活动来减少患者的白天睡眠时间, 以及鼓励患者早期活动、家属探视患者或线上互动。可通过定时闹钟/手机去培养患者的睡眠习惯或请求护师老师集中夜间护理操作, 减少中断患者睡眠次数帮助患者维持昼

夜节律。在日常训练中可插入定向力训练: 告知患者时间、地点、周围环境及人物等。作业治疗师可通过简单的环境来帮助患者入睡, 比如使用眼罩、耳塞减轻噪音和光线; 在床头柜放置精油、无火香薰等帮助放松; 夜间仅使用床头灯照明; 调节合适的室温^[7]。

作业治疗师除了使用芳香疗法帮助患者放松外, 可以使用音乐疗法和教导渐进式肌肉放松的技巧。音乐疗法并不是大众所认为的放一首歌给患者听, 而是要结合患者的文化水平、性格特点、兴趣爱好为其选择相应类型的音乐。以患者实际心理状态作为根据, 为其选择针对性“疗伤”乐曲。关于渐进式肌肉放松的技巧, 患者需深呼吸 3 次后将拳头握紧保持肌肉紧张, 持续 5 秒左右, 让患者注意感受肌肉紧张时所产生的感觉。紧接着快速使紧张的肌肉彻底放松, 持续 5 秒左右, 感受肌肉放松时的感觉。通过一张一弛达到放松的目的^[8]。

重症中特别是对于意识状态较差的患者中, 常使用多感官刺激改善意识状态功能。多感官刺激包括: 听觉、视觉、嗅觉、触觉、温度觉、痛觉以及深感觉。作业治疗师可播放患者喜欢的音乐、新闻、电视节目等或家属呼唤患者姓名、生活、家庭、工作、社会新闻中的趣事来刺激听觉输入。借助手电筒照射患者瞳孔, 每侧照射 30 秒, 交替照射, 重复 5 次, 可以变换手电灯光的强弱、颜色进行视觉刺激。将患者平时喜欢的健康香料制成香包放置于患者头部附近, 或使用刺激性物品(如花椒、洋葱、酒精)等刺激患者嗅觉神经。用生理盐水擦患者面部、双手, 擦拭的同时进行按摩; 不同粗糙质地物品轻刷患者的手心、脚心刺激触觉输入。用大拇指去挤捏患者皮肤, 如耳垂、眼眶、脖颈部皮肤、手背、腰部等敏感部位刺激痛觉。定时给患者翻身、床头摇高坐起等体位改变以及四肢躯干的被动运动和关节挤压刺激深感觉。用小冰块或冰袋划圈式刺激患者敏感部位, 如胸口、脖子等; 但注意防止冻伤患者皮肤^[9]。

在重症康复中, 作业治疗特有的干预措施是对患者及家属进行情绪支持。比如带患者做与爱好相关的事情来转移患者注意力, 进一步缓解负面情绪。

或使用 ICU 日记：记录患者在 ICU 内发生的重要事件以及家属及医务人员的鼓励语句。并对患者或家属进行心理疏导：告知患者目前的状态，让其形成正确的疾病认知，从而降低其对疾病的担忧、恐惧心理。将成功治愈的案例告知患者及家属，使其树立治疗的信心。如果患者正在气道插管或者处于半昏迷状态，通过非语言交流（手势、沟通板、写字等），了解患者所要表达的内容，帮助其宣泄各种负面情绪^[10]。

作业治疗常常通过 ADL 的方式帮助患者改善其能力表现，由于大多数重症患者功能较差，作业治疗师更常用以上肢简单功能的 ADL 训练：包括擦脸、梳头、穿衣以及刷牙等。除此之外，在重症患者中体位改变的训练也是很重要的，从翻身、坐起、长坐位、坐在床的边缘、从床移动到椅子、站在床旁边、在有或没有移动辅助装置的情况下行走。通过一步步的改变患者的体位达到提高患者的参与度。

关于认知训练，在重症患者中作业治疗师更多选择的是对患者的定向、注意力、记忆力以及简单的视知觉进行训练。定向力训练可促进患者对周围环境的感知，比如把时钟放在其可视范围内；尽量采用家人习惯的称呼，提问关于时间、地点、人物等问题。注意力训练通常与其他活动结合在一起练习。比如头控训练中，让患者注视治疗师手中的图片或物件，视线需跟随治疗师的手移动方向。进行记忆力训练时，可播放患者感兴趣的视频，让患者看完后回忆，然后回答相关问题。第 2 次播放可以让患者带着问题再去看，吸引注意力，强化记忆^[11]。

在作业治疗训练中，由于患者的功能无法满足活动需求，作业治疗师通常可以选用不同的辅具来帮助患者完成活动。比如给有言语障碍的患者使用沟通卡片、眼球仪来表达需求。使用可弯曲的辅具勺、万能袖套等帮助完成进食活动。给脊髓损伤的病人进行体位适应时需带上腹围带及压力袜等。宣教是作业治疗很重要的一部分，为了预防患者出现静脉血栓、营养不良、压疮、摔倒等情况，在第一次做治疗时对患者进行安全教育，告知长期制动、压疮的影响^[12]。

3. 展望

虽然国内外重症作业治疗的需求越来越大，但目前能够检索到的关于重症作业治疗的干预及其疗效的证据是有限的。Rapolthy-Beck 等人在澳大利亚的研究^[13]显示由于缺乏针对重症监护实践的作业治疗指南，缺乏 ICU 的专业培训，以及缺乏有关 ICU 环境中作业治疗特定干预有效性的临床试验的证据等问题，都使重症 OT 的发展受到一定的限制。近年来更多的研究表明作业治疗在 ICU 中也可以有举足轻重的作用，随着时代的发展，希望有更多的作业治疗师参与到重症患者的康复中，在重症 OT 的发展中贡献自己的一份力量。

参考文献

1. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al: Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial[J]. Lancet.2009,373:1874-1882.
2. Myers EA, Smith DA, Allen SR, et al. Post-ICU syndrome: Rescuing the undiagnosed. JAAPA. 2016 ,29(4):34-7.
3. 叶曼.重症康复在 ICU 中的应用及启示[J].中国实用护理杂志,2019,35(9):641-644.
4. Costigan FA, Duffett M, Harris JE, et al. Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents[J]. Crit Care Med. 2019,47(12):e1014-e1021.
5. 喻鹏铭.重症监护室中早期重症康复方案初探[J].中国康复医学杂志,2021,36(2):223-226.
6. Mart MF, Brummel NE, Ely EW. The ABCDEF Bundle for the Respiratory Therapist[J].Respir Care. 2019,64(12):1561-1573.
7. 陶朝辉.预防 ICU 谵妄的睡眠集束化策略构建及应用研究[D].衡阳：南华大学,2020.
8. 朱训明.放松疗法应用于老年慢性充血性心衰患者焦虑、抑郁情绪改善效果分析[J].中国健康心理学杂志,2018,26(9):1419-1422.
9. 刘晓燕.多感官促醒护理模式对高血压脑出血术后昏迷患者觉醒意识及神经功能的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2021,24(3):247-252.

10. 杜洁.心理护理对重症患者负面情绪、睡眠质量及生活质量的影响[J].心理月刊,2021,19(16):120-121.
11. 李绮慈.认知训练对危重症患者谵妄的临床效果[J].当代护士,2011,7:19-20.
12. 倪莹莹, 王首红, 宋为群, 等. 神经重症康复中国专家共识(上)[J].中国康复医学杂志,2018,33(1):1001-1242.
13. Rapolthy-Beck A, Fleming J, Turpin M. Occupational therapy service provision in adult intensive care units in Australia: A survey of workload practices, interventions and barriers[J]. Aust Occup Ther J. 2022,69(3):316-330.