

中華OT電子季刊

The Chinese OT e-Newsletter

本期責任主編 陳少貞

香港職業治療學院

Hong Kong Institute of Occupational Therapy

地址：香港特別行政區，香港新界大埔全安路 9 號大埔醫
院職業治療部

電話：(852) 6509 6582

電郵：hkiot@hkiot.org

網站：<http://www.hkiot.org>



目錄

主編寄語	2
思考	

ICF 是個好東西——康復科學的理論支撐	張永安	3
----------------------	-----	---

創新

太極特色作業治療實踐模式	朱昭錦 朱毅 等	10
--------------	----------	----

經驗

手外傷的早期康復介入	李奎成	13
------------	-----	----

新型的手功能康復的方法——“提醒治療法”	董安琴	16
----------------------	-----	----

分享

隨心手愈在認知康復領域的臨床探索與應用	周 晶	18
---------------------	-----	----

寧波市第六醫院康復科	王海剛	26
------------	-----	----

從事手 OT 治療師工作後感想	何惠平	27
-----------------	-----	----

2016 深港臺莞惠康復論壇暨作業治療論壇		
-----------------------	--	--

作業治療分會場總結報告	李旭輝	30
-------------	-----	----

卒中患者的手內肌訓練的作業治療	卞瑞豪	31
-----------------	-----	----

悅讀

從病例分析的角度談第一腕掌關節骨性關節炎		
的精准治療	陳少貞	33

封底		39
----	--	----

消息		40
----	--	----

主編寄語

2016 年的秋季版比以往來得更遲一些，但是她值得等待，因為這一期我們有不少大伽的重量級作品。我有幸在一次社區康復論壇上聽到廣東省殘疾人聯合會理事長張永安先生的報告，他的學術觀點引起我的共鳴，我開始關注張先生的系列關於康復科學的學科建設和對康復實踐的大膽設想的文章，深深被他開闊的學術視野和文理兼修的跨界思維方式所折服。他在康復匯上發表的《ICF 是個好東西》從一個全新的視角來為我們解讀 ICF，所以我決定打破我刊傳統進行轉載（在獲得張先生本人的准許以外，我們也向康復彙編輯部做了彙報），希望能有更多的 OT 能夠讀到這篇文章。本期也特別邀請了國內著名手康復專家李奎成主任給我們傳授手外傷早期康復的經驗，還有廣東省工傷康復中心剛從香港理工大學學成歸來的董安琴博士為我們介紹一種專為偏癱型腦癱患童研發的促進手功能康復的新型的手功能康復方法。同時，我也請了中山大學附屬第一醫院康復科手康復治療專科冉冉升起的新星卞瑞豪治療師講授卒中患者的手內肌訓練的作業治療方法，本編也盡己所能從病例分析的角度與大家分享拇指腕掌關節骨性關節炎的精准康復治療，同時有感於虎門醫院康復科和寧波第六醫院康復科在手外科康復方面所作出的成就，特意邀請了何惠平和王海剛治療師談他從事 OT 的感想。更值得興奮的是，本期將介紹由富有創新精神的朱毅博士和幾位專家共同研究提出的具有中國特色的作業治療實踐新模式。當然，還有南方醫科大學附屬珠江醫院的教學明星周晶老師帶給我們的“隨心手愈”在認知康復領域的臨床應用及病例分享。感謝學組組長閔彥寧老師帶來的學術活動通知和李旭輝治療師的 2016 深港臺莞惠康復論壇暨作業治療論壇總結。

記得珠江醫院康復科黃國治主任說過“康復醫學不是冷冰冰的，它是有溫度的。”我希望這些文章不單單是冷冰冰的理論，而是能夠照亮我們前方道路的暖洋洋的燈火，借著它們，我們更能全方位地溫暖著我們的患者。

陳少貞

2016 年 9 月於廣州

思考

ICF 是個好東西——康復科學的理論支撐

廣東省殘疾人聯合會 張永安

什麼是 ICF 及其淵源？

《國際功能、殘疾和健康分類》

(International Classification of Functioning, Disability and Health, 簡稱 ICF 系統) 是世界衛生組織根據世界各國衛生事業發展的狀況，從 1996 年開始制定新的殘疾分類體系，2001 年 5 月第 54 屆世界衛生大會通過。

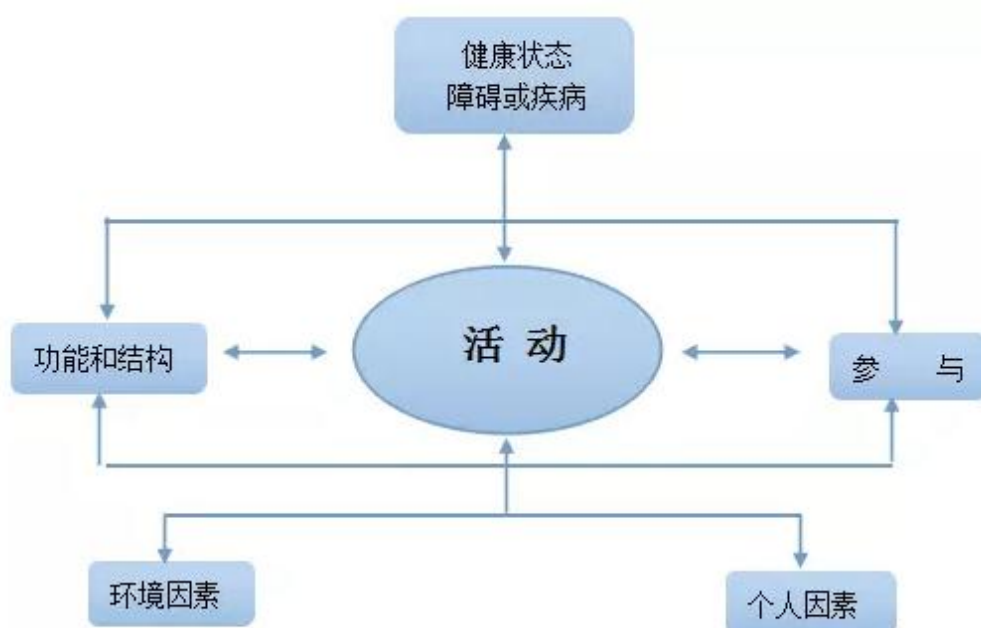
ICF 是世界衛生組織應用於健康和康復領域分類系統之一，其最終目的是要建立一種統一的、標準化的術語系統，以對健康和康復狀況的結果進行分類提供參考性的理論框架，其所依據的是在身體、個體和社會 3 個水準的健康狀態所發生的功能變化和出現的異常。ICF 針對功能、殘疾與健康分類，提供了一種新的理論和應用模式，即整合生物—心理—社會—環境因素，形成

現代綜合模式。（見圖 1：ICF 成份間的交互作用）

2007 年 10 月世界衛生組織正式發佈 ICF—CY，並將 ICF 和 ICF—CY 國際中文版權授給世界衛生組織家族分類中國合作中心/中國康復研究中心康復資訊研究所。因此，2001 年和 2013 年分別出版了 ICF 和 ICF—CY 國際中文版。2015 年 3 月，在 ICF 國際中文版（2001 年版）和 ICF—CY 國際中文版（2013 年版）的基礎上，吸納增補了 ICF 最新發展成果，出版了 ICF 國際中文增補版。

ICF 系統的主要特點可概括為 7 個方面：

（1）廣泛性：可以應用於所有的處於不同健康狀態的人，而不同於以往將殘疾人作為一個特殊群體加以分離的分類法；



（圖 1：ICF 成份間的交互作用）

(2) 平等性：強調殘疾人充分參與社會生活，不同健康狀態（身體和心理）的個體均無活動或者參與的限制；

(3) 準確定義：在 4 個分類維度中，各個具體的類別均有操作性定義，並且給出了各類的基本屬性、分界、測量方法以及具體的實例；

(4) 類目使用中性詞語：許多類別以及專案使用中性詞，避免過去使用對殘疾人帶有貶義的消極辭彙；

(5) 結構與功能分離：將身體結構與功能缺損分開處理，以反映身體所有缺損狀態；

(6) 用活動替代殘疾：活動是個中性詞，用活動替代殘疾反映了目前殘疾人對自己狀態的新認識。用嚴重程度指標對限制活動的情況進行描述；

(7) 用參與替代殘障：用參與 (participation) 替代殘障 (handicaps)，並列

舉了環境因素已確定參與社會生活的程度[]。

（見圖 2：ICF 系統的主要特點）。

ICF 系統為綜合分析身體、心理、社會和環境因素提供了有效的系統性工具，應用領域極其廣泛，可應用於健康、康復、社會保障、教育、就業、人權、科研、經濟和人類發展、社會政策等各個領域。具體來說，可以概括為 5 個方面（見圖 3：ICF 系統的應用領域）：

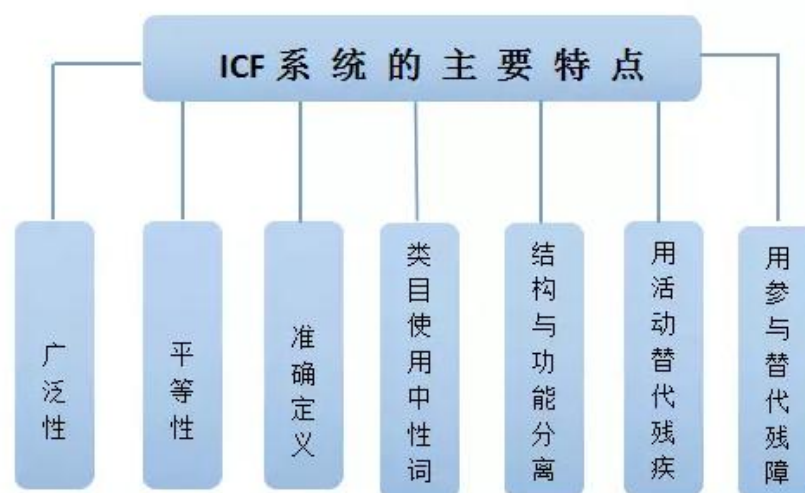
(1) 統計工具：用於數據採集和編碼，如人口研究和殘疾人管理系統；

(2) 研究工具：測量健康狀況的結果、生活品質或環境因素；

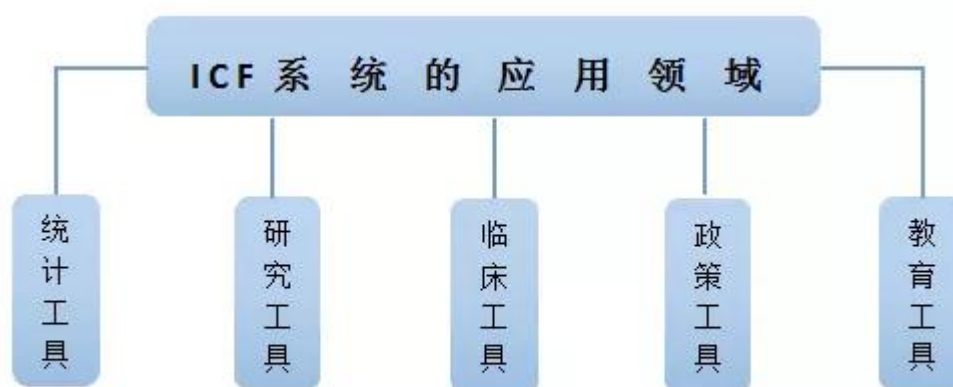
(3) 臨床工具：用於評定，如職業能力評定、康復效果評定；

(4) 社會政策工具：用於制定社會保障計畫、社會保險賠付系統等社會政策；

(5) 教育工具：用於課程設計，確定認知和社會行動需要。



（圖 2：ICF 系統的主要特点）



（图 3: ICF 系統的应用領域）

要深度瞭解 ICF，必須追根溯源。ICF 的“父親”是 ICIDH，其“爺爺”就是 ICD。ICIDH 是《國際殘損、殘疾和殘障分類》（International Classification of Impairment, Disability and Handicaps）的英文簡稱，是世界衛生組織在 1980 年頒佈的國際分類，對康復醫學的發展起了極大的推動作用。但其缺陷明顯，即不能完整地說明人類“功能”和“殘疾”問題，更未涉及“健康成分”。組織器官缺損分為“殘損”，個體的功能受限分為“殘疾”，社會的參與障礙分為“殘障”，三個“殘”字在情感上、人格上難以接受。

ICD 是《國際疾病分類》（International Classification of Disease）的英文簡稱，是世界衛生組織於 1853 年制定發佈的國際統一的疾病分類方法，它根據疾病的病因、病理、臨床表現和解剖位置等特徵，將疾病分門別類，使其成為一個有序的組合，並用編碼的方法來標識的系統。

現在國際通用的是第 10 次修訂本《疾病和有關健康問題的國際統計分類》，仍保留了 ICD 的簡稱，並被統稱為 ICD-10，具有 163 年的歷史。ICD 使疾病名稱標準化、格式化，是醫學資訊化、醫院資訊管理等臨床資訊系統的應用基礎，是醫院醫療和行政管理的依據，是醫學科學研究和教學的工具和資料。同時，還可以反映國家的醫療衛生發展狀況。

ICF 與 ICIDH、ICD 之間的關係

ICF 不是對疾病、障礙和損傷進行分類，而是採用不同方法試圖把握與衛生狀態有關的事物。衛生狀態是生物個體的一種健康狀態，它會影響到日常生活，並且與衛生服務密切相關。非健康狀態可能是患急性或慢性疾病、身體失調、損傷或創傷，也可能是與健康有關的其他一些狀態，諸如懷孕、老齡化、應激、先天性畸形或遺傳變異。

上述列舉的這些健康狀態可以用 ICD 進行分類，而健康狀態的結果可以用 ICF 進行分類。因此 ICD 和 ICF 是相互補充的，如有必要，可以

同時使用這兩種國際性的分類方法。只講 ICD 是遠遠不夠的，脫離 ICD 講 ICF 也是靠不住的。其相互補充、相互交叉的性質值得高度重視，無論是 ICF 還是 ICD，均從人體系統出發。殘損涉及人體結構和功能，這些結構和功能常常是疾病過程中的一部分，因此，使用 ICD 分類系統。

不僅如此，ICD 分類系統使用殘損（作為徵兆或症狀）作為分類體系的一部分，這些分類採用的是生物醫學模式。而 ICF 將殘損作為結果，將其看成是殘疾的一部分，使用的是整合生物——心理——社會——環境因素形成的現代綜合模式[]。（見圖 4：ICF 與 ICIDH、ICD 的關係）

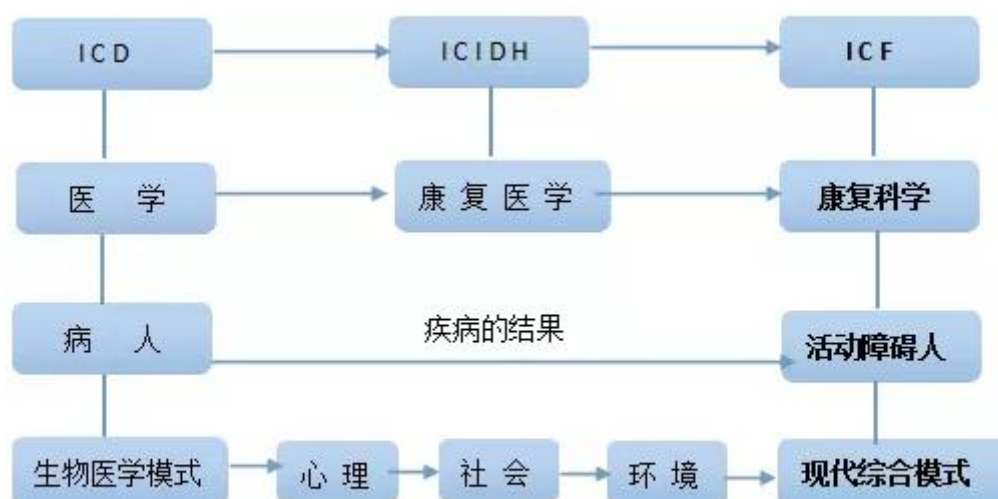
培養，為構建多學科互動的康復科學體系、發展跨行業康復師職業、建設開放式康復中心平臺、建立康復保險制度、形成綜合性健康保障體系奠定了理論基礎，對各國殘疾人服務工作理念的國際化產生積極深遠的影響。

ICF 對康復科學學科建設、健康理念以及殘疾人工作理念的影響。

ICF 整合生物、心理、社會、環境等因素所形成的現代綜合模式對康復科學學科建設、健康理念以及殘疾人工作理念產生積極深遠的影響。

1、疾病與殘疾的概念及其關係

疾病是機體在一定條件下，受病因損害作用



（圖4：ICF與ICIDH、ICD的關係）

ICD 是在全面總結吸收各國醫學發展成果的基礎上研究制定的分類統計系統，促進了醫學發展的國際化，提高了醫療衛生水準；而 ICF 是在全面總結吸收各國健康和康復領域研究發展成果以及國際殘疾人運動經驗的基礎上制定的新的分類統計系統，ICF 系統的推廣和應用，必將促進各國健康和康復領域學科建設和人才

後，因自穩調節紊亂而發生的異常生命活動過程。疾病狀態與健康狀態之間存在一個“無病狀態”[]。這個“無病狀態”可以理解為“亞健康”（疾病之前）或“非健康”（疾病之後）狀態，也包含“殘疾狀態”。對於每個個體生命週期全過程來說，沒有絕對的穩定的長期的健康狀態或疾病狀態，所以，健康狀態或疾病狀態是短暫的

特殊狀態，即異態；亞健康或非健康即活動障礙狀態是長期的普遍狀態，即常態。

聯合國大會通過的《殘疾人權利公約》序言第五條：確認殘疾是一個演變中的概念，殘疾是傷殘者和阻礙他們在與其他人平等的基礎上充分和切實地參與社會的各種態度和環境障礙相互作用所產生的結果。

“採用 ICF 作為理論架構，將功能和殘疾作為健康狀況和情景因素（個人因素和環境因素兩個方面）動態交互作用的結果”。可見，在一定的環境作用下，殘疾狀態與健康狀態是個動態互變的過程。所以，疾病與殘疾是有區別的，疾病需要醫療和康復，殘疾只需要康復，不需要醫療。

2、殘疾的人與殘疾人的概念及其關係

殘疾指的是人，即人殘疾（people with disability）。短暫輕度可逆的人殘疾可以稱為殘疾的人，長期重度不可逆的人殘疾可稱為殘疾

人。所以，殘疾人不能簡單理解為“殘疾+人”。

《殘疾人保障法》規定：殘疾人是指心理、生理、人體結構上，某種組織、功能喪失或者不正常，全部或者部分喪失以正常方式從事某種活動能力的人[]。可見，在一定的環境作用下，殘疾人與非殘疾人（含殘疾的人）也是個動態互變的過程。殘疾的人與殘疾人是有區別的，不能混為一談，其共性是活動障礙，共同需求是康復。

3、活動障礙人（Person with Activity Limitations）的概念

活動障礙人是指生理和心理以及生存環境長期穩定存在障礙，導致功能不能正常發揮的人。活動是指生物個體的生理活動和心理活動以及社會活動（社會參與）。活動是核心，沒有活動，就沒有障礙。

活動障礙來源於活動受限（Activity Limitations），“障礙”這個詞使用時間較長，已經廣泛被接受和認可，比“受限”這個詞更符



（圖 5：活動障礙人）

合漢語的表述習慣，通俗易懂。活動障礙包括自身障礙和環境障礙，自身障礙包含生理障礙和心理障礙，從人類自身角度可以理解為亞健康狀態或者非健康狀態；環境障礙包含硬環境障礙和軟環境障礙。最嚴重而可怕的軟環境障礙就是來自觀念、態度、輿論和社會的不接納，甚至嚴重排斥。活動嚴重障礙，長期穩定達到殘疾標準就是殘疾人；活動輕度障礙，長期穩定未達到殘疾標準就是非殘疾人。所以，活動障礙人包括殘疾人和非殘疾人，與之對應的是 ICF 系統；（見圖 5：活動障礙人）

4、病人、學生、老年人的概念

病人是指生理或心理發生病變需要到醫院通過醫師運用醫學手段進行干預醫療的人，與之對應的是 ICD 系統；學生是指按照身心發展規律在不同的年齡階段需要到不同等級的學校通過教師運用教育學手段進行教育的人；老年人是指 60 歲以上按照功能衰退規律在不同的年齡階段需要得到不同等級護理人員的護理康復的人。

病人在病前、病中和病後都有可能長期穩定存在活動障礙，除短期非穩定存在活動障礙外，病人就是活動障礙人。病人經過醫療後不能痊癒，長期穩定存在活動障礙，這種病人已經轉化為活動障礙人，是典型的活動障礙人。但是，活動輕度障礙，沒有達到需要醫學干預的就是非病人。所以，活動障礙人包括病人和非病人；學生既可以是病人、活動障礙人，也可以是非病人、非活動障礙人。

5、活動障礙人與 ICD、ICF 的對應關係及其影響

張海迪主席在 2014 年 6 月首次在中共中央黨校做殘疾人工作專題報告，提出一個觀點：殘疾人不能稱為群體，殘疾人是一個一個活生生的個體，分佈散落在不同的社會階層和不同的職業行業。其含義就是不能把殘疾人按特定的群體集中起來，與社會隔離開來，形成殘疾人獨立王國。

殘疾發生機會均等，不可避免。殘疾人與非殘疾人是動態互變的過程。做好殘疾人服務工作，從表面上看，只是為占人口總數 6.34% 的殘疾人謀福祉，從本質上看，關係到每一個公民的切身利益。

殘疾人、老年人、婦女（孕婦）、兒童、病人等人群的共性是活動障礙，並且屬於動態障礙，障礙的導因不僅相同，有個體因素（包括疾病或疾病的結果、年齡、性別、懷孕、先天性畸形、遺傳變異等因素）和環境因素（包括自然環境和社會環境）。所以，人為將他們劃歸某一類人群予以標籤化，涉嫌弱化歧視，不利於人與社會融合包容性發展。

殘疾人服務工作不能只停留在同情、憐憫、愛心、慈善、施捨、救濟、救助等人的事務層面，而是需要進入到殘疾的事務層面，即多學科整合，多手段並用，具有較高專業技術含量，體現“平等、參與、共用”公益理念的康復服務。

殘疾人事務應包含“殘疾的事務”與“人的事務”，殘疾的事務是指由殘疾屬性直接引發的事務，即康復服務，應由殘疾人組織負責研究解

決；人的事務是指忽略殘疾屬性，直接由人的自然屬性和社會屬性共同引發的事務，即基本公共服務，應由政府負責研究解決。殘疾人組織有責任協助政府做好殘疾人的“人的事務”，即殘疾人的基本公共服務。殘疾的事務與人的事務適當分開，有利於殘疾人的融合發展。

殘疾人組織重點抓好三件事：一是做好統計的事務，動態準確掌握殘疾人狀況與需求資訊，這是殘疾人組織的根本性；二是協助政府做好“人的事務”，即殘疾人基本公共服務，這是殘疾人組織的責任性；三是做好“殘疾的事務”，即康復服務，這是殘疾人組織的行業性；建設好三個中心：一是殘疾人大數據研究中心；二是殘疾人維權中心；三是康復研究中心（康復科學院）。

綜上所述，ICF 系統理論將生物個體融入環境（軟環境和硬環境），以活動為核心，整合生物、心理、社會和環境因素，形成現代綜合模式，綜合考察評估生物個體的健康狀態、無病狀態和疾病狀態，對加強康復學科建設和完善康復服務，提升生活品質具有積極的意義。

同時，筆者認為，運用 ICF 系統理論創建康復科學，並把康復科學建設成為與醫學科學並列，學科代碼為 14 的第 14 個一級學科是充分必

要切實可行的。以康復科學為基礎和技術支撐，加強康復服務機構建設，把康復服務建設成為與醫療服務並列的健康服務兩大支柱之一。

參考文獻

- 邱卓英. 國際功能、殘疾與健康分類. 國際中文增補版. 世界衛生組織 2015:5
- 邱卓英. 國際功能、殘疾與健康分類研究總論. 北京. 中國康復理論與實踐. 2003 年 01 期
- 邱卓英. 國際功能、殘疾與健康分類研究總論. 北京. 中國康復理論與實踐. 2003 年 01 期
- 百度百科 ICD
- 邱卓英. 國際功能、殘疾與健康分類研究總論. 北京. 中國康復理論與實踐. 2003 年 01 期
- 百度百科“疾病”
- 邱卓英主譯. 世界殘疾報告（中文版）. 北京, 2013:4
- 申知非主編. 中華人民共和國殘疾人保障法釋義. 北京. 中國民主法制出版社. 2008:2
- 邱卓英主譯. 國際功能、殘疾和健康分類（國際中文增補版）北京. 2015:9
- 張永安. 殘疾人工作與社會建設. 廣州. 廣東人民出版社. 2012:18

太極特色作業治療實踐模式

無錫九如城康復醫院 朱昭錦

南京中醫藥大學 楊雨潔 郭佳寶 李奎成

河北省人民醫院 閆彥寧

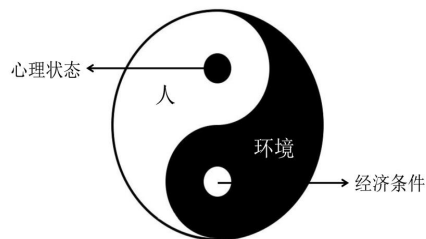
無錫第九人民醫院 王駿 俞君

海南省農墾總醫院 朱毅

通訊作者 朱毅 zhuyi1010@163.com

作業治療實踐模式對指導臨床工作具有重要意義，目前受認可的模式主要有作業表現模式、人類作業模式、人-環境-作業模式、河川模式等。由於語言習慣、思維方式等差異，在實際應用中常常出現困難和問題，研發東方哲學作業治療模式的工作便開展起來。

筆者汲取太極圖豐富涵義中的絲縷，嘗試挖掘太極思想在作業治療實踐中運用的可能，考慮創構一套更貼合中華民族思維的作業治療實踐模式，以期更好地服務於臨床。



1. 太極模式四要素的分析

在太極圖示中，設白色區域為“人”，黑色區域為“環境”。那麼該圖可分為四個要素，分別為①白色區域：人；②黑色區域：環境；③環境的內核（白色點）：經濟條件；④人的內核（黑色點）：心理狀態。

（1）要素①②人與環境 太極圖中黑白兩

塊似雙魚的形狀，圓的部分為魚頭，尖部為魚尾。魚頭部分相較於魚尾所占面積多、屬“強勢”區域，而魚尾便是面積小的“弱勢”區域（圖2）。白色區域所示的“人”與黑色區域所示的“環境”相融。“人”的魚頭部分與“環境”的魚尾部分相交，即，如果人處於強的狀態，具有強大的功能，那麼他對環境的要求就會小一些；反之，如果人的狀態在魚尾部分，即他的功能較弱，那麼他需要更貼合自身生活、工作要求的環境，這樣的環境可能需要通過環境改造或代償、替代等方式獲得。

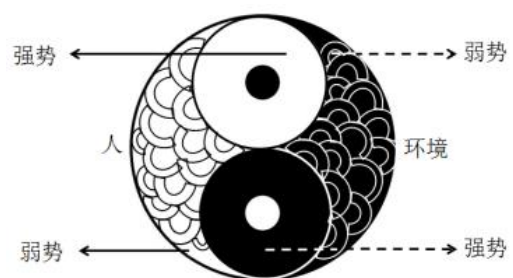


圖2 太極模式中強勢和弱勢

（2）要素③經濟條件 經濟活動是人類賴以生存和發展的基礎，人類勞動創造經濟，經濟水準的發展影響自然環境和社會環境，這些環境的變化又反作用於人。比如，人類創造出機器，機器在工廠生產中被賦予經濟價值，大規模生產

和經濟變革促使自然環境和社會環境的面貌發生了巨大改變。隨著交通工具的製造，人們在外出活動時有了更多的出行選擇，而出行方式的選擇一定程度上也反映了個人經濟狀況。研究發現，經濟條件的差異影響醫療服務條件，也影響人們的生活方式、對康復的瞭解程度、對功能障礙的自我評估和自我適應^[1]。

(3) 要素④心理狀態 人的心理既受身體結構與功能的影響，又受環境因素的影響。疾病或肢體損傷後，隨著功能的下降，原本簡單的作業活動成為挑戰，患者易產生焦慮或抑鬱。研究發現運動可降低焦慮水準、改善身體功能，幫助患者參與更多的室內活動。人在積極的環境中往往會有更受鼓勵的心理狀態^[2]，豐富的社會關係也可增強患者幸福感和提高社會參與能力^[3]。

2. 太極模式的特點

(1) 太極思想源遠流長、廣為人知，這讓中國人可以輕鬆地理解治療師想要表達的意思，容易形成融洽的交談氛圍。多篇文章提到在使用 COPM 前需對評定者進行專門培訓^[4-6]，專業人員尚且需要通過培訓來瞭解使用方法，可想而知，對於第一次接觸 COPM 的病人來說，接受其中理念可能並不容易。研究發現受教育程度高低一定程度上影響了 COPM 評估的準確性^[4]。太極模式對患者的受教育程度要求相對較低，可降低文化水準對評估結果的影響。

(2) 平衡理念 “太極和”理念認為共容與共存是事物發展的根本規律，“和”即平衡和諧的狀態。太極模式強調的平衡是交融的平衡、

動態的平衡。

由圖 2 可看出，黑白相交、內核相嵌，太極模式將“人”與“環境”看作一個相互交融的整體。只有“人”與“環境”的面積平均分佈，這個整體才能達到平衡。“人”與“環境”的任一方變多或變少，都是不平衡的狀態。“人”自身的平衡有賴於內在心理狀態與外在身體功能及環境的相宜。

太極模式的“動態的平衡”體現在“人”與“環境”的關係不是固定不變的，當一方改變，只有另一方也相應出現變化，才會重新形成一個平衡穩定的結構。

如果出現不平衡的情況（圖 3），如對人的過度/欠缺賦能，對環境的過度/欠缺改造，或內核改變，將影響整個結構的平衡與穩定。比如對糖尿病患者的過度訓練會導致低血糖的發生，對小兒麻痺患者過度賦能，看似增加了人的能力，但是關節退變等後果也接踵而至。環境改造也應考慮是否存在改造過度或不足的問題。

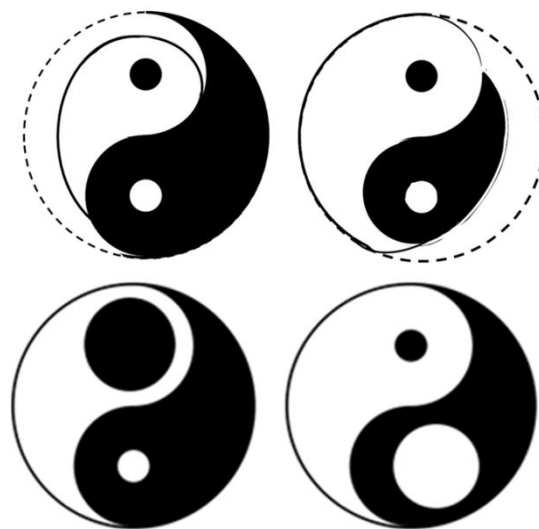


圖 3 幾種不平衡的狀態

所以我們提出“合理挑戰，正確賦能”。平衡的特點提示我們應當關注“人”與“環境”的和諧，對於“人”要適度賦能，同時關注人的心理和身體功能狀態的平衡；對於“環境”要以合理挑戰為宜，既以“挑戰”激發潛能，又以“合理”規控量度。

3. 討論

太極圖本身有一個演變發展的過程，不同的學派和解讀不盡相同。相較而言，周敦頤的解讀更為人所知，影響較大，本篇文章介紹的太極模式便源於此。

對“人”與“環境”孰陰孰陽的考慮，筆者認為，一方面陰陽之涵義豐富且意蘊深遠，不是簡單的對應關係，抽象的概念無法與具體的“人”、“環境”相做匹配。另一方面太極模式只是運用太極圖的構架以方便病人理解，從而便於臨床操作，並無對陰陽的涵義進行研究。

西方的作業治療模式也關注人和環境兩個部分，但與太極模式把兩者看作一個整體不同，西方模式仍將二者分隔為兩個獨立的個體，有相交但無相融。

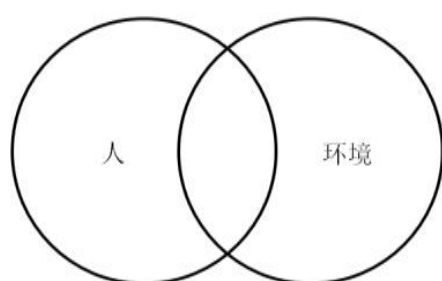


圖 4 西方模式和太極模式

作業治療師在長期的臨床實踐過程中發現，如果患者認為某些治療不能解決他們希望解決

的問題，那麼他們會被動消極地參加治療，甚至中途退出治療。明確問題所在、確定治療目標並影響治療過程的關鍵人物是患者本身，“以患者為中心”應當是真正符合其需求。運用太極模式時，治療師的作用在於引導，說明模式的特點，讓患者從自己的角度出發，圍繞“人”和“環境”描述目前的生活狀態和想法。治療師在患者的自我敘述中靈活準確捕捉患者表達的重點，瞭解他們的真實需求。治療師亦可嘗試用平衡的理念指導患者建立合理的生活方式，挖掘患者的潛能，並激發它們。

參考文獻

- [1]Marshall I J, Wang Y, Crichton S, et al. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes[J].The Lancet Neurology, 2015, 14(12):1206-1218.
- [2]Lahtinen M, Nenonen S, Rasila H, et al. Rehabilitation centers in change: Participatory methods for managing redesign and renovation[J]. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 2014, 7(2):57-75.
- [3]Lee JE, Loh SY. Physical activity and quality of life of cancer survivors: a lack of focus for lifestyle redesign [J].Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2013, 14(4):2551-2555.

[4]唐木得. 應用加拿大作業活動測量表對 120 例地震傷患的作業活動和療效分析[J]. 中國康復, 2009, 24(5):323-325.

[5]朱毅, 程潔, 唐方一, 等. 玉樹地震 1 年後上肢骨折傷患功能恢復的影響因素: 加拿大作業活動測量表分析[J]. 中國組織工程研

究, 2012, 16(9):1671-1675.

[6]惲曉平. 從 113 例不同疾病患者的活動障礙分析看作業治療的必要性[J]. 中國康復理論與實踐, 1995, 1(1):15-19.

經驗

手外傷的早期康復介入

宜興九如城康復醫院 李奎成

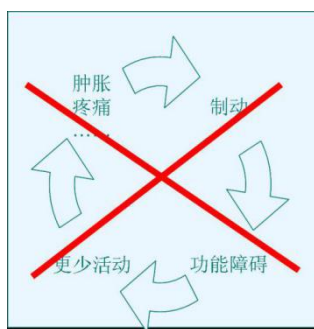
手外傷後為何要早期康復介入？



手外傷後常常由於腫脹、疼痛、制動等原因造成手部力量、關節活動度、靈活性、感覺異常等

功能障礙，而這些功能障礙使患活動減少，更加加重功能障礙，形成惡性循環，除影響外形外，嚴重者影響日常生活和工作，甚至造成永久性殘疾。

及時有效的康復可打破這一惡性循環，提高手術或藥物治療效果，最大限度地改善手功能，消除疼痛、腫脹等併發症，提高生活和工作能力，改善生活品質。



手外傷後何時開始進行康復治療？

- 在不影響急救的前提下，手外傷後康復治療越早開始效果越好，一般在外傷或術後第一時間就需介入康復治療，只是不同階段介入方法不同。

- 正確的康復治療不但不會影響治療和手術效果，反爾會促進傷口和組織的癒合，消除腫脹，減輕疼痛，抑制瘢痕，預防畸形，促進功能恢復，縮短住院時間，減輕家庭負擔，提高生活品質。

手外傷後康復的作用及證據

- ❖ 改善迴圈
- ❖ 減輕水腫
- ❖ 促進組織癒合
- ❖ 增進軟骨再生

(Allain, 1999; Goslings, 1999)

- ❖ 減輕疼痛
- ❖ 提早恢復活動及力量
- ❖ 促進早期復工

(Feehan, 2004)

- ❖ 減少長期失能
- ❖ 加速身體復原

(Millet 1995)

- ❖ 減少固定造成的後遺症

- 腫脹
- 肌肉萎縮
- 骨質疏鬆
- 粘連
- 關節僵硬
- 功能喪失

(Dias, 1987; Allain, 1999;

Abbaszadegan, 1989)

早期康復治療介入的考慮

需綜合考慮芭下情況

- ❖ 整體功能：認知功能、營養狀況、全身狀態、配合程度等
- ❖ 手術情況：手術方式、入路、縫合情況、固定方式等
- ❖ 組織癒合情形
 - ☞ 皮膚（保護期 0—2 周）
 - ☞ 血管（保護期 0—2 周）
 - ☞ 肌腱（保護期 0—6 周）
 - ☞ 韌帶（保護期 0—6 周）
 - ☞ 骨（保護期 0—3 周）
 - ☞ 神經（保護期 0—3 周）

預防可能的風險

☞ 感染

☞ 手術失敗

- ❖ 壞死
- ❖ 骨折不癒合
- ❖ 韌帶斷裂
- ❖ 神經
- ❖ 傷口

手外傷後不同時期治療如何選擇？

❖ **手術前期：**康復治療的目的是消除腫痛等症狀，糾正攣縮和畸形，並教會患術後功能鍛煉方法，為手術及手術後康復創造較好條件。



纠正畸形

❖ **康復第一期（受傷或術後 3 周內）：**

康復目的是減輕腫脹，消除疼痛，促進傷口癒合和肌腱、骨折的早期癒合，防止併發症的發生。康復方法以矯形器、理療、輕柔被動



主动运动



被动训练

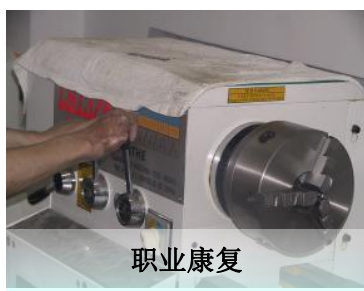
運動、未受累關節主動運動等為主，注意治療在有效固定的前提下完成。

❖ **康復第二期**（受傷或術後 3 至 6 周）：康復的目的是預防粘連、促進創傷癒合和功能恢復。治療以不抗阻的主動運動為主。



12 周）：康復目的是減少纖維組織的影響，抑制疤痕增生，爭取更大的關節活動範圍。治療方法以循序漸進的抗阻運動為主，以增強肌力。

❖ **康復第四期**（受傷或術後 12 周以



可考慮進行功能重建和二期修補手術，如肌腱松解等。

手外傷後常用康復治療的方法有哪些？

- 矯形器應用及壓力治療
- 手法治療：如被動活動、手法牽伸、關節鬆動、手法按摩等

● 功能性活動：主動活動、關節活動度練習、力量練習、手工藝活動、日常活動等

● 理療：如冷療、超聲治療、蠟療、電刺激治療、光療、水療等

● 中醫治療：如針灸、艾灸、薰蒸、中藥外洗等

● 其他治療：如心理治療、職業康復、社會康復等。



新型的手功能康復的方法——“提醒治療法” ——一種專為偏癱型腦癱患童研發的促進手功能康復治療方法

A new and innovative treatment for improving the functions of hemiplegic hands in clients with unilateral cerebral palsy

廣東省工傷康復中心作業治療科 董安琴

一、偏癱型腦癱患童手功能障礙的表現

偏癱型腦癱 (Hemiplegic Cerebral Palsy, HCP) 又稱為單側腦癱 (Unilateral Cerebral Palsy, UCP)，是痙攣型腦癱中較為常見的一種類型。患童通常由於在出生前、出生過程中及出生後半年內，一側正在發育的腦組織嚴重受損，致使對側手部運動功能障礙或活動不靈活，患童常習慣使用健側手來執行日常生活活動及玩耍，進而會減退對患側手的注意力，甚至忽略患手的存在，久而久之會造成偏癱側手上肢的“發展性廢用” (Developmental Disuse) 或“發展性忽略” (Developmental Disregard)，致使患童減少使用甚至不使用其患手參與執行自我照顧、休閒娛樂及學習方面的活動，從而進一步抑制該側肢體的運動與感知覺功能的發育，導致其運動功能發育遲緩或停滯，最終大大增加手上肢功能康復的難度，嚴重影響此類患童的活動參與及活動表現的能力。“發展性廢用”類似於腦卒中患者所表現出的“習得性廢用” (Learned nonuse)，是一種條件性運動抑制的學習現象，其理論基礎源於神經科學和行為心理學，並非直接的腦損傷所致，而是由於偏癱側手上肢功能障礙後患童習慣性不使用該側的自然現象，此現象通過特殊的康復治療得以減輕或糾正。

二、常見的手功能康復的方法

近年來，作業治療師們採用限制性促進療法 (Constraint-Induced Movement Therapy, CIMIT) 與雙手強化性訓練 (Bimanual Intensive training, BIT)，以提高偏癱型腦癱兒童患側手上肢功能，以及預防或改善“發展性廢用”。CIMIT技術主要包括兩個核心要素——“限制健側手的活動”與“強迫患側手進行一系列重複性的強化訓練”，儘管許多臨床研究報導CIMIT能夠有效地提高偏癱患者的手上肢功能，並能夠顯著改善“發展性廢用”的症狀。然而，由於該技術要求長時間的限制健側手，難以在家中、社區或學校內實施，且應用於兒童人群較為困難。故此，作業治療師們需要一種適合兒童的、友好的，且操作簡便的新技術，用於提高偏癱型腦癱兒童的手上肢功能。

三、新型的“提醒治療法”的介紹

近期，香港理工大學康復治療科學系的科研專家——方乃權教授，研發出一種新型的治療技術——“提醒治療法” (Remind-to-move treatment)，該技術主要包括兩方面的要素，即為持續的感覺提醒和重複性的密集式訓練。“提醒治療法”主要針對偏癱側肢體“習得性廢用”的新型的康復療法，通過穿戴的一只便攜型

穿戴裝置在患側手臂——“感知提示手錶”

(Sensory Cueing Wristwatch)，該裝置可以被設定為每10-15min發出持續的感覺信號(例如震動、聲響、閃光)，以增加患童對其偏癱側手上肢的注意力，提醒患童使用患手輔助完成日常生活活動，或執行由主管治療師為其量身定制的一系列的手功能作業活動，從而促進患側手部及其整體功能得以改善。每當手錶裝置發出提醒信號時，患童必須通過按壓其“停止鍵”(如圖1所示)方可停止信號，該設置與普通的手錶不同，其可以通過強迫患童主動停止感覺信號的方式，以提高患童對其患側手上肢的注意力。此外，該手錶裝置內置加速器，可以檢測患側上肢在X、Y、Z三個平面的運動數據，包括運動的角度、活動次數、運動頻率及反應的時間(即為患童暫停感覺信號的時間)，該數據不僅可以用於記錄和分析患童每日的運動頻率與品質，而且能夠向治療師與患童及其家長提供直接的回饋資訊。該手錶裝置已經取得美國和中國的發明專利，並且已經在廣州與香港的部分醫院和特殊學校開始使用。



图 1 感知提示性手表装置

感知提示性手錶的特點包括：(1)自動地、連續地發出感覺信號；(2)可自定義設定感覺信號輸出的時間與頻率；(3)能夠記錄患側上肢的運動時間、次數及方位；(4)配置電腦分析軟體，自動導出並分析運動數據；(5)設計輕便、操作簡單；(6)內置蓄電池，每次充電後可連續使用7小時；(7)適合患者在家中、學校及社區使用。提醒治療法適用於所有單側手上肢運動功能障礙並伴有“習得性廢用”或“單側忽略”的腦中風、小兒腦癱及腦外傷人士。

四、“提醒治療法”用於偏癱型腦癱患童的個案分享

樂樂，女，8歲，出生後因不明原因的右側腦損傷致使左側手部運動控制能力差，左手已出現明顯的廢用性萎縮，嚴重影響了樂樂自我照顧能力和學習能力。樂樂的父親描述：“樂樂原本是個性格內斂和自卑的孩子，由於自身功能的缺陷，她不願意與人接觸，對待別人的言行較為敏感，脾氣暴躁，對家長的意見比較抗拒，不肯鍛煉和使用其左手。我和孩子的媽媽都擔心她以後的學習和生活，更加擔憂她的左手會變成廢手。”樂樂父親得知提醒治療法之後，便鼓勵樂樂過來參加臨床試驗，嘗試使用此療法。在治療師的勸說和鼓勵下，樂樂同意在暑假裏進行為期4周的提醒治療法，每日穿戴感知提示性手錶在左側手臂上5小時，每週7天，並在家長的監督下完成每日3小時的密集式手功能訓練(如圖2所示)。

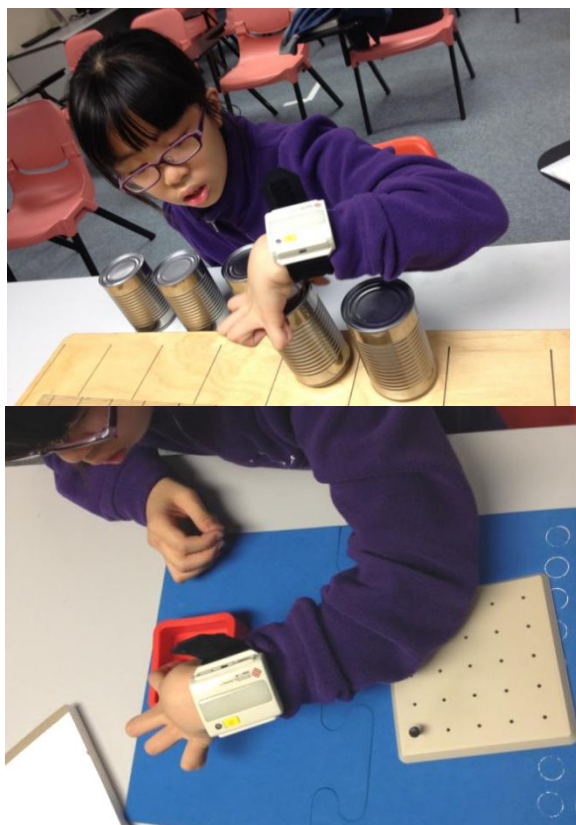


圖 2 患童進行“提醒治療法”訓練

治療結束兩周後，樂樂返回學校繼續上課，家長與老師均反映樂樂使用左手的頻率明顯增加，且左手較放假前靈活許多，手部運動的控制能力也有很大進步，現在能夠使用左手參與完成日常生活活動和學校的體育活動。樂樂父親說：“與其他傳統的手功能康復手段相比，提醒治療法更加容易被孩子接受，該方法採用適合孩子年

齡段的、有趣的、功能性作業活動，不僅增加了孩子鍛煉患側手的動力，而且能夠有效地改善患手的“習得性廢用”的問題。此外，孩子現在無需每日去醫院進行康復訓練，完全可以在家中或學校進行手功能康復鍛煉，只需要每週將孩子手部運動的數據通過電郵發送給其主管治療師，以便治療師跟進手功能的變化，以及訓練方案的更新與調整。”

五、“提醒治療法”的相關研究成果

筆者及其研究團隊進行了兩個臨床預實驗分別研究《提醒治療法》對手功能輕至中度與中至重度受損的腦癱患兒的療效，研究結果均顯示能夠有效地改善大腦麻痺兒童的偏癱側上肢的運動功能，增加患側肢體在日常生活活動中的使用頻率。此外，筆者還進行了一個大樣本量的多中心的臨床隨機對照實驗，對照研究“提醒治療法”與CIMT和傳統的作業治療對腦癱學童手功能療效的差異。目前，此三項實驗的研究結果分別發表於《Clinical Rehabilitation》、《Developmental Neurorehabilitation》、《Developmental Medicine and Child Neurology》三個SCI的雜誌。

分享

隨心手愈在認知康復領域的臨床探索與應用

南方醫科大學珠江醫院 周晶

一、認知的作業治療介入

臨床常見的認知功能障礙

轉介到作業治療的患者中，認知功能障礙是

常見的臨床症狀之一，例如中風，腦外傷，帕金森綜合症，多發性硬化等的患者。各種不同層面的認知功能障礙不但影響患者接受康復治療，也

會對其日常生活功能的獨立程度造成影響，甚至降低其自我效能，影響社會功能和生活品質。因此，認知功能障礙是作業治療師所必須介入處理的重點之一。

認知康復主要是針對患有一項或多項認知功能損傷的患者，提供一系列有系統醫療和治療性活動服務，以增進患者的認知功能和活動的參與。認知康復主張功能性導向的治療，需要跨專業間的鑽研人員共同合作，才能有效達到認知康復目標。一般而言，認知康復的主要目標是為直接增強或重新建立患者先前已經學會的行為模式，協助患者借著外在代償機制建立新的認知活動模式，以及協助患者適應其認知障礙，以增進整體的功能和生活品質。認知康復所處理的問題包含注意力 / 記憶 / 語言和執行功能。

語言治療師與作業治療師最常提供認知康復的相關治療服務，不過語言治療的治療服務內容較為局限，通常只在語言和理解的訓練活動中結合訓練患者受損的認知技巧。而作業治療的範圍比較廣泛，治療師可根據本身的專業知識背景，活動分析能力以及對治療活動的瞭解，將患者所需的各種認知訓練融合在動作或日常生活活動訓練中加以訓練，甚至與手工興趣相結合，作業治療介入的主要目的在於降低患者因認知障礙所導致的活動限制，提升日常活動參與，履行職能角色。

認知障礙的作業治療

認知康復大致可以分為兩大類的介入途徑，第一類主要嘗試直接重新訓練患者因腦傷導致

的認知受損，是基於大腦神經的可塑性，受傷後可通過再訓練而修復，恢復受損的認知技能。而第二類是試圖發展患者的新的代償技巧以增進日常活動表現。其基本假設為患者可以通過未受損的腦神經組織，或是仍保留的認知功能來學習新的策略，以代償受損的認知技巧。

矯治性途徑 (remedial approach)

強調恢復患者受損的認知技巧，又稱為認知再訓練，或恢復性途徑，矯治性途徑主要是通過設計各種與特定認知技巧有關的桌上型活動或電腦認知訓練來直接訓練患者受損的認知技巧，並認為患者再這些活動中所習得的認知技巧可自動化概化到與此認知技巧相關的日常活動中，進而增進患者的日常功能。所以矯治性途徑又稱為學習轉移途徑 (transfer training approach)。重點在於直接改變患者的基本認知能力，而非調整活動或是環境要求。例如針對記憶力不佳的患者，治療師可設計需要記憶能力的撲克牌遊戲，來訓練患者的記憶能力。治療師假設患者在此活動中學習到的記憶技巧轉移到日常活動中，例如改善其按時服藥的行為，或是改善其記憶購物清單的能力等等。雖然矯治性途徑的成效已獲得不少研究的證實，例如注意力的訓練；但是多數的研究結果也發現，這些針對特定認知技巧的訓練效果並無法完全自動轉移到其他活動。學者建議將矯治性途徑結合自我監控技巧和策略訓練，並且在多樣化的活動中加以訓練，可獲得較佳的治療成效。

適應性途徑 (adaptive approach) 又稱為功能性途徑, 主要假設成人腦組織的可塑性有限, 因此利用患者現有的能力來增進其職能表現。適應性途徑介入的重點在於減少患者因認知損傷所導致的活動限制和參與局限性, 而非直接訓練或恢復患者受損的認知技巧。臨床常用的適應性途徑可分為: 活動或環境的調整 / 功能性活動訓練, 教導代償策略。

二. 手工用於認知作業治療的基本理論架構及規範

1、手工作業治療與康復

作業治療是除物理治療以外另一主要的康復專案。自作業治療這個專業形成以來, 利用做手工來治療一直是作業治療的核心理念之一。作業治療的發展脈絡始終與手工治療活動密切聯繫著。

在二十世紀初, 作業治療的形成可追溯到道德治療 (moral treatment) 的哲學基礎。道德治療也就是 18 世紀的療養院常見的治療形式。作業治療最初出現在醫院是以治療精神疾病的患者為主, 後來直到第一次世界大戰時, 作業治療的哲學範疇開始擴展到肢體障礙的患者。

在 1920 年後, 作業治療師們開始積極地探索、尋找並建立只有作業治療領域能夠提供的治療服務。他們開始討論手工對患者的治療作用, 包括改善肌力、動作協調、耐力、心理維度的問題解決能力、自我成就感、群體社交能力。

Thomas Kidner 寫道: “患者能夠在手工活動中找到真實的樂趣, 而這是在機械式康復訓練

中很難獲取到的。一旦想到自己正在創作出有價值的作品, 患者會打從心底裏感到強烈的治療興趣和動機”。

二次世界大戰帶來了美國社會對作業治療的新需求。

在生理疾病領域, 治療師們發展出多種多樣的治療技術, 同時也關注作業治療對心理和社交層面的干預作用, 立志於提供有品質的醫療服務。

不難發現手工在作業治療發展史中扮演了十分重要的角色。作業治療因它而起, 又是手工治療讓治療師們重新理解和回歸到 OT 的核心和本質。

2、手工治療理論架構

在臨床上常常看到很多患者每天如流水線一樣的治療節奏, 做完理療做電療, 做完電療做運動, 主動康復的動機被疾病日漸消磨。也許他們並不那麼享受治療過程, 而當我們引入手工作業治療時, 情況發生了改變。

因手工治療是科學 science 和藝術 art 的結合。

隨心手愈於 2013 年 3 月便開始了對手工治療進行試探性的應用和觀察。經過長期的臨床觀察以及總結前人的經驗, 我們歸納出做手工活動的治療作用:

生理方面: 通過專注於重複性的動作, 此時副交感神經佔據主導, 有助於改善心率、呼吸頻率、舒緩壓力。

運動感覺功能：顏色斑斕、質地多樣的手工材料對視覺、觸覺都是很好的感覺刺激，同時患者通過手工加強上肢及手部精細的運動功能，包括：握力捏力等肌力、耐力、關節活動度、動作控制，手部協調。

認知：患者在製作作品時，同時也是在學習掌握新技能、有助於提高其邏輯思維能力、空間構型、事件管理、問題解決能力、創造力、以及改善短期長期記憶。重塑疾病後患者的自我價值，促進患者深層次的自我認知。

手工相關技巧：包括手工各項技能、同時學會使用和適應各種工具材料，強化其在日常生活訓練中的工具使用能力。

有意義的治療性活動：通過完成手工活動，對患者的要求不再是單一的動作要素，而是以完成精美有趣富有創意的作品為目標導向的整合的任務，可以全方位調動患者的動作控制、精確度及安全性以及自主參與康復治療的動機。

人際關係及溝通技能：在手工個人以及團體的治療模式中，患者通過角色行為、關係模式、語言和非語言溝通來提高表達技能。患者的作品是其價值和成就感的完全體現。

患者不僅僅從做手工中得到快樂，得到寬慰，我們還建立了中風俱樂部，通過激發病友間的互相鼓勵與支持，故事分享，建構來自病友們的社交平臺，彼此建立康復和重新面對生活的信心與支持。

轉移疾病的負面體驗：疾病後的焦慮、抑鬱的原因之一是自我價值感的喪失，生活動機缺

失，而通過完成在某種程度上具有一定挑戰性的有價值的作品，大大激發了自我成就感，加強了自我肯定，對生活又充滿了信心。沉靜在“心流”flow 狀態中，即忘我境界，當人們去做真正給自己帶來快樂的事情時，會全身心投入進去，而忘記了身邊一切事物的存在；自我消失了，時間也仿佛過得很快。將疾病的負面情緒體驗通過創造性的活動轉移開來，重新正向積極面對疾病，樂觀面對疾病後生活。做手工的過程，可助於患者完成心理上的調適。

3. 手工用於認知作業治療的探索

手工應用於認知康復的主要治療目的：

運用可控的看得到的各式各樣手工品來豐富臨床已有的認知功能訓練，改善患者的康復動機，手工任務具有更直觀地呈現學習成效的優點，激發患者地創造力，通過完成不同的手工任務，強化患者的認知理解能力以及問題解決能力，同時還能根據患者的認知障礙，將手工包改造並設計作為訓練短期記憶 / 程式記憶 / 算數能力的手工製作過程，還有如顏色認知訓練 / 專注力訓練 / 以及邏輯思維訓練等。

三. 隨心手愈手工包在認知領域的應用介紹

《數字油畫》



《奇妙珠》

一．設計理念

“數字油畫”通過簡約、溫馨和美麗的圖案，引領著參與者一筆一畫，一點一滴地使白板換成靈動的、多彩的畫作，給人一股寧靜、溫暖的體驗。這不僅能鍛煉到參與者的手功能，更重要的是激發參與者回歸家庭、重返社會的決心，增添參與者重建美好生活的信心與動力。

二．適用人群

神經肌肉功能、感覺功能、知覺認知功能、心理社會功能及職能操作效能等功能障礙的病患為主：

三、手工包內工具及材料

油畫底板、水粉顏料若干、畫筆、加粗筆套

四、治療作用

認知障礙方面：提供視覺刺激與回饋；顏色配對 顏色失認訓練，空間忽略訓練

生理功能方面：抓握能力的訓練：提高患者大拇指、食指、中指的靈活性，有利於以後基本的書寫能力的恢復；患肢的肌力、耐力以及關節活動度的提高；手眼協調及雙上肢協調能力的訓練；坐位平衡的訓練；

情緒動機方面：緩解患者不良情緒，調動患者參與治療的積極性。

五、治療建議

推薦治療環境

個人工作臺、光線通透

推薦治療時間

每次治療時間 30 分鐘，分 3 次左右治療。



一．設計理念

奇妙珠以獨特的形態創作出不同的作品，它的可貴之處在於產品實用且易於保存，活動趣味性和吸引力強，操作簡便，易於學習和創新。

雖然做工較複雜，對於參與者手功能的要求比較高，但是這些多而不雜的工序是有助於參與者手精細功能的鍛煉的。製作過程中夾捏動作對手指靈活性要求較高，有利於改善患者手指精細動作能力和手眼協調性，可增強上肢肌力和坐位耐久力。

通過治療師的耐心引導與協助，參與者定可以製作出充滿愛與希望的“藝術作品”，當患者看著一個個栩栩如生的藝術品從自己手裏誕生，那種成就感溢於言表，有助於緩解患者浮躁不安等不良情緒和提升患者的自我認同感。在將自己親手製作出來的藝術品送給自己關心的或關心自己的人時定會有一股新力量重新注入到身體中，給參與者鼓勵。

二、適用人群

神經肌肉功能、感覺功能、知覺認知功能、心理社會功能及職能操作效能等功能障礙的病患為主：

三、工具及材料

拼豆、鑷子、範本、設計圖、助燙紙、熨斗。

四、製作過程

1. 準備好奇妙珠、鑷子、範本、設計圖、助燙紙、熨斗材料。

2. 首先將範本平放，依照設計圖，用鑷子將空心豆一粒粒放在範本的凸點上。直到完成您的創作。

3. 然後用專用助燙紙覆蓋在作品上，把熨斗調至合適溫度，在作品上輕輕打圈移動，均勻加熱直到豆豆相互粘貼在一起。

4. 將作品從範本上取下放平，依照相同做法熨燙作品另一面，帶冷卻後作品即可完成，用重物壓一會就可以讓作品更加平整美觀。

五、治療作用

1. 生理功能方面：抓握能力的訓練：提高患者大拇指、食指、中指的靈活性，有利於以後基本的書寫能力的恢復；患肢的肌力、耐力以及關節活動度的提高；手眼協調及雙上肢協調能力的訓練；坐位平衡能力訓練，長時間製作可鍛煉坐位耐久力訓練；

2. 認知功能方面：提供視覺刺激與回饋；提高注意力與毅力；可用於患者注意力的訓練（例如患者按照指令將不同顏色的奇妙珠放置到指定區域完成奇妙珠作品，或將某一區域或者指定

順序的奇妙珠取出單獨放置）記憶力訓練（讓患者按照記憶復原奇妙珠的圖案）計算能力訓練，空間構型的訓練，空間忽略的訓練，問題解決能力等。

3. 動機及情緒方面：緩解患者焦慮，抑鬱等不良情緒和提升患者的自我認同感。

五、治療建議

推薦治療環境

個人工作臺、光線通透

推薦治療時間

每次治療時間 30 分鐘，分 6 次治療。

5. 禁忌人群及注意事項

智力嚴重低下患者。

不能長時間保持站位或坐位患者。

嚴重心肺疾病患者。

使用熨斗預熱和熨燙時要防止燙傷。

存在嚴重手部感覺障礙者。

《不織布花》



一．設計理念：

不織布是一種散發著魅力和潛力的一種布料，經過人們的巧手，可以變成各種各樣的玩意。不僅能鍛煉到參與者的手功能，更重要的是激發參與者回歸家庭、重返社會的決心，重新與社會

接軌。對於婦女而言，還有重新擔當起家庭的成就感。

二．適用人群：

神經肌肉功能、感覺功能、知覺認知功能、心理社會功能及職能操作效能等功能障礙的病患為主：

三．工具及材料

不織布花瓣、花蕊、花杆、仿真樹葉、不織布花盆、海綿、剪刀、線、塑膠針、絲帶

製作過程

1. 打開不織布花手工作業包，檢查材料是否缺失。

2. 不織布花第一步，找到圖片中對應的工具，先將花朵與花蕾部分組裝好。

3. 然後再取出顏色相同的花朵，一起組裝好。這個時候應該注意兩片花瓣相互錯開。

4. 取出綠色葉子和花杆，對準葉子上的小孔，把葉子插入花杆，並將葉子調節到合適的位置。

5. 將花朵部分與枝幹部分連接起來，一朵美麗的不織布花製作完成。

6. 現在來製作花盆：用材料包提供的線，將兩片不織布縫成花盆造型。

7. 將棉絮放入花盆，花盆裏插入剛才做好的不織布花。

8. 一盆親手製作的不織布花，帶來無限驚喜。

四．治療作用：

生理功能作用：前臂旋前旋後功能訓練；手指精細活動訓練：如三指捏針等，可以提高患者大拇指、食指、中指的靈活性；

雙手協調能力及手眼協調能力的訓練；坐位平衡的訓練；

認知功能方面：物品失認 / 顏色失認 / 執行功能 / 問題解決能力等。

3. 心理認知方面：提升患者的自我成就感，提高生活品質。

五．治療建議

1. 推薦治療環境：個人工作臺、光線通透

2. 推薦治療時間：每次治療時間 20 分鐘，完成作品可分 3 次治療。

《景泰藍手工畫》



一．設計理念

景泰藍手工畫，以金屬絲為線條，彩沙或陶泥為顏料，鑲嵌成各種精美的圖案，其色彩自然、鮮豔、明亮，具有鮮明的藝術特色。填充彩沙或陶泥的過程仿佛一步步走進了古老的宮廷藝術，給人以視覺的享受，心靈的安慰，可以吸引患者主動動手製作。

二、適用人群

神經肌肉功能、感覺功能、知覺認知功能、心理社會功能及職能操作效能等功能障礙的病患為主：

三、工具及材料

畫板、彩沙或陶泥和泡沫泥、手柄加粗的劃沙鏟

四、製作過程

彩沙款

1. 鋪平畫板，根據對應樣圖中的顏色標注，選准彩沙，使用劃沙鏟，對應填入；每換一種沙子，均需對沙產進行清洗。

2. 先上小色塊，再上大色塊；可選擇非相鄰區域一批批填，注意安排好填色先後次序和時間，期間可能需要等候彩沙上的水份蒸發。可選擇分次完成，乃至隔天。

3. 填色技巧之鏟：用沙鏟鏟起彩沙，小塊小塊地填充進畫板對應的區域，均勻分佈，不用很多。平整後沙子高度不超過金色絲高度三分之二。

4. 填色技巧之劃：用沙鏟（或牙籤）的尖頭在某一封密區域內劃動使彩沙分佈均勻。

5. 填色技巧之點：對明顯高起的尖點，用沙鏟點動高起點，使之平緩。

6. 填色技巧之抖：一手按住畫板對角位置，一手上下抖動或左右晃動畫板，可使沙面迅速平整均勻。對於不平整區域可用沙鏟點一點後晃動，薄的地方可適量補點彩沙。按照以上技巧完成一副畫作。

陶泥款

1. 根據樣圖中的顏色標注，選准陶泥，按壓填入相應區域。

2. 用沙剷除去覆蓋的陶泥，露出金色絲圖案。

3. 在不同的區域，重複以上動作。注意圖案與畫框之間的區域，選用泡沫泥，形成有質感的底色效果。

4. 依照這樣的技巧完成一副畫作。

5. 將畫作粘貼在折好的相框底座上，擺放欣賞。

五、治療作用：

1. 生理功能方面：抓握能力的訓練：提高患者大拇指、食指、中指的靈活性，有利於以後基本的書寫能力的恢復；患肢的肌力、耐力以及關節活動度的提高；手眼協調及雙上肢協調能力的訓練；

2. 認知障礙方面：提供視覺刺激與回饋；基本應用同數字油畫，可用於：顏色配對 / 空間認知等以及注意力的改善。

3. 心理動機方面：緩解患者不良情緒，調動患者參與治療的積極性。

六、治療建議

推薦治療環境

個人工作臺、光線通透

推薦治療時間

每次治療時間 20 分鐘，分 3 次治療。

小結：目前隨心手愈新的手工包不斷研發當中，在作業治療各個領域的創新性應用正是我們一直在做的嘗試和探索，隨心手愈作為一個 OT 領域的品牌，除了致力於手工作業治療產品的開發，還關注於作業治療理念的傳播和推廣；並且

希望能與眾多康復科室一起協作，拓展作業治療發展的新思路，使作業治療以更具有活力、人文

關懷和可發展性的形象，成為康復科發展的重要環節。

寧波市第六醫院康復科

寧波市第六醫院 王海剛

寧波市第六醫院是一所三級乙等醫院，是浙江省唯一集醫療、教學、科研、康復、醫療、保健為一體的三級骨科專科醫院。醫院開放床位近千張，年急診、門診量 70 餘萬人次，出院人數 3.5 萬人，年手術量 4 萬餘臺。手外科是省級重點扶持科室下設 6 個病區，開放床位 300 張。康復科為院級重點科室，開放床位 50 張。康復科劃分為住院部、治療部、門診部；可實現有醫生 4 人、康復治療師 20 餘人，護士 7 人。

康復科現開展創傷及手外科術前術後的康復治療，其中手外科病人康復治療為重點專案。年治療人次 6 萬餘人次。目前開展康復評定，康復治療（手法、運動、家居訓練），支具壓力衣等。其中康復評定開展門診病人隨訪康復評定，擇期手術術前、術後康復評定等。康復治療開展臨床療效康復治療、家居訓練等。

案例：

患者情況：張某，男，18 歲

診斷：左手 1-5 指離斷傷

手術：2014.2.9 在臂叢麻醉下行“清創，左手 1-5 指再植，拇指 IP 關節融合術”。

康復治療經過：患者由於傷口原因術後三周開始康復治療，治療前評估患手腫脹明顯；左手

虎口處有 2cm*2cm 傷口未癒合；左手 2-5 指石膏托固定有輕微主動活動，腕關節 ROM 主動背伸 45 度，掌屈 10 度，尺偏 30 度，橈偏 10 度；肌力握力 捏力 對指無法測量；兩點辨別覺、輕觸覺無；左前臂肌肉壓痛 VAS=4/10 深層。治療計畫 1、左上肢淋巴回流，2、左手間接筋膜松解，3、左前臂肌肉點按法放鬆，4、左腕關節掌屈/背伸/尺偏/橈偏 IV 級手法各 8 次，5、左拇指被動對掌/外展、掌指關節屈/伸、左 2-4 指各關節（單一關節）被動屈/伸 I 級手法各 8 次 6、左上肢抗 0.5kg 沙袋肩關節前屈/外展/內旋/外旋，左肘關節屈/伸各 20 次，7、電牙刷刺激感覺減退區，3 次/日，3 次/天 8、左前臂屈、伸總肌腱處 EMS 各 15min，具體輸出量

9、病房運動：（1）囑其左肩肘加強力量訓練，沙袋抗阻練習（沙袋重量隨患者感受定），3 次/日，3 次/天，（2）左手 2-5 指各關節主動運動，50 次/組，5 組/日。患者術後 6 周開始佩戴壓力手套。

支具壓力衣



運動訓練



從事手 OT 治療師工作後感想

東莞市虎門醫院 何惠平

大學畢業後，我來到東莞市虎門醫院康復科手部創傷康復區工作，在 8 年的手作業治療工作過程中，有些所見所悟，想借此機會與各位專家同仁分享下，不正之處，敬請指正。



剛開始工作時，對手康復的理解比較朦朧，覺得手康復與其他病種的康復模式差不多，當時我科手康復的 PT 和 OT 治療是分開的，限於當時的經驗，手 OT 的治療手段也比較少，主要為器械訓練、支具、壓力衣，但支具和壓力衣做的有點醜，有點像安徒生的小板凳，呵呵，幸運的是東莞作為世界加工業名城，另外我院為東莞市社

保局工傷康復協議機構，手外傷患者比較多，我每天平均約為 15 名手外傷患者服務，有較多的練手機會，我的“小板凳”也逐漸入眼了，但是支具的種類會做的還比較少，壓力墊的製作的也不好。後來，隨著東莞經濟的迅速發展，製造業、加工業等行業的日益發達，吸引了成千上萬的勞動力，手部創傷（如擠壓傷、切割傷、絞傷等）的發生率也日益增長，我科手外傷患者也逐漸增多，並於 2009 年成立了手部損傷康復治療專區，另外感到非常幸運的是能夠與香港職業治療學院進行技術上的合作交流，並成為學院康復治療培訓基地。我院與香港合辦了系列專題培訓班（如手及上肢康復培訓班、支具製作培訓班、燒傷康復培訓班、周圍神經損傷康復培訓班等），在手及上肢康復培訓班中，我學到了手外傷不同病種的康復治療技術及詳細的康復治療計畫，對不同病種的各個康復階段的康復治療有了把握，

以前心理沒把握的早期的手外傷病人現在也敢於做了，發現早期的患者康復治療效果每天都有明顯的進步，心理也非常高興，真心希望所有的患者能享受到早期康復待遇，但因醫保政策引導問題、患者的早期康復意識還比較薄弱甚至不知道康復是什麼等情況，很多患者還是沒享受到早期康復的待遇。另外香港職業治療學院老師每月定期臨床指導，如黃錦文老師、梁國輝老師、方少麗老師、黃曉芸老師等多名老師到我科進行臨床指導，更有針對性對我們手 OT 組的同事在治療過程中存在的問題進行了個性指導，使我們對手康復的理念及技術有了較大的提高，從剛開始單純關注患者受傷手局部的功能問題到關注患者的整個身體、心理、甚至基於 ICF 的全面康復，治療手段也變得豐富多彩起來，如手法治療、手功能鍛煉、支具製作、壓力衣及壓力墊製作、手工藝製作、書法、文體治療、中醫康復、職業及社會康復等。同時我們同事陸續有幸到香港各醫院參觀及進修學習，本人也有幸到香港伊莉莎白醫院進修學習，在思想理念及技術水準上也收穫頗多，也發現香港的醫院康復科與臨床科室的溝通做的很好，每位患者都建有一個個案，也相當於我們這邊的門診病例，但個案上的專案比門診病例詳細，我想可能這樣規定了要溝通的內容，溝通會更快捷，同時也發現香港醫生寫的手術情況比我們要詳細，這樣也減少了康復治療風險的發生率。香港的早期康復做的也比較好，一般患者在手術第二天就可以到康復科接受治療，所以竟然沒發現我們這邊幾乎對每個病人都要做的

不可缺少的手法治療，僵硬手的患者也很少。個人認為原因為醫保政策引導的較好。外科醫生康復意識也較好。在治療技術上，進修後在早期康復的支具製作、壓力衣製作、各病種的治療計畫上有了進一步提高，對於我來說挑戰性比較大的是支具的製作，香港的老師基本上十多分鐘就可以製作一個支具。心理感到非常佩服。在多次的練習下，慢慢的摸索及在陳剛老師的耐心指導下，對支具的製作理論及技術有了很大的進步。結束進修之旅，回到科室也慢慢的給予患者做些支具。由於動態的支具做起來較複雜，我們科主任特意培養一位治療師到北京中康學習低溫及高溫支具製作。目前我科像手部靜態支具有我們手 OT 師負責，而像腳托、動態支具等由專門的治療師製作。在用自己學到的知識技術給患者治療的過程中，每當看到患者看到自己進步時開心的笑容時，我感覺到從事手 OT 師是一個很開心的工作。

在各位同事的一起努力下，我們科在 2012 年被評為“廣東省臨床重點專科”，也承擔了省市重點和一般課題多項，我也感覺到了作為康復科一員的榮譽感，有付出就會有回報，明天會更好！隨著我們康復科的壯大，在東莞來說也有一定的名氣，很多其他醫院的及社保局領導陸續到我們科參觀，我們在臨床工作中也強調早期康復的重要性，後期陸續有越來越多的手外傷術後早期患者來到我科住院，僵硬手患者越來越少，真心希望每位手外傷患者都能及時得到最好的康復。



前幾年非常流行肌內效貼技術，特別是運動員，由於領導的支持，有幸參加了肌內效貼的培訓班，由外籍老師給予我們授課，通過學習發覺肌內效貼用於手外傷患者效果也挺不錯，在此給大家分享下，在早期還存在手腫脹的患者，運用於淋巴回流，效果顯著，給予我比較大啟發的是老師把肌內效貼運用到腦卒中後足下垂患者，查閱相關文獻，由於踝背屈肌無力導致足下垂者，肌內效貼對抗踝重力同時誘發肌肉收縮，從而增加肌肉和踝背屈 AROM。根據上述的原理，想能否把肌內效貼運用到手部神經損傷患者上？如一位手腕切割傷患者導致尺神經受損，來到我科的時候環小指出現爪形手畸形，給予患者貼肌內效貼，糾正環小指 MP 關節過伸，PIP 關節屈曲畸形，同時在肌力訓練時更有助於蚓狀肌、骨間肌的肌力訓練，同時肌內效貼具有良好的透氣性及伸縮性，小負荷長時間作用於患指上，帶著貼布睡覺也不會影響到患者睡眠品質，通過一段時間的治療，也有良好的治療效果。

基於 ICF，關注手康復患者的全面康復。在心理康復方面，在我接觸那麼多患者後，我發現作為一名手科作業治療師，患者的心理情況也非

常重要，患者的心理康復不僅需要專業的心理醫師治療，另外手 OT 師在患者心理康復中也可以扮演非常重要的角色，因為手 OT 師每天接觸患者的時間較多，更利於瞭解患者的各種基本情況。手外傷患者可導致手外觀異常、功能不同程度受限或喪失，降低患者勞動能力，嚴重影響其生後品質，以及來自家庭、社會的負面因素，給患者帶來較大的心理壓力，甚至導致更為嚴重的心理障礙。年齡分佈於青壯年人群，以男性為主。大部分患者還是家庭的主要勞動力和經濟支柱，傷後會給家庭生活帶來嚴重的影響。特別是斷肢（指）患者發生焦慮和抑鬱等負面情緒的概率非常高，不利於患者的康復治療。在這幾年工作中，有位患者我印象是非常深刻，這位患者是雙手截肢，剛開始接觸他的時候，患者不願意說話，給他安排時間做治療，基本上很少看到他的人。我們首先針對患者 ADL 評分較低，給患者做了生活輔助器具，儘量先讓他解決生活自理問題，增強患者的自信心。後來給家屬及患者本人做專業的心理輔導，同時手 OT 師每天給予正面情緒引導，探討未來的生活的希望，解決來自患者本人、家庭及社會的阻礙。通過多種康復治療手段，患者在住院期間，負面情緒較入院時逐漸好轉，也喜歡跟我們工作人員聊天。

我覺得評價會在手康復中也很重要，有利於各部門之間的溝通，對疑難病例也較好，患者入院後，主管醫生、護士、各部門的治療師先給患者做初步評估，然後開評價會，或通過一段時間的康復治療，對疑難病例開展評價會。評價會以

患者為中心，由主管醫生主持及介紹患者的基本情況，接著到運動治療師、作業治療師、心理治療師、理療師、中醫師、護士陸續發言和溝通，可制定更好的康復治療計畫。

最後，作為一名手 OT 師，感覺自己的工作

非常有意義，很榮幸能成為這團隊的一份子，也非常感謝香港職業治療學院的各位老師們和各位專家同仁的辛苦教誨。

2016 深港臺莞惠康復論壇暨作業治療論壇作業治療分會場總結報告

深圳市第二人民醫院作業治療師 李旭輝

2016 年深港臺莞惠康復論壇暨作業治療論壇於 7 月 16 日至 17 日在廣東深圳市彭年酒店隆重舉行。此次會議由深圳市康復醫學會、香港職業治療學院、臺灣職能治療學會、東莞市醫學會物理醫學與康復分會及惠州市康復醫學會聯合主辦，深圳市第二人民醫院承辦，深圳寶興醫院、深圳市南澳人民醫院、深圳龍城醫院、深圳恒生醫院、醫蘭達（深圳）網路科技有限公司協辦。在大家的共同努力下，會議取得圓滿成功！這是繼 2015 年深圳國際作業治療研討會暨全國作業治療論壇後，又一推動全國作業治療發展的新里程碑，體現出我國作業治療向更加專業化的方向蓬勃發展。

師團隊取得巨大進步，我們的合作也已經取得豐碩的成果。今天，香港職業治療學院在深圳市第二人民醫院“作業治療培訓基地”正式掛牌成立，隨著深市二院康復中心和香港職業治療學院深度合作，標誌著深圳市第二人民醫院康復中心的作業治療事業將邁上新的臺階。



深圳市第二人民醫院康復中心與香港職業治療學院的合作有 4 個多年頭，期間我們的治療



此次作業治療論壇以“新理念、新收穫”為主題，展示五地康復實踐和成果，探索康復未來的發展趨勢。作業治療論壇設有六個專題，共有 13 位代表的作主題彙報。

會議開始前香港職業治療學院梁國輝會長對“三元合一重建生活為本作業治療理念”



進行了精彩的主題演講，介紹了目前中國內地作業治療發展歷程、瓶頸及發展的新機遇，隨後梁會長深入淺出，幽默風趣的闡述作業治療新理念“重建生活為本的作業治療”新模式，新理念模式的推廣在國內部分地區非常成功。其後 12 位代表著不同醫院的作業治療師及醫生對“床旁 ADL 訓練對重建生活能力及意志的作用”、“作業活動訓練對重建生活能力及意志的作用”、“體感遊戲在上肢肢體功能訓練中的作用”、“多層

次作業治療認知訓練”以及“作業治療與多專業團隊協作模式”進行了經驗分享，使得參會者對新理念更加深刻的理解，能夠把握自己科室實際情況來開展作業治療工作。

會議期間以梁國輝會長為代表的香港職業治療學院、臺灣高雄長庚醫院張瑞昆教授、國內著名康復專家燕鐵斌教授以及來自五湖四海



的康復同仁對“重建生活為本”的作業治療新理念進行了充分討論及耐心的解答了參會學員提出的疑惑，會場氣氛活躍，參會者收穫良多。

作業治療論壇已順利圓滿結束。我們希望通過國內外專家同道的共同努力，一起把國內作業治療專業發展推上新高度。在此，感謝與會者和合作夥伴們的大力支持，期待明年此時與您再次相約共襄盛會。

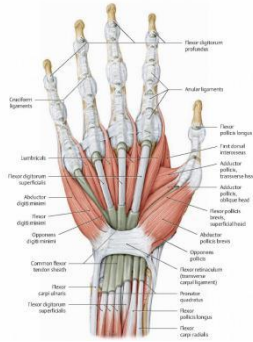
卒中患者的手內肌訓練的作業治療

中山大學附屬第一醫院 卞瑞豪

隨著社會的生活節奏、環境、習慣的改變，發生腦血管意外的人群越來越趨於年輕化。作業治療的作用，發生腦血管意外的人群對手部精細動作的需求越來越高。相對於較粗大的基礎性日

常生活活動訓練，針對手內肌的、訓練手部精細動作的作業活動也應受到充分重視。

手是人極為重要的一個器官。手部的功能主要在臂叢神經支配前臂肌肉與手內在肌的活動



下完成。前臂肌肉主要完成力量性的動作，大部分手的精細動作由手內肌完成。

前臂的屈伸肌牽引指骨完成強而有力

的手腕手指屈伸動作，完成鉤狀抓握等力量性強而靈活性弱的活動，多而小的手內在肌群的各司其職的牽引，使得各個掌指骨相互滑動、屈伸、靠近分離，完成手部對掌對指等細小精確而複雜的活動，使得雙手成為一個功能繁複、不可或缺的“器官”。

手內肌是指手部的小肌肉，其起點和止點均在手部，共有 19 塊小肌。因部位與起止點不同，它們功能各異。

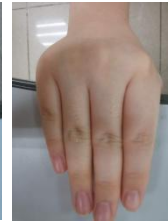
1、針對蚓狀肌的作業活動：

蚓狀肌與骨間肌協同，屈曲掌指關節，伸展指間關節。可選取運用蚓狀抓握（如下圖）較多



的作業活動。

1.1 單手拿書：患手單手蚓狀抓握一本書，由書架（高處）平行取到桌面，再放回書架（高處）。訓練過程中儘量採取蚓狀抓握，避免指間關節屈曲。改變書本厚度、封面材質、重量、書架高度等可改變訓練難度。也可雙手蚓狀抓握將書向相反方向出力牽拉。



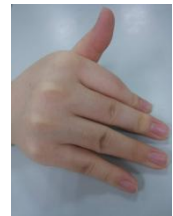
1.2 拉桌子：

患手單手手心朝上，蚓狀抓握住桌

子邊緣，向身體後方做抽抽屜的動作，反復重複若干次。訓練過程中儘量採取蚓狀抓握，避免指間關節屈曲。改變桌面厚度、表面材質、重量等可改變訓練難度。

1.3 日常休閒活動：打檯球（圖中支撐手

勢）。大拇指外展伸直位，餘四指指間關節伸展，掌指關節屈曲 90°，與伸展的大拇指形成“V”型以支撐檯球杆。



2、針對拇指對掌肌、小指對掌肌的作業活動：

拇指對掌肌，向手掌牽拉第一掌骨並向內側旋轉；小指對掌肌，牽引第五掌骨向前並旋轉它，與拇指對掌。對掌活動是手部功能性活動最常用的一種動作。可選用運用對掌活動的作業活動。

2.1 捏夾子：拇指與小指將

夾子從架子上取下，夾於於更高的部位，反復重複。改變夾子種類，部位高低遠近可調整難度。



2.2 包餃子：學習運用拇指小指捏餃子皮。

將餃子皮對折後，使用大拇指的對掌對指動作完成餃子皮的粘合。熟練以後可以僅



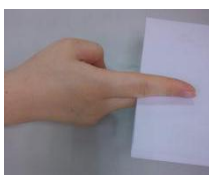
用大拇指小指的對指完成。

3、針對骨間掌側肌、骨間背側肌和拇指外展肌小指外展肌的作業活動：

骨間掌側肌，內收手指（靠近中指），與蚓狀肌協同屈曲掌指關節，伸展位間關節；骨間背側肌，外展手指（遠離中指），與蚓狀肌協同屈曲掌指關節，伸展位間關節；拇短展肌，外展拇指；小指展肌，外展小指（下圖所示為單獨的骨間掌側肌和骨間背側肌肌力訓練）



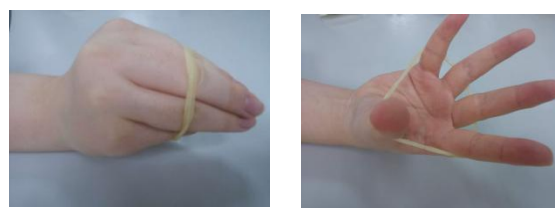
3.1 夾紙：食指中指掌指關節、指間關節均伸直，夾住一張紙，另一端給予一定阻力將紙從指間抽出。可更換不同指，訓練不同骨間肌。調整紙張厚度，表面光滑度，阻力大小



等可改變活動強度。

3.2 紮頭髮：五指指間聚集形成下左圖的鳥喙狀，套入橡皮筋，然後張開五指撐開橡皮筋，紮上頭髮。可改變橡皮筋條數等改變活動強度。

3.3 戴手套：基本動作同紮頭髮，改變手套大小、材質等可改變活動強度。這兩個活動均同



時需要指伸肌和骨間肌協調。

對於分離運動較差的患者，或許手內肌的作業治療意義不大，但對於上肢尤其是手的功能性活動均可較好地完成，仍覺得手“笨笨的”的患者，上述訓練不失為一種有益的嘗試。



悅讀

從病例分析的角度談第一腕掌關節骨性關節炎的精准治療

中山大學康復治療學系 中山大學附屬第一醫院康復科 陳少貞

今年3月底，我正在心理評估室內為一位腦腫瘤患者做術前評估，幾聲有節奏的敲門聲過後，門被輕輕地推開一條小縫，一位精神豐饒滿頭白髮的老人家探進頭來，老朋友般地向我打招呼：“陳醫生，您先忙，我在治療室門外等您。”我看這位叔叔很眼熟，可就是想不起來。

評估結束後，我在作業治療室裏見了這位老先生。原來他是我三年前治療過的患者。“三年前我的右手拇指基底部疼痛，關節畸形找陳醫生您治療過，那個時候其實雙手拇指都有問題的，兩只拇指靠近手腕的地方有塊骨頭突了起來，右手畸形比左手明顯，疼痛也嚴重很多，不能夠拿

筆寫字，我喜歡書法，平時喜歡練練硬筆字，所以當時我只要求治療右手，結果在您這裏做了兩次治療，感覺效果非常理想，基本不痛了，拇指打開的幅度大了很多，凸起來的骨頭好像也小了，也能寫字了。”說著，他把雙手並排在一起給我看，“你瞧，原來右手這塊骨頭突起比左手厲害得多，給您捏了兩次之後就好了，真是神奇啊。現在是左手的骨頭比右手突起得還厲害，所以想請您再給治療治療。”隨後，他拿出 3 年前的 X 光片給我看，看到片和名字，我終於想起了，這 82 歲的黎老先生是一位退休的中學語文老師，愛好廣泛，喜歡書法、單杆雙杆等體操運動，三年前因為“拇指腕掌關節骨性關節”來看過，做了兩次手法治療，第一次和第二次之間隔了 1 周左右。當時，黎老先生的依從性給我留下深刻印象，第一次手法之後，老先生就按照我教的方法進行自我牽伸，當他第二次再來治療時，他的各方面症狀都明顯好轉了，做了第二次治療之後，又有一些新改善。當時，醫患雙方都非常滿意。

實習生們都圍過來了，小劉問：“老師，膝骨關節炎就很常見，第一腕掌關節骨性關節炎不多見吧？”莉莉搶著回答“拇指腕掌關節是手部最靈活的關節，每個動作都會用到它，用得軟骨就容易磨損啦，骨性關節炎應該也很多見的吧？”“莉莉很善於思考，第一腕掌關節是鞍狀關節，能做出屈伸收展和對掌等活動，並以此為基礎做出靈活多變的動作來滿足日常生活的不同需求。關節靈活性大、使用率高，而大大多角

骨的關節面和第一掌骨第的關節面吻合度並不太高，關節囊又比較鬆弛，所以是骨關節炎最常見的發病部位之一。”大東點點頭，頗有同感的樣子：“我奶奶兩只手都有這個問題，手都變形了，老痛，右手去年做了關節融合術，做完是不痛了，但是好像拇指活動也不是很靈活。”“哎，像膝關節置換一樣，給腕掌關節也給個人工關節置換一下，疼痛和活動度不都解決了嗎？”又是莉莉搶著回答，她總是比其他同學更有專業敏感性，所以我也特別喜歡她。“從理論上說關節假體置換術的確是一個好的解決辦法，但是假體置換術後早期併發症高，手術操作難度較大，費用也比較高，臨床中採用得不太多，韌帶重建關節成形術療效可靠，創傷小，操作簡單，取材和轉位方便，臨床應用比較多。”“那什麼情況下可以保守治療，什麼情況才需要手術呀？老師，我奶奶是不是白挨了一刀呀？”大東急切地說。“嗯，那得看病情處於什麼階段，早期治療以保守為主，包括休息、理療、生物力學調整、非甾體類鎮痛藥對症治療，和針對性功能訓練，經保守治療無效者採用手術治療。一般來說，Eaton 分期 1-2 期可以保守治療，3-4 期需要手術治療。不過也看具體情況。主要看其對日常生活的影響和保守治療的效果如何，不管哪個階段都先用保守治療，如果效果不好，患者又不能忍受疼痛或生活很不方便才考慮手術。”幾位同學幾乎異口同聲地問道：“那這位爺爺現在是第幾期呢？”

“Eaton 分期主要是根據 X 光片的特徵，兼顧臨床表現把腕掌關節炎分為 4 期：1 期表現為

僅有症狀，而無輪廓變化，X 光片有時可見關節間隙增寬（由關節韌帶鬆弛或軟骨磨損所致）；2 期 X 光表現為關節面欠光滑，關節間隙變窄，關節半脫位小於 1/3，骨贅形成，但小於 2mm；3 期 X 光片表現為關節間隙幾近消失，關節半脫位大於等於 1/3，有 2mm 以上贅生物或游離體；4 期除了腕掌關節表現外，還出現大小多角骨-舟骨關節炎。我們來看看他的 X 光片哈，你們看這關節間隙變窄，幾乎消失了，關節面下骨質增生，密度增高，關節面下有多發小囊狀透光區，邊緣硬化，掌骨第相對於大大多角骨向橈背側半脫位約 1/3，根據他的表現屬於第 2 期。”

2016 -3-4 X 光片和手部照片（呈現明顯的方形手畸形）



“老師，掌關節炎屬於手部關節退行病變，是一個逐漸退化的過程，這個病例為什麼效果能這麼好呢？您能不能給我們講解講解呀？”小劉好奇地問。

“精準治療！只有精準治療才能針對性解決問題，達到切實的療效。”

“怎樣才能做到精準治療呢？”同學們急切想知道。

“精準治療是建立在精準診斷、精準評估的基礎上的。同時必須對病因、發病機制和患者目前所處的病理階段有全面的認識。”我做了一個強調的手勢，“剛才講過第一腕掌關節骨性關節炎是一種關節退行性變，以關節軟骨變性、破壞、軟骨下骨質增生為特徵，主要有力學和生物學兩方面的致病因素，生物學因素有老齡、遺傳、腕掌關節本身的結構問題、代謝等因素，力學病因主要過度使用、不正確的力學作用、創傷、肌力不平衡等。我們來看看這位老先生的年齡、職業和活動習慣等是否存在這兩方面的相關因素。”

“爺爺都 80 歲了，年齡比較大。還有，他是老師，經常要拿粉筆寫黑板，拇指總是處於用力側捏的姿勢，拇指腕掌關節經常處於內收屈曲的狀態，現在爺爺的拇指也是拇指屈曲內收，虎口無法打開，這裏面有必然的力學關係。”莉莉分析道。

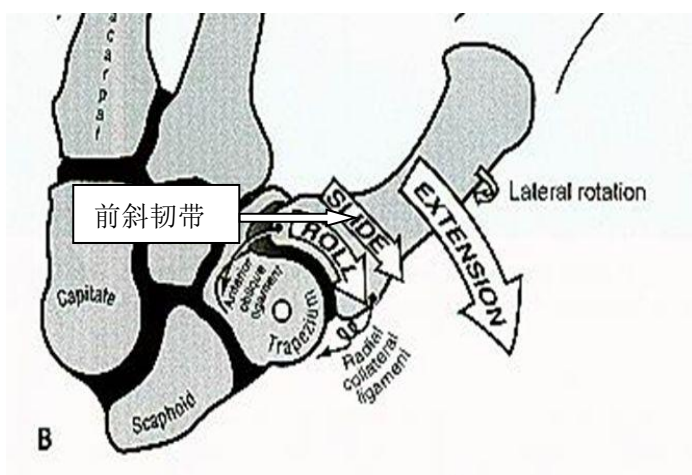
“拿粉筆是右手，可是，他現在是左手也有問題呀。我覺得他經常做雙杆運動，用手把身體往上撐的動作對掌骨有一個向橈背側的推壓力，很容易導致腕掌關節脫位。”大東頭頭有道地分析。

“說的都有道理。第一腕掌關節為什麼容易得骨性關節炎呢？這與它本身的結構特點和所承擔的功能有密切關係。第一腕掌關節面是凹凸不平鞍狀關節面，有著複雜的運動機制，對掌運動時掌骨發生旋轉、側方偏斜和側方移位，導致

關節面互相摩擦和碰撞，反復使用或負重容易引發軟骨退變。而外力經過指骨和掌骨傳導到腕掌關節可放大 10 倍。”

“哇，難怪！”同學們輕歎一聲。

“腕掌關節囊鬆弛，其穩定性主要依靠周圍的肌肉和韌帶來維持，其韌帶系統較複雜，前斜韌帶、橈背側韌帶和掌骨間背側韌帶的作用相當重要。我們以前斜韌帶為代表，說明一下韌帶的作用。前斜韌帶連接於大多角骨掌側結節和第一掌骨底掌面，在拇指伸和外展和對掌時被拉緊。”



“哦，就是說基本上很多動作它都處於被牽拉的狀態咯！那它肯定很容易鬆弛啦。對吧？老師。”小劉忍不住插嘴。這些孩子的思路總是能跟上老師的腳步，讓我這當老師的無不欣喜呢。

“前斜韌帶鬆弛可導致第一掌骨底在伸拇時過度向橈側偏移，拇長展肌止點就在第一掌骨橈背側，它收縮時對其產生一個橈背側的牽拉力，結果久而久之第一掌骨低就向橈背側移位，形成關節半脫位了。當然起到穩定作用的還有橈背側韌帶和骨間背側韌帶，這裏不跟你們細說。

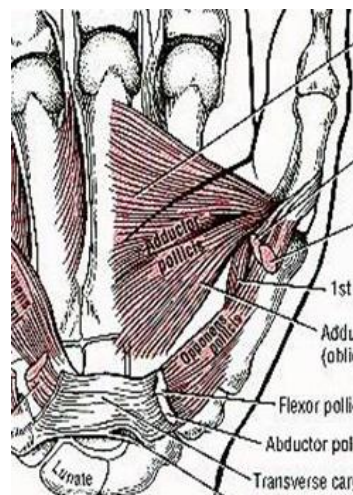
“老師，那肌肉不是也有穩定作用嗎？”

“肌肉對關節的穩定作用是建立在肌力和肌張力平衡的基礎上的。當關節軟骨磨損時比如產生炎症，炎症物質可浸潤關節囊和關節周圍的韌帶和肌肉，肌肉受到炎症侵襲時會出現什麼情況呢？”

“疼痛，痙攣”

“有哪些肌肉容易受到影響呢？”

“老師，附著在大多角骨的肌肉有拇對掌肌，起自於大多角骨、腕橫韌帶，止於第一掌骨體；拇短屈肌起自大多角骨、腕橫韌帶，止於拇指近節指骨底；拇收肌起自大多角骨、頭狀骨和第三掌骨，止於拇指近節指骨底，使拇指內收。”



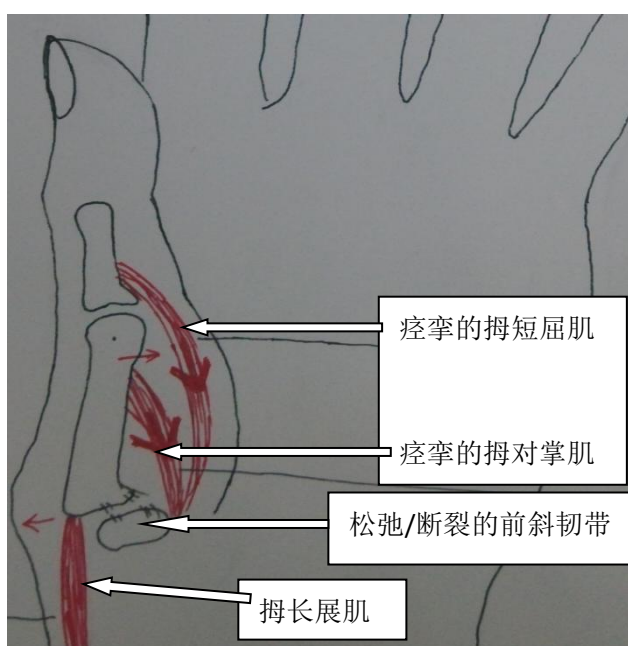
莉莉一邊說，大東一邊檢查黎老先生的左手魚際，“啊——，老師，您看看，爺爺的拇短屈肌和拇對掌肌真的繃得好緊哦，條索狀的！”

我檢查了一下，發現黎先生左手第一腕掌關節橈背面有一明顯的突起，拇指處於內收屈曲狀，虎口打開有困難，用拇指指尖仔細觸摸其大魚際，果然如大東所說拇短屈肌和拇收肌、拇對掌肌彈性下降緊繃，明顯呈條索狀改變。按壓時黎先生有明顯的酸痛感，第一腕掌節處飽滿增厚，壓之有脹痛感，關節縫隙掌面壓之有刺痛感。做掌骨底相對於大多角骨各向滑動，發現其幅度

變小。

我再次提問：“知道拇指腕掌內收屈曲和方形手畸形的原因了吧？”

“懂了，老師，鬆弛的韌帶失去了防止掌骨底向橈背側移位的穩定作用，拇短展肌把第一掌骨底向橈背側拉，使之向橈背側移位，痙攣的拇收肌、拇對掌肌和拇短屈肌肉使腕掌關節屈曲內收（即掌骨頭偏向掌側和尺側），進一步加重掌



骨底的橈背側脫位，也使關節面局部壓力增加，造成惡性循環！”“而且，痙攣的肌肉使關節間隙變小。”大家七嘴八舌地把問題回答完整了。我看到這些孩子基礎都很扎實，就把評估的任務交給他們。他們評估的結果如下：

1、疼痛：

拇指基底部疼痛：靜止時 VAS5 分，活動時 VAS6-7 分，魚際酸痛 VAS3-4 分，拇短屈肌和拇對掌肌壓痛 VAS5 分。

2、拇指運動功能

①拇外展、伸困難，被動活動受限，虎口開大幅度 2.5cm。②第一腕掌關節有效活動度評分（Kapandji score）：1 分（1 分為拇指指尖只能觸摸到食指中節橈側，滿分為 10，拇指指尖能觸摸到遠側掌橫紋）。③側捏握力 1.2kg。

3、簡易上肢功能評價表（STEF）檢查：

總分 92 分：大木方 8 分；大球 8 分；金屬棍 9 分；翻轉皮革 9 分；小球 8 分；各項均 10 分。

“除了這些檢查以往，我們作業治療應該更加關注的是什麼呢？”我提醒學生們。“哦！活動和參與能力，也就是說這些問題對他日常生活活動、職業活動和休閒娛樂活動有沒有影響。”

“爺爺，您這個手在平時做事情的時候有沒有不方便啊？”

“有啊有啊，端碗端不住啊，有時候碗重一點就端不住，痛，有一次還把碗給摔了。”

大家七嘴八舌地問著，有的問穿衣服扣鈕扣有沒有困難，有的問使用打火機點煙有沒有困難，用指甲鉗剪指甲有沒有困難等，在紙上認真地記錄著，遇到黎先生不能肯定回答的，他們就讓他現場試驗一下。黎先生有點不好意思地笑了笑，說“數鈔票的時候手也會痛。”我們都樂了，“爺爺，拿來我們幫你數吧！”

黎先生表示數鈔票和扣鈕扣會疼痛 VAS5 分，端碗進食時約有 6 分痛，有時候有跌落的危險，用指甲鉗剪指甲時疼痛 VAS4 分，開礦泉水瓶蓋 VAS7 分，基本上不能完成。

在充分地全面瞭解病情，精確評估之後，我給黎先生的治療方案是：

1、休息：停止引起疼痛的活動，但能從事不引起疼痛的日常生活活動。

2、拇短屈肌和拇對掌肌和拇收肌手法治療：沿著肌肉走行從止點向起點進行“剝”的手法，同時被動伸拇或外展拇指以牽伸該肌肉。在對拇對掌肌和拇收肌施行手法時，必須被動屈曲拇指掌指關節以放鬆其淺層的拇短屈肌和拇短展肌，使作用力能滲透到深層的肌肉。隔天一次。

3、用拇指指尖輕而慢地順著韌帶的走行處理腫脹的腕掌關節囊和韌帶，以緩解疼痛、消腫和處理粘連。

4、關節鬆動治療：長軸牽引以增加關節間隙；在長軸牽引和被動背伸外展掌骨頭的同時進行掌骨底相對於大多角骨尺掌側滑動（先從 1 級開始，逐漸加大幅度到 4 級），以複位腕掌關節。

5、矯形器治療：對第一掌骨頭施加橈背向推力，對掌骨底施加掌尺側推壓力，對關節畸形加以矯正。夜間穿戴，白天間歇穿戴，每次 30-40 分鐘，每天 3 次。



6、提高肌肉功能：①多重角度的肌肉等長收縮訓練（把拇指放在拇外展和背伸的最大角度，治療師用手指在患者掌骨頭處施加橈背向阻力，讓他用拇指努力去夠小指指腹，不產生動作（等長抗阻練習），逐漸增加角度，在不同的角度下進行等長抗阻收縮。然後反向逐漸增加角度進行等長抗阻收縮。②等張抗阻肌力訓練：用橡皮筋提供適當的阻力進行等拇指屈曲和內收的離心和向心抗阻訓練。



多重角度等長收縮-1
(拇對掌等長抗阻-1)



多重角度等長收縮-2
(拇對掌等長抗阻-2)



多重角度等長收縮-3
(拇對掌等長抗阻-3)



多重角度等長收縮-4
(拇伸展等長抗阻-1)



多重角度等長收縮-5
(拇伸展等長抗阻-2)



多重角度等長收縮-6
(拇伸展等長抗阻-3)

就這樣，黎先生周 1、3、5 到醫院治療一次，平時在家按要求穿戴矯形器，自我牽伸虎口。每一次治療後他都感覺疼痛有明顯緩解，虎口打開

得比前一次更大，10 次治療後，我讓他停止治療，一個月後復查 X 光片，然後把片子帶過來復診。

5 月初，黎先生如約而來，帶著新拍的 X 光片。結果讓我們大大驚喜，X 光片中可以清晰地看到第一腕掌關節間隙明顯增大，手的外形大大



改善，他開心地說：“看，這手上的突起來的那塊骨頭平下去了！”我們評估發現其虎口開大

程度明顯增加，為 4cm（初診時是 2.5cm）。手功能明顯改善，簡易上肢功能評價表得滿分，疼痛緩解，數鈔票也不疼了。

“老師，這個效果真的很好呀！怎麼才算精準康復呢？”莉莉問。

“我的理解是這樣的，比如你肚子餓了，米飯、麵條、牛排、麻辣燙、牛奶、紅燒肉都可以治療你的饑餓，但是，你必須選擇最適合你的需求的東西和量，象你這麼愛美、要苗條，有些東西就不適合你吃，你必須選擇低熱量的東西，還要考慮互相搭配。”大東搶著回答，“老師，我說的對吧？我的意思是骨性關節炎的治療有許多種，包括理療、針灸等等，但是老師並沒有選擇這些治療，而是在系統評估的基礎上，選擇最有針對性的治療。這樣子，不單單效果非常好，而且耗時短，每次治療只要十分鐘，患者也不用花太多的錢。”

大東代替我給精準康復治療做出瞭解釋。

中華 OT 電子季刊編輯委員會

黃錦文 香港職業治療學院

張瑞昆 臺灣高雄長庚醫院

林國徽 廣東省殘疾人康復中心

李奎成 宜興九如城康復醫院

屈雲 四川大學華西醫學院康復醫學科

陳少貞 中山大學附屬第一醫院康復醫學科

閻彥寧 河北省人民醫院康復醫學科

本期責任主編：陳少貞

第六屆全國作業治療論壇將於2016年11月17-19日舉行

由中國康復醫學會、中國康復醫學會康復治療專業委員會主辦，浙江省人民醫院、寧波市康復醫院承辦，浙江省康復醫學會、浙江省醫師協會康復醫師分會、浙江省康復醫學品質控制中心協辦的中國康復醫學會第十三屆康復治療學術年會定於2016 年11月17-19日在杭州舉行。屆時將同期舉辦第六屆全國作業治療論壇。會議邀請國內外著名康復專家進行專題講座，並進行論文交流、討論及優秀論文、優秀壁報評選等學術活動。參會者將授予國家級 I 類繼續教育學分8 分，歡迎廣大臨床作業治療師（教師）踴躍參會。

一、會議日期：

2016 年11 月17~19 日（11 月17 日14: 00 開始報到，11 月18~19 日為學術會議，11 月20 日撤離）。

二、會議地點：

杭州蕭山第一世界大酒店（杭州蕭山區風情大道2555 號）

三、收費標準：

會前註冊報名繳費1000 元/人（2016 年11 月10 日00: 00 前）、現場註冊報名繳費1200 元/人（2016 年11 月10 日00: 00 後），有學生證者半價。會前註冊繳費的在會場可領取發票，會議現場註冊繳費的發票將在會後郵寄，且郵寄費自付。

四、住宿資訊：

大會統一安排食宿，住宿和交通費自理，費用回單位報銷。注：提前註冊報名者將優先獲得會議酒店房間至房滿為止。

1、大會所在酒店：杭州蕭山第一世界大酒店，雙床房530 元/間/晚（265 元/床/晚）

2、大會旁邊酒店（步行3 分鐘）：杭州蕭山第一世界休閒大酒店，雙床房400元/間/晚（200 元/床/晚）

中國康復醫學會康復治療專業委員會