

藥膳米漿緩解癌末疼痛之評估

吳宗修 邱泰源¹ 陳慶餘¹ 楊玲玲

摘 要

本實驗利用問卷調查法，本研究將 258 個病人分成空白組(91 人)、對照組(63 人)及藥膳治療組(104 人)，空白組則不給予藥膳，對照組則給予米漿，藥膳組則將芍藥甘草湯之材料加入米漿中。258 個病人的問卷中，有 167 人的病人給予食膳，另外在給予食膳的 167 人其食後藥膳問卷中，154 人(92.2%)的病人食後願意繼續接受食膳，13 人(7.8%)的病人因病情無法繼續接受食膳。統計結果發現：病人原發癌的分佈：前五位分別是肺癌(26.0%)、肝癌(12.8%)、大腸直腸癌(11.2%)、胃腸癌(10.9%)、子宮頸癌(5.8%)。病人主訴症狀分佈以疼痛(79.8%)所占的比例高，其次為全身倦怠(69.4%)、食欲不振(46.5%)、發燒(36.8%)、呼吸困難(31.4%)、足部水腫(30.6%)。所以我們將利用傳統中藥方劑由病人主訴症狀，調製成可口的食膳，每天選擇適當之藥材，定時供予安寧病房之病人。

本實驗之中藥食膳食譜以含具有鎮痛之芍藥甘草湯，再佐以糙米而成的米漿來調製。在每日下午供應食膳作為餐後甜點，經過一個星期，收集問卷，研究結果以口述數字評分法 (Verbal Numerical Scale) 評估。統計結果發現芍藥甘草米漿為基礎調製之藥膳對病人疼痛症狀有明顯改善。

因此藉著傳統中國食療之推展，以期幫助病人支持其精神生活，提高生活品質。

(安寧療護 2006 : 11 : 2 : 137-149)

Key Words : Shao-Yao-Gan-Cao Rice Milk (SG Rice Milk) terminal cancer patients, hospice pain.

台北醫學大學 藥學研究所 生藥學科 台灣大學附設醫院家庭醫學部¹

通訊作者：楊玲玲 台北市吳興街 250 號.台北醫學大學

E-mail: llyang@tmu.edu.tw



前言

臺灣地區目前每年有三萬四千人因癌症死亡⁽¹⁾，這些癌症患者在末期時，如果沒有得到妥善的照顧，病人本身及其家屬承受身體、心靈各方面極大的煎熬。隨著各國社會文化背景的不同，病人所面臨的問題也不盡相同。如何發展一套台灣本土化的安寧照顧，讓在接受現代醫藥治療下之腫瘤末期病人，提升其生活品質而活得更有意義。則是此次研究的目的。1993 年在馬偕安寧病房進行之中國式安寧照顧研究中發現疼痛是影響病人生活品質的首位（60%），另台大緩和病房總計 214 人以全身倦怠感及疼痛分居第一、第二⁽¹⁾。同時疼痛會造成病人一連串生理、心理及生活品質之不適，如疲倦、失眠、煩躁不安、食欲不振。因此本研究對象選擇在台大緩和病房中之癌症末期病人，在現代正常醫療治療下，輔佐以經由研究證實具有鎮痛之中藥材及提升免疫調解功能之米漿，關於糙米萃取物的臨床應用目前已被證實，尤其是將糙米製成的米漿對腹瀉及體質虛弱的病人有改善的作用⁽²⁾。糙米萃取物之黃酮類成份有保肝作用⁽³⁾，其他如抗癌活性亦陸續被發表⁽⁴⁻⁵⁾。故本研究以糙米為基劑調製成色、嗅、味俱全之食膳作為腫瘤病人之食膳。建立台灣本土化安寧照顧之模式，加以探討對疼痛改善之意義。

癌症自 1982 年起成為威脅國人健康之首要疾病⁽⁶⁾。世界各國無論發展中國家或開發

中國家都在研究期待早日征服它。根據 2000 年世界衛生組織（World Health Organization）報告，每年有 1000 萬人深受癌症之苦⁽⁷⁾。而在治療上，目前醫學之研究對真正發病原理，尚未十分瞭解，因此有許多癌症目前尚無有效的根治方法，尤其是當癌症發展到晚期，在整體醫療上顯得有些無能為力，然而在此階段，更使癌痛患者身心處於相當的痛苦中，60%晚期癌症患者受疼痛所苦，因此癌痛成為世界衛生組織癌症綜合規劃中四項重點之一。

目前最常見之癌症患者一旦被診斷出患有癌病，常有「病急亂投藥」，「死馬當活馬醫」之思想，近年來由於各種抗癌之健康食品的興起，例如靈芝、鯊魚軟骨等高價位之食物，因業者誇大渲染療效治病，使得許多患者「延誤治療」、「增加負擔」、「經濟困擾」等，則有待政府進行教育宣導，給予國人正確治病療法及用藥安全知識，並应用中藥輔佐治療，經由專題研究建立一可行方法，期使癌症病人之疼痛及身體之不適症狀減至最少，尤其對瀕臨疾病末期且治療性之治療已無意義時，應以緩和醫療（palliative medicine）、安寧照顧（hospice care）以及症狀控制、減緩不適為主，並滿足病人生理、心理之需求以提升生活品質。

照顧癌症末期病人的重點已不再是如何去延長生命，而是如何去豐富生命⁽⁸⁾。然而在中國人的心目中，中藥一直扮演治病補身



的角色。所以我們將利用傳統中藥的食膳，根據病人的主述症狀，以中國飲食學的角度選擇適宜之材料，製成可口的藥膳，每天烹調定時供應緩和病房之病人，因此本研究乃以促進病人之舒適及緩解病人的疼痛為主，在尊重病人自主權及家屬全程參與之原則下，以不影響原醫療之情況下進行。期能對末期癌症患者在生活品質之改善上有所助益，並發展傳統中藥在中西醫融合醫療上之另一領域。

材料與方法

對象

1. 台大醫院緩和醫療病房中之末期腫瘤病人，經由醫師診斷。
2. 病人篩選：
 - (1)、需意識清楚且可飲食。
 - (2)、生命現象(Vital-sign)穩定者
 - (3)、無醫囑禁食(NPO)
 - (4)、病人及家屬同意接受此台灣本土化安寧照顧之食膳研究。

表一 傳統藥膳組成劑量

組別	傳統藥膳	組成(克)
空白組	無	無
對照組	米漿(rice milk)	糙米 oryzae semen (5g)
藥膳組	芍藥甘草米漿 (Shao-Yao-Gan-Cao Rice Milk, SYGCR)	芍藥 Paeoniae radix (5g) 甘草 Glycyrrhizae radix (5g) 糙米 oryzae semen (5g)

3. 資料收集：

由 2000 年 1 月 1 日至 2001 年 12 月 31 日止，住院病人達十天以上，且除去會談資料記載不完整者外，有效個案共 258 人。

藥膳材料及製備

在食膳材料的設計上，根據臨床經驗發現病人的主訴症狀中，疼痛、全身倦怠、食慾不振分居第一、二、三位。故我們使用具有健脾補氣的糙米⁽¹⁰⁾，調製成流質的粥品。依文獻報導芍藥甘草湯對疼痛有緩解作用，故對於主訴症狀中有疼痛的病人，我們另外將上述的食膳加入具有解痙、止痛的芍藥甘草湯⁽¹¹⁻¹⁴⁾來緩和病人的疼痛，加入糙米製成高湯，調製成可口的芍藥甘草米漿。

由台北市生元藥行購入下列各中藥材經鑑定無誤，以供藥膳製作。藥膳材料製備先將糙米以果汁機打成米漿，再將下列各成分精稱藥材一日量，加入二十倍量之水，煎煮沸騰三十分鐘以上至濾過所得之湯劑加入打好之糙米漿，即為一餐之量。



問卷設計

問卷專案中以「基本資料」、「臨床診斷」及「病人主訴」為主，另疼痛的評估，其方法乃利用口述分級評分法(Verbal Rating Scales, VARS)和數字評分法(Numeric Rating Scales, NRS)兩種方法加以改良成口述數位評分法(Verbal Numerical Scale)，以疼痛改善為例其評分以：「嚴重疼痛(100%)」、「很痛(75%)」、「與往常一樣(50%)」、「進步(25%)」、「舒服(0%)」，來評估疼痛改善的情況。

問卷評估法

病人入院情況穩定且能適應環境三天後，以隨機分成三組，進行評估。空白組，則不給予藥膳，對照組則給予米漿，藥膳組則將芍藥甘草湯之材料加入米漿。第一次問卷後，隔一週再作問卷。

統計分析

利用口述數字評分法(Verbal Numerical Scale)評估疼痛強度，以對稱性 student-t 試驗來比較同組間第三天(食膳前, T1)與第十天(食膳後, T2)疼痛分數分數是否有差異。進一步以非對稱性 student-t 試驗來比較不同組間第三天(食膳前, T1)與第十天(食膳後, T2)疼痛分數改善程度是否有顯著差異。

結果

本研究的 258 位病人中(如表二所示)，男 132 人(51.2%)、女 126 人(48.8%)約各占一半，而年齡層的分佈以 40 到 79 歲的病人最多，約占全部的 86%，80 歲以上的病人占 8.9%，而 40 歲以下這年齡層的病人很少，全部不到 5%。於原發癌位置方面，前五位分別是肺癌(26.0%)、肝癌(12.8%)、大腸直腸癌(11.2%)、胃腸癌(10.9%)、子宮頸癌(5.8%)。以整個系統來看，消化系統癌占大多數(包括食道癌、胃腸癌、肝癌、大腸直腸癌)，合計 37%。

同一位病人可能同時有兩種或兩種以上不同的主訴症狀，在 258 位病人的主訴症狀中(如表四所示)，排名前八位中以疼痛 206 人(79.8%)所占的比例最高，其次為全身倦怠 179 人(69.4%)、食慾不振 120 人(46.5%)、發燒 95 人(36.8%)、呼吸困難 81 人(31.4%)、足部水腫 79 人(30.6%)、噁心嘔吐 75 人(29.1%)、出血 66 人(25.6%)等。

258 位病人當中有 206 位，約八成(79.8%)的病人在住院的過程中曾有疼痛的主訴，可見疼痛在末期癌症病人最常見的症狀之一。在服用食膳方面(如表三所示)，有接近六成(64.7%)以上的病人在住院期間服用食膳，其他(約 35.3%)的病人則當作對照組。在食膳的接受度方面，服用食膳的 167 人中，在持續接受一個星期的食膳照顧後願意再繼續食用食膳者有 154 人(92.2%)，而不願再繼續服用



表二 病人基本資料統計

分類	Mean (SE)	人數 (%)
年齡 (歲)	62.83±13.47	
0 - 9		1 (0.39)
10 - 19		2 (0.78)
20 - 29		1 (0.39)
30 - 39		8 (3.10)
40 - 49		42 (16.3)
50 - 59		36 (14.0)
60 - 69		83 (32.2)
70 - 79		62 (24.0)
80 - 89		23 (8.91)
性別		
男		132 (51.2)
女		126 (48.8)
原發癌種類		
肺癌		67 (26.0)
肝癌		33 (12.8)
大腸直腸癌		29 (11.2)
胃腸癌		28 (10.9)
子宮頸癌		15 (5.8)
腎臟癌		12 (4.7)
血癌		9 (3.5)
前列腺癌		8 (3.1)
鼻咽癌		7 (2.7)
乳癌		6 (2.3)
胰臟癌		6 (2.3)
食道癌		5 (1.9)
膀胱癌		4 (1.6)
其他		29 (11.2)



表四 病人主訴症狀(n=258)

順序	症狀	人數	百分比
1	疼痛	206	79.8
2	全身倦怠	179	69.4
3	食欲不振	120	46.5
4	發燒	95	36.8
5	呼吸困難	81	31.4
6	水腫	79	30.6
7	噁心嘔吐	75	29.1
8	出血	66	25.6
9	動則氣喘	61	23.6
10	腹水	57	22.1
11	便秘	49	19.0
12	口幹	45	17.4
13	失眠	44	17.1
14	腰膝酸痛	33	12.8
15	吞嚥困難	28	10.9
16	四肢麻木	23	8.9
17	血尿	20	7.8
18	胸水	10	3.9
19	口腔炎	9	3.5
20	潰爛傷口	5	1.9

食膳者乃因病人食慾降低及病人病情急速惡化。

病人的疼痛是否因接受了食膳照顧而得到改善？其改善情況用口述數字評分法

(Verbal Numerical Scale) 評估；分五個觀測值：「嚴重疼痛(100%)」、「很痛(75%)」、「與往常一樣(50%)」、「進步(25%)」、「舒服(0%)」，來評估疼痛改善的情況。



表三 服用食膳人數及接受度

項目		人數 (%)
有無疼痛	無	52 (20.2)
	有	206 (79.8)
服用食膳	無	91 (35.3)
	有	167 (64.7)
食膳接受度	繼續服用	154 (92.2)
	無法服用	13 (7.8)

將癌末病人入院期間分成空白組和對照組與藥膳組比較，空白組在(A)入院第三天後(T1)做第一次評估(B)入院第十天後(T2)做第二次評估來比較。對照組亦同，在(C)入院第三天後(T1)做第一次評估(D)入院第十天後(T2)做第二次評估。藥膳組亦同上，在(E)入院第三天後(T1)做第一次評估(F)入院第十天(T2)後做第二次評估來比較其疼痛分數之平均值。以同組第三天(T1)與第十天(T2)的配對分別來作對稱性 student-t 試驗，結果如(表五)。由實驗結果得知不給予藥膳的病人在緩和醫療的團隊的照顧下，其疼痛分數的變化可由(55.3±2.41)減少至(48.9±2.10)，但統計學上有明顯差異(p<0.05)。在加入食膳的照顧後，對照組的病人，其疼痛分數的變化由(54.9.2±2.84)減少至(48.7±2.66)，統計學上亦有明顯差異(p<0.05)。藥膳組的病人，其疼痛分數的變化由(53.4±2.02)減少至(41.6±2.14)，

統計學上有非常顯著的差異(p<0.001)。故推測芍藥甘草米漿可能有止痛作用。

評估癌末病人之疼痛改善情形，分別將空白組和對照組與藥膳組之入院第十天後(T2)的評估與入院第三天後(T1)的評估之差異作一比較。空白組和對照組與藥膳組之疼痛改善程度百分比分別以(A-B)×100%、(C-D)×100%、(E-F)×100%來表示，其結果如(表五)。沒有接受食膳照顧的病人其疼痛改善百分比為 6.4%，而接受食膳照顧的病人當中，對照組的病人其疼痛改善百分比為 8.2%，和空白組比較在統計學上並無明顯的差異(p>0.05)。而藥膳組的病人其疼痛改善百分比為 11.8%，和空白組及對照組比較在統計學上亦有明顯的差異(p<0.05)。故知藥膳組對疼痛有改善作用，顯示含有芍藥甘草米漿的藥膳組其對疼痛有改善。



表五 接受食膳照顧的癌末病人之疼痛分數分佈及疼痛改善情形

組別	人數	食膳前	人數	食膳後	P 值	疼痛改善
		(T1)		(T2)		百分比
		Mean ± SE		Mean ± SE		(T1-T2)×100%
空白組	91	55.3 ± 2.41	87	48.9 ± 2.10	0.04820*	6.4%
對照組	63	56.9 ± 2.84 α	56	48.7 ± 2.66 α	0.03986*	8.2%
藥膳組	104	53.4 ± 2.02 α, β	98	41.6 ± 2.14a,b	0.00012***	11.8%

※本實驗(食膳前 vs. 食膳後)以對稱性 student-t 試驗 (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$).

※本實驗(空白組 vs. 對照組, 空白組 vs. 藥膳組, 對照組 vs. 藥膳組)以非對稱性 student-t 試驗。 $\alpha p > 0.05$ vs. 空白組. $\beta p > 0.05$ vs. 對照組. $a p < 0.05$ vs. 空白組. $b p < 0.05$ vs. 對照組.

討論

藥膳食療照顧的目標在於症狀的控制、減緩不適為主。並滿足病人生理及心理的需求，以及提供病人及家屬正確使用中藥安全知識，以提高生活品質⁽⁹⁾。目前國內安寧照顧及緩和醫療正如雨後春筍般地發展，在台大醫院緩和醫療病房中除了醫護相關的專業人員外，此外尚有心理師、藝術治療師、音樂治療師、宗教師、社工人員、志工所組成的團隊來解決身、心、靈方面之問題。經

過緩和醫療團隊多次會議討論而於 1997 年 6 月開始食膳治療師的加入，而食膳照顧之參與使得緩和醫療團隊的服務品質更加的完美。

本研究乃自 2000 年 1 月 1 日至 2001 年 12 月 31 日台大醫院緩和醫療病房的 258 名住院病人為研究對象，所有個案的對象皆由緩和醫療的團隊經審慎的評估及主要負責醫師的診斷。本研究的 258 位病人的基本資料與台大醫院緩和醫療病房成立頭一年裏 329 位元病人的基本資料作比較，發現男女、年齡、原發癌的分佈皆相當，因此本研究的結果應可代表台大醫院緩和醫療病房成立初期癌症病人生活狀況及疼痛分佈⁽¹⁾。

在食膳材料的設計上，根據臨床經驗發現病人罹患癌症的種類以肺癌的比例最高，而病人的主訴症狀中，疼痛、全身倦怠、食慾不振分居第一、二、三位，此與表二及表四的病人基本資料中得到印證。對於進食困難且長期缺乏營養的病人，我們使用具有健



脾補氣的糙米⁽¹⁰⁾，調製成流質的粥品。對於主訴症狀中有疼痛的病人，我們另外將上述的食膳加入具有解痙、止痛的芍藥甘草湯⁽¹¹⁻¹⁴⁾來緩和病人的疼痛，期待對病人的主訴症狀有所幫助。

在疼痛的比例方面 79.8%有的病人有疼痛的主訴，這個比例很高，主要是因為緩和醫療病房照顧的對象以有症狀須接受治療的癌末病人為主，而且當病人的疼痛得到控制後，就會建議病人出院回家接受居家照顧或門診追蹤，因此有疼痛的病人比例會偏高。依據文獻的報告⁽¹⁵⁻¹⁶⁾，癌症病人的疼痛可分為下列四種：(一)癌症本身所引起的疼痛，如骨頭侵蝕、神經壓迫、腦壓升高等，(二)與癌症相關之症狀，如褥瘡、便秘等，(三)癌症治療留下的後遺症，如傷口痛、化學治療後之口腔炎等，(四)與癌症無直接相關的慢性疼痛，如偏頭痛、關節炎等⁽¹⁷⁾。本研究有疼痛的 258 位病人當中，有 12 位病人被醫師認為其疼痛是其他慢性疼痛引起，與癌症無關，其他病人皆被認為是與癌症有關，卻沒有一位病人被認為其疼痛與治療有關；其可能原因是因緩和醫療病房的病人通常是經過多次治療無效後才住進來，治療時間已久，副作用已過，而且癌末病人的癌症疼痛很明顯會把其他的疼痛掩蓋而忽略。根據臨床經驗發現病人常有多種疼痛，如慢性疼痛合併癌症疼痛，但因病人本身常無法分析出究竟有那些痛，醫護人員也常因不易評估，只能當作

癌症疼痛來處理，大多數的疼痛用嗎啡類止痛藥都可改善，但若病人疼痛控制一直不理想時，就該評估是否加上其他的輔助方法。癌症病人的疼痛一般可分為「神經性疼痛」及「體神經內臟神經之痛刺激」二種。一般神經性的疼痛對嗎啡的反應較差，臨床上常需加上其他的輔助藥物，如類固醇類 (Prednisolone)⁽¹⁸⁾藥物來幫忙。此外即使同屬於「體神經或內臟神經之痛刺激」，依其止痛的種類不同，而治療的方法也略有不同，如平滑肌痙攣或腸阻塞所引起的絞痛，可加上抗腸蠕動的藥物 (Hyoscine butylbromide, Buscopan)⁽¹⁹⁻²¹⁾，而增加止痛的效果。而本研究乃應用含有與電解質荷爾蒙相似鎮痛作用的甘草⁽²²⁾及具有解痙作用相似的芍藥⁽²³⁻²⁴⁾來當作研究的藥材，英國里斯特大學赫德森等學者於 2000 年發表了糙米的萃取物對人類乳癌及大腸癌細胞有抑制作用⁽²⁵⁾，故本研究乃以糙米當做基劑佐以芍藥及甘草等中藥材調製成美味的食膳。”芍藥甘草湯”乃中國古代解痙止痛的基本方，“芍藥甘草湯”源自于東漢《傷寒論》：「芍藥白補而赤瀉，白收而赤散，酸以收之，甘以緩之，酸甘相合，用補陰血。⁽²⁶⁾」《醫方集解》：「治腹中不和而痛。仲景用治誤表發厥，腳攣吐逆。...此太陰陽明藥也，氣血不和，故腹痛。白芍酸收而苦瀉，能行營氣。炙甘草溫散而甘緩，能和逆氣。又痛為木盛克土，白芍為瀉肝，甘草能緩肝和脾也。⁽²⁷⁾」故在中藥標準方中分類



屬和解之劑，主治裏熱虛證⁽²⁸⁾，具有緩急止痛的效果，且在無類固醇之胃潰瘍、鈉及水滯留和 Buscopan 之口乾、視覺模糊等副作用。

在疼痛的評估方面，以口述數字評分法 (Verbal Numerical Scale) 來評估⁽²⁹⁻³²⁾，若病人的意識清楚，可以用語言來溝通，則我們較容易客觀地問出病人主觀的疼痛嚴重度，即使病人的嚴重度不佳，也可多次詢問而定出分數；但是若病人意識不清楚或是小孩，雖然可以透過一些非語言的方法，如皺眉、不安、哭、顫抖、彎曲、僵硬肢體等來瞭解其疼痛分數。本問卷只評估其意識清楚時之疼痛分數，而意識不清時之分數則不列入本次統計。由實驗結果表五得知即使不給予藥膳的病人在緩和醫療的團隊的照顧下，其疼痛的改善可得適度的緩解，但在加入食膳的照顧後，其對疼痛的改善較給予食膳前有提升作用，尤其是在加入了芍藥甘草米漿之食膳，其疼痛之改善程度更有意義。

台大醫院緩和醫療病房是依據 WHO 癌症疼痛治療的基本原則，積極的使用止痛藥來控制癌症疼痛，初步估計約三分之二的病人得以解除疼痛，約有 21.9% 的病人未達穩定控制⁽¹⁾。在過去醫療界及一般大眾害怕使用嗎啡，除了擔心其副作用外，更擔心病人因此而上癮，造成生理及心理上的依賴，且嗎啡引起常見的副作用有便秘、嗜睡、噁心嘔吐、呼吸抑制及較少見的有意識混亂、幻覺、尿液滯留等⁽³³⁾。事實上，嗎啡只要適當的用

在癌末病人，病人疼痛大都能得到良好的改善。而本研究確實發現在接受緩和醫療團隊的病人其疼痛程度不再增加，但若病人接受含有芍藥甘草食膳，其疼痛緩和程度呈明顯的改善。故推測食膳中加入芍藥甘草米漿當輔助療法以減少嗎啡所使用的劑量，如此一來將能避免嗎啡所引起的副作用。對於止痛劑在臨床的疼痛控制上，能有更靈活的使用空間。

結論

癌症病人的治療常需要耗費許多的人力與時間，然而，對癌症患者本身而言，生活品質的低落則是影響他們最深的問題之一，而因癌症引起的疼痛則是降低生活品質的一大因素。因此，癌症病人的疼痛應該受到適當的處理，用傳統食療來提升生活品質，食膳中加入芍藥甘草米漿當作輔助治療以減低癌症疼痛，在不影響原醫療行為上給予完善的食膳照顧，希望能提供病人家屬在面對病人疼痛及使用中藥來調養時，能具有正確的觀念，最終的目的，便是希望能消除癌症病人之疼痛以及提升其生活品質。

誌謝

我們感謝台大醫院緩和醫療病房參與這項研究的病患和他們的家人，以及台大醫



院緩和醫療病房醫師和護士及團隊成員，在此致上最深的感謝與祝福。

參考文獻

1. 邱泰源：緩和醫療病房壹周年紀念專刊。臺北：台大醫院，1996。
2. Akosa UM, Ketiku AO, Omotade OO: The nutrient content and effectiveness of rice flour based oral rehydration solutions. *Afr J Med Sci.* 2000; 29(2): 145-9.
3. Xu DH, Mei XT, Chen Y, et al: Protective effects of 5,4'-dihydroxy-3',5'-dimethoxy-7-O- β -D-glucopyranosyloxy-flavone on experimental hepatic injury. *World J Gastroenterol* 2005; 11(12): 1764-8.
4. Cai H, Al-Fayez M, Tunstall RG, et al: The rice bran constituent triclin potent inhibits cyclooxygenase enzymes and interferes with intestinal carcinogenesis in ApcMin mice. *Mol Cancer Ther.* 2005; 4(9): 1287-92.
5. Murakami M, Ota H, Sugiyama A, et al: Suppressive effect of rice extract on *Helicobacter pylori* infection in a Mongolian gerbil model. *J Gastroenterol.* 2005; 40(5): 459-66.
6. Cancer control. In *Public Health in Taiwan Area, Republic of China* printed by Department of Health. The Executive Yuan, ROC 2002.
7. World Health Organization, *Cancer pain relief.* Geneva: World Health Organization: 2000.
8. Uslu R, Uyar M: Cancer and palliative care. *Argi.* 2005; 17(3): 5-10.
9. Chen LC, Wang BR, Chou YC, et al: Drug utilization pattern of Chinese herbal medicines in a general hospital in Taiwan. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2005; 14(9): 651-7.
10. 甘偉松：藥用植物學，國立中國醫藥研究所，1991；581。
11. 新編中藥大辭典(上)，新文豐出版公司，1985；544。
12. 新編中藥大辭典(上)，新文豐出版公司，1985；600。
13. Yamamoto K, Hoshiai H, Noda K: Effects of shakuyaku-kanzo-to on muscle pain from combination chemotherapy with paclitaxel and carboplatin. *Gynecologic Oncology.* 2001; 81(2): 333-4.
14. Chen LC, Chou MH, Lin MF, et al: Pharmacokinetics of paeoniflorin after oral administration of Shao-yao Gan-chao Tang in mice. *Jpn J Pharmacol.* 2002; 88(3): 250-5.
15. Donnelly S, Davis MP, Walsh D, et al: The World Health Organization. Morphine in cancer pain management: a practical guide. [302 refs] *Supportive Care in Cancer.* 2002; 10(1): 13-35.
16. Smit BJ: Morphine and chronic cancer pain. *South African Medical Journal.* 2001; 91(10): 786-7.
17. Inturrisi CE: Management of cancer pain: pharmacology and principles of management. *Cancer:* 1989; 63: 2308-20.
18. Twycross RG, Guppy D: Prednisolone in terminal breast and bronchogenic cancer.



- Practitioner. 1985; 229(1399): 57-9.
19. Bausewein C: Comparative cost of hyoscine injections. *Palliative Medicine*. 1995; 9(3): 256.
 20. De Conno F, Caraceni A, Zecca E, et al: Continuous subcutaneous infusion of hyoscine butylbromide reduces secretions in patients with gastrointestinal obstruction. *Journal of Pain & Symptom Management*. 1991; 6(8): 484-6.
 21. Ventafridda V, Ripamonti C, Caraceni A, et al: The management of inoperable gastrointestinal obstruction in terminal cancer patients. *Tumori*. 1990; 76(4): 389-93.
 22. Zhang Z, Sun X, Chen X: Effect of drug processing on shaoyao gancuo decoction. *Chung-Kuo Chung Yao Tsa Chih - China Journal of Chinese Materia Medica*. 1991; 16(7): 407-9, 447. [Chinese].
 23. Tabata K, Matsumoto K, Watanabe H: Paeoniflorin, a major constituent of peony root, reverses muscarinic M1-receptor antagonist-induced suppression of long-term potentiation in the rat hippocampal slice. *Japanese Journal of Pharmacology*. 2000; 83(1): 25-30.
 24. Chen LC, Lee MH, Chou MH, et al: Pharmacokinetic study of paeoniflorin in mice after oral administration of *Paeoniae radix* extract. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl*. 1999; 735(1): 33-40.
 25. Hudson EA, Dinh PA, Kokubun T, et al: Characterization of potentially chemopreventive phenols in extracts of brown rice that inhibit the growth of human breast and colon cancer cells. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2000; 9(11): 1163-70.
 26. 漢·張機：傷寒論、金匱要略，昭人出版社，1978；122-123。
 27. 清·汪昂：醫方集解，昭人出版社，1988；115-116。
 28. 顏焜熒：圖式中藥處方八綱分類，臺北南天書局，1992；56。
 29. Briggs M, Closs JS: A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. *Journal of Pain & Symptom Management*. 1999; 18(6): 438-46.
 30. Banos JE, Bosch F, Canellas M, et al: Acceptability of visual analogue scales in the clinical setting: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. *Methods & Findings in Experimental & Clinical Pharmacology*. 1989; 11(2): 123-7.
 31. Langley GB, Sheppard H: Problems associated with pain measurement in arthritis: comparison of the visual analogue and verbal rating scales. *Clinical & Experimental Rheumatology*. 1984; 2(3): 231-4.
 32. Lundeberg T, Lund I, Dahlin L, et al: Reliability and responsiveness of three different pain assessments. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2001; 33(6): 279-83.
 33. Fallon MT, Hanks GW: Morphine, constipation and performance status in advanced cancer patients. *Palliative Medicine*. 1999; 13(2): 159-60.



Evaluation of Herb Drug Rice Milk for Palliation of Terminal Cancer Pain

Tsung-Hsiu Wu Tai-Yuan Chiu¹ Ching-Yu Chen¹ Ling-Ling Yang

ABSTRACT

Total 258 sequential patients were included in this retrospective study. Questionnaire survey for autonomy demonstrated that 104 out of 258 terminal cancer patients (40.3%) were willing to take Traditional Herb Dietary supplement (Shao-Yao-Gan-Cao Rice Milk, SG Rice Milk). The blank group was not given any dietary supplements. The control group was given rice milk (rice milk is kind of grain milk processed from rice). The treated group was given SG Rice Milk (rice milk supplement Shao-Yao-Gan-Cao). The first five leading primary cancers include Lung CA (26.0%), Liver CA (12.8%), Colorectal CA(11.2%),Stomach CA(10.9%) and Cervical UT. CA (5.8%) comprised the major distribution of disease entity. SYGCR is prescribed according to the priority of their symptoms lists which indicated pain (79.8%), weakness (69.4%), anorectic(46.5%), fever(36.8%), dyspnea (31.4%) and leg edema(30.6%). After admission, assessment and regular medication of palliative care were performed for 1 week. SYGCR followed with tailored menu and served as dessert between meals for another 1 week. The results were evaluated by Verbal Numerical Scale method. Main components of menu were composed of Paeoniae Radix & Glycyrrhiza Radix profounder with rice milk. As the results of evaluation, Pain control was significantly favored in the treated group. Those having SYGCR revealed pain relief. In terms of practical and clinical extension of SYGCR, further prospective randomized study is necessary to be organized.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2006 : 11 : 2 : 137-149)

關鍵詞：芍藥甘草湯 米漿 癌末病人 安寧照顧 疼痛

Graduate Institute of Pharmaceutical Science, College of Pharmacy, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan.

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan¹

