

作业治疗在肿瘤康复的应用

赖西癸 上海体育学院

根据世界卫生组织国际癌症研究机构（IARC）发布的 2020 年全球最新癌症负担数据，由于人口增长和老龄化，主要的高危癌症尚未出现显著下降趋势，一些国家的癌症负担迅速增加。预计到 2040 年，全球癌症负担将达到 2840 万例，比 2020 年增加 47%¹，提供全面的癌症照护，对于全球癌症控制至关重要。在此报告中提到中国已经成为名副其实的“癌症大国”，新发病例和死亡人数均位列全球第一。

癌症患者的存活率在过去 30 年中有了显著提高，获得更长的生存期，但往往有更高程度的身体、认知和心理障碍²，严重影响患者的生活质量。由于缺乏超越传统的医疗干预，如康复治疗，从而损害患者的功能，并限制了患者在生存期间的活动和参与³。癌症患者的康复需求是巨大的，主要体现在疲劳、衰弱、淋巴水肿、活动能力下降和认知受损等，这些功能障碍问题其实都是康复治疗的服务范畴，但是这些患者不知道可以从哪里获得相关的医疗支持来帮助改善他们的症状。研究发现，在估计 87% 被认为需要作业治疗的老年癌症幸存者中，只有 32% 的人在癌症诊断的前 2 年内接受了作业治疗⁴。

作业治疗可以显著提高癌症幸存者参与活动的的能力，从而提高生活质量。然而，目前大众和临床肿瘤专家对癌症患者进行作业治疗服务知之甚少。最近的研究发现，作业治疗可以为癌症患者的三个主要的 ICF 领域提供干预：提高生活质量（活动和参与层面）、症状管理（身体结构和功能层面）和环境改造（环境层面）⁵，涉及多种干预措施，包括 ADL 再训练、疼痛和疲劳管理的教育和策略、改善上肢功能、淋巴水肿管理、提供辅具、家庭环境改造、活动适应、社会和休闲

兴趣的改变、放松和压力管理训练。

如何评估癌症患者转诊到作业治疗的必要性

癌症相关的功能障碍是一个缓慢的过程，有些可能难以识别。在繁忙的肿瘤临床治疗中，如何快速确定何时将患者转诊到作业治疗十分重要，这将有助于确定哪些患者将从作业治疗服务中受益。

表 1 肿瘤康复中的作业治疗评估

评估项目	评估目的
快速筛查问题 ⁶ ： <ul style="list-style-type: none"> • 患者在过去 6 个月内是否跌倒过？ • 在过去几周内，患者在执行 ADL 或 IADL 任务时是否遇到困难？ • 是否有上肢灵活性限制或疼痛限制了日常活动？ • 患者在休闲或社交活动中是否存在障碍？ • 患者是否有记忆力、注意力或注意力的变化，从而影响了日常活动的参与？ 	简单的问题可以很容易地确定可以从转诊到作业治疗中受益的患者
老年综合评估 ⁷	评估功能状态、跌倒、身体健康、认知和其他结构
患者报告的结局测量信息系统 ⁸	评估患者的生活质量、功能状态和社会活动参与度

DASH 评估 ⁹	评估患者的上肢能力
功能独立性评测（FIM）量表 ¹⁰	更全面、客观地反映患者的 ADL 能力
基于 ICF 的职业康复核心组合 ¹¹	全面评估需要重返公众岗位的癌症幸存者的需求和工作困难

作业治疗的干预措施

作业治疗可以改善多个与癌症及其治疗有关的功能障碍。需要注意的是这些功能障碍并不是孤立发生的，而往往是相互关联的。因此，基于前面提供的作业治疗评估，尽可能全面地进行评估，再根据评估结果，选择合适的作业治疗干预措施。

表 2 作业治疗需求和潜在的干预措施

临床结局（需求）	作业治疗干预策略举例
癌症相关疲劳	建议患者进行结构化的活动修改和优先级排序，以及使用每日活动日志来监控基于任务的活动和能量模式。需要进行个性化的调整，如将常用物品放在冰箱中易于到达的高度、在夜间定时淋浴等，以节省能量。
认知功能障碍	采取适应性策略，对于有记忆和注意力问题的患者，帮助创建个性化的系统来设置，如药物提醒，安排约会，并处理购物，烹饪和资金管理的待办事项类型任务。进行使用纸质地图和/或含有 GPS 设备的培训或再培训，以提高外出导航的独立性。

跌倒	跌倒预防：居家环境改造，包括在浴缸或淋浴中设置扶手，以帮助进出浴缸或靠近厕所，以帮助从坐姿上升到站立姿势并安全地上厕所。其他改造包括楼梯扶手、清除危险物体和杂物以及使用防滑垫。
上肢活动受限	可选择活动、牵伸和改善运动范围和肌肉力量的方式进行组合，然后根据需要进行功能任务执行和活动或环境的调整训练。推荐使用辅具，可以提高患者的独立性，如用于一只手可以进行切割食物的摇臂刀。
淋巴水肿	淋巴水肿教育包括识别加重的风险和可能加重肿胀的活动、适当的活动调整、能量节约技术、自我按摩以及通过完全减充血治疗来管理肿胀。
化疗诱发的周围神经病变	通过感觉和功能活动进行适应和代偿，如烹饪。调整特定工具以保持 ADL 和 IADL 的独立性，如在穿衣时协助扣纽扣的纽扣钩。
功能障碍	作业治疗可以改善患者的日常生活活动能力，从穿衣、洗澡和使用厕所，到更复杂的 IADL 任务，如组织一天的日程安排、记账、烹饪以及能够照顾孩子或年迈的家属等。

未来展望

作业治疗师是癌症康复团队的重要组成，在某些方面，作业治疗、物理治疗和言语治疗的康复目标和技术可能会重叠，但作为一个团队，它们都致力于提高每个患者的生活质量和认知/功能表现。在临床上，应该形成明确的肿瘤康复临

床路径，以及如何转介到作业治疗，各个部门之间应有更加明确的分工。未来在环境改造⁵和配置辅具¹²等方面，需要进一步研究和探索。此外，在肿瘤的临床结局上，不应该只有病态和死亡，未来研究应涉及能够全面反映患者功能状态的功能结局指标，更能反映出医疗的价值，目前国内在推广的 ICF 康复组合，也可在肿瘤康复中进行验证。

由于医疗资源分配不均匀，很多偏远地方的病人无法及时得到治疗，但“互联网+医疗”技术的出现很大程度上缓解了这一问题，如在线问诊、远程医疗等很大程度上提高医疗服务水平。有研究证实了远程医疗平台提供的乳腺癌围手术期康复计划的可接受性、实用性和有效性，其中包含远程的作业治疗评估和干预，并且患者的满意度很高¹³。此外，在 Covid-19 大流行的背景下，远程作业治疗不失为一个更好的选择。

综上，作业治疗融入癌症患者的日常活动，可帮助患者参与有益的康复活动，促进身体机能、家庭功能的改善，最终回归常态化生活，实现全面康复。相信作业治疗的加入对于癌症疾病负担会有关键的影响，不仅体现在存活时间，更体现在患者的功能状态和生活质量。

参考文献

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021; 71:209-49.
2. Baxter MF, Newman R, Longpré SM, Polo KM. Occupational Therapy's Role in Cancer Survivorship as a Chronic Condition. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2017; 71:7103090010p1-p7.
3. Bennion AE, Molassiotis A. Qualitative research into the symptom experiences of adult cancer patients after treatments: a systematic review and meta-synthesis. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2013; 21:9-25.
4. Pergolotti M, Cutchin MP, Weinberger M, Meyer AM. Occupational therapy use by older adults with cancer. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2014; 68:597-607.
5. Taylor S, Keesing S, Wallis A, Russell B, Smith A, Grant R. Occupational therapy intervention for cancer patients following hospital discharge: How and when should we intervene? A systematic review. *Australian occupational therapy journal*. 2021; 68:546-62.
6. Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational Therapy for Adults With Cancer: Why It Matters. *The oncologist*. 2016; 21:314-9.
7. Hurria A, Gupta S, Zauderer M, Zuckerman EL, Cohen HJ, Muss H, et al. Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer*. 2005; 104:1998-2005.
8. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2009; 18:873-80.
9. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. *The Upper Extremity Collaborative Group (UECG)*. *American journal of industrial medicine*. 1996; 29:602-8.
10. Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*. 1994; 26:115-9.
11. Paltrinieri S, Costi S, Pellegrini M, Díaz Crescitelli ME, Vicentini M, Mancuso P, et al. Adaptation of the Core Set for Vocational Rehabilitation for Cancer Survivors: A Qualitative Consensus-Based Study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2022; 32:718-30.
12. Pilegaard MS, la Cour K, Baldursdóttir F, Morgan D, Oestergaard LG, Brandt Å. Assistive devices among people living at home with advanced cancer: Use, non-use and who have unmet needs for assistive devices? *European journal of cancer care*. 2022; 31:e13572.
13. Lai LL, Player H, Hite S, Satyananda V, Stacey J, Sun V, et al. Feasibility of Remote Occupational Therapy Services via Telemedicine in a Breast Cancer Recovery Program. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2021; 75:7502205030p1-p9.