

ISSN 2305-087X

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy
(DVD version)

中醫藥年報

(光碟版)

年刊2017(106年)第六期

Annual 2017 Issue 6

(第二冊) 電子書



中華民國一百零六年十一月 製作

Published in November, 2017

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

ISSN : 2305-087X

中 醫 藥 年 報

(光 碟 版)

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy (DVD version)

年刊 2017 (106 年)

第六期

Annual 2017

Issue 6

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
中華民國一百零六年十一月 製作
Published in November, 2017

中醫藥年報(光碟版)第六期

總目錄(第二冊)

計畫編號	計畫名稱	執行機構	計畫主持人
MOHW104-CMAP-M-114-000424	執行臺灣中藥典專業編修事務：中藥臨床應用內容編修計畫	義守大學	施純全
MOHW104-CMAP-M-114-000425	建置癌症患者照護之中西醫整合教學模式	財團法人中華醫藥促進基金會	呂鴻基
MOHW104-CMAP-M-114-000426	臺灣中藥典中藥材檢驗規格內容編修	弘光科技大學、新生醫護管理專科學校、中國醫藥大學	何玉鈴 高駿彬 張永勳 等
MOHW105-CMAP-M-114-000106	培訓中醫臨床師資計畫	台灣中醫醫學教育學會	蘇奕彰
MOHW105-CMAP-M-114-000108	建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制	中國醫藥大學	顏宏融
MOHW105-CMAP-M-114-000121	中醫負責醫師訓練媒合計畫	中華民國中醫師公會全國聯合會	何永成
MOHW105-CMAP-M-114-000417	中藥材基原內容編修與諮詢	大仁科技大學	劉崇喜

執行臺灣中藥典專業編修事務： 中藥臨床應用內容編修計畫

施純全
義守大學

摘要

《臺灣中藥典》為收錄記載中藥規格與檢驗之國家標準規範，並為中藥品質管制標準之依據，國內第一版《中華中藥典》於 92 年公告，收載 200 種常用藥材品項及其品質規格；第二版《臺灣中藥典》業於 101 年完成編修，藥材收載品項增至 300 種，並新增中藥基準方 200 方組成，於 102 年 4 月 1 日實施。

為因應世界各國藥典中藥品質規格與檢驗方法之更新及法規要求，《臺灣中藥典》應定期以科學化與系統性方法檢討，建立國內中藥品質管制規格。衛生福利部特成立《臺灣中藥典》第二版增補版編修工作小組，並於編輯工作小組下，設立中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床等 4 分小組，定期召開小組編修會議，負責推動與執行編輯工作小組之藥典編修等工作。

為完成有關中藥臨床應用內容編修工作，104 年度計畫已依規劃完成下列七項目標：

1. 彙整《臺灣中藥典》收載品項中藥材性味資料。
2. 檢討及新增藥典收載品項之中藥材性味(100 味)資料。
3. 整合及更新藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。
4. 回復《臺灣中藥典》中醫臨床應用相關專業諮詢問題。
5. 評估及提供《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。
6. 參加《臺灣中藥典》編修專家其他分小組會議，提供中醫臨床相關專業意見。
7. 召開 2 場分小組專家會議，完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。

關鍵詞：臺灣中藥典、中華中藥典、中藥品質

The Year 2015 ‘Performing Professional Revising of Taiwan Herbal Pharmacopeia’: Revising the Content of the Application of Clinical Chinese Herbal Medicine

Chun-Chuan Shih
I-SHU University

ABSTRACT

Taiwan Herbal Pharmacopeia collected the specification and examination of Chinese herbal medicine that is considered as national standard norm. It is also the basis for regulating the quality of Chinese herbal medicine. The first edition of Chinese Herbal Pharmacopeia was announced in 2003 that included 200 common items of herbal medicine and standard specification. The second edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia was completed in 2012 that included 300 common items of herbal medicine and 200 basic formulas of Chinese herbal medicine were also added in this edition (implemented in April 1, 2013).

For the compliance of requests and revising of worldwide herbal pharmacopeia which described standard specification, quality, and examination of Chinese herbal medicine, we need to use scientific and systematic methods to review Taiwan Herbal Pharmacopeia regularly. We also need to establish the quality control and specification of Chinese herbal medicine.

The Ministry of Health and Welfare established the Editing Work Group for the supplement of the second edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia and this Editing Work Group included 4 subgroups included original source of Chinese herbal medicine, examination and specification, Chinese herbal preparation, and clinical Chinese medicine. The Editing Work Group held regular meeting and performed editing and revising work for herbal pharmacopeia.

For completing the revising work of clinical application of Chinese herbal medicine, we have completed the objectives of 2015 annual research plan included the following seven parts:

To integrate the quality and items of Chinese herbal medicine in the Taiwan Herbal Pharmacopeia.

To review and increase items of Chinese herbal medicine in the Taiwan Herbal Pharmacopeia (100 items of herbs).

To integrate and update the contents and the classification of toxicity for items of Chinese herbal medicine in the Taiwan Herbal Pharmacopeia.

To response the professional consulting questions of clinical application in Taiwan

Herbal Pharmacopeia.

To evaluate and provide suggestions of revising Chinese herbal medicine for the application of clinical Chinese medicine in Taiwan Herbal Pharmacopeia.

To provide professional comments of clinical Chinese medicine by participating subgroup of Editing Work Group of Taiwan Herbal Pharmacopeia.

To hold 2 subgroup specialist meetings and complete the editing work for the contents of application of Chinese herbal medicine.

Keywords: Taiwan Herbal Pharmacopeia, Chinese Herbal Pharmacopeia, Quality of Chinese herbal medicine

壹、前言

一、政策或法令依據

藥典為一個國家收錄記載藥品規格、製劑技術、檢驗標準的法典，一般由國家組織專門的藥典編纂委員會或委託學術專業團體編寫，藥典具有法律的約束力。目前世界上大約有將近 40 多個國家編寫藥典，中醫藥史認為，世界上最早的全國性藥典是《唐本草》(又名《新修本草》)成書於唐顯慶 4 年，公元 659 年)；中醫藥史最早的官方頒布的成方規範是《太平惠民和劑局方》收錄了處方 788 種。

中華民國政府 1930 年出版《中華藥典》。臺灣於 1949 改版《中華藥典》第二版，之後陸續改版了 1980 年第三版、1995 年第四版、2000 年第五版、2006 年第六版及 2011 年第七版。我國中藥藥典為收錄記載中藥規格與檢驗之國家標準規範，並為中藥品質管制標準之依據，宜定期以科學化與系統性方法檢討，建立國內中藥品質管制規格。行政院衛生署中醫藥委員會歷經數年努力完成國內第一部《中華中藥典》於 93 年 3 月 9 日公告，並自 93 年 5 月 1 日起實施，為擴大中藥材的收載範圍，而能容納更多台灣本土產療效顯著的藥物植物，自 94 年 8 月 31 日公告更名為《台灣傳統藥典》[1, 2]，第一版《台灣傳統藥典》收載 200 種常用中藥藥材品項及其品質規格；於民國 101 年 2 月起委託中國醫藥大學張永勳教授等，進行《台灣傳統藥典》第二版編修出版工作，並於民國 101 年 11 月 12 日之藥典會議中，經各專家學者討論後，決議將《台灣傳統藥典》更名為《臺灣中藥典》，英文名稱為 Taiwan Herbal Pharmacopeia，簡稱 THP[3]，第二版臺灣中藥典業於 101 年完成編修，藥材收載品項增至 300 種，並新增中藥基準方 200 方組成，於 102 年 4 月 1 日實施。為擴大中藥材的收載範圍，102 年 4 月再改名為《臺灣中藥典》(Taiwan Herbal Pharmacopeia)(詳見表一、中華民國藥典沿革表)。

為因應世界各國藥典中藥品質規格與檢驗方法之更新及法規要求，第二版《臺灣中藥典》部分規格標準及檢驗方法仍需滾動修正，衛生福利部業已成立《臺灣中藥典》第二版增補版編修工作小組。依《臺灣中藥典》編輯工作小組會議決議，於編輯工作小組下設立中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床等 4 分小組，定期召開小組編修會議，負責推動與執行編輯工作小組之藥典編修等工作，其中有關中藥材基原內容編修、中藥濃縮製劑內容編修、中藥臨床應用內容編修等任務，計畫委由具專業知識經驗團隊參與協助《臺灣中藥典》之修正[4]。

表一、中華民國藥典沿革表

項	年份	版本
1	1930 年(民國 19 年 5 月)	中華藥典第一版
2	1959 年(民國 48 年)	中華藥典第二版
3	1959 年(民國 48 年)	中華藥典自立出版 (具原書第八版影印版)
4	1980 年(民國 69 年)	中華藥典第三版
5	1985 年(民國 74 年)	中華民國中藥典範(四冊)
6	1990 年(民國 79 年)	中藥標準方(84 中藥基準方)
7	1995 年(民國 84 年)	中華藥典第四版
8	2000 年(民國 89 年)	中華藥典第四版補篇
9	2000 年(民國 89 年)	中華藥典第五版
10	2002 年(民國 91 年)	中華藥典第五版補篇
11	2003 年(民國 92 年)	中華藥典第五版補篇(中藥集)草案
12	2004 年(民國 93 年)	中華中藥典
13	2005 年(民國 94 年 8 月 31 日)	中華中藥典更名為台灣傳統藥典
14	2012 年(民國 101 年 2 月)	台灣傳統藥典第二版編修
15	2012 年(民國 101 年 11 月 12 日)	台灣傳統藥典更名為臺灣中藥典， 英文名稱為 Taiwan Herbal Pharmacopeia，簡稱 THP
16	2013 年(民國 102 年 4 月 1 日)	臺灣中藥典第二版

二、問題狀況或發展需求

臺灣市售中藥材絕大部分仰賴進口，品種繁多而複雜，為提升中藥材品質一致性、療效確實性及用藥安全性，中醫藥委員會為此於 93 年 1 月開始執行「建構中藥用藥安全環境五年計畫(2004-2008)」，整理歸納分析鄰近國家藥典間之規範，可大幅提振《台灣傳統藥典》整體形象，有助於提升國際競爭力，帶動中藥用藥安全產業之發展[2]。臺灣市售中藥材品質易受產地、基原、使用部位、栽培條件及貯藏狀況等因素之影響。行政院衛生署為建立國內藥材品質管制規格及保障民眾之用藥安全，於民國 93 年編撰完成國內第一部中藥典，收載中藥品項 200 種。為使藥典內容更加完備，促進中藥材檢驗規格與品質提升，經多年編修，於 101 年 12 月 22 日公告第二版，自 102 年 4 月 1 日起實施。第二版藥

典除新增 101 個品項外，並提高檢驗方法之科學化。此外，也對第一版內容進行全面檢討，針對第一版檢驗方法使用到苯、三氯甲烷、四氯化碳等毒性較大之溶媒，進行化學分析方法評估研究與改進，使檢驗方法更加完善。另為使本次公告之第二版藥典更具代表台灣之特色，更名為《臺灣中藥典》(英文名稱：Taiwan Herbal Pharmacopeia，簡稱 THP)。《臺灣中藥典》第二版係由行政院衛生署中華藥典編修委員會中藥集小組編纂，內容收載三百種臺灣常用之中藥材品項，每一藥材分別列出其中文名、學名、基原、性狀、鑑別、雜質檢查、含量測定、貯藏方法、用途分類、用量及注意事項。凡供製造、輸入之中藥材，其品質與規格需符合《臺灣中藥典》第二版之規定，使國內中藥品質管制邁入另一個嶄新的紀元，有助於提升國內中藥之品質，確保民眾用藥安全[3]。

《臺灣中藥典》(第二版)公告後，未收載於《中華藥典》及《臺灣中藥典》之藥材，仍應依藥事法相關規定，確保其品質及規格，以保障民眾中藥用藥安全[3]。第二版《臺灣中藥典》雖已收載中藥材品項為 300 種，檢驗規格也大幅修改，但與大陸中華人民共和國藥典、日本藥局方及韓國草藥典收載之品項相差甚鉅[2]，但因實際在台灣民間運用之品項遠大於上述個品項[1]，為迎合未來新檢驗技術之開發，須在未來再版中繼續增補品項及品管規格，另未來《臺灣中藥典》之增編修，應融入中醫臨床用藥考量，宜進行下列事項之編修工作：

1. 增編修中藥材性味資料。
2. 《臺灣中藥典》中藥材毒性之分類(級)及藥典收載內容之整合及更新。
3. 重新檢視及統整《臺灣中藥典》第二版增補版中藥材「用途分類」、「用量」及「注意事項」之內容。
4. 《臺灣中藥典》第二版增補版新增中藥材品項「用途分類」、「用量」及「注意事項」初稿編修及校對。

三、國內外相關研究之文獻探討

全球有將近八成的人口曾使用過中草藥，顯示現代人與中草藥關係越來越密切[5]，中藥性味性味分為性、味兩部分，藥性分為“四氣”，即溫、寒、熱(熱)、涼(平)；藥味分為“五味”，即甘、苦、辛、酸、鹹，性、味在古代文獻的記載和論述較為混亂[6]。通過研究中藥性味理論，可幫助理藥物在臨床實踐中的具體作用，完善現代藥學理論，促進中藥在臨床中的應用[7]。性味是中藥性能的核心部分，

千百年來性味理論一直有效地指導著中藥的臨床運用[8]，中藥的性味是藥物的特有屬性，反映了藥物的本質特徵，是藥性理論的重要組成部分。而性味配伍則是遣藥制方的關鍵環節[9]，爰此，《臺灣中藥典》收載內容納入性味資料有其必要性。

臨床及教學過程中經常發現，少數藥物的性或味與功效典籍中前後不一致，帶給臨床中醫師及醫學生學習中藥、理解其功用的困擾。性味與功效不統一或不全不僅影響臨床用藥，而且給教學、研究帶來了一定程度的負面影響[8, 9]，以《中華人民共和國藥典》2015年版為例，黃耆及紅耆兩位藥其臨床用途並未一致，惟其要典中性味記載竟完全一致，徒增臨床應用之困擾[10]。因此必須結合臨床功用、確定性味：醫藥以切合實用為主，藥物的性味，必須從臨床經驗出發，結合文獻探討及實證研究，方能深入探討闡發[11]。

毒性用之宜則避其毒，中藥的“毒”是一個多義概念。毒藥，廣義而言可以是對藥的總稱，也可以是對藥物偏性的概括；狹義而言則是藥物的有害性。藥有無毒、小毒、常毒、大毒之分，與炮製、配伍關係密切。中藥的“毒”也是一個相對概念。《素問·至真要大論》曰：“有毒無毒，所治為主。”《醫燈續焰·卷二十(附餘)：醫範》謂：“用之不善，則無毒者亦毒……達造化性命之理，則雖毒不毒”。可見，藥之有毒無毒在於其用：用之得宜，毒皆為藥；用之失宜，藥皆為毒。對於中藥毒性的研究，目的在於“趨利避害”[12]。

中藥應用歷史悠久，使用面很廣，現在不少西方國家也開始應用中藥防治疾病。民間相傳「是藥三分毒」，說明自古以來就已經注意到中藥也會有一些不良反應，應當加以注意。在中醫學發展過程中，在重視藥物療效的同時，對可能發生的不良反應的觀察也一直受到重視[13]。中醫最早的藥物經典《神農本草經》，及按照藥物的毒性的強弱來歸類藥物於上、中、下三品。天然的東西並不一定是安全無害的。作為藥物，中草藥對很多疾病的治療有明顯的療效。但與其他藥物一樣，中草藥也會引起一些毒副作用，合理用藥，並重視對毒副作用與不良反應的監督，了解對毒副作用與不良反應的處理[13]，因此重新檢視及統整《臺灣中藥典》第二版增補版中藥材用途分類、用量及注意事項之內容，以及整理與更新《臺灣中藥典》收載品項之中藥材毒性分類(級)，應為未來執行《臺灣中藥典》中藥臨床應用專業編修的重要工作。

四、本計畫與醫療保健之相關性等

儘管面臨西醫醫療的衝擊與挑戰，中醫醫療依然是民眾在就醫時的重要選擇。在台灣、中國、香港、新加坡、及馬來西亞等亞洲國家，中醫醫療對當地民眾在健康照護服務的利用上，更是扮演相當重要的角色。世界衛生組織於 2002 年 5 月 26 日首度發表「2002-2005 年傳統醫藥全球策略 (2002-2005 traditional medicine strategy)」，其目的在鼓勵世界各國應重視傳統療法之安全性與有效性[14]。

傳統中藥是中國幾千年所流傳下來的瑰寶，經過長時間之驗證，已經證實中藥確實有其獨到的療效[15]，近年來各國提倡回歸自然、熱烈地鑽研傳統醫學領域，且中醫倡導養生保健，強調預防醫學之重要，國人接受中醫藥醫療服務普遍增加，臺灣因中西醫療並行的多元化醫療環境，加上近來傳統醫藥對養生醫療保健、慢性疾病療效逐漸受到重視與肯定，使中醫醫療利用普遍存在[14]。

長久以來，中醫與西醫同是華人地區民眾醫療保健的主要方式，在西方教會於 1860 年代來到台灣以前，中醫一直是台灣醫療體系的主流[16]；傳統醫學在世界許多地區是近代西醫體系以外非常重要的醫療照護來源[17]。依據世界衛生組織(WHO)的調查，全世界有百分之八十的人依賴各國傳統醫學來實現其初級衛生保健服務[18]，在台灣約有 66%的民眾經常性使用中藥材[16]，每月約有 10.4%的民眾有使用過中醫醫療服務 [19, 20]，每年約有 30%的投保對象，至少一次以全民健保身分就診中醫[18]，且在 1996 至 2001 年期間，有高達 62.5%的民眾有使用過中醫醫療[21]。

基於台灣民眾中醫藥之高度需求與利用，為提升中藥材品質一致性、療效確實性及用藥安全性，持續推動與執行《臺灣中藥典》之編修等工作，一來可建立國內中藥材品質管制規格，二來可大幅提振《臺灣中藥典》整體形象，有助於提升國際競爭力，帶動中藥用藥安全產業之發展，進而提升國內中藥之品質，確保民眾用藥安全。

貳、材料與方法

一、研究方法

(一)文獻分析法

文獻分析法(Document Analysis)係透過文獻之蒐集、分析、研究以獲所需資料之方法，並對文獻作客觀有系統描述之研究方法。文獻分析為注重客觀、系統及量化之研究方法，其分析文獻內容，並分析文獻學術傳播過程，可藉此釐清研究之背景事實、理論發展狀況，其不僅對文獻內容作敘述性解說，並可推論文獻內容對整個學術傳播過程所發生之影響。本研究主要以臺灣中藥典收載品項為藍本，蒐集中華人民共和國藥典2015年版、本草備要、及知音出版社出版承啟版中藥學教材之中藥性味及毒性資料，及與其相關之期刊論文、博碩士論文、網路資源等資料，分析其中藥性味及毒性資料之異同。

(二)比較分析法

本研究採比較分析法(Comparative and Analysis Method)，進行中華人民共和國藥典2015年版、本草備要、及知音出版社出版承啟版中藥學教材中藥性味及毒性資料之橫向比較分析，有重大差異者並與其相關之期刊論文、博碩士論文、網路資源等資料進行分析比較。

(三)專家座談會

座談會是一種無結構式集體訪問，即將調查物件集中起來進行共同討論。座談會的最大特點是，訪談過程不僅是調查者與被調查者的互動過程，也是調查物件之間的互動過程。

參加座談會的人員應以研究為目的的不同而做不同的選擇，但一般應是具有代表性、瞭解情況、敢於發言，並且最好是相互信任，有共同語言的人。訪談前應事先將訪問的具體內容、要求和到會人員的名單告訴參加座談會的全體與會物件。正式訪問前，訪問者應做好充分的準備、擬定好詢問提綱。座談會可採用兩種方式進行，一類是所謂的「腦力激盪法」，即會議主持者不說明會議的明確目的，而只就某一方面的總議題，請到會者自由發表意見，而且必須針對別人的意見展開批評與評價，以尋求解決問題的途徑。

本研究將邀請《臺灣中藥典》編輯工作小組中醫臨床分組之專家委員出席專家會議經由座談會完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。

二、研究設計

於確認研究動機、研究目的、研究範圍後，本研究擬定經由理論探討、實證研究、歸納分析進而提出研究結果等4個階段進行。

(一) 理論探討

本階段在於探討說明在此研究主題下，研究相關理論文獻，經由反覆探討確認研究主題之具體內容，進而蒐集相關文獻理論資料做為佐證，俾充分瞭解中藥性味及毒性之相關理論及概念。

(二) 實證研究

本研究根據前述理論探討之結果，抽譯其精要，作為實證研究之理論基礎，本研究希以文獻評析及專家座談會訪談結果來支持學理上之推論。

(三) 歸納分析

將前開文獻評析及專家座談會訪談結果進行文字資料整理，再逐步評析，最後再歸納出結論。

(四) 研究結果

本研究透過文獻分析及專家座談會訪談之實證研究方法，完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。

三、研究實施步驟

(一) 成立研究計畫工作小組：首先由主持人、協同主持人、研究助理，並邀請數位具中醫藥研究背景之臨床中醫師成立研究計畫工作小組，定期討論年度有關中藥臨床應用內容之編修工作。

(二) 文獻蒐集：

由研究計畫工作小組成員負責以臺灣中藥典收載品項為藍本，分別蒐集《中華人民共和國藥典》2015年版、《本草備要》、及知音出版社版承啟版《中藥學》教材之中藥材性味資料。

(三) 比較分析文獻：

1. 由研究計畫工作小組成員負責針對彙整之藥材性味資料，進行分析比較。以臨床功效為取向，提出臺灣中藥典收載品項中藥材 100 味新增性味資料草案。

2. 由研究計畫工作小組成員負責針對彙整之整理之《臺灣中藥典》、《中華人民共和國藥典》2015年版、香港《中醫藥條例》附表中烈性/毒性中藥材及澳門毒性中藥之分類(級)及收載內容。進行分析比較，以臨床應用為取向，提出臺灣中藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容草案。

(四)召開2場分小組專家會議：

邀請《台灣中藥典》編輯工作小組中醫臨床組之專家委員出席專家會議訂定下列事項：

1. 完成並提出《臺灣中藥典》收載品項中藥材100味新增性味資料建議案。
2. 完成並提出《臺灣中藥典》收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容更新建議案。
3. 評估《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容。
4. 提供《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。
5. 完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。
6. 評估《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容。
7. 提供《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。

(五)回復《臺灣中藥典》中醫臨床應用相關專業諮詢問題。

(六)參加本藥典編修專家其他分小組會議，提供中醫臨床相關專業意見。

(七)撰寫研究結果報告：本研究透過文獻分析、比較分析法、專家座談會等實證研究方法，並將彙集之研究結果歸納分析，撰寫研究結果報告，完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。

參、結果

一、彙整《臺灣中藥典》收載品項中藥材性味資料。

- (一) 依「臺灣中藥典」收載品項 100 味性味資料為藍本，彙整「中華人民共和國藥典」2015 年版、「本草備要」、「中藥學」教材完成主要參考典籍中藥材四氣五味內容比較表(如表二)，並依據臨床用途及藥物之功用主治進行性味差異性之整理與比較，完成臺灣中藥典中藥材性味資料(100 味)(如附錄一)。
- (二) 加入「中藥學概論」[22]及「中國藥材學」[23]之中藥材性味資料，進一步彙整比較後，完成「臺灣中藥典」收載品項收中藥材性味比較表(100 味)如(附表一)。
- (三) 經彙整比較及專家意見後將性味差異較大之中藥材整理成臺灣中藥典中藥材性味差異對照表(簡表)如(附表二)。
- (四) 針對歷代典籍性味差異性較大之中藥材製成「臺灣中藥典待釐清中藥材性味調查問卷」(附錄二)，會前以問卷方式進行意見調查，藉以提升會議效益。

表二、主要參考典籍中藥材四氣五味內容比較表。

	大陸中藥典	中藥學教科書	本草備要
酸	酸	酸	酸
	微酸	微酸	微酸
苦	苦	苦	大苦
	微苦	微苦	至苦
			苦
			微苦
甘	甘	甘	甘
	微甘		微甘
辛	辛	辛	辛
	微辛	微辛	微辛
鹹	鹹	鹹	鹹
			微鹹
其他	淡	淡	淡
	澀	澀	澇
			平
			收

	大陸中藥典	中藥學教科書	本草備要	
四氣	寒	大寒	大寒	
		寒	寒	
		微寒	微寒	
	涼	涼	涼	冷
				涼
	平	平	平	微涼
				平
	溫	溫	微溫	微溫
		微溫	大溫	大溫
			溫	溫
	熱	熱	熱	熱
		大熱	大熱	微熱
			大熱	
其他	有大毒	有大毒	有大毒	氣味俱厚
	有小毒	有小毒	有小毒	氣厚純陽
	有毒	有毒	微毒	純陰
	燥		有毒	純陽
	銳		陰毒	純陽之性
			沉	滑利
			降	輕虛
			香	烈
			燥	緊
				滑利

二、檢討及新增藥典收載品項之中藥材性味(100味)資料。

(一) 建議「臺灣中藥典」炮製中藥材收載品項新增「熟地黃」一味。

(二) 經專家會議通過確認新增「臺灣中藥典」收載品項中藥材性味(100味)建議(草案)(如表三)。

表三、新增「臺灣中藥典」收載品項中藥材性味(100味)建議(草案)

編碼	藥材	頁碼	會議決議性味	編碼	藥材	頁碼	會議決議性味
001	丁香	1	辛，溫。	026	丹參	29	苦，微寒。
002	人參	1	甘、微苦，微溫。	027	五味子	30	酸、甘，溫。
003	八角茴香	4	辛，溫。	028	五倍子	32	酸、澀，寒。
004	三七	5	甘、微苦，微溫。	029	五靈脂	33	苦、甘，溫。
005	三稜	6	辛、苦，平。	030	化橘紅	33	辛、苦，溫。
006	千年健	7	苦、辛，溫。	031	升麻	35	辛、甘，微寒。
007	土茯苓	8	甘、淡，平。	032	天竺黃	36	甘，寒。
008	大青葉	9	苦，寒。	033	天門冬	36	甘、苦，寒。
009	大棗	10	甘，溫。	034	天南星	37	苦、辛，溫;有毒。
010	大黃	11	苦，寒。	035	天麻	39	甘，平。
011	大腹皮	13	辛，微溫。	036	太子參	40	甘、微苦，平。
012	大薊	14	甘、苦，涼。	037	巴豆	41	辛，熱;有大毒。
013	女貞子	15	甘、苦，涼。	038	巴戟天	42	甘、辛，微溫。
014	小茴香	16	辛，溫。	039	木瓜	42	酸，溫。
015	小薊	17	甘，涼。	040	木香	43	辛、苦，溫。
016	山豆根	18	苦，寒。	041	木通	45	苦，寒。
017	山柰	19	辛，溫。	042	木賊	46	甘、苦，平。
018	山茱萸	20	酸、澀，微溫。	043	水蛭	47	鹹、苦，平。
019	山楂	21	酸、甘，微溫。	044	火麻仁	48	甘，平。
020	山藥	23	甘，平。	045	牛黃	49	苦、甘，涼。
021	川木香	23	辛、苦，溫。	046	牛蒡子	50	辛、苦，寒。
022	川木通	24	苦，寒。	047	牛膝	51	苦、酸，平。
023	川牛膝	25	苦、酸，平。	048	王不留行	52	苦，平。
024	川烏	26	辛、苦，熱;有大毒。	049	代赭石	53	苦，寒。
025	川棟子	28	苦，寒。	050	仙茅	53	辛，熱。

編碼	藥材	頁碼	會議決議性味	編碼	藥材	頁碼	會議決議性味
051	仙鶴草	54	苦、澀，平。	076	白殭蠶	79	鹹、辛，平。
052	冬瓜子	55	甘，涼。	077	白藜	79	苦、辛，微寒。
053	冬葵果	56	甘、澀，涼。	078	石決明	80	鹹，寒。
054	冬蟲夏草	57	甘，溫。	079	石南葉	81	辛、苦，平。
055	北沙參	58	甘、微苦，微寒。	080	石韋	82	甘、苦，微寒。
056	北板藍根	58	苦，寒。	081	石斛	83	甘，微寒。
057	半枝蓮	59	辛、苦，寒。	082	石菖蒲	85	辛、苦，溫。
058	半夏	60	辛、溫；生半夏有毒。	083	石榴皮	86	酸、澀，溫。
059	玄參	61	甘、苦、鹹，微寒。	084	石膏	87	甘、辛，大寒。
060	玉竹	62	甘，微寒。	085	全蠍	87	辛，平。
061	甘草	63	甘，平。	086	冰片	88	辛、苦，微寒。
062	甘遂	64	苦，寒；有毒。	087	合歡皮	89	甘，平。
063	白及	66	苦、甘、澀，微寒。	088	地骨皮	90	甘、淡，寒。
064	白朮	67	苦、甘，溫。	089	地黃	91	生地黃：甘、苦，寒。 熟地黃：甘，微溫。
065	白芍	68	苦、酸，微寒。	090	地榆	92	苦、酸、澀，微寒。
066	白果	69	甘、苦、澀，平；生食有毒。	091	地膚子	94	辛、苦，寒。
067	白花蛇舌草	70	微苦、甘，寒。	092	地龍	95	鹹，寒。
068	白芥子	70	辛，溫。	093	百合	96	甘，微寒。
069	白芷	72	辛，溫。	094	百部	97	甘、苦，微溫。
070	白前	73	辛、苦，微溫。	095	竹茹	98	甘，微寒。
071	白扁豆	74	甘，微溫。	096	肉豆蔻	98	辛，溫。
072	白茅根	75	甘，寒。	097	肉桂	99	辛、甘，大熱。
073	白頭翁	76	苦，寒。	098	肉蓯蓉	100	甘、鹹，溫。
074	白薇	77	苦、鹹，微寒。	099	艾葉	101	辛、苦，溫。
075	白鮮皮	78	苦，寒。	100	血竭	102	甘、鹹，平。

三、整合及更新藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。

- (一) 由研究計畫工作小組成員整理與分析比較《臺灣中藥典》、《中華人民共和國藥典》2015年版、香港《中醫藥條例》附表中烈性/毒性中藥材及澳門毒性中藥之分類(級)及收載內容，完成臺灣及鄰近國家中藥材毒性分類(級)及收載內容比較表(表四)。
- (二) 由研究計畫工作小組成員整理與分析比較「中華人民共和國藥典」2015年版、「本草備要」、「中藥學」教材資料主要參考典籍中藥材毒性分類(級)及收載內容比較表(表五)。
- (三) 彙整完成「臺灣中藥典」資料完成臺灣中藥典中藥材注意事項一覽表(毒性部分；其他、100味部分)(表六)。
- (四) 建議「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表中新增「紅升丹」一味中藥材。
- (五) 中藥毒性之定義有廣義與狹義兩類，「臺灣中藥典」以狹義之毒性定義作為收載內容。
- (六) 「臺灣中藥典」中藥材毒性分類(級)及收載內容，建議仍以表列方式呈現。
- (七) 更新「臺灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容之建議。
- (八) 「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項始於新增中藥材性味中標示毒性，其餘中藥材收載品項有關藥物之明顯副作用部分，另於注意事項中收載之。
- (九) 有關「臺灣中藥典」注意事項之收載內容規範，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作之檢討及研議事項。

表四、臺灣及鄰近國家中藥材毒性分類(級)及收載內容比較表。

	臺灣	中國	香港	澳門
山豆根	0	0	1	0
巴豆霜	0	0	0	1
水銀	0	1	1	1
生千金子	1	1	1	1
生川烏	1	1	1	1
生天仙子	1	1	1	1
生巴豆	1	1	1	1

	臺灣	中國	香港	澳門
生半夏	1	1	1	1
生甘遂	1	1	1	1
生白附子	1	1	1	1
生京大戟	0	0	0	1
生芫花	0	0	0	1
生附子	1	1	1	1
生南星	1	1	1	1
生狼毒	1	1	1	1
生草烏	1	1	1	1
生馬錢子	1	1	1	1
生藤黃	1	1	1	1
白降丹	1	1	1	1
朱砂	0	0	1	0
芫花	1	0	0	0
青娘子	0	1	1	1
洋金花	1	1	1	1
砒石(紅砒)(白砒)	1	1	1	1
砒霜	1	1	1	1
紅升丹	0	1	0	0
紅娘子	0	1	1	1
紅粉／紅陞丹	0	1	1	1
班蝨	0	0	0	1
鬼白	0	0	1	0
雪上一枝蒿	0	1	1	1
斑蝥	1	1	1	0
雄黃	1	1	1	1
輕粉	0	1	1	1
雌黃	0	0	1	0
鬧羊花	0	1	1	1
蟾酥	1	1	1	1

表五、主要參考典籍中藥材毒性分類(級)及收載內容比較表

	大陸中藥典			中藥學教科書			本草備要			臺灣中藥典		
	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒
九裡香		V										
三棵針			V									
千金子			V			V						V
千金子霜			V									
土荊皮			V									
土蠶蟲(蜚蠊)		V										
大皂角		V										
大風子				V								V
大戟						V						V
小葉蓮		V										
山豆根			V									
山慈姑					V			V				
川烏	V			V							V	
川楝子		V			V			V				
五加皮						V						
天仙子	V											
天南星			V			V						V
天然冰片												
巴豆	V			V			V				V	
巴豆霜	V											
木通					V							
木鱉子			V									
水蛭		V			V							
火麻仁						V						
仙茅			V			V		V				
北豆根		V										
半夏			V			V				V		V
瓜蒂						V						
甘遂			V			V				V		V
白屈菜			V									
白果			V			V						V
白花蛇						V						
白附子			V									
全蠍			V			V				V		
地楓皮		V										
朱砂			V									
百部								V				
艾葉		V			V							
吳茱萸		V			V			V				

	大陸中藥典			中藥學教科書			本草備要			臺灣中藥典		
	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒
杏仁					V			V				
皂莢					V							
京大戟			V									
使君子					V							
兩面針		V										
兩頭尖			V									
制川烏			V									
制天南星			V									
制草烏			V									
芫花			V			V				V		
花椒					V							
金錢白花蛇			V									
金鐵鎖		V										
附子			V			V				V		V
南鶴虱		V										
急性子		V										
洋金花			V			V						
砒石				V								
禹白附						V				V		
紅大戟		V			V							
紅粉	V											
苦木		V										
苦杏仁		V										V
苦楝皮			V			V						
虵蟲					V							
重樓		V										
飛揚草		V										
香加皮			V									
射干										V		
狼毒			V									
臭靈丹草			V									
草烏	V			V								V
草烏葉		V										
馬兜鈴					V							
馬錢子	V					V						V
馬錢子粉	V											
常山			V			V				V		
牽牛子			V			V				V		
硃砂						V						
硫黃			V			V				V		

	大陸中藥典			中藥學教科書			本草備要			臺灣中藥典		
	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒	有大毒	有小毒	有毒
細辛						V						
蛇床子		V										
貫眾					V						V	
斑蝥	V					V					V	
紫萁貫眾		V										
華山參			V									
雄黃			V			V					V	
黃藥子						V						
幹漆			V									
蜈蚣			V			V					V	
鉛丹						V						
雷丸					V			V				
槓藤子		V										
綿馬貫眾		V										
蒺藜		V										
蒼耳子			V									
蓖麻子			V									
豨薟草					V							
輕粉			V									
樟腦						V						
豬牙皂		V										
鬧羊花	V											
鴉膽子 (苦參子)		V				V						
翼首草		V										
膽礬						V						
蠨蟲					V							
礞石											V	
藜蘆						V					V	
蟾酥						V						
罌粟殼			V									
蕪蛇			V									
露蜂房						V					V	
鶴虱		V			V			V				

表六、臺灣中藥典中藥材注意事項一覽表(毒性部分；其他、100 味部分)

臺灣中藥典中藥材注意事項(毒性部分)	
川烏	本品毒性大，應小心保管貯藏，一般炮製後用，宜先煎，久煎；孕婦忌內服。
天南星	本品有毒，孕婦慎用。
巴豆	本品毒性大，應小心保管貯藏。外用適量，孕婦禁用；不宜和牽牛子同用。
半夏	生半夏毒性大，應遵照炮製法加工應用。
甘遂	本品有毒，應小心保存。炮製後用，孕婦禁用。反甘草。
白果	生食有毒。
附子	生附子有毒，內服須經炮製。孕婦禁用。
苦杏仁	本品不宜生用，以免氫氰酸中毒，內服生杏仁 60 粒可致命。
草烏	生品有毒，不宜內服。
馬錢子	本品有毒，不宜生用，不宜多服久服，孕婦禁用。
臺灣中藥典中藥材注意事項(其他、100 味部分)	
三稜	孕婦忌用。
山豆根	脾胃虛寒，便溏忌服。
山楂	消化性潰瘍慎用。
五靈脂	孕婦慎用，畏人參。
水蛭	孕婦忌服。
王不留行	孕婦慎服。
代赭石	孕婦慎用。
冰片	孕婦慎用。
地黃	脾虛泄瀉慎用。

表七、主要參考典籍方劑及中藥材效能、適應症、用途分類比較表

方名	六味地黃丸《丸》	
臺灣 中藥典	出典	小兒藥證直訣
	處方	熟地黃 8、山茱萸 4、山藥 4、澤瀉 3、牡丹皮 3、茯苓 3(一日飲片量 25 公克)。 傳統製劑加蜂蜜適量。
	效能	滋陰補腎。
	適應症	肝腎不足、腰痛足痠、頭暈目眩、消渴、舌燥喉痛、足跟作痛。
大陸中國 中藥典	功用與主治	滋陰補腎。用於腎陰虧損，頭暈耳鳴。腰膝痠軟，骨蒸潮熱，盜汗遺精，消渴。
	用法與用量	口服。水丸一次 5g，水蜜丸一次 6g，小蜜丸一次 9g，大蜜丸一次一丸，一日 2 次
	規格	(1)大蜜丸每丸重 9g (2)水丸每袋裝 5g
	儲藏	密封

四、回復《臺灣中藥典》中醫臨床應用相關專業諮詢問題。

(一)中藥製劑分小組

1. 中藥製劑分小組第一次會議決議建議：「藥典新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」，協請中醫臨床分小組編修」。

中醫臨床分小組於第一次會議第 3 案決議：「1.本小組同意協助辦理「臺灣中藥典」新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」之編修工作。2.關於「效能」、「適應症」、「用途分類」之適宜名稱，提交下次會議討論。3.另中藥材是否新增「效能」、「適應症」或「功用(功效或效能)」、「主治」，提交下次會議討論。」之後經中醫臨床分小組於第二次會議討論決議如下：

- (1)「臺灣中藥典」收載之中藥材與中藥製劑分開制定編寫格式。
- (2)「臺灣中藥典」新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」，維持原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」中「效能」、「適應症」、「用途分類」之編寫格式。
- (3)「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作，建議新增中藥材「功能」與「主治」收載品項之規劃工作。

(4)有關「臺灣中藥典」中「用途分類」之分類方式，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議及檢討事項。

2. 中藥製劑分小組第一次會議建請本分小組提供意見項目如下：

(1)有關中藥複方濃縮製劑之製法、性狀及貯藏法等建議刪除。

(2)中藥複方濃縮製劑處方加出典處，是否依基準方 200 方之出典處？

(3)效能、適應症是否依基準方 200 方之效能、適應症？或使用大陸藥典收載之功能與主治？

(4)用途分類及用量用法是否刪除？

(5)有哪些中藥複方濃縮製劑應加註注意事項之內容？

本研究工作小組業於 105 年 2 月 18 日以電子郵件函請各委員回復書面意見，之後經中醫臨床分小組於第二次會議討論決議如下：

A.有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑之「性狀」及「貯藏法」，仍建議收載。

B.有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑之「製法」，建議至少應收載通則及一般製程。

C.有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑，建議其「方名」處無須另加註出典處，但得參照原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」之收載方式，另於「出典處」欄位或收載內文中加註出典處。

D.「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑，仍維持原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」中「效能」、「適應症」、「用途分類」之編寫格式。至於「用途分類」之分類方式建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議事項。

E.有關「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑中「用量」同意依中藥製劑分小組之建議暫不標註，但建議仍應收載「用法」。

F.有關「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑「注意事項」之收載內容規範，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議事項。

(二)中藥基原分小組

1. 「臺灣中藥典」對於臺灣特有種中藥材尚未有具體審核機制，中藥基原分小組研擬「臺灣特有種中藥材」與「已收載於臺灣中藥典藥材品項，但未收載臺灣特有種之中藥材」收載審查原則及制定審核機制(草案)。

該案依據衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」臨時動議決議：「請各分小組於 2 月 26 前以書面意見回復中藥基原分小組」。

2. 本研究小組業於 105 年 2 月 2 日以電子郵件函請各委員回復書面意見，經彙整委員意見後經中醫臨床分小組於第二次會議討論決議：本分小組無修正建議。

(三)檢驗規格分小組

1. 為促進不同實驗室進行中藥典中藥材各項檢驗方法研究之一致性，檢驗規格分小組研擬「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」(草案)，提供中藥材標準科研及化驗工作技術指引，如：顯微鑑別、TLC、HPLC、污穢物質檢測等，供執行研發實驗室參考。該案依據衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」第 3 案決議：「請各分小組於 2 月 26 前以書面意見回復檢驗規格分小組」。
2. 本研究小組業於 105 年 2 月 2 日以電子郵件函請各委員回復書面意見，經彙整委員意見後經中醫臨床分小組於第二次會議討論決議：本分小組無修正建議。

五、評估及提供《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。

本研究另建議未來「臺灣中藥典」中醫臨床應用內容之編修工作，納入下列工作之規劃：

- (一)新增中藥材「功能」與「主治」收載品項之規劃工作。
- (二)「臺灣中藥典」中「用途分類」之分類方式，建議列入未來研議及檢討事項。
- (三)「臺灣中藥典」中藥材及新增收載中藥複方濃縮製劑「注意事項」之收載內容規範，建議列入未來之研議事項。

六、參加《臺灣中藥典》編修專家其他分小組會議，提供中醫臨床相關專業意見。

已出席 105 年 1 月 26 日衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議紀錄並提供中醫臨床相關專業意見。

七、召開 2 場分小組專家會議，完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。

(一) 為順利推展本項計畫，衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「中醫臨床」分小組於 104 年 12 月 25 日(星期五)上午 10:00 以及 105 年 3 月 3 日(星期四)下午 2 時整假衛生福利部(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)召開二次中藥臨床應用內容編修分小組委員會議，敬邀委員蒞臨指導。

(二) 104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫「中醫藥臨床應用內容編修」分小組第一次及第二次會議會議決議詳如附錄五。

肆、討論

新增「台灣中藥典」收載品項之中藥材性味

中藥性味性味分為性、味兩部分，藥性分為“四氣”，即溫、寒、熱、涼(平)；藥味分為“五味”，即甘、苦、辛、酸、鹹，性、味在古代文獻的記載和論述較為混亂。通過研究中藥性味理論，可幫助理藥物在臨床實踐中的具體作用，完善現代藥學理論，促進中藥在臨床中的應用。性味是中藥性能的核心部分，千百年來性味理論一直有效地指導著中藥的臨床運用，中藥的性味是藥物的特有屬性，反映了藥物的本質特徵，是藥性理論的重要組成部分。而性味配伍則是遣藥制方的關鍵環節。

中藥性味在古代文獻的記載和論述較為不一致，臨床及教學過程中經常發現，少數藥物的性或味與功效典籍中前後不一致，帶給臨床中醫師及醫學生學習中藥、理解其功用的困擾。性味與功效不統一或不全不僅影響臨床用藥，而且給教學、研究帶來了一定程度的負面影響，徒增臨床應用之困擾。本研究以《臺灣中藥典》收載品項 100 味性味資料為藍本，彙整《中華人民共和國藥典》2015 年版、《本草備要》、及《中藥學》教材之中藥材性味資料，並且以臨床主治功用為導向及臨床用途、及藥物之功用主治，進行性味差異性之整理比較，並據以提出新增藥典收載品項之中藥材性味(100 味)資料建議。

整合及更新「台灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容

中藥的“毒”是一個多義概念。毒藥，廣義而言可以是對藥的總稱，也可以是對藥物偏性的概括；狹義而言則是藥物的有害性。藥有無毒、小毒、常毒、大毒之分，與炮製、配伍關係密切。中藥的“毒”也是一個相對概念。中藥毒性之定義有廣義與狹義兩類，本研究分小組經討論後建請《臺灣中藥典》以狹義之毒性定義作為收載內容。《臺灣中藥典》中藥材毒性分類(級)及收載內容，建請以表列方式呈現。「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項始於新增中藥材性味中標示毒性，其餘中藥材收載品項有關藥物之明顯副作用部分，另於注意事項中收載之。

新增「台灣中藥典」收載中藥製劑中醫臨床相關內容

依據中藥製劑分小組第一次會議決議建議：「藥典新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」，協請中醫臨床分小組編修」。經中醫臨床分小組第一次會議第 3 案討論後決議：「1.本小組同意協助辦理「臺灣中藥典」新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」之

編修工作。2.關於「效能」、「適應症」、「用途分類」之適宜名稱，提交下次會議討論。3.另中藥材是否新增「效能」、「適應症」或「功用(功效或效能)」、「主治」，提交下次會議討論」。另針對中藥製劑分小組第一次會議建請本分小組提供意見項目如 1.有關中藥複方濃縮製劑之製法、性狀及貯藏法等建議刪除。2.中藥複方濃縮製劑處方加出典處，是否依基準方 200 方之出典處？3.效能、適應症是否依基準方 200 方之效能、適應症？或使用大陸藥典收載之功能與主治？4.用途分類及用量用法是否刪除？5.有哪些中藥複方濃縮製劑應加註注意事項之內容？本研究先於 105 年 2 月 18 日以電子郵件函請中醫臨床分小組各委員回復書面意見，後經中醫臨床分小組第二次會議討論後決議相關建議如下：

1. 「臺灣中藥典」收載之中藥材與中藥製劑分開制定編寫格式。
2. 「臺灣中藥典」新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」，維持原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」中「效能」、「適應症」、「用途分類」之編寫格式。
3. 有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑之「性狀」及「貯藏法」，仍建議收載。
4. 有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑之「製法」，建議至少應收載通則及一般製程。
5. 有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑，建議其「方名」處無須另加註出典處，但得參照原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」之收載方式，另於「出典處」欄位或收載內文中加註出典處。
6. 「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑，仍維持原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」中「效能」、「適應症」、「用途分類」之編寫格式。
7. 有關「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑中「用量」同意依中藥製劑分小組之建議暫不標註，但建議仍應收載「用法」。

伍、結論與建議

為完成有關中藥臨床應用內容編修工作，本研又業已依規劃完成下列七項目標：

1. 彙整《臺灣中藥典》收載品項中藥材性味資料。
2. 檢討及新增藥典收載品項之中藥材性味(100 味)資料。
3. 整合及更新藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。
4. 回復《臺灣中藥典》中醫臨床應用相關專業諮詢問題。
5. 評估及提供《臺灣中藥典》收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。
6. 參加《臺灣中藥典》編修專家其他分小組會議，提供中醫臨床相關專業意見。
7. 召開 2 場分小組專家會議，完成年度有關中藥臨床應用內容編修工作。

本研究建議下一年度應繼續「臺灣中藥典」中醫臨床應用內容之編修工作，並建議至少包括下列工作之規劃：(1)檢討及新增藥典收載品項之中藥材性味(200 味)資料。(2)整合及更新藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。(3)協助編修新增 53 項中藥材品項「用途分類」。

本研究另建議未來「臺灣中藥典」中醫臨床應用內容之編修工作，納入下列工作之規劃：(1)「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作，建議新增中藥材「功能」與「主治」收載品項之規劃工作。(2)有關「臺灣中藥典」中「用途分類」之分類方式，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議及檢討事項。(3)有關「臺灣中藥典」中藥材及新增收載中藥複方濃縮製劑「注意事項」之收載內容規範，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議事項。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW104-CMAP-M-114-000424 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 魏嘉伶, 編修中華中藥典之研究, 2006, 行政院衛生署委託研究計劃.
2. 黃聖剛, 台灣、中國、日本、韓國藥典中生藥內容之比較內容, in 中國醫藥研究所植物化學組 2006, 中國醫藥大學. p. 169.
3. 行政院衛生署中醫藥委員會, 臺灣中藥典(第二版), 2013, 行政院衛生署.
4. 行政院衛生福利部. 104 年度臺灣中藥典編輯工作小組第 2 次會議會議紀錄. in 104 年度臺灣中藥典編輯工作小組第 2 次會議. 2015. 行政院衛生福利部.
5. 謝博銓, 中藥材魚腥草與紅景天之基源鑑定計畫, 2006, 行政院農業委員會委託研究計劃.
6. 盧訓叢, 中藥性味歸經理論的研究思路與方法. 中國中醫基礎醫學雜誌, 2006. 12(11): p. 2.
7. 王宇鵬, 中藥性味在現代藥學中的應用. 亞太傳統醫藥, 2014. 10(14).
8. 楊德勝, 張紹梅, and 楊樹升, 中藥學 教學必須完善性味理論. 國醫論壇, 2012. 27(6).
9. 陳雲鶴, 中藥性味配伍規律的探析. 內蒙古中醫藥, 2015. 6.
10. 國家藥典委員會, 中華人民共和國藥典(第一部)2010: 中國醫藥科技出版社.
11. 勇行, 本草正義論性味. 中華中醫藥學會第 15 次中醫醫史文獻學術年會論文集, 2013. 2013.
12. 張立平 and 湯個群, 中藥藥性理論源流和內容範疇分析. World Chinese Medicine, 2014. 9(8).
13. 歐明 and 王寧生, 中藥及其製劑不良反應大典 2005: 大展出版社.
14. 行政院衛生署中醫藥委員會, 94 年度健康宣導資訊彙集-用藥教育. 行政院衛生署國民健康局, 2005.
15. 許佳君、徐金蘭、楊榮季, 中藥臨床調劑. 藥學雜誌, 2002. 18(3).
16. 李卓倫, 紀駿輝, and 賴俊雄, 1981-1994 年中醫政策研究之回顧. 公共衛生, 1994. 21(2).
17. 李卓倫, et al., 台灣 1995-2006 中醫政策與中醫總額制度的回顧與前瞻性規畫-- 中醫總額與家庭醫師在制度面與財務面的整合, 行政院衛生署中醫藥委員會 2007 年度委託研究計畫, Editor 2007.

18. O, A., *Nature's medicinal bounty: don't throw it away*. World Health Forum, 1993. **14**(4).
19. Shih, C.-c., et al., *The utilization of traditional Chinese medicine and associated factors in Taiwan in 2002*. Chin Med J, 2009. **122**.
20. 施純全, 台灣中醫醫療利用之研究—醫療資源、人口地理社經因子及健康行為之影響, in 中國醫學研究所 2011, 中國醫藥大學.
21. FP, C., et al., *Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan*. BMC Health Serv Res, 2007. **7**: p. 26.
22. 謝明村:中藥學概論。衛生福利部國家中國醫藥研究所, 1996。
23. 謝明村:中國藥材學。正中書局股份有限公司, 2006

柒、附表

附表一、臺灣中藥典中藥材性味比較表(100味)

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
001	丁香	1	辛，溫。	辛，溫。	辛溫純陽。	辛，溫。	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
002	人參	1	甘、微苦，微溫。	甘、微苦，微溫。	生甘苦微涼，熟甘溫。	甘、微苦、微溫。	與大陸中藥典、教科書相同(甘、微苦、微溫)	溫，甘、微苦		V				本草生甘苦微涼，熟甘溫。 ★★★★ ★		
003	八角茴香	4	辛，溫。	辛，溫。	(無)	(無)	無	無				V	本草、教科書：無	★		
004	三七	5	甘、微苦，微溫。	甘、微苦，微溫。	甘苦微溫。	甘、微苦，溫。	微溫，甘、微苦	與大陸中藥典、教科書相同(溫，甘、微苦)		V				本草：相同：甘味不同：苦微溫 ★★★★	溫或微溫？	
005	三稜	6	辛、苦，平。	辛、苦，平。	苦平。	辛、苦，平。	與本草同(苦平)	與大陸中藥典、教科書相同(平，苦、辛)		V				本草：相同：苦平不同：無辛味 ★★★★		
006	千年健	7	苦、辛，溫。	苦、辛，溫。	(無)	苦、辛，溫。	無	無		V			本草：無	★★		

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
007	土茯苓	8	甘、淡，平。	甘、淡，平。	甘淡而平	甘、淡，平。	平，甘	與三者同	V					★★★★★		
008	大青葉	9	苦，寒。	苦，寒。	微苦鹹，大寒。	苦鹹，大寒。	無	寒，苦				V	大陸中藥典： 相同：鹹大寒 不同：無苦味	★★★		
009	大棗	10	甘，溫。	甘，溫。	甘溫。	甘，溫。	平，甘	與三者同	V					★★★★★		
010	大黃	11	苦，寒。	苦，寒。	大苦大寒	苦，寒。	與本草同 (大苦大寒)	與大陸中藥典、教科書相同(寒，苦)	V					★★★★		
011	大腹皮	13	辛，微溫。	辛，微溫。	(無)	辛，微溫。	無	無		V			本草：無	★★★		
012	大薊	14	甘、苦，涼。	甘、苦，涼。	甘溫。	甘、苦，涼。	涼、甘	與大陸中藥典、教科書相同(甘、苦，涼)		V			本草： 相同：甘 不同：溫	★★★★		
013	女貞子	15	甘、苦，涼。	甘、苦，涼。	甘苦而平。	甘、苦，涼。	平，甘、微苦	與大陸中藥典、教科書相同(甘、苦，涼)		V			本草： 相同：甘苦 不同：平	★★★★		

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
014	小茴香	16	辛，溫。	辛，溫。	大茴辛熱。	辛，溫。	與大陸中藥典、教科書相同(溫，辛)	與大陸中藥典、教科書相同(辛，溫)	V				本草：不同：只記載大茴辛熱。	★★★★★		
015	小蘗	17	甘，涼。	甘、苦，涼。	甘溫。	甘，涼。	與中藥學教科書同(甘，涼)	與中藥學教科書同(甘，涼)				V	大陸中藥典：甘苦涼 本草：甘溫 教科書：甘涼	★★★★★	苦有無？	
016	山豆根	18	苦，寒。	苦，寒；有毒。	苦寒。	苦，寒。	與三者同	與大陸中藥典同(苦，寒，小毒)	V					★★★★★	有毒？	
017	山柰	19	辛，溫。	辛，溫。	(無)	(無)	溫，甘	無				V	本草、教科書：無	★★★		
018	山茱萸	20	酸、澀，微溫。	酸、澀，微溫。	辛溫酸澹。	酸、澀、微溫。	無	與中藥學教科書同(酸、澀、微溫)	V				本草：相同：酸、澀、溫 不同：辛味	★★★★★		
019	山楂	21	酸、甘，微溫。	酸、甘，微溫。	酸甘鹹溫。	酸、甘，微溫。	與本草同(酸甘鹹溫)	與中藥學教科書同(酸、甘，微溫)	V				本草：相同：酸、甘、溫 不同：鹹味	★★★★★		

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
020	山藥	23	甘，平。	甘，平。	甘。	甘，平。	與大陸中藥典、教科書相同(平，甘)	與大陸中藥典、教科書相同(平，甘)		V				本草：相同：甘 不同：無 平	★★★★ ★	
021	川木香	23	辛、苦，溫。	辛、苦，溫。	辛苦而溫。	辛、苦，溫。	無	無	V						★★★★	
022	川木通	24	苦，寒。	苦，寒。	甘淡輕虛	苦，寒。	無	無		V				本草：甘淡輕虛 大陸中藥典和中華中藥典：苦寒	★★	
023	川牛膝	25	苦、酸，平。	甘、微苦，平。	苦酸而平，酒蒸則甘酸而溫。	苦、酸，平。	無	無				V		大陸中藥典：相同：甘苦平 不同：無酸味	★★	苦酸平？
024	川烏	26	辛、苦，熱；有大毒。	辛、苦，熱；有大毒。	(無)	辛、苦，熱；有大毒。	無	與大陸中藥典、教科書相同(辛、苦，熱；有大毒)		V				本草：無	★★★★	
025	川楝子	28	苦，寒。	苦，寒；有小毒。	苦寒有小毒。	苦，寒；有小毒。	與三者同	與三者同	V						★★★★ ★★	有小毒？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教課書相同	三者都不同			
026	丹參	29	苦，微寒。	苦，微寒	氣平而降，味苦	苦，微寒	苦，微溫	與大陸中藥典、教科書相同 (苦，微寒)	V				本草：氣平而降，味苦	★★★★		
027	五味子	30	酸、甘，溫。	酸、甘，溫	性溫，五味俱備，酸鹹為多	酸、溫	溫，酸鹹	與中藥學教科書同 (酸，溫)				V	大陸：酸、甘，溫 本草：性溫，五味俱備，酸鹹為多 教課書：酸、溫	★	甘有無？	
028	五倍子	32	酸、澀，寒。	酸、澀，寒	鹹酸	酸、澀，寒	寒，酸鹹	與大陸中藥典、教科書相同 (酸、澀，寒)	V				本草：鹹酸	★★★★		
029	五靈脂	33	苦、甘，溫。(無)	(無)	甘溫純陰，氣味俱厚	苦、甘，溫	甘，溫	與中藥學教科書同 (苦、甘，溫)				V	大陸：無 本草：甘溫純陰，氣味俱厚 教課書：苦、甘，溫	★★	苦有無？	

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教課書相同	三者都不同			
030	化橘紅	33	辛、苦，溫。	辛、苦，溫	辛微溫	苦辛溫	無	與大陸中藥典、教科書相同 (苦辛溫)		V				本草：辛微溫	★★★★	
031	升麻	35	辛、甘，微寒。	辛、微甘，微寒	甘辛微苦	辛、甘，微寒	微寒，甘、苦	與中藥學教科書同 (辛、甘，微寒)					V	大陸：辛、微甘，微寒 本草：甘辛微苦 教課書：辛、甘，微寒	★★★★	微甘或甘？
032	天竺黃	36	甘，寒。	甘，寒	甘而微寒	甘，寒	無	無		V				本草：甘而微寒	★★	
033	天門冬	36	甘、苦，寒。	甘、苦，寒	(無)	甘、苦，大寒	寒，甘、微苦	與大陸中藥典相同 (甘、苦，寒)					V	大陸：甘、苦，寒 本草：無 教課書：甘、苦，大寒	★★★★	
034	天南星	37	苦、辛，溫；有毒。	苦、辛，溫；有毒	辛苦溫，燥、毒	苦、辛，溫；有毒	與三者同	與三者同		V				本草：辛苦溫，燥、毒	★★★★★	

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教課書相同	三者都不同			
035	天麻	39	甘，平。	甘，平	辛溫	甘，平	微溫，甘	與大陸中藥典、教科書相同(甘，平)	V				本草：辛溫	★★★★		
036	太子參	40	甘、微苦，平。	甘、微苦，平	生甘苦微涼，熟甘溫。	甘、微苦，平	無	無	V				本草：生甘苦微涼，熟甘溫	★★		
037	巴豆	41	辛，熱；有大毒。	辛，熱；有大毒。	辛熱有大毒	辛，熱；有大毒	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
038	巴戟天	42	甘、辛，微溫。	甘、辛，微溫	甘辛微溫	辛、甘，微溫	無	溫，辛、甘	V					★★★★		
039	木瓜	42	酸，溫。	酸，溫	酸澆而溫	酸，溫	無	與大陸中藥典、教科書相同(酸，溫)	V				本草：酸澆而溫	★★★★ ★		
040	木香	43	辛、苦，溫。	辛、苦，溫	辛苦而溫	辛、苦，溫	無	與三者同	V					★★★★ ★		
041	木通	45	苦，寒。	苦，寒	甘淡輕虛	苦，寒。有小毒	與本草同(甘淡輕虛)	與大陸中藥典同(苦，寒)				V	大陸：苦，寒 本草：甘淡輕虛 教課書：苦，寒。 有小毒	★★★★		

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
042	木賊	46	甘、苦，平。	甘、苦，平	溫微甘苦	甘、苦，平	與大陸中藥典、教科書相同(甘、苦，平)	無		V				本草：溫微甘苦	★★★★	
043	水蛭	47	鹹、苦，平。	鹹、苦，平；有小毒	(無)	鹹、苦，平；有小毒	無	與大陸中藥典、教科書相同(鹹、苦，平；有小毒)		V				本草：無	★★★★	有小毒？
044	火麻仁	48	甘，平。	甘，平	甘平滑利	甘，平	與大陸中藥典、教科書相同(甘，平)	與大陸中藥典、教科書相同(甘，平)		V				本草：甘平滑利	★★★★ ★★	
045	牛黃	49	苦、甘，涼。	甘，涼	甘涼	苦、甘，涼	與中藥學教科書相同(苦、甘，涼)	與中藥學教科書相同(苦、甘，涼)			V			教課書：苦、甘，涼	★★★★	苦有無？
046	牛蒡子	50	辛、苦，寒。	辛、苦，寒	辛平	辛、苦，涼	微寒，辛、微苦	與大陸中藥典同(辛、苦，寒)					V	大陸：辛、苦，寒 本草：辛平 教課書：辛、苦，涼	★★★★	涼或微寒？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
047	牛膝	51	苦、酸，平。	苦、甘、酸，平	苦酸而平，酒蒸則甘酸而溫	苦、酸，平	與本草、中藥學教科書同(苦、酸，平)	與本草、中藥學教科書同(苦、酸，平)				V		大陸：苦、甘、酸，平 本草：苦酸而平，酒蒸則甘酸而溫	★★★★	甘有無？
048	王不留行	52	苦，平。	苦，平	甘苦而平	苦，平	平，甘	無		V				本草：甘苦而平	★★★★	
049	代赭石	53	苦，寒。	(無)	苦寒氣平	苦，寒	與中藥學教科書同(苦，寒)	與中藥學教科書同(苦，寒)					V	大陸：無 本草：苦寒氣平 教課書：苦，寒	★★★★	
050	仙茅	53	辛，熱。	辛，熱；有毒	辛熱有小毒	辛，熱；有毒	無	無	V						★★★★	有毒？
051	仙鶴草	54	苦、澀，平。	苦、澀，平。	(無)	苦、澀，平。	無	與中藥學教科書相同(苦、澀，平)		V				本草：無	★★★★	
052	冬瓜子	55	甘，涼。	(無)	(無)	甘，涼。	與中藥學教科書同(甘，涼)	無			V			大陸藥典、本草：無	★★	
053	冬葵果	56	甘、澀，涼。	甘、澀，涼。	(無)	(無)	無	無				V		本草、教科書：無	★	

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
054	冬蟲夏草	57	甘，平。	甘，平。	甘平。	甘，溫。	與大陸中藥典、本草同(甘，平)	與中藥學教科書相同(甘，溫)			V			教科書：同：甘 不同：溫	★★★★	
055	北沙參	58	甘、微苦，微寒。	甘、微苦，微寒。	甘苦微寒。	甘，微寒。	寒，甘	與本草同(微寒，甘、苦)					V	同：甘 不同：大陸藥典：微苦、微寒 本草：苦、微寒 教科書：微寒	★★★★	微苦或苦？
056	北板藍根	58	苦，寒。	苦，寒。	甘苦而涼。	苦，寒。	無	無			V			大陸藥典、教科書：無	★★	
057	半枝蓮	59	辛、苦，寒。	辛、苦，寒。	(無)	辛，寒。	無	無					V	大陸藥典：辛、苦、寒 本草：無 教科書：辛、寒	★★	
058	半夏	60	辛、溫；生半夏有毒。	辛、溫；有毒。	辛溫有毒。	辛，溫；有毒。	無	與三者同	V							生半夏有毒？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
059	玄參	61	甘、苦、鹹，微寒。	甘、苦、鹹，微寒。	苦鹹微寒。	苦、甘、鹹，寒。	與本草同(苦鹹微寒)	與中藥學教科書相同(苦、甘、鹹，寒)					V	同：苦、鹹 不同：大陸藥典：甘、微寒 本草：微寒 教科書：甘、寒	★★★★	
060	玉竹	62	甘，微寒。	甘，微寒。	甘平。	甘，平。	與大陸中藥典同(微寒，甘)	與本草、中藥學教科書同(甘，平)					V	大陸藥典：同：甘 不同：微寒	★★	平或微寒？
061	甘草	63	甘，平。	甘，平。	甘，生平炙溫。	甘，平。	與本草同(甘，生平炙溫)	與大陸中藥典、教科書相同(甘，平)		V				本草：同：甘 不同：生平、炙溫	★★★★ ★	
062	甘遂	64	苦，寒；有毒。	苦，寒；有毒。	苦寒有毒。	苦、甘，寒；有毒。	與三者同	與中藥學教科書相同(苦、甘，寒；有毒)			V			教科書：同：苦、寒、有毒 不同：甘	★★★★ ★	
063	白及	66	苦、甘、澀，微寒。	苦、甘、澀，微寒。	味苦而辛。性瀉。	苦、甘，澀，微寒。	平，苦、甘	與大陸中藥典、教科書相同(苦、甘，澀，微寒)		V				本草：同：苦 不同：辛、性瀉	★★★★	

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
064	白朮	67	苦、甘，溫。	苦、甘，溫。	苦甘溫。	苦、甘，溫。	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
065	白芍	68	苦、酸，微寒。	苦、酸，微寒。	苦酸微寒。	苦、酸，微寒。	與三者同	微寒，苦、酸、甘	V					★★★★ ★★		
066	白果	69	甘、苦、澀，平；生食有毒。	甘、苦、澀，平；有毒。	甘苦而溫，辛澀而收。	甘、苦、澀，平；有毒。	無	與大陸中藥典、教科書相同(甘、苦、澀，平；有毒)		V				本草：同：甘、苦 不同：辛澀而收 ★★★★ ★	生食有毒？	
067	白花蛇舌草	70	微苦、甘，寒。	(無)	(無)	微苦、甘，寒。	無	無			V			大陸藥典、本草：無 ★		
068	白芥子	70	辛，溫。	(無)	辛溫。	辛，溫。	無	與本草、中藥學教科書同(辛，溫)				V		大陸藥典：無 ★★★★		
069	白芷	72	辛，溫。	辛，溫。	辛溫。	辛，溫。	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
070	白前	73	辛、苦，微溫。	辛、苦，微溫。	辛苦微寒。	辛、苦，微溫。	與大陸中藥典、教科書同(辛、苦，微溫)	無		V				本草：同：辛、苦 不同：微寒 ★★★★		
071	白扁豆	74	甘，微溫。	甘，微溫。	甘溫。	甘，微溫。	無	無		V				本草：同：甘 不同：溫 ★★		

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
072	白茅根	75	甘，寒。	甘，寒。	甘寒。	甘，寒。	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
073	白頭翁	76	苦，寒。	苦，寒。	苦寒。	苦，寒。	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
074	白薇	77	苦、鹹，寒。	苦、鹹，寒。	苦鹹而寒。	苦、鹹，寒。	苦、鹹，微寒。	無				V		★★★★ ★★		
075	白鮮皮	78	苦，寒。	苦，寒。	苦寒。	苦，寒。	無	無	V					★★★★		
076	白殭蠶	79	鹹、辛，平。	鹹、辛，平	辛鹹微溫	鹹、辛，平	與大陸中藥典、教科書同(鹹、辛，平)	與大陸中藥典、教科書同(鹹、辛，平)		V				本草： 相同： 辛鹹 不同： 微溫	★★★★ ★	
077	白藜	79	苦、辛，微寒。	苦，微寒	苦辛甘寒	苦、辛，微寒	無	無				V	三者相同：皆有苦寒	★	辛有無？	
078	石決明	80	鹹，寒。	鹹，寒	鹹平	鹹，寒	微寒，鹹	微寒，鹹		V				本草：鹹平	★★★★	
079	石南葉	81	辛、苦；平。	無	辛，苦。	無	無	無	V					三者均無此藥	★	平？
080	石韋	82	甘、苦，微寒。	甘、苦，微寒	甘苦微寒	甘苦，微寒	微寒，苦	與三者同	V						★★★★	
081	石斛	83	甘，微寒。	甘，微寒	甘淡鹹平	甘，微寒	與大陸中藥典、教科書同(甘，微寒)	與大陸中藥典、教科書同(甘，微寒)		V				本草：甘淡鹹平	★★★★ ★	

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
082	石菖蒲	85	辛、苦，溫。	辛、苦，溫	辛苦而溫	辛、苦，溫	溫，辛	微溫，苦、辛		V				本草無此藥	★★★★★	
083	石榴皮	86	酸、澀，溫。	酸、澀，溫	無	酸、澀，溫	與三者同	無		V				本草無此藥	★★★★	
084	石膏	87	甘、辛，大寒。	甘、辛，大寒	甘辛而淡，大寒	辛、甘，大寒	寒，甘、辛	與大陸中藥典、教科書同(辛、甘，大寒)		V				本草：甘辛而淡，大寒	★★★★★	
085	全蠍	87	辛，平。	辛，平；有毒	辛甘有毒	辛，平；有毒	與大陸中藥典、教科書同(辛，平；有毒)	與大陸中藥典、教科書同(辛，平；有毒)		V				本草：辛甘有毒	★★★★★	有毒？
086	冰片	88	辛、苦，微寒。	辛、苦，微寒	無	辛、苦，微寒	涼，辛、苦	與大陸中藥典、教科書同(辛、苦，微寒)		V				本草無此藥	★★★★	
087	合歡皮	89	甘，平。	甘，平	甘平	甘，平	無	與三者同	V						★★★★★	
088	地骨皮	90	甘，寒。	甘，寒	甘淡而寒	甘、淡，寒	寒，甘、苦	與大陸中藥典同(甘，寒)				V		大陸：無淡味		淡有無？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
089	地黃	91	鮮地黃：甘、苦，寒。 生地黃：甘，寒。 熟地黃：甘，微溫。	鮮地黃：甘、苦，寒 生地黃：甘，寒	生地黃：甘苦大寒 熟地黃：甘而微溫 乾地黃：甘苦而寒，沈陰而降。	生地黃：甘、苦，寒 熟地黃：甘，微溫	生：大寒，甘、苦 乾：寒，甘、苦 熟：微溫，甘	與中藥學教科書同 (生地黃：甘、苦，寒 地黃：甘，微溫)	V					★★★★★	鮮地黃 生地黃 熟地黃	
090	地榆	92	苦、酸、澀，微寒。	苦、酸、澀，微寒	苦鹹微寒，性沉而瀉	苦、酸、澀，微寒	微寒，苦、酸	微寒，苦、酸		V				苦鹹微寒，性沉而瀉	★★★★	
091	地膚子	94	辛、苦，寒。	辛、苦，寒	甘苦氣寒	苦，寒	與本草同 (寒，甘、苦)	無					V	大陸：辛、苦，寒 本草：辛苦氣寒 教科書：苦，寒	★★★	辛有無？
092	地龍	95	鹹，寒。	鹹，寒	鹹寒	鹹，寒	無	與三者同	V						★★★★★	
093	百合	96	甘，微寒。	甘，寒	甘平	甘，微寒	微寒，甘、微苦	無					V	大陸：甘寒 本草：甘平 教科書：甘微寒	★★★★	寒或微寒？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
094	百部	97	甘、苦，微溫。	甘、苦，微溫	甘苦微溫	甘、苦，微溫	與三者同	與三者同	V					★★★★ ★★		
095	竹茹	98	甘，微寒。	甘，微寒	甘而微寒	甘，微寒	微寒	與三者同	V					★★★★ ★★		
096	肉豆蔻	98	辛，溫。	辛，溫	辛溫氣香	辛，溫	與大陸中藥典、中藥學教科書同(辛，溫)	與大陸中藥典、中藥學教科書同(辛，溫)		V				本草：辛溫氣香 ★★★★ ★★		
097	肉桂	99	辛、甘，大熱。	辛、甘，大熱	辛甘大熱，氣厚純陽	辛、甘，熱	與大陸中藥典、本草同(大熱，辛、甘)	與中藥學教科書同(辛、甘，熱)					V	大陸：辛甘大熱 本草：辛甘大熱，氣厚純陽 教科書：辛甘熱 ★★★★ ★		
098	肉蓯蓉	100	甘、鹹，溫。	甘、鹹，溫	甘酸鹹溫	甘、鹹，溫	與本草同(甘酸鹹溫)	溫，甘		V				本草：甘酸鹹溫 ★★★★ ★		
099	艾葉	101	辛、苦，溫。	辛、苦，溫；有小毒	苦辛，生溫，熟熱，純陽之性。	辛、苦、溫；有小毒	與大陸中藥典、中藥學教科書同(溫，苦辛)	與大陸中藥典、中藥學教科書同(溫，苦辛)		V				本草：苦辛，生溫，熟熱，純陽之性。 ★★★★ ★	有小毒？	

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	藥性比較					備註	評析	待審
									三者都相同	大陸中藥典與教科書相同	大陸中藥典與本草相同	本草與教科書相同	三者都不同			
100	血竭	102	甘、鹹，平。	甘、咸，平	甘鹹	甘、鹹，平。	無	無		V				本草：甘鹹	★★★★	

註：評析係參照五本主要參考典籍或書目，由研究團隊依其性味相似程度給★至★★★★★★之註記，作為確認性味之參考。

附表 2、臺灣中藥典中藥材性味差異對照表(簡表)

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	待審
004	三七	5	甘、微苦，微溫。	甘、微苦，溫。	甘苦微溫。	甘、微苦，溫。	微溫，甘、微苦	與大陸中藥典、教科書相同(溫，甘、微苦)	溫或微溫？
015	小薊	17	甘，涼。	甘、苦，涼。	甘溫。	甘，涼。	與中藥學教科書同(甘，涼)	與中藥學教科書同(甘，涼)	苦有無？
016	山豆根	18	苦，寒。	苦，寒；有毒。	苦寒。	苦，寒。	與三者同	與大陸中藥典同(苦，寒，小毒)	有毒？
023	川牛膝	25	苦、酸，平。	甘、微苦，平。	苦酸而平，酒蒸則甘酸而溫。	苦、酸，平。	無	無	苦酸平？
025	川棟子	28	苦，寒。	苦，寒；有小毒。	苦寒有小毒。	苦，寒；有小毒。	與三者同	與三者同	有小毒？
027	五味子	30	酸、甘，溫。	酸、甘，溫	性溫，五味俱備，酸鹹為多	酸、溫	溫，酸鹹	與中藥學教科書同(酸，溫)	甘有無？
029	五靈脂	33	苦、甘，溫。	(無)	甘溫純陰，氣味俱厚	苦、甘，溫	甘，溫	與中藥學教科書同(苦、甘，溫)	苦有無？
031	升麻	35	辛、甘，微寒。	辛、微甘，微寒	甘辛微苦	辛、甘，微寒	微寒，甘、苦	與中藥學教科書同(辛、甘，微寒)	微甘或甘？
043	水蛭	47	鹹、苦，平。	鹹、苦，平；有小毒	(無)	鹹、苦，平；有小毒	無	與大陸中藥典、教科書相	有小毒？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	待審
								同(鹹、苦，平；有小毒)	
045	牛黃	49	苦、甘，涼。	甘，涼	甘涼	苦、甘，涼	與中藥學教科書相同 (苦、甘，涼)	與中藥學教科書相同 (苦、甘，涼)	苦有無？
046	牛蒡子	50	辛、苦，寒。	辛、苦，寒	辛平	辛、苦，涼	微寒， 辛、微苦	與大陸中藥典同 (辛、苦，寒)	涼或微寒？
047	牛膝	51	苦、酸，平。	苦、甘、酸，平	苦酸而平，酒蒸則甘酸而溫	苦、酸，平	與本草、中藥學教科書同 (苦、酸，平)	與本草、中藥學教科書同 (苦、酸，平)	甘有無？
050	仙茅	53	辛，熱。	辛，熱；有毒	辛熱有小毒	辛，熱；有毒	無	無	有毒？
055	北沙參	58	甘、微苦，微寒。	甘、微苦，微寒。	甘苦微寒。	甘，微寒。	寒，甘	與本草同 (微寒，甘、苦)	微苦或苦？
058	半夏	60	辛、溫；生半夏有毒。	辛、溫；有毒。	辛溫有毒。	辛，溫；有毒。	無	與三者同	生半夏有毒？
060	玉竹	62	甘，微寒。	甘，微寒。	甘平。	甘，平。	與大陸中藥典同 (微寒，甘)	與本草、中藥學教科書同 (甘，平)	平或微寒？
066	白果	69	甘、苦、澀，平；生食有毒。	甘、苦、澀，平；有毒。	甘苦而溫，辛瀉而收。	甘、苦、澀，平；有毒。	無	與大陸中藥典、教科書相同 (甘、苦、澀，平；有毒)	生食有毒？
077	白薇	79	苦、辛，微寒。	苦，微寒	苦辛甘寒	苦、辛，微寒	無	無	辛有無？

編碼	藥材	頁碼	建議性味	大陸中藥典性味	本草備藥性味	中藥學教科書性味	中國藥材學性味	中藥學概論性味	待審
079	石南葉	81	辛、苦；平。	無	辛，苦。	無	無	無	平？
085	全蠍	87	辛，平。	辛，平；有毒	辛甘有毒	辛，平；有毒	與大陸中藥典、教科書同(辛，平；有毒)	與大陸中藥典、教科書同(辛，平；有毒)	有毒？
088	地骨皮	90	甘，寒。	甘，寒	甘淡而寒	甘、淡，寒	寒，甘、苦	與大陸中藥典同(甘，寒)	淡有無？
089	地黃	91	鮮地黃：甘、苦，寒。 生地黃：甘，寒。 熟地黃：甘，微溫。	鮮地黃：甘、苦，寒 生地黃：甘，寒	生地黃：甘苦大寒 熟地黃：甘而微溫 乾地黃：甘苦而寒，沈陰而降	生地黃：甘、苦，寒 熟地黃：甘，微溫	生：大寒，甘、苦 乾：寒，甘、苦 熟：微溫，甘	與中藥學教科書同(生地黃：甘、苦，寒 熟地黃：甘，微溫)	鮮地黃 生地黃 熟地黃
091	地膚子	94	辛、苦，寒。	辛、苦，寒	甘苦氣寒	苦，寒	與本草同(寒，甘、苦)	無	辛有無？
093	百合	96	甘，微寒。	甘，寒	甘平	甘，微寒	微寒，甘、微苦	無	寒或微寒？
099	艾葉	101	辛、苦，溫。	辛、苦，溫；有小毒	苦辛，生溫，熟熱，純陽之性。	辛、苦、溫；有小毒	與大陸中藥典、中藥學教科書同(溫，苦辛)	與大陸中藥典、中藥學教科書同(溫，苦辛)	有小毒？

捌、附錄

附錄一、臺灣中藥典中藥材性味資料(100味)。

※001 丁香 臺灣中藥典頁碼:01

臺灣中藥典	【性味建議】 芳香驅風藥	
大陸中藥典	辛，溫。 溫中降逆，補腎助陽。用於脾胃虛寒，呃逆嘔吐，食少吐瀉，心腹冷痛，腎虛陽痿。	不宜與鬱金同用。
本草備要	辛溫純陽。 功用 1. 泄肺溫胃，大能療腎，壯陽事，暖陰戶。 主治 1. 治胃冷壅脹，嘔噦呃逆，痲痺奔豚，腹痛口臭。 2. 腦疴齒匿，痘瘡胃虛，灰白不發。	畏鬱金、火。
中藥學教科書	辛，溫。 氣味香烈，為溫中降逆之要藥，又能溫腎助陽。為治療胃寒、呃逆、嘔吐的要藥。 1. 胃腹冷痛、呃逆、嘔吐。 2. 消化不良、急性胃腸炎而腹痛、反胃、吐瀉。 3. 外用丁香煎液，塗擦患部，治頭癬、體癬、股癬、手癬。	熱病及陰虛火旺者忌服。畏鬱金。《雷公炮炙論》：「不可見火，畏鬱金。」
比較	三者都相同	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→降逆（大陸中藥典）；治嘔噦呃逆，奔豚(本草備要)；降逆(中藥學教科書) 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→溫中(大陸中藥典)；溫胃(本草備要)；溫腎助陽(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、溫」。	
備註		

※002 人參 臺灣中藥典頁碼:01

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	<p>補益藥(補氣)。</p> <p>甘、微苦，微溫。 不宜與藜蘆、五靈脂同用。</p> <p>大補元氣，復脈固脫，補脾益肺，生津養血，安神益智。 用於體虛欲脫，肢冷脈微，脾虛食少，肺虛喘咳，津傷口渴，內熱消渴，氣血虧虛，久病虛羸，驚悸失眠，陽痿宮冷。</p>	
本草備要	<p>生甘苦微涼，熟甘溫。</p> <p>功用 1. 大補肺中元氣，瀉火，益土(健脾)，生金(補肺)。 2. 明目、開心、益智、添精神、定驚悸，除煩渴。 3. 通血脈，破堅積，消痰水。</p> <p>主治 1. 治虛勞內傷，發熱自汗，多夢紛紜。 2. 嘔噦反胃，虛欬喘促，瘧痢滑瀉。 3. 淋瀝脹滿，中暑中風，及一切血證。</p>	<p>忌鐵。茯苓為使，畏五靈脂。惡皂莢、黑豆、紫石英、人溲、鹹鹵，反藜蘆。</p>
中藥學教科書	<p>甘、微苦、微溫。</p> <p>大補元氣，復脈固脫，補脾益肺，通經活血，生津止渴，安神增智。滋養強壯、興奮、強心、補脾胃藥。</p> <p>1. 滋補強壯 2. 滋補鎮咳 3. 補脾胃 4. 滋養安神鎮靜 5. 瀉火清熱 6. 補氣補血</p>	<p>實證、熱證而正氣不虛者忌服。反藜蘆，畏五靈脂，惡皂莢，均忌同用。服人參不宜喝茶和吃蘿蔔，以免影響藥力。</p>
比較	<p>大陸中藥典與教科書相同(甘、微苦、微溫)。</p> <p>本草不同(生甘苦微涼，熟甘溫)。</p>	
評析	<p>1. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→大補元氣(大陸中藥典)；大補肺中元氣，健脾補肺(本草備要)；大補元氣(中藥學教科書)</p> <p>2. 苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰→用於內熱(大陸中藥典)；瀉火(本草備要)；瀉火清熱(中藥學教科書)</p> <p>3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→用於肢冷脈微(大陸中藥典)；復脈固脫(中藥學教科書)</p>	
性味建議	<p>根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、微苦，微溫」。</p>	
備註	<p>1. 形容「苦、溫」的程度描述，建議參考其他文獻決定。</p> <p>2. 關於本草備要的生熟性味的差別，建議參考其他文獻決定。</p>	

※003 八角茴香 臺灣中藥典頁碼:04

臺灣中藥典	【性味建議】 溫裏祛寒藥。	
大陸中藥典	辛，溫。 溫陽散寒，理氣止痛。用於寒疝腹痛，腎虛腰痛，胃寒嘔吐，脘腹冷痛。	
本草備要	(無) (無)	
中藥學教科書	(無) 芳香健胃、鎮痛藥。 1.消化不良、胃寒嘔吐、食慾減退、胃腹冷痛 2.寒疝腹痛、睪丸偏墜、腸絞痛 3.關節炎神經痛 4.作為食品香料調味料	
比較	本草與中藥學教課書相同(兩書皆無記錄)。 大陸中藥典不同(辛，溫)。	
評析	1.辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→理氣(大陸中藥典); 芳香健胃(中藥學教科書) 2.溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→溫陽散寒(大陸中藥典);用於胃腹冷痛(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，溫」。	
備註	因為只有大陸中藥典有提到性味，建議參考其他文獻決定。	

※004 三七 臺灣中藥典頁碼:05

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	理血藥(止血)。 甘、微苦，溫。	孕婦慎用。 散瘀止血，消腫定痛。用於咯血，吐血，衄血，便血，崩漏，外傷出血，胸腹刺痛，跌撲 腫痛。
本草備要	甘苦微溫。 功用 1. 散血定痛。 主治 1. 治吐血衄血，血痢血崩，目赤癰腫，為金瘡杖瘡要藥。	
中藥學教科書	甘、微苦，溫。 化瘀止血，活血定痛。 1. 跌打損傷內外傷出血、瘀腫疼痛。 2. 吐血，肺胃出血，胃、十二指腸潰瘍疼痛。 3. 崩漏、月經過多、便血、衄血。	本品性溫，凡出血而見陰虛口乾者，須配滋陰涼血藥同用。孕婦慎服。
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘、微苦，溫。)	本草不同(甘苦微溫)
評析	1. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→定痛(大陸中藥典)；定痛(本草備要)；定痛(中藥學教科書) 2. 苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰→用於吐血，衄血，便血(大陸中藥典)；治吐血衄血，血痢血崩，目赤癰腫(本草備要)；用於便血、衄血(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、微苦，微溫。」。	
備註	1. 雖然大陸中藥典、本草、教課書都有”溫”，但是從功效都無法判斷，建議參考其他文獻決定。 2. 形容「苦、溫」的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※005 三稜 臺灣中藥典頁碼:06

臺灣中藥典	【性味建議】	孕婦忌用。
	活血祛瘀藥。	
大陸中藥典	辛、苦，平。	孕婦禁用；不宜與芒硝、玄明粉同用。
本草備要	破血行氣，消積止痛。用於癥瘕痞塊，痛經，瘀血經閉，胸痹心痛，食積脹痛。	
	苦平。	
中藥學教科書	功用 1. 色白屬金，入肺金血分，破血中之氣。 2. 兼入脾經，散一切血瘀氣結，瘡硬食停，老塊堅積。 3. 消腫止痛，通乳墮胎，功近香附，而力峻。	
比較	辛、苦，平。	月經過多、血枯經閉、孕婦及咯血、衄血等出血患者忌服。氣虛體弱者慎用。
評析	破血行氣，消積止痛。 1. 月經不調、經閉腹痛。 2. 產後瘀滯、腹痛、癥瘕積聚。 3. 消化不良、飽脹氣滯、腹痛。	
性味建議	大陸中藥典與教科書相同(辛、苦，平)。 本草不同(苦平)。	
備註	辛能散能行能潤，有行氣行血的作用→破血行氣(大陸中藥典)；破血中之氣(本草備要)；破血行氣(中藥學教科書) 根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，平」。	
	雖然大陸中藥典、本草、教課書都有”苦、平”，但是從功效都無法判斷，建議參考其他文獻決定。	

※006 千年健 臺灣中藥典頁碼:07

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	苦、辛，溫。	
	祛風濕藥。	
本草備要	(無)	
	(無)	
中藥學教科書	苦、辛，溫。	
	祛風濕，健筋骨。	
比較	大陸中藥典與教科書相同(苦、辛，溫)。	
	本草不同(無記錄)	
評析	<p>1. 苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰→祛風濕(大陸中藥典)；祛風濕(中藥學教科書)</p> <p>2. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→祛風濕(大陸中藥典)；祛風濕(中藥學教科書)</p> <p>3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→用於風寒濕痹，腰膝冷痛(大陸中藥典)</p>	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、辛、溫」。	
備註		

※007 土茯苓 臺灣中藥典頁碼:08

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	甘、淡，平。	
	清熱藥(清熱解毒)。	
本草備要	甘淡而平。	忌茶。
	功能 1. 健脾胃，祛風濕，脾胃健則營衛從。 2. 風濕除則筋骨利，利小便，止瀉泄。 主治 1. 治筋骨拘攣，楊梅瘡毒，癰癤瘡腫。	
中藥學教科書	甘、淡，平。	肝腎陰虧者慎服。 《本草綱目》：「服時忌茶。」
	清熱解毒，除濕，通利關節。清熱解毒、利尿藥。 1. 慢性瘡瘍 2. 慢性濕疹 3. 慢性皮膚病，如牛皮癬 4. 梅毒 5. 熱淋 6. 癌症(主要是消化道癌)	
比較	三者都相同(甘、淡，平)。	
評析	1. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→解毒(大陸中藥典)；健脾胃(本草備要)；解毒(中藥學教科書) 2. 淡能滲能利，有滲濕利尿的作用→除濕(大陸中藥典)；祛風濕(本草備要)；除濕(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、淡，平」。	
備註	雖然大陸中藥典、本草、教課書都有”平”，但是從功效都無法判斷，建議參考其他文獻決定。	

※008 大青葉 臺灣中藥典頁碼:09

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	苦，寒。	
	清熱藥(清熱解毒)。	
本草備要	微苦鹹，大寒。	
	功用 1. 解心胃熱毒 主治 1. 治傷寒時疾熱狂，陽毒發斑，黃疸熱痢，丹毒喉痺。	
中藥學教科書	苦鹹，大寒。	脾胃虛寒證忌用。如出現過敏反應者應立即停服。
	清熱解毒，涼血消斑。 1. 時行熱病，熱入血分，高熱神昏及熱毒發斑等症。 2. 丹毒、咽喉腫痛、口舌生瘡。	
比較	三者皆不同。	
	大陸中藥典(苦，寒)。本草(微苦鹹，大寒)。教科書(苦鹹，大寒)。	
評析	1. 苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰→清熱解毒(大陸中藥典)；解心胃熱毒(本草備要)；清熱解毒(中藥學教科書) 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→用於溫病高熱(大陸中藥典)；治傷寒時疾熱狂(本草備要)；用於時行熱病，熱入血分，高熱神昏(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、寒」。	
備註	1. 雖然本草、教科書都有「鹹」，但是從功效都無法判斷，建議參考其他文獻決定。 2. 形容「寒」的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※009 大棗 臺灣中藥典頁碼:10

臺灣中藥典	【性味建議】 補益藥(補氣)。	
大陸中藥典	甘，溫。 補中益氣，養血安神。用於脾虛食少，乏力便溏，婦人臟躁。	
本草備要	甘溫。 功用 1. 補土益氣，滋脾土，潤心肺，調營衛。緩陰血。 2. 生津液，悅顏色，通九竅，助十二經，和百藥。 3. 傷寒及補劑加用之，以發脾胃升騰之氣。	忌蔥魚同食。
中藥學教科書	甘，溫。 補中益氣，養血安神，緩和藥性。滋補、安神、緩和藥。 1. 脾胃虛弱，氣虛不足，倦怠乏力。 2. 婦女產後體虛、心悸睡眠不熟、精神恍惚等婦人臟躁症。 3. 於配方中緩和烈藥的峻烈性。 4. 調補脾胃輔助藥。	本品助濕生熱，令人中滿，故濕盛脘腹脹滿、食積、大便秘結、濕痰、蟲積，齟齒疼痛，以及痰熱咳嗽均忌服。
比較	三者都相同。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→補中益氣安神(大陸中藥典)；補土益氣，滋脾土，和百藥(本草備要)；補中益氣安神，緩和藥性(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→便溏(大陸中藥典)；益氣(本草備要)；滋補，氣虛不足(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，溫」。	
備註		

※010 大黃 臺灣中藥典頁碼:11

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	瀉藥。	苦，寒。 孕婦及月經期、哺乳期慎用。 瀉下攻積，清熱瀉火，涼血解毒，逐瘀通經，利濕退黃。用於實熱積滯便秘，血熱吐衄，目赤咽腫，癰腫瘰癧，腸癰腹痛，瘀血經閉，產後瘀阻，跌打損傷，濕熱痢疾，黃疸尿赤，淋證，水腫；外治燒燙傷。酒大黃善清上焦血分熱毒。用於目赤咽腫，齒齦腫痛。熟大黃瀉下力緩，瀉火解毒。用於火毒瘡瘍。大黃炭涼血化瘀止血。用於血熱有瘀出血症。
本草備要	大苦大寒。	黃芩為使。 功用 1. 其性浮而不沉，其用走而不守，若酒浸亦能引至至高之分。 2. 用以蕩滌腸胃，下燥結而除瘀熱。 3. 行水除痰，蝕膿消腫，能推陳致新。 主治 1. 治傷寒時疾，發熱譫語，溫熱瘴瘧，下痢赤白，腹痛裏急。 2. 黃疸水腫，癥瘕積聚留飲宿食，心腹痞滿，二便不通。 3. 吐血衄血，血閉血枯，損傷積血，一切實熱，血中伏火。
中藥學教科書	苦，寒。	孕婦忌服；產後及哺乳期、月經期慎用。老人虛秘，產婦血枯便秘、脾虛痞滿及陰疽不可妄用。生大黃苦寒損胃，少數患者服後有惡心、嘔吐或腹痛等副反應，優質大黃反應較少。長期服用可致肝硬變和電解質紊亂。(1)《藥性論》：「忌冷水，惡乾漆。」(2)《本經逢原》：「腎虛動氣及陰疽色白不起等證，不可妄用。」婦女懷孕、月經期、哺乳期應慎用或忌用。凡表證未罷，血虛氣弱，脾胃虛寒，無實熱、積滯、瘀結，以及胎前、產後，均應慎服。 瀉下攻積、瀉火、清熱解毒、活血祛瘀、清濕熱、消炎、利水、利膽藥。 瀉火通便，破除積滯，行瘀解毒。瀉下攻積，清熱瀉火，解毒，活血祛瘀。 1. 積滯實證，熱積便秘，高熱不退，譫語發狂。 2. 實火頭痛、目赤、咽痛、口瘡。 3. 熱毒瘡瘍、腸癰等。 4. 血瘀經閉、產後惡露不下。 5. 跌打損傷、瘀血作痛。 6. 燒傷燙傷 7. 濕熱黃疸、急性傳染性肝炎。 8. 熱瀉、急性腸炎，細菌性痢疾。 9. 熱性出血(如痔瘡出血)。 10. 膽管結石。 11. 水腫。 12. 淋證

比較	大陸中藥典與教科書相同(苦寒)。 本草不同(大苦大寒)。
評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→瀉下攻積，清熱解毒(大陸中藥典)；下燥結(本草備要)；瀉下攻積、清熱解毒(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱瀉火，涼血(大陸中藥典)；除瘀熱，行水，通二便(本草備要)；瀉火，清熱，通便(中藥學教科書)。
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒」。
備註	唯文獻對於苦寒程度描述不同，建議可參考其他文獻。

※011 大腹皮 臺灣中藥典頁碼:12

臺灣中藥典	【性味建議】 理氣藥。	
大陸中藥典	辛，微溫。 行氣寬中，行水消腫。用於濕阻氣滯，脘腹脹悶，大便不爽，水腫脹滿，脚氣浮腫，小便不利。	
本草備要	無 無	無
中藥學教科書	辛，微溫。 下氣寬中，利水消腫。用於濕阻氣滯，脘腹痞悶脹滿、大便不爽及水腫、脚氣等證。	
比較	大陸中藥典與教科書相同(辛，微溫)。 本草備要無。	
評析	1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→行氣，行水消腫(大陸中藥典)；消腫，氣滯(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→以上文獻功效敘述，未見明顯溫熱特性。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，微溫」。	
備註		

※012 大薊 臺灣中藥典頁碼:13

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	理血藥(止血)。	
	甘、苦，涼。	
	涼血止血，散瘀解毒消癰。 用於衄血，吐血，尿血，便血，崩漏，外傷出血，癰腫瘡毒。	
本草備要	甘溫。	
	功能：皆能破血下氣，行而帶補。 主治：治吐衄腸癰，女子赤白濁安胎。	
中藥學教科書	甘、苦，涼。	大薊性涼，具破瘀之功，故脾胃虛寒而無瘀滯者忌服。大劑量使用，可出現胃脹不適或惡心。
	涼血止血，散瘀消癰。 用於 1. 血熱妄行的各種出血，吐衄、咳血、崩漏、便血、尿血。 2. 癰腫瘡毒。 3. 外傷出血。 4. 高血壓。	
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘、苦，涼)。 本草備要(甘溫)。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→崩漏，外傷出血(大陸中藥典)；帶補，安胎(本草備要)；崩漏，外傷出血(中藥學教科書)。 2. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火解毒、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→散瘀解毒消癰(大陸中藥典)；腸癰，女子赤白濁(本草備要)；散瘀消癰(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→涼血解毒(大陸中藥典)；下氣(本草備要)；涼血止血，消癰(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦，涼」。	
備註		

※013 女貞子 臺灣中藥典頁碼:14

臺灣中藥典	【性味建議】	
	補益藥(補陰)。	
大陸中藥典	甘、苦，涼。	
本草備要	滋補肝腎，明目烏髮。 用於肝腎陰虛，眩暈耳鳴，腰膝酸軟，鬚髮早白，目暗不明，內熱消渴，骨蒸潮熱。	
本草備要	甘苦而平。	
中藥學教科書	功能： 1. 少陰之精，隆冬不凋，益肝腎，安五臟。 2. 強腰膝，明耳目，烏髭髮，補風虛，除百病。	
比較	甘、苦，涼。	本品雖補而不膩，但性質偏涼，如脾胃虛寒泄瀉及陽虛者忌服。脾胃虛寒泄瀉及陽虛者忌服。
評析	滋養強壯藥。 滋補肝腎，強腰膝，烏須發。 補益肝腎，清熱明目。 用於： 1. 眼科植物藥，治中心性視網膜炎、早期老年性白內障、視力減退、畏光乾澀。 2. 治肝腎不足、頭昏目眩、頭痛、耳鳴耳聾、腰膝酸軟、肢體乏力、頭髮早白。 3. 神經衰弱、失眠、多夢、記憶力減退。	
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘、苦，涼)。	
比較	本草備要(甘苦而平)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦，涼」。	
備註		

※014 小茴香 臺灣中藥典頁碼:15

臺灣中藥典	【性味建議】	
	溫裏藥。	
大陸中藥典	辛，溫。 散寒止痛，理氣和胃。 用於寒疝腹痛，睪丸偏墜，痛經，少腹冷痛，脘腹脹痛，食少吐瀉。鹽小茴香暖腎散寒止痛。用於寒疝腹痛，睪丸偏墜，經寒腹痛。	
本草備要	大茴辛熱。 功能：暖丹田，補命門，開胃下食，調中止嘔。 主治：療小腸冷氣，頰疝陰腫，乾濕腳氣。	
中藥學教科書	辛，溫。 散寒止痛，理氣和胃。 用於： 1. 消化不良、慢性胃病、胃寒嘔吐、食少。 2. 協肋脹痛、腹部脹氣、胃腹冷痛。 3. 寒疝腹痛，包括腸絞痛，睪丸偏墜。	陰虛火旺者慎服。
比較	大陸中藥典與教科書相同(辛，溫)。 本草備要(大茴辛熱)。	
評析	1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→止痛，理氣(大陸中藥典)；開胃下食(本草備要)；止痛，理氣(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→散寒(大陸中藥典)；暖丹田，補命門(本草備要)；散寒止痛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，溫」。	
備註		

※015 小薊 臺灣中藥典頁碼:16

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	甘、苦，涼。	
	理血藥(止血)。 涼血止血，散瘀解毒消癰。 用於衄血，吐血，尿血，血淋，便血，崩漏，外傷出血，癰腫瘡毒。	
本草備要	甘溫。	
	功能：皆能破血下氣，行而帶補。 主治：治吐衄腸癰，女子赤白濁安胎。	
中藥學教科書	甘，涼。	因本品寒涼易傷脾胃之陽氣，故脾胃虛寒者慎用。
	涼血止血，解毒消癰。 用於 1. 血熱妄行的各種出血，吐衄、咳血、崩漏、便血、尿血。 2. 癰腫瘡毒。 3. 外傷出血。 4. 高血壓。	
比較	三者都不同。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→崩漏，外傷出血(大陸中藥典)；帶補(本草備要)；崩漏，外傷出血(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→涼血解毒(大陸中藥典)；下氣(本草備要)；涼血止血，消癰(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、涼」。	
備註		

※016 山豆根 臺灣中藥典頁碼:17

臺灣中藥典	【性味建議】 清熱藥(清熱解毒)。	脾胃虛寒，便溏者忌服。
大陸中藥典	苦，寒；有毒。 清熱解毒，消腫利咽。 用於火毒蘊結，乳蛾喉痹，咽喉腫痛，齒齦腫痛，口舌生瘡。	
本草備要	苦寒。 功能：苦寒瀉心火，以保金氣，去肺大腸之風熱，消腫止痛。 主治： 1. 治喉癰喉風，齦腫齒痛，喘滿熱欬，腹痛下痢，五痔諸瘡。 2. 解諸藥毒，傳禿瘡蛇狗蜘蛛傷，療人馬急黃。	無
中藥學教科書	苦，寒。 清熱解毒，利咽喉，消腫止痛。消炎、解毒，抑制惡性腫瘤藥。 用於： 1. 咽喉腫痛、牙齦腫痛。 2. 癌瘤治療的輔助藥。	本品苦寒，不宜於脾胃虛寒、少食、便溏者。脾胃虛寒泄瀉者忌服。凡脾胃虛寒，食少便泄，及虛火咽痛均忌服。服量過大，易致嘔吐，甚至出現頭昏頭暈，大汗淋漓，步態不穩等中毒癥狀。
比較	三者都相同(苦，寒)。	
評析	1. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火解毒、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→解毒，消腫(大陸中藥典)；瀉心火(本草備要)；解毒，消腫(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱，用於火毒蘊結(大陸中藥典)；去風熱(本草備要)；清熱解毒(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒」。	
備註		

※017 山柰 臺灣中藥典頁碼:19

臺灣中藥典	【性味建議】	
大陸中藥典	辛，溫。	
本草備要	辛溫	
中藥學教科書	(無)	
比較	大陸中藥典與本草相同(辛，溫)。	
評析	1. 辛能散能行→胸膈脹滿(大陸中藥典)；心腹冷痛(本草備要)。	
性味建議	2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→脘腹冷痛(大陸中藥典)；心腹冷痛，寒溼霍亂(本草備要)。	
備註	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，溫」。	

臺灣中藥典	【性味建議】	
	補益藥(補陰)。	
大陸中藥典	酸、澀，微溫。	
本草備要	辛溫酸澹。 功用 1. 補腎溫肝(入二經氣分)，固精秘氣，強陰助陽，安五臟，通九竅，暖腰膝，縮小便。 主治 1. 治風寒濕痺，鼻塞目黃，耳鳴耳聾。	惡桔梗、防風、防己。
中藥學教科書	酸、澀、微溫。 補益肝腎，收斂固澀、澀精，止汗。滋養強壯，收斂，抗菌藥。 1. 腎虛、小便頻數、頭暈目眩、耳鳴、腰膝酸疼。 2. 遺精、遺尿、小便頻數。 3. 肝腎不足所致的高血壓。 4. 崩漏、月經過多而屬氣血虛弱者。 5. 用於治虛汗不止，尤其亡陽而汗出不止，有良好效果。 6. 心腹疼痛而有肝腎不足表現者，或肝虛所致的心腹疼痛。	本品溫補收斂，故命門火熾，素有濕熱及小便不利者不宜用。
比較	大陸中藥典與教科書相同(酸、澀、微溫)。 本草不同(辛溫酸澹)。	
評析	1. 酸能收能斂→遺尿尿頻(大陸中藥典)；固精秘氣(本草備要)；虛汗不止(中藥學教科書)。 2. 辛能散能行→風寒濕痺(本草備要)。 3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→陽痿遺精(大陸中藥典)；暖腰膝(本草備要)；腎虛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「酸、澀，微溫」。	
備註	澀與酸功能相似，性味是否只取其一，仍需參考其他文獻；辛味僅本草備要有相關功能描述，是否採用仍需參考其他文獻；上述參考文獻對於「溫熱」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※019 山楂 臺灣中藥典頁碼:21

臺灣中藥典	【性味建議】 消導藥。	消化性潰瘍者慎用。
大陸中藥典	酸、甘，微溫。 消食健胃，行氣散瘀，化濁降脂。用於肉食積滯，胃脘脹滿，瀉痢腹痛，瘀血經閉，產後瘀阻，心腹刺痛，胸痹心痛，疝氣疼痛，高脂血症。焦山楂消食導滯作用增強。用於肉食積滯，瀉痢不爽。	
本草備要	酸甘鹹溫。 功用 1. 健脾行氣，散瘀化痰，消食磨積。 2. 發小兒痘疹，止兒枕作痛。	
中藥學教科書	酸、甘，微溫。 消食化積，活血散瘀。 1. 食積停滯、油膩肉積、消化不良、脹腹痛、胃酸缺乏症、食慾缺乏。 2. 腹瀉，對痢疾或慢性結腸炎都有療效。 3. 婦女月經痛、產後下腹瘀痛、惡露不盡及一切瘀滯出血之症。 4. 出血、胃出血、血痢炒炭用。 5. 疝氣偏墜脹痛。	脾胃虛弱者慎服。
比較	大陸中藥典與教科書相同(酸、甘，微溫)。 本草不同(酸甘鹹溫)。	
評析	1. 甘能補能緩能和→瀉痢腹痛(大陸中藥典)；健脾行氣(本草備要)；脹腹痛(中藥學教科書)。 2. 酸能收能斂，且有助消食導滯的功能→消食健胃(大陸中藥典)；消食磨積(本草備要)；一切瘀滯出血之症(中藥學教科書)。 3. 鹹能下能軟→較無此功能之敘述。 4. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→瘀血經閉(大陸中藥典)；疝氣偏墜脹痛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「酸、甘，微溫」。	
備註	上述參考文獻對於「溫熱」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※020 山藥 臺灣中藥典頁碼: 23

臺灣中藥典	【性味建議】 補益藥(補氣)。	
大陸中藥典	甘，平。 補脾養胃，生津益肺，補腎澀精。用於脾虛食少，久瀉不止，肺虛喘咳，腎虛遺精，帶下，尿頻，虛熱消渴。麩炒山藥補脾健胃。用於脾虛食少，泄瀉便溏，白帶過多。	
本草備要	甘。 功用 1. 補其不足，清其虛熱。 2. 固腸胃，潤皮毛，化痰涎，止瀉痢。 3. 肺為腎母，故又益腎強陰，治虛損勞傷。 4. 脾為心子，故又益心氣，治健忘遺精。 5. 生搗敷癰瘡，消腫硬。	
中藥學教科書	甘，平。 益氣養陰、補脾養胃、生津益肺、補腎澀精。 1. 脾胃虛弱，消化功能不良，飲食減少，體倦神疲，瀉痢消瘦。 2. 腎陰虛證、腎陰虧損、遺精夢洩、頻尿、健忘、虛羸、帶下。 3. 肺虛喘咳。 4. 消渴證。	本品養陰能助濕，故濕盛中滿或有積滯者忌服。屬於炎證腹瀉者忌用。有實邪者忌服。又山藥所含澱粉酶是健脾助運的活性物質，故本品不宜與鹼性藥混合，亦不宜煎熬過久，否則會使澱粉酶失效。
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘，平)。 本草不同(甘)。	
評析	1. 甘能補能緩能和→補脾養胃(大陸中藥典)；益腎強陰(本草備要)；益氣養陰(中藥學教科書)。 2. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，平」。	
備註		

※021 川木香 臺灣中藥典頁碼:23

臺灣中藥典	【性味建議】 理氣藥。	
大陸中藥典	辛、苦，溫。 行氣止痛。用於胸肋、脘腹脹痛，腸鳴腹瀉，裏急後重。	
本草備要	辛苦而溫。 功用 1. 三焦氣分之藥，能升降諸氣，泄肺氣，疏肝氣，和脾氣。 2. 殺鬼物，禦瘴霧。去腋臭，實大腸，消食安胎。 主治 1. 治一切氣痛，九種心痛，嘔逆反胃，霍亂瀉痢後重，癰閉。 2. 痰壅氣結，癰癥塊，腫毒蠱毒，衝脈為病，氣逆裏急。	畏火。
中藥學教科書	辛、苦，溫。 行氣止痛，溫中和胃。為常用理氣藥。 1. 脘腹氣滯脹痛，腹痛，因消化不良或蟲積等所致的腹滿脹痛均可適用。 2. 脾虛、飲食不化，腹脹泄瀉。 3. 濕熱痢疾瀉泄：對兼有裏急後重，腹部脹悶者更適宜。	本品辛溫香燥，凡陰虛火旺者慎用。
比較	三者都相同	
評析	1. 辛能散能行→胸肋、脘腹脹痛(大陸中藥典)；升降諸氣(本草備要)；脘腹氣滯脹痛(中藥學教科書)。 2. 苦能燥濕→腸鳴腹瀉(大陸中藥典)；霍亂瀉痢後重(本草備要)；濕熱痢疾瀉泄(中藥學教科書)。 3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→腸鳴腹瀉(本草備要)；脾虛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，溫」。	
備註		

臺灣中藥典	【性味建議】 利水滲濕藥。	
大陸中藥典	苦，寒。 利尿通淋，清心除煩，通經下乳。用於淋證，水腫，心煩尿赤，口舌生瘡，經閉乳少，濕熱痹痛。	
本草備要	甘淡輕虛 功用：上通心包，降心火，清肺熱，化津液。下通大小腸膀胱，導諸濕熱，由小便出。通利九竅，血脈，關節。除煩退熱，止痛排膿，破血催生，行經下乳。 主治：治胸中煩熱，遍身拘痛，大渴引飲，淋瀝不通，水腫浮大。耳聾目眩，口燥舌乾，喉痺咽痛，鼻艱失音，脾熱好眠。	
中藥學教科書	苦，寒。 利尿通淋，清心降火，通乳。 1. 尿道炎。 2. 腳氣、腎炎水腫。 3. 清熱治心火盛之心煩，口舌生瘡，咽喉痛。 4. 通乳。	小便過多、遺尿、精滑氣弱者及孕婦忌用。《得配本草》：「腎氣虛，心氣弱，汗不徹，舌燥，皆禁用。」內無濕熱，津虧，氣弱，精滑，溲頻及孕婦忌服。
比較	大陸中藥典與教科書相同(苦，寒)。 本草不同(甘淡輕虛)。	
評析	1. 苦能燥能泄，有清熱瀉火之功能→清心除煩(大陸中藥典)；降心火，清肺熱(本草備要)；尿道炎(中藥學教科書)。 2. 淡附於甘，有滲濕利尿的作用→利尿通淋(大陸中藥典、中藥學教科書)；淋瀝不通，水腫浮大(本草備要)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→心煩尿赤(大陸中藥典)；胸中煩熱(本草備要)；清熱治心火盛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒」。	
備註	由於寒涼藥之瀉火功效也可體現於利小便，故是否將甘淡味納入，仍需參考其他文獻。	

※023 川牛膝 臺灣中藥典頁碼:25

臺灣中藥典	【性味建議】	
	理血藥(活血祛瘀)。	
大陸中藥典	甘、微苦，平。	孕婦慎用。
	逐瘀通經，通利關節，利尿通淋。用於經閉癥瘕，胞衣不下，跌撲損傷，風濕痹痛，足痿筋攣，尿血血淋。	
本草備要	苦酸而平，酒蒸則甘酸而溫。	惡龜甲，畏白前，忌羊肉。
	功用 1.能引諸藥下行，酒蒸則甘酸而溫，益肝腎，強筋骨。	
	主治 1.治腰膝骨痛，足痿筋攣，陰痿失溺，久瘡下痢，傷中少氣。	
	2.生用則散惡血，破癥結，治心腹諸痛，淋痛尿血，經閉難產。	
	3.喉痺齒痛，癰腫惡瘡，金瘡傷折，出竹木刺。	
中藥學教科書	苦、酸，平。	
	活血化瘀、通經、消炎、止痛藥。	
	1.各種風濕、腎虛或跌打引起的腰膝關節疼痛。	
	2.婦科氣血瘀滯所致的月經困難、經痛、經閉。	
	3.虛火上炎引起的齒齦腫痛，如牙周病、吐衄。	
	4.腎結石之血尿腰痛、尿道炎等淋症。	
比較	本草與教科書相同(苦、酸，平)。	
	大陸中藥典不同(甘、微苦，平)。	
評析	1. 苦能燥能清泄，有清熱瀉火的功效→風濕痹痛(大陸中藥典)；癰腫惡瘡(本草備要)；虛火上炎引起的齒齦腫痛(中藥學教科書)。	
	2. 甘能補能緩能和→酒蒸則甘酸而溫，益肝腎，強筋骨(本草備要)	
	3. 酸能收斂、化陰生津→陰痿失溺(本草備要)。	
	4. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、酸，平」。	
備註		

臺灣中藥典	<p>【性味建議】</p>	<p>本品毒性大，應小心保管貯藏，一般炮製後用，宜先煎，久煎；孕婦忌內服。</p>
大陸中藥典	<p>溫裏藥。</p> <p>辛、苦，熱；有大毒。</p> <p>祛風除濕，溫經止痛。用於風寒濕痺，關節疼痛，心腹冷痛，寒疝作痛及麻醉止痛。</p>	<p>生品內服宜慎；孕婦禁用；不宜與半夏、瓜蒌、瓜蒌子、瓜蒌皮、天花粉、川貝母、浙貝母、平貝母、伊貝母、湖北貝母、白薇、白及同用。</p>
本草備要	<p>(無)</p> <p>(無)</p>	
中藥學教科書	<p>辛、苦，熱；有大毒。</p> <p>祛風除濕，溫經止痛。</p> <p>1. 風寒痺痛，關節疼痛，手足拘攣，半身不遂。</p> <p>2. 鎮痛作用較附子強，但強心和祛寒作用不及附子。</p>	
比較	<p>大陸中藥典與教科書相同(辛、苦，熱)。</p> <p>本草不同(無記錄)。</p>	
評析	<p>1. 辛能散能行→祛風除濕(大陸中藥典)；手足拘攣(中藥學教科書)。</p> <p>2. 苦能燥→風寒濕痺(大陸中藥典)；風寒痺痛(中藥學教科書)。</p> <p>3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→溫經止痛(大陸中藥典)；風寒痺痛(中藥學教科書)。</p>	
性味建議	<p>根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，熱；有大毒」。</p>	
備註		

※025 川棟子 臺灣中藥典頁碼:28

臺灣中藥典	【性味建議】 理氣藥。	
大陸中藥典	苦，寒；有小毒。 疏肝泄熱，行氣止痛，殺蟲。用於肝鬱化火，胸肋、脘腹脹痛，疝氣疼痛，蟲積腹痛。	
本草備要	苦寒有小毒。 功能 1. 能入肝舒筋，能導小腸膀胱之熱。 2. 因引心包相火下行，通利小便，為疝氣要藥。 主治 1. 亦治傷寒狂熱，熱厥。 2. 腹痛心痛，殺三蟲，療瘍疥。	
中藥學教科書	苦，寒；有小毒。 行氣止痛，殺蟲，療癰。為治療各種熱性腹痛的常用藥。 1. 肝氣鬱滯、肝膽火盛所致的腹痛、脅痛。 2. 疝痛。 3. 蟲積腹痛。 4. 一切瘡瘍腫毒、疥癬。	本品味苦性寒，凡脾胃虛寒者不宜用。
比較	三者都相同	
評析	1. 苦能泄，有清熱瀉火之功效→疏肝泄熱(大陸中藥典)；傷寒狂熱，熱厥(本草備要)；一切瘡瘍腫毒(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→肝鬱化火(大陸中藥典)；引心包相火下行(本草備要)；肝膽火盛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒」。	
備註		

※026 丹參 臺灣中藥典頁碼:29

臺灣中藥典	【性味建議】 理血藥(活血祛瘀)	注意事項:無
大陸中藥典	苦，微寒 活血祛瘀，通經止痛，清心除煩，涼血消癰。 用於胸痹心痛，腕腹脇痛，癥瘕積聚，熱痺疼痛，心煩不眠，月經不調，痛經經閉，瘡瘍腫痛。	注意事項:不宜與藜蘆同用。
本草備要	氣平而降，味苦 功用 1. 宿血，生新血，安生胎，墮死胎。 2. 調經脈，除煩熱，功兼四物，為女科要藥。 主治 1. 治冷熱勞，骨節痛，風痺不隨。 2. 腸鳴腹痛，崩帶癥瘕，血虛血瘀之候。 3. 又治目赤，疝痛，瘡疥，腫毒，排膿生肌。	注意事項:畏鹹水，忌醋，反藜蘆。
中藥學教科書	苦，微寒 活血調經，祛瘀止痛，涼血消癰，除煩安神。	注意事項:孕婦慎用，無瘀血或有出血傾向的患者慎服。反藜蘆。
比較	大陸中藥典與教科書相同(苦，微寒) 本草不同(氣平而降，味苦)	
評析	1. 苦能泄，有清熱瀉火→清心除煩(大陸中藥典);除煩熱(本草備要);涼血消癰，除煩(中藥學教科書) 2. 寒藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→涼血消癰(大陸中藥典);涼血消癰(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，微寒」。	
備註	形容”寒”的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※027 五味子 臺灣中藥典頁碼:30

臺灣中藥典	【性味建議】 收澀藥	注意事項:無
大陸中藥典	酸、甘，溫 收斂固澀，益氣生津，補腎寧心。 用於久嗽虛喘，夢遺滑精，遺尿尿頻，久瀉不止，自汗盜汗，津傷口渴，內熱消渴，心悸失眠。	注意事項:無
本草備要	性溫，五味俱備，酸鹹為多 功用 1. 故專收斂肺氣，而滋腎水，益氣生津，補虛明目，強陰瀆精。 2. 退熱斂汗，止嘔住瀉，寧嗽定喘，除煩渴。 3. 消水腫，解酒毒，收耗散之氣，瞳子散大。	注意事項:蓯蓉為使，惡萎蕤。
中藥學教科書	酸、溫 斂肺止咳、補腎澀精、止瀉、寧心安神，益氣生津、斂汗。滋補、鎮咳祛痰、收斂止汗藥。	注意事項：本品酸澀收斂，凡表邪未解，內有實熱，咳嗽初起，麻疹初發或胃酸過多者均不宜用。久服對胃有刺激作用，少數患者可出現輕度口乾、食欲減退，反酸惡心、上腹部不適或燒灼感。極個別病例有過敏反應。
比較	三者都不同。 大陸中藥典(酸、甘，溫)。本草(性溫，五味俱備，酸鹹為多)。教課書(酸、溫)	
評析	1. 酸能收能澀，有收斂、固澀的作用→收斂固澀(大陸中藥典)；收斂肺氣，瀆精(本草備要)；斂肺止咳、補腎澀精、斂汗(中藥學教科書) 2. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→益氣生津，補腎寧心(大陸中藥典)；滋腎水，益氣生津，補虛明目(本草備要)；補腎，益氣生津(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「酸、甘，溫」。	
備註	雖然大陸中藥典、本草、教課書都有”溫”，但是從功效都無法判斷，建議參考其他文獻決定。	

※028 五倍子 臺灣中藥典頁碼:32

臺灣中藥典	【性味建議】 收斂藥	注意事項:無
大陸中藥典	酸、澀，寒 斂肺降火，澀腸止瀉，斂汗，止血，收濕斂瘡。 用於肺虛久咳，肺熱痰嗽，久瀉久痢，自汗盜汗，消渴，便血痔血， 外傷出血，癰腫瘡毒，皮膚濕爛	注意事項:無
本草備要	鹹酸 功用 1. 其性瀋，能斂肺，其氣寒，能降火生津，化痰止咳，止血斂汗解酒。 2. 散熱毒，消目腫，斂瘡口，其色黑，能染鬚。 主治 1. 療消渴泄痢，瘡癬五痔，下血脫肛，膿水濕爛，子腸墜下。	注意事項:無
中藥學教科書	酸、澀，寒 斂肺降火，澀腸止瀉，斂汗止血，收濕斂瘡，固精。收斂止血藥。	注意事項:本品酸澀收斂，凡外感風寒或肺有實熱之咳嗽及積滯未清之瀉痢均忌服。
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草不同(鹹酸)	
評析	1. 酸能收能澀，有收斂、固澀的作用→斂肺，澀腸止瀉，斂汗，止血，收濕斂瘡(大陸中藥典)；能斂肺，止血斂汗(本草備要)；斂肺，澀腸止瀉，斂汗止血，收濕斂瘡，固精(中藥學教科書) 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→降火(大陸中藥典)；降火生津、散熱毒(本草備要)；降火(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「酸、澀，寒」。	
備註	一般認為「澀併於酸」，所以不另加「澀」。	

※029 五靈脂 臺灣中藥典頁碼:33

臺灣中藥典	【性味建議】 理血藥(活血祛瘀)	注意事項:孕婦慎用,畏人參。
大陸中藥典	無 無	注意事項:無
本草備要	甘溫純陰,氣味俱厚 功用 1. 通利血脈,散血和血,經閉能通,血多能止。 2. 除風化痰,殺蟲消積。 主治 1. 治血痺血積血眼血痢,腸風崩中,一切血症。 2. 心腹血氣,一切諸痛。 3. 治驚疴瘧疝蛇蝎蜈蚣傷。	注意事項:惡人參
中藥學教科書	苦、甘,溫 活血止痛、化瘀止血。止痛、止血藥。	注意事項:無
比較	三者都不同 大陸中藥典(無)。本草(甘溫純陰,氣味俱厚)。教課書(苦、甘,溫)	
評析	甘能補能緩能和,有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→和血、治一切諸痛(本草備要);止痛(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析,建議性味描述採用「苦、甘,溫」。	
備註	雖然本草備要和中藥學教科書都有「溫」,但功效都沒有描述,建議參考其他文獻決定。	

※030 化橘紅 臺灣中藥典頁碼: 33

臺灣中藥典	【性味建議】 理氣藥	注意事項:無
大陸中藥典	辛、苦，溫 理氣寬中，燥濕化痰。 用於咳嗽痰多，食積傷酒，嘔惡痞悶	注意事項:無
本草備要	辛微溫 理氣化痰，功力十倍，出化州。	注意事項:無
中藥學教科書	苦辛溫 理氣寬中，燥濕化痰。	注意事項:無
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草不同(辛微溫)	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→理氣寬中(大陸中藥典)；理氣(本草備要)；理氣寬中(中藥學教科書) 2. 苦能燥濕→燥濕(大陸中藥典)；燥濕(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，溫」。	
備註	雖然大陸中藥典、本草備要和中藥學教科書都有「溫」，但功效都沒有描述，建議參考其他文獻決定。	

※031 升麻 臺灣中藥典頁碼:35

臺灣中藥典	【性味建議】 辛涼解表藥	注意事項:無
大陸中藥典	辛、微甘，微寒 發表透疹，清熱解毒，升舉陽氣。 用於風熱頭痛，齒痛，口瘡，咽喉腫痛，麻疹不透，陽毒發斑，脫肛，子宮脫垂。	注意事項:無
本草備要	甘辛微苦 功用 1. 表散風邪，升發火鬱，能升陽氣於至陰之下。 2. 引甘溫之藥上行，以補衛氣之散，而實其表。 3. 解百藥毒，吐蠱毒，殺精鬼。 主治 1. 治時氣毒癘，頭痛，寒熱，肺痿吐膿。 2. 下痢後重，久泄，脫肛，崩中帶下，足寒陰痿。 3. 目赤，口瘡痘瘡，斑疹，風熱瘡癰。	注意事項:無
中藥學教科書	辛、甘，微寒 發表透疹，散風解毒，清熱解毒，升陽舉陷。	注意事項:本品具升浮之性，凡陰虛陽浮，喘滿氣逆及麻疹已透，均當忌用。上盛下虛，陰虛火旺及麻疹已透者忌服。
比較	三者都不同 大陸中藥典(辛、微甘，微寒)。本草(甘辛微苦)。教課書(辛、甘，微寒)	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→發表透疹(大陸中藥典)；表散風邪(本草備要)；發表透疹，散風(中藥學教科書) 2. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→解毒(大陸中藥典)；解百藥毒(本草備要)；解毒(中藥學教科書) 3. 寒藥多具清熱作用→清熱(大陸中藥典)；目赤，風熱瘡癰(本草備要)；清熱(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、甘、微寒」。	
備註	形容”寒”的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※032 天竺黃 臺灣中藥典頁碼:36

臺灣中藥典	【性味建議】 祛痰藥(清化熱痰)	注意事項:無
大陸中藥典	甘，寒 清熱豁痰，涼心定驚。 用於熱病神昏，中風痰迷，小兒痰熱驚癇、抽搐、夜啼	注意事項:無
本草備要	甘而微寒 功用 1. 涼心經，去風熱，利竅豁痰，鎮肝明目。 2. 功同竹瀝，而性和緩，無寒滑之患。 主治 1. 治大人中風不語，小兒客忤驚癇為尤宜。	注意事項:無
中藥學教科書	甘，寒 清化熱痰，清心定驚。	注意事項:無
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(甘而微寒)	
評析	寒藥多具清熱作用→清熱豁痰，涼心定驚(大陸中藥典)；涼心經，去風熱(本草備要)；清化熱痰，清心(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，寒」。	
備註	雖然大陸中藥典、本草備要和中藥學教科書都有「甘」，但功效都沒有描述，建議參考其他文獻決定。	

※033 天門冬 臺灣中藥典頁碼:36

臺灣中藥典	【性味建議】 補益藥(補陰)	注意事項:無
大陸中藥典	甘、苦，寒 養陰潤燥，清肺生津。 用於肺燥乾咳，頓咳痰黏，腰膝酸痛，骨蒸潮熱，內熱消渴，熱病津傷，咽乾口渴，腸燥便秘。	注意事項:無
本草備要	無 無	注意事項:地黃、貝母為使，惡鯉魚。
中藥學教科書	甘、苦，大寒 清肺降火，滋陰潤燥	注意事項:脾胃虛寒，食少便溏者忌服。
比較	三者都不同 大陸中藥典(甘、苦，寒)。本草(無)。教課書(甘、苦，大寒)	
評析	1. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→養陰潤燥，生津(大陸中藥典)；滋陰潤燥(中藥學教科書) 2. 苦能泄，有清熱瀉火→內熱消渴，熱病津傷(大陸中藥典)；清肺降火(中藥學教科書) 3. 寒藥多具清熱、滋陰等作用→養陰潤燥，清肺生津(大陸中藥典)；清肺降火，滋陰潤燥(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦、寒」。	
備註	形容”寒”的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※034 天南星 臺灣中藥典頁碼:37

臺灣中藥典	【性味建議】 祛痰藥(溫化寒痰)	注意事項:本品有毒,孕婦慎用。
大陸中藥典	苦、辛,溫;有毒 散結消腫。外用治癰腫,蛇蟲咬傷。	注意事項:孕婦慎用;生品內服宜慎。
本草備要	辛苦溫,燥、毒 功用 1. 味辛而苦,能治風散血,氣溫而燥,能勝濕除痰。 2. 性緊而毒,能攻積拔腫,補肝風虛,為肝脾肺三經之藥。 3. 破結下氣,利水墮胎,性更烈於半夏。 主治 1. 治驚癇風眩,身強口噤,喉痺舌瘡。 2. 結核疝瘕,癰毒疥癬,蛇蟲咬毒。	注意事項:畏附子、乾薑、防風。
中藥學教科書	苦、辛,溫;有毒 燥濕化痰、祛風止癢;外用散結消腫。	注意事項:陰虛燥痰及孕婦忌服。生南星一般不作內服。
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(辛苦溫,燥、毒)	
評析	1. 辛能散能行能潤,有發散解表、行氣行血的作用→散結消腫(大陸中藥典);治風散血(本草備要);散結消腫(中藥學教科書) 2. 苦能燥濕→勝濕除痰(本草備要);燥濕化痰(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析,建議性味描述採用「辛、苦,溫;有毒」。	
備註	雖然大陸中藥典、本草備要和中藥學教科書都有「溫」,但功效都沒有描述,建議參考其他文獻決定。	

※035 天麻 臺灣中藥典頁碼:39

臺灣中藥典	【性味建議】	注意事項:無
	平肝息風藥	
大陸中藥典	甘，平	注意事項:無
	息風止癱，平抑肝陽，祛風通絡。 用於小兒驚風，癱瘓抽搐，破傷風，頭痛眩暈，手足不遂，肢體麻木，風濕痹痛。	
本草備要	辛溫	注意事項:無
	功用 1. 益氣強陰，通血脈，強筋力，疏痰氣。 主治 1. 治諸風眩掉，頭旋眼黑，語言不遂，風濕痺，小兒驚。	
中藥學教科書	甘，平	注意事項:使御風草根，勿使天麻，二件若同用，即令人有腸結之患。
	平肝潛陽、息風止癱、定驚，鎮靜、鎮癱、鎮痛藥。	
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(辛溫)	
評析	甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→益氣強陰(本草備要)；鎮痛(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，平」。	
備註		

※036 太子參 臺灣中藥典頁碼:40

臺灣中藥典	【性味建議】 補益藥(補氣藥)	注意事項:無
大陸中藥典	甘、微苦，平 益氣健脾,生津潤肺。 用於脾虛體倦，食欲不振，病後虛弱，氣陰不足，自汗口渴，肺燥乾咳。	注意事項:無
本草備要	生甘苦微涼，熟甘溫。 功用 1. 大補肺中元氣，瀉火，益土(健脾)，生金(補肺)。 2. 明目、開心、益智、添精神、定驚悸，除煩渴。 3. 通血脈，破堅積，消痰水。 主治 1. 治虛勞內傷，發熱自汗，多夢紛紜。 2. 嘔噦反胃，虛欬喘促，瘧痢滑瀉。 3. 淋瀝脹滿，中暑中風，及一切血證。	注意事項:無
中藥學教科書	甘、微苦，平 補氣生津	注意事項:凡病有實邪者慎用。不與藜蘆配伍。
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(生甘苦微涼，熟甘溫)	
評析	1. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→益氣，生津潤肺(大陸中藥典)；大補肺中元氣，健脾補肺(本草備要)；補氣生津(中藥學教科書) 2. 苦能燥濕→健脾(大陸中藥典)；健脾(本草備要)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、微，平」。	
備註	1. 雖然大陸中藥典和中藥學教科書都有「平」，但功效不知如何判斷，建議參考其他文獻決定。 2. 形容”苦”的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※037 巴豆 臺灣中藥典頁碼:41

臺灣中藥典	<p>【性味建議】</p> <p>瀉下藥(攻下逐水)</p>	<p>注意事項:本品毒性大,應小心保管貯藏。外用適量,孕婦禁用;不宜和牽牛子同用。</p>
大陸中藥典	<p>辛,熱;有大毒</p> <p>外用蝕瘡。 用於惡瘡疥癬,疣痣。</p>	<p>注意事項:孕婦禁用;不宜與牽牛子同用。</p>
本草備要	<p>辛熱有大毒</p> <p>功用 1. 或薰鼻,或刺喉,能行惡涎惡血。 主治 1. 治中風中惡,痰厥氣厥,喉痺不通,一切急病。</p>	<p>注意事項:芫花為使,畏大黃、黃連、涼水</p>
中藥學教科書	<p>辛,熱;有大毒</p> <p>瀉下逐水,外用蝕瘡。瀉下冷積,逐水退腫,祛痰利咽。逐水攻堅,蝕瘡殺蟲。</p>	<p>注意事項:服巴豆時,不宜食熱粥、飲開水等熱物,以免加劇瀉下。體弱者及孕婦忌用。(1)《本草經集注》:“畏大黃、黃連、藜蘆。”(2)《藥對》:“畏蘆筍、菇筍、醬豉、冷水。與牽牛相反。”</p>
比較	<p>三者都相同</p>	
評析	<p>1. 辛能散能行能潤,有發散解表、行氣行血的作用→用於惡瘡疥癬,疣痣(大陸中藥典);能行惡涎惡血(本草備要);外用蝕瘡(中藥學教科書)</p> <p>2. 熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用,用於各種寒證→痰厥氣厥(本草備要);瀉下冷積(中藥學教科書)</p>	
性味建議	<p>根據參考文獻評析,建議性味描述採用「辛、熱;有大毒」。</p>	
備註		

※038 巴戟天 臺灣中藥典頁碼:42

臺灣中藥典	【性味建議】 補益藥(助陽)	注意事項:無
大陸中藥典	甘、辛，微溫 補腎陽，強筋骨，祛風濕。 用於陽痿遺精，宮冷不孕，月經不調，少腹冷痛，風濕痺痛，筋骨痿軟。	注意事項:無
本草備要	甘辛微溫 功用 1. 強陰益精。 主治 1. 治五勞七傷，辛溫散風濕，治風氣腳氣水腫。	注意事項:覆盆子為使，惡丹參。
中藥學教科書	辛、甘，微溫 補腎助陽，強筋骨，祛風除濕。滋補強壯藥。	注意事項:巴戟天補腎助陽，性質柔潤，不若淫羊藿之燥散，但只適用於陽虛有寒濕之證，如陰虛火旺、小便不利、口乾舌燥或有濕熱內盛者均不宜服。
比較	三者都相同	
評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→祛風濕(大陸中藥典)；散風濕(本草備要)；祛風除濕(中藥學教科書) 2. 甘能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→補腎陽，強筋骨(大陸中藥典)；強陰益精(本草備要)；補腎助陽，強筋骨(中藥學教科書) 3. 溫藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用，用於各種寒證→治宮冷不孕(大陸中藥典)；辛溫散風濕(本草備要) 	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、甘，微溫」。	
備註	形容”溫”的程度描述，建議參考其他文獻決定。	

※039 木瓜 臺灣中藥典頁碼:42

臺灣中藥典	【性味建議】 祛風濕藥	注意事項:無
大陸中藥典	酸，溫 舒筋活絡，和胃化濕。 用於濕痺拘攣，腰膝關節酸重疼痛，暑濕吐瀉，轉筋攣痛，腳氣水腫。	注意事項:無
本草備要	酸澇而溫 功用 1. 斂肺和胃，理脾伐肝，化食，止渴。 2. 氣脫能收，氣滯能和，調營衛，利筋骨，去濕熱，消水脹。 主治 1. 治霍亂轉筋，瀉痢腳氣，腰足無力。	注意事項:忌鐵。
中藥學教科書	酸，溫 和胃止瀉、鎮嘔、鎮痛、利尿藥。舒筋平肝，和脾斂肺，祛除濕熱。舒筋活絡，化濕和胃。	注意事項:有濕熱積滯者慎用。(1)《食療本草》：“不可多食，損齒及骨。”(2)《醫學入門》：“忌鉛、鐵。”(3)《本草經疏》：“下部腰膝無力，由於精血虛；傷食、脾胃未虛，積滯多者不宜用。”
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(酸澇而溫)	
評析	酸能收能澀，有收斂、固澀的作用→暑濕吐瀉(大陸中藥典)；氣脫能收(本草備要)；和胃止瀉(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「酸，溫」。	
備註	雖然大陸中藥典、本草備要和中藥學教科書都有「溫」，但功效不知如何判斷，建議參考其他文獻決定。	

※040 木香 臺灣中藥典頁碼: 43

臺灣中藥典	【性味建議】 行氣止痛止瀉	注意事項:無
大陸中藥典	辛、苦，溫 行氣止痛，健脾消食。 用於胸脇、脘腹脹痛，瀉痢後重，食積不消，不思飲食。 煨木香實腸止瀉。用於泄瀉腹痛。	注意事項:無
本草備要	辛苦而溫 功用 1. 三焦氣分之藥，能升降諸氣，泄肺氣，疏肝氣，和脾氣。 2. 殺鬼物，禦瘴霧。去腋臭，實大腸，消食安胎。 主治 1. 治一切氣痛，九種心痛，嘔逆反胃，霍亂瀉痢後重，癃閉。 2. 痰壅氣結，癖癥塊，腫毒蠱毒，衝脈為病，氣逆裏急。	注意事項:畏火。
中藥學教科書	辛、苦，溫 行氣止痛，溫中和胃。為常用理氣藥。	注意事項:本品辛溫香燥，凡陰虛火旺者慎用。
比較	三者都相同	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→行氣止痛(大陸中藥典);三焦氣分之藥，能升降諸氣(本草備要);行氣止痛(中藥學教科書) 2. 苦能燥，有燥濕的作用→健脾(大陸中藥典);治嘔逆反胃，霍亂瀉痢後重(本草備要);和胃(中藥學教科書) 3. 溫藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用，用於各種寒證→溫中(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦、溫」。	
備註		

※041 木通 臺灣中藥典頁碼:45

臺灣中藥典	【性味建議】 利尿滲濕藥	注意事項:無
大陸中藥典	苦，寒 利尿通淋，清心除煩,通經下乳。 用於淋證，水腫，心煩尿赤，口舌生瘡，經閉乳少，濕熱痺痛。	注意事項:無
本草備要	甘淡輕虛 功用 1. 上通心包，降心火，清肺熱，化津液。下通大小腸膀胱，導諸濕熱，由小便出。通利九竅，血脈，關節。除煩退熱，止痛排膿，破血催生，行經下乳。 主治 1. 治胸中煩熱，遍身拘痛，大渴引飲，淋瀝不通，水腫浮大。耳聾目眩，口燥舌乾，喉痺咽痛，鼻艱失音，脾熱好眠。	注意事項:無
中藥學教科書	苦，寒。有小毒 利尿通淋，清心降火，通乳。	注意事項:小便過多、遺尿、精滑氣弱者及孕婦忌用。《得配本草》：“腎氣虛，心氣弱，汗不徹，舌燥，皆禁用。”內無濕熱，津虧，氣弱，精滑，溲頻及孕婦忌服。
比較	三者都不同 大陸中藥典(苦，寒)。本草(甘淡輕虛)。教課書(苦，寒。有小毒)	
評析	1. 苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→利尿通淋(大陸中藥典)；降心火，清肺熱，化津液(本草備要)；利尿通淋(中藥學教科書) 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→心煩尿赤，濕熱痺痛(大陸中藥典)；導諸濕熱，除煩退熱(本草備要)；清心降火(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、寒」。	
備註	雖然本草備要有「甘淡輕虛」，但是找不到對應的功效，建議參考其他文獻決定。	

※042 木賊 臺灣中藥典頁碼:46

臺灣中藥典	【性味建議】 解表藥(發散風熱)	注意事項:無
大陸中藥典	甘、苦，平 疏散風熱，明目退翳。 用於風熱目赤，迎風流淚，目生雲翳。	注意事項:無
本草備要	溫微甘苦 功用 1. 中空輕揚，與麻黃同形性。 2. 亦能發汗，解肌，升散火鬱風濕。 主治 1. 治目疾，退翳膜，及疝痛。 2. 脫肛，腸風，痔瘻，赤痢，崩中，諸血病。	注意事項:無
中藥學教科書	甘、苦，平 疏散風熱，明目退翳，止血，淡滲利濕。	注意事項:氣血虛者不宜多服、久服。(1)明·倪朱謨《本草匯言》:「多服損肝，不宜久服。」(2)明·繆希雍《神農本草經疏》:「目疾由於怒氣及暑熱傷血、暴赤腫痛者，非其所任。」
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(溫微甘苦)	
評析	苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→疏散風熱(大陸中藥典);升散火鬱風濕(本草備要);疏散風熱(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦，平」。	
備註	雖然尚有「甘、苦、平」，但從功效尚難判斷，建議參考其他文獻決定。	

※043 水蛭 臺灣中藥典頁碼: 47

臺灣中藥典	【性味建議】 理血藥(活血祛瘀)	注意事項:孕婦忌服。
大陸中藥典	鹹、苦，平；有小毒 破血通經，逐瘀消癥。 用於血瘀經閉，癥瘕痞塊，中風偏癱，跌撲損傷	注意事項:孕婦禁用。
本草備要	無 無	注意事項:無
中藥學教科書	鹹、苦，平；有小毒 破血逐瘀，通經。祛瘀活血藥。	注意事項:無
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(無)	
評析	鹹能下能軟，有瀉下通便、軟堅散結的作用→血瘀經閉，癥瘕痞塊(大陸中藥典)；破血逐瘀(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「鹹、苦，平」。	
備註	雖然尚有「苦、平」，但功效不知如何判斷，建議參考其他文獻決定。	

※044 火麻仁 臺灣中藥典頁碼: 48

臺灣中藥典	【性味建議】 瀉下藥(潤下)	注意事項:無
大陸中藥典	甘, 平 潤腸通便。 用於血虛津虧, 腸燥便秘。	注意事項:無
本草備要	甘平滑利 功用 1. 緩脾潤燥。 2. 破積血, 利小便, 通乳催生, 又木穀也, 亦能治風。 主治 1. 治陽明病, 胃熱汗多而便難。	注意事項:無
中藥學教科書	甘, 平 滑潤性瀉藥。 種子: 甘, 平; 潤燥滑腸, 通淋, 活血。 葉: 味辛, 有毒; 解毒, 麻醉, 利尿。 花: 苦、辛, 溫, 有毒; 祛風活血。潤腸通便。	注意事項:脾虛便溏者不宜。(1)《本草經集注》:“畏牡蠣、白薇, 惡茯苓。”(2)《食性本草》:“多食損血脈, 滑精氣, 痿陽氣, 婦人多食發帶疾。”
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(甘平滑利)	
評析	甘能補能緩能和, 有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→潤腸(大陸中藥典); 緩脾潤燥(本草備要); 潤燥滑腸(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析, 建議性味描述採用「甘, 平」。	
備註	雖然尚有「平」, 但功效不知如何判斷, 建議參考其他文獻決定。	

※045 牛黃 臺灣中藥典頁碼: 49

臺灣中藥典	【性味建議】 平肝息風藥	注意事項:無
大陸中藥典	甘，涼 清心，豁痰，開竅，涼肝，息風，解毒。 用於熱病神昏，中風痰迷，驚癇抽搐，癲癇發狂，咽喉腫痛，口舌生瘡，癰腫疔瘡。	注意事項:孕婦慎用。
本草備要	甘涼 功用 1. 清心解熱，利痰涼驚，通竅辟邪。 主治 1. 治中風入臟，驚癇口噤，小兒百病，發痘墮胎	注意事項:人參為使，惡龍骨、龍膽、地黃、常山。
中藥學教科書	苦、甘，涼 清心豁痰，開竅醒神，清肝解毒，息風止癇。解熱、鎮癇、鎮靜、消炎解毒藥。	注意事項:孕婦慎用。非實熱證者忌服。《本草經集注》：“惡龍骨、地黃、龍膽”
比較	大陸中藥典與本草相同 教課書(苦、甘，涼)	
評析	涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清心，涼肝(大陸中藥典)；清心解熱(本草備要)；清心，解熱(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、甘，涼」。	
備註	雖然尚有「苦、甘」，但功效不知如何判斷，建議參考其他文獻決定。	

※046 牛蒡子 臺灣中藥典頁碼:50

臺灣中藥典	【性味建議】 辛涼解表藥	注意事項:無
大陸中藥典	辛、苦，寒 疏散風熱，宣肺透疹，解毒利咽。 用於風熱感冒，咳嗽痰多，麻疹，風疹，咽喉腫痛，疔腮，丹毒，癰腫瘡毒。	注意事項:無
本草備要	辛平 功用 1. 潤肺，解熱散結，除風，利咽膈，理痰嗽，消斑疹，利二便。 2. 行十二經，散諸腫瘡瘍之毒，利腰膝凝滯之氣。	注意事項:無
中藥學教科書	辛、苦，涼 疏散風熱，解毒透疹，利咽散腫。	注意事項:本品能滑腸，氣虛便溏者忌用。痘瘡家惟宜於血熱便秘之證，若氣虛色白大便自利或洩瀉者，慎勿服之。痧疹不忌泄瀉，故用之無妨。癰疽已潰，非便秘不宜服。明·繆希雍《神農本草經疏》:「痘瘡家惟宜於血熱便秘之證，若氣虛色白，大便自利或洩瀉者，慎勿服之。癰疽已潰，非便秘不宜服。」
比較	三者都不同 大陸中藥典(辛、苦，寒)。本草(辛平)。教課書(辛、苦，涼)	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→疏散風熱，宣肺透疹(大陸中藥典)；解熱散結，除風(本草備要)；疏散風熱，解毒透疹(中藥學教科書) 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→丹毒，癰腫瘡毒(大陸中藥典)；疏散風熱(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，寒」。	
備註	1. 雖然尚有「苦、平」，但功效不知如何判斷，建議參考其他文獻決定。 2. 寒或涼是程度的不同，建議參考其他文獻決定。	

※047 牛膝 臺灣中藥典頁碼: 51

臺灣中藥典	【性味建議】	注意事項:無
大陸中藥典	<p>活血祛瘀藥</p> <p>苦、甘、酸，平</p> <p>逐瘀通經, 補肝腎, 強筋骨, 利尿通淋, 引血下行。 用於經閉, 痛經, 腰膝酸痛, 筋骨無力, 淋證, 水腫, 頭痛, 眩暈, 牙痛, 口瘡, 吐血, 衄血。</p>	注意事項:孕婦慎用。
本草備要	<p>苦酸而平, 酒蒸則甘酸而溫</p> <p>功用 1. 能引諸藥下行, 酒蒸則甘酸而溫, 益肝腎, 強筋骨。 主治 1. 治腰膝骨痛, 足痿筋攣, 陰痿失溺, 久瘡下痢, 傷中少氣。 2. 生用則散惡血, 破癥結, 治心腹諸痛, 淋痛尿血, 經閉難產。 3. 喉痺齒痛, 癰腫惡瘡, 金瘡傷折, 出竹木刺。</p>	注意事項:惡龜甲, 畏白前, 忌羊肉。
中藥學教科書	<p>苦、酸，平</p> <p>活血化瘀、通經、消炎、止痛藥。</p>	注意事項:無
比較	<p>本草與教課書相同</p> <p>大陸中藥典(苦、甘、酸，平)</p>	
評析	<p>苦能燥能泄能堅, 有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→利尿通淋(大陸中藥典); 淋痛尿血(本草備要); 通經(中藥學教科書)。</p>	
性味建議	<p>根據參考文獻評析, 建議性味描述採用「苦、酸，平」。</p>	
備註	<p>雖然尚有「酸、甘、平」, 但功效不知如何判斷, 建議參考其他文獻決定。</p>	

※048 王不留行 臺灣中藥典頁碼：52

臺灣中藥典	【性味建議】 理血藥(活血祛瘀)	注意事項:孕婦慎服。
大陸中藥典	苦,平 活血通經,下乳消腫,利尿通淋。 用於經閉,痛經,乳汁不下,乳癰腫痛,淋證澀痛。	注意事項:孕婦慎用。
本草備要	甘苦而平 功用 1. 其性行而不住,能走血分,通血脈,乃陽明衝任之藥。 2. 除風去痺,止血定痛,通經利便,下乳催生。 主治 1. 治金瘡,癰瘡,出竹木刺	注意事項:無
中藥學教科書	苦,平 活血通經,下乳	注意事項:無
比較	大陸中藥典與教科書相同 本草(甘苦而平)	
評析	苦能燥能泄能堅,有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→活血通經,下乳消腫,利尿通淋(大陸中藥典);通經利便(本草備要);活血通經,下乳(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析,建議性味描述採用「苦,平」。	
備註	雖然尚有「平」,但功效不知如何判斷,建議參考其他文獻決定。	

※049 代赭石 臺灣中藥典頁碼：53

臺灣中藥典	【性味建議】 平肝息風藥	注意事項:孕婦慎用。
大陸中藥典	無 無	注意事項:無
本草備要	苦寒氣平 功用 1. 苦寒養血，氣平血熱，入肝與心包。 主治 1. 專治二經血分之病。 2. 吐衄崩帶，胎動產難，小兒慢驚，金瘡長肉。	注意事項:乾薑為使，畏雄、附。
中藥學教科書	苦，寒 平肝潛陽，降逆，止血。鎮靜降壓，止嘔，止血消炎藥。	注意事項:本品性寒而降，孕婦及脾胃虛寒者慎用。
比較	三者都不同 大陸中藥典(無)。本草(苦寒氣平)。教課書(苦，寒)	
評析	1. 苦能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→吐衄崩帶(本草備要)；降逆，止嘔(中藥學教科書) 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→吐衄崩帶(本草備要)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、寒」。	
備註		

※050 仙茅 臺灣中藥典頁碼: 53

臺灣中藥典	【性味建議】 補陽藥	注意事項:無
大陸中藥典	辛，熱；有毒 補腎陽，強筋骨，祛寒濕。 用於陽痿精冷，筋骨痿軟，腰膝冷痛，陽虛冷瀉	注意事項:無
本草備要	辛熱有小毒 功用 1. 助命火，益陽道，明耳目，補虛勞。 主治 1. 治失溺無子，心腹冷氣不能食，腰腳冷痺不能行。	注意事項:忌鐵
中藥學教科書	辛，熱；有毒 溫腎壯陽，強壯筋骨，祛寒除濕。	注意事項:本品功效與淫羊藿相似，而藥性燥熱，有傷陰之弊，故陰虛火旺者忌服。
比較	三者都相同	
評析	熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→祛寒濕(大陸中藥典)；助命火(本草備要)；祛寒除濕(中藥學教科書)	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，熱」。	
備註	雖然尚有「辛」，但功效不知如何判斷，建議參考其他文獻決定。	

※051 仙鶴草 臺灣中藥典頁碼: 54

臺灣中藥典	【性味建議】	無
理血藥(止血)		
大陸中藥典	苦、澀，平。	無
收斂止血，截瘡，止痢，解毒，補虛。 用於咯血，吐血，崩漏下血，瘧疾，血痢，癰腫瘡毒，陰癢帶下，脫力勞傷。		
本草備要	無	無
功用：治勞傷吐血有神功。		
中藥學教科書	苦、澀，平。	無
收斂止血，止痢，殺蟲。 1. 用於咯血、吐血、衄血、尿血、便血及崩漏等證。 2. 用於腹瀉、痢疾。 3. 用於勞力過度所致的脫力勞傷，證見神疲乏力而納食正常者。 4. 近年用於滴蟲性陰道炎所致的陰部濕癢之證。 5. 乳癰，癰腫瘡癤，外痔腫痛。 6. 跌打損傷，紅腫瘀痛，可搗絨外敷，或泡酒內服。		
比較	大陸中藥典與中藥學教科書相同(苦、澀，平)	
本草備要無		
評析	1. 苦能燥能泄，有燥濕、清熱解毒之功→解毒、癰腫瘡毒、陰癢帶下(大陸教科書)；陰部濕癢、乳癰，癰腫瘡癤、外痔腫痛(中藥學教科書)。 2. 澀能收，有收斂之作用→收斂止血(大陸教科書)；吐血(本草備要)；收斂止血、止痢(中藥學教科書)。 3. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、澀，平」。	
備註		

※052 冬瓜子 臺灣中藥典頁碼：55

臺灣中藥典	【性味建議】	無
祛痰藥(清化熱痰)		
大陸中藥典	無	無
功用：補肝明目。		
本草備要	無	無
<p>甘，涼。</p> <p>脾胃虛寒者慎服。</p> <p>清肺化痰，消炎排膿。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 痰熱咳嗽。 2. 肺癰及腸癰。 3. 下焦濕熱所致的淋濁，帶下，水腫，腳氣。 4. 嚥喉腫痛。 5. 酒渣鼻及痔瘡腫痛。 		
比較	大陸中藥典與本草備要同(無性味)	
教科書(甘，涼)		
評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 甘能緩能和，有滋益的作用→補肝明目(本草備要)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清肺化痰，消炎排膿(中藥學教科書)。 3. 上述參考文獻僅中藥學教科書對性味有所描述，且雖帶甘味，但中藥學教科書敘述中並無相關功能(但本草備要有)，其甘味，建議可再參考其他文獻。 	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，涼」。	
備註		

※053 冬葵果 臺灣中藥典頁碼: 56

臺灣中藥典	【性味建議】	無
利水滲濕藥		
大陸中藥典	甘、澀，涼。	無
清熱利尿，消腫。 用於尿閉，水腫，口渴；尿路感染。		
本草備要	無	無
無		
中藥學教科書	無	無
無		
比較	本草備要與中藥學教科書無	
大陸中藥典(甘、澀，涼)		
評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 甘能生津→口渴(大陸中藥典)。 2. 淡附於甘，利水滲濕藥常帶淡味或甘味→利尿、尿閉(大陸中藥典)。 3. 澀有收斂的作用→消腫、水腫(大陸中藥典)。 4. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱(大陸中藥典)。 	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、澀，涼」。	
備註		

※054 冬蟲夏草 臺灣中藥典頁碼:57

臺灣中藥典	【性味建議】 補益藥(助陽)	無
大陸中藥典	甘，平。 補腎益肺，止血化痰。 用於腎虛精虧，陽痿遺精，腰膝酸痛，久咳虛喘，勞嗽咯血。	無
本草備要	甘，平。 功用：保肺益腎，止血化痰，已勞嗽。	無
中藥學教科書	甘，溫。 補肺益腎，止血化痰。滋補，止咳化痰藥。 用於： 1. 病後體弱、頭暈、食慾減退、自汗、貧血。 2. 腎虛陽痿，腰酸腿軟，遺精。 3. 肺結核之陰虛喘嗽，咳血、胸痛(如慢性氣管炎，支氣管喘息)。 4. 婦科植物胎前滋補，產後作為養身品。 5. 用於腎虛陽衰所致陽痿遺精、腰膝痠痛、軟弱無力、耳鳴健忘。 6. 用於久咳、肺陰虛喘嗽、勞嗽痰血。 7. 用於病後體虛不復或自汗畏寒，可以冬蟲夏草與雞、鴨、豬肉等燉食，有補虛功效。 8. 用於治冠心病、高血脂症和高血壓。還用於癌症(如肺癌)的輔助治療，且可增強體質，提高對化療副作用的耐受力。	有表邪者慎用。陰虛火旺及肺熱咯血患者，不宜單味應用。
比較	大陸中藥典與本草備要相同(甘，平) 中藥學教科書不同	
評析	1. 甘能緩能和，有滋益的作用→補腎益肺(大陸中藥典)；保肺益腎(本草備要)；補肺益腎(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→腎虛精虧(大陸中藥典)；腎虛陽衰陽痿、自汗畏寒(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，平」。	
備註		

※055 北沙參 臺灣中藥典頁碼: 58

臺灣中藥典	【性味建議】 祛痰藥	無
大陸中藥典	甘、微苦，微寒。 養陰清肺，益胃生津。 用於肺熱燥咳，勞嗽痰血，胃陰不足，熱病津傷，咽乾口渴。	不宜與藜蘆同用。
本草備要	甘、苦，微寒。 功用：專補肺氣，清肺養肝，兼益脾腎。 主治：久嗽肺痿，金受火剋者宜之。	寒客肺中作嗽者，勿服。 畏防己，反藜蘆。
中藥學教科書	甘，微寒。 鎮咳祛痰。 養陰清肺，化痰，益氣。 清肺養陰，益胃生津。 1. 熱傷肺陰或陰虛肺燥而致乾咳少痰，嚥喉乾燥，嚥痛，久咳失音等症。 2. 陰虛癆嗽，痰中帶血，骨蒸潮熱。 3. 久病胃陰不足，嘈雜善饑，胃脘灼痛。 4. 冬令性皮炎，每屆秋冬皮膚乾燥瘙癢。	虛寒證忌服。反藜蘆。
比較	三者皆不同，大陸中藥典(甘、微苦，微寒) 本草(甘、苦，微寒) 教科書(甘，微寒)	
評析	1. 甘能緩能和，有滋益的作用→養陰清肺，益胃生津(大陸中藥典)；專補肺氣，清肺養肝，兼益脾腎(本草備要)；清肺養陰，益胃生津(中藥學教科書)。 2. 苦有清熱瀉火之功效→肺熱燥咳(大陸中藥典)；熱傷肺陰(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→熱病津傷(大陸中藥典)；陰虛肺燥(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、微苦、微寒」。	
備註	上述參考文獻對於「苦味」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※056 北板藍根 臺灣中藥典頁碼：58

臺灣中藥典	【性味建議】	無
清熱解毒藥		
大陸中藥典	苦，寒。	無
清熱解毒，涼血利咽。 用於溫疫時毒，發熱咽痛，溫毒發斑，疔腮，爛喉丹痧，大頭瘟疫，丹毒，癰腫。		
本草備要	甘苦而涼。	無
功能：清熱破血，解毒涼血(普濟消毒飲用之)。		
中藥學教科書	苦，寒。	體虛而無實火熱毒及脾胃虛寒者忌服。
清熱解毒、涼血利咽。清熱、解毒、消炎藥。 1. 板藍根有類似大青葉的清熱解毒涼血之功效，而更以解毒利咽散結見長。 2. 用於治療乙型腦炎。 3. 用於治療急性傳染性肝炎。 4. 用於病毒性脊髓炎。		
比較	大陸中藥典與中藥學教科書相同(苦，寒)	
本草備要不同(甘苦而涼)		
評析	1. 苦有清熱解毒瀉火之功效→清熱解毒(大陸中藥典、中藥學教科書)；清熱破血，解毒涼血(本草備要)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱涼血(大陸中藥典、中藥學教科書)；清熱破血，解毒涼血(本草備要)。 3. 甘能補能緩能和，功效中較無此類敘述。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、寒」。上述參考文獻對於「寒涼」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	
備註	上述參考文獻對於「寒涼」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※057 半枝蓮 臺灣中藥典頁碼：59

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	清熱藥(清熱解毒藥)	
大陸中藥典	辛、苦，寒。	無
	清熱解毒，化瘀利尿。 用於疔瘡腫毒，咽喉腫痛，跌撲傷痛，水腫，黃疸，蛇蟲咬傷。	
本草備要	無	無
	無	
中藥學教科書	辛，寒。	虛證水腫忌用。
	清熱解毒，利水消腫。 1. 清熱解毒。 2. 利水消腫，治腹脹、面足浮腫、水腫及蠱脹(包括晚期血吸蟲病肝硬變腹水)。	
比較	大陸中藥典(辛、苦，寒)	
	教科書(辛，寒)	
	本草無	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→化瘀(大陸中藥典)。 2. 苦有清熱解毒瀉火之功效→清熱解毒(大陸中藥典、中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→疔瘡腫毒(大陸中藥典)；清熱解毒(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，寒」。	
備註		

臺灣中藥典	【性味建議】 祛痰藥(溫化寒痰)	生半夏毒性大，應遵照炮製法加工應用。
大陸中藥典	辛、溫；有毒。 燥濕化痰，降逆止嘔，消痞散結。 用於濕痰寒痰，咳喘痰多，痰飲眩悸，風痰眩暈，痰厥頭痛，嘔吐反胃，胸脘痞悶，梅核氣；外治癰腫痰核。	不宜與川烏、制川烏、草烏、制草烏、附子同用；生品內服宜慎。
本草備要	辛、溫；有毒。 功能： 1. 能走能散能燥能潤。和胃健脾，補肝潤肺，除濕化痰，發表開鬱。 2. 下逆氣，止煩嘔，發音聲，利水道，救暴卒。 主治： 1. 治欬逆頭眩，痰厥頭痛，眉稜骨痛，咽痛，胸脹。 2. 傷寒寒熱，痰瘧不眠，反胃吐食，散痞除癰，消腫止汗。	孕婦忌之。 畏生薑、秦艽、龜甲、雄黃，忌羊肉、海藻、飴糖，惡皂角，反烏頭。
中藥學教科書	辛、溫；有毒。 燥濕化痰，降逆止嘔，消痞散結；外用消腫止痛。 1. 用於脾不化濕、痰涎壅滯所致的痰多、咳嗽、氣逆等證。 2. 用於胃氣上逆，噁心嘔吐。 3. 用於胸脘痞悶，梅核氣，以及癰瘤痰核、癰疽腫毒等。 4. 燥濕和胃。	反烏頭。 因其性溫燥，對陰虛燥咳、津傷口渴、血證、熱痰、燥痰等證，當忌用或慎用。
比較	皆同。	
評析	1. 辛能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→降逆、消痞散結(大陸中藥典)；發表開鬱(本草備要)；胸脘痞悶，梅核氣(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→濕痰寒痰(大陸中藥典)；除濕化痰、救暴卒(本草備要)；脾不化濕(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、溫；生半夏有毒」。	
備註		

※059 玄參 臺灣中藥典頁碼: 61

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	清熱藥(清熱涼血)	
大陸中藥典	甘、苦、鹹，微寒。	不宜與藜蘆同用。
	清熱涼血，滋陰降火，解毒散結。 用於熱入營血，溫毒發斑，熱病傷陰，舌絳煩渴，津傷便秘，骨蒸勞嗽，目赤，咽痛，白喉，瘰癧，癰腫瘡毒。	
本草備要	苦鹹微寒。	脾虛泄瀉者忌用。 勿犯銅器，惡黃耆、山茱、薑、棗，反藜蘆。
	功能：(1)能壯水以制火，散無根浮游之火。 (2)益精明目，利咽喉，通二便。 主治：(1)治骨蒸傳屍，傷寒陽毒發斑，懊憹煩渴，溫瘧灑灑。 (2)喉痺咽痛，瘰癧結核，癰疽鼠瘻。	
中藥學教科書	苦、甘、鹹，寒。	本品性寒而滯，脾胃虛寒，胸悶、食少便溏或寒濕無火者不宜用。 反藜蘆。
	清熱涼血，滋陰解毒。解熱、消炎解毒藥。 1. 滋陰降火常用藥，功能清熱涼血，養陰潤燥，瀉火解毒。 2. 清熱涼血，解毒散結，利咽消腫之功。 3. 清肺之燥熱，用於治療肺熱咳嗽和肺結核。 4. 勞嗽咳血。 5. 骨蒸勞熱。 6. 內熱消渴。 7. 由肝火上擾所致之目赤；陰虛內熱，視物昏糊者。	
比較	大陸中藥典(甘、苦、鹹，微寒)	
	本草備要(苦鹹微寒)	
	教科書(苦、甘、鹹，寒)	
評析	1. 甘能補→滋陰降火(大陸中藥典)；益精明目(本草備要)；養陰潤燥(中藥學教科書)。 2. 苦有清熱解毒瀉火之功效→清熱涼血(大陸中藥典、中藥學教科書)；傷寒陽毒發斑(本草備要)。 3. 鹹能下能軟，有瀉下通便、軟堅散結的作用→解毒散結(大陸中藥典、中藥學教科書)；瘰癧結核(本草備要)。 4. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→熱入營血(大陸中藥典)；壯水以制火(本草備要)；清熱涼血(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦、鹹，微寒」。	
備註	上述參考文獻對於「寒涼」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	補益藥(補陰)	
大陸中藥典	甘，微寒。	無
	養陰潤燥，生津止渴。 用於肺胃陰傷，燥熱咳嗽，咽乾口渴，內熱消渴。	
本草備要	甘，平。	畏鹹鹵。
	功能： 1. 補中益氣，潤心肺，悅顏色，除煩渴。 主治： 1. 治風淫濕毒，目痛眇爛，寒熱疔瘡。 2. 中風暴熱，不能動搖，頭痛，腰痛。 3. 莖寒自汗，一切不足之證，用代參者，不寒不燥，大有殊功。	
中藥學教科書	甘，平。	脾虛而有濕痰者不宜服。 胃有痰濕氣滯者忌服。 痰濕內蘊，胸悶氣滯及中寒便溏者忌服。
	滋陰潤肺，生津止渴，養胃。 1. 燥邪傷肺及肺陰不足之咳嗽。 2. 熱病傷津，口燥煩渴，舌紅少津。 3. 胃陰不足，唇燥口渴，饑不欲食，或乾嘔、嘈雜。 4. 津液不足，筋脈失養，肌肉攣痛。 5. 素體陰虛，外感風熱。	
比較	教科書與本草同(甘，平)。	
	大陸中藥典不同(甘，微寒)	
評析	1. 甘能補→養陰潤燥(大陸中藥典)；補中益氣(本草備要)；滋陰潤肺(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→內熱消渴(大陸中藥典)；中風暴熱(本草備要)；熱病傷津(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，微寒」。	
備註	上述參考文獻對於「寒涼」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※061 甘草 臺灣中藥典頁碼：63

臺灣中藥典	【性味建議】	無
大陸中藥典	甘，平。	不宜與海藻、京大戟、紅大戟、甘遂、芫花同用。
	補益藥(補氣) 補脾益氣，清熱解毒，祛痰止咳，緩急止痛，調和諸藥。用於脾胃虛弱，倦怠乏力，心悸氣短，咳嗽痰多，脘腹、四肢攣急疼痛，癰腫瘡毒，緩解藥物毒性、烈性。	
本草備要	甘，生平炙溫。	中滿證忌之。 白朮、苦參、乾漆為使。 惡遠志，反大戟、芫花、甘遂、海藻，然亦有並用者。
	功能： 1. 生用氣平，補脾胃不足，而瀉心火。 2. 炙用氣溫，補三焦元氣，而散表寒。 3. 入和劑則補益，入汗劑則解肌，入涼劑則瀉邪熱，入峻劑則緩正氣，入潤劑則養陰血。 4. 能協和諸藥，使之不爭，生肌止痛，通行十二經，解百藥毒，故有國老之稱。	
中藥學教科書	甘，平。	本品味甘，能助濕壅氣，令人中滿，故濕盛(腹滿、腹脹)而胸腹脹滿及嘔吐者忌服。反大戟、甘遂、芫花、海藻。 久服較大劑量的甘草，每常引起浮腫，使用也當注意。 實證中滿腹脹忌服。久服或過量，易致水腫、高血壓。
	補脾和胃益氣，潤肺止咳祛痰，緩急止痛，緩和藥性，調和諸藥。 1. (1)用於脾胃虛弱，中氣不足，氣短倦怠乏力，胃虛口渴，食少便溏。 (2)用於脈結代(心律不整脈)，心動悸。 2. 用於咳嗽(熱咳、燥咳)氣喘。 3. 用於癰疽瘡毒、食物或藥物中毒。 4. 用於脘腹或四肢攣急作痛。 5. 甘草還有緩和藥性、調和百藥的功效。	
比較	教科書與大陸中藥典同(甘，平) 本草不同(甘，生平炙溫。)	

評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 甘能補能緩能和→補脾益氣(大陸中藥典、中藥學教科書)；調和諸藥(本草備要)。 2. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯。 3. 炮製後藥性改變→灸用氣溫，補三焦元氣，而散表寒(本草備要)。
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，平」。
備註	

※ 062 甘遂 臺灣中藥典頁碼：64

臺灣中藥典	<p>【性味建議】</p> <p>瀉下藥(攻下逐水)</p>	<p>本品有毒，應小心保存。炮製後用，孕婦禁用。反甘草。</p>
大陸中藥典	<p>苦，寒；有毒。</p> <p>瀉水逐飲，消腫散結。 用於水腫脹滿，胸腹積水，痰飲積聚，氣逆咳喘，二便不利，風痰癲癩，癰腫瘡毒。</p>	<p>孕婦禁用；不宜與甘草同用。</p>
本草備要	<p>苦，寒；有毒。</p> <p>功能：能瀉腎經，及隧道水濕，直達水氣所結之處。以攻決為用，為下水之聖藥。 主治：主十二種水，大腹腫滿，癥疝積聚，留飲宿食，痰迷癲癩。</p>	<p>虛者禁用。 瓜蒂為使，惡遠志，反甘草。</p>
中藥學教科書	<p>苦、甘，寒；有毒。</p> <p>瀉下，利尿藥。瀉水飲、逐痰濕、破積聚。瀉水逐飲，消腫散結。通利二便。 1. 用於身面浮腫、大腹水腫及胸脇積液等證。 2. 用於風痰癲癩。取其驅逐痰涎之功。 3. 用於二便不通，重證水腫，痰飲積聚，氣逆喘咳。 4. 濕熱腫毒初起。</p>	<p>體弱、氣虛、陰傷、脾胃虛弱及孕婦均忌服。</p>
比較	<p>大陸中藥典與本草同(苦，寒；有毒)。 教科書不同(苦、甘，寒；有毒)</p>	
評析	<p>1. 甘能補能緩能和，功效中無類似敘述。 2. 苦能泄→瀉水逐飲(大陸中藥典)；能瀉腎經，及隧道水濕(本草備要)；瀉水飲、逐痰濕(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→癰腫瘡毒(大陸中藥典)；濕熱腫毒(中藥學教科書)。</p>	
性味建議	<p>根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒；有毒」。</p>	
備註		

臺灣中藥典	【性味建議】	無
止血藥		
大陸中藥典	苦、甘、澀，微寒。	不宜與川烏、制川烏、草烏、制草烏、附子同用。
收斂止血，消腫生肌。 用於咯血，吐血，外傷出血，瘡瘍腫毒，皮膚皸裂。		
本草備要	味苦而辛，性瀉。	紫石英為使，畏仁杏，反烏頭。
功能： 1. 性瀉而收，得秋金之令，入肺。止吐血，肺損者能復生之。 2. 去腐逐瘀生新，除面上疥皰，塗手足皸裂，令人肌滑。 主治： 1. 治跌打骨折，湯火灼傷，惡瘡癰腫，敗疽死肌。		
中藥學教科書	苦、甘、澀，微寒。	傳統認為本品與烏頭相反，故不宜與烏頭類藥材同用。 外感咳血，肺癰初起及肺胃有實熱者忌服。本品大劑量使用可致肝臟輕度間質性肝炎、腎盂腎炎。
收斂止血、消腫生肌。 1. 用於咯血、吐血及外傷出血。 2. 用於瘡癰腫毒。 3. 用於肺癰。 4. 水火燙傷，手足皸裂，研末麻油調塗。		
比較	大陸中藥典與教科書同(苦、甘、澀，微寒) 本草不同(味苦而辛，性瀉)	
評析	1. 苦有清熱瀉火的功效→瘡瘍腫毒(大陸中藥典、中藥學教科書)；惡瘡癰腫(本草備要)。 2. 甘能補能緩能和→消腫生肌(大陸中藥典、中藥學教科書)。 3. 辛能散能行能潤→去腐逐瘀生新(本草備要)，除此之外的參考文獻之功效無類似描述，且與澀之收斂相衝突。 4. 澀能收能斂→收斂止血(大陸中藥典、中藥學教科書)。 5. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→瘡瘍腫毒(大陸中藥典、中藥學教科書)；惡瘡癰腫(本草備要)。	
性味建議	以上參考文獻功效描述，建議性味描述採用「苦、甘、澀，微寒」。	
備註	上述參考文獻對於「寒涼」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※064 白朮

臺灣中藥典頁碼:67

臺灣中藥典	【性味建議】	無
補益藥(補氣)		
大陸中藥典	苦、甘，溫。	無
健脾益氣，燥濕利水，止汗，安胎。 用於脾虛食少，腹脹泄瀉，痰飲眩悸，水腫，自汗，胎動不安。		
本草備要	苦、甘，溫。	血燥無濕者禁用，能生膿作痛，潰瘍忌之。
功能： 1. 苦燥濕，甘補脾，溫和中。 2. 在血補血，在氣補氣，無汗能發，有汗能止。 3. 燥濕則能利小便，生津液，止泄瀉，消痰水腫滿，黃疸濕痺。 4. 補脾則能進飲食，祛勞倦，止肌熱，化癥癖。 5. 和中則能已嘔吐，定痛安胎。		
中藥學教科書	苦、甘，溫。	無
補氣健脾、燥濕利水、止汗、安胎藥。 1. 用於脾氣虛弱，運化失常所致食少便溏、泄瀉、腕腹脹滿、倦怠無力等證。 2. 用於脾虛不能運化，水濕停留，而致痰飲水腫等證。 3. 用於脾虛氣弱，衛表不固而自汗。 4. 用於妊娠脾虛氣弱、胎氣不安之證。 5. 用於治風濕關節痛。		
比較	皆同	
評析	1. 苦能燥能泄→燥濕利水(大陸中藥典、中藥學教科書)；利小便(本草備要)。 2. 甘能補能和→健脾益氣(大陸中藥典、中藥學教科書)；定痛安胎(本草備要)。 3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→脾虛食少(大陸中藥典)；已嘔吐(本草備要)；脾虛不能運化，水濕停留(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、甘，溫」。	
備註		

※065 白芍 臺灣中藥典頁碼：68

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	補益藥(養血)	
大陸中藥典	苦、酸，微寒。	不宜與藜蘆同用。
	養血調經，斂陰止汗，柔肝止痛，平抑肝陽。 用於血虛萎黃，月經不調，自汗，盜汗，脅痛，腹痛，四肢攣痛，頭痛眩暈。	
本草備要	苦、酸，微寒。	產後忌用。 惡芒硝、石斛，畏鱉甲、小蘗，反藜蘆。
	功能： 1. 瀉肝火，安脾肺，固腠理，和血脈，收陰氣，斂逆氣。 2. 散惡血，利小便，緩中止痛，益陰除煩，斂汗安胎，補勞退熱。 主治： 1. 治瀉痢後重，脾虛腹痛，心痞痛，肺脹喘噎，癰腫疔瘡。 2. 其收降之體，又能入血海，而至厥陰(肝經)。 3. 治鼻，目瀉，肝血不足，婦人胎產，及一切血病。	
中藥學教科書	苦、酸，微寒。	陽衰虛寒之證不宜單獨應用。 反藜蘆。 虛寒腹痛泄瀉及中寒胃冷，慎服。
	養血斂陰，柔肝止痛，平抑肝陽。鎮痛、鎮痙、養血、調經藥。 1. 用於婦女肝血不足，衝任虧虛致月經不調、經行腹痛、崩漏、血虛萎黃、自汗、盜汗。 2. 用於肝氣不和，脇肋脘腹疼痛，或四肢拘攣作痛。 3. 用於肝陽上亢，頭痛、眩暈之證。 4. 溫熱病後期、陰液耗傷之小便不利，以及陰虛汗多之小便不利，以及陰虛汗多之小溲黃少諸證。	
比較	皆同	
評析	1. 苦能降泄→平抑肝陽(大陸中藥典)；瀉肝火(本草備要)；肝陽上亢，頭痛、眩暈之證(中藥學教科書)。 2. 酸能收澀→斂陰止汗(大陸中藥典)；收陰氣，斂逆氣(本草備要)；養血斂陰(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→養血調經(大陸中藥典)；益陰除煩(本草備要)；溫熱病後期、陰液耗傷(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、酸，微寒」。	
備註		

※066 白果臺灣中藥典頁碼:69

臺灣中藥典	【性味建議】	生食有毒。
化痰止咳平喘藥		
大陸中藥典	甘、苦、澀，平；有毒。	生食有毒。
斂肺定喘，止帶縮尿。 用於痰多喘咳，帶下白濁，遺尿尿頻。		
本草備要	甘苦而溫，辛瀟而收。	多食則收令太過，令人壅氣臃脹，小兒發驚動疳。
功能： 1. 熟食溫肺益氣，定痰哮，斂嗽喘，縮小便，止帶濁。 2. 生食降痰解酒，消毒殺蟲。		
中藥學教科書	甘、苦、澀，平；有毒。	大量與生食易引起中毒，宜加注意。
化痰定喘，止帶固精縮尿。 1. 用於喘咳、氣逆、痰多之證。 2. 用於白濁帶下。 3. 尿頻、遺尿、遺精。 4. 用於肺虛喘咳，遺精，帶下白濁，小便頻數。		
比較	大陸中藥典與教科書同(甘、苦、澀，平；有毒)	
本草不同(甘苦而溫，辛瀟而收)		
評析	1. 甘能補→溫肺益氣(本草備要)；肺虛喘咳(中藥學教科書)。 2. 苦能燥→帶下白濁(大陸中藥典)；消毒殺蟲(本草備要)；氣逆、帶下白濁(中藥學教科書)。 3. 澀能收能斂→斂肺定喘(大陸中藥典)；斂嗽喘，縮小便(本草備要)；尿頻、遺尿、遺精(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦、澀，平；生食有毒」。	
備註	上述參考文獻對於「寒涼」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※067 白花蛇舌草 臺灣中藥典頁碼:70

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	清熱藥(清熱解毒)	
大陸中藥典	無	無
	無	
本草備要	無	無
	無	
中藥學教科書	微苦、甘，寒。	陰疽及脾胃虛寒者忌用。
	清熱，解毒，利濕，通淋，消癰。 1. 白花蛇舌草苦寒，有較強的清熱解毒消癰功效。 2. 白花蛇舌草甘寒，有清熱利濕通淋之效。	
比較	大陸中藥典與本草同(無)	
	教科書(微苦、甘，寒)	
評析	1. 淡附於甘，有利水滲濕之功效→利濕，通淋(中藥學教科書)。 2. 苦有清熱解毒瀉火之功效→清熱解毒消癰(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱解毒消癰(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「微苦、甘，寒」。	
備註		

※068 白芥子 臺灣中藥典頁碼:70

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	祛痰藥(溫化寒痰)	
大陸中藥典	無	無
本草備要	辛溫。	無
	功能：通行經絡，溫中開胃，發汗散寒，利氣豁痰，消腫止痛。 主治：治欬嗽反胃，痺木腳氣，筋骨諸病。	
中藥學教科書	辛溫。	氣虛久嗽，肺熱陰虛火旺者忌服。 對皮膚粘膜刺激性較強，易引起紅腫、起 泡，故消化道潰瘍、出血者及皮膚過敏者 忌用。 外敷慎用。 用量不宜過大。
比較	教科書與本草同(辛溫) 大陸中藥典無	
評析	1. 辛能散能行→發汗散寒(本草備要)；利氣散結(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→溫中開胃(本草備要)；寒濕痺痛(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，溫」。	
備註		

※069 白芷 臺灣中藥典頁碼：72

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	解表藥(發散風寒)	
大陸中藥典	辛，溫。	無
	解表散寒，祛風止痛，宣通鼻竅，燥濕止帶，消腫排膿。用於感冒頭痛，眉稜骨痛，鼻塞流涕，鼻鼾，鼻淵，牙痛，帶下，瘡瘍腫痛。	
本草備要	辛，溫。	其性升散，血熱有虛火者禁用。
	當歸為使，惡旋覆花。	
中藥學教科書	辛，溫。	陰虛血熱者忌服。
	解表，祛風除濕，消腫排膿，通竅止痛。	
	1. 用於外感風寒，頭痛、鼻塞、眉稜骨痛。	
	2. 用於陽明經頭痛、眉稜骨痛、頭風痛、齒痛。	
	3. 用於瘡瘍腫痛。	
	4. 用於寒濕帶下證，亦可用於濕熱帶下證。	
比較	皆同	
評析	1. 辛能散能行→解表散寒(大陸中藥典); 芳香通竅而表汗(本草備要); 外感風寒(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→燥濕止帶(大陸中藥典); 溫除濕(本草備要); 寒濕帶下(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，溫」。	
備註		

※070 白前 臺灣中藥典頁碼：73

臺灣中藥典	【性味建議】	無
祛痰藥(溫化寒痰)		
大陸中藥典	辛、苦，微溫。	無
降氣，消痰，止咳。 用於肺氣壅實，咳嗽痰多，胸滿喘急。		
本草備要	辛、苦，微寒。	虛者禁用。 忌羊肉。
功能：長於降氣，下痰止咳。 主治：治肺氣壅實，胸膈逆滿。		
中藥學教科書	辛、苦，微溫。	本品祛痰作用較強，對胃黏膜有刺激性，如有胃病或有出血傾向者，應慎用。 肺虛喘咳及腎不納氣的喘嗽忌服。
祛痰，降氣止咳。 1. 本品性微溫而不燥熱，長於祛痰，又能降氣止咳平喘，為治咳喘的常用藥。 2. 本品配紫菀：降氣祛痰止咳喘，治濕痰壅肺咳嗽喘。配桔梗：宜肺降氣一宣一降，消痰祛痰加治外感。配百部：下氣止咳潤肺化痰，用治肺癆咳血陳痰。		
比較	教科書與大陸中藥典同(辛、苦，微溫)	
本草不同(辛、苦，微寒)		
評析	1. 辛能散能行→肺氣壅實(大陸中藥典、本草備要)；祛痰(中藥學教科書)。 2. 苦能降泄→降氣、胸滿喘急(中藥學教科書)；胸膈逆滿(本草備要)；降氣止咳(中藥學教科書)。 3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→消痰(大陸中藥典)；濕痰壅肺咳嗽喘(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，微溫」。	
備註		

※071 白扁豆 臺灣中藥典頁碼:74

臺灣中藥典	【性味建議】	無
補益藥(補氣)		
大陸中藥典	甘，微溫。	無
健脾化濕，和中消暑。 用於脾胃虛弱，食慾不振，大便溏瀉，白帶過多，暑濕吐瀉，胸悶腹脹。炒白扁豆健脾化濕。用於脾虛泄瀉，白帶過多。		
本草備要	甘，溫。	多食壅氣。
功能： 1. 色白微黃，脾之穀也，調脾暖胃。 2. 通利三焦，降濁升清，消暑除濕。 3. 止渴止瀉，專治中宮之病，解酒毒，河豚毒。		
中藥學教科書	甘，微溫。	無
健脾胃，化濕、清暑濕，和中解毒。解熱、利尿、健胃藥。 1. 用於脾虛有濕，體倦乏力、食少便溏或泄瀉，以及婦女脾虛濕濁下注、白帶過多。 2. 用於暑濕吐瀉、腹痛。 3. 用於酒精、魚蟹、河豚等中毒引起的吐瀉腹痛，可單用生研為末，每次10公克，涼開水送服。		
比較	教科書與大陸中藥典同(甘，微溫)	
本草不同(甘，溫)		
評析	1. 甘能補能和→脾胃虛弱(大陸中藥典)；止渴止瀉(本草備要)；體倦乏力(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→健脾化濕(大陸中藥典、中藥學教科書)；調脾暖胃(本草備要)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，微溫」。	
備註	上述參考文獻對於「溫熱」之程度描述不同，建議可參考其他文獻。	

※072 白茅根 臺灣中藥典頁碼: 75

臺灣中藥典	【性味建議】	無
止血藥		
大陸中藥典	甘，寒。	無
涼血止血，清熱利尿。 用於血熱吐血，衄血，尿血，熱病煩渴，濕熱黃疸，水腫尿少，熱淋澀痛。		
本草備要	甘，寒。	無
功能： 1. 補中益氣，除伏熱，消瘀血，利小便，解酒毒。 主治： 1. 治吐衄諸血，血閉寒熱，淋瀝崩中，傷寒噦逆。 2. 肺熱喘急，內熱煩渴，黃疸水腫。		
中藥學教科書	甘，寒。	脾胃虛寒，溲多不渴者忌服。
涼血止血，清熱利尿，清肺胃熱。 1. 用於血熱妄行所致的衄血、咯血、吐血，以及尿血等證。 2. 用於熱淋，小便不利、水腫及濕熱黃疸等證。 3. 本品味甘性寒，能清泄肺胃蘊熱。 4. 生津止渴。 5. 病毒性肝炎、流行性出血熱等。		
比較	皆同	
評析	1. 甘能補能緩能和→補中益氣(本草備要);生津止渴(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→血熱吐血(大陸中藥典);除伏熱(本草備要);涼血止血、清泄肺胃蘊熱(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，寒」。	
備註		

※073 白頭翁臺灣中藥典頁碼：76

臺灣中藥典	【性味建議】	無
清熱藥(清熱解毒)		
大陸中藥典	苦，寒。	無
清熱解毒，涼血止痢。 用於熱毒血痛，陰癢帶下。		
本草備要	苦，寒。	無
功能：苦堅腎，寒涼血。 主治： 1. 治熱毒血痢，溫瘧寒熱，齒痛骨痛，鼻禿瘡。 2. 瘰癧瘻，血痔偏墜，明目消疣。		
中藥學教科書	苦，寒。	脾虛胃弱或虛寒久痢者忌服。
清熱解毒，涼血止痢。 1. 白頭翁苦寒降泄，功能清熱解毒，並能燥濕及涼血止痢。 2. (1)白頭翁與秦皮配伍，煎湯外洗，用於治滴蟲性陰道炎所致之陰癢。 (2)濕熱帶下。 3. 瘧疾。 4. 如將白頭翁內服結合外敷，可治癰癤；研末沖服，可治腮腺炎；搗敷治小兒禿瘡及外痔腫痛；配伍夏枯草、丹皮、半夏等，可治瘰癧。此皆取其涼血解毒之功。 5. 血熱鼻衄及痔瘡出血。 6. 白頭翁配伍柴胡、黃芩、半夏等可治溫瘧。		
比較	皆同	
評析	1. 苦有清熱解毒之功效→熱毒血痛(大陸中藥典)；熱毒血痢(本草備要)；燥濕及涼血止痢(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→涼血(大陸中藥典)；熱毒血痢(本草備要)；血熱鼻衄及痔瘡出血(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒」。	
備註		

※074 白薇 臺灣中藥典頁碼：77

臺灣中藥典	【性味建議】	無
	清熱藥(清虛熱)	
大陸中藥典	苦、鹹，寒。	清熱涼血，利尿通淋，解毒療瘡。用於溫邪傷營發熱，陰虛發熱，骨蒸勞熱，產後血虛發熱，熱淋，血淋，癰疽腫毒。
本草備要	苦、鹹，寒。 功能： 1. 下水氣，利陰氣。 主治： 1. 主中風，身熱支滿，忽忽不知人，血厥。 2. 熱淋，溫瘧洗洗，寒熱酸痛，婦人傷中淋露，產虛煩嘔。	惡大黃、大戟、山茱、薑、棗。
中藥學教科書	苦、鹹，寒。	脾胃虛寒，食少便溏者不宜。 (1)《藥對》：「惡黃耆、大黃、大戟、乾薑、乾漆、大棗、山茱萸。」 (2)《神農本草經疏》：「凡汗多亡陽過甚，或內虛不思食，食亦不消，或下後內虛，腹中覺冷，或因下過甚，泄瀉不止，皆不可服。」 清熱涼血，利尿通淋，解毒療瘡。解熱，利尿藥。 用於： 1. 溫病，熱入營血，發熱昏暈。 2. 產後體虛發熱。 3. 胎前產後小便不利。 4. 白薇苦寒，善入血分，有清熱涼血，益陰除熱之功，既能清實熱，又能退虛熱。 5. 清泄肺熱與透熱外出。 6. 清熱涼血，又能利尿通淋。 7. 解毒療瘡，用於血熱毒盛的瘡癰腫毒、咽喉腫痛，以及毒蛇咬傷等證，內服外敷均可，也可配其他清熱解毒藥同用。
比較	教科書與本草同(苦、鹹，寒)	
	大陸中藥典不同(苦，微寒)	
評析	1. 苦能燥能泄，有清熱解毒之功效→解毒療瘡(大陸中藥典)；下水氣，利陰氣(本草備要)；瘡癰腫毒(中藥學教科書)。 2. 鹹能軟堅、善入血分→癰疽腫毒(大陸中藥典)；血厥(本草備要)；清熱涼血(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱解毒(大陸中藥典)；熱淋，溫瘧洗洗(本草備要)；清泄肺熱與	

	透熱外出(中藥學教科書)。
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、鹹，寒」。
備註	

※075 白鮮皮 臺灣中藥典頁碼：78

臺灣中藥典	【性味建議】 清熱藥(清熱燥濕)	無
大陸中藥典	苦，寒。 清熱燥濕，祛風解毒。 用於濕熱瘡毒，黃水淋漓，濕疹，風疹，疥癬瘡癩，風濕熱痺，黃疸尿赤。	無
本草備要	苦，寒。 功能： 1. 氣寒善行，味苦性燥，入脾胃，除濕熱。 2. 兼入膀胱小腸，行水道，通關節，利九竅。 主治：為諸黃風痺之要藥，兼治風瘡疥癬，女子陰中腫痛。	惡桑螵蛸、桔梗、茯苓、葶藶。
中藥學教科書	苦，寒。 清熱燥濕，瀉火解毒，祛風止癢。解熱、消炎、利尿藥。 1. 清熱燥濕，瀉火解毒，祛風止癢。 2. 白蘚皮既能清熱燥濕，又能祛風通痺。 3. 本品研末外敷，尚可治療淋巴結炎及外傷出血。	虛寒證忌服。 《藥對》：「惡螵蛸、桔梗、茯苓、葶藶。」 虛寒證忌服。
比較	皆同	
評析	1. 苦能燥能泄，有清熱解毒之功效→濕熱瘡毒(大陸中藥典)；除濕熱(本草備要)；清熱燥濕(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→濕熱瘡毒(大陸中藥典)；除濕熱(本草備要)；瀉火解毒(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦，寒」。	
備註		

※076 白僵蠶 臺灣中藥典頁碼:79

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
	平肝息風藥。	
大陸中藥典	鹹、辛，平。	無。
本草備要	功用 1. 殭而不腐，得清化之氣，故能治風化痰，散結行經。 2. 其氣味俱薄，輕浮而升，入肺肝胃三經。 主治 1. 治中風失音，頭風齒痛，喉痺咽腫，丹毒瘙癢。 2. 癩屬結核，痰瘰，血病崩中帶下。 3. 小兒驚疳，膚如鱗甲，下乳汁，滅癍痕。	惡桑螵蛸、茯苓、茯神、桔梗、葶藶。
中藥學教科書	鹹、辛，平。	無。
比較	大陸中藥典與教科書相同(鹹、辛，平)。	
評析	1. 「鹹」有能下能軟，平肝潛陽之功效→息風止癇，化痰散結(大陸中藥典)；治風化痰散結(本草備要)；息風止癇，化痰散結(中藥學教科書)。 2. 「辛」能散能行，有發散解表、行氣行血的作用→止痛，散結，風熱頭痛，目赤咽痛(大陸中藥典)；散結行經(本草備要)；頭痛，目赤，咽喉腫痛，風疹瘙癢(中藥學教科書)。 3. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「鹹、辛，平」。	
備註		

※077 白薇 臺灣中藥典頁碼:79

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
清熱藥(清熱解毒)。		
大陸中藥典	苦,微寒。	不宜川烏,制川烏,草烏,制草烏,附子同用。
清熱解毒,消癰散結,斂瘡生肌。 用於癰疽發背,疔瘡,癩歷,燒燙傷。		
本草備要	苦辛甘寒。	無。
功用 苦能洩,辛能散,甘能緩,寒能除熱,殺火毒,散結氣,生肌止痛。 主治 治癰疽腫瘡,面上瘰癧,金瘡撲損,斂瘡方多用之,搽凍耳。		
中藥學教科書	苦、辛,微寒。	反烏頭。脾胃虛寒及無實火者忌服,孕婦慎服。
清熱解毒,斂瘡,消癰散結,生肌止痛。收斂消炎藥。 用於 瘡瘍癰腫,紅腫熱痛,水火燙傷。		
比較	三者都不同。	
評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「苦」能燥能泄,有清熱瀉火之功能→清熱解毒,消癰(大陸中藥典);癰疽腫瘡,面上瘰癧(本草備要);清熱解毒,消癰(中藥學教科書)。 2. 「辛」能散能行,有行氣行血的作用→散結(大陸中藥典);散結氣,金瘡撲損(本草備藥);散結(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱瀉火解毒、涼血等作用→燒燙傷(大陸中藥典);殺火毒(本草備藥);紅腫熱痛,水火燙傷(中藥學教科書)。 	
性味建議	根據參考文獻評析,建議性味描述採用「苦、辛,微寒」。	
備註		

※078 石決明 臺灣中藥典頁碼：80

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
平肝息風藥。		
大陸中藥典	鹹，寒。	無。
平肝潛陽，清肝明目。 用於頭痛眩暈，目赤翳障，視物昏花，青盲雀目。		
本草備要	鹹平。	惡旋覆。
功用 除肺肝風熱，除青盲內障，水飛點目外障。 主治 亦治骨蒸勞熱，通五淋，解酒酸。		
中藥學教科書	鹹，寒。	惡旋覆花。反云母。脾胃虛寒者不宜。
平肝潛陽，清肝明目。降壓，清熱，消炎，鎮靜藥。 用於：1. 冠狀動脈硬化高血壓，原發性高血壓，急慢性腎炎，心腦血管疾病等頭暈目眩。 2. 慢性結膜炎，慢性視神經及視網膜炎，青光眼等眼睛腫痛，視力模糊。 3. 煨石決明，治外傷出血。		
比較	大陸中藥典與教科書相同(鹹，寒)。 本草(鹹平)。	
評析	1. 「鹹」能平肝潛陽→平肝潛陽(大陸中藥典)；除肺肝風熱(本草備要)；平肝潛陽，降壓，鎮靜(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血等作用→清肝，目赤翳障(大陸中藥典)；治骨蒸勞熱，通五淋(本草備要)；清肝，清熱，消炎(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「鹹，寒」。	
備註		

※079 石南葉 臺灣中藥典頁碼：81

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
	祛風濕藥。	
大陸中藥典	無。	無。
	無。	
本草備要	辛、苦，平。	婦人不可久服，令思男。
	功用 辛散風，苦堅腎。 主治 補內傷陰衰，利筋骨皮毛，為治腎虛腳弱，風痺要藥。	
中藥學教科書	無。	無。
	無。	
比較	大陸中藥典與教科書無此藥。	
評析	1. 辛散風→風痺要藥(本草備要)。 2. 苦堅腎→治腎虛腳弱，利筋骨(本草備要)。	
性味建議	有鑒於只有本草備要有記載此藥，根據本草備要功效描述，建議性味描述採用「辛、苦，平」，可再參考其他文獻。	
備註		

※080 石韋臺灣中藥典頁碼：82

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
利尿滲濕藥。		
大陸中藥典	甘、苦,微寒。	無。
利尿通淋，清肺止咳，涼血止血。 用於熱淋，血淋，石淋，小便不通，淋瀝澀痛，肺熱喘咳，吐血，衄血，尿血，崩漏。		
本草備要	甘苦微寒。	杏仁、滑石、射干為使，得菖蒲良。
功用 清肺金以滋化源，通膀胱而利水道，益精氣，補五勞。 主治 治淋崩發背。		
中藥學教科書	甘、苦，微寒。	陰虛而無濕熱者忌服。
利尿通淋，清熱止血。止咳。 用於 1. 淋症(熱淋、血淋、石淋)。 2. 小便不通。 3. 崩漏。 4. 氣熱咳嗽。		
比較	三者都相同。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，並有緩急的作用→小便不通，吐血，衄血，尿血，崩漏(大陸中藥典)；益精氣，補五勞(本草備要)；小便不通，崩漏(中藥學教科書)。 2. 「苦」有清熱瀉火、燥濕堅陰的作用→涼血止血，熱淋，血淋，肺熱(大陸中藥典)；清肺金(本草備要)；清熱止血，氣熱咳嗽(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱瀉火、涼血，滋陰等作用→通淋，清肺，涼血止血(大陸中藥典)；清肺金以滋化源(本草備要)；通淋，清熱止血(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦，微寒」。	
備註		

※081 石斛 臺灣中藥典頁碼: 83

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
	補益藥(補陰)。	
大陸中藥典	甘，微寒。	無。
	益胃生津，滋陰清熱。 用於熱病津傷，口乾煩渴，胃陰不足，食少乾嘔，病後虛熱不退，陰虛火旺，骨蒸勞熱，目暗不明，筋骨痿軟。	
本草備要	甘淡鹹平。	惡巴豆，畏殭蠶。
中藥學教科書	甘，微寒。	本品能斂邪，使邪不外達，所以溫熱病不宜早用；又能助濕，如濕溫尚未化燥者忌服。惟胃腎有虛熱者宜之，虛而無火者忌用。本品有斂邪助濕之弊，故溫熱病不宜早用，濕溫尚未化燥者忌服。
	養陰、清熱、健胃藥。益胃生津，滋陰清熱。養胃生津，滋陰除熱。 用於 1. 熱病傷津、口乾煩渴。 2. 病後虛熱，胃熱而有虛火者最合適。	
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘，微寒)。 本草(甘淡鹹平)。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益的作用→益胃生津(大陸中藥典)；益精，補虛勞，壯筋骨(本草備要)；益胃生津(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱瀉火、滋陰等作用→滋陰清熱(大陸中藥典)；強陰(本草備要)；滋陰除熱(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，微寒」。	
備註		

※082 石菖蒲 臺灣中藥典頁碼: 85

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
	開竅藥。	
大陸中藥典	辛、苦，溫。	無。
	開竅豁痰，醒神益智，化濕開胃。 用於神昏癲癇，健忘失眠，耳鳴耳聾，脘痞不饑，噤口下痢。	
本草備要	辛苦而溫。	秦艽為使，惡麻黃，忌飴糖、羊肉、鐵器。
	功用 補肝益心，開心孔，利九竅，明耳目，發音聲，去濕逐風，除痰消積，開胃寬中。 主治 療噤口毒痢，風痺驚癇，崩帶胎漏，消腫止痛，解毒殺蟲。	
中藥學教科書	辛、苦，溫。	陰虛陽亢、煩躁汗多、咳嗽、吐血、精滑者慎服。
	開竅寧神、醒神益智、豁痰、化濕和胃。 用於 1. 高熱神志模糊或昏迷、煩燥、昏亂諸證。 2. 精神遲鈍、狂燥型精神分裂症、癲癇、神志癡呆等。 3. 消化不良、濕阻痞滿、胸腹脹悶、腹痛、瀉痢。	
比較	三者都相同。	
評析	1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→開竅，醒神，開胃(大陸中藥典)；開心孔，利九竅，發音聲，去濕逐風，開胃(本草備要)；開竅，醒神(中藥學教科書)。 2. 「苦」味入心，有清熱瀉火、燥濕的作用→化濕(大陸中藥典)；益心，去濕(本草備要)；治高熱神志模糊、煩燥、昏亂諸證，濕阻痞滿、瀉痢(中藥學教科書)。 3. 溫熱藥一般具有溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→以上文獻中未提及明顯相關功效主治，建議參考其他文獻。	
性味建議	根據參考文獻評析，初步建議性味描述採用「辛、苦，溫」。	
備註		

※083 石榴皮 臺灣中藥典頁碼: 86

臺灣中藥典	【性味建議】 收斂驅蟲藥。	無。
大陸中藥典	酸、澀，溫。 澀腸止瀉，止血，驅蟲。 用於久瀉，久痢，便血，脫肛，崩漏，帶下，蟲積腹痛。	無。
本草備要	酸澹而溫。 功用 能澹腸。 主治 止瀉痢下血，崩帶脫肛。	勿犯鐵器。
中藥學教科書	酸、澀，溫。 澀腸止瀉，止血，驅蟲。收斂、止瀉、驅蟲藥。 用於 1. 久瀉、久痢、虛瀉等症。尤適用於細菌性痢疾。 2. 蛔蟲、條蟲、蟲積腹痛。	瀉痢初起忌服。能戀膈成痰，痢積未盡者，服之太早，反為害也。本品對胃有較強的刺激性，故胃病患者不宜。內服過量可引起中毒，表現劇烈頭痛，嘔吐腹瀉，甚至驚厥抽搐，終因呼吸衰竭而死亡。
比較	三者都相同。	
評析	1. 「酸」能收能斂→澀腸止瀉，止血(大陸中藥典)；能澹腸止瀉痢下血(本草備要)；澀腸止瀉，止血(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、補火、助陽等作用→久瀉，脫肛(大陸中藥典)；脫肛(本草備要)；久瀉虛瀉(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「酸、澀，溫」。	
備註		

※084 石膏 臺灣中藥典頁碼:87

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
清熱瀉火藥。		
大陸中藥典	甘、辛，大寒。	無。
清熱瀉火，除煩止渴。 用於外感熱病，高熱煩渴，肺熱喘咳，胃火亢盛，頭痛，牙痛。		
本草備要	甘辛而淡，大寒。	雞子為使，忌巴豆、鐵。
功用 1. 寒能清熱降火，辛能發汗解肌，甘能緩脾益氣，生津止渴。 2. 又胃主肌肉，肺主皮毛，為發斑發疹之要品，但用之甚少，則難見功。 主治 1. 治傷寒鬱結，無汗，陽明頭痛，發熱惡寒，日晡潮熱，肌肉壯熱。 2. 小便赤濁，大渴引飲，中暑自汗，舌焦，牙痛。		
中藥學教科書	甘、辛，大寒。	脾胃虛寒及血虛、陰虛內熱者忌服。
生用解肌清熱瀉火，除煩止渴。煨用生肌斂瘡。解熱、鎮靜、消炎藥。 用於 1. 一切熱病、肺胃大熱，凡肺炎、流行性腦膜炎、乙型腦炎等熱性感染性疾病。 2. 中暑高熱，神志昏迷，身發斑疹、紅腫疼痛。 3. 胃火亢盛所引起的頭痛、齒痛、口腔炎，牙齦腫痛。 4. 肺熱咳嗽、氣喘。 5. 濕疹，水火燙傷，乳腺炎，瘡瘍潰後不斂及創傷久不收口。		
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘、辛，大寒)。 本草(甘辛而淡，大寒)。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和→除煩(大陸中藥典)；甘能緩脾益氣，生津止渴(本草備要)；除煩止渴(中藥學教科書)。 2. 「辛」能散能行能潤，有發散解表的作用→用於外感，煩渴(大陸中藥典)；發汗解肌，發斑發疹之要品(本草備要)；肺熱咳嗽、氣喘，身發斑疹(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱瀉火(大陸中藥典)；清熱降火(本草備要)；清熱瀉火，解熱、鎮靜、消炎藥(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、辛，大寒」。	
備註		

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
大陸中藥典	辛，平；有毒。	孕婦禁用。
本草備要	辛甘有毒。	類中風，慢脾驚屬虛者忌用。
中藥學教科書	辛，平；有毒。	本品有毒，用量不可過大。血虛生風者慎用。
比較	大陸中藥典與教科書相同(辛，平；有毒)。 本草(辛甘有毒)。	
評析	1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→通絡止痛(大陸中藥典)；口眼喎斜，厥陰風木之病(本草備要)；通絡止痛，消腫(中藥學教科書)。 2. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛，平」。	
備註	含蠍毒(Katsutoxin)毒性：主要為使呼吸麻痺。	

※086 冰片 臺灣中藥典頁碼：88

臺灣中藥典	【性味建議】	孕婦慎用。
開竅藥。		
大陸中藥典	辛、苦，微寒。	無。
開竅醒神，清熱止痛。 用於熱病神昏、驚厥，中風痰厥，氣鬱暴厥，中惡昏迷，胸痹心痛，目赤，口瘡，咽喉腫痛，耳道流膿。		
本草備要	辛溫。	無。
功用 先入肺，傳於心脾，而透骨。通謔竅，散鬱火。 主治 治驚癇痰迷，目赤膚翳，耳聾鼻癢，喉痺舌出。骨痛齒痛。痘陷產難，三蟲五痔。		
中藥學教科書	辛、苦，微寒。	孕婦慎服。氣血虛弱者忌服。
開竅醒神，清熱止痛。 用於 1. 中暑神志昏迷，驚厥、癲癇，中風昏迷有回醒。 2. 鼻粘膜炎、眼結膜炎、角膜炎、口腔喉頭炎、牙周炎。 3. 痔瘡(內、外痔、血栓痔)等發炎疼痛。		
比較	大陸中藥典與教科書相同(辛、苦，微寒)。 本草(辛溫)。	
評析	1. 「辛」能散能行，有發散、行氣行血的作用→開竅醒神，止痛(大陸中藥典)；通謔竅，散鬱火(本草備要)；開竅醒神，止痛(中藥學教科書)。 2. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→目赤，口瘡，咽喉腫痛，耳道流膿。(大陸中藥典)；發炎疼痛(中藥學教科書)。	
性味建議	大陸中藥典與教科書都是“微寒”，本草反而為“溫”。而在本草備要之功用主治中未見明顯的對應效能，故建議性味描述採用「辛、苦，微寒」。	
備註		

※087 合歡皮 臺灣中藥典頁碼：89

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
安神藥(養心安神)。		
大陸中藥典	甘，平。	無。
解鬱安神，活血消腫。 用於心神不安，憂鬱失眠，肺癰，瘡腫，跌撲傷痛。		
本草備要	甘平。	得酒良。
功用 1. 安五臟，和心脾，令人歡樂忘憂。 2. 和血止痛，明目消腫，續筋骨，長肌肉。		
中藥學教科書	甘，平。	無。
安神解鬱，活血消腫藥。 用於 1. 失眠，抑鬱，虛煩不安，神經衰弱。 2. 跌打損傷疼痛。		
比較	三者都相同。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和→解鬱安神(大陸中藥典);令人歡樂忘憂(本草備要);安神解鬱(中藥學教科書)。 2. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯→以上三文獻描述確實如此。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，平」。	
備註		

※088 地骨皮 臺灣中藥典頁碼：90

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
清熱藥(清虛熱)。		
大陸中藥典	甘，寒。	無。
涼血除蒸，清肺降火。 用於陰虛潮熱，骨蒸盜汗，肺熱咳嗽，咯血，衄血，內熱消渴。		
本草備要	甘淡而寒。	腸滑者，忌枸杞子；中寒者，忌地骨皮。
功用 1. 能涼血而補正氣，故內治五內邪熱，吐血尿血，欬嗽消渴，外治肌熱虛汗。 2. 上除頭風痛，中平胸脅痛，下利大小腸。 3. 療在表無定之風邪，傳屍，有汗之骨蒸。		
中藥學教科書	甘、淡，寒。	外感風寒發熱及脾虛便溏者不宜用。脾胃虛寒者忌服。
涼血除蒸，清肺降火。清涼解熱、消炎藥。 用於 1. 一般虛熱、癆熱、有汗潮熱骨蒸。 2. 肺熱喘咳、氣管炎、肺炎咳嗽。		
比較	本草與教課書相同(甘、淡，寒)。 大陸藥典(甘，寒)。	
評析	1. 「甘」能補，有滋益的作用→用於陰虛(大陸中藥典)；補正氣(本草備要)；虛熱、癆熱(中藥學教科書)。 2. 「淡」能滲能利，有滲濕利水的作用→降火，除蒸(大陸中藥典)；下利大小腸(本草備要)；清涼解熱(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、瀉火、涼血、滋陰等作用→涼血，降火(大陸中藥典)；五內邪熱，吐血尿血(本草備要)；涼血，降火。解熱、消炎藥(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，寒」。	
備註		

※089 地黃 臺灣中藥典頁碼: 91

臺灣中藥典	【性味建議】 清熱藥(清熱涼血)。	脾虛泄瀉慎用。
大陸中藥典	鮮地黃:甘、苦,寒 生地黃:甘,寒。熟地黃:甘,微溫。 鮮地黃:清熱生津,涼血,止血。用於熱病傷陰,舌絳煩渴,溫毒發斑,吐血,衄血,咽喉腫痛。 生地黃:清熱涼血,養陰生津。用於熱入營血,溫毒發斑,吐血衄血,熱病傷陰,舌絳煩渴,津傷便秘,陰虛發熱,骨蒸勞熱,內熱消渴。 熟地黃:補血滋陰,益精填髓。用於血虛萎黃,心悸怔忡,月經不調,崩漏下血,肝腎陰虛,腰膝酸軟,骨蒸潮熱,盜汗遺精,內熱消渴,眩暈,耳鳴,鬚髮早白。	無。
本草備要	生地黃:甘苦大寒。 熟地黃:甘而微溫。 乾地黃:甘苦而寒,沈陰而降。 生地黃 功用 瀉丙火,清燥金,消瘀通經,平諸血逆。 主治 治吐崩中,傷寒陽強,痘證大熱。 熟地黃 功用 滋腎水,補真陰,填骨髓,生精血,聰耳明目,黑髮烏髭。 主治 治勞傷風痺,胎產百病,為補血之上劑。 乾地黃 功用 滋陰退陽,生血涼血。 主治 治血虛發熱,勞傷欬嗽,痿痺驚悸,吐衄尿血,血運崩中,足下熱痛,折跌絕筋,填骨髓,長肌肉,利大小便,調經安胎。又能殺蟲,治心腹急痛。	生地黃:多服損胃。 熟地黃:無。
中藥學教科書	生地黃: 甘、苦,寒。 熟地黃: 甘,微溫。	生地:本品性寒而滯,脾虛濕滯,腹滿便溏者不宜用,又氣血虛弱的孕婦亦不要用生地。 熟地:本品性質黏膩,較生地更甚,有礙消化,凡外感未消、氣滯痰多、咳血帶痰、消化不良、脾胃虛寒、脘腹脹痛、食少便溏者忌服。 生地(乾地) 清熱、涼血、止血、滋養藥。 用於: 1.濕熱、溫熱病、高熱、口渴、陰虛內熱、咽喉腫痛。 2.血熱引起的血 尿血、痔血崩中下血等各種出血。 熟地 補血滋陰藥。 用於: 1.貧血、血虛、月經不調、胎產崩漏。 2.陰虛、腎陰不足、盜汗、遺精、消渴,及陰虛各種慢性虧損如慢性腎臟炎、高血壓、糖尿病、神經衰弱等。
比較	熟地黃三者都相同。 生地黃三者都不同。	

<p>評析</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「甘」能補，有滋益的作用→養陰(大陸中藥典)；「甘」入中焦，治吐(本草備要)；滋養藥(中藥學教科書)。 2. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火、潤腸通便的作用→津傷便秘(大陸中藥典)；瀉丙火(本草備要)；咽喉腫痛(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱涼血，養陰生津(大陸中藥典)；治痘證大熱(本草備要)；清熱、涼血、止血、滋養(中藥學教科書)。
<p>性味建議</p>	<p>根據參考文獻評析，鮮地黃建議性味描述採用「甘、苦，寒」。生地黃建議性味描述採用「甘，寒」。熟地黃三者都相同，建議性味描述採用「甘，微溫」。</p>
<p>備註</p>	

※090 地榆 臺灣中藥典頁碼：92

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
理血藥(止血)。		
大陸中藥典	苦、酸、澀，微寒。	無。
涼血止血，解毒斂瘡用於便血，痔血，血痛，崩漏，水火燙傷，癰腫瘡毒。		
本草備要	苦鹹微寒，性沉而瀋。	惡麥冬。
功用 入下焦，除血熱。 主治 治吐衄崩中，腸風，血痢。		
中藥學教科書	苦、酸、澀，微寒。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本品性寒苦澀，凡虛寒性便血、下痢、崩漏及出血有瘀者慎用。 2. 對於燒燙傷病人，不宜大面積使用地榆製劑外塗，以防它所含水解型鞣質被身體大量吸收而引起中毒性肝炎。 3. 本品生用清熱解毒力勝，多用於痢疾、白帶、癰瘡；炒炭具收斂之性，多用於出血病證。
涼血止血，消腫止痛，解毒斂瘡。 用於 1. 下焦血熱，如崩漏，腸風下血、血痢、便血、痔血。 2. 瘡癰、創傷、燙火傷。		
比較	大陸中藥典與教科書相同(苦、酸、澀，微寒)。 本草不同(苦鹹微寒，性沉而瀋)。	
評析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火解毒、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→涼血，解毒斂瘡(大陸中藥典)；除血熱(本草備要)；消腫，解毒(中藥學教科書)。 2. 「酸」能收能澀，有收斂、固澀的作用→止血，斂瘡(大陸中藥典)；治吐衄崩中，血痢(本草備要)；止血，斂瘡(中藥學教科書)。 3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→涼血，解毒(大陸中藥典)；除血熱(本草備要)；涼血解毒(中藥學教科書)。 	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「苦、酸、澀，微寒」。	
備註		

※091 地膚子 臺灣中藥典頁碼:94

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
利水滲濕藥。		
大陸中藥典	辛、苦，寒。	無。
清熱利濕，祛風止癢。 用於小便澀痛，陰癢帶下，風疹，濕疹，皮膚瘙癢。		
本草備要	甘苦氣寒。	惡蝶蛸。
功用 益精強陰，入膀胱，除虛熱，利小便而通淋。 主治 治頰(從病旁)疝，散惡瘡。葉作浴湯，去皮膚風熱丹腫。洗眼除雀盲澀痛。		
中藥學教科書	苦，寒。	無。
清熱利水，除濕止癢。		
比較	三者都不同。	
評析	<p>1. 「辛」能散能行，有發散、的作用→治風疹，皮膚瘙癢(大陸中藥典)；去皮膚風熱丹腫(本草備要)；除濕止癢(中藥學教科書)。</p> <p>2. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火解毒、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→陰癢帶下，濕疹(大陸中藥典)；強陰(本草備要)；清熱除濕(中藥學教科書)。</p> <p>3. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱(大陸中藥典)；除虛熱(本草備要)；清熱(中藥學教科書)。</p>	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦，寒」。	
備註		

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
平肝息風藥。		
大陸中藥典	鹹，寒。	無。
清熱定驚，通絡，平喘，利尿。 用於高熱神昏，驚癇抽搐，關節痹痛，肢體麻木，半身不遂，肺熱喘咳，水腫尿少。		
本草備要	鹹寒。	無。
功用 蚓土德，而星應軫水，味性鹹寒，故能清熱下行，故能利水。 主治 治溫病大熱狂言，大腹黃疸，腎風腳氣。		
中藥學教科書	鹹，寒。	脾胃虛寒者，過量易引起嘔吐。
清熱息風定驚，平喘，通絡，利尿。解熱，鎮痙，止喘藥。 用於 1. 各種高熱病，如小兒高熱，引起抽搐，或流行性腦膜炎。 2. 急慢性氣管炎，支氣管哮喘或肺炎。 3. 風濕關節炎或類風濕性關節炎，各種神經痛，如單純性的風濕性坐骨神經痛，有消炎止痛效果。 4. 外治瘡瘍，下肢慢性潰瘍，帶狀疱疹，流行性腮腺炎。		
比較	三者都相同。	
評析	1. 「鹹」能下能軟，能軟堅散結、瀉下通便、平肝潛陽→定驚，利尿(大陸中藥典)；下行利水(本草備要)；息風定驚，利尿，鎮痙(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱(大陸中藥典)；清熱(本草備要)；用於各種高熱病(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「鹹，寒」。	
備註		

※093 百合 臺灣中藥典頁碼：96

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
補益藥(補陰)。		
大陸中藥典	甘，寒。	無。
養陰潤肺，清心安神。 用於陰虛燥咳，勞嗽咳血，虛煩驚悸，失眠多夢，精神恍惚。		
本草備要	甘平。	無。
功用 潤肺寧心，清熱止嗽，益氣調中，止涕淚，利二便。 主治 治浮腫臃脹，痞滿寒熱瘡腫乳癰，傷寒百合病。		
中藥學教科書	甘，微寒。	本品為寒潤之物，所以風寒咳嗽或中寒便溏者忌服。 風寒痰嗽，中寒便滑者忌服。 風寒咳嗽，脾胃虛寒、大便滑洩者忌服。
潤肺止咳、清心安神。養陰潤肺，清心安神。 用於 1. 乾咳久咳。 2. 肺熱咳嗽恢復期、肺虛勞嗽證。 3. 陰虛咳血。 4. 熱病後餘熱未清。 5. 心神不安證。		
比較	三者都不同。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→養陰潤肺，安神(大陸中藥典)；潤肺寧心，益氣(本草備要)；養陰潤肺，安神(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→養陰清心(大陸中藥典)；清熱(本草備要)；清心清肺熱(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，微寒」。	
備註	大陸藥典與教科書都是“甘寒”，本草備要為“甘平”。 “平”為寒熱屬性不明顯，故本草備要的主治中“痞滿寒熱瘡腫乳癰”，寒熱兩者皆可治。	

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
大陸中藥典	甘、苦、微溫。	無。
本草備要	甘苦微溫。	無。
中藥學教科書	甘、苦、微溫。	熱嗽，水虧火炎者禁用。脾虛便溏者不宜用。
比較	三者都相同。	
評析	<p>1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→潤肺(大陸中藥典)；能潤肺(本草備要)；久咳(中藥學教科書)。</p> <p>2. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火解毒、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→下氣，殺蟲滅虱(大陸中藥典)；殺虻蟻蠅蝨一切樹木蛀蟲(本草備要)；殺蟲滅虱(中藥學教科書)。</p> <p>3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→以上文獻功效描述未見明顯溫熱特性。</p>	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、苦，微溫」。	
備註	有小毒(本草)。	

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
祛痰藥(清化熱痰)。		
大陸中藥典	甘，微寒。	無。
清熱化痰，除煩，止嘔。 用於痰熱咳嗽，膽火挾痰，驚悸不寧，心煩失眠，中風痰迷，舌強不語，胃熱嘔吐，妊娠惡阻，胎動不安。		
本草備要	甘而微寒。	無。
功用 開胃土之鬱，清肺金之燥，涼血除熱。 主治 1. 治上焦煩熱，溫氣寒熱，膈噎嘔噦。 2. 吐血流鼻血，肺痿驚癇，崩中胎動。		
中藥學教科書	甘，微寒。	胃寒及傷食之嘔吐忌服。
清化熱痰，除煩止嘔。 用於 1. 急性胃炎、支氣管喘息、妊娠嘔吐。 2. 肺熱、煩悶咳血。		
比較	三者都相同。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→驚悸不寧，心煩失眠，妊娠惡阻，胎動不安(大陸中藥典)；開胃土之鬱(本草備要)；除煩(中藥學教科書)。 2. 寒涼藥多具清熱、解毒、瀉火、涼血、滋陰等作用→清熱(大陸中藥典)；涼血除熱(本草備要)；清化熱痰(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘，微寒」。	
備註		

※096 肉豆蔻 臺灣中藥典頁碼：98

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
收澀藥。		
大陸中藥典	辛、溫。	無。
溫中行氣，澀腸止瀉。 用於脾胃虛寒，久瀉不止，脘腹脹痛，食少嘔吐。		
本草備要	辛溫氣香。	忌鐵。
功用 1. 理脾暖胃，下氣調中，逐冷祛痰，消食解酒。 2. 又能瀉大腸，止虛瀉，冷痢(初起忌用)。 主治 治積冷，心腹脹痛，中惡吐沫，小兒吐逆，乳食不下。		
中藥學教科書	辛、溫。	本品溫中固澀，故濕熱積滯瀉痢者忌服。
澀腸止瀉、溫中行氣。收斂、止瀉、健胃藥。 用於 1. 虛瀉，冷痢、久瀉不止如慢性結腸炎、小腸營養不良、腸結核等。 2. 脘腹冷痛，脾胃虛寒，食慾不振、鼓腸、腹脹、腸鳴腹痛等較適宜。 3. 又能止嘔、治小兒傷食吐乳和消化不良。		
比較	大陸中藥典與教科書相同(辛、溫)。 本草不同(辛溫氣香)。	
評析	1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→行氣(大陸中藥典)；理脾調中(本草備要)；行氣健胃(中藥學教科書)。 2. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→溫中(大陸中藥典)；暖胃，逐冷(本草備要)；溫中(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、溫」。	
備註	本草備要多了“氣香”。芳香能醒脾，對應其敘述之功用頗為吻合。	

※097 肉桂 臺灣中藥典頁碼：99

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
	矯味藥、驅風藥、芳香健胃藥。	
大陸中藥典	辛、甘、大熱。	有出血傾向者及孕婦慎用；不宜與赤石脂同用。
本草備要	<p>辛甘大熱，氣厚純陽。</p> <p>功用 1. 補命門相火之衰，益陽消陰，治冷沉寒。 2. 能發汗，疏通血脈，宣導百藥，去營衛風寒，表虛自汗。 3. 腹中冷痛，欬逆結氣，木得桂而枯，又能抑肝風，而扶脾土。 4. 從治目赤腫痛，及脾虛惡食，濕盛泄瀉，補勞明目，通經墮胎。</p>	<p>得人參、甘草、麥冬良，忌生蔥、石脂。</p>
中藥學教科書	辛、甘、熱。	<p>無。</p> <p>溫補命門火，引火歸源，溫經散寒止痛，溫中健胃。</p> <p>用於 1. 命門火衰，體質衰弱、腎陽不足之滑精早洩，腰膝冷痛。 2. 促進血液循環旺盛，溫經散寒通血脈，加強方劑中其他藥的效力。 3. 脾胃虛寒腹痛，食慾不振，脹滿、吐瀉。 4. 婦科植物經痛、瘀痛。 5. 血虛氣弱。</p>
比較	<p>三者都不同。大陸(辛甘大熱)。</p> <p>本草(辛甘大熱，氣厚純陽)。</p> <p>教科書(辛甘熱)。</p>	
評析	<p>1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→止痛，通經脈(大陸中藥典)；能發汗，疏通血脈(本草備要)；促進血液循環旺盛(中藥學教科書)。</p> <p>2. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→補火(大陸中藥典)；扶脾土(本草備要)；溫補命門，健胃(中藥學教科書)。</p> <p>3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→補火助陽，散寒止痛(大陸中藥典)；益陽消陰，治冷沉寒(本草備要)；溫補命門火，溫經散寒止痛(中藥學教科書)。</p>	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、甘、大熱」。	

備註

三者雖不同，大致敘述方向相似，沒有本質上明顯的出入。

※098 肉苁蓉 臺灣中藥典頁碼：100

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
	補益藥(補陽)。	
大陸中藥典	甘、鹹、溫。	無。
	補腎陽，益精血，潤腸通便。 用於腎陽不足，精血虧虛，陽痿不孕，腰膝酸軟，筋骨無力，腸燥便秘。	
本草備要	甘酸鹹溫。	忌鐵。
	功用 補命門相火，滋潤五臟，益髓強筋。 主治 治五勞七傷，絕陽不興，絕陰不產，腰膝冷痛，崩帶遺精，峻補精血。	
中藥學教科書	甘、鹹、溫。	本品補陽不燥，藥力和緩，入藥少則不效，故用量宜大。因能助陽，滑腸，故陰虛火旺及大便泄瀉者忌服。腸胃有實熱之大便秘結者亦不宜用。
	補腎助陽，益精血，潤腸通便。滋養強壯藥。 用於 1. 腎虛陽萎，遺精早洩、腰膝冷痛，筋骨痿弱。 2. 老人氣虛，血虛所致的便秘。 3. 帶下、血崩。	
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘、鹹、溫)。 本草不同(甘酸鹹溫)。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中、調和諸藥的作用→補腎陽，益精血(大陸中藥典)；滋潤五臟，益髓強筋(本草備要)；滋養強壯藥(中藥學教科書)。 2. 「鹹」能下能軟，能入腎、瀉下通便→補腎陽，潤腸通便(大陸中藥典)；腰膝冷痛(本草備要)；補腎，潤腸通便(中藥學教科書)。 3. 溫熱藥多具溫中、散寒、補火、助陽等作用→補腎陽(大陸中藥典)；補命門相火(本草備要)；補腎助陽(中藥學教科書)。	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、鹹、溫」。	
備註	本草備要多了“酸”味。酸能澀，對應其主治“崩帶遺精”。	

※099 艾葉 臺灣中藥典頁碼：101

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
大陸中藥典	辛、苦、溫；有小毒。	無。
本草備要	苦辛，生溫，熟熱，純陽之性。	血熱為病者禁用。苦酒，香附為使。
中藥學教科書	辛、苦、溫；有小毒。	陰虛血熱者慎用。內服過多可產生噁喉乾燥，惡心嘔吐，並頭痛、耳鳴、震顫、痙攣、譫妄、驚厥，甚至癱瘓。孕婦服用不當，可致子宮出血及流產。
比較	大陸中藥典與教科書相同(辛、苦、溫；有小毒)。本草不同(苦辛，生溫，熟熱，純陽之性)。	
評析	<p>1. 「辛」能散能行能潤，有發散解表、行氣行血的作用→治經寒不調(大陸中藥典)；理氣血(本草備要)；調經止痛(中藥學教科書)。</p> <p>2. 「苦」能燥能泄能堅，有清熱瀉火解毒、潤腸通便、燥濕堅陰的作用→祛濕止癢(大陸中藥典)；濕疹癬癩(中藥學教科書)。</p> <p>3. 溫熱藥多具溫中、散寒、溫經、補火、助陽、回陽救逆等作用→溫經散寒(大陸中藥典)；能回垂絕之元陽，暖子宮，溫中開鬱(本草備要)；溫經散寒止痛(中藥學教科書)。</p>	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「辛、苦、溫」。	
備註	有小毒(大陸中藥典與教科書)。	

※100 血竭 臺灣中藥典頁碼：102

臺灣中藥典	【性味建議】	無。
理血藥(活血祛瘀藥)		
大陸中藥典	甘、咸、平。	無。
活血定痛，化瘀止血，生肌斂瘡。 用於跌打損傷，心腹瘀痛，外傷出血，瘡瘍不斂。		
本草備要	甘鹹。	性急，不可多使，引膿。
功用 1. 色赤，入血分，補心包肝血不足。 2. 專除血痛，散瘀生新，為和血之聖藥。 主治 治內傷血聚，金瘡折跌，瘡口不合，止痛生肌。		
中藥學教科書	甘、鹹、平。	無瘀血者不宜服。孕婦及婦女月經期忌服。得密陀僧良。性辛熱而燥烈，陰虛血熱者慎用。本品不宜久服或超量服用，曾有報道有個別患者內服血竭後，引起周身瘙癢，四肢及胸背皮膚潮紅，手腳血管神經性水腫等過敏反應。
外用止血生肌斂瘡，內服活血散瘀止痛。止血，止痛，收斂，消炎藥。 用於 1. 跌打損傷致內傷瘀血留滯，傷處疼痛。 2. 損傷，韌帶扭傷，肌肉挫傷，撞傷。 3. 止鼻血。 4. 牙齦出血。		
比較	大陸中藥典與教科書相同(甘、鹹、平)。 本草不同(甘鹹)。	
評析	1. 「甘」能補能緩能和，有滋益、緩急和中的作用→定痛(大陸中藥典)；和血之聖藥(本草備要)；止痛(中藥學教科書)。 2. 「鹹」能下能軟，能軟堅散結、瀉下通便、平肝潛陽→跌打損傷(大陸中藥典)；治內傷血聚(本草備要)；內傷瘀血留滯(中藥學教科書)。 3. 「平」藥之藥性較和緩，其寒熱性質較不明顯	
性味建議	根據參考文獻評析，建議性味描述採用「甘、鹹、平」。	
備註	本草備要少“平”。	

附錄二、「臺灣中藥典待釐清中藥材性味調查問卷」及調查信函。

【問卷3】:中醫臨床分小組會議「臺灣中藥典待釐清中藥材性味調查問卷」，敬請協助回覆!

敬愛的委員先進您好:


衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「中醫臨床」分小組第二次會議謹訂於105年3月3日(星期四)下午2時整假衛生福利部2樓206會議室召開，議程第一案將討論「臺灣中藥典」中藥材性味(100味)建議，為提高會議效益，特於會前針對歷代典籍差別性較大之中藥材以問卷方式進行調查，檢附「臺灣中藥典待釐清中藥材性味調查問卷」(附件一)，敬請諸位委員惠予協助填寫，並請於3月2日以前填寫附件電子檔回復，俾利提交中醫臨床分小組第二次會議討論。

謝謝您!敬 祝

安 康

計畫主持人

施純全敬上

 附件一(臺灣中藥典待釐清中藥材性味調查問卷).docx
24K

附錄三、中醫臨床分小組會議議程第二案意見表問卷及調查信函。

【問卷2】中醫臨床分小組會議議程第二案意見表，敬請協助回覆!(填寫完，請按下方【提交】)

敬愛的委員先進您好

衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「中醫臨床」分小組第二次會議訂於105年3月3日(星期四)下午2時整假衛生福利部2樓206會議室召開，議程第二案(附件一)將討論「臺灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容建議，為提高會議效益，特於會前以問卷方式進行調查，檢附「臺灣中藥典」，檢送「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表(附件二)、及台灣及鄰近國家中藥材毒性分類(級)及收載內容比較表(附件三)供參。敬請諸位委員惠予協助寫中醫臨床分小組會議意見表(附件四)，並請於3月1日前回覆(可採用信中連結或附件電子檔回覆)，俾利提交中醫臨床分小組第二次會議討論。

PS 請填寫完意見表，請務必按下方的【提交】

謝謝您! 敬 祝

安 康

計畫主持人

施純全 敬上

如果您無法順利檢視或提交這份表單，可以透過 [Google](#) 表單填寫。

中醫臨床分小組會議議程第二案意見表

敬愛的委員先進您好

衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「中醫臨床」分小組第二次會議訂於105年3月3日(星期四)下午2時整假衛生福利部2樓206會議室召開，議程第二案(附件一)將討論「臺灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容建議，為提高會議效益，特於會前以問卷方式進行調查，檢附「臺灣中藥典」，檢送「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表(附件二)、及台灣及鄰近國家中藥材毒性分類(級)及收載內容比較表(附件三)。敬請諸位委員惠予協助填寫中醫臨床分小組會議意見表(附件四)，並請於3月1日前回覆(可採用信中連結或附件電子檔回覆)，俾利提交中醫臨床分小組第二次會議討論。

謝謝您! 敬 祝

安 康

計畫主持人

施純全 敬上

*必填

姓名 *

一、有關現行「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表(P84)收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容是否整合或更新?

- 維持現行「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表(P84)收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。
- 建議修訂現行「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表(P84)收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。【建議及修訂內容, 請於備註與建議(一)中填寫, 謝謝!】
- 其他:

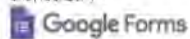
備註與建議(一)

二、有關現行「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表內容其他建議事項?

提交

請勿利用 Google 表單送出密碼。

技術提供:



Google 並未認可或建立這項內容。
檢舉濫用情形 - 服務條款 - 其他條款

附錄四、中醫臨床分小組會議意見表問卷及調查信函

2016/3/29

Gmail - 【問卷1】中醫臨床分小組會議意見表，敬請協助回覆！

【問卷1】中醫臨床分小組會議意見表，敬請協助回覆！

敬請的委員先進，您好！

茲檢送中藥製劑分小組第一次會議建議中醫臨床分小組提供意見項目(附件一)，敬請各位委員填寫中醫臨床分小組會議意見表(附件二)，並請於2月26日前回覆(可採用信中連結或附件電子檔回覆)，俾利提交中醫臨床分小組第二次會議討論。

意見表連結

<http://goo.gl/YaImS/3NwKkG1YFw>

謝謝您！敬祝
安康

計畫主持人
施純全 敬上

中醫臨床分小組會議意見表

敬愛的委員先進您好！

中藥製劑分小組第一次會議建議本分小組就下列事項提供意見，為提高會議效益，特於會前以問卷方式進行調查，敬請諸位委員予以協助並請於2月26日前提供意見，謝謝您！敬祝

平安喜樂

計畫主持人
施純全 敬上

姓名

姓名

一、中藥製劑分小組建議：有關中藥複方濃縮製劑之製法、性狀及貯藏法等項目刪除。

同意刪除

- 不同意刪除
- 其他： _____

備註與建議(一)

二、中藥複方濃縮製劑處方是否加註出典處，是否依基準方**200**方之出典處？

- 無須加註出典處，台灣中藥典即為出典處。
- 應加註出典處，依據基準方**200**方之出典處加註。
- 應加註出典處，但「無須」依據基準方**200**方之出典處加註。
- 其他： _____

備註與建議(二)

三、效能、適應症是否依基準方**200**方之效能、適應症？或使用大陸藥典收載之功能與主治？

- 建議採用效能、適應症
- 建議採用功能與主治
- 其他： _____

備註與建議(三)

四、用途分類及用量用法是否刪除？

- 同意刪除
- 不同意刪除

2016/3/29

Gmail - 【問卷1】中醫臨床分小組會議意見表 - 敬請協助回覆

其他:

備註與建議(四)

五、有哪些中藥複方濃縮製劑應加註注意事項之內容？


請勿利用 Google 表單送出密碼。


技術提供：



Google 並未認可或建立這項內容。
[檢舉濫用情形](#) · [服務條款](#) · [其他條款](#)

2 個附件

 (附件一)中醫製劑分小組第一次會議建議中醫臨床分小組提供意見項目.docx
33K

 (附件二)中醫臨床分小組會議意見表.docm
49K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=04419c50c18&view=pt&search=seek&msg=15306361630715426&siml=1530636163071542>

3/5

附錄五

104 年度衛生福利部

「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫

第一次中藥臨床應用內容編修小組委員會會議記錄

開會日期：中華民國 104 年 12 月 25 日(星期五)上午 10:00

開會地點：衛生福利部【302 會議室】

(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

主席：黃怡超 司長 / 林昭庚 教授

指導單位：

一、 主席報告：

1. 衛生福利部採購議約事項說明。
2. 臺灣中藥典編修工作分小組會議召開原則及注意事項。

二、 討論事項：

案由一：研議檢討及增加編修藥典中藥材性味資料提出相關規劃建議，提請討論。

說明：

1. 依據 104 年度臺灣中藥典編輯工作小組第二次會議決議暨臺灣中藥典第二版增補版編修工作大綱辦理。
2. 為執行 104 年度「執行臺灣中藥典專業編修事務」-中藥臨床應用內容編修計畫，104 年度本項計畫目標包括(1)彙整臺灣中藥典收載品項中藥材性味資料。(2)檢討及新增藥典收載品項之中藥材性味(100 味)資料。
3. 本項工作擬以《臺灣中藥典》收載品項 100 味性味資料為藍本，彙整《中華人民共和國藥典》2015 年版、《本草備要》、及《中藥學》教材之中藥材性味資料。
4. 整理與比對《中華人民共和國藥典》2015 年版、《本草備要》、及《中藥學》教材之 100 味中藥材性味資料，以藥物之功能主治

為導向，並據以提出新增藥典收載品項之中藥材性味(100 味)資料建議。

決議：

1. 通過。
2. 依據臨床用途及藥物之功用主治進行性味差異性之整理比較。

案由二：研議整合及更新《臺灣中藥典》收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容更新，提出相關建議，提請討論。

說明：

1. 依據 104 年度臺灣中藥典編輯工作小組第二次會議決議暨臺灣中藥典第二版增補版編修工作大綱辦理。
2. 為執行 104 年度「執行臺灣中藥典專業編修事務」--中藥臨床應用內容編修計畫，104 年度本項計畫目標包括整合及更新編修藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。
3. 本項工作擬整理與分析比較《臺灣中藥典》、《中華人民共和國藥典》2015 年版、香港《中醫藥條例》附表中烈性/毒性中藥材及澳門毒性中藥之分類(級)及收載內容，並據以提出《臺灣中藥典》收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容更新資料建議。

決議：

1. 中藥毒性之定義有廣義與狹義兩類，建請《臺灣中藥典》以狹義之毒性定義作為收載內容。
2. 《臺灣中藥典》中藥材毒性分類(級)及收載內容，建請以表列方式呈現，並請委員協助提供修訂建議。
3. 有關藥物之明顯副作用部分，建請另於注意事項中收載。

案由三：研議「中藥典規格研究-中藥濃縮製劑」計畫第一次中藥製劑分小組委員會議決議，提出相關建議，提請討論。

說明：

1. 依據 104 年度衛生福利部「中藥典規格研究-中藥濃縮製

- 劑」計畫第一次中藥製劑分小組委員會議會議決議辦理。
2. 第一次中藥製劑分小組委員會議會議決議建議：「藥典新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」，協請中醫臨床分小組編修」。

決 議：

1. 本小組同意協助辦理《臺灣中藥典》新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」之編修工作。
2. 關於「效能」、「適應症」、「用途分類」之適宜名稱，提交下次會議討論。
3. 另中藥材是否新增「效能」、「適應症」或「功用(功效或效能)」、「主治」，提交下次會議討論。

三、臨時動議：無

附錄六

衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版
「中醫臨床」分小組第二次會議紀錄

時間：中華民國 105 年 3 月 3 日(星期四)下午 2 時 00 分

地點：衛生福利部 2 樓 206 會議室

主席：林召集人昭庚

壹、主席致詞：(略)。

貳、上次會議紀錄確認及追蹤辦理情形：

一、

項次	討論提案	會議決議	執行情形
1	研議檢討及增加編修藥典中藥材性味資料提出相關規劃建議，提請討論	一、通過。 二、依據臨床用途及藥物之功用主治進行性味差異性之整理比較。	一、本項工作業已依「臺灣中藥典」收載品項 100 味性味資料為藍本，彙整《「中華人民共和國藥典》」2015 年版、《「本草備要》」、及《「中藥學》」教材之中藥材性味資料。 二、業已完成「臺灣中藥典」收載品項收中藥材性味(100 味)建議。
2	研議整合及更新《臺灣中藥典》收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容更新，提出相關建議，提請討論。	一、中藥毒性之定義有廣義與狹義兩類，建請《臺灣中藥典》以狹義之毒性定義作為收載內容。 二、《臺灣中藥典》中藥材毒性分類(級)及收	一、本項工作業已整理與分析比較「臺灣中藥典」、「中華人民共和國藥典」2015 年版、香港「中醫藥條例」附表中烈性/毒性中

		<p>載內容，建請以表列方式呈現，並請委員協助提供修訂建議。</p> <p>三、有關藥物之明顯副作用部分，建請另於注意事項中收載。</p>	<p>藥材及澳門毒性中藥之分類(級)及收載內容。</p> <p>二、業已完成「臺灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容更新建議參考資料。</p>
3	<p>研議「中藥典規格研究-中藥濃縮製劑」計畫第一次中藥製劑分小組委員會議決議，提出相關建議，提請討論。</p>	<p>一、本小組同意協助辦理《臺灣中藥典》新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」及「用途分類」之編修工作。</p> <p>二、關於「效能」、「適應症」及「用途分類」之適宜名稱，提交下次會議討論。</p> <p>三、另中藥材是否新增「效能」、「適應症」或「功用(功效或效能)」及「主治」，提交下次會議討論。</p>	<p>一、本分小組業於 105 年 2 月 18 日以電子郵件函請各委員回復書面意見。</p> <p>二、本案將於此次會議提案六討論。</p>

二、主席裁示：洽悉。

參、討論事項：

提案一：研議新增「臺灣中藥典」中藥材性味(100 味)建議，提請討論。

(提案單位：中醫臨床分小組)

說明：

一、依據第一次中藥臨床應用內容編修小組會議決議、臺灣中藥典第二版增補版編修工作大綱暨 104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫中醫臨床分小組第一次會議決議辦理。

- 二、為執行 104 年度「執行臺灣中藥典專業編修事務」-中藥臨床應用內容編修計畫，104 年度本項計畫目標包括(1)彙整臺灣中藥典收載品項中藥材性味資料。(2)檢討及新增藥典收載品項之中藥材性味(100 味)資料。
- 三、104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫中醫臨床分小組第一次會議第一案決議：「依據臨床用途及藥物之功用主治進行性味差異性之整理比較」。
- 四、本項工作業已依「臺灣中藥典」收載品項 100 味性味資料為藍本，彙整「中華人民共和國藥典」2015 年版、「本草備要」及「中藥學」教材之中藥材性味資料。
- 五、新增臺灣中藥典收載品項中藥材性味(100 味)建議(草案)。

決議：

- 一、建議「臺灣中藥典」炮製中藥材收載品項新增「熟地黃」一味。
- 二、新增「臺灣中藥典」收載品項中藥材性味(100 味)建議(草案)修正後通過。

提案二：研議整合及更新「臺灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容建議，提請討論。

(提案單位：中醫臨床分小組)

說明：

- 一、依據第一次中藥臨床應用內容編修小組會議決議、臺灣中藥典第二版增補版編修工作大綱暨 104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫中醫臨床分小組第一次會議決議辦理。
- 二、為執行 104 年度「執行臺灣中藥典專業編修事務」--中藥臨床應用內容編修計畫，104 年度本項計畫目標包括整合及更新編修藥典收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。
- 三、104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫中醫臨床分小組第一次會議第 2 案決議：「(1)中藥毒性之定義有廣義與狹義兩類，建請『臺灣中藥典』以狹義之毒性定義作為收載內容。(2)『臺灣中藥典』中藥材毒性分類(級)及收載內容，建請以表列方式呈現，並請委員協助提供修訂建

議。(3)有關藥物之明顯副作用部分，建請另於注意事項中收載。」

- 四、本項作業已整理與分析比較「臺灣中藥典」、「中華人民共和國藥典」2015年版及香港「中醫藥條例」附表中烈性/毒性中藥材及澳門毒性中藥之分類(級)及收載內容。
- 五、「臺灣中藥典」收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容更新建議。

決議：

- 一、建議「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表中新增「紅升丹」一味中藥材。
- 二、建議「臺灣中藥典」以狹義之毒性定義作為收載內容。
- 三、「臺灣中藥典」毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項始於新增中藥材性味中標示毒性，其餘中藥材收載品項有關藥物之明顯副作用部分，另於注意事項中收載之。
- 四、有關「臺灣中藥典」注意事項之收載內容規範，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作之檢討及研議事項。

提案三：「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」(草案)修正建議，提請討論。

(提案單位：檢驗規格分小組)

說明：

- 一、依據衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」決議辦理。
- 二、為促進不同實驗室進行中藥典中藥材各項檢驗方法研究之一致性，檢驗規格分小組研擬「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」(草案)，提供中藥材標準科研及化驗工作技術指引，如：顯微鑑別、TLC、HPLC 及污穢物質檢測等，供執行研發實驗室參考。
- 三、衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」第 3 案決議：「請各分小組於 2 月 26 前以書面意見回復檢驗規格分小組」。
- 四、本分小組業於 105 年 2 月 2 日以電子郵件函請各委員回復書面意見。

決 議：無修正建議。

提案四：「臺灣中藥典」收載臺灣特有種中藥材品項審查原則及審核機制(草案)修正建議，提請討論。

(提案單位：中藥基原分小組)

說 明：

- 一、依據衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」決議辦理。
- 二、「臺灣中藥典」對於臺灣特有種中藥材尚未有具體審核機制，中藥基原分小組研擬「臺灣特有種中藥材」與「已收載於臺灣中藥典藥材品項，但未收載臺灣特有種之中藥材」收載審查原則及制定審核機制(草案)。
- 三、衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」臨時動議決議：「請各分小組於 2 月 26 前以書面意見回復中藥基原分小組」。
- 四、本分小組業於 105 年 2 月 2 日以電子郵件函請各委員回復書面意見。

決 議：無修正建議。

提案五：「臺灣中藥典」新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」之適宜名稱，以及中藥材是否新增「效能」、「適應症」或「功用(功效或效能)」、「主治」，提請討論。

(提案單位：中藥製劑分小組)

說 明：

- 一、依據中藥製劑分小組第一次會議暨 104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫中醫臨床分小組第一次會議決議辦理。
- 二、中藥製劑分小組第一次會議決議建議：「藥典新增收載中藥製劑中有關『效能』、『適應症』及『用途分類』，協請中醫臨床分小組編修」。
- 三、104 年度衛生福利部「執行臺灣中藥典專業編修事務」計畫中醫臨床分小組第一次會議第 3 案決議：「1.本小組同意協助辦理『臺灣中藥典』新增收載中藥製劑中有關『效能』、『適

應症』及『用途分類』之編修工作。2.關於『效能』、『適應症』及『用途分類』之適宜名稱，提交下次會議討論。3.另中藥材是否新增『效能』、『適應症』或『功用(功效或效能)』、『主治』，提交下次會議討論。」

決議：

- 一、建議「臺灣中藥典」收載之中藥材與中藥製劑分開制定編寫格式。
- 二、建議「臺灣中藥典」新增收載中藥製劑中有關「效能」、「適應症」、「用途分類」，維持原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」中「效能」、「適應症」、「用途分類」之編寫格式。
- 三、建議「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作，新增中藥材「功能」與「主治」收載品項之規劃工作。
- 四、建議有關「臺灣中藥典」中「用途分類」之分類方式，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議及檢討事項。

提案六：研議中藥製劑分小組建請本分小組提供相關意見建議(詳如說明段)，提請討論。

(提案單位：中藥製劑分小組)

說明：

- 一、依據衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 1 次聯繫會議」決議辦理。
- 二、中藥製劑分小組第一次會議建請本分小組提供意見項目如下：
 - (1)有關中藥複方濃縮製劑之製法、性狀及貯藏法等建議刪除。
 - (2)中藥複方濃縮製劑處方加出典處，是否依基準方 200 方之出典處？
 - (3)效能、適應症是否依基準方 200 方之效能、適應症？或使用大陸藥典收載之功能與主治？
 - (4)用途分類及用量用法是否刪除？
 - (5)有哪些中藥複方濃縮製劑應加註注意事項之內容？
- 三、衛生福利部 105 年 1 月 26 日「臺灣中藥典第二版增補版工作

分小組第 1 次聯繫會議」決議：「本案請中醫臨床組於第二次工作小組會議(2 月 26 日)中討論，並請於 2 月 28 日前回復意見予中藥製劑分小組。」

四、本分小組業於 105 年 2 月 18 日以電子郵件函請各委員回復書面意見。

決 議：

- 一、有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑之「性狀」及「貯藏法」，仍建議收載。
- 二、有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑之「製法」，建議至少應收載通則及一般製程。
- 三、有關「臺灣中藥典」新增中藥複方濃縮製劑，建議其「方名」處無須另加註出典處，但得參照原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」之收載方式，另於「出典處」欄位或收載內文中加註出典處。
- 四、建議「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑，仍維持原臺灣中藥典「中藥基準方 200 方」中「效能」、「適應症」及「用途分類」之編寫格式。至於「用途分類」之分類方式建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議事項。
- 五、有關「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑中「用量」同意依中藥製劑分小組之建議暫不標註，但建議仍應收載「用法」。
- 六、有關「臺灣中藥典」新增收載中藥複方濃縮製劑「注意事項」之收載內容規範，建議列入「臺灣中藥典」第二版增補版編修工作未來之研議事項。

肆、散會(16:00)

建置癌症患者照護之中西醫整合教學模式

呂鴻基

財團法人中華醫藥促進基金會

摘要

本計畫目標在建置癌症患者照護之中西醫整合教學模式，本年度選定「癌症患者之中西醫整合照護—中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適」為整合照護主題，於臺灣大學醫學院附設醫院（緩和醫療門診）、台北榮民總醫院、三軍總醫院，及台中榮民總醫院，以門診與病房會診為患者照護及見實習醫學生、住院醫師之學習地點。

本計畫達成下列成果：建立「癌症患者之中西醫整合照護—中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適」之中醫臨床路徑與診療指引、癌症診療之中西醫臨床整合門診教學規範及病例寫作範本，同時編製癌症患者診療之門診與床邊教學病例寫作範本 37 件（門診 24 件、會診或住診 13 件）；並與臺灣中醫醫學教育學會合作在網站上建置中西醫整合教學專區，將具有教學價值之中西醫臨床整合案例放置於專區內。另藉由召開「建立中西醫整合教學模式」專家（含中、西醫師代表）座談會，與「建立中西醫整合教學模式」成果發表會之舉辦，促進了中、西醫雙向瞭解與交流，對臺灣中西醫整合照護之發展上立下了新的里程碑。

關鍵詞：整合醫學、中西醫整合、教學模式、癌症、輔助治療

Establishment of Integrative Teaching Model of Chinese and Western Medicine in the Care of Cancer Patients

Hung-Chi Lue
Chinese Medical Advancement Foundation

ABSTRACT

This project established the integrative teaching model of Chinese and western Medicine in the care of cancer patients. The project was conducted in National Taiwan University Hospital, Taipei Veterans General Hospital, Tri-Service General Hospital, and Taichung Veterans General Hospital, by the methods of inpatient consultation and outpatient service to establish cooperation care and teaching model between Chinese and western medicine in patients with cancer, which provided collaboration care experience for medical students and residents. The clinical pathway, practice guideline, and teaching module and care report form of integration of Chinese and western medicine for cancer patients were proposed. A total of 37 Cases which can demonstrate the values of integration care were reported, and 5 cases were put in the website of Taiwan Association for the Education of Chinese Medicine (TAECM). An expert meeting and a final research conference was held in Nov 06 to share the experience of the cooperation model. Suggestions for future policy to develop more cooperation and integrative teaching model will also be recommended. The conference provided a communication platform for western and Chinese medical doctors. It not only facilitates the understanding of both medicine, and also set a milestone for the development of integrative medical care.

Keywords: integrative medicine, cooperation between Chinese and Western medicine, teaching model, cancer, complementary treatment

壹、前言

世界衛生組織歷年發布促進「傳統醫學」發展之相關文件

2002 年：《2002—2005 年傳統醫藥發展策略》

傳統醫藥作為一種古老的醫學，在現代醫藥作用於人類健康之前，已有數千年的歷史。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）對「傳統醫學」的定義：「在維護健康以及預防、治療身心疾病方面使用的，以不同文化、理論、信仰和經驗為基礎的知識、技能和實踐的總和。比如中國的中醫、藏醫，印度、非洲的傳統醫學等。」。世界衛生組織一直致力於推動傳統醫藥的發展、創新和進步並因此制訂《2002-2005 年傳統醫藥發展策略》，主要有三方面的原因：（一）目前有很多國家使用傳統藥物進行治療，數目更不斷上升；（二）藥物的品質、安全及療效引起各國的關注；（三）傳統醫藥及傳統藥物的知識及某些地區的動植物受到威脅。制訂此策略的目的是希望能加強傳統醫藥在現有醫療系統的整合，發展及實施傳統醫藥的政策，為使用傳統醫藥的人士提供更多的資料，確保用藥安全、有效，保存和保護傳統醫藥的知識。

世界衛生組織於 2002 年啟動傳統醫學全球戰略在當年 5 月 26 日首度發表《2002—2005 年傳統醫藥及替代醫藥全球策略》，建請全球 180 餘國家將此策略納入該國醫療政策。根據世界衛生組織統計，過去十年中，制定傳統醫學政策的國家由 25 個增加為 69 個，制定草藥監管法規的國家由 65 個增長到 119 個，制定傳統醫學服務提供者監管法規的國家已達到 65 個。

2008 年：《北京宣言》

世界衛生組織認識到傳統醫學是建立在初級衛生保健基礎上公平的、可及的衛生系統的組成部分。國際社會、各國政府以及衛生專業人員和工作者需要採取行動促進傳統醫學，將其作為推動實現人人享有衛生保健目標的一項重要內容。在 2008 年，世界衛生組織通過《北京宣言》倡議促進傳統醫藥發展。在宣言中指出：「必須維持和保護關於傳統醫學、治療和實踐的知識以及對其可持續應用不可或缺的自然資源，保障傳統醫學實踐的安全性、有效性和可及性。」「各國政府有責任保障本國人民的健康，應作為國家綜合衛生體系的一部分，制定國家政策、規章和標準，確保傳統醫學的安全、有效使用。」

在宣言中同時指出：「各國政府應為傳統醫學從業人員建立資格認證體系，對傳統醫學從業者施行資格認證或執業許可。傳統醫學執業者應提

高知識水準和執業技能，以適應國家需求。」並且：「應加強現代醫學與傳統醫學提供者之間的交流，並應為衛生專業人員、醫學院學生和有關研究人員制定適當的培訓規劃。」

2013年：《2014-2023年傳統醫學戰略》

世界衛生組織根據世界衛生大會關於傳統醫學的決議（WHA62.13），制定了《世衛組織2014-2023年傳統醫學戰略》。戰略的目標是在以下方面支援會員國：（1）掌握利用傳統醫學對健康、福祉和以人為本的衛生保健的潛在貢獻；（2）對傳統醫學產品、技術服務提供者和實踐進行監管和研究，並酌情將其納入衛生系統，從而促進安全和有效地使用傳統和補充醫學。

2014年5月24日，在瑞士日內瓦召開了世界衛生組織第67屆世界衛生大會，在大會上審議並通過了由中國代表於世界衛生組織執行委員會上所提出關於傳統醫學之決議，此《決議》內容，有以下特點和意義：

（1）敦促各成員國根據本國的實際情況，來調整、採納和實施《世衛組織2014-2023年傳統醫學的戰略》，作為國家傳統醫學和補充醫學規劃或工作計劃的基礎，並根據實際情況制定和實施將傳統醫學納入衛生服務體系，特別是初級衛生保健中的工作計劃。

（2）決議要求世衛組織支持各國制定國家政策、標準、法規，來加強傳統醫學服務的能力建設，以發展傳統醫學。

（3）此戰略確定今後十年傳統醫學發展的戰略方向和行動，提出了三項目標任務：一是要建立傳統醫學信息庫，為制定國家政策提供支持；二是要要求加強監管，保證傳統醫學產品及服務的質量、安全、適當使用和有效性；三是要要求促進傳統醫學服務的全民覆蓋。

上述決議不僅確認了傳統醫學和補充醫學在維護人類健康方面的作用與潛力，更為包括中醫在內的傳統醫學走向世界開啟了一扇大門。在會議中，世界衛生組織傳統與補充醫學部主任張奇博士表示：「傳統醫學和現代醫學要相互補充，西方醫學不能解決所有的問題，還面臨著許多挑戰。」「在衛生服務系統中，傳統醫學與現代醫學相互補充，取長補短，共同為病患提供最佳服務。傳統醫學強調預防，藥物以植物藥為主，毒副作用較化學合成藥物小，在促進健康及康復、預防非傳染性疾病方面，傳統醫學具備傳統和現實的潛在優勢。」「為了解決人類所面臨的健康問題，應最大限度地利用現有的資源，而傳統醫學就被認為是重要資源。因此要充分發揮傳統醫學的現有優勢，並繼續挖掘其潛力優勢。」

臺灣對於 WHO《傳統醫學發展策略》的回應及整合傳統與現代醫學的努力

「傳統醫學」泛指世界各地各民族依其傳統信仰及經驗所發展用來預防、診斷、治療疾病並促進健康之醫學。世界衛生組織認定的主要傳統醫學系統有傳統中醫學、傳統希臘、埃及暨阿拉伯醫學及傳統印度醫學。而「現代醫學」則是起源於十八世紀末，在歐美、亞洲及全世界各地陸續發展開來的醫學。雖然傳統中醫學在全球的應用及臨床研究逐漸成長，並成為目前現代醫學的互補及另類醫學；但與現代醫學醫學之間，仍長時間存在著了解與整合不足的現象。

現代醫學與傳統醫學（包括中醫藥）在各先進國家已開啟對話，這是東西方一致的趨勢，世界衛生組織在 2002 年 5 月 26 日首度發表《2002-2005 年傳統醫藥及替代醫藥全球策略》，建請全球 180 餘國家將此策略納入該國醫療政策。有鑑於此，中華醫藥促進基金會於 2004 年至 2008 年的五年間，在衛生署經費支持下，與臺灣聯合醫學基金會、中華民國中西整合醫學會、臺灣社區健康促進與管理學會以及中國醫藥大學等團體，共同舉辦了 19 場「傳統醫學與現代醫學對話論壇」及四場專家學者座談會，每場次依不同議題分別邀請中醫及西醫專家學者，促使不同領域的專家學者深度對話，針對傳統醫學與現代醫學對人類的健康照護，以及相關疾病預防、診斷、治療與評價之環境支持、專業教育、醫病關係與資訊對稱等各種層面，以人為本，以科學為用，使專家智慧與經驗相互激盪。

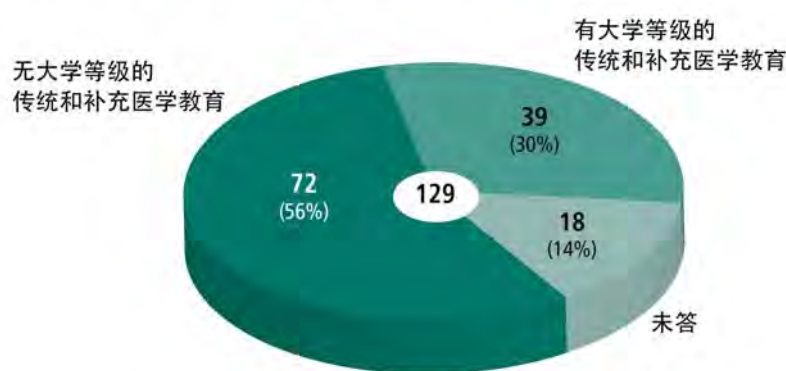
此 19 場「傳統醫學與現代醫學對話論壇」共計邀請 208 位國內各醫學中心與醫學院不同領域之頂尖中西醫學者，以對話方式進行相互的溝通與學習。由於對話論壇進行的相當成功，為延續論壇成果，推動臺灣整合醫學之發展，基金會於 2009 年成立德菲法分析研究小組，設計共識問卷，邀請與會學者參與，經過兩回意見提供與填答，達成傳統醫學與現代醫學在研究教育與臨床整合各方面的初步共識。

全球各地對於傳統與現代醫學的整合已發展多時，因文化、政策及資源的不同，發展過程所面臨的優勢與挑戰也不同。在完成國內的對話論壇與共識後，本基金會與臺灣中醫醫學教育學會更於 2014 年 11 月 1 日舉辦「傳統醫學與現代醫學整合國際論壇」，邀請全球不同地區積極參與傳統與現代醫學整合之領導學者，針對該區域之整合發展經驗及所遭遇的困難進行報告及討論，並發表本會所完成的論壇共識成果。在此邀請各位專家學者一同與會，期待藉此盛會，可以凝聚全球在傳統與現代醫學整合之共識，並提出具體可行之建議方針，促進未來全球整合醫學之發展。

臺灣在全球整合傳統與現代醫學之特出處

在《世衛組織 2014-2023 年傳統醫學戰略》中對於全球傳統醫學調查「大學等級的傳統和補充醫學教育」結果顯示「有大學等級的傳統和補充醫學教育」者僅 39 國，佔所調查會員國之 30%。在具有傳統醫藥之國家中，我國是少數具有完整正規高等教育培育中醫人才之國家。參與 19 場「傳統醫學與現代醫學對話論壇」與談之中醫專家，不僅具有中、西醫雙執照，其中具博士學位之比例更達 50%，在醫學中心執業之比例則高達 70%。同時，中西醫療同為我國認可之正規醫藥服務。若能擷取中、西醫之長並互補各自不足處，將形成一種創新治療方式，並能成為我國獨特醫療模式。

图3：大学等级的传统和补充医学教育



来源：世卫组织第二次全球传统医学调查截至2012年6月11日的临时数据

本計畫之目標

臺灣多數民眾罹病時除接受西醫診治外，亦會同時尋求中醫治療，但由於中醫目前仍以提供門診照護服務為主，造成有中西醫合治需求之病患，僅能在求醫過程中，自行尋找中醫師、西醫師雙重診治，在這種情況下，由於中醫及西醫分別診察及處置，並未對病患同時接受中西醫療處置進行整體評估，影響病患就醫安全及醫療品質甚鉅。

中華醫藥促進基金會曾於 2005 年 6 月 25 日舉行「傳統醫學與現代醫學在癌症醫療的對話」，論壇曾就「整體癌症認識及治療之策略」、「中西醫結合之肝癌治療」、「中西醫結合之肺癌治療」、「中西醫結合之乳癌治療」進行對話討論。同時，經由 19 場對話論壇之對話溝通，與會之中、西醫師對於傳統中醫與現代醫學之異同與互補性達成數點共識，在下表所列之四點共識基礎上，選定「癌症患者之中西醫整合照護—中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適為主題」，於臺灣大學醫學院附設醫院（緩和醫療門診）、台北榮民總醫院、三軍總醫院、台

中榮民總醫院，以門診與病房會診提供患者照護及見實習醫學生、住院醫師學習進行方式及地點，建立中、西醫臨床整合臨床路徑及診療指引與該疾病診療之中西醫臨床整合門診教學規範及病例寫作範本。

表一、與中西結合照護相關之共識

-
- 傳統中醫有替代及補助現代醫學（CAM）的角色。
 - 中西醫對疾病的診斷與溝通，應使用國際通用的 ICD-9 或 ICD-10。
 - 中醫藥對於癌症病人化學、放射治療後的照護有意義。
 - 中藥與西藥併用應是未來學術研究的重點。
-

臺灣為極少數具有高等教育體制培育完整中西醫學人才之國家，若能透過本項計畫的推動，建立特定疾病之中西醫臨床整合照護、教學訓練模式，並於自有資訊平台，建置中西醫整合教學專區，不僅能落實中西醫臨床整合照護內涵，促進中西醫學臨床與研究之整合，並透過教學資訊專區之建立，將有教學價值之中西醫整合臨床教案上網供有興趣者參考，讓中西醫整合工作能有系統傳承與推廣，更可回應世界衛生組織於 2008 年公布之《北京宣言》中對於「應加強現代醫學與傳統醫學提供者之間的交流，並應為衛生專業人員、醫學院學生和有關研究人員制定適當的培訓規劃。」之策略方向！

貳、材料與方法

年度目標：建置癌症患者照護之中西醫整合教學模式

- 本計畫選定中、西醫整合照護主題：癌症患者之中西醫整合照護—中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適。
- 參與之醫學中心：臺灣大學醫學院附設醫院（緩和醫療門診）、台北榮民總醫院、三軍總醫院、台中榮民總醫院。
- 患者照護及見實習醫學生、住院醫師學習進行方式及地點：（1）門診（2）病房會診。

計畫執行步驟及時程規劃：

■ 執行時程：第 1-3 個月

- 成立研究執行小組，定期召開小組會議，負責進行所有相關前置作業。
- 完成執行團隊配置（含各院中醫部）：
 - 台北榮民總醫院傳統醫學部、三軍總醫院中醫部、台中榮民總醫院傳統醫學部主治醫師（中醫部主治醫師/西醫腫瘤治療主治醫師）
 - 中藥專家：
 - 護理專家：
- 籌備及討論事項：
 1. 對於中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適症狀及問題之選定。例如：疲倦虛弱、失眠、腸胃道功能障礙（食慾不佳、腹瀉、便秘）、皮膚癢、疼痛、血球數低落……等。
 2. 針對上述選定之臨床問題，擬定初步治療共識，做為本研究後續發展中、西醫臨床整合臨床路徑及診療指引之基礎。
 3. 各醫學中心門診及病房會診照護、流程之確立：依各醫學中心之實際門診、會診臨床業務及教學執行狀況，進一步擬定執行細節。例如：台大醫院緩和醫療門診患者，轉介至北榮或三總接受中醫輔助治療之流程。
 4. 門診、會診教學（會診或住診教學）規範之擬定：含各臨床問題之中、西醫病因病機、診斷、治療策略、選方用藥等 clinical reasoning 之內容。
 5. 門診、會診教學病例寫作範本初稿之擬定：含初診及後續複診病歷紀錄格式及要點。

■ 執行時程：第 3-5 個月

- 執行癌症患者中西醫整合門診與會診整合照護（第一階段：3 個月）

■ 執行時程：第 5-6 個月

- 研究執行小組，召開執行會議。
- 討論事項：
 1. 討論前三個月第一階段整合照護執行過程中，所遭遇之問題（門診、會診教學及病歷紀錄），及研擬解決對策。
 2. 對於計畫初始所擬中、西醫臨床整合臨床路徑及診療指引進行初次修訂。
 3. 對於計畫初始所擬門診、會診教學病例初診及後續複診病歷紀錄格式及要點進行修訂。

■ 執行時程：第 6-9 月

- 執行癌症患者中西醫整合門診與會診整合照護（第二階段：4 個月）

■ 執行時程：第 9-10 個月

- 研究執行小組，召開執行會議。
- 討論事項：
 1. 討論前四個月第二階段整合照護執行過程中，所遭遇的問題（門診、會診教學及病歷紀錄），研擬解決對策；可提供未來相關研究之參考及執行基礎。
 2. 對於計畫初始所擬中、西醫臨床整合臨床路徑及診療指引進行再次修訂。
 3. 回顧今年度於各醫學中心門診、會診共同照護之病例，選取並編製癌症患者之中西醫整合照護之門診與床邊教學病例寫作範本至少 30 件（門診 20 件、會診或住診 10 件）。
 4. 蒐集具有教學價值之中西醫臨床整合案例。

■ 執行時程：第 10-11 個月

- 與臺灣中醫醫學教育學會合作，於該學會之網站上建置中西醫整合教學專區，將具有教學價值之中西醫臨床整合案例放置於專區內。
- 召開「建立中西醫整合教學模式」成果發表會與「建立中西醫整合教學模式」專家（含中、西醫師代表）座談會。
- 執行小組彙整建議事項，以提供未來政策參考。

■ 執行時程：第 11-12 個月

- 完成期末報告，提出對於中西醫合作照護及教學模式未來政策建議。

參、結果

成立工作執行小組，舉行執行工作會議

成立工作執行小組，舉行執行工作會議。

• 成立執行小組，並於：

- 3月5日
- 3月16日
- 4月9日
- 4月16日
- 5月7日
- 5月21日
- 10月9日
- 10月30日

召開執行工作會議。





完成多中心照護團隊配置 (含跨院合作轉診機制)

「中醫輔助治療癌症西醫治療後之不適」主題選定

<p>完成多中心照護團隊配置。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 三總、北榮、中榮之中西醫合作照護及教學團隊成員： <ul style="list-style-type: none"> ▪ 中醫師：總計 16 人 ▪ 西醫師：總計 35 人 ▪ 三院之中藥局：負責門診及會診藥物之製備。 ▪ 三院之護理團隊：協助執行會診業務之中藥給藥。 ▪ 實習醫學生、負責醫師訓練之學員，可在門診中及會診中，參與共同照護。 • 建立台大緩和醫療門診患者轉診機制。
---------------------	--

<p>對於中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適應症狀及問題之選定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 執行小組根據歐美癌症學術網站中治療副作用相關之內容整理「中醫輔助治療癌症西醫治療後之不適應」主題選定調查表，藉以建立中西團隊間共同照護主題之共識。 • 期末完成「Chemotherapy、Hormonal therapy and Target therapy side effects」總整理表。
---	---

中西醫合作之會診流程（於三總、北榮、中榮施行）

1. 接受癌症治療之住院病人因癌症治療出現副作用之不適應時，可經由：
 - (1) 患者本身欲會診中醫
 - (2) 由收療醫師建議患者可同時接受中醫輔助治療

由收療醫師決定病人之會診科別，並由收療醫師先以電話通知受會醫師說明病情及會診目的外，所有會診均需輸入電腦並記載於病程記錄後，列印「會診通知單」、「會診記錄單」存於病歷中備查。
2. 受會醫師應於 24 小時內到達會診現場（以電腦登錄為憑）；於完成電腦登錄後開始會診，並完成必要之會診記錄。
3. 於西醫主治醫師同意下，給予中藥或針灸處置；並在全院住院照護 HIS 系統完成給藥醫囑之鍵入。
4. 中藥局根據中醫師所開立之處方製備及煎煮處方，並送至病房。
5. 患者之主護根據 HIS 中之中藥醫囑給藥。
6. 會診期間，中醫師將持續診視患者以了解病情變化，並視病情調整用藥或針灸處置。

中西醫合作跨院共同照護流程（於台大緩和醫療門診施行）

1. 轉介標準：於緩和醫療門診接受治療之末期患者，可經由：
 - (1) 患者本身欲會診中醫
 - (2) 由門診主治醫師建議患者可同時接受中醫輔助治療
 - (3) 距離醫院三總車程半小時以內。（此項為安寧居家療護之暫定標準）
 - (4) 需有家屬陪伴照顧。（此項為安寧居家療護之暫定標準）

由收療醫師將患者之資料請緩和醫療門診之助理，先行通知三總中醫部之助理，此助理將協助掛號，並告知患者來診時間、同時告知診療醫師此患者之來診時間。（各癌種負責醫師及門診時間請見下頁）。

2. 請家屬向原治療醫院申請「病歷摘要」，並攜帶病人的身分證、健保卡與重大傷病卡，至三總就診。
3. 三總收治醫師定時將轉介患者之治療進展回報給台大緩和醫療門診之主治醫師。

完成中、西醫臨床整合臨床路徑

經過跨醫學中心團隊多次討論，輔以臨床照護之驗證，完成「中醫輔助治療癌症西醫治療副作用之臨床路徑」，包括「Part I：藥物」及「Part II：針灸」兩部分。詳見附錄一。

完成中、西醫臨床整合診療教學指引

經過跨醫學中心團隊多次討論，輔以臨床照護之驗證，完成「中醫輔助治療癌症西醫治療副作用之診療教學指引」，包括「Part I：藥物」及「Part II：針灸」兩部分。詳見附錄二。

召開「建立中西醫整合教學模式」成果發表會

本計畫之成果發表會於 11 月 6 日上午於台大國際會議廳 401 廳舉行。當天議程、活動相片詳見附錄三。

召開「建立中西醫整合教學模式」專家座談會

本計畫之專家座談會於 11 月 6 日下午於台大國際會議廳 405 教室舉行。邀請專家名單、活動相片，與專家座談會共識，詳見附錄四。

完成癌症患者之中西醫整合照護之門診與床邊教學病例寫作範本

回顧今年度於各醫學中心門診、會診共同照護之病例，選取並編製癌症患者之中西醫整合照護之門診與床邊教學病例寫作範本 37 件（門診 24 件、會診或住診 13 件）。詳見附錄五。

- 另與臺灣中醫醫學教育學會合作，於該學會之網站上建置中西醫整合教學專區，將具有教學價值之中西醫臨床整合案例放置於專區內，網址：
http://taecm.com.tw/tutor/ins.php?index_id=35&index_m_id=0

臨床實務教學案例 16.NOV.2016

105年度中醫政策類計畫教學案例

105年度中醫政策類計畫教學案例

1. 建構中醫日間照護模式計畫，高雄長庚紀念醫院
(案例 下載一 下載二 下載三 下載四 下載五)
2. 建置中醫臨床技能測驗中心計畫，高雄長庚紀念醫院
(案例 下載一 下載二 下載三 下載四 下載五)
3. 中西醫合作照護模式，中華醫藥促進基金會
(案例 下載一 下載二 下載三 下載四 下載五)

肆、討論

本計畫經過中華醫藥促進基金會、臺灣大學醫學院附設醫院（緩和醫療門診）、臺北榮民總醫院、三軍總醫院，及台中榮民總醫院中西醫師的合作努力，順利完成規劃之目標，包括：建立「癌症患者之中西醫整合照護—中醫輔助治療癌症患者於手術、化療、放療、標靶藥物治療後之不適」之中醫臨床路徑與診療指引、癌症患者診療之中西醫臨床整合門診教學規範及病例寫作範本，同時編製癌症患者之門診與床邊教學病例寫作範本 37 件（門診 24 件、會診或住診 13 件）；並與臺灣中醫醫學教育學會合作在其網站上建置中西醫整合教學專區，將具有教學價值之中西醫臨床整合案例放置於專區內。另藉由召開「建立中西醫整合教學模式」專家（含中、西醫師代表）座談會，與「建立中西醫整合教學模式」成果發表會之舉辦，整體計畫執行過程順暢，成果也符合預期。

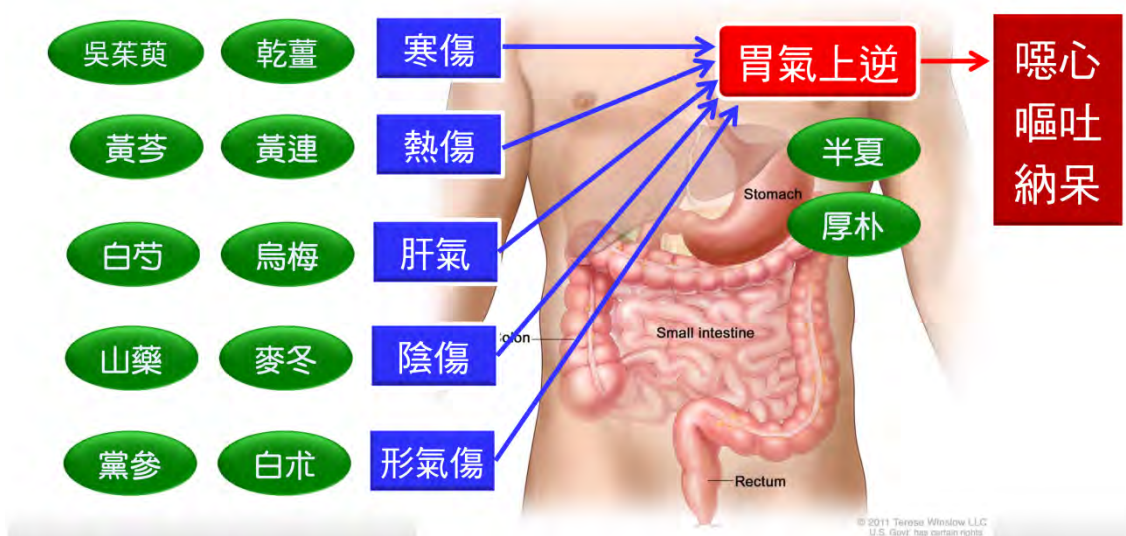
我們在 2004-2009 年推動國內中西醫對話論壇，啟動中西醫溝通之橋樑工程。其後，採用修正之德菲法完成參與對話學者之專家調查，結果發現對話論壇後中西醫學者取得發展中西醫學合作研究之多數共識，然而如何真正選定採用修正之德菲法合適議題，進行實質之工作一直沒有實質進展。在中醫藥司指導協助下，今年終於在四所國家級醫學中心開啟了癌症中西醫合作照護之工作，這是一個新的里程碑。

首先的難題是中醫臨床治療路徑與指引是尚待起步的重要工作，沒有臨床的共識與明確的操作模式，很難建立可靠與有效能之臨床資料庫，更遑論利用大數據庫來進行檢討、回饋與修正。西醫在全球豐富的資源下有大量臨床研究之學術論文，可供建立臨床路徑與指引之證據佐證；中醫猶如 70 年代以前的西醫，必須先從中醫理論與臨床經驗建立初步草案與共識，未來再利用此基礎與起點所建立之大數據再進行修正。

因此為建立中西醫臨床整合教學模式，執行小組首先選定「中醫輔助治療癌症西醫治療之副作用」，包括：疲倦，血球低下（貧血、白血球低下、血小板低下），皮疹、皮膚乾癢、紅腫；口瘡、噁心、嘔吐、食慾不振、腹瀉、便秘；手足症候群、周邊神經病變-麻刺痛，淋巴水腫，更年期症狀，頭痛，胸悶、喘咳、心悸...等為主題，建立「中醫輔助治療癌症西醫治療副作用之臨床治療路徑」及「診療指引」做為臨床整合教學之基礎。因為中醫扮演的是「輔助治療」的角色，所以所有納入整合照護計畫之患者均接受西醫標準治療模式，因此臨床治療路徑係建立以西醫標準模式為主的

「中醫輔助治療模式」。

Clinical Reasoning 的心智流



考量中醫臨床 EBM 資料不多，尤其中藥使用部分臨床學術論文不足以作為依據，因此先採用傳統典籍與教科書為基礎，此為基本共識；針灸則依照學術論文與傳統並用。在臨床治療路徑之用藥上我們採用傷寒方、小品方、肘後方模式：使用之藥味、穴位精簡；以單方進行病機對應組合。在藥物選擇時，以各症狀產生之病理機轉（包含病因、病位、病性之分析）為基礎，選擇最合適的用藥（如上圖示）。臨床上，對於藥材與濃縮製劑之換算方法，乃根據本計畫執行醫學中心所使用之科學藥粉之藥廠其製藥品質及濃縮倍率，一般以濃縮製劑 1 克相當於藥材 3 錢進行換算。

在本計畫中，我們利用跨院專家會議建立了初步的共識，以及臨床以西醫為主中醫輔助治療之共識來診治西醫轉診與會診之癌症患者；其次排除臨床疊方之模式，建立以單味藥在飲片與濃縮中藥組方模式；以利未來數據庫建立時更能精簡變數之目標。跨院專家們所建立中醫輔助治療各副作用之臨床路徑初稿，分別再經由第一階段及第二階段照護，以臨床患者之療效反應進行修正。因本計畫執行期程較短，考量需在短時間內建立共識，故未納入未納入中國醫藥大學、長庚大學、義守大學及慈濟大學等四校五系及其附屬醫院之專家；此為本計畫之限制。以建立有效臨床分析回饋模式，必須儘量建立精簡的基本準則，依此基礎聯合多中心所建立之大資料庫，才能在未來提供可靠的分析結果

為應付大量患者之工作負荷，多大多數中醫師臨床採用疊方模式，且因為獨立評估患者，在缺乏西醫用藥資訊下，容易忽略或重複西醫治療之

方向，不但造成臨床診療變數複雜化，也違反中醫辨證論治及科學操作中精確度之準則。修正臨床操作上需有調整與修正之過渡期，因此本年度以整合照護與教學模式建立為準，臨床路徑之建立，先供參考，不強制修正個別醫師的處方模式。

由於四所國立醫學中心特色各自不同，中醫發揮條件也有相當大的差異，因此依照各院原有臨床特色與優勢進行分工，如台大以癌末患者緩和照護之諮詢與轉診為主；北榮在 70 年代國際針灸熱潮時也已開啟針灸醫療，因此以癌症針灸輔助治療為重點；三總與中榮在中西醫合作照護有相當頻繁之數量，因此以內服藥為主，至於癌種則以中西醫對話論壇取得國人常見癌症為主，加上部分健保癌症輔助治療計畫下常見會診之癌症病案。

本計畫在臨床合作照護過程與教學中、專家會議、成果發表會中，獲致不少經驗與成果，尤其發現國內推動中西醫合作照護最大之問題，還是在中西醫學雙方背景知識的認知差異，以及各院、部科、醫師之態度，中西醫平常的對話溝通有助於減少雙方之隔閡與合作之障礙，因此如何擴大雙方溝通與瞭解，將是未來臺灣持續推動中西醫合作照護，乃至整合醫學成敗之關鍵。而臺灣中醫教育體系從醫學生、實習醫學生、住院醫師到繼續教育，均有較為完整之現代醫學內涵；反觀西醫，在 UGY 學習過程除了今年 9 月 2 日起開辦國防醫學系 10 科 20 學分中醫藥學程之課程外，僅有中國醫藥大學醫學系有少數課程，其他學校醫學系幾乎沒有安排中醫藥相關課程！相對的，美國已開始推動將傳統醫藥課程內入醫學系教育中，日本 81 所醫學系更全部開設漢方醫學課程，因此可以預測溝通的問題將會存在西醫教育這一端，並且從大學延伸至專科與繼續教育上。因此，如何規劃運用合適的資源推動西醫師的中醫藥學習是值得重視的議題。

近年來，政府全力推動「長照十年計畫 2.0」，以加速長照服務資源發展，結合健康照護體系，培訓以社區為基礎的健康與長期照顧團隊，以因應高齡化社會之需求。本計畫之執行過程及臨床路徑、診療指引之制訂方式，可提供中西醫整合照護教育及研究推動長照之參考。政府相關單位可邀集中、西醫之專家，針對長照中在西醫常規治療外，另可藉由中醫共同照顧的議題進行討論，擬定共同照護主題治療之臨床路徑初稿，在臨床治療路徑之用藥上亦採藥味、穴位精簡，以單方進行病機對應組合之原則；再經由多中心的臨床照護後，確立臨床路徑與診療指引，再以之推廣至負責社區長照之醫療人員。另外，除精簡之藥物與穴位治療建議，亦可建立護理照護、養生保健運動及藥膳等臨床指引，不僅在長照中提升老人人口生活品質，亦可降低長照之經濟成本。

伍、結論與建議

- 一、持續推動「中西醫疾病患者整合照護」之方案，讓各領域中西醫師有更多合作照護與相互學習之經驗與機會。
- 二、持續修正中醫各領域疾病之臨床路徑與指引，並以之為基礎建立臨床評估之大數據庫。
- 三、推廣醫學系學生、臨床醫師學習中醫藥課程，以增加未來臨床溝通、合作能力。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW104-CMAP-M-114-000425 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 世衛組織 2014-2023 年傳統醫學戰略：
http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/zh/
2. 世界衛生大會關於傳統醫學的決議，WHA62.13（第 21 頁）：
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-ch-P2.pdf?ua=1
3. 2008 年 11 月 8 日在世界衛生組織傳統醫學大會上通過之《北京宣言》：
http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationCH.pdf?ua=1
4. 呂鴻基、蘇奕彰、蔡長海（2011 年）。傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯（二十）：傳統醫學與現代醫學對話的精華與共識－德菲法分析研究。
5. National Comprehensive Cancer Network.(2010). Clinical practice guideline in oncology. Available at : <http://www.nccn.org/index.asp>.
6. Robinson LA, Ruckdeschel JC, Wgner H, Stevens CW (2007).Treatment of non-small cell lung cancer-stage IIIA: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest;132, 243-265.
7. 國家衛生研究院（2004）·肺癌臨床指引·台北：臺灣癌症臨床研究合作組織。
8. U.S. Food and Drug Administration. (2009). Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration Retrieved from <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM193282.pdf>.
9. 羅淑芬、胡文郁（民 97）。癌症病人健康相關生活品質之概念與測量工具之評析。安寧療護雜誌，13（1），42-57。
10. Jaung-Geng Lin, Yi-Hung Chen: Supportive Cancer Care with Acupuncture; in William C.S. Cho (eds): Supportive Cancer Care with Chinese Medicine. Springer, 2010, pp 39-54.
11. Jaung-Geng Lin, Yi-Hung Chen: The Mechannistic Studies of Acupuncture and Moxibustion; in William C.S. Cho (eds): Acupuncture and Moxibustion as an Evidence-based Therapy for Cancer. Springer, 2012, pp 19-50.

12. Jaung-Geng Lin, Kuen-Bao Chen and Yu-Chen Lee: Part III Clinical Conditions; in Yuan-Chi Lin and Eric Shen-Zen Hsu (eds): *Acupuncture for Pain Management*. Springer, 2014, pp 221-65.
13. Hermens, R. P., Ouwens, M. M., Vonk-Okhuijsen, S. Y., van der Wel, Y., Tjan-Heijnen, V.C., van den Broek, L. D., Wollersheim, H. C. (2006). Development of quality indicators for diagnosis and treatment of patients with non-small cell lung cancer: a first step toward implementing a multidisciplinary, evidence-based guideline. *Lung Cancer*, 54(1), 117-124.

柒、圖、表

Chemotherapy、Hormonal therapy and Target therapy side effect

參考資料取自：和信治癌中心醫院—癌症診療

<http://www.kfsyscc.org/cancer/> 2016.10.31.

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
學名：Anastrozole 商品名：Arimidex® Tablet 中文名：安美達錠	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：血管擴張(25-36%)、水腫(7-11%)、高血壓(2-13%)、末梢水腫(5-10%)、胸痛(5-7%)、缺血性心臟疾病(4%)、血栓性靜脈炎(2-5%)、心絞痛(2.3%)、心肌梗塞(1.2%)。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(6-11%)、掉髮(2-5%)、皮膚搔癢(2-5%)、出汗(1-5%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：鹼性磷酸酶 (Alkaline phosphatase) 升高(1-10%)、高膽固醇症(9%)、體重增加(2-9%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(11-20%)、嘔吐(8-11%)、便秘(7-9%)、腹瀉(7-9%)、消化不良(7%)、腹痛(6-9%)、喪失食慾(5-8%)、口乾症(4-6%)。 ● 血液方面副作用：白血球減少(2-5%)、貧血(2-5%)及靜脈血栓性栓塞(2-4%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(0.1-10%)。 ● 免疫系統副作用：淋巴水腫(10%)、感染(2-9%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節炎(17%)、骨質疏鬆(11%)、背痛(10-12%)、骨頭痛(6-12%)、關節痛(2-15%)、骨折(2-10%)、肌肉痛(2-6%)、肌肉張力增加(3%)、腕隧道症候群(2.5%)。 ● 神經系統副作用：頭暈(5-8%)、頭痛(9-18%)、失眠(2-10%)、無力(13-19%)、感覺異常(5-7%)。 ● 眼睛方面副作用：白內障(6%)。 ● 精神方面副作用：情緒障礙(19%)、憂鬱(2-13%)、焦慮(2-6%)。 ● 腎臟方面副作用：泌尿道感染(2-8%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 生殖系統副作用：熱潮紅(11-36%)、骨盆痛(5-7%)、乳房疼痛(2-8%)、外陰陰道炎(6%)、陰道炎(4%)、陰道分泌物(4%)、陰道出血(1-5%)、陰道乾燥(1-2%)、子宮內膜癌(0.2%)。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽頻率增加(7-11%)、呼吸困難(8-11%)、咽頭炎(6-14%)、鼻竇炎(2-6%)、支氣管炎(2-5%)。 ● 其它副作用：疲倦(19%)、疼痛(11-17%)、類流感(2-7%)。
<p>學名：Bevacizumab 商品名：Avastin® Injection 中文名：癌思停注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度抑制。出血(40%)、白血球減少(37%)、深部靜脈栓塞(9%)、嗜中性白血球減少(5.8-27%)、血栓栓塞(5-15.1%)、血小板減少(5%)。屬標靶藥物。腫瘤越大，造成出血的機會就越高，但無法預防。 ● 心臟血管方面副作用：高血壓(8-34%)、動脈栓塞(8.5%)、鬱血性心衰竭(2.2%)、左心室搏出分率降低(1.7%)。請進行血壓監測，每人血壓變化程度不一。如果血壓太高，可能需要服用降血壓藥物。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(6-32%)、影響傷口癒合(3-15%)、皮疹(1-10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(20%)、脫水(3.3-10%)、低血鈉(4%)。 ● 胃腸方面副作用：腹痛(50-61%)、喪失食慾(35-43%)、口腔黏膜破損(30-32%)、腹瀉(1-34%)、胃出血(19-24%)、味覺改變(14-21%)、噁心(4.1-12%)、嘔吐、便秘(4%)、胃穿孔(2.4%)。 ● 免疫系統副作用：感染(3-10%)、輸注反應(<3%，例如：高血壓、胸痛、頭痛)。通常輸注速度放慢，皆可獲得改善。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉疼痛(19%)、背痛(12%)、關節痛。可使用普拿疼等止痛藥來減緩疼痛。 ● 神經系統副作用：無力(70%)、頭痛(50%)、頭暈(19-26%)、感覺神經病變(1-24%)、蜘蛛網膜下腔出血(1-5%)。 ● 腎臟方面副作用：蛋白尿(4-36%)、腎病症候群(0.5%)。 ● 呼吸系統副作用：上呼吸道感染(40-47%)、鼻出血(19-35%)、呼吸困難(25-26%)、咳血(2.3-31%)、肺出血(2.3-31%)、聲音改變(6-9%)。高機率的肺出血、咳血通常與肺癌本身有關。 ● 其它方面副作用：疲倦(4-19%)。
<p>學名：Bleomycin 商品名：Bleocin® Injection 中文名：撲類惡注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度抑制。血小板減少(直接或間接地造成血小板裂解)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險，因此在治療期間及停止治療三個月內，若要接種疫苗，請與您的醫師確認。 ● 通常血小板會在給藥後 14 天之內達到最低，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。 ● 心臟血管方面副作用：雷諾氏徵候群 (Raynaud's phenomenon, >10%)、手腳水腫(50%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-10%)、皮疹(8%)、紅斑(50%)、皮膚色素過度沉著(50%)、手及指甲過度角質化(50%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：藥品引起高熱反應(25-50%)，會在給藥後的 2-6 小時內發生。預防性地給予退燒藥 (Acetaminophen) 及抗組織胺 (Antihistamines) 可能是有幫助的。 ● 胃腸方面副作用：口腔炎(30%)、噁心、嘔吐、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>厭食、體重減輕。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 呼吸系統副作用：間質性肺炎及肺部纖維化(5-10%)，可能與劑量有關。可能的危險因子包括：年齡、Bleomycin 累積劑量超過 200-400 單位、併用或之前接受胸部放射線治療、併用其它化學治療(例如：Cisplatin)。 ● 其它副作用：過敏反應(1%，低血壓、發燒、冷顫、意識模糊…等)，可能在給藥後或遲至數小時才發生。
<p>學名：Bortezomib 商品名：Velcade® Injection 中文名：萬科注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。血小板減少(21-52%)、白血球減少(6-49%)、貧血(17-43%)。 ● 心臟血管方面副作用：低血壓(12-15%)、鬱血性心衰竭(5%)。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(17-28%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：低血鉀(13%)、脫水(7-11%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(44-57%)、腹瀉(37-57%)、便秘(30-50%)、嘔吐(27-35%)、食慾降低(23-39%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(15%)。 ● 免疫系統副作用：帶狀疱疹(13%)、單純性疱疹(2-8%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(11-18%)、背痛(1-17%)、肌肉疼痛(10-12%)、骨頭痛(2-16%)、抽筋(5-12%)。 ● 神經系統副作用：無力(21-72%)、末梢神經病變(36-55%)、頭痛(14-26%)、頭暈(14-23%)、失眠(18-21%)、感覺遲鈍(22-27%)、感覺異常(13-27%)。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽(19-21%)、呼吸困難

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>(15-23%)、肺炎(9-16%)、下呼吸道感染(15%)、上呼吸道感染(11-15%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 其它副作用：發燒(19-37%)。
<p>學名：Busulfan 商品名：Myleran® Tablet、Busulfex® Injection 中文名：邁樂寧錠、 補束剋注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：重度抑制。白血球減少(100%)、血小板減少(98%)、貧血(69%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險，因此在治療期間及停止治療三個月內，若要接種疫苗，請與您的醫師確認。 ● 通常白血球會在給藥後 11-30 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用（注射劑型）：水腫(79%)、心搏過速心律不整(44%)、高血壓(36%)、胸痛(26%)、血管擴張(25%)、低血壓(11%)。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(57%)、皮膚搔癢(28%)、注射部位發炎(25%)、過敏反應(24%)、注射部位疼痛(15%)、掉髮(15%)、色素過度沉著(口服劑型，10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用（注射劑型）：低血鎂(77%)、高血糖(67%)、低血鉀(62%)、低血鈣(46%)、低血磷(17%)、低血鈉(2%)。 ● 胃腸方面副作用（注射劑型）：腹瀉(75%)、腹痛(69%)、厭食(64%)、便秘(38%)、口腔炎(26%)、噁心(7%)、嘔吐(7%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：無力(49%)、背痛(23%)、肌肉疼痛(16%)、關節痛(13%)。 ● 神經系統副作用：如果接受高劑量的 Busulfan，有產生癲癇的可能性，需使用抗癲癇藥物來加以

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>預防。注射劑型：失眠(84%)、焦慮(75%)、頭痛(64%)、頭暈(30%)、憂鬱(23%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 眼睛方面副作用：白內障(<1%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(21%)、出血性膀胱炎(7-21%)。 ● 生殖系統副作用：可能造成無精蟲症、無月經、不孕。 ● 呼吸系統副作用：副作用：如果有持續的咳嗽，呼吸困難及輕微的發燒，請盡速就醫。咳嗽(28%)、呼吸困難(25%)、鼻出血(25%)、鼻炎(44%)、間質性肺炎(<1%)。
<p>學名：Capecitabine 商品名：Xeloda® Tablet 中文名：截瘤達錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。淋巴球減少(94%)、貧血(72%)、白血球減少(26%)、血小板減少(24%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：手足症候群(54-60%)，主要好發於手掌與腳掌的掌面皮膚，包括：疼痛、發紅、腫脹、起小水泡，甚至合併發麻或刺痛感。皮膚炎(27-37%)、指甲病變(14%)、皮疹(7%)、皮膚變色(7%)、掉髮(6%)、紅斑(6%)。 ● 胃腸方面副作用：腹瀉(55-57%)、噁心(43-53%)、嘔吐(27-37%)、腹痛(20-35%)、口腔黏膜破損(24-25%)、便秘(14-15%)。以上的胃腸副作用，皆可使用藥物來緩解症狀。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(22-48%)。停

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>藥可恢復。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神經系統副作用：疲倦(41%)、感覺異常(21%)、末梢感覺神經病變(10%)、頭痛(9%)、眩暈(8%)。
<p>學名：Carboplatin 商品名：Paraplatin® Injection 中文名：佳鉑帝靜脈 注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%- 90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。貧血(71%)、血小板減少(25%)、白血球減少(15%)。可能發生次發性白血病(0.1-1%，發生率與累積劑量有關。若合併放射線治療或併用 melphalan 可能會增加風險)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球和血小板會在給藥後的 3 週達到最低，之後緩解。如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(2-3%)、皮疹(1.7%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：電解質不平衡（低血鈉(29%)、低血鎂(29%)、低血鈣(22%)或低血鉀(20%)）。 ● 胃腸方面副作用：嘔吐(25-53%)、噁心(25%)、腹痛(17%)、口腔黏膜破損(>10%)、便秘(6%)、腹瀉(6%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(5-37%)。停藥可恢復。 ● 免疫系統副作用：過敏反應(2-9.2%)（包括：皮疹，蕁麻疹，紅斑，搔癢，支氣管痙攣，低血壓）。 ● 神經系統副作用：末梢神經病變（4%，比 Cisplatin 輕微）、頭痛。 ● 眼睛方面副作用：視覺障礙(1%)，於停藥數週內恢復。 ● 耳朵方面副作用：耳鳴或聽覺（高頻率聽力）變

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	差(1.1%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(>10%)，嚴重時可能造成腎衰竭，機率低。
學名：Cetuximab 商品名：Erbitux® Injection 中文名：爾必得舒注射液	● 致吐性：中低度致吐 (有 10%- 30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度抑制。白血球減少(17%)、貧血(9%)。 ● 皮膚方面副作用：痤瘡型皮疹(76-88%)、皮疹(87%)、皮膚乾燥(49%)、皮膚搔癢(40%)、指甲病變(21%)、蜂窩性組織炎。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(84%)、低血鎂(55%)、低血鉀(55%)、低血鈣(55%)、脫水(25%)。 ● 胃腸方面副作用：腹痛(59%)、噁心(49%)、便秘(46%)、腹瀉(19-39%)、嘔吐(29-37%)、口腔炎(25%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(5-10%)。 ● 免疫方面副作用：感染(13-35%)、過敏反應(4-8%)、敗血症(1-4%)。 ● 神經系統副作用：無力(56-73%)、不舒服(73%)、頭痛(19-33%)、失眠(30%)、意識混亂(15%)。 ● 眼睛方面副作用：結膜炎(7%)。 ● 精神方面副作用：焦慮(14%)、憂鬱(13%)。 ● 腎臟方面副作用：腎衰竭(1%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(48%)、咳嗽(29%)、咽頭炎(26%)、間質性肺炎(0.5%)。 ● 其它副作用：疲倦(89%)、發燒(30%)、輸注相關反應(15- 21%，例如：冷顫、低血壓)。
學名：Chlorambucil 商品名：Leukeran® Tablet	● 致吐性：低度致吐(有< 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制，與劑量及使用期間有關。嗜中性白血球減少(25-33%)、白血球減少、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>中文名：瘤克寧錠</p>	<p>貧血、血小板減少。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：蕁麻疹、皮膚搔癢、多形性紅斑(罕見)、史蒂文-強生症候群(罕見)(Stevens-Johnson syndrome)及表皮壞死溶解(罕見)(toxic epidermal necrolysis)。若發生皮膚過敏反應時，請立刻停藥。 ● 胃腸方面副作用：噁心(不常見)、嘔吐(不常見)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高。 ● 神經系統副作用：末梢神經病變、癲癇(罕見，使用高劑量或有腎病症候群的孩童可能會增加癲癇發作的危險)。
<p>學名：Cisplatin 商品名：Abliplatin® Injection、Platinex® Injection 中文名：阿樂癌注射液、鉑帝爾注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：高度致吐(有>90%的病人會發生嘔吐)。常伴隨有延遲性嘔吐。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。淋巴球減少(27%)、血小板減少(16%)、血栓(12.9%)、貧血(11%)。可能發生次發性白血病(0.1-1%，發生率與累積劑量有關。若合併放射線治療或併用 melphalan 可能會增加風險)。 ● 本藥品靜脈輸注時，及注射前後需要給予大量的生理食鹽水輸注，因此尿液會變多。目的是避免藥物造成腎臟的損傷。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後的 2-3 週達到最低，之後緩解。如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚方面副作用：輕微掉髮(10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：低血鎂(76%)，電解質不平衡(血中的鈉、鉀、鈣或磷降低)。臨床上大多沒有症狀，或抽血檢查數值落在正常值的低標。醫師會依臨床判斷，如果抽血檢查數值過低，會適時補充。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(10%)。停藥可恢復。 ● 免疫系統副作用：過敏反應(< 1%) (包括：臉水腫，呼吸喘鳴，低血壓，心跳過速)。 ● 神經系統副作用：末梢神經病變(10%)，與劑量有關。需要一段時間才會逐漸恢復。 ● 耳朵方面副作用：耳鳴(31%)或聽覺變差。與劑量或累積劑量有關，且可能無法恢復。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(28-36%)，嚴重時可能造成腎衰竭，與劑量或累積劑量有關。只要有做好化學治療前後的溶液輸注與增加水份補充，就可以降低腎功能指數升高的機率。
<p>學名： Cyclophosphamide 商品名：Endoxan® Tablet、Endoxan® Injection 中文名：癌德星錠、 癌德星注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%-90%的病人會發生嘔吐)，高劑量屬高度致吐(有>90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(>10%)、貧血(>10%)、血小板減少(>10%)。可能發生次發性白血病(1-1.5%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>可能會較容易感到疲勞。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：高劑量可能造成鬱血性心臟衰竭(<1%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(40-60%)、皮疹(1-10%)、史蒂文-強生症候群<1% (Stevens-Johnson syndrome)及表皮壞死溶解<1% (toxic epidermal necrolysis)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(>10%)、嘔吐(>10%)、厭食(>10%)、腹瀉(>10%)、口腔炎(>10%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(<1%)。 ● 腎臟方面副作用：出血性膀胱炎(7-15%) (hemorrhagic cystitis)：血尿(輕微到嚴重皆可能)、頻尿、解尿時的疼痛。應適當的補充水分來避免出血性膀胱炎，使用膀胱保護劑 mesna 可大幅降低發生率。 ● 生殖系統副作用：可能造成停經(12-39%)。寡精蟲症或無精蟲症。 ● 呼吸系統副作用：如果有持續的咳嗽，呼吸困難及輕微的發燒，請盡速就醫。間質性肺炎及肺纖維化(1.5%)。
<p>學名：Cytarabine 商品名：Cytosar® Injection 中文名：賽德薩注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10% - 30%的病人會發生嘔吐)，高劑量屬中高度致吐(30% - 90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(>10%)、血小板減少(>10%)、貧血(1-10%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 14-18 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：心包炎(<0.1%)、心肌病變。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-10%)、皮疹(>10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：使用高劑量時可能造成高尿酸血症(1-10%)。電解質不平衡(血鉀、血鈣降低)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(>10%)、嘔吐(>10%)、厭食(>10%)、口腔炎(>10%)、腹痛、腹瀉(1-10%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(>10%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：使用高劑量時可能造成橫紋肌溶解。 ● 神經系統副作用：使用高劑量時可能影響小腦功能(5-50%)，其症狀有運動失調、眼球震顫…等。大部分都是可恢復的。可能的危險因子：年齡(>49 歲)、累積劑量、性別、之前有中樞神經系統疾病及腎功能不佳者。 ● 眼睛方面副作用：使用高劑量時，可能發生結膜炎。可使用類固醇的眼藥水來預防及減少此副作用。 ● 呼吸系統副作用：急性呼吸窘迫症候群、肺水腫、肺炎(1-10%)。
<p>學名：Dacarbazine 商品名： Dacarbazine® Injection、 DTIC-Dome® 中文名：達卡巴仁注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：高度致吐(有> 90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制，與劑量有關。白血球減少(>10%)、血小板減少(>10%)、貧血。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後的 7-10 天達到最低，並於給藥後 3-4 週自動緩解。如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-10%)、皮疹(1-10%)、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>光敏感(1-10%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(>90%)、腹瀉(>10%)、厭食(1-10%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(<1%)。 ● 神經系統副作用：多發性神經病變(<1%)、頭痛(<1%)。 ● 其它方面副作用：類流感症狀(發燒、肌肉痛、全身無力)。
<p>學名：Dactinomycin 商品名：Cosmegen® Injection 中文名：可美淨注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：高度致吐(有>90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少、嗜中性白血球減少、白血球低下合併發燒、血小板減少、貧血。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 14-21 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮、皮疹、瘡瘡、紅斑、或使曾接受放射線治療的部位色素沈著加深。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(>90%)、厭食、腹痛、腹瀉、口腔黏膜破損、口唇炎、舌炎及直腸炎。可能因此需要限制劑量甚至停藥。同時接受放射線治療，可能增加腸胃道毒性的發生率。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高、肝靜脈阻塞疾病。停藥後可恢復。 ● 肌肉骨骼方面副作用：肌肉痛。 ● 神經系統副作用：疲倦、乏力、嗜睡、發燒。 ● 腎臟方面副作用：腎功能異常。 ● 呼吸系統副作用：肺炎。 ● 其它方面副作用：感染。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>學名：Daunorubicin 商品名： Daunoblastina® Injection 中文名：唐黴素注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(30%- 90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。貧血(10%)、白血球減少(10%)、血小板減少(10%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用(>10%)： ● 急性或次急性的心臟影響：發生於最後一次劑量後的 1-23 天內，與累積劑量無關。可能會伴隨有心電圖異常、心律不整、傳導障礙…等。 ● 晚發性的心臟影響：Daunorubicin 可能導致累積性，劑量依賴型心肌病變，直接造成心內膜心肌組織損傷。通常是在治療後數年才發生。 ● 累積劑量超過以下數值，可能造成不可恢復的心肌影響： ● 成人累積劑量超過 550 毫克/體表面積。 ● 接受縱隔腔放射線治療，累積劑量超過 400 毫克/體表面積。 ● 二歲以上的兒童累積劑量超過 300 毫克/體表面積或二歲以下的嬰幼兒超過 10 毫克/公斤。 ● 其他因素，包括年齡大於 70 歲，有心臟病或高血壓者，或併用其他潛在心臟影響藥品，可能會增加心臟副作用的發生。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(>10%)、唾液、汗液或淚液變色(1-10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高尿酸血症(1-10%)，適當的補充水份、鹼化尿液、或是使用 allopurinol

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>都是預防的方法。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 胃腸方面副作用：噁心(>10%)、嘔吐(>10%)、腹痛(1-10%)、胃腸道潰瘍(1-10%)、腹瀉(1-10%)。 ● 腎臟方面副作用：尿液可能短暫變為紅色(1-10%)。
<p>學名：Docetaxel 商品名：Taxotere® Injection 中文名：剋癌易注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：重度抑制。貧血(89-94%)、嗜中性白血球減少(75-85%)、白血球低下合併發燒(5-25%)、血小板減少(8-9%)。極罕見發生急性骨髓性白血病(0.4%)。 ● 藥物輸注過敏反應：在給藥前，醫師會給予多種抗過敏藥物預防。但還是有少數病人在輸注時，仍然發生過敏現象，如胸悶、吸不到氣、皮膚疹、休克。如有任何不舒服，請馬上通知醫護人員。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 5-9 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：心律不整(2-8%)、鬱血性心衰竭(2.3%)、心肌缺血(1.7%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(56-100%)、手足症候群(58%)、指甲病變(11-31%，包括：指甲損傷、指甲剝離、色素低下或過度沉著)、多形性紅斑疹(1-10%)、皮疹(1-10%)、皮膚乾燥(1-10%)、蕁麻疹(1-10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：水腫(20-35%)、體重增加(5-13%)，可能造成喘或腳腫。醫師為預防此副作用，會依您的情況處方類固醇來降低體液在身上的留滯。如有喘不過氣或嚴重的水腫，請打

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>電話給您的醫師或護理師。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 胃腸方面副作用：噁心(39-81%)、嘔吐(22-45%)。主要是併用其他化學治療藥物，引起的致吐強度。目前多種的止吐藥，都可讓噁心、嘔吐得到良好的控制。口腔黏膜破損(42-69%)、腹瀉(33-43%)。足夠的營養飲食也可以降低口腔黏膜破損與腹瀉。 ● 免疫系統副作用：過敏反應(21%)、淋巴水腫(4.4%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛(10-27%)、關節痛(8-19%)。使用普拿疼等止痛藥，也可以獲得緩解。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(18%)。停藥後，可恢復。 ● 神經系統副作用：無力(62-81%)、神經病變(13%)。通常停藥後會改善，維他命 B6 或許有一些幫助。 ● 眼睛方面副作用：結膜炎(1-5%)。
<p>學名：Doxorubicin 商品名： Adriblastina® Injection 中文名：速溶艾黴素 注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%-90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(75%)、血小板減少(>10%)、貧血(>10%)。可能發生次發性急性骨髓性白血病(估計風險 10 年為 1.5%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用： ● 急性影響：發生於給藥後的 24-48 小時內，可能

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>有不正常的心電圖變化(>10%)、心律不整...等。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 早發性影響：心肌病變與 Doxorubicin 的累積劑量有關。(1)累積劑量低於 400 毫克/體表面積，發生率 0.14%；(2)累積劑量 550 毫克/體表面積，發生率 7%；(3)累積劑量 700 毫克/體表面積，發生率 18%。 ● 晚發性影響：心室功能不全、鬱血性心衰竭(1-10%)及心律不整可能在治療後數年才發生。 ● 累積劑量超過以下數值，可能造成不可恢復的心肌傷害：成人累積劑量超過 550 毫克/體表面積。 ● 接受縱隔腔放射線治療，累積劑量超過 400 毫克/體表面積。 ● 併用 Paclitaxel 用於晚期乳癌治療，Doxorubicin 累積劑量超過 340-380 毫克/體表面積。 ● 其他可能的危險因子：女性、在年輕時的治療、年長者、之前有心臟病或高血壓者，或併用其他潛在心臟副作用藥品，可能會增加心臟風險的發生。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(>10%)、四肢及指甲有色素沈著的情形(1-10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高尿酸血症(1-10%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(21-55%)、嘔吐(21-55%)、腹瀉(>10%)、口腔炎(>10%)、食道炎(>10%)。 ● 眼睛方面副作用：流淚。 ● 腎臟方面副作用：尿液可能短暫變為紅色。若使用膀胱灌注，可能有膀胱刺激作用(30%，包括：輕微排尿困難，頻尿或膀胱炎)。 ● 生殖系統副作用：可能造成寡精蟲或無精蟲症。
<p>學名：Doxorubicin HCl, Peglated Liposomal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10%-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(12-61%)、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>商品名：Caelyx® Injection 中文名：康利斯微脂 粒注射劑</p>	<p>血小板減少(13-65%)、貧血(6-74%)。可能發生次發性急性骨髓性白血病(<1%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：末梢水腫(11%)、胸痛(1-10%)、心律不整(1-10%)。 累積劑量超過以下數值，可能造成心臟衰竭： <ul style="list-style-type: none"> ● 成人累積劑量超過 550 毫克/體表面積。 ● 接受縱隔腔放射線治療，累積劑量超過 400 毫克/體表面積。 ● 累積劑量超過 400 毫克/體表面積且併用其它潛在心臟副作用的藥品（例如：Cyclophosphamide）。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(9-19%)、皮疹(5-29%)、手足症候群(hand-foot syndrome, 5-51%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(1-12%)，電解質不平衡（血中的鈉、鉀或鈣降低）。 ● 胃腸方面副作用：噁心(18-46%)、口腔炎(5-41%)、嘔吐(8-33%)、便秘(31%)、腹瀉(5-21%)、缺乏食慾(20%)及腹痛(11%)。 ● 血液方面副作用：貧血(6-74%)、血小板減少(13-65%)、嗜中性白血球減少(12-62%)、白血球減少(36%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：背痛(≤12%)。 ● 神經系統副作用：無力(7-40%)、頭痛(10.5%)、神經痛(17%)、感覺異常(≤10%)及末梢神經病變(≤10%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神方面副作用：疲倦(36%)。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽(≤10%)。 ● 其它副作用：藥物熱 21%(drug fever)。
<p>學名：Epirubicin 商品名： Pharmorubicin® Injection 中文名：速溶泛艾黴 素注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%-90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度到重度抑制。嗜中性白血球減少(54-80%)、白血球減少(13-66%)、貧血(11-30%)、血小板減少(8-25%)、白血球低下合併發燒(≤6%)。可能發生次發性白血病(0.27-0.55%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用： <ul style="list-style-type: none"> ● 早發性影響：發生於給藥後，可能伴隨心律不整及不正常的心電圖變化(2-47%)…等。 ● 晚發性影響：可能在治療後 2-3 個月或數年後才發生心肌病變，例如：左心室搏出分率降低(1-2%)或心臟衰竭(0.4-1.5%)等症狀。如果在往後的生活，發現爬樓梯或走路會喘時，請告知醫師（尤其是心臟內科）有用過此藥與累積劑量。 ● 鬱血性心衰竭發生率與 Epirubicin 的累積劑量有關。(1)累積劑量低於 550 毫克/體表面積，發生率 0.9%；(2)累積劑量 700 毫克/體表面積，發生率 1.6%；(3)累積劑量 900 毫克/體表面積，發生率 3.3%。 ● 可能造成心臟衰竭的危險因子： ● 成人累積劑量超過 900 毫克/體表面積。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 接受縱隔腔放射線治療。 ● 之前有心血管疾病史。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(70%)、皮疹(1-9%)及指甲有色素沈著的情形。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(83-92%)、口腔黏膜破損(1-60%，較嚴重\leq9%)、腹瀉(<25%)、缺乏食慾(2-3%) ● 腎臟方面副作用：高劑量時可能造成蛋白尿。 ● 神經系統副作用：頭痛、暈眩及高劑量時可能發生末梢神經病變。 ● 眼睛方面副作用：結膜炎(1-15%)。 ● 其它方面副作用：感染(15-22%)、發燒(1-5%)。
<p>學名：Erlotinib 商品名：Tarceva® Tablet 中文名：得舒緩膜衣錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：水腫(37%)、心肌梗塞(2.3%)。水腫的情況通常不明顯。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(49.2-75%)、掉髮(14%)、皮膚搔癢(7.4-13%)、皮膚乾燥(4.4%-12%)、痤瘡(6.2%)、痤瘡型皮疹(4.6%)、甲溝炎(3.9%)。皮膚方面的副作用，醫師會視情況給予治療，大多可達到良好的控制。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(3.9-39%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(33-60%)、嘔吐(23-42%)、腹瀉(20.3-54%)、喪失食慾(9.2-52%)、腹痛(11-46%)、消化不良(17%)、口腔黏膜破損(17-22%)、脹氣(13%)。 ● 血液方面副作用：深部靜脈栓塞(3.9%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(1-2%)、高膽紅素血症(1-4%)。停藥可恢復。 ● 免疫系統副作用：感染(39%)。因為肺癌本身就容易有肺部的感染。 ● 骨骼肌肉方面副作用：背痛(25%)、肌肉疼痛(21%)。可使用普拿疼等止痛藥來緩解疼痛。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 神經系統副作用：頭痛(15%)、頭暈(15%)、神經病變(13%)、腦栓塞風險(2.3%)。 ● 眼睛方面副作用：結膜炎(12%)、乾眼症(12%)。 ● 精神方面副作用：憂鬱(19%)、焦慮(13%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(24-41%)、咳嗽(16-33%)。呼吸困難常與原來的疾病有關，如肺癌。如果呼吸有更加困難情形，請告知您的醫師。 ● 其它方面副作用：疲倦(9-73%)、發燒(36%)。
<p>學名：Etoposide 商品名：Eposin® Injection、Vepesid® Capsule 中文名：醫百幸注射劑、滅必治軟膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐 (有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(60-91%)、血小板減少(22-41%)、貧血(33%)。可能發生次發性白血病(0.37%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 7-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。可能會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：低血壓(1-2%) (因輸注太快所引起，只要放慢輸注速度或暫時停藥，大多會緩解)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(8-93%)、皮疹(25%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(31-43%)、喪失食慾(10-13%)、腹瀉(1-13%)、口腔黏膜破損(1-6%)、腹痛(2%)。如果服用口服劑型，一旦開始有口腔黏膜破損，請馬上停藥與醫師聯絡。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(<3%)。停藥可恢復。 ● 免疫系統副作用：類過敏反應(0.7-2%)。可能症狀包括：發冷、發燒、心跳過速、支氣管痙攣、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>呼吸困難與低血壓。如有上述症狀，請馬上通知醫護人員處理。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神經系統副作用：末梢神經病變(0.7-2%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難、支氣管痙攣、肺炎(<1%)。
<p>學名：Exemestane 商品名：Aromasin® Tablet 中文名：諾曼癌素糖衣錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：高血壓(5-15%)、胸痛(<10%)、水腫(6-7%)、心肌梗塞(2%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(15.1%)、皮疹(<10%)、搔癢(<10%)、皮膚炎(8.2%)、多汗症(4-18%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：發汗(6-17.8%)、熱潮紅(13-21%)、脂質不正常(32%，降低高密度脂蛋白)、體重增加(8%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(8.5-18%)、嘔吐(7%)、腹痛(6-11%)、腹瀉(4-9.6%)。 ● 血液方面副作用：淋巴球減少症(20%)及血栓栓塞(0.9%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(5-15%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(14.6-28.8%)、四肢疼痛(9%)、背痛(8.6%)、骨關節炎(5.9%)、肌肉痛(5.5%)、骨質疏鬆(4.6%)、骨折(4.2%)、抽筋(1.5%)。 ● 神經系統副作用：頭痛(6.9-13.1%)、失眠(11-13.7%)、頭暈(8-9.7%)、感覺異常(3%)、腕隧道症候群(2.4%)。 ● 眼睛方面副作用：視力障礙(5%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(6%)、泌尿道感染(<10%)。 ● 精神方面副作用：疲倦(11-22%)、憂鬱(6.2-13%)、焦慮(4.1-11%)、無力(6%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(10%)，咳嗽(6%)，支氣管炎(<10%)，咽炎(<10%)，鼻炎(<10%)，鼻竇炎(<10%)，上呼吸道感染(<10%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>學名：Fludarabine 商品名：Fludara® Injection 中文名：福達樂靜脈 凍晶注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(37-59%)、貧血(14-60%)、血小板減少(17-55%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：胸痛(≤6%)、水腫(8-19%)。 ● 皮膚方面副作用：發汗(≤14%)、皮疹(4-15%)、掉髮(≤3%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(≤6%)、高血糖(≤6%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(1-38%)、喪失食慾(≤34%)、腹痛(≤10%)、腹瀉(5-15%)、口腔黏膜破損(<9%)。 ● 免疫系統副作用：單純性皰疹(≤8%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛(4-16%)、背痛(4-9%)。 ● 神經系統副作用：頭痛(≤9%)、無力(9-65%)、感覺異常(4-12%)、神經學方面影響(例如：皮質性眼盲、昏迷、麻痺，可能與劑量有關，症狀在 5-7 天出現，也可能遲至 3-4 週才出現)。 ● 眼睛方面副作用：3-15%，包括：視覺模糊、複視、畏光。 ● 耳朵方面副作用：聽覺喪失(2-6%)。 ● 腎臟方面副作用：尿道感染(2-15%)、排尿困難(3-4%)。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽(6-44%)、呼吸困難

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>(1-22%)、肺炎(3-22%)、鼻炎($\leq 11\%$)、上呼吸道感染($< 9\%$)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 其它方面副作用：發燒(11-69%)、感染(12-44%)、疲倦(10-38%)、發抖(22-19%)。
<p>學名：Fluorouracil (5-Fluorouracil, 5-FU) 商品名： Fluorouracil® Injection 中文名：服樂癌注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：輕度抑制。白血球減少(4-31%)、血小板減少($< 5\%$)、貧血($< 5\%$)。可能發生次發性白血病(0.37%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 9-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：心電圖異常、心絞痛、心肌缺血。 ● 皮膚方面副作用：掉髮。手足症候群(13-34%)，主要好發於手掌與腳掌的掌面皮膚，包括：疼痛、發紅、腫脹、起小水泡，甚至合併發麻或刺痛感。皮膚乾燥、皮疹、指甲異常、光敏感性。 ● 胃腸方面副作用：噁心、嘔吐、厭食、口腔黏膜破損、腹痛、腹瀉。 ● 神經系統副作用：頭痛、運動失調、眼球震顫、末梢神經病變($< 0.1\%$)。 ● 眼睛方面副作用：流淚、畏光、視覺改變。
<p>學名：Gefitinib 商品名：Iressa® Tablet 中文名：艾瑞莎膜衣錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：末梢水腫(2%)。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(43-54%)、痤瘡(25-33%)、皮膚乾燥(13-26%)、皮膚搔癢(8-9%)。皮膚方面的副作用，醫師會視情況給予治療，大多可達到良好的控制。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(3-5%)。 ● 胃腸方面副作用：腹瀉(48-67%)、噁心(13-18%)、嘔吐(9-12%)、喪失食慾(7-10%)。 ● 血液方面副作用：貧血(<1%)、白血球減少(<1%)、血小板減少(<1%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(<1%)。 ● 神經系統副作用：無力(4-6%)。 ● 眼睛方面副作用：弱視(2%)、結膜炎(1%)。 ● 精神方面副作用：疲倦(<1%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(2%)、肺炎(1%)、鼻出血(<1%)。
<p>學名：Gemcitabine 商品名：Gemzar® Injection 中文名：健擇注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。嗜中性白血球減少(62-90%)、貧血(65-89%)、白血球減少(21-86%)、血小板減少(24-85%)、出血(17%)、白血球低下合併發燒(7%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：末梢水腫(20%)、心律不整(<1%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(15-18%)、皮疹(10-30%)、搔癢(13%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高血糖(30%)、低血鎂(30%)、低血鈣(18%)。有糖尿病的病人請記錄給藥期間的血糖變化。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(64-71%)、便秘

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>(10-31%)、腹瀉(19-30%)、口腔黏膜破損(5-22%)、喪失食慾(16-17%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(12%)。停藥可恢復。 ● 免疫系統副作用：感染(16%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛(33%)、關節痛(24%)、骨頭痛(11%)。使用普拿疼等止痛藥可緩解。 ● 神經系統副作用：感覺神經病變(23-64%)、末梢運動神經病變(15-35%)、頭痛(14%)、嗜睡(3-11%)、感覺異常(10%)。停藥後大多可緩解。 ● 腎臟方面副作用：蛋白尿(<1%)、血尿(<1%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(1-23%)、支氣管痙攣(<2%)。 ● 其它方面副作用：疲倦(40%)、發燒(6-41%)、類流感症狀(3-19%)、疼痛(10-48%)。可使用普拿疼等止痛藥來緩解不適症狀。
<p>學名：Hydroxyurea 商品名：Hydrea® Capsule 中文名：愛治膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少、血小板減少、貧血。長期使用可能發生次發性白血病。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：皮疹、紅斑、下肢潰瘍(<0.1%)、指甲異常(<0.1%)、皮膚炎(<0.1%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高尿酸血症。 ● 胃腸方面副作用：噁心嘔吐(<10%)、口腔黏膜破損、厭食、便秘、腹瀉。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高。 ● 神經系統副作用：頭痛、頭暈、嗜睡、末梢神經病變。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高、腎小管功能異常。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難、肺纖維化(罕見)。 ● 其它方面副作用：藥物熱 (drug fever)($<0.1\%$)。
<p>學名：Idarubicin 商品名：Zavedos® Injection 中文名：艾達黴素注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐 (有 30%-90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少、貧血(45%)、血小板減少。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 10-15 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟方面副作用($>10\%$)：不正常的心電圖變化、左心室搏出分率降低或鬱血性心衰竭…等症狀。與累積劑量有關。 可能造成心臟影響的危險因子： <ul style="list-style-type: none"> ● 成人累積劑量超過 150 毫克/體表面積。 ● 之前有使用過 Anthracyclines 類藥品。 ● 有心臟病史。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(25-30%)、皮疹(11%)、指甲傷害 (色素改變)。 ● 胃腸方面副作用：噁心嘔吐(10-90%)、口腔炎(11%)、腹瀉(9-22%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高($<5\%$)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(1%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>學名：Ifosfamide 商品名：Holoxane® Injection 中文名：好克癌注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%-90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(56-100%)、貧血、血小板減少(20%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 7-14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(83-100%)、搔癢的斑狀丘疹(pruritic maculopapular rash)(<10%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心嘔吐(58%)。 ● 腎臟方面副作用： <ul style="list-style-type: none"> ■ 出血性膀胱炎(hemorrhagic cystitis)：血尿(40-50%) (輕微到嚴重皆可能)、頻尿、解尿時的疼痛。 ■ 應適當的補充水分來避免出血性膀胱炎，使用膀胱保護劑 mesna 可大幅降低發生率。 ● 神經方面副作用(10-30%)： <ul style="list-style-type: none"> ■ 造成嗜眠、精神混亂、產生幻覺、不語到嚴重腦病變與昏迷都有可能。 ■ 病人若有任何神經毒性出現，就應停止用藥。此種神經毒性大多是可逆的，在停用藥物後的 5 天內好轉。先前即有嚴重精神疾病者，應考慮不使用此藥。
<p>學名：Imatinib 商品名：Glivec® Tablet 中文名：基利克膜衣錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：水腫(33-86%，較嚴重者 3-13%)、胸痛(7-11%)、鬱血性心衰竭(0.1-1%)、心跳過速(0.1-1%)。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(49.8%)、皮膚搔癢(8-18.9%)、盜汗(13-17%)、掉髮(1-14.8%)、皮膚

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>乾燥(1-10%)、光敏感(1-10%)、剝屑性皮膚炎(0.1-1%)、水泡性藥物疹(0.1-1%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 代謝及內分泌方面副作用：體重增加(5-32%)、低血鉀(0.8-13%)、高血糖($\leq 10\%$)、低血鈣($\leq 6\%$)、低血磷。 ● 胃腸方面副作用：噁心(42-73%)、腹痛(57.2%)、腹瀉(25-59%)、嘔吐(23-58%)、喪失食慾(7-35.8%)、消化不良(11-27%)、便秘(9-16%)、胃食道逆流(1-10%)。 ● 血液方面副作用：出血(12-53%)、嗜中性白血球減少(48%)、貧血(42%)、血小板減少(35%)、白血球減少(17-20%)、白血球低下合併發燒(1-10%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高($\leq 7\%$)。 ● 肌肉骨骼方面副作用：抽筋(62%)、關節痛(12.3-40%)、肌肉骨骼痛(49%)、肌肉痛(9-32%)。 ● 神經系統副作用：頭痛(36%)、無力(15-21%)、頭暈(12-16%)、失眠(10-14%)、感覺異常(1-10%)。 ● 眼睛方面副作用：眼眶周圍水腫($>10\%$)、結膜炎(1-10%)、視力模糊(1-10%)。 ● 耳朵方面副作用：聽力喪失(0.1-1%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(8-10.8%)、急性腎衰竭(0.1-1%)。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽(14-27%)、鼻咽炎(10-31%)、呼吸困難(12-21%)、咽頭炎(10-15%)、肺炎(4-13%)、鼻竇炎(4-11%)。 ● 其它方面副作用：疲倦(19-25%)、發燒(17-41%)。
<p>學名：Irinotecan 商品名：Campto® Injection 中文名：抗癌妥靜脈</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%- 90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：輕度至中度抑制，視藥品劑量而定。白血球減少(14-31%)、血小板減少(1-4%)、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
輸注濃縮液	<p>貧血(5-22%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：血管擴張(9-11%)、低血壓(6%)、水腫(10%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(12-70%)、皮疹(13-14%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：脫水(15%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(70-86%)、嘔吐(62-67%)、厭食(44-55%)、腹絞痛(57-68%)、腹瀉(與劑量有關的副作用)，可分為早發性或晚發性腹瀉。 ● 早發性腹瀉(60-90%)，通常於給藥時或給藥後立即發生，可能持續 5-7 天，腹瀉情況較嚴重者佔了 20-40%。 ● 晚發性腹瀉(83-88%)，通常於給藥超過 24 小時後發生，腹瀉情況較嚴重者為 5-31%。 ● 不論早發性或晚發性腹瀉，我們都會給與藥物預防，所以臨床發生的機率已經很低。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(25%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：背痛(14%)、肌肉不正常收縮、肌肉抽筋。 ● 神經系統副作用：無力(12-76%)、頭暈。 ● 腎臟方面副作用：急性腎衰竭(<1%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難及咳嗽(4-10%)、鼻炎(16%)、肺炎(4%)。 ● 其它方面副作用：發汗(16%)、感染(14%)。
<p>學名：Ixabepilone 商品名：Ixempra®</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10%- 30%的病人會發生嘔吐)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
Injection 中文名：易莎平注射劑	<ul style="list-style-type: none"> ● 骨髓抑制程度：中度抑制。嗜中性白血球減少(54%)、白血球減少(49%)、貧血(8%)、血小板減少(7%)、白血球低下合併發燒(3%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：水腫(9%)、胸痛(5%)、左心室功能不全(1.9%)、心肌缺血(1.9%)、上心室心律不整(0.5%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(48%)、手足症候群(8%)、皮疹(9%)、指甲病變(9%)、皮膚搔癢(6%)、多形性紅斑(2%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：熱潮紅(6%)、脫水(2%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(42%)、嘔吐(29%)、口腔黏膜破損(31%)、腹瀉(22%)、喪失食慾(19%)、便秘(16%)、腹痛(13%)、胃食道逆流(6%)、體重減輕(6%)。 ● 免疫系統副作用：過敏反應(5%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛(49%)、關節痛(49%)、骨骼肌肉疼痛(20%)。 ● 神經系統副作用：末梢神經病變(63%)、無力(56%)、頭痛(11%)、發燒(8%)、暈眩(7%)、失眠(5%)。 ● 眼睛方面副作用：增加流淚(4%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(9%)、上呼吸道感染(6%)、咳嗽(2%)。 ● 其它方面副作用：疲倦(56%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>學名：L-Asparaginase 商品名：Leunase® Injection 中文名：樂拿舒注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度抑制。血小板減少(直接或間接地造成血小板裂解)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常血小板會在給藥後 14 天之內達到最低，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。 ● 心臟血管方面副作用：雷諾氏徵候群(Raynaud's phenomenon, >10%)、手腳水腫(50%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-10%)、皮疹(8%)、紅斑(50%)、皮膚色素過度沉著(50%)、手及指甲過度角質化(50%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：藥品引起高熱反應(25-50%)，會在給藥後的 2-6 小時內發生。預防性地給予退燒藥(Acetaminophen)及抗組織胺(Antihistamines)可能是有幫助的。 ● 胃腸方面副作用：口腔炎(30%)、噁心、嘔吐、厭食、體重減輕。 ● 呼吸系統副作用：間質性肺炎及肺部纖維化(5-10%)，可能與劑量有關。可能的危險因子包括：年齡、Bleomycin 累積劑量超過 200-400 單位、併用或之前接受胸部放射線治療、併用其它化學治療(例如：Cisplatin)。 ● 其它方面副作用：過敏反應(1%，低血壓、發燒、冷顫、意識模糊…等)，可能在給藥後或遲至數小時才發生。
<p>學名：Letrozole 商品名：Femara® Tablet 中文名：復乳納膜衣錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：水腫(7-18%)、高血壓(8%)、胸痛(3-8%)、心絞痛(0.7%)、心肌梗塞(0.4%)。 ● 皮膚方面副作用：熱潮紅(5-50%)、出汗(24.2%)、掉髮(<5%)、皮疹(4-5%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高膽固醇症(8.2%)、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>體重減輕(7%)、體重增加(2-10.7%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 胃腸方面副作用：噁心(8.6-17%)、嘔吐(2.7-7%)、腹瀉(5-8%)、喪失食慾(3-5%)、腹痛(5-6%)、便秘(1.5-11.3%)。 ● 血液方面副作用：白血球減少、血小板減少(<2%)、血栓栓塞(<2%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(≤3%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(8-22%)、關節炎(6.7-21.1%)、骨頭痛(22%)、背痛(5-18%)、四肢疼痛(10%)、肌肉痛(6.4-6.7%)、骨質疏鬆(2-6.9%)、骨折(5.6-5.9%)。 ● 神經系統副作用：無力(4-33.6%)、頭痛(3.5-20.1%)、頭暈(2.4-14.2%)、失眠(5.8-7%)、嗜睡(2-3%)、感覺異常(罕見)。 ● 腎臟方面副作用：泌尿道感染(6%)。 ● 生殖系統副作用：乳房疼痛(7%)、外陰道乾燥(5.3%)、陰道出血(4.5%)、陰道分泌物。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽(5-13%)、呼吸困難(5.5-18%)、肋膜積水(<5%)、肺栓塞(≤2%)。 ● 其它方面副作用：盜汗(14%)、疲倦(6-13%)、流感(6%)、病毒感染(5-6%)、疼痛(5%)。
<p>學名：Melphalan 商品名：Alkeran® Tablet、Alkeran® Injection 中文名：威克瘤錠、 威克瘤注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(10%)、血小板減少(10%)、貧血(1-1%)、溶血性貧血(1-10%)。可能會產生急性非淋巴性白血病(acute nonlymphocytic leukemia)或是骨髓增生的症狀，其發生機率與累積劑量有關(當累積劑量小於 600mg，發生率則小於 2%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球和血小板會在給藥後的 2-4 週達到最低，並於給藥後 6 週內自動緩解。但不可恢復的

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>骨髓抑制也可能發生。如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-10%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(1-10%)、嘔吐(口服低劑量 <10%；注射劑 30-90%)、腹瀉。口腔黏膜破損(1-10%)。在給藥期間持續吸吮冰棒，有助於緩解症狀。 ● 呼吸系統副作用：可能造成肺部纖維化及間質性肺炎(1-10%)，但在停藥後是可恢復的。 ● 生殖系統方面副作用：抑制卵巢的功能而造成在停經前的婦女產生無月經的症狀。長期給予 Melphalan 治療可能造成不孕(1-10%)。
<p>學名：Methotrexate 商品名：Emthexate PF® Injection、 Methotrexate® Tablet 中文名：易滅得疔福 注射液、滅殺除癌錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%- 90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：輕度至中度抑制。白血球減少(>10%)、血小板減少(>10%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球和血小板會在給藥後 7-10 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-10%)、皮疹(1-10%)、蕁麻疹(1-10%)、光敏感(<5%)、色素改變(1-10%)、瘡瘡、多形性紅斑(<1%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(30-90%)、口腔黏膜破損(>10%，與劑量有關，用藥後 3-7 天出現，2 週內緩解)、厭食(>10%)、腹瀉(>10%)。 ● 肝臟方面副作用：高劑量可能造成肝功能指數升

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>高(1-10%)，通常在 10 天內緩解。長期使用(2 年以上)及累積劑量超過 1.5 克，可能造成肝臟纖維化。酗酒、糖尿病、肥胖及年長者可能增加肝臟病變危險。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神經系統方面副作用：1-2%，包括：頭痛、嗜睡、麻痺、視力模糊。(若使用脊椎內注射或劑量高於 8-9 克/體表面積，則發生率為 1-10%) ● 眼睛方面副作用：結膜炎。 ● 腎臟方面副作用：腎衰竭(>10%)，腎功能指數升高(1-10%)。 <p>使用高劑量 Methotrexate 時，除了給予 Leucovorin，充足水分及鹼化尿液可以以防止 Methotrexate 造成腎臟毒性的危險。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 呼吸系統副作用：咽頭炎(>10%)。
<p>學名：Mitomycin 商品名： Mitomycin-C® Injection 中文名：排多癌注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10%-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：輕度至中度抑制。白血球減少、血小板減少、貧血(19-24%，與劑量有關)。可能會產生急性非淋巴性白血病 (acute nonlymphocytic leukemia)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 4-6 週之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(4%)、手腳水泡、腹股溝皮膚炎。 ● 胃腸方面副作用：噁心嘔吐(10-30%)、口腔黏膜破損(4%)。 ● 肝臟方面副作用：肝毒性、肝功能指數升高、肝

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>靜脈阻塞疾病。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神經系統副作用：發燒(14%)。 ● 腎臟方面副作用：腎毒性(<1%)，腎功能指數升高(2%)。 <ul style="list-style-type: none"> ■ 溶血性尿毒症候群(<10%)，是可能致命的副作用。主要是發生於長期接受治療(>5-11個月)及累積劑量超過 50 毫克/體表面積的病人。
<p>學名：Mitoxantrone 商品名： Mitoxantrone® Injection 中文名：雙羥蔥醌注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐 (有 10%- 30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。白血球減少(9-100%)、嗜中性白血球減少(79-100%)、白血球低下合併發燒(≤11%)、淋巴球減少(72-95%)、血小板減少(33-39%)、貧血(5-75%)。可能發生次發性之急性骨髓性白血病，其發生機率(1.1-2.2%)與累積劑量有關。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 14 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：不正常的心電圖變化(≤11%)、心律不整(3-18%)、左心室功能降低(≤4%)或鬱血性心衰竭(≤5%)…等症狀。 可能造成心臟影響的危險因子： <ul style="list-style-type: none"> ● 曾接受縱隔腔放射線治療。 ● 之前有使用過 Anthracyclines 類藥品。 ● 有心臟病史。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(20-61%)、紅斑丘疹(6-11%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 胃腸方面副作用：噁心(26-76%)、嘔吐(6-72%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(31%)。 ● 腎臟方面副作用：尿液可能短暫變為藍綠色(<1%)。 ● 生殖系統副作用：無月經症(28-53%)、精子量減少(≤5%，3-4個月內恢復)。
<p>學名：Oxaliplatin 商品名：Eloxatin® Injection 中文名：益樂鉑注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有30%-90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：輕度至中度抑制。貧血(64%)、血小板減少(30%)、白血球減少(13%)、嗜中性白血球減少(7%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會降低，之後逐漸緩解。如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：水腫(10%)、胸痛(5%)、心跳過速(<5%)。 ● 皮膚方面副作用：皮疹(5%)、掉髮(3%)、手足症候群(1%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(64%)、腹瀉(46%)、嘔吐(37%)、便秘(32%)、腹痛(31%)、喪失食慾(20%)、口腔黏膜破損(14%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(13%)。 ● 免疫系統副作用：過敏反應(2-3%)，包括：蕁麻疹、搔癢、臉潮紅、低血壓、支氣管痙攣。 ● 骨骼肌肉方面副作用：背痛(11%)、關節痛(7%)。 ● 神經系統副作用： <ul style="list-style-type: none"> ■ 與劑量有關，且為累積性的，暴露在低溫的環境中會加劇。如接觸冷水或開冰箱。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 急性末梢神經病變(56%，較嚴重者 5%)：通常會在給藥 48 小時內發生，並於二週內自動緩解。 ■ 持續性末梢神經病變(48%，較嚴重者 3%)：持續時間超過二週，可能會影響日常活動。停藥後症狀會逐漸緩解。 ● 眼睛方面副作用：異常流淚(1%)、視覺異常。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(5-10%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(13%)、咳嗽(11%)、肺纖維化(<1%)。
<p>學名：Paclitaxel 商品名：Taxol® Injection 中文名：汰癌勝注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：重度抑制。嗜中性白血球減少(78-100%)、貧血(47-96%)、血小板減少(4-68%)、白血球低下合併發燒(2-55%)。 ● 藥物輸注過敏反應：在給藥前，醫師會給予多種抗過敏藥物預防。但還是有少數病人在輸注時，仍然發生過敏現象，如胸悶、吸不到氣、皮膚疹、休克。如有任何不舒服，請馬上通知醫護人員。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 11 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：水腫(21%)、不正常的心電圖變化(14-23%)、低血壓(9-17%)、心律不整(2-3%)、鬱血性心衰竭(<1%)、左心室收縮性心臟衰竭。不正常的心電圖變化、低血壓、心律不整只發生於藥物輸注當下，需要停藥。等身體恢復正常後，只要輸注藥物速度放慢，這些副作用

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>大多會消失。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚方面副作用：掉髮(55-96%)、指甲病變(2%)。停藥後，皆可恢復。 ● 代謝及內分泌方面副作用：三酸甘油脂升高。通常不需治療。 ● 胃腸方面副作用：噁心(9-88%)、嘔吐(9-88%)。主要是併用其他化學治療藥物，引起的致吐強度。目前多種的止吐藥，都可讓噁心、嘔吐得到良好的控制。腹瀉(16-90%)、口腔黏膜破損(5-45%)。足夠的營養飲食也可以降低口腔黏膜破損與腹瀉。 ● 免疫系統副作用：過敏反應(2-45%)、伺機性感染。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(19-22%)。停藥後，可恢復。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛(60%)、關節痛(60%)。使用普拿疼等止痛藥，可緩解。 ● 神經系統副作用：末梢神經病變(42-79%，例如：感覺異常、麻痺)，停藥數個月後緩解，維他命 B6 或許有一些幫助。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(18-34%)。很少造成腎臟傷害。 ● 呼吸系統副作用：<1%，間質性肺炎、肺栓塞、肺纖維化。
<p>學名：Pemetrexed 商品名：Alimta® Injection 中文名：愛寧達注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。嗜中性白血球減少(6-56%)、血小板減少(6-53%)、貧血(15-33%)、血小板減少(1-23%)、白血球低下合併發燒(5%)。 ● 治療前與定期施打維他命 B12，治療期間每日服用葉酸，可大大降低藥物引起骨髓抑制與其他的

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>副作用。請務必遵守醫師的指示。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 8-10 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：胸痛(<5%)、水腫(1-5%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(1-12%)、搔癢(1-7%)、多形性紅斑(<5%)、蕁麻疹(1-5%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(19-31%)、喪失食慾(19-27%)、嘔吐(16%)、口腔黏膜破損(7-15%)、味覺改變(1-10%)、便秘(1-21%)、腹瀉(5-17%)、消化不良(5%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(1-10%)。停藥可恢復。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(24%)。可使用普拿疼等止痛藥緩解疼痛。 ● 神經系統副作用：感覺神經病變(1-10%)。 ● 眼睛方面副作用：結膜炎(1-5%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(1-11%)。多補充水份，可降低腎功能的指數升高。 ● 其它方面副作用：疲倦(25-48%)、發燒(1-8%)、脫水(1-7%)。
<p>學名：Rituximab 商品名：Mabthera® Injection 中文名：莫須瘤注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10% 的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制。淋巴球減少(40%)、白血球減少(14%)、嗜中性白血球減少(14%)、血小板減少(12%)、貧血(8%)。 ● 心臟血管方面副作用：低血壓(10%)、高血壓(6%)、心律不整(4.5%)、心肌梗塞。 ● 皮膚方面副作用：盜汗(15%)、皮疹(15%)、皮膚

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>搔癢(14%)、血管水腫(13%)、蕁麻疹(8%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 代謝及內分泌方面副作用：高血糖(9%)、末梢水腫(8%)、高血鉀、低血鈣、高尿酸、高血磷。 ● 胃腸方面副作用：噁心(23%)、嘔吐(10%)、腹痛(14%)、腹瀉(10%)、腸阻塞、腸穿孔。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(7%)。 ● 免疫系統副作用：與輸注有關反應(77%，例如：冷顫、發燒)、過敏反應。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(10%)、肌肉疼痛(10%)。 ● 神經系統副作用：感覺神經病變(30%)、無力(26%)、頭痛(19%)、頭暈(10%)、偏頭痛(2%)。 ● 腎臟方面副作用：急性腎衰竭。 ● 呼吸系統方面副作用：肺炎。 ● 其它方面副作用：發燒(53%)、感染(31%)、顫抖(33%)。
<p>學名：Sorafenib 商品名：Nexavar® Tablet 中文名：蕾莎瓦膜衣錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管方面副作用：高血壓(9-17%)、心肌梗塞(2.7%)、鬱血性心衰竭(0.1-1%)。 ● 皮膚方面副作用：手足症候群(21-52%)、皮疹(19-62%)、掉髮(14-27%)、搔癢(14-19%)、皮膚乾燥(10-11%)、紅斑(≥10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：低血磷(35-45%)、體重減輕(10-30%)。 ● 胃腸方面副作用：腹瀉(43-55%)、脂解酶暫時升高(40-41%)、澱粉酶暫時升高(30-34%)、腹痛(11-31%)、噁心(23-24%)、喪失食慾(16-29%)、嘔吐(15-16%)、便秘(14-15%)、胃腸道出血(≥10%)、吞嚥困難(<10%)、口腔黏膜破損(<10%)、食道靜脈曲張引起出血(2%)。 ● 血液方面副作用：貧血(44%)、淋巴球減少(23-47%)、血小板減少(12-46%)、國際標準凝血

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>時間比(INR)升高(42%)、出血(15-18%)、嗜中性白血球減少(18%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(<10%)。 ● 肌肉骨骼方面副作用：關節痛(10%)、肌肉痛(10%)。 ● 神經系統副作用：頭痛(10%)、感覺神經病變(13%)。 ● 精神方面副作用：憂鬱(<10%)、疲倦(37-46%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難(14%)、肺出血($\geq 10\%$)。 ● 其它方面副作用：疼痛($\geq 10\%$)，包括：骨頭痛、嘴巴痛。
<p>學名：Sunitinib 商品名：Sutent® Capsule 中文名：紓癌特膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10% 的病人會發生嘔吐)。 ● 心臟血管方面副作用：高血壓(15-30%)、左心室功能不全(11-21%)、末梢水腫(11%)。 ● 皮膚方面副作用：皮膚變黃(19-30%)、手足症候群(14-21%)、皮膚乾燥(18%)、頭髮變色(7-16%)、皮疹(14-27%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高血鉀(11%)、高血鈉(10-11%)、低血鉀(12%)、低血鈉(14%)、甲狀腺功能低下症(4-36%)。 ● 胃腸方面副作用：腹瀉(40-58%)、噁心(49%)、口腔黏膜破損(29-43%)、喪失食慾(33-38%)、消化不良(28%)、腹痛(22%)、便秘(16-20%)、脹氣(10%)、胃食道逆流(11%)、口乾(13%)、味覺改變(21-44%)、胃食道穿孔(罕見)、脂解酵素升高(25-52%)、澱粉酵素升高(17-31%)、舌痛(10%)、口腔疼痛(6-10%)、胰臟炎(1%)。 ● 血液方面副作用：嗜中性白血球減少(53-77%；較嚴重：10-17%)、白血球減少(78%；較嚴重：8%)、淋巴球減少(38% to 68%；較嚴重：$\leq 18\%$)、

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>貧血(26-79%；較嚴重：3-8%)、出血(18-37%)、血小板減少(38-68%；較嚴重：5-9%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(39-56%；較嚴重：2%)。 ● 肌肉骨骼方面副作用：關節痛(18%)、背痛(19%)、肌肉痛(14%)。 ● 神經系統副作用：無力(22%)、頭痛(18%)、失眠(11%)、頭暈(7%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(12-70%)、尿酸升高(41%)、尿液變黃、蛋白尿(<1%)。 ● 呼吸系統方面副作用：咳嗽(18%)、鼻出血(18-26%)、上呼吸道感染(11%)、肺栓塞(2%)。 ● 其它方面副作用：疲倦(20-58%)、發燒(17%)、類流感症狀(5%)。
<p>學名：Temozolomide 商品名：Temodal® Capsule 中文名：帝盟多膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中高度致吐(有 30%-90%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：輕度抑制。嗜中性白血球減少(8-14%)、白血球減少(11%)、血小板減少(4-19%)、貧血(4%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後的3週達到最低，之後緩解。如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：末梢水腫(11%)。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(9%)、皮疹(8-13%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(75%)、口腔黏膜破損(20%)、喪失食慾(40%)、便秘。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(40%)。 ● 神經系統副作用：頭痛(41%)。有產生癲癇的可

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>能性(23%，無法釐清與藥品或疾病本身有關)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 腎臟方面副作用：尿道感染(8%)、頻尿(6%)。 ● 呼吸系統副作用：上呼吸道感染(8%)、咽頭炎(8%)、咳嗽(5%)、鼻竇炎(6%)。 ● 其它方面副作用：疲倦(34%)。
<p>學名：Tamoxifen 商品名：Nolvadex® Tablet 中文名：諾瓦得士錠</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臟血管副作用：高血壓(11%)、末梢水腫(11%)。 ● 皮膚方面副作用：熱潮紅(33-64%)、皮疹(13%)、掉髮(<1-5%)、多形性紅斑。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(23%)、體重增加(9%)、高膽固醇血症(4%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(5-26%)、膽結石(37%)、腹痛(9%)、便秘(4-8%)、腹瀉(7%)、消化不良(6%)。 ● 血液方面副作用：血小板減少($\leq 10\%$)、貧血(5%)、血栓栓塞(1.7%)、白血球減少(罕見)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(2-5%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節炎(14%)、關節痛(11%)、背痛(10%)、骨頭痛(6-10%)、骨質疏鬆(7%)、骨折(7%)、肌肉疼痛(5%)、感覺異常(5%)。 ● 神經系統副作用：失眠(9%)、頭暈(8%)、頭痛(8%)、焦慮(6%)、疲倦(4%)。 ● 眼睛方面副作用：白內障(7%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高($\leq 2\%$)。 ● 生殖系統副作用：陰道分泌物(30%)、陰道出血(2-23%)、月經不規則(13-25%)、無月經(16%)、卵巢囊腫(3%)、子宮內膜癌的風險。 ● 呼吸系統副作用：咽炎(14%)、咳嗽(4-9%)、呼吸困難(8%)、支氣管炎(5%)、鼻竇炎(5%)。
<p>學名：Topotecan 商品名：Hycamtin® Injection</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制，視藥品劑量而定。嗜

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>中文名：癌康定注射劑</p>	<p>中性白血球減少(26-80%)、白血球減少(25-41%)、白血球低下合併發燒(23-28%)、血小板減少(7-29%)、貧血(6-42%)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 8-11 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(49%)、搔癢(16%)、皮疹(16%)、蕁麻疹(16%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(8-64%)、嘔吐(10-45%)、腹瀉(6-32%)、便秘(5-29%)、腹痛(5-22%)、口腔黏膜破損(6-18%)、喪失食慾(19%)、腸阻塞(5%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(5-8%)。 ● 神經系統副作用：無力(25%)、疼痛(23%)、頭痛(18%)、感覺異常(7%)、末梢神經病變(3%)。 ● 呼吸系統副作用：咳嗽(15%)、呼吸困難(6-22%)、肺炎(8%)。 ● 其它方面副作用：疲倦(29%)、發燒(28%)、敗血症(5%)。
<p>學名：Trastuzumab 商品名：Herceptin® Injection 中文名：賀癌平凍晶注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於 10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度抑制。出血(40%)、白血球減少(37%)、深部靜脈栓塞(9%)、嗜中性白血球減少(5.8-27%)、血栓栓塞(5-15.1%)、血小板減少(5%)。屬標靶藥物。腫瘤越大，造成出血的機會就越高，但無法預防。 ● 心臟血管方面副作用：高血壓(8-34%)、動脈栓塞(8.5%)、鬱血性心衰竭(2.2%)、左心室搏出分率降低(1.7%)。請進行血壓監測，每人血壓變化程度不一。如果血壓太高，可能需要服用降血壓藥

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<p>物。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚方面副作用：掉髮(6-32%)、影響傷口癒合(3-15%)、皮疹(1-10%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：體重減輕(20%)、脫水(3.3-10%)、低血鈉(4%)。 ● 胃腸方面副作用：腹痛(50-61%)、喪失食慾(35-43%)、口腔黏膜破損(30-32%)、腹瀉(1-34%)、胃出血(19-24%)、味覺改變(14-21%)、噁心(4.1-12%)、嘔吐、便秘(4%)、胃穿孔(2.4%)。 ● 免疫系統副作用：感染(3-10%)、輸注反應(<3%，例如：高血壓、胸痛、頭痛)。通常輸注速度放慢，皆可獲得改善。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉疼痛(19%)、背痛(12%)、關節痛。可使用普拿疼等止痛藥來減緩疼痛。 ● 神經系統副作用：無力(70%)、頭痛(50%)、頭暈(19-26%)、感覺神經病變(1-24%)、蜘蛛網膜下腔出血(1-5%)。 ● 腎臟方面副作用：蛋白尿(4-36%)、腎病症候群(0.5%)。 ● 呼吸系統副作用：上呼吸道感染(40-47%)、鼻出血(19-35%)、呼吸困難(25-26%)、咳血(2.3-31%)、肺出血(2.3-31%)、聲音改變(6-9%)。高機率的肺出血、咳血通常與肺癌本身有關。 ● 其它方面副作用：疲倦(4-19%)。
<p>學名：Tegafur & Gimeracil & Oteracil 商品名：TS-1® Capsule 中文名：愛生萬膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：中低度致吐(有 10-30%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度至中度抑制。白血球減少(45.8%)、嗜中性白血球減少(43.9%)、貧血(38.1%)、血小板減少(10.9%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常白血球會在給藥後降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：低血壓(<0.5%)、心電圖異常(<0.5%)。 ● 皮膚方面副作用：色素沈澱(21.3%)、皮疹(11.8%)、掉髮(<0.5%)、搔癢(<0.5%)、手足症候群(<0.5%)、指甲異常(<0.5%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：電解質異常(<0.5%，例如：血鈉、血鉀、血鈣異常)、血糖升高(<0.5%)。 ● 胃腸方面副作用：食慾不振(33.9%)、噁心(22.3%)、嘔吐(7.8%)、口腔黏膜破損(17.1%)、腹瀉(18.7%)、味覺異常(≥5%)、嚴重腸炎(0.5%)、消化道潰瘍(0.5%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(11.1%)。停藥後可恢復。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(<0.5%)。 ● 神經系統副作用：疲倦(22.3%)、頭痛(<0.5%)、暈眩(<0.5%)。 ● 眼睛方面副作用：結膜炎(<0.5%)、流淚(<0.5%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(<0.5%)、急性腎衰竭(<0.5%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難、間質性肺炎(0.3%，早期症狀：咳嗽、呼吸短促、呼吸困難與發燒等)。如有此症狀，請馬上連絡您的主治醫師。 ● 其它方面副作用：嗅覺障礙(0.1%)。
<p>學名：Tegafur & Uracil 商品名：UFT®</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 骨髓抑制程度：低度抑制。白血球減少(3.1%)、血小板減少(1.1%)、貧血(0.8%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
<p>Capsule</p> <p>中文名：優富多膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常白血球會在給藥後降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心血管方面副作用：低血壓(6%)、心絞痛(<0.1%)、心律不整。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(≤5%)、皮疹(≤5%)、指甲異常(≤5%)、色素沈澱(≤5%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心及嘔吐(2.4%)、口腔黏膜破損(4-26%)、腹瀉(1.5%)、厭食(≤5%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(≤5%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：關節痛(<0.1%)。 ● 神經系統副作用：頭痛、眩暈(≤5%)、倦怠感(≤5%)、意識障礙、無方向感(<0.1%)。 ● 腎臟方面副作用：腎功能指數升高(≤5%)、蛋白尿(<0.1%)、血尿(<0.1%)、急性腎衰竭(<0.1%)。 ● 呼吸系統副作用：呼吸困難、間質性肺炎(<0.1%)。
<p>學名：Vinblastine</p> <p>商品名：Vinblastine®</p> <p>Injection</p> <p>中文名：敏畢瘤凍晶注射劑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(有<10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度抑制，與劑量有關。白血球減少、顆粒性白血球減少、貧血、血小板減少。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後 5-10 天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：高血壓、心絞痛、心電圖不正常、心肌梗塞、心肌缺血、雷諾氏徵候群(Raynaud' s phenomenon)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚方面副作用：掉髮、皮疹、光敏感(罕見)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：高尿酸血症，使用超過一般建議之劑量可能引起抗利尿激素分泌不當症候群(SIADH)。 ● 胃腸方面副作用：便秘、噁心、嘔吐、口腔黏膜破損、腹痛、厭食、腹瀉。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛、骨頭痛、無力、下顎痛。 ● 神經系統副作用：頭痛、肌腱反射消失、末梢神經炎、末梢神經病變。 ● 眼睛方面副作用：眼球震顫。 ● 耳朵方面副作用：聽覺障礙。 ● 腎臟方面副作用：尿液滯留。 ● 呼吸系統副作用：支氣管痙攣、呼吸困難。
<p>學名：Vincristine 商品名：Vincristine® Injection 中文名：敏克瘤注射液</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(有<10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：低度抑制。貧血、白血球減少、血小板減少。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後降低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 心臟血管方面副作用：高血壓、姿勢性低血壓、水腫。 ● 皮膚方面副作用：掉髮、皮疹。 ● 代謝及內分泌方面副作用：可能引起抗利尿激素分泌不當症候群(SIADH)(罕見)、高尿酸、低血鉀。 ● 胃腸方面副作用：噁心、嘔吐、腹痛、便秘(常見)、腹瀉、口腔黏膜破損、體重減輕。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 肝臟方面副作用：肝靜脈栓塞症(VOD)(罕見)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉無力、肌肉痛、骨頭痛、背痛。 ● 神經系統副作用：末梢神經毒性作用(通常是劑量限制性的毒性)。較常發生在年齡大於40歲的病人，於在三週的治療後，但也有在第一次治療後發生。表徵為下肢的肌腱反射消失、麻木、感覺喪失、手指、腳趾感覺異常。 ● 耳朵方面副作用：聽力喪失。 ● 腎臟方面副作用：多尿、排尿困難、尿液滯留。 ● 呼吸系統副作用：支氣管痙攣、呼吸困難。 ● 其它方面副作用：過敏反應(罕見)。
<p>學名：Vinorelbine 商品名：Navelbine® Injection、Navelbine® Capsule 中文名：溫諾平注射液、溫諾平軟膠囊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 致吐性：低度致吐(低於10%的病人會發生嘔吐)。 ● 骨髓抑制程度：中度至重度抑制(與劑量有關)。白血球減少(92%)、貧血(83%)、嗜中性白血球減少(14-52%)、血小板減少(4%)。 ● 因免疫力降低，可能增加感染的危險。 ● 通常白血球會在給藥後7-10天之內達到最低，如果有任何感染的症狀如發燒，打顫，喉嚨痛等，請盡速就醫。也會造成血小板減少及貧血的現象，要注意身上是否有小紫斑，或小出血點。可能會較容易感到疲勞。 ● 皮膚方面副作用：掉髮(<35%)、手足症候群(7%)、皮疹(<5%)。 ● 代謝及內分泌方面副作用：可能引起抗利尿激素分泌不當症候群(SIADH)(<1%)。 ● 胃腸方面副作用：噁心(34%)、便秘(29%)、嘔吐(<20%)、口腔黏膜破損(<20%)、腹瀉(<20%)。 ● 肝臟方面副作用：肝功能指數升高(>10%)。 ● 骨骼肌肉方面副作用：肌肉痛(16%)、關節痛(<5%)、肌肉無力(36%)、下顎痛(<5%)。

Drug	Side effect (發生率僅供參考)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 神經系統副作用：肌腱反射消失(<5%)、感覺異常(7-31%)、末梢神經病變(25%)。神經系統副作用的發生率與使用劑量以及累積劑量有正相關。 ● 耳朵方面副作用：聽力傷害(≤1%)。 ● 腎臟方面副作用：出血性膀胱炎(<1%)。

Radiation side effect

General symptoms	<ul style="list-style-type: none"> ● Fatigue ● Skin Irritation (Redness 、 Scaling 、 moist peeling 、 swelling 、 ulcer) ● Fever / Chills ● Joint stiffness ● Lower white blood cell, red blood cell and platelet counts
Head or Neck	<ul style="list-style-type: none"> ● Sore mouth (Soreness 、 Painful ulcer 、 toothache) ● Dry mouth ● Cataract 、 corneal ulceration 、 retinopathy 、 Glaucoma
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> ● Nausea ● Vomiting ● Diarrhea ● Change in appetite ● Esophagus fibrosis ● Abnormal liver function test ● Ascites ● Impairment of renal function ● Hematuria 、 Dysuria
Chest	<ul style="list-style-type: none"> ● Pain or difficulty with swallowing ● Soreness of the breast ● Lung fibrosis or pneumonitis ● Pericarditis ● EKG abnormalities
Pelvis	<ul style="list-style-type: none"> ● Vaginal discharge or dryness
Brain	<ul style="list-style-type: none"> ● Headache ● Seizure ● Decreased hearing / loss

參考資料取自：

- **National Cancer Institute** : Cancer treatment.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment> 2016.10.31.
- Radiation Therapy Oncology Group : Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria &

Late Radiation morbidity Scoring Schema

<https://www.rtog.org/ResearchAssociates/AdverseEventReporting/RTOGEORTCLateRadiationMorbidityScoringSchema.aspx> 2016.10.31.

Surgery side effect

During surgery	<ul style="list-style-type: none">● Bleeding● Damage to nearby tissues● Drug reactions● Damage to other organs
After surgery	<ul style="list-style-type: none">● Pain● Infections● Bleeding● Blood clots (can form in the deep veins of legs after surgery. Such a clot can become a serious problem if it breaks loose and travels to another part of the body, such as a lung.)● Slow recovery of other body functions (such as activity in the bowels)

參考資料取自：American cancer society：A guide to cancer surgery

<http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/surgery/surgery-treatment-toc> 2016.10.31

捌、附錄

附錄一、中醫輔助治療癌症西醫治療副作用之臨床路徑

Part I：藥物 Part II：針灸

中醫輔助治療癌症西醫治療 副作用之臨床治療路徑



中醫臨床路徑建立原則



- 本計畫為是「輔助治療」，所以所有納入整合照護計畫之患者均接受西醫標準治療模式，因此臨床治療路徑係建立以西醫標準模式為主的「中醫輔助治療模式」。
- 中醫臨床EBM資料不多，尤其中藥使用部分臨床學術論文不足以作為依據，因此先採用傳統典籍與教科書為基礎，此為基本共識；針灸則依照學術論文與傳統並用。

中醫臨床路徑建立原則



- 為能建立有效臨床分析回饋模式，必須儘量建立精簡的基本準則，依此基礎聯合多中心所建立之大資料庫，才能在未來提供可靠的分析結果。
- 在臨床治療路徑之用藥上我們採用傷寒方、小品方、肘後方模式：
 - 使用之藥味、穴位精簡。
 - 以單方進行病機對應組合。

中醫臨床路徑建立原則



- 為應付大量患者之工作負荷，多大多數中醫師臨床採用疊方模式，且因為獨立評估患者，在缺乏西醫用藥資訊下，容易忽略或重複西醫治療之方向，不但造成臨床診療變數複雜化，也違反中醫辨證論治及科學操作中精確度之準則。
- 修正臨床操作上需有調整與修正之過渡期，因此本年度以整合照護與教學模式建立為準，臨床路徑之建立，先供參考，不強制修正個別醫師的處方模式。

癌症西醫治療副作用

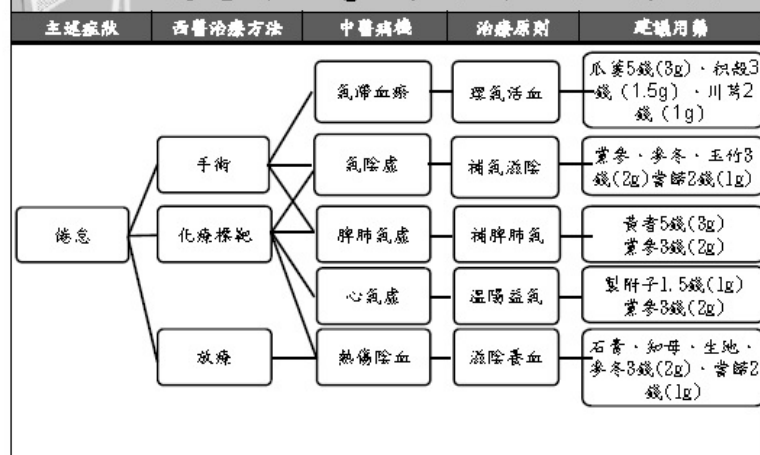


- 疲倦
- 血球低下：貧血、白血球低下、血小板低下
- 皮疹、皮膚乾癢、紅腫、口瘡
- 噁心、嘔吐、食慾不振、腹瀉、便秘
- 手足症候群、周邊神經病變-麻刺痛
- 淋巴水腫
- 更年期症狀
- 頭痛
- 胸悶、喘咳、心悸

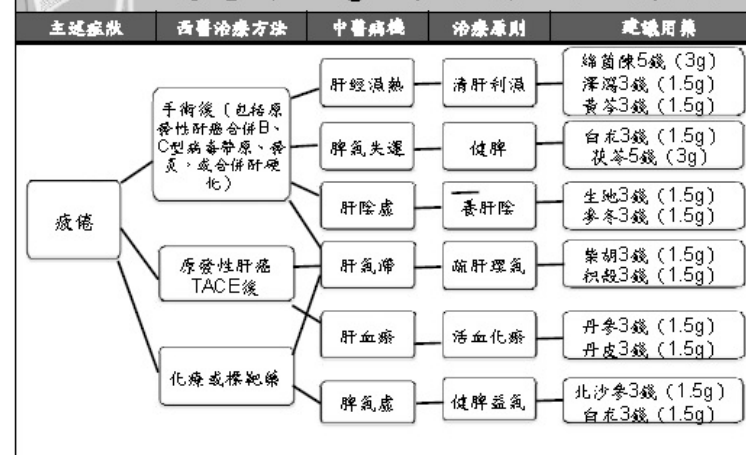
疲倦

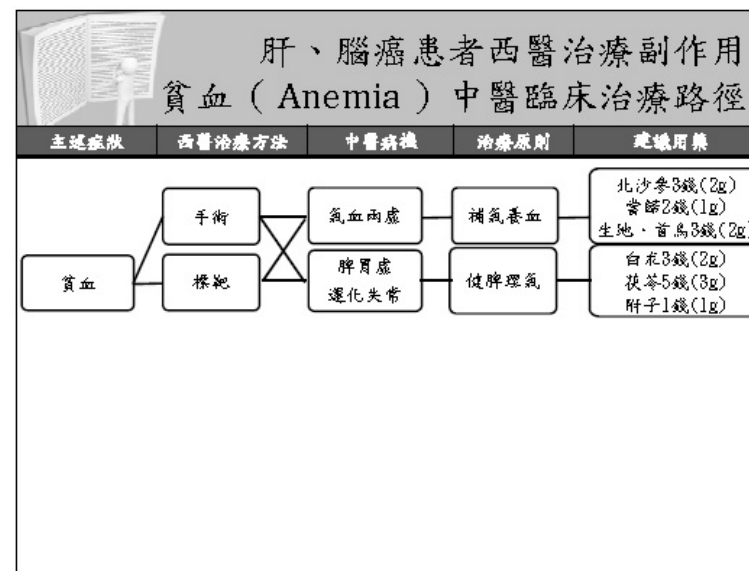
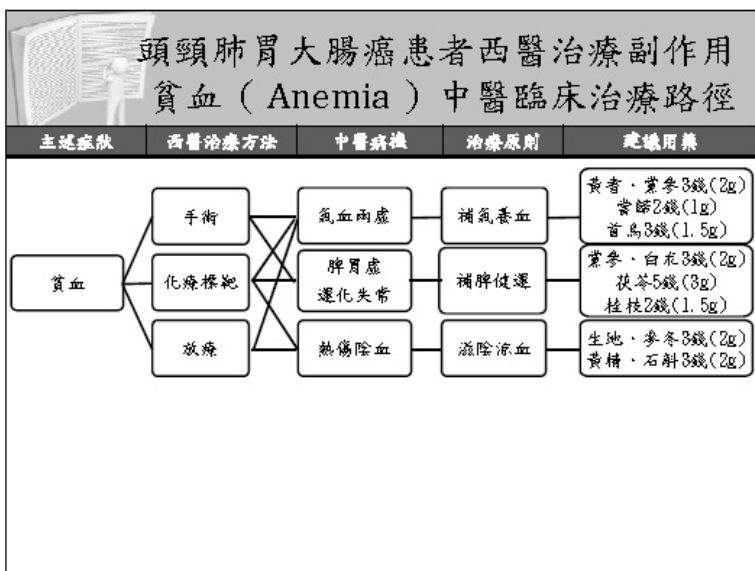
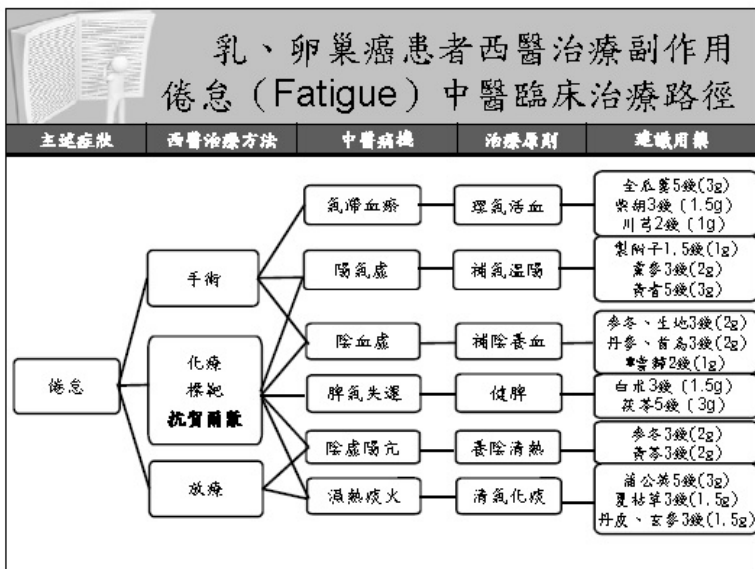


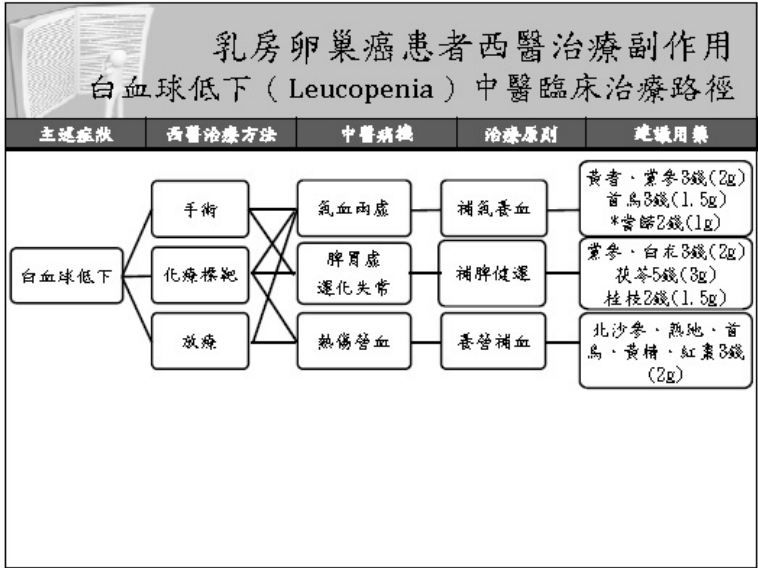
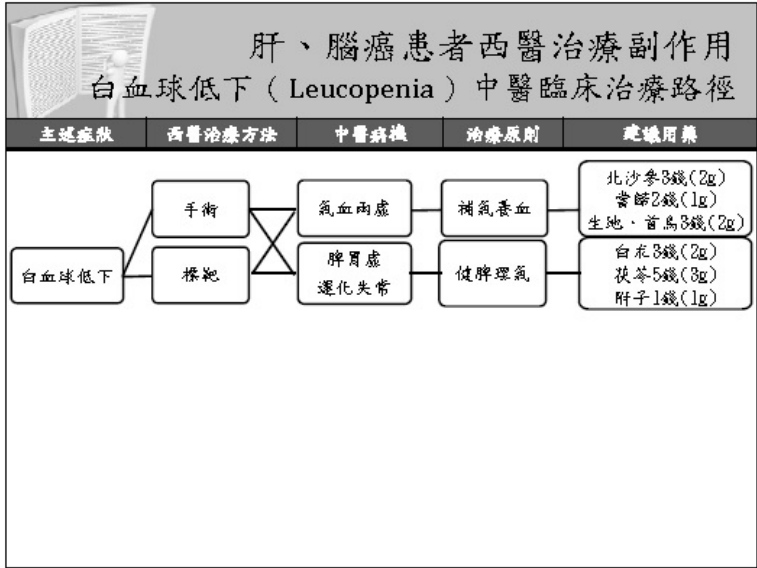
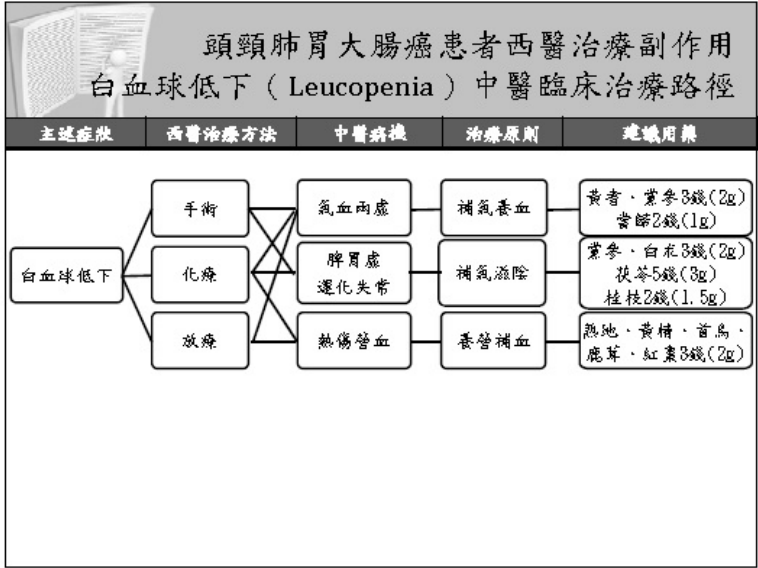
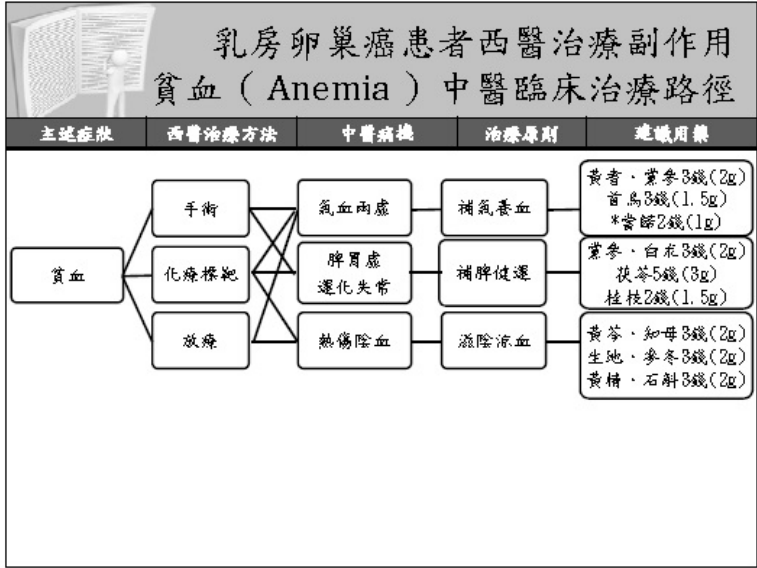
頭頸肺胃大腸癌患者西醫治療副作用 倦怠 (Fatigue) 中醫臨床治療路徑

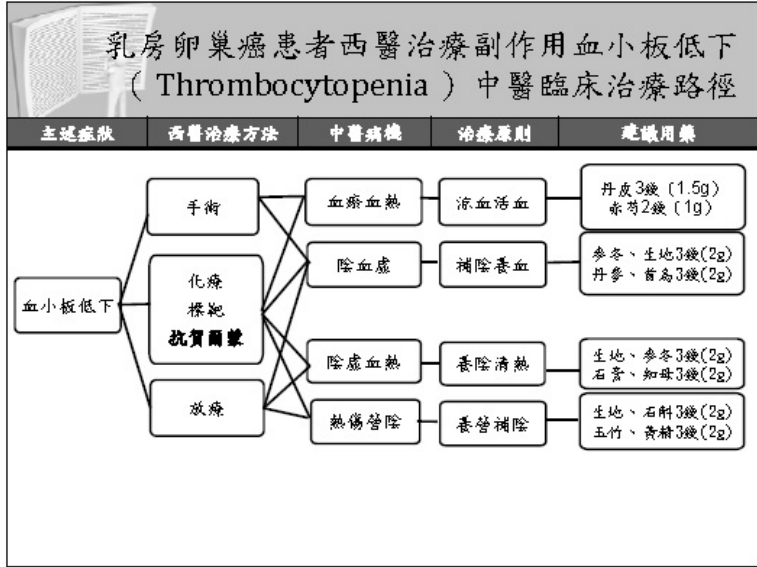
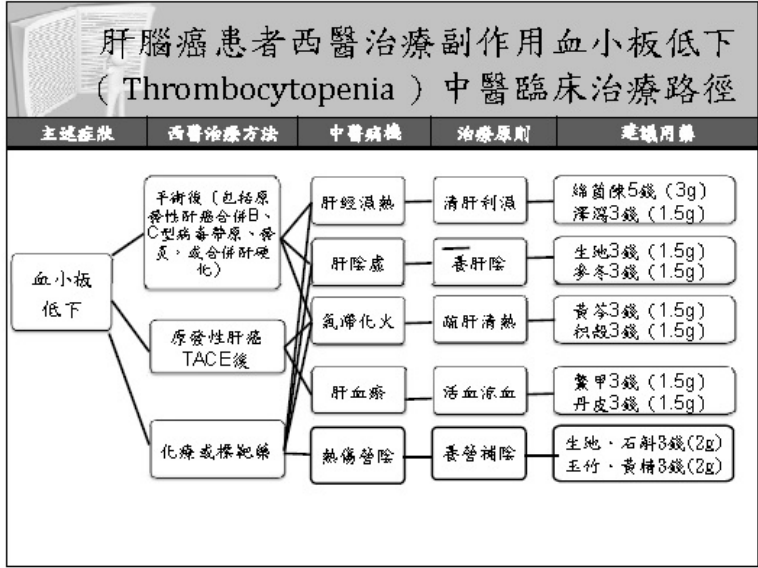
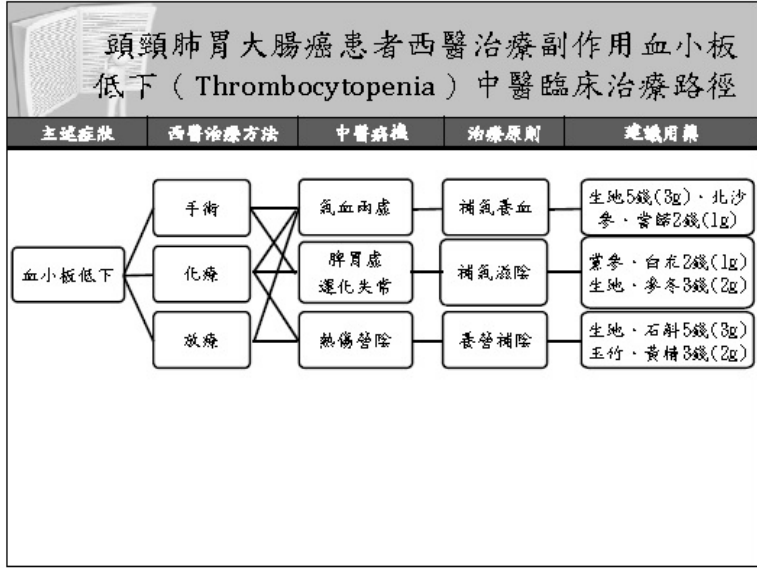


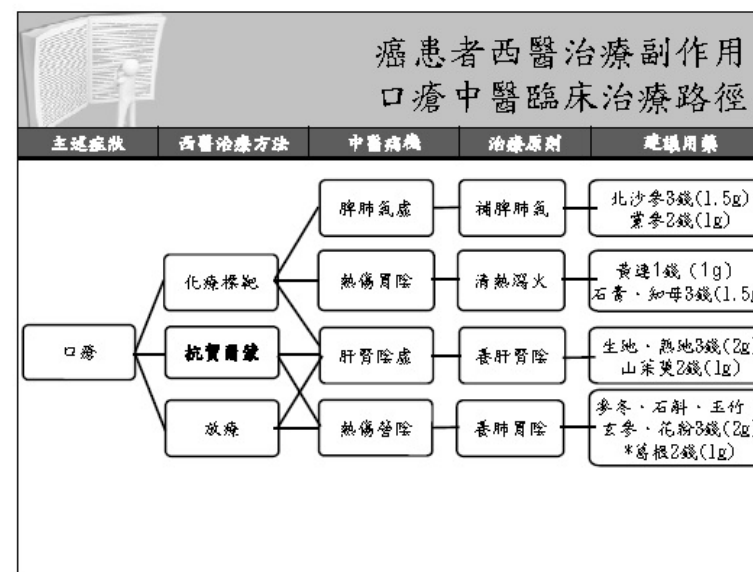
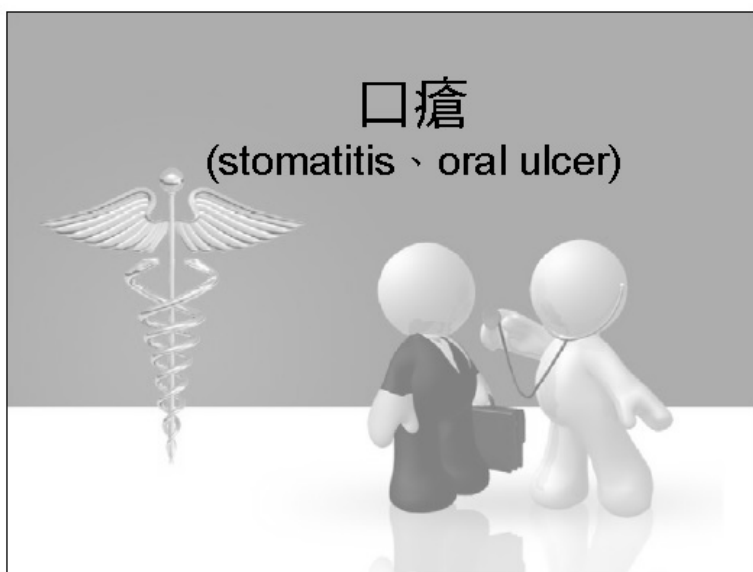
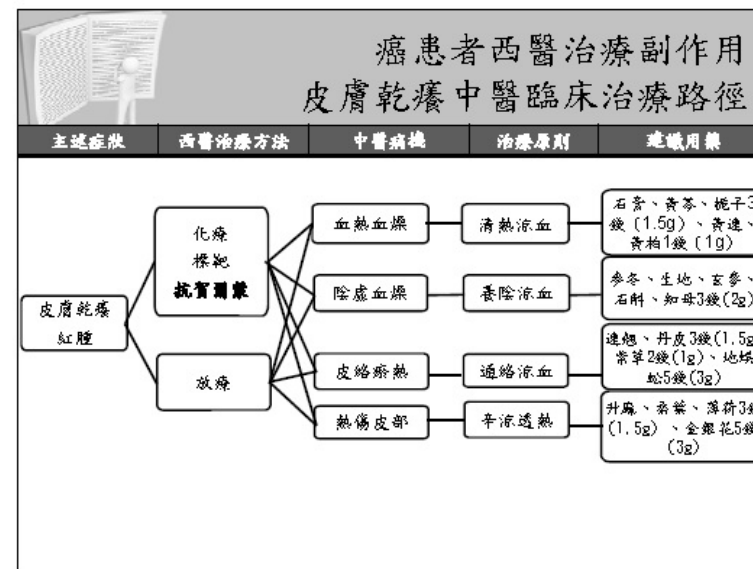
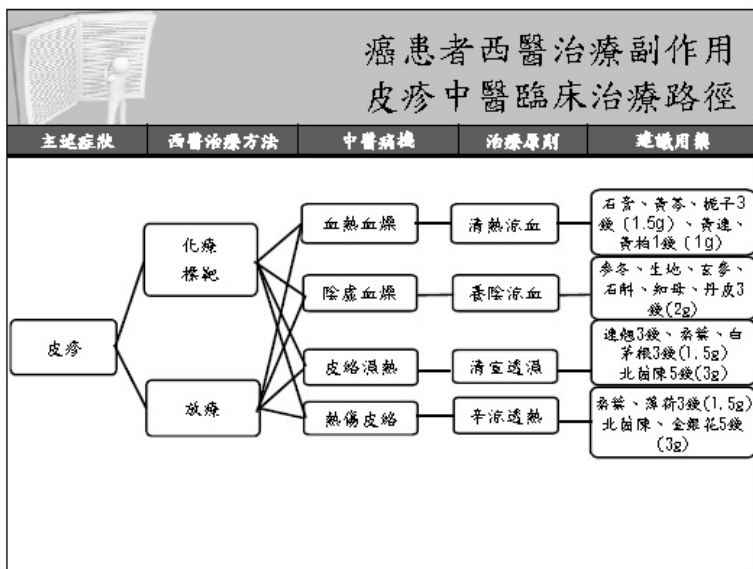
肝、腦癌患者西醫治療副作用 倦怠 (Fatigue) 中醫臨床治療路徑












噁心嘔吐食慾不振 (Nausea, Vomiting, Appetite Loss)



癌患者西醫治療副作用 噁心嘔吐納呆中醫臨床治療路徑

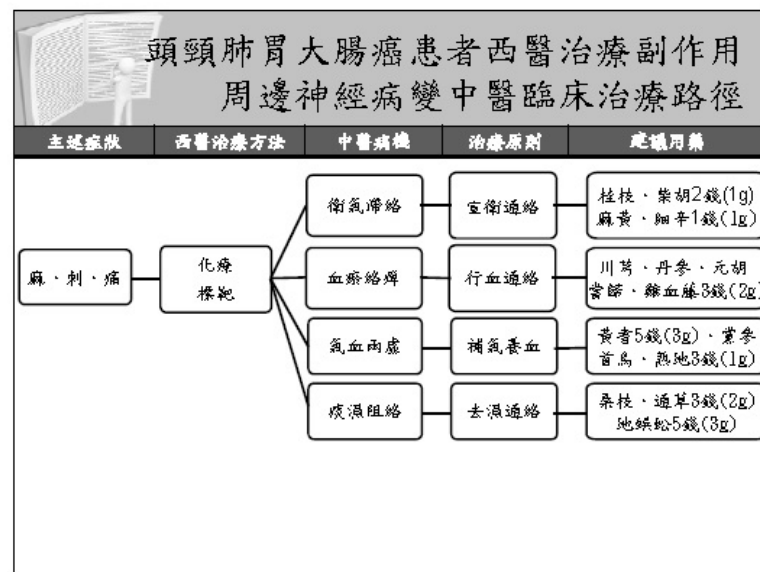
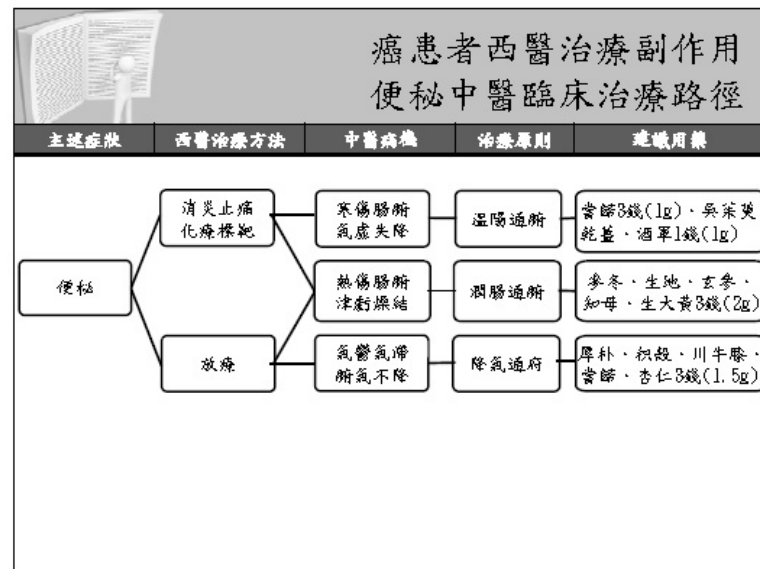
主症症狀	西醫治療方法	中醫病機	治療原則	建議用藥
噁心嘔吐 納呆	消炎止痛 化療標靶	寒傷胃逆	溫陽和胃	半夏、厚朴3錢(1.5g) 吳茱萸、乾薑1錢(1g)
		熱傷胃逆	清熱和胃	半夏、厚朴3錢(1.5g) 黃芩3錢(1.5g)、黃連 1錢(1g)
		肝氣胃逆	平肝和胃	半夏、厚朴3錢(1.5g) 白芍、山楂3錢(1.5g) 烏梅2錢(1g)
		陰傷胃逆	養陰降氣	半夏、厚朴3錢(1.5g) 淮山、麥冬、白朮、 花粉、橘餅3錢(2g)
	放射	陰傷胃逆	養陰降氣	半夏、厚朴3錢(1.5g) 淮山、麥冬、白朮、 花粉、橘餅3錢(2g)
	手術	形氣傷胃逆	益氣和胃	半夏、厚朴3錢(1.5g) 黨參、白朮1錢(1g)

腹瀉 (Diarrhea)

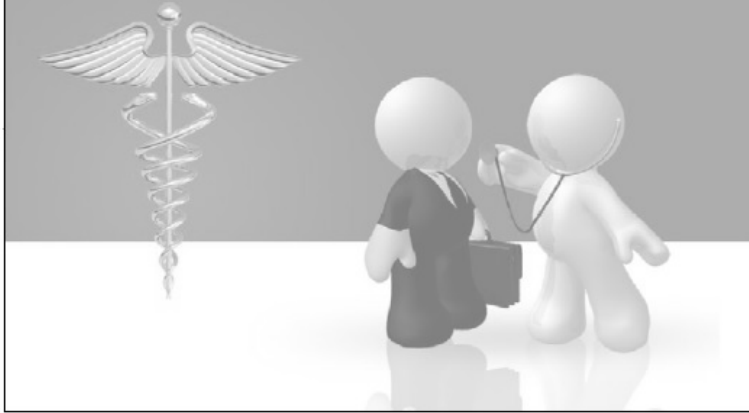


癌患者西醫治療副作用 腹瀉中醫臨床治療路徑

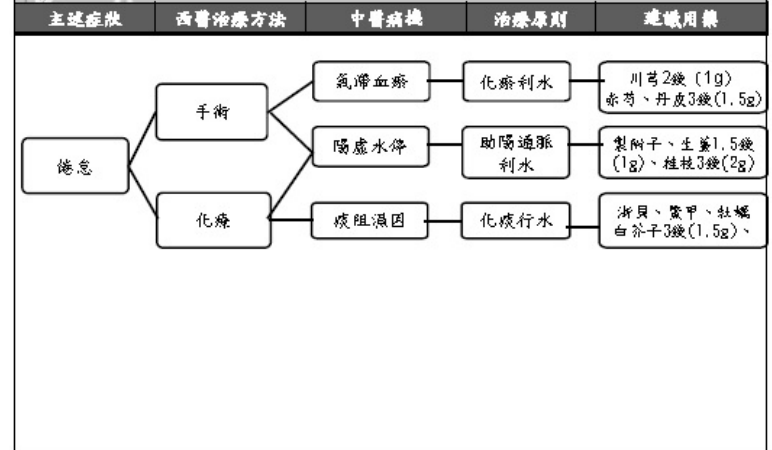
主症症狀	西醫治療方法	中醫病機	治療原則	建議用藥
腹瀉	消炎止痛 化療標靶	寒傷腸腑	溫陽化濕	艾葉3錢(1.5g)、吳茱萸、 生薑1錢(1g)
		熱傷腸腑	清熱去濕	黃連1錢(1g)、黃芩、 魚腥草5錢(3g)、
		脾虛失運	溫陽健脾	黨參、白朮、豬苓、3 錢(1.5g)、茯苓5錢 (3g)、乾薑1錢(1g)、 *葛根3錢(1.5g)
		氣鬱失運	理氣健脾	防風、蒼朮、川楝 木香、紫蘇3錢(1.5g)
	放射	氣鬱失運	理氣健脾	防風、蒼朮、川楝 木香、紫蘇3錢(1.5g)
	手術	形傷失運 (短腸)		



淋巴水腫



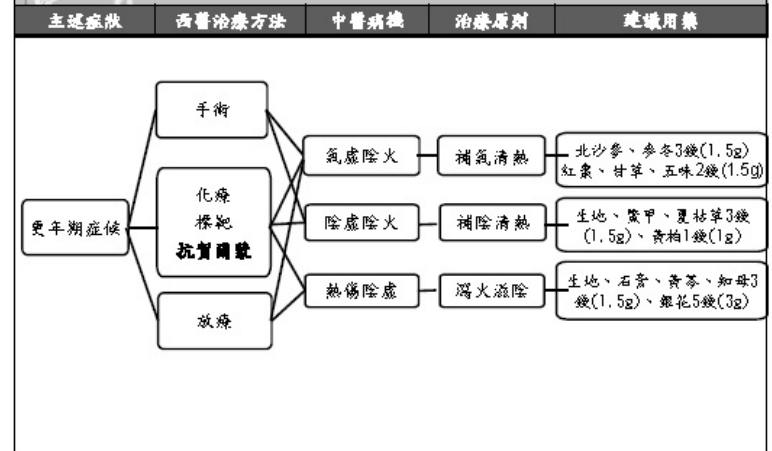
乳卵巢腸癌患者西醫治療副作用 上下肢水腫中醫臨床治療路徑

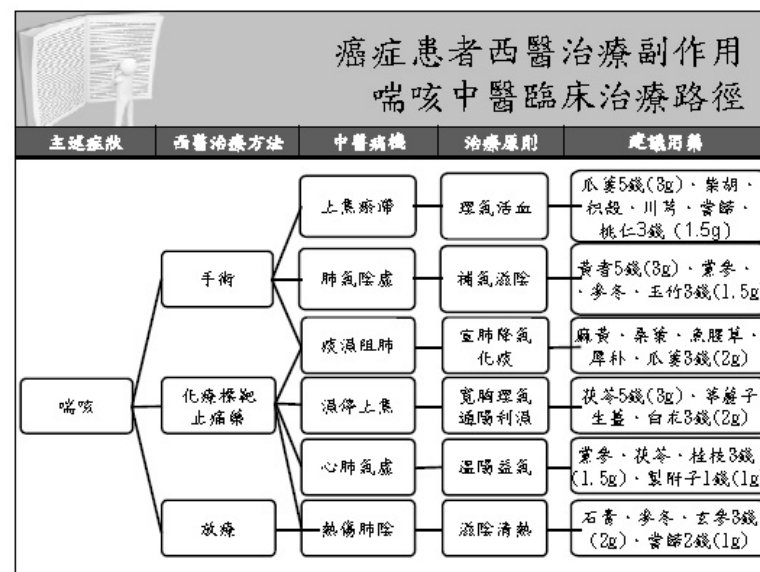
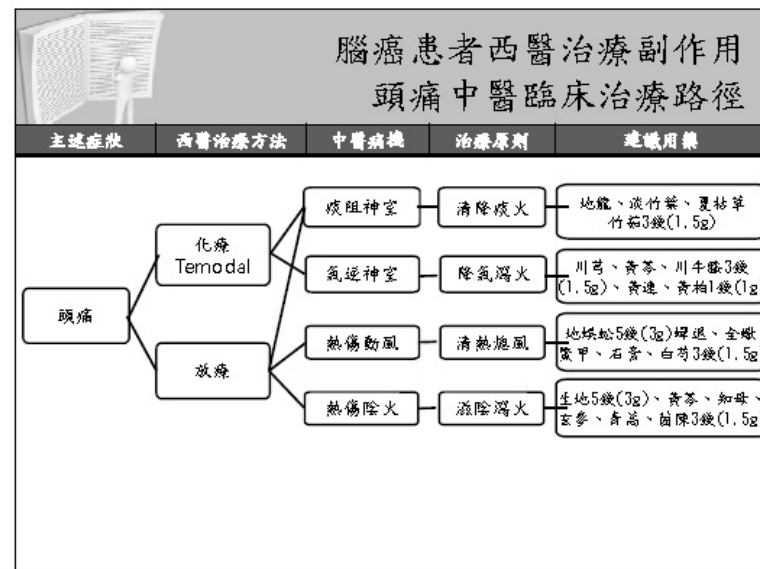


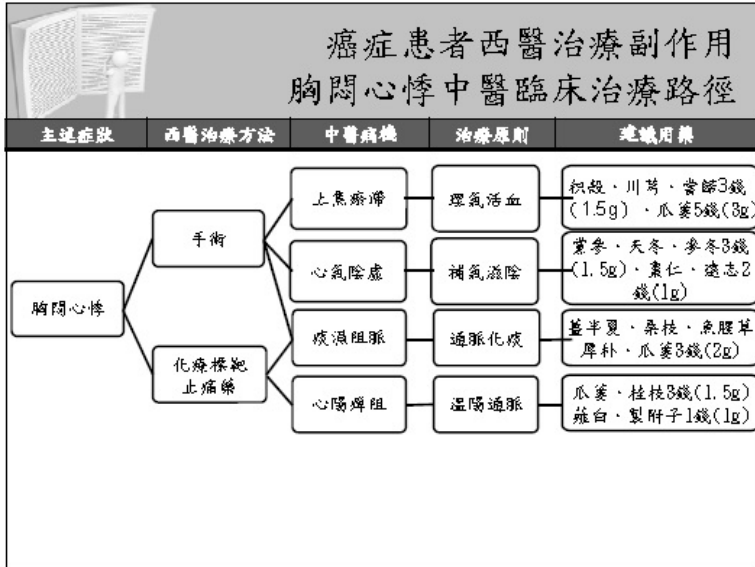
更年期症狀

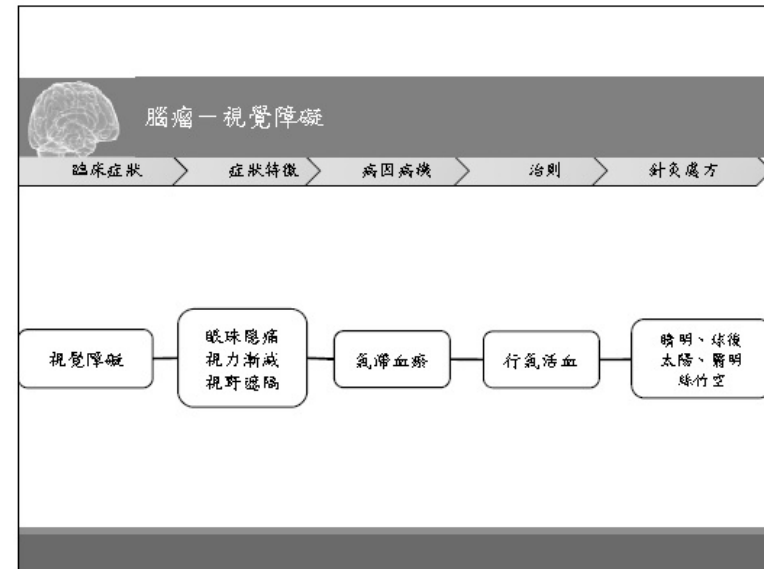
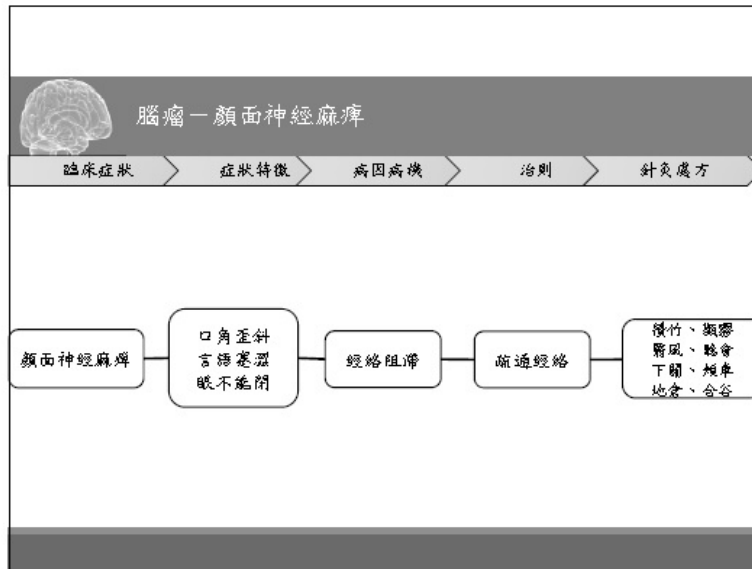
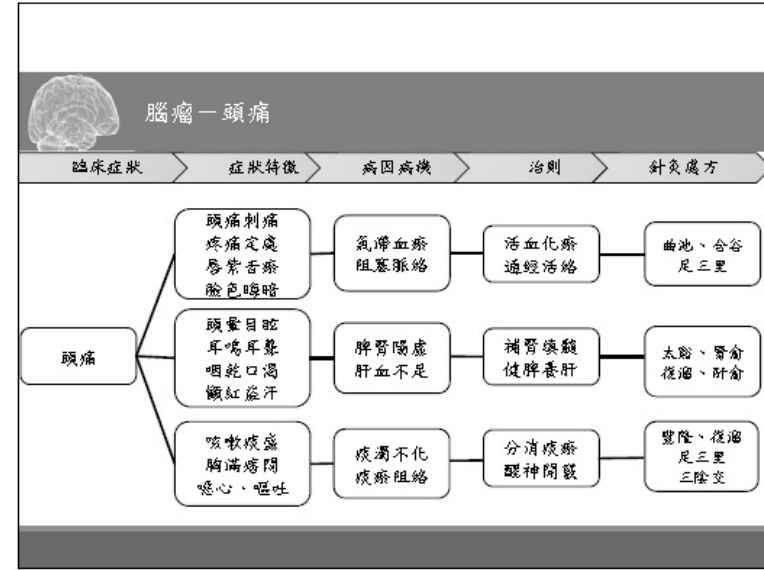
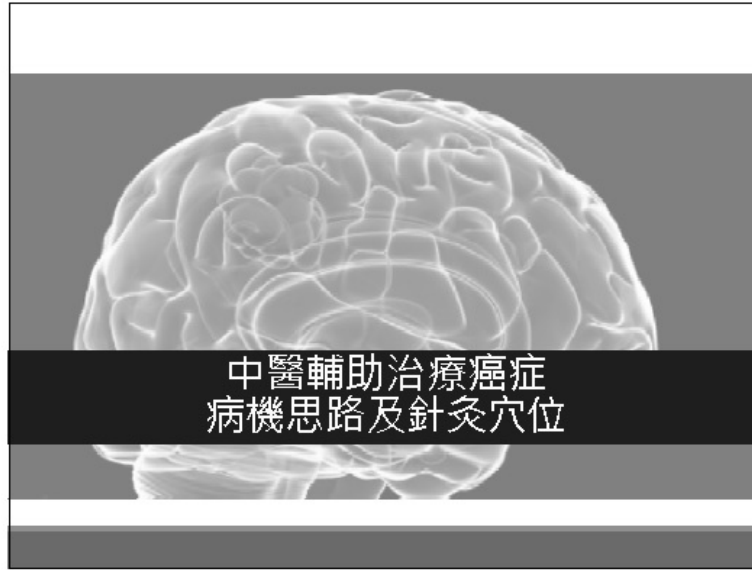


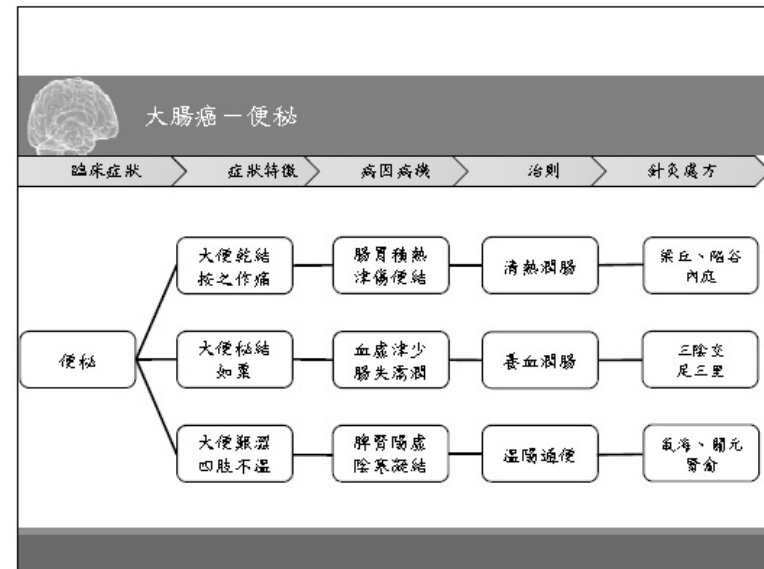
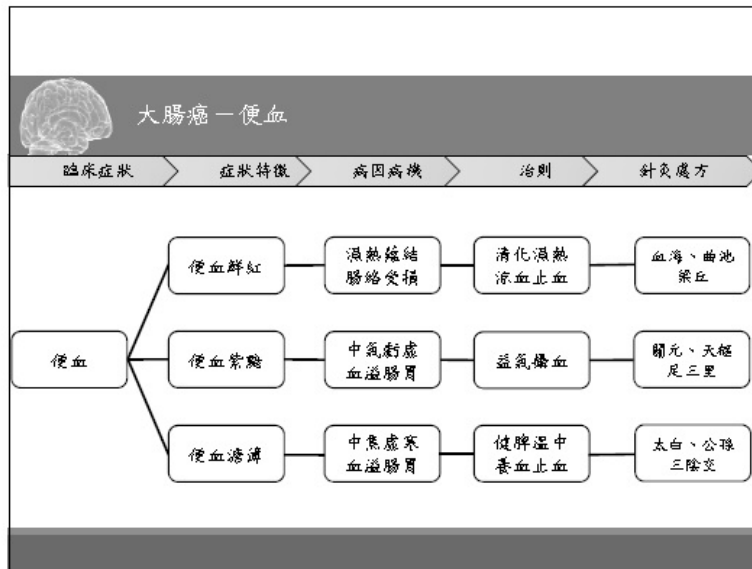
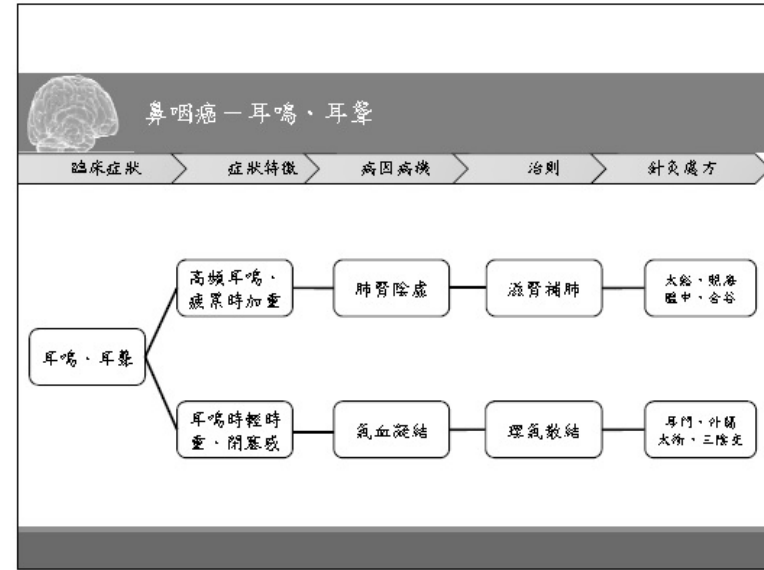
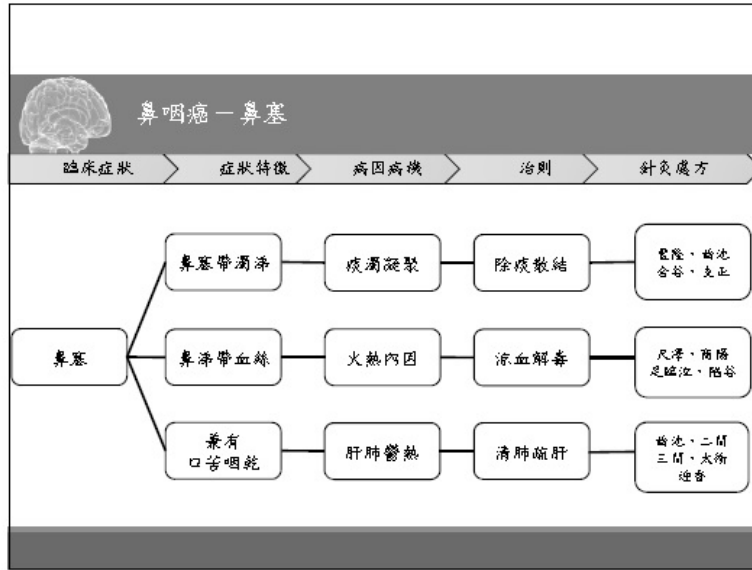
乳、卵巢癌患者西醫治療副作用 更年期症候群中醫臨床治療路徑

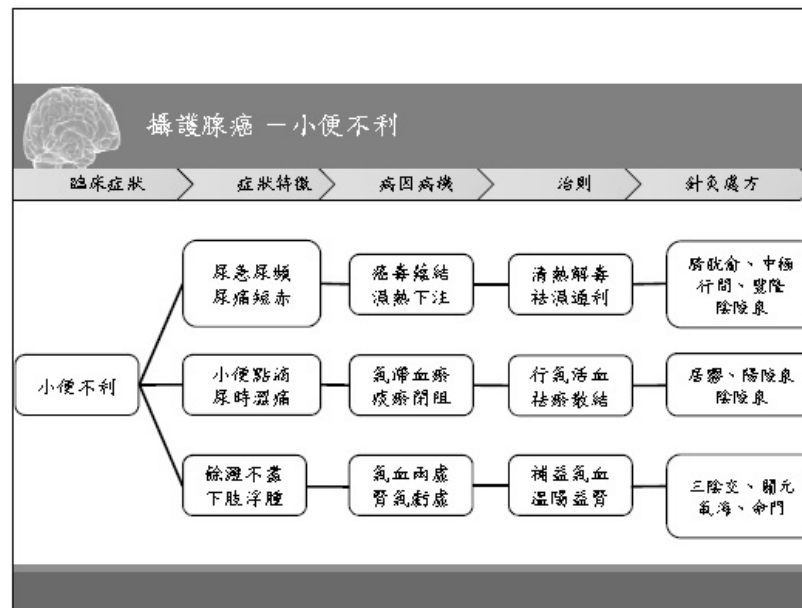
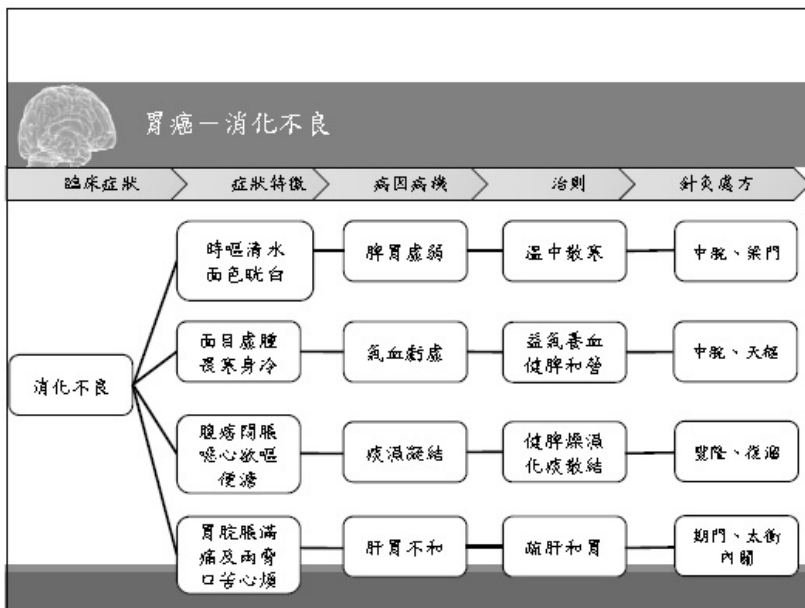
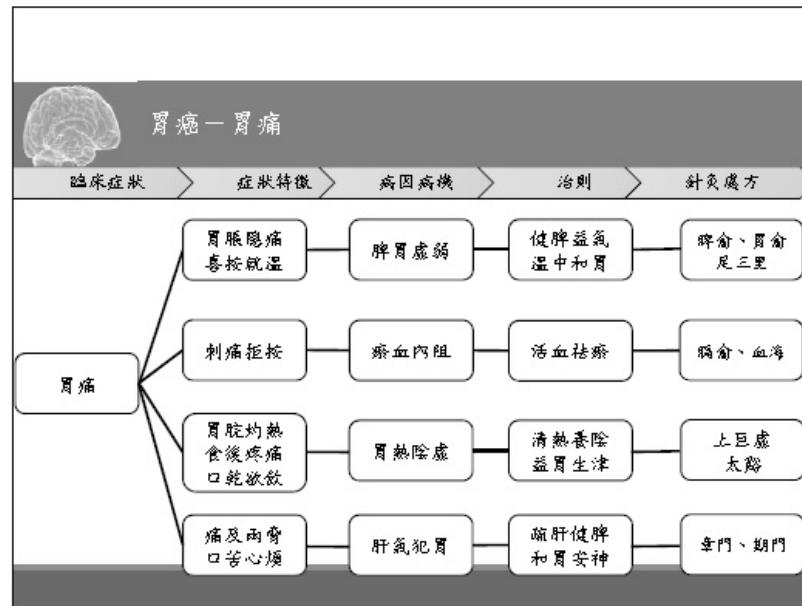
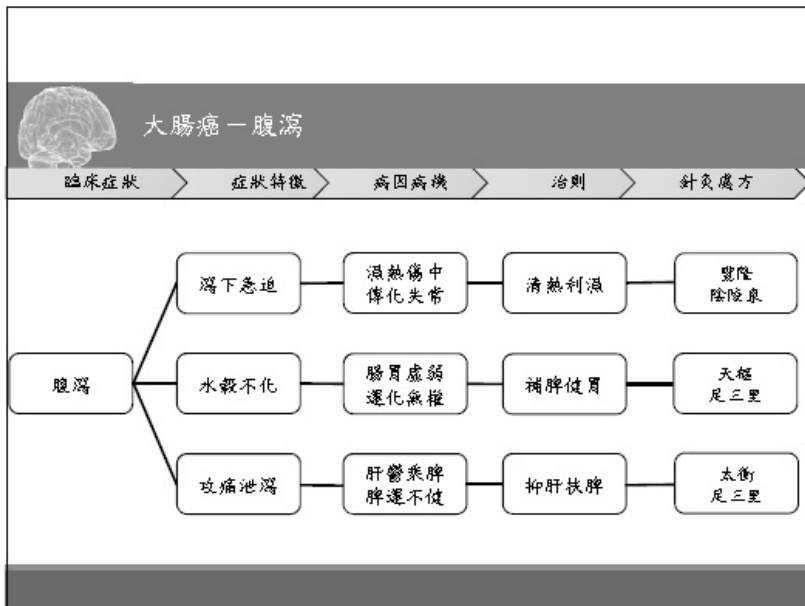


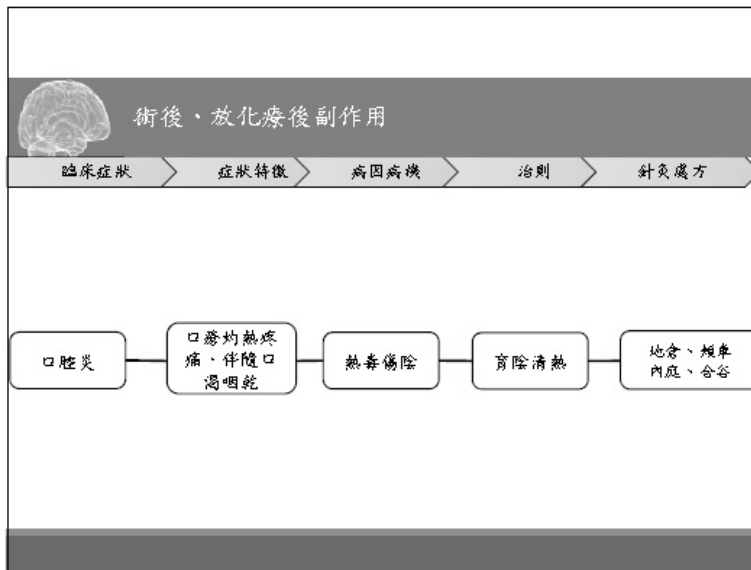
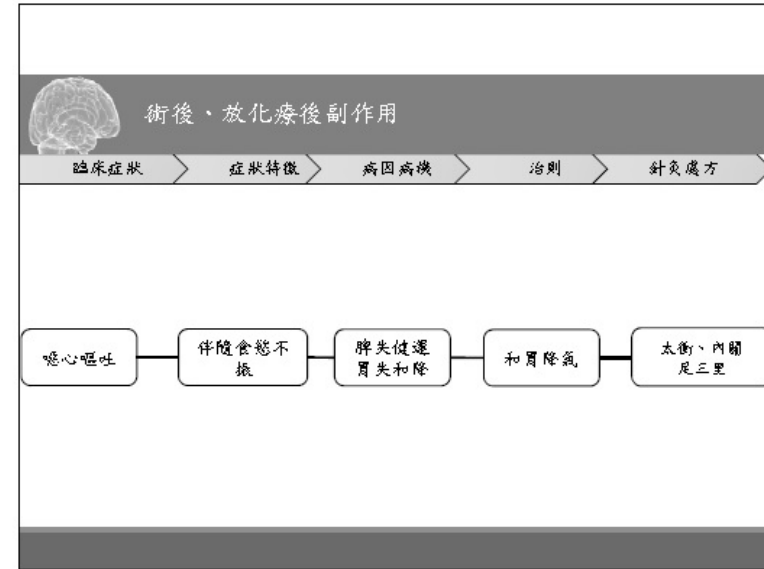
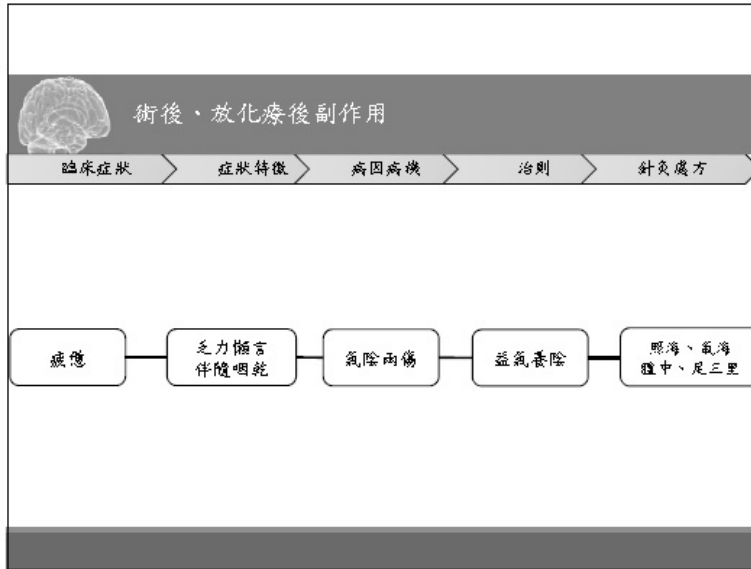












附錄二、中醫輔助治療癌症西醫治療副作用之臨床診療教學指引

Part I：藥物

Part II：針灸

標題

1. 疲倦中醫臨床治療路徑
2. 血球低下中醫臨床治療路徑
 - 甲、貧血中醫臨床治療路徑
 - 乙、白血球低下中醫臨床治療路徑
 - 丙、血小板低下中醫臨床治療路徑
3. 皮疹、皮膚乾癢紅腫中醫臨床治療路徑
 - 甲、皮疹中醫臨床治療路徑
 - 乙、皮膚乾癢紅腫中醫臨床治療路徑
4. 常見消化道症狀中醫臨床治療路徑
 - 甲、口瘡中醫臨床治療路徑
 - 乙、噁心嘔吐、納呆中醫臨床治療路徑
 - 丙、腹瀉中醫臨床治療路徑
 - 丁、便秘中醫臨床治療路徑
5. 手足症候群(Hand-foot syndrome)、周邊神經病變-麻刺痛(palmar-plantar erythrodysesthesia)中醫臨床治療路徑(張慈文編撰)
6. 淋巴水腫中醫臨床治療路徑
7. 更年期症狀中醫臨床治療路徑
8. 頭痛中醫臨床治療路徑
9. 咳喘、胸悶心悸中醫臨床治療路徑
 - 甲、咳喘中醫臨床治療路徑
 - 乙、胸悶心悸中醫臨床治療路徑
10. 參考文獻

總編輯：

編輯小組：

【前言】

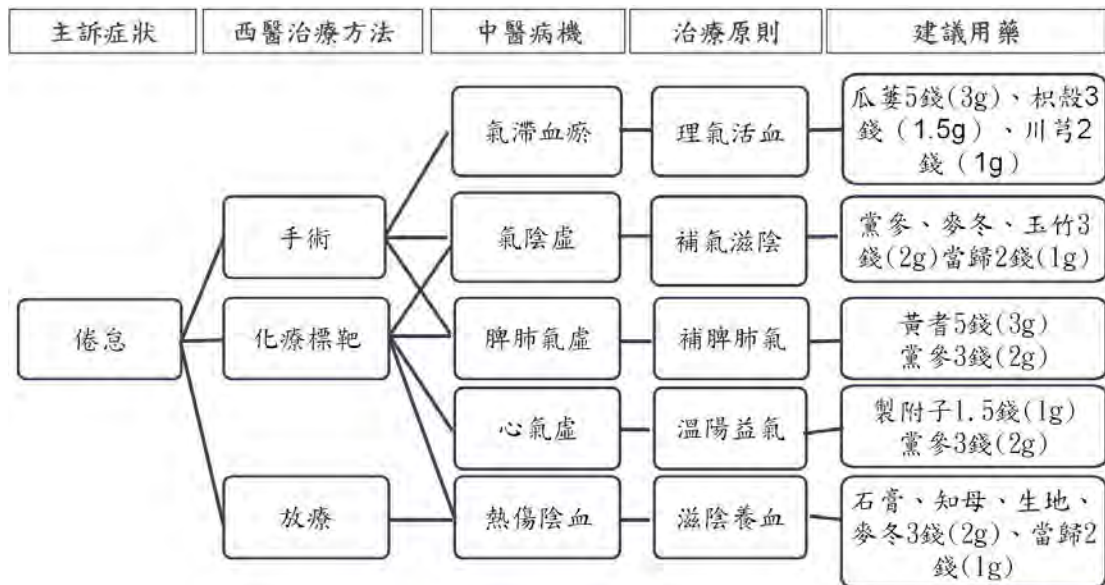
「疲倦」是癌症患者的常見症狀之一，患者可能因為持續性的疲倦，降低了生活品質，甚至影響各項治療的進行；NCCN（National Comprehensive Cancer Network，美國國家綜合癌症網路）在 2013 年的治療指引中，將「癌因性疲倦」（Cancer-Related Fatigue，CRF）定義為「一種與癌症或癌症治療有關，使人主觀上產生持續性的苦惱、疲倦、精疲力竭，並進一步造成活動力不如以往，且干擾日常生活功能之症狀」，這也是癌症患者尋求中醫協助的常見原因。

「疲倦」發生的機率與程度，會因癌種、期別、治療方式等不同而有明顯差異。整體而言，大約有 60~90% 正值化學治療或放射治療的患者，會有疲倦的問題；對於接受化療的患者，「疲倦」通常呈與化療時間相符的週期性出現，並且常在開始治療後 10~14 天最嚴重（此時血球開始下降）；而進行放療的患者，疲倦的程度通常在治療結束時，達到最高峰，尤其是放療部位靠近頭頸部時，疲倦程度更高；另外，若同時使用高劑量的類固醇，疲倦程度亦會加重。

因癌種不同，西醫的治療策略亦有不同；此外，不同癌種患者之體質狀態，或因為西醫治療而引起的體質反應狀態，亦應有所區別。一般而言，「頭頸癌」、「肺癌」、「胃癌」、「大腸癌」這四種癌，以「手術」、「化療、標靶」、「放療」為常見治療方式；「肝癌」、「腦癌」則以「手術」、「標靶」、「放療」為主要治療方式，肝癌亦會使用「栓塞」治療（Transcatheter Arterial Chemoembolization，TACE）；而「乳癌」、「卵巢癌」除了以「手術」、「化療」與「放療」治療外，亦常合併「抗賀爾治療」，這是各類癌種在西醫治療時的同異之處。

同一種治療方法在不同的癌種，會引起同樣的症狀：如「手術」同樣都會在肺癌、肝癌或乳癌的患者身上造成疲倦；而不同的西醫治療方法，也可能引起同樣的中醫疲倦病機：如「化療」、「放療」可能同時是造成乳癌患者疲倦的原因。因此，在論述中醫病機時，會有「跨病機」（可能跨二至四條）的情況；此處為了單純化，根據單一中醫病機，擬定單一治療原則，每項治療原則下，擬定二至五項建議用藥，包括科學中藥及水煎藥物與建議用量。以下進行各論說明。

一、頭頸癌、肺癌、胃癌、大腸癌患者西醫治療副作用疲倦（Fatigue）中醫臨床治療路徑

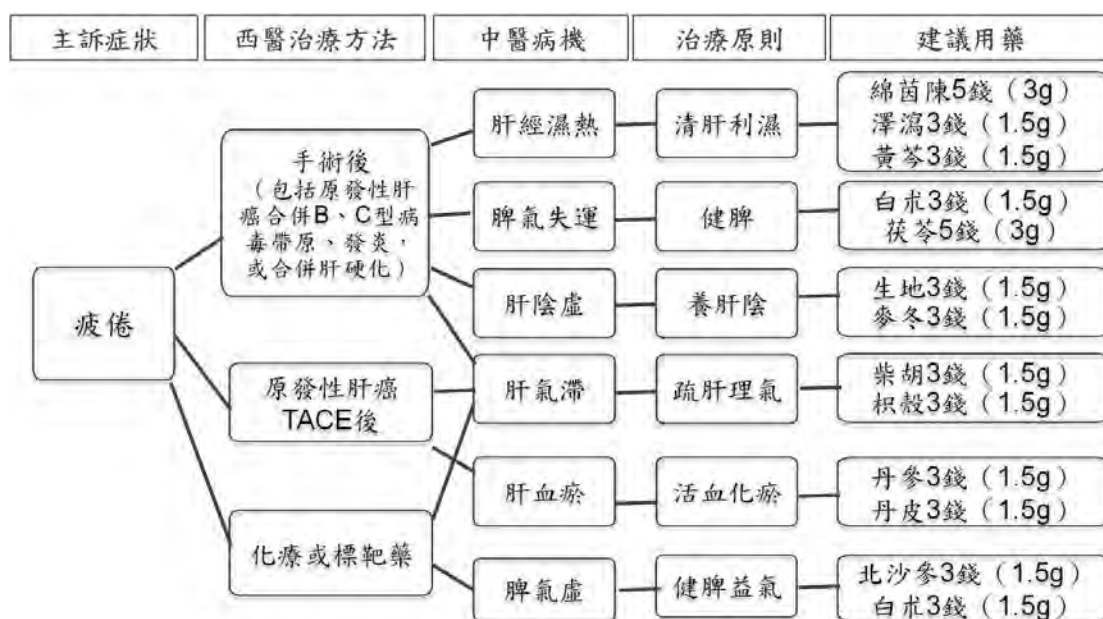


手術會造成組織破壞，首先形成「局部瘀滯」的病機（即氣滯血瘀）症如胸脅脹悶或痞塊、刺痛壓痛等；術後會出現「氣陰虛」的情況，如神疲乏力、呼吸氣短、形體消瘦、口燥咽乾，尤其常出現於肺部手術之後（因肺葉切除後，肺的容積減小）。也可能導致「脾肺氣虛」的情況，有可能是脾虛及肺、或肺虛及脾，常見咳喘、痰多、胸悶、短氣、自汗、食少、納呆、便溏等症狀。「瘀滯」的治療原則為「理氣活血」，其中理氣行氣藥物為枳殼3錢（科學中藥1.5g）、川芎2錢（科學中藥1g），而瓜蒌5錢（科學中藥3g）有理氣、降氣、通腑作用，三味藥物無論是用在上、中二焦均適合。「氣陰虛」的治療原則為「補氣滋陰」，可用黨參3錢（科學中藥2g）、麥冬3錢（科學中藥2g）、玉竹3錢（科學中藥2g）、當歸2錢（科學中藥1g）。「脾肺氣虛」的治療原則為「補脾肺氣」，建議用藥黃耆5錢（科學中藥3g）、黨參3錢（科學中藥2g）。因在手術之後，屬於瘀證、虛證範圍，當瘀滯解決之後，用黨參、當歸是為了補充氣血與體能，暫時不必擔心腫瘤復發問題。

化療藥物，除了攻擊腫瘤細胞之外，亦攻擊全身任何快速分裂的細胞，如骨髓細胞、腸胃黏膜、毛囊等，使身體虛弱；而標靶藥物也會在攻邪過程中損傷正氣，因此化療標靶造成以虛症為主之副作用。常見病機包括「氣陰虛」、「脾肺氣虛」、「心氣虛」、「熱傷陰血」。「氣陰虛」的情況，出現在化療標靶過程，全身的氣血消耗過多，但又生化不足，常見神疲懶

言、呼吸氣短、還有面色萎黃或蒼白、唇白、頭暈、心悸、手麻等症狀，也可能出現形體消瘦、口燥咽乾。「脾肺氣虛」的情況，則表示氣虛部位以脾肺二臟為主，有可能是脾虛及肺、或肺虛及脾，常見咳喘、痰多、胸悶、短氣、自汗、食少、納呆、便溏等症狀。「心氣虛」的病機，出現在使用了對心臟有抑制作用的藥物時，如紫杉醇類的 Paclitaxel (Taxol, 汰癌勝)，會有心神不安、氣行無力、胸悶、脈結代(心律不整)等症；某些化療標靶藥物屬於燥熱性質，如 Fluorouracil (5-FU, 服樂癌)，其熱損傷陰血，出現咽乾、口燥、失眠、消瘦、煩熱等。「氣陰虛」與「脾肺氣虛」的治療原則分別為「補氣滋陰」及「補脾肺氣」(見上)。「心氣虛」的治療原則為「溫陽益氣」，溫陽藥用製附子 1.5 錢(科學中藥 1g)，益氣藥用黨參 3 錢(科學中藥 2g)，此處若熱象明顯，則可改用北沙參。「熱傷陰血」的治療原則為「滋陰養血」，滋陰藥用麥冬 3 錢(科學中藥 2g)，養血藥用當歸 2 錢(科學中藥 1g)。放射治療時，因高熱損傷陰血，同樣需滋陰養血，用藥同上。

二、肝癌、腦癌患者西醫治療副作用疲倦 (Fatigue) 中醫臨床治療路徑



手術之後，外傷破壞組織，形成了「肝氣滯」，表現胸脅滿悶、疼痛、心情鬱悶、喜太息。因肝臟的容積減少，直接就形成「肝陰虛」的條件，症如胸脅灼痛或隱痛、爪甲不榮、兩目乾澀。原發性肝癌患者，本身常有肝氣鬱滯、中焦濕熱的體質，術後肝臟疏泄功能相應減弱，因此常見「肝經濕熱停滯」病機，症狀可有黃疸、口苦、脅肋脹痛等。手術之後影響脾氣健運，而有「脾氣失運」情形，症如：脘痞腹脹、不思飲食、體倦乏力、

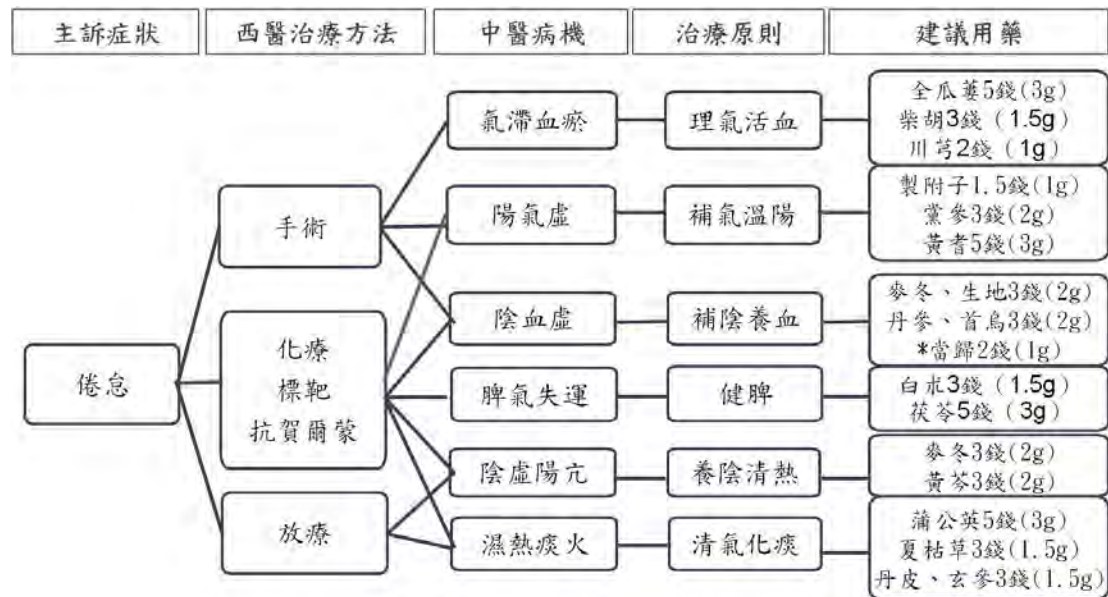
便溏不爽。「肝經濕熱」之治療原則為清肝利溼，用藥選擇綿茵陳 5 錢（科學中藥 3g）、澤瀉 3 錢（科學中藥 1.5g）、黃芩 3 錢（科學中藥 1.5g）。「脾氣失運」的治療原則為健脾，以白朮 3 錢（科學中藥 1.5g）、茯苓 5 錢（科學中藥 3g）為主藥。「肝陰虛」的治療原則為加強餘留肝臟之肝陰作用，即養肝陰，以生地 3 錢（科學中藥 1.5g）、麥冬 3 錢（科學中藥 1.5g）為代表。「肝氣滯」時予疏肝理氣的柴胡 3 錢（科學中藥 1.5g）、枳殼 3 錢（科學中藥 1.5g）為代表。

腦癌在手術之後，涉及肝之臟象調節，因此治療原則與肝癌大致相同，惟在腦癌手術後，會使用消炎止痛藥，該藥引起之病機為「肝氣滯」與「營氣虛」，治療原則與用藥以疏肝理氣與健脾益氣為主。

肝動脈栓塞（TACE）是將化學藥物與栓塞粒子直接注入供給肝腫瘤營養的血管來破壞腫瘤細胞，因此直接形成「肝血瘀」，症狀為胸脇刺痛、痛處不移、左關脈澀等。另一方面，由於治療藥物與栓塞粒子，使肝氣集中於腫瘤之中，以提高治療效果，所以亦會導致「肝氣滯」，症如胸脅滿悶、疼痛、心情鬱悶、喜太息，疲倦、且此時肝功能會在這期間內受到明顯的影響，一般而言，2~7 天內會逐漸緩解。「肝血瘀」的治療原則為活血化瘀，以丹參 3 錢（科學中藥 1.5g）、丹皮 3 錢（科學中藥 1.5g）為代表，當歸此時不宜使用，因當歸苦辛溫，容易助火化熱。肝氣滯的治療原則同上。

目前治療肝癌常見的標靶藥物是 Sorafenib（Nexavar，蕾莎瓦），它是一種口服多激酶抑制劑（multi-kinase inhibitor），同時作用在腫瘤細胞及腫瘤血管上，抑制癌細胞生長，最常見之副作用為倦怠、與腹瀉。由此可知其主要病機為肝氣集中之後的「肝氣滯」，與腸黏膜受損引起的「脾氣虛」，健脾益氣法以益氣的北沙參 3 錢（科學中藥 1.5g）、與健脾藥白朮 3 錢（科學中藥 1.5g）為代表，活血化瘀不用當歸，因為會化熱。黨參此時不宜使用，因中焦鬱滯易熱，使用黨參易助火化熱，用北沙參甘寒益氣即可。肝氣滯的治療原則同上。

三、乳癌、卵巢癌患者西醫治療副作用疲倦 (Fatigue) 中醫臨床治療路徑



手術外傷，破壞局部組織，形成「氣滯血瘀」，症狀如局部緊滯、傷口疼痛或刺痛、喜太息等。因乳癌手術部位在胸廓、卵巢癌手術則在骨盆腔器官組織大範圍切除，可有陽氣或陰血過度損耗的問題。「陽氣虛」的表現為：精神不振、倦怠乏力、畏寒肢冷、面色蒼白、少氣懶言等。「陰血虛」的表現為：咽乾口渴、唇舌乾燥、皮膚乾燥、小便短少、大便乾結、脈細等。「氣滯血瘀」者以理氣活血原則治療，用藥選擇可用全瓜蒌5錢（科學中藥3g）、柴胡3錢（科學中藥1.5g）、川芎2錢（科學中藥1g）。「陽氣虛」者以補氣溫陽法處理，建議用藥為製附子1.5錢（科學中藥1g）、黨參3錢（科學中藥2g）、黃耆5錢（科學中藥3g）。「陰血虛」者則以滋陰養血法治療，以麥冬、生地3錢（科學中藥2g）、丹參、首烏3錢（科學中藥2g）、當歸2錢（科學中藥1g）為代表，其中的當歸，在手術之後使用有助生血，短暫使用不必顧慮腫瘤復發的問題。

化學治療、標靶治療、抗賀爾蒙療法：都是屬於長時間、全身性的抑制性治療，引起的病機，可跨「陽氣虛」、「陰血虛」，表現症狀、治療原則與用藥方式同上。另外三條路徑，其一為「陰虛陽亢」，此為因藥物之抑制性作用，引起相火調動原氣上亢，呈現陽氣亢進而陰血相對不足的狀態，症狀可有：頭暈目眩、潮熱盜汗、頭痛耳鳴、煩躁失眠、脈細數等。其二為中焦脾氣受到藥物遏抑「脾氣失運」，症狀表現：脘痞腹悶、納呆食少、便溏等。其三為藥物造成全身氣機停滯，抑制氣機之後，津液不化，積久形成濕熱，經相火灼煉形成「濕熱痰火」證，這一條路徑需較久的時間才

會形成。「陰虛陽亢」者治宜養陰清熱，代表藥物為養陰藥麥冬3錢（科學中藥2g）、清相火藥黃芩3錢（科學中藥2g）。「脾氣失運」治宜健脾，建議用藥為白朮3錢（科學中藥1.5g）、茯苓5錢（科學中藥3g）。「濕熱痰火」治宜清解濕熱、化痰清火（兼散結），代表藥物為蒲公英5錢（科學中藥3g）、夏枯草3錢（科學中藥1.5g）、丹皮、玄參3錢（科學中藥1.5g）。

至於放療的主要兩條病機路徑為「熱傷陰血或陰津」之後的「陰虛陽亢」。另一條路徑為局部受到高熱灼傷後，氣機受遏，局部津液停滯，鬱積而成濕熱，加上乳癌與卵巢癌患者長期有情志抑鬱體質，氣鬱作用於濕熱部位，形成「濕熱痰火」，治療原則與用藥同上。

【癌症患者西醫治療副作用血球低下中醫臨床治療路徑】

前言

「血球低下」是癌症治療常見的副作用，因治療期或治療後，會造成骨髓的抑制與破壞，使紅血球、白血球或血小板減少，容易造成體力下降與免疫功能降低；主要發生在接受過化學治療或放射線治療的病人，部分手術之患者亦會發生。「貧血」(Anemia)、「白血球低下」(Leukopenia)與「血小板低下」(Thrombocytopenia)，可單獨出現，也有可能同時出現二種或三種血球低下(Pancytopenia)的情況。

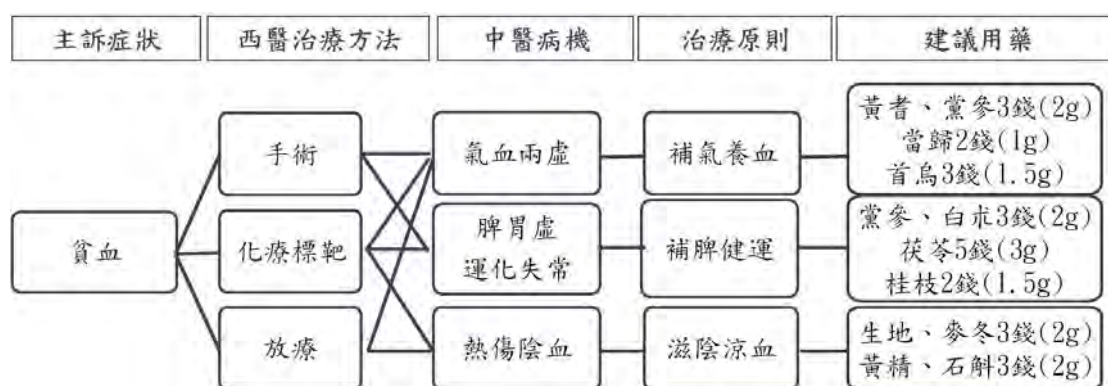
不同癌種患者之體質狀態，或因為西醫治療而引起的體質反應狀態，亦應有所區別。因此，此處「血球低下」的中醫臨床路徑，分別以「貧血」、「白血球低下」與「血小板低下」為主題，仍然依照前述的三類癌種進行說明。

三種血球低下之常見中醫病機，以「氣血兩虛」、「脾胃虛運化失常」與「熱傷陰血」三種機轉為主。中醫的治療與用藥原則，以補虛為主，以升提血球，重建患者的循環與免疫機能；為了因應不同癌種的患者體質及反應狀態，在用藥方面會有更精緻的選擇，以適合臨床複雜的情況。

【癌症患者西醫治療副作用貧血中醫臨床治療路徑】

當血液報告中，男性血紅素低於 13.5 g/dL、女性血紅素低於 12 g/dL 時，即可診斷為貧血；「貧血」是癌症患者的常見症狀之一，乃因血液耗用與生成之機制失衡造成。貧血的症狀包括：身體虛弱、頭痛、疲倦、煩躁不安、呼吸喘或心悸以至於無法運動、指甲蒼白、脆弱或容易斷裂、舌頭潰瘍等。在中醫歸於「血虛」範疇。

一、頭頸癌、肺癌、胃癌、大腸癌患者西醫治療副作用貧血（Anemia）中醫臨床治療路徑

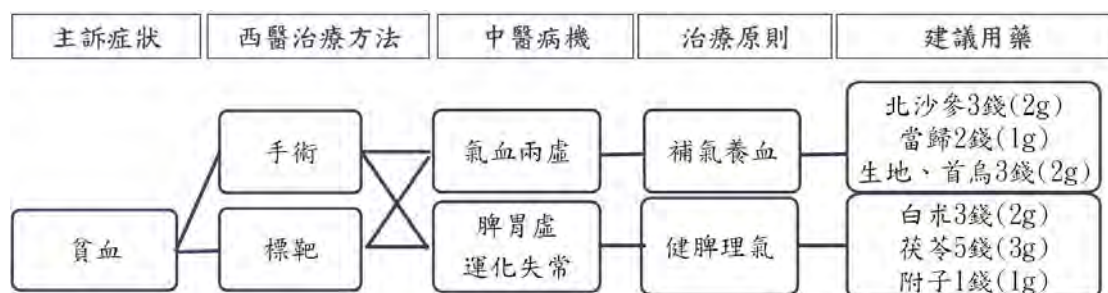


手術的過程中，若失血較多，則氣即隨血流失，形成「氣血兩虛」，症狀表現為：神疲乏力、呼吸氣短、頭暈目眩、面色無華、失眠心悸、手足麻木等。胃癌或大腸癌手術患者，因切除了胃或大腸這兩個重要的消化器官，會造成「脾胃虛弱、運化失常」，症狀可有脘痞腹悶、食少納呆、便溏不爽等。「氣血兩虛」的治療原則為補氣養血，建議用藥黃耆、黨參 3 錢（科學中藥 2g）、當歸 2 錢（科學中藥 1g）、首烏 3 錢（科學中藥 1.5g）。「脾胃虛弱、運化失常」者，宜補脾健運，用藥建議為黨參、白朮 3 錢（科學中藥 2g）、茯苓 5 錢（科學中藥 3g）、桂枝 2 錢（科學中藥 1.5g），此處使用桂枝，藉由通脈來改善中焦營衛的輸送。

化療藥物攻擊全身任何快速分裂的細胞，如骨髓細胞、腸胃黏膜等，骨髓造血功能與脾胃運化機能隨之減弱；而標靶藥物也會在攻邪過程中損傷正氣，因此化療標靶治療，常造成「氣血兩虛」、「脾胃虛弱、運化失常」之病機，相關症狀表現如上段敘述。某些化療標靶藥物屬於燥熱性質，如 Fluorouracil（5-FU，服樂癌），其熱損傷陰血，出現咽乾、口燥、失眠、消瘦、煩熱等。「氣血兩虛」與「脾胃虛弱、運化失常」的治療原則如上段所述。而「熱傷陰血」之的治療原則為「滋陰涼血」，代表用藥為生地、麥冬 3 錢（科學中藥 2g）、黃精、石斛 3 錢（科學中藥 2g）。

放射治療時，熱邪耗傷氣陰，症狀可有神疲乏力、呼吸氣短、頭暈目眩、面色無華、失眠心悸、手足麻木等氣血兩虛之症，亦可見陰血津虧的咽乾、口渴、唇舌乾燥、膚乾、小便短少、大便乾結、脈細現象，同樣需補氣養血、滋陰涼血，用藥同上。

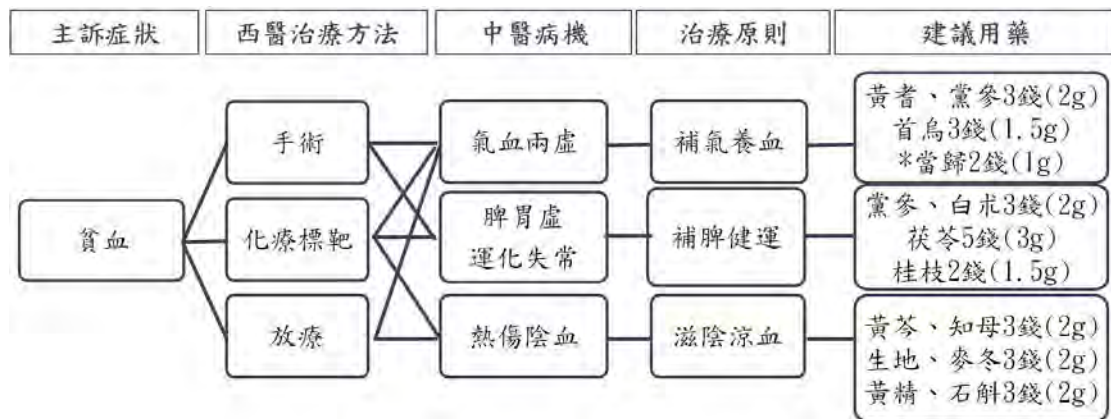
二、肝癌、腦癌患者西醫治療副作用貧血（Anemia）中醫臨床治療路徑



手術後，因手術過程氣血消耗，造成「氣血兩虛」與「脾胃虛運化失常」，相關的症狀表現見上，分別宜補氣養血與健脾理氣；但在補氣養血之前，需先評估患者的「肝炎」是否存在，若肝指數高，表示仍有發炎，則在用藥上，就不要使用當歸，同時也要併用清熱利溼的綿茵陳、黃芩、澤瀉等；若肝炎已無，則可放心使用當歸來補血，建議用藥為北沙參3錢（科學中藥2g）、當歸2錢（科學中藥1g）、生地、首烏3錢（科學中藥2g）。此處的補氣藥，以北沙參為主，雖然黨參的補氣效果比北沙參好，但不用之以免化熱。生地、首烏此處均不需顧慮。健脾理氣部份，則以白朮3錢（科學中藥2g）、茯苓5錢（科學中藥3g）為代表；手術之後，因肝的容積減小，肝臟調度中焦營血回流至上焦與心的功能減弱，此時需要調動原氣來協助，故使用附子1錢（科學中藥1g）。腦部手術後，也會啟動心腦循環以改善腦部組織水腫，心臟功能不足時，常會有心氣虛弱的症狀，此時附子也是一味重要的藥物。

標靶藥物造成貧血機轉，是在攻邪過程中損傷正氣，使氣血不足，並干擾了脾胃運化，但治療原則與建議用藥亦同。

三、乳癌、卵巢癌患者西醫治療副作用貧血（Anemia）中醫臨床治療路徑

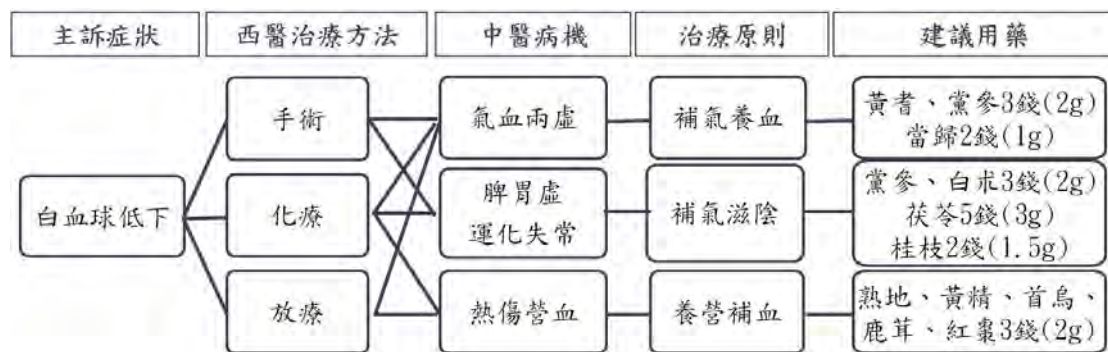


乳癌與卵巢癌在西醫治療時產生的貧血，其中醫病機、表現症狀、與治療原則部份，與頭頸癌、肺癌、胃癌、大腸癌患者類似，均為「氣血兩虛」、「脾胃虛運化失常」與「熱傷陰血」，這三條路徑，補氣養血與補脾健運的用藥亦似；但在滋陰養血的部分，用藥略有不同：除了使用生地、麥冬3錢（科學中藥2g）、黃精、石斛3錢（科學中藥2g），可再用上對於上中二焦有清解相火作用的黃芩3錢（科學中藥2g），以及對於上中二焦有滋陰清熱作用的知母3錢（科學中藥2g）。當紅血球減少、血色素下降之時，貧血會讓身體虛弱而降低生活能力，為了即使救援，需以扶正為優先考量；在使用補藥如參、耆、歸、烏等，不必太過顧忌，待血球補充之後，再斟酌調量。

【癌症患者西醫治療副作用白血球低下中醫臨床治療路徑】

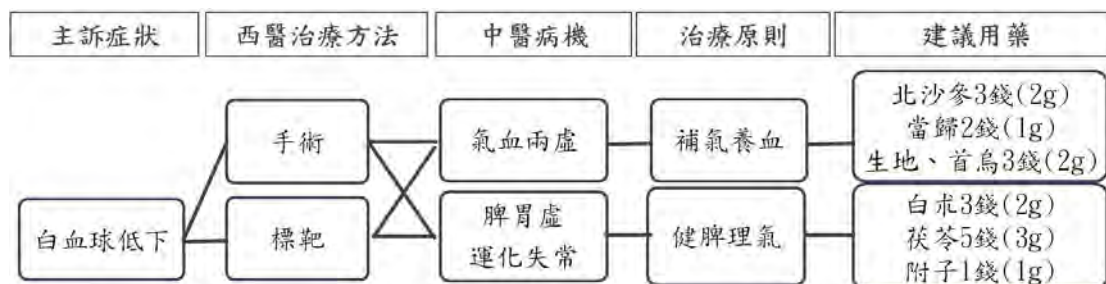
白血球具有抵抗外來病菌入侵的能力，白血球數目下降，會造成免疫力下降，身體容易遭受感染。當血液報告中白血球（WBC）數目低於4,000/L，即可判讀為「白血球低下」。當癌症患者，在無環境溫度等外界因素造成的「寒顫」、「不自覺地冒汗」、「咽喉痛」、「牙齦疼痛」、「腹痛」、「腹瀉」、「解尿時疼痛」、「尿液有燒灼感或頻尿」、「咳嗽」、「皮膚有紅、腫、熱、痛」（尤其是有傷口、導管或曾經打過針的血管部位）等症狀，均要高度懷疑白血球低下合併感染的可能。「白血球低下」在中醫歸於「衛氣虛」的範疇。

一、頭頸癌、肺癌、胃癌、大腸癌患者西醫治療副作用白血球低下（Leukopenia）中醫臨床治療路徑



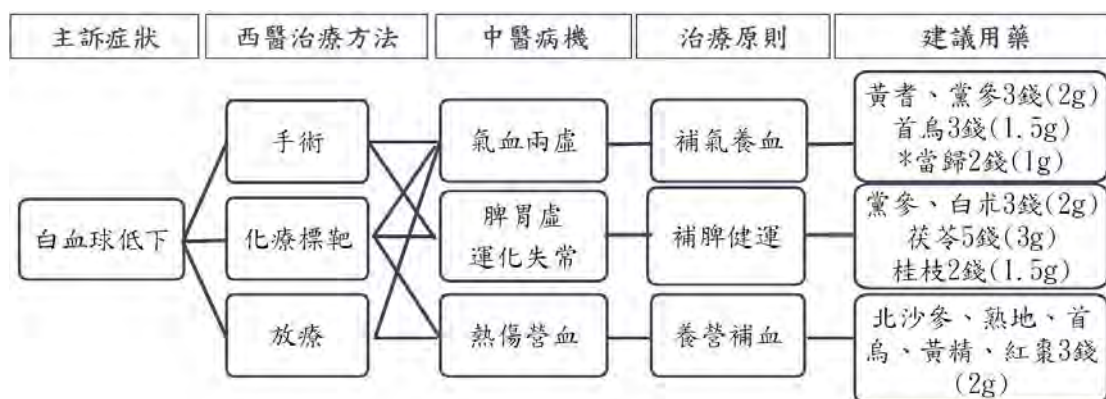
白血球低下，表示衛氣功能減弱。衛氣起源於下焦原氣、滋潤於中焦營氣、宣發於上焦心肺之氣；在治療的過程中，常見氣血的總量與脾胃運化狀態，受到手術與化療的影響而減弱，而原氣亦可能受到藥物遏抑，而放療則是高熱令衛氣有所消耗；因此，這幾條常見路徑，常是造成白血球低下的原因，相關症狀請見上。治療原則與建議用藥，分別以「補氣養血」的黃耆、黨參3錢（科學中藥2g）、當歸2錢（科學中藥1g）、「補氣滋陰」的黨參、白朮3錢（科學中藥2g）、茯苓5錢（科學中藥3g）、桂枝2錢（科學中藥1.5g）、「養營補血」的熟地、黃精、首烏、鹿茸、紅棗3錢（科學中藥2g）。其中養營補血藥，因有骨髓衰竭、骨髓傷害，需著重精血之補充，故可以用填精藥，但需注意患者陽氣是否充足，若陽氣不足時，填精藥物反會停滯，需酌加溫陽益氣藥物，如附子、黨參等。

二、肝癌、腦癌患者西醫治療副作用白血球低下 (Leukopenia) 中醫臨床治療路徑



原發性肝癌、腦癌，在手術與標靶藥物的治療過程中，都會造成「氣血兩虛」與「脾胃虛運化失常」，相關的症狀表現見上，分別宜補氣養血與健脾理氣。由於肝調度氣機極快，腦癌身體調節與肝臟亦密切相關，因此，肝癌、腦癌的患者，在進行補氣養血之前，仍需事先評估肝臟是否有易於化熱的情況。初步可以「肝指數」做為參考；若肝指數高，表示肝臟發炎，用藥時勿使用當歸，同時需併用清熱利溼的綿茵陳、黃芩、澤瀉等；若無肝炎，則可放心使用當歸，補氣養血之建議用藥為北沙參 3 錢（科學中藥 2g）、當歸 2 錢（科學中藥 1g）、生地、首烏 3 錢（科學中藥 2g）。在此處，補氣藥不用黃耆，最多用到北沙參，理由亦是考量到肝臟氣機反應迅速的問題。健脾理氣藥物，則以白朮 3 錢（科學中藥 2g）、茯苓 5 錢（科學中藥 3g）、附子 1 錢（科學中藥 1g）為代表。

三、乳癌、卵巢癌患者西醫治療副作用白血球低下 (Leukopenia) 中醫臨床治療路徑



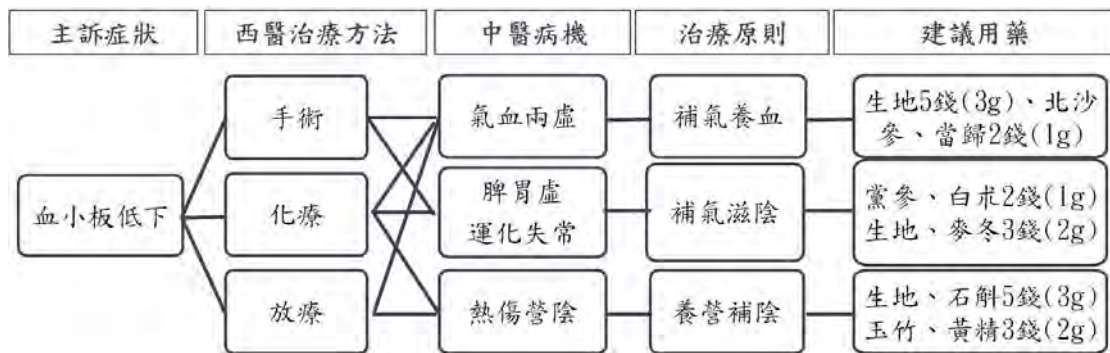
手術、化療標靶與抗賀爾蒙、放療，同是治療乳癌常用的方式；而卵巢癌則以手術為主，化療標靶與抗賀爾蒙治療為輔助，或是在復發時期使用。由於卵巢癌在檢查出通常已是第三、四期，患者手術常為卵巢、輸卵

管、子宮、網膜等骨盆腔的器官與組織全切除，因此，患者術後體力非常虛弱，同時因腹腔手術，消化機能亦會減弱。一般而言，乳癌與卵巢癌患者之白血球低下，均與「氣血兩虛」、「脾胃虛、運化失常」與「熱傷營血」之病機有關。治療原則與上述大致相同。在「養營補血」部份，選擇以「養血兼有填精」效果的藥物，如熟地、首烏、黃精、紅棗3錢（科學中藥 2g），這是因為填精藥物可以同時處理骨髓受破壞傷害的問題。

【癌症患者西醫治療副作用血小板低下中醫臨床治療路徑】

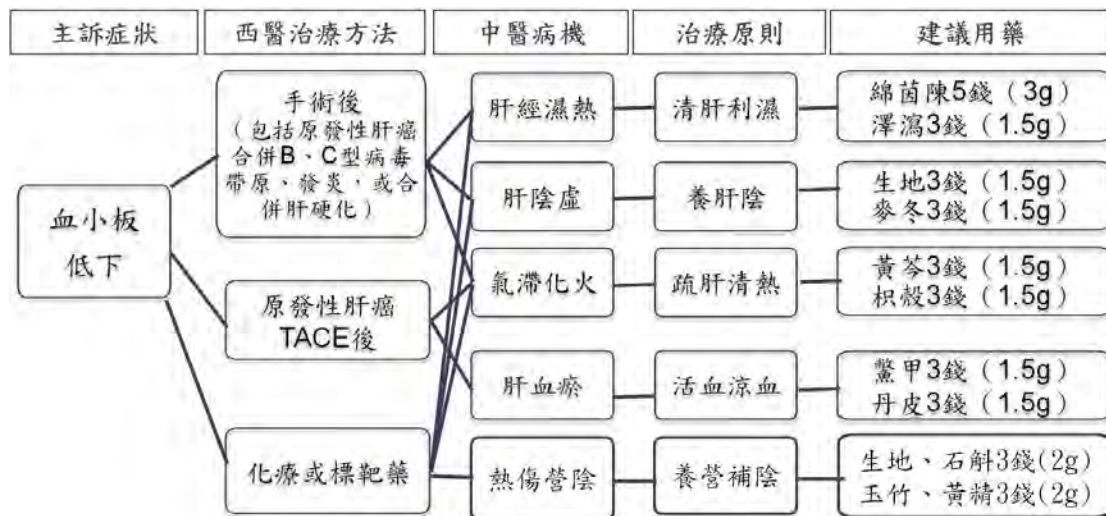
血小板具有止血的功能，血小板減少時，身體易有出血傾向；當血液報告中，血小板數目低於 150,000/L，即可判讀為「血小板低下」。「血小板低下」的症狀，包括「瘀斑」(Petechiae，皮膚出現小出血點，大小 < 3 毫米，且按壓不會消失)、「紫斑」(Purpura，1 公分到 3 毫米的出血點)、「瘀血」(Ecchymosis，> 1 公分的出血點)、「腸胃道出血」(大便顏色改變黑色、紅色)、咳血、出血性中風。「血小板低下」在中醫歸於「血熱」的範疇。

一、頭頸癌、肺癌、胃癌、大腸癌患者西醫治療副作用血小板低下 (Thrombocytopenia) 中醫臨床治療路徑



手術、化療與放療，引起血小板低下之中醫病機，與上述貧血與白血球低下之病機相似，與「氣血兩虛」、「脾胃虛運化失常」與「熱傷營血」之病機有關。治療原則與上述大致相同。但在用藥部分，因考量血小板低下會呈現「血熱」，雖不一定出現「動血」，但用藥上必須選擇偏向甘寒或涼血之藥物，即使補血，也需注意劑量。「血熱」之臨床表現為：心煩、躁擾、口渴、身熱，及其「動血」，則表現為：發斑、吐血、衄血、尿血，嚴重者可能出血性中風，因此需密切注意其血小板數值。在「補氣養血」部分，建議生地 5 錢 (科學中藥 2g)、北沙參、當歸 2 錢 (科學中藥 2g)；「補氣滋陰」部分，可用黨參、白朮 2 錢 (科學中藥 2g)、生地、麥冬 3 錢 (科學中藥 2g)；「養營補陰」部份，建議使用生地、石斛 5 錢 (科學中藥 2g)、玉竹、石膏 3 錢 (科學中藥 2g)。考量到「病勢」可能會熱盛動血，因此使用「石膏」。

二、肝癌、腦癌患者西醫治療副作用血小板低下 (Thrombocytopenia) 中醫臨床治療路徑



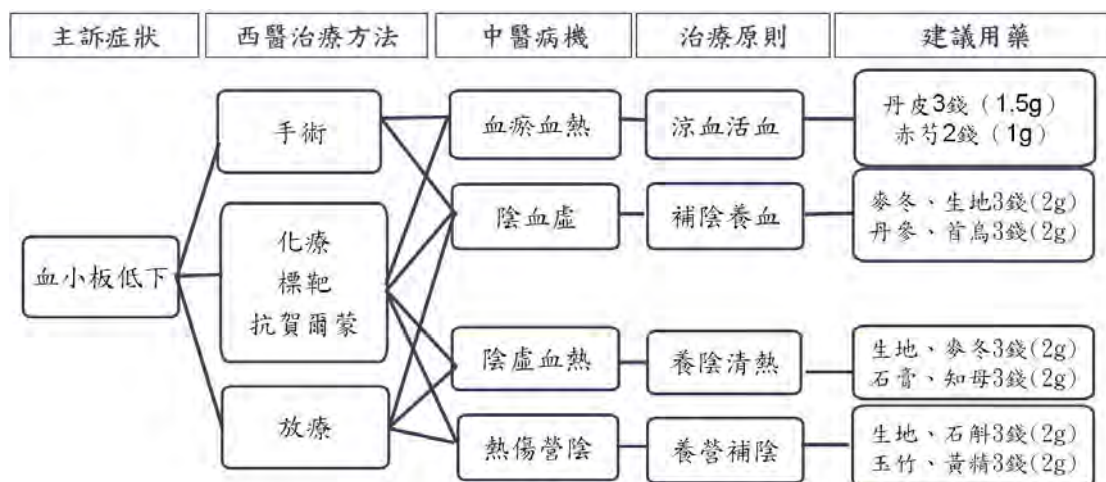
手術之後，外傷破壞組織，形成了「氣滯化火」，表現胸脅滿悶、疼痛、心情鬱悶、喜太息、頭痛、目脹等症。因肝臟的容積減少，形成「肝陰虛」的條件，症如胸脅灼痛或隱痛、爪甲不榮、兩目乾澀。原發性肝癌患者，本身常有肝氣鬱滯、中焦濕熱的體質，術後肝臟疏泄功能相應減弱，因此常見「肝經濕熱」病機，症狀表現為黃疸、口苦、脅肋脹痛等。凡此皆可造成全身營血化熱而表現為血小板低下。「肝經濕熱」之治療原則為清肝利溼，用藥選擇綿茵陳5錢(科學中藥 3g)、澤瀉3錢(科學中藥 1.5g)。「肝陰虛」的治療原則為加強餘留肝臟之肝陰作用，即養肝陰，以生地3錢(科學中藥 1.5g)、麥冬3錢(科學中藥 1.5g)為代表。「氣滯化火」時予疏肝清熱的黃芩3錢(科學中藥 1.5g)與枳殼3錢(科學中藥 1.5g)為代表。腦癌在手術之後，涉及肝之臟象調節，因此治療原則與肝癌大致相同。

肝動脈栓塞(TACE)是將化學藥物與栓塞粒子直接注入供給肝腫瘤營養的血管來破壞腫瘤細胞，因此直接形成「肝血瘀」，症狀為胸脇刺痛、痛處不移、左關脈澀等。另一方面，由於治療藥物與栓塞粒子，使肝氣集中於腫瘤之中，以提高治療效果，所以亦會導致「氣滯化火」，症如胸脅滿悶、疼痛、心情鬱悶、喜太息，疲倦、且此時肝功能會在這期間內受到明顯的影響，一般而言，2~7天內會逐漸緩解。「肝血瘀」的治療原則為活血涼血，以鱉甲3錢(科學中藥 1.5g)、丹皮3錢(科學中藥 1.5g)為代表。「氣滯化火」之治療與用藥原則同上。

目前治療肝癌常見的標靶藥物是 Sorafenib (Nexavar, 蕾莎瓦)，其主要病

機為肝氣集中之後的「氣滯化火」，部份患者亦有「熱傷營陰」的問題，凡此二種病機，可能造成營血循行時化熱，而致血小板低下。「氣滯化火」之治療與用藥原則同上。至於「熱傷營陰」，宜養養補陰，建議用藥為生地、石斛3錢（科學中藥2g）、玉竹、黃精3錢（科學中藥2g）。

三、乳癌、卵巢癌患者西醫治療副作用血小板低下（Thrombocytopenia）中醫臨床治療路徑



乳癌與卵巢癌在西醫治療時產生的血小板低下，其中醫病機、表現症狀、與治療原則部份，為「血瘀血熱」、「陰血虛」、「陰虛血熱」與「熱傷營陰」，這四條路徑。「血瘀血熱」之臨床表現為：烘熱、皮膚瘀點、口乾等，治宜涼血活血，建議用藥為丹皮3錢（科學中藥1.5g）、赤芍2錢（科學中藥1g）。「陰血虛」之臨床表現為：口乾、唇燥、身熱等，治宜補陰養血，建議用藥為麥冬、生地3錢（科學中藥2g）、丹參、首烏3錢（2g）。「陰虛血熱」之臨床表現為心煩口渴、潮熱颧紅、口乾咽癢、大便乾結、斑疹、吐血衄血等，治宜養陰清熱，建議用藥為麥冬、生地3錢（科學中藥2g）、石膏、知母3錢（科學中藥2g）。「熱傷營陰」之臨床症狀為：口乾、咽燥、脈細數等，治宜養營補陰，建議用藥為生地、石斛3錢（科學中藥2g）、玉竹、黃精3錢（科學中藥2g）。總之，在處理血小板低下時，需善用寒涼、涼血藥物，以克制熱象、防範熱盛動血。

癌患者西醫治療副作用皮疹、皮膚乾癢紅腫 中醫臨床治療路徑

【前言】

癌症患者在治療過程中，使用化療藥物、標靶藥物及放射治療，有時會產生皮膚紅腫、乾癢、疹子等副作用，除了四肢之外，軀幹部位、頭面部、甚至頭髮裡都有機會發生，這些外觀上的改變，可能會造成病患身體不適、心理壓力、經濟負擔、及療程中斷等困擾。

這些皮膚狀況的真正發生機轉尚不明確，最主要可以從三個方面去探討：

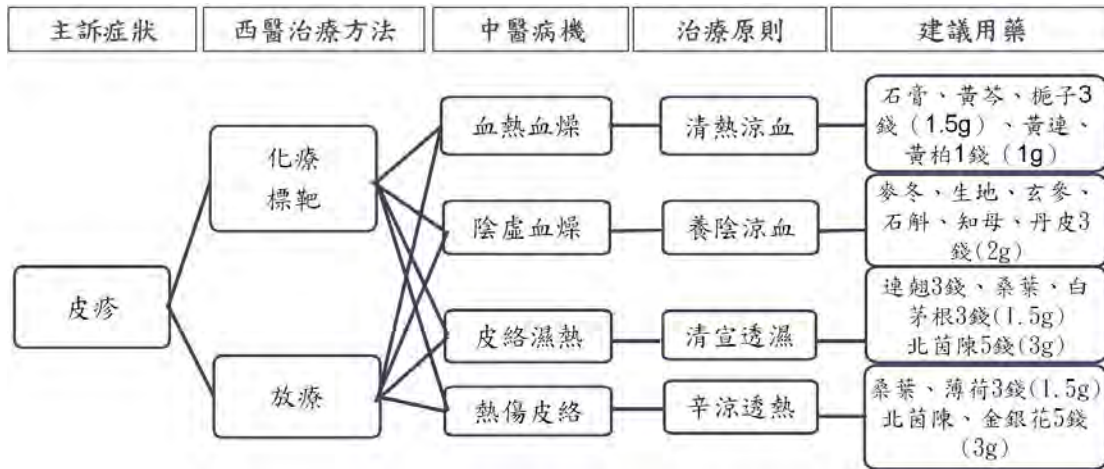
1. 化學藥物本身的毒性。
2. 病人對藥物產生的過敏反應。
3. 另外，另外有特殊疾病的病人在打化療時特別容易發生皮膚疹的狀況，例如：肝病、風濕免疫疾病等。

最容易造成全身大面積皮膚困擾的，當屬標靶治療藥物了，主要包括：表皮生長因子受器抑制劑(EGFR)、血管內皮生長因子受器抑制劑(VEGFR)等。持續使用標靶藥物後第1~4週後，可能會出現皮膚乾燥的問題，產生容易剝落的鱗屑，甚至出現龜裂的傷口，或者出現類似瘡瘡樣的丘疹等，有癢及疼痛的感覺。約莫半年後，手腳指甲會反覆出現甲溝炎的困擾。而皮疹的部位對於冷熱的感覺會變得比較敏感。

化學療法可以產生各式各樣的皮膚過敏及藥物疹，像是 Bleomycin (Bleocin，撲類惡) 會產生條狀或匍匐狀的皮疹(8%)、紅斑(50%)、皮膚色素過度沉著(50%)；Actinomycin-D (Cosmegen，可美淨) 可在使用五天後，在顏面出現瘡瘡樣的病灶。

而約半數以上的病患在接受放射線治療時會產生放射性皮炎，通常在第2~3週時開始出現，包括皮膚搔癢、發紅、發熱、乾性或濕性脫屑、皮膚破損等。而部分在之前先接受化療或同時間接受化療的病患，由於化療藥劑減弱組織修復的能力，使得承受放射線治療的劑量降低，提早產生或者產生比較嚴重的皮疹，這種稱作放射線加重現象。另外有些病患在放療之後，依病情需要而開始化療，會在之前放療照射部位產生發炎的情形，這種情形稱作放射線回憶現象。

【癌症患者西醫治療副作用皮疹中醫臨床治療路徑】



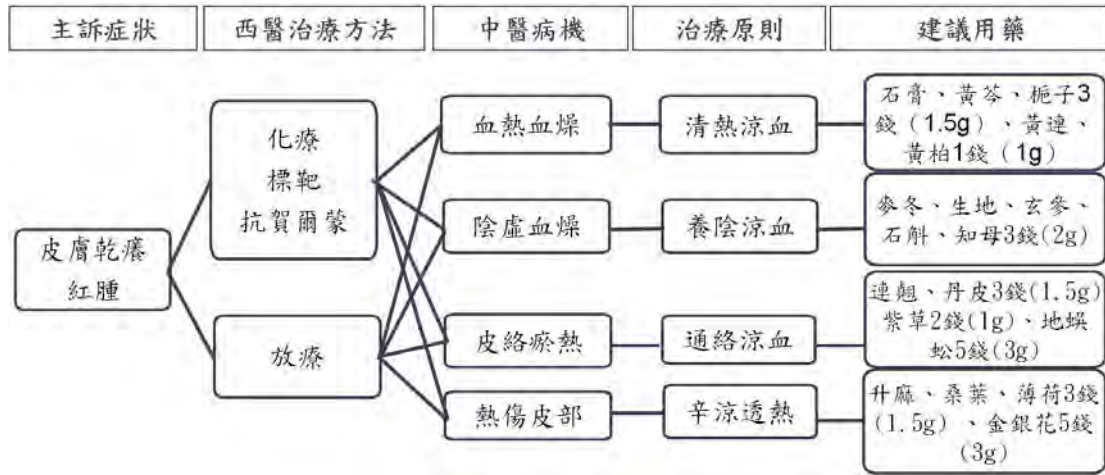
臨床觀察分析，標靶藥大多屬於溫性或熱性的藥材，而會產生皮疹的化療藥也多屬於這種性質，例如：Fluorouracil (5-FU, 服樂癌)、Gemcitabine (Gemzar, 健擇)、Irinotecan (Campto, 抗癌妥)。另外，前瞻性觀察性研究顯示，放射線療法屬於熱性治療，其對皮膚的效應類似曝曬於太陽下的灼傷反應。

雖然這些溫性或熱性的治療會對身體產生干擾，但是，不同病患的體質及副作用病位的特性也會參與病機反應，以下將分別不同的機轉作簡單的描述：

1. 血熱血燥：皮膚下層有豐富的微血管，藥物主要的輸送方式都是藉由血液運輸，所以，熱性的藥材很容易會產生血熱血燥的反應。而因為藥物運輸全身，所以，病患除了局部皮疹，還常兼見有全身的症狀，例如：掉髮、眼乾、心煩、眠差、貧血等問題，此時，依照上中下三焦部位，分別選用清熱涼血之品，例如：【上焦：石膏、黃芩各三錢（科學中藥 1.5g）】、【中焦：黃連一錢（科學中藥 1g）】、【下焦：黃柏一錢（科學中藥 1g）】，而梔子適用於廣泛地三焦問題。
2. 陰虛血燥：部分藥材除了熱性之外，帶有較強的燥性，這時就容易損傷陰質，陰虛化熱、入營血分，就易發為紅疹；放射治療在後期（4~8週），其熱毒劑量累積久了之後，傷其絡脈之津液陰質，也會有同樣的狀況。病患除了局部皮疹，還兼見有全身的症狀，例如：口乾、咽乾、便乾結、潮熱、血小板低下等，建議選用養陰涼血之品，以固住局部陰質，維持自體修復的本錢，以免產生不可逆的損傷反應，藥物上建議選用：麥冬、生地、玄參、石斛、知母、丹皮各三錢（科學中藥 2g）。

3. 皮絡濕熱：此種病機主要發生組織比較濕潤的區域，例如：手腳掌陰面、手腳指、指縫間、鼻翼、陰部、肛門周圍等，因為熱性的傷害，使局部組織產生了發炎、浸潤的反應，會看見病灶部位除了有紅疹之外，還會有表皮突出、滲出液等現象，此時，就要選用一些清宣透濕的藥材緩解局部的不適，例如：連翹、桑葉、白茅根各三錢（科學中藥 1.5g）、北茵陳五錢（科學中藥 3g）等。
4. 熱傷皮絡：此種病機主要發生在比較乾性的皮膚，例如：上臂、下臂、背部、前胸、腹部，或者放射治療的初期反應（2~3 週）。熱鬱積於局部皮絡，會產生鮮紅色的皮膚疹，周圍帶有輕微的乾性脫屑或者焦皮，此時，就要在辛涼透熱的治則上，從衛分將熱轉出，建議可使用：桑葉、薄荷各三錢（1.5g）、北茵陳、金銀花各五錢（3g）。

【癌症患者西醫治療副作用皮膚乾癢紅腫中醫臨床治療路徑】



臨床上，癌症治療後產生皮膚乾癢紅腫的狀況，可以從以下四類病機去思考判斷：

1. 血熱血燥：皮膚下層有豐富的微血管，藥物主要的輸送方式都是藉由血液運輸，所以，熱性的藥材很容易會產生血熱血燥的反應，出現皮膚乾燥、紅腫的情形。而因為藥物運輸全身，所以，病患除了皮部的狀況，還常兼見有全身的症狀，例如：掉髮、眼乾、心煩、眠差、貧血等問題，此時，依照上中下三焦部位，分別選用清熱涼血之品，例如：【上焦：石膏、黃芩各三錢(科學中藥 1.5g)】、【中焦：黃連一錢(科學中藥 1g)】、【下焦：黃柏一錢(科學中藥 1g)】，而梔子適用於廣泛地三焦問題。
2. 陰虛血燥：部分藥材除了熱性之外，帶有較強的燥性，這時就容易損傷陰質，陰虛血燥則易生風，氣往來擾動於皮膚之間則為乾癢；放射治療在後期(4~8週)，其熱毒劑量累積久了之後，傷其絡脈之津液陰質，也會有同樣的狀況。病患除了局部皮膚症狀，還兼見有全身的不適，例如：口乾、咽乾、便乾結、潮熱、血小板低下等，建議選用養陰涼血之品，以固住局部陰質，維持自體修復的本錢，以免產生不可逆的損傷反應，藥物上建議選用：麥冬、生地、玄參、石斛、知母各三錢(科學中藥 2g)。
3. 皮絡瘀熱：這是指在癌症治療之後，因為皮膚微血管的瘀阻，導致血瘀、氣滯化熱的病機，一方面因為表皮層無法得到充足的營衛氣的供應，而出現表皮乾燥的現象，另一方面，因為氣滯化熱，而有發炎紅腫的情形。所以，治療上首先要通絡為主，佐以涼血之品，例如：倒地蜈蚣五錢(科

學中藥 3g)、丹皮三錢 (科學中藥 1.5g)、紫草二錢 (科學中藥 1g)、連翹三錢 (科學中藥 1.5g)。

4. 熱傷皮部：此種病機主要發生在比較乾性的皮膚，例如：上臂、下臂、背部、前胸、腹部，或者放射治療的初期反應 (2~3 週)。熱鬱積於局部皮絡，會產生帶有輕微的乾性脫屑或者焦皮，此時，就要在辛涼透熱的治則上，從衛分將熱轉出，建議可選用疏散風熱、清熱解毒的藥物：升麻、桑葉、薄荷各三錢 (科學中藥 1.5g)、金銀花各五錢 (科學中藥 3g)。

癌症患者西醫治療副作用常見消化道症狀 中醫臨床治療路徑

【前言】

後天營衛氣血的生成，取決於受納、腐熟、運化、泌別清濁等功能是否良好，也就是整個消化系統與消化道功能是否正常運作。癌症患者除了本身腫瘤發生部位造成消化道功能不佳外，不論是手術、化學治療、標靶治療、放射治療，乃至於腫瘤疼痛、發炎而服用的止痛消炎性藥物，均會對消化道產生副作用。一旦運化功能不佳，後天營衛生成不利，導致全身氣血不足，更會加重其他如倦怠、血球功能低下等副作用，如此對於患者的癒後必定造成影響。

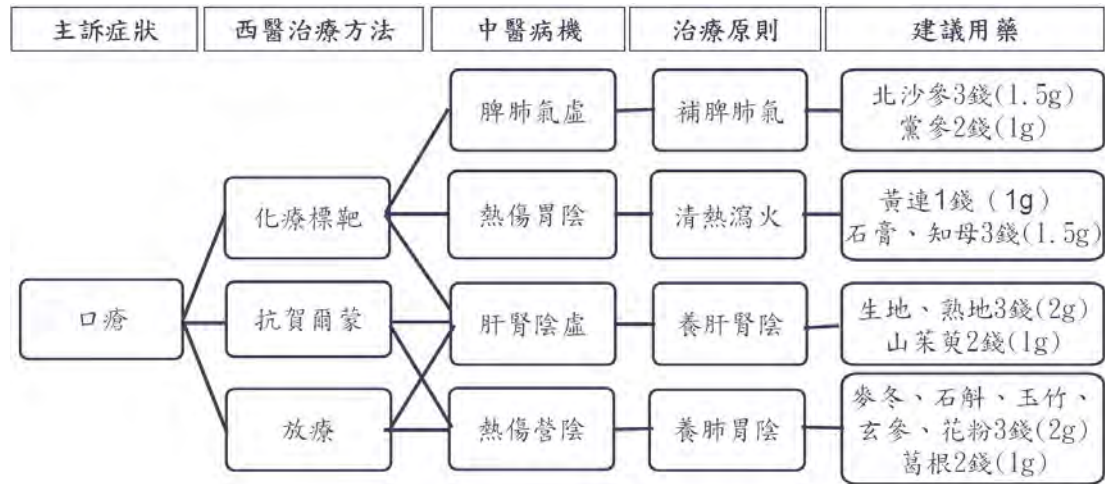
癌症患者因西醫治療所產生常見的副作用，由口腔而下包括：口瘡、納呆、噁心嘔吐、腹瀉、便秘。除手術是因為直接切除部份器官導致功能喪失，造成「形傷」而出現副作用外，其餘治療方式對消化道的影響，主要是直接損傷消化道黏膜造成發炎，或是影響調控消化道功能的相關腦神經或自律神經系統，進而造成消化道功能異常。

以治療方式的特性來看，放射治療屬於熱性治療，可視為熱邪病因，針對不同照射部位便對應不同的病位，而其病性則較為單純多是熱邪所傷造成的陰虛或津虧。而止痛消炎藥則屬於寒性藥，對於消化道的傷害病因屬寒邪。由於為了達到止痛作用，必須抑制衛氣運行，因此除了寒藥對於脾胃臟腑直接影響的病位外，對於肝氣疏泄的抑制也是另一重要病位。病性則多為寒藥所傷造成的陽氣虛，或氣機抑制後的瘀滯痰濕。

而化學治療與標靶治療的用藥繁多，故形成消化道副作用的病機不如放射治療或止痛消炎藥專一。但依據其臨床造成的症狀反應，仍可將其分為寒性藥及熱性藥兩大類。以 Cisplatin（順鉑）為例，從臨床上觀察，發現其在腸胃系統造成的症狀有食慾減退、噁心、食後腹脹、便秘、腹瀉、舌質淡胖、舌苔白厚，而且常兼有畏寒的全身性症狀。由此可將其歸為寒性藥，產生副作用的病機主要為寒傷脾胃。而另一例化療藥 Fluorouracil（5-FU，服樂癌），其常造成的症狀有口瘡、噁心嘔吐、腹痛、腹瀉、皮膚乾燥脫皮、皮疹發紅等，是屬於比較溫燥傷陰的反應，因此可將其歸類為熱性藥。

接下來我們便由上而下，將常見的消化道副作用「口瘡、納呆、噁心嘔吐、腹瀉、便秘」造成的病機及建議治療一一分析介紹。

【癌症患者西醫治療副作用口瘡中醫臨床治療路徑】



圖：癌患者西醫治療副作用口瘡中醫臨床治療路徑

口瘡是口腔黏膜陰質不足的結果，依據西醫治療方式的不同，便會有不同導致口瘡的病機。故我們將產生口瘡的中醫病機思維及建議治療用藥分述於下：

一、化學治療與標靶治療

(一) 脾肺氣虛

1. 病機及臨床症狀：寒藥傷陽，主要影響為抑遏或耗傷脾肺陽氣。此類之口瘡為氣虛造成，臨床上多見瘡口偏淡紅或白，且疼痛不顯。若導致脾氣虛，除影響後天運化導致營陰生化不足外，且使脾之升清功能受阻，營陰無法上承至口，致使口腔黏膜陰質不足而生潰瘍。因脾氣虛，運化功能不佳，故常見便溏或虛秘之症。且容易伴隨出現全身性氣虛之倦怠、畏寒、頭昏等症。若導致肺氣虛，則容易因表衛不足引起口腔內感染而生成口瘡。此類患者因衛氣不足，同時會出現畏寒、容易外感、皮膚脫皮潰瘍等症狀，也容易伴有胸悶少氣、喘促等肺氣虛的本臟症狀。
2. 治療用藥：此類治法要補益脾肺氣，建議虛證輕者使用北沙參生藥3錢（科學中藥1.5克），重者使用黨參生藥2錢（科學中藥1克）。但要注意，若為肝癌、肝炎患者，因考慮中焦濕熱問題，故建議不使用黨參，以免肝功能惡化。腦瘤患者若腦壓偏高，代表氣逆痰阻神室現象明顯，亦不宜使用黨參補氣，以免產生腦心症候群。此二類患者若脾氣虛可改以白朮生藥3錢（科

學中藥 1.5 克) 治療。

(二) 熱傷胃陰

1. 病機及臨床症狀：熱藥直接耗傷胃陰產生胃火，胃火上炎損傷口腔黏膜陰質而生潰瘍。所以此類為胃火口瘡之證，臨床上多見瘡口偏紅，且疼痛較顯。因胃火耗傷津液，便容易伴見口乾、便乾等津虧之症。若胃火上炎致胃氣上逆，亦會出現噁心、嘔吐、泛酸等症。
2. 治療用藥：治療方針以清熱瀉火為主，可選用黃連生藥 1 錢(科學中藥 1 克)、石膏生藥 3 錢(科學中藥 1.5 克)或知母生藥 3 錢(科學中藥 1.5 克)來直折其火改善口瘡疼痛。同時可搭配滋養胃陰之品，如麥冬生藥 3 錢(科學中藥 2 克)、石斛生藥 3 錢(科學中藥 2 克)、天花粉生藥 3 錢(科學中藥 2 克)來養陰生津，或以葛根 2 錢(科學中藥 1 克)來升提津液，避免口腔黏膜持續損傷。要注意葛根含有植物性雌激素，故乳癌、子宮內膜癌或卵巢癌患者不宜使用。

(三) 肝腎陰虛

1. 病機及臨床症狀：除熱藥直接耗傷胃陰外，部份化學治療或標靶治療用藥會損傷肝腎陰，導致先天之陰虧虛，進而使全身陰質不足而生口瘡。此證之口瘡為陰虛所致，雖有熱象但不若胃火口瘡明顯，故臨床上可見瘡口色紅或淡紅，而疼痛不顯。由於肝腎陰虛，故下焦熱或陰虛陽亢的症狀便容易出現，如烘熱、便乾、溲短赤、失眠等。
2. 治療用藥：治療方針便是滋養肝腎陰，可選用山茱萸生藥 2 錢(科學中藥 1 克)、生地生藥 3 錢(科學中藥 2 克)或熟地生藥 3 錢(科學中藥 2 克)來治療。

二、抗荷爾蒙治療

(一) 肝腎陰虛

1. 病機及臨床症狀：抗荷爾蒙治療的主要作用便是阻斷荷爾蒙受體，使荷爾蒙作用降低，如此便是抑制了肝氣疏泄，導致先天之陰無法疏佈全身，進而使全身陰質不足而生口瘡。此證之口瘡為陰虛所致，雖有熱象但不若胃火口瘡明顯，故臨床上可見瘡口色紅或淡紅，而疼痛不顯。由於肝腎陰虛，故下焦熱或陰虛陽亢的症狀便容易出現，如烘熱、便乾、溲短赤、失眠等。

2. 治療用藥：治療方針便是滋養肝腎陰，可選用山茱萸生藥 2 錢（科學中藥 1 克）、生地生藥 3 錢（科學中藥 2 克）或熟地生藥 3 錢（科學中藥 2 克）來治療。

(二) 熱傷營陰

1. 病機及臨床症狀：抗荷爾蒙治療用藥之藥性屬熱，容易耗傷肺胃營陰，使後天之陰不足而生口瘡。若為肺陰虛之口瘡，雖有熱象但不若胃火口瘡明顯，故臨床上可見瘡口色紅或淡紅，而疼痛不顯。若為胃陰虛之口瘡，由於胃火較顯，故臨床上多見瘡口偏紅，且疼痛較顯。由於營陰不足，臨床上兩者均容易伴見口乾、便乾等津虧之症。但胃火上炎致胃氣上逆時，便會出現噁心、嘔吐、泛酸等症。
2. 治療用藥：治療方針以滋養肺胃陰為主，可選用麥冬生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、石斛生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、玉竹生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、玄參生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、天花粉生藥 3 錢（科學中藥 2 克）來養陰生津，或以葛根 2 錢（科學中藥 1 克）來升提津液，修補口腔黏膜損傷。但葛根含有植物性雌激素，故乳癌或卵巢癌患者不宜使用。若胃陰傷較重產生胃火，可搭配黃連生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、石膏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）或知母生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）來直折其火改善口瘡。

三、放射治療：放射治療屬於熱毒，依據其所照射部位不同，便會產生不同之損傷病機

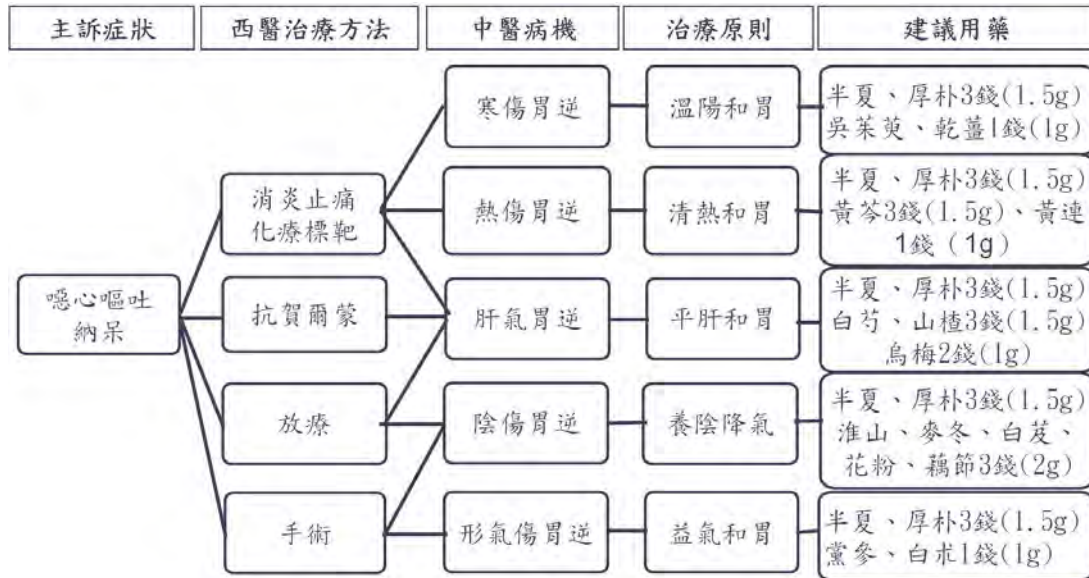
(一) 肝腎陰虛

1. 病機及臨床症狀：下焦部位之臟器接受放射治療，熱毒直接損傷肝腎陰，導致先天之陰虧虛，進而使全身陰質不足而生口瘡。此證之口瘡為陰虛所致，雖有熱象但不若胃火口瘡明顯，故臨床上可見瘡口色紅或淡紅，而疼痛不顯。由於肝腎陰虛，故下焦熱或陰虛陽亢的症狀便容易出現，如烘熱、便乾、溲短赤甚至頻尿疼痛、失眠等。
2. 治療用藥：治療方針便是滋養肝腎陰，可選用山茱萸生藥 2 錢（科學中藥 1 克）、生地生藥 3 錢（科學中藥 2 克）或熟地生藥 3 錢（科學中藥 2 克）來治療。

(二) 熱傷營陰

1. 病機及臨床症狀：頭面及中上焦部位之臟器接受放射治療，熱毒容易耗傷肺胃營陰，使後天之陰不足而生口瘡。若為肺陰虛之口瘡，雖有熱象但不若胃火口瘡明顯，故臨床上可見瘡口色紅或淡紅，而疼痛不顯。若為胃陰虛之口瘡，由於胃火較顯，故臨床上多見瘡口偏紅，且疼痛較顯。由於營陰不足，臨床上兩者均容易伴見口乾、便乾等津虧之症。但胃火上炎致胃氣上逆時，便會出現噁心、嘔吐、泛酸等症。
2. 治療用藥：治療方針以滋養肺胃陰為主，可選用麥冬生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、石斛生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、玉竹生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、玄參生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、天花粉生藥 3 錢（科學中藥 2 克）來養陰生津，或以葛根 2 錢（科學中藥 1 克）來升提津液，修補口腔黏膜損傷。但葛根含有植物性雌激素，故乳癌或卵巢癌患者不宜使用。若胃陰傷較重產生胃火，可搭配黃連生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、石膏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）或知母生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）來直折其火改善口瘡。

【癌症患者西醫治療副作用噁心嘔吐、納呆中醫臨床治療路徑】



圖、癌患者西醫治療副作用噁心嘔吐、納呆中醫臨床治療路徑

納呆、噁心嘔吐是胃氣不降進而產生胃氣上逆的表現，故主病位在胃腑。依據西醫治療方式的不同，便會有不同的致病機轉，故我們將產生噁心嘔吐、納呆的中醫病機思維及建議治療用藥分述於下：

一、化學治療、標靶治療

(一) 寒傷胃逆

1. 病機及臨床症狀：屬於寒性的化療或標靶治療用藥會抑遏或耗傷胃之陽氣，導致胃的降氣功能受到影響。胃失和降便會飲食停滯而納呆，若進一步產生胃氣上逆，則出現噁心嘔吐之症。此類為因寒所傷，納呆會較噁心嘔吐明顯，且胃氣不降導致整個腸腑通降受阻，因此常伴見胃脹、腹脹、解便困難等症狀。又由於寒傷胃陽，因此腐熟水穀之功能便減弱，臨床上會見到完穀不化的現象。
2. 治療用藥：此類治法要溫陽和胃，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、厚朴生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），溫補胃陽則使用吳茱萸生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、乾薑生藥 1 錢（科學中藥 1 克）來治療。

(二) 熱傷胃逆

1. 病機及臨床症狀：熱藥傷胃產生胃火，胃火上炎致胃氣上逆，便出現噁心嘔吐、納呆食不下等症。此類為因熱所傷，噁心嘔

吐較納呆明顯，且胃火上炎損傷口腔黏膜陰質，故臨床上也可見口瘡之症。因胃火耗傷津液，容易伴見口乾、便乾等津虧之症。

2. 治療用藥：此類治法要清熱和胃，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、厚朴生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），清熱降火則使用黃芩生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）或黃連生藥 1 錢（科學中藥 1 克）來治療。

(三)肝氣胃逆

1. 病機及臨床症狀：化學治療或標靶治療用藥除了耗傷胃氣導致胃失和降外而納呆，也會抑制肝氣的疏泄，造成肝氣鬱滯，若氣鬱化火橫逆犯胃，便產生噁心嘔吐之症。由於此證是由肝氣加重胃逆，故其噁心嘔吐容易因情緒波動而加重，並伴隨肝氣橫逆的症狀，如脅肋悶脹、口苦、失眠等。
2. 治療用藥：此類治法要平肝和胃，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、厚朴生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），再搭配使用白芍生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、山楂生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、烏梅 2 錢（科學中藥 1 克）來收斂肝氣達到治療效果。若較嚴重產生肝火證者，可加入黃芩生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）來治療。

二、消炎止痛藥：此類藥雖非屬直接治療癌症用藥，但常使用於手術或腫瘤所導致的疼痛，因此要一併考慮。此類藥性寒，其造成的納呆、噁心嘔吐主要病機為「寒傷胃逆」與「肝氣胃逆」，相關說明與治療請參見前述。

三、抗荷爾蒙治療

(一)肝氣胃逆

1. 病機及臨床症狀：抗荷爾蒙治療用藥的作用抑制了肝氣疏泄，造成肝氣鬱滯影響胃的降氣而納呆，若氣鬱化火犯胃，便產生噁心嘔吐之症。由於此證是由肝氣加重胃逆，故其噁心嘔吐容易因情緒波動而加重，並伴隨肝氣橫逆的症狀，如脅肋悶脹、口苦、失眠等。
2. 治療用藥：此類治法要平肝和胃，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、厚朴生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），再搭配使用白芍生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、山楂生藥 3 錢（科

學中藥 1.5 克)、烏梅 2 錢 (科學中藥 1 克) 來收斂肝氣達到治療效果。若較嚴重產生肝火證者，可加入黃芩生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克) 來治療。

四、放射治療：放射治療屬於熱毒，依據其所照射部位不同，便會產生不同之損傷病機

(一) 陰傷胃逆

1. 病機及臨床症狀：中上焦部位之臟器接受放射治療，熱毒容易耗傷胃陰產生胃火，胃火上炎致胃氣上逆，便出現噁心嘔吐、納呆食不下等症。此類為因熱所傷，噁心嘔吐較納呆明顯，且胃火上炎損傷口腔黏膜陰質，故臨床上也可見口瘡之症。因胃火耗傷津液，容易伴見口乾、便乾等津虧之症。
2. 治療用藥：此類治法要養陰降氣，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、厚朴生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)，並以淮山生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、麥冬生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、白芩生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、天花粉生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、藕節生藥 3 錢 (科學中藥 2 克) 來滋養胃陰。若陰傷火熱較盛，可酌加黃芩生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克) 或黃連生藥 1 錢 (科學中藥 1 克) 來治療。要注意淮山含有植物性雌激素，故乳癌或卵巢癌患者不宜使用。

(二) 肝氣胃逆

1. 病機及臨床症狀：肝臟接受放射治療，熱毒直接損傷肝陰致肝氣橫逆犯胃，便產生噁心嘔吐之症。由於此證是由肝氣加重胃逆，故其噁心嘔吐容易因情緒波動而加重，並伴隨肝氣橫逆的症狀，如脅肋悶脹、口苦、失眠等。
2. 治療用藥：此類治法要平肝和胃，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、厚朴生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)，再搭配使用白芍生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、山楂生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、烏梅 2 錢 (科學中藥 1 克) 來收斂肝氣達到治療效果。

五、手術：主要為胃或合併周圍器官的切除手術所造成的影響

(一) 陰傷胃逆

1. 病機及臨床症狀：因手術導致胃陰損傷，胃容量縮小且降氣功能不佳，因此出現納呆食不下、噁心嘔吐等症。此類為形質所

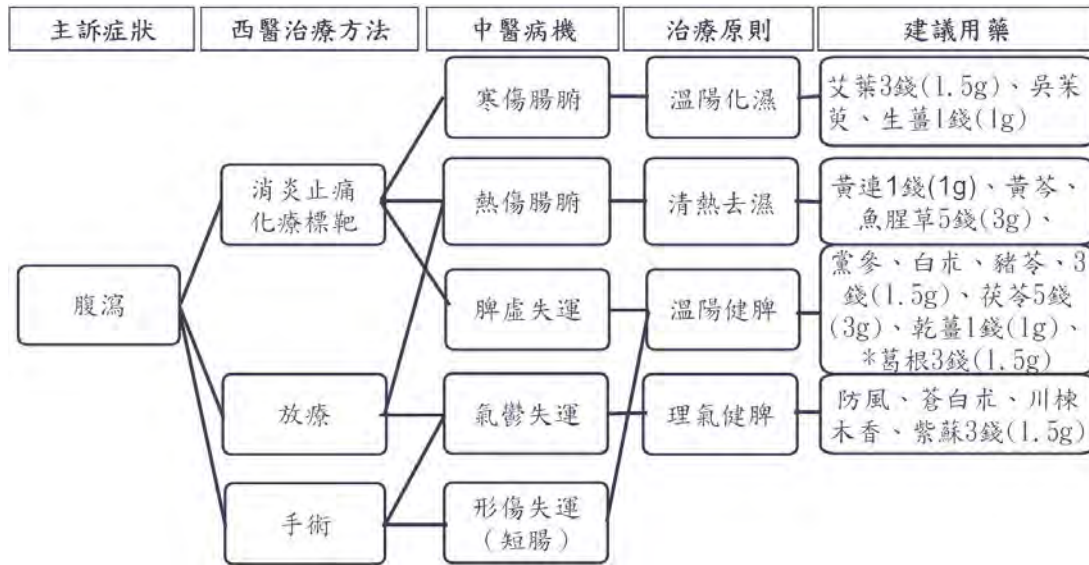
傷，故納呆胃脹較噁心嘔吐明顯。

2. 治療用藥：此類治法要養陰降氣，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、厚朴生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），並以淮山生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、麥冬生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、白芨生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、天花粉生藥 3 錢（科學中藥 2 克）、藕節生藥 3 錢（科學中藥 2 克）來滋養胃陰。要注意淮山含有植物性雌激素，故乳癌或卵巢癌患者不宜使用。

（二）形氣傷胃逆

1. 病機及臨床症狀：手術除導致胃陰損傷外，亦能耗傷脾胃之氣，因此出現納呆食不下、噁心嘔吐等症。此類為形質所傷，故納呆胃脹較噁心嘔吐明顯。又由於脾胃氣虛，運化及降氣功能均不佳，故可見腹脹、便溏或虛秘等症。容易伴隨出現全身性氣虛之倦怠、畏寒、頭昏等症。
2. 治療用藥：此類治法要益氣和胃，和胃降氣部份使用半夏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、厚朴生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），再搭配黨參生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、白朮生藥 1 錢（科學中藥 1 克）來健脾益氣達到治療效果。

【癌症患者西醫治療副作用腹瀉中醫臨床治療路徑】



圖、癌患者西醫治療副作用腹瀉中醫臨床治療路徑

腹瀉是水液無法運化而下注於大便的表現，其主要受影響的病位為脾及小腸。依據西醫治療方式的不同，便會有不同的致病機轉，故我們將產生腹瀉的中醫病機思維及建議治療用藥分述於下：

一、化學治療、標靶治療

(一) 寒傷腸腑

1. 病機及臨床症狀：屬於寒性的化療或標靶治療用藥會抑遏或耗傷小腸腑之陽氣，導致傳化物、分清濁的功能受到影響，使水液無法歸於三焦而下注大腸。由於此為小腸虛寒所致，故此腹瀉為水瀉且較不臭穢，又由於水液多下注大腸，入於膀胱者少，故常見小便量少現象。腸腑虛寒動能不足，故常伴見腹脹、腸鳴等症。
2. 治療用藥：此類治法為溫陽化濕，以艾葉生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、吳茱萸生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、生薑生藥 1 錢（科學中藥 1 克）來溫小腸之陽，恢復傳化物、分清濁的功能。

(二) 熱傷腸腑

1. 病機及臨床症狀：熱藥直接損傷小腸，熱毒積滯導致泌別清濁功能失調，造成水液下注大腸而成腹瀉。此為小腸濕熱，故此腹瀉為溏瀉或糊便且臭穢，解便時肛門易有灼熱感，並伴見腹絞痛、解便急等現象。由於水液多下注大腸，入於膀胱者少，且有熱象，故可見小便短赤、解尿疼痛。

2. 治療用藥：此類治法為清熱去濕，以黃連生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、黃芩生藥 5 錢（科學中藥 3 克）、魚腥草生藥 5 錢（科學中藥 3 克）來清利小腸濕熱，恢復傳化物、分清濁的功能。

（三）脾虛失運

1. 病機及臨床症狀：化學治療或標靶治療用藥屬寒性藥者傷陽，主要影響為抑遏或耗傷脾氣，導致脾失健運，影響水液運化及升清造成水液下注大腸而成腹瀉。因脾氣虛，運化功能不佳，易導致全身性氣虛，而出現倦怠、畏寒、頭昏等症。
2. 治療用藥：此類治法要溫陽健脾，使用黨參生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、白朮生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、豬苓生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、茯苓生藥 5 錢（科學中藥 3 克）、乾薑生藥 1 錢（科學中藥 1 克）來溫健脾陽氣，恢復運化升清功能。亦可加入葛根生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）升提津液，減少水液下注。但要注意，若為肝癌、肝炎患者，因考慮中焦濕熱問題，故建議不使用黨參，以免肝功能惡化。腦瘤患者若腦壓偏高，代表氣逆痰阻神室現象明顯，亦不宜使用黨參補氣，以免產生腦心症候群。葛根含有植物性雌激素，乳癌、子宮內膜癌或卵巢癌患者不宜使用。

二、消炎止痛藥：此類藥雖非屬直接治療癌症用藥，但常使用於手術或腫瘤所導致的疼痛，因此要一併考慮。此類藥性寒，其造成的腹瀉主要病機為「寒傷腸腑」與「脾虛失運」，相關說明與治療請參見前述。

三、放射治療：放射治療屬於熱毒，依據其所照射部位不同，便會產生不同之損傷病機。

（一）熱傷腸腑

1. 病機及臨床症狀：中下焦部位之臟器接受放射治療，熱毒容易直接損傷小腸，熱毒積滯導致泌別清濁功能失調，造成水液下注大腸而成腹瀉。此為小腸濕熱，故此腹瀉為溏瀉或糊便且臭穢，解便時肛門易有灼熱感，並伴見腹絞痛、解便急等現象。由於水液多下注大腸，入於膀胱者少，且有熱象，故可見小便短赤、解尿疼痛。
2. 治療用藥：此類治法為清熱去濕，以黃連生藥 1 錢（科學中藥 1 克）、黃芩生藥 5 錢（科學中藥 3 克）、魚腥草生藥 5 錢（科學中藥 3 克）來清利小腸濕熱，恢復傳化物、分清濁的功能。

(二) 氣鬱失運

1. 病機及臨床症狀：放射治療損傷肝脾二臟，除導致脾失健運外，且因損傷肝陰而致肝氣橫逆，形成肝脾不調之證。由於此證是由肝氣犯脾，故其腹瀉容易因情緒波動而加重，並伴隨肝氣橫逆的症狀，如脅肋悶脹、口苦、失眠等。
2. 治療用藥：此類治法要理氣健脾，使用防風生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、蒼朮生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、白朮生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、川楝子生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、木香 3 錢（科學中藥 1.5 克）、紫蘇 3 錢（科學中藥 1.5 克）來疏理肝氣並健運脾氣達到治療效果。

四、手術：主要為腸腑或合併周圍器官的切除手術所造成的影響。

(一) 氣鬱失運

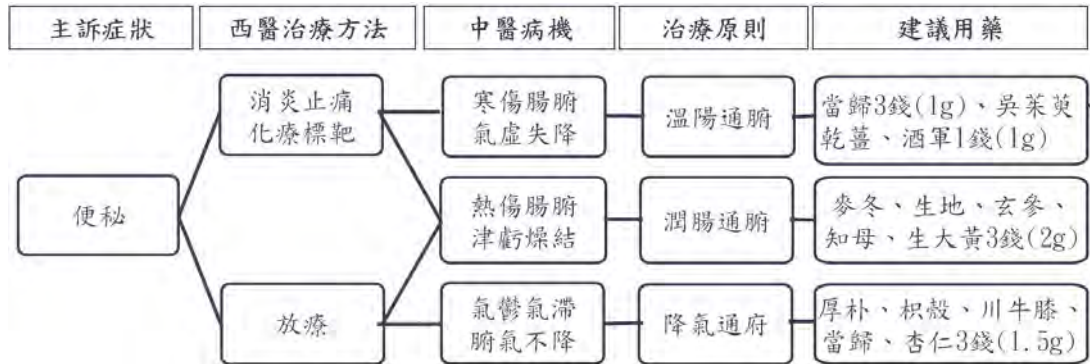
1. 病機及臨床症狀：手術損傷肝脾二臟，除導致脾失健運外，且因損傷肝陰而致肝氣橫逆，形成肝脾不調之證。由於此證是由肝氣犯脾，故其腹瀉容易因情緒波動而加重，並伴隨肝氣橫逆的症狀，如脅肋悶脹、口苦、失眠等。
2. 治療用藥：此類治法要理氣健脾，使用防風生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、蒼朮生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、白朮生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、川楝子生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、木香 3 錢（科學中藥 1.5 克）、紫蘇 3 錢（科學中藥 1.5 克）來疏理肝氣並健運脾氣達到治療效果。

(二) 形氣失運（短腸症）

1. 病機及臨床症狀：西醫解剖部位的「小腸」，其功能歸屬於中醫藏象的「脾與小腸」。手術切除小腸後便會影響此二臟腑的功能，導致運化、升清、傳化物、分清濁等功能均受到影響，而使水液無法歸於三焦而下注大腸。因也會出現脾氣虛現象，便會進一步導致全身性氣虛而出現倦怠、畏寒、頭昏等症。
2. 治療用藥：此類治法要溫陽健脾，使用黨參生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、白朮生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、豬苓生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、茯苓生藥 5 錢（科學中藥 3 克）、乾薑生藥 1 錢（科學中藥 1 克）來溫健脾陽氣，恢復運化升清功能。亦可加入葛根生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）升提津液，減少水液下注。但要注意，若為肝癌、肝炎患者，因考慮中焦濕熱問

題，故建議不使用黨參，以免肝功能惡化。腦瘤患者若腦壓偏高，代表氣逆痰阻神室現象明顯，亦不宜使用黨參補氣，以免產生腦心症候群。葛根含有植物性雌激素，乳癌、子宮內膜癌或卵巢癌患者不宜使用。

【癌症患者西醫治療副作用便秘中醫臨床治療路徑】



圖、癌患者西醫治療副作用便秘中醫臨床治療路徑

便秘是腑氣不降的表現，其主要受影響病位在大腸腑。依據西醫治療方式的不同，便會有不同的致病機轉，故我們將產生便秘的中醫病機思維及建議治療用藥分述於下：

一、化學治療、標靶治療

(一) 寒傷腸腑氣虛失降

1. 病機及臨床症狀：屬於寒性的化療或標靶治療用藥會抑遏或耗傷大腸腑之陽氣，使降氣傳導失職而解便不利成便秘。此為因寒所傷導致大腸動能不足，故便秘主要呈現解便不利、多日一行，而大便的形態不一定乾硬，可為成形便甚或軟便，並常伴隨腹脹。
2. 治療用藥：此類治法要溫陽通腑，以當歸生藥3錢（科學中藥1克）、吳茱萸生藥1錢（科學中藥1克）、乾薑生藥1錢（科學中藥1克）溫補大腸陽氣，搭配酒大黃生藥1錢（科學中藥1克）來治療。此為寒傷陽氣，故選用酒大黃，避免生大黃性寒而生反效果。

(二) 熱傷腸腑津虧燥結

1. 病機及臨床症狀：屬於熱性的化療或標靶治療用藥直接熱傷大腸腑，而使傳導失職、降氣不利。且因熱邪傷津，所以便秘主要呈現大便乾硬、腹脹滿痛拒按等症。若下焦津液虧損嚴重，甚至會出現小便短赤之症。
2. 治療用藥：此類治法要潤腸通腑，以麥冬生藥3錢（科學中藥2克）、生地生藥3錢（科學中藥2克）、玄參生藥3錢（科學中

藥 2 克)、知母生藥 3 錢 (科學中藥 2 克) 滋潤大腸，搭配生大黃生藥 3 錢 (科學中藥 2 克) 來治療。此為熱傷津虧，故選用生大黃，通腑同時可清熱。

二、消炎止痛藥：此類藥雖非屬直接治療癌症用藥，但常使用於手術或腫瘤所導致的疼痛，因此要一併考慮。此類藥性寒，其造成的便秘主要病機為「寒傷腸腑氣虛失降」，相關說明與治療請參見前述。

三、放射治療：放射治療屬於熱毒，依據其所照射部位不同，便會產生不同之損傷病機。

(一) 熱傷腸腑津虧燥結

1. 病機及臨床症狀：中下焦部位之臟器接受放射治療時，熱毒直接傷大腸腑而使傳導失職、降氣不利。且因熱邪傷津，所以便秘主要呈現大便乾硬、腹脹滿痛拒按等症。若下焦津液虧損嚴重，甚至會出現小便短赤之症。

2. 治療用藥：此類治法要潤腸通腑，以麥冬生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、生地生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、玄參生藥 3 錢 (科學中藥 2 克)、知母生藥 3 錢 (科學中藥 2 克) 滋潤大腸，搭配生大黃生藥 3 錢 (科學中藥 2 克) 來治療。此為熱傷津虧，故選用生大黃，通腑同時可清熱。

(二) 氣鬱氣滯腑氣不降

1. 病機及臨床症狀：中下焦部位之臟器接受放射治療，熱毒傷害大腸腑後導致沾黏，而使腸腑氣鬱氣滯，降氣功能受阻產生便秘，主要呈現症狀為解便不利、多日一行，而大便的形態不一定乾硬，可為成形便甚或軟便，且常伴隨腹脹或脹痛。

2. 治療用藥：此類治法要降氣通腑，使用厚朴生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、枳殼生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、川牛膝生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、當歸生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、杏仁 3 錢 (科學中藥 1.5 克) 來治療。

癌患者西醫治療副作用手足症候群 (Hand-foot syndrome)、周邊神經病變—麻刺痛 (palmar-plantar erythrodysesthesia) 中醫臨床治療路徑

【前言】

手足症候群，是指病人在接受化學治療一段時間後，可能從手腳的細小微血管，藉由毛細現象滲漏出微量的藥物，造成手足發炎及損傷的一種毒性反應。通常在病患接受治療後二週內出現，可見到手掌和腳掌紅斑、腫脹、刺麻、疼痛、發燙、皮膚容易破裂、或者皮膚會發硬，有些人會在手及腳趾出現小水泡。

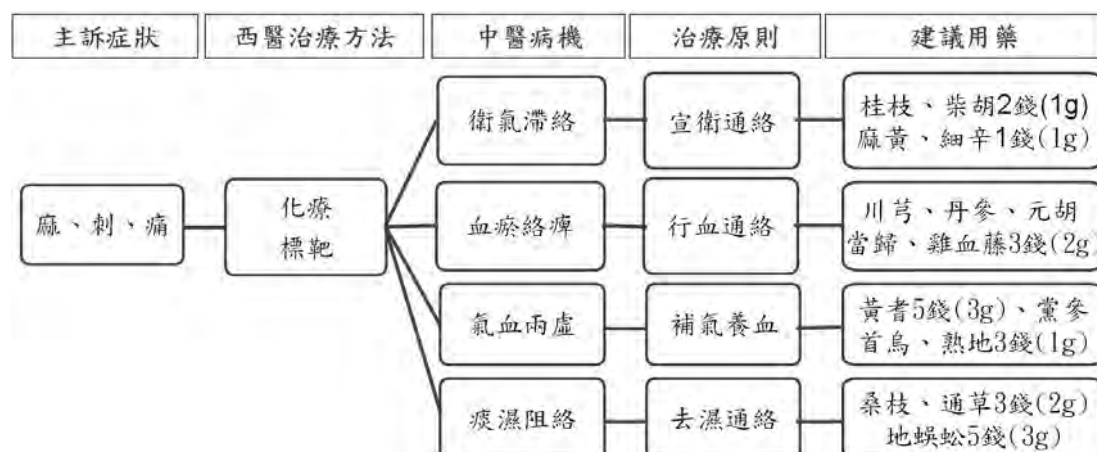
手足皮膚反應，是指病人在接受標靶治療一段時間後出現的皮膚副作用，推測可能與藥物抑制血管新生作用相關，它的特點是皮膚會出現角質過度增生的現象，如同雞眼一般，有淺黃色、邊界分明的厚皮，嚴重的會惡化為中央潰爛的水泡，當出現感染時，就容易會產生甲溝炎。

常見可能造成此副作用的藥物有：Capecitabine (Xeloda，截瘤達)、Fluorouracil (5-FU，服樂癌)、微脂體小紅莓 Liposomal doxorubicin (Caelyx，康利斯)、Cytarabine (Cytosar，賽德薩)、Vinorelbine (Navelbine，溫諾平)、Afatinib (Giotrif，妥復克) 及 Sorafenib (Nexavar，蕾莎瓦)。

周邊神經病變是另外一個重要的副作用，藥物降低神經的動作電位幅度、減緩神經傳導速率而導致感覺神經異常 (手腳刺痛、麻木或灼熱) 或運動神經異常 (無力感、平衡差、行動遲緩、容易疲倦)。

常見可能造成此副作用的藥物包括鉑類、紫杉醇類、長春花鹼、Thalidomide (沙利竇邁) 以及標靶藥物 Bortezomib (Velcade，萬科)，尤其是在那些合併使用藥物治療的病患，例如歐洲紫杉醇 Docetaxel (Taxotere，剋癌易) 和 Cisplatin (Platinex，鉑帝爾)。

【頭頸肺胃大腸癌患者西醫治療副作用麻刺痛中醫臨床治療路徑】



不同的藥物，依照其藥性，主要會產生以下四種機轉：

1. 衛氣滯絡：癌症用藥也可以視為廣泛性的外邪之一，而中醫病理提到：風寒濕三氣雜至，合而為痺。風寒濕氣，客於外分肉之間，迫切而為沫，沫得寒則聚，聚則排分肉而分裂也，分裂則痛。所以，藥物干擾了衛氣的運行，使得末梢絡脈不通，就會出現副作用，這時，可以選用推動表衛的藥物去宣衛通絡，例如：桂枝二錢（科學中藥 1g）、麻黃、細辛各一錢（科學中藥 1g）、柴胡二錢（科學中藥 1g）。但是，臨床上必須注意：若病患出現肝功能異常時，必須慎用桂枝。
2. 血瘀絡痺：臨床上，過了急性期之後，有些病患的症狀仍然持續至數月或半年，變成慢性變化，代表出現了血瘀、絡脈閉阻的情形，這時，就必須加入行血通絡的藥材，血行氣自通。建議藥物有：川芎、丹參、元胡、當歸、雞血藤三錢（科學中藥 2g）。
3. 氣血兩虛：臨床上觀察這類病患，在化學治療期間穿戴冰手套後自覺心胸區很不舒服、緊縮感，化療後肢端冰冷的恢復時間比較久，手腳末端有麻木感，偶見脫皮的症狀，天氣變化或吹冷氣時會麻木的更嚴重，診察脈象常見：脈沉、寸弱，代表這些化學藥物是屬於寒性藥材，例如歐洲紫杉醇 Docetaxel（Taxotere，克癌易），影響心氣、衛氣的輸送。

中醫生理提到正常營衛氣的輸送：「食氣入胃、濁氣歸心、淫精於脈」、
「心主身之血脈」，代表心氣充於脈中，推動脈管的運動，使其內的營血能夠運行於全身。

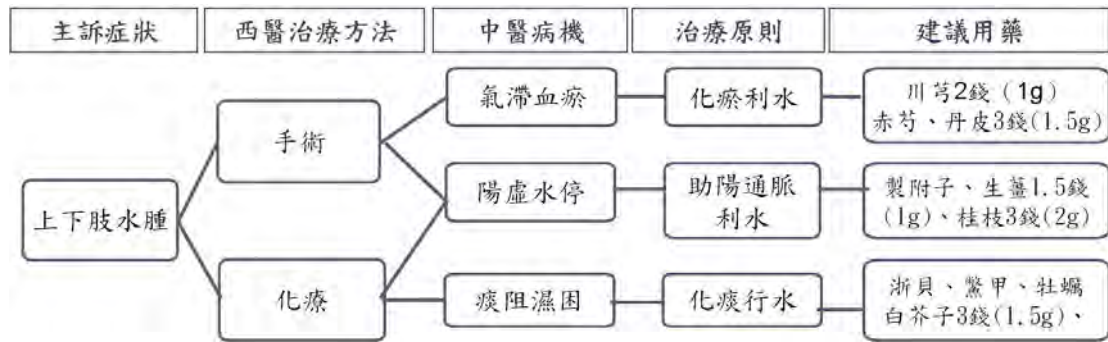
當心氣受到寒性的化療藥物減弱其推動脈管的功能時，就會出現週邊血脈運行不暢，脈痺、肢端麻痺、脫皮、冰冷等症狀。這時，就必須在「衛

氣滯絡」的基礎上，增加補氣養血的藥物，建議依照病患體質加入黃耆五錢（科學中藥 3g）、黨參、首烏、熟地各三錢（科學中藥 1g）。

4. 痰濕阻絡：臨床上常見另一群病患並不是以虛損作表現，而是局部有痰濕阻絡的現象，這時再使用溫性或補氣的藥材，恐怕會加重病症，必須改用去濕通絡的藥材，才能改善病情，建議使用桑枝、通草各三錢（科學中藥 2g）、地蜈蚣五錢（科學中藥 3g）等。

癌症患者西醫治療副作用淋巴水腫中醫臨床治療路徑

【乳卵巢腸癌患者西醫治療副作用上下肢水腫中醫臨床治療路徑】



圖、乳、卵巢、腸癌患者西醫治療副作用上下肢水腫中醫臨床治療路徑

乳癌病人手術時會取腋下前哨淋巴結，觀察其是否合併淋巴轉移，若癌細胞侵犯了淋巴結，手術時會把部份淋巴切除，因乳房及上肢的淋巴回流主要皆經過腋下淋巴結，故而影響到上肢之淋巴回流，導致患側的上肢因此容易產生水腫，影響其上肢活動功能；卵巢癌的手術範圍通常較大，包括有：子宮、卵巢、輸卵管的切除，骨盆腔、動脈旁淋巴腺的採樣、大網膜及盲腸的切除和有關任何可疑的地方如腹膜上表面的切片，因骨盆腔大範圍手術時會清除到髂內及髂外淋巴結或引起骨盆腔沾黏，而下肢的淋巴回流主要是經過髂外淋巴結，再匯集回主動脈旁淋巴結，而卵巢、子宮與骨盆之淋巴結亦匯集回主動脈旁淋巴結，所以術後一陣子後常常合併下肢淋巴水腫而影響其行走活動之功能。

以上肢體水腫之病因為手術時利刃傷及之筋、肉、皮之部位，產生局部氣滯，氣不行津，故組織液堆積而成痰；利刃傷及脈管而有瘀血停滯，氣血不行故脈氣不流通，因而造成淋巴液堆積於四肢而無法回流回心，故肢體水腫，常合併傷口疼痛，局部拒按，胸悶，脈弦等症狀。其治則為理氣化瘀，以利淋巴水液之回流，用藥可用川芎行氣活血，赤芍散瘀除血痹，丹皮涼血活血散瘀。

若病人素體心臟功能不佳加上術後止痛藥及抗生素抑制了心陽之輸佈；或部份化療藥，例如：太平洋紫杉醇 Paclitaxel (Taxol, 汰癌勝) 和歐洲紫杉醇 Docetaxel (Taxotere, 剋癌易)，或化療藥劑量累積多了之後皆可能產生心臟功能減弱之副作用；淋巴回流的動力除了來自於瓣膜與骨骼肌收縮之外，尚來自胸腔所形成之負壓動力，若此時影響了心陽舒張之力，肢體淋巴回流會更差，故而產生水腫之症狀，常常合併有怕冷，動則喘促，胸悶心悸，脈弱等症。此時病人心陽舒張之力不足，其心陽被遏，通心陽

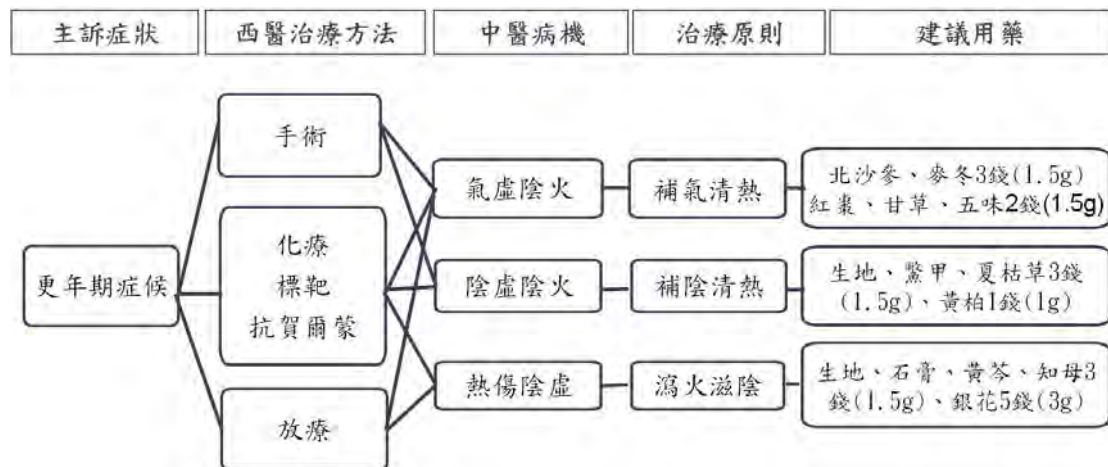
為首要，其治則為助心陽通脈，以利淋巴水液之回流，用藥可用製附子回陽助陽，生薑溫中化飲，桂枝溫通經脈，助陽化氣。

部份化學治療藥物或化學治療藥物劑量累積多了，可能會造成氣機不暢，津液停滯，聚而成痰，痰飲生而氣不行，痰飲氣滯，阻滯三焦氣機運行因而導致水腫，常合併胸悶痰滯感，頭重身倦，苔厚，脈滑或濡等症。痰阻濕困時，宜化痰以利行水，用藥可用浙貝清熱化痰散結，鱉甲和牡蠣軟堅散結，白芥子通經絡化寒痰，治皮裡膜外之痰。

癌症患者西醫治療副作用更年期症狀

中醫臨床治療路徑

【乳卵巢癌患者西醫治療副作用更年期症狀中醫臨床治療路徑】



圖、乳、卵巢癌患者西醫治療副作用更年期症狀中醫臨床治療路徑

乳癌及卵巢癌病人在治療時，常因荷爾蒙下降失衡，因而產生更年期症候群，常見有烘熱出汗、失眠、陰部乾澀乾癢及帶下黃稠等症。荷爾蒙下降時，肝陰腎精減弱，陰精氣少則陽氣易勝，故烘熱而汗出；厥氣客於五臟六腑，則衛氣獨衛其外，行於陽不得入於陰，行於陽則陽氣盛，陽氣盛則陽蹻陷，不得入於陰，故失眠；肝陰腎精減弱，沖任與下焦之氣血運行失常則易受外邪之入侵，使得下焦氣鬱津液停滯，引動相火迫津液外出而就會產生帶下的問題，但陰精不足，故易化熱而帶多質稠色黃。

卵巢癌手術將卵巢切除後因荷爾蒙快速下降，肝陰腎精快速減少，而產生陰虛陰火證，常出現有午後烘熱出汗，夜間常因烘熱出汗而失眠，陰部乾澀乾癢及帶下黃稠量少，藥物可用生地滋肝腎之陰、鱉甲滋陰潛陽、夏枯草清泄肝火、黃柏直折相火。若病人素體脾胃虛弱，加上術後止痛藥及抗生素抑制了脾氣之運化，氣虛且肝陰腎精快速減少而易起陰火，出現勞累則烘熱出汗，汗後怕冷，常常伴隨有便軟、納差、腹脹及疲倦等症。氣虛陰火證，可用補氣清熱法治療，藥物可用北沙參補氣養陰，麥冬養陰益胃生津、清心除煩，紅棗養血安神，甘草益氣和中，五味子斂肺滋腎、生津斂汗、寧心安神。

卵巢癌因術後荷爾蒙快速下降，或接近更年期之乳癌病人，其肝陰腎精減少，在此時合併化學藥物及標靶藥治療常會產生更年期明顯之不適症狀。化學治療藥物是為了抑制腫瘤細胞的生長，亦會抑制正常的營衛氣而

導致營衛氣不足，在肝陰腎精不足之際，若治療藥物傷陰，例如俗稱小紅莓類的 Doxorubicin (Adriblastina，速溶艾黴素) 及 Epirubicin (Pharmorubicin，速溶泛艾黴素) 等藥，或素體陰質不足則容易表現出陰虛陰火證之更年期症候群；若治療藥物耗氣，例如：太平洋紫杉醇 Paclitaxel (Taxol，汰癌勝) 和歐洲紫杉醇 Docetaxel (Taxotere，剋癌易)，或素體氣虛不足，則病人容易表現出氣虛陰火證之更年期症候群；若治療藥物屬性為熱毒偏勝，例如：微脂體小紅莓 Liposomal doxorubicin (Caelyx，康利斯) 等藥，則病人容易表現出熱傷陰虛之更年期症候群，除了更年期烘熱出汗、失眠等症之外，會合併口乾、口腔炎及手足症候群等熱毒傷陰質之症狀，治則宜瀉火滋陰，方藥可用生地滋肝腎之陰，石膏清熱瀉火、除煩止渴，黃芩瀉少陽相火解毒，知母清熱瀉火、滋陰潤燥，銀花清熱解毒，疏散表衛之熱。

某些乳癌細胞有雌性素或黃體素的「接受器」，亦即荷爾蒙會助長這些細胞，所以病人的乳癌細胞會送去化驗是否有荷爾蒙接受器，若是陽性，則採用荷爾蒙療法 (Hormone therapy)，藉由停止荷爾蒙的製造或阻斷荷爾蒙到達癌細胞，以治療乳癌。未停經的女性會使用 Tamoxifen 泰莫西芬 (Nolvadex，諾瓦得士)，其常見之副作用的有烘熱出汗、外陰乾澀搔癢及陰道分泌物增多等陰虛陰火之更年期症候群；停經後的婦女會使用 Anastrozole (Arimidex，安美達) 或 Letrozole (Fmara，復乳納)，除了易有烘熱出汗、外陰乾澀搔癢及陰道分泌物增多等陰虛陰火證外，副作用易常見有過度疲倦、心情低落、骨關節疼痛等氣虛陰火證之更年期症候群。

乳癌病人治療過程中，常合併放射線治療，其是運用高能量的物理光束來殺死癌細胞，通常是用來殺死手術後乳房中殘留的癌細胞，但劑量累積久了之後，其熱毒傷其津液陰質，會出現口乾、口瘡、口腔炎等熱毒傷陰之更年期症候群症狀；若病人素體陰質不足或接近更年期之病人，在放療時常合併有午後烘熱出汗，夜間常因烘熱出汗而失眠等陰虛陰火之更年期症候群症狀。

【前言】

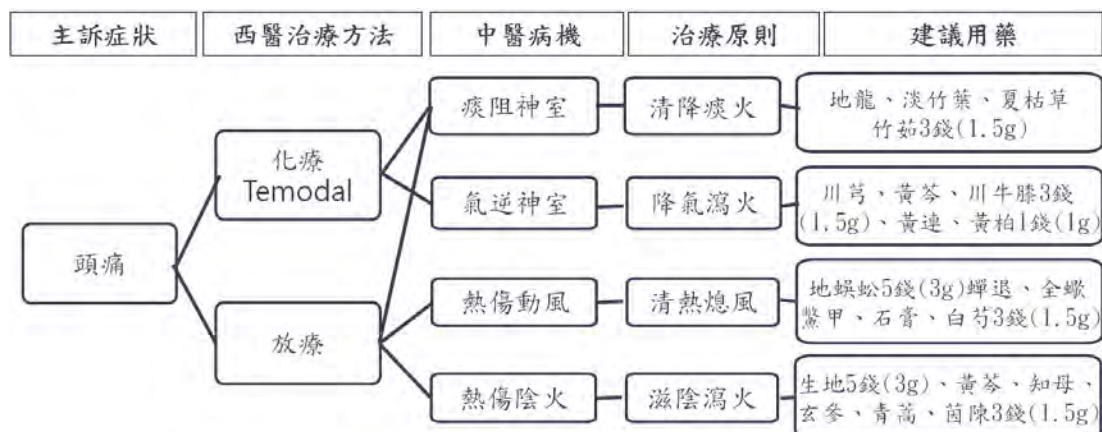
腦瘤是顱內腫瘤的泛稱，其包含原發性及轉移性兩大類。原發性腦瘤又分為良性及惡性兩種。根據國民健康署癌症登記統計，2003 至 2013 十年間，臺灣平均每年約新增原發性惡性腦瘤 600 位（2010 年最高為 764 位），雖只佔所有惡性腫瘤約 1%，但是其中有 2/3 以上患者死亡，死亡率相當高。目前腦瘤的西醫主要治療方式包括以下三大類：

1. 手術切除：不論良性或惡性腦瘤，評估其存在部位若可安全移除，開顱手術仍是主要的治療方式。隨著診斷科技的進步，可明確定位病灶，讓手術安全性及移除性均提升。
2. 放射治療：針對發生於不能切除部位或是無法清除完全的腦瘤，放射治療或化學治療便是要考慮的選項。轉移性腦瘤也以放射治療為首選方式。放射治療包括全顱放射治療、局部放射治療及立體定位放射手術治療。目前以使用 IMRT 技術的高能量射線、線性加速器來照射惡性腦瘤本身及其浸潤區為主流。立體定位放射手術（包括電腦刀、伽馬刀等）適用於界線明顯（不屬於浸潤性之病灶）的腦瘤，無法明確標示出正常腦組織及惡性腦瘤組織界線的腫瘤，較不適宜用此方式治療。另外以化學治療加上放射治療（即所謂的 CCRT）已成為目前惡性腦瘤之標準治療模式。
3. 化學治療：化學治療適用於手術或放射治療無法完全清除的惡性腦瘤。目前主要的化學治療藥物有三個：Carmustine（BCNU）腦內貼片、口服 Temozolomide（Temodal，帝盟多）、標靶藥 Bevacizumab（Avastin，癌思停）。Carmustine（BCNU）為腦內貼片，使用於手術後貼在無法清除部位的腦組織上，直接對腫瘤細胞進行破壞。Temozolomide（Temodal，帝盟多）是目前對於惡性腦瘤效果最佳、最常被使用的口服化療藥。除單獨口服治療外，也常與放射治療搭配使用。近幾年來，對於放射治療及口服 Temozolomide 未達適當改善或復發的惡性腦瘤，Bevacizumab（Avastin，癌思停）為目前首選之繼續治療藥物。

這些西醫治療或多或少都有副作用。頭部的放射治療會引起局部掉髮，並在治療範圍內的皮膚出現發炎、脫皮現象。經照射的腦組織會出現腦水腫，這可以是暫時性或長期性的，並因此引發腦壓上升導致頭痛、噁心嘔吐、食慾不佳等。口服 Temozolomide 常見的副作用包括倦怠、噁心嘔吐、食慾不佳、口瘡、便秘及頭痛等。以上這些副作用之治療指引於其他

章節已有相關論述，因此本章節主要論述與腦瘤治療最相關的副作用「頭痛」的治療診引。

【腦瘤患者西醫治療副作用頭痛中醫臨床治療路徑】



圖、腦瘤患者西醫治療副作用頭痛中醫臨床治療路徑

不論是放射治療或口服 Temozolomide (Temodal, 帝盟多), 此二種療法均屬溫熱性療法, 容易引發神室的痰火病機, 導致經絡氣機組滯而引發頭痛。我們將產生頭痛的中醫病機思維及建議治療用藥分述於下:

一、口服化學治療藥 Temozolomide (Temodal, 帝盟多)

(一) 痰阻神室

1. 病機及臨床症狀: 此藥性熱作用於神室, 熱藥傷陰煉液而成痰火阻滯於神室, 造成神室經絡氣機鬱滯, 經氣運行不暢, 將通未通而痛。由於痰阻神室氣機不降, 故此頭痛性質多為全頭脹痛, 且可能伴隨頭暈現象。
2. 治療用藥: 此類治法要清降痰火, 以地龍 3 錢 (科學中藥 1.5 克) 降氣化痰, 加淡竹葉生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、夏枯草生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、竹茹 3 錢 (科學中藥 1.5 克) 清利痰火。

(二) 氣逆神室

1. 病機及臨床症狀: 神室倚賴肝腎陰填精補髓, 此藥性熱作用於神室耗傷肝腎陰, 陰虛陽亢氣機上逆衝擊經絡便生頭痛。由於為陰虛陰火上逆, 故依經絡循行此頭痛多發作於兩側, 性質為脹痛。若同時導致胃氣上逆, 亦會同時出現噁心、嘔吐、泛酸等症。
2. 治療用藥: 治療方針以降氣瀉火為主, 可選用黃芩生藥 3 錢 (科學中藥 1.5 克)、黃連生藥 1 錢 (科學中藥 1 克)、黃柏生藥 1 錢 (科學中藥 1 克) 來直折上逆之火, 加上川牛膝生藥 3

錢（科學中藥 1.5 克）引氣下行，並搭配川芎生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）理氣止痛來治療。

二、放射治療：輻射熱邪直接照射造成神室損傷而引發頭痛，不同病機分述於下

（一）痰阻神室

1. 病機及臨床症狀：輻射熱邪傷陰煉液成痰火阻滯於神室，造成神室經絡氣機鬱滯，經氣運行不暢，將通未通而痛。由於痰阻神室氣機不降，故此頭痛性質多為全頭脹痛，且可能伴隨頭暈現象。
2. 治療用藥：此類治法要清降痰火，以地龍 3 錢（科學中藥 1.5 克）降氣化痰，加淡竹葉生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、夏枯草生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、竹茹 3 錢（科學中藥 1.5 克）清利痰火。

（二）熱傷動風

1. 病機及臨床症狀：輻射熱邪直接耗傷神室，造成陰虛動風而引發頭痛。由於為風動頭痛，故此頭痛發作不定時，以抽痛表現為主，且可能伴隨癲癇發作或局部肢體抽動等現象。
2. 治療用藥：治療方針以清熱熄風為主，可選用地蜈蚣生藥 5 錢（科學中藥 3 克）、石膏生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）來清熱，鱉甲生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、白芍生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）來養陰熄風，並加入寒性的祛風解痙藥，輕者用蟬蛻生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克），重者改以全蠍 3 錢（科學中藥 1.5 克）來治療。

（三）熱傷陰火

1. 病機及臨床症狀：神室倚賴肝腎陰填精補髓，放射熱邪耗傷神室肝腎陰，導致陰虛陰火氣機上逆衝擊經絡而生頭痛。此頭痛依經絡循行多發作於兩側，性質為脹痛。若同時導致胃氣上逆，亦會同時出現噁心、嘔吐、泛酸等症。
2. 治療用藥：治療方針以滋陰瀉火為主，以生地生藥 5 錢（科學中藥 3 克）來養陰，搭配黃芩生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、知母生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、玄參生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、青蒿生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）、茵陳生藥 3 錢（科學中藥 1.5 克）來清瀉陰火。

癌症患者西醫治療副作用喘咳、胸悶心悸 中醫臨床治療路徑

【前言】

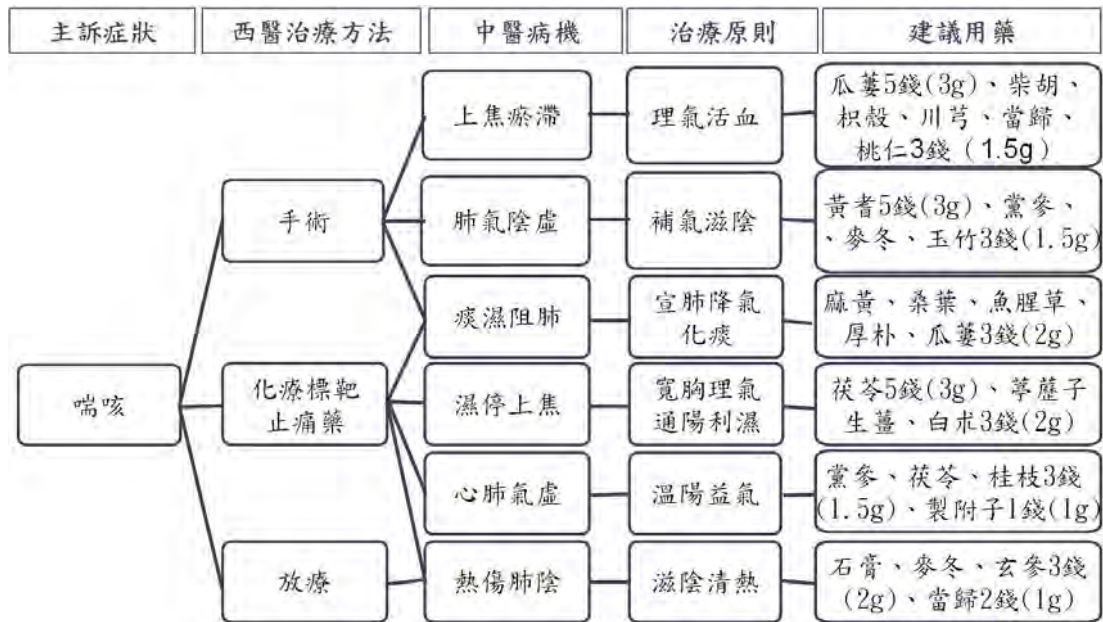
癌症患者使用化療藥、標靶藥治療過程中，大約有 5~20% 會產生心臟毒性的現象，其中以俗稱小紅莓類的 Doxorubicin (Adriblastina, 速溶艾黴素) 及 Epirubicin (Pharmorubicin, 速溶泛艾黴素) 等藥最為有名，發生時間可能數月或數年之久，其中包括心律不整、周邊水腫、喘、疲倦、胸悶等症狀，有些損害是不可逆的。

一般來說，年紀特別小或是較長的患者，出現心臟毒性的機會比較高，此外，若病人在接受癌症治療之前就已經罹患心衰竭、心血管疾病，或是使用劑量過高，或是同時併用多種癌症治療（化療、標靶、放療），其發生心臟毒性的機會更是較一般人來得高。

目前認為其形成的病理機轉，與引起氧化壓力有關 (Oxidative stress)，因為心肌細胞的抗氧化能力較差，且含有豐富的粒線體，因此容易成為氧化壓力形成的 ROS (Reactive oxygen species) 攻擊目標，使得心肌細胞受到破壞而纖維化，造成心臟功能缺損。

另外，大約有 3~5% 患者會產生肺毒性，若合併其他抗癌藥或放射線治療、或過去曾罹患肺部疾病、有吸菸習慣者，會更提高發生率至 10%，例如：歐洲紫杉醇 Docetaxel (Taxotere, 剋癌易) 會引起間質性肺炎，其發生的機轉與延遲性過敏反應有關，若再加上 Gemcitabine (Gemzar, 健擇) 或 Irinotecan (Campto, 抗癌妥)，則會提高發生不良反應的機率。通常會在治療後三個月內會出現，諸如：咳嗽、喘、胸悶、呼吸困難、低血氧、肺浸潤、肋膜積水、肺水腫等症狀。

【癌症患者西醫治療副作用咳喘中醫臨床治療路徑】

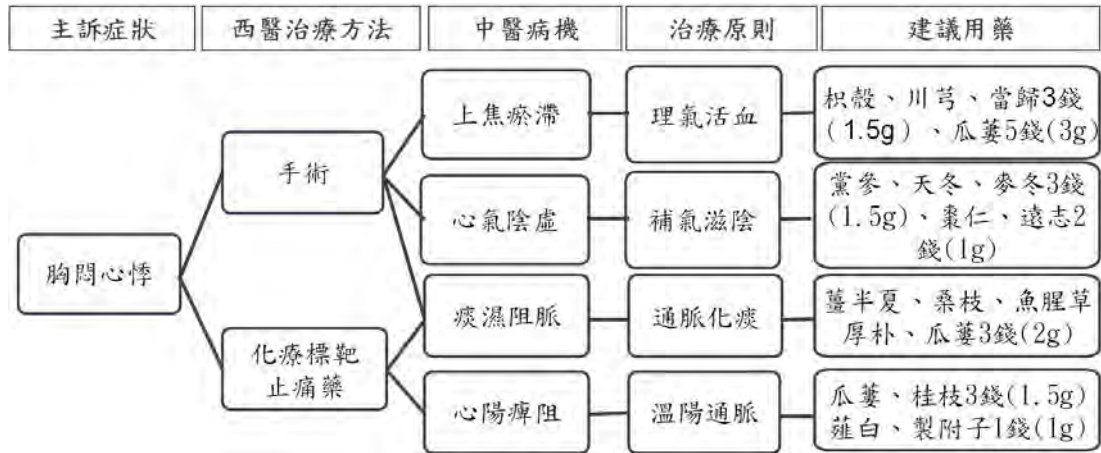


肺的生理功能是主宣發、肅降，所以，肺氣失宣、肺氣不降都會導致咳嗽。而喘，疾息也，症見：呼吸急促、胸脹氣粗、嚴重時呼吸困難，甚至張口抬肩（肩息）、鼻翼煽動、不能平臥、動則氣促為特徵，其病機主要是因為「宗氣壅滿而脹+氣上逆」而產生這個症狀。喘與咳不一定會合併出現，但是主要都是因為肺胸中之氣運行出問題而導致的症狀，所以，在此列入一起討論。

1. 上焦瘀滯：手術時，勢必會對上焦產生破壞，其病理產物瘀滯於組織、脈管之間，使得胸中陽氣向外輸送的過程遇到阻礙，產生喘咳的症狀，這時必須先使用理氣活血的藥物，改善瘀滯的情形，建議選用：瓜蒌五錢（科學中藥 3g）、柴胡、枳殼、川芎、當歸、桃仁各三錢（科學中藥 1.5g）。
2. 肺氣陰虛：手術過程中，會拿掉一些臟腑組織，減少臟腑的整體運作能力，常見有肺氣陰虛的症狀，例如：右寸脈沉細弱、稍運動則喘促咳嗽、語音低微、怕風等，這時，在手術後一星期，沒有感染、化膿等惡化現象時，可於理氣活血藥物中，酌加些補氣滋陰的藥物，例如：黃耆五錢（科學中藥 3g）、黨參、麥冬、玉竹各三錢（科學中藥 1.5g）。
3. 痰濕阻肺：手術後，因為肺的宣發能力不足，使得病理產物堆積，出現痰濕阻肺的現象，例如：咳嗽痰多，咽梗黏膩，痰如泡沫，胸悶喘促、身重懶言、肺水腫等，這時候就必須酌加些宣肺降氣化痰之品，來改善

- 症狀，建議使用：麻黃一錢（1g）、桑葉、魚腥草、厚朴、瓜蒌各三錢（科學中藥 2g）。而部分的化療藥、標靶藥、止痛藥，也會因為其在治療過程中，壓抑氣機，產生痰濕阻肺的現象，治療方法雷同。
4. 濕停上焦：這是指在治療之後出現水濕停滯於肋膜間、心包膜間的現象，例如：肋膜積水、心包膜積水等，會出現胸部疼痛、喘促的現象。這時，必須藉由寬胸理氣、通陽利濕的方法來運化水濕，建議使用茯苓五錢（科學中藥 3g）、葶歷子、生薑、白朮各三錢（科學中藥 2g）等藥物。
 5. 心肺氣虛：肺的陽氣來自於心陽，有些寒性的藥物會直接壓抑心陽的輸出，而出現肺氣虛的現象，這時就必須使用些溫陽益氣之品，推動心陽以溫煦肺氣，建議使用黨參、茯苓、桂枝各三錢（科學中藥 1.5g）、製附子一錢（科學中藥 1g）。
 6. 熱傷肺陰：有些熱性的藥物、或者接受放療時，其熱毒耗傷肺陰，會出現煩燥、喘咳、咽乾的症狀，這時就必須選用石膏、麥冬、玄參各三錢（科學中藥 2g）、當歸二錢（科學中藥 1.5g）等藥材以滋肺陰、清肺熱。

【癌症患者西醫治療副作用心悸胸悶中醫臨床治療路徑】



胸悶又可稱胸痞、胸滿、胸中痞滿，是指自覺胸中堵塞不暢、滿悶不舒，主要是因為胸中陽氣送不出來。

心悸是指任何意識到心臟活動的感覺，它通常會讓人感到不適，可能是心率加快、或是心肌強力收縮所造成，也可能不是心臟疾病，它亦可見於心跳正常時。在中醫認為，虛損或者是氣機受到阻滯都有可能產生心悸。胸悶心悸是病患常會合併在一起的主訴，茲將主要的中醫病機分述如下：

1. 上焦瘀滯：手術時，勢必會對上焦產生破壞，其病理產物瘀滯於組織、脈管之間，使得胸中陽氣向外輸送的過程遇到阻礙，產生胸悶心悸的症狀，這時必須先使用理氣活血的藥物，改善瘀滯的情形，建議選用：枳殼、川芎、當歸各三錢（科學中藥 1.5g）瓜蒌五錢（科學中藥 3g）。
2. 心氣陰虛：手術過程中，會拿掉一些臟腑組織，減少臟腑的整體運作能力，常見有心氣陰虛的症狀，例如：左寸脈沉細弱、容易疲倦、心慌心悸、眠差等，這時，在手術後一星期，沒有感染、化膿等惡化現象時，於理氣活血藥物中，酌加些補氣滋陰的藥物，例如：黨參、天冬、麥冬各三錢（科學中藥 1.5g），酸棗仁、遠志各二錢（科學中藥 1g）。
3. 痰濕阻脈：手術後，因為臟腑功能不足，加上病理產物的堆積，會產生痰濕阻脈的現象，例如：苔白厚膩、痰多、胸悶、飲水或吃乳製品過多之後容易心悸等，這時候就必須酌加些通脈化痰之品，來改善症狀，建議使用：薑半夏、桑枝、魚腥草、厚朴、瓜蒌各三錢（科學中藥 2g）。而部分的化療藥、標靶藥、止痛藥，也會因為其在治療過程中，壓抑氣機，產生痰濕停滯阻脈的現象，治療方法雷同。
4. 心陽痺阻：部分寒性藥物，例如：太平洋紫杉醇 Paclitaxel (Taxol，汰

癌勝)、歐洲紫杉醇 Docetaxel (Taxotere, 剋癌易) 及高劑量小紅莓 Epirubicin (Pharmorubicin, 速溶泛艾黴素), 因為會引起鬱血性心臟衰竭, 故會直接影響心臟陽氣之輸佈而出現胸悶心悸、脈弱或結代等心陽痺阻的現象, 這時就必須溫陽通脈, 可選用瓜蒌、桂枝各三錢 (科學中藥 1.5g)、薤白、製附子各一錢 (科學中藥 1g)。

【參考文獻】

1. 臺灣癌症臨床研究合作組織大腸癌工作群編撰小組：大腸癌臨床診療指引，國家衛生研究院，台北 2010; pp. 23-115.
2. 臺灣癌症臨床研究合作組織胃癌工作群編撰小組：胃癌臨床診療指引，國家衛生研究院，台北 2012; pp. 27-87.
3. 臺灣癌症臨床研究合作組織肺癌研究委員會：肺癌臨床指引，國家衛生研究院，台北 2004; pp. 1-65.
4. 臺灣癌症臨床研究合作組織婦癌工作群編撰小組：婦癌臨床診療指引，國家衛生研究院，台北 2011; pp. A1-F42.
5. 臺灣癌症臨床研究合作組織鼻咽癌工作群編撰小組：鼻咽癌臨床診療指引，國家衛生研究院，台北 2011; pp. 45-98.
6. 臺灣癌症臨床研究合作組織乳癌研究委員會：乳癌之診斷與治療共識，國家衛生研究院，台北 2004; pp. 12-26.
7. 臺灣癌症臨床研究合作組織顱內腫瘤研究委員會：腦瘤之診斷與治療共識，國家衛生研究院，台北 2004; pp. 1-22.
8. 癌症登記線上互動查詢系統：衛生福利部國民健康署，台北 <https://cris.hpa.gov.tw/>
9. National Cancer Institute，American <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects>
10. Ann M. Berger, Amy Pickar Abernethy, Ashley Atkinson, et al: Cancer-Related Fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2013.
11. 蔡佩芬、許育瑋、林慧娟，從NCCN指引談癌因性疲憊的治療，第30卷第2期，Jun. 30 2014藥學雜誌，第119冊。
12. 石永剛、常風鳴、李甸源：瘡瘍靈聯合貝復劑治療急性放射性皮膚損的臨床觀察。中國藥房 2008; 19(20): 1567-1568.
13. 施航：中西醫結合緩解乳腺癌口服阿那曲唑引起骨關節、肌肉痛24例。中國中醫藥科技 2012; 19(6): 564-565.
14. Lo LC, Chen CY, Chen ST, Chen HC, Lee TC, Chang CS.: Therapeutic efficacy of traditional Chinese medicine, Shen-Mai San, in cancer patients undergoing chemotherapy or radiotherapy: study protocol for a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Trials*. 2012; 3(13): 232.

15. 郭智濤、李雪真、路豔星：溫中和胃法改善乳癌化療後遲發性噁心、嘔吐的臨床觀察。世界中醫藥 2011; 6(1): 16-21.
16. 王雪珍：托烷司瓊聯合健脾理氣止嘔中藥預防乳腺癌術化療所致噁心嘔吐療效觀察。臨床合理用藥 2011; 4(4): 77.
17. Stupp R, Mason WP, van den Bent MJ, et al.: Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. N Engl J Med 2005; 352(10): 987-96.
18. Stupp R, Hegi ME, Mason WP, et al.: Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. Lancet Oncol 2009; 10(5): 459-66.
19. 侯瑩、聶春蘭：扶正中藥輔助治療腫瘤的研究進展。醫學綜述 2014; 20(5): 2728-2730.
20. Chang L, Su J, Jia X, Ren H. Treating malignant glioma in Chinese patients: update on temozolomide. Onco Targets Ther. 2014; 7: 235-244.
21. 李炯輝、劉瑩：中藥治療腫瘤放射治療後損傷的臨床研究進展。環球中醫藥 2012; 4(11): 869-872.
22. Pignon, Jean-Pierre, et al. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. Radiotherapy and Oncology. 2009; 92(1): 4-14.
23. Pak-Kwan Hui : Current topic on Chinese medicine managing side effects of cancer treatment , IG Publishing , HK 2009; 3: pp.71-121.
24. Zhe, Hong, et al. Prevention and Treatment of Oral Mucositis Caused By Radiotherapy in Patients With Nasopharyngeal Carcinoma . Journal of ningxia medical college. 2000; 2: 010.
25. Arany I., Safirstein R.L. Cisplatin nephrotoxicity. Semin Nephrol. 2003; 23: 460-464.
26. 廖繼鼎：臨床腫瘤學，合記圖書出版社，台北 2010; 3: pp. 839-914.
27. 付麗琴、章健：乳腺癌術後中醫方藥應用概況。北方藥學 2011; 8(8): 81-82.
28. 李琳、宋愛莉：乳癌根治術後對側乳房腫塊的中西醫結合診治。山東中醫藥大學學報 2002; 26(3): 177-178.

29. 孫紅、薛冬、高非、歐陽濤、李萍萍：中藥舒肝涼血方改善乳腺癌患者潮熱的臨床研究。中國中西醫結合雜誌 2009; 29(1): 30-33.
30. 時璇、林細吟、劉可、張麗娟、馬敬香：乳腺癌術後化療患者睡眠質量及相關因素分析。護理學報 2012; 19(3B): 67-70.
31. 孫振、崔珺、朱役、曹銀、孫艷麗、王忠：當代名中醫治療腦瘤經驗探析。遼寧中醫藥大學學報 2014; 16(4): 59-61.
32. 張雲飛、劉培民：中醫藥治療腦瘤的研究進展。中醫臨床研究 2015; 7(29): 145-146.
33. 侯瑩、聶春蘭：扶正中藥輔助治療腫瘤的研究進展。醫學綜述 2014; 20(5): 2728-2730.
34. 王雪華：中醫辨證聯合西藥治療腦膠質瘤研究進展。遼寧中醫藥大學學報 2015; 17(9): 216-218.
35. 田洪武、許軍、劉青、蘇玉紅：自擬腦瘤方輔助化療治療腦膠質瘤的可行性及有效性分析。中國腫瘤臨床與康復 2015; 22(3): 286-288.

臨床教學指引

大腸癌中醫臨床指引

前言

- 臺灣地區大腸癌好發在 50-60 歲中年人，在十大癌症中佔第三位，其發生率和死亡率亦佔第三位。
- 主要是腺癌，而發生部位已職昌及節長為最常見。
- 主要與生活習慣有關，包括高蛋白性肉類、多脂肪及經致食物、少蔬果等飲食習慣、抽菸、喝酒、肥胖、缺乏運動等，少部分是因為老化，遺傳造成。
- 常見的症狀為便血、排便習慣改變、體重減輕、食欲不振、噁心嘔吐、腹脹腹痛、貧血，腹部不適、隱痛、腸阻塞而隨時享排便，排使用力。
- CEA，又稱腫瘤胚胎抗原，係從大腸直腸癌細胞分離出來的蛋白，即是正常細胞所沒有的，因此它在血中濃度會隨著大腸癌的發生而升高，臨床上，CEA 用於手術後，腸癌有否再發的偵測之用。
- 治療上目前仍以外科手術為主，除腫瘤部位之外，通常也將附近的組織與淋巴移除。另外也有放療及化療及標靶藥物。放療分微手術錢及手術後及合併化療之放射線治療。化療則包括口服與注射，口服以 5-FU 相關藥物為主，注射則以 Oxaliplatin 與 irinotecan 為主。
- 大腸癌是由於正虛感邪、內傷飲食及情志失調引起的，以濕熱、瘀毒蘊結於腸道，傳導失司為基本病機，以排便習慣與糞便性狀改變，腹痛，肛門墜痛，里急後重，甚至腹內結塊，消瘦為主要臨床表現的一種惡性疾病。
- 中醫學無「大腸癌」這一名稱，從其發病及臨床特徵分析，應屬中醫學的「腸積」、「積聚」、「症瘕」、「腸覃」、「腸風」、「臟毒」、「下痢」、「鎖肛痔」等病的範疇。
- 《外科大成·痔漏》有鎖肛痔的描述：「肛門內外如竹節鎖緊，形如海蜇，裏急後重，便糞細而帶扁，時流臭水。」
- 可能亦相當於肛管癌、直腸癌的臨床表現。
- 基本方：白花蛇舌草、半枝蓮、夏枯草、鳳尾草、薏苡仁

大腸癌—便血

臨床症狀	症狀特徵	病因病機	治則	針灸處方
便血	便血鮮紅	濕熱蘊結 腸絡受損	清化濕熱 涼血止血	血海、曲池 梁丘
	便血紫黯	中氣虧虛 血溢腸胃	益氣攝血	關元、天樞 足三里
	便血溏薄	中焦虛寒 血溢腸胃	健脾溫中 養血止血	太白、公孫 三陰交

大腸癌—便秘

臨床症狀	症狀特徵	病因病機	治則	針灸處方
便秘	大便乾結 按之作痛	腸胃積熱 津傷便結	清熱潤腸	梁丘、陷谷 內庭
	大便秘結 如粟	血虛津少 腸失濡潤	養血潤腸	三陰交 足三里
	大便艱澀 四肢不溫	脾腎陽虛 陰寒凝結	溫陽通便	氣海、關元 腎俞

大腸癌—腹瀉

臨床症狀	症狀特徵	病因病機	治則	針灸處方
------	------	------	----	------



大腸癌	證型	症狀	治則	處方	穴位
	濕熱下注	腹部陣痛，便中帶血或粘液膿血便，里急後重，或大便干稀不調，肛門灼熱，或有發熱、噁心、胸悶、口乾、小便黃等症，舌質紅，苔黃膩，脈滑數。	清熱利濕，化瘀解毒。	槐角丸	蠡溝、內庭、曲池
	脾腎陽虛	腹痛喜溫喜按，或腹內結塊，下利清谷或五更泄瀉，或見大便帶血，面色蒼白，少氣無力，畏寒肢冷，腰酸膝冷，苔薄白，舌質淡胖有齒痕，脈沉細弱。	溫補脾腎。	附子理中湯	足三里、中脘、關元
	氣血兩虛	腹痛綿綿，或腹內結塊，肛門重墜，大便帶血，泄瀉，面色蒼白，唇甲不華，神疲肢倦，心悸氣短，頭暈目眩，形瘦納少，苔薄白，舌質淡，脈沉細無力。	補氣養血。	八珍湯。	足三里、三陰交、氣海

瘀毒內阻	腹部拒按，或腹內結塊，里急後重，大便膿血，色紫暗，量多，煩熱口渴，面色晦暗，或有肌膚甲錯，舌質紫暗或有瘀點、瘀斑，脈澀。	活血化瘀，清熱解毒。	膈下逐瘀湯	血海、內庭、合谷
肝腎陰虛	腹痛隱隱，或腹內結塊，便秘，大便帶血，腰膝酸軟，頭暈耳鳴，視物昏花，五心煩熱，口咽乾燥，盜汗，遺精，月經不調，形瘦納差，舌紅少苔，脈弦細數。	滋腎養肝。	知柏地黃丸	太谿、中封、三陰交

參考資料

1. 邱瀚模：早期大腸癌的篩檢、診斷與治療。中華民國癌症醫學會雜誌，24(3)，2008.148-156
2. 姚遠賢 謝東呈 蘇淑芬 王守玉：現今大腸癌之治療趨勢。弘光學報 65 期，2011.72-92
3. 孫桂芝實用中醫腫瘤學 王國辰 中國中醫藥出版社. 2009.p292-309
4. 常用腫瘤中醫診療精要 周宜強 楊建宇 孫永章 人民衛生出版社 2008.p237-251
5. 中醫抗癌療法 楊建宇 孫永章 化學工業出版社 2011.p64-70

乳癌中醫臨床指引

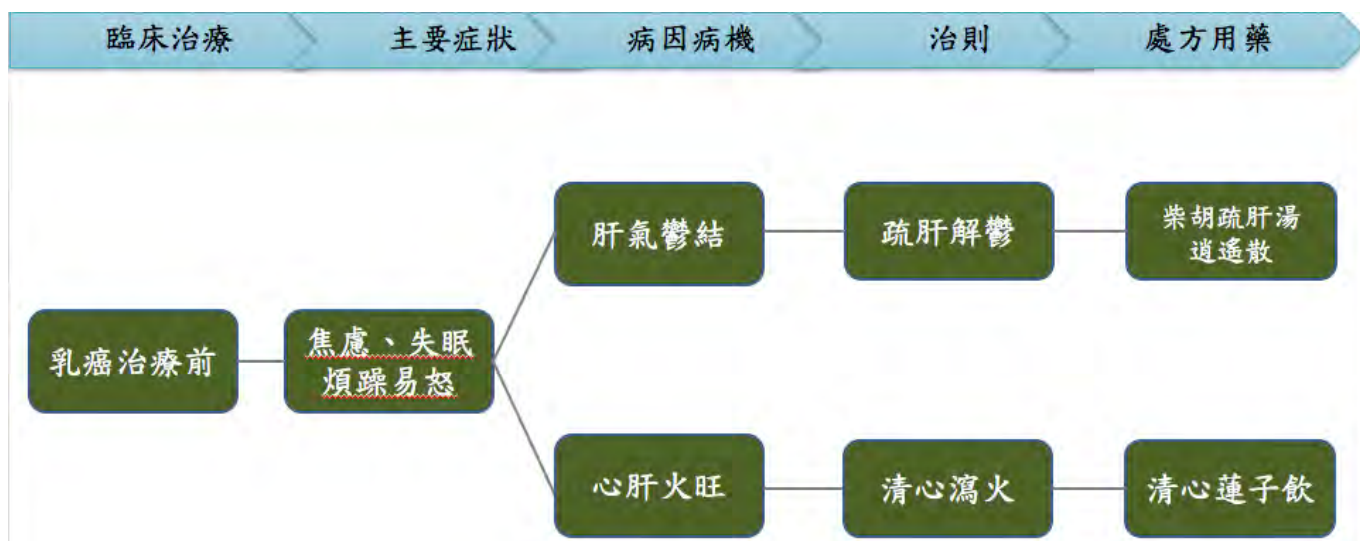
前言

- 臺灣乳癌發生率及死亡率日益增加，排名十大癌症第四位，在女性癌症中更是排名首位，成為女性癌症頭號殺手。
- 根據統計，好發於 45-59 歲中年婦人，且高社經地位、初經早、生育數較少、初次懷孕較晚的女性乳癌的發徵率較高。
- 危險因子包括肥胖、少運動、飲酒、更年期症狀使用荷爾蒙療法。
- 臨床表現包括乳房皮膚變厚、腫脹、硬塊、凹陷或皮疹；無痛或不尋常疼痛；乳頭出現分泌物；形狀改變等症狀最常見。
- 治療方法包括外科手術腫瘤切除及完全切除、放射療法、化學治療、標靶治療等
- 關於乳癌，中醫最早記載為「石癰」，而「乳岩」，又名「癩岩」、「乳石癰」、「妒乳」、「乳發」等皆與乳癌相似。類似乳癌侵犯皮下組織和淋巴管後，使皮膚組織粗糙，出現「橘皮樣」變化。
- 七情所傷，憂思氣結，肝失調答，肝郁氣結，氣機不暢，致經絡阻塞，

臟腑失調，積結成核。

- 外在環境中各種邪毒或刺激，形成致癌因素，侵入體內而致病。
- 治療上多以「扶正」、「去邪」為主要原則。
- 罹病初期，正氣尚存，以去邪為主；罹病中期，治療以去邪、扶正兼顧；後期則以扶正為主，去邪為輔。
- 經常規治療後產生的諸多副作用，以中醫作輔助治療，改善副作用，減少身體不適，提高生活品質，減少轉移或復發，提高存活率。

失眠、焦慮



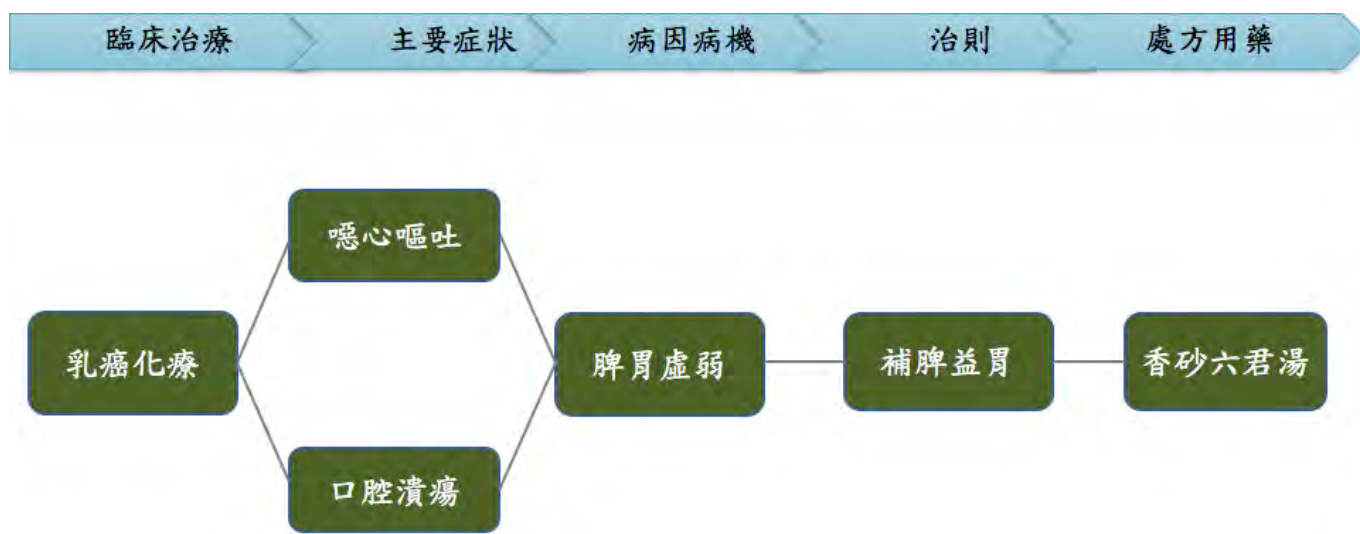
手術後虛弱



白血球降低、免疫力下降



噁心嘔吐、口腔潰瘍



掉髮

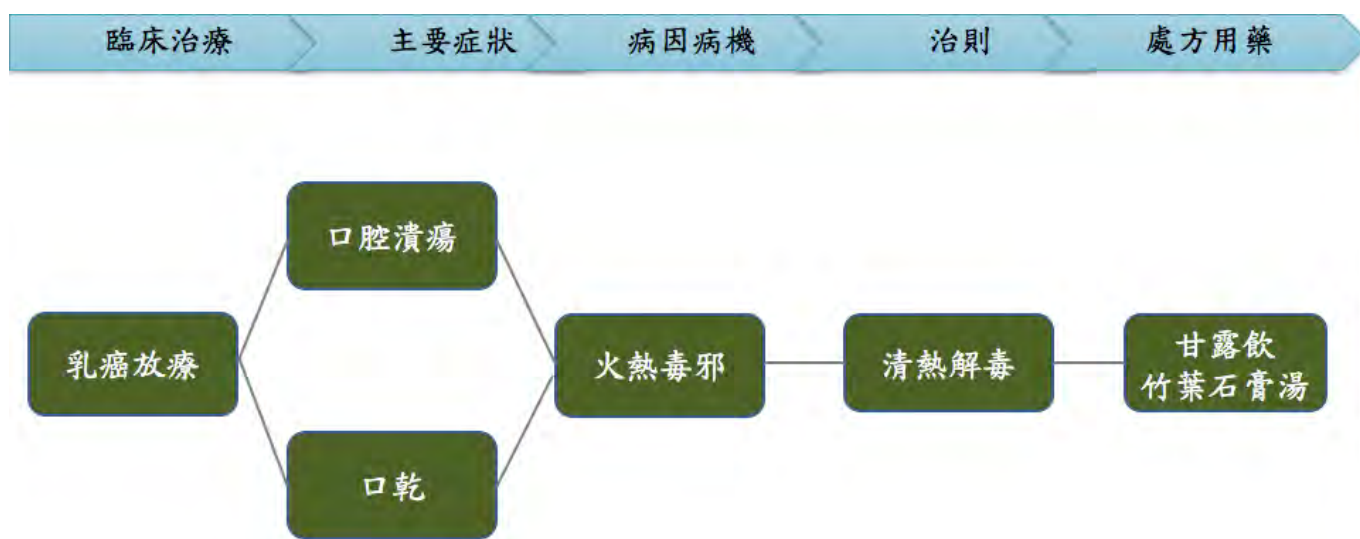


熱潮紅



	證型	症狀	治則	處方	穴位
乳 癌	肝氣鬱滯	情緒不穩定，心情煩悶，精神抑鬱，急躁易怒，乳房腫塊脹痛，兩脅作脹，伴隨胸肋苦滿，口苦咽乾，目眩，脈弦	疏肝理氣	加味逍遙散 柴胡疏肝湯 加減	太衝穴、陽陵泉穴、神門穴、四神聰
	肝腎陰虛	兼有月經失調異常，手足心熱，腰腳酸軟，口干潮熱，失眠煩躁，兩肋隱痛，腰膝痠軟，兩目乾澀、頭暈耳鳴，咽乾，盜汗等	滋補肝腎	知柏地黃丸 二至丸加減	三陰交穴、足三里穴、關元穴、內關穴
	熱毒瘀結 正虛邪實	乳房有硬結，紅腫疼痛，甚至化膿潰爛，口乾口苦，舌質暗紅苔白，脈滑數	清熱解毒 扶正祛邪	龍膽瀉肝湯 合白花蛇舌草加減	合谷穴、曲池穴、血海穴、上巨虛穴
	氣滯血瘀	手術後肢體，肩頸腫脹堅硬，麻木脹痛，活動受限	理氣活血	疏經活血湯 加減 桃紅四物湯 加減	肩井、肩貞、天宗、臑俞
	陰虛火旺 溫燥傷肺	放療後造成的皮膚炎，機慢性呼吸道發炎，肺炎等	清燥 養陰潤肺	甘露飲加減 清燥救肺湯 加減	肩井、太淵、尺澤、商陽、合谷

口腔潰瘍、口乾



皮膚暗沈、色素沈澱



參考資料

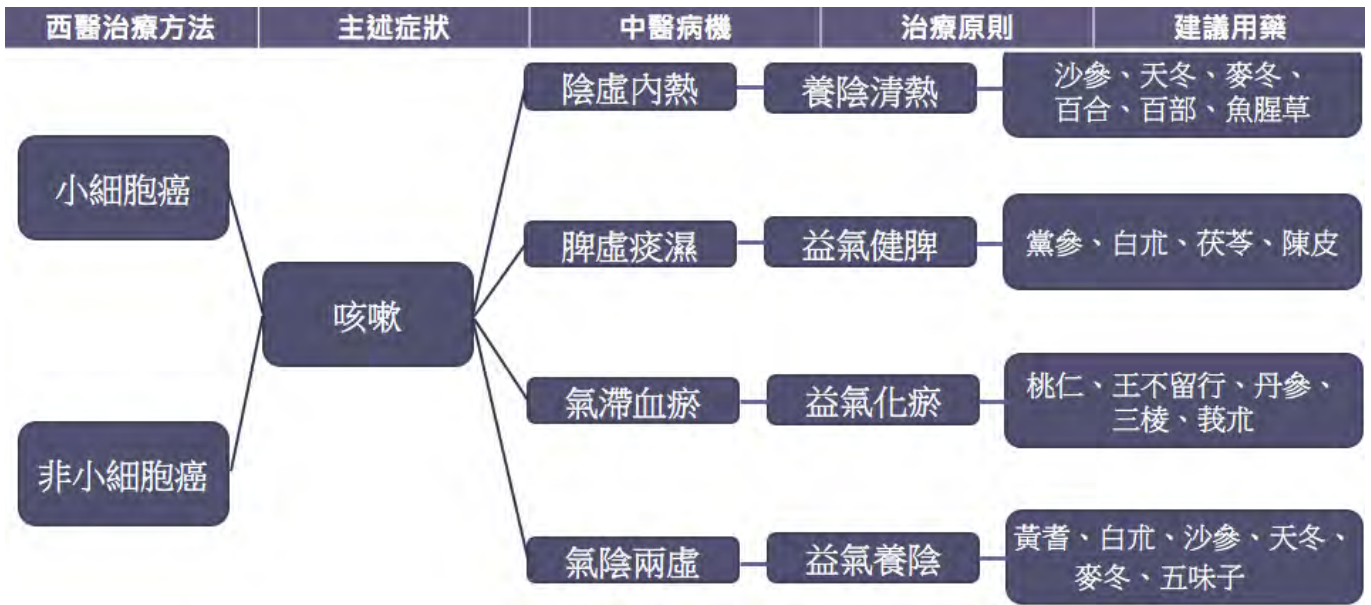
1. 林璟宏：乳癌的化學治療。臺灣醫學, Formosan Journal of Medicine, 17(4), 2013, 404-411
2. 季瑋珠：臺灣乳癌。中華公共衛生雜誌, Chinese Journal of Public Health, 16(1), 1997, 62-76
3. 呂世明：乳癌中醫關觀點。中華推拿與現代康復醫學雜誌, 2(1), 2005, 61-69
4. 黃碧松, 賴鎮源：乳癌的臨床診置思維, 25(1), 2014, 63-91.
5. 羅明宇：中醫藥緩解乳癌-術後放療化療併發症之淺談。傳統醫學雜誌, 19(1), 52-56.

肺癌中醫臨床指引

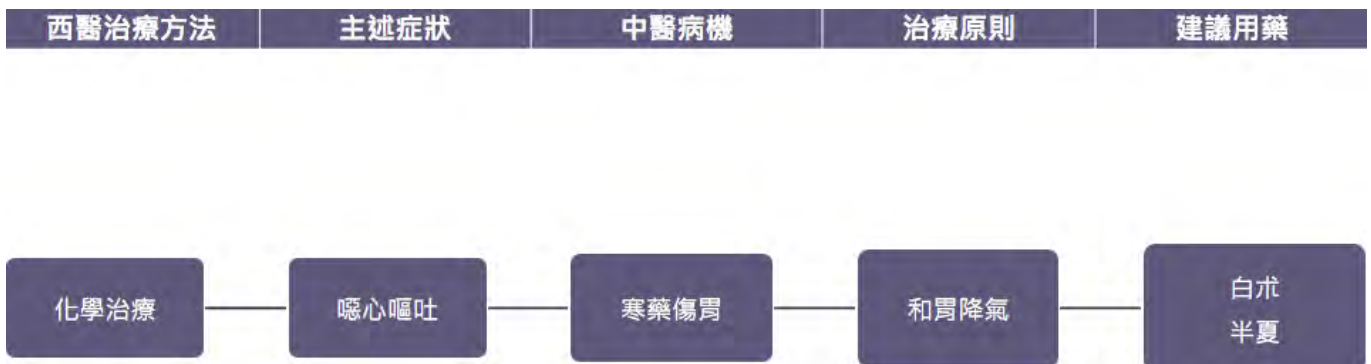
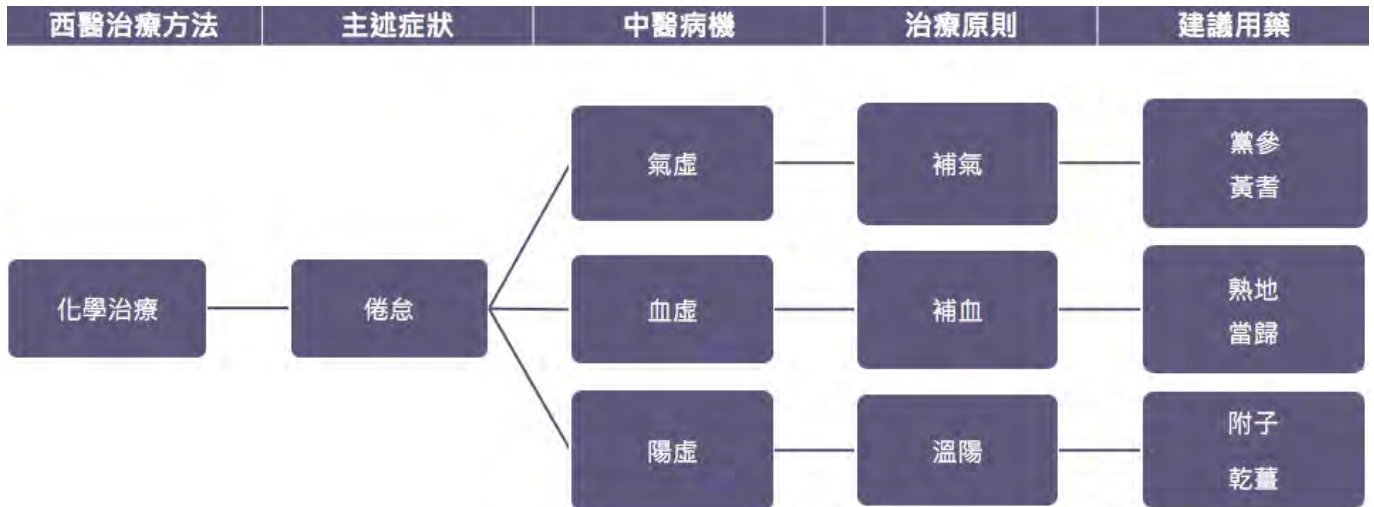
前言

- 肺癌為十大癌症第一位，在男性癌症死亡率第二位，女性癌症死亡率第一位。
- 大多數罹癌的患者與吸菸有關，其他則是吸入汙染物，包括二手菸、空氣汙染、致癌物質、遺傳有關
- 分為小細胞癌及非小細胞癌，非小細胞癌又分為腺癌、鱗狀上皮癌及大細胞癌。
- 非小細胞癌較為常見，癌細胞的生長與擴散較為緩慢，治療上以手術為主，但大部分非小細胞患者發病時都適及並晚期。
- 小細胞癌生長快速且易擴散，治療上較無法以手術切除，主要以化學治療及放射治療為主。
- 症狀包括有咳嗽、胸痛、咳血、痰中帶血絲、呼吸困難、發燒、食慾不振、體重減輕等。
- 治療方式有手術、放療、化療、標靶治療、合併治療、光動力學療法、雷射燒灼以及近接放射線治療等等。
- 肺癌於中醫學屬於肺積範疇，於古代文獻中，會因為其造成症狀的不同而有咳嗽、咯血、胸痛等不同的病名記載。
- 《雜病源流犀燭·積聚癥瘕痞痞源流》中提到：「邪積胸中，阻塞氣道，氣不宣通，為痰為食為血，皆得與正相搏，邪既勝，正不得而制之，遂結成形而有塊。」可知此病多因本虛標實，正不勝邪而致。
- 正氣虛損、臟腑陰陽失調是患病的主要內在原因。另外飲食、勞倦所傷、飲食不節，勞倦過度而致脾失健運；邪毒外襲六淫邪毒，侵淫肺臟；情志所傷、氣機鬱滯，血行不暢，皆為病因。
- 病機為臟腑陰陽氣血的失調，肺臟虛弱，在此基礎上，痰濁、水濕、氣滯、瘀血等搏結日久，積滯而成。
- 肺癌早期：以邪實為主，治當行氣活血、化瘀軟堅和清熱化痰、利濕解毒。
- 肺癌晚期：以正虛為主，治宜扶正祛邪，採用養陰清熱、解毒散結及益氣養陰、清化痰熱等方法。

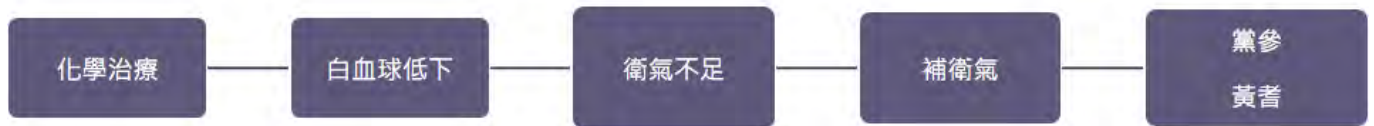
咳嗽



化學治療常見副作用臨床治療路徑

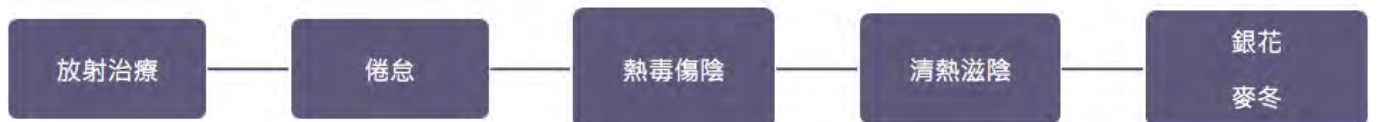


西醫治療方法	主述症狀	中醫病機	治療原則	建議用藥
--------	------	------	------	------



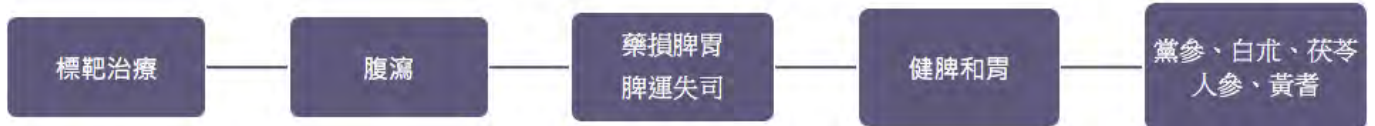
放射治療常見副作用臨床治療路徑

西醫治療方法	主述症狀	中醫病機	治療原則	建議用藥
--------	------	------	------	------



標靶治療常見副作用臨床治療路徑

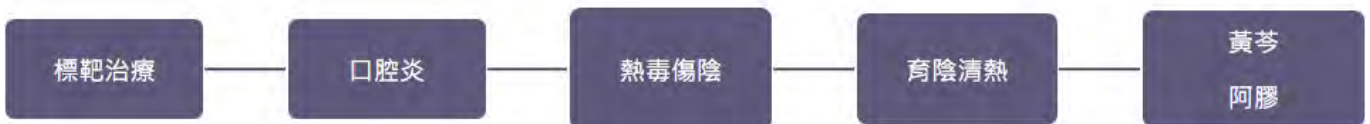
西醫治療方法	主述症狀	中醫病機	治療原則	建議用藥
--------	------	------	------	------



西醫治療方法	主述症狀	中醫病機	治療原則	建議用藥
--------	------	------	------	------



西醫治療方法	主述症狀	中醫病機	治療原則	建議用藥
--------	------	------	------	------



證型	症狀	治則	處方	穴位
氣滯 血瘀	咳嗽不暢，胸痛如錐刺，痛有定處，或胸悶氣急，或痰血暗紅，口乾、便秘，口唇紫暗，舌暗紅或紫暗，有瘀斑、瘀點、瘀條等，舌苔薄，脈細澀或弦細	理氣活血	桃紅四物湯 加減	合谷、天樞
痰瘀 蘊結	咳嗽，咳痰，痰白粘稠，或黃粘痰，伴氣喘，胸悶胸痛，舌質暗紅或紫暗，苔白膩或黃厚膩，脈弦滑或滑數	分消痰瘀 滌痰開竅	滌痰湯 加減	陰陵泉、豐隆
陰虛 毒熱	咳嗽無痰或痰少而粘，或痰中帶血或咯血量多不止，伴胸痛氣急，心煩少寐，潮熱盜汗，或壯熱不退，口乾渴，小便黃赤，大便乾結，舌質紅，苔乾黃，或光剝無苔，脈細數或數大	滋陰清熱	沙參麥冬湯 合五味消毒 飲	尺澤、魚際
氣陰 兩虛	咳嗽痰少，或痰稀粘稠，咳聲低弱，氣短喘促神疲乏力，微惡風寒，或有胸背部隱隱作痛，自汗或盜汗，口乾少飲，舌質紅、少苔，脈細弱	益棄養陰	人參養榮湯 加減	復溜、後溪

參考資料

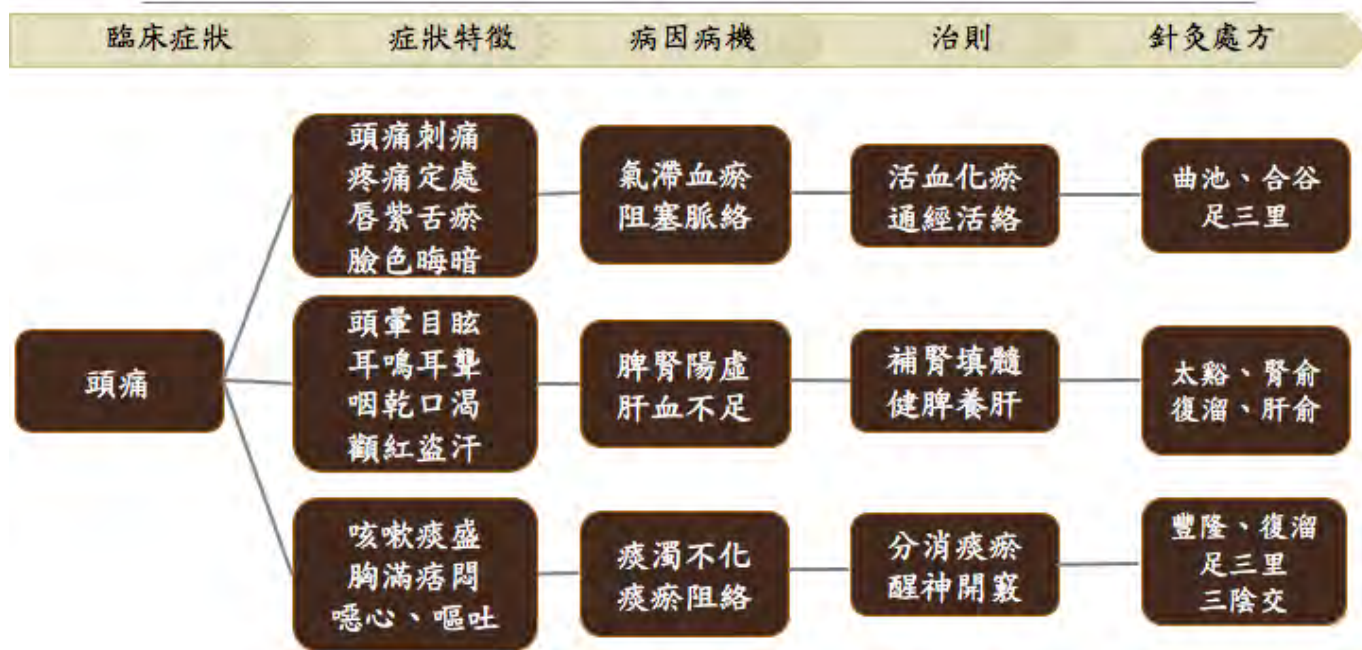
- 蘇三稜:肺癌證治方藥。中醫藥研究論叢,9(1),2006,24-33.
- 李長殷,應純哲,蕭宜芬等:化療肺癌患者使用中醫輔助療法前後自覺健康狀況差異分析。臺灣中醫醫學雜誌,11(2),2013,47-62.

腦瘤中醫臨床指引

前言

- 腦瘤分為良性與惡性腦瘤。惡性腦瘤又可分為原發性與轉移性腦瘤，好發於兒童及中年。
- 腦瘤是兒童癌症號發的第二位，男生比女生多，最常見的兒童腦瘤微星狀細胞瘤、骨髓母細胞瘤、胚細胞瘤等。成人則是惡性焦職細胞瘤。
- 因為顱部的體積有與，隨著腫瘤細胞不斷增大而壓迫組織，影響神經功能而產生症狀，包括肢體無力、偏癱、視覺異常、癲癇、抽搐等。
- 若腫瘤壓迫下視丘則會造成內分泌異常
- 若腫瘤壓迫，造成腦部發生水腫造成顱內壓上升，會出現噁心嘔吐、頭痛等症狀
- 若腫瘤壓迫小腦則會造成運動平衡失調，步態不穩等情況。
- 若腫瘤持續增大，持續壓迫腦部組織使腦部嚴重水腫，則腦壓更高，則患者會意識遲鈍、甚致昏迷。
- 治療可分為手術切除、放療及化療。
- 中醫古籍中，未明確記載“腦瘤”一詞，據其表現，較為接近的屬於“厥逆”、“真頭痛”、“頭風”等範疇。
- 頭為諸陽之會，清陽之府，五臟六腑之氣血皆上會於頭，不論外感六邪或臟腑內傷七情，都可經由經絡、氣血影響頭部。
- 外感風寒、毒邪入侵，造成體內痰濕毒邪聚結。長期或突然的情志變動，影響臟腑正常機能，氣機失調，陽氣無法交會於腦，出現清陽不升，痰瘀互結之病機。
- 病因大抵是脾胃陽氣虛弱或肝腎陰虛，外有寒、毒邪入侵，以致痰濕、瘀毒結於髓海而成。
- 病機為風、火、痰濕、血瘀、氣滯相互作用相互影響，加上氣機失調，清陽不升，血行不暢，痰濕結聚，閉阻脈絡，導致腦瘤增生。
- 腦瘤早期，腫瘤尚小，正氣尚盛，瘀毒不深，多採用以攻為主，或大攻小補，或先攻後調；中期，腦瘤發展到一定程度，正氣亦傷，但正邪相爭勢均力敵，宜攻補並重；晚期，腫瘤已增至嚴重階段，正虛邪盛，患者不任攻伐，當扶正為主，少佐祛邪抗瘤藥。

腦瘤—頭痛



腦瘤—顏面神經麻痺



腦瘤—視覺障礙

臨床症狀

症狀特徵

病因病機

治則

針灸處方

視覺障礙

眼珠隱痛
視力漸減
視野遮隔

氣滯血瘀

行氣活血

睛明、球後
太陽、翳明
絲竹空

腦
瘤

證型	症狀	治則	處方	穴位
肝腎不足 腦髓虧虛	頭痛、頭脹、頭暈、噁心嘔吐、健忘、耳鳴、目視異常、腰膝痠軟、面色潮紅，舌紅少苔，脈細澀	滋補肝腎 益精填髓	六味地黃丸 加減	太溪、腎俞、復溜
肝膽實熱 肝陽上亢	頭痛劇烈，嘔吐，面目紅赤、大便乾結、口乾口苦，舌紅，苔薄黃或黃膩乾燥，脈數和絃數滑數	清熱解毒 平肝潛陽	龍膽瀉肝湯 加減	太衝、行間、風池、百會
痰瘀互結 瘀阻於內	頭暈頭痛、噁心嘔吐、半身不遂、身種倦怠、舌淡胖大苔白厚，脈滑數	分消痰瘀 滌瘀開竅	二陳湯加減	豐隆、復溜
脾胃虛弱 瘀阻水停	精神不振、納少脘脹、噁心嘔吐、食慾不振、腦瘤周圍水腫明顯	健脾益胃 引水下行	香砂六君湯 加減	足三里、三陰交
氣滯血瘀	頭痛劇烈、甚或刺痛、痛有定處，舌邊瘀斑，脈弦細	理氣活血	通竅活血湯 加減	曲池、合谷、足三里

參考資料

- 孫桂芝實用中醫腫瘤學 王國辰 中國中醫藥出版社. 2009.p103-118
- 常用腫瘤中醫診療精要 周宜強 楊建宇 孫永章 人民衛生出版社 2008.p83-94
- 中醫抗癌療法 楊建宇 孫永章 化學工業出版社 2011.p1-6

鼻咽癌中醫臨床指引

前言

- 鼻咽癌是東南亞華人盛行的癌症。即使是移居美國的華人罹患率仍高於當地人。男性高於女性。
- 好發於 40-50 歲中年，佔男性癌症好發率第十位。
- 發生原因包括遺傳、病毒感染及環境因素。
- 常見症狀為頸部淋巴腫大、頭頸部局部疼痛、口鼻出血、鼻咽症狀、聽力障礙或耳鳴、癌細胞侵入腦神經造成複視。
- 由於鼻咽癌鄰近顱底，沒有足夠的安全範圍工切除，且癌細胞極容易經由頸部淋巴腺轉移，手術也難以完全清除癌細胞，所以手術多為輔助性治療。鼻咽癌癌細胞對放射線非常敏感，因此放療為鼻咽癌治療的主要方式。化療則為晚期病患遠端轉移的治療方式。
- 鼻咽癌屬於中醫學的「鼻痔」、「鼻衄」、「鼻淵」、「上石疽」、「失榮」、「挖腦痧」等範疇。
- 中醫病因：正虛於內，邪毒趁虛侵襲，致臟腑功能失調，痰熱瘀毒等搏結於鼻竅，阻塞經絡，日久而成癌腫。
- 西醫病因：流行病學調查提示鼻咽癌病因可能與遺傳和 EB 病毒感染、工作環境的空氣污染、多食用醃漬食物或鹹魚、微量元素等因素有關。
- 辨證治療：早期鼻咽癌以放射線治療為主，中醫藥辨證扶正治療為輔，並兼治放射治療的副作用；晚期或復發的病人在化療或手術治療時也應配合中醫扶正治療。

鼻咽癌—鼻塞



鼻咽癌—耳鳴、耳聾



鼻咽癌	證型	症狀	治則	處方	穴位
	肝肺鬱熱	鼻塞不通，涕血或鼻衄，或有咳嗽，痰少而粘，口苦咽乾，煩躁易怒，頭暈頭痛等；舌質紅，苔黃，脈弦滑而數	清肺疏肝	丹梔逍遙散 合瀉白散	曲池、二間、三間、太衝、行間
	痰熱蘊結	鼻塞鼻流濁涕或涕中帶血，頸淋巴結腫大，重者可見口舌歪斜頭痛等；舌質晦暗，舌苔厚膩，脈弦滑或滑數	清熱化痰	清金化痰丸加減	豐隆、曲池、合谷、支正
	肺腎陰虛	頭暈目眩，耳鳴耳聾，視物不清，聲音嘶啞，腰膝酸軟，潮熱盜汗；舌質紅，少苔或苔薄黃，脈細數無力	滋腎益肺	麥味地黃湯加減	太谿、列缺、膻中
	火熱內困	頭痛頭暈，視物模糊，舌歪口苦咽乾，不能入睡，濁涕，鼻塞，舌紅，苔黃厚，脈弦滑或弦數	涼血解毒	清營湯加減	支正、二間、中渚

參考資料：

1. 陳朝宗,謝承融,林舜谷,吳龍源:中醫治療鼻咽癌患者放療後副作用研究。中醫藥研究論叢,15(1),2012,73-89.
2. 陳旺全:中醫治療鼻咽癌之治療探討。中醫藥研究論叢,5(1)2002,1-9.
3. 陳夢溪,張紅,蘇志新,毛丹:鼻咽癌中醫主證、證型及常用中藥文獻研究。湖南中醫藥大學學報,30(1),2010,73-75.

胃癌中醫臨床指引

前言

- 胃癌在十大癌症中占地七位，好發在 50-70 歲年齡，男性較多，每年約有 2500 人死於胃癌。
- 全世界位癌的發生率逐漸下降，推測與食物保存方式及飲食習慣改變有關。
- 危險因子包括飲食習慣(醃漬食物、煙燻、油炸食物、食品添加物)、幽門螺旋菌感染、吸菸、家族史、遺傳等。
- 胃癌可分為早期胃癌及進行性胃癌。
- 早期症狀包括胃灼熱、上腹部疼痛、悶脹、消化不良、食欲減退、噯氣、泛酸等，症狀與功能性消化不良相似，因缺乏特異性，故常誤診。
- 治療上以手術為主，早期發現早期治療，五年存活率超過 90% 以上。
- 中醫古籍中，未明確記載“胃癌”一詞，據其表現類似的記載為“為反”、“反胃”、“翻胃”、“噎膈”、“積聚”、“伏梁”、“胃脘痛”等範疇。
- 是七情內傷、飲食失調、素體正虛等致使脾胃虛弱，運化失司，氣滯、痰凝、血瘀等病理因素膠結於胃，日久形成積塊。
- 治療強調扶正祛邪，固本培源；主要在手術切除後，採取益氣健脾、解毒祛瘀，控制和消除病灶，並協助機能恢復。
- 早期胃癌治療以根治性手術為主，術後輔以中醫藥健脾益氣，恢復腸胃功能，促進食慾為主。

胃癌—胃痛

臨床症狀	症狀特徵	病因病機	治則	針灸處方
胃痛	胃脘隱痛 喜按就溫	脾胃虛弱	健脾益氣 溫中和胃	脾俞、胃俞 足三里
	刺痛拒按	瘀血內阻	活血祛瘀	膈俞、血海
	胃脘灼熱 食後疼痛 口乾欲飲	胃熱陰虛	清熱養陰 益胃生津	上巨虛 太谿
	痛及兩脅 口苦心煩	肝氣犯胃	疏肝健脾 和胃安神	章門、期門

胃癌—消化不良

臨床症狀	症狀特徵	病因病機	治則	針灸處方
消化不良	時嘔清水 面色晄白	脾胃虛弱	溫中散寒	中脘、梁門
	面目虛腫 畏寒身冷	氣血虧虛	益氣養血 健脾和營	中脘、天樞
	腹痞悶脹 噁心欲嘔 便溏	痰濕凝結	健脾燥濕 化痰散結	豐隆、復溜
	胃脘脹滿 痛及兩脅 口苦心煩	肝胃不和	疏肝和胃	期門、太衝 內關

證型	症狀	治則	處方	穴位
脾胃虛損	胃脘脹隱痛，喜按就溫，或暮食朝吐，朝食暮吐，或食入經久仍腹吐出，時嘔清水，面色晄白無華，肢涼神疲，便溏浮腫，舌淡胖齒痕，苔白滑潤，脈沉緩或沉細濡。	溫中散寒 健脾和胃	理中湯加 減	中脘、梁 門、脾俞、 胃俞、三陰 交、足三里
氣血虧虛	胃癌晚期高度貧血，面蒼無華，面目虛腫，畏寒身冷，全身乏力，心悸氣短，頭暈目眩，虛煩不寐，自汗，盜汗，納少，形體瘦削，舌淡胖，苔白，脈虛細無力或虛大。	益氣養血 健脾補腎	八珍湯加 減	關元、大 椎、百會
瘀毒內阻	胃脘刺痛拒按，灼熱灼痛，食後痛劇，口乾思飲，或嘔血便血，肌膚枯燥甲錯，舌紫暗或瘀點，脈沉弦細色或細數。	解毒祛瘀 清熱養陰	膈下逐瘀 湯加減	膈俞、血海
胃熱陰虛	胃脘灼熱，食後疼痛，口乾欲飲，大便乾燥，胃脘嘈雜，五心煩熱，食慾不振，舌紅少苔或苔黃少津，脈弦細數。	清熱養陰 益胃生津	一貫煎加 減	上巨虛、太 溪
痰濕凝結	脘腹痞悶脹，噁心欲嘔或嘔吐痰涎，納差，反食夾有黏液，口淡不欲飲，頭暈身種，便溏，面黃虛腫，舌淡苔白膩或白滑，脈華獲緩或細緩。	健脾燥濕 化痰散結	小陷胸湯 合溫膽湯 加減	豐隆、復溜

肝胃不和	胃脘脹滿，時時作痛，串及兩脅，口苦心煩，噯氣陳腐，飲食少進，嘔吐反胃，舌苔薄黃或薄白，脈弦細	疏肝和胃 降逆止痛	四逆散加 減	期門、太衝、內關、足三里
------	--	--------------	-----------	--------------

參考資料

- 陳建成,蔡孟叡,羅永男：clinicopathology of early Gastric cancer. 北市醫學雜誌.3(6),2006,632-641.
- 柯富聰,胃癌綜論。北市醫學雜誌.3(6),2006,534-541.
- 姚瓊,楊金昆:胃癌的中醫藥研究進展。遼寧中醫藥大學學報.10(2),2008,60-62.
- 李培訓,胃癌數後的中醫辨證治療。遼寧中醫雜誌,35(12),2008,1878-1879.
- 鄭宏足,胃癌術後引發之慢性腹瀉中醫治療。中醫藥研究論叢,11(2),2008,47-59.

攝護腺癌中醫臨床指引

前言

- 攝護腺癌是男性最常見的癌症之一，40 歲以後男性就有可能會發生，且隨年齡增加，罹病率也增加。
- 罹病的可能原因包括：年齡、家族史、種族因素、飲食習慣及環境因素等。
- 罹病早期症狀不明顯，常與良性攝護腺腫大症狀差不多，例如夜尿、頻尿、尿急、尿流細小、排尿困難，因此常被患者忽略。晚期若有轉移則可能會有血尿、骨骼痠痛、下肢水腫等症狀。
- 診斷上常使用指診及抽血檢查攝護腺特異抗原(PSA)。
- 早期治療以手術為主，五年存活率約 90%。中晚期則以放射治療為主，一般會合併 1-3 年的抗荷爾蒙治療。化學治療用於晚期荷爾蒙治療法無效，病況惡化之治療。
- 中醫學文獻中沒有攝護腺癌病名的記載，根據其症狀可以將其歸屬於“積聚”、“癰閉”、“淋證”等範
- 攝護腺位居下焦，下焦為腎與膀胱之所。腎藏精，為生殖發育之源，故攝護腺與腎密切相關。而攝護腺癌好發於老年男性，腎精不足、腎氣虧虛是老年男性的生理特征，腎元虧虛常累及機體陰陽失調、臟腑功能障礙，攝護腺易受外邪侵襲
- 病因病機主要概括為：①毒邪外侵、集於下焦、局部氣血運行不暢、郁積日久而成腫瘤；②飲食內傷或房事失宜、腎氣耗傷、正氣不足、組織器官失於溫養、氣虛而瘀、氣郁而結、日久成瘤；③脾胃不足、痰濕內生、濕熱下註、腎失氣化、日久生瘀、痰瘀互結、虛中夾實而發本病。

攝護腺癌—小便不利



攝護腺癌	證型	症狀	治則	處方	穴位
	濕熱型	尿頻、尿急、尿痛，時有尿血；常伴有陰部潮濕、納呆口膩，舌質紅苔白膩，脈滑數	清熱利濕 解毒通淋	八正散加 白茅根、黃 柏、白朮	八髎穴、中 腕、足三 里、陰陵泉
	瘀毒型	腰部及會陰部墜脹疼痛，尿痛較明顯，尿細如線或點滴而下，尿色淡紅，局部腫塊能明顯觸及，舌質紫暗、脈沈弦	清熱解毒 活血化瘀	五味消毒 飲合血府 逐瘀湯加 減	內關、足三 里、三陰 交、陽陵 泉、血海
	瘀瘀互結 型	局部腫塊明顯、陣發性疼痛和嚴重排尿困難或點滴難下為主證，伴精神萎靡、納呆，尿色深紅或呈絮狀，舌質暗紅、苔厚膩，脈沈緊	解毒散結 化痰逐瘀	血府逐瘀 湯合溫膽 湯加減	豐隆、中 腕、曲池、 三陰交

腎陰虛型	排尿餘瀝不盡、尿細如線，形體消瘦、腰脊隱痛，伴口乾心煩、失眠、盜汗，舌紅苔少脈沈細數	滋養腎陰	知柏地黃丸加減	腎俞、肝俞、三陰交
腎陽虛型	排尿餘瀝不盡、尿細如線，形體消瘦、面色蒼白，伴畏寒怕冷、下肢浮腫，大便稀溏，舌質淡苔白滑，脈沈細弱	溫補腎陽	右歸丸加減	氣海、腎俞、三陰交、足三里

參考資料

- Martel CL, Gumerlock PH, Meyers FJ, Lara PN. Current strategies in the management of hormone refractory prostate cancer. *Cancer Treat. Rev.*, 29:171-187, 2003.
- M. Kay Garcia, DrPH, LAc, Larry Driver, MD, Robin Haddad, MPH, Richard Lee, MD, J. Lynn Palmer, PhD, Qi Wei, MS, Moshe Frenkel, MD, and Lorenzo Cohen, PhD. Acupuncture for Treatment of Uncontrolled Pain in Cancer Patients: A Pragmatic Pilot Study *Integrative Cancer Therapies* 2014, Vol. 13(2) 133–140
- Weidong Lu, MB, MPH, PhD and David S Rosenthal, MD Acupuncture for Cancer Pain and Related Symptoms *Curr Pain Headache Rep.* 2013 March ; 17(3): 321
- 蘇三稜:攝護腺癌。傳統醫學雜誌,15,2004,67-70.

術後、放化療後副作用

臨床症狀

症狀特徵

病因病機

治則

針灸處方

疲憊

乏力懶言
伴隨咽乾

氣陰兩傷

益氣養陰

照海、氣海
膻中、足三里

術後、放化療後副作用

臨床症狀

症狀特徵

病因病機

治則

針灸處方

噁心嘔吐

伴隨食慾不振

脾失健運
胃失和降

和胃降氣

太衝、內關
足三里

術後、放化療後副作用

臨床症狀

症狀特徵

病因病機

治則

針灸處方

口腔炎

口瘡灼熱疼痛、伴隨口渴咽乾

熱毒傷陰

育陰清熱

地倉、頰車
內庭、合谷

附錄三、期末研究成果發表會

「癌症患者照護之中西醫整合教學模式」研討會

- 指導單位：衛生福利部
- 主辦單位：財團法人中華醫藥促進基金會、三軍總醫院中醫部
- 協辦單位：台北榮民總醫院傳統醫學部、台中榮民總醫院傳統醫學部
- 會議日期：民國 105 年 11 月 6 日（週日）
- 會議地點：台大醫院國際會議中心（台北市中正區徐州路二號）401 廳

時間	題目	主持人/主講人/評論人		
8:00-8:25	報到	秘書處		
8:25-8:30	主席與來賓致詞			
8:30-8:50	癌症患者照護之中西醫整合教學模式計畫成果總論	主持人： 中華醫藥促進基金會 呂鴻基董事長	主講人： 中華醫藥促進基金會 蘇奕彰副董事長	
8:50-9:40	三軍總醫院癌症患者照護之中西醫整合教學模式			
	引言 門診之教學/會診之教學/ 臨床路徑及病例報告	主持人： 朱紀洪前院長 主講人： 中醫部林健蓉主任	評論人： 中國醫藥大學附設醫院 藍忠亮副院長 台北榮民總醫院 何善台教授	
9:40-10:00	台大醫院癌症末期患者整合性照護之教學模式			
	引言 輔助暨整合醫學中心患者 之轉介	主持人： 余家利教授 主講人： 輔助暨整合醫學中心 蔡兆勳主任		
10:00-10:10	Tea Break			
10:10-11:00	台北榮民總醫院癌症患者照護之中西醫整合教學模式			
	引言 門診之教學/會診之教學/ 臨床路徑及病例報告	主持人： 黃信彰副院長 主講人： 傳統醫學部陳方佩主任	評論人： 中國醫藥大學附設醫院 藍忠亮副院長 台北榮民總醫院 何善台教授	
11:00-11:50	台中榮民總醫院癌症患者照護之中西醫整合教學模式			
	引言 門診之教學/會診之教學/ 臨床路徑及病例報告	主持人： 張繼森副院長 主講人： 傳統醫學科蔡嘉一主任		
11:50-12:00	綜合討論	全體主持人暨主講者		
12:00	閉幕	呂鴻基董事長		







附錄四、「癌症患者照護之中西醫整合教學模式」專家座談會

- 會議地點：台大醫院國際會議中心（台北市中正區徐州路二號）405 室

12:00-14:30	引言（同時使用午餐）/ 討論	主席：呂鴻基教授
-------------	----------------	----------





✚ 專家會議有以下四點共識：

1. 中醫要發揚光大且國際化，我們做得好的要推廣出去。
2. 教育內容要有實證基礎、要簡化，讓中西醫能真正互相了解及溝通。
3. 西醫治療有副作用，但中醫藥的副作用也要進行把關。
4. 雖然臺灣的醫療法規限制中西醫僅能執行單一業務，但要以病人為中心考慮甚麼是最佳治療方式，不要只站在自己立場執行治療而忽略患者利益。

附錄五、門診、會診教學病例寫作範本

初診及後續複診病歷紀錄格式及要點中西醫整合照護教學病例

✚ 擬定「會診及門診之病歷記錄要點及格式」

執行小組根據《中醫醫療機構負責醫師訓練規章》病例書寫格式擬定門診及會診病歷記錄格式。

基本資料
主訴
現病史
過去病史 / 個人史 / 家族史 / (婦科胎產史、兒科生產史) / 旅遊史
中醫四診
現代醫學身體 (理學) 診察 / 實驗室檢查 / 影像暨特殊檢查
整體回顧
時序圖
辨證 (病機分析) → 病因、病位、病性、病勢推演
診斷 → 西醫病名 → 中醫證型 / 疾病名
論治 (治法分析) → 理法方藥 (內、婦、兒) / 理法方針 (針灸) / 理法方術 (傷)
病例追蹤
討論
參考文獻資料

門診初診病歷記錄格式

【姓名】

【性別】男/女

【生日】年月日

【身高/體重】公分/公斤

【居住地】台/新北市 OO 區

【職業】

【婚姻狀態】未婚/已婚/離婚

【初診日期】民國 105 年 OO 月 OO 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症（治療方法）後，（副作用），已（持續時間）。

【現病史】

此位 歲男/女性 患者，於 年 因（初始 S/S）至（醫院）診斷為（癌種, Satge）。於 年 接受（手術：治療術式）、（化療：使用藥物/劑量）、（放療：照射位置/劑量）、（賀爾蒙治療：藥物/劑量）（標靶治療：藥物/劑量），目前為第（次數）次。因接受上述治療後，出現（副作用），於是至本院求診。

【過去病史】無特別病史。

過敏性鼻炎/氣喘/子宮肌瘤

高血壓/心血管疾病：已 年餘，不/規律服藥治療，且血壓控制不/穩定。

糖尿病：已 年餘，不/規律服藥治療中；血糖控制不/穩定。

B 型肝炎：已 年餘，不/定期每追蹤肝功能。

C 型肝炎：已 年餘，不/定期每追蹤肝功能。

痛風：已 年餘，不/規律服藥治療。

【住院/手術紀錄】無住院記錄。

民國 年，因 ， 於 醫院 住院治療。

手術：民國 年，因 ， 於 醫院 住院接受手術治療。

【外傷史】無特別病史。

車禍：民國年，致受傷。

【目前長期服用之藥物/健康食品】無。

服用藥物，已年。

服用綜合維他命、魚油，已年。

【家族史】外祖父母兄弟姊妹子女：HTN、DM、Cancer/無相關病史

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，無特殊飲食嗜好。

抽煙：每日包，煙齡-年，已戒煙年。

喝酒：社交性飲酒/喝烈酒。已戒酒年。

嚼檳榔：每日包。已戒檳榔年。

吃素：奶、蛋可/不可食，已吃素年。

飲食嗜好：喜冰飲/酸/辛辣/油炸等食物。

【過敏史】無藥物、食物過敏史。

對藥物過敏，症狀-皮膚紅癢、眼睛腫

對食物過敏，症狀-皮膚紅癢、眼睛腫

【旅行史（最近三個月）】無。

於民國105年 月，赴。

【胎產經帶史】

GAP；自然產；C/S。

目前已停經：歲時停經。

【四診】

1. 易畏寒、易畏熱、易感四肢冰冷，不易/易出汗，整日/傍晚易感疲倦。久坐或蹲後站立，會黑矇、頭昏。
2. 胸悶、心悸，易喘，覺吸不到氣。易頭昏、暈、頭痛（雙側太陽穴、眉稜骨處）。

3. 目癢、酸乾澀、目糊；季節變換、遇冷空氣時易鼻癢、鼻塞、打噴嚏、流鼻水。易耳鳴，聲「gi-gi」。
4. 納平/差，食後易腹脹；易口渴、苦、臭，易生口瘡。大便 1-2 日 1-2 行，質平/硬/溏，解便不暢；溲平，頻尿。
5. 每晚時就寢，可/不易入眠，眠淺、多夢，夜尿次，醒後可/不易再入睡；隔日時起床，晨起打噴嚏、流鼻水、口苦、口渴。
6. 項緊、強、重，肩酸痛；易腰酸，膝酸，腳底痛。
7. LMP：/；I/D：/。月經來潮前，無不舒，易少腹痛、頭痛、腰酸，經血量平/多/少，色鮮/暗紅，夾血塊。

《舌診》舌質淡紅，苔薄白/膩。

《脈診》沈弦弱，略數；雙寸、關重按沈取無力。

【實驗室檢查】

【影像學檢查】

【其他治療方式/醫囑】

門診複診病歷記錄格式

【療程追蹤】民國 105 年 00 月 00 日

S

【主訴】（副作用）改善程度，（及其他新出現的不適症狀）。

O

【四診】

1. 易畏寒、易畏熱、易感四肢冰冷，不易/易出汗，整日/傍晚易感疲倦。久坐或蹲後站立，會黑矇、頭昏。
2. 胸悶、心悸，易喘，覺吸不到氣。易頭昏、暈、頭痛（雙側太陽穴、眉稜骨處）。
3. 目癢、酸乾澀、目糊；季節變換、遇冷空氣時易鼻癢、鼻塞、打噴嚏、流鼻水。易耳鳴，聲「gi-gi」。
4. 納平/差，食後易腹脹；易口渴、苦、臭，易生口瘡。大便 1-2 日 1-2 行，質平/硬/溏，解便不暢；溲平，頻尿。
5. 每晚時就寢，可/不易入眠，眠淺、多夢，夜尿次，醒後可/不易再入睡；隔日時起床，晨起打噴嚏、流鼻水、口苦、口渴。
6. 項緊、強、重，肩酸痛；易腰酸，膝酸，腳底痛。
7. LMP：/；I/D：/。月經來潮前，無不舒，易少腹痛、頭痛、腰酸，經血量平/多/少，色鮮/暗紅，夾血塊。

《舌診》舌質淡紅，苔薄白/膩。

《脈診》沈弦弱，略數；雙寸、關重按沈取無力。

【實驗室檢查】

【影像學檢查】

A

P

會診初診病歷記錄格式

- 記錄格式大致同「門診初診病歷記錄格式」，以下僅列出不同處！

【姓名】

【性別】男/女

【生日】年月日

【身高/體重】公分/公斤

【居住地】台/新北市 OO 區

【職業】

【婚姻狀態】未婚/已婚/離婚

【住院日期】民國 105 年 OO 月 OO 日

【病床號/病歷號】

【西醫主治醫師/住院醫師】

【會診日期】民國 105 年 OO 月 OO 日

【中醫主治醫師/住院醫師】

【病史獲取對象】患者本人/家屬/看護

【主訴】住院接受癌症（治療方法）後，（副作用），已（持續時間）。

【現病史】

此位歲男/女性患者，於 OO 年因（初始 S/S）至（醫院）診斷為（癌種，Satge）。於 OO 年接受（手術）、（化療）、（放療）、（賀爾蒙治療）（標靶治療），目前為第（次數）次。因接受上述治療後，出現（副作用），於是會診中醫。

- 加入：【住院目前西醫使用治療藥物】

會診複診病歷記錄格式

- 記錄格式大致同「門診複診病歷記錄格式」，以下僅列出不同處！

- 加入：【西醫使用治療藥物之調整】

腦癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

台中榮民總醫院傳統醫學科黃怡嘉主治醫師

【姓名】林 OO

【性別】男

【生日】1984 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】163 公分/ 60 公斤

【初診日期】2016 年 07 月 20 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】服用 Temodal 噁心嘔吐、食慾不佳 5 日

【現病史】

此位 29 歲男性患者，於 2013 年底出現反覆癲癇 2 週，後於 2014 年 1 月 3 日因發燒、頭痛、噁心嘔吐及意識喪失等問題至光田醫院就診。當時接受腦部 MRI 檢查發現 cystic mass lesion over right frontal lobe with poor contrast enhanced 疑似為腦膿瘍，經脊椎穿刺檢查評估有腦膜炎的危險，故於 1 月 4 日轉診至中榮急診安排住院治療。於 1 月 8 日再次接受腦部 MRI 檢查，影像學評估為 cystic tumor 需鑑別 pleomorphic xanthoastrocytoma、DNET、ganglioglioma 或 oligodendroglioma。故於 1 月 13 日接受腦部手術（Right frontal craniotomy with removal of brain tumor），腫瘤病理切片診斷為 Anaplastic astrocytoma（WHO grade III）。術後開始接受放射治療至 2014 年 3 月結束，持續口服化療藥帝盟多（Temodal 380mg/day，每月服用 5 天）至今，腫瘤追蹤無復發。

自口服化療藥療程起，每次治療第 1 天便開始噁心嘔吐至療程結束後約 5 日，且出現反覆頭痛現象。自覺長、短期記憶均減退。此次於 2016 年 7 月 11-15 日服用 Temodal，劑量無改變，但噁心嘔吐、食慾不佳較過去明顯，吃止吐藥亦同，並出現便秘，且於 7 月 18 日出現靜止時手顫抖現象，故前來中醫門診尋求治療。

【過去病史與住院/手術紀錄】

1. 過敏性鼻炎
2. 異位性皮膚炎

【外傷史】2004 年，左手小指車禍骨折

【目前長期服用之藥物/健康食品】

1. 自 2014 年 3 月起開始服用「帝盟多」（Temodal），5 天/月

2. 無服用其他藥物或健康食品

【家族史】無

【個人史】

1. 無抽煙喝酒
2. 採一般葷食
3. 飲食無嗜冰辣鹹等狀況

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

1. 不畏寒熱。無疲倦乏力。近工作壓力大。
 2. 姿勢變化無頭昏。右顳頭脹痛。
 3. 不胸悶心悸，無少氣。
 4. 無視糊複視。晨起偶鼻癢、打噴嚏、鼻水稍。無耳鳴。
 5. 納差，食慾不佳，噁心嘔吐，食後無腹脹。口乾不苦。便 1-2 日 1 行，質硬，解便不暢。溲平。
 6. 不易入眠，多夢。
 7. 肢體活動正常，雙手微顫。無腰酸或四肢痠痛。
- 《舌診》舌質紅，苔薄白。
- 《脈診》沈弦略數；右關浮。

【實驗室檢查】

2014/01/13 病理報告

Pathologic diagnosis: Brain, permanent section of frozen specimen --- Anaplastic astrocytoma (WHO grade III).

Tentative frozen section diagnosis: Tumor present. WHO grade II glial cell tumor at least.

Ancillary study for diagnosis: GFAP (+) and Ki-67 (11%) IHC stains done.

Gross description: The specimen consists of a piece of gray tan soft tissue, 2.7x1.6x0.3 cm, labeled as "brain tumor" for frozen section. The tentative frozen section diagnosis is "Tumor present. WHO grade II glial cell tumor at least./fang". All for section.

Microscopic description: Section shows brain tissue with increased cellular density, nuclear hyperchromasia. Mitotic figures are easily found.

2016/04/20 WBC7810 N/L63.7/22.4 Hb13.9 PLT252000

2016/06/15 WBC6760 N/L68.9/19.4 Hb15.5 PLT267000

【影像學檢查】

2014/01/08 Brain MRI

1. A 4.5cm cystic lesion with enhanced mural nodule at right frontal lobe is noted, no diffusion restriction or obvious perifocal edema
2. The MRS focus on the mural nodule showed decreased NAA and increased Cho level is also observed
3. From the above findings, cystic tumor is first considered. D/D includes pleomorphic xanthoastrocytoma, DNET, ganglioglioma or oligodendroglioma.
4. No hydrocephalus.

2016/04/12 腦部 MRI

Focal faint enhancement over the junction between residual tissue defect and brain parenchyma gliosis area at right frontal region is noted. After making a comparison with previous MRI on 2016/1/15, no significant interval change

2016/07/13 腦部 MRI

Focal faint enhancement over the junction between residual tissue defect and brain parenchyma gliosis area at right frontal region is noted. After making a comparison with previous MRI on 2016/04/12, no significant interval change.

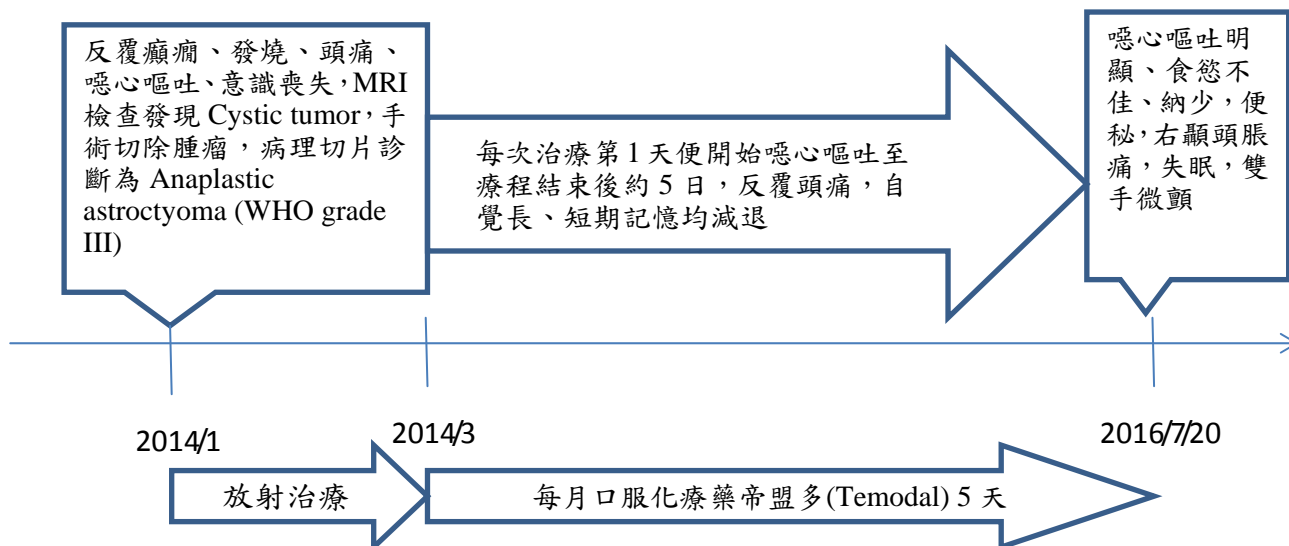
【其他治療方式/醫囑】 無

【整體回顧】

這位 29 歲男性患者，有過敏性鼻炎及異位性皮膚炎病史。於 2014 年 1 月 3 日因發燒、頭痛、噁心嘔吐及意識喪失等問題住院治療，腦部 MRI 檢查評估為 cystic tumor。於 1 月 13 日接受腦部手術（Right frontal craniotomy with removal of brain tumor），腫瘤病理切片診斷為 Anaplastic astrocytoma（WHO grade III）。術後開始接受放射治療至 2014 年 3 月結束，持續口服化療藥替莫多（Temodal 380mg/day，每月服用 5 天）至今，腫瘤追蹤無復發。自口服化療藥療程起，每次治療第 1 天便開始噁心嘔吐至療程結束後約 5 日，且出現反覆頭痛現象。自覺長、短期記憶均減退。此次於 2016 年 7 月 11-15 日服用 Temodal，劑量無改變，但噁心嘔吐、食慾不佳較過去明顯，吃止吐藥亦同，並出現便秘，且於 7 月 18 日出現靜止時手顫抖現象，故前來中醫門診尋求治療。於門診時診察評估意識清楚，無肢體活動障礙，

無視覺異常，脈沉弦略數右關浮，舌紅苔薄白，除口乾、噁心、納差、食慾不佳外，並有右顛頭脹痛，容易失眠等現象。

【時序圖】



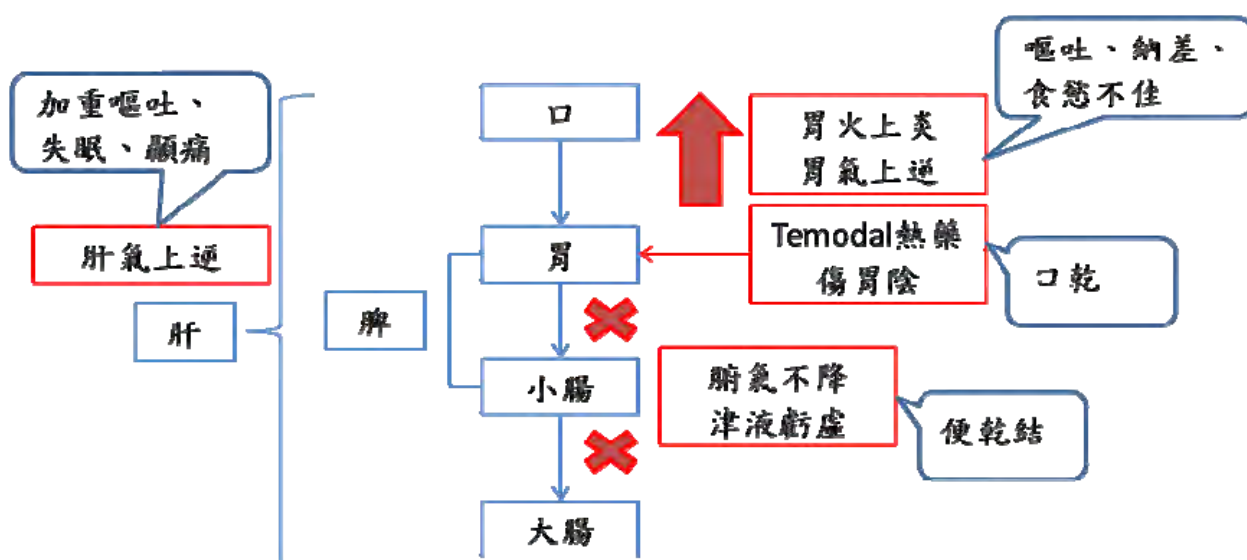
【辨證（病機分析）】

病因：化療藥熱毒

病位：胃

病性：胃陰虛、胃火、胃氣逆

病機圖：



病勢推導：

1. Temodal 之藥性屬熱毒，服藥後反應為耗傷胃陰致胃熱，因此產生胃火上炎、胃氣上逆而出現嘔吐。胃氣無法下行，便影響腑氣通降

及胃主受納之功，而出現納差、食慾不佳、解便不暢，又因熱藥耗傷津液而出現口乾、便乾等現象。

2. 此次嘔吐加劇，可能與工作壓力大有關，導致肝氣上逆加重了胃氣上逆。同時因肝氣上行，因此影響睡眠，並出現顛脹痛之經絡循行部位不舒。

【診斷】

西醫病名：化療藥物導致嘔吐

中醫證型/疾病名：

證型：胃陰虧虛，胃火上炎、胃氣上逆

疾病名：嘔吐

【論治（治法分析）】

治則：

1. 養胃陰、清胃熱、降胃氣
2. 降肝火、理肝氣、養肝陰安神

處方：

石斛 2.0g 半夏 1.5g 厚朴 2.0g 枳實 2.0g 川芎 1.0g

酸棗仁 2.0g 天門冬 1.5g 夏枯草 1.5g 黃芩 1.5g 5g Tid x 28 天

用藥分析：

石斛：養胃陰

半夏、厚朴：和胃降氣

酸棗仁、天門冬：養陰安神

夏枯草、黃芩、枳實：清肝火，降肝氣

川芎：理氣止痛

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年08月17日。

【主訴】

1. 此次服化藥噁心感無，納可，便秘改善，頭痛無作
2. 仍不易入睡

【四診】

望診：舌淡紅苔薄黃，甲錯

聞診：無特殊氣味，語音正常

問診：左顳頭痛無作。無耳鳴。噁心感無，納可，便乾結改善。不易入睡。四肢不麻、不顫

切診：脈沉左寸弱

【論治（治法分析）】

病機分析：

1. 養胃陰降氣之法已生效，故繼續維持改善化療之傷害
2. 頭痛已無，故不需理氣止痛
3. 仍不易入睡，考慮降心火以安神

治則：維持「養胃陰，降腑氣，清肝火」之法，增加「清心安神」之法

處方：

石斛 2.0g 半夏 1.5g 厚朴 2.0g 枳實 1.5g

酸棗仁 1.5g 連翹 1.5g 黃連 0.5g 夏枯草 1.5g 4g Tid x 28 天

用藥分析：

石斛：養胃陰

半夏、厚朴：和胃降氣

酸棗仁、黃連、連翹：養陰、清心安神

夏枯草、枳實：清肝火，降肝氣

【討論】

1. Q：如何了解化療藥 Temodal 的中醫藥性？

A：我們可由該藥物仿單中所提及之副作用，以及觀察患者的副作用反應來評估。雖然許多化療藥會產生噁心嘔吐等胃氣上逆症狀，但化療藥對於胃腑的影響大致可分為兩大類，一類為寒藥傷胃陽，出現胃寒證；另一類則屬熱藥傷胃陰，出現胃陰虛證。Temodal 即屬於後者，其使用時除了出現噁心嘔吐、胃脹食不下等症之外，還會出現口乾、口瘡、大便乾結等陰虛津虧之症，故可知其屬熱藥耗傷胃陰，因此治療上便以養胃陰、清胃熱及降胃氣為處理此藥副作用的主軸。

2. Q：過去已服用 Temodal 多時，為何劑量無調整下，此次副作用反應會特別激烈？

A：Temodal 熱藥傷胃陰的性質，於此次使用時仍出現，故表現的副作用與過去並無不同。此次患者的症狀較過去明顯，要考慮兩點：其一為過去並未接受中醫治療，化療藥長期治療下的損傷是會累積的，所以可能是胃陰傷加重所致。其二要考慮外來的加重因素，例如飲食或壓力，若過食辛辣炸物耗傷胃陰，或是壓力大引發肝氣上逆，這兩者都可能加重副作用。回顧患者病史，此次就醫前並無飲食內容的改變，而且未服用 Temodal 就無胃氣上逆症狀，因此不考慮胃陰耗傷過度的可能，否則平日便會出現症狀，而服藥則會加重症狀。但近日患者工作壓力大，且睡眠不佳，便可能發生肝氣上逆導致胃氣上逆加劇，同時患者顛側頭脹痛明顯，更能佐證少陽氣上於頭面的可能。因此評估患者為肝氣上逆加重此次症狀，所以在治療上，除了原來的「養胃陰、清胃熱、降胃氣」治療主軸外，必須加上降肝火、理肝氣及養肝陰安神的用藥，方能獲得良好的治療效果。

【參考文獻】

1. Chang L, Su J, Jia X, Ren H. Treating malignant glioma in Chinese patients: update on temozolomide. *Onco Targets Ther.* 2014; 7: 235-244.
2. 孫振、崔琚、朱役、曹銀、孫艷麗、王忠：當代名中醫治療腦瘤經驗探析。遼寧中醫藥大學學報 2014; 16(4): 59-61.
3. 張雲飛、劉培民：中醫藥治療腦瘤的研究進展。中醫臨床研究 2015; 7(29): 145-146.

4. 田洪武、許軍、劉青、蘇玉紅：自擬腦瘤方輔助化療治療腦膠質瘤的可行性及有效性分析。中國腫瘤臨床與康復 2015; 22(3): 286-288.

腦癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

台中榮民總醫院傳統醫學科黃怡嘉主治醫師

【姓名】曾 OO

【性別】女

【生日】1961 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】156 公分/50 公斤

【初診日期】2016 年 05 月 16 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】於 2016 年 05 月 10 日接受伽馬刀治療後出現傷口及頭部脹感

【現病史】

此位 54 歲女性患者，於 2015 年 7 月 3 日突然出現左側上下肢無力及右面偏癱現象，但並無意識喪失、失語或不自主運動等症狀，至外院求診接受 dexamethasone 治療後可緩解上述症狀。但因需接受後續檢查而轉診至本院住院。於 7 月 9 日接受腦部 MRI 檢查發現在右邊 frontal lobe 有一個大約 40mm 大小的 marginal enhancing lesion around with perifocal edema，影像學評估為 high grade glioma 或轉移性腫瘤，建議開刀移除。故於 7 月 10 日接受腦部手術（R't F-P craniotomy for tumor），腫瘤病理切片診斷為 Anaplastic ependymoma(WHO grade III, AE1/AE3(-), EMA(focal +), GFAP(+), CD99(+), Ki-67(20%), PHH3(+))。術後出院追蹤，無接受其他治療。於 10 月 12 日突然癲癇發作，腦部 MRI 檢查發現於 right frontoparietal lobe 有一 3.9×2.6cm 腫瘤，疑似為復發而再次手術移除。此次術後開始接受放射治療，並於 12 月起搭配口服 Temodal（每月初服用一週，劑量為 320mg/天），服用時易出現頭昏脹、噁心、視力模糊等症狀。

此次於 2016 年 4 月 12 日追蹤接受腦部 MRI 檢查，結果在 right frontal base 發現一 9.5mm 腫瘤，並於 left medial frontal lobe 也發現一個較小的腫瘤，故經轉診於 5 月 10 日前往北榮接受伽馬刀治療。治療後出現傷口及頭部有脹痛感，因此前來中醫門診尋求治療改善此問題。

【過去病史與住院/手術紀錄】

1. 子宮肌瘤切除子宮
2. 血壓偏低

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】

1. 自 2015 年 12 月起開始服用「帝盟多」(Temodal)，1 週/月
2. 無服用其他藥物或健康食品

【家族史】

1. 父：血癌
2. 母：高血壓

【個人史】

1. 無抽煙喝酒
2. 葷食但偏素
3. 飲食無嗜冰辣鹹等狀況

【過敏史】 無藥物、食物過敏史

【旅行史 (最近三個月)】 無

【四診】

1. 身熱。無疲倦乏力。無發作癲癇。
2. 全頭脹痛。過去手術傷口處脹痛。無眩暈。
3. 心跳慢不胸悶，無少氣。
4. 無視糊複視。無鼻症。無耳鳴。
5. 納可，無噁心嘔吐。口乾不苦。二便平。
6. 眠可。
7. 肢體活動正常，無腰酸或四肢痠痛或麻木。

《舌診》舌淡紅苔薄白。

《脈診》脈沉右弱。

【實驗室檢查】

2016/03/29 WBC3190 Hb12.7 PLT173000

【影像學檢查】

2015/07/09 腦部 MRI

1. A marginal enhancing lesion around 40mm with perifocal edema in the R't frontal lobe was noted.
2. The lesion might be high grade glioma or metastasis or other possibility.
3. The tractography was performed for surgical reference.

2015/10/12 腦部 MRI

1. s/p craniotomy at right frontal lobe is noted.
2. Heterogeneous enhancing lesion about 3.9×2.6cm at right frontoparietal lobe is noted. Post-operative change with residual tumor should be

considered.

3. Perifocal edema is seen around the previous mentioned lesion.

4. Developmental venous anomaly at left cerebellar hemisphere is noted.

2016/04/12 腦部 MRI

One enhanced nodule about 9.5mm at right frontal base and another one smaller enhancement at left medial frontal lobe (series 801, image 9). r/o metastasis

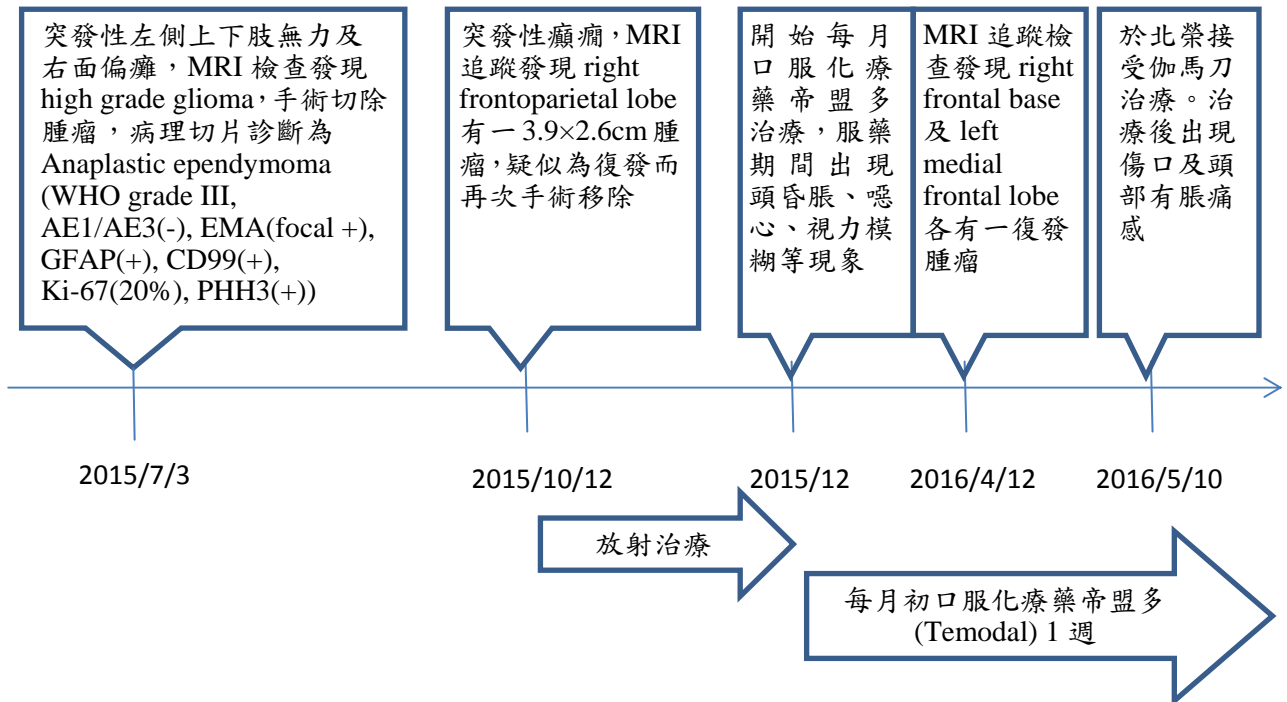
【其他治療方式/醫囑】無

【整體回顧】

這位 54 歲女性患者，有子宮切除及低血壓病史。於 2015 年 7 月 3 日因突發性左側上下肢無力及右面偏癱現象住院檢查，腦部 MRI 檢查評估為 high grade glioma 或轉移性腫瘤。於 7 月 10 日接受腦部手術 (R't F-P craniotomy for tumor)，腫瘤病理切片診斷為 Anaplastic ependymoma (WHO grade III, AE1/AE3(-), EMA(focal +), GFAP(+), CD99(+), Ki-67(20%), PHH3(+))。術後出院追蹤，無接受其他治療。於 10 月 12 日突然癲癇發作，腦部 MRI 檢查發現於 right frontoparietal lobe 有一 3.9×2.6cm 腫瘤，疑似為復發而再次手術移除。此次術後開始接受放射治療，並於 12 月起搭配口服 Temodal (每月初服用一週，劑量為 320mg/天)，服用時易出現頭昏脹、噁心、視力模糊等症狀。

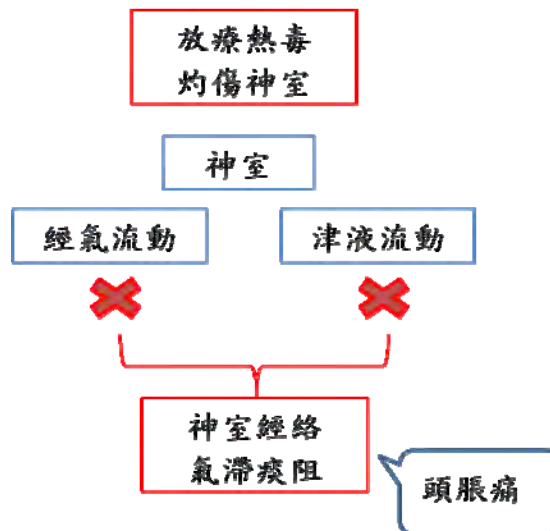
此次於 2016 年 4 月 12 日追蹤接受腦部 MRI 檢查發現兩個復發性腫瘤，經轉診於 5 月 10 日前往北榮接受伽馬刀治療，治療後出現傷口及頭部有脹痛感，故前來中醫門診尋求治療。於門診時診察評估患者意識清楚，無肢體活動障礙，無視覺異常，脈沉右弱，舌淡紅苔薄白，除全頭及過去手術傷口處脹痛外，還有身熱、心跳慢、口乾、肢冷等現象。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

病因：放療熱毒
 病位：腦（神室）
 病性：氣滯、痰阻
 病機圖：



病勢推導：

1. 放療屬熱毒，直接對神室治療會灼傷神室，導致神室內經氣及津液流動受阻，進而產生氣滯痰阻使氣停於神室產生頭脹痛現象。

2. 患者脈弱且平素心跳慢、血壓低，因此推斷患者有心氣虛之體質，若要行氣化痰，必須同時補強心氣。

【診斷】

西醫病名：放療導致頭痛

中醫證型/疾病名：

證型：神室氣滯痰阻

疾病名：頭痛

【論治（治法分析）】

治則：化痰降氣，溫陽益氣

處方：

地龍 1.5g 半夏 1.5g 貝母 1.5g 茯苓 1.0g 川牛膝 1.5g

倒地蜈蚣 1.5g 炮附子 1.0g 黨參 1.5g 甘草 1.0g 4g Tid x 8 天

用藥分析：

地龍、貝母、半夏、茯苓：化痰降氣

川牛膝：引氣下行，避免氣上神室發脹

倒地蜈蚣：清熱利濕

炮附子、黨參：溫陽益氣，補強患者心氣以行氣

甘草：和中

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年05月24日

【主訴】

1. 頭脹感改善無頭昏，
2. 現停用 Temodal 改 Avastin 治療

【四診】

望診：舌淡紅苔薄白

聞診：語音正常，無特殊氣味

問診：身熱偶作，頭脹改善，癲癩無作，心跳慢，不胸悶，口乾，納佳，便可，溲頻，眠可

切診：脈沉，肢溫，今日血壓 92/61，HR78

【實驗室檢查】

105/05/20 追蹤 WBC4270 Hb11.7 PLT212000

【論治（治法分析）】

病機分析：

1. 化痰降氣之法已生效，故繼續維持改善放療之傷害
2. 患者脈弱雖改善，但仍心跳慢、血壓低，故維持溫陽益氣
3. 納佳考慮為胃陰虛化熱消穀善飢，故酌養胃陰

治則：維持「化痰降氣，溫陽益氣」之法，增加「養胃陰」之法

處方：

地龍 1.5g 半夏 1.5g 貝母 2.0g 茯苓 1.5g

川牛膝 1.5g 炮附子 1.0g 黨參 1.5g 白芨 1.5g 4g Tid x 8 天

用藥分析：

地龍、貝母、半夏、茯苓：化痰降氣

川牛膝：引氣下行，避免氣上神室發脹

炮附子、黨參：溫陽益氣，補強患者心氣以行氣

白芨：養胃陰

【討論】

1. Q：放療為熱毒，耗傷氣陰明顯，但伽馬刀治療已縮限治療範圍，仍會造成相同傷害嗎？

A：雖然伽馬刀治療已縮限治療範圍，但其仍是屬於放射治療，熱毒性質不變，雖然影響範圍縮小，但放射線仍會穿過其他非病灶部位，因此仍會對腦組織造成傷害，只是熱傷的範圍與表現不若大範圍放療來得明顯，治療上清熱藥可不用增加太多，主要重點在化痰降氣。

2. Q：若患者無心氣虛之體質，是否還需要搭配益氣藥？或是化熱現象可能比較明顯嗎？

A：此患者的熱傷狀況不明顯，除了因為是使用伽馬刀治療外，其本身氣虛體質也可能是重點。因為氣虛，所以雖然神室氣滯痰阻，但其脹痛程度不若其他同方式治療患者明顯，經絡阻滯後導致的氣鬱化熱也不明顯。如果為不氣虛的患者，當然不用增加益氣之藥，但清熱藥的選用與劑量便需要增加。不過後期若神室經絡阻滯時間延長，神室氣虛便容易形成，容易產生髓海不足，因此恢復期是要酌加益氣填精補髓之品。

【參考資料】

1. 李炯輝、劉瑩：中藥治療腫瘤放射治療後損傷的臨床研究進展。環球中醫藥 2012; 4(11): 869-872.
2. 孫振、崔琚、朱役、曹銀、孫艷麗、王忠：當代名中醫治療腦瘤經驗探析。遼寧中醫藥大學學報 2014; 16(4): 59-61.
3. 侯瑩、聶春蘭：扶正中藥輔助治療腫瘤的研究進展。醫學綜述 2014; 20(5): 2728-2730.
4. 王雪華：中醫辨證聯合西藥治療腦膠質瘤研究進展。遼寧中醫藥大學學報 2015; 17(9): 216-218.

頭頸癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師

【姓名】陳 OO

【性別】女

【生日】1979 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】155 公分/53 公斤

【初診日期】2016 年 9 月 20 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症放化療中，咽痛已一週

【現病史】

此位 37 歲女性患者，2016 年初開始吞嚥時咽部有異物感，但是並沒有去做檢查，最近一個月開始出現耳脹、耳鳴等現象，並自己在頸部摸到一個硬塊，於是 2016 年 8 月 16 日到三總做進一步檢查，確診為：Undifferentiated carcinoma, type IIb of the nasopharynx, cT4N2M0, stage IVA。於是接受 CCRT 治療：8 月 24 日開始做化療（Cisplatin）、9 月 2 日開始放療。

接受上述治療後，近一週開始出現咽痛、口頰內側痛、左頸腫塊壓痛、鼻血、噁心、納差等症狀，於是至本院中醫門診求診。

【過去病史】手汗症

【住院/手術紀錄】

2016年8月24日Port-A implantation, left subclavian vein

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無相關病史

【個人史】

無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣

採一般葷食，飲食不忌口，喜歡吃冰冷及重口味的食物

工作忙碌又自己帶二個小孩

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

1. 平時怕冷又怕熱，不盜汗

2. 不喘、不胸悶、不心悸、不頭痛、不頭暈

3. 近一周開始出現咽痛、咽紅、口頰內側痛、左頸腫塊壓痛、鼻血；
無耳鳴
4. 化療後開始納差，食後易腹脹，偶有噁心感，偶便秘，便硬；溲平
5. 眠可，但嗜睡
6. LMP：2015/8/21，經平
《舌診》舌質紅，苔少
《脈診》沈

【實驗室檢查】

2016年9月14日

WBC		5.14	10 ³ /uL	4.50 - 11.00
RBC		4.33	10 ⁶ /uL	3.90 - 5.50
Hb		12.8	g/dL	12.0 - 16.0
HCT		38.7	%	38.0 - 47.0
MCV		89.4	fL	79.0 - 100.0
MCH		29.6	pg	25.4 - 34.6
MCHC		33.1	g/dL	30.0 - 37.0
PLT		247	10 ³ /uL	150 - 400
Neutrophil	H	81	%	40.0 - 74.0
Lymphocyte	L	10.3	%	19.0 - 48.0
Monocyte		6.6	%	3.4 - 9.0
Eosinophil		1.9	%	0.0 - 7.0
Basophil		0.2	%	0.0 - 1.5
IG%		0.4	%	0.0 - 0.6
Creatinine		0.6	mg/dL	0.5 - 0.9
AST		12	U/L	< 40
ALT		14	U/L	< 41
Na		136	mmol/L	136 - 145
K		3.9	mmol/L	3.5 - 5.1

【影像學檢查】

2016年8月23日 Whole body PET scan

1. Noted FDG-avid tumor (size : ~4.0 cm , SUVmax 27.1) at left-sided

naso-pharyngeal wall extending to para-pharyngeal region and closely attached to C-spine and also noted bil. lateral neck LN (SUVmax up to 10.5 , esp. right neck LN size up to > 2.5 cm) Otherwise, no evidence of abnormal FDG uptake throughout whole body region from brains to thighs, elsewhere

2. Normal physiological 18F-FDG accumulation in cerebral cortex, adenoids of tonsil, vocal cord, minor salivary gland, heart, aorta, T-L spines, renal pelvis and ureter and bladder.

Conclusions :

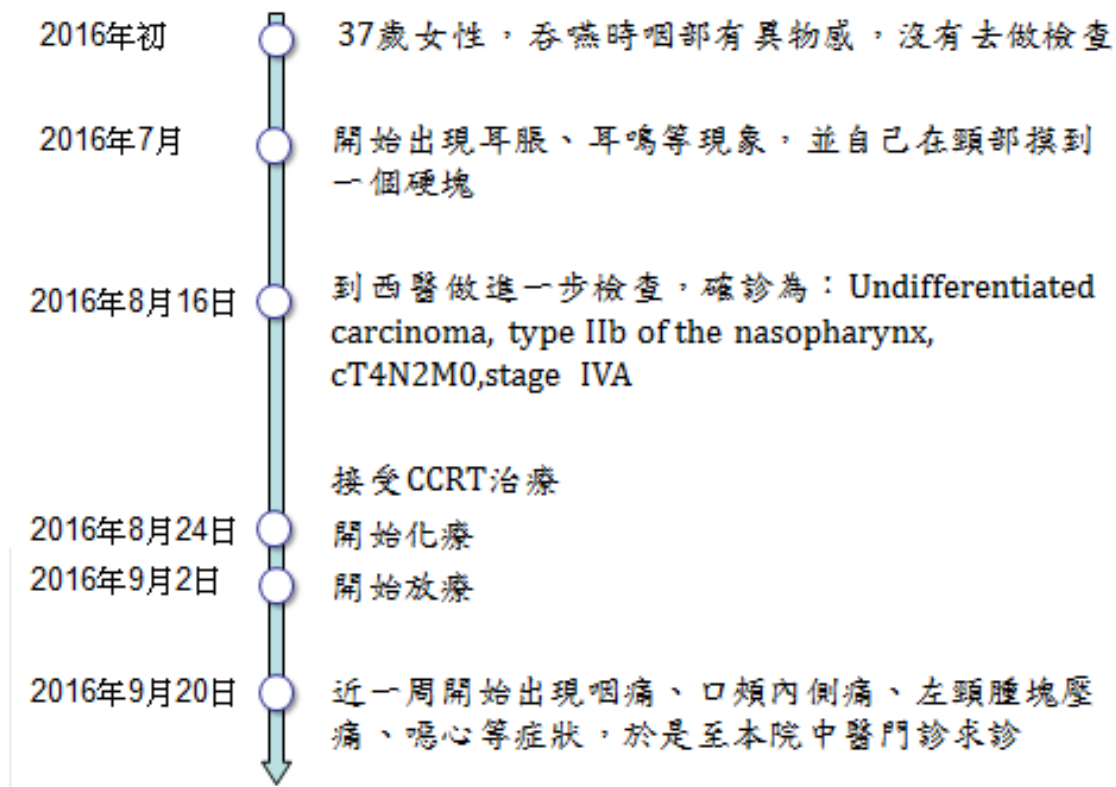
1. In light of these imaging findings, left-sided naso-pharyngeal lesion c/w known NPC with also bil. neck LN involvement is demonstrated
2. According to AJCC 7th ed cancer staging (for NPC), the PET findings are c/w :
T : T3 (C-spine involvement being considered)
N : N2 (bil. LN, size < 6 cm)
M : M0 (no evidence of FDG-avid metastases noticed)

【診斷】

西醫診斷：鼻咽癌，放化療中

中醫證候：頑癩岩

【時序圖】



【中醫辨證（病機分析）】

病因：放療性熱

病位：咽部皮部

病性：熱性傷陰

病勢：急性

經研究顯示：放射治療在中醫理論中，屬於熱性治療，所以，初期對於陰質的損傷會比較明顯，所以大概在第二周會開始有黏膜上的損傷，諸如：咽喉疼痛、紅腫、口瘡、鼻黏膜乾燥出血、眼睛癢等症狀。但是因為這位病患同時間使用化學療法，Cisplatin 屬於寒性藥材，會傷及腸胃功能，產生納差、噁心等症狀。所以，在治療時，不能一味只使用滋陰清熱等藥材，會加重腸胃的負擔，必須酌加溫中散寒、通腑降氣之品，才能改善病患的症狀

【中醫治則】

滋陰清熱、溫中散寒、通腑降氣

【中醫處方】

桑葉 1.5 克

連翹 1.5 克

板藍根 1.0 克

夏枯草 1.5 克

吳茱萸湯 1.5 克

半夏 1.5 克

厚朴 1.5 克

白扁豆 1.0 克

麥門冬 1.0 克

服法：分成 BID (AC) x3 天

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年9月24日

【主訴】咽痛、噁心症狀改善，但是出現咳嗽有痰、血球輕微下降的症狀

【四診】

1. 服藥後咽痛（改善，但是喝冰水會更痛）、咽紅（依舊）、口頰內側痛（改善）、左頸腫塊壓痛（改善）、鼻血（改善）、出現咳嗽、有痰心症狀；無耳鳴
 2. 化療後開始納差，食後易腹脹，偶有噁心感，偶便秘，便硬，以上症狀服用中藥後改善，可以吃完一個便當，但是味覺改變，食不知味；溲平
 3. 平時怕冷又怕熱，不盜汗
 4. 不喘、不胸悶、不心悸、不頭痛、不頭暈
 5. 眠可，但嗜睡
 6. LMP：2015/8/21，經後期未至，小腹無脹感，不乳脹
- 《舌診》舌質淡紅，苔少
《脈診》沈弦

【實驗室檢查】

2016年9月21日

WBC	L	4.48	$10^3/uL$	4.50 - 11.00
RBC		3.96	$10^6/uL$	3.90 - 5.50
Hb	L	11.9	g/dL	12.0 - 16.0
HCT	L	35.7	%	38.0 - 47.0
MCV		90.2	fL	79.0 - 100.0
MCH		30.1	pg	25.4 - 34.6
MCHC		33.3	g/dL	30.0 - 37.0
PLT	L	143	$10^3/uL$	150 - 400
Neutrophil	H	82.7	%	40.0 - 74.0
Lymphocyte	L	8	%	19.0 - 48.0
Monocyte		7.1	%	3.4 - 9.0
Eosinophil		1.8	%	0.0 - 7.0
Basophil		0.4	%	0.0 - 1.5
IG%		0.4	%	0.0 - 0.6

Creatinine		0.7	mg/dL	0.5 - 0.9
ALT		10	U/L	< 41
Na		136	mmol/L	136 - 145
K		3.7	mmol/L	3.5 - 5.1

【影像學檢查】無新增檢查

【中醫治則】

滋陰清熱化痰、溫中散寒、通腑降氣

【中醫處方】

射干 1.0 克	連翹 1.5 克
板藍根 1.0 克	夏枯草 1.5 克
吳茱萸湯 1.5 克	半夏 1.5 克
厚朴 1.5 克	白扁豆 1.0 克
麥門冬 1.0 克	桔梗 1.0 克

服法：分成 BID (AC) x4 天

【討論】

學生詢問：古時候沒有放射治療，現代中醫該如何看待這個新治療方式呢？

老師回答：雖然古時候沒有放射治療，但是，我們可以藉由放射治療之後，病患所出現的症狀，去推敲出放射線治療的中醫屬性，再根據這個理論，去給予相應的中藥治療。經體質研究顯示：放射治療在中醫理論中，屬於熱性治療，所以，初期對於陰質的損傷會比較明顯，所以大概在第二週會開始有黏膜上的損傷，諸如：口腔咽喉疼痛、乳房皮膚紅熱破皮、大腸黏膜損傷而腹瀉。一個月後，陰損及陽，就會有氣陰虛的症狀出現，例如血球下降、消化不良等症狀

【參考文獻】

- 廖繼鼎：臨床腫瘤學，合記圖書出版社，台北 2010; 3: pp. 839-912.
- ZHE, Hong, et al. Prevention and Treatment of Oral Mucositis Caused By Radiotherapy in Patients With Nasopharyngeal Carcinoma. JOURNAL OF NINGXIA MEDICAL COLLEGE. 2000; 2: 10.
- Pak-Kwan Hui：Current topic on Chinese medicine managing side effects of cancer treatment，IG Publishing，HK 2009; 3: pp. 91-97.

頭頸癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師

【姓名】孫 OO

【性別】男

【生日】1951 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】162 公分/70.5 公斤

【初診日期】2016 年 9 月 8 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症化療中，噁心嘔吐

【現病史】

此位 65 歲男性患者，最近一個月自己在左頸部摸到數個二公分大小的硬塊，不影響吞嚥，無外感症狀，於 2016 年 8 月 5 日到三總做進一步檢查，確診為：nonkeratinizing undifferentiated carcinoma of the nasopharynx，cT1N3M0，stage IVB。於是接受 CCRT 治療：8 月 16 日開始做化療（第 1、3、5 週打 5-FU，2500mg/m²，第 2、4、6 週打 cisplatin，60mg/m²），8 月 20 日開始放療。

病患自述打 5-FU 後，當天就會開始噁心、納差，第二天出現嘔吐症狀，服用西藥效果不佳，打 cisplatin 僅出現輕微噁心狀況。於 9/13 將施打 5-FU，於是提前至本院中醫門診求診。

【過去病史】無特別病史

【住院/手術紀錄】無

【外傷史】無特別病史。

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】母親：高血壓、糖尿病

【個人史】

喝酒：每天喝高粱約 50cc

抽菸：當兵時學會抽菸，已經戒 30 年

無嚼檳榔習慣

採一般葷食，飲食無特殊，個性開朗

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

1. 平時不怕冷或怕熱，不盜汗
2. 偶心慌慌的感覺、胸悶、不喘、不頭痛、不頭暈
3. 放療第二周開始出現口腔疼痛、咽紅的症狀，現在咽痛影響吞嚥，口乾，味覺尚且正常，牙齦痛，鼻乾，無鼻血；無耳鳴
4. 化療後開始納差，食後易腹脹，打 5-FU 後，當天就會開始噁心、納差，第二天出現嘔吐症狀，早上空腹時症狀比較明顯，吃點早餐後就會比較舒服，服用西藥效果不佳，打 cispatin 僅出現輕微噁心狀況，生病以前偶腹瀉；溲平
5. 眠差，入睡困難，多夢，半夜醒後難眠

《舌診》舌質紅，無苔，舌有瘀斑

《脈診》脈弦浮

【實驗室檢查】

2016 年 9 月 6 日 血液常規檢查

WBC		6.80	10 ³ /uL	4.50 - 11.00
RBC		4.96	10 ⁶ /uL	3.90 - 5.50
Hb		15.1	g/dL	12.0 - 16.0
HCT		44.6	%	38.0 - 47.0
MCV		89.8	fL	79.0 - 100.0
PLT		154	10 ³ /uL	150 - 400
Neutrophil	H	79.3	%	40.0 - 74.0
Lymphocyte	L	6.9	%	19.0 - 48.0
Monocyte		11.4	%	3.4 - 9.0
Eosinophil		2.1	%	0.0 - 7.0
Basophil		0.3	%	0.0 - 1.5
GLU(AC)		96	mg/dL	74 - 109
BUN		18	mg/dL	6 - 20
Creatinine		0.8	mg/dL	0.7 - 1.2
AST		36	U/L	< 40
ALT		15	U/L	< 41

【影像學檢查】

2016年8月10日 MRI WITH CONTRAST

1. The nasopharynx shows a mild focal mucosal space thickening over the left fossa of Rosemuller and roof. No submucosal spreading of the mucosal space lesion is identified.
2. Scanning of the neck shows multiple enlarged nodes with enhancement over the left left II, IIIb and IV. The biggest one is measured about 2.1 cm in size in the left IIa.
3. The oropharynx and hypopharynx remain unremarkable.
4. The sinonasal cavity shows mucoperiosteal thickening over the right maxillary antrum and fluid retention in the anterior ethmoid cells. The salivary glands and thyroid appear normal.

Impression:

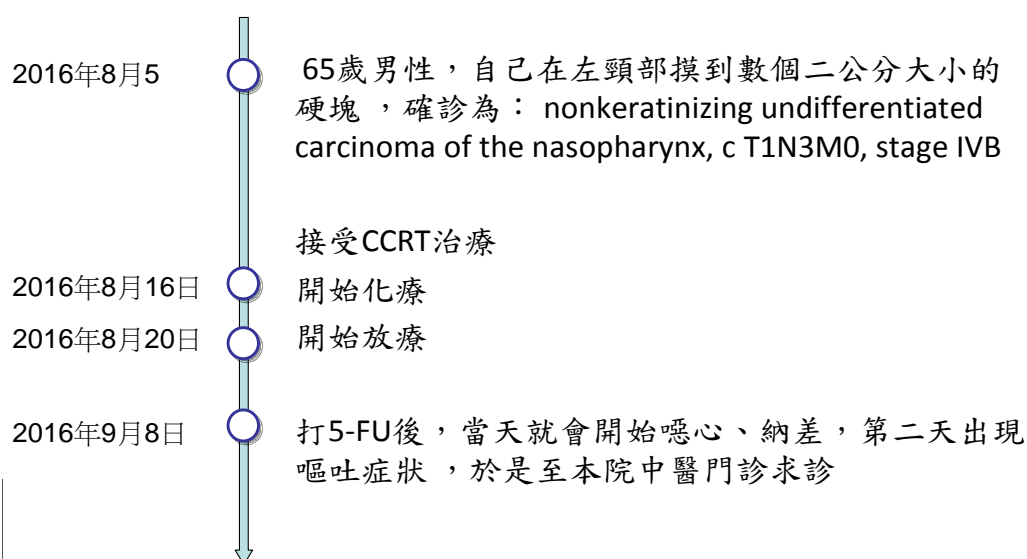
Early mucosal space tumor over the left fossa of Rosemuller with prominent nodal metastases to left neck at level II-IV, The imaging staging is estimated to be T1N3 Mx, at least staging IVb, according to the American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging system, 7th edition.

【診斷】

西醫診斷：鼻咽癌，放化療中

中醫證候：噁心

【時序圖】



【中醫辨證（病機分析）】

病因：化療藥傷（5FU 性燥熱）

病位：胃腑

病性：熱性傷陰

病勢：急性

這個病患，施打 5FU 之後產生噁心、納差、嘔吐、早上空腹時症狀比較明顯，吃點早餐後就會比較舒服、無舌苔等症狀，與中醫理論的胃陰虛證候相符，推測 5FU 是屬於比較燥熱性質的藥材，與施打 cisplatin 產生噁心嘔吐的中焦寒滯證候不同

【中醫治則】

滋養胃陰、清熱降氣

【中醫處方】

白芨 1.0 克

玉竹 1.5 克

玄參 1.0 克

石斛 1.5 克

甘草 1.0 克

丹參 1.0 克

枇杷葉 2.0 克

白扁豆 1.0 克

板藍根 1.0 克

連翹 1.0 克

服法：分成 BID（AC）×7 天

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年9月15日

【主訴】噁心嘔吐症狀改善，但是咽痛依舊

【四診】

1. 服藥後，嘔吐改善，但是，打 5-FU 當天仍然納差、噁心感，納少便少；溲平
2. 現在咽痛甚，舌紅甚，影響吞嚥，口乾，味覺尚且正常，牙齦痛，鼻乾，流鼻血一次；無耳鳴
3. 平時不怕冷或怕熱，不盜汗
4. 偶心慌慌的感覺、胸悶、不喘、不頭痛、不頭暈
5. 眠差，入睡困難，多夢，半夜醒後難眠

《舌診》舌質紅，無苔，舌有瘀斑

《脈診》脈弦浮

【實驗室檢查】

2016年9月14日

WBC		6.30	10 ³ /uL	4.50 - 11.00
RBC		4.66	10 ⁶ /uL	3.90 - 5.50
Hb		14.4	g/dL	12.0 - 16.0
HCT		42.0	%	38.0 - 47.0
MCV		90.1	fL	79.0 - 100.0
PLT		160	10 ³ /uL	150 - 400
Neutrophil	H	80.0	%	40.0 - 74.0
Lymphocyte	L	13.0	%	19.0 - 48.0
Monocyte		6.0	%	3.4 - 9.0
Eosinophil		1.0	%	0.0 - 7.0
Basophil		0.0	%	0.0 - 1.5

【影像學檢查】無新增檢查

【中醫治則】

加重清熱，滋養胃陰

【中醫處方】

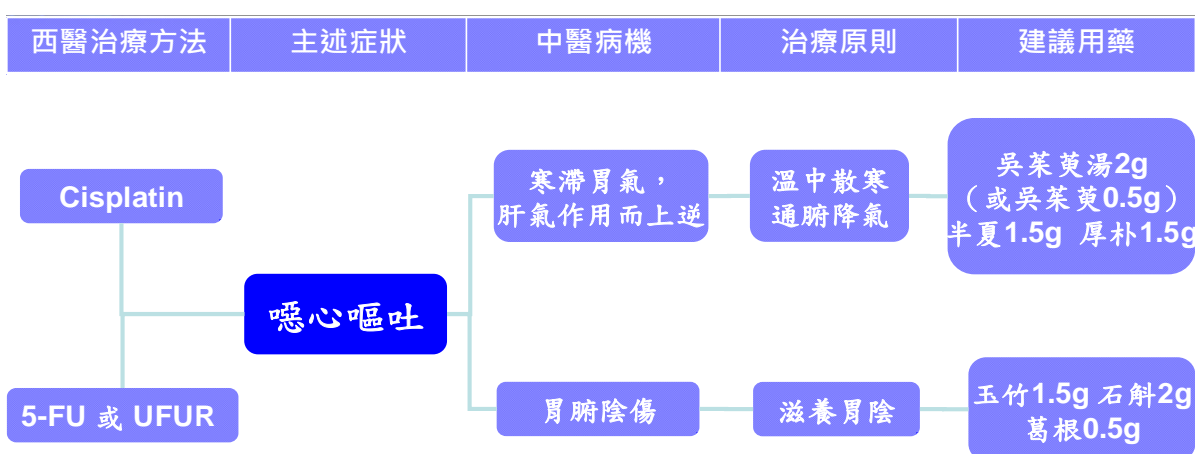
白芨 1.0 克 玉竹 1.5 克 玄參 1.0 克 射干 1.0 克 甘草 1.0 克
丹參 1.0 克 枇杷葉 1.5 克 白扁豆 1.0 克 板藍根 1.5 克 連翹 1.5 克

服法：分成 BID (AC) ×7 天

【討論】

學生詢問：Cisplatin、5FU 同樣都是化學治療，中醫如何分辨它們呢？

老師回答：Cisplatin、5FU 都是現代醫學的新藥物，中醫古代並沒有相似的藥材。所以，中醫師必須使用中醫理論去分析這些新藥物的中醫屬性、對人體的體質影響，從病患的反應去推論其中的中醫機轉，如此，才能在病患產生副作用時，給予適當的調整。化療藥，並不一定是單純的寒藥或熱藥，同樣的症狀（例如：噁心嘔吐），其作用的病位、病性也不一定相同。



【參考文獻】

- 廖繼鼎：臨床腫瘤學，合記圖書出版社，台北 2010; 3: pp. 839-912.
- Pak-Kwan Hui：Current topic on Chinese medicine managing side effects of cancer treatment，IG Publishing，HK 2009; 3: pp. 71-84.
- ZHE, Hong, et al. Prevention and Treatment of Oral Mucositis Caused By Radiotherapy in Patients With Nasopharyngeal Carcinoma. JOURNAL OF NINGXIA MEDICAL COLLEGE. 2000; 2: 10.

肺癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部王琦嫻主治醫師

【姓名】鄧 OO

【性別】女

【生日】民國 26 年 00 月 00 日

【身高/體重】150 公分/45 公斤

【初診日期】民國 105 年 07 月 14 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】肺癌手術後，走路喘已 1 個月。

【現病史】

此位 80 歲女性患者，於 105 年 4 月 27 日，在三軍總醫院泌尿科門診腫瘤定期追蹤時，胸部 X-ray 發現胸部結節，因而轉至胸腔內科進一步檢查；切片診斷為肺腺癌：LUL，pT2aN0M0，Stage 1b。於 105 年 6 月 4 日接受 VATS with LUL lobectomy and mediastinal LN dissection。因接受手術治療後出現走路喘現象，於是至本院中醫部就診。

【過去病史】

1. TCC of ureter, M/3, Rt
2. Hypertension
3. Hyperlipidemia
4. Hyperurecemia

【住院/手術紀錄】

民國 92 年 1 月 6 日，因 TCC of ureter，於三軍總醫院住院並接受手術治療。

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】

1. ALLOPURINOL
2. EXFORGE FC
3. SIMVAHEXAL FC

【家族史】無相關病史

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】目前已停經

【四診】

脈沈滑；舌質淡紅，苔薄白；走路易喘，微咳，痰色白量少；無胸悶心悸，無頭暈頭痛；納可，大便一日一行，質平，溲平；眠佳。

【實驗室檢查】

民國 105 年 6 月 3 日 WBC6510、Hb11.2、PLT216K

【影像學檢查】

民國 105 年 6 月 15 日胸部 X 光 (P-A View)

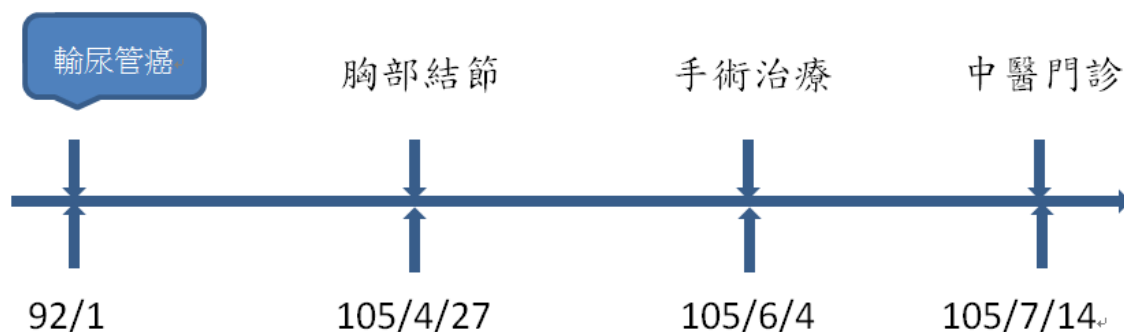
1. Tortuosity and atherosclerosis of the aorta.
2. Degenerative change and mild scoliosis of the T-L spine.
3. Mild blunting of the left costophrenic angle is noted, which may be pleural effusion.
4. Osteoporosis is noted.
5. There is retention of surgical clips in the RUQ abdomen.

【其他治療方式/醫囑】少食冰冷食品。

【整體回顧】

這是一位 80 歲女性患者，92 年因罹患輸尿管惡性腫瘤，而於三軍總醫院泌尿科門診進行定期追蹤，在 105 年 4 月 27 日胸部 X 光發現胸部結節，因而轉至胸腔內科進行進一步檢查，切片診斷為肺腺癌，LUL，pT2aN0M0，Stage 1b。於 105 年 6 月 4 日接受 VATS with LUL lobectomy and mediastinal LN dissection。因接受手術治療後出現走路喘，於是至本院中醫部求診。就診時病人納可、便平、眠佳，無胸悶、無心悸，無頭暈、頭痛，舌淡紅，苔薄白，脈沈滑。

【時序圖】



【辨證】（病因、病位、病性、病勢推演）

病因：手術

病位：肺臟

病性：肺葉切除導致肺氣陰虛，進而影響肺之肅降而出現喘

病勢：緩

【診斷】

西醫病名：肺癌

中醫證型/疾病名：肺氣陰虛

【論治】

理：肺葉切除導致肺氣陰兩虛

法：補氣滋陰。使用北沙參補肺氣，百合滋肺陰，再加上清理肺部痰熱的貝母與桔梗進行治療，另外，為預防藥方滋膩故加入麥芽

方藥：

北沙參	2.0 克	百合	1.0 克
貝母	2.0 克	桔梗	1.0 克
麥芽	1.5 克	TID×7	

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 07 月 21 日

【主訴】走路喘稍減，胸腔科建議預防性化療，病人不欲化療，希望中藥調養

【四診】

1. 走路易喘稍減
2. 無胸悶、無心悸，無頭暈、頭痛
3. 納平，大便 1 日 1 行，質平，溲平。眠佳
4. 《舌診》舌質淡紅，苔薄白。《脈診》沈滑

【實驗室檢查】

民國 105 年 7 月 21 日 HDL48、LDL101、Cr1.0

【論治（治法分析）】

理：肺氣陰虛

法：補肺氣陰

方藥：

北沙參	2.0 克	百合	1.0 克
貝母	2.0 克	桔梗	1.0 克
麥芽	1.5 克	魚腥草	1.0 克
白花蛇舌草	1.0 克	TID×16	

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 08 月 06 日

【主訴】爬樓梯易喘

【四診】

1. 走路易喘稍減
2. 無胸悶、無心悸，無頭暈、頭痛
3. 納平，大便 1 日 1 行，質平，溲平。眠佳
4. 《舌診》舌質淡紅，苔薄白。《脈診》沈滑

【論治（治法分析）】

理：肺氣陰虛

法：補肺氣陰

方藥：

北沙參	2.0 克	百合	1.0 克
貝母	2.0 克	桔梗	1.0 克
麥芽	1.5 克	魚腥草	1.0 克
白花蛇舌草	1.0 克	麥門冬	1.0 克

TID×21

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 08 月 27 日

【主訴】爬樓梯易喘稍減

【四診】

- 1.走路易喘減
- 2.無胸悶、無心悸，無頭暈、頭痛
- 3.納平，大便 1 日 1 行，質平，溲平。眠佳
4. 《舌診》舌質淡紅，苔薄白。《脈診》沈滑

【論治（治法分析）】

理：肺氣陰虛

法：補肺氣陰

方藥：

北沙參	2.0 克	百合	1.0 克
貝母	2.0 克	桔梗	1.0 克
麥芽	1.5 克	魚腥草	1.0 克
白花蛇舌草	1.0 克	麥門冬	1.0 克

TID×28

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 09 月 24 日

【主訴】喘症平

【四診】

1. 走路易喘減。納平，大便 1 日 1 行，質平，溲平。眠佳
2. 《舌診》舌質淡紅，苔薄白。《脈診》沈滑

【影像學檢查】

民國 105 年 9 月 12 日胸部電腦斷層

1. Compared with the prior CT study obtained on 2016-05-09, this follow-up CT study shows s/p lobectomy of LUL.
2. There are small nodular opacities maximal size about 0.4 cm in the RML (Image 52) RLL (Image 58、61、62、73) and LUL (Image 41、48). Lung metastasis can't be excluded.
3. There are hypodense lesions and coarse calcification in the thyroid gland, suggestive of goiter or complicated cyst. Suggest correlate with sonography finding.
4. Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries.
5. s/p nephrectomy, right.
6. The pleural spaces show no evidence of fluid collection or abnormal lesion.

【論治（治法分析）】

理：肺氣陰虛

法：補肺氣陰

方藥：

北沙參	2.0 克	百合	1.0 克
貝母	2.0 克	桔梗	1.0 克
麥芽	1.5 克	魚腥草	1.0 克
白花蛇舌草	1.0 克	麥門冬	1.0 克

TID×14

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 10 月 08 日

【主訴】喘症平，開始服用 ufur

【四診】

1. 走路易喘減
2. 無胸悶、無心悸，無頭暈、頭痛
3. 納平，大便 1 日 1 行，質平，溲平。眠佳
4. 《舌診》舌質淡紅，苔薄白。《脈診》沈滑

【論治（治法分析）】

理：肺氣陰虛

法：補肺氣陰

方藥：

北沙參	2.0 克	百合	1.0 克
貝母	2.0 克	桔梗	1.0 克
麥芽	1.5 克	魚腥草	1.0 克
白花蛇舌草	1.0 克	麥門冬	1.0 克

TID×28

【討論】

Q：請問 7 月 21 日處方，為什麼要加上魚腥草與白花蛇舌草呢？

A：病人喘稍減，因此續用上方，再加入魚腥草與白花蛇舌草進行腫瘤抑制。

Q：請問 8 月 6 日處方，為什麼要加上麥冬呢？

A：病人爬樓梯喘，因此再加入麥冬滋養肺陰。

Q：請問 10 月 8 日，當患者開始服用 Ufur 後，應該注意什麼？

A：觀察服用 Ufur 後不適症狀。Ufur 的常見副作用，包括了消化系統症狀：厭食（3.8%）、噁心（2.4%）、嘔吐（1.1%）及腹瀉（1.5%）；血球抑制作用：白血球減少症（3.1%）、血小板減少症（1.1%）及貧血（0.8%）；肝臟異常（1.8%）；色素沈著（0.7%）。

【參考文獻資料】

1. 徐凱：中醫藥在肺癌圍手術期應用的研究進展。中國中西醫結合外科雜誌 2007; 6: 510-513.
2. 邱志楠、潘俊輝、喻清和、王峰：複方天龍咳喘靈膠囊治療肺癌術

後 206 例臨床觀察。中國中醫藥科技 2001; 1:46-47.

3. 黃敏雯、洪裕強：中醫六君子湯加味治療肺癌化療術後病例報告。臺灣中醫科學雜誌 2009; 4(1):44-53.
4. 倪建林、張朝霞、鄭立軍：自製中藥舒肺散在治療肺癌術後肺不張中的療效觀察。中國當代醫藥 2011; 31: 108-109.

肺癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部王琦嫻主治醫師

【姓名】黃 OO

【性別】男

【生日】民國 43 年 00 月 00 日

【身高/體重】164 公分/64 公斤

【初診日期】民國 105 年 04 月 26 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】化療中欲中醫調理

【現病史】

這是一位 62 歲已婚男性，無特殊系統性疾病，有三十年以上的煙齡，每日約一包，105 年 3 月開始斷斷續續地咳嗽，至 4 月仍未緩解，於是至新竹醫院檢查發現異常後轉至本院。3 月 11 日穿刺檢查結果為肺癌，於 3 月 22 日進行手術：VATS with RLL lobe of lung lobectomy + wedge resection of RUL lobe of lung + mediastinal LN dissection (level 2、4、7、10、11)，pT2aN1M0，stage IIA。本次入院接受輔助性化療 CDDP+NAVELBINE，希望中醫輔助調理。

【過去病史】

Hepatitis B carrier

【住院/手術紀錄】

Appendectomy

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無相關病史

【個人史】抽煙每日 1 包約 30 年，採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】蝦蟹

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

1. 面紅，微喘，走多易喘，聲音輕微沙啞，痰白黏
2. 眠可，納可，口不乾，便可
3. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》弱數

【實驗室檢查】

民國 105 年 4 月 25 日

WBC4800 (Neutrophil48.1%)、Hb10.2、PLT265K

BUN21、Cr0.6、AST/ALT14/18

【影像學檢查】

民國 105 年 4 月 13 日胸部 X 光 (P-A View)

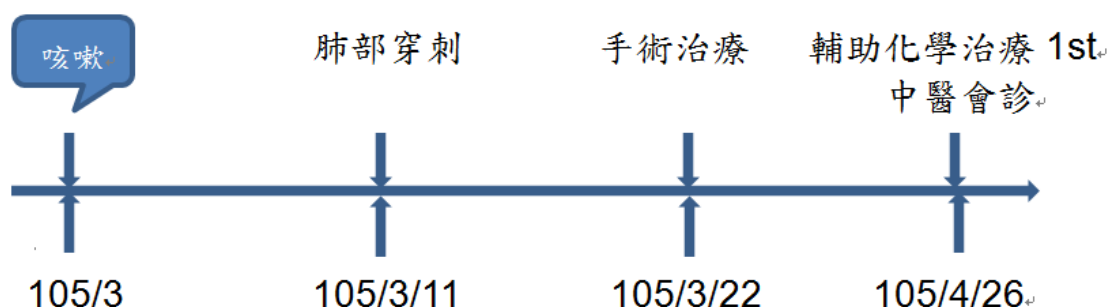
1. S/P RLL lobectomy. Patchy infiltration over right lower lung zone is noted.
2. Tortuosity and atherosclerosis of the aorta.
3. Bilateral pleural effusions are present.

【其他治療方式/醫囑】少食冰冷

【整體回顧】

這是一位 62 歲已婚男性，無特殊系統性疾病，有三十年以上的煙齡，每日約一包，105 年 3 月出現斷斷續續的咳嗽近一個月，至新竹醫院檢查發現異常，後轉至本院，3 月 11 日穿刺檢查結果為肺癌，於 3 月 22 日進行手術：VATS with RLL lobe of lung lobectomy + wedge resection of RUL lobe of lung + mediastinal LN dissection (level 2、4、7、10、11)，pT2aN1M0，stage IIA。本次入院接受輔助性化療 CDDP+NAVELBINE，希望中醫輔助調理。就診時病人面紅，微喘，走多易喘，聲音輕微沙啞，痰白黏，眠可，納可，口不乾，便可，舌紅少苔，脈弱數。

【時序圖】



【辨證】

病因：手術

病位：肺臟

病性：肺葉切除導致肺氣陰虛，進而影響肺之肅降而出現喘

病勢：緩

【診斷】

西醫病名：肺癌

中醫證型/疾病名：肺氣陰虛

【論治】

理：肺葉切除導致肺氣陰兩虛

法：補氣滋陰

方藥：

北沙參	2.0 克	麥門冬	2.0 克
貝母	2.0 克	白芨	1.0 克
白朮	1.0 克	麥芽	1.0 克

TID×14

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 04 月 27 日

【主訴】走路喘稍減，化療後無不適

【四診】

1. 微喘，走多易喘，痰白黏
2. 眠可，納可，口不乾，便可
3. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》弱數

【影像學檢查】

民國 105 年 4 月 26 日胸部 X 光 (P-A View)

1. S/P RLL lobectomy. Mild infiltration over right lower lung zone is noted.
2. Tortuosity and atherosclerosis of the aorta.
3. Bilateral pleural effusions are present.
4. S/P port-A implantation with tip in the SVC.

【論治 (治法分析)】

理：肺氣陰虛

法：補肺氣陰

方藥：

北沙參	2.0 克	麥門冬	2.0 克
貝母	2.0 克	白芨	2.0 克
白扁豆	1.0 克	百合	1.0 克
白朮	1.0 克	麥芽	1.0 克

TID×6

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 05 月 03 日

【主訴】嘔吐 2 天

【四診】

1. 噯氣，無腹瀉
2. 微喘，走多易喘，痰白黏
3. 眠可，納可，口不乾
4. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》弱數

【論治（治法分析）】

理：胃氣上逆

法：和胃降氣

方藥：

白芨	2.0 克	白扁豆	1.0 克
白朮	1.0 克	陳皮	1.0 克
麥芽	1.0 克	吳茱萸	1.0 克
黃耆	1.0 克	TID×7	

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 05 月 18 日

【主訴】無嘔吐

【四診】

1. 無噯氣，無腹瀉，預計 5/24 門診進行 2rd 化療
2. 微喘，走多易喘，痰白黏
3. 眠可，納可，口不乾
4. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》滑

【論治（治法分析）】

理：胃氣上逆

法：和胃降氣

方藥：

白芨	2.0 克	白扁豆	1.0 克
白朮	1.0 克	陳皮	2.0 克
吳茱萸	1.0 克	半夏	1.0 克
黃耆	1.0 克	TID×14	

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 06 月 21 日

【主訴】口服化療藥後水瀉 3 日

【四診】

1. 無嘔吐，無噯氣，納可，今日 3rd 化療
2. 微喘，走多易喘，痰白黏
3. 眠可，口不乾
4. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》滑

【實驗室檢查】

民國 105 年 5 月 24 日 WBC4130 (Neutrophil49.6%)、Hb11.6、PLT213K

民國 105 年 6 月 14 日 WBC3660 (Neutrophil36.4%)、Hb12.0、PLT137K

民國 105 年 6 月 21 日 WBC5500 (Neutrophil54.0%)、Hb12.1、PLT203K\

民國 105 年 5 月 25 日 CEA1.64

【論治（治法分析）】

理：中焦濕熱

法：清利濕熱

方藥：

白芨	2.0 克	白扁豆	1.0 克
白朮	1.0 克	陳皮	2.0 克
吳茱萸	1.0 克	半夏	1.0 克
黃芩	1.0 克	黃連	0.3 克
甘草	0.5 克	TID×21	

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 07 月 12 日

【主訴】水瀉減

【四診】

1. 無嘔吐，無噯氣，納可，今日 4th 化療
2. 微喘，走多易喘，痰白黏。眠可，口不乾
3. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》滑

【實驗室檢查】

民國 105 年 7 月 12 日 WBC3910 (Neutrophil41.0%)、Hb11.4、PLT161K

【論治（治法分析）】

理：中焦濕熱

法：清利濕熱

方藥：

白芨	2.0 克	白扁豆	1.0 克
白朮	1.0 克	陳皮	2.0 克
吳茱萸	1.0 克	半夏	1.0 克
黃芩	1.0 克	黃連	0.3 克
甘草	0.5 克	TID×28	

【討論】

Q：請問第一次處方時，用藥的考量？

A：第一次處方時，針對肺部術後喘的部分，以北沙參、麥門冬補氣滋陰，貝母清化痰熱；對於 cisplatin 可能引起之噁心嘔吐，使用白朮、麥芽健脾胃，白芨養脾胃陰。

Q：請問 4 月 27 日處方時，用藥的考量？

A：因症狀穩定續服上方，但加入白扁豆加強補脾胃陰，百合補肺陰。

Q：請問 5 月 3 日處方時，用藥的考量？

A：化療藥物 Cisplatin 引起胃寒導致胃氣不降、胃氣上逆而引發嘔吐噯氣，因此使用陳皮降氣、吳茱萸暖胃。胃氣不降可能導致脾氣不升、倦怠乏力，因此加入黃耆益氣。去北沙參、麥冬、百合，以防滋膩礙胃。

Q：請問 5 月 18 日處方時，用藥的考量？

A：預計 5 月 24 日門診進行第 2 次化療，為預防化療藥物 Cisplatin 引

起胃寒導致胃氣不降、胃氣上逆而引發嘔吐與噯氣，因此將麥芽改為半夏加強降胃氣。

Q：請問 6 月 21 日處方時，用藥的考量？

A：口服化療藥物 Navelbine 引起中焦濕熱導致水瀉，因此使用黃芩、黃連清熱利濕。

【參考文獻資料】

1. 石軼群：佐金平木、抑木扶土法治療肺癌化療後腹瀉探討。中國中醫藥現代遠端教育 2008; 9: 1019-1020.
2. 婁志宏：口服補液鹽Ⅲ聯合金雙歧治療肺癌化療相關腹瀉的療效觀察。天津藥學 2016; 2: 37-38.
3. 熊剛：參附注射液對減輕中晚期非小細胞肺癌化療毒副反應的臨床觀察。第五屆全國腫瘤放療及綜合治療會議論文集 2007; 12: 357-359.

肺癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部蔡運寧主治醫師

【姓名】呂 OO

【性別】男

【生日】1947 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】162 公分/90 公斤

【初診日期】2016 年 05 月 15 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】呼吸喘促自 2015 年

【現病史】

69 歲男性，從十多歲就開始抽煙，一天抽二到三包；2002 年時，常覺得胸悶、咳嗽、胸口有很多黏痰不好咳出，至三軍總醫院胸腔內科檢查，告知為「慢性阻塞性肺疾病」，之後並無特殊治療，也無回診追蹤，仍維持抽煙嗜好。2009 年時，感染肺結核，在三總完成九個月的抗結核藥物治療。於 2010 年冬天，有一次嚴重感冒好了之後，從早咳到晚，活動則喘促，一直不以為意，但到 2012 年夏天仍未好轉；於是再度回到三軍總醫院胸腔內科就醫。經肺部 X 光、肺部電腦斷層、支氣管鏡及細胞取樣檢查，診斷為「肺癌」；病理報告結果顯示：Squamous cell carcinoma of lung, poorly differentiated, right upper lobe near carina complicated with lobular atelectasis, pT4N2M0, stage IIIB。由於患者年齡較大且已有淋巴結轉移，因此並未手術，採用化學治療，化療藥物為 Paclitaxel 合併 Cisplatin 共十二次；化療後進行放射治療三十五次。化療與放療期間，患者抽煙減量，一天約抽二至三根。化放療後，自覺身體狀況還可以，心理適應尚可，但一動就會呼吸喘促、天氣稍冷就會咳嗽、不太排便，因此前來中醫門診，希望改善喘咳與便秘的問題。

【過去病史】與【住院/手術紀錄】

1. 2001 年，檢查出「高血壓」
2. 2002 年，檢查出「慢性阻塞性肺疾病」
3. 2009 年，檢查出「肺結核」
4. 2011 年，右膝退化性關節炎

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】

1. 無服用其他健康食品

【家族史】

1. 父親：腦溢血
2. 母親：心血管疾病

【個人史】

1. 抽煙，從十多歲就開始抽煙一天抽二到三包，2012 年肺癌治療過程中，已較少抽，目前一天約抽二至三根
2. 偶喝啤酒或高粱
3. 採一般葷食
4. 飲食無嗜冰辣鹹等狀況

【過敏史】 無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】 無

【四診】

脈沈滑數；舌淡紅苔白厚；易口乾；天冷時易咳嗽；一動則呼吸喘促；肺部聽診：兩肺下葉 wheezing；喉中有痰不易咳出；納可，一天只吃二餐（早午餐與晚餐）；便三日一行，量少不順；睡眠品質尚可（睡眠時間晚上 22 時，到隔日早晨 8.5 時，半夜會醒來夜尿一次）

【實驗室檢查】 無

【影像學檢查】

2016 年 4 月 22 日胸部 CT



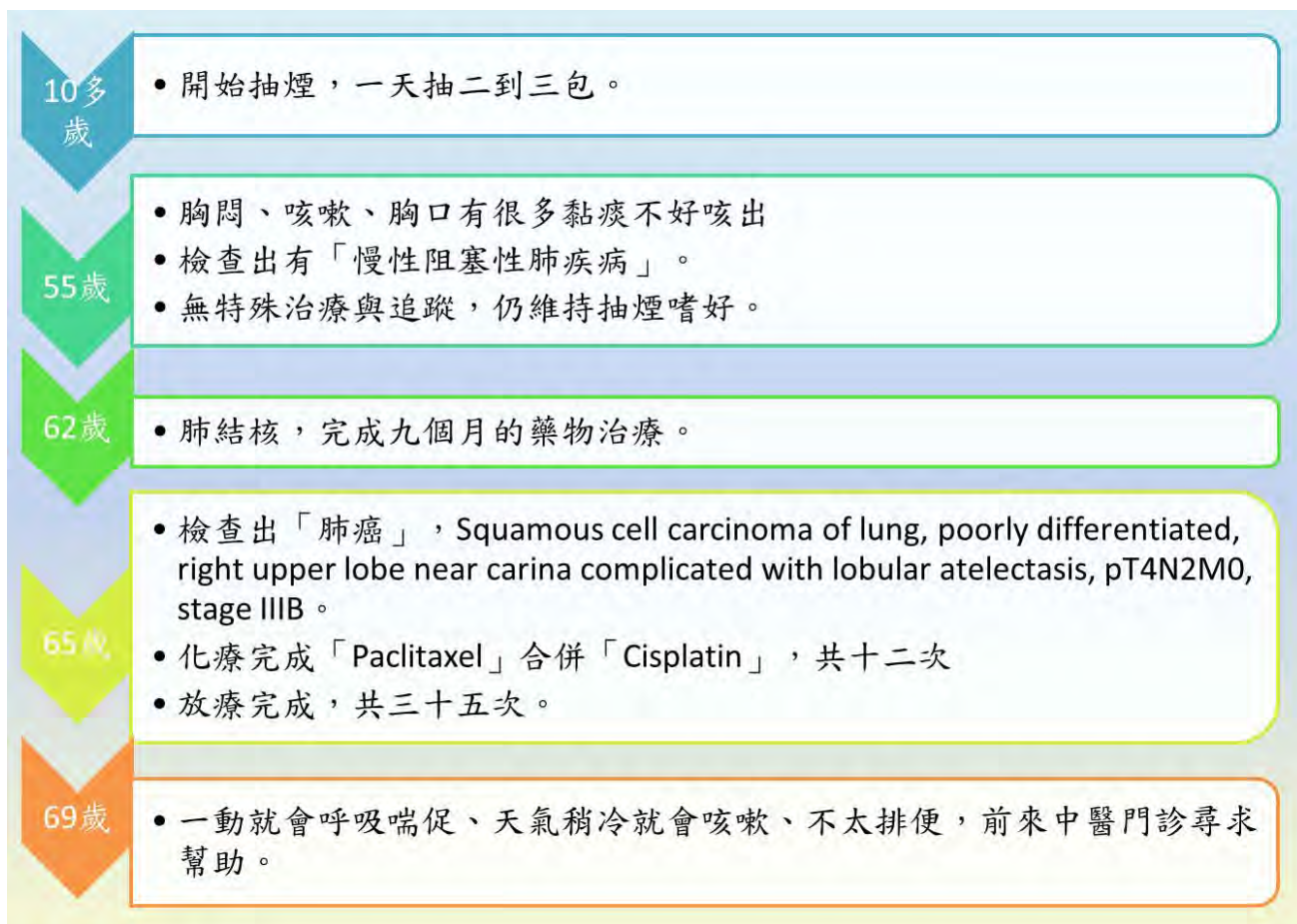
【其他治療方式/醫囑】 無

【整體回顧】

69 歲男性，十多歲就開始抽煙，2002 年檢查出「慢性阻塞性肺疾病」；2009 年感染肺結核，完成九個月的抗結核藥物治療。65 歲時，檢查出有「肺癌」stage IIIB，開始化療（Paclitaxel 合併 Cisplatin）共十二次，放療共三十五次。目前身心狀況尚可，但一動就會呼吸喘促、天氣稍冷就會咳嗽、

不太排便，因此前來中醫門診尋求協助。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

患者來中醫門診，是因為四年前，肺癌化療與放療之後，喘促變得更加明顯，也有便秘的困擾，希望中醫可以協助改善。因此，我們需要了解，肺癌治療後，發生在患者身上「喘促」與「便秘」的病機。

整體而言，患者的主要問題有兩個：一是「慢性阻塞性肺疾病」；另一則是「肺癌」。

「慢性阻塞性肺疾病」是以肺之氣道阻塞，導致天陽清氣與送至肺部的後天營衛之氣不能順利在肺中氣道受到正常的宣發與肅降；再加上肺之氣道受阻，內部相火作用下，使氣道中的津液長期受到相火灼煉而轉變為痰。表現出痰多、咳嗽、喘促之症狀。

「肺癌」則是肺之實質產生癌變，最終結果是肺臟原有功能容積減少，使肺宣發與肅降的功能減弱，加重了原本痰多、咳嗽與喘促的症狀。患者接受的化學治療藥物為 Paclitaxel 合併 Cisplatin，這兩個藥物的作用與副作用各是什麼呢？Paclitaxel 的中文名稱為「汰癌勝」，本品與 β-微管蛋白結

合，穩定微管結構而抑制其解聚，持續阻滯細胞從有絲分裂中期轉向後期，使細胞停止於 G3-M 期。有破壞毒殺細胞的功效；但在身體各系統器官都有程度不一的副作用（包括心血管系統、骨髓、皮膚、腸胃道……等）。Cisplatin 的中文名稱為「順鉑」，因為可阻斷 DNA 的合成，是一種可使用於抗腫瘤藥物的重金屬物質；最主要的副作用是「腎毒性」。在本患者身上，幸運的是，相關的副作用並不太明顯。不過，從這兩種藥物的副作用回推其對於身體的效應，整體而言有削弱正氣，與抑制先天原氣的作用；理論上這兩味藥物整體性味為「苦、寒」寒，入「肺、腎」。

另外，患者也接受了三十五次的放射治療。放療是以高熱原理，以殺死腫瘤細胞；也因其高熱效應，同時灼傷了照射局部的筋膜腠理與臟器陰質，形成局部的「陰虛痰火證」。

綜合而言，患者在肺臟陰質受損的體質條件下，受到了苦寒的化療藥物削弱先後天正氣，與肺部局部受到高熱灼傷陰質，最終呈現心腎氣虛、肺部陰虛痰火，導致肺氣不得宣發及肅降，繼而大腸腑氣機亦下行不暢，而有咳喘及便秘的困擾。治療時應掌握顧護肺與大腸原本生理功能，在扶正的原則下，改善其生活品質。

【病因、病位、病性、病勢推演】

病因：遠因為「慢性阻塞性肺疾病」與「肺癌」

近因為化學治療 Paclitaxel 合併 Cisplatin，與放射治療

病性：全身氣虛、肺臟局部陰虛痰火、氣道不通、大腸腑氣不降

病位：肺、大腸、腎

病勢：肺之氣機宣降持續失暢，將導致咳嗽、喘促、便秘更加嚴重

【診斷】

西醫病名：「肺癌」stage IIIB，經過化療（Paclitaxel 合併 Cisplatin）

共十二次，放療共三十五次

中醫證型/疾病名：全身氣虛，肺失宣降夾陰虛痰火證。疾病名：肺積、上氣、息賁、便秘等。

【論治（治法分析）】

理：首要改善氣虛，以達宣肺降氣之目的，因滋陰清熱化痰無法在短時間內取效，應在不加重局部陰虛痰火的狀況下，透過宣降肺氣，以通大腸腑氣，促進排便。

法：強心益氣、宣肺降氣、通腑排便。

方藥：

炮附子 1.5g 北沙參 2.0g 玉竹 1.5g 牡丹皮 1.5g 栝蒌實 2.0g

半夏 1.5g 乾薑 1.0g 大黃 0.8g 白芨 1.7g 6g bid×7

君：炮附子 1.5g、北沙參 2.0g、玉竹 1.5g

臣：栝蒌實 2.0g、半夏 1.5g、大黃 0.8g

佐：牡丹皮 1.5g、乾薑 1.0g

使：白芨 1.7g

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年05月22日

【主訴】上腹部抽痛已三天

【四診】

脈沈右細左弱；舌淡紅苔白；咳嗽與呼吸喘促的狀況改善三成；動則自汗；納可；眠欠安；便由原本三日一行，轉為一日一行；上腹部抽痛，自行購買胃散服用

【論治（治法分析）】

理：咳嗽與呼吸喘促的狀況，與排便皆有改善，表示病機判斷沒有太大問題；動則自汗表示身體上部有衛氣不足，不能固攝體表津液，因而自汗；上腹部抽痛，是否與大黃促進腑氣下行過速，或乾薑之辛辣刺激胃腸有關？本次用藥需多加注意

法：強心益氣、宣肺降氣、通腑排便；並加入行氣止痛藥續觀

方藥：

炮附子 1.5g 北沙參 2.0g 玉竹 1.5g 牡丹皮 1.5g 枳實 2.0g
半夏 1.5g 乾薑 0.5g 大黃 0.3g 白芨 1.2g 延胡索 1.5g
6g bid×7

君：炮附子 1.5g、北沙參 2.0g、玉竹 1.5g

臣：枳實 2.0g、半夏 1.5g、大黃 0.3g

佐：牡丹皮 1.5g、乾薑 0.5g

使：白芨 1.2g、延胡索 1.5g

【教學與討論】

Q：請問老師，當肺癌患者尋求中醫輔助治療時，我們應該要掌握的大原則是什麼呢？

A：這是一個很好的問題喔！肺癌患者的基本病機，是肺中的腫瘤細胞團塊，佔據了肺臟陰質，使其在行宣發與肅降的功能失常。化療後傷氣、放療後傷陰；而肺本身即為嬌嫩之臟！因此，在治療時，需留意益氣、滋陰，目的都是為了使肺宣肅之生理功能得以正常作用，但選用藥物時，儘量不要選擇燥熱之品，或是需配合選用潤而不膩之種類。

Q：請問老師，可否就本次處方用藥，做一下詳細說明？

A：好的！延續上面你問的問題，我們來考慮這位肺癌患者的處方用

藥；處方用藥的原則，是根據病機而定，而藥物選擇時，了解藥物的性味與歸經則是重要基本功。

炮附子：辛熱，入於心、腎。調動先天原氣，推動三焦、十二經的營衛氣循環。因化療藥物削弱正氣，又有潛在之腎毒性，推測腎氣亦受化療藥物戕害，而不能助心行氣，導致少氣喘促，因此用炮附子，以調動先天原氣入心。

北沙參：甘，微寒，入於肺、胃。北沙參之優點，在於可以滋養肺部氣陰（以益氣為主、滋陰為輔），對於肺癌患者兼有扶正而不過燥的效果。

玉竹：甘、平，入於心、肺、胃。和北沙參有類似的優點，可以滋養肺部氣陰（但以滋陰為主、益氣為輔）。

牡丹皮：辛、苦、微寒，入於心、肝與血分。牡丹皮是一味很特別的藥，入於養陰藥中，有宣行涼血的作用，兼有辛散，而無凝滯留瘀之弊。腫瘤細胞會分泌血管增生因子以供生長，因此腫瘤細胞團塊之血管增生作用若能降至最低，則可使腫瘤復發機會減少，牡丹皮可以涼血，使局部蓄血作用減低；同時又可行血，以防局部血瘀。對於肺癌患者而言，牡丹皮也沒有一般行血藥（如川芎、當歸）的溫性、也沒有涼血藥（如生地）的滯性，非常適合作為上述強心益氣滋陰藥之佐藥。

栝蒌實：甘、寒，入肺、胃、大腸。可寬胸降氣化痰，降低肺氣降氣時之阻力，適用於肺熱痰稠不易咳出者。通路用藥。

半夏：辛、溫，入肺、胃。和胃降氣，有「通胃陽」之效。

乾薑：辛、熱，入脾、胃。配合半夏與大黃，提供腑之動能，來進行通腑。

大黃：苦、寒，入胃、大腸，是血分與腑之用藥。可通腑瀉下、清熱涼血。

白芨：苦、甘、澀、微寒，入胃、肺。質黏多脂。可收斂止血，促進潰瘍癒合。本次是用在顧護胃腸腑之腑壁。

延胡索：辛、苦、溫，入心、肝、脾等。可活血、行氣、止痛，用在心腹及肢體疼痛之止痛，效果顯著。

【參考文獻資料】

1. 顏正華主編：中藥學，知音出版社，台北

2. 胡波等：基於中醫文獻探析中醫治療肺癌的臨床用藥規律，中國民族民間醫藥 2012; 13: 12-15.
3. 倪育淳，趙紅豔，周岱翰：中醫治療老年肺癌的優勢與前景，現代中西醫結合雜誌 2008; 17(16): 4809.

中醫輔助治療肺癌標靶治療後味覺喪失食慾減退
教學病例（台北榮總 傳統醫學科）

一、個人基本資料：

姓名：朱 OO 性別：女性 年齡：73 歲

病例號碼：26657xxx

生日：1943/00/00

中醫初診日期：2016/10/31

二、主訴：標靶治療後味覺喪失導致食慾不振、噁心約兩個月，全身皮膚紅疹約四個月

三、現病史：

這位 73 歲的女性，罹患肺腺癌 cT3N0M1b stage IV 轉移骨、腦及腎上腺，自 2016/5/9 始使用標靶藥物 Tarceva 治療，於 2016/8 出現味覺喪失、舌苔光剝、聞食物氣味即噁心欲嘔之症狀，加上自開始治療後食慾不振導致五個月內體重下降 10 公斤，大便成形三、四日一次。另外於 2016/6 起全身包含頸部、軀幹、四肢皮膚出現癢疹色暗逾四個月，搔癢甚，多處有搔抓後之傷口，癒合後有色素沈澱現象。手抖時作，無特定發作時間，肌力可，四肢末梢無麻木疼痛感。血壓時高時低不穩定，收縮壓介於 90-155 之間，服高血壓藥控制中。標靶治療至今目前無喘、呼吸困難等症狀，精神可，眠可。

四、過去病史、家族史：

(一) 過去病史：

1. 肺腺癌 cT3N0M1b stage IV 轉移骨、腦及腎上腺，EGFR L858R+。
2. 左乳原位導管癌，grade II。
3. 第二型糖尿病。
4. 慢性阻塞性肺病(COPD)。
5. 右下肺葉肺炎，胸腔積液。

(二) 家族史：

第二型糖尿病，氣喘，父親罹患大腸癌。

五、個人史：

抽煙：有（1PPD 持續 55 年，目前已戒）

酗酒：無

檳榔：無

藥物過敏史：無

六、手術史

1. 2015/4/29 左乳原位導管癌，grade II，接受雙側乳房保留手術 (BCS)
2. 1998/2/9 左側髖關節退化性關節炎，接受人工關節置換術。

七、西藥使用狀況

1. Denosin 5mg (Desloratadine) QD
2. Vistaril Capsules (Hydroxyzine) QID
3. Tetracycline Hcl Capsules 250mg (Tetracycline) BID
4. Xgeva (Denosumab) QM
5. Diovan Film-Coated Tab. 80mg (Valsartan) QD
6. Megest Oral Suspension 40mg/MI (Megestrol) QD
7. Tarceva Film-Coated Tablets 150mg (Erlotinib) QOD

八、中醫四診

(一) 望診：

體形：偏瘦。

舌診：舌紅，苔光剝。

(二) 聞診：聲音一般，不咳不喘，無異常氣味。

(三) 問診：

1. 全身：全身皮膚出現紅色癢疹逾兩個月，搔癢甚，有色素沈澱。血壓時高時低不穩定，收縮壓介於 90-155 之間，服高血壓藥控制中。
2. 情志：無特別心情不佳，精神可。
3. 睡眠：眠可。
4. 頭項：無頭痛頭暈。
5. 五官：味覺喪失、舌苔光剝、聞食物氣味即噁心欲嘔，嗅覺異常。
6. 胸部：無心悸胸悶，無呼吸困難。
7. 腹部：納差食慾不振。
8. 腰背四肢：手抖時作，無特定發作時間，肌力可，四肢末梢無麻木疼痛感。無腰膝痠軟。
9. 飲食：沒有食慾，不覺餓，僅吃米湯，聞食物香味覺噁心。

10. 二便：小便平，大便成形三、四日一次。

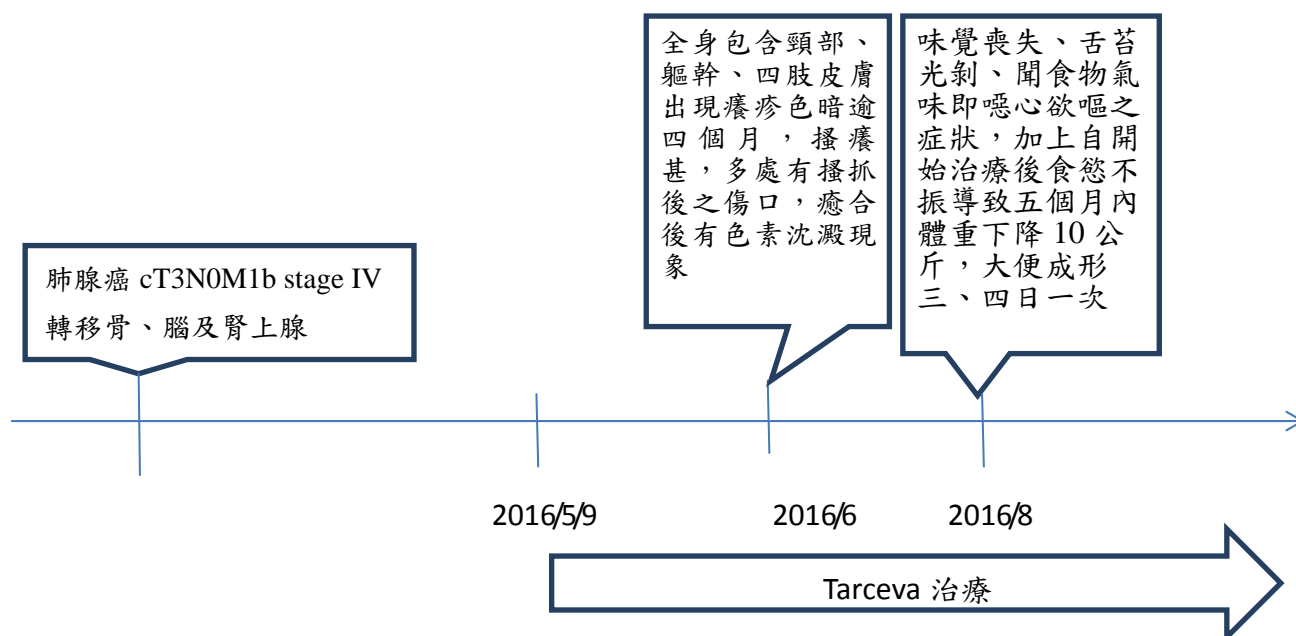
(四) 切診：

脈診：脈沉澀弱，左沉弱短滑。

九、整體回顧：

這位 73 歲的女性，罹患肺腺癌 cT3N0M1b stage IV 轉移骨、腦及腎上腺，自 2016/5/9 始使用標靶藥物 Tarceva 治療，於 2016/8 出現味覺喪失、舌苔光剝、聞食物氣味即噁心欲嘔之症狀，加上自開始治療後食慾不振導致五個月內體重下降 10 公斤，大便成形三、四日一次。另外於 2016/6 起全身包含頸部、軀幹、四肢皮膚出現癢疹色暗逾四個月，搔癢甚，多處有搔抓後之傷口，癒合後有色素沈澱現象。手抖時作，無特定發作時間，肌力可，四肢末梢無麻木疼痛感。血壓時高時低不穩定，收縮壓介於 90-155 之間，服高血壓藥控制中。標靶治療至今目前無喘、呼吸困難等症狀，精神可，眠可。就診時味覺喪失、舌苔光剝、聞食物氣味即噁心欲嘔，嗅覺異常。沒有食慾，不覺餓，僅吃米湯，聞食物香味覺噁心。小便平，大便成形三、四日一次。手抖時作，無特定發作時間，肌力可。

十、時序圖



十一、病因病機四要素分析：

(一) 病因：

內因：無特別情志問題。

外因：無特別外因。

不內外因：吸菸 50 年以上、服用標靶藥物 5 個月

(二) 病位：

西醫：肺、舌、消化系統。

中醫：肺、脾胃。

(三) 病性：

主證：味覺喪失、聞食物氣味即噁心欲嘔，食慾不振，體重下降 10 公斤，血壓時高時低不穩定。全身皮膚出現暗紅色癢疹。

次證：手抖。

(四) 病勢：

患者長期吸煙，香菸為熱毒燥邪，日久灼傷津液生成痰，並傷肺氣。痰凝氣滯，瘀阻絡脈日久而成癌，經標靶藥物治療後損傷胃氣，導致精氣不能上達而舌苔光剝，脾胃之氣傷亦導致食慾不振，不思飲食。患者血壓不穩定，雖無相應症狀，但應屬脾胃運化無權而全身氣虛導致心脈鼓動無力，氣機升降失調，導致無法維持血壓，脈沉弱無力。脾主四肢，脾虛則宗筋失潤，四肢不收而時發顫抖。標靶藥物損傷脾胃並造成濕毒內生，而有皮膚癢疹色暗不鮮，脈短滑之象。

十二、診斷：

中醫：口淡、浸淫瘡、息貴。

西醫：肺癌、標靶治療後喪失食慾、皮疹。

中醫證型：脾胃氣虛，濕毒鬱結。

十三、治則及方藥：

治則：健脾調胃，益氣燥濕。

方藥：

甘露飲 1.5g	丹參 0.33g
桂枝 0.25g	黃耆 0.33g
香砂六君子湯 2g	百合 0.25g
百合 0.25g	神麴 0.33g

討論

腫瘤的生長和惡化取決於細胞膜表面受體的活性，它調控細胞增殖、凋零、血管新生、黏附和轉移等訊息的傳遞。EGFR 是酪胺酸激酶接受體家族的一員，當腫瘤細胞上的 EGFR 過度表現，則病人的預後就越差。有報

告指出約有 43-89% 的 NSCLC 患者都有 EGFR 過度表現的現象。

目前研究證實 erlotinib 及 gefitinib 可作為非小細胞肺癌第二線治療藥，屬專一性的 EGFR-TK 抑制劑 (EGFR-TKI)，藉由競爭 EGFR 上的 ATP 結合位置而阻斷 EGFR 的訊息傳遞，達到抑制腫瘤增生、轉移，使癌細胞逐漸凋零、死亡。

EGFR-TKI 的副作用小且不會出現化療藥物常見的掉髮、白血球降低和嘔吐等副作用。但臨床上仍常見下列的不良反應：

1. 嚴重度的疲倦、噁心、嘔吐、腹瀉、厭食、眼睛不適。
2. 肺部不適、呼吸困難、呼吸短促、嚴重咳嗽、發燒、胸痛。
3. 過敏反應，呼吸困難、咽喉緊縮、嘴唇、舌頭及臉部腫脹或皮膚紅疹、蕁麻疹。

中醫討論光剝苔包含《臨證驗舌法》：「舌光無苔，胃氣絕也，不治。」《察舌辨證新法》：「質紅無苔，熱邪初入陰分，或者傷食，胃氣不能上升，或憂思郁抑，陽氣不能上升，須以脈舌上無苔，質光如鏡，為胃陰胃陽兩傷，腸胃中之茸毛貼壁，完穀不化，飢不受食之候。亦有頑痰膠滯胃中，茸毛不起，皆有此候。須以脈診參斷。」多以熱邪入陰，或胃氣傷解釋。

中醫典籍提及口內淡而無味分虛實，實者因胃熱為主，虛者則以脾胃虛為主。再《世醫得效方》卷十七，「虛則口淡」。《醫學正傳·口病》：「有口淡者，知胃熱也。」《景岳全書·雜證謨》認為凡大勞大瀉大汗大病之後，皆能令人口淡無味，並非皆為胃火使然。有虛實之別。虛者見於病後胃虛，宜健脾和胃，實者多由胃熱所致，以清熱為主。口淡是指口中無味，多為脾胃氣虛或陽虛，或因脾腎陽虛而致胃納不佳。

參考文獻

1. Methvin, Amanda B, Gausas, Roberta E., Newly Recognized Ocular Side Effects of Erlotinib, Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 2007, 23 (1), pp 63-65
2. Anna Liza C. Agero et al., Dermatologic side effects associated with the epidermal growth factor receptor inhibitors, Journal of the American Academy of Dermatology, 55(4), 2006, pp 657-670.
3. 蘇三稜，肺癌證治方藥，中醫藥研究論叢，9(1)，pp24 - 33 馮月娟、張建芳、張國良，112 例肺癌中醫證型、舌象與病理分型關係探討，中國中醫急症，13(7)，pp446 - 447

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

台中榮民總醫院傳統醫學科陳婉伶主治醫師

【姓名】楊 OO

【性別】女

【生日】52/00/00

【身高/體重】160cm/63kg

【初診日期】105/9/12

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】乳癌治療後易有潮熱感已兩年

【現病史】

此位 53 歲女性於 103/10 健檢發現右側乳房內側有 1.5cm 硬塊，當時乳頭無異常分泌物，103/10/15 入院行切片證實為乳癌，ypT1bN0M0，Stage ypIA，ER（90%）、PR（85%）、HER2（3+）、Ki67（20%）。患者於 103/11～104/5 先接受手術前化療藥物治療（Endoxan+Lipodox 四次、Taxotere 四次）共八次及標靶藥物治療（Trastuzumab）五次，在治療期間月經即停，並出現手足心潮熱的情形。

患者於 104/6/9 接受右乳乳房部分切除手術（2 點鐘方向距離乳頭 4cm 處），6/23 乳房超音波追蹤顯示右乳 9 點鐘方向距離乳頭 1 公分處有一 7mm 腫塊，切片顯示為 Infiltrating duct carcinoma，因此於 104/07 起每三週打標靶藥物（Perjeta 六次、Trastuzumab 四次）與開始口服抗核爾蒙藥

（Tamoxifen）。服用 Tamoxifen 後，易有陣發性潮熱、出汗，伴隨有不易入睡、醒後難再入睡，且眠中潮熱感增加的情形。104/10 接受右乳乳房全切除術，並持續使用標靶藥物（Perjeta 七次、Trastuzumab 八次）至 105/03，Tamoxifen 至今仍持續服用中。

因潮熱感及失眠，出汗症狀日見嚴重，故於 105/9/12 至中醫門診尋求協助。

【過去病史】與【住院/手術紀錄】

105/06/09 Breast，partial mastectomy-uni

105/10/06 Total mastectomy，Rt

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】

藥物：自 105/07 起服用 Tamixifen。

健康食品：葉黃素、鈣片、維骨力。

【家族史】

家中女性無乳癌病史。

無其他腫瘤病史。

【個人史】

飲食習慣：早晨空腹喝精力湯，不菸酒。

生活壓力狀況：無已知生活壓力。

運動習慣：無特殊運動習慣。

工作情況：水果批發，須搬重物。

【過敏史】無已知藥物食物過敏史。

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

婚育胎產史：已婚，G5P3AA2，產程過程平順，均自然產

（4000g/4100g/3600g），無大出血，因新生兒黃疸故皆無哺乳。

患者初經 13y/0，I/D：30/5，已於 104 年化療時停經。以前經前乳脹，無經前頭痛或痠瘡；行經第一天腹痛，量多兩天，無經來腹瀉或腰痠。40 歲後，上述症狀減，但行經第一天下肢靜脈曲張嚴重，I/D:轉為 25/5。

【四診】

望	面色黃，眼白雙側微血絲，左眼白黑色沉澱，眉毛疏，雙顴微泛紅，唇色黯紅。 患者本來為直髮，落髮後新生髮為捲髮。指甲橫豎紋明顯，化療過程中，指甲已脫落，現新生中。 舌質胖大，嫩，苔薄白有津，舌下無絡脈。
聞	語音沙啞，無特殊氣味。
問	素體季節轉變易感冒。 無惡風，不易覺疲倦。 心情平緩。 化療後持續潮熱感，手心甚，無特定易發時間。 無頭暈頭重、無目酸痛、無鼻塞流涕、無耳鳴、無口乾苦。 眠時易覺有痰，欲咳。 無胸悶、心悸。 納可，無食後腹脹。

	<p>排便日 1-2 次，質軟成形。</p> <p>小便正常，素來夜間尿頻，每晚解尿 3-4 次，每次量多，曾服外院中藥，症減，但易覺嘴麻，故自行停藥。</p> <p>化療後眠差，不易入睡，無多夢。</p> <p>眠中下肢易抽筋。</p>
切	<p>脈軟雙關浮左寸弱。</p> <p>肢溫，無下肢水腫。</p>

【實驗室檢查】

CEA	
DATE	CEA
1031009	1.71
1041005	1.22
1050104	1.92
CA153	
DATE	CA153
1031009	10.19
1041005	12.07
1050104	13.28

【影像學檢查】

105/01

腹部超音波：無異常發現。

乳房超音波：Multiple hypoechoic nodule are noted over left breast. Benign lesion is considered。

骨頭掃描：No definite evidence of bone metastasis is demonstrated elsewhere in the whole body scan。

【其他治療方式/醫囑】無

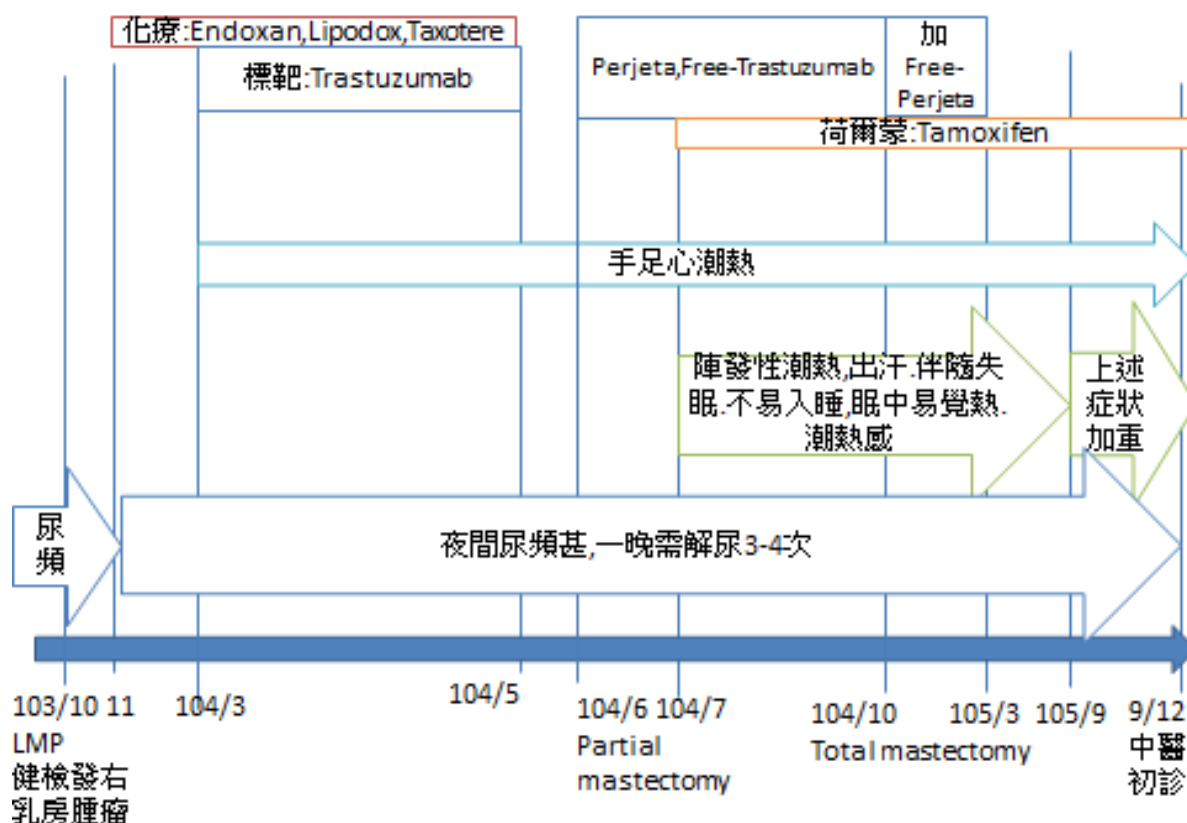
【整體回顧】

這位 53 歲已婚女性，素體尿頻，G5P3AA1，過去無特殊病史。患者於 103/10 月健檢發現右側乳房硬塊切片證實為乳癌。開始接受術前化療及標靶治療，治療期間月經即停，並出現手足心潮熱。術前治療結束後於 104/6/9 接受右乳部分切除術，因 104/6/23 乳房超音波檢查又發現右乳一腫塊，切片顯示為 Infiltrating duct carcinoma，故繼續使用標靶及荷爾蒙藥物。服用 Tamoxifen，易有陣發性潮熱、出汗，伴隨有不易入睡、醒後難再入睡，且

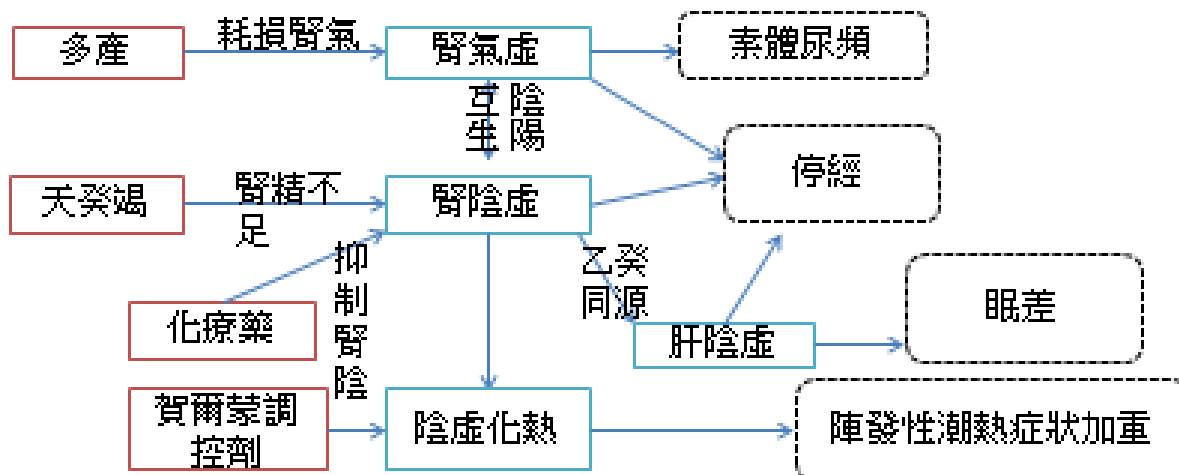
眠中潮熱感增加的情形。於 104/10 接受右乳乳房全切除術，並持續使用標靶藥物至 105/03，Tamoxifen 至今仍持續服用中。

因潮熱感及失眠、出汗症狀於 105/9 症狀加重，故於 105/9/12 至中醫門診尋求協助。中醫四診唇色黯紅，雙顴微泛紅，化療後持續潮熱感，手心甚，無特定易發時間。化療開始即停經，無月經。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】



【病因、病位、病性、病勢推演】

病因：天癸竭、服用抗荷爾蒙藥物

病位：肝腎

病性：

主證：陣發性潮熱與出汗，夜間加重，夜難眠與中斷，醒後難再睡，舌胖嫩苔薄白有津，脈軟雙關浮左寸弱。

次證：夜間尿頻。

病勢：

《素問·逆調論》：「腎者，水臟，主津液。」腎主水，在水液代謝中起著決定性的作用。從水液代謝過程來看，胃收納水穀，脾運化水液，肺宣發肅降、通調水道，腎蒸騰氣化，膀胱貯尿、排尿，由此可知水液代謝的正常與諸多臟腑功能有關，但在整個過程中，每一環節都需腎之氣化作用參與，才可完成水液在體內的升清降濁，保證水液輸布正常。

患者在接受乳癌治療前即為頻尿的體質，這樣的症狀表現推論和其多產史，耗損腎氣有關，又在接受化療治療後症狀加重，同時出現手足心熱的症狀表現，暗示化療的介入會去影響到腎氣及腎陰的表現。

Tamoxifen 為非類固醇的抗雌性激素，其作用機轉為與雌素接受體結合，進而抑制內生性 estrogen 作用。其產生的潮熱、盜汗等症，從中醫的角度來看，可以解讀為腎陰被抑制的表現，患者剛好處於天癸將竭的年齡，又加上抑制腎陰的藥物，因此虛熱症狀明顯。

《血證論》：「肝藏魂，人寤則魂游於目，寐則返於肝。」睡眠的品質直接受到肝臟的調節。今患者腎陰虧損，乙癸同源，肝血失腎水濡養，也影響到了肝臟藏魂的功能，故眠難入睡。

抗荷爾蒙藥需服用五年以上，目前已使用超過一年，病勢為緩，預期未來仍會持續有此症狀。

【診斷】

西醫病名：乳癌，使用抗荷爾蒙藥治療

中醫病名：潮熱、不寐

辨證：肝腎陰虛有熱

【論治（治法分析）】

理

其為腎陰被抑制，近而影響肝血，產生肝腎陰不足且虛熱的表現，故應滋腎陰為主，並輔以清熱藥物。因抗荷爾蒙藥需一直服用無法改變，考量其

睡眠問題若能先解決，減少肝血的耗損，對整體的肝腎陰血有正向幫助，故以滋肝陰血清虛熱之法為主，待睡眠穩定後持續再加入補腎陰藥物。

法：滋肝腎陰清虛熱

方藥：

酸棗仁湯 8g

覆盆子 2g

艾葉 1g

鬱金 1g

地骨皮 2.5g

蒲公英 1.5g

TID*7

以酸棗仁湯滋肝陰，活血疏肝清熱，使其睡眠穩定，酌加覆盆子收澀固精與艾葉溫暖下焦緩解頻尿，讓睡眠不中斷，再用鬱金理氣疏肝且性偏涼，合地骨皮清腎中虛熱，蒲公英清熱解毒，共奏滋陰清熱之效。

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】9/19 回診

【主訴】潮熱症狀減輕，覺頻率下降約3成

【四診】

望	面色黃，眼白雙側微血絲，左眼白黑色沉澱，眉毛疏，雙顴微泛紅，唇色黯紅，指甲橫豎紋明顯。 舌質胖大，嫩，苔薄白有津，舌下無絡脈。
聞	語音沙啞，無特殊氣味。
問	無頭暈頭重、無目酸痛、無鼻塞流涕、無耳鳴、無口乾苦。 眠時易覺有痰，欲咳。 無胸悶、心悸。 納可，無食後腹脹。 排便日1-2次，質軟成形。 夜間仍尿頻，夜間解尿3-4次，每次均量多。 睡眠較可入睡，仍因夜尿中斷。 眠中下肢抽筋本週不明顯。
切	脈軟雙關浮左寸弱。 肢溫，無下肢水腫。

【論治（治法分析）】

理：上藥治療有效，處方續服，並加重覆盆子，艾葉，乙金的量

法：滋肝腎陰清虛熱

方藥：酸棗仁湯 8g 覆盆子 2.3g 艾葉 1.2g 地骨皮 2.5g 乙金 1.5g 蒲公英 1.5g

【討論】

目前本患者的西醫用藥方向為抗雌性激素的作用，從中醫的角度是抑制腎陰的表現，也因此會有肝腎陰不足而產生潮熱的現象。中醫的治療介入為滋陰清熱，若是一般更年期女性患者，可使用更多養陰血補腎藥物來幫助虛熱減輕，如當歸、山藥、巴戟天等。

對於接受荷爾蒙抑制劑的乳癌患者來說，目前雖無臨床人體試驗顯示含荷爾蒙成分較多的中藥會使腫瘤復發，且中藥並非單味藥大劑量使用，常與其他藥物配伍，但因網路資訊發達病患對此類藥物均有明顯恐懼，相關

研究也仍在進行中，故處方此類藥物應謹慎，選用平合偏涼性的補肝腎陰藥物如女貞子、旱蓮草、生地等較為安全。

【參考文獻資料】

1. 唐榮川：血證論，力行書局有限公司，台北 1992; pp. 146-149.
2. 莊宏達：節號本黃帝內經，弘祥出版社，台中 1993; pp. 228-229.
3. 孫紅、薛冬、高非、歐陽濤、李萍萍：中藥舒肝涼血方改善乳腺癌患者潮熱的臨床研究。中國中西醫結合雜誌 2009; 29(1): 30-33.
4. 時璇、林細吟、劉可、張麗娟、馬敬香：乳腺癌術後化療患者睡眠質量及相關因素分析。護理學報 2012; 19(3B): 67-70.

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部蔡運寧主治醫師

【姓名】王 OO

【性別】女

【生日】1951 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】163 公分/60 公斤

【初診日期】2016 年 08 月 20 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】眩暈自 2007 年開始嚴重

【現病史】

65 歲女性，29 歲時，因當時工作與家庭兩頭忙，曾發生一次眩暈，發生時天旋地轉，休息一晚後即症減，之後每年約發作一次，曾至台大醫院神經內科檢查，告知是「基底動脈循環不良」，無接受特殊治療。46 歲時，因子宮內膜異位，切除子宮與雙側卵巢，術後眩暈頻率稍加重，一年約發作五至六次，開始不定時有高頻耳鳴，因此至宏恩綜合醫院進一步檢查，告知是「腦血管輕微阻塞」，開始規律服用藥物 Sibelium（血俾益）與 Acetaminophen（普拿疼），眩暈症狀可得緩解。58 歲，一天在洗澡時，自行在左側乳房外上方二點鐘方向，摸到一顆約 3 公分的不規則硬塊，伴有壓痛感，於是至台大醫院一般外科，經檢查後，診斷為「乳癌」Stage2A（T2N0M0），經手術切除腫瘤後，合併放射治療共 35 次完成，完成後服用 Tamoxifen（諾瓦得士）至今已七年。在放射治療期間，容易疲倦，眩暈發作頻率比以往漸漸增加：於天氣過冷或過熱、感冒、心情焦慮時，容易天旋地轉；發作前，先感到頭昏、頭墜、雙側太陽穴脹緊、暈時視物無法聚焦、噁心想吐；仰躺不動則舒緩，稍一翻身則又天旋地轉，大約一至二週發作一次；即使自行加重「血俾益」與「普拿疼」的劑量，仍未見緩解。因擔憂長期吃西藥傷身，因此來尋求中醫協助。

【過去病史】與【住院/手術紀錄】

1. 1993 年，42 歲，檢查出脂肪肝
2. 1997 年，46 歲，子宮內膜異位，切除子宮與雙側卵巢
3. 2007 年，58 歲，左側乳癌 Stage2A（T2N0M0），手術合併放療 35 次，服用 Tamoxifen 至今；無化學治療、無標靶治療
4. 2014 年，63 歲，雙眼白內障手術

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】

1. 自 1997 年，46 歲，開始服用 Sibelium（血俾益）與 Acetaminophen（普拿疼），已十九年
2. 自 2007 年，58 歲，服用 Tamoxifen（諾瓦得士），已七年
3. 無服用其他健康食品

【家族史】

1. 父親：心血管疾病
2. 母親：腦溢血

【個人史】

1. 無抽煙喝酒
2. 採一般葷食
3. 飲食無嗜冰辣鹹等狀況

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

1. G2P2A0；二胎均自然產
2. 1997 年，46 歲，切除子宮後即停經

【四診】

脈沈滑，左寸弱；舌淡紅苔白微厚；易口乾；目癢、目淚、目乾澀，點眼藥水症減；疲倦時易雙耳阻塞，伴隨聽到自己呼吸的聲音；吹風易喉中痰梗感；偶爾胸悶緊；下肢易抽筋；眠差，有睡意，但難入睡而易醒（睡眠時間晚上 23.5 點睡，到隔日早晨 7.5 點，有時半夜會醒來夜尿一至二次）；大便日一行成形

【實驗室檢查】無

【影像學檢查】無

【其他治療方式/醫囑】無

【整體回顧】

65 歲女性，於 29 歲開始有眩暈症狀，46 歲時在子宮與卵巢切除後，眩暈頻增伴有耳鳴，開始服用 Sibelium（血俾益）與 Acetaminophen（普拿疼）控制，症得舒減；58 歲時乳癌 Stage2A（T2N0M0）手術、放療與服用抗荷爾蒙藥物 Tamoxifen（諾瓦得士），眩暈頻增，伴隨疲累、頭脹緊、耳鳴、耳悶塞、噁心想吐，西藥效不顯；長年睡眠品質差，擔憂西藥傷身，

因此就診中醫尋求協助。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

29歲時，因過度忙碌，氣血消耗，精氣化生不及，致髓海偶有精氣不足，頭部清陽不得精氣固攝而作眩；因正值壯年，腎氣尚充，因此休息後，全身精氣化生，得以補充髓海精氣之需求，故眩暈即得緩解。

46歲時，因骨盆腔手術（切除子宮與雙側卵巢）術後，發生眩暈頻率增加且新增高頻耳鳴症狀，推測發生兩條體質弱化作用：

首先，為修復盆腔傷口，心肺氣陰輸出增加，需由脾胃順利供應後天水穀精氣，並由肝氣調度封藏腎精以助及時補充心肺氣陰之消耗，主要標的在骨盆腔。

其次，因卵巢為「外腎」，先天腎精，透過肝氣，由卵巢行週期性之封藏與開泄，雙側卵巢切除之後，先天腎精之藏泄頓失媒介，因此腎精供應心肺氣陰不足之機制減弱。

綜上兩條體質弱化作用，呈現頭部精氣不足，耳部相火亢進，干擾耳部少陽經絡氣機而鳴。也顯示心肺氣陰輸出、脾胃水穀化生、肝腎精氣填充，已不足以同時應付身體上下半部的氣血需求。

在西藥的藥理作用方面，Sibeliun（血俾益）是一種選擇性的「鈣離子阻斷劑」，可藉由降低過多的鈣離子流入細胞膜內，進而防止細胞內鈣離子的過份負荷，減輕內耳淋巴水腫；Acetaminophen（普拿疼）為一種「解熱鎮痛劑」，阻斷中樞對於神經性疼痛的傳導；兩種藥物合用可使眩暈症狀改善，可知是減緩了耳部水飲的囤積與頭部相火的作用。

58 歲時，罹患乳癌第二期，歷經手術、放射治療、並服用抗荷爾蒙藥物 Tamoxifen（諾瓦得士），由症狀推測產生的病機過程如下：

在藥理作用上，此藥為抗雌激素劑，可避免雌激素與雌激素接受體結合，在中醫可視為一種「腎精遏抑」之收澀藥；為緊急調動精氣至頭，此時肝氣應調度先天腎精至頭部，但因患者已長時間服用斂肝之寒藥「普拿疼」，使肝氣受遏，因此肝陽被迫亢進以增強肝氣；由於長期睡眠不佳，肝陰虛損，在肝陽亢進時形成肝陽動風，致天旋地轉，一動即眩；且肝氣作用效果不佳。

綜合作用下，在體表衛氣需肝氣調節時（如天氣過冷或過熱、身體感冒），症狀更加明顯：除眩暈外，還會頭昏、頭墜、太陽穴脹緊，都表示精氣虛合併動風與相火；於此同時，因肝氣協助胃氣和降之功能減弱，開始有胃氣上逆之噁心想吐狀況。因長期心肺功能弱化，頭部精氣填充不足，頭部水飲無法溫化，形成痰飲干擾頭部清陽，相火向上亢干擾耳竅氣機而耳悶耳鳴。

【病因、病位、病性、病勢推演】

病因：遠因為「虛勞與卵巢切除」

近因為「服用抗荷爾蒙藥物 Tamoxifen（諾瓦得士）」

病性：腎精受遏、肝陽動風、肝陰虛損、肝氣無效亢進、相火上亢、胃氣不降夾飲、心肺氣虛

病位：一級病位為肝腎

二級病位為心肺

三級病位為胃、四級病位為髓海（腦內）與耳竅（腦外）

病勢：轉歸為全身精氣不足、心肺氣陰虛損，若不適當修復虛損，則眩暈耳鳴及頭脹悶等症將日益嚴重

【診斷】

西醫病名：眩暈 Dizziness

中醫證型/疾病名：腎精受遏、合併肝風相火痰飲證；心肺氣虛為體質慢性弱化的原因。疾病名：眩暈

【論治（治法分析）】

理：「眩暈」為主要症狀，肇因於腎精不足與腎精受遏的連續作用，為輔助抗荷爾蒙藥物 Tamoxifen（諾瓦得士）的治療，透過調整肝氣調動腎精之效能，來減輕頭部精氣不足之症；腎精肝陰虛損之滋補不急於一時，先求改善症狀、減緩病情

法：行氣填精清火，和胃降氣利溼。由於肝陽已動風上頭，調整肝氣需小心，需佐降氣藥；用藥選擇以不劫傷肝腎陰質為主

方藥：

川芎 1.5g 黃芩 1.5g 天門冬 1.5g 吳茱萸 1.0g 生薑 0.5g
澤瀉 1.5g 玉竹 0.5g 川牛七 1.5g 枳殼 1.5g 6g bid×7

君：川芎 1.5g、天門冬 1.5g、吳茱萸 1.0g

臣：黃芩 1.5g、澤瀉 1.5g

佐：川牛七 1.5g、枳殼 1.5g

使：玉竹 0.5g、生薑 0.5g

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年08月27日

【主訴】眩暈改善二成，咽中痰梗，眠中心慌而醒

【四診】脈沈，咽中不時有痰梗感，入眠難易早醒，眠中心慌

【論治（治法分析）】

理：在原病機上，咽中痰梗表示食管上部痰氣互結、氣機上亢；眠中心慌表示心氣不足。「行氣填精清火」與「和胃降氣利溼」的方向不變，但將溫行肝氣藥物調整為搭配溫運脾陽的藥物，處理中焦營衛上行效能，並佐平肝滋陰降氣藥；同時加入補益心氣藥物。改水煎藥物以加強療效

法：行氣填精清火、和胃健脾利溼、平肝降氣、強心益氣

方藥：

川芎二錢 黃芩三錢 澤瀉三錢 乾薑八分 天門冬三錢
蟬衣二錢 遠志二錢 炒白朮二錢 茯苓三錢 炒麥芽五錢
杜牛膝五錢 甘草一錢 十四帖

君：川芎二錢、天門冬三錢、乾薑八分

臣：黃芩三錢、澤瀉三錢、炒白朮二錢、茯苓三錢

佐：蟬衣二錢、遠志二錢、杜牛七五錢

使：炒麥芽五錢、甘草一錢

【教學與討論】

Q：如何鑑別眩暈的病性，是屬於風、火、痰、虛、瘀之中的哪一種呢？

A：風是指肝風上擾，症狀表現是天旋地轉，同時患者會有肝陰不足的見症，如長期睡眠不好……等。火：是指頭部氣有餘化火而影響頭部清氣運行，會有口乾、易怒、或兼夾頭痛等症。痰：是指頭部痰飲干擾清氣運行，會有噁心想吐、或頭部陽氣不足的體質。虛：是指因頭部精氣不足或單純氣不足而無法使清陽不足致眩。患者會有疲勞、少氣等症。瘀：頭部經脈瘀阻，多發生在外傷或撞擊之後，會伴有脈象澀脈。

Q：肝火上炎、肝陽上亢、肝風內動證，該如何鑑別呢？

A：肝火上炎證是指肝氣鬱結化火，火氣上逆，以頭痛目赤、耳鳴口苦為主症；肝陽上亢證是指肝陰不配陽，以致肝陽不潛，或肝氣升發太過，陽氣浮動於上引起的證候。多由房室、勞倦、七情內傷或飲

食內傷等原因引起；肝風內動證是指肝陽化風上擾，或肝風挾痰火上衝，氣血併走於上，或肝陰血虛極生燥生風，從而發生以善行數變及動搖振顫、清竅閉塞和肢體形態動作失常的症狀。

【參考文獻資料】

1. UpToDate 資料庫：Breast cancer staging
http://www.uptodate.com.utorpa.ndmctsg.gh.edu.tw/contents/tumor-node-metastasis-tnm-staging-classification-for-breast-cancer?source=search_result&search=breast+cancer+staging&selectedTitle=1~150
2. file:///C:/Users/doctor/Downloads/020226220001__20121123.pdf：
衛署藥輸字第 022622 號
3. file:///C:/Users/doctor/Downloads/020221540001__20120608.pdf：
衛署藥輸字第 022154 號
4. 姚乃禮主編：中醫證候鑒別診斷學，人民衛生出版社，北京 2004；pp. 294-301.

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部蔡運寧主治醫師

【姓名】潘 OO

【性別】女

【生日】1963 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】166 公分/69 公斤

【初診日期】2016 年 04 月 02 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】擔憂乳癌病情自 2016 年 2 月開始

【現病史】

53 歲女性，16 歲時，自己在右乳外上方摸到一顆約大紅豆大小的腫塊，當時即陸續至台大、國泰、台安醫院追蹤，均告知：左右兩側都有多顆纖維囊腫，定期追蹤即可。於 47 歲時，因居家地緣關係，轉至三總乳房外科常規追蹤。於 2016 年 2 月，例行超音波檢查發現：左乳外下方四分之一處，有一顆新生的腫塊，大小 1.6×1.6×0.6cm，邊緣不規則，遂於 2016 年 3 月 4 日進行檢查性手術切除腫瘤；病理報告顯示：乳突狀乳管原位癌，低度（Papillary ductal carcinoma in situ, low grade）；動情素細胞接受器（ER）與黃體素細胞接受器（PR）均呈陽性：ER_50%：2+；PR_40%：2+；第二型人類表皮因子生長接受器（HER2）呈陰性。於 2016 年 3 月 18 日接受左側改良型乳癌根除手術（modified radical mastectomy, MRM）：四分之一乳房切除與前哨淋巴結清除術（Quadrantectomy & sentinel lymph node dissection, L't）。術後病理報告：五顆前哨淋巴結均無被腫瘤細胞侵犯，臨床分期為 cTisN0M0, Stage 0。於 2016 年 3 月 20 日出院。預計 2016 年 4 月 20 日開始進行 25 到 35 次的預防性放射治療。目前的症狀，是左乳開刀的傷口會痛，沒有其他明顯不適，因擔憂乳癌病情、希望預防放射治療副作用，因此前來就診。

【過去病史】與【住院/手術紀錄】

1979 年，16 歲之後，陸續檢查出雙側乳纖維囊腫

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】

健康食品薑黃素

【家族史】

父親：高血壓

【個人史】

1. 無抽煙喝酒
2. 採一般葷食
3. 飲食無嗜冰辣鹹等狀況

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無。

【胎產經帶史】

1. 2014 年，經來頻率與色量仍正常；2015 年，月經開始斷斷續續；
LMP：2016 年 2 月
2. G3P3A0；三胎均自然產

【四診】

脈沈寸弱關澀；舌淡紅苔薄黃少津；納可（三餐定時定量）；睡眠多夢（23 點入睡，8 點起床）；便二日一行成形

【實驗室檢查】

BUN	16mg/Dl
Cr	0.8mg/dL
ALT	26U/L
WBC	6110 μ L
RBC	5.00 $\times 10^6$ μ L
Hb	14.7g/dL
PLT	313 $\times 10^3$ /UI

【影像學檢查】無

【病理報告】

2016 年 3 月 18 日

residual low grade ductal carcinoma in situ (4mm) characterized by intraductal carcinoma cells having monotonous hyperchromatic nuclei and high N/C ratio fulfilling within the mammary ducts accompanied by necrosis, fibrosis and granulation tissue formation as well as chronic inflammation.

【免疫組織化學染色】

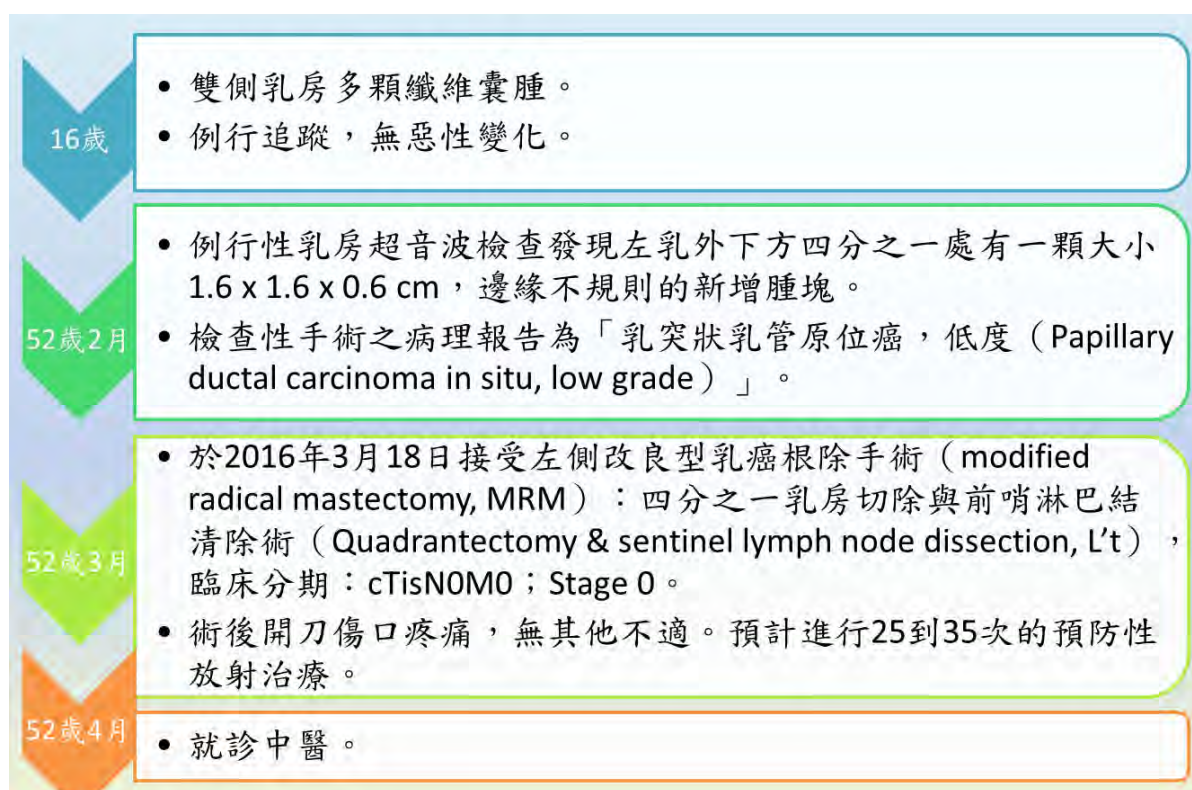
Peripheral preserved myoepithelial cells：CK14 (+)

【其他治療方式/醫囑】無

【整體回顧】

53歲女性，於16歲開始，陸續檢查出有雙側乳房纖維囊腫，於今年2月例行性乳房超音波檢查發現左乳外下方四分之一處有一顆大小1.6×1.6×0.6cm，邊緣不規則的新增腫塊，檢查性手術之病理報告為乳突狀乳管原位癌，低度（Papillary ductal carcinoma in situ, low grade）；於2016年3月18日接受左側改良型乳癌根治手術（Modified radical mastectomy, MRM）：四分之一乳房切除與前哨淋巴結清除術（Quadrantectomy & sentinel lymph node dissection, L't），臨床分期：cTisNOM0，Stage 0。術後開刀傷口疼痛，無其他不適。預計進行25到35次的預防性放射治療。患者希望乳癌治療順利、並減輕相關副作用，因此前來尋求中醫治療。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

乳癌的基本病機是陽明經氣血輸布至乳房形成乳汁的過程，若其中的過程，因食邪或（與）腎精等作用，在乳汁流通鬱滯的條件下，將於乳絡化熱，當熱氣不得宣散而熱氣蓄積，灼傷乳絡與週邊陰質，形成壞死、纖維化與肉芽組織之慢性發炎過程，日久形成乳癌。乳房的氣鬱環境是乳癌發生的必要條件，而食邪或（與）腎精的作用，是充要條件（不一定要有）；因單純的乳房氣鬱亦有可能化火而灼傷乳絡及週邊陰質。

手術後，因無其他不適，主要應從體質調整、預防復發、改善水腫來做處理。

【病因、病位、病性、病勢推演】

病因：乳癌的發生，不論是單純或綜合性因素，其中「情志」造成的精神作用為主要因素；而「飲食」或「環境荷爾蒙」亦有可能，但無從驗證。手術會造成外傷性病因；放療會造成熱源性傷害

病性：「鬱」。「神鬱」造成「氣鬱」，而「氣鬱」是乳癌發生之局部病性，雖然腫瘤細胞已切除，但「神鬱」造成「氣鬱」的作用將持續進行；術後局部經絡移除造成通路封閉，是未來局部營衛氣滯之原因，預備放療是未來陰虛痰瘀之病性。故會在以「鬱」為基礎的病性上，加上經絡閉塞、陰虛痰瘀之病性綜合作用

病位：一級病位為肝、二級病位為胃、三級病位為左乳

病勢：轉歸為左乳之營衛循環將減弱，而達重新分布；若氣鬱之體質持續，氣鬱與神鬱交互惡性循環，則可能復發

【診斷】

西醫病名：乳癌（Papillary ductal carcinoma in situ, low grade），臨床

分期：cTisN0M0；Stage 0

中醫證型/疾病名：肝胃氣鬱夾痰火證，局部輕度氣鬱

【論治（治法分析）】

理：調整抑鬱的精神是最重要的，除了醫師的引導，患者本身的自覺更為重要；由於調節精神非一朝一夕可以成功，可由疏通鬱氣，再透過氣機調暢之後，爭取調神的時間。氣機之調控由肝，乳房局部切除後，仍由胃氣透過足陽明經，向上供應營氣至乳房，因此調節肝胃氣機，疏通能降為準則，建立局部營衛運行順暢之基礎，再配合手術後處理經絡閉塞與放療前預防陰虛痰瘀的原則來治療

法：疏肝行氣、寬胸降氣、通絡、滋陰化痰散結

方藥：

四逆散 4g 瓜蒌實 3g 川芎 1.5g 黃芩 1.5g 地蜈蚣 1.5g

蒲公英 2g 玄參 1.5g 5g TID×14

君：四逆散 4g、瓜蒌實 3g

臣：川芎 1.5g、蒲公英 2g、玄參 1.5g

佐：地蜈蚣 1.5g、黃芩 1.5g

使：無

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年04月16日

【主訴】左胸傷口偶有抽痛

【四診】

脈沈弦；左胸傷口曾抽痛二至三次，每次持續半分鐘，可自行緩解；睡眠時間仍為23點到隔日8點左右，但多夢；便一至二日一行，便質硬

【論治（治法分析）】

理：患者在第一次就診之後的兩週內，所表現的為建立在原病機上的外顯症狀，除了便質變硬之外，變化不大

法：藥物方向不便，但稍加調整，以助通便；腑氣通暢之後，肝胃氣機亦較舒解，緩解氣鬱體質之加重

方藥：

上方去地蜈蚣，改為厚朴

四逆散 4 g 瓜蒌實 3 g 川芎 1.5 g 黃芩 1.5 g 厚朴 1.5 g

蒲公英 2 g 玄參 1.5 g 5g bid 7天

君：四逆散 4 g、瓜蒌實 3 g

臣：川芎 1.5 g、蒲公英 2 g、玄參 1.5 g

佐：厚朴 1.5 g、黃芩 1.5 g

使：無

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年04月23日

【主訴】雙手指麻已三日

【四診】

脈沈弦滑數；近三天來，雙手指末麻，白天晚上都會，但傍晚時較明顯；不定時有右肩臂酸痛感、稍無力感

【論治（治法分析）】

理：在原病機上，因服用疏肝行氣藥物，從體腔往四肢經絡氣機通暢，但上肢之經絡，因原本氣滯體質，經絡亦呈相對閉塞，在氣機通暢後，經絡得通，但經絡內之營氣不足，因此有麻的感覺；傍晚因全身氣虛較白天更嚴重，可知肢麻以虛症為主，經絡內之痰瘀並不明顯；此外，右肩臂有酸痛無力感，表示氣機雖得通暢，但局部氣虛仍虛加強

法：在原方藥上，仍以四逆散為主方，另加入同時可以強筋健骨、又可以提供肝氣疏泄時之動能與陰血；並加入通絡藥物，以標本兼顧。因便秘已有改善，因此可去上方之厚朴

方藥：

四逆散 4g 瓜蒌實 2g 川芎 1.5g 杜仲 1.5g 地蜈蚣 3g

黃芩 1.5g 何首烏 1.5g 5g tid 14天

君：四逆散 4g、瓜蒌實 2g、川芎 1.5g

臣：杜仲 1.5g、何首烏 1.5g

佐：黃芩 1.5g

使：地蜈蚣 3g

【教學與討論】

在同學們提問題之前，老師先簡單說明一下：乳癌的發生，現代醫學解釋為食物、環境或本身荷爾蒙因素，也有情緒壓力等作用，其實不易在一位乳癌患者的身上做很清楚的鑑別，主要是因為病因多為長期與潛在作用。但若沒有乳房的氣鬱環境，其實乳癌的發生條件就不具備。現在我們來進行討論。

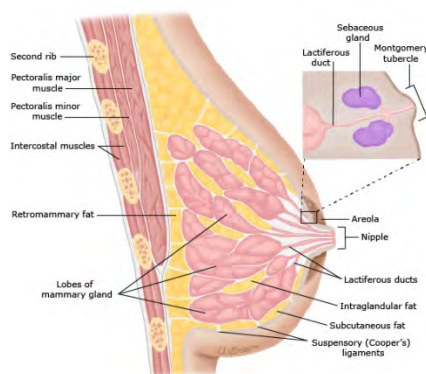
Q：老師，我們想要了解「乳房」的歸經！因為。在《靈樞》中，乳房是歸在「足陽明胃經」，那麼，和「足厥陰肝經」有關係嗎？

A：這是個很重要的問題喔！其實，肝經對於乳房的調控是相當重要

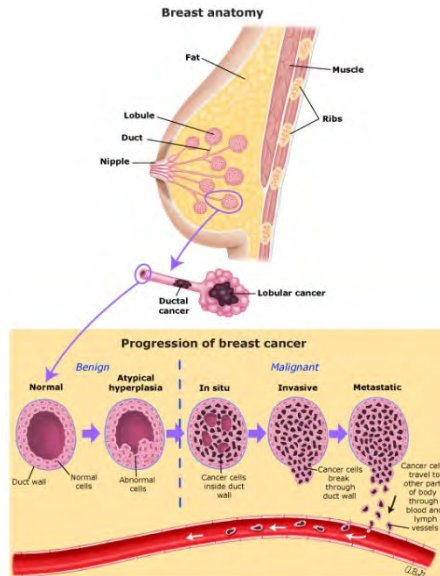
的。從歷代重要的文獻內容來看，「乳房」主要是歸經於三個經絡系統，第一個系統是「足陽明胃經」；第二個系統是「足厥陰肝經」；第三個系統是「足少陽膽經、足太陰脾經、陰維脈之會」。以下我詳細來說明：第一個系統是「足陽明胃經」。《靈樞》：足陽明之脈，從缺盆下乳內廉。王啟玄：乳之上下，皆足陽明之脈也。《針灸經》：乳中二穴當乳，足陽明脈氣所發。朱丹溪曰：胃經見證，胸旁過乳痛。《婦人良方》：乳癰者，由乳滯結聚，皮薄以澤而成。蓋陽明之脈主血，其血又歸厥陰氣，血澀不通，氣結不散，故積聚成癰也。第二個系統是「足厥陰肝經」。《乳癰論》：乳房陽明所經，乳頭厥陰所屬。凡乳母不知調養，忿怒所逆，鬱閉所遏，厚味所釀，以致厥陰之氣不行，故竅不得通；而汁不得出，陽明之血沸騰，故熱甚而化膿。第三個系統是「足少陽膽經、足太陰脾經、陰維脈之會」。《靈樞》：足少陽之筋，走腋前廉，繫於膺乳，結於缺盆，其病委脇痛，上引缺盆膺乳。足太陰之筋，循腹里，結於肋，散於胸中。沈承之曰：直乳下三寸五分，名期門穴，屬足厥陰肝經、太陰脾經、陰維之會；下四寸，名日月穴，屬足少陽膽經、太陰脾經、陰維脈之會。

Q：謝謝老師所做的乳房歸經說明！那麼現代醫學中，主要的幾種乳癌是哪一些呢？

A：絕大多數的乳癌細胞，是從上皮細胞變異而成，也因此被歸類為上皮癌。根據腫瘤細胞的型態以及活動的特性，乳癌可再被細分為數類，即使討論起來，都稱其為「乳癌」。先來了解乳房的解剖構造：



再來看看，乳房細胞從正常、變異，到癌化；以及乳癌細胞從局限在原位，接著轉移散播的狀況，可用這一個圖片來說明：



最常見的乳癌是：Ductal carcinoma in situ (DCIS)。特徵是癌變的乳房細胞在乳管系統內。而容易造成轉移的乳癌，是 Infiltrating ductal carcinoma，有 70%-80% 的轉移性乳癌，是屬於這一種。第二種容易轉移的乳癌，是 Infiltrating lobular carcinoma，有 5%-10% 的轉移性乳癌，是屬於這一種。其他的轉移性乳癌，包括 tubular、mucinous、and medullary carcinomas。

Q：原來如此！那不同的乳癌，在中醫治療上，有沒有什麼不同呢？

A：這一個問題，我們分兩個層次來看。從中醫的觀點，乳房之正常功能，靠著透過肝氣的疏泄，從陽明經輸送營氣到乳房之中，達到供應乳汁的功能。沒有在哺乳的時候，理論上乳房的氣血是不需要太充足的。因此主要是脂肪細胞以維持乳房這個結構即可。癌變的時候，由於癌細胞種類不同、起源部位也不同，理論上中醫治療還是應該細膩區別。如：從乳管發生的，屬於通路上皮的問題；乳葉發生的，屬於乳房陰質的問題。但都與乳房氣機失調有關，所以在用藥上，以四逆散為主方。然而，在用藥上，還可以更細膩地調整，乳管癌變應以通絡藥物為主，如絲瓜絡、釘地蜈蚣；而乳葉問題，應以陰火問題來考量，著重消痰化瘀，如瓜蒌實；浙貝等；至於預防與改善血管，宜辛散涼血之牡丹皮、清熱散結，消退局部相火，以黃芩、蒲公英等。我們可以建立乳癌資料庫，進行檢驗與修正。

【參考文獻資料】

1. 李生紹、趙昕、唐潔人點校：經絡全書，中醫古籍出版社，北京；p. 36.
2. UpToDate 醫學網站

http://www.uptodate.com.utorpa.ndmctsg.gh.edu.tw/contents/search?search=ANATOMY+OF+BREAST&sp=0&searchType=GRAPHICS&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=

3. UpToDate 醫學網站

http://www.uptodate.com.utorpa.ndmctsg.gh.edu.tw/contents/search?search=pathology+of+breast+cancer&sp=0&searchType=GRAPHICS&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=

4. UpToDate 醫學網站

http://www.uptodate.com.utorpa.ndmctsg.gh.edu.tw/contents/pathology-of-breast-cancer?source=search_result&search=pathology+of+breast+cancer&selectedTitle=1~150

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師

【姓名】蕭 OO

【性別】女

【生日】1975 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】156 公分/68 公斤

【初診日期】2016 年 3 月 17 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症化療後，手麻已持續半年多

【現病史】

此位 42 歲女性患者，2015 年 3 月 18 日健康檢查發現乳房陰影（14.8×9.6mm in the UOQ of left breast），於三軍總醫院診斷為 Invasive ductal carcinoma of breast, left, pT1cN0M0, stage IA, (ER -, PR 80% 1+, HER-2/neu +), 於 3 月 24 日接受手術治療 (quadrantectomy and axillary lymph nodes dissection), 術後於 4 月 20 日開始接受化療 (Taxotere + Cyclophosphamide), 結束後於 7 月 24 日接受 36 次放療, 9 月 22 日開始使用抗荷爾蒙治療 Tamoxifen (NOLVADEX, 諾瓦得士) TAB 10mg BID PO。接受上述治療後，近半年出現手指麻木的症狀，於是至本院中醫門診求診。

【過去病史】無特別病史

【住院/手術紀錄】

於 2015 年 3 月 24 日接受乳房手術治療 (quadrantectomy and axillary lymph nodes dissection)

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無相關病史

【個人史】

無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣

採一般葷食

飲食不忌口，喜吃花生、麻糬等食物

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

- C/S x 2
- Menarche : 12 y/o
- Parity : G2P2A0
- First delivery : 30 y/o
- Breast feeding : +
- LMP : 2015/05/12
- HRT : no

【四診】

1. 平時易畏寒，化療後更容易肢端冰冷，並且產生手指端麻木感（五根手指的第1至3指節皆麻），天氣變化或吹冷氣時手麻更嚴重，偶腳脫皮。荷爾蒙治療後，近半年容易潮熱，夜間出汗，熱醒。整日易感疲倦，記憶力衰退
2. 治療後開始容易喘、胸悶、心悸，化療治療期間穿戴冰手套後心臟很不舒服、緊縮感；偶頭痛
3. 偶目酸乾澀、目糊；無鼻症；無耳鳴
4. 納差，食後易腹脹，偶有噁心感，易便秘；瘦平
5. 以前眠差甚一年，半夜容易驚醒，工作壓力大
6. 左腋下開刀後常常有腫脹抽痛感，不紅熱，活動後症狀會緩解
7. LMP : 2015/5/12、PMP : 2015/4/16，經痛，以前經後容易滴答 10 天仍不收。陰部乾痛

《舌診》舌質淡紅，齒痕，苔少

《脈診》沈弦細，寸弱

【實驗室檢查】

2016/03/16

Total Cholesterol	H	231	mg/dL	< 200
Triglyceride		56	mg/dL	< 200
Creatinine		0.7	mg/dL	0.5 - 0.9
AST		18	U/L	< 40
ALT		12	U/L	< 41
Alkaline Phosphatase		49	U/L	35 - 104
Prolactin		3.8	ng/mL	

【影像學檢查】

2016/03/16 SONO. WHOLE ABDOMEN STUDY

The liver parenchyma shows normal echopattern without evidence of focal lesions. The gall bladder is normal in wall thickness and size without evidence of stone. The common bile duct is normal in appearance. The pancreas shows normal echogenicity & size. The spleen is normal in appearance. Scanning of both kidneys show normal configuration and size, otherwise no evidence of hydronephrosis. No evidence of para-aortic lymph nodes enlargement. No evidence of ascites. The visible abdomen aorta and IVC show normal appearance.

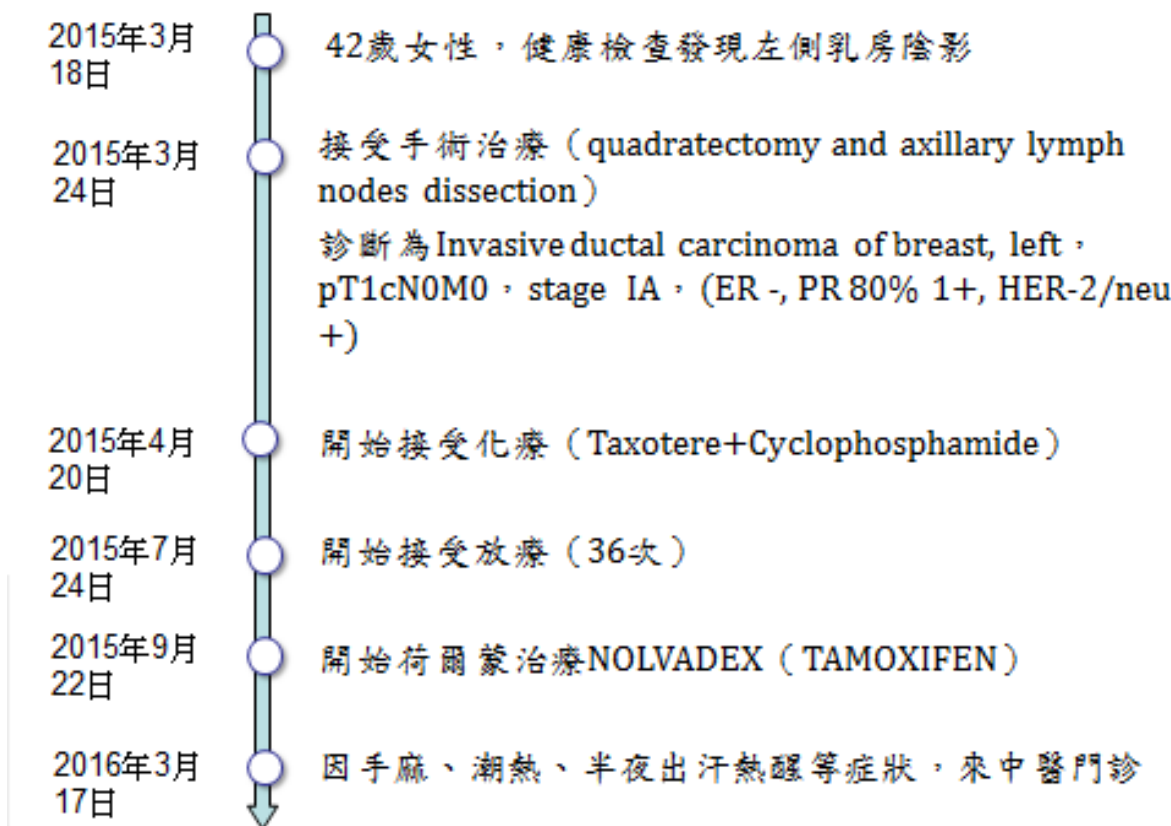
Impression: No significant abnormal findings on the abdominal sonography.

【診斷】

西醫診斷：乳癌，放化療後，荷爾蒙治療中

中醫證候：乳岩，脈痺

【時序圖】



【中醫辨證 (病機分析)】

病因：化療寒性藥傷

病位：脈道、心

病性：寒滯

病勢：慢性病變

病患所使用的藥物中，Taxotere 會產生神經方面的副作用

病患平時易畏寒，化療治療期間穿戴冰手套後心臟很不舒服、緊縮感，化療後更肢端冰冷，手麻感，偶腳脫皮，天氣變化或吹冷氣時手麻更嚴重，脈寸弱，代表 Taxotere 是一個寒性藥材，影響心氣輸送

而正常營衛氣的輸送：食氣入胃、濁氣歸心、淫精於脈；心主身之血脈，心氣充於脈中，推動脈管的運動，使其內的血能夠運行於全身

當心氣受到寒性 Taxotere 減弱其推動脈管的功能時，就會出現週邊血脈運行不暢，脈痺、肢端麻痺、脫皮、冰冷等症狀

近半年開始使用荷爾蒙治療，減少卵巢荷爾蒙的製造，產生類似中醫陰虛相火之症：潮熱、夜間出汗、熱醒、記憶力衰退、目乾視糊

【中醫治則】

溫通行氣、養陰清熱

【中醫處方】

桂枝 0.7 克	牡丹皮 1.5 克
黃柏 0.5 克	麥芽 2.0 克
白花蛇舌草 1.0 克	酸棗仁 1.5 克
黃芩 1.5 克	知母 1.5 克
夏枯草 1.5 克	大黃 0.4 克

服法：分成 BID (AC) ×7 天

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年3月24日

【主訴】手麻症狀改善，但是出現腹瀉、皮膚紅疹的症狀

【四診】

1. 服中藥後，比較不畏寒，肢端冰冷症狀稍減，手指麻木感改善（只剩手指尖端有麻木感），天氣變化或吹冷氣時手麻更嚴重，偶腳脫皮。荷爾蒙治療後，近半年容易潮熱（依舊），夜間出汗，熱醒（2點、5點）。整日易感疲倦，記憶力衰退
2. 治療後開始容易喘（改善）、胸悶（改善）、心悸（改善），化療治療期間穿戴冰手套後心臟很不舒服、緊縮感；偶頭痛
3. 納差，食後易腹脹，偶有噁心感（依舊），以前易便秘，近日服藥後，出現腹瀉的症狀，小腹抽痛，便一日3行，便散；溲平
4. 偶目酸乾澀、目糊（依舊）；無鼻症；無耳鳴
5. 以前眠差甚一年，半夜容易驚醒，工作壓力大
6. 左腋下開刀後常常有腫脹抽痛感（稍減），不紅熱，活動後症狀會緩解
7. 服中藥後，出現皮膚紅疹、癢的症狀
8. LMP：2015/5/12、PMP：2015/4/16，經痛，以前經後容易滴答10天仍不收。陰部乾痛

《舌診》舌質淡紅，苔少

《脈診》沈弦，右寸弱

【實驗室檢查】無新增檢查

【影像學檢查】無新增檢查

【中醫治則】

溫通行衛、滋陰平肝。藥味不變，調整劑量

【中醫處方】

桂枝 0.5 克	紫花地丁 2.0 克
黃柏 0.5 克	麥芽 2.0 克
白花蛇舌草 1.0 克	酸棗仁 1.5 克
黃芩 1.5 克	知母 1.5 克
夏枯草 1.5 克	大黃 0.3 克

服法：分成 BID (AC) ×7 天

【討論】

學生詢問：桂枝、當歸、附子、黃耆該如何選用？

老師回答：這幾味藥都是屬於溫性的藥材，一般民眾常常加在一起當作冬季補品。但是，當醫生不可以與民眾一般水準，必須進一步分析各藥的功效、作用部位，才能在適當時候，精選藥材，而非亂槍打鳥。桂枝：辛甘而溫，溫經通脈。當歸：甘辛苦溫，補血行脈。附子：辛、溫，性大熱，可強心，若服用桂枝四周仍不見效，代表化療藥傷，致心氣不足，可酌加附子。黃耆：甘溫，補肺氣，固表，升提藏氣。

【參考文獻】

1. 廖繼鼎：臨床腫瘤學，合記圖書出版社，台北 2010; 3: pp. 121-236.
2. Pak-Kwan Hui: Current topic on Chinese medicine managing side effects of cancer treatment, IG Publishing, HK 2009; 3: pp. 121.

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師

【姓名】謝 OO

【性別】女

【生日】1965 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】160 公分/70 公斤

【初診日期】2016 年 8 月 11 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症治療後，肝指數升高 4 個月

【現病史】

此位 51 歲女性患者，每年皆有做乳房健康檢查，右側乳房發現鈣化點多年，曾經做過 biopsy：pathology showed benign result。近二年鈣化點增加，去年底自己摸到一個表面不規則的腫塊，2015 年 3 月 3 日於三軍總醫院進一步檢查，確診為 Invasive ductal carcinoma，grade III with micropapillary pattern and extensive intraductal component，high grade；ER：2+，PR：3+，Her2：1+，LVI：positive，Ki-67：20%，於 2015 年 3 月 17 日接受手術治療（Modified radical mastectomy），術後於 4 月 25 日開始接受化療（TAC：Docetaxel + Doxorubicin + Cyclophosphamide），8 月 4 日結束後原本要接著放射治療，但是病患拒絕，於是 8 月 31 日開始使用抗荷爾蒙治療 Tamoxifen（NOLVADEX，諾瓦得士）TAB 10mg。

於 2016 年 3 月 10 日病患出現肝指數上升的狀況 GOT/GPT：71/90，持續不降，4 月 21 日 GOT/GPT：90/107，遂於 5 月 19 日暫停 Tamoxifen，但肝指數仍然不降，6 月 13 日追蹤為 GOT/GPT：99/142。遂於 7 月 14 日改為 Femara TAB 2.5mg，但是肝指數仍持續上升，8 月 11 日 5 追蹤為 GOT/GPT：84/141，於是至本院中醫門診求診。

【過去病史】

高血脂 3 年，無固定服用西藥（2016 年 3 月 10 日 CHOL159、TG224）

【住院/手術紀錄】

2015 年 3 月 17 日接受乳房手術（Modified radical mastectomy）

2015 年 4 月 8 日接受 Port-A implantation

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無相關病史

【個人史】

無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣

採一般葷食

飲食不忌口，喜吃冰飲及炸物

生活上不開心（因為上班忙碌加上自己帶三個小孩）

【過敏史】無藥物、食物過敏史。

【旅行史（最近三個月）】無。

【胎產經帶史】

- Menarche：12y/o
- Parity：G3P3A0
- First delivery：30y/o
- Breast feeding：no
- LMP：2015/03/09
- HRT：no

【四診】

1. 生病以前不特別怕冷或怕熱。荷爾蒙治療後，近半年容易潮熱，夜間出汗，熱醒。整日易感疲倦感
 2. 偶胸悶、但不會喘或心悸，不頭暈或頭痛
 3. 不目酸乾澀、目糊；無鼻症；無耳鳴
 4. 納差，食後易腹脹，吃太多會有噁心感，便平日一行，成形；溲平
 5. 長期眠差甚，晚睡 AM1，不易入睡，工作忙碌，自己帶三個小孩，自覺壓力很大
 6. LMP：2015/3/9，之前月經週期規則（現在月經已經停來），經前乳脹痛，經來腹痛，腰痠痛，不靈活的感觉
- 《舌診》舌質淡紅，苔白
- 《脈診》沈

【實驗室檢查】

GOT/GPT

2016年3月10日 71/90

2016年4月21日 90/107

2016年6月13日 99/142

2016年8月11日 84/141

2016年6月14日 CA153：12.7、CEA：1.23

2016年8月11日 E2：24.01

【影像學檢查】

2016年7月14日 SONO. BREASTS

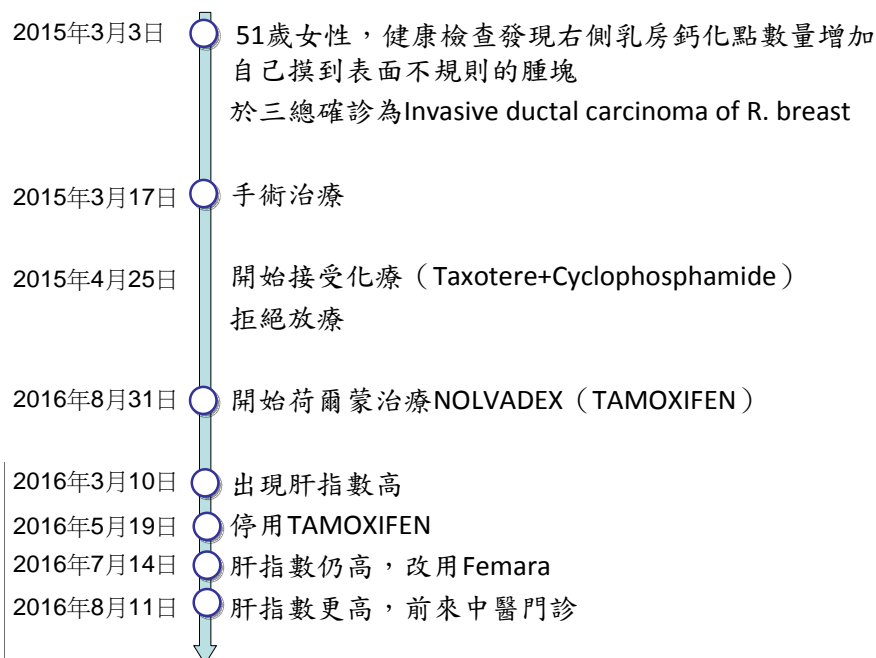
1. There are scattered hypoechoic nodules, less than 5mm in size, in the Lt. breast, might be complex cysts or focal fibrocystic change.
2. S/P mastectomy, right.

【診斷】

西醫診斷：乳癌，放化療後，荷爾蒙治療中

中醫證候：乳岩

【時序圖】



【中醫辨證（病機分析）】

病因：抗荷爾蒙西藥

病位：肝臟

病性：氣滯化熱

病勢：急

病患所使用的藥物中，Tamoxifen 會產生肝臟酵素量的變化及一些較嚴重的肝功能異常，加上納差、食後腹脹、疲倦等症狀，推測中醫機轉是因為 Tamoxifen 壓抑肝氣運行，使得痰瘀阻滯、濕氣化熱所致

【中醫治則】

清肝化痰、清濕除熱

【中醫處方】

綿茵陳 2.0 克

牡丹皮 2.0 克

半夏 1.5 克

續斷 1.5 克

通草 1.5 克

枳殼 1.5 克

遠志 1.0 克

黃連 0.3 克

黃芩 1.5 克

山楂 0.7 克

服法：分成 BID (AC) ×28 天

建議病患可以做適度的緩和運動，以疏利肝氣

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年9月8日

【主訴】抽血肝指數下降

【四診】

1. 荷爾蒙治療後，近半年容易潮熱（仍偶爾發作），夜間出汗（改善），熱醒（改善）。整日易感疲倦感（下午比較明顯）
2. 偶胸悶（改善）、但不會喘或心悸，不頭暈或頭痛
3. 不目酸乾澀、目糊；無鼻症；無耳鳴
4. 納差，食後易腹脹，吃太多會有噁心感，便平日一行，成形；溲平
5. 長期眠差甚，晚睡 AM1，不易入睡（改善），工作忙碌，自己帶三個小孩，自覺壓力很大

《舌診》舌質淡紅，苔白

《脈診》沈

【實驗室檢查】

2016年9月8日 GOT/GPT：49/89

【影像學檢查】無新增檢查

【中醫治則】

清肝化痰、清濕除熱

【中醫處方】

守方：

綿茵陳 2.0 克	牡丹皮 2.0 克
半夏 1.5 克	續斷 1.5 克
通草 1.5 克	枳殼 1.5 克
遠志 1.0 克	黃連 0.3 克
黃芩 1.5 克	山楂 0.7 克

服法：分成 BID (AC) ×28 天

【療程追蹤】2016年10月6日

【實驗室檢查】

2016年10月6日 GOT/GPT：42/58

【討論】

學生詢問：服用 Tamoxifen 的人會停經，其所產生的更年期症狀在中醫認為屬陰虛相火，那肝功能上升，也與陰虛相火有關嗎？

老師回答：從中醫理論看 Tamoxifen 的使用反應，大致上可歸為二類：

1. 肝腎陰虛，陰虛相火：熱潮紅、陰道出血、陰道分泌物、外陰搔癢、視力障礙、視覺神經病變和視神經炎、腿部抽筋和肌肉痛、血小板數目會降低、皮膚發疹
2. 肝氣滯、痰瘀阻滯、濕氣化熱：肝臟酵素量的變化及一些較嚴重的肝功能異常，包括脂肪肝、膽汁鬱滯、肝炎、肝衰竭、肝硬化及肝細胞損傷（包括肝壞死）等。在常見的情況下，血清三酸甘油酯濃度上升（在某些病例併有胰臟炎）、子宮內膜增殖
而為什麼肝經氣滯，卵巢受到壓抑，可是子宮內膜反而增殖？這就與病位上的機轉有關

【參考文獻】

1. 王潔婷、李威、仲姍姍、毛佳琳：護肝方治療乳癌術后因服用三苯氧胺所致痰濁阻遏型脂肪肝臨床觀察。中成藥 2015; 37(12): 2796-2798.
2. 廖繼鼎：臨床腫瘤學，合記圖書出版社，台北 2010; 3: pp. 121-236.

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部林健蓉主治醫師

【姓名】賴 OO

【性別】女

【生日】40 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】154 公分/49 公斤

【婚姻狀態】已婚

【初診日期】105 年 2 月 23 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】將接受化療，希望減輕副作用。

【現病史】

此位 66 歲女性患者，於 105 年 1 月因發現左側乳房腫塊，至三軍總醫院乳房外科門診，安排乳房超音波及攝影檢查。檢查發現於左乳房有 1.8cm 邊緣不規則之腫塊，穿刺結果為 invasive lobular carcinoma, grade II, ER 70% 3+, PR 30% 1+, HER-2 2+ 30%。於 105 年 1 月 26 日接受 L't Quadrantectomy & axillary lymph node dissection，術後診斷為 Ca of breast, left, T1cN1bM0, stage IIA。將接受 Epirubicin（小紅莓）90mg/m² 與 Cyclophosphamide（癌德星）600mg/m²，每三週一次，共注射 4 次，接續 Docetaxel（歐洲紫杉醇）75mg/m²，每三週一次，共注射 4 次，放療（左全乳房 45 Gy，左鎖骨上（left supraclavicular fossa）50 Gy，腫瘤基底加強 14 Gy）及荷爾蒙療法。因將接受化療，希望服中藥以緩解化療之副作用，於是至中醫就診。

【過去病史】無特別病史

【住院/手術紀錄】

105 年 1 月 26 日接受 L't Quadrantectomy & axillary lymph node dissection

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】兄弟：肝癌，姊妹：肺癌

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

G3A0P3，52 歲時停經

【四診】

傷口無紅腫，無凹陷。神情憂慮，不覺倦，胃平，便硬，眠晚睡易醒

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈左弱左寸弱右滑右關弱

【實驗室檢查】

105/01/25 WBC 7410 (NEUT 72.3% LYMP 24.0% MONO 2.8%
EOSIN 0.5% BASO 0.4%) RBC 4110000 HGB 13.5
HCT 39.7 MCV 96.6 MCH 32.8 MCHC 34.0 PLT
261000

AC-GLU 92 BUN 10 CREA 0.6 ALT 15 Na 140 K 3.4

105/02/05 CEA 1.49 CA-153 23.92

【影像學檢查】

1050107 SONO. BREASTS

1. There are scattered hypoechoic nodules, less than 5 mm in size, in bilateral breast, might be complicated cysts or focal fibrocystic change.
2. There is a 9.3x4.9 mm oval mass with poorly defined margins in the LOQ of the LT. breast (4/7cm), can not R/O neogrowth, suggest core biopsy.

1050107 91 SCREENING-MAMMOGRAPHY

The breasts are heterogeneously dense. This may lower the sensitivity of mammography. There are scattered isodense nodular densities bilaterally, might be fibroglandular tissue or fibrocystic change. No masses or significant microcalcifications or other findings are seen.

1050126 SONO. WHOLE ABDOMEN STUDY

There is a calcification about 1.1 cm in the segment 7 of liver. Suspect an old granuloma. Suggest clinical correlation and follow up.

1050211 CHEST WITHOUT/WITH CONTRAST-C.T.

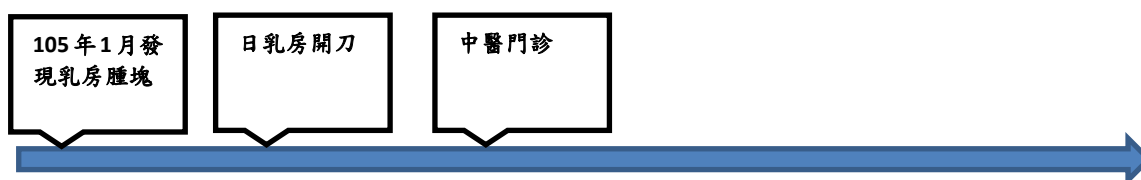
1. S/P partial mastectomy, left with focal seroma in the LOQ. Suggest correlate with sonography and follow-up
2. Increased fatty stranding in the left axillary fossa, probably post operative change.
3. A tiny nodular opacity about 0.2 cm in the posterior RUL (Image:29). Suggest follow-up.

4. Mild fibrotic scarring in RLL.

【整體回顧】

這是一位 66 歲女性患者，過去無系統性疾病史，於 105 年 1 月發現左側乳房腫塊，檢查後，於 105 年 1 月 26 日接受 L't Quadrantectomy & axillary lymph node dissection，術後診斷為 Ca of breast, left, T1cN1bM0, stage IIA。將接受化療、放療與荷爾蒙療法，希望能接受中醫療法，在化療放療期間減少副作用。術後傷口無紅腫，無凹陷。神情憂慮，不覺倦，胃平，便硬，眠晚睡易醒。舌質淡紅，苔薄白。脈左弱左寸弱右滑右關弱。實驗室檢查結果皆於正常範圍。

【時序圖】



【診斷】

西醫病名：Ca of breast, left, T1cN1bM0, stage IIA

中醫證型/疾病名：乳岩。局部經絡氣滯血瘀，肝鬱氣滯化火

【辨證（病機分析）】

1. 病因：（1）乳癌術後（2）情志憂慮
2. 病位：（1）左乳房，左胸前胃經、膽經（2）肝
3. 病性：（1）局部經絡氣滯血瘀（2）肝鬱氣滯化火
4. 病勢：緩

【論治（治法分析）】

患者術後局部胃經與膽經經絡氣滯血瘀。另外因將化療而情志憂慮，肝鬱氣滯化火，影響睡眠與排便。先以疏肝理氣，局部化瘀，清熱，健胃通腑，使睡眠與排便改善。之後接受化療前後再加入健胃降胃氣藥物，預防嘔吐

處方：

酸棗仁 2.0 克	牡丹皮 1.5 克
枳殼 2.0 克	川棟子 1.0 克
白朮 1.5 克	厚朴 2.0 克
黃芩 2.0 克	北茵陳 1.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×7 天

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 3 月 1 日

【主訴】將化療 8 次，3 月 3 日開始

【四診】

眠較佳。便平

《舌診》舌質淡紅苔薄白

《脈診》脈滑

【影像學檢查】

1050226 WHOLE BODY BONE SCAN

There is mildly increased uptake over the lower L spine and right hip joint (floor of acetabulum), favoring degenerative/ traumatic changes.

【論治（治法分析）】

肝鬱氣滯化火，腸腑降氣不足，加健胃降胃氣藥物，預防化療後噁心嘔吐。

處方：

酸棗仁 2.0 克	枳殼 2.0 克
川棟子 1.0 克	玉竹 1.0 克
白朮 1.0 克	半夏 1.5 克
厚朴 2.0 克	黃芩 2.0 克
北茵陳 1.5 克	

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×7 天

【療程追蹤】民國 105 年 3 月 8 日

【主訴】3 月 3 日化療後眠差

【四診】

躁熱，頭暈，納差，便不順，腰痛

《舌診》舌質淡紅苔薄白

《脈診》脈細弱

【實驗室檢查】

105/03/03 WBC 5410 (NEUT 56.4% LYMP 30.5% MONO 5.2%
EOS 6.8% BASO 1.1%) RBC 3660000 HGB 11.9

HCT 37.5 MCV 102.5 MCH 32.5 MCHC 31.7 PLT
222000 RDWS 44.1 RDWC 11.7 PDW 12.2 MPV 10.5
PLCR 28.4

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

炮附子 1.0 克	酸棗仁 2.0 克
玉竹 1.0 克	白朮 1.0 克
半夏 2.0 克	厚朴 2.0 克
黃芩 2.0 克	北茵陳 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×7 天

【療程追蹤】民國 105 年 3 月 15 日

【主訴】症減。燥熱感仍稍

【四診】

諸症皆減輕

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈細

【實驗室檢查】

105/03/10 WBC 2710 (NEUT 61.0% LYMP 33.0% MONO 0.0%
EOS 4.0% BASO 2.0%) RBC 3350000 HGB 11.0
HCT 33.7 MCV 100.6 MCH 32.8 MCHC 32.6 PLT
187000 RDWS 41.2 RDWC 11.1 PDW 10.9 MPV 9.8

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

加填精藥為生血球之原料（養精生營衛氣）

處方：

酸棗仁 2.0 克	牡丹皮 1.0 克
黃精 2.0 克	白朮 2.0 克
半夏 1.0 克	厚朴 2.0 克
黃芩 2.0 克	北茵陳 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×14 天

【療程追蹤】民國 105 年 3 月 29 日

【主訴】3/22 血尿，診斷為 UTI，服西藥抗生素已癒。3/24 化療延後至下週

【四診】

胃平，納平，便平，眠平

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈沉右尺弱

【實驗室檢查】

105/03/22 U/R：OB 3+ KET N- NIT N- WBC 3+

Urine RBC 5-10 Urine WBC >100 Bacteria +/-

105/03/24 WBC 5710 (NEUT 65.8% LYMP 26.8% MONO 6.3%

EOS 0.0% BASO 1.1%) RBC 3350000 HGB 11.3

HCT 34.7 MCV 103.6 MCH 33.7 MCHC 32.6 PLT

272000 RDWS 47.3 RDWC 12.7 PDW 10.6 MPV 9.9

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

加填精藥為生血球之原料（養精生營胃氣）

處方：

酸棗仁 2.0 克 牡丹皮 1.0 克

黃精 2.0 克 白朮 2.0 克

半夏 1.0 克 厚朴 2.0 克

黃芩 2.0 克 北茵陳 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 4 月 19 日

【主訴】3/31 化療。咳嗽數日

【四診】

痰稍，不黏，喉不痛，無涕。BS：clear

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈沉左關沉

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通。

外邪侵肺，宣發肅降失司，津液停滯成痰。

處方：

酸棗仁 2.0 克	白朮 1.0 克
半夏 1.0 克	北茵陳 2.0 克
麻黃 1.5 克	荊芥 1.5 克
栝樓實 2.5 克	桔梗 2.0 克
厚朴 2.0 克	

服法：分成 3 包每日三次（飯前）×7 天

【療程追蹤】民國 105 年 4 月 26 日

【主訴】4/21 化療 EC (E:90mg/m²;C:600mg/m²)。化療後吐甚

【四診】

便平

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑

【實驗室檢查】

105/04/21 WBC 6050 (NEUT 67.7% LYMP 21.5% MONO 7.3%
EOS 1.7% BASO 1.8%) RBC 3470000 HGB 11.4
HCT 35.6 MCV 102.6 MCH 32.9 MCHC 32.0 PLT
272000 RDWS 48.9 RDWC 13.0 PDW 10.8 MPV 10.0

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

酸棗仁 2.0 克	天門冬 2.0 克
牡丹皮 1.0 克	白朮 2.0 克
半夏 1.0 克	厚朴 1.5 克
黃芩 2.0 克	北茵陳 1.5 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×14 天

【療程追蹤】民國 105 年 5 月 10 日

【主訴】飯後胸梗感

【四診】

便平，眠平

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑右關弱

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

酸棗仁 2.0 克 天門冬 2.0 克

牡丹皮 1.0 克 白朮 2.0 克

半夏 2.0 克 厚朴 1.5 克

黃芩 2.0 克 北茵陳 1.5 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 5 月 31 日

【主訴】

5/12 化療 (E: 90mg/m², C: 600mg/m²) (reduced dose 75% due to AES)。

本次化療較之前症狀較減輕。下次將施打 Docetaxel

【四診】

便不順

《舌診》舌質淡紅，苔薄白。

《脈診》脈滑右關弱

【實驗室檢查】

105/05/12 CREA 0.6 AST 17 ALT 13

105/05/12 WBC 6050 (NEUT 64.9% LYMP 23.8% MONO 6.0%

EOS 4.0% BASO 1.3) RBC 3630000 HGB 11.8

HCT 36.8 MCV 101.4 MCH 32.5 MCHC 32.1 PLT

304000 RDWS 48.4 RDWC 12.9 PDW 10.2 MPV 10.0

105/06/03 CEA 1.33 CA-153 28.47

【影像學檢查】

1050527 SONO. WHOLE ABDOMEN STUDY

There is a calcified nodule (size: about 1.3 cm) in the segment 7 of the liver, which favors a benign lesion.

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

酸棗仁 2.0 克 天門冬 2.0 克

牡丹皮 1.5 克 白朮 2.0 克

半夏 2.0 克 厚朴 2.0 克

黃芩 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 6 月 21 日

【主訴】6/2 化療 Docetaxel (triweekly) (75mg/m²)。化療後頭昏

【四診】

胃平，便平

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈沉右關弱

【實驗室檢查】

105/06/02 CREA 0.6 AST 18 ALT 16

105/06/02 WBC 4630 (NEUT 61.8% LYMP 28.1% MONO 7.3%
EOS 1.1% BASO 1.7%) RBC 3520000 HGB 11.9
HCT 36.4 MCV 103.4 MCH 33.8 MCHC 32.7 PLT
217000 RDWS 50.6 RDWC 13.3 PDW 11.4 MPV 10.5
PLCR 28.2 PCT 0.2

105/06/08 WBC 3150 (NEUT 62.0% LYMP 33.0% MONO 2.0%
EOS 0.0% BASO 2.0) RBC 3550000 HGB 11.9
HCT 35.7 MCV 100.6 MCH 33.5 MCHC 33.3 PLT
197000 RDWS 47.1 RDWC 12.7 PDW 14.3 MPV 11.7

105/06/03 CEA 1.33 CA-153 28.47

【影像學檢查】

1050620 SONO. BREASTS

1. There are scattered hypoechoic nodules, less than 5 mm in size, in bilateral breast, might be complex cysts or focal fibrocystic change.
2. S/P partial mastectomy, left.

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

炮附子 1.0 克

酸棗仁 2.0 克

天門冬 2.0 克

牡丹皮 1.5 克

白朮 2.0 克 半夏 2.0 克
厚朴 2.0 克 黃芩 1.0 克
服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 7 月 12 日

【主訴】6/23 化療 Docetaxel (triweekly) (75mg/m²)

【四診】

喉梗

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑

【實驗室檢查】

105/06/23 WBC 4050 (NEUT 65.2% LYMP 26.4% MONO 6.4%
EOS 0.5% BASO 1.5) RBC 3350000 HGB 11.2
HCT 33.6 MCV 100.3 MCH 33.4 MCHC 33.3 PLT
212000 RDWS 47.6 RDWC 13.2 PDW 10.7 MPV 10.1
PLCR 24.7

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

炮附子 1.0 克 酸棗仁 2.0 克
天門冬 2.0 克 牡丹皮 1.5 克
白朮 2.0 克 麥芽 1.0 克
半夏 2.0 克 厚朴 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×28 天

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 9 日

【主訴】

1050714 化療 Docetaxel (triweekly) (75mg/m²)。化療完成。0825 將
RT。

【四診】

頭昏，喉梗，偶眠差

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈軟右關弱

【實驗室檢查】

105/07/14 WBC 4610 (NEUT 75.9% LYMP 17.4% MONO 5.4%
EOS 0.2% BASO 1.1%) RBC 3240000 HGB 10.8
HCT 33.5 MCV 103.4 MCH 33.3 MCHC 32.2 PLT
225000 RDWS 54.3 RDWC 14.3 PDW 11.6 MPV 10.6
PLCR 28.3

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

炮附子 1.5 克 酸棗仁 2.0 克

天門冬 2.0 克 牡丹皮 1.5 克

白朮 2.0 克 麥芽 1.5 克

半夏 1.5 克 厚朴 1.5 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）x17 天

【療程追蹤】 民國 105 年 8 月 25 日

【主訴】 倦

【四診】

眠平

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑

【實驗室檢查】

105/08/04 WBC 4590 (NEUT 78.1% LYMP 15.3% MONO 5.7%
EOS 0.2% BASO 0.7) RBC 3330000 HGB 10.9
HCT 33.2 MCV 99.7 MCH 32.7 MCHC 32.8 PLT
233000 RDWS 53.0 RDWC 14.3 PDW 10.8 MPV 10.0
PLCR 24.7

【影像學檢查】

1050825 CHEST WITHOUT/WITH CONTRAST-C.T.

1. S/P partial mastectomy, left.

2. Increased fatty stranding in the left axillary fossa, probably post operative change.

3. A small nodular opacity about 0.4 cm in the RLL (Image:83) shows no

significant interval change. Then nature is uncertain.

4. Mild fibrotic scarring in RLL.

【論治（治法分析）】

化療熱藥傷心氣陰，胃氣抑制，胃氣虛，腑氣不通

處方：

炮附子 1.5 克	遠志 1.5 克
酸棗仁 2.0 克	天門冬 2.0 克
牡丹皮 1.5 克	白朮 2.0 克
半夏 1.5 克	厚朴 1.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×14 天

【討論】

1. 患者接受手術，在中醫如何思考？

手術可以外傷的模式思考，患者原本胃經上之痰瘀，經由手術過程去除，但手術也會造成局部胃經膽經之氣滯血瘀，處置上需考量手術造成之病機影響。

2. 化療屬中藥之性味歸經為何？

依據不同之化療藥物，有不同之性味，四氣上，有偏熱或偏寒，五味上，可以再觀察，至於歸經上，化療藥物針對不同癌細胞而選用不同化療藥物，是否可納入中醫歸經概念，可以繼續觀察。雖然藥物有性味歸經，但人體服用或施打後仍會因為個人體質而產生稍微不同之變化，臨床上也是要觀察患者反應，在靈活給予患者輔助治療。

【參考文獻資料】

1. 三軍總醫院癌症資源網
http://www.crm.org.tw/Common_ResList.aspx?ID=73
2. 衛生福利部國民健康署：乳癌與子宮頸癌防治。
<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/web/index/index.aspx>
3. 賴榮年、吳建東、王榮德：臺灣乳癌婦女1998-2008年間的中藥使用率及模式分析，中醫藥雜誌。2013; 24(1): 13-23.
4. 陳婉伶、蔡嘉一、黃怡嘉：比較中醫期刊文獻與臺灣健保資料庫乳癌研究之用藥差異，中西整合醫學雜誌。2015; 17(3): 17-24.

5. PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Breast Cancer Prevention. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated <12/16/2015>. Available at: <http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq>. Accessed <06/22/2016>. [PMID: 26389323]

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部林健蓉主治醫師

【姓名】陳 OO

【性別】女

【生日】55 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】157 公分/57 公斤

【初診日期】105 年 8 月 15 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】左胸痛一週

【現病史】

此位50歲女性患者，雙側乳房良性腫瘤，104年曾切除左乳房良性腫瘤，半年前發現新的左乳房腫塊，於萬芳醫院接受穿刺，發現為invasive ductal carcinoma，至本院超音波檢查發現左乳房UOQ位置有一個邊緣不清之腫塊，大小約17.7 x 11.2 mm，於7月26日接受modified radical mastectomy且同時接受reconstruction with gel implant（smooth 170ml），術後診斷為Invasive ductal carcinoma，L't breast，pT1cN0M0，stage IA，同時右乳房腫塊也接受穿刺檢查。8月6日出現左胸、手臂及左上背痛，8月8日就診皮膚科發現有成群之水泡於C8~T1左神經節分布位置，診斷為帶狀泡疹，給予DEPYRETIN 7天、FAMVIR FC 5天及外用藥NEOMYCIN OINT。西藥服用至今日，仍左胸痛、手臂痛、左上背痛、左頭痛、左手麻，故求診中醫。

【過去病史】Fibroadenoma of right breast

【住院/手術紀錄】

95年因子宮肌瘤，接受卵巢單側切除子宮切除

105年7月26日Modified radical mastectomy, L't. Breast reconstruction with gel implant (smooth 170ml), left breast. Excisional biopsy of R't breast tumor

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】

FAMVIR FC 已服用完，DEPYRETIN 服用至今日

【家族史】無特殊

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

G3A0P3，21y/o 生第一胎

已停經。95~104 年荷爾蒙療法

【四診】

傷口無紅腫，無凹陷。神情憂慮，不覺倦，左上臂尺側水泡數十顆，左上背水泡數十顆，胃平，便平，因痛眠差

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈沉

【實驗室檢查】

105/07/25 WBC 10480 (NEUT 59.7% LYMP 32.5% MONO 4.9%
EOSIN 2.7% BASO 0.2% IG 0.2%) RBC 5090000
HGB 13.1 HCT 41.4 MCV 81.3 MCH 25.7 MCHC
31.6 PLT 283000 DIFF5

105/07/25 AC-GLU 92 CREA 0.5 ALT 14 Na 138 K 3.9

105/08/04 CEA 0.66 CA-153 7.86

105/08/09 CEA 0.55 CA-153 6.39

【影像學檢查】

1050720 SONO. BREASTS

1. There are some hypoechoic nodules in bilateral breast, most of them with homogeneous internal echoes and circumscribed margins, might be fibroadenomas or complicated cysts or papillomas.
2. A 17.7 x 11.2 mm lobular mass with poorly defined margin, in the UOQ of the left breast, (2/3 cm), there is increased in size as compared with prior exam, might be neogrowth. Suggest surgical excision.

1050721 BREAST MRI with contrast

1. Bilateral breasts reveal mild background enhancement.
2. There is an irregular mass (size: 1.8 cm) with type III curve in the UOQ position (Mid./3) of left breast, where ADC mapping dropping is also noted. Suggest malignant tumor. Please correlate with core biopsy for tissue proof.
3. Multiple small variabe- sized tumors in bilateral breasts sparsely are identified. DDx. fibroadenomas, papillomas or neogrowth (prior-biopsy

proved).

4. Also note a non-mass enhancing area at the 2-3 o'clock position of right breast (Post./3) with type III curve and ADC value dropping, suggestive of neohrowth. Please correlate with core biopsy for tissue proof.
5. Some round or oval nodules (size: < 1.5 cm) in the left breast are identified; in favor of fibroadenomas.
6. There is no significant lymphadenopathy in bilateral axillary fossas.
7. Otherwise, no significant abnormal findings are noted.

1050725 CHEST, P-A VIEW

1. Mild tortuosity of the aorta is present.
2. Degenerative change of the T-L spine.
3. There is a nodular opacity in the LLL zone. Suggest correlate with chest CT.

1050727 SONO. WHOLE ABDOMEN STUDY

1. Mild fatty liver is noted. Suggest follow up.
2. There is a cyst (size: about 1.6 cm) in the lateral segment of the liver.
3. The gallbladder has a polyp (size: about 0.8 cm).
4. No evidence of para-aortic lymphadenopathy or ascites.
5. Otherwise, no significant abnormality of the biliary tract, visible pancreas, both kidneys, spleen, visible abdominal aorta and IVC is noted.

20160811 WHOLE BODY PET SCAN

1. Mildly FDG-avidities over the axillary regions (SUVmax.= 3.5/4.3; size < 1.0 cm) favor inflammations.
2. Reactive nodes over the right hilar region (SUVmax.= 2.6/3.6).
3. Otherwise, no evidence of significantly abnormal FDG uptake throughout the whole body region except segmental bowel movement.
4. Normal physiological 18F-FDG accumulation in cerebral cortex, adenoids of tonsil, vocal cord, minor salivary gland, heart, aorta, T-L spines, renal pelvis and ureter and bladder.

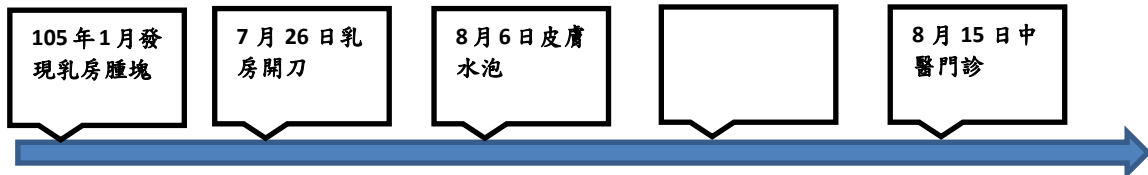
20160815 WHOLE BODY BONE SCAN

1. No significant malignancy/metastasis associated bony uptake is noted in current study.
2. Recommend correlate clinically and follow up.

【整體回顧】

這是一位 50 歲女性患者，104 年曾切除左乳房良性腫瘤，於 105 年發現左側乳房腫塊，檢查後於 105 年 7 月 26 日接受 modified radical mastectomy 且同時接受 reconstruction with gel implant (smooth 170ml)，術後診斷為 Invasive ductal carcinoma, L't breast, pT1cN0M0, stage IA。於 8 月 6 日發現左胸、手臂及左上背痛，8 月 8 日就診皮膚科，發現有成群之水泡於 C8~T1 左神經節分布位置，診斷為帶狀泡疹，給予西藥服用至今日，仍左胸痛、手臂痛、左上背痛、左頭痛、左手麻。診察發現左上臂尺側水泡數十顆，左上背水泡數十顆，且因痛而眠差。患者雖於 8/8 回診乳房外科時乳房有抽組織液，但診察後乳房傷口無紅腫，左胸疼痛應為帶狀泡疹引起。

【時序圖】



【診斷】

西醫病名：

1. Invasive ductal carcinoma, L't breast, pT1cN0M0, stage IA
2. Excisional biopsy of breast tumor, R't

中醫證型/疾病名：乳岩。局部胃經膽經氣滯血瘀。肝鬱氣滯三焦經濕熱透發至皮表心與小腸經位置

【辨證（病機分析）】

1. 病因：（1）乳癌術後（2）情志壓力
2. 病位：（1）左乳房，左胸前胃經、膽經（2）三焦經、心經、小腸經
3. 病性：（1）局部經絡氣滯血瘀（2）肝鬱氣滯，三焦經濕熱透發至皮表心與小腸經位置
4. 病勢：緩。

【論治（治法分析）】

患者術後局部胃經與膽經經絡氣滯血瘀。另外因手術且即將化療而情志壓力，肝鬱氣滯化火，三焦經濕熱，而濕熱透發皮表，心與小腸經位置，致帶狀泡疹，雖已用西藥止痛及抗病毒藥物，仍左胸痛，手臂痛，左上背痛，左頭痛，左手麻。以疏肝理氣清利濕熱為主要方向，以桑枝、枳殼疏

肝理氣，黃芩、龍膽草、綿茵陳清熱，澤瀉、通草利濕，處理三焦經濕熱，加入丹皮、川芎化瘀及栝樓實寬胸，處理乳房開刀後之經絡氣滯血瘀

處方：

桑枝 1.0 克

牡丹皮 1.0 克

川芎 1.0 克

栝樓實 2.0 克

枳殼 2.0 克

澤瀉 1.5 克

通草 1.5 克

黃芩 2.0 克

綿茵陳 2.0 克

龍膽草 1.0 克

服法：分成 3 包每日三次（飯前）×7 天

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 22 日

【主訴】

1. 疼痛已減 8 成
2. 將化療 4 次。Docetaxel + Cyclophosphamide (TC) (T : 75mg/m² ; C : 600mg/m²)

【四診】

左胸及左手上臂筋緊感

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑右寸弱

【論治（治法分析）】

(1) 局部經絡氣滯血瘀

(2) 肝鬱氣滯，三焦經濕熱透發至皮表。預防化療後噁心嘔吐

處方：

桑枝 1.0 克	牡丹皮 1.0 克
川芎 1.0 克	栝樓實 2.0 克
枳殼 2.0 克	白朮 1.5 克
澤瀉 1.5 克	通草 1.5 克
黃芩 2.0 克	綿茵陳 2.0 克
龍膽草 1.0 克	

服法：分成 3 包每日三次（飯前）×14 天

【療程追蹤】民國 105 年 9 月 6 日

【主訴】

1. 住院做第一次化療。Docetaxel + Cyclophosphamide (TC) (T : 75mg/m² ; C : 600mg/m²)
2. 已無疼痛

【四診】

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑右寸弱

【實驗室檢查】

105/09/06 WBC 9100 RBC 4980000 HGB 12.7 HCT 40.3

MCV 80.9 MCH 25.5 MCHC 31.5 PLT 289000
AC-GLU 112 BUN 16 CREA 0.5 AST 12 ALT 13
Na 141 K 3.5 CL 104

【論治（治法分析）】

- (1) 局部經絡氣滯血瘀
- (2) 肝鬱氣滯，三焦經濕熱透發至皮表。預防化療後傷胃氣陰，降大腸腑氣預防嘔吐及便結

處方：

川芎 1.5 克	白朮 1.0 克
半夏 2.0 克	玉竹 1.5 克
枳殼 2.0 克	黃芩 2.0 克
綿茵陳 1.0 克	厚朴 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）x12 天

【療程追蹤】民國 105 年 9 月 30 日

【主訴】入院化療。上回化療後無不適

【四診】

無不適

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈沉

【實驗室檢查】

105/09/12 WBC 3860 (NEUT 33.3% LYMP 64.7% MONO 0.0%
EOSIN 0.0% BASO 0.0% IG 5.2% BAND 2.0%)
RBC 5000000 HGB 13.0 HCT 39.7 MCV 79.4 MCH 26.0
MCHC 32.7 PLT 232000
CREA 1.0 AST 10 ALT 15

105/09/22 WBC 6080 (NEUT 57.2% LYMP 37.2% MONO 4.8%
EOSIN 0.0% BASO 0.8% IG 3.6%) RBC 4950000 HGB
12.8 HCT 39.7 MCV 80.2 MCH 25.9 MCHC 32.2 PLT
289000
BUN 16 CREA 0.6 ALT 15

105/09/29 WBC 10300 (NEUT 68.3% LYMP 25.8% MONO 5.4%

EOSIN 0.1% BASO 0.4% IG 0.6%) RBC 4980000 HGB
12.8 HCT 40.2 MCV 80.7 MCH 25.7 MCHC 31.8 PLT
268000
BUN 16 CREA 0.7 ALT 14

【論治（治法分析）】

1. 預防化療後傷胃氣陰，降大腸腑氣，預防嘔吐及便結
2. 預防化療後傷心陰

處方：

川芎 1.5 克	白朮 1.0 克
半夏 2.0 克	玉竹 1.5 克
黃芩 2.0 克	厚朴 2.0 克
天門冬 2.0 克	

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【討論】

1. 患者接受手術後帶狀泡疹，西醫通常認為免疫力降低，但中藥採用疏肝理氣清利濕熱治療方式，為何有不同的病機思維？
以中醫病機來看，是肝鬱氣滯三焦經濕熱透發至體表發生水泡症狀，西醫認為免疫力降低，可能因為觀察患者通常在忙碌過程中發生，有壓力大肝鬱狀況，表面上呈現事多疲倦，被解釋為是免疫力降低，病機上還是以肝鬱氣滯濕熱為主，若兼夾氣虛表現再輔以通陽藥物
2. 患者主訴乳房胸部疼痛，要仔細區分是開刀術後傷口皮疼痛或開刀後經筋痛，或有另外問題，所以望診切診都很重要，局部傷口有無紅腫，化膿，發熱，一定要仔細看

【參考文獻資料】

1. 三軍總醫院癌症資源網
http://www.crm.org.tw/Common_ResList.aspx?ID=73
2. 衛生福利部國民健康署：乳癌與子宮頸癌防治
<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/web/index/index.aspx>
3. 賴榮年、吳建東、王榮德：臺灣乳癌婦女1998-2008年間的中藥使用率及模式分析，中醫藥雜誌。2013; 24(1): 13-23.
4. 陳婉伶、蔡嘉一、黃怡嘉：比較中醫期刊文獻與臺灣健保資料庫乳癌研究之用藥差異，中西整合醫學雜誌。2015; 17(3): 17-24.

5. PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Breast Cancer Prevention. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated <12/16/2015>. Available at: <http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq>. Accessed <06/22/2016>. [PMID: 26389323]

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部林健蓉主治醫師

【姓名】張 OO

【性別】女

【生日】61 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】162 公分/52 公斤

【初診日期】105 年 7 月 12 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】胃不適甚多日

【現病史】

此位44歲女性患者，之前並無規律接受乳房檢查，最近於右乳房觸及腫塊，故至本院檢查。於5/26進行穿刺，報告發現為invasive ductal carcinoma，之後於6/4接受R't Quadrantectomy & axillary lymph node dissection，術後診斷為Invasive ductal carcinoma，right breast，pT2N2M0，stage IIIA，s/p BCS + ALND。並於6/30住院置入port A接受化療Docetaxel + Cyclophosphamide（TC）（T：75mg/m²；C：600mg/m²）。化療後眠差甚，飢飽胃痛，納差，口瘡，牙齦腫，便瀉三日現便平

【過去病史】無

【住院/手術紀錄】

105/06/04 Invasive ductal carcinoma, right, pT2N2M0, stage IIIA status post Quadrantectomy & axillary lymph node dissection, R't.

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無特殊

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

G1A0P1，31 y/o 生第一胎。

Breast feeding 2 years。LMP：105/5/17

【四診】

近二日胸前膚癢疹，胸前皮膚疹稍紅，頭皮癢，便平

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑右關弱

【實驗室檢查】

105/06/30 WBC 6000 (NEUT 66.0% LYMP 26.8% MONO 5.2%
EOSIN 1.7% BASO 0.3% IG 0.2%) RBC 4060000
HGB 13.0 HCT 37.8 MCV 93.1 MCH 32.0 MCHC 34.4
PLT 208000
AC-GLU 136 BUN 17 CREA 0.6 AST 10 ALT 9
Na 139 K 3.9 CL 103.

105/07/12 WBC 4720 (NEUT 10.6% LYMP 23.1% MONO 37.5%
EOSIN 2.9% BASO 1.9% IG 16.3% PROMY 0.9%
MYELO 7.7% META 12.5% BAND 2.9%) RBC 4110000
HGB 12.7 HCT 36.4 MCV 88.6 MCH 30.9 MCHC 34.9
PLT 223000
AC-GLU 105 BUN 21 CREA 0.7 AST 15 ALT 22
TBil 0.4 Na 135 K 4.0

105/06/15 CEA 0.78 CA-153 21.72

【影像學檢查】

1050525 SONO. BREASTS

1. There are some hypoechoic nodules in bilateral breast, most of them with homogeneous internal echoes and circumscribed margins, might be fibroadenomas or complicated cysts.
2. Some lobular masses with poorly defined margins in the UOQ and 9 O'clock of right breast, suggestive of neogrowth. Suggest core biopsy for tissue diagnosis.
3. Enlarged lymph nodes in the right axillary fossa, suggestive of lymphadenopathy. Suggest surgical evaluation.

1050525 DIAGNOSTIC MAMMOGRAPHY

1. The breasts are heterogeneously dense. This may lower the sensitivity of mammography.
2. There are scattered isodense nodular densities bilaterally, might be fibroglandular tissue or fibrocystic change.
3. An irregular mass with spiculated margin, about 18 mm nearby the right

axillary fossa with pleomorphic calcification, suspicion for neogrowth.
Suggest core biopsy for tissue diagnosis.

1050603 CHEST, P-A VIEW

1. Mild increased lung marking, bilateral is noted.
2. Mild scoliosis of the T-spine.

1050617 WHOLE BODY BONE SCAN

1. No significant malignancy/metastasis associated bony uptake is noted in current study.

1050629 CHEST WITHOUT/WITH CONTRAST-C.T.

1. S/P breast-conserving surgery, right.
2. Few partially ill-defined and good-enhancing nodules (the largest size : about 0.8 cm) in the outer hemisphere of right breast, invasive breast cancers should be ruled out. Recommend correlate with 2nd-look ultrasonography and histopathologic findings.
3. Minimal fibrotic scarring and small subpleural bullae in both apical lungs are identified.
4. A small low-density nodule (size: about 0.6 cm) in the right lobe liver is depicted, suggest correlate with sonography to rule out a cyst.
5. Otherwise, no remarkable finding is identified.

1050629 SONO. WHOLE ABDOMEN STUDY

No significant abnormal findings on the abdominal sonography.

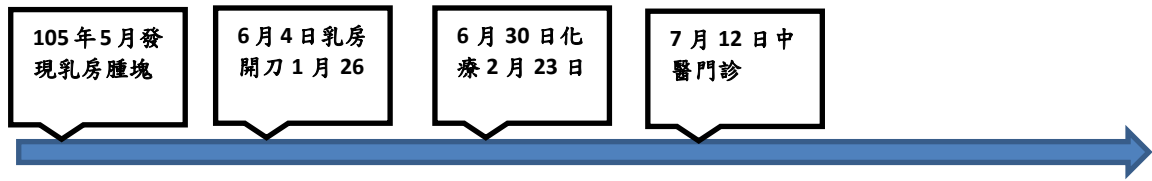
1050701 CHEST, P-A VIEW

1. Increased lung marking, bilateral is noted.
2. Mild scoliosis of the T-spine.
3. Status post port-A catheter insertion, left with the tip at SVC.

【整體回顧】

這是一位 44 歲女性患者，過去無系統性疾病史，於 105 年 5 月發現右側乳房腫塊，檢查後，於 105 年 6 月 4 日接受 R't Quadrantectomy & axillary lymph node dissection，術後診斷為 Invasive ductal carcinoma，right breast，pT2N2M0，stage IIIA，s/p BCS + ALND。於 6/30 住院接受化療 Docetaxel + Cyclophosphamide (TC) (T: 75mg/m²; C: 600mg/m²)。化療後眠差甚，飢飽胃痛，納差，口瘡，牙齦腫，便瀉三日現便平。近二日胸前膚紅疹稍癢，頭皮癢，便平。脈滑右關弱，舌質淡紅，苔薄白

【時序圖】



【診斷】

西醫病名：Invasive ductal carcinoma, right breast, pT2N2M0, stage IIIA, s/p BCS + ALND

中醫證型/疾病名：乳岩。化療後熱毒傷心陰，胃氣陰虛，脾虛，皮膚熱

【辨證（病機分析）】

1. 病因：化療
2. 病位：心、胃、脾、皮
3. 病性：心陰虛，胃氣陰虛，脾氣虛，皮膚熱
4. 病勢：緩。

【論治（治法分析）】

患者化療後熱毒傷心陰故眠差甚，化療損傷脾胃氣陰，以至於飢飽胃痛，納差，口瘡，牙齦腫，便瀉三日現便平。且化療為熱毒以致皮膚稍紅疹及頭皮癢疹。處方以養心陰，補脾胃氣陰，清熱藥物

處方：

酸棗仁 2.0 克	白芨 2.0 克
玉竹 2.0 克	白朮 2.0 克
麥芽 1.0 克	黃芩 2.0 克
北茵陳 2.0 克	

服法：分成 2 包每日二次（飯前）x10 天

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 7 月 22 日

【主訴】症減，今天化療，嘔心

【四診】

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈沉關沉右寸弱

【實驗室檢查】

105/07/21 WBC 7360 (NEUT 73.4% LYMP 18.6% MONO 6.7%
EOSIN 0.3% BASO 1.0% IG 1.6%) RBC 3770000
HGB 11.6 HCT 33.4 MCV 88.6 MCH 30.8 MCHC 34.7
PLT 221000
AC-GLU 120 BUN 12 CREA 0.6 AST 11 ALT 10
TBil 0.4 Na 137 K 3.9

【論治（治法分析）】

服藥後症狀減輕，又再次化療。開立相同藥物

處方：

酸棗仁 2.0 克 白芨 2.0 克

玉竹 2.0 克 白朮 2.0 克

麥芽 1.0 克 黃芩 2.0 克

北茵陳 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 12 日

【主訴】近日泛酸，胃脹，便平，住院化療

【四診】

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑右關弱

【實驗室檢查】

1050/8/12_ WBC 5670 (NEUT 73.9% LYMP 17.3% MONO 7.6%
EOSIN 0.7% BASO 0.5% IG 1.1%) RBC 3540000
HGB 10.4 HCT 31.2 MCV 88.1 MCH 29.4 MCHC 33.3
PLT 178000

AC-GLU 109 BUN 13 CREA 0.6 AST 14 ALT 14
TBil 0.4 Na 142 K 4.0

【論治（治法分析）】

胃氣虛胃氣上逆，加強健胃降氣藥物

處方：

酸棗仁 2.0 克	白芨 1.5 克
玉竹 2.0 克	白朮 2.0 克
半夏 1.5 克	黃芩 2.0 克
北茵陳 2.0 克	

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 23 日

【主訴】便結數日，眠差甚

【四診】

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈滑

【論治（治法分析）】

化療後熱毒損傷心陰嚴重，心火亢盛而眠差。加入黃連清心熱

處方：

酸棗仁 2.0 克	白芨 1.5 克
玉竹 2.0 克	白朮 2.0 克
麥芽 1.5 克	黃芩 2.0 克
北茵陳 2.0 克	黃連 0.5 克

服法：分成 2 包每日二次（飯前）×7 天

【討論】

1. 患者接受化療，不同患者有不同副作用，在中醫如何思考？
化療藥物藥性強，大部分對身體的損傷會有相似的趨勢，也會因患者原本體質傾向，而稍有不同的症狀表現。先對藥物有初步了解，再根據每位患者的狀況調整用藥。
2. 半夏與麥芽作用的差別是甚麼？
半夏降氣化痰作用較強，但易傷陰，胃陰虛患者慎用，麥芽可當茶飲，所以健胃效果較差，安全性較高。

【參考文獻資料】

1. 三軍總醫院癌症資源網 [http :
//www.crm.org.tw/Common_ResList.aspx?ID=73\](http://www.crm.org.tw/Common_ResList.aspx?ID=73)
2. 衛生福利部國民健康署：乳癌與子宮頸癌防治
[http : //www.hpa.gov.tw/BHPNet/web/index/index.aspx](http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/web/index/index.aspx)
3. 賴榮年、吳建東、王榮德：臺灣乳癌婦女1998-2008年間的中藥使用率及模式分析，中醫藥雜誌。2013; 24(1): 13-23.
4. 陳婉伶、蔡嘉一、黃怡嘉：比較中醫期刊文獻與臺灣健保資料庫乳癌研究之用藥差異，中西整合醫學雜誌。2015; 17(3): 17-24.
5. PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Breast Cancer Prevention. Bethesda, MD : National Cancer Institute. Updated <12/16/2015>. Available at :
[http : //www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq](http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq). Accessed <06/22/2016>. [PMID : 26389323]

大腸癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡嘉一主治醫師

【姓名】陳 OO

【性別】男

【生日】31/00/00

【身高/體重】155cm/66kg

【婚姻狀態】已婚

【初診日期】105/06/17

【病史獲取對象】病患本人

【主訴】化療後頭重沉感反覆已兩年

【現病史】

這位 78 歲男性於民國 100 年 6 月診斷直腸癌（adenocarcinoma，pT3N1bM0），有經手術，目前持續在本院大腸直腸外科追蹤與定期接受化學治療。近兩年患者有接受 5-FU+Leucovorin，合併 Irinotecan 或 Oxaliplatin，化療後常覺頭重沉感，整日精神懶倦，無伴隨頭暈，食欲可，無腹悶脹痛，無噁心嘔吐，平常血壓穩定，無特別可緩解方式。四肢自主活動可，手腳末梢無麻木感，但常覺小腿沉重乏力，常需透過走路散步來緩解小腿重沉感。

【過去病史】

1. Sleep Apnea Syndrome
2. BPH

【住院/手術紀錄】

1. 100/06/08：Rectal cancer, adenocarcinoma，pT3N1b (2/16) M0，3cm FAV，s/p APR s/p Xeloda and Ufur with lymphadenopathy s/p lymph node dissection
2. 103/06/13：segmental resection of small bowel

【外傷史】無

【目前長期服用之健康食品】無

【家族史】父母無特殊發現

【個人史】

1. 葷食，無特別嗜吃烤炸辣冰甜食

2. 吸菸史：50 年，每日 1 支。無喝酒，無嚼檳榔

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

望診：意識清，精神懶倦。面色萎黃黯不華，目窠下腫。四肢皮膚乾、無脫屑。唇暗，舌暗有斑苔薄白有津，舌絡脈色暗

聞診：語音偏低微。無特殊異味

問診：

全身：身常覺疲倦，怕風怕冷，運動時不易汗出。無怕熱，無潮熱盜汗

情志：容易緊張憂慮

睡眠：入睡可，無淺眠易醒，多夢

五官：化療後頭重沉感，無頭暈。咽喉稍有痰梗感欲咳。過往天氣變冷時容易鼻塞流鼻水，伴隨咽喉癢欲咳嗽有白痰，天氣變溫暖時症狀減少。無眼睛乾澀，但視物覺模糊，目汨多。耳鳴偶作。兩耳重聽

胸部：無胸悶心悸。無脅肋悶脹。無善太息。但覺少氣懶言

腹部：食慾尚平，納可，無噁心欲吐，無腹脹痛。無口乾苦

二便：人工肛門，大便不暢，服用軟便藥後易解軟糊黏稠便。小便平

腰背四肢：自主活動可，走路運動可達 0.5-1 小時，無上肢乏力，無末梢麻木，無腰膝痠軟，無肩頸背痠痛。小腿沉重乏力，透過走路可緩解

切診：肢無冷，下肢按壓無水腫。腹部敲之無鼓音。左脈沉弱，右脈弦寸浮，雙尺滑

【實驗室檢查】

105/02/22 CEA14.92

105/04/29 CEA15.97

105/06/17 WBC5550 (NEUT54.4% LYM35.1% EOSINO2.7%
BASO0.4%) HGB13.5 PLATELET179K

【影像學檢查】無

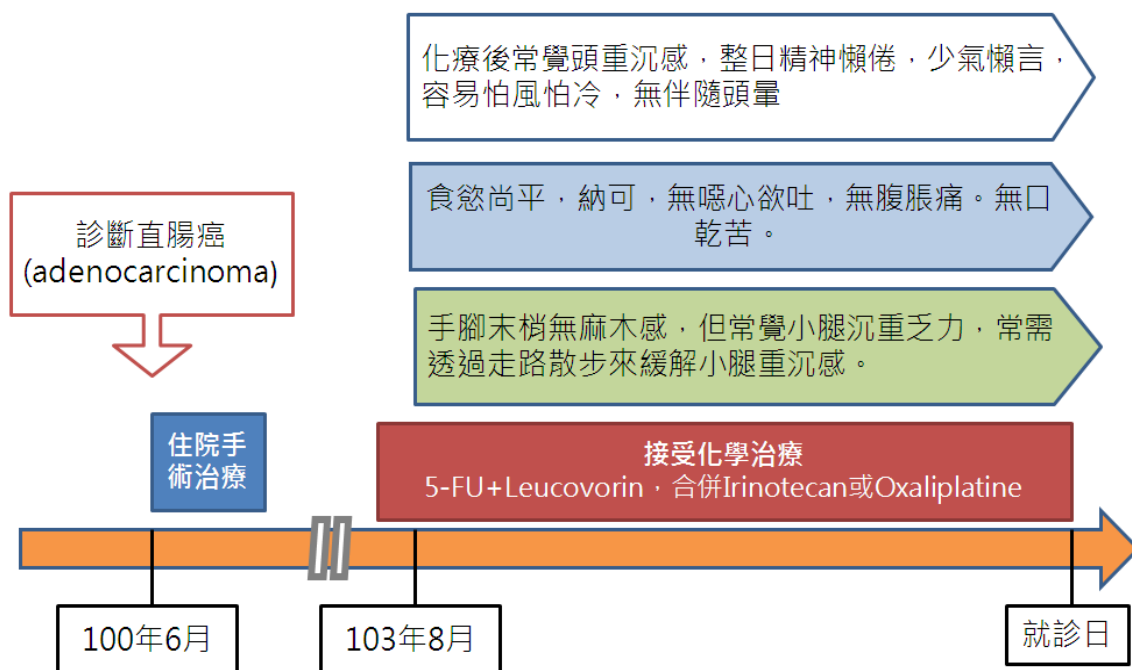
【其他治療方式/醫囑】無

【整體回顧】

這位 78 歲男性，於民國 100 年 6 月診斷直腸癌（adenocarcinoma，pT3N1bM0），有經手術，目前持續在本院大腸直腸外科追蹤與定期接受化學治療。近兩年患者有接受 5-FU+Leucovorin，合併 Irinotecan 或 Oxaliplatin，化療後常覺頭重沉感，整日精神懶倦，少氣懶言，容易怕風怕冷，無潮熱盜汗，運動時不易汗出，無伴隨頭暈，平常血壓穩定，無特別可緩解方式。手腳末梢無麻木感，但常覺小腿沉重乏力，常需透過走路散步來緩解小腿沉重感。

望面色萎黃黯不華，目窠下腫。四肢皮膚乾。唇暗，舌暗有斑苔薄白有津，舌絡脈色暗。語音偏低微。情志容易緊張憂慮，多夢，但入睡可，無淺眠易醒。咽喉稍有痰梗感欲咳，過往天氣變冷時容易鼻塞流鼻水，伴隨咽喉癢欲咳嗽有白痰，天氣變溫暖時症狀減少。視物覺模糊，目汨多。耳鳴偶作。兩耳重聽。無胸悶心悸。無脅肋悶脹。無善太息。食慾尚平，納可，無噁心欲吐，無腹脹痛。無口乾苦。大便不暢，服用軟便藥後易解軟糊黏稠便。小便平。無腰膝痠軟。肢無冷，下肢按壓無水腫。腹部敲之無鼓音。左脈沉弱，右脈弦寸浮，雙尺滑。

【時序圖】



【辨證（病因病機分析）】

病因：脾胃虛弱且濕瘀毒結聚，使得清氣無法上榮於頭

病位：脾胃、頭

病性：

主證：化療後常覺頭重沉感，整日精神懶倦，少氣懶言，容易怕風怕冷，運動時不易汗出，無頭暈。面色萎黃黯不華，目窠下腫。四肢皮膚乾。語音偏低微。唇暗，舌暗有斑苔薄白有津，舌絡脈色暗。肢無冷，下肢按壓無水腫。左脈沉弱，右脈弦寸浮，雙尺滑。

次證：手腳末梢無麻木感，但常覺小腿沉重乏力，常需透過走路散步來緩解小腿重沉感。咽喉稍有痰梗感欲咳，過往天氣變冷時容易鼻塞流鼻水，伴隨咽喉癢欲咳嗽有白痰，天氣變溫暖時症狀減少。無胸悶心悸。食慾尚平，納可，無噁心欲吐，無腹脹痛，腹部敲之無鼓音。無口乾苦。大便不暢，服用軟便藥後易解軟糊黏稠便。小便平。情志容易緊張憂慮，多夢，但入睡可，無淺眠易醒。唇暗，舌暗有斑苔薄白有津，舌絡脈色暗。左脈沉弱，右脈弦寸浮，雙尺滑

病勢：廣義來看，直腸癌的病位與脾胃有一定的相關聯性，其發作的主要病機為脾胃虧虛，如果合併有飲食不節、起居不慎或是情志不暢等情況，使得脾胃運化不行，痰濕積留，久鬱則可能化療成毒，積滯於腸腑之中，而腸腑乃是以通降為順，若因此病理產物導致氣血羈絆、流行不暢，時日過久可能進一步成為癥瘕結於腸中。脾胃為後天之本，乃水穀精微化生之源，若脾氣虛弱合濕瘀毒結聚，使得脾無法不升清，清氣無法生行於頭，則頭感沉重，整日精神困頓疲倦，少氣懶言，甚則畏風怕冷。胃不法降濁，使得濕濁阻滯，流於下肢，則見小腿沉重乏力，脈象沉弱尺滑也提示整體陽氣虛弱、濕濁阻滯於下的情況。「久病必有瘀」，從嘴唇與舌頭的暗瘀之色也可推知其內有瘀血阻滯

【診斷】

西醫病名：直腸癌

中醫證型/疾病名：腸覃

【論治（治法分析）】

理：從病勢得知患者的乃脾胃虛弱合濕瘀毒結聚，故治療之法乃是標本兼治，既要補正氣，也要使邪氣有出路。補正氣當先從中焦脾胃入手，再依病理產物濕、瘀、毒分別進擊與導出

法：補益脾胃之氣、化濕瘀毒之滯

方藥：補中益氣湯 7 克，敗醬草 1.5 克，薏苡仁 1 克，炮附子 1 克，桃仁 1 克，牡丹皮 1.5 克，川牛膝 1.5 克，續斷 1 克，杜仲 1 克，

木瓜 1.5 克，栝樓實 1 克，貝母 1 克。共 20 克分三包 TID 口服
28 天

分析：處方使用補中益氣湯調補脾胃、益氣升陽，使脾胃運化恢復，
得以升清氣與降濁氣，合薏苡附子敗醬散輔以桃仁、丹皮、栝
樓實等藥來清熱解毒、化瘀排膿，使阻滯腸腑之濕瘀毒得以化
解。搭配木瓜可除濕氣並可舒筋活絡，川牛膝、杜仲、續斷強
健筋骨，共同處理小腿沉重乏力的問題

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】 105/08/12

【主訴】 頭重沉感稍緩解

【四診】

望診：意識清，精神懶倦。面色萎黃黯不華，目窠下腫。四肢皮膚乾、無脫屑。唇暗，舌暗有斑苔薄白有津，舌絡脈色暗

聞診：語音偏低微。無特殊異味

問診：

全身：身常覺疲倦，怕風怕冷，運動時不易汗出。無怕熱，無潮熱盜汗

情志：容易緊張憂慮

睡眠：入睡可，無淺眠易醒，多夢

五官：化療後頭重沉感，無頭暈。咽喉稍有痰梗感欲咳症稍緩解。過往天氣變冷時容易鼻塞流鼻水，伴隨咽喉癢欲咳嗽有白痰，天氣變溫暖時症狀減少。無眼睛乾澀，但視物覺模糊，目汨多。耳鳴偶作。兩耳重聽

胸部：無胸悶心悸。無脅肋悶脹。無善太息。但覺少氣懶言

腹部：食慾尚平，納可，無噁心欲吐，無腹脹痛。無口乾苦

二便：人工肛門，大便不暢，服用軟便藥後易解軟糊黏稠便。小便平

腰背四肢：自主活動可，走路運動可達 0.5-1 小時，無四肢乏力，無末梢麻木，無腰膝痠軟，無肩頸背痠痛。小腿沉重乏力症稍緩解，透過走路可緩解

切診：肢無冷，下肢按壓無水腫。腹部敲之無鼓音。左寸關沉弱尺沉弦，右脈弦寸浮尺滑

【論治（治法分析）】

理：此患者乃脾胃虛弱合濕瘀毒結聚，故治療之法乃是標本兼治，既要補正氣，也要使邪氣有出路。補正氣當先從中焦脾胃入手，再依病理產物濕、瘀、毒分別進擊與導出。服用上次的藥物後頭沉重的症狀與小腿沉重感有稍微改善，故以原處方加減鞏固療效

法：補益脾胃之氣，化濕瘀毒之滯

方藥：補中益氣湯 6 克，敗醬草 1 克，薏苡仁 1.5 克，炮附子 1 克，桃仁 1 克，牡丹皮 1 克，川牛膝 1 克，續斷 1 克，杜仲 1 克，木瓜 1

克，貝母 1 克，栝樓實 1 克，桔梗 1.5 克，蘆根 1 克 共 20 克分
三包 TID 口服 28 天

分析：處方使用補中益氣湯調補脾胃、益氣升陽，使脾胃運化恢復，
得以升清氣與降濁氣，合薏苡附子敗醬散輔以桃仁、丹皮、栝
樓實等藥來清熱解毒、化瘀排膿，使阻滯腸腑之濕瘀毒得以化
解。搭配木瓜可除濕氣並可舒筋活絡，川牛膝、杜仲、續斷強
健筋骨，共同處理小腿沉重乏力的問題。加桔梗開上之氣結已
通下焦濕濁之去路，合蘆根加強清熱利濕之功

【討論】

直腸癌可對應到中醫古籍中之積聚、伏梁、腸覃、腸僻、滯下、痢疾、
鎖肛痔、臟癰痔、腸風、臟毒等，這些病證的描述對應到腹痛、裡急後重、
血便、膿血便、腹部腫塊等直腸癌患者之臨床表現和疾病的進展過程。

一、病因病機

古代醫家認為直腸癌的病因病機包括有飲食不節、起居不慎、感受外
邪、情志因素等。

1. 飲食不節傷及脾胃：

《素問·生氣通天論篇》：「因而飽食，筋脈橫解，腸僻為痔」
宋代嚴用和認為「過餐五味，魚腥乳酪，強食生冷果菜，停蓄胃脘
遂成宿滯……久則積聚，結為症痛，面黃羸瘦，此皆宿食不消而主
病焉」

明代張景嶽認為「飲食之滯，留蓄於中，或結聚成塊，或脹滿
硬痛，不化不行，所阻隔者，乃為之積」

元朝羅天益提出「凡人脾胃虛弱或飲食過常，或生冷過度，不
能克化，致成積聚結塊」

2. 感受外邪是直腸癌發病的重要原因：

《靈樞·百病始生》：「積之始生，得寒乃生，厥乃成積也」

《素問·風論篇》：「久風入中，則為腸風饕泄」

3. 起居不慎與直腸癌發病的關係：

《靈樞·百病始生》：「起居不節，用力過度，則脈絡傷……
腸外有寒，汁沫與血相搏，則併合凝聚不得散而積成矣」

清代李用粹認為：「積之始生，因起居不時，憂患過度，飲食
失節，脾胃虧損，邪正相搏，結於腹中，或因內傷外感氣鬱誤補而
致」

4. 情志因素：

《內經》：「喜怒不適……寒溫不對，邪氣勝之，積聚已留」

金元時期張從正：「積之始成也，或因暴怒喜悲思恐之氣」

二、辨證論治

臨床上可透過四診的資料蒐集，將患者依辨證分型來治療。

1. 脾虛濕毒型：腹脹痛，神疲乏力，食少面黃，便血或帶黏液血便，或有肛門墜脹，舌苔淡，苔白膩，脈緩或滑數。治以健脾益氣、解毒除濕，方用四君子湯合槐花地榆加減。
2. 脾腎兩虛型：面色蒼白，神疲乏力，納呆，口乾不欲飲，腹脹肢腫，腸鳴而瀉，瀉後稍安，舌淡，苔薄，脈沉細。治以健脾益腎，方用參苓白朮散加減。
3. 氣血兩虛型：心悸氣短，面色不華，形體消瘦，少氣乏力，脫肛下墜，四肢虛腫，舌質淡，苔薄白，脈沉細。治以益氣補血、健脾益腎，方藥：八珍湯加減。
4. 肝腎陰虛型：形體消瘦，五心煩熱，頭昏耳鳴，腰酸盜汗，口苦咽乾，舌質紅少苔，脈弦細。治以滋補肝腎、養陰清熱，方用知柏地黃丸加減。
5. 濕熱瘀毒型：腹脹腹痛，痛有定處，拒按，便下膿血，便溏不爽，裡急後重，納呆，口苦口乾，舌紅或見瘀斑、瘀點，苔黃膩，脈弦數或滑數。治以清熱利濕，活血解毒，方藥：桃紅四物湯加減。

【參考文獻】

1. 江濱、丁義江：中醫文獻對直腸癌病因病機探討的探討。遼寧中醫藥大學學報 2009; 11(4): 5-7.
2. 吳繼萍、馮妮、李曉林、李斯文：中醫辨證論治結直腸癌術後的臨床研究。光明中醫 2011; 26(9): 1816-1818.

大腸癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡嘉一主治醫師

【姓名】詹 OO

【性別】男

【生日】46/00/00

【身高/體重】178.5cm/68kg

【婚姻狀態】已婚

【初診日期】105/07/11

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】難入眠已 2 週

【現病史】

59 歲男性，平素喜喝冷飲，甚少運動。因解黑便已月餘，至西醫診所診斷為大腸腫瘤，切片報告為腺瘤。105/06/08 到中榮住院準備開刀，因疲倦加上擔憂病情，而無法入眠，06/09 執行 Left hemicolectomy。術後更顯得疲累，思緒也難以控制，易有負面想法，難入眠的情形更加嚴重。睡眠時間為 21~1 點，醒來小便後，即難以再入眠，因此至中榮尋求中醫協助。

【過去病史】與【住院/手術紀錄】

1. Gastric ulcer
2. 105/6/9：Adenocarcinoma of D-colon with partial obstruction S/P Left hemicolectomy. Surgical staging：sT3N2M0

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無

【個人史】

1. 飲食習慣：葷食，喜喝冷飲。無抽菸、喝酒、嚼檳榔
2. 生活壓力狀況：擔憂病情
3. 運動習慣：無
4. 月經婚育史：無
5. 居住環境：臺中市北區
6. 工作情況：退休（榮民）

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】無

【四診】

望	精神：意識清楚，精神可，憂容 體型：中等 面色：萎黃 指甲：有豎紋 皮膚：乾 毛髮：黑兼白，易掉髮 口唇：乾黯 舌診：舌質暗苔白、有津、舌下絡脈暗
聞	言語：語音低弱 鼻音：無 咳嗽痰音：無 嗅氣味：無異狀 聽聲音：無異狀
問	全身：畏寒 情志：憂慮 睡眠：眠差 部位 1. 五官：無頭暈頭痛、目無酸澀、無耳鳴、無鼻涕、口乾欲飲 2. 胸部：無胸悶心悸、無咳嗽和痰 3. 腹部：納可，無腹脹、泛酸、噯氣 4. 腰背：無腰痠 5. 四肢：肢冷 二便： 1. 大便：一日 9 行，便細短、偶不成型、較難控制。食後欲便，量少，不淨感 2. 小便：平 生殖：無不適
切	脈弦滑、寸關無力 肢冷、下肢按壓無水腫、腹部敲之無鼓音

【實驗室檢查】

105/06/14 病理切片報告（Descending to sigmoid colon，left

hemicolectomy)

1. Adenocarcinoma, moderately differentiated. Tumor invaded to muscularis propria.
2. Hyperplastic polyp.

【影像學檢查】無

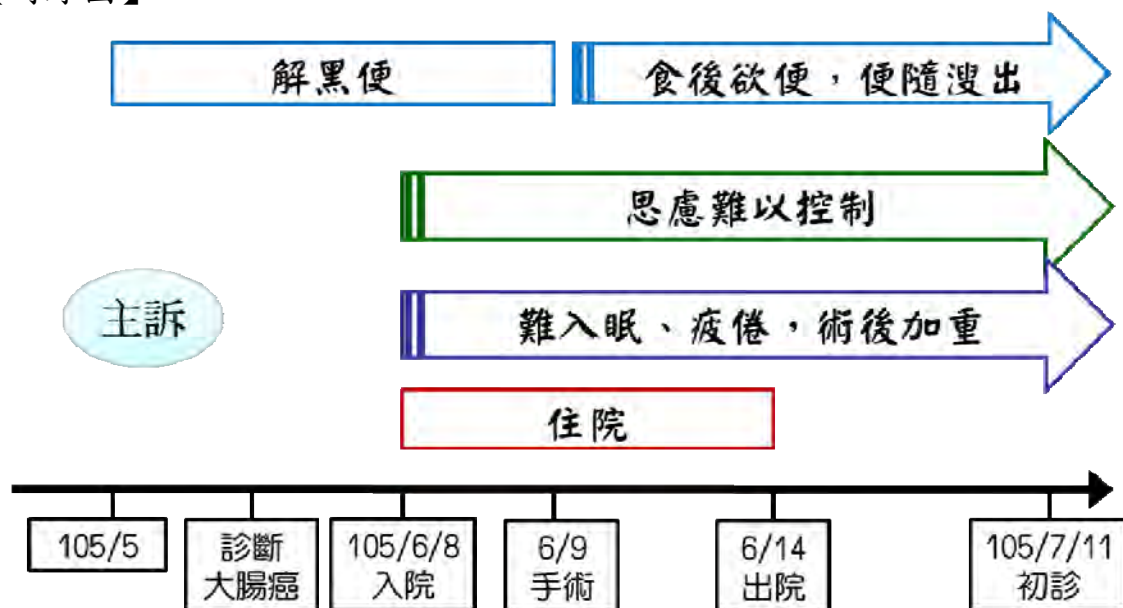
【其他治療方式/醫囑】無

【整體回顧】

59 歲男性，平素喜喝冷飲，甚少運動。因解黑便已月餘，至西醫診所診斷為大腸腫瘤。105/6/8 到中榮住院準備開刀，因疲倦加上擔憂病情，而無法入眠，6/9 執行 Left hemicolectomy 手術。術後更顯得疲累，思緒也難以控制，易有負面想法，難入眠的情形更加嚴重。睡眠時間為 21~1 點，醒來小便後，即難以再入眠，因此至中榮尋求中醫協助。

其他：舌質暗苔白、有津、舌下絡脈暗。脈弦滑、寸關無力。肢冷畏寒。聲音低弱，大便一日 9 行，便細短、偶不成型、較難控制，食後欲便，量少，不淨感。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

患者素喜冰飲，抑扼脾氣。甚少運動，加上因病而心情抑鬱，肝鬱氣滯，木不疏土，脾虛更甚，氣血生化不足，術後氣血更虧，心神失養而致不寐

【病因、病位、病性、病勢推演】

病因：

內因：因病而心情抑鬱

不內外因：嗜飲冰品。手術後氣血虧虛

病位：

中醫臟腑：一級病位：心

二級病位：脾、肝

西醫解剖：神經系統、內分泌

病性：

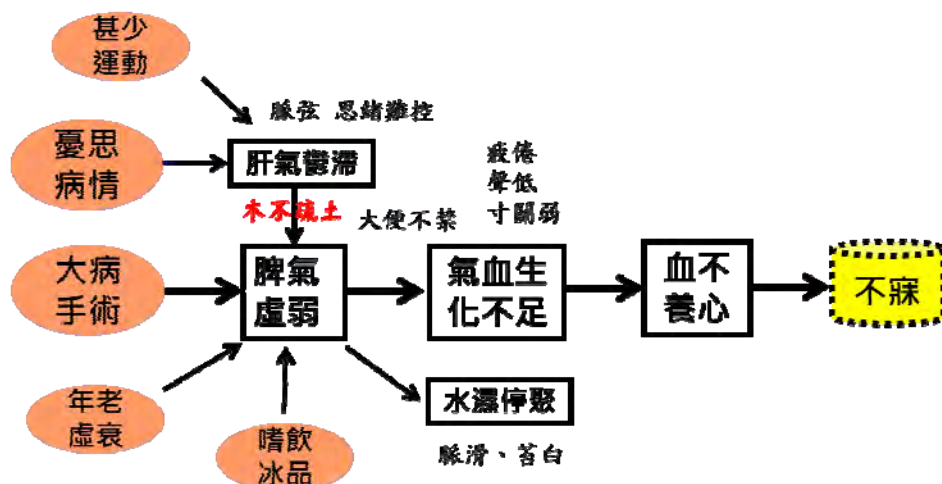
主證：難以入眠，眠淺易醒，情緒難以控制。舌質暗苔白、有津、舌下絡脈暗。脈弦滑、寸關無力

次證：大便一日 9 行，便細短、偶不成型、較難控制。食後欲便，量少，不淨感

病勢：

患者年齡 59，氣血本就比較不足。平素嗜飲冰冷，遏傷脾氣。平日甚少運動，全身氣機也較不暢，脾氣也受到阻滯。住院期間，因憂思病情，心情抑鬱，而無法控制自己的思緒，肝氣鬱滯，而見脈弦，甚至氣滯而血瘀，見舌質暗和舌下絡脈暗。木不能疏土，思則氣結，最終的結果就是憂思傷脾。大病和開刀之後，脾氣更加虛弱，見症關無力，疲倦，聲音低弱，大便一日 9 行，便細短。甚至進一步造成中氣下陷而有便隨洩出，較難控制或是食後欲便，脾氣虛水濕運化無度，水濕停聚，可見苔白、脈滑。最後導致氣血生化不足，血不養心，而致不寐。患者不易入睡，可能因為憂思過多，氣滯而使得陽不入於陰，而不得眠。容易清醒，醒後不易再入眠，則是偏向心脾氣虛。

【病因病機圖】



【診斷】

西醫病名：非器質性睡眠障礙

中醫病名：不寐

證型：肝鬱脾虛

【論治（治法分析）】

理：

1. 辨臟腑：不寐的主要病位在心。心神被擾或心神失養，神不守舍而成不寐。其他臟腑的陰陽氣血失調，也可導致不寐。此患者甚少運動，加上因病而心情抑鬱，而有氣滯的現象，責之在肝。而患者身疲，便軟難以控制，與脾氣虛較為相關，故二級病位為肝和脾。
2. 辨虛實：如為實證為火盛擾心，可見心煩易怒，口苦咽乾，便秘溲赤。這些症狀患者只具有口渴，而口渴也有可能因虛津液不足，或無法上承所致。患者身疲，聲音低弱，大便難以控制，便隨洩出，且寐後易醒，屬虛者多。故整體而言屬虛。
3. 年齡：《素問·上古天真論》「七八肝氣衰。筋不能動。八八，天癸竭，精少，腎藏衰，形體皆極，則齒髮去」《靈樞·營衛生會》「黃帝曰：老人之不夜瞑者，何氣使然？少壯之人，不晝瞑者，何氣使然？岐伯答曰：壯者之氣血盛，其肌肉滑，氣道通，營衛之行不失其常，故晝精而夜瞑。老者之氣血衰，其肌肉枯，氣道澀，五臟之氣相搏，其營氣衰少而衛氣故晝不精，夜不瞑」此患者年齡為59歲，介於56~64之間，氣血已較為不足，所以年齡也可能造成眠差的因素之一。
4. 大病：《諸病源候論·虛勞病株候》「大病之後，臟腑尚虛，榮衛未和，故生於冷熱。陰氣虛，衛氣獨行於陽，不入於陰，故不得眠」患者被診斷為大腸癌而經歷了手術，乃是大病之後，所以氣血會更加不足。
5. 思慮：《景岳全書·不寐》「思慮勞倦驚恐憂疑，及別無所累而常多不寐者，總屬真陰精血之不足，陰陽不交，而神有不安其室耳」《類證治裁·不寐》「思慮傷脾，脾血虧損，經年不寐」此患者因思慮病情，而致脾氣虛無法正常生化氣血。

法：疏肝健脾

方藥：以下藥物共 18.5 克分三包 TID 口服 7 天

方藥	劑量（克）	功效
加味逍遙散	4	疏肝解鬱，清熱養血
清暑益氣湯	6	清暑益氣，養陰生津
酸棗仁	1.5	養心安神
柏子仁	1.5	養心安神
蒼朮	1	燥濕健脾
山藥	1.5	益氣養陰
白扁豆	1.5	健脾化濕
薏苡仁	1.5	利水健脾

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】 105/08/05

【主訴】

1. 難入眠已改善，且思緒較能控制。21 點入睡，可延長睡眠至 3 點，起來小便後，仍然難再入眠。
2. 排便頻率減少。
3. 預計 08/07 開始用抗癌藥

【四診】

望	精神：意識清楚，精神可，憂容少 體型：中等 面色：萎黃 指甲：有豎紋 皮膚：乾 毛髮：黑兼白，易掉髮 口唇：乾黯 舌診：舌質暗苔白減、微齒痕、有津、舌下絡脈暗
聞	言語：語音低弱 鼻音：無 咳嗽痰音：無 嗅氣味：無異狀 聽聲音：無異狀
問	全身：畏寒 情志：憂慮 睡眠：難入眠已減 部位 1. 五官：無頭暈頭痛、目無酸澀、無耳鳴、無鼻涕、口乾欲飲 2. 胸部：無胸悶心悸、無咳嗽和痰 3. 腹部：納可，無腹脹、泛酸、噯氣 4. 腰背：無腰痠 5. 四肢：肢冷 二便： 1. 大便：便細短、偶不成型、較難控制。食後欲便，量少，不淨感。症狀皆有改善 2. 小便：平 生殖：無不適
切	脈弦滑

肢冷、下肢按壓無水腫、腹部敲之無鼓音

【論治（治法分析）】

理：肝鬱脾虛

法：疏肝健脾

方藥：以下藥物共 20.5 克分三包 TID 口服 7 天

方藥	劑量（克）	功效
加味逍遙散	4	疏肝解鬱，清熱養血
清暑益氣湯	6	清暑益氣，養陰生津
酸棗仁	1.5	養心安神
柏子仁	1.5	養心安神
蒼朮	1	燥濕健脾
山藥	1.5	益氣養陰
白扁豆	1.5	健脾化濕
薏苡仁	1.5	利水健脾
香附子	1	
百合	1	

【討論】

1. 如何鑑別眩暈的病性，是屬於風、火、痰、虛、瘀之中的哪一種呢？
風：是指肝風上擾，症狀表現是天旋地轉，同時患者會有肝陰不足的見症，如長期睡眠不好……等。火：是指頭部氣有餘化火而影響頭部清氣運行，會有口乾、易怒、或兼挾頭痛等症。痰：是指頭部痰飲干擾清氣運行，會有噁心想吐、或頭部陽氣不足的體質。虛：是指因頭部精氣不足或單純氣不足而無法使清陽不足致眩。患者會有疲勞、少氣等症。瘀：頭部經脈瘀阻，多發生在外傷或撞擊之後，會伴有脈象澀脈。
2. 肝火上炎、肝陽上亢、肝風內動證，該如何鑑別呢？
肝火上炎證是指肝氣鬱結化火，火氣上逆，以頭痛目赤、耳鳴口苦為主症；肝陽上亢證是指肝陰不配陽，以肝陽不潛，或肝氣升發太過，陽氣浮動於上引起的證候。多由房室、勞倦、七情內傷或飲食內傷等原因引起；肝風內動證是指肝陽化風上擾，或肝風挾痰火上衝，氣血併走於上，或肝陰血虛極生燥生風，從而發生以善行數變及動搖振顫、清竅閉塞和肢體形態動作失常的症狀。

【參考文獻】

1. 姚乃禮：中醫證候鑒別診斷學，人民衛生出版社，北京 pp. 294-301.

大腸癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部林齊魁主治醫師

【姓名】賴 OO

【性別】男

【生日】1939 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】166 公分/56 公斤

【初診日期】2016 年 02 月 27 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】大腸癌化療後調理

【現病史】

76 歲男性，2014 年初因健檢發現 CEA 偏高，但患者不以為意，直到 6 月診斷出 Adenocarcinoma of sigmoid colon，pT3N2bM1，stage IIIC，左下腹淋巴轉移，7 月於台大接受手術切除 21cm 結腸，同時因膽結石切除膽囊，8 月開始接受化療（Xeliri+Avastin 16 次、Xelox+Avastin 9 次、Folfiri+Erbix），曾服用 Xeloda 一年，現在打第八次 Erbitux+5-FU，副作用為噁心嘔吐、口瘡，皮膚變粗燥脫皮、起疹搔癢，打一個月症狀減多。預備於 2016/3/2 接受 CT 追蹤。

【過去病史】高血壓服藥控制已數十年、主動脈瓣閉鎖不全、痛風

【住院/手術紀錄】

於 2014/7 接受手術切除 21cm 結腸，同時因膽結石切除膽囊

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】父母：大腸癌，弟弟：胃癌

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物或食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

停化療藥後口瘡已無，頭胸腹無症狀，大便日 1-2 行成形，眠難入睡需服 Ativan，平時可爬山，體力尚可，無疲倦，納佳

《舌診》舌胖淡紅苔薄白微有瘀及齒痕

《脈診》脈沉右寸弱

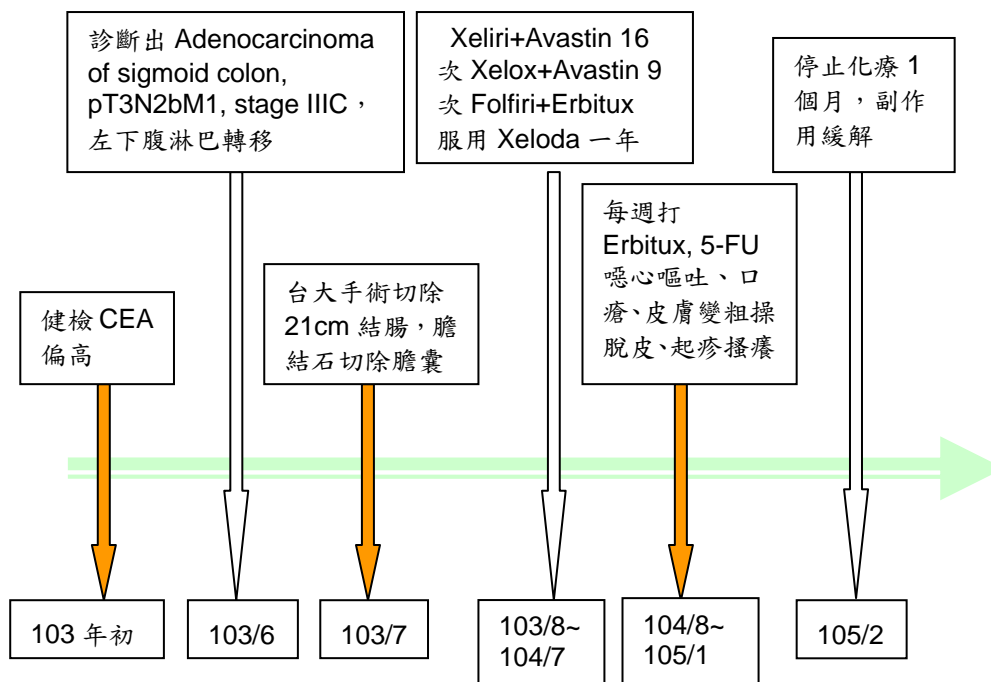
【實驗室檢查】2016/1 BUN/Cr 50/1.9

【影像學檢查】無

【整體回顧】

76 歲男性，2014 年初因健檢發現 CEA 偏高，但患者不以為意，直到 6 月診斷出 Adenocarcinoma of sigmoid colon, pT3N2bM1, stage IIIC, 左下腹淋巴轉移，7 月於台大接受手術切除 21cm 結腸，同時因膽結石切除膽囊，8 月開始接受化療（Xeliri + Avastin 16 次、Xelox + Avastin 9 次、Folfiri+Erbitux），曾服用 Xeloda 一年，現在打第八次 Erbitux+5-FU，副作用為噁心嘔吐、口瘡，皮膚變粗燥脫皮、起疹搔癢，打一個月症狀減多。就診時發現，脈沉右寸弱，舌胖淡紅苔薄白微有瘀及齒痕，大便日 1-2 行，成形，眠難入睡服 Ativan，平時可爬山，體力尚可，無疲倦，納佳

【時序圖】



【辯證(病機分析)】

病因：正氣虛損為內因，邪毒入侵為外因，兩者相互影響，正氣虛損，易招致邪毒入侵，更傷正氣，且正氣既虛，無力抗邪，致邪氣留戀，氣、瘀、毒留滯大腸，壅蓄不散，大腸傳導失司，日久則積生於內，發為大腸癌

病位：大腸

病性：早期以濕熱、瘀毒邪實為主，晚期則多為正虛邪實，正虛又以脾腎

(氣)陽虛、氣血兩虛、肝腎陰虛多見。

病勢：慢性

【診斷】

西醫病名：sigmoid colon ca

中醫證型/疾病名：「腸積」、「積聚」、「癥瘕」、「腸覃」、「腸風」、「臟毒」

【論治（治法分析）】

治則：術後及化療後氣血兩虛證，益氣養血、扶正祛邪，清熱利濕

處方：

炮附子 1.5 錢、半夏 3 錢、厚朴 3 錢、敗醬草 5 錢、

牡丹皮 3 錢、玉竹 3 錢、甘草 1 錢、綿茵陳 5 錢、

浙貝 3 錢、當歸 2 錢、晉黃耆 3 錢、豬苓 3 錢

用藥分析：

益氣養血：當歸，晉黃耆

扶正祛邪：炮附子，敗醬草，浙貝，甘草，玉竹

清熱利濕：牡丹皮，綿茵陳，豬苓

和胃降氣：半夏，厚朴

門診複診病歷記錄

日期	症狀	處方
105/3/12	症平	炮附子 1.5 錢、半夏 3 錢、厚朴 3 錢、 敗醬草 5 錢、牡丹皮 3 錢、玉竹 3 錢、 甘草 1 錢、綿茵陳 5 錢、杜仲 3 錢、 當歸 2 錢、晉黃耆 3 錢、豬苓 3 錢
105/3/26	走路時容易喘	炮附子 1g、綿茵陳 3g、白朮 1g、 澤瀉 1.5g、豬苓 1.5g、乾薑 1g、 玉竹 1.5g、厚朴 1.5g

【討論】

一、中醫治療大腸癌的具體方法

(一)分期治療

早期病人：

正盛邪實，以攻削「瘤邪」為主，如果早期病人體質還好，腫塊局限的話，應以手術或中藥等「祛邪」治療為主。中藥在手術前則予補氣養血或健脾益氣，滋補肝腎之品，如四君子湯、十全大補湯、六味地黃湯等，以減少手術並發症及後遺症，或者擴大手術適應症。手術後的中藥治療可加速術後康復，減少復發轉移，為化療等創造條件。可用調理脾胃、益氣固表、養陰生津，益氣解毒等方法。

中期病人：

邪實正虛，腫瘤一般處於進展期，或已有局部轉移，此時病人體內正邪雙方力量的消長變化將決定疾病的預後與轉歸，故應堅持「扶正與祛邪」並重原則，即應用一切可能的減瘤治療手段，如手術、化放療或中藥等消滅癌灶，同時最大限度的保護和恢復病人的整體機能。中藥除了可給予直接攻削瘤邪的藥物外，還要給予增強體質，提高免疫力的藥物來扶正。注意做到祛邪而不傷正，扶正而不助邪，可據病人具體情況先攻後補，或先補後攻，或攻補兼施。

晚期病人：

邪氣盛而正氣極虛，各組織器官功能失調，免疫力低下，出現

各種惡病質症狀，經受不起手術、放療等，此時應予中藥調整全身機能，扶助正氣為主，增強病人的抗癌能力，然後據實際情況予適當的抗癌祛邪治療，部份患者也可有較理想療效，或帶瘤生存。單純的中醫藥治療多用於不適合、不具備條件或不願意手術及放化療的患者，或者手術、放化療無效者，或已行手術、放化療後防止復發轉移者。單純應用中藥治療者，亦是根據早期病人以祛邪為主，中期病人扶正祛邪並重，後期病人以扶正為主的治則治療。中醫藥的治療可以起到減輕患者痛苦，改善生存質量，提昇治療效果，延長生存時間的作用。

(二)辨證論治

大腸癌常見的中醫證型有：

1. 濕熱內蘊證

多見於早期病人。

症狀：腹部陣痛，便中帶血；裏急後重，肛門灼熱；口苦口乾，小便短赤，身熱不揚；噁心嘔吐；胸悶不舒；舌紅，苔黃膩；脈滑數。

治法：清熱去濕，解毒散結。

2. 瘀毒結阻證

多見於中晚期病人。

症狀：腹瀉，腹痛，痛有定處，便下膿血，色紫黯，量多；裏急後重，煩熱口渴，面色晦暗；舌質紫，或有瘀點瘀斑；脈澀滯而細數。

治法：活血化瘀、解毒散結。

3. 脾腎陽虛證

症狀：腹痛綿綿、喜溫喜按；血便泄瀉；腰膝酸軟、畏寒肢冷；舌質淡胖，苔薄白；面色蒼白；少氣乏力；脈細無力。

治法：溫補脾腎，祛寒散結。

4. 氣血兩虛證

多見於術後及化療後。

症狀：腹部隱痛；時有便溏；脫肛下墜；舌質淡；氣短乏力；頭暈肢麻，面色蒼白；脈沉細。

治法：益氣養血、扶正散結。

5. 肝腎陰虛證

多見於放療後及晚期。

症狀：腹痛便秘；午後發熱或五心煩熱；舌質紅或絳、少苔或無苔；形體消瘦；頭暈耳鳴；腰膝酸軟、遺精帶下；盜汗；脈弦細。

治法：滋補肝腎，養陰散結。

二、中藥配合化療、放療

在放療、化療過程中可出現胃腸不適、納呆、惡心嘔吐、身倦乏力、脫髮、白細胞減少、血小板減少以及心肝腎毒性、神經毒性等，如配合使用中藥治療，可消除或減輕以上由放化療所造成的毒副作用。可分別根據病人所屬的證型，給予健脾和胃、補益氣血、滋補肝腎等的方藥。放療造成的咽乾、口渴欲飲、咽痛咳嗽等，可配合中藥清熱解毒、養陰生津，有較明顯的療效。若出現放射性皮膚損傷、口鼻咽黏膜損傷、食道損傷、肺損傷、腦脊髓損傷，以及放射性直腸炎、膀胱炎，亦可用中藥按證候辨證論治。

【參考文獻】

1. 程士德：內經，知音出版社，台北 1990; pp. 278-280.
2. 何煜舟、宋欣偉、阮善明：周仲瑛教授治療大腸癌的治法治則探討。中華中醫藥學刊 2010; 28(4): 696-697.
3. 陳黎莉、江一平：大腸癌中醫辨證分型與病理組織學的相關性研究。江西中醫學院學報 2008; 20: 42-43.
4. 賈小強、邱輝忠、黃乃建、林國樂：大腸癌辨證分型與腫瘤浸潤轉移相關性的前瞻性研究。中華中醫藥雜誌 2005; 20: 344-346.

大腸癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部林齊魁主治醫師

【姓名】張 OO

【性別】男

【生日】1937 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】165 公分/56 公斤

【初診日期】2015 年 10 月 03 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】手術後每日排稀便多次約一個月

【現病史】

於 2015 年 6 月開始出現便秘，剛開始無在意，無改善之後到北榮檢查發現直腸腫瘤，9/18 於北榮開刀，發現 1 顆距離肛門 10 公分之淋巴轉移。目前傷口微痛，每日排稀便多次，納可，夜頻尿 4~5 次，影響睡眠。

【過去病史】TB、BPH

【住院/手術紀錄】2015/9 直腸癌開刀

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

《舌診》舌淡紅苔薄白

《脈診》脈沉滑

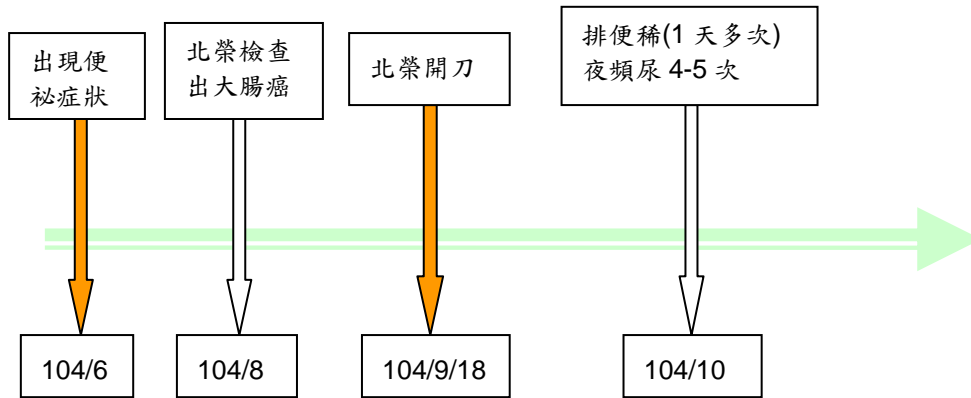
【實驗室檢查】無

【影像學檢查】無

【整體回顧】

自 2015/9/18 開刀後至 10/3，傷口癒合佳，微痛，每日排稀便多次，納可，夜頻尿 4~5 次，影響睡眠，白天精神尚可

【時序圖】



【辯證(病機分析)】

病因：正氣虛損為內因，邪毒入侵為外因，兩者相互影響，正氣虛損，易招致邪毒入侵，更傷正氣，且正氣既虛，無力抗邪，致邪氣留戀，氣、瘀、毒留滯大腸，壅蓄不散，大腸傳導失司，日久則積生於內，發為大腸癌

病位：大腸

病性：早期以濕熱、瘀毒邪實為主，晚期則多為正虛邪實，正虛又以脾腎（氣）陽虛、氣血兩虛、肝腎陰虛多見

病勢：慢性

【診斷】

西醫病名：sigmoid colon ca

中醫證型/疾病名：「腸積」、「積聚」、「癥瘕」、「腸覃」、「腸風」、「臟毒」

【論治(治法分析)】

治則：益氣養血、扶正祛邪，清熱利濕

處方：

炮附子 1 錢、薏苡仁 5 錢、敗醬草 3 錢、綿茵陳 5 錢、
鱉甲 3 錢、生地黃 3 錢、厚朴 3 錢、澤瀉 3 錢、
浙貝 3 錢、炒白朮 3 錢、北沙參 3 錢、當歸 2 錢

用藥分析：

益氣養血：當歸，北沙參，生地

扶正祛邪：炮附子，敗醬草，半枝蓮，白花蛇舌草，浙貝，

清熱利濕：薏苡仁，綿茵陳，澤瀉，鱉甲

門診複診病歷記錄

日期	症狀	處方
104/10/17	開始排便灰黑之後轉成形，夜尿症同，脈沉弦滑	炮附子 1.5 錢、薏苡仁 5 錢、敗醬草 3 錢、綿茵陳 5 錢、鱉甲 3 錢、半枝蓮 3 錢、白花蛇舌草 3 錢、生地黃 3 錢、厚朴 3 錢、澤瀉 3 錢、續斷 5 錢、炒白朮 3 錢
104/10/31	眠欠安，醒約 4~5 次，排便可，咽喉癢，脈沉弦滑	炮附子 1.5 錢、薏苡仁 3 錢、敗醬草 3 錢、綿茵陳 5 錢、半枝蓮 3 錢、生地黃 3 錢、厚朴 2 錢、澤瀉 3 錢、炒白朮 3 錢、炒麥芽 3 錢、甘草 2 錢、天門冬 3 錢
104/11/14	眠症同，夜頻尿，影響睡眠，排便 5~6 次，吃蔬果汁時多，納佳，脈沉弦滑	炮附子 1.5 錢、薏苡仁 3 錢、敗醬草 3 錢、綿茵陳 5 錢、半枝蓮 3 錢、生地黃 3 錢、鱉甲 3 錢、升麻 3 錢、黨參 3 錢、炒白朮 3 錢、甘草 2 錢、艾葉 3 錢、天門冬 3 錢、北黃耆 3 錢
104/11/28	排便 3~4 次，排氣多，夜尿 2~3 次，脈沉弦滑	炮附子 1.5 錢、薏苡仁 3 錢、敗醬草 3 錢、綿茵陳 5 錢、半枝蓮 3 錢、生地黃 3 錢、鱉甲 3 錢、升麻 3 錢、黨參 3 錢、白朮(炒) 3 錢、甘草 2 錢、艾葉 3 錢、天門冬 3 錢、茯苓 5 錢
105/1/23	排便正常，排氣多，夜尿 2~3 次，脈沉弦滑	炮附子 1.5 錢、薏苡仁 3 錢、敗醬草 3 錢、綿茵陳 5 錢、半枝蓮 3 錢、生地黃 3 錢、鱉甲 3 錢、升麻 3 錢、黨參 3 錢、炒白朮 3 錢、甘草 2 錢、艾葉 3 錢、續斷 3 錢、厚朴 2 錢

【討論】

三、中醫治療大腸癌的具體方法

(一)分期治療

早期病人：

正盛邪實，以攻削「瘤邪」為主，如果早期病人體質還好，腫塊局限的話，應以手術或中藥等「祛邪」治療為主。中藥在手術前則予補氣養血或健脾益氣，滋補肝腎之品，如四君子湯、十全大補湯、六味地黃湯等，以減少手術並發症及後遺症，或者擴大手術適應症。手術後的中藥治療可加速術後康復，減少復發轉移，為化療等創造條件。可用調理脾胃、益氣固表、養陰生津，益氣解毒等方法。

中期病人：

邪實正虛，腫瘤一般處於進展期，或已有局部轉移，此時病人體內正邪雙方力量的消長變化將決定疾病的預後與轉歸，故應堅持「扶正與祛邪」並重原則，即應用一切可能的減瘤治療手段，如手術、化放療或中藥等消滅癌灶，同時最大限度的保護和恢復病人的整體機能。中藥除了可給予直接攻削瘤邪的藥物外，還要給予增強體質，提高免疫力的藥物來扶正。注意做到祛邪而不傷正，扶正而不助邪，可據病人具體情況先攻後補，或先補後攻，或攻補兼施。

晚期病人：

邪氣盛而正氣極虛，各組織器官功能失調，免疫力低下，出現各種惡病質症狀，經受不起手術、放療等，此時應予中藥調整全身機能，扶助正氣為主，增強病人的抗癌能力，然後據實際情況予適當的抗癌祛邪治療，部份患者也可有較理想療效，或帶瘤生存。單純的中醫藥治療多用於不適合、不具備條件或不願意手術及放化療的患者，或者手術、放化療無效者，或已行手術、放化療後防止復發轉移者。單純應用中藥治療者，亦是根據早期病人以祛邪為主，中期病人扶正祛邪並重，後期病人以扶正為主的治則治療。中醫藥的治療可以起到減輕患者痛苦，改善生存質量，提昇治療效果，延長生存時間的作用。

(二)辨證論治

大腸癌常見的中醫證型有：

1. 濕熱內蘊證

多見於早期病人。

症狀：腹部陣痛，便中帶血；裏急後重，肛門灼熱；口苦口乾，小便短赤，身熱不揚；噁心嘔吐；胸悶不舒；舌紅，苔黃膩；脈滑數。

治法：清熱去濕，解毒散結。

2. 瘀毒結阻證

多見於中晚期病人。

症狀：腹瀉，腹痛，痛有定處，便下膿血，色紫黯，量多；裏急後重，煩熱口渴，面色晦暗；舌質紫，或有瘀點瘀斑；脈澀滯而細數。

治法：活血化瘀、解毒散結。

3. 脾腎陽虛證

症狀：腹痛綿綿、喜溫喜按；血便泄瀉；腰膝酸軟、畏寒肢冷；舌質淡胖，苔薄白；面色蒼白；少氣乏力；脈細無力。

治法：溫補脾腎，祛寒散結。

4. 氣血兩虛證

多見於術後及化療後。

症狀：腹部隱痛；時有便溏；脫肛下墜；舌質淡；氣短乏力；頭暈肢麻，面色蒼白；脈沉細。

治法：益氣養血、扶正散結。

5. 肝腎陰虛證

多見於放療後及晚期。

症狀：腹痛便秘；午後發熱或五心煩熱；舌質紅或絳、少苔或無苔；形體消瘦；頭暈耳鳴；腰膝酸軟、遺精帶下；盜汗；脈弦細。

治法：滋補肝腎，養陰散結。

四、中藥配合化療、放療

在放療、化療過程中可出現胃腸不適、納呆、噁心嘔吐、身倦乏力、脫髮、白細胞減少、血小板減少以及心肝腎毒性、神經毒性等，如配合使用中藥治療，可消除或減輕以上由放化療所造成的毒副作用。可分別根據病人所屬的證型，給予健脾和胃、補益氣血、滋補肝腎等的方藥。放療造成的咽乾、口渴欲飲、咽痛咳嗽等，可配合中藥清熱解毒、養陰生津，有

較明顯的療效。若出現放射性皮膚損傷、口鼻咽黏膜損傷、食道損傷、肺損傷、腦脊髓損傷，以及放射性直腸炎、膀胱炎，亦可用中藥按證候辨證論治。

【參考文獻】

1. 程士德：內經，知音出版社，台北 1990; pp. 278-280.
2. 何煜舟、宋欣偉、阮善明：周仲瑛教授治療大腸癌的治法治則探討。中華醫藥學刊 2010; 28(4): 696-697.
3. 陳黎莉、江一平：大腸癌中醫辨證分型與病理組織學的相關性研究。江西中醫學院學報 2008; 20: 42-43.
4. 賈小強、邱輝忠、黃乃建、林國樂：大腸癌辨證分型與腫瘤浸潤轉移相關性的前瞻性研究。中華中醫藥雜誌 2005; 20: 344-346.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

三軍總醫院中醫部蔡運寧主治醫師

【姓名】吳 OO

【性別】女

【生日】1954 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】158 公分/42 公斤

【初診日期】2016 年 04 月 24 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】擔憂卵巢癌後，身體變差自 2014 年

【現病史】

62 歲女性，是一位退休的國小老師，除了停經後容易失眠之外，平時身體健康情形大致良好。2012 年，常不定時感覺到，小腹有腫脹不適感，若是上菜市場，提的東西稍微多些、重些，就會小腹絞痛與腰酸，但回家休息後即自動緩解；一開始以為是腸胃問題所以不太留意。直到 2013 年 11 月某一天突然陰道不正常出血，持續了五天，遂至三總婦產科詳細檢查。就診時，醫師以骨盆腔觸診時，發現深壓時左下腹有硬塊、同時患者感到受壓處有定點疼痛感，因此醫師為其安排在 2013 年 12 月進行婦科超音波及電腦斷層掃描檢查。檢查結果發現左側卵巢有一不規則的腫塊大約 4 公分；後腹腔內亦有二至三個約 2 至 3 公分的腫塊；數個後腹腔淋巴結腫大；抽血檢查發現 CA-125 上升至 152 U/mL；於是診斷為「卵巢癌」伴有腹腔與淋巴結轉移，於 2014 年 1 月 27 日接受減積手術（切除子宮、兩側卵巢、輸卵管、腸網膜，並將骨盆腔及動脈旁淋巴結摘除乾淨）；病理報告結果：Adenocarcinoma, poorly differentiated, 臨床病理分期：cT3N3M0, stage IIIc。術後接受八次小紅莓（Doxorubicin）化療。自從手術後，容易反覆尿道感染，至今已發生三次，每次發作需服用抗生素一週來治療。手術後，也容易小腹脹與排便不順，在泌尿道感染時，腹脹與便秘情況會更嚴重；化療後，常感燥熱與手麻。因覺得在手術與化療後，身體變差，大小症狀不斷，因而憂慮不已，於是在 2016 年 4 月 24 日，前來中醫門診尋求幫助，希望能改善不適症狀並強化體力。

【過去病史】與【住院/手術記錄】

1. 2003 年，49 歲停經，停經後開始有失眠問題
2. 2008 年，54 歲，右眼白內障手術

【外傷史】無

【目前長期服用之藥物/健康食品】

無服用其他藥物與健康食品

【家族史】

父親：糖尿病

【個人史】

1. 無抽煙喝酒
2. 採一般葷食
3. 飲食無嗜冰辣鹹等狀況

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

1. G2P2A0；二胎均自然產
2. 2003年，49歲停經

【四診】

脈沈弦寸弱；舌淡紅苔白微厚；易焦慮煩心、脾氣不好；口淡；不定時噁心感；納呆，一日三餐但量少；於2015年3月，因排尿灼熱痛，至婦產科就醫，診斷為泌尿道感染，已服用二週的抗生素完畢；易腹脹，食後加重；便一日三行，但需費力且便質量少；眠差，有睡意，但難入眠又易醒（睡眠時間晚上22.5時，到隔日早晨6.5時，半夜會醒來夜尿一至二次，醒後難再睡）

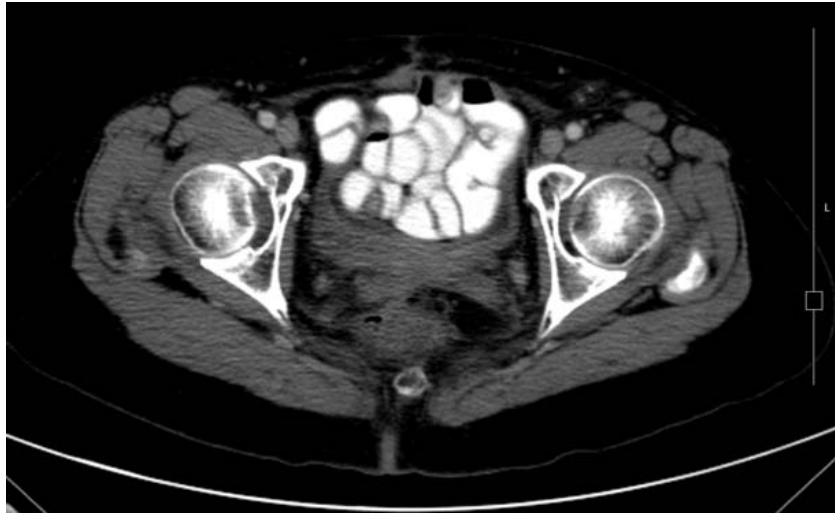
【實驗室檢查】

2016年4月24日抽血報告

WBC	6230 μ L
Hb	12.3 g/dL
PLT	182 x 10 ³ /UI

【影像學檢查】

2016年3月19日腹部電腦斷層



【其他治療方式/醫囑】無

【整體回顧】

62 歲女性，於 49 歲停經後，開始有失眠的問題；58 歲時，不定時下腹腫脹，提重物則易小腹絞痛與腰酸背痛；59 歲時，陰道不正常出血，因此至婦科接受骨盆腔觸診、婦科超音波、電腦斷層、抽血等一系列檢查後，診斷為「卵巢癌」第三期。於 60 歲時接受「減積手術」：切除子宮、兩側卵巢、輸卵管、腸網膜，與骨盆腔及動脈旁之淋巴結；術後病理報告與分期為：Adenocarcinoma, poorly differentiated, 臨床病理分期：cT3N3M0, Stage IIIc。術後接受八次小紅莓（Doxorubicin）化療。手術與化療後，食慾減退、腹脹、噁心、便秘、手麻、尿道灼熱痛等症狀反覆發生，因此心情很是焦慮，脾氣變差；擔憂身體狀況不佳，因此前來中醫門診，尋求幫助。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

這位 62 歲的女性，來中醫門診，是因為兩年前卵巢癌手術與化療之後，身體狀況變差，希望中醫可以協助改善。

卵巢癌的成因相當複雜，且患者已經接受過「Debulking surgery 減積手術」與「Doxorubicin 小紅莓」的化療，我們需要考慮的，是如何在患者本身以及手術、化療後的體質上，為其減輕一系列的不適症狀；主要的不適，包括了：口淡、食慾減退、腹脹、噁心、便秘、手麻、尿道灼熱痛（泌尿道反覆感染）。

這些症狀，都是中醫門診的常見問題；但我們要把這些問題，放在一位「已經停經」、「子宮、卵巢、腸網膜、腹腔淋巴結被切除」、又經過「八次化療」的女性患者的身心理層面來考量，才能有效輔助治療。因此，需先了解「減積手術後」與「Doxorubicin 八次治療後」的副作用：

「Debulking surgery 減積手術」的長期效應，包括：腹膜沾黏，以及器官摘除之後腹腔中的其他器官失去支撐結構而搖晃下墜等問題。

「Doxorubicin 化療」的短期副作用，包括心血管系統與骨髓抑制；而長期效應，包括心臟毒性（如：心律不整、鬱血性心臟病、心室功能不全...

等)腸胃道的副作用(如噁心、嘔吐、胃食道逆流...等)。

再回頭來，從中醫觀點，看患者的症狀，可以分類為四大類，並初步進行分析：

- 一、全身循環減弱：手麻；與化療後手臂經絡營血不足或兼瘀有關。
- 二、腸胃道功能減弱：口淡、食慾減退、腹脹、噁心、便秘；與化療後脾胃功能受遏、及術後腹腔之痰瘀有關。
- 三、泌尿道症狀：泌尿道反覆感染；與停經後腎精不足、化療後心氣減弱，綜合作用下造成了泌尿道之營衛循行不足有關。
- 四、其他：焦慮、脾氣差、長期的失眠問題；停經後心陰虛損，又本次卵巢癌重病之後，魂的作用受魄影響減弱，最後表現在精神情緒的波動上。

總結患者之問題，在於「停經」與「卵巢癌」，經「手術」與「化療」後，產生了心、肝脾胃、中下焦、腎系等臟腑與通路之一系列病機；因問題較多，應分清主次，循序調理。

【病因、病位、病性、病勢推演】

病因：遠因為「停經」與「卵巢癌」

近因為「Debulking surgery 減積手術」與「Doxorubicin 小紅莓化療」

病性：包括腎精不足、心陰虛損、心氣減弱、肝脾胃氣滯、脾胃氣虛、中下焦痰瘀

病位：心腎、肝脾胃、中下焦

病勢：轉歸為心脾腎虛與中下焦痰瘀，若未及時改善，久之精神情志亦會失衡

【診斷】

西醫病名：卵巢癌 (Adenocarcinoma，臨床病理分期：cT3N3M0，Stage IIIc)，「Debulking surgery 減積手術」與「Doxorubicin 化療」

中醫證型/疾病名：肝脾不調、脾胃氣虛、中下二焦痰瘀、心腎精氣不足/外腎(卵巢)癥積術後與化療後

【論治(治法分析)】

理：由於有許多不適症狀，為了使藥物能夠順利治療，宜先重建後天營衛循行狀況，並輔以強心；待後天營衛循行與心氣功能改善，再循序調整。

法：由於化療藥物造成脾胃氣機受遏、心氣受遏、經脈中營血不足、腑氣不降，因此先以益氣溫脾、強心養血、通腑降氣法，重建後天營衛循行與心氣功能，再酌加柔肝清熱與降氣之品，以緩解因中下二焦之痰瘀而引動之相火。初步投藥後，續觀症狀變化再做修正。

方藥：

炮附子 1.5g 甘草 0.8g 乾薑 0.2g 當歸 1.5g 黃芩 1.5g

厚朴 1.5g 桑葉 1.5g 川牛七 2.0g 山梔子 1.5g 6g bid×7

君：炮附子 1.5g、甘草 0.8g、乾薑 0.2g

臣：當歸 1.5g、厚朴 1.5g、川牛七 2.0g

佐：黃芩 1.5g、桑葉 1.5g、山梔子 1.5g

使：無

門診複診病歷記錄

【療程追蹤】2016年08月12日

【主訴】於2016年7月4日開腹手術後調理

【四診】

患者於今年4月24日就診後，即未再回診；本次於8月12日回診，告知，因卵巢癌轉移至腹腔，於7月4日進行開腹手術以清除肉眼可見腫瘤，病理報告同前，為Adenocarcinoma，希望術後繼續接受中醫調理。脈沈細澀寸弱；舌淡紅苔薄白；手術後常小腹痛脹；口苦；胸悶；食慾尚可，但一進食後即想吐；腸子熱呼呼的感覺；上週才又泌尿道感染復發，剛服完一週的抗生素，現在排尿已順暢，排尿感覺與尿量皆恢復正常；便日一行量少不順；目前都已無在服用化療或標靶藥物。

【論治（治法分析）】

理：開腹手術後，由患者之症狀來看，首當其衝受到影響的，仍為胃氣減弱（一進食就想吐）、肝脾不和（便日一行量少不順）、心氣不足（胸悶）、下焦痰瘀（腸子熱呼呼的感覺、小腹痛脹），伴隨相火的作用。

法：和胃溫脾、強心益氣、降氣清熱、利溼、清火。

方藥：

半夏 1.5g 乾薑 0.7g 北沙參 1.0g 黃連 0.3g 炮附子 1.5g
天門冬 2.0g 枳殼 1.5g 白茅根 3.0g 甘草 0.5g 6g bid×14

君：半夏 1.5g、乾薑 0.7g、北沙參 1.0g、炮附子 1.5g

臣：天門冬 2.0g、枳殼 1.5g、白茅根 3.0g

佐：黃連 0.3g

使：甘草 0.5g

【教學與討論】

Q：請問老師，從中醫的觀點，怎麼來認識「卵巢癌」這個疾病呢？

A：中醫古籍，本無「卵巢癌」之名，但根據「卵巢癌」的發病特徵，應可歸屬於中醫「癥瘕」、「腸覃」、「癥積」等疾病的範疇。《靈樞·水脹篇》云：「腸覃何如？」岐伯曰：「寒氣客於腸外，與衛氣相搏，氣不得榮，因有所繫，癖而內著，惡氣乃起，瘕肉乃生。其始生也，大如雞卵，稍以益大，至其成，如懷子之狀，久者離歲，按之則移，月事以時下，此其候也。」「石瘕生於胞中，寒氣客於

子門，……，血以流止，日以益大，狀如杯子，月事不以時下」

Q：請問老師，那麼卵巢癌的成因是什麼呢？

A：「卵巢癌」的成因相當複雜，而且診斷不易，大多數的患者發現異樣來檢查的時候，大多是第二或三期以上了；因此，當門診時遇到40歲以上的婦女，有骨盆腔疼痛、陰道異常出血、月經週期異常時，就要有所警覺，除了先做骨盆腔的觸診，看是否有骨盆腔的腫塊或壓痛，也可以提醒她，至婦產科做個婦科超音波檢查。

Q：卵巢癌的中醫病機是什麼呢？

A：「卵巢癌」的基本病機，大多數的學者，認同是正氣不足、臟腑氣虛、營衛失調；再合併外感毒邪、或情志不調等因素；而氣血失調、痰瘀互結於外腎，是本病的標病機。至於，是正氣不足為主，或是外感毒邪之作用，則不同的學者專家，會抱持不同的看法。

Q：如何協助卵巢癌患者在手術或化療後的體能恢復呢？

A：本位門診患者，就是一個相當好的範例。她在手術與化療後，出現了全身循環以及腸胃、泌尿道等系統的不適症狀。由於卵巢與轉移出去的腫瘤，皆已切除，因此我們的目標，不是治癒卵巢癌，而是緩解其相關不適。其實，患者的症狀，都是中醫門診的常見問題，只是，我們需要把它們串聯起來，再分清主次依序治療。在本病例中，是判斷重建後天營衛循行與強化心氣為優先步驟，因為若後天營衛循行不良，則不論我們投治什麼藥物，都是徒勞無功的。別忘了邊治療、邊觀察患者的症狀變化，再細心調整藥物，患者的不適症狀，就會愈來愈改善的！最後提醒各位同學，治療時，除了從專業知識方面進行治療，心理層面的鼓舞與精神壓力的紓解，也是非常重要的，千萬不要忽略了喔！

【參考文獻資料】

1. 河北醫學院校釋：靈樞經校釋（下），人民衛生出版社，北京 pp. 142-150.
2. 沈曉昀：卵巢癌的中醫治療進展，內蒙古中醫藥雜誌。2015; 11: 148-149.
3. 艾莉：李光榮教授治療卵巢囊腫的經驗，北京中醫藥大學學報（中醫臨床版）。2006; 13(6): 34-35.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡真真主治醫師

【姓名】張 OO

【性別】女

【生日】45 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】158cm/52kg

【初診日期】105 年 06 月 08 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】卵巢癌化療 5 次後，血小板低下，已反覆 2 個月

【現病史】

此位 60 歲女性患者，為 G1P1SA0，過去無異常月經或胎產疾患。這回於 103 年因陰道出血、胃口差與體重下降至中國醫藥大學附設醫院診治，診斷為 ovarian serous adenocarcinoma with lung、liver、retroperitoneal and bil. neck lymph metastasis, stage IV，並於 103 年 9 月開始化療（Taxol 175mg/m² + Carboplatin AUCx5 on 103/9/2、9/23、10/14、11/04、11/25），103 年 12 月 10 日施行減積手術（Optimal debulking operation for malignant GYN tumor：ATH + BSO + BPLND + PALNS + Infracolico mentectomy），術後再繼續施行化療（Taxol 175mg/m² + Carboplatin AUCx5 on 103/12/26、104/1/16、2/6、3/2、3/23、4/20）。但是於 104 年 12 月發現肝轉移並再次化療（佳鉞帝 Carboplatin + 力得 lipodox 30mg/m² on 105/1/11、2/5、2/28、3/21、4/22、5/13、6/13、7/18），同時在 105 年 3 月 9 日接受合併轉移性肝臟腫瘤燒灼術治療。目前接受 5 回化療後，105 年 4 月開始明顯出現血小板低下與胃口差，影響化療的療程，同時伴有面色淡暗，納少與僅喜吃蔬果，無飢餓感，大便軟，左少腹悶感，怕冷與身倦，心臟無力感與運動則喘，眠差與不易入眠等現象，於是至中醫門診看診。

【過去病史】

1. Gastritis

2. Reflux esophagitis, LA Gr B

【住院/手術紀錄】

103/12/10 Duodenal bulb stenosis with stomach distension, s/p Stomach distal subtotal gastrectomy BII anastomosis without vagotomy.

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，飲食喜食蔬果不喜肉類

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史】無

【胎產經帶史】

1. G1P1SA0；自然產，無特別月經異常病史

2. 50歲時停經

【四診】

望：面色淡暗，掉髮，唇淡與指甲色淡，皮膚彈性差。舌質淡紅稍暗，苔薄白邊瘀斑。

聞：氣稍弱與無特別氣味

問：

1. 化療後容易噁心想吐，納少，無飢餓感，面色淡白與唇暗舌邊淤斑，腫瘤指數持續升高，左少腹反覆抽痛與大便後症減，無腹脹，腹部無疼痛拒按，反覆白血球與血紅素與血小板低下
2. 平常納差、食後易腹脹、易口渴、大便軟不易解出、大便 1-2 日 1 行，二便臭
3. 易畏寒怕風、易畏熱、易感四肢冰冷，不易出汗，整日易感疲倦。胸悶、心悸與心臟無力，易喘，易頭昏
4. 每晚時就寢，不易入眠，眠淺、多夢，夜尿 2 次，醒後不易再入睡
5. 50 歲停經，目前無潮熱盜汗

切：脈沈弱，略數；雙寸、關沈取無力

【實驗室檢查】

日期	WBC	HB	PLT	NEUT	LYM
1050411	1500	8.9	41	26.0	50.0
1050414	6760	9	53	76	12
1050421	3270	9.3	182	71	21.4
1050513	4090	9.4	102	84.5	10.5
1050531	7080	7.2	62	77	11

1050613	3360	9.1	145	67	25.6
1050701	4270	7.7	59	82	14
1050716	5350	8.3	153	71	18
1050806	7980	9.8	88	82.8	11.9
1050812	14270	10.0	105	87.0	7.0

【影像學檢查】

1050701 ABDOMEN CT :

1. Ovarian serous carcinoma S/P ATH, BSO, and BPLND with liver metastasis S/P RFA, without local recurrence or further distal mets.
2. Mild regression change of the metastatic lymphadenopathies at portahepatis, para aortic and aortocaval region of retroperitoneum.

【現代醫學身體（理學）診察】

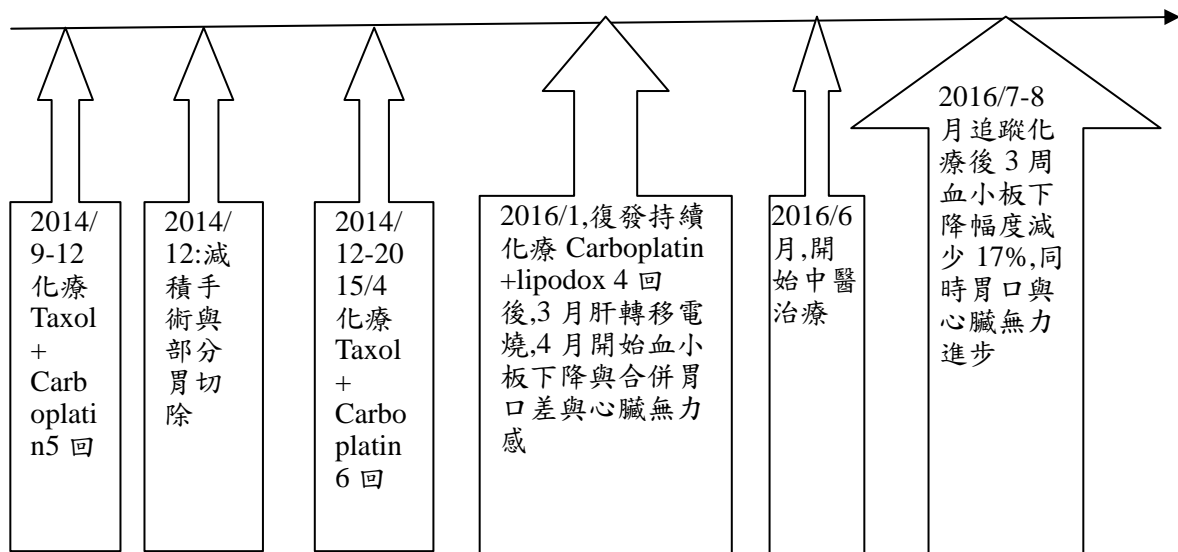
生命跡象	生命徵象穩定
皮膚黏膜	皮膚彈性差、但無紅斑及紅疹（伴隨脫屑）、無黃疸
淋巴結	頭項與腋下與鼠蹊部無淋巴腫大
頭面部	結膜蒼白與面色淡白、頭髮稀少與枯黃、唇淡暗、無面部腫脹、無鞏膜黃疸、無口唇紫疔、無口瘡、無扁桃腺腫大
頸項	無頸部僵硬、無頸部淋巴腫大
胸部	呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置正常、心音（regular heart beats）規律與正常
腹部	輕微腹部壓痛點（tenderness）、上腹部部分胃切除手術疤痕、小腹減積手術疤痕、無鼓音（tympanic）、無腹膜疼痛（muscle guarding、rebounding pain）、無腹部硬塊
背部	無背部敲擊疼痛（flank knocking tenderness）
二陰	無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出
脊柱四肢	無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫
神經系統	意識程度（GCS：E4M6V5）、無面神經癱瘓、肌肉張力正常（muscle power：5）、深部肌腱反射（DTR）正常，無感覺異常

【整體回顧】

這位 60 歲卵巢癌第四期合併肝、肺與腹膜轉移的患者，於 103 年 9 月

開始接受輔助化療 (Taxol 175mg/m² + Carboplatin AUCx5 on 103/9/2、9/23、10/14、11/04、11/25)，並於 103 年 12 月 10 日接受減積手術 (Optimal debulking operation for malignant GYN tumor : ATH + BSO + BPLND + PALNS + Infracolico mentectomy) 與部分胃切除手術，術後持續接受化療 (Taxol 175mg/m² + Carboplatin AUCx5 on 103/12/26、104/1/16、2/6、3/2、3/23、4/20)，化療結束後門診追蹤治療，但於 104 年 12 月肝轉移，105 年 1 月開始化療 (佳鉑帝 Carboplatin + 力得 lipodox 30mg/m² on 105/1/11、2/5、2/28、3/21、4/22、5/13、6/13、7/18)，105 年 3 月 9 日接受合併轉移性肝臟腫瘤燒灼術治療。於 105 年 4 月開始反覆血小板低下，因此 105 年 6 月開始中醫治療。每回化療後皆會伴隨產生胃口差、噁心、疲倦與心臟無力等症狀，治療方向為健脾通陽益氣清熱填精，發現病患的血小板數值在化療 3 週後下降幅度減少 17% (59%-42%)。

【時序圖】



【辨證病機分析】

病因：卵巢癌減積手術與部分胃切除，加上持續的化療 (Carboplatin + Lipodox) 熱毒，導致中下焦經絡阻滯與運化不足，影響腎的氣化

病位：經絡：肝經、任脈、胃經、腎經

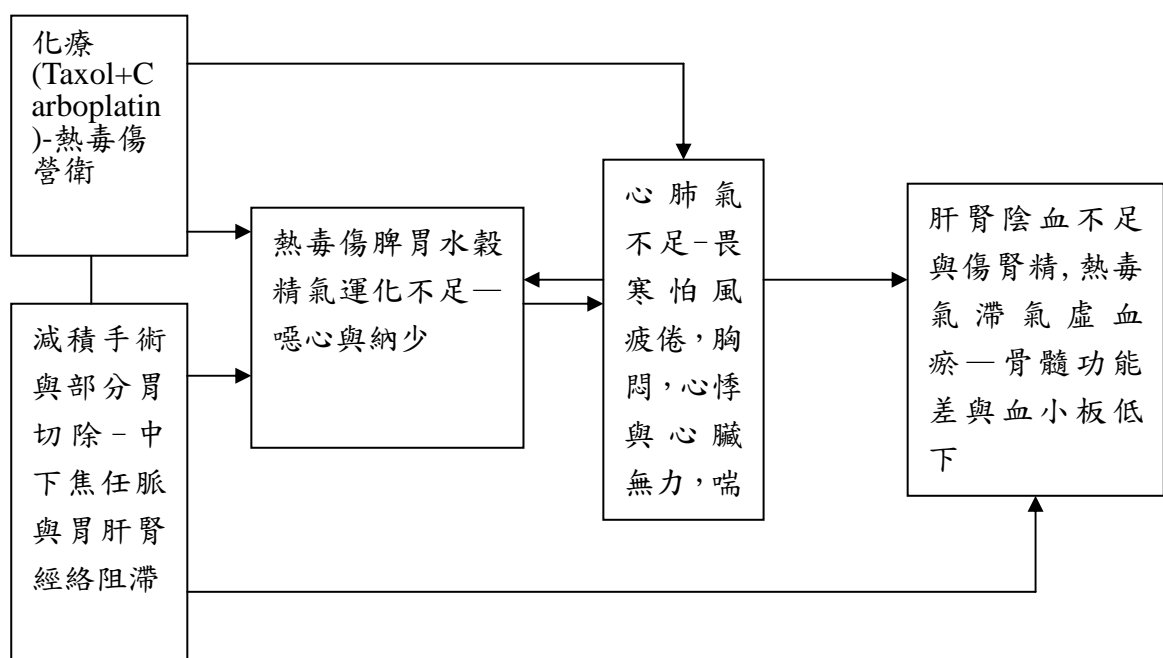
臟腑：胞宮、脾胃、腎

病性：本虛標實

病勢推導：

這位 60 歲女性，於 103/9 因不正常陰道出血檢查發現卵巢癌第四期合併肝、肺與腹膜轉移，當時已出現三焦痰瘀阻滯化熱的病機，於 103 年 9 月開始接受輔助化療（Taxol 175mg/m²+Carboplatin AUCx5），逐漸出現熱毒與營衛不足的表現，在 103 年 12 月 10 日接受減積手術（Optimal debulking operation for malignant GYN tumor：ATH + BSO + BPLND + PALNS + Infracolico mentectomy）與部分胃切除手術，中下焦任脈與肝腎經與胃經產生經絡阻滯的問題，水穀精氣的運化不足更加嚴重，術後持續接受化療（Taxol 175mg/m²+Carboplatin AUCx5），化療結束後門診追蹤治療，同時也持續出現納差、食後易腹脹、易口渴、大便軟不易解出、大便 1-2 日 1 行，二便臭的脾虛氣滯化熱的表現，但於 104 年 12 月肝轉移，105 年 1 月開始化療（佳鉑帝 Carboplatin+力得 lipodox 30mg/m²），105 年 3 月 09 日合併轉移性肝臟腫瘤燒灼術治療，於 105 年 4 月開始反覆血小板低下，因此 105 年 6 月開始中醫治療。每回化療後，會伴隨容易噁心想吐，納少，無飢餓感，面色淡白與唇暗舌邊淤斑，左少腹反覆抽痛與大便後症減，無腹脹，腹部無疼痛拒按，反覆白血球與血紅素與血小板低下，易畏寒怕風與整日易感疲倦，胸悶，心悸與心臟無力，易喘，易頭昏，出現化療藥熱毒傷氣陰，導致脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足的病機。治療方向為健脾理氣通陽益氣清熱填精，發現病患的血小板數值在化療週後下降的幅度減少 17%（59%變為 42%）。

病因病機圖：



【診斷】

西醫病名：卵巢癌化療後骨髓功能抑制導致血小板低下

中醫證型/疾病名：脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足

【論治】

理：此 60 歲已停經的卵巢癌病患，經過減積手術與部分胃切除手術，肝臟電燒，導致中下焦任脈與肝腎經與胃經的異常，同時產生臟腑虛損與經絡阻滯的問題，水穀精氣運化不足，經歷了 11 次 Taxol（175mg/m²）+ Carboplatin（AUC*5）化療與今年至今 7 回 Carboplatin+Lipodox 的化療，加重熱毒傷脾氣與腎精虧損，所以產生骨髓功能低下與血小板不足，同時 105 年 6 月開始中醫治療，每回化療後，會伴隨容易噁心想吐，納少，無飢餓感，面色淡白與唇暗舌邊淤斑等脾虛氣虛表現，易畏寒怕風與整日易感疲倦，胸悶，心悸與心臟無力，易喘，易頭昏的心氣不足表現，局部左少腹反覆抽痛與大便後症減的氣滯表現，整體產生化療藥熱毒傷氣陰，導致脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足的病機

法：健脾理氣通陽益氣清熱填精

方藥：

君（健脾益氣）：

白朮 3 錢（補氣健脾）

乾薑 1.5 錢（溫中）

砂仁 3 錢（醒脾行氣溫中）

補骨脂 3 錢（補腎助陽）

黃耆 3 錢（補氣升陽，益衛固表）

黨參 3 錢（益氣養血）

臣（理氣通陽填精）：

厚朴 3 錢（行氣）

黃精 3 錢（滋腎潤肺，補脾益氣）

當歸 2 錢（補血，活血）

熟地 2 錢（補血滋陰，益精填髓）

附子 1 錢（通心陽）

佐（清熱涼血）：

牡丹皮 3 錢（清熱涼血，活血散瘀）

門診複診病歷記錄

看診日期	症狀	治療	分析
6/8	<p>氣弱、生氣、不餓、身倦、大便硬不順與臭味明顯、心臟無力與怕冷、時小腹悶、眠差、晚睡、不易入眠、眠淺；面唇淡白與舌淡苔白邊瘀斑；脈沉弱；</p> <p>5/13 化療 (Carbo AUC 5 + Lipodox 30 mg/m²)</p> <p>WBC 4090 (5/13) -7080 (5/31)</p> <p>Hb 9.4 (5/13) -7.2 (5/31)</p> <p>PLT 10.2 萬 (5/13) -6.2 萬 (5/31)</p>	<p>白朮 3 錢</p> <p>乾薑 1 錢</p> <p>補骨脂 3 錢</p> <p>北沙參 3 錢</p> <p>黃耆 2 錢</p> <p>厚朴 3 錢</p> <p>黃精 3 錢</p> <p>當歸 2 錢</p> <p>炮附子 1 錢</p> <p>白芍 2 錢</p> <p>砂仁 3 錢</p> <p>酸棗仁 3 錢</p> <p>牡丹皮 2 錢</p>	<p>診斷：脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足</p> <p>思考點：</p> <p>1.病患因胃部部分切除與化療，所以脾胃運化嚴重不足，君藥必須以健脾益氣為主</p> <p>2.血小板 6.2 萬 (5/31)，計畫增加水穀精氣與益氣填陰</p>
7/4	<p>右肋抽痛、納差減、但少吃肉、大便軟黏、眠差減、晚睡減、不易入眠減、眠淺減但眠少 6 小時；面唇淡白與舌淡苔白邊瘀斑；脈沉弱；</p> <p>6/13 化療 (Carbo AUC 5 + Lipodox 30 mg/m²)</p> <p>WBC 4090 (5/13) -7080 (5/31) -3360 (6/13) -4270 (7/1)</p> <p>Hb 9.4 (5/13) -7.2 (5/31) -9.1 (6/13) -7.7 (7/1)</p> <p>PLT 10.2 萬 (5/13) -6.2 萬 (5/31) -14.5 萬 (6/13) -5.9 萬 (7/1)</p>	<p>處方 5 天 (上方去白芍 2 錢，北沙參 3 錢改為黨參 3 錢)</p> <p>白朮 3 錢</p> <p>乾薑 1 錢</p> <p>補骨脂 3 錢</p> <p>黃耆 3 錢</p> <p>黨參 3 錢</p> <p>厚朴 3 錢</p> <p>黃精 3 錢</p> <p>當歸 2 錢</p> <p>附子 1.5 錢</p> <p>砂仁 3 錢</p> <p>酸棗仁 3 錢</p> <p>牡丹皮 3 錢</p>	<p>診斷：脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足</p> <p>思考點：</p> <p>1.上方去白芍 2 錢，北沙參 3 錢改為黨參 3 錢，旨在益心脾胃氣</p> <p>2.清熱藥與填精藥的劑量必須注意，以避免脾胃呆滯</p> <p>3.5/13 化療與血小板 5.9 萬 (7/1)，增加中上焦心脾氣</p>

看診日期	症狀	治療	分析
7/8	<p>納差減、但少吃肉、大便軟黏、眠差減、晚睡減、不易入眠減、眠淺減但眠少 6 小時；面唇淡白與舌淡苔白邊瘀斑；脈沉弱</p> <p>7/1 CT</p> <p>1. Ovarian serous carcinoma S/P ATH, BSO, and BPLND with liver metastasis S/P RFA, without local recurrence or further distal mets.</p> <p>2. Mild regression change of the metastatic lymphadenopathies at porta hepatis, paraaortic and aortocaval region of retroperitoneum.</p>	<p>7 天（上方加熟地 2 錢+杜仲 3 錢）</p> <p>白朮 3 錢</p> <p>乾薑 1.5 錢</p> <p>補骨脂 3 錢</p> <p>黃耆 3 錢</p> <p>黨參 3 錢</p> <p>厚朴 3 錢</p> <p>黃精 3 錢</p> <p>當歸 2 錢</p> <p>熟地 2 錢</p> <p>附子 1 錢</p> <p>砂仁 3 錢</p> <p>酸棗仁 3 錢</p> <p>杜仲 3 錢</p> <p>牡丹皮 3 錢</p>	<p>診斷：脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足</p> <p>思考點：</p> <p>1.脾胃運化增加後，增加黃精 3 錢與填精</p> <p>2.注意下焦氣滯與化療藥熱毒的影響，會加入清熱化瘀藥牡丹皮 3 錢</p>
7/29	<p>心無力減、腹悶、計畫再 4 回化療與 8/6 抽血、天熱納差、吃鐵劑大便軟黏；面唇淡白減與舌淡苔白邊瘀斑；脈沉弱；7/18 化療（Carbo AUC 5+Lipodox 30 mg/m²）</p> <p>WBC 4090（5/13）-7080（5/31）-3360（6/13）-4270（7/1）-5350（7/16）</p> <p>Hb 9.4（5/13）-7.2（5/31）-9.1（6/13）-7.7（7/1）-8.3（7/16）</p>	<p>14 天（上方去熟地 2 錢與杜仲 3 錢加延胡索 3 錢與澤瀉 1.5 錢）</p> <p>白朮 3 錢</p> <p>乾薑 1.5 錢</p> <p>補骨脂 3 錢</p> <p>黃耆 3 錢</p> <p>黨參 3 錢</p> <p>厚朴 3 錢</p> <p>黃精 3 錢</p> <p>附子 1.5 錢</p>	<p>診斷：脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足</p> <p>思考點：</p> <p>1.減積手術與肝臟轉移電燒與化療藥熱毒，容易產生氣滯熱盛，所以加入理氣清熱藥延胡索 3 錢與澤瀉 1.5 錢</p> <p>2.治療益氣健脾理氣清熱方向為主，於 6/13 化療與血小</p>

看診日期	症狀	治療	分析
	PLT 10.2 萬 (5/13) -6.2 萬 (5/31) -14.5 萬 (6/13) -5.9 萬(7/1)-15.3 萬(7/16)	砂仁 3 錢 酸棗仁 3 錢 延胡索 3 錢 澤瀉 1.5 錢 牡丹皮 3 錢	板 15.3 萬 (7/16)
8/12	心無力減、腹悶減、不餓、納平、大便 2 天 1 回臭黏、小腹痛與大便後症減、眠差減與眠淺容易醒睡減與可睡 7 小時、打 GCSF 後腰痠、計畫 9/10 抽血、癌指數變高；面唇淡白與舌淡苔白邊瘀斑；脈沉弱 WBC 4090 (5/13) -7080 (5/31) -3360 (6/13) -4270 (7/1) -5350 (7/16) -7980 (8/6) -14270 (8/12) Hb 9.4 (5/13) -7.2 (5/31) -9.1 (6/13) -7.7 (7/1) -8.3 (7/16) -9.8 (8/6) -10 (8/12) PLT 10.2 萬 (5/13) -6.2 萬 (5/31) -14.5 萬 (6/13) -5.9 萬(7/1)-15.3 萬(7/16) - 8.8 萬(8/6)-10.5 萬(8/12)	7 天 (上方去延胡索 3 錢與澤瀉 1.5 錢, 加茯苓 3 錢) 白朮 3 錢 乾薑 1.5 錢 補骨脂 3 錢 黃耆 3 錢 黨參 3 錢 厚朴 3 錢 黃精 2 錢 附子 1.5 錢 茯苓 3 錢 砂仁 3 錢 酸棗仁 3 錢 牡丹皮 3 錢	診斷：脾氣虛損，熱毒損傷中下焦氣機夾陽氣不足。 思考點： 1.病患的血小板數值在化療 3 週後下降的幅度減少 17% (6/13)14.5 萬變為 (7/1) 5.9 萬，降 8.6 萬；(7/16) 15.3 萬變為 (8/6) 8.8 萬降 6.5 萬，下降幅度減少 17% 2.剛化療後，下焦氣滯熱盛傷腎精，會較明顯，因此處方的理氣清熱藥需增加，緩解期後，健脾益氣填精藥需增加

【討論】

Q1. 這位病患經歷 2 次手術與 1 次肝轉移電燒，對病患有什麼影響？

老師回答：減積手術 (Optimal debulking operation for malignant GYN tumor : ATH + BSO + BPLND + PALNS + Infracolico mentectomy) 與部分胃切除手術，包含全子宮切除、雙側卵巢輸卵管切除、雙側骨盆淋巴切除、主動脈旁淋巴採樣、部

分網膜切除，影響中下焦任脈肝經腎經的循行與營血津液的分布，同時局部容易產生氣滯血瘀的表現，未來要小心局部轉移的發生，因此用藥要注意理氣化瘀藥的使用；部分的胃切除，影響脾胃水谷的運化，氣血不足，會影響化療後熱毒傷氣陰與臟腑功能的恢復。

Q2. 化療藥 Carbo 與 lipodox，對人體有何影響？

老師回答：pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride 副作用：

*肺經+心經+心包經+腎經之手足絡脈熱鬱=手足症候群（palmar-plantar erythrodysesthesia-為疼痛性、皮膚出現斑點狀皮疹，通常在治療兩或三個週期後出現；PPE）（46.1%）
*脾虛熱鬱：口腔炎（stomatitis）（38.9%）（與噁心與嘔吐）

*腎鬱內熱：全身無力，淋巴系統-白血球減少，貧血，嗜中性白血球減少

Carboplatin（毒殺破壞癌細胞，促使它們死亡）=熱毒傷脾胃與腎精。致吐性：中高度致吐（有30%-90%的病人會發生嘔吐）；骨髓抑制程度：中度抑制，貧血（71%）、血小板減少（25%）、白血球減少（15%），通常白血球和血小板會在給藥後的3週達到最低

【參考文獻資料】

1. A Randomized Clinical Trial of Cisplatin/Paclitaxel Versus Carboplatin/Paclitaxel as First-Line Treatment of Ovarian Cancer Oxford Journals Medicine & Health JNCI : Jnl of National Cancer Institute Volume 95, Issue 17 :1320-1329.
2. Pegylated liposomal doxorubicin-related palmar-plantar erythrodysesthesia（‘hand-foot’ syndrome） Oxford Journals Medicine & Health Annals of Oncology Volume 18, Issue 7:1159-1164.
3. 郝悅、張新：中醫藥治療卵巢癌研究進展，實用中醫內科雜誌。2011; 25(7): 35-36.
4. 隆康健、韓鳳娟、吳效科等：卵巢癌的中醫認識及治療現狀，中外健康文摘。2010; 7(32): 161-162.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡真真主治醫師

【姓名】吳 OO

【性別】女

【生日】68 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】160 公分/52 公斤

【初診日期】105 年 09 月 27 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】卵巢癌化療後 3 天胃痛噁心嘔吐

【現病史】

這位 36 歲女性患者，G3P3，初經 13 歲來，I/D：28/6，過去於 88 年健康檢查時發現右側卵巢腫瘤與施行 s/p EN（low transverse incision），病理切片為 right mucinous cystadenoma，98 年又發現右卵巢囊腫與施行右卵巢輸卵管切除術（RSO-right Salpingo-Oophorectomy），病理切片為 mucinous adenocarcinoma with focal area of anaplastic carcinoma。104/4 發現小腹痛與腫瘤指數增高 CA-125（94.3->48.3->118）、CEA（29.99->2.57->15.84）；超音波發現 8cm 的骨盆腔腫塊（pelvic mass 8cm with solid component），104/9/23 Abdominal CT 發現 a big multilocular cystic lesion of left adnexal region with ascites 懷疑左側卵巢腫瘤，並於 104/10/2 施行減積手術，並診斷為 mucinous adenocarcinoma with focal area of anaplastic carcinoma，stage IC，並開始接受輔助性化療（Endoxan + Paraplatin on 104/10/26、11/16、12/7、105/1/4、2/1），在化療過程中曾發生白血球與血小板低下而暫停化療 s/p rHG-CSF（WBC 2640，platelet 59000），但是在 105/8/16 電腦電層發現 Ovarian Ca s/p operation with peritoneal carcinomatosis and liver metastasis，因此 105/8/29 更改化療藥為 Doxorubicin 20mg/m² + Gemcitabine 1000 mg/m² Q2W。化療後 5 天內會出現腸胃症狀，同時伴隨 2 週化療 1 回與 2 週右肋膜抽水 1 回 500-600ml，105/09/26 右肋膜抽水 760ml，反覆咳嗽少痰，右乳腫脹感，化療後 3 天則胃脹痛甚，大便羊屎便 2 天 1 回不淨感量少，噁心想吐，納差，食後易飽，化療後口糜，小便臭，心臟無力，眠差，手指按之則關節疼痛，

故至中醫門診求治。

【過去病史】無

【住院/手術紀錄】

1. 88 年右卵巢腫瘤與施行 s/p EN (low transverse incision)

2. 98 年右卵巢囊腫與施行右卵巢輸卵管切除術 (RSO-right Salpingo-Oophorectomy)

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，飲食喜食蔬果與不喜肉類

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史】無

【胎產經帶史】

G3P3，menarche 13yr，I/D 28/6，104/10 減積手術後停經

【四診】

望：面暗，舌暗，苔白，體瘦

聞：氣稍弱，無特別氣味

問：

1. 目前 2 週化療 1 回與 2 週右肋膜抽水 1 回與每回 500-600ml，105/09/26 日右肋膜抽水 760ml，反覆咳嗽少痰，右乳腫脹感，化療後 3 天則胃脹痛甚，大便羊屎，便 2 天 1 回不淨感量少，噁心想吐，納差，食後易飽，化療後口糜，小便臭，反覆白血球與血小板低下

2. 眠差，不易入眠，眠淺、多夢，心臟無力，手指按之則關節疼痛

3. 無帶下問題

切：沈弱脈，略數；雙寸、關沈取無力

【實驗室檢查】

日期	WBC	HB	PLT	NEUT	LYM
1041207	2560	9.2	100	48.0	44.9
1050104	2680	9.2	143	44.4	47.4
1050201	2530	8.7	198	55.0	37.9
1050201	2580			57.3	35.3
1050202	12920	10.9		88.5	8.0
1050223	2640	10.5	59	49.9	40.2
1050301	2790	10.3	115	48.3	40.9
1050302	11610	11.2	163	86.1	9.4
1050814	6090	11.8	233	73.3	17.4
1050829	4090	12.4	200	74.0	18.1
1050910	3980	11.3	104	70.3	23.1
1050923	2680	11.7	105	60.7	32.5
1050926	3540			73.3	19.5

DATE	CA-125	DATE	CA-199	DATE	CA153
1040915	135	1040915	3272	1040915	47.13
1041026	64.82	1041026	62.57	1041026	16.76
1041116	19.67	1041116	24.60	1041116	10.98
1041207	14.71	1041207	16.31	1041207	8.74
1050104	14.38	1050104	17.64	1050104	9.88
1050201	14.69	1050201	25.69	1050201	11.66
1050223	18.31	1050223	36.71	1050223	12.37
1050401	17.02	1050401	44.11	1050401	10.73
1050531	115	1050531	211	1050531	20.63
1050805	169	1050805	851		
1050829	149	1050829	1235		
1050912	191	1050912	1337		
1050923	250	1050923	1548		

【影像學檢查】

1050816 CT of abdomen with IV and oral contrast enhancement :

1. Ovarian Ca s/p debulking surgery, with ascites, fat plane stranding and small nodule over prevesical region, in favor of peritoneal carcinomatosis.
2. A 1.3cm low attenuation nodule over S4 of liver, R/O metastasis. Small hepatic cysts is also noted.
3. Bilateral small renal cysts.
4. No abnormal focal lesion in GB, pancreas and spleen.
5. The GI tracts seems within normal appearance without space occupying lesion.
6. R't pleural effusion.

Impression : Ovarian Ca s/p operation with peritoneal carcinomatosis and liver metastasis, Progressive disease.

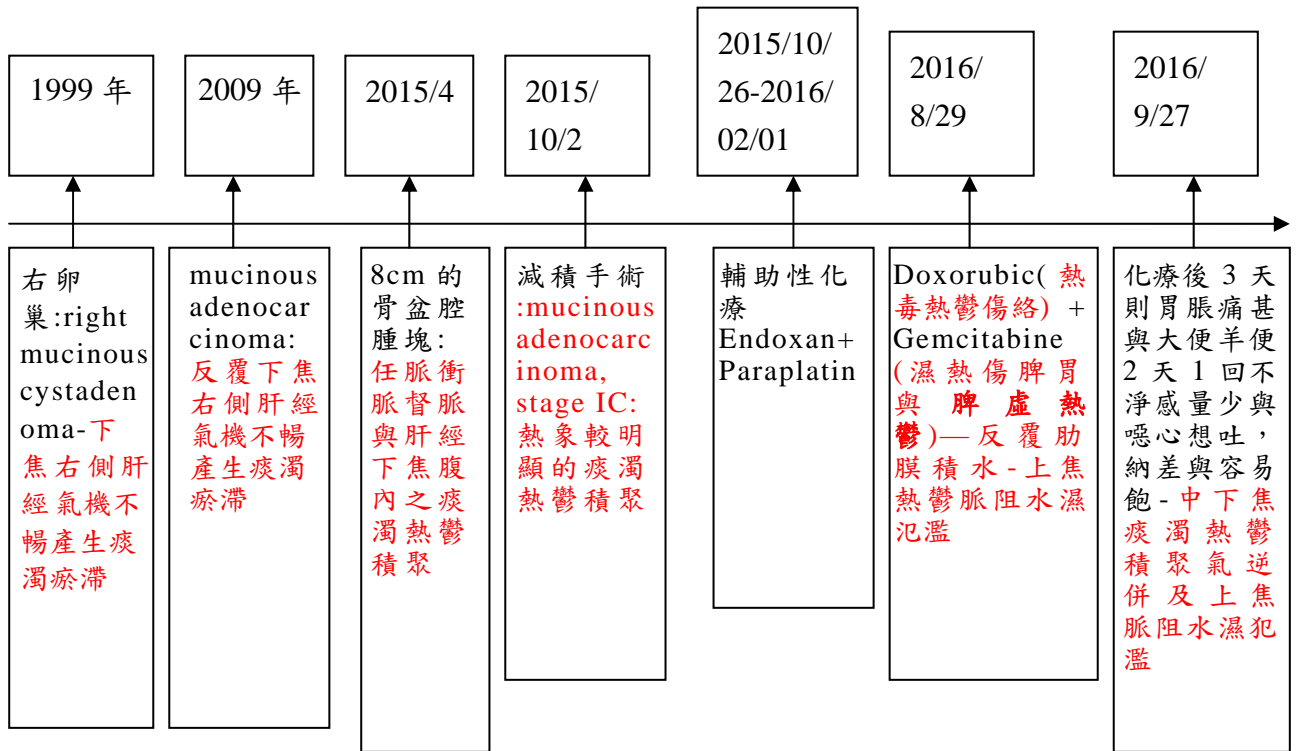
【現代醫學身體（理學）診察】

生命跡象	生命徵象穩定：						
	體溫 (BT)	脈搏 (P)	呼吸 (R)	血壓 (BP)	身高 (BH)	體重 (BW)	BMI
	36.5°C	70 次/分	18 次/分	104/54mmHg	160cm	52.5kg	20.5
皮膚黏膜	皮膚彈性差、但無紅斑及紅疹（伴隨脫屑）、無黃疸						
淋巴結	頭項與腋下與鼠蹊部無淋巴腫大						
頭面部	結膜淡紅與面色暗唇淡暗、無面部腫脹、無鞏膜黃疸、無口唇紫疔、無口瘡、無扁桃腺腫大						
頸項	無頸部僵硬、無頸部淋巴腫大、						
胸部	呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置正常、心音（regular heart beats）規律與正常						
腹部	輕微腹部壓痛點（tenderness）、上腹部部分胃切除手術疤痕 小腹減積手術疤痕、無鼓音（tympanic）、無腹膜疼痛（muscle guarding、rebounding pain）、無腹部硬塊						
背部	無背部敲擊疼痛（flank knocking tenderness）						
二陰	無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出						
脊柱四肢	無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫						
神經系統	意識程度（GCS：E4M6V5）、無面神經癱瘓、肌肉張力正常（muscle power：5）、深部肌腱反射（DTR）正常，無感覺異常						

【整體回顧】

這位 36 歲女性患者，為 G3P3，初經 13 歲來，I/D：28/6，過去於 88 年健康檢查時發現右卵巢腫瘤與施行 s/p EN（low transverse incision），病理切片為 right mucinous cystadenoma，98 年又發現右側卵巢囊腫與施行右側卵巢輸卵管切除術（RSO-right Salpingo-Oophorectomy），病理切片為 mucinous adenocarcinoma with focal area of anaplastic carcinoma。104/4 發現小腹痛與增高的腫瘤指數 CA-125（94.3->48.3->118）、CEA（29.99->2.57->15.84）；超音波發現 8cm 的骨盆腔腫塊，104/9/23 Abdominal CT 發現 a big multilocular cystic lesion of left adnexal region with ascites，懷疑左側卵巢腫瘤，並於 104/10/2 施行減積手術與診斷為 mucinous adenocarcinoma with focal area of anaplastic carcinoma，stage IC（熱象較明顯的痰濁熱鬱積聚），並開始接受輔助性化療（Endoxan + Paraplatin on 104/10/26、11/16、12/7、105/1/4、2/1），在化療過程中，曾發生白血球與血小板低下而暫停化療，s/p rHG-CSF（WBC 2640，platelet 59000），但是在 105/8/16 電腦斷層發現 Ovarian Ca s/p operation with peritoneal carcinomatosis and liver metastasis（由下焦痰濁熱鬱積聚往中焦入侵；相火增加肝膽火，並進一步增加肝經任脈衝脈熱盛與經絡阻滯，轉移到肝臟與腹膜）。因此 105/8/29 更改化療藥為 Doxorubicin 20 mg/m²（熱毒熱鬱傷絡）+ Gemcitabine 1000 mg/m² Q2W（濕熱傷脾胃與脾虛熱鬱），化療後 5 天內會出現腸胃症狀，同時伴隨 2 週化療 1 回與 2 週右肋膜抽水 1 回與每回 500-600ml，105/9/26 右肋膜抽水 760ml（上焦熱鬱脈阻水濕氾濫），反覆咳嗽少痰，右乳腫脹感，化療後 3 天則胃脹痛甚，大便羊屎便 2 天 1 回不淨感量少，噁心想吐，納差，食後易飽，化療後口糜，小便臭，心臟無力，眠差，手指按之則關節疼痛，診斷為中下焦痰濁熱鬱積聚氣逆併及上焦脈阻水濕犯濫，因此到中醫門診就診。

【時序圖】



【辨證病機分析】

病因：卵巢癌減積手術與持續的化療 Doxorubicin (熱毒熱鬱傷絡) + Gemcitabine (濕熱傷脾胃與脾胃虛熱鬱)，導致胃脹痛

病位：

經絡：肝經、任脈、胃經、脾經、肺經

臟腑：肝脾胃肺

病性：

1. 本虛：減積手術傷其任脈胃經肝經，脾胃氣化不足
2. 標實：加上反覆化療熱毒影響脾胃運化、中焦肝轉移積聚、上焦經絡阻滯水濕氾濫導致氣機不暢與胃氣上逆

病勢推演：

這位 36 歲女性患者：

->88 年健康檢查時發現右卵巢腫瘤與施行 s/p EN (low transverse incision)，病理切片為 right mucinous cystadenoma (下焦右側肝經氣機不暢產生痰濁瘀滯)

->98 年又發現右卵巢囊腫與施行右卵巢輸卵管切除術 (RSO-right Salpingo-Oophorectomy)，病理切片為 mucinous adenocarcinoma

with focal area of anaplastic carcinoma(持續反覆下焦右側肝經氣機不暢產生痰濁瘀滯)

->104/4 發現小腹痛與增高的腫瘤指數 CA-125 (94.3 ->48.3 ->118) 、CEA (29.99 ->2.57 ->15.84) ；超音波發現 8cm 的骨盆腔腫塊(任脈衝脈督脈與肝經下焦腹內之痰濁熱鬱積聚)

->104/9/23 Abdominal CT 發現 a big multilocular cystic lesion of left adnexal region with ascites.懷疑左側卵巢腫瘤

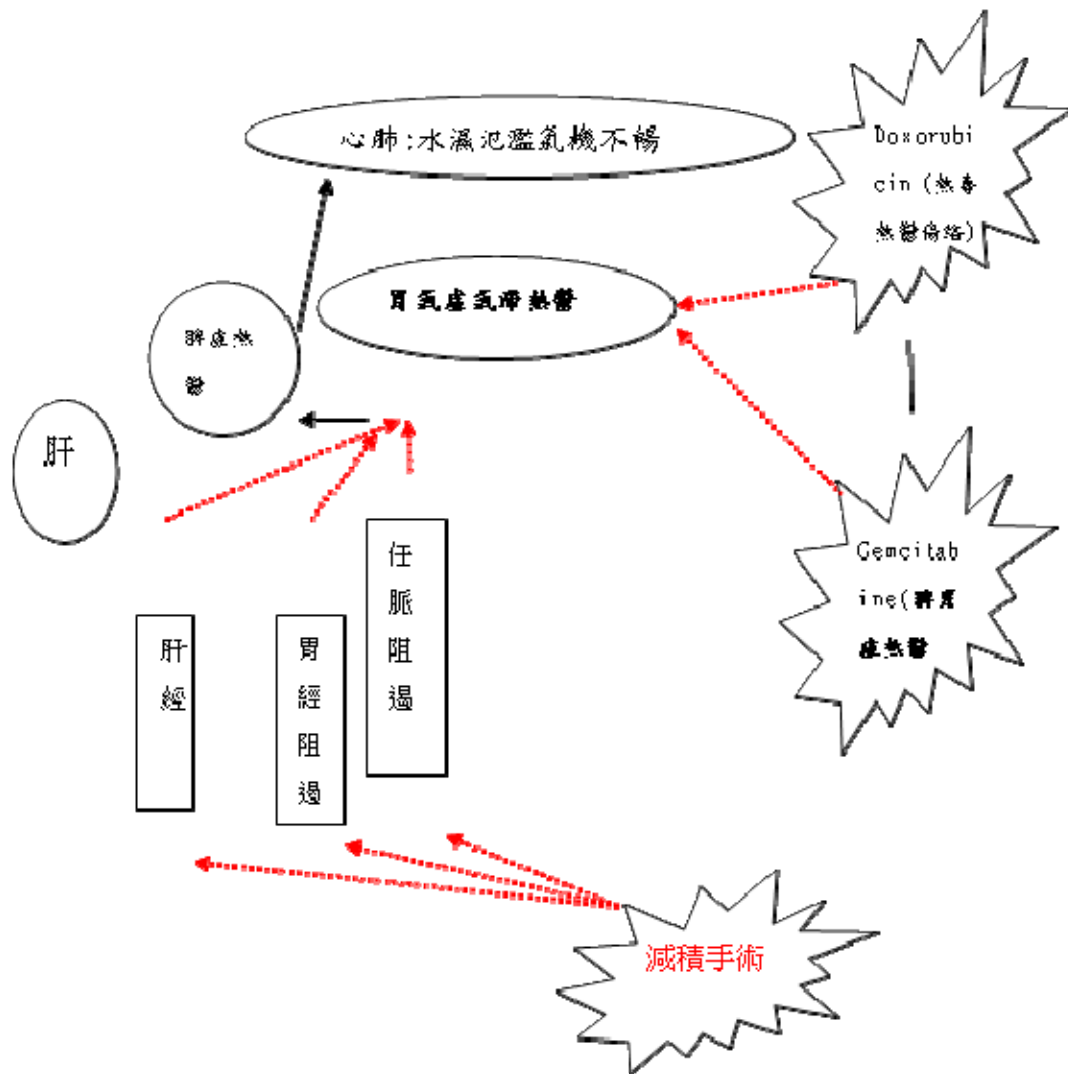
->104/10/2 施行減積手術與診斷為 mucinous adenocarcinoma with focal area of anaplastic carcinoma , stage IC (熱象較明顯的痰濁熱鬱積聚) ；手術後影響衝任脈胃經肝經的營血運行

->104/10/26 開始接受輔助性化療 (Endoxan + Paraplatin) ，在化療過程中，曾發生白血球與血小板低下而暫停化療，s/p rHG-CSF (WBC 2640 , platelet 59000)

->105/8/16 電腦斷層發現 Ovarian Ca s/p operation with peritoneal carcinomatosis and liver metastasis(由下焦痰濁熱鬱積聚往中焦入侵；相火增加肝膽火，並進一步增加肝經任脈衝脈熱盛與經絡阻滯，轉移到肝臟與腹膜)

->105/8/29 更改化療藥為 Doxorubicin 20 mg/m²(熱毒熱鬱傷絡) + Gemcitabine 1000 mg/m² Q2W (濕熱傷脾胃與脾虛熱鬱)

->化療後 3 天則胃脹痛甚，大便羊屎便 2 天 1 回不淨感量少，噁心想吐，納差，食後易飽，化療後口糜，小便臭，心臟無力，眠差，手指按之則關節疼痛，同時伴隨 2 週化療 1 回與 2 週右肋膜抽水 1 回與每回 500-600ml，105/09/26 右肋膜抽水 760ml (上焦熱鬱脈阻水濕氾濫)，反覆咳嗽少痰，右乳腫脹感，主要是減積手術傷其任脈胃經肝經，脾胃氣化不足，8 月發現中下焦鬱熱積聚加重，加上化療熱毒傷及脾胃熱鬱氣逆，而產生化療後胃脹痛噁心與便秘，診斷為濕熱傷中下焦痰濁熱鬱積聚氣逆併上焦脈阻水濕犯濫



【診斷】

西醫病名：卵巢癌化療後腸胃功能障礙

中醫證型/疾病名：濕熱傷中下焦痰濁熱鬱積聚氣逆併上焦脈阻水濕犯濫

【論治】

理：減積手術對脾胃的影響為直接傷其胃經脾經與肝經，同時網膜部分切除影響脾之運化，骨盆兩側與主動脈旁淋巴結切除影響肝經、衝脈與督脈的營血輸佈，治療必須注意脾胃氣虛與中下焦氣滯痰濁瘀的產生；105年8月開始上焦右肋膜積水之經絡阻滯水濕犯濫，會影響脾升胃降的生理，產生中焦脾胃水穀無法上呈至上焦心肺，而導致局部脾胃熱鬱氣逆；再加上化療藥之 Doxorubicin 20 mg/m²（熱毒熱鬱傷絡）+ Gemcitabine 1000 mg/m² Q2W（濕熱傷脾胃與脾虛熱鬱），更是加重中焦虛損與熱毒傷脾胃氣逆的產

生；因此治療除了需健脾理氣清熱降氣之外，必須酌加通陽利濕理氣藥物以減少上焦水濕，才能導正脾升胃降的正常生理功能

法：健脾理氣通陽化滯清熱

方藥：

君：白朮 1g（苦、甘，溫。歸脾、胃經；補氣健脾，燥濕利水）

縮砂仁 1.5g（辛、溫。歸脾、胃經；化濕行氣，溫中止嘔止瀉）

附子 1g（辛、甘，熱。有毒。歸心、腎、脾經；助陽補火）

臣：豬苓 2g（甘、淡，平。歸腎、膀胱經；利水滲濕）

澤瀉 2g（甘、淡，寒。歸腎、膀胱經；利水滲濕清熱）

蒲公英 2g（苦、甘、寒。歸肝、胃經；清熱解毒，消癰散結減少肝轉移）

厚朴 2g（苦、辛，溫。歸脾、胃、肺、大腸經；行氣，燥濕，消積，平喘）

佐：牡丹皮 2g（苦、辛，微寒。歸心、肝、腎經；清熱涼血，活血散瘀可減化療藥的下焦熱鬱）

麥芽 2g

門診複診病歷記錄

看診日期	症狀	治療	分析
9/27	<p>主訴：化療後 3 天則胃脹痛甚與大便羊屎便</p> <p>望：面暗，舌暗，苔白，體瘦，舌質淡紅稍暗，苔薄白</p> <p>聞：氣稍弱，無特別氣味</p> <p>問：</p> <p>1.目前 2 週化療 1 回與 2 週右肋膜抽水 1 回與每回 500-600ml，105/9/26 右肋膜抽水 760ml，反覆咳嗽少痰，右乳腫脹感，化療後 3 天則胃脹痛甚與大便羊屎便 2 天 1 回不淨感量少，噁心想吐 7 天，納差，食後易飽，化療後口糜，小便臭，化療後反覆白血球與血小板低下</p> <p>2.眠差，不易入眠，眠淺、多夢，心臟無力，手指按之則關節疼痛</p> <p>切：沈弱脈，略數；雙寸、關沈取無力</p>	<p>君：白朮 1g(苦、甘，溫。歸脾、胃經；補氣健脾，燥濕利水)+縮砂仁 1.5g(辛、溫。歸脾、胃經；化濕行氣，溫中止嘔止瀉)+附子 1g(辛、甘，熱。有毒。歸心、腎、脾經；助陽補火)</p> <p>臣：豬苓 2g(甘、淡，平。歸腎、膀胱經；利水滲濕)+澤瀉 2g(甘、淡，寒。歸腎、膀胱經；利水滲濕清熱)+蒲公英 2g(苦、甘、寒。歸肝、胃經；清熱解毒，消癰散結-減少肝轉移)+厚朴 2g(苦、辛，溫。歸脾、胃、肺、大腸經；行氣，燥濕，消積，平喘)</p> <p>佐：牡丹皮 2g(苦、辛，微寒。歸心、肝、腎經；清熱涼血，活血散瘀-可減化療藥的下焦熱鬱)+麥芽 2g</p>	<p>需健脾理氣清熱降氣之外，必須酌加通陽利濕理氣藥物以減少上焦水濕，才能導正脾升胃降的正常生理功能</p>
10/4	<p>主訴：</p> <p>1.化療後 3 天則胃脹痛甚已無，但仍大便羊便，便</p>	<p>君：砂仁 1.5g+附子 1g+澤瀉 2g</p> <p>臣：蒲公英 2g+牡丹皮</p>	<p>*服中藥後已無產生過去化療藥物治療後</p>

看診日期	症狀	治療	分析
	<p>秘則腹痛</p> <p>2. 今天咳嗽增與乾咳無痰，走路喘，咽癢咳甚與喘增</p> <p>望：面暗，舌暗，手膚暗，苔白，體瘦，舌質淡紅稍暗，苔薄白</p> <p>聞：氣稍弱，無特別氣味</p> <p>問：</p> <p>目前 2 週化療 1 回與 2 週右肋膜抽水 1 回與每回 500-600ml，105/09/26 日右肋膜抽水 760ml，仍反覆咳嗽少痰，化療後 3 天則胃脹痛減與大便羊便 2 天 1 回不淨感量少與噁心想吐，納差與容易飽，化療後口糜，小便臭，化療後反覆白血球與血小板低下，104/10 手術後停經，過去月經規律與稍血塊與無痛經</p> <p>2 眠差，不易入眠，眠淺、多夢，心臟無力，手指按之則關節疼痛</p> <p>3. G3P3 ， menarche 13yr，I/D：28/6。104/10 減積手術後停經，無特別帶下問題</p> <p>切：《脈診》沈弱，略數；雙寸、關沈取無力</p>	<p>2g+黃芩 2g+白花蛇舌草 2g (微苦、甘，寒。歸胃、大腸、小腸經；清熱解毒，利濕通淋)</p> <p>佐使：厚朴 1.5g</p>	<p>產生胃脹痛的狀況，但是仍有便秘大便羊屎便與腹痛—思考在上方健脾通陽行氣藥物作用下，可矯正脾胃氣虛熱鬱的症狀，但是清脾胃熱盛藥物不足，所以仍有口糜與羊屎便的腸胃積熱氣機不暢表現，因此本次處方加上黃芩 2g+白花蛇舌草 2g，以求熱退氣機通暢</p> <p>*但是需注意上焦肋膜積水容易肺失宣肅與氣鬱化熱-目前未能控制</p>

【討論】

問題 1：此病患過去的 mucinous cystadenoma 在中醫觀點，如何思考？

老師回答：生理與結構特性：mucinous cystadenoma：multi-septated, cystic masses with thin walls contain varying amounts of solid tissue which consists of proliferating stromal tissue, papillae, or malignant tumor cells；very large and can extend up into the abdomen；下方不同器官皆會產生 mucinous cystadenoma—mucinous cystadenoma 常出現在中焦（Pancreas+Peritoneum+Liver+Vermiform appendix）與下焦（Ovary）氣機不暢後產生痰濁瘀滯，甚至會由下焦蔓延至中焦

- Ovary—ovarian mucinous cystadenoma
- Pancreas—pancreatic mucinous cystadenoma
- Peritoneum—peritoneal mucinous cystadenoma
- Liver—mucinous cystadenoma of the liver
- Vermiform appendix—appendiceal mucinous cystadenoma

* 原發性卵巢癌或轉移性卵巢癌，會有不同組織學-ovary intestinal, ovary mullarian, colorectal, appendix, pancreas and biliary, stomach, cervix—中西醫治療必須鑑別是原發性或轉移性的，會有不同治療；例如原發性是大腸直腸癌轉移至卵巢，則治則必須注意大腸癌局部腸腑痰瘀熱毒的基本病機

問題 2：病患已有卵巢轉移，在處理化療藥物副作用時，要注意哪些問題？

老師回答：卵巢癌細胞特性會持續增加與不容易死亡、會入侵輸卵管與子宮或肝臟等其他器官（invasive and implanted）—病理產物痰瘀熱盛積聚產生與肝經、衝脈、任脈的絡脈的互相連結有相關性；治療必須注意引經藥與理氣化瘀清熱藥，同時在處理化療藥副作用時，中焦使用健脾藥必須加上理氣化瘀藥物，因為此病患已有中焦肝臟積聚轉移，要避免加重腫瘤轉移的影響；卵巢癌的卵巢局部上皮細胞刺激發炎+持續賀爾蒙性腺激素+排卵—皆會持續刺激產生發炎反應與熱盛

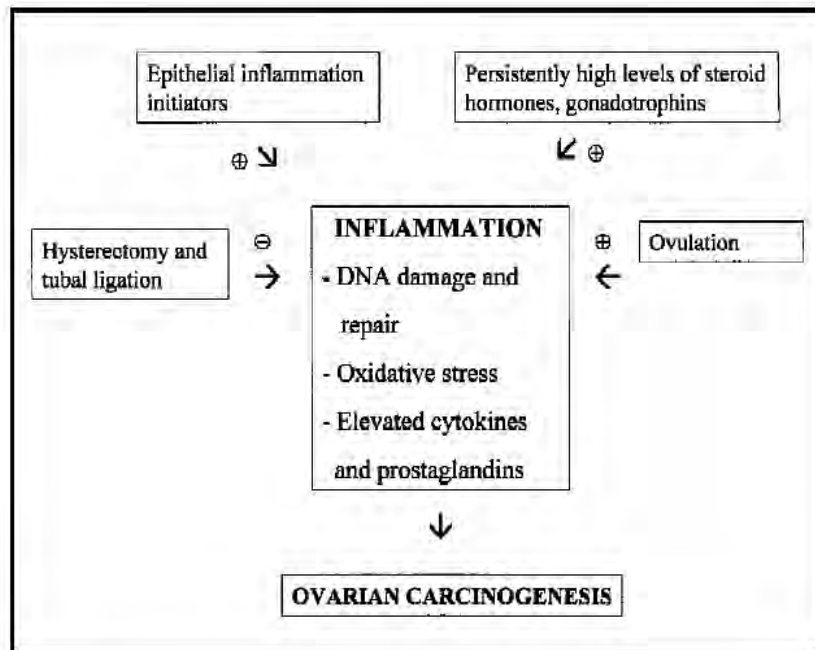


Fig. 1. Inflammation as a common mechanism underlying ovarian cancer.

【參考文獻資料】

1. Roberta B. Ness, Carrie Cottreau. Possible Role of Ovarian Epithelial Inflammation in Ovarian Cancer : Journal of the National Cancer Institute, 1999; 9: 17.
2. Shaare Zedek Medical Center Jerus alemIsrael. Pharmacokinetics of Pegylated Liposomal Doxorubicin. Clinical Pharmacokinetics. 2003; 42(5): 419-436.
3. 李振主編：惡性腫瘤的化學治療與免疫治療，人民衛生出版社，北京 1993; pp. 62.
4. 宮豔秋、韓鳳娟，吳效科等：卵巢上皮性癌病因學研究進展。醫學研究雜誌 2010; 39(5): 18-20.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（門診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡真真主治醫師

【姓名】吳 OO

【性別】女

【生日】67 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】162 公分/54 公斤

【門診日期】105 年 1 月 11 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】卵巢癌施打 2 回汰癌勝與佳鉑帝後，發現血小板低下

【現病史】

此位 37 歲女性患者，為 G2P1 (NSD) SA1，過去無特別疾病，於 104 年 8 月開始出現小腹尖銳抽痛，診所醫師診斷為骨盆腔發炎，治療後仍症狀反覆，且每日發作下腹部及臀區抽痛，無固定位置。在 104 年 10 月婦產科診所發現左邊卵巢囊腫與 CA-125 異常 (>3500)，於 104/11/11~11/14 在澄清住院檢查發現胃炎、食道炎及大腸良性腺瘤，同時電腦斷層發現骨盆腔腫瘤與右橫膈肝臟轉移 (complex pelvic tumor 10×7×7cm with several components, right diaphragm and liver metastasis)。104/11/27 轉到台中榮總，Cul-de sac 細胞抽液檢查為 adenocarcinoma 且 CA-125 為 2608，確診為 Adenocarcinoma of ovary with right diaphragm and liver metastasis，但一般外科醫師評估當時狀況不適合手術，所以先接受輔助性化療 (Paraplatin 350mg/m² + Taxol 175mg/m² on 104/11/27、12/18)，再安排減積手術 (Debulking operation)。但於 104/12/26 出現發燒、咳嗽、小便不適等症，住院接受抗生素與 rHG-CSF 治療，同時化療藥物也調整劑量 (Paraplatin 280 mg/m² AUC X4 + Taxol 175 mg/m² on 105/1/18、2/15)，但於 105/1/7 發現血小板從 12.5 萬降為 4 萬，同時伴隨化療後手膚紅疹癢嚴重，便秘羊屎便量少味臭且腹絞痛，需每日灌腸，加服酵素後大便糊及量增，眠差多慮。目前已接受 2 次化療，因接受上次治療後出現血小板低下，於是至中醫門診接受治療。

【過去病史】骨盆腔發炎

【住院/手術紀錄】

104/11/11~11/14 澄清住院與檢查發現胃炎、食道炎與大腸良性腺瘤

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

初經 14 歲，I/D 21-28/6-7，LMP 104/11/22

月經量偏少，血塊，經行下腹痛，冷飲加重，不須服止痛藥。若行經期間喝冷飲則易頭痛

G2P1AA1（胚胎問題 s/p D&C），平素帶下平

【四診】

望：精神可，體型偏瘦。舌紅苔白。穿襪子

聞：無特殊氣味，語音平。

問：

1. 易畏寒、易感四肢冰冷，飲食改變後轉為足底熱，平素運動不易汗出，近偶微微汗出。易感疲倦，改變後轉為足底熱，不口乾
2. 平素納可，從前飲食嗜鹹辣厚味及冰冷飲，數年需灌腸，癌症後多吃蔬果沙拉、燕麥及喝蔬果汁，不吃飯肉，無鹽無油。化療後納少，大便不順，大便少與羊便，食後易腹脹
3. 每晚時就寢，不易入眠，眠淺、多夢，夜尿 1 次，醒後不易再入睡
4. I/D：21-28/6-7，月經：104/11/22。月經量偏少，血塊，經行下腹痛，冷飲加重，不須服止痛藥。若行經期間喝冷飲則易頭痛。在此次腹部抽痛症狀前約 2 個月曾有淡黃色鼻涕狀帶下及陰癢灼熱，服藥及塞劑後症狀已改善

切：脈弱，雙寸重按沈取無力

【實驗室檢查】

DATE	WBC	RBC	HGB	HCT	MCV	PLT	NEUT	LYM
1041125	8920	4.70	12.5	38.8	82.6	398	82.9	9.2
1041207	5980		12.0			325	67.4	24.1
1041218	6860	4.86	12.9	41.2	84.8	199	65.4	27.3
1041227	3350		11.4			117	74.9	21.2

1041228	2480		10.3			105	69.0	26.6
1041230	4020		10.2			125	49.8	40.3
1050107	6010		11.7			40	63.9	30.9
1050111	5270	4.36	12.0	37.5	86.0	51	63.9	29.8
1050114	5480	4.36	11.7	37.0	84.9	41	62.9	31.8
1050118	7480	4.42	12.1	38.2	86.4	94	64.1	29.3
1050125	4590		11.5			121	60.5	34.0
1050212	6770		13.0			130	53.2	39.7
1050225	5430	4.18	12.0	36.1	86.4	157	58.2	36.5
1050227	4100		9.6			136	55.4	34.9

【影像學檢查】

105/2/15 CT scan of abdomen with IV and oral contrast enhancement :

1. History of left ovarian cancer with liver metastases, S/P C/T for F/U.
2. Soft tissue lesion up to 4cm in size with cystic components over bilateral adnexal region, decreased in size, C/W ovarian cancer with post-treatment change.
3. Residual soft tissue lesion at left side of cul-de-sac between left posterior aspect of uterus & anterior aspect of rectum, R/I residual peritoneal carcinomatosis, improved.
4. No obvious hypervascular lesions can be detected within both lobes of liver in this study. The poor enhancing nodules over right lobe of liver, which is seen in previous CT (104/11/11) , can not be detected within this study.
5. Heterogeneous enhancement of uterine corpus, adenomyosis or change of menstrual cycle could not be ruled out.
6. Mild fatty liver & splenomegaly.
7. Gallbladder, pancreas & both kidneys are without specific abnormality.
8. No obvious para-aortic or retrocaval lymphadenopathy is noted.
9. Two tiny subpleural nodule at RLL (Ser.701, Ax.12) & lingular area of LLL (Ser.701, Ax.3) , stable in size.
- 10.No obvious bony destruction.

Impression :

1. Left ovarian cancer with liver metastases & peritoneal carcinomatosis, S/P C/T, regressed.

【現代醫學身體（理學）診察】

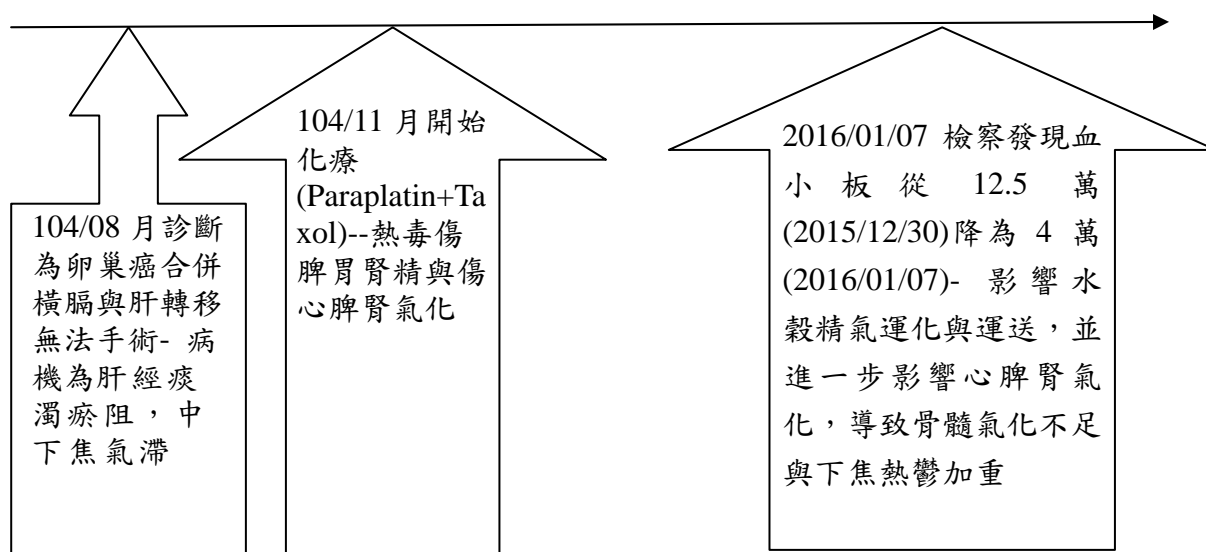
生命跡象	生命徵象穩定
皮膚黏膜	皮膚彈性差、但手掌有紅疹、無黃疸
淋巴結	頭項與腋下與鼠蹊部無淋巴腫大
頭面部	結膜粉紅與面色淡紅、頭髮可、唇淡暗、無面部腫脹、無鞏膜黃疸、無口唇紫疔、無口瘡、無扁桃腺腫大
頸項	無頸部僵硬、無頸部淋巴腫大
胸部	呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置正常、心音（regular heart beats）規律與正常
腹部	輕微腹部壓痛點（tenderness）、無鼓音（tympanic）、無腹膜疼痛（muscle guarding, rebounding pain）、無腹部硬塊
背部	無背部敲擊疼痛（flank knocking tenderness）
二陰	無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出
脊柱四肢	無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫
神經系統	意識程度（GCS：E4M6V5）、無面神經癱瘓、肌肉張力正常（muscle power：5）、深部肌腱反射（DTR）正常，無感覺異常

【整體回顧】

此位 37 歲女性患者，於 104 年 8 月，開始出現小腹尖銳抽痛，診所醫師診斷為骨盆腔發炎，104 年 11 月電腦斷層發現骨盆腔腫瘤與右橫膈肝臟轉移（complex pelvic tumor 10×7×7cm with several components, right diaphragm and liver metastasis），於 104/11/27 轉到台中榮總，Cul-de sac 細胞抽液檢查為腺癌，CA-125 為 2608，診斷為 Adenocarcinoma of ovary with right diaphragm and liver metastasis（中醫病機為肝經痰濁瘀阻，中下焦氣滯）一般外科醫師評估當時狀況不適合手術，所以先接受輔助性化療（Paraplatin 350mg/m²+Taxol 175mg/m² on 104/11/27、12/18 及 Paraplatin 280 mg/m² AUC X4+Taxol 175 mg/m² on 105/1/18、2/15），計畫再安排減積手術（Debulking operation），但是於 105/1/7 發現血小板從 12.5 萬降為 4 萬，同時伴隨化療後納少與食後腹脹，不易入眠，眠淺、多夢，手膚紅疹

癢嚴重，便秘羊屎便量少味臭且腹絞痛，需每日灌腸，加服酵素後大便糊及量增，眠差多慮。因使用化療產生熱毒傷脾胃腎精（Paraplatin）與傷心脾腎氣化（Taxol），因此存在肝經痰濁瘀阻，中下焦氣滯之下，加上化療藥的熱毒傷脾胃，影響水穀精氣運化與運送，並進一步影響心脾腎氣化，導致骨髓氣化不足與下焦熱鬱加重，中醫治療先以理氣化痰清熱健脾藥物，再用健脾補益腎精藥物治療 11 天，3 週後恢復正常與之後皆無血小板低下問題。

【時序圖】



【辨證病機分析】

病因：化療藥物引起骨髓功能衰竭，血小板功能低下

病位：

臟腑病位：脾胃腎

經絡病位：肝腎經

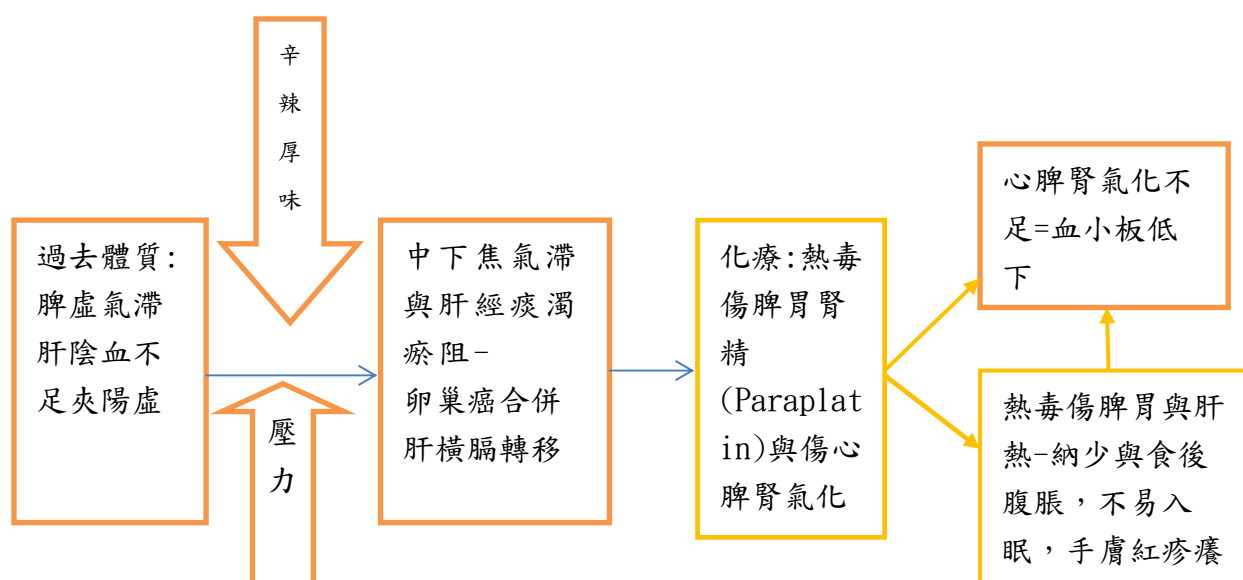
病性：本虛標實

病勢推演：

這位 37 歲女性患者，從前飲食嗜鹹辣厚味及冰冷飲，數年來需灌腸，過去易畏寒、易感四肢冰冷，疲倦，脈弱，雙寸重按沈取無力，即有脾虛氣滯夾陽虛的表現，同時有不易入眠，眠淺、多夢，醒後不易再入睡的陰血不足，在下焦部分，也因為月經量偏少，血塊，經行下腹痛，冷飲加重，存在氣滯肝陰血不足的病機，這回於 104 年 8 月，開始出現小腹尖銳抽痛與診斷為 Adenocarcinoma of ovary with right diaphragm and liver metastasis，出現中下焦氣滯與肝經痰濁瘀阻

的病機，因無法開刀，先以輔助性化療（Paraplatin 350mg/m²+Taxol 175mg/m² on 104/11/27、12/18 及 Paraplatin 280 mg/m² AUC X4+Taxol 175 mg/m² on 105/1/18、2/15），計畫再安排減積手術（Debulking operation），但是於 105/1/7 發現血小板從 12.5 萬降為 4 萬，同時伴隨化療後納少與食後腹脹，不易入眠，眠淺、多夢，手膚紅疹癢嚴重，便秘羊屎便量少味臭且腹絞痛，需每日灌腸，加服酵素後大便糊及量增，眠差多慮，使用化療產生熱毒傷脾胃腎精（Paraplatin）與傷心脾腎氣化（Taxol），因此肝經痰濁瘀阻，中下焦氣滯之下，加上化療藥的熱毒傷脾胃，影響水穀精氣運化與運送，並進一步影響心脾腎氣化，導致骨髓氣化不足與下焦熱鬱加重。

病機圖：



【診斷】

西醫病名：化療藥物引起的骨髓功能低下（血小板低下）

中醫證型/疾病名：熱毒傷心脾腎夾肝經痰濁瘀阻，中下焦氣滯熱鬱

【論治】

理：病患過去有脾虛氣滯陰血不足夾陽虛的表現，這回於 104 年 8 月，開始出現小腹尖銳抽痛與診斷為 Adenocarcinoma of ovary with right diaphragm and liver metastasis，出現中下焦氣滯與肝經痰濁瘀阻的病機，先以輔助性化療（Paraplatin+Taxol on 104/11/27、12/18、105/1/18、2/15）；再安排減積手術（Debulking operation），於 105/1/7 發現血小板從 12.5 萬降為 4 萬，伴隨化療後納少與食後

腹脹，不易入眠，眠淺、多夢，手膚紅疹癢嚴重，便秘羊屎便量少味臭且腹絞痛，需每日灌腸，加服酵素後大便糊及量增，眠差多慮，使用化療產生熱毒傷脾胃腎精（Paraplatin）與傷心脾腎氣化（Taxol），因此肝經痰濁瘀阻，中下焦氣滯之下，加上化療藥的熱毒傷脾胃，影響水穀精氣運化與運送，並進一步影響心脾腎氣化，導致骨髓氣化不足與下焦熱鬱加重，治療時必須注意因為下焦卵巢腫瘤未切除，必定存在嚴重的局部痰瘀氣滯，而產生熱毒與傷心脾腎陽氣的化療藥，會加重影響脾胃運化與水穀精氣運送路徑不暢，導致下焦熱鬱與腎精虧損與血小板降為 4 萬

法：理氣健脾化痰瘀清熱填精

方藥：四逆散 4.5g 紅花 1.5g 枳實 1.5g 黃芩 1g 厚朴 2g 蒲公英 2g 皂刺 1.5g 白朮 1g（以四逆散、枳實、厚朴疏理三焦之氣，加上蒲公英、紅花、皂刺清熱軟堅散結化痰，白朮健脾，待氣機較為通暢後，再酌加填精藥物）

門診複診病歷記錄

看診日期	症狀	治療	分析
105/1/5	<p>105/1/5 化療後手膚癢疹，便秘與之後腹絞痛但大便量少，須每日灌腸及顆粒便，下腹部及臀區抽痛，104年12月底發燒住院，計畫3週化療1回與4回化療後再評估</p> <p>*CA-125：2608Unit/ml (1041116)-1302(1041218) *WBC 4020(1041230) *Hb10.2(1041230) *PLT 12.5萬(1041230)</p>	<p>四逆散 4.5g 紅花 1.5g 枳實 1.5g 黃芩 1g 厚朴 2g 蒲公英 2g 皂刺 1.5g 白朮 1g</p>	<p>*因無法手術，所以中下焦卵巢癌合併肝與橫膈轉移，存在中下焦氣滯與肝經痰濁瘀阻，容易熱鬱；因此治療先理氣健脾化痰瘀清熱</p>
105/1/11	<p>1.咳嗽7天，乾咳增與咽癢咳，稍喘，怕冷 2.血小板5萬與化療暫停，眠差與不易入眠 3.便秘與之後腹絞痛但大便量少症減，須每日灌腸及顆粒便症減，下腹部及臀區抽痛症減</p> <p>*WBC 4020(1041230)-6010(1050107)-5270(1050111) *Hb 10.2(1041230)-11.7(1050107)-12(1050111) *PLT 12.5萬(1041230)-4萬(1050107)-5.1萬(1050111)</p>	<p>白朮 3.5錢 乾薑 1錢 葛根 2錢 續斷 3錢 桔梗 3錢 款冬花 3錢 桂枝 2錢 麥門 3錢 熟地 2錢 黃精 2錢 補骨脂 3錢 黃芩 2錢 7帖</p>	<p>1.外感風寒會影響營衛氣血的運行與三焦氣化 2.距離1041218化療已2週，因此副作用影響稍減 3.回診排便改善，代表氣機較為通暢，因此治療方向修改為健脾溫陽通絡填精（麥門+熟地+黃精）酌加辛溫解表宣肺藥物</p>
105/1/19	<p>1.化療後手膚癢疹症減，大便少與時抽痛症減，便秘減與之後腹絞痛減，須每日灌腸</p>	<p>厚朴 3錢 炒麥芽 5錢 桃仁 3錢</p>	<p>1.治療過程必須注意肝經中下焦的痰濁瘀滯，因此必須加</p>

看診日期	症狀	治療	分析
	減及顆粒便症減 2.血小板增加為 9.4 萬 (1050118) *CA-125=1302 (1041218 日) -69 (1050118) *WBC 4020(1041230)-6010 (1050107) -5270 (1050111) -5480 (1050114) -7480 (1050118) *Hb 10.2 (1041230) -11.7 (1050107) -12 (1050111) -11.7 (1050114) -12.1 (1050118) *PLT 12.5 萬 (1041230) -4 萬 (1050107) -5.1 萬 (1050111)-4.1 萬(1050114) -9.4 萬 (1050118)	白芷 2 錢 蒲公英 3 錢 菟絲子 3 錢 川牛膝 3 錢 麥門冬 3 錢 酸棗仁 3 錢 牡丹皮 3 錢 山查 2 錢 夏枯草 3 錢 7 帖	入厚朴+桃仁+蒲公英+牡丹皮+山查+夏枯草=破氣化瘀清熱軟堅散結藥物，以維持氣機的通暢與減少熱鬱 2.以菟絲子+麥門冬+酸棗仁=益腎補心肝陰血以達到補益腎精的作用
105/1/26	1.化療後手癢疹症減，大便少與時抽痛症減，便秘減與之後腹絞痛減，須每日灌腸減及顆粒便症減但仍有大便不順，體力可 2.血小板增加為 9.4 萬 (1050118)-12.萬(1050125) 3.腫瘤指數降：CA-125=49 *CA-125=1302 (1041218 日) -69 (1050118) -49 (1050125) *WBC 4020(1041230)-6010 (1050107) -5270 (1050111) -5480 (1050114) -7480	厚朴 3 錢 炒麥芽 6 錢 桃仁 3 錢 白芷 2 錢 蒲公英 3 錢 麥門冬 3 錢 酸棗仁 3 錢 牡丹皮 3 錢 山查 3 錢 夏枯草 5 錢 黃芩 3 錢 縮砂仁 3 錢 7 帖	1.當血小板恢復正常時，必須及時停用補腎藥或填精藥，以免加重下焦的痰濁瘀阻滯 2.下焦的痰濁瘀阻滯若有緩解，可觀察CA-125指數與腹痛與排便改善的表現

看診日期	症狀	治療	分析
	(1050118)-4590 (1050125) Hb 10.2 (1041230) -11.7 (1050107) -12 (1050111) -11.7 (1050114) -12.1 (1050118) -11.5 (1050125) *PLT 12.5 萬 (1041230) -4 萬 (1050107) -5.1 萬 (1050111)-4.1 萬(1050114) -9.4 萬 (1050118) -12.1 萬 (1050125)		

【討論】

學生問題 1：卵巢癌合併肝與橫膈轉移時，無法手術時，治療要注意什麼？

老師回饋：病患中下焦積聚存在時，要特別注意氣機通暢度，理氣化痰破氣藥很重要，當評估很明顯的氣滯表現時，例如便秘或腹脹痛拒按或濕熱白帶多等，不可過用補氣補腎藥物，容易化熱與甚至熱盛動血腫瘤破裂出血等；基本上必須標本同治，若再使用化療藥物時，局部的熱鬱會更明顯。

學生問題 2：為何只打 2 次化療，病患血小板就掉到 4 萬了？

老師回饋：

A. Taxol 產生副作用如下：

- *機轉：Paclitaxel 可抑制微管系統的分解過程，使細胞被「固定」在分裂的過程中而死亡。因此 Paclitaxel 作用係一有絲分裂的抑制劑，可阻斷細胞於細胞周期之 G2 與 M 期骨髓細胞的有絲分裂被抑制，心脾腎氣化或腎精被阻遏，陽氣不足而骨髓受到抑制：
1. 寒涼阻遏腎精：骨髓抑制程度屬重度抑制。嗜中性白血球減少 (78-100%)、貧血 (47-96%)、血小板減少 (4-68%) — 通常白血球會在給藥後 11 天之內達到最低。
 2. 寒涼抑制心陽與心脈：心臟血管方面副作用：水腫 (21%)、不正常的心電圖變化 (14-23%)、低血壓 (9-17%)、心律不整 (2-3%)、鬱血性心臟衰竭 (<1%)、左心室收縮性心臟衰竭。不

正常的心電圖變化、低血壓、心律不整只發生於藥物輸注當下，需要停藥。

3. 脾虛與胃氣上逆：胃腸方面副作用：中低度致吐（有 10-30% 的病人會發生嘔吐）；噁心（9-88%）、嘔吐（9-88%）。

B. Paraplatin 產生副作用如下：

*機轉：Carboplatin 在雙股 DNA 之間引起明顯的交互連結，而不是 DNA 蛋白質的交互連結，造成同樣的損傷及生理作用。

*毒殺破壞癌細胞，促使它們死亡：熱毒傷脾胃與腎精-致吐性：中高度致吐（有 30%-90% 的病人會發生嘔吐）；骨髓抑制程度屬中度抑制，貧血（71%）、血小板減少（25%）、白血球減少（15%），通常白血球和血小板會在給藥後的 3 週達到最低。

- C. 因此肝經痰濁瘀阻，中下焦氣滯之下，加上化療藥的熱毒傷脾胃，影響水穀精氣運化與運送，並進一步影響心脾腎氣化，導致骨髓氣化不足與下焦熱鬱加重，治療時必須注意因為下焦卵巢腫瘤未切除，必定存在嚴重的局部痰瘀氣滯，而產生熱毒與傷心脾腎陽氣的化療藥，會加重影響脾胃運化與水穀精氣運送路徑不暢，導致下焦熱鬱與腎精虧損與血小板降為 4 萬。

【參考文獻資料】

1. B.C. Cancer Agency Gynecology Tumour Group. BCCA protocol summary for primary treatment of invasive epithelial ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancer, with no visible residual tumour (moderate-high risk) (GOOVCA™). Vancouver, British Columbia: BC Cancer Agency; 1 October 1999.
2. Go RS, Adjei AA. Review of the comparative pharmacology and clinical activity of cisplatin and carboplatin. *Journal of Clinical Oncology* 1999;17(1): 409-422.
3. 夏親華：中藥扶正培本、化療解毒配合腹腔化療治療晚期卵巢癌。安徽中醫臨床實用雜誌 1999; 11(1): 5-6.
4. 齊聰、劉愛武：益氣養陰煎合化療對卵巢癌T細胞靈群的影響。遼寧中醫雜誌 1998; 25(3): 128-129.

頭頸癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師/賴博政住院醫師

【姓名】謝 OO

【性別】男

【生日】73 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】173 公分/57 公斤

【住院日期】105 年 8 月 23 日

【病床號/病歷號】18989X4

【會診日期】民國 105 年 8 月 22 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症放化療後噁心嘔吐已二週

【現病史】

此位 32 歲男性患者，業務工作繁忙，於 104 年 12 月因鼻塞、牙齦腫至本院就診，發現腫瘤，診斷為 Adenocarcinoma of L. maxillary sinus，並轉移肺、肝，cT4aN2bM1，SatgeIVC。於 105 年 3 月開始接受化療 Cisplatin + 5Fu + Taxol，治療四次後追蹤發現：肝肺區腫瘤縮小，但是鼻竇腫瘤效果不佳，於是於 6 月加上標靶 Erbitux。7 月因為嚴重口瘡、面瘡而停止治療，8 月開始接受放射治療（預計將做 35 次，現在是第 16 次）。

接受上述治療後，近二週出現噁心、腹瀉、胃冷感、不明原因發燒、汗出多、偶黃鼻涕、右側容易流鼻血等症狀，於是會診中醫尋求協助。

【過去病史】從小鼻過敏（鼻水、鼻塞、怕冷、肢冷）

【住院/手術紀錄】無住院記錄

【外傷史】無特別病史

【住院目前西醫使用治療藥物】

THROUGH FC TAB 20 MG 2# PO(QNPRN)

ELOMET CREAM 0.1% 5 G EXT(BID)

DEXTROSE 5% AND NS INJ 500 ML IVD(QD)

NEXIUM TAB 40 MG 1#PO(QDAC)

MOPRIDE FC TAB 5 MG 1# PO(TIDPC)

ULTRACET TAB 37.5 MG/325 MG 1# PO(Q6HPRN)

【家族史】無相關病史

【個人史】

個性緊張，剛工作半年，業務繁忙

無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食

飲食嗜好：喜巧克力冰飲、冰奶茶、酸味食物

【過敏史】 無藥物、食物過敏史**【旅行史（最近三個月）】** 無**【四診】**

1. 近二周常於傍晚不明原因發燒，伴隨畏寒，四肢冰冷，汗出多，尤其飯後汗出濕衣，出汗時身熱，汗出後畏寒。整日疲倦，尤其中午放射治療後，下午會昏睡三小時。久坐或蹲後站立，會黑矇、頭昏
2. 不胸悶、不心悸，微喘。不頭昏、暈、頭痛
3. 接受標靶治療後出現面部皮膚紅瘡，現在轉為乾燥脫屑；鼻乾，偶黃鼻涕、右側容易流鼻血。無耳鳴
4. 以前排便常三日一行，便黏不硬。化學治療後常脹氣、納差，第四次化療後出現噁心、嘔吐、腹瀉。最近傍晚噁心感明顯，喝牛奶或者聞到油膩食物的味道就會嘔吐，食後易腹脹，大便1日3~4行，質溏；口瘡已恢復，溲平
5. 以前常晚睡，AM1~7，可入睡，但眠淺、多夢，近日中午放射治療後，下午會昏睡三小時；不夜尿
6. 無肩酸痛、腰酸痛等症。

《舌診》舌質淡紅，舌苔白厚膩

《脈診》弦滑，右關弱

【實驗室檢查】

日期	BUN	Cr	AST	ALT	Na	Albumin	K	CRP
105/08/02	12	0.9	12	8	138	3.9	3.7	5.04
105/08/08		0.7	11	9	138		3.5	
105/08/15	13	0.7	12	13	135		3.6	7.66
105/08/22	15	0.6	13	17	143		4.1	5.40

日期	WBC	RBC	Hb	HCT	MCV	MCH	MCHC	PLT
105/08/02	5190	3860000	11.5	34.6	89.6	29.8	33.2	190000
105/08/08	7420	3800000	11.5	34.9	91.8	30.3	33.0	237000
105/08/15	6950	3560000	10.7	32.2	90.4	30.1	33.2	259000
105/08/22	4950	3280000	9.8	31.0	94.5			

日期	Neutrop	Lymphoc	Monocyt	Eosinop	Basophi
105/08/02	83.1	7.1	8.3	1.3	0.2
105/08/08	86.1	6.3	5.8	1.5	0.3
105/08/15	88.6	3.6	6.8	0.9	0.1
105/08/22	82.2	7.9			

【影像學檢查】

1050802 CHEST, P-A VIEW

1. The prior chest radiograph noted irregular opacity in the RUL shows regressive change. Suggest clinical correlation.
2. S/P port-A implantation with tip in the SVC.

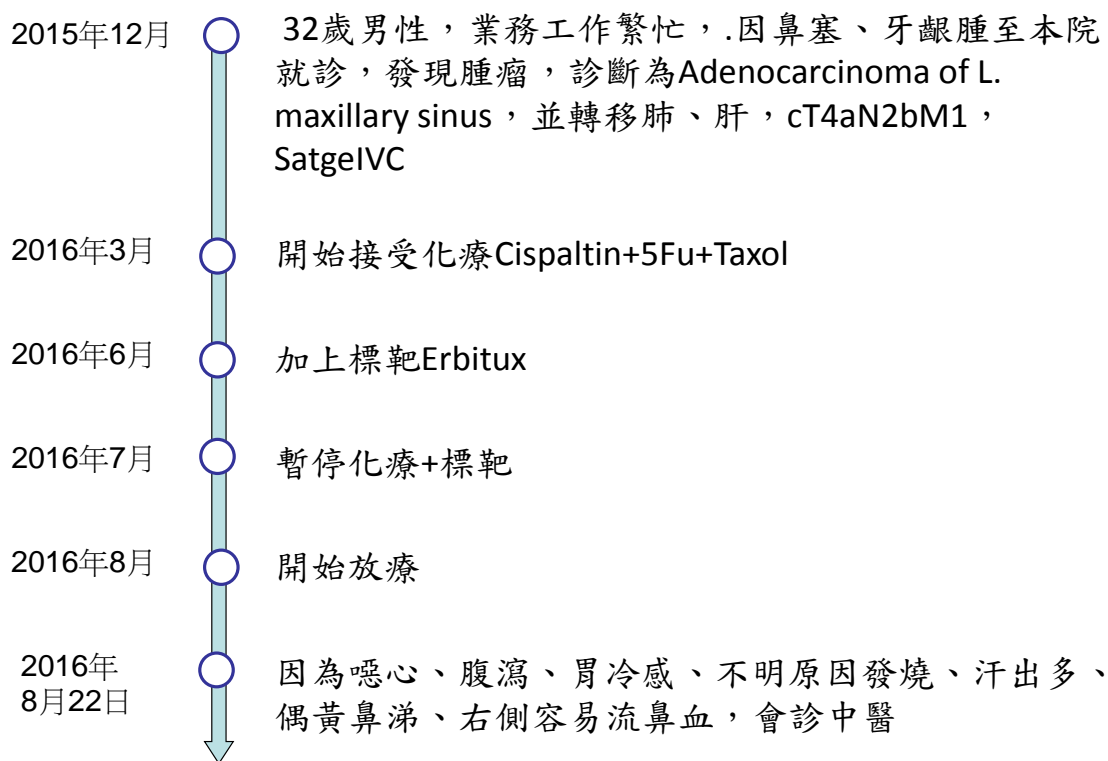
1050809 CHEST, P-A VIEW

1. S/P port-A implantation with tip in the SVC. s/p nasogastric tube insertion.
2. Otherwise, there is no other remarkable finding is observed in current image. (Note that ground-glass lesion or small nodule might be missed on plain chest radiography.)

1050816 CHEST, P-A VIEW

1. S/P port-A implantation with tip in the SVC. s/p nasogastric tube insertion.
2. Otherwise, there is no other remarkable finding is observed in current image. (Note that ground-glass lesion or small nodule might be missed on plain chest radiography.)

【時序圖】



【診斷】

西醫診斷：鼻竇癌，化療標靶後，放射治療中

中醫證候：噁心

【中醫辨證（病機分析）】

病因：化療寒滯＋外感寒邪

病位：中焦

病性：寒滯

病勢：急

病患治療前就有中焦脾虛濕停的體質（排便常三日一行，便黏），接受寒性的化學藥物 cisplatin 後，加重中焦寒滯的狀況。近二週，病患開始不明原因發燒、並有噁心、腹瀉、胃冷感，應該是有一個突發性的外感寒邪，但是因為病患衛氣虛，無力抗邪，導致病勢纏綿。病患吃飯後全身汗大出、衣衫盡濕，是因為補充營衛氣之後，抗邪外出的表現

【中醫治則】

目前首要治療目標是先逐邪外出，酌加溫中健脾補氣之品

【中醫處方】

吳茱萸 0.5 克

紫蘇葉 1.0 克

北沙參 1.5 克

夏枯草 1.5 克

白芍藥 1.0 克

半夏 1.5 克

白扁豆 2.0 克

甘草 1.0 克

牡丹皮 1.5 克

服法：分成二包 BID (AC)x3 天

會診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 26 日

【主訴】服藥一天後腹瀉、汗大出症狀改善，仍噁心感

【四診】

1. 近三日已無發燒、汗大出等症狀，仍畏寒，四肢冰冷。仍整日疲倦，尤其中午放射治療後，下午會昏睡三小時。久坐或蹲後站立，會黑矇、頭昏
2. 不胸悶、不心悸，微喘。不頭昏、暈、頭痛
3. 接受標靶治療後出現面部皮膚紅瘡，現在轉為乾燥脫屑（依舊）；鼻乾，偶黃鼻涕、右側容易流鼻血（依舊）。無耳鳴
4. 大便 1 日 2 行，大便已成形，但是，噁心感仍明顯，喝亞培就會不舒服，有時後一打嗝就會吐出食物，無口瘡，溲平
5. 近日中午放射治療後，下午會昏睡三小時，眠淺、多夢；不夜尿
《舌診》舌質淡紅，舌苔白厚膩
《脈診》弦滑，右關弱

【實驗室檢查】無新資料

【西醫使用治療藥物之調整】無調整藥物

【診斷、病機分析、治則】

病患服藥之後，汗大出的症狀在隔天立即改善，這是逐邪外出、衛氣固表的表現。仍然噁心嘔吐，代表中焦氣虛、寒滯仍然不化。治則以健脾溫中為主，減少祛邪藥

【處方】

茯苓 2.0 克	紫蘇葉 1.0 克
北沙參 1.5 克	半夏 1.5 克
白扁豆 2.0 克	甘草 1.0 克
夏枯草 1.5 克	桑葉 1.0 克
白芍藥 1.0 克	

服法：分成二包 BID(AC)x4 天

【討論】

學生問：原本西醫以為這個病患是內傷所致，所以會診中醫，但是，為什麼老師一開始會看出有外感寒邪呢？

老師回答：病患噁心嘔吐腹瀉，可以是外感，也可以是內傷。學會如何鑑別外感、內傷，是很重要的功夫。外感寒邪會有衛氣受阻、抗邪外出等相關的身體反應，逐一確認，就可以推敲出適當的病機。初學者當不確定是何病機時，用藥先單純一些，從病患的反應去學習。待功力上升後，面對複雜的病患，才能夠在藥材的比例中拿捏到適合的劑量。

【參考文獻】

- 廖繼鼎：臨床腫瘤學，合記圖書出版社，台北 2010; 3: pp. 839-912.
- Pak-Kwan Hui：Current topic on Chinese medicine managing side effects of cancer treatment，IG Publishing，HK 2009; 3: pp. 71-84.
- ZHE, Hong, et al. Prevention and Treatment of Oral Mucositis Caused By Radiotherapy in Patients With Nasopharyngeal Carcinoma . JOURNAL OF NINGXIA MEDICAL COLLEGE. 2000; 2: 10.

頭頸癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

臺中榮總傳統醫學科江佩蓉主治醫師

一、個人基本資料

姓名：劉 O 病歷號碼：25000000
性別：男 身高：174 公分
年齡：49 歲 體重：85 公斤
住院日期：2016.05.08 會診日期：2016.05.12

二、主訴

喉嚨痛、吞嚥困難、全身無力，另外尿酸值、腎功能指數較高，欲使用中藥調理。

三、現病史

這位 49 歲男性患者約 104 年 5 月出現右側頸部腫塊、喉嚨痛症狀，11 月於員林基督教醫院診斷為右側口咽部鱗狀細胞癌，而後至本院接受進一步評估，經再次切片檢查確診為右側口咽部鱗狀細胞癌（cT2N3M0，Stage IVA）。患者從 2016/01/08 開始接受前導性化學治療（Induction chemotherapy），完成 12 次治療後頸部腫塊與淋巴腺腫大均可見明顯改善，2016/04/21 開始進行放射線治療，因持續有喉嚨痛、吞嚥困難、全身無力症狀一週，於 2016/05/08 入院接受觀察，同時進行放射線治療療程，期間尿酸值、腎功能指數偏高，希望合併中醫治療，故於 2016/05/12 會診本院傳統醫學科。

四、個人病史

1. 飲食習慣：目前限制流質飲食。
2. 抽煙：1-2 PPD 達 30 年。
3. 喝酒：有。
4. 嚼檳榔：50 粒/day。
5. 過敏史：無。
6. 居住環境：彰化縣員林鎮。
7. 工作狀況：夜市擺攤（旋轉木馬），結束回家通常已經凌晨 3、4 點。

五、過去病史

1. Malignant neoplasm of oropharynx（104 年 11 月，已行 12 次化學治療）。

2. 痔瘡曾手術治療（時間不詳）。
3. 因人工血管位移，曾行心導管修正人工血管位置（時間不詳）。
4. 105年3月14日因左鎖骨下人工血管移位予以移除，改於右鎖骨下放置人工血管，陸續進行化學藥物治療。
5. 高血壓。
6. 痛風。

六、理學檢查及實驗室檢查

BT：36.3°C BP：120/78 mmHg HR：70 次/分 RR：18 次/分
 WBC：4970 LYM：23.1% HgB：11.1 Platelet：148K
 BUN：27 CREAT.：1.09 Na：140 K：4.2
 UA：7.9 GPT：33

七、中醫四診

(一)望診

意識清醒（GCS E4M5V6），體格中等，面色微紅赤，爪甲色暗，右上肢化療後膚暗，下肢略腫，舌偏紅少苔少津。

(二)聞診

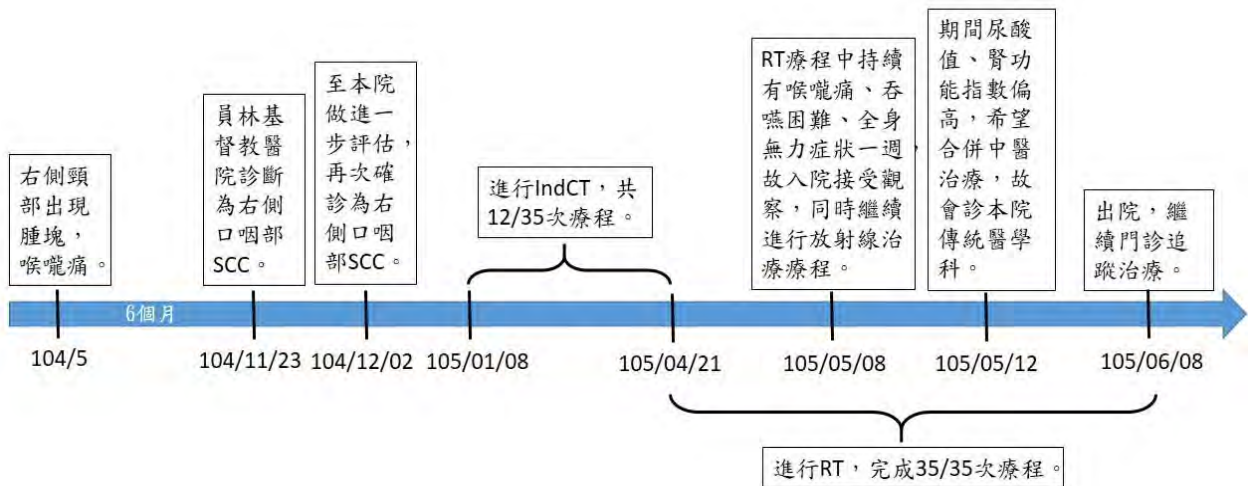
語音清晰，無特殊異味。

(三)問診

1. 精神可，持續每日放射線治療，咽痛，口腔潰瘍，吞嚥時略痛，尚可忍受。
2. 化療後 WBC、Hb、PLT 較低，無頭暈、無頭痛、無鼻塞、無耳鳴、無胸悶、無心悸、無咳嗽、無痰、無噁心、無嘔吐。
3. 納尚可，口淡無味，口腔略痛，食物搭配開水食用。
4. 下肢略腫，右足踝輕微痠痛。尿酸值偏高（服用 Allopurinol）。
5. 大便 1 日 2 行，大便量較少質不硬。小便略頻，排出不暢解尿時間較長。

(四)切診：下肢略腫，脈沉滑有力

八、時序圖



九、診斷

(一)西醫診斷

1. Tonsil cancer
2. Hyperuricemia

(二)中醫診斷：積聚（證型—熱邪傷陰）。

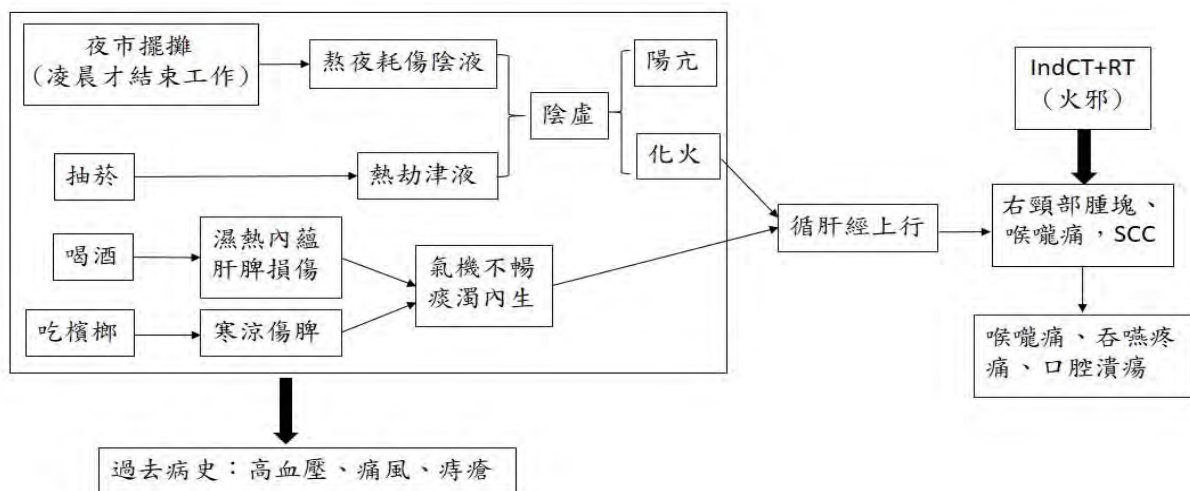
(三)病理切片診斷

報告日期：20151202 病理編號：S0436639

Palatine tonsil, right, punch biopsy --- Squamous cell carcinoma, moderately to poorly differentiated.

十、治則：滋陰降火散結。

十一、病因病機圖



十二、處方：

北沙參 3g、麥冬 3g、知母 1.5g、杏仁 2g、貝母 1.5g, TID×3days。

十三、治療過程

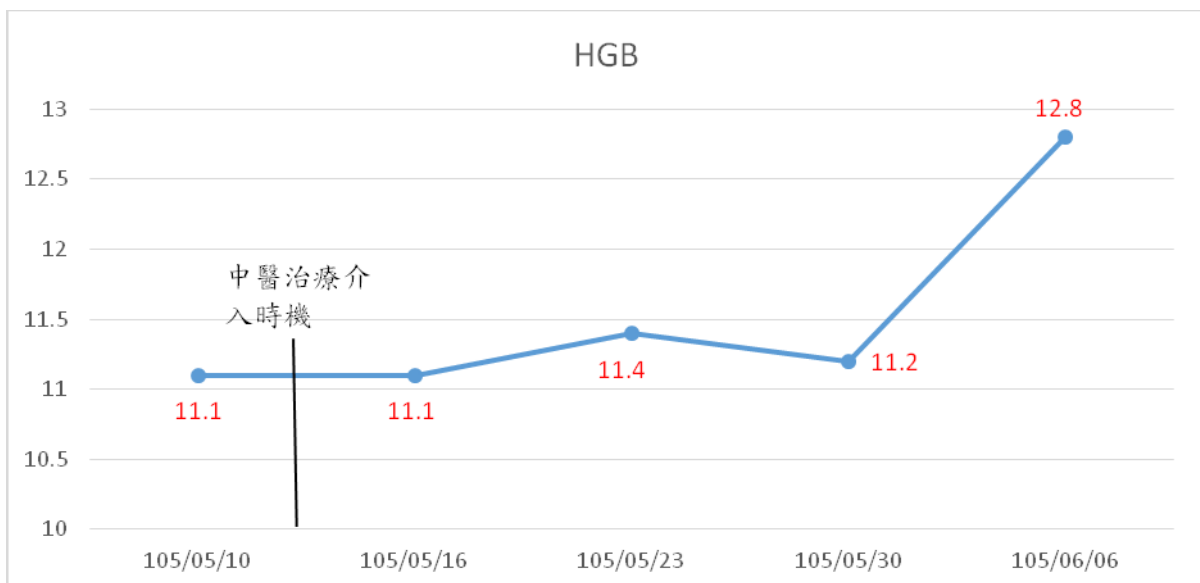
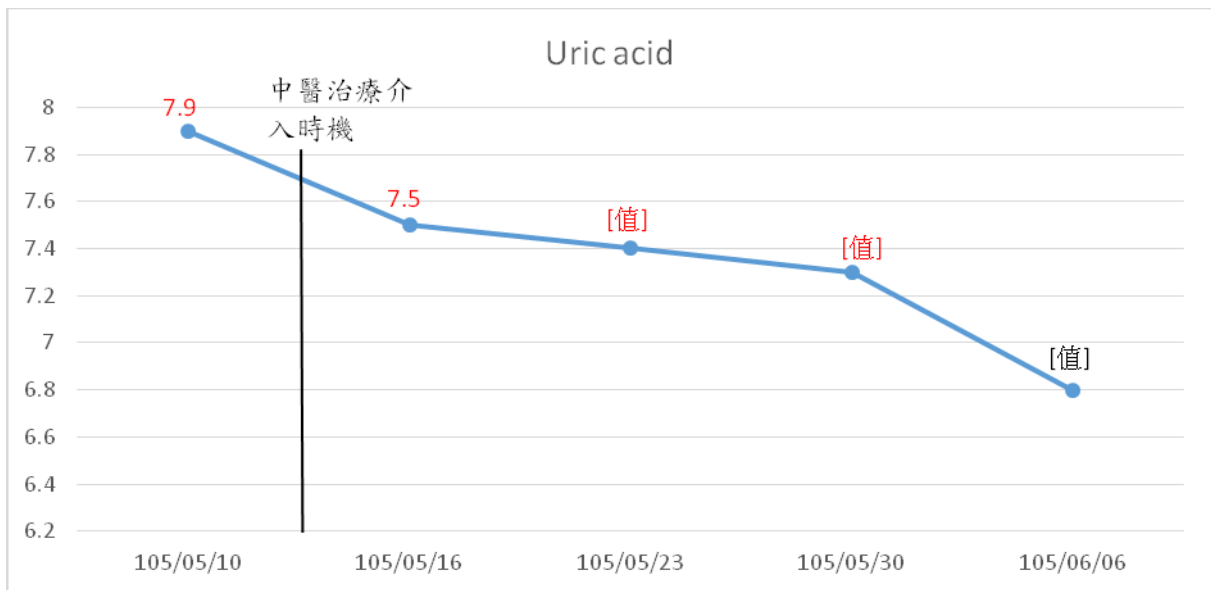
日期	病情變化	處置
<p>5/12 第一次 會診</p>	<p>【望診】 意識清醒 (GCS E4M5V6)，體格中等，面色微紅赤，爪甲色暗，右上肢化療後膚暗，下肢略腫，舌偏紅少苔少津。</p> <p>【聞診】 語音清晰，無特殊異味。</p> <p>【問診】 1.精神可，持續每日放射線治療，咽痛，口腔潰瘍，吞嚥時略痛，尚可忍受。 2.化療後 WBC、Hb、PLT 較低，無頭暈、無頭痛、無鼻塞、無耳鳴、無胸悶、無心悸、無咳嗽、無痰、無噁心、無嘔吐。 3.納尚可，口淡無味，口腔略痛，食物搭配開水食用。 4.下肢略腫，右足踝輕微痠痛。尿酸值偏高 (服用 Allopurinol)。 5.大便 1 日 2 行，大便量較少質不硬。小便略頻，排出不暢解尿時間較長。</p> <p>【切診】 下肢略腫，脈沉滑有力</p>	<p>北沙參 3g、麥冬 3g、知母 1.5g、杏仁 2g、貝母 1.5g，TID×3days。</p>
<p>5/16 第二次 會診</p>	<p>放射性口腔黏膜炎 (WHO grade 2-3)。</p> <p>【實驗室檢查】 Hgb: 11.1 BUN/Cr: 23/1.00 Uric acid: 7.5</p>	<p>玄參 1.5g、生地 2g、板藍根 1g、貝母 1.5g、當歸 2g、金銀花 1.5g、黨參 1g、黃耆 1g、馬勃 1g，TID×2days。</p>
<p>5/18 第三次 會診</p>	<p>口痛、吞嚥疼痛。 放射性口腔黏膜炎 (WHO grade 2-3)。</p>	<p>玄參 1.5g、生地 2g、板藍根 1g、貝母 1.5g、當歸 2g、金銀花 1.5g、黨參 1g、馬勃 1g，TID×2days。</p>

日期	病情變化	處置
5/20 第四次 會診	口痛、吞嚥疼痛，尚可忍受，胃口差。 放射性口腔黏膜炎（WHO grade 2-3）。	炮附子 1g、五苓散 9g、玄參 1.5g、貝母 1.5g、栝篋根 1.5g， TID×3days。
5/23 第五次 會診	口痛、吞嚥疼痛改善。 放射性口腔黏膜炎（WHO grade 2-3） 【實驗室檢查】 WBC: 3770 PLT: 97K Hgb: 11.4 BUN/Cr: 22/1.03 Uric acid: 7.4	炮附子 1g、五苓散 9g、玄參 1.5g、貝母 1.5g、栝篋根 1.5g， 藿香 1.5g， TID×3days。
5/25 第六次 會診	吞嚥困難。 放射性口腔黏膜炎（WHO grade 2-3）。 右頸有發紅情形、但無破皮。	麥門冬湯 6g、知母 2g、茯苓 2g、酸棗仁 3g、馬勃 1.5g、貝母 1.5g，TID×2days。 外用紫雲膏。
5/27 第七次 會診	喉嚨痛、吞嚥疼痛。 放射性口腔黏膜炎（WHO grade 2-3）。 右頸有發紅情形、但無破皮。	麥門冬湯 6g、知母 2g、茯苓 2g、酸棗仁 3g、馬勃 1.5g、貝母 1.5g，TID×3days。 外用紫雲膏。
5/30 第八次 會診	放射性口腔黏膜炎（WHO grade 2-3）。 右頸有發紅、部分破皮情形。 【實驗室檢查】 WBC: 3710 Hgb: 11.2 BUN/Cr: 41/1.26 Uric acid: 7.3	川芎 2g、茯苓 2g、酸棗仁 3g、知母 2g、紫蘇葉 2g、黃芩 1.5g、 麥門冬 2g、馬勃 1g、 黃柏 0.8g， TID×2days。 外用紫雲膏。
6/01 第九次	吞嚥疼痛。 放射性口腔黏膜炎（WHO grade 2-3）。	川芎 2g、茯苓 2g、酸棗仁 3g、知母 2g、紫

日期	病情變化	處置
會診	右頸有發紅、部分破皮，破損範圍無擴大。	蘇葉 2g、黃芩 1.5g、 麥門冬 2g、馬勃 1g、 黃柏 0.8g， TID×2days。 外用紫雲膏。
6/03 第十次 會診	放射性口腔黏膜炎（WHO grade 3）。 右頸部放射性皮炎。 右頸有發紅、部分破皮，破損範圍無擴大。	川芎 2g、茯苓 2g、酸 棗仁 3g、知母 2g、紫 蘇葉 2g、黃芩 1.5g、 麥門冬 2g、馬勃 1g、 黃柏 0.8g， TID×3days。 外用紫雲膏。
6/06 第十一次 會診	咳血。 放射性口腔黏膜炎（WHO grade 3）。 右頸部放射性皮炎。 右頸有發紅、部分破皮，破損範圍無擴大。 【實驗室檢查】 WBC/HgB/PLT: 4210/12.8/143K BUN/CREA.: 29/1.14 UA: 6.8	川芎 2g、茯苓 2g、酸 棗仁 3g、知母 2g、紫 蘇葉 2g、黃芩 1.5g、 麥門冬 2g、馬勃 1g、 黃柏 0.8g， TID*2days。 外用紫雲膏。 麥門冬 4 錢、玄參 1 錢、連翹 2 錢、龍腦 1g, QIDx3days。
6/08 第十二次 會診	放射性口腔黏膜炎（WHO grade 3）。 右頸部放射性皮炎。 右頸有發紅、部分破皮，破損範圍無擴大。	川芎 2g、茯苓 2g、酸 棗仁 3g、知母 2g、紫 蘇葉 2g、黃芩 1.5g、 麥門冬 2g、馬勃 1g、 黃柏 0.8g， TID×7days。 外用紫雲膏。
◎出院，繼續門診追蹤治療。		

日期	病情變化	處置
<p data-bbox="225 465 336 622">6/15 第一次 回診</p>	<p data-bbox="395 259 1038 416">右頸有發紅、部分破皮，破損範圍無擴大。 腰背部有癢疹。</p> 	<p data-bbox="1077 259 1422 763">川芎 2g、茯苓 2g、酸棗仁 3g、知母 1g、紫蘇葉 1g、黃芩 1.5g、麥門冬 2g、黃柏 1g、貝母 1.5g、當歸 1.5g、玄參 1g、金銀花 1.3g，TID×7days。 外用紫雲膏、黃連膏。</p>
<p data-bbox="204 1055 352 1211">6/22 第二次回 診</p>	<p data-bbox="395 848 1038 943">右頸有發紅情形、破皮明顯改善，頸部組織纖維化，腰背部癢疹情形改善。</p> 	<p data-bbox="1077 848 1422 1413">川芎 2g、茯苓 2g、酸棗仁 3g、知母 1.5g、紫蘇葉 1g、黃芩 1.5g、麥門冬 2g、黃柏 1g、貝母 1.5g、玄參 1.3g、射干 1.5g，TID×7days。 外用紫雲膏（用手指循經絡走向推）、黃連膏。</p>

十四、治療成效 (檢驗數據折線圖)



中西醫結合治療梅克耳氏腦瘤術後併發中大腦動脈 梗塞

教學病例（台北榮總 傳統醫學科）

一、個人基本資料：

【姓名】陳 OO

【性別】男性

【年齡】34 歲

【病例號碼】43000000

【生日】71/00/00

【中醫初診日期】105/11/09

二、主訴：意識不清，四肢無力已 3 週。

三、現病史：

34 歲男性，過去無全身性慢性疾病。自 105 年 5 月發現失神性小癲癇 (transient aphasia) 發作，每次約 10-15 秒，一天約 1-3 次；6 月時症狀自行緩解，但 7 月復發，伴隨記憶力減退，無噁心嘔吐、頭痛、意識狀態改變、複視、全身性癲癇或其他神經學症狀；曾至診所就醫服藥後無效，外院腦部電腦斷層檢查結果顯示為梅克耳氏腔腫瘤，合併壓迫海馬區 (Brain tumor, 5cm located at left medial and Meckel's cave with compression of hippocampus)。患者入院後於 105 年 10 月 8 日施行左顳側顳骨切開術移除腫瘤 (L't pretemporal craniotomy for removal tumor)；術後因 GCS 昏迷指數為 E2M4VT，右側肢體呈現異常伸展僵直 (Decerebrate Extension)，疑似腦血管痙攣 (Vasospasm)，10 月 10 日腦部斷層掃描檢查顯示左側中大腦動脈梗塞合併中線移位 (L't MCA Infarction with midline shift)，緊急施行顳骨切除術 (Craniectomy) 減壓，術後仍意識不清 (GCS E3M4V2)，四肢癱軟無力，右側較嚴重 (Muscle Power: L't3, R't1)，故於 11 月 7 日要求傳統醫學部針灸會診。

四、過去病史、家族史：

(一)過去病史：

無已知慢性疾病史。

(二)家族史：

無已知遺傳疾病或癌症家族病史。

五、個人史：

無抽菸、喝酒或嚼食檳榔。

三個月內無出國旅遊。

過敏史：對目前已知藥物或食物無過敏。

六、理學檢查：

身高：172.9cm

體重：59.9Kg

BMI：20.037 Kg/m²

血壓：128/66 cmHg

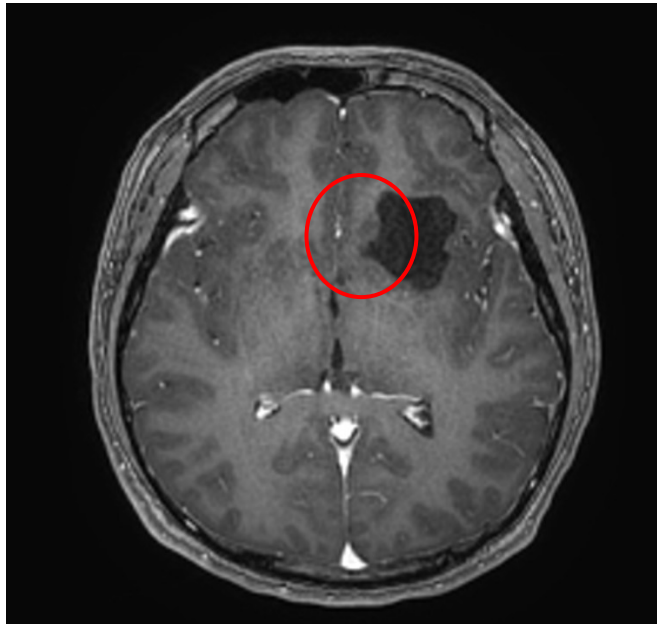
心跳：92 beats/min

生命徵象穩定、意識清楚；頭部左側顳部傷口未癒，頭骨尚未復位。

上、下肢皆無水腫。

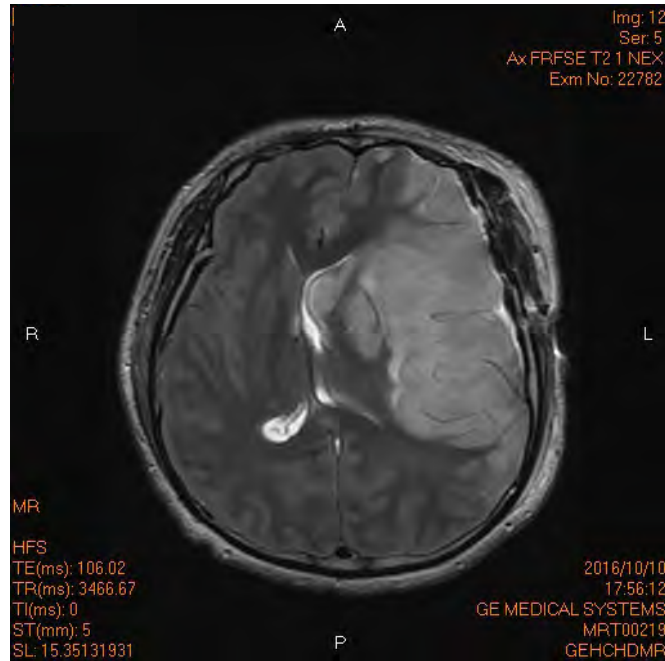
七、影像學檢查：

105/10/06 腦部核磁共振既血管造影(Brain MRA)



Brain tumor, 5cm located at left medial and Meckel's cave with compression of hippocampus.

105/10/10 腦部核磁共振 (Brain MRI)



Left Middle cerebral artery infarction (MCA) with midline shift

八、目前西藥使用狀況

藥品名稱	單位劑量	給藥劑量	服藥方式
Evac enema	118ml/bot	1 BOT	PO QD PRN
Midodrine HCl(Midorine)	2.5mg/tab	2 TAB	PO Q6H
Valproate sod sol(Depakine)	200 mg/ml	40ml	PO TID
Triamcinolone(Nincort) gel 0.1%	1 TUB	3.5 g	MT BID
Baclofen(Befon)	5 mg/tab	1 TAB	PO Q8H
Metoclopramide(Primperan)	5 mg/tab	1 TAB	PO TID AC
Magnesium oxide	250 mg/tab	1 TAB	PO QID
Mecobalamin(Methycobal)	500 mcg/cap	1 CAP	PO TID
Senna leaf(Senokot)	7.5 mg/tab	2 TAB	PO HS
Sod chloride inj 0.45%	500ml	5 CC	IH QID
Acetylcysteine(Actein) *granules	200mg/3g	1 WP	PO TID

九、中醫四診：

(一)望診：

體形：中等

神識：意識不清(GCS E3M4V2)，多昏睡，偶能回應指令。

頭面：左顳側術後傷口未完全癒合，顳骨尚未復位；使用鼻胃管。

舌診：舌質淡黯，舌苔少，水滑，舌體後縮。

(二)聞診：無法說話回應，口氣明顯，睡時鼾聲重。

(三)問診：

1. 全身：意識不清，多昏睡。
2. 情志：無法得知。
3. 睡眠：眠可，無難入眠或躁動。
4. 頭項：目前無法得知是否仍有癲癇發作。
5. 五官：左眼皮難睜，右眼皮無法完全閉合；嘴唇乾，皸裂。
6. 胸部：烘熱感，易汗出，夜晚尤甚。
7. 腹部：無異狀。
8. 腰背四肢：四肢無力，右側較左側無力，(Muscle Power: 左側 3,右側 1)，無水腫。
9. 飲食：食慾可，鼻胃管灌食後易腹脹。
10. 二便：無法自行解便，灌腸後才出，2日1行，質前硬後軟。小便量可，較混濁。

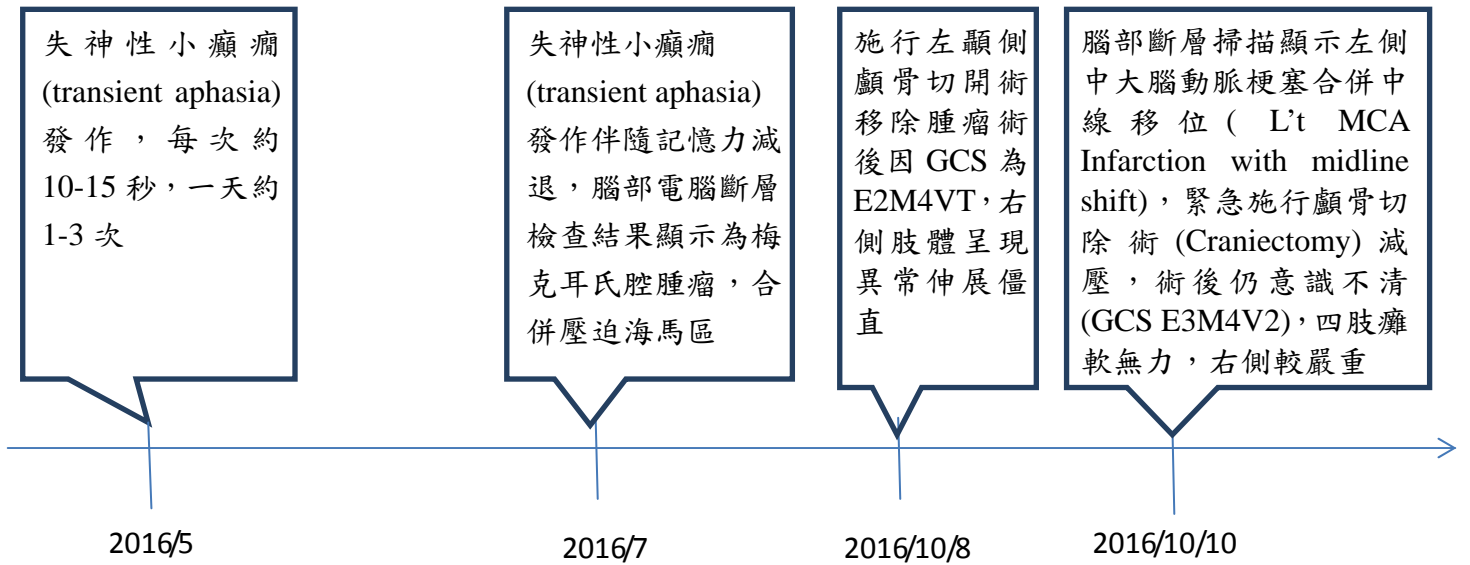
(四)切診：

浮數，沉按無力

十、整體回顧

34歲男性，過去無全身性慢性疾病。自105年5月發現失神性小癲癇(transient aphasia)發作，每次約10-15秒，一天約1-3次；6月時症狀自行緩解，但7月復發，伴隨記憶力減退，無噁心嘔吐、頭痛、意識狀態改變、複視、全身性癲癇或其他神經學症狀；曾至診所就醫服藥後無效，外院腦部電腦斷層檢查結果顯示為梅克耳氏腔腫瘤，合併壓迫海馬區(Brain tumor, 5cm located at left medial and Meckel's cave with compression of hippocampus)。患者入院後於105年10月8日施行左顳側顳骨切開術移除腫瘤(L't pretemporal craniotomy for removal tumor)；術後因GCS昏迷指數為E2M4VT，右側肢體呈現異常伸展僵直(Decerebrate Extension)，疑似腦血管痙攣(Vasospasm)，10月10日腦部斷層掃描檢查顯示左側中大腦動脈梗塞合併中線移位(L't MCA Infarction with midline shift)，緊急施行顳骨切除術(Craniectomy)減壓，術後仍意識不清(GCS E3M4V2)，四肢癱軟無力，右側較嚴重(Muscle Power: L't3, R't1)

十一、時序圖



十二、病因病機四要素分析：

(一)病因：手術後，耗氣傷血，又中焦虛弱，

(二)病位：

中醫：主病位在脾，與腦、心有關。

現代解剖：大腦

(三)病性：

主證：意識不清，四肢無力，舌質淡黯，食後易腹脹，大便前硬後軟，舌苔少，水滑，舌體後縮，沉按無力。

次證：烘熱感，盜汗出，唇乾。

(四)病勢：

患者經歷兩次手術，佐以脈診沉按無力，整體傾向於虛證；食後易腹脹、大便前硬後軟為脾氣虛弱，舌水滑多津，可能顯示有濕，無法運化；眼皮無法緊閉及睜開，上胞屬脾，原因可能為氣血虛弱無法濡養；胸腹烘熱感、盜汗出及唇乾少苔顯示出陰虛；而意識昏蒙不清，可能與氣虛而滯，無法上濡頭面部有關。

十三、診斷：

西醫診斷：1.左側中大腦動脈梗塞(Left Middle cerebral artery infarction)

2.梅克耳式腔腫瘤(Brain tumor located Meckel's cave)

中醫診斷：

中醫病名：風痺、四肢不收（無對應病名，以症狀表現為主）

中醫證型：脾胃氣虛，至而氣滯不暢。

十四、治則及方針：

治則：補脾益氣，理氣行滯

取穴：

合谷 LI4(B)、後谿 SI3(B)、外關 SJ5(B)、手三里 LI10(B)、血海 SP10(B)、三陰交 SP6(B)、足三里 ST36(B)、豐隆 ST40(B)、陽陵泉 GB34(B)、太衝 LR3(B)；使用 1.5 吋針，針具為慶名 30 號無菌針灸針，留針 15 分，平補平瀉，不通電。

【討論】

大腦動脈痙攣(Cerebral Vasospasm)，是動脈瘤破裂蜘蛛膜下腔出血(aneurysmal subarachnoid hemorrhage, aSAH)的首要併發症，但自 1960 年 Krayenbuhl 首先提出兩例病案(Pituitary adenoma and vestibular schwannoma)，經過腦瘤切除手術後，出現嚴重神經症狀伴隨血管攝影檢查結果顯示動脈痙攣證據，才開始被廣泛關注¹。

一般而言，此併發症發生於腦瘤手術切除的機率並不高，在一研究統計指出，470 例中僅有 9 例，發生率為 1.9%，術後 7-8 天為發生高峰，但一個月內都有可能發生，臨床表現可能無症狀或是出現意識狀態改變(mental status change)、神經學缺損(Neurologic deficit)，多數難以即時診斷，西醫治療方式為 Hyperdynamic therapy、catheter angiography 或是 angioplasty。預後與是否及時診斷及治療介入高度相關；若診斷延誤，大腦已發生缺血性損傷(infarction)，死亡率為 30%，超過一半的病人無法完全恢復，終生後遺症如肢體無力、偏癱等，對生活品質有極大的負面影響。其產生機轉目前尚未明確證實，但針對統計結果推測，發生原因可能與腫瘤發生位置、手術施行方式、手術過程中出血多寡、下視丘功能異常、腦膜炎等有關；高危險群(Risk factors)為腫瘤大小(>4cm)、年輕者(平均 41 歲)，可能與血管彈性度較佳有關、潛在性心血管疾病等。一篇臨床試驗指出，若能從術後即開始施予針刺治療，一天 1 次，一週 6 天，針刺足三里、內關等穴，能有效降低發生率²。

由於病因是手術後併發，在中醫理論中，無法以病因辨證，但由臨床

症狀表現為肢體無力、癱軟，病名可以對應為偏枯(Hemiplegia)、風痲、四肢不收(Quadriplegia)、半肢風(Paraplegia)、痿證等。此患者為術後一個月會診，雖已錯過最佳介入時機，但針對中焦氣虛夾痰濕證伴有意識不清，可以補脾益氣、化痰除濕穴道為主，佐以活血通絡、開竅醒腦；此外探究其現代醫學病理機轉與自律神經控制血管收縮以及血管活性物質有關，針刺治則可以拮抗交感神經興奮以及刺激分泌 NO 著手。

【參考文獻】

1. Alotaibi, N. M. , Lanzino, G. Cerebral vasospasm following tumor resection. J Neurointerv Surg. 2013; 5(5): 413-418
2. Chang-Nam Ko, In-Whan Lee, Seung-Yeon Cho, Hyung-Sup Bae, Acupuncture for Cerebral Vasospasm After Subarachnoid Hemorrhage :A Retrospective Case-Control Study J. alternative and complementary medicine. 2013;19(5) P.471-473

肺癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

三軍總醫院中醫部王琦嫻主治醫師/陳瑞倫住院醫師

【姓名】陳 OO

【性別】男

【生日】民國 32 年 00 月 00 日

【身高/體重】161 公分/57 公斤

【住院日期】民國 105 年 09 月 19 日

【會診日期】民國 105 年 09 月 21 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】肺癌標靶藥物治療後噁心嘔吐已 6 日

【現病史】

這是一位 73 歲已婚男性，105/5/26 因左側無力而神經內科收住院進行診療，診斷為右大腦梗塞，當時胸部 X-RAY 發現左下肺葉有 3cm 結節，進行切片檢查後，確定為肺癌合併骨頭以及腎上腺轉移，T2aN3M1b stage IV，8/13 住院進行第一次 Alimta 治療，出院之後出現噁心嘔吐多次，於 8/20 住院進行噁心嘔吐治療。9/13 住院進行第二次 Alimta 治療，出院後出現噁心嘔吐以及腹脹，9/19 再次住院，希望中醫輔助調理。

【過去病史】

1. Hypertension

2. Hyperlipidemia

【住院/手術紀錄】無特別病史

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】

MEGEST ORAL SUSP 40mg/ml 120ml PO QD

MOPRIDE FC TAB 5mg (MOSAPRIDE) PO TIDPC

ROSIS TAB 40mg PO QDPRN

CARISOMA TAB 250mg PO HS

HYSARTAN FC TAB 50mg/12.5mg PO QD

LIPITOR FC TAB 20mg PO QD

PRADAXA CAP 150mg PO BID

【住院目前西醫使用治療藥物】

PRIMPERAN 10ml Q12H

CARISOMA TAB 250mg 1HS PO
HYSARTAN FC TAB 50mg/12.5mg 1QD PO
LIPITOR FC TAB 20mg 1QD PO
MEGEST ORAL SUSP 40mg/ml 120ml 5QD PO
PRADAXA CAP 150mg 1QOD PO
DEPYRETIN TAB 500mg 1Q4HPRN PO

【家族史】無相關病史

【個人史】採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無相關病史

【旅行史（最近三個月）】無相關病史

【四診】

1. 發燒，全身痠痛，無打噴嚏，無鼻塞
2. 眠可，納差，便可
3. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》細

【實驗室檢查】

民國 105 年 9 月 19 日 WBC9450 (Neutrophil80.6%)、Hb10.4、BUN35
民國 105 年 9 月 21 日 WBC3480、Hb8.5、BUN31、CRP2.11、K2.9

【影像學檢查】

民國 105 年 8 月 05 日胸部 X 光 (P-A View)

1. There is one 4.0cm lobulated mass in the LLL with pleural tag and focal passive atelectasis of the LLL. In addition, intrabronchial invasion is also seen.
2. Enlarged nodes (short axis > 1cm) in the bilateral hilar regions and bilateral upper & lower paratracheal regions of mediastinum as well as left supraclavicular region are identified.
3. There is one 1.5cm soft tissue nodule in the right adrenal gland. Nature to be determined and cannot rule out metastasis.
4. The both lobes liver has several poor-enhanced nodules and masses (maximal size 3.7cm in the right lobe), consistent with metastases.
5. Diffuse mixed osteoblastic & osteolytic lesions in the whole thorax, sternum, and cervicothoracolumbar vertebrae are identified. It is consistent with bone metastases.
6. Fibrotic scars in the RUL is identified.

民國 105 年 9 月 19 日胸部 X 光 (P-A View)

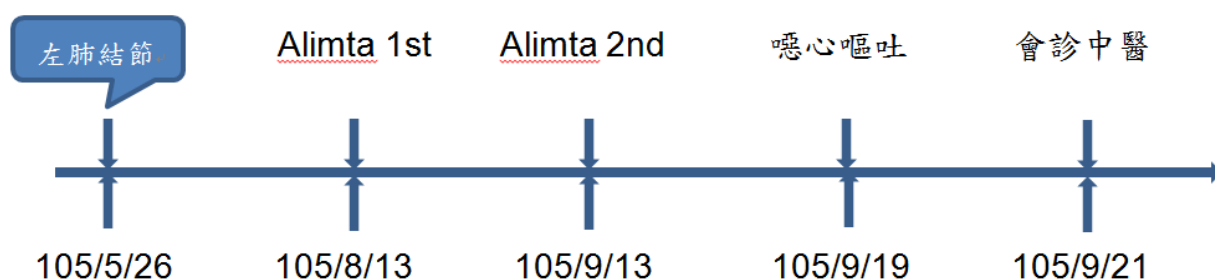
1. There is hazy increased density in the LLL zone.
2. Tortuosity and atherosclerosis of the aorta.
3. Degenerative disk disease of the T-L spine with marginal spur formation.
4. S/P port-A implantation with tip in the SVC.

【其他治療方式/醫囑】少食冰冷

【整體回顧】

這是一位 73 歲已婚男性，105/5/26 因左側無力而神經內科收住院進行診療，診斷為右大腦梗塞，當時胸部 X-RAY 發現左下肺葉有 3cm 結節，進行切片檢查後確定為肺癌合併骨頭以及腎上腺轉移，T2aN3M1b stage IV，8/13 住院進行第一次 Alimta 治療，出院之後出現噁心嘔吐多次，於 8/20 住院進行噁心嘔吐治療。9/13 住院進行第二次 Alimta 治療，出院後出現噁心嘔吐以及腹脹，9/19 再次住院，希望中醫輔助調理。病人發燒，全身痠痛，無打噴嚏，無鼻塞，眠可，納差，便可，舌紅少苔，脈細。

【時序圖】



【辨證】

病因：標靶藥物 Alimta

病位：胃

病性：Alimta 損傷胃氣，導致胃失和降，胃氣上逆，而出現噁心嘔吐

病勢：急

【診斷】

西醫病名：噁心嘔吐

中醫證型/疾病名：胃氣上逆

【論治】

理：胃失和降，胃氣上逆

法：和胃降氣

方藥：藿香正氣散 7.5 克 黃芩 1.5 克 TID×2

會診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 09 月 23 日

【主訴】噁心嘔吐腹脹緩解，納可

【四診】

1. 發燒無，全身痠痛減
2. 眠可，便可
3. 《舌診》舌質紅，少苔。《脈診》細

【西醫使用治療藥物之調整】

DIMOTIL REPE TAB 5mg/212.5mg 1TIDPC PO

【論治（治法分析）】

理：胃氣上逆

法：和胃降氣

方藥：

藿香正氣散 7.5 克 TID×3

【討論】

Q：請問第一次處方的用藥考量？

A：針對噁心嘔吐部分，以陳皮、半夏和胃降氣，茯苓、白朮健脾胃，厚朴、大腹皮行氣除脹；關於發燒、全身酸痛部分，以藿香、紫蘇以及白芷祛風散寒，酌加黃芩以防高燒。

Q：請問第二次處方時，為什麼要去黃芩這一味藥呢？

A：因為病人已無發燒，故去黃芩。

【參考文獻資料】

1. 夏青、陳軍：小細胞肺癌化療後噁心嘔吐的中醫藥治療進展。求醫問藥 2013; 2: 489-489.
2. 朱強、臧琦、孟祥靖、孫東峰：多藥聯合預防肺癌術後輔助化療中胃腸道反應的效果觀察。中國綜合臨床 2010; 9: 985-988.
3. 宮素紅：全息按摩療法治療肺癌化療性噁心嘔吐的療效觀察。中國實用醫藥 2014; 26: 36-38.
4. 宋萌萌：人參皂甙 Rg3 聯合培美曲塞治療 11 例老年複治中晚期非小細胞肺癌臨床觀察。社區醫學雜誌 2010; 17: 85-86.

肺癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

三軍總醫院中醫部林健蓉主治醫師

【姓名】陳 OO

【性別】女

【生日】40 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】158 公分/49 公斤

【初診日期】105 年 7 月 20 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】希望使用中醫療法減輕副作用

【現病史】

此位 64 歲女性患者，於 105 年 1 月，因咳嗽 3 個月，且近 3 個月體重下降 4-5 公斤，胸部 X 光檢查發現 LUL 有腫塊，電腦斷層發現肺部有 3cm 腫塊，住院穿刺診斷為肺癌，Moderately differentiated adenocarcinoma of lung，LUL，2009 AJCC cT2aN3M0，stage IIIB，因細胞學檢查 L858R mutation，1 月 15 日開始口服 Giotrif，2 月 20 日至 3 月 14 日接受放射治療。近電腦斷層追蹤發現 an increase in ill-defined spiculated mass about 3.7 cm in the posterior LUL，increase in enlarged lymph nodes in the bilateral hilum and mediastinum，腫瘤仍進展，安排住院化療 Alimta + Cisplatin (A : 500mg/m² ; Cis : 75mg/m²)，化療期間，希望使用中醫療法減輕副作用。此外，105 年 1 月住院檢查時，同時發現腦膜瘤 3cm，追蹤觀察中。

【過去病史】

1. 95 年高血壓
2. 95 年高血脂
3. 100 年糖尿病
4. 胃食道逆流
5. 105 年腦膜瘤

【住院/手術紀錄】

1. 多年前闌尾炎開刀

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】CRESTOR、GLUCOPHAGE、MICARDIS

【家族史】無特殊

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，無特殊飲食嗜好

【過敏史】Aspirin 及磺胺類藥物

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】已停經，G3P2SA1

【四診】

脈細關沉；舌質淡紅，苔薄白；口服化療藥過程中，倦怠乏力，反覆
臉部痘瘡，斷續口瘡，膚乾，偶腹瀉

【實驗室檢查】

105/07/18 WBC 4810 (NEUT 73.6% LYMP 15.0% MONO 8.5%
EOSIN 2.7% BASO 0.2% IG 0.2%) RBC 4100000
HGB 11.9 HCT 35.5 MCV 86.6 MCH 29.0 MCHC
33.5 PLT 185000

BUN 13 CREA 0.7 AST 19 ALT 12 Na 134 K 3.8

105/06/28 CEA 1.48

105/06/07 HbA1c 6.3

【影像學檢查】

1050627 CHEST WITHOUT/WITH CONTRAST-C.T.

1. Compared with the prior CT study obtained on 2016-03-24, this follow-up CT study shows an increase in ill-defined spiculated mass about 3.7 cm in the posterior LUL (coronal/Image: 27), suggestive of bronchogenic carcinoma with progression.
2. An increase in enlarged lymph nodes in the bilateral hilum and mediastinum. (maximal size: about 2.8 cm) (Se: 5/Im: 50)
3. The vascular markings and great vessels in the lung, hila and mediastinum are normal in distribution and appearance. The pleural spaces show no evidence of fluid collection or abnormal lesion. The diaphragmatic domes, subdiaphragmatic spaces and visible portion of liver are normal in appearance.



1050714 BRAIN MRI with contrast

1. The current study is compared to the prior brain MR study obtained on Mar. 29th , showing no apparent interval change regarding the size of the previously noted bilateral parafalcine tumor (2.0 cm in maximal diameter) with less central necrosis.
2. There is a small rim-enhancing lesion, 0.7cm, involving the marrow space of right parietal bone. It raises the concern of skull metastasis.
3. The cerebrum, cerebellum and brain stem are unremarkable.
4. The cerebral ventricles are normal in size and configuration.

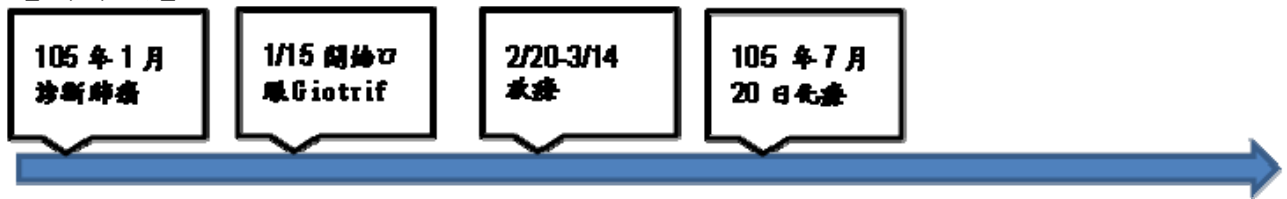
1050719 CHEST Xray, P-A VIEW



【整體回顧】

這是一位 64 歲女性患者，於 105 年 1 月診斷肺癌，因細胞學檢查為 L858R mutation，1 月 15 日開始口服 Giotrif 及接受放射治療，6 月追蹤發現腫瘤進展，將住院化療。希望使用中醫療法減輕副作用。患者因之前接受口服化療藥過程中倦怠，反覆臉部痘瘡，斷續口瘡，膚乾，偶腹瀉。體質因化療藥物及放療呈現陰虛火熱，胃陰虛，脾氣虛

【時序圖】



【診斷】

西醫病名：

1. Moderately differentiated adenocarcinoma of lung, LUL, 2009 AJCC cT2aN3M0, stage IIIB, with L858R mutation status post definitive RT plus oral Giotrif, with disease progression, under chemotherapy with Alimta + Cisplatin (1050720)
2. Posterior cerebral falx tumor, favor meningioma, 20 x 16 mm, s/p SRT procedure with partial response & S.D.
3. Type 2 diabetes mellitus
4. Hypertension
5. Gastro-esophageal reflux disease with Helicobacter pylori infection
6. Mixed dyslipidemia

中醫證型/疾病名：

證型：陰虛火熱，胃陰虛，脾氣虛

疾病名：肺癌

【辨證（病機分析）】

1. 病因：肺癌。口服化療，放療，即將化療
2. 病位：肺，胃，脾。患者之積於肺部、縱膈腔
3. 病性：陰虛火熱，胃陰虛，脾氣虛
4. 病勢：緩

【論治（治法分析）】

理：患者因之前接受口服化療藥過程中會倦怠，反覆臉部痘瘡，斷續口瘡，膚乾，偶腹瀉。其體質呈現因化療藥物及放療呈現陰虛火熱、胃陰虛與脾氣虛

法：先處滋陰清熱，健脾胃藥物，待此次化療後，觀察患者呈現之副作用，再行調整藥物

方藥：

酸棗仁 2.0 克 玉竹 2.0 克

白朮 2.0 克 麥芽 2.0 克

厚朴 1.5 克 黃芩 2.0 克

北茵陳 1.5 克

服法：分成 2 包每日 BID（AC）×9 天

複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 7 月 29 日

【主訴】化療後倦怠，噯氣，胃脹，吐，瀉，眠稍差

【四診】脈弦關沉右關弱；舌質淡紅，苔薄白

【論治（治法分析）】

理：呈現化療後氣虛，胃氣虛胃氣不降與脾氣虛

法：益氣和胃健脾

方藥：

炮附子 1.5 克 酸棗仁 2.0 克

玉竹 2.0 克 白朮 2.0 克

麥芽 1.0 克 半夏 1.5 克

厚朴 1.0 克 黃芩 2.0 克

服法：分成 2 包每日 BID (AC) x11 天

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 10 日

【主訴】

1. 症狀改善
2. 本次住院化療，化療藥物：Alimta + Cisplatin (A : 500mg/m² ; Cis : 75mg/m²)

【四診】

脈弦關沉右關弱

舌質淡紅，苔薄白

稍流鼻涕；胃脹症平；噯氣症平；便平

【實驗室檢查】

105/08/01 CEA 1.19

105/08/10 CREA 0.6 ALT 17 Na 136 K 4.4 LIPE L1+

105/08/10 WBC 3660 (NEUT 65.5% LYMP 22.7% MONO 10.4
EOSIN 1.1% BASO 0.3% IG 0.3%) RBC 4070000

HGB 12.3 HCT 36.4 MCV 89.4 MCH 30.2 MCHC 33.8

PLT 237000

【論治（治法分析）】

理：因服藥後症狀改善，本次住院化療，在原本治療方向上酌予調整

法：加強降胃氣藥物

方藥：

炮附子 1.5 克 酸棗仁 2.0 克
玉竹 2.0 克 白朮 2.0 克
麥芽 0.5 克 半夏 2.0 克
厚朴 1.0 克 黃芩 2.0 克

服法：分成 2 包每日 BID (AC) ×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 31 日

【主訴】

1. 本次化療副作用症減多
2. 住院化療。Alimta+Cisplatin (A：500mg/m²；Cis：75mg/m²)

【四診】

脈沈；舌質淡紅，苔薄白；胃平，夜汗，半夜 1 點及 6 點盜汗

【實驗室檢查】

105/08/31 WBC 3180 (NEUT 61.9% LYMP 23.6% MONO 13.2%
EOSIN 1.3% BASO 0.0% IG 0.3%) RBC 3720000
HGB 11.4 HCT 33.7 MCV 90.6 MCH 30.6 MCHC 33.8
PLT 176000
CREA 0.8 AST 18 ALT 14

【論治 (治法分析)】

理：因服藥後症狀改善，但從夜汗得知，有陰虛之象

法：滋陰清熱

方藥：

炮附子 1.5 克 酸棗仁 2.5 克
玉竹 2.0 克 白朮 2.0 克
麥芽 0.5 克 半夏 2.0 克
厚朴 1.0 克 黃芩 2.0 克

服法：分成 2 包每日 BID (AC) ×21 天

【療程追蹤】民國 105 年 9 月 22 日

【主訴】

1. 本次住院化療
2. 化療藥物為：Alimta+Cisplatin (A：500mg/m²；Cis：75mg/m²)

【四診】

脈沈；舌質淡紅，苔薄白；一週前，腹瀉，仍夜汗

【實驗室檢查】

105/09/12 HDL 49 LDL 130 GLU 128 TG 158 CREA 0.7 ALT 14
105/09/21 WBC 3850 (NEUT 60.0% LYMP 24.9% MONO 13.5%
EOSIN 1.3% BASO 0.3% IG 0.3%) RBC 3680000
HGB 11.6 HCT 34.5 MCV 93.8 MCH 31.5 MCHC 33.6
PLT 183000
GLUER 98 BUN 18 CREA 0.7 AST 23 ALT 13 Na
133 K 4.2

【論治（治法分析）】

理：因服藥後症狀改善，因夜汗陰虛，酌加調整

法：滋陰清熱；酌加養陰藥物

方藥：

炮附子 1.5 克 酸棗仁 2.5 克

玉竹 2.0 克 白朮 2.0 克

麥芽 0.5 克 半夏 2.0 克

黃芩 2.0 克 天門冬 1.0 克

服法：分成 2 包每日 BID (AC) ×21 天

【討論】

Q：患者之前用標靶藥物，後來化療，體質會不會有不同表現呢？

A：不管口服或靜脈注射化療藥物，藥效反應都相當強，對體質影響很大。第一次處方患者仍不適，副作用呈現出來後，經過改藥，可以得到很好的療效，使患者第二次、第三次化療症狀減輕。由此病例可知，我們應加強學習對藥物及患者體質的了解，並且預測化療後之反應，而能提早預防，這樣患者就不用多受苦。

Q：患者僅服用科學中藥，即可對副作用有療效，但似乎對於其癌症部分，並無治療，請問老師，這原因在哪兒呢？

A：原因在於，我們要整體考量啊！患者接受中西醫治療，是以西醫之化療藥物為主，既然西醫已針對其癌症治療了，我們中醫站在輔助治療的角色，應使其體質維持、避免體質弱化，與減輕副作用，使患者可順利度過化療過程。雖然，患者僅服用科學中藥，療效還是有所局限，但還好以本位患者來說，科學中藥對於腸胃副作用效果即已不錯，所以可以予以科學中藥；不過，若化療多次後，體質弱化更多，身體陰陽虛的補強會漸顯不足。

【參考文獻資料】

1. 三軍總醫院癌症資源網
http://www.crm.org.tw/Common_ResList.aspx?ID=73
2. 楊清樂、劉懷民：中晚期肺癌治療策略探討及中醫藥優勢分析。世界中西醫結合雜誌 2016; 5: 725-728.
3. 盧鑫、彭雷、肖寶榮：調強放療聯合扶正中藥治療局部晚期非小細胞肺癌臨床觀察。泰山醫學院學報 2016; 1: 14-16.

肺癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科康玉典主治醫師/陳威傑住院醫師

【基本資料】

【姓名】程 OO

【性別】男

【身高/體重】174/70

【病歷號】23XXX1J

【出生日期】54/11/15

【年齡】50

【初診日期】105/8/23

【問診日期】105/8/23

【主訴】

乾咳已兩年

【現病史】

患者自 103 年起，出現乾咳症狀，前往胸腔科檢查，診斷為肺癌，於 103 年 2 月 24 日進行右葉廣泛性切除手術；術中發現腫瘤侵入到肋膜，故術後確定分期為第四期肺腺癌，並開始進行一系列的化學治療。然而在今年 4 月使用 Gemzar、Etoposide 和 Avastin 化療藥時出現嚴重副作用（如：膚疹）因而暫停化療。

105 年 4 月同時發現腫瘤仍在進展，在無法施打化療下，選擇自費施打免疫療法，施打四次效果不彰，腫瘤仍在持續進展，故這次會診中醫，想藉中醫控制疾病的發展程度。

目前病患主要不適症狀為乾咳無痰，喉嚨癢誘發，吸到冷空氣或是講話會加重，平躺不會，無鼻塞流鼻涕，無喉中痰梗感，情緒憂慮，易怒，夜尿（2-3）次。

【過去病史】

1. Renal and ureter stone, s/p ESWL and URSL
2. CKD stage III, chemotherapy related
3. 高血壓：(-)
4. 糖尿病：(-)
5. 精神病史：(-)

6. 手術史：Radical lobectomy, RLL and extended lymph node dissection
(group 9&10) on 2014/02/24

【個人史】

1. 飲食習慣（煙、酒、健康食品）：不抽菸喝酒吃檳榔，葷食，清淡飲食
2. 生活壓力狀況：壓力較大（憂慮病情）
3. 運動習慣：無
4. 月經婚育史：已婚
5. 居住環境：台中市南屯路
6. 工作情況：數學老師

【過敏史】

1. 藥物：Gemzar、Etoposide、Avastin
2. 食物（-）
3. 輸血（-）

【家族史】

無家族癌症史

【旅遊史】

近三個無旅遊

【中醫四診】

（一）望

意識：清楚

精神：可

體格：中等

面色：紅

舌診：舌質淡白，舌根剝苔

（二）聞

嗅氣味：無異狀

聽聲音：無異狀

（三）問

全身：無怕冷熱，不自汗、盜汗，不疲倦、不身重

情志：情緒憂慮，易怒

睡眠：入睡可，無淺眠易醒，無多夢

頭項：眩暈（耳石脫落），無頭痛

五官：

眼：不乾澀、不目癢

耳：無耳鳴

鼻：乾咳無痰，喉嚨癢誘發，吸到冷空氣或是講話會加重；無鼻塞流涕、無咽中痰梗感

口：無口乾口苦

胸部：無胸悶心悸

腹部：無腹脹噯氣

二便：大便：一天2次、成形有時偏軟；小便：不頻尿，尿量可，無味重，夜尿2-3次

腰背：無腰痠背痛

四肢：無抽筋無力、無麻木

(四)切

右寸弱舒軟，尺長；左沈舒軟，尺長

【理學診查】

生命跡象	血壓可、體溫可、脈搏可、呼吸可 (Vital sign : BP 131/96 , PR : 60 , RR : 18 , BT : 36.1)
皮膚黏膜	無異常
淋巴結	無淋巴腫大部位
頭面部	無異常
頸項	無頸部、無肩部僵硬
胸部	無異常
腹部	無異常
背部	無背部敲擊疼痛
二陰	無檢查
脊柱四肢	無異常
神經系統	無異常

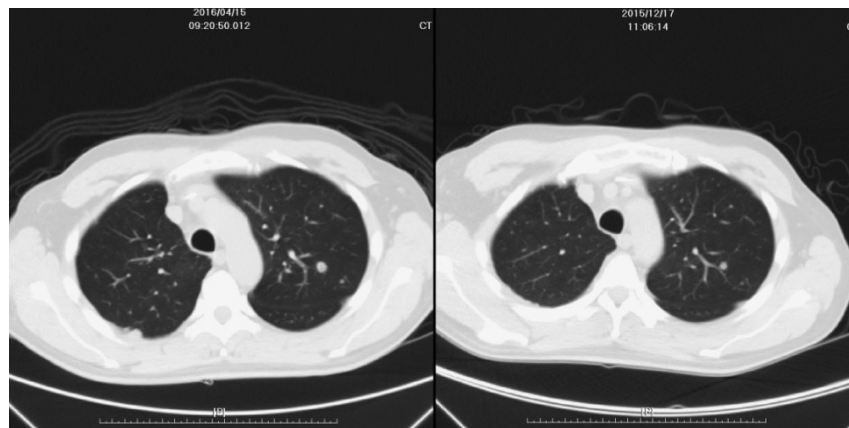
【身心社會狀態】

1. 外觀：乾淨
2. 心情：憂慮急躁
3. 人際關係：友善

【實驗室檢查】

日期	105/08/22
血液檢體	
WBC (M : 3900-10600/ μ L)	8460
HGB (M : 13.5-17.5 g/dL)	14.3
NEUT (40-74%)	74.3
LYM (19-48%)	18.2
PLT (150K-400K)	173K
BUN (5-25)	20
CREAT (0.7-1.4mg/dl)	1.53
GPT (M : 10-50U/l)	15

【影像暨特殊檢查】



1050418 report

1. Lung Ca., RLL, S/P lobectomy under treatment.
2. Low density and calcification of right thyroid gland, stable.
3. The diffuse lung to lung metastasis are enlarged in size and number.

1041217

1. No enlarged mediastinal or hilar nodes.
2. Localized pleural effusion, right. No pericardial effusion.
3. Localized pleural thickening and fibrosis in previous operation site.
4. Tiny bilateral renal stone.
5. A calcification over right lobe of liver.

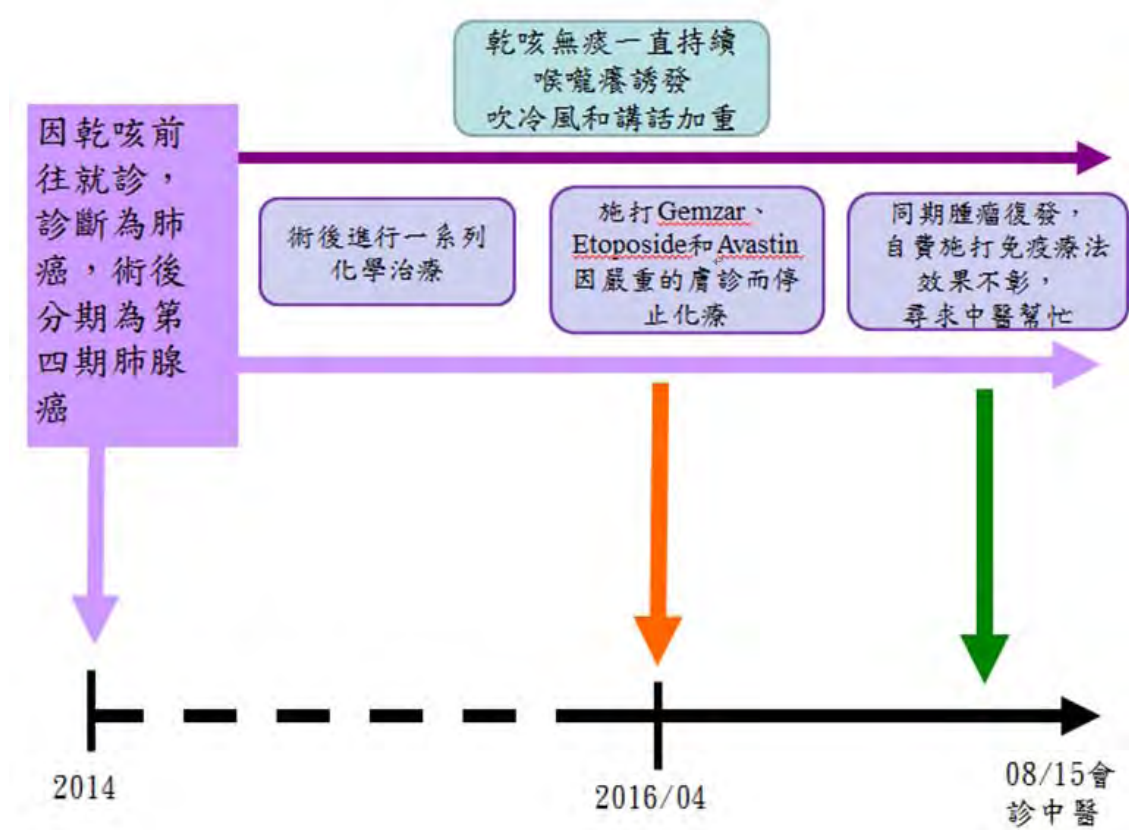
Impression: Lung Ca., RLL, S/P lobectomy under treatment, the condition is progressive as compared with previous CT.

【整體回顧】

此為 50 歲男性患者，過去病史為腎結石做過體外震波碎石術，在 103 年因乾咳症狀前往就診，診斷為肺癌，經術後確診分期為第四期肺腺癌，並開始進行一系列的化學治療，然而今年四月在施 Gemzar、Etoposide 和 Avastin 因嚴重的膚疹而停止化療，同期間亦發現腫瘤復發，故自費施打免疫療法，然而效果不彰而無繼續施打。

患者目前仍持續乾咳無痰，自訴因喉嚨癢誘發，吹到冷風和多講話時加重，情緒憂慮易怒，夜尿 2-3 次，舌診為舌質淡白，舌根剝苔，脈診為右寸弱舒軟；左沈舒軟，兩尺長。

【時序圖】



【辨證】（病機分析）

病因：因手術、化療和腫瘤傷及肺氣陰

病位：肺、肝

病性：

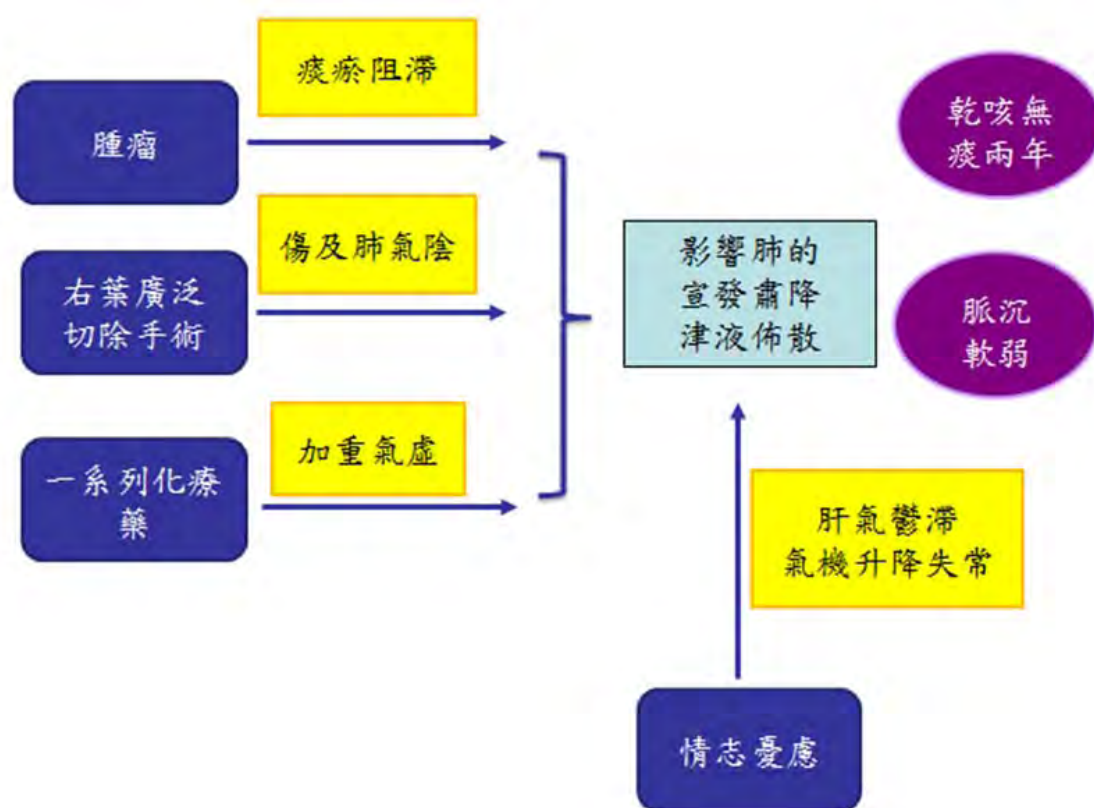
主證：乾咳無痰，因喉嚨癢誘發，吹到冷風和多講話時加重，舌診為舌質淡白，舌根剝苔，脈診為右寸弱舒軟；左沉舒軟，兩尺長。

次證：情緒憂慮易怒，夜尿 2-3 次。

病勢：

病患在 103 年因乾咳去西醫門診，發現肺癌，古代在《雜病源流犀燭·積聚癥瘕痞痞源流》中提到：「邪積胸中，阻塞氣道，氣不宣通，為痰為食為血，皆得與正相搏，邪既勝，正不得而制之，遂結成形而有塊。」故推測病理產物痰瘀，導致肺氣失宣，津液輸佈失常，故出現乾咳；進行右葉廣泛性切除手術，雖將大部分病理產物已清除，但仍無法完全除去；另外只剩下左肺葉維持肺的功能，故肺氣宣發肅降亦受影響；術後進行一系列的化療藥物，亦加重氣虛的表現；病患又因情志憂慮，導致肝氣鬱結，身體氣機升降失常，加重肺失宣降，故病人乾咳無法獲得緩解。脈診為右寸弱舒軟；左沉舒軟，兩尺長

【病因病機分析圖】



【診斷】（治法分析）

西醫病名：Lung cancer, adenocarcinoma, RLL, sT2aN2M1a, pT2aN2M1a, stage IV

中醫證型/疾病名：肺氣虛，痰瘀互結/肺積

理：「乾咳」為主要症狀，主要從四方面去影響肺氣的宣肅，津液的佈散，第一為痰瘀阻滯（腫瘤）影響，第二為右葉切除手術，第三化療藥影響，第四發病後情志因素，故需要補充身體氣血，處理

病理產物的堆積，輔以疏通全身氣機，來讓肺的宣肅恢復正常。
 法：補氣養血，化痰散瘀，輔以行氣疏肝
 方藥：

黨參	4錢	補脾益肺
黃耆	3錢	益氣固表
當歸	3錢	養血活血
白芍	3錢	養血柔肝
柴胡	1錢	養陰清熱
白朮	3錢	健脾燥濕
白花蛇舌草	3錢	清熱解毒
茯苓	3錢	淡滲利濕
巴戟天	4錢	溫補腎陽
枸杞子	4錢	平補肝陰
桔梗	3錢	宣肺化痰
川牛膝	4錢	引氣下行
白芥子	3錢	化痰散結
鱉甲	4錢	軟堅散結
澤蘭	3錢	利水活血

會診複診病歷記錄

	2016/8/31	2016/9/07	2016/9/14	2016/9/23
原有 症狀	乾咳稍減	乾咳稍減 噁心嘔吐仍	乾咳稍減 噁心嘔吐仍 不易入睡仍	乾咳稍減 噁心嘔吐仍不 易入睡仍
新症狀	疲倦，晨起疲 倦想睡 食慾差，想 吐。	不易入睡30- 40分	胃刺痛	平躺鼻涕倒流
脈象	緩軟，右稍 弦，右尺長	緩軟，右稍 弦	緩軟，右弦	左緩軟，右弦
方藥 備註	守方 8/29因腫瘤轉 移頭部，開始 放療	去巴戟天、 枸杞子，加 黃連、紫蘇 葉	去黃連、紫 蘇葉，加神 麴、杏仁、 瓜樓實	去神麴、黃 耆、黨參、白 朮、茯苓，加 麻黃、防風、 蒼耳子、牡丹

【討論】

肺癌，尤其是已經遠端轉移的肺癌，現代醫學的治療選擇目前仍是有限。此位患者期待能靠中醫提供一線希望，因此會診中醫。

中醫的治療是源於中醫理論的框架。中醫學認為「邪之所湊，其氣必虛」。《醫宗必讀》也提到「積之所成也，正氣不足而後邪氣踞之」人體正氣功能愈正常，疾病就不能為害，腫瘤就無法形成；反之，正氣不足時，人體多種生理功能遭到破壞而發生異常變化，致癌因素才能起作用而導致腫瘤的形成。病理演變的機轉，簡述來說，正氣「虛」之後，接著衍生出後續「亂、鬱、逆、瘀、阻、痺、結」等的病理變化。虛是生理功能不足，接著體內的正氣與邪氣相爭，導致氣機混亂，影響氣機的鬱滯不通，甚至氣陷、氣逆。氣無法推動血，慢慢形成血瘀進而瘀阻、濕阻、痰阻等的狀態。血瘀阻日久，漸漸也導致氣血不通，中醫稱為「痺」。氣血不通，細胞可能產生變性而成為腫瘤，就是結，積聚。根據中醫的理論框架，治療上，設法逆轉痺、結，化痰瘀濕阻，活血行氣，調理恢復正氣等，就是中醫治癌的基本原則。

這位 50 歲的患者是肺腺癌第四期，以乾咳的不適症狀為主。中醫理論

上肺主一身之氣，生理功能以宣發肅降，司呼吸為主。中醫依據患者表現出來的症狀，進行辨證分類。過程如下：咳嗽無痰的表現，可能是肺失宣降。舌質淡白，偏向氣虛。舌根剝苔，與腎有關。情緒憂慮，易怒偏向肝氣鬱不暢。偶眩暈可能與肝氣有關。大便日二行稍軟，可能稍有濕。夜尿2-3次，可能與腎有關。脈診為右寸弱舒軟；左沈舒軟，兩尺長，推測為肺氣虛，腎氣虛為主，脈軟（滑）可能有痰濕。整體歸納起來，以氣虛為主，肺氣、腎氣不足。兼有肝氣鬱、痰濕阻。

辨證歸納之後，就是設法治療。肺氣虛用黨參、黃耆補氣。腎氣虛，投以巴戟天、枸杞子平補腎氣。肝氣鬱使用柴胡、白芍、當歸，疏肝養肝解鬱。痰濕阻，以白朮、茯苓、白芥子、澤蘭等利濕化痰。鱉甲、白花蛇舌草，軟堅散結、抗腫瘤。加上桔梗、川牛膝調氣機升降。

治療一周後，乾咳的症狀的確有減輕。後續追蹤治療，再依症狀調整用藥。所以，中醫治療的過程，是量身訂做的處方，隨症加減用藥。中醫對於肺癌的治療，是可以有輔助的功用，緩解病情，減少放化療等的副作用。提升生理功能，能耐受化療等治療的不適。至於逆轉腫瘤，達到治癒，目前尚無法有把握做到。但理論上，如果真能做到化瘰、散結，化痰瘀濕阻，活血行氣，恢復正氣等，腫瘤是有可能可以治癒或是雖帶著腫瘤，但仍能健康存活。我們會朝著這個目標努力。

針刺治療乳癌化療後副作用

教學病例（台北榮總傳統醫學科）

【個人基本資料】

【姓名】黎 OO

【性別】女性

【年齡】41 歲

【病例號碼】4300000

【生日】1975/00/00

【中醫初診日期】2016/07/28

【主訴】化療術後出現噁心嘔吐數日

【現病史】

病患為 41 歲女性，於 2016 年四月在三軍總醫院診斷為左側乳癌(at left 9/1, cT1N0M0, stage 1)。而後於本院就診尋求第二意見後，於同年五月在本院接受手術 partial mastectomy + sentinel LN biopsy，術後診斷為 left breast invasive ductal carcinoma, pT1bN0M0, grade II, Ki-67(MIB-1): 40%, AR: 40%, ER:90%, PR:8%, HER-2/Neu: Equivocal(2+), FISH:(+), 並於陸續接受三次 FEC 化療。化療後出現噁心嘔吐，病人亦提及有肩頸不適，心悸的情形。

【過去病史】

1. 左側侵襲性乳管癌 (Left breast invasive ductal carcinoma), pT1bN0M0, 接受部分乳房切除術及前哨淋巴結清除手術和三次 FEC 化療術後
2. 慢性 B 型肝炎

【家族史】

無疾病家族史

【個人史】無吸菸、無酒精或物質濫用、無嚼食檳榔；無藥物過敏

【理學檢查】

身高：165cm 體重：52kg BMI：19.1

心跳：61bpm 血壓：101/63 mmHg

生命徵象穩定、意識清楚；

結膜(Conjunctiva)無泛白，鞏膜(sclera)無發黃

耳朵及鼻子無閉鎖或畸形；扁桃腺無腫大；頸部柔軟無淋巴結；皮膚無缺損、紅疹或斑塊

腹部平坦、柔軟無壓痛；下肢無水腫

【目前西藥使用狀況】 Tenofovir disoproxil

【中醫四診】

(一)望診：

體形：中等

神識：意識清楚。

頭面：外觀正常。

舌診：舌淡紅，苔薄白少苔

(二)聞診：聲音無異常，氣味無異常

(三)問診：

1. 全身：無特殊異常
2. 情志：情緒抑鬱
3. 睡眠：睡眠不佳
4. 頭項：無特殊異常
5. 五官：無特殊異常
6. 胸部：心悸
7. 腹部：化療後出現噁心嘔吐
8. 腰背四肢：肩頸痠痛
9. 飲食：食慾差
10. 二便：二便正常

(四)切診：

觸診：無特殊異常

脈診：脈沉細滑尺弱

【病因病機四要素分析】

(一)病因：內因—情緒抑鬱；不內外因—化學治療副作用

肝鬱氣滯，胃失和降造成噁心嘔吐

氣血虧虛，心血不足造成心悸

(二)病位：

中醫：脾胃、心

現代解剖：消化系統、心血管系統

(三)病性：

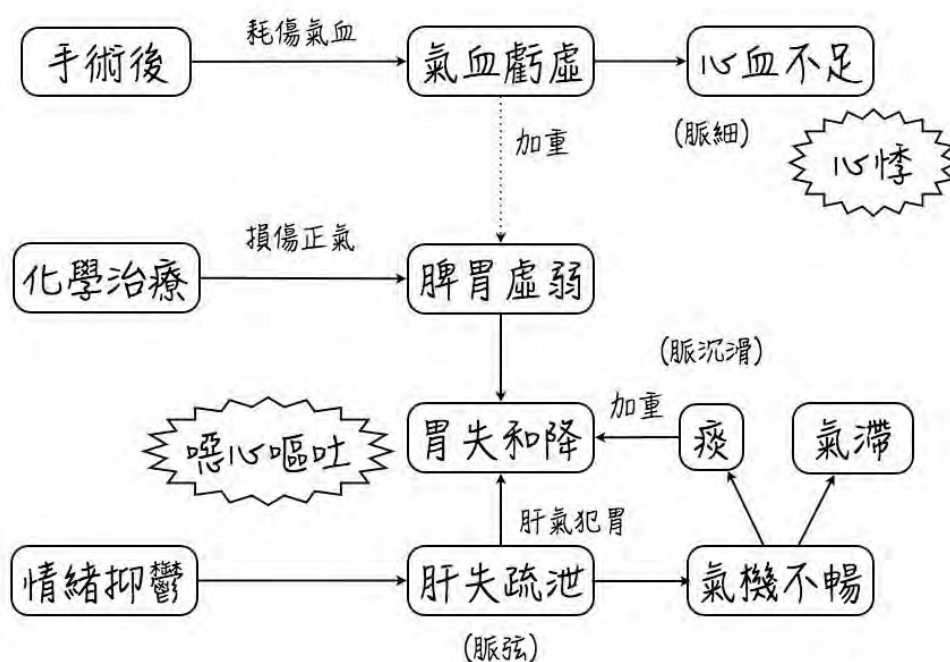
主證：噁心嘔吐

病勢：

病人手術後耗傷氣血，造成氣血虧虛的情形，而因心血不足出

先心悸。另一方面，化學損傷正氣造成脾胃虛弱，加上情志失調，情緒抑鬱而肝失條達，肝失疏泄，肝氣犯胃，影響到胃的正常機能。氣機不暢，氣無法推動津液，出現不正常水液停滯，而有痰，痰又會阻滯脾胃氣升降。胃以降為順，胃失和降則出現噁心嘔吐的症狀。氣血虛虧，胃氣虛弱也會加重病人腸胃道症狀。病人肩頸痠痛應和乳癌接受手術，局部循環受到影響相關，且病人氣血虧虛，局部循環亦較差，這可能是造成肩頸酸痛不舒的原因。

【病因病機圖】



一、診斷：

西醫診斷：嘔吐、心悸

中醫診斷：

中醫病名：嘔吐、怔忡

中醫證型：胃失和降（嘔吐）；心血不足（怔忡）

二、治則及方針：

治則：理氣和胃，補血益氣

取穴：太衝(B)，內關(B)，足三里(B)，三陰交(B)，心俞(B)，巨闕
平補平瀉，不做手法，不通電，每次留針 20 分鐘

【討論】

處方討論

內關、足三里、三陰交、太衝處理噁心嘔吐的問題。十總穴中，內關

心胸胃，肚腹三里留。內關和足三里為治療嘔吐的主要穴位。又因為三陰交統治肝、脾、腎三陰經之病，取三陰交同時處理肝和脾的問題。搭配肝經的俞穴、原穴太衝疏肝理氣，調暢氣機。心俞是心的背俞穴，搭配心經募穴巨闕補益心血。

化學治療在癌症的治療中扮演重要的角色，然而病人在接受化學治療後常會出現一些毒副作用，如骨髓抑制、神經毒性及嘔心嘔吐等腸胃道症狀。化療引起的噁心嘔吐 (chemotherapy induced nausea and vomiting 簡稱 CINV) 主要分為三個類型，分別是 1. 急性型，在化療後 24 小時內發生；2. 延遲型，在化療後 2-5 天後發生；3. 預期型，因前次化療不舒服引發預期噁心嘔吐症狀。

嘔吐中樞位於延腦，接收嘔吐神經傳導。和嘔吐相關的神經傳導物質有血清素 (serotonin)、多巴胺 (dopamine)、組織胺 (histamine)、乙醯膽鹼 (acetylcholine) 和物質 P (substance P)。在接近第四腦室底附近，有一化學受體刺激區 (chemoreceptor trigger zone 簡稱 CTZ)，可接收嘔吐訊息的傳入。腸道內皮細胞因化療而受損時，會分泌神經傳導物質 serotonin (5-HT)，藉由迷走神經上的 5-HT 受體，刺激腦部中的化學受體刺激區 CTZ 產生嘔吐作用。迷走神經是啟動嘔吐重要的神經傳導，其末端是孤立束核 (Nucleus Tractus Solitarius)，它會分泌 substance P 來活化 Neurokinin-1 (NK-1) 受體，刺激 CTZ 產生嘔吐作用。西藥止吐藥物即針對上述和嘔吐相關神經傳導物質和其受器做拮抗，抑制嘔吐中樞達成止吐效果。早期止吐藥物有較多的副作用如椎體外路徑症候群、嗜睡、肢體無力等，新一代止吐藥物因其專一性較高，造成的副作用也較少。

除了西醫止吐藥物的使用外，其實中醫中的針灸對於化學治療後的噁心嘔吐有著不錯的療效。1998 年美國國立衛生研究院 (National Institutes of Health) 提出針灸對於成人外科手術術後及化學治療後噁心嘔吐有療效的論述。針灸治療和西藥止吐藥物相比，副作用較少，且成本較低，提供病人化學治療後噁心嘔吐治療的另一種選擇。

【參考文獻】

1. 何景良，“談化學治療止吐藥物的沿革”，癌症新探 38 期，安寧緩和醫療暨乳癌衛教專輯
2. Carcia M.K., McQuade J., Haddad R. et al., “Systemic Review of Acupuncture in Cancer Care: A synthesis of the Evidence”, *Journal of Clinical Oncology*, vol.31, 952-60.

乳癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

三軍總醫院中醫部林健蓉主治醫師

【姓名】劉 OO

【性別】女

【生日】61 年 00 月 00 日

【身高/體重】163 公分/50.5 公斤

【初診日期】105 年 9 月 22 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】納差甚

【現病史】

此位43歲女性患者，於97年3月診斷為infiltrating ductal carcinoma of right breast, pT1N2M0, stage IIIA, 接受right modified radical mastectomy with implantation及adjuvant concurrent chemo-radiation therapy, 後持續於本院追蹤。

於101年2月乳房超音波發現一個9.7 x 5.4 mm oval mass於左乳房，穿刺後發現為mixed ductal carcinoma and lobular carcinoma of breast, 於101年2月接受left modified radical mastectomy (nipple preserving) with implant reconstruction, 後續以抗荷爾蒙療法，服用Nolvadex 10 mg bid。101年10月檢查中發現雙側肺部多個小於5 mm之結節，懷疑肺部轉移，因此於101年11月開始接受Navelbine及Herceptin治療，並加入tykerb藥物。102年1月治療追蹤檢查發現最大的結節有增大，其餘結節大小無變化，基於疾病仍持續進展，開始接受Paclitaxel/Trastuzumab治療，化療後疲倦症狀明顯。102年11月改用HDFL/CDDP治療，102年12月加入Kadcyla, 期間產生血小板低下之副作用。治療追蹤雙側肺部轉移之病情仍持續進展，患者接受每三周化療Kadcyla (共21療程，1021227~1040306)，104年5月檢查發現病情持續進展，104年4月改為每三週施打CLF。104年9月因為陰道出血，至婦產科檢查，發現陰道根部腫瘤，穿刺病理報告發現為乳癌轉移。104年11月正子檢查發現乳癌多處轉移至雙側肺部、縱膈腔、胸骨及陰道，後持續接受化療Pejeta + Herceptin (1041214、1050104、1050125) 及Avastin (1050216~0620)。

因為喘及胸悶，檢查發現右側肋膜大量積水，於105年8月8日住院接受胸廓造口術引流及肋膜黏連術，9月3日出院。9月10日又因喘及胸悶至門診，檢查發現右側肋膜大量積水，住院接受治療，入院放置胸管引流右側

肋膜積水，發現雙手腫脹，正子檢查發現多處轉移病情進展，包括雙側肺部、縱膈腔、頭骨、胸骨、脊椎、薦椎、骨盆及新發現之肝臟轉移，給予氧氣及疼痛控制，9月14日因為陰部有褐色糞便出，懷疑有recto-vaginal fistula會診婦產科及大腸直腸外科。患者因乏力，納差甚，希望服用中藥能幫助改善胃口。

【過去病史】無

【住院/手術紀錄】

1. 97-03-04 Modified radical mastectomy, right and breast reconstruction with saline implant, right.
2. 97-03-18 Port—A implantation, left subclavian region.
3. 101-02-17 Modified radical mastectomy (nipple preserving), left with implant reconstruct
4. 101-07-06 Uterine myoma s/p laparoscopy- assisted vaginal hysterectomy + bilateral salpingo- oophorectomy + breast reconstruction with silicone gel implant (450c.c.), bil.

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無特殊

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】29歲生第一胎。初經15歲，無哺乳

【四診】

臥床，倦怠甚，喘，O2 Cannula/day 3L/Min SpO2 98-99%，語音微弱，納差甚，雙腳無力，四肢肌肉流失（這一年來體重由70降至50Kg），雙上肢腫，grade 2'-3', left>right。排便通常一二日無便，第三日腹瀉，眠差。

胸管引流 Drainage amount from pig- tail catheter：550c.c.

TPR：36.9℃/109次/18次 BP：165/117 mmHg

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈細數。HR：109

【實驗室檢查】

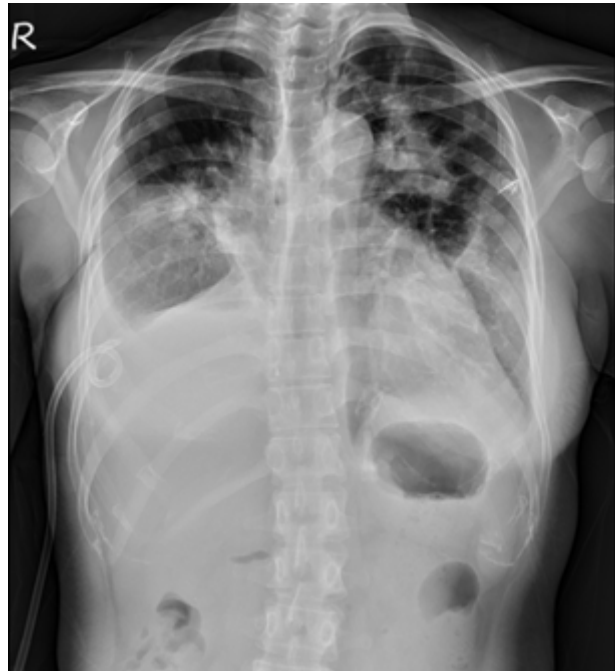
105/09/21 WBC 6090 (NEUT 90.8% LYMP 3.6% MONO 4.8%
EOSIN 0.5% BASO 0.3% IG 0.3%) RBC 3650000

HGB 11.8 HCT 36.7 MCV 100.5 MCH 32.3 MCHC
32.2 PLT 120000
AST 54 ALT 24 CEA 18.89

【影像學檢查】

1050914 CHEST, P- A VIEW

1. S/P port-A implantation with tip in the SVC.
2. Patchy consolidation in left upper lung and both lower lung is noted.
3. Some nodules in both lungs are suspected. Recommend correlate with CT.
4. Hydropneumothorax, right is noted S/p a pig- tail insertion.
5. fracture over the right 4th rib is noted.



1050912 WHOLE BODY PET SCAN

1. Compared with previous studies on 2015/11/9.
2. Progressive interval change over prior-noted multiple metastases to the bilateral lung (LUL: SUVmax.= 8.4), mediastinum (pericardial: SUVmax.= 9.9), skull, sternum, spines, sacrum (SUVmax.= 7.8), pelvis, and newly developed liver mets (S8: SUVmax.= 4.8)(S6: SUVmax.= 8.0).
3. Normal physiological ¹⁸F- FDG accumulation in cerebral cortex, adenoids of tonsil, vocal cord, minor salivary gland, heart, aorta, T- L spines, renal pelvis and ureter and bladder.

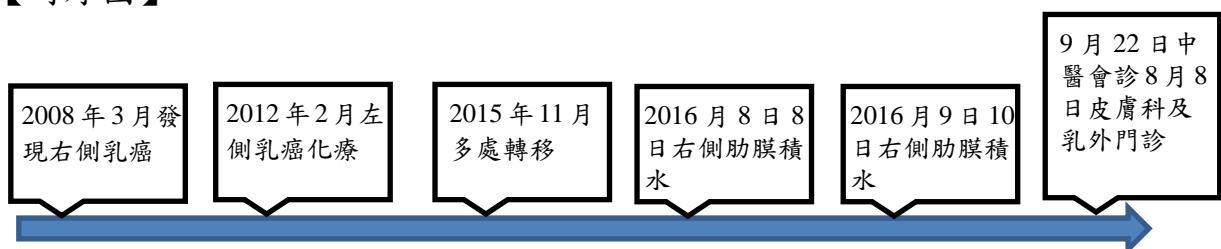


【整體回顧】

這是一位 43 歲女性患者，97 年 3 月診斷為 infiltrating ductal carcinoma of right breast, pT1N2M0, stage IIIA, 接受 right modified radical mastectomy with implantation 及 adjuvant concurrent chemo-radiation therapy。於 101 年 2 月發現左乳房腫塊，接受 left modified radical mastectomy (nipple preserving) with implant reconstruction, 之後持續接受抗荷爾蒙療法及化療，病情仍進展，104 年 11 月正子檢查 PET 發現乳癌多處轉移至雙側肺部，縱膈腔，胸骨及陰道，後續接受化療，105 年 8 月 8 日發現右側肋膜大量積水，住院接受胸廓造口術引流，9 月 10 日因為右側肋膜又積水，住院接受治療，放置胸管引流右側肋膜積水，期間發現雙手腫脹，正子檢查發現多處轉移病情進展，包括雙側肺部、縱膈腔、頭骨、胸骨、脊椎、薦椎、骨盆、及肝臟轉移，給予氧氣及疼痛控制，9 月 14 日因為陰部有褐色糞便出，懷疑有 recto-vaginal fistula 會診婦產科及大腸直腸外科。

患者倦怠甚，乏力，喘，胸管引流，語音微弱，納差甚，希望服用中藥能幫助胃口與精神。診視患者四肢肌肉流失，雙上肢腫，雙腳無力，排便通常一二日無便，第三日腹瀉，眠差。

【時序圖】



【診斷】

西醫病名：Infiltrating ductal carcinoma of right breast, cT1N2M0, stage IIIA, ER(-), PR(-), Her-2(2+)(IHC), FISH(+)

中醫證型 / 疾病名：乳岩。懸飲。溢飲。

【辨證（病機分析）】

1. 病因：乳岩，化療
2. 病位：心、胃、脾、肺
3. 病性：心氣虛，胃氣虛，脾氣虛，積飲於肺
4. 病勢：緩

【中醫治則】

患者因疾病與化療後心氣虛，喘及乏力，水飲至肺及上肢，造成懸飲與溢飲，脾胃氣虛故納差甚，排便水瀉，長期營氣不足，肌肉流失乏力。心氣不足相火亢進致眠差。處以強心陽補心氣，補脾胃氣，補精，利濕患者之積於雙側肺部、縱膈腔、頭骨、胸骨、脊椎、薦椎、骨盆、及肝臟。

【中醫處方】

炮附子 1.5 克	北沙參 2.0 克
牡丹皮 1.5 克	白朮 2.0 克
麥芽 2.0 克	茯苓 2.0 克
黃精 2.0 克	

服法：分成 2 包每日二次（飯後）×4 天

會診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 9 月 26 日

【主訴】

1. 喘減，納增，精神增，肩頸痠痛
2. 於 9/25 發燒 38 度，服用退燒藥後發燒已退

【四診】

上肢水腫改善 grade 1- 2。9/24 胸管引流 250 c.c。9/26 胸管引流 120 c.c

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈細數。HR：104

【實驗室檢查】

105/9/25 WBC 11300 (NEUT 95.4% LYMP 3.9% MONO 0.6%
EOSIN 0.0% BASO 0.1% IG 0.4%) RBC 3880000
HGB 12.6 HCT 38.7 MCV 99.7 MCH 32.5 MCHC 32.6
PLT 93000

【中醫治則處方】

服藥後改善，開立相同藥物

炮附子 1.5 克 北沙參 2.0 克

牡丹皮 1.5 克 白朮 2.0 克

麥芽 2.0 克 茯苓 2.0 克

黃精 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯後）×2 天

【療程追蹤】民國 105 年 9 月 28 日

【主訴】症狀改善

【四診】

精神佳，納增，患者可坐於床沿與家屬共同用餐，肌肉增，走路較有力，眠佳。上肢水腫改善 grade 1- 2。9/27 胸管引流 30 c.c。9/28 胸管引流 10 c.c

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈細數。HR：110

【中醫治則處方】

服藥後改善，開立相同藥物

炮附子 1.5 克 北沙參 2.0 克

牡丹皮 1.5 克 白朮 2.0 克

麥芽 2.0 克 茯苓 2.0 克

黃精 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯後）×2 天

【療程追蹤】民國 105 年 9 月 30 日

【主訴】因身體狀況改善，於 10/3 將安排化療

【四診】

精神佳，納增，患者可坐於床沿與家屬共同用餐，肌肉增，走路較有力，眠佳。上肢水腫改善 grade 1-2。9/29 胸管引流 0 c.c

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈細數

【影像學檢查】

1050929 CHEST, P-A VIEW



【中醫治則處方】

服藥後改善，開立相同藥物

炮附子 1.5 克 北沙參 2.0 克

牡丹皮 1.5 克 白朮 2.0 克

麥芽 2.0 克 茯苓 2.0 克

黃精 2.0 克

服法：分成 2 包每日二次（飯後）x3 天

【療程追蹤】民國 105 年 10 月 3 日

【主訴】喘甚。無法進食

【四診】

精神差，躺床，無法進食。TPR：37.4 °C/121 次/26 次。BP：172 / 120 mmHg Breathing sound：Bilateral Rhonchi (R't > L't)，Sputum：Whitish，On BIPAP，SpO₂：98% (under FiO₂：100%)，Pig-a'il：50ml/day

《舌診》舌質淡紅，苔薄白

《脈診》脈細數

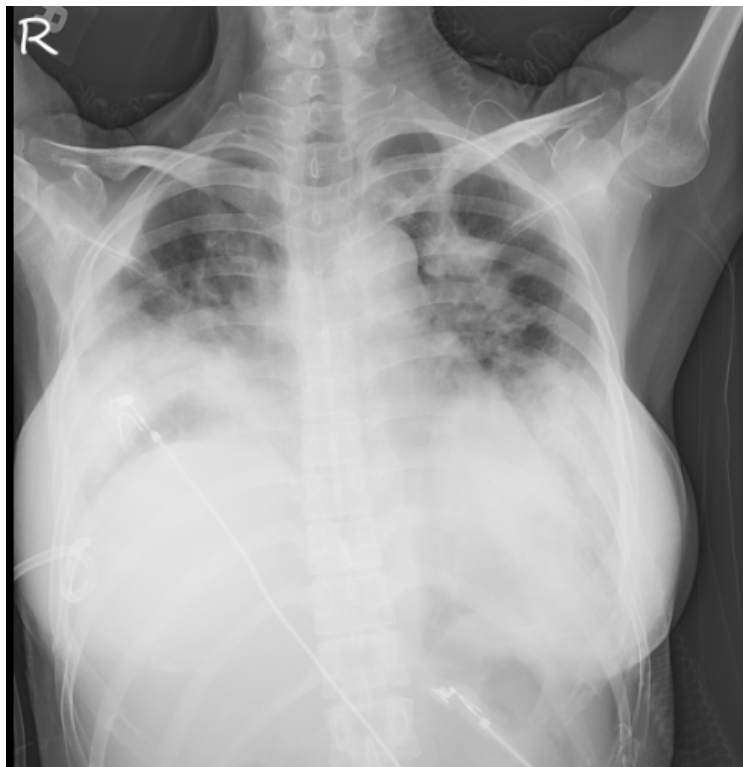
【實驗室檢查】

105/10/02 PH 7.327 PCO₂ 66.4 PO₂ 44.8 HCO₃ 34.0 SBC 29.1
TCO₂ 36.0 BE 5.8 SBE 8.0 O₂CT 14.2 SAT 74.3
WBC 12510 (NEUT 87.0% LYMP 4.2% MONO 8.5%
EOSIN 0.1% BASO 0.2% IG 0.3%) RBC 4150000
HGB 13.6 HCT 42.1 MCV 101.4 MCH 32.8 MCHC
32.3 PLT 214000

105/10/03 PH 7.336 PCO₂ 64.3 PO₂ 109.9 HCO₃ 33.6 SBC 29.7
TCO₂ 35.6 BE 5.8 SBE 7.8 O₂CT 18.4 SAT 98.4

【影像學檢查】

1050929 CHEST, P-A VIEW



【診斷】

西醫病名：Respiratory failure with CO2 retention, suspect pneumonia related? lung metastasis progression?

中醫證型：心肺氣虛

【中醫治則處方】無開立藥物

【療程追蹤】民國 105 年 10 月 5 日

患者因呼吸喘甚，簽署放棄急救同意書，西醫給予安寧照顧後身亡

【討論】

1. 患者屬癌症末期，病情嚴重，我們能幫什麼忙？

患者病情確實非常嚴重，多處轉移，第一次診視患者，其精神差，胃口都相當差，服中藥後氣色漸佳，納增，精神佳，可坐床旁與家屬朋友聊天，雖然二周後患者過世，但因服用中藥後，使患者可與家屬親友度過數天輕鬆的時間，也是一種善為。這也是醫學生涯中非常重要的學習，在患者病情的不同階段或不同狀況下都盡力協助，非以預期的預候而改變該盡的心力。

2. 患者僅服用科學中藥，即可看見療效。

科學中藥對於腸胃的吸收與效果是很不錯的。有時患者腸胃功能差，也無法服用煎劑，先以科學中藥將腸胃功能增進，也是很好的方式

【參考文獻資料】

1. 三軍總醫院癌症資源網

http://www.crm.org.tw/Common_ResList.aspx?ID=73

2. 衛生福利部國民健康署：乳癌與子宮頸癌防治

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/web/index/index.aspx>

3. 賴榮年、吳建東、王榮德：臺灣乳癌婦女1998-2008年間的中藥使用率及模式分析，中醫藥雜誌 2013; 24(1): 13- 23.

4. 陳婉伶、蔡嘉一、黃怡嘉：比較中醫期刊文獻與臺灣健保資料庫乳癌研究之用藥差異，中西整合醫學雜誌 2015; 17(3): 17-24.

5. PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Breast Cancer Prevention. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated <12/16/2015>. Available at: <http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq>. Accessed <06/22/2016>. [PMID: 26389323]

肝癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師/賴博政住院醫師

【姓名】李 OO

【性別】女

【生日】47 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】170 公分/55 公斤

【住院日期】105 年 7 月 10 日

【病床號/病歷號】18741x4

【會診日期】105 年 7 月 12 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】癌症栓塞後，噁心感一天

【現病史】

此位 59 歲女性患者，長期健康檢查肝指數皆正常，於 102 年底自己摸到腹部有一個腫塊，於是來三總就診，AFP：1930，確診為：non-BC type HCC，T3bN0M0，stage IIIb，並於 11 月 18 日接受手術切除 bisegmentectomy（segment 5、6），lymph node dissection and cholecystectomy。術後曾使用 Nexavar 治療至 103 年 5 月止。AFP 最低 3.16。105 年 6 月 27 日追蹤發現 newly-developed ill-defined lesion，size about 2.6 cm in the segment 4/8 liver dome was found via CYNCT of abdomen，於是住院接受栓塞治療。栓塞之後，出現噁心、泛酸等症狀，於是會診中醫尋求協助。

【過去病史】

Paroxysmal atrial fibrillation，91 年開始規律服用西藥控制

【住院/手術紀錄】

102 年：Non-BC related HCC，T3bN0M0 stage，IIIb s/p Seg 5/6 resection

【外傷史】無特別病史

【住院目前西醫使用治療藥物】

DEPYRETIN TAB 500 MG 1# PO(QID)

NEXIUM TAB 40 MG 1# PO(QDAC)

【家族史】無相關病史

【個人史】

個性平和，工作不忙碌

無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食

飲食嗜好：咖啡

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【四診】

1. 偏怕熱，稍走動則大汗淋漓，平時有在運動（爬山）。躺下轉特定角度會眩暈，疲倦時更容易發作，伴隨噁心感。但久坐或蹲後站立，不會黑矇、頭昏
 2. 偶胸悶、偶心悸，不喘。不頭痛
 3. 接受標靶治療後身體皮膚長出很多黑痣，但是面斑比較淡掉。偶舌瘡。無鼻症。無耳鳴
 4. 栓塞後容易腹脹、噁心感，不腹痛，便秘，二日一行，質軟；溲平
 5. 入睡可，但是常多夢；不夜尿
 6. 平常偶爾手指會出現水泡、癢甚；天冷手腳肢端關節會腫痛僵硬，但是之前服用標靶藥 Nexavar 時，關節痛會改善，停藥之後又開始
 7. 57 歲停經，偶有白帶，乳脹痛，潮熱，不盜汗，無服用荷爾蒙
- 《舌診》舌質淡紅，舌胖，苔白厚
《脈診》弦緊，寸弱

【實驗室檢查】

105/06/27

AFP	H	24.04	ng/ml	0.00 - 20.00
-----	---	-------	-------	--------------

105/07/10

GLU(ER)	90	mg/dL	74 - 100
BUN	18	mg/dL	7 - 25
Creatinine	0.8	mg/dL	0.5 - 0.9
AST	20	U/L	< 40
ALT	12	U/L	< 41
Na	137	mmol/L	136 - 145
K	4.2	mmol/L	3.5 - 5.1
Cl	104	mmol/L	98 - 107
Total Bilirubin	0.4	mg/dL	0.3 - 1.0
Albumin	4.2	g/dL	3.5 - 5.7

105/07/12

GLU(ER)	95	mg/dL	74 - 100
BUN	13	mg/dL	7 - 25
Creatinine	0.6	mg/dL	0.5 - 0.9
AST	34	U/L	< 40
ALT	20	U/L	< 41
Na	136	mmol/L	136 - 145
K	3.9	mmol/L	3.5 - 5.1
Cl	105	mmol/L	98 - 107
Uric Acid	3.5	mg/dL	2.3 - 7.0
Total Calcium	8.7	mg/dL	8.6 - 10.2
Total Bilirubin	0.7	mg/dL	0.3 - 1.0
Direct Bilirubin	0.1	mg/dL	< 0.2
Total Protein	6.7	g/dL	6.6 - 8.7
Albumin	3.8	g/dL	3.5 - 5.7
A/G Ratio	1.3		1.2 - 2.4
Magnesium	2	mg/dL	1.7 - 2.55

1050711 INTRA-ARTERIAL EMBOLIZATION

1. A recurrent HCC(size: 2.6cm) at the segment 4/8, S/P TACE of right superior and left hepatic artery with Hepaspheres loaded 50mg adrinomycin.
2. Otherwise, no other remarkable abnormality is seen.

1050712 Echo(-M-mode & -sector- scan)

LV-D:39 (40-56) mm	LA: 40 (25-40) mm	PA systolic pressure:34 mmHg
LV-S:26 (20-38) mm	AO: 29 (22-40) mm	Pericardial effusion: mm
LVS: 9 (7-12) mm	RV: 16 (21-27) mm	Quality: 02 (21-27) mm
LVPW:9 (7-11) mm	RVW: (5-8) mm	Study Difficulty: (5-8) mm

LV Function:01

RV Function:01

Structure: MV: N TV: A AV: PV:
Regurgitation grading: 0-1 /3 1 /3 /3 /3

0. - Normal chamber size is present.
 1. - Normal left ventricle systolic and diastolic function.
 2. - Minimal mitral regurgitation is present.
 3. - Mild tricuspid regurgitation is present.
 4. - The ejection fraction of left ventricle is estimated 62 %
-

【影像學檢查】

1050627 ABDOMEN WITHOUT/WITH CONTRAST-C.T.

Imaging findings :

Compared with prior CT on 2015-07-23.

1. Status post bisegmentectomy of segment 5,6 liver and cholecystectomy with surgical clips retention is noted.
2. There is a newly-developed ill-defined hypodense area (size: about 2.6 cm) in the segment 4/8 liver dome, showing contrast enhancement in arterial phase image and faint contrast wash-out in portal & delayed phase image, HCC should be highly suspected. Please correlate with AFP level and MRI.
3. Two ill-defined faint poor-enhancing lesion (size: about 1.0 cm) in segment 7 (Se:7, Im:15, 16) are still suspected in portal venous phase images, showing no significant interval change, which may be due to artifact or true lesion. please correlate with clinical condition or MRI.
4. A hepatic cyst measuring 0.6cm in the segment 2 of liver dome is noted.
5. Few small renal cysts in both kidneys are noted.
6. Minimal ascitis is present in the pelvis.
7. No significant abnormal findings in the biliary system, pancreas, spleen. Small intestine and colon show no remarkable findings. Abdominal aorta and IVC also show normal appearance and without evidence of abdominal aortic aneurysm. The fluid filled urinary bladder shows normal outline. No evidence of solid or cystic lesion over the mesentery and omentum.

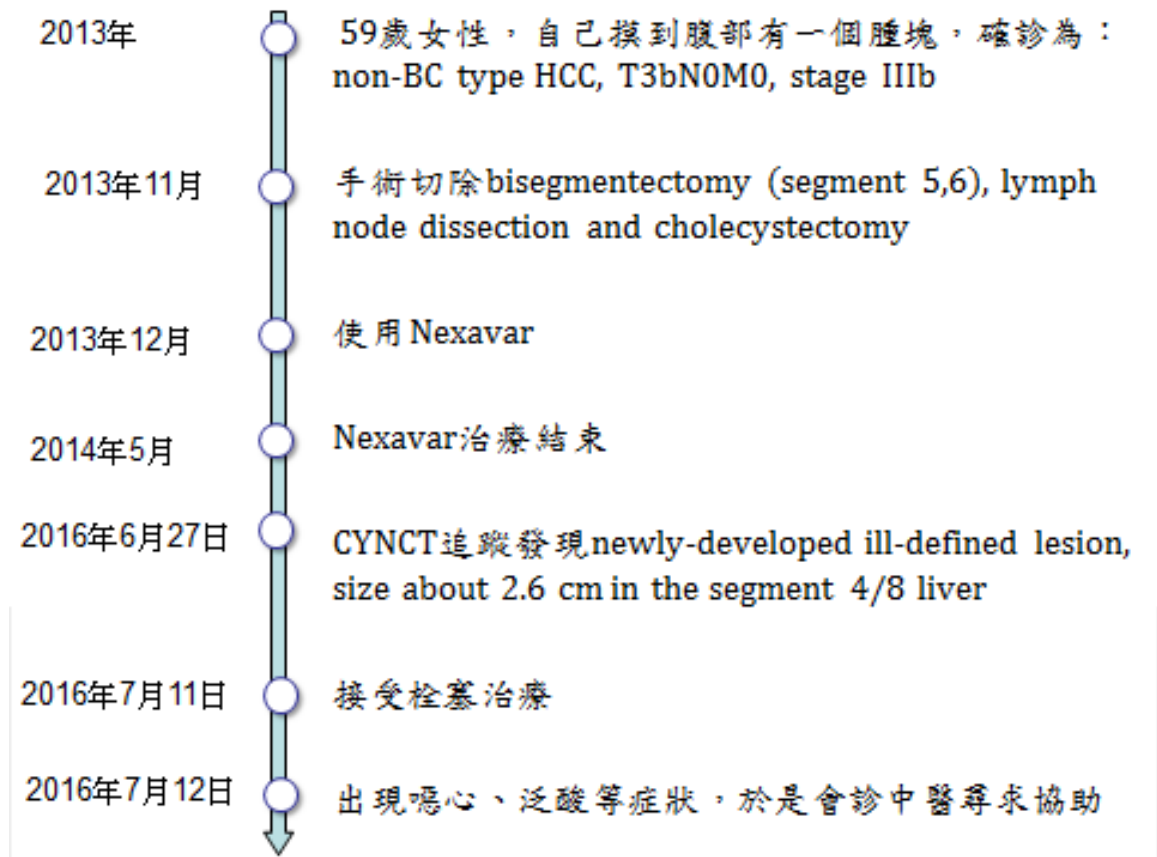
Impression:

1. There is a newly-developed hypodense area in the segment 4/8 liver dome, HCC should be highly suspected. Please correlate with AFP level and

MRI.

2. For details, see the afore-mentioned findings.

【時序圖】



【診斷】

西醫診斷：肝癌，栓塞治療

中醫證候：噁心

【中醫辨證（病機分析）】

病因：栓塞

病位：中焦

病性：濕停中焦 胃失和降

病勢：急

病患本身的體質水濕代謝不佳，容易停滯，例如：手指水泡、白帶多、舌胖白等。栓塞治療可以殺死癌細胞，但是，其產生的病理產物一時之間無法代謝，導致停聚中焦，濕困胃腑，影響胃腑降氣的功能

【中醫治則】

通腑降氣，清利濕熱

【中醫處方】

半夏 1.5 克

赤芍 1.5 克

枳殼 1.5 克

黃芩 1.0 克

鱉甲 1.0 克

綿茵陳 1.5 克

牡丹皮 1.5 克

地膚子 1.0 克

茯苓 1.5 克

丹參 1.0 克

服法：分成二包 BID(AC)x7 天

會診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 7 月 19 日

【主訴】服藥噁心、泛酸症狀改善，仍便秘

【四診】

1. 服藥後胃口比較改善，腹脹稍減，不噁心，但是仍然不敢多吃，晚餐量減少，不腹痛，便秘依舊，三日一行，成形；溲平
2. 偏怕熱，稍走動則大汗淋漓（症減），平時有在運動（爬山）。躺下轉特定角度會眩暈，疲倦時更容易發作，伴隨噁心感（無發作）。但久坐或蹲後站立，不會黑矇、頭昏
3. 偶胸悶、偶心悸（無發作），不喘。不頭痛
4. 接受標靶治療後身體皮膚長出很多黑痣，但是面斑比較淡掉。偶舌瘡。無鼻症。無耳鳴
5. 入睡可，但是常多夢；不夜尿
6. 平常偶爾手指會出現水泡、癢甚（無發作）；天冷手腳肢端關節會腫痛僵硬，但是之前服用標靶藥 Nexavar 時，關節痛會改善，停藥之後又開始

《舌診》舌質淡紅，舌胖，苔白厚

《脈診》弦滑

【實驗室檢查】無新資料

【西醫使用治療藥物之調整】無調整藥物

【診斷】

濕停中焦，腑氣不降

【處方】

半夏 1.5 克	綿茵陳 1.5 克
赤芍 1.5 克	牡丹皮 1.5 克
枳實 1.5 克	地膚子 1.0 克
黃芩 1.0 克	茯苓 1.5 克
鱉甲 1.0 克	丹參 1.0 克

服法：分成二包 BID(AC)×7 天

【討論】

學生問：栓塞治療會影響到那些層面？

老師回答：栓塞是現代醫學的治療方式，在古代並沒有這方面的療法，僅能從病患的症狀去回推其所影響的機轉。目前合理的推測，栓塞會影響到二個層面：【氣機的停滯、水濕的堆積】。

1. 氣機停滯考量到：肝臟、胃腑、腸腑、中焦等功能下降。
2. 水濕的堆積主要影響到：肝氣、胃氣、中焦為主。

【參考文獻】

1. 尹秀芬、尹旭明、譚李軍、唐桂香、羅革：腹部熱敷聯合飲食干預對肝癌介入術后病人惡心、嘔吐的影響。護理研究 2013; 27(1): 97-98.
2. 蔡汝珠、文朝陽、陳秀雲、何鳳英：飲食護理干預對肝癌患者介入術后并發癥的影響。護理學報 2007; 14(4): 71-72.

針灸治療大腸癌術後疲憊

教學病例（台北榮總 傳統醫學科）

【個人基本資料】

【姓名】陳 OO

【性別】男性

【年齡】65 歲

【病例號碼】15600000

【生日】40/00/00

【中醫初診日期】104/11/30

【主訴】疲憊已一年

【現病史】

這位 65 歲男性於 104/10 被診斷出大腸癌合併肝、肺轉移 cT4N1M1b，Stage IV，合併 KRAS 基因突變，初起症狀為間歇性血便持續 3~4 個月，伴隨裡急後重與羊屎便，大腸鏡顯示一環狀腫瘤距離肛門口 2~3 公分，切片證實為腺癌，癌症分期包括骨盆 MRI、骨盆 CT、胸部 CT 顯示直腸與乙狀結腸接口腫瘤合併肝、肺轉移，104/10/12 ~ 105/1/23 接受 FOLFIRI 加 Avastin 的術前化療加標靶，化療加標靶後 CEA 從 30.9 降到 14.2，CA-199 從 46.3 降到 16.9，105/3/17CT 追蹤顯示肺部腫瘤增大、肝部腫瘤減小、腹部腫瘤無大小及數量改變，於 105/3/29 接受腹腔鏡復會陰切除、局部肝切除及膽囊切除手術，病理切片顯示為黏液性腺癌，分期重新定義為 ypT3N2aM1，合併 KRAS 基因突變(codon 12)，現持續接受化學治療，長期疲倦，眠淺多夢，便溏，頻尿，無裡急後重，無血便，無腹痛，無發燒，無皮膚搔癢，無食欲不振，無咳嗽，無體重減輕。

【過去病史】

1. 下段直腸黏液腺癌合併肝肺轉移 cT4N1M1b，Stage IV，104/10/8 接受 port-A 植入，104/10/12 ~ 105/1/23 接受 FOLFIRI 加 Avastin 的術前化療，105/3/29 接受腹腔鏡腹會陰切除、局部肝切除及膽囊切除手術。
2. 痔瘡。
3. 104/11/2 因左下巴蜂窩性組織炎接受拔牙。

【家族史】

無大腸癌相關家族史。

【個人史】

1. 喝酒：無。
2. 抽菸：無。
3. 嚼檳榔：無。
4. 藥物過敏：無。
5. 近期旅遊史：無。
6. 職業：商。

【理學檢查】

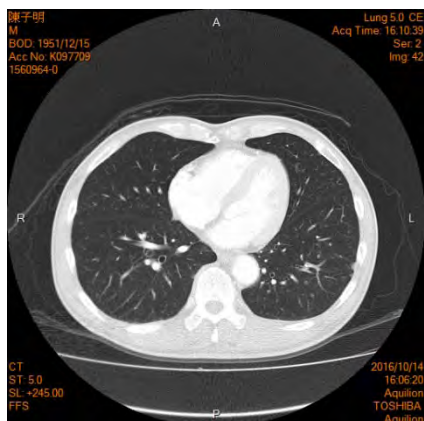
身高：156.7cm 體重：56.5Kg BMI：23.01Kg/m²
心跳：81/min 血壓：138/88mmHg 呼吸：18/min
體溫：35.9°C GCS：E4V5M6
生命徵象穩定、意識清楚。
頸部無淋巴結腫大。
呼吸音正常。
左胸置放 port-A。
腹部平坦，可見左下腹造口及手術疤痕。
腹部扣診無鼓音。

【實驗室檢查】

日期	項目	結果	數值	單位
105/10/14	WBC		7000	/CUMM
105/10/14	RBC		4.61	M/CUMM
105/10/14	HGB	L	10.1	g/dl
105/10/14	HCT	L	31.8	%
105/10/14	MCV	L	69.1	fl
105/10/14	MCH	L	21.9	Pg
105/10/14	MCHC	L	31.7	g/dl
105/10/14	RDW	H	15.6	%
105/10/14	PLT		256000	/CUMM
105/10/14	SEG		70.8	%
105/10/14	LYMP	L	11.8	%
105/10/14	MONO	H	10.1	%
105/10/14	EOS		7.3	%
105/10/14	CEA	H	5.1	ng/mL
105/10/14	CA-199		34.0	U/ml

【影像學檢查】

Chest CT on 105/10/14：下肺區有一些結節，無惡性腫瘤骨轉移現象。



【目前西藥使用狀況】

Loperam * cap 2 mg 1CAP PO 14 TID

【中醫四診】

(一) 望診：

1. 體形：正常。
2. 神識：精神疲憊，意識清楚。
3. 頭面：面色可。
4. 軀幹：腹部造口。
5. 舌診：舌紅，薄白少苔。

(二) 聞診：聲音無異常，氣味無異常。

(三) 問診：

1. 全身：無怕冷怕熱，無自汗盜汗。
2. 情志：無情志異常。
3. 睡眠：眠淺易醒。
4. 頭項：無特殊腫塊，無頭痛，無項緊。
5. 五官：無視力障礙、無鼻塞耳鳴。
6. 胸部：具 port-A 造口，無胸悶胸痛。
7. 腹部：具造口於左側下腹，食慾正常。
8. 腰背四肢：無腰背四肢痠痛。
9. 飲食：食慾可。
10. 二便：便溏、頻尿。

(四) 切診：

觸診：無特殊異常。

脈診：脈細滑數 尺弱。

【病因病機四要素分析】

(一)病因：癥瘕積聚

(二)病位：

解剖病位：直腸、肝、膽、肺

臟腑病位：脾、肝、腎

(三)病性：

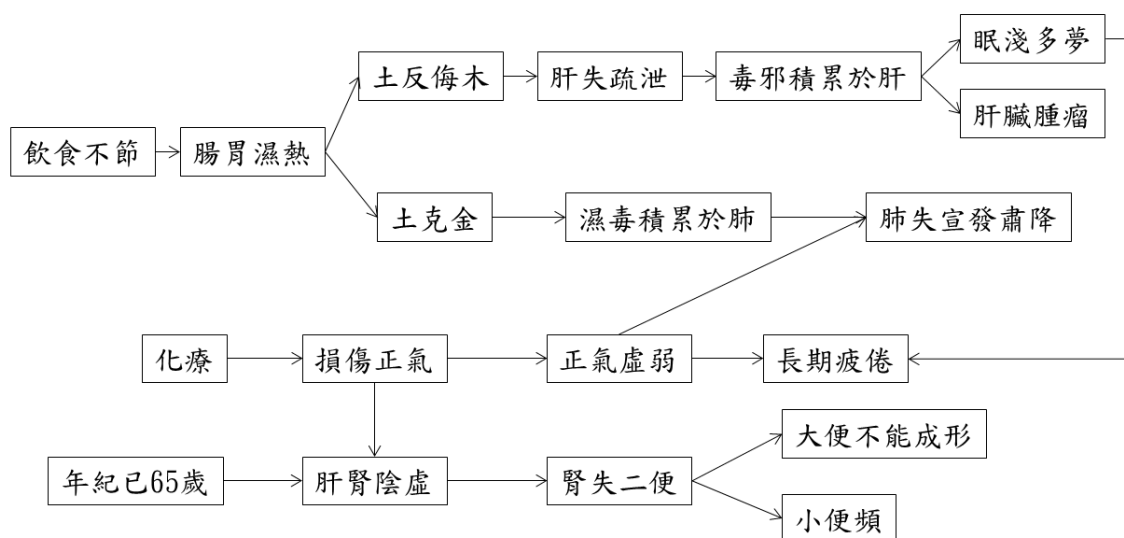
主證：大腸癌合併肝、肺轉移，長期疲倦，眠淺多夢，無食欲不振，無體重減輕，舌紅，薄白少苔，脈細滑數，尺弱

次證：便溏，頻尿，無裡急後重，無血便，無腹痛，無發燒，無皮膚搔癢，無咳嗽。

(四)病勢：

患者罹患大腸癌，現便溏，脈滑數，舌紅，推測其先前飲食不節，引起腸胃濕熱，脾胃濕熱毒邪亢盛，導致土反侮木，引起肝失疏泄，毒邪積累於肝，產生肝臟腫瘤，眠淺多夢，同時引起土克金，肺失宣發肅降，濕毒積累於肺，化療損傷正氣引起正氣虛弱，長期疲倦，又年紀已 65 歲，進一步導致肝腎陰虛，舌紅少苔，脈細數，腎失二便，大便不能成形，小便頻。

【病因病機圖】



一、診斷：

西醫診斷：

直腸惡性腫瘤(MALIGNANT NEOPLASM OF RECTUM)

中醫診斷：

中醫病名：癥積(中西醫病名對照大辭典)

中醫證型：肝腎陰虛，兼挾濕熱

二、治則及方針：

治則：清瀉熱毒，調理氣血

取穴：百會，額五針，風池(B)，合谷(B)，天樞(B)，血海(B)，陽陵泉(B)，陰陵泉(B)，足三里(B)，三陰交(B)，太衝(B)，共 20 針。使用 1 吋針淺刺(拍針即止)，針具為慶名 30 號無菌針灸針，每次留針 20 分，平補平瀉，不做特殊手法，不通電。

三、治療經過及結果：

日期	主觀描述	客觀資料
104 年 11 月 30 日	傳統醫學部第 1 次進行針刺治療，患者疲憊，失眠多夢，便溏，頻尿。	舌淡紅有齒痕，舌苔白潤。脈右濡數，關尺弱，左弦數。
105 年 1 月 19 日	傳統醫學部第 7 次進行針刺治療。患者表示疲憊改善，仍便溏，頻尿，失眠多夢。	舌淡紅有齒痕，舌苔白潤。脈右濡數，關尺弱，左數。
105 年 3 月 15 日	傳統醫學部第 13 次進行針刺治療。患者表示已無便溏情形，但仍頻尿，失眠多夢。	舌淡紅有齒痕，舌苔白潤。脈濡數，關尺弱。
105 年 6 月 14 日	傳統醫學部第 19 次進行針刺治療。頻尿情形改善，仍失眠多夢。	舌淡紅，苔薄白少苔。脈細滑數，尺弱。
105 年 8 月 9 日	傳統醫學部第 25 次進行針刺治療。疲憊改善，失眠改善，仍多夢。	舌紅，苔薄白少苔。脈細滑數，尺弱。

【討論】

根據國民健康局統計¹，大腸癌患者人數已連續三年超過肝癌達到第一名，平均存活期為 18~24 個月，本例大腸癌患者已轉移至肝、肺，一般而言預後不佳，自診斷至今已超過一年，但除使用化療與標靶治療之外，同時配合針灸治療，如今患者氣色良好，精神狀況佳。

選用穴位有百會、額五針、風池、血海、陽陵泉、足三里、絕骨、三陰交、太衝，百會為諸陽之會，可升提患者一身之氣，改善其疲憊²；額五針具有安神定志的療效，改善失眠多夢，進一步改善精神不濟的情形；風池、陽陵泉則疏通足少陽膽經³，改善少陽開合，調整經氣不利；以太衝調理腸胃²，清除濕熱，疏通脾胃氣機；血海主一身之血²，可疏通血脈，補

陽血氣，改善精神；陰陵泉健脾利濕²，利小便而實大便；肚腹三里留，足三里為足陽明胃經之下合穴，足三里補脾胃，處理脾胃濕熱，有研究顯示陽陵泉與足三里同用長達三周，每周三次可達補益正氣、提升免疫之效；三陰交為足三陰經交會穴³，同時調理肝、脾、腎，肺脾腎三臟與三焦主管水濕，三陰交受刺激後，調整肝、脾、腎經氣，經氣暢達則大便得以成形、並解決頻尿的問題；合谷與太衝開其四關。

研究顯示大腸癌術後常有噁心嘔吐、腹痛腹瀉與食欲不振的情形，一篇論文指出針灸治療組發生上述情況的情形比服用西藥的情形少⁴，治療組取中脘、內關、足三里，便秘腹瀉加天樞、上巨虛、陰陵泉，噁心配下脘、公孫，食慾不振配脾俞、胃俞，對照組服用益生菌，結果顯示治療組有效率為 96.4%，對照組僅有 40%，證明大腸癌術後以針灸治療可以起到改善生活品質的功效。

中醫理論在於調整寒熱虛實⁵，一研究提出用兩個步驟調理大腸癌患者寒熱虛實，第一步以二間、陽谿調理寒熱，寒者瀉二間補陽谿，熱者瀉陽谿補二間，第二步根據虛實在臑中、中脘、神闕、關元上施灸，虛者熱度較低、實者熱度較高，結果顯示減緩疲勞、腹瀉、噁心嘔吐的症狀有效率為 74.07%。根據五俞穴的理論，二間為手陽明大腸經之榮穴，五行屬水，陽谿為手陽明大腸經之經穴，五行屬火，寒證需瀉水補火，熱證需瀉火補水，達到寒者熱之、熱者寒之的目的。而艾灸具有溫通經絡、調理氣血、扶正祛邪的功用，尤其艾灸關元可活化巨噬細胞的活性，增加人體免疫力，達到避免癌症復發的效果。

【結論】

此患者雖為大腸癌第四期患者，看似預後不良，然而西醫化療標靶與手術之後，以針灸調理明顯提升其生活品質，化療與癌症的疲憊都可以用針灸改善，除了調理氣血、疏通經絡之外，也能處理其寒熱虛實，達到人體陰平陽秘的健康狀態。

【參考文獻】

1. Uptodate: Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer
2. 黃維三，針灸科學，正中書局，2013 年出版。
3. 林昭庚，新編彩圖針灸學，知音出版社，2009 年出版。
4. 金哲秀，針灸兩步法治療大腸癌 27 例臨床分析，上海中醫藥雜誌，第 37 卷第 5 期，2003 年 5 月。
5. 穆立新、姜軍作、范傑華，針灸治療大腸癌術後 30 例療效觀察，大連大學學報，第 27 卷第 6 期，2006 年 12 月。

大腸癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡嘉一主治醫師

【姓名】林 OO

【生日】1948/00/00

【性別】男

【身高/體重】167cm/69kg (BMI 24.7)

【初診日期】2016/09/21

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】化療後副作用輔助減輕治療

【現病史】

此位 67 歲男性，過去有糖尿病病史，2009/01/07 因為解便常有血絲，自行於本院大腸直腸科篩檢，確診為 S-colon adenocarcinoma, pT4N2M1b（轉移至肝臟及肺臟）。2008 年開始接受數次化學治療 XELOX + Avastin + Erbitux。2009 年接受肝臟 S2、S3、S6、S7、S8 部分切除及 cholecystectomy。化療過程中肝臟數次發現腫瘤復發進行多次肝臟燒灼術。之後總共化療（FOLFIRI + Avastin）10 次（2015/01/29~07/24）。而肺臟轉移的部分則於 2015/08/19 接受 VATS wedge resection。本次入院施打（5-FU + Capmto + Cetuximab），因化療期後第二至三天常腹脹食不下，且伴隨著腹脹及矢氣多且臭，口乾甚，味覺變淡，無食慾，四肢末麻木，並於大約 5~7 天出現背後、胸前散布性痘瘡，落髮嚴重，血球低下等問題，故尋求中醫輔助減輕化學治療副作用。

【過去病史與住院/手術紀錄】

1. 高血壓：無
2. 糖尿病
3. 精神病史：無
4. 手術史：2009 年接受肝臟 S2、S3、S6、S7、S8 部分切除及 cholecystectomy。2015/08/19 接受 VATS wedge resection 處理肺臟轉移的部分。

【目前長期服用之藥物/健康食品】

1. 5-FU + campto + Avastin
2. FlexPen NovoMIX 30 早晚各 35U
3. NORVASC 5Mg QD

4. Silymarin tab 35mg×2

【個人史】

1. 飲食習慣（煙、酒、健康食品）：以前常需喝酒應酬，退休後已戒
2. 生活壓力狀況：無
3. 運動習慣：每天下午及晨起散步 1 小時，在做些簡單的筋骨伸展
4. 居住環境：台中市南區
5. 工作情況：退休商人，以前常需喝酒應酬
6. 健康食品：無

【過敏史】無

【暈針史】無

【家族史】無大腸癌相關病史

【旅遊史】近三個月無旅遊

【中醫四診】

望：

意識：清醒

情志：易怒，問診常表現不耐煩

體格：中等

舌診：舌紅中質裂，苔白中厚膩

其他：落髮嚴重，枕後明顯。頭部紅腫散布性細小痘瘡多，伴隨高起白膿

聞：

嗅氣味：無異狀

聽聲音：無異狀

問：

全身：化療後全身疲倦。下午及夜晚較易流汗，晨起背部常濕

情志：對化療後身體不適感到煩躁。易怒

睡眠：淺眠多夢。難以入眠需服用安眠藥

五官：

1. 頭項：化療後落髮嚴重，枕項尤。頭皮細小散布性座瘡多，紅腫夾高起白膿。無頭暈頭痛

2. 眼：眼乾澀整日

3. 耳：偶耳鳴，不常發生

4. 鼻：晨起常噴嚏鼻水，但擤完一次無。偶用力清理鼻腔會夾有血

絲

5. 口：舌中麻木。口乾口苦。晨起痰梗感

胸部：無胸悶心悸

腹部：化療第二天常腹脹食不下。矢氣多且臭

二便：

1. 大便：每日一行。常有解不盡感。便味道重

2. 小便：小便顏色深味道重。晨起泡沫較多之後無

腰背：久躺腰痠甚

四肢：化療後手指末端麻木。偶右手大拇指及右腳大拇指內側抽痛

切：脈弦滑數，左關寬大有力，右細數

【理學檢查】

生命跡象：生命徵象穩定

皮膚黏膜：皮膚彈性佳、頭皮細小散布性座瘡紅腫夾高起白膿、無黃疸

淋巴結：無淋巴腫大

頭面部：無頭部撞擊病灶。無面部腫脹、結膜淡紅色、無鞏膜黃疸、無口唇紫疳、無口瘡、無扁桃腺腫大

頸項：無頸部淋巴腫大

胸部：呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置、心音（regular heart beats）

腹部：無鼓音（tympanic）、無局部壓痛點（tenderness）、無腹膜疼痛（muscle guarding, rebounding pain）、無腹部硬塊

背部：無背部敲擊痛（flank knocking tenderness）、無紅腫熱痛

二陰：無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出

脊柱四肢：無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫

神經系統：意識程度（GCS scale：E4M6V5）、無面神經癱瘓、肌肉張力正常（muscle power：5）、深部肌腱反射（DTR）正常，無感覺異常

【身心社會狀態】

1. 外觀：整潔

2. 心情：煩躁

3. 人際關係：友善

【實驗室檢查】

DATE	WBC	RBC	HGB	HCT	MCV	PLT	BLS	PRO	MY	BAND	NEUT	LYM	MON	EOS	BAS
20160810	3240	4.13	13.3	41.6	100.7	117					56.8	28.7	11.4	2.5	0.6
20160829	3210	4.19	13.6	41.9	100.0	106				0.0	56.0	28.0	14.0	2.0	0.0
20160903	4600	4.20	13.7			70					67.2	17.6	12.8	1.7	0.7
20160905	3990		14.0			89					61.1	24.6	10.0	3.5	0.8
20160907	5560		14.5			99					73.2	16.5	7.6	2.2	0.5
20160918	4390		13.3			102					63.1	25.5	8.4	2.3	0.7
20160921	7280		14.5			106					77.1	17.6	4.7	0.3	0.3

DATE	ALB	TP	BIL.T	BIIL.D	ALKP	AST	ALT	LDH	CHOL	TG	UA
20160810	4.0		0.7	0.2	163	55	60				
20160829	4.2	7.1	0.5	0.2	176	42	45				
20160901			1.2	0.3	158	285	226				
20160903			1.2	0.3	192	167	223	271			
20160905			1.0		263	104	189				
20160907			0.8		248	77	156				
20160918			0.7			70	96				
20160919				0.2							
20160921			1.7	0.4		109	137				

DATE	NA	K	CL	CA	BUN	CREAT
20160810	137	4.0	106	8.6	15	0.67
20160829	138	4.1	99	8.9	15	0.75
20160918	141	4.3		9.1	11	0.77
20160921	138	3.8			20	0.63

DATE	CEA
20160829	127
20160919	104

DATE	CA-199
20160427	29.26
20160919	99.98

【影像學檢查】

20160810 PET

1. Multiple liver metastasis should be considered first. (Grade 4) Compared with previous study, new lesions, partial resolution, and progressive change are noted at different sites simultaneously. Further evaluation is recommended for confirmation.
2. The FDG-avid areas at the right upper neck (level II), the right supraclavicular region, the bil. pulmonary hili, and the right lower lung may be due to inflammation. Tumor involvement is less likely. (Grade 1)

20160831 Radiofrequency tumor ablation

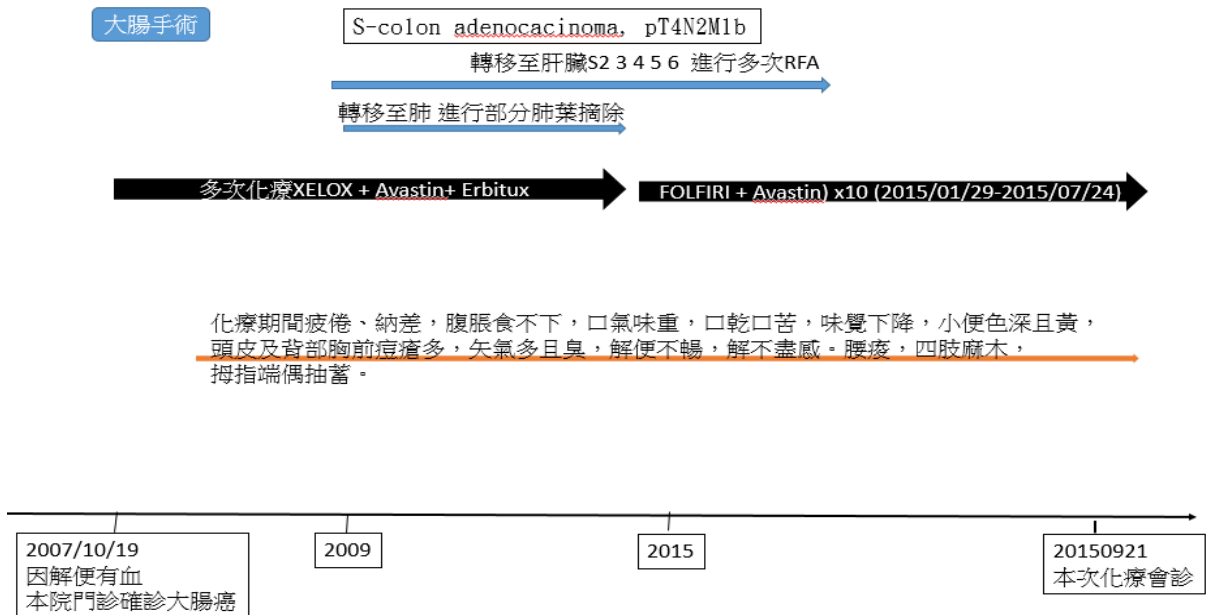
Recurrent liver metastases at S1 of liver around IVC, post 23rd RFA.

【整體回顧】

此位 67 歲男性，2007 年因為大便有血絲自行前往門診就診，確診為 S-colon adenocarcinoma, pT4N2M1b (轉移至肝臟及肺臟)。2008 年開始接受數次化學治療 XELOX + Avastin + Erbitux, 2009 年接受肝臟 S2、S3、S6、S7、S8 部分切除及 cholecystectomy, 化療過程中肝臟數次發現腫瘤復發進行多次肝臟燒灼術。之後總共化療 (FOLFIRI + Avastin) 10 次 (2015/01/29~07/24)。而肺臟轉移的部分則於 2015/08/19 接受 VATS wedge resection。本次入院施打 (5-FU + Capmtto + Cetuximab), 因化療副作用大尋求中醫體質調理。

化療期間，表現淺眠多夢難以入睡，口乾甚微口苦，口氣味重，納差食少，腹脹矢氣多，小便色深黃，大便解不盡感味道重，背部及胸前及頭皮部細小散布帶膿座瘡，四肢末麻木，偶腳指不自主抽搐，落髮嚴重，肝指數偏高，血球容易低下。脈弦滑數，左關寬大有力，右脈細數。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

病因：素體陰虛，化療熱毒

病位：脾、胃

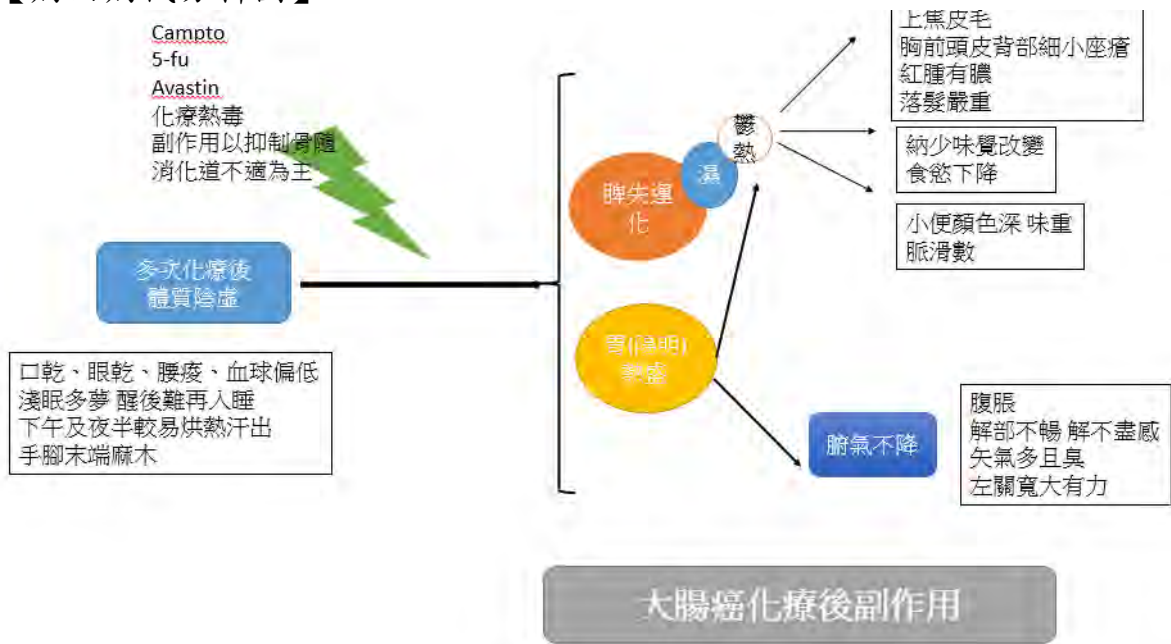
病性：

1. 主證：化療後納差。腹脹。便不暢，黏。矢氣臭，煩躁難入眠。口乾甚。血球低下。落髮嚴重。脈左關寬大濡數，右細數
2. 次證：四肢末端麻木。手腳指末偶不自主抽搐。腰痠甚。皮膚細小瘡瘡明顯

病勢：

此病患過去做過多次化療，在會診前，身體四診大致表現出口乾，腰痠，淺眠多夢難以入眠，眼乾澀，舌紅苔白中質裂，下午及夜晚較易流汗，晨起背部常濕的陰虛體質，陰虛體質遇到熱毒及耗傷脾胃氣的化療藥物 campto 及 5-FU，在此病人身上展現出熱毒傷陰造成胃熱腑氣不通，表現出口氣味重，腹脹，矢氣多且味重，煩躁難以入眠。熱盛傷脾氣，又導致脾失運化而生濕，比現納差，口乾，味覺下降，及四肢末端麻木偶抽搐（脾主四肢），且整日疲倦，脈滑左脈寬大有力。濕熱流於下焦易容易導致小便顏色色深，濕熱鬱久化熱則導飲飲流肺表而生痘瘡。總結以上，病人素偶陰虛，化療熱毒傷陰化燥加重損害中焦脾胃運化，濕生熱盛傷陰，表現一系列化療造成的腸胃道及睡眠手腳麻木及皮膚座瘡的後遺症。甚則耗傷腎陰造成骨髓細胞低下。

【病因病機分析圖】



【診斷】

西醫病名：乙狀結腸惡性腫瘤

中醫疾病名/證型：腸積、肝積/化療熱毒化熱化燥、陽明腑實、濕濁鬱熱

【辨證（治法分析）】

理：病人化療藥物 Campto 及 5-FU 主要的副作用為骨髓抑制及一系列腸胃道消化紊亂，在中醫觀看，骨髓生於腎（先天），充於後天（脾胃），唯有後天脾胃運化功能好，才能幫助骨髓順利收藏運化，所以階段性任務仍以改善脾胃運化恢復三焦氣機為主，滋陰填精生髓帶脾胃運化穩定後再開始介入治療

法：通腑泄熱存陰，祛溼熱清鬱火藉以重建脾胃運化

方藥：

澤瀉 3 錢、敗醬草 3 錢、牡丹皮 3 錢、竹茹 3 錢、黃芩 3 錢、連翹 3 錢、薄荷葉 3 錢、知母 3 錢、山梔子 3 錢、大黃 1 錢、厚朴 2 錢、枳實 2 錢、芒硝 4 克、炙甘草 3 錢

服法：水煎後每日 BID 口服

用藥思路分析：

方用大黃、芒硝、枳實、厚朴通腑清熱存陰，處理化療熱毒造成的代謝廢物清除，並酌加竹茹、牡丹皮、敗醬草、澤瀉除濕熱恢復脾氣運化。知母、山梔子清因濕阻鬱熱所造成的三焦鬱火。連翹、黃芩清宣肺熱，處理鬱火阻於肺表的痘瘡。以上組成清熱祛溼，處理化療熱毒化燥生濕之後遺症，恢復中焦及三焦氣機，緩解副作用等不適

會診複診病歷記錄

2016/09/22

S：昨眠佳。排便較暢。矢氣較不臭。原化療納差無食慾。今較有胃口

O：脈左關滑大減。口氣味重減。痘瘡無。上次入院肝臟 RFA 傷口疼痛持平，需服用止痛藥。左腳太谿穴抽痛較無

A：化療後熱毒化熱化燥，陽明腑實，濕濁鬱熱

P：守方繼續通腑泄熱、除痰濁濕熱。加強化療後損傷細胞由肝腎代謝，並增加血液循環，減少血管內皮的化藥熱毒損傷

2016/09/24

S：眠可。納較佳。抽血數據。肝指數下降但仍稍高

O：納可。腹脹減。口乾續減。眠佳。痘瘡無。實驗室數據 2016/09/21
WBC/Hb/PLT 7280/14.5/7.6、Bil. T/D 1.7/0.4、GOT/GPT 109/131

A：化療後熱毒化熱化燥，陽明腑實，濕濁鬱熱較輕

P：加雞血藤 5 錢、生地黃 3 錢，養血補血幫助血球生長。繼續清熱除痰濕，恢復脾胃後天之源運化。並開立出院帶藥 10 天。

【討論】

1. 大腸癌是常見的惡性腫瘤，目前公認的治療方法是手術治療為主的綜合療法，中醫藥治法是其重要的組成部分。近年來針對大腸癌中醫診療方法的研究日益深入，總結目前大腸癌中醫證治的研究，依照王曉鋒、李華山 2007/10/18 世界華人消化雜誌中，大腸癌中醫證治臨床研究進展，將大腸癌統計歸類為以下幾群：濕熱蘊毒、脾虛濕熱、脾腎雙虧、肝腎陰虛、氣血雙虧。通過觀察發現大腸癌患者 185 例中，濕熱蘊阻（包括熱重於濕和濕重於熱）、大腸癰滯、癰毒內阻為主，共占 69.19%。其次為脾胃虛弱證、氣血雙虧證、肝腎陰虛證、氣虛血疲證、脾腎陽虛證。
2. 中醫根據其主要臨床表現的不同，分別診斷為「腸覃」、「癥積」、「臟毒」、「便血」、「下痢」、「腸癖」、「鎖肛痔」等。病因：飲食不節、情志不暢、年老體弱、正氣虧虛。主要病機：脾虛濕毒瘀阻，以濕邪熱毒瘀滯為標，正氣不足為本，二者互為因果，是一種全身屬虛，局部屬實的疾病。病位在大腸，發病與肝、脾、腎關係密切。
3. 西藥部分則要了解 campto 及 5-FU 副作用以血球抑制以及消化道噁心嘔吐的症狀為多。打此化療的病人臨床反應不一，以此病人來講，化熱化

燥引響脾胃運化，腸腑糟粕下行的功能失常。脾不運則濕生。臨床上也應鑑別是濕大於熱或熱大於濕來拿捏清熱及祛濕的比例。此病人熱大於濕，處方上多以清熱藥為主，先清熱，使熱不傷脾氣陰，並加強健脾除濕。恢復中焦氣機，間接補充先天之源，使骨生髓幫助造血。

【參考文獻】

1. Yaw-Huei Hsiang, Leroy F. Liu. Identification of Mammalian DNA Topoisomerase I as an Intracellular Target of the Anticancer Drug. Camptothecin Published 1988
2. JY Douillard, D Cunningham. Irinotecan combined with fluorouracil compared with fluorouracil alone as first-line treatment for metastatic colorectal cancer : a multicentre randomised trial.
3. C. Emmanouilides, M. Pegram, R. Robinson. Anti-VEGF antibody bevacizumab (Avastin) with 5FU/LV as third line treatment for colorectal cancer.
4. 王曉鋒、李華山：大腸癌中醫證治臨床研究進展。世界華人消化雜誌 2007
5. 歐國賢：結直腸癌之中醫治療與調護。香港防癆會中醫診所暨香港大學中醫臨床教研中心

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

三軍總醫院中醫部張慈文主治醫師/賴博政住院醫師

【姓名】張 OO

【性別】女

【生日】35 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】154 公分/55 公斤

【住院日期】105 年 7 月 24 日

【會診日期】105 年 8 月 11 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】住院接受癌症手術後感覺體力不佳已二週

【現病史】

此位 70 歲女性患者，於 105 年 7 月因腹脹至三軍總醫院中醫部就診，腹診有腫塊，且發現 CA125 > 200，因此轉診至 GYN 做進一步檢查，骨盆腔超音波看見腫塊 11cm×7cm，遂於 7 月 27 日進行手術探查及腫瘤切除，診斷為 Papillary serous adenocarcinoma of ovary，FIGO stage IIIC，AJCC pT3CN1M0，術中並切除雙側卵巢、淋巴、大網膜、闌尾、部分大腸（因為沾黏嚴重，手術難以分離，於是切除部分大腸，並裝人工造口）。預計一週後將開始化療（Taxol+Carboplatin），但是自手術後病患感覺體力差，易疲倦，且傷口疼痛，體重下降 62→55kg/二週，於是會診中醫部尋求改善症狀。

【過去病史】

第二型糖尿病：已 10 年餘，規律服藥治療

焦慮、失眠：2 年，服助眠西藥

【住院/手術紀錄】

子宮肌瘤：53 歲時因月經量大 s/p LAVH

左膝置換人工膝關節：2 年前

腎結石：3 年前併發 APN，s/p ESWL

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】

服用糖尿病藥物，已 10 年餘

安眠藥 2 年

【住院目前西醫使用治療藥物】

藥名	用法	頻率
GLUCOPHAGE TAB 500 MG	PO	BIDPC
GALVUS TAB 50 MG	PO	QD
AMARYL TAB 2 MG	PO	QDAC05M
THROUGH FC TAB 20 MG	PO	QN
ACTEIN EFFERVESCENT TAB 600 MG	PO	QD
NEOMYCIN OINT 5 MG/G 28 G	EXT	PRN
SIMETHICONE TAB 40 MG	PO	QID
STILNOX FC TAB 10 MG (***)	PO	HS
FOLIROMIN FC TAB 50 MG	PO	BID
DEFENSE FC TAB 300 MG	PO	TID
DEPYRETIN TAB 500 MG	PO	QID
XYLMOL OINT 5% (50MG/G) 15 G	EXT	BID

【家族史】 無相關病史**【個人史】**

無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食

飲食嗜好：偶喜食辣鹹等食物

【過敏史】 無藥物、食物過敏史**【旅行史（最近三個月）】** 無**【胎產經帶史】**

GA2P3；自然產

初經：13 y/o，週期規則 I/D 28/5~7，經量大

53 歲肌瘤開刀而經停

【四診】

1. 手術後開始容易忽冷忽熱，不易出汗，整日易感疲倦。久坐後站立，會黑矇、頭昏
2. 胸悶，易喘，無法走路超過 5 分鐘，刷牙洗澡動作都很緩慢，中間常要休息。晨起特別容易頭暈，頭脹，不頭痛，不心悸
3. 目酸乾澀、目糊；無鼻症，不耳鳴

4. 納可，少量多餐，食後易腹脹；易口渴。大便目前從人工造口中排，質糊，食後即排出，量中；溲平。腹部傷口：出血已少，已拔除引流管。傷口抽痛，刺痛，服止痛西藥
5. 每晚時就寢，不易入眠，必須服用西藥助眠，但是，仍需要一個多小時才睡得著，且眠淺、多夢。不夜尿
6. 易腰酸，手麻
《舌診》舌質淡紅，微裂，苔少
《脈診》脈沉細左關尺弱右寸關弱

【實驗室檢查】

105/07 CA125：402（術後尚未追蹤）

日期	BUN	Cr	GLU(ER)	ALT	T. Bil	AST	Na	K	Cl
	mg/dL	mg/dL	mg/dL	U/L	mg/dL	U/L	mmol/L	mmol/L	mmol/L
105/07/24	14	0.7	150	17		30	138	4.1	106
105/08/08	12	0.5		12	0.6		141	3.8	

日期	WBC	RBC	Hb	HCT	MCV	MCH	MCHC	PLT
	10 ³ /uL	10 ⁶ /uL	g/dL	%	fL	pg	g/dL	10 ³ /uL
105/07/24	7.33	4.46	13.2	38.8	87.0	29.6	34.0	243
105/07/28	10.36	4.47	12.8	38.6	86.4	28.6	33.2	134
105/08/08	5.67	3.56	10.0	31.1	87.4	28.1	32.2	355

105/07/26 TSH：0.57 uIU/ml Free T4：1.24 ng/dl

【影像學檢查】

1050719 GYNECOLOGIC ULTRASOUND

One uterus：

Uterine position：Absent

Uterine finding：Absent

Adnexa：Left-No specific findings

Right-No specific findings

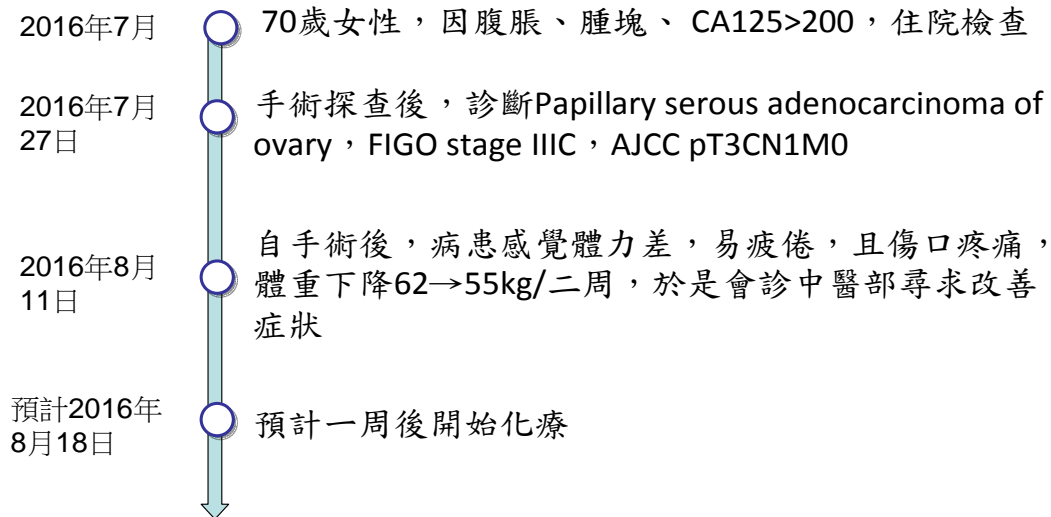
Other：

1. A ill-defined margin with heterogenous mass size about 11.17 x 7.11 cm with feeding vessels and blood flow: (+), over low abdominal region
2. No fluid accumulated over pelvic region

3. No hydronephrosis of bilateral

Impression : Pelvic tumor

【時序圖】



【診斷】

西醫診斷：卵巢癌，手術後

中醫證候：疲倦

【中醫辨證（病機分析）】

病因：手術

病位：下焦

病性：氣滯血瘀，血虛，氣隨血脫

病勢：急

病患手術後，傷口尚未完全恢復，抽痛屬氣滯，刺痛屬血瘀。另外，抽血檢查 Hb：10、疲倦、頭暈、胸悶、喘，乃氣隨血脫之證

【中醫治則】

病患雖然自覺體力差，但是，術後氣滯血瘀，此時大補元氣，恐導致傷口化膿，後續恢復不佳。

宜先：疏理氣機，活血化瘀，養血安神

【中醫處方】

四逆散 4.0 克

酸棗仁 1.5 克

遠志 1.0 克

黃連 0.3 克

生地黃 1.5 克

延胡索 1.5 克

川芎 1.5 克

香附子 1.5 克

牡丹皮 1.5 克

服法：分二包 BID(AC)x5 天

會診複診病歷記錄

【療程追蹤】民國 105 年 8 月 16 日

【主訴】比較有精神，可以提起勁刷牙、洗澡

【四診】

1. 每晚時就寢，仍服用西藥助眠，但是，可以在半小時內睡著，起床後精神較佳。晨起頭暈，頭脹的狀況改善。不夜尿
2. 可以自理生活，刷牙洗澡可以連貫做完，不需要休息，但是，走路超過 15 分鐘仍然會喘，必須休息，無法爬完一層爬樓梯。不心悸
3. 忽冷忽熱的狀況改善，但是，易感四肢冰冷，不易出汗，傍晚易感疲倦。久坐或蹲後站立，仍會黑矇、頭昏
4. 目酸乾澀、目糊；無鼻症，不耳鳴
5. 納可，少量多餐，食後易腹脹；易口渴。大便目前從人工造口排出，質糊，食後即排出，量中；溲平。腹部傷口漸漸收乾，無化膿現象，抽痛程度減緩，建議可以減少止痛西藥
6. 易腰酸，手麻，症依舊

《舌診》舌質淡紅，裂紋已無，苔薄

《脈診》脈沉細左尺弱右寸關弱

【實驗室檢查】無

【影像學檢查】無

【西醫使用治療藥物之調整】無

【診斷】卵巢癌，手術後，疲倦

【中醫治則處方】

守方，明天將出院，開立出院帶藥 7 天，囑其一週後回診

【討論】：

學生問：請問病患覺得體力不佳，為什麼不開補氣的藥？

主治醫師回答：

1. 病患自覺體力差，依照脈象：脈沉細、左關尺弱、右寸關弱，抽血：Hb:10，有氣虛、血虛交雜的問題，在調養方面，必須有先後順序，不是看見虛象，就直覺地開補藥。
2. 手術後帶來的問題，是局部氣滯血瘀；另外，手術過程中流失了血液，導致血虛；再則，氣隨血脫，又產生氣虛的問題。
3. 此時不先處理氣滯血瘀，就大補元氣，補進去的氣，堆積在局

部，會導致氣滯化熱，熱腐肉為膿，一周內，將出現傷口化膿的現象，使得後續傷口恢復不佳。

4. 所以，手術後調養的大原則：宜先疏理氣機、活血化瘀，氣機的調度有賴肝氣的運行，再加上病患手術的部位是肝經巡行之處，故處以四逆散為主方，另加其他活血理氣止痛之品。
5. 肝氣調度運行順暢，雖然仍然氣虛，但是，因為整體氣的循環變好，也會使得病患覺得身體比較舒服，精神比較改善，尚足以提起勁應付日常生活中諸如刷牙、洗澡等事。
6. 若要加入補氣藥，宜約在第二周後，傷口乾淨、結痂後，酌情加減。
7. 病患長期有睡眠障礙，睡不好，隔天的精神就更萎靡，故適度使用養血安神的藥物，改善病患睡眠品質，也是使病患自覺精神變好的手段。

【參考文獻】

1. 鄭偉達、鄭東海、鄭偉鴻：卵巢癌中醫治療體會。世界中醫藥 2011; 6(4): 316-317.
2. 張潔：卵巢癌的中醫治療進展。亞太傳統醫藥 2008; 4(9): 127-129.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡真真主治醫師/楊茜雯住院醫師

【姓名】劉 OO

【性別】女

【生日】48 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】163cm/50kg

【初診日期】104 年 11 月 12 日

【住院日期】104 年 12 月 03 日

【會診日期】104 年 12 月 03 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】卵巢癌第 6 次化療後疲倦與白血球下降

【現病史】

此位 57 歲女性患者，過去僅有肝臟血管瘤(Liver Sclerosing cavernous hemangioma) 病史。於 102/12 因 CA-125 異常，檢查診斷為卵巢癌 (ovarian serous carcinoma, high grade, FIGO stage IIIC)，並於 12/25 日施行減積手術，103/1 開始化療 (Carboplatin + Formoxol on 103/1/7、1/28 及 Carboplatin + Formoxol + Avastin on 2/17、3/10、4/3、4/24、5/19、6/9、7/3、7/24、8/14、9/4、9/25、11/3、12/11、104/1/8)。在施打 Carboplatin 時，曾出現皮膚癢疹，化學治療過程中有全身不適與雙足麻感出現，完成化療後與持續婦產科門診追蹤。但是於 104/6/29 開始發現 CA-125 變高：134 (6/29) → 1063 (7/28)，同時在 8/17 發現血小板下降至 8 萬 2 千與 CA-125 升高至 3277，故開始再化療 (Gemzar 1000 mg/m² + Lipodox 20 mg/m² + Avastin on 104/8/24、9/07、9/21、10/5、10/21、11/13)。因接受上述治療後，出現疲倦與白血球下降 (2530/cumm)，同時有手足麻木與手足色暗脫皮、大便不暢、腹脹頻矢氣、難入眠需 Stilnox、反覆外感與鼻涕白黏多、身熱、易口糜等現象，於是會診中醫。

【過去病史】肝臟的血管瘤 (Liver Sclerosing cavernous hemangioma)

【住院/手術紀錄】102/12 因卵巢癌住院治療與接受減積手術治療

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無相關病史

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】

1. 對 Carboplatin 藥物過敏，症狀為皮膚紅疹不癢
2. 無食物過敏

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】

1. G1P1；自然產
2. 50 歲時停經

【四診】

望：面黃暗，目神稍倦，褐斑，眉髮稀疏，唇淡暗，左足大趾甲溝炎復原中，《舌診》舌質淡紅，苔薄白

聞：語音稍低微平緩，無特殊氣味

問：

1. 化療後手足麻木感與手足末梢色暗脫皮，反覆數天外感與鼻水白黏多
2. 難入眠需 Stilnox 才可入睡 4-5hrs；整天身倦
3. 化療後覺無力及氣不足，稍動或說話易覺無力，不胸悶心悸。過去化療後易口糜，知飢但因口瘡疼痛影響進食（進食量減半），無胃腹脹。羊屎便，1-2 日一行，有便意但費力難解，大便硬臭（近 2 日臭減），大便不順與腹脹頻矢氣，身燥熱與心悸

切：手心熱，《脈診》左脈弦細數，右脈弦數帶滑寸弱

【實驗室檢查】

DATE	WBC	HGB	PLT	NEUT	LYM
1041112	4560	11.9	246000	62.6	15.6
1041130	3510	11.2	235000	53.5	27.4
1041214	2530	11.2	124000	58.5	23.3
1050104	4950	11.1	239000	59.7	23.8
1050120	3310	11.7	161000	52.0	28.7

【影像學檢查】

102/12 CT

Serous carcinoma, high grade, R't and L't ovary, with peritoneal, sigmoid

colon and retroperitoneal lymph node metastases.

104/08/17 PET CT

equivocal or probably benign in FDG uptake area.

【現代醫學身體（理學）診察】

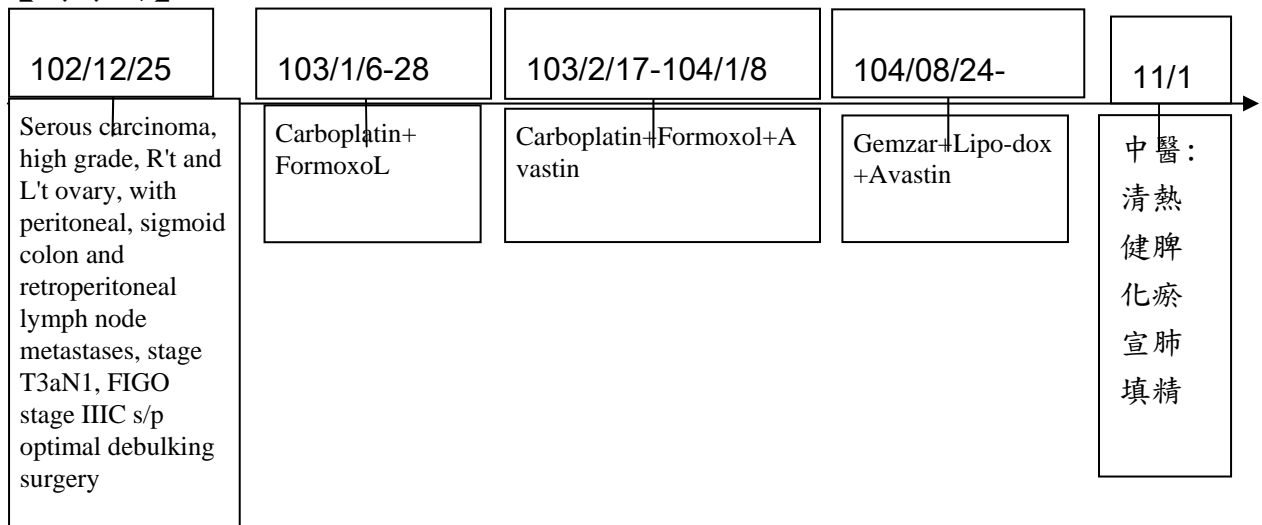
生命跡象	生命徵象穩定。
皮膚黏膜	皮膚彈性可、左足大趾甲溝炎、無黃疸
淋巴結	頭項與腋下與鼠蹊部無淋巴腫大
頭面部	結膜淡紅與面色淡褐斑，眉髮稀疏，唇淡暗，無面部腫脹、無鞏膜黃疸、無口唇紫疳、化療後口瘡與色淡紅、無扁桃腺腫大
頸項	無頸部僵硬、無頸部淋巴腫大
胸部	呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置正常、心音（regular heart beats）規律與正常
腹部	無腹部壓痛點（tenderness）與拒按、無鼓音（tympanic）、無腹膜疼痛（muscle guarding, rebounding pain）、無腹部硬塊、腹部手術疤痕
背部	無背部敲擊疼痛（flank knocking tenderness）
二陰	無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出
脊柱四肢	無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫，全身骨節酸痛與壓之酸甚
神經系統	意識程度（GCS scale：E4M6V5）、無面神經癱瘓、肌肉張力正常（muscle power：5）、深部肌腱反射（DTR）正常，無感覺異常

【整體回顧】

這位57歲腫瘤病患，102年12月診斷為Serous carcinoma, high grade, R't and L't ovary with peritoneal、sigmoid colon and retroperitoneal lymph node metastases, stage T3aN1, FIGO stage IIIC（當時病機為下焦肝經氣滯痰瘀積聚）s/p optimal debulking surgery 102/12/25（手術後損其下焦肝腎經與任脈）s/p chemo-port insertion 103/01/06 s/p Carboplatin（300 mg/m²）（熱毒傷脾胃與腎精）+FormoxoL（175 mg/m²）x 2（熱鬱絡脈阻滯與脾胃腎精損傷與衛氣不足）on 103/01/07 and 103/01/28 s/p Carboplatin（300mg/m²）

(熱毒傷脾胃與腎精) + Formoxol (175mg/m²) (熱鬱絡脈阻滯與脾胃腎精損傷與衛氣不足) + Avastin x 9 (熱毒傷脾肺導致熱盛傷氣陰) on 103/02/17、3/10、4/3、4/24、5/19、6/9、7/3、7/24、8/14、9/4、9/25、11/3、12/11、104/1/8, s/p Gemzar (1000 mg/m²) (脾虛熱鬱) + Lipodox (20 mg/m²) (脾腎虛熱鬱夾陰虧與腎精不足) + Avastin (熱毒傷脾肺導致熱盛傷氣陰) on 104/08/24、9/07、9/21、10/5、10/21、11/13 (計畫持續治療時間11/30、12/16、105/01/04、1/20、2/5), 同時出現疲倦與白血球下降 (2530/cumm), 面黃暗, 目神易疲倦, 褐斑, 眉髮稀疏, 唇淡暗, 化療後覺無力及氣不足, 稍動或說話易覺無力的氣血不足表現, 手足麻木與手足色暗脫皮的絡脈瘀阻, 知飢但因口瘡疼痛影響進食 (進食量減半), 大便不暢, 腹脹頻矢氣的熱毒損傷脾胃氣滯, 難入眠需 Stilnox, 反覆外感與鼻水白黏多, 身熱, 過去化療後易口糜, 診斷為熱毒傷脾肺腎熱鬱夾氣陰虧與腎精不足, 治療以清熱健脾化瘀宣肺填精, 以增加水穀精氣與心肺氣化, 提升白血球與體力。

【時序圖】



【辨證 (病機分析)】

病因：Gemzar + Lipodox + Avastin 導致身倦嚴重與白血球低下

病位：

臟腑：脾、肺、腎

經絡：任脈、脾、肺、肝、腎經

病性：本虛標實

病勢推演：

這位57歲腫瘤病患，於102年12月診斷為Serous carcinoma, high

grade, R't and L't ovary with peritoneal, sigmoid colon and retroperitoneal lymph node metastases, stage T3aN1, FIGO stage IIIC (當時病機為下焦肝經氣滯痰瘀積聚) s/p optimal debulking surgery 102/12/25 (手術後損其下焦肝腎經與任脈) s/p chemo-port insertion 103/01/06 s/p Carboplatin(300 mg/m²)(熱毒傷脾胃與腎精)+FormoxoL(175 mg/m²) x 2 (熱鬱絡脈阻滯與脾胃腎精損傷與衛氣不足) on 103/01/07 and 103/01/28 s/p Carboplatin(300mg/m²)(熱毒傷脾胃與腎精)+Formoxol(175mg/m²) (熱鬱絡脈阻滯與脾胃腎精損傷與衛氣不足) +Avastin x 9 (熱毒傷脾肺導致熱盛傷氣陰) on 103/02/17、3/10、4/3、4/24、5/19、6/9、7/3、7/24、8/14、9/4、9/25、11/3、12/11、104/1/8, s/p Gemzar (1000 mg/m²) (脾虛熱鬱) +Lipodox (20 mg/m²) (脾腎虛熱鬱夾陰虧與腎精不足) +Avastin (熱毒傷脾肺導致熱盛傷氣陰) on 104/08/24、9/07、9/21、10/5、10/21、11/13 (計畫持續治療時間11/30、12/16、105/01/04、1/20、2/5)。這回施打化療第6回時，出現疲倦與白血球下降(2530/cumm)，面黃暗，目神易疲倦，褐斑，眉髮稀疏，唇淡暗，化療後覺無力及氣不足，稍動或說話易覺無力的氣血不足表現，手足麻木與手足色暗脫皮的絡脈瘀阻，知飢但因口瘡疼痛影響進食(進食量減半)，大便不暢，腹脹頻矢氣的熱毒損傷脾胃氣滯，難入眠需Stilnox，反覆外感與鼻水白黏多，身熱，過去化療後易口糜，診斷為熱毒傷脾肺腎熱鬱夾氣陰虧與腎精不足，治療以清熱健脾化瘀宣肺填精，以增加水穀精氣與心肺氣化，提升白血球與體力。

【診斷】

西醫病名：化療導致骨髓功能抑制白血球下降

中醫證型：熱毒傷脾肺腎熱鬱夾氣陰虧與腎精不足

【論治】治法分析

理：這位57歲腫瘤病患，於102年12月診斷為Serous carcinoma, high grade, R't and L't ovary with peritoneal, sigmoid colon and retroperitoneal lymph node metastases, stage T3aN1, FIGO stage IIIC (當時病機為下焦肝經氣滯痰瘀積聚) s/p optimal debulking surgery 102/12/25 (手術後損其下焦肝腎經與任脈) s/p chemo-port insertion 103/01/06 s/p Carboplatin (300 mg/m²) (熱毒傷脾胃與腎精) +FormoxoL (175 mg/m²) x 2 (熱鬱絡脈阻滯與脾胃腎精損傷與衛氣不足) on 103/01/07 and 103/01/28 s/p Carboplatin

(300mg/m²) (熱毒傷脾胃與腎精) + Formoxol (175mg/m²) (熱鬱絡脈阻滯與脾胃腎精損傷與衛氣不足) + Avastin x 9 (熱毒傷脾肺導致熱盛傷氣陰) on 103/02/17、3/10、4/3、4/24、5/19、6/9、7/3、7/24、8/14、9/4、9/25、11/3、12/11、104/1/8, s/p Gemzar (1000 mg/m²) (脾虛熱鬱) + Lipodox (20 mg/m²) (脾腎虛熱鬱夾陰虧與腎精不足) + Avastin (熱毒傷脾肺導致熱盛傷氣陰) on 104/08/24、9/07、9/21、10/5、10/21、11/13 (計畫持續治療時間 11/30、12/16、105/01/04、1/20、2/5)。這回施打化療第 6 回時，出現疲倦與白血球下降(2530/cumm)，面黃暗，目神易疲倦，褐斑，眉髮稀疏，唇淡暗，化療後覺無力及氣不足，稍動或說話易覺無力的氣血不足表現，手足麻木與手足色暗脫皮的絡脈瘀阻，知飢但因口瘡疼痛影響進食(進食量減半)，大便不暢，腹脹頻矢氣的熱毒損傷脾胃氣滯，難入眠需 Stilnox，反覆外感與鼻水白黏多，身熱，過去化療後易口糜，診斷為熱毒傷脾肺腎熱鬱夾氣陰虧與腎精不足，治療以清熱健脾化瘀宣肺填精，以增加水穀精氣與心肺氣化，提升白血球與體力。

法：清熱健脾化瘀宣肺填精。

方藥：

君：蒲公英 1.5g (苦、甘、寒。歸肝、胃經；清熱解毒，消癰散結，減少肝轉移)

黃芩 1.5g (苦，寒。歸肺、胃、膽、大腸經；清熱燥濕，瀉火解毒，涼血止血，可減 Carboplatin 的熱毒傷脾胃)

連翹 1g (苦，微寒。歸肺、心、膽經；清熱解毒，消癰散結，疏散風熱，可減 Avastin 導致的肺熱)

縮砂仁 1.5g

麥芽 1.5g

臣：枳實 1.5g (苦、辛，微寒，歸脾、胃、大腸經；破氣除痞，化痰稍積，可宣透 Gemzar 與 Lipodox 的脾胃熱鬱)

桔梗 1g

葛根 1g

佐：麥門冬 1.5g

桃仁 1g

牡丹皮 2g (苦、辛，微寒。歸心、肝、腎經；清熱涼血，活血散瘀，可減 Gemzar 與 Lipodox 的下焦熱鬱)

會診複診病歷記錄

會診日期	症狀	治療	分析
11/12	<p>手足麻木與手足色暗脫皮，反覆數天外感，鼻水白黏多，大便不順，身熱與脈稍數，過去化療後易口糜減，目神稍倦，褐斑，眉髮稀疏，唇淡暗大便不暢，腹脹頻矢氣，易疲倦，難入眠需 Stilnox，可睡 4-5hrs，左脈弦細數，右脈弦數帶滑寸弱</p>	<p>君： 蒲公英 1.5g 黃芩 1.5g 連翹 1g 縮砂仁 1.5g 麥芽 1.5g 臣： 枳實 1.5g 桔梗 1g 葛根 1g 佐： 麥門冬 1.5g 桃仁 1g 牡丹皮 2g</p>	<p>1. 診斷為熱毒傷心脾 肺腎熱鬱夾氣陰虧 與腎精不足 2. 治療：清熱健脾化 瘀宣肺填精 3. 肺：反覆數天外 感，鼻水白黏多， 影響及肺 心：手足麻木與手足 色暗脫皮，影響 及心與脈。 脾：目神稍倦，褐斑， 眉髮稀疏，唇淡 暗大便不暢，腹 脹頻矢氣，影響 及脾運化與氣血 不足</p>
12/16	<p>1. 因上次化療後自覺氣不足及口瘡影響進食，羊便與無力解大便，腹不適，無胃腹脹。羊屎便，1-2 日一行，有便意但費力難解，大便硬臭（近 2 日臭減） 2. 前陣子感冒症狀已改善，偶咽乾稍刺痛感 3. 化療後覺無力及氣不足，稍動或說話易覺無力，不胸悶心悸 4. Data： 104/12/14 WBC 2530</p>	<p>處方 1： 第 1 週服用 炒白朮 3 錢 茯苓 3 錢 炒麥芽 3 錢 枳實 2 錢 酸棗仁 3 錢 麥門冬 3 錢 金銀花 3 錢 蒲公英 2.5 錢 桃仁 1.5 錢 黃芩 3 錢 炮附子 1 錢</p>	<p>1. 氣虛與熱鬱的比例 要注意，補氣藥太 多，影響熱鬱；清 熱藥太多，加重氣 虛 2. 12/14 白血球下降 與氣虛症增（化療 後覺無力及氣不 足，稍動或說話易 覺無力），虛症明 顯，治療補氣藥暫 時增加與清熱藥酌 減</p>

會診日期	症狀	治療	分析
	105/01/04 WBC 4950	竹茹 3 錢	3.處方 1：剛化療結束，因此處理化療藥之熱毒影響脾肺腎的清熱藥需增加
		處方 2： 第 2 週服用 北沙參 3 錢 黃耆 2 錢 麥門冬 3 錢 五味子 1 錢 厚朴 2 錢 茯苓 3 錢 縮砂仁 3 錢 炒麥芽 2 錢 蒲公英 3 錢 牡丹皮 3 錢 黃芩 3 錢 炮附子 1 錢	1.WBC 2530 (104/12/14)，所以化療後第 2 周，需增加益心脾肺氣的北沙參+黃耆茯苓+縮砂仁+炮附子的藥物，再酌加清中下焦熱鬱的蒲公英+牡丹皮+黃芩的藥物 2.評估指標：必須注意補氣藥是否加重熱盛？是否增加實症的表現

【討論】

學生提問：病患化療藥 Formoxol，產生副作用的機轉？哪類型的病患，比較會出現副作用？

老師回答：Formoxol (Paclitaxel) 是一新型抗微小管劑 (antimicrotubule agent)，促進微管次體二聚體 (tubulin dimers) 聚合成微小管，且藉防止微小管之去聚合作用而使其穩定。此種穩定性會抑制微小管系統正常的動態組織再生 (reorganization)，其對生命間期 (vital interphase) 及有絲分裂的細胞功能很重要，推測對於各器官的陽氣氣化會有阻遏作用，會使需大量陽氣作用的生理功能受損。常見出現骨髓抑制 (嗜中性白血球低下與貧血) (骨髓抑制是 Paclitaxel 的主要劑量限制毒性。嗜中性白血球減少症是最重要的血液學毒性，這種毒性與劑量及輸注時間有關，並且大多可以迅速復原；以 $175\text{mg}/\text{m}^2$

劑量治療者則有 27% ($p < 0.05$)。在同一研究中，輸注 24 小時比輸注 3 小時更常發生重度嗜中性白血球減少症 (< 500 cells/mm³)。輸注時間比劑量對骨髓抑制的衝擊更大，推測直接影響腎氣與衛氣的運化，未來逐漸影響心脾肺氣的運化。關節痛/肌痛的頻率及嚴重性與 Paclitaxel 的劑量或輸注時間之間並無一致的關係，在所有接受治療的患者中，有 60% 出現關節痛/肌痛與周邊神經病變與過敏反應與黏膜炎，推測與營衛氣不足加上心肺陽氣不足，而導致四肢關節疼痛。所以氣虛與陽氣虛的病患，較易有這些副作用。

學生提問：化療藥 Avastin 對人體的影響？

老師回答：Avastin 會抑制 VEGF 與位於內皮細胞表面上的受體 Flt-1 及 KDR 結合，中和 VEGF 的生物活性而降低腫瘤的血管形成，藉此抑制腫瘤的生長；在所有接受 Avastin 療法的臨床試驗中，最常出現的藥物不良反應為高血壓、疲倦或無力、腹瀉及腹痛；不是造成細胞直接的毒殺，而是對於癌症的發展生長與轉移背後的控制系統，進行反調控；屬標靶藥物。腫瘤越大，造成出血的機會就越高，但無法預防，腫瘤在西醫的病理切片常見到聚集發炎壞死異常增生的組織，在中醫而言屬於痰瘀熱盛積聚的表現，而 Avastin 標靶藥物，本身是屬於熱毒陽盛化療的藥物，會造成熱毒傷脾胃（腹痛（50-61%）、喪失食慾（35-43%）、口腔黏膜破損（30-32%）、腹瀉（1-34%）、胃出血（19-24%））與氣虛肝火（神經系統副作用：無力（70%）、頭痛（50%）、頭暈（19-26%）、感覺神經病變（1-24%）、蜘蛛網膜下腔出血（1-5%））與上焦肺熱傷絡（呼吸系統副作用：上呼吸道感染（40-47%）、鼻出血（19-35%）、呼吸困難（25-26%）、咳血（2.3-31%）、肺出血（2.3-31%））。而氣陰兩虛的病患，更容易出現副作用。

【參考文獻資料】

1. Ibrahim, N. Desai, S. Legha, P. Soon-Shiong, R.L. Theriault, E. Rivera, B. Esmali, S.E. Ring, A. Bedikian, G.N. Hortobagyi, J.A. Ellershorst. Clin. Phase I and pharmacokinetic study of ABI-007, a Cremophor-free, protein-stabilized, nanoparticle formulation of paclitaxel. Cancer Res. 2002; 8: 1038-1044.

2. Australian Government. Australian Department of Health and Ageing. Therapeutic Goods Administration "Medicines Safety Update, Volume 4, Number 4, August 2013. Available from :
URL : <http://www.tga.gov.au/hp/msu-2013-04.htm>." (2013 Aug)
3. 陳捷、王小紅、陳麗笙等：扶正祛邪法治療卵巢癌27例臨床觀察。福建中醫藥 2011; 42(1): 14-16.
4. 徐咏梅、郁仁存：中西醫結合治療卵巢癌經驗。北京中醫 2006; 25(9): 534-535.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡真真主治醫師/周書慧住院醫師

【姓名】孔 OO

【性別】女

【生日】54 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】158 公分/48 公斤

【住院日期】104 年 11 月 03 日

【會診日期】104 年 11 月 03 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】卵巢癌治療使用化療藥力得微脂體後腹部絞痛已 3 個月

【現病史】

此位 52 歲女性患者，為 G1P1 (C/S)，過去無特別疾病，這回於 103/7 月開始覺得運動喘促與腹脹，國軍醫院診斷為卵巢癌，同時發現肋膜積水與腹水 (s/p pleurocentesis and abdominal tapping which revealed transudate leukocytosis with lymphocyte predominant) 與 CA-125: 1000 U/mL。103/07/15 腹部電腦斷層顯示 revealed right ovary mass lesion 7cm in size with multiple soft tissue scattering; bilateral pleural effusion carcinomatous omentum cake，胃鏡與大腸鏡正常，轉至台中榮總就醫，抽 250ML 血液狀腹水與 500ML 肋膜積水，診斷為 ovarian adenocarcinoma, stage IVA (pleural effusion: adenocarcinoma。CT scan: liver metastasis but only superficial tumor noted during surgery)。103/07/29 開始化療 (paraplatin + dose-dense paclitaxel x 4) 至 103/12/07，並於 103/12/24 接受減積手術 (Debulking operation for malignant GYN tumor (ATH + BSO + BPLND + paraaortic lymph node dissection + Infracolic omentectomy + appendectomy + cytoreduction of pelvic and peritoneal tumors) and segmental resection of liver and resection of diaphragmatic tumors。手術後於 103/12/31 開始化療 (adjuvant chemotherapy Paraplatin + Taxol on 103/12/31、104/01/27、02/13、03/12 shift to dose dense paraplatin (ANCX5) Q3W + Taxol 60mg/m² C4 104/04/08~4/21, C5 04/28~5/12, C6 05/20~06/04, s/p Gemzar 1000mg/m² + Lipo-dox 20mg/m² on 104/08/06、08/20、09/07、

09/21、10/05、10/19、11/03)，並計畫再打化療（計畫化療時間為11/17、12/08、12/29 及 105/01/25）。因開始 Gemzar 1000mg/m²+Lipo-dox 20mg/m² 治療 2 次後，出現腹部絞痛與噁心想吐，同時伴隨化療後吹風易頭痛、雙手手腕及背部癢疹、口瘡作痛、小便異味且色濁、夜尿頻，且服鐵劑大便硬黑。自 8/31 日起化療後易頭暈、噁心及腹脹絞痛，施打小紅莓易腹脹絞痛。自化療後眠短則晨起顴骨與全身骨節酸痛，壓之酸甚，易畏寒、畏熱及易感疲倦，於是會診中醫。

【過去病史】無特別病史

【住院/手術紀錄】無住院記錄

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無相關病史

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無。

【胎產經帶史】

G1P1（P1 via C/S due to dysfunctional labor）

menarche at 13 y/o。I/D：25/7。50 歲時停經

【四診】

望：意識：清醒，體格：略瘦，舌診：下唇乾紅，唇淡紅，舌質淡，苔白

聞：嗅氣味：無異狀；聽聲音：話多而急

問：

1. 化療後的變化：化療後吹風易頭痛，化療後腹痛，欲嘔，食後稍減，化療後雙手手腕及背部癢疹與口瘡作痛，化療後小便異味且色濁與化療後夜尿頻，服鐵劑大便硬黑，自 8/31 起化療後易頭暈、噁心以及腹脹絞痛，施打小紅莓易腹脹絞痛，自化療後眠短則晨起顴骨與全身骨節酸痛與壓之酸甚。易畏寒、易畏熱，易感疲倦
2. 胸悶、易頭昏、暈、頭痛
3. 納少，食月餅則腹脹想吐又發；食炸物則便秘較硬與大便量少伴隨肛門痛及外痔突出，現腸鳴、欲解不得解，易口渴、苦、臭
4. 反覆眠差與失眠與不易入眠多夢，睡前口乾，夜尿 5 回量多，局部膚癢紅疹明顯，施打 GCSF 會腰痛

5. 停經 2 年，無潮熱盜汗

切：弦脈，雙寸弱、關重按沈取無力。

【實驗室檢查】

DATE	WBC	HGB	PLT	NEUT	LYM
1041005	3270	9.5	290000	49.5	30.0
1041019	4740	9.9	215000	60.6	23.8
1041102	3470	8.9	205000	51.0	29.1
1041116	3650	9.9	198000	59.5	26.6
1041207	6120	11.0	357000	69.3	15.4
1041228	6390	11.9	285000	63.0	25.2

【影像學檢查】

103/07/08 腹部電腦斷層

Peritoneal carcinomatosis and hepatic metastasis. Disease progression was considered. (loculated ascites)

103/08/29 Lung CT

left pleural effusion, no obvious lung tumor nodules. ascites(+)

【現代醫學身體（理學）診察】

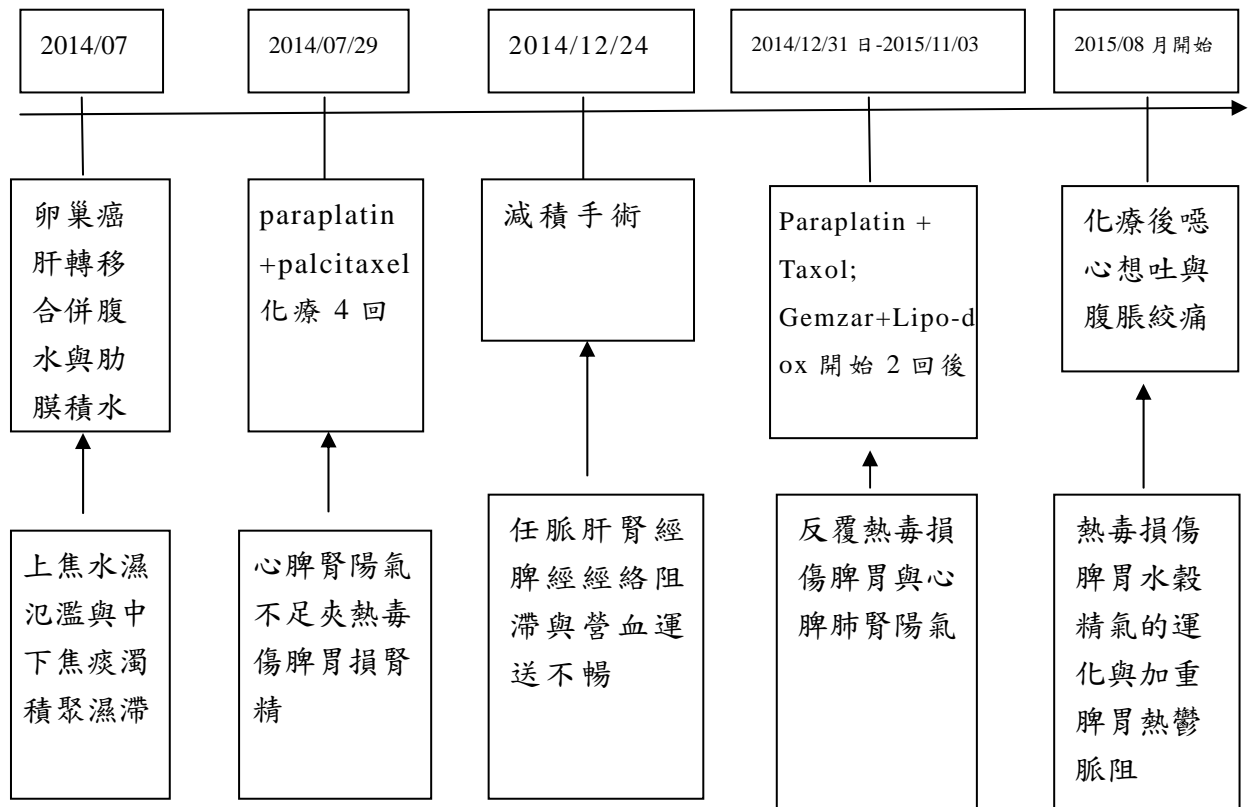
生命跡象	生命徵象穩定
皮膚黏膜	皮膚彈性差、但雙手手腕及背部癢疹、無黃疸
淋巴結	頭項與腋下與鼠蹊部無淋巴腫大
頭面部	結膜蒼白與面色淡白、頭髮少、唇淡暗、無面部腫脹、無鞏膜黃疸、無口唇紫疳、化療後口瘡與色淡紅、無扁桃腺腫大
頸項	無頸部僵硬、無頸部淋巴腫大
胸部	呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置正常、心音（regular heart beats）規律與正常
腹部	腹部壓痛點（tenderness）與拒按、無鼓音（tympanic）、無腹膜疼痛（muscle guarding, rebounding pain）、無腹部硬塊、腹部手術疤痕
背部	無背部敲擊疼痛（flank knocking tenderness）
二陰	無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出
脊柱四肢	無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫 但全身骨節酸痛

	與壓之酸甚
神經系統	意識程度 (GCS scale : E4M6V5)、無面神經癱瘓、肌肉張力正常 (muscle power : 5)、深部肌腱反射 (DTR) 正常，無感覺異常

【整體回顧】

此位 52 歲女性患者，於 103/7 診斷為 ovarian adenocarcinoma, stage IVA (pleural effusion : adenocarcinoma。CT scan : liver metastasis but only superficial tumor noted during surgery) 產生上焦水濕氾濫與中下焦痰濁積聚濕滯，103/07/29 開始化療 (paraplatin + dose-dense paclitaxel x 4) 至 103/12/07，paraplatin + paclitaxel 會產生心脾腎陽氣不足夾熱毒傷脾胃損腎精 (影響細胞內的微管系統。細胞分裂時會形成大量管狀構造，也就是有絲分裂時的線狀構造，在染色體分佈至兩個子細胞後這微管系統便進行分解，而完成細胞分裂，Paclitaxel 可抑制微管系統的分解)，並於 103/12/24 接受減積手術 (Debulking operation for malignant GYN tumor (ATH + BSO + BPLND + paraaortic lymph node dissection + Infracolic omentectomy + appendectomy + cytoreduction of pelvic and peritoneal tumors) and segmental resection of liver and resection of diaphragmatic tumors。手術後因為器官切除，因此任脈、肝、腎、脾經阻滯與營血運送不暢。手術後於 103/12/31 開始化療 (adjuvant chemotherapy Paraplatin + Taxol on 103/12/31、104/01/27、02/13、03/12 shift to dose dense paraplatin (ANCX5) Q3W + Taxol 60mg/m² C4 104/04/08 ~ 4/21, C5 04/28 ~ 5/12, C6 05/20 ~ 06/04, s/p Gemzar 1000mg/m² + Lipo-dox 20mg/m² on 104/08/06、08/20、09/07、09/21、10/05、10/19、11/03)，化 Gemzar 1000mg/m² + Lipo-dox 20mg/m² 治療 2 次後，自 8/31 起化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛，伴隨化療後吹風易頭痛，熱毒損傷脾胃水穀精氣的運化與加重脾胃熱鬱脈阻，同時熱毒也併發熱鬱傷陰產生化療後雙手手腕及背部癢疹與口瘡作痛，熱毒濕熱下注膀胱產生化療後小便異味且色濁與化療後夜尿頻，服鐵劑大便硬黑，化療藥傷心陽與減少脾胃水穀運化產生化療後晨起顫骨與全身骨節酸痛與壓之酸甚。易畏寒、易畏熱，易感疲倦，於是會診本院中醫。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

病因：手術損傷任脈肝腎經脾經經絡阻滯，加上化療藥（Gemzar + Lipo-dox）的熱毒傷脾胃而產生腹部絞痛

病位：

經絡病位：任脈肝腎經脾經

臟腑病位：脾與大腸

病性：本虛標實

病勢推導：

此位 52 歲女性患者，於 103/7 診斷為 ovarian adenocarcinoma，stage IVA（pleural effusion：adenocarcinoma。CT scan：liver metastasis but only superficial tumor noted during surgery）產生上焦水濕氾濫與中下焦痰濁積聚濕滯，103/07/29 開始化療（paraplatin + dose-dense paclitaxel x 4）至 103/12/07，paraplatin + paclitaxel 會產生心脾腎陽氣不足夾熱毒傷脾胃損腎精（影響細胞內的微管系統。細胞分裂時會形成大量管狀構造，也就是有絲分裂時的線狀構造，在染色體分佈至兩個子細胞後，微管系統便進行分解，而完成細胞分裂，Paclitaxel 可抑制微管系統的分解），並於 103/12/24 接受減積手術，手術後因為器官切除，因此會加重腎經脾經經絡

阻滯與營血運送不暢。

手術後於 103/12/31 開始 adjuvant chemotherapy Paraplatin (濕熱損傷中焦脾胃與肝腎氣化 + Taxol (傷心脾腎陽氣) on 103/12/31、104/01/27、02/13、03/12 shift to dose dense paraplatin (ANCX5) Q3W + Taxol 60mg/m² (傷心脾腎陽氣) C4 104/04/08 ~ 4/21, C5 04/28 ~ 5/12, C6 05/20 ~ 06/04, s/p Gemzar 1000mg/m² + Lipo-dox 20mg/m² on 104/08/06、08/20、09/07、09/21、10/05、10/19、11/03), 化療 Gemzar 1000mg/m² (熱毒熱鬱傷肝胃腎與損腎精) + Lipo-dox 20mg/m² (脾胃濕熱與熱毒傷腎精與氣陰兩虛) 治療 2 次後, 自 8/31 起化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛, 伴隨化療後吹風易頭痛, 熱毒損傷脾胃水穀精氣的運化與加重脾胃熱鬱脈阻, 同時熱毒也併發熱鬱傷陰產生化療後雙手手腕及背部癢疹與口瘡作痛, 熱毒濕熱下注膀胱產生化療後小便異味且色濁與化療後夜尿頻, 化療藥傷心陽與減少脾胃水穀運化產生, 化療後晨起顴骨與全身骨節酸痛與壓之酸甚, 診斷為化療藥熱毒損傷脾胃水穀精氣的運化與加重脾胃熱鬱脈阻, 治療為清熱健脾理氣化療。

【診斷】

西醫病名：卵巢癌術後化療引起的腸胃功能異常

中醫證型 / 疾病名：熱毒損傷脾胃水穀精氣運化合併脾胃熱鬱脈阻

【論治】 治法分析

理：化療藥熱毒損傷脾胃水穀精氣的運化與加重脾胃熱鬱脈阻

法：治則為清熱健脾理氣化療。

方藥：

君：清腸胃肝熱與健脾

白朮 1.5g

黃芩 2g (苦, 寒。歸肺、胃、膽、大腸經; 清熱燥濕, 能清肺胃膽及大腸經之濕熱)

蒲公英 1.5g (苦、甘、寒。歸肝、胃經; 解食毒, 散滯氣, 化熱毒, 消惡瘡結核疔腫)

連翹 1g (苦, 微寒。歸肺、心、膽經; 清熱解毒, 消癰散結)

臣：牡丹皮 1.5g (苦、辛, 微寒。歸心、肝、腎經; 清熱涼血, 活血散瘀)

桃仁 1g (苦、甘, 平。有小毒。歸心、肝、大腸經; 活血祛瘀)

麥芽 1.5g

神麴 1.5g (甘、辛，溫。歸脾、胃經；消食和胃)

枳實 1.5g (苦、辛，微寒，歸脾、胃、大腸經；破氣除痞，化痰積)

佐：酸棗仁 1.5g

豬苓 1g (甘、淡，平。歸腎、膀胱經；利水滲濕)

會診複診病歷記錄

會診日期	症狀	治療	分析
11/03	<p>*自 8/31 起化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛，伴隨化療後吹風易頭痛，化療後雙手手腕及背部癢疹與口瘡作痛，化療後小便異味且色濁與化療後夜尿頻 5 回，化療後晨起顴骨與全身骨節酸痛與壓之酸甚</p> <p>*不易入睡；近一周食炸物飲便秘較硬量少伴隨肛門痛及外痔突出，現腸鳴、欲解不得解</p> <p>Data=WBC : 2850/HGB : 9.5 (9/07) →2970/10 (9/21) →4740/9.9 (10/19)</p> <p>Data=CA125 : 313 (07/30) →165 (9/7) →122 (9/21)</p>	<p>君：白朮 1.5g+黃芩 2g+蒲公英 1.5g+連翹 1g=清腸胃肝熱與健脾</p> <p>臣：牡丹皮 1.5g+桃仁 1g+麥芽 1.5g+神麩 1.5g +枳實 1.5g</p> <p>佐：酸棗仁 1.5g+豬苓 1g</p>	<p>診斷：化療藥熱毒損傷脾胃水穀精氣的運化與加重脾胃熱鬱脈阻</p>
11/17	<p>1.仍吹風易頭痛與上週感冒鼻塞鼻水咳嗽，口角炎嚴重</p> <p>2.化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛減，化療後雙手手腕及背部癢疹與口瘡作痛減，化療後小便異味且色濁與化療後夜尿頻 5 回減，化療後晨起顴骨與全身骨節酸痛與壓之酸甚減。</p> <p>3.不易入睡</p>	<p>處方 1x7 天(上方減神曲)</p> <p>白朮 1.5g 黃芩 1.5g 牡丹皮 1.5g 麥芽 1.5g 蒲公英 2g 酸棗仁 2g 枳實 1.5g 桃仁 1g 豬苓 1g 連翹 2g</p>	<p>*化療後中下焦標實證明顯，包含二便味臭與口角炎口瘡與雙手手腕及背部膚紅癢疹</p> <p>*因此化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛的表現，並非單純虛症，必須考量化療藥的熱毒與術後經絡阻滯的問題，適時加入清熱理氣健脾</p>

會診日期	症狀	治療	分析
			通絡藥物，則化療後腹部絞痛症減
11/17		處方 2×7 天： 麥門冬 1 g 白芷 1 g 魚腥草 2 g 葛根 2 g 黃芩 2 g 白朮 1.5 g 連翹 2 g 山梔子 1 g 防風 1 g 酸棗仁 2 g	*使用 Gemzar，也容易因為肺氣失宣而導致類風熱表現，出現鼻塞鼻水咳嗽的症狀 *處方酌加清熱散風解表藥物
11/30	1.鼻水仍多，鼻塞，兩指尖乾裂，吹風易頭痛減，口角炎嚴重減 2.化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛減，化療後雙手手腕及背部癢疹與口瘡作痛減，化療後小便異味且色濁 3.不易入睡	白芷 1 g 魚腥草 2 g 葛根 2 g 黃芩 2 g 白朮 1.5 g 連翹 2 g 山梔子 1 g 防風 1 g 酸棗仁 2 g 金銀花 1.5 g	*加入辛溫通竅清熱藥物，同時須兼顧脾胃水穀運化，才能增加表衛之氣
12/08	1.化療後腹痛欲嘔，食後稍減 2.鼻水減，鼻塞減，兩指尖乾裂減，吹風易頭痛減 3.化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛減，口角炎嚴重減，化療後雙手手腕及背部癢疹減	白芷 1g 魚腥草 2g 黃芩 2g 白朮 1.5g 連翹 2g 山梔子 1g 酸棗仁 2g 金銀花 1.5g 桑枝 1g 澤瀉 1g	*穩定，藥物同上

【討論】

問題 1：化療藥 paclitaxel 治療癌症作用的機轉是什麼？中醫如何解釋？

老師回覆：化療藥 Paclitaxel 具有獨特的作用機轉，它可影響細胞內的微管系統。細胞分裂時會形成大量管狀構造，也就是有絲分裂時的線狀構造，在染色體分佈至兩子細胞後這微管系統便進行分解，而完成細胞分裂，Paclitaxel 可抑制微管系統的分解過程，使細胞被固定在分裂的過程中而死亡。因此 Paclitaxel 作用係一有絲分裂的抑制劑，可阻斷細胞於細胞周期之 G2 與 M 期，讓痰瘀積聚的腫瘤細胞因熱毒或腎氣阻遏而死亡，同時身體其他器官也會產生心脾腎陽氣不足夾熱毒傷脾胃損腎精。

問題 2：卵巢癌治療使用化療藥力得微脂體後腹部絞痛，如何確認有標實症？如何治療？

老師回覆：(1) 化療後易頭暈、噁心想吐與腹脹絞痛的表現，並非單純虛症，必須考量化療藥的熱毒與術後經絡阻滯的問題，適時加入清熱理氣健脾通絡藥物，則化療後腹部絞痛症減。

(2) 化療後中下焦標實證明顯，包含二便味臭與口角炎口瘡與雙手手腕及背部膚紅癢疹。

【參考文獻資料】

1. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, eds. Ovary and primary peritoneal carcinoma. SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer-Verlag; 2010. pp. 493-506.
2. Sugiyama T, Kamura T, Kigawa J, Terakawa N, Kikuchi Y, Kita T, et al. Clinical characteristics of clear cell carcinoma of the ovary: a distinct histologic type with poor prognosis and resistance to platinum-based chemotherapy. Cancer. 2000 Jun 1. 88 (11): 2584-2589.
3. 鄭麗萍，沈敏鶴，阮善明等：沈敏鶴治療卵巢癌經驗。河南中醫 2011; 31(8): 846-847.
4. 姚紅梅，顧瑩清：腹腔化療及中藥治療卵巢癌術後43例。遼寧中醫雜誌 1998; 10(25): 468-469.

卵巢癌患者中西醫整合照護教學病例（會診）

臺中榮民總醫院傳統醫學科蔡真真主治醫師/周書慧住院醫師

【姓名】柳 OO

【性別】女

【生日】46 年 OO 月 OO 日

【身高/體重】153 公分/44 公斤

【住院日期】104 年 12 月 03 日

【會診日期】104 年 12 月 03 日

【病史獲取對象】患者本人

【主訴】卵巢癌手術後大便每日 10 回以上已經 1 個月了

【現病史】

此位 58 歲女性患者，為 G3P3 與 96 年停經，過去病史有高血壓、高膽固醇與甲狀腺功能亢進病史。這回因肛門周圍出血已超過半年，同時有裏急後重與肛門疼痛出現，解便頻率增加時也會出現便血，診所大腸鏡檢查發現中心壞死性息肉腫塊（polypoid tumor with central ulceration and 10-15 cm proximal to AV），因此轉診到中榮急診，初步診斷為大腸癌。在手術過程中發現 10 公分的左卵巢腫瘤，因此施行完全減積手術 complete debulking operation（ATH with retroperitoneal approach + BSO + BPLND + PALNS up to IMA + Infracolic omentectomy segmental resection of rectosigmoid colon with end-to-end anastomosis），最後確診為左卵巢癌（分期為 IIB）合併子宮與直腸轉移。術後出現右邊輸尿管破裂與尿液滲漏（處理：right double J catheter insertion on 104/11/18），每日大便 10 次以上。於 104/12/02 施打第一次化療（Paraplatin and Formoxol），並計畫持續使用化療藥（Paraplatin and Formoxol on 104/12/02、12/23、105/01/13、02/16 and 03/09）。因為手術後已 1 個月，仍持續每日大便 10 次以上，同時伴有納差、腹脹、大便前硬、肛痛易出血、白天頻尿小便濁、不易入睡淺眠多夢、口乾、煩躁、健忘、身倦等現象，故這回住院第一次打化療，希望會診中醫輔助治療。

【過去病史】

高血壓：規律服藥治療，且血壓控制穩定

高膽固醇：規律服藥治療

甲狀腺功能亢進：穩定

【住院/手術紀錄】剖腹產

【外傷史】無特別病史

【目前長期服用之藥物/健康食品】無

【家族史】無特別家族病史

【個人史】無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，採一般葷食，無特殊飲食嗜好

【過敏史】無藥物、食物過敏史

【旅行史（最近三個月）】無

【胎產經帶史】G3P3SA0；C/S。50歲時停經

【四診】

望：身瘦，舌紅，苔白

聞：氣平，無特別氣味

問：納差，腹脹，大便量少多回與每日10回，大便前硬與肛痛易出血，
白天頻尿與小便濁，眠差，不易入睡淺眠多夢，口乾，煩躁與健忘
與身倦，無胸悶心悸；停經

切：沈細數脈；雙寸沈取無力

【實驗室檢查】

DATE	WBC	HGB	PLT	NEUT	LYM
1041106	12040	13.5	327000	87.7	7.2
1041107	5510	11.2	158000	62.0	13.0
1041108		9.9			
1041113	12610	9.4	322000	81.6	8.8
1041125	7280	12.5	539000	79.9	13.0
1041202	6510	10.4	361000	63.3	24.7
1041210	4960	10.2	370000	67.7	23.6
1041223	6730	10.1	355000	75.0	16.9
1041227	4600	10.9	295000	78.2	19.1
1041228		11.1			
1050113	5670	11.6	333000	64.1	28.6

DATE	CA-125
1041109	41.06
1041202	28.17
1041223	8.70
1050113	6.47
1050203	6.62
1050309	8.19

【影像學檢查】

1041106 CT

1. Imaging Modality and Protocol CT of whole abdomen post IV contrast enhancement
2. Tumor location / Size
Focal wall thickening over rectum is noted.
Size : 5.0x4.9 cm
3. Tumor invasion : Pericolonic fat plane is involved.
4. Regional nodal metastasis : No significant lymphadenopathy.
5. Distant metastasis (In this study) : No
6. Other findings :
 - (1) Enlargement of uterus and multiple heterogenous mass with necrosis, myomas or nature to be determined. Please check GYN condition.
 - (2) Small low attenuation lesions in liver, in favor of cysts. Suggest F/U
 - (3) Normal spleen, pancreas, both kidneys and GB without space—occupying lesion.

Impression : R/O rectal cancer

1050217 CT

1. Ovarian Ca post operation. Mild increase soft tissue density with fat stranding around surgical stiches, post operative change is considered. Suggest F/U to R/O tumor recurrence.
2. R't moderate hydronephrosis with poor contrast enhancement of right kidney. S/P right double J catheter.
3. No abnormal focal lesion in liver, pancreas, left kidney and spleen.
4. No abnormal lymphadenopathy in retroperitoneum or pelvis.

Impression: Ovarian Ca post operation, with mild increase soft tissue density, R/O post operative change. Suggest F/U R't moderate hydronephrosis, S/P double J catheter

【現代醫學身體（理學）診察】

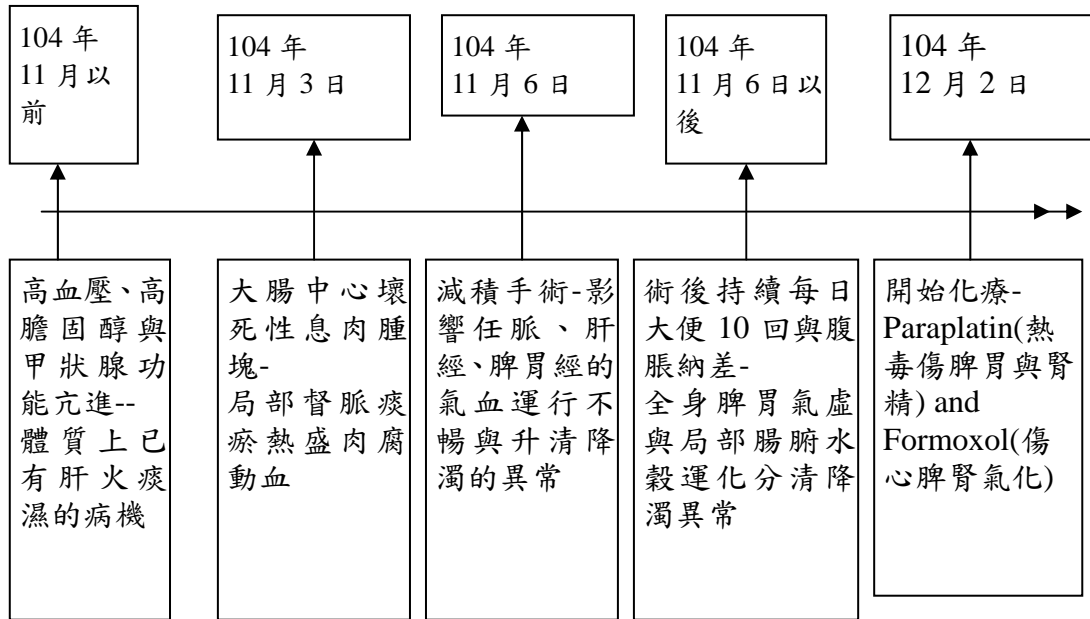
生命跡象	生命徵象							
	date	體溫 (BT)	脈搏 (P)	呼吸 (R)	血壓 (BP)	身高 (BH)	體重 (BW)	BMI
	1041203	36.9°C	111 次/分	20 次/分	120/77 mmHg	153cm	44kg	18.8
皮膚黏膜	皮膚彈性差、膚乾、無黃疸							
淋巴結	頭項與腋下與鼠蹊部無淋巴腫大							
頭面部	結膜淡紅與面色淡褐斑，唇淡暗，無面部腫脹、無鞏膜黃疸、無口唇紫疔、化療後口瘡與色淡紅、無扁桃腺腫大							
頸項	無頸部僵硬、無頸部淋巴腫大							
胸部	呼吸時無須輔助肌肉的使用、無奇異呼吸運動（paradoxical movement）、心尖搏動位置正常、心音（regular heart beats）規律與正常							
腹部	無腹部壓痛點（tenderness）與拒按、無鼓音（tympanic）、無腹膜疼痛（muscle guarding, rebounding pain）、無腹部硬塊、腹部手術疤痕							
背部	無背部敲擊疼痛（flank knocking tenderness）							
二陰	無陰部腫塊、無陰部潰瘍、無肛門脫出							
脊柱四肢	無脊椎壓痛、無斑疹、無出血瘀點、無水腫，但全身骨節酸痛與壓之酸甚							
神經系統	意識程度（GCS scale：E4M6V5）、無面神經癱瘓、肌肉張力正常（muscle power：5）、深部肌腱反射（DTR）正常，無感覺異常							

【整體回顧】

此位 58 歲女性患者，為 G3P3，50 歲時停經，過去病史有高血壓、高膽固醇與甲狀腺功能亢進病史，因此體質上已有肝火痰濕的病機存在。此次因肛門周圍出血已超過半年，同時有裏急後重與肛門疼痛出現，解便頻率增加時，也會出現解便便血，診所大腸鏡檢查發現中心壞死性息肉腫塊（polypoid tumor with central ulceration and

10-15 cm proximal to AV) ，局部督脈痰瘀熱盛肉腐動血。因此轉診到中榮急診與初步診斷為大腸癌，在 11 月 6 日手術過程中發現 10 公分的左卵巢腫瘤，因此最後施行完全減積手術 complete debulking operation (ATH with retroperitoneal approach + BSO + BPLND + PALNS up to IMA + Infracolic omentectomy segmental resection of rectosigmoid colon with end-to-end anastomosis) ，手術影響任脈、肝經、大腸經的氣血運行不暢與升清降濁的異常。最後確診為左卵巢癌 (分期為 IIB) 合併子宮與直腸轉移。術後出現右邊輸尿管破裂與尿液滲漏 (處理：right double J catheter insertion on 104/11/18) ，出現肝經與腎經絡脈損傷。腹瀉每日 10 次以上，出現脾胃腸腑水穀運化與分清降濁異常表現，並於 12/02 (會診前 1 日) 施打第一次化療 (Paraplatin and Formoxol ，注意產生 Paraplatin 熱毒傷脾胃與腎精，Formoxol 傷心脾腎氣化) ，同時計畫持續使用化療藥 (Paraplatin and Formoxol on 104/12/02、12/23、105/01/13、02/16 and 03/09) 。因為手術後已 1 個月，但仍持續腹瀉與每日大便 10 次以上，同時伴有納差，腹脹，大便量少多回與每日 10 回，大便前硬與肛痛易出血，身瘦身倦，脈沉細數雙寸沈取無力，手術影響任脈、肝經、大腸經的氣血運行與升清降濁的表現，同時夾心脾虛濕濁局部督脈經絡不暢；白天頻尿與小便混濁的下焦溼熱表現，眠差，不易入睡淺眠多夢，口乾，煩躁與健忘與身倦，無胸悶心悸，夾有心肝陰血不足，中醫診斷為任脈、肝經、大腸經的氣血運行不暢與升清降濁的異常，夾心脾虛濕濁局部督脈經絡不暢，這回住院第一次打化療，治療為健脾理氣利濕通絡清熱。

【時序圖】



【辨證（病機分析）】

病因：減積手術影響中下焦脾胃水濕運化

病位：

臟腑病位：脾、大腸

經絡病位：脾胃經、任脈、肝經

病性：

本虛：減積手術切除卵巢、子宮、輸卵管、部分網膜、肝經骨盆腔淋巴清除、任脈主動脈旁淋巴切除、大腸經之大腸直腸切除—影響中下焦氣化，任脈、肝經、腎經、脾胃經的水穀精氣運行與運化

標實：局部督脈肛痛易出血夾大便偏硬與白天頻尿與小便濁的下焦溼熱

病勢推演：

此位58歲女性患者，過去病史有高血壓、高膽固醇與甲狀腺功能亢進體質，且身體偏瘦，因此體質上已有肝火痰濕與脾胃運化不足的病機存在，這回因肛門周圍出血已超過半年，同時有裏急後重與肛門疼痛出現，解便頻率增加時，也會出現解便便血，診所大腸鏡檢查發現中心壞死性息肉腫塊（polypoid tumor with central ulceration and 10-15 cm proximal to AV），存在局部督脈

痰瘀熱盛肉腐動血。因此轉診到中榮急診與初步診斷為大腸癌，同時在 11 月 6 日手術過程中發現 10 公分的左卵巢腫瘤，因此最後施行完全減積手術 complete debulking operation (ATH with retroperitoneal approach + BSO + BPLND + PALNS up to IMA + Infracolic omentectomy segmental resection of rectosigmoid colon with end-to-end anastomosis)，手術影響任脈、肝經、脾胃經的氣血運行不暢與升清降濁的異常，最後診斷為左卵巢癌與分期為 IIB 合併子宮與直腸轉移。術後出現右邊輸尿管破裂與尿液滲漏（處理：right double J catheter insertion on 104/11/18），出現肝經與腎經絡脈損傷，納差腹脹與腹瀉每日 10 次以上，出現脾胃氣虛與腸腑水穀運化分清降濁異常表現。因為手術後已 1 個月，但仍持續腹瀉與每日大便 10 次以上，同時伴有納差，腹脹，大便量少多回與每日 10 回，大便前硬與肛痛易出血，身瘦身倦與脈沉細數雙寸沈取無力，手術影響任脈、肝經、脾胃經的氣血運行與升清降濁的表現；白天頻尿與小便混濁的下焦溼熱表現，眠差，不易入睡，淺眠多夢，口乾，煩躁與健忘與身倦，無胸悶心悸，夾有心肝陰血不足，同時於 12/02（會診前 1 日）施打第一次化療（Paraplatin and Formoxol，注意產生 Paraplatin 熱毒傷脾胃與腎精，Formoxol 傷心脾腎氣化），同時計畫持續使用化療藥（Paraplatin and Formoxol on 104/12/02、12/23、105/01/13、02/16 and 03/09），因此必須注意化療藥熱毒傷脾胃的問題，中醫診斷為任脈、肝經、脾胃經的氣血運行不暢與升清降濁的異常，熱毒損心脾運化加重濕濁，這回住院第一次打化療，治則為健脾理氣利濕通絡清熱

【診斷】

西醫病名：減積手術導致的腹瀉

中醫證型/疾病名：脾胃氣虛與腸腑水穀運化分清降濁異常夾局部下焦任脈與肝經阻滯

【論治】治法分析

理：此病患體質上已有肝火痰濕與脾胃運化不足的病機存在，104 年 11 月因肛門周圍出血，同時有裏急後重與肛門疼痛出現，解便頻率增加時，也會出現解便便血，診所大腸鏡檢查發現中心壞死性息肉腫塊（polypoid tumor with central ulceration and 10-15cm proximal to AV），存在局部督脈痰瘀熱盛肉腐

動血，在 11 月 6 日施行完全減積手術（腹部子宮全切除：下焦任脈阻滯、卵巢輸卵管全切除：肝經阻滯、雙側骨盆淋巴切除：肝經阻滯、para-aortic lymph node sampling：腎經不暢、Infracolic omentectomy segmental resection of rectosigmoid colon with end-to-end anastomosis：脾經胃經阻滯（因為位置為直腸乙狀結腸處與 Infracolic omentectomy，因此歸為脾胃經而非大腸經），手術影響任脈、肝經、脾胃經的氣血運行不暢與升降濁的異常，最後診斷為左卵巢癌與分期為 IIB 合併子宮與直腸轉移。術後 1 個月持續腹瀉與每日大便 10 次以上，同時伴有納差，腹脹，大便量少多回與每日 10 回，大便前硬與肛痛易出血，身瘦身倦與脈沉細數雙寸沈取無力，手術直接影響脾胃經的水穀濕濁運化，同時局部下焦任脈與肝經阻滯時，會影響營衛水穀精氣運送，導致局部濕濁阻滯而大便水瀉，伴隨眠差，不易入睡淺眠多夢，口乾，煩躁與健忘與身倦的氣陰不足表現，無胸悶心悸，白天頻尿與小便濁的下焦溼熱表現，並出現全身性脾胃氣虛與腸腑水穀運化分清降濁異常；12/02（會診前 1 日）施打第一次化療（Paraplatin and Formoxol：注意產生 Paraplatin 熱毒傷脾胃與腎精，Formoxol 傷心脾腎氣化）

法：健脾胃利濕通絡清熱

方藥：

君：健脾行氣燥濕

白朮 1.5g（苦、甘，溫。歸脾、胃經；補氣健脾，燥濕利水）

山楂 1g（酸，甘，微溫。歸脾、胃、肝經；消食化積，行氣散瘀）

縮砂仁 1.5g（辛、溫。歸脾、胃經；化濕行氣，溫中止嘔止瀉）

臣：消積清熱涼血

麥芽 1g

黃芩 1.5g（苦，寒。歸肺、胃、膽、大腸經；清熱燥濕，瀉火解毒，涼血止血）

槐花 1.5g（苦，微寒。歸肝、大腸經；涼血止血，清肝火）

白茅根 1g（甘，寒。歸肺、胃、膀胱經；涼血止血，清熱利尿）

佐使：潤腸寧心安神

火麻仁 1.5g

酸棗仁 2g（甘、酸，平。歸心、肝、膽經；養心益肝，安神）

遠志 1.5g（苦、辛，微溫。歸心、腎、肺經；寧心安神，祛痰開竅）

會診複診病歷記錄

會診日期	症狀	治療	分析
12/03	<p>主訴：大便量少多回 每日 10 回</p> <p>中醫四診： 望：身瘦，舌紅，苔白 聞：氣平 問：易怒健忘，不易入睡，淺眠多夢，無胸悶不適，腹部脹，納差，腹脹，大便量少每日 10 回，大便前硬，肛痛易出血，小便濁，白天頻尿，口乾</p> <p>切診：脈數</p> <p>12/02(會診前 1 日) 施打第一次化療 (Paraplatin and Formoxol)</p>	<p>君：白朮 1.5g (苦、甘，溫。歸脾、胃經；補氣健脾，燥濕利水) + 山查 1g (酸，甘，微溫。歸脾、胃、肝經；消食化積，行氣散瘀) + 縮砂仁 1.5g (辛、溫。歸脾、胃經；化濕行氣，溫中止嘔止瀉) — 健脾行氣燥濕</p> <p>臣：麥芽 1g + 黃芩 1.5g (苦，寒。歸肺、胃、膽、大腸經；清熱燥濕，瀉火解毒，涼血止血) + 槐花 1.5g (苦，微寒。歸肝、大腸經；涼血止血，清肝火。) + 白茅根 1g (甘，寒。歸肺、胃、膀胱經；涼血止血，清熱利尿) — 消積清熱涼血</p> <p>佐使：火麻仁 1.5g + 酸棗仁 2g (甘、酸，平。歸心、肝、膽經；養心益肝，安神) + 遠志 1.5g (苦、辛，微溫。歸心、腎、肺經；寧心安神，祛痰開竅) — 潤腸寧心安神</p>	<p>* 化療前已因為手術持續 1 個月產生全身性脾胃氣虛與腸腑水穀運化分清降濁異常</p> <p>* 住院化療 Paraplatin and Formoxol 後：注意 Paraplatin 產生熱毒傷脾胃與腎精，Formoxold 易傷心脾腎氣化</p>
12/24	<p>主訴：大便量少每日 10 回變 3 回</p> <p>中醫四診： 望：身瘦，舌紅，苔</p>	<p>君：白朮 1.5g + 山查 1g + 縮砂仁 1.5g</p> <p>臣：黃芩 1.5g + 槐花 1.5g + 厚朴 1.5g (苦、辛，溫。</p>	<p>* 打完第 1 次化療，病患無新增不適，推測 12 月 03 日藥物已</p>

會診日期	症狀	治療	分析
	白 聞：氣平 問：易怒健忘，不易入睡減，淺眠多夢，仍腹部脹，納差減，大便前硬減，肛痛易出血減，小便濁，白天頻尿，口乾 切診：脈數 WBC=6730， HB=10.5	歸脾、胃、肺、大腸經； 行氣，燥濕，消積)+敗醬草 1g (辛、苦，微寒。歸胃、大腸、肝經；清熱解毒，消癰排膿，祛瘀止痛。) 佐使：火麻仁 1g+酸棗仁 2g+ 遠志 1.5g+白茅根 1.5g	加入黃芩+槐花 一清脾胃與大腸熱，因此化療後副作用較不明顯 *扶正與清熱藥物的比例必須注意，因手術已經損傷任脈、肝經、脾胃經，所以脾胃運化與三焦運送路徑已受損，注意避免加重脾胃損傷

【討論】

問題 1：婦科腫瘤手術常使用減積手術，對人體的影響，會產生何種中醫病理變化？

老師回答：癌症減積手術 (debulking surgeries) 的範圍包括全子宮切除 (total hysterectomy)、雙側卵巢輸卵管切除 (bilateral salpingoophorectomy)、雙側骨盆淋巴切除 (bilateral pelvic lymphadenectomy)、主動脈旁淋巴採樣 (paraortic lymph node sampling)、部分網膜切除 (partial omentectomy)、與細胞學檢查 (cytology)、與切除可得見的病灶，常用於治療腫瘤侵犯較廣泛的疾病 (1.子宮內膜癌 endometrial cancer, 2. 卵巢 ovarian cancer, 3. 卵巢低惡性度癌症 ovarian borderline tumor)。在 total hysterectomy 中，會出現下焦任脈不暢問題；bilateral salpingoophorectomy 會出現肝經不暢；bilateral pelvic lymphadenectomy 出現肝膽經絡不暢；paraortic lymph node sampling 出現腎經不暢；partial omentectomy 影響水穀

精氣運送；而此病患因為轉移至大腸，因此手術增加 rectosigmoid colon with end- to- end anastomosis，所以大腸傳化糟粕與主津的異常而導致大便量少多回

問題2：此病患手術前已轉移子宮與大腸，雖然已手術切除，但是病機上是否仍存在經絡的氣滯血瘀？

老師回答：轉移部位存在腫瘤時，局部會有痰瘀熱鬱甚至熱盛動血的問題，手術後雖然局部腫塊消失，但是因為已損傷局部任脈、腎經、胃經、脾經與肝經，因此容易產生局部氣血瘀阻而加重局部痰瘀的產生，容易再產生痰瘀熱鬱的腫塊，因此術後不可進補與必須注意氣機的運化，是非常重要的，二便的通暢很重要

【參考文獻】

1. 楊維傑：針灸經穴學。志遠書局; pp.181-418
2. 張高維：解剖經穴圖。智揚出版社; 16-23
3. Aletti GD, Dowdy SC, Gostout BS, Jones MB, Stanhope CR, Wilson TO, et al. Aggressive surgical effort and improved survival in advanced—stage ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 77-85.
4. Eisenkop SM, Spirtos NM. Procedures required to accomplish complete cytoreduction of ovarian cancer： is there a correlation with “biological aggressiveness” and survival? *Gynecol Oncol* 2001; 82: 435-441.
5. Lim MC, Kang S, Song YJ, Park SH, Park SY. Feasibility and safety of extensive upper abdominal surgery in elderly patients with advanced epithelial ovarian cancer. *J Korean Med Sci.* 2010; 25: 1034-1040.

臺灣中藥典中藥材檢驗規格內容編修

何玉鈴¹、高駿彬²、張永勳³、張懿文¹、林宜薇¹、蕭惠薰³

¹ 弘光科技大學

² 新生醫護管理專科學校

³ 中國醫藥大學

摘要

臺灣中藥典第二版於 2013 年公告，收載 300 種中藥品項，然而，與中華人民共和國藥典 2015 年版比較，仍嫌不足。衛生福利部自民國 102 年度起，委託國家中醫藥研究所、中國醫藥大學及財團法人醫藥工業技術發展中心，繼續進行新增品項中藥規格之制定研究。另為使藥典工作更加完善，衛生福利部邀請國內各產、官、學界代表，將藥典編修小組分為「中藥基原組」、「檢驗規格組」、「中藥製劑組」及「中醫臨床組」四個小組進行。

本計畫針對「檢驗規格組」之工作項目，召開四次編修會議，並參加其他分小組之專家會議，適時提出檢討與建議。透過工作會議，研議及統整出 15 個未來臺灣中藥典建議收載的炮製藥材品項，修定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，以為參與藥典背景研究單位之參考，協助編修藥典預新增 54 種品項之檢驗規格，並統一原藥典 300 品項之撰寫格式等。並提供專家諮詢服務，檢討各界對已公告臺灣中藥典檢驗規格內容之相關問題。另對藥典已收載之常用品項，但其檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材，依其重要性，依序列出值得進一步重新建立檢驗規格之品項，供衛生福利部參考，以提昇臺灣中藥的品質、療效與安全。

關鍵詞：檢驗規格、炮製中藥材、工作技術指南、諮詢、臺灣中藥典

The Compilation of Quality Specification of TCM in Taiwan Herbal Pharmacopeia

Yu-Ling Ho¹, Chun-Pin Kao², Yuan-Shiun Chang³, Yi-Wen Chang¹, Yi-Wei Lin¹,
Hui-Hsun Hsiao³

¹Hungkuang University

²Hsin Sheng College of Medical Care and Management

³China Medical University

ABSTRACT

The second version of Taiwan Herbal Pharmacopeia was promulgated in 2013 with 300 herb items. However, the items covered are far less than PRC Pharmacopeia 2015. Since 2013, Ministry of Health and Welfare have entrusted National Research Institute of Chinese Medicine and Pharmacy, China Medical University and Medical and Pharmaceutical Industry Technology and Development Center to carry out quality specification studies for the new herb items to be incorporated in the upcoming revised version of THP. To enhance the efficiencies of THP Committee, Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare invited more members from government institutions, academic institutes and industrial partners to participate in the THP editorial committee. Four sub-committees, namely, Herb origin, Quality specification, Herbal preparations and Clinical were formed.

This project had held four regular editorial committee meetings on quality specification of THP and had also attended other sub-group's committee meetings and provided necessary review and recommendations. Through the committee meetings, we had proposed 15 possible processed herb items to be incorporated in the future THP. We also revised the "Technical Guidelines on Research and Laboratory Work of THP" for the references of institutes engaged in the laboratory work of THP. This project also edited the quality specifications of 54 new developed herb items and unified the formats of 300 herb items in the promulgated THP. We also provided expert consultation service on THP related issues, reviewed related issues on the quality specification of promulgated THP content. For the herb items incorporated in

the promulgated THP, this project selected important and commonly used items which had not been not undergone intensive laboratory specification studies before. A priority list had been proposed for the reference of Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare for future studies. By doing so, this project aims to elevate the quality, efficacy and safety of TCM herbs in Taiwan.

Keywords: Quality specifications, Processed herb items, Technical guidelines, Consultations, Taiwan Herbal Pharmacopeia (THP)

壹、前言

臺灣市售中藥材絕大部分仰賴進口，品種繁多而複雜，其品質不易控制，再因藥材之產地、基原、採收期、使用部位、野生種或栽培種等因素，造成市售藥材之品質及價格之間有極大的差異。為確保藥材品質與療效，中藥品管之制度化乃刻不容緩之事。

國內第一部中華中藥典⁽¹⁾（已改名台灣傳統藥典），於民國九十三年三月九日公告，並自九十三年五月一日起實施。第一版中華中藥典⁽¹⁾收載中藥品項僅 200 種，經中醫藥委員會多方努力，第二版中藥典—臺灣中藥典⁽²⁾已於一〇一年十二月公告，一〇二年元月由行政院衛生署中華藥典編修委員會中藥集小組編纂出版，並自一〇二年四月一日起實施，收載品項增至 300 種，檢驗規格也大幅修改，凡供製造、輸入之中藥材，其品質與規格，需符臺灣中藥典第二版⁽²⁾之規定。

然而，中華人民共和國藥典 2015 年版⁽³⁾一部收載了 2,598 個品項（其中成方製劑和單味製劑 1493 項，植物油脂和提取物 47 項，618 種藥材及 440 種飲片）、香港中藥材標準⁽⁴⁻¹⁰⁾已制訂 236 種中藥材、日本藥局方第 17 版⁽¹¹⁾收載 323 項生藥、韓國藥典(KP)第 11 版⁽¹²⁾收載 179 項草藥及製劑，2015 年版韓國草藥典(KHP)⁽¹³⁾收載 868 品項。相較之下，臺灣中藥典⁽²⁾品項內容略顯不足，仍須繼續編修。

民國一〇二年至一〇四年間，衛生福利部連續執行「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-1)」計畫⁽¹⁴⁾（計畫編號：CCMP102-RD-001）、「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-2)」計畫⁽¹⁵⁾（計畫編號：MOHW103-CMAP-M-114-122409）及「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-3)」計畫⁽¹⁶⁾（計畫編號：MOHW-104-CMAP-114-133401），完成新增 30 個品項檢驗規格之制訂。另衛生福利部也委託國家中醫藥研究所及財團法人醫藥工業技術發展中心，繼續進行新增品項中藥規格之制定研究。各研究單位所執行之成果其格式多不統一，本計畫協助將各執行單位新增 54 種品項之檢驗規格撰寫成藥典格式，以為藥典增補版新增品項之背景參考。

而臺灣中藥典⁽²⁾公告後，製藥公會也曾提出一些實際執行之困難，如：半夏藥材之水抽提物規範在臺灣中藥典⁽²⁾及中華人民共和國藥典 2010 年版⁽¹⁷⁾皆為不得少於 9.0%，但半夏之市場品常為炮製品，因此，水抽提物之檢驗多為不合格，導致採購、進貨之困難，因此需要有相關之平台來檢討、修正臺灣中藥典⁽²⁾，以符合現況。

為此，衛生福利部於民國一〇三年度執行「臺灣中藥典編輯與諮詢」計畫⁽¹⁸⁾（計畫案號：M03G9440），成立臺灣中藥典⁽²⁾諮詢窗口，提供專案諮詢服務，接受各界對藥典內容之疑義，檢討各界對已公告臺灣中藥典⁽²⁾內容相關問題之缺失及勘誤，也彌補臺灣中藥典⁽²⁾之編輯無常設機構之不足。又為利各研究單位執行衛生福利部計畫，訂定藥典中藥材品項各檢驗方法之研究時，有一定的標準及格式，研議與制定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」草案，一致化檢驗方法內容之撰寫格式、規格要求及提交內容，供執行研發之實驗室參考。本計畫在此基礎下，繼續接受藥典諮詢，協助回覆藥典相關檢驗規格訊息之諮詢問題與意見，及協助相關檢驗規格提案之評估與建議等，並完成「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」之制定，以為參與藥典背景研究單位之參考。

另為對中藥典進行更全面的編修及了解，衛生福利部於一〇四年度邀請國內各產、官、學界代表，依各專家之專長，將藥典編修小組分工為四個小組進行，分別為「中藥基原組」、「檢驗規格組」、「中藥製劑組」及「中醫臨床組」。

本計畫負責執行「檢驗規格組」之工作項目（小組名單如表一），除定期召開臺灣中藥典⁽²⁾「檢驗規格組」之編修會議外，提供專家諮詢服務，檢討各界對已公告臺灣中藥典⁽²⁾檢驗規格內容之相關問題，並參加其他分小組之專家會議，適時提出檢討與建議。修定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，以為參與藥典背景研究單位之參考，協助編修藥典預新增 54 種品項之檢驗規格，並統一原藥典 300 品項之撰寫格式。另對藥典已收載，但其檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材品項，依其重要性，依序列出值得進一步重新建立檢驗規格之品項，提出年度工作建議計畫表，供衛福利部中醫藥司參考。

希冀透過本計畫之執行，彌補臺灣中藥典⁽²⁾之編輯無常設機構之不足，即時改善臺灣中藥典⁽²⁾之缺失，以協助業者解決實際執行問題。訂定檢驗規格之工作技術指南，統一藥典之撰寫格式，並研議藥典收載炮製品項。也對藥典其檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗規格之品項，提出年度工作建議計畫表，以提昇臺灣中藥的品質、療效與安全。

貳、材料與方法

一、參加其他分小組會議，提供檢驗規格相關專業意見：

本計畫已於 105 年 3 月 15 日、105 年 6 月 3 日、105 年 8 月 29 日及 105 年 11 月 11 日召開四場次之「檢驗規格分小組」會議。本小組召集人張永勳教授也陸續參加基原分小組、製劑分小組及臨床分小組之工作會議，提供檢驗規格相關專業意見。另也與本計畫之主持人何玉鈴副教授一同參與臺灣中藥典第二版⁽²⁾增補版工作分小組聯繫會議。

(一) 本小組召集人於 105 年 1 月 22 日、105 年 3 月 11 日、105 年 8 月 26 日及 105 年 9 月 30 日參加「基原分小組」之工作會議。

(二) 本小組召集人於 105 年 2 月 23 日、105 年 3 月 22 日、105 年 6 月 21 日、105 年 8 月 2 日及 105 年 8 月 30 日參加「製劑分小組」之工作會議。

(三) 本小組召集人於 105 年 7 月 26 日及 105 年 10 月 28 日參加「臨床分小組」之工作會議。

(四) 本小組之召集人與計畫主持人也於 105 年 1 月 26 日、105 年 5 月 9 日及 105 年 7 月 18 日一同參與臺灣中藥典第二版⁽²⁾增補版工作分小組聯繫會議，並報告「檢驗規格分小組」之計畫內容及執行情形。第四次聯繫會議訂於 105 年 12 月 6 日假衛生福利部召開。

二、協助回覆藥典相關檢驗規格訊息之諮詢問題與意見，及協助相關檢驗規格提案之評估與建議：

衛生福利部於 103 年度委託中國醫藥大學張永勳教授執行「臺灣中藥典編輯與諮詢」計畫⁽¹⁸⁾（計畫案號：M03G9440），成立臺灣中藥典⁽²⁾臨時諮詢窗口，接受各界對藥典內容之疑義，檢討各界對已公告臺灣中藥典⁽²⁾內容相關問題之缺失及勘誤，也彌補臺灣中藥典⁽²⁾之編輯無常設機構之不足。

衛生福利部中醫藥司於 105 年度正式成立中藥典專業諮詢服務窗口，蒐集各界對臺灣中藥典相關意見，本計畫提供檢驗規格方面之諮詢服務。

諮詢管道

電話：

傳真：

E-mail: cmthp@mohw.gov.tw

該諮詢窗口之機制為：蒐集各界對臺灣中藥典相關意見，簡易意見提

供立即回復，並彙整較專業性諮詢意見，提交藥典編修工作小組各分小組提供資料後回復。

本計畫執行期間尚未收到藥典檢驗規格之諮詢、意見與提案，將會持續關注。

三、進行檢驗規格工作技術指南之制訂：

為利各研究單位執行衛生福利部計畫，訂定藥典中藥材品項各檢驗方法之研究時，有一定的標準及格式，衛生福利部於 103 年度執行「臺灣中藥典編輯與諮詢」計畫⁽¹⁸⁾（計畫案號：M03G9440），研議與制定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南（草案）」，一致化檢驗方法內容之撰寫格式、規格要求及提交內容，供執行研發之實驗室參考。

本計畫在此基礎下，繼續編修「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，並藉由檢驗規格小組之定期工作會議，與各委員反覆討論。

四、協助編修新增 54 項中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其他規定」及「含量測定」等內容，及後續校對工作：

近年來衛生福利部委託中國醫藥大學、國家中醫藥研究所及財團法人醫藥工業技術發展中心，進行新增品項中藥材規格之制定研究，包括顯微鑑別（含組織及粉末鑑別）、薄層層析鑑別、高效液相層析鑑別及五項試驗（含乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物及稀醇抽提物）等，皆建立完整之檢驗方法及規格，並有完整之實驗數據。

(一) 行政院衛生署中醫藥委員會於 100 年度委託中國醫藥大學張永勳教授執行「中華中藥典第二版之編修研究(3-2)-中藥材品質規範科學化研究」計畫⁽¹⁹⁾（計畫編號：CCMP100-RD-106）；衛生福利部於 102 年至 104 年間委託張永勳教授連續執行「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-1)」計畫⁽¹⁴⁾（計畫編號：CCMP102-RD-001）、「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-2)」計畫⁽¹⁵⁾（計畫編號：MOHW103-CMAP-M-114-122409）、「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-3)」計畫⁽¹⁶⁾（計畫編號：MOHW-104-CMAP-114-133401），完成新增 35 個中藥材品項之化學規格制定。

(二) 衛生福利部於 103 年度委託國家中醫藥研究所董明兆博士執行「中藥品質研究方法之開發」計畫⁽²⁰⁾（計畫編號：MM10211-0153），完成新增 12 個中藥材品項之化學規格制定。

(三) 衛生福利部於 104 年度委託財團法人醫藥工業技術發展中心邱錫臨博士執行「中藥典規格研究」計畫⁽²¹⁾（計畫編號：

MOHW104-CMAP-M-114-000413)，完成新增 10 個中藥材品項之化學規格制定。

各研究單位所研發及完成之藥典品項檢驗方法及規格，其內容格式多不統一，本計畫協助將各單位之研究成果撰寫成藥典格式，並協助後續校對工作。

五、對藥典已收載，檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材品項，提出年度工作建議表：

臺灣中藥典⁽²⁾收載之 300 品項，尤其是第一部中華中藥典⁽¹⁾（已改名台灣傳統藥典）之 200 品項，其中所列各藥材之化學規格，大部份仰賴行政院衛生署藥物食品檢驗局過去數年在中醫藥委員會之研究經費下完成，其他顯微鑑定、薄層層析鑑定及高效液相層析定量方法則參考其他國家藥典或資料編輯而成，其檢驗數據及規格或許已無法代表現今藥材之使用情形。

本計畫對臺灣中藥典⁽²⁾收載之 300 品項，依其重要性，依序列出值得進一步重新建立檢驗規格之品項，提出年度工作建議計畫表，供衛生福利部參考。

參、結果

一、定期召開「檢驗規格」分小組專家會議：

召開四場次「檢驗規格」分小組之專家會議，提供平台討論中藥典相關事宜，檢討各界對已公告臺灣中藥典⁽²⁾檢驗規格內容之相關問題等，提出檢討與建議。四場次之專家會議時間如下：

(一) 中華民國 105 年 3 月 15 日 (星期二)，上午 10 時，假衛生福利部 206 會議室召開。(會議紀錄詳見附錄一、會議照片如圖一)

案由一：研議與訂定「臺灣中藥典⁽²⁾檢驗規格制定工作技術指南」，提請討論 (提案單位：檢驗規格組)。

決議：依衛生福利部食品藥物管理署及委員建議意見修正草案。

案由二：研議藥典炮製中藥品項，提請討論 (提案單位：檢驗規格組)。

決議：

1. 委員決議依序列出 15 個炮製藥材品項。
2. 建請衛生福利部中醫藥司規劃，進行炮製藥材品項之化學背景檢驗規格建立相關研究。

案由三：臺灣中藥典第二版⁽²⁾增補版新增 10 個中藥材品項，提請討論 (提案單位：檢驗規格組)。

決議：

1. 參考大陸藥典，增加北劉寄奴根的描述。
2. 木蝴蝶 TLC 及 HPLC 使用不同標準品。木蝴蝶之 TLC 若參考大陸藥典使用木蝴蝶苷 B (Oroxin B) 及黃芩苷 (Baicalin) 需使用特殊層析薄膜 (聚醯胺薄膜)，一般實驗室較少用，因此參考港標使用黃芩素 (Baicalein) 及白楊素 (Chrysin)，HPLC 含量測定時再檢測木蝴蝶苷 B (Oroxin B) 及黃芩苷 (Baicalin)。
3. 將「粉防己」品項名修改為「防己」，並於基原處說明「另稱粉防己」。
4. HPLC 含量規範與大陸及香港不同，另附上各國方法比較。
5. 請各與會專家委員對此 10 個品項藥材之規格如有建議，

請於會後提出。

(二) 中華民國 105 年 6 月 3 日 (星期五)，上午 10 時，假衛生福利部 304 會議室召開。(會議紀錄詳見附錄二、會議照片如圖二)

案由一：臺灣中藥典第二版⁽²⁾增補版擬新增 15 個中藥材品項，提請討論 (提案單位：檢驗規格組)。

決議：

1. 八角蓮具有毒性，應訂定含量上限，其含量上限值應列入未來討論議題。
2. 建議未來執行衛生福利部相關研究計畫之單位，TLC 之檢品及標準品濃度差異懸殊時，應配合藥材之檢品做濃度上的調整。
3. 胡蘆巴、蓮鬚、雞骨草、枳椇子、篇蓄及敗醬等六個品項之 HPLC 規格補上理論板數。
4. HPLC 規格在”層析裝置”項下有移動項梯度沖提的比例的部分，應補上「按下表中之規定進行梯度沖提」。
5. 在不影響結果的情況下，建議未來執行衛生福利部相關研究計畫之單位，應盡量統一 TLC 及 HPLC 之萃取方法。
6. 以下議題請國家中醫藥研究所協助確認且於 11 月 1 日前補齊：
 - (1) 荊萸、蕤仁、浮萍、華澄茄、八角蓮、楮實子、商陸、木鱉子等 8 個品項缺少粉末鑑別、TLC 點注量及 HPLC 理論板數；敗醬缺少粉末鑑別；槐角缺少粉末鑑別及 HPLC 理論板數。
 - (2) 楮實子、商陸、木鱉子等 3 個品項缺少 TLC 及 HPLC 鑑別。
 - (3) 蕤仁所含原兒茶酸(Protocatechuic acid)不得少於 0.005%，含量太低，請協助確認，若含量真的少於 0.005%，此 marker 應當成參考，就不當成指標成分放入藥典，或考慮用其他的指標成分。
 - (4) 華澄茄 10 批之亞麻油酸含量差異太大，且含量為港標規範的 10 倍，請協助確認。
 - (5) 槐花及桂心其基原與藥材圖不符，實驗資料是否正

確，請協助確認。

- (6) 萹澄茄之 HPLC 移動相為乙腈+0.1% 甲酸及水+0.1% 甲酸，其比例應如何配製。
- (7) 敗醬之藥材圖誤植為萹澄茄之藥材圖。
- (8) 萹澄茄之 TLC 鑑別，展開溶媒為正己烷:乙酸乙酯:醋酸(10:2:0.1)，其溶媒應無分層，請協助確認。
- (9) 浮萍之灰分 25%、酸不溶性灰分 11% 偏高，請協助確認。

臨時動議：進行顯微鑑別時，若組織切片可看出特徵，是否可以不做粉末鑑別，提請討論（提案單位：委員）。

決議：

執行衛生福利部計畫之相關單位以前在無臺灣中藥典⁽²⁾檢驗規格制定工作技術指南的情況下，資料較不齊全，但目前完成的「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」與中華人民共和國藥典及香港中藥材標準⁽⁴⁻¹⁰⁾皆有組織切片及粉末鑑別，故粉末鑑別項目應予補齊。

(三) 中華民國 105 年 8 月 29 日（星期一），上午 10 時，假衛生福利部 206 會議室召開。（會議紀錄詳見附錄三、會議照片如圖三）

案由一：研議與訂定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：

1. p.6 將檢品與對照藥材及/或對照標準品溶液分別點於同一層析板上；將層析板中檢品斑點與對照藥材及/或對照標準品相應斑點對比。。
2. p.10 「若藥材含揮發性成分超過 1%，則須依最新版的臺灣中藥典⁽²⁾通則內水分測定法中的甲苯蒸餾法進行，或依最新版的中華人民共和國藥典內水分測定法中的甲苯法進行」，臺灣中藥典⁽²⁾已有規範，應刪除「或依最新版的中華人民共和國藥典內水分測定法中的甲苯法進行」之文字。
3. p.17 應參考各國藥典及文獻進行全面檢閱及記錄，選擇一種或一種以上之指標性成分，如有可能……。並依委

員建議補上「購買或純化之指標成分其純度應大於等於 95%」。

4. p.18 理論板數(N)(Number of theoretical plate)。
5. p.18 拖尾因子(T)(Tailing factors)：層析圖譜波峰中出現拖尾(Tailing)時，其拖尾因子 T 如下式。除藥材品項另有規定外，T 值應在 0.9~1.2 之間。
6. p.20 定量極限(Limit of Quantitation, LOQ)：將已知濃度之對照標準品溶液不斷稀釋，並以訊號雜訊比為 10：1 時之濃度，且變異係數(CV)應小於等於 5%，作為定量極限之估計值。
7. p.23 取出層析板風乾後，以三氯化鋁試液($AlCl_3/EtOH$ TS)噴霧....。
8. p.23 對照標準品溶液——取落新婦苷對照標準品適量，精確稱定，加 60% 甲醇製成每 1 mL 含 0.05 mg 的溶液，即得。對照標準品溶液濃度應與檢品溶液濃度相近。

案由二：臺灣中藥典第二版⁽²⁾增補版擬新增 14 個中藥材品項，提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：

1. 鳳尾草之基原、赤茯苓之生藥名及藥用部位為何，提請基原小組討論後確認。
2. 鳳尾草孢子葉橫切面，其「主脈」兩側可見孢子囊及孢子囊群蓋，應為「葉緣」，但因橫切面圖無法看到孢子，建議刪除此敘述。
3. 鳳尾草之總灰分及酸不溶性灰分規範太高，請張永勳老師團隊另找 10 批鳳尾草，去掉泥沙等雜質後再進行實驗。
4. 玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海之 TLC 鑑別依各委員建議最佳檢出方式。
5. 修正貓鬚草、橘皮、玉米鬚、赤茯苓及紅景天之有效成分含量。
6. 天葵子、橘皮及赤茯苓之乾燥減重規範值依委員建議做修正。

7. 生薑之乾燥減重高達 93%，依委員建議不訂定乾燥減重標準。
8. 建議未來執行相關研究計畫之單位，進行含量測定時，其層析圖及移動相中所顯示之時間應相互對照。
9. 以下事項請財團法人醫藥工業技術發展中心協助確認：
 - (1) 玉米鬚及赤茯苓等兩個品項之 TLC 鑑別，其點注量皆過高，請協助確認。
 - (2) 玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海等四個品項含量測定無進行確效，請協助確認。
 - (3) 玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海等四個品項含量測定缺少理論板數，請協助確認。
 - (4) 紅景天及胖大海等兩個品項缺少粉末鑑別，請協助確認。

案由三：研議臺灣中藥典⁽²⁾已收載，但檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材品項，提出年度工作建議表，提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：若各位委員有其他建議請於會後提出。

(四) 中華民國 105 年 11 月 11 日（星期五），上午 10 時，假衛生福利部 302 會議室召開。（會議紀錄詳見附錄四、會議照片如圖四）

案由一：研議與訂定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：

1. p.1 藥材收集處補上「進行各項檢驗前，樣品若含泥砂或外來物質者，需經適當清潔程序後方可進行實驗。所採樣品應足以代表其原樣」。
2. p.7 中 R_f 的描述統一將「起線」修改為「原點」。
3. 於五項試驗及含量測定之規格要求部分新增異常值計算方法，如 p.10、11、17、20。
4. p.18 新增指標成分純度測試方法。

案由二：臺灣中藥典第二版⁽²⁾增補版擬新增 16 個中藥材品項，

提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：

1. 倒地蜈蚣一般坊間稱為地蜈蚣、蜈蚣草、麒麟草、釘地蜈蚣，一般習慣標示為地蜈蚣或蜈蚣草，其名稱應為何，提請基原小組討論後確認。
2. 倒地蜈蚣所含槲皮素(Quercetin)含量小於 0.01%，不適合當指標成分，建議不訂。建議未來納入藥典時可選用地蜈蚣素(Ugonin)當指標成分，較有代表性，但此指標成分市面上並無販售，需自行製備，可再研議。
3. 常山之指標成分常山素 A (Dichrin A)，其英文應修正為 Dichroine A。
4. 常山所含常山素 A (Dichroine A)含量小於 0.01%，建議不訂。
5. 毛冬青之藥用部位修改為「乾燥莖或根」。
6. 毛冬青及鶴蝨萃取次數考察結果顯示，甲醇萃取第三次已無波峰面積，故 p.200、255 檢品溶液配製方法，「殘渣部分重複提取二次」應修正為「殘渣部分重複提取一次」。
7. 7-甲氧基香豆素(7-Methoxycoumarin)英文建議修改為 Herniarin。
8. 馬勃及茯神之 TLC 鑑別依各委員建議最佳檢出方式。
9. 以下事項請財團法人醫藥工業技術發展中心協助確認：
 - (1) 倒地蜈蚣、常山、鹿銜草等三個品項之缺少粉末鑑別，請協助確認。
 - (2) 鹿銜草有根莖之組織鑑別，但無描述，請協助撰寫。
 - (3) 馬勃、茯神、鹿銜草及鵝不食草四個品項 TLC 點注量太高，請協助確認。
 - (4) 鹿銜草及鵝不食草其 TLC 檢測條件不佳，建議更換條件。
 - (5) 馬勃、茯神、鹿銜草及鵝不食草等四個品項含量測定缺少理論板數，請協助確認。
 - (6) 倒地蜈蚣含量測定中，標準曲線濃度為 1.0、2.0、4.1、

6.1、8.1，是否有誤，請再確認。

(7) 馬勃含量測定其注入量為 40 μL ，是否需要這麼大量，請再確認。另標準曲線結果與配製方法不同，請確認。

(8) 常山含量測定中，定量分析檢量線有 6 點，表格內卻僅有 5 個標準品濃度，請再確認。

案由三：修正臺灣中藥典⁽²⁾已收載之 300 個品項並統一撰寫格式，提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：若各位委員有其他建議請於會後提出。

臨時動議：臺灣中藥典第二版增補版擬新增 9 個中藥材品項，提請討論（提案單位：檢驗規格組）。

決議：

1. 蕤仁所含原兒茶酸(Protocatechuic acid)含量小於 0.01%，建議不訂。
2. 若各位委員有其他建議請於會後提出。

二、完成檢驗規格工作技術指南之制訂：

本計畫於 105 年 3 月 15 日、105 年 8 月 29 日及 105 年 11 月 11 日之工作小組會議中與各專家委員反覆討論修正，以符合各執行衛生福利部計畫之研究單位需求。

「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」草案內容包含藥材收集、名稱、基原、性狀及顯微鑑別、薄層層析鑑別及理化鑑別、雜質檢查及其它規定（含乾燥減重、總灰分及酸不溶性灰分、農藥殘留、黃麴毒素及重金屬檢測）、抽提物（含水抽提物及稀醇抽提物）、含量測定、報告格式等。

三、研議及統整藥典收載炮製中藥材品項：

目前臺灣中藥典⁽²⁾僅收載 300 種原藥材品項，中華人民共和國藥典除原藥材品項外，也收載了炮製品項，大陸藥典 2010 年版⁽¹⁷⁾收載 439 種炮製品，2015 年版⁽³⁾收載了 440 種炮製品。

為因應國際之趨勢及中藥產業之發展，本計畫已於 105 年 3 月 15 日之工作小組會議中與各專家委員討論，依其普遍性及使用率，決議出 15 個炮製中藥材品項（如表二），依序為：熟地黃、製何首烏、製附子、炙甘草、薑半夏、炒白芍、煨薑、炒杜仲、燂杏仁、醋製延胡索、法半夏、製黃耆、

酒當歸、酒川芎、土炒白朮，供衛生福利部參考。

四、完成新增 54 項中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其他規定」及「含量測定」等內容之編修，及後續校對工作：

各執行衛生福利部計畫之研究單位，所完成之新增品項中藥材規格制定研究，包括顯微鑑別（含組織及粉末鑑別）、薄層層析鑑別、高效液相層析鑑別及五項試驗（含乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物及稀醇抽提物）等，共計 54 個品項。

(一) 中國醫藥大學張永勳教授完成北劉寄奴、骨碎補、胡蘆巴、粉防己、穿心蓮、荊芥穗、木蝴蝶（故紙花）、雞冠花、積雪草（蚶殼草）、蓮鬚、胡黃連、五加皮、雞骨草、枳椇子、篇蓄、貓鬚草、蓮子心、北茵陳、蕎麥、貫眾、天葵子、生薑、栝樓仁、橘皮、鳳尾草、蘆薈、毛冬青（莖）、葛花、筆仔草、郁李仁、茯苓皮、劉寄奴、馬鞭草、荔枝核、鶴蟲等 35 個品項。

(二) 國家中醫藥研究所完成薺蕒、蕤仁、浮萍、葦澄茄、敗醬、楮實子、商陸、木鱉子、槐角、八角蓮、槐花及桂心等 12 個品項。其中，八角蓮因具有毒性，未來尚需研議；槐花及桂心經基原分小組研議，併入槐米及肉桂品項，因此共計 9 個品項。

(三) 財團法人醫藥工業技術發展中心完成玉米鬚、赤茯苓、紅景天、胖大海、倒地蜈蚣、馬勃、茯神、常山、鹿蹄草、鵝不食草等 10 個品項。

本計畫將以上研究單位所完成之 54 個新增藥典品項檢驗規格內容撰寫成藥典格式，包含「鑑別」、「雜質檢查及其它規定」及「含量測定」等內容。

五、重新檢視已收載中藥材內容，完成統一全部品項之撰寫格式：

(一) 臺灣中藥典⁽²⁾300 品項，尤其是第一部中華中藥典⁽¹⁾（已改名台灣傳統藥典）之 200 品項，其中所列各藥材之化學規格，大部份仰賴行政院衛生署藥物食品檢驗局過去數年在中醫藥委員會之研究經費下完成，其他顯微鑑定、薄層層析鑑別及高效液相層析定量方法則參考其他國家藥典或資料編輯而成，其內容格式不盡統一，本計畫對臺灣中藥典⁽²⁾進行全面檢查，統一其撰寫格式。

(二) 臺灣中藥典⁽²⁾主要之撰寫格式統一如下：

1. 臺灣中藥典⁽²⁾收載原藥材 300 品項，尚未收載飲片，建議刪除相關飲片描述。

2. 中藥材品項若藥用部位單一，建議於顯微鑑別時不需另寫出藥用部位。若藥用部位較多，如大薊（地上部分或根），則顯微鑑別寫法為本品莖橫切面、根橫切面等。一般性狀之描述及粉末鑑別亦然。
3. 氣、味部分於性狀描述時已說明，建議刪除粉末鑑別處之氣、味描述。
4. 統一薄層層析鑑別對照標準品之配置寫法。
5. 詳細之臺灣中藥典⁽²⁾統一撰寫格式如表三。

六、對藥典已收載，檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材品項，提出年度工作建議表：

本計畫將臺灣中藥典⁽²⁾收載之 300 品項，依其重要性，依序列出值得進一步重新建立檢驗規格之品項，並分成三大部分，包含薄層層析鑑別（單基原）、含量測定（單基原）及多基原品項之薄層層析鑑別及高效液相層析鑑別，提出年度工作建議計畫表，供衛生福利部參考（如表四）。

（一）薄層層析鑑別

1. 待開發 TLC 鑑別之品項【臺灣中藥典⁽²⁾無 TLC / 中華人民共和國藥典⁽³⁾有 TLC】
2. 待確認 TLC 鑑別之品項【100 年至 104 年間未曾進行】

（二）含量測定

1. 待開發含量測定之品項【臺灣中藥典⁽²⁾無 HPLC / 中華人民共和國藥典⁽³⁾有 HPLC】
2. 待確認含量測定之品項【臺灣中藥典⁽²⁾有 HPLC，但未確認方法】

（三）多基原品項，建立來源中藥之 TLC 及 HPLC 鑑別比較

肆、討論

- 一、藥典擬新增 54 個品項檢驗規格內容之編修，因原執行單位提供之部分內容闕如，此部分需有實驗佐證，無法直接由本計畫代為繕寫。原執行單位已於 11 月 1 日前將相關內容補齊，並於 105 年 11 月 11 日之工作小組會議中與各專家委員進行研議及確認。
- 二、為利多實驗室訂定藥典中藥材品項各檢驗方法之研究時有一定的標準及格式，本計畫透過三次工作小組會議，反覆討論與制定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，統整各委員之建議，期望能一致化各檢驗單位之檢驗規格要求及提交內容，若未來衛生福利部有計畫出版相關圖鑑或建構網上資料庫時，能有標準化之格式供各界參考。

伍、結論與建議

- 一、本計畫將各執行衛生福利部計畫之研究單位，所完成之新增品項中藥材規格制定研究內容撰寫成藥典格式，供臺灣中藥典⁽²⁾增補版新增品項之參考。但部分品項臺灣較少用，中華人民共和國藥典⁽³⁾也無收載，建議衛生福利部可再研議是否納入臺灣中藥典⁽²⁾增補版。
- 二、臺灣受限於大部分中藥材皆為進口，中藥品種不比大陸，對新增藥典之品項應沒有急迫性，反而對於常用中藥應加強品質管制。臺灣中藥典⁽²⁾收載之 300 品項，其檢驗數據及規格或許已無法代表現今藥材之使用情形。本計畫將臺灣中藥典⁽²⁾收載之品項，依其重要性，依序列出值得進一步重新建立檢驗規格之品項，提出年度工作建議表，建議衛生福利部能透過研究計畫，重新檢視其研究規格，以達到全面提升中藥品質之理想。
- 三、本計畫透過工作小組會議，與各專家委員研議出 15 個未來臺灣中藥典⁽²⁾建議收載之炮製藥材品項，建議衛生福利部未來能透過研究計畫，邀請各產官學界代表，共同訂定炮製藥材規範，讓各產業界之標準趨於一致。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW104-CMAP-M-114-000426 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 行政院衛生署中華中藥典中藥集編修小組，中華中藥典，行政院衛生署編印，台北，2004。
2. 行政院衛生署中華中藥典中藥集編修小組，臺灣中藥典，行政院衛生署編印，台北，2013。
3. 國家藥典委員會，中華人民共和國藥典 2015 年版，中國醫藥科技出版社，北京，2015。
4. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第一冊，政府物流服務署印，香港，2005。
5. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第二冊，政府物流服務署印，香港，2008。
6. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第三冊，政府物流服務署印，香港，2010。
7. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第四冊，政府物流服務署印，香港，2011。
8. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第五冊，政府物流服務署印，香港，2012。
9. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第六冊，政府物流服務署印，香港，2013。
10. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製，香港中藥材標準第七冊，政府物流服務署印，香港，2015。
11. The Society of Japanese Pharmacopoeia, The Pharmacopoeia of Japan. 17th Edition, 廣川書店，東京，2016。
12. 韓國藥典編委會，The Korean Pharmacopoeia. 11th Edition, 首爾，2014。
13. 韓國草藥藥典編委會，The Korean Herbal Pharmacopoeia, 首爾，2015。
14. 張永勳：衛生福利部 102 年度委託研究計畫 CCMP102-RD-001，「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-1)」研究報告，2013。
15. 張永勳：衛生福利部 103 年度委託研究計畫 MOHW103-CMAP-M-114-122409，「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-2)」研究報告，2014。
16. 張永勳：衛生福利部 104 年度委託研究計畫 MOHW-104-CMAP-114-133401，「中藥典中藥品質規範科學化研究(3-3)」

- 研究報告，2015。
17. 國家藥典委員會，中華人民共和國藥典 2010 年版，中國醫藥科技出版社，北京，2010。
 18. 張永勳：衛生福利部 103 年度委託研究計畫 M03G9440，「臺灣中藥典編輯與諮詢」研究報告，2014。
 19. 張永勳：行政院衛生署中醫藥委員會 100 年度委託計畫 CCMP100-RD-106，「中華中藥典第二版之編修研究(3-2)-中藥材品質規範科學化研究」研究報告，2011。
 20. 董明兆：衛生福利部 103 年度科技研究計畫 MM10211-0153，「中藥品質研究方法之開發」研究報告，2014。
 21. 邱錫臨：衛生福利部 104 年度委託研究計畫 MOHW104-CMAP-M-114-000413，「中藥典規格研究」研究報告，2015。

柒、圖、表



圖一、「檢驗規格」分小組第三次會議（105年3月15日）



圖二、「檢驗規格」分小組第四次會議（105年6月3日）



圖三、「檢驗規格」分小組第五次會議（105年8月29日）



圖四、「檢驗規格」分小組第六次會議（105月11月11日）

表二、未來臺灣中藥典建議收載之炮製藥材品項

編號	品項	編號	品項	編號	品項
1	熟地黃	6	炒白芍	11	法半夏
2	製何首烏	7	煨薑	12	製黃耆
3	製附子	8	炒杜仲	13	酒當歸
4	炙甘草	9	燂杏仁	14	酒川芎
5	薑半夏	10	醋製延胡索	15	土炒白朮

表三、臺灣中藥典 300 品項格式統一寫法列表

編號	品項 (舉例)	位置	格式 (舉例)	統一寫法	說明
1	紅耆	一般性狀	本品呈圓柱形，……，味微甜。 飲片為斜切薄片，厚約 1 mm， 斷面有放射紋且形成層明顯。	本品呈圓柱形，……，味微甜。 飲片為斜切薄片，厚約 1 mm，斷 面有放射紋且形成層明顯。	臺灣中藥典尚未收載飲片，建議刪除飲片描述。
2	茯苓	一般性狀	本品呈類球形、橢圓形……。茯苓皮 呈不規則片狀，外面棕褐色至黑 棕色，內面白色或淡棕色，質較 軟，略具彈性。	本品呈類球形、橢圓形……。 茯 苓皮 呈不規則片狀，外面棕褐色至黑 棕色，內面白色或淡棕色，質較 軟，略具彈性。	茯苓皮應為另一個品項，建議刪除相關敘述。
3	蓮子	一般性狀	石蓮子：經霜熟，帶灰黑果殼。 本品呈卵圓形或橢圓形，兩頭略 尖……	石蓮子：經霜熟，帶灰黑果殼。 本品呈卵圓形或橢圓形，兩頭略 尖……	石蓮子應為另一個品項，建議刪除相關敘述。
4	八角茴香	組織鑑別	外果皮為 1 列表皮細胞，被角質 層……	本品橫切面，外果皮為 1 列表皮 細胞，被角質層……	顯微鑑別一律加上「本品橫切 面」。
5	千年健	組織鑑別	本品根莖橫切面，木栓層……	本品 根莖 橫切面，木栓層……	若品項之藥用部位單一，建議於顯微鑑別不需另寫出藥用部位。若藥用部位較多，如大薊（地上部分或根），則顯微鑑別寫法為本品莖橫切面、根橫切面等。一般性狀之描述及粉末鑑別亦然。

編號	品項 (舉例)	位置	格式 (舉例)	統一寫法	說明
6	夏枯草	組織鑑別	夏枯草莖部之斷面.....	夏枯草莖部之斷面.....	夏枯草之藥用部位為果穗，組織鑑別為「莖」橫切面，建議整段刪除。
7	人參	粉末鑑別	本品粉末淡黃白色，氣香，味微甘、辛，有吸潮性。	本品粉末淡黃白色， 氣香，味微甘、辛，有吸潮性。	氣、味部分於性狀描述時已說明，建議刪除粉末鑑別處之氣、味描述。
8	厚朴	粉末鑑別	粉末--厚朴：本品粉末棕黃色。.....凹葉厚朴：與厚朴之區別點.....	粉末— (1)厚朴：本品粉末棕黃色。..... (2)凹葉厚朴：與厚朴之區別點.....	多基原品項之鑑別建議分項說明。性狀描述亦然。
9	大棗	薄層層析	另取齊墩果酸(Oleanolic acid)對照標準品、白樺脂酸(Betulinic acid)對照標準品各 1 mg ， 分別加乙醇1 mL溶解 ，作為對照標準品溶液。	另取齊墩果酸(Oleanolic acid)對照標準品、白樺脂酸(Betulinic acid)對照標準品， 加乙醇製成每1 mL各含1.0 mg的溶液 ，作為對照標準品溶液。	統一薄層層析鑑別對照標準品之配製寫法。
10	川棟子	薄層層析	取檢品溶液及對照藥材溶液各.....，檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現斑點.....	取檢品溶液及對照藥材溶液各.....，檢品溶液、對照藥材溶液及 對照標準品溶液 所呈現斑點.....	川棟子無對照標準品，應刪除。其他品項若有相同問題也一併做修正。
11	佛手柑	薄層層析	取檢品溶液及對照藥材溶液各5 μg ...	取檢品溶液及對照藥材溶液各5 μL ...	單位錯誤。

編號	品項 (舉例)	位置	格式 (舉例)	統一寫法	說明																		
12	山茱萸	含量測定	對照標準品溶液—取番木鱈苷 (Loganin)對照標準品……	對照標準品溶液—取番木鱈苷 (Loganin)對照標準品……	含量測定中對照標準品溶液配置處，統一皆不另外寫出標準品之英文名。																		
13	芎藭	含量測定	對照標準品溶液-- 精確稱取對照標準品阿魏酸，以甲醇為溶劑，準確稀釋成 10 µg/mL 溶液，即得。	對照標準品溶液-- 取阿魏酸對照標準品適量，精確稱定，加甲醇製成每 1 mL 含 10 µg 的溶液，即得。	統一含量測定對照標準品之配製寫法。																		
14	半枝蓮	含量測定	層析裝置--液相層析裝置，具波長 335 nm 檢測器，十八烷基矽烷鍵合矽膠為填充劑之管柱；理論板數按野黃芩苷峰計算應不低於 1500。 <table border="1" data-bbox="533 917 1041 1149"> <thead> <tr> <th>時間 (分鐘)</th> <th>移動相 A(%)</th> <th>移動相 B(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0~15</td> <td>83→75</td> <td>17→25</td> </tr> <tr> <td>15~30</td> <td>75</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	時間 (分鐘)	移動相 A(%)	移動相 B(%)	0~15	83→75	17→25	15~30	75	25	層析裝置--液相層析裝置，具波長 335 nm 檢測器，十八烷基矽烷鍵合矽膠為填充劑之管柱； 按下表中的規定進行梯度沖提 ；理論板數按野黃芩苷峰計算應不低於 1500。 <table border="1" data-bbox="1070 944 1579 1176"> <thead> <tr> <th>時間 (分鐘)</th> <th>移動相 A(%)</th> <th>移動相 B(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0~15</td> <td>83→75</td> <td>17→25</td> </tr> <tr> <td>15~30</td> <td>75</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	時間 (分鐘)	移動相 A(%)	移動相 B(%)	0~15	83→75	17→25	15~30	75	25	若為梯度沖提，建議統一加上「按下表中的規定進行梯度沖提」。
時間 (分鐘)	移動相 A(%)	移動相 B(%)																					
0~15	83→75	17→25																					
15~30	75	25																					
時間 (分鐘)	移動相 A(%)	移動相 B(%)																					
0~15	83→75	17→25																					
15~30	75	25																					
15	冬蟲夏草	含量測定	移動相溶媒—以磷酸鹽緩衝液……。理論板數按腺苷波峰計算應不低於 2000。	移動相溶媒—以磷酸鹽緩衝液……。 理論板數按腺苷波峰計算應不低於 2000。	應將理論板數統一放到「層析裝置」項下。																		

註：本表僅列舉例品項，若其他品項有相同情況，皆建議統一為本表之寫法。

表四、臺灣中藥典須加強 TLC 及 HPLC 檢驗規格之品項

一、薄層層析鑑別部分

(一)待開發 TLC 鑑別品項【臺灣中藥典無 TLC/中華人民共和國藥典有 TLC】

序號	藥典編號	品項
1.	56	北板藍根
2.	115	皂莢
3.	192	臭椿皮
4.	252	葶藶子

(二)待確認 TLC 鑑別品項【100~104 年未曾進行】

序號	藥典編號	品項
1.	12	大薊
2.	15	小薊
3.	21	川木香
4.	43	水蛭
5.	53	冬葵果
6.	54	冬蟲夏草
7.	62	甘遂
8.	63	白及
9.	66	白果
10.	73	白頭翁
11.	81	石斛
12.	83	石榴皮
13.	92	地龍
14.	111	沒藥
15.	128	兒茶
16.	135	羌活
17.	139	金錢草
18.	156	砂仁
19.	157	紅花
20.	169	菴蔚子
21.	174	桑白皮

序號	藥典編號	品項
22.	181	海金沙
23.	196	草烏
24.	223	麻黃
25.	226	番紅花
26.	232	紫蘇梗
27.	237	菊花
28.	245	黃精
29.	251	路路通
30.	256	蒲黃
31.	263	廣金錢草
32.	266	穀精草
33.	267	蓮子
34.	272	槲寄生
35.	278	龍膽
36.	283	藁本
37.	292	藕節
38.	295	黨參

二、含量測定部分

(一)待開發含量測定品項【臺灣中藥典無 HPLC/中華人民共和國藥典有 HPLC】

序號	藥典編號	品項
1.	21	川木香
2.	25	川棟子
3.	37	巴豆
4.	38	巴戟天
5.	41	木通
6.	47	牛膝
7.	56	北板藍根
8.	87	合歡皮
9.	108	沙苑蒺藜

序號	藥典編號	品項
10.	147	前胡
11.	152	威靈仙
12.	164	首烏藤
13.	169	菴蔚子
14.	173	桔梗
15.	186	烏藥
16.	194	草豆蔻
17.	214	細辛
18.	215	荷葉
19.	229	紫草
20.	252	葶藶子
21.	254	漏蘆
22.	256	蒲黃
23.	259	遠志
24.	262	豨薟草
25.	281	薏苡仁
26.	291	羅漢果

(二)待確認含量測定品項【臺灣中藥典有 HPLC，但未確認】

序號	編號	品項
1.	2	人參
2.	4	三七
3.	8	大青葉
4.	16	山豆根
5.	18	山茱萸
6.	24	川烏
7.	26	丹參
8.	35	天麻
9.	40	木香
10.	45	牛黃
11.	50	仙茅
12.	54	冬蟲夏草

序號	編號	品項
13.	61	甘草
14.	73	白頭翁
15.	89	地黃
16.	90	地榆
17.	98	肉蓯蓉
18.	100	血竭
19.	101	西洋參
20.	103	何首烏
21.	105	吳茱萸
22.	106	忍冬藤
23.	110	決明子
24.	112	牡丹皮
25.	120	車前子
26.	124	芎藭
27.	128	兒茶
28.	130	延胡索
29.	134	知母
30.	139	金錢草
31.	141	附子
32.	145	青黛
33.	157	紅花
34.	162	苦參
35.	179	柴胡
36.	180	桃仁
37.	183	浙貝母
38.	189	秦皮
39.	190	秦艽
40.	196	草烏
41.	199	馬錢子
42.	203	茜草
43.	212	淫羊藿
44.	223	麻黃

序號	編號	品項
45.	226	番紅花
46.	227	番瀉葉
47.	231	紫蘇子
48.	232	紫蘇梗
49.	246	黃蘗
50.	249	葛根
51.	250	補骨脂
52.	263	廣金錢草
53.	268	蔓荊子
54.	271	墨旱蓮
55.	274	澤瀉
56.	277	獨活
57.	278	龍膽
58.	283	藁本

三、多基原品項，建立來源中藥之 TLC&HPLC 比較

序號	藥典編號	品項	基原
1.	27	五味子	本品為五味子科 Schisandraceae 植物五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 或華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils. 之乾燥成熟果實。前者習稱“北五味子”，後者習稱“南五味子”。秋季果實成熟時採摘，曬乾或蒸後曬乾，除去果梗及雜質。
2.	98	肉蓯蓉	本品為列當科 Orobanchaceae 植物肉蓯蓉 <i>Cistache deserticola</i> Y. C. Ma 或管花肉蓯蓉 <i>Cistache tubulosa</i> (Schrenk) Wight 之帶鱗葉的乾燥肉質莖。
3.	120	車前子	本品為車前科 Plantaginaceae 植物車前 <i>Plantago asiatica</i> L. 或平車前 <i>Plantago depressa</i> Willd. 之乾燥成熟種子。
4.	147	前胡	本品為繖形科 Umbelliferae 植物白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn 或紫花前胡 <i>Peucedanum decursivum</i> (Miq.) Maxim. 之乾燥根。

序號	藥典編號	品項	基原
5.	151	厚朴	本品為木蘭科 Magnoliaceae 植物厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils. 或凹葉厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils. var. <i>biloba</i> Rehd. et Wils. 之乾燥幹皮、根皮及枝皮。
6.	152	威靈仙	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物威靈仙 <i>Clematis chinensis</i> Osbeck、棉團鐵線蓮 <i>Clematis hexapetala</i> Pall. 或東北鐵線蓮 <i>Clematis manshurica</i> Rupr. 之乾燥根及根莖。
7.	167	枳殼	本品為芸香科 Rutaceae 植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L. 及其栽培變種之乾燥未成熟果實。
8.	179	柴胡	本品為繖形科 Umbelliferae 植物柴胡 <i>Bupleurum chinense</i> DC. 或狹葉柴胡 <i>Bupleurum scorzonerifolium</i> Willd. 之乾燥根。分別習稱“北柴胡”及“南柴胡”。
9.	189	秦皮	本品為木犀科 Oleaceae 植物苦櫪白蠟樹 <i>Fraxinus rhynchophylla</i> Hance、白蠟樹 <i>F. chinensis</i> Roxb.、尖葉白蠟樹 <i>F. szaboana</i> Lingelsh. 或宿柱白蠟樹 <i>F. stylosa</i> Lingelsh. 之乾燥枝皮或乾皮。
10.	190	秦艽	本品為龍膽科 Gentianaceae 植物秦艽 <i>Gentiana macrophylla</i> Pall.、麻花秦艽 <i>Gentiana straminea</i> Maxim.、粗莖秦艽 <i>Gentiana crassicaulis</i> Duthie ex Burk. 或小秦艽 <i>Gentiana dahurica</i> Fisch. 之乾燥根。
11.	197	茵陳	本品為菊科 Compositae 植物濱蒿 <i>Artemisia scoparia</i> Waldst. et Kit. 或茵陳蒿 <i>Artemisia capillaris</i> Thunb. 之乾燥地上部分。春季採收的幼苗習稱“綿茵陳”，秋季採割帶花蕾習稱“茵陳蒿”。
12.	202	栝樓根	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物栝樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim. 或雙邊栝樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Herms 之乾燥根，習稱天花粉。

序號	藥典編號	品項	基原
13.	212	淫羊藿	本品為小蘗科 Berberidaceae 植物箭葉淫羊藿 <i>Epimedium sagittatum</i> (Sieb. et Zucc.) Maxim.、朝鮮淫羊藿 <i>Epimedium koreanum</i> Nakai 或淫羊藿 <i>Epimedium brevicornum</i> Maxim.及同屬近緣植物之乾燥地上部或全草。
14.	213	牽牛子	本品為旋花科 Convolvulaceae 植物裂葉牽牛 <i>Pharbitis nil</i> (L.) Choisy 或圓葉牽牛 <i>Pharbitis purpurea</i> (L.) Voigt 之乾燥成熟種子。
15.	224	莪朮	本品為薑科 Zingiberaceae 植物蓬莪朮 <i>Curcuma phaeocaulis</i> Valetton、廣西莪朮 <i>Curcuma kwangsiensis</i> S. G. Lee et C. F. Liang 或溫鬱金 <i>Curcuma wenyujin</i> Y. H. Chen et C. Ling 之乾燥根莖。後者習稱“溫莪朮”。
16.	246	黃蘗	本品為芸香科 Rutaceae 植物黃皮樹 <i>Phellodendron chinense</i> Schneid.或黃檗 <i>Phellodendron amurense</i> Rupr. 之乾燥樹皮。前者習稱“川黃蘗”，後者習稱“關黃蘗”。剝取樹皮後，除去粗皮予以曬乾。
17.	252	葶藶子	本品為十字花科 Cruciferae 植物獨行菜 <i>Lepidium apetalum</i> Willd.或播娘蒿 <i>Descurainia sophia</i> (L.) Webb ex Prantl 之乾燥成熟種子。前者習稱「北葶藶子」，後者習稱「南葶藶子」。
18.	256	蒲黃	本品為香蒲科 Typhaceae 植物水燭香蒲 <i>Typha angustifolia</i> L.、東方香蒲 <i>Typha orientalis</i> Presl 或同屬植物之乾燥花粉。
19.	257	蒼朮	本品為菊科 Compositae 植物北蒼朮 <i>Atractylodes chinensis</i> (DC.) Koidz.或茅蒼朮 <i>Atractylodes lancea</i> (Thunb.) DC.之乾燥根莖。
20.	279	薄荷	本品為唇形科 Labiatae 植物薄荷 <i>Mentha haplocalyx</i> Briq.及同屬近緣植物之乾燥葉及帶花枝梢之全草。

附錄一、衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「檢驗規格」分小組第三次
會議紀錄

時間：中華民國 105 年 3 月 15 日上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部二樓 206 會議室

主席：

壹、主席致詞：(略)

貳、確認第二次(104 年 11 月 9 日)會議紀錄及追蹤辦理情形：

一、

項次	討論提案	會議決議	執行情形
1	兩岸藥典主架構分析比較	委員無特別意見	已完成
2	臺灣中藥典 Guideline	已依委員意見做修正	本年度持續進行
3	建立臺灣中藥典複核機制	委員皆同意建立，中醫藥司需規劃人力、資源等相關配套措施	請中醫藥司協助規劃
4	研究成果資源共享	建構網上資料庫或出版圖鑑皆能達到資源共享	提供資料，請國家中醫藥研究所協助納入資料庫
5	成立藥材基原鑑定支援單位	委員皆同意建立「中藥典藥材基原鑑定研究實驗室」	請中醫藥司協助規劃
6	臺灣中藥典 300 品項完整研究機制	委員皆同意此提案。針對臺灣中藥典 300 品項中大陸已有規範而臺灣尚未規範，或較常用之中藥品項優先進行	本年度持續進行
7	研究機構樣品收集之代表性	藥材收集有實際的困難，應經由不同通路之中藥販賣業或中藥製造業取得藥材來源	應經由不同通路之中藥販賣業或中藥製造業取得藥材來源

二、主席裁示

(一) 第 1、3、4、5、7 項洽悉。

(二) 第 2、6 項請續辦理。

參、提案討論：

案由一：研議與訂定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，提請討論。(提案單位：檢驗規格組)

說明：

一、為利多實驗室訂定藥典中藥材品項各檢驗方法之研究，研議與訂定中藥材標準科研及化驗工作技術指引，如：顯微鑑別、TLC、HPLC、污穢物質檢測等，供執行研發實驗室參考。

二、衛生福利部食品藥物管理署建議修正處。

決議：依衛生福利部食品藥物管理署及委員建議意見修正草案。

案由二：研議藥典炮製中藥品項，提請討論。(提案單位：檢驗規格組)

說明：中華人民共和國藥典 2015 年版共收載 23 種炮製品，包括：炮薑、大薊炭、千金子霜、製川烏、製天南星、巴豆霜、炙甘草、煅石膏、炒瓜蒌子、法半夏、薑半夏、清半夏、熟地黃、炙紅耆、製何首烏、荊芥炭、荊芥穗炭、製草烏、茯苓皮、焦梔子、炙黃耆、綿馬貫眾炭、焦檳榔等，而臺灣中藥典目前並無收載炮製品，又炮製前後對藥材規格訂定及指標成分標準有無影響？分開收載是否妥適？尤其是具毒性之中藥材？

決議：

一、委員決議依序列出 15 個炮製藥材品項，詳如下表所示。

編號	品項	編號	品項	編號	品項
1	熟地黃	6	炒白芍	11	法半夏
2	製何首烏	7	煨薑	12	製黃耆
3	製附子	8	炒杜仲	13	酒當歸
4	炙甘草	9	燂杏仁	14	酒川芎
5	薑半夏	10	醋製延胡索	15	土炒白朮

二、建請衛生福利部中醫藥司規劃，進行炮製藥材品項之化學背景檢驗規格建立相關研究。

案由三：臺灣中藥典第二版增補版新增 10 個中藥材品項。(提案單位：

檢驗規格組)

說明：各執行衛生福利部計畫之研究單位，所研發及完成之藥典品項檢驗方法及規格，其內容格式多不統一，本小組協助編修各研究單位新增之中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其它規定」及「含量測定」等內容。

決議：

- 一、參考大陸藥典，增加北劉寄奴根的描述。
- 二、木蝴蝶 TLC 及 HPLC 使用不同標準品。木蝴蝶之 TLC 若參考大陸藥典使用木蝴蝶苷 B (Oroxin B)及黃芩苷 (Baicalin)需使用特殊層析薄膜 (聚醯胺薄膜)，一般實驗室較少用，因此參考港標使用黃芩素(Baicalein)及白楊素 (Chrysin)，HPLC 含量測定時再檢測木蝴蝶苷 B (Oroxin B) 及黃芩苷(Baicalin)。
- 三、將「粉防己」品項名修改為「防己」，並於基原處說明「另稱粉防己」。
- 四、HPLC 含量規範與大陸及香港不同，另附上各國方法比較。
- 五、請各與會專家委員對此 10 個品項藥材之規格如有建議，請於會後提出。

肆、臨時動議：(無)

伍、散會 (下午 12 時 10 分)

附錄二、衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「檢驗規格」分小組第四次
會議紀錄

時間：中華民國 105 年 6 月 3 日上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部三樓 304 會議室

主席：

壹、主席致詞：(略)

貳、確認第三次(105 年 3 月 15 日)會議紀錄及追蹤辦理情形：

一、

項次	討論提案	會議決議	執行情形
1	臺灣中藥典 Guideline	已依委員意見做修正	1.本年度持續進行 2.業提 105.5.9 臺灣中藥典第二版增補版編輯工作小組第 3 次討論會，會中決議請各委員於 5 月 23 日前完成審閱並提供意見。
2	藥典炮製中藥品項	依委員決議，依序列出 15 個炮製藥材品項：熟地黃、製何首烏、製附子、炙甘草、薑半夏、炒白芍、煨薑、炒杜仲、燂杏仁、醋製延胡索、法半夏、製黃耆、酒當歸、酒川芎、土炒白朮	1.業提 105.5.9 臺灣中藥典第二版增補版編輯工作小組第 3 次討論會，會中決議請各委員於 5 月 23 日前提提供炮製中藥材收載品項優先順序。 2.建請中醫藥司規劃，進行炮製品項之化學背景檢驗規格建立相關研究。
3	臺灣中藥典第二版增補版新增 10 個中藥材品項：北劉寄奴、骨碎補、粉防己、穿	已依委員意見做修正	本年度持續進行

項次	討論提案	會議決議	執行情形
	心蓮、荊芥穗、木蝴蝶、雞冠花、積雪草、胡黃連、五加皮		

二、主席裁示

(一)第 2 項洽悉。

(二)第 1、3 項請續辦理。

參、提案討論：

案由一：臺灣中藥典第二版增補版擬新增 15 個中藥材品項，提請討論。

(提案單位：檢驗規格組)

說明：

一、各執行衛生福利部計畫之研究單位，所研發及完成之藥典品項檢驗方法及規格，其內容格式多不統一，本小組協助彙編各研究單位新增之中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其它規定」及「含量測定」等內容。

1. 胡蘆巴、蓮鬚、雞骨草、枳椇子、篇蓄等五個品項由中國醫藥大學張永勳教授執行。

2. 荊萸、蕤仁、浮萍、葦澄茄、敗醬、八角蓮、槐角、楮實子、商陸、木鱉子等十個品項由衛生福利部國家中醫藥研究所執行。

二、請各位委員提供修正意見，供藥典編修參考。

決議：

一、八角蓮具有毒性，應訂定含量上限，其含量上限值應列入未來討論議題。

二、建議未來執行衛生福利部相關研究計畫之單位，TLC 之檢品及標準品濃度差異懸殊時，應配合藥材之檢品做濃度上的調整。

三、胡蘆巴、蓮鬚、雞骨草、枳椇子、篇蓄及敗醬等六個品項之 HPLC 規格補上理論板數。

四、HPLC 規格在”層析裝置”項下有移動項梯度沖提的比例的部分，應補上「按下表中之規定進行梯度沖提」。

五、在不影響結果的情況下，建議未來執行衛生福利部相關研究計畫之單位，應盡量統一 TLC 及 HPLC 之萃取方法。

六、以下議題請國家中醫藥研究所協助確認且於 11 月 1 日前補齊：

1. 荇蕒、蕤仁、浮萍、萹澄茄、八角蓮、楮實子、商陸、木鱉子等 8 個品項缺少粉末鑑別、TLC 點注量及 HPLC 理論板數；敗醬缺少粉末鑑別；槐角缺少粉末鑑別及 HPLC 理論板數。
2. 楮實子、商陸、木鱉子等 3 個品項缺少 TLC 及 HPLC 鑑別。
3. 蕤仁所含原兒茶酸(Protocatechuic acid)不得少於 0.005%，含量太低，請協助確認，若含量真的少於 0.005%，此 marker 應當成參考，就不當成指標成分放入藥典，或考慮用其他的指標成分。
4. 萹澄茄 10 批之亞麻油酸含量差異太大，且含量為港標規範的 10 倍，請協助確認。
5. 槐花及桂心其基原與藥材圖不符，實驗資料是否正確，請協助確認。
6. 萹澄茄之 HPLC 移動相為乙腈+0.1% 甲酸及水+0.1% 甲酸，其比例應如何配製。
7. 敗醬之藥材圖誤植為萹澄茄之藥材圖。
8. 萹澄茄之 TLC 鑑別，展開溶媒為正己烷：乙酸乙酯：醋酸(10：2：0.1)，其溶媒應無分層，請協助確認。
9. 浮萍之灰分 25%、酸不溶性灰分 11% 偏高，請協助確認。

肆、臨時動議：

案由一：進行顯微鑑別時，若組織切片可看出特徵，是否可以不做粉末鑑別，提請討論。(提案單位：委員)

決議：執行衛生福利部計畫之相關單位以前在無臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南的情況下，資料較不齊全，但目前完成的臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南與中華人民共和國

藥典及香港中藥材標準皆有組織切片及粉末鑑別，故粉末鑑別項目應予補齊。

伍、散會（下午 12 時 30 分）

附錄三、衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「檢驗規格」分小組第五次
會議紀錄

時間：中華民國 105 年 8 月 29 日上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部二樓 206 會議室

主席：

壹、主席致詞：(略)

貳、確認第四次(105 年 6 月 3 日)會議紀錄及追蹤辦理情形：

一、

項次	討論提案	會議決議	執行情形
1	臺灣中藥典第二版增補版新增 15 個中藥材品項：胡蘆巴、蓮鬚、雞骨草、枳椇子、篇蓄、薺萸、蕤仁、浮萍、葦澄茄、敗醬、八角蓮、槐角、楮實子、商陸、木鱉子	已依委員意見做修正，部分內容闕如請原執行單位於 11 月前將相關內容補齊	本年度持續進行
2	進行顯微鑑別時，若組織切片可看出特徵，是否可以不做粉末鑑別	目前完成的臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南與中華人民共和國藥典及香港中藥材標準皆有組織切片及粉末鑑別，故粉末鑑別項目應予補齊	臨時動議

二、主席裁示

(一)第 2 項洽悉。

(二)第 1 項請續辦理。

參、提案討論：

案由一：研議與訂定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，提請討論。(提案單位：檢驗規格組)

說 明：

- 一、為利多實驗室訂定藥典中藥材品項各檢驗方法之研究，研議與訂定中藥材標準科研及化驗工作技術指引，如：顯微鑑別、TLC、HPLC、異常物質檢測等，供執行研發實驗室參考。
- 二、衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 3 次聯繫會議（105 年 5 月 9 日）之委員建議修正處。

決 議：

- 一、p.6 將檢品與對照藥材及/或對照標準品溶液分別點於同一層析板上；將層析板中檢品斑點與對照藥材及/或對照標準品相應斑點對比。
- 二、p.10 「若藥材含揮發性成分超過 1%，則須依最新版的臺灣中藥典通則內水分測定法中的甲苯蒸餾法進行，或依最新版的中華人民共和國藥典內水分測定法中的甲苯法進行」，臺灣中藥典已有規範，應刪除「或依最新版的中華人民共和國藥典內水分測定法中的甲苯法進行」之文字。
- 三、p.17 應參考各國藥典及文獻進行全面檢閱及記錄，選擇一種或一種以上之指標性成分，如有可能……。並依委員建議補上「購買或純化之指標成分其純度應大於等於 95%」。
- 四、p.18 理論板數(N)(Number of theoretical plate)。
- 五、p.18 拖尾因子(T)(Tailing factors): 層析圖譜波峰中出現拖尾(Tailing)時，其拖尾因子 T 如下式。除藥材品項另有規定外，T 值應在 0.9~1.2 之間。
- 六、p.20 定量極限(Limit of Quantitation, LOQ): 將已知濃度之對照標準品溶液不斷稀釋，並以訊號雜訊比為 10:1 時之濃度，且變異係數(CV)應小於等於 5%，作為定量極限之估計值。
- 七、p.23 取出層析板風乾後，以三氯化鋁試液($AlCl_3$ /EtOH TS)噴霧....。
- 八、p.23 對照標準品溶液——取落新婦苷對照標準品適量，精確稱定，加 60% 甲醇製成每 1 mL 含 0.05 mg 的溶液，即得。對照標準品溶液濃度應與檢品溶液濃度相近。

案由二：臺灣中藥典第二版增補版擬新增 14 個中藥材品項，提請討論。

（提案單位：檢驗規格組）

說明：

一、各執行衛生福利部計畫之研究單位，所研發及完成之藥典品項檢驗方法及規格，其內容格式多不統一，本小組協助彙編各研究單位新增之中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其它規定」及「含量測定」等內容。

1. 貓鬚草、蓮子心、北茵陳、蕎麥、貫眾、天葵子、生薑、栝樓仁、橘皮、鳳尾草等 10 個品項由中國醫藥大學張永勳教授執行。

2. 玉米鬚、赤茯苓、紅景天、胖大海等 4 個品項由財團法人醫藥工業技術發展中心執行。

決議：

一、鳳尾草之基原、赤茯苓之生藥名及藥用部位為何，提請基原小組討論後確認。

二、鳳尾草孢子葉橫切面，其「主脈」兩側可見孢子囊及孢子囊群蓋，應為「葉緣」，但因橫切面圖無法看到孢子，建議刪除此敘述。

三、鳳尾草之總灰分及酸不溶性灰分規範太高，請張永勳老師團隊另找 10 批鳳尾草，去掉泥沙等雜質後再進行實驗。

四、玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海之 TLC 鑑別依各委員建議最佳檢出方式。

五、貓鬚草、橘皮、玉米鬚、赤茯苓及紅景天之有效成分含量修正。

六、天葵子、橘皮及赤茯苓之乾燥減重規範值依委員建議做修正。

七、生薑之乾燥減重高達 93%，依委員建議不訂定乾燥減重標準。

八、建議未來執行相關研究計畫之單位，進行含量測定時，其層析圖及移動相中所顯示之時間應相互對照。

九、以下事項請財團法人醫藥工業技術發展中心協助確認：

（一）玉米鬚及赤茯苓等兩個品項之 TLC 鑑別，其點注量

皆過高，請協助確認。

(二) 玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海等四個品項含量測定無進行確效，請協助確認。

(三) 玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海等四個品項含量測定缺少理論板數，請協助確認。

(四) 紅景天及胖大海等兩個品項缺少粉末鑑別，請協助確認。

案由三：研議臺灣中藥典已收載，但檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材品項，提出年度工作建議表，提請討論。(提案單位：檢驗規格組)

說明：

近年來衛生福利部委託各研究單位進行新增品項中藥規格之制定研究，特別是臺灣中藥典第 250 品項至第 350 品項皆建立完整之檢驗方法及規格，包括顯微鑑別、TLC、HPLC 及五項鑑別等，並有完整之實驗數據。然而，臺灣中藥典第一版收載之 200 種中藥材品項之化學規格，大部份仰賴前行政院衛生署藥物食品檢驗局開發完成，其他顯微鑑定、TLC 鑑定及 HPLC 定量方法則參考其他國家藥典或資料編輯而成，其檢驗數據及規格或許已無法代表現今藥材之使用情形。

決議：若各位委員有其他建議請於會後提出。

肆、臨時動議：(無)

伍、散會(下午 13 時 00 分)

附錄四、衛生福利部臺灣中藥典第二版增補版「檢驗規格」分小組第六次會議紀錄

時間：中華民國 105 年 11 月 11 日上午 10 時 00 分

地點：衛生福利部三樓 302 會議室

主席：

壹、主席致詞：(略)

貳、確認第五次(105 年 8 月 29 日)會議紀錄及追蹤辦理情形：

一、

項次	討論提案	會議決議	執行情形
1	臺灣中藥典 Guideline	已依委員意見做修正	本年度持續進行
2	臺灣中藥典第二版增補版新增 14 個中藥材品項：貓鬚草、蓮子心、北茵陳、蕎麥、貫眾、天葵子、生薑、栝樓仁、橘皮、鳳尾草、玉米鬚、赤茯苓、紅景天、胖大海	已依委員意見做修正	本年度持續進行
3	研議臺灣中藥典已收載，但檢驗方法尚未確效或尚未訂定檢驗方法與標準之中藥材品項，提出年度工作建議表	若各位委員有其他建議請於會後提出	本年度持續進行

二、主席裁示：第 1~3 項請續辦理。

參、提案討論：

案由一：研議與訂定「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」，提請討論。(提案單位：檢驗規格組)

說明：

- 一、為利多實驗室訂定藥典中藥材品項各檢驗方法之研究，研議與訂定中藥材標準科研及化驗工作技術指引，如：顯微鑑別、TLC、HPLC、異常物質檢測等，供執行研發實驗室參考。
- 二、本小組第五次工作會議(105 年 8 月 29 日)之委員建議修正處。

決 議：

- 一、p.1 藥材收集處補上「進行各項檢驗前，樣品若含泥砂或外來物質者，需經適當清潔程序後方可進行實驗。所採樣品應足以代表其原樣」。
- 二、p.7 中 R_f 的描述統一將「起線」修改為「原點」。
- 三、於五項試驗及含量測定之規格要求部分新增異常值計算方法，如 p.10、11、17、20。
- 四、p.18 新增指標成分純度測試方法。

案由二：臺灣中藥典第二版增補版擬新增 16 個中藥材品項，提請討論。

（提案單位：檢驗規格組）

說 明：各執行衛生福利部計畫之研究單位，所研發及完成之藥典品項檢驗方法及規格，其內容格式多不統一，本小組協助彙編各研究單位新增之中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其它規定」及「含量測定」等內容。

- 一、財團法人醫藥工業技術發展中心執行 6 個品項：倒地蜈蚣、馬勃、茯神、常山、鹿銜草、鵝不食草。
- 二、中國醫藥大學張永勳教授執行 10 個品項：蘆薈、毛冬青、葛花、筆仔草、郁李仁、茯苓皮、劉寄奴、馬鞭草、荔枝核、鶴蟲。

決 議：

- 一、倒地蜈蚣一般坊間稱為地蜈蚣、蜈蚣草、麒麟草、釘地蜈蚣，一般習慣標示為地蜈蚣或蜈蚣草，其名稱應為何，提請基原小組討論後確認。
- 二、倒地蜈蚣所含槲皮素(Quercetin)含量小於 0.01%，不適合當指標成分，建議不訂。建議未來納入藥典時可選用地蜈蚣素(Ugonin)當指標成分，較有代表性，但此指標成分市面上並無販售，需自行製備，可再研議。
- 三、常山之指標成分常山素 A (Dichrin A)，其英文應修正為 **Dichroine A**。
- 四、常山所含常山素 A (Dichroine A) 含量小於 0.01%，建議不訂。
- 五、毛冬青之藥用部位修改為「乾燥莖或根」。

- 六、毛冬青及鶴蝨萃取次數考察結果顯示，甲醇萃取第三次已無波峰面積，故 p.200、255 檢品溶液配製方法，「殘渣部分重複提取二次」應修正為「殘渣部分重複提取一次」。
- 七、7-甲氧基香豆素(7-Methoxycoumarin)英文建議修改為 **Herniarin**。
- 八、馬勃及茯神之 TLC 鑑別依各委員建議最佳檢出方式。
- 九、以下事項請財團法人醫藥工業技術發展中心協助確認：
- (一) 倒地蜈蚣、常山、鹿銜草等三個品項之缺少粉末鑑別，請協助確認。
 - (二) 鹿銜草有根莖之組織鑑別，但無描述，請協助撰寫。
 - (三) 馬勃、茯神、鹿銜草及鵝不食草四個品項 TLC 點注量太高，請協助確認。
 - (四) 鹿銜草及鵝不食草其 TLC 檢測條件不佳，建議更換條件。
 - (五) 馬勃、茯神、鹿銜草及鵝不食草等四個品項含量測定缺少理論板數，請協助確認。
 - (六) 倒地蜈蚣含量測定中，標準曲線濃度為 1.0、2.0、4.1、6.1、8.1，是否有誤，請再確認。
 - (七) 馬勃含量測定其注入量為 40 μL ，是否需要這麼大量，請再確認。另標準曲線結果與配製方法不同，請確認。
 - (八) 常山含量測定中，定量分析檢量線有 6 點，表格內卻僅有 5 個標準品濃度，請再確認。

案由三：修正臺灣中藥典已收載之 300 個品項並統一撰寫格式，提請討論。(提案單位：檢驗規格組)

說明：臺灣中藥典已收載之 300 個品項其內容格式不盡統一。

決議：若各位委員有其他建議請於會後提出。

肆、臨時動議：

案由一：臺灣中藥典第二版增補版擬新增 9 個中藥材品項，提請討論。

(提案單位：檢驗規格組)

說明：

- 一、國家中醫藥研究所執行 9 個品項之顯微鑑別、薄層層析鑑別及高效液相層析鑑別：荇蕒、蕤仁、浮萍、葦澄茄、敗醬、槐角、楮實子、商陸、木鱉子。
- 二、依 6 月 3 日檢驗規格小組第四次會議中決議於 11 月 1 日前將資料補齊。

決議：

- 一、蕤仁所含原兒茶酸(Protocatechuic acid)含量小於 0.01%，建議不訂。
- 二、若各位委員有其他建議請於會後提出。

伍、散會（下午 12 時 00 分）

培訓中醫臨床師資計畫

蘇奕彰

台灣中醫醫學教育學會

摘要

為落實「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，建立系統性新進中醫師臨床訓練制度，衛生福利部於 104 年 9 月 9 日函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」。本計畫目的在配合前揭要點舉辦指導醫師及指導藥師北、中、南區各三場培訓營並辦理資格認證；另輔導提供執行「中醫臨床教學實務訓練課程十小時」、「中藥臨床教學實務訓練課程十小時」之中醫臨床技能測驗中心，以提升中醫臨床訓練品質。

本年度計畫經過全國各中醫教育及臨床教學機構的努力，順利完成中醫藥專家會議、指導醫師及指導藥師北、中、南區各三場培訓營並辦理資格認證；也輔導提供執行「中醫臨床教學實務訓練課程十小時」、「中藥臨床教學實務訓練課程十小時」之中醫臨床技能測驗中心，以提升中醫臨床訓練品質；並在台灣中醫臨床技能學會的努力下，完成並提供「中醫臨床技能測驗考官培訓要點」，也達成「中醫標準化病人之培訓依照西醫標準化病人培訓要點執行」之共識準則，整體計畫執行過程順暢，成果也符合預期。

本研究對中醫師臨床教育訓練建立了紮根之重要工作。不但可提升實習中醫學生、兩年負責醫師、及專科住院醫師訓練所需臨床師資之質與量，對未來中藥專業人員與中醫護理人員培訓之規劃及執行均有重要意義。

關鍵詞：中醫臨床教育、指導醫師、指導藥師、中醫臨床技能

Project of Chinese Medical Clinical Teacher Cultivation

Yi-Chang Su

Taiwan Association for the Education of Chinese Medicine

ABSTRACT

For the implementation of the "Training system for Chinese medical institution physician in charge", Ministry of Health and Welfare issued the "Certification Essentials on Chinese Medicine Instructors" on Sep. 09, 2015. The aim of this project is to conduct of training lectures for mentoring physicians and pharmacists will be held in northern, central, and southern areas; in order to promote the quality of Chinese medical clinical training.

Through all the efforts contributed from the Chinese medical education and clinical training institutions, two expert meetings, three rounds of training lectures for mentoring physicians, and 3 rounds of training lectures for pharmacists were successfully conducted. The certification of the mentoring physicians and pharmacists were also completed this month, and the list of the certificated teachers is also provided in this report. The database of the mentoring physicians and pharmacist together with Chinese medical six core competencies teaching materials was uploaded to the teaching platform in the website of TAECM. Training process of standardized patients and training guideline for clinical skills test examiner was also proposed by Taiwan Traditional Chinese Medicine Clinical Competence Association.

The results of this project established the important basis for the clinical training for the Chinese medical doctors. It not only improves the quality and quantity of the clinical teachers for Chinese medical students, resident, and specialist training; but also is meaningful for future planning the cultivation projects for the Chinese medical pharmacists and nurses.

Keywords: Chinese Medicine clinical education, mentoring Chinese Medicine physician, mentoring pharmacist, Chinese Medicine clinical skill

壹、前言

為建立中醫師臨床訓練制度，提升中醫師臨床訓練品質，增進我國中醫國際競爭力，衛生福利部中醫藥司（前身為衛生署中醫藥委員會）分三階段逐步推動：第一階段，自民國 91 年至 97 年推動「建構中醫整體臨床教學體系計畫」，著手建置中醫師臨床訓練之基礎環境；在這段期間內建立中醫臨床診療照護與教學模式，進一步辦理中醫臨床門診、會診及住診教學訓練，建置中醫臨床教學訓練醫院聯絡網，以整合全國中醫教學資源；分年完成規劃教學組織，整合師資、設施，建立臨床訓練模式，訂定各類醫事人員訓練計畫及編訂教材等項工作；並且在 92 年辦理中醫醫院暨醫院附設中醫部門訪查，另在 95 和 98 年辦理中醫醫院及附設中醫部門評鑑。為自民國 98 年所推動「中醫醫療機構負責醫師二年醫師訓練」制度建構基礎。

第二階段於 97 年公告「中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準」，訂定學習規章，制定標準化的「中醫醫療機構負責醫師二年醫師訓練」模式與設計全國一致的「中醫醫療機構負責醫師二年醫師訓練」指導醫師培訓課程綱要，為中醫臨床教學訓練醫院的師資培訓打下基礎。98 年補助中醫醫院評鑑合格之醫院辦理負責醫師訓練計畫，並於 99 年 9 月 24 日公告，自 103 年起正式實施中醫醫療機構負責醫師訓練制度。目前，全國已有 41 家中醫醫院與教學醫院附設中醫部通過中醫評鑑而可以擔任「中醫醫療機構負責醫師二年訓練」訓練基地，且衛生署於 98 年起推動「中醫醫療機構負責醫師二年醫師訓練」制度，使新取得中醫執照的中醫師，都能在正式執業之前到政府評鑑合格的中醫臨床教學訓練醫院接受二年的正規臨床醫學訓練，其訓練內容結合醫學的「全人訓練」，與中西醫的「專業訓練」。所謂「全人訓練」，其內容規劃包含醫學倫理、醫學法律、感染控制、醫療品質、醫院管理、病歷寫作等 40 小時的「基礎訓練」；中西醫的「專業訓練」包括「中醫的專業訓練」（包括中醫基礎課程與中醫內、婦、兒針、傷科的臨床訓練）與「中西醫整合醫學訓練」（包括急診與西醫專科選修訓練）等兩大部份。

第三階段將俟負責醫師訓練制度落實情形，進一步研議規劃「研議中醫住院醫師訓練制度先驅性計畫」，期能朝建立中醫師專科醫師制度邁進。

為因應新世紀疾病型態改變的挑戰，美國、英國、日本等先進國家的醫學生在畢業後臨床教育均採一至二年的「一般醫學訓練」，讓畢業生獲

得獨立行醫的能力，以提供民眾周全及持續性的全人照護。而我國的畢業後臨床訓練，係採直接實施專科醫師訓練及次專科醫師訓練的方式，並無「一般醫學訓練」的設計，導致國內年輕醫師的學習偏重於以高科技醫療為主的專科醫療，普遍缺乏一般性醫療技能。自從 92 年醫界面臨嚴重急性呼吸道症候群（SARS）的衝擊，突顯出西醫過度強調專科訓練，導致疫情因應失當之缺點後，西醫開始反省一般醫學訓練對於醫師養成全人醫療概念的重要性，因而規劃實施「畢業後一般醫學訓練計畫」。

實施「畢業後一般醫學訓練」計畫多年，鑑於醫學教育與臨床訓練若規劃不當，將導致重複訓練、浪費醫療及社會資源；又考量第 7 年實習醫學生於沒有醫師執照的情形下，實際從事照護病人臨床工作，會出現執行醫療業務之適法問題。為解決前述問題，西醫決定將醫學教育學制與臨床訓練重新規劃調整，自 102 學年度起入學之醫學生，學制由 7 年改為 6 年，畢業後須經臨床技能測驗及分階段醫師考試及格後，才能取得醫師證書與限制性執業執照，並須在教學醫院完成 2 年一般醫學訓練後，始能取得正式執業執照，以提昇受訓學員學習成效，培訓符合社會需求之醫師，並具體落實建構全人健康照護醫療體系。

主持人在醫策會舉行之 OSCE 國家考試研議會議中提出：「從 Abraham Flexner 報告為起點，包括 H.S. Barrows、Ronald Harden、David Irby 等無數學者，以美加醫學教育改革帶動全球醫學教育發展，台灣的現代中醫教育當然也要往前邁進，百年來醫學教育的特色當然是中醫教育革新的規劃重點。(一)科學素養的教育建構，包括理論與實踐、思維與創新、規劃-執行-評價-回饋機制的落實。(二)知識與技術整合平台的效能建構，適當精確度的測量、分析、決策是醫學教育的重點，主題討論與課程整合是有效的手段。(三)未來醫師執業勝任能力是醫學教育完整規劃的必要考量。

過去半世紀台灣現代中醫教育走在全球中醫教育的最前端，現代醫學教育發展依舊持續前進，以病人中心的醫療職場需求，迫使中醫教育縮短革新時間。為培育適任台灣醫療職場的中醫師，現代中醫教育革新仍要繼續前進。然而在中醫醫療與教育資源現況之考量下，要制訂時程恐怕仍需要謹慎評估與逐步實施，依照過去經驗建議：(一)應該配合 102 年醫學教育新制之實施，定期召開中醫教育共識會議，尤其針對不同階段教育成果 (Outcome Base) 之醫師能力需求 (勝任力) 先進行教育結構之確認，以區分實習學生、實習醫師、住院醫師之專業能力目標。(二)以目前設立中醫學系恰為北、中、南、東各一所大學，可配合衛生署規劃分區核心醫院 1-2 所，

進行中醫臨床教學資源整合，在現有醫學中心西醫（或中醫）臨床技能中心資源與執行經驗下，包括考題結構、模擬教具、標準化病人、考官認證、程序與考評標準化、回饋教學……等，如同長庚執行中醫 OSCE 之經驗，轉入中醫臨床技能之內涵與特色。相信在各部會、校系、教學醫院多方協力下，應能儘早落實與完善台灣中醫師國家養成與認證標準。」

而「中醫負責醫師訓練」原先顧慮特考及後中醫系舊制學生之原有背景訓練不足，因此降低中醫學系單雙修需求，現在因為特考已經結束，後中醫學系也有新制課程之畢業生，接受過包括西醫之疾病學與臨床見習 8 個月，因此不應浪費學生時間，要重新銜接上學校之臨床教育。除必要之重複作為課程銜接外，應該往臨床更深層專業推進合理的學習；此外，目前中醫臨床訓練需再規劃、提升與強化標準化訓練制度、訓練場所評選機制、指導師資教學素質，增設技能檢定方式及場所，另需補足某些科別師指導資等問題。

自 1999 年，美國的醫學教育評鑑機構 ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) 針對住院醫師訓練計畫的成果進行評鑑 (Outcome project) 認為一位適任的醫師應該具備六大核心能力包括病患照護 (patient care)、醫療專業知識 (medical knowledge)、臨床導向的學習與改善 (practice-based learning and improvement)、人際間溝通技巧 (interpersonal communication skills)、專業特性 (professionalism) 及以體系為基礎的執業模式 (systems-based practice)，也足以成為一位勝任 (competent) 的醫師。

美國醫學研究院 (Institute of Medicine, IOM) 也針對臨床教育訓練品質的提升，提出醫療人員在接受臨床訓練後，應具備的 5 項重要核心能力應能提供以病人為中心的照護 (provide patient-centered care)、能執行跨領域的團隊合作任務 (work in interdisciplinary team)、能夠執行實證醫學的實作 (employ evidence-based practice)、能夠運用提升品質的能力 (apply quality improvement) 以及能運用資訊科技 (utilize informatics)。IOM 報告的內涵與精神與 ACGME 相近，強調臨床核心能力的培養需與醫學在職教育緊密結合，同時也必須發展出完善的評估指標進行評核。英國醫學總會 (General Medical Council, GMC) 的「明日醫師 (Tomorrow's Doctors)」、澳洲醫學委員會 (Australian Medical Council, AMC) 的「醫學院之評量與評鑑」以及日本的「醫學教育 Model Core Curriculum-教育內容指引」也都詳細列出該國醫學生畢業時所應具備的知識、技能與態度（合稱 competence），並希望醫學院以此作為規劃課程及評估學習成果之參考，以確保該國的醫學生能具備

正確的態度及相當程度的知識與能力，進而成為稱職的醫師。這些報告特別強調專業的態度與行為、照顧病人的技能、基礎與臨床知識的整合、人際關係與溝通技巧、主動及終身學習等的訓練。自此，目前世界各國的醫學院及醫學教育機構皆致力於針對醫療人員的專業核心能力的定義及相關訓練計畫(training program)的適切性，執行各項成果評量(assessment)。

自 103 年起開始實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，中醫界在醫學教育及臨床訓練兩方面，及早建立一套完整的中醫師教、考、訓、用制度，已是刻不容緩的課題，主持人於民國 103 年執行「中醫醫學教育與臨床訓練銜接計畫」，經由四次專家會議之舉辦，獲致以下結論：

(一)第一次專家會議結果建立了中醫臨床教育規劃準則：

1. 以四校五系聯席會議之「中醫醫學生訓練課程準則」為基礎，規劃住院醫師 R1-R2 或 PGY1-PGY2 及專科訓練之內容。
2. 確立中醫臨床醫學訓練執行之機制：朝建立中醫臨床醫學訓練中心規劃，以執行中醫臨床指導教師之種子教師培訓；訓練中心包含中醫與中藥，並配合中醫實習醫學生，以及各醫院之中醫專科教學訓練。
3. 有關「實習醫學生、R1-R2 或 PGY1-PGY2，與 R3-R4/專科醫師」分科、分級規劃之建議：各醫院於各層級之間的訓練內涵不一，建議先解決各層級訓練之間的差距、重複之問題；先以中醫醫學生訓練為基礎，完成重新劃分兩年負責醫師訓練或 PGY 訓練內容後，再進行專科訓練內容之規劃。

(二)第二次專家會議建立了中醫臨床教育制度規劃原則與相關配套共識：

1. 中醫臨床教育制度規劃原則：中醫臨床教育制度規劃之原則，以培訓「具中醫一般醫學能力之醫師」為目標的「一般醫學訓練制度（目前通稱為 PGY，畢業後一般醫學訓練）」，作為開業醫師與專科醫師的基礎條件。
2. 對各階段教育目標之共識：中醫學生（通過中醫師執照）-基礎照護能力；中醫一般醫學訓練（完成 PGY 訓練）-獨立執行中醫一般醫學照護能力；中醫專科醫師訓練（完成專科醫師訓練）-執行中醫專科醫學照護能力。
3. 中醫臨床教育制度訓練時程之共識：中醫臨床教育制度訓練時程，以「一年必修（一般醫學：含 ACGME 核心能力與社區醫

學)，一年選修（配合後續中醫專科訓練規劃）」做規劃。

4. 與大學本科（實習中醫學生）銜接結構之共識：比照西醫新制，中醫學系單修改六年，後中維持五年（四校五系聯席會議共識決議），雙主修配合中醫與醫學系實際課程需求彈性調整七或八年。但由四校五系自主視情況調整。
5. 與中醫專科教育銜接之共識：中醫臨床專科醫師制度先規劃為「中醫內科（含婦、兒科）、外傷科、針灸科」三大科；中醫專科醫學觸及之內涵，比照西醫臨床教育經驗與制度，分為專科的「一般醫學內涵」與專科的「專業醫學內涵」；中醫專科醫師訓練的時程，以「一年 PGY 必修＋一年 PGY 專科選修＋二年專科」規劃。建議訓練結構如下：

(三)第三及四次專家會議討論繁瑣的核心教學議題，結果建立了「**中醫臨床教育分階段訓練各科核心主題草案**」之共識。兩次會議中並附帶決議：研究獲致之結果草案，應再交由中醫醫學教育學會於104年再召集相關專科會議多次確認；另進行教學醫院中醫專科醫療病種頻率調查，以複核臨床病案教學之可行性。

(四)針對臨床教育訓練之核心指導教師，配合「**中醫師臨床訓練制度專家共識營**」，提出「**中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師培訓認證要點草案**」、「**中醫醫療機構負責醫師訓練指導藥師培訓認證要點草案**」，經多次修正後通過，未來執行後將可提高「**中醫臨床教育指導教師**」之質與量。

【本年度計畫目標】

為落實「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，建立系統性新進中醫師臨床訓練制度，衛生福利部已於104年9月9日函頒「**中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點**」。本計畫將舉辦指導醫師及指導藥師北、中、南區各三場培訓營並辦理資格認證；另輔導提供執行「**中醫臨床教學實務訓練課程十小時**」、「**中藥臨床教學實務訓練課程十小時**」之中醫臨床技能測驗中心，以提升中醫臨床訓練品質。

貳、材料與方法

成立執行小組，定期召開小組會議，負責本計畫執行所需召開之專家會議、培訓營、相關前置作業；依據衛生福利部於 104 年 9 月 9 日函頒之「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」本計畫目標在配合前揭要點辦理指導醫師及指導藥師培訓並辦理認證，以提升中醫臨床訓練品質。本年度計畫內容主要分為三個部分：

第一部份：召開專家會議

- 召開專家會議，邀請中醫、中藥專家，就下列議題進行討論，達成共識：
 1. 重行檢討 104 年度指導醫師及指導藥師培訓營課程教材，以能更適切地提升受訓醫師之核心能力，並提高指導醫師及藥師之教學及評估能力。
 2. 擬定中醫六大核心能力教學教材編訂原則及注意事項。
 3. 根據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」，擬定指導師資培訓課程時數採計及減免條件。

第二部份：舉行說明會及培訓營

- 根據上述專家會議獲致之結論與共識，舉行說明會及培訓營；並在培訓營後，進行教材編訂及人才庫建置工作：
 1. 召開中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證說明會至少 1 場。
 2. 辦理中醫師六大核心能力及教學技能課程 3 場（於 105 年 9 月底前完成北、中、南三區各 1 場）。
 3. 辦理指導藥師培訓營 3 場，北、中、南三區各 1 場。
 4. 編訂中醫六大核心能力教學教材，並上載於台灣中醫醫學教育學會之教學資訊平台。
 5. 辦理訓練師資認證、資格展延作業、核發指導師資培訓合格證明書且併同期末報告提送 105 年訓練合格之指導醫師、指導藥師名單。
 6. 建置中醫各科（含內、婦、兒、針灸及傷科）及中藥學教學人才庫。

第三部份：建立輔導臨床技能測驗中心辦理中醫臨床教學實務訓練課程之機制

- 衛生福利部於 105 年度補助辦理「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」，擇優 3-6 家醫院補助辦理測驗題庫及評分表製作、辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程、指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程。本計畫執

行小組將與獲選執行「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」之醫院單位建立聯繫管道，並召開臨床實務訓練課程專家共識會議，就下列議題進行討論，達成共識：

1. 在教育學會 104 年度執行「辦理中醫臨床師資培訓計畫」進行 32 家訓練醫院「中醫臨床教育分階段訓練各科核心能力共識」於門診、會診教學場域可見排序結果之基礎上，與負責執行「建置臨床技能測驗中心計畫」之單位共同討論與選訂各中心所負責建置之中醫學（含內、婦、兒、針灸及傷科）及中藥學臨床技能測驗主題，以利其訂定題目及評分表，並建置技能測驗題庫。
2. 研訂中醫標準化病人培訓流程及中醫臨床技能測驗考官培訓要點。

參、結果

第一部份：召開專家會議

▪ 時間：民國 105 年 04 月 24 日（週日）下午 1：30

▪ 地點：立夫教學大樓 6 樓 第一會議室

會中就下列議題進行討論，並達成共識：

- 一、確立「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」之執行細節，及各項課程時數採計及減免條件。
- 二、今年度中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師/指導藥師資格之「證書格式」。
- 三、中醫六大核心能力教學教材編訂原則及注意事項。

第二部份：（一）舉行「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」說明會

▪ 時間：民國 105 年 05 月 15 日（週日）下午 1：30

▪ 地點：立夫教學大樓一樓 105 教室

根據 4 月 24 日專家會議獲致對於「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」執行辦法之與共識，舉行首場說明會。後續於 5 月 15 日、5 月 29 日、6 月 26 日、7 月 10 日舉辦指導醫師、指導藥師培訓課程中，排入認證要點執行辦法說明。

執行小組將上列說明會中與會人員及陸續來電教育學會所詢問之相關問題，進行統整分類後，詳列說明後，整理成「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點執行 Q & A」，連同認證要點執行所需之相關表格詳見附錄一（P.42~79），放置於教育學會網站「師資培訓」項下，網址：<http://taecm.com.tw/training/>

PROFESSIONAL DEVELOPMENT 師資培訓

[辦法規章](#) [課程資訊](#) [所有訊息](#)

[課程資訊](#) 18.MAY.2016

105年度本會辦理指導師資培訓課程行程表

[課程資訊](#) 18.MAY.2016

「中醫臨床教學實務訓練課程」、「中藥臨床教學實務訓練課程」開課資訊

[辦法規章](#) 26.JUL.2016

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點執行Q&A

[辦法規章](#) 04.DEC.2015

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點

[辦法規章](#) 16.JUN.2016

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓資格認證與展延審查作業說明

[辦法規章](#) 16.JUN.2016

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程時數審查作業說明

[辦法規章](#) 28.JUN.2016

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓相關表單下載

[辦法規章](#) 26.JUL.2016

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓資格審查委員會設置辦法

第二部份：(二) 舉辦指導醫師及指導藥師培訓課程

本年度共計舉行北、中、南三區指導醫師培訓營共三場，及北、中、南三區指導藥師培訓營共三場；另協助台中榮民總醫院傳統醫學科於 9 月 24-25 日舉辦指導醫師師資培訓「中醫臨床教學實務訓練課程」。培訓營時間、地點及主題詳見下表；培訓營議程海報詳見附錄二至附錄八(P.80~87)。

日期	指導醫師培訓課程	舉行地點
5 月 29 日 (星期日)	中區指導醫師培訓課程 主題：中醫師六大核心能力及教學技能	中國醫藥大學 立夫教學大樓 立夫教學大樓 11 樓討論室三
7 月 10 日 (星期日)	北區指導醫師培訓課程 主題：中醫師六大核心能力及教學技能	桃園長庚紀念醫院 B2 國際會議廳
9 月 25 日 (星期日)	南區指導醫師培訓課程 主題：中醫師六大核心能力及教學技能	高雄長庚紀念醫院 兒童大樓 6 樓國際會議廳
日期	指導藥師培訓課程	舉行地點
6 月 26 日 (星期日)	中區指導藥師培訓課程 主題：中醫藥臨床專業及教學技能課程	中國醫藥大學 立夫教學大樓 101 教室
8 月 21 日 (星期日)	北區指導藥師培訓課程 主題：中醫藥臨床專業及教學技能課程	臺北市立聯合醫院中醫院區 8 樓多功能教室
10 月 16 日 (星期日)	南區指導藥師培訓課程 主題：中醫藥臨床專業及教學技能課程	高雄市立大同醫院 3 樓會議室
日期	協助辦理指導醫師臨床實務課程	舉行地點
9 月 24 日 (星期六)	指導醫師師資培訓 中醫臨床教學實務訓練	台中榮民總醫院 研究大樓一樓 第二會場
9 月 25 日 (星期日)		

第二部份：(三) 編訂中醫六大核心能力教學教材，並上載於台灣中醫醫學教育學會之教學資訊平台。

目前已將取得授權同意後之中醫六大核心能力教學教材上載於台灣中醫醫學教育學會之教學資訊平台。網址：

http://taecm.com.tw/tutor/ins.php?index_id=32&index_m_id=0

培訓課程教學資料 14 APR 2016

中醫師六大核心能力及教學技能課程參考教材

中醫師六大核心能力及教學技能課程參考教材：

1. 中醫師中醫師養成六大核心能力評核準則(草案)
([下載](#))
2. 制度下的執業能力，恩主公醫院張晉賢部長
([下載](#))
3. 人際及溝通方法，台灣中醫醫學教育學會蘇奕彰秘書長
([下載](#))
4. Healthcare Matrix之介紹及實例應用，三軍總醫院林睿珊醫師
([下載](#))
5. 一般醫學教師研習營—如何教六大核心能力，台灣醫學教育學會
([下載](#))

第二部份：（四）辦理訓練師資認證、資格展延作業

召開中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓資格審查會議

- 時間：民國 105 年 08 月 15 日（週日）上午 10：00
- 地點：臺北市立聯合醫院中醫院區 9 樓會議室

依照衛生福利部 104 年 9 月 9 日公告之「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」之規範，指導醫師之資格第 3 點：「由中華民國中醫師全國聯合會、主要訓練院所或協同訓練院所推薦，並經本部委託之中醫團體審核其學經歷、論文發表情形通過者。」

因執行本計畫，故依規定召集相關專家學者召開中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓資格審查會議進行推薦師資之審查。

審查結果亦同時公告於教育學會網站，網址：

http://taecm.com.tw/news/ins.php?index_id=53&index_m_id=0



線上報名

NEWS 學會公告

學會公告 19.AUG.2016

指導醫師培訓資格推薦審查通過名單

105年度指導醫師培訓資格推薦審查通過名單

105年度經由中華民國中醫師全國聯合會、主要訓練院所或協同訓練院所推薦之指導醫師審查通過名單如下：

順序	姓名	服務機構
1	江XX	風澤中醫診所
2	張XX	寶山風澤中醫診所
3	胡XX	南崑風澤中醫診所
4	余XX	風澤中醫診所
5	陳XX	內櫻風澤中醫診所
6	林XX	嘉義長庚醫院
7	曾XX	台南市立醫院安南院區
8	鄒XX	奇美醫院
9	何XX	萬安中醫診所
10	蔡XX	蔡宗璟中醫診所
11	呂XX	盛唐中醫診所
12	郭XX	扶原中醫診所
13	陳XX	泓順中醫診所
14	林XX	日安堂中醫診所
15	簡XX	仁愛中醫診所
16	藍XX	百合中醫診所
17	張XX	百合中醫診所
18	黃XX	百合中醫診所
19	蔡XX	百合中醫診所
20	陳XX	成光中醫診所
21	謝XX	建功馬光中醫醫院
22	高XX	馬光中醫診所（屏東市）
23	徐XX	馬光中醫診所（屏東市）
24	許XX	馬光中醫診所（屏東市）
25	洪XX	橋頭馬光中醫醫院
26	廖XX	建功馬光中醫醫院
27	凌XX	盛唐中醫診所
28	黃XX	漢華中醫診所
29	伍XX	安德中醫診所
30	楊XX	李川堂中醫診所
31	謝XX	華陽中醫診所
32	王XX	東興中醫診所
33	黃XX	上安中醫診所
34	陳XX	有聲中醫診所
35	吳XX	同德中醫診所
36	呂XX	台中盛唐中醫診所

✚ 辦理訓練師資認證、資格展延作業、核發指導師資培訓合格證明書且併同期末報告提送 105 年訓練合格之指導醫師、指導藥師名單。

學會執行小組將「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程時數審查作業說明」及申請作業所需之相關表格，放置於教育學會網站「師資培訓」項下，以利申請者自行下載，網址：

http://taecm.com.tw/training/ins.php?index_id=33&index_m_id=0

辦法規章 16 JUN 2016

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓資格認證與展延審查作業說明

中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓資格認證與展延審查作業說明

一、申請指導師資培訓資格之申請人，需填寫「[中醫醫療機構負責醫師訓練師資申請表](#)」並附上相關證明文件，以郵寄或電子郵件向本學會申請。通過後取得指導師資培訓資格，並得使用本學會網頁學員登錄帳號，以查詢培訓課程時數紀錄。

二、經由推薦申請指導師資培訓資格者，需填寫「[中醫醫療機構負責醫師訓練師資推薦表](#)」並附上相關文件，以郵寄或電子郵件向本學會申請。每年送件日期為2月28日止，2月28日止，本學會於3月31日前完成審核程序，並以書面信函或電子郵件通知審查結果以及登錄帳號。（105年度送件截止日期為7月31日）

三、申請指導師資訓練課程時數抵免，需填寫「[中醫醫療機構負責醫師訓練指導師課程抵免申請表](#)」或「[中醫醫療機構負責醫師訓練指導藥師課程抵免申請表](#)」並附上相關佐證文件，以郵寄或電子郵件向本學會申請。本學會於審查通過後以書面信函或電子郵件通知審查結果，並登錄本學會網頁學員師資培訓課程紀錄。

四、指導師資培訓資格之年資認定，起算日為申請者執業登記日或服務之起始日，結算日為本學會每年度公告申請指導師資認證之截止日。（105年度申請初次認證之截止日期為10月31日止）

五、指導師資培訓課程時數之採計，以本學會網頁登錄學員上課紀錄之內容為準；指導師資培訓課程時數採計之有效期限為兩年，申請者需於課程有效期限內申請認證或展延。

六、申請指導師資培訓之展延，需填寫「[中醫醫療機構負責醫師訓練師資認證與展延申請表](#)」並附上相關證明文件，於申請截止日前以郵寄或電子郵件向本學會申請。（105年度申請展延之截止日期為9月30日止）

七、指導師資認證與展延通過名單，於每年度申請指導師資認證與展延之截止日後一個月內，由本學會送衛生福利部中醫藥司完成審查並公告，指導師資認證資格證書於當年度12月31日前寄發給申請人。

八、本說明及相關作業所需之文書格式由本學會訂之，並公告於本學會網站，修正時亦同。

台灣中醫醫學教育學會 敬啟

今年度受訓合格及提送至衛生福利部之指導醫師計 460 名，其中執業於醫學中心之指導醫師 313 名，執業於診所之指導醫師 147 名；今年度受訓合格之指導藥師計 174 名。（表一，P.37）

指導師資培訓所需之 10 小時「實務訓練」，指導醫師有 124 位，指導藥師有 9 位，採抵免方式申請。（表二，P.37）

今年度指導醫師與指導藥師培訓課程每次課程與取得資格人數請參見表三至表六（P.38-41）。

申請認證通過名單亦同時公告於公告於教育學會網站，網址：
http://taecm.com.tw/news/ins.php?index_id=63&index_m_id=0



NEWS
學會公告

學會公告 15 NOV 2016
105年度指導師資申請認證通過名單

105年指導師資申請認證通過名單

[指導醫師通過名單\(下載\)](#) [指導藥師通過名單\(下載\)](#)

如公告名單內容有任何問題或需修正之處
歡迎來信association.cme@gmail.com
或來電04-22053366#3008詢問，謝謝！

台灣中醫醫學教育學會 敬啟

✚ 建置中醫各科（含內、婦、兒、針灸及傷科）及中藥學教學人才庫。

今年度受訓合格之指導醫師及指導藥師，依其臨床專業分別建置中醫各科及中藥教學人才庫，上述人才庫亦同時公告於教育學會網站，網址：
http://taecm.com.tw/tutor/ins.php?index_id=34&index_m_id=0



The screenshot shows the website interface for the Taiwan Association for the Education of Chinese Medicine (TAECM). The top navigation bar includes icons for Home, Association News, Association Introduction, Online Teaching, TAECM Logo, Teacher Training, Contact Us, and Message Board. Below the navigation bar, there is a green banner for 'ONLINE TUTORIALS' with the text '線上教學'. The main content area displays a list of teaching talent databases, including '師資教學人才資料庫' (dated 16.NOV.2016), '中醫醫療機構負責醫師訓練師資教學人才資料庫', and '105年度指導師資教學人才資料庫'. The '105年度指導師資教學人才資料庫' section has sub-links for '內科系', '針灸科系', and '中藥'.

第三部份：建立輔導臨床技能測驗中心辦理中醫臨床教學實務訓練課程之機制

✚ 建立聯繫管道

衛生福利部於 105 年度補助辦理「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」，將擇優六家醫院補助辦理測驗題庫及評分表製作、辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程、指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程。本計畫執行小組與獲選執行「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」之醫院單位建立聯繫管道。

✚ 召開專家會議（年初）

在今年第一季，待六家接受委辦「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」之醫院單位確立並開始執行，加以中醫界各計畫執行之專家會議眾多，無法再另找出適當時間舉行「臨床實務訓練課程專家共識會議」。考量六家臨床技能測驗中心執行「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」之進度，因此將原擬召開之「臨床實務訓練課程專家共識會議」於3月25日由醫策會所舉辦之「105年度中醫醫療機構負責醫師訓練計畫第一次專家共識會議」中，將相關議題及共識進行報告及討論。教育學會在會前搜整六家臨床技能測驗中心的命題藍圖，瞭解各中心選訂所負責建置之中醫學（含內、婦、兒、針灸及傷科）及中藥學臨床技能測驗主題；另提供題目及評分表之建置詳細建議；以利其訂定題目及評分表，並建置技能測驗題庫。當次會議之報告及討論主要在協助六家中醫臨床技能測驗中心計畫負責人能瞭解彼此之命題方向、內容規劃，減少重複命題；但由於部分中心為初次進行命題作業，師資有待培訓，因此在會中決議由台灣中醫臨床技能學會舉行培訓課程；命題之主題可重複，但可測驗不同之面向。

- 報告及討論內容詳見：附錄九，P.88~106

教育學會於年末搜整六家六家中醫臨床技能測驗中心完成之題目：中醫內科 54 題、中醫婦科 25 題、中醫兒科 25 題、針灸科 35 題、傷科 32 題、中藥 12 題，共計 183 題。整理如附錄十三，P.182~195。而各家送至教育學會學生測驗之影片數不一，審查委員建議因今年為命題之第一年，由所送之影片中選取可供參考的示範命題，做為未來中醫臨床技能測驗中心命題的標準。

✚ 召開專家會議（年末）

- 時間：民國 105 年 10 月 30 日（週日）上午 9：30
- 立夫教學大樓 11 樓 討論室三

會中就以下議題進行討論：

1. 以 105 年建置中醫臨床技能測驗中心 OSCE 教案題目與測驗面向之彙整，討論未來命題方向之建議。
2. 舉辦指導醫師/藥師師資培訓課程「中醫/中藥臨床教學實務訓練課程」，之經驗分享，及未來之精進方向之建議。
3. 「中醫標準化病人培訓流程」及「中醫臨床技能測驗考官培訓要點（含資格及訓練辦法）」草案。

研訂中醫標準化病人培訓流程及中醫臨床技能測驗考官培訓要點

本計畫於 4 月 24 日舉行之專家會議中，決議依照提出有關標準病人培訓與 OSCE 考官認證，交由台灣中醫臨床技能學會邀集六大臨床技能中心主持人負責處理。經過台灣中醫臨床技能學會的努力，完成並提供「中醫臨床技能測驗考官培訓要點」附錄十（P.107~108），及建議「中醫標準化病人之培訓依照西醫標準化病人培訓要點執行」，因此擬定「中醫標準化病人培訓要點」。

肆、討論

本年度計畫經過全國各中醫教育及臨床教學機構的努力，順利完成中醫藥專家會議、指導醫師及指導藥師北、中、南區各三場培訓營並辦理資格認證；也輔導提供執行「中醫臨床教學實務訓練課程十小時」、「中藥臨床教學實務訓練課程十小時」之中醫臨床技能測驗中心，以提升中醫臨床訓練品質；並在台灣中醫臨床技能學會的努力下，完成並提供「中醫臨床技能測驗考官培訓要點」，也達成「中醫標準化病人之培訓依照西醫標準化病人培訓要點執行」之共識準則，整體計畫執行過程順暢，成果也符合預期。

指導醫師、指導藥師之中醫臨床教學實務訓練課程之優點在於提供指導師資們更切合臨床教學場域之所需。指導醫師之實務課程包括：門診教學（含中醫內科、婦科、兒科、針灸科、傷科）、病房或會診教學、臨床教學討論會、臨床實作評估學習、訓練成效評估；指導藥師之實務課程包括藥品調劑實作、藥品給藥衛教、中藥藥品製備實作、中藥飲片鑑別、中藥不良反應案例之示範教學。目前實務課程的限制在於培訓課程之舉辦仍多以大堂授課方式進行，尚未能落實以小組教學或 Workshop 模式使參與培訓師資有更多參與實作的機會；另外，目前的授課內容多以教學醫院之教學場域之教學內容為主，未來隨著負責醫師訓練與中醫一般醫學訓練分流，在師資培訓的課程內容也應同時隨之調整，分別針對在教學醫院、基層院所之教學目標，提供指導師資更適切之培訓課程。

然而今年受訓之中醫師資以基層院所為主，對於臨床教學目標與師資角色之認知較諸教學醫院醫師有明顯落差，由於中醫臨床需要發展多元性醫療服務，其中教學醫院中醫科部宜朝向中醫一般醫學結合專科醫師訓練發展，未來能提供深入精緻的中醫專科與中西醫聯合（整合）醫學照護服務，而基層院所則需要提升對社區對醫療及長照醫療對醫療的能力，因此基層診所之指導醫師在觀念上需要再做積極的宣導，才能強化新進醫師投入基層醫療照護之能力，以為將來銜接之基礎。

此外，由於訓練場所的容量、疾病資源與師資三大要件缺一不可。疾病病種與可作為教學材料之患者數，中醫醫學教育學會已經完成初步之調查，對教學醫院之中醫門診、會診病種資源有基本之資料，可以作為規劃分級（中醫實習醫學生、一般醫學或新進住院醫師、資深住院醫師）訓練規劃核心能力之依據。然而全國中醫教學醫院之容額數並不足以涵蓋每年

全部中醫畢業生，因此適當、適時調整訓練制度似乎是急待進行之工作，隨之而來之基層與教學醫院因為醫療服務目標不同所造成人才養成目標必須進行調整，師資培訓內容也相對必須適度改變，甚至依照目標進行分流。中醫醫學教育學會將配合中醫藥司與全國中醫專家之共識進行相關內涵之調整與協助。

伍、結論與建議

- 一、針對解決「中醫負責醫師訓練容額不足」之方案，重新修正確認計畫之內涵，包括：教育目標、核心能力、訓練與查核內容、師資要求、訓練機構條件。
- 二、針對新確認之師資條件，檢視是否需調整「師資培訓與認證要點」，作為未來中醫臨床師資培訓之依據。
- 三、持續辦理與更新師資培訓之教學方法與教材，包括：六大核心能力與臨床分科專業教學兩大部分。
- 四、結合中醫臨床技能學會與各中醫臨床技能測驗中心，提升臨床教學與臨床技能評核經驗與品質，為提昇中醫臨床分科教學質量與辦理國家中醫 OSCE 做準備。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW104-CMAP-M-114-000414 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 中醫藥司網站，中醫醫療機構負責醫師訓練計畫：
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOCMAP/DM1.aspx?f_list_no=201&fod_list_no=109
2. 中醫藥司網站，中醫整體臨床教學計畫：
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOCMAP/DM1.aspx?f_list_no=201&fod_list_no=122
3. 中醫藥司網站，中醫評鑑：
http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOCMAP/DM1.aspx?f_list_no=708
4. 中醫藥司網站，健全中醫師臨床訓練制度-中醫負責醫師訓練計畫專區：
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOCMAP/DM1_P.aspx?f_list_no=201&fod_list_no=4533&doc_no=42604
5. 陳立德、許堯欽、陳榮洲、鄭振鴻、張恆鴻、孫茂峰。建立中醫師臨床訓練制度專家共識計畫。2010年，行政院衛生署研究計畫成果報告。
6. 陳立德、陳榮洲、謝慶良、楊中賢、許堯欽。建立中醫醫療機構負責醫師訓練專家共識計畫。2009年，行政院衛生署研究計畫成果報告。
7. 許堯欽、陳立德、陳榮洲、張恆鴻、楊中賢、陳建仲、游智勝、沈建忠、洪裕強。中醫醫療機構負責醫師二年醫師訓練指導醫師培訓計畫。2008年，行政院衛生署研究計畫成果報告。
8. 李世滄、陳立德、楊榮季、童承福、陳俊明、廖淑櫻。中醫醫療機構負責醫師訓練指導藥師培訓計畫。2010年，行政院衛生署研究計畫成果報告。
9. 鄭振鴻、許中華、陳建宏、劉佳祐、黃伯瑜。建構中醫師臨床教學與學習平臺。2012年，行政院衛生署研究計畫成果報告。
10. 蘇奕彰：「中醫客觀結構式臨床技能測驗的建立、實施到品質監控—以長庚紀念醫院為例」之評論與建議。
11. 陳端容：台灣住院醫師核心能力養成的組織學習脈絡：以急診醫師為例。

柒、圖、表

表一、105 年度申請指導師資認證人數：

指導師資認證	申請指導師資人數			通過申請指導師資認證人數		
	男	女	合計	男	女	合計
指導醫師（醫院）	214	99	313	214	99	313
指導醫師（診所）	106	44	150	104	43	147
指導藥師	70	111	181	65	109	174
總計	390	254	644	383	251	634

表二、105 年度申請指導師資課程抵免人數：

抵免課程	申請抵免課程通過人數			申請通過指導師資認證人數		
	男	女	合計	男	女	合計
指導醫師實務課程	85	39	124	85	39	124
指導藥師實務課程	2	7	9	2	7	9
總計	87	46	133	87	46	133

表三、105 年度指導醫師核心課程 申請通過指導醫師認證人次：

日期	名稱	地點	完成課程參與人次			申請通過指導醫師認證人次		
			男	女	合計	男	女	合計
2016.5.29	中醫師六大核心能力及教學技能課程	中國醫藥大學	35	9	44	9	4	13
2016.7.10	中醫師六大核心能力及教學技能課程	桃園長庚紀念醫院	37	16	53	21	10	31
2016.9.25	中醫師六大核心能力及教學技能課程	高雄長庚紀念醫院	31	21	52	25	15	40
總計			103	46	149	55	29	84

表四、105 年度指導藥師核心課程 申請通過指導藥師認證人次：

日期	名稱	地點	完成課程參與 人次			申請通過指導藥 師認證人次		
			男	女	合計	男	女	合計
2016. 6.26	中醫藥臨床專 業及教學技能 課程	中國 醫藥大學	30	36	66	23	24	47
2016. 8.21	中醫藥臨床專 業及教學技能 課程	台北市立 聯合醫院 中醫院區	40	63	103	28	53	81
2016. 10.16	中醫藥臨床專 業及教學技能 課程	高雄市立 大同醫院	26	54	80	16	28	44
總計			96	153	249	67	105	172

表五、105 年度指導醫師實務課程 申請通過指導醫師認證人次：

日期	名稱	地點	完成課程參與 人次			申請通過指導醫 師認證人次		
			男	女	合計	男	女	合計
2016. 4.17	中醫臨床教學 實務研習	中國醫藥 大學附設 醫院	54	26	80	44	18	62
2016. 5.28-29	指導醫師臨床 教學實務訓練 課程	義大醫院	21	11	32	18	9	27
2016. 5.29	中醫指導醫師 臨床實務教學 研習營	奇美醫院	44	22	66	40	16	56
2016. 7.3	中醫臨床教學 實務訓練課程	臺北市立 聯合醫院 林森中醫 院區	60	32	92	58	28	86
2016. 7.9	中醫指導醫師 臨床實務教學 研習營	高雄長庚 紀念醫院	47	22	69	42	18	60
2016. 7.30-31	中醫實務訓練 工作坊	長庚紀念 醫院	41	18	59	36	14	50
2016. 8.28	中醫臨床教學 實務訓練課程	花蓮慈濟 醫院	21	12	33	19	12	31
2016. 9.25	中醫臨床教學 實務研習	中國醫藥 大學附設 醫院	35	23	58	27	17	44
2016. 10.22-23	指導醫師臨床 教學實務訓練 課程	義大醫院	23	9	32	18	7	25
2016. 10.30	中醫師六大核 心能力及教學 技能課程	中山醫學 大學附設 醫院	8	6	14	3	3	6
總計			354	181	535	305	142	447

表六、105 年度指導藥師實務課程 申請通過指導藥師認證人次：

日期	名稱	地點	完成課程參與 人次			申請通過指導藥 師認證人次		
			男	女	合計	男	女	合計
2016. 5.28-29	指導藥師臨床 教學實務訓練 課程	義大醫院	14	21	35	9	10	19
2016. 5.29	中醫指導藥師 臨床實務教學 研習營	奇美醫院	12	24	36	9	21	30
2016. 7.3	中藥臨床教學 實務訓練課程 -中藥品製備 實作教學	中國醫藥 大學附設 醫院	37	49	86	21	25	46
2016. 7.9	中醫指導藥師 臨床實務教學 研習營	高雄長庚 紀念醫院	13	30	43	10	25	35
2016. 7.30-31	指導藥師中藥 臨床教學實務 訓練課程	長庚 紀念醫院	15	25	40	13	22	35
2016. 8.6-7	指導藥師中藥 臨床教學實務 訓練	臺北市立 聯合醫院 林森中醫 院區	41	61	102	16	26	42
2016. 8.28	中藥臨床教學 實務訓練課程	中國醫藥 大學附設 醫院	24	37	61	17	22	39
2016. 8.28	中藥臨床教學 實務訓練課程	花蓮 慈濟醫院	2	4	6	1	4	5
總計			158	251	409	96	155	251

附錄一、「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」執行 Q&A

更新日期：105.7.27

- 以下內容取自台灣中醫醫學教育學會於105年4月24日舉辦專家會議之討論，與5月15日、5月29日、6月26日、7月10日舉辦之認證要點執行辦法說明會，及陸續來電教育學會之詢問；若有需商討處，敬請指教。以下內容會不定期更新，請依最新日期為主。

■ 申請指導師資培訓之資格說明及相關問題

No.	提問	答覆
1	自105年欲申請參加指導醫師或指導藥師培訓之資格，與104年底前申請者有何不同？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請擔任指導醫師者：需於主要訓練醫院或協同訓練院所執業中醫滿五年以上；或由中華民國中醫師公會全國聯合會、主要訓練院所或協同訓練院所推薦，並經衛生福利部委託之中醫團體審核通過。 2. 申請擔任指導藥師者：需於主要訓練醫院或協同訓練院所從事中藥調劑業務滿二年以上；或由主要訓練院所或協同訓練院所推薦，並經衛生福利部委託之中醫團體審核通過。
2	申請師資培訓之資格需「執業中醫滿五年以上」、「從事中藥調劑業務滿二年以上」，此「滿五年、滿二年」之期間如何計算？	<p>「滿五年、滿二年」之計算方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 起算日：(1)指導醫師申請者之起算日，是指在主要訓練醫院或協同訓練院所之執業登記日，即中醫師證書背面執登紀錄之日期。 (2)指導藥師申請者之起算日，是指在主要訓練醫院或協同訓練院所從事中藥調劑業務之開始日期。 2. 結算日：向台灣中醫醫學教育學會申請師資認證之時間點。（注意事項：105年度須於 10月31日前申請認證。因教育學會需於11月15日送出今年度指導師資合格名單予中醫藥司審核。） 3. 新晉主治醫師申請擔任指導醫師於結算日前，可報名參加中醫師六大核心課程七小時，及中醫臨床教學實務課程十小時之培訓課程；<u>惟向教育學會申請認證時，在主要訓練醫院或協同訓練院所之執業需滿五年以上。</u> 4. 申請擔任指導藥師者於結算日前，可報名參加中醫藥臨床專業及教學技能課程七小時，及中醫臨床教學實務課程十小時之培訓課程；<u>惟向</u>

No.	提問	答覆
		<p><u>教育學會申請認證時，在主要訓練醫院或協同訓練院所從事中藥調劑業務需滿二年以上。</u></p> <p>5. 指導醫師年資滿五年、指導藥師年資滿二年，並累積足夠的認證所需培訓課程時數後，便可向教育學會提出認證申請。</p> <p>6. 105 年以個別化與彈性化處理為原則，以指導醫師為例說明（指導藥師依此類推）：</p> <p>i. 至105年8月25日滿五年者：在105年7月上中醫師六大核心課程，5月上中醫臨床教學實務課程，可於8月25日後向教育學會申請認證，5月、7月時所完成的培訓課程均可追認。 → 所取得之指導師資證書有效期限：106年1月1日至107年12月31日止</p> <p>ii. 至105年8月25日滿五年者：在105年7月上中醫師六大核心課程，9月上中醫臨床教學實務課程，可於9月完成所有培訓課程後，向教育學會申請認證。 → 所取得之指導師資證書有效期限：106年1月1日至107年12月31日止</p> <p>iii. 至105年11月01日滿五年者（超過申請截止日）：今年無法取得認證資格。申請者若在105年7月上中醫師六大核心課程，10月上中醫臨床教學實務課程，在申請截止日後向教育學會提出申請認證，其所取得之證書有效期限為107年1月1日至108年12月31日止。 → 建議申請者明年再報名參加培訓課程與申請認證。</p>
3	<p>請問105年度申請認證指導師資結算日的截止時間可否往後延，以利</p>	<p>否。 為配合 106 年負責醫師補助計畫申請時限，教育學會依本師資訓練計畫要求，須於 105 年 11 月 15 日將 105 年度指導師資合格名單送中醫藥司審查。</p>

No.	提問	答覆
	執登起自11月之中醫師於明年度成為指導師資？	另，為提高指導師資培訓效能，並兼顧行政作業時程，申請截止時間已盡可能延後至10月31日。
4	申請指導師資培訓之資格規定需於主訓醫院或協同訓練院所執業中醫滿五年以上（或從事中藥調劑業務滿二年以上），此「滿五年、滿二年」之期間認定，申請者所執業之主訓醫院或協同訓練院所是否需為同一家？	否。 只要是衛生福利部中醫醫療機構負責醫師訓練計畫審查通過之醫院或協同訓練院所，均可混合採認。
5	本院於105年新聘的主治醫師欲申請指導師資培訓，但其之前非執業於主訓醫院或協同訓練院所，其年資可否合併採計？	否。 • 舉例說明：（指導藥師依此類推） i. 某醫師於104年5月1日受聘至某主訓醫院任職，且之前於其他主訓醫院或協同訓練院所的年資已滿四年，其申請指導師資培訓之年資即可採認為「滿五年」。 ii. 某醫師於104年5月1日受聘至某主訓醫院任職，之前受聘於某地區醫院（並非其他主訓醫院或協同訓練院所）；即使其臨床執業已七年，仍未符合申請指導師資培訓之資格。
6	若申請者其執登之院所經申請及審核通過，成為主訓醫院或協同訓練院所。申請者在該院所公告為主訓醫院或協同訓練院所前之執業年資是否採計？	是。可追溯申請者在該院所公告為主要訓練醫院或協同訓練院所前之年資。 若協同訓練院所與主訓醫院的合約變化（非因院所資格不符或遭受行政處分），暫不為協同訓練院所，其後又恢復為協同訓練院所；此類情形不可歸責於申請者，故合約暫停期間之年資仍予以採認。 • 舉例說明：（指導藥師依此類推） i. 某中醫師執登於某醫院已五年多，該院於兩年前才成為主訓醫院；其年資可採認為「滿五年」。 ii. 某中醫師執登於某協同訓練院所已五年多，此

No.	提問	答覆
		<p>期間內該院所與主訓醫院之特約關係曾中斷兩年多，今年又恢復特約關係；其年資原則上仍可從寬採認為「滿五年」。</p> <p>iii. 某主訓醫院於104年底聘任原執登於其他主訓醫院、具教學經驗十五年以上之資深醫師；其年資可合併採計為「滿五年」。</p>
7	<p>申請指導師資培訓之資格規定需於主訓醫院或協同訓練院所執業中醫滿五年以上，是否一定要執業登記於此醫療機構？還是由此醫療機構認定為專任醫師，其年資亦可採計？</p>	<p>執業年資之計算，以執業登記於主訓醫院或協同訓練院所之日期起算；與聘任為專任、兼任醫師及敘薪無關。</p>
8	<p>主訓醫院醫師因升任主治醫師或任務調整，而將執照改登於同家機構之相關醫療院所（例：分院、門診部）。此相關醫療院所是否需申請成為協同訓練院所，此醫師之年資才能繼續採計？</p>	<p>是。</p> <p>各主訓醫院另行成立之相關醫療院所，需申請成為協同訓練院所，改執登於此之醫師執業年資方能採計。</p>
9	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第二點規定，符合指導醫師、藥師培訓資格之第1款之申請人，應如何辦理培訓課程報名？</p>	<p>104年已取得指導資格證書之醫師及藥師，105年可直接登錄教育學會網站認證系統報名培訓課程，亦可查詢證書效期及完訓課程紀錄。〔認證系統操作教學：於教育學會網站設置操作教學頁面〕</p>

No.	提問	答覆
	<p>→104 年度 已 取 得 指 導 資 格 證 書 之 醫 師 及 藥 師， 應 如 何 報 名 培 訓 課 程？</p>	
10	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第二點規定，符合指導醫師、藥師培訓資格之第2款之申請人應如何申請及報名培訓課程？</p> <p>→於主訓醫院或協同訓練院所執業中醫滿五年以上，欲於105年首次申請指導師資培訓者，應如何進行？</p>	<p>105年首次申請指導師資培訓者申請與報名培訓課程之方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 填寫「中醫醫療機構負責醫師訓練師資申請表」〔於教育學會網站設置超連結〕，併同證明文件（中醫師/藥師執照正反面影本、執業證書影本等），以傳真或 E-mail 方式傳給教育學會。 2. 待確認申請者符合培訓資格後，教育學會將協助新申請醫師、藥師設定登錄帳號；待申請者取得登錄資訊後，即可報名培訓課程。
11	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第二點規定，符合指導醫師、藥師培訓資格之第3款之申請人應如何申請及報名培訓課程？</p> <p>→105 年 首 次 申 請 指 導 師 資 培 訓 者， 若 欲 由 全 聯 會、 主 訓 醫 院 或 協 同 訓 練 院 所 推 薦， 應 如 何 進 行？</p>	<p>105年首次申請指導師資培訓者，欲由全聯會、主訓醫院或協同訓練院所推薦，應符合「已執業中醫滿五年，或從事中藥調劑業務滿二年；但執業年資的累積非均在主要訓練醫院或協同訓練院所」之條件，方可申請。申請方式如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (1)填寫「中醫醫療機構負責醫師訓練師資推薦表」〔於教育學會網站設置超連結〕：由中華民國中醫師公會全國聯合會、主訓醫院或協同訓練院所推薦（指導藥師僅能由主訓醫院或協同訓練院所推薦），併同(2)相關證明文件(3)回郵信封（學會寄送審核結果通知書之用），以掛號郵寄至教育學會。 2. 推薦表請於每年<u>2月28日前</u>（以郵戳為憑）送件，由教育學會召開「指導醫師、藥師師資培訓資格審核會議」，並於<u>3月31日前</u>完成審核程序。（105年送件截止日期為<u>7月31日</u>，學會將於<u>8月20日前</u>完成審核程序。）

No.	提問	答覆
		<p>3. 前述審核會議依照申請人（受推薦人）臨床教學專長領域，邀請「臨床教學方法專家、中醫臨床醫學各科專家」，共7或9人為委員進行審核，委員需為「中醫負責醫師計畫專家共識會議列名之專家」（醫策會列名之委員），同時針對受推薦個案之審核，推薦機構相關委員應迴避。</p> <p>4. 教育學會將協助通過審查之新申請醫師、藥師設定登錄帳號，並同時以書面信函及電子郵件通知審查結果及登錄帳號。</p>
12	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第二點規定，符合指導醫師、藥師培訓資格之第3款「由中華民國中醫師公會全國聯合會、主要訓練醫院或協同訓練院所推薦，並經本部委託之中醫團體審核其學經歷、論文發表情形通過者」。</p> <p>→教育學會審核小組專家名單如何建立？</p>	<p>1. 歡迎各機構推薦專家資料庫專家。目前教育學會已建置兩種專家資料庫：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 臨床各科專家資料庫：此為應今年3月25日中醫專家共識營中醫藥司與醫策會之要求而建置。所列之專家名單送中醫藥司審查後，將送全聯會、醫策會、四校五系，及各主訓醫院參考。 • 審查教育專長之專家資料庫：此類專家為原全國中醫專家共識會議，參與兩年負責醫師計畫決策之委員；全聯會及各領域應均有代表為本全國專家共識會議之委員。 <p>2. 教育學會依申請人（受推薦人）之科別，從上述資料庫遴選其專科之專家擔任審查委員；惟針對受推薦個案之審核，與推薦機構相關之委員應迴避。</p>
13	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第二點規定，符合指導醫師、藥師培訓資格之第3款「由中華民國中醫師公會全國聯合會、主要訓練醫院或協同訓練</p>	<p>是。申請者需提供論文資料或學術著作提送至教育學會，再由上述之教育學會審核小組專家審查，審查通過即取得培訓資格。</p>

No.	提問	答覆
	<p>院所推薦，並經本部委託之中醫團體審核其學經歷、論文發表情形通過者」。</p> <p>→論文發表是否為申請者之必備條件？</p>	
14	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第二點規定，符合指導醫師、藥師培訓資格第3款「由中華民國中醫師公會全國聯合會、主要訓練醫院或協同訓練院所推薦，並經本部委託之中醫團體審核其學經歷、論文發表情形通過者」。</p> <p>→申請人數，是否有總量限制？</p>	<p>沒有。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 104年各界達成共識：開放全聯會、主訓醫院或協同訓練院所推薦指導師資，讓優秀臨床教師能回流，此為現今過渡時期之補救機制。 2. 待未來中醫專科制度與住院醫師訓練健全後，中醫界將與西醫界一致，基層診所不再肩負臨床教育訓練之責任。如：台大有許多優秀教授自行開業，其診所並非臨床訓練基地。
15	<p>若主訓醫院或協同訓練院所因原指導師資離職，導致指導師資人數不足，有何補救措施？</p>	<p>可採以下兩種方式補充指導師資：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可招聘104年已取得認證之指導師資（證書效期：105年1月1日至105年12月31日止）。 2. 可由全聯會、主訓醫院或協同訓練院所推薦執業中醫滿五年以上的醫師（或從事中藥調劑業務滿二年以上之藥師），通過學經歷、論文發表之審核，即具備參與培訓課程及後續認證為指導師資之資格。（註：指導藥師僅由主訓醫院或協同訓練院所推薦。）
16	<p>申請指導師資培訓之資格規定需於主訓醫院或協同訓練院所執</p>	<p>「協同訓練院所」係指支援主訓醫院共同合作訓練之醫院或診所，並應符合下列資格之一：</p> <p>（一）西醫學領域協同訓練醫院：可提供急診、西醫一般醫學訓練，且為教學醫院評鑑合格</p>

No.	提問	答覆
	業，請問「協同訓練院所」需符合之條件？	<p>醫院。</p> <p>(二)中醫學領域協同訓練醫院：可提供部分內、婦、兒、針灸、傷科學之訓練，且為中醫醫院評鑑合格醫院或教學醫院評鑑合格之中醫部門。</p> <p>(三)中醫學領域協同訓練診所(含未取得評鑑合格資格之中醫醫院)：提供部分內、婦、兒、針灸、傷科學之協同訓練診所。</p>
17	申請成為「協同訓練院所」之流程？	<p>申請成為「協同訓練院所」之審查流程如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由主訓醫院先就欲合作院所之師資、設備等進行審查。 2. 行文至衛生福利部，檢具：(1)該院所指導醫(藥)師資料(2)協同訓練課程規劃書(3)完成用印之協同訓練合作契約書。 3. 由衛生福利部就該院所資格、檢附文件等進行行政審查，必要時再提審查小組或專家共識營進行專業審查。
18	主訓醫院與協同訓練院所簽約後，若主訓醫院卻未送將受訓醫師送至該協同訓練院所接受訓練，該院所是否會喪失協同訓練院所資格？	<p>是。</p> <p>由衛生福利部委辦廠商去查核協同訓練院所之執行成效，若只簽訂協同訓練合約，但主訓醫院未送受訓醫師至該院所訓練，其資格將被撤除。</p>

■ 「中醫醫療機構負責醫師訓練師資申請表」、「中醫醫療機構負責醫師訓練師資推薦表」填寫之相關問題

No.	提問	答覆
1	如果要推薦師資，除填寫「中醫醫療機構負責醫師訓練師資推薦表」，是否還需再填寫「中醫醫療機構負責醫師訓練師資申請表」呢？	否。推薦師資僅需填寫「中醫醫療機構負責醫師訓練師資推薦表」與檢附相關資料。
2	是否限制被推薦者必須為「代表性論文或學術著作」之第一作者或通訊作者？	<p>是。被推薦者必須為該代表性論文或學術著作之第一作者或通訊作者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「代表性論文或學術著作」須具備臨床醫學專業內涵，例如：臨床病例報告（Case Report）、醫學專書……等。 2. 被推薦者身為該代表性論文或學術著作之第一作者或通訊作者，代表其為主要撰寫者，且具備臨床教學內涵。
3	有些資深之師資無「代表論文或學術著作」，可否擔任指導師資？	<p>否。必須具有「代表性論文或學術著作」，方可受推薦擔任指導師資。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 指導師資的職責為「臨床教學」，非僅局限於「臨床診療」，故必須具備學術內涵。 2. 指導醫師除需能指導受訓學員完成病歷寫作及病例報告外，受訓之新進醫師在新制大學醫學教育訓練後，已具備科學論文搜尋及評讀能力。當學員進行「臨床論文研讀及簡報（Journal Reading）」並提出相關之科研，指導師資必須具備回答與指導能力。

■ 「培訓營課程」內容及相關問題

No.	提問	答覆
1	自105年度起，指導師資培訓課程內容包括哪些？	<p>依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第三條，指導師資培訓課程內容如下：</p> <p>(一) 指導醫師</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師六大核心能力及教學技能課程 (七小時) <ol style="list-style-type: none"> (1) 六大核心能力及內涵 (三小時) (2) 六大核心能力之教學技能 (四小時) 2. 中醫臨床教學實務訓練課程 (十小時) <ol style="list-style-type: none"> (1) 中醫專科門診教學 (三小時，參與中醫內科、中醫婦科、中醫兒科、中醫針灸科或中醫傷科任一課程) (2) 中醫病房或會診教學 (二小時) (3) 指導中醫臨床教學討論會 (二小時) (4) 中醫臨床技能實作評估學習 (二小時，參與Mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE或360度評估等任一課程) (5) 訓練成效評估及回饋 (一小時) <p>(二) 指導藥師</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫藥臨床專業及教學技能課程 (七小時) <ol style="list-style-type: none"> (1) 中醫藥基礎理論與臨床應用 (一小時) (2) 臨床方藥與案例研討 (二小時) (3) 中藥用藥安全及管理規範 (一小時) (4) 中藥臨床實證研究 (一小時) (5) 教學技能研習 (二小時) 2. 中藥臨床教學實務訓練課程 (十小時) <ol style="list-style-type: none"> (1) 藥品調劑實作教學 (二小時，含中藥疑義處方案例教學) (2) 藥品給藥衛教教學 (二小時，含臨床諮詢案例教學) (3) 中藥藥品製備實作教學 (二小時，含藥材炮製與藥劑製作教學) (4) 中藥飲片鑑別教學 (二小時，含中藥不良品案例教學) (5) 中藥不良反應案例教學 (二小時，含藥品交互作用案例教學)

No.	提問	答覆
2	指導師資培訓課程包含「中醫師六大核心能力及教學技能課程」、「中醫藥臨床專業及教學技能課程」，與「中醫臨床教學實務訓練課程」、「中藥臨床教學實務訓練課程」兩類課程之目的為何？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「中醫師六大核心能力及教學技能課程」、「中醫藥臨床專業及教學技能課程」：著重六大核心之教學方法，以提升臨床教學之專業能力。 2. 「中醫臨床教學實務訓練課程」、「中藥臨床教學實務訓練課程」：著重不同臨床教學場域之教學方法，建議講師可藉由OSCE教室或小組訓練進行相關教學實務操作。 3. 中醫臨床教學實務訓練課程與中藥臨床教學實務訓練課程，需接受「認證要點」中所規定其項下之（1）至（5）各項之實作教學之培訓，共計達十小時，才符合認證條件。
3	在104年已取得指導醫師資格者，105年是否需上七小時之「中醫師六大核心能力及教學技能課程」呢？	<p>否。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 考量目前中醫藥臨床教學資源與人力，104年已取得指導醫師資格者，直接銜接為展延認證師資，105年不需再上「中醫師六大核心能力課程7小時」，但仍須取得「中醫臨床教學實務訓練課程10小時」學分。 2. 105年之「中醫師六大核心能力及教學技能課程」，除安排不同師資授課，有更多教學經驗可供學習與借鏡；若同一講師連續兩年講授同一主題，授課內容也比104年更精進！ 3. 教育學會安排高品質課程，以促進有志精進教學能力與品質的中醫師參與，期使與會者與授課者每年都持續成長！
4	請問「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」中是否含有中藥不良反應通報的訓練內容呢？	<p>有。由中藥局的指導藥師負責指導新進醫師進行通報。</p> <p>根據新修訂之「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」指導藥師課程基準，訓練內容有對於中藥用藥安全以及法規要點之認識，包含中藥不良反應通報、藥物交互作用案例教學.....等。</p>

■ 「指導師資訓練課程：辦理單位、課程設計原則、時數採計原則及登錄所需資料」及相關問題

No.	提問	答覆
1	辦理指導師資訓練課程之主辦單位有哪些？	依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第九條，可辦理指導師資訓練課程之單位包括： <u>（附上檔案最後之附件一〔於教育學會網站設置超連結〕）</u> ：
2	可辦理指導師資訓練課程之各單位於開課前後應如何作業，以向教育學會申請認證時數？	各單位申請認證時數之作業流程： 1. 請各單位於 <u>開課前至少一個月</u> ，將課程內容送至教育學會，以核定送審課程可抵免之訓練時數。待核定後，教育學會會將此課程訊息公告於教育學會網站，並註明課程類別及認證時數。 2. 開課單位在 <u>課程結束後一個月內</u> ，須將「簽到單影本」、「完成課程之學員名單之Excel表」寄給教育學會；學會確認後將匯入時數，學員即可登錄查詢個人累積之培訓課程時數。 3. 由教育學會舉辦的課程，在開課後會將確認完成該課程學員的時數資料，統一上傳教育學會網站；學員可在登錄網站後，查詢個人累積之時數。
3	參與指導師資訓練課程可否一併申請中醫師繼續教育時數？	部分指導師資訓練課程亦可申請中醫師之繼續教育時數，惟需繳交繼續教育之學分費（每學分30元）；請依據中華民國中醫師公會全國聯合會之相關規定辦理。
4	具備指導師資培訓資格之學員，在上完所有培訓課程後，應如何取得指導醫師/藥師證書？	各學員在完成資格認證所需之時數後，應自行 <u>下載課程累計時數表</u> ，以電子郵件送教育學會申請認證；信件主旨註明：「申請指導醫師/藥師認證：OOO醫師/藥師」。教育學會在確認後將：（1）回信通知申請人認證成功（2）寄送指導醫師、藥師證書（3）在網站上註明證書之有效期間。
5	擔任「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓」課程之講師資格為何？	擔任「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓」課程之講師資格： 1. 具備部定講師以上資格且擔任指導醫師或指導藥師三年以上，並具實際教學經驗五年以上之中醫師、藥師。 2. 相關領域具教學能力之專家學者。

No.	提問	答覆
6	若由多間主訓醫院合作辦理中醫跟中藥臨床教學實務訓練課程，須於何時通知教育學會？	非由教育學會所辦理之訓練課程（含七小時核心課程及十小時實務訓練課程），請各單位於開課前 <u>至少一個月</u> 檢送課程內容至教育學會審查及核定抵免時數；並於 <u>課程結束後一個月內</u> 檢送完訓學員名單。
7	請問「中醫臨床教學實務訓練課程」與「中藥臨床教學實務訓練課程」的舉辦單位與資訊公告？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本年度由北、中、南、東共計六所執行「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」之主訓醫院舉辦「中醫臨床教學實務訓練課程」與「中藥臨床教學實務訓練課程」。 2. 主辦單位於<u>開課前至少一個月</u>將課程內容送至教育學會，核定送審課程可抵免之訓練時數。待核定後，教育學會會將此課程訊息公告於教育學會網站，並註明課程類別及認證時數。
8	中國醫藥大學附設醫院於今年4月17日舉辦之中醫OSCE相關課程，是否可認證中醫臨床教學實務訓練課程之學分？	<p>可以。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「中醫臨床教學實務訓練課程」於新舊制過渡時期採從寬認定。 2. 中國醫藥大學附設醫院4月17日舉辦之中醫OSCE課程可認證學分，但行政上需補送資料至教育學會，以便辦理完訓學員之時數登錄。
9	中醫與中藥臨床教學實務訓練課程，是否有辦理示範課程？	對於「中醫臨床教學實務訓練課程」及「中藥臨床教學實務訓練課程」之辦理，教育學會 <u>建議之課程安排模式</u> 。 〔於教育學會網站設置超連結〕 （請見 <u>附件二</u> ）。
10	請問藥師公會可辦理中醫藥臨床專業及教學技能課程之考量？	藥師公會所舉辦的藥師繼續教育課程亦含中藥相關課程，但僅可辦理「臨床專業」、「教學技能」此類課程，「實務訓練課程」只有教學醫院才可辦理。
11	藥師公會、藥學會所辦理中藥 <u>相關</u> 教學課程，主辦單位通常不會主動向教育學會提出課程與學分認證。對於此部分的課程學分，教育學會是否可採認？	可以。此為彈性放寬的補救措施，惟申請者需檢附課程內容。

■ 「培訓課程時數抵免」、「中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師/藥師課程抵免申請表」填寫及相關問題

No.	提問	答覆
1	如何辦理培訓課程之時數抵免？	<p>依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第五條：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擔任各項培訓課程之教（講）師、評論人或評審者，以及參與擬定、撰寫培訓課程之教材者，皆可申請該項課程之抵免。 2. 擔任主要訓練醫院之指導醫師/藥師者，則限定只能申請抵免「中醫臨床教學實務訓練課程」或「中藥臨床教學實務訓練課程」。 <p>辦理方式與原則說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各項課程抵免之辦理方式，請見「培訓課程時數抵免說明表」〔於教育學會網站設置超連結〕。 2. 請下載所需填寫之「中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師/藥師課程抵免申請表」〔於教育學會網站設置超連結〕。 3. 「抵免項目」僅適用於擔任教（講）師、評論人或評審者，其他指導醫師/藥師可用「參與擬定或撰寫課程教材」，或以「在主要訓練醫院擔任指導醫師或藥師」指導受訓學員之實際教學證明來申請抵免。 4. 參與課程的受訓學員則依照受訓的時數申請學分認證。 <p>• 舉例說明：（指導藥師依此類推）</p> <ol style="list-style-type: none"> i. 中醫臨床教學實務訓練課程之「實作評估學習」所需時數二小時：以各醫院常規之教學門診（三小時）而言，建議將教學實務（兩小時）與評量時間（一小時）拆開，分別申請「專科門診教學」兩小時，與「實作評估學習」一小時。 ii. 醫院裡面常態性的病房或會診教學，有受訓之新進醫師，亦有相關的紀錄。待完成教學訓練後，檢具相關資料即可進行認證。 iii. 若某主訓醫院有五位中醫內科指導醫師，若其中一位指導醫師擔任臨床教學實務課程之授課講師，另外四位指導醫師為參與此課之學員：

No.	提問	答覆
		<p>➔ 擔任授課講師之指導醫師：可抵免實務課程之時數。</p> <p>➔ 擔任學員之指導醫師：取得實務課程之時數。</p>
2	<p>是否可以「台灣醫學教育學會舉辦之六大核心課程」之上課證明抵免「中醫師六大核心能力及教學技能課程」？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對105年起新申請之臨床指導教師，將依照「中醫師六大核心能力課程七小時」進行認證，不採認台灣醫學教育學會規定之「醫師六大核心能力課程」。 2. 由於西醫師六大核心能力之操作重點與中醫師的六大核心能力有別，為了能串連「實習中醫學生」、「二年負責醫師—中醫實習醫師」、中醫專科「資深住院醫師」訓練結構，所以必須針對中醫師養成需求進行專責培訓。 3. 若在醫學中心服務的醫師，被院方要求要上「台灣醫學教育學會辦理的六大核心能力課程」，應由醫師自行對院方說明溝通，並依照各院規定辦理。
3	<p>如果相關的學分要做抵免，必須要補指導醫師培訓課程師資的相關規範，那這個規範如果又要符合全聯會在職進修課程師資的規範的話，那其實真的不多，是否有解套之法？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「臨床專業能力」與「臨床教學能力」為相關聯之不同議題，兩者的內涵不盡相同，故時數難以混合抵免相當合理；且中醫藥指導醫師培訓課程僅規定10小時，遠低於西醫界規定之40小時。 2. 部分培訓課程符合全聯會的規範，可同時申請繼續教育學分；部分培訓課程不符合其規範，則是專門為了符合指導醫師培訓課程機制，以讓指導師資確實具備指導年輕醫生的能力。

■ 「指導師資資格效期之展延」及相關問題

No.	提問	答覆
1	<p>依據「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」所述，應如何辦理指導師資資格效期之展延？</p>	<p>辦理指導師資資格效期之展延之步驟如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」第七條：指導師資之資格效期為二年，期滿前三個月得檢具相關證明文件申請展延，每次展延二年。且依要點第八條所述展延條件為二年認證資格效期內，須完成「中醫(中藥)臨床教學實務訓練課程」十小時。 2. 請至教育學會網站之認證系統登入個人帳號，下載二年認證資格效期內所完成之「臨床教學實務訓練課程」十小時之時數證明。 3. 請將時數證明以電子郵件寄送至教育學會信箱申請展延，信件主旨註明：「申請指導醫師/藥師認證展延：OOO醫師/藥師」。 4. 教育學會在確認後將：(1) 回信通知申請人展延成功(2) 寄送效期展延後之指導醫師、藥師證書(3) 在網站上註明展延後，證書之有效期間。 5. 展延次數不限。
2	<p>在104年已取得指導醫師資格者，若未能於效期期滿前三個月(105年9月30日前)檢具相關證明文件完成申請展延，則106年度是否需再上七小時之「中醫師六大核心能力及教學技能課程」？</p>	<p>否。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 目前「認證要點」並未明訂若未在期限內完成展延程序，是否需再上「中醫師六大核心能力及教學技能課程」。 2. 未來待與衛生福利部中醫藥司確認處理原則後，再公告於教育學會網站。

No.	提問	答覆
3	申請指導醫師效期展延，與105年新申請擔任指導師資所需完成之培訓課程是否不同？	<p>1. 申請指導醫師效期展延者，需在證書效期之兩年內完成10小時的臨床教學實務訓練課程。（去年取得之證書效期僅一年，自105年1月1日至12月31日止；需於105年9月30日前提出展延申請。）</p> <p>2. 在105年新申請擔任指導師資者，需完成的課程包括：「中醫師六大核心能力及教學技能課程（七小時）」與「中醫臨床教學實務訓練課程（十小時）」。</p>
4	今年度三區指導醫師培訓營（主題為：中醫師六大核心能力及教學技能課程）是否有名額限制？	有。教育學會將與各區確認會議場地可容納之人數後，於網站公告各場可報名之名額。

■ 「中醫醫療機構負責醫師訓練指導師資資格證書」相關問題

No.	提問	答覆
1	民國105年所頒發之「中醫醫療機構負責醫師訓練指導師資資格證書」格式為何？	<p>指導師資資格證書格式，請點選網頁瀏覽〔於教育學會網站設置超連結〕。</p> <p>1. 指導醫師之指導科別沿用原分為內科系與針傷科系之模式。</p> <p>2. 內科系者：於指導科別註記第一專長為「內科學」、「婦科學」、「兒科學」（擇一註記）。</p> <p>3. 針傷科系者：於指導科別註記第一專長為「針灸學」、「傷科學」（擇一註記）。</p> <p>4. 指導藥師之證書格式，指導科別註記為「中藥學」。</p>

✚ 指導師資訓練課程之辦理單位

得辦理指導師資訓練課程之單位	指導師資培訓課程內容
<p>(一)辦理中醫師六大核心能力及教學技能課程</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有中醫學系之醫學校院。 2. 設有中醫部門之教學醫院。 3. 中醫醫院評鑑合格之醫院。 4. 台灣中醫醫學教育學會。 	<p>指導醫師 中醫師六大核心能力及教學技能課程（七小時）</p>
<p>(二)辦理中醫臨床教學實務訓練課程及中藥臨床教學實務訓練課程</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院。 2. 中醫醫院評鑑合格之醫院。 	<p>指導醫師 1. 中醫臨床教學實務訓練課程（十小時）指導藥師 2. 中藥臨床教學實務訓練課程（十小時）</p>
<p>(三)辦理中醫藥臨床專業及教學技能課程</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有中醫學系之醫學校院。 2. 中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院。 3. 中醫醫院評鑑合格之醫院。 4. 中醫師公會及醫學會。 5. 藥師公會及藥學會。 	<p>指導藥師 中醫藥臨床專業及教學技能課程（七小時）</p>

中醫醫療機構負責醫師訓練師資申請表

申請日期： 年 月 日

一、基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國 年 月 日
身份證字號				專業證書字號	<input type="checkbox"/> 台中字第 號 <input type="checkbox"/> 藥字第 號
現職	服務機構				職稱
	執登日期				
欲報名參加之培訓營之舉辦日期（請參見教育學會網站公告）： 月 日					
E-mail				聯絡電話	
聯絡地址					

二、學經歷

學歷	學校	科系	學位		
專長	<input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 針灸科 <input type="checkbox"/> 傷科 <input type="checkbox"/> 中藥				
經歷	與中醫藥專長領域相關（實務/教學/研究）經驗		起訖年月	年資（年）	

三、檢附之證明文件

請檢附右列資格證明文件	<p>請檢具相關證明文件，台灣中醫醫學教育學會將依所提供資料進行複核。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.中醫師/藥師證書正、反面影本：以證書背面之執業登記資料，佐證於主訓醫院或協同訓練院所之任職年資。（申請指導醫師者需執業滿五年，申請指導藥師者，需從事調劑業務滿二年。）</p> <p><input type="checkbox"/> 2.執業執照正、反面影本。</p>
-------------	---

中醫醫療機構負責醫師訓練師資推薦表

推薦下列中醫師或中藥師擔任負責醫師訓練計畫之指導醫師或指導藥師，
並已徵得當事人同意提供以下資料：

一、被推薦人基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日
身份證字號				專業證書字號	<input type="checkbox"/> 台中字第 號			
				<input type="checkbox"/> 藥字第 號				
現職	服務機構				職稱	<input type="checkbox"/> 中醫師		
	執登日期					<input type="checkbox"/> 藥師		
E-mail					聯絡電話			
聯絡地址								

二、學經歷

學歷	學校	科系	學位	
專長	<input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 針灸科 <input type="checkbox"/> 傷科 <input type="checkbox"/> 中藥			
經歷	與中醫藥專長領域相關（實務/教學/研究）經驗		起訖年月	年資（年）

三、代表論文或學術著作

代表著作	論文題目 著作書名	※需為中醫藥領域之研究論文或著作。
	作者群	※被推薦者需為第一作者或通訊作者。

	發表期刊	刊名： <input type="checkbox"/> 具同儕審查制度 <input type="checkbox"/> SCI <input type="checkbox"/> SSCI ※ 此期刊需有同儕審查制度，亦可註明為 SCI 或 SSCI 期刊。	
代表著作	發表期刊	卷、期、頁數	第 卷，第 期，第 - 頁
		發表日期	年 月
	• 此學術報導（或著作）之重要性及影響（150 字為原則）		

四、推薦單位認定被推薦人足擔教學工作者之具體事蹟、特殊造詣

具體事蹟、特殊造詣、成就	※請詳述被推薦人在中醫藥專長領域，於實務/教學/研究等方面之特殊造詣，足擔任教學工作之具體事蹟：（300 字為原則）
其他參考資料	

五、檢附之證明文件

請檢附右列資格證明文件	<p>請自行勾選並檢具相關證明文件，台灣中醫醫學教育學會將依所提供資料進行複核。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 中醫師/藥師證書正、反面影本：以證書背面之執業登記資料，佐證於主訓醫院或協同訓練院所之任職年資。(申請指導醫師者需執業滿五年，申請指導藥師者，需從事調劑業務滿二年。)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 執業執照正、反面影本。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 所列學歷之畢業證書。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 與中醫藥專長領域相關(實務/教學/研究)經驗相關之專業工作經歷文件。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 代表論文之全文。</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 有關具體事蹟殊造詣或成就審定之參考資料。</p>
-------------	--

六、被推薦人具備之資格

具備資格(可複選)	<p><input type="checkbox"/> 1. 國內、外大專以上畢業，並具有五年以上與指導領域相關實務經驗之專業工作年資者。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 曾發表經同儕審核通過之專業學術著作。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 經推薦單位認定其具體事蹟、特殊造詣足堪擔任教學工作者。</p>
-----------	--

七、推薦事由(請推薦單位統整分析被推薦人上述各項表現，就專業性、代表性、公正性等加以敘述，200字為原則)

--

- 推薦單位：
- 推薦人簽章：

中華民國 年 月 日

中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師課程抵免申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	身分證字號		
服務單位全銜			
中醫師證書字號	台中字第	號	
E-mail 信箱		通訊電話	
欲抵免課程時數	抵免時數共計：_____小時，附件共計：_____份		
請以「✓」勾選欲減免之項目，並檢附佐證資料以利查核：			
● 中醫師六大核心能力及教學技能課程（至少 7 小時）			
勾選	項目	小時	附件編號
	六大核心能力及內涵（3 小時）： 病人照護及程序技巧、醫學知識、從執業中學習及成長、人際及溝通方法、專業素養、制度下的執業能力		
	六大核心能力之教學技能（4 小時） 課程設計、教材製作、核心試題規劃、臨床教學技巧、教學評估方法與回饋		
● 中醫臨床教學實務訓練課程（至少 10 小時）			
勾選	項目	小時	附件編號
	中醫專科門診教學（3 小時： <input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 中醫針灸科 <input type="checkbox"/> 中醫傷科）		
	病房、會診教學（2 小時）		
	指導教學討論會（2 小時）		
	實作評估學習（2 小時： <input type="checkbox"/> Mini-CEX、 <input type="checkbox"/> OSCE、 <input type="checkbox"/> 360 度評估、 <input type="checkbox"/> DOPS、 <input type="checkbox"/> CbD 等方式）		
	訓練成效評估及回饋（1 小時）		
中醫科部之主管核章：			
說明：			
一、申請課程抵免時，請檢附可資證明實務訓練品質之附件，例如：單位之教學活動及會議記錄（內含相片）、病例報告、病歷紀錄……等。			
二、認證機構得派員查核與學習，對教學品質不佳者應加以輔導或取消認證；品質優良者，應選派為相關課程教師。			

中醫醫療機構負責醫師訓練指導藥師課程抵免申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		身分證字號	
服務單位全銜			
藥師證書字號	藥字第 號		
E-mail 信箱		通訊電話	
欲抵免課程時數	抵免時數共計：_____小時，附件共計：_____份		

請以「✓」勾選欲減免之項目，並檢附佐證資料以利查核：

● 中醫藥臨床專業及教學技能課程（至少 7 小時）

勾選	項目	小時	附件編號
	中醫藥基礎理論與臨床應用（1 小時）		
	臨床方藥與案例研討（2 小時）		
	中藥用藥安全及管理規範（1 小時）		
	中藥臨床實證研究（1 小時）		
	教學技能研習（2 小時）		

● 中藥臨床教學實務訓練課程（至少 10 小時）

勾選	項目	小時	附件編號
	藥品調劑實作教學（2 小時：含中藥疑義處方案例）		
	藥品給藥衛教教學（2 小時：含臨床諮詢案例）		
	中藥藥品製備實作教學（2 小時：含藥材炮製與藥劑製作）		
	中藥飲片鑑別教學（2 小時：含中藥不良品案例）		
	中藥不良反應案例教學（2 小時：含藥品交互作用案例）		

中藥局之主管核章：

說明：

- 一、申請課程抵免時，請檢附可資證明實務訓練品質之附件，例如：單位之教學活動及會議記錄（內含相片）、案例報告……等。
- 二、認證機構得派員查核與學習，對教學品質不佳者應加以輔導或取消認證；品質優良者，應選派為相關課程教師。

中醫醫療機構負責醫師訓練師資認證與展延申請表

申請日期： 年 月 日

一、基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請項目	<input type="checkbox"/> 初次認證 <input type="checkbox"/> 展延
身份證字號		專業證書字號		<input type="checkbox"/> 台中字第 號	<input type="checkbox"/> 藥字第 號
現職	服務機構			職稱	<input type="checkbox"/> 中醫師
	執登日期				<input type="checkbox"/> 藥師
E-mail				聯絡電話	
聯絡地址					

二、課程紀錄

課程項目	勾選認證項目 (需與課程紀錄相符)	備註
中醫師六大核心能力及教學技能課程 (7 小時)		
中醫臨床教學實務訓練課程 (10 小時)		
中醫藥臨床專業及教學技能課程 (7 小時)		
中藥臨床教學實務訓練課程 (10 小時)		
師資認證證書 登記專長	<input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 針灸科 <input type="checkbox"/> 傷科 <input type="checkbox"/> 中藥	

三、檢附之相關文件

請檢附右列 資格證明文件	<p>請檢具相關證明文件，台灣中醫醫學教育學會將依所提供資料進行審查。</p> <input type="checkbox"/> 1.線上課程紀錄影本。 <input type="checkbox"/> 2.個人資料使用授權同意書。(可不附，將不會呈現申請人姓名在通過名單)
-----------------	--

中醫醫療機構負責醫師訓練師資課程時數申請表 (單位申請)

申請日期： 年 月 日

一、申請資料：

申請單位		課程日期	
課程名稱			
聯絡人姓名		職稱	
聯絡人電話		電子信箱	
聯絡地址			
說明	一、申請課程時數，請檢附授課議程。 二、本會得派員查核，對教學品質不佳者應加以輔導或取消認證。		

二、申請課程：

1. 中醫師六大核心能力及教學技能課程		
勾選 (✓)	項目	申請課程時數 (小時)
	六大核心能力及內涵 (3 小時): 病人照護及程序技巧、醫學知識、從執業中學習及成長、人際及溝通方法、專業素養、制度下的執業能力	
	六大核心能力之教學技能 (4 小時) 課程設計、教材製作、核心試題規劃、臨床教學技巧、教學評估方法與回饋	
2. 中醫臨床教學實務訓練課程		
勾選 (✓)	項目	申請課程時數 (小時)
	中醫專科門診教學 (3 小時: <input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 中醫針灸科 <input type="checkbox"/> 中醫傷科)	
	病房、會診教學 (2 小時)	
	指導教學討論會 (2 小時)	
	實作評估學習 (2 小時: <input type="checkbox"/> Mini-CEX、 <input type="checkbox"/> OSCE、 <input type="checkbox"/> 360 度評估、 <input type="checkbox"/> DOPS、 <input type="checkbox"/> CbD 等方式)	
	訓練成效評估及回饋 (1 小時)	

3.中醫藥臨床專業及教學技能課程（至少 7 小時）		
勾選（✓）	項目	申請課程時數 （小時）
	中醫藥基礎理論與臨床應用（1 小時）	
	臨床方藥與案例研討（2 小時）	
	中藥用藥安全及管理規範（1 小時）	
	中藥臨床實證研究（1 小時）	
	教學技能研習（2 小時）	
4.中藥臨床教學實務訓練課程（至少 10 小時）		
勾選（✓）	項目	申請課程時數 （小時）
	藥品調劑實作教學（2 小時：含中藥疑義處方案例）	
	藥品給藥衛教教學（2 小時：含臨床諮詢案例）	
	中藥藥品製備實作教學（2 小時：含藥材炮製與藥劑製作）	
	中藥飲片鑑別教學（2 小時：含中藥不良品案例）	
	中藥不良反應案例教學（2 小時：含藥品交互作用案例）	

中醫醫療機構負責醫師訓練師資課程時數申請表

(個人申請)

申請日期： 年 月 日

一、申請資料：

申請人姓名		服務單位	
申請人電話		職稱	
聯絡地址		電子信箱	
課程日期		開課單位	
課程名稱			
說明	一、申請課程時數，請檢附授課議程、上課佐證記錄。 二、本會得派員查核，對申請資料不實者予以取消認證。		

二、申請課程：

1. 中醫師六大核心能力及教學技能課程		
勾選 (✓)	項目	申請課程時數 (小時)
	六大核心能力及內涵 (3 小時)： 病人照護及程序技巧、醫學知識、從執業中學習及成長、人際及溝通方法、專業素養、制度下的執業能力	
	六大核心能力之教學技能 (4 小時) 課程設計、教材製作、核心試題規劃、臨床教學技巧、教學評估方法與回饋	
2. 中醫臨床教學實務訓練課程		
勾選 (✓)	項目	申請課程時數 (小時)
	中醫專科門診教學 (3 小時： <input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 中醫針灸科 <input type="checkbox"/> 中醫傷科)	
	病房、會診教學 (2 小時)	
	指導教學討論會 (2 小時)	
	實作評估學習 (2 小時： <input type="checkbox"/> Mini-CEX、 <input type="checkbox"/> OSCE、 <input type="checkbox"/> 360 度評估、 <input type="checkbox"/> DOPS、 <input type="checkbox"/> CbD 等方式)	
	訓練成效評估及回饋 (1 小時)	

3.中醫藥臨床專業及教學技能課程（至少 7 小時）		
勾選（✓）	項目	申請課程時數（小時）
	中醫藥基礎理論與臨床應用（1 小時）	
	臨床方藥與案例研討（2 小時）	
	中藥用藥安全及管理規範（1 小時）	
	中藥臨床實證研究（1 小時）	
	教學技能研習（2 小時）	
4.中藥臨床教學實務訓練課程（至少 10 小時）		
勾選（✓）	項目	申請課程時數（小時）
	藥品調劑實作教學（2 小時：含中藥疑義處方案例）	
	藥品給藥衛教教學（2 小時：含臨床諮詢案例）	
	中藥藥品製備實作教學（2 小時：含藥材炮製與藥劑製作）	
	中藥飲片鑑別教學（2 小時：含中藥不良品案例）	
	中藥不良反應案例教學（2 小時：含藥品交互作用案例）	

個人資料使用授權同意書（指導醫師）

衛生福利部為辦理「促進中醫多元發展-培訓中醫臨床師資計畫」，建置全國師資資料庫，請您提供相關的個人資料。您所提供的個人資料僅作為健全中醫師臨床訓練制度之用。同時本部將依「個人資料保護法」之規定，以誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯，同時善盡維護與保密之責。

立同意書人（本人）茲聲明並授權如下：

本人同意將「服務醫院名稱」、「科系別」、「姓名」、「執業年資」提供予衛生福利部辦理「促進中醫多元發展-培訓中醫臨床師資計畫」之用。

立同意書人：

（簽章）

中 華 民 國 1 0 5 年 月 日

個人資料使用授權同意書（指導藥師）

衛生福利部為辦理「促進中醫多元發展-培訓中醫臨床師資計畫」，建置全國師資資料庫，請您提供相關的個人資料。您所提供的個人資料僅作為健全中醫師臨床訓練制度之用。同時本部將依「個人資料保護法」之規定，以誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯，同時善盡維護與保密之責。

立同意書人（本人）茲聲明並授權如下：

本人同意將「服務醫院名稱」、「姓名」、「執業年資」提供予衛生福利部辦理「促進中醫多元發展-培訓中醫臨床師資計畫」之用。

立同意書人： （簽章）

中 華 民 國 1 0 5 年 月 日



中醫醫療機構負責醫師訓練

指導醫師資格證書

醫師 台中字第 號

參加衛生福利部委託本學會辦理「105年中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師培訓計畫—指導醫師培訓營」成績合格，特此證明。

- 指導科別：內科系/針傷科系
內科學/婦科學/兒科學/針灸學/傷科學
- 有效期間：
自民國 106 年 1 月 1 日至民國 107 年 12 月 31 日止

理事長

台灣中醫醫學教育學會

中華民國 105 年 11 月 15 日



中醫醫療機構負責醫師訓練

指導藥師資格證書

藥字第 號

參加衛生福利部委託本學會辦理「105年培訓中醫臨床師資計畫—指導藥師培訓營」成績合格，特此證明。

- 指導科別：中藥學
- 有效期間：
自民國 106 年 1 月 1 日至民國 107 年 12 月 31 日止

理事長

台灣中醫醫學教育學會

中華民國 105 年 11 月 15 日

附錄二、辦理指導醫師培訓課程：中醫師六大核心能力及教學技能課程（中區）

時間：2016年5月29日

地點：中國醫藥大學立夫教學大樓11樓討論室三

📌 課程議程海報：

衛生福利部105年度「培訓中醫臨床師資計畫」中區指導醫師培訓營			
中醫師六大核心能力及教學技能			
指導單位：衛生福利部			
主辦單位：台灣中醫醫學教育學會			
協辦單位：中國醫藥大學中醫學系、中國醫藥大學學士後中醫學系 中國醫藥大學附設醫院中醫部			
時間：104年5月29日（星期日）			
地點：中國醫藥大學立夫教學大樓11樓討論室三			
時間	講題	主講者	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席開幕、貴賓致詞		
09:00-09:30	中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程積分認證說明	台灣中醫醫學教育學會 張廷鑫副秘書長	主持人： 中醫師公會 全國聯合會 柯富揚秘書長
09:30-10:20	病人照護及程序技巧	彰化基督教醫院 羅綸謙主任	
10:20-10:40	Tea Break		
10:40-11:30	醫學知識	中國醫藥大學中醫學系 高尚德教授	評論人： 花蓮慈濟大學 楊仁宏院長
11:30-12:20	制度下的執業能力	中國醫藥大學附設醫院 李育臣主任	
12:20-13:20	Lunch		
13:20-14:10	人際及溝通方法	中國醫藥大學 學士後中醫學系 張東迪主任	主持人： 中國醫藥大學 附設醫院 徐新政主任
14:10-15:00	專業素養	中國醫藥大學附設醫院 黃升騰主任	
15:00-15:20	Tea Break		
15:20-16:10	從執業中學習及成長	秀傳紀念醫院 呂友文主任	評論人： 花蓮慈濟大學 楊仁宏院長
16:10-17:00	Healthcare Matrix之介紹及實例應用	中山醫學大學附設醫院 林榮志主任	
17:00-17:20	綜合討論		
17:20	研習會議結束		

附錄三、辦理指導醫師培訓課程：中醫師六大核心能力及教學技能課程（北區）

時間：2016年7月10日

地點：桃園長庚紀念醫院 B2 國際會議廳

✚ 課程議程海報：

衛生福利部105年度「培訓中醫臨床師資計畫」指導醫師培訓課程			
中醫師六大核心能力及教學技能			
指導單位：衛生福利部			
主辦單位：台灣中醫醫學教育學會			
協辦單位：長庚紀念醫院中醫部			
時 間：105年7月10日（星期日）			
地 點：桃園長庚紀念醫院B2國際會議廳			
時 間	主 題	主 講 人	主 持 人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席、貴賓致詞		
09:00-09:30	中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程積分認證說明	台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長	主持人： 台灣中醫醫學教育學會 林睿珊副秘書長
09:30-10:20	病人照護及程序技巧	林口長庚紀念醫院 陳俊良主任	
10:20-10:40	Tea Break		
10:40-11:30	醫學知識	台北慈濟醫院 陳建霖主任	評論人： 台中慈濟醫院 陳祖裕顧問
11:30-12:20	制度下的執業能力	財團法人恩主公醫院 張晉賢部長	
12:20-13:20	Lunch Time		
13:20-14:10	人際及溝通方法	衛生福利部台北醫院 陳明珠主任	主持人： 長庚大學 中醫學系 沈建忠主任
14:10-15:00	專業素養	長庚大學中醫學系 游智勝副教授	
15:00-15:20	Tea Break		
15:20-16:10	從執業中學習及成長	衛生福利部桃園醫院 侯毓昌主任	評論人： 台中慈濟醫院 陳祖裕顧問
16:10-17:00	Healthcare Matrix之介紹及實例應用	台北市立聯合醫院 林森中醫院區 黃伯瑜主任	
17:00-17:20	綜合討論		
17:20	研習會議結束		

附錄四、辦理指導醫師培訓課程：中醫師六大核心能力及教學技能課程（南區）

時間：2016年9月25日

地點：高雄長庚紀念醫院兒童大樓6樓國際會議廳

✚ 課程議程海報：

衛生福利部105年度「培訓中醫臨床師資計畫」指導藥師培訓課程

中醫師六大核心能力及教學技能

指導單位：衛生福利部
 主辦單位：台灣中醫醫學教育學會
 協辦單位：高雄長庚紀念醫院中醫科系

日期：105年9月25日（星期日）
 地點：高雄長庚紀念醫院兒童大樓六樓國際會議廳（藍廳）

時間	主題	主講人	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席、貴賓致詞		
09:00-09:30	中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程積分認證說明	台灣中醫醫學教育學會 林睿珊副秘書長	主持人： 高雄長庚紀念醫院 沈哲民醫師
09:30-10:20	病人照護及程序技巧	高雄長庚紀念醫院 洪裕強主任	
10:20-10:40	<i>Tea Break</i>		
10:40-11:30	人際及溝通方法	台灣中醫醫學教育學會 林睿珊副秘書長	評論人： 高雄醫大學醫學系 蔡淳娟教授
11:30-12:20	制度下的執業能力	衛生福利部台南醫院 陳俞沛主任	
12:20-13:20	<i>Lunch</i>		
13:20-14:10	醫學知識	奇美醫院 許堯欽主任	主持人： 義守大學 學士後中醫學系 蔡金川主任
14:10-15:00	專業素養	高雄市立中醫醫院 嚴秀娟院長	
15:00-15:20	<i>Tea Break</i>		
15:20-16:10	從執業中學習及成長	天主教聖功醫院 郭哲彰顧問	評論人： 高雄醫大學 醫學系 蔡淳娟教授
16:10-17:00	Healthcare Matrix之介紹及實例應用	秀傳醫院 呂友文主任	
17:00-17:20	綜合討論		
17:20	研習會議結束		

附錄五、辦理指導藥師培訓課程：中醫藥臨床專業及教學技能課程（中區）

時間：2016年6月26日

地點：中國醫藥大學立夫教學大樓101教室

✚ 課程議程海報：

衛生福利部105年度「培訓中醫臨床師資計畫」指導藥師培訓課程			
中醫藥臨床專業及教學技能課程			
指導單位：衛生福利部			
主辦單位：台灣中醫醫學教育學會			
協辦單位：中國醫藥大學中醫學系 中國醫藥大學附設醫院中藥局			
日期：105年6月26日（星期日）			
地點：中國醫藥大學立夫教學大樓101教室			
時間	主題	主講人	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席、貴賓致詞		
09:00-09:30	中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程積分認證說明	台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長	中國醫藥大學 李世滄副教授
09:30-10:20	中醫藥基礎理論與臨床應用	台灣中醫醫學教育學會 蘇奕彰秘書長	
10:20-10:40	Coffee Break		
10:40-12:20	臨床方藥與案例研討	中國醫藥大學 李世滄副教授 聯合中醫醫院 陳立德副教授	台灣中醫醫學 教育學會 蘇奕彰秘書長
12:20-13:20	Lunch Time		
13:20-14:10	中藥臨床實證研究	中國醫藥大學 李威寰講師	中國醫藥大學 附設醫院 蔡邱麟主任
14:10-15:00	中藥用藥安全及管理規範	慈濟大學 楊榮季副教授 中國醫藥大學 吳坤璋藥師	
15:00-15:20	Coffee Break		
15:20-17:00	中醫藥臨床教學技能	中國醫藥大學 李世滄副教授 台灣中醫醫學教育學會 蘇奕彰秘書長	聯合中醫醫院 陳立德副教授
17:00	研習會議結束		

附錄六、辦理指導藥師培訓課程：中醫藥臨床專業及教學技能課程（北區）

時間：2016年8月21日

地點：臺北市立聯合醫院中醫院區8樓多功能教室

✚ 課程議程海報：

衛生福利部105年度「培訓中醫臨床師資計畫」指導藥師培訓課程			
中醫藥臨床專業及教學技能課程			
指導單位：衛生福利部			
主辦單位：台灣中醫醫學教育學會			
協辦單位：臺北市立聯合醫院中醫院區			
日期：105年8月21日（星期日）			
地點：臺北市立聯合醫院中醫院區八樓多功能教室			
時間	主題	主講人	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席、貴賓致詞		
09:00-09:30	中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程積分認證說明	台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長	中國醫藥大學 李世滄副教授
09:30-10:20	中醫藥基礎理論與臨床應用	台灣中醫醫學教育學會 蘇奕彰秘書長	
10:20-10:40	Coffee Break		
10:40-12:20	臨床方藥與案例研討	中國醫藥大學 李世滄副教授 聯合中醫醫院 陳立德副教授	台灣中醫醫學 教育學會 林睿珊副秘書長
12:20-13:20	Lunch Time		
13:20-14:10	中藥臨床實證研究	慈濟大學 楊榮季副教授	中國醫藥大學 李世滄副教授
14:10-15:00	中藥用藥安全及管理規範	中國醫藥大學 吳坤璋藥師	
15:00-15:20	Coffee Break		
15:20-17:00	中醫藥教學技能研習	中國醫藥大學 李世滄副教授 慈濟大學 楊榮季副教授	台灣中醫醫學 教育學會 張鈺鑫副秘書長
17:00	研習會議結束		

附錄七、辦理指導藥師培訓課程：中醫藥臨床專業及教學技能課程（南區）

時間：2016年10月16日

地點：高雄市立大同醫院3樓會議室

✚ 課程議程海報：

衛生福利部105年度「培訓中醫臨床師資計畫」指導藥師培訓課程

中醫藥臨床專業及教學技能課程

指導單位：衛生福利部
 主辦單位：台灣中醫醫學教育學會
 協辦單位：高雄市立中醫醫院藥劑科

日期：**105年10月16日（星期日）**
 地點：**高雄市立大同醫院3樓會議室**

時間	主題	主講人	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席、貴賓致詞		
09:00-09:30	中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓課程積分認證說明	台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長	中國醫藥大學 李世滄副教授
09:30-10:20	中醫藥基礎理論與臨床應用	台灣中醫醫學教育學會 林睿珊副秘書長	
10:20-10:40	<i>Tea Break</i>		
10:40-12:20	臨床方藥與案例研討	中國醫藥大學 李世滄副教授 聯合中醫醫院 陳立德副教授	台灣中醫醫學教育學會 林睿珊副秘書長
12:20-13:20	<i>Lunch Time</i>		
13:20-14:10	中藥臨床實證研究	中國醫藥大學 李威震講師	中國醫藥大學 李世滄副教授
14:10-15:00	中藥用藥安全及管理規範	中國醫藥大學 吳坤璋藥師	
15:00-15:20	<i>Tea Break</i>		
15:20-17:00	中醫藥教學技能研習	中國醫藥大學 李世滄副教授 中國醫藥大學 吳坤璋藥師	台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長
17:00	研習會議結束		

附錄八、協辦臨床實務訓練課程

105 年指導醫師師資培訓「中醫臨床教學實務訓練課程」

- 指導單位：衛生福利部
- 主辦單位：台中榮民總醫院傳統醫學科
- 協辦單位：中山醫學大學附設醫院中西整合醫療科
三軍總醫院中醫部
台灣中醫醫學教育學會
- 課程日期：105 年 9 月 24 日（週六）13:00-17:00
105 年 9 月 25 日（週日）08:00-17:00
- 地點：台中榮民總醫院研究大樓一樓第二會場

中醫臨床教學實務訓練 9 月 24 日課程

時間	議題	主講人
13:00-13:20	報到	
13:20-13:30	長官致詞	衛生福利部長官 台中榮總張繼森副院長
13:30-14:30	中醫臨床教學場域之規劃	台灣中醫醫學教育學會 林睿珊副秘書長
14:30-15:00	中醫門診教學實務-內科	台中榮民總醫院傳統醫學科 黃怡嘉主治醫師
15:00-15:30	中醫門診教學實務-婦科	台中榮民總醫院傳統醫學科 蔡真真主治醫師
15:30-15:45	Tea Break	
15:45-16:15	中醫門診教學實務-兒科	三軍總醫院中醫部 林健蓉主任
16:15-16:45	中醫門診教學實務-針灸科	台中榮民總醫院傳統醫學科 江佩蓉主治醫師
16:45-17:15	中醫門診教學實務-傷科	台中榮民總醫院傳統醫學科 康玉典主治醫師
17:15-17:30	綜合討論 主持人：台中榮民總醫院傳統醫學科 黃怡嘉主治醫師 與談人：所有講者	

中醫臨床教學實務訓練 9 月 25 日課程

時間	議題	主講人
8:00-8:30	報到	
8:30-10:00	中醫會診及病房教學實務	台中榮民總醫院傳統醫學科 蔡嘉一主治醫師
10:00-10:15	<i>Tea Break</i>	
10:15-12:15	<p>如何指導中醫臨床教學討論會 主持人：台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長</p>	
	內科	台中榮民總醫院傳統醫學科 指導醫師：蔡嘉一主治醫師
	婦兒科	台中榮民總醫院傳統醫學科 指導醫師：蔡真真主治醫師
	針傷科	三軍總醫院中醫部 指導醫師：林政憲主治醫師
12:15-13:30	<i>Lunch</i>	
13:30-14:30	中醫臨床技能評估簡介 (Mini-CEX、DOPS、OSCE)	中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科 林榮志主任
14:30-15:30	中醫臨床技能實作評估學習與回饋- 內、婦、兒科	
15:30-15:45	<i>Tea Break</i>	
15:45-16:45	中醫臨床技能實作評估學習與回饋- 針灸、傷科	中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科 林榮志主任
16:45-17:00	<p>綜合討論 台中榮民總醫院傳統醫學科 蔡嘉一主治醫師 中山醫學大學附設醫院中西整合醫療科 林榮志主任 台灣中醫醫學教育學會 張鈺鑫副秘書長</p>	

附錄九、六家臨床技能測驗中心負責之題庫科別及共同評估方法

(一) 中醫 OSCE 測驗建議藍圖。(資料提供：顏宏融主任)

- 制訂會議：由張恒鴻教授、高尚德教授與本計畫協同主持人顏宏融主任主持，於 105 年 1 月召開之「教育部醫學院校中醫藥課程暨教學品質提升計畫子項目中醫 OSCE 共識會議」(共識會議出席人員：中醫臨床技能學會鄭振鴻理事長、中國醫藥大學附設醫院中醫傷科徐新政主任、中西結合科林聖興主治醫師、風濕免疫科吳柏樟主治醫師，高雄醫學大學醫學院劉克明副院長、高雄長庚醫院蔡明諺主治醫師、義大醫院家醫科林季緯主任、義守大學學士後中醫學系盧智明助理教授、花蓮慈濟醫院中醫科楊成湛主治醫師、四校五系學生代表出席，台灣中醫醫學教育學會蘇奕彰秘書長。)

- 根據國內外西醫舉辦臨床技能測驗的面向設計，並考慮中醫師須具備的臨床技能：

建議中醫臨床技能教案的面向如下：

- 病史詢問
- 理學檢查
- 病情解釋及醫病溝通
- 臨床處理與衛教
- 單向臨床基本技能操作

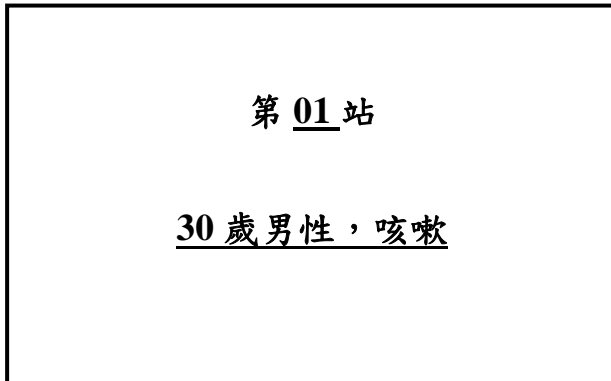
題庫涵蓋範圍：

- 內科、兒科、婦科：四診技能、衛教溝通、基礎體溫判讀
- 針灸科：穴位取穴、進針取針、溫灸操作、電針操作、耳針操作
- 傷科：理筋手法、包紮技巧
- 中藥：中藥辨識、中藥飲品與科中調劑

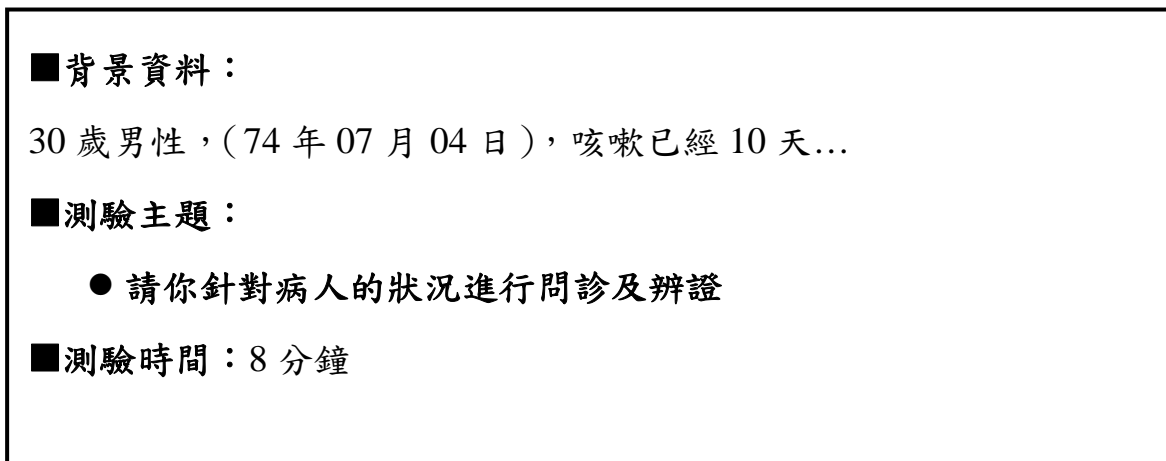
各 OSCE 考題應包含以下五份文件：

- 一、告示牌
- 二、考生指引
- 三、評分表
- 四、考官指引
- 五、SP 指引(劇本)

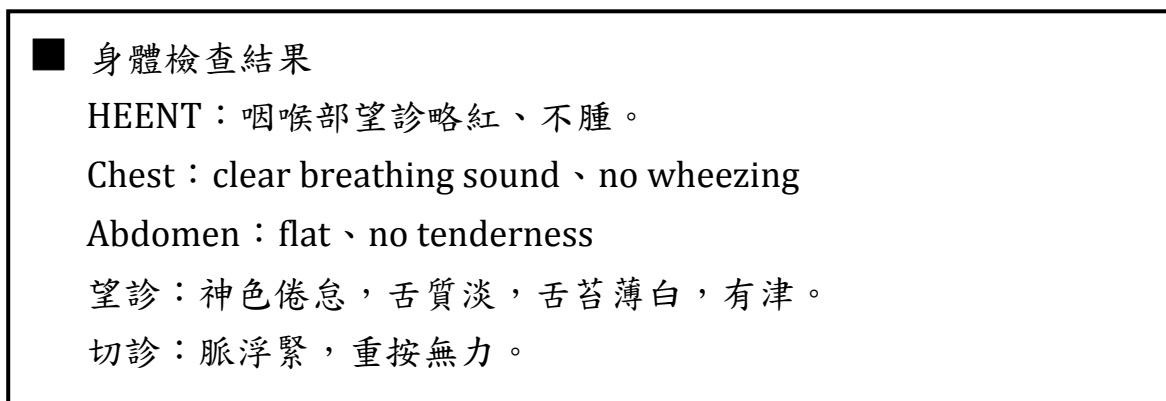
一、告示牌



二、考生指引



三、相關檢查報告(放置於診間桌面上)



(診間內所欲提供考生訊息之文件請用 14 號字)

滿分：30 分

總得分：_____分

四、評分表

■測驗項目：病史詢問

■測驗時間：8 分鐘

■測驗考生：

准考證編號：

評分項目：	評量考生			
	沒有做到	部分做到	完全做到	註解
是否問及下列項目				
病史詢問態度				
1.禮貌自我介紹及確認病人身分				
2.使用病人聽得懂的语言，避免醫學術語				
病史詢問內容				
3.基本資料（年齡、性別、職業）				
4.主訴（包含症狀及時間）				
現病史：區別外感或內傷（項 5-7）、區別風寒或風熱外感（項 8-11）				
5.詢問病程新久				
6.詢問起病急緩				
7.詢問是否伴有肺衛表症：咽癢、咽痛、發熱惡寒、頭痛、汗出、肌肉痠痛、鼻塞、流涕、噴嚏				
8.詢問口有無變乾				
9.詢問痰之性狀（顏色、稀稠、多寡、難易咳出）				
10.詢問是否骨節酸楚				
11.詢問發熱惡寒之孰輕孰重				
12.詢問咳嗽好發的時間				
13.詢問誘發、加重或緩解咳嗽的因素				
14.確認體質：詢問平素是否怕冷怕熱、喜溫或喜涼飲				
15.詢問過去病史				

您認為考生整體表現如何：

整體表現	說明	差 1 分	待加強 2 分	普通 3 分	良好 4 分	優秀 5 分
	評分					

評分考官簽名：

五、考官指引

■本題測驗項目：病史詢問

■考官任務提示

1. 本考試目的在於臨床能力之最低標準把關。
2. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
3. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
4. 請詳讀評分項目、評分說明。
5. 考前評分共識時段，請依據考題進行評分之熱身。

■測驗場景：門診

■標準化病人基本資料：(有問可回答，若不涉及評分項目，SP 可依照自身的狀況來回覆)

1. 病人姓名：○○○ 年齡：30
2. 出生年月日：74 年○月○日
3. 未婚，與父母同住

■標準化病人起始姿勢：坐姿，等待考生進來測驗

■病情摘要：

一、個案情境與主訴

30 歲男性，工人，反覆咳嗽已經 10 天，每次喉嚨感覺搔癢引發咳嗽，連咳數次後才逐漸緩解

二、病史詢問

1. 主要臨床症狀：

十多天前，天氣一下子轉涼，突然覺得穿了衣服還是很怕冷，鼻子不通，鼻水直流，不太打噴嚏，頭緊緊的痛，喉嚨倒是不痛，只是頻頻搔癢作咳，喝點溫水會稍微緩解。這幾天咳的胸口疼痛，連晚上睡覺都被咳醒。喉中有白色的稀痰，量蠻多的，能夠咳出來，但總覺得咽中癢癢的。

2. 現病史：反覆咳嗽已經 10 天

L) 喉嚨、表肺、表衛

Q) 咽癢作咳，咳出白色的稀痰，惡寒，鼻水，頭緊痛

Q) 症狀整日皆有

O) 十天前開始

P) 天氣變涼

E)天氣涼

R)喝溫水

A)全身痠痛、身倦、納差

3. 過去病史：沒有
4. 家族史：父親高血壓
5. 藥物史：沒有服用常規藥物、沒有服用中藥或保健食品
6. 個人史：
 - a.沒有抽煙、沒有喝酒、沒有嚼檳榔的習慣
 - b.建築工人；任職5年
7. 其他病史：沒有近期旅遊、沒有接觸史

三、身體檢查

四診：

- 望診：神色倦怠，舌質淡，苔薄白，有津。
- 聞診：語音稍低微，鼻音，咳聲夾有痰音。
- 問診：平時就比旁人怕冷，這回怕冷得更加嚴重。這十天以來，還覺得全身痠痛，從頭到肩頸都有僵硬的感覺。平時食慾都正常，這幾天開始吃不下飯了，覺得食物沒有味道，口倒是不覺得變乾，睡眠品質很好，但這幾天咳的睡不好，精神也變差了。大便每日1次，稍微費力，還算成形。平時頻尿，冬天尤其厲害，小便量多無味，總覺得稍微多喝點水就想小便，而且尿量也很多。
- 切診：脈浮緊，重按無力。

四、本案例臨床診斷與處置之參考

1.鑑別診斷

2.相關檢驗及處置

■道具及器材：身體檢查結果置於診察桌上

■評分說明：

1. 有禮貌自我介紹及病人身分確認
 - 完全做到：完全做到自我介紹及病人身分確認
 - 部份做到：僅提及上述其中一項
 - 沒有做到：完全沒有提到上述問題
2. 使用病人聽得懂的語言，避免艱澀醫學術語
 - 完全做到：詢問病史過程當中，完全沒有使用醫學術語

- 部份做到：詢問病史過程當中，偶爾夾雜使用醫學術語
 - 沒有做到：經常使用醫學術語發問
3. 基本資料(年齡、性別、職業)
 - 完全做到：主動向病人詢問基本資料，包括年齡及身高體重
 - 部份做到：僅問及部分基本資料
 - 沒有做到：完全沒有詢問基本資料
 4. 詢問主訴(包含症狀及時間)
 - 完全做到：症狀及時間
 - 部份做到：症狀或時間
 - 沒有做到：完全沒有問
 5. 詢問病程新久
 - 完全做到：有詢問病程新久
 - 沒有做到：完全沒有詢問病程新久
 6. 詢問起病急緩
 - 完全做到：有詢問起病急緩
 - 沒有做到：完全沒有詢問起病急緩
 7. 詢問是否伴有肺衛表症：咽癢、咽痛、發熱惡寒、頭痛、汗出、肌肉痠痛、鼻塞、流涕、噴嚏
 - 完全做到：有詢問上述 6 項以上肺衛表症
 - 部份做到：只詢問到 3-5 項肺衛表症
 - 沒有做到：完全沒有問
 8. 詢問口有無變乾
 - 完全做到：有詢問口有無變乾
 - 沒有做到：完全沒有詢問口有無變乾
 9. 詢問痰之性狀：顏色、稀稠、多寡、難易咳出
 - 完全做到：有詢問痰之顏色、稀稠、多寡、難易咳出
 - 部份做到：只詢問到上述 2 項痰之性狀
 - 沒有做到：沒有詢問痰的性狀
 10. 詢問是否骨節酸楚
 - 完全做到：有詢問是否骨節酸楚
 - 沒有做到：完全沒有詢問是否骨節酸楚
 11. 詢問發熱惡寒之孰輕孰重
 - 完全做到：有詢問發熱惡寒之孰輕孰重

- 沒有做到：完全沒有詢問發熱惡寒之孰輕孰重

12. 詢問咳嗽好發的時間

- 完全做到：有詢問咳嗽好發的時間
- 沒有做到：沒有詢問咳嗽好發的時間

13. 詢問誘發、加重或緩解咳嗽的因素

- 完全做到：有詢問誘發、加重或緩解咳嗽的因素
- 部份做到：只詢問到上述一至兩項
- 沒有做到：完全沒有問

14. 確認體質：詢問平素是否怕冷怕熱、喜溫或喜涼飲

- 完全做到：有詢問平素是否怕冷怕熱、喜溫或喜涼飲
- 沒有做到：完全沒有詢問平素是否怕冷怕熱、喜溫或喜涼飲

15. 詢問過去病史

- 完全做到：有詢問過去病史
- 沒有做到：完全沒有詢問過去病史

六、SP 指引 (劇本)

考題說明

■測驗任務：配合考生作病史的問答

■任務：

1. 考前：依據劇本與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：門診

■起始姿勢：坐姿，等待考生進來測驗

■情緒：強度：4/10

■表情、眼神：因反覆咳嗽並影響睡眠，略顯疲態。

■肢體動作：

■對話：音調、話多或是寡言、節奏快慢、吞吐或流暢

■人員/道具：身體檢查結果置於診察桌上

■演出時間：8 分鐘

回應考生原則

1. 請依病情摘要，只有咳嗽疾病史描述，在診間無其他不適的症狀。
2. 若考生用開放式問句來問你問題，若是在評分項的項目，請反問考生，你/妳所指的是什麼症狀？若不是在評分項裡面，而這個問題又沒有在劇本中，可以依自己狀況回答，或是答：「我不清楚或我不知道」。

劇情摘要

一、基本資料(有問可回答，若不涉及評分項目，SP 可依照自身的狀況來回覆)

1. 臨床資料

病人姓名：○○○ 年齡：30

出生年月日：74 年○月○日

未婚，與父母同住

2. 個案情境與主訴：

你是一位 30 歲建築工人，十多天前，天氣一下子轉涼，突然覺得穿了衣服還是很怕冷，鼻子不通，鼻水直流，不太打噴嚏，頭緊緊的痛，

喉嚨倒是不痛，只是頻頻搔癢作咳，喝點溫水會稍微緩解。這幾天咳的胸口疼痛，連晚上睡覺都被咳醒。喉中有白色的稀痰，量蠻多的，能夠咳出來，但總覺得咽中癢癢的。

二、病史詢問：本題測驗重點，有問可回答，若不涉及評分項目，SP可依照自身的狀況來回覆考生

A.現病史：反覆咳嗽已經10天。症狀整日皆有。

B.過去病史：沒有。

C.家族史：父親高血壓。

D.藥物史：沒有服用常規藥物、沒有服用中藥或保健食品。

E.個人史：

a.沒有抽煙、沒有喝酒、沒有嚼檳榔的習慣

b.建築工人；任職5年

F.其他病史：沒有近期旅遊、沒有接觸史

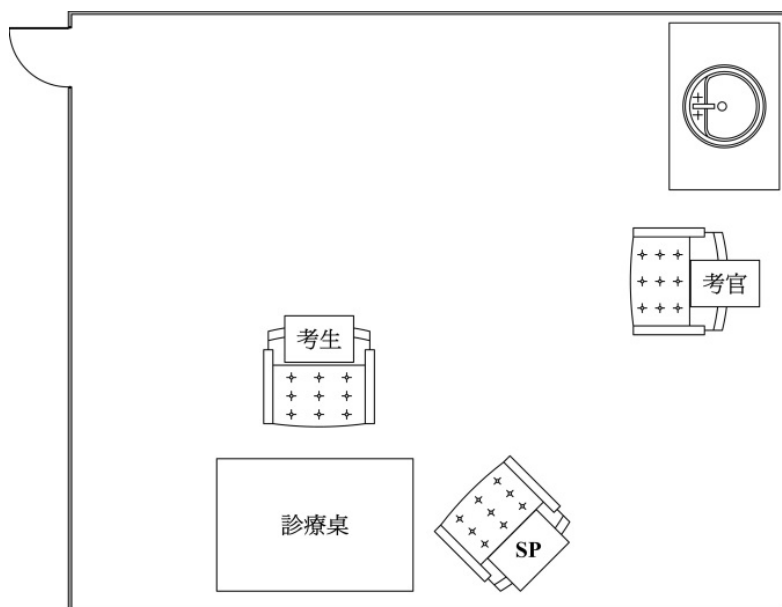
三、身體檢查：非為本次測驗重點；檢查結果已置於診察桌上。

劇本對白例句(病史詢問)

病歷架構	醫師對 SP 說的話	SP 的回應
自我介紹 與確認病患	我是○○○醫師，請問你是？ 請問你的姓名？出生年月日？年齡？	是的，我是。
主訴	請問有什麼地方不舒服？	醫生，我咳嗽已經十天了，不知道是什麼問題。
現在病史	十天前什麼情況下開始咳嗽的呢？	當時天氣一下子轉涼，就開始咳起來了。
	咳嗽是整天咳，還是什麼特定時間咳呢？	整天都在咳。
	咳嗽時喉嚨會不會癢癢的，有沒有痰呢？	喉中有白色的稀痰，量蠻多的，能夠咳出來，但總覺得咽中癢癢的
	什麼情況咳嗽會加重或緩解呢？	天氣變冷會加重，如果喝了一點溫水會緩解一些。
	會不會怕冷？有比以前還怕冷嗎？	穿了衣服還是很怕冷。我平時就比旁人怕冷，這回怕冷得更加嚴重。

病歷架構	醫師對 SP 說的話	SP 的回應
	有沒有筋骨痠痛？	有，全身酸痛，從頭到肩頸都有僵硬的感覺。
	精神狀況好嗎？	這幾天咳的睡不好，精神也變差了
	頭會不會痛呢？	會，頭緊緊的痛
	有沒有鼻子的症狀呢？	有，鼻子不通，鼻水直流，不太打噴嚏
	喉嚨會不會痛？	不會痛，但總覺得咽中癢癢的
	口會不會乾呢？有比平常更乾嗎？	平時口不乾，這十天以來也不覺得變乾
	食慾好不好呢？吃得下東西嗎？	平時食欲都正常，這幾天開始吃不下飯了，覺得食物沒有味道
	大小便的情況如何呢？	大便每日1次，稍微費力，還算成形。平時頻尿，冬天尤其厲害，小便量多無味，總覺得稍微多喝點水就想小便，而且尿量也很多。
	平常容易流汗嗎？	平常不太會流汗，這十天來也沒有什麼流汗。
	有沒有其他疾病呢？ 你有沒有高血壓？糖尿病？重大疾病？	沒有
個人史	有沒有抽煙、喝酒、嚼檳榔呢？	都沒有
家族史	家裡的人有什麼樣的疾病呢？	爸爸有高血壓。
接觸史	家裡或周遭的人有同樣的症狀嗎？	沒有。
旅遊史	最近有出國或外地旅遊嗎？	沒有。

診間示意圖（請明示拉簾、診助、考官...之建議位置）



✚ **確保考題信效度與品質方式**：(以 **中國醫藥大學附設醫院/義大醫院** 執行方式為例)

建議以多種方式來確認各考題與整體考試的信效度及測驗品質。

一、在效度方面：主要檢測其內容效度、建構效度與效標關聯效度

1. **內容效度**：於考題設計時便依據中醫內、外、婦、兒、針、傷等各科常見診斷與證型，由臨床中醫師初步選定 50 個主題，再由該領域專家以德菲法決定 25-30 個題目，並以實際臨床案例進行改編形成可用於 OSCE 考試之臨床試題，確保考試內容與中醫臨床訓練相符。**(臺北市立聯合醫院、花蓮慈濟：亦採用此法)**
2. **建構效度**：以一位合格中醫師所需具備的臨床能力為架構，於不同試題中涵蓋各種不同的臨床能力，如病史詢問、中醫四診、病因病機推演、針灸操作、理學檢查、傷科手法.....等，並於評分表上確實呈現可被評核出的能力與表現，最後交由醫教部評量專家進行審訂，以確保具備建構效度且實際可行。
3. **效標關聯效度**：每次測驗完後，評量中心會對各考題的鑑別度進行統計，以審視各別試題與整體考試的相關性，並對鑑別度較差的考題進行深入檢討，瞭解究竟為試題設計問題或是考官評分落差，以確保各試題之效標關聯效度。

二、在信度方面：以複本法、 α 係數與評分者間方法評估其信度

1. **複本法**：將所有題目分為 2-3 組等值的題組，對同一群學員分別施測，評估兩次分數與通過站數的相關性，以確認個題組間的施測信度。
2. **α 係數**：計算單次測驗中之 α 係數，以評估此測驗中的內部一致性，並計算刪除掉特定題目後其 Cronbach's α 的變化，以了解是否有與整體測驗評估面向不同之題目。**(臺北市立聯合醫院、林口長庚、高雄長庚、花蓮慈濟：亦採用此法)**
3. **評分者間方法**：由於 OSCE 考試考官的評核對結果影響很大，因此於試評階段會每題先安排兩位考官同時對一名考生進行評核，以瞭解不同考官以設計的評分表進行評核時其評分的一致性。如有兩線同時進行考試，也會計算兩組的組間變異，以了解不同考官是否對考生的評分產生影響。**(花蓮慈濟：亦採用此法)**

■ 評分表：

評分表的項目，每一個項目所採用的尺標，以及評分的定義，對考生得分的信度與效度影響頗大，決定考試是否達到測驗目標。評分表的項目來自於「查核表」，這些項目是專家們腦力激盪的匯總。

一、製定評分表的原則

- ◆ 測驗目的要呈現在評分表中，並需檢核能否藉由這些評分項目鑑定考生的能力。
- ◆ 要求考生表現出來的項目（評分項目），須要將相關「任務」在考生指引中交代清楚。至於須由標準化病人表演出來，考生才知道要執行的任務，亦需在標準病人（SP）劇本中說明。例如，評分表中有一項目：能做出合宜的初步診斷。需要 SP 詢問考生：「醫師，那我這是什麼疾病？」
- ◆ 避免在一個項目中涵蓋數個「項目」或包含多重內容。如：「有自我介紹並且洗手」，這是考生的兩個動作，需要項目分列。
- ◆ 「項目」所描述的是可「被觀察」之動作、避免對無法被觀察的行為評等（例如：能夠分別呼吸對心音的影響）。
- ◆ 身體檢查站中，因為許多身體徵候無法由 SP 表現出來，例如：高血壓值、水腫...等，可以在評分表中指示，考官可依據考生的表現，適時提供 SP 體檢的發現。
- ◆ 例如：考生測量血壓（考官就說明：140/88 mmHg）
 - 考生聽診腹部（考官說明：沒有腸蠕動音）
 - 考生檢查下肢看有無 deep vein thrombosis(考官說明：沒有跡象)
- ◆ 註記評分指引。
- ◆ 分項數適當：關於適當的評等分項數目，五分鐘的站約 8-12 評分項，十分鐘的站約 12-30 評分項，評分項越多、定義愈明確，測驗的信度就越高，但太多項目以致評分困難時，信度就會降低。切忌分項瑣碎、繁雜。
- ◆ 選用適合的尺標
- ◆ 各項目得分之比重（配分），要注意須適當反映其臨床之重要性，不要因為內含瑣細之眾多項目，增加項目之比重，而致誤導。
- ◆ 評分項之描述要清楚、簡短、易懂（例如：「家庭情況」，算是語意含糊的項目，可以是指經濟情況、某種疾病家族史、教育狀況、或

家人相互支持度等)。

- ◆ 除了分項評比外，應在最後都加上整體評量 (global rating)。
- ◆ 評分中要評的項目，勿洩漏線索在考生指引中，或在標準化病人言談間洩漏。

二、尺標 (scale) 介紹

- ◆ 尺標的等份：二選一 (checklist)、三等份、四等份、五等份.....等。
- ◆ 尺標的表達：
 - 階層式尺標
完全做到、部分做到、沒做到
非常好、好、差不多、不好、很不好
完全同意、同意、差不多、不同意、很不同意
 - 條件式尺標
達到 A 者，須符合 B；達到 B 者，須符合 C；達到 C 者，須先符合 D.....等。
注意：作為最底層 (D) 的標準，是最重要而且是必要的項目，並不是「最簡單」的項目，以「最簡單」為考量標準時，常會掉入主觀的認定，事實上，以為是最容易達到的條件，會依個別環境之差異，而沒有階層劃分之必要。除非真有強調「重要性 (先後順序)」之必要，應儘量避免採取階層式尺標。
 - 尺標的定義：得分標的須定義清楚，必要時在評分表中對評分標準加註。例如：態度佳 (註：有敲門、向病人自我介紹，解釋身體檢查過程、注意到病人的不適)

三、評分表型式

- 分項 (題目) 描述與定義 + 給分格 + 備註欄 + 整體表現評估

分項 (題目) 描述與定義	給分格	備註
(範例) 建立友好關係 (自我介紹、稱呼病人及家屬用名字及尊稱、有醫療之外的寒暄話語、請對方坐)	1 2 3 4 5	

- 建議最後加上整體表現評估 (global rating)，以避免「見樹不見林」

(沒有看整體學生表現)的缺點。

➤ 記得查驗評分項目，是否符合下列要求

符合測驗目標

符合考生指引中(考卷)所標示的「考生任務」

考生不會從標準化病人或提供的設施上得到「線索」

➤ 考官評分行為的要訣

1.將考生的表現與照顧病人的行為聯想。

2.要考量考生的程度來評(不是依考官的程度)。

3.每一個分項行為要被單獨地客觀評等。

4.單就考生當下之表現評分，不要受其衣著、外觀、或其他的「分數」影響。

5.避免干擾考生表現。

6.幫助考生放輕鬆，自然表現。

評分表：病例範例（A）溝通技巧類型的站——疑兒童虐待

第__站：（站名）_____

考生姓名：	年級：_____	得分：
受測日：__年__月__日	組別：	結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過

請圈選適當得分：(1) → (3) → (5) 分別代表：不好 → 差不多 → 很好

項目	項目	得分	備註
溝通表達項目			
1	建立友好關係（自我介紹、稱呼病人及家屬用名字及尊稱、有醫療之外的寒暄話語、請對方坐）	1 2 3 4 5	
2	了解病人（釐清病家來意、有考量病人的立場、探討病人了想法、喜好、期待）	1 2 3 4 5	
3	溝通技巧（努力贏得病家信任與合作、不打斷對方講話、使用對方能了解的語言、顯示關心與誠懇、眼睛看著對方、仔細傾聽/記住對方講的話且有回應）	1 2 3 4 5	
4	收集資料技巧（使用開放式問題、確定對方聽懂、問適當問題、條理清楚、總結所得到的資訊）	1 2 3 4 5	
5	同理心（有說了解病人之不適、病家處境與心境的語言與姿態、鼓勵病家問問題、提供支持）	1 2 3 4 5	
6	適當的醫療解釋（說明真實病史的重要性、可能採取的幾種檢查與治療計畫，交代可能出現之狀況）	1 2 3 4 5	

特殊項目（請隨案例需要填入評分項目）

	1 2 3 4 5	
	1 2 3 4 5	

整體表現：請就考生整體表現，考量其職務所需之能力，以判定其表現等級
（不是上述分數之加總）

表現很優異	好	差不多	及格邊緣	須加強
-------	---	-----	------	-----

評語與建議：_____

評分者簽名：_____

評分表：病例範例（B）病史詢問類型的站——頭痛

考生姓名： _____ 年級： _____

得分：

受測日： ____年__月__日 組別：

通過 未通過

完全沒做到1—2—3-----5 or more完全做到)

得分

1. 溝通技巧	1	2	3	4	5
(1) 有禮貌：先行自我介紹、稱呼病人名字、注視病人					(備註)
(2) 釐清病人的狀況與問題					
(3) 傾聽病人談話					
(4) 使用病人聽得懂的語言、講解與問題					

2. 有組織條理	1	2	3	4	5
----------	---	---	---	---	---

3. 病史內容	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> (1) 發作期間	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> (2) 頭痛位置					(備註)
<input type="checkbox"/> (3) 加重因素					
<input type="checkbox"/> (4) 緩解因素					
<input type="checkbox"/> (5) 頭痛特質 (nature)					
<input type="checkbox"/> (6) 相關症狀 (噁心、嘔吐、視覺變化、嗅覺、肢體軟弱、特殊感覺等)					
<input type="checkbox"/> (7) 生活/情緒型態、休閒活動					
<input type="checkbox"/> (8) 家族史					
<input type="checkbox"/> (9) 過去病史					
<input type="checkbox"/> (10) 服藥史					

4. 形成合理的暫時診斷	1	2	3	4	5
有考慮到：tension headache, migraine, 腦神經疾病					

5. 預定的處置/追蹤計畫合宜	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

整體表現	優良	普通	邊緣	重來	(備註)

評分者簽名： _____

***若考生為六年級生手（學生），應考慮將 5.處置與追蹤一項拿掉，相反地，若為較資深醫師，須依照考試目標加入「是否能探究病人有無depression」或諮商技巧等項目。

評分表：病例範例（C）身體檢查類型的站——坐骨神經痛

考生姓名： _____ 年級： _____

得：

受測日： ____年__月__日 組別：

通過 未通過

項目	得分	備註
1. 同理心禮貌與態度（有敲門、向病人自我介紹、解釋身體檢查過程、注意到病人的不適）	0 1 2 3	
2. 有組織與條理（指施行檢查與思緒）	0 1 2 3	
3. 適當解釋身體檢查發現	0 1 2 3	
4. 洗手	0 1 2	

身體檢查

1. 確定疼痛位置	0 1 2 3	
2. 疼痛處按壓檢查	0 1 2 3	
3. 評估肢體活動範圍（彎曲、外展、內曲、「旋轉」）	0 1 2 3	
4. 施行腳伸直拉高測驗（straight leg raising）	0 1 2 3	
5. 評估深部肌腱反射	0 1 2 3	
6. 評估下肢感覺機能	0 1 2 3	
7. 評估步履	0 1 2 3	
8. 按壓肚子檢查	0 1 2 3	
9. 兩腳肌肉張力	0 1 2 3	

整體表現：請就考生整體表現，考量其程度、是否被教導過，以判定其表現等級（不是上述分數之加總）

表現很優異	好	差不多	及格邊緣	須加強

評語與建議：

主考官簽章：

► 參考資料來源：

蔡淳娟著。OSCE 實務：建立高品質臨床技術測驗的指引。聯新亞洲醫學教育有限公司出版，高雄市；2012，三版：p78~84。

(二) 六家 OSCE 中心預計研擬題目科別

■ 中國附設：預計研擬題目科別及信效度評估方式

題目科別

- 中醫學(含中醫內、婦、兒、針灸及傷科)及中藥學六大科系
- 依據中醫醫療機構負責醫師訓練計畫的訓練課程基準，依各科別在訓練課程時數比例編制題目，合計三十題題庫題目。

	測驗藍圖
中醫內科	病史詢問
	病史詢問
	病史詢問
	病史詢問
	病史詢問、病情解釋及醫病溝通
	病史詢問、病情解釋及醫病溝通
	病史詢問、病情解釋及醫病溝通、臨床處理與衛教
	技能操作
	理學檢查
	臨床處理與衛教
中藥學	中藥技能操作
	臨床處理與衛教
中醫婦科	病史詢問及衛教
	病史詢問
	病史詢問
中醫兒科	三伏貼技能操作及臨床處理與衛教
	病情解釋及醫病溝通
	臨床處理與衛教
針灸科	技能操作：取穴
	技能操作：取穴
	技能操作
	技能操作
	技能操作
	技能操作
傷科	理學檢查
	理學檢查、臨床處理與衛教
	技能操作：取穴
	理學檢查
	理學檢查
	病史詢問

- 北市聯：測驗藍圖→測驗面向
- 林口長庚：補入測驗藍圖
- 花蓮慈濟：考題→教案名稱
- 義大醫院：考題→教案名稱

教案名稱 範圍	內科	
	OO	XX
醫病溝通	√	√
病史詢問、中醫四診	√	√
身體檢查	√	√
病情解釋、臨床處理、衛教	√	√

- 高雄長庚：補入中藥學

高雄長庚目前有 17 位主治醫師，預計針對中醫內科、中醫婦科、中醫兒科、針灸科，與骨傷科命題。

目前已邀請西醫 OSCE 的主任會在 3 月和四月跟中醫科系同仁介紹 OSCE。

教育學會舉辦之專家共識營，建議可邀請 6 家命題的主治醫師皆參與。

評量的信度可分為評者間的一致性與分數的信度，所謂「信度」就是評量分數的一致性、可信賴或可重複的程度。

教案評核首先透過同儕評核，提供評審評核病案與考題之內容對評核對象是否恰當，評核對象為受訓負責醫師學員，評核時參酌參考生之應有水準。評分者間內部的一致性評估採用 Inter-rater analysis，由不同評分者評核，並評估其間的一致性。統計結果，以一致性係數(Kendall's W)，同意度係數

(Cronbach's alpha)進行評估，衡量其是否符合一般的信度檢驗要求 α 係數值應該於 0.70 以上。Cronbach's alpha 係數的範圍為 0~1，其值愈高代表信度愈高。

篩選題目的標準首先可檢視「校正後題項與總分的相關值」部分，若該題與總分之相關偏低(<0.3)或呈負值，則考慮刪除或修改之。其次，是檢視「刪除該題後可提升 α 係數」部分，若刪除該題項能夠幫助提升 α 係數值，亦是能夠提升量表信度時，應考慮刪除或修改之。當上述兩者皆成立時，則將該題項予以刪除。

教案須經過試演拍攝 DVD，經由考官評分完畢，Cohen Kappa 係數統計，教案修正後再進行第二次試演拍攝 DVD，考官第二次評分完畢及教案修正完畢後，需要統計 Cohen Kappa 係數合格才列入考試使用教案。 $K < 0.4$ 時，同意度低； $0.4 < k < 0.8$ ，為中等同意度； $k \geq 0.8$ 時，則為理想的同意度。

效度評估方式：

專家效度係指經由若干對 OSCE 教案主題領域精熟之資深主治醫師以判斷法就評分表邏輯效度的評析，以檢視教案評分表內容的合適性及廣度。專家效度一致性判斷指標並無的準則並無確切的標準，一般有二個判斷依據：

1. 根據「題項適合」被勾選的百分比在 70% 或 80% 以上
2. 根據「題項適合」及「題項修正後適合」的累積百分比，在 80% 或 90% 以上

即代表此份評分表具「專家效度」

評分表專家修正前、後的範本，評分表初稿完成後，敦請 3~5 位專家針對教案內容的正確性及適合性進行內容效度分析，以作為前驅試驗及正式施測之依據。主要針對教案內容的重要性、語意簡單性、確定性及適當性逐題評分及提供修改意見，使教案的設計更加淺顯易懂及完善。專家評分標準採四分法，評分標準如下：

- 1 分：表示完全不正確或完全不適合，該題目與研究目的無關，應刪除
- 2 分：表示不正確或不適合，該題目雖有列入的價值，但須大幅度的修改
- 3 分：表示正確或適合，該題目有列入的價值，但須作文辭性的修改
- 4 分：表示非常正確或非常適合，該題目有重要價值，必須列入

評分表(範例如下表)

考試使用的教案同時也需要設定及格標準，分為每項評核項目 (checklist) 與整體分數 (global rating) 兩者均予以進行設定。

- 評核項目分為可分為病史詢問、理學檢查、病情解釋及醫病溝通、臨床處理與衛教、單向技能操作。採五評等：(劣、不佳、可、良、優)尺標。
- 評核項目需涵蓋測驗目的，並且題數要適當，一般短測驗站(5分鐘)只有一個測驗面向，評分項目題數約 5~10 個；測驗面相愈多則評分項目題數亦隨之增加。
- 評分等級(尺標)給分的定義要明確
例如：「考生是否能對病人做不孕症進行評估」，由於不孕症評估項目很多，在該測驗中若是精蟲分析很重要，則要定義「有安排精蟲分析」才給分，或是將該檢驗列為評分項目(考生是否能為病人安排精蟲分析)
- 評分項目視重要性決定是否給分比重增加，避免對無法被觀察的行為進行評分，及避免評分項目在考生指引中，或標準化病人未經考生問及，不自覺洩漏出來
- 考生在進行測驗時整體表現，有時很難具體形容出來，因此在考生評分表中除了各細項的評分項目外，再加上整體分數 (global rating) 更能看出考生的臨床技能表現

■ 花蓮慈濟：以下皆同台灣醫學教育學會教案開發之規範

(1)依完成之教案進行教案評分表之專家效度

-各評量項目其重要性與可測驗性之審定，編修後的教案評分表，經專家效度分析結果顯示每個評核項目皆獲得80%以上專家同意其重要性與可測驗性。

(2)將完成專家效度之教案進行教案評分標準設定

-制訂各教案及格分數與標準。

-考官評分一致性預計以分析 Kendall 和諧係數，若顯著的相關存在，亦即考官間具有良好的同意度與評分者一致性。

- OSCE 測驗站考題內部之間一致性整體信度以 Cronbach's α 係數表示 (多元尺度變數的測量)。

附錄十五、中醫臨床技能測驗考官認證要點

- 一、為執行中醫之臨床技能測驗（以下簡稱TCM-OSCE），培育具評分資格之考官，特訂定本認證要點（以下簡稱本要點）。
- 二、考官須具備下列資格之一：
 - (一)於中華民國一百零四年底前申請者，應執業中醫滿五年以上。
 - (二)自中華民國一百零五年起申請者，於主要訓練醫院(經衛生福利部中醫醫療機構負責醫師訓練計畫審查通過之醫院)或協同訓練院所(支援主訓醫院合作訓練之醫院、診所)執業中醫滿五年以上。
 - (三)由中華民國中醫師公會全國聯合會、主要訓練院所或協同訓練院所推薦，並經本部委託之中醫團體審核其學經歷、論文發表情形通過者。
- 三、具下列任一資格者，得由中醫臨床技能中心推薦為TCM-OSCE之評分考官：
 - (一)曾擔任「中醫臨床技能測驗（TCM-OSCE）」之試務主持人、考場主任、副主任三項職務任何一項且任期滿一年者。
 - (二)新訓人員須接受台灣中醫臨床技能學會或衛生福利部補助之中醫臨床技能中心舉辦之TCM-OSCE 全部課程
內容：
 1. OSCE基本課程：至少4小時
 2. OSCE評分方法課程：至少2小時
 3. OSCE考試實際評分：至少4小時
 - (三)已獲得台灣醫學教育學會考官證書者，參與台灣中醫臨床技能學會或衛生福利部補助之中醫臨床技能中心舉辦之TCM-OSCE考試實際評分：至少4 小時，即等同完成TCM-OSCE全部課程
- 四、中醫臨床技能中心辦理之培訓課程，其課程內容應先送交台灣中醫臨床技能學會認可，認可之課程時數可保留3 年。
- 五、具第三條任何一項資格者，由中醫臨床技能中心造冊送交台灣中醫臨床技能學會審核認證，並接受本學會所進行之輔導與監督。
- 六、認證有效期限為三年。
- 七、認證展延：

- (一) 認證有效期限內，曾參加台灣中醫臨床技能學會或中醫臨床技能中心辦理之中醫臨床技能測驗（TCM-OSCE）並擔任考官評分累計2梯次以上者[擔任備用考官者，累計2梯次以上且各單位TCM-OSCE考試實際評分（或影帶演練評分）2小時以上者]或以各單位TCM-OSCE考試實際評分（或影帶演練評分）4小時以上者或最近3年曾擔任中醫臨床技能測驗之試務主持人、考場主任、考場副主任三項職務任何一項一年以上者，得以申請展延。每次申請通過審查者得展延三年資格。
 - (二) 認證展延應於認證有效期限到期前三個月提出申請。
 - (三) 認證過期一年內，仍得辦理認證展延，唯展延之效期與有效期限內申請展延認證之期限相同，但認證過期後至申請展延通過審查前，不得擔任中醫臨床技能測驗之考官。
 - (四) 認證過期一年以上，視同新訓人員，須重新辦理認證。
- 八、未經本要點通過認證或認證過期者，不得擔任中醫臨床技能測驗之考官。
- 九、由中醫臨床技能中心造冊送交台灣中醫臨床技能學會審核認證者，台灣中醫臨床技能學會將酌收證書製作費。
- 本要點經台灣中醫臨床技能學會理監事會議通過並報衛生福利部中醫藥司核備後，自公布日施行。

建構糖尿病腎病變病患中西醫合作 日間照護模式及教學機制

顏宏融
中國醫藥大學

摘要

糖尿病腎病變是國民健康的一個重要議題，也是中醫藥可以發揮特色的一個重要疾病。本計畫主旨為建置糖尿病腎病變患者之中醫日間照護治療模式以及臨床教學模式。

透過建置糖尿病腎病變患者之中醫日間照護模式，建構包含醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師等人員之團隊合作照護模式，可提供糖尿病腎病變患者一種全方位的中醫治療照護模式，改善糖尿病腎病變患者的臨床表現，促進國民健康發展。

而藉由糖尿病腎病變患者之中醫日間照護模式，提供受訓學員(含實習醫學生及住院醫師)良好的中醫臨床訓練環境，從課室核心課程學習與臨床實際操作獲得糖尿病腎病變患者之中醫日間照護經驗，透過這樣的學習，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行，更可強化中醫師臨床訓練制度，增進我國中醫國際競爭力。

關鍵詞：糖尿病腎病變、日間照護、中醫

Establishing the TCM Daycare Model and Teaching Platform for Patients with Diabetic Nephropathy

Hung-Rong Yen
China Medical University

ABSTRACT

Diabetic nephropathy is not only an important issue of national health, but also a disease that TCM can play an important role. The aim of this project is to build up a TCM clinical daycare model for diabetic nephropathy patients, and to establish a teaching platform for TCM trainees.

The TCM daycare model will be provided by a team organized by doctors, nurses, pharmacists, nutritionist and case managers. This model will provide a comprehensive TCM care system to improve the clinical symptoms of diabetic nephropathy patients.

The teaching platform of the TCM daycare clinics for diabetic nephropathy patients will provide a good clinical training environment for the trainees. They can learn how to take care of diabetic nephropathy patients by the lectures and the clinical practice experiences in the daycare clinics. They can also learn a holistic approach, a patient-centered healthcare service. This teaching model will strengthen the clinical training of TCM and enhance the international competitiveness of TCM doctors.

Keywords: Diabetic Nephropathy, Daycare, Traditional Chinese Medicine (TCM)

壹、前言

一、政策或法令依據—改善中醫臨床訓練環境計畫,中醫日間照護模式與教學機制之建構

為建立中醫師臨床訓練制度，增進我國中醫國際競爭力，中醫藥委員會 91 至 97 年先行推動「建構中醫整體臨床教學體系計畫」，分年完成規劃教學組織，整合師資、設施，建立臨床訓練模式，訂定各類醫事人員訓練計畫及編訂教材等項工作；第二階段於 97 年公告「中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準」，訂定學習規章，98 年補助中醫醫院評鑑合格之醫院辦理負責醫師訓練計畫，並於 99 年 9 月 24 日公告，自 103 年起正式實施中醫醫療機構負責醫師訓練制度；第三階段將俟負責醫師訓練制度落實情形，進一步研議規劃「推動中醫師住院醫師訓練之可行性評估」，期能朝建立中醫師專科醫師制度邁進。

為順利落實中醫醫療機構負責醫師訓練制度，衛生福利部中醫藥司除了「改善中醫臨床訓練環境計畫」，並進一步提出「促進中醫多元發展計畫」，透過建構中醫日間臨床診療照護模式及教學機制，能夠培育臨床訓練師資，充實受訓學員訓練內涵並確保訓練品質，未來也可以提供受訓學員一個不同於門診診療的新的中醫醫療發展項目。

二、問題狀況及發展需求—糖尿病腎病變介紹與重要性

根據 2013 年國際糖尿病聯盟(International Diabetes Federation-IDF)的資料顯示全球成年(20-79 歲)糖尿病人口約 382,000,000 (8.3%)，其中，糖尿病在全世界的盛行率逐年提高，特別是在台灣所在的西太平洋地區，粗估台灣 20 歲以上糖尿病盛行率是 8.8%，醫療費用雖僅佔年度支出的 4%，然而，近七成糖尿病患者併發心血管疾病，三成合併腎病變，國內的研究顯示糖尿病患者的洗腎花費較之非糖尿病患高出 12% (Yang, Hwang, Chiang, Chen, & Tsai, 2001)，糖尿病各項併發症所需要的相關醫療費用不容忽視。

衛生福利部公佈 2014 年十大死因排名，第五名為糖尿病，以性別區分更為女性第三名死因，其心血管疾病及腦血管疾病同時也是糖尿病常見的大血管併發症，若加總計算其併發症總死亡率超越癌症。因此控制血糖已成為當務之急。

糖尿病的分類包括：第一型糖尿病、第二型糖尿病、其它型糖尿病、妊娠糖尿病，其中絕大多數為第二型糖尿病。第二型糖尿病是一個複雜的代謝性疾病，基因遺傳與外在環境皆扮演重要角色，肝臟及肌肉細胞出現

胰島素阻抗性、 β 細胞功能退化是造成疾病逐漸惡化的核心因素(DeFronzo, 1988)。

第二型糖尿病的主要危險因子包括家族史、年齡超過 45 歲、缺乏運動、種族(Paterno et al., 2012)等等。體重過重(身體質量指數(Body Mass Index, BMI) ≥ 24 kg/m²)或肥胖(BMI ≥ 27 kg/m²)更進一步造成周邊胰島素阻抗及葡萄糖失耐(Impaired Glucose Tolerance, IGT)(Lecoultre et al., 2013)。

糖尿病常見的急性併發病，如糖尿病酮酸血症、高血糖高滲透壓昏迷或低血糖等，若不即時予以適當處理，可能造成死亡或後遺症。慢性併發症包括大血管病變如心血管疾病、腦血管意外、周邊動脈阻塞、糖尿病足；小血管病變如視網病變、腎病變、神經病變。一旦發生之後，常是不可逆的，而且會逐漸進行，終至完全器官功能喪失導致死亡。糖尿病目前是國人失明、截肢和尿毒最重要的原因之一。

2006 年全球資料顯示，糖尿病出現微白蛋白尿高達 48%，合併腎絲球過濾率小於 60 的慢性腎衰竭患者 22%，則高達 56% 出現糖尿病腎病變，在亞洲國家甚至高達 65% 合併糖尿病腎病變(Parving, Lewis, Ravid, Remuzzi, & Hunsicker, 2006)。糖尿病慢性腎功能不全是末期腎臟疾病最常見原因，目前以新發個案分析，慢性腎臟病原發病因為糖尿病者約四成(Amos, McCarty, & Zimmet, 1997)。當 GFR 低於 60ml/min 和 ACR 大於 10mg/gm 時，為所有原因死亡率和心血管死亡率獨立因子(van der Velde et al., 2011)；針對高血壓、糖尿病、心血管疾病等高危險群的病人，GFR 越低和 ACR 越高，和急性腎衰竭、末期腎臟病、心血管疾病死亡率高度相關(Gansevoort et al., 2011)。糖尿病患者發生心肌梗塞的風險高於非糖尿病患者(Haffner, Lehto, Ronnemaa, Pyorala, & Laakso, 1998)，80% 死於心血管併發症，其中 80% 死於冠心病。

研究顯示有微白蛋白尿的糖尿病患者，早期積極介入治療，包括適當藥物、衛教、生活習慣改變等，可以顯著降低心血管病、糖尿病腎病變、末期腎病變、視網膜病變、周邊神經病變等併發症惡化，亦能降低因相關併發症引起的死亡率(Gaede, Lund-Andersen, Parving, & Pedersen, 2008)。甚至，不論早期或是晚期糖尿病病程，美國腎臟醫學會刊於 1996 年提出即使腎功能持續惡化，積極控制血糖、血壓、血脂、提供飲食衛教，限制鹽分及蛋白質攝取，仍對病程有幫助。

由於糖尿病可能引發或潛藏各項代謝、血管與神經併發症，進一步加速其病程的進展，糖尿病引起末期腎臟衰竭的發展為緩慢不可逆的病程，

透過早期發現與處置有效遏止其惡化，是值得重視的問題。

三、國內外相關研究之文獻探討

中醫藥治療糖尿病腎病變之相關文獻與研究：

目前使用中醫藥的輔助治療為一個趨勢，在一項世界衛生組織研究中顯示，高達 65% 的人曾使用過另類療法(Ernst, 2000)，其中包括針灸、中草藥、整脊、按摩復健手法等。慢性腎病患者使用中醫藥的輔助治療，多為延緩腎衰竭及治療其他併發症，包關節炎、皮膚搔癢、心血管疾病、焦慮、疲倦、憂鬱等(Markell, 2005)。民國 93 年國民健康局推動「腎臟病健康促進機構」建立跨領域的醫療團隊；95 年擴展「糖尿病人保健推廣機構」之功能，推動辦理「糖尿病健康促進機構」強化糖尿病高危險群之健康促進，更推動「pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」提供慢性糖尿病腎病變病患完整衛教及照護服務。目前中醫師尚未納入上述計畫醫療團隊，然而中醫在處理糖尿病腎病變所用的藥物與針灸越來越多研究證實有效，建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制是一項值得進行且重要的工作。

糖尿病臨床表現在中醫常見於「消渴」、「鬲消」、「肺消」、「消中」。最早在戰國至西漢時期已有對糖尿病的病位、病因病機詳細的論述。糖尿病併發症的中醫相關文獻包括：隋朝巢元方《諸病源候論》記載「其久病變，或發癰疽，或成水疾」；金元時期劉河間《宣明論》提到「可變為雀目或內障」；張子和《儒門事親.三消論》指出「夫扶消渴者，多變聾盲，瘡癬、痲疥之類」「或蒸熱虛汗，肺痿勞嗽」；明朝戴原禮《證治要訣》「三消久之，經血既虧，或目無見，或手足偏廢如風疾，非風也，此證消腎得之為多」，提出包括水腫、視力模糊、神經病變或是周邊血管阻塞的臨床症狀。「腎消」、「消腎」、「下消」可反映糖尿病腎病變的階段或是現今所稱的尿毒症(Zhang et al., 2014)。

糖尿病早期多為氣陰兩虛型或陰虛熱盛，續因氣滯血瘀，血脂代謝紊亂合併多種血管神經病變，糖尿病後期多陰陽兩虛合併肝腎病變導致因實致虛，治療時應標本兼顧，因此，扶正祛邪應是治療的根本法則。針對糖尿病患者中醫證型分析發現陽虛、陰虛、血瘀等證型和較差的生活品質相關(Tsai et al., 2014)。第二型糖尿病患的血瘀證型和周邊動脈疾病顯著相關(Huang et al., 2014)。加味黃耆桂枝五物湯被應用於減緩糖尿病神經病變疼痛(Tsai et al., 2013)。相關研究顯示黃耆及川芎能改善糖尿病腎病變引起的蛋白尿(Li, Wang, Xue, Gu, & Lin, 2011; Wang, Ni, Wang, & Lin, 2012)。針對

糖尿病腎功能不全病人，最常用的方劑為六味地黃丸及加減腎氣丸(Zhang et al., 2014)，併服六味地黃丸可透過抗發炎、抗氧化作用，可以進一步改善服用降血糖藥物的副作用(Poon, Ong, & Cheung, 2011)；糖尿病腎功能不全為腎陽虛證型患者，使用濟生腎氣丸不僅可改善糖化血色素值，且能改善臨床症狀及提升生活品質(王子源 1991)。

利用台灣健保資料庫分析 1997-2008 年罹患第二型糖尿病患者，合併使用中醫藥更可以顯著降低腎衰竭風險(Hsu et al., 2014)。透過適當的處方，有服用中藥的慢性腎臟病患者更能有效降低發展成末期腎臟病的風險(Lin et al., 2015)。

針對糖尿病神經病變的針灸相關研究顯示，電針治療能夠改善神經傳導速度及對震動感覺閾值(Tong, Guo, & Han, 2010)，有效控制末梢神經病變引起的疼痛而改善整體生活品質(Garrow et al., 2014; Lee et al., 2013)。慢性腎病老鼠模型指出，合併使用電針和艾灸可以調節腎臟的交感神經及一氧化氮活性，透過使血壓下降，降低蛋白尿而延緩腎功能惡化(Paterno et al., 2012)。

中醫藥治療糖尿病由來已久，且強調依臨床證候分期治療。由於早期糖尿病臨床症狀不明顯，出現臨床併發症時多是不可逆病程，因此針對無症狀的初期潛在糖尿病腎病變病人很重要。糖尿病腎病變病人產生併發症及死亡率均較非糖尿病患者為高，因此合併藥物治療、飲食控制及生活習慣的改變很重要，積極的控制血糖、血壓，定期的追蹤檢查，以避免進行到腎功能惡化的程度。

使用傳統中醫藥，也常在許多的歷史記載和目前的中醫臨床上運用，國人也常很熱衷自行中、西合治。而中醫較缺乏如西醫經過一連串的科學及人體試驗的評估，對藥物的毒性、劑量使用、針灸療效和作用機制等，都尚未釐清。因此，常被西方醫學所質疑，或是難以和西醫結合。在中藥方面，則自戰國時代開始，便有治療糖尿病的記載，針對不同體質及病人發作的狀況而使用不同的治療模式，其後歷代名醫也提出其治療方法，效果也不錯。但由於歷史條件的限制，缺乏應用嚴謹的科學方法來對疾病的療效提出客觀的數據加以證實。

四、中國醫藥大學附設醫院中醫部對慢性腎病相關臨床與基礎研究成果與優勢：

中國醫藥大學中醫部和腎臟內科長期合作，除設立腎臟病健康教室、訪談室、臨床教學病房/訓練室，在衛生福利部中醫藥司的支持之下，於 104

年成立「慢性腎臟病中西醫合作日間照護中心」進行慢性腎臟病中西醫合作日間照護，醫療團隊已有一定規模，包含西醫師、中醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師等人員，再西醫部份也配合國民健康局「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」，提供患者安全、有效的中西醫合作治療。此外，透過教育部頂尖中醫藥研究中心支持的中西醫合作研究，本計畫協同主持人腎臟科張志宗主任與本計畫主持人顏宏融醫師等合作，進一步在台中總院、豐原分院、東區分院、草屯分院等院區，針對慢性腎病血液透析病患皮膚瘙癢症，進行雷射針灸臨床療效研究，執行「慢性腎病血液透析病患皮膚瘙癢症之雷射針灸臨床療效研究：多中心、隨機、評估者與受試者雙盲、對照、交叉設計臨床試驗」。過去在本校附設醫院腎臟科由本計畫協同主持人曾使用針灸曲池穴改善慢性腎臟病血液透析病患皮膚瘙癢症發表在腎臟科領域國際一流期刊(*Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (LI11) acupoint for refractory uraemic pruritus. Nephrol Dial Transplant. 2005 Sep;20(9):1912-5.*)。中醫部和腎臟內科合作密切，可適當轉介患者，結合雙方長才，針對慢性腎臟病常見的糖尿病腎病，可以更進一步的研究及探討中醫藥在糖尿病腎病變患者的臨床療效。這個部分正是中醫的臨床訓練與教學機制、甚至是臨床研究所需要的。

五、本計畫與醫療保健之相關性

綜上所述，糖尿病腎病變是國民健康的一個重要議題，也是中醫藥可以發揮特色的一個重要疾病，本計畫透過建置糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制。建構包含醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師等人員之團隊合作照護模式，可提供糖尿病腎病變病患者一種全方位的中醫治療照護模式，改善患者的臨床表現與生活品質，促進國民健康發展。而藉由糖尿病腎病變病患之中醫日間照護模式，提供中醫受訓學員良好的中醫臨床訓練環境，從課室核心課程學習與臨床實際操作獲得糖尿病腎病變病患之中醫日間照護經驗，透過這樣的學習，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行，更可強化中醫師臨床訓練制度，增進我國中醫國際競爭力。

六、辦理目的

糖尿病腎病變是國民健康的一個重要議題，也是中醫藥可以發揮特色的一個重要疾病。本計畫主旨為建置糖尿病腎病變之中醫日間照護治療模式，以及建立糖尿病腎病變之中醫日間照護臨床教學模式。

透過建置糖尿病腎病變之中醫日間照護模式，建構包含醫師、護理師、

藥師、個案管理師等人員之團隊合作照護模式，提供糖尿病腎病變患者一種全方位的中醫治療照護模式，包括四診診療、五音治療、穴位教學、針灸治療、口服藥物治療及中醫護理衛教等內容，並定期藉由問卷及檢查進行療效評估，以改善糖尿病腎病變病患者的臨床表現與生活品質，促進國民健康發展。

而藉由糖尿病腎病變之中醫日間照護模式，提供中醫住院醫師良好的中醫臨床訓練環境，從課室核心課程學習與臨床實際操作獲得糖尿病腎病變之中醫日間照護經驗，並透過病歷書寫、Mini-CEX、DOPS 評核學習效果。透過這樣的學習，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行，更可強化中醫師臨床訓練制度，增進我國中醫國際競爭力。

貳、材料與方法

一、建立糖尿病腎病變病患中醫日間照護模式。

建立糖尿病腎病變病患中醫日間照護團隊，成員包含醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師及經營管理人員，以團隊會議照護方式建立糖尿病病患中醫日間照護之模式，包含收案對象標準訂定，建立收案標準流程，中醫日間照護團隊成員之臨床作業內容與合作等。

(一) 收案對象、收案標準及排除標準(適應症)

年齡 20 歲以上之糖尿病腎病變患者，依美國糖尿病醫學會 (American Diabetic Association Criteria) 定義：

1. 有糖尿病症狀，隨時測得值皆大於 200mg/dL。
2. 8 小時空腹後，測得血糖值大於 126 mg/dL。
3. OGTT(葡萄糖耐受試驗):口服 75g glucose，兩小時後測血糖值大於 200 mg /dL。

以上三種情況，符合一項即算糖尿病定義。另須符合依美國 National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcome Quality Initiative (NKF-KDOQI) 慢性腎臟疾病定義。訂定收集(inclusion)及排除(exclusion)條件。

(1) 收案標準：

- a. 符合糖尿病神經病變臨床診斷且血糖穩定控制(HbA1C $\leq 9\%$ ，過去三個月變化 $\pm 0.5\%$)
- b. 腎功能符合以下其中一項：
 - (a) eGFR:60~89 ml/min/1.73m² 且蛋白尿 ≥ 30 mg/d
 - (b) eGFR:15~59 ml/min/1.73m²
- c. 20 歲以上，男性或女性均可

(2) 排除標準：

- a. 非糖尿病引起之神經病變。(包括酒精性神經病變、腕隧道症候群、化療藥物等)
- b. 服用神經病變治療藥物中
- c. ankle brachial pressure index of ≤ 0.8
- d. 曾藥物濫用或正在藥物濫用者。
- e. 懷孕或授乳中婦女。
- f. 精神或行為異常無法配合研究者，如精神分裂症、憂鬱

- 症、有自殺意念等
- g. 心律不整有裝置心律調節器者。
- h. 局部穴位附近有皮膚感染或傷口者。

(二) 病患來源：

1. 經由中醫部中醫師或西醫腎臟內科／新陳代謝科醫師評估符合收案標準
2. 衛教單張介紹符合收案標準

以上病患經由說明後了解中醫日間照護治療流程，同意進入中醫日間照護門診。

(三) 糖尿病腎病變病患者中醫日間照護臨床作業內容：

中醫一般門診糖尿病病人，由收案執行負責醫師評估適合前述中醫糖尿病腎病變日間照護收案標準後，進入糖尿病腎病變中醫日間照護網。

於中醫日間照護門診中，患者會接受全方位的照護與治療，包括：

1. 醫師診察：由負責醫師親自診察病人，經由望聞問切中醫四診研判病人病情
2. 口服藥物開立：依患者當時診察之病情需要開立口服藥。
3. 針灸治療：依照患者之需求及配合度，進行體針如曲池、內關、八邪、足三里、絕骨、太衝、八風等穴位之針灸治療。一般留針 20 分鐘。
4. 五音治療：使患者處於特定的音樂、環境，感受音樂的藝術意境，娛神悅性，宣調氣血，以產生養生治病效應，依五行特性選用撥放音樂於診間撥放進行治療。
5. 認識穴位：教導病患穴位推拿自我照護技巧，以期在家亦能自我照護。
6. 護理衛教與指導：建立糖尿病腎病變病患者中醫照護衛教手冊，由中醫護理人員親自教導患者糖尿病腎病變病患照顧需注意事項，讓患者明白並能於患者接受第一次糖尿病腎病變中醫日間照護門診時，還需進行：
 - (1) 照顧者生活品質量表 (SF-36)
 - (2) 匹茲堡睡眠品質量表
 - (3) 貝克憂鬱量表

- (4) 疲倦評量表
- (5) 中醫體質量表
- (6) 神經痛量表 (Galer Jensen Neuropathic Pain Scale)
- (7) 簡明版疼痛調查表 SF-BPI
- (8) CTC-AE 麻木量表
- (9) 針對患者之需求及接受常規血液檢查 ACR (Microalbumin/Urine Creatinine)；血液常規檢查暨白血球分類計數(CBC/DC)、白蛋白(serum albumin)、鈣(Calcium)、鎂(magnesium)、磷(phosphorus)、鈉(sodium)、鉀(potassium)、副甲狀腺素(intact parathyroid hormone)、肝功能(GOT、GPT)、腎功能(BUN, Creatinine, GFR)、膽固醇(Cholesterol)、三酸甘油脂(Triglyceride)、血糖(sugar)、糖化血色素(HbA1c)、C-反應蛋白(C-reactive protein)、神經傳導檢查(NCVs)、心律變異(HRV)等進行相關臨床指徵之紀錄。

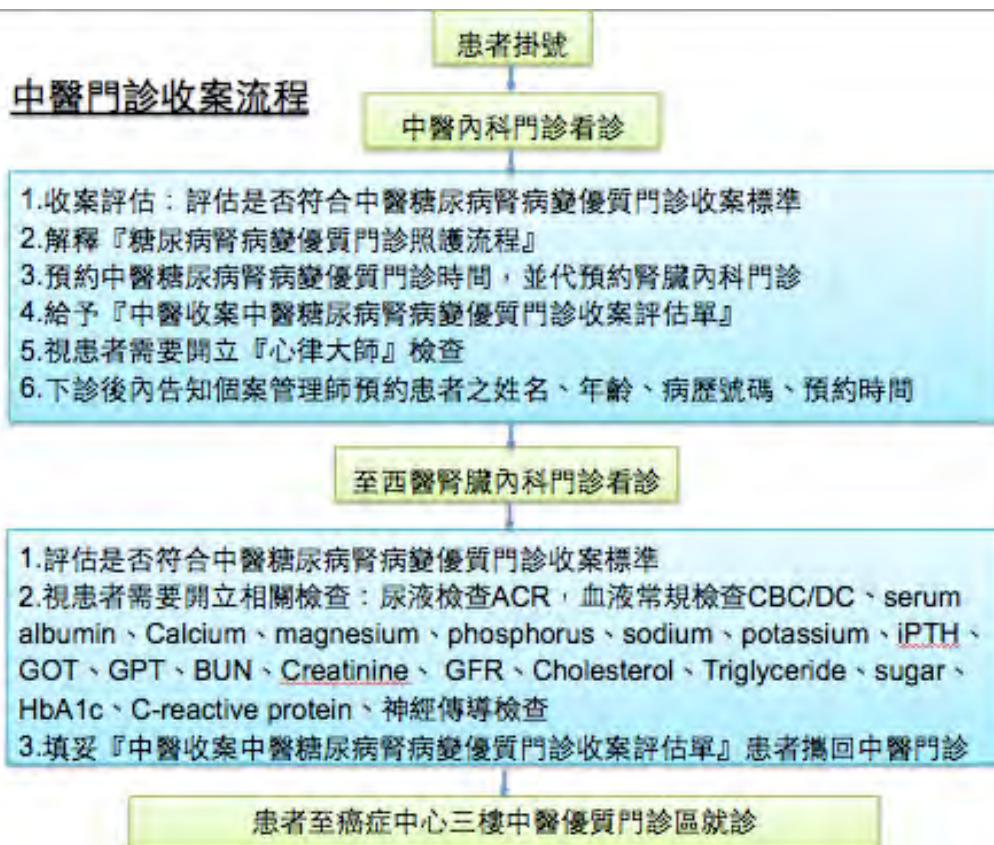
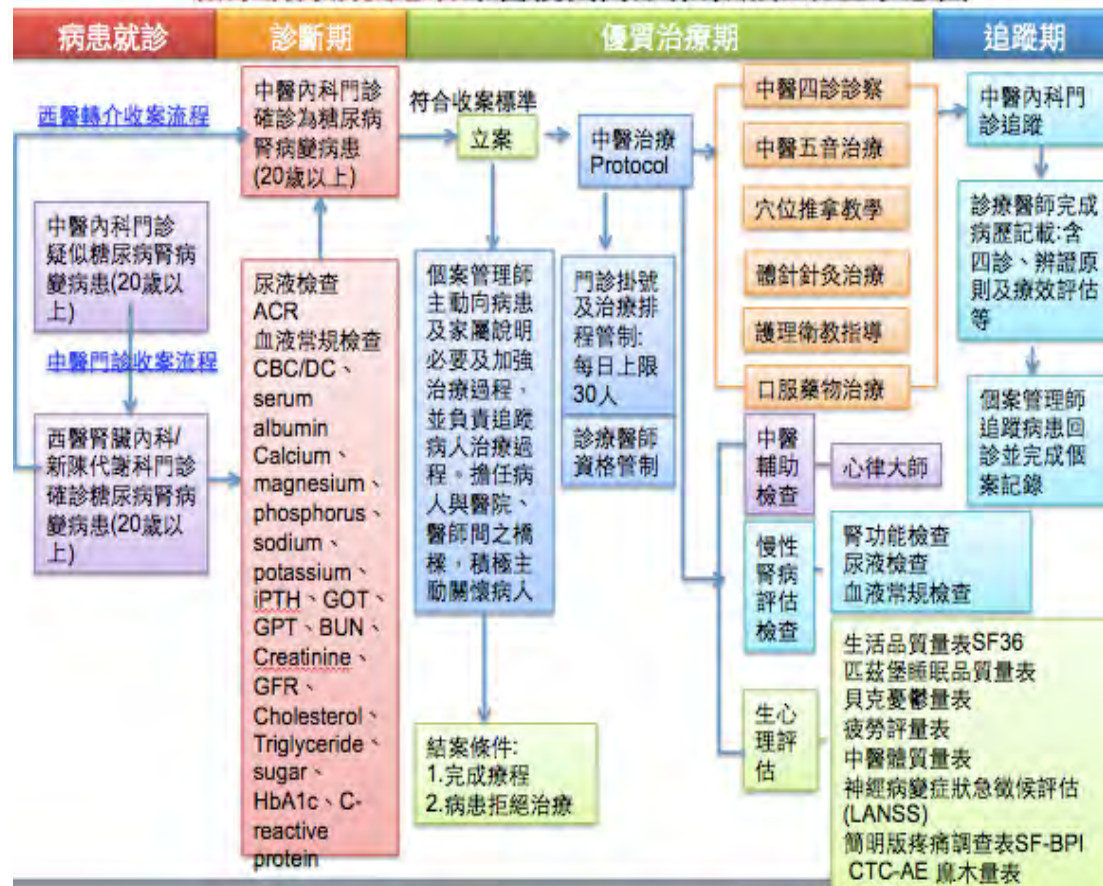
週數	篩選期	治療期			追蹤期	提早退出追蹤
	治療前一週	第0周	第1周-第11周	第12周	治療後一週	
用藥紀錄	●	●	●	●	●	●
生命徵象	●	●	●	●	●	●
身高/體重	●	●	●	●	●	●
Urine PCR、K Serum creatinine、eGFR LDL、HbA1C、 神經傳導檢查(NCSs)	●			●		
其他血液常規實驗室檢查	●	●		●		●
心律變異分析(HRV)		●		●		
SF-36生活品質量表 匹茲堡睡眠品質量表 貝克憂鬱量表 皮膚搔癢量表 疲勞量表神經病變症狀急徵候評估(LANSS) 簡明版疼痛調查表 SF-BPI CTC-AE 麻木量表 中醫體質量表		●		●	●	●
		●		●	●	●

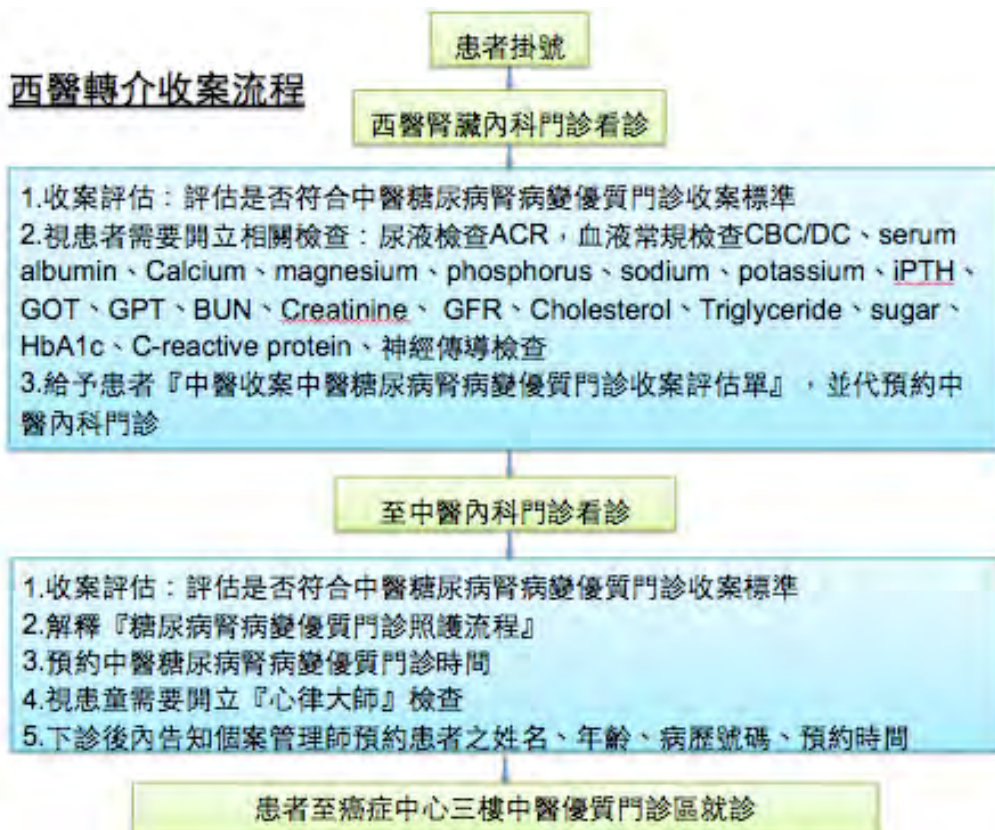
於計畫執行期中及期末定時召開糖尿病腎病變病患者中醫日間照護團隊會議，討論照護流程計畫之實施成果與需改進之方向。在計畫執行過程中，若遭遇問題或有需要討論之事項，則不定期邀請團隊成員進行團隊會議以檢討與改進。

二、制定糖尿病腎病變患者之中醫日間照護臨床路徑。

制定糖尿病腎病變患者之中醫日間照護臨床路徑，包括標準收案流程，門診作業流程，臨床作業內容規範如下：

糖尿病腎病變患者中醫優質門診作業流程規畫示意圖





臨床工作內容

<p>醫師</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)四診診療 (2)執行體針灸處置 (3)穴位推拿教學 (3)患者問卷調查 (4)依需要開立口服藥 (5)處置單藥單開立，預約下次中醫慢性腎病門診時間 	<p>疾病個管/衛教師</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)血壓控制 (2)貧血控制 (3)藥物控制 (4)血糖控制 (5)飲食控制 (6)個案資料管理與建置 (7)個案追蹤與紀錄
<p>護理人員</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)環境介紹，協助報到患者病床分配 (2)提供五音治療 (3)護理臨床評估及衛教指導 (4)紀錄及評值追蹤 	<p>營養師</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)營養計畫 (2)設計個別化飲食單 <p>藥師</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)口服中藥調劑與發放 (2)用藥說明與用藥諮詢

三、建立糖尿病腎病變病患者之中醫日間照護臨床教學模式。

輪訓至本計劃的中醫內科之受訓學員包括不同學習階段之住院醫師與實習醫學生，隨受訓學員能力不同，設計不同的課室、門診教學及臨床操作目標。

(一) 課室及門診教學目標：

1. 瞭解糖尿病腎病變病患者之中西醫診治方法。
2. 瞭解糖尿病腎病變病患者之中醫日間照護模式目標及內容。
3. 透過糖尿病腎病變病患者之中醫日間照護模式之實地執行，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行。

類別	學習目標
實習醫學生	<ol style="list-style-type: none">(1) 門診病患的病史詢問、理學檢查技巧、病歷之繕寫及病人之照顧及醫病溝通技巧。(2) 熟悉糖尿病各類降血糖藥物及胰島素的機制及使用原則，與血糖控制目標。(3) 熟悉及實地操作糖尿病急慢性併發症之診斷與治療。(4) 在主治醫師的指導下，照顧病人及教學門診的實習中，學會論文的查詢及批判，並擁有評斷證據等級的能力。(5) 在主治醫師導引下，在論文報告會議中，學會提出自己的問題及想法並找出答案。
第一年/ 第二年 住院醫師	<ol style="list-style-type: none">(1) 門診，住院，與會診病患的病史詢問、理學檢查之技巧、病歷之繕寫及病人之照顧及醫病溝通技巧。(2) 熟悉糖尿病各類降血糖藥物及胰島素的機制及使用原則，與血糖控制目標(3) 熟悉並實地操作糖尿病急慢性併發症之診斷與治療。(4) 實際執糖尿病衛教。(5) 在主治醫師的指導下，照顧病人及教學門診的實作中，學會論文的查詢及批判，並擁有評斷證據等級的能力，並能實際運用於病人中。(6) 在主治醫師的導引下，在論文報告會議中，能完整呈現一篇論文報告，並旁徵博引 3-4 篇論文作輔助說明，最後提出自己的問題及呈現針對該問題的文獻搜尋過程及個人結論。(7) 在主治醫師的指導下針對會診病人及會診問題使用實證醫學方式得到解答並與主治醫師討論後回應之。

(二) 臨床教學內容：

1. 核心課程教學：利用課堂教學方式進行分項核心課程教學，內容包含糖尿病腎病變病患者之中西醫診治方法，中醫日間照護

模式目標與內容介紹，中醫照護方法與實習演練，以建立糖尿病腎病變病患者完整的中醫照護概念。

2. 日間照護臨床教學：受訓學員每週需至糖尿病腎病變病患者中醫日間照護門診進行學習。於門診中實際進行四診診療、穴位針灸、完成問卷調查等訓練，並學習指導醫師醫病溝通技巧及護理人員之護理衛教內容，實際執行糖尿病腎病變病患者完整的中醫照護。

(三) 臨床實際操作：

1. 依實習醫學生至第二年住院醫師實施不同醫療技能處置監督準則：
 - (1) 允許獨立操作
 - (2) 操作時有問題可以在十分鐘內找到監督者
 - (3) 監督者要在旁邊看才能操作

技能名稱	實習醫學生	第一年住院醫師	第二年住院醫師
針灸治療	C	B	A
穴位推拿	C	B	A

2. 依實習醫學生至第二年住院醫師實施不同醫療紀錄監督準則：
 - (1) 完全授權
 - (2) 需主治醫師覆核始授權
 - (3) 需主治醫師覆核及住院醫師覆核始授權

醫療紀錄	實習醫學生	第一年住院醫師	第二年住院醫師
病人病情與治療說明及指導記錄	-	B	B
病程紀錄	C	B	B

(四) 訓練評核方法：

受訓醫師於訓練期間須通過以下評核，以確認其達成糖尿病腎病變病患者其中醫日間照護之訓練。內容包括：

1. 核心課程口試評核：指導醫師於受訓醫師訓練結束時需針對糖尿病腎病變中醫日間照護之核心課程內容進行口頭考試，藉以了解受訓醫師之課室學習。
2. 迷你臨床演練評量（Mini-CEX，Mini-clinical Evaluation Exercise）：指導醫師直接觀察受訓醫師對患者進行臨床診療

工作，給予評分及即時的回饋。

3. 床邊教學病例寫作：受訓醫師於門診結束後須針對照護患者之臨床表現進行完整的病例書寫與病案分析，再由訓練醫師進行批改與討論。

(五) 教學回饋：

於計畫執行期間邀請指導醫師與學員針對教學內容及實際操作內容進行討論，由學員將學習心得直接回饋給指導醫師，以獲得教學相長之進步。

四、建置糖尿病腎病變病患者之床邊教學病例寫作範本。

依據負責醫師訓練計畫之病例格式，配合糖尿病腎病變患者中醫日間照護門診之特性，建置病例寫作範本，其內容包括以下十六項目：（格式如附件）

- (一) 基本資料（姓名、性別、年齡、病歷號碼、婚姻、職業、初診日期、問診日期）
- (二) 主訴
- (三) 現病史
- (四) 過去病史
- (五) 個人史
- (六) 家族史
- (七) 檢驗與檢查
- (八) 中醫四診（望、聞、問、切）
- (九) 時序圖
- (十) 臟腑病機四要素分析：
 - 病因（內因、外因、不內外因）
 - 病位（臟腑、經絡...）
 - 病性（依主證、次證進行歸類）
 - 病勢（疾病的發展、演變趨勢分析；依病史、四診所得分析病機）
- (十一) 病因病機分析圖
- (十二) 診斷
 - 西醫診斷
 - 中醫診斷及辨證
- (十三) 治則
- (十四) 方藥、方針與方術

方藥：（針對口服藥處方進行分析）

■指導醫師處方

■受訓醫師處方

方針：（針對針灸穴位進行分析）

方術：（針對穴位推拿按摩術式進行分析）

(十五) 追蹤診療經過

(十六) 討論

五、召開糖尿病腎病變病患者中醫日間照護成果經驗分享學術會議。

於計畫實施累積一定照護個案量後，整理糖尿病腎病變病患者中醫日間照護模式實行之成果，以及相關教學模式方法之經驗，召開成果經驗分享之學術會議，將照護成果與教學經驗分享給中醫同道，以促進中醫之發展。

六、提出中醫日間照護模式未來政策建議。

於計畫實施累積一定照護個案量後，針對糖尿病腎病變患者中醫日間照護之實施概況及照護模式進行檢討，訂定中醫日間照護模式與教學於其他病種之規劃，整理提出中醫日間照護模式未來之政策建議，以期將此團隊照護模式與教學方法落實於其他中醫疾病中，以促進中醫之發展。

本計畫完成之項目包括：

1. 建立糖尿病腎病變患者之中醫日間照護模式，設置包含醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師及經營管理人員之團隊照護。
2. 制定糖尿病腎病變患者之中醫日間照護臨床路徑，包括標準收案流程、標準門診作業流程及臨床作業內容規範。
3. 建立糖尿病腎病變患者之中醫日間照護臨床教學模式，建置慢糖尿病腎病變患者之床邊教學病例寫作範本，實際執行臨床教學與檢討。
4. 召開糖尿病腎病變患者中醫日間照護成果發表會議，分享實際照護實施成果與教學經驗。
5. 透過以上中醫日間照護模式之建立與實際實施成果，將其經驗整理檢討後，可作為未來中醫日間照護模式政策實施之參考，將此經驗應用於不同中醫病種之臨床與教學，以促進中醫之發展。

參、結果

一、糖尿病腎病變患者中醫日間照護模式，設置包含中醫師、西醫腎臟科專科醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師人員之團隊照護模式與典範。

已於 104 年建立慢性腎臟病中西醫日間照護區，從 104 年『慢性腎臟病中西醫日間照護計畫』至 105 年『糖尿病腎病變中西醫日間照護計畫』，腎臟內科及中醫部持續攜手合作，共同照護病患，設置包含中醫師、西醫腎臟科專科醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師人員之團隊照護模式與典範。



二、制定糖尿病腎病變患者之中醫日間照護臨床路徑，包括標準收案流程、標準門診作業流程及臨床作業內容規範，實際於臨床執行並檢討之。

(一) 已完成糖尿病腎病變之中醫日間照護模式及臨床路徑。

(二) 已完成糖尿病腎病變之相關護理衛教表單。(附件一)

(三) 每個月至少召開一次糖尿病腎病變之中西醫日間照護團隊會議，至今已召開 9 次。



三、糖尿病腎病變之中醫日間照護臨床教學模式

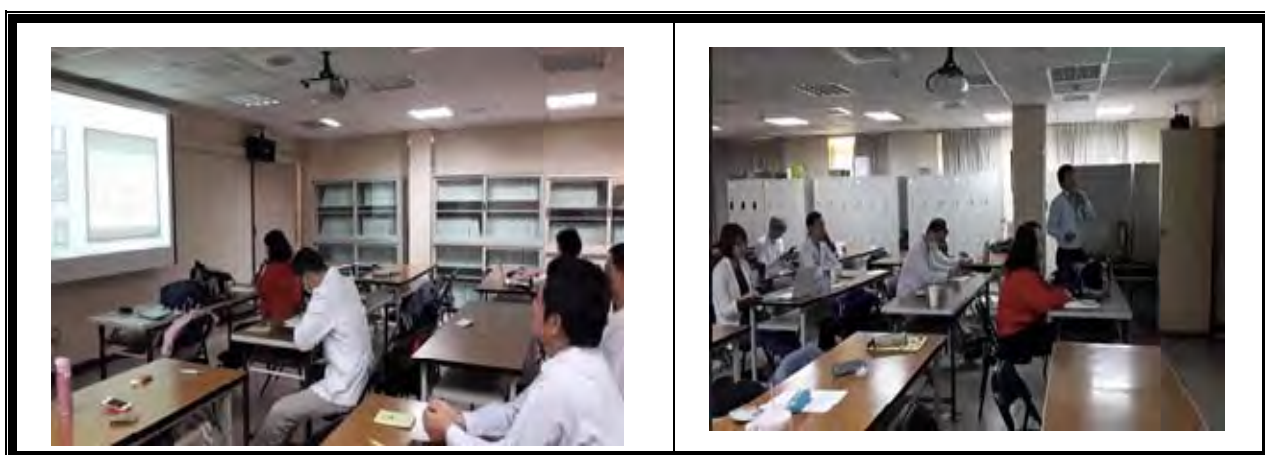
(一) 專家講座及帶狀課程：延請中醫內科醫學會榮譽理事長、腎臟科專科醫師醫師-鐘文冠，每月一次舉行腎臟病相關專家講座，共進行十次專家講座，與學生面對面討論。（附件二）



(二) 核心課程教學：安排一年度核心課程教學，利用課堂教學方式進行分項核心課程教學，內容包含中醫四診教學（望聞問切）、中醫病歷書寫教學、糖尿病腎病變病患者之中西醫診治方法、常見腎泌尿疾病教學，中醫日間照護模式目標與內容介紹，中醫照護方法與實習演練，以建立糖尿病腎病變病患者完整的中醫照護概念。（附件二）



(三) 小組討論：固定每三周舉辦一次小組討論，內容涵蓋新陳代謝疾病、心血管疾病、腎泌尿疾病，出席成員包括主治醫師、住院醫師、代訓醫師、實習醫師等。以討論英文期刊方式進行。





(四) 日間照護臨床教學：受訓學員包含第一年／第二年住院醫師、代訓醫師、實習醫師每週需至糖尿病腎病變病患者中醫日間照護門診進行學習。於門診開始前進行四診診療、穴位針灸、完成問卷調查等小組訓練，並學習指導醫師醫病溝通技巧及護理人員之護理衛教內容，實際執行糖尿病腎病變病患者完整的中醫照護。



(五) 臨床技能訓練：固定每週四舉辦，由主治醫師主導臨床取穴教學，針對日間照護所提供之治療方式進行技能訓練與實習演練，讓學員在進入日間照護門診學習前熟稔臨床技能之實際操作。



(六) 訓練評核方法：受訓醫師於訓練期間須通過以下評核，以確認其達成慢性腎臟病中醫日間照護之訓練。內容包括：

1. 核心課程口試評核：指導醫師於受訓醫師訓練結束時需針對慢性腎臟病中醫日間照護之核心課程內容進行口頭考試，藉以了解受訓醫師之課室學習
2. 迷你臨床演練評量 (Mini-CEX, Mini-clinical Evaluation Exercise)：指導醫師直接觀察受訓醫師對患童進行臨床診療工作，給予評分及即時的回饋。受訓醫師於訓練期間至少須通過一次Mini-CEX 評核。(附件三)
3. 操作技能直接觀察評估(DOPS, directly observed procedural skills)：指導醫師針對穴位針灸、穴位推拿按摩等處置實際操作內容對受訓醫師臨床操作技術給予評估及回饋。(附件四)



4. 客觀結構式臨床技能試驗(OSCE, Objective Structured Clinical Examination)：

105年11月06日舉辦客觀結構式臨床技能試驗(OSCE)考題中包含腎泌尿疾病的病史問診、臨床技能操作等。



四、建置糖尿病腎病變之床邊教學病例寫作範本：

依據負責醫師訓練計畫之病例格式，配合糖尿病腎病變中西醫日間照

護門診之特性，建置病例寫作範本，其內容包括十六個項目，並完成 24 例實際門診病例寫作。(附件五)

1. 基本資料 (姓名、性別、年齡、病歷號碼、婚姻、職業、初診日期、問診日期)
2. 主訴
3. 現病史
4. 過去病史
5. 個人史
6. 家族史
7. 檢驗與檢查
8. 中醫四診 (望、聞、問、切)
9. 時序圖
10. 臟腑病機四要素分析：
 - 病因 (內因、外因、不內外因)
 - 病位 (臟腑、經絡...)
 - 病性 (依主證、次證進行歸類)
 - 病勢 (疾病的發展、演變趨勢分析；依病史、四診所得分析病機)
11. 病因病機分析圖
12. 診斷 (西醫診斷，中醫診斷及辨證)
13. 治則
14. 方藥、方針與方術
 - 方藥：(針對口服藥處方進行分析)
 - 方針：(針灸治療，針對針灸穴位進行分析)
 - 方術：(針對穴位推拿按摩術式進行分析)
15. 追蹤診療經過
16. 討論

建置糖尿病腎病變相關之體質舌脈診分析能力：

配合糖尿病腎病變中西醫日間照護門診之特性，學習糖尿病腎病變病患相關的體質舌脈分析能力，其內容包括項目如下：

舌診：包括舌神、舌態、舌體、舌色、舌質、舌苔、舌津、舌下絡脈。

脈診：包括脈位、脈數、脈形、脈勢、脈律。

於 105 年 11 月 24 日上午 7:20-8:20(四)邀請新光醫院內分泌新陳代謝科主治醫師進行學術演講，主題：『糖尿病舌診：舌下徵象與臨床關聯』，並

分享糖尿病腎病變病患的內分泌新陳代謝科治療觀點。

Clinical Observation and Implication of Sublingual Signs for Type 2 Diabetes

Rong-huei Hu
Ren- Ai Hospital
Taiwan

The tongue body and the changes of tongue coat of the tongue part has been the focus of the observation in the tongue diagnosis of traditional Chinese medicine (TCM). The interpretation of the tongue image has been an important basis for TCM diagnosis and treatment.

This study was focused on type 2 diabetes, we found the sublingual distribution of blood vessels or the appearance of bruise is related to the aging.

Furthermore, when chest X-ray, cardiothoracic ratio (CTR) compared with the changes of intima-media thickness (IMT) of carotid artery supersonic measurements, we found a significant correlation with sublingual finding. The correlation between the degree of sublingual varicose vein of inner region (large collaterals) and heart congestion can be observed by the changes of CTR. Moreover, the correlation between arteriosclerosis and 1. the distribution of small vessels (small collaterals) or 2. the appearance of bruises of outer region can be observed by the changes of IMT of Carotid artery.

Besides, the appearance of Centripetal red stripe in the bottom of month frequently appears in the diabetes patients who has coronary artery disease (CAD) or ventricular premature contraction (VPC) or sleep apnea, we speculated that it is related with myocardial ischemia.

Sublingual Vein Staging

stage	pattern
V1	vague type
V2	broad type
V3	branching type
V4	bulging type

Sublingual Small Vessel Staging

stage	outer region	sublingual caruncle
S1	clear	clear
S2a	fine line (1/3)	fine line
S2b	fine line (2/3)	fine line
S2c	fine line (3/3)	fine line
S3a	red petechiae	red petechiae
S3b	purple-black petechiae	purple-black petechiae

Implication of Sublingual Signs

sign	relative disease
vein	cardiomegaly
small vessel	arteriosclerosis
petechiae	
centripetal red stripe	myocardial ischemia

五、召開糖尿病腎病變病患者中醫日間照護團隊會議，討論照護流程計畫之實施成果與需改進之方向。

自 105 年 2 月起，每月至少召開一次日間照護團隊會議（如下）：

105 年 2 月 19 日於腎臟內科討論收案細節，及轉診流程。

105 年 2 月 23 日起始會議，包括中西醫相關領域專家，共同研議日間照護區執行方式

105 年 5 月 10 日報告執行現況及修訂方向

105 年 6 月 29 日收案進度報告

105 年 7 月 22 日討論對照組收案困難原因及改進方法

105 年 8 月 6 日期中報告討論會議

105 年 9 月 6 日定期收案進度報告

105 年 10 月 11 日期中住院醫師／代訓醫師／實習醫師教學回饋會議



六、召開糖尿病腎病變期末成果發表會：

本次院慶研討會中醫部舉辦『古典針灸之現代臨床運用學術研討』暨『建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護成果發表會』。傳統針灸技術結合現代光、聲、磁、脈衝、微針等技術，使針灸應用範疇不斷擴大，受到現代醫學重視。目前健保局所支持的『腦中風住院中醫會診計畫』、『癌症患者住院中醫輔助醫療計畫』已執行多個寒暑，中西醫聯手各取所長。衛福部自 102 年起逐年辦理『建構中醫日間照護模式計畫』，本院透過辦理建構糖尿病腎病變中西醫日間照護計畫成果分享，分享改善患者的臨床表現及生活品質，更可提升中、西醫結合之醫療服務品質，充實及擴展中醫服務項目。

研討會議題

黃宏融主任 學經歷及介紹	建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制成果發表
謝慶良教授 學經歷及介紹	中國醫藥大學中醫針灸研究中心近年對中醫和針灸研究的進展
薛宏昇醫師 學經歷及介紹	榮衛陰陽調和針法
邱顯學醫師 學經歷及介紹	靈樞制法的概念與臨床實務
王自平院長 學經歷及介紹	復興中醫針灸法的繼承與臨床探索
陳玉昇醫師 學經歷及介紹	內經針灸結合舌脈學之臨床
陳蔭和院長 學經歷及介紹	從《醫心方》剖析《黃帝三部經》與運用



中國醫藥大學附設醫院 36週年院慶
「古典針灸之現代臨床運用」學術研討會暨
建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護成果發表

主辦單位 / 衛生福利部中醫藥司
主辦學校 / 中國醫藥大學附設醫院中醫部
協辦單位 / 中國醫藥大學中醫學院中醫藥系、學士後中醫學院、中藥藥劑系、針灸研究所、針灸研究所
中國醫藥大學中醫部針灸研究中心
衛生福利部中醫藥司中醫藥研究所針灸科針灸研究學科中心
中國醫藥大學附設醫院中醫部針灸科針灸研究學科中心
中國醫藥大學附設醫院中醫部針灸科針灸研究學科中心

時 間 / 105年12月11日(星期日)
場 次 / 中國醫藥大學立夫教學大樓地下一樓國際會議廳(台中市北區學士路91號)

時間	學術研討會報告	演講者
08:00-08:30	報 到	
08:30-08:40	開幕儀式及貴賓致詞	
	主持人 廖茂峰副院長	
08:40-09:30	建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制成果發表	謝慶良 主任
09:30-10:20	中國醫藥大學中醫針灸研究中心近年對中醫和針灸研究的進展	謝慶良 教授
10:20-10:30	茶 點	
	主持人 林宏性主任	
10:30-11:20	榮衛陰陽調和針法	薛宏昇 醫師
11:20-12:10	靈樞制法的概念與臨床實務	邱顯學 醫師
12:10-13:30	午 餐 休 息	
	主持人 廖新輝主任	
13:30-15:10	復興中醫針灸法的繼承與臨床探索	王自平 院長
15:10-15:20	茶 點	
	主持人 李育臣主任	
15:20-16:10	內經針灸結合舌脈學之臨床	陳玉昇 醫師
16:10-17:00	從《醫心方》剖析《黃帝三部經》與運用	陳蔭和 院長
17:00	研討會結束	

報名聯絡電話 / 04-22157121 分機 1273 / 1362 蘇小姐 傳真 / 04-22205141

中國醫藥大學附設醫院中醫部
CHINA DEPARTMENT OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

肆、討論

本計畫實施期間總計收案 34 位，其中包括 18 位對照組，16 位實驗組。其背景如下：

治療組與對照組在基準期時，人口基本學無差異，且在生化值指標、疲倦量表、生活品質量表、匹茲堡睡眠品質量表、貝克氏憂鬱症量表分數、疼痛、神經病變分數相仿。(Table1-Table3)

本次是針對糖尿病腎病變患者為主要收案對象，且伴隨臨床症狀出現神經病變為觀察重點，糖尿病神經病變臨床上四肢要有三肢，包括上肢的正中神經、尺神經感覺支及橈淺神經；下肢腓淺神經及腓腸神經。針對糖尿病神經病變初期一般以下肢的腓腸神經其感覺神經最為敏感，本次實驗組及對照組皆有接受神經傳導檢查，但臨床收案因患者無法配合檢查，或患者神經病變嚴重度不同，另外由於多數肌肉受到不只一節的神經根支配，且神經根病變多為不完全性損傷，因此臨床上大約 30~40% 的患者無法由神經傳導檢查誘發電位，故無法呈現神經傳導檢測結果於此次結案報告，整體報告以患者主觀感受問卷評估呈現，然而神經傳導依然是此收案過程中不可或缺的診斷工具。

Table 1. 基準期基本人口學資料

Variable	Control n=18	Treatment n=16	p value
性別, n(%)			0.039
男性	9(50%)	14(87.5%)	
女性	9(50%)	2(12.5%)	
年齡, years \pm SD	59.78 \pm 10.5	61.63 \pm 6.75	0.861
教育程度, n(%)			0.503
不識字	2(13.3%)	0(0%)	
國小	4(26.7%)	5(31.3%)	
國中	1(6.7%)	3(18.8%)	
高中/高職	4(26.7%)	3(18.8%)	
大專/大學	4(26.7%)	5(31.3%)	
宗教信仰			0.760
無	3(20%)	2(12.5%)	
佛教	4(26.%)	6(37.5%)	
道教	3(20%)	2(12.5%)	
基督教	0(0%)	1(6.3%)	
天主教	1(6.7%)	0(0%)	
回教	2(13.3%)	3(18.8%)	
一貫道	1(6.7%)	0(0%)	
其他	1(6.7%)	2(12.5%)	
婚姻狀況			0.202
未婚/單身	3(20%)	0(0%)	
已婚/同居	7(46.7%)	12(75%)	
離婚/分居	3(20%)	3(18.8%)	
喪偶	2(13.3%)	1(6.3%)	
抽菸習慣, n(%)			0.382
無抽菸	3(19%)	5(31%)	
目前有抽菸	13(81%)	11(69%)	
飲酒習慣, n(%)			0.157
無	5(28%)	8(50%)	
有	13(72%)	8(50%)	

Table 2: 基準期生化值指數

Variable	Control	Treatment	p value
	n=18 mean ± SD	n=16 mean ± SD	
HbA1C	7.13 ± 1.1	7.04 ± 0.8	0.791
Serum Creatinine	1.8 ± 0.94	2.07 ± 0.83	0.442
eGFR	43.72 ± 22.88	36.71 ± 18.00	0.354
ACR	538 ± 970	2013 ± 1852	0.08
ABI(R't)	1.06 ± 0.91	1.12 ± 0.09	0.113
ABI(L't)	1.08 ± 0.09	1.08 ± 0.11	0.927
Sugar AC	124.08 ± 25.96	146.20 ± 45.16	0.153
Potassium	4.36 ± 0.57	4.75 ± 0.39	0.252
Cholesterol	182.29 ± 53.65	203.50 ± 14.85	0.613
Triglyceride	154.63 ± 89.56	221.33 ± 140.96	0.365

Table 3: 基準期間卷量表分數

Variable	Control	Treatment	p value
	n=18 mean ± SD	n=16 mean ± SD	
FACIT-F	27.2 ± 16.7	30.2 ± 13.5	0.587
SF-36	80.5 ± 7.8	82.4 ± 7.3	0.470
PSQI	9.0 ± 4.8	8.6 ± 4.0	0.814
BDI	11.0 ± 12.0	4.6 ± 5.0	0.060
BPI	13.8 ± 24.9	16.2 ± 23.8	0.787
Galer	15.2 ± 12.5	17.6 ± 10.9	0.524
CTC-AE	1.1 ± 0.3	1.06 ± 0.25	0.964

註：FACIT-F：疲勞量表；SF-36: 生活品質量表；PSQI: 匹茲堡睡眠品質量表；BDI-貝克憂鬱量表；BPI：疼痛量表；Galer：神經病變疼痛量表；CTC-AE：感覺神經麻木量表。

經過 12 週的治療療程後兩組並無顯著差異(Table4-Table6)

Table4.第12週生化值指數

Variable	Control	Treatment	p value
	n=15 mean ± SD	n=15 mean ± SD	
HbA1C	7.76 ± 0.49	7.02 ± 0.811	0.096
Serum Creatinine	2.01 ± 1.35	2.10 ± 0.89	0.853
eGFR	48.60 ± 19.17	38.71 ± 16.40	0.282
ACR	1748 ± 2424	1558 ± 2003	0.908
Sugar AC	149.80 ± 62.53	118.46 ± 32.30	0.336
Potassium	4.73 ± 0.15	4.17 ± 0.78	0.110
Triglyceride	284 ± 84	389 ± 351	0.604

Table5.第12週問卷量表分數

Variable	Control	Treatment	p value
	n=15 mean ± SD	n=15 mean ± SD	
FACIT-F	36.5 ± 15.88	34.6 ± 12.7	0.743
SF36	80.7 ± 7.0	88.3 ± 21.2	0.206
PSQI	9.7 ± 4.8	8.6 ± 3.8	0.350
BDI	10.5 ± 12.1	8.7 ± 7.7	0.721
BPI	16.3 ± 26.7	12.6 ± 23.3	0.391
Galer	13.7 ± 14.4	14.6 ± 12.1	0.656
CTC-AE	1.1 ± 0.4	1.1 ± 0.3	0.600

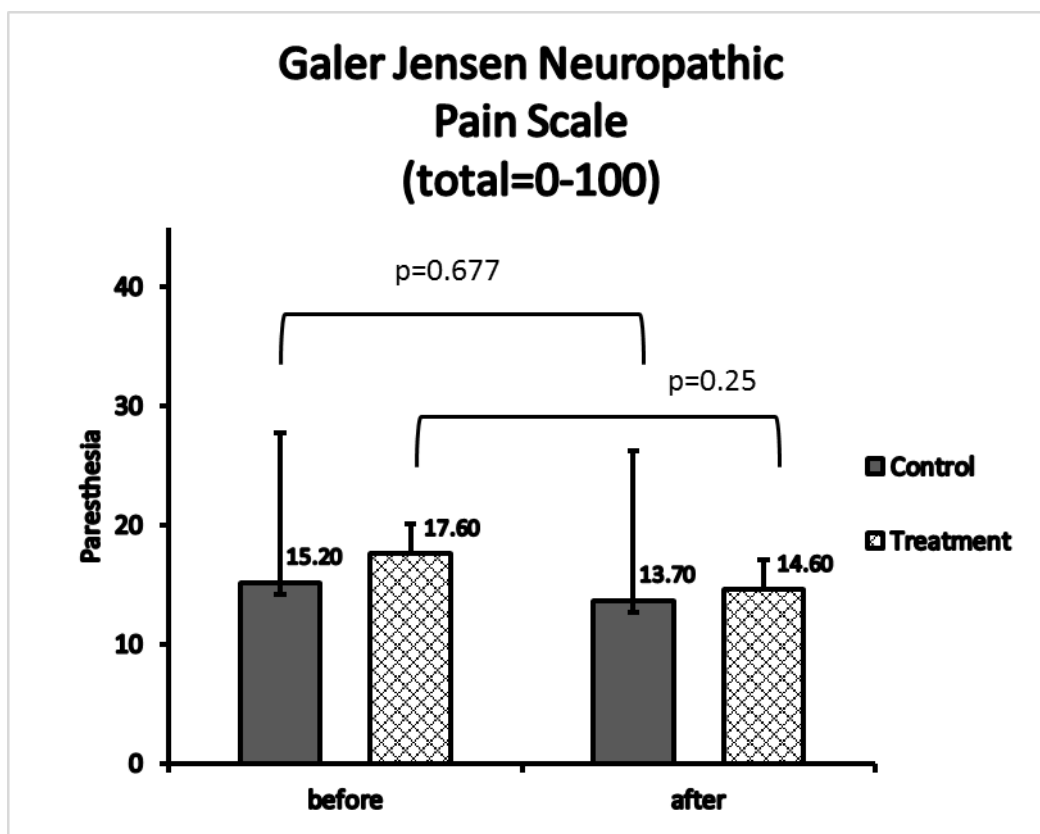
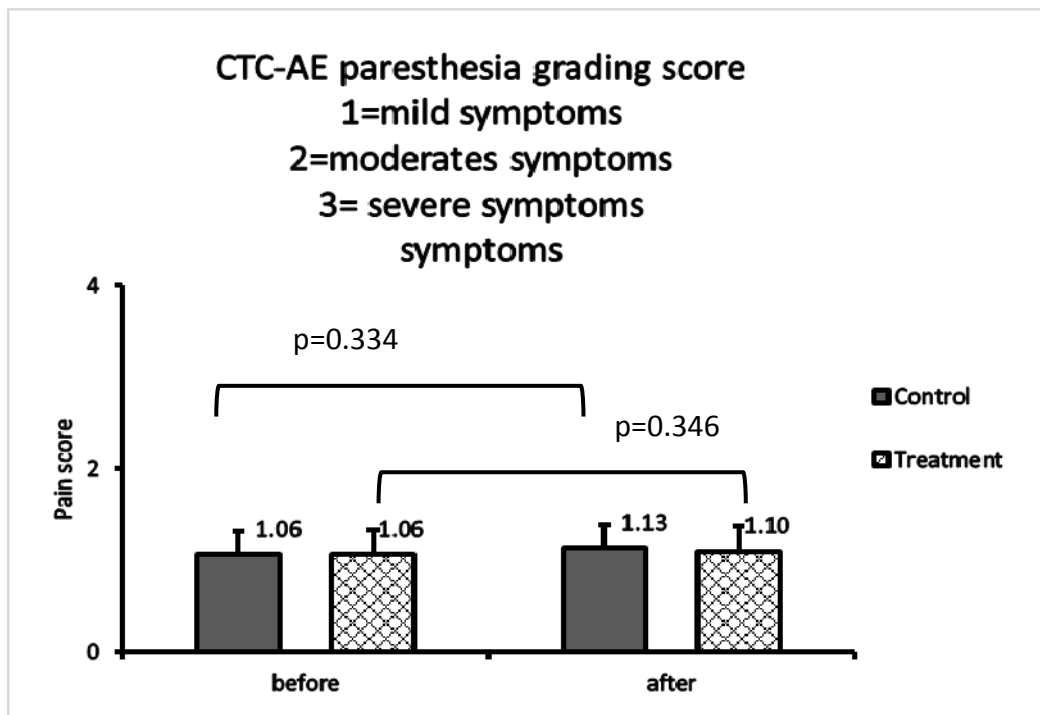
註：FACIT-F：疲勞量表；SF-36: 生活品質量表; PSQI: 匹茲堡睡眠品質量表；BDI-貝克憂鬱量表；BPI：疼痛量表；Galer：神經病變疼痛量表；CTC-AE：感覺神經麻木量表。

一、CTC-AE 感覺神經麻木量表：

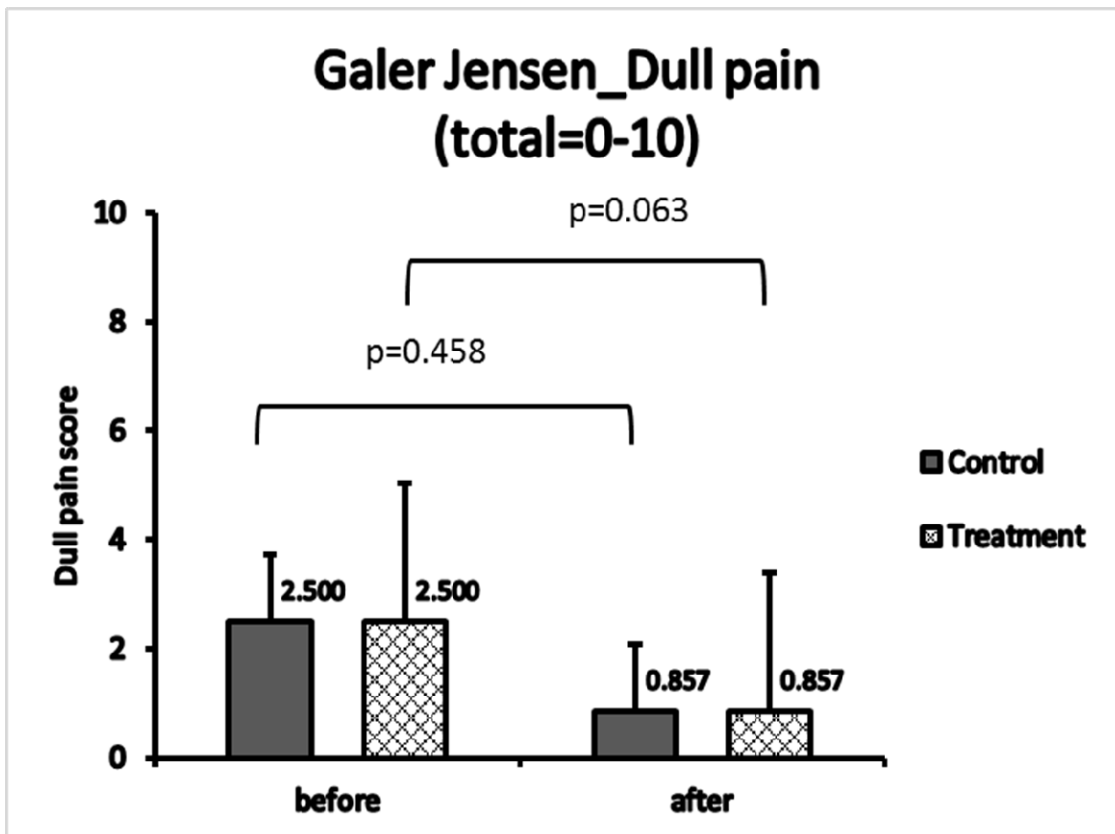
這個量表主要是判斷感覺神經麻木的嚴重程度，分數區分為由 1 分：輕微症狀，2 分：中度症狀，3 分：嚴重症狀。分數越高，症狀越嚴重。本研究納入的實驗組與對照組在基礎分數相似(對照組: 1.1 ± 0.3; 治療組: 1.06 ± 0.25; p=0.964)，經過三個月後兩組分數略為增加(對照組: 1.1 ± 0.4; 治療組: 1.10 ± 0.3; p=0.6)，統計上並無差異。可能在起初的感覺神經病變分數均不嚴重，所以在照護前後的差異值不大。

二、Galer Jensen Neuropathic Pain Scale 神經病變疼痛量表：

這個量表主要是判斷神經病變疼痛的程度，分成 Intense, Sharp, Hot, Dull, Cold, Sensitive, Itchy, Unpleasant, Deep, Surface 幾種不同的疼痛，總分(Total)為 100 分。本研究納入的對照組與實驗組在基礎分數相似(對照組： 15.2 ± 12.5 ; 實驗組： 17.6 ± 10.9 ; $p=0.524$)，經過三個月後兩組平均分數均下降(對照組： 13.7 ± 14.4 ; 實驗組： 14.6 ± 12.1 ; $p=0.656$)，統計上並無差異。

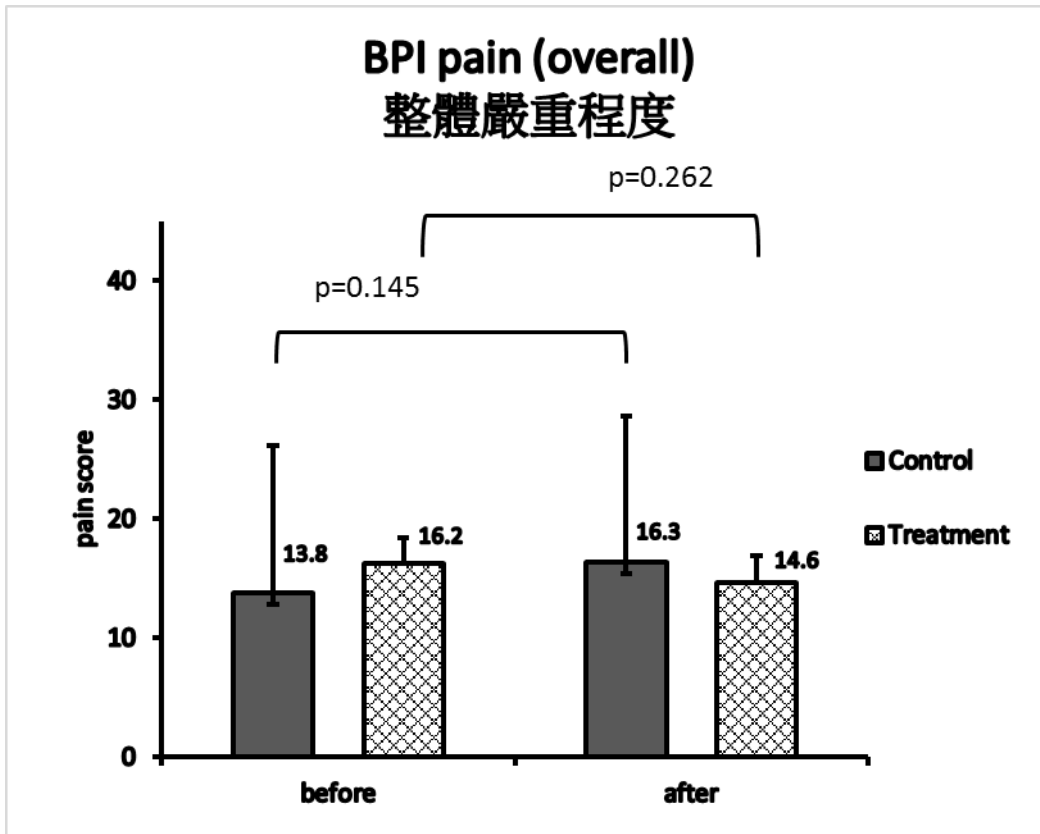


治療組鈍痛(Dull pain)兩組均有下降趨勢，但統計上兩組上並無差異。

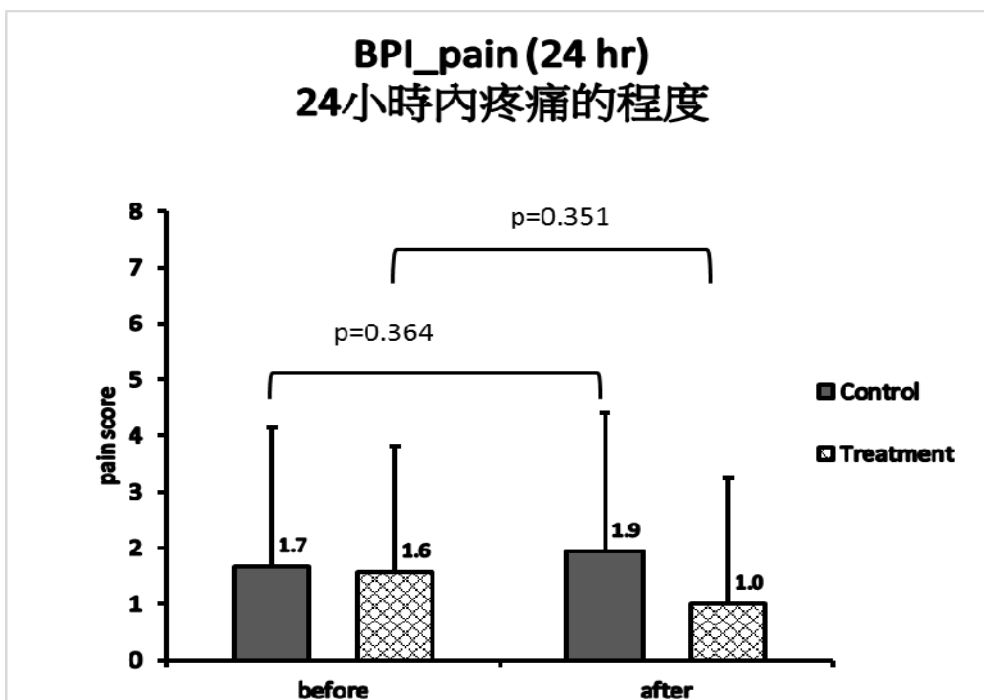


三、SF-BPI 簡明版疼痛量表：

這個量表主要是疼痛的嚴重程度，由於疼痛是病人主觀的感受，再加上疼痛的程度是變異而非固定不變的，因此，簡易疼痛量表的重大特色是可以測量受試者在某一個時段裡(如施測當時、前 24 小時等不同時段)其疼痛程度對受試者日常生活的干擾情形。其分數越高，症狀越嚴重。本研究納入的實驗組與對照組在整體疼痛分數相似(對照組： 13.80 ± 24.89 ；治療組： 16.2 ± 23.8 ； $p=0.787$)，經過三個月後兩組平均分數均降低(對照組： 16.3 ± 26.7 ；治療組： 14.6 ± 12.1 $p=0.656$)，可以觀察到中醫日間照護的介入，對於疼痛的減少較為明顯，可能是因為在這個治療中，穴位的按摩、針灸的介入與護理衛教等的共同合作照護對於疼痛的緩解可以發揮較明顯的作用。

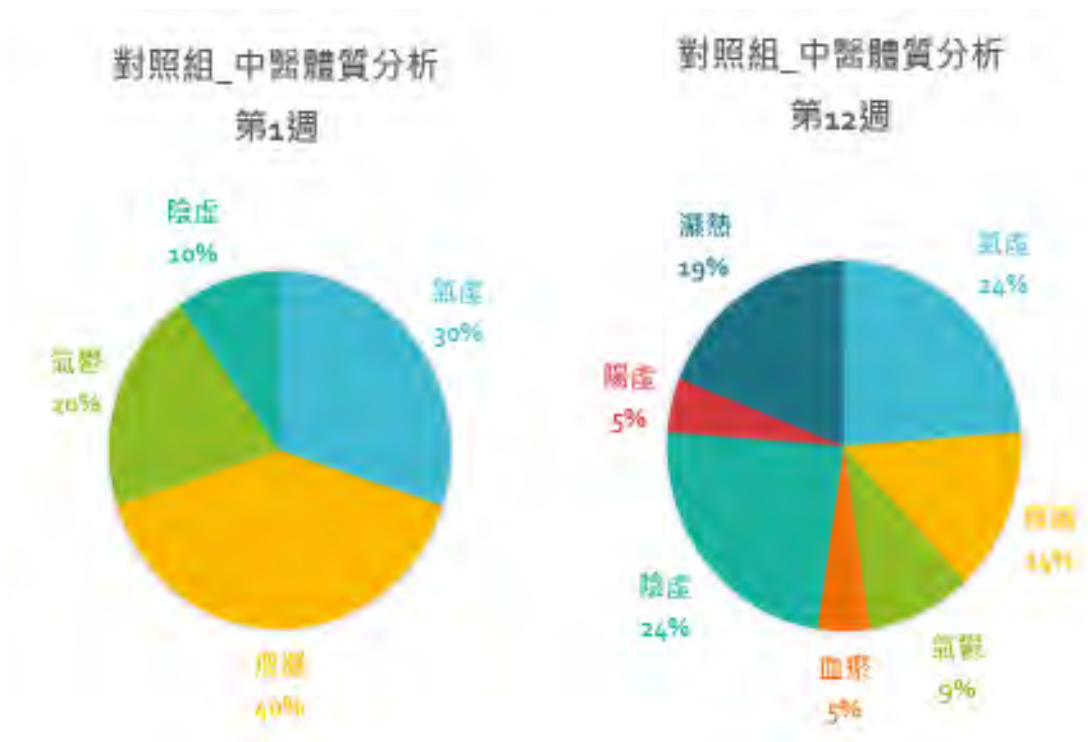


而在 24 小時內的嚴重程度方面，本研究納入的實驗組與對照組在 24 小時內的嚴重程度相似(對照組： 1.7 ± 2.5 ；治療組： 1.6 ± 2.24)，經過三個月後實驗組降低較為明顯(對照組： 1.9 ± 2.9 ；治療組： 1.0 ± 2.1 $p=0.370$)



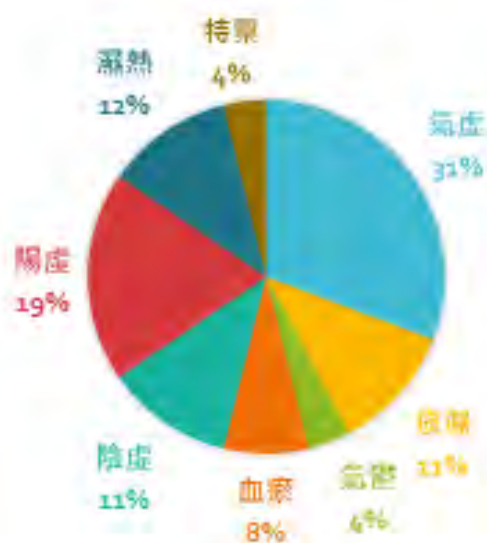
四、中醫體質分析：

根據○○教授的分類，中醫體質可以區分為九種不同體質，本研究收案 34 位受試者，在基準期的對照組中醫體質以痰濕體質佔 40% 居多，氣虛體質佔 30% 次之，在第 12 週則以氣虛、陰虛各佔 24%，其餘體質分佈見下圖。

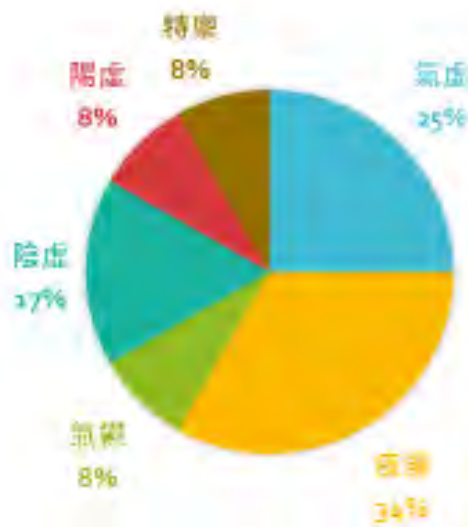


在基準期的實驗組中醫體質以氣虛體質佔 31% 居多，陽虛體質佔 19% 次之，經治療期第 12 週後中醫體質改以痰濕體質佔 34% 居多，氣虛體質佔 25% 次之。

治療組_中醫體質分析
第1週



治療組_中醫體質分析
第12週



五、實驗組與控制組在中醫介入後在急診、住院或其他症狀之差異

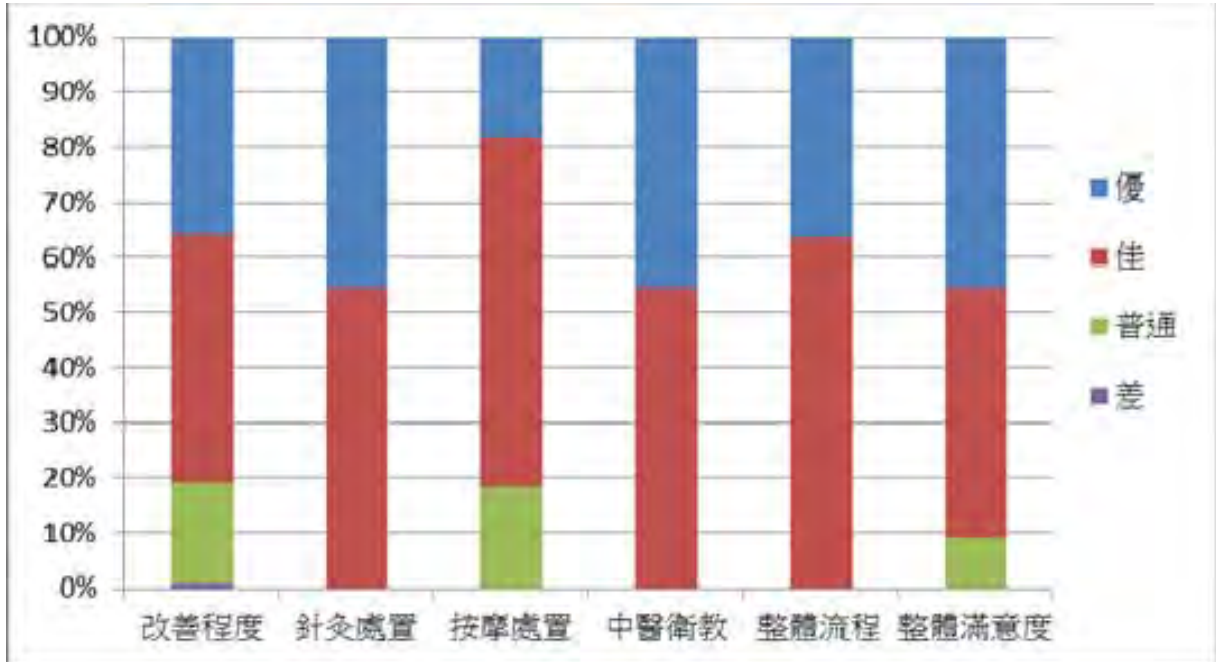
	收案期間內	試驗結束後
治療組	共一名患者經急診收住院治療 (1:急性肺炎)	共一名患者經急診收住院治療 (1:泌尿道感染)
控制組	共二名患者經急診收住院治療 (1:不穩定心絞痛，接受心導管治療。後因肺炎入院，接受抗生素治療。 1:腎功能急性惡化，肌酐酸 2.14 上升至 4.03，代謝性酸中毒，高血鉀，小便量減少、雙下肢水腫、肺水腫，收住院接受緊急透析治療)	

兩組在收案基準期的時候,年紀、疲倦量表、生活品質量表、匹茲堡睡眠品質量表、貝克氏憂鬱症量表分數、疼痛、神經病變、疾病嚴重度相仿。三個月治療期間及後需追蹤發現，治療組多因感染問題接受急診及住院治療，控制組多因代謝性疾病常見的共病控制不良而接受急診及住院治療。

六、慢性糖尿病腎病變中西醫日間照護計畫滿意度調查表

於三個月治療期後，進行整體滿意度調查，患者對於 (a) 對症狀改善

程度、(b)對中醫處置(針灸)滿意度、(c)對中醫處置(按摩)滿意度、(d)對中醫處置(衛教)滿意度、(e)對慢性腎臟病中西整合日間照護流程的滿意度、(f)對慢性腎臟病中西整合日間照護整體的滿意度等 6 大項皆持正面態度，且會介紹給其他病友參加此日間照護計畫。



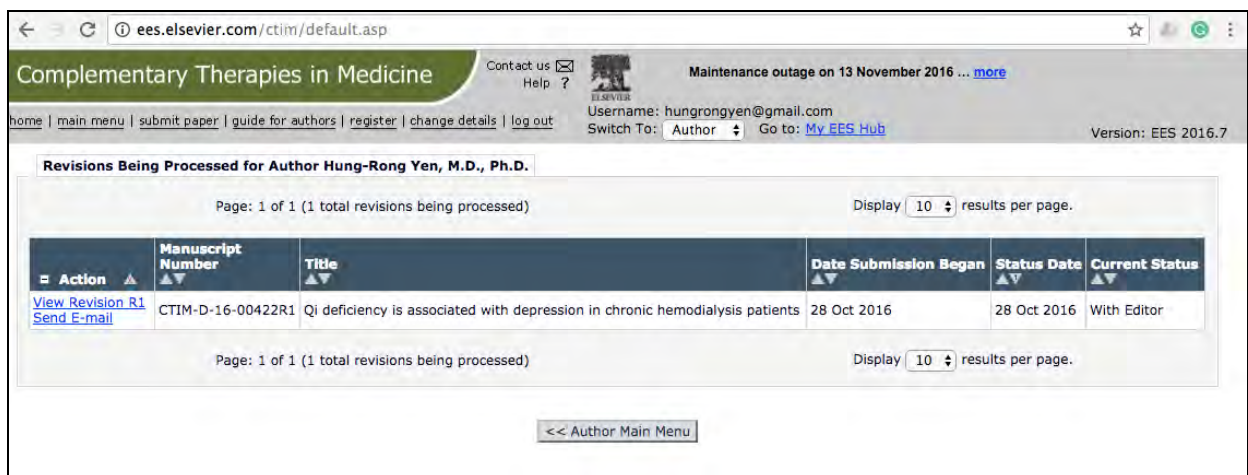
伍、結論與建議

多元化的中醫發展，有助於中醫發揮特色，特別是在老年化的社會，許多病性疾病可以思考如何以中醫介入改善民眾的健康並減少社會的負擔。糖尿病腎病變是國民健康的一個重要議題，也是中醫藥可以發揮特色的一個重要疾病，本計畫透過建置糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制。建構團隊合作照護模式，可提供糖尿病腎病變病患者一種全方位的中醫治療照護模式，有助於改善患者的疼痛嚴重程度。而藉由糖尿病腎病變病患之中醫日間照護模式，提供中醫受訓學員良好的中醫臨床訓練環境，從課室核心課程學習與臨床實際操作獲得糖尿病腎病變病患之中醫日間照護經驗，透過這樣的學習，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行，更可強化中醫師臨床訓練制度，增進我國中醫國際競爭力。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW105-CMAP-M-114-000108 提供經費贊助與專家意見指導，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

相關研究成果包括一篇橫斷式研究『Qi deficiency is associated with depression in chronic hemodialysis patients』目前已經投稿至『Complementary Therapies in Medicine』國際學術期刊雜誌審稿中，其他研究成果陸續整理中，預計將發表在國際學術期刊。



ees.elsevier.com/ctim/default.asp

Complementary Therapies in Medicine

Contact us Help ? Maintenance outage on 13 November 2016 ... more

home | main menu | submit paper | guide for authors | register | change details | log out

Username: hungrongyen@gmail.com

Switch To: Author Go to: My EES Hub

Version: EES 2016.7

Revisions Being Processed for Author Hung-Rong Yen, M.D., Ph.D.

Page: 1 of 1 (1 total revisions being processed) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Date Submission Began	Status Date	Current Status
View Revision R1 Send E-mail	CTIM-D-16-00422R1	Qi deficiency is associated with depression in chronic hemodialysis patients	28 Oct 2016	28 Oct 2016	With Editor

Page: 1 of 1 (1 total revisions being processed) Display 10 results per page.

<< Author Main Menu

陸、參考文獻

1. Yang, W. C., Hwang, S. J., Chiang, S. S., Chen, H. F., & Tsai, S. T. (2001). The impact of diabetes on economic costs in dialysis patients: experiences in Taiwan. *Diabetes Res Clin Pract*, *54 Suppl 1*, S47-54.
2. DeFronzo, R. A. (1988). Lilly lecture 1987. The triumvirate: beta-cell, muscle, liver. A collusion responsible for NIDDM. *Diabetes*, *37*(6), 667-687.
3. Paterno, J. C., Bergamaschi, C. T., Campos, R. R., Higa, E. M., Soares, M. F., Schor, N., . . . Teixeira, V. P. (2012). Electroacupuncture and moxibustion decrease renal sympathetic nerve activity and retard progression of renal disease in rats. *Kidney Blood Press Res*, *35*(5), 355-364. doi: 10.1159/000336095
4. Lecoultre, V., Peterson, C. M., Covington, J. D., Ebenezer, P. J., Frost, E. A., Schwarz, J. M., & Ravussin, E. (2013). Ten nights of moderate hypoxia improves insulin sensitivity in obese humans. *Diabetes Care*, *36*(12), e197-198. doi: 10.2337/dc13-1350
5. Parving, H. H., Lewis, J. B., Ravid, M., Remuzzi, G., & Hunsicker, L. G. (2006). Prevalence and risk factors for microalbuminuria in a referred cohort of type II diabetic patients: a global perspective. *Kidney Int*, *69*(11), 2057-2063. doi: 10.1038/sj.ki.5000377
6. Amos, A. F., McCarty, D. J., & Zimmet, P. (1997). The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med*, *14 Suppl 5*, S1-85.
7. van der Velde, M., Matsushita, K., Coresh, J., Astor, B. C., Woodward, M., Levey, A., . . . Manley, T. (2011). Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts. *Kidney Int*, *79*(12), 1341-1352. doi: 10.1038/ki.2010.536
8. Gansevoort, R. T., Matsushita, K., van der Velde, M., Astor, B. C., Woodward, M., Levey, A. S., . . . Coresh, J. (2011). Lower estimated GFR and higher albuminuria are associated with adverse kidney outcomes. A collaborative meta-analysis of general and high-risk population cohorts.

Kidney Int, 80(1), 93-104. doi: 10.1038/ki.2010.531

9. Haffner, S. M., Lehto, S., Ronnema, T., Pyorala, K., & Laakso, M. (1998). Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*, 339(4), 229-234. doi: 10.1056/nejm199807233390404
10. Gaede, P., Lund-Andersen, H., Parving, H. H., & Pedersen, O. (2008). Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 358(6), 580-591. doi: 10.1056/NEJMoa0706245
11. Effects of dietary protein restriction on the progression of moderate renal disease in the Modification of Diet in Renal Disease Study. (1996). *J Am Soc Nephrol*, 7(12), 2616-2626.
12. Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 78(2), 252-257.
13. Markell, M. S. (2005). Potential benefits of complementary medicine modalities in patients with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*, 12(3), 292-299.
14. Zhang, L., Li, Y., Guo, X., May, B. H., Xue, C. C., Yang, L., & Liu, X. (2014). Text mining of the classical medical literature for medicines that show potential in diabetic nephropathy. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, 189125. doi: 10.1155/2014/189125
15. Tsai, C. I., Su, Y. C., Lin, S. Y., Lee, I. T., Lee, C. H., & Li, T. C. (2014). Reduced health-related quality of life in body constitutions of yin-xu, and yang-xu, stasis in patients with type 2 diabetes: taichung diabetic body constitution study. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, 309403. doi: 10.1155/2014/309403
16. Huang, K. C., Chen, C. C., Su, Y. C., Lin, J. S., Chang, C. T., Wang, T. Y., . . . Tsai, F. J. (2014). The Relationship between Stasis-Stagnation Constitution and Peripheral Arterial Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, 903798. doi: 10.1155/2014/903798
17. Tsai, C. I., Li, T. C., Chang, M. H., Lin, S. Y., Lee, I. T., Lee, C. H., . . . Su, Y. C. (2013). Chinese Medicinal Formula (MHGWT) for Relieving Diabetic Neuropathic Pain: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial.

- Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 767498. doi: 10.1155/2013/767498
18. Li, M., Wang, W., Xue, J., Gu, Y., & Lin, S. (2011). Meta-analysis of the clinical value of *Astragalus membranaceus* in diabetic nephropathy. *J Ethnopharmacol*, 133(2), 412-419. doi: 10.1016/j.jep.2010.10.012
 19. Wang, B., Ni, Q., Wang, X., & Lin, L. (2012). Meta-analysis of the clinical effect of ligustrazine on diabetic nephropathy. *Am J Chin Med*, 40(1), 25-37. doi: 10.1142/s0192415x12500036
 20. Poon, T. Y., Ong, K. L., & Cheung, B. M. (2011). Review of the effects of the traditional Chinese medicine *Rehmannia Six Formula* on diabetes mellitus and its complications. *J Diabetes*, 3(3), 184-200. doi: 10.1111/j.1753-0407.2011.00130.x
 21. 王子源. 1991. 濟生腎氣丸對糖尿病併發慢性腎功能不全病人的療效評估:使用雙盲,對照組試驗法; A double blind, placebo-controlled study of The Effect of Jisheng Shengi Wan on Diabetic Patients with Chronic Renal insufficiency.
 22. Hsu, P. C., Tsai, Y. T., Lai, J. N., Wu, C. T., Lin, S. K., & Huang, C. Y. (2014). Integrating traditional Chinese medicine healthcare into diabetes care by reducing the risk of developing kidney failure among type 2 diabetic patients: a population-based case control study. *J Ethnopharmacol*, 156, 358-364. doi: 10.1016/j.jep.2014.08.029
 23. Lin, M. Y., Chiu, Y. W., Chang, J. S., Lin, H. L., Lee, C. T., Chiu, G. F., . . . Hwang, S. J. (2015). Association of prescribed Chinese herbal medicine use with risk of end-stage renal disease in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int*. doi: 10.1038/ki.2015.226
 24. Tong, Y., Guo, H., & Han, B. (2010). Fifteen-day acupuncture treatment relieves diabetic peripheral neuropathy. *J Acupunct Meridian Stud*, 3(2), 95-103. doi: 10.1016/s2005-2901(10)60018-0
 25. Garrow, A. P., Xing, M., Vere, J., Verrall, B., Wang, L., & Jude, E. B. (2014). Role of acupuncture in the management of diabetic painful neuropathy (DPN): a pilot RCT. *Acupunct Med*, 32(3), 242-249. doi: 10.1136/acupmed-2013-010495

26. Lee, S., Kim, J. H., Shin, K. M., Kim, J. E., Kim, T. H., Kang, K. W., . . . Choi, S. M. (2013). Electroacupuncture to treat painful diabetic neuropathy: study protocol for a three-armed, randomized, controlled pilot trial. *Trials*, *14*, 225. doi: 10.1186/1745-6215-14-225

柒、附件

附件一、護理衛教單

【糖尿病腎病變中醫照護-針灸篇】

針灸是其藉由針刺或艾灸透過人體經絡、穴道,調整氣血、導引疏通,達到緩解、復健的效果。

做針灸治療時,應注意哪些事情呢?

✓ 治療中:

1. 身體應放鬆,不要隨便移動身體或改變姿勢,以免造成疼痛及危險。
2. 如有不適:如頭昏、噁心、出冷汗、心悸、口乾、眼前發花、呼吸短促困難等現象,是暈針的前兆,請立即告訴醫護人員處理。

✓ 治療後:

1. 取針後,不要揉針孔,以免造成瘀血或出血。針灸後,如有皮下出血或青腫瘀血等現象,勿須緊張,它會自動吸收或消失。
2. 針灸後部位若仍有痠、麻、腫、脹的遺針感,可能會存留好幾個小時,甚至到 1-2 天,此乃正常現象,不必驚慌。

【糖尿病腎病變中醫照護-針灸篇】認知評值表

作答說明:此為是非題,您認為正確的請於前方 () 內打“○”,

您認為不正確的請於前方 () 內打“×”,謝謝您!

1. () 針灸後部位有痠、麻、腫、脹的針感,此乃正常現象,不必驚慌。
2. () 暈針的前兆包括頭昏、噁心、出冷汗、心悸、口乾、眼前發花、呼吸短促困難等現象,應立即告訴醫護人員處理。
3. () 針灸是其藉由針刺或艾灸透過人體經絡、穴道,調整氣血、導引疏通,達到緩解、復健的效果。

患者/家屬簽名:

日期:

【糖尿病腎病變中醫照護-疾病篇】

糖尿病腎病變是目前已開發國家造成末期腎病變(end-stage renal disease, ESRD)的主因，約 20%至 40%糖尿病患者會產生糖尿病腎病變，佔接受透析病人的四十%。台灣盛行率為全世界前兩名，ESRD 在台灣每年佔洗腎病患的三分之一。

糖尿病主要是因為身體內對於醣類代謝異常所引發的一連串生理障礙，由於體內轉化功能異常及代謝廢物累積，造成高血脂症、冠心病及動脈硬化症等，也會使眼睛、腎臟、血管及神經系統發生可怕的併發症，出現視力模糊，手麻腳麻等臨床症狀，甚至提高腦中風、心血管疾病風險。

長期血糖控制不佳，會對腎臟造成不可逆的傷害。慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）為出現腎臟損害或腎絲球濾過率 $<60\text{ml/min per }1.73\text{m}^2$ 超過三個月以上者。臨床上將慢性腎衰竭分為五期。第一、二期通常是沒有臨床症狀，到了第三期 GFR 小於 60ml/min 時，許多臨床症狀才會逐漸表現出來，病情較嚴重的第四期或第五期慢性腎臟病，容易有『泡水高貧倦』五種症狀，如泡泡尿、水腫、血壓偏高的症狀、貧血、面色蒼白、疲倦，或是合併有尿毒症或不明原因的皮膚癢。

糖尿病治療的目標不僅是降低血糖的數值，更需要進一步改善身體不適、血液循環、代謝異常，降低血脂值及改善糖化血色素值，方能避免日後的併發症，治療才算是完成。

【糖尿病腎病變中醫照護-疾病篇】 認知評值表

作答說明：此為是非題，您認為正確的請於前方（ ）內打“○”，

您認為不正確的請於前方（ ）內打“×”，謝謝您！

1. （ ）長期血糖控制不佳，會對大/小血管產生傷害，提高心血疾病或是腦中風的風險。
2. （ ）慢性腎衰竭分為七期。
3. （ ）慢性腎臟病的患者需控制血糖、血壓、戒煙、戒酒、降低尿酸、血脂、膽固醇。

患者/家屬簽名：

日期：

【糖尿病腎病變中醫照護-護理篇】

治療糖尿病相關併發症最基本且有效方法，就是良好控制血糖。糖尿病期愈久，神經、血管病變機會愈大。控制醣化血色素 $<7\%$ ，血壓控制 $130/80\text{mmHg}$ 。痛風患者應控制尿酸。不濫用止痛藥及來路不明藥物，不聽信偏方草藥，不輕易聽信廣告成藥的藥效

✓ 適度運動：

維持每週至少運動三次，如打打太極拳、作作甩手功，每次30分，除可防止骨質疏鬆外，並可減緩及防止血管硬化，更可保持免疫力。控制體重(BMI:18.5~23.9)，戒菸及不酗酒、不熬夜，注意保暖。

✓ 均衡飲食為原則：

酒類及過多的麵食類（如麵包、饅頭、包子、麵條、油條、餅乾等）容易造成身體內高血糖狀態，這兩類食物要適度減少。平日不需要大補特補，避免大魚大肉，忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷，飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。

✓ 適量飲用溫熱開水、勿憋尿：

患者體內容易出現血液濃縮狀態，多喝溫水能夠避免這個現象。若是長期喝冰水的話，容易造成腸胃機能不佳，氣機失常，容易加重便秘腹脹、腹瀉、陽萎、對冷熱感覺差，另外造成手腳無力酸麻刺痛。

✓ 睡前檢查腳底是否有傷口

【糖尿病腎病變中醫照護-護理篇】認知評值表

作答說明：此為是非題，您認為正確的請於前方（ ）內打“○”，

您認為不正確的請於前方（ ）內打“×”，謝謝您！

1. () 治療糖尿病併發症最基本且有效方法，就是良好控制血糖。
2. () 飲食宜營養豐富而清淡易消化，不需要大補特補。
3. () 注意足部的護理照顧，每晚睡前一定要好好檢查腳底是否有傷口。

患者/家屬簽名：

日期：

【糖尿病腎病變中醫照護-穴位篇】

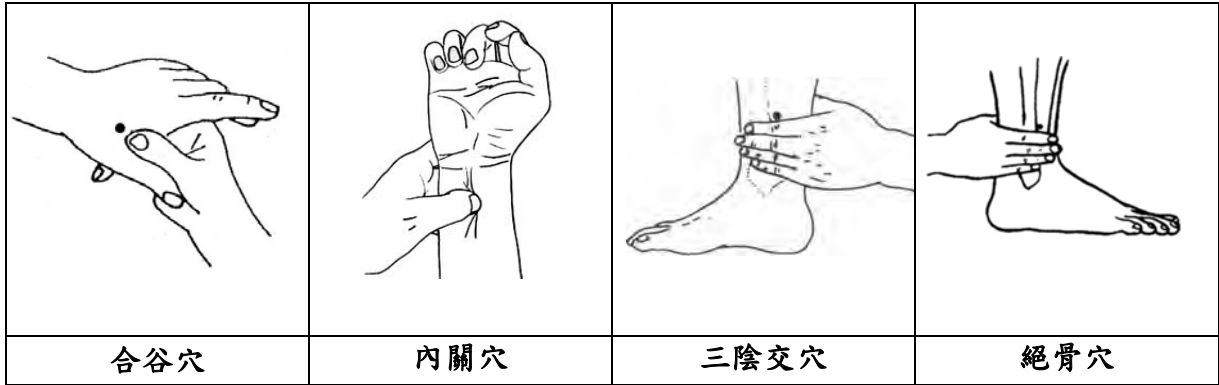
穴位推拿又稱按摩、按蹻，為中醫傳統外治方法，根據《黃帝內經》「內病外治，上病下取」的治療原則，利用不同的手法，沿循經絡，以刺激頭面部四肢的經絡腧穴，通過體表溫度及相應穴位刺激，依中醫理論配穴，加強臟腑間協調性，達成陰陽平衡、營衛調和、改善血液循環。

✓ 什麼時候不適合按摩？

1. 局部皮膚有受損或是皮膚病時
2. 飯後 30 分鐘內
3. 按摩過程中出現異常疲倦感，則代表刺激力道過強

操作方法：

每穴揉 36 次，每步驟操作時間以 3-5 分鐘為限，整體按摩時間以 15 分鐘結束。



【糖尿病腎病變中醫照護-穴位篇】 認知評值表

作答說明：此為是非題，您認為正確的請於前方 () 內打“○”，

您認為不正確的請於前方 () 內打“×”，謝謝您！

1. () 穴位推拿按摩的目的是益氣養血，改善血液循環。
2. () 按摩前可先在塗抹一些按摩油或乳液，減少皮膚接觸的摩擦力。
3. () 按摩時不必取下，手錶、戒指等飾品。
4. () 局部皮膚有受損或是皮膚病不適合穴位推拿按摩。
5. () 穴位按摩中力道越強效果越好。

患者/家屬簽名：

日期：

【糖尿病腎病變中醫照護-音樂篇】

中醫論理系統中，情緒變化如喜怒哀樂是發生疾病的原因，音樂可以感染、調理情緒，進而影響身體。五音分屬五行，五臟可以影響五音，五音可以調節五臟。在聆聽中讓曲調與情志、臟腑之氣產生共鳴，達到鼓動血脈、通暢精神和心脈的作用。“當音樂振動與人體內的生理振動(心率、心律、呼吸、血壓、脈搏等)相吻合時，就會產生生理共振、共鳴。”這就是“中醫音樂療法”的現代醫學理論基礎。

黃帝內經有「怒傷肝、喜傷心、思傷脾、憂傷肺、恐傷腎」的記載。而音樂療法是可改變情緒，減輕症狀的有效中醫治療方式，使病人處於特定的音樂中，宣調氣血以達養生治病的功效。

五音《宮、商、角、徵、羽》各有其旋律、節奏、節拍、速度、力度、音區、音色、和聲、複調、調式、調性，可影響人的情志及臟腑機能，故選用不同的音樂，會有不同的治療作用。

1. 宮樂（脾）：協調腸胃機能，補益氣血
2. 商樂（肺）：收斂肺氣，改善呼吸道症狀。
3. 角樂（肝）：促進全身氣機的生提，改善疲倦、情緒低落。
4. 徵樂（心）：促進全身血液循環，振奮精神。
5. 羽樂（腎）：促進全身氣機的下降，調節腎與膀胱的功能，兼具寧心安神。

播放音樂時，須注意控制音量以適合自己聽到為宜，注意情緒，若覺得不舒服可暫停治療。舒服地聆聽音樂治療避免外界的干擾。至少聆聽音樂治療十五至二十分鐘。

【糖尿病腎病變中醫照護-音樂篇】認知評值表答案卷

作答說明：此為是非題，您認為正確的請於前方（ ）內打“○”，

您認為不正確的請於前方（ ）內打“×”，謝謝您！

1. () 播放音樂時，須注意控制音量以適合自己聽到為宜。
2. () 音樂療法是可改變情緒，減輕症狀的有效中醫治療方式，使病人處於特定的傳統音樂中，宣調氣血以達養生治病的功效。

家屬簽名：

日期：

附件二、核心課程教學活動表

中國醫藥大學附設醫院一百零四年度中醫部核心課程教學活動總表				
科別	日期	時間	地點	教學活動內容
中醫部	6月24日	17:00-18:00(五)	2E	子宮內膜異位症
中醫部	6月16日	17:00-18:00(四)	2E	中醫病歷寫作教學
中醫部	6月17日	17:00-18:00(五)	2E	中醫四診教學—望診/舌診
中醫部	6月29日	12:30-13:30(三)	2E	中醫四診教學—切診/脈診
中醫部	6月30日	12:30-13:30(四)	2E	中醫傷科常見疾病的診療
中醫部	7月4日	12:30-13:30(一)	2E	中醫四診教學—切診/腹診
中醫部	7月1日	17:00-18:00(五)	2E	附設120方臨床方劑教學(一)
中醫部	7月25日	17:00-18:00(一)	2E	四診教學聞診及臟腑病機四大要素
中醫部	7月12日	17:00-18:00(二)	2E	更年期調理
中醫部	7月22日	17:00-18:00(五)	2E	附設120方臨床方劑教學(三)
中醫部	7月19日	17:00-18:00(二)	2E	附設120方臨床方劑教學(二)
中醫部	7月26日	17:00-18:00(二)	2E	腎病講座
中醫部	7月27日	17:00-18:00(三)	2E	董氏奇穴
中醫部	8月2日	17:30-18:30(二)	2E	傷科影像學判讀
中醫部	8月4日	12:30-13:30(四)	2E	中醫四診教學—問診
中醫部	8月19日	17:00-18:00(五)	2E	常見耳鼻喉科疾病的中西醫診治
中醫部	8月12日	17:00-18:00(五)	2E	針灸的臨床適應症
中醫部	9月30日	17:30-18:30(五)	2E	小兒腦性麻痺
中醫部	9月7日	12:00-13:00(三)	2E	傷科基本理學檢查
中醫部	8月16日	17:00-18:00(二)	2E	NIHSS、巴氏量表
中醫部	8月26日	17:30-18:30(五)	2E	軟組織疼痛的針刺技巧與臨床應用
中醫部	8月30日	17:00-18:00(二)	2E	腎病講座
中醫部	9月2日	17:00-18:00(五)	2E	lab data 判讀
中醫部	9月5日	17:00-18:00(五)	2E	腎泌尿疾病
中醫部	9月14日	17:30-18:30(三)	2E	中醫四診教學—問診
中醫部	9月20日	17:00~18:00(二)	2E	腎病講座
中醫部	9月23日	17:00-18:00(五)	2E	易經淺談
中醫部	9月28日	17:00-18:00(三)	2E	小兒生理與病理
中醫部	10月4日	17:00-18:00(二)	2E	心血管疾病
中醫部	10月7日	17:00-18:00(五)	2E	神經科疾病
中醫部	10月14日	17:00-18:00(五)	2E	神經系統檢查
中醫部	10月18日	17:00~18:00(二)	2E	腎病講座
中醫部	10月21日	17:00-18:00(五)	2E	糖尿病的中西醫診治
中醫部	10月28日	17:00-18:00(五)	2E	常見皮膚病的中西醫診治I
中醫部	11月7日	17:00-18:00(一)	2E	常見皮膚病的中西醫診治II
中醫部	11月14日	17:30-18:30(一)	2E	兒童青少年成長發育
中醫部	11月15日	12:20-13:20	3E	肝膽疾病
中醫部	11月18日	17:00-18:00(五)	2E	產後調理
中醫部	11月22日	17:00~18:00(二)	2E	腎病講座
中醫部	11月23日	17:30-18:30(三)	2E	小兒氣喘
中醫部	11月25日	17:00-18:00(五)	2E	易經解析
中醫部	11月28日	17:00-18:00(一)	2E	妥瑞氏症
中醫部	12月2日	17:00-18:00(五)	2E	呼吸道過敏症
中醫部	12月6日	17:00-18:00(二)	2E	血液腫瘤科疾病
中醫部	12月16日	17:00-18:00(五)	2E	兒童癲癇的中藥治療
中醫部	12月8日	12:00-13:00(四)	2E	乳房疾病的中醫臨床診治
中醫部	12月20日	17:00~18:00	2E	腎病講座
中醫部	12月23日	17:00-18:00(五)	2E	月經週期療法與基礎體溫
中醫部	12月27日	17:00-18:00(二)	2E	糖尿病併發症的中醫治療
中醫部	1月6日	17:00-18:00(五)	2E	失眠
中醫部	1月9日	17:00-18:00(二)	2E	腸胃疾患的中醫診治
中醫部	1月13日	17:00-18:00(五)	2E	安胎及孕期調理
中醫部	1月20日	17:00-18:00(五)	2E	風濕免疫科疾病
中醫部	2月10日	12:00-13:00(五)	2E	針灸治療層次
中醫部	2月17日	17:00-18:00(五)	2E	針治五官科疾病
中醫部	2月24日	17:00-18:00(五)	2E	不會來台中門診
中醫部	3月3日	17:00-18:00(五)	2E	肌筋膜板機點與經穴
中醫部	3月10日	17:00-18:00(五)	2E	不孕症
中醫部	3月17日	17:00-18:00(五)	2E	乾燥症
中醫部	3月24日	17:00-18:00(五)	2E	中醫傷科常見疾病的診療
中醫部	3月29日	17:00-18:00(三)	2E	腫瘤後遺症之針灸治療
中醫部	4月5日	12:00-13:00(三)	2E	中醫兒科的基礎脈學
中醫部	4月12日	17:00-18:00(三)	2E	乾眼症的治療(新增)
中醫部	4月17日	17:00-18:00(一)	2E	感冒證治
中醫部	4月21日	17:00-18:00(五)	2E	疾病三角

主持人	參與者	值日生	會議紀錄上傳
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA1、MA2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA3、MA4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA5、MA6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PA1、PA2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME3、ME4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PA3、PA4	準備診療床和診療枕
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA7、MA8	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB1、MB2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB3、MB4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB5、MB6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB7、MB8	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	另排	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PB1、PB2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PB3、PB4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC1、MC2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC3、MC4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC5、MC6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC7、MC8	另外安排時間補課9/30
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PC1、PC2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PC3、PC4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD1、MD2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	另排	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD3、MD4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD5、MD6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC1、MC2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	另排	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PD2、PD3	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PD4、PD5	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME1、ME2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME5、ME6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME7、PE1	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	另排	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PE4、PE5	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA1、MA2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA3、MA4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA5、MA6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PE2、PE3	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MA7、MA8	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	另排	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD7、PD1	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PA1、PA2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PA3、PA4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB1、MB2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB3、MB4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB5、MB6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MB7、MB8	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	另排	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME1、ME2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME3、ME4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME5、ME6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	ME7、PE1	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PB1、PB2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PB3、PB4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC1、MC2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC3、MC4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC5、MC6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MC7、MC8	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PC1、PC2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PC3、PC4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD1、MD2	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD3、MD4	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD5、MD6	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	MD7、PD1	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PD2、PD3	
教學總醫師	中醫部住院醫師暨實習醫師	PD4、PD5	

附件四、操作技能直接觀察評估

中醫傷科臨床技能實作與評量(DOPS)

	實施日期: ___年___月___日
	實施地點: _____
學員姓名: _____	
教師姓名: _____ <input type="checkbox"/> 科主任 <input type="checkbox"/> 主治醫師 <input type="checkbox"/> 總醫師 <input type="checkbox"/> 其它	
評量技能: <input type="checkbox"/> 理學檢查 <input type="checkbox"/> 包紮技巧 <input type="checkbox"/> 理筋手法 <input type="checkbox"/> 其它_____	
學員執行臨床技能次數: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >4	
技巧複雜度: <input type="checkbox"/> 低度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	

1. 對該臨床技能之適應性，相關解剖結構的了解及步驟之熟練度
評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

2. 詳細告知病人並取得同意

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

3. 能正確地做理學檢查

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

4. 能正確為病人操作理筋手法(包括:骨折整復...)

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

5. 能正確包紮(夾板製作及外固定)

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

6. 能正確中藥外敷(傷口換藥)

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

7. 能正確為病人做治療姿勢擺位:

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

8. 能正確地判斷受傷姿勢體位及受傷位置

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

9. 適當的做衛教，教導病人如何鍛鍊

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

10. 與病人溝通之技巧

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

11. 顧及病人感受/專業素養

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

12. 執行臨床技能之整體表現

評量結果

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 未評估
有待加強	合乎標準	優良	

教師回饋意見：

--

學員：_____

教師：_____

附件五、實際門診病例寫作要點

病例報告格式及病歷寫作要點

病歷要寫清楚，以方便醫師就算沒有看到病人時，也能全盤瞭解，但不要造假。

一、基本資料：姓名、性別、年齡、職業、婚姻、病歷號碼、籍貫、初診日期、問診日期。

這部分相信大家都非常清楚！我們要確定病人的基本資料才方便做病歷管理。年齡、職業、婚姻會和一些流行病學的資料有關係。

二、主訴：主要就醫的症狀 + 時間（什麼症狀，多久了）

例：經行小腹刺痛已二年。

如果有一個以上的症狀，則依時間遠近排列。

例：發燒惡寒一週，咳嗽三天。

如果兩個症狀不相干，則分兩段書寫。

例：難入睡已一個月。

左側腰酸痛已三天。

此部分不可出現診斷名詞，如『心臟衰竭一年』。

字數精簡，最好不超過 20 個字。

1. 主訴：就是要看其就醫的主要症狀加上時間。

2. 此部分不可出現診斷名詞(感冒)。

若病人告訴你一堆症狀(這裡痛、那裡痛)，那就問其最不舒服者，否則也只取一兩點作為主訴，不然不易抓到診斷重點。

若病人告訴你的是診斷名詞(如她心臟衰竭)，你要詢問的是其症狀(如心悸)，要像偵探一樣找尋有用的線索，做好 differential diagnosis。如果病人說什麼，你都完全相信，沒有什麼鑑別診斷的能力，最後可能就這樣誤導了治療方向。

三、現病史：根據主訴描寫發病及治療經過

(一) 起病情況：何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。(以 LQQOPERA 描述主訴症狀)

(二) 病情的發展與變化。(按時間次序描述)

(三) 曾否到過別家醫院就診，作過那些檢查，診斷為何？

(四) 治療經過，曾用藥物，劑量，使用多久及療效。

(五) 為何求診於中醫？

現病史：即是將主訴的症狀更清楚地描述其來龍去脈，以便我們追朔其起病之原因。

關於起病情況：除了問其 3 個 W (When, How, Why)，還要問其緩解及誘發因素(如喝熱開水減輕，而吃冰則加重)。

關於病情的發展與變化：應繞著主訴而按著時間次序描述。

關於其是否到過其他醫院作診斷：如果病人告訴你的是不確定的診斷，你可以寫“疑似”(如疑似二兼辦脫垂)。

關於其是否曾用藥物：問到才寫，不要臆測(如高血壓病人若不清楚吃什麼種西藥，你只需描述“吃高血壓西藥”就好了)。

關於其為何求診於中醫：如想改善化療的副作用。

四、個人史：居住環境，工作情況，抽菸喝酒，過敏史，飲食嗜好(素食、冷飲、咖啡、辛辣、油炸、蔬菜等)。

五、過去病史：曾罹患的疾病 + 時間 + 治療情況。

過去病史就是與現病史不直接相關的疾病(如過敏性鼻炎患者有高血壓的病史)。

六、家族史：如高血壓、糖尿病，或其他與本病相關之病史。

七、診察：中醫四診

望診：

(一)整體：意識，精神，形体與姿態，面色，皮膚

(二)局部情況：局部病變無論在何部位，均應仔細察看。

(三)望排泄物

(四)舌診：舌質(舌色、舌形、舌態等)、舌苔(苔色、苔質)、舌下絡脈

望診中最重要重點就在舌診，其中除了舌質、舌苔、舌下絡脈外，還要看有無津液，而舌色我們可試著鑑別看看，不要怕錯，要多練習，多請教學長姐。

聞診：包括聽聲音及聞味道

(一)語音，呼吸，咳嗽等

聽其聲音是否嘶啞或有力無力、呼吸氣粗或氣微、咳聲重濁或清高等。

(二)口氣，排泄物氣味

是否有口臭、咳痰是否腥臭、大便穢臭或酸臭等。

問診：要記錄症狀之時序與動態變化以利病機之推演

*依系統性、從頭到足的順序問。全身、情志、睡眠、頭項、五官、胸部、

腹部、二便、腰背、四肢、生殖，依次序加以記錄。

問診是四診中最重要、最重要的重點，可用十問來問，或從頭到腳的順序來問進行問診。

其中男醫師不要不好意思問女性的經帶胎產。這是醫師的專業，只要我們誠懇、認真，以專業的態度診治病人，自然會獲得信任。換句話說，醫師態度如果扭扭捏捏，反而會讓病人感到不自然。

請注意！患者沒有的症狀也要列出：

紀錄下來人家就知道你有沒有問。

可作為鑑別診斷用。可用 negative finding 來 rule out 一些不適當的診斷。

最後有人問到二便的味道是聞診、還是問診？倘若病人拿一包給你聞，就是聞診了，但是二便大都是列在問診。

(一) 全身：

1. 有無怕熱、怕冷、發熱惡寒
2. 有汗、無汗
3. 有無倦怠、身重

何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

(二) 情志：是否感覺壓力大，是否容易緊張、易怒、易煩躁、易驚、是否情緒低落等。

若懷疑某些症狀和情緒相關，就要問清楚情緒對這些症狀有無加重、誘發或緩解的作用

(三) 睡眠：失眠或嗜睡，入睡難易，睡眠深淺，是否多夢等要詢問患病的時間，是否服用藥物，是否有加重因子等。

(四) 頭項：頭暈、眩暈、痛重、頭項不適等。

何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

(五) 五官：

1. 眼：目癢、目糊、目汨、目乾澀。
2. 耳：耳痛、耳聾、重聽、耳鳴、耳鳴。
3. 鼻：鼻塞、鼻流涕、鼻癢、鼻乾、鼻熱。
4. 口：口乾、口苦、口臭、口中的異常味覺和氣味、喜冷或熱飲、口瘡舌瘡等。

5. 咽：咽乾、咽痛、咽癢。
6. 若懷疑上述症狀和這次就診目的有關，要問清楚症狀發生的時間。

(六) 胸部：胸悶、胸痛、胸脅不舒、喘、咳嗽、痰、短氣、少氣等。

何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

(七) 腹部：

1. 腹部不適：疼痛、腹脹、胃脘灼熱感等。

2. 食慾、食量、受納、噁心嘔吐、泛酸、噯氣、呃逆等

何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

(八) 二便：

1. 大便：排便的次數、時間、氣味、顏色、特性、排便時肛門異常感覺及伴隨症狀。

2. 小便—小便的色、量、次數及排尿時的異常情況

若懷疑二便的變化和病人的病因有相關，就要在這個部分詳細問診。

(九) 腰背：背痛、背冷、背熱、脊痛、腰痠、腰冷重、腰痛、腰膝無力、尾閭痛。

何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

(十) 四肢：疼痛、麻木、無力、瘦削、腫脹、強直、拘急、抽搐、舞蹈、筋惕肉潤、震顫(部位)、手足厥冷、手足心熱

何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

(十一) 生殖：

女性：月經、白帶、胎產

1. 月經—初潮年齡，月經周期，行經天數，月經的量、色、質和伴隨症狀，末次月經日期或停經年齡。

2. 白帶—時間、色、性狀、氣味的變化。

3. 胎產—G P SA AA，懷孕期間有何疾病，子女健康情況；妊娠有無腰酸；產後惡露情況等。

男性：陽萎、早泄、滑精、夢遺等。

(十二) 小兒患者：除問清一般病情外，尚須注意出生以前及出生時的情況；曾否出麻疹、水痘，預防接種，學語、學行遲早，有無受過驚恐。

※患者“沒有”(negative finding)之症狀，如果是鑑別診斷之要點，也要列出。

切診：包括診脈及按診。

若按不出個所以然來，仍然要試著去描述紀錄，看是否可作為理法方藥分析的依據。

(一)脈診：左：寸，關，尺

右：寸，關，尺

常見脈象：

1. 按脈位深淺，常見有浮脈、沉脈
2. 按脈率快慢，常見有遲脈（一息不足四至）、緩脈（一息四至）、數脈（一息五至以上）。
3. 按脈的強弱及大小分，常見有洪脈、大脈、微脈、細脈。
4. 按脈的形象分，常見有滑脈、澀脈、弦脈、緊脈
5. 按脈的節律分，常見有結脈（緩而時止）、促脈（數而時止）、代脈（止有定數）。異常脈象常相兼出現。

(二)按診：

1. 腹痛喜按或拒按？按之軟或硬？
2. 下肢浮腫按之凹陷與否？
3. 患處觸診有無異常？

一般來說，不要忘記幫病患在有症狀的部位進行按壓。

理學檢查

偏西醫之檢查，可參照 admission note 之 systemic review。

(一) 整體狀況(General appearance)

(二) 意識狀況(Mental state)

(三) 生命徵象(Vital signs)：血壓，體溫，呼吸頻率，脈搏頻率

(四) 血液灌流情況(Perfusion)

(五) 氧合狀態(Oxygenation)

(六) 頭部檢查，頸部檢查，胸部檢查，心臟檢查，腹部檢查，四肢檢查，泌尿生殖器官檢查，神經檢查。

一般來說，前五個項目是很重要的，可以迅速判定病人目前的狀況是否緊急。

八、實驗室檢查及特殊檢查：(包括脈波、舌診、影像)

和疾病相關的報告，或近來可能對病患造成影響的異常的檢驗數值。

九、整體回顧：將患者症狀及檢查所見之重點加以整理歸納，作一綜合性的簡要陳述。

注意！整體回顧的目的是在整理所有的思緒，包括症狀和徵候，要將可作為鑑別診斷的項目列出，不是只有貼現病史、四診和檢驗報告而已，還有如果有 negative finding 也要提出，可作為辨證論治的依據。

十、時序圖

十一、理法方藥分析

(一)臟腑病機四大要素

病因：疾病發生的原因分：外因—外感六淫邪氣入侵；內因—情志或臟腑生理功能失調所產生的內六淫病變；不內外因—生活所傷包括飲食、勞倦、房勞及意外傷害等。

病位：以藏象學說臟氣或腑氣為主，解剖學的內臟器官為輔。

病性：指疾病的病理性質，可依主訴與現在病史分析出主證（症狀+徵象）與次證。

病勢：指疾病病證的發展變化趨勢，必需依四診合參的主要脈證進行病因病機推演，確立辨證診斷，治則方藥，簡單講，就是理法方藥分析。

(二)理：主要是在了解醫師相關思考或辨證邏輯形成的相關理論基礎，論述內容包含以下五點：

現代醫學對相關疾病的論述

中醫典籍或歷代著名醫家的論點（古典論述）

模擬教科書的內容

期刊雜誌近代學者基礎與臨床的研究（EBM）

近代老中醫傳承的用藥經驗

(三)病因病機圖

(四)診斷：

1. 中醫診斷：包括病名、證型(定性、定位)。

例如：

(1)外感，證屬風寒在表，夾痰熱阻肺

甚至可分標本來討論：急則治其標，緩則治其本。

(2)痺證：證型是什麼？這包括了定位和定性：

定位是哪一個臟腑---Ex：五臟痺各有其所指

定性是哪一個性質---Ex：風痺、寒痺、濕痺、熱痺、燥痺、風寒濕痺、溼熱痺。

2. 西醫診斷

(五)法（治則）：緊扣診斷訂治則。

在此要將診斷、治則、理法方藥分析環環相扣，以免天馬行空。

(六)方藥：

如主方是加味逍遙散，其用藥便是將組成此方的各個藥寫上去，再依情況加減之，形式以開湯劑為主；若在門診則開科學中藥。

若醫師有強調飲食禁忌，或進行衛教也可寫上去。

注意：藥物分析不要把課本的藥物作用完全照抄，應該把此藥用於此病證狀況的特殊性寫出來，如肉桂可能用來溫補腎陽或引火歸元；防風可能用來解表、開郁或舒肝等或現代相關藥理研究。

十二、追蹤診療記錄：將門診診療之經過印下來（病歷聯）

確實學習有效案例或檢討無效案例

附件六、人體試驗委員會通過許可函



中國醫藥大學附設醫院

CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

台中市北區育德路2號

2 Yude Road, Taichung, 40447, Taiwan (R.O.C.)

TEL: 886-4-22052121

中國醫藥大學暨附設醫院研究倫理委員會

Tel: 886-4-22052121 ext: 1925 Fax: 886-4-2207-1478 台中市北區育德路2號

人體試驗計畫同意書

計畫名稱：建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制

計畫編號/本會編號： /CMUH104-REC3-117

計畫主持人：中醫學系顏宏融助理教授

試驗機構名稱：中國醫藥大學

通過日期：2016年03月17日

計畫有效日期：2017年03月16日

Protocol Version: Version 1, Date: Nov. 11, 2015

Informed Consent Form: Version 2, Date: Feb. 03, 2016

Chinese Synopsis: Version 1, Date: Nov. 11, 2015

English Synopsis: Version 1, Date: Nov. 11, 2015

Questionnaire: Version 1.0, Date: Nov. 11, 2015

依照衛生福利部及 ICH-GCP 規範的規定，臨床試驗每屆滿一年，研究倫理委員會必須定期重新審查。請於有效期限到期二個月前檢送期中報告至本會進行審查。

該計畫任何部分若欲更改，需向研究倫理委員會重新提出申請。計畫主持人對受試者任何具有危險而且未能預期之問題，例如：對藥物、放射性元素或對醫療器材產生不良反應等，需立即向研究倫理委員會主任委員提出書面報告。

主任委員



中華民國一〇五年三月二十四日

The Committee is organized and operates in accordance with ICH6 GCP regulations and guideline.

本委員會組織與運作皆遵守 ICH6 GCP 規定



中國醫藥大學附設醫院

CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

台中市北區育德路2號

2 Yude Road, Taichung, 40447, Taiwan (R.O.C.)

TEL : 886-4-22052121

Research Ethics Committee

China Medical University & Hospital, Taichung, Taiwan

Tel: 886-4-22052121 ext: 1925 Fax: 886-4-2207-1478

Date : Mar. 24, 2016

To : Hong-Rong Yen, Assistant Professor of Chinese Medicine,
China Medical University

From : Cheng-Chieh Lin MD, PhD.
Chairman, Research Ethics Committee

The Research Ethics Committee has recommended the approval of the following documents:

Protocol Title: Establishing the TCM daycare model and teaching mechanism in diabetic nephropathy

Protocol No. / CMUH REC No.: /CMUH104-REC3-117

Research Institute: China Medical University

Protocol Version: Version 1, Date: Nov. 11, 2015

Informed Consent Form: Version 2, Date: Feb. 03, 2016

Chinese Synopsis: Version 1, Date: Nov. 11, 2015

English Synopsis: Version 1, Date: Nov. 11, 2015

Questionnaire: Version 1.0, Date: Nov. 11, 2015

Approval of your research project is, therefore, granted from Mar. 17, 2016 to Mar. 16, 2017, and has determined that human subjects will be at risk.

According to Taiwan government's regulations and ICH-GCP guidelines, by the end of this period you may be asked to inform the Board on the status of your project. If this has not been completed, you may request to send status of progress report two months before the final date for renewed approval.

You are reminded that a change in protocol in this project requires its resubmission to the Board. Also, the principal investigator must report to the Chairman of the Research Ethics Committee promptly, and in writing, any unanticipated problems involving risks to the subjects of others, such as adverse reactions to biological drugs, radio-isotopes or to medical devices.

Cheng-Chieh Lin MD, PhD.
Chairman, Research Ethics Committee
China Medical University & Hospital



The Committee is organized and operates in accordance with ICH6 GCP regulations and guideline.

中醫負責醫師訓練媒合計畫

何永成

中華民國中醫師公會全國聯合會

摘要

為建立中醫臨床訓練制度，提升中醫醫療照護品質，衛生福利部自 103 年正式實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」。實行過程中，由於主訓醫院訓練容額與招收員額之間出現落差，而產生欲接受訓練卻尋無合格訓練場所的情況，為協助解決招收容額不足的問題，自 104 年起設計規劃「中醫負責醫師訓練媒合計畫」，以提供欲參加訓練卻尋無合格訓練場所之中醫師與訓練機構之媒合，協助解決渠等訓練需求。105 年媒合計畫是在 104 年執行成果的基礎上，擴大訓練場所的範圍從主訓醫院延伸到共訓診所，透過專家座談會規劃擬定共訓診所遴選機制，並舉辦共訓診所遴選說明會的方式讓診所瞭解遴選方式，進一步產生合格的遴選名單，相關資訊透過媒合計畫資訊平台，以地理區域分佈的方式呈現。

完成的成果為：

1. 訂定中醫負責醫師訓練共訓診所遴選機制。
2. 辦理中醫負責醫師訓練共訓診所遴選，中醫負責醫師媒合平台公告合格名單。
3. 中醫負責醫師訓練媒合平台呈現主要訓練醫院招收自訓、代訓招收容額及剩餘容額，並將甄選日期及辦法公告於網站，即時掌握醫院時程。
4. 已於 105 年 6 月 26 日北區、105 年 7 月 24 日中區以及 105 年 8 月 28 日南區召開共三場「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合說明會」。
5. 已於 105 年 6 月 26 日北區、105 年 7 月 24 日中區以及 105 年 8 月 28 日南區召開共三場「中醫負責醫師訓練共訓診所遴選說明會」。
6. 於 105 年 6 月 5 日與 105 年 9 月 25 日召開二次專家會議，出席人員包括產、官、學三方相關專業人士。

關鍵詞：中醫負責醫師訓練、受訓醫師、訓練機構、媒合機制

Investigation of the Matchmaking Mechanism for Trainee Seeking Training Institutions in TCM Responsible Physicians Training

HE, YONG-CHENG

National Union of Chinese Medical Doctors' Association,R.O.C

ABSTRACT

In order to develop the Traditional Chinese medicine (TCM) in clinical training system, and improve access to high-quality TCM health care, the Ministry of Health and Welfare has been enforcing formally the program of responsible physicians training of Chinese medicine institution since 2014. In the project implementation process, the gaps have been noticed between the recruitment posts and actual enrollment numbers in the main training institutions; then some TCM physicians have a hard time finding suitable jobs on-site training. To resolve the problem relating to the insufficient amount of recruitment posts, the program of “The matchmaking mechanism for Trainee seeking training institutions in TCM responsible physicians training” has been established in 2014, and was performed a matchmaking mechanism for Trainee seeking training institutions. The 2015 matchmaking plan is based on the implementation of the outcome of the work programme (2014), as the expansion of the scope of training places from the main training hospital extends to co-training clinics. Planning for the development of selection mechanisms for co-training clinics through the expert forums, the selection explanation sessions of co-training clinics will be held to announce the regulations including project selection, planning, training, project implementation etc. This will ensure the selection list of qualified persons. All relevant information at the matchmaking platform could be presented in regional distribution. The results are: (1) To set up a mechanism for the selection of training co-ordination clinics for responsible physician of Chinese medicine. (2) After performing and selecting the training co-ordination clinics, then qualified list will be noticed on the

instrumentality and platform for responsible physician of Chinese medicine. (3) The instrumentality and platform for responsible physician of Chinese medicine would show the recruit capacity of self-training or assistance in training residents , and the remaining capacity. The date and methods for application would also be followed schedule of hospital and posted on the website. (4) The instrumentality symposium on the training physicians and training agencies for responsible physician of Chinese medicine” had been held on June 26 at north district , July 24 at central district , and August 28, 2016 at south district. (5) Symposium on the selection of training co-ordination clinics for responsible physician of Chinese medicine” had been held on June 26 at north district, July 24 at central district, and August 28, 2016 at south district. (6) Two meeting of experts including production, government, and academia related professionals had been held on June 5 and September 25, 2016.

Keywords: TCM physicians responsible for training, Trained physicians, Training institutions, Matchmaking mechanism

壹、前言

我國西醫師臨床訓練制度已行之多年，成熟的訓練制度對提升醫師執業素質與醫療照護品質，頗有助益；而在中醫部分，鑑於教學醫院因營運成本考量不願多招新進中醫師，影響中醫師接受完善訓練之機會，由於缺乏系統性及標準化的臨床訓練制度，影響中醫整體發展甚鉅。因此，為健全中醫師臨床訓練制度，強化我國中醫國際競爭力，行政院衛生署中醫藥委員會於 91 年擬具「建立中醫師臨床訓練制度規劃策略」^[1-2]，朝向建立中醫負責醫師訓練、中醫住院醫師訓練、中醫專科醫師訓練三階段規劃執行，並於 103 年起正式實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，以期建立中醫醫事人員培訓制度，提升中醫醫療照護品質。

一、背景起源及目的

台灣醫療體系為中、西醫併存，中醫理論研究底蘊精華深厚，雖然已建立中醫師培育的高等教育制度，惟多年來，中醫師的臨床訓練環境尚處於師徒傳授、經驗體驗的訓練內涵。隨著科技經濟環境變遷、人類壽命延長，跨國尋求高品質的醫療服務，已成國際潮流。為確保中醫醫療照護品質，檢視具有傳統醫藥服務的國家，我國的中醫醫療體系教育及執業管理制度健全，同時也為全民健康保險提供服務的項目，目前仍具有相當的特色優勢，若能持續精進相關新進中醫師訓練環境與制度，定可發展成為具國際競爭力的國際醫療強項。「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」根基於中醫人才訓練環境的健全基礎，擬透過強化充實教學醫院軟硬體教學環境與資源，提供中醫師 2 年負責醫師訓練，進而提升中醫師執業素質，可以強化中醫基層開業醫師執業能力，提升中醫醫療照護品質。

二、推廣與發展現況

回顧國內現行法令內容，依醫療法第 18 條第 2 項規定^[3-5]，醫療機構應設置負責醫師一人，督導其醫療業務；該負責醫師，應在中央主管機關指定之醫院、診所，接受二年以上之醫師訓練，並取得證明文件。惟衛生署 81.4.8 衛署醫字第 8119423 號函釋，在中醫師部分，於未辦理該類醫院評鑑前，各中醫醫院、診所及綜合醫院附設中醫部門，均視為指定之訓練醫院、診所。而後，衛生署已於 95 年辦理中醫醫院及醫院附設中醫部門評鑑，所以前揭函釋有重新檢討之必要。衛生署 99.9.24 衛署醫字第 0990263030 號公告醫療機構之負責醫師為中醫師者：中醫醫院、中醫診所或附設中醫部門之綜合醫院；自中華民國 103 年 1 月 1 日起，為經教學

醫院評鑑合格醫院之中醫部門及經中央主管機關評定得辦理中醫醫療機構負責醫師訓練。又依行政院衛生署中醫藥委員會 102 年 7 月 12 日衛中會醫字第

1020008705 號函：於 102 年 12 月 31 日前，已由國內、外大學、獨立學院中醫學系畢業並於 103 年 12 月 31 日前進入醫療機構接受負責醫師訓練者，得不受衛署醫字第 0990263030 號公告關於中醫醫療機構負責醫師訓練場所之限制。

經查 103 年符合中醫負責醫師訓練醫院標準者，共有 71 家、訓練容額 1092 名；惟衛生福利部調查前揭醫院 104 年欲增收第 1 年自訓中醫師名額計 118 名(R1)，但當年 R1 和 R2 人數總和為 188 名，顯示訓練容額與實際招收員額有明顯落差情形。而衛生福利部已於 103 年起實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，為協助欲參加訓練卻尋無合格訓練場所之中醫師之訓練問題，爰推動本計畫，以協助解決渠等訓練需求。

貳、推動計畫方法

有鑑於衛生福利部調查 105 年訓練容額與實際招收員額有明顯落差情形，為協助中醫師欲參加訓練卻尋無合格訓練場所之訓練問題，以協助解決渠等訓練需求。本計畫之實施方法及進行步驟詳細說明如下：

一、訂定中醫負責醫師訓練共訓診所遴選機制

- (一) 受訓醫師：依行政院衛生署中醫藥委員會 102 年 7 月 12 日衛中會醫字第 1020008705 號函公告：「於 102 年 12 月 31 日前，已由國內、外大學、獨立學院中醫學系畢業並於 103 年 12 月 31 日前進入醫療機構接受負責醫師訓練者，得不受衛生署 99 年 9 月 24 日衛署醫字第 0990263030 號公告關於中醫醫療機構負責醫師訓練場所之限制。」意即於 103 年 1 月 1 日後才由國內、外大學、獨立學院中醫學系畢業者，欲成為醫療院所之負責醫師者，必須在經教學評鑑合格之醫療院所接受至少兩年之負責醫師訓練始得擔任。目前國內有中國醫藥大學中醫系、中國醫藥大學學士後中醫系、長庚大學中醫系、義守大學學士後中醫系、慈濟大學學士後中醫系等五所系所，畢業生人數估計如下表：(詳見表 2-1)

表 2-1、每年畢業生人數估計表

畢業年度	每年畢業人數	畢業系所
103	約 298 人	中國醫藥大學中醫系 中國醫藥大學學士後中醫系 長庚大學中醫系
104~105	約 307 人	中國醫藥大學中醫系 中國醫藥大學學士後中醫系 長庚大學中醫系 義守大學學士後中醫系
106~	約 370 人	中國醫藥大學中醫系 中國醫藥大學學士後中醫系 長庚大學中醫系 義守大學學士後中醫系 慈濟大學學士後中醫系

- (二) 訓練機構：自中華民國 103 年 1 月 1 日起，為經教學醫院評鑑合格醫院之中醫部門及經中央主管機關評定得辦理中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之中醫醫院。在目前負責醫師制度訓練計畫體

制下，各類醫療院所分為主要訓練醫院、協同訓練院、技能測驗中心等三種。

(三) 媒合機制及原則：

- 3.1 欲建立共訓診所之原因：藉由「共訓」配套措施，將優質中醫院所納入協同訓練院所，可增加主要訓練醫院訓練容額。
- 3.2 共訓診所遴選之機制與規範：依照下列 8 項規範作為優良共訓診所審查的基準，並藉由審查會議進行評量(如附錄五)。
 - 3.2.1 院所具有完備的病人安全措施。
 - 3.2.2 院所內應配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，並確實執行保養管理及清潔管理，維護病人隱私及照護品質。
 - 3.2.3 通過「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證。
 - 3.2.4 通過「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證（針傷科）。
 - 3.2.5 診所於最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。
 - 3.2.6 需有具備指導醫師資格之專任中醫師一位以上，指導醫師與受訓醫師人數比例不得低於 1：1，即每位指導醫師於同一時期至多指導一名受訓醫師，每位指導醫師以指導一科為限。
 - 3.2.7 具有指導醫師資格之專任中醫師，年資滿五年以上或具備部定講師以上資格，可開設教學門診。由指導醫師安排合適的病患與教案，提供受訓醫師參與教學門診之訓練內容與評量。
 - 3.2.8 105 年度衛生福利部公告主要訓練醫院之協同訓練院所，優先納入優良共同訓練院所名單。
- 3.3 共訓診所遴選之辦法：經由中華民國中醫師公會全國聯合會發文公告各縣市公會優良共訓診所申請書(如圖 2-1)，自本會「中醫醫學教育規劃專案小組」中遴選 2 至 3 位委員並由委員中遴選一位擔任召集委員，召開優良共訓院所審查小組會議，並經

小組會議進行上述 8 項實地評量資格審查，經資格審查全數通過後納入「106 年度優良共訓診所」名單，並進行網站公告(詳如附錄五)。

優良共同訓練院所遴選申請書

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼			
	院所聯絡電話		負責醫師姓名			
	院所聯絡地址					
檢	申請共同訓練診所項目			資格符合	審查結果	附註
送 項 目	1. 院所具有完備的病人安全措施。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	2. 院所內應配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，並確實執行保養管理及清潔管理，維護病人隱私及照護品質。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	3. 通過「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	4. 通過「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證(針傷科)。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	5. 診所於最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	6. 需有具備指導醫師資格之專任中醫師一位以上，指導醫師與受訓醫師人數比例不得低於 1:1，即每位指導醫師於同一時期至多指導一名受訓醫師，每位指導醫師以指導一科為限。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	7. 具有指導醫師資格之專任中醫師，年資滿五年以上或具備部定講師以上資格，可開設教學門診。由指導醫師安排合適的病患與教案，提供受訓醫師參與教學門診之訓練內容與評量。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	8. 已是主要訓練醫院協同訓練院所。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
保險醫事服務機構	機 構 章 戳	中醫全聯會審核意見欄		整體審查結果		(本欄由審查單位填寫)
				1. <input type="checkbox"/> 審核通過，納入優良共同訓練診所 2. <input type="checkbox"/> 不符合規定 3. <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：		

※ 105 年度已成為協同訓練院所優先納入優良共同訓練院所。
 ※ 審查結果會於 11 月至中醫師公會全國聯合會網站公告。
 ※ 請填妥此申請表後傳真 02-29592499 或 e-mail 至 sue201584@gmail.com 信箱，如有疑問，請洽詢 02-29594939 轉 13，陳小姐。

圖 2-1、優良共同訓練院所遴選申請書

二、辦理中醫負責醫師訓練共訓診所遴選，並提供合格名單

由中華民國中醫師公會全國聯合會遴聘「中醫醫學教育規劃專案小組」委員，遴選 2 至 3 位委員並由委員中遴選一位擔任召集委員，進行實地評量，並且於 10 月底前完成網站公告。

三、蒐集醫療機構名單、家數並有系統性分析歸納

- (一) 目的：蒐集受訓名單、欲接受訓練卻尋無合格訓練場所之中醫師人數等資料，將有助於中醫醫療資源之分布、未來中醫醫療資源之發展、中醫師之人力規劃及教育規劃。此資料之蒐集必需由中醫藥司、全聯會（含各地公會）及各系所（含系學會）共同合作完成。
- (二) 考試院方面：由考試院提供 105 年度通過考選部應考資格審查人數，作為應受訓人數資料，以供分析探討。
- (三) 中醫藥司方面：中醫藥司已接受 105 年負責醫師訓練計畫之申請，故應建請中醫藥司提供各受訓機構受訓之人數、名單、受薪、受訓內容、受訓方式等資料。
- (四) 全聯會（含各地公會）方面：全聯會（含各地公會）應蒐集新入會之中醫師之人數、執業登記單位、地理分佈，並詢問新會員是否了解、是否參與負責醫師訓練制度。對已加入負責醫師訓練制度之新進中醫師，應請會員提供訓練資訊，尤其應了解加入共代訓會員之詳細資料如簽約條件、共訓單位及訓練科別、代訓時數、在診所開診數等，以供分析探討。
- (五) 各系所（含系學會）方面：各系所（含系學會）應持續追蹤畢業生流向，並尤其注意未參與此計畫及欲參與此計畫卻尋無合格訓練場所之畢業生名單。除向畢業生持續提供訓練計畫資訊外，更應回報欲接受負責醫師訓練卻無法進入受訓機構之畢業生人數及名單（含畢業年度、是否曾嘗試應徵等資料）給中醫藥司及全聯會，作為未來人力規劃及教育改進之參考。
- (六) 以上資訊得在符合個資法保護及各方同意之下公佈於「衛福部中醫藥司—中醫負責醫師訓練管理系統」、「全聯會」及各系網站上，以供各方參考。

四、召開中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合說明會

由全聯會對中醫藥司、六家技能測驗中心、訓練單位、各地公會、學校單位、執業之中醫師、在校之中醫系學生(含非應屆畢業生)，針對中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合機制召開說明會。

表 2-2、北、中、南區說明會時間及地點

場次	時間	地點
北區說明會	105 年 6 月 26 日	新北
中區說明會	105 年 7 月 24 日	台中
南區說明會	105 年 8 月 28 日	高雄

五、召開中醫負責醫師訓練共訓診所遴選說明會

由全聯會對中醫藥司、核心醫院、訓練單位、各地公會、學校單位、執業之中醫師、在校之中醫系學生(含非應屆畢業生)，針對中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選機制召開說明會。

表 2-3、北、中、南區說明會時間及地點

場次	時間	地點
北區說明會	105 年 6 月 26 日	新北
中區說明會	105 年 7 月 24 日	台中
南區說明會	105 年 8 月 28 日	高雄

六、邀集產、官、學召開專家共識會議

本計劃邀集中醫產、官、學專家建立溝通平台，討論中醫負責醫師訓練計劃中受訓醫師與訓練機構媒合機制等規範、實際執行狀況進行溝通討論。(詳見表 2-3 及 2-4)

表 2-4、專家共識會議時間地點

專家共識會議	時間	地點
第一次	105 年 6 月 5 日	台中
第二次	105 年 9 月 25 日	台中

表 2-5、邀請與會專家名單

衛福部長官
台灣中醫醫學教育學會代表
全聯會中醫醫藥教育規劃專案小組
北、中、南六家技能測驗中心代表
四校五系系主任、系學會代表
各區教學醫院代表
各縣市中醫師公會代表
協同訓練診所代表

參、結果

經由北、中、南三次說明會、兩次專家會議以及三次專家共識會議，邀請各方產、官、學地方專家學者進行意見交流及面臨問題之現況彙整，統合出共訓院所遴選的架構與負責醫師的訓練媒合，建立主要訓練醫院、協同訓練院所及願意提供代訓診所環環相扣的關係，即使應屆畢業生或已進入職場執業醫師也能經由此訓練計畫更快了解自身所需之承擔參與培訓之事前甄選規範及事後上課時程規劃。

一、訂定中醫負責醫師訓練共訓診所遴選機制

經過多次「105 年度中醫醫療機構負責醫師訓練計畫專家共識營」、「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選」說明會及專家會議後已經確立媒合機制與媒合原則。首先在平台上公佈並提供學生有關主要訓練醫院代訓醫師容額名單以及有意願送代訓診所的資訊，由學生主動找尋合適的訓練場所並以申請的方式進行流程(參考附錄四)。

表 3-1、105 年度優良共訓院所通過資訊公告方式

中醫負責醫師訓練媒合平台	中華民國中醫師公會全國聯合會官網																																												
 <p>中醫負責醫師訓練媒合平台</p> <p>105年度「中醫負責醫師訓練媒合計畫」優良共訓院所通過名單</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診所名稱</th> <th>區域</th> <th>地址</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>中壢羅明江中醫診所</td> <td>北</td> <td>桃園市中壢區環北路155號1樓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>中壢光隆中醫診所</td> <td>北</td> <td>桃園市中壢區中央西路二段39號</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>中壢高陽中醫診所</td> <td>北</td> <td>桃園縣中壢市中山路220號4樓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>大溪仁漢中醫診所</td> <td>北</td> <td>桃園市大溪區員林路一段18號</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>駿琳大直中醫診所</td> <td>北</td> <td>台北市中山區北安路598之1號</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>六福中醫診所</td> <td>北</td> <td>新北市三重區集賢路10號</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>石牌尊賢中醫診所</td> <td>北</td> <td>台北市北投區尊賢街249巷2號</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>龜山廣欣中醫診所</td> <td>北</td> <td>桃園市龜山區文化三路68號1樓</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診所名稱	區域	地址	1	中壢羅明江中醫診所	北	桃園市中壢區環北路155號1樓	2	中壢光隆中醫診所	北	桃園市中壢區中央西路二段39號	3	中壢高陽中醫診所	北	桃園縣中壢市中山路220號4樓	4	大溪仁漢中醫診所	北	桃園市大溪區員林路一段18號	5	駿琳大直中醫診所	北	台北市中山區北安路598之1號	6	六福中醫診所	北	新北市三重區集賢路10號	7	石牌尊賢中醫診所	北	台北市北投區尊賢街249巷2號	8	龜山廣欣中醫診所	北	桃園市龜山區文化三路68號1樓	 <p>中華民國中醫師公會全國聯合會 National Union of Chinese Medical Doctors Association, R.O.C.</p> <p>Information</p> <p>105年度「中醫負責醫師訓練媒合計畫」優良共訓院所通過名單</p> <p>中華民國中醫師公會全國聯合會 105年度「中醫負責醫師訓練媒合計畫」 優良共訓院所通過名單</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診所名稱</th> <th>區域</th> <th>地址</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>中壢羅明江中醫診所</td> <td>北</td> <td>桃園市中壢區環北路155號1樓</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診所名稱	區域	地址	1	中壢羅明江中醫診所	北	桃園市中壢區環北路155號1樓
編號	診所名稱	區域	地址																																										
1	中壢羅明江中醫診所	北	桃園市中壢區環北路155號1樓																																										
2	中壢光隆中醫診所	北	桃園市中壢區中央西路二段39號																																										
3	中壢高陽中醫診所	北	桃園縣中壢市中山路220號4樓																																										
4	大溪仁漢中醫診所	北	桃園市大溪區員林路一段18號																																										
5	駿琳大直中醫診所	北	台北市中山區北安路598之1號																																										
6	六福中醫診所	北	新北市三重區集賢路10號																																										
7	石牌尊賢中醫診所	北	台北市北投區尊賢街249巷2號																																										
8	龜山廣欣中醫診所	北	桃園市龜山區文化三路68號1樓																																										
編號	診所名稱	區域	地址																																										
1	中壢羅明江中醫診所	北	桃園市中壢區環北路155號1樓																																										

二、辦理中醫負責醫師訓練共訓診所遴選，並提供合格名單

優良共訓診所審查通過名單，已於 10 月底於中醫負責醫師訓練媒合平台 (<http://immt.tw/>) 及中醫師公會全聯會官方網站 (<http://www.twtm.tw/>) 公告。

表 3-2、105 年度優良共訓院所通過名單

編號	診所名稱	區域	地址	科別
1	中壢羅明江中醫診所	北	桃園市中壢區環北路 155 號 1 樓	內科、傷科
2	中壢光隆中醫診所	北	桃園市中壢區中央西路二段 39 號	內科、傷科
3	大溪仁漢中醫診所	北	桃園市大溪區員林路一段 18 號	兒科
4	駿琳大直中醫診所	北	台北市中山區北安路 598 之 1 號	傷科
5	六福中醫診所	北	新北市三重區集成路 10 號	傷科
6	石碑尊賢中醫診所	北	台北市北投區尊賢街 249 巷 2 號	內科、婦科
7	龜山廣欣中醫診所	北	桃園市龜山區文化三路 68 號 1 樓	針灸科
8	同德中醫診所	北	基隆市基金一路 131 之 23 號 1 樓	內科、婦科 傷科
9	仁人堂中醫診所	北	桃園市中壢區中山路 202 號	內科
10	仁安堂中醫診所	北	桃園市八德區介壽路一段 795 號	內科、針灸科
11	仁安堂中醫診所	北	新北市三重區三和路四段 133 號	內科、針灸科
12	內壢仁心堂中醫診所	北	桃園市中壢區仁愛路 11 號	內科、傷科 針灸科
13	仁心堂中醫診所	北	桃園市桃園區中山北路 96 號	內科、傷科
14	永福中醫診所	北	新北市新莊區民安西路 67 號	內科
15	三重同仁堂中醫診所	北	新北市三重區忠孝路二段 99 號	內科、傷科 針灸科
16	同仁堂中醫診所	北	新北市蘆洲區信義路 297 號	內科、傷科 針灸科
17	國華中醫診所	北	新北市新店區北新路三段 130 號	內科、傷科 針灸科
18	一品堂中醫診所	北	桃園市平鎮區延平路二段 91 號	傷科
19	一品堂中醫診所	北	新竹市中華路三段 16 號	傷科、針灸科
20	蔡宗璟中醫診所	中	新竹市中正路 72 號	內科
21	普濟堂中醫診所	中	台中市潭子區大通街 95 號	內科、針灸科

編號	診所名稱	區域	地址	科別
22	天醫中醫診所	中	台中市北屯區大連路二段 215 號	內科、針灸科
23	大同中醫醫院	中	台中市豐原區下街里仁愛街 11 號	傷科、針灸科
24	高堂中醫聯合診所	中	台中市西屯區重慶路 229 號	內科、婦科 傷科、針灸科
25	一品堂南屯中醫診所	中	台中市南屯區永春東一路 700 號	內科
26	一品堂中醫診所	中	台中市沙鹿區四平街 66 號	兒科、傷科
27	一品堂豐原中醫診所	中	台中市豐原區圓環北路二段 161 號	內科、針灸科
28	一品堂大甲中醫診所	中	台中市大甲區光明路 140 號	婦科
29	一品堂大里中醫診所	中	台中市大里區永大街 20 號	傷科
30	一品堂中醫診所	中	彰化縣和美鎮永樂路 63 號	內科、傷科
31	一品堂鹿港中醫診所	中	彰化縣鹿港鎮中正路 422 號	婦科、傷科
32	富原中醫診所	中	台中市南區南吞路一段 259 號	傷科
33	其玉中醫診所	中	台中市北區健行路 768 號	婦科
34	弘濟堂中醫診所	中	台中市東區忠孝路 386 號	內科
35	長春中醫診所	中	台中市南區復興路三段 360 號	內科
36	弘生堂中醫診所	中	台中市東區忠孝路 476 號	傷科
37	禾蕙中醫診所	中	台中市北屯區北屯路 66 號	內科
38	大群中醫診所	中	台中市東區樂業路 298 號	傷科
39	文唐中醫診所	中	台中市南屯區五權五路二段 627 號	內科、針灸科
40	東興中醫診所	中	台中市西區東興路三段 126-3 號 11 樓	傷科
41	弘原中醫診所	中	台中市豐原區三民路 85 號	內科
42	上安中醫診所	中	彰化市中山路二段 636 號	內科
43	上鼎中醫診所	中	台中市北屯區四平路 375 號	內科、婦科
44	康程中醫診所	中	台中市南區復興路二段 155-3 號	內科、傷科
45	圓通中醫診所	中	台中市西屯區杏林路 26 巷 8 號 1 樓	內科
46	大同中醫診所	中	台中市西屯區黎明路三段 308 號	婦科、針灸科
47	仁安堂中醫診所	中	台中市清水區中山路 77 號	內科、針灸科
48	仁安堂中醫診所	中	台中市清水區中山路 433 號	內科、針灸科

編號	診所名稱	區域	地址	科別
49	仁人堂中醫診所	中	台中市沙鹿區中山路 320 號	內科
50	仁祐堂中醫診所	中	台中市東勢區豐勢路 487 號	針灸科
51	仁恩堂中醫診所	中	台中市大甲區蔣公路 46 號	針灸科
52	正東勢仁心堂中醫診所	中	台中市東勢區豐勢路 237 號	內科
53	台中公園仁心堂中醫診所	中	台中市中區自由路二段 88-9 號	針灸科
54	正大里區仁心堂中醫診所	中	台中市大里區國光路二段 688 號	內科
55	孝川堂中醫診所	中	台中市西屯區環河路 20 號 1 樓	內科
56	御元中醫診所	中	台中市西屯區國安一路 65 號	內科、針傷科
57	癸貞中醫診所	中	彰化市崙平南路 147 號	內科
58	太陽中醫診所	中	台中市大甲區新政路 256 號	婦科
59	靖唐中醫診所	中	台中市西區向上南路一段 166-5 號	針灸科
60	仁合堂中醫診所	中	台中市清水區中山路 433 號	針灸科
61	江瑞庭中醫診所	東	花蓮市富吉路 59 號	傷科
62	大新中醫診所	東	花蓮市中正路 142-1 號	內科
63	圓巧宗中醫診所	東	花蓮縣吉安鄉中山路三段 107 號	傷科
64	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	東	台東縣關山鎮和平路 125-5 號	內科、針灸科
65	漢華中醫診所	東	花蓮縣吉安鄉中山路三段 123 號	內科
66	東基醫療財團法人台東基督教醫院	東	台東縣台東市開封街 350 號	內科、婦科 針灸科
67	順安堂中醫診所	東	花蓮市林森路 266-1 號	內科
68	雲林縣虎尾鎮農會附設中醫診所	南	雲林縣虎尾鎮光復路 185 號	內科、傷科
69	元氣中醫診所	南	高雄市鼓山區裕誠路 1509 號 1 樓	婦科
70	扶原中醫診所	南	雲林縣崑崙鄉大業路 28 號	針灸科
71	永安中醫診所	南	高雄市三民區瀋陽街 109 號	內科
72	衛生福利部旗山醫院	南	高雄市旗山區中學路 60 號	婦科
73	高雄廣欣中醫診所	南	高雄市三民區建工路 581 號 1 樓	內科
74	養心齋中醫診所	南	嘉義市八德路 56 號	內科
75	一品堂中醫診所	南	雲林縣斗六市永安路 46 號	傷科

三、蒐集醫療機構名單、數量並有系統性分析歸納問卷蒐集的資料

(一) 中醫負責醫師訓練計畫主要訓練醫院可容納自訓、代訓人數

主要訓練醫院清單								
※ 欲檢視詳細資料，請先登入系統。								
醫院名稱	區域	提供訓練模式	代訓醫師容額	代訓醫師剩餘員額	住院醫師容額	住院醫師剩餘員額	資料更新日期	動作
臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	北	每週 40 小時為期 24 個月	5 人	3 人	1 人	0 人	2016-11-01 14:12:19	
臺北市立聯合醫院中興院區	北	每週 40 小時為期 24 個月、每週 32 小時為期 30 個月	5 人	5 人	1 人	0 人	2016-10-27 17:01:07	
國防醫學院三軍總醫院中醫部	北	每週 40 小時為期 24 個月	4 人	4 人	0 人	0 人	2016-10-13 11:16:13	
行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	北	每週 40 小時為期 24 個月	2 人	2 人	5 人	1 人	2016-10-13 09:14:58	
台北市立聯合醫院仁愛院區	北	每週 40 小時為期 24 個月、每週 32 小時為期 30 個月	5 人	5 人	1 人	0 人	2016-09-19 14:16:35	
衛生福利部桃園醫院	北	每週 40 小時為期 24 個月	3 人	3 人	3 人	0 人	2016-09-16 13:41:46	
臺北市立聯合醫院林森中醫醫院區	北	每週 40 小時為期 24 個月、每週 32 小時為期 36 個月	45 人	45 人	10 人	0 人	2016-09-13 14:08:07	
臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	北	每週 40 小時為期 24 個月	5 人	5 人	1 人	0 人	2016-09-13 14:01:40	

圖 3-1、主要訓練醫院清單

表 3-3、主要訓練醫院 106 年度自訓代訓一覽表

編號	醫院名稱	主持人	自訓容額	代訓容額
1	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院		3	2
2	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院		2	2
3	臺北市立聯合醫院林森中醫院區		10	45
4	臺北市立聯合醫院仁愛院區		1	5
5	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區		1	5
6	臺北市立聯合醫院中興院區		1	5
7	臺北市立聯合醫院陽明院區		2	4
8	臺北醫學大學附設醫院		1	1
9	台北榮民總醫院		1	0
10	國防醫學院三軍總醫院		0	4
11	臺北市立萬芳醫院		1	0
12	中國醫藥大學附設醫院臺北分院		1	0
13	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院		3	2
14	衛生福利部臺北醫院		1	3
15	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院		5	2
16	衛生福利部桃園醫院		3	3
17	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院		2	2
18	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院		2	2
19	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院		2	4
20	台中榮民總醫院		2	2
21	中國醫藥大學附設醫院		8	50
22	中山醫學大學附設醫院		0	3
23	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院		5	6
24	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院		2	8
25	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院		0	2
26	中國醫藥大學北港附設醫院		4	20
27	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院		3	2
28	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院		2	4
29	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院		3	3
30	奇美醫療財團法人奇美醫院		3	3
31	台南市立醫院		4	10

編號	醫院名稱	主持人	自訓容額	代訓容額
32	郭綜合醫院		1	0
33	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院		8	4
34	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院		1	2
35	義大醫療財團法人義大醫院		7	4
36	高雄市立中醫醫院		1	5
37	衛生福利部臺南醫院		2	1
38	高雄醫學大學附設中和紀念醫院		1	0
39	高雄榮民總醫院		1	3
40	台南市立安南醫院		4	20
總計			104	243

(二) 中醫負責醫師訓練計畫願意提供代訓診所

願意提供代訓診所清單			
※ 欲檢視詳細資料，請先登入系統。			
診所名稱	區域	資料更新日期	動作
羅明江中醫診所	北	2016-09-26 11:21:07	
新莊易元堂中醫診所	北	2016-09-21 16:50:54	
光明中醫診所	北	2016-09-09 16:33:31	
仁心中醫診所	北	2016-09-08 23:10:50	
歧黃中醫診所	北	2016-09-08 18:45:00	
鼎鈞中醫診所	北	2016-08-22 17:21:58	
盛唐中醫診所	中	2016-09-09 16:52:03	
東方中醫診所	中	2016-09-08 16:57:44	
東方中醫診所	中	2016-09-08 16:56:05	
漢華中醫診所	中	2016-09-06 17:08:59	
靖唐中醫診所	中	2016-08-22 16:02:30	
癸貞中醫診所	中	2016-08-14 18:10:09	
慈仁中醫診所	南	2016-09-12 00:54:19	
東方虎尾中醫診所	南	2016-09-08 17:04:26	
東方中醫診所	南	2016-09-08 17:01:44	
觀心中醫診所	南	2016-09-07 20:46:47	
延平慈愛中醫診所	南	2016-09-07 20:45:00	
福濟中醫診所	南	2016-09-07 14:53:03	
養心齋中醫診所	南	2016-09-01 14:56:49	
大新中醫診所	東	2016-09-08 12:02:48	
圓巧宗中醫診所	東	2016-09-07 19:44:59	

圖 3-2、願意提供代訓診所清單

表 3-4、願意提供代訓診所一覽表

區域	願意提供代訓院所名稱	本年度 代訓容額	診數
北	鼎鈞中醫診所	1	6
北	光明中醫診所	1	9
北	同仁堂中醫診所	1	面議
北	三重同仁堂中醫診所	2	面議
北	國華中醫診所	1	面議
北	仁心堂中醫診所	1	4
北	歧黃中醫診所	1	4
北	天和堂中醫診所	2	4
北	羅明江中醫診所	1	6
中	大同中醫醫院	4	面議
中	靖唐中醫診所	1	6
中	癸貞中醫診所	1	4
中	漢華中醫診所	2	2
中	東方中醫診所	1	4
中	東方中醫診所	1	4
中	東方虎尾中醫診所	1	4
中	盛唐中醫診所	3	5
南	養心齋中醫診所	1	3
南	延平慈愛中醫診所	2	5
南	觀心中醫診所	2	7
南	福濟中醫診所	2	2
南	東方中醫診所	1	4
南	慈仁中醫診所	1	4
東	大新中醫診所	1	5
東	圓巧宗中醫診所	1	面議
總計		34	

(三) 中醫負責醫師訓練計畫四校五系系學生-溝通平台問卷登錄

學生資料登錄

1. 學校：長庚大學

2. 學號：B960500

3. 密碼設定：

- 登入密碼：
- 密碼確認：

4. 性別： 男 女

5. 年齡： 歲

6. 現住地： 縣市

7. 戶籍地： 縣市

8. 婚姻： 未婚 已婚

9. 中醫實習醫院為：

10. 您接受中醫教育訓練之方式為？

學士後中醫系 中醫系雙主修 中醫系單修 醫學系雙主修

11. 您最高教育程度之就讀學校、系所為：

校名： 系所：

[送出](#)

圖 3-3、系學會系學生登錄畫面

表 3-5 四校五系系學生資料分析一覽表

項目	內容	長庚大學	中國醫藥大學	義守大學	慈濟大學
性別	男	7	89	22	0
	女	0	63	17	0
婚姻狀況	已婚	0	32	9	0
	未婚	7	120	30	0
年齡					
21-30 歲	101	31-40 歲	89	41 歲-50 歲	8
現居地					
台北市	35	彰化縣	12	屏東縣	3
新北市	22	南投縣	1	花蓮縣	1
桃園市	9	嘉義縣	4	台東縣	1
新竹縣	4	台南市	8		
台中市	60	高雄市	38		
戶籍地					
台北市	26	彰化縣	18	宜蘭縣	1
新北市	24	雲林縣	4	花蓮縣	1

桃園市	12	嘉義縣	7	台東縣	1
新竹縣	4	台南市	12	澎湖縣	1
台中市	41	高雄市	33	金門縣	1
南投縣	6	屏東縣	6		
接受中醫教育訓練之方式					
中醫系單修	41	學士後中醫系			137
中醫系雙主修	19	醫學系雙主修			1
最高教育程度學校					
台灣大學	14	清華大學			4
中央大學	1	陽明大學			7
中正大學	1	嘉義大學			1
中興大學	2	義守大學			32
交通大學	2	高雄醫藥大學			2
長庚大學	11	台北醫學大學			2
師範大學	1	中山醫學大學			2
中山大學	2	中國醫藥大學			110
成功大學	4				
總計			198		

四、召開中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合說明會

針對「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合」已召開三場說明會，105年6月26日北區、105年7月24日中區以及105年8月26日南區共三場。(詳見圖3-4 圖3-5 圖3-6)

105年6月26日「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合」
北區說明會手冊及說明會議議程表





時間	議程	主持人與報告人	說明對象
12:30-13:00	報到		
13:00-13:10	主席致詞		
13:10-13:20	介紹來賓		
13:20-14:00	受訓醫師與訓練機構 媒合機制說明	主持人：何永成理事長 報告人：許世源副秘書長	請參閱 說明二
14:00-14:30	意見交流	主持人：柯富揚秘書長	
14:30	結束、賦歸		

105年6月26日「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合北區說明會」現場



圖 3-4、105年6月26日北區說明會

105年7月24日「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合」
中區說明會手冊及說明會議議程表



中華民國中醫師公會全國聯合會
衛生福利部中醫負責醫師訓練媒合計畫
受訓醫師與訓練機構媒合中區說明會

指導單位：衛生福利部中醫醫司
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

會議日期：民國105年7月24日（星期日）
會議時間：13:00-14:30（12:30報到）
會議地點：中山醫學大學正心樓0221教室（臺中市南區建國北路一段110號）

時間	議程	主持人與報告人	說明對象
12:30-13:00	報到		
13:00-13:10	主席致詞		
13:10-13:20	介紹來賓		
13:20-14:00	受訓醫師與訓練機構媒合機制說明	主持人：何永成理事長 報告人：許世源副秘書長	請參閱說明二
14:00-14:30	意見交流	主持人：柯富揚秘書長	
14:30	結束・賦歸		

·實際內容以當日議程為主·
指導單位：衛生福利部中醫醫司
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

105年7月24日「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合中區說明會」現場



圖 3-5、105年7月24日中區說明會

105年8月28日「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合」
南區說明會手冊及說明會議議程表



指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

中華民國中醫師公會全國聯合會
衛生福利部中醫負責醫師訓練媒合計畫
受訓醫師與訓練機構媒合中區說明會

日期：105年8月28日（星期日）
時間：13:00-14:30
地點：中山醫學大學五小樓1217教室（臺中市南區建國北路一號110樓）



中華民國中醫師公會全國聯合會
衛生福利部中醫負責醫師訓練媒合計畫
受訓醫師與訓練機構媒合南區說明會

會議日期：民國105年8月28日（星期日）
會議時間：13:00-14:30（12:30報到）
會議地點：高雄市中醫師公會會議廳（高雄市鼓山區明華路251號5樓）

時間	議程	主持人與報告人
12:30-13:00	報到	
13:00-13:10	主席致詞	
13:10-13:20	介紹來賓	
13:20-14:00	受訓醫師與訓練機構 媒合機制說明	主持人：何永成理事長 報告人：許世源副秘書長
14:00-14:30	意見交流	主持人：柯富揚秘書長
14:30	結束・賦歸	

指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

105年8月28日「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合南區說明會」現場



圖 3-6、105年8月28日南區說明會

105年6月26日「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選北區說明會」現場



圖 3-7、105年6月26日北區說明會

105年7月24日「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選」

中區說明會手冊及說明會議議程表

時間	議程	主持人與報告人	說明對象
09:30-10:00	報到		
10:00-10:10	主席致詞		
10:10-10:20	介紹來賓		
10:20-11:00	共同訓練診所遴選機制說明	主持人：何永成理事長 報告人：許世源副秘書長	請參閱說明二
11:00-12:00	意見交流	主持人：柯富揚秘書長	
12:00	備有午餐		

實際內容以當日議程為主

指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

105 年 7 月 24 日「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選中區說明會」現場



圖 3-8、105 年 7 月 24 日中區說明會

105 年 8 月 28 日「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選」
南區說明會手冊及說明會議議程表

中華民國中醫師公會全國聯合會		
衛生福利部中醫負責醫師訓練媒合計畫 共訓診所遴選南區說明會		
會議日期：民國105年8月28日（星期日）		
會議時間：10:00-12:00（09:30報到）		
會議地點：高雄市中醫師公會講廳（高雄市鼓山區明華路251號5樓）		
時間	議程	主持人與報告人
09:30-10:00	報到	
10:00-10:10	主席致詞	
10:10-10:20	介紹來賓	
10:20-11:00	共同訓練診所 遴選機制說明	主持人：何永成理事長 報告人：許世源副秘書長
11:00-12:00	意見交流	主持人：柯富揚秘書長
12:00	備有午餐	

指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

105年8月28日「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選南區說明會」現場



圖 3-9、105年8月28日南區說明會

六、邀集產、官、學召開專家共識會議

分別在105年6月5日及105年9月25日於中山醫學大學召開中醫產、官、學者專家會議，討論中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選及欲成為共訓診所必須具備指導醫師等相關規範。(詳見附錄二、三)

105年6月5日「中醫負責醫師訓練媒合計畫」

專家會議手冊及會議議程表

105年度中醫負責醫師訓練媒合計畫
專家會議座談會

會議資料

會議日期：民國105年6月5日（星期日）上午10:00
會議地點：中山醫學大學正心樓0711教室
（臺中市南區建國北路一段110號）
指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中華民國中醫藥公會全國聯合會
承辦單位：中山醫學大學附設醫院

中華民國中醫藥公會全國聯合會

**「中醫負責醫師訓練媒合計畫」
專家會議座談會**

會議日期：民國105年6月5日（星期日）
會議時間：10:00-12:00 (09:30報到)
會議地點：中山醫學大學正心樓0711教室（臺中市南區建國北路一段110號）

時間	議 程	主持人/報告人
09:30-10:00	報 到	
10:00-10:10	主 席 致 詞	
10:10-10:20	介 紹 來 賓	
10:20-10:40	「中醫負責醫師訓練媒合計畫」 計畫介紹暨年度排程目標	報告人：何永成理事 主持人：何永成理事
10:40-11:30	「中醫負責醫師訓練媒合計畫」 遠端診所總機機制討論	報告人：許世傑醫師 主持人：何永成理事
11:30-12:00	意見交流	主持人：柯富權秘書
12:00	結 束 - 散 席	

指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中華民國中醫藥公會全國聯合會、中山醫學大學附設醫院

105年6月5日「中醫負責醫師訓練媒合計畫」專家會議座談會現場



圖 3-10、105年6月5日第一次專家會議座談會

105年9月25日「中醫負責醫師訓練媒合計畫」

專家會議手冊及會議議程表



中華民國中醫師公會全國聯合會
「中醫負責醫師訓練媒合計畫」
專家座談會

中華民國中醫師公會全國聯合會
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學院中醫學院
協辦單位：中華醫學會、中國醫藥報

會議日期：民國105年9月25日（星期日）
會議時間：10:00-12:00（09:30報到）
會議地點：中山醫學院正心樓0213教室（臺中市西區漢口路一段110號）



時間	課程	主持人與報告人
09:30-10:00	報到	
10:00-10:10	主席致詞	
10:10-10:20	介紹來賓	
10:20-10:40	中醫負責醫師訓練媒合計畫 期末成果報告	主持人:柯富揚秘書長
10:40-12:00	學生陳情調解會提案討論 專家意見交流	主持人:柯富揚秘書長
12:00	結束・賦歸	

指導單位：衛生部、教育部、僑務委員會
主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、中山醫學院中醫學院

105年9月25日「中醫負責醫師訓練媒合計畫」專家會議座談會現場



圖 3-11、105年9月25日第二次專家會議座談會

肆、討論與現況

- 一、在媒合計畫共訓診所遴選及協助基層院所取得指導醫師的建構過程中，感謝衛生福利部的經費補助以及相關會議的召開，經溝通及討論進而給予本計畫案許多指導。
- 二、基層院所須與主要訓練醫院成為協同訓練院所，但須成為共同訓練模式，協同訓練院所必須具備至少一名指導醫師，指導醫師師資認證要點已於 104 年 9 月 4 日公告修正，今年度許多基層院所並未具備指導醫師資格，僅為收送代訓診所，故藉由台灣中醫醫學教育學會推動之計畫，將之推向指導醫師資格，但基層中醫師在獲得指導醫師認證資訊方面較為不足，本會與台灣中醫醫學教育學會及六家技能測驗中心密切聯繫，將有意願獲得指導醫師師資培訓之基層中醫師蒐集報名，並且協助宣導開課資訊及相關報名事宜，台灣中醫醫學教育學會於 105 年 9 月 24 日至 25 日加開中醫臨床教學實務課程 10 小時、義大醫院於 10 月 22 日至 23 日加開中醫臨床教學實務課程 10 小時、中醫師公會全聯會於 10 月 30 日加開六大核心能力與教學技能課程 7 小時，全聯會積極為新申請醫師師資推薦表於 9 月 30 日送至台灣中醫醫學教育學會，進而將六大核心 7 小時及中醫臨床教學實務 10 小時課程研習完成，評審合格後取得指導醫師資格或展延，並且本會與台灣中醫醫學教育學會網站做網頁連結及即時公告，讓基層中醫師能多項管道收集資訊。
- 三、本計劃設計的平台，今年延續去年之修正建議，將主要訓練醫院受訓機構區分為自訓容額及代訓容額，並且經登錄後除了可線上了解醫院之甄選方式及甄選日期等資訊，亦能即時查看最新主要訓練醫院自訓、代訓剩餘容額，增加使用者快速了解目前媒合進度；而診所的資訊也讓欲加入受訓之中醫師有參考依據。未來朝向比照西醫 PGY 系統建構為目標，直接於平台中進行線上選配，須再經由產、官、學三方的努力一步一步去運作及推動。
- 四、對於願意送代訓醫師至訓練機構的診所，今年中華民國中醫師公會全國聯合會及地方中醫師公會進行多方面宣傳，加入一些利多的資訊，例如入會費減免、不列入加強抽審標準，目前全國健保加強抽審部分，除了台北區之外皆為此中醫負責醫師訓練計畫給予不加強抽審之放寬條件，鼓勵基層院所能加入此計畫而不被健保抽審制度有所限制，中

執會台北區分會積極向台北區健保業務組進行提案，建請抽樣抽審實施方案指標排除因參與「中醫負責醫師訓練媒合計畫」而增加醫師之院所，目前中執會台北區近期與台北區健保業務組開會研議通過，已提交 12 月 13 日召開 105 年第四次中醫門診總額台北分區共管會議討論，期盼能給予放寬之標準，增加台北區基層院所收送代訓醫師及成為協同訓練院所之意願。

- 五、除鼓勵診所送代訓的部分，今年積極建立協同訓練院所的建構，許多基層醫院及診所非主要訓練醫院，但仍具有一定的規模及優良的設備環境，藉由「培訓中醫臨床師資培訓計畫」舉辦指導醫師培訓課程，鼓勵基層中醫院所能加入共同訓練模式，效果顯著，也在 105 年 7 月 24 日受訓醫師與訓練機構媒合中區說明會中經由中醫藥司及專家學者代表討論，擬將 105 年度已公告主要訓練醫院配合之協同訓練院所列為優先納入共同訓練診所，並且已開放具備指導醫師師資之基層中醫院所申請成為優良共同訓練院所，目前申請成為優良共同訓練診所共計 75 家，今年度已取得指導醫師資格之中醫師，指導醫師在醫院共計 311 位、診所 147 位，以一位指導醫師同一時期至多教導四位受訓醫師計算，醫院可容納約 1244 位、診所約 588 位受訓醫師，讓未來得以推動主要訓練醫院及協同訓練院所成為共同訓練模式，達到共訓的雙贏局面，也能減少代訓醫師跨縣市接受訓練之時間。
- 六、全國主要訓練醫院今年擴大收代訓醫師容額，以因應今年系學會畢業生人數的增加，但對於補助經費仍稍不足，中華民國中醫師公會全國聯會積極進行溝通協調，期盼能增加醫療機構受訓醫師補助經費，進而鼓勵主要訓練醫院增加自訓容額及代訓容額。
- 七、中醫負責醫師訓練屬中醫界備受關心之重大議題，系學會、系學生皆向立法委員張廖○○委員、林○○委員表達訴求，另開三場產、官、學中醫各界協調會議，持續在為系學生關心之議題進行溝通，協助有意願加入中醫負責醫師訓練計畫應屆與非應屆中醫師能媒合至主要訓練醫院，進行開業中醫師之養成。
- 八、系學會提供欲受訓之名單，中華民國中醫師公會全國聯合會將此名單進行統計及分析，將已考取中醫師執照與未考取中醫師執照進行分階段分析，並將已考取中醫師執照之 133 位新科中醫師媒介至主要訓練醫院，讓主要訓練醫院、新科中醫師能有更直接溝通的橋樑。

伍、結論與建議

一、訂定中醫負責醫師訓練共訓診所遴選機制

因本年度中醫負責醫師訓練媒合機制的推動，造就共訓院所遴選的建立，也建立起整個中醫負責醫師受訓醫師與訓練機構媒合機制的橋樑，讓主要訓練醫院與共訓院所間的互動也經由此計畫更加緊密。

二、辦理中醫負責醫師訓練共訓診所遴選，並提供合格名單

欲成為共訓院所，必須具備指導醫師資格，在「中醫負責醫師媒合計畫」的帶動下，許多基層院所紛紛積極參與「培訓中醫臨床師資培訓計畫」舉辦指導醫師培訓課程，就連東部中醫師即使須南來北往也不惜參與，讓此計畫媒合之效益日益增加。

三、蒐集當年度擬收訓之醫療機構名單、家數及欲接受訓練卻尋無合格訓練場所之中醫師人數及其地理分部等資料，系統性分析歸納，並上載於資訊平台

建構選配系統作為主要訓練醫院機構及願意送代訓診所的資訊平台，也延續去年建議將媒合平台網站進行修改，增加自訓及代訓容額、自訓及代訓剩餘員額，提供一目了然之資訊，也因此計畫的推廣，未來會與主要訓練醫院進行整合，讓主要訓練醫院及願意提供代訓診所能更明確從平台中顯示招收自訓醫師之時程，讓當年度應屆畢業之中醫師能及早參與甄選，也可再將平台的資訊更完整的呈現。

未來仍會以問卷的方式來完成資料的搜集，不論是從溝通平台的問卷填寫或是以書面的方式，都會促進本計畫對平台成果及推廣效果為有效的分析，最後甚至能將統計的資料逐年歸檔，以利往後更加多元化的數據分析。

四、召開中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合說明會

「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合」於北、中、南召開三場說明會；持續和受訓醫師以及應屆非應屆中醫師作資訊上的意見交流，也因此說明會進行多向的釋疑，釐清「受訓醫師受訓不良」、「代訓醫師易過勞」、「代訓醫師往返主要訓練醫院及診所間通勤」、「送代訓診所難以找尋」等迷思，本會也與四校五系系學會建立更為完善良好的溝通平台。

五、召開中醫負責醫師訓練共訓診所遴選說明會

「中醫負責醫師訓練之共訓診所遴選」於北、中、南召開三場說明會；持續和送代訓診所以及有意願取得指導醫師之中醫師作資訊上的意見交

流，也因此說明會進行多向的釋疑，釐清「代訓及共訓模式之差異」、「受訓醫師免納入加強抽審標準」、「成為共訓診所之規範」、「成為指導醫師釋疑」等，也協助基層院所取得指導醫師資格，並進行指導醫師培訓課程開課通知及師資推薦，以建構出主要訓練醫院、基層中醫院所、受訓醫師三方共同訓練模式的聯合網絡。

六、邀集產、官、學召開專家共識會議

經由本年度邀請各地方專家學者參與討論，加速匯聚多方面思考的資訊，著實感受到仍有很大的改善空間，藉著召開專家會議，針對相關內容做出修正及討論，也能經由臨時動議等發現執行面與理想面的差距。未來仍會持續召開專家會議、說明會等，繼續邀請中醫藥司、專家學者、學生代表一起為此目標共同改進。全聯會也會於所發行的刊物《中醫會訊》，刊載《媒合計畫》相關推廣訊息，宣導入會費減免、不列入加強抽審、成為共訓院所能減少受訓醫師往返時程、積極爭取提高經費補助等各種誘因，促進媒合，讓此計畫案並非只是因計畫而產生，而是中醫藥司實質為中醫界辛苦統籌的長遠成就。

七、其他正面效益及具體建議

對於此計畫從去年承接計畫開始，為應屆及非應屆欲參加受訓醫師提供一個具有主要訓練醫院及欲收代訓診所的資訊網頁平台，也讓參加計畫的受訓醫師能透過平台的資訊，直接與主要訓練醫院及代訓診所窗口聯繫，減少受訓醫師在尋求媒合時的時間，也藉由此中醫負責醫師訓練媒合平台網站，讓主要訓練醫院及代訓診所的最大容額及剩餘容額能公開透明的呈現，本會仍會繼續努力宣傳此媒合平台，未來擬將媒合平台中建置更多資訊分享，例如：媒合平台初次使用教學、建立選項選擇單一區瀏覽、媒合主要訓練醫院及代訓診所的行政流程及方式，讓無法順利進入主訓醫院訓練的醫師多方資訊蒐集，對未來不再茫然。

經由系學會提供之欲參加媒合名單，將此名單分別將提供給主要訓練醫院，很可惜的是仍有許多媒合無法成功的案例，主要是：須服兵役明年才能加入計畫、沒有聯繫主要訓練醫院窗口接洽後續事宜、主訓醫院主動媒合但無法聯繫上、執業登記診所較遠、附近無主要訓練醫院等原因，未來仍會繼續輔導四校五系應屆畢業生及非應屆欲受訓之醫師協助媒合。

媒合計畫的精神在於充分揭露負責醫師訓練計畫中主訓醫院收訓員額（自訓與代訓）與收代訓中醫醫療院所之相關資訊，使新進中醫師能依照自己的意願選擇最佳的受訓方式。媒合計畫透過各縣市中醫師公會於 105

年 12 月以電話調查方式，對 104 年初次執業登記之新進中醫師詢問媒合計畫相關問題，調查結果整理於「104 年初次執登中醫師關於負責醫師訓練計畫訊息來源分析表」（詳如附錄六）。

104 年中醫初次執登之新進中醫師，有 168 人電話接受訪問，其中自訓 66 人，代訓 38 人，未納訓 52 人，未表示受訓情況者有 12 人。從表中可看出，新進中醫師對於由中醫師公會透過媒合計畫整合負責醫訓練計畫的相關資訊非常重視，有 44% 的新進中醫師會透過媒合計畫獲得訊息。受訪的 168 人中，自訓+代訓的人數有 104 人，其中就有 59 人使用過媒合計畫所提供的資訊，顯示受訓醫師對媒合計畫的重視，以及媒合計畫對於協助新進中醫師納訓的功能。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW105-CMAP-M-114-000121 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 行政院經濟建設委員會：生醫科技島計畫啟動，
<http://www.etan.com.tw/impetus/island.htm>。
2. 行政院：臺灣生技產業起飛行動方案，
http://www.ey.gov.tw/News_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=B C3C2C745A191A6B。
3. 張方直，陳恆德：各國中草藥新藥研發法規現況與策略。
4. 陳恆德，張方直：擴大內需市場，引導中草藥進入全球。
5. 陳恆德：如何提昇國內新藥臨床試驗水準。
6. 張豐華，黃秀深，羅明鳳等：理中丸含藥血清對 Cajal 間質細胞的影響 [J]. 浙江中醫藥大學學報 2010;34(1):44.
7. 柳逢夏：理中湯效能的實驗研究 [J]. 山東中醫藥大學學報 1998;22(4):315.
8. 賈宏偉，趙甯，張皖東等：理中丸和四君子湯對利血平脾虛大鼠自主活動的影響 [J]. 中國中醫藥資訊雜誌 2006;13(5):34.
9. 張東迪：激躁或大腸症候群之中西醫觀點. 中國醫藥研究叢刊 2009;28(10):87.
10. Wiklund IK, Fullerton S, Hawkey CJ, Jones RH, Longstreth GF, Mayer EA, Peacock RA, Wilson IK, Naesdal J. An irritable bowel syndrome-specific symptom questionnaire: development and validation. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:947–954.
11. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45:1143–7.
12. Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136–47.
13. Longstreth GF, Wilson A, Knight K, Wong J, Chiou CF, Barghout V, Frech F, Ofman JJ. Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: a U.S. managed care perspective. *Am J Gastroenterol* 2003;98:600–7.
14. Inadomi JM, Fennerty MB, Bjorkman D. The economic impact of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:671–82.

15. Kong SC, Hurlstone DP, Pocock CY, Walkington LA. The incidence of self prescribed oral complementary and alternative medicine use by patients with gastrointestinal diseases. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 138–41.
16. Jeong YJ, Lee DH, Choi TH, Hwang TJ, Lee BH, Nah JC, Lee SH, Park YS, Hwang JH, Kim JW, Jeong SH, Kim N, Jung HC, Song IS. Clinical analysis of recurrence rate and symptom improvement in gastro-esophageal reflux disease patients. *Korean J Gastroenterol*. 2010 ; 55(2):100-8.
17. Tominaga, K., et al. The Traditional Japanese Medicine Rikkunshito Promotes Gastric Emptying via the Antagonistic Action of the 5-HT3 Receptor Pathway in Rats. *Evid Based Complement Alternat Med* (2009).
18. Arai, M., Matsumura, T., Yoshikawa, M., Imazeki, F. & Yokosuka, O. Analysis of the Rikkunshito efficacy on patients with functional dyspepsia. *Nippon yakurigaku zasshi* 137, 18-21 (2011).
19. Kusunoki, H., et al. Efficacy of Rikkunshito, a traditional Japanese medicine (Kampo), in treating functional dyspepsia. *Internal medicine (Tokyo, Japan)* 49, 2195-2202 (2010).
20. Tominaga K, Iwakiri R, Fujimoto K, Fujiwara Y, Tanaka M, Shimoyama Y, Umegaki E, Higuchi K, Kusano M, Arakawa T; and the GERD 4 Study Group. Rikkunshito improves symptoms in PPI-refractory GERD patients: a prospective, randomized, multicenter trial in Japan. *J Gastroenterol*. 2011 Nov 15. [Epub ahead of print]

柒、附錄

附錄一、中醫負責醫師訓練媒合平台使用說明

網址：<http://immt.tw>



HOME | CONTACT US | SITEMAP | RECRUIT | LOGIN

計劃緣由 | 經費來源 | 計畫執行人員 | 參與專家學者 | 代訓流程 | 表單下載 | 資料登錄 | 問題 Q&A

中醫負責醫師訓練媒合平台

最新消息 What's New & Notice

- 105年度「中醫負責醫師訓練媒合計畫」優良共訓院所通過名單
- 105年度第二次指導醫師培訓資格推薦審查通過名單
- 10/30日六大核心能力及教學技能-中醫師公會&中山附醫主辦
- 臺北市立聯合醫院林森中醫院區-中醫醫療機構負責醫師訓練計畫代訓說明會
- 台中榮民總醫院9/24-25日-中醫臨床教學實務訓練課程 10小時
- 義大醫院10/22-23日-105年指導醫師臨床教學實務訓練課程
- 台灣中醫醫學教育學會-師資認證及展延申請
- 協助推薦中醫師臨床能力取得指導醫師師資-9月30日截止
- 《課程報名》9/25(日)台灣中醫醫學教育學會辦理指導醫師培訓課程-中醫師六大核心能力及教學技能
- 台灣中醫醫學教育學會-中醫師六大核心能力及教學技能課程時程表
- 「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合機制」諮詢問卷- 主要訓練醫院
- 「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合機制」諮詢問卷- 診所
- 「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合機制」諮詢問卷- 應屆畢業學生
- 主要訓練醫院查詢
- 願意提供代訓診所查詢

中醫負責醫師訓練媒合平台

COPYRIGHT (C) 2015 PEENTREE ALL RIGHTS RESERVED. MAIL TO WEBMASTER

四校五系系學生登錄說明

1. 請至 <http://immt.tw>→右上角 Login



2. 請選擇身份→選取學校→登錄在校學號作為預設帳號及密碼。

The image shows the '系統登入' (System Login) page. It features a form with the following fields and options:

- 選擇身份: 學生 醫院/診所
- 學校: 請選擇 (dropdown menu)
- 帳號: 請選擇 (dropdown menu)
- 密碼: 請選擇 (dropdown menu)

Below the form is a '登入' (Login) button. There are also two informational bullet points:

- 主要訓練醫院及診所初次使用，請使用「醫療機構代碼」作為帳號、密碼登入。
- 受訓醫師請使用「學號」作為帳號、密碼登入 (需完成問卷後方可進入)。

3. 開始填寫登錄資料，亦可修改密碼→完成後選擇送出即可觀看主要訓練醫院及送代訓診所內容。

The image shows the '學生資料登錄' (Student Information Registration) page. It contains the following form fields:

- 1. 學校: 長庚大學
- 2. 學號: B960500
- 3. 密碼設定:
 - 登入密碼:
 - 密碼確認:
- 4. 性別: 男 女
- 5. 年齡: 0 歲
- 6. 現住地: 縣市
- 7. 戶籍地: 縣市
- 5. 婚姻: 未婚 已婚
- 8. 中醫實習醫院為:
- 9. 您接受中醫教育訓練之方式為?
 - 學士後中醫系 中醫系雙主修 中醫系單修 醫學系雙主修
- 10. 您最高教育程度之就讀學校、系所為:
 - 校名: _____ 系所: _____

At the bottom left, there is a '送出' (Submit) button.

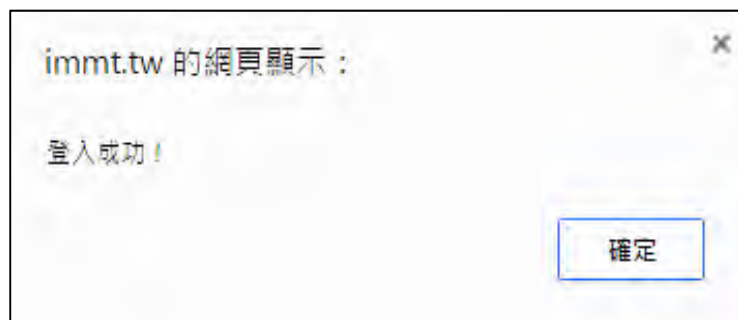
主要訓練醫院資料建立

1. 由右上方點選**資料登錄**→選擇**主要訓練醫院資料登錄**。

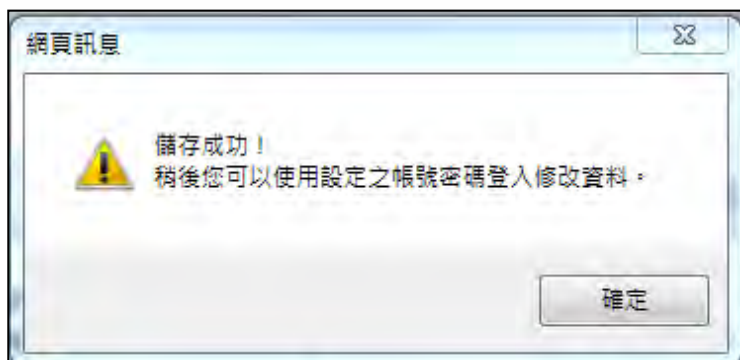


2. 請填入帳號與密碼，初次使用，請使用**醫療機構代碼**作為帳號、密碼登入。

3. 帳號密碼正確會跳出登入成功的視窗。



5. 點選**確定**鍵即儲存成功。



主要訓練醫院資料維護修改

1. 登入帳號密碼後→點選醫院資料維護



2. 進入主要訓練醫院清單頁面，點選醫院資料維護，如果有多筆資料可點選檢視。

醫院名稱	區域	提供訓練模式	代訓容額	資料更新日期	動作
東東醫院	中	每週 20 小時為期 48 個月	2 人	2015-09-11 10:57:28	檢視
東東醫院	中	每週 40 小時為期 24 個月、每週 10 小時為期 3 個月	5 人	2015-09-09 14:23:53	檢視

3. 進入主要訓練醫院資料登錄頁面，即可開始修改資料→點選送出即完成修改。

主要訓練醫院資料登錄

1. 區域：
2. 醫院名稱：
3. 地址：
4. 電話：
5. 聯絡人：
6. 帳號設定：
 - 登入密碼：
 - 密碼確認：
7. E-MAIL：
8. 代訓容額數量：人
9. 提供訓練模式及時數：
 - 每週 20 小時為期 48 個月。
 - 每週 40 小時為期 24 個月。
 - 每週 小時為期 個月。

代訓診所資料建立

1. 由右上方點資料登錄→點選代訓診所資料登錄。

HOME | CONTACT US | SITEMAP | RECRUIT | LOGIN

計劃緣由 | 經費來源 | 計畫執行人員 | 參與專家學者 | 代訓流程 | 表單下載 | 資料登錄 | 問題 Q&A

主要訓練醫院資料登錄
代訓診所資料登錄

中醫負責醫師訓練媒合平台

最新消息 What's New & Notice

- 105年度「中醫負責醫師訓練媒合計畫」優良共訓院所通過名單
- 105年度第二次指導醫師培訓資格推薦審查通過名單
- 10/30日六大核心能力及教學技能-中醫師公會&中山附醫主辦
- 臺北市立聯合醫院林森中醫院區-中醫醫療機構負責醫師訓練計畫代訓說明會
- 台中榮民總醫院9/24-25日-中醫臨床教學實務訓練課程10小時
- 義大醫院 10/22-23日-105年指導醫師臨床教學實務訓練課程
- 台灣中醫醫學教育學會-師資認證及展延申請
- 協助推薦中醫師臨床能力取得指導醫師師資-9月30日截止
- 《課程報名》9/25(日)台灣中醫醫學教育學會辦理指導醫師培訓課程-中醫師六大核心能力及教學技能
- 台灣中醫醫學教育學會-中醫師六大核心能力及教學技能課程時程表
- 「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合機制」諮詢問卷-主要訓練醫院

2. 請登入-診所初次使用，請使用醫療機構代碼作為帳號、密碼登入。

系統登入

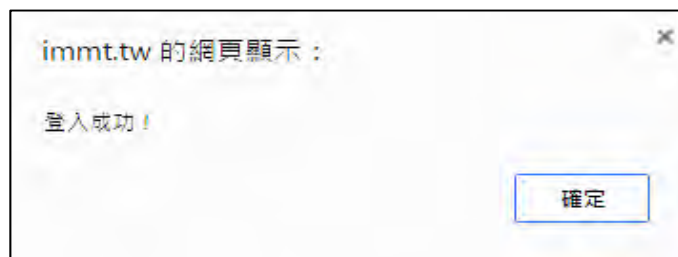
• 選擇身份： 學生 醫院/診所

• 帳號：

• 密碼：

• 主要訓練醫院及診所初次使用，請使用"醫療機構代碼"作為帳號、密碼登入。

• 受訓醫師請使用"學號"作為帳號、密碼登入(需完成問卷後方可進入)。



3. 願意提供代訓的診所資料登錄-依照欄位填寫並按送出

願意提供代訓的診所資料登錄

1. 區域：

2. 診所名稱：

3. 地址：

4. 電話：() - ()

5. 聯絡人：

6. 帳號設定：

- 登入密碼：
- 密碼確認：

7. E-MAIL：

8. 自訓代訓年度： (西元)

9. 招收醫師人數：

10. 診數：

11. 給薪條件：

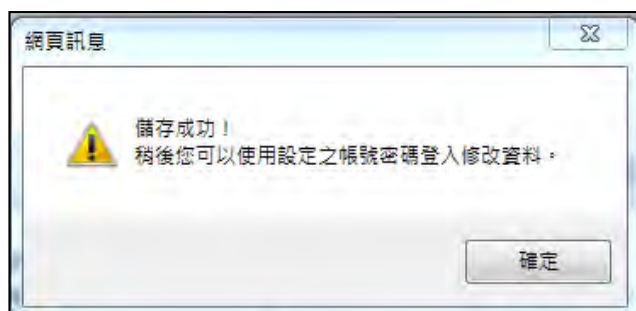
12. 診所資料：

13. 顯示/隱藏資料： 顯示 隱藏

送出

注意：資料完成後記得按**送出**鍵。

4. 點選**確定**鍵即儲存成功。



代訓診所資料維護修改

1. 資料填寫送出後要維護修改可以點右上方→診所資料維護進行修改



2. 使用方式與主要訓練醫院相同，可參考主要訓練醫院資料維護修改。

提供查詢主訓醫院及送代訓診所資料部份

1. 按上方的 LOGIN 登錄後，點選 **醫院/診所查詢**。

2. 即可顯示出主要訓練醫院清單，點選動作的 **檢視** 鍵，可進去主要訓練醫院畫面。

醫院名稱	區域	提供訓練模式	代訓醫師容額	代訓醫師剩餘員額	住院醫師容額	住院醫師剩餘員額	資料更新日期	動作
臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	北	每週 40 小時為期 24 個月	5 人	3 人	1 人	0 人	2016-11-01 14:12:19	檢視
臺北市立聯合醫院中興院區	北	每週 40 小時為期 24 個月、每週 32 小時為期 30 個月	5 人	5 人	1 人	0 人	2016-10-27 17:01:07	檢視
國防醫學院三軍總醫院中醫部	北	每週 40 小時為期 24 個月	4 人	4 人	0 人	0 人	2016-10-13 11:16:13	檢視
行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	北	每週 40 小時為期 24 個月	2 人	2 人	5 人	1 人	2016-10-13 09:14:58	檢視

3. 進入主要訓練醫院資料畫面，可明確了解主要訓練醫院目前最新資訊。

主要訓練醫院資料

- 醫院名稱：臺北市立聯合醫院和平婦幼院區
- 基本資料：
 - 院區地址：臺北市中華路2段33號
 - 醫院簡介：

臺北市立聯合醫院和平婦幼院區為使病人有更多元及完善的醫療照護，提供中醫服務。中醫治療為標本兼治，除了症狀的緩解及治療外，亦講究體質的調理。本院中醫科具有多樣化的治療方式，依病情不同施予內服中藥、針灸治療、推拿理筋、整脊手法、中藥薰蒸、外敷藥膏以及局部熱敷等治療。

本院除了中醫門診服務外，亦提供住院病人照會中醫治療的醫療服務。亦提供過敏疾患如鼻過敏及氣喘之三伏灸，三九天的穴位敷貼服務。

本院中醫科診治分三大科：

 1. 內科（包括內、婦、兒疾病的治療）以中藥治療為主有時輔以針灸治療
 2. 針灸科（包括各種疼痛治療、中風後遺症治療等）
 3. 傷科（扭傷、挫傷、骨折的調養等）

本院中醫科遠景：

 1. 傳統中醫與現代醫學的結合，以提供病人最佳的治療模式
 2. 臨床與研究並進，以發揚光大傳統中醫
- 提供訓練模式：
 - 每週 40 小時為期 24 個月
- 自訓代訓年度：2017 年
- 代訓醫師容額：5 人
- 代訓醫師剩餘員額：3 人
- 住院醫師容額：1 人
- 住院醫師剩餘員額：0 人
- 甄試條件：
 - 甄試日期：2016 年 11 月 10 日
 - 項目：
 - 口試：病例報告 15 分鐘
 - 筆試：無
 - 甄試需寄送資料：
 1. 履歷自傳
 2. 最高學歷畢業證書影本
 3. 役畢、免役之兵役證明影本
 4. 中華民國國民身分證正反面影本
 5. 中醫師證書正反面影本
 6. 執業執照正反面影本
 7. 執業醫療院所送訓同意書
 8. 送訓院所健保未違規記點聲明書(附院所負責醫師簽名蓋章)
 9. 個人學習病例報告乙份(內容依中醫負責醫師訓練計劃之格式)
 - 甄試寄送資料方式：

資料郵寄送至：臺北市立聯合醫院和平婦幼院區 中醫科 曾明洲收

地址：臺北市 10055 中正區中華路二段 33 號 3 樓 中醫科

聯絡電話：2388-9595 分機 2428

資料截止收件日期：105 年 11 月 07 日
 - 放榜日期：2016 年 11 月 17 日
- 開始訓練日期：2017 年 01 月 02 日
- 聯絡人：曾明洲 小姐(先生)
- 聯絡電話：(02) 23889595
- E-MAIL：T0492@tps.ch.gov.tw
- 最後資料更新時間：2016-11-01 14:12:19

[回主要訓練醫院清單](#)

4. 按上方的 LOGIN 登錄後，點選醫院/診所查詢。



5. 即可顯示出願意提供代訓診所清單，點選動作的檢視鍵，可進去願意提供代訓診所畫面。

願意提供代訓診所清單

診所名稱	區域	資料更新日期	動作
明月中醫	□	2015-09-09 11:11:08	↓ 檢視

6. 進入願意提供代訓診所資料畫面，可明確了解願意提供代訓診所目前最新資訊。

願意提供代訓診所資料

- 診所名稱：明月中醫
 - 電話：(4)-54123789
 - 地址：台中大里
 - 聯絡人：李漢章 醫師/先生
 - E-MAIL：cc@cc.gmail
 - 診所詳細資料：
- 明月中醫在大里復專美-TEST
- 最後資料更新時間：2015-09-09 11:11:08

附錄二、中華民國中醫師公會全國聯合會「中醫負責醫師訓練媒合計畫」
專家會議記錄

時間：民國 105 年 6 月 5 日（星期日）上午 9 時~11 時(8:30 報到)

地點：中山醫學大學正心樓 0711 教室（臺中市南區建國北路一段 110 號）

主席：何理事長○○

出席人員：蔡○○、洪○○、何○○、柯○○、蔡○○、李○○、陳○○、
黃○○、許○○、林○○、許○○、洪○○、陳○○、黃○○、
黃○○、陳○○、柯○○、孫○○、康○○、陳○○、呂○○、
洪○○、陳○○、張○○、張○○、陳○○、江○○、楊○○、
李○○

請假人員：黃○○、陳○○、呂○○、賀○○、陳○○、許○○、楊○○、
顏○○、蔡○○、黃○○、陳○○、陳○○、張○○、侯○○、
徐○○、蔡○○、黃○○、羅○○、何○○、許○○、胡○○、
郭○○、顏○○、蘇○○、沈○○、林○○、張○○

壹、主席報告

貳、介紹來賓

參、議程報告

報告議程	主持人與報告人
「中醫負責醫師訓練媒合計畫」 計畫介紹暨年度排程目標	報告人：何○○理事長
「中醫負責醫師訓練媒合計畫」 協同診所遴選機制討論	主持人：何○○理事長 報告人：許○○醫師
意見交流	主持人：柯○○秘書長

肆、提案討論：

伍、臨時動議

陸、散會(上午 11:00 整)

附錄三、中華民國中醫師公會全國聯合會「中醫負責醫師訓練之受訓醫師
與訓練機構媒合機制探討」專家會議記錄

時間：民國 105 年 9 月 25 日（星期日）上午 10 時~12 時(9:30 報到)

地點：中山醫學大學正心樓 0213 教室（臺中市南區建國北路一段 110 號）

主席：何理事長○○○

出席人員：黃○○、蔡○○、洪○○、何○○、蔡○○、柯○○、邱○○、
黃○○、徐○○、陳○○、陳○○、呂○○、黃○○、洪○○、
陳○○、林○○、林○○、何○○、黃○○、沈○○、邱○○、
林○○、沈○○、侯○○、周○○、張○○、謝○○

請假人員：陳○○、詹○○、許○○、楊○○、楊○○、顏○○、洪○○、
蔡○○、林○○、許○○、陳○○、何○○、陳○○、陳○○、
江○○、楊○○、陳○○、陳○○、柯○○、孫○○、蔡○○、
許○○、胡○○、郭○○、嚴○○、蘇○○、張○○

壹、主席報告

貳、介紹來賓

參、議程報告

報告議程	主持人與報告人
中醫負責醫師訓練媒合計畫 期末成果報告	報告人：何○○理事長
學生陳情調解會提案討論	主持人：柯○○秘書長
專家意見交流	主持人：柯○○秘書長

肆、討論提案

伍、臨時動議

陸、散會(中午 12:00 整)

附錄四、中華民國中醫師公會全國聯合會「中醫負責醫師訓練媒合計畫」
共訓診所遴選審查會議記錄

時間：民國 105 年 10 月 20 日（星期四）下午 15 時~17 時(14：30 報到)

地點：中華民國中醫師公會全國聯合會會議廳

（新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2）

主席：蔡主任委員○○

出席人員：詹委員○○、張委員○○、柯委員○○

壹、主席致詞

貳、討論提案

第一案

案由：有關台灣中醫醫學教育學會審查指導醫師證書預計 11 月底發放，
共訓診所遴選申請書中「是否具備指導醫師資格」之認定。

說明：台灣中醫醫學教育學會為 105 年度「培訓中醫臨床師資計畫」委辦
單位，指導醫師證書預計 11 月底發放，根據本會承辦計畫案執行
重點第二項附註：合格名單須於 10 月底前提供，針對申請成為 105
年度「優良訓練院所」之基層院所執業登記醫師是否具備指導醫師
資格認定，提請追認。

決議：通過。

第二案

案由：有關 105 年度「中醫負責醫師訓練媒合計畫」執行重點第二項：辦
理中醫負責醫師訓練共訓診所遴選，並提供合格名單辦理。

說明：將基層院所向本會申請成為「優良共訓院所」審查資格符合與否，
提請追認。

決議：通過。

參、臨時動議

散會

附錄五、中醫負責醫師訓練共訓院所遴選機制辦法

宗旨目的：

藉由「共訓」配套措施，將優質中醫院所納入協同訓練院所，可增加主要訓練醫院訓練容額。

第 1 條 為使優良中醫醫療院所參與主訓醫院之共訓群組，成為中醫醫療機構負責醫師訓練計畫訓練協同訓練診所，特訂定「中醫負責醫師訓練計畫協同訓練診所遴選辦法」，以下簡稱本辦法。

第 2 條 申請資格：院所於最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

第 3 條 遴選委員會由中華民國中醫師公會全國聯合會理事長擔任召集人，邀集官方、業界、學界三方專家學者，組成遴選委員會。

第 4 條 遴選基準：

第 5 條 院所需通過「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證。

第 6 條 院所具有完備的病人安全措施。

第 7 條 院所內應配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，並確實執行保養管理及清潔管理，維護病人隱私及照護品質。

第 8 條 申請針傷科訓練項目需通過「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證。

第 9 條 院所於最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

第 10 條 院所需有具指導醫師資格之專任中醫師一位以上，指導醫師與受訓醫師人數比例不得低於 1：1。即每位指導醫師於同一時期至多指導一名受訓醫師，每位指導醫師以指導一科為限。

第 11 條 院所內具指導醫師資格之專任中醫師，可開設教學門診，由指導醫師安排合適的病患與教案，提供受訓醫師參與教學門診之訓練與評量。

第 12 條 申請表件：請參閱附件。

第 13 條 審查程序：於申請截止日前，提交申請表至中醫全聯會。

第 14 條 通過遴選之中醫醫療院所可參與主訓醫院之共訓群組成為協同
訓練院所

第 15 條 本辦法經主管機關公告後實施，修正時亦同。

附件 1、優良共同訓練院所遴選申請書

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼			
	院所聯絡電話		負責醫師姓名			
	院所聯絡地址					
檢 送 項 目	申請共同訓練診所項目			資格符合	審查結果	附註
	1.院所具有完備的病人安全措施。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	2.院所內應配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，並確實執行保養管理及清潔管理，維護病人隱私及照護品質。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	3.通過「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	4.通過「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證(針傷科)。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	5.診所於最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	6.需有具備指導醫師資格之專任中醫師一位以上，指導醫師與受訓醫師人數比例不得低於 1：1，即每位指導醫師於同一時期至多指導一名受訓醫師，每位指導醫師以指導一科為限。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	7.具有指導醫師資格之專任中醫師，年資滿五年以上或具備部定講師以上資格，可開設教學門診。由指導醫師安排合適的病患與教案，提供受訓醫師參與教學門診之訓練內容與評量。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
8.已是主要訓練醫院協同訓練院所。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄		整體審查結果 1. <input type="checkbox"/> 審核通過，納入優良共同訓練診所 2. <input type="checkbox"/> 不符合規定 3. <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：		(本欄由審查單位填寫)

附錄六、104 年初次執登中醫師關於負責醫師訓練計畫訊息來源分析表*

負責醫計畫訊息來源 (可複選)	受訓類別	受訓類別 人數	人數合計	比例**
系辦公室	自訓	16	31	18.5%
	代訓	10		
	未納訓	5		
系學會	自訓	26	54	32.1%
	代訓	15		
	未納訓	13		
公會 (媒合計畫)	自訓	32	74	44.0%
	代訓	27		
	未納訓	15		
同儕交流	自訓	0	4	2.4%
	代訓	0		
	未納訓	4		
網路	自訓	2	2	1.2%
	代訓	0		
	未納訓	0		
醫院	自訓	10	10	6.0%
	代訓	0		
	未納訓	0		

*此結果為各縣市中醫師公會於 105 年 12 月透過電話調查結果。

**104 年中醫初次執登人數：自訓 66 人，代訓 38 人，未納訓 52 人，未表示 12 人，共 168 人。

附錄七、預定暨目前實際進度比較表

工作項目 (依預期成果填寫)	月次	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	第7月	第8月	第9月	第10月	第11月	第12月
		1. 邀請產、官、學三方辦理座談會。	預定進度				■					■	
	目前進度						■			■			
2. 訂定中醫負責醫師訓練共訓診所遴選機制。	預定進度					■	■	■					
	目前進度						■	■	■				
3. 辦理中醫負責醫師訓練共訓診所遴選，並提供合格名單。	預定進度								■	■	■		
	目前進度						■	■	■	■	■		
4. 蒐集當年度擬收訓之醫療機構名單、家數及欲接受訓練卻尋無合格訓練場所之中醫師人數及其地理分部等資料，系統性分析歸納，並上載於資訊平台。	預定進度					■	■	■	■	■	■	■	
	目前進度					■	■	■	■	■	■	■	■
5. 於北中南各召開一場中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合說明會。	預定進度					■	■	■	■	■	■	■	
	目前進度						■	■	■				
6. 於北中南各召開一場中醫負責醫師訓練共訓診所遴選說明會。	預定進度					■	■	■	■	■	■	■	
	目前進度						■	■	■				

中藥材基原內容編修與諮詢

劉崇喜
大仁科技大學

摘 要

現代醫學及傳統醫學可用於處理臺灣人口老化引起的慢性與老年相關疾病。要利用中藥，必須知道一些知識，一、大部分中藥材是來自於中國大陸栽植、初加工，再出口至臺灣。二、中華人民共和國藥典及臺灣中藥典所列的項目並不相同。三、二地區對於中藥的品質管制及要求也不盡相同。四、臺灣特有植物中藥也未能列入臺灣中藥典中。五、先協同化才能推展全球化，尤其臺灣中藥廠想將製品先推銷至中國大陸或其他地區。

籌組「中藥基原小組」，由衛生福利部中醫藥司與國家中醫藥研究所幹部人員代表與臺灣各公私立大學、研究機構、財團法人之中藥專家組成專家小組，進行4場專家小組會議討論及提供資訊。一、如何訂定臺灣特有品種植物藥(基原)收載於臺灣中藥典之提案審核機制及辦法。二、規劃建置中藥典藥材基原鑑定研究實驗室，協助藥典藥材基原鑑定。三、中藥材品項「基原」與「性狀」等內容，編修撰寫原則與格式規範。四、依據衛生福利部中醫藥司所提供56項中藥材擬新增之品項「基原」與「性狀」內容等之參考做修正及建議，將使未來再版之臺灣中藥更能符合國內產業界需求更完善、豐富。五、回復藥典藥材基原相關專業諮詢問題。六、評估及提供藥典藥材基原相關內容編修建議。七、參加本藥典編修「檢驗規格」、「中藥製劑」、「中醫臨床」專家其他分小組會議，提供中藥基原相關專業意見。

關鍵詞：中藥、基原、臺灣中藥典

Edition and Consultation on Originality of Herbal Drugs

Shorong-Shii Liou
TAJEN UNIVERSITY

ABSTRACT

Both modern medicine and traditional medicine can be adopted to treat chronic and other related diseases caused by (population) aging in Taiwan. Before using Chinese medicine, some relevant knowledge is required. First, most of the Chinese herbal medicine is planted, processed, and exported from Mainland China to Taiwan. Second, some items respectively listed in the pharmacopoeias of People's Republic of China and Taiwan are not exactly the same. Third, the regulations and standards of the quality in the [cross-strait countries] two areas are not quite the same as well. Fourth, Chinese herbs originated in Taiwan cannot be listed in Taiwan's pharmacopoeia. Fifth, the Chinese medicine differences of the two areas have to assimilate before making it forward to the globe, especially when Taiwan's pharmaceutical factories want to sell their drug products to Mainland China or other areas.

In this project, experts of Chinese medicine from Ministry of Health and Welfare, National Research Institute of Chinese Medicine, national and private University, research institute and legal foundation, are invited to discuss and offer suggestions in the four meetings as follows: First, how to set up the review mechanism and regulations so as to check the proposal for listing the Chinese herbs (botanical origin) originated in Taiwan Herbal Pharmacopoeia. Second, based on the present situation, we will review the botanical origins, applied body parts, and different parts of dried medicinal herbs of Chinese herbs listed in Taiwan's pharmacopoeia and propose suggestions on mending. Third, we will complete the contents, the principles of editing and writing, and the specifications of the formula of the "botanical origins" and traits of Chinese herbs. Fourth, as for the 56 items proposed by Department of Chinese Medicine, Ministry of Health and Welfare, we will mend the new added contents about "botanical origins" and "traits" and make suggestions so that in the future the new edition of Taiwan's pharmacopoeia will be more improved and meet the needs of the domestic industry. Fifth, we will assist the replies for the questions about botanical origins in pharmacopoeia. Sixth, we will help evaluate and advise on the botanical-origin-related proposals. Seventh, we will take part in other discussion groups to integrate the editing of pharmacopoeia.

Keywords: Chinese herbal, originality, Pharmacopoeia

壹、前言

臺灣近 20 年科技部、衛福部、經濟部與農委會等單位，對中草藥科學化的領域也投入資源支持，這當中有一些臺灣特有的中草藥已經過科學研究方法證實了它特定的藥理功效與評估過食用的安全性，但也因未列為臺灣中藥典收錄品項，目前也只能先歸類為食品管理。隨著中草藥的應用範圍不斷的進步與修正，所以藥典也須同步再版修正。臺灣中藥典除了需對已收錄品項作適當的修正外，更需要加入一些臺灣已經科學化驗證的本土新基原中草藥，以求臺灣中藥典能有更周全收錄常用的中草藥。

中藥基原小組的任務除了修正已列入臺灣中藥典中的部分品項外，另外一項重要工作是召集國內中草藥專家學者，共同討論臺灣中藥典新增新藥材的申請流程，以及提供相關審查的標準的建議。本分組工作重點之一在中藥材基原鑑定，主要因中藥材基原的確認是製程與品管(Chemistry, Manufacturing and Controls, CMC)的基礎，也是中藥 GMP 的關鍵技術之一。惟有嚴謹的基原鑑定，才能確保後續產品的安全、品質及療效，也將對植物新藥開發、中藥新藥開發奠定 CMC 的基礎，讓臺灣生技中草藥開發一條依循的方向，將來結合產、官、學三方的力量共同開發幫助國人健康的相關產品而努力，造福更多國人的身體保健。

貳、材料與方法

一、材料：

參考臺灣中藥典第二版、中華人民共和國藥典 2010、2015 年版一部、新編中藥誌、各國藥典籍、網路搜尋、文獻調查與中藥專家學者交流資訊。

二、實施方法及進行步驟

(一) 制定未來臺灣特有品種藥材新增品項基原收載之提案、審核機制及辦法，所需檢附之藥效指標、成分相關資料、檢驗規格之建議、本土栽種資料、參考文獻等。

1. 可大量人工栽培，且不具有破壞生態環境與水土保持者。
2. 有該物種的分布調查，稀有的部分暫不列入。
3. 有一定質量的 SCI 論文，報導該物種的藥理及成份。
4. 有明確科學研究證實其安全性、療效性與指標成分。
5. 基原鑑定：得包含一般性狀、組織及粉末或佐以 DNA 分子鑑定。
6. 理化鑑別：乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、指標成分或藥效成分分析方法與定量，含量穩定性分析報告。

(二) 制定藥典「基原」與「性狀」編修撰寫原則與格式規範。格式規範順序

1. 中文名。
2. 生藥名。
3. 英文名。
4. 基原：原植物包括科、屬、種及變種、藥用部位、採收時間、生長分布、產地加工等。
5. 性狀：一般性狀：藥材的外觀、顏色、質地、一般內部結構、氣味、味道等；組織鑑別(包括組織、粉末)：植物細胞內的大部分地方在顯微鏡下呈現出半透明狀或透明狀，因此染色法成為一種重要的方法，包括組織、粉末、表面製片，並以數字標出各顯微特徵位置等。

(三) 臺灣特有品種基原收載提案之審核。

由非法人機構或自然人提案送至衛生福利部中醫藥司，再由中醫藥司委由中藥基原分小組委員做審核評估，將所提案之臺灣

特有品種基原是否收載於臺灣中藥典。

(四) 協助編修新增 56 項中藥材品項「基原」與「性狀」等內容，及後續校對工作。

經由委員會議通過定案提出做修正及建議如下：

1. 基原及藥用部位內容說明應一致性，應盡量避免重覆。
2. 藥材組織及組織顯微鑑別圖內容專有名詞，應符合臺灣植物學專有名詞為準。
3. 藥材均記載原植物，其所屬傳統科名與新科名應前後一致性。
4. 植物的細胞組織進行描述應要有一定順序如：根→莖→葉→花→果實；組織顯微鑑別圖：表皮→皮層→韌皮纖維→韌皮部→形成層→木質部→髓，由外而內。
5. 藥材組織及組織顯微鑑別圖內容專有名詞，應符合臺灣植物學專有名詞為準，應盡量避免使用大陸專有名詞。如：
 - (1) 「柵欄組織」修正為「柵狀組織」
 - (2) 「射線」修正為「髓線」
 - (3) 「柵欄細胞」修正為「柵狀細胞」
 - (4) 「梯紋導管」修正為「階紋導管」。
 - (5) 「管胞」修正為「假導管」。
 - (6) 「外韌維管束」修正為「並立型維管束」等等。

(五) 評估及提供藥典藥材基原相關內容編修建議。

擬將「臺灣中藥典第二版」及「中華人民共和國藥典 2015 年版」，兩岸中藥藥典基原經分析比較後，部分中藥材品種存在差異如：臺灣中藥典五味子之基原分為五味子或華中五味子；而中華人民共和國藥典將五味子和南五味子為獨立品項。

(六) 規劃建置中藥典藥材基原鑑定研究實驗室，協助藥典藥材基原鑑定。

目前研擬實驗室中藥典中藥材基原品項鑑定訂定「臺灣中藥典藥材基原鑑定指南」，並於未來規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，提供公學會團體及產官學者等單位藥材基原鑑定諮詢。

(七) 就前衛生署及衛生福利部茲執行相關計畫之報告對編修中藥典之意見，對照大陸中藥典及臺灣中藥典，全面對臺灣中藥典已列入的各中藥品項及方劑的基原、名稱(包括生藥名)、用部提出建議。

(八) 協助回覆藥典相關基原之諮詢問題與意見及協助相關基原提案之

評估與建議。

(九) 跨組參加其他藥典編修工作小組之檢驗規格、中藥製劑、中醫臨床分小組會議及提供中藥材基原內容相關專業意見。

(十) 其他與前述相關工作項目之事務。如：

1. 如同品項，但基原不同之中藥，應檢驗標準相同者才並列，不然則分項列入。
2. 如大陸藥典(2015)年版，以金銀花分別二個基原：金銀花及山銀花，而舊版大陸藥典(2005)年版，沒有將金銀花及山銀花分開，導致成分有所差異。
3. 中文名與拉丁名之意義要一致。
4. 與大陸藥典協同化之努力

以上結果召開 4 場分小組專家會議，擬邀請臺灣學者，專家及產官學等團體加入專家會議，並且作出上面結果。

參、結果

一、本計畫執行期間共召開 4 場專家學者會議，105 年 7 月 15 日於衛生福利部 2 樓 209 會議室，召開第五次中藥基原分小組會議，主要議題修正兩岸藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議、衛生福利部中醫藥司所提供擬新增 53 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容等及國家中醫藥研究所擬新增 6 項中藥材品項、討論藥典「基原」與「性狀」編修撰寫原則及格式規範草案，相關的會議詳細記錄如(附件 1)。

議題與說明內容如下表所示：

項次	討論提案	會議說明	會議決議
1	<p>研議「臺灣中藥典第二版」、「中華人民共和國藥典 2010 及 2015 年版」修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議，提請討論。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據 104 年 12 月 30 日召開第 2 次會議討論事項案由一，另三七等 34 項中藥材依據○○○委員『兩岸中藥藥典差異評析研究』專冊建議修正，請再討論及確認(表 2)。 2. 依據召開第 3 及第 4 次經由委員會議通過定案白芷、砂仁、續斷、木賊等 4 項中藥材，由委員提出更新相關建議及修正基原說明(表 2)。 3. 研擬修正納入中藥典 93 項中藥材之生藥名、基原和藥用部位修正對照表，提出相關建議及修正，請卓見(表 2)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 絡石藤等 1 項中藥材依會議決議詳如附件一所示，另三七等 33 項中藥材(表 3)請中藥基原分小組以書面提案請在 7/25 前將提供，以利彙整。 2. 木賊、續斷及白芷等 3 項中藥材依會議決議詳如附件三所示，另砂仁(表 3)尚由委員提供相關審查建議，待下次會議再討論。 3. 人參等 60 項中藥材之生藥名、基原和藥用部位修正對照表，依會議通過決議案詳如附件五所示，另三七等 33 中

項次	討論提案	會議說明	會議決議
		<p>4. 依擬具將「臺灣中藥典第二版」、「中華人民共和國藥典 2010 及 2015 年版」，其中大薊等 30 項中藥材有異樣部分之生藥名、基原和藥用部位，作詳細分析之比較，將供臺灣中藥典第二版增補版編修之做為參考(表 2)。</p>	<p>藥材(表 3)尚由委員提供相關審查建議，待下次會議再討論。</p> <p>4. 大薊等 30 項中藥材依會議決議詳(表 3)。</p>
2	<p>研議新增 53 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容以修正、核對提出建議，提請討論。</p>	<p>1. 依據衛生福利部中醫藥司所提供擬新增 53 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容等，透過本分小組第二次會議提出木蝴蝶等 43 項中藥材修正及建議(表 4)，將使未來再版之臺灣中藥典為中藥材之國家更能符合國內產業需求更完善、豐富。</p> <p>2. 依據臺灣中藥典第二版已收載沙苑蒺藜、栝樓仁、陳皮、肉桂、茯苓等 5 項中藥材品項其所記載之生藥名、基原及藥用部位與目前所討論之 53 項中藥材內容略有不同如(表 4)，提請討論：</p>	<p>1. 木蝴蝶等 42 項中藥材依會議決議(表 4)，另淡竹葉中藥材，已收載於臺灣中藥典第二版，惟本次提供內容與第二版不同，需再研議。</p> <p>2. (1)沙苑蒺藜(沙苑子)與栝樓仁(栝樓仁)等 2 項中藥材，已收載臺灣中藥典第二版。</p> <p>(2)陳皮(橘皮)、肉桂(桂心)、茯苓(茯神)、粉防己及防己之內容，經委員提供相關書面建議，待下次會議再討論。</p> <p>3. 天葵子等 10 項中藥</p>

項次	討論提案	會議說明	會議決議
		<p>(1)沙苑蒺藜(沙苑子)與栝樓仁(栝樓仁),之生藥名、基原及藥用部位相同。</p> <p>(2)陳皮(橘皮)、肉桂(桂心)、茯苓(茯神),之生藥名、基原相同及藥用部位不同。</p> <p>(3)粉防己及防己之生藥名、基原及藥用部位是相同,其內容不一致。</p> <p>3.續討論天葵子、生薑、骨碎補、貫眾、篇蓄、鳳尾草、蓮子心、蕎麥、雞冠花、蘆薈等 10 項中藥材品項,提請討論(表 4)。</p> <p>4.依據國家中醫藥研究所提供新增八角蓮、木鱉、商陸、敗醬、楮實、槐角等 6 項中藥材品項,提請討論(表 5)。</p>	<p>材內容,經委員提供相關書面建議,待下次會議再討論。</p> <p>4.八角蓮為民間習用中草藥,植物全株均有毒,非屬傳統中醫常見中藥,各國中藥典也尚未記載,請提 105 年 7 月 18 日臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 2 次聯繫會議討論後再議,另木鱉等 5 項中藥材經由委員提供相關書面建議,待下次會議再討論。</p>
3	<p>擬請討論藥典「基原」與「性狀」編修撰寫原則及格式規範草案,提請討論。</p>	<p>依據 105 年 5 月 9 日臺灣中藥典第二版增補版編輯工作小組第 3 次會議,委員建議拉丁學名修正「藥材拉丁名」,參考各國藥典格式內容及撰寫,依「臺灣中藥典第二版」如:當歸中藥材順序如(表 6),提請討論。</p>	<p>1.依委員建議修改內容詳如附件八所示。</p> <p>2.另參考文獻撰寫格式,請○○○執行幹事收集資料彙整意見,再提本會議討論(表 7)所示。</p>

項次	討論提案	會議說明	會議決議
4	滑石 (talcum) 更名滑石 (kaolinum)，並稱為「滑石」，副名「軟滑石」。		本案請提 105 年 7 月 18 日臺灣中藥典第二版增補版工作分小組第 2 次聯繫會議討論後再議。

二、105 年 8 月 26 日於衛生福利部 3 樓 302 會議室，召開第六次中藥基原分小組會議，主要議題包含兩岸修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議、衛生福利部中醫藥司及國家中醫藥研究所所提供擬新增 56 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容等、研議評估及提供藥典藥材基原相關內容編修建議、修正「臺灣中藥典收載臺灣本土或特有種中藥材品項審查原則」為「臺灣本土或特有種中藥材品項申請納編臺灣中藥典收載作業要點」，相關的會議詳細記錄如(附件 2)。

項次	討論提案	會議說明	會議決議
1	研議「臺灣中藥典第二版」、「中華人民共和國藥典 2010 及 2015 年版」修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議，提請討論。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據 104 年 12 月 30 日召開第 2 次會議討論事項案由一，另三七等 33 項中藥材依據○○○委員『兩岸中藥藥典差異評析研究』專冊建議修正，請再討論及確認(表 1)。 2. 另砂仁等 1 項中藥材，請委員提出更新相關建議及修正基原說明(表 1)。 3. 另委員尚有提出大薊等 7 項中藥材建議及修正，請委員評估提出相關建議，提請討論(表 1)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 三七等 33 項中藥材依會議決議詳如(表 2)所示。 2. 砂仁等 1 項中藥材依會議決議詳如(表 2)所示。 3. 大薊等 7 項中藥材依會議決議詳如(表 2)所示。

項次	討論提案	會議說明	會議決議
2	<p>研議新增 53 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容以修正、核對提出建議，提請討論。</p>	<p>1. 依據臺灣中藥典第二版已收載陳皮、肉桂、茯苓等 3 項中藥材品項其所記載之生藥名、基原及藥用部位與目前所討論之 53 項中藥材內容略有不同，請再討論及確認：</p> <p>(1) 陳皮(橘皮)、肉桂(桂心)、茯苓(茯神)，之生藥名、基原相同及藥用部位不同。</p> <p>(2) 粉防己及防己之生藥名、基原及藥用部位是相同，其內容不一致。</p> <p>2. 透過本分小組第五次會議提出天葵子等 12 項中藥材修正及建議(表 4)續討論蘆薈、敗醬、楮實等 3 項中藥材品項內容等，提請討論。</p>	<p>1. 陳皮(橘皮)、肉桂(桂心)、茯苓(茯神)等 3 項中藥材品項，經由委員提供相關書面建議，待下次會議再討論。</p> <p>2. 粉防己及防己之中藥材合併為防己。</p>
3	<p>研議評估及提供藥典藥材基原相關內容編修建議，提請討論。</p>	<p>1. 依擬具將「臺灣中藥典第二版」及「中華人民共和國藥典 2015 年版」，兩岸中藥藥典基原經分析比較後，部分中藥材品種存在差異如(表 8)：</p> <p>(1) 臺灣中藥典五味子之</p>	<p>因前項中藥材品項分開將影響後續中藥藥政管理，建議維持現狀，並朝收載不同基原之檢驗規格方式處理。</p>

項次	討論提案	會議說明	會議決議
		<p>基原分為五味子或華中五味子；而中華人民共和國藥典將五味子和南五味子為獨立品項。</p> <p>(2)臺灣中藥典黃蘗之基原分為黃皮樹習稱「川黃柏」或黃蘗習「關黃柏」；而中華人民共和國藥典將黃柏及關黃柏為獨立品項。</p> <p>(3)臺灣中藥典金銀花之基原忍冬、紅腺忍冬、山銀花或毛花柱忍冬；而中華人民共和國藥典將金銀花及山銀花之基原灰氈毛忍冬、紅腺忍冬、華南忍冬或黃褐毛忍冬為獨立品項。</p> <p>(4)臺灣中藥典葛根之基原野葛、甘葛藤；而中華人民共和國藥典將甘葛藤及野葛為獨立品項。</p> <p>(5)臺灣中藥典冰片又稱梅片；而中華人民共和國藥典將天然冰片(右旋龍腦)及冰片(合成龍腦)為獨立品項。</p>	

項次	討論提案	會議說明	會議決議
		<p>(6)臺灣中藥典前胡之基原白花前胡或紫花前胡，而中華人民共和國藥典將前胡及紫花前胡為獨立品項。</p> <p>2.臺灣中藥典第二版將薯蕷、恆春薯蕷、或基隆山藥統稱為(山藥)，而大陸將薯蕷為一個獨立品項，是否將臺灣產的山藥分為獨立品項。請委員評估提出相關規劃建議，提請討論(表 8)。</p>	
4	<p>修正「臺灣中藥典收載臺灣本土或特有種中藥材品項審查原則」為「臺灣本土或特有種中藥材品項申請納編臺灣中藥典收載作業要點」，提請討論。</p>	<p>「臺灣中藥典收載臺灣本土或特有種中藥材品項審查原則」性質屬《行政程序法》第 159 條所稱行政規則，對外不發生法規範效力，建議修正原則為作業要點(表 9)，請委員審議並提供意見。</p>	<p>依會議決議詳如(表 9)所示。</p>

三、105 年 8 月 26 日於衛生福利部 3 樓 302 會議室，召開第七次中藥基原分小組會議，主要議題包含含兩岸修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議、衛生福利部中醫藥司及國家中醫藥研究所提供擬新增 56 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容等、研議規劃建置中藥典藥材基原鑑定研究實驗室，協助藥典藥材基原鑑定，相關的會議詳細記錄如(附件 3)。

項次	討論提案	會議說明	會議決議
1	<p>研議「臺灣中藥典第二版」、「中華人民共和國藥典 2010 及 2015 年版」修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議，提請討論。</p>	<p>另委員尚有提出仙鶴草、芎藭、南板藍根、蘆根、石斛、桔梗等 6 項中藥材建議及修正，請委員評估提出相關建議，提請討論(表 1)。</p>	<p>仙鶴草等 6 項中藥材依會議決議詳如(表 2)所示。</p>
2	<p>研議新增 56 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容以修正、核對提出建議，提請討論。</p>	<p>1. 依據衛生福利部中醫藥司、國家中醫藥研究所提供擬新增 56 項中藥材品項，透過本分小組第四次會議提出五加皮等 56 項中藥材，請再討論及確認(表 4)，將供臺灣中藥典第二版增補版編修之做為參考。</p> <p>2. 陳皮(橘皮)、肉桂(桂心)、茯苓(茯神)等 3 項中藥材品項，基原及性狀的分析之比較(表 10)。</p>	<p>1. 川貝母等 56 項中藥材(表 4)請中藥基原分小組以書面提案請在 10/17 前將提供，以利彙整。</p> <p>2. 臺灣中藥典第二版已收載陳皮、肉桂、茯苓等 3 項中藥材品項，其所記載內容略有不同(表 10)。</p> <p>(1)陳皮、橘皮等 2 項中藥材置於同一品項，將橘皮列為附屬項目。</p> <p>(2)肉桂、桂心等 2 項中藥材置於同一品項，將桂心列附屬項目(表 11)。</p> <p>(3)茯苓、赤茯苓、茯苓皮、茯神等 4 項中藥材置於同一品項，將赤茯苓、茯苓皮、茯神列為附屬項目。</p>

項次	討論提案	會議說明	會議決議
3	研議規劃建置中藥典藥材基原鑑定研究實驗室，協助藥典藥材基原鑑定。	目前研擬實驗室中藥典藥材基原品項鑑定訂定「臺灣中藥典藥材基原鑑定指南」，並於未來規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，提供公學會團體及產官學者等單位藥材基原鑑定諮詢。	「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」係以提供中藥典編修基原鑑定諮詢服務，請○○○、○○○、○○○執行幹事提出相關「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」執行規劃建議，以協助臺灣中藥典之基原鑑定工作。

四、105年11月4日於衛生福利部2樓201會議室，召開第八次中藥基原分小組會議，主要議題包含福利部中醫藥司及國家中醫藥研究所提供擬新增56項中藥材品項、藥材基原鑑定研究實驗室、威靈仙中藥材，相關的會議詳細記錄如(附件4)。

項次	討論提案	會議說明	會議決議
1	研議新增56項中藥材品項「基原」與「性狀」內容以修正、核對提出建議，提請討論。	<p>依據衛生福利部中醫藥司、國家中醫藥研究所提供擬新增56項中藥材品項。</p> <p>1. 兩岸植物學名詞與中藥典名詞略有所不同(表12)，提出相關建議，提請討論。</p> <p>2. 中藥基原小組第四次會議提出有關五加皮等56項中藥材之適切性再評估與提出相關規劃建議(表4)，其中木鱉子等29項中藥材</p>	<p>1. 植物學名詞建議於凡例中做說明，於下年度會議討論。</p> <p>2. 川貝母等56項中藥材(表4)委員如有修正意見，請於11月18日前提供書面資料，以利彙整。</p> <p>3. 木鱉子等29項中藥材之基原及性狀依會議決議修改(表4)所示。</p>

		(表 4)有異樣部分之基原及性狀由委員提出更新相關建議及修正，將供臺灣中藥典第二版增補版編修之做為參考，請卓見。	
2	研議規劃建置中藥典藥材基原鑑定研究實驗室，協助藥典藥材基原鑑定。	研擬由衛生福利部國家中醫藥研究規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，並於未來規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，提供中藥典之藥材基原鑑定諮詢(表 13)。	照案通過(表 13)。
3	研議「臺灣中藥典第二版」、「中華人民共和國藥典 2015 年版」修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議，提請討論。	研擬修正威靈仙等 1 項中藥材(表 14)之生藥名、基原和藥用部位，由委員提出更新相關建議及修正基原說明。	威靈仙中藥材依會議決議修改(表 14)所示。

二、各主題經過八次討論最後結論：

- (一) 研議「臺灣中藥典第二版」簡稱(THP)、「中華人民共和國藥典 2010 及 2015 年版」簡稱(CP)，修正中藥典已收載中藥材基原等之適切性再評估與提出相關規劃建議。

編號	基原
1	<p>白芷</p> <p>ANGELICAE DAHURICAE RADIX</p> <p>Dahurian Angelica Root</p> <p>本品為繖形科 Umbelliferae 植物白芷 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. 或杭白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. cv. Hangbaizhi 之乾燥根。</p>

編號	基原
2	<p style="text-align: center;">石斛</p> <p style="text-align: center;">DENDROBII CAULIS</p> <p style="text-align: center;">Dendrobium Stem</p> <p>本品為蘭科 Orchidaceae 植物石斛 <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.、粉花石斛 <i>Dendrobium loddigesii</i> Rolfe.、黃草石斛 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. ex Lindl.、馬鞭石斛 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook.、鐵皮石斛 <i>Dendrobium officinale</i> Kimura et Migo、鼓槌石斛 <i>Dendrobium chrysotoxum</i> Lindl.、黃花石斛 <i>Dendrobium tosaense</i> Makino</p>
3	<p style="text-align: center;">川芎</p> <p style="text-align: center;">CHUANXIONG RHIZOMA</p> <p style="text-align: center;">Chuanxiong Rhizome</p> <p>本品為繖形科 Umbelliferae 植物川芎 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort.之乾燥根莖，習稱「川芎」。</p>
4	<p style="text-align: center;">南板藍根</p> <p style="text-align: center;">STROBILANTHII CUSIAE RHIZOMA ET RADIX</p> <p style="text-align: center;">Baphicacanthus Rhizome and Root</p> <p>本品為爵床植物馬藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze 之乾燥根及根莖。</p>
5	<p style="text-align: center;">蘆根</p> <p style="text-align: center;">PHRAGMITIS RHIZOMA</p> <p style="text-align: center;">Reed Rhizome</p> <p>本品為禾本科 Gramineae 植物蘆葦 <i>Phragmites australis</i> (Cav.) Trin. ex Steud.之乾燥根莖。</p>
6	<p style="text-align: center;">桔梗</p> <p style="text-align: center;">PLATYCODONIS RADIX</p> <p style="text-align: center;">Platycodon Root</p> <p>本品為桔梗科 Campanulaceae 植物桔梗 <i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC.之乾燥根。</p>
7	<p style="text-align: center;">大薊</p> <p style="text-align: center;">CIRSII JAPONICI HERBA SEU RADIX</p> <p style="text-align: center;">Japanese Thistle Herb or Root</p>

編號	基原
	本品為菊科 Compositae 植物大薊 <i>Cirsium japonicum</i> DC.之乾燥地上部分或根。
8	<p style="text-align: center;">赤小豆 VIGNAE SEMEN Rice Bean</p> <p>本品為豆科 Leguminosae 植物赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> (Thunb.) Ohwi et H. Ohashi 或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi 之乾燥成熟種子。</p>
9	<p style="text-align: center;">附子 ACONITI LATERALIS RADIX PRAEPARATUM Monkshood Daughter Root</p> <p>本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物烏頭 <i>Aconitum carmichaelii</i> Debx. 之乾燥子根。藥材按加工方法不同，分為「鹽附子」、「黑順片」、「白附片」。</p>
10	<p style="text-align: center;">絡石藤 TRACHELOSPERMI CAULIS CUM FOLIUM Chinese Starjasmine Stem</p> <p>本品為夾竹桃科 Apocynaceae 植物絡石 <i>Trachelospermum jasminoides</i> (Lindl.) Lem.之乾燥帶葉藤莖。</p>
11	<p style="text-align: center;">澤瀉 ALISMATIS RHIZOMA Alisma Rhizome</p> <p>本品為澤瀉科 Alismataceae 植物澤瀉 <i>Alisma plantago-aquatica</i> subsp. <i>orientale</i> (Sam.) Sam.之乾燥塊莖。</p>
12	<p style="text-align: center;">仙鶴草 AGRIMONIAE HERBA Hairyvein Agrimonia Herb</p> <p>本品為薔薇科 Rosaceae 植物龍牙草 <i>Agrimonia pilosa</i> Ledeb.之乾燥全草。</p>

1. 依據○○○委員『兩岸中藥藥典差異評析研究』專冊研擬修正納入中藥典 93 項中藥材之生藥名、基原和藥用部位修正對照表(表 2 及表 3)，都已順利完成。

2. 威靈仙中藥材依會議決議修改(表 14)所示。
- (二) 「臺灣中藥典」收載臺灣特有種中藥材品項審查原則及審核機制」研擬草案，經由委員會議通過定案。其次，將由中醫藥司內部標準作業流程進行中，待由中醫藥司內部標準作業流程完成後，提供公學會團體及產官學者等單位，於網頁及服務諮詢單(表 9)。
- (三) 新增黃花石斛 *Dendrobium tosaense* Makino 擬納入臺灣中藥典收載臺灣特有種中藥材品項，可供未來納入中藥典之參考。
- (四) 由衛生福利部國家中醫藥研究規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，並於未來規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，提供中藥典之藥材基原鑑定諮詢(表 13)。
- (五) 依據衛生福利部中醫藥司、國家中醫藥研究所，所提供擬新增 56 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容等，川貝母等 56 項中藥材(表 4)，經由委員會議通過定案提出做修正及建議如下：
1. 「粉防己」STEPHANIAE TETRANDRAE RADIX 本品為防己科 Menispermaceae 植物粉防己 *Stephania tetrandra* S. Moore 之乾燥根；及「防己」STEPHANIAE TETRANDRAE RADIX 本品為防己科植物粉防己 *Stephania tetrandra* S. Moore 的乾燥根。之中藥材合併為【防己】STEPHANIAE TETRANDRAE RADIX 本品為防己科 MENISPERMACEAE 植物粉防己 *Stephania tetrandra* S. Moore 之乾燥根。
 2. 八角蓮為民間習用中草藥，植物全株均有毒，非屬傳統中醫常見中藥，各國中藥典也尚未記載，另檢驗規格分小組委員說明八角蓮具有毒性，應制訂「毒性成分」含量上限，依據 105 年 7 月 18 日臺灣中藥典第二版增補版編輯工作小組第 2 次會議，委員建議八角蓮不列入增補版編修
 3. 陳皮、橘皮等 2 項中藥材置於同一品項，將橘皮列為附屬項目。
 4. 肉桂、桂心等 2 項中藥材置於同一品項，將桂心列附屬項目(表 10)。
 5. 茯苓、赤茯苓、茯苓皮、茯神等 4 項中藥材置於同一品項，將赤茯苓、茯苓皮、茯神列為附屬項目。
 6. 植物學名詞決議設凡例【原臺灣中藥典內容】，於 106 年度續討論。
 7. 已初稿完成川貝母等 56 項中藥材，於 106 年度續討論。

肆、討論

在本計畫中，將邀請臺灣的中草藥專家學者，進行四場專家小組會議討論及提供專業諮詢，共同討論臺灣中藥典新增新藥材的申請流程以及提供相關審查的標準的建議。委員們對於中藥材基原內容編修與臺灣特有品種基原收載提案之審核，皆相當慎重，後續有部分尚未取得共識的議案，將於第二年計畫中陸續完成。

伍、結論與建議

- 一、已完成「臺灣中藥典第二版」、「中華人民共和國藥典 2010 及 2015 年版」修正○○○委員『兩岸中藥藥典差異評析研究』專冊，納入中藥典 93 項中藥材之生藥名、基原和藥用部位修正對照表(表 2 表 3)。
- 二、已完成修正「臺灣中藥典收載臺灣本土或特有種中藥材品項審查原則」為「臺灣本土或特有種中藥材品項申請納編臺灣中藥典收載作業要點」草案(表 9)。
- 三、臺灣中藥典各中藥材所記項目之中文名、生藥名、英文名、基原，其謹慎修改內容。
- 四、已完成衛生福利部國家中醫藥研究規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，並於未來規劃建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」，提供中藥典之藥材基原鑑定諮詢(表 13)。
- 五、已初稿完成衛生福利部中醫藥司、國家中醫藥研究所，所提供擬新增 56 項中藥材品項「基原」與「性狀」內容等，一般性狀部分內容文字、組織顯微鑑別及粉末圖內容專有名詞，應符合植物學專有名詞為準，應盡量避免使用大陸專有名詞。
 - (一) 有關中藥典植物學名詞決議設凡例【原臺灣中藥典內容】中做說明，待 106 年度會議中續討論。
 - (二) 川貝母等 56 項中藥材依會議決議(表 4)，於請原計畫主持人補充細部說明，待 106 年度會議中續討論。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW105-CMAP-M-114-000417 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 衛生福利部中醫藥司「兩岸中藥藥典差異評析研究專冊」，2014
2. 行政院衛生署，臺灣中藥典(第二版)，龍讚裝訂股份有限公司，2013
3. 行政院衛生署，中華藥典第七版，行政院衛生署食品藥物管理局，2011
4. 行政院衛生署中醫藥委員會，臺灣常用植物圖鑑第二版，2010
5. 行政院衛生署，楊志良，中華藥典第六版補篇，大光華印務部，2009
6. 行政院衛生署，侯勝茂，中華藥典第六版，漢泰文化事業股份有限公司，2006
7. 行政院衛生署中醫藥委員會，臺灣常用植物圖鑑第一冊，2006
8. 行政院衛生署中醫藥委員會，常用中藥材圖鑑，2004
9. 行政院衛生署藥物食品檢驗局，易混淆及誤用藥材之鑑別(I)，2002
10. 行政院衛生署藥物食品檢驗局，易混淆及誤用藥材之鑑別(II)，2002
11. 行政院衛生署，李明亮，中華藥典第五版，庚霖興業有限公司，2000
12. 行政院國家科學委員，臺灣植物誌第二版，2003
13. 行政院衛生署中醫藥委員會，臺灣藥用植物資源名錄第一版，2003
14. 自然珍藏大圖鑑，臺灣原生植物全圖鑑第一卷：蘇鐵科—蘭科（雙袋蘭屬），2016
15. 自然珍藏大圖鑑，臺灣原生植物全圖鑑第二卷：蘭科—燈心草科（恩普莎蘭屬），2016
16. 行政院農業委員會特有生物研究保，FLORA OF TAIWAN SELAGINELLACEAE，2012
17. 國立臺灣師範大學，Flora of Taiwan, Second Edition - Supplement(臺灣植物誌第二版補遺-英文版)，2012
18. 閻定凝，中藥鑑定學，2006
19. 中國醫藥大學，道地藥材圖鑑（1-4冊），張賢哲，2005
20. 行政院農業委員會，臺灣維管束植物簡誌（第一、二卷），2001
21. 國家藥典委員會，中華人民共和國藥典，2015
22. 陳士林，中華人民共和國藥典中藥植物及原植物彩色圖譜，2010
23. 浩云濤，薛軍，中華人民共和國藥典，中國醫藥科技出版社，2010
24. 趙中振，中藥粉末顯微鑑別彩色圖集第一版，1999
25. 香港賽馬會中藥研究院，當代藥用植物典(1~4)，2007
26. 蕭培根，新編中藥誌(第1~4卷)，化學工業出版社，2002

27. 國家中醫藥管理局《中華本草》編委會，中華本草(第 1-10 冊)，上海科學技術出版社，1998
28. 厚生勞動省，日本藥局方，日本藥局方編輯委員會，1886

柒、圖、表

表二、基原修正對照表

資料來源：○○○委員『兩岸中藥藥典差異評析研究』專冊

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
1	委員決議生藥拉丁名 GINSENG RADIX ET RHIZOMA 及基原人參 <i>Panax ginseng</i> C. A. Mey. 的乾燥根和根莖。依 CP	1. 藥用部位應考慮現實使用狀態，依 THP 2. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，再修改生藥名，依 THP 3. 因藥用部位不同導致生藥名不同，依 THP	THP (p.1)	人參	GINSENG RADIX	本品為五加科 Araliaceae 植物人參 <i>Panax ginseng</i> C. A. Meyer 之乾燥根。栽培者稱「園參」，野生者稱「野山參」。	目前臺灣人參使用去除葉子的部位，這些部位包含根部及根莖都拿來使用，而非只有使用根部「委員決議依 CP」
			CP (p.8)		GINSENG RADIX ET RHIZOMA	本品為五加科植物人參 <i>Panax ginseng</i> C. A. Mey. 的乾燥根和根莖。多於秋季採挖，洗淨經曬乾或烘乾。栽培的俗稱「園參」，播種在山林野生狀態下自然生長的稱「林下山參」，習稱「籽海」。	
2	委員決議依 CP 生藥拉丁名 NOTOGINSENG RADIX ET RHIZOMA	1. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，依 THP 2. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，再修改生藥名，依 THP 3. 因藥用部位不同導致生藥名不同，依 THP	THP (p.5)	三七	NOTOGINSENG RADIX	本品為五加科 Araliaceae 植物三七 <i>Panax notoginseng</i> (Burk.) F. H. Chen 之乾燥根。	THP 用乾燥根，CP (2015) 用乾燥根和根莖。 皂苷：主根(12%)，支根(11%)，根莖(>15%) 均可用，整個三七根部佔大部分，若依實用立場可依 CP (2015)
			CP (p.11)		NOTOGINSENG RADIX ET RHIZOMA	本品為五加科植物三七 <i>Panax notoginseng</i> (Burk.) F. H. Chen 的乾燥根和根莖。秋季花開前採挖，洗淨，分開主根、支根及根莖，乾燥。支根習稱「筋條」，根莖習稱「剪口」。	
3	委員決議依 THP 中文名三稜	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.6)	三稜	SPARGANII RHIZOMA	本品為黑三稜科 Sparganiaceae 植物黑三稜 <i>Sparganium stoloniferum</i> Buch.-Ham. 之乾燥塊莖。	「委員決議依 THP」
			CP (p.12)	三稜	SPARGANII RHIZOMA	本品為黑三稜科植物黑三稜 <i>Sparganium stoloniferum</i> Buch.-Ham. 的乾燥塊莖。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
4	委員決議依 CP(2015)藥用部位為乾燥果皮	藥用部位應考慮現實使用狀態依 CP	THP (p.13)	大腹皮	ARECAE PERICARPIUM	本品為棕櫚科 Palmae 植物檳榔 <i>Areca catechu</i> L.之乾燥成熟果皮。	建議 CP(2015)「委員決議依 CP」
			CP (p.24)		ARECAE PERICARPIUM	本品為棕櫚科植物檳榔 <i>Areca catechu</i> L.的乾燥果皮。冬季至次春採收未成熟的果實，煮後乾燥，縱剖兩瓣，剝取果皮，習稱"大腹皮"；春末至秋初採收成熟果實，煮後乾燥，剝取果皮，打鬆，曬乾，習稱"大腹毛"。	
5	依 THP 生藥拉丁名 CIRSII JAPONICI HERBA SEU RADIX	1. 藥用部位應考慮現實使用狀態依 THP 2. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，再修改生藥名依 THP 3. 因藥用部位不同導致生藥名不同依 THP	THP (p.14)	大薊	CIRSII JAPONICI HERBA SEU RADIX	本品為菊科 Compositae 植物大薊 <i>Cirsium japonicum</i> DC.之乾燥地上部分或根。	在臺灣包含大小薊兩種，其實中藥都用根部，但民間多直接用全草，因此市場上皆有使用乾燥地上部分或根 「委員決議依 THP」
			CP (p.23)		CIRSII JAPONICI HERBA	本品為菊科植物薊 <i>Cirsium japonicum</i> Fisch.ex DC.的乾燥地上部分。夏、秋二季花開時採割地上部分，除去雜質，曬乾。	
6	1. 委員決議依 CP 生藥拉丁名 SOPHORAE TONKINENSIS RADIX ET RHIZOMA 2. 藥用部位由 THP 之乾燥根改為根和根莖。	1. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，依 THP 2. 因藥用部位不同導致生藥名不同，依 THP	THP (p.18)	山豆根	SOPHORAE TONKINENSIS RADIX	本品為豆科 Leguminosae 植物越南槐 <i>Sophora tonkinensis</i> Gagnep.之乾燥根。	1. 根據 CP (2010)，山豆根之圖 1-2 是含根及根莖，根莖上有莖，下有根數條，根佔大部分。 2. 化學成分根莖無分開被研究過。 3. 建議依 CP，則拉丁生藥名為 SOPHORAE TONKINENSIS RADIX ET RHIZOMA，藥用部位由 THP 之根改為根和根莖。
			CP (p.25)		SOPHORAE TONKINENSIS RADIX ET RHIZOMA	本品為豆科植物越南槐 <i>Sophora tonkinensis</i> Gagnep.的乾燥根和根莖。秋季採挖，除去雜質，洗淨，乾燥。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
7	委員決議依 THP 基原薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.、恆春薯蕷 <i>Dioscorea doryophora</i> Hance 或基隆山藥 <i>Dioscorea japonica</i> Thunb. var. <i>pseudojaponica</i> (Hayata) Yamam. 之乾燥根莖	THP 列有臺灣特有種，但恆春薯蕷及基隆山藥不常用，建議修改成 CP 寫法，建議可再研議	THP (p.23)	山藥	DIOSCOREAE RHIZOMA	本品為薯蕷科 <i>Dioscoreaceae</i> 植物薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.、恆春薯蕷 <i>Dioscorea doryophora</i> Hance 或基隆山藥 <i>Dioscorea japonica</i> Thunb. var. <i>pseudojaponica</i> (Hay.) Yamam 之乾燥根莖。	1. 山藥產量大都當食品為主，中藥極少。經由委員討論必需保留臺灣特有種的恆春薯蕷、基隆山藥 2. CP(2015)在飲片中增加「毛山藥」、「光山藥」，山藥片區分其他說明 CP(2010)相同,以上說明非本會議討論範圍 「委員決議依 THP」
		CP (p.27)	DIOSCOREAE RHIZOMA		本品為薯蕷科植物薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.的乾燥根莖。冬季莖葉枯萎後來挖，切去根頭，洗淨，除去外皮和須根，乾燥，或趁鮮切厚片，乾燥；也有選擇肥大順直的乾燥山藥，置清水中，浸至無乾心，悶透，切齊兩端，用木板搓成圓柱狀，曬乾，打光，習稱"光山藥"。		
8	委員決議生藥拉丁名 CLEMATIDIS CAULIS 及基原繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham. 或小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch.之乾燥莖，依 THP	THP 及 CP 川木通之基原皆有兩個，繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham.及小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch.，CP 之生藥名是由小木通變化而來，因有兩個基原，建議依 THP 之寫法 CLEMATIDIS CAULIS，建議參考	THP (p.24)	川木通	CLEMATIDIS CAULIS	本品為毛茛科 <i>Ranunculaceae</i> 植物繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham. 或小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch.之乾燥莖。	臺灣使用繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham. 或小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch.，CP 所指僅限一種。 「委員決議依 THP」
		CP (p.34)	CLEMATIDIS ARMANDII CAULIS		本品為毛茛科植物小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch. 或繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham.的乾燥藤莖。春、秋二季採收，除去粗皮，曬乾，或趁鮮切薄片，曬乾。		
9	委員決議中文名五味子、生藥拉丁名 SCHISANDRAE FRUCTUS 及基原五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 或華中五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.)	1. THP 五味子包含兩個基原，五味子(北五味子) <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 或華中五味子(南五味子)	THP (p.30)	五味子	SCHISANDRAE FRUCTUS	本品為木蘭科 <i>Magnoliaceae</i> 植物五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 或華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils. 之乾燥成熟果實。前者習稱「北五味子」，後者習稱「南五味子」。	<i>S. chinensis</i> 及 <i>S. sphenanthera</i> ripe fruit 均含 schisandrin (五味子素)(五味子醇素) 「委員決議依 THP」

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	Baill.或華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils.之乾燥成熟果實。前者習稱「北五味子」，後者習稱「南五味子」，依 THP	<i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils.; CP 之品項五味子單指北五味子，而生藥名亦是由北五味子之學名變化而來臺灣之五味子含有南、北五味子兩個基原，建議維持 THP 寫法，建議參考 2. THP 之五味子包含北五味及南五味，CP 之五味子則單純指北五味，因此導致生藥名不同，建議維持 THP 寫法，建議參考 3. 建議維持 THP 之原寫法，建議參考	CP (p.61)		SCHISANDRAE CHINENSIS FRUCTUS	本品為木蘭科植物五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 的乾燥成熟果實。習稱"北五味子"。秋季果實成熟時採摘，曬乾或蒸後曬乾，除去果梗和雜質。	
			CP (p.227)	南五味子	SCHISANDRAE SPHENANTHERAE FRUCTUS	本品為木蘭科植物華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils. 的乾燥成熟果實。秋季果實成熟時採摘，曬乾，除去果梗和雜質。	
10	委員決議依 THP 生藥拉丁名 RHOIS GALLA	鹽膚木 <i>Rhus chinensis</i> Mill.、青麩楊 <i>Rhus potaninii</i> Maxim. 或紅麩楊 <i>Rhus punjabensis</i> Stew. var. <i>sinica</i> (Diels) Rehd. et Wils. 葉上之蟲癭，主要由五倍子蚜蟲 <i>Melaphis chinensis</i> (Bell) Baker 寄生而形成 RHOIS 漆樹屬；GALLA 蟲癭，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.32)	五倍子	RHOIS GALLA	本品為漆樹科 Anacardiaceae 植物鹽膚木 <i>Rhus chinensis</i> Mill.、青麩楊 <i>Rhus potaninii</i> Maxim. 或紅麩楊 <i>Rhus punjabensis</i> Stew. var. <i>sinica</i> (Diels) Rehd. et Wils. 葉上之蟲癭，主要由五倍子蚜蟲 <i>Melaphis chinensis</i> (Bell) Baker 寄生而形成。	THP 及 CP (2015) 均有相同三個基原，但 CP 之生藥生藥名 <i>Galla Chinensis</i> 僅用第一種基原之種名「委員決議依 THP」
			CP (p.62)		GALLA CHINENSIS	本品為漆樹科植物鹽膚木 <i>Rhus chinensis</i> Mill.、青麩楊 <i>Rhus potaninii</i> Maxim. 或紅麩楊 <i>Rhus punjabensis</i> Stew. var. <i>sinica</i> (Diels) Rehd. et Wils. 葉上的蟲癭，主要由	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
						五倍子蚜 <i>Melaphis chinensis</i> (Bell) Baker 寄生而形成。秋季採摘，置沸水中略煮或蒸至表面呈灰色，殺死蚜蟲，取出，乾燥。接外形不同，分為"肚倍"和"角倍"。	
11	委員決議依 THP 中文名天門冬	建議維持 THP 寫法 (藥材名稱不同)	THP (p.36)	天門冬	ASPARAGI RADIX	本品為百合科 Liliaceae 植物天門冬 <i>Asparagus cochinchinensis</i> (Lour.) Merr.之乾燥塊根。習稱「天冬」。	「委員決議依 THP」
			CP (p.52)	天冬	ASPARAGI RADIX	本品為百合科植物天冬 <i>Asparagus cochinchinensis</i> (Lour.) Merr.的乾燥塊根。秋、冬二季採挖，洗淨，除去莖基和須根，置沸水中煮或蒸至透心，趁熱除去外皮，洗淨，乾燥。	
12	1. 委員決議依 THP 生藥拉丁名 CROTONIS SEMEN 2. 藥用部位之乾燥成熟種子。	臺灣買到之藥材為種子，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.41)	巴豆	CROTONIS SEMEN	本品為大戟科 Euphorbiaceae 植物巴豆 <i>Croton tiglium</i> L.之乾燥成熟種子。	1. 委員決議依 THP 生藥拉丁名 CROTONIS SEMEN 2. 藥用部位之乾燥成熟種子。
			CP (p.74)		CROTONIS FRUCTUS	本品為大戟科植物巴豆 <i>Croton tiglium</i> L.的乾燥成熟果實。	
13	委員決議依 CP (2015)基原 <i>Equisetum hyemale</i> L.	1. CP 於第一增補本將木賊之種名修改為 <i>hyemale</i> ，建議修改為 CP 之寫法，可再研議 2. CP 於第一增補本修改學名，建議修改為 CP 之寫法，可再研議	THP (p.46)	木賊	EQUISETI HIEMALIS HERBA	本品為木賊科 Equisetaceae 植物木賊 <i>Equisetum hiemale</i> L. 之乾燥地上部分。	委員曾在第三次會議決議依 CP 生藥拉丁名 <i>Equiseti Hiemalis Herba</i> → <i>Equiseti Hyemalis Herba</i> 因應植物學名已由 <i>Eqquisetum hiemale</i> L. → <i>Equisetum hyemale</i> L.
			CP2015 (p.63)		EQUISETI HIEMALIS HERBA	本品為木賊科植物木賊 <i>Equisetum hyemale</i> L.的乾燥地上部分。夏、秋二季採割，除去雜質，曬乾或陰乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
14	委員決議： 1. 委員決議依 THP 藥用部位為之乾燥全草。 2. 仙鶴草藥用部位乾燥之全草修正為之乾燥全草。	藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，依 THP	THP (p.54)	仙鶴草	AGRIMONIAE HERBA	本品為薔薇科 Rosaceae 植物龍牙草 <i>Agrimonia pilosa</i> Ledeb. 乾燥之全草。	THP 利用乾燥全草 CP (2015) 利用乾燥地上部分，大陸根一般很少單獨使用。 (1) 根含 agrimophol (鶴草酚) 為絛驅蟲劑 0.2 %。 (2) 根芽含 agrimophol (鶴草酚) 為絛驅蟲劑 0.3 %。 (3) 地上部含 agrimophol (鶴草酚) 為絛驅蟲劑 0.01 %。 基於根部有特殊成分，建議依 CP (2015) 利用乾燥地上部分
			CP (p.94)		AGRIMONIAE HERBA	本品為薔薇科植物龍牙草 <i>Agrimonia pilosa</i> Ledeb. 的乾燥地上部分。夏、秋二季莖葉茂盛時採割，除去雜質，乾燥。	
15	委員決議依 THP 中文名代赭石	藥材名稱不同維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.53)	代赭石	HAEMATITUM	本品為氧化物類礦物剛玉族赤鐵礦，主含三氧化二鐵(Fe ₂ O ₃)。習稱「赭石」	「委員決議依 THP」
			CP (p.348)	赭石	HAEMATITUM	本品為氧化物類礦物剛玉族赤鐵礦，主含三氧化二鐵(Fe ₂ O ₃)。採挖後，除去雜石。	
16	委員決議依 THP 中文名北板藍根	大陸藥典之品項「板藍根」指的是「北板藍根」，因另有品項為南板藍根，因此建議依照 THP 之寫法，將品項名	THP (p.58)	北板藍根	ISATIDIS RADIX	本品為十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatis indigotica</i> Fort. 的乾燥根。	「委員決議依 THP」
			CP (p.191)	板藍根	ISATIDIS RADIX	本品為十字花科植物菘藍 <i>Isatis indigotica</i> Fort. 的乾燥根。秋季採挖，除去泥沙，曬乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		稱修改為北板藍根，以便跟南板藍根做區別，建議參考					
17	委員決議依 THP 生藥拉丁名 PAEONIAE ALBA RADIX	ALBA 白色的，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.68)	白芍	PAEONIAE ALBA RADIX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物芍藥 <i>Paeonia lactiflora</i> Pall. 之去皮乾燥根。	Alba 為形容詞、陰性字尾，置於 Radix 前面。 「委員決議依 THP」
			CP (p.96)		PAEONIAE RADIX ALBA	本品為毛茛科植物芍藥 <i>Paeonia lactiflora</i> Pall. 的乾燥根。夏、秋二季採挖，洗淨，除去頭尾和細根，置沸水中煮後除去外皮或去皮後再煮，曬乾。	
18	委員決議依 CP 藥用部位為乾燥成熟種子	藥用部位應修改為 CP 之寫法，建議務必要修正	THP (p.69)	白果	GINKGO SEMEN	本品為銀杏科 Ginkgoaceae 植物銀杏 <i>Ginkgo biloba</i> L. 除去肉質外種皮之乾燥種子。	委員決議依 CP 藥用部位為乾燥成熟種子
			CP (p.100)		GINKGO SEMEN	本品為銀杏科植物銀杏 <i>Ginkgo biloba</i> L. 的乾燥成熟種子。秋季種子成熟時採收，除去肉質外種皮，洗淨，稍蒸或略煮後，烘乾。	
19	委員決議中文名白芥子、生藥拉丁名 SINAPIS ALBAE SEMEN 及基原白芥 <i>Sinapis alba</i> L. 之乾燥成熟種子依 THP	1. THP 之基原只有白芥 <i>Sinapis alba</i> L.，CP 之基原有白芥 <i>Sinapis alba</i> L. 及芥 <i>Brassica juncea</i> (L.) Czern. et Coss. 兩種，建議先討論基原是否有協和化之可能，再討論是否要修改藥材名稱，建議可再研議 2. THP 之基原只有白芥 <i>Sinapis alba</i> L.，CP 之	THP (p.70)	白芥子	SINAPIS ALBAE SEMEN	本品為十字花科 Cruciferae 植物白芥 <i>Sinapis alba</i> L. 之乾燥成熟種子。	1. THP 中白芥子之基原為 <i>Sinapis alba</i> L. 含 sinapine (芥子鹼) 88 mg/seed。 2. CP 中芥子之基原有二： <i>Sinapis alba</i> 及 <i>Brassica juncea</i> ，後者 3. 主成分為 sinigrin，但亦含 sinapine 33
			CP (p.149)	芥子	SINAPIS SEMEN	本品為十字花科植物白芥 <i>Sinapis alba</i> L. 或芥 <i>Brassica juncea</i> (L.) Czern. et Coss. 的乾燥成熟種子。前者習稱"白芥子"，後者習稱"黃芥子"。夏末秋初果實成熟時採割植株，曬乾，打下種子，除去雜質。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		基原有白芥 <i>Sinapis alba</i> L.及芥 <i>Brassica juncea</i> (L.) Czern. et Coss.兩種，而 ALBAE 為白色的意思，建議先討論基原是否有協和化之可能，再討論是否要修改生藥名，建議可再研議					mg/seed，而前者不含 sinigrin THP 與 CP (2015)之鑑別及測定法均以 sinapine 為準 4. 依據 CP 可包括二種基原之芥子 「委員決議依 THP」
20	委員決議： 本品為繖形科 Umbelliferae 植物白芷 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav.或杭白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. cv. Hangbaizhi 之乾燥根。	搜尋 FLORA OF TAIWAN 找到之基原為臺灣白芷，建議保留 THP 之寫法，建議參考	THP (p.72) CP (p.97)	白芷	ANGELICAE DAHURICAE RADIX ANGELICAE DAHURICAE RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>paichi</i> Kimura Hata et Shan et Yuan 或臺灣白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> Yen 之乾燥根。 本品為繖形科植物白芷 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. ex Hoffm.) Benth. et Hook. f.或杭白芷 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. ex Hoffm.) Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> (Boiss.) Shan et Yuan 的乾燥根。夏、秋間葉黃時挖採，除去須根和泥沙，曬乾或低溫乾燥。	委員曾在第四次會議決議基原依 THP (2013)白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>paichi</i> Kimura Hata et Sahn et Yuan 或臺灣白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> Yen 之乾燥根。因 THP (2013)白芷及臺灣白芷的基原植物均來自 <i>Angelica dahurica</i> ，但完整之白芷基原植物學名自 1875 年就寫成 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. ex Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. (中國植物志或 Flora of China

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
							<p>14：158-169, 2005)。而 THP 所用之白芷 <i>Angelica dahurica</i> var. <i>paichi</i> Kimura 是其同義名。且 THP 之臺灣白芷若依 Flora of Taiwan (II) 中文植物名應為野當歸，依(中國植物志)則應為臺灣獨活。CP (2015) 白芷及杭白芷之學名亦寫的不完全，而(Flora of Taiwan (II)) 野當歸之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch.) Benth. et Hook. var. <i>formosana</i> (Boiss) Yen (1965)，是依據 <i>Angelica formosana</i> Boiss (1909) 而衍生也是不適當。而 CP(2015) 杭白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> (Boiss.) Shan et Yuan 綜合以上，建議白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et</p>

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
							Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. 杭白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. cv. Hangbaizhi 因藥材均來自栽培種。
21	委員決議依 THP 生藥拉丁名 LABLAB ALBUM SEMEN	ALBUM 白色的，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.74)	白扁豆	LABLAB ALBUM SEMEN	本品為豆科 Leguminosae 植物扁豆 <i>Dolichos lablab</i> L.之乾燥成熟種子。	Album 為白色的，為形容詞，置於 Semen 之前。因 Semen 是單數、主格、中性，Album 用中性字尾「委員決議依 THP」
			CP (p.101)		LABLAB SEMEN ALBUM	本品為豆科植物扁豆 <i>Dolichos lablab</i> L.的乾燥成熟種子。秋、冬二季採收成熟果實，曬乾，取出種子，再曬乾。	
22	委員決議依 THP 中文名白殭蠶	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.79)	白殭蠶	BOMBYX BATRYTICATUS	本品為蠶蛾科 Bombycidae 昆蟲家蠶 <i>Bombyx mori</i> L. 4~5 齡的幼蟲感染（或人工接種）白殭菌 <i>Beauveria bassiana</i> (Bals.) Vuillant 而致死之乾燥體。習稱「殭蠶」。	「委員決議依 THP」
			CP (p.352)	僵蠶	BOMBYX BATRYTICATUS	本品為蠶蛾科昆蟲家蠶 <i>Bombyx mori</i> Linnaeus 4~5 齡的幼蟲感染（或人工接種）白僵菌 <i>Beauveria bassiana</i> (Bals.) Vuillant 而致死的乾燥體。多於春、秋季生產，將感染白僵菌病死的蠶乾燥。	
23	委員決議依 CP 生藥拉丁名 DICTAMNI CORTEX	1. 藥用部位為根皮，皮類有樹皮、根皮、幹皮等等，建議統一為	THP (p.78)	白鮮皮	DICTAMNI RADICIS CORTEX	本品為芸香科 Rutaceae 植物白鮮 <i>Dictamnus dasycarpus</i> Turcz.之乾燥根皮。	因 <i>Dictamnus</i> 屬僅有一個中藥，故依 CP

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		<p>CORTEX，建議可再研議</p> <p>2. RADICIS 根，白鮮皮之藥用部位為根皮，皮類有樹皮、根皮、幹皮等等，建議統一為 CORTEX，生藥名依照 CP 之寫法</p> <p>DICTAMNI CORTEX，建議可再研議</p>	CP (p.102)		DICTAMNI CORTEX	本品為芸香科植物白鮮 <i>Dictamnus dasycarpus</i> Turcz. 的乾燥根皮。春、秋二季採挖根部，除去泥沙和粗皮，剝取根皮，乾燥。	Dictamni Cortex 即可 「委員決議依 CP」
24	<p>委員決議依 THP 基原</p> <p>1. 石斛 <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.、粉花石斛 <i>Dendrobium loddigesii</i> Rolfe.、黃草石斛 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. 建議修正為 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. ex Lindl.、馬鞭石斛 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook. var. <i>oculatum</i> Hook. 建議修正為 <i>Dendrobium fimbriatum</i></p>	<p>THP 及 CP 之石斛基原多而雜，應統一，建議可再研議，依 THP</p>	<p>THP (p.83)</p> <p>CP (p.85)</p>	石斛	<p>DENDROBII CAULIS</p> <p>DENDROBII CAULIS</p>	<p>本品為蘭科 Orchidaceae 植物石斛 <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.、粉花石斛 <i>Dendrobium loddigesii</i> Rolfe.、黃草石斛 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall.、馬鞭石斛 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook. var. <i>oculatum</i> Hook. 或鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> Wall. ex Lindl. 等之新鮮或乾燥莖。</p> <p>本品為蘭科植物金釵石斛 <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.、鼓槌石斛 <i>Dendrobium chrysotoxum</i> Lindl. 或流蘇石斛 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook. 的栽培品及其同屬植物近似種的新鮮或乾燥莖。全年均可採收，鮮用者除去根和泥沙，乾用者來採收，除去雜質，用開水略燙或烘乾，再邊搓邊烘曬，至葉鞘搓淨，乾燥。</p>	<p>1. THP 石斛用了五個基原</p> <p>CP (2015) 擇選擇較常用之三個基原，二個與 THP 同，但大陸研究多的鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> 含有顯著之多醣，CP (2010 及 2015) 已另列於鐵皮石斛 <i>D. officinale</i> Kimura & Migo，<i>Dendrobium</i> 之化學成分各種基原都不盡相似建議有進口臺灣的</p>

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	<p>Hook.、鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> Wall. ex Lindl. 建議修正依 CP(2015)</p> <p><i>Dendrobium officinale</i> Kimura et Migo</p> <p>2. 另新增(CP2015) 鼓槌石斛 <i>Dendrobium chrysotoxum</i> Lindl. 另新增(臺灣植物誌第一版)黃花石斛 <i>Dendrobium tosaense</i> Makino</p>						<p>石斛(有化學成分及藥理有研究的)選擇列入 THP 或依 CP (2015)三個基原分兩項列載</p> <p>2. 黃色石斛: <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall.建議修正為 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. ex Lindl. 鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> Wall. ex Lindl. 建議修正為 鐵皮石斛 <i>Dendrobium moniliforme</i> (L.) Sw.</p>
25	<p>委員決議依 THP 生藥拉丁名 ACORI GRAMINEI RHIZOMA</p>	<p>1. THP 石菖蒲 <i>Acorus gramineus</i> Soland. CP 石菖蒲 <i>Acorus tatarinowii</i> Schott</p>	THP (p.85)	石菖蒲	ACORI GRAMINE RHIZOMA	本品為天南星科 Araceae 植物石菖蒲 <i>Acorus gramineus</i> Soland.之乾燥根莖。	因 CP (2015)之 <i>Acorus tatarinowii</i> Schott 是 THP <i>Acorus gramineus</i>

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		(CP1990 以後) THP 與 CP 之石菖蒲生藥名是由學名變化而來，建議先討論基原是否有協和化之可能，再討論是否要修改生藥名，依 CP 2. THP 及 CP 之基原為同義名，應統一，依 CP 建議可再研議	CP (p.85)		ACORI TATARINOWII RHIZOMA	本品為天南星科植物石菖蒲 <i>Acorus tatarinowii</i> Schott 的乾燥根莖。秋、冬二季採挖，除去須根和泥沙，曬乾。	Soland 之同義名，故依 THP 之生藥拉丁名 Acori Graminei Rhizoma 註： 石菖蒲 THP 所列學名為 CP (2015) 之同義名，前決議依 THP，將來在研究上學名之遵循會不方便 「委員決議依 THP」
26	委員決議中文名冰片、生藥拉丁名 BORNEOLUM 及基原龍腦香樹 <i>Dryobalanops aromatica</i> Gaertn. f. 經蒸餾冷卻而得的結晶，又稱梅片；市面上多為合成冰片，為樟腦經氫化反應製成，依 THP	建議維持 THP 寫法，建議參考 (基原不同)	THP (p.88)	冰片	BORNEOLUM	本品為龍腦香科 Dipterocarpaceae 植物龍腦香樹 <i>Dryobalanops aromatica</i> Gaertn. f. 經蒸餾冷卻而得的結晶，又稱梅片；市面上多為合成冰片，為樟腦經氫化反應製成。	若國內冰片全由大陸進口，則應依 CP。 CP 現分天然冰片及冰片(合成龍腦)，而前者係由樟之新鮮枝、葉製得，而非取自龍腦香科之植物，若非由大陸進口 「委員決議依 THP」
			CP (p.56)	天然冰片 (右旋龍腦)	BORNEOLUM	本品為樟科植物樟 <i>Cinnamomum camphora</i> (L.) Presl 的新鮮枝、葉經提取加工製成	
			CP (p.136)	冰片 (合成龍腦)	BORNEOLUM SYNTHETICUM	(C ₁₀ H ₁₈ O)	
27	委員決議依 THP 生藥拉丁名 LYCII RADICIS CORTEX	1. RADICIS 根，地骨皮之藥用部位為根皮，皮類有樹皮、根皮、	THP (P.90)	地骨皮	LYCII RADICIS CORTEX	本品為茄科 Solanaceae 植物枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill. 或寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L. 之乾燥根皮。	地骨皮入藥部位是根皮 「委員決議依 THP」

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		<p>幹皮等等，建議統一為 CORTEX，生藥名依照 CP 之寫法 LYCII CORTEX，建議可再研議</p> <p>2. 藥用部位為根皮，皮類有樹皮、根皮、幹皮等等，建議統一為 CORTEX，建議可再研議</p>	CP (P.115)		LYCII CORTEX	本品為茄科植物枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill. 或寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L. 的乾燥根皮。春初或秋後採挖根部，洗淨，剝取根皮，曬乾。	
28	委員決議依 CP (2015) 生藥拉丁名 BAMBUSAE CAULIS IN TAENIAS	CP2000 及 CP2005 之竹茹生藥名為 BAMBUSAE CAULIS IN TAENIA，與 THP 相同，於 CP2010 才修改為 BAMBUSAE CAULIS IN TAENIAS，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.98)	竹茹	BAMBUSAE CAULIS IN TAENIA	本品為禾本科 Gramineae 植物淡竹 <i>Phyllostachys nigra</i> (Lodd.) Munro var. <i>henonis</i> (Mitf.) Stapf ex Rendle、青稈竹 <i>Bambusa tuldoidea</i> Munro 或大頭典竹 <i>Sinocalamus beecheyanus</i> (Munro) McClure var. <i>pubescens</i> P. F. Li 之莖稈除去外皮後刮下之乾燥中間層。	<p>1. THP 之 <i>Bambusae Caulis in Taenia</i> 為名詞(單數)</p> <p>2. CP (2015) 之 <i>Taenias</i> 為受格(複數)</p> <p>「委員決議依 CP」</p>
			CP (p.130)		BAMBUSAE CAULIS IN TAENIAS	本品為禾本科植物青稈竹 <i>Bambusa tuldoidea</i> Munro、大頭典竹 <i>Sinocalamus beecheyanus</i> (Munro) McClure var. <i>pubescens</i> P. F. Li 或淡竹 <i>Phyllostachys nigra</i> (Lodd.) Munro var. <i>henonis</i> (Mitf.) Stapf ex Rendle 的莖稈的乾燥中間層。全年均可採制，取新鮮莖，除去外皮，將稍帶綠色的中間層刮成絲條，或削成薄片，捆扎成束，陰乾。前者稱"散竹茹"，後者稱"齊竹茹"。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
29	委員決議依 THP 中文名佛手柑	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.105)	佛手柑	CITRI SARCODACTYLIS FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物佛手柑 <i>Citrus medica</i> L. var. <i>sarcodactylis</i> Swingle 之乾燥果實。	建議中文名佛手柑，依 THP
			CP (p.167)	佛手	CITRI SARCODACTYLIS FRUCTUS	本品為芸香科植物佛手 <i>Citrus medica</i> L. var. <i>sarcodactylis</i> Swingle 的乾燥果實。秋季果實尚未變黃或變黃時採收，縱切成薄片，曬乾或低溫乾燥。	
30	委員決議生藥拉丁名及基原 <i>Evodia</i> 改成 <i>Euodia</i>	<p>1. THP 之吳茛萸屬名為 <i>Evodia</i> CP 之吳茛萸屬名為 <i>Euodia</i> 建議修改為 CP 之寫法，建議務必要修正</p> <p>2. THP 之吳茛萸屬名為 <i>Evodia</i> (CP2005↑) CP2010 之吳茛萸屬名為 <i>Euodia</i> 建議修改為 CP 之寫法，建議務必要修正</p> <p>3. 屬名應修改為 <i>Euodia</i>，建議修改為 CP 之寫法，建議務必要修正</p>	THP (P.108)	吳茛萸	EVODIAE FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物吳茛萸 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth.、石虎 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>officinalis</i> (Dode) Huang、小果吳茛萸 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>bodinieri</i> (Dode) Huang 之乾燥近成熟果實。	<p>1. CP (2010)及 CP (2015)，均為 <i>Euodia</i>，經委員決議採用 CP</p> <p>2. 疏毛吳茛萸的有效成分跟其他種類有所區別，且屬名為應修改為 <i>Euodia</i>，而基原植物僅 <i>Euodia rutaecarpa</i> 成三種均別？ 「委員決議依 CP」</p>
			CP (p.160)		EUODIAE FRUCTUS	本品為芸香科植物吳茛萸 <i>Euodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth.、石虎 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>officinalis</i> (Dode) Huang 或疏毛吳茛萸 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>bodinieri</i> (Dode) Huang 的乾燥近成熟果實。8~11 月果實尚未開裂時，剪下果枝，曬乾或低溫乾燥，除去枝、葉、果梗等雜質。	
31	委員決議生藥拉丁名 AQUILARIAE RESINATUM LIGNUM、基原植物白木香 <i>Aquilaria sinensis</i> (Lour.)	RESINATUM 樹脂；LIGNUM 木材，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法建議參考	THP (p.112)	沉香	AQUILARIAE RESINATUM LIGNUM	本品為瑞香科 Thymelaeaceae 植物白木香 <i>Aquilaria sinensis</i> (Lour.) Gilg 及同屬近緣植物之含有樹脂之乾燥木材。	建議生藥拉丁名 AQUILARIAE RESINATUM LIGNUM、基原植物白木香 <i>Aquilaria sinensis</i> (Lour.) Gilg，依 THP
			CP (p.172)		AQUILARIAE LIGNUM RESINATUM	本品為瑞香科植物白木香 <i>Aquilaria sinensis</i> (Lour.) Gilg 含有樹脂的木	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	Gilg, 依 THP					材。全年均可採收，割取含樹脂的木材，除去不含樹脂的部分，陰乾。	
32	1. 委員決議依 THP 基原沒藥樹 <i>Commiphora myrrha</i> Engl.、哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> (Engl.) Engl. ex Tschirch 2. 哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> Engl.修正為哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> (Engl.) Engl. ex Tschirch	1. THP 及 CP 之基原中文名不同，建議可再研議 2. 建議維持 THP 之寫法，建議可再研議	THP (p.115)	沒藥	MYRRHA	本品為橄欖科 Burseraceae 植物沒藥樹 <i>Commiphora myrrha</i> Engler 或哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> Engl. 及同屬植物樹幹皮部滲出之油膠樹脂。分為天然沒藥和膠質沒藥。	1. 建議基原沒藥樹 <i>Commiphora myrrha</i> Engler、哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> Engl. 及同屬植物樹幹皮部滲出之油膠樹脂。分為天然沒藥和膠質沒藥。依 THP 2. 哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> Engl.修正為哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> (Engl.) Engl. ex Tschirch
			CP (p.173)		MYRRHA	本品為橄欖科植物地丁樹 <i>Commiphora myrrha</i> Engl.或哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> Engl.的乾燥樹脂。分為天然沒藥和膠質沒藥。	
33	1. 委員決議依 THP 中文名沙苑蒺藜 2. 基原扁莖黃耆 <i>Astragalus complanatus</i> R. Br.之乾燥種子。習稱「沙苑子」。	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.111)	沙苑蒺藜	ASTRAGALI COMPLANATI SEMEN	本品為豆科 Leguminosae 植物扁莖黃耆 <i>Astragalus complanatus</i> R. Br.之乾燥種子。習稱「沙苑子」。	建議中文名沙苑蒺藜及基原扁莖黃耆 <i>Astragalus complanatus</i> R. Br.之乾燥種子。習稱「沙苑子」。依 THP
			CP (p.171)	沙苑子	ASTRAGALI COMPLANATI SEMEN	本品為豆科植物扁莖黃耆 <i>Astragalus complanatus</i> R. Br.的乾燥成熟種子。秋末冬初果實成熟尚未開裂時採割植株，曬乾，打下種子，除去雜質，曬乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
34	委員決議依 THP 生藥拉丁名 MOUTAN RADICIS CORTEX	1. RADICIS 根，牡丹皮之藥用部位為根皮，皮類有樹皮、根皮、幹皮等等，建議統一為 CORTEX，生藥名依照 CP 之寫法 MOUTAN CORTEX，建議可再研議	THP (p.116)	牡丹皮	MOUTAN RADICIS CORTEX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物牡丹 <i>Paeonia suffruticosa</i> Andr.之乾燥根皮。	牡丹皮藥用的部位根皮較有效 「委員決議依 THP」
		2. 藥用部位為根皮，皮類有樹皮、根皮、幹皮等等，建議統一為 CORTEX，建議可再研議	CP (p.160)		MOUTAN CORTEX	本品為毛茛科植物牡丹 <i>Paeonia suffruticosa</i> Andr.的乾燥根皮。秋季採挖根部，除去細根和泥沙，剝取根皮，曬乾或刮去粗皮，除去木心，曬乾。前者習稱「連丹皮」，後者習稱「刮丹皮」。	
35	委員決議依 THP 基原長牡蠣 <i>Ostrea gigas</i> Thunb.、大連灣牡蠣 <i>Ostrea talienwhanensis</i> Crosse、近江牡蠣 <i>Ostrea rivularis</i> Gould 或葡萄牙牡蠣 <i>Crassostrea angulata</i> Lamarck 之貝殼	臺灣中藥典多了葡萄牙牡蠣，此基原為臺灣特有種，應只列於臺灣中藥典，建議參考，依 THP	THP (p.117)	牡蠣	OSTREAE CONCHA	本品為牡蠣科 Ostreidae 動物長牡蠣 <i>Ostrea gigas</i> Thunb.、大連灣牡蠣 <i>Ostrea talienwhanensis</i> Crosse、近江牡蠣 <i>Ostrea rivularis</i> Gould 或葡萄牙牡蠣 <i>Crassostrea angulata</i> Lamarck 之貝殼。	「委員決議依 THP」
			CP (p.161)		OSTREAE CONCHA	本品為牡蠣科動物長牡蠣 <i>Ostrea gigas</i> Thunberg、大連灣牡蠣 <i>Ostrea talienwhanensis</i> Crosse 或近江牡蠣 <i>Ostrea rivularis</i> Gould 的貝殼。全年均可捕撈，去肉，洗淨，曬乾。	
36	委員決議依 THP 生藥名 GLEDITSIAE ABNORMALIS	1. 皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam. THP 之皂莢生藥名只用屬名變化而	THP (p.119)	皂莢	GLEDITSIAE FRUCTUS	本品為豆科 Leguminosae 植物皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam.之乾燥成熟果實。習稱「皂角」。	THP 之生藥名為 <i>Gleditsiae Fructus</i> ，而 CP (2015)則為大

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	FRUCTUS	來，而 CP 則是由屬名及種名，建議維持 THP 寫法，建議參考 2. 維持 THP 寫法，建議參考	CP (p.20)	大皂角	GLEDITSIAE SINENSIS FRUCTUS	本品為豆科植物皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam. 的乾燥成熟果實。秋季果實成熟時採摘，曬乾。	皂角 <i>Gleditsiae Sinensis Fructus</i> ，鑒於豬牙皂之拉丁生藥名為 <i>Gleditsiae Fructus Abnormalis</i> ，亦無加 <i>Sinensis</i> 「委員決議依 THP」
37	1. 委員決議中文名由 THP 之芎藭修正為 CP 之川芎 2. 依 THP 基原 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hortorum 命名者修正為 CP 之 Hort.	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.128)	芎藭	CHUANXIONG RHIZOMA	本品為繖形科 Umbelliferae 植物川芎 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hortorum 之乾燥根莖，習稱「川芎」。	委員建議中文名依 CP 改成川芎 「委員決議依 THP」
			CP (p.38)	川芎	CHUANXIONG RHIZOMA	本品為傘形科植物川芎 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort. 的乾燥根莖。夏季當莖上的節盤顯著突著，並略帶紫色時採挖，除去泥沙，曬後烘乾，再去須根。	
38	1. 委員決議 THP 生藥拉丁名 AMOMI ROTUNDUS FRUCTUS 修正為 Elettariae ROTUNDUS FRUCTUS 2. 基原修正為 <i>Elettaria cardamomum</i> (L.) Maton	1. 應實際使用之情況修改基原，建議可再研議，依 CP 2. ROTUNDUS 圓的，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考 3. 基原應依各地使用之情況討論是否有協和化之可能，建議可再研議，依 CP	THP (p.120)	豆蔻	AMOMI ROTUNDUS FRUCTUS	本品為薑科 Zingiberaceae 植物白豆蔻 <i>Amomum cardamomum</i> L. 之乾燥成熟果實。	1. 生藥拉丁名 THP 白豆蔻之基原為 <i>Amomum cardamomum</i> L. sp. pl. :1 (1753) 現被改成 <i>Elettaria cardamomum</i> (L.) Maton Trans. Linn. Soc. London 10: 254 (1811)。 2. CP 之白豆蔻基原 <i>Amomum kravanh</i> Pierre ex Gagnep. 為不合法命名 (Kew: The plant list 2012)。
			CP (p.156)		AMOMI FRUCTUS ROTUNDUS	本品為薑科植物白豆蔻 <i>Amomum kravanh</i> Pierre ex Gagnep. 或爪哇白豆蔻 <i>Amomum compactum</i> Soland ex Maton 的乾燥成熟果實。按產地不同分為「原豆蔻」和「印尼白蔻」。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
							建議基原改成 <i>Elettaria cardamomum</i> (L.) Maton
39	委員決議依 CP(2015)赤小豆 <i>Vigna umbeuata</i> (Thunb.) Ohwi et H. Ohashi 修正為 <i>Vigna umbellata</i> (Thunb.) Ohwi et H. Ohashi 或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi 的乾燥成熟種子。	CP 於第一增補本修改基原，建議修改為 CP 之寫法，建議可再研議	THP (p.121)	赤小豆	VIGNAE SEMEN	本品為豆科 Leguminosae 植物赤小豆 <i>Vigna calcaratus</i> Roxb.或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi 之乾燥成熟種子。	「委員決議依 CP」註： CP (2010)基原赤小豆 <i>Vigna umbeuata</i> Ohwi et Ohashi 或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi
			CP2015 (p.147)		VIGNAE SEMEN	本品為豆科植物赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> Ohwi et Ohashi 或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi 的乾燥成熟種子。秋季果實成熟而未開製時拔取全株，曬乾，打下種子，除去雜質，再曬乾。	
40	委員決議依 THP 生藥拉丁名 PAEONIAE RUBRA RADIX	RUBRA 紅色的，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.122)	赤芍	PAEONIAE RUBRA RADIX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物芍藥 <i>Paeonia lactiflora</i> Pall.或川赤芍 <i>Paeonia veitchii</i> Lynch 之乾燥根。	建議生藥拉丁名 PAEONIAE RUBRA RADIX 依 THP
			CP (p.147)		PAEONIAE RADIX RUBRA	本品為毛茛科植物芍藥 <i>Paeonia lactiflora</i> Pall.或川赤芍 <i>Paeonia veitchii</i> Lynch 的乾燥根。春、秋兩季採挖，除去根莖、須根及泥沙，曬乾。	
41	委員決議依 THP 基原卡氏乳香樹 <i>Boswellia carterii</i> Birdw.及其同屬植物	1. 建議維持 THP 之寫法，建議可再研議 2. THP 及 CP 之基原中文名不同，建議可再	THP (p.129)	乳香	OLIBANUM	本品為橄欖科 Burseraceae 植物卡氏乳香樹 <i>Boswellia carterii</i> Birdw.及其同屬植物樹皮部滲出的油膠樹脂。	建議基原卡氏乳香樹 <i>Boswellia carterii</i> Birdw.及其同屬植物樹皮部滲出的油

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	樹皮部滲出的油膠樹脂。	研議	CP (p.207)		OLIBANUM	本品為橄欖科植物乳香樹 <i>Boswellia carterii</i> Birdw.及同屬植物 <i>Boswellia bhaw-dajiana</i> Birdw.樹皮滲出的樹脂。分為索馬里乳香和埃塞俄比並乳香，每種乳香又分為乳香珠和原乳香。	膠樹脂。依 THP
42	委員決議依 THP 基原兒茶 <i>Acacia catechu</i> (L. f.) Willd. 去皮枝幹水煎煮濃縮之乾燥浸膏或茜草科 Rubiaceae 植物兒茶鈎藤 <i>Uncaria gambir</i> Roxb.	1. 建議依臺灣中藥典之寫法，建議參考 2. 基原建議依 THP 之寫法，建議參考	THP (p.132)	兒茶	CATECHU	本品為豆科 Leguminosae 植物兒茶 <i>Acacia catechu</i> (L. f.) Willd. 去皮枝幹水煎煮濃縮之乾燥浸膏或茜草科 Rubiaceae 植物兒茶鈎藤 <i>Uncaria gambir</i> Roxb. 帶葉嫩枝水煎煮濃縮之乾燥浸膏。	THP 將來自兒茶 <i>Acacia catechu</i> 及兒茶鈎藤 <i>Uncaria gambir</i> 之含 tannin ext. 均稱 catechu，而 CP 僅列前者。這兩個基原之 tannin ext. 所含 catechin 是不一樣的，且前者不含 gambir-fluorescin 是可區別的。而 THP 之鑑別及含量測訂均以 catechin 及 epicatechin，建議依 CP (2015) 「目前市場上討論 THP 及 CP 兩種基原，委員決議暫時先保留 THP。」
			CP (p.9)		CATECHU	本品為豆科植物兒茶 <i>Acacia catechu</i> (L. f.) Willd. 的去皮枝、乾的乾燥煎膏。冬季採收枝、乾，除去外皮，砍成大塊，加水煎煮，濃縮，乾燥。	
43	委員決議依 CP(2015)基原羌活 <i>Notopterygium incisum</i> Ting ex H. T.	THP 及 CP 之基原不同，命名者也不同，應統一，建議可再研議	THP (p.140)	羌活	NOTOPTERYGII RHIZOMA ET RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物羌活 <i>Notopterygium incisum</i> Ting ex H. T. Chang 或寬葉羌活 <i>Notopterygium forbesii</i> Boiss. 之乾燥根莖和根。	THP 寬葉羌活 <i>Notopterygium forbesii</i> Boiss. 改成 CP (2015) 寬葉羌活

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	Chang 或寬葉羌活 <i>Notopterygium franchetii</i> H. de Boiss.		CP (p.170)		NOTOPTERYGII RHIZOMA ET RADIX	本品為繖形科植物羌活 <i>Notopterygium incisum</i> Ting ex H. T. Chang 或寬葉羌活 <i>Notopterygium franchetii</i> H. de Boiss.的乾燥根莖和根。春、秋兩季採挖，除去須根及泥沙，曬乾。	<i>Notopterygium franchetii</i> H. de Boiss.，因前者為後者之同義名 「委員決議依 CP」
44	1.委員決議依 CP 生藥拉丁名 LONICERAE JAPONICAE FLOS 2.生藥拉丁名 LONICERAE JAPONICAE FLOS 及基原 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.的乾燥花蕾或帶初開的花。夏初花開放前採收，乾燥，依 CP	1. THP 之金銀花基原有四個，分別為忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.、紅腺忍冬 <i>Lonicera hypoglauca</i> Miq.、山銀花 <i>Lonicera confusa</i> DC.及毛花柱忍冬 <i>Lonicera dasystyla</i> Rehd.，而 CP 之基原只有忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.一個，造成生藥名不，建議先討論基原是否有協和化之可能，再討論是否要修改生藥名，建議可再研議	THP (p.144)	金銀花	LONICERAE FLOS	本品為忍冬科 Caprifoliaceae 植物忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.、紅腺忍冬 <i>Lonicera hypoglauca</i> Miq.、山銀花 <i>Lonicera confusa</i> DC.或毛花柱忍冬 <i>Lonicera dasystyla</i> Rehd. 之乾燥花蕾。	中華人民共和國藥典(2015)，以金銀花分別二個基原金銀花及山銀花，由上述文獻報導，二個基原成份相差很大，因此紅腺忍冬、山銀花、毛花柱忍冬與忍冬的成份差異太大，建議保留忍冬，其他三種刪除 「委員決議依 CP」
		2. CP 於 2010 年版將金銀花之基原修改為只有忍冬一種，依 THP 建議，可再研議	CP (p.205)		LONICERAE JAPONICAE FLOS	本品為忍冬科植物忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.的乾燥花蕾或帶初開的花。夏初花開放前採收，乾燥。	
45	1.委員決議依 THP 生藥生藥拉丁名生藥拉丁名	PRAEPARATA 炮製加工，附子需炮製，但臺灣中藥典無收載炮製加	THP (P.148)	附子	ACONITI LATERALIS RADIX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物烏頭 <i>Aconitum carmichaeli</i> Debx.之乾燥子根。藥材按加工方法不同，	附子炮製種類非常多，對於成分會產生非常大的變化，種名

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	ACONITI LATERALIS RADIX PREPARATUM 修 正為 ACONITI LATERALIS RADIX PRAEPARATUM 2.TH.P 基原烏頭 <i>Aconitum</i> <i>carmichaeli</i> Debx. 修正為 CP 基原 <i>Aconitum</i> <i>carmichaelii</i> Debx.	工品，建議不修改，建 議參考				分為「鹽附子」、「黑順片」、「白附片」。 本品為毛茛科植物烏頭 <i>Aconitum</i> <i>carmichaelii</i> Debx. 的子根加工皮。6 月下旬至8月上旬採挖，除去母 根，須根及泥沙，習稱"泥附子"。 加成下列規格。 (1) 選擇個大、均勻的泥附子，洗 淨，浸入食用膽巴的水溶液中 過夜，再加食鹽，繼續浸泡， 每日取出曬涼，並逐漸延長曬 涼時間，直至附子表面出現大 量結晶鹽粒(鹽霜)、體質變硬 為止。習稱"鹽附子"。 (2) 取泥附子，按大小分別洗淨， 浸入食用膽巴的水溶液中數 日，連同浸液煮至透心，撈出， 水漂，縱切成厚約 0.5cm 的 片，再用水浸漂，用調色液使 附片染成濃茶色，取出蒸至出 現油面、光澤後，烘至半乾， 再曬乾或繼續烘乾，習稱"黑 順片"。 (3) 選擇大小均勻的泥附子，洗 淨，浸入食用膽巴的水溶液中 數日，連同浸液煮至透心，撈 出，剝去外皮，縱切成厚約 0.3cm 的片，用水浸漂，取出， 蒸透，曬乾，習稱"白附片"。	字尾要多加 i 「委員決議依 TH.P」
			CP (P.177)		ACONITI LATERALIS RADIX PRAEPARATA		

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
46	1. 委員決議依 THP 生藥拉丁名 NATURALIS INDIGO 2. 基原馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 修正為板藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze。	NATURALIS 自然；INDIGO 藍，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.153)	青黛	NATURALIS INDIGO	本品為爵床科 Acanthaceae 植物馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek、蓼科 Polygonaceae 植物蓼藍 <i>Polygonum tinctorium</i> Ait. 或十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatis indigotica</i> Fort. 之葉或莖葉經加工製得乾燥粉末或團塊。	1. 建議生藥拉丁名 NATURALIS INDIGO，依 THP。 2. 馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 修正為板藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze。(Flora of China (2011))
			CP (p.185)		INDIGO NATURALIS	本品為爵床科植物馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek、蓼科植物蓼藍 <i>Polygonum tinctorium</i> Ait. 或十字花科植物菘藍 <i>Isatis indigotica</i> Fort. 的葉或莖葉經加工製得乾燥粉末、團塊或顆粒。	
47	委員決議前胡之基原為白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn	委員建議將白花前胡及紫花前胡分為兩個品項，是否要修正，建議可再研議，依 CP	THP (p.155)	前胡	PEUCEDANI RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn 或紫花前胡 <i>Peucedanum decursivum</i> (Miq.) Maxim. 之乾燥根。	CP 將白花前胡、紫花前胡分兩項。兩項成分差距很大，紫花前胡因而曾改成 <i>Angelica</i> 屬。 白花前胡 (Sessilin-type dihydropyranocoumarin 有 praeruptorin A) 而紫花前胡 (xanxyletin-type dihydropyranocoumarin，無 praeruptorin A)。 CP 兩者之對照品不同 註： 將白花前胡、紫花前
			CP (p.248)		PEUCEDANI RADIX	本品為繖形科植物白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn 的乾燥根。冬季至春莖葉枯萎或未抽花葉時採挖，除出須根，洗淨，曬乾或低溫乾燥。	
			CP (p.317)	紫花前胡	PEUCEDANI DECURSIVI RADIX	本品為傘形科植物紫花前胡 <i>Peucedanum decursivum</i> (Miq.) Maxim. 的乾燥根。秋、冬二季地上部分枯萎時採挖，除去須根，曬乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
							胡分兩項 「委員決議依 CP」
48	委員決議依 CP 基原 輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch.、沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq. 之乾燥根。	CP 從 2000 年版後已將 杏葉沙參之基原刪除， 建議修正為 CP 之寫 法，建議可再研議	THP (p.156)	南沙 參	ADENOPHORAE RADIX	本品為桔梗科 Campanulaceae 植物 沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq.、杏葉 沙參 <i>Adenophora axilliflora</i> Borb. 或 輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch. 之乾燥根。	1. 建議基原沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq.、杏葉 沙參 <i>Adenophora axilliflora</i> Borb. 、輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch. 之 乾燥根。依 THP 但刪除杏葉沙參 一項。 2. 因依 Flora of China (2011)， <i>Adenophora axilliflora</i> Borb. 是 <i>A. stricta</i> Miq. 之 同義名，故被 CP 刪除。
			CP (p.228)		ADENOPHORAE RADIX	本品為桔梗科植物輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch. 或沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq. 的乾燥根。春、秋二季採挖， 除去須根，洗後趁鮮刮去粗皮，洗 淨，乾燥。	
49	委員決議依 1. THP 生藥拉丁名 BAPHICACANTHI CUSIAE RHIZOMA ET RADIX 建議修正 為 STROBILANTHII CUSIAE	馬 藍 <i>Baphicacanthus</i> <i>cusia</i> (Nees) Bremek 之 乾燥根及根莖生藥名由 屬名變化而來，應可統 一，依 CP 建議可再研議	THP (p.158)	南板 藍根	BAPHICACANTHI CUSIAE RHIZOMA ET RADIX	本品為爵床科 Acanthaceae 植物馬 藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 之乾燥根及根莖。	委員曾經建議依 CP (2015) 之 <i>Baphicacanthus</i> <i>Cusiae Rhizoma Et</i> <i>Radix</i> ，但 CP (2015) 之拉丁生藥名是錯 誤的，屬名字尾部分 依第二格變應為
			CP (p.229)		BAPHICACANTHI S CUSIAE RHIZOMA ET RADIX	本品為爵床植物馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek. 的乾燥根莖和根。夏、秋二 季採挖，除去地上莖，洗淨、曬乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	<p>RHIZOMA ET RADIX。</p> <p>2. 基原植物馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek.修正為 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze 之乾燥根及根莖。</p>						<p>Baphicacanthi，而 THP 是正確的。但馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 此學名現已變成 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntz 之同義名了。Flora of Taiwan(II) 也有記載此學名。則生藥拉丁名將再變成 <i>Strobilanthis Cusiae Rhizoma Et Radix</i> 「委員決議依 THP」</p>
50	<p>委員決議依 THP 生藥拉丁名 MAGNOLIAE CORTEX</p>	<p>THP 及 CP 厚朴之基原皆有兩個，厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils.及凹葉厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils. var. <i>biloba</i> Rehd. et Wils.，生藥名建議統一用 THP 之寫法 MAGNOLIAE CORTEX，建議參考</p>	<p>THP (P.159)</p> <p>CP (P.235)</p>	厚朴	<p>MAGNOLIAE CORTEX</p> <p>MAGNOLIAE OFFICINALIS CORTEX</p>	<p>本品為木蘭科 Magnoliaceae 植物厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils.或凹葉厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils. var. <i>biloba</i> Rehd. et Wils.之乾燥幹皮、根皮及枝皮。</p> <p>本品為木蘭科植物厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils.或凹葉厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils. var. <i>biloba</i> Rehd. et Wils.的乾燥乾皮、根皮及枝皮。4~6 月剝取，根皮和枝皮直接陰乾，乾皮置沸水中微煮後，堆置陰濕處，"發汗"至內表面變紫褐色或棕褐色時，蒸軟，取出，卷成筒狀，乾燥。</p>	<p>厚朴沒有講明凹葉厚朴，但是臺灣市場上皆有使用厚朴及凹葉厚朴品種 「委員決議依 THP」</p>

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
51	委員決議依 THP 生藥拉丁名 CITRI IMMATURUS FRUCTUS	酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L.，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.176)	枳殼	CITRI IMMATURUS FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L.及其栽培變種之乾燥未成熟果實。	拉丁生藥名依 THP 之 Citri Immaturus Fructus 比 Auratii Fructus 貼切，精準「委員決議依 THP」
			CP (p.229)		AURANTII FRUCTUS	本品為芸香科植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L.及其栽培變種的乾燥未成熟果實。	
52	委員決議依 THP 生藥拉丁名 AURANTII IMMATURUS FRUCTUS	酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L. 及其栽培變種或甜橙 <i>Citrus sinensis</i> Osbeck 之乾燥幼果建議將藥用部位置於後，建議參考，依 THP	THP (p.177)	枳實	AURANTII IMMATURUS FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L.及其栽培變種或甜橙 <i>Citrus sinensis</i> Osbeck 的乾燥幼果。	建議生藥拉丁名 AURANTII IMMATURUS FRUCTUS 依 THP
			CP (p.230)		AURANTII FRUCTUS IMMATURUS	本品為芸香科植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L.及其栽培變種或甜橙 <i>Citrus sinensis</i> Osbeck 之乾燥幼果。5~6 月收集自落的果實，除去雜質，自中部橫切為兩半，曬乾或低溫乾燥，較小者直接曬乾或低溫乾燥。	
53	委員決議依 THP 基原枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill.、寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L.之乾燥成熟果實。	基原應依實際情況做修正，建議可再研議，基原統一依 THP	THP (p.163)	枸杞子	LYCII FRUCTUS	本品為茄科 Solanaceae 植物枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill.或寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L.之乾燥成熟果實。	建議基原枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill.、寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L.之乾燥成熟果實，依 THP
			CP (p.232)		LYCII FRUCTUS	本品為茄科植物寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L. 的乾燥成熟果實。夏、秋二季果實呈紅色時採收，熱風烘乾，除去果梗，或晾至皮皺後，曬乾，除去果梗。	
54	委員決議 THP 基原縮砂 <i>Amomum villosum</i> Lour. var. <i>xanthioides</i> (Wall. ex	1. 植物之名稱應依實際情況做修正，建議可再研議	THP (p.164)	砂仁	AMOMI FRUCTUS	本品為薑科 Zingiberaceae 植物陽春砂 <i>Amomum villosum</i> Lour.、縮砂 <i>Amomum villosum</i> Lour. var. <i>xanthioides</i> (Wall. ex Bak.) T. L. Wu	委員曾在第四次會議決議依 THP 但不論 THP (2013)或 CP

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	Bak.) T. L. Wu et Senjen, 命名者修正為 T. L. Wu et S. J. Chen	2. THP 及 CP 之基原不同, 命名者也不同, 應統一, 建議可再研議	CP (p.236)		AMOMI FRUCTUS	et Senjen 或海南砂 <i>Amomum longiligulare</i> T. L. Wu 之乾燥成熟果實。 本品為薑科植物陽春砂 <i>Amomum villosum</i> Lour.、綠殼砂 <i>Amomum villosum</i> Lour. var. <i>xanthioides</i> T. L. Wu et Senjen 或海南砂 <i>Amomum longiligulare</i> T. L. Wu 的乾燥成熟果實。夏、秋二季果實成熟時採挖, 曬乾或低溫乾燥。	(2015), <i>Amomum villosum</i> var. <i>xanthioides</i> (Wallich ex Baker) T. L. Wu et Senjen, 命名者均寫錯。應修正為 T. L. Wu et S. J. Chen
55	1. 委員決議依 THP 生藥拉丁名 SESAMI NIGRUM SEMEN 2. THP 基原植物「脂麻」修正為「胡麻」	1. 維持 THP 寫法, 建議參考 2. NIGRUM 黑色, 建議將藥用部位置於後, 維持 THP 寫法, 建議參考	THP (p.168)	胡麻仁	SESAMI NIGRUM SEMEN	本品為脂麻科 Pedaliaceae 植物脂麻 <i>Sesamum indicum</i> L.之乾燥成熟種子, 習稱「黑芝麻」。	1. 建議生藥拉丁名 SESAMI NIGRUM SEMEN, 依 THP 2. THP 基原「脂麻」 <i>Sesamum indicum</i> L.修正「胡麻」
			CP (p.323)	黑芝麻	SESAMI SEMEN NIGRUM	本品為脂麻科植物脂麻 <i>Sesamum indicum</i> L.的乾燥成熟種子。秋季果實成熟時採割植株, 曬乾, 打下種子, 除去雜質, 再曬乾。	
56	委員決議依 CP 藥用部位為乾燥近成熟或成熟果實	藥用部位應依實際情況做修正, 依 THP 建議可再研議	THP (p.169)	胡椒	PIPERIS FRUCTUS	本品為胡椒科 Piperaceae 植物胡椒 <i>Piper nigrum</i> L.之乾燥果實。	通常農民採收近成熟或成熟果實混合物, 對於藥用部位是否要明確, 以市場上使用情況為主。CP 通常是採用乾燥近成熟或成熟果實「委員決議依 CP」
			CP (p.227)		PIPERIS FRUCTUS	本品為胡椒科植物胡椒 <i>Piper nigrum</i> L.的乾燥近成熟或成熟果實。秋末至次春果實呈暗綠色時採收, 曬乾, 為黑胡椒; 果實變紅時採收, 用水浸漬數日, 擦去果肉, 曬乾, 為黑胡椒。	
57	委員決議依 CP 藥用部位「乾燥成熟種子」	應依照 CP 之寫法, 建議務必要修正	THP (p.159)	苧麻子	ABUTILI SEMEN	本品為錦葵科 Malvaceae 植物苧麻 <i>Abutilon theophrasti</i> Medic.之乾燥種子。	建議 THP 藥用部位為「乾燥種子」依 CP (2015)藥用部位修正為「乾燥成熟種子」
			CP (p.189)		ABUTILI SEMEN	本品為錦葵科植物苧麻 <i>Abutilon theophrasti</i> Medic.的乾燥成熟種	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
						子。秋季採收成熟果實，曬乾，打下種子，除去雜質。	
58	委員決議依 THP 生藥拉丁名 ARMENIACAE AMARUM SEMEN	AMARUM 苦，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.170)	苦杏仁	ARMENIACAE AMARUM SEMEN	本品為薔薇科 Rosaceae 植物山杏 <i>Prunus armeniaca</i> L. var. <i>ansu</i> Maxim.、西伯利亞杏 <i>Prunus sibirica</i> L.、東北杏 <i>Prunus mandshurica</i> (Maxim.) Koehne 或杏 <i>Prunus armeniaca</i> L.之乾燥成熟種子。	建議生藥拉丁名 ARMENIACAE AMARUM SEMEN，依 THP
			CP (p.187)		ARMENIACAE SEMEN AMARUM	本品為薔薇科植物山杏 <i>Prunus armeniaca</i> L. var. <i>ansu</i> Maxim.、西伯利亞杏 <i>Prunus sibirica</i> L.、東北杏 <i>Prunus mandshurica</i> (Maxim.) Koehne 或杏 <i>Prunus armeniaca</i> L.的乾燥成熟種子。夏季採收成熟果實，除去果肉和核殼，取出種子，曬乾。	
59	委員決議依 CP 基原石香薷 <i>Mosla chinensis</i> Maxim.、江香薷 <i>Mosla chinensis</i> 'Jiangxiangru'之乾燥地上部分。前者習稱"青香薷"，後者習稱"江香薷"。	1. 應實際使用之情況修改基原，建議可再研議，依 CP 2. 基原應依實際情況討論是否協和化，建議可再研議，依 CP	THP (p.175)	香薷	MOSLAE HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物石香薷 <i>Mosla chinensis</i> Maxim.之乾燥地上部分。	石香薷與江香薷精油成分有所不同。江香薷精油酚性化合物含量特別高，藥理作用亦有差異，栽培品之江香薷之抗菌效果比石香薷強，建議依 CP 列入栽培品之江香薷。
			CP (p.242)		MOSLAE HERBA	本品為唇形科植物石香薷 <i>Mosla chinensis</i> Maxim.或江香薷 <i>Mosla chinensis</i> 'Jiangxiangru'的乾燥地上部分。前者習稱"青香薷"，後者習稱"江香薷"。夏季莖葉茂盛、花盛時擇晴天採割，除去雜質，陰乾。	
60	委員決議中文名栝樓仁，依 THP	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.212)	栝樓仁	TRICHOSANTHIS SEMEN	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物栝樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim.或雙邊栝樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Harms 之乾燥成熟種子。	建議中文名栝樓仁，依 THP

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
			CP (p.104)	瓜蒞子	TRICHOSANTHIS SEMEN	本品為葫蘆科植物栝樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim.或雙 邊栝樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Harms 的乾燥成熟種子。秋季採摘 成熟果實，剖開，取出種子，洗淨， 曬乾。	
61	委員決議中文名栝 樓根依 THP	維持 THP 寫法，建議 參考	THP (p.213)	栝樓 根	TRICHOSANTHIS RADIX	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物栝 樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim.或 雙邊栝樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Herms 之乾燥根，習稱「天花粉」。	建議中文名栝樓根 依 THP
			CP (p.52)	天花 粉	TRICHOSANTHIS RADIX	本品為葫蘆科植物栝樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim.或雙 邊栝樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Harms 的乾燥根。秋、冬二季採挖， 洗淨，除去外皮，切段或縱剖成瓣， 乾燥。	
62	1.委員決議依 (CP2015)生藥拉 丁名 PLATYCODONIS RADIX 2.桔梗 <i>Platycodon</i> <i>grandiflorum</i> (Jacq.) A. DC.之乾 燥根。建議修正為 <i>Platycodon</i> <i>grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC.之乾 燥根。	生藥名是由桔梗 <i>Platycodon grandiflorum</i> (Jacq.) A. DC.變化而 來，應可做統一，建議 可再研議	THP (p.182)	桔梗	PLATYCODI RADIX	本品為桔梗科 Campanulaceae 植物 桔梗 <i>Platycodon grandiflorum</i> (Jacq.) A. DC.之乾燥根。	CP 之生藥拉丁名之 寫法是依名詞之第 三格變是正確的 「委員決議依 CP」
			CP (p.259)		PLATYCODONIS RADIX	本品為桔梗科植物桔梗 <i>Platycodon</i> <i>grandiflorum</i> (Jacq.) A. DC.的乾燥 根。春、秋二季採挖，洗淨，除去 須根，趁鮮剝去外皮或不去外皮， 乾燥。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
63	委員決議依 CP(2015)生藥拉丁名 SEPIAE ENDOCONCHA	無針烏賊 <i>Sepiella maindroni de Rochebrune</i> 或金烏賊 <i>Sepia esculenta</i> Hoyle OS 口； ENDOCONCHA 內殼建議依 CP 之生藥名 SEPIAE ENDOCONCHA，建議可再研議	THP (p.192)	海蝶 蛸	SEPIAE OS	本品為烏賊科 <i>Sepiidae</i> 動物無針烏賊 <i>Sepiella maindroni de Rochebrune</i> 或金烏賊 <i>Sepia esculenta</i> Hoyle 之乾燥內殼。 本品為烏賊科動物無針烏賊 <i>Sepiella maindroni de Rochebrune</i> 或金烏賊 <i>Sepia esculenta</i> Hoyle 的乾燥內殼。收集烏賊魚的骨狀內殼，洗淨，乾燥。	THP 生藥生藥名 <i>Sepiae Os</i> ，不如 CP (2015) <i>Sepiae Endoconcha</i> (烏賊的內殼)貼切 「委員決議依 CP」
			CP (p.277)		SEPIAE ENDOCONCHA		
64	委員決議依 THP 基原益母草 <i>Leonurus japonicus</i> Houtt.之乾燥地上部分	1. 臺灣中藥典尚未收載鮮品，建議維持 THP 寫法，建議參考 2. 因 THP 目前未使用鮮品，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.196)	益母 草	LEONURI HERBA	本品為唇形科 <i>Labiatae</i> 植物益母草 <i>Leonurus japonicus</i> Houtt.之乾燥地上部分。 本品為唇形科植物益母草 <i>Leonurus japonicus</i> Houtt.的新鮮或乾燥地上部分。鮮品春季幼苗期至初夏花前期採割；乾品夏季莖葉茂盛、花未開或初開時採割，曬乾，或切段曬乾。	建議基原益母草 <i>Leonurus japonicus</i> Houtt.之乾燥地上部分，依 THP
			CP (p.272)		LEONURI HERBA		
65	委員決議依 THP 中文名臭椿皮	維持THP寫法，建議參考	THP (p.203)	臭椿 皮	AILANTHI CORTEX	本品為苦木科 <i>Simarubaceae</i> 植物臭椿(樗樹) <i>Ailanthus altissima</i> (Mill.) Swingle 之乾燥根皮或乾皮。習稱「椿皮」。 本品為苦木科植物臭椿 <i>Ailanthus altissima</i> (Mill.) Swingle 的乾燥根皮或乾皮。	建議中文名臭椿皮依 THP
			CP (p.332)	椿皮	AILANTHI CORTEX		
66	委員決議依 CP (2015)生藥拉丁名 ALPINIAE	生藥名是由高良薑 <i>Alpinia officinarum</i> Hance 變化而來，建議用	THP (p.211)	高良 薑	ALPINIAE OFFICINARI RHIZOMA	本品為薑科 <i>Zingiberaceae</i> 植物高良薑 <i>Alpinia officinarum</i> Hance 之乾燥根莖。	高良薑之學名 <i>Alpinia officinarum</i> Hance

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	OFFICINARUM RHIZOMA	THP 之寫法 ALPINIAE OFFICINARI RHIZOMA，依THP建議參考	CP (p.270)		ALPINIAE OFFICINARUM RHIZOMA	本品為薑科植物高良薑 <i>Alpinia officinarum</i> Hance 的乾燥根莖。夏末秋初採挖，除去須根和殘留的鱗片，洗淨，切段，曬乾。	THP 之生藥名為 <i>Alpiniae Officinarum Rhizoma</i> 在文法上是錯誤的 CP (2015)之生藥名為 <i>Alpiniae Officinarum</i> (陰性，複數所有格，多數藥店的)Rhizoma 是正確的 「委員決議依 CP」
67	委員決議 THP 生藥拉丁名 SOJAE SEMEN PREPARATUM 修正為 SOJAE SEMEN PRAEPARATUM	建議修改為 CP 之寫法，建議可再研議	THP (p.222)	淡豆豉	SOJAE SEMEN PREPARATUM	本品為豆科 Leguminosae 植物大豆 <i>Glycine max</i> (L.) Merr.之成熟種子的醱酵加工產品。	建議基原大豆 <i>Glycine max</i> (L.) Merr.之成熟種子的醱酵加工產品，依 THP
			CP (p.308)		SOJAE SEMEN PRAEPARATUM	本品為豆科植物大豆 <i>Glycine max</i> (L.) Merr.的成熟種子的醱酵加工品。	
68	1. 委員決議依 CP 生藥拉丁名 EPIMEDII FOLIUM 2. 基原依 THP 但淫羊藿 <i>Epimedium brevicornum</i> 改成 CP (2015) <i>Epimedium brevicornu</i>	1. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，建議可再研議 2. 藥廠說明柔毛淫羊藿之有效成分較多，建議將此基原列入 THP，建議可再研議 3. 因藥用部位不同導致生藥名不同，建議可再研議	THP (p.222)	淫羊藿	EPIMEDII HERBA	本品為小檗科 Berberidaceae 植物箭葉淫羊藿 <i>Epimedium sagittatum</i> (Sieb. et Zucc.) Maxim.、朝鮮淫羊藿 <i>Epimedium koreanum</i> Nakai 或淫羊藿 <i>Epimedium brevicornum</i> Maxim.及同屬近緣植物之乾燥地上部或全草。	THP 之 <i>Epimedium brevicornum</i> 改成 CP (2015) <i>Epimedium brevicornu</i> 「委員決議依 CP」
			CP (p.306)		EPIMEDII FOLIUM	本品為小檗科植物淫羊藿 <i>Epimedium brevicornu</i> Maxim.、箭葉淫羊藿 <i>Epimedium sagittatum</i> (Sieb. et Zucc.) Maxim.、柔毛淫羊藿 <i>Epimedium pubescens</i> Maxim.或朝鮮淫羊藿 <i>Epimedium koreanum</i>	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
						Nakai 的乾燥葉。夏、秋季莖葉茂盛時採收，曬乾或陰乾。	
69	委員決議依 THP 生藥拉丁名 ASARI RADIX	1. 藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，再修改生藥名，建議可再研議，依 THP 2. 用部位應考慮現實使用狀態做修正，建議可再研議 3. 因藥用部位不同導致生藥名不同，建議可再研議	THP (p.225)	細辛	ASARI RADIX	本品為馬兜鈴科 Aristolochiaceae 植物北細辛 <i>Asarum heterotropoides</i> Fr. Schmidt var. <i>mandshuricum</i> Kitag.、華細辛 <i>Asarum sieboldii</i> Miq.或漢城細辛 <i>Asarum sieboldii</i> Miq. var. <i>seoulense</i> Nakai 之乾燥根。	根莖的馬兜鈴酸含量很高，建議將乾燥根及根莖分開會比較洽當 「委員決議依 THP」
			CP (p.214)		ASARI RADIX ET RHIZOMA	本品為馬兜鈴植物北細辛 <i>Asarum heterotropoides</i> Fr. Schmidt var. <i>mandshuricum</i> (Maxim.) Kitag.、漢城細辛 <i>Asarum sieboldii</i> Miq. var. <i>seoulense</i> Nakai 或華細辛 <i>Asarum sieboldii</i> Miq.的乾燥根和根莖。前二種習稱"遼細辛"。夏季果熟期或初秋採挖，除淨地上部分和泥沙，陰乾。	
70	委員決議依 THP 基原蕺菜 <i>Houttuynia cordata</i> Thunb.之開花期乾燥全草	1. 臺灣中藥典尚未收載鮮品，建議維持 THP 寫法，建議參考 2. 因 THP 目前未使用鮮品，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.232)	魚腥草	HOUTTUYNIAE HERBA	本品為三白草科 Saururaceae 植物蕺菜 <i>Houttuynia cordata</i> Thunb. 之開花期乾燥全草。	建議基原蕺菜 <i>Houttuynia cordata</i> Thunb.之開花期乾燥全草，依 THP
			CP (p.208)		HOUTTUYNIAE HERBA	本品為三白草科植物蕺菜 <i>Houttuynia cordata</i> Thunb.的新鮮全草或乾燥地上部分。鮮品全年均可採割，乾品夏季莖葉茂盛花穗多時採割，附去雜質，曬乾。	
71	委員決議中文名麥門冬，依 THP	維持THP寫法，建議參考 (藥材名稱不同)	THP (p.233)	麥門冬	OPHIPOGONIS RADIX	本品為百合科 Liliaceae 植物麥冬 <i>Ophiopogon japonicus</i> (L. f.) Ker-Gawl.之乾燥塊根。習稱「麥冬」。	建議中文名麥門冬，依 THP

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
			CP (p.144)	麥冬	OPHIPOGONIS RADIX	本品為百合科植物麥冬 <i>Ophiopogon japonicus</i> (L. f.) Ker-Gawl.的乾燥塊根。夏季採挖， 洗淨，反覆暴曬，堆置，至七八成 乾，除去須根，乾燥。	
72	委員決議依 THP 中 文名番紅花	維持THP寫法，建議參 考(藥材名稱不同)	THP (p.238)	番紅 花	CROCI STIGMA	本品為鳶尾科 Iridaceae 植物番紅花 <i>Crocus sativus</i> L.之乾燥柱頭。	建議中文名番紅 花，依 THP
			CP (p.120)	西紅 花	CROCI STIGMA	本品為鳶尾科植物番紅花 <i>Crocus sativus</i> L.的乾燥柱頭。	
73	委員決議生藥拉丁 名 TRACHELOSPERM I CAULIS ET FOLIUM，依 CP	藥用部位為乾燥帶葉莖 藤，THP 之生藥名應修 改為 CP 寫法，建議務必 要修正	THP (p.246)	絡石 藤	TRACHELOSPER MI CAULIS	本品為夾竹桃科 Apocynaceae 植物 絡石 <i>Trachelospermum jasminoides</i> (Lindl.) Lem.之乾燥帶葉藤莖。	建議生藥拉丁名 TRACHELOSPER MI CAULIS ET FOLIUM，依 CP
			CP (p.252)		TRACHELOSPER MI CAULIS ET FOLIUM	本品為夾竹桃科植物絡石 <i>Trachelospermum jasminoides</i> (Lindl.) Lem.的乾燥帶葉藤莖。冬季 至春採割，除去雜質，曬乾。	
74	1.委員決議依 THP 生藥拉丁名 UNCARIAE RAMULUS CUM 2.委員決議依 THP 基原修改為 (1) 鈎藤 <i>Uncaria rhynchophylla</i> (Miq.) Jacks. (2) 大葉鈎藤 <i>Uncaria macrophylla</i> Wall.	搜 尋 FLORA OF TAIWAN 找到之基原 為臺灣鈎藤，建議保留 THP 之寫法，建議參考	THP (p.248)	鈎藤	UNCARIAE RAMULUS CUM	本品為茜草科 Rubiaceae 植物鈎藤 <i>Uncaria rhynchophylla</i> (Miq.) Jacks.、大葉鈎藤 <i>Uncaria macrophylla</i> Wall.、臺灣鈎藤 <i>Uncaria hirsuta</i> Havil.、華鈎藤 <i>Uncaria sinensis</i> (Oliv.) Havil.或無 柄果鈎藤 <i>Uncaria sessilifructus</i> Roxb.之乾燥帶鈎莖枝。	無柄果鈎藤在市場 很少，THP 鈎藤、 大葉鈎藤、臺灣鈎藤 及華鈎藤、無柄果鈎 藤，所以建議刪除無 柄果鈎藤；CP 的鈎 藤、大葉鈎藤、毛鈎 藤、華鈎藤以外觀來 說毛鈎藤較貼切，以 優勢則用臺灣鈎 藤，中文名稱可保 留，並且刪除第 5
			CP (p.240)		UNCARIAE RAMULUS CUM UNCIS	本品為茜草科植物鈎藤 <i>Uncaria rhynchophylla</i> (Miq.) Miq. ex Havil.、大葉鈎藤 <i>Uncaria macrophylla</i> Wall.、毛鈎藤 <i>Uncaria hirsuta</i> Havil.、華鈎藤 <i>Uncaria</i>	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	(3) 臺灣鈎藤 <i>Uncaria hirsuta</i> Havil. (4) 華鈎藤 <i>Uncaria sinensis</i> (Oliv.) Havil.					<i>sinensis</i> (Oliv.) Havil.或無柄果鈎藤 <i>Uncaria sessilifructus</i> Roxb.的乾燥帶鈎莖枝。秋、冬二季採收、去葉，切段，曬乾。	種之無柄果鈎藤 「委員決議依 THP」
75	委員決議依 CP 基原 <i>Coptis chinensis</i> Franch.、三角葉黃連 <i>Coptis deltoidea</i> C. Y. Cheng et Hsiao 或雲連 <i>Coptis teeta</i> Wall.	THP 於基原後說明"或其他同屬別種植物"，建議保留原寫法，依 THP 建議可再研議	THP (p.257)	黃連	COPTIDIS RHIZOMA	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物黃連 <i>Coptis chinensis</i> Franch.或其他同屬別種植物之乾燥根莖。	CP 有三種黃連(味連)、三角葉黃連(雅連)、雲連 「委員決議依 CP」
			CP (p.285)		COPTIDIS RHIZOMA	本品為毛茛科植物黃連 <i>Coptis chinensis</i> Franch.、三角葉黃連 <i>Coptis deltoidea</i> C. Y. Cheng et Hsiao 或雲連 <i>Coptis teeta</i> Wall.的乾燥根莖。以上三種分別習稱"味連"、"雅連"、"雲連"。秋季採挖，除去須根和泥沙，乾燥，撞去殘留須根。	
76	委員決議依 THP 生藥拉丁名 PHELLODENDRI CORTEX	建議維持 THP 之寫法，建議參考	THP (p.259)	黃蘗	PHELLODENDRI CORTEX	本品為芸香 Rutaceae 植物黃皮樹 <i>Phellodendron chinense</i> Schneid.或黃蘗 <i>Phellodendron amurense</i> Rupr.之乾燥樹皮。前者習稱「川黃柏」，後者習稱「關黃柏」。	「委員決議依 THP」 註：將柏修正「藥」
			CP (p.137)	關黃柏	PHELLODENDRI AMURENSIS CORTEX	本品為芸香科植物黃蘗 <i>Phellodendron amurense</i> Rupr.的乾燥樹皮。剝取樹皮，除去粗皮，曬乾。	
			CP (p.286)	黃柏	PHELLODENDRI CHINENSIS CORTEX	本品為芸香科植物黃皮樹 <i>Phellodendron chinense</i> Schneid.的乾燥樹皮。習稱「川黃柏」。剝取樹皮後，除去粗皮，曬乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
77	委員決議依 THP 生藥拉丁名 PUERARIAE RADIX	建議維持 THP 之寫法，建議參考	THP (p.262)	葛根	PUERARIAE RADIX	本品為豆科 Leguminosae 植物野葛 <i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi 或甘葛藤 <i>Pueraria thomsonii</i> Benth. 之乾燥根。	THP 所用二個基原依 1. Flora of China (2010) 2 個植物基原現已改為 <i>Pueraria montana</i> var. <i>lobata</i> (Willdenow) Maesen & S. M. Almeida ex Sanjappa & Predeep 及 <i>Pueraria montana</i> var. <i>thomsonii</i> (Bentham.) M. R. Almeida 2、CP (2015) 現為二種獨立品項，其基原植物為 <i>P. lobata</i> 及 <i>P. thomsonii</i> ，其基原植物也應依 Flora of China (2010) 如上述處理 「委員決議依 THP」
			CP (p.272)	粉葛	PUERARIAE THOMSONII RADIX	本品為豆科植物甘葛藤 <i>Pueraria thomsonii</i> Benth. 的乾燥根。秋、冬二季採挖，除去外皮，稍乾，截段或再縱切兩半或斜切成厚片，乾燥。	
			CP (p.312)	葛根	PUERARIAE LOBATAE RADIX	本品為豆科植物野葛 <i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi 的乾燥根，習稱「野葛」。秋、冬二季採挖，趁鮮切成厚片或小块，乾燥。	
78	委員決議依 THP 生藥名 SOPHORAE	維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.266)	槐米	SOPHORAE IMMATURUS FLOS	本品為豆科 Leguminosae 植物槐樹 <i>Sophora japonica</i> L. 之乾燥花蕾。	槐米 rutin 含量及花粉粒數為槐花之

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	IMMATURUS FLOS		CP (p.333)	槐花	SOPHORAE FLOS	本品為豆科植物槐 <i>Sophora japonica</i> L.的乾燥花及花蕾。夏季花開或花蕾形成時採收，及時乾燥，除去枝、梗及雜質。前者習稱"槐花"，後者習稱"槐米"。	3.5 倍，兩者有顯著之差異。建議維持 THP 之寫法。
79	委員決議依 THP 基原蒲公英 <i>Taraxacum mongolicum</i> Hand.-Mazz.、臺灣蒲公英 <i>Taraxacum formosanum</i> Kitamura 或同屬植物之乾燥全草	搜尋 FLORA OF TAIWAN 找到之基原為臺灣蒲公英，建議保留 THP 之寫法，建議參考	THP (p.268)	蒲公英	TARAXACI HERBA	本品為菊科 Compositae 植物蒲公英 <i>Taraxacum mongolicum</i> Hand.-Mazz.、臺灣蒲公英 <i>Taraxacum formosanum</i> Kitamura 及同屬植物之乾燥全草。	T. formosanum 臺灣有市場品？ 註： 將 THP 之中「及」同屬植物之乾燥全草修正為「或」 「委員決議依 THP」
			CP (p.331)		TARAXACI HERBA	本品為菊科植物蒲公英 <i>Taraxacum mongolicum</i> Hand.-Mazz.、鹼地蒲公英 <i>Taraxacum borealisinense</i> Kitam. 或同屬數種植物的乾燥全草。春至秋季花開時採挖，除去雜質，洗淨，曬乾。	
80	委員決議藥用位依 CP 乾燥地上部分	藥用部位應考慮現實使用狀態做修正，依 CP 建議可再研議	THP (p.275)	廣金錢草	DESMODII STYRACIFOLII HERBA	本品為豆科 Leguminosae 植物金錢草 <i>Desmodium styracifolium</i> (Osborne) Merr. 之乾燥全草。	委員決議藥用位依 CP 乾燥地上部分
			CP (p.41)		DESMODII STYRACIFOLII HERBA	本品為豆科植物金錢草 <i>Desmodium styracifolium</i> (Osborne) Merr.的乾燥地上部分。夏、秋二季採割，除去雜質，曬乾。	
81	委員決議中文名穀芽及生藥拉丁名 ORYZAE GERMINATUS FRUCTUS，依 THP	1. THP 之穀芽基原即為 CP 之稻芽基原而 CP 之穀芽為禾本科植物粟 <i>Setaria italic</i> (L.) Beauv.的成熟果實經發芽乾燥的炮製加工	THP (p.278)	穀芽	ORYZAE GERMINATUS FRUCTUS	本品為禾本科 Gramineae 植物稻 <i>Oryza sativa</i> L.之穎果，經加工發芽之乾燥品。	建議中文名依 CP 改成稻芽，因原植物為稻 「委員決議依 THP」
			CP (p.352)	稻芽	ORYZAE FRUCTUS GERMINATUS	本品為禾本科植物稻 <i>Oryza sativa</i> L.的成熟果實經發芽乾燥的炮製加工品。將稻谷用水浸泡後，保持適	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		品建議維持 THP 寫法，建議參考 2. THP 之穀芽基原即為 CP 之稻芽，建議參考 3. 形容詞位置不同，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考				宜的溫、濕度，待須根長至約 1cm 時，乾燥。	
82	委員決議依 CP(2015)生藥拉丁名 VITICIS FRUCTUS	THP 及 CP 之蔓荊子基原皆有兩個，單葉蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. var. <i>simplicifolia</i> Cham. 及蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L.，THP 之生藥名只由單葉蔓荊變化而來，因有兩個基原，應修改為 CP 之寫法，建議務必要修正	THP (p.280)	蔓荊子	VITICIS SIMPLICIFOLIAE FRUCTUS	本品為馬鞭草科 Verbenaceae 植物單葉蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. var. <i>simplicifolia</i> Cham. 或蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. 之乾燥成熟果實。	基原植物有二，而 THP 之生藥拉丁名依變種名而來，宜依 CP(2015)之 Viticis Fructus 「委員決議依 CP」
			CP (p.340)		VITICIS FRUCTUS	本品為馬鞭草科植物單葉蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. var. <i>simplicifolia</i> Cham. 或蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. 的乾燥成熟果實。秋季果實成熟時採收，除去雜質，曬乾。	
83	委員決議依 THP 生藥名 GLEDITSIAE ABNORMALIS FRUCTUS	形容詞位置不同，建議將藥用部位置於後，維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.281)	豬牙皂	GLEDITSIAE ABNORMALIS FRUCTUS	本品為豆科 Leguminosae 植物皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam. 之乾燥不育果實。	建議生藥拉丁名 GLEDITSIAE ABNORMALIS FRUCTUS，依 THP
			CP (p.298)		GLEDITSIAE FRUCTUS ABNORMALIS	本品為豆科植物皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam. 的乾燥不育果實。秋季採收，除去雜質，乾燥。	
84	THP 基原澤瀉 <i>Alisma orientalis</i> (Sam.) Juzep. 修正為 <i>Alisma plantago-aquatica</i> subsp. <i>orientale</i>	1. CP 於第一增補本將種名修改為 <i>orientale</i> ，建議可再研議 2. CP 之基原於第一增補本才修改，THP 應	THP (p.287)	澤瀉	ALISMATIS RHIZOMA	本品為澤瀉科 Alismataceae 植物澤瀉 <i>Alisma orientalis</i> (Sam.) Juz. 之乾燥塊莖。	THP 之學名是錯的，CP(2015)之 <i>Alisma orientale</i> (Sam.) Juzep. 是正確的 「委員決議依 CP」
			CP (p.212)		ALISMATIS RHIZOMA	本品為澤瀉科植物澤瀉 <i>Alisma orientale</i> (Sam.) Juzep. 的乾燥塊莖。冬季莖葉開始枯萎時採挖，洗	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	(Sam.) Sam.	修改成 CP 之寫法，建議可再研議				淨，乾燥，除去須根和粗皮。	
85	委員決議依 THP 基原毛葉地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. var. <i>hirtus</i> Regel 或地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. 寫法	CP 從 1977 年版開始皆只有毛葉地瓜兒苗之基原毛葉地瓜兒苗臺灣僅存少量野生，未栽培量產，未來可考慮刪除，建議依照 CP 之寫法，建議可再研議	THP (p.288)	澤蘭	LYCOPI HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物毛葉地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. var. <i>hirtus</i> Regel 或地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. 之乾燥地上部分。	目前市場上雖然多半以大陸毛葉地瓜兒苗為主，但是地瓜兒苗為臺灣特有種經由委員決議保留「委員決議依 THP」
			CP 2015 (p.212)		LYCOPI HERBA	本品為唇形科植物毛葉地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. var. <i>hirtus</i> Regel 的乾燥地上部分。夏、秋二季莖葉茂盛時採割，曬乾。	
86	委員決議生藥名拉丁 GENTIANAE RADIX 依 THP，基原依條葉龍膽 <i>Gentiana manshurica</i> Kitag.、龍膽 <i>Gentiana scabra</i> Bge.、三花龍膽 <i>Gentiana triflora</i> Pall. 或堅龍膽 <i>Gentiana rigescens</i> Franch. 的乾燥根和根莖。前三種習稱"龍膽"，後一種習稱"堅龍膽"。春、秋二季採挖，洗淨，乾燥。依 CP	1. CP 於第一增補本將「滇」龍膽修改為「堅」龍膽，建議可再研議 2. 藥用部位為根及根莖 THP 應修改為 CP 寫法，建議務必要修正 3. CP 之基原於第一增補本才修改，THP 應修改成 CP 之寫法，建議可再研議	THP (p.291)	龍膽	GENTIANAE RADIX	本品為龍膽科 Gentianaceae 植物龍膽 <i>Gentiana scabra</i> Bge.、條葉龍膽 <i>Gentiana manshurica</i> Kitag.、三花龍膽 <i>Gentiana triflora</i> Pall. 或滇龍膽 <i>Gentiana rigescens</i> Franch. 之乾燥根及根莖。前三種習稱「龍膽」，後一種習稱「堅龍膽」。	CP (2015) 因 <i>G. rigescens</i> Franch 種名為堅硬之意 「委員決議依 CP」
			CP2015 (p.96)		GENTIANAE RADIX ET RHIZOMA	本品為龍膽科植物條葉龍膽 <i>Gentiana manshurica</i> Kitag.、龍膽 <i>Gentiana scabra</i> Bge.、三花龍膽 <i>Gentiana triflora</i> Pall. 或堅龍膽 <i>Gentiana rigescens</i> Franch. 的乾燥根和根莖。前三種習稱"龍膽"，後一種習稱"堅龍膽"。春、秋二季採挖，洗淨，乾燥。	
87	委員決議依 THP 生藥拉丁名 MENTHAE HERBA	1. 薄荷基原多，且每個國家的薄荷基原皆不完全相同，建議維持	THP (p.292)	薄荷	MENTHAE HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物薄荷 <i>Mentha haplocalyx</i> Briq. 及同屬近緣植物之乾燥地上部份。	「委員決議依 THP」

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
		THP 寫法薄荷 <i>Mentha haplocalyx</i> Briq. 及同屬近緣植物之乾燥地上部份，建議參考 2. 因薄荷品種多，建議維持 THP 之寫法，建議參考 3. 薄荷 <i>Mentha haplocalyx</i> Briq.，THP 薄荷基原含其他同屬植物，建議維持 THP 寫法，建議參考	CP (p.354)		MENTHAE HAPLOCALYCIS HERBA	本品為唇形科植物薄荷 <i>Mentha haplocalyx</i> Briq. 的乾燥地上部份。夏、秋二季莖葉茂盛或花開至三輪時，選晴天，分次採割，曬乾或陰乾。	
88	委員決議基原植物中文名改為華東覆盆子	1985-2010 年版 CP 皆是華東覆盆子，建議修改為 CP 之寫法，建議可再研議	THP (p.301)	覆盆子	RUBI FRUCTUS	本品為薔薇科 Rosaceae 植物掌葉覆盆子 <i>Rubus chingii</i> Hu 之乾燥未成熟果實。	葉掌狀五深裂，華東為地名 「委員決議依 CP」
			CP (p.359)		RUBI FRUCTUS	本品為薔薇科植物華東覆盆子 <i>Rubus chingii</i> Hu 的乾燥果實。夏初果實由綠變綠黃時採收，除去梗、葉，置沸水中略燙或略蒸，取出，乾燥。	
89	委員決議依 CP 生藥拉丁名 GALLI GIGERII ENDOTHELIUM CORNEUM	雉科 Phasianidae 動物家雞 <i>Gallus gallus domesticus</i> Brisson 之乾燥沙囊內壁，依 CP 建議可再研議	THP (p.302)	雞內金	GALLI GIGERIAE ENDOTHELIUM CORNEUM	本品為雉科 Phasianidae 動物家雞 <i>Gallus gallus domesticus</i> Brisson 之乾燥沙囊內壁。	Gigerii 是 Gigerium (名詞、單數、中性) 之第二格變之所有格 「委員決議依 CP」
			CP (p.179)		GALLI GIGERII ENDOTHELIUM CORNEUM	本品為雉科動物家雞 <i>Gallus gallus domesticus</i> Brisson 的乾燥沙囊內壁。	
90	委員決議依 CP 基原羅漢果 <i>Siraitia grosvenorii</i> (Swingle)	1. THP 及 CP 之羅漢果基原為同義名，應可統一，依 CP 建議可再	THP (p.304)	羅漢果	MOMORDICAE FRUCTUS	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物羅漢果 <i>Momordica grosvenorii</i> Swingle 之乾燥果實。	因 <i>Momordica grosvenorii</i> 現成為

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
	C. Jeffrey ex A. M. Lu et Z. Y. Zhang	研議 2. 因學名不同導致生藥名不同 THP：羅漢果 <i>Momordica grosvenori</i> Swingle CP：羅漢果 <i>Siraitia grosvenorii</i> (Swingle) C. Jeffrey ex A. M. Lu et Z. Y. Zhang，建議可再研議	CP (p.197)		SIRAITIAE FRUCTUS	本品為葫蘆科植物羅漢果 <i>Siraitia grosvenorii</i> (Swingle) C. Jeffrey ex A. M. Lu et Z. Y. Zhang 的乾燥果實。秋季果實由嫩綠色變深綠色時採收，晾數天後，低溫乾燥。	<i>Siraitia grosvenorii</i> 之同義名 「委員決議依 CP」
91	委員決議基原植物蘆葦 <i>Phragmites communis</i> Trinus 修正為 <i>Phragmites australis</i> (Cav.) Trin. ex Steud. 之乾燥根莖。	1. 臺灣中藥典尚未收載鮮品，建議維持 THP 寫法，建議參考 2. 因 THP 目前未使用鮮品，建議維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.306)	蘆根	PHRAGMITIS RHIZOMA	本品為禾本科 Gramineae 植物蘆葦 <i>Phragmites communis</i> Trinus 之乾燥根莖。	建議基原蘆葦 <i>Phragmites communis</i> Trinus 之乾燥根莖，依 THP
			CP (p.152)		PHRAGMITIS RHIZOMA	本品為禾本科植物蘆葦 <i>Phragmites communis</i> Trin. 的新鮮或乾燥根莖。全年均可採挖，除去芽、須根及膜狀葉，鮮用或曬乾。	
92	委員決議基原學名依 <i>Dipsacus inermis</i> Wall.	建議維持 THP 之寫法，建議參考	THP (p.309)	續斷	DIPSACI RADIX	本品為續斷科 Dipsacaceae 植物川續斷 <i>Dipsacus asperoides</i> C. Y. Cheng et T. M. Ai 之乾燥根。	委員曾在第三次會議決議依 THP 不論 THP (2013) 之 <i>Dipsacus asperoides</i> C. Y. Cheng et T. M. Ai 或 CP (2012) 之 <i>D. asper</i> Wall. ex Henry 均已成為 <i>Dipsacus inermis</i> Wall. 之同義名 (Flora of China, 2011)。將來研究上川續斷之學名會混淆，建議基原學名依 <i>Dipsacus inermis</i> Wall.
			CP (p.309)		DIPSACI RADIX	本品為續斷科植物川續斷 <i>Dipsacus asper</i> Wall. ex Henry 的乾燥根。秋季採挖，除去根和須根，用微火烘至半乾，堆置"發汗"至內部變綠色時，再烘乾。	

編號	修正後內容	原計畫內容	頁碼	中文名	生藥名	基原	決議內容
93	委員決議中文名鼈甲及基原鼈 <i>Trionyx sinensis</i> Wiegmann 或中國鼈 <i>Pelodiscus sinensis</i> 的背甲，依 THP	1. THP 列出臺灣特種，維持 THP 寫法，建議參考	THP (p.311)	鼈甲	TRIONYCIS CARAPAX	本品為鼈科 Trionychidae 動物鼈 <i>Trionyx sinensis</i> Wiegmann 或中國鼈 <i>Pelodiscus sinensis</i> 的背甲。	「委員決議依 THP」
		2. 維持 THP 寫法，建議參考	CP (p.361)	鼈甲	TRIONYCIS CARAPAX	本品為鼈科動物鼈 <i>Trionyx sinensis</i> Wiegmann 的背甲。全年均可捕捉，以秋、冬二季為多，捕捉後殺死，置沸水中燙至背甲上的硬皮能剝落時，取出，剝取背甲，除去殘肉，曬乾。	

資料來源：臺灣中藥典第二版(THP2)及中華人民共和國藥典(CP2010、2015)

表三、基原修正對照表

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
51	人參	GINSENG RADIX ET RHIZOMA	本品為五加科 <i>Araliaceae</i> 植物人參 <i>Panax ginseng</i> C. A. Mey.之乾燥根和根莖。	說明： 目前臺灣人參使用去除葉子的部位，這些部位包含根部及根莖都拿來使用，而非只有使用根部。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 GINSENG RADIX ET RHIZOMA，依 CP。 2. (THP)命名者之姓 Meyer 修正為依(CP) Mey. 之縮寫。 3. 藥用部位為乾燥根和根莖，依 CP。
2	三七	NOTOGINSENG RADIX ET RHIZOMA	本品為五加科植物三七 <i>Panax notoginseng</i> (Burk.) F. H. Chen 之乾燥根和根莖。	說明： THP 用乾燥根，CP (2015)用乾燥根和根莖。 皂苷：主根(12%)，支根(11%)，根莖(>15%) 均可用，整個三七根部佔大部分，若依實用立場可依 CP (2015)
3	三稜	SPARGANII RHIZOMA	本品為黑三稜科 <i>Sparganiaceae</i> 植物黑三稜 <i>Sparganium stoloniferum</i> Buch.-Ham.之乾燥塊莖。	委員決議： 中文名三稜，依 THP。
4	大腹皮	ARECAE PERICARPIUM	本品為棕櫚科 <i>Palmae</i> 植物檳榔 <i>Areca catechu</i> L.之乾燥果皮。	說明： 委員建議 CP(2015) 藥用部位為乾燥果皮。 委員決議： 藥用部位為乾燥果皮，依 CP(2015)。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
5	大薊	CIRSII JAPONICI HERBA SEU RADIX	本品為菊科 Compositae 植物大薊 <i>Cirsium japonicum</i> DC.之乾燥地上部分 和根。	說明： 在臺灣包含大小薊兩種，其實中藥都用根部， 但民間多直接用全草，因此市場上皆有使用乾 燥地上部分或根。 委員決議： 第五次決議： 1. 生藥拉丁名 CIRSII JAPONICI HERBA SEU RADIX，修正為 CIRSII JAPONICI HERBA ET RADIX。 2. 基原大薊 <i>Cirsium japonicum</i> DC.，依 THP。 3. 藥用部位乾燥地上部分或根修正為乾燥地 上部分和根。 第六次決議： 依 THP 生藥拉丁名 CIRSII JAPONICI HERBA SEU RADIX
6	山豆根	SOPHORAE TONKINENSIS RADIX ET RHIZOMA	本品為豆科 Leguminosae 植物越南槐 <i>Sophora tonkinensis</i> Gagnep.之乾燥根和 根莖。	1. 根據 CP (2010)，山豆根之圖 1-2 是含根及根 莖，根莖上有莖，下有根數條，根佔大部分。 2. 化學成分根莖無分開被研究過。 建議依 CP，則拉丁生藥名為 SOPHORAE TONKINENSIS RADIX ET RHIZOMA，藥用部 位由 THP 之根改為根和根莖。
7	山藥	DIOSCOREAE RHIZOMA	本品為薯蕷科 Dioscoreaceae 植物薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.、恆春薯蕷 <i>Dioscorea doryophora</i> Hance 或基隆山 藥 <i>Dioscorea japonica</i> Thunb. var.	說明： 1. 山藥產量大都當食品為主，中藥極少。經由 委員討論必需保留臺灣特有種的恆春薯 蕷、基隆山藥。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
			<i>pseudojaponica</i> (Hayata) Yamam.之乾燥根莖。	2. CP(2015)在飲片中增加「毛山藥」、「光山藥」，山藥片區分其他說明 CP(2010)相同，以上說明非本會議討論範圍。 委員決議： 基原薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.、恆春薯蕷 <i>Dioscorea doryophora</i> Hance 或基隆山藥 <i>Dioscorea japonica</i> Thunb. var. <i>pseudojaponica</i> (Hayata) Yamam.之乾燥根莖，依 THP。
8	川木通	CLEMATIDIS CAULIS	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham.或小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch.之乾燥莖。	說明： 臺灣使用繡球藤 <i>Clematis montana</i> Buch.-Ham.或小木通 <i>Clematis armandii</i> Franch.，CP 所指僅限一種。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 CLEMATIDIS CAULIS，依 THP。 2. 基原依 THP。
9	五味子	SCHISANDRAE FRUCTUS	本品為木蘭科 Magnoliaceae 植物五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 或華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils.之乾燥成熟果實。前者習稱「北五味子」，後者習稱「南五味子」。	說明： <i>S. chinensis</i> 及 <i>S.sphenanthera</i> ripe fruit 均含 schisandrin (五味子素)(五味子醇素)。 委員決議： 1. 中文名五味子，依 THP。 2. 生藥拉丁名 SCHISANDRAE FRUCTUS，依 THP。 3. 基原五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill.或華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils.之乾燥成熟果實。前者習稱「北五味子」，後者習稱「南五味子」，依 THP。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
10	五倍子	RHOIS GALLA	本品為漆樹科 Anacardiaceae 植物鹽膚木 <i>Rhus chinensis</i> Mill.、青麩楊 <i>Rhus potaninii</i> Maxim. 或紅麩楊 <i>Rhus punjabensis</i> Stew. var. <i>sinica</i> (Diels) Rehd. et Wils. 葉上之蟲癭，主要由五倍子蚜蟲 <i>Melaphis chinensis</i> (Bell) Baker 寄生而形成。	說明： THP 及 CP (2015) 均有相同三個基原鹽膚木、青麩楊、紅麩楊，但 CP 之生藥生藥名 GALLA CHINENSIS 僅用第一種基原之種名。 委員決議： 生藥拉丁名 RHOIS GALLA，依 THP。
11	天門冬	ASPARAGI RADIX	本品為百合科 Liliaceae 植物天門冬 <i>Asparagus cochinchinensis</i> (Lour.) Merr. 之乾燥塊根。習稱「天冬」。	委員決議： 中文名天門冬，依 THP。
12	巴豆	CROTONIS SEMEN	本品為大戟科 Euphorbiaceae 植物巴豆 <i>Croton tiglium</i> L. 之乾燥成熟種子。	1. 委員決議依 THP 生藥拉丁名 CROTONIS SEMEN 2. 藥用部位之乾燥成熟種子。
13	木賊	EQUISETI HYEMALIS HERBA	本品為木賊科植物木賊 <i>Equisetum hyemale</i> L. 之乾燥地上部分。	說明： 1. CP (2015) 木賊學名使用 <i>Equisetum hyemale</i> L. 依 Flora of China。 2. CP(2010) 木賊 <i>Equisetum hiemale</i> L.。 3. 故生藥拉丁名 EQUISETI HIEMALIS HERBA 應修正為 EQUISETI HYEMALIS HERBA。因應植物學名已由 <i>Equisetum hiemale</i> L. 修正為 <i>Equisetum hyemale</i> L.。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 EQUISETI HYEMALIS HERBA。基原木賊 <i>Equisetum hyemale</i> L. 的乾燥地上部分，依 CP (2015)。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
14	仙鶴草	AGRIMONIAE HERBA	本品為薔薇科 Rosaceae 植物龍牙草 <i>Agrimonia pilosa</i> Ledeb.之乾燥全草。	說明： THP 利用乾燥全草 CP (2015)利用乾燥地上部分，大陸根一般很少 單獨使用。 (1) 根含 agrimophol (鶴草酚)為絛驅蟲劑 0.2 %。 (2) 根芽含 agrimophol (鶴草酚)為絛驅蟲劑 0.3 %。 (3) 地上部含 agrimophol (鶴草酚)為絛驅蟲劑 0.01 %。 基於根部有特殊成分，建議依 CP (2015)利用乾 燥地上部分 委員決議： 1. 委員決議依 THP 藥用部位為之乾燥全草。 2. 仙鶴草藥用部位乾燥之全草修正為之乾燥 全草。
15	代赭石	HAEMATITUM	本品為氧化物類礦物剛玉族赤鐵礦，主 含三氧化二鐵(Fe ₂ O ₃)。習稱「赭石」。	委員決議： 中文名代赭石，依 THP。
16	北板藍根	ISATIDIS RADIX	本品為十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatis indigotica</i> Fort. 的乾燥根。	委員決議： 中文名北板藍根，依 THP。
17	白芍	PAEONIAE ALBA RADIX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物芍藥 <i>Paeonia lactiflora</i> Pall.之去皮乾燥根。	說明： Alba 為形容詞、陰性字尾，置於 Radix 前面。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 PAEONIAE ALBA RADIX，依 THP。 2. 藥用部位為去皮乾燥根，依 THP。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
18	白果	GINKGO SEMEN	本品為銀杏科 Ginkgoaceae 植物銀杏 <i>Ginkgo biloba</i> L. <i>Ginkgo biloba</i> L.的乾燥成熟種子。	委員決議依 CP 藥用部位為乾燥成熟種子
19	白芥子	SINAPIS ALBAE SEMEN	本品為十字花科 Cruciferae 植物白芥 <i>Sinapis alba</i> L.之乾燥成熟種子。	<p>說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THP 中白芥子之基原為 <i>Sinapis alba</i> L.含 sinapine(芥子鹼) 88 mg/seed。 2. CP 中芥子之基原有二：<i>Sinapis alba</i> 及 <i>Brassica juncea</i>，後者。主成分為 sinigrin，但亦含 sinapine 33 mg/seed，而前者不含 sinigrin THP 與 CP (2015)之鑑別及測定法均以 sinapine 為準。依據 CP 可包括二種基原之芥子。 <p>委員決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中文名白芥子，依 THP。 2. 生藥拉丁名 SINAPIS ALBAE SEMEN，依 THP。 3. 基原白芥 <i>Sinapis alba</i> L.之乾燥成熟種子，依 THP。
20	白芷	ANGELICAE DAHURICAE RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物白芷 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav.或杭白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. cv. Hangbaizhi之乾燥根	<p>第四次委員決議：</p> <p>委員決議依 THP</p> <p>第五次委員建議：</p> <p>白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>paichi</i> Kimura Hata et Sahn et Yuan 或臺灣白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> Yen 之乾燥根。</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p>因 THP (2013)白芷及臺灣白芷的基原植物均來自 <i>Angelica dahurica</i>，但完整之白芷基原植物學名自 1875 年就寫成 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. ex Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. (中國植物志或 Flora of China 14：158-169, 2005)。而 THP 所用之白芷 <i>Angelica dahurica</i> var. <i>paichi</i> Kimura 是其同義名。且 THP 之臺灣白芷若依 Flora of Taiwan (II)中文植物名應為野當歸，依(中國植物志)則應為臺灣獨活。CP (2015)白芷及杭白芷之學名亦寫的不完全，而 (Flora of Taiwan (II)) 野當歸之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch.) Benth. et Hook. var. <i>formosana</i> (Boiss.) Yen (1965)，是依據 <i>Angelica formosana</i> Boiss (1909)而衍生也是不適當。而 CP(2015)杭白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> (Boiss.) Shan et Yuan</p> <p>綜合以上，建議： 白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. 杭白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. cv. Hangbaizhi 因藥材均來自栽培種。</p> <p>第五次委員決議基原： (1) 白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>paichi</i> Kimura Hata et Shan et Yuan 修</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p>正為白芷 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav.</p> <p>(2) 杭白芷之學名 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. et Hoffm.) Benth. et Hook. f. ex Franch. et Sav. cv. Hangbaizhi</p> <p>第六次委員說明：</p> <p>(1) 在 Kew 之 The plant list 2012-03-23，白芷 (THP) 第一個基原 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>pai-chi</i> Kimura Hata et Shan et Yuan，此學名是 <i>Angelica dahurica</i> (Hoffm.) Benth. & Hook. f. ex Franch. & Sav. 之同義名。() 中漏了 Fischer，因 Gen. Pl. Umbell., ed. 2, 170, 1816 曾命名過 <i>Callisace dahurica</i> Fischer ex Hoffmann</p> <p>(2) 白芷 (THP) 第二個基原，或臺灣白芷 <i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook. f. var. <i>formosana</i> Yen，這是野當歸或臺灣獨活(臺灣當歸)(臺灣白芷)，Prof. 顏焜熒在 J. Taiwan Pharm. Assoc. 1963, 17(2): 68 所發表，他將發表在 Bull. Soc. Bot. France (1909) 之野當歸 <i>Angelica formosana</i> H. de Boissieu 改成屬白芷之變種，但所改之名暨屬白芷 <i>Angelica dahurica</i>，但種之寫法不完整，應依 <i>Angelica dahurica</i> (Fisch. ex Hoffm.) Benth. & Hook. f. ex Franch. et Sav. (1875) 之名後面再加變種名才對 (中國植</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p>物誌已有改正)。且此變種生長在臺灣北部，特點是果實與種子有毛，產量不多，國內僅 Prof. Yen 在 1969 發表根有 stigmasterol，1967 說根有 6 種 coumarins，果有 1 種 coumarin byakangelicin，以後臺灣沒人繼續研究。而 2001 年大陸對中藥白芷之基原植物做了形態、解剖、染色體、花粉、香豆素成分之比較，發表 4 篇論文，結論「中藥白芷的應是臺灣白芷」。因論調有些怪，CP (2010)，(2015)白芷之基原也未完全採用，與 Flora of China 之基原名也不同。中藥白芷之使用已有千年之歷史，而臺灣白芷之改名變種是 1963 年之事。僅可說大陸白芷之川白芷與臺灣野當歸相近而已。而大陸進口之杭白芷是白芷之栽培種，已不見有野生種，用 cv. Hangbaizhi，川白芷也是如此。</p> <p>野當歸(臺灣白芷)在臺灣產量不多，無市場品，雖大陸有報告成分及形態與川白芷相似，其根之形態也與杭白芷不同，似不宜列入 THP 內。</p>
21	白扁豆	LABLAB ALBUM SEMEN	本品為豆科 Leguminosae 植物扁豆 <i>Dolichos lablab</i> L. 之乾燥成熟種子。	<p>說明： Album 為白色的，為形容詞，置於 Semen 之前。因 Semen 是單數、主格、中性，Album 用中性字尾。</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				委員決議： 生藥拉丁名 LABLAB ALBUM SEMEN，依 THP。
22	白殭蠶	BOMBYX BATRYTICATUS	本品為蠶蛾科 Bombycidae 昆蟲家蠶 <i>Bombyx mori</i> L. 4~5 齡的幼蟲感染（或人工接種）白殭菌 <i>Beauveria bassiana</i> (Bals.) Vuillant 而致死之乾燥體。習稱「殭蠶」。	委員決議： 中文名白殭蠶，依 THP。
23	白鮮皮	DICTAMNI CORTEX	本品為芸香科 Rutaceae 植物白鮮 <i>Dictamnus dasycarpus</i> Turcz. 之乾燥根皮。	說明： 因 <i>Dictamnus</i> 屬僅有一個中藥，故依 CP。 DICTAMNI CORTEX 即可。 委員決議： 生藥拉丁名 DICTAMNI CORTEX，依 CP。
24	石斛	DENDROBII CAULIS	本品為蘭科 Orchidaceae 植物石斛 <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.、粉花石斛 <i>Dendrobium loddigesii</i> Rolfe.、黃草石斛 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. ex Lindl.、馬鞭石斛 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook.、鐵皮石斛 <i>Dendrobium officinale</i> Kimura et Migo、鼓槌石斛 <i>Dendrobium chrysotoxum</i> Lindl.、黃花石斛 <i>Dendrobium tosaense</i> Makino 等之新鮮或乾燥莖。	說明： THP 石斛用了五個基原 CP (2015) 擇選擇較常用之三個基原，二個與 THP 同，但大陸研究多的鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> 含有顯著之多醣，CP (2010 及 2015) 已另列於鐵皮石斛 <i>D. officinale</i> Kimura & Migo， <i>Dendrobium</i> 之化學成分各種基原都不盡相似建議有進口臺灣的石斛(有化學成分及藥理有研究的)選擇列入 THP 或依 CP (2015) 三個基原分兩項列載 黃色石斛： <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. → <i>Dendrobium</i>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p><i>chrysanthum</i> Wall. ex Lindl.</p> <p>第六次提案建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> THP 石斛用了五個基原 CP (2015)擇選擇較常用之三個基原，二個與 THP 同，但大陸研究多的鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> 含有顯著之多醣，CP (2010 及 2015) 已另列於鐵皮石斛 <i>D. officinale</i> Kimura & Migo，<i>Dendrobium</i> 之化學成分各種基原都不盡相似建議有進口臺灣的石斛(有化學成分及藥理有研究的)選擇列入 THP 或依 CP (2015)三個基原分兩項列載 黃色石斛：<i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. 建議修正為 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. ex Lindl. 鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> Wall. ex Lindl 建議修正為鐵皮石斛 <i>Dendrobium moniliforme</i> (L.) Sw. <p>第六次提案決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 委員決議依 THP 基原 另新增黃花石斛基原 <i>Dendrobium tosaense</i> Makino <p>第七次提案建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> Wall. ex Lindl.建議修正為細莖石斛(銅皮石斛) <i>Dendrobium moniliforme</i> (L.) Sw.

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p>註：(Kew. The Plant List, 2012)及 Flora of China (2009)</p> <p>2. 石斛基原建議使用下列七種，學名如下：</p> <p>(1) 石斛(金釵) <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.</p> <p>(2) 粉花石斛(環草) <i>Dendrobium loddigesii</i> Rolfe.</p> <p>(3) 黃草石斛(束花) <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall.</p> <p>(4) 馬鞭石斛(流蘇) <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook.</p> <p>(5) 鐵皮石斛(耳環) <i>Dendrobium officinale</i> Kimura & Migo</p> <p>(6) 鼓槌石斛 <i>Dendrobium chrysotoxum</i> Lindl.</p> <p>第七次委員決議： 委員決議依 THP 基原</p> <p>1. 石斛 <i>Dendrobium nobile</i> Lindl.、粉花石斛 <i>Dendrobium loddigesii</i> Rolfe.、黃草石斛 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall.建議修正為 <i>Dendrobium chrysanthum</i> Wall. ex Lindl.、馬鞭石斛 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook. var. <i>oculatum</i> Hook.建議修正為 <i>Dendrobium fimbriatum</i> Hook.、鐵皮石斛 <i>Dendrobium candidum</i> Wall. ex Lindl.建議修正依 CP (2015) <i>Dendrobium officinale</i> Kimura et Migo</p> <p>2. 另新增 (CP2015) 鼓槌石斛 <i>Dendrobium chrysotoxum</i> Lindl.</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				另新增(臺灣植物誌第一版)黃花石斛 <i>Dendrobium tosaense</i> Makino
25	石菖蒲	ACORI GRAMINEI RHIZOMA	本品為天南星科 Araceae 植物石菖蒲 <i>Acorus gramineus</i> Soland.之乾燥根莖。	說明： 因 CP (2015)之 <i>Acorus tatarinowii</i> Schott 是 (THP) <i>Acorus gramineus</i> Soland 之同義名，故依 THP 之生藥拉丁名 ACORI GRAMINEI RHIZOMA。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 ACORI GRAMINEI RHIZOMA，依 THP。 2. 基原石菖蒲 <i>Acorus gramineus</i> Soland.之乾燥根莖，依 THP。
26	冰片	BORNEOLUM	本品為龍腦香科 Dipterocarpaceae 植物龍腦香樹 <i>Dryobalanops aromatica</i> Gaertn. f.經蒸餾冷卻而得的結晶，又稱梅片；市面上多為合成冰片，為樟腦經氫化反應製成。	說明： 1. 若國內冰片全由大陸進口，則應依 CP。 2. CP 現分天然冰片及冰片(合成龍腦)，而前者係由樟之新鮮枝、葉製得，而非取自龍腦香科之植物，若非由大陸進口。 委員決議： 1. 中文名冰片，依 THP。 2. 生藥拉丁名 BORNEOLUM，依 THP。 3. 基原龍腦香樹 <i>Dryobalanops aromatica</i> Gaertn. f.經蒸餾冷卻而得的結晶，又稱梅片；市面上多為合成冰片，為樟腦經氫化反應製成，依 THP。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
27	地骨皮	LYCII RADICIS CORTEX	本品為茄科 Solanaceae 植物枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill. 或寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L.之乾燥根皮。	說明： 地骨皮入藥部位是根皮。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 LYCII RADICIS CORTEX，依 THP。
28	竹茹	BAMBUSAE CAULIS IN TAENIAS	本品為禾本科 Gramineae 植物淡竹 <i>Phyllostachys nigra</i> (Lodd.) Munro var. <i>henonis</i> (Mitf.) Stapf ex Rendle、青稈竹 <i>Bambusa tuldoidea</i> Munro 或大頭典竹 <i>Sinocalamus beecheyanus</i> (Munro) McClure var. <i>pubescens</i> P. F. Li 之莖稈除去外皮後刮下之乾燥中間層。	說明： 1. THP 之 <i>Bambusae Caulis in Taenia</i> 為名詞(單數)。 2. CP (2015)之 <i>Taenias</i> 為受格(複數)。 委員決議： 生藥拉丁名 BAMBUSAE CAULIS IN TAENIAS，依 CP (2015)。
29	佛手柑	CITRI SARCODACTYLIS FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物佛手柑 <i>Citrus medica</i> L. var. <i>sarcodactylis</i> Swingle 之乾燥果實。	委員決議： 依 THP 中文名佛手柑
30	吳茱萸	EUODIAE FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物吳茱萸 <i>Euodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth.、石虎 <i>Euodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>officinalis</i> (Dode) Huang、小果吳茱萸 <i>Euodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>bodinieri</i> (Dode) Huang 之乾燥近成熟果實。	說明： 1. CP(2010)及 CP(2015)，均為 <i>Euodia</i> 。 2. 後二個植物之學名現已成 <i>E. rutaecarpa</i> (Juss.) Benth.之同義名。 3. 疏毛吳茱萸的有效成分跟其他種類有所區別。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 EUODIAE FRUCTUS，依 CP。 2. 基原依 THP，但 <i>Evodia</i> 修正為 <i>Euodia</i> 。 (1) 吳茱萸 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth.

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				(2) 石虎 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>officinalis</i> (Dode) Huang (3) 小果吳茱萸 <i>Evodia rutaecarpa</i> (Juss.) Benth. var. <i>bodineri</i> (Dode) Huang
31	沉香	AQUILARIAE RESINATUM LIGNUM	本品為瑞香科 Thymelaeaceae 植物白木香 <i>Aquilaria sinensis</i> (Lour.) Gilg 及同屬近緣植物之含有樹脂之乾燥木材。	建議生藥拉丁名 AQUILARIAE RESINATUM LIGNUM、基原植物白木香 <i>Aquilaria sinensis</i> (Lour.) Gilg，依 THP
32	沒藥	MYRRHA	本品為橄欖科 Burseraceae 植物沒藥樹 <i>Commiphora myrrha</i> Engl.、哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> (Engl.) Engl. ex Tschirch 及同屬植物樹幹皮部滲出之油膠樹脂。分為天然沒藥和膠質沒藥。	1. 委員決議依 THP 基原沒藥樹 <i>Commiphora myrrha</i> Engl.、哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> (Engl.) Engl. ex Tschirch 2. 哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> Engl.修正為哈地丁樹 <i>Commiphora molmol</i> (Engl.) Engl. ex Tschirch
33	沙苑蒺藜	ASTRAGALI COMPLANATI SEMEN	本品為豆科 Leguminosae 植物扁莖黃耆 <i>Astragalus complanatus</i> R. Br.之乾燥種子。習稱「沙苑子」。	說明： 建議中文名沙苑蒺藜及基原扁莖黃耆 <i>Astragalus complanatus</i> R. Br.之乾燥種子。習稱「沙苑子」。依 THP
34	牡丹皮	MOUTAN RADICIS CORTEX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物牡丹 <i>Paeonia suffruticosa</i> Andr.之乾燥根皮。	說明： 牡丹皮藥用的部位根皮較有效。 委員決議： 生藥拉丁名 MOUTAN RADICIS CORTEX，依 THP。
35	牡蠣	OSTREAE CONCHA	本品為牡蠣科 Ostreidae 動物長牡蠣 <i>Ostrea gigas</i> Thunb.、大連灣牡蠣 <i>Ostrea talienwhanensis</i> Crosse、近江牡蠣 <i>Ostrea</i>	委員決議： 基原長牡蠣 <i>Ostrea gigas</i> Thunb.、大連灣牡蠣 <i>Ostrea talienwhanensis</i> Crosse、近江牡蠣 <i>Ostrea</i>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
			<i>rivularis</i> Gould 或 葡萄牙牡蠣 <i>Crassostrea angulata</i> Lamarck 之貝殼。	<i>rivularis</i> Gould 或 葡萄牙牡蠣 <i>Crassostrea angulata</i> Lamarck 之貝殼，依 THP。
36	皂莢	GLEDITSIAE FRUCTUS	本品為豆科 Leguminosae 植物皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam. 之乾燥成熟果 實。習稱「皂角」。	說明： THP 之生藥名為 <i>Gleditsiae Fructus</i> ，而 CP (2015) 則為大皂角 <i>Gleditsiae Sinensis Fructus</i> ， 鑒於豬牙皂之拉丁生藥名為 <i>Gleditsiae Fructus</i> <i>Abnormalis</i> ，亦無加 <i>Sinensis</i> 委員決議： 1. 中文名皂莢，依 THP。 2. 生藥拉丁名 GLEDITSIAE FRUCTUS，依 THP。
37	川芎	CHUANXIONG RHIZOMA	本品為繖形科 Umbelliferae 植物川芎 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort. 之乾燥根 莖，習稱「川芎」。	說明： 委員建議中文名依 CP 改成川芎。 川芎之基原為 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort. (THP 之 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hortorum 命名 者有誤) (<i>Ligusticum striatum</i> DC. 非川芎之基原) 說明如 下：關於川芎基原植物之說明： 1. CP (1963, 1997-2005) <i>Ligusticum wallichii</i> Franch. — 誤用 2. THP (2012) <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hortorum 3. CP (2010) 及 (2015) <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort. 根據邱淑華等研究 (植物分類學報, 1979; 17: 101-103), <i>Ligusticum wallichii</i> Franch. 及 <i>L.</i>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p><i>striatum</i> DC.均非大陸川芎之基原植物，故只能將川芎作為一個園藝起源的植物，暫給予一個拉丁名稱，以便日常應用，具確切的野生類型有待進一步考察，而於此期刊發表 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort. sp. nov.之命名。</p> <p>而此學名 CP (2015)有採用，大陸之研究學者亦有多數採用。而有些研究者則採用 <i>L. sinense</i> Oliv. cv. <i>Chuanxiong</i> S. H. Qiu (Acta Phytotax. Sin. 17; 102. 1979)，而與藁本、金芎、撫芎、川芎，均當作藁本</p> <p><i>L. sinense</i> Oliv. 同源栽培種處理。但房淑敏(江西省藥物所)又將撫芎以 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort. cv. <i>Fuxiong</i>. cv. nov. (Acta Phytotax. 22; 38-42, 1984)及金芎 <i>Ligusticum chuanxioung</i> Hort. cv. <i>Jinxiong</i> cv. nov (Acta Phytotax. 28, 477-482, 1990)改了名。</p> <p>Flora of China (2015) <i>Ligusticum</i> 屬植物中，有列條紋藁本 <i>L. striatum</i> DC. (Prodr. 4: 158. 1830)。Kew, The Plant List 有把 <i>L. chuanxiong</i> 列為其同義名。基於上述，<i>Ligusticum striatum</i> DC.不宜作為川芎之基原原名。故建議依 CP, <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hort.作為川芎之基原植物。</p> <p>而 THP (2012)之 <i>Ligusticum chuanxiong</i> Hortorum 之命名者，無此命名者，應依 CP (2015)之 Hort.。</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				委員決議： 1. 中文名由 THP 之「芎藭」修正為 CP 之「川芎」。 2. (THP)命名者為 Hortorum 依(CP) 之 Hort.
38	豆蔻	ELETTARIAE ROTUNDUS FRUCTUS	本品為薑科 Zingiberaceae 植物白豆蔻 <i>Elettaria cardamomum</i> (L.) Maton 之乾燥成熟果實。	說明： 1. 委員決議 THP 生藥拉丁名 AMOMI ROTUNDUS FRUCTUS 修正為 ELETTARIAE ROTUNDUS FRUCTUS， 2. 基原修正為 <i>Elettaria cardamomum</i> (L.) Maton
39	赤小豆	VIGNAE SEMEN	本品為豆科 Leguminosae 植物赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> (Thunb.) Ohwi et H. Ohashi 或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi 的乾燥成熟種子。	說明： CP(2010)基原 (1) 赤小豆 <i>Vigna umbeuata</i> Ohwi et Ohashi (2) 赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi 委員決議： 第四次決議： 1. 基原赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> Ohwi et Ohashi 或赤豆 <i>Vigna angularis</i> Ohwi et Ohashi，依 CP(2015)。 2. 基原赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> Ohwi et Ohashi 修正為基原赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> Ohwi et H. Ohashi 第五次決議： 基原赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> Ohwi et Ohashi 修正為基原赤小豆 <i>Vigna umbellata</i> Ohwi et H.

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				Ohashi 第六次決議： 依 CP (2015)赤小豆 <i>Vigna umbeuata</i> (Thunb.) Ohwi et H. Ohashi 修正為 <i>Vigna umbellata</i> (Thunb.) Ohwi et H. Ohashi 或赤豆 <i>Vigna</i> <i>angularis</i> Ohwi et Ohashi 的乾燥成熟種子。
40	赤芍	PAEONIAE RUBRA RADIX	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物芍藥 <i>Paeonia lactiflora</i> Pall.、川赤芍 <i>Paeonia</i> <i>veitchii</i> Lynch 之乾燥根。	委員決議依 THP 生藥拉丁名 PAEONIAE RUBRA RADIX
41	乳香	OLIBANUM	本品為橄欖科 Burseraceae 植物卡氏乳 香樹 <i>Boswellia carterii</i> Birdw.及其同屬 植物樹皮部滲出的油膠樹脂。	建議基原卡氏乳香樹 <i>Boswellia carterii</i> Birdw. 及其同屬植物樹皮部滲出的油膠樹脂。依 THP
42	兒茶	CATECHU	本品為豆科 Leguminosae 植物兒茶 <i>Acacia catechu</i> (L. f.) Willd.去皮枝幹水 煎煮濃縮之乾燥浸膏或茜草科 Rubiaceae 植物兒茶鈎藤 <i>Uncaria gambir</i> Roxb.帶葉嫩枝水煎煮濃縮之乾燥浸膏。	說明： THP 將來自兒茶 <i>Acacia catechu</i> 及兒茶鈎藤 <i>Uncaria gambier</i> 之含 tannin ext. 均稱 catechu，而 CP 僅列前者。這兩個基原之 tannin ext.所含 catechin 是不一樣的，且前者不含 gambir-fluorescin 是可區別的。而 THP 之鑑別 及含量測訂均以 catechin 及 epicatechin，建議 依 CP (2015)。 註： 「目前市場上討論 THP 及 CP 兩種基原，委員 決議暫時先保留 THP。」 委員決議： 基原兒茶 <i>Acacia catechu</i> (L. f.) Willd.去皮枝幹

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				水煎煮濃縮之乾燥浸膏或茜草科 Rubiaceae 植物兒茶鈎藤 <i>Uncaria gambir</i> Roxb.帶葉嫩枝水煎煮濃縮之乾燥浸膏，依 THP。
43	羌活	NOTOPTERYGII RHIZOMA ET RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物羌活 <i>Notopterygium incisum</i> Ting ex H. T. Chang 或寬葉羌活 <i>Notopterygium franchetii</i> H. de Boiss.之乾燥根莖和根。	說明： THP 寬葉羌活 <i>Notopterygium forbesii</i> Boiss.改成 CP (2015)寬葉羌活 <i>Notopterygium franchetii</i> H. de Boiss.，因前者為後者之同義名。 委員決議： 基原羌活 <i>Notopterygium incisum</i> Ting ex H. T. Chang 或寬葉羌活 <i>Notopterygium franchetii</i> H. de Boiss.，依 CP (2015)。
44	金銀花	LONICERAE JAPONICAE FLOS	本品為忍冬科 Caprifoliaceae 植物忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.之乾燥花蕾或帶初開的花。	說明： 1. CP(2015)，以金銀花分別二個基原金銀花及山銀花，由上述文獻報導，二個基原成分相差很大。 2. THP，以金銀花分別四個基原 (1) 忍冬 (2) 紅腺忍冬 (3) 山銀花 (4) 毛花柱忍冬，與忍冬的成分差異太大，建議保留忍冬，其他三種刪除。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 LONICERAE JAPONICAE FLOS，依 CP。 2. 基原 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.的乾燥花蕾或帶初開的花，依 CP。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
45	附子	ACONITI LATERALIS RADIX PRAEPARATUM	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物烏頭 <i>Aconitum carmichaelii</i> Debx. 之乾燥子根。藥材按加工方法不同，分為「鹽附子」、「黑順片」、「白附片」。	說明： 附子炮製種類非常多，對於成分會產生非常大的變化，種名字尾要多加 i。 委員決議： 第二次決議： 1. 生藥拉丁名 ACONITI LATERALIS RADIX，依 THP。 2. 基原烏頭 <i>Aconitum carmichaeli</i> Debx. 修正為 CP 基原 <i>Aconitum carmichaelii</i> Debx.。 第六次決議： 生藥拉丁名 ACONITI LATERALIS RADIX PREPARATUM 修正為 ACONITI LATERALIS RADIX PRAEPARATUM
46	青黛	NATURALIS INDIGO	本品為爵床科 Acanthaceae 植物板藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze、蓼科 Polygonaceae 植物蓼藍 <i>Polygonum tinctorium</i> Ait.、十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatis indigotica</i> Fort. 之葉或莖葉經加工製得乾燥粉末或團塊。	說明： 1. 建議生藥拉丁名 NATURALIS INDIGO，依 THP。 2. 馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 修正為板藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze。(Flora of China (2011)) 決議： 1. 委員決議依 THP 生藥拉丁名 NATURALIS INDIGO 2. 基原馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 修正為板藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
47	前胡	PEUCEDANI RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn 的乾燥根。	<p>說明：</p> <p>CP 將白花前胡、紫花前胡分兩項。兩項成分差距很大，紫花前胡因而曾改成 <i>Angelica</i> 屬。</p> <p>(1) 白花前胡(Sessilin-type dihydropyranocoumarin 有 praeruptorin A)</p> <p>(2) 紫花前胡(xanxyletin-type dihydropyranocoumarin, 無 praeruptorin A)。</p> <p>CP 上述兩者之對照品不同。</p> <p>註：</p> <p>將白花前胡、紫花前胡分兩項。</p> <p>委員決議：</p> <p>前胡之基原為白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn, 依 CP。</p>
48	南沙參	ADENOPHORAE RADIX	本品為桔梗科 Campanulaceae 植物輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch.、沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq. 之乾燥根。	<p>說明：</p> <p>1. 建議基原沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq.、杏葉沙參 <i>Adenophora axilliflora</i> Borb.、輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch. 之乾燥根。依 THP 但刪除杏葉沙參一項。</p> <p>2. 因依 Flora of China (2011), <i>Adenophora axilliflora</i> Borb. 是 <i>A. stricta</i> Miq. 之同義名，故被 CP 刪除。</p> <p>委員決議：</p> <p>委員決議依 CP 基原輪葉沙參 <i>Adenophora tetraphylla</i> (Thunb.) Fisch.、沙參 <i>Adenophora stricta</i> Miq. 之乾燥根。</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
49	南板藍根	STROBILANTHII CUSIAE RHIZOMA ET RADIX	本品為爵床科 Acanthaceae 植物馬藍 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze 之乾燥根及根莖。	<p>說明： 委員曾經建議依 CP (2015)之 <i>Baphicacanthis Cusiae Rhizoma Et Radix</i>，但 CP (2015)之拉丁生藥名是錯誤的，屬名字尾部分依第二格變應為 <i>Baphicacanthi</i>，而 THP 是正確的。但馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek 此學名現已變成 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntz 之同義名了。Flora of Taiwan(II)也有記載此學名。則生藥拉丁名將再變成 <i>Strobilanthes Cusiae Rhizoma Et Radix</i>。</p> <p>委員決議： 第三次決議： 生藥拉丁名 BAPHICACANTHI CUSIAE RHIZOMA ET RADIX，依 THP。</p> <p>第六次決議： 基原植物馬藍 <i>Baphicacanthus cusia</i> (Nees) Bremek. 修正為 <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze 之乾燥根及根莖。</p> <p>第七次決議： 委員決議依 THP 生藥拉丁名 BAPHICACANTHI CUSIAE RHIZOMA ET RADIX 建議修正為 STROBILANTHII CUSIAE RHIZOMA ET RADIX。</p>
50	厚朴	MAGNOLIAE CORTEX	本品為木蘭科 Magnoliaceae 植物厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils.或凹	<p>說明： 厚朴沒有講明凹葉厚朴，但是臺灣市場上皆有</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
			葉厚朴 <i>Magnolia officinalis</i> Rehd. et Wils. var. <i>biloba</i> Rehd. et Wils. 之乾燥幹皮、根皮及枝皮。	使用厚朴及凹葉厚朴品種。 委員決議： 生藥拉丁名 MAGNOLIAE CORTEX，依 THP。
51	枳殼	CITRI IMMATURUS FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L. 及其栽培變種之乾燥未成熟果實。	說明： 拉丁生藥名依 THP 之 Citri Immaturus Fructus 比 Auratii Fructus 貼切，精準。 委員決議： 生藥拉丁名 CITRI IMMATURUS FRUCTUS，依 THP。
52	枳實	AURANTII IMMATURUS FRUCTUS	本品為芸香科 Rutaceae 植物酸橙 <i>Citrus aurantium</i> L. 及其栽培變種或甜橙 <i>Citrus sinensis</i> Osbeck 的乾燥幼果。	委員決議： 依 THP 生藥拉丁名 AURANTII IMMATURUS FRUCTUS
53	枸杞子	LYCII FRUCTUS	本品為茄科 Solanaceae 植物基原基原枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill.、寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L. 之乾燥成熟果實。	委員決議： 依 THP 基原枸杞 <i>Lycium chinense</i> Mill.、寧夏枸杞 <i>Lycium barbarum</i> L. 之乾燥成熟果實。
54	砂仁	AMOMI FRUCTUS	本品為薑科 Zingiberaceae 植物陽春砂 <i>Amomum villosum</i> Lour.、縮砂 <i>Amomum villosum</i> Lour. var. <i>xanthioides</i> (Wall. ex Bak.) T. L. Wu et S. J. Chen 或海南砂 <i>Amomum longiligulare</i> T. L. Wu 之乾燥成熟果實。	說明： 委員曾在第四次會議決議依 THP，但不論 THP (2013) 或 CP (2015)， <i>Amomum villosum</i> var. <i>xanthioides</i> (Wallich ex Baker) T. L. Wu et Senjen，命名者均寫錯。應修正為 T. L. Wu et S. J. Chen 委員決議： 委員決議 THP 基原縮砂 <i>Amomum villosum</i> Lour. var. <i>xanthioides</i> (Wall. ex Bak.) T. L. Wu et Senjen，命名者修正為 T. L. Wu et S. J. Chen

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
55	胡麻仁	SESAMI NIGRUM SEMEN	本品為脂麻科 Pedaliaceae 植物胡麻 <i>Sesamum indicum</i> L. 之乾燥成熟種子，習稱「黑芝麻」。	委員決議 1. 依 THP 生藥拉丁名 SESAMI NIGRUM SEMEN 2. THP 基原植物「脂麻」修正為「胡麻」
56	胡椒	PIPERIS FRUCTUS	本品為胡椒科 Piperaceae 植物胡椒 <i>Piper nigrum</i> L. 的乾燥近成熟或成熟果實。	說明： 通常農民採收近成熟或成熟果實混合物，對於藥用部位是否要明確，以市場上使用情況為主。CP 通常是採用乾燥近成熟或成熟果實。 委員決議： 藥用部位為乾燥近成熟或成熟果實，依 CP。
57	苘麻子	ABUTILI SEMEN	本品為錦葵科植物苘麻 <i>Abutilon theophrasti</i> Medic. 之乾燥成熟種子。	委員決議： 依 CP 藥用部位「乾燥成熟種子」
58	苦杏仁	ARMENIACAE AMARUM SEMEN	本品為薔薇科 Rosaceae 植物山杏 <i>Prunus armeniaca</i> L. var. <i>ansu</i> Maxim.、西伯利亞杏 <i>Prunus sibirica</i> L.、東北杏 <i>Prunus mandshurica</i> (Maxim.) Koehne、杏 <i>Prunus armeniaca</i> L. 之乾燥成熟種子。	委員決議： 依 THP 生藥拉丁名 ARMENIACAE AMARUM SEMEN
59	香薷	MOSLAE HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物石香薷 <i>Mosla chinensis</i> Maxim.、江香薷 <i>Mosla chinensis</i> 'Jiangxiangru' 之乾燥地上部分。前者習稱"青香薷"，後者習稱"江香薷"。	委員決議： 依 CP 基原石香薷 <i>Mosla chinensis</i> Maxim.、江香薷 <i>Mosla chinensis</i> 'Jiangxiangru' 之乾燥地上部分。前者習稱"青香薷"，後者習稱"江香薷"。
60	栝樓仁	TRICHOSANTHIS SEMEN	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物栝樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim.、雙邊栝	委員決議： 建議中文名栝樓仁，依 THP

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
			樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Harms 之乾燥成熟種子。	
61	栝樓根	TRICHOSANTHIS RADIX	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物栝樓 <i>Trichosanthes kirilowii</i> Maxim.、雙邊栝樓 <i>Trichosanthes rosthornii</i> Harms 之乾燥根，習稱「天花粉」。	委員決議： 建議中文名栝樓根依 THP
62	桔梗	PLATYCODONIS RADIX	本品為桔梗科 Campanulaceae 植物桔梗 <i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC.之乾燥根。	說明： CP 之生藥拉丁名之寫法是依名詞之第三格變是正確的。 委員決議： 第五次決議： 生藥拉丁名 PLATYCODONIS RADIX，依 CP。 第七次說明： THP 及 CP 均為 <i>Platycodon grandiflorum</i> (中性) (Jacq.) A. DC. 依桔梗下列過去植物學名之改變，可看出 <i>Platycodon</i> 為陽性 1. Fl. China 19: 528–529. 2011. (1) <i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacquin) A. Candolle, Monogr. Campan. 125. 1830 ["grandiflorum"]. (2) 桔梗 jie geng <i>Campanula grandiflora</i> Jacquin, Hort. Bot. Vindob. 3: 4. 1776; <i>C. glauca</i> Thunberg; <i>Platycodon autumnalis</i> Decaisne; <i>P. chinensis</i> Lindley & Paxton; <i>P. glaucus</i> (Thunberg) Nakai;

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<p><i>P. sinensis</i> Lemaire.</p> <p>2. 1983 《中國植物志》第 73(2)卷 077 頁</p> <p>(1) 桔梗 鈴當花</p> <p><i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC. , Monogr. Camp. 125 , 1830; 中國高等植物圖鑒, 4: 374 , 圖 6162 , 1975. 故桔梗之基原植物名宜改為 <i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC.</p> <p>第七次決議：</p> <p>1. 委員決議依 (CP2015) 生藥拉丁名 PLATYCODONIS RADIX</p> <p>2. 桔梗 <i>Platycodon grandiflorum</i> (Jacq.) A. DC. 之乾燥根。建議修正為 <i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC. 之乾燥根。</p> <p>註：</p> <p>桔梗之生藥拉丁名 THP (2012) 為 PLATYCODI RADIX 而 CP (2015) 為 PLATYCODONIS RADIX</p> <p>基原植物為 <i>Platycodon grandiflorus</i> (Jacq.) A. DC.</p> <p>Platycodon 為單數主詞，其生藥拉丁名所用格要依第三格變即 Platycodon 之字尾要加 is，故為 PLATYCODONIS RADIX 而 THP (2012) PLATYCODI RADIX 是不對的</p>
63	海蝶蛸	SEPIAE ENDOCONCHA	本品為烏賊科 Sepiidae 動物無針烏賊 <i>Sepiella maindroni</i> de Rochebrune 或金烏賊 <i>Sepia esculenta</i> Hoyle 之乾燥內殼。	<p>說明：</p> <p>THP 生藥生藥名 <i>Sepiae</i> Os，不如 CP (2015) <i>Sepiae</i> Endoconcha(烏賊的內殼)貼切。</p>

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				委員決議： 生藥拉丁名 SEPIAE ENDOCONCHA，依 CP (2015)。
64	益母草	LEONURI HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物益母草 <i>Leonurus japonicus</i> Houtt.之乾燥地上部分。	委員決議： 依 THP 基原益母草 <i>Leonurus japonicus</i> Houtt.之乾燥地上部分
65	臭椿皮	AILANTHI CORTEX	本品為苦木科 Simarubaceae 植物臭椿（樗樹） <i>Ailanthus altissima</i> (Mill.) Swingle 之乾燥根皮或乾皮。習稱「椿皮」。	委員決議： 依 THP 中文名臭椿皮
66	高良薑	ALPINIAE OFFICINARUM RHIZOMA	本品為薑科 Zingiberaceae 植物高良薑 <i>Alpinia officinarum</i> Hance 之乾燥根莖。	說明： 1. 高良薑之學名 <i>Alpinia officinarum</i> Hance。 2. THP 之生藥名 ALPINIAE OFFICINARI RHIZOMA 在文法上是錯誤的。 3. CP (2015) 之生藥名 ALPINIAE OFFICINARUM (陰性，複數所有格，多數藥店的) RHIZOMA 是正確的。 委員決議： 生藥拉丁名 ALPINIAE OFFICINARUM RHIZOMA，依 CP (2015)。
67	淡豆豉	SOJAE SEMEN PRAEPARATUM	本品為豆科 Leguminosae 植物大豆 <i>Glycine max</i> (L.) Merr.之成熟種子的醱酵加工產品。	委員決議： THP 生藥拉丁名 SOJAE SEMEN PRAEPARATUM 修正為 SOJAE SEMEN PRAEPARATUM

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
68	淫羊藿	EPIMEDII FOLIUM	本品為小蘗科 Berberidaceae 植物箭葉淫羊藿 <i>Epimedium sagittatum</i> (Sieb. et Zucc.) Maxim.、朝鮮淫羊藿 <i>Epimedium koreanum</i> Nakai 或淫羊藿 <i>Epimedium brevicornu</i> 的乾燥葉。	說明： THP 基原淫羊藿 <i>Epimedium brevicornum</i> 已改成 CP(2015)淫羊藿 <i>Epimedium brevicornu</i> 。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 EPIMEDII FOLIUM，依 CP(2015)。 2. 基原植物淫羊藿之學名 <i>Epimedium brevicornum</i> 改成淫羊藿 <i>Epimedium brevicornu</i> ，依 CP(2015)。 3. 藥用部位為乾燥葉，依 CP(2015)。
69	細辛	ASARI RADIX	本品為馬兜鈴科 Aristolochiaceae 植物北細辛 <i>Asarum heterotropoides</i> Fr. Schmidt var. <i>mandshuricum</i> Kitag.、華細辛 <i>Asarum sieboldii</i> Miq. 或漢城細辛 <i>Asarum sieboldii</i> Miq. var. <i>seoulense</i> Nakai 之乾燥根。	說明： 根莖的馬兜鈴酸含量很高，建議將乾燥根及根莖分開會必較洽當。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 ASARI RADIX，依 THP。 2. 藥用部位為乾燥根，依 THP。
70	魚腥草	HOUTTUYNIAE HERBA	本品為三白草科 Saururaceae 植物蕺菜 <i>Houttuynia cordata</i> Thunb.之開花期乾燥全草。	委員決議依 THP 基原蕺菜 <i>Houttuynia cordata</i> Thunb.之開花期乾燥全草
71	麥門冬	OPHIPOGONIS RADIX	本品為百合科 Liliaceae 植物麥冬 <i>Ophiopogon japonicus</i> (L. f.) Ker Gawl. 之乾燥塊根。習稱「麥冬」。	委員決議： 依 THP 中文名麥門冬
72	番紅花	CROCI STIGMA	本品為鳶尾科 Iridaceae 植物番紅花 <i>Crocus sativus</i> L.之乾燥柱頭。	委員決議： 依 THP 中文名番紅花
73	絡石藤	TRACHELOSPERMI CAULIS CUM	本品為夾竹桃科 Apocynaceae 植物絡石 <i>Trachelospermum jasminoides</i> (Lindl.)	說明： 建議生藥拉丁名 TRACHELOSPERMI CAULIS

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
		FOLIUM	Lem. 之乾燥帶葉藤莖。	ET FOLIUM，依 CP。 委員決議： 生藥拉丁名 TRACHELOSPERMI CAULIS ET FOLIUM，依 CP。
74	鈎藤	UNCARIAE RAMULUS CUM UNCIS	本品為茜草科 Rubiaceae 植物鈎藤 <i>Uncaria rhynchophylla</i> (Miq.) Jacks.、大葉鈎藤 <i>Uncaria macrophylla</i> Wall.、臺灣鈎藤 <i>Uncaria hirsuta</i> Havil.、華鈎藤 <i>Uncaria sinensis</i> (Oliv.) Havil.之乾燥帶鈎莖枝。	說明： 1. 無柄果鈎藤在市場很少，THP 基原 (1) 鈎藤 (2) 大葉鈎藤 (3) 臺灣鈎藤 (4) 華鈎藤 (5) 無柄果鈎藤 所以建議刪除無柄果鈎藤。 2. CP 基原 (1) 鈎藤 (2) 大葉鈎藤 (3) 毛鈎藤 (4) 華鈎藤 (5) 無柄果鈎藤 以外觀來說毛鈎藤較貼切，以優勢則用臺灣鈎藤，中文名稱可保留，並且刪除第 5 種之無柄果鈎藤」。 委員決議： 1. 生藥拉丁名 UNCARIAE RAMULUS CUM UNCIS，依 THP。 2. 基原鈎藤 <i>Uncaria rhynchophylla</i> (Miq.)

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				Jacks.、大葉鉤藤 <i>Uncaria macrophylla</i> Wall.、臺灣鉤藤 <i>Uncaria hirsuta</i> Haval.、華鉤藤 <i>Uncaria sinensis</i> (Oliv.) Haval.，依 THP 但刪除無柄果鉤藤。
75	黃連	COPTIDIS RHIZOMA	本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物黃連 <i>Coptis chinensis</i> Franch.、三角葉黃連 <i>Coptis deltoidea</i> C. Y. Cheng et Hsiao 或雲連 <i>Coptis teeta</i> Wall.之乾燥根莖。以上三種分別習稱"味連"、"雅連"、"雲連"。	說明： CP 有三種黃連(味連)、三角葉黃連(雅連)、雲連。 委員決議： 基原 <i>Coptis chinensis</i> Franch.、三角葉黃連 <i>Coptis deltoidea</i> C. Y. Cheng et Hsiao 或雲連 <i>Coptis teeta</i> Wall.，依 CP。
76	黃蘗	PHELLODENDRI CORTEX	本品為芸香科 Rutaceae 植物黃皮樹 <i>Phellodendron chinense</i> Schneid.或黃蘗 <i>Phellodendron amurense</i> Rupr.之乾燥樹皮。前者習稱「川黃蘗」，後者習稱「關黃蘗」。	說明： 將柏修正「蘗」。 委員決議： 生藥拉丁名 PHELLODENDRI CORTEX，依 THP。
77	葛根	PUERARIAE RADIX	本品為豆科 Leguminosae 植物野葛 <i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi 或甘葛藤 <i>Pueraria thomsonii</i> Benth.之乾燥根。	說明： 1. THP 所用二個基原依 Flora of China (2010) 2 個植物基原現已改為： (1) <i>Pueraria montana</i> var. <i>lobata</i> (Willdenow) Maesen & S. M. Almeida ex Sanjappa & Predeep (2) <i>Pueraria montana</i> var. <i>thomsonii</i> (Benth.) M. R. Almeida 2. CP (2015)現為二種獨立品項，其基原植物為

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				<i>P. lobata</i> 及 <i>P. thomsonii</i> ，其基原植物也應依 Flora of China (2010)如上述處理。 委員決議： 生藥拉丁名 PUERARIAE RADIX，依 THP。
78	槐米	SOPHORAE IMMATURUS FLOS	本品為豆科 Leguminosae 植物槐樹 <i>Sophora japonica</i> L. 之乾燥花蕾。	委員決議： 依 THP 生藥名 SOPHORAE IMMATURUS FLOS
79	蒲公英	TARAXACI HERBA	本品為菊科 Compositae 植物蒲公英 <i>Taraxacum mongolicum</i> Hand.-Mazz.、臺灣蒲公英 <i>Taraxacum formosanum</i> Kitamura 或同屬植物之乾燥全草。	說明： 1. <i>T. formosanum</i> 臺灣有市場品？ 2. 將 THP 之中「及」同屬植物之乾燥全草修正為「或」。 委員決議： 1. 基原 蒲公英 <i>Taraxacum mongolicum</i> Hand.-Mazz.、臺灣蒲公英 <i>Taraxacum formosanum</i> Kitamura 2. THP 之藥用部位及同屬植物之乾燥全草修正為或同屬植物之乾燥全草。
80	廣金錢草	DESMODII STYRACIFOLII HERBA	本品為豆科 Leguminosae 植物金錢草 <i>Desmodium styracifolium</i> (Osbeck) Merr. 之乾燥地上部分。	委員決議： 藥用位依 CP 乾燥地上部分
81	穀芽	ORYZAE GERMINATUS FRUCTUS	本品為禾本科 Gramineae 植物稻 <i>Oryza sativa</i> L.之穎果，經加工發芽之乾燥品。	說明： 建議中文名依 CP 改成稻芽，因原植物為稻。 委員決議： 中文名穀芽及生藥拉丁名 ORYZAE GERMINATUS FRUCTUS，依 THP。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
82	蔓荊子	VITICIS FRUCTUS	本品為馬鞭草科 Verbenaceae 植物單葉蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. var. <i>simplicifolia</i> Cham. 或蔓荊 <i>Vitex trifolia</i> L. 之乾燥成熟果實	說明： 基原植物有二，而 THP 之生藥拉丁名依變種名而來，應依 CP (2015) 之 VITICIS FRUCTUS。 委員決議： 生藥拉丁名 VITICIS FRUCTUS，依 CP (2015)。
83	豬牙皂	GLEDITSIAE ABNORMALIS FRUCTUS	本品為豆科 Leguminosae 植物皂莢 <i>Gleditsia sinensis</i> Lam. 之乾燥不育果實。	委員決議依 THP 生藥名 GLEDITSIAE ABNORMALIS FRUCTUS
84	澤瀉	ALISMATIS RHIZOMA	本品為澤瀉科 Alismataceae 植物澤瀉 <i>Alisma plantago-aquatica</i> subsp. <i>orientale</i> (Sam.) Sam. 之乾燥塊莖	說明： THP 之澤瀉 <i>Alisma orientale</i> (Sam.) Juz. 是錯的 CP (2015) 之 <i>Alisma orientale</i> (Sam.) Juzep. 是正確的。 委員決議： 第三次決議： 基原澤瀉 <i>Alisma orientale</i> (Sam.) Juzep. 的乾燥塊莖，依 CP (2015)。 第六次決議： THP 基原澤瀉 <i>Alisma orientale</i> (Sam.) Juzep. 修正為 <i>Alisma plantago-aquatica</i> subsp. <i>orientale</i> (Sam.) Sam.
85	澤蘭	LYCOPI HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物毛葉地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. var. <i>hirtus</i> Regel 或地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. 之乾燥地上部分。	說明： 目前市場上雖然多半以大陸毛葉地瓜兒苗為主，但是地瓜兒苗為臺灣特有種經由委員決議保留。 委員決議：

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				基原毛葉地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz. var. <i>hirtus</i> Regel 或地瓜兒苗 <i>Lycopus lucidus</i> Turcz.，依 THP。
86	龍膽	GENTIANAE RADIX ET RHIZOMA	本品為龍膽科 Gentianaceae 植物條葉龍膽 <i>Gentiana manshurica</i> Kitag.、龍膽 <i>Gentiana scabra</i> Bge.、三花龍膽 <i>Gentiana triflora</i> Pall.或堅龍膽 <i>Gentiana rigescens</i> Franch.之乾燥根和根莖。前三種習稱"龍膽"，後一種習稱"堅龍膽"。	說明： CP(2015)基原堅龍膽 <i>G. rigescens</i> Franch.種名為堅硬之意。 委員決議： 1. 生藥名拉丁名 GENTIANAE RADIX ET RHIZOMA，依 CP。 2. 基原條葉龍膽 <i>Gentiana manshurica</i> Kitag.、龍膽 <i>Gentiana scabra</i> Bge.、三花龍膽 <i>Gentiana triflora</i> Pall.或堅龍膽 <i>Gentiana rigescens</i> Franch.的乾燥根和根莖。前三種習稱"龍膽"，後一種習稱"堅龍膽"，依 CP。
87	薄荷	MENTHAE HERBA	本品為唇形科 Labiatae 植物薄荷 <i>Mentha haplocalyx</i> Briq.及同屬近緣植物之乾燥地上部份。	委員決議： 生藥拉丁名 MENTHAE HERBA，依 THP。
88	覆盆子	RUBI FRUCTUS	本品為薔薇科 Rosaceae 植物華東覆盆子 <i>Rubus chingii</i> Hu 之乾燥未成熟果實。	說明： 葉掌狀五深裂，華東為地名。 委員決議： 基原植物中文名改為華東覆盆子，依 CP
89	雞內金	GALLI GIGERII ENDOTHELIUM CORNEUM	本品為雉科 Phasianidae 動物家雞 <i>Gallus gallus domesticus</i> Brisson 之乾燥沙囊內壁。	說明： Gigerii 是 Gigerium (名詞、單數、中性)之第二格變之所有格。 委員決議：

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
				生藥拉丁名 GALLI GIGERII ENDOTHELIUM CORNEUM，依 CP。
90	羅漢果	SIRAITIAE FRUCTUS	本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物羅漢果 <i>Siraitia grosvenorii</i> (Swingle) C. Jeffrey ex A. M. Lu et Z. Y. Zhang 之乾燥果實。	說明： 因 <i>Momordica grosvenori</i> 現成為 <i>Siraitia grosvenorii</i> 之同義名。 委員決議： 基原羅漢果 <i>Siraitia grosvenorii</i> (Swingle) C. Jeffrey ex A. M. Lu et Z. Y. Zhang，依 CP (2015)。
91	蘆根	PHRAGMITIS RHIZOMA	本品為禾本科 Gramineae 植物蘆葦 <i>Phragmites australis</i> (Cav.) Trin. ex Steud. 之乾燥根莖。	委員決議： 第六次委員決議： 依 THP 基原蘆葦 <i>Phragmites communis</i> Trinus 之乾燥根莖 第七次提案建議： 本品為禾本科 Gramineae 植物蘆葦 <i>Phragmites australis</i> (Cav.) Trin. ex Steud. 之乾燥根莖。 註：Pub. In: Nomenclator Botanicus. Editio secunda 1: 143. 1840. Flora of China (2006)， Kew The Plant List 下列三名均為同義名： <i>Arundo australis</i> Cavanilles (1799)： <i>A. phragmites</i> L.； <i>Phragmites communis</i> Trinius. 第七次決議 委員決議基原植物蘆葦 <i>Phragmites communis</i> Trinus 修正為 <i>Phragmites australis</i> (Cav.) Trin. ex Steud. 之乾燥根莖。

編號	中文名	生藥名	基原	說明/決議
92	續斷	DIPSACI RADIX	本品為續斷科 Dipsacaceae 植物川續斷 <i>Dipsacus inermis</i> Wall.之乾燥根。	<p>說明：</p> <p>委員曾在第三次會議決議依 THP。但不論是：</p> <p>(1) THP (2013)之 <i>Dipsacus asperoides</i> C. Y. Cheng et T. M. Ai</p> <p>(2) CP (2012)之 <i>D. asper</i> Wall. ex Henry</p> <p>均已成為 <i>Dipsacus inermis</i> Wall.之同義名 (Flora of China, 2011)。將來研究上川續斷之學名會混淆。</p> <p>建議基原學名依 <i>Dipsacus inermis</i> Wall.。</p> <p>委員建議：</p> <p>基原川續斷學名依 <i>Dipsacus inermis</i> Wall.</p>
93	鼈甲	TRIONYCIS CARAPAX	本品為鼈科 Trionychidae 動物鼈 <i>Trionyx sinensis</i> Wiegmann 或中國鼈 <i>Pelodiscus sinensis</i> 的背甲。	<p>委員決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中文名鼈甲，依 THP。 2. 基原鼈 <i>Trionyx sinensis</i> Wiegmann 或中國鼈 <i>Pelodiscus sinensis</i> 的背甲，依 THP。

表四

川貝母
FRITILLARIAE CIRRHOSAE BULBUS
Tendrilleaf Fritillary Bulb

本品為百合科 Liliaceae 植物川貝母 *Fritillaria cirrhosa* D. Don、暗紫貝母 *Fritillaria unibracteata* Hsiao et K. C. Hsia、甘肅貝母 *Fritillaria przewalskii* Maxim.、梭砂貝母 *Fritillaria delavayi* Franch.之乾燥鱗莖。按外觀性狀之不同分別習稱「松貝」和「青貝」；後者習稱「爐貝」。

性 狀：

1. 一般性狀——

(1) 松貝呈類圓錐形或類圓球形，高 0.3~0.8 cm，直徑 0.3~0.9 cm。表面類白色。外層鱗葉 2 瓣，大小懸殊，大瓣緊抱小瓣，未抱部分呈新月形，頂部閉合。內有類圓柱形、頂端稍尖的心芽和小鱗葉 1~2 枚。先端鈍圓或稍尖，底部平，微凹入，中心有一灰棕色的鱗莖盤，偶有殘存鬚根。質硬脆，斷面白色，粉性強。氣微，味微苦。

(2) 青貝呈類扁球形，高 0.4~1.4 cm，直徑 0.4~1.6 cm。外層鱗葉 2 瓣，大小相近，相對抱合，頂部開裂。內有心芽和小鱗葉 2~3 枚及細圓柱形的殘莖。

(3) 爐貝呈長圓錐形，在 2/3 處有膨大現象。高 0.7~2.5cm，直徑 0.5~2.5 cm。表面類白色(白爐貝)或淺棕黃色(黃爐貝)，有的具棕色斑點。外層鱗葉 2 瓣，大小相近，頂部開裂且略尖，基部稍尖或較鈍。

2. 組織——本品橫切面，最外側表皮細胞，呈類長方形，表皮內由類圓形薄壁細胞組成，含有大量澱粉粒，大多呈卵形或貝殼形，臍點多為點狀，層紋細密，複粒較為少見。導管以螺旋紋為主，散生在薄壁組織中。表皮細胞偶可見氣孔，多呈圓形或橢圓形。

五加皮
ACANTHOPANACIS CORTEX
Slenderstyle Acanthopanax Root-bark

本品為五加科 Araliaceae 植物細柱五加 *Acanthopanax gracilistylus* W. W. Smith 之乾燥根皮。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈不規則捲筒狀，長 5~15 cm，直徑 0.4~1.4 cm，厚約 0.2 cm。外表面灰褐色，有稍扭曲的縱皺紋和橫長皮孔樣斑痕；內表面淡黃色或灰黃色，有細縱紋。體輕，質脆，易折斷，斷面不整齊，灰白色。氣微香，味微辣而苦。
2. 組織——本品橫切面，木栓層由 7~14 列呈切線性延長之細胞組成，壁薄，呈類方形、類長方形、類多角形。皮層窄，細胞切向延長，有少數分泌道散在。草酸鈣簇晶大量，存在於薄壁細胞中。韌皮部寬廣，佔根皮大部分，外側有裂隙，髓線寬 1~5 列細胞；分泌道較多，呈類圓形，周圍分泌細胞 4~11 個，薄壁細胞含草酸鈣簇晶及細小澱粉粒。韌皮纖維有時存在於老根皮中，單個或 2~4 個成束散生。
3. 粉末——本品粉末為淡褐色。木栓細胞長方形或多角形，壁薄，呈淡黃色或淡黃棕色；老根皮的木栓細胞有時壁不均勻增厚，有少數紋孔。分泌道碎片含無色或淡黃色分泌物。澱粉粒甚多，單粒多角形或類球形，直徑 2~8 μm ；複粒由 2 分粒至數十分粒組成。草酸鈣簇晶存在於薄壁細胞中或散在，直徑 8~76 μm ，稜角較大而鈍，也有的短而尖，在偏光下呈多色。韌皮纖維單個或 2~4 個成束散生，呈長條形，壁厚，木化。

天葵子
SEMIAQUILEGIAE RADIX
Semiaquilegia Root Tuber

本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物天葵 *Semiaquilegia adoxoides* (DC.) Makino 之乾燥塊根。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈不規則短柱狀、紡錘狀或塊狀，略彎曲，有的具有 2~3 短分叉，長 1~3 cm，直徑 0.5~1 cm。表面暗褐色至灰黑色，具不規則的皺紋及鬚根或鬚根痕；頂端常有莖葉殘基，外被數層黃褐色鞘狀鱗片；中部通常較膨大。質較軟，易折斷，斷面皮部類白色，木部黃白色或黃棕色，略呈放射狀。氣微，味甘、微苦辛。
2. 組織——本品橫切面，木栓層為多列細胞，含棕色物。皮層較窄。韌皮部寬廣。形成層成環。木質部髓線寬至 20 餘列細胞，導管呈放射狀排列，中央部分導管稀疏散在。有的中央可見細小髓部。
3. 粉末——本品粉末為深灰棕色。木栓細胞呈類方形、類長方形或不規則形，壁增厚，有時含黃棕色至紅棕色物質。薄壁細胞長卵形或不規則形，壁薄。導管多為網紋導管。

木蝴蝶

OROXYLI SEMEN

Indian Trumpet flower Seed

本品為紫葳科 Bignoniaceae 植物木蝴蝶 *Oroxylum indicum* (L.) Vent. 之乾燥成熟種子，習稱「故紙花」。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為蝶形薄片，種皮除基部外三面延長成寬大輕薄的翅，長 5~8 cm，寬 3.5~4.5 cm。表面淺黃白色，有絹絲樣光澤，翅膜狀半透明，上有放射狀紋理，邊緣多破裂。體輕，剝去種皮，可見一層薄膜狀的胚乳緊裹於子葉之外。子葉 2，蝶形，淺黃色至黃綠色，直徑 1~1.5 cm。氣微，味微苦。
2. 組織——本品子葉橫切面：胚乳由 2~4 層細胞組成。子葉上表皮細胞方形至長方形，排列緊密；下表皮細胞較小。柵狀組織細胞長方形，含油滴和葉綠體。海綿組織細胞卵圓形或形狀不規則，含油滴和澱粉粒。初生維管束分佈於海綿組織中。
3. 粉末——本品粉末為黃色至綠黃色。種翅細胞長纖維狀，直徑 20~40 μm ，壁波狀增厚，偏光鏡下呈多彩狀。胚乳細胞多角形至類方形，壁呈念珠狀增厚。種翅及胚乳細胞中含眾多草酸鈣結晶，直徑 2~19 μm ，偏光鏡下呈多彩狀。

木鱉子
MOMORDICAE SEMEN
Cochinchina Momordica

本品為葫蘆科 Cucurbitaceae 植物木鱉 *Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng. 之乾燥成熟種子。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈扁平圓板狀，兩側稍不對稱，中間稍隆起或微凹陷，直徑 2~4cm，厚約 0.5cm。表面為灰棕色至棕黑色，粗糙，有凹陷的網狀花紋或僅有細皺紋。周邊有數個排列不規則的粗齒，較大的齒狀突起上有淺黃色種臍。外種皮硬而脆，內種皮薄膜狀，內有 2 片肥大子葉，富油質。有特殊油膩氣，味苦。
2. 組織——本品橫切面，種皮的表皮細胞 1 列，近長方形，外被角質層。表皮下為 3~4 層類方形薄壁細胞，其內側為數層近圓形或形狀不規則的厚壁細胞。子葉薄壁細胞內含脂肪油滴及糊粉粒，脂肪油滴呈類圓形，表面可見網狀紋理。

毛冬青
ILICIS PUBESCENTIS RADIX
Pubescent Holly Root and Stem

本品為冬青科 Aquifoliaceae 植物毛冬青 *Ilex pubescens* Hook. et Arn. 之乾燥根及莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈類圓形或長圓形的厚片，直徑 1~4 cm。表面呈灰褐色，有縱皺紋，有的可見灰白色地衣斑或細小皮孔。皮部菲薄，木部寬闊，類白色，可見緻密的放射狀紋理，中央具髓部。質堅硬。氣微，味微苦、略甘。根呈圓柱形，有的分枝，長短不一。表面灰褐色至棕褐色，根頭部具莖枝及莖殘基；外皮稍粗糙，有縱向細皺紋及橫向皮孔。質堅實，不易折斷，斷面皮部菲薄，木部發達，土黃色至灰白色，有緻密的放射狀紋理及環紋，氣微，味苦、略甘。商品多為塊片狀，大小不等。
2. 組織——本品莖的橫切面，木栓層由 4~10 列扁平的木栓細胞組成，微木化。皮層由 2~4 列切向延長的薄壁細胞組成。韌皮部窄，外側有石細胞環帶，石細胞單個散在或數個成群。形成層成環。木質部寬廣，木髓線平直，寬 1~4 列細胞。髓部細胞多角形，排列緊密，壁略增厚。木纖維發達。
3. 粉末——本品粉末為淡黃白色。中柱鞘纖維細長，壁厚，胞腔線形，外壁平滑或略呈淺波狀，先端漸尖或鈍尖；偏光顯微鏡下呈亮黃白色。木纖維眾多，單個散在或成束，近無色或淡黃色，壁厚，有的紋孔明顯；偏光顯微鏡下呈亮黃白色或亮黃棕色。石細胞單個散在或 2~3 個成群，呈長方形、類圓形、類三角形或類方形，層紋及孔溝明顯。具緣紋孔導管多見，直徑 5~15 μm 。

北劉寄奴
SIPHONOSTEGIAE HERBA
Chinese Siphonostegia Herb

本品為玄參科 Scrophulariaceae 植物陰行草 *Siphonostegia chinensis* Benth.之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品全長 30~80 cm，莖直立圓柱形，長短不等，表面棕褐色或黑棕色，質脆，易折斷，折斷面黃白色邊緣顯纖維性，中央為疏鬆的髓。葉對生，多脫落破碎，完整者羽狀深裂，黑綠色。總狀花序頂生，花有短梗，花萼長筒狀，黃棕色至黑棕色，有明顯 10 條縱稜，先端 5 裂。花萼內大多包有長橢圓形而尖的果實，果實表面黑色，有縱稜，長 0.5~1cm，質脆而易碎，內藏許多細小長形的種子。表面皺縮，棕色。氣微，味淡。
2. 組織——本品莖橫切組成，部分內含黃棕色物質。表皮可見非腺毛，非腺毛 2~4 個細胞，皮層由 2~4 細胞組成。中柱鞘纖維排列成環。韌皮部較狹小，其外面，表皮細胞呈切線性延長，細胞壁增厚，木栓化。下方由 4~6 層薄壁細胞側由一圈 1~3 層之纖維圍繞，壁厚，胞腔較小，木化，斷面呈多角形、類橢圓形。形成層不明顯。木質部發達，由數 10 層導管、木部纖維等組成，導管由髓線隔開，髓線明顯且木化，階紋、有緣孔紋、螺旋紋導管，直徑 10~50 μm ，強木化。髓部較大，髓部柔細胞大型，有許多大型細胞間隙存在。
3. 粉末——本品粉末為黃棕色。非腺毛由數個細胞組成，上部尖而彎曲。導管以階紋、有緣孔紋及螺旋紋導管，直徑 10~50 μm ，強木化。纖維長短不一，多數呈兩端銳尖，部分則一端略呈斜截狀，壁較厚，胞腔較小，直徑 9~27 μm ，強木化。

牛至
ORIGANI VULGARIS HERBA
Oregano

本品為唇形科 Labiatae 植物野薄荷 *Origanum vulgare* L.之乾燥全草，習稱「北茵陳」。

性 狀：

1. 一般性狀——本品全草長 23~50 cm。莖呈方柱形（具有四稜），紫棕色至淡棕色，密被細毛，上部局部具有細枝；節明顯，節間長 2~5 cm。單葉對生，多皺摺或脫落，暗綠色或黃綠色，完整者展開後呈卵形至寬卵形，長 1.5~3 cm，寬 0.7~1.7 cm。葉端漸尖，基部漸狹，葉緣淺波形，全緣兩面均有棕黑色腺點及細毛。聚繖花序頂生；苞片倒長卵形，黃綠色或黃褐色，有的先端帶紫色；花萼鐘狀，先端 5 裂，邊緣密生白色細柔毛。小堅果扁卵形，紅棕色。質脆，易碎。氣微香，味微苦。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，表皮細胞 1 列，呈方形或略切向延長，有時可見腺毛和非腺毛著生。厚角組織由 6~10 列薄壁細胞組成，位於莖四稜部。皮層由 4~5 列切向延長的薄壁細胞組成。韌皮部窄，細胞形小。形成層不甚明顯。木質部發達，導管多單個散在；木纖維和木薄壁細胞壁較厚，木化。髓部發達，薄壁細胞形大，老莖髓多中空。
 - (2) 本品葉的橫切面，上下表皮各由 1 列切向延長的細胞組成，外壁呈鋸齒狀，有時可見非腺毛、腺毛或大型的腺鱗。柵狀細胞長圓形，1 列，內含葉綠體；海綿細胞形態不規則，排列疏鬆。維管束外韌型；韌皮部較窄；木質部呈半月形，導管多列，每列常 3~5 個。主脈上下表皮內側均有厚角組織 3~4 列。腺鱗由 6~10 個細胞組成，存在於柵狀細胞的凹陷處，腺鱗橙黃色，透明，側面觀常見頭部由四個細胞組成。
3. 粉末——本品粉末為淡黃棕色。非腺毛由 1~6 個細胞組成，長 270~1000 μm ，壁疣明顯。腺毛呈梨形，頭部單細胞，呈類長圓形；柄為單細胞，較短。莖表皮細胞呈類長方形，垂周壁波狀彎曲，細胞排列緊密。葉表皮細胞垂周壁略彎曲，氣孔多為直軸式。木纖維成束或單個散在，細長，長約 70~105 μm ，壁較厚。腺鱗頭部由 6~10 個分泌細胞組成，內含橙黃色揮發油，透明。導管主為螺旋紋導管。

玉米鬚
MAYDIS STIGMA
Corn Stigma

本品為禾本科 Gramineae 植物玉蜀黍 *Zea mays* L. 之乾燥花柱和柱頭。

性 狀：

1. 一般性狀——本品花柱呈線狀或鬚狀，常集結成疏鬆團簇。長多為5~10 cm 至 30 cm 直徑約 0.05 cm。淡黃色至棕紅色，微有光澤。柱頭2裂，叉開3mm。質柔軟。
2. 粉末——本品粉末黃棕色，花柱碎片紅棕色，表面有眾多非腺毛，花柱兩側具導管，非腺毛無色，由數個至 10 餘個細胞組成，為多列性分枝狀毛，各分支單細胞，呈手指狀，非腺毛基部 1~3 列細胞，頂部 1 列，導管多為螺旋紋及環紋導管。

生薑
ZINGIBERIS RHIZOMA RECENS
Fresh Ginger Rhizome

本品為薑科 Zingiberaceae 植物薑 *Zingiber officinale* Rosc.之新鮮根莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈不規則塊狀，略扁，具指狀分枝，長 4~18 cm，厚 1~3 cm。表面黃褐色或灰棕色，粗糙，具縱皺紋及明顯的環節，分枝處常有鱗葉殘存，分枝頂端有莖痕或芽。質脆，易折斷，斷面淺黃色，內皮層環紋明顯，維管束散在。氣香特異，味辛辣。
2. 組織——本品的橫切面，表皮由 3~6 列細胞組成。木栓層為多列扁平木栓細胞。皮層由薄壁細胞組成，散列多數葉跡並立型維管束，有的周圍有纖維束。內皮層明顯。中柱由薄壁細胞組成，佔根莖的大部分，散列多數並立型維管束，近中柱鞘處維管束形小，排列較緊密，木質部內側或周圍有非木化的纖維。薄壁細胞含大量澱粉粒及油滴，但多於染片後流失。
3. 粉末——本品粉末淡黃棕色。油細胞散於薄壁細胞中，橢圓形或類圓形，直徑 32~96 μm ，壁較薄，胞腔內含淡綠黃色油滴。纖維成束或散離，先端鈍尖，少數分叉，有的一邊呈波狀或鋸齒狀，直徑 15~40 μm ，壁稍厚，非木化，具斜細紋孔，常可見菲薄的橫隔。樹脂塊類圓形或長圓形，內含紅棕色分泌物。澱粉粒眾多，單粒長卵圓形、三角狀卵形、橢圓形、類圓形或不規則形，略扁平，側面觀呈棒狀，有的較小端略尖突或呈鳥喙狀，長 5~32 μm ，直徑 8~48 μm ，臍點狀，位於較小端，也有呈裂縫狀者，層紋有的明顯；偏光顯微鏡下可見黑十字現象。導管多為階紋、螺旋紋及網紋導管，少數為環紋導管，直徑 15~70 μm 。

赤茯苓
RUBRA PORIA
Red Poria

本品為多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw.) Wolf 之乾燥菌核，淡紅色或淡棕色的部分。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈類球形、橢圓形或不規則形之乾燥厚片，厚度寬 0.5~0.3 cm，外皮薄而粗糙，棕褐色至黑褐色，有明顯皺縮紋理，體重，質堅實。斷面有顆粒性，有的具裂隙，內部淡紅色或淡棕色。
2. 粉末——本品為粉末組織切片中外皮部分為無數菌絲組成，在內部與看到多數類卵形或不規則的顆粒狀物，粉末灰白色，不規則顆粒狀團塊和分枝團塊，菌絲無色或淡棕色，細長稍彎曲，部分有分支。

防己

STEPHANIAE TETRANDRAE RADIX

Stephaniae Tetrandrae Root

本品為防己科 Menispermaceae 植物粉防己 *Stephania tetrandra* S. Moore 之乾燥根。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈不規則圓柱形、半圓柱形或塊狀，多彎曲，長 5~10 cm，直徑 1~5 cm。表面淡灰黃色，在彎曲處常有深陷橫溝而成結節狀的瘤塊樣。體重，質堅實，斷面平坦，灰白色，富粉性，有排列較稀疏的放射狀紋理。氣微，味苦。
2. 組織——本品橫切面，木栓層常被除去，有時殘存。皮層較窄，石細胞散在或 2~5 個成群，常切向排列。韌皮部較窄。形成層成環。木質部寬廣，導管斷續放射狀排列，旁有木纖維。髓線明顯且寬。薄壁細胞充滿澱粉粒，並可見細小桿狀草酸鈣結晶。
3. 粉末——本品粉末為灰白色或黃白色。澱粉粒眾多，單粒呈球形、盔帽形或多角形，臍點狀、裂縫狀、人字狀或星狀，層紋不明顯；複粒由 2~4 個分粒組成，偏光顯微鏡下呈黑十字狀。導管多為有緣紋孔導管。石細胞較多，呈類圓形、類方形或長橢圓形，壁厚，胞腔大，紋孔導管及孔溝明顯。纖維少數，長梭形，木化。木栓細胞淺黃色，呈多角形。

枳椇子
HOVENIAE SEMEN
Raisin Tree Seed

本品為鼠李科 Rhamnaceae 植物枳椇 *Hovenia acerba* Lindl.、北枳椇 *Hovenia dulcis* Thunb.、毛果枳椇 *Hovenia trichocarpa* Chun et Tsiang 之乾燥成熟種子。

性 狀：

1. 一般性狀——

(1) 枳椇--種子暗褐色或黑紫色，直徑 3.2~4.5 mm。

(2) 北枳椇--本品呈扁平圓形，背面稍隆起，腹面較平坦，直徑 3~5 mm，厚 1~2 mm。表面紅棕色、棕黑色或綠棕色，有光澤，於放大鏡下可見散在凹點，基部凹陷處有點狀淡色種臍，頂端有微凸的合點，腹面有縱形隆起的種脊。種皮堅硬，胚乳乳白色，子葉淡黃色，均富油脂。氣微，味微澀。

(3) 毛果枳椇--種子黑色、黑紫色或棕色，近圓形，直徑 4~5.5mm，腹面中部有稜，背面有時具乳頭狀突起。

2. 組織——本品種子橫切面，外表皮為一系列柵狀細胞，長約 180 μm ，寬約 12 μm ，外被角質層，外壁薄，側壁甚厚，胞腔窄縫狀，靠內壁處膨大，外側具光輝帶。色素層細胞數列，近卵形或多角形，含棕色物，其內側數列薄壁細胞較小，不含色素。內表皮細胞徑向延長。頹廢的外胚乳細胞有時具草酸鈣方晶，內胚乳細胞壁較厚，含圓簇狀小結晶及糊粉粒。子葉細胞壁薄，充滿糊粉粒。圓簇狀小結晶排列在子葉邊緣內側呈環狀。

3. 粉末——本品粉末為紅棕色。種皮柵狀細胞表面觀多角形，壁厚，胞腔小；側面觀呈長條形，排列緊密，外被角質層，光輝帶明顯，偏光下呈多彩。色素細胞近卵形或多角形，含紅棕色物。子葉細胞類長方形或長卵形，壁薄，含圓簇狀小結晶及油滴。圓簇狀小結晶直徑約 8 μm ，偏光下呈亮白色。草酸鈣方晶直徑 4~10 μm ，偏光下呈多彩。

穿心蓮

ANDROGRAPHIS HERBA

Common Andrographis Herb

本品為爵床科 Acanthaceae 植物穿心蓮 *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Nees 之乾燥地上部分。

性 狀：

1. 一般性狀——本品莖呈四方柱形，多分枝，長 2~50 cm，直徑 2~5 mm；節稍膨大。質脆，易折斷，斷面髓部白色。單葉對生，葉柄短或近無柄；葉片皺縮、易碎，完整者展開後呈披針形至卵狀披針形，長 3~12 cm，寬 2~5 cm，先端漸尖，基部楔形下延，全緣至波狀；上表面綠色，下表面灰綠色，兩面光滑。氣微，味極苦。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，表皮細胞 1 列，外被角質層，有的細胞內含碳酸鈣結晶（鐘乳體）；厚角組織在莖的四個稜角處較多。皮層薄壁細胞含葉綠素。內皮層由 1 列壁略增厚的細胞組成。韌皮部狹窄，細胞壁皺縮，排列緊密。木質部發達，由導管、木纖維和木髓線細胞組成。髓部薄壁細胞大，有的含細小草酸鈣針晶，散在或成團聚集。
 - (2) 本品葉的橫切面，上表皮由 1 列類方形或長方形細胞組成，有的含有圓形、長橢圓形至棒槌狀鐘乳體或腺鱗。柵狀組織為 1 列長柱形細胞，表皮細胞下近中柱處可見厚角組織；海綿組織由 4~5 列排列疏鬆的薄壁細胞組成，可見空隙。主脈維管束外篩包韌型，呈凹槽狀；木質部位於上方，韌皮部在下方；下表皮由 1 列類方形細胞組成，有的含鐘乳體或腺鱗。
3. 粉末——本品粉末為黃綠色。非腺毛圓錐形，由 1~4 個細胞組成，頂部鈍或尖，基部具角質紋理。表皮細胞呈不規則形，外壁稍增厚，角質化。氣孔直軸式或不定式，副衛細胞大小懸殊。晶細胞類方形或長方形，內含圓形、橢圓形或棒狀鐘乳體。導管類圓形，主要為螺旋紋、網紋及有緣紋孔導管。腺鱗頭部扁球形，由 4、6 或 8 個細胞組成，柄極短。

紅景天

RHODIOLAE CRENULATAE RADIX ET RHIZOMA

Kirilow Rhodiola Root and Rhizome

本品為景天科 Crassulaceae 植物大花紅景天 *Rhodiola crenulata* (Hook. f. et Thoms.) H. Ohba 之乾燥根及根莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品根莖呈圓柱形或切成不規則的片狀，大小長短不一，多數為根莖，根偶見。表面呈紅棕色至棕褐色，栓皮易剝落，殘留少數莖基及多數突起成結節狀莖基痕。切面呈紅褐色至淺棕色，可見明顯栓皮層。質輕而脆，易折斷。具有玫瑰香氣。
2. 組織——本品根莖橫切面，栓皮層為數列細胞，期間含有棕紅色色素塊細胞層，皮層細胞橢圓或類圓形，大小不一，富含棕色分泌物及類球圓形、類圓形澱粉粒，維管束外韌形環狀排列，木質部導管群呈倒長錐形分布，髓部偶見周韌形維管束，木質部導管多為螺旋紋或環紋導管。

胖大海
STERCULIAE LYCHNOPHORAE SEMEN
Boat Sterculia Seed

本品為梧桐科 *Sterculiaceae* 植物胖大海 *Sterculia lychnophora* Hance 之乾燥成熟種子。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈紡錘形或橢圓形，長 2~3 cm，直徑 1-1.5 cm。先端鈍圓，基部略尖而歪，具淺色的圓形種臍，表面棕色或暗棕色，微有光澤，具不規則的乾縮皺紋。外層種皮極薄，質脆，易脫落。中層種皮較厚，黑褐色，質鬆易碎，浸水膨脹成海綿狀。斷面可見散在的樹脂狀小點。內層種皮紅棕色可與中層種皮剝離，微革質，內有兩片肥厚胚乳，卵形，子葉 2 枚，緊貼於胚乳內側與胚乳等大。氣微、味淡、嚼之有黏性。
2. 粉末——
 - (1) 本品粉末淡棕色，種皮表皮細胞的表面觀方形或五角形，淡棕色，垂周壁增厚，有壁孔，表面有氣孔、腺毛與非腺毛，表皮上腺毛很多，柄為單細胞，頭部扇形或鈍橢圓形，直徑 45~95 μm，含棕色內含物；非腺毛較少，常磨碎，呈星狀，有數個分叉，胞腔內亦有棕色物。
 - (2) 本品種子橫切面，種皮薄壁細胞遇水膨脹為不規則形，有單紋孔，含淡棕色內含物，細胞間隙較大，內層種皮內有一層柵狀細胞層，壁木化，下方為數頹廢細胞，細胞間隙大，胚乳細胞內含澱粉粒及油滴，導管為環紋導管與螺旋紋導管。

胡黃連

PICRORHIZAE RHIZOMA

Figwortflower Picrorhiza Rhizome

本品為玄參科 Scrophulariaceae 植物胡黃連 *Picrorhiza scrophulariiflora* Pennell 之乾燥根莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈圓柱形，略彎曲，偶有分枝，長 3~12 cm，直徑 0.3~1 cm。表面灰棕色至暗棕色，粗糙，有較密的環狀節，具稍隆起的芽痕或根痕，上端密被暗棕色鱗片狀的葉柄殘基。體輕，質硬而脆，易折斷，斷面略平坦，淡棕色至暗棕色，木質部有 4~10 個類白色點狀維管束排列成環。氣微，味極苦。
2. 組織——本品根莖橫切面，表皮細胞 1 列，較粗根莖的表皮常不存在。木栓層由數層至 10 之細胞組成。皮層細胞為長橢圓形、矩形或切向延長。內皮層細胞矩形。韌皮部為 9~13 層多的角形或長橢圓形細胞。髓線由數列至 9 列之細胞組成。木質部導管多成群。髓部為近圓形或多角形之細胞。
3. 粉末——本品粉末為棕色。木栓細胞黃棕色，表面多角形至不規則形，側面矩形。薄壁細胞長卵形或不規則形，壁薄或連珠狀增厚，細胞間隙明顯，孔紋清晰可見。導管多網紋導管，直徑 8~28 μm 。

胡蘆巴
TRIGONELLAE SEMEN
Common Fenugreek Seed

本品為豆科 Leguminosae 植物胡蘆巴 *Trigonella foenum-graecum* L.之乾燥成熟種子。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈三稜形，長 2~3mm，寬約 1.5 mm。表面灰棕色至灰褐色，有深色斑點，一端稍寬，平截狀，另一端漸窄而鈍尖。相交處有點狀種臍，質堅硬，不易破碎，果皮薄，子葉類白色，富油性。氣微，味苦。
2. 組織——本品種子橫切面：種皮最外為 1 列柵狀細胞，外被角質層，柵狀細胞先端尖，壁厚，層紋明顯，微木化，其外側有光輝帶，胞腔內常有棕黃內含物。向內為 1 列支持細胞，呈扁梯狀，有大型細胞間隙，外側平周壁增厚，側壁具放射狀條形增厚紋理，其下為 3~4 列薄壁細胞。胚乳最外為 1 列糊粉層，細胞類方形，內含棕色物質，其餘的胚乳細胞較大，類圓形，初生壁薄，次生壁極厚，黏液化，胚乳內含有大量的黏液細胞。子葉細胞較小，細胞內含糊粉粒及脂肪油滴。
3. 粉末——本品粉末為棕黃色。表皮柵狀細胞 1 列，外壁及側壁上部較厚，又細密縱溝紋，下部胞腔較大，具光輝帶；表面觀類多角形，壁較厚，胞腔較小。支持細胞 1 列，略呈啞鈴狀，上端稍窄，下端較寬，垂周壁顯條狀紋理；底面觀呈類圓形或六角形，有密集的放射狀條紋增厚，似菊花紋狀，胞腔明顯。子葉細胞含糊粉粒及脂肪油滴。

郁李仁

PRUNI SEMEN

Chinese Dwarf Cherry Seed

本品為薔薇科 Rosaceae 植物歐李 *Prunus humilis* Bge.、郁李 *Prunus japonica* Thunb. 或長柄扁桃 *Prunus pedunculata* Maxim. 之乾燥成熟種子
性 狀：

1. 一般性狀——本品呈卵形，長 5~10 mm，直徑 3~7 mm。表面黃白色、淺棕色至黃棕色，一端尖，另一端鈍圓。尖端一側有線形種臍，圓端中央有深色合點，自合點處向上具多條縱向維管束脈紋。種皮薄，子葉 2，乳白色，富油性。氣微，味微苦。
2. 組織——本品橫切面，表皮為 1 列薄壁細胞，具細胞間隙，散列有長圓形或類圓形的石細胞，單個或 2~4 個相連，其下半部嵌在薄壁細胞間，有紋孔。維管束通過種皮。下方為 3~5 列皺縮的薄壁細胞。外胚乳由 1 列頹廢細胞組成。內胚乳層細胞 7~9 列。子葉兩枚，由薄壁細胞組成，充滿糊粉粒及油滴。初生維管束散佈於子葉中。
3. 粉末——本品粉末為棕色。種皮外表皮石細胞，側面觀類圓形、長橢圓形、類長方形、蚌殼形或類方形，徑向長 37~100 μm ，底部寬 36~102 μm ，突出於表皮層部分呈半月形、半圓形、類方形或圓拱形。澱粉粒多為單粒，類球形、卵圓形、橢圓形或圓三角形；複粒和半複粒較少。導管散佈於種皮外表皮細胞及子葉細胞中。細小草酸鈣方晶存在於子葉細胞中。

倒地蜈蚣

HELMINTHOSTACHYDIS RHIZOMA

Ceylan Helminthostachys Rhizome

本品為瓶爾小草科 Ophioglossaceae 植物錫蘭七指蕨 *Helminthostachys zeylanica* (L.) Hook.之乾燥根莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈圓柱形，黑褐色，長約 4~8 cm，直徑約 0.5 cm，下方及左右兩側皆有粗壯之鬚根，上方有半圓形之葉痕，易折斷，斷面灰白色，中央有橢圓形之維管束。
2. 組織——本品根的橫切面表皮細胞一列，含棕色物質，薄壁細胞呈類圓形，內含大量澱粉粒，部分細胞含有棕色內含物，內皮細胞一列，為稍木化，外韌包圍型維管束呈 C 字形排列，多為階紋假導管。

桂心

CINNAMOMI CORTEX

Cinnamomi Bark

本品為樟科 Lauraceae 植物肉桂 *Cinnamomum cassia* Presl 之乾燥樹皮，去裏外皮，當中心者為桂心。

性 狀：

1. 一般性狀——本品去掉外層粗皮的嫩枝。表面紅棕色，有細皺紋及瘤狀的隆起枝痕，皮孔點狀。質硬而脆，易折斷。有特異香味，味甜，微辛。
2. 組織——本品橫切面，表皮細胞 1 列，木栓細胞 3~5 列，最內側細胞外壁增厚。皮層可見油滴及石細胞散在。韌皮部可見分泌細胞和纖維散在。形成層明顯。髓部細胞壁略厚，呈木化。可見細小草酸鈣針晶。

浮萍
SPIRODELAE HERBA
Spirodela Herb

本品為浮萍科 Lemnaceae 植物紫萍 *Spirodela polyrrhiza* (L.) Schleid.之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為葉狀體外型扁平，呈類橢圓形，直徑約 2~5mm。上表皮為淡棕綠色，偏側有 1 小凹陷，邊緣整齊或微捲曲。下表皮為深棕綠色，著生數條鬚根。質輕，手捻即碎，氣微，味淡。
2. 組織——本品葉狀體橫切面，表皮細胞 1 列，內側薄壁細胞呈類圓形或類橢圓形，細胞內含草酸鈣簇晶或針晶。上表皮細胞垂周壁波狀彎曲，具不定式氣孔。下表皮細胞垂周壁近平直，無氣孔。

茯苓皮
PORIAE CUTIS
Tuckahoe Peel

本品為多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw.) Wolf 菌核之乾燥外皮。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈長條形或不規則塊片，大小不一。外表面棕褐色至黑褐色，有疣狀突起；內面淡棕色或灰棕色，並常帶有白色或淡紅色的皮下部分。質較鬆軟，略具彈性。氣微，味淡，嚼之黏牙。
2. 粉末——本品粉末為灰白色。菌絲眾多，無色、淡棕色或棕色，細長，稍彎曲，有時具有分枝，直徑 3~8 μm ，部分達 16 μm 。顆粒狀團塊形狀不規則，無色。分枝狀團塊無色，直徑 10~24 μm 。

茯神
PORIA
Root Poria

本品為多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw.) Wolf 之乾燥菌核，中間抱有松根的部分。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為類球形、橢圓形或不規則形之乾燥厚片，厚度寬 0.5~0.3 cm，外皮薄而粗糙，棕褐色至黑褐色，有明顯皺縮紋理，體重，質堅實。斷面有顆粒性，有的具裂隙，內部白色或灰白色，中間抱有松根，質鬆體輕，無皮，略似朽木。氣微，味淡。
2. 粉末——本品粉末呈灰白色外皮部分為無數菌絲組成，再內部與看到多數類卵形或不規則的顆粒狀物，中間抱有木部，粉末灰白色，不規則顆粒狀團塊和分枝團塊，無色，菌絲無色或淡棕色，細長稍彎曲，部分有分支，直徑 3~4 μm 。

荊芥穗
SCHIZONEPETAE SPICA
Fineleaf Schizonepeta Spike

本品為唇形科 Labiatae 植物荊芥 *Schizonepeta tenuifolia* Briq.之乾燥花穗。

性 狀：

1. 一般性狀——本品穗狀輪繖花序呈圓柱形，長 3~15 cm，直徑約 7 mm。花冠多脫落，宿萼黃綠色，鐘形，質脆易碎，內有棕黑色小堅果。氣味香，味微澀而辛涼。
2. 粉末——荊芥穗粉末為黃棕色。宿萼表皮細胞垂周壁深波狀彎曲。腺鱗頭部 8 細胞，頂面觀類圓形，直徑 95~110 μm，柄單細胞，內含黃色至黃棕色分泌物。小腺毛頭部類球形，1~2 個細胞，柄單細胞。非腺毛常破碎，完整者 1~6 個細胞，壁具疣狀突起。外果皮細胞表面觀多角形，壁黏液化，胞腔小，內含黃棕色物。纖維成束，壁平直或微波狀，偏光顯微鏡下呈亮黃白色。內果皮石細胞無色、黃色至淡棕色，表面觀垂周壁深波狀彎曲，密具紋孔，偏光顯微鏡下呈黃白色。導管主要為螺旋紋導管。

荔枝核
LITCHI SEMEN
Lychee Seed

本品為無患子科 Sapindaceae 植物荔枝 *Litchi chinensis* Sonn. 之乾燥成熟種子。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈長圓形或卵圓形，略扁，長 1.5~2.2 cm，直徑 1~1.5 cm。表面棕紅色或紫棕色，平滑，有光澤，略有凹陷及細波紋，一端有類圓形黃棕色的種臍，直徑約 7 mm。質硬。氣微，味微甘、苦、澀。
2. 組織——本品呈橫切面，種皮外表皮側面觀呈柵狀，細胞呈長方形，徑向延長。其內有厚壁細胞約 10~15 列，壁成微波狀增厚，細胞切向延長，細胞間隙明顯。棕色油細胞類圓形或長圓形，有時存在於厚壁組織中。鑲嵌層常與厚壁組織連結，微波狀，由數個細胞為一組，以其長軸作不規則方向嵌列。維管束斷續排列成環。頰廢層由數層薄壁細胞組成，細胞皺縮，間隙大。石細胞成群或單個散在，紋孔及孔溝較稀疏，存在於頰廢層中。內表皮為一系列薄壁細胞，扁平，長短不一。子葉由類圓形至不規則多角形的薄壁細胞組成，充滿澱粉粒及油滴。初生維管束散佈於子葉中。
3. 粉末——本品粉末為黃棕色。星狀細胞為種皮通氣組織，淡棕色，呈不規則星狀分枝，分枝先端平截或稍鈍圓，壁薄。鑲嵌層細胞黃棕色，呈長條形，由數個細胞為一組，作不規則方向嵌列。種皮外表皮細胞表面觀多角形，垂周壁不均匀增厚；側面觀細胞 1 列，柵狀，壁增厚，外被角質層。石細胞成群或單個散在，呈類圓形、類方形、類多角形、長方形或長圓形，多有突起或分枝，紋孔及孔溝較稀疏，層紋不甚明顯。澱粉粒多為單粒，類球形、卵圓形、橢圓形或圓三角形；複粒和半複粒較少。導管散布於薄壁細胞與頰廢層之間，直徑約 8~10 μm 。子葉細胞呈類圓形或類圓多角形，充滿澱粉粒。

馬勃

LASIOSPHAERA SEU CALVATIA

Lasiosphaera Eeu Calvatia

本品為灰包科 Lycoperdaceae 真菌脫皮馬勃 *Lasiosphaera fenzlii* Reichb.、大馬勃 *Calvatia gigantea* (Batsch ex Pers.) Lloyd、或紫色馬勃 *Calvatia lilacina* (Mont. et Berk.) Lloyd 之乾燥子實體。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為扁球形或已壓扁之不規則塊狀物。直徑 15~25 cm，甚至更大，不孕基部小或無。殘留的包被由黃棕色膜狀外包被和較厚的灰褐色內包被所組成。孢體褐色，絮狀而鬆散，輕輕捻動即有粉塵(孢子)飛揚，手捻有潤滑感。
2. 粉末——本品為孢絲稍分枝，直徑 2.5~6 μm ，孢絲長，有稀少橫隔，孢子光滑或散在不規則的疣狀突起。

馬鞭草
VERBENAE HERBA
European Verbena

本品為馬鞭草科 Verbenaceae 植物馬鞭草 *Verbena officinalis* L.之乾燥地上部分。

性 狀：

1. 一般性狀——本品莖略呈方柱形，多分枝，四面有縱溝，長 0.5~1m；表面灰綠色至黃綠色，粗糙；質硬而脆，具髓或中空。葉對生，皺縮，多破碎，綠褐色，完整者展平後葉片三深裂，邊緣有鋸齒。穗狀花序細長，有小花多數。氣微，味微苦。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，表皮細胞 1 列類方形或長方形細胞組成，外壁稍厚；四個角隅處的厚角組織較寬，約由 4~7 列厚角細胞組成。皮層纖維成束，斷續排列成環，角隅處的纖維束較大。皮層由 5~7 列細胞組成，細胞呈類圓形、橢圓形或不規則形。韌皮部較窄，細胞呈不規則形。形成層成環。木質部相對較寬，排列成環，導管徑向排列。髓部寬廣，由類圓形薄壁細胞組成，細胞間隙大，偶見破裂或中空。
 - (2) 本品葉的橫切面，上表皮由 1 列細胞組成。柵狀組織由 1 列長圓形細胞組成；海綿組織由形態不規則的細胞組成，排列疏鬆。非腺毛單細胞，先端尖。主脈上、下表皮內側均可見厚角組織。並立型維管束，木質部處於葉脈中間，被韌皮部包圍。下表皮由 1 列不規則的細胞組成，垂周壁波狀彎曲。
 - (3) 粉末——本品粉末呈綠褐色。莖表皮細胞呈長多角形或類長方形，垂周壁多平直，外壁稍厚，具氣孔。葉下表皮細胞垂周壁波狀彎曲，具有氣孔，有時具有腺鱗。非腺毛多為單細胞，先端漸尖，基部稍膨大。纖維多成束，大型且排列緊密；偏光顯微鏡下呈多彩狀。導管主要為螺旋紋、網紋及有緣紋孔導管。花粉粒類圓形或類圓三角形，表面光滑，有三個萌發孔。

骨碎補

DRYNARIAE RHIZOMA

Fortune's Drynaria Rhizome

本品為水龍骨科 Polypodiaceae 植物槲蕨 *Drynaria fortunei* (Kunze) J. Sm. 之乾燥根莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈扁平長條狀，多彎曲，有分枝，長 5~15 cm，寬 1~1.5 cm，厚 0.2~0.5 cm。表面密被深棕色至暗棕色的小鱗片，柔軟如毛，經火燎者呈棕褐色或暗褐色，兩側及上表面均具突起或凹下的圓形葉痕，少數有葉柄殘基和鬚根殘留。體輕，質脆，易折斷，斷面紅棕色，維管束呈黃色點狀，排列成環。氣微，味淡，微澀。
2. 組織——本品根莖橫切面，表皮細胞 1 列，類圓形或長圓形，外壁稍厚；鱗片基位於表皮凹陷處，細胞 3~4 列，壁厚，內含紅棕色色素。基本薄壁組織細胞類圓形或不規則波狀彎曲，含少量澱粉粒和黃棕色顆粒狀物。內皮層圍繞分體中柱，細胞切向延長，凱氏點不甚清晰。維管束外篩包圍型，17~25 個排列成扁圓形環，維管束外周有內皮層。木質部假導管呈多角形，直徑 6~40 μm ，中部較大，向兩端漸次變小，發育幾達兩端將韌皮部分為內外兩部分，內側韌皮部有的細胞壁增厚並充滿黃棕色分泌物。
3. 粉末——本品粉末為棕色。鱗片碎片呈紅棕色或黃棕色，體部細胞呈不規則形或長條形，壁平直或稍彎曲，厚 1.5~5 μm ，邊緣有兩細胞並生的毛狀物，先端常分離，有的充滿黃棕色油狀物；柄部碎片深紅棕色，細胞形狀不規則。皮層細胞類長方形或類多角形，近表皮的細胞較小，壁微彎曲，孔溝稀疏，近內皮層的細胞壁厚，孔溝明顯。假導管呈黃色、黃棕色或無色，主為階紋假導管，直徑 10~80 μm 。纖維多呈束，呈橘黃色或紅棕色，梭形，末端漸尖，直徑 18~30 μm ，壁厚，孔溝多不明顯，胞腔內常含棕色油狀物。

商陸
Phytolaccae Radix
Pokeberry Root

本品為商陸科 Phytolaccaceae 植物垂序商陸 *Phytolacca americana* L. 之乾燥根。

性 狀：

1. 一般性狀——本品外型呈不規則片塊狀，外表為棕黃色，切面彎曲不平。木部隆起，形成數個突起同心環輪。質硬，氣微，嚼久麻舌。
2. 組織——本品橫切面，最外側木栓細胞數列，栓內層較窄，維管束組織為三生構造，有數個同心形成層環，每環的維管束均為並立型維管束，外側為韌皮部，內側為木質部，兩環之間為薄壁組織。薄壁細胞含大量澱粉粒，有的含有草酸鈣針晶束。

常山
DICHROAE RADIX
Dichroa Root

本品為虎耳草科 Saxifragaceae 植物常山 *Dichroa febrifuga* Lour.之乾燥根。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為裁切過之飲片，大小不一，長 9~15cm，直徑 0.5~2cm。表面棕黃色，具縱皺紋，外皮易剝落，剝落處露出黃色木部，質堅硬，不易折斷；斷面觸摸有粉性，呈黃白色，髓線類白色，呈放射狀，年輪紋路清晰可見。氣微，味苦。
2. 粉末——本品根橫切面，木栓細胞數列，栓內層窄，少數細胞內含樹脂塊或草酸鈣針晶束，韌皮部窄，薄壁細胞組成亦含樹脂塊或針晶束，形成層顯不規則波環狀，木質部占主要部分，均木化，髓線寬窄不一，細胞類方形寬 2~9 列，導管呈多角形，單個散在或數個相聚，多為階紋導管，薄壁細胞內含澱粉粒。

敗醬
Patriniae Herba
Patrinia Herb

本品為敗醬科 Valerianaceae 植物白花敗醬 *Patrinia villosa* (Thunb.) Juss. 之全草。

性 狀：

1. 一般性狀——市場品多已呈破碎切斷狀。根莖為圓柱型，外表呈暗棕色，有細縱紋，斷面中心多為中空，質硬易斷。葉片乾燥皺縮而破碎，外表呈棕綠色。整株氣特異，味微苦。
2. 組織——本品橫切面呈圓形，外表皮細胞一列呈長方形，外壁增厚，可見非腺毛。皮部較窄，內皮層細胞呈類方形。韌皮部狹窄，形成層不明顯。木部導管散列，木部纖維組織發達，中心髓部寬廣。

貫眾

DRYOPTERIDIS CRASSIRHIZOMATIS RHIZOMA

Male Fern Rhizome

本品為鱗毛蕨科 *Dryopteridaceae* 植物粗莖鱗毛蕨 *Dryopteris crassirhizoma* Nakai 帶葉柄殘基之乾燥根莖。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈長倒卵形，略彎曲，上端鈍圓，下端較尖，長 3~17.8 cm，直徑 2.2~9.5 cm。外部黃棕色至黑褐色，密被整齊排列的葉柄殘基和鱗片，並有彎曲的鬚根，鱗片易脫落。質硬，斷面略平坦，黃綠色至黃棕色，可見 5~13 個長圓形或橢圓形之黃白色維管束（分體中柱）排列成環，多數葉跡維管束散在於外部。葉柄殘基扁圓形，直徑 2~9 mm。質硬脆，斷面略平坦，黃綠色至黃棕色，5~13 個長圓形或橢圓形之黃白色維管束（分體中柱）排列成環。氣特異，味初淡澀，後漸苦、辛。
2. 組織——
 - (1) 本品根莖橫切面，厚壁組織由數層不規則多角形厚壁細胞組成，棕色至深棕色。基本組織薄壁細胞排列疏鬆，含有黃棕色物和澱粉粒。葉跡維管束散在於基本組織外側。維管束（分體中柱）外篩包圍型，5~13 個排列成環；每個外圍有一層扁小的內皮層細胞。木質部由多角形假導管組成。間隙腺毛頭部呈球形或梨形，有時含有棕色分泌物，存在於細胞間隙，多破碎。
 - (2) 本品葉柄殘基橫切面，厚壁組織由幾層厚壁細胞組成，棕色至深棕色。基本組織薄壁細胞排列疏鬆，含有黃棕色物和澱粉粒。維管束（分體中柱）外篩包圍型，5~13 個排列成環；每個外圍有一層扁小的內皮層細胞。木質部由多角形假導管組成。間隙腺毛頭部呈球形或梨形，有時含有棕色分泌物，存在於細胞間隙，多破碎。
3. 粉末——本品粉末灰棕色至黃棕色。厚壁細胞單個散在或成束，黃棕色或棕色，纖維狀，直徑 6~42 μm ；偏光顯微鏡下呈淡黃棕色至亮黃棕色。間隙腺毛單細胞，多破碎，完整者偶見，橢圓形或長卵圓形，基部延長，有的含有黃棕色分泌物。假導管主要為階紋，少數為網紋，直徑 7~43 μm 。澱粉粒眾多，單粒類圓形、橢圓形或卵圓形，直徑 2~14 μm ，臍點和層紋不明顯；偏光顯微鏡下呈黑十字狀。纖維成束或單個散在，較粗者可見稀疏斜紋孔。

鹿銜草
PYROLAE HERBA
Chinese Pyrola Herb

本品為鹿蹄草科 Pyrolaceae 植物鹿蹄草 *Pyrola calliantha* H. Andres 或普通鹿蹄草 *Pyrola decorata* H. Andres 之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品根莖細長。莖圓柱狀具縱稜。葉基生，長卵圓形或近圓形，長 2~8 cm，呈褐色，全緣或有稀疏的小鋸齒，邊緣略反捲。
2. 粉末——本品葉的橫切面：上表皮外披角質層，下表皮可見氣孔，上表皮內方有厚角細胞 1~3 列。柵狀細胞不明顯，海綿細胞類圓形，含草酸鈣簇晶，主脈並立行維管束，木質部呈新月形，韌皮部窄，薄壁細胞含紅棕色或棕黃色物質。導管為螺旋紋導管。

楮實子
BROUSSONETIAE FRUCTUS
Paper Mulberry Fruit

本品為桑科 Moraceae 植物構樹 *Broussonetia papyrifera* (L.) Vent. 之乾燥成熟果實。

性 狀：

1. 一般性狀——本品外型略呈球形，稍扁，表面為紅棕色，有網狀溝紋或顆粒狀突起，一側有稜。質硬而脆，易碎。胚乳黃白色，富油性。氣微，味淡。
2. 粉末——本品粉末為紅棕色，表皮細胞類方形，壁薄，多已脫落。柵狀細胞 1 列，呈波狀排列，細胞壁呈細條狀增厚，其下為 1 列含晶厚壁細胞，最內側的厚壁細胞層次及界限不清，僅見增厚壁的紋理。種皮細胞 1 列，內壁及側壁增厚。胚乳及子葉薄壁細胞富含油滴及糊粉粒。

筆仔草
POGONATHERI HERBA
Golden Hair Grass

本品為禾本科 Gramineae 植物金絲草 *Pogonatherum crinitum* (Thunb.) Kunth 之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品根、莖、葉、花序的混合段狀。根黃白色鬚狀。莖細圓形，光滑，節明顯膨大，切斷面類白色，中空。葉多破碎。穗狀花序，密生金黃色的柔軟長芒，形似貓尾。氣微，味微苦。
2. 組織——
 - (1) 本品根的橫切面，表皮由 1 列長圓形細胞組成；其下為厚壁組織，由 1~3 列橢圓形厚壁細胞組成。皮層由 2~4 列的薄壁細胞組成，可見澱粉粒散在。內皮由類長方形細胞組成，其細胞壁呈 U 字型厚膜化，厚膜化程度不一。維管束約 4~7 個，呈放射狀排列，靠近髓部者為木質部，靠近內皮者為韌皮部。髓部由薄壁細胞組成，有時厚膜化。
 - (2) 本品莖的橫切面，表皮由 1 列排列緊密的長圓形細胞組成，外壁增厚，具角質層；其下為 4~7 列纖維，呈輪狀排列。維管束並立型，散生於纖維層及薄壁組織中。薄壁組織由類圓形細胞組成，靠近纖維處的細胞有厚膜化現象。髓部常中空並破裂。
 - (3) 本品葉的橫切面，上表皮由泡狀細胞及表皮細胞組成。上、下表皮內側均可見厚角組織。葉肉組織由柵狀細胞和海綿組織組成。維管束並立型，外面均被厚膜化細胞所構成的環形維管束鞘所包圍。下表皮細胞呈長圓形。
3. 粉末——本品粉末為棕綠色。短非腺毛為單細胞，呈圓錐形。非腺毛為單細胞細長狀，有時內含淡黃色物質。根被細胞呈梭形，排列緊密。莖厚壁細胞類長方形，壁較厚，紋孔斜點狀，孔溝細密。莖纖維細胞類長方形，壁較薄，紋孔斜點狀，孔溝明顯而疏。纖維多伴生導管，成束；偏光顯微鏡下呈亮黃色。澱粉粒呈單粒類球狀或不規則多角形；偏光顯微鏡下呈黑色十字狀。葉表皮細胞由長細胞組成，垂周壁薄，波狀彎曲，長細胞之間有成對的矽酸細胞和短細胞，細胞排列緊密。氣孔位於上下表皮，保衛細胞呈啞鈴形。導管多為環紋及螺旋紋導管。

菥蓂

THLASPI HERBA

Thlaspi Herb

本品為十字花科 Cruciferae 植物菥蓂 *Thlaspi arvense* L. 之乾燥地上部分。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為帶果的全草。莖呈圓柱形，灰黃色，具細縱稜。質脆易折，斷面中空或中心具白色疏鬆的髓。葉多已脫落，少數殘留者捲曲破碎，呈暗黃綠色。總狀果序長於莖枝頂端與葉腋，果實呈扁平卵圓形，灰黃色，中間略鼓起，邊緣帶翅，兩面中間各具一條縱稜線，先端凹陷，基部有細長果梗。果實內有二室，中間由縱隔膜分隔，每室具種子數粒。種子扁呈卵圓形，棕黑色，兩面均具數個同心性環紋。氣微，味淡。
2. 組織——本品莖的橫切面，表皮的薄壁細胞呈 1 列類方形，外周壁增厚。皮層為數列的薄壁細胞。韌皮部狹窄。木質部導管數個成群呈多角形。維管束間為木化纖維約 10~25 列細胞。髓部寬廣，木化，為圓形或橢圓形單紋孔。

篇蓄

POLYGONI AVICULARIS HERBA

Common Knotgrass Herb

本品為蓼科 Polygonaceae 植物篇蓄 *Polygonum aviculare* L.之乾燥地上部分。

性 狀：

1. 一般性狀——本品莖呈圓柱形而略扁，有分支，直徑 1~4 mm。表面灰綠色至紅棕色，有細密微突起的縱紋；節部稍膨大，有淡棕色膜質托葉鞘，節間長 0.4~5 cm。質硬而脆，斷面髓部白色。葉互生，近無柄或具短柄，葉片多脫落或皺縮、破碎，完整者展平後呈披針形，全緣，長 0.5~3.8 cm，寬 1~7 mm，兩面均呈灰綠色至黃綠色或棕綠色。花小，束生於葉腋。氣微，味微苦。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，表皮細胞單列，類長方形，外被角質層，有時含棕色至棕黃色物。下皮層纖維束斷續排列成環。皮層由數列薄壁細胞組成，細胞徑向延長，有的細胞內含草酸鈣簇晶。中柱鞘纖維束亦斷續排列成環。韌皮部窄。形成層成環。木質部導管放射狀排列。髓部大，由大的薄壁細胞組成，有時可見散在的草酸鈣簇晶。
 - (2) 本品葉的橫切面，上、下表皮各由 1 列細胞組成，細胞垂周壁近平直，內側均有柵狀組織，有的薄壁細胞內含草酸鈣簇晶。主脈維管束並立型，主脈外周可見厚壁組織。葉脈處的上、下表皮內側可見厚角組織。
3. 粉末——本品粉末為灰綠色至棕綠色。纖維細長，直徑 6~28 μm ，偏光顯微鏡下呈黃白色。草酸鈣簇晶直徑 9~59 μm ，偏光顯微鏡下呈亮白色。導管主要為螺旋紋和網紋導管，直徑 3~51 μm 。氣孔主為不等式，副衛細胞 3 個。花粉粒黃色至黃白色，橢圓形、類球形或鈍三角形，直徑 19~36 μm ，具 3 個萌發孔。

葛花
PUERARIAE FLOS
Lobed Kudzuvine Flower

本品為豆科 Leguminosae 植物野葛 *Pueraria lobata* (Willd.) Ohwi 或甘葛藤（又稱粉葛）*Pueraria thomsonii* Benth. 之乾燥花及花蕾。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈不規則扁長圓形或略呈扁腎形，長 0.5~1.5 cm。萼片灰綠色，基部連合成筒狀，萼齒先端 5 裂，裂片披針形，其中 2 齒合生，內外均被明顯的黃白色細柔毛，基部有 2 片披針形成鑽形的小苞片，有時有小花梗。花瓣 5 片，近等長，稍突出於萼外或被花萼包被，淡藍紫色或淡棕色，很少散落。雄蕊 10 個，其中 9 個基部連合。雌蕊細長扁線形，微彎曲。氣微味淡。
2. 粉末——本品粉末為深棕色。花冠上表皮細胞呈乳頭狀突起，直徑 30~44 μm 。非腺毛極多，多為單細胞，無色或淡黃棕色，先端尖，長約 60~100 μm ，外壁光滑。腺毛呈棒狀，無色或含有淡黃色內容物，頭部多細胞，柄 1~2 細胞，多而小。花粉囊外壁細胞呈扇形排列。花粉粒眾多，呈類圓形，外壁光滑，有 3 個萌發孔。草酸鈣方晶眾多，直徑 12.5~37.5 μm ，於偏光顯微鏡下呈亮黃白色。導管呈螺旋狀。

槐角
SOPHORAE FRUCTUS
Sophora Fruit

本品為豆科 Leguminosae 植物槐 *Sophora japonica* L. 之乾燥成熟果實。

性 狀：

1. 一般性狀——本品莢果呈圓柱形，有時彎曲，於種子間縊縮成念珠狀，易在縊縮處折斷，表面黃綠色或黃棕色，有光澤，皺縮而粗糙，一側邊緣有黃色帶，頂端有突起的殘留柱基，基部常有果柄殘留；果肉黃綠色，肉質柔軟而黏，呈半透明角質狀，乾後皺縮。每果實有種子 1~6 枚，種子扁橢圓形，棕黑色，表面光滑。質堅硬，子葉 2 片，黃綠色。氣微弱，味微苦，種子嚼之有豆腥氣。
2. 組織——本品橫切面，外果皮細胞 1 列，長方形，外壁角質化，並可見氣孔，表面觀為環形。中果皮由多列薄壁細胞組成，外側細胞排列較緊密，腔隙明顯，近種臍的一端有多數小型石細胞分散。內果皮細胞 1 列，細胞小，切向延長。種皮外側為 1 列柵狀細胞，排列整齊，壁木化，其下方有一列支持細胞，呈鞋底狀。種子中間有子葉 2 片，外圍為胚乳細胞。

槐花
SOPHORAE FLOS
Sophora Flower

本品為豆科植物槐 *Sophora japonica* L.之乾燥花及花蕾。前者習稱“槐花”，後者習稱“槐米”。

性 狀：

1. 一般性狀——

(1) 槐花：本品外型皺縮而捲曲，花瓣多散落。完整者花萼鐘狀，黃綠色，直徑約 1.5cm，先端 5 淺裂；花瓣 5，黃色或黃白色，1 片較大，近圓形，先端微凹，其餘 4 片長圓形。雄蕊 10，其中 9 個基部連合，花絲細長。雌蕊圓柱形，彎曲。體輕。氣微，味微苦。

(2) 槐米：本品略呈卵形或長卵形，長 2~8 mm，直徑 2~3 mm。花萼約佔全長 2/3，少數為 1/2，萼筒黃綠色或灰棕色，有縱脈紋，先端 5 淺裂，基部稍尖，有時連有短柄；未開放花冠扁圓形，外露 2~4 mm，黃白色或棕黃色，內有雄蕊 10 枚及雌蕊 1 枚。氣微，味微苦。

2. 組織——本品橫切面，呈圓形或卵形。花冠表皮細胞呈多角形或不規則形，有細密彎曲的角質狀紋理，邊緣呈微波狀。萼片可見非腺毛及氣孔，草酸鈣方晶眾多成片存於萼片薄壁細胞裡。花粉粒成類球形，外壁稍厚，表面光滑。

鳳尾草

PTERIDIS MULTIFIDAE HERBA

Chinese Brake Herb

本品為鳳尾蕨科 Pteridaceae 植物鳳尾蕨 *Pteris multifida* Poir. 之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品高 30~70 cm，根莖直立，地下莖粗壯，密生披針型褐黑色鱗片。葉淡綠色或灰綠色，葉脈平行。孢子葉長卵形，長 15~22 cm，寬 0.6~0.8 cm，孢子囊群沿葉緣線型連續分布。葉柄禾稈色或灰棕色，細而有稜，長 10~30 cm，直徑 1.2~2.2 mm。營養葉不生孢子囊，羽片或小羽片型，邊緣具細鋸齒。
2. 組織——
 - (1) 本品葉柄的橫切面，呈類梯形。表皮由 1 列類圓形細胞組成，外壁稍增厚。基本組織由厚壁細胞及薄壁細胞組成；厚壁組織位於外側，由 4~6 層厚壁細胞組成；薄壁細胞位於內側。維管束外篩包圍型，呈 V 字形，其外有內皮層。
 - (2) 本品營養葉的橫切面，主脈上側突起，可見凹槽。上、下表皮細胞類方形，排列較整齊、緊密。主脈上、下表皮內側均可見厚壁組織，由 3~4 層厚壁細胞組成。葉肉的柵狀組織和海綿組織分化不明顯，細胞內含葉綠體。主脈維管束外篩包圍型，木質部呈 V 字型。
 - (3) 本品孢子葉的橫切面，與營養葉相似，但較營養葉稍大，且主脈兩側可見孢子囊及孢子囊群蓋。
3. 粉末——本品粉末為棕色。木栓細胞紅棕色，細胞類方形至長方形。粗篩孔鱗片呈棕色或灰綠色，長 160~780 μm 。多細胞非腺毛長 280~350 μm 。孢子囊長圓形或類圓形，環帶縱行細胞類長方形，囊壁呈淡黃色，外壁薄，內壁及側壁增厚；環帶縱行細胞的另一側細胞類圓形，壁薄，有利於孢子的散出。孢子類三角形，直徑 30~50 μm ，具有三裂縫，表面具有大小不等的瘤狀或顆粒狀突起。假導管大多為網紋或階紋，長 80~1080 μm ，直徑 5~15 μm 。纖維多呈長梭形或長條形，末端漸尖，常成束，偏光下呈多彩。

劉寄奴

ARTEMISIAE ANOMALAE HERBA

Diverse Wormwood Herb

本品為菊科 Compositae 植物奇蒿 *Artemisia anomala* S. Moore. 之乾燥地上部分，習稱「南劉寄奴」。

性 狀：

1. 一般性狀——本品切成段狀，莖圓柱形，表面黃棕色或棕綠色，具細縱稜。質堅，斷面纖維性，黃白色，中間具白色疏鬆的髓部。葉互生，皺縮或脫落，展開後呈長卵圓形，葉緣有鋸齒，上面棕綠色，下面灰綠色，密被白毛，質脆，易碎或脫落。氣芳香，味淡。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，表皮由 1 列細胞組成，外壁較厚，角質化，其下為 10 餘層的厚角細胞，在莖的稜角處較多。皮層由數列類圓形或長圓形薄壁細胞組成。中柱鞘纖維束斷續排列成環；維管束為並立型有 10~20 餘個維管束圍以環狀排列；韌皮部窄，其外伴隨纖維，斷續排列成環；木質部導管單個，少數 2~3 個相聚，徑向散列。髓部細胞形大，呈橢圓形或多角形，而髓部與維管束交接處含多個細小草酸鈣簇晶。
 - (2) 本品葉的橫切面，上、下表皮各由 1 列切向延長的細胞組成，外壁呈鋸齒狀。柵狀組織由 1 列長圓形細胞組成；海綿組織由 3~5 列形態不規則的細胞組成，排列疏鬆，內含多個草酸鈣簇晶。主脈上、下表皮內側均可見厚角組織。維管束並立型，上下均伴生 2~4 列纖維；木質部較寬廣，導管多列，每列常 3~5 個；韌皮部較窄。
3. 粉末——本品粉末呈黃棕色。莖表皮細胞呈類長方形或類多角形，有時含淡黃色或紅棕色物，具有氣孔。葉下表皮細胞垂周壁略彎曲，氣孔稍微隆起。草酸鈣簇晶細小，存在於莖的髓部及葉的柵欄細胞中；偏光顯微鏡下呈亮黃白色。腺毛頂面觀呈橢圓形，6 或 8 細胞。非腺毛細長，有時內含淡黃棕色物質。纖維多成束，壁厚；偏光顯微鏡下呈多彩狀。分泌道位於葉脈旁，黃色條狀分泌物常脫出。苞片表皮細胞呈類圓形至類長方形，有時含淡黃棕色物，有類圓形空隙。導管多為階紋、螺旋紋及網紋導管。花粉粒呈類圓形，具三孔溝，表面有細小顆粒狀雕紋。

蓮子心

NELUMBINIS PLUMULA

Lotus Plumule

本品為睡蓮科 Nymphaeaceae 植物蓮 *Nelumbo nucifera* Gaertn. 之成熟種子中的乾燥幼葉及胚根。

性 狀：

1. 一般性狀——本品略呈細圓柱形，長 1~1.4 cm，直徑約 0.2 cm。幼葉綠色，一長一短，卷成箭形，先端向下反折，兩幼葉間可見細小胚芽。胚根圓柱形，長約 3 mm，黃白色。質脆，易折斷，斷面有數小孔。氣微，味苦。
2. 組織——
 - (1) 本品胚根的橫切面，無表皮細胞，由數十層橢圓形、圓形、不定形柔細胞（薄壁細胞）組成，細胞間隙大，其間含大量澱粉及橢圓形無色內含物。氣室排列成環狀介於兩層輸導組織之間，徑 150~200 μm 。輸導組織兩層，放射狀存於胚層，呈橢圓形，徑 100~200 μm ，由橢圓形、不定形細胞組成，不木化。
 - (2) 本品幼葉的橫切面，表皮為 1 層細小的類方形薄壁細胞；其下由數十層橢圓形、圓形、不定形柔細胞（薄壁細胞）組成，細胞間隙大，內含眾多澱粉與綠色色素。氣室散佈於胚層，介於輸導組織間，徑 150~400 μm 。輸導組織存於胚層，放射狀，呈橢圓形，徑 100~200 μm ，由橢圓形、不定形細胞組成，不木化。
3. 粉末——本品粉末為灰綠色，充滿大量油滴。表皮細胞略呈長方形，壁薄。胚根細胞呈長方形，排列整齊，壁菲薄，有的含脂肪油滴。葉肉細胞壁薄，類圓形，細胞內含眾多澱粉粒與綠色色素。色素細胞呈類圓形或橢圓形，內有黃棕色物質。澱粉粒大量，單粒長圓形、類圓形、卵圓形或類三角形，略扁，層紋不明顯。

蓮鬚

NELUMBINIS STAMEN

Lotus Stamen

本品為睡蓮科 Nymphaeaceae 植物蓮 *Nelumbo nucifera* Gaertn. 之乾燥雄蕊。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈線形。花藥扭轉，縱裂，長 1.2~1.5 cm，直徑約 0.1 cm，淡黃色或棕黃色。花絲纖細，稍彎曲，長 1.5~1.8 cm，淡紫色。氣微香，味澀。
2. 組織——本品橫切面，中隔維管束一個，中隔部位無分泌細胞與石細胞，花粉囊內壁細胞及花粉粒僅存在藥室部位。
3. 粉末——本品粉末為黃棕色。花粉粒類球形或長圓形，直徑 45~86 μm ，具 3 孔溝，表面顆粒網紋。表皮細胞呈長方形、多角形或不規則形，垂周壁微波狀彎曲；側面觀外壁呈乳頭狀突起。花粉囊內壁細胞長條狀，壁稍厚，略呈連珠狀，孔溝明顯，有的胞腔含黃棕色內含物。螺旋紋導管直徑約至 20 μm 。有的含草酸鈣簇晶，直徑 15~45 μm ，存在薄壁細胞中。

萹澄茄

LITSEAE FRUCTUS

Mountain Spicy Tree Fruit

本品為樟科 Lauraceae 植物山胡椒 *Litsea cubeba* (Lour.) Pers. 之乾燥成熟果實。

性 狀：

1. 一般性狀——本品外型呈圓球形，外表為棕色至棕黑色，果皮皺縮，網狀波紋隆起，基部常有果梗痕。中果皮易剝去，含揮發油。內果皮暗棕紅色，果皮堅且脆。撥開內果皮，內有肥厚子葉 2 枚，富含油質，根胚極小，位於一端。具特異強烈穿透性的香氣，味辛涼。
2. 組織——本品橫切面，外果皮細胞 1 列，外被厚的角質層。中果皮細胞類橢圓形，可見石細胞單個散落或聚集成群。內果皮為梭形石細胞，徑向柵狀排列，細胞腔內含方晶。子葉細胞呈類圓形，含糊粉粒和細小方晶。

橘皮

CITRI RETICULATAE PERICARPIUM

Tangerine Peel

本品為芸香科 Rutaceae 植物橘 *Citrus reticulata* Blanco 及其栽培變種之乾燥成熟果皮。

性 狀：

1. 一般性狀——本品常剝成數瓣，有的破碎成不規則片狀，厚 0.5~1.5 mm。外表面橙黃色至橙紅色，油點細小；內表面淡黃白色。質韌，易彎曲。氣香，味辛、苦。
2. 組織——本品果皮的橫切面，表皮為 1 列細小的類方形細胞，外被角質層，有時可見氣孔；其下數層薄壁組織散佈 1~2 列油室，卵圓形或橢圓形，不規則排列。薄壁細胞中含草酸鈣方晶，以近表皮的數列細胞為多；有的細胞含扇形結晶，常數個聚集成團塊。中果皮薄壁細胞壁厚，靠近表皮的數列細胞長方形，切向延長；內側的細胞類圓形，排列疏鬆，壁不均勻增厚。維管束外韌型，縱橫散佈。
3. 粉末——本品粉末為淡黃棕色。果皮表皮細胞表面觀多角形、類方形或長方形，垂周壁稍厚，氣孔類圓形，直徑 18~26 μm ，副衛細胞不明顯。油室多已破碎，外圍薄壁細胞壁微增厚。中果皮薄壁細胞形狀不規則，壁不均勻增厚，厚約 8 μm ，非木化，有的呈連珠狀增厚。導管細小，直徑 6~9 μm 。草酸鈣方晶存在於中果皮薄壁細胞中，呈多面體形、菱形或雙錐形；偏光顯微鏡下呈多彩。扇形結晶大多存在於薄壁細胞中，黃色或無色，常聚集成圓形或無定形團塊；偏光顯微鏡下呈淡黃色或亮橙黃色。

雷公根
CENTELLAE HERBA
Asiatic Pennywort Herb

本品為繖形科 Umbelliferae 植物積雪草 *Centella asiatica* (L.) Urban 之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品常捲縮成團狀、根圓柱形，長 2~4 cm，直徑 1~1.5 mm；表面淺黃色或灰黃色。莖細長彎曲，黃棕色，有細縱皺紋，節上常著生鬚狀根。葉片多皺縮、破碎，完整者展平後呈近圓形或腎形，直徑 1~4 cm；灰綠色，邊緣有粗鈍齒；葉柄長 3~6 cm，扭曲。繖形花序腋生，短小。雙懸果扁圓形，有明顯隆起的縱稜及細網紋，果梗甚短。氣微，味淡。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，表皮細胞類圓形或類方形。下方為 2~4 列厚角細胞。皮層為 7~9 列薄壁細胞，外側數列細胞的壁呈不均勻增厚。並立型維管束 6~8 個，排列成環；韌皮部外側為微木化的纖維群；形成層明顯，為 2~3 列細小細胞；木質部導管徑向排列。髓部由較大的類圓形薄壁細胞組成。分泌道存在於皮層和髓線中，直徑 23~34 μm ，周圍分泌細胞 5~7 個。
 - (2) 本品葉的橫切面，上、下表皮細胞排列較不規則。柵狀組織 1~2 列；海綿細胞 4~6 列，排列較疏鬆，兩者細胞界限均模糊。厚角細胞存在於葉面中肋。維管束外韌型。
3. 粉末——本品粉末為黃棕色。非腺毛為多細胞，多已破碎。氣孔為不定式或不等式。草酸鈣方晶大量，直徑 3~21 μm ，在偏光下呈現多色。花粉粒球形，直徑 11~43 μm ，深裂，具有三個發育孔。草酸鈣簇晶多見。導管多為螺旋紋導管，直徑 4~71 μm 。分泌道含有大量的黃色物質。

蕎麥
FAGOPYRI SEMEN
Buckwheat

本品為蓼科 Polygonaceae 植物蕎麥 *Fagopyrum esculentum* Moench 之乾燥成熟種子。

性 狀：

1. 一般性狀——本品大部分為三稜型，少有兩稜或多稜不規則型。表面黃綠色至淡黃棕色，光滑。先端漸尖，基部有 5 裂宿存花被。種皮堅硬，具對生子葉。
2. 組織——本品橫切面，外種皮由一層類長方形細胞組成，壁略厚。外種皮下為一層石細胞，成群，壁甚厚。內種皮由一層類長方形薄壁細胞組成。糊粉層位於胚乳外側，細胞呈方形，內含糊粉粒。胚乳由薄壁細胞組成，富含澱粉粒。子葉二枚，略呈 S 狀，含有初生維管束。
3. 粉末——本品粉末為淡黃白色。外種皮細胞呈類長方形，壁略厚。內種皮細胞無色，斷面觀呈類方形或切向、徑向狹長，大小不一，壁薄，微彎曲。種皮內側石細胞成群，金黃色，呈類圓形，壁甚厚，層紋及孔溝隱約可見。導管為螺旋紋導管。澱粉粒為粉末的主體，多為單粒圓形、卵形、圓多角形，臍點點狀，有的可見層紋；少見複粒。

蕤仁

PRINSEPIAE NUX

Prinsepia Nut

本品為薔薇科 Rosaceae 植物蕤核 *Prinsepia uniflora* Batal. 或齒葉扁核木 *Prinsepia uniflora* Batal. var. *serrata* Rehd. 之乾燥成熟果核。

性 狀：

1. 一般性狀——本品外形為扁卵圓形或扁心臟形的果核，長 7~10mm、寬 6-8mm、厚 3~5mm，頂端尖，兩側稍不對稱。表面呈淺黃棕色至暗棕色，有明顯的深色網狀溝紋，有些有灰褐色的果肉黏附。質堅硬。氣微，味微苦。
2. 組織——本品內果皮橫切面，由多層排列緊密的石細胞組成，石細胞多為長圓形、長條形、少數類圓形，偶可見胞腔內含黃棕色物。種皮外表皮為 3~4 列棕色細胞，種皮的內表皮為 1 列無色大型薄壁細胞，外胚乳頹廢，內胚乳 1 列，可見棕色油滴。

貓鬚草
ORTHOSIPHONIS HERBA
Cat's Mustache Herb

本品為唇形科 Labiatae 植物貓鬚草 *Orthosiphon aristatus* (Blume) Miq. 之乾燥地上部位。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為莖、葉、花、果混合切成的小段。莖枝四方形，紫褐色。葉片紙質，皺縮，破碎，葉緣有疏齒，兩面被毛，下面具腺點，暗綠色、花淡紫色。小堅果球形，表面有網紋。氣微，味淡。
2. 組織——
 - (1) 本品莖的橫切面，莖四稜形，表皮細胞一行，於稜角處有厚角細胞 3~6 列。中柱鞘纖維木化，3~10 個一群，斷續成環。皮層薄壁細胞 5~10 列。韌皮部薄壁細胞小而略皺縮。形成層明顯。木質部導管單個，少數 2~3 個相聚，徑向散列，木薄壁細胞、木纖維均呈方形或多角形，木髓線寬 1~2 細胞。髓部薄壁細胞具壁孔。
 - (2) 本品葉的橫切面，上下表皮均有毛茸，下表皮具氣孔。柵狀組織細胞 1 列，海綿組織細胞 4~6 列，排列疏鬆。主脈處表皮內側均有厚角組織，維管束外韌型。
3. 粉末——本品粉末為棕色。莖的韌皮纖維直徑 26~42 μm ，長 100 μm 以上，壁木化，具壁孔。腺鱗，頭部 4~8 個細胞，直徑 82~96 μm ，柄單細胞。木纖維直徑 31~46 μm ，長 1000 μm 以上，壁微木化，具壁孔。葉下表皮細胞垂周壁稍彎曲，氣孔直軸式。單細胞非腺毛基部直徑 31~38 μm ，長 81~108 μm ；多細胞非腺毛，2~5 細胞，基部直徑 62~80 μm ，壁厚，具壁疣。腺毛頭部單細胞，直徑 41~63 μm ，柄單細胞。導管為螺旋紋導管。

雞冠花
CELOSIAE CRISTATAE FLOS
Cockscomb Flower

本品為莧科 *Amaranthaceae* 植物雞冠花 *Celosia cristata* L. 之乾燥花序。

性 狀：

1. 一般性狀——本品為穗狀花序，多扁平而肥厚，呈雞冠狀，長 8~25 cm，寬 5~20 cm，上緣寬，具皺摺，密生線狀鱗片，下端漸窄，常殘留扁平的莖。表面紅色、紫紅色或黃白色。中部以下密生多數小花，每花宿存的苞片和花被片均呈膜質。胞果蓋裂，種子扁圓腎形，黑色，有光澤。體輕，質柔韌。氣微，味淡。
2. 組織——本品花梗橫切面，表皮細胞一列，皮層狹窄。木質部發達，由導管、木部纖維及木部薄壁細胞組成，導管單個或成群散在；韌皮部相對狹窄。髓部寬廣，周木型維管束散落在近表皮處。砂晶有時存在於皮層或木部薄壁細胞處。
3. 粉末——本品粉末為淡棕色。花梗表皮細胞類長方形或多角形，壁薄。種皮表皮細胞紅棕色，多角形，具有網狀增厚紋理。花粉粒圓球形，直徑 13~32 μm ，外壁有細小突起，具散孔。導管多為階紋或螺旋紋導管，直徑 6~28 μm 。草酸鈣砂晶存在於薄壁細胞中，極細小，於偏光下呈現亮白色至多色。花梗的纖維較細長，末端漸尖，長 154~732 μm ，直徑 5~22 μm ，有時可見細小分枝或橫隔，壁薄，非木化或微木化，有斜紋孔。

雞骨草
ABRI HERBA
Abrus Herb

本品為豆科 Leguminosae 植物廣州相思子 *Abrus cantoniensis* Hance 之乾燥全株。

性 狀：

1. 一般性狀——本品根多呈圓錐形，上粗下細，有分枝，長短不一，直徑 0.5~1.5 cm；表面灰棕色，粗糙，有細縱紋，支根極細，有的斷落或留有殘基；質硬。莖叢生，長 50~100 cm，直徑約 0.2 cm；灰棕色至紫褐色，小枝纖細，疏被短柔毛。羽狀複葉互生，小葉 8~11 對，多脫落，小葉矩圓形，長 0.8~1.2 cm；先端平截，有小突尖，下表面被伏毛。氣微香，味微苦。
2. 組織——
 - (1) 本品根的橫切面，木栓層呈紅棕色，由多列細胞組成，細胞呈矩形或類方形。皮層狹窄。草酸鈣方晶及石細胞存在於皮層中，斷續排列成環。韌皮部較窄；形成層成環；木質部導管散布呈放射狀排列。髓線明顯，寬為 2 至多層細胞。
 - (2) 本品莖的橫切面，木栓層呈棕色，由多列細胞組成，細胞呈類方形或矩形。皮層較狹窄。草酸鈣方晶及石細胞存在於皮層中。韌皮纖維眾多，排列成環。韌皮部狹窄。髓線明顯。木質部寬廣，導管散布呈放射狀排列。髓部寬廣，薄壁細胞類圓形，大部分已破碎，呈空心狀。
 - (3) 本品葉的橫切面，上表皮細胞由 1 列細胞組成，細胞呈長方形或類方形，草酸鈣方晶有時存在於表皮細胞下。柵狀組織由 1~2 層細胞組成，柵狀細胞中有時可見草酸鈣方晶。海綿組織排列疏鬆，細胞呈類圓形。維管束為外韌型，在木質部和韌皮部的上、下兩側均有 2~4 層的纖維。下表皮細胞由 1 列細胞組成，細胞形狀不規則，有時可見非腺毛。
3. 粉末——本品粉末為灰綠色。木栓細胞黃棕色，呈矩形、呈橢圓形或不規則形。葉表皮細胞及氣孔有時可見，細胞壁微彎曲，氣孔為平軸式。纖維束周圍細胞含草酸鈣方晶，形成晶纖維，偏光顯微鏡下呈多彩，含晶細胞壁不均勻增厚。非腺毛單細胞，頂端尖或長尖，長 60~970

μm ，直徑 12~22 μm ，壁厚 3~6 μm ，層紋明顯，有的可見疣狀突起或含黃棕色物質。纖維單個或成束，直徑 8~36 μm ，壁相對較厚。導管主要為有緣紋孔導管，直徑 10~53 μm 。石細胞類圓形、類方形或長圓形，直徑 6~40 μm ，有的壁稍厚。草酸鈣方晶眾多，直徑 6~43 μm ，偏光顯微鏡下呈亮白色或多彩。澱粉粒甚多，單粒球形或類球形，複粒由 2~4 分粒者多見，於偏光顯微鏡下呈黑十字狀。

鵝不食草
CENTIPEDAE HERBA
Small Centipeda Herb

本品為菊科 Compositae 植物鵝不食草 *Centipeda minima* (L.) A. Br. et Aschers. 之乾燥全草。

性 狀：

1. 一般性狀——本品纏結成團。鬚根纖細，淡黃色。莖細，多分枝；質脆，易斷，斷面黃白色。葉小，近無柄；葉片多皺縮、破碎，完整者平展後呈匙形，表面灰綠色或棕褐色，邊緣有 3~5 個鋸齒。頭狀花序黃色或黃褐色，氣味香，久嗅有刺激感，味苦，微辛。
2. 組織——
 - (1) 本品根的橫切面根的表皮細胞類圓形或切向延長，壁厚；皮層細胞較大，類圓形，5~8 列，裂隙多；內皮層明顯；韌皮部窄，細胞切向延長；木質部寬廣，導管徑向排列，多為有緣孔紋導管。
 - (2) 本品莖的橫切面莖的表皮細胞一列，類圓形或切向延長；皮層細胞 5~8 列，細胞裂隙較大；在韌皮部外側有纖維 4-15 個成束；韌皮部窄，細胞切向延長；木質部寬廣，導管徑向排列，有螺旋紋、階紋與網紋導管；髓部明顯。
3. 粉末——本品粉末呈灰綠色至灰棕色。莖表皮細胞呈長方形或類多角形，壁稍厚，角質紋理不明顯；葉表皮細胞呈類多角形，表面觀垂周壁薄及波狀彎曲，氣孔不定式，副衛細胞 4~6 個。腺毛表面觀呈鞋底形，細胞呈對排列，內含黃色物；非腺毛 2 列性，1 列為單細胞，稍短，另列為雙細胞，基部細胞較短，頂端細胞呈鉤狀或捲曲，上部 2/3 表面有細微角質紋理。

蘆薈
ALOE
Aloes

本品為百合科 Liliaceae 植物巴巴多斯蘆薈 *Aloe barbadensis* Miller 葉的汁液濃縮乾燥物，習稱「老蘆薈」。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈不規則塊狀，常破裂為多角形，大小不一，表面呈黃棕色略顯綠色，有時具光澤。斷面蠟樣，遇熱易熔化。富吸濕性。有特殊臭氣，味極苦。
2. 粉末——本品粉末為黃棕色。用乳酸酚（乳酸 1 份、酚 1 份、甘油 2 份混合）封片置顯微鏡下觀察，團塊表面有細小針狀和粒狀、短粒狀結晶附著。放置 24 小時後，粉末稍微溶解，結晶仍清晰可見。

鶴虱

CARPESII FRUCTUS

Common Carpesium Fruit

本品為菊科 Compositae 物天名精 *Carpesium abrotanoides* L.之乾燥成熟果實，習稱「北鶴虱」。

性 狀：

1. 一般性狀——本品呈圓柱狀，細小，長 3~4 mm，直徑不及 1 mm。表面黃褐色或暗褐色，具多數縱稜。頂端收縮呈細喙狀，先端擴展成灰白色圓環，基部稍尖，有著生痕跡。果皮薄，纖維性，種皮菲薄透明，子葉 2，類白色，稍有油性。氣特異，味微苦。
2. 組織——本品橫切面，外果皮細胞一列，均含草酸鈣柱晶。中果皮薄壁細胞數列，細胞皺縮，界限不清楚，稜線處有纖維束，由數十個纖維組成，纖維壁厚，木化。內果皮細胞一列。種皮細胞扁平，內胚乳有殘存；胚薄壁細胞充滿糊粉粒及脂肪油滴，子葉最外層細胞有細小的草酸鈣結晶環繞。
3. 粉末——本品粉末為棕黃色。草酸鈣柱晶較大，存在於外果皮；偏光顯微鏡下呈多彩狀。纖維壁厚，木化，存在於中果皮，有時伴隨著草酸鈣柱晶。石細胞多個成群，壁厚，具紋孔。子葉薄壁細胞內含糊粉粒及油滴。細小螺旋紋導管有時與纖維共生。

表五

八角蓮

DYSOSMAE RADIX ET RHIZOMA

一、藥材採購及鑑定

自臺灣北、中、南地區之市售品收集八角蓮各 1 檢體，並分別編列為 NB-1601、CA-1601、SB-1601 進行性狀鑑定及顯微鑑定。

二、藥材性狀描述 (如圖一)

中文名：八角蓮

生藥名：DYSOSMAE RADIX ET RHIZOMA

英文名：Common Dysosmatis Rhizome and Root

基原：鑑定結果判別，檢體 CA-1601 為小蘗科 Berberidaceae 八角蓮 *Dysosma versipellis* (Hance) M. Cheng ex Ying 乾燥的根莖。檢體 NB-1601 及 SA-1601 為小蘗科 Berberidaceae 六角蓮 *Dysosma pleiantha* (Hance.) Woods 乾燥的根莖。

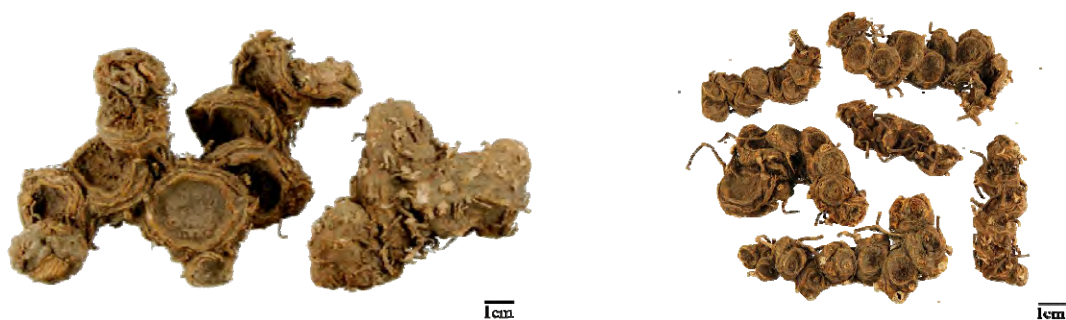
藥材性狀：

(一) 八角蓮(CA-1601)

本品為小蘗科八角蓮乾燥的根莖。外型為結節圓盤形，直徑 0.6~4cm，外表呈黃棕色。上方具大型圓凹狀莖痕，周圍環節明顯，呈同心圓狀排列，下方有不規則皺紋，可見鬚狀根痕或鬚根。質硬不易折斷，氣微，味苦。

(二) 六角蓮(NB-1601、SB-1601)

本品為小蘗科六角蓮乾燥的根莖。外型為結節圓盤形，直徑 0.5~1cm，外表呈黃棕色。上方具凹陷莖痕或突起芽痕，周圍環節同心圓狀排列，下方有鬚根或鬚根痕。質硬不易折斷，氣微，味苦。



圖一、八角蓮及六角蓮藥材性狀描述

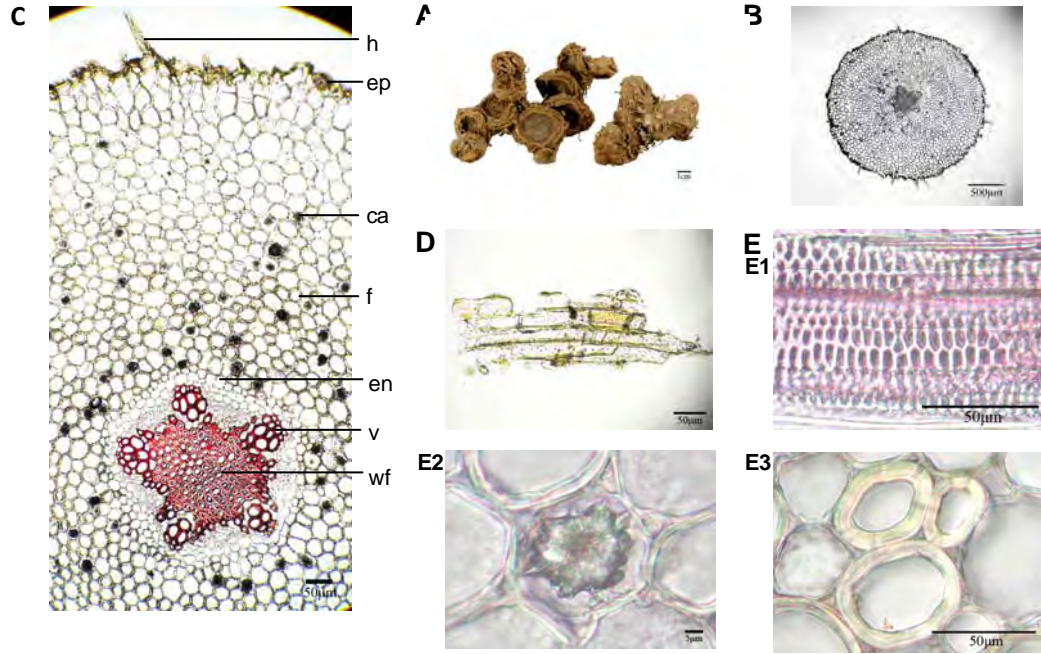
三、藥材組織顯微鑑別 (如圖二)

(一) 八角蓮(CA-1601)

本品橫切面，最外層表皮細胞 1 列，外壁稍增厚，有根毛。皮層寬廣，可見草酸鈣簇晶及纖維散列。內皮層明顯，韌皮部與木質部交互排列，中心為木纖維束。見附圖二。

CA-1601 八角蓮

八角蓮 *Dysosma versipellis* (Hance) M. Cheng ex Ying



A: 藥材圖	E: 組織要素	略字解
B: 略圖	E1: 網紋導管	
C: 組織圖	E2: 簇晶	
D: 表面切	E3: 纖維	h: 非腺毛
		ep: 表皮
		ca: 簇晶
		f: 纖維
		en: 內皮
		v: 導管
		wf: 木纖維

圖二、八角蓮藥材組織顯微鑑別

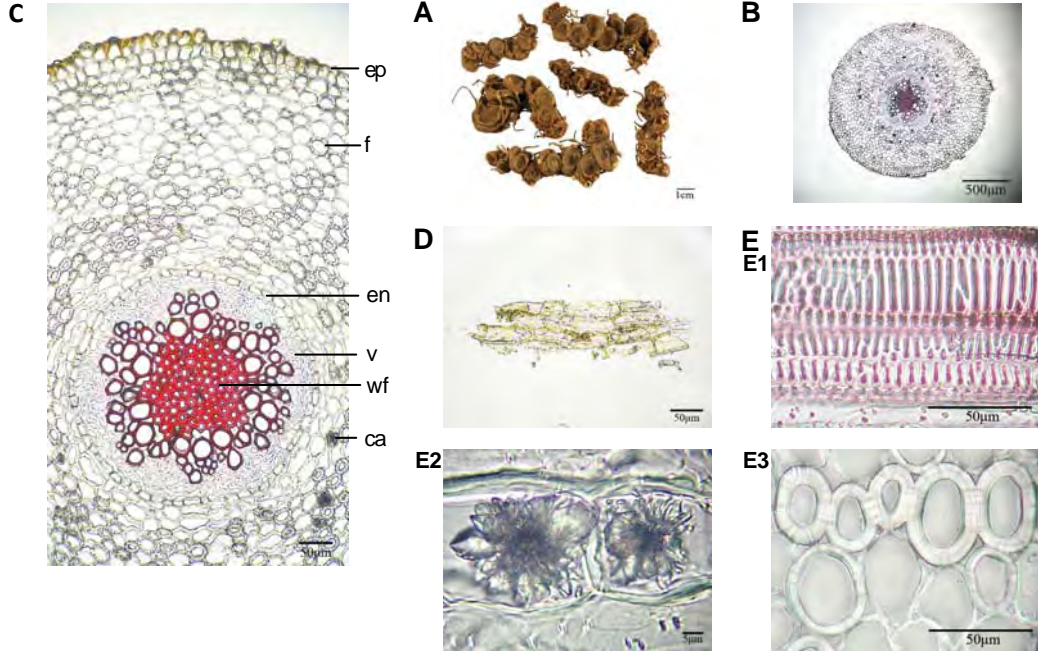
A: 藥材圖	E: 組織要素	略字解	f: 纖維
B: 略圖	E1: 網紋導管	h: 非腺毛	en: 內皮
C: 組織圖	E2: 簇晶	ep: 表皮	v: 導管
D: 表面切	E3: 纖維	ca: 簇晶	wf: 木纖維

(二) 六角蓮(NB-1601、SB-1601)

本品橫切面，最外層表皮細胞 1 列，外壁稍增厚。皮層寬廣，纖維眾多，可見草酸鈣簇晶。內皮層明顯，韌皮部與木質部環繞中心為木纖維束。見附圖三。

SB-1601 六角蓮

六角蓮 *Dysosma pleiantha* (Hance.) Woods



A: 藥材圖
B: 略圖
C: 組織圖
D: 表面切

E: 組織要素
E1: 階紋導管
E2: 簇晶
E3: 纖維

略字解
ep: 表皮
f: 纖維
en: 內皮
v: 導管
wf: 木質纖維
ca: 簇晶

圖三、六角蓮藥材組織顯微鑑別

A: 藥材圖
B: 略圖
C: 組織圖
D: 表面切

E: 組織要素
E1: 階紋導管
E2: 簇晶
E3: 纖維

略字解
ep: 表皮
f: 纖維
en: 內皮

v: 導管
wf: 木質纖維
ca: 簇晶

木鱉子 MOMORDICAE SEMEN

一、藥材性狀描述 (如圖一)

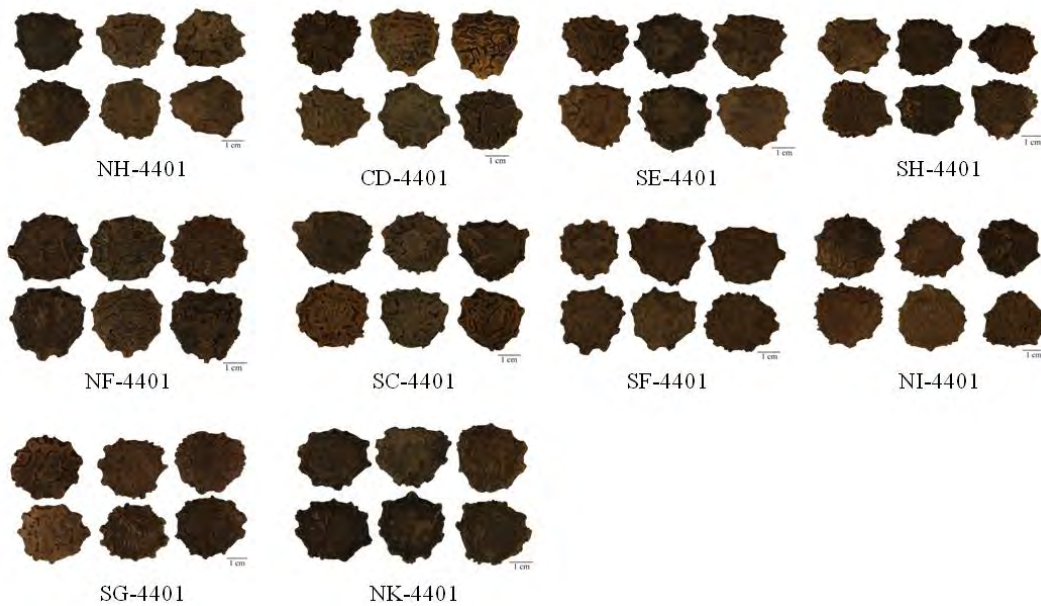
中文名：木鱉子

生藥名：MOMORDICAE SEMEN

英文名：Cochinchina Momordica

基原：本品為葫蘆科(Cucurbitaceae)植物木鱉 *Momordica cochinchinensis* Spreng. 的種子。

藥材性狀：外型呈扁平圓板狀，兩側稍不對稱，中間稍隆起或微凹下。表面為灰棕色至棕黑色，粗糙，有凹陷的網狀花紋或僅有細皺紋。周邊有數個排列不規則的粗齒，較大的齒狀突起上有淺黃色種臍。外殼質硬而脆，內種皮薄，內有 2 片肥大子葉，富油質。有特殊油膩氣，味苦。



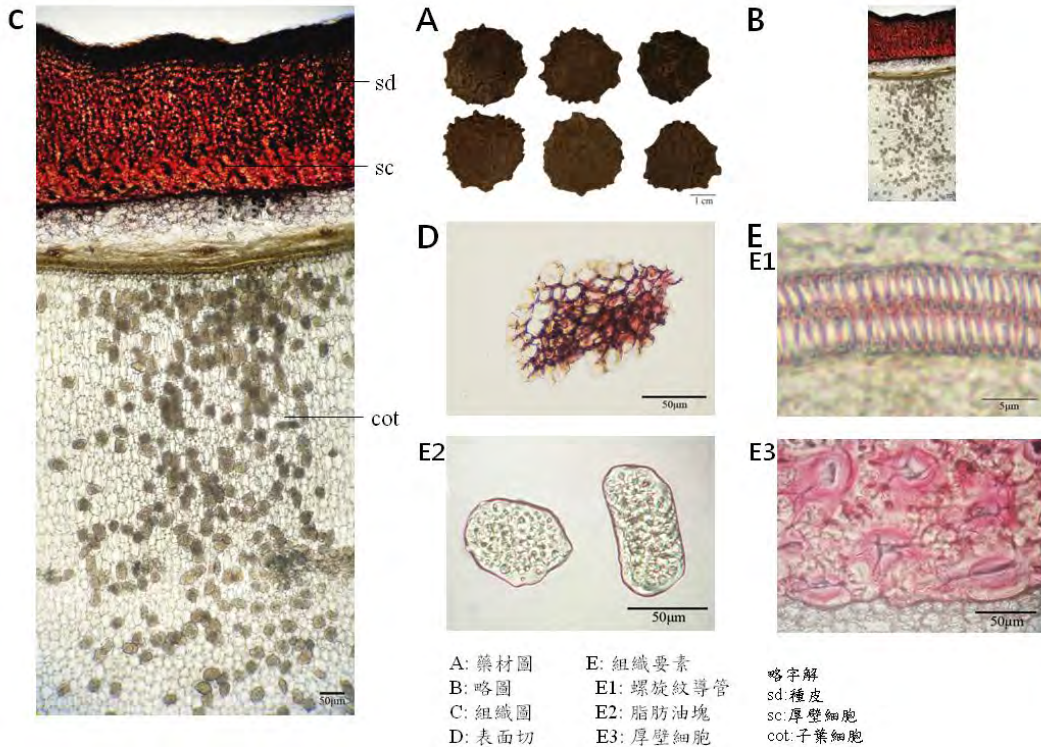
圖一、木鱉子藥材性狀描述

二、藥材組織顯微鑑別 (如圖二)

本品橫切面，種皮的表皮細胞 1 列，近長方形，外被角質層。表皮下為 3~4 層類方形細胞，其內側為數層近圓形或形狀不規則的厚壁細胞。子葉薄壁細胞內含脂肪油塊及糊粉粒，脂肪油塊呈類圓形，表面可見網狀紋理。

NI-4401

木鱉子 *Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng.



A: 藥材圖 E: 組織要素 略字解
 B: 略圖 E1: 螺旋紋導管 sd: 種皮
 C: 組織圖 E2: 脂肪油塊 sc: 厚壁細胞
 D: 表面切 E3: 厚壁細胞 cot: 子葉細胞

A: 藥材圖 E: 組織要素 略字解
 B: 略圖 E1: 螺旋紋導管 sd: 種皮
 C: 組織圖 E2: 脂肪油塊 sc: 厚壁細胞
 D: 表面切 E3: 厚壁細胞 cot: 子葉細胞

商陸
PHYTOLACCAE RADIX

一、藥材性狀描述 (如圖一)

中文名：商陸

生藥名：PHYTOLACCAE RADIX

英文名：Pokeberry Root

基原：本品為商陸科(Phytolaccaceae)植物垂序商陸 *Phytolacca americana* L. 乾燥的根。

藥材性狀：外型呈不規則片塊狀，外表為棕黃色，切面彎曲不平。木部隆起，形成數個突起同心環輪。質硬，氣微，嚼久麻舌。



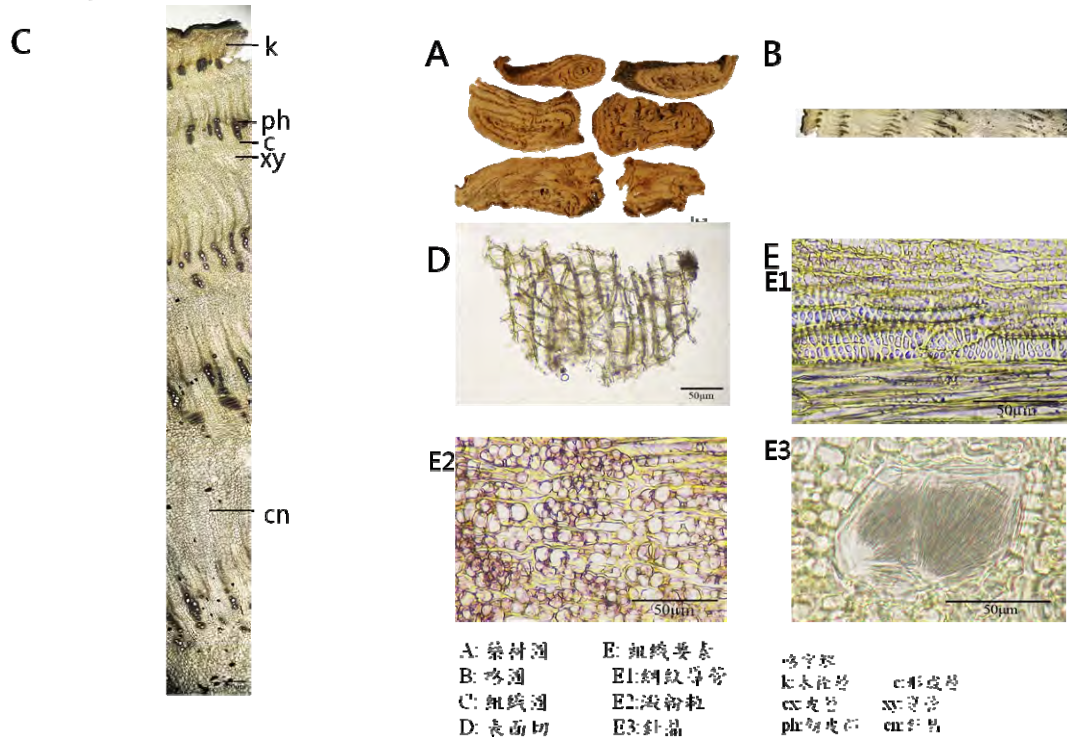
圖一、商陸藥材圖

二、藥材組織顯微鑑別 (如圖二)

本品橫切面，最外側木細胞數列，栓內層較窄，維管束組織為三生構造，有數個同心形成層環。維管束外側為韌皮部，內側為木質部。薄壁細胞含大量澱粉粒，可見草酸鈣針晶。

SG-1301

商陸 *Phytolacca americana* L.



圖二、商陸藥材組織顯微鑑別

A:藥材圖
B:略圖
C:組織圖
D:表面切

E: 組織要素
E1:網紋導管
E2:澱粉粒
E3: 針晶

略字解
k: 木栓層
cx: 皮層
ph: 韌皮部

c:形成層
xy:導管
cn:針晶

敗醬
PATRINIAE HERBA

一、藥材性狀描述 (如圖一)

中文名：敗醬

生藥名：PATRINIAE HERBA

英文名：Patrinia Herb

基原：本品為敗醬科 Valerianaceae 植物白花敗醬 *Patrinia villosa* (Thunb) Juss.的全草。

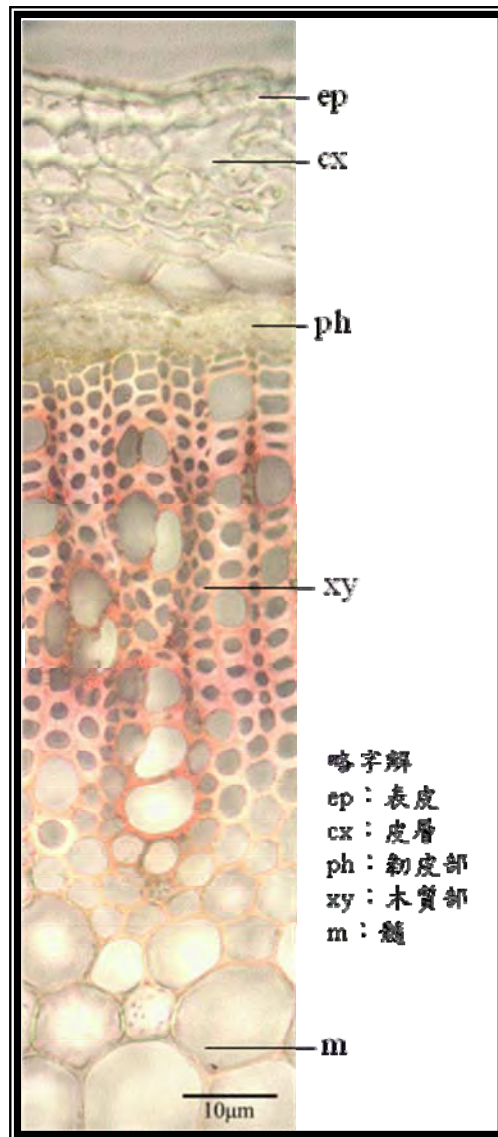
藥材性狀：市場品多已呈破碎切斷狀。根莖為圓柱型，外表呈暗棕色，有細縱紋，斷面中心多為中空，質硬易斷。葉片乾燥皺縮而破碎，外表呈棕綠色。整株氣特異，味微苦。



圖一、敗醬藥材圖

二、藥材組織顯微鑑別 (如圖二)

本品橫切面呈圓形，外表皮細胞一列呈長方形，外壁增厚，可見非腺毛。皮部較窄，內皮層細胞呈類方形。韌皮部狹窄，形成層不明顯。木部導管散列，木部纖維組織發達，中心髓部寬廣。



圖二、敗醬藥材組織顯微鑑別

略字解

ep:表皮 cx:皮層 ph:韌皮部 xy:木質部 m:髓

楮實子 BROUSSONETIAE FRUCTUS

一、藥材性狀描述 (如圖一)

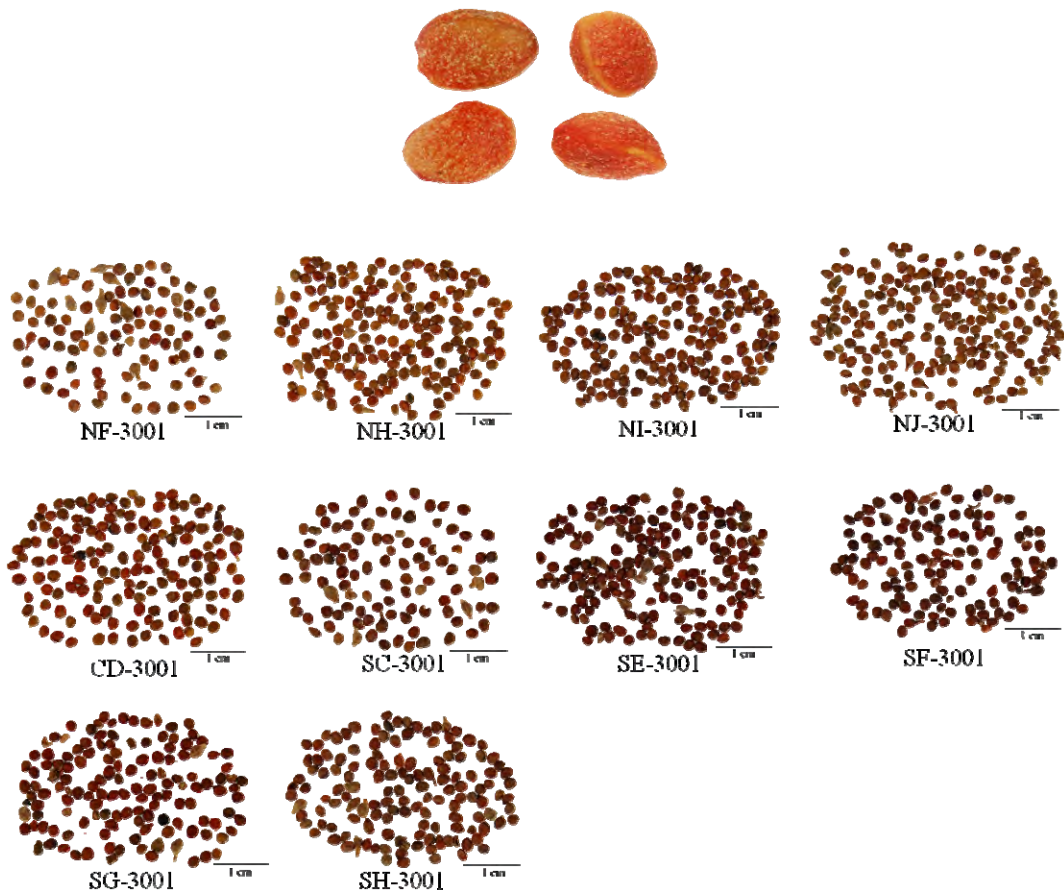
中文名：楮實子

生藥名：BROUSSONETIAE FRUCTUS

英文名：Paper Mulberry Fruit

基 原：本品為桑科(Moraceae)植物構樹 *Broussonetia papyrifera* (L.) Vent. 乾燥的果實。

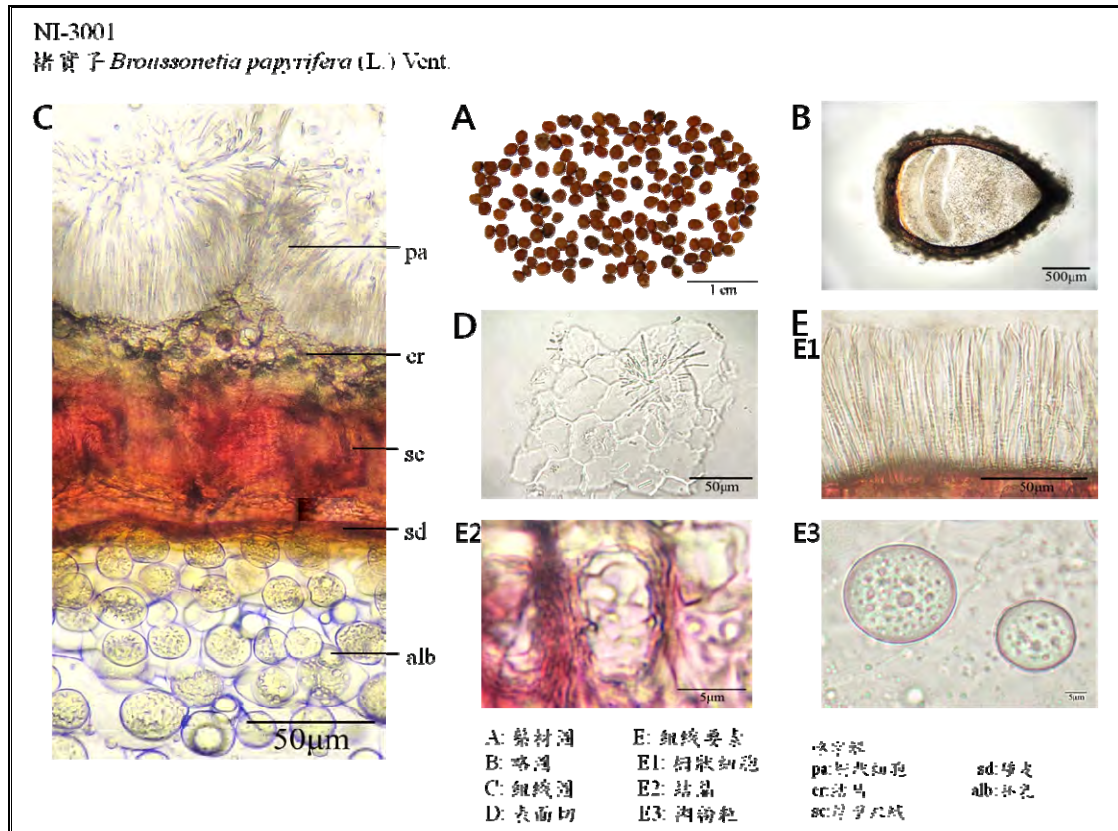
藥材性狀：外型略呈球形，稍扁，表面為紅棕色，有網狀溝紋或顆粒狀突起，一側有稜。質硬而脆，易碎。胚乳黃白色，富油性。氣微，味淡。



圖一、楮實子藥材圖

二、藥材組織顯微鑑別 (如圖二)

本品橫切面，表皮細胞類方形，壁薄，多已脫落。柵狀細胞 1 列，呈波狀排列，細胞壁呈細條狀增厚，其下為 1 列含晶厚壁細胞，最內側的厚壁細胞層次及界限不清，僅見增厚壁的紋理。種皮細胞 1 列，內壁及側壁增厚。胚乳及子葉薄壁細胞富含油滴及糊粉粒。



圖二、楮實子藥材組織顯微鑑別

- | | | | |
|--------|----------|----------|---------|
| A: 藥材圖 | E: 組織要素 | 略字解 | |
| B: 略圖 | E1: 柵狀細胞 | pa: 柵狀細胞 | sd: 種皮 |
| C: 組織圖 | E2: 結晶 | cr: 結晶 | alb: 胚乳 |
| D: 表面切 | E3: 糊粉粒 | sc: 厚壁組織 | |

槐角

SOPHORAE FRUCTUS

一、藥材性狀描述 (如圖一)

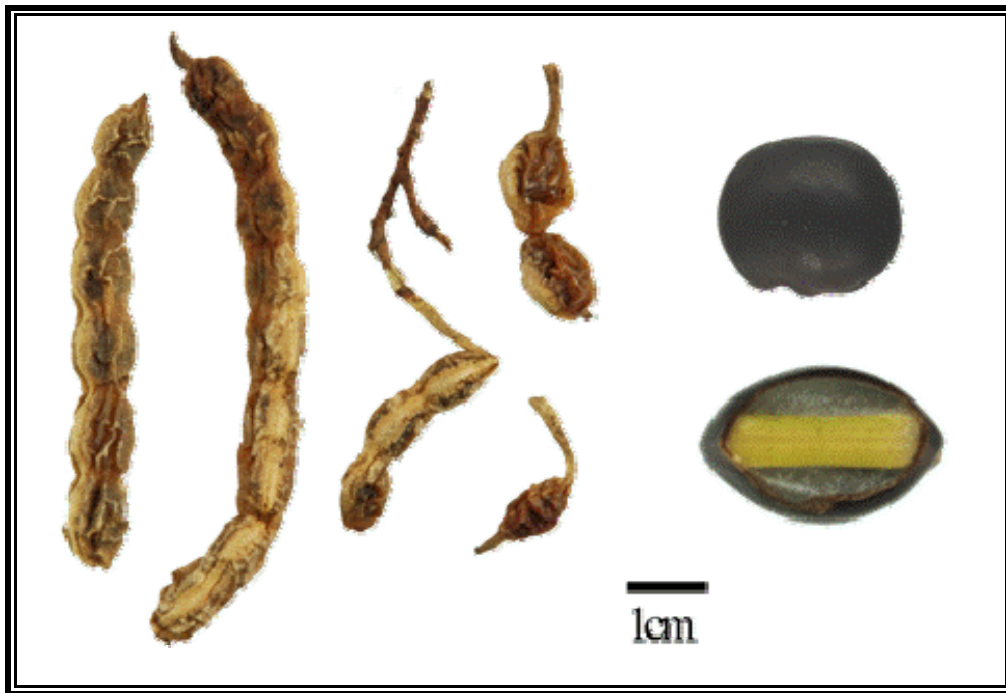
中文名：槐角

生藥名：SOPHORAE FRUCTUS

英文名：Sophora Fruit

基原：本品為豆科植物槐 *Sophora japonica* L. 的乾燥成熟果實。冬季採收，除去雜質，乾燥。

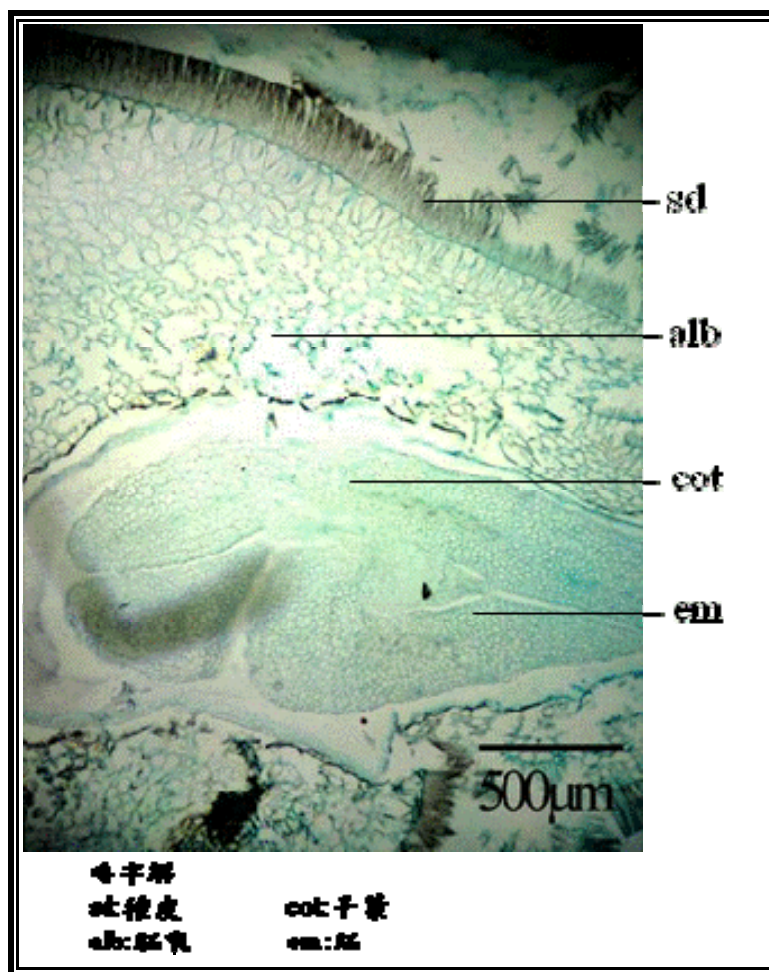
藥材性狀：本品為豆科(Leguminosae)植物槐樹 *Sophora japonica* L. 的果實。莢果圓柱形，有時彎曲，於種子間縊縮成念珠狀，易在縊縮處折斷，表面黃綠色或黃棕色，有光澤，皺縮而粗糙，一側邊緣有黃色帶，頂端有突起的殘留柱基，基部常有果柄殘留；果肉黃綠色，肉質柔軟而黏，呈半透明角質狀，乾後皺縮。每果實有種子 1~6 枚，種子扁橢圓形，棕黑色，表面光滑。質堅硬，子葉 2 片，黃綠色。氣微弱，味微苦，種子嚼之有豆腥氣。



圖一、槐角藥材圖

二、藥材組織顯微鑑別 (如圖二)

本品橫切面結果，外果皮細胞 1 列，長方形，外壁角質化，並可見氣孔，表面觀為環形。中果皮由多列薄壁細胞組成，外側細胞排列較緊密，腔隙明顯，近種臍的一端有多數小型石細胞分散。內果皮細胞 1 列，細胞小，切向延長。種皮外側為 1 列柵狀細胞，排列整齊，壁木化，其下方有一列支持細胞，呈鞋底狀。種子中間有子葉 2 片，外圍為胚乳細胞。



圖二、槐角藥材組織顯微鑑別

略字解

Sd:種皮 cot:子葉 alb:胚乳 em:胚

表六、臺灣中藥典「基原」與「性狀」編修撰寫原則及格式規範草案

壹、 中文名

貳、 生藥名

參、 英文名

肆、 基原：原植物包括科、屬、種及變種、藥用部位等。

一、中藥材來源鑑定：由於藥用植物的名稱存在著同名異物和同物異名的混淆性況，可能會引起用藥混淆。為避免混淆及確定藥材來源，應運用分類的鑑定每一種藥材的來源，確定其拉丁學名(屬及種)。內容包括植物的科、屬、種及變種，其說明藥材原植物的形態描述、生態環境、生長特性、分佈及主要產地資料。

二、藥用部位：植物經過產地加工後可供藥用的某一部分或全部。應通過查閱文獻資料或實地調查以確定藥用部位的依據，並實際說明是鮮品、乾燥品等。

三、採收時間：保證藥材質量的最佳採收季節及生長年份與植物生長發育階段。

四、生長分布：植物所屬地區及生長所在地，應通過實地調查做為總結。

五、產地加工：將藥材進行初期加工包括洗淨泥沙、去掉非藥用部位、及進行乾燥處理過程，或實地調查各主產地不同加工方法。

伍、 性狀

中藥材圖的放大比例，均以尺標為表示，藥材圖以 cm 或 mm 長度；組織圖以 μm 長度；粉末以 μm 長度。

一、一般性狀：主要指藥材的外觀、顏色、質地、大小、氣味、味道、一般內部結構(包括斷面特徵)等。

二、組織：利用顯微鏡鑑別法觀察中藥材莖橫切面的內部組織構造由植物莖的表皮→皮層→韌皮纖維→韌皮部→形成層→木質部→髓，由外而內依次說明。

三、粉末：利用顯微鑑別將中藥材粉碎制成粉末鑑定中藥材的真偽其觀察其內部組織、細胞、內含物等形態和特徵，其單子葉植物根常見厚壁組織，如纖維、石細胞、導管、澱粉粒，表皮細胞等。

陸、 參考文獻

表七

『圖書館學與資訊科學』

APA 格式(APA Style Format)參考範例

最近更新日期: 2011.09.07/ 2011.12.28/ 2013.06.24/ 2013.09.13/ 2014.02.16

一、圖書(Book)

(一) 作者為一個人時

中文：作者（年代）。書名。出版地：出版者。

範例：王石番（1991）。傳播內容分析法：理論與實證。臺北市：幼獅。

英文： Author, A.A. (Year). Title of the book. Location: Publisher.

範例：Berelson, B. (1952). Content analysis in communication research. Glencoe, IL: Free Press.

(二) 作者為兩個人時

【正文引用：中文：(作者 A、作者 A，年代) 或 作者 A、作者 B（年代）；英文：(Author A & Author B, Year)】

中文：作者 A、作者 B（年代）。書名。出版地：出版者。

範例：林傑斌、劉明德（1991）。地理資訊系統 GIS 理論與實務。臺北：文魁資訊。

英文： Author, A.A., & Author, B.B. (Year). Title of the book.

Location: Publisher.

範例：Liebert, R.M., & Liebert, L.L. (1997). Liebert & Spiegler's personality: Strategies and issues. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

(三) 作者為三到五個人時

中文：作者 A、作者 B、作者 C（年代）。書名。出版地：出版者。

範例：賴鼎銘、黃慕萱、吳美美、林珊如（2001）。圖書資訊學概論。臺北縣：國立空中大學。

英文： Author, A.A., Author, B.B., & Author, C.C. (Year). Title of the book. Location: Publisher.

範例：Biegel, D.E., Shore, B.K., & Godon, E. (1984). Building support networks for the elderly. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

(四) 作者為六個人以上時

中文：作者 A、作者 B、作者 C、作者 D、作者 E、作者 F (年代)。
書名。出版地：出版者。

範例：張保隆、陳文賢、蔣明晃、姜齊、盧昆宏、王瑞琛 (2000)。
生產管理。臺北市：華泰文化。

※若作者超過 8 人時，於參考文獻中，不必再一一列出每一作者姓名，僅列出前 6 位與最後一位作者，中間加入...(英文用...)

中文：作者 A、作者 B、作者 C、作者 D、作者 E、作者 F、...作者 H (年代)。
書名。出版地：出版者。

英文：Author, A.A., Author, B.B., Author, C.C., Author, D.D., Author, E.E.,
Author, F.F., ...Author, H.H. (Year). Title of the book. Location:
Publisher.

作者數 Where a publication has:	參考文獻需列出作者數 List authors in the reference list as:	正文內引用 In text citing:
一位作者 (one author)	Author, A. A.	(作者, 年代)或 Author (Year)
二位作者 (two authors)	Author, A. A., & Author B. B.	(作者 A、作者 A, 年代); 作者 A、作者 B (年代) (Author A & Author B, Year) or Author A and Author B (Year)
三至七位作者 (three to seven authors)	Author, A. A., Author, B. B., Author, C. C., Author, D. D., Author, E. E., Author, F. F., & Author, G. G.	三至五位作者 (three to five authors)
		<u>第一次引用, 所有作者均預列出</u> (作者 A、作者 B、作者 C、作者 D, 年代)或 作者 A、作者 B、作者 C 與作者 D (年代) (Author A, Author B, Author C, & Author D, Year) 或 Author A, Author B, Author C and Author D (Year) ; <u>第二次引用只需列出第一位作者</u> (作者 A 等人, 年代)或作者 A 等人 (年代) ; (Author A et al., Year) 或 Author A et al. (Year)
		六個人以上(six or more authors)
八位以上作者 (eight or more authors – list first six authors, add three ellipses and the last author)	Author, A. A., Author, B. B., Author, C. C., Author, D. D., Author, E. E., Author, F. F., ...Author, Z. Z.	第一次引用和後續引用都只需列出自第一位作者 (第一作者 A 等人, 年代) 或 第一作者 A 等人 (年代) ; (Author A et al., Year) or Author A et al. (Year)
		第一次引用和後續引用都只需列出自第一位作者 (第一作者 A 等人, 年代)或第一作者 A 等人(年代) ; (Author A et al., Year) or Author A et al. (Year)

(五)作者為編者(編輯著作)

中文：編者編 (年代)。書名。出版地：出版者。

範例：楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園編 (1981)。社會及行為科學研究

法。臺北市：東華。範例：胡述兆編著（2000）。世界各國圖書館名人錄。臺北市：冊府。

英文： Editor, A.A. (Ed.). (Year). Title of the book. Location: Publisher.

範例：Bailey, W.G. (Comp.). (1990). Guide to popular U.S. government publications (2nd ed.). Englewood, CO: Libraries Unlimited.

Letheridge, S., & Cannon, C.R. (Eds.). (1980). Bilingual education: Teaching English as a second language. New York, NY: Praeger.

※編輯的書籍作者二位或二位以上，作者姓名之後要加「(Eds.)」，編者若只有一位則用「(Ed.)」。

(六) 團體

中文：團體名稱（年代）。書名。出版地：出版者。

範例：教育部（2002）。綜合高級中學課程綱要。臺北市：教育部。

英文：Name of group author. (Year). title of the book. Location: Publisher.

範例：Institute of Financial Education. (1982). Managing personal funds.

作者數 Where a publication has:	參考文獻需列出作者數 List authors in the reference list as:	正文內引用 In text citing:
團體作者 Corporate or group of authors	團體全名；Spell the name out	第一次引用 Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2005) or (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2005) 第二次引用 AIHW (2005) or (AIHW, 2005)
團體作者如公司、學會、政府組織等單位時，基本上正文引用使用全名，並加註縮寫（無縮寫時不用加註），第二次可用縮寫，但於參考文獻一律要寫出全名。		

Chicago, IL: Midwestern.

(七)翻譯作品

【引註翻譯作品時，原著出版年及翻譯出版年均預列出。】

原作者有中文譯名

中文：原作者中文譯名（原作者名）（譯本出版年代）。翻譯書名（版別）（譯者譯）。譯本出版地：譯本出版者。（原著出版之年代）

範例：科特勒（Kotler, P.）、謝芙（Scheff, J.）（1998）。票房行銷：菲利浦
「科特勒談表演藝術行銷策略（高登第譯）。臺北市：遠流。（原
著出版年：1997）佛斯（Vos, J.）、戴頓（Dryden, G.）（1997）。
學習革命（The learning revolution）（林麗寬譯）。臺北：中國生產
力中心。（原著出版年：1994）

英文：Author, A.A. (Year). Title (Translator, trans.). Location: Publisher.
(Original work published Year)

範例：Freud, S. (1970). An outline of psychoanalysis (J. Strachey, trans.). New
York, NY: Norton. (Original work published 1940).

原作者無中文譯名

中文：原作者名（翻譯本出版年代）。書名（版別）（譯者譯）。譯本出
版地：譯本出版者。（原著出版年代）。

範例：Creswell, J.W. (. 2007)。研究設計：質化、量化、及混合方法取向
（Research design: Qualitative, quantitative,
and mixed methods approaches）（張宇樑、吳楸椒譯）。臺北：學富。（原著
出版年：2003）

Mayer, R.E. (1997)。教育心理學（林清山譯）。臺北：遠流。（原著出版年：
1987）正文引用：**Mayer(1987/1997)**或**(Mayer, 1987/1997)**

(八)特定版本

中文：作者（年代）。書名（版次）。出版地：出版者。

範例：胡述兆、吳祖善（1991）。圖書館學導論（二版）。臺北市：漢美。

英文：Author, A.A. (Year). Title of the book (Edition.). Location: Publisher.

範例：American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical
manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

※二版(2nd ed.)；三版 (3rd ed.)；四版(4th ed.)；五版(5th ed.)，以此類推。

(九)多冊著作

中文：作者（起迄年代）。書名（X-X 冊）。出版地：出版者。

範例：黃文儀（2000）。專利實務（二版，1-2 冊）。臺北市：著者發行；

三民總經銷。

英文：Author, A.A. (Year-Year). Title of the book (Vols. X-X). Location: Publisher.

範例：Koch, S. (Ed.) (1959-1963). Psychology: A study of science (Vols. 1-6). New York, NY: McGraw-Hill.

(十)叢書中之單本著作

中文：作者（年代）。單本書名（叢書書名，叢書編號）。出版地：出版者。

範例：張苙雲主編（2000）。文化產業：文化生產的結構分析（臺灣產業研究，3）。臺北市：遠流。

英文：Author, A.A. (Year). Title of the book (Title of Series, No. xx). Location: Publisher.

範例：Hetherington, E.M. (Ed.). (1983). Socialization, personality, and social development (Handbook of child psychology, Vol. 4). (4th ed.). New York, NY: Wiley.

(十一)叢書之單本著作中之單篇論文

中文：單篇文章作者（年代）。單篇文章篇名。在單本書名（編者編，頁 xx-xx）（叢書書名，叢書編號）。

出版地：出版者。

範例：朱元鴻（2000）。文化工業：因繁榮而即將作廢的類概念。在文化產業：文化生產的結構分析（張苙雲主編，頁 11-45）（臺灣產業研究，3）。臺北市：遠流。

英文：Author of article. (Year). Title of article. In Title of Book (Editor Ed., pp. xx-xx). (Title of Series, No. xx).

Location: Publisher.

範例：Maccoby, E.E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In Socialization, personality, and social development (Hetherington, E.M. Ed., 4th ed., pp. 1-101). (Handbook of child psychology, Vol. 4). New York, NY: Wiley.

(十二)個人論文集集中之單篇文章

中文：作者（年代）。論文篇名。在書名（頁 xx-xx）。出版地：出版者。

範例：王振鵠（1984）。圖書館與圖書館學。在圖書館學論叢（頁 3-48）。臺北市：臺灣學生。

英文：Author, A.A. (Year). Title of article. In Title of Book (pp. xx-xx).
Location: Publisher.

(十三)編輯著作或論文集集中的單篇文章

中文：作者（年代）。論文篇名。在編者編，書名（頁 xx-xx）。出版地：
出版者。

範例：謝寶燧（1996）。服務藍圖應用於館藏管理服務品質改善之研究。
在胡述兆教授七秩榮慶祝壽論文 集編輯小組編，圖書館與資訊研究
論文集：慶祝胡述兆教授七秩榮慶論文集（頁 657-674）。臺北市：
漢美。

英文：Author, A.A. (Year). Title of article. In B.B. Editor (Ed.), Title of Book
(pp. xx-xx). Location: Publisher.

範例：Gammack, J.G., & Robert A.S. (1994). Repertory grid technique in
constructive interaction. In C. Cassell &
G. Symon (Eds.), Qualitative methods in organizational research: A practical
guide (pp.72-90). London, UK: Sage.

Helber, L.E. (1995). Redeveloping mature resorts for new markets. In M. V.
Conlin & T. Baum (Eds.), Island tourism: Management principles and
practice (pp. 105-113). Chichester, England: John Wiley.

(十四) 書中之章節

中文：作者（年代）。單篇文章之題名。在編者編，書名（第 x 章，頁 xx-xx）。
出版地：出版者。

範例：黃光國（1995）。主觀研究與客觀研究：多重典範的研究取向。在
知識與行動：中華文化傳統的社會心理詮釋（第三章，頁 91-103）。
臺北市：心理出版社。

英文：Author, A.A. (Year). Title of chapter. In A. Editor, B. Editor, & C. Editor
(Eds.), Title of Book (chap. X, pp. xx-xx). Location: Publisher.

範例：Mazzei, M. (2000). Key challenges facing the evolution of knowledge
management. In T.K. Srikantaiah &
M.E.D. Koenig (Eds.), Knowledge management for information professional
(chap. 7, pp. 99-114). Medford, NJ: Information Today.

二、期刊論文(Journal Article)

(一)連續編碼之期刊文章

中文：作者（年代）。文章篇名。期刊刊名，卷數，頁碼。

範例：林菁、洪美齡、李依玲、吳俊男（2007）。數位典藏融入大學通識教育—以女性人物探究為例。教學科技與媒體，82，21-39。

英文： Author, A.A. (Year). Title of article. Title of Journal, xx, xxx-xxx.

範例：Kibirge, H.M., & DePalo, L. (2000). The Internet as a source of academic research information: Findings of two pilot studies. Information Technology and Libraries, 19, 11-16.

(二)各期單獨編碼之期刊文章

中文：作者（年代）。文章篇名。期刊刊名，卷（期），頁碼。

範例：陳俞姃（1994）。淺談資料的數位轉換。國立中央圖書館館刊，28(2)，3-12。

英文： Author, A.A. (Year). Title of article. Title of Journal, xx(x), xxx-xxx.

範例：Diodato, V. (1994). User preferences for features in back of book indexes. Journal of the American Society for Information Science, 45(7), 529-536.

(三)有 DOI

Hohepa, M., Schofield, G., & Kolt, G.S. (2006). Physical activity: What do high school students think? Journal of Adolescent Health, 39(3), 328-336. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.024

(四) 檢索自網路，無紙本出版

Snell, D., & Hodgetts, D. (n.d.). The psychology of heavy metal communities and white supremacy. Te Kura Kete Aronui, 1. Retrieved from <http://www.waikato.ac.nz/wfass/tkka>

(五) 尚未出版之期刊文章

中文：作者（出版中）。文章篇名。期刊刊名。

英文： Author, A.A. (in press). Title of article. Title of Journal.

三、報紙(Newspaper)

(一)紙本報紙刊登之文章（有作者）

中文：記者或作者（年月日）。文章名稱。報紙名稱，版次。

範例：陳揚盛（2001年2月20日）。基本學力測驗考慮加考國三下課程。臺灣立報，第6版。

英文： Author, A.A. (Year, month date). Title of article. Title of Newspaper, pp. xx-xx

範例：

Schwartz, J. (1993, September 30). Obesity affects economics, social status. The Washington Post, pp. A1, A4. Hartevelt, J. (2007, December 20). Boy racers. The Press, pp. 3.

(二) 紙本報紙刊登之文章（無作者）

中文：文章名稱（年月日）。報紙名稱，版次。

範例：推動知識經濟發展預腳踏實地（2000年9月5日）。中國時報，第2版

英文：Title of Article. (Year, month day). Newspaper Title, p. x.

範例：Higher health costs hit all sectors, U.S. says. (1995, January 10). Wall Street Journal, p. A2.

(二) 電子報

中文：記者或作者（年月日）。文章名稱。電子報名稱，檢自：電子報官網網址。

範例：邱瓊玉（2010年3月9日）。市教大蘋果傳情夾夾樂爆笑。聯合新聞網。檢自：<http://udn.com/NEWS/main.html>

英文：Author, A.A. (Year, month date). Title of article. Title of Newspaper. Retrieved from <http://xxx.xxx.xxx>

Brody, J.E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. The New York Times. Retrieved from <http://www.nytimes.com>

四、學位論文(Ph. D Dissertation/ Master Thesis)

中文：作者（西元出版年代）。論文名稱（未出版之博/碩士論文）。學校名稱研究所，學校所在地。

英文：Author, A.A. (Year). Title of dissertation (Unpublished Doctoral dissertation/ Master's thesis). Name of University, Location.

若為(1)美國州立大學，直接寫出學校名稱；(2)美國其他大學，預註明州別；(3)美國以外國家，預註明國別。

(一) 碩士論文

麥孟生（2000）。個人心理類型、自我效能及態度對電腦學習成效之影響（未出版之碩士論文）。國立中央大學資訊管理學系，桃園縣。

Kolonay, B.J. (1977). The effect of Visual-Motor behavior rehearsal on athletic performance (Unpublished master's thesis). Hunter College, The City

University of New York. Dewstow, R.A. (2006). Using the Internet to enhance teaching at the University of Waikato (Unpublished master's thesis). University of Waikato, Hamilton, New Zealand.

(二) 博士論文

周立勳 (1994)。國小班分組合作學習之研究 (未出版之博士論文)。國立政治大學教育研究所，臺北市。

Schlafmitz, M. (1996). Computer programming and analogical reasoning: An exploratory study (Unpublished Doctoral dissertation). City University of New York. Wilfley, D.E. (1999). Interpersonal analyses of bulimia: Normalweight and obese (Unpublished doctoral dissertation). University of Missouri, Columbia, MO.

(三) 博碩士論文從資料庫或網路取得

中文：作者 (年代)。論文名稱 (博 / 碩士論文)。檢自資料庫名稱或網址。

英文：Author, A.A. (Year). Title of dissertation (Doctoral dissertation or Master's thesis). Retrieved from Name of database. (Accession or Order No.)

Accession No.為資料庫給予該論文的編號；Order No.為資料庫給予該論文的序號

Author, A.A. (Year). Title of dissertation (Doctoral dissertation or Master's thesis, Name of University, Location). Retrieved from <http://xxx.xxx.xxx>

王玉麟 (2008)。邁向全球化頂尖大學政策規劃指標建構之研究 (博士論文)。檢自臺灣博碩士論文系統。

(系統編號 097TMTC5212002)

McNiel, D.S. (2006). Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertation and theses database (UMI No.1434728)

Bruckman, A. (1997). Moose Crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from <http://www.static.cc.gatech.edu/~asb/thesis/>

五、會議或研討會論文(Published Reports and Proceedings)

(一)正式出版之論文集

中文：作者（年代）。論文名稱。在編者編，論文集名稱（頁 xx-xx）。出版地：出版者。

範例：張保隆、謝寶煖、盧昆宏（1997）。品質管理策略與圖書館業務機能相關性之研究。在銘傳管理學院編，1997 海峽兩岸管理科學學術研討會論文集（頁 190-195）。臺北市，編者。

余民寧（1993）。測驗理論發展趨勢。在中國測驗學會主編，中國測驗學會成立六十週年慶論文集（頁 23-62）。臺北：心理。

英文：Author, A.A. (Year). Title of paper. In Editor, (Ed.), Title of Proceeding (pp. xx-xx). Location: Publisher.

範例：Brogman, C.L. (1988). Human factors in the use of information systems: Research methods and results. In N. Tudor-Silovie & I. Mihel, (Eds.), Information research: Research methods in library and information science (pp. 139-165). London: Taylor Graham.

(二)研討會發表之未出版論文

中文：作者（年月）。論文名稱。研討會名稱，舉行地點，國家。

範例：蔡怡欣（2009，5月）。碩士生資訊偶遇現象之初探研究。在輔仁大學圖書資訊學系暨輔仁大學圖書館主辦，輔仁大學 2009 圖書館與資訊社會研討會，臺北縣。

英文：Author, A.A. (Year, Month). Title of paper. In A.A. Chairperson (Chair), Title of Symposium, Location, Country.

範例：Chang, P.L., & Hsieh, P.N. (1998, June). Managing quality in access services through blueprinting. In C. Tuan (Chair), International Symposium on Decision Sciences, Symposium conducted at the Chinese University of Hong Kong, Hong Kong.

線上會議論文

Bochner, S. (1996, November). Mentoring in higher education: Issues to be addressed in developing a mentoring program. Paper presented at the Australian Association for Research in Education Conference. Retrieved from <http://www.aare.edu.au/96pap/bochs96018.txt>

六、研究計畫報告(Technical Reports/ Working Paper/ Research Report)

中文：作者（年代）。報告名稱（報告編號）。出版地：出版者。

範例：柯皓仁主持（2007）。雲門舞集舞作資產數位典藏計畫（國科會專題研究計畫成果報告，NSC 95-2422-H-009-001）。新竹，國立交通大學

圖書館。

英文：Author, A. A. (Year). Title of report (Report no). Location: Publisher.

※由 NTIS 或 ERIC 等單位取得之報告，應在書目後加註 NTIS 或 ERIC 編號。

範例：Kilkeary, R. (2002). The energy crisis and decision making in the family (NTIS No. PB 238782). Washington, DC: U.S. Department of Commerce.

七、網路資源(Internet/ Electronic Documents)

(一)一般網頁

中文：作者（年代）。文章名稱。檢自：URL。範例：朱彥榮（2005）。知識焦慮症瀰漫，記者網路編輯等是高發人群。檢自：

http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/newmedia/2005-05/13/content_2953574.htm

英文：Author, A.A. (Year). Title of webpage. Retrieved from URL

範例：American Society for Indexing. (2010). Software tools for indexing. Retrieved from <http://www.asindexing.org/site/software.shtml>

Statistics New Zealand. (2007). New Zealand in profile 2007. Retrieved from <http://www.stats.govt.nz>

(二)網路上取得的之電子期刊

中文：作者（年代）。文章篇名。期刊刊名，卷（期），頁碼。檢自：URL。

範例：高世樺、林頌堅（2008）。部落格使用者的資訊行為特徵研究。圖書館學與資訊科學，34(1)，62-77。檢自：
<http://jlis.glis.ntnu.edu.tw/ojs/index.php/jlis/article/viewFile/506/506>

英文：Author, A.A. (Year). Title of article. Title of Journal, xx(x), xxx-xxx. Retrieved from URL

範例：Alemneh, D.G., Hastings, S.K., & Hartman, C.N. (2002). A metadata approach to preservation of digital resources: The university of north Texas libraries' experience. First Monday, 7(8). Retrieved from <http://firstmonday.org/htbin/cgiwrap/bin/ojs/index.php/fm/article/view/981/902>

(四)網路上取得的之部落格資料【需寫出作者發表文章的精確日期】

Author, A. A. (Year, Month Day). Title of post [Description of form]. Retrieved from <http://xxx.xxx.xxx>

1. 部落格發表之文章 MiddleKid. (2007, January 22). Re: The unfortunate prerequisites and consequences of partitioning your mind [Web log post]. Retrieved from http://asienceblogs.com/pharyngula/2007/01/the_unfortunate_prerequisites.php
2. 部落格張貼之影音 Norton, R. (2006, November 4). How to train a cat to operate a light switch [Video file]. Retrieved from <http://www.youtube.com/watch?v=Vja83KLQXZs>

※ [Description of form] :

部落格評論[Web log comment]；部落格文章[Web log post]；部落格影音[Video file]；網路群組、線上論壇、討論群組所張貼之訊息[Online forum comment]

參考文獻格式

1. 參考文獻中所列書目，需與正文引註文獻一致；凡文中未引註，請不要列於參考文獻中。
2. 引用二手資料：除非絕版、無法透過一般管道尋獲或是沒有英文版本（有閱讀困難），盡量不要引用二手資料。如引用二手資料，預在參考文獻中列出閱讀過的二手文獻來源，並於正文中同時列出一手文獻來源及引用之二手文獻，採用分號區隔。
3. (Author A, year; as cited in Author B, year)
 例如：(Hart, 1998; as cited in Ridley, 2008/2010) (Cone & Foster, 1993；引自張黎，2008)
4. 同一作者同一年有多篇文章時，於年代後用英文小寫 a, b, c 標明。
5. 出版年一律採用西元年。若無日期，中英文分別用（無日期）、（n.d.）表示。
6. 電子資源無預寫出上網擷取該文獻的日期，除非網站內容經常改變。
7. 新增數位物件識別號（Digital Object Identifier，簡稱 DOI）的標註，若該筆文獻有 DOI，於參考文獻末加上 DOI。
 例如：Pace, A. (2009). 21st century library systems. *Journal of Library Administration*, 49(6), 641- 650. doi:10.1080/01930820903238834
8. 出版者所在城市的美國州名均需要列出，不可省略，美國以外的出版者則寫城市名與國名。

縮寫	州名	縮寫	州名	縮寫	州名
AL	Alabama	KS	Kansas	OH	Ohio
AK	Alaska	KY	Kentucky	OK	Oklahoma
AS	American Samoa	LA	Louisiana	OR	Oregon
AZ	Arizona	ME	Maine	PA	Pennsylvania
AR	Arkansas	MD	Maryland	PR	Puerto Rico
CA	California	MA	Massachusetts	RI	Rhode Island
CZ	Canal Zone	MI	Michigan	SC	South Carolina
CO	Colorado	MN	Minnesota	SD	South Dakota
CT	Connecticut	MS	Mississippi	TN	Tennessee
DE	Delaware	MO	Missouri	TX	Texas
DC	District of Columbia	MT	Montana	UT	Utah
FL	Florida	NE	Nebraska	VT	Vermont
GA	Georgia	NV	Nevada	VA	Virginia
GU	Guam	NH	New Hampshire	VI	Virgin Islands
HI	Hawaii	NJ	New Jersey	WA	Washington
ID	Idaho	NM	New Mexico	WV	West Virginia
IL	Illinois	NY	New York	WI	Wisconsin
IN	Indiana	NC	North Carolina	WY	Wyoming
IA	Iowa	ND	North Dakota		

參考文獻排列順序

1. 參考文獻排列方式：英文在前，中文在後
2. 參考文獻的排列順序，如為中文文獻，以作者姓名筆畫為依據；如為英文文獻，則較複雜。英文文獻的排列順序有以下注意事項：
 - (1) 第一位作者姓名相同時，如為同一作者，依年代先後順序排列：
例如：Hewlett, L.S. (1996) Hewlett, L.S. (1999)
3. 一位作者永遠排在多位作者之前（即合作或編輯的著作，列於單獨或個人的著作之後）：
例如：Razik, T.A. (1991) Razik, T.A., & Lin, T.Y. (1995)
4. 正文內引用時，有以下注意事項：
同時引註同一作者有多篇文章時，依照年代先後順序排列，舊在前、新在後。採用逗號作為區隔例：作者（年代，年代）Author (year, year)
5. 文內引用多筆參考文獻，中文部分採用筆畫排；英文用 字母順序 排列，採用分號作為區隔。例如：（吳佳賢，2002；吳雅雯，2006；汪俐君，2003；湯麗玉，1991）
6. (Abelson, 2008; Carson, 2009) （羅嵐，2005；Cox, 2006; Jacso, 2004; Luther, 2003）
7. 若沒有作者時，把去除冠詞之後的篇名或書名視為作者來比較。
8. 作者署名為 Anonymous 時，以 Anonymous 來比較排序。

參考資料

1. American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author.
3. American Psychological Association. (2011). 美國心理學會出版手冊：論文寫作格式（六版）（Publication manual of the American Psychological Association, 6th ed）（陳玉玲、王明傑譯）。臺北市：雙葉書廊。（原著出版年：2009）
4. 林天祐（2010）。APA 格式第六版。檢自：
http://lib.tmu.edu.tw/service/Data/APA_format_990830.pdf
5. 張保隆、謝寶媛（2006）。學術論文寫作 APA 規範。臺北市：華泰文化。

表八

編號	中文名/生藥名	臺灣中藥典第二版	中文名/生藥名	中華人民共和國藥典 2015	委員建議
1	五味子 SCHISANDRAE FRUCTUS	本品為木蘭科 Magnoliaceae 植物五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 或華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils. 之乾燥成熟果實。前者習稱「北五味子」，後者習稱「南五味子」。	五味子 SCHISANDRAE CHINENSIS FRUCTUS	本品為木蘭科植物五味子 <i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. 的乾燥成熟果實。習稱“北五味子”。	南北五味子作用不同，成分不同，形態亦不同。 1. 北五味子主成分 Schisandrins (五味子醇甲)。 2. 南五味子主成分 Schisantherin A (五味子酯甲) 註：建議依 CP 分列
			南五味子 SCHISANDRAE SPHENANTHERAE FRUCTUS	本品為木蘭科植物華中五味子 <i>Schisandra sphenanthera</i> Rehd. et Wils. 的乾燥成熟果實。	
2	黃蘗 PHELLODENDRI CORTEX	本品為芸香科 Rutaceae 植物黃皮樹 <i>Phellodendron chinense</i> Schneid. 或黃蘗 <i>Phellodendron amurense</i> Rupr. 之乾燥樹皮。前者習稱「川黃柏」，後者習稱「關黃柏」。	黃柏 PHELLODENDRI CHINENSIS CORTEX	本品為芸香科植物黃皮樹 <i>Phellodendron chinense</i> Schneid. 的乾燥樹皮。習稱“川黃柏”。	1. CP (2000) 黃柏項下含川黃柏與關黃柏，CP (2005 後) 分列兩項藥材。 2. berberine, phellodendrine 之含量差異大，建議依 CP。黃柏項因只列 <i>Phellodendron chinensis</i> ，其 berberine 含量 >4%，可提高 berberine 之含量要求，而非目前之 1.2%。
			關黃柏 PHELLODENDRI AMURENSIS CORTEX	本品為芸香科植物黃蘗 <i>Phellodendron amurense</i> Rupr. 的乾燥樹皮。	
3	金銀花 LONICERAE FLOS	本品為忍冬科 Caprifoliaceae 植物忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.、紅腺忍冬 <i>Lonicera hypoglauca</i>	山銀花 LONICERAE FLOS	本品為忍冬科植物灰氈毛忍冬 <i>Lonicera macranthoides</i> Hand.-Mazz.、紅腺忍冬 <i>Lonicera hypoglauca</i> Miq.、華南忍冬	第二次決議/說明： 1. 中華人民共和國藥典 (2015)，以金銀花分別二個基原金銀花及山銀花，由上述文獻報導，二

編號	中文名/生藥名	臺灣中藥典第二版	中文名/生藥名	中華人民共和國藥典 2015	委員建議
		Miq.、山銀花 <i>Lonicera confusa</i> DC.或毛花柱忍冬 <i>Lonicera dasystyla</i> Rehd.之乾燥花蕾。		<i>Lonicera confusa</i> DC. 或黃褐毛忍冬 <i>Lonicera fulvotomentosa</i> Hsu et S. C. Cheng 的乾燥花蕾或帶初開的花。	個基原成份相差很大，因此紅腺忍冬、山銀花、毛花柱忍冬與忍冬的成份差異太大，建議保留忍冬，其他三種刪除，委員決議依 CP。 2. 金銀花單獨分項，山銀花沒交代，可依 CP 分項。
			金銀花 LONICERAE JAPONICAE FLOS	本品為忍冬科植物忍冬 <i>Lonicera japonica</i> Thunb.的乾燥花蕾或帶初開的花。	
4	葛根 PUERARIAE RADIX	本品為豆科 Leguminosae 植物野葛 <i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi 或甘葛藤 <i>Pueraria thomsonii</i> Benth.之乾燥根。	粉葛 PUERARIAE THOMSONII RADIX	本品為豆科植物甘葛藤 <i>Pueraria thomsonii</i> Benth.的乾燥根。秋、冬二季採挖，除去外皮，稍乾，截段或再縱切兩半或斜切成厚片，乾燥。	
			葛根 PUERARIAE LOBATAE RADIX	本品為豆科植物野葛 <i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi 的乾燥根，習稱「野葛」。	
5	冰片 BORNEOLUM	本品為龍腦香科 Dipterocarpaceae 植物龍腦香樹 <i>Dryobalanops aromatica</i> Gaertn. f.經蒸餾冷卻而得的結晶，又	天然冰片(右旋龍腦) BORNEOLUM 冰片(合成龍腦) BORNEOLUM SYNTHETICUM	本品為樟科植物樟 <i>Cinnamomum camphora</i> (L.) Presl 的新鮮枝、葉經提取加工製成(C ₁₀ H ₁₈ O)	

編號	中文名/生藥名	臺灣中藥典第二版	中文名/生藥名	中華人民共和國藥典 2015	委員建議
		稱梅片；市面上多為合成冰片，為樟腦經氫化反應製成。			
6	前胡 PEUCEDANI RADIX	本品為繖形科 Umbelliferae 植物白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn 或紫花前胡 <i>Peucedanum decursivum</i> (Miq.) Maxim. 之 乾燥根。	前胡 PEUCEDANI RADIX	本品為繖形科植物白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn 的 乾燥根。	第三次決議/說明： CP 將白花前胡、紫花前胡分兩項。兩項成分差距很大，紫花前胡因而曾改成 <i>Angelica</i> 屬。 白花前胡(Sessilin-type dihydropyranocoumarin 有 praeruptorin A) 而紫花前胡(xanxyletin-type dihydropyranocoumarin，無 praeruptorin A)。CP 兩者之對照品不同。 委員決議前胡之基原為白花前胡 <i>Peucedanum praeruptorum</i> Dunn，依 CP。將白花前胡、紫花前胡分兩項 1. 金銀花單獨分項，山銀花沒交代，可依 CP 分項。 2. 建議紫花前胡依 CP 單獨列項。
			紫花前胡 PEUCEDANI DECURSIVI RADIX	本品為傘形科植物紫花前胡 <i>Peucedanum decursivum</i> (Miq.)Maxim. 的乾燥根。	

編號	中文名/生藥名	臺灣中藥典第二版	中文名/生藥名	中華人民共和國藥典 2015	委員建議
7	<p>山藥 DIOSCOREAE RHIZOMA</p>	<p>本品為薯蕷科 Dioscoreaceae 植物薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.、恆春薯蕷 <i>Dioscorea doryophora</i> Hance 或基隆山藥 <i>Dioscorea japonica</i> Thunb. var. <i>pseudojaponica</i> (Hayata) Yamam.之乾燥根莖。</p>	<p>山藥 DIOSCOREAE RHIZOMA</p>	<p>本品為薯蕷科植物薯蕷 <i>Dioscorea opposita</i> Thunb.的乾燥根莖。冬季莖葉枯萎後來挖，切去根頭，洗淨，除去外皮和須根，乾燥，或趁鮮切厚片，乾燥；也有選擇肥大順直的乾燥山藥，置清水中，浸至無乾心，悶透，切齊兩端，用木板搓成圓柱狀，曬乾，打光，習稱"光山藥"。</p>	

表九、臺灣本土或特有種中藥材納編臺灣中藥典收載作業要點

- 一、為強化具特色之本土或特有種中藥材納入臺灣中藥典暨其增補版(以下簡稱中藥典)收載，特訂定本作業要點。
- 二、具特色或特有種中藥材，指在臺灣民間已使用多年供中藥用途之臺灣特有種植物、動物或礦物。
- 三、具特色或特有種中藥材符合下列條件之一者，得由醫藥學術研究機構及醫藥相關產業機構(以下簡稱建議機構)向衛生福利部(以下簡稱本部)建議評審納編為中藥典收載品項：
 - (一) 中藥典已收錄之品項，尚未納編臺灣特有種基原。
 - (二) 在臺灣民間已使用多年供中藥用途之臺灣特有種植物、動物或礦物。
- 四、依前點第一款建議納編具特色或特有種中藥材，應檢具建議書(如附表)及下列資料：
 - (一) 基原鑑定報告：一般性狀、組織及粉末等。
 - (二) 理化鑑別報告：乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、指標成分等，並須符合中藥典規定。
 - (三) 栽種成本之估算分析性報告。
 - (四) 其他有利於審查之文獻或報告。
- 五、依第三點第二款建議納編具特色或特有種中藥材，應檢具建議書(如附表)及下列資料：
 - (一) 基原鑑定報告：包含一般性狀、組織及粉末或佐以 DNA 分子鑑定(如內轉錄區間 Internal Transcribed Spacer (ITS)序列、限制片段長度多型性(restriction fragment length polymorphism, RFLP)、隨機擴增多型性 DNA (random amplified polymorphic DNA, RAPD)、簡單序列重複間序列(inter-simple sequence repeats, ISSR)...等)。
 - (二) 理化鑑別報告：乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、指標成分或藥效成分分析方法與定量，含量穩定性分析報告。
 - (三) 至少三批次重金屬及農藥殘留鑑驗報告，且應符合目前已公告的中藥異常物限量標準。
 - (四) 已發表有關本物種之毒理安全性報告、藥理療效及功效報告。
 - (五) 栽種成本之估算分析性報告。

(六) 其他有利於審查之文獻或報告。

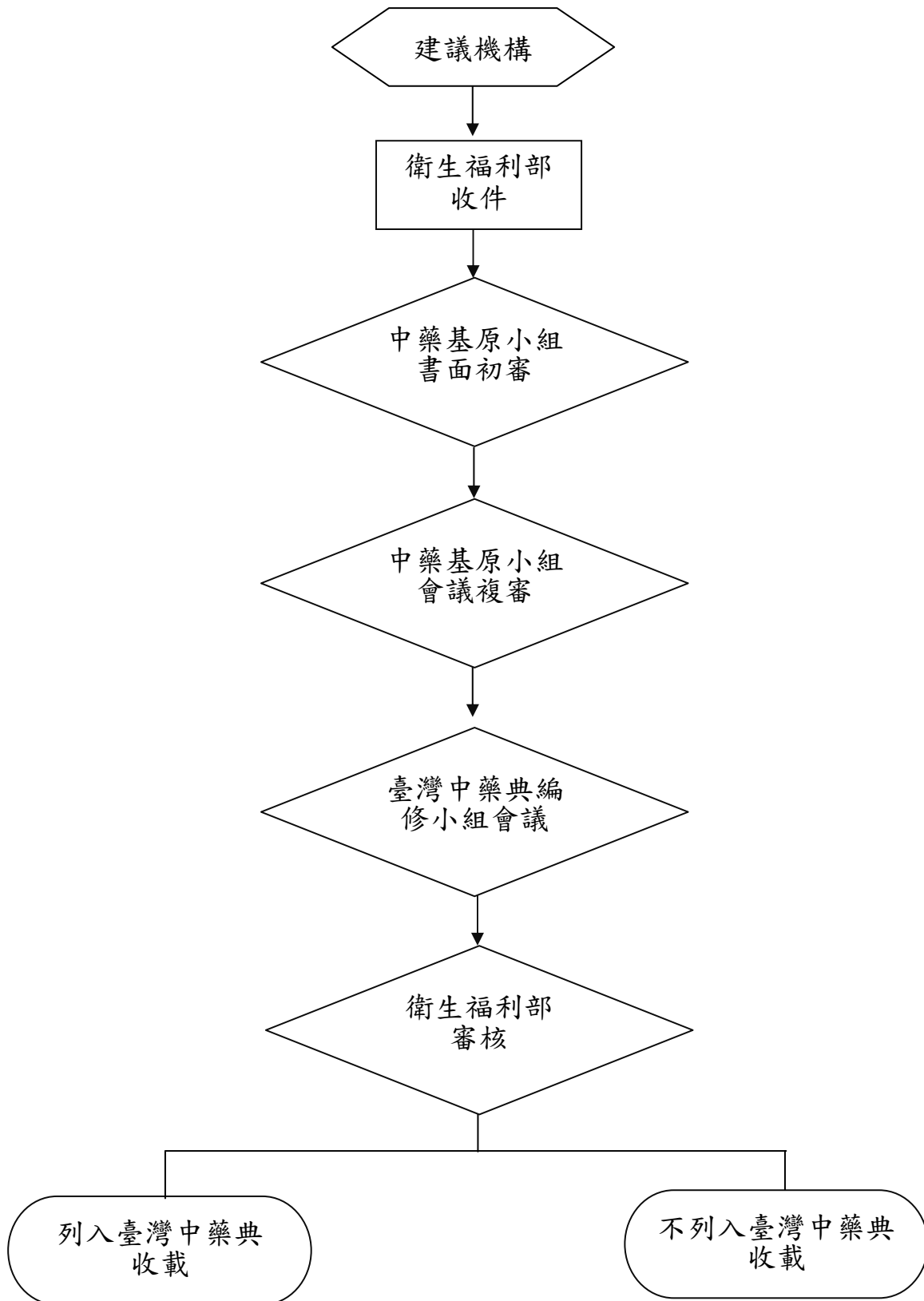
六、本部受理建議案件之評審作業程序(如附圖)，包含中藥基原分小組書面文件審查、會議複審，提臺灣中藥典編修小組會議討論後，報本部依建議類別核定納入臺灣中藥典收載。

臺灣本土或特有種中藥材納編臺灣中藥典收載建議書

建議日期： 年 月 日

品項	中文名			
	拉丁名			
類別	<input type="checkbox"/> 植物 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 礦物			
	<input type="checkbox"/> 臺灣中藥典已記載未納編 <input type="checkbox"/> 臺灣中藥典未記載			
	<input type="checkbox"/> 符合建議第三點第一款品項納編臺灣中藥典			
	<input type="checkbox"/> 符合建議第三點第二款品項納編臺灣中藥典			
建議機構	機構名稱			
	地址			
	聯絡人		職稱	
	電子信箱		連絡電話	
檢附資料檢核表(已提供資料請在 <input type="checkbox"/> 打勾)				
<input type="checkbox"/>	1. 基原鑑定報告(一般性狀、組織、粉末等)			
<input type="checkbox"/>	2. 理化鑑別報告(乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、指標成分等)			
<input type="checkbox"/>	3. 中藥材檢驗標準：至少三批次重金屬與農藥殘留鑑驗報告(應符合目前已公告的中藥異常物限量標準)			
<input type="checkbox"/>	4. 栽種成本之估算分析性報告			
<input type="checkbox"/>	5. 毒理安全性報告、藥理療效、功效報告			
<input type="checkbox"/>	6. 其他有利於審查之文獻或報告 <input type="checkbox"/> 可大量人工栽培，且不具有破壞生態環境與水土保持 <input type="checkbox"/> 該物種不同栽種地區生活史研究報告 <input type="checkbox"/> 其他：_____			

臺灣本土或特有種中藥材納編臺灣中藥典收載審查流程圖



基原及性狀分析比較

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
1	<p style="text-align: center;">陳皮 CITRI RETICULATAE PERICARPIUM Tangerine Peel</p> <p>本品為芸香科 Rutaceae 植物橘 <i>Citrus reticulata</i> Blanco 及其栽培品種之乾燥成熟果皮。中藥材分為「廣陳皮」和「陳皮」。</p> <p>1. 產地加工：由橘子成熟後的果皮曬乾或烘乾所得。新鮮柑橘皮也不是全都可以做成陳皮，只有成熟的柑橘皮才能做成陳皮。</p> <p>2. 放置儲藏時間：陳皮自然是放置時間比較久的柑橘皮。它完整的定義是水果柑橘的果皮經乾燥處理後而製成的乾性果皮。這種果皮如在保持乾燥的條件下，可長久放置儲藏，故稱陳皮。</p> <p>3. 成分：含橙皮甙 (hesperidin)、川陳皮素</p>	<p style="text-align: center;">橘皮 CITRI RETICULATAE PERICARPIUM Tangerine Peel</p> <p>芸香科 Rutaceae 植物橘 <i>Citrus reticulata</i> Blanco 及其栽培變種之乾燥成熟果皮。</p> <p>1. 產地加工：9~12 月時採摘成熟果實，剝取果皮，曬乾或低溫乾燥。</p> <p>2. 成分：福橘果皮含揮發油，其中主要為檸檬烯。</p>	<p style="text-align: center;">陳皮 CITRI RETICULATAE PERICARPIUM Tangerine Peel</p> <p>本品為芸香科 Rutaceae 植物橘 <i>Citrus reticulata</i> Blanco 及其栽培品種之乾燥成熟果皮。中藥材依產地加工方式分為「陳皮」和「廣陳皮」。</p> <p>1. 性狀：</p> <p>(1) 陳皮常剝成數瓣，基部相連，有的呈不規則的片狀，厚 1~4mm。外表面橙紅色或紅棕色，有細皺紋和凹下的點狀油室；內表面淺黃白色，粗糙，附黃白色或黃棕色筋絡狀維管束。質稍硬而脆。氣香，味辛、苦。</p> <p>(2) 廣陳皮常 3 瓣相連，形狀整齊，厚度均勻，約 1mm 點狀油室較大，對光照視，透明清晰。質較柔軟。</p>	<p style="text-align: center;">陳皮 CITRI RETICULATAE PERICARPIUM Tangerine Peel</p> <p>本品為芸香科 Rutaceae 植物橘 <i>Citrus reticulata</i> Blanco 及其栽培品種之乾燥成熟果皮。中藥材分為「廣陳皮」、「陳皮」。</p> <p>性狀：</p> <p>一般性狀——</p> <p>(1) 廣陳皮：大多剖成 3 裂片，厚 1~2 mm，長反捲；外表面黃橙色或紅橙色，皺縮，有多數而凹下或凸起的油點（油室）；內表面淡黃白色，海綿狀。質輕，捏之有彈性。有濃厚香氣。味微苦、辛。</p> <p>(2) 陳皮：常剝成數瓣，有的破碎成不規則碎片，厚 0.5~1.5 mm；外表面橙紅色或棕褐色，久儲後顏色加深，油點細小；內表面淡黃白色。質較脆，易折斷。香氣較弱，味苦、辛。</p>

編號	中藥材	中藥基原小組建議	委員決議
	(nobiletin)、檸檬烯、 α -蒎烯、 β -蒎烯、 β -水芹烯(B-phellandrene)等。	<p>*建議使用陳皮</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 產地加工：由<u>橘果實</u>成熟後的<u>果皮</u>曬乾或烘乾所得，稱橘皮。 2. 放置儲藏時間：陳皮為在保持乾燥的條件下，自然放置時間比較久的橘皮。 	<p>(3) 橘皮：常剝成數瓣，有的破碎成不規則片狀，厚 0.5~1.5 mm。外表面橙黃色至橙紅色，油點細小；內表面淡黃白色。質韌，易彎曲。氣香，味辛、苦。</p> <p>組織——</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 廣陳皮：外層果皮橫切面，外果皮表皮為 1 層細小的類方形細胞，外被角質層，有氣孔；其下數層薄壁組織散佈 1~2 層油室，油室圓形或橢圓形，徑向 300~1010 μm，切向 450~1270 μm。中果皮細胞形狀不規則，壁不均匀增厚，細胞間隙大；維管束外韌型，縱橫散佈。薄壁細胞含草酸鈣方晶，以近表皮的數列細胞為多；有的細胞含橙皮苷結晶。 (2) 陳皮：草酸鈣方晶較多，方菱形、多面形或類雙錐形，長約至 37 μm，少數平行雙晶，由兩個多面體構成，長約至 43 μm。 (3) 橘皮：果皮的橫切面，表皮

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
				<p>為 1 列細小的類方形細胞，外被角質層，有時可見氣孔；其下數層薄壁組織散佈 1~2 列油室，卵圓形或橢圓形，不規則排列。薄壁細胞中含草酸鈣方晶，以近表皮的數列細胞為多；有的細胞含扇形結晶，常數個聚集成團塊。中果皮薄壁細胞壁厚，靠近表皮的數列細胞長方形，切向延長；內側的細胞類圓形，排列疏鬆，壁不均勻增厚。維管束外韌型，縱橫散佈。</p> <p>粉末——</p> <p>(1) 本品粉末淡黃棕色。中果皮薄壁細胞形狀不規則，壁不均勻增厚，厚約 8 μm，非木化，有的呈連珠狀增厚，有的含橙皮苷結晶。外果皮表皮細胞表面觀多角形、類方形或長方形，壁薄，氣孔類圓形，保衛細胞 6~8 個；其下薄壁細胞含草酸鈣方晶，多面形、雙錐形或類方形，直徑 19 μm，長約至 32</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
				<p>μm，有的含橙皮苷結晶。此外油室多已破碎，導管及假導管細小。</p> <p>(2) 橘皮：粉末為淡黃棕色。果皮表皮細胞表面觀多角形、類方形或長方形，垂周壁稍厚，氣孔類圓形，直徑 18~26 μm，副衛細胞不明顯。油室多已破碎，外圍薄壁細胞壁微增厚。中果皮薄壁細胞形狀不規則，壁不均勻增厚，厚約 8 μm，非木化，有的呈連珠狀增厚。導管細小，直徑 6~9 μm。草酸鈣方晶存在於中果皮薄壁細胞中，呈多面體形、菱形或雙錐形；偏光顯微鏡下呈多彩。扇形結晶大多存在於薄壁細胞中，黃色或無色，常聚集成圓形或無定形團塊；偏光顯微鏡下呈淡黃色或亮橙黃色。</p>
2	<p>肉桂 CINNAMOMI CORTEX Cinnamon Bark</p> <p>本品為樟科 Lauraceae</p>	<p>桂心 CINNAMOMI CORTEX Cinnamomi Bark</p> <p>本品為樟科 Lauraceae</p>	<p>(1) 肉桂、桂心，來源均為樟科 Lauraceae 植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 之乾燥樹皮。肉桂是以整個乾燥樹皮為藥材，桂心是乾燥</p>	<p>肉桂 CINNAMOMI CORTEX Cinnamon Bark</p> <p>本品為樟科 Lauraceae 植物</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
	<p>植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 之乾燥樹皮。習稱「桂皮」。</p> <p>1. 性狀：本品為圓筒形或半圓筒形之捲曲皮片，厚 1~3 mm。外面現灰棕色或棕色，往往附有少量之栓皮，內面現棕色或淡紅棕色。折斷面呈均平之顆粒性。具強烈之芳香，味香辛而略澀。</p> <p>2. 產地加工：肉桂為桂樹的皮，乾燥後為桶狀，稱「桂通」。</p> <p>3. 成分：主要含桂皮醛等揮發油成分。</p>	<p>植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 的乾燥樹皮，去裏外皮，當中心者為桂心。</p> <p>1. 性狀：去掉外層粗皮的嫩枝。表面紅棕色，有細皺紋及瘤狀的隆起枝痕，皮孔點狀。質硬而脆，易折斷。有特異香味，味甜，微辛。</p> <p>2. 產地加工：「桂心」去掉外層粗皮的「桂通」，也寫作「桂辛」。</p>	<p>樹皮去除外層栓皮，僅含內部韌皮為藥材。來源相同，成分略相似，建議肉桂、桂心置於同一品項，將桂心置於附屬項目。</p> <p>(2) 桂心的定義不明確(表 11 補充說明)</p> <p>1. 去掉外層粗皮者。</p> <p>2. 刮除外表的栓皮層，僅含內部韌皮者。</p> <p>3. 肉桂加工過程中剪下的邊條，除去栓皮者。</p> <p>4. 刮去外面粗皮及裏面薄皮者。</p> <p>(3) 肉桂與桂心的來源相同，成分類似。</p> <p>(4) 參考以下各國藥典規範及典籍皆未將肉桂與桂心分別記載。</p> <p>(5) 臺灣目前現況的市場品桂心皆多為與肉桂或桂枝的混合品。</p>	<p>肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 之乾燥樹皮。習稱「桂皮」。</p> <p>性狀： 一般性狀——</p> <p>(1) 肉桂：圓筒形或半圓筒形之捲曲皮片，厚 1~3 mm。外面現灰棕色或棕色，往往附有少量之栓皮，內面現棕色或淡紅棕色。折斷面呈均平之顆粒性。具強烈之芳香，味香辛而略澀。</p> <p>(2) 桂心：去掉外層粗皮的嫩枝。表面紅棕色，有細皺紋及瘤狀的隆起枝痕，皮孔點狀。質硬而脆，易折斷。有特異香味，味甜，微辛。</p> <p>組織——</p> <p>(1) 肉桂：外層栓皮之木栓細胞其細胞壁增厚並略呈木化，皮層薄壁組織中含有澱粉粒並散列有石細胞、黏液細胞及油細胞等。另有斷續排列成環之石細胞層，石細胞層中並有胞壁增厚微呈木化之內鞘纖維群。廣闊之韌皮部中有放射形之髓線，髓線之</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
				<p>幅為一至三列細胞，內含澱粉粒或細小之草酸鈣針晶。韌皮部主要由薄壁細胞組成，其間散佈細小之篩管群，單獨存在或聚集成群之韌皮纖維及多數黏液質細胞及油細胞等。薄壁細胞內通常含有澱粉粒或細小之草酸鈣針晶，尤以韌皮部髓腺細胞內含針晶較多，在薄壁細胞、石細胞及纖維等胞腔內充滿一種非晶性之紅棕色物質，其大部分不溶於一般溶劑中。</p> <p>(2) 桂心：本品橫切面，表皮細胞 1 列，木栓細胞 3~5 列，最內側細胞外壁增厚。皮層可見油滴及石細胞散在。韌皮部可見分泌細胞和纖維散在。形成層明顯。髓部細胞壁略厚，呈木化。可見細小草酸鈣針晶。</p> <p>粉末——本品之粉末呈黃棕色或紅棕色。澱粉粒係單粒或為 2~4 個之複粒。單粒之直徑為 5~15 μm，但多數在 10 μm 以</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
				上，石細胞略呈木化，形狀不一，腔內有時或含澱粉粒。纖維略呈木化，胞壁甚厚，略現波形，長 300~1500 μm。薄壁細胞之胞壁現紅棕色，長形分泌細胞內含揮發油或黏液質。髓腺細胞內含有細小之草酸鈣針晶。栓皮之碎片略呈木化。
3	<p style="text-align: center;">茯苓 PORIA Indian Bread</p> <p>本品為多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 <i>Poria cocos</i> (Schw.) Wolf 之乾燥菌核。</p> <p>1. 性狀：本品（個苓）呈類球形、橢圓形、扁圓形或不規則團塊，大小不一，小者如拳，大者直徑至 30 cm 或更大，可達數十斤。外皮薄，棕褐色或黑棕色，粗糙，具皺紋及縊縮，有時部分剝落。質堅實，破碎面顆粒性，近邊緣淡紅色，有細小蜂窩樣孔</p>	<p style="text-align: center;">茯神 PORIA Root Poria</p> <p>多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 <i>Poria cocos</i> (Schw.) Wolf 的乾燥菌核，中間抱有松根的部分。</p> <p>1. 性狀：本品為類球形、橢圓形或不規則形之乾燥厚片，厚度寬 0.5-0.3 cm，外皮薄而粗糙，棕褐色至黑褐色，有明顯皺縮紋理，體重，質堅實。斷面有顆粒性，有的具裂隙，內部白色或灰白色，中間抱有松</p>	<p>茯苓（白茯苓、茯苓塊）、茯苓皮、赤茯苓、茯神（含有松根）來源均為多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 <i>Poria cocos</i> (Schw.) Wolf 之乾燥菌核。</p> <p>茯苓為去外皮之乾燥菌核，一名白茯苓或茯苓塊；去除的外皮呈黑褐色，叫茯苓皮；內部接近外皮處呈淡紅色，叫赤茯苓；除去外皮之乾燥菌核茯苓中含有松根的叫茯神。</p> <p>是以整個乾燥樹茯苓皮皮為藥材，桂心是乾燥樹皮去除外層栓皮，僅含內部韌皮為藥材。來源相同，成分略相似，建議茯苓、茯苓皮、赤茯苓、茯神等置於同一品項，將茯苓皮、赤茯苓、茯神置於附屬項目。</p>	<p style="text-align: center;">茯苓 PORIA Indian Bread</p> <p>本品為多孔菌科 Polyporaceae 真菌茯苓 <i>Poria cocos</i> (Schw.) Wolf 之乾燥菌核。</p> <p>性狀： 一般性狀——</p> <p>(1) 茯苓：本品（個苓）呈類球形、橢圓形、扁圓形或不規則團塊，大小不一，小者如拳，大者直徑至 30 cm 或更大，可達數十斤。外皮薄，棕褐色或黑棕色，粗糙，具皺紋及縊縮，有時部分剝落。質堅實，破碎面顆粒性，近邊緣淡紅色，有細小蜂窩</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
	<p>洞，內部白色，少數淡紅色，有的中間抱有樹根。氣微，味淡，嚼之黏牙。茯苓皮呈不規則片狀，外面棕褐色至黑棕色，內面白色或淡棕色，質較軟，略具彈性。茯苓塊、茯苓片多呈方形或長方形塊片，長 3~4 cm，厚約 7 mm，白色、淡紅色或淡棕色，平滑細膩，較易破碎。</p> <p>2. 成分：茯苓中的主要成分為茯苓聚糖，含量很高。</p>	<p>根，質鬆體輕，無皮，略似朽木。</p> <p>2. 產地加工：多於 7-9 月採挖，挖出後除去泥沙，堆置發汗後，攤開晾至表面乾燥，再發汗，反覆數次至呈現皺紋，內部水分大致散失後，陰乾，稱為茯苓個，或將鮮茯苓按不同部位切製，陰乾，分別稱為茯苓皮、赤茯苓、白茯苓、茯苓塊，若含有松根的部分稱為茯神。</p> <p>3. 成分：主要為多糖類，茯苓酸，蛋白質，脂肪，卵磷脂，膽鹼，組氨酸等。</p>		<p>樣孔洞，內部白色，少數淡紅色，有的中間抱有樹根。氣微，味淡，嚼之黏牙。茯苓皮呈不規則片狀，外面棕褐色至黑棕色，內面白色或淡棕色，質較軟，略具彈性。茯苓塊、茯苓片多呈方形或長方形塊片，長 3~4 cm，厚約 7 mm，白色、淡紅色或淡棕色，平滑細膩，較易破碎。</p> <p>(2) 茯苓皮：本品呈長條形或不規則塊片，大小不一。外表面棕褐色至黑褐色，有疣狀突起；內面淡棕色或灰棕色，並常帶有白色或淡紅色的皮下部分。質較鬆軟，略具彈性。氣微，味淡，嚼之黏牙。</p> <p>(3) 赤茯苓：本品為類球形、橢圓形或不規則形之乾燥厚片，厚度寬 0.5~0.3 cm，外皮薄而粗糙，棕褐色至黑褐色，有明顯皺縮紋理，體重，質堅實。斷面有顆粒性，有的具裂隙，內部淡紅色或淡棕色。</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
				<p>(4) 茯神：本品為類球形、橢圓形或不規則形之乾燥厚片，厚度寬 0.5-0.3 cm，外皮薄而粗糙，棕褐色至黑褐色，有明顯皺縮紋理，體重，質堅實。斷面有顆粒性，有的具裂隙，內部白色或灰白色，中間抱有松根，質鬆體輕，無皮，略似朽木。</p> <p>粉末——</p> <p>(1) 茯苓：本品粉末灰白色。未經透化處理的切片，可見無色不規則形顆粒團塊、末端鈍圓的分枝狀團塊及細長菌絲；遇水合氯醛液黏化呈膠凍狀，加熱團塊物溶化。用 5% 氫氧化鉀溶液透化處理的切片，可見菌絲細長，稍彎曲，有分枝，無色（內層菌絲）或帶棕色（外層菌絲），長短不一，直徑 3~16 μm，橫隔偶見。</p> <p>(2) 茯苓皮：本品粉末為灰白色。菌絲眾多，無色、淡棕色或棕色，細長，稍彎曲，有時具有分枝，直徑 3~8</p>

編號	中藥材		中藥基原小組建議	委員決議
				<p>μm，部分達 16 μm。顆粒狀團塊形狀不規則，無色。分枝狀團塊無色，直徑 10~24 μm。</p> <p>(3) 赤茯苓：組織切片中外皮部分為無數菌絲組成，在內部與看到多數類卵形或不規則的顆粒狀物，粉末灰白色，不規則顆粒狀團塊和分枝團塊，無色，菌絲無色或淡棕色，細長稍彎曲，部分有分支。</p> <p>(4) 茯神：組織切片中外皮部分為無數菌絲組成，再內部與看到多數類卵形或不規則的顆粒狀物，中間抱有木部，粉末灰白色，不規則顆粒狀團塊和分枝團塊，無色，菌絲無色或淡棕色，細長稍彎曲，部分有分支，直徑 3~4 μm。</p>

肉桂與桂心補充說明

中藥典	肉桂	桂枝	桂皮	肉桂油	桂皮末
<p>臺灣 中藥典 第二版</p>	<p>CINNAMOMI CORTEX Cinnamon Bark 本品為樟科 Lauraceae 植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 之乾燥樹皮。習稱「桂皮」。 本品所含揮發油不得少於 1.0%(v/w)。 性 狀： 1. 一般性狀--本品為圓筒形或半圓筒形之捲曲皮片，厚 1~3 mm。外面現灰棕色或棕色，往往附有少量之栓皮，內面現棕色或淡紅棕色。折斷面呈均平之顆粒性。具強烈之芳香，味香辛而略澀。</p>				
<p>中華人民共和國藥典 2015</p>	<p>CINNAMOMI CORTEX 本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 的乾燥樹皮。多於秋季剝取，陰乾。 性 狀： 1. 性狀--本品呈槽狀或捲筒狀，長 30~40cm，厚</p>	<p>CINNAMOMI RAMULUS 本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 的乾燥嫩枝。春、夏二季採收，除去葉，曬乾，或切片曬乾。 性 狀： 1. 性狀--本品呈長圓柱</p>		<p>CINNAMON OIL 本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 的乾燥枝、葉經水蒸氣蒸餾提取的揮發油。</p>	

中藥典	肉桂	桂枝	桂皮	肉桂油	桂皮末
	<p>0.2~0.8cm。外表面灰棕色，稍粗糙，有不規則的細皺紋和橫向突起的皮孔，有的可見灰白色的斑紋；內表面紅棕色，略平坦，有細皺紋，劃之顯油痕。質硬而脆，易折斷，斷面不平坦，外層棕色而較粗糙，內層紅棕色而油潤，兩層間有1條黃棕色的線紋。氣香濃烈，味甜、辣。</p>	<p>形，多分枝，長30~75cm，粗端直徑0.3~1cm。表面紅棕色至棕色，有縱稜線、細皺紋及小疙瘩的葉痕、枝痕和芽痕，皮孔點狀。質硬而脆，易折斷。切片厚2~5mm，切面皮部紅棕色，木部黃白色至淺黃棕色，髓部略呈方型。有特異香氣，味甜、微辛，皮部味較濃。</p>			
<p>香港 中藥材 標準</p>	<p>CINNAMOMI CORTEX 本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 的乾燥樹皮。多於秋季剝取，陰乾。 性 狀： 1. 性狀--本品呈槽狀或捲筒狀，長 3.5~50cm，完全張開寬 0.5~6cm，厚 1~6mm。外表面灰棕色，稍粗糙，有不規則的細皺紋和橫向突起的皮孔，有的可見灰白色斑紋；內表面紅棕色，略平坦，有細皺紋，劃之顯油</p>	<p>CINNAMOMI RAMULUS 本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl 的乾燥嫩枝。春、夏二季採收，除去葉，曬乾，或切片曬乾。 性 狀： 1. 性狀--本品呈長圓柱形，多分枝，長 20.8~55.8cm，粗端直徑 2~18cm。表面紅棕色至棕色，有縱稜線、細皺紋、點狀皮孔及小疙瘩</p>			

中藥典	肉桂	桂枝	桂皮	肉桂油	桂皮末
	<p>痕。質硬而脆，易折斷，斷面不平坦，外層棕色而較粗糙，內層紅棕色而油潤，兩層間有 1 條黃棕色的線紋。氣香濃烈，味甜、辣。</p>	<p>狀的葉痕、枝痕和芽痕。質硬而脆，易折斷。切片厚 1~3mm，切面皮部紅棕色，木部黃白色至淺黃棕色，髓部呈類方型。有特異香氣，味甜、微辛，皮部味較濃。</p>			
<p>日本 藥局方</p>	<p>ケイヒ（桂皮） CINNAMOMI CORTEX Cinnamon Bark 本品は <i>Cinnamomum cassia</i> Blume (Lauraceae) の樹皮又は周皮の一部を除いたものである。 1. 性状：本品は、通例、半管状又は巻き込んだ管状の皮方で、厚さ 0.1～0.5cm、長さ 5～50cm、径 1.5～5cm である。外面は暗赤褐色を呈し、内面は赤褐色を呈し、平滑である。破折しやすく、折面はやや繊維性で赤褐色を呈し淡褐色の薄層がある。 本品は特異な芳香があ</p>			<p>ケイヒ油 （桂皮油） OLEUM CINNAMONI 本品は <i>Cinnamomum cassia</i> Blume の葉と小枝若しくは樹皮又は <i>Cinnamomum zeylanicum</i> Nees (Lauraceae) の樹皮を水蒸気蒸留して得た精油である。 1. 性状：本品は黄色～褐色の液で、特異な芳香があり、味は甘</p>	<p>ケイヒ末 （桂皮末） CINNAMOMI CORTEX PULVERATUS Powdered Cinnamon Bark 本品は「ケイヒ」を粉末したものである。 1. 性状：本品は赤褐色～褐色を呈し、特異な芳香があり、味は甘く、辛く、後にやや粘液性で、わ</p>

中藥典	肉桂	桂枝	桂皮	肉桂油	桂皮末
	り、味は甘く、辛く、後にやや粘液性で、わずかに収れん性である。			くやくようである。	ずかに収れん性である。
新編 中藥誌	<p>CORTEX CINNAMONI</p> <p>性 状：</p> <p>1. 性状：肉桂皮本品呈槽状或捲筒状，長 30~40cm，寬 3~10cm，厚 0.2~0.5(~0.8)cm。外表面灰棕色，有不規則的細皺紋、小裂紋及橫向突起的皮孔，有的可見地衣附著的灰白色斑紋；內表面紅棕色或暗紅棕色，略光滑，有細皺紋，劃之顯油痕。質硬而脆，易折斷，斷面略帶顆粒性，外側棕色，內側紅棕色而油潤，中間有 1 條淺黃棕色的線紋。氣芳香，味甜、微辛辣。</p>	<p>RAMULUS CINNAMOMI</p> <p>性 状：</p> <p>1. 性状：本品呈長圓柱形，多分枝，有的稍彎曲，粗端直徑 0.3~1cm。表面棕色至紅棕色，粗枝略呈灰棕色，有縱條紋及微突起的葉痕、芽痕或有細枝殘跡，皮孔點狀橢圓形。質硬而脆，易折斷不平坦。皮部紅棕色，木部黃白色。髓部略呈方型。有特殊香氣，味甜微辛。</p>	<p>CORTEX CINNAMONI</p> <p>性 状：</p> <p>1. 性状：肉桂皮本品呈捲筒状或不規則板塊，長 10~35cm，直徑 1~3cm，板塊狀可寬至 7cm，厚 1~3(~6)cm。外表面灰棕色，有細皺紋，內表面紅棕色或暗紅棕色，有細皺紋。質硬而脆，斷面外側棕色，內側紅棕色，中間有 1 條淺黃棕色的線紋。氣香，味甜、微辛辣。</p>		
中國藥 材學	<p>CORTEX CINNAMOMI</p> <p>本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl (<i>C. aromaticum</i> Nees) 的樹皮。</p>	<p>RAMULUS CINNAMOMI</p> <p>本品為樟科植物肉桂 <i>Cinnamomum cassia</i> Presl</p>			

中藥典	肉桂	桂枝	桂皮	肉桂油	桂皮末
	性 狀： 1. 性狀：企邊桂、油桂筒	的嫩枝。 1. 性狀：枝條圓柱形，有分枝，最細枝略呈四棱形，直徑 2~9mm。表面棕紅色或紫棕色，微有光澤，有縱條紋，可見斷枝痕、葉痕、芽痕及細點狀皮孔，較粗枝條皮部作環狀橫裂，細枝皮部易剝落而露出紅棕色木部。髓部略呈方型。有特異香氣，味甜、微辛，皮部味較濃。			

表十二

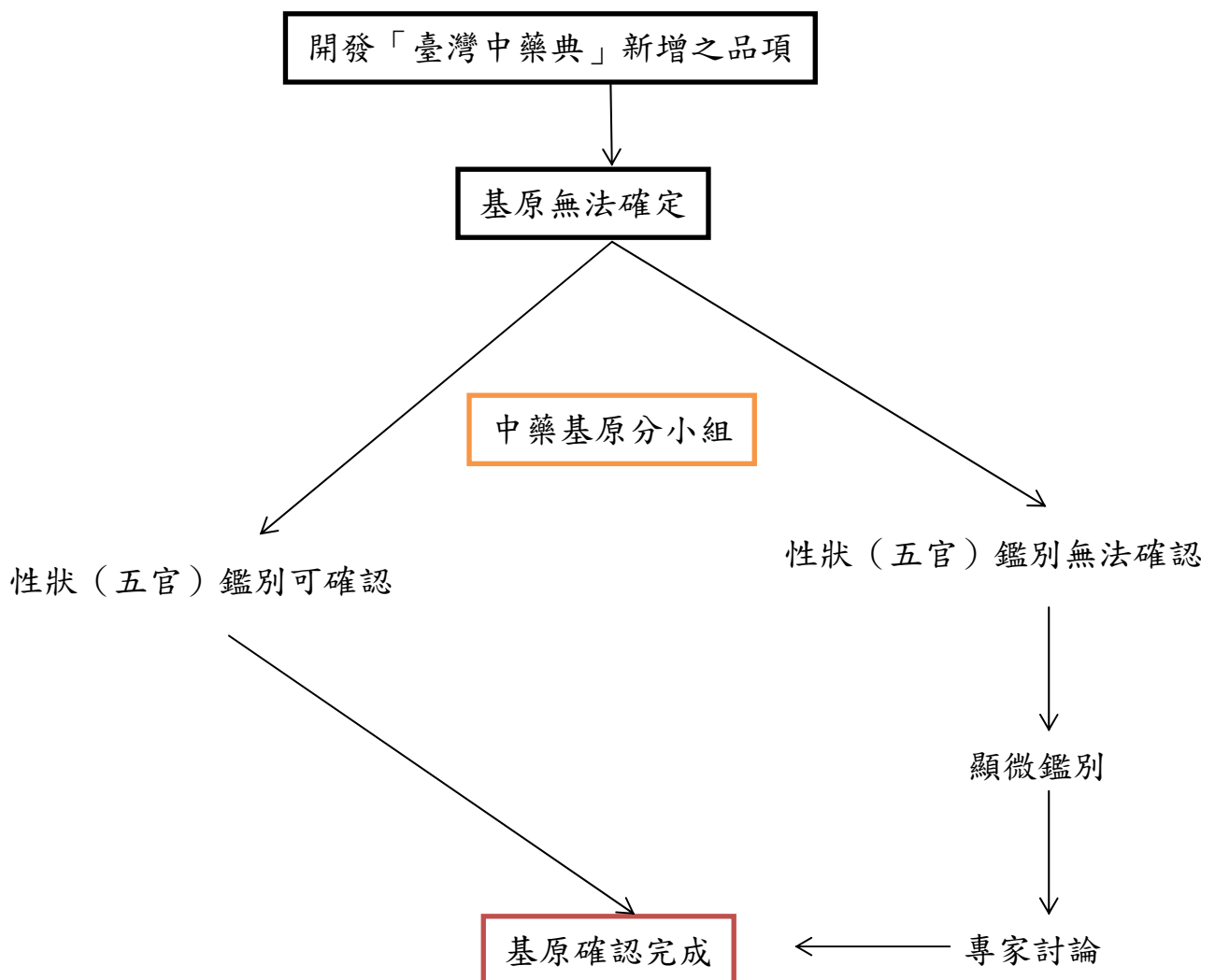
編號	臺灣	大陸	術語
1	開放性維管束	無限維管束	open v.b
2	閉鎖性維管束	有限維管束	closed v.b
3	放射維管束	輻射維管束	radial v.b
4	並立型維管束	外韌維管束	collateral v.b
5	複並型或兩立型維管束	雙韌維管束	bicollateral vascular bundle
6	外篩(外韌)包圍型維管束	周韌維管束	amphicribal concentric vascular bundle; amphicribal bundle
7	外木包圍型維管束	周木維管束	amphivasal concentric vascular bundle; amphivasal bundle; ectoxylar concentric bundle; leptocentric bundle
8	木質部；木部	木質部；木部	xylem
9	螺旋紋導管	螺紋導管	spiral vessel
10	有緣紋孔或重緣孔	具緣紋孔	bordered pit
11	階紋導管	梯紋導管	scalariform vessel
12	髓線	射髓	medullary ray
13	假導管	管胞	<u>tracheid</u>
14	柄細胞或柄腺毛	柄細胞	stalk cell
15	合點或胚珠	合點	chalaza

表十三、建置「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」

「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」成立目的，係為提供中藥典之中藥材或中藥製劑規格開發研究所需之中藥材基原鑑定諮詢服務。

- 一、鑑定範圍：以開發中藥典之中藥材或中藥製劑所需之中藥材品項為主。
- 二、鑑定內容：一般性狀(五官)鑑別或必要時選用顯微鑑別等。

「中藥典藥材基原鑑定諮詢室」之諮詢服務流程



表十四、兩岸中藥藥典差異詳析

資料來源：中藥基原小組

編號	中文名	頁碼	藥材名稱 (含生藥名)基原	建議/說明	會議決議
1	威靈仙	THP (P.161)	CLEMATIDIS RADIX	CLEMATIDIS RADIX (THP) 利用部位為根及根莖。	委員決議依(CP2015) 生藥拉丁名 CLEMATIDIS RADIX ET RHIZOMA
		本品為毛茛科 Ranunculaceae 植物威靈仙 <i>Clematis chinensis</i> Osbeck、棉團鐵線蓮 <i>Clematis hexapetala</i> Pall. 或東北鐵線蓮 <i>Clematis manshurica</i> Rupr.之乾燥根及根 莖。	CLEMATIDIS RADIX ET RHIZOMA (CP)利用部位為根 及根莖。		
		CP2015 (P.250)	CLEMATIDIS RADIX ET RHIZOMA	THP 及 CP 之基原植物均同， 故生藥拉丁名建議依 CP 之 CLEMATIDIS RADIX ET RHIZOMA	
		本品為毛茛科植物威靈仙 <i>Clematis</i> <i>chinensis</i> Osbeck、棉團鐵線蓮 <i>Clematis</i> <i>hexapetala</i> Pall. 或東北鐵線蓮 <i>Clematis</i> <i>manshurica</i> Rupr.的乾燥根和根莖。			

刊 名：中醫藥年報（光碟版）

副刊名：第六期

出版機關：衛生福利部

發行人：陳時中

編輯委員：黃怡超 褚文杰 林美智 蔡素玲 陳聘琪 陳昭蓉 游婉如

助理編輯：陳慧馨 黃彥豪 康靖華 謝采蓓 陳穎蓉 黃琮祐 蘇葦娟

地 址：臺北市南港區忠孝東路六段 488 號

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

電 話：(02)8590-6666

傳 真：(02)8590-7076

出版年月：2017 年 11 月

創刊年月：2012 年 10 月

期刊頻率：年刊

版 次：第 1 版第 1 刷

其他類型版本說明：本刊另登載於中醫藥資訊網（網址為：<http://www.mohw.gov.tw>）

印製單位：尚暉文化事業有限公司

電 話：(02)2958-6010

地 址：220 新北市板橋區板新路 103 號 4 樓之 1

展 售 處：國家書店松江門市

地址：104 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話：(02)2518-0207

<http://www.govbooks.com.tw>

五南文化廣場

地址：400 臺中市中山路 6 號

電話：(04)2226-0330 轉 821

<http://www.wunanbooks.com.tw>

定 價：新臺幣 155 元整

GPN：4610202502

ISSN：2305-087X

©欲利用本光碟全部或部分內容者，須徵求衛生福利部同意或書面授權©



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
促進全民健康與福祉

©欲利用本書全部或部分內容者，須徵求衛生福利部同意或書面授權©