服務狀況，使有需求的持證殘疾人、殘疾兒童基本輔助器具適配率達到 80%以上”。主要措施指出，“將輔助器具適配服務納入基本公共服務範疇，鼓勵有條件的地方研究將基本的治療性輔助器具逐步納入基本醫療保險支付範圍。推動建立基本型輔助器具適配補貼制度，對殘疾人適配基本型輔助器具給予補貼。中央財政爲持證殘疾人適配輔助器具提供補貼。各級地方政府加大財政投入，優先保障殘疾兒童、持證殘疾人獲得基本輔助器具適配服務”。“大力推進社區輔助器具服務，發揮基層衛生專業人員、社區康復協調員、殘疾人、社會組織、志願者等作用，廣泛開展輔助器具需求調查、信息諮詢、轉介、宣傳等”。通知還特別强調了“以海峽兩岸殘疾人交流活動爲平台，加强與港澳和台灣地區輔助器具服務工作的互動交流”。相信未來五年，基本型輔助器具在內地的使用，將會擴大到社區和家庭。

康復訓練要更上一層樓

梁秉中
香港中文大學矯形外科及創傷學系終身教授

上世紀在歐洲發生的戰爭，產生了大量的傷殘人士，爲了方便照顧，集中到專門建立的院舍，實行長期的肢體恢復訓練，是謂早期的康復中心，帶動了康復專科的建立，不斷發展和創新。百多年來，隨著技術的增進，啓發出理論和要求漸趨成熟。今天的康復過程，不限於肢體的活動能力，必須連同患者的生活、工作和社會活動需要的考慮，按不同的情況設計、實行。

作業治療的含意，正是這個全面康復的體現。經過適當的指導、引導，患者不斷依靠自發的力量，從最基本的關節活動，力量恢復的必要，特別針對功能的需要，同時建立居住和工作中的特殊方便和安全設施。

<u>功能恢復的基本考慮</u>

肢體的每一個關節有其基本的結構內容，保證其活動能力。功能的損失，有結構損害的直接原因，或神經系統故障的界接因素。道理看似老生常談，其實在制定康復計劃步驟的起點和過程，都非常重要。以肌腱或關節韌帶爲例，訓練之前，必須檢查其實況，確保穩定性和活動能力，才好給訓練安排秩序。失去的結構部份，損壞了的功能元素，如韌帶或肌腱，不一定能具體補償。診斷清楚後，必須作出一個患者和治療者共同接受的決定：接受缺陷，作出補償性訓練，務求影響減少，功能恢復，損失不大。

共同接受的康復決定，是病者及其親屬，治療師與主治醫師，共同按病情制定的康復指標。治療師和醫生的任務是指導，實行的是患者，也是影響結果的最關鍵人物。這方面的道理，必須儘早作出充份交待。

康復訓練不可分割的器具

(i) 支具

傳統習慣集中訓練在患側，特別有關神經損傷的病例，單著重改善肌力和矯正畸型。其實肌力訓練不宜單邊（左或右）進行。因爲大腦中樞其實左右互通訊息，單邊活動不利動力恢復，雙邊訓練效果更佳。畸型的形成，除動力的不平衡，還有惰性長期不動促成的軟組織纖維化收縮，可以依靠康復器具的支撐和矯正。

支撐矯正關節畸型的康復器具(支具)，從最簡單的物料，甚至廢物的利用，都能產生實際的效果。上世紀 70 年代的一位印度籍外科醫生 Joshi，獲得世界知名，國際稱譽的原因，就因爲他使用弃置的輪胎、彈簧、帆布和塑料等，造出了效能超卓的手部矯型支具。(附圖 1)

附圖 1 使用廢料造成的手外科支具

這裏要說明的，是支具的靈活性。現代物料的不斷優化，工藝技術的不斷提升，引出了形貌功能俱佳的支具。當然，其附帶費用也劇增。可是，這不等於資源短缺，便滿足不到矯型支具的需要。反過來，只要認清需要，認真分析結構產生的變化，活動功能造成的不平衡，依靠廉價的材料，亦可造出效用可觀的支具。

外力創傷帶來的肢體損傷，除關節有關的廣闊領域，還有皮膚和軟組織損害，同樣需要康復照顧。黃種族類（如中國人）皮膚損傷後的痊愈過程緩慢，疤痕的形成複雜，往往帶來特別的困擾。

(ii) 瘢痕壓力衣

範圍有限的疤痕，一般只帶來不同程度的不美觀。範圍廣大的損傷，在痊愈中一定產生收縮，影響周圍肢體的活動。中國人的基因結構，帶有皮膚疤痕劇烈內收的潛在分子因由，引至瘢痕（即厚度、收縮力都極大的疤痕）的出現。

瘢痕的困擾，嚴重地影響燒傷後的恢復。那怕治療過程完美，外科修復植皮等到位，瘢痕仍可出現。一些缺乏治療，自然緩慢愈合的傷疤，收縮得嚴重可以把鄰近關節鎖定，功能盡喪。

1968 年 Fujimori 發現了在初生的瘢痕加壓，可以克制其生長，減少其痕癢，控制其收縮，保護鄰近組織。

香港的矯形外科團隊，與作業治療師合作，自 1970 年開始，發展和完善了加壓的技術。使用彈力强的纖維布料，按需要剪材成衣物，穿套到瘢痕有關的肢體，經頗長時間，確能有效地減輕瘢痕的功能破壞。(附圖 2)

附圖 2　瘢痕與支具

追尋配合現代有關康復功能恢復的創新理論

(1) 大腦功能的可塑性 (Brain Plasticity)

很久以來，神經生理學認爲神經細胞經某種原因死亡之後，不可能再生。因此無論大腦或脊髓內神經組織，經過損害後失去功能，便無法恢復。此認識直接影響著大腦和脊髓損害後的康復設計：訓練集中在未受影響功能尚存的部份肢體。

上世紀後年代，神經生理學家修正了傳統理論：儘管死亡的腦神經細胞修復能力極差，可是，原來周邊的活存正常神經細胞，經不斷刺激，會按需要轉換或產生新的功能去彌補死亡細胞系統的癱瘓。動物實驗證實，使用外力破壞猴子左腦，肢體左邊不受影響，右邊肢體偏癱。只要長時間强制阻止左邊的活動，癱瘓右邊竟可慢慢恢復不同程度的活動能力。實驗顯示了腦神經的可塑性。

新的理論影響著康復設計和操作。有關大腦損害的病理都因此得益。大腦近區相通、相塑的發現，給一些常見問題，如偏癱，及一些難以解決的頑疾，如截肢後的虛幻切痛 (Phantom Limb Syndrome) 提供了豐富的解決辦法。

(2) 肢體深層筋膜 — 從結構到功能的新認識 (Fasciology)

筋膜是分隔不同器官組織，如肌肉、皮下脂肪、肌腱、韌帶等軟纖維膜。自古以來，筋膜被認爲屬　毫無生理意義的分隔物。

今天，我們對筋膜的認識，已完全改觀。分隔數不盡的組織的筋膜，原來是一個面積驚人的網絡，連接著身體的所有部份，特別在肢體肌肉叢中，負責著複雜的連系作用：包括機械動力的連系，血液和淋巴液循環的聯繫。更重要的是，筋膜內不但遍布微血管、淋巴管，還有微神經，神經訊息接受器 (receptor) 和幹細胞。有關神經組織自然影響如痛覺及位

置感應等功能。有關幹細胞，必然與傷後重整生機有關了。

筋膜研究還在進行中，現階段已有充份證實的在解剖學部份。有關生理功能雖多屬假想，但已足够影響康復訓練的手法治療部份，同時深信患者自己必須努力實行刺激筋膜活動的訊息。即是說：康復訓練的成功，必須由患者和治療者努力合作，激活筋膜的鎮痛、協調活血、平衡內外分泌，推動再生修補的能力。

結語

康復訓練首先固然要按照病理實況的理解，朝著可行的目標出發。由治療師與患者充份合作去達成。手法技術和器具等都不可或缺。當前器具產品豐富，患者網上信息繁多，趨之若鶩。治療者宜緊守信念原則，保護好患者的自信：自愈爲本，不盲信消費神話。

康復治療需懂得輕重的辨別，不可能全面恢復時，只能忍痛犧牲。輕者，重要功能却永不可丟弃，或只能想辦法替代。

當前神經生理學正產生著影響深遠的卓見新知，經驗治療師和有關醫者，必須深入學習，在教育傳授技術之餘，還需精益求精，充實自己。

威爾斯親王醫院 兒童神經肌肉病坐姿診所及「國泰愛心兒童輪椅庫」的成立及經驗分享

香港中文大學醫學院矯形外科及創傷學系鄭振耀教授
及
威爾斯親王醫院 兒童神經肌肉病坐姿診所團隊

坐姿診所的成立

坐姿診所成立於一九九四年，專爲患有神經肌肉病變的兒童而設，透過各個方面的醫護專科及應用最新的醫療科技，爲病童提供改裝輪椅及製作特殊坐墊服務，務求令他們安坐在一個舒適而正確的位置。回想起當時的生活水平及醫療設備都相比現在的較爲低，每位患上這類嚴重疾病的兒童大多坐著很＂衣不稱身＂的輪椅由家裏運送到醫院求診，而這些輪椅的尺碼都比病人的實際

坐姿小组成员合照