

術語與溝通：醫療中文的教學

廖日榮

香港大學中文系

香港大學中文系增補課程於 1994 — 95 學年曾為港大醫學院開課，嘗試以中文介紹醫生和病人溝通的語言和醫學術語。為此特別邀請了廣州市中山醫學院宗永生教授和本人合作，特別選材，將部分英文資料翻譯成中文。又請增補課程老師李仕芬協助選取中文資料，周錫韜、蘇耀宗和孫慧玲在用辭方面提供意見，編了一些醫生和病人的對答給學生參考，再在堂上小組討論。

病人恐懼或表現焦慮時，醫生應如何應對？

病人恐懼或表現焦慮時，醫生當然要格外和顏悅色，以表示關心的態度和他談話，這樣才能使病人安心下來，不至胡言亂語，問非所答。醫生要準確地了解病情，更需要多花時間，不能表現出不耐煩的樣子。病人的陳述可能十分零亂，或主次不分。有經驗的醫生能夠眼耳並用，細心觀察，小心聆聽，又善於抓住重點，從而發問。¹ 對香港醫科的學生來說，其間牽涉兩種不同的技巧：一是根據原先有系統整理的資料，學習有條理的發問；二是學習以粵語發問。後者更需要針對社會不同階層的人，在用辭方面作出不同的調整，這樣病人才會明白醫生的話。

例：有關恐懼或焦慮方面的問題：

1. 你能夠講講令你恐懼的事情嗎？
2. 你是否很容易受驚呢？
3. 你能夠講講令你焦慮的事情嗎？
4. 你是否很容易心煩意亂？
5. 你能鬆弛一下自己嗎？
6. 你在睡眠方面有甚麼問題？
7. 當你感到緊張時，你的症狀是怎麼樣的？

1 A. E. Davis and T. D. Bolin, *Symptom Analysis and Physical Diagnosis in Medicine* (Sydney: Pergamon, 1977), pp. 6 and 11–13; J. S. Alpert and S. M. Wittenberg, *A Clinician's Companion: A Study Guide for Effective and Humane Patient Care* (Boston: Little Brown, 1986), pp. 111–20; B. Bates, *A Guide to Physical Examination and History Taking* (Philadelphia: J. B. Lippincott, 1991), pp. 99–118.

8. 你有沒有頭痛？
9. 你的思想會不會混亂？
10. 你是如何集中注意力的？

怎樣應付難相處的病人？

醫生每天要見很多病人，自不免遇到一些實在難以相處的病人。有些病人脾氣暴躁，有些充滿憤怒，有些有強烈的自殺傾向，有些還沒看病就已經不滿，指名道姓要看某一位醫生，有些對醫生過分依賴，而有些則不斷提出新要求或批評醫生的不是。

醫生應付這些病人，要能保持不亢不卑、不愠不怒的態度，以平和的語氣，先讓病人的情緒穩定下來，感到醫生尊重他，對他的不滿或困擾表示理解，對他真的關心，並作出願意照顧他的承擔，是十分不容易的。²

我們和學生討論時提出了以下的策略：

1. 不要立即和病人抗爭，應表示同情病人的處境。
2. 對「病」不對「人」。
3. 條理分明，每次只解說一點。
4. 解釋原因和/或後果。
5. 很有禮貌地要求病人合作。
6. 清楚表示醫生會盡力而為。
7. 解釋醫生的決定或解決問題的方法。
8. 處事要有彈性，因人而施。³

人之不同，各如其面，難相處的病人種類很多，我們只選了一些例子討論。以下是其中一個例子。

一名商人因高血壓而接受醫生的治療，診治數次效果仍不見好。醫生問：「某某先生，你服藥後反應如何？」病人突然說：「這是我兩個月內第四次要服不同的藥物了。第一次使我頭暈目眩，第二次使我噁心欲嘔，第三次使我嘴巴乾巴巴的，這一次則使我喪失了性慾。我是甚麼，是你用來做動物實驗的嗎？」醫生回答道：「很對不起，你的確有一次不快的經歷（一種轉移情緒的敘述），你不高興我是完全可以理解的（用這種語句來穩定病人的情緒）。試用幾種藥其實亦有好處，因為這樣可以找到一種對你來說是最好，並可以長期服用的藥物。我深信如果我們共同努力（表示尊敬病人），我們一定會找到這一種治療你高血壓的藥物。」很明顯，在這個病例中，病人對藥物的副作用有很大的反感，而醫生也為了受挫而煩惱。但是醫生仍然保持冷靜，沒

2 R. Cava, *Dealing with Difficult People* (Sydney: Pan MacMillan, 1991), pp. 57-104.

3 Alpert and Wittenberg, op. cit., pp. 129-36; E. Gambrell, "The Influence of Language and Persuasion Strategies," in *Critical Thinking in Clinical Practice* (San Francisco: Jossey-Bass, 1990), pp. 116-39.

有說：「某些人真是難以醫治啊！」把失敗歸咎於病人。如果他這樣說，自然會更加激怒病人。⁴

醫生有醫生的尊嚴，被病人面斥其非，內心很難不惱怒；尤其是醫生當時可能已筋疲力倦，要他體諒病人，仍保持平常心，當然不容易。這和醫生個人修養有關。但如果醫生能保持禮貌，說話得體，那就是訓練有素的關係了。

怎樣和臨終的病人交談？

照料面對死亡威脅的病人是對醫生的一大考驗。

怎樣使病人感到醫生關心他？怎樣和病人應對？一個沒有經驗、初次要面對生死邊緣的醫生是很難巧妙處理的。

從研究醫療中文的觀點看，即以中文和病人交談，我們發現如果把醫學和談話技巧兩方面的知識結合起來，其實不難發展出一套應對的模式供醫科學生參考，以免他日初次面對垂死的病人因不知所措，或無心之失，使病人心理大受打擊。

從各方面的研究看，一個知悉自己將要面對死亡的病人，可能：

(甲)最初是難以置信的，或根本拒絕相信這是事實。接著病人內心充滿矛盾，徘徊於抗拒與接受事實之間。理性上病人能夠接受事實，但感情上仍在不斷掙扎抗拒。⁵

(乙)處於生與死的邊緣階段。病人開始要面對死亡的恐懼：1. 對死亡後的未知之數的恐懼，2. 孤獨的恐懼，3. 恐懼哀傷失去親友，4. 喪失身體的恐懼，5. 失去控制的恐懼，6. 痛苦的恐懼，7. 失去自我的恐懼，8. 返老還童(失去尊嚴)的恐懼。⁶

(丙)死亡階段。病人開始對外界失去興趣，要保留精力，並開始有失控的現象。⁷

醫生如果關心病人，定時和病人會面，說話有禮貌，並因應(甲)、(乙)、(丙)每一階段恰當地和病人交談，病人心理自然好過一些，甚而因得到醫生精神上的支持而感到鼓舞。譬如說：在(甲)階段，醫生不宜使病人感到絕望。如果是癌症，醫生說：「是癌症，但仍然有機會。」如病人追問：「到底還可生存多久？」醫生當然不宜斬釘截

4 Alpert and Wittenberg, op. cit., pp. 132-33.

5 C. A. Garfield, "Elements of Psychosocial Oncology: Doctor-Patient Relationships in Terminal Illness," and C. Saunders, "Terminal Care," in C. A. Garfield (ed.), *Psychosocial Care of the Dying Patient* (New York: McGraw-Hill, 1978), pp. 102-18 and 22-33.

6 E. Mansell Pattison, "The Living-Dying Process," in Garfield, op. cit., pp. 133-68; R. Fielding, *Clinical Communication Skills* (Hong Kong: Hong Kong University Press, 1995), pp. 231-44; L. St. Claire, "Evaluating a Workshop Designed to Help Medical Students Improve Their Skills in Communicating about Cancer: Methodological Considerations and Worries," *Medical Teacher*, 14(1): 65-76 (1992).

7 Garfield, op. cit., pp. 152-53; D. Doyle, "Talking to the Dying Patient," in P. R. Myerscough (ed.), *Talking with Patients* (Oxford: Oxford University Press, 1992), pp. 144-51.

鐵地說：「只有兩年。」他可以用科學角度解釋：「百分之七十病人只有兩年，但其他病人可以有更長的時間，看病人對藥物的反應而定。如果自己有信心，亦很有幫助。」或引述例子：「我有兩個病人，現在七年仍未復發，一切生活如常。」⁸

如果是(乙)階段，病人最大的痛苦是因未知變好或變壞，引至寢食不安。要應付這種患得患失心理，醫生可以用提問的形式安撫病人。

例：

醫生：「這種患得患失的心理相信使你感到十分困擾？」

病人：「不錯。我現在無所適從。每一次我感到困倦，我便會問：是否惡化呢？」

醫生：「對不起，你身體對藥物的反應我現在仍未能作出定論。如果我向你解釋一些可顯示病情加深的症狀，對你是否有幫助呢？如果你害怕的話，我就不告訴你。」

病人：「我不會害怕。」

醫生：「很好。如果你覺得日見衰弱或者食慾不振，或簡直不願進食，這就需要特別留意。」

病人：「現在我就常覺得軟弱無力。」

醫生：「啊！並不是這樣的。是體力在一兩天之間突然衰退得很快，起牀和走動也覺得很吃力。如果出現以上的症狀，你就要立刻來覆診。我解釋得清楚嗎？」

病人：「我明白了。」

以上一例，醫生是以問話的形式和病人對話。事事徵求病人同意，如「如果你害怕……」；最後又謙稱「我解釋得清楚嗎」，而不用「你明白了嗎」，都顯示出談話的技巧。⁹

又如：病人留院，身體某一部位常感痛楚，醫生到病房探視，一個不懂得安慰病人的醫生，可能會說：「你今天是否仍覺得疼痛？」這樣，一些病人的反應是醫生只關心我的痛，而不是我。如果醫生技巧地說：「你今天覺得怎樣？有沒有下牀走走？」那麼病人便覺得醫生對他關懷備至，會告訴他其他症狀或困擾的事。

到了(丙)的階段，治療已不再重要，病人關心的是減少痛楚和能否得到醫生心理上的支持。醫生應該慰解病人，盡量減少他的痛楚，但和病人交談則最講究技巧，因病人需要醫生的愛心和支持。病人很多時連家人也瞞過，裝作平安無事，但對主診醫生往往會說真話。醫生既肩負重任，言談舉止便不能不特別小心，但很多醫學院在這

8 P. Seravalli, "The Dying Patient, the Physician, and the Fear of Death," *New England Journal of Medicine*, 319(26): 1728-30 (December 1988); R. Fielding, op. cit., pp. 231-38; C. Driver, "What a Dying Man Taught Doctors about Caring," in Garfield, op. cit., pp. 72-77.

9 A. D. Weisman, "Misgivings and Misconceptions in the Psychiatric Care of Terminal Patients," and E. S. Shneidman, "Some Aspects of Psychotherapy with Dying Persons," in Garfield, op. cit., pp. 185-200 and 201-18.

一方面的訓練都不足。我們和學生討論時，發現他們希望有多套和病人交談的模式，以供借鏡。

從很多過往例子看，醫生可以用宗教為題，提醒病人應對上帝、阿彌陀佛或亞拉等有信心，祈求自己相信的神的指引和祝福；亦可以談及病人的家庭成員，譬如他那充滿愛心和對他無微不至的妻子（如病人是女性，則可談及她的丈夫）；也可以談他的嗜好，譬如說他的琴彈得有多好或任何一種病人仍覺得有興趣談論的事物。¹⁰

病人死後，怎樣安慰傷心欲絕的至親也十分不容易。未習慣病人死亡的醫生許多時往往會說出不近人情其實只是不知所措的話，如：「X先生已衰咗啦！」我們和學生討論，學生請我們舉例說明。我們的例子是，如果是一個老年人，可以說：「生老病死，人所難免。X先生已七十多歲，又兒孫滿堂。他過世時十分安詳，沒有痛苦，也算是一種福氣。」又譬如要安慰家屬：「他去世前見你們每天看望他，他對我說感到十分安慰。」又或者：「他見到兒女都能自立，又有家庭，十分放心。」如年輕人因意外失事逝世，可以說：「英年早逝，又是一個勤奮好學之人，實在令人傷痛。但生死有命，醫生也竭盡所能，希望你們節哀順變，多多保重，專心照顧他的弟妹。令郎有知，相信亦感欣慰。」又或者：「人死不能復生，他在天之靈相信亦不想父母太哀傷，以致影響健康，請多多保重。」¹¹

總括說來，如果有醫生和語文專家合作，不難寫出一套和面對死亡威脅及臨終的病人溝通的應對模式供醫科學生參考；但以中文寫作的書籍，談理論的有一些，多舉實例的則很少看到。

檢查病人體格時，怎樣提問？

檢查體格，尤其是男醫生替女病人檢查，醫生要格外小心，以免引起不必要的誤會。

醫生除了說話語調要莊重外，也應注意禮貌，每一次都向病人發問，請求她解開衣服或清楚解釋醫生為甚麼要接觸身體某一部分或做某一種動作，如輕按，或力按，或輕拂等。醫生更應詢問病人他的動作是否引起痛楚或不快。從醫療中文觀點上講，醫生必須正確地用病人明白的醫學名詞作解釋，如「我現在要檢查你的肚部位置或胸部位置。你可能會感到疼痛。」至於生殖器官的檢查，所用的每一部位的名詞更必須是常用的醫學術語而非俗語，這樣便可避免不必要的麻煩。¹²

10 R. Woodson, "Hospice Care in Terminal Illness," and A. D. Weisman, "Misgivings and Misconceptions in the Psychiatric Care of Terminal Patients," in Garfield, op. cit., pp. 365-85 and 197-99.

11 Fielding, op. cit., pp. 253-63; R. E. Taubman, "The Physician and the Dying Patient and His Family," and J. Fischhoff and N. O'Brien, "After the Child Dies," in Garfield, op. cit., pp. 258-69 and 276-87.

12 Myerscough, op. cit., pp. 45-49; Bates, op. cit., pp. 119-33.

例：身體檢查

「請解開你的衣服，我要檢查一下你的胸部。」

「請解開你的褲帶，把褲子向下拉一些，讓我檢查你的腹部。」

「請作深呼吸(或張開口來呼吸)，使腹部有節奏地鼓起又凹下去。」

「請將身體稍稍向左(或向右)移側一些。」

「我這樣壓下去，有沒有不舒服的感覺？」

「是不是我一壓這裏你就感到痛？」

「我要檢查一下你的肛門。可能有點不舒服，如果覺得痛，請馬上告訴我。」

「請將肌肉放鬆些！」

「請將襪子脫掉，我要檢查一下你的腳。」¹³

例：眼科檢查

「你的眼睛是否容易疲倦？」

「你的眼睛是否容易發紅？」

「在你眼前曾否出現過重影(或黑圈)？」

「你曾否看過甚麼異常的影象？」

「你有頭痛嗎？」

「你看東西時(或看書時)會感到頭痛嗎？」

「你的眼睛痕癢嗎？」

「你是否經常流眼淚？」

「你看書時是否流眼淚？」

「你是否發現你在不斷地掉眼睫毛嗎？」

「你有近視嗎？」

「你有遠視嗎？」

「你的眼睛有甚麼分泌物嗎？」

「在這分泌物中是否夾雜著一些眼睫毛呢？特別是在早上？」

「你的眼球感到疼痛嗎？」

「你家屬中有沒有人患甚麼眼病或其他疾病，例如糖尿病或高血壓？」¹⁴

這一次教學我們提供了「全身檢查」的教材。學生覺得有系統地整理檢查身體各個部分的問話對他們甚有幫助。不過除了書面語外，他們認為有相對的粵語口語的範本，學習起來更加容易。

13 J. C. Maher, *International Medical Communication in English* (Ann Arbor: Michigan University Press, 1992), pp. 85-88; Bates, op. cit., pp. 119-28.

14 Maher, op. cit., pp. 92-93.

怎樣學習醫學術語和相應的通俗詞語？

醫生和病人溝通的其中一種障礙是醫學術語的問題。根據美國的一些研究，美國醫院門診病人有四分之一至三分之一因聽不清楚或不明白醫生指示而服錯藥，分量不是過多便是過少，有些更足以危害生命。

港大醫學院的學生在這方面有重重困難，因他們用的是英文課本，但很多醫學術語都是希臘文或拉丁文，他們腦中先要用英文理解，才可以翻譯成中文。我們在這次教學中(只有三小時)發現，如果能將重要的術語按拉丁文或希臘文、再加英文和中文排列，對學生的學習大有幫助。

例：以下八個表示症狀或動作或器官的詞尾，其解釋如下：

拉丁文/希臘文	英文	中文
-centesis	puncture	穿
-emesis	vomiting	嘔吐
-itis	inflammation	炎症
-labio/cheilo	lip	唇
-osis	diseased condition	有病
-phagia	swallowing	吞
-rhagia	bursting forth of blood	出血
-sclerosis	hardening	硬化 ¹⁵

宗永生教授印發了一個長達五十三頁的表，第二堂課有些原先沒有報名的學生也來上課。他們說宗教授的表對他們學習十分有用。

現在大專院校發現每年入學的學生中英文水平都有下降的趨勢。如果有人以中文根據醫科課本有系統地整理出拉丁文、希臘文和英文、中文對照的醫學術語手冊，相信對醫科學生他日行醫時亦有幫勸。如果醫科學生第一年已對中文醫學術語有認識，未來的五年(包括見習一年)更學懂以通俗詞語解釋中文術語，自然較沒有系統地臨牀學習更全面和更有效。

至於病人錯誤引導醫生的原因很多，如故意隱瞞病史，誇大病情，年齡或精神因素、或言語不清，或根據最突出症狀來選擇就診的專科等等。但最大的溝通障礙是病人申述、解釋自己的病情不清楚。我們根據外國醫院這方面的資料，翻譯成中文，並編成教材。學生的反應是如果有系統地整理香港病人解釋自己症狀的語言，對於他們臨牀的應對將會很有幫助。¹⁶

15 Maher, op. cit., pp. 119-24.

16 C. M. Fletcher, *Communication in Medicine* (London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1973), pp. 21-24; 劉振華、陳曉紅(編)：《誤診學》(濟南：山東科學技術出版社，1993年)，頁27-31。

例：胸部(病人述說他/她的症狀)

我肋骨底下有啲痛。

我呼吸不很暢順。

我發現呼吸有些困難。

我呼吸時氣喘喘的。

我的氣管都塞住了。

我咳出痰(血/黏液)來。

我咳出綠色(綠黃色/黃色/褐色/紅色/血樣/多泡沫樣)嘅嘢嚟。

我嘅胸好似有病。

我好似將內臟都要咳出嚟嘅。

我咳起來好得人驚。

我氣喘得好利害。

我的乳房受咗損傷(女病人)。

(在我手臂下)嘅乳房有硬塊(女病人)。¹⁷

總 結

在先進國家因病人權益的提升，醫生的工作已由「治病」改為「關心、照料」。醫生由高高在上的權威，改變為一個關心病人的醫療工作者。換句話說，醫學院的訓練現在亦已強調「醫者父母心」的道德訓練。如果醫生視病人如親人，自然不會粗心大意，並注重溝通的技巧了。¹⁸

從這一次教學和學生討論的結果，我們發現學生最渴望得到的是醫生與病人談話的分類實錄，可以供他們參考。語文專家介紹的溝通技巧，如(一)言之有禮、(二)言之有的(緊扣中心)、(三)言之有益、(四)言之有物(不尚空談)、(五)言之有理和(六)言之有度(謙恭適度、自然得體)；¹⁹又如委婉語詞，以「死」字為例，可用：「他過去了」，「他不在了」，「他已離開了這個世界」²⁰等等，都是他們極有興趣學習的。

如果醫生和語文專家結合雙方的經驗，有系統地整理出一套實用的醫生與病人在不同情況下溝通的語言；或更進一步分科進行，編為一書，相信對以英語學習醫學的學生將大有幫助。一方面既可免學生沒有系統地臨牀跟老師學習之苦，另方面他們出來行醫時亦可減少因不通醫療中文，而使病人產生不必要的誤解。

17 Maher, op. cit., pp. 90 and 110-11; Bates, op. cit., pp. 241-55.

18 H. Brody, "The Physician -Patient Relationships," in R. M. Veath (ed.), *Medical Ethics* (New York: Jones & Bartlett, 1989), pp. 65-91; D. J. Self, et. al., "The Moral Development of Medical Students: A Pilot Study of the Possible Influence of Medical Education," *Medical Education*, 27(1): 26-34 (January 1993).

19 蕭沛雄：《口才要術》(廣州：廣東高等教育出版社，1988年)，頁23-73。

20 陳原：《社會語言學》(香港：商務印書館，1984年)，頁265-73；鄧炎昌、劉潤清：《語言與文化》(北京：外語教學研究出版社，1989年)，頁219-20。