



中华 OT 电子季刊 2018 年秋季刊
The Chinese OT e-Newsletter

2018

作业治疗无疆界



作业治疗无疆界 ——主编微语

本季刊在汶川地震 10 周年之际，中华 OT 电子季刊夏季版出了一个抗灾特刊，杨永红主编为我们展示作业治疗师在地震和大型火灾之后如何深入灾区第一线治疗受伤群众，并在灾后长期地帮助这些伤残人士“站起来”，回归家庭和社会。这个特刊引起了热议，在人们传统的观念中，“救灾”医疗一般是急诊和外科医生的事情，康复治疗都是等这一波“冲锋队”忙完了，才开始姗姗登场。现在，作业治疗师也加入到救灾的现场，成为救灾“冲锋队”的重要成员。难怪，曾经有同行向我感叹：“你们 OT 无孔不入啊，什么领域都被你们渗透了！”。是的，作业治疗师在不断地拓宽学术实践领域，不断地扩大服务范围，在为更多的患者提供更精准更有技术水平的康复服务。曾经，听香港梁国辉会长分享了作业治疗师如何在一个由麻醉师、骨科医生、中医师、针灸推拿师、物理治疗师、心理治疗师、护理师等组成的疼痛治疗团队里发挥独到的作用，让备受慢性疼痛折磨、无法坐卧的患者重新露出十几年不见的笑脸；曾经，在朋友圈里围观过周晶老师分享了她在 ICU 病房里如何通过一些辅助沟通方式帮助被误诊为持续植物状态的“闭锁综合征”患者有效地与

香港职业治疗学院

黄锦文

台湾高雄长庚医院

张瑞昆

广州市残疾人康复中心

林国徽

宜兴九如城康复医院

李奎成

中山大学附属第一医院

陈少贞

河北省人民医院

闫彦宁

四川大学华西医院

杨永红

海南医学院第二附属医院

朱毅

本期责任编辑 陈少贞

中华 OT
电子季刊
编辑委员会

人沟通；曾经，见证过台湾张瑞琨老师帮助那些只有颈部能轻微活动的四肢瘫患者和只有眼球可以活动的渐冻人利用各种神奇的电脑输入法享受电子游戏的“魔法”；曾经，小编自己利用心理学知识结合作业治疗的手段（访谈+心理剧+时间线）帮助一位看过七八家大医院，包括心理科和精神科没有处理好的“癔症”患者走出自我暗示的心理迷阵、回归到正常生活中；曾经，我们中山大学附属第一医院的作业治疗师走进手术室，在脑肿瘤手术中协助手术大夫做术中唤醒认知和手功能评估……

记得，我曾经和金牌讲师林国徽老师讨论“作业治疗的疆界在哪里”时，最后我们达成一致的认识：“作业治疗没有所谓的疆界，只要用心、用爱、用智慧，站在患者的角度，了解他们的需求、剖析他们的障碍根源、发现他们的潜力，你会发现作业治疗可以帮助所有需要帮助的人”。作业治疗的领域的确在不断扩展，在向不同学科、不同临床阶段渗透！在本期季刊中，我们将展示在这份医学与人文这块无垠的大地上，作业治疗师如何与其他专业的同行人去用心耕耘脚下的那块土地。

陈少贞
中山大学附属第一医院



目录 Table Of Contents

重建生活为本

重建生活为本理念文化价值体系	4
生活教练和重建生活为本访谈	9
能力阶梯理论与作业治疗目标制定	13
重建生活为本理念实践：脊髓损伤个案分析	18
脑中风个案分析：重塑未来	26
将 OT 教学带出教室，带进生活	37

手功能康复

正中神经、尺神经切割伤案例分享	41
剖析 SPS 肘关节矫形器	51
Simon's Ring 在偏瘫手功能康复中的应用	54
儿童尺神经损伤作业治疗个案报道	63

作业治疗在加护病房和急性期的实践

ICU 内的作业治疗方案	70
脑卒中急性期床边作业治疗的病例分析	74
作业治疗在急性重症医疗中的角色和实践概况	91

作业治疗与社区康复

社区康复——一座连接医院与家庭的桥	100
浅析成都地区社区康复的发展策略	103

作业治疗专委会信息

数十年努力，得偿所愿-中国加入世界作业治疗师联盟	113
中国康复医学会作业治疗专业委员会的“康复服务行	125

重建生活为本

重建生活为本理念文化价值体系

重建生活为本康复理念包含一套理论体系、一套文化价值体系和一套运作模式。而理论体系和运作模式是建基于文化价值体系。

重建生活为本康复文化价值体系由信念、愿景、使命、核心价值和患者宣言五部分组成。信念说明崇尚的精神、提供方向与能量，愿景勾画长远目标和境界，使命解释具体行动策略及方法，核心价值阐述行事的优先次序及判断是非的标准，亦是愿景、使命的动力和精神源泉。

信念

我们相信，人天生具备求生存、求能力、求成长的本能，并有追求成功、愉快、幸福及有意义生活

的欲望。患者即使是面对长期功能障碍，维持幸福、愉快生活的本能的欲望是仍然存在的。这些本能欲望可能因受到症状和病后失败的经历打击，而受到压抑，但是可通过引导及成功的经历重新点燃，可通过学习新的生活技巧、调节个人期望及生活环境，以减轻功能障碍对生活的影响。

患者即使有一些长期功能障碍，但仍然拥有一定程度的能力，可根据自己的家庭条件及发病前的爱好和生活方式，重新建立一套愉快的、能维持身心健康的生活方式。身心健康生活方式是因

人而异的，但都有两个重要元素：第一，有比较充实的生活内容，有足够的活动，

梁国辉

香港职业治疗学院

带来正面情绪、思想和感受。第二有足够的机会，可以为家庭和社会做一些事情、作一些贡献。

愿景

在重建生活为本作业治疗理念指导下，作业治疗的最终目标已超越协助患者功能恢复，也超越促进独立生活，而是指向一个更高的层次。我们的愿景是要协助所有服务使用者“重建成功、幸福、愉快及有意义的生活方式”。这也是重建生活为本作业治疗模式与其他模式的主要分别之一。

使命

协助服务使用者重建成功、幸福、愉快及有意义的生活方式并不是一个梦想，也不是一个口号，而是一个实在的终极目标。是以科学为基础，有条不紊的，在患者重建生活的每一个步骤，提供具体的、针对性的作业治疗服务而达至的目标。重建生活为本作业治疗运作模式及内涵可以在服务使命总结下来：“引导患者发掘自身长线、隐性、真实的需求，按照科学的预定路径，利用

生活化的训练活动及场景，提升生活能力及生活意志，调节人际及生活环境，重建成功、幸福、愉快及有意义的生活方式，以维持身体及精神健康。”

使命中的六句话，总括了重建生活为本作业治疗模式的步骤、内涵、及理论基础。也概括了服务的短、中、长期服务目标。每一句都以动词为首，彰显以行动为出发点，以达至重建成功、幸福、愉快及有意义的生活方式，以维持身体及精神健康的最终目标。

核心价值

透过多年的累积和沉淀，重建生活为本康复理念体系建立了文化价值观，可概括在十六组价值内涵里，包括：尊重包容、科学理性、乐观豁达、适应赋能、充实多元、独立自强、自信希望、突破超越。我们鼓励康复人员大家在发展重建生活为本服务及硬件的同时，亦要同步发展相应的科室文化价值，把这些文化及价值融入日常服务中，为治疗注入生命，为训练赋灵魂。

宣言

为更有效向患者传递重建生活为本康复理念，我们以患者第一角度，把理念的精髓，总结为重建生活为本患者宣言，可让大家朗读，加强印象，促进身心力行。宣言由六句话组成，每句皆以一动词为首，强调患者主动主导重建生活的过程：“我们愿意接受慢性症状及功能障碍的事实，排除思想、情绪、人际及环境障碍，充分利用自己拥有的能力及可掌握的人际、经济和社会资源，学习及实践适应性生活策略及方法、并养成习惯，培养新的生活态度及目标，增加愉快及有意义的生活内容，重建成功及快乐的生活方式。”

作业治疗管理文化

一套清晰的价值理念是基业长青的灵魂，理念的根基和不断创新发展源于底蕴深厚的核心价值文化。

重建生活文本理念的成长是“实践、认识、再实践、再认识”的过程。从 2015 年正式面世至今已有三年多，始终坚持以“传承核心价值文化，推崇作业治疗使命，倡导作业治疗回归本位”为目标，帮助专业人员提升康复服务能力，更好地服务于普罗大众，重建成功幸福愉快及意义生活。

重建生活为本理念文化价值体系作为一种精神力量，是动态的渐进的不间断的发展过程，是可以真正践行的，对一个专业的发展起着无可限量的作用，包括：

(1) 整合。康复医学科涵盖人员众多，康复治疗团队包括康复医师 (physiatrist)、物理治疗师 (PT)、作业治疗师 (OT)、言语矫正师 (ST)、心理治疗师、假肢与矫形器师 (P&O)、文体治疗师 (RT)、社会工作者 (SW) 等等。共同的文化价值观能够协调群体成员的行动所发挥的作用，有效地沟通，消除隔阂、促成合作。

(2) 导向。在一个组织结构中，人与人之间是一个以目标为前提的存在，人与人应该承担各自的责任和目标，从而拥有不同的权利和资源。共享文化可以提供一种科学的、全体员工所认同、所遵循的工作思路 and 方式，明

白自己的职责和行为是否适宜,才能够倾向于选择有效的行动,这就是科室文化对行为的导向作用。

(3) 维持秩序。价值观作为一把标尺,时刻衡量着我们自身的存在意义和行为方式。经过以往共同工作及临床经验的积累,大家认为是合理并被普遍接受、被认可和被遵从的,这也意味着某种秩序的形成。这是科室康复文化维持工作秩序的功能。

(4) 传统。文化的载体是产品,同样重建生活为本康复文化体系也根植于康复服务产品,一种好的产品经过不断创新和优化,可以源远流长,经久不衰,须要满足消费者的需求、能够享受、有延伸价值、长期受益、促进和维持身心灵健康等,这也就彰显了康复文化的传统功能。

重建生活为本理念文化体系在它所涵盖的范围内和不同的层面发挥着主要的功能和作用。无论个人还是人类,物质再繁荣,生活再舒适,如果精神流于平庸,灵魂变得空虚,就绝无幸福可言。而生生不息、刚韧富有生命力的文化是支撑人的精神支柱。

重建生活为本理念体系中提出“新 OT 三宝”,即访谈、作业活动和环境调适作为作业治疗三大核心治疗手段。其中环境调适也是理念文化体系的一个重要体现之一,包括康复科室管理文化和作业治疗室文化:

治疗师及病人构成康复治疗室的人际环境。当中,治疗师对构建这些人际环境起至关重要的作用。在作业治疗理念指导下,治疗师团队可尽力构建有利患者认真积极参与治疗训练的人际环境,具体可参考下面建设:

- 制定人际环境目标 治疗师主管带领团队认真思考、设计及维持治疗室特定的人际环境,以促进疗效及服务效率。强调团队每一成员都要清楚明白及尽职尽责传递及维持。
- 制定清晰明确治疗时间表 以控制人流、节奏,提升治疗效率。
- 坚持治疗室的功能 治疗不做康复治疗以外的事,以营造认真及专注的治疗环境。
- 限制治疗室人员 限制不必要人士进入治疗室,以保护患者隐私,及减少干扰。

- 营造自助自理氛围 鼓励患者自助自理,减少依赖,加强独立意识。有时表面上影响活动及训练进度,但对患者重建能力及自信有莫大帮助。
- 营造接纳氛围 尊重个人差异,认同个人选择,培养患者自尊自信,促进对康复的责任感。
- 表扬进步与成就 多留意患者的进步,表扬患者的努力,营造重视奋斗促进突破、多于重视障碍与不足的氛围。
- 多注重生活能力 康复中后期,治疗师多注重生活能力的重建,适当减少强调基本功能缺欠。
- 强调意志与能力同样重要 重建生活能力及重建生活意志是相辅相成的,要营造有利重建信心及意志的人际环境。
- 鼓励多谈未来生活 有些患者不愿面对现实,回避谈及长远生活。营造鼓励分享未来目标与行动计划的人际环境。
- 营造正面价值观 有技巧地让患者及家属明白预后功能水平,共识预后生活目标,传递即使有某程度功能障碍,也可成功生活的信息。营造追求重建成功愉快生活方式的价值观。

治疗师都希望患者在家中运用好在治疗室学到的生活技巧。但往往发现患者回家后仍然依赖,没有把能力用好。康复团队应好好利用病房这个中途站,让患者把在治疗室学到的技能先在病房应用,并养成习惯,有利患者成功过渡。

科室及病房环境、特别是人际及文化环境、本身就可以利用为一种治疗及训练的媒体。康复科室及病房管理有很多规章、制度和流程,这些背后要有一套科室上下人员公认遵守的价值观,规章制度才会有真正的意义与价值,可真正发挥促进患者养成习惯的疗效。

文化来源于人,也服务于人。

回归作业治疗本质,就必须回归到人的生活,必须源于对人性的关怀,才更有意义。这是重建生活为本理念内核精髓所在。

生活教练和重建生活为本访谈

梁国辉

香港职业治疗学院

访谈 (interview) 是一种有目的性的谈话方式, 有一人主问、以收集特定的资料, 另一人主答、以提供问题相关的资料。广泛不同的专业都视访谈为重要专业手段, 如医疗、新闻、娱乐、法律、保安等。不同专业的访谈着重收集不同内容, 以满足该专业所需的资料, 当中会运用很多共通的访谈技巧、也有专业特定的理念与手法。

在作业治疗主流专业文献中, 访谈被描述是众多收集资料的方式方法之一, 被认定是治疗的必要原素, 但没有被列入作业治疗主要治疗媒介行列之中。但在重建生活为本作业治疗理念中, 访谈却被认定为作业治疗重要的介入手段, 与作业活动及环境调适并列为作业治疗三大核心手段之一。重建生活为本访谈是基于生活教练方式访谈理念与技巧, 配以重建生活为本康复理念, 以达重建生活为本作业治疗的目的。

生活教练访谈针对以下人群特别有帮助: 第一、正处于疾病过渡时期, 即已经进入重返社会阶段的人。第二、病后生活太单调、缺乏内容的人。第三、觉得自己在某些方面停滞不前的人。第四、在奋斗过程中面对较大困难的人。患者即便面对长期功能障碍, 都是有重建幸福、愉快生活的本能欲望的。这些本能欲望受到病后失败经历的打击而受到压抑, 但可透过引导及成功的经历重新燃点; 是可透过学习新的生活技巧、调节个人期望及生活环境, 去减轻功能障碍对生活的影响的。

生活教练和重建生活为本访谈不同专业顾问, 与心理治疗师亦有所差异。专业顾问是某特定范畴的专家, 他们能为客人提供该范畴内的专业意见, 让人做得更好。而生活教练会向人提问一些有启发性的问题, 让人全面思考, 梳理思路, 更清晰地察觉到目标, 更容易地想出解决问题的方案, 更准确地制定实际可行的实践计划, 协助人去创造、创造新的、愉快的生活。

建议采取先易后难的方式, 帮助人更彻底地探索梦想, 发掘潜能, 应用智能和创造力, 想出办法, 克服障碍, 扩大在生活中的可能性。进而引导人创造一个安全舒适的空间, 按照自己的步伐, 建立自信, 逐渐达至目标。心理治疗师着重探讨人的过去。他们会尝试了解治疗对象童年时期的梦想、过去的创伤, 了解这些事情如何影响现在的生活。生活教练则着重了解现在、和引导人走向所期待的未来。

接受生活教练指导的人需要有改变的意愿。改变会带来不安，所以接受生活教练服务的人要有心理准备，下定改变的决心，向自己负责，也要向自己承诺，冲破改变带来的不安，扩大适应能力。这些承诺有助一路向前，实现目标，达至理想。

重建生活为本访谈

重建生活为本访谈是重建生活为本作业治疗运作模式中一个标志性的技巧与手段。它与主流作业治疗文献中所说的访谈有质的区别，不在同一个高度、起着十分重要的治疗作用。因此被视为重建生活为本作业治疗三大核心治疗方法之一、与作业活动、环境调适合称新“OT 三宝”，访谈有若举足轻重、必不可少的地位，其本身就可以产生一定的疗效。

从另一角度去理解，重建生活为本访谈是治疗师运用一般的访谈技巧，向患者及家属灌输重建生活为本康复理念，说明相关的科学与真实的资讯；又利用生活教练访谈技巧，促进患者了解及接受现实，以制定与重建生活为本康复理念相匹配的治疗目标与训练计划；启发患者原发及继发动力、提升生活意志，加强实施行动计划及积极参与治疗训练的动力

重建生活为本康复理念的访谈有两层意义：

（一）是一般的访谈：用作收集者的身心状况及各种背景资料、作为设计治疗计划的基础，与作业治疗主流文献中所描述的访谈是一致的。

（二）是重建生活为本访谈：重建生活为本访谈有三大特质：治疗师透过访谈、灌输重建生活为本康复理念，科学与真实的资讯；采用生活教练访谈技巧，透过有力的问题，促进患者了解及接受现实，认真思考、梳理思路，以制定与重建生活为本康复理念相匹配的长、中、短期治疗目标及训练策略；透过听取患者的回应，引导患者启动原发及继发动力、提升生活意志，加强实施行动计划及积极参与治疗训练的动力。

访谈目的

重建生活为本访谈可应用在作业治疗的不同阶段,也可有不同目的,包括:提供科学及真实的资料;灌输重建生活为本康复理念(包括:要学习生活能力,建立生活意志、及重建愉快的生活方式;重建生活比完全治愈更重要、更实际、更能自我掌控、及更容易达到);培养、建立和提升患者生活意志;引导建立重建生活的短、中、长期目标;制定短期训练目标及具体治疗项目达成共识、建立行动计划;及支持患者执行及完成行动计划。

访谈形式

在重建生活为本康复理念中,访谈是作为引导患者参与配合重建生活为本作业治疗的重要手段,也是协助患者强化或重建生活意志的手段。访谈是要专门安排时间及场地进行的,是作业治疗的一种形式,应是一种作业治疗收费项目。访谈应在安静、舒适、免干扰环境进行。可以个人或小组形式访谈,首次时间较长,约 30-60 分钟,阶段性访谈时间在 20-40 分钟。

访谈者角色

在访谈过程中,治疗师有三种角色,包括:以康复专家身份,提供权威信息;以生活教练角色,利用问和听的技巧引导行动计划;以治疗师身份,为患者安排后续的治疗。三种身份角色要有机有效地转换,以达访谈目的。

访谈主题

在不同康复阶段,可有不同访谈主题,包括:

入院访谈: 医患双方共识可达到的中、长期重建生活目标

进度访谈: 回顾进展、调整治疗计划

重建意志访谈: 为意志消沉长期病人重建生活目标

生活重整: 重建回家生活内容及探讨解决困难的方法

治疗性访谈: 消减担心疑虑、加强信心、培养希望

访谈过程

每次访谈都有一定的套路及步骤，治疗师要合理分配时间，完成各个主要步骤，最终协助患者建立长期目标及短期行动计划。访谈过程大致分为可下列步骤：

1. 掌握科学及真实的资料
2. 了解、面对及接受愈后状况的现实
3. 回顾自己所付出的努力及已有的成果
4. 关注自己还具有的能力及资源
5. 发掘自己心底的愿望底线
6. 建立(大概)中长期生活化目标
7. 找寻(具体)短期目标及达至目标的方法
8. 利用治疗师可提供的、有助达成目标的训练及方法
9. 激发推动实施计划的动力

临床应用

访谈作为引导患者积极主动参与配合重建生活为本作业治疗的重要手段，对促进和强化生活意志可发挥非常积极和重要的作用。重建生活意志是三元合一生活重建的重要环节，与重建生活能力及生活方式同时进行及发生。生活意志是生活能力及生活方式重建的动力，为重建过程提供能量。然而，生活意志的重建很容易被繁忙的治疗师忽略，因此降低了生活能力重建的成效。作业治疗师必须谨记，促进患者意志是康复团队各成员都认同的康复目标，作业治疗师在这方面可单独利用重建生活为本访谈达至理想目标，也可在促进患者尝试参与有挑战性的作业活动的不同阶段中应用，发挥独特的作用，为团队创造更大、更深更长远的康复效果。

总括而言，重建生活为本访谈是结合了生活教练理念与技巧、及重建生活为本作业治疗理念的一种访谈方式。采用生活教练访谈技巧与理念，以充分发挥重建生活为本康复理念，应用在重建生活为本作业治疗过程中。生活教练和重建生活为本理念对人的关注及尊重是一致的，都是侧重人正面的内涵，着重建立人的能力，跟作业治疗理想相辅相成。这也是源于作业治疗的理想目标。

能力阶梯理论与作业治疗目标制定

吴丽君

重建生活为本康复文化传播中心

人在遭遇不幸因素时，例如身患重病，身体能力可能会大幅度下降，甚至变成完全依赖，在没有得到专业的指导下，不知道什么是该做或不该做，甚至什么都不敢做，失去自主及行为的掌控能力，生活能力下降，自信心倍受打击，生活意志逐渐消沉。这打乱了一贯的生活秩序，形成生活方式失衡，逐渐发展为身体能力及精神健康同步下降的恶性循环。

“作业治疗是以(服务使用者的)作业能力为治疗目标”。我们希望通过作业治疗的干预，以达协助促进服务用户重建生活的目标。我们希望可以帮助人回归心灵的原乡，步步为赢，重整旗鼓，胸怀未来。

制定治疗目标在任何时候都重要。可是，作业治疗师在制定日常治疗计划时，常常会遇到困难，所制定的治疗计划往往与重建生活的理想有较大距离，有很大落差。

自从听了重建生活为本康复理念创始人梁国辉老师提出“能力阶梯”理论后，明白到我们可以利用这理论，在不同的治疗阶段，制定合适的治疗或训练计划，一步步引导患者重建生活。

“能力阶梯”理论由下而上可分为：生理功能、器官结构、器官功能、动作技能、作业技能、生活能力及生活角色生活方式。他明确指出，人的能力可受到生物性、个人性和社会性因素的影响。下面层次影响上层但不局限上层的学习与发挥。而重建生活为本作业治疗重点关注上层（个人性和社会性）功能的影响。

曾经参加梁国辉老师举办的一次访谈课程培训班-实操演练环节，作为访谈者的A组学员、被访者是一位病程三年余的年轻脊髓损伤患者，日常生活基本可以自理，出行依赖电动轮椅，可以自行上街购物、乘坐地铁、和朋友聚会等，患者对目前生活尚比较满足。A组学员现场十分被动，认为被访者目前状况良好，甚至根本不需要进一步康复训练了，完全不知所言。梁老师也洞察到此状况，经过患者同意，介入了访谈。大约15分钟结束，患者倍受启发、满心接受、见到新的人生方向，找到更高的追求目标，表示愿意尝试，希望突破自己，上升一个台阶，并决心达到

带着满腹的叹服和疑问，之后我特别采访和请教了梁国辉老师，针对这个访谈案例，梁老师作了如下阐释：

“由上而下和由下而上是利用‘能力阶梯理论’制定训练计划的两个策略。作业治疗师多是由下而上的关注患者的能力，当A组同学知道患者基本功能、自理能力、家居生活能力和社区生活能力都已恢复到一定程度，便会觉得已经完成任务，再没有事情可再为患者做，便结束访谈。但访谈是要引导被访者找到新的目标，制定行动计划，满怀动力地去实践才算成功完成。就这位年轻女性患者的情况而言，我觉得A组同学还没有成功地完成这次访谈，所以我便介入协助一下。”

“我一开始便采取由上而下的方式，去评估这位病人是否已经重新建立了跟她能力抱负相匹配的最佳社会角色和生活方式。”

很明显，患者也从来没有想过这问题。接着我就引导她向这方面去思考和探索，很快她便倍受启发，找到要想做的事情，建立了中期目标。”

“我们要帮助一个病人建立跟他（她）能力及所拥有的资源相匹配的生活角色，作为OT须要有更高层次的目标，上面层次受到下面层次的影响，但不会受到下面层次的局限。因此，我们可大胆一点、乐观一点协助患者去勾画一个较美好、但大概可能会实现的前景，以此作为长期目标。一个较美好长期目标可产生能量，支持中、短期目标的制定和执行。”

“当我们的眼界和起点低于病人的能力，访谈则达不到较好的效果，根本不能引导和协助病人建立高层次的生活追求目标。我们要立足于病人拥有的能力之上，透过深度访谈找寻发掘他们的长处及剩余能力，并找寻到可以帮他们发挥剩余能力的环境，让他们把剩余的能力能够充分有效的发挥，从而产生一种最大化的幸福感、成功感、愉快感及有意义感。”

“一个成功的 OT 在不同阶段，须要做不同的事情。不单单要能够评估病人现有的能力水平，更要透过敏锐的洞察力，站在一定的高度，引导他们会利用新的或代偿性的方法促进上层能力、角色的建立。”

十年磨一剑！梁老师的成功演绎给了我们很大启发。重建生活为本作业治疗强调在病人康复的不同阶段采用不同方法促进不同层次的功能恢复与重建、以谋求最快及最大程度协助患者重建成功愉快的生活方式、不会长期局限使用针对一个层次的治疗方法。当患者身遭残疾、能力受限，或多或少都会面临许多害怕做不到的事情，因而画地自限。但当他们有能力控制自己和所处的环境时，我们作业治疗师应借助患者自身的优势，引导他们建立更高层次的目标，促进行动计划并为之努力，重塑自己的人生！

在此，就我自己所得和大家分享，帮助服务对象制定切实可行的康复目标，需要把控和关注以下几点：

1. 目标设立的客观性：目标的设立必须建立在个案需求、兴趣、爱好、教育水平、能力、现时身体条件及所处环境等因素的基础之上，通过努力可以达到的，并且是明确的、具体的，是可量化、可分解的。结合患者能力水平的评估，以制定生活化的目标，可以引导患者明白重建生活比治愈更重要。

2. 目标分解的科学性：化整为零，庖丁解牛，循序渐进。要充分评估服务对象现处有的能力层次，制定相应的康复训练目标。“重建生活为本康复计划方程式”指导我们，目标一定是清晰的可以量化

的，可看得到结果的。把目标分解，月目标、周目标、日目标，再分解成一些小单元，每月每周每日要有详细的计划，列出优先次序及具体训练时间。甚至把每个动作分解为动作单元，包括用到健患侧部位、移动距离、人力控制、动作的难易程度、重量和阻力等。续步达成一个一个的小目标，会离最初的目标越来越近。

3. 分析达到目标可能的途径：因地制宜、因事制宜、因时制宜、因人制宜。对途径和方法不必苛求，关键是对达成目标的作用必须一致。虽然达成目标的途径和方法多种多样，但要想达成目标，唯一相同和不可改变的就是必须付出切切实实的努力。

4. 选择路径：对患者做好充分的了解和评估，按照预定的科学路径，针对不同层次的功能和能力需求，作业治疗都可以利用不同的手段干预，以促进实现相应的理想目标。

5. 制定每个目标的具体时间表：时间是机体适应环境的一个维度，可以督促个人行为不断形成与改变，加强适应环境及作出决策的能量，促使个体的行动计划有条不紊的进行，提高效率。根据作业活动时间及环境条件尽可能衡量好所需要的时间，如社区作业可能会需要时间较长，包括路途交通等。

6. 做好调整和应变计划：在执行每个小目标的时候，可能会产生一些障碍或者难度，要及时找寻原因和改进的策略，阶段性地调整和优化目标更加有助于建立自控感。梁国辉老师阐述：“人会根据行动目标、达标难度、知识经验、自身能力、外界协助等因素设计初步行动计划，再考虑计划成功的机会。如成功希望值及自我效能感较高、行动风险值较低，人便可轻易作行动的决定。反之，会再调整计划，再就新计划评估希望值及效能感。如多次调整计划都不足以有信心去决定行动，人可能会返回上一阶段，调整行动意图及目标，然后再作计划及再评估。如反复调整及再评估都不成功，人便会打消行动意图及决定放弃行动”。

7. 跨出第一步：任何一个人都不可能一步跨入自己的理想世界，都不可能瞬间实现自己的人生目标与价值。一个人的成功之路是由一个个目标铺就的，一个目标实现以后，一个新的目标必然出现在前方。在没有跨出第一步之前，所有的计划都是纸上谈兵，必须付诸实际行动并有效实现初步目标，才更能够加速启动服务对象的动力，培养和递增信心，为下一个目标蓄积正能量，创造有利的效应。

8. 总结和累积成功经验：当目标逐步达至后，治疗师需要协助服务对象归纳总结经验、给与鼓励、肯定和赞赏，让服务对象意识到自己的进步和成功，认识到自己有能力改善自己目前的困境状态，建立及增强解决现实问题的决心，明白自己还可以做到什么，而不要过度关注不能做到什么，促动其建立更高层次的目标。

9. 突破和超越：相信自己的可能性，给自己设立一个更高层次的目标，并把力量整合到一个方向，有所突破和超越，最终可踏上最高台阶，“建立成功、幸福、愉快及有意义的生活方式，以满足个人及社会对自己的期望，成功地过自己想过（能过）的生活，为生命创造最大价值、满足感及幸福感”。这也是我们所有人追求的最崇高的康复目标。

纵然人生无常，我们所关注的不是陷于“无常”的泥沼，而是要从“无常”之中洞见“常”。作为一名优秀的作业治疗师，我们应有能力协助服务对象树立正取的认知、情绪、态度与行为及适应、接纳和改变的方法与策略，要他们时刻清楚自己的目标，集中于自己的目标，坚定自己的目标，可以调动一切可以调动的力量，促进目标的达成。

“能力阶梯”对“目标制定”起着无足轻重的指导和引领作用，每个层次的治疗侧重各异，相应的目标制定也尽然不同，目标的实现是以个人的学习、锻练、努力和能力为基础的。遵循“能力阶梯理论”，协助服务对象为自己设立预定目标，带出希望，所有的行为将会凝聚在这个希望的周围，活出意义来。



重建生活为本理念实践：脊髓损伤个案分析

杨碧珊

美国克瑞顿大学康复科学硕士

刚刚从事作业治疗，非常荣幸的接触到了梁国辉老师的“重建生活为本作业治疗理念”，让我明白了真正的 OT，如何做到真正的 OT。在一年工作中实践着这套模

式，让我慢慢地体会到 OT 的角色和力量。

重建生活为本作业治疗核心概念在于“新 OT 三宝”，OT 的角色是引导者，OT 是干预者，OT 坚信可以协助“所有服务对象都能够重建成功、幸福、愉快、有意义的生活”。

下面就我经历的两例脊髓损伤患者个案与大家分享重建生活为本作业治疗理念的实践经验。

案例一

H 先生, 34 岁, 脊髓损伤(C4-C5 颈髓动静脉畸形破裂术后) C6 脊髓损伤 B 型。

他原本是一位 IT 行业部门负责人, 家中有父母和两个弟弟, 住院期间由母亲和三弟陪同。

术后半个月他来到我们部门接受作业治疗。每天躺在床上, 能动的只有双上肢的肘以及左侧微弱的腕部。透过宣教, 他慢慢了解了脊髓损伤的基本知识, 对于医生的“判刑”, 他无论如何也不能接受, 根本不能接受坐轮椅, 他相信自己能够站起来。

初次访谈: 了解到他的日常生活需求和愿望, 达成共识目标, 制定了短、中、长期目标和康复训练计划。

在治疗当中鼓励他做更多自理的活动, 协助他使用生活小辅具, 包括 C 型手柄牙杯、手机支架、轮椅配备、轮椅防滑手套, 同时给与上肢力量、手功能的诱发及灵活度训练、坐位平衡、还教会他协助下转移、轮椅技巧训练。

第二次访谈: 了解到他回家后发现还是有很多障碍, 但他自己认为练习之后是可以完成的。对于未来还是希望能够从事 IT 行业。

作业治疗计划制定:

我们共同制定了三条路线目标:

1. 肢体功能上
加强手指的控制能力和躯干控制

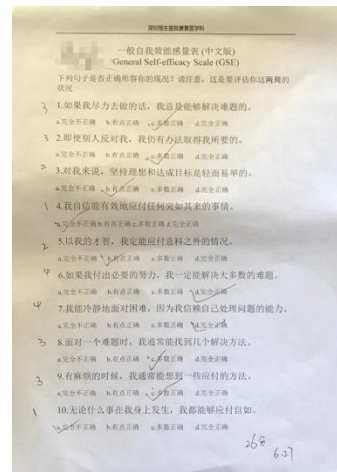
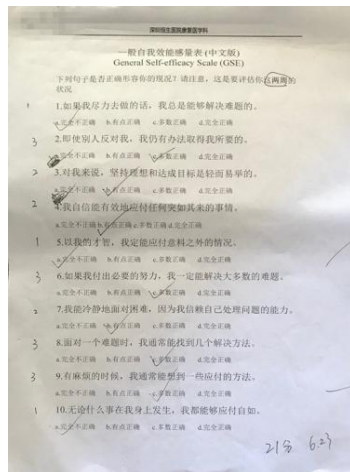
2. 生活能力上提高
穿衣裤速度, 独立床-椅转移, 掌握平地轮椅操作技巧

3. 社交娱乐上保持与朋友的联系, 持续关注 IT 行业的动态, 学习感兴趣的领域和保持有看电影、漫画、下棋的兴趣爱好。

除此之外对照顾者也达成了照顾目标, 包括辅助减压、辅助转移、体位摆放、饮水量控制等。在治疗时间内我们将重点放在前两部分, 而最后一部分则通过建议和聊天追踪。

经过一个月作业治疗后, 重新做了评估: 手功能的灵活度、肌力有进步, FIM 评定进食、洗漱、穿衣及转移项分数提高, 结论由中度依赖进步至轻度依赖。而在此期间他在照顾者的陪同下坐地铁外出都没有问题, 每周至少一次餐厅就餐, 平地驱动轮椅以及上下缓坡都能够独立完成。此外, 在一次园艺小组活动中我们运用“自我效能感自评量表”, 用于评估该作业活动的疗效, 结果乐观。





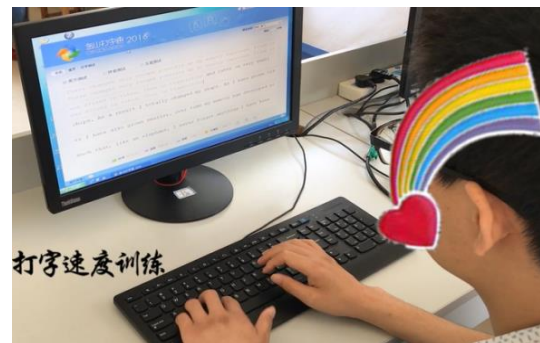
(自我效能感自评量表)

阶段治疗后的访谈：我们回顾了治疗的过程和内容，一个月前定的目标已基本完成，提及到对未来的生活规划，他希望加强生活能力，自己能开发一个小程序。“生活还是很美好的”他发出的感慨，证明他重燃希望和对未来的追求。

环境调适：

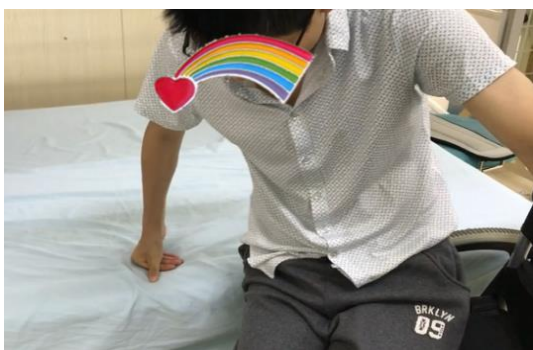


手功能训练



打字速度训练

对于 H 先生，处于住院中期治疗阶段，在治疗过程中不断挖掘其需求，再给与及时的干预，包括辅具自助具使用、家属的宣教。家属在整个作业治疗过程也是非常重要的角色，配合到计划的实施。



椅-床独立转移练习



独立操作轮椅上下坡训练



长坐位穿衣速度练习



轮椅平地驱动技巧
(加速、急刹、后退、转弯)



穿裤子速度练习



独立操作轮椅外出

案例二

S 女士，35 岁，脊髓 T9-11 骨巨细胞瘤切除术后 3 年，T11 脊髓损伤 A 型。

她原本是一位热爱生活、热爱舞台、不甘于向不幸低头的酒店经理，事业有成，生活多姿。却因命运的安排，失去了独自行走的能力，暂别了她热爱的舞台。住院期间由护工照顾。

在病后的前两年，在其他医院接受综合康复治疗，作业治疗部分负责她的躯干力量练习以及基本的日常生活能力训练，自己可再轮椅上穿脱衣服、裤子、洗漱，床-轮椅、轮椅-椅之间转移，借助电动轮椅能在平地和平缓的坡移动自如，穿戴长支具使用助行架能进行短距离的治疗性步行。基本的日常生活活动是轻度依赖，（洗澡、导尿、穿鞋袜需要帮助），复杂的

日常生活活动比如做家务、外出购物、搭乘公共交通工具是没有尝试过。

访谈评估：

在第一天我对她进行了访谈以及一系列的作业治疗评估，然后给她看了一个真实记录的视频，视频里的女主角是香港的一位车祸导致的脊髓损伤患者，受伤后 20 年，病情比她严重，但她凭着对生活的热爱，现在自己能够一个人生活，去旅游、跳伞、参加各种慈善机构，为大众分享经历，激励身边的病友。她未来计划是想做点自己喜欢的事情，渴望能从以往站立的角度完成一些作业活动，但目前她还不确定自己可不可以做得到。

在轮椅上穿鞋袜的技巧、模拟家务练习、手动轮椅的技巧练习（摔倒后如何保护自己、如何重新回到轮椅上、跨越路面障碍、上下坡）、她接受了我的建议开始尝试自己洗澡，向护士学习控制饮水量，学习自主导尿。加强躯干控制能力。

作业活动的设计、实施与调

在出院前一个月她购买了邦邦机器人（专为截瘫患者站立设计，重圆他们站着看世界的梦想），我们又进行了从起床穿戴机器人到洗漱和烹饪的训练，我对床、灶台、洗手池、橱柜等的高度尺寸进行测量，最后给她一份新居装修设计建议。



基本日常生活技巧巩固练习



在轮椅上进行物品清洗活动



治疗室与病房使用辅具进行家务活



轮椅摔倒保护及坐起训练

环境调适:

对于此个案，她上肢和手功能没有受损，根据她的需求，给她建议配备了一个可以随身携带的拾物夹，能够取到高处和地上的物品。另外最重要的是新居设计的建议，由于房子还没有开始装修，我们可以根据在治疗室模拟了作业活动之后测量适合的数据以及记下一些注意事项，以更适合她将来的生活。

在出院前，她在病房可以完全独立一个人生活，包括清洁卫生、洗衣服，可以驱动电动轮椅外出购物用餐，有自己的微店。

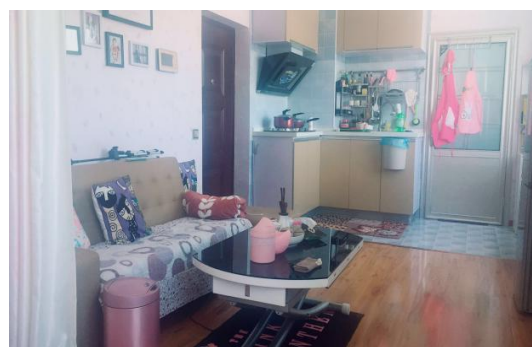
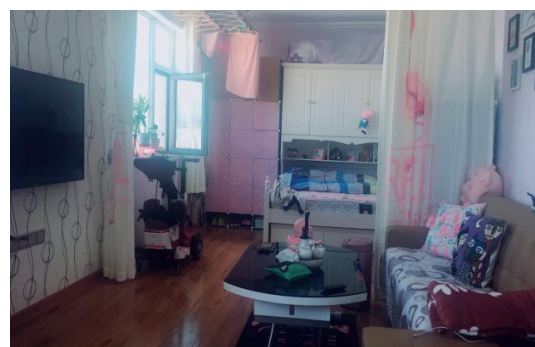
离开医院已经有 5 个多月，跟踪随访，她生活的很惬意。大部分时间她都是一个人在家，经常邀请朋友们来家做客，在邦邦机器人上做饭给他们吃，可以在朋友陪同下去逛公园。她还做起了直播，在个人账号上上传了许多她平日锻炼、做家务的日常视频，给遭受着不幸的患者传递正能量。直播和微店也能为她提供一些经济来源。最近她加入了青海西宁脊髓损伤患者组织，病友教会她一些运动轮椅比较复杂的技巧。目前参与青海地区组建基金会，帮助更多的病友。尝试报名参加北京独立生活训练营。我们一直保持联系，我告诉她这篇文章的存在，她非常开心，十分支持。我期待她带来更多的好消息！



轮椅跨越障碍训练



模拟烹饪



在青海西宁一个人生活的新家



在家做饭

患者如此感言，“作业治疗总是在我需要我做，想做一些事情的时候为我提供方法。我说做出院准备，治疗师就教我各种自己在家需要完成的技能；我说有次轮椅后倾吓到我，她就教我练习轮椅摔倒后自我保护及如何起来；我说回家需要家庭改造，她就暖心地将每一个能想到需要环境改造的地方写下来。那么我一直以为自己是不幸的，可是我又是那么幸运，总是遇到这样那样让我心里倍感温暖的人。”生病以前，在朋友眼中，她是有着稳定工作，爱旅游、爱舞台的才女，生病之后，作业治疗陪伴她渡过最艰难最没有信心的日子，重新带她看到生活的美好，教会她以新的方式投入到生活的怀抱。



与组织里的朋友一起出行



参加青海脊髓损伤协会户外活动

重建生活为本作业治疗理念指引更多新的作业治疗师认识 OT 本位，遵循真正 OT 之道。在实践重建生活为本作业治疗理念以来，我越发体会到 OT 的意义，当看到相处许久的患者共同努力后有新的成果，由一蹶不振到他们主动告诉你生活当中的一丝成就；当他们由一直抱怨自己什么都做不了到有一天他们出院回家后给你发一些他们正在做一些事情的小视频，你深感欣慰，这也便是作为 OT 的成就。

特别感谢“重建生活为本作业治疗”理念的创始人梁国辉老师，正是受益于这套理念，我能得以在工作中不再迷茫，感受 OT 的乐趣，并继续深爱 OT。

在以上的案例中，OT 的角色是观察者、引导者、也是生活教练，和脊髓损伤的患者共同面对障碍，用专业的干预手段做许多评估、观察、访谈，找到他们的需求，再一同用许多代偿或代替的适应性方式来跨越障碍，脊髓损伤的患者重新看到未来生活的希望。但不仅仅是脊髓损伤的患者，OT 在面对任何在生活上遇到困难的人都可以发挥这

蒋先生，48 岁，病前担任一建筑公司项目经理，右利手，一年前因言语不利伴右侧肢体活动障碍入当地三甲医院治疗。影像学诊断左侧基底节区、放射冠区、半卵圆中心，颞叶脑梗死。经 15 天保守治疗后转社区一家医院康复两月余，情况好转不明朗，于 2017 年 10 月 16 号来我院进一步介入康复治疗。

初期，我们 OT 小组对患者进行了评估：

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

脑中风个案分析：重塑未来

王振华

济南白云医院康复科作业治疗师长

1. Brunnstrom 分期上肢三期，手三期；2. 肌张力采用 Ashworth 量表评定肘屈肌、腕屈肌、指间屈肌肌张力均为 2 级；3. 坐位平衡三级，站立位平衡 2 级；4. 生活自理能力采用 Barthel 量表评分 60 分；5. 偏瘫手功能评分为辅助手 C；6. 深浅感觉均减退；7. 并发症：肩手综合征 2 期，肩疼指数 9/10 分（影响夜间睡眠）、肩胛骨下沉后撤；8. 心理健康指数采用沃里克爱丁堡心理健康量表（中文简编版）评分为 8 分；9. 身心健康采用世界卫生组织身心健康指数评定为 0 分。10. 通过访谈，患者情绪悲观、有自杀倾向，了解到患者日常生活习惯。

分析

从病史及现时表现，患者期望有较好恢复，训练动机较强。预估患者残留轻度至中度功能障碍，如在院期间加强治疗，进展良好，有机会实现独立自理、一定程度的家居、社区及娱乐生活。但对能否重返工作岗位并不乐观，社交比较贫乏，需要加强治疗。

接下来，我们进行了第一次入院访谈，邀请了主管医生、责任护士、患者和家属及相关责任治疗师共同参与：1. 宣教，灌输和引导重建生活为本康复理念，激发其重建生活的动力，树立对未来生活的信心；2. 引导制定短、中、长期的生活目标；3. 制定和共识了康复治疗计划；4. 教会家属照顾患者的基本技巧，尽可能协助患者独立完成日常生活自理部分；5. 和其他责任治疗师也达成目标共识，在治疗过程中避免引起肩关节损伤及肩痛的可能诱因，最大程度的共同协助患者达至重建生活的目标。



目标制定

短期目标：利用牵伸技术及辅助具佩戴维持及降低肌张力，利用手法治疗改善肩疼、手肿，生活自理能力 Bathel 指数提高 15 分，主要表现在穿衣、洗漱、进食、洗澡方面。中期目标：Brunnstrom 分期从三期到四期，促进分离动作。长期目标：Brunnstrom 分期向六期过渡，日常生活能够自理，无需依赖家人照顾，能够独立完成个人相关家务，可独立做简单饭餐，恢复人际关系有信心与家属及村里的人如旧交流。建立家居运动习惯，建立新的业余爱好，按照功能恢复学习及适应的情况，建立新的生活及家庭角色。

第一个疗程治疗计划 1，首先对家属及家属进行入院宣教避免再次引起肩关节损伤，杜绝引起肩痛的可能诱因，2. 通过访谈、观看励志短片、重建生活小组动促进交流，提高患者生命意志力。3. 利用肩关节动态松动术配合物理因子疗法缓解肩痛。4. 利用 Brunnstrom 技术促进分离动作 5. 感觉功能再训练 6. 利用情景模拟任务训练促进分离动作减少肩部代偿。7，日常生活能力与现有功能相结合训练。

按照【重建生活为本康复治疗计划方程式】，我们制定了一周治疗计划表，初期以日常生活能力训练及基本功能为主，目的是培养生活意志，增强自控感：

作业治疗项目	治疗/训练时间（分钟）							备注
	一	二	三	四	五	六	日	
1. 重建生活为本康复面谈/小组	0							
2. 康复/作业治疗宣教小组		0						
3. 日间体位摆放指导/设备								
4. 肌张力控制运动	0					5		
5. 自理训练（病房、床边）	0							
6. 自理训练（模拟家居）		0						
7. 任务/游戏形式训练：上肢		0						
8. 任务/游戏形式训练：全身协调			0					
9. 情景模拟训练：坐位平衡								
10. 情景模拟训练：站立平衡			0					
11. 情景模拟训练：上肢(减重)								
12. 情景模拟训练：上肢			0					
13. 情景模拟训练：全身协调				0			0	
14. 作业活动训练：家务				0				
15. 作业活动训练：烹饪					0			
16. 作业活动训练：文康								

					0		
17. 作业活动训练：手工/工艺				0			
18. 作业活动训练：八段锦/太极					0	0	
19. 认知训练：基本功能（桌面活动）							
20. 认知训练：基本功能（计算机）							
21. 认知训练：情景模拟							
22. 认知训练：作业活动							
23. 认知训练：社区活动							
24. 社区生活技巧训练：电动楼梯						5	
25. 社区生活技巧训练：外出购物/超市						0	
26. 社区生活技巧训练：乘坐交通工具							
27. 社区生活技巧训练：餐厅							
28. 社区生活技巧训练：交游							
29. 家居安置：出院前准备面谈/小组							
30. 家居安置：家访（家居安全、改装评估）							
31. 家居安置：家访（自理及家务训练）							
32. 家居安置：家访（家居康复指导）							
33. 家居安置：周末回家安排							
34. 家居安置：生活重整面谈/小组							
35. 家居宣教/辅导							0

36. 康复团队重建生活为本康复
评价会

0



紧接着进入康复治疗计划执行阶段，我们 OT 小组制定了详细的训练计划并付诸逐步实施进行。先从床旁日常生活自理能力训练开始，每一个简单的穿脱衣、洗漱、进食等动作，蒋先生僵硬无比的患手根本不听使唤，但他都非常努力的来完成。家属看在眼里、疼在心里，我们“灌输”的重建生活为本理念也彻底使他们树立了正确的康复观念，这种家属配合和支持的态度也使我们增强了信心，也时刻铭记重建生活为本的愿景，也坚信所有的服务对象都可以重建成功、愉快、幸福和有意义的生活。



一个疗程的治疗，蒋先生自理能力有效改善；睡眠质量提高；情绪也变得乐观；肩疼、手肿得到了有效缓解；增强了自信，对未来生活开始有了规划。进入第二个疗程治疗，我们更加如鱼得水。各种能力的提高，也促使蒋先生训练更加勤奋和刻苦，只要有时间都会停留在 OT 室认真的练习，把许多不可能变成了可能。有一次我值班巡房时看到蒋先生很艰难地用患手拿馒头吃饭，虽然肩还有代偿，但非常用心。这也为他以后的康复进展和疗效奠定了基础，虽然别人用异样的眼光在看他，但他坚持一路走下来，突破了我们的目标计划预定时限。

按照【重建生活为本康复治疗计划方程式】，我们开始了下一个阶段的治疗方案，治疗中期以促进功能恢复、学习正常活动模式、重建生活能力训练为主：

作业治疗项目	治疗/训练时间（分钟）							备注
	一	二	三	四	五	六	日	
1. 重建生活为本康复面谈/小组								
2. 康复/作业治疗宣教小组								
3. 日间体位摆放指导/设备	0							
4. 肌张力控制运动	0							
5. 自理训练（病房、床边）								
6. 自理训练（模拟家居）	0			0				
7. 任务/游戏形式训练：上肢								
9. 任务/游戏形式训练：全身协调			0					
9. 情景模拟训练：坐位平衡								
10. 情景模拟训练：站立平衡		0						
11. 情景模拟训练：上肢(减重)								
12. 情景模拟训练：上肢	0	0						
13. 情景模拟训练：全身协调				0				
14. 作业活动训练：家务		0		0				
15. 作业活动训练：烹饪		5			0			
16. 作业活动训练：文康		5			0			
17. 作业活动训练：手工/工艺		0				0		

18. 作业活动训练：八段锦/太极			0		0		
19. 认知训练：基本功能（桌面活动）							
20. 认知训练：基本功能（计算机）							
21. 认知训练：情景模拟							
22. 认知训练：作业活动							
23. 认知训练：社区活动							
24. 社区生活技巧训练：电动楼梯						0	
25. 社区生活技巧训练：外出购物/超市						0	
26. 社区生活技巧训练：乘坐交通工具						0	
27. 社区生活技巧训练：餐厅							0
28. 社区生活技巧训练：交友							0
29. 家居安置：出院前准备面谈/小组							0
30. 家居安置：家访（家居安全、改装评估）							
31. 家居安置：家访（自理及家务训练）							5
32. 家居安置：家访（家居康复指导）							
33. 家居安置：周末回家安排							5
34. 家居安置：生活重整面谈/小组							
35. 家居宣教/辅导			0				

36. 康复团队重建生活为本康复评价会



与一年前比较，功能+能力的双提升，让蒋大哥重建了成功，幸福，有意义的生活方式。



在我们安排的生活化小组作业训练中，蒋先生完全褪掉了以往的颓废和沮丧面容，他还把自己的经历和经验与患友交流分享，也把重建生活为本的正能量传递给大家，这种愉悦的氛围增强了整个小组人员的信心，激发了大家对未来生活的向往。随着小组作业训练的多次介入，蒋先生人际关系及交流能力也得到了

按照【重建生活为本康复治疗计划方程式】，到达了后期治疗阶段，以学习新生活技巧、重建生活方式为主：

作业治疗项目	治疗/训练时间（分钟）							备注
	一	二	三	四	五	六	日	
1. 重建生活为本康复面谈/小组	0							
2. 康复/作业治疗宣教小组							0	
3. 日间体位摆放指导/设备								
4. 肌张力控制运动								
5. 自理训练（病房、床边）								
6. 自理训练（模拟家居）								
7. 任务/游戏形式训练：上肢								
8. 任务/游戏形式训练：全身协调								
9. 情景模拟训练：坐位平衡								
10. 情景模拟训练：站立平衡								
11. 情景模拟训练：上肢(减重)								
12. 情景模拟训练：上肢								
13. 情景模拟训练：全身协调								
14. 作业活动训练：家务	0							
15. 作业活动训练：烹饪	0							
16. 作业活动训练：文康		0						
17. 作业活动训练：手工/工艺		0						
18. 作业活动训练：八段锦/太极		0						
19. 认知训练：基本功能（桌面								

活动)							
20. 认知训练：基本功能（计算机）							
21. 认知训练：情景模拟							
22. 认知训练：作业活动							
23. 认知训练：社区活动							
24. 社区生活技巧训练：电动楼梯			0				
25. 社区生活技巧训练：外出购物/超市			0			0	
26. 社区生活技巧训练：乘坐交通工具			0			0	
27. 社区生活技巧训练：餐厅			0				
28. 社区生活技巧训练：交游				0			
29 家居安置：出院前准备面谈/小组				0			
30. 家居安置：家访（家居安全、改装评估）				0			
31. 家居安置：家访（自理及家务训练）							
32. 家居安置：家访（家居康复指导）					0		0
33. 家居安置：周末回家安排					0		
34. 家居安置：生活重整面谈/小组					5	0	
35. 家居宣教/辅导					5	0	
36. 康复团队重建生活为本康复评价会							0

出院前，我们给他做出详细的出院指导，希望他把重建生活为本模式融入日常生活中，更加顺畅的融入社会，创造更大的社会价值。

梁国辉教授阐述：「重建生活为本」是一种康复理念，也是一种作业治疗模式。作为整个康复科，这是一种经营理念，无论作为 OT，还是作为医生、PT 及社工都可以用自己合理的方法来从不同角度促进「重建生活为本」，而 OT 则是主要力量的体现，是把病人功能和生活连接起来的主要桥梁，是一种直接的方法，是一种能够达到「重建生活为本」至关重要的手段。

一年多来，随着重建生活为本理念的介入，我们科室整个康复理念也在逐渐转变，作业治疗更加生活化，更加生动充满活力。有时候，年龄、病程和损伤部位影响大脑神经网络，我们根本无能为力的。在整个训练过程中，要引导和协助患者树立正确的康复观念，发掘自身潜能，调动一切外在和内发的动力，透过有序有目的的康复训练计划，一定能够建立和自己能力相匹配的生活方式，重新享受成功愉悦、幸福有意义的精彩生活。

我坚信，在重建生活为本康复模式运作体系感召下，我们的康复之路会越来越宽，助力我们回归作业治疗本位。

疗程结束，进行了末期评估：1. Brunnstrom 分期上肢、手为六期不充分；2. 肌张力采用 Ashworth 量表评定肘屈肌张力 1 级，腕屈肌、指屈肌张力 1 级；3. 立位平衡 3 级；4. 生活自理能力采用 Barthel 指数评定达到 100 分，完全自理；5. 偏瘫手功能评分为实用手 A；6. 肩疼指数为 0/10；7. 心理健康指数采用沃里克爱丁堡心理健康量表评分为 34/35 分；8. 身心健康采用世界卫生组织身心健康指数评定为 23/25 分；9. 肩手综合征：无；

最后安排了出院访谈：显而易见，患者和家属见到自己点点滴滴进步，十分主动积极的参与训练，对康复结果极为乐观，也变得豁然开朗，恢复了跟朋友交往的常态，重塑了家庭和社会角色。他表示，回归家庭和社会是他最大的心愿，也会再接再厉，扩大自己的人际及社交范围，充实自己的未来生活，使自己迈向更高的一个台阶，生活会更加精彩！

将 OT 教学带出教室，带进生活

重建生活为本作业治疗 36 项目对内地 OT 教育的启发

刘雪枫

福建中医药大学

披荆斩棘三十有余，中国作业治疗发展筚路蓝缕，日趋成熟，取得了非凡的成就。作业治疗实践与作业治疗教育相辅相成，相互影响。发展初期，临床实践没有良好的教育作指导，教育没有良好的临床实践作支持，作业治疗发展迟滞且没有方向。从“空白期”到“海外模式参照期”，在多方的共同努力下，内地作业治疗发展初见眉目，并

以点带面地迈向蓬勃发展。

我所工作的福建中医药大学康复作业治疗专业通过了教育部本科专业备案及审批，通过了世界作业治疗联盟(WFOT)教育认证，在专业建设和教育成果上



颇有积累，作为专业负责人和一线教育人员，我感到努力和进步带来成就的同时，也时常感到教育开展的瓶颈与挑战，感同身受其他兄弟院校作业治疗教育的困难。面对人民日益增长的健康服务需要，更专业更全面的作业治疗实践和教育捉襟见肘，内地作业治疗发展总体而言仍然不平衡不充分。

香港职业治疗学院致力于中国内地作业治疗的发展，副会长梁国辉先生作为香港的资深作业治疗师，在作业治疗理论和实践上有深厚的造诣，积累了丰富的临床经验。梁国辉先生深谙内地作业治疗发展的挑战和机遇，自 2005 年起，他以“重建生活为本”的作业治疗理念创立了作业治疗实践的新模式，使作业治疗的哲学理念、理论与技术能够实实在在地本土化地落地于内地的医院和社区。该理念的使命是“引导患者发掘自身长线、隐性、真实的需求，按照科学的预定路径，

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

利用生活化的训练活动及场景,提升生活能力及生活意志,调节人际及生活环境,重建成功、幸福、愉快及有意义的生活方式,以维持身体及精神健康。”围绕此“作业治疗使命”,梁先生为内地量身打造了既符合作业治疗的哲学理念,也符合内地背景,可行性高的“重建生活为本作业治疗 36 项目”(以下简称“36 项目”)。

“36 项目”给内地作业治疗实践带来可行性的实践指导框架的同时,也从实践角度给予作业治疗教育启发。

“36 项目”大致可分为十个类别,包括康复面谈及宣教、体位摆放和肌张力控制、自理训练、任务/游戏形式训练、情景模拟训练、作业活动训练、认知训练、社区生活技巧训练、家居安置、家属宣教/辅导与评价会。内地所开展的作业治疗实践更多见于体位摆放、肌张力控制、上肢的任务/游戏训练、平衡训练等躯体功能层面的训练内容,理念好一些的医院或科室会开展穿衣、进食、如厕等自理训练以

及家务、烹饪等少量的日常生活活动训练,整体上在活动和参与层面的介入极少。原因主要有两个,一是医院服务体制的限制,二是“老师没教过”所以也不知道如何开展,最终导致对患者爱莫能助,对作业治疗的理念和宗旨只能纸上谈兵。这确实给我们教育一线工作者一个警醒——我们时常强调作业活动对健康促进的重要性,强调作业活动的多样性,也强调 ICF 理念中的躯体功能、活动、参与以及环境等多层面的交互影响,然而我们的教学的内容和精力却没有就此铺开。

1. 康复面谈

“康复面谈”被梁国辉先生称为“新 OT 三宝”之一,即是作业治疗的核心手段之一。它贯穿于整个作业治疗过程,首次的面谈主要为了收集患者的基本信息、病史、功能史、生活角色及作业活动概括等,以“引导患者发掘自身长线、隐性、真实的需求”,这个需求是患者现阶段和未来最想做、最需要做但做不到或有障碍的活动,即作业需求。除此,首次的面谈可以初步建立与患者和家属的

信任，让患者明确自己的康复目标，更有动力参与康复训练中。中后期的面谈主要是为了了解康复的效果和交流进一步促进康复效果的计划，包括角色转换的动机访谈，出院前的面谈等。

“康复面谈”体现了一名作业治疗师应有的理论功底、沟通技能和治疗技能，是“以患者为中心”的重要体现，也是康复评定和作业治疗开展的基础。新手治疗师在面对患者时容易不知所措，不知如何与患者开展访谈，访谈什么内容，容易被患者的主诉带偏思路，甚至不经访谈直接开展评定和治疗，导致整个评定和治疗过程没有目的性、没有逻辑性，很难帮助到患者，解决患者的困难。作业治疗教育应将“康复面谈”作为一项重要的治疗技能开展教学，通过专业基础课（如作业治疗基础理论）讲授“康复面谈”的对象、目的、意义和总体原则，通过不同专业课（如神经康复、精神康复、小儿康复等）讲授“康复面谈”的内容、形式和技巧等，并安排实践练习，通过学生间互相练习过渡到临床中的观摩和实践，培养“康复面谈”的技能。

2. 作业活动训练

在“36 项目”中，“作业活动训练”主要包括家务、烹饪、文体活动、手工艺训练、八段锦/太极五个训练内容，每一项内容又包括不同的训练项目，如家务可包括扫地、洗衣、晾衣、叠被子等，烹饪可包括煮饺子、煮面、煮饭等不同类别的烹饪，大致可包括备菜、洗菜、开火、翻炒、加调料、关火、盛菜等过程，手工艺训练可包括编织、串珠、刺绣等。每一项训练项目包括不同的动作组合，包含不同的活动分析，但如果治疗师本身都没做过相应的活动，或对活动不熟，如何能准确地为患者开展活动分析、活动评定、找出问题所在并帮助到患者呢？有人说作业治疗师其实是专业的生活治疗师，所以治疗性作业活动训练和功能性作业活动训练的教学不应仅限于教室的蜻蜓点水、纸上谈兵，也不能局限于实训室中简单演示的走马观花，应将该教学带进生活，融入生活，从真实生活中学习不同作业活动的开展、工具的应用、环境的影响，以及理解患者的功能障碍对活动的影响。

综上，作业活动训练的教育可分为两个方面，一方面引导学生学会常见家务、

烹饪、文体活动、手工艺活动以及八段锦/太极活动的开展，另一方面模仿不同的功能障碍，体验和了解患者开展这些活动可能有的障碍，以此形成自己的专业分析、专业经验和专业技能。教师可利用学生的寝室、学生的家中、户外场所等与实训室、社区康复中心、医院相结合，让学生真实开展和学习相应活动，自我分析，然后过渡到利用社区康复服务、临床见习和临床实习培养自己帮助患者开展作业活动分析和训练的专业能力。

3. 社区生活技巧训练

在“36 项目”中，“社区生活技巧训练”主要包括使用电梯、外出购物、乘坐交通工具、餐厅就餐、外出郊游五个训练内容，典型地代表了一个人的基本社会参与活动，日常生活中非常常见，也是大多数（中枢神经损伤）患者梦寐以求能达到的康复目标，然而却是我们作业治疗教学和临床服务的短板。我们总以为这些康复目标太高太遥远，然而躯体功能的水平并不完全代表参与水平，我们不去尝试，如何知道患者达不到呢？我们不在教学中强化社区生活技巧训练，学生又如何知道患者可能遇到什么困难，怎么帮助他们解决困难呢？因此，在不同专业课或不同功能障碍的作业治疗教学中需加大社会参与、社区生活技巧的训练教学内容，将该教学带进生活，融入社会。学生间可扮演不同功能障碍的患者及治疗师，让学生亲身体会患者在社区或平时环境中使用电梯、外出购物、乘坐交通工具、餐厅就餐以及外出郊游遇到的困难和障碍，也让学生治疗师分析患者的困难，帮助“患者”解决问题。有此作为铺垫，治疗师更有信心和动力帮助患者参与到社区生活中，并预见性地解决可能有的突发情况，为患者真正回归社区，参与社区生活提供帮助。

“36 项目”中给予作业治疗教育的促进和反思不胜枚举，认知训练中的作业活动训练、社区活动训练，家居安置的家居安全、改装评估等都对内地作业治疗教学改革有很大的启发，也是解决目前作业治疗教育瓶颈的一个改革方向。只有将作业治疗教育带出教室，带进生活，才能培养真正合格的作业治疗师，才能更好地引导作业治疗实践，符合作业治疗的哲学理念，实现“重建成功、幸福、愉快及有意义的生活方式”的作业治疗愿景。

手功能康复

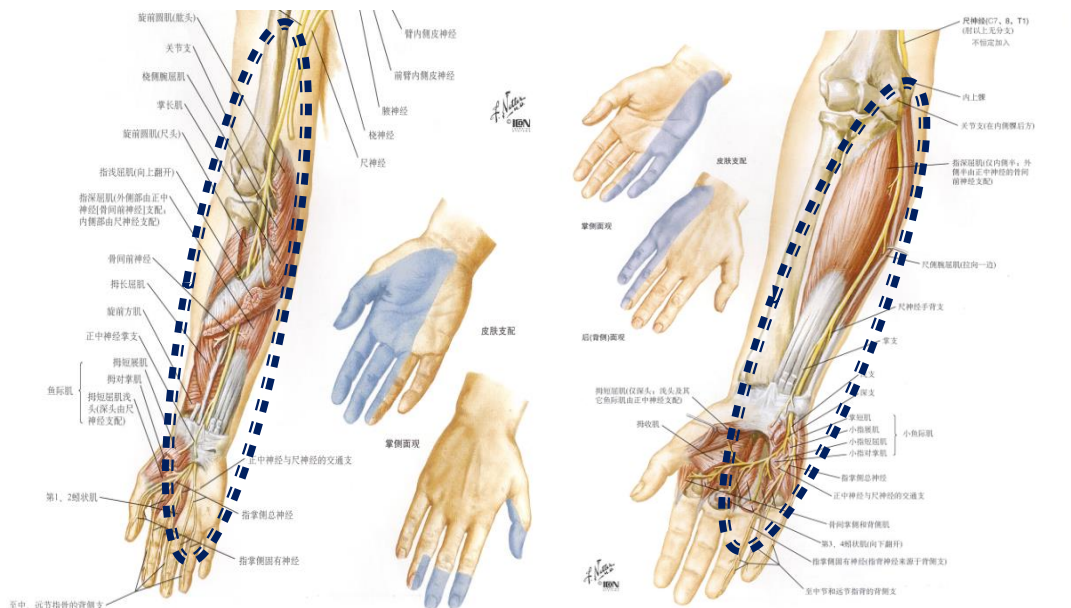
正中神经、尺神经切割伤案例分享

杨颖平, 林如敏

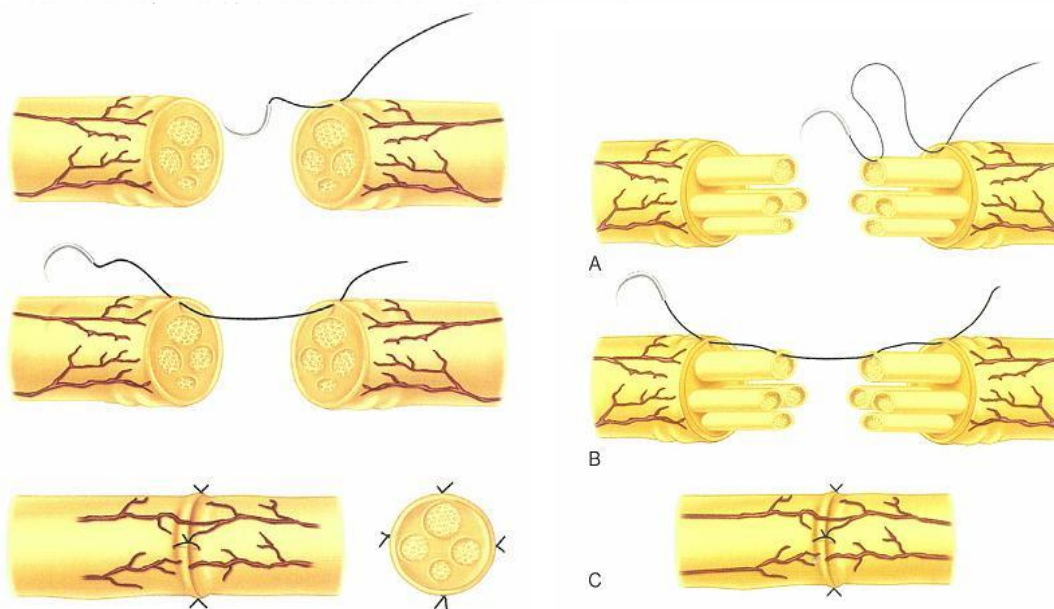
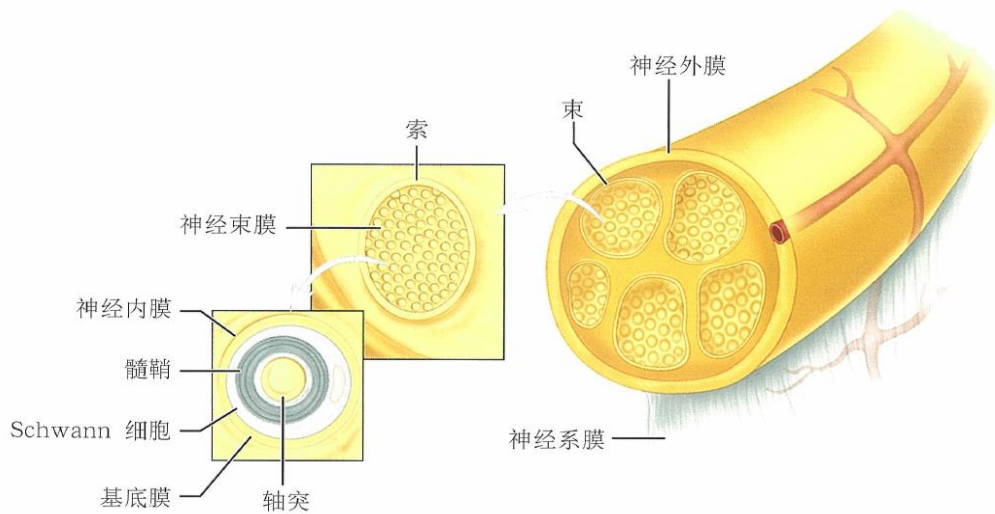
广东省工伤康复医院手治疗

案例基本信息

- 姓名: 余某某
- 性别: 男
- 年龄: 30 岁
- 职业: 注塑机维修工
- 受伤日期: 2017-11-23 入院日期: 2018-1-10
- 主诉: 异物割伤致右上肢活动受限伴感觉异常
- 诊断: 右上臂割裂伤 (术后): 1.右肱动脉断裂; 2.右正中神经、尺神经、前臂内侧皮神经断裂; 3.右肱二头肌断裂。
- 现病史: 2017 年 11 月 23 日工作时不慎被异物割伤右上臂, 由他人送至深圳市宝安区福永人民医院, 给予急诊行“右上臂割裂伤清创缝合+肱动脉断裂、正中神经、尺神经、前臂内侧皮神经、右肱二头肌断裂修复”, 入我院前未行系统康复。
- 患者需求: 回归工作



1、知识回顾

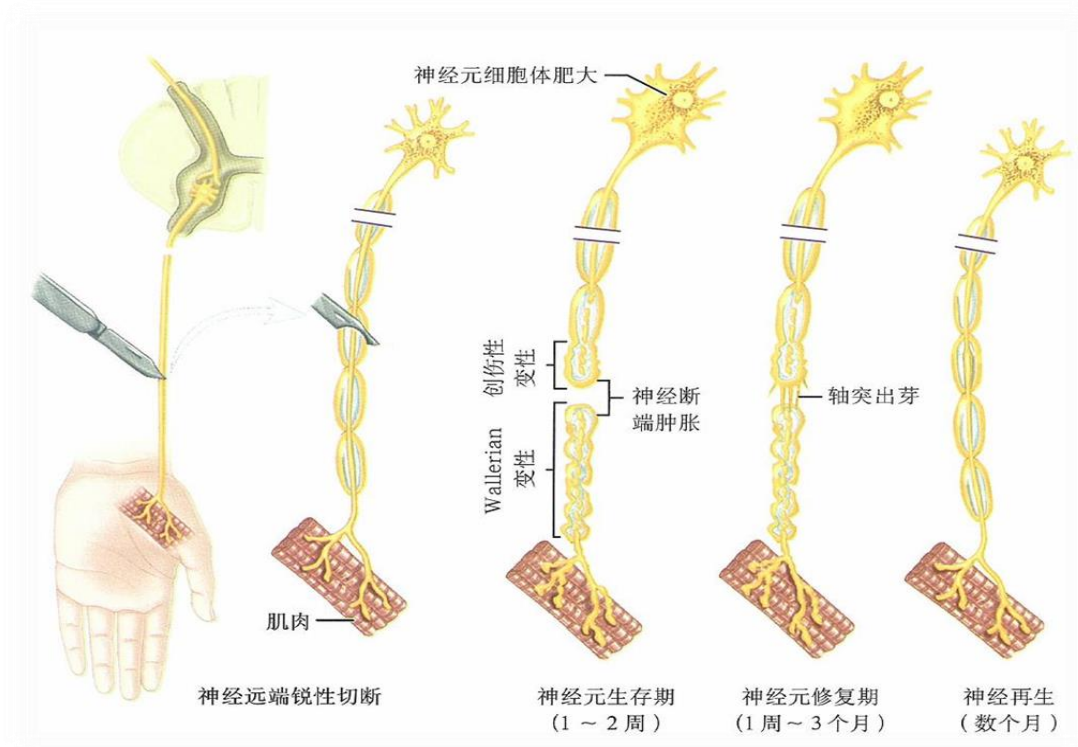


2、神经生长

①神经损伤后，远端出现 Wallerian 变性，在 1~3w，损伤部位出现轴突出芽

②感觉神经恢复后，随再生的进展，感觉缺失区不断缩小，感觉功能不断改善，2~3 个月损伤神经支配区可出现感觉异常，对轻触觉和冷刺激感觉过敏，而压迫常不引起疼痛

③随着再生的进展，感觉功能在 1.5~2 年显著改善

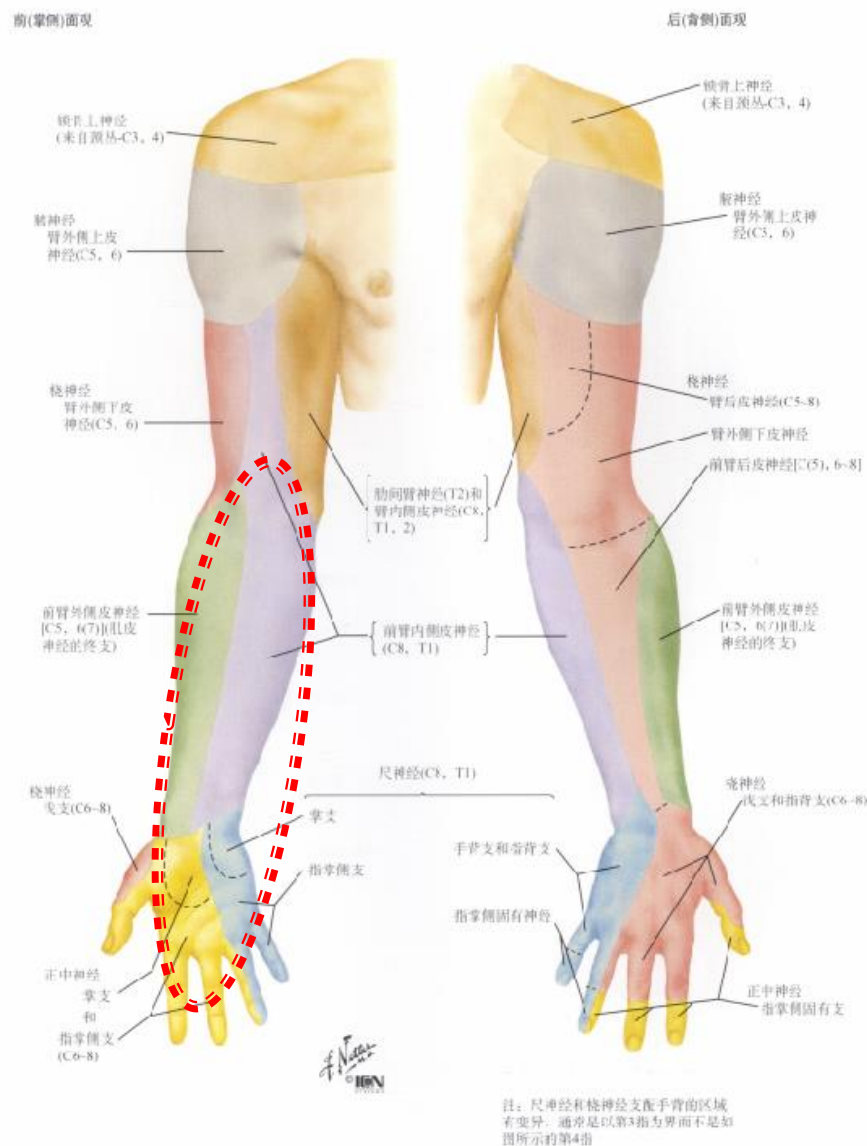


首次评估

- 1、 **ADL**: 基本自理，速度较慢
- 2、 **外形及 ROM、肌力**: 前臂掌侧肌肉、大小鱼际肌、骨间肌、蚓状肌萎缩，前臂旋后、拇指内收、爪形手及猿手；无明显前臂旋后、屈腕屈指功能，屈肘↓（有相应肌腹的轻度收缩）



3、感觉



4、PEO 分析

①person (人的层面)

优势：青年，利于神经再生；其余躯体功能完全正常；认知正常；心理精神状态好，预后认识好

劣势：右上肢高位神经损伤，感觉、运动均严重受损；右手不能抓握

②Environment (环境层面)：

优势：工伤，经济支持良好；公司答应可回原单位就业。

劣势：维修工作对手的功能要求很高，短期内手功能难以达到。

③Occupation (作业层面)

优势：熟悉机器维修技术：故障排查、电路、电子元件匹配等。

劣势：机器维修需要双手配合完成搬抬、力量抓握、精细操作等。

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

患者存在主要问题

- ①、**ADL**: 日常生活以左手为主, 可自理, 速度慢。
 - ②、**运动功能**: 右侧肩、肘、腕、手指关节的主被动活动均有不同程度的受限; 右侧上肢肌力下降。
 - ③、**感觉功能**: 正中神经和尺神经支配区域感觉功能受损, 麻木感明显。
- 导致**: 无法完成机器维修这项作业活动, 无法回归工作

治疗目标

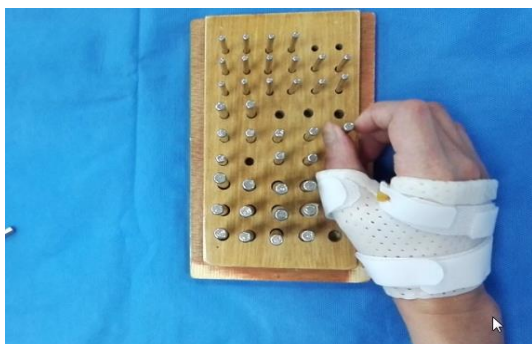
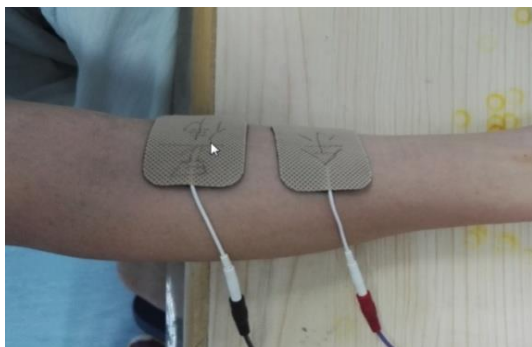
- 1、加强右手使用, 辅助左手完成 ADL (2~4W)
- 2、PROM 达健侧水平 (2~4W) AROM 进一步改善 (4~6W)
- 3、减轻麻木感, 进一步改善感觉功能 (4~6W)
- 4、加强肌力训练, 可完成部分主动活动 (4~6W)

治疗方案

1、改善 ROM:

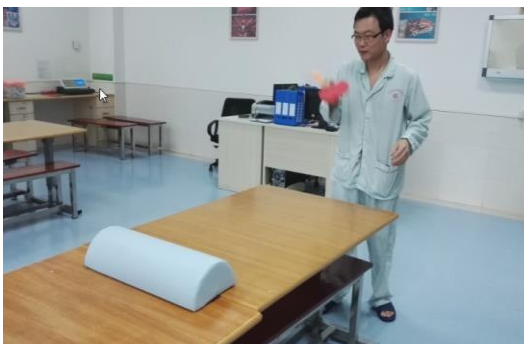


2、改善肌力



3、功能性活动

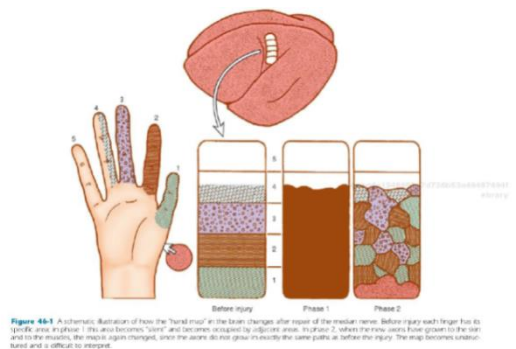
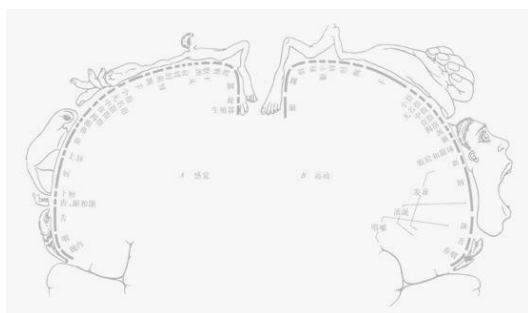


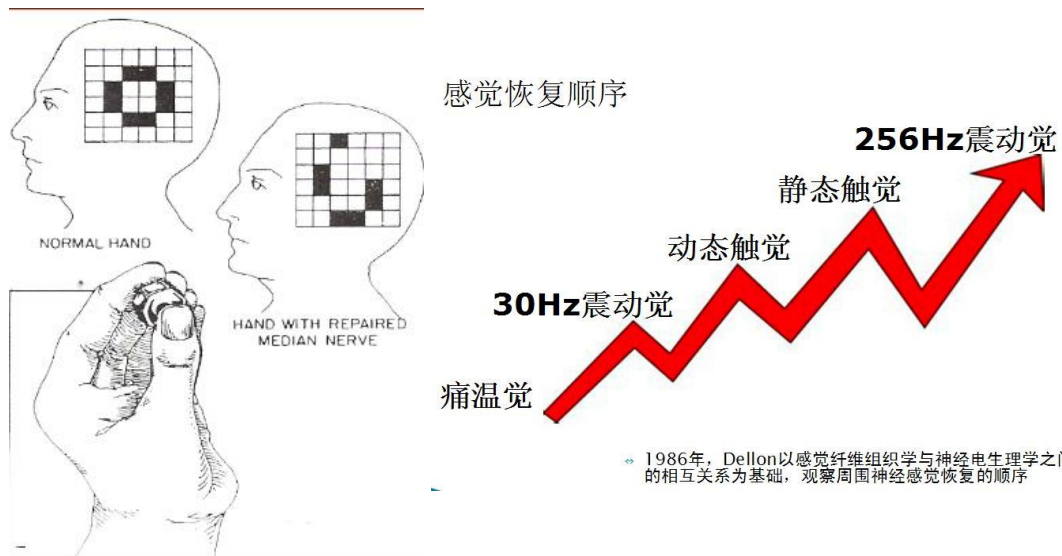


4、感觉训练

①、名称？再学习、再训练、再教育、重塑...

②、目的？时机？方法？证据？





触辨觉及定位觉的再训练



③、感觉处理

广东省工伤康复中心手治疗区

手部感觉障碍者的注意事项

你有这些问题吗？

局部麻木感、刺痛、灼痛、感觉过敏、感觉倒错、感觉减退、感觉消失等。

这些都是四肢神经受到损伤后感觉障碍的表现。感觉障碍通俗地说就是个体对外界的刺激变得敏感、倒错或者感觉减弱甚至消失。

如何避免损伤？

1、避免使用感觉障碍的部位去接

触危险的物体，如运转中的机器、热水、吸烟时的烟头、暖水器，或是搬运重物等。



- 2、避免使用小把柄的工具。
- 3、抓物品不宜过度用力。
- 4、使用工具的部位经常变换，预防某一部位的皮肤有过多的压力。
- 5、避免长时间用手。
- 6、良好的皮肤护理，保持无感觉区皮肤的柔软及弹性。

7、对感觉障碍的手、手指应该戴手套、指套保护，经常检查手部皮肤有无受压征象，如红、肿、热等情况。



8、如果感觉缺损区皮肤破溃，应及时处理伤口，避免进一步损伤。

注意：
神经损伤导致的感觉障碍问题需要一定时间恢复，期间可以通过训练改善症状，请根据治疗师的专业指导进行训练！

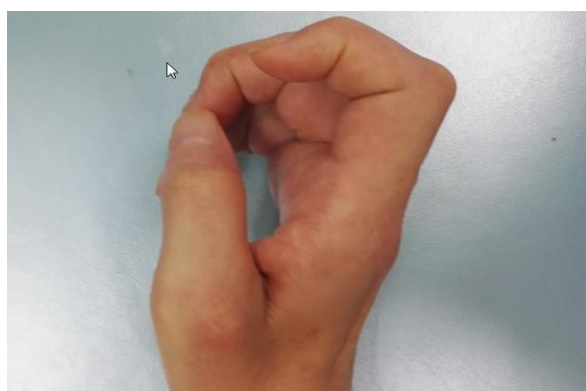
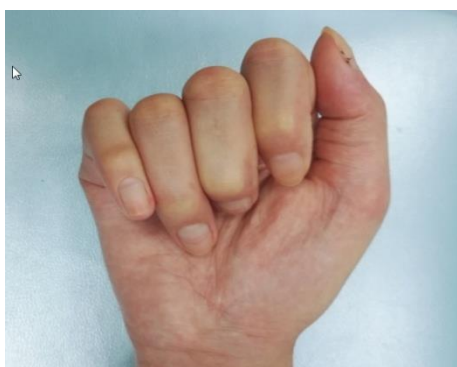


邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

总结：了解神经恢复规律及顺序；加强感觉障碍区的保护；康复治疗促进神经生长；日常生活中强调使用。

治疗进展



七、小结

- 1、熟悉解剖及损伤后的恢复规律
- 2、避免二次损伤
- 3、维持 ROM、延缓萎缩
- 4、关注变化，适时促进
- 5、促进使用

八、案例思考

- 1、感觉的介入时机与方式？
- 2、是否考虑利手转换训练？
- 3、神经损伤能否完全恢复？

剖析 SPS 肘关节矫形器

黎景波

广东省工伤康复医院作业治疗科

(论) 肘关节的重要性

肘关节是手上肢重要的组成部分，连接手部与肩部的桥梁，其功能作用占手上肢的 50%。正常的肘关节包含肱尺关节、肱桡关节和上尺桡关节，分别参与肘关节的屈曲和伸直、前臂的旋前和旋后活动。如果肘关节僵硬丧失了正常的功能，可导致手部 70% 的运动功能受限。

美国骨科医师学会

(AAOS)将肘关节

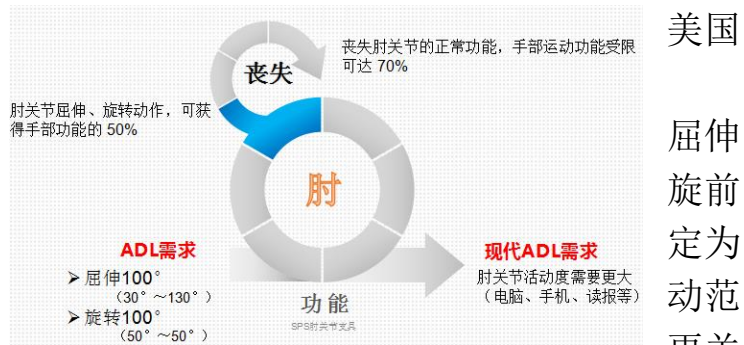
0° ~146°、前臂

71° 和旋后 84°

肘关节的生理活

围。但作业治疗师

关注肘关节的功能活动范围，Morrey 等报道肘关节正常参与完成日常生活活动需要屈伸 30° ~130° 和前臂旋转 100°（旋前 50° 和旋后 50°）的功能范围。然而，随着现代科技的发展及人们生活质量需求的提高，人们完成日常生活的方式也随之发生改变，如使用手机（肘关节屈曲通电话）、电脑（前臂旋前敲键盘及使用鼠标）、驾驶汽车、打羽毛球和乒乓球（肘关节屈伸最大范围）等休闲娱乐活动，需要肘关节屈伸和前臂旋转的功能活动范围也随



之增加。

(聊) 临床的疑惑

临床工作中，我们每天都会遇到因各种病因导致肘关节僵硬的患者，但就出现截然不同的效果，如短时间内肘关节功能可完全恢复正常，也有功能基本无改善，甚至功能变差了。奇怪了，到底为什么呢！为什么同样的治疗有些患者效果显著有些无效？怎么做才是有效安全的治疗方案？

(查) 肘关节僵硬的定义

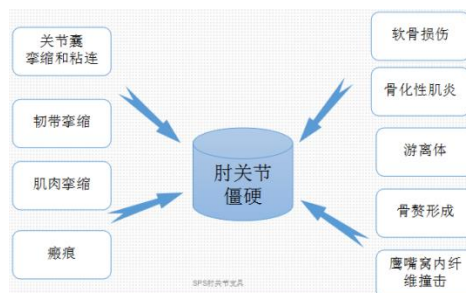
肘关节僵硬是指由于各种原因导致肘关节屈伸活动功能受限或合并前臂旋转功能受限的总称，活动度屈曲 $<120^{\circ}$ 、伸直受限 $>30^{\circ}$ ，常见外伤、手术、烧伤、脑卒中等原因。同时，肘关节损伤后常常导致关节僵硬、疼痛、肌力减弱、手上肢功能大幅下降，患者日常生活自理能力受限和生活质量骤然降低等功能障碍。

(看) 肘关节僵硬的流行病学

肘关节损伤占骨关节损伤的首位，发生率约占 14%。肘关节对创伤性损伤非常敏感，易发生关节粘连及僵硬。肘关节僵硬是肘关节损伤后最常见的并发症，如肱骨远端骨折后发生率为 25%、单纯性肘关节脱位后发生率为 15%、肘关节脱位合并桡骨小头骨折后发生率为 21%；而且肘关节僵硬的预后并不理想，12%以上的患者需要再次手术帮助解决关节僵硬的问题。

(析) 肘关节僵硬的原因及形成机制

肘关节僵硬的原因大致包含：关节囊挛缩和粘连、韧带挛缩、



软骨损伤、游离体、骨赘形成、瘢痕、肌肉挛缩、异位骨化、鹰嘴窝内纤维撞击等。患者肘关节损伤后，不管手术是否，早期均

被石膏固定于屈曲 70° ~90° 的体位 3~4 周，关节固定不仅加重韧带、关节囊、肌腱等组织间的粘连和纤维化，也会使关节软骨发生退行性改变，造成肘关节生物力学的改变，导致肘关节的僵硬。比如，此固定体位侧副韧带处于松弛状态，关节囊数天内就可发生 3~4mm 的增厚和挛缩；肌肉和肌腱等软组织固定时间大于 3 天就开始出现关节粘连；即使没有损伤的关节软骨被固定 6~12 周后，也会发生明显的退行性改变，关节间隙变狭窄，导致关节僵硬。

(验) 临床循证治疗方案

本作者研究使用渐进式肘关节牵伸矫形器(SPS 肘部矫形器)，包括美国进口成品 JAS 肘关节矫形器 (Joint Activity System) 和个体定制肘关节牵伸矫形器 2 种类型，矫形器均运用静力渐进性牵伸的原理 (static progressive splint, SPS), 每次牵伸 30~40min, 以患者无疼痛或轻微疼痛为止，逐渐进行低强度长时间的牵伸，作用于肘关节周围的软组织，使软组织发生应力松弛及蠕变，从弹性变形到达塑性变形，增加软组织被延长的效果且减少再次损伤的风险。研究表明，牵伸强度和持续时间直接影响软组织延长的效果，低强度长时间的牵伸方式对牵伸软组织的效果最理想。

(运) SPS 肘部矫形器的作用原理

关节囊、韧带、瘢痕、肌肉、筋膜等软组织进行牵伸时具有随时性和过程相关性的粘弹性特征，即软组织的牵伸长度不仅与受力大小相关，也与力作用的时间及过程相关，随牵伸速率（应变率）的增加而增加。软组织的变形延长具有弹性变形和塑性变形的特点，进行牵伸时需要考虑组织的应变率、应力松弛、蠕变、弹性变形和塑性变形等因素。

(获) 研究疗效

本研究结果显示，SPS 肘关节矫形器可提高患者 BADL 和 IADL 能力、改善关节活动度、缓解疼痛、增加肌力、提高患者的生活质量，特别在改善肘关节活动度、缓解疼痛、提高 ADL 能力和 QOL

方面更为有效。本研究报道 SPS 肘关节矫形器使肘关节屈伸主动活动度平均增加 42.69° ，活动范围达 110.28° ，已经能满足日常生活所需要 100° 屈伸的功能活动范围。SPS 肘关节矫形器是一种合理、有效改善患者手上肢功能、日常生活能力及其生活质量的康复训练方法，临床工作中值得推广使用。

Simon's Ring 在偏瘫手功能康复中的应用

蔡素芳

福建中医药大学附属康复医院作业治疗部

在临床工作中，您可能会遇到这些手功能障碍的问题。脑卒中后，由于异常的运动模式导致的上肢痉挛模式：肘屈曲，前臂旋前，腕屈伴一定的尺侧偏，指屈曲内收，拇指屈曲内收。



大部分医院和康复中心把治疗重点放在训练患者重新步行及在日常生活活动中独立上，结果常常忽略了手部的关注，只是对手指进行简单的屈伸，或是用一个分指板将手指置于伸直位，没有进行对恢复其功能活动的特殊治疗。在给患者做治疗的过程中，我们常常会看到许多患者肩肘的功能挺好，然而手部的功能却很差，腕手常常处于屈曲，拇指屈曲内收状态，

尤其是拇指不能完成对指对掌动作，从而导致患者越来越依赖用健手进行所有的活动，患手的潜力也不能得到充分的发展，干扰到其日常生活活动的的能力。

在早期，我们除了对手指做简单的关节被动活动、使用矫形器使腕手处于伸直位、向心性缠绕或按摩手部缓解手部肿胀等以外，我们还可以怎么做呢？

早期的介入

从发病时起，就必须充分保持患者手部的灵活性，并抑制屈曲痉挛模式；充分的利用各种治疗措施，预防肌肉萎缩，保持手指的活动度，尤其是指的对掌功能，手指的屈伸活动；增加患者主动性。这是康复治疗阶段的重要组成部分。

来看看作业治疗师的创新能力，灵活地使用矫形器，同样可以将脑损伤后手功能训练推进得很早期！



基础版 Simon's Ring



腕背伸版 Simon's Ring

Simon's Ring（中文称为“锦环”）是以黄锦文先生的英文来命名的，是一种创新性的用于手功能训练的矫形器，可以有多种形式。

理论基础

对患者进行早期介入，使手指处于手掌对指的位置，尽早给予手指更多的良性刺激，同时给大脑更多的信息反馈，希望在大脑重置的过程中提高重置的质量。

制作方法

腕背伸位 Simon's Ring，包括前臂、手腕以及手指三个部分。以下视频演示了整个 Simon's Ring 制作的过程。

一、前臂部分制作

1. 取肢体纸样



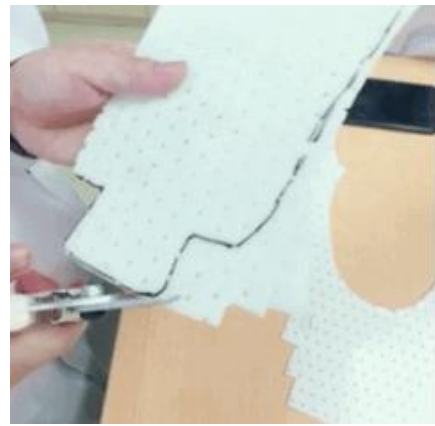
①手臂摆放：前臂旋前，腕中立位置于桌面上。笔垂直位沿着手臂的轮廓将其画出，并标记出腕横纹的位置。

②在上图轮廓两端各放宽约为手臂厚度的一半。

③在远端多留出一部分，以便能包绕腕部附件。



2. 裁剪



① 将纸样轮廓剪下②在 P 板上拓出一样的图③使用强力剪剪下板材

3. 塑型

①将板材放入大约 70℃ 的恒温水箱中加热②待到透明即可取出擦干



③治疗师将板材放在自己的皮肤上试温，待不烫伤皮肤的温度时便可在患者皮肤上塑形。

④待冷却后将多余的部分用笔画出并取下修剪



二、手腕部分制作

①取一长约 30cm，宽约 5cm 的条子②加热



③取出立即卷成细长条④保持在图四姿势待冷却，患者手处于背伸位（角度根据需求）



三、手指部分

- ①剪出一长约 30cm，宽约 3cm 的长条②如图包绕在患者手上



- ③调整拇指的位置至对掌位，拇指及手指整体塑形



四、大组合

- ①将前臂部分的远端多留出的部分软化



② 将前臂部分与手腕部分连结



③ 将手腕部分与手指部分连结



④贴上魔术贴，完工



训练方法

第一步：

佩戴好 Simon's Ring，健手托着患手（如右下角图示），在健手的辅助下拿取木钉。



第二步：

意念想象打开手指，将木钉松开放入盆中。

第三步：

若患者无法主动松开木钉，可以使用健手拇指将木钉推开。



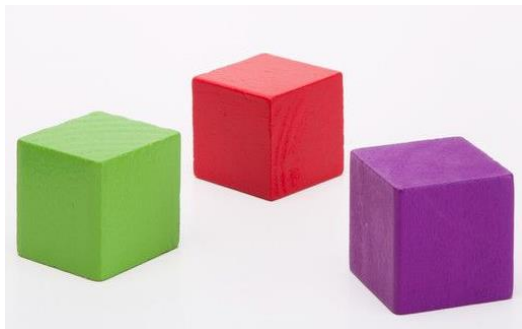
第四步：

当患者肌张力有增高时，患者可以将患手置于桌面上牵伸；放松后再按照第一到第三步的方法拿取以及松开木钉

病房内训练延伸

治疗室内短短的半小时的训练时间是远远不够的，需要让患者将治疗室外的时间充分利用起来，增加手功能训练的频率（少食多餐的道理）。

1. 在病房内可以提供患者训练的工具很多，比如矿泉水瓶盖、积木、小纸团等。可以早、中、晚各训练20分钟。
2. 嘱患者在其余没有训练的时间内佩戴 Simon's Ring，以保持手腕背伸位、拇指对掌位。



儿童尺神经损伤作业治疗个案报道

吴珂慧，林国徽

广州市残疾人康复中心

尺神经损伤时临床上常见的周围神经损伤类型，但是临床上儿童尺神经损伤后康复训练报道较少，由于儿童康复训练有其特殊的要求以及特点，我们此次从儿童本身特点与特色出发，个性化的进行了康复训练，取得了较好的效果。

个案资料



谭某某，男，5岁，于2017年5月21日在家持碗吃饭时不慎摔倒，被破碎的碗割伤左侧手腕，到当地医院就诊，诊断为：1、左腕部割裂伤 2、左尺神经断裂 3、左尺侧腕屈肌腱、小指固有屈肌腱、无名指小指深浅屈肌腱断裂。行“左腕部伤口扩大清创、肌腱血管神经探查吻合术”。术后石膏固定约6周，未接受系统的康复治疗。

因左手畸形伴活动受限2个月，于2017年7月21日至我康复科进行康复治疗。

康复评估

1、日常生活活动表现：改良 Barthel 评分为 98/100，生活基本自理，仅在个人卫生和洗澡方面需要少量帮助，其余项目满分。患儿

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

自从术后佩戴石膏托 6 周，极少使用左手参与主动活动。即使在拆除石膏托后，这种情况仍然持续。日常活动以及游戏时基本只使用右手，经家长再三要求和提醒才偶尔使用左手。如果非要使用左手，则更多的是用左手进行按压，尽量逃避用左手进行抓握。

2、认知：对答切题，无认知障碍。性格活泼、好奇。

3、感觉：根据尺神经支配区域进行痛温触觉测试未见明显异常。

4、夹纸试验阳性。

5、Froment 征阴性。

6、ROM：让患者左手手指伸直时，左侧环指掌指关节过伸 30°，近端指间关节屈曲 90°，远端指间关节屈曲 5°；左侧小指掌指关节过伸 30°，近端指间关节 65°，远端指间关节 90°。

7、握力和捏力：

项目	左侧 (kg)	右侧 (kg)
侧捏	1.2	1.8
三指捏	0.6	2.1
指尖对指尖	0.9	2.4
拇指对食指	1.4	1.9
拇指对中指	0.8	2.2
拇指对环指	0.6	1.3
拇指对小指	0.2	0.7
握力	1.8	7.2

8、瘢痕：增生期瘢痕，右侧腕围度 11.5 cm，左侧 12 cm。

家长的期望

患儿家长希望患儿左手环指和小指能伸直，有力气，左手主动辅助右手进行吃饭，喝水和玩玩具等活动。

分析

1、神经生长情况：神经损伤分为完全性神经损伤和非完全性损伤，均会出现支配区域的感觉运动障碍。而神经轴突的再生速度为：上臂 8.5mm./天，前臂近端 6.5mm/天，腕部 1-2mm/天，手部 1-1.5mm/天，患儿到我中心进行康复时已经为术后 2 个月，根据推断，神经恢复生长大概为 60-90mm 左右，进行感觉评估时根据个案表述为无特殊

感觉，Tina 征未引出，神经恢复情况良好。

2、肌腱恢复情况：根据肌腱恢复分期，可以分为炎症期（0-2 周）、增殖期（5-6 周）和重塑期（6 周之后），目前患儿受损肌腱处于重塑期，肌力不足，活动受限，爪形手仍然存在，从而影响了左手参与日常活动。

3、瘢痕情况：从疤痕的活跃程度可以判断患儿为瘢痕体质，表现为术后疤痕膨出，高于皮肤，颜色较鲜红。如果继续向内增长，有可能会影响肌腱以及神经恢复，造成粘连。

4、促进因素：个案认知良好，在神经以及肌腱损伤，导致左手功能不佳的情况下，通过尽量使用右手进行代偿，对日常生活影响较小；家长对于左手功能较为关注，并能很好地配合康复治疗 and 训练。

5、不利因素：患儿年龄较小，所以配合度以及自我控制能力不佳，大部分的时间无法主动自觉使用左手；已有一定程度的习得性废用。兴趣转移快，过于活跃，难以维持较长时间专注力。

康复目标

短期目标：患儿一周后在佩戴支具的情况下，左手拇指、环指和小指可以参与玩玩具活动（捏跳棋、玻璃珠等）

长期目标：患儿四周后在佩戴支具的情况下，用双手完成个人卫生和画画、书写等活动。

康复计划

首要解决肌腱恢复问题：环指和小指的灵活性、肌力，通过设计游戏进行训练。

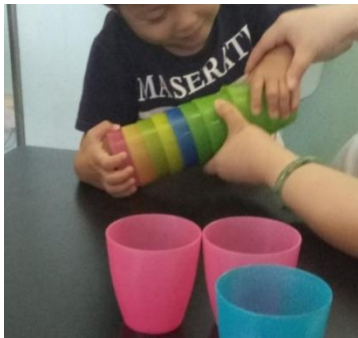
1、佩戴支具：防止掌指关节过伸，辅助环指和小指与大拇指对掌



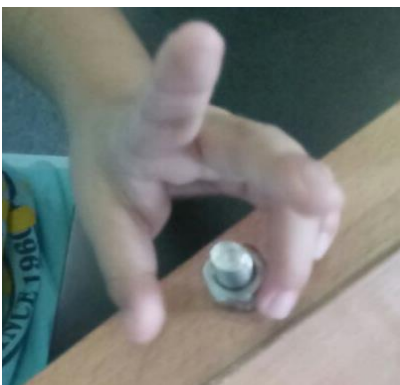
2、瘢痕松解：防止瘢痕黏连，防止向下挤压到神经、肌腱和血管从而造成肌腱黏连



3、手内功能训练：训练肌力：环指小指侧捏、柱状抓握、全手掌抓握。使用手功能训练系统内置游戏进行手部各抓握能力训练



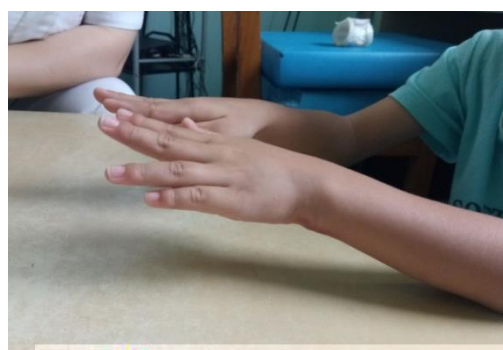
4、丰富多样的游戏训练项目：提高肌力的同时也手部精细动作，双手协调。



康复效果

经过了三周积极、系统的康复训练，患儿的手部功能有了较大改善，短期目标以及长期目标均已达到。

患儿环指和小指的掌指关节过伸位恢复正常范围、远端指间关节可以伸直完全。



握力、捏力明显提高：

项目	左侧 (kg)	右侧 (kg)
侧捏	1.2	2.1
三指捏	1.1 (+0.5)	2.2
指尖对指尖	1.1 (+0.2)	2.3
拇指对食指	1.4	2.1
拇指对中指	1.1 (+0.3)	2.2
拇指对环指	1.1 (+0.5)	2.2
拇指对小指	0.8 (+0.6)	2.4
握力	3.4 (+1.6)	7.2

3、患儿对患手的使用意识明显提高，主动使用左手（部分活动需左手佩戴支具）辅助右手玩玩具、吃饭、喝水的时间占活动总时间的百分之七十。无明显障碍。

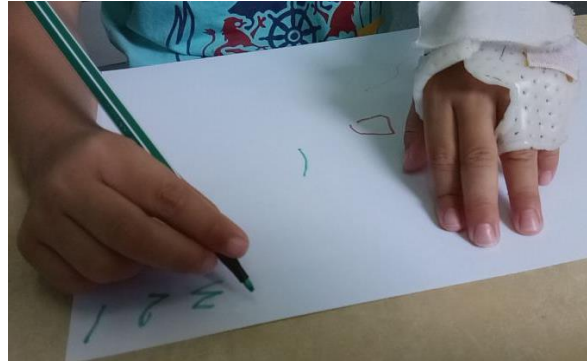
4、瘢痕颜色变浅。

出院前康复宣教

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

个案为 5 岁的儿童，在家长关注的游戏、以及简单的喝水进食功能之余，也需要关注一个幼儿园的儿童需要的执笔书画的功能，并为明年上学做准备。在出院前，教导家长与个案如何在佩戴支具情况下完成各项功能活动。



讨论

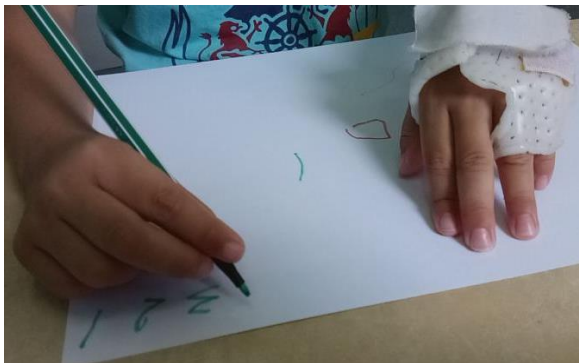
1、尺神经损伤后抗爪形手的支具主要是限制后两指掌指关节过伸，辅助环指和小指与大拇指对掌，成人的支具（如下图）会尽可能的容易穿脱方便个人操作，而儿童支具则有不同的思路，因为佩戴支具之后会有一定的限制感，大多数儿童会抗拒或者会自行解开支具，导



致支具无法佩戴足够时间产生应有的效果，所以本次给个案设计支具时，在提供应有的辅助作用和尽可能的提高舒适度后，我们设计了一个不易自行脱下的支具形式，包裹范围更大，这样个案佩戴上之后就不易自行脱下，可以在一定程度上保证了支具佩戴的时间以及效果。之后的治疗过程以及效果也证明了这一思路的正确性。

2、儿童因为有其生长发育以及性格特点，好奇心强而专注时间较短，对于枯燥的训练过程耐受性很低，所以如果治疗过程不能吸引他的注意力并投入其中，训练效果会很差，甚至导致孩子会有逆反心

理，不愿意参与训练治疗。所以治疗师需要与儿童建立良好的治疗关系，充分了解孩子性格特点以及喜好、优势。个案为 5 岁男童，个性活泼喜爱新鲜玩具和游戏，游戏层次处于建构游戏以及象征游戏层次，所以基本每天的训练都会根据他的游戏层次提供相应的建构游戏和象征游戏，通过改变玩具形式和游戏结构让孩子每天都处于期待和兴奋的状态，较好的治疗关系也让孩子能够按照治疗师要求的方式进行游戏，这也是本次个案效果叫好的主要原因之一。



3、神经肌腱损伤后康复是有其特定的恢复时间以及阶段的，治疗师需要充分的了解和尊重神经肌肉恢复的过程，只有根据临床路径在相应的治疗阶段才可以进行相应形式和强度的治疗，如果不能很肯定的话需要咨询手术医生和康复医生，在专科医生的指导下进行治疗，以免发生意外的医疗事故。本次的个案我们也是在充分进行了神经以及肌腱的评估之后根据临床路径制定相应的治疗计划，这样治疗师也会更有把握和信心。

4、在进行神经损伤后康复治疗时，一部分治疗师或者家长会更关注手部具体形态以及功能的恢复。而因为学龄前儿童的日常生活自理以及学习等活动尚未完全发育成熟，甚至是某些作业治疗师也会迷失在身体功能与结构的框架之中，将作业治疗又变为一个手部的 PT，但其实我们在进行低幼年龄段孩子的治疗时应该充分了解，游戏是孩子非常重要的日常作业活动的一部分，而除了简单的日常生活自理活动，执笔写画能力也是需要为孩子的将来重要的手部操作功能之一。作业治疗师需要强化自己的作业思维，将治疗泛化到日常生活中，教导家长在平时可以如何鼓励引导儿童使用双手，这样才可以获得更好的治疗效果

作业治疗在加护病房和急性期的实践

一、介绍

ICU 患者出院后常会长期遗留身体功能障碍和心理障碍^[1]，为减少或消除这些影响，需要一个早期治疗方案应对 ICU 患者的康复问题。OT 能够促进 ICU 患者的恢复，特别是 ADL 被认为是最具意义的治疗方式^[2]。已经有证据支持 ICU 患者在 ICU 内进行训练是安全且可行的，并且经过治疗后，谵妄和机械通气的时间缩短了^[3]。

作业治疗师早在 1986 年以前就开始在 ICU 内给患者进行治疗，使用的干预措施包括改善 ADL 训练、认知训练、感觉障碍、转移和主动与被动关节活动度的改善、褥疮、体位摆放等^[4, 5]。

ICU 内的作业 治疗方案

刘胜锋，朱毅

海南医学院第二附属医
院康复治疗科

二、作业治疗介入 ICU 前的准备

为在 ICU 建立作业治疗，需要完成以下工作：

1. ICU 内的患者都是因为疾病或受伤而处于危重状态，作业治疗师要与其它治疗师以及 ICU 内医疗人员共同合作，如与物理治疗师、呼吸治疗师、营养师、社工及护士、医生组一起合作（医生组通常包括麻醉师、肺部专家、内科医生和心脏病专家，他们决定患者是否需要 ICU 提供的密切监测）。

2. 作业治疗师需要了解 ICU 内医生对患者的治疗方案、目的和护士的护理工作重点。

3. 熟悉医疗团队成员，了解团队成员需要作业治疗师提供何种帮助。

4. 治疗师必须了解在 ICU 住院的患者的诊断、病因和他们面临的康复问题，医疗状况，以及在 ICU 内接受的护理。

5. 团队之间的信息共享。作业治疗师对患者的情况有总体上的了解后，可与医生、护士和其它团队成员沟通，并对不确定的问题展开讨论。由于 ICU 患者的临床情况复杂，这个讨论过程常需要多次进行。在评估与治疗期间，治疗师应持续观察患者的心电图等设备和患者的体征、症状，应对患者身体状况的任何变化保持警惕。在完成对患者的评估与治疗后，根据所收集的资料，可与其它治疗师进行协商，如患者有步态异常表明需要物理治疗师介入，呼吸困难表明需要呼吸

治疗师介入等。

三、患者信息收集与评估

ICU 患者的病情危重且复杂，为在安全的前提向下进行 ICU 内作业治疗，需要提前做好准备工作包括查询患者的相关病历、了解 ICU 内医疗设备的作用及可能对患者造成的影响、躯体和心理功能相关的作业治疗评估。

（一）查阅患者的病历

现病史、既往史、家族史、个人史、入院后接受的治疗与护理情况、生病前的功能水平、患者的目标、在每次治疗前可与患者的管床护士了解患者是否有任何的最新信息（这些信息可能尚未写入医疗文书中）。

（二）了解 ICU 内医疗设备的作用以及对患者的影响

ICU 是一个高级医疗设备齐全的环境，可给患者提供生命支持和身体动态情况监测。通过心电图和血流动力学监测器可以持续观察病人的心率、血压和心功能。这些设备对作业治疗师来说很有用，因为在治疗过程中，可以通过观察心电图和血流动力学监测器随时检查患者的生命体征。最重要的是，治疗师要对插入患者体内的侵入性线路或管道的走向有充分的了解，包括这些线路对患者有什么作用，可能引起患者出现什么问题，需要采取什么预防措施避免线路出现故障等。

（三）作业治疗相关评估

1. 谵妄评定方法（Confusion Assessment Method, CAM）与谵妄分级量表（Delirium Rating Scale, DRS）
2. 镇静和躁动评分（Sedation-Agitation Scale）
3. 简易精神状态量表（Mini-mental State Examination, MMSE）
4. 功能独立性评定（Functional Independence Measure, FIM）或改良 Barthel 指数（Modified Barthel Index, MBI）
5. 生活质量（Quality of Life, QOL）评定采用生存质量测定量表简表（QOL-BREF）
6. “起立-行走”计时测试（Time Up and Go, TUG）
7. 肌力评定：徒手肌力评定（Manual Muscle Test, MMT）
8. 关节活动度评定
9. 坐位和站位平衡能力
10. 疼痛评估：视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale/Score, VAS）

四、治疗措施

患者在 ICU 期间 24-48H 内病情稳定后即可开始治疗，治疗措施包括：

1. 多重感觉刺激。当患者处在镇静和躁动评分 2-3 分时，治疗师提供外部刺激（包括听觉、触觉等）增加患者的警觉水平。

2. 体位摆放。要持续在患者身体易受破损或易受压的部位使用软垫预防褥疮，
每 2 小时翻身 1 次。

3. 认知功能训练。改善警觉水平、视觉、记忆、计算力等。可使用工具如测序卡和游戏（卡片，多米诺骨牌和记忆和视觉空间的建筑游戏）进行训练。每天 2 次。

4. ADL 训练。在特定的时间协助患者进行相应的 ADL 训练如在早上完成个人卫生、个人仪容和饮食。

5. 上肢运动功能训练。治疗师每天 2 次治疗都帮助患者完成上肢各关节被动活动，以保持患者的上肢关节活动度。在治疗师停止治疗之后家属或社工陪同患者在整个下午都进行上肢运动。循序渐进的运动方式是从被动运动逐渐过渡到助力运动和主动运动。

6. 改善睡眠。患者在入睡时可使用防噪耳塞减少噪音并在患者眼睛上方进行挡光处理。

7. 预防压疮。指导患者通过翻身来完成减压活动。

8. 恢复自主呼吸过程中的干预措施。练习运用深呼吸（胸式呼吸与腹式呼吸）的放松技巧并使用想象疗法、放松疗法或有意义的和有目的的活动来应对减少呼吸机辅助而产生的不适和痛苦，为未来独立呼吸做准备。

9. 视觉跟踪训练。借助平板电脑播放患者感兴趣的视频，先练习凝视固定平板中的短视频场景以记住其中的对话内容并重复，然后移动平板，让患者开始盯着短视频场景以记住其中的对话内容并重复，最后让患者在简单安全的转移活动中凝视固定平板中的短视频以记住其中的对话内容并重复。

10. 体位适应性训练。使用坐垫、颈圈、安全带辅助倚靠在躺椅上 15 分钟，并密切关注患者的心率，血压，身体生命体征和不适的症状。

11. 保持腕关节与踝关节的关节活动范围。制作支具（手与腕、踝关节处），预防关节受限、畸形和保护肌腱和关节。由治疗师和患者共

同制定穿脱支具的时间,并在非治疗时间时由社工或家属进行穿戴处的关节被动活动。每天治疗都需要检查患者的穿戴情况和感受,并可根据患者的情况调整穿脱支具的时间。

12. 交流训练。鼓励患者坐起交流。可根据患者的情况灵活选择患者的表达方式,如口头交流、点头示意或眨眼等表情、书写、语音生成设备(可通过选择可用身体,指针,鼠标,操纵杆,或眼动控制设备,为有语言障碍的人补充、代替言语或书写)。但尽量鼓励患者开口说话并点头进行交流,能强化头、颈部、和口肌。同时,建议一项言语治疗会诊,以评估病人是否使用语音生成设备。

13. 独立坐位训练。首先患者靠在椅子上面对镜子,练习头部在身体正中位的维持,头部控制等简单动作。然后可在独立坐位下进行写作练习和个人卫生活动(如口腔、面部清洁和上肢擦洗)。

14. 心理干预。鼓励在整个治疗过程中使用各种交流方式表达患者的恐惧、沮丧和需求。

15. 户外活动。对于病情稳定的患者,可坐在轮椅上携带氧气袋到户外活动,携带颈圈维持头颈部的直立。

五、ICU 内开展作业治疗存在的困难

在 ICU 开展作业治疗存在的困难包括:

1. OT 人员不足;
2. ICU 与 OT 之间没有及时的转诊流程;
3. ICU 内的医疗人员不了解 OT;
4. 目前支持 ICU 内 OT 的干预措施和疗效的证据依然有限。

六、结语

本文介绍了作业治疗介入的流程,评估及治疗计划。虽然在 ICU 中有效发挥作用需要更多与临床相关、急重症的相关知识,但在这种环境中,作业治疗师的作用在其他身体残疾领域的作用相似。始终如一的主题是使用有目的的活动来减少并发症,提高患者的独立性。

参考文献:

- [1]Herridge M, Cameron JI. (2013). Disability after critical illness.*New England Journal of Medicine*,369, 1367–1369.
- [2]Hopkins R, Suchyta M, Kamdar B, Darowski E, Jackson J, & Needham D. (2017). Instrumental activities of daily living after critical illness: A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, 201701–059SR.
- [3]Harris CL,& Shahid S. (2014). Physical therapy-driven quality improvement to promote early mobility in the intensive care unit. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 27, 203–207.
- [4]Affleck AT, Lieberman S, Polon J, & Rohrkemper K. (1986). Providing occupational therapy in an intensive care unit. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 40, 323–332.
- [5]Foreman J. (2005). Ways we work: Occupational therapists' roles in intensive care. *Occupational Therapy Now*, 7, 15–18.

脑卒中急性期床边作业治疗的病例分析

方丽婷

广州医科大学附属第二医院 康复医学科

一、主观资料

(一) 基本资料

姓名：招阿姨性别：女年龄：62 岁

祖籍：广东广州意识状态：清醒付费方式：医保

康复意愿：强依从性：强

陪护情况：家属（未接受陪护知识培训）、护工（经医院陪护知识培训）。

1.主诉：突发右侧肢体乏力/言语不清 20 小时

2.现病史：患者于 3 月 14 日 19:30 无明显诱因在吃饭时突然出现右上肢乏力，拿不稳筷子，伴有言语不清，能自行步行，步态不稳。今来我院急诊就诊，查头颅 CT 示：“左侧基底节区-放射冠脑出血”，诊断考虑为脑出血，予“硝普钠降压、

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

甘露醇”。为进一步诊治以“脑出血”收住广医二院神经内科。

3.外伤手术史：30 余年前曾因胃出血行胃部分切除术。

4.既往史：高血压，10+年，未予降压治疗，未监测血压。

5.定位：大脑中动脉

(1) 突发右侧肢体无力、言语不清

(2) 头颅 CT 见左侧基底节-放射冠

区脑出血

6.定性：出血性

(1) 患者老年女性，急性起病

(2) 头颅 CT 见明确出血



7.初步诊断：1.高血压性脑出血；2.高血压 3 级，很高危。

(二) 个人因素

1.兴趣爱好：听歌、唱歌、饮茶

2.文化程度：高中

3.职业：办公室职员（已退休）

4.情绪：抑郁状态，消极低落，沉默少语，时常落泪。

5.社会角色：妹妹（患者有 2 个姐姐），母亲（有 1 个 20 余岁的女儿），友人（住院期间有多位好友探视），妻子（未确定，因住院期间未见、未提及其丈夫）。

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

6.生活形式：平日较喜欢在家中听歌，时常与朋友前往 KTV 唱歌，偶尔与家人或朋友喝早茶。

7.人生价值观：生活自由，重视金钱，偶尔与亲朋好友聚会，与家人过着温馨平凡的生活。

8.生活期待：生活自理，回归原来的角色和生活形态。

9.患者目标：可以生活自理，说话清晰，可和朋友们去 KTV 唱歌

10.COPM 评分：

活动项目	活动评分	满意评分
1.可和朋友们去 KTV 唱歌	4	4
2.能坐公车后行走至酒楼 饮茶	1	1
得分（总分÷项目数）	2.5	2.5

（三）环境因素

1. 社会性环境

（1）家庭支持：家人支持强，两位姐姐和一位弟媳轮流照顾，但未见其丈夫，一女儿在海珠区工作常在下班后进行探视。经济情况一般，近期家庭中因事有十几万支出。

（2）医院人文：医生、护士关爱细致，同病房有一位病友随和健谈，但隔壁病房有一位失智病友常在夜间喊叫，影响他人睡眠。

（3）社会支持：广州职工医保。

2.物理性环境

（1）医院环境：监护仪与病区存在嘈杂声，护栏病床，床旁拉帘确保隐私；独立卫生间，坐厕，干湿分离，浴室设有防滑垫。

（2）居家环境：客厅宽敞整洁，无门槛；卧室内床宽 1.8 米，弹簧床垫；厕所为坐厕，浴室无干湿分离；厨房灶台较矮（最高处齐患者髌部），煤气炉；楼梯房 6 楼，小区便利性好。

（3）出行环境：商业区，有人行道，人多拥挤，较多灰尘，公车站方便到达。

二、客观资料（评估时间：3 月 15-16 日）

1. Brunnstrom 分期（右侧肢体卧位）

 上肢：V 期

 手：V 期

 下肢：V 期

2. 肌张力：正常

3. 被动关节活动度：正常

4. 感觉：右侧肢体触觉、温度觉稍减

5. 肌力：（右侧肢体）

肢体 MMT	肩部	肘部	腕部	髁部	膝部	踝部
屈肌 群	3	3+	3	3+	3+	3+
伸肌 群	不合作	3	3	3+	3+	3+

手部肌力	左手	右手
握力	17.8 LBS	8.2 LBS
拇-示指捏力	7 LBS 15OZ	5 LBS 4OZ

6. TCT (Trunk control test): 12 (健侧向患侧翻身) + 12 (患侧向健侧翻身) + 不合作 (卧坐转移) + 不合作 (双足悬空保持坐位 30 秒) = 25

7. 平衡能力:

 (1) 坐位平衡：不合作；(2) 站立平衡：不合作。

8. 协调能力:

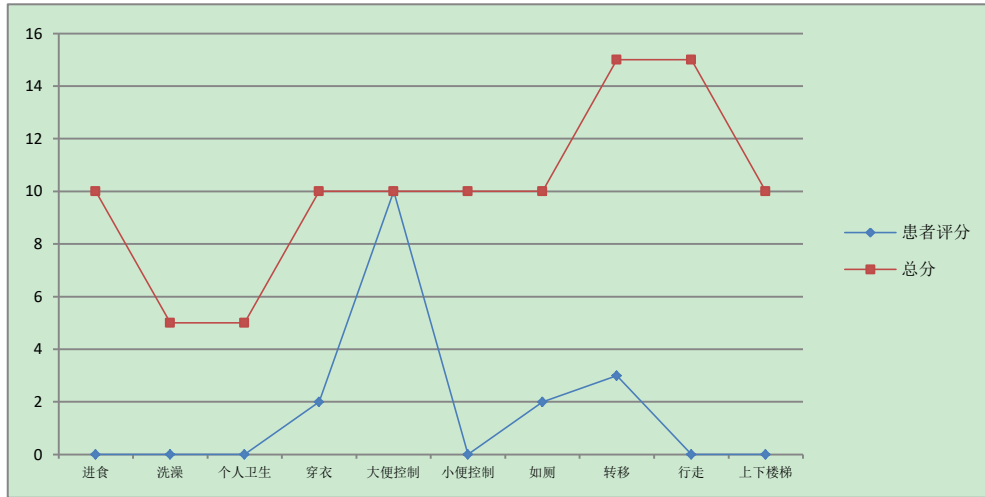
 (1) 指鼻试验：稍慢，完成 5 次指鼻动作左侧用时 13 秒，右侧 23 秒；

 (2) 上肢轮替试验：右侧较慢；

 (3) 下肢跟膝胫试验：右侧稍慢。

9.语言吞咽功能：口齿不清，找词困难；仰卧位进食液体食物易呛咳。

10.生活技能： MBI 评分 17 分



11.MMSE 评估 (2018.3.16)

记录		评分
I 定向力 (10 分)	1928	0
	春季	1
	3 月	1
	8 日	0
	星期五	1
	中国	1
	广州	1
	河南区	1
	?	0
	14 楼	1
II 记忆力 (3 分)	皮球	1
	国旗	1
	树木	1

III 注意力和计算力 (5分)	100-7	30	0
	-7	13	0
	-7	9	0
	-7	2	1
	-7	?	0
IV 回忆能力 (3分)	皮球		1
	中国		0
	?		0
V 语言能力 (9分)	命名能力	铅笔	1
		手表	1
	复述能力	√	1
	三步命令	√	1
		√	1
		×	0
	阅读能力	√	1
	书写能力	×	0
结构能力	×	0	
总分			18

三、评估

(一) 存在问题



(二) 功能诊断

1. 右侧肢体分离运动不足、运动协调性障碍、肌力下降，右手精细抓握障碍及需绝对卧床休息致进食、洗漱、穿衣等 ADL 活动受限

2. 定向力、计算力、短时记忆能力下降致独自出外社交（如唱 K、饮茶）存在走失风险

(三) 治疗依据

1. 神经重症康复中国专家共识康复介入时机^[1]:

(1) 血流动力学及呼吸功能稳定后，立即开始。

(2) 入 ICU/NICU 24—48h 后，符合以下标准：心率 $P>40$ 次/分或 $P<120$ 次/分；收缩压(SBP) ≥ 90 或 ≤ 180 mmHg，或/和舒张压(DBP) ≤ 110 mmHg，平均动脉压 (MBP) ≥ 65 mmHg 或 ≤ 110 mmHg；呼吸频率 ≤ 35 次/分；血氧饱和度 $\geq 90\%$ ，机械通气吸入氧浓度(FIO₂) $\leq 60\%$ ，呼气末正压(PEEP) ≤ 10 cmH₂O。

2. 相关文献:

(1) Craig^[2]认为与对照组（平均发病 31 小时开始康复）相比，超早期康复组（平均发病 21 小时）在三个月后的独立自理能力得到明显提高；

(2) Bernhardt^[3]定义超早期康复：研究中对照护理首次活动为发病后 30.8h，超早期康复护理首次活动为发

病后 18.1h，干预至出院或 14d，将三个月后患者死亡数和不利事件作为安全性指标，发现脑卒中后 24 小时内的康复训练安全可行，有效提高患者生活质量且不会增加 3 个月内死亡率，降低医疗费用，加速独立行走的恢复。

(四) 早期治疗原则

1. 加强监护，保障康复技术操作的标准化和安全性；
2. 具备条件者，尽早离床，避免长期卧床导致的一系列并发症；
3. 在评定基础上，确定阶段性康复目标；
4. 确定超早期标准化 ABCDE 组合康复程序：
A 唤醒，B 呼吸训练，C 适度镇静，D 谵妄的监控，E 早期移动和\或运动练习；
5. 可以选用针对性物理因子治疗及中医药辩证施治；
6. 营养支持，循序渐进恢复患者耐力；
7. 强调多学科合作，关注整体康复；
8. 对患者及家属的心理支持、宣教应列入康复计划；

(五) 治疗目标

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------|
| 1. 早期目标 (2 周) | 2. 中期目标 (一个月) | 3. 后期目标 (两个月) |
| (1) 维持关节活动度、肌力、躯干控制能力； | (1) 坐位平衡达 II 级以上，TCT 达 87 分以上 (卧坐转移 12 分)； | (1) BADL 完全独立，MBI 达满分； |
| (2) 预防压疮、深静脉血栓及其他并发症； | (2) 少量辅助下完成 ADL，监督下行走 10 分钟； | (2) 尝试参与家务活动，如折衣服、摘菜、洗碗等； |
| (3) 独立床上翻身，中、大量辅助下完成 ADL； | (3) 可短时记忆 3-5 个单位内容，计算能力加减法三位位数可基本准确计算； | (3) 适应出行环境，家人监督/独立出行； |
| (4) 可对当前空间、时间较准确定向，可短时记忆 2-3 个单位内容； | (4) 重拾兴趣，家人监督下行走/乘坐轮椅前往酒楼饮茶； | (4) 与亲戚/朋友前往 KTV 唱歌、逛街。 |
| (5) 改善医院病房环境，情绪好转，可与他人进行日常交流。 | (5) 改善居家环境。 | |

四、治疗计划

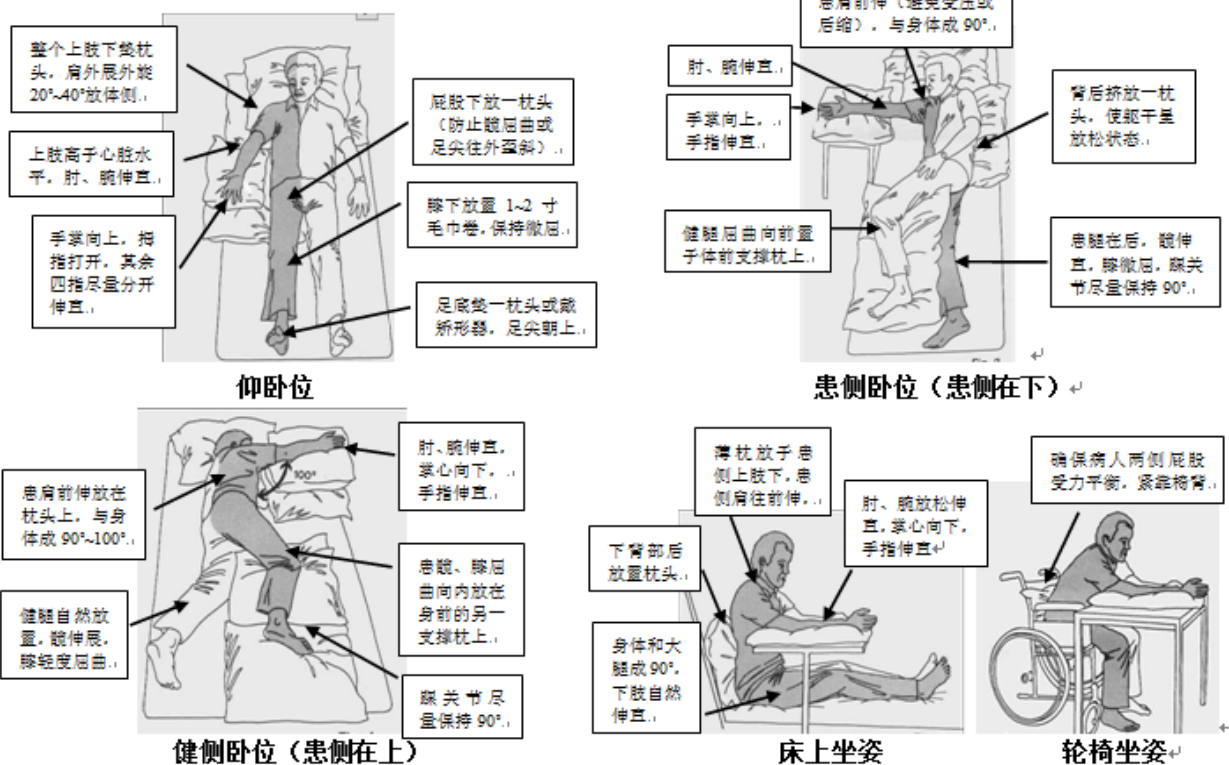
(一) 康复宣教 (2018 年 3 月 15 日, 发病后 20 小时, 首次治疗)

1. 良姿位摆放

对患者家属进行仰卧位、患侧卧位、健侧卧位良姿位摆放宣教, 1-2 小时进行体位更换, 并提供《康复治疗部温馨提示》纸张。脑出血急性期患者需处于绝对卧床状态, 可视情况逐渐抬高床头 $15\sim 30^\circ$ 。

康复治疗部温馨提示

一. 良姿位摆放: (阴影为偏瘫侧)



2. 预防深静脉血栓

踝泵运动: 做踝部背屈、跖屈动作, 各保持 10s, 间歇休息, 15-20 分钟/组, 2-3 组/天。

3. 营养支持

选择易消化、富含膳食纤维的食物, 促排便食物, 如番薯、香蕉等 (避免便秘如厕时憋气, 加重脑出血病情); 补充优质蛋白, 适当补充维生素; 定时定量, 少量多餐。

4. 患者家属宣教

(1) 适当鼓励患者主动参与 ADL;

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

- (2) 关注患者兴趣的延续，转化消极情绪；
- (3) 开导与正能量的灌输。

(二) 呼吸训练



- 1.目的：提高运动耐力与心肺功能，防止肺部并发症出现；
- 2.腹式呼吸训练，3-5min/组，3-5 组/天；
- 3.难度进阶：在腹部增加阻力，如放置沙袋或徒手施阻。

(三) 医院环境改造



- 1.安装手机支架（建议持续使用手机 10-20min 后进行休息）：可使用手机听歌、与朋友互动，增加与外界联系；
- 2.配备耳塞：掩盖监护仪响声、失智患者叫声，改善睡眠情况；

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org 网页 (website): www.hkiot.org

3.配备耳机/小音箱：播放歌曲，愉悦身心。

(四) 维持躯干能力 (发病后 44 小时, 第 2 次治疗)

1.床上翻身训练：无外界辅助翻身，注意防止患者颈部过度屈曲代偿，5 个/组，4 组/天。

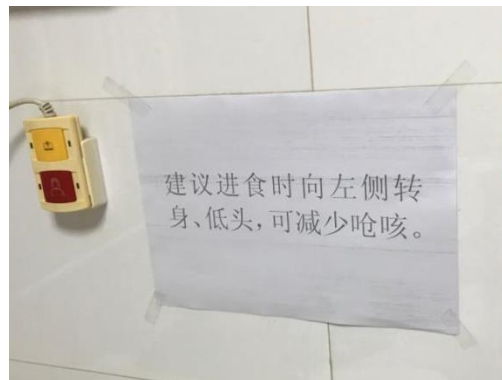
2.桥式运动：8 个/组，6 组/天，有助于提高床上如厕活动的参与程度，建议适配便盆。

(五) 改善 ADL 能力

1.进食：

ADL 训练中首先选择进食训练，有以下原因：①进食在 ADL 中难度较低，是大部分患者的早期康复目标；②患者的兴趣、生活方式中提到患者常外出饮茶，而饮茶进食点心的过程需要使用筷子、勺子，进食活动的恢复有利于患者兴趣的延续、生活方式的回归；③患者的社会角色包括妹妹、母亲、友人，与亲人、朋友聚会用餐是患者建立社会关系的一种方式，进食活动表现的进步有利于患者情绪状态、社交能力的改善。

(1) 仰卧位进食姿势代偿：建议患者进食时向左侧转身、低头，可减少呛咳。因为患者家庭支持程度强，轮流照顾，可粘贴提示于床头，避免不同照顾者因未及时接受宣教而对患者照顾不当。



(2) 喂食方式的调整：在交流中了解到家属习惯将食物喂到患者舌后方，易造成呛咳，治疗师建议将食物喂投至舌下方，避免呛咳。

(3) 餐具改造：患者的汤勺为较薄、边缘锋利的不锈钢质地，存在划割伤嘴部皮肤的风险，建议家属将餐具改变为勺面较大、较深、边缘圆钝的陶瓷勺进行喂食。

(4) 用勺进食训练

①侧捏撕魔术：增强拇示指捏力，10min/组，2组/天。

②加粗勺柄进食训练：10min/组，2组/天

(5) 用筷进食训练

①改造筷子进食训练：在两支筷子上方利用方块泡沫软垫及胶布缠绕进行连接，进行夹取泡沫方块训练，可降低持筷进食训练的难度，5-10min/组，2组/天。

②对指、侧捏肌力训练：进行连接夹子训练，10min/组，2组/天。



2. 洗漱

(1) 刷牙训练：使用牙刷在矿泉水瓶瓶身特定位置进行来回协调刷擦模拟刷牙活动，30s/组，10组/天。

(2) 木插板训练：改善患侧肢体手眼协调，10min/组，2-3组/天。

(3) 拧毛巾训练：使用赛乐棒模拟拧毛巾训练，10次/组，6-8组/天。



3.穿衣训练:

(1) 卧位下穿衣训练: 建议自行穿脱外套, 先穿患侧衣袖, 向左侧翻身将衣服塞至背部, 通过向右侧翻身, 将衣服拉出穿入健侧衣袖, 扣纽扣并整理。

(2) 运动协调训练伸手入套圈: 增强患者患侧伸入衣袖的动作准确性、流畅性, 10min/组, 2 组/天。

(六) 认知训练

1.时间、空间定向训练 (聊天提问、阅读报纸、手机阅览形式)

2. 短时记忆结合计算能力训练 (数钱、打扑克牌)



五、再评估 (2018 年 3 月 23 日)

1.情绪: 仅 3.15 和 3.16 哭泣后无再流泪, 笑容增多, 愿与人交流。

2.Brunnstrom 分期 (右侧肢体卧位)

上肢: V 期

手: V 期

下肢: V 期

3.肌张力: 正常

4.被动关节活动度: 正常

5.感觉: 右侧肢体触觉、温度觉稍减退

6.肌力: (右侧肢体)

肢体	肩部	肘部	腕部	髁部	膝部	踝部
MMT						
屈肌群	3 → 3+	3+	3 → 3+	3+	3+	3+

伸肌群	不合作	3	3	3+	3+	3+
-----	-----	---	---	----	----	----

手部肌力	左手	右手
握力	17.8 LBS→19.4 LBS	8.2 LBS→13.6 LBS
拇-示指捏力	7 LBS 15OZ → 7 LBS 6OZ	5 LBS 4OZ → 6 LBS 2OZ

7.TCT (Trunk control test): 25 (健侧向患侧翻身)+25 (患侧向健侧翻身)+不合作 (卧坐转移)+不合作 (双足悬空保持坐位 30 秒)=50

8.平衡能力:

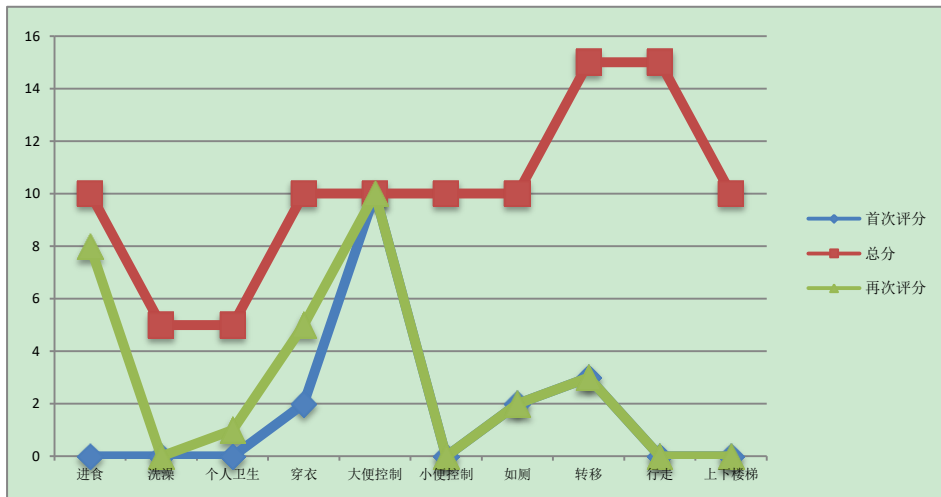
(1) 坐位平衡: 不合作; (2) 站立平衡: 不合作。

9.协调能力:

- (1) 指鼻试验: 稍慢, 左侧 13 秒→11 秒, 右侧 23 秒→13 秒;
- (2) 上肢轮替试验: 右侧较慢;
- (3) 下肢跟膝胫试验: 右侧稍慢。

10.语言吞咽功能: 声音响度较前增加, 仰卧位进食呛咳减少。

11.生活技能: MBI 评分 29 分



12.MMSE 评估 (2018 年 3 月 26 日)

	记录	评分
I 定向力 (10 分)	2018	1
	春季	1

	3 月		1
	23 日		0
	星期一		1
	中国		1
	广州		1
	河南区		1
	?		0
	14 楼		1
II 记忆力 (3 分)	皮球		1
	国旗		1
	树木		1
III 注意 力和计算力 (5 分)	100-7	93	1
	-7	86	1
	-7	70	0
	-7	?	0
	-7	?	0
IV 回忆能 力 (3 分)	皮球		1
	国旗		1
	?		0
V 语言能 力 (9 分)	命名能力	铅笔	1
		手表	1
	复述能力	√	1
	三步命令	√	1
		√	1
		×	0
阅读能力	√	1	

书写能力	×	0
结构能力	×	0
总分		21

13.COPM

评分：（因治疗时间短，患者仍处于卧床及仰坐状态，患者目标未达到）

活动项目	入院评定		出院评定	
	活动评分	满意评分	活动评分	满意评分
1.可和朋友们去 KTV 唱歌	4	4	4	4
2.能坐公车后行走 到酒楼饮茶	1	1	1	1
得分（总分÷项目数）	2.5	2.5	2.5	2.5

表现总分差值= 2.5-2.5 = 0

满意度总分差= 2.5-2.5 = 0

六、思考

（一）超早期康复介入时机

当脑卒中患者发病后符合神经重症康复中国专家共识康复介入时机中的指征，即可介入床边作业治疗，但建议发病 24 小时内以作业治疗宣教为主，24 小时后开始以低强度进行 ADL、肢体功能及认知等训练。

（二）PEO 模式的运用

尽管是在脑卒中急性期，为患者进行床边作业治疗，亦需要参考 PEO 模式，分析患者的个人因素、环境因素及活动因素，使用 COPM 了解目标活动活动评分及满意评分，体现以患者为中心的理念。

（三）始于宣教，止于宣教

宣教是作业治疗重要的一部分，脑卒中急性期的患者及家属都感到茫然无措，早期充分的宣教可达到维持患者良好的功能状态、预防并发症、情绪疏导及促进恢复患者 ADL 独立性的作用，出院时的个性化宣教可提供纸质版家庭康复训练计划、环境改造及辅具建议及活动改造设计等内容，促使患者早日回归生活轨道。

（四）患者情绪情感的关注

作业治疗通过延续患者的兴趣、重视其生活方式及社会角色的回归等方式，使患者积极地参与有意义的活动除了可使人忘记痛楚、增加运动量外，还能提高人的自我观念、自我控制能力、社交技巧及生活满足感^[4]。

（五）环境改造、代偿方式及辅具提供

由于脑卒中急性期的患者短期内会在医院内进行诊疗，对于其早期作业治疗的思考可关注医院的物理环境及人文环境，对于造成患者活动受限或参与能力下降的环境因素进行针对性的处理，建议对于物理环境可进行适应性改造，人文环境则可尝试通过宣教、访谈等方式改善。

（六）OT 与 PT、ST 的关系

在临床中，患者及家属容易混淆康复科各部门的关系及分工，为了区别各学科性质，床边作业治疗对患者以 PEO 模式进行思考，重视患者兴趣爱好的延续，通过以任务导向的治疗性作业活动、环境改造、辅具提供及适应性代偿等方式，提升患者的感觉、运动、认知等功能，鼓励其主动参与至 ADL 活动、职业活动及休闲娱乐活动，提高患者参与社会活动的的能力。

[1]倪莹莹,王首红,宋为群,等.神经重症康复中国专家共识(上).中国康复医学杂志[J].2018,33(1):7-14.

[2] Craig LE, Bernhardt P, et. Early mobilization after stroke :an example of an individual patient data meta-analysis of a complex intervention[J].Stroke,2010,41(11):2632-2636.

[3] Bernhardt J,Dewey H,Thrift A,et al.A very early rehabilitation trial for stroke(AVERT)phase II safety and feasibility[J].Stroke,2008,39(2):390-396.

[4] Rogers JC.The study of human occupation.In:Kiellhofner G,eds.Health through occupation:theory and practice in occupational therapy. Philadelphia:FA Davis,1983.93-124

作业治疗在急性重症医疗中的角色和实践概况

周晶，邱乾

南方医科大学珠江医院康复医学科 作业治疗师

一、作业治疗在急性重症医疗的角色和作用：

1..综合医院急性期/重症期的特点

重症监护室又称重症加强治疗病房（intensive care unit, ICU），是重症医学学科的临床基地，它对因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍危及生命或具有潜在高危因素的患者，及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术，是医院集中监护和救治重症患者的专业科室。

ICU 应用先进的诊断、监护和治疗设备与技术，对病情进行连续、动态的定性和定量观察，并通过有效的干预措施，为重症患者提供规范的、高质量的生命支持，改善生存质量。重症患者的生命支持技术水平直接反映医院的综合救治能力，体现医院整体医疗实力，是现代化医院的重要标志。而急性期重症护理的主要目的是稳定病情并解决威胁生命的健康问题。与其他医疗阶段的主要区别是需要注意隔离与防护，实时监控生命体征，禁忌活动及疾病的相关注意事项。

由于康复医学常被相关学科误解为是解决疾病后期功能障碍问题，因此普遍的想法是对于尚处于生命体征相对不稳定的ICU患者来讲，康复的介入似乎言之过早。而康复治疗中的作业治疗更是被很多人认为只需要在生命体征稳定后康复阶段中的中后阶段介入的治疗。在其他国家，作业治疗在ICU的干预已有多年。国内作业治疗在急性重症的介入则少有报道。

2.作业治疗在急性重症医疗的角色

那么，在 ICU 环境中，作业治疗究竟扮演着怎样的角色呢？研究表明，OT 是唯一能够减少再次入院率的医疗开销项目。作业治疗是一种独特而直接的

关注患者的功能和社会需求，这可能是其重要的推动因素。“作业治疗从业者认为，为身体残疾人士提供的干预措施不应局限于只是恢复生理功能，而是在这个基础上有所延展，并帮助解决个人参与问题和促进积极参与作业”

（American Occupational Therapy Association，2008）。

当作业治疗介入急性重症阶段的医疗，其涉及的是对患者进一步损伤的预防、促进功能独立、保护、宣教、介入和康复，避免变形、失能以及生理心理以及情绪的问题，以促进个体的作业表现和提高生活质量。在重症急性期介入已有半年多的经验，帮助我们探索和确立作业治疗独特的视角及其整体康复的观念如何引导急性期重症医疗的作业治疗实践。而在恢复过程中，有许多因素可以影响个体是否能成功康复。以下暂仅罗列三项患者方面具有作业治疗属性的问题：

① 患者的交流表达问题，很多在 ICU 的患者除去无法建立沟通的昏迷和嗜睡外，患者通常使用手势眼神或者嘴唇来表达，但与医疗人员沟通存在交流误差，而让患者产生挫败感。作业治疗师往往缺乏系统的辅助技术和辅助配置资源，以帮助个体建立和简化沟通。

② 患者的情绪管理问题：即便在 ICU，作业治疗看待患者也是全人的眼光，包括生理、心智、属灵、环境因素。在 ICU 患者通常存在严重的并发症，比如机械通气、使用镇静剂、气管切开、压疮、水肿、定向障碍、意识水平低等因素。患者会有痛苦和无力感，加上冰冷的 ICU 环境中的设备噪音、侵入性医疗操作、长时间被日光灯照射等，伤口的疼痛，以上这些都会给患者带来情绪恶化、产生压力和焦虑。而医院需要提供人性化的治疗服务，将 ICU 的技术资源与人道主义相结合，那么作业治疗此时的作用与患者作为一个个体在功能恢复与社会需求上具有高度的一致性。

③ 患者的生理功能障碍（仅举例物理治疗师无法全面满足的方面）：手的精细与协调、进食、自我照顾、支具辅具、认知功能障碍的评估与输入等。

二．作业治疗在急性期/早期的介入概况

1. 作业治疗在急性期/早期介入的工作范畴

美国作业治疗师协会（the American Occupational Therapy Association.AOTO）在 2017 年修改了作业治疗在急性期/早期介入中的角色（Occupational Therapy's Role in Acute Care），其强调作业治疗的目标是全面关注病患在康复过程中以作业为基础的活动，而在以作业为基础的活动介入中，OT 师应了解人体发育学、疾病医学干预、解剖、运动技能学和神经学等相关知识，以提供三大层次服务：

①通过关注心理、认知和身体症状来提高患者参与度。

②以患者为中心的评估和治疗，促进患者参与活动的积极性。

③分析住院前角色与恢复后角色的可能性，包括出院后环境、辅具的需求以及社区的支持等。

同时，OT 师是这个团队中最明白患者的需求、能力水平与功能的环境需求，以提供专业的服务促进其回归家庭、社会或下一阶段水平的治疗。作业治疗师为特定的 ICU 患者制定作业治疗计划前，必须了解该患者的治疗目标以及医护小组，以便积极参与支持该患者的治疗团队。作业治疗师也应当知道护士在该患者的优先事项和医疗目标，熟悉的医疗团队成员，了解团队需要作业治疗的哪些支持。治疗师还必须了解患者，具体在 ICU 的这些人，他们来 ICU 的原因，他们的诊断，他们面临的康复问题和风险，他们的医疗状况和他们在 ICU 正在接受的治疗。

因此，在急性期/早期介入中工作内容包括或不限于：

- ①. 评估是否需要固定或制动的辅具。
- ②. 完成床旁吞咽功能评估以给予饮食形状、稠度的建议。
- ③. 教导家属、陪护 ROM 训练、安全转移。
- ④. 训练失语者如何使用移动沟通设备、交流卡。

2.作业治疗在急性期/早期介入中的流程与评估内容

2.1.流程

主要包括 5 大步骤：

①.浏览病历。通过查阅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

②. 与医护团队沟通。与主管医生沟通，了解患者目前的病情的进展、手术后的注意事项与禁忌症、是否有禁忌活动、活动的注意事项等。与主管护士沟通，了解患者近期的生命体征、各种仪器插管的注意事项、用药与打针时间安排等。

③. 首次接触患者。首次接触，要求家属、陪护在场，通过观察、交谈了解患者是否存在意识障碍、理解表达能力障碍、近期来患者的表现、手术的部位与包扎情况、身上仪器插管的部位等。

④. 评估与治疗。访谈与日常生活活动相结合，通过访谈了解“以前能做什么”、“现在能做什么”、“现在需要做什么”、“以后想做什么”，并通过患者与家属或陪护了解患者在从事 ADL 中给予的帮助量，以及患者在从事 ADL 中自我感觉困难程度。然后结合访谈的内容展开 ADL 执行能力的评估以发现执行 ADL 问题所在之处。急性期/早期的患者可能由于创伤性事件、疾病的恶化或罹患新的疾病而虚弱，因此在制定治疗目标时应结合生命体征与活动表现，若严重者先训练患者的护理。

在治疗中，OT 侧重于恢复患者 ADL 活动能力。因此，治疗方案关注以作业为基础的活动恢复。在治疗方案执行中，应根据患者的情况提供适宜时间的暂停与休息，并密切关注患者的生命体征变化。如出现不适表现，应暂停治疗，严重者及时通知护士与医生。

⑤. 转移康复治疗区训练/出院计划制定。当患者生命体征稳定、病情不再恶化等具备长时间离开病房时，OT 师可向主管医生提出建议转移患者到康复治疗区展开康复训练。因患者病情稳定后出院，OT 师在与主管医生沟通后制定居家的可行治疗方案。

2.2. 评估内容

①. 认知功能评估：常采用的量表有 MoCa、MMSE 等量表以筛查患者是否存在认知功能障碍。

②. 感觉功能与疼痛的评估：主要对其触觉、温度觉、压觉、本体觉、痛觉等进行评估，而疼痛觉主要了解疼痛的强度、性质以及对其生活活动的影响程度。

③. 神经肌肉的评估：主要包括关节活动度、肌力、握力/捏力三大部分。

④. ADL 评估：急性期/早期 OT 的介入侧重 ADL 活动，重点评估：穿衣、床上活动、转移、洗漱、进食等。在进行 ADL 评估中，至少包括 ADL 执行能力、ADL 实际表现与个案自觉从事 ADL 的困难程度三个概念（如表 1），以全面了解患者从事 ADL 的情况。

表 1. 三种 ADL 评估概念与评估方式对比

	执行能力	实际表现	困难程度
定义与特点	在标准化环境下，执行各项 ADL 的能力高低，可显示患者执行 ADL 问题所在	在病患或家中，各项 ADL 项目日常执行情况。代表患者平时的独立程度	在执行各项 ADL 项目中，自己感觉困难程度。反应患者主观感受
用途	临床治疗计划制定	生活独立程度与疗效指标	治疗需求与疗效指标
评估方式	实际执行模拟的 ADL 项目	访问患者、家属或陪护	访问患者、家属或陪护

同时，“6-clicks”积分表是一份有效反映住院病患的转移能力和日常活动的量表，因不需评估工具、操作简单、耗时短，适合急性期/早期患者的临床开展（见表 2、3）

表 2. “6-clicks”基础转移能力计分表

请根据您的实践情况回答下面问题	完全 依赖	中等依 赖	少量依 赖	独立
目前您从事下面活动有困难吗？				
1. 床上转移 (包括：翻身、整理用品等)	1	2	3	4
2. 用手凳子上坐下和站起 (如：轮椅、床旁等)	1	2	3	4
3.从仰卧位到坐在床边	1	2	3	4
目前您从事下面活动需要多大帮助？				
4.从床转移到凳子上	1	2	3	4
5.室内步行	1	2	3	4
6.扶栏杆爬 3-5 个台阶	1	2	3	4

说明：

- 1 分=完全依赖
- 2 分=中等到大量的帮助
- 3 分=监护/接触/少量帮助
- 4 分=独立

表 3. “6-clicks”日常活动计分表

请根据您的实践情况回答下面问题	完全 依赖	中等依 赖	少量依 赖	独立
目前您从事下面活动需要多大帮助？				
1.穿裤子	1	2	3	4
2.穿上衣	1	2	3	4
3.沐浴（包括：擦身）	1	2	3	4
4.如厕（包括：床上用尿盆、便盆）	1	2	3	4
5.个人卫生（如：刷牙、洗脸等）	1	2	3	4
6.进食	1	2	3	4

说明:

- 1 分=完全依赖
- 2 分=中等到大量的帮助
- 3 分=监护/接触/小量帮助
- 4 分=独立

3.作业治疗在急性期/早期介入中的注意事项

- ①. 生命体征的观察与测量: 密切关注患者活动前、中、后的生命体征变化
- ②. 各种疾病的注意事项与禁忌知识: 根据疾病注意事项与医嘱设计活动。
- ③. 与医护保持密切的沟通: OT 在早期介入中务必做好病历查阅以了解患者疾病情况, 并与医护团队沟通患者病情, 确认医嘱禁忌活动与注意事项。

4.案例分享

4.1 患者洪某, 男, 52 岁, 高中数学教师。

患者 8 月 20 日入我院。入院后 1 天 OT 早期治疗介入。

查阅病历: 行“基底动脉弹簧圈填塞+支架植入术”。术后 8 小时出现不适进行抢救。后转入我院。CT 检查显示基底动脉介入术后改变, 两肺多发渗出灶; 痰培养提示肺炎克雷杆菌肺炎。诊断为: 脑干梗死、基底动脉冗长扩张症、基底动脉支架植入术后、高血压 3 级(很高危组)、急性呼吸衰竭 I 型, 重症肺炎。

与医护沟通: 患者目前意识清楚, 气管切开, 痰多粘稠, 咳嗽反射差, 两肺多发渗出灶。留置胃管、尿管。血压、心率正常, 窦性心率, 需持续吸氧, 急性呼吸衰竭。除基底动脉支架植入术外, 无其他手术。活动需要注意量与强度, 避免引起呼吸困难。

接触患者: 仰卧于床, 床上物品太多导致空间狭小, 无心电监护, 无指脉氧监测, 吸氧(3L/次), 除气切、胃管、尿管外无其他管道。呼之点头, 但左耳的听力下降。左侧肢体软瘫无力。床旁柜子除吸痰与一般饮食用具外, 有一书写板。

评估: 与家属访谈了解到, 患者是高中数学教师, 目前卧床已有 20 来天, 翻身转移全靠他人帮忙, 没有坐起过。对大小便有意识。可通过右手示意在书写板上表达诉求。因持续吸氧, 身体虚弱, 不敢离开床旁。进行床上转移能力评估时(翻身、平移), 患者能配合, 但执行你呢公里低, 自我表述无力, 执行起来非常困难。在两人协助下床旁坐起, 出现头晕症状; 后平躺, 症状缓解。

治疗方案：①. 把床上多余物品清空，留出足够空间，并指导家属良肢体位摆放。

②. 环境调适：把常用物品放置患者左侧床旁，并在床旁左侧放置一铃铛，指导患者通过摇铃铛表达诉求。

③. 从主动辅助下引导患者翻身，逐渐减少辅助量。

④. 从依靠床半卧位逐渐过渡到从床上坐起。



协助患者翻身



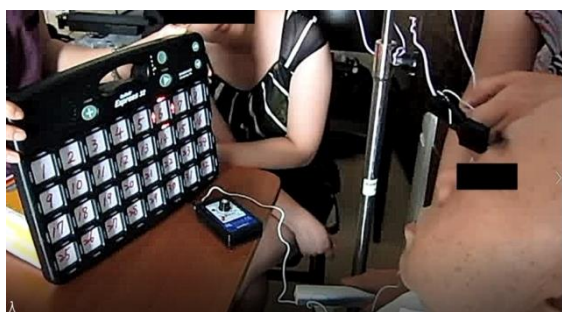
坐位下，通过书写板与患者沟通

4.2 以沟通辅具为主的案例：

一脑干出血并伴有闭锁综合症的患者，周某，女性，40岁，角色妈妈，有三个小孩，从事服务行业，因突发脑出血，导致闭锁综合症，系脑桥基底部病变所致。见于脑干的血管病变，多为基底动脉脑桥分支双侧闭塞，导致脑桥基底部双侧梗塞所致。患者大脑半球和脑干被盖部网状激活系统无损害，因此意识保持清醒，能理解语言，由于其动眼神经与滑车神经的功能保留，故能以眼球上下示意，从而与周围的环境建立联系。但因脑桥基底部损害，双侧皮质脑干束与皮质脊髓束均被阻断，外展神经核以下运动性传出功能丧失，患者表现就像被“封印”：不能讲话，眼球只能上下不能左右转动，不能转颈耸肩，四肢全瘫。因身体不能动，不能言语，常被误认为昏迷。

患者住在神经内科 ICU。在作业治疗师与患者建立起联系前，被医护团队误认为是昏迷，作业治疗师随之与患者通过眼控建立沟通，治疗师问，患者用上下动眼给予治疗师反馈从而回答治疗师提问。经过了解其作业轮廓后，对患者进行情绪安抚，后来经过与家属和医疗团队的沟通，建议在生命体征稳定后，配置眼控沟通电脑的高科技辅助装置，重建沟通，帮助个体发挥其职能。

（患者全身瘫痪，无言语功能，仅剩上下动眼功能。作业治疗师引导患者通过上下动眼，“向上”代表“是”，“向下”代表“不是”来进行首次的作业治疗访谈和评估，并对其进行情绪的安抚和联合医疗团队及家人讨论预后的解决方案。理想的情况下，我们应当配置如下的 eyetracking，越是严重障碍的个体，对 OT 的介入就越有挑战。其实，简易的单开关介面，就可以建立起基本沟通。但现实是，辅助科技的普遍化还有很长的路要走。）



（红外线眼控+电子沟通板，售价约 6 万台币折合 1.2 人民币）

三．作业治疗在急性重症医疗发展的限制因素

急性期重症的作业治疗是一个正在出现和还未规范化的新领域，其发展必然也受到诸多的因素影响。而作业治疗价值并不在于完全干预疾病治疗过程，而在于减少患者特异性功能障碍的发生及进一步发展，既要从生理角度又要兼顾患者的全人来规划其作业治疗的介入思路。因而有利于患者整体的病程恢复。

目前作业治疗在急性期重症阶段发展受限的一些限制：

1.早期介入作业治疗的理念有待普及

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

2. 作业治疗师在重症疾病的病理过程及注意事项缺乏理论及实践知识不足
附作业治疗师在急性期重症应具备的能力：

- (1) 循证能力
- (2) 积极倾听能力
- (3) 灵活应变能力
- (4) 患者照护能力
- (5) 仪器处置能力
- (6) 生命体征的观察、测量、应对能力
- (7) 团队合作沟通能力
- (8) 出院建议及转诊决策能力
- (9) 各项疾病的注意事项与禁忌知识

3. 急性重症作业治疗规范和指南的缺乏

4. 医院并无促进科室间的相互信任及团队协作的机制及规范

虽然需要特殊的知识技能才能在 ICU 环境中让作业治疗有效运作，但作业治疗师在 ICU 环境下的作用与作业治疗师在其他实践领域的作用是类似和一致的。一致的主题是使用有目的的活动来减少并发症并最大限度地提高患者的独立性。至关重要的是，作业治疗师在各自医院的急性期及重症医疗中发挥作用，让患者在康复最早期的阶段得到全面高质量的医疗服务，减轻医疗负担，以确保作业治疗的价值不被忽视。未来仍需要更多部门和人员的共同努力，才能有效推进作业治疗在急性重症医疗中的角色发展和提升，从而逐渐形成作业治疗在急性重症医疗的实践规范。

作业治疗与社区康复

社区康复——一座连接医院与家庭的桥

国昌鸣，罗伦

成都市第二人民医院康复医学科作业治疗部

分享一位重建生活为本回归社区的个案故事

康复路漫漫其体远兮，吾将上下而求索。生活本是色彩缤纷，却因一场突如其来的疾病，让这一切蒙上了一层阴霾。许许多多的病人里面，或自暴自弃，或怨天尤人，或失去了生活的意志，行尸走肉般在余生里蹒跚而行，度日如年。虚度的人生像是一道美味的佳肴里忘了加盐，索然无味。在我们治疗师唉声叹气，悲天悯人之际，豁然找到了一剂良方——重建生活为本的作业治疗。一个崭新而有温度的名词，包罗万象的理念，如旭日东升照耀在希望的田野上。

一个让年轻作业治疗师困扰的个案

在我作为治疗师的四年当中，时常感到手足无措，时常心有余而力不足，面对很多病人的时候，我给患者的功能训练并非是他想要的，在漫长的康复训练之中，随着时间的推移，患者躯体功能进步越来越慢，负面的情绪日益增长。这时我们就该停下来想一想，该如何真切地继续帮助到他（或她）。

患者刘某某，男，56岁，是一名工地监理，到我科时是患病

后1+月。因为右侧脑梗塞，引起左侧肢体偏瘫，同侧膝关节、踝关节控制较差，步态异常。患者经过一段时间的康复训练，膝关节和踝关节进步较慢，并且出现焦虑状态。

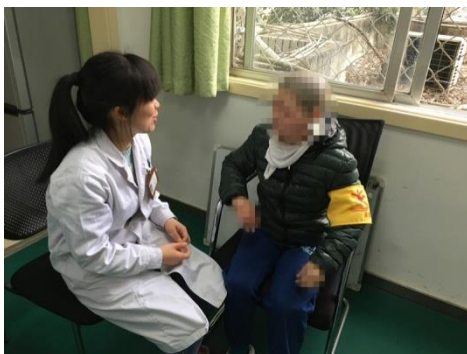
刘叔叔也符合了传统意义的上有老下有小情形，上有八十老母需要照顾，下有十七八岁的儿子正在读书，他迫切地希望能够尽快的回到工作岗位，减轻家里的经济压力。然而他与家人对现

状却又不太乐观。尽管在上级治疗师的帮助下，我对患者进行了访谈，可能是访谈技术掌握得不好，患者对我们制定的可以尝试社区步行的计划，以便为回归工作岗位做准备。患者及其家属并没有接受，他们觉得外出风险很大，在不平整的路面容易摔倒等等。于是我们计划开一次外出小组活动来促进他的行动。我们准备的是包抄手的小组活动，把外出购买食材的任务交给了刘叔叔（作业活动）。最初刘叔叔万般推辞，我们又做了一次访谈后他勉强接受了。事实上这项任务确实

艰巨，还没出医院的大门，前面一段正在维修的泥泞道路就挡住了刘叔叔的脚步，路面高低不平且软硬不同（作业环境），我和我的同事分列刘叔叔的两旁，鼓励刘叔叔迈开第一步，这样的一步或许也是开往新生活的一步，第二步、第三步，虽然在之后前往菜市场的道路上，也出现了更为复杂的情况，但他成功地完成了任务，我们感觉他也越走越自信了。至此，刘叔叔在我们科室已经住了近一个月了。

个案向社区基层康复机构的转介

根据卒中临床路径规定，卒中患者在三级医院的住院时间是 28 天，我们科室从 2015 年就开始推动“以出院计划作为指导的转介模



式。因此刘叔叔住院两周后，我们就召开评定会做相关安排了。这次小组活动后，我们又做了一次出院前的访谈，是由我、主管医师、社工一起参与，意见是：刘叔叔在三甲医院的康复目标已经完成，可以转入下级医院或社区康复服务机构进行下一步的康复治疗。刘叔叔欣然接受建议，在我院医务社工的帮助下，为刘叔叔合理安排了一家可满足其康复需求的医院。这是一直由我院技术支持并与我院有良好合

作关系的基层康复机构，最重要的是我们可以延伸地了解并继续指导患者的治疗情况。

刘叔叔转介过去后，我科通过电话跟踪的形式继续了解患者康复进展，并且在每周二的教学查房中，该基层康复机构的同事借过来参与的机会交流患者月后，我受科室委的病人，在那里找玩笑道：“刘叔叔现吗？”刘叔叔不以为然的回答：“等会儿我还能送你十



康复情况。转介一派回访转介下去了刘叔叔，我开在走路还担心为然的回答：“等里路呢！”谈笑过后，刘叔叔真切地感叹：“以前我不知道社区康复是什么意思，现在算是亲身体会到了，这里不像大医院那样每天都在紧张的康复训练，时常还因为害怕时间不够而不能做完所有的治疗项目，在这里，更多的是半生活半治疗的日子，这里为我们从医院到回家搭了一座稳稳的桥梁啊。”

社区康复有很长的路要走

这次的社区回访给了我深深的感触，社区卫生服务中心或一级医院等是我国的基层医疗机构，肩负着为病、伤、残人士康复治疗的重任。国家提倡大力发展社区康复，然而就目前社区卫生服务中心仅有的任务“康复与辅具”才刚刚起步，需求的膨胀势如破竹。要构建全新的生物-心理-社会医学模式，以病、伤、残者功能恢复以及重建有尊严的生活为目标，社区康复就算刚起步也要锲而不舍地走下去，更何况我们作业治疗师可以在其中扮演重要的角色，在梁国辉老师指导的重建生活为本指引下真正做到“以患者为中心”，促进病、伤、残者身体健康、心理健康、成功生活、幸福生活、愉快生活！



浅析成都地区社区康复的发展策略

罗伦，李登耀

成都市第二人民医院康复医学科

成都地区的社区康复是从 2008 年 5.12 地震后透过促进地震伤员的回归项目逐渐累积经验，进而开启了社区康复的进程。在四川康复的领路人四川大学华西医院何成奇教授的大力支持下，成都康复医学会社区康复专委会于 2012 年成立，这也是四川省首

个社区康复专业委员会，主委是本文的作者成都市第二人民医院康复医学科主任罗伦。

经过五年多的探索，我将成都地区开展社区康复的经历和经验做了梳理，现分享给大家，希望与大家共勉。

一、一个个案引发的思考

这是一个发生在我身边亲人的真实故事：张某某，住在某县离城区较远的偏远山区。

离县城偏远的山区 2017 年 1 月春节团聚（中间红色衣服者大嫂）

2017 年 2 月 9 日突发脑卒中，左侧肢体功能轻度障碍，住进县城的第三人民医院，入院 10+天后好转准备出院，2 月底突发再卒中，左侧肢体瘫痪，失语、吞咽障碍、意识障碍等均加重。在该院住院期间一直没有康复介入，我们以为医院没有这个部门设置。3 月底我们去探望她，在拥挤狭小的病房里有家人照顾，没有任何康复指导，卫生条件极差，主管医生态度很好但面对现状很无奈，这种情形下建议做康复治疗，我们发现该院设有针灸理疗室。但 2 个多月的时间里既不推荐本院，也不推荐外院。



我积极地在当地寻找康复医学科，却发现距离那家医院约 3 公里的地方有县城最大的综合医院，并且设置了与成都三甲医院不相上下到康复医学科。然而我们的亲人从第二次脑卒中发作至此的一直卧床



靠营养液维持！

当我极力地主张患者家属到那家有康复科的大医院就诊，无奈家人于 4 月中旬选择出院回到农村老家，家中是 92 岁的婆婆和她丈夫予以最基本的日常照顾，患者由于吞咽障碍仅以营养液鼻饲维持，一个月后患者全身已多处压疮，6 月中旬去世。

1、发现问题：

1)、没有康复的介入，更别谈康复的质量？

2)、康复信息无从知晓，其他资源从何而来？

3)、回归家庭后诸多问题解决途径在哪里？社区康复在那里根本没有被提及！

3、解决路径的思索：

1)、社区康复的路在哪里？

2)、何时才能走上社区康复之路？

3)、社区康复之路怎样越走越宽？

2、分析原因：

社区康复既近也远，这是与当地的康复服务的发展水平和人们对其的认知度有着重要的关系，

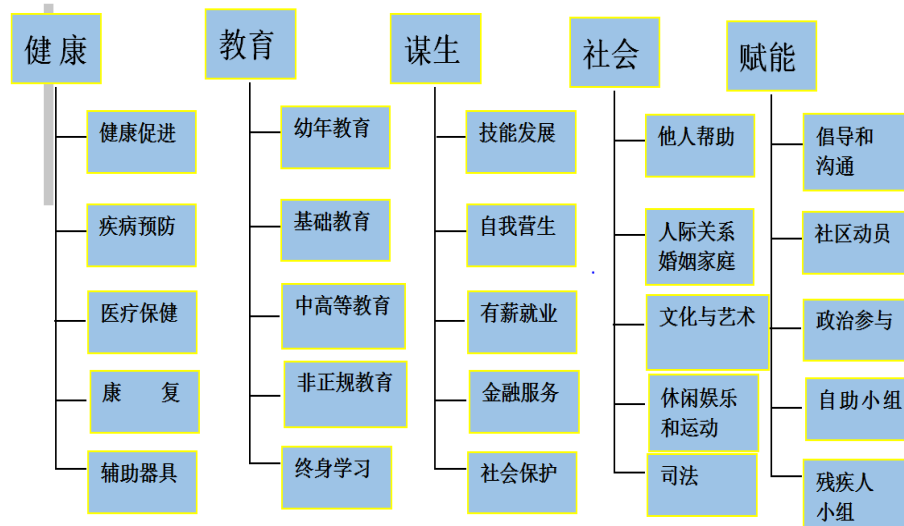
1)、有的地区和医院，社区康复已迫在眉睫——康复的专业人士已经发现了需求；

2)、有的地区和医院，可能连康复的需求还没有发现，或者是只见树木不见森林，所以根本没有想过接收社区康复的概念；

3)、其实需求本来就已经在那里了，只不过我们还没有能力去发现，更别说到开展了……

二、国内外社区康复的发展状况

我们还是需要对国内外的情况做一些了解，毕竟社区康复是国外传入的。



WHO 社区康复内容

国外情况：

1、英国康复服务模式

1990 年颁布了《全国健康服务及社区照顾法案》在立法层面上确立了社区康复的合法性。英国残疾人社区康复服务是以社区为依托的社区照顾模式：1) 日常照顾；2) 家庭护理服务。且主要是家庭服务模式

2、美国康复服务模式

一般由民间的社会组织负责提供服务。他们通常是把几个残疾人和社工放在一起组成居住小组，成为团体之家，每个居住小组的社工根据每个残疾人身体及能力情况的不同制定不同的康复服务计划，并注重个性化服务，培养残疾人自食其力的生活能力与团体合作意识。

3、德国康复服务模式

邻里之家作为德国睦邻运动的直接产物，是一个自我经营、自我管理、自负盈亏的独立单位，但其活动得到了政府的部分资助，并受其监督。邻里之家为残疾人提供的社区康复主要有日常生活护理、家庭服务、谈心以及朗读等等。

总之，西方国家残疾人社区康复模式主要特点：

- 1) . 法律保障，政策支持。
- 2) . 现代化的管理和运行机制。
- 3) . 倡导全面康复理念。
- 4) . 健全的社会服务体系。
- 5) . 有效且稳定的筹资机制。

国内情况：

我国社区康复经历了由单一医疗模式向社会综合模式的发展。管理特点主要在于政府积极引导下的多部门参与。从医疗康复逐步发展到职业康复、教育康复、福利救助等，逐渐形成了符合我国国情的一套康复服务体系。

根据中国残疾人事业统计年鉴，截至 2010 年底，全国开展社区康复的市辖区为 831 个，开展社区康复服务的县市为 1676 个，分别占全国市辖区总数和县市总数的 92.0%和 73.9%，已建社区康复服务档案 1672 万人

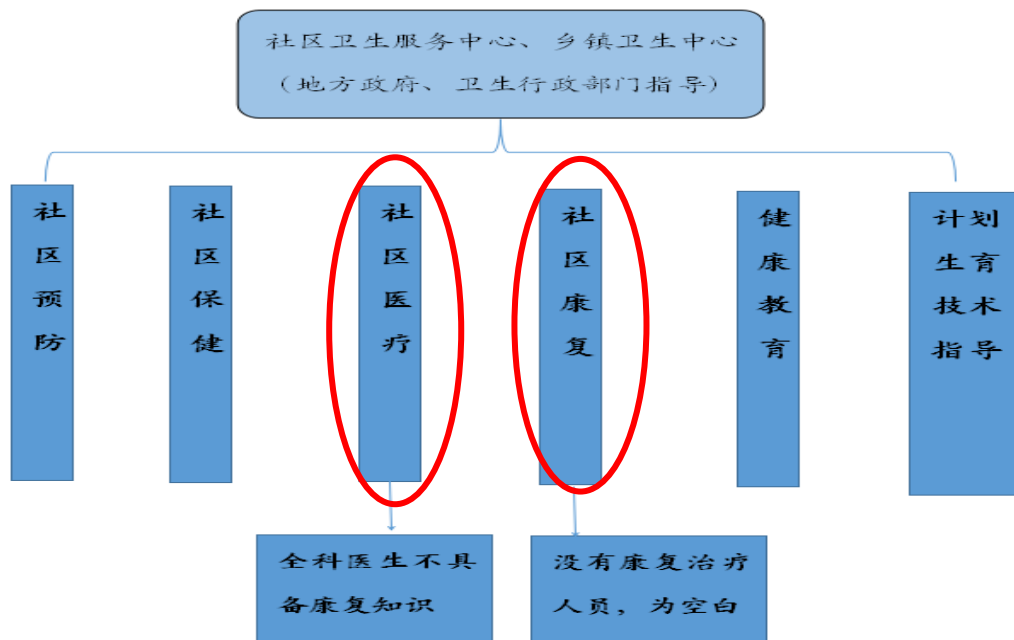
表2 中国社区康复工作的规模*

全国开展了社区康复的市辖区	874 个
开展了社区康复的县(市)	1823 个
全国已建社区康复站	18.6 万个
全国已培育社区康复示范区	99 个
全国已配备社区康复协调员	32.9 万个
全国已有指导社区康复的技术资源中心	549 个

*注：据 2012 年中国残疾人联合会、民政部资料

(以上信息均来源于民政、残联系统。)

卫生系统则认为社区康复开展不足，因为社区卫生服务中心六位一体的功能架构中不仅缺康复人才，也缺乏康复的医保政策支持。



民政、残联部门与卫生系统在社区康复的认识上是有偏差的，问题在哪里？可能是各部门站的角度不同；看到的需求不同；提供的服务内容不同等等。

那么卫计委系统的定位应该怎样？
我们介入社区康复的时机到了吗？

三、透过成都康复质控的信息数据挖掘社区康复需求

根据成都康复质量控制中心近几年的数据调查显示，各级医院康复医学科由于发展参差不齐，对自身的定位和职责还不甚明确，所以

社区康复需求应分层次考虑：

- 1、未发现康复需求（无法提出社区康复需求，正如之前所说的个案）；
- 2、设了康复科，无康复病房（没有出院的压力，无法提出社区康复需求）；
- 3、设了康复科，病种不符合三级医院要求（住院患者以颈肩腰腿痛等障碍不明显的病种为主，无出院压力，无法提出社区康复需求）；

- 4、康复科病种符合三级医院（收治病人主要是疑、难、重、急、杂，病患遗留残疾情况较多，发掘出社区康复需求）；
- 5、全院康复（社区康复需求已被完全发掘，发达地区如香港）；

以我院（成都市第二人民医院康复医学科）为例：
2017 年收治患者病种分布如下：

- 1)、颈腰椎病 21.4%；
- 2)、脑卒中 42.9%；
- 3)、脊髓损伤、骨及其他 35.7%。

出院转介途径有以下几类：

- 1) . 直接重返工作
- 2) . 直接回归家庭、社会
- 3) . 回归家庭、社区，但需要门诊康复治疗
- 4) . 需转下级医院继续住院治疗
- 5) . 可回家但需要社区上门服务
- 6) . 可回家但需要家居环境改造
- 7) . 不能出院但需到下级医院或养护员维持和依赖
- 8) . 上下级医院反复转介或者从家到医院反复出入
- 9) . 转介养老院、福利院
- 10) . 纠纷患者
- 11) . 转科

以上除外 1、2 类情况，其余途径现阶段都存在极大的困难，占 50%左右存在出院及转介困难，困难主要是提供服务的专业人员、场地不足和专业技术缺乏。如果将这些途径建立起来，社区康复就真正发展起来了。

四、 成都康复质控工作分析成都社区康复发展的契机

1、 成都地区康复机构数量逐年增加

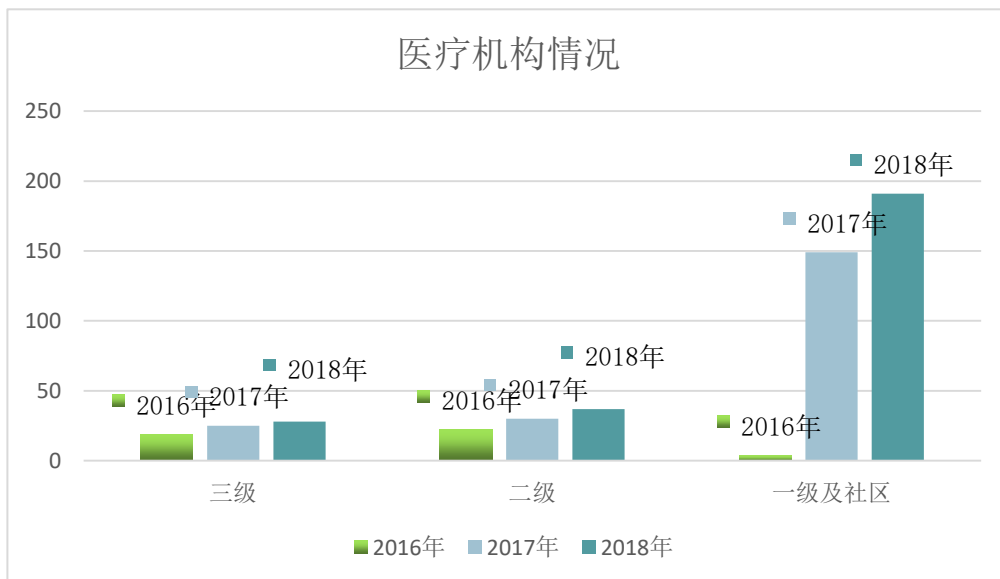
成都康复质控中心工作开展一览

质控督导

自评摸底调查



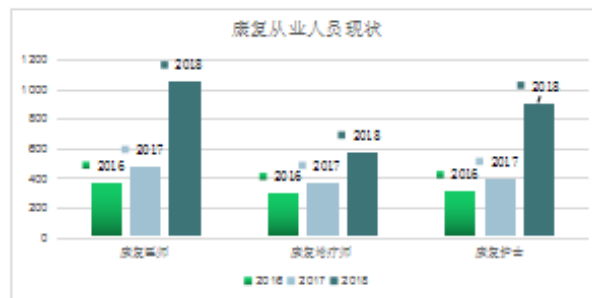
2、一级或社区卫生服务机构增幅尤为明显



3、康复从业人员数量增长迅速

成都康复质控中心工作开展一览

2018年自评摸底数据分析



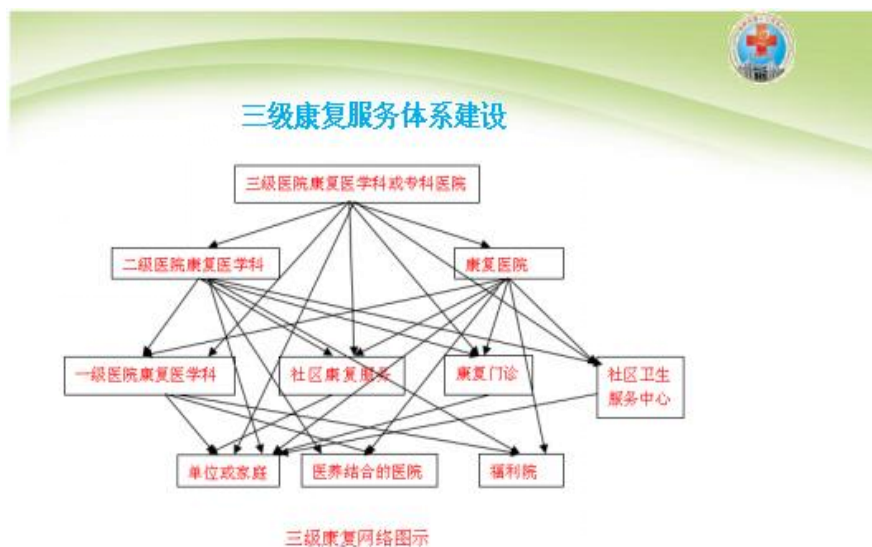
	康复医师	康复治疗师	康复护士
2016	376	300	312
2017	482	374	401
2018	1053	579	908

成都市康复质控中心自评摸底调查2018年与2016年、2017年康复从业人员数据对比，均有显著增加

- 4、康复质量控制的管理力度日益加强
 - 5、29项基本康复诊疗项目得到医保政策支持在本地区的逐渐开放
- 以上讯息表明：成都地区的社区康复的契机真正到来了。

五、以出院计划为指导透过康复服务体系建设的社区康复的运作探索

- 1、以三级医院出院计划为指导推动康复服务体系建设，开展实质性的医联



体工作内容

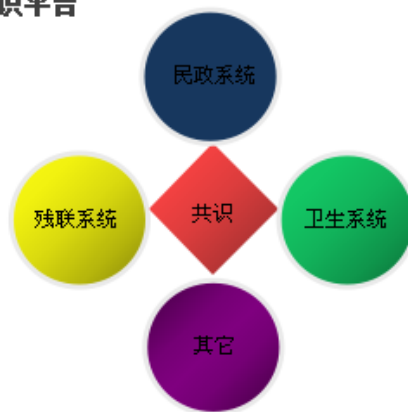


2、搭建共识平台-社工开展资源链接



社区康复的运作探索

推动社区康复共识平台



3、社区康复的运作模式及内容

1) . 社区康复中卫生系统应该提供的专业人员:

- 全科医生（具有康复专业知识）
- 康复治疗师（OT 方向最佳）
- 医务社工

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

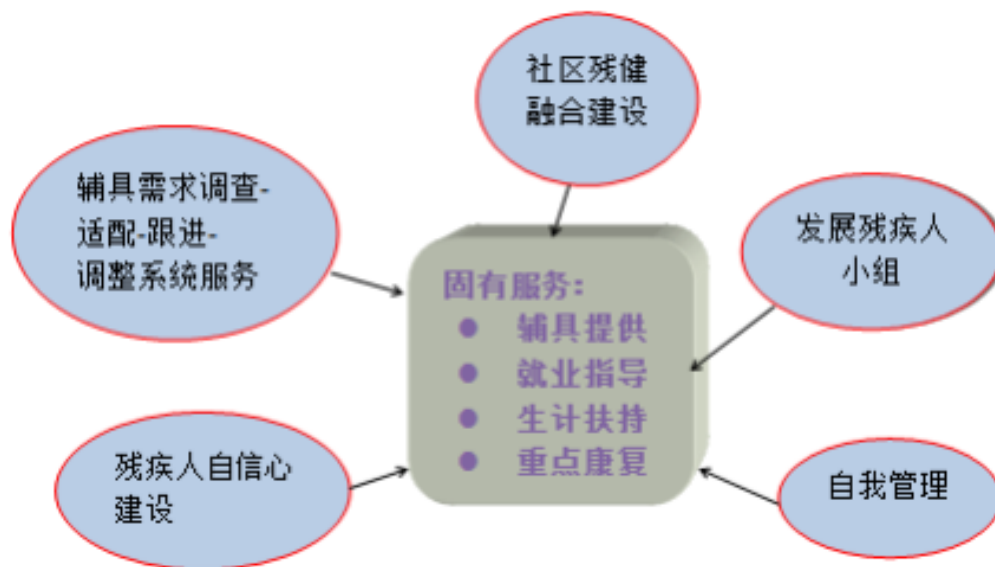
社区社工

2) . 运作模式

医院——医务社工（整合医疗及社会资源，与社区社工进行无缝对接）

社区——社工（整合社区内各部门资源服务于回归社区的患者，并同医务社工保持对接）

政策支持——各级医院配套相应的基本医疗保险来支撑



目前开展的社区康复内容

社区康复的开展绝不是卫生系统就可以包揽完成，但卫生系统可以引导、转介、并通过共识平台在合适的时间、合适的阶段在庞大的资源系统为康复患者连接到合适的服务，如：残联、民政、妇联、文化教育等等，各级医院配套相应的基本医疗保险来支撑患者的康复治疗，全面发展社区康复。

回顾文首的个案故事，这个区域还处在康复都没有提供的阶段，所以社区康复之路，虽然任重而道远，但是一定会越走越宽广！

作业治疗专委会信息

数十年努力，得偿所愿-中国加入世界作业治疗师联盟

危昔均 博士

南方医科大学深圳医院康复医学科

闫彦宁 主任作业治疗师

河北省人民医院康复医学科

林国徽 副主任医师、作业治疗师、科主任

广州市康复中心康复医学科

时间：2018 年 5 月 18 日-20 日

地点：南非开普敦

事件：世界作业治疗师联盟第 33 届理事会议通过中国加入世界作业治疗师联盟 (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) 的申请，接纳中国成为正式会员国 (Full Member)。

20 世纪 80 年代，中国启动了现代康复的进程，一大批中国康复的先驱们走出国门到境外学习现代康复知识，同时也邀请热心于推动中国康复发展的境外专家们到中国指导临床、教学和研究工作，举办各种形式的学习班、工作坊和学术会议。康复医学的发展呈现一片欣欣向荣，尤其是珠三角和长三角地区的康复显得特别耀眼。借助于国

家政策的引导,全国各地综合医院的康复医学科和康复医院迅速崛起,成为继续引领中国医学康复发展的主要引擎。

康复治疗各专科的发展,包括作业治疗专科 (Occupational Therapy, OT)、物理治疗专科 (Physical Therapy, PT) 和言语治疗专科 (Speech-Language Pathology, SLP), 由于其学科内涵并不仅限于医疗康复的内容,因此,在中国医学康复的快速发展过程中,康复治疗各专科的成长速度相对缓慢,尤其是传统医疗机构以外的康复治疗发展受限明显,例如:运动康复、精神康复、老龄康复、社区康复和居家康复等。2000 年以后,我国开始有大学开设康复治疗专业的本科教育,2006 年首都医科大学的康复治疗专业 (OT 方向) 获得 WFOT 的认证 (PT 方向为 2017), 2010 年昆明医科大学的康复治疗专业 (OT 方向) 获得 WFOT 认证 (PT 方向为 2011 年), 2014 年四川大学的康复治疗专业 (OT 方向) 获得 WFOT 认证 (PT 方向为 2013 年), 2016 年上海中医药大学康复治疗 (OT 方向和 PT 方向), 2016 年福建中医药大学康复治疗 (OT 方向和 PT 方向) 均获得国际认证,此外,四川大学和香港理工大学合办的作业治疗硕士课程也于 2015 年获得 WFOT 认证。

之前的高等康复治疗教育课程均全面地教授 PT、OT 和 SLP 知识,使学生在 4 年的本科学习期间同时学习 3 个不同专科的内容,在一定

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org 网页 (website): www.hkiot.org

程度上影响了各康复治疗专科的教学质量，因此，有些大学通过在康复治疗专业的基础上分离出 OT 方向和 PT 方向，以达到 WFOT 和世界物理治疗联盟（WorldConfederationof Physical Therapy, WCPT）的最低教育标准。在国家政策引导和国内许多康复治疗教育专家的共同努力下，直至 2017 年，国家教育部开始批准开设康复作业治疗和康复物理治疗本科专业，同年首个获得批准设立的大学是上海中医药大学，随后，2018 年教育部继续批准昆明医科大学、福建中医药大学和南方医科大学设立康复作业治疗和康复物理治疗专业。至此，中国在政府层面批准了康复治疗的两个专科教育，但由于康复治疗在服务领域和地理区域方面的不平衡，目前国内 OT 和 PT 教育面临着合格的教学师资和实习点极度缺乏的困境。

在作业治疗的学术组织成长方面，广东省康复医学会在 2011 年 8 月，成立了中国首个省级的作业治疗师专业委员会，同年的 10 月 27 日，中国康复医学会康复治疗专业委员会在广东省工伤康复中心成立了作业治疗学组，组织全国的作业治疗师共同推动国内的作业治疗发展，组长为河北省人民医院的闫彦宁主任。聘请了 WFOT 大使及前主席 KitSinclair 和香港职业治疗学院的黄锦文会长为学组顾问，并逐渐将加入 WFOT 的申请提上日程。并均主动与 WFOT 相关管理层进行多次接触，商谈中国加入 WFOT 的事宜。



2012 年 6 月 20 日-22 日于海口举行第二次作业治疗学术会议



2013 年 8 月 21 日-23 日于甘肃兰州举行第三次作业治疗学术会议

第四次、第五次和第六次学术会议分别于 2014 年 10 月 22 日-24 日于江西南昌、2015 年 12 月 24 日-27 日于江苏无锡和 2016 年 11 月 17 日-19 日于浙江杭州举行。

2017 年 12 月 8 日-10 日北京的第一届中国康复医学会综合学术年会对中国作业治疗师们来说是里程碑式的成长。在此次大会上，中



国康复医学会作业治疗专业委员会正式成立。也就是说我们正式拥有了国家层面的作业治疗专业委员会，经过中国康复医学会的批准，作为中国作业治疗专业的代表性机构，正式启动申请加入 WFOT 的程序。根据 WFOT 申请加入正式会员国的要求，专委会重新审核并制定了作业治疗专委会创始人的基本条件和推荐名单，并由林国徽着手起草中国作业治疗专委会章程和组织架构图和未来的发展计划，各常委收集并准备好要提交的国内作业治疗实践和教育现状基本资料等，并把资料翻译成英文，一并交中国康复医学会进行审查。

2018 年 3 月 29 日-4 月 1 日于云南昆明举办的作业治疗专业委员会第二次学术会议，是作业治疗专业委员会第一次以专业委员会的名义与香港作业治疗学院联合主办了国际作业治疗研讨会。此次会议期间，作业治疗专业委员会邀请了国内外众多作业治疗专家共同商



讨了中国作业治疗发展的挑战和机遇，包括 WFOT 的主席 Marilyn Pattison，教学协调员 R Lyle Duque 和 WFOT 大使 Kit Sinclair。

会议期间，闫彦宁主任（上图右）、林国徽主任（上图左）和作业治疗专业委员会的专家们（下图）与 WFOT 的主席 Marilyn Pattison（上图左二）、教学协调员 R Lyle Duque（上图右二）和 WFOT 大使 Kit Sinclair（上图中）多次就申请加入 WFOT。

经过作业治疗专业委员会各位专家的努力和争取，在 WFOT 的主席 Marilyn Pattison、教学协调员 R Lyle Duque、WFOT 大使

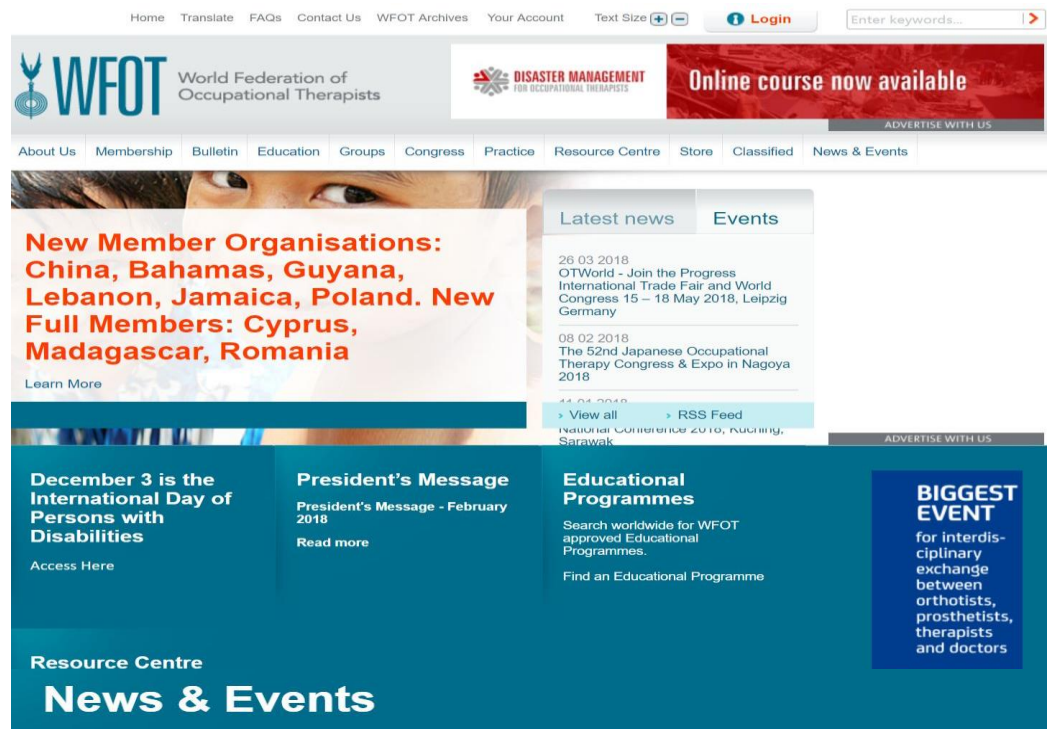
KitSinclair 的协助和见证下,作业治疗专业委员最终在会议结束前,



正式在网上向 WFOT 递交了所有申请的书面材料。

2018 年 5 月 18 日-20 日于南非开普敦的理事会议和 2018 年 5 月 21 日-25 日的学术会议是对中国作业治疗成长极具历史意义的时刻。WFOT 经过 5 月 18 日的理事会议投票后,接纳了中国的正式会员国(Full-member) 申请,并同时 在官方媒体宣布了这一消息,同时成为 WFOT 的准会员国的 (AssociateMember) 有巴哈马 (Bahamas)、圭亚那 (Guyana)、牙买加 (Jamaica)、黎巴嫩 (Lebanon) 和波兰 (Poland)。

WFOT 官方网站
宣布新加入的国
家协会



20 05 2018

New WFOT Member Organisations

Congratulations to the new WFOT Member Organisations:

Full Members:China

Associate Members: Bahamas, Guyana, Lebanon, Jamaica, Poland.

Congratulations to new Full Members: Cyprus, Madagascar, Romania who now have WFOT Approved Education Programmes in their country.

News & Events

20 05 2018

New WFOT Member Organisations

Congratulations to the new WFOT Member Organisations:

Full Members:China

Associate Members: Bahamas, Guyana, Lebanon, Jamaica, Poland.

Congratulations to new Full Members: Cyprus, Madagascar, Romania who now have WFOT Approved Education Programmes in their country.

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

WFOT 官方
Twitter 宣布新加
入的会员组织



WFOT @thewfot · May 18

The #China #OccupationalTherapy Association is accepted as a Full Member of @thewfot. #WFOTCM18 Congratulations



2 13 54



WFOT @thewfot · May 18

The #Madagascar #OccupationalTherapy Association (Association Malgache pour l' Ergotherapie) is accepted as a Full Member of @thewfot. #WFOTCM18 Congratulations



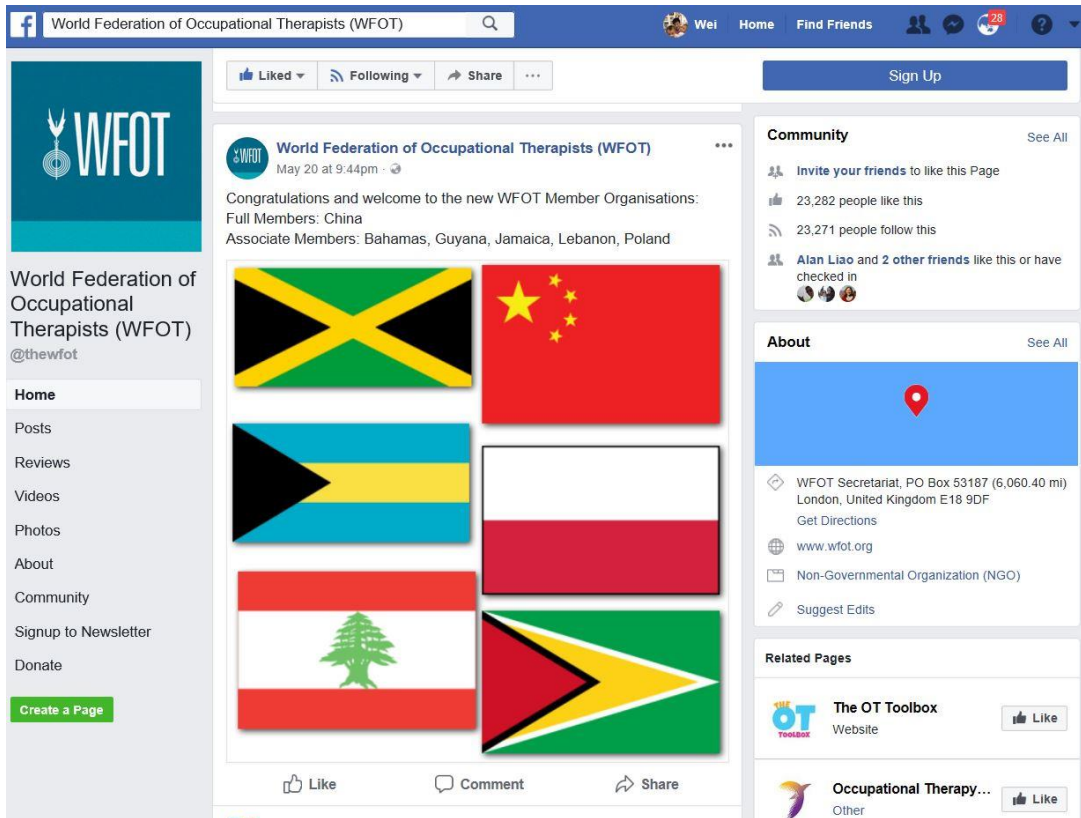
4 33



WFOT @thewfot · May 18

The #Cyprus Association of Occupational Therapists is accepted as a Full Member of @thewfot. #WFOTCM18 Congratulations

WFOT 官方
Facebook 宣布
新成员加入



WFOT 全体理事
会议成员合照



邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org

投票结束后，WFOT 全体行政成员与中国代表合影（左起）：教学协调员 R Lyle Duque、研究协调员 Liliana Alvarez、WFOT 大使 Kit Sinclair、财务副主席 Samantha Shann、主席 Marilyn Pattison、中国代表（代理）危昔均博士、副主席 Sue Baptiste、实践发展协调员 Sandra Bressler、标准和质量协调员 Athena Tsai



WFOT 学术会议开幕式，理事会成员代表各自的成员国入场，接受全体参会人员的欢迎

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org

网页 (website): www.hkiot.org



来自中国大陆的参会代表（左起）：成都市第五人民医院康复医学科钟大勇主任（作业治疗专业委员会委员）、湘雅博爱康复医院职业与社会康复科崔金龙主任（作业治疗专业委员会委员）、云南省残疾人康复中心社区康复部廖鹏主任、上海独立作业治疗研究员施晓畅老师和南方医科大学深圳医院康复医学科危昔均博士（作业治疗专业委员会常务委员）。

中国作业治疗的发展终于并入了世界作业治疗发展的主流，加入 WFOT 对中国作业治疗来说只是一个新的起点，中国作业治疗师们面临诸多挑战，包括符合国际标准和反映本土特色的教育、符合资质的师资队伍和临床实习资源、独立自主的作业治疗临床和学术活动、作业治疗领域的拓展、公众对作业治疗的认知度、政策法规对作业治疗的规范和保护等。相信随着中国作业治疗人才的成长，以上挑战均会被逐步克服。

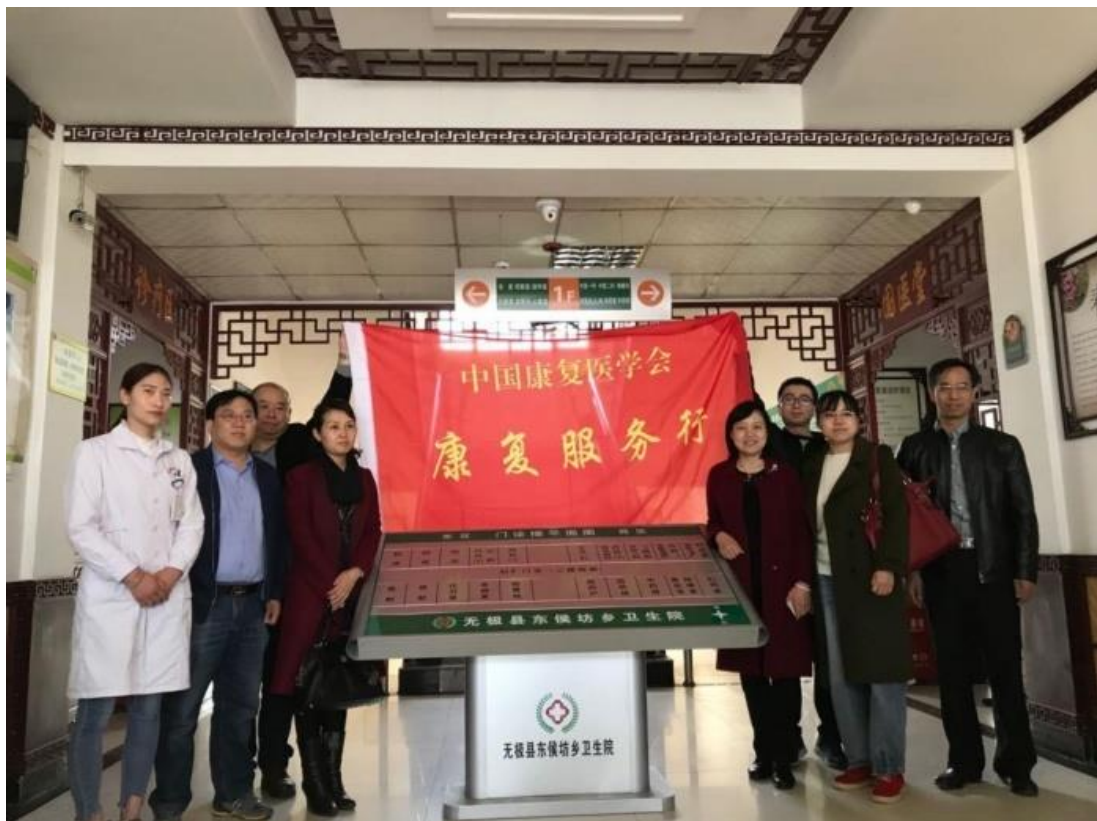
致谢：文章的准备过程中为了尽可能达到数据准确，得到了大家的协助，因此需要特别感谢以下同道，包括四川大学华西医院的杨永红博士、昆明医科大学附属第二医院的杨磊博士、中国康复研究中心的黄富表博士、福建中医药大学刘雪枫主任和上海中医大学的刘晓丹主任。

中国康复医学会作业治疗专业委员会的“康复服务行”

芦建峰

河北省人民医院

为深入贯彻党的十九大精神和全国卫生与健康大会精神，精准对接人民群众多样化健康需求，助力健康中国建设，2017年12月，中国康复医学会党委下发了《关于开展“康复服务行”活动的通知》，决定从2018年起，以“康复服务，健康中国”为主题，在全国范围持续开展公益性的“康复服务行”活动，受到了行业内外外的广泛关注和积极响应。



3月25日，中国康复医学会作业治疗专业委员会主任委员闫彦宁的带领7位专家，赴河北省无极县东侯坊乡卫生院，开展了以义诊和康复治疗技术指导为主要内容的康复服务行活动。闫彦宁主委面向卫生院中医康复科全体医生，进行了脑血管病后遗症患者康复治疗操作演示培训。芦剑峰等专家为现场参与活动的

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org 网页 (website): www.hkiot.org

手废用综合征、站起与坐下困难、脑梗死后遗症期合并颈腰椎病等患者进行了免费诊疗,针对患者功能障碍特点提出了训练方法及治疗建议,并普及了康复知识。此次康复服务行活动,受到了卫生院和患者的热烈欢迎和高度评价。卫生院领导代表全体干部职工,向中国康复医学会和专委会表达了诚挚谢意,并发出了再次来院帮带指导的邀请。接受义诊的患者纷纷表示,专家现场诊疗有效缓解了病痛,有关讲解厘清了模糊认识,使自己增强了康复信心,希望类似活动多多开展,为百姓健康造福。



4月中旬,作业治疗专委会主任委员闫彦宁、副主任委员刘璇和林国徽,以及专委会常务委员危静、委员雷迈等专家,赴广西壮族自治区江滨医院开展了康复服务行活动。在学术讲座环节,专家们围绕“偏瘫上肢功能康复”主题,向260名广西各地康复医疗工作者分享了学术成果。在工作坊环节,来自台湾的林国辉教授组织学员们开展热烈的分组讨论,引导大家理解“重建生活为本”理念,学习掌握疏导患者心理的科学方法。在义诊服务环节,专家们会同10位广西作业治疗师志愿者,为从柳州、玉林、百色等地赶来的百余名患者进行现场评估和治疗,并向他们传授了日常康复自我训练方法。



8月上旬，作业治疗专委会联合安徽省医学会物理医学与康复分会，深入大别山腹地、革命老区岳西县石关乡，开展健康扶贫活动。专委会常务委员吴鸣和南京医科学附属医院许光旭教授、河北医学科大学第二医院李红玲教授、中国科学技术大学第一附属医院倪朝民教授，驱车3小时，穿越崎岖山路前往石关乡养老院，与乡卫生院同行们一起为50多名五保户和老年村民进行了健康体检和康复指导，并宣传了脑卒中三级预防措施等健康知识。活动受到了基层和群众们的热烈欢迎，活动结束后，老人家们紧紧握住专家们的手，对专委会送来党的温暖连声致谢。



“康复服务行”是中国康复医学会积极响应党的十九大提出实施健康中国的战略，中国康复医学会作业治疗专委会通过多次活动，落实好学会党委要求，持续迈开康复服务行活动步伐，取得了明显成效，扩大了学会和专委会影响。

邮箱 (Email): hkiot@hkiot.org 网页 (website): www.hkiot.org