

《成人腦卒中作業治療實踐指南》解讀

闫彦宁、刘晓露

河北省人民醫院

腦卒中是臨床常見病多發病，具有致死率高、復發率高的特點，是全球成人長期獲得性殘疾的主要原因[1]。約 75%的腦卒中患者遺留有不同程度的運動、感覺、認知等功能障礙，以偏癱最為常見，給個人、家庭和社會造成了沉重負擔[2]。循證醫學證實，儘早、長期、科學的康復訓練能夠促進運動功能改善、日常生活能力以及生活品質的提高[3]。

美國作業治療協會(American Occupational Therapy Association, AOTA)2023 年發表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke》[1]（《成人腦卒中作業治療實踐指南》），以下簡稱《指南》，為對成人腦卒中患者實施作業治療提供了基於證據的臨床實踐建議，旨在幫助作業治療師理解和應用這些建議，從而為腦卒中患者及其照顧者提供更為有效的作業治療服務。《指南》基於 168 項研究，聚焦於改善成人腦卒中患者的日常生活活動(Activities of daily living, ADL)和功能性活動(Functional mobility, FM)、工具性日常生活活動(Instrumental activities of daily living, IADL)及社會參與，並首次增加了維持照顧者角色的幹預措施。該《指南》針對這四個方面推薦了不同等級的臨床幹預策略。同時，也強調了在證據基礎上應結合臨床經驗和患者特定目標進行個性化作業治療的重要性。

一、《指南》中推薦的幹預策略

1. 改善 ADL 和 FM 的臨床幹預策略

1.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略

1.1.1 鏡像療法結合任務導向訓練：通過鏡子提供視覺回饋結合以任務為導向的功能性活動可以顯著提高住院或居家康復的腦卒中患者的 ADL 和 FM。

1.1.2 運動想像結合任務導向訓練：將通過使用視頻、音訊或圖像輔助進行特定的運動或任務的想像作為任務導向訓練的輔助，說明各階段的腦卒中患者改善 FM。

1.1.3 平衡訓練：為亞急性和慢性腦卒中患者進行平衡訓練，以改善 ADL(住院康復環境)和 FM(住院康復和其他環境)。

1.1.4 三階段多學科康復計畫：即在腦卒中後 6 個月內，提供“從醫院到康復中心、再到家庭或社區”三個階段的連續康復照顧服務，可以促進患者 ADL 的改善。

1.1.5 腦卒中自我管理：採用面對面的自我管理教育(團體和個人形式)結合電話隨訪的方式，為腦卒中患者提供自我健康管理方法，以改善住院或門診康復期間的 ADL。

1.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預策略

1.2.1 認知行為療法：在醫院或社區內為腦卒中後抑鬱的患者提供小組或個人形式的認知行為治療，以改善 ADL 表現。

1.2.2 單側空間忽略幹預：為具有單側空間忽略的腦卒中患者提供基於活動的幹預（例如，基於電腦的視覺掃描訓練和視覺刺激訓練、心理練習、鏡像療法、自主軀幹旋轉、前庭訓練等），可以改善 ADL 表現。

1.2.3 創造性藝術活動：利用娛樂性質的幹預，如音樂、騎馬和其他創造性的藝術活動，可以改善腦卒中的 ADL 表現。

1.2.4 動作觀察結合任務導向：通過視頻觀看他人的關節活動、伸手、抓握或功能任務隨後讓其進行模仿，可以改善急性和亞急性腦卒中患者的 ADL 和 FM。

1.2.5 太極：亞急性或慢性期的腦卒中患者通過進行太極活動可以改善其住院（或其他環境下）的 ADL 和 FM 表現。

1.2.6 水中活動：在門診或社區中進行水中活動，可以改善亞急性期和慢性期腦卒中患者的 ADL 和 FM 表現。

1.2.7 居家 ADL 訓練：為亞急性期居家的腦卒中患者提供包括被動、主動及抗阻運動及在食物準備、穿衣等方面的 ADL 訓練，改善患者的居家 ADL 表現。

1.2.8 住院期間及出院後的居家 ADL 訓練：住院期間每週 1~3 次被送回家中以及在出院後由多學科團隊提供個體化的居家康復訓練計畫，包括體育活動、日常生活技能訓練以及必要的健康教育和支持，在日常生活活動（ADL）和功能移動（FM）表現上有所改善，尤其是在改良 Rankin 量表得分上表現更好。

1.2.9 家庭自我照顧教育：在家庭環境中進行 ADL 教育。

1.2.10 虛擬實境：作為常規治療的補充，採用商業遊戲控制台（如 Wii、Kinect 等）或專為康復設計的程式來類比現實生活的任務和環境。

1.2.11 早期活動：在腦卒中發作後的 24 小時內，根據患者的耐受性，儘快開始直立和下床活動。

1.2.12 被動關節活動：對重症監護的急性卒中患者提供為期 4 周的雙上肢的被動關節活動訓練可以改善 ADL 表現。

1.2.13 感覺再訓練：為住院康復者提供各種類型的感覺再訓練，以改善腿部、軀體感覺障礙患者的 ADL。

2. 改善 IADL 的臨床幹預策略

2.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

2.1.1 強制性運動療法：通過自我調節、軀幹約束、機器人治療等手段，進行功能任務的重塑、適應性和重複練習，以改善住院康復期間腦卒中患者的 IADL 表現。

2. 2B 級推薦（適度的證據支持）的幹預措施：

2.2.1 藥物管理：通過文本提醒和環境提示給予患者進行藥物管理所須的更多的支持。

2.2.2 駕駛模擬訓練：對有駕駛需求的患者進行駕駛模擬訓練。

2.2.3 基於社區的健康賦能：包括小組討論、家庭實踐和電話隨訪三部分，以增強患者的自我效能感和自我管理技能，進而改善亞急性期居家腦卒中患者的 IADL 表現。

3. 改善社會參與的臨床幹預策略

《指南》中在社會參與方面只有 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預措施。包括：

3.1 多模式腦卒中教育結合支持性隨訪：提供適合患者身體需求的無障礙教育材料、結合電話或互聯網隨訪，以改善社會參與。

3.2 基於參與障礙的幹預：

(1) 智慧遊戲訓練結合作業治療：在醫院內進行基於虛擬實境的智慧遊戲的訓練結合作業治療以提高活動的參與度。

(2) 團體認知行為幹預結合平衡訓練：進行以平衡自我效能為目的的團體認知行為幹預結合平衡訓練用以克服對跌倒的恐懼，改善社會參與，促進社區融合。

(3) 長期團體幹預：在社區中進行長期的步行、力量 and 平衡等的團體幹預，以改善社會參與。

在實施作業治療過程中，重要的是持續關注患者的需求，確保治療計畫能適應他們的變化，並基於其目標、興趣和功能能力進行個性化的選擇以最大限度地提高患者的參與度。

4. 維持照顧者角色的臨床幹預策略

4.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

4.1.1 問題解決技能培訓結合其他認知行為療法：通過面對面指導和電話隨訪，教授照顧者重塑強化壓力管理和消除消極情緒及想法的技巧，以改善他們的抑鬱症狀、促進健康和提升照護滿意度。

4.1.2 解決問題技能培訓結合腦卒中教育：通過面對面結合遠端或僅遠端的形式，量身定制教育和技能培訓的內容，以滿足照顧者的不同需求。

4.1.3 家庭支持組織：在患者出院前後給予個體化的長期教育和支持。

4.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預措施：

4.2.1 解決問題療法：通過電話提供個性化的支持和培訓，解決照顧者照護中遇到的問題。

4.2.2 以家庭為基礎的幹預：在家庭中實施長期個性化教育和多學科團隊支持，以促進家庭成員之間的相互支持和整體福祉。

4.2.3 電話小組教育：為照顧者提供 8 周的電話小組教育課程，以減輕照護負擔。

4.2.4 多模式照護者幹預：多種不同的幹預策略結合，以更全面地解決照顧者的問題。

4.2.5 出院前的技能培訓和家庭隨訪：在醫院對照顧者進行基本照顧和日常活動協助的培訓，並在患者出院後提供家庭環境適應性指導，以提升照顧者的照顧技能並改善患者和照顧者的生活品質。

4.2.6 提供健康教育、轉診服務和出院計畫教育：在住院期間、進行家庭隨訪時以及進行電話隨訪時為腦卒中患者及其家庭照顧者提供全面的健康教育、轉診服務和出院計畫支持，提高照顧者的照顧能力和社會參與能力，提高照顧品質。

二、《指南》中推薦策略的選擇與使用

在腦卒中作業治療領域，目前有關提升日常生活活動能力的多種幹預策略都具有充分的證據支持，而在社會參與方面的研究證據尚待進一步豐富。現有的證據中可能存在資訊不充分、不精確或偏見等問題，影響對幹預措施效果的全面理解，仍需要通過進一步的系統評價來優化腦卒中作業治療策略。因此，作業治療師在應用 A 級推薦的幹預措施時應根據患者的具體情況和需求進行個性化調整；在應用缺乏充分證據支持的幹預措施時應保持謹慎，必要時結合專家共識、臨床經驗、患者和家庭的偏好及醫療政策進行實踐。在實施過程中，作業治療師應密切監測患者在治療中的反應和進展，並根據回饋適時調整治療方案，以為患者和照護者提供基於循證和創新的高品質服務。

三、展望

作業治療在腦卒中患者的康復過程中發揮著關鍵作用，其服務內容覆蓋從急性期到家庭和社區

的各個階段，以提高患者在日常生活活動、工具性日常生活活動以及社會參與方面的作業表現，並為照顧者提供維持其照顧者角色的支持。在實施作業治療時，作業治療師與腦卒中患者及其照顧者、跨學科團隊成員共同合作，以服務物件為中心，通過全面評估瞭解其需求、能力障礙，綜合分析各種可能影響作業表現和參與的因素，並結合實踐指南的證據、自身專業經驗、患者及其家庭的意願和偏好等，制定基於循證的、個性化的臨床決策。

目前，對腦卒中患者及其照顧者提供循證、創新的作業治療服務仍具有挑戰性。在未來的研究中應以社會參與作為主要結局，針對不同恢復階段、不同環境下的腦卒中患者提供更加個性化的幹預，並延長觀察時間到一年以上。此外，還應包括對照顧者的作業表現和社會參與的評價，以確定作業治療幹預能否有效提高照顧者的照顧技能和社會參與。同時，未來的作業治療研究和實踐還應關注健康管理領域，探索實施健康促進和預防性幹預等措施，以提高患者社會和情感健康、身體活動、症狀管理等方面的作業表現，從而預防腦卒中復發及相關併發症的發生。隨著遠端通訊等高科技技術的不斷發展，將為實施作業治療相關的教育計畫和研究體系提供更為便利的條件，既有利於作業治療最佳實踐證據的發展，也有利於最佳作業治療實踐的應用與推廣。

參考文獻：

- [1] HILDEBRAND M W, GELLER D, PROFFITT R. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke [J]. *Am J Occup Ther*, 2023, 77(5).
- [2] 張先卓, 呂萌, 羅旭飛, 等. 腦卒中康復臨床實踐指南推薦意見研究 [J]. *中國康復理論與實踐*, 2020, 26(02): 170-80.
- [3] 張通, 趙軍, 白玉龍, 等中國腦血管病臨床管理指南(節選版)——卒中康復管理 [J]. *中國卒中雜誌*, 2019, 14(08): 823-31.
- [4] 閔彥寧. 作業治療關注功能、生活、健康與幸福 [J]. *中國康復*, 2016, 31(1): 3-4.
- [5] REINHARD S. HOME ALONE REVISITED: FAMILY CAREGIVERS PROVIDING COMPLEX CARE [J]. *Innovation in Aging*, 2019, 3(Supplement_1): S747-S8.
- [6] DEYHOUL N, VASLI P, ROHANI C, et al. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study [J]. *Aging clinical and experimental research*, 2020, 32(7): 1343-52.
- [7] Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition [J]. *Am J Occup Ther*, 2020, 74(Supplement_2): 741241001p1-p87.