# 復健為歲月增添生命

科系／復健醫學
王世奇



## 前言

本校在今年度新成立了復健系，因此總編希望我們為這個新系，向大家略作介紹。

自古以來無論中外，從生活經驗中，都會找出若干方法，利用熱、冷、溫泉、接摩、運動等，以減輕痛苦、促進健康，這裏面就隱含著「物理治療」，也就是「復健」一支的觀念。

在中國傳統醫學院裏，針灸、整骨、推拿、乃至拳術，各種內外丹功，事實上應該都算是物理治療，所以也應該包含在復健醫學的領域裏，可惜西力東漸，傳統國粹沒有能發揚光大，以至西醫的治療觀念，幾乎獨佔整個復健醫學的領域。

## 復健的起源

西方的醫學是以歐洲為大本營，物理醫學（復健醫學的原稱）在此發展為三個系統：電療，水療及按摩運動治療。直到二十世紀初期，物理醫學還只是一種治療手段，缺乏完整的醫學體系。美國是由歐洲的移民最先建立起來的，所以醫學的走向也是繼承歐洲的傳統。在美國，物理治療最早加入醫護人員的行列約在二十世紀初，因適逢波士頓地區發生小兒麻痺大流行的緣故。而物理治療眞正為廣泛大衆所認知，則是在一次世界大戰期間，大批的傷兵急需復健，使物理治療漸漸為人們所重視，當時從事物理治療的人員，主要為護士

，而醫院裡更需護士去照顧其他傷兵，而一般婦女又無物理治療的專業知識，爲解決此問題便在*Walter Reed*綜合醫院內開設一項有關物理治療方面的課程，同時也要求其他有類似課程的學院或學校幫忙訓練物理治療人員，以解決人荒問題。當時共有12所機關學校從事物理治療教育，到一九二一年美國物理治療學會才成立。至於復健的另一大支「職能治療」其起源也不算短，遠在埃及、古西臘時代，就有以音樂，遊戲和舞蹈等活動來治療精神異常的記載，西洋史於西元二八〇年，就有一位法國醫師強調工藝和休閒活動可治療肌肉與關節機能障礙，但職能治療仍是一直侷限於精神異常的病患，直到一九一四年*George Edward Barton*，因本身經歷一次嚴重傷害，無法回復昔日的工作，遂想作「職能治療」的工作，建立了療養院，開始從事正式的職能治療的雛型，從此建立。加以一九一四年第一次世界大戰爆發，美陸軍元帥潘興將軍鑑於職能治療的重要，遂請求派遣美術和工藝的工作者前往歐洲，爲傷殘美軍從事職能治療，助其恢復，並爲其往後的工作鋪路，故源於美國的「職能治療」自此眞正起步。同時爲應傷殘人數衆多之需，開始廣泛訓練職能治療人員，而且在一九五一年，成立世界職能治療協會。

三、我國復健的起源與現況：

我國在民國三十年代，北平協和醫院就已設立物理治療部門，這可能就是中國復健醫學之濫觴。在本省最早設立得健部門的是：台大醫院、軍方醫院、及榮民醫院。其中三軍總醫院在民國45.年就設有物理治療，原來還附有義肢工廠，後來裁撤了。榮民醫院則自民國48.年起設立物理治療。台大醫院則自民國40.年就設有理療科，從事按摩等物理治療，，民國47.年骨科病房設物理治療室，到民國52.年才成立物理治療復健部。在職能治療方面：民國56.年台大醫院及振興復健醫學中心分別成立「職能治療室」與「作業治療部」，民國57.年馬偕醫院與榮民總醫院設立「作業治療」。以後到民國63.年才開始有別的醫院陸續增設。至於義肢與語言治療在國內的開始狀況，則不太清楚，只知道台大醫院於民國56.年設語言治療室，民國60.年設義肢室。

國內復健工作人員的訓練，最初是由上述醫院或復健機構甄選人員，赴國外受訓或開設訓練班自行招收高中或專科畢業生施以半年至三年不等的專業訓練。迄民國56.年台大始於醫事技術系增設物理治療組；以後於民國59.年增設職能治療組，兩者合併爲復健醫學系，培養有理學士學的復健專業人員。民國70.年、71.年仁德、樹人兩醫事專科學校開始招收物理治療專科學生。本校則於去年設立復健系招收物理治療組學生。至於義肢與語言治療方面，都沒有專設的學校科系。

目前國內復健機構分布的狀況：根據台大復健部民國73.年的統計，設有物理治療的：全省47.家，北部28.家，中部8.家，南部7.家，東部4.家。設有心理職能治療的：全省14.家，北部7.家，中部2.家，南部3.家，東部2.家。設有生理職能治療的：全省20.家，北部15.家，中部3.家，南部2.家，東部無。目前中部地區設有物理治療的有：台中榮總、中山附設醫院、中國附設醫院、澄清醫院、順天醫



院、沙鹿光田醫院、彰化秀傳醫院、彰化基督教醫院、省立台中醫院、省立彰化醫院等，設有職能治療的是台中榮總。

復健的意義，是使殘障者重新獲得自立的生活，進而具有謀生能力的過程。復健乃是對一位生理（肉體）上有殘障的人加以訓練、家庭社會環境上、以及職業上，都能達到自立而不依賴別人或盡量不依賴他人的目標。曾任美國軍醫局局長的*Dr. Rusk*首先將復健稱爲「醫護的第三期」，以與第一期，預防醫學，第二期：治療醫學區分，他強調，該時期爲「發燒或減退，且縫線拆掉之時」，是「介於臨床和就業之間」，病人應主動加入復健的醫療方案，而不是作被動性的休養。

由於近代科技的進步，醫藥在挽救人類生命上有很大的進展。但患者的生命雖獲得保全，已發生的殘障却無法改變。因此愈來愈多的病人，帶著他們的殘障，從醫院出來。由於他們大多未能恢復到最佳機能水平，除了基本的醫療照顧外，還因爲持續存在的殘障而大大增加了維護費用。這種殘障引起的依賴性花費，無論由私人或公家資金支付，都會造成經濟上的不良影響。因此，病人的依賴性消耗了資源，却未提高病人的生產力或生活素質。

## 復健的重要性

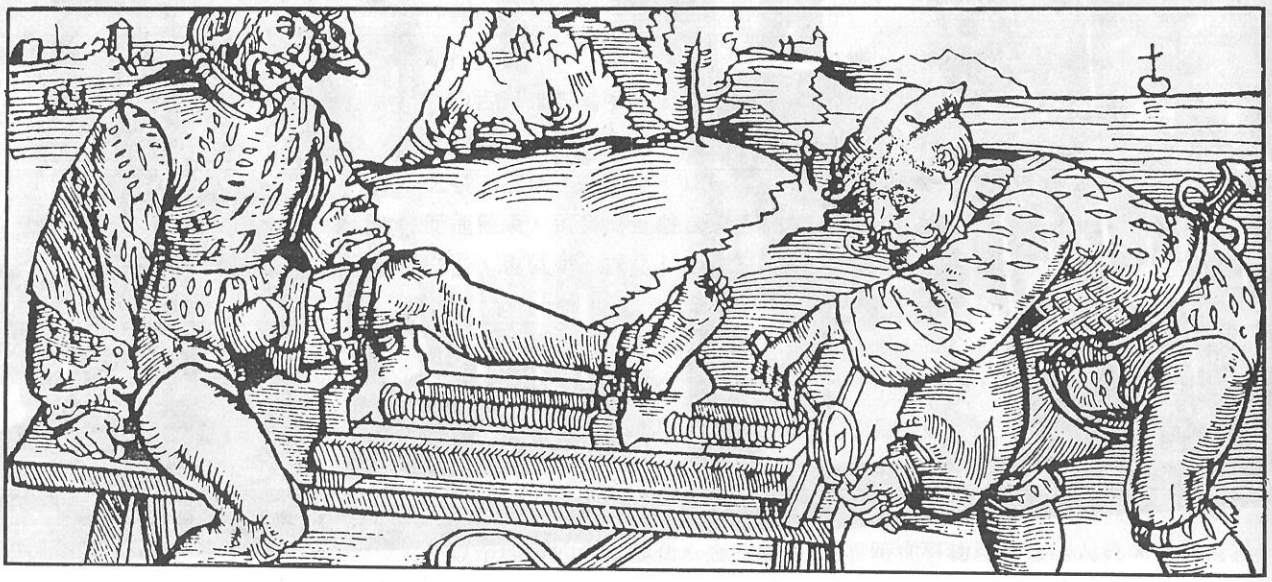
由消費與利益來分析，復健醫學是周詳醫療照顧的一個完整部份，其應用在使持續性機能障礙者恢復到家庭和社會中的最佳功能水平。這種復健的花費與所得成果，在國內外各單位研究後，都顯示出很有價值。復健的成果，乃以病人在整個壽命期間，功能改善的程度和病人生活素質來測度，而不是以存活長短測度。在最後的死亡來臨前，逐漸惡化的疾病或殘障增加了病人的依賴性，僅給予醫療可能保全其生命而使病人終其殘生皆需完全或部份依賴他人。如果醫療外加以完整的復健計劃，則可使病人恢復到較高的功能水平，甚至到自立生活的層次，根據一九七七年一項對80位中風病人的維持機動性研究顯示，右復健後平均6年中，75％的病人都維持了他們從復健獲得的行動能力

## 復健部門簡介

復健醫學包括了許多專業部門，有醫師、物理治療師、職能治療師、護士、義肢裝具師、語言治療師、心理治療師、社會工作者等，各部門互相合作，根據各類病人不同的需要，以*team work*的方式給予適切的治療，使病人得到最高程度的機能運用，重新進入社會。

㈠醫師：醫師是復健部門的領導者與協調者，他通常最先接觸病人，加以診斷，以作其他治療人員擬定治療計劃的參考。復健醫師的診斷，除一般的病歷和全身檢查外，特別著重病變局部的詳細詢問檢查與記錄，以求確實。對患者的檢查有：體格檢查、日常生活活動檢查、心理檢查、職能鑑定、電檢診等。除體格檢查與電檢查外，其他各種還有專業人員的更詳盡檢查。除檢查外，對復健病人的各種給藥與特殊治療，如：勝肢訓練等，也由醫師負責。

㈡護理人員：復健部門的護理作業，就護理技術和精神來說，和一般醫院的護理作業水準相同。但特別強調，護理人員也是復健*team work*的一員，要從各專業部門收集有關病人的必要資料，也提供病人的相關資料給各部門。例如：失語疾的病人，護理師由語言治療師得知患者的特殊類型，日常就與病人練習溝通，並將觀察到病人的變化，告訴語言治療師；須運動治療的病人，護士可督促病人經常練習並監督其姿勢的正確；在心理精神方面，心理學家，精神科醫



師，皆需護士提供行爲報告，疏導病人情緒，協助解決困難。總之，在醫院中，惟有護理人員才能隨時隨地照顧著病人，眞正推行各治療計劃，使隨著生活而行動。出院後，再透過社區公共衛生護士，作家庭的跟蹤照顧，督促病人復健。

㈢物理治療：物理治療，簡單的說就是利用各種物理因子求治療疾病。包括：熱、冷、水、電、光、力。茲分述如下：

1. 熱療：對身體部分自外面加溫，使組織溫度昇高可使血管擴張，局部血液循環加快，代謝率增加，白血球吞噬作用增加，有利用慢性炎症的消除，並有鎭靜、止痛、放鬆肌肉的作用。又分淺熱療，深熱痛兩種。

⑴淺熱療：作用在皮表到皮下的一至三公厘。有：紅內線、熱敷包、石腊浴、電熱墊等。

⑵深熱療：利用電磁波或音波振盪，直接在體內組織間產生熱。如：短波、超音波、微波等。

2. 水療：水療是兼具熱療和運動的治療。水可以軟化痂皮，便於清洗傷口。慢性發炎的創面，經水療的冲洗、刺激、運動，可加速痊癒。熱水浴可使攣縮的關節軟化，便於牽引，以回復正常關節活動。在水中又可利用水的浮力與阻力作運動，即減輕負重關節的負荷，又使孱弱的肌肉易於活動。快速的水中活動，阻力很大可訓練肌力，另外，水的靜力壓，對心肺功能也有訓練的作用。

3. 電療：物理治療所用的電療，狹義的是指低頻電流直接刺激神經或肌肉，以達到肌肉收縮或止痛的效果。還有用低壓直流電，將藥物離子直接打入皮膚的方法。

4. 冷療：冷會降低代謝率，使血管先收縮後放鬆，降低神經傳導速度，所以可治療急性炎症、止痛、及降低因痛而引起的肌痙攣。

5. 光療：光療除了紅內線以外，還有紫外線可以治療皮膚病，慢性潰瘍和褥瘡。

6. 力：物理治療的「力」應該包括：牽引、按摩、運動治療三個部份。

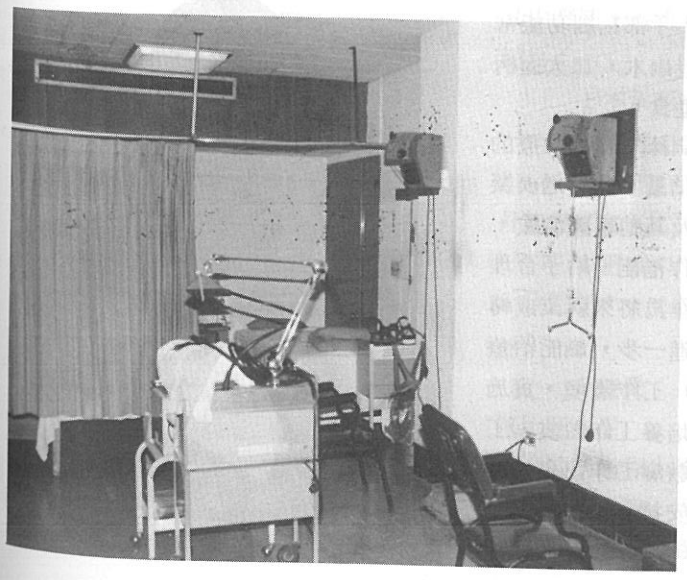
⑴牽引：牽引是用機械的力量，拉伸人體，本來是骨科常用的治療方法。在物理治療則用在腰椎與頸椎，以減輕局部椎間關節的壓力，降低肌肉痙攣。此外，還有對攣縮關節的牽引，以增加其關節活動度。

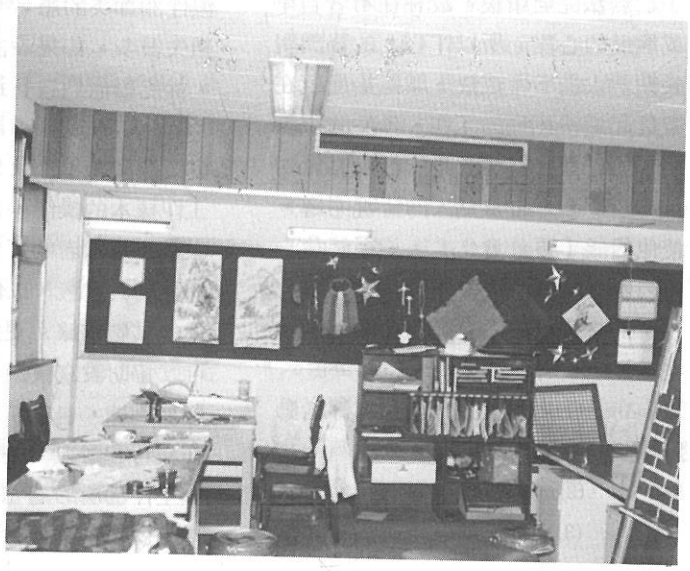
⑵按摩：按摩是對身體組織作徒手的被動活動，可增進局部血液循環，加速液巴回流，減輕局部水腫，舒展結締組織，使肌肉鬆弛，減輕痠痛，去除組織粘連，增加關節活動性。推拿、指壓、和「手法」（*manipulation*）則是更深一層的技術，此處無法詳細介紹。

⑷運動治療：這是物理治療裏最基本與最主要的部份。最原始的是肌力鍛鍊與身體體能增強，後來逐漸演變到利用各種刺激引起神經反射，使因中樞性受損造成無動作的肢體慢慢產生活動，然後逐步修正，使病人漸次恢復功能。這些引發（*facilitation*）的技巧，是以胚胎的演化與神經生理爲基礎所導出的。另外對於有殘障的患者，如何利用器械或自己殘存的運動功能，達到移動，變換位置，維持活動等，也是運動治療的一個部份。

目前物理治療的對象是：腦性麻痺、背部疼痛、肺疾患、頸椎症候群，中風疾患、骨折後攣縮，運動傷害、心肌梗塞後復健，脊髓損傷及截肢病患等。

㈣職能治療：又叫作業治療，是藉著引導病人參與特殊設計的活動來達到治療目的的一種臨床醫學。使病人由活動中，改善生理及心理功能，學習生理及心理的適應技巧，目的在預防或矯正殘障，激發身心之最大潛能，增進並維護健康。職能治療在實施之前，應對病人作一整體的評估，了解其缺陷，才能定下治療的程序。







職能治療的內容可分爲心理、生理、兒童發展三方面，茲分述如下：

1.心理方面：對於精神患者，職能治療利用各項團體活動、唱遊、舞蹈等，以增進其團體認同，人際溝通、身體協調度，並娛樂身心；並設計各項治療性活動，重建其責任感，啟發其創造力、智力、注意力、耐力，並培養工作行爲，協助其回歸社會。對身體殘障的患者，職能治療旨在使病人於經歷一次嚴重傷害後能恢復正常的心理活動，而且偏重對社會適應力的培養與重獲。患者的身體障碍固然需要醫療，但經過疾病摧殘的，不僅是肉體，還有人的尊嚴，因此精神上往往煩燥、抑鬱，更因身體生理上已無法完全康復，故往往有著自卑或懷恨的心理。所以「心」的協調對長期病人爲不可或缺。職能治療就在擔負起這份困難的工作，治療師須對病人的心理、社會背景、活動力，信仰有所認識，再依病人的情況開導，使他們能「再社會化」，避免產生一種自暴自棄的心理。

2.生理方面：職能治療基本上在：

(1)增加受損部份的關節活動度。

(2)增加肌肉的耐力。

(3)培養發展各機能的協調作用、運動技巧及工作能耐。

其工作內容包括：

(1)日常生活活動訓練：根據病人的各別需要，設計出適當的動作方式，訓練病人穿衣、吃飯、盥洗、上厠所等自我照顧的能力。

(2)家務操作訓練：教導殘障患者，工作簡化技巧，以使妥善照料家務。

(3)肢架、副木、輔助用具：利用義肢室所製作的義肢、肢架、及職能治療師依病人需要個別設計製作的副木、輔助用具，幫助病人預防畸型，訓練肌力，避免廢用萎縮，幫助



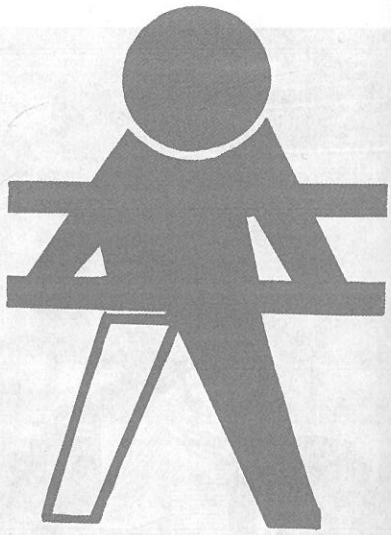
運動的控制和協調，使患者能高度發揮其肢體的功能。例如：中風或類風濕性關節炎的患者，手部精細功能常損失很多，如果設計副木，加大握柄，就能幫他們自行進食。

(4)就業前訓練：職能治療的就業前功能檢查及估量，是透過模擬工作樣本的操作，及其他相關測驗，來鑑定殘障者的工作潛能，給予合理的評估與建議，以作爲將來就業或轉業的具體依據。更進一步，職能治療可以協助設立模擬　工作環境，實施職前訓練，包括：培養工作習慣，工作技巧和耐力，並教導工作簡化技巧與工作場所的適當安排，以增進殘障者的就業能力。

3.兒童發展方面：職能治療利用各種神經生理治療技術，促進感覺和動作的統合功能，建立平衡及協調控制的基本能力，以爲動作發展的基礎，並防止畸形的產生。又以特別設計的活動，配合神經發展程序，給予認知、知覺動作及語言、社會化等各種刺激，以促進身心的正常發展。例如：學習障碍兒童的感覺整合訓練，身心發展遲緩兒童的手眼協調訓練，腦性麻痺兒童的動作協調訓練等。

(五)義肢裝具：廣義的義肢裝具包括：拐杖、輪椅、矯正鞋、義肢等，實際上則常以義肢、肢架爲主。由於大部份的復健患者都有肢體殘缺，肌力不均衡的問題，需用各種義肢裝具輔助，以得到正常或接近正常的功能，所以義肢裝具是復健醫學中相當重要的一門。一個義肢工作室（*work shop*）所提供的作業有：義肢、肢架，各種矯形裝具，若在教學醫院還有訓練病人使用上述成品的課程（*training coures*）。

1.義肢：義肢是用於肢體缺損的患者。由於缺損多寡不同，所製作的義肢也功能互異。上肢義肢大致可分：手部、肘下（*B/E*）、肘上（*A/E*）三類，義手又有美觀手、功



能手、電動手之分。下肢義肢大致可分：足部、膝下（*B/K*）、膝上（*A/K*）三類。一般說來，下肢義肢的功能比上肢好，因爲人體上肢的功能非常複雜，義肢製作難以涵蓋完全。

2.肢架：肢架是用在肢體雖有，肌力却不足的患者，以幫助他們支撐體重，維持活動。主要使用對象是小兒麻痺症與脊髓受傷後遺症的患者。

3.矯形裝具：是依醫師構想，用在肌肉力量不均衡，可能或已經造成畸形的患者。其對象有：先天性髖關節脫臼，先天性畸足，中風或腦性麻痺者的肌肉痙攣，脊椎側彎，燒傷後遺症等。

4.訓練課程：義肢、裝具、乃至拐杖、輪椅等等，都不是一拿來每個人都會用得很好的。因此給了病患這些東西，還要教他會使用，會保養，這些東西才能發揮最大的效用，患者也才得到復健的好處，功能增進。在訓練過程中，還要根據病人使用的感覺一再的修改成品，直到病人得到最滿意的結果，才算成功。

㈥語言治療：語言溝通是個複雜的過程，包含許多層次的人類行爲，在說者與聽者之間形成一條「語言鏈」。經說者之大腦語言階層，發聲生理階層，經傳音階層，至聽者之受納生理階層，和大腦語言階層連鎖而成。任何階層若有偏差，皆會發生語言失常。其分類爲：構音異常，節律異常，語言符號異常，多重語言異常等。一般語言治療的對象是：兒童語言障礙，構音異常，聲音異常，喉切除者、腦麻痺者的語言復健，口吃，失語症，還有聽力訓練。

㈦心理治療：職能治療師利用活動來進行心理方面的治療，心理專家則利用交談、觀察、測驗來進行心理治療。當身體遭受重大傷害造成殘障



後，患者的心理一定會有劇烈的波折，通常可分爲五期，而且患者可能在其中幾期一直重覆，甚至停頓。這五期爲：

1.不承認：「不可能是我！」

2.憤怒：「爲什麼是我！」

3.預定：「我一定會在某年某月某日好的。」

4.沮喪：「天啊！我不會好了，我完了！」（這時患者最容易自殺。）

5.接受：「好吧！看看我還能做什麼。」

這些過程，須要臨床心理專家的注意觀察分辨，而且迅速誘導，使病人重新振作起生存的勇氣。





㈧社會工作者：社會工作者在醫院內是當病人入院後，告之病人及其家庭院內各方面與病人有關的事，並評估病人的社會經驗背景與社會地位，發掘病人及其家庭與院外社會環境接觸所發生的問題，將這些事實提供給*team work*的各成員做參考，並尋求各方面的輔助，設法解決病人及其家庭所面臨的各種問題。在病人出院後，還要協調病人所處的社會環境，向社會福利機構尋求病人所需要的輔助，使病人及其家庭能適當的重新入社會。

## 結語

國內的復健醫學已經發展了三十多年，可是仍不夠普及，其原因可能是一方面政府限於財力，不能對復健的社會福利工作，做完全的支持。另一方面從業人員的地位與價值未受到法律的肯定，至今尚沒有執照考試，所謂「名不正則言不順，言不順則事不成」因此由台大復健醫學系民國73年的統計，畢業生中物理治療組只有28.5％留在國內從事本行工作，有48.9％出國了。職能治療則有41.4％留在國內從事本行工作，有34.5％出國。所以總共只有1／4強的畢業生在國內眞正從事專業工作，這種經過充分訓練的專業人員流失，十分可惜。