



中西醫共照—— 外科加護病房與 中醫部合作之經驗

李舒晴◆中醫部 主治醫師 / 黃頌儂◆中醫部 主任

加護病房內的病患通常面臨身體遭受重大傷害、接受重大手術、器官功能衰竭或是感染等嚴重問題，是需要接受高度密集醫療照護的重症病患，加護病房內的每位醫護人員無不戰戰兢兢地執行臨床工作，期望患者能在悉心照護之下，病情轉危為安，順利轉往普通病房。

根據臨床經驗，重症患者的復原及預後情形，與患者的營養狀況是否良好有非常密切的關係。腸道營養是重症患者營養供給的首選方式，相較於靜脈營養供給，它能夠維持腸道菌種的穩定，避免腸道黏膜細胞萎縮，維持人體免疫能力，以及減少感染的風險。不幸的是，根據統計約有50%使用呼吸器之重症病人會因為胃排空障礙，出現大量胃殘餘量及胃食道逆流等情形，甚至增加吸入性肺炎的風險。在外

科加護病房裡，腦出血及腦損傷患者術後發生胃排空延遲，對重症科醫師而言仍是個棘手的問題，除了給予促進胃腸蠕動的藥物，沒有更好的方法，然而藥物效果卻有限，往往達不到理想療效。針對這個問題，中醫部在過去會診經驗中發現這類病患接受針灸治療後的确能夠改善胃排空障礙，減少胃殘餘量，促進胃腸蠕動及消化功能。經與外科加護病房主治醫師討論後，對於這些接受常規治療仍無法有效改善消化不佳的患者，在外科加護病房主治醫師的建議下，會診中醫部尋求協助，以針灸作為輔助治療改善病患之消化功能。

2014年，筆者與中醫部李舒晴醫師和外科加護病房高曼靈醫師合作，撰寫院內研究計畫，將這類患者納入研究計劃，研究對象為自發性顱內出血或外傷性腦出



血，經顱部手術後使用呼吸器住進外科加護病房的患者，且術後出現胃排空障礙連續二日以上者。與接受一般常規促進胃腸蠕動藥物之患者比較，經過連續六天電針治療的患者，其管灌胃殘餘量明顯減少，也提高了灌食速度。研究結果顯示，電針治療能有效改善此類患者之胃排空障礙，促進胃腸蠕動及消化功能，亦無任何不良反應。

在筆者與高曼靈醫師的指導下，此研究成果由李舒晴醫師於2015年歐洲整合醫學會（European Congress for Integrative Medicine, ECIM）中進行報告，將此中西醫在重症患者照護的合作經驗與來自世界各地之醫師分享，隨後並將此研究成果撰寫成論文投稿於“Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine”雜誌，經審查通過後於2017年09月刊登。藉由此研究成果，中醫部與外科加護病房進一步討論此類病患之中西醫療照護方式，為了讓外科加護病房消化功能不良之病患能快速接受中醫治療，省卻會診單開立、診視

及回覆時間，照護方式由原先會診模式改成共同照護模式，即符合住院中醫輔助醫療試辦計劃條件之病患即由外科加護病房將中醫師加入共同照護，再由中醫師向病患或家屬解說，經同意後進行中醫治療。

西醫及中醫為兩套不同的醫學體系，兩者在基礎理論、治病邏輯及發展等各方面之不同，讓中西醫在對話上及合作上存在著極高的困難度，如何讓中西醫順利整合，一直都是一項艱鉅的任務。然而，整合醫療是世界趨勢，是一股不可抵擋的潮流。台灣是世界少數具有完整中醫教考訓制度以培育出具備中西醫學知識的優質中醫師，以及提供完整西醫及中醫治療的國家，加上醫療資源取得方便，中西醫共照漸成趨勢。擷取中西醫學優勢，提供更臻完善的中西醫合治方式給患者，是彰基中醫部一直以來努力的目標，也期望藉由中西醫整合醫療，建構全面性病人照護（Comprehensive patient care）模式，未來將是病患最大的福祉。☁