

作業治療在腫瘤康復的應用

賴西癸 上海體育學院

根據世界衛生組織國際癌症研究機構（IARC）發佈的 2020 年全球最新癌症負擔數據，由於人口增長和老齡化，主要的高危癌症尚未出現顯著下降趨勢，一些國家的癌症負擔迅速增加。預計到 2040 年，全球癌症負擔將達到 2840 萬例，比 2020 年增加 47%¹，提供全面的癌症照護，對於全球癌症控制至關重要。在此報告中提到中國已經成為名副其實的“癌症大國”，新發病例和死亡人數均位列全球第一。

癌症患者的存活率在過去 30 年中有了顯著提高，獲得更長的生存期，但往往有更高程度的身體、認知和心理障礙²，嚴重影響患者的生活品質。由於缺乏超越傳統的醫療干預，如康復治療，從而損害患者的功能，並限制了患者在生存期間的活動和參與³。癌症患者的康復需求是巨大的，主要體現在疲勞、衰弱、淋巴水腫、活動能力下降和認知受損等，這些功能障礙問題其實都是康復治療的服務範疇，但是這些患者不知道可以從哪里獲得相關的醫療支持來幫助改善他們的症狀。研究發現，在估計 87% 被認為需要作業治療的老年癌症倖存者中，只有 32% 的人在癌症診斷的前 2 年內接受了作業治療⁴。

作業治療可以顯著提高癌症倖存者參與活動的能力，從而提高生活品質。然而，目前大眾和臨床腫瘤專家對癌症患者進行作業治療服務知之甚少。最近的研究發現，作業治療可以為癌症患者的三個主要的 ICF 領域提供干預：提高生活品質（活動和參與層面）、症狀管理（身體結構和功能層面）和環境改造（環境層面）⁵，涉及多種干預措施，包括 ADL 再訓練、疼痛和疲勞管理的教育和策略、改善上肢功能、淋巴水腫管理、提供輔具、家庭環境改造、活動適應、社會和休閒

興趣的改變、放鬆和壓力管理訓練。

如何評估癌症患者轉診到作業治療的必要性

癌症相關的功能障礙是一個緩慢的過程，有些可能難以識別。在繁忙的腫瘤臨床治療中，如何快速確定何時將患者轉診到作業治療十分重要，這將有助於確定哪些患者將從作業治療服務中受益。

表 1 腫瘤康復中的作業治療評估

評估專案	評估目的
快速篩查問題 ⁶ ： <ul style="list-style-type: none"> • 患者在過去 6 個月內是否跌倒過？ • 在過去幾周內，患者在執行 ADL 或 IADL 任務時是否遇到困難？ • 是否有上肢靈活性限制或疼痛限制了日常活動？ • 患者在休閒或社交活動中是否存在障礙？ • 患者是否有記憶力、注意力或注意力的變化，從而影響了日常活動的參與？ 	簡單的問題可以很容易地確定可以從轉診到作業治療中受益的患者
老年綜合評估 ⁷	評估功能狀態、跌倒、身體健康、認知和其他結構
患者報告的結局測量資訊系統 ⁸	評估患者的生活品質、功能狀態和社會活動參與度

DASH 評估 ⁹	評估患者的上肢能力
功能獨立性評測 (FIM) 量表 ¹⁰	更全面、客觀地反映患者的 ADL 能力
基於 ICF 的職業康復核心組合 ¹¹	全面評估需要重返公眾崗位的癌症倖存者的需求和工作困難

作業治療的干預措施

作業治療可以改善多個與癌症及其治療有關的功能障礙。需要注意的是這些功能障礙並不是孤立發生的，而往往是相互關聯的。因此，基於前面提供的作業治療評估，盡可能全面地進行評估，再根據評估結果，選擇合適的作業治療干預措施。

表 2 作業治療需求和潛在的干預措施

臨床結局 (需求)	作業治療干預策略舉例
癌症相關疲勞	建議患者進行結構化的活動修改和優先順序排序，以及使用每日活動日志來監控基於任務的活動和能量模式。需要進行個性化的調整，如將常用物品放在冰箱中易於到達的高度、在夜間定時淋浴等，以節省能量。
認知功能障礙	採取適應性策略，對於有記憶和注意力問題的患者，幫助創建個性化的系統來設置，如藥物提醒，安排約會，並處理購物，烹飪和資金管理的待辦事項類型任務。進行使用紙質地圖和/或含有 GPS 設備的培訓或再培訓，以提高外出導航的獨立性。

跌倒	跌倒預防：居家環境改造，包括在浴缸或淋浴中設置扶手，以幫助進出浴缸或靠近廁所，以幫助從坐姿上升到站立姿勢並安全地上廁所。其他改造包括樓梯扶手、清除危險物體和雜物以及使用防滑墊。
上肢活動受限	可選擇活動、牽伸和改善運動範圍和肌肉力量的方式進行組合，然後根據需要進行功能任務執行和活動或環境的調整訓練。推薦使用輔具，可以提高患者的獨立性，如用於一只手可以進行切割食物的搖臂刀。
淋巴水腫	淋巴水腫教育包括識別加重的風險和可能加重腫脹的活動、適當的活動調整、能量節約技術、自我按摩以及通過完全減充血治療來管理腫脹。
化療誘發的周圍神經病變	通過感覺和功能活動進行適應和代償，如烹飪。調整特定工具以保持 ADL 和 IADL 的獨立性，如在穿衣時協助扣鈕扣的鈕扣鉤。
功能障礙	作業治療可以改善患者的日常生活活動能力，從穿衣、洗澡和使用廁所，到更複雜的 IADL 任務，如組織一天的日程安排、記賬、烹飪以及能夠照顧孩子或年邁的家屬等。

未來展望

作業治療師是癌症康復團隊的重要組成，在某些方面，作業治療、物理治療和言語治療的康復目標和技術可能會重疊，但作為一個團隊，它們都致力於提高每個患者的生活品質和認知/功能表現。在臨床上，應該形成明確的腫瘤康復臨

床路徑，以及如何轉介到作業治療，各個部門之間應有更加明確的分工。未來在環境改造⁵和配置輔具¹²等方面，需要進一步研究和探索。此外，在腫瘤的臨床結局上，不應該只有病態和死亡，未來研究應涉及能夠全面反映患者功能狀態的功能結局指標，更能反映出醫療的價值，目前國內在推廣的 ICF 康復組合，也可在腫瘤康復中進行驗證。

由於醫療資源分配不均勻，很多偏遠地方的病人無法及時得到治療，但“互聯網+醫療”技術的出現很大程度上緩解了這一問題，如線上問診、遠程醫療等很大程度上提高醫療服務水準。有研究證實了遠程醫療平臺提供的乳腺癌圍手術期康復計畫的可接受性、實用性和有效性，其中包含遠程的作業治療評估和干預，並且患者的滿意度很高¹³。此外，在 Covid-19 大流行的背景下，遠程作業治療不失為一個更好的選擇。

綜上，作業治療融入癌症患者的日常活動，可幫助患者參與有益的康復活動，促進身體機能、家庭功能的改善，最終回歸常態化生活，實現全面康復。相信作業治療的加入對於癌症疾病負擔會有關鍵的影響，不僅體現在存活時間，更體現在患者的功能狀態和生活品質。

參考文獻

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.