

# 中醫進入居家安寧照護的案例經驗分享

舒傳賢<sup>1</sup>、沈蘊之<sup>1</sup>、陳建宏<sup>1</sup>、鮑俊蓓<sup>1</sup>、陳秀惠<sup>1</sup>、許中華<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>臺北市立聯合醫院中醫門診中心 <sup>2</sup>國立陽明大學 傳統醫藥研究所

## 摘要

本案例是一位 89 歲直腸癌轉移肝臟的患者，從發現到逝世中間歷時不到兩個月，中醫首次以居家安寧療護的照護方式協助病人與家屬面對最後的歷程，在病人選擇放棄積極治療後，中醫在引進當代安寧的觀點協助病人與家屬走完最後的歷程，除了緩解病人身體疼痛不適，也協助家屬度過這段艱辛的歷程。

關鍵詞：癌、中醫、居家照護、安寧照護、疼痛、靈性

## 壹、前言

長期以來安寧照護都在西醫的醫療環境下進行(如：安寧病房)。104 年自黃勝堅擔任台北市立聯合醫院總院長後，推動全院區的居家安寧醫療業務，林森中醫院區率也帶領中醫進入安寧的領域。本例經驗紀錄中醫與一位 89 歲的病人臨終前的互動的經驗，希望借助本次中醫與臨終病人接觸的過程所延伸的經驗與省思，對於後續中醫在居家安寧療護的照護經驗上有所幫助。

## 貳、病歷摘要：

### 一、基本資料：

姓名：藍○○

性別：男

年齡：89 歲

婚姻：已婚(太太逝世，育有三女二兒)。身高 163 公分，體重 63 公斤。無抽菸，無喝酒，無嚼食檳榔，無藥物濫用。沒有心臟相關

疾病。與三女同住，聘請外籍看護乙位。職業為報社編輯，已退休。

宗教信仰：佛教。

病歷號：600xxx15

初診日期：民國 104 年 2 月 10 日。

病人住在都市，兒子一個在大陸工作，一個在花蓮工作。大女兒和二女兒皆已婚嫁，居住地點離病人不遠(交通時間 10 分鐘內)，病人平日的起居主要由小女兒(患有小兒麻痺)及一位外籍看護(病人家人視為女兒)照護。需要依靠呼吸器，多半的時間臥榻在床上，平時聽誦經文，背後有 3 處褥瘡。

二、主訴：喘甚，躺下改善(心跳偶 120+)

三、現病史：患者於 103/12/11 因無力起身上廁所坐在地上送至急診，返家後連續一週排便困難，12/18 當日噁心嘔吐又再送至和平醫院急診。103/12/19 由台北市立聯合醫院和平院區腎臟科收住院



，12/25 出院，住院期間沒有發燒、咳嗽。胸部 X 光顯示左下肺葉浸潤，腹部 CT 顯示為直腸癌（大小 5 公分）及肝臟轉移（20+顆，最大 6cm），建議轉至仁愛院區接受進一步治療。12/25 仁愛院區血液腫瘤科收住院，主訴為排便困難，胃口不佳，體重下降，12/30 出院，出院時體重 56 公斤。1/15 會診台大醫院血液腫瘤科，1/26 與醫師討論後不化療。1/28 接受輸血。身上有 3 處 2 公分大小褥瘡。2/1 血便 3 次。

四、過去病史：Type 2 DM、高血壓、右腹部疝氣。

五、家族史：無特殊家族史。

六、系統回顧：

12/25 和平醫院：

Vital signs：T=37.2°、P=85bpm；R=16 per minute；BP=134/79 mmHg

- 1.General appearance：Weakness（+），fever（-）
2. Cardiovascular：DOE（-），dyspnea on rest（-），PND（-）
- 3.Respiratory system：productive cough（-），dyspnea（-），chest pain（-），yellowish sputum（-）
- 4.GI track：Nausea（+），vomiting（+），jaundice（-）
- 5.GU：Hematuria（-），bubble urine（-），dysuria（-）
- 6.Endocrine：Body weight change（-），Menstruation（-）
- 7.Neurologic system：Limb weakness（+），speech disturbance（-）

12/30 仁愛醫院：

Vital signs：T=36.4°、P=80bpm；R=20 per minute；BP=128/80 mmHg

- 1.General appearance：Weakness（-），fever（-）
- 2.Cardiovascular：DOE（-），dyspnea on rest（-），PND（-）
- 3.Respiratory system：productive cough（-），dyspnea（-），chest pain（-），yellowish sputum（-）
- 4.GI track：Nausea（-），vomiting（-），jaundice（-），constipation（+）
- 5.GU：Hematuria（-），bubble urine（-），dysuria（-）
- 6.Endocrine：Body weight change（-），Menstruation（-）
- 7.Neurologic system：Limb weakness（-），speech disturbance（-）

七、中醫四診：

望診：

體格：正常範圍（身高：163，體重：63，BMI：23.7）

指甲：無血色

皮膚：不澤，背部三處褥瘡

口唇：唇紅

舌：舌腫，色紅無苔

四肢：水腫

聞診：語音低弱

問診：喘甚，白天嗜睡，夜晚難眠，晚上自覺快斷氣。大便一日 2 行乾硬，納差，牙齒痛

切診：脈沉，左關下暈結



## 八、辨證分析：

病因：不內外因：虛損(邪實耗損正氣)、飲食內傷腸胃。

病位：中醫：肺、肝、腎、大腸。

病性

主症：本病的性質為本虛標實。腸胃氣虛為本，癥瘕積聚為標。喘甚，躺下改善，舌腫，色紅無苔，脈沉，左關下暈結。

次症：大便一日 2 行乾硬，納差，牙齒痛，四肢水腫。

病勢：患者因工作壓力甚大，長期外食，作息不規律，歷代文獻認為本病乃因飲食不節，恣食肥甘，燥熱生冷之務，導致脾失健運，長年累積濕熱蘊毒，下迫大腸，熱傷腸絡，毒邪成癰而發為大腸癌。飲食不節導致脾失健運，故納差、水腫。腎主骨，齒為骨之餘，《靈樞·天年》中岐伯曰：九十歲，腎氣焦，四藏經脈空虛故齒疼，腎不納氣，喘息動則尤甚，氣不接續乃見喘。病人陽氣不足，白天嗜睡，胃氣大虛則舌無苔。

診斷：中醫辨證診斷：腸覃。

西醫診斷：大腸直腸癌。

治則：益胃補中，行氣化痰

初診處方：

香砂六君子湯 1g，炙甘草湯 1g，溫膽湯 1g，夏枯草 1/3g，白朮 1/3g，茯神 1/3g，TIDPC\*7days，寬心飲 2 號\*7days。

穴位：足三里、內關

香砂六君子主治胸脘痞悶，健脾益氣，燥濕化痰，佐以茯神利水滲濕，健脾安神。炙甘

草湯補心氣，通心陽。主治氣血虧損，心失所養，血行不暢，虛勞肺痿，便乾。溫膽湯主治痰濁內擾，胸悶有痰，佐以白朮補氣健脾，燥濕利水。夏枯草清肝火，散鬱結。上述諸藥配合寬心飲 2 號共治，以達扶正益氣，祛邪逐水之效。

針灸對胃腸道反應具有良好的調節作用；足三里有調理氣血、疏通經絡，增強或調節胃腸道消化功能，改善消化不良症狀的功能，有明顯的鎮痛作用，並能調理全身的免疫功能，內關調理中焦之氣<sup>[1]</sup>。若無法執行針灸時，使用穴位按摩同樣具有刺激的功能。

## 安寧病人的用藥思維：

安寧病人的用藥依舊不離辨證論治的思維，醫生開立藥物的立基還是以平衡病人身體的狀態為目標，治療方面醫者要清楚或許無法完全協助病人回復到某些狀態，治療目標的溝通這時是相當重要的，醫護人員與病人間的關係，既不是僱傭關係，也不是恩賜關係，它是一種建立在互相尊重，互相信任基礎上的平等合作關係<sup>[2]</sup>，明確的說明病人可能發生的狀況與變化可以協助患者與家屬清楚這個階段的醫療所能做到的事，也唯有在這樣的溝通之下，醫師才能引導家屬接受病人的身體狀態，協助病人及家屬接受生命在現實生活中的限制，進而引導思考臨終的歷程和經驗如何轉化和昇華。這樣的心理照護發生是可以透過某些方式在醫病關係良好建立之後所得已發展出來的。

## 參、安寧照護關係的建立與回顧

### 一、中醫與病人的互動



從開始到結束：

病人的大女兒和二女兒在 104 年 1 月份，位於南京東路四段的福智教室，聽黃勝堅總院長演講悲傷關懷，很羨慕金山的居民能受到居家安寧的照護，並感慨不住在金山，無法接受居家安寧的照護。二女兒自述於演講末尾鼓起勇氣傳遞紙條給總院長提出父親（病人）的狀況，黃總院長建議至聯合醫院進一步了解。家屬遂於 104 年 2 月份前來林森中醫院區許院長的診間，許醫師一了解病人的情況，隨即允諾家屬醫療團隊會到病人家中探視，同時對病人說這是我們(醫院)應該做的。這樣的安排對於家屬是意想不到的，當時可以明顯感受到家屬內心對於院方的出訪的感動和感謝。

三天後醫療團隊到家裡訪問時，由二女兒和小女兒接待團隊，團隊裡的西醫師協同護理人員為病人清理褥瘡的部位，測量病人的生命徵象，營養師針對病人的狀況和小女兒(主要照護者)對於攝取的飲食進行指導，中醫住院醫師一位對病人的照護者講說對於病人的不適(下肢水腫、喘)可以進行那些穴位(足三里、內關)按摩，一位和家屬詢問病人平時的習慣以及有無特殊喜好。還有一位在知曉病人無氣力，長時間臥於病榻，臥床時一直在聽佛經的撥放後，前往病榻贈與病人佛珠，帶著病人一遍一遍的複誦南無觀世音菩薩。如此一段時間後，住院醫師提出病人移往客廳與家人與醫療團隊共聚的請求，病人也願意提起精神從床上移動到客廳坐著。後續許院長在病人出來後繼續引導家庭會議的進行，摘要如下：

**開會目的：**說明病人病情，用藥情況，導入安寧居家照護議題。

**個案現況：**呼吸喘，氣音說話，氧氣使用，大部分時間臥床，外傭照顧，薦骨有三處褥瘡約 2 公分，早晚換藥，偶爾下床走動至客廳沙發坐坐。

**家屬困難與要求：**個案呼吸喘不過來，我們子女未必可以處理，是不是還是送台大急診，讓爸爸舒服點？

**團隊回覆：**送急診時讓醫師知道病人拒絕插管，希望留一口氣回家即可。

雖然病人坐著仍不太能講話，只能間斷的發出氣音，但透過引導問答的過程，可以知道病人最大的未了心願，是擔心三女兒自小罹患小兒麻痺，獨自一人，他走了無人陪伴，醫師引導家屬回應病人這部分子女間會相互扶持，請病人無須掛礙。

病人回房休息後團隊也和家人說簽立不急救同意，對病人最後這一段歷程是對的也是好的。病人的二女兒自醫療團隊到家裡後，常常說出口的是：我不敢相信，這太不真實了，爸爸／我們真是太有福報了。許院長為這次的訪視回應家屬：妳們雖然沒辦法去金山，但沒關係，現在金山不就走來妳家了嗎。

在團隊訪視離開以後，我也持續的利用簡訊和通訊軟體和病人的家屬持續的互動，詢問有無醫院可以幫忙的地方，表達關切的心情。醫療團隊在聞訊病人辭世之後，隨即由許院長帶領兩位住院醫師前往病人家中捻香致敬。

告別式之後陸續收到以下家屬的簡訊：

X 醫師：在此要感謝你對爸爸生前的照顧也因為爸爸的關係認識你這位有愛心的醫生和團隊真的非常幸運在新的一年祝身體健



康工作順利！藍 XX 合十。

XX 收訊吉祥：感恩您發心祝福，爸的告別法會一切圓滿，敬請好好學習，相信您們有能力與機會幫助更多人。祝~一切圓滿順利藍 XX 及家眷敬謝。

XX 收訊吉祥：新年快樂，福慧增長。很榮幸由於爸的因緣，而認識您們這群發心的人間菩薩，我們一家人實在很有福報，我們會很珍惜的。祈願新的一年裡，有更多需要幫助的人，能到您們溫馨的關懷與協助。藍家闔家敬賀

## 二、後記：

### 醫療團隊與家屬的互動：

對於病人和家屬而言，並無預設醫療人員會前往家中進行探視，這樣所花費的資源成本不常見於目前的醫療環境。但這樣的出訪動作是明確地反應以病人作為主體的臨終關懷，對於醫病關係的建立和發展是良好的。這和一般居住在安寧病房接受安寧療護的經驗上是有不同的。

### 家屬哀傷輔導：

在後續的時間與家人的互動中可以感受到，家屬對於父親的離開雖然悲傷，但由於本身信仰強烈的支持，同時病人這幾年在信仰上跟隨家屬，在全家人具有共同的信仰經驗下，從本例可以顯示出此結構對於病人與家屬間的情感連結是有幫助的，雙方都相信辭世後病人是往更好的地方前去，這樣的信仰經驗對於在後續家屬處理哀傷經驗上的轉化可以看出有明顯的幫助。這也呼應著喬治·賴爾所說的：「如果我們只是治癒了身體，或者只是讓病人在身體舒適的情況下死亡，那麼我們對於當事人的成長，或更高意識的

意識發展，可說是毫無貢獻的。」<sup>[3]</sup>如何在一旁協助家屬在面對病人的離開過程中，減少超乎個人能承擔的期待或承諾是進行安寧關懷的過程當中同樣重要的一環。

## 肆、討論：

### 一、中醫照護癌末病人安寧照護概論

根據衛福部統計，我國癌症患者安寧涵蓋率從 2000 年 7.24% 提升到 2012 年 51%。安寧療護的服務對象是末期病患，在台灣主要是以癌症病人為主。

安寧由一組醫療專業人員，用完整的症狀緩解醫療以及愛心陪伴癌症末期病人走完人生最後一程，提供身、心、靈的全人照顧，並且協助病人及家屬面對死亡的各種調適，以讓生死兩無憾。安寧這個字的意思是，病人的靈性和情緒照顧與醫療照顧同等重要<sup>[3]</sup>。目的是幫助、尊重病患、減輕痛苦、照顧他們，讓病患能擁有生命的尊嚴及完成心願，安然逝去；家屬也能勇敢地渡過哀傷，重新展開自己的人生<sup>[3]</sup>。

安寧療護的原則包含三部分：疾病的控制、症狀的處置以及心理的支持。<sup>[4]</sup>以往的安寧療護小組主要由醫師(西醫)、護理人員、社工師、宗教人員及志工所組成<sup>[5]</sup>。2015 年台北市立聯合醫院推動居家安寧照護，以減緩疼痛及各類副作用見長的中醫開始加入照護的團隊，接起減緩病人臨終病痛任務的角色。

過往的安寧照護重心是「試圖讓病人接受他的命運」<sup>[4]</sup>，癌末的病人在放棄西醫積極治療後，身體仍伴隨許多方面的不適，這些也會隨著癌症擴散部位的有所不同，這時中醫的介入可以協助家屬的期望：在最後的這段過程能讓病人已較少不舒服的狀態走完，



這也符合 2015 亞太安寧會議閉幕演講所提出當代安寧療護的精神：處理疼痛及症狀，以讓病人可以處理他們生命中其他優先順序的事物，包含以下四點：1.盡可能有效的與癌症奮鬥。2.對於家屬未來面臨到的情境也列入計畫。3.讓患者可以和重要他者相處的時間品質良好。4.達到內在的平靜<sup>[4]</sup>。

## 二、臨終病人的疼痛與症狀

安寧照護主要透過非鴉片類，弱鴉片類及強效鴉片類等止痛藥物來減緩病患的痛楚，在 2002 年美國國家完善癌症照顧工作網 (NCCN)及美國健康照顧政策研究局(AHCPR)指引中則提出，癌症疼痛處理應以「最無侵入性」及「最簡單給藥時間」的治療方式為優先使用<sup>[6]</sup>。癌症病人面對當西醫無法符合病人的期待時，他們只好轉向中醫或其他的方式求助，想盡辦法來讓自己的身體舒服一點，好過一些<sup>[7]</sup>。中醫現有的治療方式如針灸不只能減緩病患的疼痛，對於其他的身體不適(如喘、水腫)同樣可以提供協助的功效<sup>[8]</sup>。有研究指出穴位按摩在緩解疼痛是有效的<sup>[9,10]</sup>。也有論文指出耳針的接受度是高的，其非侵入的特性及對緩解癌症的各類症狀是有效的<sup>[11]</sup>。另外在病人體力許可之下，中醫尚有各式氣功療法，如二十四節氣坐功圖(陳博)、十二段錦、八段錦、五禽戲等，皆可以協助病人透過氣功的練習穩定自己的情志<sup>[12]</sup>。

## 三、臨終病人的心理與靈性

癌末病人臨終前的心理變化可分為三個時期，醫護人員在介入時清楚病人所在的階段是重要的，隨著每個階段的不同，醫療團隊所採取的策略也應該有所不同。三個時期

分列如下：

1. 心理否認期：這時病人對於迫在眉睫的死亡持否認心態，表現出強烈的求生欲望，否認自己已病入膏肓，覺得死亡是「不可能發生的事」、「他們一定搞錯了」、自己還有被搶救和治療的機會，希望奇蹟出現。
2. 死亡恐懼期：當病人得知病情確實無挽救希望，預感死亡即將來臨，心情變得異常激動，思緒起伏，矛盾交織。「死亡是可怕的」這是大多數臨死者共同的心理。有的病人此時恐懼與憤怒交替出現，害怕自己突然死去，害怕孤獨，不許醫護人員或家人離開自己，回憶過去的「美好時光」，交談後事，同時又對醫護人員或親人抱有無比的希望。此時病人心情極為矛盾，有的則表現出不合情理的態度，同時又極其希望別人能給他撫慰、鼓勵、關心和照料。
3. 心理接受期：這是垂危病人的最後階段，病人已確信死亡即將來臨，心裡十分平靜，對死亡已有充分準備，從容的告別人間。雖然病人表面上顯得很累，但心裡很平靜<sup>[2]</sup>。

對於得到癌症的病人來說，單單從身體方面進行治療是不夠的，必須要從對應身、心、靈的各層次，進行全方位的治療<sup>[3]</sup>。從本次中醫進入安寧照護的經驗可以看到家屬和醫師從中醫治療的角度出發，所建立的關係其實遠大於單純的醫病關係，而在這時候是一個很好介入靈性過程的機會。

靈性的關懷一直是臨終陪伴重要的課題。而這次接受安寧的病人一部分已經踏入心理接受期，另外病人和住院醫師的信仰相近



，進而順利的帶領病人靈性的經驗與提升，這是相當難得的機緣，並非每次進行臨終安寧照護時都能剛好有機會進入這樣的場域之中。

李開敏指出靈性的介入應在病人準備好時適當的給予，而非一味的強行加給病人，如此才不會適得其反。李開敏舉出以下的例子：病人說江淑娜的福報好感動好有道理。今年過年期間，因情緒低落再度聆聽如來宗的佛曲，曾有一天，整夜的聽，他說聽佛曲救了自己，他有被療癒的感覺<sup>[3]</sup>。另一位研究者李凡指出，臨終所面對的不是自我的身體或生理死亡，而是個我感的消逝。死亡是個人所熟悉的一切事物，以及所接受的生命與自我的裂解。只有在個人醒覺的面對臨終過程的情況下，平靜的死亡才有可能。<sup>[3]</sup>

#### 四、中醫在臨終關懷的實踐

中醫進入安寧的目除了減緩病人各式的痛楚，在每個臨終照護更有其終極的目標-面對死亡，而要達成這個需要清楚的溝通，這也意味著我們需要：誠實與柔軟、站在病人所能理解的角度、在每個當下盡量隨著病人的意願有所進展及在病人的同意之下讓家屬進入病人的經驗。<sup>[4]</sup>

我們得接受每個人死時皆不圓滿，而且自己對於善終的問題，也不瞭解該如何加以界定<sup>[3]</sup>。但是縱使如此，我們還是有很多可以做的，而且結果往往是我們意想不到的。李開敏舉社工進行臨終工作所收到的簡訊：我真是太幸運了，受到妳太多恩惠，能認識妳是我這生中的幸運。這是生病以來從來沒有過的溫暖的醫病關係，我很感動<sup>[32]</sup>。

我們要隨時謹記臨終關懷的核心是讓病

人與家屬對於下列事物有良好的溝通：疾病、什麼治療可以病人有幫助，什麼不可以、在抗癌的治療沒有有效的時候有什麼替代的方法以及照護的目標以及整個病人家屬接下來要往哪裡去<sup>[4]</sup>。

中醫對於在臨終病人的安寧照護可以做到比現有的更多，我永遠記得病人辭世那天晚上，家屬傳來的一段影片，影片中病人已經過世，但是直到過世的前一刻，病人的手中還持著住院醫師所贈與的佛珠稱頌佛號。

#### 伍、資料來源：

1. 陳俊良，癌症的中醫輔助治療。腫瘤護理雜誌 2010；10；1-7。
2. 李岩、何其梅，《腫瘤心理錦囊》；台北市：一橋出版社，1997：92-132。
3. George S. Lair：臨終諮商的藝術。台北市：心靈工坊。2007：33-194
4. Cynthia Goh, Transfotming Palliative Care through the Asian Experience。第 11 屆亞洲及太平洋區安寧療護會議。台北：台北國際會議中心，2015。Keynote Session。
5. 亞東紀念醫院癌症防治中心(1999)：安寧緩和療護。2015 年 5 月 20 日取自 <http://depart.femh.org.tw/indge/l5.asp>
6. TCOG 癌症疼痛與症狀處理委員會：癌症疼痛處理指引。苗栗縣：國家衛生研究所癌研所。2007：3-2
7. 許中華：新手癌友。台北市：大塊文化。2013：40
8. Tsai-Ju Chien, Chia-Yu Liu, Chung-Hua Hsu: Integrating Acupuncture into Cancer Care。J Tradit Complement Med. 2013；3



- ; 234 - 239。
9. 徐患麗、張曉雲、曾瑞慧：運用穴位按摩於疼痛緩解之文獻回顧。中華推拿與現代康復科學雜誌 2011；8；40-51。
10. S. M. Sagar MD, T. Dryden MEd RMT, R. K. Wong MD: Massage therapy for cancer patients: a reciprocal relationship between body and mind. Current Oncology 2007；14；45-56。
11. Chao Hsing Yeh, Lung-Chang Chien, Yi Chien Chiang, Dianxu Ren, Lorna
12. 李岩、李志剛：腫瘤病人自家療養。台北市：一橋出版社，1997：103-168。
- Kai-Ming Lee, Grief and Spiritual。第11屆亞洲及太平洋區安寧療護會議。台北：台北國際會議中心，2015。Grief and Bereavement。
13. Kwai-Ping Suen: Auricular Point Acupressure as an Adjunct Analgesic Treatment for Cancer Patients: A Feasibility Study。Pain Management Nursing 2014；15；1-9

## Alleviating care by traditional chinese medicine and acupoint massage

Chuan-Hsien Su 1、Yun-Chih Shen 1、Chien-Hung Chen 1、Jiunn-Bey Pao 1、Shiu-hua Chen 1、Chung-hua Hsu1,2\*

1. Taipei City Hospital Outpatient centers
2. National Yang-ming University

### Abstract

This article presents the first case of hospice and palliative care lead by traditional chinese medical group. A 89 y/o male who signed the DNR without active treatment suffered from gasp and other uncomfortable symptoms looking for alleviating care by traditional chinese medicine and acupoint massage. With our team care, patient dead in peace and families appreciated things all we had done.

Key word: cancer, traditional chinese medication, hospice care, palliative care, pain, spirit

