

腦性麻痺患者之復健治療

Rehabilitation of Cerebral Palsy

行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會

前言

腦性麻痺是由於尚未成熟的腦，受到非進行性、非暫時性腦傷，造成腦部功能障礙，導致以動作障礙為主的症候群，少數患者可以同時有其他的醫療問題，如：智力障礙、癲癇、斜視、聽力障礙等，因此各方面功能都會因先天與後天因素而有障礙，相對的其治療也較為複雜。腦性麻痺之發生率為千分之一至五，而其盛行率在一般先進國家估計為千分之二。由於醫學的進步、醫療科技之發達，挽救了許多高危險群的新生兒，相對的也使腦性麻痺患者壽命延長，雖疾病本身為非進行性，但隨著孩子的生長發育、疾病型態的多樣性、多重障礙的呈現，均將隨著時間進展而變化，其持續長期之復健情形，不論在目前或未來都是一個值得重視的問題。有鑑於此，本會針對 6-32 歲之腦性麻痺患者施行復健治療之爭議進行分析及討論，邀請相關人員及專家由醫療品質、健保資源、病人權益之角度探討，本文並以一案例為代表說明。

案例

案情摘要

26 歲男性病患，診斷為腦性麻痺併四肢偏癱，痙攣型，回溯其病史，病患出生後發展遲緩且被診斷為腦性麻痺，兒童時期並未接受正規復健治療，原本坐立平衡較差，無法站立與行走，經進一步評估復健之可能後，安排持續性復健。92 年 6 月 30 日至 7 月 5 日期間，施行五日物理治療，包括：被動關節運動、肌力訓練、姿勢訓練、姿態訓練。本件申報費用時，健保局以「非積極性或非必要之復健治療」、「依據病況/病

歷記載/治療紀錄，應實施/實施項目應屬中度或簡單之職能/復健治療，原項目不給付，另予改核簡單治療-中度(42006C)」、「腦性麻痺患者已過 6 歲前治療黃金期」、「複雜治療病人應以有進步空間且積極治療為目的」為由不予給付中度治療-中度(42017C)費用。申請人以「原本坐立平衡較差，無法站立及行走，經安排持續性復健後，坐立平衡已不錯，目前已在訓練站立及行走，令人鼓舞。惟被刪成簡單之批碼，令人挫折，因並非電療項目。」為由向本會申請審議。

審定結果

原核定撤銷。

審定理由

查腦性麻痺患者其痙攣(僵直)狀態強，肌肉張力增加，其肌力並非確實無力，復健處方中之肌力訓練恐難實施，亦非絕對必要，惟若經評估此類患者之復健潛能，係為需積極性復健者，其復健之困難度又非單純電療可比擬。另查所附病歷資料顯示，病患經積極復健治療後有進步，爰將原核定撤銷，同意以中度治療-中度(42017C)費用給付。

問題與討論

健保局有關腦性麻痺患者施行復健治療之相關資料

一. 全民健康保險醫療費用支付標準

1. 支付標準第二章第四節規定，腦性麻痺為實施物理治療之適應症。
2. 中度治療之治療內容包括：肌肉電刺激、上肢水療、下肢水療、全身水療、被動性關節運動、牽拉運動、運動治療、傾斜台訓練、

肌力訓練、耐力訓練、按摩、鬆動術、姿態訓練(含步態訓練及姿勢訓練)、其他經健保局核可者。

- 訂有全民健保醫療費用復健科審查注意事項各項物理治療花費工時及物理治療黃金治療療程供審查醫師參考，有關腦性麻痺之物理治療黃金治療療程係依臨床實際需要辦理。

臨床觀點

一. 腦性麻痺患者之復健醫療

關於腦性麻痺患者的整體照顧及復健，最重要的精神就是促進發展、學習新技巧(例如坐、站、走)，以及預防潛在的併發症。對於其運動功能的處理，必須考慮張力異常、主動控制不足、肌肉無力、平衡功能不佳及骨關節攣縮等因素。這些影響運動功能發展的因素有的可以藉由繼續訓練來改善，根據研究台灣地區腦性麻痺兒童復健之相關資料顯示，台灣地區 94%腦性麻痺兒童有兩個以上之障礙，但經早期療育後將近 75%可依賴或不依賴輔具獨立行走；有些則必須使用支架、藥物，甚至手術來幫忙。不論是支架、藥物或手術都有它的適應症及禁忌症，更有清楚的治療目標，由於每個個案的病況都不同，必須個別考量。醫師及治療師的責任，在於告訴父母正確照顧患童的方式、促進發展的方法、治療的選擇及偵測潛在的併發症。

截至目前為止，國內有關腦性麻痺治療效果之發表，大部分屬個案研究，少有隨機分組及雙盲的設計，因此，在實證醫學之潮流下仍有待加強。

其他

腦性麻痺患者大多在出生或嬰兒時期就已經發現，尤其經由現在的早期療育政策實施，幾乎很少會有病人到了成年人還未曾接受過復健治療。積極的復健治療集中在兒童時期，主要是為了早期給予治療性運動、訓練日常生活獨立性、矯正語言及吞嚥問題、評估認知能力與心理行為的發展、並減少因痙攣或發展遲緩所造成的後遺症。腦性麻痺是一種終生的疾病，患者長大之後雖然較不需要積極的團隊復健治療，但是給

予定期的維持性復健仍然有其價值，其目的與內容大致如下：

- 長大的腦性麻痺患者接受復健治療的目的，在於盡量維持目前的功能及生活自理能力。
- 每週還是要有一定份量的運動及活動量，以維持肌肉力量、耐力、關節活動度，以及行動能力和生活自理的能力。
- 避免因為活動量的不足，造成肌肉萎縮無力，行動功能及生活自理的退化，心理的退縮及社交機會的壓縮，反而增加照顧者的負擔及社會的資源。

綜合意見

隨著醫療進步，腦性麻痺患者生命延長，所需持續長期之復健治療得否成功，必須靠多種專業醫療團隊人員及家庭、學校的協同進行，相對的對個人、家庭、社會也都是一大負擔，為兼顧有限健保資源之運用及醫療品質提昇，宜考量下列五個環節：

- 研議依實證醫學觀點訂定 GUIDELINE。
- 治療時應依實證醫學所定 GUIDELINE，並以醫療團隊配合，藉由團隊成員之專業，評估病患是否有接受復健治療之需。
- 研擬評估將腦性麻痺患者納入疾病管理方式，以提昇治療照護品質。
- 健保給付應提供適當誘因，以引導醫療品質之改善。
- 以適當之復健治療評估方法判定療效，以做為繼續治療之依據，並可提供個別化治療之參考。

推薦讀物

- 臺大醫院網站(作者：謝正宜醫師)：http://s91.tku.edu.tw/~991055459/new_page_33.htm，什麼是腦性麻痺，2004年8月31日。
- 廖華芳：台灣地區腦性麻痺物理治療研究。Acta Neurologica Taiwanica 2003;12:1(附冊):133-8。
- 廖華芳等：台灣北部地區腦性麻痺兒童之一般醫療與復健醫療情形。中華復健醫誌

- 1997;25:105-17。
4. 廖華芳等：台北市兩醫學機構腦性麻痺兒童復健相關資料之調查。台灣醫學 1997;1:274-88。
 5. 李素菁：腦性麻痺的復健。馬偕院訊 1995;15:14-5。
 6. 潘筱萍：腦性麻痺復健之現代新趨勢。北市醫誌 1994;38:50-3。
 7. 臺大醫院網站(作者：廖華芳副教授)：<http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/health/644.htm>，腦性麻痺兒的物理治療簡介，2004年8月31日。
 8. 謝博生：醫療概論。台北，臺大醫院，2003。