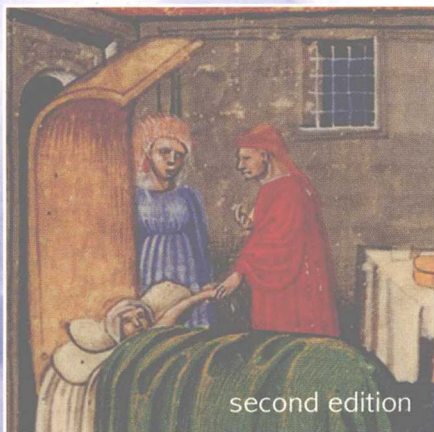


癌症



臨終照護

之指引



second edition

Handbook of Palliative Care in Cancer

原著

ALEXANDER WALLER, M.D.

NANCY L. CAROLINE, M.D.

編譯

楊慧琪

國立空中大學生活科學系兼任講師

國立台北護理學院護理系兼任講師

B
H **UTTERWORTH**
EINEMANN



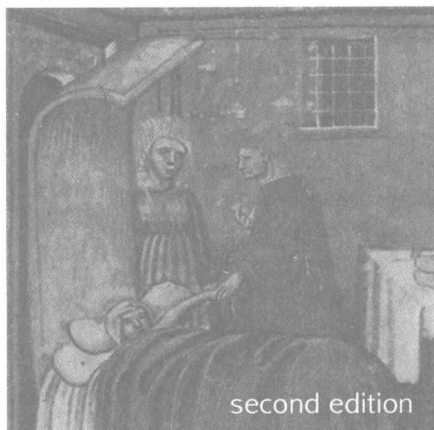
合記圖書出版社 發行

癌症



臨終照護

之指引



second edition

Handbook of

Palliative Care

in Cancer

原著

ALEXANDER WALLER, M.D.

NANCY L. CAROLINE, M.D.

編譯

楊慧琪

國立空中大學生活科學系兼任講師

國立台北護理學院護理系兼任講師

BUTTERWORTH
HEINEMANN



合記圖書出版社 發行

癌症臨終照護之指引 / Alexander Waller,

Nancy L. Caroline 原著；楊慧琪編譯。

-- 初版. -- 臺北市：合記，2003 [民 92]

面；公分

含索引

譯自：Handbook of Palliative Care in Cancer, 2nd ed.

ISBN 986-126-025-0 (平裝)

1.癌—護理 2.安寧照顧 3.臨終關懷

415.271

92015028

書名	癌症臨終照護之指引
編譯	楊慧琪
執行編輯	陳瑋琪
發行人	吳富章
發行所	合記圖書出版社
登記證	局版臺業字第 0698 號
社址	台北市內湖區(114)安康路 322-2 號
電話	(02)27940168
傳真	(02)27924702

總經銷	合記書局
北醫店	臺北市信義區(110)吳興街 249 號
電話	(02)27239404
臺大店	臺北市中正區(100)羅斯福路四段 12 巷 7 號
電話	(02)23651544 (02)23671444
榮總店	臺北市北投區(112)石牌路二段 120 號
電話	(02)28265375
臺中店	臺中市北區(404)育德路 24 號
電話	(04)22030795 (04)22032317
高雄店	高雄市三民區(807)北平一街 1 號
電話	(07)3226177

郵政劃撥 帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司

西元 2003 年 9 月 10 日 初版一刷

Handbook of Palliative Care in Cancer

Second Edition

Alexander Waller

Nancy L. Caroline

ISBN 0-7506-7204-8

Copyright © Butterworth-Heinemann, an imprint of Elsevier Limited

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Copyright © 2003 by Ho-Chi Book Publishing Co.

All rights reserved. Published by arrangement with Butterworth-Heinemann, an imprint of Elsevier Limited.

Ho-Chi Book Publishing Co.

Head Office 322-2 Ankang Road, NeiHu Dist., Taipei Taiwan 114 R.O.C.

TEL: (02)2794-0168 FAX: (02)2792-4702

1st Branch 249 Wu-Shing Street, Taipei 110, Taiwan, ROC

TEL: (02)2723-9404 FAX: (02)2723-0997

2nd Branch 7 Lane 12, Roosevelt Rd, Sec 4, Taipei 100, Taiwan.

TEL: (02)2365-1544 FAX: (02)2367-1266

3rd Branch 120 Shih-Pai Road, Sec 2, Taipei 112, Taiwan.

TEL: (02)2826-5375 FAX: (02)2823-9604

4th Branch 24 Yu-Der Road, Taichung(404), Taiwan

TEL: (04)2203-0795 FAX: (04)2202-5093

5th Branch 1 Pei-Peng 1st Street, Kaoshiung 800, Taiwan.

TEL: (07)322-6177 FAX: (07)323-5118

本書經原出版者授權翻譯、出版、發行；版權所有。
非經本公司書面同意，請勿以任何形式作翻印、攝影、
拷錄或轉載。

事物改變乃生死之基礎，醫療措施亦不斷更新。隨知識基礎擴張，新的治療出現，某些舊治療故被捨棄；反之偶爾一些被遺忘的治療又再被發現。故整個醫療界現正經歷一個以證據為基礎之再檢查的過程。故臨終醫療之臨床執行者被限制於再檢查的光線下細查其草案。臨終醫療被保證之證明較難由雙盲隨機試驗的結果跟隨，故其他方法獲致證明需被找尋。

在準備出版第二版，我們嘗試盡可能地找尋所有證據資料，並於數千位臨床上的臨終病患獲取經驗。每章節資料均依據最新的研究結果予以更新。我們也根據讀者對第一版之意見及需求對本書增加一些資料，包含下列：

- 關於臨終醫療原理之新章節。
- 疼痛處理包含一般疼痛症候群之原理的額外章節。
- 哀傷之新章節。
- 貧血及輸血、黃疸及血管硬化劑的使用、精神刺激劑、雙磷酸鹽用藥等之全新章節。
- 九個新藥檔案資料。
- 整本書更多有關家庭照顧之資訊。
- 各章節最新的文獻參考資料。

我們感謝給予我們新增資料建議的人，並歡迎使本書對讀者更有用的建議。

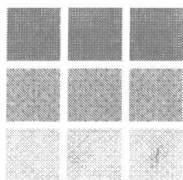
在準備第二版時，我們得到許多同儕及朋友的支持，特別提出於下列：

Butterworth-Heinemann 之編輯部人員，特別為醫療印刷部經理 Susan Pioli、副編輯 Leslie Kramer、及出版部編輯 Jodie Allen；Tel Hashomer 安寧機構及 Upper Galilee 安寧機構醫療小組之友誼及熱誠之貢獻；我們的病患及其家屬——在我們生活中扮演如此重要的部份。

第一次從事翻譯書籍之工作，就接受如此高難度的挑戰，除了內心戰戰兢兢，只得將這股毅力著實地發揚在翻譯內文的充實性了。經歷了數百個無眠的夜晚暨背部肌肉發炎的痛楚，面對著似有人性的電腦，當看到付出心力的成果時，內心的充實及滿足實在難以形容。正如課文簡介部份所言，隨著新時代的來臨，慢性病、生命價值及生死學等議題的增加，安寧療護已偃然成為相關主題的焦點，同時間內，各大學院校亦不斷開設相關講座及課程討論是類主題，故本書的完成，希冀對研究安寧療護之人士及學生有些許的助益—提供對臨終病患生理、心理、社會及精神等各方面的護理資訊。

在譯者繁忙的時光中，首先感謝父母給予生活上各方面的支持（包含譯者負向情緒發洩的承受！），使我能無後顧之憂專心一致完成譯作；其次為工作單位的長官及同儕，容忍我在原已繁重的工作中再加上此項更具挑戰之工作。最後需感謝合記圖書出版社，特別為編輯部的同仁，提供這次機會讓我挑戰自我，並在交稿過程中大力的協助。還是想和自己鼓舞一句—我終於作到了！！

楊慧琪



本書主要敘述內容

What This Book

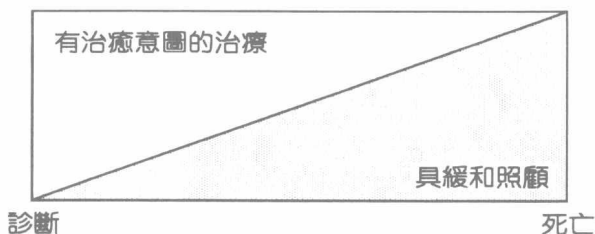
每個人都會面臨死亡，甚至大部份的人會長時間與致命疾病共存；而這段時間是難受的且值得注意並被關照的。

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY ETHICS COMMITTEE.

J AM GERIATR SOC 45:526, 1997

每個醫療次專科界定其領域一如一個器官系統，一組疾病等一故也自行定義。在已建立的專科中，其領域界定地相當清楚：心臟醫學專家處理心臟血管系統之疾病；風濕病專家處理身體結締組織感染性改變之疾病。故醫師進入臨終醫療之新專科立刻面臨一個自我定義之問題：究竟臨終醫療是什麼？癌症病患之治療於何時間點轉為臨終醫療，因此成為臨終照顧專家的範圍，而不是腫瘤學專家？

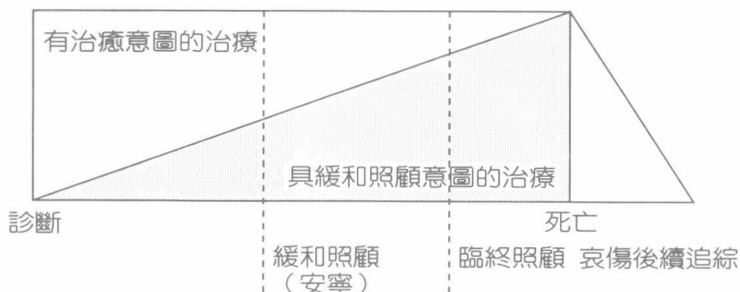
是否所有癌症病患的照顧均包含臨終緩和和照顧是受到爭論的。很少癌症是可完全治癒的。癌症病患治療的連續性因此可視為緩和處置佔病患處理之更大的部份：



理想上，臨終醫學專家應在病患早期疾病提供建議予參與醫師——通常為腫瘤專家——困難症狀的處理及與疾病有關之心理問題。病患仍相對健康且正經歷腫瘤治療具其治療之優先或至少生命的延長。在追求優先治療時，病患於癌症早期通常願意承受相當程度的不舒適。儘管盡每份努力降低不適，早期癌症之治療優先——對病患及醫療團隊而言——仍應為生命的延長。

隨著病患接近生命終期，臨終照顧專家的措施變得更基本。逐漸地，病患的優先順序轉變。治癒漸漸變得不可能，且因癌症造成的虛弱將病患的力量榨取。症狀的控制—疼痛、噁心、嘔吐及其他問題，將造成病患最後生命的不幸—被認為愈來愈重要。通常病患的核心從數量的問題（「我還可活多久？」）至存在主義的問題（我的生命及周遭對我的意義為何？）。

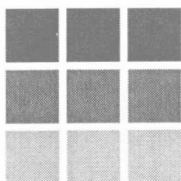
從主動到臨終照顧的轉變非發生於時間的一個點上；它是一個過程，且每個病患的動能是不同的。故臨終照顧醫療專家應界定病患的情況，如同本書應界定主題般相同。故我們再看一次照顧的連續性，我們至少不要限定本書提到醫療的普及：



本書主要焦點為癌症臨終期之照顧，亦提供對臨終早期有用的治療措施之資訊。因此，舉例而說，當我們考量腦轉移的問題（為惡性疾病進展之徵兆），則依據病患之功能情形考慮其臨終期之處理（此即為前頁提及的標示連續X軸的方法）。但我們主要的關心為生命的最後數週及數月。

在一開始確認本書不是某些立意是有用的。對欲深度討論理論、病理生理學及相關議題的人，本書不是一本完全的臨終醫療參考教材。本書欲成為臨床工作者當遇特殊個案的特殊問題時之簡易參考手冊。而現今之醫療參考文獻，列於每章的最後，可供欲深度探索主題的人參考。The Oxford Textbook of palliative Medicine*（臨終醫療之牛津參考書）亦為對此方面主題有興趣的學生之有意義的資源。

※Doyle D, Hanks G, MacDonald N(eds). Oxford Textbook of palliative Medicine, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.



臨終照護之介紹

What This Book

● 臨終照護機構之歷史背景及臨終照護	xiii
重要的概念及定義	xiv
家庭為照顧之單位	xvi
各部門組成之醫療小組中醫師的角色	xvii
安樂死之問題	xviii
臨終照護之未來方向	xix

臨終照護機構之歷史背景及臨終照護

臨終（緩和）照護為安寧機構運動的直接結果，且安寧機構於第四世紀拜占庭之基督教機構（作為歡迎旅客用）即有其根基。在希臘，這些機構稱為 xenodochia，或陌生人的庇護所。在此同時，xenodochia 亦擴張入羅馬帝國，並取拉丁名 hospitium，由 hospes 或 host 衍生而來；直至今日，親切及歡迎的概念則整合於安寧的概念中。安寧機構於中世紀之十字軍運動時期大量增加，許多安寧機構設立在朝者路過之聖地上。安寧機構故於中世紀更進一步給予除旅行者且生病者、貧困者及瀕死者的照顧。隨著改革時期的來臨，安寧機構逐漸從歐洲及朝聖者路徑上消失。直至第十九世紀，安寧機構於都柏林、愛爾蘭、里昂、法國設立，目的是特別予瀕死者的照顧。類似的以不同之基督徒命名的安寧機構接著設立。倫敦 St. Luke's，以在 1940 年代從事志願護士之社會工作者 Cecily Saunders 命名者即為其一。Saunders 觀察到修女使用照顧瀕死者之方法如定時給予止痛劑而非病患疼痛才給予。在其完成醫療的學位，Saunders 擔任倫敦 St. Joseph's Hospice 的醫療行政人員，並於 1967 年在倫敦辛得翰創立第一個現代化的安寧機構 St. Christopher's，目標為慈悲的傳統併合現代醫學的成就一減輕臨終

病患及其家屬痛楚的服務。

約在 Saunders 創立 St. Christopher's 的同時，在芝加哥工作的精神學家 Elisabeth Kubler-Ross 則在探索病患得知具有臨終疾病後經歷的精神階段。Kubler-Ross (1969) 於其寫作及演講中帶出死亡的禁忌主題—也就在此時，中產階級在決定其健康照顧上有更大參與的需求。至此已作好將安寧概念推介至美國大陸的準備。

美國第一個安寧機構，康乃狄克安寧機構於 1974 年設立以提供臨終病患在其自己家中的支持性照顧。1975 年，Balfour Mount 於蒙特婁之皇家維多利亞醫院開設臨終照顧服務，因此將緩和照顧之名詞帶入支持性或緩和醫療同義字之語彙中。

1970 至 1990 年代支持性照顧機構大量繁衍—英國有 700 家，美國有 3000 家及其他國家所具。國際性組織亦設立來交換各國緩和照顧的經驗。1994 年，僅在 St. Christopher's 安寧機構設立 27 年後，已有 5 種緩和治療之期刊印刷出版，也有一本完整之參考書—Oxford Textbook of Palliative Medicine—已印製第二版 (1998)。更進一步則於加拿大、澳洲、美國、英國之大學均有設立緩和醫療的講座。

幾乎在拜占庭第一個臨終照顧機構設立後 2000 年，臨終照顧機構又再次全世界興起並在人的終期提供舒適。今日我們具更精細之減輕臨終症狀的措施—這些措施即為本書主題—20 世紀之臨終照顧和其第 4 世紀先驅者。

重要的概念及定義

臨終病患

- 臨終病患為其治療由治癒處置轉成支持性目的：
 - 病患本身、家屬、朋友、醫療團隊及社會均認為他（她）是臨終病患。
 - 病患的預期壽命非常短（Medicare 之定義：小於 6 個月）。
- 既然不再有治癒目標，臨終病患應有權利不再接受痛苦治療之責罰。
- 對臨終病患而言，時間有特殊意義；因其為受限的，故亦為情緒上之苦惱。

- 生命終期，臨終病患嘗試封閉周遭一家庭、社會、心理、精神，且詢問有關存在的意義。

臨終照顧

世界衛生組織於 1990 將臨終照顧定義為「對治療措施無反應病患的主動及完全之照顧。」根據世界衛生組織之定義，臨終照顧之目標應為維持病患生命最好的品質，故症狀控制及對病患整體之關注—心理、社會、精神—為第一首位之事。

世界衛生組織（1990）進一步依特徵定義臨終照顧為：

- 確認生命及視死亡為自然的過程。
- 不加速及延遲死亡。
- 提供疼痛及不適症狀之緩解。
- 提供支持系統協助病患自主生活直到死亡。
- 當病患生病及家屬哀傷時支持家庭適應及調適。

安寧療護中心不是一個建築物及模式，而是一個支持性原理。臨終照護之方法及模式可能隨地點而變更，但各地之基本特徵則是普遍相同的。在每個安寧療護中心，存在著一

- 持續不斷地努力去控制病患的症狀。
- 持續不斷地關心去協助病患適應死亡的恐懼、孤寂、疾病惡化的失落（如失去身體的控制、失去自尊、失去身體心像、失去家庭及社會角色等）。
- 在辨視不適的來源及形成治療計畫上視病患或家屬為夥伴關係。
- 支持病患的家屬，病患情緒、社會、實際的及財務問題為第一優先。
- 承諾提供家屬及病患安全及安靜的地方——一個家屬及病患會感覺在家的地方。
- 隨時（包含假日）提供專業之醫療服務；這是臨終照顧計劃成功重要的先決條件之一。
- 照顧及照顧者的持續，特別在轉換病人至臨終照顧機構時。
- 重心置於在病患、家屬、及醫療團隊間建立完全信任；這就是為何臨終照顧不允許欺騙病患其狀況之原因；不誠實將破壞信任。臨終照顧醫療團隊之工作為傳達誠實及有關存在的希望而非不實際的治

癒希望。

臨終照顧計畫是否可達目標的程度將視是否能完全融合下列因素，包含：

- 門診服務
- 居家照顧
- 日間照顧
- 諮詢中心
- 志工計畫
- 哀傷服務

依據各機構之組織架構，臨終照顧機構亦可包含諮詢服務、疼痛門診及追蹤門診等。

總而言之，臨終照顧醫療小組的工作職責為於病患臨終之生理及情緒階段期動悉病患及家屬之需求並減輕其負擔—從旁協助，非以命令行之。當症狀產生，面對嚴重問題，恐懼及孤寂威脅等即應用與治癒病患同等之高標準的臨床分析及決策於臨終照顧之病患身上。

家庭為照顧之單位

家庭和臨終照護緊緊相關，因家庭為多體系照顧者之一部份且為其核心。與其他的疾病相較，癌症為家庭的疾病而非僅被診斷的個人。「癌症」這個字由於其致命性喚起恐懼的部份，它隔離了他（她）周遭的人且威脅家庭對世界是安全的認知。

是家庭需負擔病患照顧的費用：吸收家庭內部角色及責任；承擔照顧之身體負擔；忍受不確定時期的煎熬；處理因疾病及照顧造成的新財務負擔。家屬及病患的壓力不同，故家屬需要的評估應與病患需要的評估分開。臨終照護了解家屬需要：

- 良好資訊—有關病患之疾病、病情、預後、症狀之原因及處理、死亡接近的徵候、當死亡在家發生時之處理等。
- 衛生教育—有關營養、水化、藥物使用、如何提供舒適等。
- 訓練—如何給予有技巧的身體照顧（抬起、活動、洗澡、換衣服）。
- 支持及諮詢—一家庭內部壓力的確認、有機會討論悲傷，焦慮及生氣等情緒。

- 溝通的協助一家庭內部及家屬和專業照顧者間。與醫療團隊開放性的溝通對創造治療的共識是必需的。
- 實際及財務的支持—協助家務、交通；必需品及設備（輪椅、失禁使用品等）之提供、居住環境的調整；家屬成員自己的休息等。
- 專業醫療支持之隨時提供。

若照顧瀕死家屬方法錯誤，家人將遺留驚嚇的回憶。但被協助提供有技巧的照顧之家庭，若遇悲傷時，將會接受到極大的安慰。

最後，臨終照護認知在病患生命終期，家屬出現在床旁將較醫療團隊為重要。

醫療小組

醫療小組來自各專業部門，其負責在其能力內作決策。故醫療小組之工作建立於協調及需要各成員考慮其他成員的看法。

為什麼醫療小組對臨終照護如此重要？

Cecily Saunders (1978) 發展出「全疼痛」之概念—疼痛有身體、心理社會、及精神之成份；而 Eric Cassell (1991) 則區別疼痛 (pain)：身體的經歷，及承受 (suffering)：人所經歷之分別。因承受為人所經歷，就必須了解人的組成才能減輕痛楚：包含身體、人格、生命經歷、其家庭、文化背景、其角色關係、其一般行為等。醫療團隊成員無法從病患病歷中輕易知悉。但醫療團隊一起工作及分享資訊則能對病患個人有充份認識並提供良好之安寧照顧。

各部門組成之醫療小組中醫師的角色

從早期以來醫師的角色，一直為解除痛楚及維持健康。直至近期，壓力集中在解除痛楚的角色；醫師依據病患的病程盡可能將其不適減輕。由於 Alexander Fleming 發明的 penicillin 及之後抗生素的成功，故產生對每個案例治療疾病或預防死亡是可能的錯覺。且從 1960 年代加護病房開始設立，大眾（非僅由一般民眾之調查結果）產生一種普及的印象，即若病患死亡，是因醫師在治療的某階段失敗所致。事實是醫師的角色自古從未改變：醫師必須解除痛楚及維持健康。但由於現代診斷及治療侵入性本質，其緩解及治癒之義務常有所衝突。

有鑑於此，醫師須不斷再評估病患情形及診斷治療措施的獲得。當病患病情加重時，醫師須轉移治療目標至減緩疼痛的措施及確保舒適。故於此階段，病患周遭環境應為治療性地安靜，移開一些嘈雜的觀測儀器。但同時醫師亦須維持對病患問題之分析。當病患已無法治療時臨床的決策仍未改變，只是方法運用到不同的問題上一調查及減緩不舒適的症狀。

醫師在醫療小組中的角色及義務反映了專業的傳統角色及由安寧療護特殊本質延伸出來的內容：

- 醫師需對症狀控制有完整之知識，特別是疼痛控制及藥物治療及藥品使用等。
- 只有醫師可開立處方特別是控制性藥品及 opioids 類藥品。
- 醫師通常被病患及家屬認為是醫療小組中的領導者；基於此，醫師需有特殊的溝通技巧並尊重醫療小組中的其他專業人員。
- 向病患、家屬、醫療小組成員簡述病患病情是醫師的職責。
- 醫師需從社區活用資源、與社工合作並指定安養機構之物理治療活動的安排。
- 醫師有一重要及特殊的角色，即在病患、家屬及醫療小組成員間建立共識一對病患支持性照顧的每個決定。

一般民眾及醫療界一直存在一個普遍的印象，即臨終照顧應全交給護理人員。然而我們相信，臨終醫療一在醫藥的定律中一需要有經驗暨技巧的醫師來指揮，不亞於其他臨床醫療之分支體系。臨終醫療之醫療小組應由醫師主導而重心集中於護理工作上。

安樂死之問題

安樂死之主題引發一般社會大眾及醫療專業人士強烈感受，且牽涉宗教、哲學、心理、倫理、及醫療法律之考量。在此我們不可能冗長地探討此主題之各部份或作安樂死之學術分類；而我們這裏的目的，比較重要的是解釋安寧療護運動對安樂死的觀點如何。

其中一位臨終照護之先驅—Robert Twycross，將安樂死定義為欲縮短生命之行動。而這種解釋和欲從痛苦解脫所採取之不慎地縮短生命的行動有所不同。這種差異由 Latimer (1991) 於「雙重效果原則」

中解釋——也就是說，即使有傷害之良好意圖的行為將被倫理上所允許。

以色列的哲學暨科學家 Yeshayahu Leibowitz 堅持安樂死不能因解脫一個對自己或社會無價值的生命和為減輕痛苦的措施所正當化。依他所見，生命是無價及無法測量的；一個確定的事實是：

我們個人的一切，在神聖上帝之前是無法計算價值的。

Pirke Avoth（神父的諺語），Talmud

根據上述觀點，生命雖包含不同之價值面，但其本體不可測量價值，故因其失去價值而欲予以縮短是無效的。我們應以尊嚴及撫慰協助病患及家屬度過重要的生命終期來代替減緩痛苦。臨終照護人員堅信安樂死為倫理上所不允許而對承受痛苦之生命終期有更好的答案——良好的臨終照護能提供相關之協助。

臨終照護之未來方向

在過去之 30 年，臨終照護一直處於擴展的狀態，但仍有許多需努力的方向：

- 需定位執行臨終照護之適切模式。
- 減緩厭食、虛弱等症狀至少如現今能減緩疼痛的程度之進化性研究仍是需求的。
- 臨終照護需於癌症病患病程早期（甚至於診斷期）即予整合，並應在一般醫療病房及社區中成為定期照顧之一部份。
- 有關支持性護理之主題應於醫學、護理、心理、社會工作及物理治療等學校中介紹。
- 富裕國家及城鎮中安養收容中心應承擔貧窮國家及城鎮的安養收容中心。
- 需警覺成功地建構臨終照護為醫療主流並不會抑制給予安養療護中心運動重要性之創造力、彈性、及前瞻性。

總結

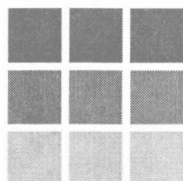
臨終照護在古基督時代即具其根基。在現代，臨終照護於安格魯撒克遜之諸國的中產階級中已為民間的活動。隨著臨終照護於世界各



地之擴張，它已隨著適應各地宗教、哲學、及情形而特徵化。在未來，臨終照顧應有所整合—創新及人性化的部份—與醫療之學術部份及健康照顧體系合而為一。

參考文獻及建議進一步閱讀的資料

- Cassell EJ. *The Healer's Art*. Philadelphia: Lippincott, 1976.
- Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the Art of Medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.
- Corr CA, Corr DM. *Hospice Care: Principles and Practice*. New York: Springer, 1983.
- Doyle E, Hanks GWC, MacDonald N (eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.
- Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan, 1969.
- Latimer EJ. Personal decision-making in the care of the dying and its applications to clinical practice. *J Pain Symptom Manage* 6:329, 1991.
- Saunders C (ed). *The Management of Terminal Disease*. London: Edward Arnold, 1978, p. 194.
- Siebold C. *The Hospice Movement: Easing Death's Pains*. New York: Twayne, 1992.
- WHO Expert Committee. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva: World Health Organization, 1990, p. 11.



本書使用的符號及縮寫

符號

符號	代表意義
→	依實際內容可為「導致」或「接著產生」或「因此」
>	大於
<	小於
↑	增加
↓	減少
±	有或無
×	「一段時間」或「乘以」

縮寫

縮寫	代表意義
ac	飯前
ACE	血管收縮素轉換酵素
ACTH	親腎上腺皮質刺激素
AMI	急性心肌梗塞
AMP	單磷酸腺
ARF	急性腎臟衰竭
ATP	三磷酸腺
bid	一天兩次
BP	血壓
BPH	良性前列腺肥大症
BUN	血尿素氮
Ca ²⁺	鈣離子
CBC	全血球計數
CCT	肌氨酸清除
CHF	充血性心臟衰竭
CK	肌氨酸激酶
cm	公分
CNS	中樞神經系統
COPD	慢性阻塞性肺部疾病