

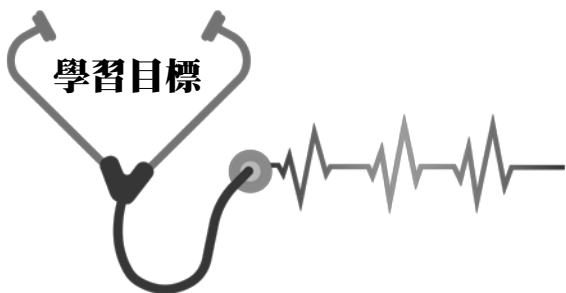
(10 章頭頁)

(10 章頭頁)

263

C
H
I
O
翻
轉
人
生

學習目標



264

- ✧ 認識下肢癱瘓病人的關鍵檢查。
- ✧ 學習如何與不善表達的病人溝通，並藉由病人的歷史資料察覺其感興趣之事務，藉以溝通。
- ✧ 反思多重疾病與酗酒之間相互依存的關係，以及病人養成酗酒習慣的真正原因。
- ✧ 建立全人照護機制，從病人生理機能到家庭再到社區、社會的完整陪伴照護。

六十三年次的李先生，在家中十二位兄弟姊妹中排行第九，以板模及四處打零工維生。因為不注重生活作息、飲食不節制，又酗酒，有高血壓、心臟疾病、糖尿病、痛風等病史，身形越來越胖，最重的時候曾達 160 多公斤。

2015 年底，李先生覺得腳越來越沒力，漸漸無法行動，在五姊家中走廊擺放簡易床榻躺臥，由五姊照護。面對從餵食、盥洗到大小便都無法自理、體重 100 多公斤的李先生，負責照顧的五姊承載相當大的重擔。

臥床後，李先生病痛不斷，家屬轉述他院診斷患有胃潰瘍、貧血、心臟衰竭、肺炎、腰椎關節黏連合併神經病變、薦腸關節炎併恥骨聯合損傷等，且被宣告全身癱瘓。年紀尚輕的李先生不堪如此噩耗，心情極為鬱悶，甚至有輕生念頭。

李先生與五姊兩個人，一個承受病痛折

磨，一個疲於照顧弟弟，心中負載的苦悶與壓力可想而知，兩人常常發生語言上的衝突，生活苦不堪言。這樣的日子歷經四個多月後，五姊的經濟與身心已不堪負荷，尋求其他兄弟姊妹協助，二姊聯繫慈濟基金會，請慈濟提供協助，在基隆區志工居家訪視關懷、了解情況後，提報人醫會評估。人醫會邀請台北慈濟醫院神經外科醫師一同往診，為李先生診斷。

照護說明 10-1

在瑞芳義診發現的個案李先生，100 多公斤體重加上多重慢性疾病，長期在家臥床，造成個案和家屬承載不小壓力。台北慈濟醫院接回照護治療，同時召開跨團隊會議，邀請副院長擔任召集人，由各醫療專家一同為病情複雜的李先生研擬治療計畫。

◆ 主治醫師

從人醫會接獲訊息，表示李先生下肢完全不能動，家

屬轉述他院診斷可能終身癱瘓。當時心裡思籌，癱瘓的診斷，對年紀還輕的李先生來說，宛如宣判死刑般；如果一輩子只能臥床，永遠不能走路，是多大的打擊。所以隨人醫會往診，在李先生五姊家中，做神經學、運動感覺等基本檢查，發現李先生並未完全癱瘓，有治療機會，決定將他帶回台北慈濟醫院做進一步診察與治療。

第一眼看到李先生，可能是臥床多時，所以兩眼無神，不太理人，但接著幫他做運動及感覺檢查時，會配合指令動作。

一般要判斷是否為不可逆的癱瘓，會做初步的神經檢查。現場檢查李先生的腳不能抬，但可肌肉收縮，雙腳都是有感覺的，左腳感覺較差；做針刺檢查，李先生雙腳都有反射感覺，只是較差；觸覺就沒有，但有痛覺，初步判斷李先生雙腳肌肉力量不是完全沒感覺的 0 分（註 1），屬於 1 分。

接著敲他的腿，做兩種神經反射檢測，敲腿時，李先生兩隻腳都痛，左腳比右腳痛；而抬腳方面，右腳到 60 度會痛，左腳則在 15 度到 30 度就痛，初步定位在腰椎以下可能被壓迫，有坐骨神經、椎間盤突出，或是長腫瘤的可能性；李先生左右轉腳不會痛，初步排除髌骨骨折問題。

做針刺檢查到肚臍以上時，李先生的感覺就很敏感，是正常的，而定位李先生是肚臍（胸椎第 12、腰椎第 1）以下出問題；他的膝蓋以下反應更差，認為是膝蓋（腰椎第 3）以下受到壓迫。當下診斷李先生可能是脊椎受到壓迫，並不是完全癱瘓，有治療機會。

未經過專業神經學訓練者，看到李先生的雙腳只有一點點顫動、水平移動很差，就認為沒有治療機會，其實可能是誤解。從脊椎損傷的定位神經檢查來看，腳不能動的原因有很多，腦中風、長腫瘤都有可能，也可能是腦幹、神經傳導路徑、大腦皮質出狀況，還是哪個路徑發生問題。損傷發生的原因務必定位清楚，要定位在脊椎的哪一節，是頸椎、胸椎，還是腰椎的哪一節？另外，神經學檢查時要判斷是完全損傷？部分損傷？中樞神經受損？還是周邊神經受損？有些損傷還可以改善，有些則為不可逆。

整合各項物理檢測結果，初步推翻癱瘓的判斷，而可能是坐骨神經痛、是椎間盤突出、腰椎滑脫、腰椎狹窄，或是感染造成。

李先生入院當天就安排核磁共振、X 光檢查，影像顯示他椎間盤整個都扁掉，而且化膿，脊椎和骨頭旁邊也都

化膿。細菌培養化驗結果，李先生是一般的金黃色葡萄球菌感染。李先生有脊椎感染化膿及壓迫的問題，因此初步理學檢查大致確認，他的腰椎第 1 到第 3 壓迫最嚴重，腰椎第 4、第 5 有一點壓迫，如此釐清病症問題所在，就可以進入治療的層面。

◆ 照護團隊召集人（副院長）

當主治醫師決定把李先生接回台北慈濟醫院治療時，覺得很不可思議，更佩服主治醫師的勇氣。從現場照片看到，八位慈濟志工將 100 多公斤的李先生從二樓抬下，得知他在五姊家裡已臥床四個多月，曾經到北、中、南許多醫院求診，都治療無效、宣告癱瘓，家人無力長期照顧，打算將他送去安養機構，幾乎可說是要放棄他了，但手足情深心有不忍，最後求助慈濟基金會。

將他接回醫院後，主治醫師立刻安排核磁共振等檢查，確認李先生的脊椎感染化膿，必須盡快處理。李先生住院的第一天早上去探望，發現他只有腳趾能動，表示頭痛，臉上沒有笑容，很擔心身體是否還有其他狀況，於是組成跨科團隊，為李先生做全面性的診斷治療。

案例說明 10-2

台北慈濟醫院組成跨科團隊，為李先生訂定治療計畫，社工師開始了解李先生的家庭環境、社經背景等相關問題，適時提供社會補助資源，希望讓李先生漸漸恢復健康身體及自理能力。

手術後，經過跨科醫療團隊的一起努力，李先生的腳能動，更漸漸可以自行站立行走，身體的相關疾病也獲得控制。原本鬱悶的心情，變得較為開朗，不太有表情的臉龐，終於看到一絲微笑。

照護說明 10-2

醫療團隊以實證醫學為基礎，細心耐心為李先生治療，但肥胖與脊椎舊疾所衍生的併發症，卻一一考驗著醫療團隊。除了身體病痛的診治外，如何緩解李先生的心病，也是醫療團隊的一大挑戰。

◆ 主治醫師

訂定治療計畫前，要判斷李先生感染的狀態。如果壓迫不厲害，有些感染不一定要開刀，可使用抗生素，讓化膿慢慢消除。但李先生是很嚴重的壓迫，必須開刀，若症狀持續進行，有可能變成完全損傷、大小便失禁。

另外擔心李先生有其他方面的感染，是否有感染性心內膜炎？或是肝膿瘍？於是會診感染科、腸胃肝膽科、心臟科；又擔心他術中出狀況、麻醉後呼吸道是否順暢，於是幫他做心臟超音波，看心臟功能是否可承受手術；照胸部 X 光，評估心肺功能；並做抽血評估、麻醉評估、呼吸檢查、影像檢查等開刀評估。整個過程沒有任何停頓，李先生週日住院，週一術前評估，週二就執行手術。

在開刀治療之前，也評估另一個替代治療方案，就是把膿抽出來，再打抗生素，但壓迫無法解除。整體評估後，還是建議李先生開刀，才可以早期解除壓迫的問題。

手術時，刀一開進去，膿就出來了。感染一般金黃色葡萄球菌，可能與他長期酗酒，免疫力下降，造成細菌感染有關。因為是一般單純的金黃色葡萄球菌，非抗藥性細菌，用抗生素治療即可。手術後，李先生的腳就立刻可以動，本來肌肉運動力是 1 分，開完後兩邊都變 3 分，甚至

有時可以到 4 分，可以離地，右腳表現更好，缺點是疼痛感也隨之恢復。之前因為神經壓迫而不會痛，開刀後解除壓迫，痛神經恢復，於是會診麻醉科、疼痛科、中醫科、復健科等，緩解他的疼痛。後來又發現他膝關節退化，擔心是因感染導致，做超音波檢查，確認膝關節未感染；也做核磁共振造影，評估膝關節未達到需要開刀的程度，因膝蓋活動是對應腰椎第 3 節，所以判斷可能還是與腰椎第 3 節受損有關。

◆ 照護團隊召集人（副院長）

為李先生進行切除脊椎膿瘍手術後，隔天清晨，就去看李先生的復原狀況，發現腳可以動了，心中的大石頭終於放下。由於李先生病況複雜，有多項內外科疾病，接下來需要團隊合作，才能一一解除病苦。決定當主治醫師的後盾，只要他有任何困難，我就啟動跨科團隊，除了執行脊椎相關手術，也會診多科，包含胃腸肝膽科、感染科、新陳代謝科、疼痛科等，按治療狀況不定期召開團隊會議，討論李先生的病情發展與治療計畫，並為李先生處理身心靈各方面的問題。

◆ 疼痛科醫師

開完刀後，李先生腳可以活動，原來受壓迫的神經解除壓迫，疼痛感也跟著恢復。主治醫師照會後，到病房為李先生診斷。李先生因體重過重，長期壓迫造成退化性關節炎，於是在他的周邊關節痛點，給予介入性治療，直接在痛點注射止痛劑，希望能緩解他的疼痛。

◆ 中醫師

運用針灸治療，緩解李先生的疼痛，本想搭配中藥效果更好，但李先生拒絕服用中藥，只能透過外部治療；除針灸外，也會協助李先生運動。李先生固定每天早上五點就會疼痛，團隊分析原因，朝坐骨神經壓迫的方向治療，給以溫灸。治療後，李先生表達疼痛已減緩，甚至可以兩天都不痛。

◆ 物理治療師

李先生是下肢無力的個案，一開始介入的目標，是希望他的下肢力氣慢慢恢復，至少初期能夠在床上完成一些基本的生活照護活動。介入時，他的體重大概有 120 多公斤左右，當時剛轉到普通病房，病情已較穩定，即安排下肢肌力的復健訓練，讓李先生在床上做一些翻身動作，以

免長期臥床造成壓瘡。

李先生比較怕痛，必須耐心帶他慢慢練習坐起來，讓傷口能夠習慣不同姿勢，並說明重力對他的脊椎以及相關部位的影響。物理復健一段時間後，李先生逐漸可坐在床邊，甚至能夠微微做站立動作；不希望他整天在床上，於是鼓勵他離開病房去活動。活動必須有輔具、輪椅，但李先生身形高大，要找到合適的輔具不易，一般輪椅可能無法承載他的體重。

適合載重且較大型的輪椅，才能符合李先生的需求，逐一洽詢全省輔具中心都沒有結果。後來社工師告知，醫院庫房剛好有一台閒置的電動輪椅，真是如獲至寶，趕緊把電動輪椅開到病房。

一看到電動輪椅，李先生眼神亮了起來，看得出來他對可以到外面走走的期待，但對於肌耐力訓練、運動訓練就沒有放太多心思。雖然他已可以拿助行器走約兩三公尺，但還是希望加強他的一些肌耐力訓練，畢竟李先生體重這麼重，需要更足夠的肌耐力去支撐身體。

◆ 護理師

李先生體重過重，護理師要協助翻身不易。李先生不善溝通，因此無法清楚理解他的需求，護理師需要花很多

時間不斷與他聊天，才能發現他的需求和問題。李先生對醫護都很有禮貌，是個有修養的病人，還會以玩笑方式表達身體的不適，但自己一個人的時候，會自我怨嘆，疼痛時還會搥打自己，也曾經痛到哭。護理師除了多了解他疼痛的狀況、會診疼痛科及身心科，積極解決他疼痛的問題外，並不斷給予心靈上的鼓勵和關懷。

◆ 社工師

李先生父母雙亡，有十二名手足，他排行老九。初次見李先生，他不太說話，問他問題都只簡短回應，不是很開朗的感覺。了解他的生活背景，沒有固定工作及收入，沒有投保任何私人保險，健保費也是由大姊協助支付；從生病臥床後，生活無法自理，病痛不斷，對自己未來不抱任何希望，甚至曾有輕生念頭。來到台北慈濟醫院治療後，李先生的腳能動了，原來的一些病症也在醫療團隊努力下，得到治療與控制；社工師也協助申請社會福利及補助，不論是醫療補助、重大傷病卡等，希望讓李先生與家屬都能安心。

李先生住院初期幾乎沒笑容、不太言語，對治療不抱任何期待，但治療可下床後，心境有了轉變。期間，關懷團隊每天不間斷的陪伴和聆聽，以接力的方式陪伴，漸漸

打開李先生的心房；更邀請以前的病人及志工，給予膚慰與陪伴。一段時間後，終於看到李先生臉上的笑容，他表示感覺人生希望重燃，並相信持續復健，自己會越來越好。

治療期間，遇到一些困難，李先生度過兩次危險關卡，一是傷口裂開造成敗血性休克，一是因為服用止痛藥而引發腸胃出血。另外，李先生的營養狀況非常差，於是照會營養師為李先生量身制定營養飲食。李先生背痛的問題仍然持續，醫療團運用抗生素，積極控制感染。

李先生住院期間，都是所有兄弟姐妹輪流排班照顧，經濟支援也是兄弟姐妹平均分擔。在治療上有任何問題，家屬都會直接向護理師表達，無須透過社工師。但初期，家屬對於台北慈濟醫院給予的醫療幫助，抱持著不信任態度，醫療團隊持續努力，社工師適時的介入輔導，不斷溝通關懷，醫病之間的互信關係逐漸建立。

病程的改變，像是一顆顆變化球，唯有跨科別的照護團隊，能夠截長補短，相互補位，隨時接招。而在醫病共享決策（Shared decision making,SDM）中，病人家屬往往扮演著關鍵角色，傾聽、釋疑與說明，是建立信任醫病關係的基石，同時也影響著病人是否遵從醫囑以及後續治療成果。

◆ 照護團隊召集人（副院長）

治療李先生並不具任何目的性，醫院巧妙善用資源，提供最完善的協助，但求李先生能痊癒。團隊召集人負起統籌、指揮、掌握治療方向的任務，希望李先生健康狀況能夠恢復，重新回到生活正軌。

照護期間，發現李先生的營養狀況非常差，白蛋白一直很低，甚至只有 1.7g/L（正常值為 3.4g/L）。一般而言，嚴重感染、飲酒、食量小，都有可能造成白蛋白過低。營養不好會影響傷口癒合，增加治療上的困難。團隊思考著，李先生能不能靠「吃」把白蛋白補回來？有無適應症可符合健保給付的方式？能補多久？營養小組細心詢問

李先生和家人，得知他以前天天以酒度日，很少吃到真正營養的東西，於是為李先生量身設計營養飲食。

住院一個月左右，召開家庭會議向家屬做病情解釋，說明治療計畫。第一次見面，李先生的姊姊對我們非常不信任，認為「怎麼對我們這麼好？是不是騙人的？」團隊花了很多的時間與李先生的家人溝通互動，才逐漸建立信任感。

治療到兩、三個月時，李先生病情較為穩定，醫療團隊評估抗生素的一次療程告一段落，於是稍微停藥，沒想到停藥後很快又出現敗血症，抵抗力差，白蛋白很低，這樣的狀況讓團隊更謹慎面對。

◆ 主治醫師

第一階段手術治療後，李先生恢復狀況很好，也可以走路；痛的話就做疼痛控制，除非真的痛到不行，才會考慮做第二階段裝鋼釘撐開的手術治療，但風險很高，因為他的體重高達 100 多公斤，不論從側開，從前開，風險都很高；若心肺功能不好，無法支撐出血量，術中危險性高。還好李先生復原得很好，所以不考慮第二階段手術。

給以抗生素治療後，細菌感染雖然獲得控制，但因為李先生已有細菌感染病史，再次感染的機會較一般人高。

一般細菌感染，要打抗生素約四到六週才能有效控制細菌繼續漫延，李先生打了快三個月才得到控制，且沒想到才停藥兩天，傷口就裂開，引發敗血症，李先生休克住進加護病房。這表示還有殘留的細菌，只好用更長效的抗生素。

李先生因為敗血症的反撲，傷口開了，把膿引流出來反而是好事。當時召開團隊會議，跨科一起評估新的治療方向。因為敗血症，李先生的腎功能變差；有些敗血症若進行到不可逆，就會像山洪暴發一樣，變得一發不可收拾，用抗生素也無效，還好李先生的敗血症是可逆的，在加護病房施打兩天的抗生素，腎功能救回來了，各器官也都恢復正常運作。醫療團隊適時介入治療，解除危機。

◆ 感染科醫師

李先生有脊椎感染化膿的狀況，同時評估他的感染指數，決定給予三個月的抗生素治療療程，這是較安全且周延的療程。

因為李先生長期酗酒、生活作息混亂，使得身形過胖，免疫力低下，加上衛生習慣及生活環境不佳，本來就容易感染。抗生素療程才剛結束兩天，李先生體內殘留的細菌繼續作用，結果傷口爆裂，引發敗血性休克，趕緊更強化抗生素治療，總算讓他脫離險境，感染獲得控制。

◆ 社工師

治療初期，李先生的四姊質疑我們治療李先生的目的性。社工師是病人與醫師之間的重要橋樑，於是更密集的與李先生和家屬互動，詳細說明我們想要救治李先生的用意，沒有任何功利目的，就是單純希望李先生能早日解除病苦，生活能夠自理，回歸正常生活，繼續貢獻社會。

經過團隊努力溝通，李先生和家屬也感受到慈濟醫院的人文，四姊漸漸打開心房，理解我們想要救治李先生的心意，還對開始的不信任致上歉意。

李先生是阿美族原住民，於是嘗試從原我、自我、本我角度思考，選擇讓李先生回歸原我的鼓勵方法。因此在李先生一度有敗血性休克危機時，在李先生耳邊放阿美族音樂，在意識不清的狀態中，李先生居然動嘴角跟著唱。因為這樣的結果，加上李先生喜歡唱歌，團隊還思考為他辦場演唱會，希望強化他的自信心。

◆ 營養師

照會營養師，是因為李先生準備要開刀，他個頭大，但白蛋白很低，團隊疑惑何以有此狀況，所以照會營養師。營養師介入時，李先生已手術完成。會談中得知，李先生自從不太能動之後的飲食，都是一些即時性的食品，

如泡麵、麵包，李先生還有大量飲酒的習慣，他過重的體重，都是一些不含蛋白質、缺乏營養成分的飲食習慣所造成，所以他的營養介入不會太困難，在住院期間，就是固定吃營養餐點。

營養師努力為李先生規劃營養飲食，並不時與他討論飲食內容，清楚說明配合醫院飲食的重要，可以讓他缺乏白蛋白的營養失調狀況獲得改善，加速傷口癒合，體重才能獲得控制。李先生感受到傷口癒合和健康的重要，住院期間都非常配合營養師提供的飲食建議。

經過手術、減重與復健後，主治醫師評估李先生已可出院。告知李先生可以出院時，卻見他一臉愁容，直問：「可不可以晚幾天再出院？」原來他是擔心出院後的生活起居及回診問題。社工師說明將有社區志工接手照護，李先生總算釋懷，順利出院。

醫療團隊與慈濟志工無縫接軌，李先生出院後，基隆區志工承擔起陪伴照護李先生的工作，讓這份關懷延伸到李先生家中以及往後的日子裡。

照護說明 10-4

對許多病人而言，出院後才是挑戰的開始。失去醫護人員 24 小時的照護與陪伴，要如何復健？起居生活誰來照護？要住哪裡？接踵而來的問題，都讓病人與家屬煩惱不已。病人所需要的，不僅是一個妥切的出院準備計畫，更需要的是一個能夠安身與安心的社會支持。

◆ 主治醫師

治療期間，復健團隊加入，給予李先生適合的復健治療。李先生在台北慈濟醫院得到非常好的身心靈照護，原本應該是很歡喜的，沒想到當提出可以出院的訊息時，李先生卻表示不想出院。此時，出院準備計畫團隊及社工師介入，了解李先生不願出院的原因，是擔心出院後的生活起居及後續回診問題，於是給予出院緩衝的時間，讓他安心；並邀請社區志工提供後續的回診陪伴，並協助安頓李先生的住處、安排居家照護。在各種擔心疑慮都解除，身心靈得以安頓後，終於順利平安出院。

◆ 照護團隊召集人（副院長）

了解李先生因為身體還有痠痛感，怕出院後又會因病痛再度入院，因此請團隊更仔細評估解李先生身體狀況，務必於狀況良好時再出院。

◆ 社工師

癱瘓在家期間，李先生都靠姊姊照顧，出院後，李先生不想再依賴姊姊，但又擔心出院後的生活無依，以及後續回診問題，因此抗拒出院。於是給予鼓勵，並透過陪伴他參與志工工作，讓他體會自己的用處。社區志工承擔起

後續陪伴回診及關懷工作，社工師也規劃了李先生出院後的計畫，希望一年內將李先生膝關節退化的問題解決，並協助找工作，讓他有能力自給自足。

◆ 社區志工

接獲李先生即將出院的訊息，志工們趕緊加快腳步，做後續的生活安排。社區志工團隊努力尋找適合李先生的住處，並以便於關懷、靠近李先生的五姊住家，方便李先生與家人相聚為首要考量。

社區志工希望能做台北慈濟醫院的後盾，當李先生的住院醫療告一段落，須回歸居家生活時，社區志工與醫院無縫接軌，除了安排適當住處，並承擔起後續生活及回診的照護與陪伴，做到全人、全家、全隊、全程、全社區的五全照護。

行動愈來愈自如的李先生，仍有因為體重過重引發的膝關節退化問題，除了持續復健外，也在志工陪伴下，到基隆區環保站做環保，並陸續參加義診。擺脫無法行動的狀況，又有付出的機會，李先生重新找回開朗的自己，更有自信和勇氣面對未來人生。

從生病的那一刻起，病人與家屬都可能歷經悲傷五階段，從否認、憤怒、討價還價、沮喪到接受，身、心、靈相互糾結，相互影響。此時醫護團隊的陪伴與志工的關懷，往往像是暴風雨中的一座燈塔，暖暖的，堅定的，指引著病人方向。

◆ 照護團隊召集人（副院長）

住院三個多月的期間，有時李先生的姊姊沒有來醫院

陪伴，醫院志工就會主動來關心、鼓勵他，還準備特大尺寸的衣服供他換洗；社工師也安排機會讓他參與製作福慧紅包等志工工作。

看到醫療團隊、志工秉持付出無所求的精神，李先生漸漸改變了自己的心念，他戒酒也茹素。出院後，志工延續善的平台，帶著他去認識住在基隆、以前在台北慈濟醫院治療的病人陳先生，兩人相互鼓勵，一起做志工。團隊用很多心力陪伴他、影響他、啓發他，希望將他導引到善的方向。

◆ 社區志工

爲協助李先生重新回到社會，社區志工分階段進行關懷。初期由社區志工協助陪伴回診，並邀請李先生參加義診、環保等志工體驗，讓他重新走入人群、重拾生活信心。後續社區志工與醫院團隊，也會輔導李先生自行就醫，協助其自我謀生，並鼓勵他重回職場。

【全人醫療觀點】

反思李先生個案，整個團隊無論是身、心、靈，以及社會層面的照護，都符合全人醫療的精神，真正落實全人、全家、全隊、全程、全社區的五全照護。李先生在得到全人照護後，也能夠獲得正向的結果，讓自己從手心向上的人，轉變為手心向下、付出奉獻的人。而照護團隊的照護過程中，是否有哪些關鍵環節，因為哪些堅持，才可以形成更好的結果，值得再抽絲剝繭分析與探討。

288

一、正確的診斷

全人醫療的第一步就是正確的診斷。李先生有多重複雜的病史，遇到這樣的病人，醫師要有更高的警覺性和敏銳度去判斷。只要遇到下肢癱瘓者，一定要當急症處理，即刻做核磁共振造影可以增加救治機會，另外一個關鍵點就是理學檢查與神經檢查要做確實，也要過濾其他會產生不能行動症狀的疾病，一定要在前端仔細檢查及完整評估。

李先生發病的整個歷程約三到六個月，當時他突然沒力時，可能就是化膿了，如果能即時治療，沒有錯失黃金

治療期，可能復原時間會更短。

二、適切的治療

第一階段的治療，首要在於動手術處理李先生脊椎壓迫的問題，術後，膿引出來，繼續以抗生素治療。一般的抗生素治療療程約四到六週，但李先生感染化膿的部位在脊椎，而選擇更長時間的抗生素療程。

沒想到抗生素療程剛結束不久，李先生的傷口居然爆開，雖然當下做了醫療處置，還是引發敗血症休克。在團隊共同努力下，李先生的生命被搶救回來，度過危機。這次的危機，讓醫療團隊反思，是否在照護過程中，還有哪些細節可以再強化，如注意病人的衛生習慣，醫護則除正規的照護外，也要給予病人更多的衛教資訊及自我照護提醒，以避免這樣的危機發生。

急迫的脊椎壓迫及敗血問題解決後，進入下一階段的身體調養及肢體復健。過重的體型讓李先生的膝蓋已經磨損，要恢復自如的行動功能得動手術，但是他本身身體疾病很多，動完脊椎手術之後，身體無法負荷再動其他手術，只能採取保守治療方法，就是持續減重，以及把膝蓋保護好。減重步驟先從飲食調整開始，補充足夠的營養，

避免不健康飲食習慣；而膝蓋的保護則在活動過程中做好防護措施，短距離行走用簡單手杖、登山杖幫腳撐一點重量，長距離行走，則建議利用交通工具，減少長距離行走。飲食控制加上適當的運動，提供一些水療復健，如在水中行走，水的浮力可以減少承載的重量，對李先生膝蓋的耗損度可以降低一些。

三、醫病關係

李先生的照護團隊中每個成員都有貢獻，各科都細心照護每一個環節。主治醫師參酌各科意見，不武斷做決策，也充分讓病人及家屬了解病情及治療計畫；期間有任何狀況，都清楚說明讓病人及家屬知道。醫病互動關係重溝通，醫師的誠懇與溝通技巧很重要，將實際狀況解釋清楚，知情同意，是維持良好醫病關係的重要關鍵。

醫病溝通很關鍵的重點在於了解病人的需求，李先生手術解除脊椎壓迫後，許多神經跟著恢復，減緩疼痛就變成李先生主要的需求，於是團隊除了邀集西醫做疼痛治療，也同步請中醫師及復健師協助透過不同的方式，緩解李先生的疼痛。

李先生的疼痛很特別，有固定時間，大多是每天早上

五點的時候開始痛，這是一個有意義的表述。團隊思考何以清晨五點痛的原因，因為手術很成功，所以評估是不是坐骨神經受到壓迫造成水腫，導致麻痛？出院前兩週，李先生表示疼痛已減緩，甚至可以兩天都不痛，這對醫師來說是很重要的鼓勵。而在治療李先生疼痛的同時，陪伴及言語的關懷，更加深李先生對團隊的信任。

早期陪伴時，家屬防備心很重，連拍照記錄都不願意，所以每天不間斷的互動、陪伴和聆聽。治療到可下床階段，李先生開始覺得人生有希望，心境有了轉變，漸漸打開心房；也因為幾個月的陪伴，漸漸取得李先生及家屬的信任，甚至把團隊成員當作他們家庭的一份子。這是病人和家屬的心，都一起照顧到的最佳展現。

四、同理病苦

整體照護過程，照護決策都是站在李先生的角度思考，團隊清楚告知李先生及家屬各階段的治療計畫及所遇到的問題，讓李先生和家屬做決策，真正做到以病人為中心的全人照護。

李先生很有自己的主見，全部姊姊中，只有大姊叫得動他，其他都只能順著他。醫療團隊在每個治療階段，都

清楚讓李先生了解方向與處置，所以李先生基本上都會配合治療上的要求。

在護理照護上，因為李先生體重較重，不易翻身，所以一開始是教家屬如何幫李先生翻身，到後期，李先生比較能活動時，因為他的手是有力的，護理師就教李先生自己運用手撐起翻身。教導過程中，陪伴聊天，讓他更有信心。

當床簾拉起後，李先生也會私下自我怨嘆，也曾經痛到哭。護理師看到李先生痛到哭的時候，就會主動了解他疼痛的狀況，並請醫師評估是否需調整他的藥。有陣子李先生比較嗜睡，會說夢話，擔心他藥物成癮，還因此照會身心科調藥。

因為長期的病痛，造成李先生剛開始入院時，對治療不抱任何期待，也因為他慢熱的個性特質，初期就是單純配合團隊的治療指令，幾乎都是躺著，沒笑容，不太言語、不太與人互動。

李先生不善溝通，因此無法清楚他真正的需求，常需要花更多時間不斷與他聊，才能知道他的想法和問題。有段期間，只要跟李先生提到出院，他就開始說這邊痛那邊痛的，團隊努力與李先生互動，漸漸熟悉後，才理解他的

擔心。團隊持續給予心理建設，並鼓勵他到醫院大廳聽音樂、到空中花園走走。

爲了增加李先生面對日後獨立生活的信心，社工師邀請他做志工，讓他在活動的過程中，體會自己還有能力做很多事，而不是只能躺著。社工師還幫他找尋適合工作，並建議他到大型企業，因爲領有殘障手冊，大企業會有進用保障名額。

從人醫會義診發現李先生，一直到將李先生接回台北慈濟醫院治療，再到出院後的居家關懷，醫療團隊全程照護，診治李先生的病，同時療癒他的心。這份照護與陪伴，不曾中斷，且持續給予支援，期待李先生可以漸漸回復獨立自主的生活。

不只全程，治療照護李先生更是全團隊式的。從手術、解除疼痛、復健、減重，到解決他身體上的其他疾病，再到照顧心理層面的問題，都是跨科別、全團隊，出院後則由社區志工接力照護、陪伴回診，以及參與志工活動。

五、全人照護陪伴

對於李先生的身體照顧，有兩個重大關鍵點，第一不是他自己來醫院，而是我們走進他的家；第二是主治醫師

的正確診斷，讓病人狀況獲得解決。當醫護人員面對這樣的病人，不管他以前的病史如何，都要重新思考這個病人一開始發生的問題是什麼。清楚的病史，還有整個病程，都值得我們花心思去了解，不管前面的醫師做了什麼診斷，都還是要遵循自己的專業和判斷，站在病人的角度，為病人找到最適切的治療處置。

從發現李先生會固定時間疼痛，延伸思考出可能有手術後產生的問題，可以靠針灸來解決，這就是一個很具參考價值的訊息。全人醫療，除了照顧病人的身心靈，家庭成員的互動及經濟等，都要納入思考，因為對病人的治療都會產生影響。以此個案看，身、心、靈、社會都照顧到，尤其社會部分更是做得周全。團隊和社區志工在李先生出院後，仍持續陪伴，協助找工作，邀請他投入志工行列，重新找回生活的重心和生命的意義；並繼續治療他身體的病痛，不斷鼓勵他回院減重，這份用心，就是靈性的協助。

對於李先生心理層面上的支持，結合很多人的努力，團隊及社區志工的用心關懷與陪伴，是強化醫病間信任感的關鍵潤滑劑，是心與靈的重要角色；身心科醫師在疾病急性期，以藥物提供心理方面的紓解和精神緩和；疼痛科、中醫科、復健科物理治療師等，透過治療降低李先生

疼痛的不適；營養師給予正確的飲食營養調配，調整李先生失衡的營養及體重；社工師在病人危急期，運用音樂喚醒病人自我鼓勵。

六、社區志工無縫接軌

透過社區志工通報，李先生得以被發現，醫療團隊介入治療後，社區志工仍舊陪伴膚慰。李先生住院期間，基隆區的志工不辭辛勞，常常到病房陪伴；出院後，志工除了為李先生找尋合適住處，協助打理家裡環境，更邀請李先生一同到環保站做資源回收，以及參與義診。

李先生是得到完整全人醫療照護的個案，在團隊和社區志工共同努力下，李先生體重步步降低，身形日漸結實；活動力漸漸恢復後，更多時間投入志工工作。一個原本幾乎要被放棄的人生，因為社區志工，因為台北慈濟醫院醫療團隊的聯手照護，李先生人生隨之翻轉，從接受幫助的人變成可以幫助別人的人。愈見清朗的身體、有了生活目標的心境，李先生變得更健康、更自信。

整個照護歷程，志工始終是非常關鍵的角色，從前端個案發掘通報，到治療期間的膚慰，再到出院後投入志工作行列，以及固定回診陪伴，都是志工細心用心投入的成果。

【附註】

1. 在運動神經檢測上，將肌肉力量分為 5 分。完全正常是 5 分，表示對抗重力及充分阻力情形下可活動；4 分是良好，在對抗重力及部分阻力下可活動；3 分是尚可，對抗重力情形下可活動；2 分是不佳，不能對抗重力及水平移動；1 分是微弱，只能些微顫動，具有輕微肌肉收縮力量，關節並無活動；0 分則是完全無肌肉收縮現象。



【延伸思考】

1. 面對沉默寡言病人，有何方法可以激起他的表達或是希望？團隊運用什麼方法讓他敞開心房？
2. 面對家人較為疏離的個案，該如何給予有效的協助？團隊又是如何突破與家人的溝通，改變家人想法？
3. 病人體重過重及酗酒的背後原因？是因為他需要靠吃東西、酗酒來彌補心理層面的缺憾與挫折嗎？如果身體的疾病是從心理與社會層面投射出來的，那麼真正的問題點為何？
4. 團隊對病人出院後的計畫為何？病人出院後的生活重心及依靠是什麼？如何避免病人重蹈覆轍，再度酗酒？
5. 什麼才是真正成功的全人醫療照護？是滿足病人的所有需求？還是病人在受幫助、受照護過程中，能夠有所體會，想要自己站起來、獨立自主？