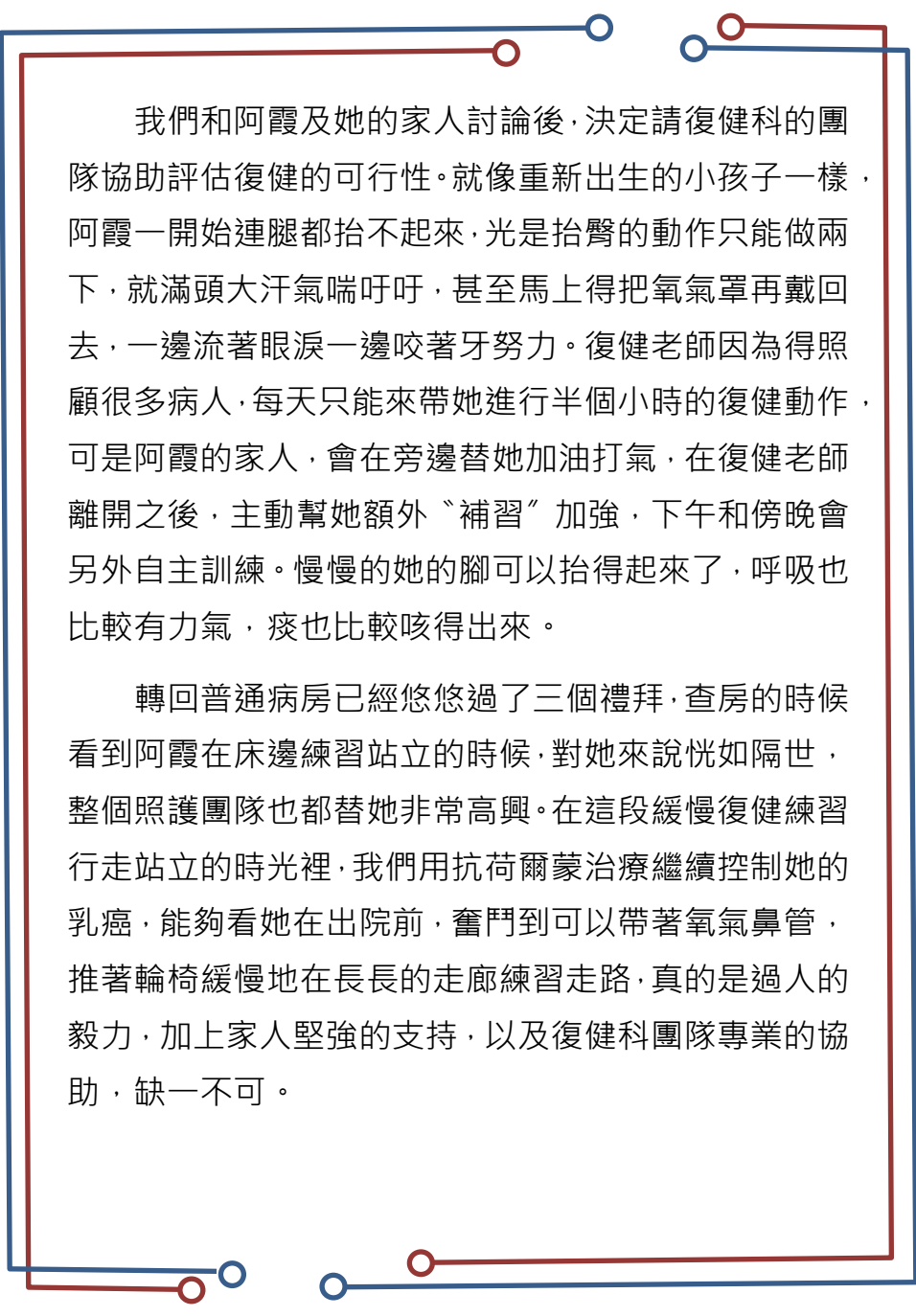


運動復健篇



五十幾歲仍沒有結婚的阿霞，在發現乳癌之前，是一個喜歡騎腳踏車到市場買菜做飯給一大家子吃的，大家永遠的姑姑，還有永遠的小妹，手巧的她，還是個靈巧的裁縫。開始接受化學治療後，很幸運的，腫瘤慢慢在兩三個療程獲得控制，她也總算可以返家照顧。然而，一次突然發生的肺炎，讓她進展到呼吸衰竭狀態，權衡原先的乳癌治療反應不錯，且原本病人的體能狀態不是特別差，病人決定接受呼吸器插管治療。

由於這波感染來勢洶洶，阿霞在加護病房依靠呼吸器、抗生素、麻醉藥物支撐了六個禮拜才終於順利拔管，但也幾乎去了半條命，因為臥床六周的關係，手腳和身體的肌肉都萎縮了，身體也瘦了一大圈。終於轉回病房照顧的時候，阿霞連腳都抬不起來，還會暫時在夜間需要正壓呼吸器的協助，看起來離可以順利出院還遙遙無期，只能說從鬼門關前勉強地逃回來。全身肌肉不聽使喚又很虛弱的阿霞有一點沮喪，但是家人給她很多的鼓勵和支持。



我們和阿霞及她的家人討論後，決定請復健科的團隊協助評估復健的可行性。就像重新出生的小孩子一樣，阿霞一開始連腿都抬不起來，光是抬臀的動作只能做兩下，就滿頭大汗氣喘吁吁，甚至馬上得把氧氣罩再戴回去，一邊流著眼淚一邊咬著牙努力。復健老師因為得照顧很多病人，每天只能來帶她進行半個小時的復健動作，可是阿霞的家人，會在旁邊替她加油打氣，在復健老師離開之後，主動幫她額外“補習”加強，下午和傍晚會另外自主訓練。慢慢的她的腳可以抬得起來了，呼吸也比較有力氣，痰也比較咳得出來。

轉回普通病房已經悠悠過了三個禮拜，查房的時候看到阿霞在床邊練習站立的時候，對她來說恍如隔世，整個照護團隊也都替她非常高興。在這段緩慢復健練習行走站立的時光裡，我們用抗荷爾蒙治療繼續控制她的乳癌，能夠看她在出院前，奮鬥到可以帶著氧氣鼻管，推著輪椅緩慢地在長長的走廊練習走路，真的是過人的毅力，加上家人堅強的支持，以及復健科團隊專業的協助，缺一不可。

出院之後，阿霞一邊在門診進行乳癌的治療，在家裏面也沒有閒著，她用著助行器緩緩在家裡面練習走路，前後經過半年漫長的練習，我們很幸運的，可以看到阿霞又騎著腳踏車去市場買菜的身影，她也重拾幫哥哥修改褲子的樂趣。

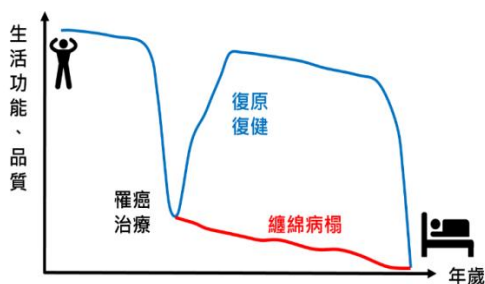
癌症造成的症狀或是治療當中發生的身體變化，或多或少會讓癌症病人的體能狀態或是生活自主能力受到影響，雖然不見得每一個人都可以像阿霞一樣幸運，能夠恢復到與生病前接近的狀況，但是與其說她是幸運，不如說她也很努力地願意接受復健的訓練和協助，正面面對生病帶來的挑戰，所以從全身肌肉無力躺在床上，可以進步到生活能夠自理。經由復健專業的幫助，也許生病的你，還是無法回到與生病前的狀態一樣，但是總是會有一些機會，可以讓你因為疾病失去的生活機能，有機會重新獲得一些些掌握和調適。開始復健，永遠不嫌晚！

運動復健篇

我可以這樣動一動

在癌症治療的路上，不同的專業醫療人員陪伴癌友們(您)一路前行。癌友接受抗癌治療，目標戰勝癌症，走出癌症的陰影。然而，腫瘤本身及各種目標消滅癌細胞的治療，可能對自身的身體機能或生活功能造成顯著的影響。近年許多新發展的藥物、醫療技術、微創手術、及醫療照護，目標希望延長癌友的生命，或減少抗癌過程中的不適及身體機能傷害。但不可諱言的是，有些短期或長期的後遺症，顯著的影響癌友的日常生活及品質。

當人們對醫療的要求不只是延長生命，而是要求有更好的生活品質及尊嚴時，「癌症復健」即是應運而生的一門醫學領域。復健醫學的核心精神是「醫學為生命增添歲月，復健為歲月增加生命」。復健團隊希望癌友在抗癌路上，不僅是在抗癌團隊的協助下，戰勝癌症達到生命的延長，而且在復健團隊的協助中，重拾生活的能力及樂趣，成為活得有品質與尊嚴的抗癌鬥士。

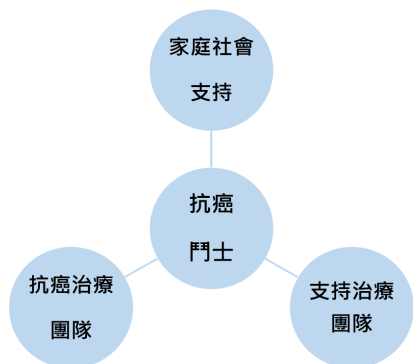


理想中的抗癌治療過程希望治療後恢復生活功能及品質(藍線)，而非纏綿病榻(紅線)。

一、抗癌路上的復健團隊

對抗癌症的路上，最重要的當然是癌友本人，選擇積極的抗癌治療或是症狀緩解的安寧緩和治療，端視每個人不同的生命哲學。不管是選擇哪一條道路，以下三組支持力量，會是陪伴癌友一路上譜寫生命之歌的樂團成員。

- **家庭社會支持：**除了您最親近的家人、朋友外，適當的垂直橫向轉診、病友或社會團體、政府長照體系可提供您適當的資源。可適當的諮詢社工師。
- **抗癌治療團隊：**由您的手術醫師、腫瘤科醫師、放射(腫瘤)專科醫師、病理專科醫師、護理師、個管師等組成。規劃您的腫瘤治療計畫以及後續追蹤。
- **支持治療團隊：**復健團隊、疼痛治療團隊、臨床心理師、社工師、營養師、宗教師等。**復健團隊**包括復健專科醫師、護理師、物理治療師、職能治療師、語言暨吞嚥治療師、義肢裝具師、及上述專業人士等。在治療及追蹤過程中，若有生活相關疼痛、部分特殊併發症、自我照護困難、日常生活機能障礙等，可以適當諮詢您的治療團隊或個管師轉介復健團隊協助您。



抗癌鬥士的三組隊友



復健計畫如樂譜，復健團隊如交響樂團，奏出康復之曲。
本圖引自 wikipedia

二、哪些狀況可能需要復健？

不同癌症、不同的疾病分期，復健醫學介入的時機也不同。一些生理功能儲備較少的系統，例如：中樞神經、骨骼肌肉、部分軟組織（如：乳癌）、頭頸癌，從診斷及開始抗癌治療之初，常常便伴隨不可忽視的組織缺損與功能喪失，在療程的早期便建議讓復健團隊介入治療。



一些臟器之癌症（如：腸胃道、膀胱、肝、腎），器官切除所造成的器官功能缺損，多數並非由復健介入。復健團隊大多協助盡早活動及返家生活訓練。而在癌症的中後期，復健團隊協助處理因骨轉移、腦轉移、脊柱轉移所造成的神經失能、自我照護能力缺失、行走能力障礙等；或系統性症狀如疼痛、疲倦、活動喘、活動改造、輔具開立等。而血癌、淋巴癌則一開始便以系統性症狀表現為主，復健治療則以運動治療及生活改造為主。

癌友可能有其他共病 (comorbidity)，心身症狀負荷大，一般而言耐力也較有限，可能因為疾病進展惡化，或腫瘤治療產生新的失能或額外的機能缺損。是故，患者的功能缺損可能浮動不固定，所以全面性(comprehensive)的評估是介入治療的原則。但復健計畫及治療目標則需依個別患者的價值觀、病況、及失能情形個人化(individualized)擬定。而患者病狀變化大，復健科醫師及團隊常需重新評估、動態調整復健目標。



三、腫瘤相關的疲勞

疲勞(fatigue)是一種難以藉由休息恢復的生理及心理疲累；而腫瘤相關的疲勞(cancer-related fatigue)指的是與腫瘤或腫瘤治療相關，與近期活動不成比例，且影響到患者常規的主觀的生理、心理或認知疲累。一般可以想成：用很久的手機，電池電力常常很快就耗光，需要常常充電，但是電池卻充不滿的狀況。



疲勞常見症狀有缺乏精神、需要一直休息、肢體沉重感、情緒不穩定、難以專心、活動後的延長疲憊感等。腫瘤相關的疲勞成因眾多，很少僅單一因素導致癌友的症狀。常見的原因有：貧血、疼痛、藥物副作用、憂鬱症、周邊神經肌肉病變、心肌病變、內分泌功能低下、電解質不平衡、惡病質、失用症等。

治療方面，需要逐步排除可逆的因子，矯正可能的因素。目前醫學證據顯示：除了矯正可能的生理因子(例如嚴重貧血)外，一些藥物的研究也顯示對症狀有正向助益。運動(尤其有氧運動)在許多的醫學研究結果中，顯示對疲勞有很好的效益，但須考量患者身體狀況，量身規劃。適當且設計過的「運動處方」尤為近年運動醫學所注重，建議諮詢您的復健團隊。另外，心理諮詢及治療在部分研究中亦顯示有正向效益，可適當地與您的臨床心理師表達您的需求。

(一)、基本床邊上下肢體活動

在長時間臥床後、抗癌手術後、或經歷對身心影響較嚴重的身體疾病後，身體常常會經歷所謂的失用症(decondition)。這是一種身體在反應、認知、平衡、協調、肌耐力、心肺功能等多面向的功能減損，導致身心對一般生活適應性降低的狀況。即使強健體魄如太空人，在短期太空任務後，身體也會經歷失用症，回到地面後，甚至會需要他人攙扶才能從太空艙內爬出的狀況。失用症對人體功能影響可見一般。如何避免在原先癌症或併發症外增添失用症，加快回復自我處理生活及活動的能力，便是住院治療期間重要的課題。

「早期活動、早期離床、早期功能訓練」是近年重症醫學及復健醫學的主流共識。早期介入的治療性活動，包括床上活動及離床活動，醫學研究顯示與縮短住院天數、減少住院併發症、增進患者功能生活品質皆有正向關係。然而，在一開始身上可能還有引流管或各式醫療管路的時候，或體力還很虛弱的復健前期，可能需要照顧者或醫療人員的指導協助。



床上上肢關節活動及肌力訓練



可使用像水壺等生活物件進行鍛鍊

相關研究顯示，即使 20 多歲健康的年輕人，短時間(7-10 天)的臥床，便可能導致身體的肌肉量流失 3-4%、最大肌力下降 7%、心肺功能(尖峰攝氧量)下降 6-7%、甚至胰島素感受性下降近 30%(與糖尿病的發生有關)。長期不活動對身體機能的戕害可見一般。「要活就要動」不能只是口號，更要實踐到自己的生活中。

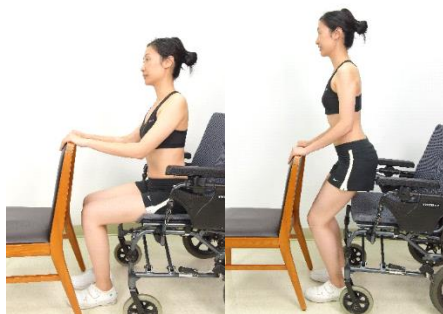
每個癌友在不同時間的身體狀況不盡相同，尤其特殊醫療狀況(凝血功能異常、器官衰竭、經骨骼固定手術等)，宜先諮詢您的醫療團隊或復健團隊，或赴復健科門診諮詢，以進行通盤性的規劃及建議，安排合適的復健訓練活動。



床上或床邊小腿幫浦運動
反覆腳板勾起-壓腳背之動作



床上臀部肌肉訓練動作
注意吐氣臀部離床，避免閉氣用力



床邊或輪椅，站立練習及下肢肌力訓練
注意輪椅之輪子要鎖定、腳靠移開，避免跌倒



床邊扶椅，大腿肌肉訓練動作
反覆腳踩地-膝蓋勾起至約 90 度

(二)、脊椎或骨骼轉移照護

對於發生脊椎骨或承重骨骼轉移的患者，評估若有高度骨折的風險，或已經有病理性骨折，可能會接受手術內固定、放射線治療、輔具外固定、再合併其他治療。一般若是治療成效良好，3-6 個月內，受癌細胞影響的部位骨折風險可獲改善。在腫瘤骨骼轉移治療初期，若還不確定該處腫瘤對治療的反應時，復健的原則是合併適當的局部固定，以減少骨骼變形、位移或斷裂的風險；正確的活動建議、身體訓練及生活改造，協助改善活動性疼痛，盡可能維持癌友的活動能力，減少日常生活功能受限或因活動減少導致的其他併發症。

當患者有脊柱轉移時，復健團隊可能會視患者身體及骨骼情況，教導正位脊椎(neutral spine)的起身轉位法(如下列步驟 1.至步驟 8.)，可以有效改善轉位時脊椎的疼痛，並減少對止痛藥物、輔具的需求。



1. 平躺於床上，離下床側床緣約 10-15 公分。



2. 先緩緩彎曲單腳，其他手腳可貼床面，減少過程中身體震動。



3. 用遠端(離下床那測較遠)的手，扶住同側膝蓋。



4. 用近端(離下床那測較近)的手，扶住遠端手肘附近。



5. 同時帶動肩膀及骨盆，向下床側慢慢同步轉動身體，直到轉成側臥。



6. 雙腳移動垂出床緣。



7. 用上方的手掌及下方的手肘慢慢撐起身體。



8. 起身過程雙手輔助，維持脊椎正中位置。

➤ 脊椎輔具的穿戴原則

部分癌友若有腫瘤轉移到脊椎，導致疼痛或不穩定，正確的復健活動指導及使用正位脊椎轉位法，是脊椎照護的根本，脊椎輔具(背架)的穿戴並不能取代上述兩者。在接受手術或放射線治療的前後，部分患者可能需要額外使用輔具，協助減輕疼痛或固定脊椎。像選購衣服一樣，對於不同脊椎部位轉移的患者，所需輔具大小、款式、適宜穿戴的時間長度也會不同。不適當的穿戴方式或過長時間穿戴脊椎輔具可能是有害的，會導致臟器壓迫、局部皮膚傷害、肌力退化、身體核心控制下降等問題。而一般情況下，脊椎輔具的穿戴時機為脊椎需負擔身體重量時(坐站)才穿戴，平躺於床上是不需要穿著的。輔具應在起身離床前先穿好，才能在起身或轉位的過程中保護脊椎、減少疼痛。一般情況，脊椎輔具可能會穿著至手術或放射線治療後 1 個月至 6 個月。適合穿戴的款式或期間，視患者個人狀況不同，宜諮詢您的腫瘤治療團隊或復健團隊。

一般人體的脊椎有頸椎 7 節、胸椎 12 節、腰椎 5 節、骶骨(薦椎)、尾椎。可活動性越大的脊椎部位(左圖紅色部位)受腫瘤侵犯時，傾向越不穩定。腫瘤轉移有時會導致病理性骨折(右圖)。



脊椎輔具的使用，宜注意下列事項：

- 輔具的大小、長短、形狀(部分背架需套量取模)是否合乎患者的身形。
- 有穿，且穿著正確。就像安全帽，不正確的穿戴會減損或缺保護力。
- 輔具涵蓋處或邊緣處的皮膚，是否有過敏、濕疹、破皮、壓瘡等。尤其下巴、肩頸、肩胛骨下緣、骨盆上緣、薦椎等處。宜有適當的皮膚檢視照護。
- 輔具可能對胸廓的壓迫：是否有呼吸困難或局部疼痛。部分胸骨、肋骨轉移的患者可能因疼痛難以正確穿戴輔具。需選擇不會造成局部壓迫的輔具。
- 輔具可能對腹部、骨盆的壓迫：是否加重腹脹痛、胃食道逆流、頻尿。



幾種常見的脊椎固定輔具：選購須符合個人化醫療需求及身材

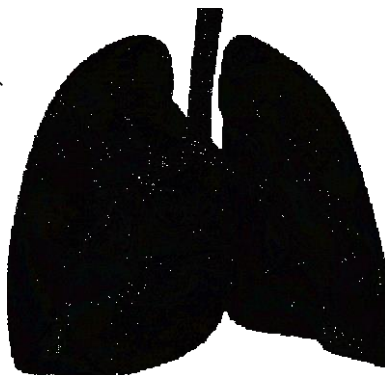
以上部分圖片來自衛生福利部輔具資源入口網

以上各種注意事項，可能略嫌繁瑣。就像選購家庭用車一樣，並不是越貴越大越好，要考慮是否合於個人使用，才達到當初購買的目的。您可以適當的諮詢您的手術醫師或復健團隊，協助開立適合您的輔具處方。



(三)、重大手術後心肺復健

衛福部資料顯示近三十多年來，惡性腫瘤持續居國人十大死因的首位，而氣管、支氣管和肺部的惡性腫瘤則是排在 2018 年首位。醫學研究顯示，適當評估篩選過的個案，若從手術前即接受心肺復健的評估和介入訓練，搭配手術後住院期間的整合性心肺復健，對減少住院天數、提升心肺功能都有明顯效果。



人的肺左側 2 葉、右側 3 葉。
對應姿勢性引流處理不同肺葉。

➤ 心肺復健可分成五個階段：

手術前的衛教及心肺訓練、剛開完刀的加護病房時期、術後一般病房住院時期、出院後門診積極復健訓練期、及居家自我照護訓練期。各階段依癌友的個別身體狀況及醫療需求，您的手術醫師及術後照護團隊、復健專科醫師及復健團隊會制訂照護及復健計畫。治療性的心肺復健，可約略簡化成 ABCDO，簡述如下：

A (Airway secretion management 氣道分泌物處理)

胸腔手術後，在引流管拔除前後口鼻、氣道分泌物較多，影響患者的呼吸、咳嗽及進食。這期間除有效的管路及抽痰照護外，盡早開始床上或是下床活動，搭配早期介入的胸腔復健動作，對患者的復原之路都是重要的。術後照護團隊或復健團隊會教導有效的咳嗽方式、如何保護傷口的咳嗽、哈氣法清痰、自我咳痰、姿勢引流、震動拍痰等動作。

咳嗽對術後肺部的清潔很重要，不要因為疼痛不敢咳嗽，必要時可以請醫療人員給予適當的止痛藥減輕疼痛。良好的呼吸道清潔有助於減少術後感染、減少肺部塌陷等併發症、加速管路移除的時程，增進手術後的復原進程。

B (Breathing exercise 呼吸運動訓練)

復健團隊協助誘發呼吸動作、訓練腹式呼吸、以協助肺葉擴張、有時佐以圓唇呼吸、調整呼吸節律等。有時合併使用誘發性肺活量計或吸氣壓力器，合併心肺運動訓練來加強呼吸肌之肌耐力。一些咳嗽或呼吸訓練動作，可以手術前便開始學習，手術後每小時可練習 6-10 次深呼吸。



誘發性肺活量計



減少傷口疼痛抱枕咳嗽
法：坐起身，身體略向前
彎，雙手抱住枕頭固定上
口上方，再進行咳嗽。

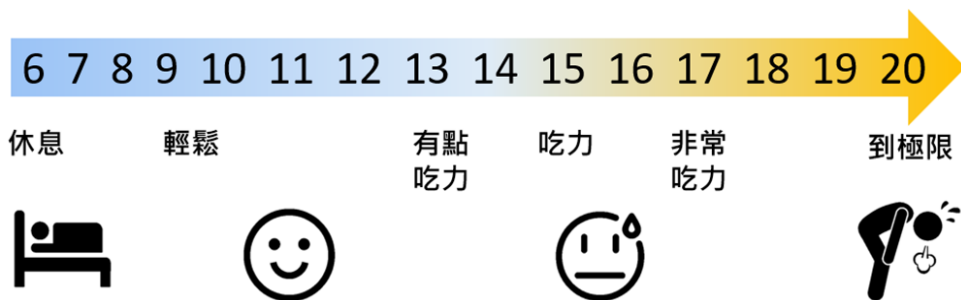


坐姿胸壁側腹肩節延
展動作以另一手扶住
欲延展側之肋骨下
緣，避免疼痛、誘發核
心控制。

O (Oxygen therapy 氧氣治療)

有時術後肺部氣體交換功能或心臟功能尚在恢復中，需要合併適當的氧氣治療維持患者的血氧及減少心肺壓力。要注意的是：血氧並不是越高就一定有好處。復健團隊在訓練過程中，考量患者身體狀況及訓練進程，可能會合併使用氧氣治療給予氧氣，以協助癌友訓練。

心肺復健不僅是適用胸腔腫瘤手術後的患者，一些腹部或心臟手術後，復健團隊協助術後的心肺復健，對於患者的康復自立之路，會有正向效益的。



除了依循運動處方外，可記錄自己的每週運動強度、時間、頻率等，監測自己的運動進展。

C (Cardiopulmonary therapeutic exercise 心肺治療性運動)

依個人心肺功能及手術影響範圍的不同，復健團隊可能會安排心肺運動功能測試(cardiopulmonary exercise testing)，協助規劃或監測術後的心肺治療性運動。這些運動涵蓋從床上四肢肌肉幫浦運動、加護病房早期監測下的床邊活動、離床的肢體活動訓練、一般病房的行走訓練、肌力訓練、有氧耐力訓練、核心肌力訓練、胸廓與關節柔軟度訓練。後續門診可能安排中高強度心肺運動訓練等。漸進式的規劃合併適切的監測，協助癌友早日回到原有的生活中。



床上胸廓、肩關節伸展動作



復健團隊可能會協助患者於住院期間在本院病房間的活力走廊進行心肺訓練

D (Daily activity modification 日常活動改造)

住院期間的自我照護、生活能力訓練；出院後依癌友身體狀況及生活或工作需求，規劃活動改造或居家設置改造，以增進自我生活之獨立性。例如：活動流程簡化、教導節能省力技巧、制定代償策略等。亦會建議使用適當的活動性輔具(例如轉位板、拐杖、輪型助行器等)或生活輔具。



➤ 行動輔具的使用

輔具並不是越貴或附加功能越多越好，需根據每個人的需求及生活習慣挑選。常見的行走輔具，大致可分為拐杖、助行器 2 大類：

拐杖是一般最常使用的行動輔具，形式上有單拐、四腳拐、腋下拐等。一般單拐約可分散 20-30%體重，提高行走穩定度，減少下肢的負荷，較適合能獨自外出但有輕微行走障礙的患者。一般雨傘欠缺合適的止滑、適抓握扶手及機械強度，並不能完全取代拐杖。四腳拐提供多點支撐，放置於地面上亦不會傾倒，雖較重，但提供更多重量分散及穩定度，並減少對患者手腕控制之要求。

助行器能提供較高的支撐力與穩定度至約 60-80%體重，適用於肌力、平衡、或協調能力還尚待加強的患者。但其重量較重、底面積較大，較難適用於樓梯、斜坡、及崎嶇路面，對室外行走或室內小空間移動較為不便。



手杖或單拐



四腳拐



腋下拐



助行器

以上圖片來自衛生福利部輔具資源入口網

拐杖或助行器之高度要配合患者身高調整，建議握把處高度平行臀部側面的骨頭突出處(股骨大轉子)。若上述突出處不明顯，也可以握住輔具時，手肘自然微彎 20-30 度為原則。過高或過低的拐杖會造成關節傷害、姿勢變形、行走不穩定及效率下降等壞處。



拐杖高度約至股骨大轉子，握住時手肘自然微彎 20~30 度為原則。



過短的拐杖導致駝背及支撐不足

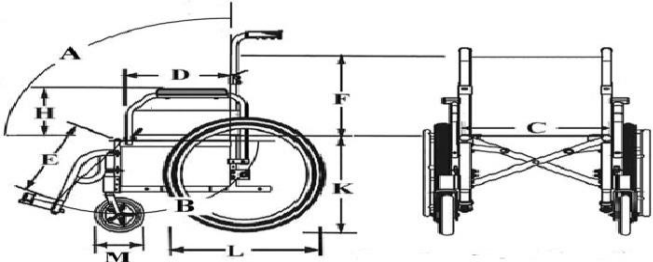


過長的拐杖導致疼痛及肩關節傷害

➤ 輪椅的使用

輪椅的使用，是希望讓患者能獲得最大的獨立自主性。另外也要考慮重量、運輸便利性、其他特殊附加功能、價錢等因素。輪椅的量製、選購，須配合患者的身材、醫療狀況、與使用目的決定使用何款輪椅，之後再由專業人員對使用者或照顧者進行輪椅的功能訓練。建議請復健團隊或各縣市的輔具中心協助評估癌友的使用需求。而多數情況下，應讓使用者舒適正坐於椅面上，避免髖關節過度屈曲，並讓雙手能自然置於扶手上，避免出現聳肩或侷促之狀況。



	注意座寬、座深、靠背高度、扶手高度、腿靠長度等是否契合輪椅使用者。
	● 可折疊、輕量化的輪椅有利於搬動運送。 ● 照顧者輪椅有較小、較輕巧的後輪，但使用者無法自己推動。選購上需要注意。 ● 腿部無力或控制不良的患者宜加上腿部固定帶，並選擇合適的靠腳，以防意外傷害。
	● 高背輪椅較重，摺疊搬運較不易。其含頭部延伸配件，適合頭頸部或身體控制能力較弱之患者。 ● 若患者有移位(上下輪椅)能力障礙，宜考慮具附加功能 A 款(扶手、靠腳可拆卸)利於移位之輪椅
	● 輪椅氣墊座，適合下身感覺或動作有缺損，易造成褥瘡的患者使用。但也會減少坐姿穩定性。

以上圖片來自衛福部輔具資源入口網

(四)、乳癌術後復健

乳癌長年為本國女性發生率第一大癌症。乳癌治療 可能會經過範圍程度不等的腫瘤(乳房)切除及腋下淋巴結廓清，後續視病理結果及治療需求追加系統性治療(化學治療、標靶治療、賀爾蒙治療)、局部放射線治療、或目前新興的實驗性療法。乳癌的復健照護，亦已列為歐美癌症照護臨床準則中。



鑒於乳癌術後復健議題眾多，限於篇幅，本節僅簡列術後可能須注意之復健議題。詳細照護方式及復健治療，宜適當諮詢您的治療團隊，執行經評估過後的治療性活動。術後急性期常遇到的照護議題有：傷口照護、局部淋巴囊腫或血腫、感染、患側肢體或胸廓麻木疼痛、肩關節障礙、淋巴水腫等。正確地進行局部傷後照護及肩關節周邊運動為此時期之復健重點。術後盡早下床走動，可將患側手臂用枕頭墊高後，做指腕、手肘的幫浦運動，以協助血液回流。運動時以緩慢、不引起疼痛為原則，每 1-2 小時重複 5-10 次。目標儘早恢復肢體活動度。

肩關節活動角度	術後 1-3 天	術後 4-6 天	術後一周拔除引流管後	正常角度
前屈	45	90	依可耐受程度	180
外展	45	45	依可耐受程度	180
內轉外轉	依可耐受程度	依可耐受程度	依可耐受程度	90

乳癌術後肩膀活動建議

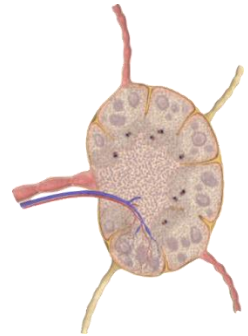
	● 肩關節前屈、外展角度活動。建議可用牆壁做輔助。一般而言，術後移除引流管後，可視個人疼痛程度及症狀進行。正常肩關節正面及側面都可達到如圖的 180 度。
	● 肩關節內轉、外轉角度活動。離床狀況下亦可用牆壁做輔助。原則上術後就可以開始內外轉活動、以避免軟組織攣縮，造成關節角度受限，變成所謂的「五十肩」。

乳癌後續主要可能遇到的照護議題有：化療期間落髮及相關照護議題、停經症候群、放射線治療期間/後皮膚問題、肢體淋巴水腫、肩關節障礙、心血管併發症、化療相關神經病變導致的疼痛及平衡活動障礙、骨質疏鬆、認知障礙、疲勞、性功能障礙、情緒及社會議題等。

抗癌路上雖然會遇到身心的不適或需額外注意的照護議題，目前支持性醫療及復健醫學可一定程度的減緩或預防上述併發症，建議可諮詢您的抗癌治療團隊或復健團隊，在您勇敢對抗乳癌過程中適切陪伴及協助您再次迎向陽光。

(五)、肢體淋巴水腫

身體的體液循環系統有心臟血管系統及淋巴系統。身體組織代謝後的物質部分回到靜脈，另外部分組織間液，含有大分子蛋白質、免疫細胞、水分等，經微淋巴管孔洞進入，成為淋巴液，經淋巴系統（微淋巴管、淋巴收集管、淋巴管、淋巴結），再回到胸腔大靜脈的血管系統進行全身循環。

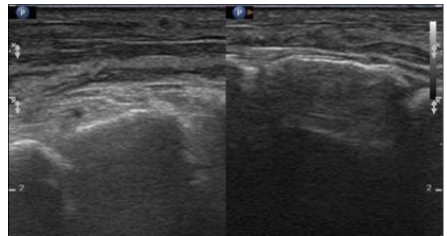


人體正常淋巴結大小約 0.5-1 公分，有血管與淋巴管出入

已發展國家肢體淋巴水腫的首要成因是惡性腫瘤。淋巴系統經抗癌治療，因手術摘除功能下降，放射線治療後出現纖維化萎縮，導致淋巴回收容量下降，形成遠端淋巴水腫。其他原因有：因腫瘤復發轉移，致局部淋巴系統阻塞；局部感染或受傷(包括皮膚或關節軟組織)，引起會大量產生淋巴液的發炎反應，引發或加劇淋巴水腫。



淋巴水腫肢體(圖左方手)可能有紅、腫、溫、脹痛、皮膚變化、關節受限等症狀



超音波下，淋巴水腫肢體(左圖)從皮膚、皮下組織、到肌筋膜都會腫脹變形

日常生活要避免或減輕淋巴水腫可從兩個方面著手：

- 減少淋巴液產生：血管擴張會增加淋巴液的製造。不要在患肢熱敷、深部按摩。避免曬傷(要防曬)、蒸氣浴、泡溫泉等。減少患肢做粗重、反覆勞累的動作。但不要完全不敢用患肢，一般日常生活原則上都沒有限制。保護皮膚，避免傷口及感染：剪指甲請小心；清潔或園藝，宜戴手套。
- 避免影響淋巴液回流：淺層淋巴管在皮膚下，輕度壓力就會阻礙淋巴回流，宜避免長時間壓迫(尤其環形壓迫)，例如：避免有鋼絲的胸罩、束腹、環型首飾；減少在患肢量血壓；避免枕著患肢手睡覺或做過多甩手運動。



淋巴按摩力道輕柔，就像做臉。使用指腹或掌面，進行小範圍推送按摩。



患肢避免吊掛提包，長時間穿著過緊的衣物，或飾品壓迫。

目前淋巴水腫的主流治療方法，內涵包含下列四項：

- 皮膚照護：避免蚊蟲叮咬、曬傷、感染或發炎，是預防及治療淋巴水腫的第一步。防曬(遮擋或防曬乳)、避免皮膚乾燥脫屑，適量使用合格乳液。小心部分芳香產品內含物較複雜，可能引起皮膚過敏。



- 徒手淋巴引流：淋巴按摩是特殊的治療手法，將患處堆積的淋巴導向仍有功能的淋巴系統，減輕腫脹。淋巴按摩不等於推拿按摩，不正確的按摩可能導致淋巴水腫惡化。建議患者向相關專業醫療人員諮詢學習。
- 壓力治療：用低彈力繃帶(不同於一般彈性力繃帶，購買前請先詢問醫師)包紮患肢或穿戴壓力織品，以建立肢體向心方向的壓力梯度、減少淋巴液的產生、促進回流。低彈力繃帶包紮需要醫療人員執行及教導，積極治療期應配合專業徒手淋巴引流後使用。當達到最大消腫範圍後，可以換穿壓力織品。壓力治療理想上應全天使用，但考量氣候及皮膚狀況，以癌友能適應為主。
- 治療性運動：使用壓力治療，加上治療性運動時肌肉的收縮，兩者協同促進淋巴回流。宜向您的復健專科醫師或治療師諮詢適合的運動。

要注意，並非每個癌友當下的情況都適用整合性退腫治療或間歇充氣加壓治療，一些禁忌症(感染、靜脈栓塞、嚴重周邊動脈阻塞等)或是應鑑別診斷的情況(軟組織或關節傷害發炎)需要先經有經驗的醫師評估處置。淋巴水腫的治療及注意事項，宜向您的腫瘤團隊或復健團隊詢適當的淋巴引流及肩關節活動，有助症狀控制問。



適當的淋巴引流及肩關節活動，有助症狀控制



上肢水腫可能會從肩膀後方進行淋巴引流

(六)、頭頸癌術後復健

台灣頭頸癌以男性為主，且為目前男性十大癌症發病及死亡人數的第四位。主要癌別為口腔癌、舌癌、鼻咽/口咽/喉咽癌等。近年統計數據顯示國人發病年齡中位數相較於肺癌、大腸直腸癌早了 10 年。中年男性傳統上為社會網絡中的生產者、家庭經濟的提供者，而治療經過腫瘤切除及組織重建手術、頸部淋巴結清除、合併化學及放射線治療。而頭頸部身體功能儲備較少，從診斷及第一階段治療，常常便已造成不可忽視的組織缺損與功能喪失，造成顯著的失能。中年罹癌失能不僅為個人健康帶來重大傷害，也為社會及家庭結構帶來不容忽視的衝擊，故為健康照護體系所重視並介入。限於篇幅，本節僅簡列術後可能須注意之復健議題。照護細節及復健治療，宜適當諮詢您的治療團隊。

頭頸癌患者可能會遇到復健議題可大致分為口腔相關失能、肩頸疼痛及失能、以及系統性併發症等。口腔相關的議題可能有：口腔黏膜及潰瘍、牙科及牙周病變、口乾症、吞嚥障礙、牙關緊閉、言語溝通問題、營養問題、放射性骨壞死等。



肩頸部位的疼痛及失能，影響生活品質甚劇，經常是患者最感困擾的議題。包括：肩頸疼痛、軟組織的纖維化及攣縮、肌筋膜疼痛、頭頸部淋巴水腫、肩周失能、肩關節障礙及傷害、臂神經叢病變等。





全身性重要議題則有：肺部併發症(例如吸入性肺炎、肺塌陷、混和性肺病變等)、腦神經及周邊神經病變、轉移相關問題、心理情緒問題、職能及工作議題等。若有吞嚥障礙合併長期慢性嗆咳，可能造成癌患者慢性、進展性的肺部病變，導致運動耐受性差、反覆性肺炎、慢性發炎及消耗性病體質、靜態喘等。是故，建議積極處理局部性症狀，以避免系統性失能的產生或惡化。



正常開口，上下門牙間要能容納三支手指頭或 3.5 公分以上。牙關緊閉低於上述距離。



適當的舌肌力及活動訓練，對有口腔期吞嚥障礙及構音障礙的患者十分重要。



適當的頸部伸展、尤其後頸上背的肌力訓練，常是頭頸癌肩頸失能復健的重點。



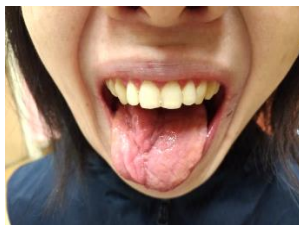
適當的口唇運動，會應用於構音障礙、口腔閉合功能不良、及預防/減緩軟組織痙攣。

➤ 吞嚥障礙

人類吞嚥的過程，食團(固體或異體)依序經過口腔、咽喉、食道、最後達到胃。當食團運送的过程發生困難，患者無法順利吞嚥，稱為吞嚥障礙 (吞不下去、吞東西會噎到)，其原因可大致分成五類如下：

意識或情緒障礙：昏迷無意識、嚴重失智症、譫妄、厭食症、情緒疾病等。

- 神經障礙：腦部病變或傷害(例如腦轉移、腦中風)、吞嚥相關神經損傷、動作張力協調障礙(例如巴金森氏症、小腦萎縮症)等神經疾患。
- 吞嚥結構異常：嚴重牙關緊閉、吞嚥相關構造因手術切除、放射線治療後短期黏膜破損疼痛或長期軟組織纖維化、食道狹窄、頭頸部淋巴水腫等。
- 呼吸異常：正常吞嚥過程約需 1 秒左右的閉氣，以免食物誤入呼吸道。就像跑步完立刻喝水容易噎到，呼吸速率過快時的閉氣不良，易導致噎咳。
- 老化：單純老化很少造成嚴重的吞嚥障礙，常常是合併上述因子的結果。



放射線治療後右側舌頭萎縮



吞嚥螢光攝影檢查評估吞嚥功能

吞嚥障礙的復健需考量患者營養狀況、患者進食意願、目前局部腫瘤控制狀況或併發症、肺部耐受性等因素。復健專科醫師進行醫療的鑑別診斷及潛力評估後，偕同復健團隊幫助患者執行吞嚥復健訓練，或合併其他生理訓練。

吞嚥功能的復健，宜向您的腫瘤治療團隊或復健治療團隊諮詢，除特殊醫療情況外，一般性建議如下：

- 紀錄每日飲食/灌食量。原則性每週紀錄體重 1-2 次。
- 進食時，一般建議採正坐 90 度，避免半坐臥或躺著進食。
- 避免過於吵雜或容易分心的環境，口中有食物時應避免說話。
- 每口吞乾淨後再吃下一口，必要時可以在進食之間清喉嚨。
- 若出現噎咳應立刻停止目前的進食，吐出目前食團，待咳乾淨、症狀消失後再嘗試進食。若反覆發生，宜提早回診或聯繫復健團隊。
- 進食後半小時內宜維持直立姿勢且避免激烈運動，以免食物逆流或噎咳。
- 進食後維持口腔清潔，餐後刷牙或合併使用漱口水。
- 原則性而言，體重 60 公斤的成人，為維持患者良好的體力及免疫力，一天需要攝取 1500-2000 大卡的熱量，並搭配適當的水分。依個人疾病及特殊需求(肝硬化、腎病等)可能需要額外添加或減少特定營養素及水分控制，相關細節可諮詢您的醫師及營養師。

➤ 吞嚥障礙的症狀

- 若持續有以下吞嚥障礙的症狀，甚至惡化，請向您的腫瘤治療團隊詢問，是否需要額外評估或轉診復健專科醫師或團隊，進行後續吞嚥評估治療。
- 覺得無法吞嚥口水、口水很多或常被口水嗆到。
- 張口困難、牙關緊閉。上下門齒間距離小於 3.5 公分。
- 進食過程中，常有食物逆流至鼻腔、堆積於口腔或卡在喉嚨中。
- 講話有濡濕音(wet voice)，類似喉頭有痰的聲音。
- 食物會誤入呼吸道，造成嗆咳，甚至導致吸入性肺炎
- 疑似肺炎症狀：發燒、畏寒、咳嗽、痰多黃稠、嗜睡、喘、發紺等症狀。
- 非意願性每餐進食時間超過 30 分鐘，以前能吃的食物變成不能吃。
- 姿勢性低血壓、脫水、體重半年內非意願性下降超過一成(10%)。
- 管路營養的使用

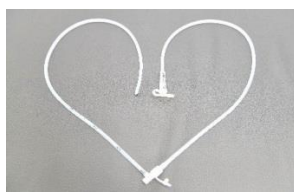
有些患者經由吞嚥復健訓練後可以恢復到完全由口進食一般食物；有的患者需要做食物質地調整或使用特殊進食手法；但也有部份患者無法達到完全由口進食。以下情況，復健團隊可能會建議(或短期)使用鼻胃管或胃造瘻管灌食：

- 手術後恢復期，尤其局部傷口尚未完全癒合前，管路灌食可保護傷口維持局部清潔，適當補足傷口癒合、身體恢復所需營養。
- 受限目前患者進食速度、體力或耐力不足，即使努力進食但仍低於每日應有的總熱量或水分，導致體重減輕或脫水。
- 無症狀性嗆咳：食物掉入呼吸道時，正常應有嗆保護機制，但患者卻沒有感覺。此情況身體已失去自我保護機制，極易引起吸入性肺炎，短期可能引發感染或呼吸衰竭，長期可能造成肺部纖維化的限制性肺病。
- 反覆性肺炎，或未受控制的心肺衰竭，心肺功能已出現明顯減損者。
- 特殊食道、腸胃疾病或狀況，導致食團難以傳送至胃部或腸胃道，例如食道狹窄或胃排空障礙等。

鼻胃管或胃造瘻並不一定是永久性，待患者吞嚥功能進步，達到足夠的進食量及合理的進食安全性，便可移除管路。



一般鼻胃管建議每個月更換



兩截式鼻胃管增進美觀社交



胃造瘻管裝置於腹

到此
我還能做些什麼
來改變這垂倚小盆栽般的現實

被迫立於崖邊 望向深邃混沌的遠方
時鐘面上不怠的指針 清晰的不忍直視

苦難攔住 未曾停頓的腳步慢下來
路旁的風景 來時的道路
第一次看清自己的所在

還能做些什麼
茂野中的駿馬 身披勝利的傷痕
依然在狂風中 直視遠方
舔拭著過去的印記 邊前進著

直至灰滅 都想以這個我活下去
你們記憶烙印中的我 是曾戰鬥的身影嗎
我有好好守護了那個笑容



本手冊癌症復健章節，由台大醫院復健部徐紹剛醫師製圖及撰寫。

感謝郭芳慈副管理師、嚴家玉護理師、趙于涵護理師、陳姍婷護理師、邱齡瑩護理師、林依伶技術士協助拍攝相片。