

ISSN 2305-087X

中醫藥年報

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy

年刊2019(108年)第八期

Annual 2019 Issue 8

(第二冊)



中華民國一百零八年十二月 製作

Published in December, 2019

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 2019 (108 年)

第八期

Annual 2019

Issue 8

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
中華民國一百零八年十二月 製作
Published in December, 2019

中醫藥年報(光碟版)第八期

(第二冊)

計畫編號	計畫名稱	執行機構	計畫主持人
MOHW106-CMAP-M-114-000223	中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討	新生醫護管理專科學校	高駿彬
MOHW106-CMAP-M-114-112107	建置癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式(2-1)	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	蔡明諺
MOHW106-CMAP-M-211-000406	新南向國家中藥管理法規制度探討研究計畫	中華民國製藥發展協會	莊武璋
MOHW106-CMAP-M-211-000407	中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫	中國醫藥大學	蘇奕彰
MOHW107-CMAP-M-114-000404	臺灣中藥典第三版總編修及諮詢服務	中國醫藥大學	張永勳
MOHW107-CMAP-M-114-000405	中藥濃縮製劑品質規格科學研究	中國醫藥大學	彭文煌
MOHW107-CMAP-M-114-000407	編修中藥材檢驗規格技術規範	弘光科技大學	何玉鈴
MOHW107-CMAP-M-114-000408	編修中醫臨床應用規範	義守大學	施純全
MOHW107-CMAP-M-114-122109	建構中西醫合作照護模式計畫(2-2)	中國醫藥大學	顏宏融
MOHW107-CMAP-M-114-122111	建置癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式(2-2)	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	蔡明諺
MOHW107-CMAP-M-114-122112	建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式(2-2)	中國醫藥大學北港附設醫院	馮逸卿
MOHW107-CMAP-M-114-122402	原住民族藥用植物調查研究及彙編再版(2-2)	弘光科技大學	何玉鈴
MOHW107-CMAP-M-114-133401	推動國際級中醫藥學術電子期刊(3-3)	國立臺灣大學	沈立言
MOHW107-CMAP-M-211-000101	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	臺北市立聯合醫院	許中華
MOHW107-CMAP-M-211-000105	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	沈炫樞

中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之 蒐集與探討

高駿彬

新生醫護管理專科學校

摘 要

目的：

為加強中藥材與中藥製劑的品質管制及保障中藥用藥安全，衛生福利部於 105 年度公告中藥材含二氧化硫、黃麴毒素及重金屬限量基準與中藥濃縮製劑含異常物質限量基準，並為了解各國對中藥材與中藥製劑含異常物質之管理規範，於 106 年度公告徵求「中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」計畫，以作為後續研訂相關管理規範之參考。

方法：

本計畫依衛生福利部公告之研究重點，完成蒐集各國相關資料，包括中華人民共和國藥典、香港中藥材標準、日本藥局方、韓國藥典、韓國草藥典、美國藥典、美國草藥典、英國藥典、歐洲藥典、國際衛生組織（WHO）植物著作及國際藥典，了解其對中藥材與中藥製劑含異常物質（包括重金屬、黃麴毒素、農藥殘留及二氧化硫）之管理規範及標準。另外，也蒐整中國大陸、香港、日本、韓國、馬來西亞、新加坡、加拿大之販賣業管理制度，與臺灣衛生福利部現行規範進行探討與比較。

結果：

計畫彙整結果發現臺灣在中藥材與中藥製劑之重金屬與二氧化硫異常物質管理部分，有較全面且通則性的規範；大陸藥典在藥材部分，除二氧化硫以通則性規範外，其他則以個別性規範為主，製劑除微生物外，則皆未規範；日本藥局方規範多數品項之總重金屬及砷限量；韓國藥典以個別性規範多數品項之重金屬限量、二氧化硫及黃麴毒素；香港中藥材標準、歐洲藥典及英國藥典以通則性規範個別重金屬、黃麴毒素及農藥殘留；美國則以通則性規範農藥殘留，其餘為個別性規範。此外，計畫執行間舉辦三次座談會，邀請專家學者代表共同討論，並由業界提出實務上有疑義之異常物質品項，在藥材部分有：建議修訂重金屬規範

29 品項、修訂二氧化硫規範 71 品項，修訂修訂黃麴毒素規範 16 品項，在製劑部分：建議修訂規範有橘核丸及抵當湯二方劑。

結論：

計畫蒐集及彙整各國（或地區）資料可作為未來回饋修訂檢討及農藥殘留標準規範訂定之重要參考資料，對於有實務上執行困難之品項，建議加強市售品的檢驗，以建立背景數據，或請公會協助彙整所屬會員廠中藥材異常物質之檢驗數據，或請公會鼓勵所屬會員廠強化異常物質檢驗數據的整理及文章發表，透過建立科學性的依據，以提供政策制定或標準修訂的依據。

關鍵詞：中藥材、中藥製劑、二氧化硫、黃麴毒素、重金屬

Collection and discussion of international limits for safety tests in TCM and TCM preparations

Chun-Pin Kao

Hsin Sheng Junior College of Medical Care and Management

ABSTRACT

Purpose:

In order to enhance the quality control of traditional Chinese Medicine (TCM) herbs and TCM preparations, and guarantee the safety use of the herbs consumed, the Ministry of Health and Welfare (MOHW) promulgated the safety limits of sulfur dioxide, aflatoxins, heavy metals and microbials in TCM herbs and TCM herbal preparations in 2016. In addition, to better understand the international regulations for the management of safety test limits in TCM and TCM preparations, MOHW has pursued the project of collecting and discussing international limits for safety tests in TCM and TCM preparations in 2017, as a reference for future management of relevant issues.

Method:

Based on the research priority promulgated by MOHW, this project had collected related regulations and allowable safety test limits (including heavy metals, aflatoxins, pesticide residues and sulfur dioxide) on TCM herbs and TCM herbal preparations from China Pharmacopoeia (CP), Hong Kong Chinese Materia Medica Standards (HCMMS), Japan Pharmacopoeia (JP), Korea Pharmacopoeia (KP), Korea Herbal Pharmacopoeia (KHP), The United States Pharmacopoeia and the National Formulary (USP), Herbal Medicines Compendium (HMC), British Pharmacopoeia (BP), European Pharmacopoeia (EP), WHO monograph and the International pharmacopoeia. In addition, we also searched the trafficking management systems in mainland China, Hong Kong, Japan, South Korea, Malaysia, Singapore and Canada to discuss and compare with the current systems in Taiwan.

Result:

The results of the project showed that Taiwan has more comprehensive and general rules on the management of heavy metals and sulfur dioxide anomalies in TCM and TCM preparations. In the Chinese Pharmacopoeia, the standards of sulfur dioxide in TCM is a general rules, while others limits are individual norms, and TCM preparations only have microbial limit. The most item is specifications for total heavy metals and Arsenic limits in the Japanese Pharmacopoeia and individual specifications for total heavy metals, sulfur dioxide and aflatoxin in the Korea Pharmacopoeia. It is a general rule for the specifications of heavy metals, toxins and pesticide residues in Hong Kong Chinese Materia Medica Standards (HKCMMS), Europeia Pharmacopoeia and England Pharmacopoeia. The pesticide residue is also a general rule in the United States Pharmacopoeia. At the end of the project, three panel discussions were held with experts to discuss the safety limits. In TCM, the 29 items are proposed to revise the heavy metals limits, the 71 items are proposed to revise for the sulfur dioxide limits and 16 items are proposed to revise the aflatoxin limits. In TCM preparations, the “Jyu Her Pill” and “Di Dang Tang” are proposed to revise for the heavy metals limits.

Conclusion:

The collection and compilation of data from all countries (or regions) can be served as an important reference to review, revision and setting pesticide residue standards of specifications of TCM and TCM preparations in the future. For items with practical difficulties in implementation, they are proposed to strengthen the inspection of commercial products to establish the background data, or ask the Association to collect data on inspection of anomalous substances in TCM owned by affiliated member factories, or encourage the affiliated member factories to strengthen the collation and publication of anomalous material inspection data to be a scientific basis for setting policy or revising specifications.

Keywords: TCM, TCM preparations, sulfur dioxide, aflatoxin, heavy metal

壹、前言

衛生福利部中醫藥司於 2006 年完成推動中藥 GMP 制度，大幅提昇國內中藥及中藥製劑之品質，完成確保全民健康之階段性任務。然而，保障民眾用藥安全與避免市售中藥混誤用，乃政府需長期監視市場使用情形之重要工作，因此繼 2004 年 3 月 9 日公告我國第一部中華中藥典⁽¹⁾，建立 200 品項之中藥檢驗規格後，衛生福利部也持續了解各國中藥材品質管制規範，委託研究建立國內市售中藥材品質管制相關背景數據，於 101 年底公告「臺灣中藥典第二版」(Taiwan Herbal Pharmacopeia，簡稱 THP)⁽²⁾，並自 102 年 4 月 1 日起實施，第二版藥典不僅增加品項至 300 種，更強化化學規格檢驗標準，以提升國內中藥之品質，更進一步確保民眾用藥安全。

雖然衛生福利部已積極委託研究建立背景數據，也制定臺灣中藥典作為中藥材及中藥製劑的品質管理依據，但目前臺灣市售中藥材絕大部分仰賴進口，為強化了解國際上中藥材、中藥製劑及食品所含異常物質管理規範與相關法規及中藥從業人員等相關規範與制度，並與國際潮流接軌，衛生福利部中醫藥司於 100 年委託台北醫學大學許秀蘊教授執行「探討歷年中藥材之異常物質背景值研究及建立相關限量標準草案」⁽³⁾，該計畫搜尋並討論臺灣傳統藥典（第一版，2004 年版）、行政院衛生署有關異常物質限量標準公告⁽⁴⁻¹³⁾、藥物食品檢驗局調查研究年報⁽¹⁴⁻³²⁾、中華藥典（第六版，2006 年版）、日本藥局方（15 版，2006 年版）、香港中藥材標準（第一冊 2005 年、第二冊 2008 年、第三冊 2010 年）、歐洲藥典第六版（2008 年版）、美國藥典（2008 年版）及中華人民共和國藥典（2010 年版）等資料中的異常物質規範。

然而各國在法規上與時俱進且持續更新，迄 2017 年各國藥典最新版本為：日本藥局方（17 版，2016）⁽³³⁾、香港中藥材標準（第一~八冊）⁽³⁴⁾、歐洲藥典第九版（2016 年）⁽³⁵⁾、美國藥典第 40 版-國民處方集 35 版（2017 年）⁽³⁶⁾、中華人民共和國藥典（2015 年版）⁽³⁷⁾、韓國藥典（2015 年版）⁽³⁸⁾等，而加拿大、馬來西亞等尚未有藥典，但仍有中藥或植物藥相關政策在持續推動，因此為瞭解歐洲、美國及亞太地區之中藥品質管理趨勢、法規現況、藥典編修進展及最新公定檢驗技術等，衛生福利部中醫藥司也積極就研究面、法規面及制度面等各層面公告委託研究計畫，包括：臺灣中藥典總編修及諮詢服務⁽³⁹⁾、臺灣中藥典第二版增補板各組編修事務⁽⁴⁰⁾、中藥材與中藥製劑之品質管制規範⁽⁴¹⁾...等，以持續落實中藥科學化與現代化的

管理制度，建立民眾中藥用藥安全的環境。

2016年衛生福利部委託中國醫藥大學執行「國際及兩岸中藥品質管制趨勢探討」⁽⁴²⁾計畫，計畫內容除邀請國際專家學者共同探討，也彙整建立「2016兩岸中藥藥典差異評析研究專冊」，評析兩岸規範差異，而依據研究專冊彙整重金屬、農藥殘留、黃麴毒素及二氧化硫之比較結果，重金屬（含總重金屬及分項重金屬）部分：臺灣中藥典有人參等61個品項進行重金屬檢測，大陸藥典2015年版則有丹參等28個品項進行重金屬檢測；農藥殘留部分：臺灣中藥典有人參等16個品項進行農藥殘留檢測，大陸藥典2015年版除人參、甘草、西洋參及黃耆等4個品項另有規範外，其餘依第四部2341農藥殘留量測定法通則規範；黃麴毒素部分：臺灣中藥典有八角茴香等13個品項進行黃麴毒素檢測，大陸藥典2015年版有大棗等19個品項進行黃麴毒素檢測。二氧化硫(SO₂)部分：臺灣中藥典有3個品項的二氧化硫限量為500 ppm；大陸藥典2015年版除山藥等10個品項及其飲片之二氧化硫限量為400 ppm外，其餘依第四部0212藥材和飲片檢定通則規範。

此外，在臺灣中藥典記載規範的基礎之下，過去多年期間，衛生福利部也透過委託研究成果，陸續公告中藥材或中藥製劑在重金屬、黃麴毒素、農藥殘留及微生物之品項及限量標準：

- 一、中藥材部分：經修訂後相繼重新於105年5月10日公告「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準」⁽⁴³⁾及105年8月10日公告「中藥材含重金屬限量基準」⁽⁴⁴⁾。其中中藥材之黃麴毒素規範：除礦物類藥材及菊花等18項市售藥食兩用中藥材不適用外，八角茴香、大棗、大腹皮、女貞子、小茴香、山茱萸、山楂、水蛭、玄參、甘草、白殭蠶、全蠍、地龍、決明子、防風、使君子、延胡索、枸杞、柏子仁、紅耆、胖大海、胡椒、苦杏仁、香附、射干、桃仁、陳皮、麥芽、黃耆、蜈蚣、遠志、酸棗仁、蓮子、橘皮、薏苡仁、檳榔、麴類等37個品項之總黃麴毒素限量10 ppb(黃麴毒素B₁、B₂、G₁、G₂之總量)，黃麴毒素B₁限量：5 ppb。二氧化硫(SO₂)規範：除礦物類藥材及菊花等18項市售藥食兩用中藥材不適用，大棗、山柰、山楂、山藥、天門冬、天麻、牛膝、白及、白木耳、白朮、白芍、白果、百合、芎藭(川芎)、赤芍、知母、芡實、枸杞、栝樓根(天花粉)、烏梅、當歸、葛根、蓮子、龍眼肉、黨參等25個品項之限量為400 ppm，其他中藥材二氧化硫限量則為150 ppm；重金屬規範：除134特定品項中藥材及菊花等18項市售藥食兩用中藥材外，其餘皆以「分項重金屬限量基準(砷3 ppm、鉛5 ppm、鎘1 ppm、

汞0.2 ppm)」為通則性規範。

二、中藥製劑部分：100年8月29日公告修正「中藥濃縮製劑含異常物質之限量」之適用範圍及其實施日期⁽⁴⁵⁾，及102年12月26日公告「中藥濃縮製劑及天王補心丹等22項中藥傳統製劑含異常物質限量基準」⁽⁴⁶⁾，內容包含總重金屬、砷、鎘、汞、鉛、微生物總生菌數、大腸桿菌、沙門氏菌等規範。而95年10月26日署授藥字第0950003236號公告則保留之人參、甘草、黃耆及番瀉葉等4品項濃縮及傳統單味製劑之農藥殘留規範（DDT總量1.0 ppm、BHC總量0.9 ppm、PCNB (Quintozene) 限量1.0 ppm），以及八角茴香、紅棗、大腹皮、女貞子、小茴香、山楂、山茱萸、枸杞子、胡椒、麴類、延胡索、橘皮、黃耆及蓮子等14品項濃縮及傳統單味製劑之黃麴毒素限量(15 ppb)規範。

綜上，為與時俱進了解各國對於中藥材與中藥製劑等含異常物質管理規範情形，衛生福利部公開徵求「中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」計畫，以供後續研訂相關管理規範及制訂政策之參考依據，因此，本計畫依公告研究重點「中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」之目標，已完成下列研究工作：

- 一、蒐集各國（如大陸、韓國、日本、美國、加拿大、馬來西亞及越南等）與國際組織（如國際食品法典委員會、CODEX等），有關中藥材、中藥製劑及食品之異常物質管理規範（含檢驗品項、標準、管理原則、使用規範...）、標示管理。
- 二、蒐集各國（如大陸、韓國、日本、美國、加拿大、馬來西亞及越南等）對於中藥材及中藥製劑等販賣業資格要求與從業人員資格要求等相關規定，並與臺灣現行管理規定進行比較與探討，提出相關建議。
- 三、經了解各國品質規範情形後，召開3次以上專家會議【邀請之專家將包含藥學、食品、化學、衛生行政等領域專家學者，及消費者保護團體與產業代表，邀請人員名單將先經衛生福利部同意】，與臺灣現行規定制度進行探討與比較，就研究結果進行討論，並提出建議，以提供衛生福利部未來檢討中藥材與中藥製劑安全衛生管理規範之參考。

貳、材料與方法

中藥材、中藥製劑及食品之異常物質（重金屬、農藥殘留、黃麴毒素、二氧化硫）部分，查詢「出版藥典國家或組織」、「未出版藥典國家」及「國際組織」後，進行蒐集並檢索藥典內容或檢索網頁法規資訊；「中藥材之包裝標示及販賣業人員資格」則進行各國網頁法規資訊檢索，相關資料經彙整比較後，分次進行專家座談，架構圖如圖1。

一、蒐集有關中藥材、中藥製劑及食品之異常物質管理規範、標示管理、中藥材及中藥製劑等販賣業資格要求與從業人員資格要求等相關規定：

(一)各國藥典之回顧性檢索（含衛生福利部公告）：依衛生福利部中醫藥司公告內容中已出版藥典之國家，主要針對藥典中重金屬、農藥殘留、二氧化硫及黃麴毒素等異常物質進行回顧性檢索與彙整，此外，另依審查委員建議，增加歐洲藥典及國際藥典內容彙整。主要藥典如下：

1. 臺灣中藥典第二版（Taiwan herbal pharmacopoeia，2012年版）⁽²⁾
2. 中華人民共和國藥典（Pharmacopoeia of the People's Republic of China，2015年版）⁽³⁷⁾
3. 香港中藥材標準（Hong Kong Chinese Materia Medica Standards，第一冊2005年、第二冊2008年、第三冊2010年、第四冊2012年、第五冊2012年、第六冊2013年、第七冊2015年、第八冊2016年）⁽³⁴⁾
4. 韓國藥典（Korean Pharmacopoeia，2015年版/第11版）⁽³⁸⁾
5. 日本藥局方（The Japanese Pharmacopoeia，2016年版/第17版）⁽³³⁾
6. 美國藥典 USP40-NF35（The United States Pharmacopeia and the National Formulary，2017年版）⁽³⁶⁾
7. 歐洲藥典（European Pharmacopoeia，2017年版/第9版）⁽³⁵⁾
8. 國際藥典（The International Pharmacopoeia，2016年版/第6版）⁽⁴⁷⁾
9. 衛生福利部有關異常物質限量標準公告^(13、43-46)

(二)藥材及製劑分類

1. 參考中國大陸分類方式，藥材分為「原藥材」、「炮製品」及「粉末」，製劑分為「植物油脂和提取物」與「成方製劑和單味製劑」，「成方製劑和單味製劑」再分為「單方製劑」與「複方製劑」。

2. 以美國藥典(USP)舉例說明如下表：

藥材/ 製劑	原藥材/ 炮製品/ 粉末	種類	USP 名稱	基源
藥材	原藥材	藥材	American ginseng	dried roots of <i>Panax quinquefolius</i> L. (Fam. Araliaceae)
藥材	粉末	粉末	Powdered american ginseng	<i>American ginseng</i> reduced to a fine or very fine powder, NLT 4.0% of total ginsenosides, calculated on dried basis
提取物	--	提取物	Powdered american ginseng extract	pulverized dried roots of <i>Panax quinquefolius</i> L. (Fam. Araliaceae), NLT 10.0% of total ginsenosides, calculated on anhydrous basis
製劑	--	膠囊	American ginseng capsules	powdered <i>American ginseng</i> extract, NLT 90.0% and NMT 110.0% of labeled amt of extract, sum of ginsenoside

(三)各國或國際組織之網站檢索：

透過各國（大陸、韓國、日本、美國、加拿大、馬來西亞、越南）及國際食品法典委員會（CODEX）等國家及國際組織之相關主管機關網站，檢索搜尋下列內容：

1. 中藥材、中藥製劑及食品之異常物質管理規範（含檢驗品項、標準、管理原則、使用規範...），並檢索加拿大及馬來西亞兩個未出版藥典國家之規範。
2. 中藥販賣業人員的管理規定。
3. 中藥材包裝標示管理情形。

各國中藥主管機關相關網頁，舉例如下：

編號	單位	網址
1.	中華人民共和國國家中醫藥管理局	http://www.satcm.gov.cn/
2.	國家食品藥品監督管理總局	http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0001/
3.	香港特別行政區政府中醫藥事務部	http://www.cmd.gov.hk/html/b5/index.html

編號	單位	網址
4.	香港中醫藥管理委員會	http://www.cmchk.org.hk/pcm/chi/#../.. /chi/main_index.htm
5.	韓國食品藥品監督管理局	http://www.mfds.go.kr/
6.	日本國立醫藥品食品衛生研究所	http://www.nihs.go.jp/index-j.html
7.	日本醫藥品醫療機器審查中心	http://www.pmda.go.jp/english/index.html
8.	美國食品與藥物管理局 (FDA)	http://www.fda.gov
9.	加拿大衛生部自然健康產品處 Health Products and Food Branch	http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index-eng.php
10.	馬來西亞衛生部傳統與輔助醫藥委員會 Traditional & Complementary Medicine Division	http://tcm.moh.gov.my/v4/bmelayu/
11.	馬來西亞國家藥品管制局 The National Pharmaceutical Regulatory Agency (NPRA)	https://npra.moh.gov.my/index.php/about-npcb/npcb-info
12.	越南衛生部 Ministry of health	http://moh.gov.vn/sites/en-us/pages/home.aspx
13.	國際食品法典委員會	http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/

二、召開專家座談會：至少召開3次以上專家會議，就上述研究結果進行討論，並提出建議。

(一)經衛生福利部同意邀請包含藥學、食品、化學、衛生行政等領域專家學者，及消費者保護團體與產業代表之專家。

(二)每二個月召開一次專家座談會，時間定為 6、8、10 月，實際會議之次數及時間，將視需求調整，提供平台討論各國在中藥材、中藥製劑含異常物質等之相關規範，並提出檢討與建議。

參、結果

本計畫依衛生福利部 106 年度「中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討（案號：M06G9222）」委託研究計畫之研究重點目標，計畫在原有規劃搜尋 9 份藥典、標準或公告的基礎下，另外蒐集中華藥典、韓國草藥典、美國草藥法典、英國藥典、WHO 植物著作等 5 份資料併入彙整統計，而越南有藥典規範但無異常物質規範收載，馬來西亞及加拿大未出版藥典則不列入比較，以使計畫內容共蒐集 14 個國家（或地區）之藥典或標準進行異常物質規範之分類與比較，106 年度完成蒐集各國（如大陸、韓國、日本、美國、加拿大、馬來西亞及越南等）與國際組織，藥典中有關中藥材、中藥製劑及食品之異常物質管理規範、標示管理；及各國對於中藥材及中藥製劑等販賣業資格要求與從業人員資格要求等相關規定，並召開 3 次專家會議，與臺灣現行管理規定進行比較與探討，以提出相關建議。各項工作說明如下：

一、中藥材異常物質國際規範探討

各國或地區彙整比較結果說明如下：

(一)各國或地區異常物質規範品項數量（見表 1、表 2、圖 2～圖 6）

1. 總重金屬規範品項數量部分，以日本藥局方規範數量(102 品項)最多，其次依序為臺灣衛生福利部公告（25 品項，不含臺灣中藥典及中華藥典數量）、韓國草藥典（20 品項）、大陸藥典（11 品項）、韓國藥典（1 品項），其他則未規範。
2. 個別重金屬（砷、鎘、汞、鉛）規範品項數量部份，以臺灣衛生福利部公告規範數量（全部）最多，其次依序為韓國草藥典（277-286 品項）、香港中藥材準（275 品項）、英國藥典（227 品項）、歐洲藥典（223 品項）、韓國藥典（157-158 品項）、世界衛生組織專論（135 品項）、日本藥局方（101 品項）、美國藥典（92-93 品項）、大陸藥典（15-21 品項）；其中歐洲藥典未規範砷的限量，日本藥局方僅規範砷的限量，世界衛生組織植物著作僅規範鎘及汞的限量，國際藥典則未規範，此外，大陸藥典、臺灣中藥典及歐洲藥典另有銅的限量規範。
3. 二氧化硫規範數量部份：臺灣衛生福利部公告與大陸藥典皆規範全部藥材，但礦物類除外；此外，韓國藥典（157 品項）及韓國草藥典（127 品項）亦有個別性規範，其他則未規範。

4. 黃麴毒素規範數量部份：香港中藥材標準規範數量（267 品項）最多，其次依序為、臺灣衛生福利部公告（37 品項）、大陸藥典（19 品項）、韓國藥典（17 品項），韓國草藥典規範數量（3 品項）最少，其他則未規範。
5. 農藥殘留規範數量部份：香港中藥材標準規範數量（267 品項）最多，其次依序為韓國草藥典（247 品項）、英國藥典（227 品項）、歐洲藥典（223 品項）、韓國藥典（148 品項）、世界衛生組織專著（121 品項）、美國藥典（98 品項）、美國草藥法典（15 品項）、日本藥局方（20 品項）、臺灣中藥典（16 品項），大陸藥典規範數量（4 品項）最少。

(二)各國或地區異常物質規範品項標準（見表 3、4）

以「通則性規範」及「個別性規範」（含藥典或標準收載品項中 50% 以上具規範及藥典或標準收載品項中 50% 以下具規範規範）進行分類。

1. 總重金屬部份：皆為個別性規範，臺灣衛生福利部公告限量為 20 ppm 或 30 ppm，大陸藥典介於 5-40 ppm，日本藥局方在 5-20 ppm，韓國藥典 20 ppm，韓國藥典 20-50 ppm，歐洲藥典 5 ppm，其餘未有規範標準。
2. 個別重金屬部份：
 - (1)通則性規範：臺灣衛生福利部公告（砷 3 ppm、鎘 1 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.2 ppm）、香港中藥材標準（砷 2 ppm、鎘 1 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.2 ppm）、美國藥典（砷 2 ppm、鎘 0.5 ppm、鉛 5 ppm、汞 1 ppm）、英國藥典（鎘 1 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.1 ppm）及歐洲藥典（鎘 1 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.1 ppm）。
 - (2)個別性規範：
 - 2-1.藥典或標準收載品項中 50% 以上具規範，包括韓國藥典（砷 3 ppm、鎘 0.3 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.2 ppm）、韓國草藥典（砷 3-5 ppm、鎘 0.3-0.7 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.2 ppm）、美國草藥法典（砷 2 ppm、鎘 0.5 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.2 ppm）。
 - 2-2.藥典或標準收載品項中 50% 以下具規範，包括英國藥典砷的限量及歐洲藥典銅的限量。
3. 二氧化硫部份：

- (1)通則性規範：臺灣衛生福利部公告及大陸藥典（礦物類藥材除外，除部分品項 400 ppm 外，其他皆為 150 ppm）。
- (2)個別性規範：韓國藥典及韓國草藥典（限量 30 ppm）。
4. 黃麴毒素部份：
- (1)通則性規範：香港中藥材標準（總黃麴毒素 10 ppb，黃麴毒素 B₁ 5 ppb）。
- (2)個別性規範：臺灣衛生福利部公告（總黃麴毒素 10 ppb，黃麴毒素 B₁ 5 ppb）、大陸藥典（總黃麴毒素 10 ppb，黃麴毒素 B₁ 5 ppb）、韓國藥典及韓國草藥典（總黃麴毒素 15 ppb，黃麴毒素 B₁ 10 ppb）。
5. 農藥殘留：各國或地區規範品項數差異甚多，且對農藥殘留種類的要求也有相當大的差別。
- (1)通則性規範：美國藥典、美國草藥法典、英國藥典、歐洲藥典、WHO 植物著作。規範值依各種農藥不同而有不同規範；BP、EP、植物著作沒有規範 Bromide, inorganic，其餘與 USP 及 HMC 相同：Acephate 0.1 mg/kg、Alachlor 0.05 mg/kg、Aldrin + dieldrin 0.05 mg/kg、Azinphosethyl 0.1 mg/kg、Azinphos-methyl 1 mg/kg、Bromide, inorganic 125 mg/kg、Bromophos-ethyl 0.05 mg/kg、Bromophos-methyl 0.05 mg/kg、Bromopropylate 3 mg/kg、Chlordane 0.05 mg/kg、Chlorfenvinphos 0.5 mg/kg、Chlorpyrifos-ethyl 0.2 mg/kg、Chlorpyrifos-methyl 0.1 mg/kg、Chlorthal dimethyl 0.01 mg/kg、Cyfluthrin 0.1 mg/kg、 λ -Cyhalothrin 1 mg/kg、Cypermethrin and isomers 1 mg/kg、DDT 1 mg/kg、Deltamethrin 0.5 mg/kg、Diazinon 0.5 mg/kg、Dichlofluanid 0.1 mg/kg、Dichlorvos 1 mg/kg、Dicofol 0.5 mg/kg、Dimethoate and omethoate 0.1 mg/kg、Dithiocarbamates 2 mg/kg、Endosulfan 3 mg/kg、Endrin 0.05 mg/kg、Ethion 2 mg/kg、Etrimphos 0.05 mg/kg、Fenchlorophos 0.1 mg/kg、Fenitrothion 0.5 mg/kg、Fenpropathrin 0.03 mg/kg、Fensulfathion 0.05 mg/kg、Fenthion 0.05 mg/kg、Fenvalerate 1.5 mg/kg、Flucythrinate 0.05 mg/kg、 τ -Fluvalinate 0.05 mg/kg、Fonophos 0.05 mg/kg、Heptachlor 0.05 mg/kg、Hexachlorbenzene 0.1 mg/kg、

Hexachlorocyclohexane (BHC (α,β,δ)) 0.3 mg/kg、Lindan (γ -BHC) 0.6 mg/kg、Malathion and malaoxon 1 mg/kg、Mecarbam 0.05 mg/kg、Methacriphos 0.05 mg/kg、Methamidophos 0.05 mg/kg、Methidathion 0.2 mg/kg、Methoxychlor 0.05 mg/kg、Mirex 0.01 mg/kg、Monocrotophos 0.1 mg/kg、Parathion-ethyl and paraoxon-ethyl 0.5 mg/kg、Parathion-methyl and paraoxon-methyl 0.2 mg/kg、Pendimethalin 0.1 mg/kg、pentachloranisole 0.01 mg/kg、permethrin and isomers 1 mg/kg、phosalone 0.1 mg/kg、phosmet 0.05 mg/kg、piperonyl butoxide 3 mg/kg、pirimiphos-ethyl 0.05 mg/kg、pirimiphos-methyl 4 mg/kg、Procymidone 0.1 mg/kg、Profenophos 0.1 mg/kg、Prothiophos 0.05 mg/kg、Pyrethrum 3 mg/kg、Quinalphos 0.05 mg/kg、Quintozene 1 mg/kg、S-421 0.02 mg/kg、Tecnazene 0.05 mg/kg、Tetradifon 0.3 mg/kg、Vinclozolin 0.4 mg/kg。

(2)個別性規範：臺灣中藥典、香港中藥材標、大陸藥典、日本藥局方、韓國藥典、韓國草藥典。

二、中藥製劑異常物質國際規範探討

(一)各國或地區規範品項數量 (詳見表 5、6)

1. 總重金屬品項數量部分：臺灣衛生福利部公告規範數量最多，其次依序為日本藥局方、韓國藥典；大陸藥典、美國藥典、英國藥典及歐洲藥典等則未規範。
2. 個別重金屬 (砷、鎘、汞、鉛) 品項數量部份：臺灣衛生福利部公告規範數量最多，其次依序為英國藥典、歐洲藥典、日本藥局方、美國藥典、世界衛生組織植物著作、韓國藥典；僅臺灣衛生福利部公告及美國藥典砷、鎘、汞、鉛皆有規範，其他則規範 2 項或 3 項不等；大陸藥典及香港中藥材標準目前則尚未規範。
3. 二氧化硫規範數量部份：尚未有國家或地區藥典規範二氧化硫之製劑限量。
4. 黃麴毒素規範數量部份：臺灣衛生福利部公告規範最多，其次美國，其他則未規範。
5. 農藥殘留規範數量部分：韓國草藥典規範數量(131 品項)最多，

其次依序英國(128品項)、歐洲藥典(79品項)、美國藥典(51品項)、世界衛生組織植物著作(10品項)、韓國藥典(9品項)、臺灣中藥典(4品項)。

(二) 各國或地區規範品項標準，分為通則性規範及個別規範。

1. 總重金屬部份：臺灣偏屬通則性規範，標準為 30 ppm，韓國(30 ppm)、日本(1-30 ppm)為個別性規範，其餘未有規範標準。(見表 7)
2. 個別重金屬部份：(見表 7)
 - (1)通則性規範之國家或地區：臺灣(砷 3 ppm、鎘 0.5 ppm、汞 0.5 ppm、鉛 10 ppm)。
 - (2)個別規範：英國(鎘 1 ppm、汞 0.5 ppm、鉛 5 ppm)、歐洲(鎘 1 ppm、汞 0.5 ppm、鉛 5 ppm)、日本(砷 1-5 ppm、鎘 1 ppm、汞 3-5 ppm)、美國(砷 0.5-2 ppm、鎘 0.3-1 ppm、汞 0.1-1 ppm、鉛 5-10 ppm)、世界衛生組織(鎘 0.3 ppm、鉛 10 ppm)、韓國(砷 3 ppm、鉛 5 ppm)。
3. 二氧化硫部份：尚未有國家或地區藥典規範二氧化硫之製劑限量標準。
4. 黃麴毒素部份：個別性規範，美國(總黃麴毒素 4-20 ppb，黃麴毒素 B₁ 2-5 ppb)，臺灣(總黃麴毒素 15 ppb)。(見表 8)
5. 農藥殘留部分：(見表 9)
 - (1)通則性規範：美國藥典(USP)及美國草藥法典(HMC)、英國藥典(BP)、歐洲藥典(EP)及世界衛生組織植物著作，規範標準同藥材。
 - (2)個別性規範：韓國(DDT 0.1 ppm、Dieldrin 0.01ppm、BHC 0.2ppm、Aldrin 0.01 ppm、Endrin 0.01 ppm)、臺灣(依衛生福利部 95 年 10 月 26 日署授之 DDT 總量 1.0 ppm、BHC 總量 0.9 ppm、PCNB (Quintozene) 1.0 ppm)。

三、其他國家規範

加拿大⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾目前無藥典，食品補充品或健康產品(Natural Health Products)規範為：砷 0.14 µg/kg b.w./day、鎘 0.09 µg/kg b.w./day、鉛 0.14 µg/kg b.w./day、汞 0.29 µg/kg b.w./day(检测方法依藥典或國際組織認可检测方法)；Mycotoxins: aflatoxins (B₁+B₂+G₁+G₂) < 20 µg/kg (ppb)、aflatoxin B₁ <5 µg/kg (ppb)；Pesticides 依美國藥典限量；馬來西亞⁽⁵⁰⁾之植物藥則以食品方式規範，

重金屬限量規範為砷 5.0 mg/kg (或 mg/mL)、鎘 0.3 mg/kg (或 mg/mL)、鉛 10.0 mg/kg (或 mg/mL)、汞 0.5 mg/kg (或 mg/mL)。

四、供食品使用中藥材異常物質之規範

經彙整各國 (或地區) 藥典或標準之規範的情形，在 18 品項中，白木耳與烏梅乾 2 品項僅臺灣具有規範；其他品項則有一至多國或地區對於總重金屬、個別重金屬、黃麴毒素及農藥殘留部分有個別性規範或通則性規範。

五、各國中藥販賣業人員管理相關規定⁽⁵¹⁻⁶⁷⁾

完成中國大陸、香港、日本、韓國、馬來西亞、新加坡及加拿大之中藥販賣業人員之資料調查，目前有明確藥師或相關販賣業資格規定的國家有大陸、香港、日本、韓國、新加坡及加拿大等，馬來西亞則無規定。此外，也蒐集中國大陸、香港、韓國、日本、新加坡、加拿大、馬來西亞等包裝標示規範及美國、日本、歐洲、英國、大陸及新加坡之微生物規範。

六、召開產官學會議

(一)第一次專家小組會議

106 年 06 月 28 日 (星期三) 召開「藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」第一次專家小組會議，計有衛生福利部、高雄醫學大學、慈濟大學、臺灣大學、弘光科技大學及國內中藥產業相關公會等專家代表出席，對本研究彙整各國 (或地區) 藥典或規範之藥材分析資料進行討論，討論包括更新會議資檢視持續更新、資料篩選異常品項再進行討論等。

(二)第二次專家小組會議

於 106 年 08 月 21 日 (星期一) 召開「藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」第二次專家小組會議，計有衛生福利部、高雄醫學大學、慈濟大學、臺灣大學、弘光科技大學及國內中藥產業相關公會等專家代表出席，對本研究彙整業界對於重金屬、黃麴毒素、二氧化硫及農藥殘留相關資料進行討論並提供意見。

(三)第三次專家小組會議

於 106 年 10 月 12 日 (星期四) 召開「藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」第三次專家小組會議，計有衛生福利部、慈濟大學、臺灣大學、弘光科技大學、新生醫護管理專科學校及國內中藥產業相關公會等專家代表出席，對本研究彙整中藥製劑

國際異常物質規範（重金屬、黃麴毒素、二氧化硫及農藥殘留）相關資料進行討論並提供意見。

肆、討論

本計畫依衛生福利部 106 年度研究重點「中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」，主要蒐集各國（如大陸、韓國、日本、美國、加拿大、馬來西亞及越南等）與國際組織，藥典中有關中藥材、中藥製劑及食品之異常物質管理規範，惟越南有藥典規範但無異常物質規範，因而不納入比較；另蒐集各國對於中藥材及中藥製劑等販賣業資格要求與從業人員資格要求等相關規定，期間分次召開 3 次專家會議，與臺灣現行管理規定進行比較與探討，以提出相關建議提供未來制定政策參考。

一、中藥材異常物質管理部分：

各國（或地區）藥典或標準收載之中藥材（植物藥）數量之中，2015 大陸藥典(CP 10)收載品項數（618 品項）最多，其次依序為 2016 韓國草藥典(KHP)（376 品項）、2013 臺灣中藥典(THP 2)（300 品項）、2005-2016 香港中藥材標準（HKCMMS）（275 品項）、2017 英國藥典(BP 8)（222 品項）、2017 歐洲藥典(EP 9)（192 品項）、2016 日本藥局方(JP 17)（178 品項）、2015 韓國藥典(KP 11)（165 品項）、1999-2010 WHO 植物著作（135 品項）、2017 美國藥典(USP 40)（55 品項）、2016 中華藥典(Ch.P. 8)（27 品項）、2013-2015 美國草法藥典(HMC)（15 品項），2016 國際藥典(IP 6)（5 品項）最少。藥材（或植物藥）的各項異常物質管理數量及規範進行討論如下：

（一）重金屬部分：檢視各國（或地區）在總重金屬及個別重金屬（砷、鎘、汞、鉛）異常物質規範的數量上得知，臺灣、香港、韓國、美國、英國及歐洲等國家在規範個別重金屬的藥材數量較規範總重金屬的藥材數量為多，因此主要偏向規範個別重金屬，而日本則雖然在總重金屬及個別重金屬上都有規範，惟個別重金屬部分僅規範「砷限量」。大陸在總重金屬及個別重金屬規範品項數量則較少，顯示較為寬鬆，而臺灣依 2016 年衛生福利部公告，全部藥材（8 個品項不適用）皆適用個別重金屬通則規範，顯示較為嚴謹。

規範標準值部分，總重金屬皆為個別性規範，而個別重金屬以臺灣、香港、英國、歐洲及加拿大屬於通則性規範，且臺灣、香港、英國及歐洲在鎘、鉛及汞的規範標準值接近，臺灣與香港另有砷限量，加拿大則以每日量計算。韓國及美國則屬個別性規範，惟規範品項數超過藥典收載品項的 50% 以上，規範的重金屬包括砷、鎘、鉛及汞，其中鎘、鉛標準臺灣、香港、英國及歐洲與相近。

- (二)二氧化硫部分：臺灣與大陸規範全部藥材品項（礦物類藥材除外）的二氧化硫限量，屬於通則性規範，韓國為個別性規範，其他國家則未規範；規範標準部分，臺灣與大陸部分品項限量 400 ppm，其他皆為 150 ppm，韓國則規範較為嚴格，個別品項限量皆為 30 ppm。
- (三)黃麴毒素部分：香港規範全部中藥材標準品項數目最多，屬於通則性規範，臺灣、大陸、韓國也針對容易產生黃麴毒素的品項進行個別性規範，其他國家則未規範；規範標準部分，香港、臺灣及大陸在總黃麴毒素及黃麴毒素 B₁ 分別為 10 ppb 及 5 ppb，韓國則較為寬鬆，總黃麴毒素及黃麴毒素 B₁ 分別為 15 ppb 及 10 ppb。
- (四)農藥殘留部份：各國或地區規範品項數差異甚多，其中韓國草藥典規範數量最多，其次依序為香港中藥材標準、英國藥典、歐洲藥典、韓國藥典、世界衛生組織專著、美國藥典、美國草藥法典、日本藥局方、臺灣中藥典，大陸藥典規範數量最少，其中農藥殘留種類的要求也有相當大的差別，其中美國、英國、歐洲屬於通則性規範；臺灣、香港、大陸、日本及韓國則屬於個別性規範。

二、中藥製劑異常物質管理部分：

由於各國在中藥製劑的定義上有所不同，因此，在本計畫參照中國大陸藥典方式，定義藥材包括中藥材、炮製品及粉末，製劑則包括提取物與製劑（散劑、錠劑...等）後始進行分類探討；歸類結果製劑部分 2015 大陸藥典(CP 10)收載數量(1540 品項)最多，其次依序為 2017 英國藥典(BP) 128 品項、2017 美國藥典(USP 40) 89 品項、2017 歐洲藥典(EP) 76 品項、2016 日本藥局方(JP 17) 75 品項、2015 韓國藥典(KP 11) 14 品項、2013-2015 美國草藥典(HMC) 11 品項及 1999-2010 WHO 植物著作 10 品項；而臺灣中藥典目前雖然尚未收載中藥製劑部分，惟衛生福利部另有公告規範製劑異常物質之限量。製劑各項異常物質管理數量及規範進行討論如下：

- (一)重金屬部分：總重金屬部分，臺灣、韓國、日本有總重金屬規範，而其他國家則皆無規範，其中臺灣屬於通則性規範，韓國與日本則為個別性規範，規範限量皆為 30 ppm；個別重金屬部分，臺灣、英國及歐洲在屬於通則性規範，其中臺灣規範值為砷 3 ppm、鎘 0.5 ppm、汞 0.5 ppm、鉛 10 ppm，英國、歐洲與臺灣的限量標準互有增減。日本、韓國及美國則為個別性規範，中國大陸製劑最多卻無限量標準。整體而言，臺灣在總重金屬及個別重金屬皆屬於通則性規範，包括單方、複方濃縮製劑、基準方之傳統與濃縮製劑，及天

王補心丹等 22 傳統方劑，較為嚴謹。

(二)二氧化硫、黃麴毒素部分：二氧化硫各國皆無規範，黃麴毒素以美國及臺灣有個別性規範外，其他各國目前未有限量標準。

(三)農藥殘留部分：美國、英國及歐洲為通則性規範，韓國為個別性規範，各藥材品項依不同農殘種類進行規範。

在中藥製劑的定義上，臺灣、中國大陸、韓國及日本較為相近，而歐洲、英國及美國可能在藥品或食品的管理制度上與我國具有差異性，因此製劑規範之普遍性與標準有所不同。

三、供食品使用中藥材異常物質之規範

18 品項中，白木耳與烏梅乾 2 品項僅臺灣具有規範，其他品項則一至多國或地區有規範；總重金屬部分僅日本藥局方規範山藥、肉豆蔻及黃精等 3 品項，其他則皆無規範；個別重金屬部分，臺灣公告標準與其他國家一致或相近；二氧化硫部分僅臺灣、大陸及韓國具有規範；黃麴毒素部分，八角茴香、小茴香、山楂、枸杞及蓮子等 5 品項臺灣及各國皆有規範，山藥、百合、肉豆蔻、砂仁、草豆蔻、絞股藍及薄荷臺灣未公告規範，白木耳、芡實、烏梅乾、菊花、黃精及龍眼等 6 品項皆無規範；農殘部分依要求之農藥種類不同而規範不同。

四、中藥販賣業人員管理

各國對中藥或植物藥屬於藥品或食品的定義與管理方式不同，在中藥材販賣、零售及中藥製劑等專業人力上的要求亦有所區別，如：中國大陸及香港對中藥材及中藥製劑之專業人員有藥師或藥學技術人員之要求，香港對批發業沒有特殊要求；韓國藥事法規定販賣藥材及製造業之人員資格；日本藥事法規定販賣醫藥品之人員資格；馬來西亞中藥材無特殊人員資格，傳統藥有食品販賣資格即可販售；新加坡中藥材無特殊人員資格，製劑有藥師之資格要求；加拿大屬於健康保健產品，無特殊資格要求。

五、專家小組會議

(一)中藥材異常物質管理

1. 現有公告品項中由國內中藥產業相關公會提出有實務上在異常物質規範有疑義的品項進行討論，各建議品項如下：

(1)重金屬部分，計有白花蛇舌草、地榆、金銀花、前胡、毛冬青、絞股藍、狗脊、厚朴、骨碎補、淡竹葉、威靈仙、海螵蛸、豬苓、地龍、五靈脂、川芎、蓮草（通草）、紫苑、枇杷葉、蘆薈、烏藥、金不換（千層塔）、牛黃、生地（黃）、夜

明砂、姜活（羌活）、望夜砂、黃精、黨蔘等 29 品項，建議列為未來修正規範之品項參考。

- (2) 二氧化硫部份，計有白芷、麥門冬、浙貝母、苦杏仁、赤芍、山茱萸、地黃、肉桂、杜仲、牡丹皮、香附、夏枯草、柴胡、桂枝、桑葉、鹿角、麻黃、菟絲子、黃耆、黃連、熟地黃、澤瀉、龍膽、薏苡仁、款冬花、白附片、白乾薑（乾薑）、菊花、石決明、牡蠣、海螵蛸、青黛、通草、薄荷腦、生鮮類、動物類、樹脂類、加工製品類、真菌類、川牛膝（杜牛膝）、懷牛膝、白芍、白朮、半夏、黃芩、川芎、當歸、桑白皮、葛根、延胡索、桔梗、天門冬、三菱（三稜）、土茯苓、大金英（金櫻子）、升麻、天花（栝樓根）、天麻、甘草、白鮮皮、百步（百部）、沙參（南沙參）、防風、洛神花、秦艽、茯苓、草薺（粉）、蓮藕、獨活、黨蔘、白及等共提出 71 品項，建議依業界實務檢測情形，列為未來修正規範之品項參考。
- (3) 黃麴毒素部分：國內中藥產業相關公會提出計有陳皮、大棗、大腹皮、女貞子、山茱萸、防風、枸杞、苦杏仁、桃仁、黃耆、炙甘草、延胡索、酸棗仁、遠志、柏子仁、甘草、等 16 品項，建議依業界實務檢測情形，列為未來修正規範之品項參考。

2. 異常物質污染的相關因素

會議上亦討論提及造成異常物質污染的可能情形，如：農藥殘留與二氧化硫可能是有目的的添加，而重金屬和黃麴毒素則是不正常的來源，因此，對於藥材異常物質污染可能原因及相關探討簡述如下：

- (1) 重金屬污染：可能有環境污染（工業排放煙塵沉降或造成水源與土壤污染）、植物遺傳生長特性（代謝過程對某些重金屬元素具較強吸收能力）、不合理使用農藥化肥（農藥含有砷、鉛、汞、銅等重金屬，化肥則含有鎘、砷等重金屬，使用後導致植物吸收而污染）及運輸或炮製上污染（殺蟲劑、薰蒸劑、製輔料或容器等造成）等因素；而何種藥材偏屬環境污染、生長特性、不合理使用農藥...等，則需更進一步研究或科學文獻佐證。

- (2) 二氧化硫污染：二氧化硫是有目的添加，以協助藥材貯藏，

避免防蟲、防黴以及中藥材的漂白增色。中藥材自國外採收進口，可能因長途運輸而須使用無法避免，但因為二氧化硫是一種較強的還原劑，可能會改變中藥材本身的有效成分而影響品質和療效，與食品當作抗氧化劑的目的不同，惟中藥材係屬藥品，二氧化硫含量及有效成分之療效關係，則需更進一步研究或科學文獻佐證。

- (3)黃麴毒素汙染：藥材如儲存不當，則容易促使真菌生長繁殖產生毒素造成汙染。黃麴毒素(aflatoxin)為真菌毒素，毒性強且具致癌性，其中以黃麴毒素 B₁、B₂、G₁、G₂ 最常被檢出，且以黃麴毒素 B₁ 毒性最強。衛生福利部已對具有黃麴毒素汙染風險之八角茴香、大棗、大腹皮、女貞子、小茴香、山茱萸、山楂、延胡索、枸杞子、紅耆、胡椒、黃耆、蓮子、橘皮與麴類等 15 種中藥材訂定黃麴毒素限量規範（不得超出 15 ppb）。

綜上，除品項討論外，亦有討論建議考量業界數據、其他國家規範、引用期刊文獻（如重金屬與地道藥材植物特性、中藥的食用量以及殘留體內的量等因素；二氧化硫與有效成分的影響；黃麴毒素受保存、採集時間、檢驗技術等影響），以建立未來是否得以列入修正標準之論述基礎。

(二)中藥製劑異常物質管理

討論主要著重在重金屬部分，包括建議參考各國規範，已訂有分項重金屬規範品項，取消總重金屬規範，亦有建議釐清總重金屬的定義，了解制訂的原因，如許多礦物質中藥材沒有訂分項標準，如果未規範總重金屬可能無法管理，以及建議有科學性的依據或數據以支持礦物質中藥材採取分項重金屬管理方式，而不採用總重金屬規範。

(三)中藥（材）販售之專業人員管理規定

除部分資料內容再加以釐清確認外，討論包括：建議參考日本藥品定義、販賣業人員方式，以增強中藥產業環境，亦有建議每個國家在人員的定義、藥材的定義、產品的定義都不同，建議在產品定位清楚後再來討論與進行人員的規範和比較以及藥品的分類管理、人員販售通路要做整體規劃等。

伍、結論與建議

- 一、本計畫蒐集各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）中重金屬、黃麴毒素、二氧化硫等及農藥殘留等異常物質之彙整資料及其統計顯示，在重金屬及二氧化硫部分，臺灣在「藥材部分」有較全面且通則性的規範(如重金屬砷 3 ppm、鉻 1 ppm、鉛 5 ppm、汞 0.2 ppm；二氧化硫 150 ppm)；且目前在重金屬、二氧化硫及黃麴毒素之個別或通則性規範，合乎國際規範標準區間，各國（或地區）資料可作為未來回饋修訂檢討及農藥殘留標準規範訂定之重要參考資料。
- 二、建議針對業界在重金屬規範執行上有困難之品項，如白花蛇舌草、地榆、金銀花、前胡、毛冬青、絞股藍、狗脊、厚朴、骨碎補、淡竹葉、威靈仙、海螵蛸、豬苓、地龍、五靈脂、川芎、蓮草（通草）、紫苑、枇杷葉、蘆薈、烏藥、金不換（千層塔）、牛黃、生地（黃）、夜明砂、姜活（羌活）、望夜砂、黃精、黨蔘等 29 品項，加強市售品檢驗，建立背景數據，以作為未來修正規範之參考。
- 三、建議針對業界在二氧化硫規範執行上有困難之品項，如白芷、麥門冬、浙貝母、苦杏仁、赤芍、山茱萸、地黃、肉桂、杜仲、牡丹皮、香附、夏枯草、柴胡、桂枝、桑葉、鹿角、麻黃、菟絲子、黃耆、黃連、熟地黃、澤瀉、龍膽、薏苡仁、款冬花、白附片、白乾薑（乾薑）、菊花、石決明、牡蠣、海螵蛸、青黛、通草、薄荷腦、生鮮類、動物類、樹脂類、加工製品類、真菌類、川牛膝（杜牛膝）、懷牛膝、白芍、白朮、半夏、黃芩、川芎、當歸、桑白皮、葛根、延胡索、桔梗、天門冬、三稜（三稜）、土茯苓、大金英（金櫻子）、升麻、天花（栝樓根）、天麻、甘草、白鮮皮、百步（百部）、沙參（南沙參）、防風、洛神花、秦艽、茯苓、葶藶（粉）、蓮藕、獨活、黨蔘、白及等 71 品項，加強市售品檢驗，建立背景數據，以作為未來修正規範之參考。
- 四、建議針對業界在黃麴毒素規範執行上有困難之品項，如陳皮、大棗、大腹皮、女貞子、山茱萸、防風、枸杞、苦杏仁、桃仁、黃耆、炙甘草、延胡索、酸棗仁、遠志、柏子仁、甘草等 16 品項，加強市售品檢驗，建立背景數據，以作為未來修正規範之參考。
- 五、在現有藥材異常物質規範（重金屬、二氧化硫、黃麴毒素）下，國內公會所提出實務上執行困難之品項，除加強市售品的檢驗，建立背景數據外，建議請公會協助彙整所屬會員廠中藥材異常物質之檢驗數據

- 或請公會鼓勵所屬會員廠強化異常物質檢驗數據的整理及文章發表，透過建立科學性的依據，以提供政策制定或標準修訂的依據。
- 六、因植物遺傳生長特性導致重金屬異常汙染之中藥材品項（如海帶），建議透過委託研究，經由文獻調查了解可能品項及建立檢驗背景數據，以作為標準修訂的依據。
 - 七、因二氧化硫含量可能造成有效成分含量下降，建議針對二氧化硫薰蒸品項，委託研究進行文獻調查及檢驗，了解二氧化硫含量與有效成分間之關係，及有效成分含量與療效之關係。
 - 八、對於中藥材或中藥製劑，以目測法進行的總重金屬檢測方式及 ICP-MS 進行的個別重金屬（砷、鉛、鎘、汞）檢測方式，建議委託研究計畫或請公會協助建立背景值，以進一步評估探討兩種檢測方式的科學性、合理性及必要性，以及建立礦物類藥材採分項重金屬標準之檢測背景值，以作為政策制定的參考。
 - 九、本計畫蒐集彙整各國（或地區）藥典（或標準）規範「萃取物或製劑」之異常物質資料及其統計顯示，臺灣在中藥製劑的重金屬規範上，亦有較全面且通則性的規範，各國或地區資料可作為回饋修訂檢討的重要參考資料。
 - 十、在現有中藥製劑的重金屬異常物質規範下，國內公會提出橘核丸（處方組成中昆布、海帶、海藻砷含量高於公告限量）及抵當湯（處方組成中水蛭、虻蟲重金屬含量高於分項重金屬標準）因處方組成因素，而有實務上執行之困難，建議請公會及其所屬會員廠強化數據整理及文章發表，以建立科學性的依據，或參考國際規範，經產、官、學及民間團體溝通討論，以正面表列方式規範。
 - 十一、各國在製劑的定義上不盡相同，大陸、韓國及日本與臺灣有較相近的製劑組成方式，臺灣以通則性規範有助於提升中藥製劑品質，在此基礎下，建議持續探討調查國外中藥產業發展的制度，以作為臺灣政策制定的參考。
 - 十二、中藥販賣業人員資格部份，各國一般除藥師販售資格之外，中國大陸、香港及日本另有其他販賣人員資格，馬來西亞則以具有食品販賣資格販售中草藥產品，我國因現有學歷及過去中藥從業人員制度的關係，是否鬆綁或延續現有制度，本計畫調查人員管理之相關資料可供未來政策制定的參考。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW106-CMAP-M-114-000223 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

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，臺北 2004。
2. 行政院衛生署臺灣中藥典編修小組：臺灣中藥典（第二版），行政院衛生署編印，臺北 2013。
3. 許秀蘊主持人：100 年度「探討歷年中藥材之異常物質背景值研究及建立相關限量標準草案」計畫成果（CCMP100-CP-011）。
4. 中華民國93年1月13日署授藥字第0930000211 號函公告「杜仲等七種中藥材之重金屬限量標準及其相關規定」。
5. 中華民國95年10月26日署授藥字第0950003236號發布「藥事法第二十一條第三款所稱『藥品中一部或全部含有污穢者』，關於中藥製劑部分之解釋」令。
6. 中華民國95年11月10日署授藥字第0950003346號發布「中藥藥材污穢物質限量」解釋令。
7. 中華民國97年9月12日署授藥字第0970003012號發布「修正『藥品查驗登記審查準則』第八十六條」令。
8. 中華民國97年9月15日署授藥字第0970003085號函公告「中藥濃縮製劑含重金屬之限量」。
9. 中華民國97年9月15日署授藥字第0970003101號函公告「中藥濃縮製劑加味逍遙散等10個處方含重金屬及砷含量之限量」。
10. 中華民國97年9月15日署授藥字第0970003102 號函公告「中藥濃縮製劑加味逍遙散等10 個處方含微生物限量」。
11. 中華民國98年7月14日署授藥字第0980001933號函公告「補中益氣湯等濃縮製劑含重金屬及砷含量之限量」。
12. 中華民國98年7月22日署授藥字第0980001932號函公告「地龍等中藥藥材含污穢物質之限量」。
13. 中華民國99年5月28日署授藥字第0990003141號函公告修訂「中藥濃縮

製劑含異常物質之限量」。

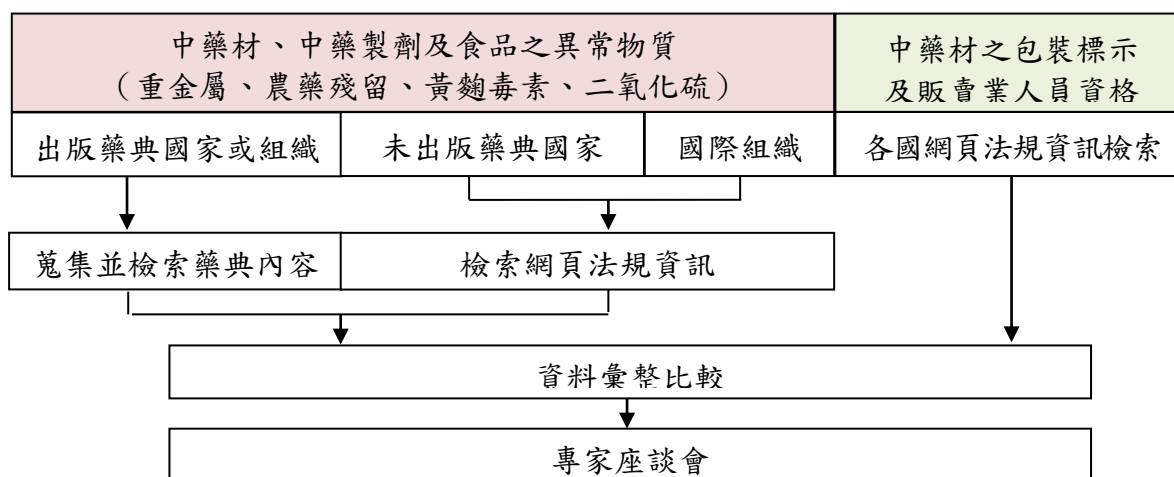
14. 賴齡、劉芳淑、徐雅慧、游佼玲、蕭碩宏、羅吉方、林哲輝。中藥材中重金屬檢驗(I)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2006; 24: 228-241。
15. 賴齡、曾人和、陳儀驊、羅吉方、林哲輝。中藥材及製劑中重金屬檢驗(II)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報2006; 24: 242- 256。
16. 徐雅慧、陳儀驊、羅吉方、林哲輝。中藥材之重金屬檢驗(III)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2007; 25: 127-139。
17. 盧芬鈴、陳儀驊、黃成禹、羅吉方、林哲輝。中藥材之重金屬檢驗(IV)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2008; 26: 112-123。
18. 盧芬鈴、陳儀驊、黃成禹、羅吉方、林哲輝。中藥材之重金屬檢驗(V)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2009; 27: 51-64。
19. 盧芬鈴、陳儀驊、曾木全、羅吉方、林哲輝。中藥材之重金屬檢驗(VI)。行政院衛生署藥物食品檢驗局九十八年度藥物品質監測計畫研究報告。
20. 盧芬鈴、陳儀驊、劉宜祝、羅吉方。中藥材之重金屬檢驗(VII)。行政院衛生署藥物食品檢驗局九十九年度藥物化妝品品質監測計畫研究報告。
21. 賴齡、劉芳淑、徐雅慧、游佼玲、蕭碩宏、羅吉方、林哲輝。中藥材中有機氯劑農藥殘留檢驗(I)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2006; 24: 257- 264。
22. 賴齡、秦玲、陳儀驊、羅吉方、林哲輝。中藥材及含人參製劑中有機氯劑農藥殘留檢驗(II)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2006; 24: 265- 273。
23. 徐雅慧、陳儀驊、羅吉方、林哲輝。中藥材中有機氯劑農藥殘留檢驗。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2007; 25: 119- 126。
24. 徐雅慧、陳儀驊、劉芳淑、羅吉方、林哲輝。中藥材中有機氯劑農藥殘留檢驗(IV)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，中醫藥年報（光碟版）第一期第九冊 2008; 26: 102-111。
25. 徐雅慧、陳儀驊、劉芳淑、羅吉方、林哲輝。中藥材中有機氯劑農藥殘留檢驗(V)。行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報，2009; 27: 42-50。
26. 徐雅慧、陳儀驊、劉芳淑、羅吉方、林哲輝。中藥材中有機氯劑農藥殘

- 留檢驗(IV)。行政院衛生署藥物食品檢驗局九十八年度藥物品質監測計畫研究報告。
27. 徐雅慧、陳儀驊、劉芳淑、羅吉方、林哲輝。中藥材中有機氯劑農藥殘留檢驗(VI)。行政院衛生署藥物食品檢驗局九十八年度藥物品質監測計畫研究報告。
 28. 徐雅慧、陳儀驊、劉宜祝、羅吉方。中藥材中有機氯劑農藥殘留檢驗(VII)。行政院衛生署藥物食品檢驗局九十九年度藥物品質監測計畫研究報告。
 29. 魏嘉伶、周美滿、胡宏達，中藥材中重金屬含量限量標準訂定(草案)之研究計畫，衛生署中醫藥委員會中醫藥年報，2004; 22: 141-170。
 30. 顏瑞泓。行政院衛生署中醫藥委員會九十九年度中醫藥研究計畫期末報告-完備中藥製劑(材)品質相關法令研究。
 31. 江鴻龍、賴俊雄、溫國慶、林國雄。行政院衛生署中醫藥委員會九十九年度研究計畫成果報告-市售中藥材重金屬與有機氯劑殘留背景質調查。
 32. 林哲輝、盧芬鈴、陳儀驊、曾木全、羅吉方。行政院衛生署九十八年度藥物品質監測計畫中藥材之重金屬檢驗(VI)。
 33. 日本藥局方第 17 版，<http://jpd.db.nihs.go.jp/jp/index.aspx>。
 34. 衛生署中醫藥事務部，香港中藥材標準(1-8 冊)，<http://www.cmd.gov.hk/html/b5/hkcmms/volumes.html>。
 35. European Directorate for the Quality of Medicine & HealthCare of the Council of Europe (EDQM); The European Pharmacopoeia ninth edition，2016.
 36. The U.S. Pharmacopoeial Convention: The United States Pharmacopoeia-National Formulary (USP40-NF35) May 1, 2017-April 30, 2018.
 37. 國家藥典委員會：中華人民共和國藥典二〇一五年版一部，中國醫藥科技出版社，北京 2015。
 38. 新日圖書(株)編輯委員會：大韓民國藥典第 11 版，2015 年 01 月 25 日發行。
 39. 衛生福利部，106 年度「臺灣中藥典總編修及諮詢服務」採購案招標公告(案號：M06G9059)。
 40. 衛生福利部，106 年度「執行臺灣中藥典第二版增補版各組編修事務」採購案(案號：M06G2075)。

41. 衛生福利部，106 年度「建立中藥材與中藥製劑之品質管制規範」採購案（案號：M06G9135）。
42. 張永勳主持人：105 年度國際及兩岸中藥品質管制趨勢探討（MOHW105-CMAP-M-114-000423）。
43. 衛生福利部令，105 年 5 月 10 日衛部中字第 1051860702 號公告「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準」。
44. 衛生福利部令，105 年 8 月 10 日衛部中字第 1051861110 號公告「中藥材含重金屬限量基準」。
45. 衛生福利部令，100 年 8 月 29 日署授藥字第 1000002752 號公告修正「中藥濃縮製劑含異常物質之限量」之適用範圍及其實施日期。
46. 衛生福利部令，102 年 12 月 26 日衛部中字第 1021881313 號公告「藥事法第二十一條第三款所稱「藥品中一部或全部含有污穢或異物者」，於天王補心丹等二十二項中藥傳統製劑部分之解釋令」。
47. 世界衛生組織，國際藥典（2016 年版 / 第 6 版），<http://apps.who.int/phint/2016/index.html#p/home>。
48. Natural Health Products Directorate：Evidence for Quality of Finished Natural Health Products，June 2007 (Version 2)。
49. Natural and Non-prescription Health Products Directorate：Quality of Natural Health Products Guide，May 1, 2015 (Version 3.1)。
50. Drug Control Authority，2004 年 8 月 12 日，Penambahan Ujian Kadmium (Cd) Dalam Pengujian logam toksik untuk produk traditional。
51. 2016 年 2 月 6 日中華人民共和國國務院第 666 號令修訂中華人民共和國藥品管理法實施條例
52. 2015 年 4 月 24 日中華人民共和國國務院發布中華人民共和國藥品管理法。
53. 2016 年 7 月 20 日國家食品藥品監督管理局令第 6 號發布藥品經營品質管制規範。
54. 2004 年 1 月 2 日國家食品藥品監督管理局發佈藥品經營授權管理辦法，自 2004 年 4 月 1 日起施行。
55. 香港衛生署 2011 年 12 月 01 日中醫藥條例，https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap549!zh-Hant-HK@2011-12-01T00:00:00?xpid=ID_1438403425146_002

56. 香港衛生署 2012 年 2 月 9 日中藥規例，
https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap549F!zh-Hant-HK@2012-02-09T00:00:00/s26,s27,P9,s28?xpid=ID_1438403429124_002
57. 厚生労働省二九年一月二五日平成令第二号，医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則，
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S36/S36F03601000001.html>.
58. 日本漢方生薬製剤協会，
http://www.nikkankyo.org/kampo/info_pi_english.html
59. 韓國藥師/藥事法(PHARMACEUTICAL AFFAIRS ACT), Act No. 10324，
2010 年 5 月 27 日修訂。
60. Traditional and Complementary Medicine Division, Ministry of Health Malaysia: 2013 Traditional and Complementary Medicine (T&CM) Act.
61. Laws of Malaysia: Poisons Act 1952 (Revised- 1989).
62. National Pharmaceutical Regulatory Division, Ministry of Health, Malaysia: Drug Registration Guidance Document (DRGD), revised March 2017.
63. The Statutes of the republic of Singapore: Health Products Act (Chapter 122D), 31st December 2008.
64. The Statutes of the republic of Singapore: Medicine act (Chapter 176), Revised edition 1985, 30th March 1987.
65. Health Science Authority, The Statutes of the republic of Singapore: Health Supplements Guidelines, Revised August 2017.
66. The Statutes of the republic of Singapore: Poisons Act (Chapter 234), Revised edition 1999, 30th December 1999.
<http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p;ident=6d8fd2aa-99ec-4703-8d81-96cfe2a3e3e5;page=0;query=DocId%3A463fb76c-3fdc-432e-b1f9-d9c8cfa607b9%20Depth%3A0%20Status%3Ainforce;rec=0#legis>
67. The Statutes of the republic of Singapore: Sale of Drugs Act (Chapter 282) Revised edition, 1985 (30th March 1987).
<http://160.96.185.113/aol/search/display/view.w3p;ident=6bbdaf17-4025-4316-8d3e-ccb845543d07;page=0;query=DocId%3A04e37678-7c2e-42e8-8eea-576854a81ff7%20Depth%3A0%20Status%3Ainforce;rec=0>

柒、圖、表



說明：

1. 出版藥典國家：如計畫公告國家，包括大陸、韓國、日本、美國及越南
2. 未出版藥典國家：如計畫公告國家，包括加拿大、馬來西亞
3. 國際組織：如計畫公告之國際食品法典委員會 (CODEX)

圖 1、「中藥材與中藥製劑含異常物質國際規範之蒐集與探討」研究步驟架構圖

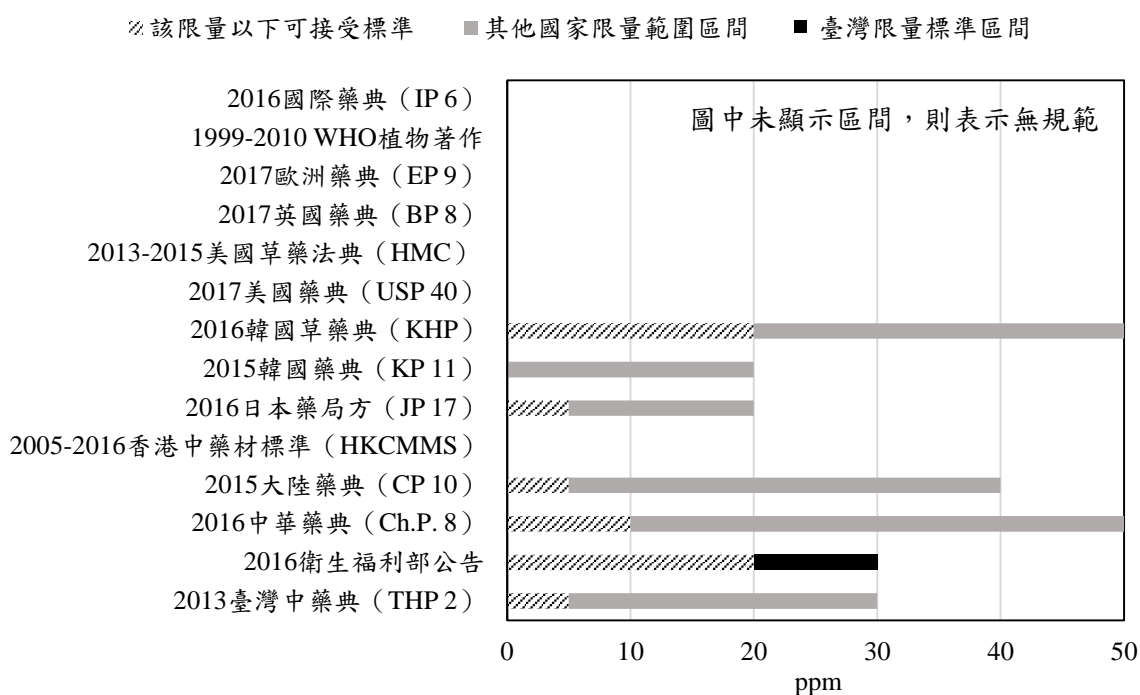


圖 2、各國 (或地區) 藥典 (或標準) 規範中草藥 (植物藥) 中異常物質 (總重金屬) 規範標準限量圖

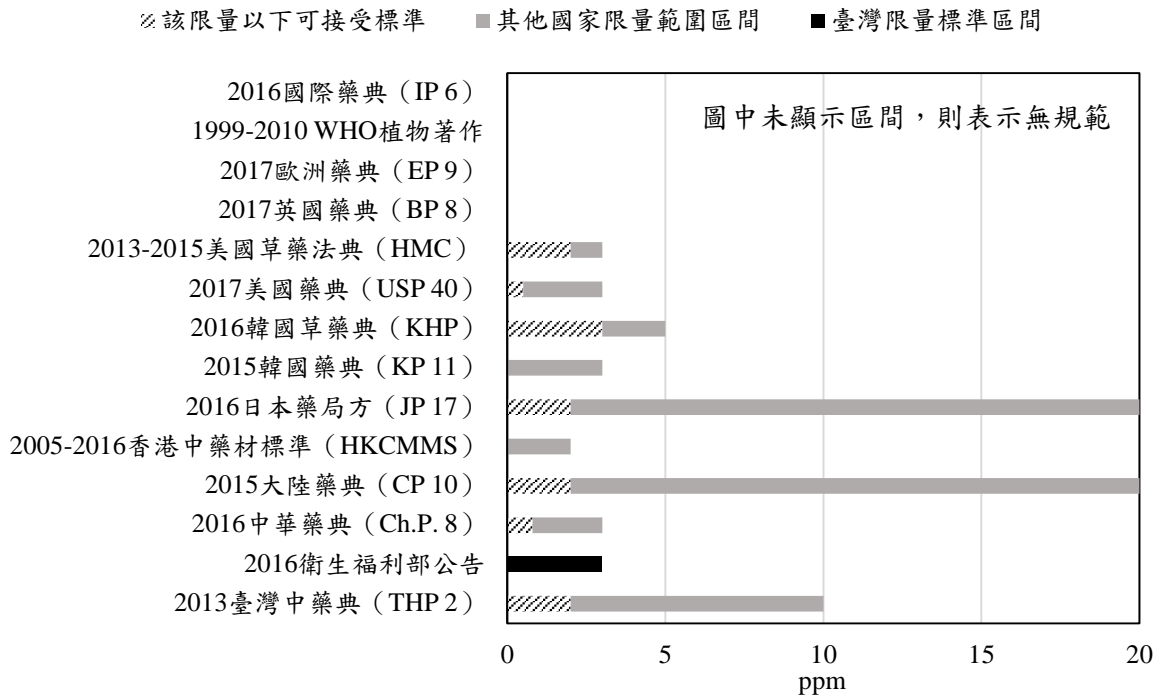


圖 3、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）中異常物質（砷）規範標準限量圖

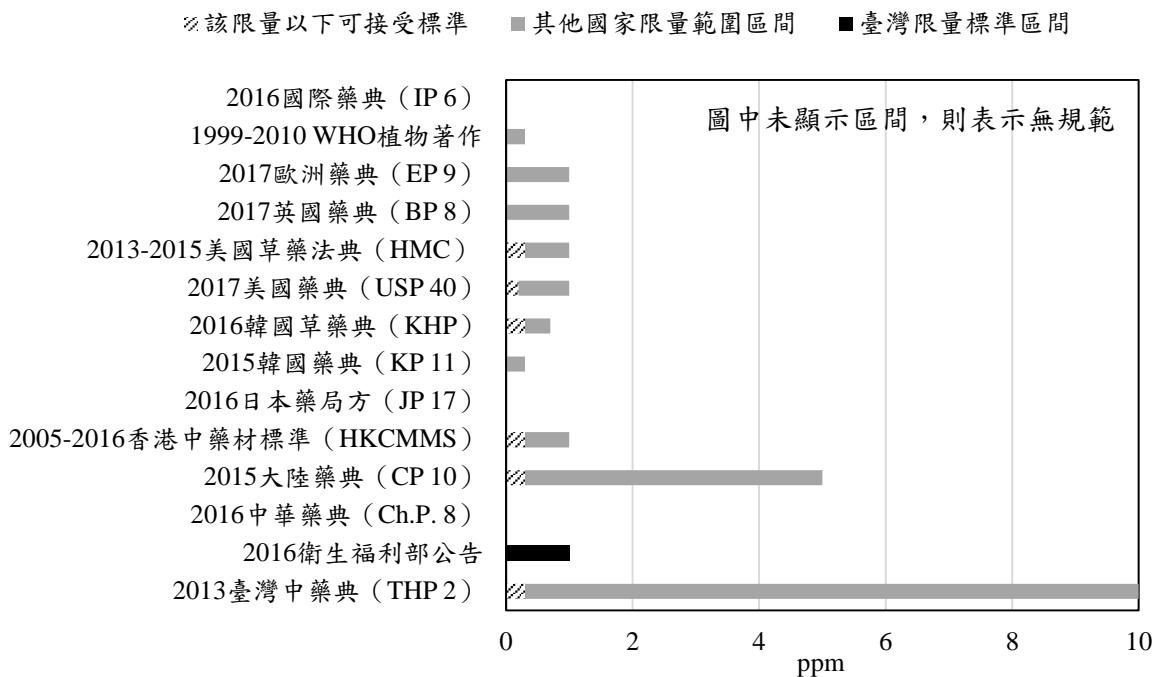


圖 4、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）中異常物質（鎘）規範標準限量圖

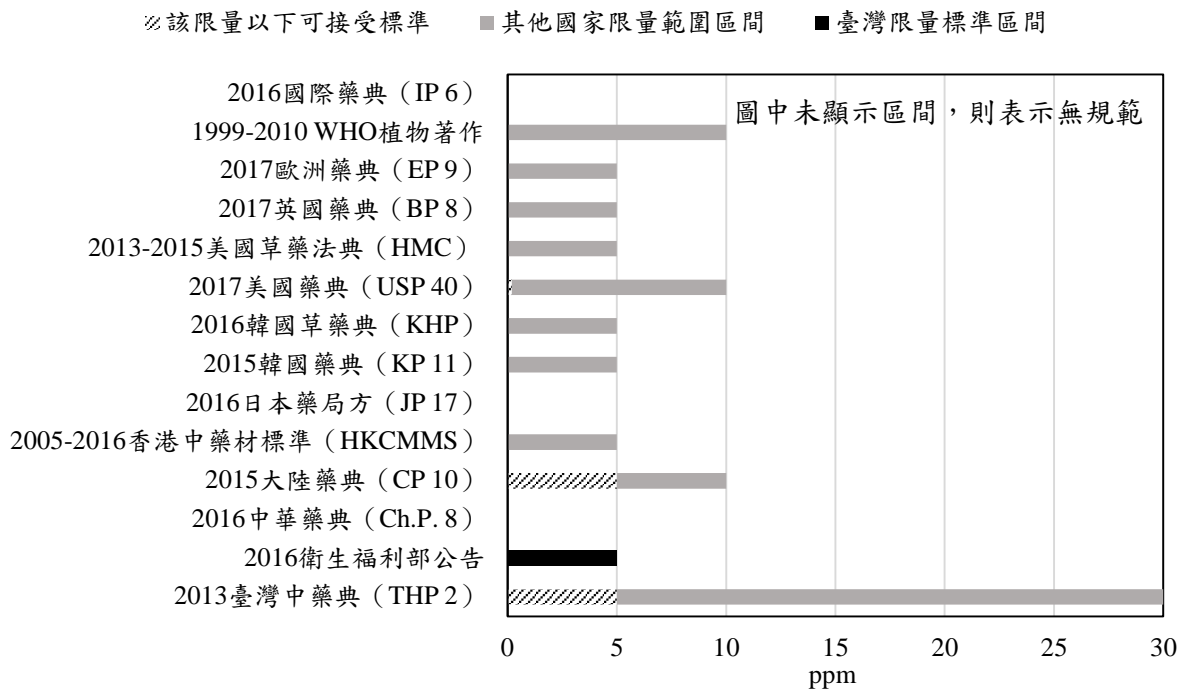


圖 5、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）中異常物質（鉛）規範標準限量圖

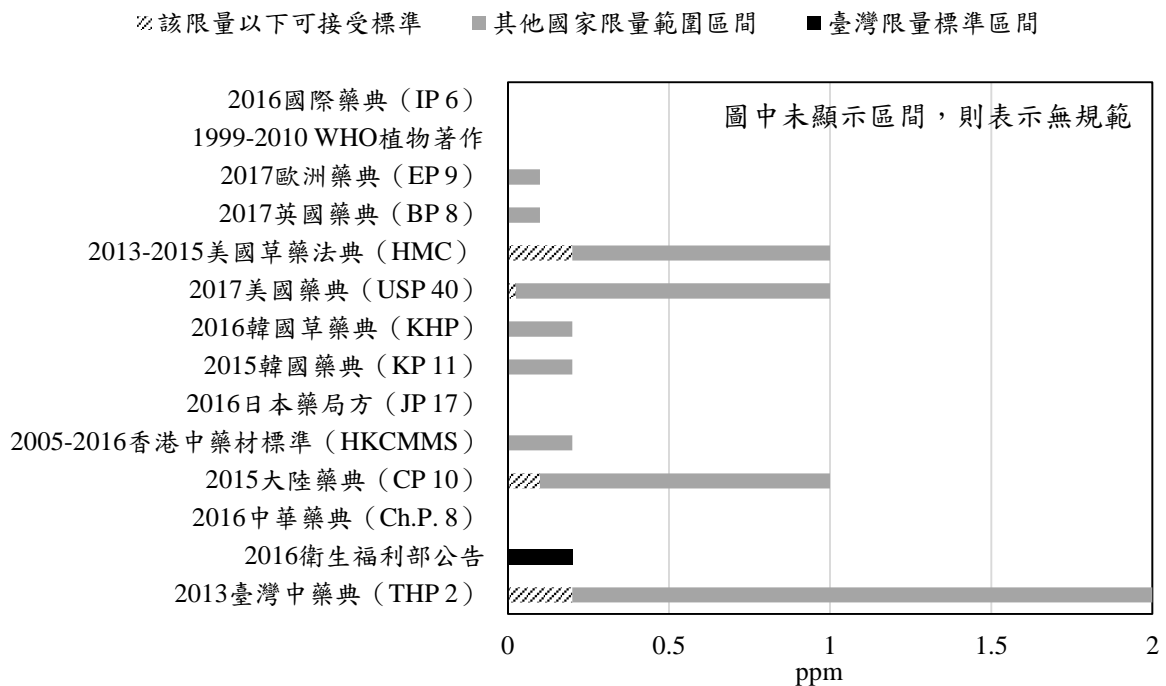


圖 6、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）中異常物質（汞）規範標準限量圖

表 1、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）中異常物質之
品項數比較表

單位：ppm

項次	異常物質 藥典／規範	收載藥材 (植物藥) 數量	總重 金屬 (Heavy metals)	砷 (As)	鎘 (Cd)	汞 (Hg)	鉛 (Pb)	銅 (Cu)
1	2013 臺灣中藥典 (THP 2)	300	47	54	20	21	21	7
2	2016 衛生福利部公告 【註 1】	全部藥材 (8 個品項 不適用)	25	全部	全部	全部	全部	—
3	2016 中華藥典 (Ch.P. 8)	27	5	2	—	—	—	—
4	2015 大陸藥典(CP 10)	618	11	21	16	16	17	15
5	2005-2016 香港中藥材 標準(HKCMMS)	275	—	275	275	275	275	—
6	2016 日本藥局方 (JP 17)	234	102	101	—	—	—	—
7	2015 韓國藥典(KP 11)	165	1	158	157	157	157	—
8	2016 韓國草藥典 (KHP)	431	20	286	278	279	277	—
9	2017 美國藥典 (USP 40)	99	—	93	92	92	93	—
10	2013-2015 美國草法藥 典(HMC)【註 2】	15	—	15	15	15	15	—
11	2017 英國藥典(BP 8)	227	—	1	227	227	227	—
12	2017 歐洲藥典(EP 9)	223	—	1	223	223	223	—
13	1999-2010 WHO 植物著 作	135	—	—	135	—	135	—
14	2016 國際藥典(IP 6)	5	—	—	—	—	—	—

註 1：2016 衛生福利部公告係指依 105 年 8 月 10 日衛部中字第 1051861110 號公告及 105 年 5 月 10 日衛部中字第 1051860702 號公告所統計之數據。

砷：昆布、海帶、海藻、冬蟲夏草、雄黃、砒石不適用砷規範。

鎘：昆布、海帶、海藻、海螵蛸、蛇床子、墨旱蓮、烏藥、鵝不食草、川牛膝、萬點金、丁豎朽、蚶殼草（積雪草，雷公根）、骨碎補、枸骨葉、薑黃不適用鎘規範。

汞：乾漆不適用汞規範。

鉛：乾漆、卷柏、萬點金、鉛丹、密陀僧不適用鉛規範。

不適用：白石英、禹餘糧、浮石（海浮石）、無名異、陽起石、磁石、瑪瑙及銅綠不適用本基準規範。

註 2：美國草藥法典(Herbal Medicines Compendium, HMC)：係指美國藥典委員會專家會議所授權收錄之資料。

表 2、各國（或地區）藥典（或標準）中二氧化硫、黃麴毒素、農藥殘留規範之品項數比較表

項次	異常物質 藥典／規範	收載藥材 (植物藥) 數量	二氧化硫 (Sulfur dioxide)	總黃麴 毒素 (afla- toxins)	黃麴毒素 B ₁	農藥 殘留
1	2013 臺灣中藥典(THP 2)	300	3	10	—	16
2	2016 衛生福利部公告	全部藥材 (8 個品項 不適用)	全部 (礦物類除外)	37	37	—
3	2016 中華藥典(Ch.P. 8)	27	—	—	—	—
4	2015 大陸藥典(CP 10)	618	全部 (礦物類除外)	19	19	4
5	2005-2016 香港中藥材標準(HKCMMS)	275	—	267	267	267
6	2016 日本藥局方(JP 17)	234	—	—	—	20
7	2015 韓國藥典(KP 11)	165	157	17	17	148
8	2016 韓國草藥典(KHP)	431	127	3	3	247
9	2017 美國藥典(USP 40)	98	—	—	—	98
10	2013-2015 美國草法藥典(HMC)	15	—	—	—	15
11	2017 英國藥典(BP 8)	227	—	227	227	227
12	2017 歐洲藥典(EP 9)	223	—	223	223	223
13	1999-2010 WHO 植物著作	135	—	—	—	121
14	2016 國際藥典(IP 6)	5	—	—	—	—

表 3、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）重金屬限量標準比較表

單位：ppm

項次	藥典或規範名稱	總重金屬 (Heavy metals)	砷 (As)	鎘 (Cd)	鉛 (Pb)	汞 (Hg)	銅 (Cu)
1	2013 臺灣中藥典(THP 2)	5-30 ^a	2-10 ^a	0.3-10 ^a	5-30 ^a	0.2-2 ^a	20 ^a
2	2016 衛生福利部公告	20-30 ^a	3 ^b	1 ^b	5 ^b	0.2 ^b	---
3	2016 中華藥典(Ch.P. 8)	10-50 ^a	0.8-3 ^a	---	---	---	---
4	2015 大陸藥典(CP 10)	5-40 ^a	2-20 ^a	0.3-5 ^a	5-10 ^a	0.1-1 ^a	20 ^a
5	2005-2016 香港中藥材標準(HKCMMS)	—	2 ^b	0.3-1 ^b	5 ^b	0.2 ^b	—
6	2016 日本藥局方(JP 17)	5-20 ^a	2-20 ^a	—	—	—	—
7	2015 韓國藥典(KP 11)	20 ^a	3 ^a	0.3 ^a	5 ^a	0.2 ^a	—
8	2016 韓國草藥典(KHP)	20-50 ^a	3-5 ^a	0.3-0.7 _a	5 ^a	0.2 ^a	—
9	2017 美國藥典(USP 40)	—	2 ^a (0.5-3)	0.5 ^a (0.2-1)	5 ^a (0.2-10)	1 ^a (0.025-1)	—
10	2013-2015 美國草藥法典(HMC)	—	2 ^a (2-3)	0.5 ^a (0.3-1)	5 ^a	0.2 ^a (0.2-1)	—
11	2017 英國藥典(BP 8)	—	90 ^a	1 ^b	5 ^b	0.1 ^b	—
12	2017 歐洲藥典(EP 9)	—	90 ^a	1 ^b	5 ^b	0.1 ^b	—
13	1999-2010 WHO 植物著作	—	—	0.3 ^a	10 ^a	—	—
14	2016 國際藥典(IP 6)	—	—	—	—	—	—

a：個別性規範；b：通則性規範

表 4、各國（或地區）藥典（或標準）規範中草藥（植物藥）二氧化硫及黃麴毒素限量標準比較表

項次	重金屬名稱	二氧化硫 (Sulfur dioxide) (ppm)	總黃麴毒素 (aflatoxins) (ppb)	黃麴毒素 B ₁ (ppb)
1	2013 臺灣中藥典(THP 2)	500 ^a	15 ^a	—
2	2016 衛生福利部公告	150 (礦物類除外) ^b	10 ^a	5 ^a
3	2016 中華藥典(Ch.P. 8)	—	—	—
4	2015 大陸藥典(CP 10)	150 (礦物類除外) ^b	10 ^a	5 ^a
5	2005-2016 香港中藥材標準 (HKCMMS)	—	10 ^b	5 ^b
6	2016 日本藥局方(JP 17)	—	—	—
7	2015 韓國藥典(KP 11)	30 ^a	15 ^a	10 ^a
8	2016 韓國草藥典(KHP)	30 ^a	15 ^a	10 ^a
9	2017 美國藥典(USP 40)	—	—	—
10	2013-2015 美國草藥法典 (HMC)	—	—	—
11	2017 英國藥典(BP 8)	—	4 ^b	2 ^b
12	2017 歐洲藥典(EP 9)	—	4 ^b	2 ^b
13	1999-2010 WHO 植物著作	—	—	—
14	2016 國際藥典(IP 6)	—	—	—

a：個別性規範；b：通則性規範

表 5、各國（或地區）藥典（或標準）規範萃取物或製劑重金屬限量情形

項次	異常物質		數量	總重金屬 (Heavy metals)	砷 (As)	鎘 (Cd)	汞 (Hg)	鉛 (Pb)
	藥典／專論							
1	2006 衛生福利部公告	單方製劑【傳統及濃縮】	14	見 2011 公告	—	—	—	—
2	2011 衛生福利部公告	單方製劑【濃縮】	全部	+++++	—	—	—	—
		複方製劑【濃縮】	全部	+++++	+++++	+++++	+++++	+++++
		基準方【濃縮及傳統】	200	+++++	+++++	+++++	+++++	+++++
3	2013 衛生福利部公告	複方製劑【傳統】	22	+++++ (22)	+++++ (22)	+++++ (22)	+++++ (22)	+++++ (22)
4	2015 大陸藥典(CP 10)	提取物	47	—	—	—	—	—
		製劑	1493	—	—	—	—	—
5	2016 日本藥局方(JP 17)	提取物	75	++++ (49)	+++ (35)	+(1)	—	+(2)
6	2015 韓國藥典(KP 11)	提取物	7	+++++(7)	—	—	—	—
		製劑	7	+++++(7)	++++ (5)	—	—	++++(5)
7	2017 美國藥典(USP 40)	提取物	55	—	++(17)	++(16)	++(16)	++(15)
		製劑	34	—	+(2)	+(2)	+(2)	+(2)
8	2013-2015 美國草藥典(HMC)	提取物	11	—	+++++ (11)	+++++ (11)	+++++ (11)	+++++ (11)
9	2017 英國藥典(BP)	提取物	80	—	—	+++++ (80)	+++++ (80)	+++++ (80)
		製劑	48	—	—	+++++ (48)	+++++ (48)	+++++ (48)
10	2017 歐洲藥典(EP)	提取物	65	—	—	+++++ (65)	+++++ (65)	+++++ (65)
		製劑	14	—	—	+++++ (14)	+++++ (14)	+++++ (14)
11	1999-2010 WHO 植物著作	提取物	10	—	—	+++++ (10)	—	+++++ (10)
12	2016 韓國草藥典(KHP)	提取物	46	+++++ (41)	+ (9)	—	—	+ (2)
		製劑	386	+++++ (315)	+++++ (224)	—	—	+++++ (219)

註：1 個“+”表示約佔該標準或規範 20% 以內數量比例

表 6、各國（或地區）藥典（或標準）規範萃取物或製劑二氧化硫、總黃麴毒素、黃麴毒素 B₁ 限量情形

項次	異常物質		數量	二氧化硫 (Sulfur dioxide)	總黃麴毒素 (aflatoxins)	黃麴毒素 B ₁
	藥典／專論					
1	2013 臺灣中藥典(THP2)	提取物	200	—	—	—
		製劑	—	—	—	—
2	2006 衛生福利部公告	單方製劑 【傳統及濃縮】	14	—	+++++(14)	—
3	2017 美國藥典(USP 40)	提取物	55	—	+(5)	+(5)
		製劑	34	—	—	—

表 7、各國（或地區）藥典（或標準）規範萃取物或製劑農藥殘留限量情形

項次	藥典／專論	農藥殘留品項數／藥典品項數
1	2006 衛生福利部公告 (包含濃縮及傳統製劑)	4/全部
2	2015 韓國藥典(KP11)	9/14
3	2015 韓國草藥典(KHP)	189/432
4	2017 美國藥典(USP40)	50/89
5	2013-2015 美國草藥法典(HMC)	11/11
6	2017 英國藥典(BP8)	128/128
7	2017 歐洲藥典(EP9)	79/79
8	1999-2010 WHO 植物著作	10/10

表 8、各國（或地區）藥典（或標準）規範萃取物或製劑重金屬限量標準比較表

項次	藥典／專論	異常物質	數量	總重金屬 (Heavy metals)	砷 (As)	鎘 (Cd)	汞 (Hg)	鉛 (Pb)
1	2006 衛生福利部公告	單方製劑 【傳統及濃縮】	14	見 2011 公告	—	—	—	—
2	2011 衛生福利部公告	單方製劑 【濃縮】	全部	30 ^b	—	—	—	—
		複方製劑 【濃縮】	全部	30 ^b	3 ^b	0.5 ^b	0.5 ^b	10 ^b
		基準方 【濃縮及傳統】	200	30 ^b	3 ^b	0.5 ^b	0.5 ^b	10 ^b
3	2013 衛生福利部公告	複方製劑 【傳統】	22	30 ^a	3 ^a	0.5 ^a	0.5 ^a	10 ^a
4	2015 大陸藥典 (CP 10)	提取物	47	—	—	—	—	—
		製劑	1493	—	—	—	—	—
5	2016 日本藥局方(JP 17)	提取物	75	1-30 ^a	1-5 ^a	1	3-5 ^a	—
6	2015 韓國藥典 (KP 11)	提取物	7	30 ^a	—	—	—	—
		製劑	7	30 ^a	3 ^a	—	—	5 ^a
7	2017 美國藥典 (USP 40)	提取物	55	—	0.5-2 ^a	0.3-1 ^a	0.1-1 ^a	5-10 ^a
		製劑	34	—	0.5-2 ^a	0.5-1 ^a	0.1-1 ^a	5 ^a
8	2013-2015 美國草藥典 (HMC)	提取物	11	—	2-3 ^a	0.3-1 ^a	0.2-1 ^a	5 ^a
9	2017 英國藥典 (BP)	提取物	80	—	—	1 ^b	0.1 ^b	5 ^b
		製劑	48	—	—	1 ^b	0.1 ^b	5 ^b
10	2017 歐洲藥典 (EP)	提取物	65	—	—	1 ^b	0.1 ^b	5 ^b
		製劑	14	—	—	1 ^b	0.1 ^b	5 ^b
11	1999-2010 WHO 植物著作	提取物	10	—	—	0.3 ^a	—	10 ^a

a：個別性規範；b：通則性規範

表 9、各國（或地區）藥典（或標準）規範萃取物或製劑二氧化硫、黃麴毒素限量標準比較表

項次	藥典／專論	異常物質	數量	二氧化硫 (Sulfur dioxide) (ppm)	總黃麴毒素 (aflatoxins) (ppb)	黃麴毒素 B ₁ (ppb)
1	2013 臺灣中藥典(THP2)	提取物	200	—	—	—
		製劑	—	—	—	—
2	2006 衛生福利部公告	單方製劑 【傳統及濃縮】	14	—	15	—
3	2017 美國藥典(USP 40)	提取物	55	—	4-20	2-5
		製劑	34	—	—	—

促進中醫多元發展計畫之建構中醫日間照 護模式計畫(2-1)

蔡明諺

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

摘 要

「癌症」位居我國十大死因的第一位，中醫藥是台灣最常使用的輔助治療方式，但多限於門診提供醫療服務，無法針對飽受癌症治療所苦的病患，提供最即時的治療，另外醫學生也無法窺知中醫在面對病患症狀改變時的因應方法。本單位自承接 105 年度衛生福利部的計畫，已初步利用前瞻性的臨床研究建立癌症病患收治族群，也完成中西醫合作的收案流程，並已經執行數位在接受西醫治療期間或治療後在中醫病房接受「中醫日間照護模式」的案例。106 年度主要延續此構思，從收治病患的經驗中，設計並針對特定癌症病患建立治療指引與臨床照護途徑，讓醫護團隊在收治此類病患時能有所依歸，順利地解決病患的不適。同時補齊本院中醫在癌症專病門診、日間照護以及中醫住院的完整性。更能夠利用臨床整合教學模式，提供中醫見實習醫學生，及住院醫師中醫日間照護經驗，增進渠等臨床經驗及技能。而中醫日間照護整合模式之成功經驗，可鼓勵並提供許多教學醫院建置中醫日照團隊的參考。

關鍵詞：癌症治療、中醫、日間照護

Build a Day Care Model of Integrated Traditional Chinese Medicine for Cancer Patients (2-1)

Tsai Ming-Yen
Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital

ABSTRACT

Cancer is the first leading cause of death in Taiwan. Traditional Chinese medicine (TCM) therapies as important ways to relieve the cancer itself, relieve the symptoms associated with anti-cancer treatments, and improve physical and mental states. However, the TCM treatment only is limited in outpatient service. It cannot provide the immediate management for distress patient as to influence the learning of young physicians.

We took the Day Care Model of Integrated Traditional Chinese Medicine for Cancer Patient from Ministry of Health and Welfare since 2016. We have built a group form different cancer patients, set a flow diagram of integrative western medicine and TCM, and completed a prospective study in our TCM ward to treat cancer patients through a daycare model. We still continue this model to establish the therapeutic guideline and clinical pathway for specific cancer in 2017. This schedule will organize the TCM principles in cancer treatment, doctors' clinical experience, and various patient needs. It also make an integrity including outpatient, day care and ward in TCM policy. More important is to provide TCM physicians the training experience, improve their clinical experience and skills.

We hope this successful experience can be a reference and help other teaching hospitals to build the TCM daycare program.

Keywords: Cancer Treatment; Traditional Chinese Medicine; Day Care

壹、前言

「癌症」103 年約 46,000 人死亡，占所有死亡人數的 28.3%，連續 33 年蟬聯高居我國十大死因的第一位。¹平均每十二分鐘又四秒就有一人因癌症而死亡，是第二名心臟疾病之三倍。²而十大癌症死亡率依序為氣管、支氣管和肺癌；肝和肝內膽管癌；結腸、直腸和肛門癌；女性乳房癌；口腔癌；前列腺（攝護腺）癌；胃癌；胰臟癌；食道癌；子宮頸及部位未明示子宮癌，順位與 102 年相同。根據健保局的資料，領取癌症重大傷病卡之人數，截至 101 年 1 月底為止，共計 437,056 人，與去年同期比較，每月也以 10% 以上的幅度成長，每月新增之重大傷病卡人數也居各類之冠。³健保的意義因為照顧重症病人而更加凸顯，即使每年癌症給付約佔全民健保總支出經費 20%，並持續增加中，這是健保不可避免的重要責任。

許多癌症患者除等候住院平均等候日久，另外也因西醫健保住院診斷關聯群的支付(DRGs)住院天數受了限制。導致病患無法在住院期間等待在體能的恢復或副作用的消除。目前已大多數患者轉門診化療，優點為兼顧醫療資源運用及病人社會角色功能。⁴化療時間 4-6 小時，但化療結束後的副作用如噁心、嘔吐、倦怠、吃不下、或血球降低等往往無法預期，甚至會有病患回家後隨即因上述症狀轉掛急診的情況發生。⁵中醫對部分癌症之症狀或副作用的治療，多有文獻證實，然健保給付上對於中西醫並進的共同照護模式仍不足。此時若能有中醫團隊適時參與癌症患者日間照護，對於病患的醫療照護品質會更好，也可以減少醫療資源的耗損。

高雄長庚中醫部做為南部的中醫教學重鎮醫院，並且為教學評鑑優良的中醫部門，每年有眾多的實習醫學生與住院醫師前來受訓，在提供學員的訓練上，舉凡門診、會診、試辦計畫及偏遠醫療等服務之外。更於 105 年藉由承接衛福部「建構中醫日間照護模式計畫」踏出與西醫腫瘤科合作的機會，除在 105 年 6 月成功設立癌症中心中醫科門診就近接觸癌症病患外，更利用 case-control study 匯集許多癌症病患的資料，建立中西醫合作的基礎和提升團隊照護的能力。因此，我們研議中醫對癌症日間照護之新式整合治療模式，讓癌症病患於西醫常規治療（如手術、放療、化療或免疫療法等）期間或治療後，運用中醫現有的團隊成員，提供病患衛教諮詢、用藥安全、甚至提供中醫多元的治療，已經逐漸建立日間照護模式的雛形。

今年則再次承接此兩年期計畫，藉由單一腫瘤的收治，讓癌症病患接受中醫日照整合醫療的模式更趨完備外，也讓住院醫師與實習醫學生，藉

由住診教學和案例討論能即時掌握與分析癌症病患的病情，提高有別於門診教學的訓練強度。希望將以上成果提供各教學醫院準備全民健康保險「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」之參考。

貳、材料與方法

本計畫是衛福部促進中醫多元發展計畫之一，為政策型、任務導向型的計畫，目的為「建置中醫日間照護模式，並提供中、西醫見實習醫學生及住院醫師中醫日間照護經驗，增進渠等臨床經驗及技能」。因此除建置照護模式作為往後政策推廣之外，譬如召開專家會議，制定臨床途徑等，還須兼具教學的活動。因涉及病患問卷資料和例行實驗室數據的收集，所以需要申請長庚醫療財團法人人體試驗委員會的審核，並於 106 年 5 月 11 日通過，證書如附錄一(案號:201700556B0)。

一、研究對象

本一年期計畫預計收治 15 例，可接受中醫日間照護模式為期 5-7 天之療程。病患在西醫腫瘤相關專科醫師那判定為術後或放、化療完治後復發(或轉移)、以及組織學上新確診的腫瘤後，正在進行或已完成西醫常規治療。收治案例在第一年主要以大腸直腸癌為主，視病患人數再進行腫瘤種類的調整。病患以癌症第 II-IV 期、體能狀態(PS 0-2)病患為主。排除條件為年齡為 20 歲以下、預期存活時間小於三個月、器官功能衰竭、孕婦、且收案期間接受其他中草醫的治療。

二、研究步驟與程序說明

針對符合上述條件之癌症病患，若於西醫治療期間或治療後所衍生之身體不適或副作用，透過西醫師門(會)診轉介，由中醫師主動諮詢病患的意願以及說明相關醫療費用後，在病患於癌症中心門診化療區接受化療的同時，安排入住收治場地-中醫病房接受中西醫日間整合照護模式的介入。

中醫師將為病患提供 5 天之日間專業照護療程，此治療模式最多可延長至 14 天，整年度配合您的治療進程並無次數的限制。主要將針對前幾次產生化療副作用或體能不適的病患，依照您的證型，採用中醫常規性治療，包含中藥、針灸、穴位敷貼、拔罐或推拿、五音治療、以及氣功導引等方式。因配合日間照護的計畫主題，主要是藉由了解日間治療項目的操作與病患回饋，來建置整個全國中醫機構可以參考的臨床照護與教學模式。因此規劃每日治療時段主要為 8:30 到 16:30。夜間除非有不適症狀，否則在病房以靜養為主。另外，配合中醫現代儀器做經絡能量的檢測，以及填寫問卷評估您接受中醫整合照護模式前後的反應以及作為照護的指標。問卷與經絡能量儀測試結果由主持人收回並作分析。

三、研究工具

- (一) 主觀評估包含生活品質量表(EORTC-QLQ-C30)中文版、疲勞指數(MFSI-SF)、症狀視覺類比量表(VAS 0-10)、化療副作用等級評估(NCI-CTCAE 4.0)：中醫收治期間的前後各評估一次。EORTC-QLQ-C30 中文版其內容涵蓋：“整體健康狀態”領域、“症狀”領域（疲倦、噁心嘔吐、疼痛、氣促、失眠、食慾喪失、便秘、腹瀉、經濟困難）以及“功能”領域（軀體、角色、情緒、認知、社會）。15 個領域的重測信度均在 0.73 以上；各領域內部一致性信度的 α 值均在 0.5 以上；各條目與其領域的相關係數 r 值均在 0.5 以上。其中，“整體健康狀態”領域和“功能”領域所得到的分數越高代表生命質量越好；“症狀”領域所得的分數越高代表生命質量越差。⁶ MFSI-SF 疲勞量表的問卷首次發表於 1998 年，主要利用 30 個項目評估病患的疲勞度。在國內研究發現針對疲勞病患內在的一致性 Cronbach's α 各次量表介於 0.83 到 0.92 之間，再測信度 $r=0.39$ 到 0.66 間，與其他的量表如中文版疲倦症狀量表(FSI)、貝氏憂鬱量表(BDI-II)、台灣版生活品質評估量表(SF-36-Taiwan Form)等相比，較具有良好的建構效度、專家內容效度、效標關連效度及對疲倦改變之敏感性。⁷
- (二) 客觀評估工具為經絡能量儀測定：經絡能量現況於臨床醫學的應用，主要是藉由測量皮膚經絡穴位微小的電位變化，得知經絡能量的高低，進而評估身體的健康狀態，現況已被廣泛的運用在人體健康狀態、陰陽體質及自律神經機能的活性分析檢定的能量為整體平衡指標、經絡平均能量、自律神經平衡度等。⁸ 文獻指出發現此測量儀器的再現性為 93.2%，但建議建立一致性和培育熟練的操作，以降低經絡檢測儀測量的誤差。⁹ 此儀器於每次收治前後各測量一次。
- (三) 例行化療前實驗室數據的收集，包含癌症指數、肝腎功能、電解質和血球數、白蛋白和體重，以及電腦斷層的結果。其中電腦斷層主要評估中醫介入期間固體腫瘤反應評估標準(RECIST criteria)¹⁰：每次收治前各紀錄一次。

四、統計方法

關於這 15 位收治的大腸直腸癌病患前後資料和數據，統計方法以成對樣本 t 檢定的統計方式分析， $P<0.05$ 符合統計學顯著的差異性。統計軟體以 SPSS 進行分析。

參、結果

一、中西醫照護團隊會議之議程(表一)與共識

(一)建立大腸癌之中醫日間照護轉介流程

1. 於 105 年 12 月 24 日至直肛科向全體西醫師報告 105 年承接衛福部「建立癌症病患的中醫日間照護整合醫療模式」之成果，讓西醫師了解民眾罹癌後使用替代醫療的使用率，以及現代癌症治療中中醫扮演的腳色，另外也說明去年與腫瘤科醫師合作收案中，大腸癌收治的案例最多，也獲得不錯的療效與病患回饋。會後大腸直腸外科醫學會陳鴻華理事長指示全力配合，並指派張家駱醫師和腫瘤科蘇祐立醫師一起參與團隊。
2. 106 年 2 月 13 日與張家駱和蘇祐立醫師商討大腸直腸癌病患的收治轉介流程(圖一)與條件，並申請本院人體試驗委員會作為收案、資料整理與論文發表用。
3. 因醫院化療床數的不足，門診化療是目前新興的替代方式，加上大腸直腸癌的病患主要化療藥物為 5-FU，以往以 5-FU 作為長期輸注化學治療的病人，須住院 1~2 日，長達數月的治療療程，目前已有居家化療使用的輸液器可取代，因此也稱為奶瓶化療。然而，此種方式帶給病人的壓力，除化療造成的生理不適，並有對陌生輸液器的安全性疑慮和面對異常狀況處理不足等，均可能造成病人治療期間的心理負荷。因此我們選定此類病患，於他們在接受門診或居家化療的同時，安排轉往中醫病房接受中西醫合治照護模式的照顧。唯獨中醫病房為自費病房，雖不受於健保的限制，但費用須由病患全額負擔，因此收治前必須對病患和家屬詳加說明，並取得其同意。

(二)制定大腸癌之中醫日間照護臨床路徑

1. 105 年 12 月 22 日舉辦第 1 次「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」的照護團隊會議，召集中醫醫護同仁說明 106 年承接衛福部計畫之主要施行內容，以及後續相關配套措施。
2. 105 年 12 月 22 日指導實習醫學生進行癌症日照病例報告與文獻整理。大腸直腸癌標準化療配方為 FOLFOX 或 FOLFIRI 為主，如果已經處在 advanced or metastatic disease 的狀態且有 wild-type pan-RAS 則須加打 anti-EGFR therapy。藉由西醫師的

指導在各種分期和狀況下的 treatment protocols，以及常見的副作用。搭配去年在「建立癌症病患的中醫日間照護整合醫療模式」下所獲取的照護臨床經驗，針對常見的副作用如噁心嘔吐、腹瀉、疲倦、咽喉刺癢、皮膚炎等和不同的日程，確立中醫藥之治療指引（草案）（圖二）與臨床照護途徑（圖三）。

3. 106年5月18日與中醫病房護理長討論目前收治案例期間所面臨的困難，如病患支出費用、前後測施行的時間、病患治療項目之選擇、以及研究助理必須主動與病患接洽之問題。另外，確認護理人員在日照扮演的腳色，以及鼓勵負責部分衛教內容如五音治療、拔罐、腹針等衛教仿單，建立自己的醫療特色。
4. 第三季團隊會議在106年8月3日舉行，與中醫病房團隊分享目前收治的成果，以及簡介各項治療手法的中醫理論根據和實證。另外確認日間照護臨床路徑在施行過程中病患的反應如何。
5. 106年10月2日舉辦第四季團隊會議（附錄二），會議中總結目前中醫病房日照病患的收治情況，以及現行癌症門診延長照護計畫自九月施行至今的收（結）案條件，人力、收治時間的分配，和目前面臨之問題。
6. 將院內營養師納入日間照護團隊，教導病患儘早選擇正確營養支持，強化例行性治療期間的營養需求，並將衛教內容鍵入病程紀錄中。（圖四）

二、建立中醫日間照護臨床教學模式

（一）病例討論會；專題、期刊或病案報告：建立每位收治病患的病歷範本（附錄三），讓住院醫師或見實習醫學生可以依此範本進行腫瘤分期與西醫現行治療配方、檢查（驗）數據的收集，另外結合病史詢問、中醫四診檢查、生活品質問卷調查以及中醫現代儀器的佐證，完成病歷書寫。在主治醫師每日查房進行簡報並擬定個別案例的治療方針，除照表操課外，也依造病情變化作調整。讓住院醫師或見實習醫學生能第一線處理癌症病患之不適，並針對症狀進行理法方藥（針）之思辨。另外，針對收治的個案進行課堂教學如下，培養住院醫師或見實習醫學生資料蒐集與報告之能力。

1. 105年12月開始每月進行針對日間照護的癌症案例進行住診教學，至今已完成8次如表二。

2. 106年5月起每季進行負責醫師教學報告，共計完成3次如表三。
3. 利用建置的病歷範本，結合中西醫診治的思維，以及臨床實踐的經驗，指導學生完成初診臨床教學案例15例的寫作。目前已完成13例如附錄四。

(二)利用本計畫邀請中西醫癌症領域之專家蒞臨本科系進行演講並進行專題教學，邀請名單如表四。分別是邀請本院腫瘤科饒坤銘主任和直肛科張家駱醫師，前者分享乳癌現行西醫治療的突破；後者則了解預防醫學中癌篩的重要性，早期發現癌症或其癌前病變，及早治療來降低死亡率與病程的轉變。以及中醫大林慈濟醫院葉家舟部主任和榮景中醫診所吳景崇院長分享中醫在癌症治療方面的經驗與實證。

三、期中報告

8月15日參加期中報告，與會委員們的回饋和回覆意見如表五：

- (一) 可考慮收治大腸、直腸癌以外的疾病，亦可考慮收治放射線治療頭頸部腫瘤病患。
- (二) 建議將個案家庭負擔列為成效指標。
- (三) 需加強經費核銷進度。
- (四) 期末報告應補充項目：
 1. 請列出臨床路徑 Day 1 至 Day 5 每日治療流程及預期結果和變異，以確實呈現照護模式。
 2. 釐清日間照護與住院治療此類病患之優劣勢與照護內涵、臨床照護之差異，以突顯此日間照護模式之特殊性，以利未來推廣。

四、中醫日間照護成果經驗分享會

中醫日間照護以多元化的中醫藥手法為主體，讓病患能在數日的收治療程裡，按照其不同體質和證型的變化施予個別化的治療方法。但如何掌握病患的狀況才是此照護方案是否成功的關鍵。我們整合建置日間照護期間醫護、營養與藥師團隊所遇到的問題，以及如何配合行政團隊予以克服之關鍵。還有觀察收治期間體針施行意願不高的病患，可以利用雷射針灸或是薄式腹針來替代，並獲得不錯的功效。另外，今年施行的「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」與本院承接衛福部計畫的立意十分接近。因此藉由9月24日的成果發表會結合中華民國中醫師公會全國聯合會、大高雄中醫師公會、和台灣中醫醫學會，邀請各領域的專家，

針對上述各項議題以及今年施行日間照護之成果提供給與會的中醫師做參考，發表會議程海報以及當天會議照片如附錄五。

當天中醫藥司與全聯會代表皆實地訪查目前本院中醫部為癌症病患設置的專病門診、中醫病房以及門診延長照護區。了解不同區域擔任的教學與診療責任的區分，以及如何在彼此間按照病患在不同病程中做調整。會議後獲得全聯會的邀請，擔任推廣此試辦計畫的授課講師，協助各中醫教學醫院建置癌症門診延長照護模式。今年參與南部奇美和大林慈濟兩教學醫院有關中西醫日間照護整合醫療模式建置之分享，以及協助嘉義院區建置中醫門診延長照護計畫的場次如表六。

五、收案現況與分析

本研究自 5 月底共有 20 位病患經癌症病患藉由腫瘤科醫師門(會)診轉介評估收案之可行性，其中 3 名因病情較嚴重而排除。截至 11 月 4 日共有 17 位病患進入觀察型研究，收案病患基本資料如表。退出者有 2 位，1 位的原因為拒絕再接受西醫化療，另 1 位則是在治療初期即因腹膜轉移引發的嚴重腹痛轉西醫住院治療。目前進行或完成治療的 15 位中，男性 6 位，女性 9 位，平均年紀為 58.4 歲。病情改善 8 位，惡化有 4 位，穩定有 3 位。收案病患資本資料如表七。最後個案於 12 月 12 日結案，症狀改善度、生活品質量表、及疲勞指數作為整理和統計檢定等資料則彙總於表八。成對 t 檢定的結果顯示，問卷部份顯示病患在 EORTC-QLQ-C30 的疲憊和疼痛兩項指標在介入後有顯著差異。

肆、討論

中醫於民國 84 年加入全民健康保險，與西醫、一同納入保險給付，除了針灸、推拿，醫療業務內容也涵蓋內、婦、兒科與西醫類似，併列為重要醫療服務。近年來，中醫的利用率一直停滯不前甚至下降，利用率一直在 29~30% 浮動，相對於西醫及牙醫年年成長，成長率明顯不足。¹¹ 中醫一直停留在門診服務已很長的一段時間，分析門診的就診疾病別中，大多以呼吸消化系統疾病為主，據 104 年統計第 1 位為症狀、徵候及診斷欠明之各種病態，占全體之 20.7%，其次呼吸系統疾病，占全體之 17.0%。再其次為損傷及中毒，占全體之 15.9%。三者合計占中醫門診件數達 5 成。¹² 可見中醫門診的服務在其他疾病別上並無更顯著的號召力，新的經營模式如住院、日間照護、或長期照護等必須試行，來開拓中醫的醫療市場與教學場地。

西醫的病房兼具病房迴診、病房住診和教學訓練等功能，也是西醫除門診外最大的醫療場地。全國開設病床的醫院近 600 家，病床數則為 12 萬左右。然而目前台灣中醫教學醫院有開設病床的，只有長庚醫院桃園分院、和高雄院區兩家，自 85 年開辦至今病床數加起來不到 70 床。雖然期刊和新聞報導上都顯示中醫病房在收治病患的成效。專題報告中也放大了中醫可以診治的慢性病或雜病重症的範疇，譬如，林口長庚這幾年陸續證明中醫病房在僵直性脊椎炎、糖尿病周邊神經病變、或癌症放療副作用等療效。¹³ 然而台灣中醫住院目前尚不納入健保給付，屬於自費範疇，限縮了病患的來源。在設置上中醫病房除了必須犧牲醫院西醫健保的床數外，還需要專業的醫師和護理人員的養成，具備基本的中西醫相關照護知識，以及病患病情發生急重症轉變的應變強度。¹⁴ 上述皆影響了教學醫院投入設置中醫病房的意願。

因此，中醫界一直嘗試尋求一個亞急性的照護模式，提供設置上較低成本，且可提供非住院的急症病患及亞急性照護病患，於中醫部門留院並以中醫藥療法治療。102 年由賴榮年教授承辦衛生福利部的計畫-「建構中醫日間留院觀察照護模式」，訂出 15 種適合中醫日間留院觀察照護的病種，也利用試辦日間留觀病床，短暫留觀包括大量血崩、卵巢過度刺激引起的腹水、急性腹痛、前置胎盤引起的子宮異常出血、高血壓性的劇烈疼痛、急性腸胃炎等；也有急性扭傷、落枕或痛經的病人。105 年由本人承辦「建立癌症病患的中醫日間照護整合醫療模式」，利用原本的中醫病房收治化療

期間的病患，來提供短期的日間照護服務，安排的治療時間為每日上午 8 點半到下午 4 點半。結果發現部分癌症病患如乳癌、大腸直腸癌和肺癌，對於參與中醫日照主動提供的治療感到滿意和肯定，也願意嘗試更多元的中醫治療方式。多數的病患大多留置 5-14 天，而這段往往是化療副作用最明顯的時間。我們觀察病患大多在 2 週後就拒絕某些治療，譬如氣功，雖然病患都了解氣功對於強身抗病的助益，但畢竟這必須要病患的體力、主動性、恆心和耐心，所以我們除了自製影帶定時播放“養生太極健康操”(https://youtu.be/TT3uN9dYGiU)，有時還必須利用團體治療的方式帶動病患主動參與，方能收到功效。可見往後若要安排日間照護療程，還是以 2 週為一個療程較適當，才不會失去中醫多元治療的美意。

然而部分病患針對門診、日間照護與中醫病房所提供的服務有所混淆，以及年輕醫師對於相關中醫治療手法如拔罐、穴敷或音樂治療的使用時機和專業、和操作熟練度仍有不足。因此 106 年期的計畫重點主要擺在大腸直腸癌，除去年計畫顯示大腸直腸癌收治的人數較多外，國內每 10 萬人有 45.1 人罹大腸癌，發生率冠全球，如果獲得妥善的治療，平均五年存活率可以到 6 成，因此值得我們中醫師深入探討。常用的大腸直腸癌化學治療藥物包括 5-Fluorouracil (5-FU，常搭配葉酸)、Irinotecan、Oxaliplatin、Capecitabine 等，前三者為針劑，Capecitabine 為 5-FU 的前驅藥物，口服後在體內轉換為有效的 5-FU。¹⁵ 這些藥物常見的副作用包括噁心嘔吐、胃腸不適、血球降低，各別使用會考量肝腎功能；另外，Oxaliplatin 累積劑量後可能出現手腳麻等的神經病狀，口服 Capecitabine 則可能出現手掌及腳趾皮膚紅腫、脫皮、疼痛等所謂的手足症候群(hand-foot syndrome)。^{16, 17} 常用的標靶藥物包括 Cetuximab (爾必得舒) 和 Bevacizumab (癌思停)，對轉移性大腸癌，此二項藥物健保已通過合併化療在第一線使用。爾必得舒之副作用最常見為皮膚反應約 80%，其中 15% 為嚴重表現，大多數發生在治療第一週，但可逆性的。癌思停的副作用較常見的有流鼻血(50%)、高血壓(8-34%)、腹痛(50-61%)、頭痛(30-50%)、血管栓塞(13-26%)以及蛋白尿(4-36%)。¹⁷ 我們藉由邀請西醫腫瘤專科的醫師的教學，會議討論中，以及結合去年臨床診治的經驗，與帶領年輕醫師進行國內外文獻整理探討後，取得相關副作用之治療共識(圖四)。另外也舉辦中醫腫瘤專家的教學，再結合每月收治療案例的討論，深化我們對於各種治療應用在癌症病患的能力。譬如若化療當天出現嚴重的頭痛、腹痛或是背痛等問題，會引發病患交感神經亢奮，周邊血管收縮，讓疼痛的症狀加劇而影響生活與睡眠品質。藉

由背部的滑罐不僅能使血管擴張、血流量增加，而且可增強血管壁的通透性和細胞的吞噬能力，達到止痛和清除發炎物質的效果。^{18, 19} 五行音樂的治療也可以減緩癌症病患的疼痛、焦慮和舒緩對化療藥物施打的恐懼。²⁰ 針對中醫日照模式中所使用的治療已藉由文獻和臨床治療的心得已整理成集，作為學術發表使用。另外，也結合網路知名插畫家 UD Misi 的美編與創作，做出了關於拔罐和音樂治療的衛教單張(附錄六)，讓病患了解其治療的適應症以及注意事項，也大大提升年輕醫師的參與和成就感。期許透過這兩年期計畫的激盪，能有更多有關中醫的衛教文件的出現。

日間照護的定義為「提供日間專業護理服務、夜間享受家庭生活。包含醫療、護理、復健、保健、營養及照顧，享有尊嚴、人性化、社會化的生活」。²¹ 也因此日間照護模式的設置最大的問題除了照護醫療團隊的人力支援和專業技能之外，獨立的空間和硬體的設置也十分重要，當然這些軟硬體的設備會隨著收治病患的條件不同而有所調整。譬如中醫病房本身因為有專業的醫療團隊，西藥或急救藥品的使用可以由具有西醫背景的中醫師依照病患情況而開立，護理人員也多具有西醫住院照護的護理背景，若設置在中醫病房，當然在癌症病患的選擇上當然就可以有較大的收治性，但是晚上床位和醫護人力就會閒置。日間照護若是建置在門診區作為延長照護之規劃，除非你是獨立的中醫部門，擁有完整之護理、個管和營養團隊，否則支援的人力有限，僅能使用傳統中醫的方法來幫病患的主訴作施治，病患在收治期間會發生甚麼事很難去預測，所以病患不管在疾病的嚴重度、或是日常體能狀態上勢必有所選擇。上述這些原因也是許多教學醫院對承辦今年全民健康保險「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」為之卻步的原因。本院利用這兩年建置日間照護的經驗，自 106 年 9 月 1 日已成功開設門診延長照護區，整理出日間照護設置在中醫病房與門診延長照護區的差異如表九，可讓大眾比較兩者模式之優劣勢與照護內涵、和臨床照護之差異。

承接計畫至今，不僅提高腫瘤病患入住中醫病房的比例，由 103 年的 27% 上升到今年的 51.6%，也讓原本不到 6 成的佔床率提高到 9 成 6。所以，我們在跟院方申請擴床之餘，也嘗試將部分無法入住的病患，開始轉往門診延長照護區收治。鑒於本計畫之經驗，本院中醫所提供癌症治療服務與教學場地已成功我們把它區分專病門診、日間照護與中醫病房，有關日照病患收治的條件把關會較嚴謹，俾利後續接軌門診延長照護計畫時人力與設備有限時執行。

伍、結論與建議

中醫必須設置更多的臨床服務場地，以及教學舞台，來提升年輕醫師思考的深度和更廣博的照護技能。癌症是目前中西醫最棘手的問題之一，也因為西醫在治療的進步，使得許多癌症病患能得以延長生命，也提高了病患使用輔助或替代醫療的機會。中醫作為台灣輔助和替代醫療的代表，應當整合各輔助和替代醫療的優缺點，作為西醫或是病患諮詢的窗口，不讓病患因偏方而誤治，也不讓西醫師因偏方而誤會。更重要的是可以發展多元的中醫技能，如培養推拿、拔罐、腹針、或雷針等學者專家，在癌症治療的領域上發展其專才。

本計畫已初步建置了中醫癌症日間照護模式、臨床路徑、以及教學模式。也在年底拓長了健保癌症門診延長照護的服務。目的在補足中醫界門診醫療應用之侷限、與中醫住院制度尚未全面推廣間連續照護的不足。執行期間本院不論門診、會診或是病房的腫瘤病患使用中醫的人次有增加的趨勢，也逐漸建立了中西醫的整合醫療團隊。因此希望能藉由成功的案例，獲取民眾、院方與媒體對於中醫癌症照護的信心。也希望能在中醫藥司的支持下，將我們建構日間照護模式的經驗予以各教學醫院分享，協助其癌症治療人才的培養，和中醫門診延長照護、或是中醫病房的設立。

誌謝

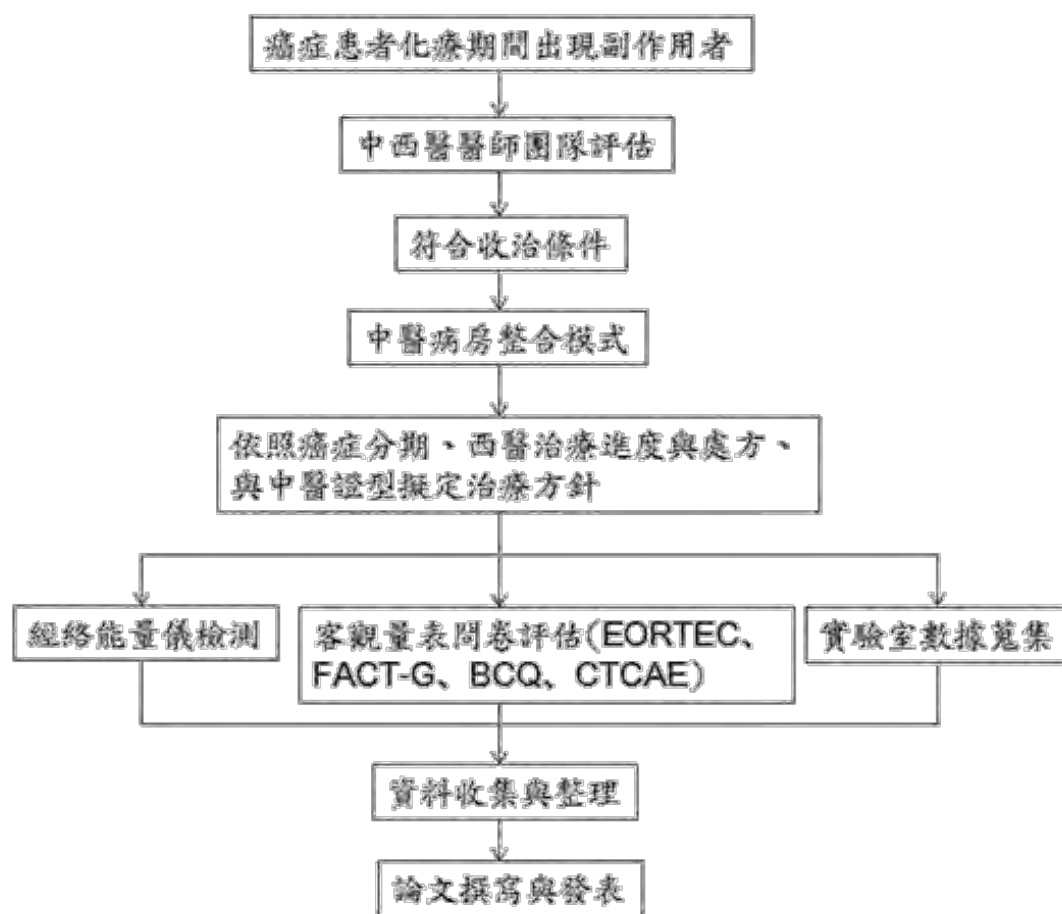
本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW106-CMAP-M-114-112107 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 103 年死因統計結果分析。
file:///C:/Users/Tsai/Downloads/%E5%A3%B9%E3%80%81%E6%AD%B
B%E5%9B%A0%E7%B5%B1%E8%A8%88.PDF
2. 死亡鐘又變快 癌症每 11 分奪 1 命，蘋果日報。民國 94 年 7 月。
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20170620/37689065/>
3. 楊喬茹(2015)。從癌症放射治療來看現行健保總額支付制度所衍生之問題。國立高雄大學政治法律學系研究所，高雄市。
4. 陳亞南、趙育玲、洪敏瑛(2014)。門診化學治療室病人化療前評估作業流程完整率之改善專案。腫瘤護理雜誌，14(1)：35-47。
5. 林嘉慧、林麗英、吳杼芸、林瑞玲、張春梅(2006)。門診病人接受化學治療之症狀困擾與處置經驗。榮總護理，23(4)：364-373。
6. 萬崇華、陳明清、張燦珍、湯學良、孟瓊、張曉磬(2005)。癌症患者生命質量測定量表 EORTC QLQ-C30 中文版評介，實用腫瘤雜誌，20(40)：353-355。
7. 邊立中(2009)。短型多軸向疲倦測量表中文版之信效度檢定。臺北醫學大學護理學研究所，台北市。
8. 洪小雱(2012)。中醫陰陽體質與自律神經、經絡能量相關性之初探(未發表之碩士)。國立臺北護理健康大學，台北市。
9. Tsai, M. Y., Chen, S. Y., & Lin, C. C. (2017). Theoretical basis, application, reliability, and sample size estimates of a Meridian Energy Analysis Device for Traditional Chinese Medicine Research. *Clinics (Sao Paulo)*, 72(4), 254-257.
10. Eisenhauer EA1, Therasse P, Bogaerts J et al. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009 Jan;45(2):228-47.
11. 陳文戎(2015)。中醫就醫人口成長關鍵因素之研究。國立中山大學，高雄市。
12. 104 年醫療統計年報，衛生福利部統計處。
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1921-9763-113.html>.
13. 賴俊雄(2007)。中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析。中醫藥

- 年報，第 25 期，第 3 冊:265-350。
14. 楊賢鴻、林昭庚、陳俊明、陳潮宗(2008)。中醫住院治療健保給付之可行性探討。中醫藥年報，第 27 期第 7 冊:467-508。
 15. Colon Cancer Treatment Protocols.
<https://emedicine.medscape.com/article/2005487-overview>.
 16. Wiela-Hojeńska A, Kowalska T, Filipczyk-Cisarż E, Łapiński Ł, Nartowski K (2015). Evaluation of the toxicity of anticancer chemotherapy in patients with colon cancer. *Adv Clin Exp Med*.24(1):103-11.
 17. 陳弘益(2015)。大腸癌各分期的藥物治療。藥學雜誌。31(4): 68-73.
 18. Lauche R, Materdey S, Cramer H, et al. Effectiveness of home-based cupping massage compared to progressive muscle relaxation in patients with chronic neck pain--a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013;8:e65378.
 19. Mehta P, Dhapte V. Cupping therapy: A prudent remedy for a plethora of medical ailments. *J Tradit Complement Med*. 2015;5:127-134.
 20. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016:CD006911
 21. 謝雅萍(2008)。日間照顧中心經營模式之探討。亞洲大學，經營管理學系碩士班，台中。

柒、圖、表、附錄



圖一、大腸癌之中醫日間照護轉介流程

圖二、大腸癌化療期間常見副作用之中醫藥的治療指引(草案)

常見副作用	化療藥物	治則	中醫治療	參考書籍
胃腸不良反應如噁心、嘔吐、腹瀉、口腔潰瘍	5-FU、友復(UFUR)、截瘤達(Capcitabine)、抗癌(Irinotecan)、歐力普(Oxaliplatin)、必得舒(Cetuximab)、癌思停(Bevacizumab)	健脾和胃降逆、理氣舒肝、氣血雙補、清熱解毒化療	方藥：六君子湯、橘皮竹茹湯、香蘇散加減、黃芩湯、八珍湯加減 經絡推拿或拔罐：心包經、脾經、胃經 穴位：上中下脘、足三里、公孫、內關、脾俞、胃俞	朱秀美(2001)。 劉呂敏(1999)。 趙興家(2012)。 高煒(2015)。 劉文義(2011)。
		補益氣血、滋補肝腎、益氣滋陰、活血化療	方藥：當歸補血湯、生脈散加減、黃精、枸杞、山茱萸、紫河車 穴敷：關元、氣海、天樞、志室 穴位：血海、絕骨、腎俞、關元、腎關	譚軍華(1999)。 朱秀美(2001)。 劉文義(2011)
骨髓抑制、血球數降低	5-FU、友復(UFUR)、截瘤達(Capcitabine)、抗癌妥(Irinotecan)必得舒(Cetuximab)	補腎壯陽，補血養血	當歸補血湯、八珍湯、歸脾湯	李岩(2002)
		健脾益氣，養陰補血、健脾射血、養陰清熱，涼血止血	鹿角、大棗、龜板、仙鶴草、三七、西洋參、地骨皮、丹皮炭、生地炭	朱秀美(2001)。 李岩(2002)
		補腎健脾，補骨生髓	升血調元湯、炙黃芪、仙靈脾、枸杞子、紫河車	李岩(2002)
皮膚色素沈澱或手掌及腳趾皮膚紅腫、脫皮、疼痛等所謂的手足症候群	5-FU、友復(UFUR)、截瘤達(Capcitabine)	溫經散寒、補益脾氣、清熱解毒、活血化療、溫補腎陽	方藥：當歸四逆湯、黃耆生脈散合四物湯、自擬益氣養陰活血方、益胃湯、自擬三仙湯 藥膏：白芷蘆薈凝膠、保濕美白霜 穴位：大椎、肝俞、腎俞、陽陵泉、太溪	朱孝娟(2015)。

常見副作用	化療藥物	治則	中醫治療	參考書籍
掉髮	抗癌妥 (Irinotecan)	滋補肝腎、 益氣養血、 養血祛風、 涼血解毒、 清熱利濕	方藥：首烏飲、天麻首烏 片、豬苓散合小柴胡 湯加減、生地、赤 芍、丹皮、鱉甲、連 翹 穴位：腎俞、氣海、關元、 太溪、三陰交	賈英傑 (2010)。 李娜 (2010)。
周邊神經病 變如口部周 圍感覺異 常、手指和腳 趾感到刺痛 或麻痺等神 經病狀	歐力普 (Oxaliplatin)	活血通絡， 益氣養血、 溫經散寒、 溫養血脈， 調和營衛、 清熱利濕， 活血通絡	方藥：補陽還五湯、黃芪五 物湯、雙筋龍湯、加 味理中湯、柏川熏洗 液、桂枝，乾薑，紅 花，伸筋草 藥浴：足三陰經 穴位：合谷、三陽絡、地倉、 下關、風市、環跳、 懸鍾、崑崙、八風八 邪	張超 (2015)。 陳寶財 (2012)。 徐燁 (2016)。
疲倦無力	歐力普 (xaliplatin)、 必得舒 (etuximab)	健脾益腎、 益氣養血、 益氣養陰、 活血消滯、 扶正培本	方藥：歸芍六君子湯、山茱 萸、補骨脂、紫河 車，龜版，熟地，阿 膠，當歸，參三七 經絡推拿：任、督脈 穴敷：神闕、大椎、心俞、 腎俞 穴位：百會、氣海、關元、 足三里、脾俞	劉青 (2014)。 劉青 (2015)。
頭痛或血壓 變化	必得舒 (Cetuximab)、 癌思停 (Bevacizumab)	活血祛瘀、 通絡利竅、 滋肝補腎、 活絡益精、 理順氣息、 疏肝解鬱、 平肝潛陽、 通絡止痛	方藥：血府逐瘀湯、六味地 黃丸、柴胡疏肝散、 天麻鉤藤飲、牡蠣、 珍珠母、牛膝、佛 手、炒梔子、生白芍 經絡推拿或拔罐：膀胱經、 肝經、膽 經 穴位：風池、太陽、肝俞、 太衝、行間、十井	余永遠 (2016)。 文建華 (2015)。

常見副作用	化療藥物	治則	中醫治療	參考書籍
		平肝潛陽、 清肝瀉火、 燥濕祛痰、 滋養肝腎、 去瘀生新	方藥：天麻鉤藤飲、龍膽瀉 肝湯、半夏白朮天麻 湯、左歸丸、通竅活 血湯	張小強 (2012)。
痤瘡狀毛囊 疹(臉、頭 皮、軀幹)、 皮膚疹與指 甲病變	必得舒 (Cetuximab)、 癌思停 (Bevacizumab)	益氣活血、 解毒排膿、 涼血清肺、 活血解毒	方藥：瘡瘍三兩三、金銀 花、白花蛇舌草，苦 參，莪朮，蒲公英、 魚腥草，元明粉，地 丁 穴位：風池、風門、曲池、 血海、內庭、三陰交	姜苗 (2009)。 江曉林 (2015)。

時間	D1	D2	D3	D4	D5
副作用	預期性	立即性	早發性		
常見症狀	噁心嘔吐、 焦慮	噁心嘔吐、胃 痛、肌痛、頭 痛、腹脹	噁心嘔吐、粘膜炎、皮膚過敏、疲 倦、虛弱無力、食慾不振、大便問 題、膀胱炎		
8:30-9:20	辦理住院與護 理師介紹環境	主治醫師查房與中醫治療			
9:00-11:00	住院醫師接案	癌症中心化 學治療	護理衛教	護理衛教	案例回顧與 療效評估
11:20-11:50	中醫儀器檢查	五音治療			
12:00-13:30	午休				
13:30-14:00	主治醫師查房	中醫治療			
14:30-15:00	中醫醫護團隊 會議(擬定治 療方針)	氣功導引或八段錦			
15:50-16:30	體質問卷與評 估	營養衛教	癌症副作用評估與 因應	病患座談與 回饋	
17:00	夜間休息				辦理出院

圖三、大腸癌之中醫日間照護臨床路徑

住院營養師查詢

病歷號 姓名 住院日期 2017/05/15

開單/記錄日期 住院期間 2016/07/12 - 2017/07/12 護理站代號 8C110 床位號 S09H0906A

記錄類別 查詢全部記錄類別 來源別 全部 住院中病患

依營養師回覆日期排序

開單日期	來源	記錄名稱
2017/05/24	住院	MNA(Short Fo
2017/05/22	住院	照會回覆及進
2017/05/18	住院	PGSGA
2017/04/12	住院	MNA(Short Fo
2017/02/08	住院	PGSGA
2016/11/30	住院	PGSGA
2016/11/25	住院	PGSGA
2016/10/14	住院	PGSGA
2016/09/27	住院	PGSGA

評估記錄: Mini Nutritional Assessment (MNA) - Short Form

身高:162cm,體重:48.5kg,BMI:18.48

A.Has food intake declined over the past 3 months due to loss
Ans:1,moderate loss of appetite

B.Weight loss during the last 3 months ?
Ans:2,weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6lbs)

C.Mobility
Ans:2,goes out

D.Has suffered psychological stress or acute disease in the pa:
Ans:0,yes

E.Neuropsychological problems
Ans:2,no psychological problems

F1.Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m²)
Ans:0,BMI less than 19

Screening score(max. 14 points):7
12 - 14 points: Normal nutritional status
8 - 11 points: At risk of malnutrition
0 - 7 points: Malnutrition
Malnutrition Indicator Score:malnourished

【結果建議】
少量多餐,

圖四、營養師進行癌症病患諮詢衛教之病歷範本

表一、中西醫照護團隊會議

會議日期	會議議題	地點	參與人員	內容
105.12.07	第一季「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓 9H 討論室	中西醫日間 照護整合醫 療團隊	針對競標明年度衛福部「建置癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式計畫」提出說明
105.12.27	在中醫病房建立直肛癌病患的日間照護整合醫療模式	醫學大樓 9C 直肛科 討論室	直肛科全體 主治醫師與 中醫蔡明諺 醫師	說明中醫病房癌症治療的特色並尋求與直肛科合作
106.03.23	第二季之一「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓 9H 討論室	中西醫日間 照護整合醫 療團隊	確認中醫日間照護治療流程與排定收治病患之病例報告時間
106.04.20	第二季之二「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓 9H 討論室	中西醫日間 照護整合醫 療團隊	確認中醫日間照護治療流程，與病例報告的報告方式和病歷書寫格式
106.05.18	在中醫病房建立癌病患的日間照護整合醫療模式	醫學大樓 2F 星巴克	蔡明諺、研究 助理與病房 護理長	確認中醫病房日間照護之標準流程，並著手衛教單張的設計
106.08.03	第三季「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓 9H 討論室	中西醫日間 照護整合醫 療團隊	現行建置中醫日間照護治療之流程的成果分享
106.10.02	第四季「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓 9H 討論室	中西醫日間 照護整合醫 療團隊	中醫病房與門診延長照護收治病患條件之區分與施行後出現之問題



106.05.18 在中醫病房建立癌病患的日間照護整合醫療模式



106.08.03「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議

表二、中醫日間照護教學病例討論與住診教學

時間	類別	標題	地點	成員
105.12.22	案例與文獻整理	針對大腸癌化療期間副作用 設立常用藥方與穴位指引	復健大樓 3F 第一會議室	中醫科系 全體醫師
106.03.23	案例與期刊報告	病歷巡診和參考韓國慶熙大 學結合醫學之應用	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
106.04.20	案例	黃耆桂枝五物湯和周邊神經 病變(CIPN)的應用	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
106.06.29	案例	宣清導濁湯在處理下焦系癌 症濕濁之應用	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
106.07.20	期刊整理	拔罐在癌症輔助治療之應用	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
106.08.17	案例	藿朴夏苓湯在肋膜積水的應 用	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
106.09.21	研究報告	乳癌病人癌因性疲憊、中醫 體質類型與經絡能量之相關 性探討	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
106.10.19	期刊整理	放射治療副作用之中醫處置	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊



106.06.29 中醫日間照護床邊教學病例



106.07.20 中醫日間照護床邊教學病例



106.08.17 中醫日間照護床邊教學病例



106.10.19 中醫日間照護床邊教學病例

表三、負責醫師教學

時間	類別	標題	地點	成員
106.05.18	負責醫師報告(一)	63歲男性肺癌 化療後疲倦	復健大樓 3F 第一會議室	中醫科系全體醫師
106.08.31	負責醫師報告(二)	63歲女性 行動不便	復健大樓 3F 第一會議室	中醫科系全體醫師
106.12.14	負責醫師報告(三)	66歲女性 腹瀉下血	復健大樓 3F 第一會議室	中醫科系全體醫師



106.05.18 負責醫師報告-桂林中醫診所 吳致樓醫師



106.08.31 負責醫師報告-乙茆中醫診所 賴翰璋醫師

表四、癌症中西醫專家日照講座

會議日期	會議議題	講者	地點	參與人員	內容
106.03.09	專家教學 (一)	高長腫瘤科 饒坤銘主任	復健大樓三樓 第一會議室	中醫科系 全體醫師	演講現行乳癌盛行率的 分析、治療現況、以及 後續的治療發展
106.03.30	專家教學 (二)	大林慈濟 中醫部 葉家舟主任	復健大樓三樓 第一會議室	中醫科系 全體醫師	分享慈濟體系對於腫瘤 與腦中風會診專案之實 行以及教導住院醫師參 與經驗分享
106.07.19	專家教學 (三)	榮景中醫診 所 吳景崇院長	兒童醫院七樓 第一會議室	中醫科系 全體醫師	分享三十年來癌症中醫 治療的臨床經驗
106.08.03	專家教學 (四)	高長直肛科 張家駱主任	復健大樓三樓 第一會議室	中醫科系 全體醫師	癌篩在大腸直腸癌的角色與流病分析



106.03.09 專家教學(高長腫瘤科饒坤銘主任) 106.03.30 專家教學(大林慈濟中醫部葉家舟主任)



106.07.19 專家教學(榮景中醫診所吳景崇院長) 106.08.03 專家教學(高長直肛科張家駱主任)

表五、期中報告意見回復

委員意見	回復
1. 可考慮收治大腸、直腸癌以外的疾病，亦可考慮收治放射線治療頭頸部腫瘤病患。	106 年日間照護模式的計畫內容為”建立至少 1 種病種之中醫日間照護”，因大腸癌是目前科內收治做多的癌種，也是國內癌症發生率第一名，因此今年度以建立大腸癌的日間照護模式為主，故其他癌種無列入考慮。我們在內文中討論第 24 頁第二段 3-6 行中以加以說明。
2. 建議將個案家庭負擔列為成效指標。	以執行場地-中醫病房基本病床費，雙人床為 2,974 元/日、三人床 1,474 元/日做基準，加上相關治療項目和護理費用後，平均五天一療程的總收費約為雙人床 20,000-25,000 元，三人床 9,000-12,000 元。
3. 需加強經費核銷進度。	已請研究助理加快經費核銷速度，10 月底已完成 43.6% 的進度。
4. 期末報告應補充項目	
(1) 請列出臨床路徑 Day 1 至 Day 5 每日治療流程及預期結果和變異，以確實呈現照護模式。	大腸直腸癌化療藥物以 Capecitabine、Fluorouracil、Irinotecan 和 Oxaliplatin 為主，所以常見副作用如噁心、嘔吐、食慾不振、口腔及腸胃黏膜潰瘍、腹瀉、等症狀出現的時間是可以預期的，且臨床上中醫藥因應的藥物與穴位已可完整配套，文中的圖二和圖三可以了解 5 天的臨床路徑和對應的治療原則。
(2) 釐清日間照護與住院治療此類病患之優劣勢與照護內涵、臨床照護之差異，以突顯此日間照護模式之特殊性，以利未來推廣。	日間照護時間雖短，但照護的壓力會全在醫師身上，另外可以緊急應對的治療與藥物也較少，所以收治的對象的病情不能與病房相比，兩者間的差異已描述在本文第 26 頁的 1-12 行以及表八。

表六、主持人參與協助他院建置癌症中西醫整合照護的相關會議

會議日期	會議議題	地點	參與人員	內容
106.03.09	嘉義長庚癌症中西結合照護之推動	嘉義長庚中醫討論室	嘉義長庚全體中醫師	了解嘉義長庚目前癌症中西醫合作的現況，說明高雄長庚去年收治的過程與成果
106.05.08	嘉義長庚癌症中西結合照護之推動	嘉義長庚中醫討論室	嘉義長庚全體中醫師	確認嘉義長庚承接癌症門診延長照護計畫之意願，如何申請院內計畫提供計劃施行之應援
106.07.07	建置癌症中西醫日間照護整合醫療模式之分享	大林慈濟中醫討論室	大林慈濟中醫全體醫療團隊	分享本院中醫病房轉型為癌症治療之甘苦談，以及對貴院承接癌症門診延長照護計畫之建議
106.08.10	嘉義長庚癌症中西結合照護之推動	嘉義長庚中醫討論室	嘉義長庚全體中醫師	病患門診收治範本之分享及延長照護收治流程之模擬
106.08.11	建置癌症中西醫日間照護整合醫療模式之分享	奇美醫院第三醫療大樓	奇美全體中醫師	分享本院癌症門診延長照護區建置需克服的五大問題
106.09.11	嘉義長庚癌症中西結合照護之推動	嘉義長庚中醫討論室	嘉義長庚全體中醫師	針對嘉義長庚收治現況衍生之問題，做出回應與檢討，並擬定跨院區合作計畫



106.8.11 建置癌症中西醫日間照護整合醫療模式之分享



106.9.11 嘉義長庚癌症中西結合照護之推動

表七、本院收治大腸直腸癌病患而接受中醫日照模式之案例

編號	性別	年齡	分期	現行西醫治療	收治起訖日期	主訴 (嚴重度)	經絡能量儀		主要處置	結案 (退出原因)	治療效果 (RECIST)
							經絡	自律神經			
1	女	53	IIIC	mFOLFOX6	5/15-09/05	Leukopenia (Gr2)	57.8	1.24	地黃湯+雷針	V	CR
2	女	62	IV	FOLFIRI +Cetuximab	6/03-9/19	CINV (Gr2)	82	2.25	橘皮竹茹湯+ 經絡按摩	V	PR
3	男	63	IIa	FLOX	6/3	CINV (Gr 1)	40.8	1.56	甘露飲+拔罐	X (中斷化療)	-
4	男	53	III	mFOLFOX6	6/03-10/21	Diarrhea (Gr3)	16.1	3.56	調中益氣湯+ 灸	V	CR
5	女	40	IV	FOLFIRI +bevacizumab	6/03-11/18	CIPN (Gr2)	25.3	3.97	黃耆五物湯+ 當歸四逆湯+ 體針	V	SD
6	女	58	IIIB	FOLFOX	6/03-08/15	Abnormal liver function & recurrent herpes & mucositis (Gr 1)	9.9	1.8	瀉青丸+體針	V	CR
7	女	70	IIIB	FLOX	6/03-11/04	CINV (Gr 2)	58.2	1.52	越鞠丸+ 體針+耳針	V	CR
8	男	61	IVb	mFOLFOX6 +bevacizumab	6/21-08/01	Metastatic bone pain (VAS 8)	4.2	1.79	蠲痺四物湯+ 藥熏	V	PD
9	男	34	IVb	FOLFIRI	8/14-10/30	CINV (Gr 2)	49	1.96	橘皮竹茹湯+ 針灸	V	SD
10	男	40	IV	FOLFIRI	8/29-11/07	CINV (Gr 3)	32	3.75	膈下逐瘀湯+ 耳針	V	PD
11	女	48	IIIB	FOLFIRI	8/30-11/30	Malnutrition & ileus	43.7	4.46	增液承氣湯+ 針灸	V	PD
12	女	67	IIIB	FOLFOX	8/31-11/11	Poor appetite (GR 2)	38.3	7.39	歸脾湯+溫灸	V	CR
13	男	59	IVb	FOLFIRI	9/11	Peritoneal carcinomatosis	32.5	12.4 7	厚朴溫中湯+ 隔鹽灸	X(腹痛轉 ER)	-
14	女	66	IIIb	mFOLFOX+ RTO	9/26-11/23	Diarrhea (Gr 2)	45.4	3.53	葛根芍芍湯+ 拔罐+針灸	V	CR

編號	性別	年齡	分期	現行西醫治療	收治起訖日期	主訴 (嚴重度)	經絡能量儀		主要處置	結案 (退出原因)	治療效果 (RECIST)
							經絡	自律神經			
15	男	77	IIIa	mFOLFOX6	10/19-12/11	Dizziness (Gr 2) & N/V (Gr 2)	42.8	5.38	旋覆代赭石湯	V	CR
16	女	60	IIIC	Xeloda	11/01-12/12	Abdominal pain (Gr 1)	35.9	42.7	逍遙枳朮散	V	CR
17	男	80	IV	Palliative therapy	11/04-12/2	Bone-metastasis & Paralysis (VAS 10)	14.6	2.34	當歸拈痛湯+針灸	V	SD

表八、病患在接受中醫日照模式後在主觀問卷和經絡能量儀的前、後測比較

	前測, 平均值 (SD)	後測, 平均值 (SD)	P 值
EORTC-QLQ-C30 生活品質量表			
身體功能	86.3±13.43	76.2±32.42	0.06
角色功能	78.5±24.14	71.4±31.65	0.17
情緒功能	77.5±13.34	70.7±16.75	0.07
認知功能	79.4±13.84	81±15.8	0.50
社會功能	70.6±12.53	61.9±28.83	0.11
整體健康功能	61.8±20.21	51.8±27.37	0.10
疲憊	28.7±14.3	39±24.07	0.04*
噁心嘔吐	26.5±28.9	28.6±31.65	0.38
疼痛	18.6±21.15	38.1±34.24	0.02*
喘	21.6±31.05	21.4±28.06	0.38
失眠	29.4±23.23	30.9±35.72	0.36
食慾不振	27.4±26.96	26.2±35.03	0.31
便秘	15.7±17.13	14.3±28.38	0.38
腹瀉	25.5±18.74	23.8±20.37	0.36
經濟狀況	27.4±31.71	30.9±35.72	0.32
MFSI-SF 疲勞指數	11.6±11.82	12.79±20.78	0.30
經絡能量儀			
身體能量	32.35±22.69	29.32±22.34	0.21
自律神經比值	3.71±2.78	3.83±1.86	0.37
心包經	41.53±28.45	40.53±30.54	0.43
脾經	19.58±17.6	22.76±19.74	0.30
腎經	22.87±19.93	19.78±15.73	0.08
實驗室數據			
白血球 (1000/ul)	38.51±41.74	4.82±1.76	0.15
血色素 (g/dl)	12.47±1.8	12.16±1.96	0.21
血小板 (1000/ul)	207.58±61.81	184±63.07	0.15
肝指數 (U/L)	27.83±14.58	22.8±6.53	0.46

統計:成對 t 檢定

表九、癌症日間照護模式設置在門診延長照護區或中醫病房之比較

	門診延長照護區	中醫病房
治療	<ul style="list-style-type: none"> 治療以中醫為主，介入需多元，治療時間也需拉長 一天治療 2 次 水藥煎煮耗時，現場無法提供保存 	<ul style="list-style-type: none"> 治療多偏藥物+針灸 治療次數不限 西藥可在雙執照中醫師的醫囑下執行 可開立水藥，藥局可由 Unit Dose System 給藥
硬體	<ul style="list-style-type: none"> 一區四人，無衛浴 男女同處在一區 無法提供氧氣與靜脈注射 	<ul style="list-style-type: none"> 可選擇一~三人房，皆有衛浴 男女病室不同 可提供氧氣與靜脈注射 雙、單人房有電視
餐點	<ul style="list-style-type: none"> 自理 	<ul style="list-style-type: none"> 可提供訂餐
交通	<ul style="list-style-type: none"> 須考慮每日來回交通 	<ul style="list-style-type: none"> 不需考慮每日來回交通
費用	<ul style="list-style-type: none"> 已有健保癌症門診延長照護的專案計畫可以以健保補助 	<ul style="list-style-type: none"> 全額自費，每個處置皆有費用明細
照護能力	<ul style="list-style-type: none"> 僅醫師照護 	<ul style="list-style-type: none"> 醫護照護 急救設備充足
團隊支援	<ul style="list-style-type: none"> 無 	<ul style="list-style-type: none"> 西醫腫瘤科會診 營養師衛教 復健
夜間服務	<ul style="list-style-type: none"> 無收治 	<ul style="list-style-type: none"> 有收治
建議收治嚴重度	<ul style="list-style-type: none"> 日常體能狀態(PS)在 2 分以內 避免收治失能病患 	<ul style="list-style-type: none"> 日常體能狀態(PS)在 1-4 分皆可收治

長庚醫療財團法人人體試驗倫理委員會 臨床試驗同意證明書

地址：105台北市敦化北路199號
傳真：03-3494549
聯絡人及電話：蔡宜君(03)3196200#3716
電子郵件信箱：yijun@cgmh.org.tw

試驗名稱：建置癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式

本院案號：201700556B0

試驗期間：2017年5月11日~2019年4月8日

本次核准執行期間：2017年5月11日~2018年5月10日

主持人：中醫一般內科 蔡明諺 學術組助理教授 兼主治醫師

協同主持人：洪裕強, 高照為, 蘇祐立, 張正杰, 劉俊廷, 陳彥豪, 胡文龍, 張家駱

執行機構：高雄長庚醫院

核准之計畫書版本：2017/03/24/Version1

核准之同意書版本：受試者同意書：2017/04/22Version2

核准之招募文宣版本：2017/05/09Version2

通過日期：2017年5月11日

期中報告繳交頻率：一年繳交一次

※下次期中報告繳交截止日期：2018/05/10，為免影響主持人執行研究之權益，請於截止日前兩個月繳交報告(期中報告繳交頻率為三個月者，得於試驗到期前一個月繳交報告)，以利審查作業進行。若未繳交或延遲繳交期中報告，以致本會無法於截止日前，核發下次試驗執行期間，則本研究不得繼續執行。

長庚醫療財團法人
人體試驗倫理委員會謝燦堂主席



中 華 民 國 106 年 05 月 11 日

附錄二

高雄長庚紀念醫院 中醫科系 研討會記錄

研討會名稱：併發症病例討論會 死亡病例討論會 專科論文、學術新知討論會
病例討論會 聯合討論會 特別演講 其他：_____

時間：民國106年10月02日12時30分~13時30分

地點：復健大樓3樓第一會議室 復健大樓B1會議室 復健大樓9H討論室

主持人：蔡明諤主任

主講人：蔡明諤主任

主題：第四季「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議

出席者：

姓名	簽到	姓名	簽到	姓名	簽到	姓名	簽到
主治醫師		住院醫師					
洪裕強		金玟紫					
蔡明諤		B杯轉診	林中毅				
張正杰							
廖晏農							
薛敦品							
吳梅禹							
鄭宇真		護理人員					
洪怡鍾		鄧雪妹					
高照為		劉雅菁					
		湛智慧					
		行政人員					
腫瘤科主治醫師		李耀洲					
陳彥豪							
蘇祐立							
直肛科主治醫師							
張家駱							

出席率： 96

一、記錄由當月份行政總醫師（其他單位由指派人員）負責記錄。
 二、流程：紀錄↓科（部、系）主任↓科行政助理（會後一週內存檔）。

<p>主持人引言： 106年中醫病房日照模式已建立完成，但目前病房幾乎佔床已滿，難收治新案，建議明年部分個案可在門診延長照護區施行，施行狀況如下：</p>																	
<p>收結案條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本專案採預約制，治療時間分別為以下：星期一、三、五 星期二、四、六（註：禮拜六不進行新收案） • 收案條件：癌症術後或接受化放療治療過程中副作用明顯，經評估後符合者。 正在接受其他抗癌治療且出現副作用或後遺症嚴重，經評估後符合者。 • 結案條件：副作用改善、大於等於四天沒來(舉例：六日一二三) • 註1：同期間於「健保中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」或「全民健康保險中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案患者，不得於本計畫併行收案。 • 註2：同一個案，每月限收案兩次(含跨院) 																	
<p>癌症中醫門診延長照護計畫收治流程：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 依預約時間每日10點前完成報到→醫師診療搭配儀器、體質問卷、擬定治療療程→中醫多元化治療與衛教→問卷評估與病患回饋 																	
<p>目前現狀問題：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師、住院醫師、科秘書對專案了解以及執行單位有出入 • 醫囑代碼開立以及病例教學 • 護理紀錄保險問題 • 佔床日數問題 • 人力問題 • 病人回饋 																	
<p>病歷教學以及醫囑代碼開立</p> <ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師：SOAP、開藥、處置代碼 • 住院醫師：問卷、離院時間、plan及叮嚀 <p>※溫馨提醒：下午R修改完病歷後，記得簽章喔</p>																	
<p>護理紀錄保險問題</p> <ul style="list-style-type: none"> • 住院醫師無法開立護理紀錄 • 目前已有患者要求開立保險單 	<p>目前解決方式：1.先在門診紀錄打上離院紀錄 2.申請具護理背景個案師</p>																
<p>佔床日數問題</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每次主治醫師收案前請跟病人以治療四個禮拜為一個療程作建議 • 目前幾乎滿床，若無法輪替則會無法服務更多病人 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4a7ebb; color: white;"> <th>病志資料</th> <th>癌症種類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60xx250 徐xx</td> <td>Lung cancer, adenocarcinoma (stageIV)</td> </tr> <tr> <td>63xx49 葉xx</td> <td>Descending colon cancer (stageIV)</td> </tr> <tr> <td>58xx49 魏xx</td> <td>Breast cancer (stageIV)</td> </tr> <tr> <td>59xx29 林xx</td> <td>ANAPLASTIC OLIGODENDROGLIOMA</td> </tr> <tr> <td>51xx08 陳xx</td> <td>Esophageal squamous cell carcinoma (stageIIIB)</td> </tr> <tr> <td>64xx97 蘇xx</td> <td>Lung cancer (stageIV)</td> </tr> <tr> <td>63xx65 葉xx</td> <td>Breast cancer (stageIV)</td> </tr> </tbody> </table>		病志資料	癌症種類	60xx250 徐xx	Lung cancer, adenocarcinoma (stageIV)	63xx49 葉xx	Descending colon cancer (stageIV)	58xx49 魏xx	Breast cancer (stageIV)	59xx29 林xx	ANAPLASTIC OLIGODENDROGLIOMA	51xx08 陳xx	Esophageal squamous cell carcinoma (stageIIIB)	64xx97 蘇xx	Lung cancer (stageIV)	63xx65 葉xx	Breast cancer (stageIV)
病志資料	癌症種類																
60xx250 徐xx	Lung cancer, adenocarcinoma (stageIV)																
63xx49 葉xx	Descending colon cancer (stageIV)																
58xx49 魏xx	Breast cancer (stageIV)																
59xx29 林xx	ANAPLASTIC OLIGODENDROGLIOMA																
51xx08 陳xx	Esophageal squamous cell carcinoma (stageIIIB)																
64xx97 蘇xx	Lung cancer (stageIV)																
63xx65 葉xx	Breast cancer (stageIV)																

人力問題

北市中	嘉義長庚	高雄長庚	改善方式
共17床 VS: 一天1人 住院醫師: 1人 實習醫師: 1人 護理人力 營養師, 社工 藥師 一日人力>4人	共1床 可收案VS: 共9人 住院醫師: 共7人 採交棒制 (每時段一人) Int採輪班制 一日人力: 3人	共4床 VS: 1人 住院醫師: 1人 一日人力: 2人	

目前收治狀況

病患資料	癌症種類	目前西醫治療	主訴
60xxx250 徐xx	Lung cancer, adenocarcinoma (stage IV)	化療(Gemcitabine)	雙腳麻感腫脹
63xxx49 葉xx	Descending colon cancer (stage IV)	化療(mFOLFOX6)	化療後噁心欲吐
58xxx49 魏xx	Breast cancer (stage IV)	標靶治療 (Trastuzumab)	雙腳無力、身熱
59xxx29 林xx	ANAPLASTIC OLIGODENDROGLIOMA	化學治療+放療 (CCRT)	口乾欲飲
51xxx08 陳xx	Esophageal squamous cell carcinoma (stage IIIB)	食道癌術後	咳嗽痰多自汗乏力
64xxx97 蘇xx	Lung cancer (stage IV)	化療(Alimta+carboplatin)	背痛、頭暈欲吐
63xxx65 邱xxx	Breast cancer (stage IV)	化療(Femara)	噁心欲吐眠差
彭xx	Esophageal cancer (stage III)	CCRT	吞嚥困難、失去食慾

病患回饋:

- 過熱
 - 空閒時間太多
- 解決辦法:
- 學北市聯當成社團經營?但需要空間與各專科與人力的配合
 - 電視螢幕設立?名義為何? 購買!
 - 電風扇的必要性? 購買!
 - 報到章

部(系)主任: 洪裕強 科主任: 蔡明諤 記錄: 金玟棠

附錄三

收治日期：____年__月__日 姓名：_____ 性別：_____ 病歷號碼：_____ 年齡：_____
現病史：_____年__月罹患____癌(分期 T__M__N__，分子標記____)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日期_____ 切除方式與部位_____ 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____ 日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 配方_____ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：_____ NCI-CTC 分級(0-4)_____分 嚴重度 VAS(0-10) _____分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：_____ 居住：_____ 藥物過敏史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_____ 體重：_____
實驗室數據： WBC_____ HB_____ PLT_____ BUN_____ CR_____ AST/ALT_____ LDH_____ ALBUMIN_____ 癌症指數_____
影像學檢查(日期：_____):
舌象：_____ 脈象_____ 經絡能量儀總分_____
主觀問卷 ☐ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) ☐ MFSI-SF 疲勞指數
診斷 中醫病名 西醫病名
中醫治則與主要治療措施 <input type="checkbox"/> 中藥 _____ <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_____ _____
其他治療配套 <input type="checkbox"/> 五音治療 (<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水) <input type="checkbox"/> 八段錦 <input type="checkbox"/> 經絡按摩 (_____經) <input type="checkbox"/> 藥薰 部位_____ <input type="checkbox"/> 皮膚藥膏 (<input type="checkbox"/> 白芷蘆薈凝膠 <input type="checkbox"/> 紫雲膏 <input type="checkbox"/> 黃連膏 <input type="checkbox"/> 金黃膏 <input type="checkbox"/> 其他____)

穴敷點_____

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

附錄四

收治日期：106年5月15日 姓名：_梁 XX_ 性別：女 病歷號碼：_607XXXXXX_ 年齡：_53_
現病史：_105_年_9_月罹患_大腸_癌(分期 IIIC)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_2016/09/2_切除方式與部位_Combined abdominal perineal resection for rectal cancer_ 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 次數_29_日期_2016/11/08~12/22_ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_oxaliplatin+5-FU_ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：_chemotherapy-induced leukopenia_ NCI-CTC 分級(0-4)_3_分 嚴重度 VAS (0-10) _5_分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：__殯葬__ 居住：__雲林__ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_162_ 體重：_49_
實驗室數據： WBC_4100_ HB_10.8_ PLT_154000_ BUN_____ CR_0.55_ AST/ALT_19/13_ LDH_____ALBUMIN_4.7_ 癌症指數_CEA：1.24_
影像學檢查(日期：_106/05/16_)： Abdominal CT：*Lower rectal cancer s/p APR and colostomy *Focal enhanced nodular mass about 5cm over uterus may be myoma
舌象：舌質瘀紅白濁苔佈 脈象_細澀_ 經絡能量儀總分_57.8_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1 角色功能 1.5 情緒功能 1 認知功能 1 社會功能 2 整體健康 7 疲憊 1.3 噁心嘔吐 1 疼痛 1 喘 1 失眠 1 食慾不振 1 便秘 1 腹瀉 2 經濟狀況 1 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 -3
診斷 中醫病名 血枯勞、腸蕈 西醫病名 大腸癌
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _桃紅四物湯_ <input type="checkbox"/> 體針 <input checked="" type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_膈俞/血海/絕骨/髌骨前上棘_
其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (_____經)

藥薰 部位_____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)

穴敷點_____神闕_____ 無煙灸

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

病患為素食，化療後白血球低下嚴重，嚴重到6周還未能恢復，除結合營養師告知如何補充適量的蛋白質外，中醫常給予益氣補血、活血化瘀、滋補肝腎的方藥，或利用艾灸敷貼神闕穴、關元穴，或雷射針灸刺激膈俞穴、絕骨穴和紅骨髓常見的位置如髌骨、脛骨粗隆等。此案例是國內證實雷射針灸可應用於白血球低下的治療，也樹立了後續病患遇到此問題的治療指引。

收治日期：106年6月3日 姓名：_胡XX_ 性別：女 病歷號碼：_606XXXXX_ 年齡：_62_
現病史：103年4月罹患_乙狀結腸_癌 (分期 pT4bN2bM1a 分子標記：KRAS wild type)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_103-7_切除方式與部位_high anterior resection + LNs dissection + resection of segmental small bowel and direct anastomosis + partial cystectomy and loop ileostomy_ 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_日期_ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_FOLFIRI_ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 藥物_Erbitux_
主訴：_Chemotherapy-induced N/V, pharyngitis_ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10) _7_分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 職業：_家管____ 居住：__高雄鳳山_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____
身高：_158.6_ 體重：_58.2_
實驗室數據： WBC_4800_ HB_12.2_ PLT_264000_ BUN_____ CR_0.76_ AST/ALT_22/15_ LDH_226_ ALBUMIN_4.2_ 癌症指數_CEA 13.7 ng/ml、CA-19.9 <5.0 U/ml_
影像學檢查(日期：2015/06/26)： Abdominal CT：*s/p high anterior resection of sigmoid colon cancer *No evidence of local recurrence nor distal metastasis
舌象：舌紅乾瘀絡怒張 脈象_沉大_ 經絡能量儀總分_82_
主觀問卷 ☿ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.2 角色功能 1 情緒功能 2 認知功能 1 社會功能 2 整體健康 3.5 疲憊 2 噁心嘔吐 2 疼痛 1 喘 1 失眠 1 食慾不振 2 便秘 2 腹瀉 2 經濟狀況 1 ☿ MFSI-SF 疲勞指數 11
診斷 中醫病名 嘔吐、咽痛(瘀血阻胃，虛熱上阻胃)、腸蕈 西醫病名 大腸癌
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 膈下逐瘀湯+橘皮竹茹湯

體針 雷針 耳針 腹針 穴位_耳神門/胃點/交感/太衝/合谷/豐隆_

其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (_____經)

藥薰 部位_____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)

灸 穴敷點_____ 無煙灸

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

過去無化療引起噁心嘔吐的記載，但根據嘔吐的範疇主要病機為胃失和降，胃氣上逆。從臨床實際來看，化療藥物毒性較強，損傷人體正氣，導致脾胃虛弱，脾失運化，胃失受納，飲食積滯，水濕不化，水谷精微不能化生氣血，變為邪氣停留體內，並進一步導致脾胃升降失常，形成惡性循環，故發生食慾減退，噁心、嘔吐，長期如此可導致營養不良，嚴重影響患者的整體情況和治療的依從性。故化療所致的噁心、嘔吐為虛實夾雜證，以虛為本，以實為標，臨床治療多以益氣健脾為主，輔以降逆和胃之藥，並隨症加減；但也可能出現先實後虛證，此時就應先處理實、熱為優先。此病患舌象瘀血嚴重，瘀血內阻而致嘔者，當以活血祛瘀為治，方用膈下逐瘀湯加減。搭配理氣散結之穴位如太衝合谷豐隆等。

收治日期：106年6月3日 姓名：_洪XX_ 性別：男 病歷號碼：_60XXXXXX_ 年齡：_53_
現病史：104年5月罹患大腸癌(分期 T4AN1M0)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期 104-05 切除方式與部位 LAR 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 次數_28_日期_2015/02/03~2015/03/13_ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方__mFOLFOX6__ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：__Diarrhea due to short bowel syndrome__ NCI-CTC 分級(0-4)_3_分 嚴重度 VAS(0-10)_10_分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有_DM__ 家族病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有_DM__ 職業：__車床__ 居住：__高雄鹽埕區__ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_169.1_ 體重：_60.5_
實驗室數據： WBC_____ HB_____ PLT_____ BUN_____ CR_0.64_ AST/ALT_____ LDH_____ ALBUMIN_____ 癌症指數_CEA 1.07_
影像學檢查(日期：104-5)： * S/P restorative proctectomy with colo-anal anastomosis. * No evidence of recurrent tumor or distant metastasis in this study.
舌象：白胖水滑苔 脈象_洪大帶弦_ 經絡能量儀總分_16.1_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.6 角色功能 2 情緒功能 2.3 認知功能 2 社會功能 2 整體健康 4 疲憊 2 噁心嘔吐 1.5 疼痛 2 喘 1 失眠 2 食慾不振 2 便秘 2 腹瀉 3 經濟狀況 3 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 33
診斷 中醫病名 腹瀉 西醫病名
中醫治則與主要治療措施 ■中藥 調中益氣湯 <input type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input checked="" type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位 小腸、大腸、脾、肝、腎、交感、神門

其他治療配套

- 五音治療（木 火 土 金 水）
- 八段錦
- 經絡按摩（_____經）
- 藥薰 部位_____
- 皮膚藥膏（白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____）
- 穴敷點____天樞 帶脈 大腸俞_____
- 其他製劑（漱口水 烏貝散 其他_____）

衛教

- 中醫衛教
- 營養衛教
- 護理衛教

主治醫師 COMMENT

結腸直腸癌的治療方式中包括「放射治療」，乃是運用高能量之游離輻射線來破壞癌細胞，防止癌細胞的生長與分裂，而達到控制癌症的目的。結腸直腸癌的放射治療大致可分為手術前放射治療、手術後放射治療及手術中放射治療。手術前放射治療可減少癌細胞之擴散；也可降低腫瘤體積，增加手術完全切除率。手術後放射治療目的在消除手術中無法去除之病灶進而減少復發率。主要是針對骨盆腔和淋巴結的部分進行電療。每日一次十分鐘的治療，週一至週五，每週五次，共計 25-28 次的治療次數。此類病患接受放射治療常見的副作用是腹部絞痛及腹瀉，通常出現在治療第二週結束後開始，而症狀的嚴重性也因人而異。雖然以上症狀會隨著治療的結束而改善，少部分病患會出現慢性直腸黏膜炎，常於治療半年後發生，每天腹瀉十餘次以上，輕則黏液脫出，嚴重甚至會出現血便。病患語聲低微，脛理鬆白，大便黏冷稀，完穀不化，初以健脾利濕選參苓白朮散+四神丸加味。雖腹瀉已從治療前的 20 次減為十餘次，但之後停滯不前。所以改方為調中益氣湯，主治脾胃不調者，腸鳴飧泄膨脹之類也，氣弱者，言語輕微，手足倦怠，目暗不明也。果然目前腹瀉已降為每日 6-7 次，且集中在夜晚發作，不會影響日常工作的表現。

收治日期：106年6月3日 姓名：_郭XX_ 性別：女 病歷號碼：_60XXXXXX_ 年齡：_40_
現病史：103年8月罹患_乙狀結腸癌(分期IV)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_105-8_切除方式與部位_AR+ATH+BSO_ 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 次數_____日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_FOLFOX_ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 藥物_avastin->stivarga_
主訴：_chemotherapy-induced neuropathy_ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10) _2_分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有_甲狀腺低下_ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：_家管_ 居住：_台南安平_ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_____ 體重：_54_
實驗室數據： WBC_3100_ HB_9.3_ PLT_201K_ BUN_____ CR_0.59_ AST/ALT_____ LDH_____ ALBUMIN_3_ 癌症指數_CEA 2.23、CA19-941.93_
影像學檢查(日期：_____):
舌象：_____ 舌根黃膩苔_____ 脈象_____ 數_____ 經絡能量儀總分_____ 25.3_____
主觀問卷 ♪ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 2.2 角色功能 3 情緒功能 1.5 認知功能 2 社會功能 2.5 整體健康 5 疲憊 2.3 噁心嘔吐 1 疼痛 3 喘 3 失眠 2 食慾不振 2 便秘 2 腹瀉 1 經濟狀況 3 ♪ MFSI-SF 疲勞指數 13
診斷 中醫病名 腸蕈、周痺 西醫病名 大腸癌
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____ 黃耆桂枝五物湯+當歸四逆湯_____ <input type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_____
其他治療配套 <input type="checkbox"/> 五音治療 (<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水) <input checked="" type="checkbox"/> 八段錦 <input checked="" type="checkbox"/> 經絡按摩 (_____經)

藥薰 部位_雙足_

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)

穴敷點_____ 無煙灸

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

鉑金類藥物中的 oxaliplatin 由於較 cisplatin 的腎毒性低且療效好而廣泛使用於大腸癌與胃癌病患的治療，其週邊感覺神經病變的主要特徵為四肢末梢感覺異常，口咽與上呼吸道、消化道感覺異常，部分病患會引起咽喉或食道的嚴重痙攣性疼痛。感覺異常通常會在療程間自行復原，但隨著療程延長藥物累積劑量太大時，便會導致症狀持續存在及日常生活功能障礙。所引起的神經毒性可分三級，第一級指出現感覺遲鈍或感覺異常，但在下個療程前消失，或輕微的痙攣症狀。第二級係指感覺遲鈍或感覺異常持續到下一個療程。第三級係指持續性感覺遲鈍或異常已造成功能性障礙，如拿東西常掉落或無法自行扣釦子。治療結束後，大多數病患的神經症狀可於數月之後改善或完全消除。

也因為這些病人常抱怨低溫會誘發或加劇此類症狀，所以可用黃耆五物湯鼓舞脾陽，滋氣血生化之源，利用當歸四逆湯酌加烏附來處理寒凝痺阻。

收治日期： 106 年 6 月 6 日 姓名：_王 XX_ 性別： 女 病歷號碼：_62XXXXX_ 年齡：_58_
現病史：106 年 1 月罹患_乙狀結腸_癌(分期 pT3N1Mx)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_106-2_切除方式與部位 anterior resection for sigmoid colon cancer 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 配方_ FOLFOX_ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：_abnormal liver function_ NCI-CTC 分級(0-4)_1_分 嚴重度 VAS(0-10) _____分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有_胃潰瘍/B 肝_ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：____公務_____ 居住：____高雄苓雅區_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_157.4_ 體重：_66.2_
實驗室數據： WBC_4570_ HB_12.6_ PLT_120K_ BUN_____ CR_0.8_ AST/ALT___/60_ LDH_____ALBUMIN_____ 癌症指數_____
影像學檢查(日期：_____):
舌象：_舌紅白乾厚_ 脈象_軟_ 經絡能量儀總分_9.9_
主觀問卷 ☿ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.4 角色功能 1 情緒功能 1.3 認知功能 1.5 社會功能 1 整體健康 4 疲憊 2 噁心嘔吐 2 疼痛 1 喘 1 失眠 1 食慾不振 2 便秘 1 腹瀉 2 經濟狀況 1 ☿ MFSI-SF 疲勞指數 8
診斷 中醫病名 腸蕈 肝病(濕熱中阻) 西醫病名 大腸癌
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____瀉青丸_____ <input checked="" type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_陰陵泉/三陰交/至陰/行間_
其他治療配套 <input type="checkbox"/> 五音治療 (<input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水) <input checked="" type="checkbox"/> 八段錦

- 經絡按摩 (_____ 經)
- 藥薰 部位 _____
- 皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他 _____)
- 穴敷點 _____
- 其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他 _____)

衛教

- 中醫衛教
- 營養衛教
- 護理衛教

主治醫師 COMMENT

接受化學治療或免疫抑制治療可能造成病毒性肝炎的復發，病毒肝炎復發病症輕微者會延誤癌症的正規治療，嚴重者則甚至可能致死。因台灣地區屬 B 型肝炎的高盛行地區，化療後 B 型肝炎復發是近年來倍受重視的併發症，也因為愈來愈多的證據證實 B 型肝炎復發的嚴重性。行間/陰陵泉具有疏肝理氣、調暢氣血、改善肝功能的效果，所以為治療主要穴位。另外中藥對於肝炎，累積了相當多的經驗。此病患為濕熱中阻，所以在治療上使用瀉青丸，方中龍膽草清肝瀉火以折熱勢，為方中君藥。梔子清熱，大黃瀉火，共助龍膽草清瀉肝膽實火，二藥有利尿和通便之功，使邪熱從二便分消；當歸、川芎養血和營，防火熱傷及肝血，共為臣藥。羌活、防風疏散火邪，以利于肝經鬱火的清散；竹葉清熱除煩，導熱从小便而出，共為佐藥。蜂蜜調和諸藥為使藥。于瀉肝之中，寓有養肝之意。蓋瀉肝之病，而不致傷肝之體也。

收治日期：106年6月10日 姓名：_蔡 XX_ 性別：女 病歷號碼：_69XXXXX_ 年齡：_70_
現病史：106年5月罹患升結腸癌(分期 pT4aN1aNO)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_106-4_切除方式與部位_ right hemicolectomy _ 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_ FOLFOX _ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：_abdominal pain_ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10) _6_分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：___無___ 居住：___高雄梓官___ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_126.5_ 體重：_45.1_
實驗室數據： WBC_5000_ HB_11.6_ PLT_266000_ BUN_18_ CR_0.48_ AST/ALT_19/13_ LDH_ALBUMIN_ 癌症指數_CEA 2.49 ng/mL_
影像學檢查(日期：2017/04/03)： Abdominal CT：*Segmental irregular lumen thickening with suspicious intussusceptions over right hepatic flexure of colon, favoring colon cancer. Colitis is less likely. *Multiple hepatic cysts*Gallstones.
舌象：___紅 白厚苔改善 脈滑 脈象_滑數_ 經絡能量儀總分_58.2_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1 角色功能 2 情緒功能 1.3 認知功能 2 社會功能 2 整體健康 4 疲憊 2.3 噁心嘔吐 3 疼痛 1 喘 3 失眠 2 食慾不振 2 便秘 1 腹瀉 2 經濟狀況 2 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 20
診斷 中醫病名 腹痛 腸蕈 西醫病名 大腸癌
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____越鞠丸_____ <input checked="" type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 雷針 <input checked="" type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_梁丘/天樞/足三里/胃點/神門_

其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (___脾胃___經)

藥薰 部位_____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)

穴敷點_____ 無煙灸

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

臍腹疼痛，脹滿不舒，脹痛隨矢氣而稍減或臍腹部有氣瘕攻動作痛，情志不舒則疼痛加重，不欲飲食，舌苔薄白，脈弦滑。是無形之氣聚。多因脾胃運化失司，氣機升降受阻，氣滯於內，鬱結不通，不通則痛。尤其在化療前一天就開始疼痛，跟擔心化療的副作用和恐懼有關，治療選用越鞠，丸方中香附行氣開鬱，治氣鬱胸腹脹滿；川芎活血行氣，治血鬱刺痛；蒼朮燥健脾，治濕鬱胸痞痰多；梔子清熱瀉火，治火鬱嘈雜吞酸；六曲消食和胃，治食鬱不思飲食。痰鬱多因氣、火、濕、食諸鬱所致，氣行通暢，濕去火清，則痰鬱亦因之而解，故不另用化痰藥物。而梁丘穴是足陽明經之郄穴，是胃經氣血聚集之處，具有舒肝和胃、理氣止痛之功效，所以是我們施針的主穴位。

收治日期： 106 年 6 月 21 日 姓名：_傅 XX_ 性別： 男 病歷號碼：_59XXXXX_ 年齡：_61_
現病史：105 年 9 月罹患_大腸_癌(分期 T4aN1bM1b)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_105/10/05_ 切除方式與部位_Loop T-colostomy_ 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 次數_15_日期_105/10/26_ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_FOLFIRI_ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 藥物_Avastin_
主訴：_Bone pain_ NCI-CTC 分級(0-4)_____分 嚴重度 VAS (0-10)_8_分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：____電器買賣_____ 居住：____屏東車城_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_161.2_ 體重：_65.2_
實驗室數據： WBC_7600_ HB_9.3_ PLT_320000_ BUN_____ CR_1.06_ AST/ALT_29/12_ LDH_457_ ALBUMIN_4.2_ 癌症指數_CEA 4820_CA-19.9 1349_
影像學檢查(日期：2017/02/16)： Abdominal CT：*Regressive change of the upper rectal cancer with exophytic tumor *Regressive change in size of the RLL nodules (up to 9mm) *Necrotic change of the bilobar liver metastatic tumors
舌象：色紫體胖白濕苔 脈象_右弦數_左細沉_ 經絡能量儀總分_4.2_
主觀問卷 ☺ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.6 角色功能 2 情緒功能 1.5 認知功能 1.5 社會功能 2 整體健康 4 疲憊 1.7 噁心嘔吐 2 疼痛 2 喘 2 失眠 2 食慾不振 2 便秘 1 腹瀉 2 經濟狀況 2 ☺ MFSI-SF 疲勞指數 3
診斷 中醫病名 西醫病名
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 ____蠲痺四物湯_____ <input checked="" type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位____血海/絕骨/足三里/陽陵泉____
其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (胃/膽_經)

藥薰 部位____左膝蓋____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他____)

穴敷點_____

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

此病患骨轉移所引起的疼痛利用舌脈可用散寒止痛法。當然也可以由 X-ray 和 MRI 來由破壞骨投的性質作為判斷。通常肺癌、攝護腺癌，乳癌，大腸癌等這些腫瘤容易出現骨轉移，而出現骨轉移的骨質破壞類型也不一樣：攝護腺癌、腎癌、骨肉瘤等易出現成骨性破壞；乳腺癌易出現溶骨性破壞；肺癌易出現溶骨性或混合性破壞。不同的破壞類型病理性質也會不一樣，成骨性破壞骨顯像發白，屬寒凝；溶骨性破壞，骨密度低而且有很多小孔，屬陰虛偏熱。病患對於西藥止痛藥有所擔心害怕成癮，所以使用蠲痺四物湯治療血不榮筋，血虛瘦弱腎痛。

收治日期：106年8月14日 姓名：_廖 XX_ 性別：男 病歷號碼：_60XXXXXX_ 年齡：_34_
現病史：_106_年_5_月罹患_Cecal mucinous Ca (分期 pT4bN2nM1b)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_106-6_ 切除方式與部位 RESECTION OF SMALL BOWEL 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____ 日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方__FOLFIRI__ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：Chemotherapy-induced Nausea NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10) _____分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：__機車修理____ 居住：__高雄新興區_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_181.9_ 體重：_68.2_
實驗室數據： WBC_4400_ HB_12.7_ PLT_217000_ BUN_12_ CR_0.68_ AST/ALT_17/21_ LDH_____ALBUMIN_____ 癌症指數_CEA 147.54_CA19-9 5.85_
影像學檢查(日期：2017-10)： Persistent peritoneal thickening and stranding due to carcinomatosis, stable Regression of the ascites
舌象：舌胖色淡 脈象_脈弦尺脈較明顯_ 經絡能量儀總分_23.8_
主觀問卷 ♪ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.4 角色功能 3 情緒功能 1.5 認知功能 1 社會功能 2 整體健康 4.5 疲憊 1.7 噁心嘔吐 1 疼痛 2 喘 2 失眠 2 食慾不振 1 便秘 1 腹瀉 2 經濟狀況 4 ♪ MFSI-SF 疲勞指數 -1
診斷 中醫病名 乾嘔(虛熱上逆)腸蕈 西醫病名 大腸癌
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input checked="" type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_內關、上下巨虛、耳神門、胃點_
其他治療配套 <input checked="" type="checkbox"/> 五音治療 (<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水)

- 八段錦
- 經絡按摩（_____經）
- 藥薰 部位_____
- 皮膚藥膏（白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____）
- 穴敷點_____
- 其他製劑（漱口水 烏貝散 其他_____）

衛教

- 中醫衛教
- 營養衛教
- 護理衛教

主治醫師 COMMENT

噁心嘔吐是腫瘤化療中最常見早期毒副反應，化療病人中約 60% 出現噁心嘔吐症狀，嚴重嘔吐可致脫水、電解質失調、衰弱及體重減輕，大大降低了腫瘤病人的生存質量，可能使病人拒絕接受有效治療，影響正常化療周期順利完成。嘔吐分為急性嘔吐，一般發生在化療後 24 小時內；延緩性嘔吐，為化療 24 小時後，5~7 天內發生的嘔吐；預期性嘔吐為病人在第一次化療中經歷了嘔吐，在下一化療前就發生噁心嘔吐，這是一種條件反射。化療損傷胃氣，產生呃逆之證，但有寒熱虛實之分。《景岳全書·雜證謨》「凡雜證之呃，雖由氣逆，然有兼寒者，有兼熱者，有因食滯而逆者，有因氣滯而逆者，有因中氣虛而逆者，有因陰氣竭而逆者。但察其因而治其氣，自無不癒。若輕易之呃、或偶然之呃，氣順則已，本不必治。惟屢呃為患及呃之甚者，必其氣有大逆或脾腎元氣大有虧竭而然。然實呃不難治，而惟元氣敗竭者乃最危之候也。」

本病患化療當天就會產生嚴重乾嘔，嘔之無物，證因胃虛有熱，氣逆不降所致。胃虛宜補，有熱宜清，氣逆宜降，故清補降逆之法選橘皮竹茹湯。方中橘皮辛溫，行氣和胃以止呃；竹茹甘寒，清熱安胃以止嘔，皆重用為君藥。人參甘溫，益氣補虛，與橘皮合用，行中有補；生薑辛溫，和胃止嘔，與竹茹合用，清中有溫，共為臣藥。甘草、大棗助人參益氣補中以治胃虛，並調藥性，是為佐使藥。

收治日期：106年8月29日 姓名：_陳XX_ 性別：男 病歷號碼：_69XXXXX_ 年齡：_40_
現病史：106年3月罹患_直腸_癌(分期 pT4bN2bM1a, 分子標記_ KRAS wild type)
治療方式： 手術 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日期_106-3_ 切除方式與部位 combined abdomino perineal resection 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 次數_10_日期_2016/12/22~2017/01/05_ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_FOLFIRI + Mfolfox6_ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 藥物_Avastin_
主訴：_chemotherapy-induced N/V_ NCI-CTC 分級(0-4)_3_分 嚴重度 VAS (0-10) _10_分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 家族病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有__父-DM__ 職業：____無_____ 居住：__高雄大樹_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____
身高：_174_ 體重：_83_
實驗室數據： WBC_5700_ HB_14.5_ PLT_226000_ BUN_____ CR_0.96_ AST/ALT_24/31_ LDH_220_ ALBUMIN_4.5_ 癌症指數_CEA 67.77、CA-19.9 71.11_
影像學檢查(日期：2017-10)： 1. Three new small nodules (<6mm) in LLL favor lung metastasis 2. Slight progression of the metastasis tumors in S4 (2.66cm) and S2 (2.9cm) liver 3. A 3.3X2.3cm mass in presacral area, no interval change 4. Multiple enlarge retroperitoneum and pelvic LNs, no interval change
舌象：紅絳苔白薄略乾 脈象_滑數_ 經絡能量儀總分_55.7_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1 角色功能 1 情緒功能 2 認知功能 1.5 社會功能 1.5 整體健康 5.5 疲憊 1.3 噁心嘔吐 4 疼痛 2 喘 1 失眠 2 食慾不振 1 便秘 1 腹瀉 1 經濟狀況 2 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 8
診斷 中醫病名 西醫病名
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _膈下逐瘀湯_____ <input type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_____

其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (_____經)

藥薰 部位__會陰+肛門_____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他__苦參膏__)

穴敷點_____ 無煙灸

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

嘔吐其暴病多實，而久病多虛。臨床所見「胃寒者十有八九，內熱者十止一二」(《景岳全書》)，故其治療應以溫胃止嘔為常法，古稱生薑是嘔家聖藥，多用之。此外尚有痰飲內停而致嘔者，當溫化寒飲，其嘔自除，方用旋覆代赭湯；尚有瘀血內阻而致嘔者，當以活血祛瘀為治，方用膈下逐瘀湯加減。

另外病患手術後會陰部的疼痛嚴重影響他生活品質，需要吃到第三級止痛藥方能奏效，中醫我們使用藥薰法。主要材料有荊芥、防風，馬齒莧，黃柏，甘草，水腫者加蒼朮，芒硝，血栓者加赤芍、乳香沒、藥、紅花等，蒸騰的藥氣然後熏患處，然後就將藥湯乘熱淋洗到痔瘡部位，這是一種藉助藥力和熱力，比較直接作用在會陰部位，從而疏通氣血，這樣可以達到清熱燥濕，涼血、活血，祛風消腫，止痛止血的作用。

收治日期：106 年 8 月 30 日 姓名：_蔡 XX_ 性別：女 病歷號碼：_61XXXXXX_ 年齡：_48_
現病史：104 年 4 月罹患_乙狀結腸_癌(分期 pT4aN1bM0)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_104-6_ 切除方式與部位_ Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection), 105 轉移到卵巢 8 月進行 Laparoscopic partial or complete adnexectomy - bilateral, adhesiolysis of pelvic adhesion _ 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____ 日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_ FOLFIRI+ Hyperthermia _ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 藥物_ avastin _
主訴： _____malnutrition+ileus_____ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS (0-10) _9_分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有____母姊-大腸癌_____ 職業：____無_____ 居住：____高雄仁武_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_151_ 體重：_42_
實驗室數據： WBC_5500_ HB_13.1_ PLT_205000_ BUN_____ CR_0.63_ AST/ALT_29/21_ LDH_145_ ALBUMIN_____ 癌症指數_CEA 0.7_
影像學檢查(日期：__2017/05/16__)： Abdominal CT：*s/p anterior resection and anastomosis, no focal recurrent tumor *s/p hysterectomy + BSO
舌象：_舌紅乾_ 脈象_燥數_ 經絡能量儀總分_40.5_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.4 角色功能 2 情緒功能 1 認知功能 2 社會功能 2 整體健康 6 疲憊 2 噁心嘔吐 1 疼痛 1.5 喘 1 失眠 3 食慾不振 1 便秘 2 腹瀉 2 經濟狀況 1 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 1
診斷 中醫病名 腸熱中消 大便秘結 西醫病名 腸沾黏 腸葷
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____增液承氣湯_____ <input type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_____

其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (__帶脈/胃__經)

藥薰 部位_____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)

穴敷點_____ 無煙灸

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

化療加溫熱療法，整個人處在亢奮狀況，惡熱喜涼、聲音高亢、不想睡、大便乾硬、腹脹、腸沾黏腹痛、且舌紅脈細數。本屬"陽結"範疇，津耗液傷，胃腸燥熱成實，出現大便秘結不下。但此病患仍需考慮是否陰虛津液未充，亦可考慮陽明溫病，無上焦證，數日不大便，其陰素虛，不可用承氣湯者。改以增液承氣湯通便，調整水液代謝。

《景岳全書·秘結》："元氣薄弱之人，凡患傷寒雜證、病氣不足等病，而有大便不行者，但察其胸腹下焦，若絕無脹實痞塞、急墜欲解等患，此其中本無實邪，即雖十日二十日不解，亦自無妨，切不可因其不便，強為疏導。蓋其胃口未開，食飲未進，則全賴中氣以為捍禦之本，但俟邪氣漸退，胃氣漸和，則自然通達，無足慮也。若腸臟本無滯礙，而強為通利，以泄胃氣，遂至不勝客者有之，邪因而陷者亦有之，此其害受於冥冥之中，而人多不知也，識之慎之"。

收治日期：106年8月31日 姓名：_王周 XX_ 性別： 女 病歷號碼：_67XXXXX_ 年齡：_67_
現病史：_106_年_3_月罹患_升結腸_癌(分期 pT3 N1a M0)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_106-4_ 切除方式與部位_ Laparoscopic right colectomy and anastomosis_ 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____ 日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_FOLFOX_ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴： _____leukopenia_____ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10) _____分
過去病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業： _____無_____ 居住： _____屏東潮州_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_154.4_ 體重：_55.8_
實驗室數據： WBC_2700_ HB_10.3_ PLT_199000_ BUN_14_ CR_0.81_ AST/ALT_36/32_ LDH_181_ ALBUMIN_ 癌症指數_CEA 1.93_
影像學檢查(日期：2017/04/18)： Abdominal CT：A colon ca with possible regional LN metastasis.
舌象：_瘀乾_ 脈象_軟數_ 經絡能量儀總分_1.69_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.4 角色功能 1 情緒功能 2 認知功能 1.5 社會功能 2 整體健康 4 疲憊 1 噁心嘔吐 2 疼痛 1 喘 1 失眠 1 食慾不振 2 便秘 1 腹瀉 1 經濟狀況 1 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 8
診斷 中醫病名 血球低下(心脾兩虛) 西醫病名 腸葷
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____歸脾湯+龜鹿二仙丸_____ <input type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_____
其他治療配套 <input checked="" type="checkbox"/> 五音治療 (<input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水)

- 八段錦
- 經絡按摩（_____經）
- 藥薰 部位_____
- 皮膚藥膏（白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____）
- 穴敷點_____命門/氣海/關元_____ 無煙灸
- 其他製劑（漱口水 烏貝散 其他_____）

衛教

- 中醫衛教
- 營養衛教
- 護理衛教

主治醫師 COMMENT

癌症病例接受癌症治療後的主要不良反應就是白血球減少症，常常使患者中斷癌症治療的進行，既影響腫瘤的治療效果，又影響患者的生存品質。據葉天士“初病在氣，久病人血”“瘀血不去，新血不生”等理論，在補益脾腎或補益氣血的基礎上，選用少量的活血藥物，從而提高了療效。

研究證實對癌症治療期間白血球減少症、貧血以及血小板減少有明顯療效的藥物有”冬蟲夏草、黃耆、靈芝、太子參、白朮、茯苓、生熟地、枸杞子、阿膠、龜板膠、菟絲子、女貞子、補骨脂、穿山甲、丹參、三七、當歸、雞血藤、雞血藤、五味子、鹿角膠、花生衣、紅棗、甘草…… 等等。

白血球減少症屬中國醫學“虛勞”“血虛”“血證”等病證範疇。此病患主要是由於素體不足，勞倦內傷，損及脾胃或情志失調,加上接觸藥物，藥毒損傷臟氣受損而發為本病。基本病理為脾腎兩虛，氣血不足。本病多屬本虛標實證，其病機以陰陽氣血虧虛為本，熱毒、痰濁、瘀血、外邪等為標。治宜標本兼顧。白血球減少症病人可無症狀或有非特異性症狀，臨床以易於疲勞，易於感染為主要特徵。

病患年紀老邁，就診時伴面色蒼白、頭暈目眩、神疲乏力、胸悶肢軟、納呆泛惡、口渴、自汗、脈細小、舌胖或有齒印、苔薄白等。治宜益氣健脾，寧心和胃,方用歸脾湯。再增二仙膠滋陰補陽，而無偏勝之憂，入氣入血，有和平之美，此血氣陰陽交補之劑，氣足則精固不遺，血足則視聽明了，久服可以延年益壽

收治日期：106 年 10 月 19 日 姓名：_李 XX_ 性別： 病歷號碼：_69XXXXX_ 年齡：_77_
現病史：106 年 8 月罹患_直腸_癌(分期 T2N1bM0)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_106-9 切除方式與部位_ s/p laparoscopic AR _ 放射治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數_____ 日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_ mFOLFOX6_ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴： _____ Dizziness _____ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10) _____分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有_HTN/ACS_ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：__公務人員_____ 居住：__屏東恆春_____ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：__176__ 體重：__82__
實驗室數據： WBC_5400_ HB_12.9_ PLT_128000_ BUN_____ CR_____ AST/ALT_____ LDH_____ ALBUMIN_____ 癌症指數_CEA 0.54_
影像學檢查(日期：_____):
舌象：_色淡暗_ 脈象_遲_ 經絡能量儀總分_11.9_
主觀問卷 ♪ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1.4 角色功能 1 情緒功能 1.8 認知功能 1.5 社會功能 2 整體健康 6.5 疲憊 2 噁心嘔吐 1 疼痛 1 喘 2 失眠 2 食慾不振 2 便秘 2 腹瀉 2 經濟狀況 1 ♪ MFSI-SF 疲勞指數 24
診斷 中醫病名 頭暈 (血虛內風) 西醫病名 腸葷
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____ 歸脾湯+鈞藤散_____ <input checked="" type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位_百會/大椎/足三里/氣海/血海_
其他治療配套 <input checked="" type="checkbox"/> 五音治療 (<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水) <input type="checkbox"/> 八段錦 <input type="checkbox"/> 經絡按摩 (_____經)

- 藥薰 部位_____
- 皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)
- 穴敷點_____ 無煙灸 脾俞、腎俞、關元、足三里
- 其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

- 中醫衛教
- 營養衛教
- 護理衛教

主治醫師 COMMENT

大手術後氣血尚未恢復，產生營血虧虛，筋脈失養所導致的一系列血虛和頭暈動風症狀的證候。《景岳全書·眩暈》：「眩暈一證，虛者居其八九，而兼火兼痰者，不過十中一二耳。」《靈樞·邪氣臟腑病形》云：「十二經脈，三百六十五絡，其血氣皆上於面而走空竅。」故營血不足，不能上榮於面，官竅失養，則可出現頭暈目眩，面色無華等症。在治療上，當以補虛為主。治宜補養氣血，方用歸脾湯(《濟生方》)為主。再加鉤藤平肝清熱，菊花甘微寒微苦，輕清浮散，平肝熄風以助鉤藤平肝之力。人參、茯苓補氣健脾化濕…以上就是鉤藤散的主要藥物，所以直接用複方即可。

收治日期：106年11月1日 姓名：_鄭 XX_ 性別：女 病歷號碼：_62XXXXX_ 年齡：_66_
現病史：106年5月罹患_結腸_癌(分期 pT3 N1b)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 日期_106-8_切除方式與部位_LAR_ 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 次數_11_日期_106-10_ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 配方_mFOLFOX-6_ 標靶治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴：_CCRT-induced diarrhea_ NCI-CTC 分級(0-4)_2_分 嚴重度 VAS(0-10)_8_分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有____乳癌/子宮全切除____ 家族病史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 職業：_教職_ 居住：_屏東市_ 藥物過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
身高：_____ 體重：_____
實驗室數據： WBC3500_ HB_12.3 PLT_179K_ BUN_____ CR_0.65_ AST/ALT_26/49_ LDH_225_ALBUMIN_____ 癌症指數__CEA 1.7__
影像學檢查(日期：2017/08/14)： MRI:1. Middle rectal cancer with two small regional LN with suspicious fluid restriction and suspicious fluid restriction and suspicious architectural distortion, may consider operation first Tumor staging： T2N0 or T2N1b (Not so sure regional LNs are metastatic or not) 2. Focal hyperintensity in left side sacral ala abutting SI joint. Nature?
舌象：_舌紅苔剝_ 脈象_緊脈_ 經絡能量儀總分_44.8_
主觀問卷 ϕ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能 1 角色功能 1 情緒功能 1.3 認知功能 1 社會功能 1 整體健康 6 疲憊 1.3 噁心嘔吐 1 疼痛 1 喘 1 失眠 2 食慾不振 1 便秘 2 腹瀉 2 經濟狀況 1 ϕ MFSI-SF 疲勞指數 -15
診斷 中醫病名 腸蕈、火泄 西醫病名 Radiation-induced diarrhea, colon cancer stage III
中醫治則與主要治療措施 <input checked="" type="checkbox"/> 中藥 _____葛根芩芍湯_____ <input checked="" type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位__天樞/陰陵泉/行間/合谷/內庭__

其他治療配套

五音治療 (木 火 土 金 水)

八段錦

經絡按摩 (_____經) 拔罐 (大腸俞/肝俞)

藥薰 部位_____

皮膚藥膏 (白芷蘆薈凝膠 紫雲膏 黃連膏 金黃膏 其他_____)

穴敷點_____

其他製劑 (漱口水 烏貝散 其他_____)

衛教

中醫衛教

營養衛教

護理衛教

主治醫師 COMMENT

在討論大腸癌（結直腸癌）治療時，首先得將直腸和結腸分開來講，因為它們在人體內的個別位置，使醫師在選擇治療方法時有著相當不同的考慮因素。面對結腸癌，放射線治療並未扮演重要的角色；但是在直腸癌，放射線治療就有很大的功用。這最主要的原因，是由於直腸處於骨盆腔，是相對固定不動的器官；但是在腹腔的結腸癌常會隨著腸道遊移不定，使得放射腫瘤科醫師很難準確地將放射線治療範圍鎖定在病灶上，並且所設定的照射角度經常躲不開對放射線較敏感而又無所不在的小腸。

對於腫瘤已穿越腸壁或有淋巴轉移（第二、三期）的直腸癌病人，手術後需要進一步的做輔助性化學治療加放射線治療。

放射線治療通常在開刀後傷口痊癒差不多後就得開始，治療的範圍通常包括了整個骨盆腔，並涵蓋開刀的傷口（以杜絕無法用肉眼判斷而未被切除掉的癌細胞復發）。於是，在腹部會陰切開術（APR）後的放射線治療範圍，就比針對低前位切開（LAR）的大了許多，因為，前者的傷口一直延伸到會陰處，所以放射線治療必得照到這部位的皮膚才行。照射總劑量依開刀前後腫瘤大小和病理分析結果而定，大多可達 5500~6000 雷得，需時總共約 30-35 次。

腹部或骨盆腔之放射治療的第二~三週時，可能出現腹瀉的情形，病理可見粘膜充血或表淺性潰瘍，臨床症狀以下腹痛、腹瀉，裏急後重感為主。中醫觀點引發的火泄下血，陣陣脹痛喜飲冷，雜病心法芍藥芩連葛根湯用之，即甘草、芍藥、黃芩、黃連、葛根也，嚴重可以用六一散導熱從小便去。



106年建置癌症病患的中西醫日間照護 整合醫療模式之專家研討會與成果發表

指導單位：衛生福利部中醫藥司

主辦單位：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

協辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、大高雄中醫師公會、台灣中醫醫學會

課程日期：民國106年9月24日 (星期日08:30-13:00)

課程地點：高雄長庚紀念醫院兒童大樓六樓藍廳

時間	講題	主講者	主持人
8:30-08:40		報到	
08:40-09:00	貴賓致詞	衛福部中醫藥司	
		全聯會 張廷堅 副理事長	
		大高雄公會 楊啟聖 理事長	
09:00-09:10	長官致詞	高雄長庚中醫科系 洪裕強系主任	
09:10-10:00	建構中醫日間照護 模式-以大腸直腸癌 為例	高雄長庚中醫內科 蔡明諺主任	高雄長庚 中醫婦兒科 廖晏農主任
10:00-10:50	雷射針灸在癌症治 療之角色與研究	台灣中醫醫學會 胡文龍理事長	
10:50-11:00		休息時間	
11:00-11:50	腹針在癌症治療之 角色與研究	高雄長庚中醫 針灸科 黃博裕主任	高雄市立中醫醫院 張志浩副院長
11:50-12:40	全民健保癌症化療、 放射線療法患者中 醫門診延長照護試 辦計畫之施行現況	台北市立聯合醫院 林森中醫昆明院區 中醫兒科 劉佳祐主任	
12:40-13:00	綜合討論	全體與會人員	高雄長庚中醫內科 蔡明諺主任



附錄六

染、如何簡易的由「出痧」的顏色來判斷你的疾病屬性



諮詢服務電話：
高雄長庚醫院 (07) 7317123 轉 蔡明輝醫師 6250 或曾祥
林醫師 39180
資料引用：
• 新編彩圖針灸學
• <https://goo.gl/3ra8JA>
• <https://goo.gl/4oNQC3>
• Mehta P, Dhapte V. Cupping therapy: A prudent
remedy for a plethora of medical ailments. J
Tradit Complement Med. 2015;5:127-134.
• Chen B, et al. Alternative medicine: an update
on cupping therapy. QJM. 2015;108:523-525.

贊助計畫：衛生福利部委託科技研究－建構中醫日間照護
模式計畫 (MHW101-CMAF-M-114-112107)
照片提供：陳啟智醫師
書作提供：蔡畫家 UD Misi
著作權人：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院中醫科系
本著作係經著作權人同意，不得轉載、翻印或轉售。

初版：2017年9月

滑罐療法：

拔罐療法的另一種衍伸，同樣以杯罐作工具，用手推動杯罐來回滑動，使皮膚產生潮紅或瘀血現象。所以適宜於面積大，肌肉較豐厚部位，如脊背、腰臀、腿部等。治療方式可區分為下

- (1) 局部滑罐—以病變部位為中心，進行較小範圍的上、下、左、右旋轉推行。
- (2) 循經滑罐—與病變相關聯的經脈為主，進行較大範圍的循經滑罐治療。

罐、拔罐治療的特點

1. 非侵入性治療，病患接受度大
2. 適應症廣，特善於治療各式急慢性疼痛
3. 改善病症效果快
4. 滑罐療法則可集溫灸、拔罐、刮痧、按摩和藥物療法於一體

罐、拔罐的適應症

1. 適用於疼痛的治療，包含頸椎、腰椎的疼痛，及四肢關節疼痛等「痹症」的治療
2. 呼吸系統疾患：感冒、中暑、咳嗽、氣喘
3. 五官科疾患：痤疮、目赤腫痛、鼻柱腫、口腔潰瘍屬於實熱證者

4. 消化系統疾患：脾胃虛弱引起的消化不良、厭食、脹滿等症
5. 腫瘤患者：癌因性疲倦、放射治療後遺症、疼痛
6. 癱、中風後遺症和其他頭痛、婦科問題

陸、拔罐療法的禁忌症

心臟病、血液疾病或凝血功能異常、全身浮腫、皮膚病或局部皮損（如皮膚過敏或潰瘍破裂處）、極度衰弱、消瘦、皮膚失去彈力者、高熱不退、抽搐、癲癇。

建議：

- (1) 每療程執行時間約 10-15 分鐘，利用真空拔罐器時的擠壓兩次，避免壓力過大造成皮膚受損或壞死
- (2) 是否適合每日拔罐或密集稍作，應由中醫師依病患生理狀況與施行後皮膚反應來進行評估
- (3) 癌症病患應先由中醫師評估是否會轉移，操作時應避開轉移的部位

、五行樂章介紹

五行	經絡	音樂設計	功效	適應症
木	腸經 肝經 膽經	使用笛子、蕭、古箏作為基調的有緣旋律，彷彿穿透密林穿透出絲絲光縷，再配合些許鳥鳴，調出清幽婉轉的木系能量音樂。	免疫系統（具有養血、安眠的效果）。	食慾不振、月經不調、心情鬱悶、煩躁、易怒
火	心經 小腸經	以具有活潑跳動感的樂器，彈撥出甜美而活力上揚的旋律，調製出如太陽般溫暖明亮的火系能量音樂。	內分泌系統（具有固守元氣，幫助人體吸收的特性）。	胸悶、心慌、心悸、怕冷、吸收不良、體重減輕
土	脾胃經	充滿沉穩風格的大提琴為主奏，在陳毅凝聚深層能量的特殊氛圍，調出根植於大地的土系能量音樂。	消化系統具有養胃、滋補、助消化、增強肉能力的作用）。	胃痛、上火、疲勞、倦怠、噁心嘔吐、四肢冰冷或麻痛
金	肺經 大腸經	採用鈴、鑼、古箏、長笛等樂器為主旋律，以簡潔悠遠的旋律，調出清淨收斂中具有遼闊視野的金系能量音樂。	呼吸系統（可收斂氣血，防止元氣消耗）。	頭暈、搔癢、咳嗽、氣喘、悲傷、短氣
水	腎經 膀胱經	音色較為低沉的深遠的樂器—蕭，配合流水風竹之聲調製飄蕩流動的水系能量音樂。	循環系統（具有藏精、潤燥、舒緩腦壓、鎮靜安神）。	焦慮、睡眠障礙、偏頭痛、肉痠痛、口乾、粘膜發炎、元氣損傷

新南向國家中藥管理法規制度探討研究計畫

莊武璋

中華民國製藥發展協會

摘要

為配合政府推動新南向政策，並因應國際貿易競爭，協助中藥業者強化產業外銷動能，擴展國際交流與發展，本計畫針對新南向國家之中藥藥品產業管理現況及法規政策制度進行研究，因新南向國家中，新加坡與馬來西亞的醫藥市場成熟、法規完善，故依計畫目標優先選定該兩國為主要研究對象。

本計畫已完成「新南向國家中藥藥品產業及管理現況評估報告」及「新南向國家中藥藥品註冊審查法規研析報告」各 1 份，在交流活動方面，已完成邀請新加坡及馬來西亞官員來台擔任「中藥藥品國際交流合作論壇」、「東協中藥藥品註冊申請訓練課程」講師，除針對該兩國之查驗登記相關法規等進行演講，也與來台官員充分交流，建立友好關係，兩場活動分別計有 112 人次、99 人次參與，而課程籌辦之整體表現滿意度高達 99%。「馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會」則邀請馬來西亞智庫專家分享查驗登記實務經驗及心得，計 69 人次參與，學員反應極佳，現場迴響熱烈。最後，參考以上各工作項資料，完成「馬來西亞及新加坡中藥註冊查驗登記輔導指引」編印。

根據學員課後反饋意見，顯示中藥廠確有專家分享實務經驗與指導的需求，且藉由本計畫之執行，對於協助廠商檢視評估南向國家藥政管理趨勢，提供中藥業者發展南向業務參考有著相當大的幫助。本計畫針對新南向國家之中藥藥品產業管理現況及法規政策制度進行研究並彙編「馬來西亞及新加坡中藥註冊查驗登記輔導指引」，期可協助中藥業者申請及製造符合馬來西亞及新加坡規範之產品，並作為南向發展之參考。

關鍵詞：中藥、法規、新南向、東協

Research Program of TCM Regulation System in the New Southbound Countries

W. C. Chuang

Chinese Pharmaceutical Manufacture and Development Association

ABSTRACT

In order to cooperation with the government's efforts to promote new southbound policy and to assist Chinese medicine practitioners in strengthening their export marketing, to extend the international exchange and development in response to international trade competitions, this project is aim to study the status quo of the administration of Chinese medicine and pharmaceutical industry in the new southbound countries and their regulatory. Since Singapore and Malaysia's markets and their regulations are matured and well performed form all the new southbound countries, the two countries are selected as the main research targets according to the objectives of the project.

We had already finished a study report named "A pilot study on the Chinese Medicine Industry and Market status in new southbound Countries" and a regulatory report named "A comparison study and analysis about the Chinese Medicine registration regulations in the new southbound countries." Also, this project had held a forum called "International Exchanges and Cooperation in Chinese Medicine", and a "Training Course on Application for Registration of Chinese Medicines and Drugs". In the forum and the training course, this project invited the officials from Singapore HSA and Malaysia NPRB came to Taiwan to give lectures about the relevant laws and regulations on inspection registration of their countries, and also fully communicated with Taiwan officials. There were 112 participants and 99 participants in the two events, which are satisfied of the performance of the program and the rates are as high as 99%. Besides, according to the recommendation of the Review Committee, a "Seminar on practical experience sharing of Chinese and herbal medicine in Malaysia and ASEAN countries" was held. Expert from Malaysia think tank was invited to share experience on registration and his knowledge, with a total number of 69 participants. The participants responded well and satisfied. Finally, we had arranged a

“Guideline on registration Chinese Medicine in Malaysia and Singapore” after the events.

According to the feedback from the attendee, which show their need for experts to share their practical experience to Taiwan Chinese medicine manufacturer. With the implementation of this project, it is helpful for manufacturers to examine and evaluate the trends of drug administration in the new southbound countries. In addition, this project can provide considerable reference for Chinese medicine practitioners to develop their businesses in the new southbound countries. Furthermore, with the “Guideline on registration Chinese Medicine in Malaysia and Singapore” we believed it will help a lot for promoting Taiwan companies to produce and to develop their product and to registration both in Malaysia and Singapore. Finally, This project can be a reference on new southbound policy.

Keywords: traditional Chinese medicine, regulation, southbound, ASEAN

壹、前言

政策及整體經濟環境背景

新南向政策之背景，乃著眼於新南向各國之經濟發展潛力，特別是東協十國及南亞六國未來 5 年（2017~2021 年）平均每年經濟成長率將分別達 4.9% 及 6.0%，遠高於全球經濟成長率 3.1%，在全球經濟持續不振下，可謂一成長亮點。在 2015 年底正式成立的東協經濟共同體(AEC)加計南亞六國及紐澳 GDP 約占全球 8.8%。東協及南亞人口結構年輕，且中產階級大量興起，內需消費潛力龐大。此外，臺灣與東協以及南亞的經貿網絡相當緊密，我國對東協國家之出口占我國出口總值 18.1%，僅次於中國大陸；臺商對東協國家投資累計也高達 869 億美元，臺灣挾著「距離近」、「華人眾多」、「臺商已有布局」等優勢，面對 AEC 整合成為一個「單一市場」及「單一生產基地」，區域內貨物已自由流通，更需要把握此一機會，加強並提早布局。

我國在推動新南向政策的投入，有助於台商進一步投資、增聘東協各國當地勞工、提升當地發展及建設，可謂雙方互惠互利。而我國近年對新南向市場之貿易總值，亦達到我國全球進出口市場的 18.8%，並料將持續成長。此其中，又以新加坡與馬來西亞與我國貿易往來特別頻繁，甚至已然成為我國十大進出口貿易國。

再從醫藥品市場來看，我國藥品輸出至新南向國家之貿易額，新加坡與馬來西亞亦名列前茅。其中，我國中藥製造業依經濟部統計處工業生產統計資料顯示，2013 年至 2015 年生產值分別達新臺幣 79.6、86.8 及 88.75 億元，年成長率分別為 4.23%、9.05% 及 2.23%，以供應國內市場為主，外銷方面出口值分別為 1,815、2,060 及 2,239 萬美元，約占整體產值 7%，其中南向國家占中藥整體出口額達 26.24%，新加坡及馬來西亞亦為我國中藥品主要出口國家。

再從我國的中藥製劑產品輸出表現來看，在近年政府新南向政策的支持推動之下，2015-2016 我國中藥業者對新南向國家的出口數字大多有所成長，對印尼、紐西蘭、菲律賓、越南、新加坡與澳洲表現均相當亮眼。

產業發展需求

傳統中醫藥歷經五千年傳承，在當下日常生活中也多所為一般民眾日所利用，近年世界各國對於「傳統醫學」(Traditional Chinese Medicine)亦逐

漸加以重視，包括美國在內，各國均相繼投入中草藥的研究。因此，近年來傳統醫藥在國際上備受關注。世界衛生組織也曾呼籲各國政府重視傳統醫藥發展，希望各國政府將傳統醫藥納入國家醫藥政策。發展傳統醫藥已成為國際趨勢，東南亞國家政府及民間，亦相繼大量投入傳統醫學中草藥的發展。再加上近年來臺灣中醫藥之各項發展均已步入正軌，各項檢驗查登法規、基準之訂定及施行，中藥臨床試驗環境之建置，各項教育訓練之推動實施，顯示我國中藥產業已有相當高水準的能力，此時政府推行新南向政策，於中藥產業方面，亦期待能有所發揮，將我國之高品質中藥產品推向國際舞台。

在新南向國家中，新加坡與馬來西亞屬於國民所得較高之國家，醫藥市場較為成熟，醫療支出相較東協或南亞其他國家為高，於醫藥法規方面亦較完善，環境相對開放，故而本計畫選定新加坡與馬來西亞作為主要研究對象，期能透過本計畫協助我國中藥產業強化國內中藥業者對馬來西亞及新加坡整合現況、中藥藥品法規環境及審查制度的了解。

國內外相關研究之文獻探討

所謂「新南向」政策，並非首見，早在 1993 年便有相關之發展計劃計畫，諸如行政院之「加強東南亞地區經貿工作綱領」等，在學術界與產業界亦向來備受關注。惟近來蔡英文總統就職後再次提出並隨之成立「新南向辦公室」，評論者即指出此為臺灣走向全球化以及產業轉型的重要指標，有論者更直接引述當時新南向辦公室主任黃志芳之言論，將之定位為「積極推動與東協及南亞國家的人才、產業、投資、教育、文化、觀光、農業等密切的雙向交流與合作，以建構臺灣與東協及南亞國家 21 世紀新夥伴關係」，並且從多方面分析東協乃至南亞各國之政經環境，至於實施之方式，有建議透過 APEC 作為基礎，加強與東南亞各國的合作交流，提升與 ASEAN 及 SAARC 會員國合作建議，亦有訴求從雙邊或多邊關係加入對話。

惟前述討論多聚焦在東協與東南亞的範疇，在南亞以及紐澳部分，對單一國家的醫療產業環境則較少有人進行深入探討，對於中醫藥的探討資料也較為缺乏，目前僅得少數文獻提出相關分析與討論，例如林宜信在其《參訪東南亞地區（印尼、馬來西亞、新加坡及菲律賓）中醫藥法規暨科技管理出國報告》談及東南亞各國當下對於中醫藥產業的發展概況，並建言有必要先檢視目前雙邊關係的發展以及政府各部會的相關計畫。而目前國內對馬來西亞與新加坡中醫藥產業的認識較欠缺以及產業環境較不明朗的狀態，文獻多為較早期的概略介紹。

至於在戰略方面，論者有提出新南向，需面對三大「關鍵轉念」，分別為市場轉念、文化轉念和互利轉念，若無法轉念，台商的南進經營仍無法整體提升轉型。論者也提及應轉向能夠雙向互利、創造共贏的經營模式，方能夠建構長久的合作，故而也有建議參考日、韓做法提出技術協助與能力建構(Technical Assistance / Capacity Building)政策及措施。面對東南亞乃至於馬來西亞與新加坡的人口組成與信仰觀念，我國中藥產業或也可朝向取得清真認證發展，並可藉此打入東協乃至南亞市場。

從中藥產業環境來說，新加坡位於馬來半島南部，人口約五百多萬，其中華裔約占 75%。據瞭解，新加坡約有 40 多家中藥製造商，從事製造、銷售與進出口工作的員工約有 2,000 至 3,000 人。新加坡傳統醫學主要包括中醫藥學(草藥、針灸、推拿)、馬來傳統醫學(Jamu)、印度傳統醫學(Ayurved)等，而為加強中醫藥的管理工作，新加坡政府於 2001 年，在衛生部下設立了中醫管理委員會，專司中醫藥有關事務。

作為深受中國傳統養生保健文化影響的國家，新加坡民眾對中藥材和中藥製品接受度頗高。早在 1999 年，於新加坡衛生科學局登記的藥商就已經有約 200 多家，應用中藥多為片劑、膠囊劑，其次是濃縮口服液或粉劑，也有糖漿、沖劑、外用藥膏。新加坡中藥的銷售方式主要由新加坡中國醫藥保健品商會所屬 40 多家會員將進口中藥批發給五間綜合中醫院和中藥公會 500 多家の中藥店進行銷售。許多藥店還專門聘請中醫師或中醫藥劑師，指導消費者購買中藥，新加坡中藥年進口量約 17 億美元，其中中成藥經濟規模約 4,000 萬美元，目前新加坡市場上有 9,800 多種中成藥產品，其中 60% 來自中國大陸，其他則來自臺灣、香港和馬來西亞。新加坡本地有大約 50 家中成藥製藥廠，產品占市場的 15% 至 20%。

新加坡從 1999 年 9 月 1 日起分階段對進口中藥實施管理規定：(1)所有中藥進口商、批發商、製造商和包裝商都必須在其產品進入加坡市場前向新加坡的衛生部門提出申請，並在獲取進口許可證的情況下才能進口。(2)中藥進口商或代理商在申請進口許可證時必須出示有效證件，證明其進口中藥應附的有關標籤，內容包括藥物成分說明、生產編號、有效日期以及製造商或批發商的名稱、地址，以供審核檢查。(3)代理商必須確保中藥標籤不標示能治療新加坡醫藥法禁止宣稱可以醫治的一些病症，所有中藥的重金屬(如砷、銅、鉛、水銀等)含量和微生物含量不能超過本國衛生部門規定的限量標準等。自 2004 年 9 月 1 日起，新加坡政府即要求本地和外地製造商達到世界衛生組織優良藥品製造規範(GMP)之要求，產品在上市前

必須在衛生科學局所承認的實驗室進行化驗。

至於馬來西亞方面，中醫藥傳入馬來西亞歷史悠久，由於西藥治療尚不顯著且副作用多，也因為馬來西亞的人口組成，馬來人及各種原住民約占 67.4%，華人 24.6%，印度人 7.3%，其他少數民族則占 0.7%，傳統醫藥於馬國在心腦血管疾病、糖尿病、風濕、皮膚及過敏疾病等領域，廣受馬國民眾歡迎。馬國擁有各類醫院及診所 8,000 多家，形成龐大的醫療保障網絡，並擁有最嚴格的醫療法律、管制和安全標準。華人較常就醫的醫院如下包括吉隆坡鷹格醫院(Gleneagles Hospital Kuala Lumpur)與同善醫院(Tung Shin Hospital)等醫院。

馬來西亞政府已制訂國家傳統醫藥或輔助醫藥政策，中醫中藥已被明文規定成為馬來西亞醫療保健系統的重要組成部分，根據馬國政府之規定，中草藥被視之為傳統藥的一部分，由馬來西亞藥品管理局(NPRA)和馬來西亞藥品監管機構(DCA)負責管理。馬來西亞要求所有在馬來西亞生產、進口、銷售的藥品都要在 DCA 進行登記註冊。而馬國政府除積極推動生技產業，也與我國中藥製造業者勝昌製藥公司合作，借重勝昌過去在臺灣中草藥發展上重要地位與經驗，以合作開發傳統醫藥。更在去(2016)年 8 月正式公布施行了新的 Traditional and Complementary Medicine Act，完善規劃了傳統醫藥的監管機構組織架構、監管法規、查登規則等相關規範，而為配合新的傳統醫藥法規，馬國也在今(2017)年 3 月公告了新的藥品註冊指引(Drug Registration Guidance Document, DRGD)，確保相關行政流程法規的因應和完善。

貳、材料與方法

一、實施方法

(一) 撰寫「中藥藥品產業及管理現況評估報告」

1. 蒐集、整理東協家中藥藥品產業及管理之現況資料
2. 蒐集、整理國內中藥業者赴馬來西亞及新加坡申請中藥上市及產品銷售之現況資料
3. 以馬來西亞及新加坡兩國為主要研究對象，其他東協國家為輔，撰寫中藥藥品產業及管理現況評估報告
4. 分析我國中藥產品輸出至馬來西亞及新加坡可能面臨之技術性貿易障礙(TBT)

(二) 撰寫「中藥藥品註冊審查法規研析」

1. 蒐集、整理東協國家馬來西亞及新加坡中藥藥品註冊審查法規資料
2. 以馬來西亞及新加坡兩國為主要研究對象，撰寫中藥藥品註冊審查法規研究分析報告，並含我國與新、馬法規差異比較及相關建議，供主管機關參考。
3. 藉由上述法規研析報告，彙編馬來西亞及新加坡之中藥產品註冊登記輔導指引，內容包含申請中藥藥品審查所需製造批次報告、品質管制文件等申請文件範例及注意事項。

(三) 辦理/召開專家會議

邀請中藥廠商及相關領域專家進行計畫執行之協助及建議

1. 擬訂專家名單，名單呈主管機關確認後進行邀請事宜
2. 討論議題訂定如下：
 - (1) 計畫執行策略規劃
 - (2) 蒐集產業意見及經驗：廠商出口現況、未來趨勢與挑戰等
 - (3) 國際論壇規劃建議
 - (4) 教育訓練課程規劃建議

(四) 辦理「中藥藥品交流合作國際論壇」

1. 事前召開專家會議，討論國際論壇內容規劃，期藉由國際互動，提升我國產品之市場價值。
2. 議題規劃：擬透過國際交流方式，了解東協區域整合最新情勢、相關會員國之中藥藥品法規環境及審查制度研析

3. 講師名單擬定：邀請至少2名馬來西亞及新加坡專家及我國產官學界專家學者
4. 與會人員：至少30名產官學領域之管理階層、專家出席參與。
5. 課程滿意度調查：調查內容包含講師專業度、交流內容對業者是否有助益、建議事項等，與會專家及業者的建議將提供主管機關作為政策擬訂參考。
6. 核發上課學分/時數證明：藥師學分、公務人員終身學習時數

(五)辦理「中藥藥品註冊登記申請之教育訓練課程」

1. 事前召開專家會議，討論課程內容規劃
2. 課程規劃：擬規劃1場我國中藥業者向馬來西亞及新加坡提出中藥藥品註冊登記申請之教育訓練，以加深業者對於該國法規的認識，提升送審資料品質，有利廠商申請及製造符合該國規範之產品。
3. 講師名單擬定：邀請藥品管理與查驗登記領域之產官學界專家，除了法規基本知識外，實務案例的分享與討論亦是本課程重點。
4. 與會人員：至少50名中藥廠法規、查驗登記相關人員參加。
5. 課程滿意度調查：包含訓練時數、課程地點及時間、教材內容、師資專業度、訓練課程對業者是否有助益、學員建議事項等，亦將涵蓋參加人員性別及身分職務統計，以評估教育訓練對業者的助益並作為下次課程設計之參考。
6. 核發上課學分/時數證明：藥師學分、公務人員終身學習時數。

(六)辦理「馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會」

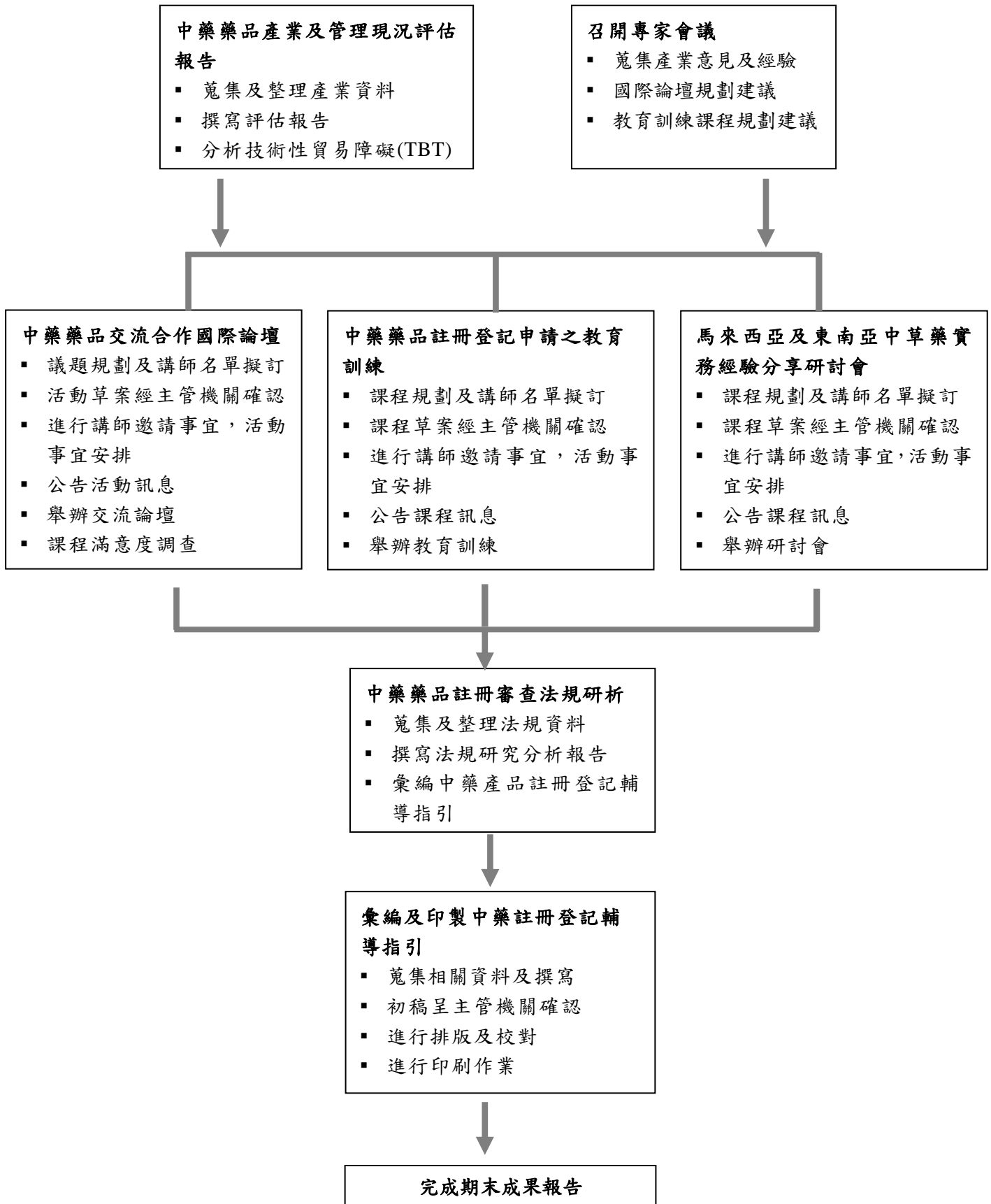
1. 課程規劃：擬規劃1場馬來西亞及東協國家中藥藥品註冊登記實務經驗分享，增加業者互動與交流。
2. 講師名單擬定：邀請藥品管理與查驗登記領域之專家，除了法規基本知識外，實務案例的分享與討論亦是本課程重點。
3. 與會人員：至少邀請30名中藥廠管理階層、法規及查驗登記相關人員參加。
4. 課程滿意度調查：包含訓練時數、課程地點及時間、教材內容、師資專業度、訓練課程對業者是否有助益、學員建議事項等，亦將涵蓋參加人員性別及身分職務統計。

5. 核發上課學分/時數證明：藥師學分、公務人員終身學習時數。

(七)編撰「中藥註冊登記輔導指引」

完成馬來西亞及新加坡中藥產品註冊登記相關規範之蒐集及整理，編撰「馬來西亞及新加坡中藥註冊登記輔導指引」，內容包含中藥藥品管理制度（含禁用之中藥品項）、登記審查制度及販售及使用管理等，以作為國內廠商申請馬來西亞及新加坡中藥註冊登記之參考。

二、進行步驟



參、結果

一、完成「中藥藥品產業及管理現況評估報告」1份

報告內容以馬來西亞及新加坡兩國為主要研究對象，其他新南向國家為輔，完成「新南向國家中藥藥品產業及管理現況評估報告」1份。

內容包含項目如下：

1. 新南向各國對中草藥的法規監管概況
2. 新南向國家中草藥相關近況概述：馬來西亞、新加坡、泰國、印尼、印度、菲律賓、越南、澳洲、紐西蘭、不丹與孟加拉、汶萊與柬埔寨
3. 新南向各國中草藥現況比較表
4. 我國中藥產業出口概況
5. 我國中藥廠赴馬來西亞及新加坡申請中藥上市現況
 - ▶ GMP 中藥廠至馬來西亞申請 Traditional Medicines 批准現況
 - ▶ GMP 中藥廠至新加坡申請中成藥產品批准現況
 - ▶ GMP 中藥廠至馬來西亞申請 Traditional Medicines 之適應症分類
 - ▶ GMP 中藥廠至新加坡申請中成藥產品之適應症分類
6. 我國中草藥產品出口可能面臨之障礙

二、完成「中藥藥品註冊審查法規研析」1份

報告內容以馬來西亞及新加坡兩國為主要研究對象，其他新南向國家為輔，敘明各國法規主管單位、中藥定義及管理法規、中藥註冊審查法規及禁用品項等，經系統性整理編排，完成「新南向國家中藥藥品註冊審查法規研析報告」1份。

內容包含項目如下：

1. 新南向各國對中草藥的法規監管總體概述
2. 新南向各國對中草藥的法規監管個論：馬來西亞、新加坡、泰國、印尼、印度、菲律賓、越南、澳洲、紐西蘭、寮國、緬甸、汶萊、柬埔寨
3. 東協各國對中草藥的查驗登記文件要求比較分析

三、完成召開專家會議1場

邀請產學界專家擔任諮詢委員，組成專家小組，並已於6月29日召開「專家會議」，會議主題為計畫執行策略規劃、產業意見討論及經驗分享：廠商出口現況、未來趨勢與挑戰等、「中藥藥品交流合作國際論壇」及「東

協中藥藥品註冊申請訓練課程」規劃建議。

產業委員於會中針對外銷問題給予諸多反映，常見問題為 1. 外銷專用許可證有時無法被國際認可，且複方中的部分藥材在東協是屬於禁用藥材，為了出口，需將藥材剔除（導致配方不同）重新申請新的外銷專用許可證，然即使取得新許可證也拿不到產銷證明。2. 國內很多藥材都歸類為藥品，中藥廠無法以食品製售，而這些產品在國外本來就被視為食品，因此廠商如要外銷，主管機關是否可放寬規定兼製食品等，建請主管機關予以協助。

會後已將討論及活動規劃草案作為會議紀錄，送部核備。。

四、完成「中藥藥品交流合作國際論壇」1場

「2017 中藥藥品交流合作國際論壇」（議程如下圖）已於 9 月 6 日順利舉辦，圓滿成功。

2017 中藥藥品交流合作國際論壇

International Symposium on Cooperation in Chinese Medicine

- Sponsor : Ministry of Health and Welfare (Taiwan) 衛生福利部
- Organizer : Chinese Pharmaceutical Manufacture and Development Association 中華民國製藥發展協會
- Date : September 6th, 2017(Wed.)
- Venue : NTUH International Convention Center 3F, Room 301, Taipei, Taiwan (R.O.C.).

Agenda

Time	Topic	Speakers
09:30~10:00	Registration 報到	
10:00~10:10	Opening Remarks and Group Photo 致詞及大合照	<i>Prof. Yi-Tsau Huang, Director-General</i> Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare, Republic of China (Taiwan) 黃怡超司長/衛生福利部中醫藥司 <i>Wu-Chang Chuang, Ph.D., Principal Investigator</i> Chinese Pharmaceutical Manufacture and Development Association 莊武璋博士/中華民國製藥發展協會
Moderator : Wu-Chang Chuang, Ph.D. 莊武璋博士		
10:10~10:50	Current Regulatory Policy and Quality Control of Chinese Medicine in Taiwan 臺灣中醫藥管理政策與現況	<i>Prof. Yi-Tsau Huang, Director-General</i> Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare, Republic of China (Taiwan) 黃怡超司長/衛生福利部中醫藥司
10:50~11:10	Coffee Break	
11:10~12:00	Policy and Regulatory of Traditional Chinese Medicine in Singapore 新加坡中成藥藥政管理政策及登記審查 制度	<i>Ms. Tay Swee Ling, Deputy Director</i> Traditional Medicines Unit, Complementary Health Products Branch, Pre-Market Cluster, Health Products Regulation Group, Health Sciences Authority(HSA), Singapore (新加坡衛生科學局)
12:00~13:30	Lunch	
13:30~14:20	Policy and Regulatory of Natural Product (Traditional Chinese medicine) in Malaysia 馬來西亞 Natural Product (Traditional Chinese medicine) 藥政管理政策及登記 審查制度	<i>Ms. Teng Chi Kien, Principal Assistant Director</i> Complementary and Alternative Medicine Section, Centre for Product Registration, National Pharmaceutical Regulatory Agency (NPRA), Ministry of Health, Malaysia (馬來西亞衛生部)
14:20~15:10	Current Situation and Development of Pharmaceutical Industry in ASEAN 東南亞製藥產業現況與發展趨勢	<i>Ms. Yu-Chen HSU, Director</i> Development Center for Biotechnology 許毓真組長/財團法人生物技術開發中心
15:10~15:30	Coffee Break	
15:30~16:20	Update on Health Supplement Industries in ASEAN 東南亞健康產業需求概況	<i>Ms. Yu-Ying Huang, Director</i> Healthcare Services Department, Business Model Innovation Research Division, Commerce Development Research Institute 黃毓瑩組長/財團法人商業發展研究院
16:20~16:50	General Discussion and Closing Ceremony	

本次論壇邀請國內外講師共 5 位，包括衛生福利部中醫藥司黃怡超司長、新加坡衛生科學局醫療保健產品管理司輔助醫療保健產品組傳統藥處鄭瑞玲副處長(Ms. Tay Swee Ling)、馬來西亞衛生部國家藥品管理局鄧智娟資深審查員(Ms. Teng Chi Kien)、財團法人生物技術開發中心許毓真組長、財團法人商業發展研究院黃毓瑩組長，共同探討新加坡、馬來西亞之中藥

藥品政策和管理法規要求以及東南亞製藥與健康產業現況國家。

各講師及講題如下：

- 臺灣中醫藥管理政策與現況（黃怡超司長/衛生福利部中醫藥司）
- 新加坡中成藥藥政管理政策及登記審查制度（鄭瑞玲副處長/新加坡衛生科學局）
- 馬來西亞 Natural Product (Traditional Chinese medicine) 藥政管理政策及登記審查制度（鄧智娟資深審查員/馬來西亞衛生部國家藥品管理局）
- 東南亞製藥產業現況與發展趨勢（許毓真組長/財團法人生物技術開發中心）
- 東南亞健康產業需求概況（黃毓瑩組長/財團法人商業發展研究院）

衛生福利部中醫藥司黃怡超司長特別撥冗致歡迎詞，產官學界皆共襄盛舉，包括臺灣中藥工業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、經濟部技術處、經濟部國貿局、經濟部生技醫藥產業發展推動小組、臺灣經濟研究院、財團法人醫藥工業技術發展中心、財團法人生物技術開發中心及國內中藥廠亦都指派高階主管參加，與會學員共計 112 人，包含以 GMP 藥廠、藥學相關學系、研發機構、醫藥衛生主管機關、生技廠等，會中交流熱烈，討論議題與講師回覆已詳細紀錄並摘要如項目(一)。

此外，為了解學員學習情況，已進行滿意度問卷調查，調查內容涵蓋參加人員性別及身分職務統計、教材內容、師資專業度、訓練課程是否有助益、學員建議事項等，詳細分析如項目(二)。

(一) 綜合討論摘要

(Q1) 新加坡藥品許可證申請的分類如何認定？

如廠商以中藥來申請則當然仍須符合新加坡對中藥的藥品查驗登記要求；健康補充食品不會被當作藥，主要看「原生產國」對此類產品的分類，這個規定對在新加坡生產製造者和進口的都相同。新加坡並沒有嚴格區分源自草藥的產品，即使成分源自草藥，只要宣稱(claim)其為藥品(drug)，就可以西藥或中藥註冊，但西藥在安定性的要求會較高，主要是以所宣稱的功效作為最主要的分類考量。

(Q2) 在植物新藥的方面，新加坡是否有案例已完成並依循中藥的查驗登記完成註冊？或是取得西藥的許可證？

中藥在新加坡並非處方藥，是由患者自行決定是否選用

作為治療方案，因此，為在仿單上有更多的療效或治療的宣稱(claim)，植物新藥一般是傾向選用西藥查驗登記流程，且多數屬於處方藥。

(Q3) 臺灣沒有該配方時，就沒有辦法取得自由銷售證明(CFS) (臺灣沒有生產)，該如何解決？

在臺灣沒有取得自由銷售證明，目前確實不能在馬來西亞申請查驗登記，將帶回此問題再研究如何解決。

(二) 課程滿意度調查

1. 回收率：問卷共回收 94 份 (出席人數共 112 人)，回收率 84%。因本項問卷回收並無強制性，故實際參加人次與滿意度調查問卷份數，兩者數據顯示並不相同，特此說明。

2. 基本資料調查項目及數據如下：

(1) 性別：性別以女性比例為多數，佔 57.4%，男性佔 42.6%。

性別選項	男	女
佔比	42.6%	57.4%

(2) 年齡：以 31-40 歲比例為最高，佔 34%，其次依序為 41-50 歲佔 28%、51-60 歲佔 18%。

年齡選項	20 歲以下	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	60 歲以上
佔比	0%	17%	34%	28%	18%	3%

(3) 學歷：以碩士比例為最高，佔 53%，其次依序為大學佔 29%、博士佔 13%。

學歷選項	高中職以下	高中職專科	大學	碩士	博士	未填
佔比	0%	3%	29%	53%	13%	2%

(4) 服務單位：服務單位以中藥濃縮廠比例為最高，佔 37%，其次依序為中藥傳統廠佔 28%、研究機構及主管機關各佔 12%。

服務單位選項	傳統廠	濃縮廠	研究機構	藥學相關院校	主管機關	其他
佔比	28%	37%	12%	2%	12%	10%

(5) 年資：以 10 年以上比例為最高，佔 28%，其次依序為 3-5 年佔 24%、1-3 年佔 19%。

年資選項	1年以內	1-3年	3-5年	5-10年	10年以上
佔比	12%	19%	24%	17%	28%

(6) 職務屬性：參與學員中以管理階層比例為最高佔 19%，其次依序為藥師佔 14%、查驗登記人員佔 12%。

職務屬性 選項	管理 階層	製藥 現場	藥師	品管	業務 行銷	查驗 登記	研發 人員
佔比	19%	6%	14%	6%	6%	12%	5%
職務屬性 選項	品保	法務	中藥 商	教師	主管 機關	其他	
佔比	9%	4%	1%	3%	10%	4%	

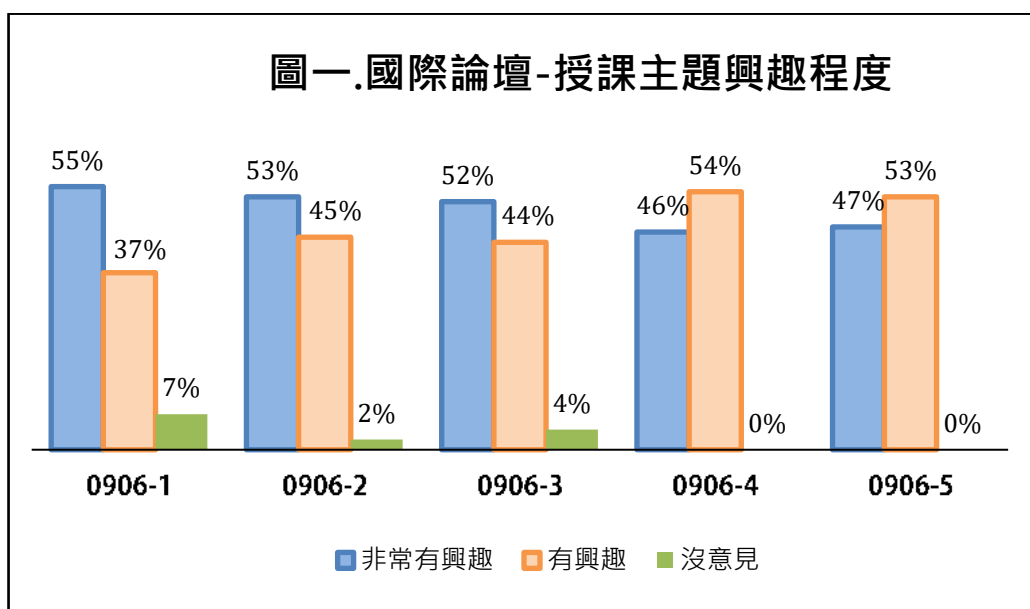
3. 課程安排：經統計（如下表）各項滿意度（非常滿意+滿意）均達 95%以上，且師資安排妥適度一項達 100%，整體表現滿意度達 99%。

課程安排選項	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	小計
課程安排地點	55%	44%	1%	0%	0%	100%
課程安排時數	55%	44%	1%	0%	0%	100%
工作人員服務態度	60%	39%	1%	0%	0%	100%
教學環境與硬體設備	49%	50%	1%	0%	0%	100%
課程教材內容深淺得宜	46%	51%	3%	0%	0%	100%
師資安排是否適當	49%	51%	0%	0%	0%	100%
符合目前工作需求	45%	50%	5%	0%	0%	100%
對今後工作有助益	45%	52%	3%	0%	0%	100%
整體表現	48%	51%	1%	0%	0%	100%

4. 授課主題安排：調查選項含授課內容興趣程度及授課滿意程度。經統計，學員對於各節授課內容持有高度興趣且滿意程度均高（如下）。

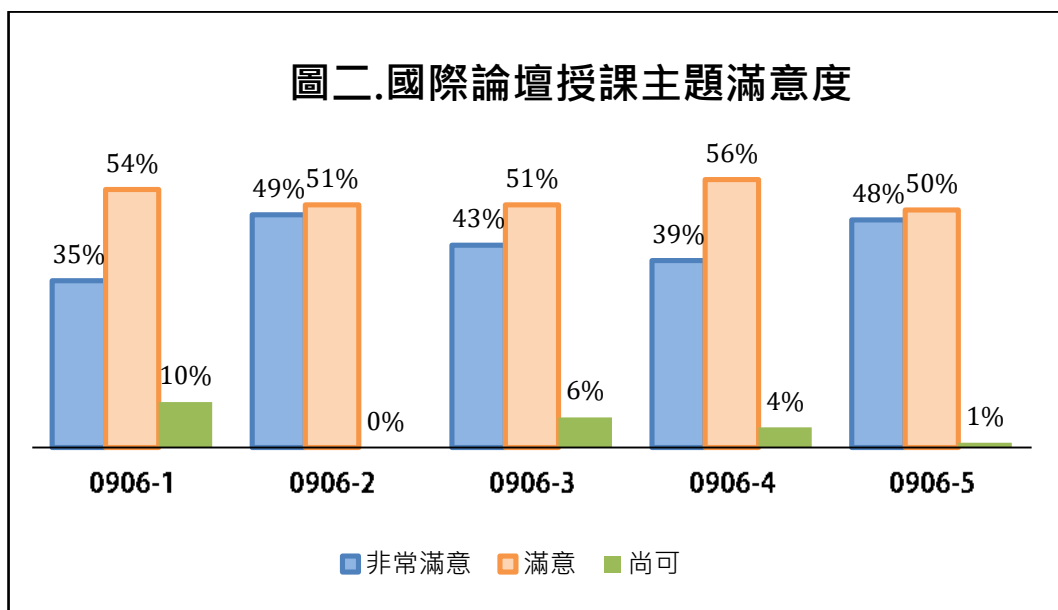
(1) 授課內容興趣程度

授課內容興趣程度選項	課程代碼	非常有興趣	有興趣	沒意見	沒興趣	非常沒興趣	小計
臺灣中醫藥管理政策與現況	0906-1	55%	37%	7%	0%	0%	100%
新加坡中成藥藥政管理政策及登記審查制度	0906-2	53%	45%	2%	0%	0%	100%
馬來西亞 Natural Product (Traditional Chinese medicine) 藥政管理政策及登記審查制度	0906-3	52%	44%	4%	0%	0%	100%
東南亞製藥產業現況與發展趨勢	0906-4	46%	54%	0%	0%	0%	100%
東南亞健康產業需求概況	0906-5	47%	53%	0%	0%	0%	100%



(2) 授課滿意程度

授課滿意程度選項	課程代碼	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意	小計
臺灣中醫藥管理政策與現況	0906-1	35%	54%	10%	1%	0%	100%
新加坡中成藥藥政管理政策及登記審查制度	0906-2	49%	51%	0%	0%	0%	100%
馬來西亞 Natural Product (Traditional Chinese medicine) 藥政管理政策及登記審查制度	0906-3	43%	51%	6%	0%	0%	100%
東南亞製藥產業現況與發展趨勢	0906-4	39%	56%	4%	0%	0%	100%
東南亞健康產業需求概況	0906-5	48%	50%	1%	1%	0%	100%



5. 學員課後建議

- (1) 希望以後還可再聽到更多 ASEAN 國家的醫藥實務分享
- (2) 查驗登記是否可提供實例討論？如最常見問題、疏漏等

五、完成中藥藥品註冊登記申請之教育訓練1場

「2017 東協中藥藥品註冊申請訓練課程」已於 9 月 7 日順利舉辦，圓滿成功。本次訓練課程為 9 月 6 日「2017 中藥藥品交流合作國際論壇」之延續，並續邀請新加坡衛生科學局鄭瑞玲副處長及馬來西亞衛生部國家藥品管理局鄧智娟資深審查員擔任主講人，探討新加坡、馬來西亞中藥藥品註冊查驗登記細節及相關注意事項。各講師及講題如下：

- 新加坡中成藥藥品管理制度、登記審查制度、販售及使用管理及審查申請文件範例解說及相關注意事項（鄭瑞玲副處長/新加坡衛生科學局）
- 馬來西亞 Natural Product (Traditional Chinese medicine)管理制度、登記審查制度、販售及使用管理及審查申請文件範例解說及相關注意事項（鄧智娟資深審查員/馬來西亞衛生部國家藥品管理局）

本次活動產官學界皆共襄盛舉，包括衛生福利部食品藥物管理署、臺灣中藥工業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、經濟部國貿局、經濟部生技醫藥產業發展推動小組、財團法人醫藥工業技術發展中心、財團法人生物技術開發中心及國內中藥廠亦都指派高階主管參加。與會學員共計 99 人，包含以 GMP 藥廠、藥學相關學系、研發機構、醫藥衛生主管機關、生技廠等，會中交流熱烈，討論議題與講師回覆已詳細紀錄並摘要如項目(一)。

此外，為了解學員學習情況，已進行滿意度問卷調查，調查內容涵蓋參加人員性別及身分職務統計、教材內容、師資專業度、訓練課程是否有助益、學員建議事項等，詳細分析如項目(二)。

2017 東協中藥藥品註冊申請訓練課程

Training Workshop for Application of Traditional Chinese Medicine

- Sponsor : Ministry of Health and Welfare (Taiwan) 衛生福利部
- Organizer : Chinese Pharmaceutical Manufacture and Development Association 中華民國製藥發展協會
- Date : September 7th, 2017(Thu.)
- Venue : GIS NTU Convention Center Room Plato , Taipei, Taiwan(R.O.C.).

Agenda

Time	Topic
09:00~09:20	Registration 報到
09:20~09:40	Opening Remarks 致詞 <i>Wu-Chang Chuang, Ph.D., Principal Investigator</i> Chinese Pharmaceutical Manufacture and Development Association 莊武璋博士/中華民國製藥發展協會
Moderator : Wu-Chang Chuang, Ph.D. 莊武璋博士	
Speaker: Ms. Teng Chi Kien, Principal Assistant Director Complementary and Alternative Medicine Section, Centre for Product Registration, National Pharmaceutical Regulatory Agency (NPRA), Ministry of Health, Malaysia (馬來西亞衛生部)	
09:40~10:40	【Malaysia】 Legislation and Registration System of Natural Product (Traditional Chinese medicine) 【馬來西亞】 Natural Product (Traditional Chinese medicine) 管理制度、登記審查制度、販售及使用管理
10:40~11:00	Coffee Break
11:00~12:00	【Malaysia】 Preparing Document/CTD on Registration of Natural Product (Traditional Chinese medicine) 【馬來西亞】 Natural Product (Traditional Chinese medicine) 審查申請文件範例解說及相關注意事項
12:00~13:00	Lunch
Speaker: Ms. Tay Swee Ling, Deputy Director Traditional Medicines Unit, Complementary Health Products Branch, Pre-Market Cluster, Health Products Regulation Group, Health Sciences Authority(HSA), Singapore (新加坡衛生科學局)	
13:00~14:00	【Singapore】 Regulatory and Registration System of Traditional Chinese medicine 【新加坡】 中成藥藥品管理制度、登記審查制度、販售及使用管理
14:00~14:20	Coffee Break
14:20~15:20	【Singapore】 Preparing Document/CTD on Registration of Traditional Chinese medicine 【新加坡】 中成藥藥品審查申請文件範例解說及注意事項
15:20~15:50	Q&A : All of the Speakers

(一) 綜合討論摘要

(Q1) 馬來西亞規定製造廠必須有 GMP，但不接受臺灣 GMP 標準，要求 PIC/S GMP，臺灣未採用 PIC/S GMP 的製造廠如何處理？

進口產品一定要備有 GMP 證明，且輸入國的 GMP 標準需與馬來西亞一致，審查時會進行確認並審視發證機構所使用的標準，或請申請人寄證書和 GMP 標準進行確認。

(Q2) 因馬來西亞禁用藥材的原因，馬國衛生部希望廠商提供產銷證明，但臺灣食藥署只能發給外銷證明，該如何處理？

目前馬來西亞已可使用黃連，其餘藥材禁用多為健康風險的考量，藥證法規是各國屬地問題，只能多溝通及建議，希望有所調整，或許可檢附說明及相關資料，使其了解他國接受的原因。

(Q3) 東協國家間有藥品快速審查通道，因馬來西亞審查要求嚴格，是否建議先至新加坡取證，再藉由速審通道至馬來西亞？

東協成員已進行法規調和，但具體審核流程目前並未沒有簡化，在馬來西亞，送審資料時可以一併檢附檢驗報告，但不保證新加坡通過再至馬來西亞申請一定通過。

(二) 課程滿意度調查

1. 回收率：問卷共回收 84 份（出席人數共 99 人），回收率 84.8%。

2. 基本資料調查項目及數據如下：

(1) 性別：性別以女性比例為多數，佔 58.3%，男性佔 41.7%。

性別選項	男	女
佔比	41.7%	58.3%

(2) 年齡：以 31-40 歲比例為最高，佔 38%，其次依序為 41-50 歲佔 25%、51-60 歲佔 19%。

年齡選項	20 歲以下	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	60 歲以上
佔比	0%	14%	38%	25%	19%	4%

(3) 學歷：以碩士比例為最高，佔 55%，其次依序為大學佔 32%、博士佔 11%。

學歷選項	高中職 以下	高中職 專科	大學	碩士	博士
佔比	0%	2%	32%	55%	11%

- (4) 服務單位：服務單位以中藥濃縮廠比例為最高，佔 33%，其次依序為中藥傳統廠佔 25%、主管機關各佔 15%。

服務單位 選項	傳統廠	濃縮廠	研究 機構	藥學相關 院校	主管 機關	其他
佔比	25%	33%	11%	1%	15%	14%

- (5) 年資：以 10 年以上比例為最高，佔 32%，其次依序為 3-5 年佔 23%、1-3 年佔 20%。

年資選項	1 年以內	1-3 年	3-5 年	5-10 年	10 年以上
佔比	8%	20%	23%	17%	32%

- (6) 職務屬性：參與學員中以管理階層比例為最高佔 24%，其次依序為藥師佔 13%、醫藥衛生主管機關佔 12%。

職務屬性 選項	管理 階層	製藥 現場	藥師	品管	業務 行銷	查驗 登記	研發 人員
佔比	24%	2%	13%	8%	5%	11%	6%
職務屬性 選項	品保	法務	中藥 商	教師	主管 機關	其他	
佔比	6%	5%	0%	4%	12%	5%	

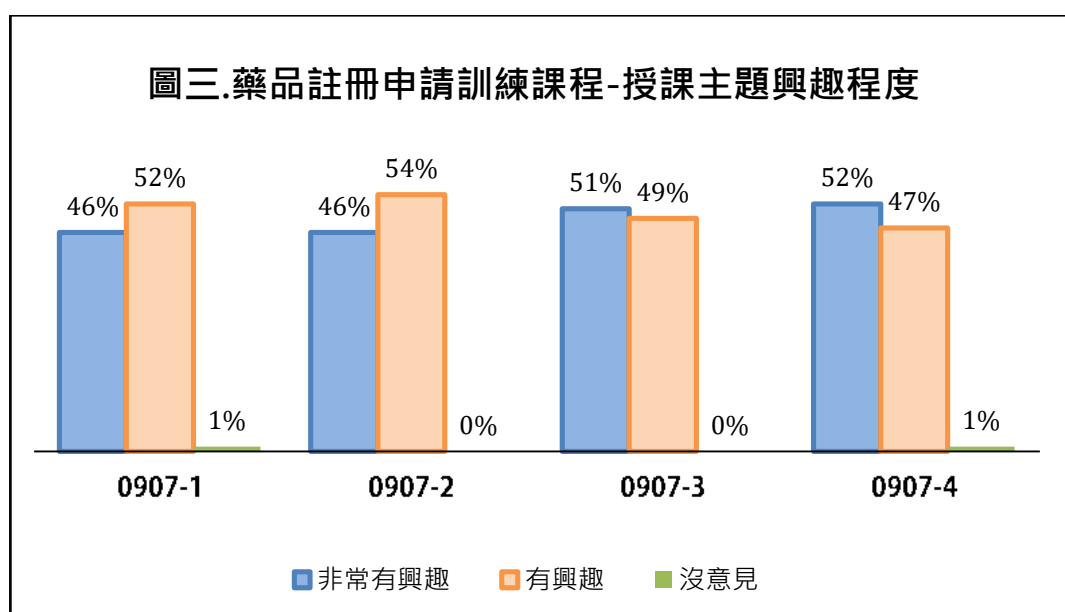
3. 課程安排：經統計（如下表）各項滿意度（非常滿意+滿意）均達 95% 以上，且師資安排妥適度及整體表現滿意度均達 100%。

課程安排選項	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	小計
課程安排地點	48%	50%	2%	0%	0%	100%
課程安排時數	50%	49%	1%	0%	0%	100%
工作人員服務態度	54%	46%	0%	0%	0%	100%
教學環境與硬體設備	50%	49%	1%	0%	0%	100%
課程教材內容深淺得宜	48%	50%	2%	0%	0%	100%
師資安排是否適當	50%	50%	0%	0%	0%	100%
符合目前工作需求	51%	46%	2%	0%	0%	100%
對今後工作有助益	51%	48%	1%	0%	0%	100%
整體表現	52%	48%	0%	0%	0%	100%

4. 授課主題安排：調查選項包含授課內容興趣程度及授課滿意程度。經統計，學員對於各節授課內容持有高度興趣且滿意程度均高。

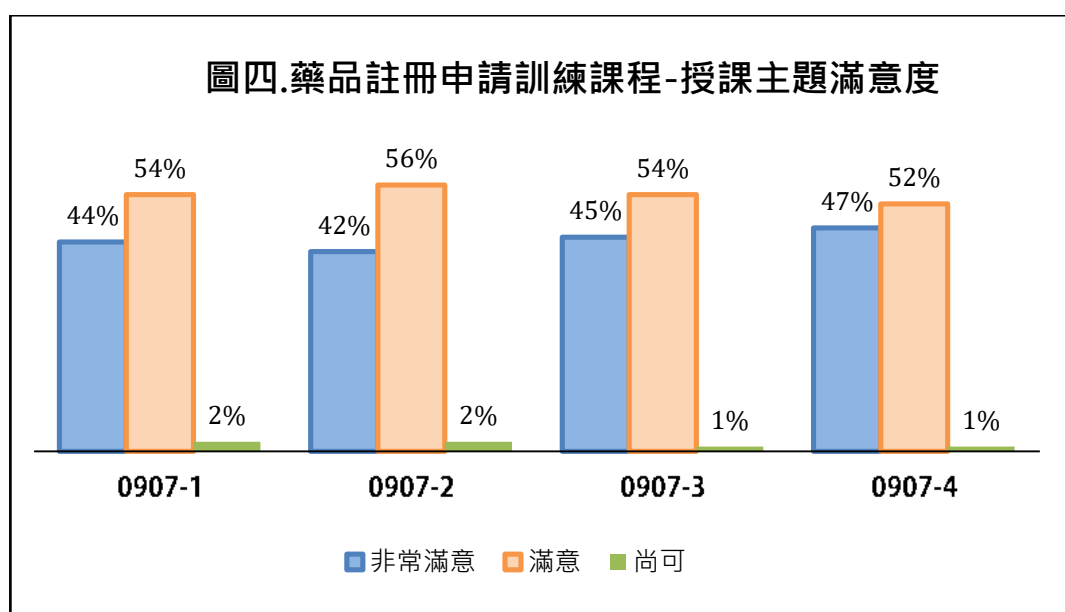
(1) 授課內容興趣程度

授課內容興趣程度	課程代碼	非常有興趣	有興趣	沒意見	沒興趣	非常沒興趣	小計
【馬來西亞】Natural Product (Traditional Chinese medicine)管理制度、登記審查制度、販售及使用管理	0907-1	46%	52%	1%	0%	0%	100%
【馬來西亞】Natural Product (Traditional Chinese medicine)審查申請文件範例解說及相關注意事項	0907-2	46%	54%	0%	0%	0%	100%
【新加坡】中成藥藥品管理制度、登記審查制度、販售及使用管理	0907-3	51%	49%	0%	0%	0%	100%
【新加坡】中成藥藥品審查申請文件範例解說及注意事項	0907-4	52%	47%	1%	0%	0%	100%



(2) 授課滿意程度

授課內容興趣程度	課程代碼	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意	小計
【馬來西亞】Natural Product (Traditional Chinese medicine)管理制度、登記審查制度、販售及使用管理	0907-1	44%	54%	2%	0%	0%	100%
【馬來西亞】Natural Product (Traditional Chinese medicine)審查申請文件範例解說及相關注意事項	0907-2	42%	56%	2%	0%	0%	100%
【新加坡】中成藥藥品管理制度、登記審查制度、販售及使用管理	0907-3	45%	54%	1%	0%	0%	100%
【新加坡】中成藥藥品審查申請文件範例解說及注意事項	0907-4	47%	52%	1%	0%	0%	100%



5. 學員課後建議

- (1) 活動很棒請常舉辦，主辦單位辛苦了
- (2) 中馬交流希望加重華馬文字對照。全程錄影可供閱覽。
- (3) 可以針對中國法規與實務分享嗎？
- (4) 如有實例討論會更好

六、完成「馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會」1場

為使本計畫收穫更豐富，已於10月2日舉辦「馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會」(議程如下圖)，提供業界參與國際實務交流的機會。

本次邀請馬來西亞蕭文雄藥師擔任講師，蕭藥師業界經驗豐富，目前亦擔任馬來西亞中醫藥委員會智庫學者。與會學員共69人，對於查驗登記所遇疑難踴躍發問，現場討論熱烈，討論議題與講師回覆已詳細紀錄並摘要如項目(一)。

此外，為了解學員學習情況，已進行滿意度問卷調查，調查內容涵蓋參加人員性別及身分職務統計、教材內容、師資專業度、訓練課程是否有助益、學員建議事項等，詳細分析如項目(二)。

馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會	
• 主辦單位：衛生福利部	
• 承辦單位：中華民國製藥發展協會	
• 日期：2017年10月2日(一) AM 9:00~12:00	
• 地點：集思台大會議中心柏拉圖廳(台北市羅斯福路4段85號B1)	
時間	講題/講師
09:00~09:30	報到
09:30~09:40	致詞 莊武璋博士 中華民國製藥發展協會 衛生福利部中醫藥司長官
09:40~10:30	馬來西亞中醫藥銷售通路及市場發展 主持人 莊武璋博士
10:30~10:50	Coffee Break
10:50~11:40	馬來西亞及東南亞之中藥/保健品法規探討 講師 蕭文雄藥師 馬來西亞誠諾藥品有限公司經理 馬來西亞中醫藥委員會智庫學者
11:40~12:00	Q&A

(一) 綜合討論摘要

(Q1) 食品或藥品進入馬來西亞時，一定要在當地設立公司嗎？
為負責任，建議要設立，或是以委託代理商方式也可以。

(Q2) 科學中藥的單味藥必須申請註冊？

如果是中草藥 Raw material 不需要申請註冊，但中草藥經過提煉(process)，則需要申請註冊，建議所有經過提煉的產品，一定要先做報備或者註冊。

(Q3) 新加坡對於管制成分是有條件許可，例如麻黃是以麻黃素為指標，單味麻黃是否可以准許？

主要是看最後成品(finished product)中的含量是否超標。

(二) 課程滿意度調查

1. 回收率：問卷共回收 57 份（出席人數共 69 人），回收率 82.6%。

2. 基本資料調查項目及數據如下：

(1) 性別：性別以女性比例為多數，佔 54.4%，男性佔 45.6%。

性別選項	男	女
佔比	45.6%	54.4%

(2) 年齡：以 31-40 歲比例為最高，佔 33%，其次依序為 41-50 歲及 51-60 歲各佔 21%。

年齡選項	20 歲以下	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	60 歲以上
佔比	0%	14%	33%	21%	21%	11%

(3) 學歷：以碩士比例為最高，佔 51%，其次依序為大學佔 28%、博士佔 18%。

學歷選項	高中職以下	高中職專科	大學	碩士	博士
佔比	0%	4%	28%	51%	18%

(4) 服務單位：服務單位以中藥濃縮廠比例為最高，佔 39%，其次依序為研究機構及其他各佔 16%，「其他」一項學員自填為生技廠、西藥廠等。

服務單位選項	傳統廠	濃縮廠	研究機構	藥學相關院校	主管機關	其他
佔比	14%	39%	16%	2%	14%	16%

(5) 年資：以 10 年以上比例為最高，佔 51%，其次依序為 5-10 年佔 21%、1-3 年佔 18%。

年資選項	1 年以內	1-3 年	3-5 年	5-10 年	10 年以上
佔比	5%	18%	5%	21%	51%

(6) 職務屬性：參與學員中以管理階層比例為最高佔 37%，其次依序為查驗登記人員佔 14%、醫藥衛生主管機關佔 14%。

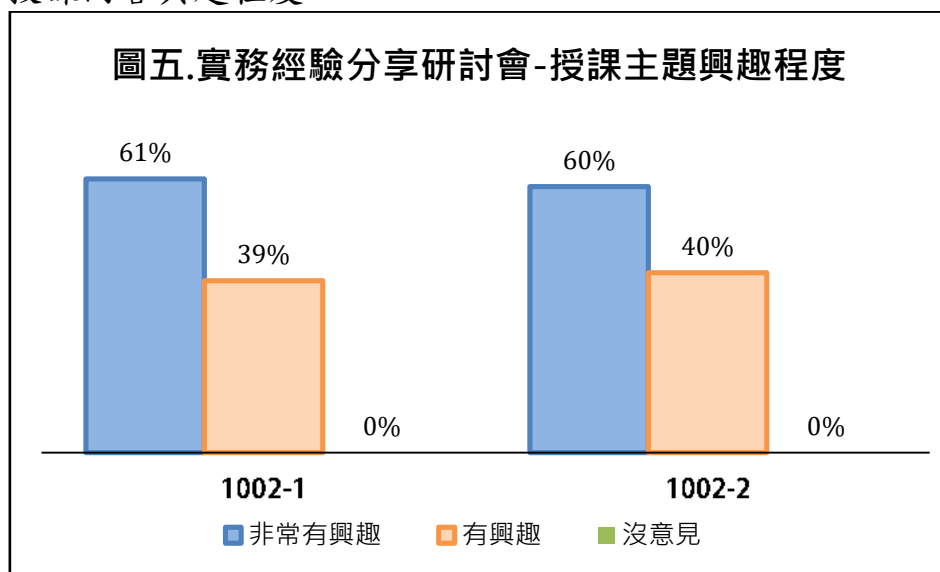
職務屬性 選項	管理 階層	製藥 現場	藥師	品管	業務 行銷	查驗 登記	研發 人員
佔比	37%	0%	7%	2%	7%	14%	11%
職務屬性 選項	品保	法務	中藥 商	教師	主管 機關	其他	
佔比	0%	4%	0%	2%	14%	4%	

3. 課程安排：經統計（如下表）各項滿意度（非常滿意+滿意）均達 98% 以上，且師資安排妥適度及整體表現滿意度達 100%。

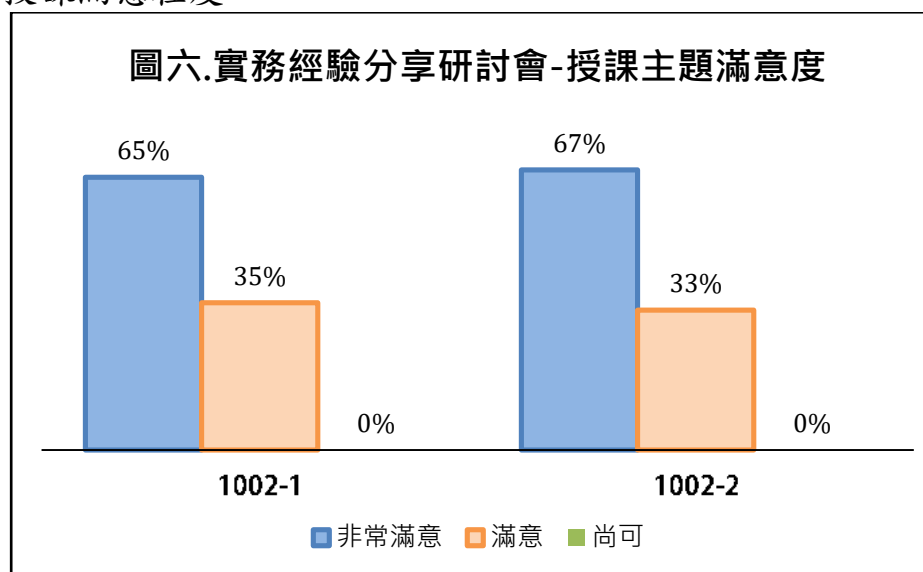
課程安排選項	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	小計
課程安排地點	53%	47%	0%	0%	0%	100%
課程安排時數	51%	47%	2%	0%	0%	100%
工作人員服務態度	54%	46%	0%	0%	0%	100%
教學環境與硬體設備	58%	40%	2%	0%	0%	100%
課程教材內容深淺得宜	60%	39%	2%	0%	0%	100%
師資安排是否適當	60%	40%	0%	0%	0%	100%
符合目前工作需求	58%	40%	2%	0%	0%	100%
對今後工作有助益	56%	42%	2%	0%	0%	100%
整體表現	60%	40%	0%	0%	0%	100%

4. 授課主題安排：經統計，學員對於各節授課內容持有高度興趣且滿意程度均高。

(1) 授課內容興趣程度



(2) 授課滿意程度



5. 學員課後建議

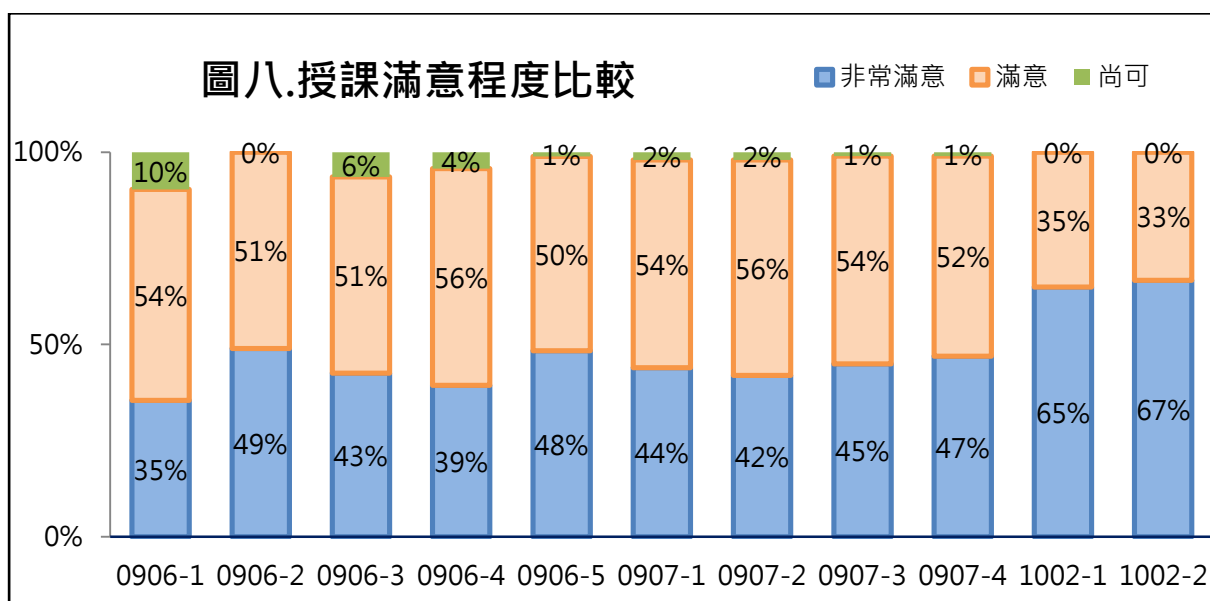
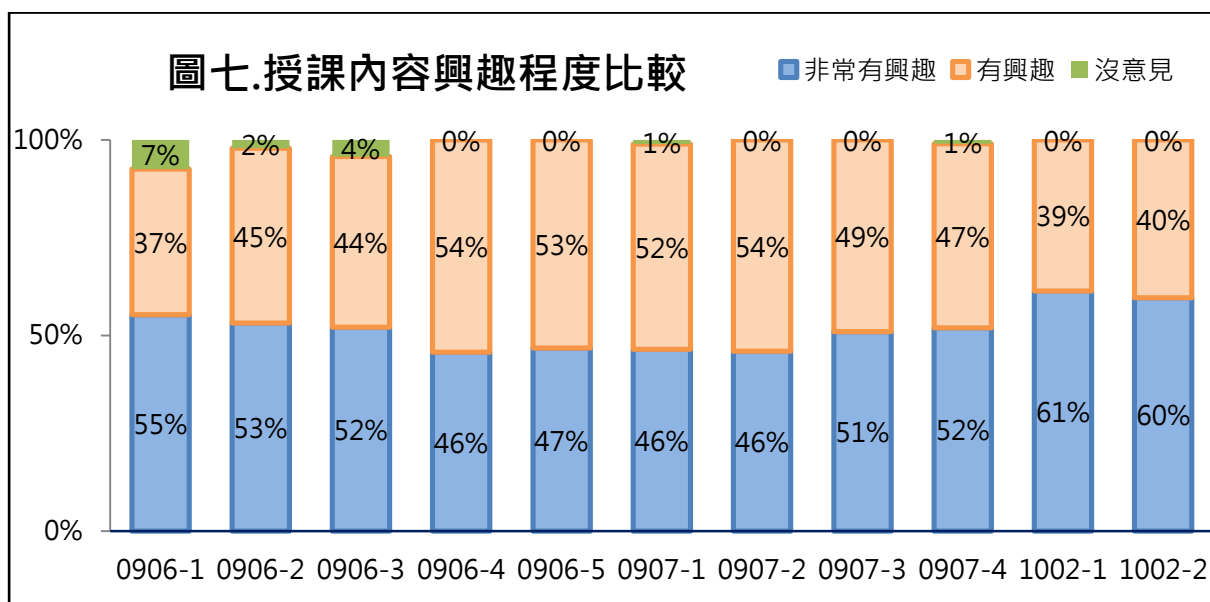
- (1) 講師非常有經驗，講的內容合適，非常有幫助。
- (2) 希望能舉辦廠商集體參訪。另，是否有較實務的單一窗口
- (3) 感謝辦理，收益良多
- (4) 希望衛福部提供相關諮詢平台
- (5) 希望能有更進一步的與實際進出口廠商交流

七、彙編中藥註冊登記輔導指引

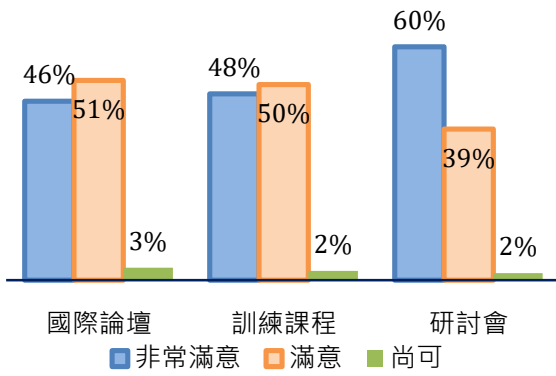
本指引內容除參考新加坡、馬來西亞衛生主管機關查驗登記最新指南及本計畫撰寫之「中藥藥品註冊審查法規研析報告」內容外，藉由舉辦「2017中藥藥品交流合作國際論壇」及「2017東協中藥藥品註冊申請訓練課程」，邀請馬來西亞、新加坡藥政主管機關官員來台與會擔任講師，了解該國之中藥藥品政策和管理法規要求，更進一步獲取該國中藥藥品註冊查驗登記細節及相關注意事項。此外，亦邀請馬來西亞業界專家來台，分享馬來西亞查驗登記經驗以及實務上會遭遇的相關狀況，依據上述各項活動所得之資訊等，完成「馬來西亞及新加坡中藥註冊登記輔導指引」彙編。

肆、討論

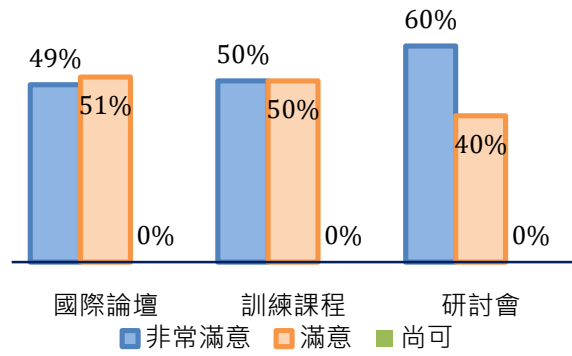
本計畫已完成舉辦「2017 中藥藥品交流合作國際論壇」、「2017 東協中藥藥品註冊申請訓練課程」、「馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會」等三場活動，三場活動之各項滿意度比較如下，由圖七中可發現以實務經驗議題最能引起學員關注，且以圖八「非常滿意」一項來看，以實務經驗議題授課滿意度最高，再者，參照課程安排之教材(圖九)、師資(圖十)、符合工作需求(圖十一)、對今後工作助益(圖十二)等滿意度，均以「馬來西亞及東南亞中草藥實務經驗分享研討會」最高，顯示業者除須瞭解官方規定外，更重視及需要的是具有實務經驗的諮詢窗口及對象。



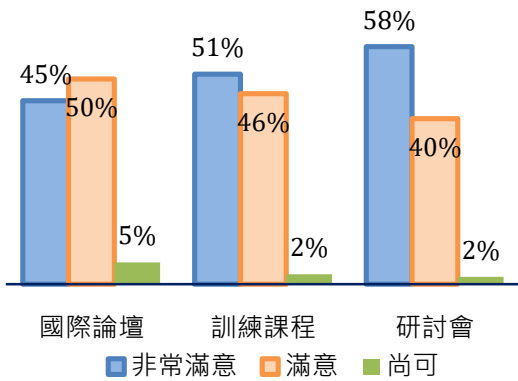
圖九.課程教材內容



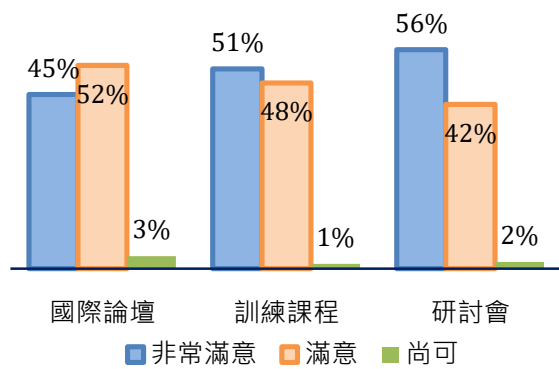
圖十.師資安排



圖十一.符合目前工作需求



圖十二.對今後工作有助益



伍、結論與建議

一、本計畫藉由三場查驗登記及法規相關活動之執行（國際論壇、註冊申請訓練課程、實務經驗分享研討會），邀請新、馬醫藥衛生主管機關官員及學者，協助國內中藥業者釐清新、馬與我國藥品註冊法規差異，並藉由面對面的溝通、討論，瞭解新、馬查驗登記相關問題的解決方式。計畫小組並由廠商及學員的反饋中發現，目前中藥產品於國外辦理查驗登記必須出具由製造國所核發之許可證，但常礙於雙邊不同的管理政策，使產品尚無法合法製造且順利進口。以本計畫研究對象之馬來西亞為例，由於馬來西亞官方並不接受食藥署核發的「外銷專用許可證」，且國內缺方品項一直無法順利申請許可證，導致在馬來西亞的查驗登記進度無法推展，外銷計畫因此延宕，這是業者最常發生的問題。為順利推展政府新南向政策及中藥國際化，建請醫藥主管機關與馬來西亞官方協商，評估開放禁用品項，例如含麻黃、炮附子、厚朴成份之單複方申請藥證的可能性，協助國內廠商解決外銷所遇到的困境，以加速推動廠商製造符合規範之產品，提高中藥於國際的能見度。

（一）有關禁用品項申請藥證之處理建議

1. 缺方許可證之適應症為與國內證照有所區隔，以麻黃、炮附子為例

(1) 新加坡規範：在同屬於東南亞國協的國家中，新加坡未禁止麻黃及炮附子的使用。當地規範如下，檢驗則需由新加坡官方所認可的實驗室執行，可作為參考的方向。

I. 麻黃中的麻黃素需 $< 1\%$ 即可辦理查驗登記

II. 炮附子中的三種附子鹼(aconitine、mesaconitine、hypaconitine)總含量需 $< 60\mu\text{g}/\text{天}$ 即可辦理查驗登記。

(2) 考量麻黃及炮附子皆為傳統中藥常用之中藥材，經數千年之使用經驗後，已證明其功效性與安全性。於現代臨床研究中，更有許多學者利用麻黃或炮附子進行研究。其單複方在臺灣及新加坡已有多年的使用經驗，且未發生嚴重不良反應。

(3) 建議國內醫藥主管機關僅核發馬來西亞可使用之外銷專用適應症，以符合外銷馬來西亞的需求，並能與馬來西亞

官方共同協商開放申請的可能性。

2. 缺方品項多為中藥經典名方，使用頻繁且不可缺少，以厚朴為例

(1) 新加坡規範：在同屬於東南亞國協的國家中，新加坡未禁止厚朴的使用，且歐美國家也都未禁止厚朴的使用，可作為參考的方向(如下表)。

No.	國家	中藥於當地分類	當地對厚朴管制情形
2	瑞士	藥品	
3	澳洲	藥品	
4	美國	食品補給品	
5	加拿大	天然健康產品	
6	香港	藥品	
7	臺灣	藥品	
8	新加坡	藥品	
9	馬來西亞	藥品	

(2) 厚朴為傳統中藥常用之中藥材，經數千年之使用經驗後，已證明其功效性與安全性。於現代臨床研究中，更有許多學者利用厚朴進行研究。其單複方於各國已有多年的使用經驗，且未發生嚴重不良反應。

(3) 建議與馬來西亞官方共同協商開放申請的可能性。

3. 馬兜鈴酸疑慮的藥材於馬來西亞辦理查驗登記說明

(1) 為推展新南向政策，針對製劑中含有馬兜鈴酸疑慮的藥材於馬來西亞辦理查驗登記的問題，馬來西亞審查員於9月6日舉辦之「中藥藥品交流合作國際論壇」中已有所回覆，彙整如下：

(2) 馬兜鈴科的植物物種(*Aristolochia* spp.)均禁止使用，例如廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤等。

(3) 以下二類則可經由馬來西亞當地政府實驗室檢驗不含馬兜鈴酸後，於當地辦理查驗登記，並於呈交查驗登記文件時一併檢附檢驗報告。

I. 含有馬兜鈴酸的植物物種(List A: Botanicals Known or Suspected to Contain Aristolochic Acid), 例如單葉細辛、青城細辛等。

- II. 疑似摻雜馬兜鈴酸的植物物種(List B: Botanicals which may be Adulterated with Aristolochic Acid), 例如木通、漢城細辛、威靈仙、木香等, 含有這些植物物種的中藥經典名方如下表。

含木通品項			
基準方 100		基準方 200	
方名	出典	方名	出典
消風散	外科正宗	辛夷散	醫方集解
八正散	太平惠民和劑局方	橘核丸	濟生方
龍膽瀉肝湯	李東垣方	當歸四逆湯	傷寒論
甘露消毒丹	醫效秘傳	八味帶下方	驗方
導赤散	小兒藥證直訣		

含細辛品項			
基準方 100		基準方 200	
方名	出典	方名	出典
小青龍湯	傷寒論	辛夷散	醫方集解
九味羌活湯	此事難知	當歸四逆湯	傷寒論
川芎茶調散	太平惠民和劑局方	再造散	傷寒六書
麻黃附子細辛湯	傷寒論		
三痹湯	婦人良方		
獨活寄生湯	千金方		

含木香品項			
基準方 100		基準方 200	
方名	出典	方名	出典
歸脾湯	校註婦人良方	橘核丸	濟生方
參蘇飲	太平惠民和劑局方	芍藥湯	病機氣宜保命集
正骨紫金丹	醫宗金鑑	瓜蒌枳實湯	萬病回春
導水茯苓湯	奇效良方	健脾丸	證治準繩
當歸龍薈丸 去麝香	丹溪心法		
香砂六君子湯	刪補名醫方論		

含威靈仙品項	
基準方 100	
方名	出典
疏經活血湯	萬病回春
上中下通用 痛風丸	丹溪心法

- 二、前項「有關禁用品項申請藥證之處理建議」已向我方主管機關反映並獲重視。衛生福利部鑑於各國對中藥管理制度不同，並為配合行政院新南向政策，協助廠商排除外銷之法規障礙，有利國產藥品輸出，於106年11月7日預告「藥品查驗登記審查準則第九十二條之一修正草案」，明定申請人原持有之國產中藥許可證，如為符合輸入國藥品註冊規定，處方有刪除輸入國禁用中藥材或成分原料之需求，得以該刪除後之處方作為處方依據申請查驗登記。相信草案通過後對於協助業者排除外銷障礙應有助益。
- 三、我國中草藥產品在新南向各國的市場出口中，以新加坡和馬來西亞為主要出口對象，但馬來西亞的市場受到中國大陸廠商的競爭及馬來西亞政府對中藥加強監管的影響，表現較諸前年有所倒退，但整體來看，在對中草藥使用較多、民眾接受度較高的國家，均有相當大的成長。然因各國法規皆為屬地主義之故，廠商如欲進口該國僅能遵守各國規定執行相關查驗登記事宜，目前尚難改變現狀。以下將「臺灣、新加

坡及馬來西亞中藥查驗登記法規比較整理如下：

項目	臺灣	新加坡	馬來西亞
主管機關名稱	衛生福利部 (MOHW)	衛生科學局 (HAS)	國家藥品管理局 (NPRA)
主管機關網站	https://mohw.gov.tw	http://www.hsa.gov.sg	http://npa.moh.gov.my
中草藥查驗登記法規名稱	藥品查驗登記審查準則	Guidelines on Chinese Proprietary Medicines Product Listing	Drug Registration Guidance Document(DRGD ; March 2017)
是否要求GMP(★)	GMP	PIC/S GMP	PIC/S GMP
辦理查驗登記所需費用	8000 (NTD)	500 (SGD)	500 (RM)
辦理查驗登記審查工作天(★)	222	60	116 or 136
是否要求清真認證	無	不強制	不強制
中草藥產品上市分類(★)	中藥	中成藥	傳統藥 (中草藥)
申請方式	-	藥物管理及信息電子系統 PRISM	網路註冊系統 Quest3+
提交註冊申請資格	-	本地中成藥商 (進口商、批發商、製造商和分裝商) 並持有註冊證書	需要具有當地永久地址之公司 (申請人) 或法人實體的註冊證書
中藥禁用/限制品項(★)	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. 根據2012年《藥物決議》(禁止銷售及供應修正案), 任何人不得進口、銷售或供應成份中含有《毒藥法令》(第234章) 中列明的物質的中成藥。 2. 在《毒藥法令》下, 如含特定成分之中成藥皆受管制。 3. 若中成藥所含的成份屬於《瀕危物種 (進出口) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 根據《有毒物質法》(Poisons Act 1952) 中列出、曾被通報不良反應或因安全因素疑慮而被禁止成分; 2. 曾有不良反應而被禁止的植物 例如: 麻黃、炮附子、厚朴等禁用成份。 3. 除馬兜鈴屬植物外, 其餘可能含馬兜鈴酸的中草藥可由官方認可

項目	臺灣	新加坡	馬來西亞
		<p>法令》下所列的品種，須先向新加坡農糧與獸醫局詢問。</p> <p>4. 特定成分在一定含量以下可為例外允許，例如：麻黃碱、石榴碱、洛伐他汀等。</p>	<p>實驗室進行檢驗，相關檢驗報告可作為註冊文件提供。</p> <p>4. 若中成藥所含的成份屬於《2010年野生動植物保護法(Act 716)》和《2008年國際瀕危物種貿易法(Act 686)》下所列的品種，須先向馬來西亞野生動物和國家公園部事先申請許可證並檢附於查驗登記申請文件中。</p>
禁止宣稱之療效(★)	-	不得宣稱《藥物法令》所列 19 項適應症療效	不得宣稱《藥品註冊法規》所列 19 項適應症療效。
檢測報告(★)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重金屬檢驗報告： 砷、鉛、鉻、汞 2. 微生物檢驗報告 3. 農藥殘留 4. 黃麴毒素 5. 二氧化硫 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重金屬檢驗報告： 砷、銅、鉛、汞 2. 微生物檢驗報告 3. 含有被列入新加坡毒藥法令中的成分：麻黃、紅麴米、硼砂、半邊蓮、制附子 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重金屬檢驗報告： 砷、鉻、鉛、汞 2. 安定性資料送件審查
包裝容器及貯存條件(★)	-	需提交有關產品貯存條件及貯存容器的聲明表格。	各類劑型最大包裝可達依每日劑量為基準，不超過六個月使用量。
其他(★)	<p>邊境查驗： 書面審查21個品項 抽批查驗16個品項</p>	若產品含有發酵成分（如冬蟲夏草菌粉，紅麴米），需檢附所含發酵物質的資訊	△

藥品查驗登記所需文件比較			
項目	臺灣	新加坡	馬來西亞
Name of Herbal or Homeopathic Medicine	✓	✓	✓
Dosage Form	✓	✓	✓
Strength	✓	✓	✓
Color	✓	✓	✓
Commercial Presentations	✓	✓	✓
Country of Origin	✓	✓	✓
Name of Applicant	✓	✓	✓
Business Address Phone、Fax、e-mail	✓	✓	✓
Name of Manufacturer	✓	✓	✓
Premises Address Postal Address、Phone、Fax、e-mail	✓	✓	✓
Name of Local Agent (★)	△	✓	△
Business Address Phone、Fax、e-mail (★)	△	✓	△
Product details	✓	✓	✓
List all active ingredients	✓	✓	✓
List all non active ingredients	✓	✓	✓
Origin or source of the raw materials (★)	△	✓	✓
Summary of the manufacturing procedure.	✓	✓	✓
Shelf-life of the medicine.	✓	✓	✓
Certificate of analysis	✓	✓	✓
Toxicological, pharmacological and clinical information, as well as therapeutic effects of the herbal preparation (★)	△	✓	✓
Indication	✓	✓	✓
Dosage and administration	✓	✓	✓
Contraindications	✓	✓	✓
Adverse reactions/Side effect	✓	✓	✓
Precautions	✓	✓	✓
Treatment of over dosage (★)	△	△	✓
Interactions with other drugs or food (★)	△	△	✓
Storage conditions	✓	✓	✓
Application fee paid (★)	✓	△	△
Declaration by applicant	✓	△	△

產品標籤及說明書標示要求			
項目	臺灣	新加坡	馬來西亞
產品名稱	✓	✓包含商標	✓
劑型	✓	✓	✓
有效成分名稱	✓	✓	✓
有效成分劑量	✓	✓	✓
適應症	✓	✓	✓
批號	✓	✓	✓
有效日期	✓	✓	✓
製造日期(★)	✓	△	✓
使用說明	✓	✓	✓
保存條件	-	✓	✓ 1. 需聲明安定性試驗中使用的溫度 2. 如產品為包裝在防潮容器，需聲明避免光源照射和潮濕
藥證號碼	✓	✓	✓
許可證持有人名稱與地址	✓	✓	✓
製造商名稱與地址	✓	✓ 如有進口商、批發商、分裝商亦需標明	✓ 至少需有製造商所在之城市名稱
警告標語或禁忌注意事項(★)	依核准內容	特定成分須依規範標示警語，如冰片需標明孕婦慎用；蒼耳子需標明肝功能不全者慎用。嚴禁過量服用	1. 特定成分須依規範標示警語 2. 避免兒童拿取並以馬來文標示
包裝規格(★)	✓	△	✓
防腐劑及劑量(★)	-	△	✓
酒精含量(如有)(★)	-	△	✓
維生素／礦物質／動物成分／膠囊成分標示(★)	-	△	需標明動物來源(活性成分、賦形劑、膠囊組成)
其他(★)	-	1. 以方框形式標示以下字樣"Allowed for sale as a Chinese Proprietary Medicine based on	1. 防偽貼紙(Hologram)標示位置

產品標籤及說明書標示要求			
項目	臺灣	新加坡	馬來西亞
		information submitted to the Authority. Consumer discretion is advised.根据向当局提呈的资料允许作为中成药销售。谨慎选用。" 2. 不得標示《藥物法令》所列明的19種疾病/症狀 3. 所有中成藥標籤必須以英文書寫。標籤上也可刊印中文或其他語文，但內容應和英文版本一致	2. 所有中成藥標籤必須以英文書寫。標籤上也可刊印中文或其他語文，但內容應和英文版本一致

◎表記說明：★表臺、新、馬有管理差異需特別注意；✓代表是；△代表無特別要求

四、鼓勵業界及主管機關踴躍參與「亞細安中醫藥學術大會」，藉由交流契機，提高國際能見度。

(一) 亞細安中醫藥學術大會(Asean Traditional Chinese Medicine Conference；ACTCM)是由新加坡、馬來西亞、印尼、泰國及菲律賓5國之華人醫藥相關人士所倡導組成的交流平台，至今已有34年歷史，大會每3年舉辦一次並由成員國新、馬、泰、菲及印尼輪流主辦，廣邀東協成員國及世界各地中醫藥專家，參與論文投稿，發表專題演講，共同提升中醫藥學術研究水準及分享臨床經驗。歷屆主辦國如下列：

- 1983年第一屆新加坡主辦
- 1986年第二屆馬來西亞主辦
- 1989年第三屆泰國主辦
- 1992年第四屆新加坡主辦
- 1996年第五屆馬來西亞主辦
- 2000年第六屆泰國主辦
- 2003年第七屆印尼主辦
- 2006年第八屆印尼主辦
- 2009年第九屆馬來西亞主辦
- 2012年第十屆在新加坡主辦

- 2016 年第十一屆馬來西亞主辦

- 2018 年第十二屆預計印尼主辦

(二) 鼓勵業界參與大會的目的有二，其一是了解各國傳統醫藥之發展現況及該區域國家政策、學術發展，其二為每屆大會均有千名專家學者與會，藉此機會加強與東協各國甚至世界各地中醫藥專家、官員交流，提昇我國中藥在該區域的能見度。

五、綜整本計畫之執行成果，並從資料收集及活動舉辦之學員反應回饋，建議醫藥主管機關考量廠商需求，能多加舉辦此類相關國際性研討會議，以提供廠商直接釐清於外銷作業時遭遇的困境及疑慮之機會，並可藉由面對面的問題溝通與釐清，進而協助廠商國際化之可能，以達國家發展新南向的目標。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW106-CMAP-M-211-000406 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. Australian regulatory guidelines for complementary medicines, ARGCM, Version 7.0, October 2017
2. BMI Research, Philippines pharmaceuticals & healthcare report, 2017Q1
3. Brunei Darussalam Guidelines For Manufacturing And Handling Of Halal Medicinal Products, Traditional Medicines And Health Supplements, 2010
4. Chinese Medicine Registration Board of Victoria (CMRB)
5. Decree No 54/2017/ND-CP: promulgating some articles and implementations of pharmaceutical Law 2016.
6. Decree of Minister of Health, No. 007, 2012
7. Department of Indian Systems of Medicine & Homoeopathy (ISMH), Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, <http://indianmedicine.nic.in>
8. Directorate of Traditional Medicines, Food Supplement & Cosmetic Evaluation
9. DRUG CONTROL AUTHORITY. Control of drugs and cosmetics regulations [EB/OL]
10. Drug Registration Guidance Document, NPRA, Mar. 2017
11. Drug Sales To Almost Double In A Decade, Business Monitor Online, September 8, 2014
12. Guidelines for Registration of Traditional and Complementary Medicine Practitioners in Brunei Darussalam, <http://www.moh.gov.bn/>
13. Guidelines on Chinese Proprietary Medicines Product Listing, HSA, Sep., 2017
14. Guidelines on the Registration of Herbal Medicines (Department of Health, Administrative Order No.172 s.2004)
15. <https://www.tga.gov.au/publication/australian-regulatory-guidelines-complementary-medicines-argcm>
16. Indonesia Investment Coordinating Board, BMI
17. INDONESIAN COUNTRY REPORT ON TRADITIONAL MEDICINE
18. MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA. Guidelines On Good Manufacturing Practice For Traditional Medicines And Health Supplements

[EB/OL]

19. National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines - Report of a WHO Global Survey, Retrieved 15 November 2016.
20. Nurolaini K, Wint Z, Jaini NH, Jaludin NH, Hamid MA, Linda YYL (2014) Prevalence on the Use of Traditional Medicine in Brunei Darussalam. J Homeop Ayurv Med 3:155.
21. Philippine Institute of Traditional and Alternative Health Care (PITAHC), Department of Health, Philippines, <http://www.doh.gov.ph/pitahc/>
22. Public Health Ministry To Introduce Traditional Medicine ,November 25, 2014
23. Regarding Registration of Traditional Medicine, Article 1.
24. Regulatory System on Herbal Drug : Indonesia Perspective(Deputy For Traditional Medicine, Cosmetic and Product Control, NADFC, 2013))
25. Saikat Sen, Raja Chakraborty,Revival, modernization and integration of Indian traditional herbal medicine in clinical practice: Importance, challenges and future,J Tradit Complement Med. 2017 Apr; 7(2): 234–244.
26. The regional strategy for traditional medicine in the Western Pacific (2011 – 2020). Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2012.
27. Traditional Medicine Can Improve Healthcare, Says NRC Committee, April 9, 2015
28. Traditional Medicine in REPUBLIC OF INDONESIA
29. Universal healthcare essential, Asean+3 health ministers say, The Nation (Thailand), July 7, 2012
30. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023(2013)
31. World Health Organization. Development of traditional medicine in the South-East Asia Region (communication with WHO). New Delhi, WHO South-East AsiaRegional Office (SEARO), progress report, 2012.
32. Swee Lin PUAH.Traditional Medicinein Singapor,.中國-東盟中醫優勢與傳統醫學發展研討會資料彙編,2011
33. ITIS, 2016 新加坡藥品產業現況及商機探討、2015 製藥產業年鑑, 237。
34. 中醫藥委員會出版, 中草藥產業年鑑: 全球產業現況與發展趨勢, 2009。
35. 冉霄、梁鳳霞, 澳大利亞針灸發展歷程及現狀, 世界中醫藥, Vol.11.No.12(2016).

36. 柬埔寨常用傳統藥用植物探討，中國現代中藥，2017。
37. 馬來西亞國家藥品管理局 <http://npra.moh.gov.my>
38. 馬來西亞醫藥產業指南，馬來西亞投資發展局.
39. 張子雋、張詠梅，印度傳統醫學的發展現狀，世界中醫藥，2014
40. 陳岩、鄒建華，中醫藥在新加坡的發展現狀，世界中醫藥，2013 年第 5 期 575-578
41. 新加坡中醫師公會 The Singapore Chinese Physicians' Association (SCPA)
42. 新加坡中醫師管理局 Traditional Chinese Medicine Practitioners Board
43. 新加坡衛生科學局 www.hsa.gov.sg
44. 2017 臺灣-東協藥政管理研討會。

中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫

蘇奕彰
中國醫藥大學

摘要

隨著人口老化以及生活步調的緊張，慢性病快速增加，預防醫學成為當前的重點科學，並且依據第 69 屆世界衛生大會決議文(WHA69.24)，WHA 敦促各會員國依照國情將傳統醫學適當地納入健康服務體系中。衛生福利部為強化衛生福利施政之前瞻，展望未來健康醫療、預防保健、社會福利等需求，制訂《2025 衛生福利政策白皮書》對於「發展中醫健康照護」，提到以「促進中醫養生保健服務發展」為目標，以「推動中醫預防醫學與養生保健服務發展」為策略，發展中醫健康預防醫學，應用於預防疾病與改善體能。

本計畫藉由建立中醫健康促進與預防醫學之照護模式，系統性發展中醫預防醫學，應用於預防疾病與改善體能，早期介入改善亞健康國人生活品質，並強化國人自我健康照顧能力。本年度計畫在去年「中醫預防醫學健康管理模式發展評估計畫」基礎上，首先蒐集、分析國內外中醫或傳統預防保健健康管理模式，有系統整理歸納文獻資料，建立「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案。擴大跨領域團隊合作，結合中國醫藥大學、台灣養生保健學會、陽明大學、台北市立大學、逢甲大學、及三軍總醫院，推行場域除原本台北市中正區小南門區民活動中心、士林區天母區民活動中心外，另增士林區士林百齡長青據點、中山區中山五常關懷據點及大同區大同樂活關懷據點，共五個場域內施行「中醫預防醫學健康管理模式」。共計有 191 位參與者完整參與八週之健康認知課程，除講授中醫體質、導引運動與飲食等養生知識，並由中醫師指導練習中醫導引養生功法「醫學八段錦」，並在課程開始之前與之後，完成健康評估。

本健康管理模式採用中醫體質量表(BCQ)、匹茲堡睡眠品質量表(PSQI)與國民健康署的健康簡式表(BSRS-5)等健康評估量表進行成效評估。參與者在練習「醫學八段錦」8 週後，中醫陽虛體質之得分、陰虛體質之得分及痰瘀體質之得分皆達統計顯著之下降。而匹茲堡睡眠品質量表之總得分達統計顯著之下降，且匹茲堡睡眠品質量表的主觀睡眠品質與日間功能失調等兩個面向，在與介入前相比均有顯著改善，代表能改善睡眠品質並可減少因睡眠不佳所造成的白天功能失調。經由認知課程介入後，飲食行為測量量表得分達統計顯著之上升。壓力指數測量量表、簡式健康表之得分、收縮壓、平均動脈壓、整體心律變異度，及 2.44

公尺起坐繞物測試所需之時間皆呈現統計顯著之下降。至於不同男女性別的受試者間之效應比較，本管理模式介入 8 週後的效益是男女不同的。

本計畫同時完成「中醫預防醫學健康管理模式推廣建議書」之具體政策及施行建議，討論該模式如何透過團隊建構與人才培育以持續擴大推廣於健康或亞健康國人；並提出中醫預防醫學健康管理模式欲持續推廣發展時，可以進行跨領域跨部門合作，國家中醫藥研究所應擴大經費投入中醫預防醫學與養生保健的實證研究及加強培育多元的中醫預防醫學推廣人才。另可規劃「中醫預防醫學健康促進認證診所」制度、中醫師認養社區，或學校進行中醫預防醫學健康促進推廣之獎勵制度等具體政策及施行建議。

關鍵詞：健康管理模式、中醫、預防醫學、體質、導引、養生

Promotion Project of Health Management Model for Chinese Medical Preventive Medicine

Yi-Chang Su
China Medical University

ABSTRACT

With the aging of the population and the tight pace of life, chronic diseases are rapidly increasing, preventive medicine has become the current key science. According to the resolution of the 69th World Health Assembly (WHA69.24), the WHA urges all Member States to appropriate traditional medicine according to national conditions incorporated into the health service system. The Ministry of Health and Welfare has formulated the "2025 Health and Welfare Policy White Paper" to promote the development of TCM health care services in order to strengthen the health care policy and look forward to future health care, preventive health care, and social welfare needs. To achieve the goal of promoting the development of TCM preventive medicine and health care services, we will develop TCM health prevention medicine to prevent diseases and improve physical fitness.

The project systematically develops traditional Chinese medicine preventive medicine by establishing TCM's health care and preventive medicine care model, applying it to prevent diseases and improving physical fitness. Early intervention to improve the quality of life of sub-health people, and strengthening the self-health care ability of people. The project will adopt cross-disciplinary team cooperation, first collect and analyze domestic and foreign traditional Chinese medicine or traditional preventive health management model. We systematically organize and summarize the literature, establish a "Chinese medicine preventive medicine health management model" promotion and development draft. We collaborated with "Taiwan Society of Health Promotion" to promote and develop the "Traditional Chinese Medicine Preventive Medicine Health Management Model" in the field included the Xiaonanmen District People's Activity Center in Zhongzheng District of Taipei City,

the Tianmu District People's Activity Center in Shilin District, the Shilin Bailing Evergreen Base in Shilin District, the Wuchang Guanhuai Base in Zhongshan District, and the Datong Lohas Care Base in Datong District.. Participated in the eight-week participation and health assessment with 191 participants. In addition to teaching TCM body constitution, guiding exercise and diet, and the Chinese medicine doctors guided the people to practice Chinese Health Dao-in "Medical Ba Duan Jin".

After 8 weeks of practice, the TCM Body Constitution Questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index and 5-item Brief Symptom Rating Scale were used to evaluate the effectiveness. Through statistical analysis, participants which practicing "Medical Ba Duan Jin" 8 weeks statistically significant decrease in the scores of Yang-Xu, Yin-Xu, and Stasis of Body Constitution Questionnaire. The total scores of Pittsburgh Sleep Quality showed a statistically significant decrease, and the subjective sleep quality and daytime dysfunction of the Pittsburgh Sleep Quality Table have improved significantly compared with pre-intervention, representing improved sleep quality and reduced daytime dysfunction caused by poor sleep. After intervention through the cognitive curriculum, the scores of the dietary behavior measurement scale reached a statistically significant increase. The the score of pressure index measurement scale, the score of the Brief Symptom Rating Scale, the systolic blood pressure, the mean arterial pressure, total power of heart rate variability, and the time required for the 2.44 metre up-and-go test showed a statistically significant decrease. As for the effects of different male and female subjects, the benefits of this management model after 8 weeks of intervention are different for men and women.

The project also completed the specific policies and implementation recommendations of the "Traditional Chinese Medicine Preventive Medicine Health Management Model Promotion Proposal" to discuss how the model can be continuously expanded to promote health or sub-health through team building and talent training. It is also proposed that when the TCM preventive medicine health management model is to be promoted and developed continuously, cross-disciplinary and inter-departmental cooperation can be carried out. The National Research Institute of Chinese Medicine should expand the funds to invest in TCM preventive medicine and health care. Strengthen the cultivation of diverse TCM preventive medicine promotion talents. The specific policies and implementation recommendations of the "Traditional Chinese Medicine Preventive Medicine Health Promotion Accreditation Clinic" system and the reward system for Chinese medicine practitioners to adopt the community or schools to carry out TCM preventive medicine health promotion.

Keywords: Health Management Model, Chinese Medicine, Preventive Medicine, Body Constitution, Health Promotion, Dao-in, Qigong

壹、前言

世界衛生組織(WHO)提倡預防醫學，健康促進、預防保健，可以減少治療的痛苦、避免病情的惡化和節省醫療費用的支出。新英格蘭醫學期刊(New England Journal of Medicine)也兩度出現文章提出照護生態學(ecology of medical care)的趨勢，指出醫療照顧應由醫院醫療轉移到基層醫療，由次專科醫師照顧的專科醫療轉移到社區整體性照顧，由專家專業照顧轉換成自我照護，同時照顧民眾的醫療決策及治療應該關注與考慮到社會文化的層面。

臺灣「長期照顧十年計畫 2.0」實施上路，規劃醫界、護理界及社福界良好長期合作模式，將「向前延伸建置社區預防照護服務網路，向後銜接出院準備服務及在宅臨終安寧照護」，而根據 2015 年「高齡社會白皮書(核定本)」的統計，真正失能的長輩只佔老年人口的 16.5%，而健康與「亞健康」的長輩則佔老年人口的 83.5%。因此，未來在社區醫療保健系統的建構及民眾自我照護的提升，以達到預防及延緩失能的重要性將日益受視。

去年度衛生福利部依據《2025 衛生福利政策白皮書》「發展中醫健康照護」內容以「促進中醫養生保健服務發展」為目標，以「推動中醫預防醫學與養生保健服務發展」為策略，應用於國人疾病預防與體能改善，編列「中醫預防醫學健康管理模式發展評估計畫」，委託本研究團隊建構實施中醫「健康促進」與「預防醫學」之照護模式雛型，以提供國人健康管理模式之選擇。

計畫執行方法首先蒐集、分析國內外中醫或傳統預防保健健康管理模式，有系統整理歸納文獻資料，建立「中醫預防醫學健康管理模式」之大綱及草案；並採跨領域團隊合作，結合中醫師、導演、攝影、社區發展成員共同建立中醫預防醫學養生運動之執行模式；整合中醫、西醫、復健、公衛、統計、資訊、護理等學術專業領域建置中醫體質與生理訊號量測系統；於台北市士林區、中正區之社區場域內之台灣養生保健學會相關健康促進團體試行，進行養生認知課程與調氣和神導引功法之教學，讓民眾於課堂吸收內容後回家每日自主練習。研究過程中共計有 200 位台北市二個區民活動中心，及三個社區關懷據點之里民加入此計畫案，其中有 191 人參與全程並完成後測收案，參與者經過八週之實證，研究結果顯示，中醫預防醫學介入後能顯著改善中醫體質、改善睡眠品質，促進良好的飲食行為，降低壓力，並能降低交感神經活性指標等健康促進效益。透過此研究

計畫已確認中醫預防醫學健康管理模式為可行，並同時完成「中醫預防醫學健康管理模式」草案後續推廣之具體施行建議：包括跨領域跨部門合作、加強培育多元的中醫預防醫學推廣人才、擴編國家對於中醫預防醫學之研究經費等，以俾後續推動中醫預防醫學之系統性發展。

今年度計畫乃延續去年計畫成果，將藉由建立中醫在健康促進與預防醫學之照護模式，系統性發展中醫預防醫學，應用於預防疾病與改善體能。早期介入改善亞健康國人生活品質，並強化國人自我健康照顧能力。今年度計畫由中國醫藥大學、陽明大學、臺北市立大學、逢甲大學、三軍總醫院及台灣養生保健學會採跨領域團隊合作，建立「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案，並結合台灣養生保健學會於臺北市中正區小南門區民活動中心、士林區天母區民活動中心、士林區士林百齡長青據點、中山區中山五常關懷據點及大同區大同樂活關懷據點等五個場域，舉辦「中醫預防醫學健康管理模式」健康活動。課程除講授中醫體質、導引運動與飲食等養生知識，並由中醫師指導民眾練習中醫導引養生功法「醫學八段錦」，功法簡單易行，老人家都能輕鬆進行。目的在設計符合健康或亞健康國人需求之「中醫預防醫學健康管理模式」，並加以推廣發展。希望在耗費最少國家資源下，運用中醫預防醫學的理論與方法來提昇國人的身心健康與生活品質。

貳、材料與方法

本計畫之目標是以去年「中醫預防醫學健康管理模式發展評估計畫」之成果為基礎，藉由系統性發展中醫預防醫學，改善健康與亞健康國人之體能、達預防疾病之目的；並強化國人自我健康照顧能力，以提供國家發展預防醫學政策之具體建議。

一、計畫執行團隊

(一) 大學院校：臺北市立大學衛生福利學系

(二) 醫學中心：

1. 臺北榮民總醫院家庭醫學部、傳統醫學部
2. 三軍總醫院中醫部

(三) 健康促進團體：台灣養生保健學會

二、建置場域：包括台北市「區民活動中心」與「社區關懷照顧據點」

(一) 區民活動中心

1. 小南門區民活動中心（台北市中正區博愛路）
2. 天母區民活動中心（台北市士林區中山北路）

(二) 社區關懷照顧據點

1. 士林百齡長青據點（台北市士林區承德路）
2. 中山五常據點（台北市中山區龍江路）
3. 大同樂活關懷據點（台北市大同區重慶北路）

三、計畫執行步驟

(一) 建立推廣發展草案：成立計畫執行小組，召開小組會議，進行相關前置作業。

1. 蒐集、分析國內外中醫或傳統預防保健健康管理模式，有系統整理歸納文獻資料，以國內外已有之預防保健健康管理模式，考量本國國情、民眾生活型態特性，擬定本計畫「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展策略，包括：
 - (1) 健康促進之種類、介入方式；
 - (2) 民眾使用健康管理模式之容易度、便利性、可持續性；
 - (3) 推廣發展的模式與架構。
2. 針對目標族群之健康或亞健康國人，針對目標族群之健康或亞健康國人，分析其年齡與性別之特性，擬定本計畫欲發展之中醫傳統「醫學八段錦」的內容。本計畫參考了南宋曾慥《道樞·

眾妙》和陳元靚《事林廣記·修真秘旨》與清末《新出保身圖說·八段錦》設計了「醫學八段錦」養生功去，選擇本功法的原因在於「醫學八段錦」具有以下之特點：

- (1) 簡易好記，好學，動作輕鬆自然，適合日常自主練習保健。
- (2) 廣為外民眾周知，容易推展。
- (3) 國內（義守、慈濟、彰基）、外（中國大陸）醫院已用於保健康復。
- (4) 動作設計：活動到身體所有重要肢體關節及周圍軟組織，有助體能、生活品質、睡眠品質、平衡功能之改善。
- (5) 為避免門派的問題，並且應回歸醫學本質，故命名為「醫學八段錦」。
- (6) 基於各參與者個人所具有的學習條件之差異性（如有無智慧型手機、電視與 DVD 播放機等），因此本計畫學員至少於每週上課時會練習「醫學八段錦」一次，每次 30 分鐘，預期練習「醫學八段錦」的頻率至少為一週一次。

3. 依據目標族群之特質，擬定「醫學八段錦」教學影片拍攝重點。
4. 試拍「醫學八段錦」之教學影片。
5. 擬定「醫學八段錦」介入成效評估指標，包括：中醫體質量表 (BCQ)，選用現有國家健康線上健檢合適之項目，及血壓、心跳、心律變異，及血氧等生理訊號、2.44 公尺起坐繞物測試等評估分析。
6. 擬定健康評估之問卷（例：健康生活型態、營養知識與健康飲食行為之評估），及相關中、西醫衛教內容之綱要。

(二) 計畫執行小組報告「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案執行場域之概況，計畫團隊成員以各自專業，討論執行小組所擬定之「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」之結構與推廣大綱與整體草案執行標準作業流程，就以下各項之可行性給予建議，由團隊成員檢視流程中可能產生之問題，及提出其修正方式，逐項確認執行內容：

1. 健康評估問卷，及相關中、西醫衛教內容。
2. 「醫學八段錦」之內容與教學影片拍攝。
3. 中醫預防醫學養生認知課程之內容與教學影片拍攝。
4. 養生功法練習記錄日記本。

5. 中醫體質暨健康評估問卷，與血壓、心跳、心律變異及血氧等生理訊號所建構之健康促進效應評估模式。
 6. 中醫預防醫學健康管理助教/講師培訓暨認證模式。
- (三) 修訂「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」執行草案，並召開第一次專家會議進行評估與建議，並完成專家會議後，計畫試行所需文件與影片製作。
1. 邀請經衛生福利部同意之專家進行會議，各專家之專業領域包括：中醫藥、運動健康管理、營養學、衛生福利、衛生教育、社區醫學、護理等約 20 名。
 2. 於專家會議前，將計畫團隊所擬之「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」推廣發展草案寄給專家審閱。
 3. 專家會議之召開：請專家對「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」進行評估及討論，並提出建議。
 4. 計畫團隊根據專家會議所獲致之建議，進一步修正「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案，完成以下項目：
 - (1) 「醫學八段錦」之內容與教學影片拍攝，並上傳至 YouTube；讓民眾可以在家中自行觀賞養生功法影片，跟隨影片內容練習，增加民眾練習之興趣、培養日常運動之習慣，與提高動作之正確性。
 - (2) 中醫預防醫學養生認知課程之內容與教學影片拍攝。
 - (3) 印製養生功法練習記錄日記本。
 - (4) 中醫體質暨健康評估問卷，與血壓、心跳、心律變異及血氧等生理訊號所建構之健康促進效應評估模式。
 - (5) 2.44 公尺起坐繞物測試之健康足進效應評估模式。
 - (6) 印製中醫體質暨健康評估等生理訊號量測問卷。
 - (7) 確認中醫預防醫學健康管理助教/講師培訓暨認證模式。
- (四) 完成「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」執行相關人員之訓練及標準化
1. 舉辦「中醫預防醫學健康管理助教培訓營」，培訓內容完成：
 - (1) 完成中醫預防醫學健康管理認知課程之訓練。
 - (2) 完成「醫學八段錦」輔導練習之訓練：含動作示範與輔導，及「養生功法練習記錄日記本」之記錄方式說明。
 - (3) 完成健康評估問卷、中醫體質量表 (BCQ) 之訪員訓練。

- (4) 完成血壓、心跳、心律變異，及血氧等生理訊號量測之訓練。
- (五) 試行「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案，在區民活動中心、社區關懷照顧據點執行草案中各項內容，蒐整過程中可能產生的問題。
 1. 試行人數：15 人。
 2. 試行內容：
 - (1) 進行健康評估問卷、中醫體質問卷(BCQ)之訪問與填答。
 - (2) 進行血壓、血氧、心跳、心律變異、2.44 公尺起坐繞物測試等量測。
 - (3) 進行中醫預防醫學養生認知講座。
 - (4) 「醫學八段錦」教學示範，及練習記錄日記本之記錄方式說明。
 3. 試行目的：
 - (1) 蒐集整理試行過程所觀察記錄之問題、民眾回饋。
 - (2) 瞭解民眾之健康評估問卷之文字與內容理解之難易度。
 - (3) 瞭解在試行場域之環境，進行血壓、血氧、心跳、心律變異、2.44 公尺起坐繞物測試之量測，可能產生之問題。
 - (4) 瞭解民眾對於中醫預防醫學養生認知講座內容的接受與理解程度。
 - (5) 瞭解民眾對於「醫學八段錦」教學示範之建議，及練習記錄日記本使用之經驗回饋。
- (六) 招募參與正式執行「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案之民眾至區民活動中心與社區關懷據點，招募至少 100 位民眾參與「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」。
- (七) 再次修訂「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案，並召開第二次專家會議
 1. 整理在試行過程所觀察記錄各項之問題、民眾回饋，提出解決方案；請專家給予指導，再次修訂「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案。
 2. 根據專家會議獲致之建議，再次修訂「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案之執行內容。
 3. 本計畫所擬定的「中醫預防醫學健康管理模式」乃藉由設計符

合健康或亞健康民眾需求之中醫預防醫學模式，結合醫療院所及社區資源，向民眾講授中醫養生、體質、導引及飲食等觀念，並由中醫師指導練習中醫養生功法，建立國人包含「知與行」的一種自我健康照護的行為模式。

具體執行上，參與者每週至少會接受一次養生認知課程 30 分鐘與養生導引功法 30 分鐘之指導練習，希望協助參與者建立每日在家「自我管理」的健康照護模式。

基於真實世界研究的精神，本研究數據來自真實的社區環境，反映實際民眾參與過程和真實條件下的民眾健康促進之效益。

本計畫認知課程之教學目標乃協助參與者通過對中醫養生知識的學習，了解本課程中有關之中醫養生學的基本理論、基本知識和基本思維方法，掌握正確的中醫養生基本原則和體質概念、導引運動及中醫飲食調理等中醫養生的特點，預期參與者能建立以中醫體質為基礎的養生觀念，改善飲食行為習慣，增加練習導引養生運動的動機等學習成效，以達促進健康之目的。

教學大綱如下：

1. 如何開始養生(上)_為什麼要養生
2. 如何開始養生(下)_中醫養生的原則與方法
3. 體質與養生(上)_什麼是體質
4. 體質與養生(下)_如何測量體質
5. 導引與養生(上)_「導引」是什麼
6. 導引與養生(下)_如何練習導引養生
7. 飲食與養生_總論、藥食兩用中藥材及可供食品原料使用之中藥材
8. 飲食與養生_中藥藥方類、中藥膳食類及保健食品類

(八) 正式執行「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案，並對參與本計畫民眾進行健康促進方案之介入與效應評估

1. 執行場域：

- (1) 區民活動中心：天母區民活動中心、小南門區民活動中心
- (2) 社區關懷照顧據點：士林百齡長青據點、中山五常據點、大同樂活關懷據點

2. 招募至少 100 位社區民眾之健康狀態基礎值評估：

(1) 收案方式：先取得里長及社區關懷照顧據點負責人之充分了解、認同本計畫之目標，並取得其支持意願。再正式邀請原本參與每週例行講座活動之區民與里民朋友來參加說明會。正式加入前，詳細說明研究計畫之進行方式、時間、流程等，使參與者充分了解後，請其簽署受試者同意書、接受健康評估問卷、中醫體質問卷(BCQ)之訪問與填答，以及接受血壓、心跳、心律變異，及血氧等生理訊號量測。

(2) 收案條件：

- 有意願加入本計畫之民眾。
- 能夠獨自站立者。

(3) 追蹤方式：

- 每週至區民活動中心或社區關懷照顧據點參與課程。
- 各據點建立中醫養生 LINE 群組以保持聯絡。

(4) 排案條件：

- 在參加過程之八週時間內，因故不能持續參與者。
- 無法完成健康問卷、中醫體質問卷、生理量測之前測或後測者。

3. 中醫健康促進方案之介入：

(1) 各場域授課之講師、地點與時間。

講師	地點	時間
王醫師	士林百齡長青據點	每週一 AM10:30-11:30
蔡醫師	小南門區民活動中心	每週二 AM09:30-10:30
鄭醫師	中山五常據點	每週三 AM09:30-10:30
王醫師	小南門區民活動中心	每週三 PM07:30-08:30
蔡醫師	大同樂活關懷據點	每週四 AM10:30-11:30
林醫師	小南門區民活動中心	每週四 PM07:00-08:00
王醫師	天母區民活動中心	每週六 AM09:00-10:30

(2) 以講座方式教育民眾以下體質保健與食養觀念，以瞭解如何自己在生活中動態地進行飲食、作息、運動等調整，包括：「體質」是什麼？「體質」如何形成，又如何產生改變？生活中那些行為會弱化體質？生活中那些行為可以強化體質？中醫藥膳改善體質的原理、養生功法改善體質的

原理、從中醫體質量表(BCQ)測量的結果，我如何瞭解我自己身體的體質？如何根據測量結果，調整每日的生活作息、飲食內容與運動習慣。

- (3) 計畫人員教授講解「醫學八段錦」。
- (4) 民眾持續練習「醫學八段錦」兩個月，配合使用「練習記錄日記本」，以瞭解練習狀態。
- (5) 於計畫執行期中，至區民活動中心與社區關懷照顧據點據點，由計畫人員確認民眾之「醫學八段錦」動作是否正確，並協助其進行調整、校正與練習時之問題釋疑。
- (6) 為增加民眾參與意願，將在完成訪問之後，發放問卷調查訪問之禮品。

4. 中醫健康促進方案之介入後，健康行為與健康狀態後測評估：

- (1) 再次接受健康評估問卷、中醫體質問卷之訪問與填答。
- (2) 再次接受血壓、血氧、心跳、心律變異、2.44 公尺起坐繞物測試等生理訊號之量測。

5. 中醫健康促進方案介入成效之評估

- (1) 分析民眾在學習中醫體質保健、食養觀念後，生活作息型態、飲食習慣在認知與行為上之改變。
- (2) 分析民眾兩個月來練習養生功法後，對於中醫體質、血壓、心跳、心律變異，及血氧等生理參數影響之效應。

(九) 辦理一場學員成果發表會，與二場中醫預防醫學健康管理模式成果分享會

1. 計畫執行小組將進行學員成果發表會與成果分享會活動議程規劃，並選定舉辦之日期與場地；以及建置完成線上報名網頁。
2. 以公文、網站等方式將分享會資訊發送至各醫療院所、相關學術單位，邀請各醫療院所中、西醫師，運動健康管理、營養學、衛生福利、衛生教育、社區醫學、護理相關學術領域專家學者，及本項主題有興趣之其他團體或個人等，參與學員成果發表會及分享會，並進行雙向溝通及意見回饋。

(十) 完成「中醫預防醫學健康管理模式」及推廣建議書，並召開第三次專家會議，撰寫期末成果報告

1. 就正式執行「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案，與成果發表會期間所蒐整之中、西醫師，各相關領域專家學者回

饋，邀請專家進行討論，並研議未來於目標族群擴大推廣「中醫預防醫學健康管理模式」之可行性。

2. 為強化成果推廣，協助衛生福利部製作相關社群媒體（Line 頻道、Facebook 等）之宣導文宣一則。
3. 撰寫期末成果報告：提出中醫預防醫學健康管理模式及推廣建議書壹項，討論該模式未來於目標族群擴大推廣之可行性，並提出具體政策建議。

參、結果

依據研究計畫之目標項目，分為執行計畫過程所得結果與統計分析結果兩大部份。首先為執行計畫過程所得結果：

◆ 執行結果

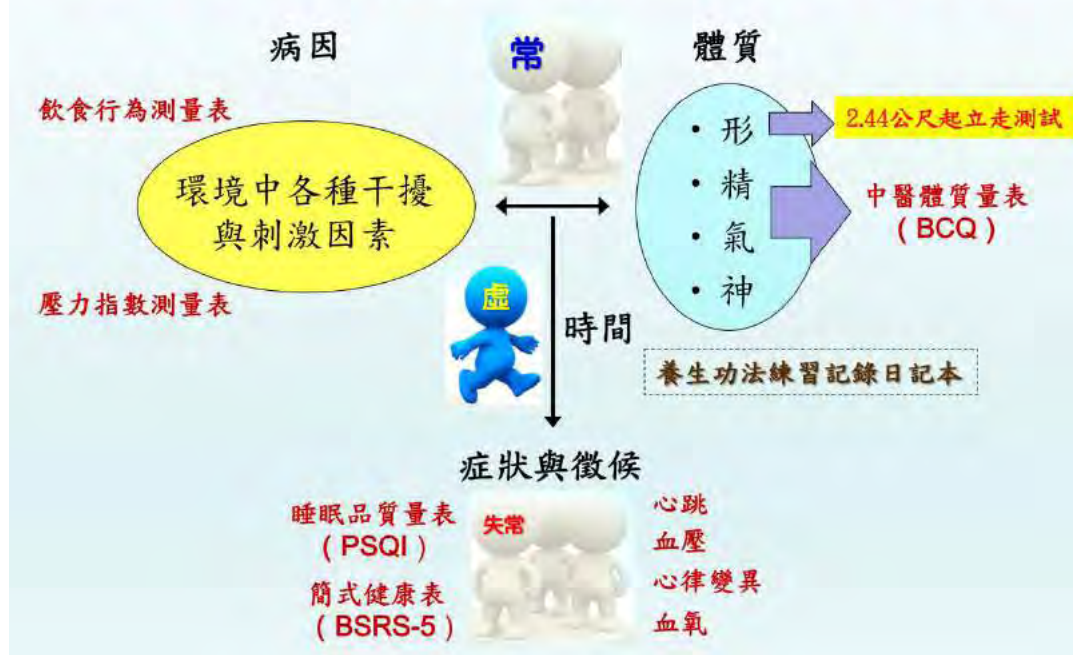
一、建置「中醫預防醫學健康管理模式」之結構與執行規劃

(一) 在蒐集、分析整理國內外中醫或傳統預防保健健康管理模式之文獻資料，以國內外已有之預防保健健康管理模式，考量本國國情、民眾生活型態特性，擬定本計畫建置「中醫預防醫學健康管理模式」之結構。



體質弱化因子與疾病形成機轉

中醫預防醫學健康管理介入成效指標之評估



中醫預防醫學健康管理介入成效指標之評估

(二) 中醫「健康促進」與「預防醫學」之照護模式：執行內容與規劃結果

1. 執行場域：士林區天母區民活動中心（天山里、天和里），中正區（南門里），士林百齡長青社區照顧關懷據點，中山五常社區照顧關懷據點，大同樂活社區照顧關懷據點。
2. 配合計畫進度與相關負責主管或負責人協調後，具體執行時程規劃結果。
3. 召募至少 100 位社區民眾之健康狀態基礎值評估：
 - (1) 接受健康評估問卷、中醫體質問卷 (BCQ) 之訪問與填答。
 - (2) 接受血壓、心跳、心律變異，及血氧等生理訊號之量測。
 - (3) 接受 2.44 公尺起坐繞物測試之量測。
4. 社區民眾之中醫健康促進方案之介入內容：給合「醫學八段錦」的導引功法教學，以及「如何開始養生」、「體質與養生」、「導引與養生」、「飲食與養生」四大主題健康講座做為介入的執行內容。

No.	日期	執行規劃
1	4/22	第一次專家會議
2	6/6	臺北市立大學衛生福利學系學生計畫說明會
3	6/11	舉辦計畫說明座談
4	6/11-7/7	招募參與計畫民眾並簽署參與計畫受試者同意書
5	6/19-6/25	設置測量環境與安裝儀器確認
6	6/20	第二次專家會議
7	7/1	中醫預防醫學健康管理助教培訓營
8	7/2	第一次量測生理訊號與填寫各項問卷-Part 1
9	7/9	第一次量測生理訊號與填寫各項問卷-Part 2 第一週認知課程：如何開始養生（一）&導引動作教學
10	7/16	第二週認知課程：如何開始養生（二）&導引動作練習
11	7/23	第三週認知課程：體質與養生（一）&導引動作練習
12	7/30	第四週認知課程：體質與養生（二）&導引動作練習
13	8/6	第五週認知課程：導引與養生（一）&導引動作練習
14	8/13	第六週認知課程：導引與養生（二）&導引動作練習
15	8/20	第七週認知課程：飲食與養生（一）&導引動作練習
16	8/27	第八週認知課程：飲食與養生（二）&導引動作練習
17	9/3	第二次量測生理訊號與填寫各項問卷
18	10/14	學員成果發表會
19	10/28	南區成果分享會
20	11/11	北區成果分享會與第三次專家會議

(三) 完成「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案之籌備工作及試行

1. 完成健康評估問卷、中醫體質問卷、練習記錄日記本之設計及印製。
2. 完成四大主題健康講座：「如何開始養生、體質與養生、導引與養生、飲食與養生」內容建置。
3. 完成區民活動中心以及社區關懷據點測量場地設置確認與 15 位預測試。
4. 完成評估指標：血壓、心跳、心律變異，及血氧等生理訊號量測之標準操作流程。

5. 完成養生功法「醫學八段錦」之拍攝及上傳。



天母區民活動中心量場地設置確認與預測試



中山五常社區關懷據點量場地設置確認與預測試



「醫學八段錦」之拍攝及上傳 youtube

6. 完成四大認知課程之拍攝。



拍攝現場



拍攝飲食與養生課程

二、申請通過臨床試驗/人體研究通過

三、召開第一次與第二次專家會議，會議議程與會議留影如下：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」專家座談會議程

一、時間：民國 107 年 04 月 22 日（週日）10:00-12:00

二、地點：三軍總醫院 B1 第二演講廳

三、出席名單：計畫人員與專家

四、會議主席：計畫主持人 蘇奕彰教授

五、列席人員：研究助理

六、主席致詞：

來賓介紹與長官致詞：

七、報告事項：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展」草案

八、討論議題：

對於「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展」執行及相關政策推廣之建議。

1. 多據點推廣中醫預防醫學健康管理模式執行設計與規劃之建議。

2. 對「醫學八段錦」功法設計與講解之建議。

3. 對拍攝「養生認知課程」教學短片之建議。

➢ 應如何呈現以提昇民眾接受度與有效性。

4. 健康狀態評估模式之建議。

5. 中醫預防醫學健康管理助教/講師培訓暨認證模式之規劃建議。

➢ 依106年度「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」之期中目標，應於推廣發展草案中完成「中醫預防醫學健康管理助教/講師培訓暨認證模式」之建立，以規劃推動中醫預防醫學健康促進所需專業人員的人力來源，並依照人員背景與需求應該進行培訓與認證，針對本議題請專家學者再提供建議。

6. 本計畫建置之健康管理模式推廣發展的建議。

九、臨時動議

十、散會



「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」專家座談會議程

一、時間：民國 107 年 06 月 20 日（週三）14:30-16:30

二、地點：衛生福利部國家中醫藥研究所 304 會議室

三、出席名單：計畫人員與專家

四、會議主席：計畫主持人 蘇奕彰教授

五、列席人員：研究助理

六、主席致詞：

七、來賓介紹與長官致詞：

八、報告事項：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」執行進度

九、討論議題：

對於「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展」執行及相關政策推廣之建議。

1. 對「醫學八段錦教學影片」動作講解、示範及影片風格之建議。
2. 對「中醫預防醫學養生認知課程」內容及影片風格之建議。
3. 中醫預防醫學健康管理助教/講師培訓與認證辦法之建議。
4. 中醫預防醫學健康管理助教培訓營規劃之建議。
5. 本計畫建置之健康管理模式推廣發展執行設計與規劃的建議。

十、臨時動議

十一、散會





四、舉辦臺北市立大學衛生福利學系助教招募說明會



助教招募說明會



說明助教參與的具體內容

五、在各場域舉辦說明會



在小南門區民活動中心說明本次計畫、介紹助教，邀請民眾加入



在小南門區民活動中心說明本次計畫，邀請民眾加入



在士林百齡長青社區關懷據點說明本次計畫，邀請民眾加入



在中山五常社區關懷據點說明本次計畫，邀請民眾加入



在大同樂活據點說明本次計畫、教學養生運動，邀請民眾加入



北市大衛福系助教協助長者填寫
參與計畫之報名表



參與學員加入 Line 的聯絡群組

六、舉辦中醫預防醫學健康管理助教培訓營，會議議程與會議留影如下：

衛生福利部 106 年度「推動發展中醫預防醫學計畫」

中醫預防醫學健康管理助教培訓營議程

指導單位：衛生福利部

主辦單位：中國醫藥大學

協辦單位：台灣養生保健學會、三軍總醫院中醫部

培訓日期：107 年 7 月 1 日（星期日）

培訓地點：台三軍總醫院 B1 第二演講廳

時間	題目	主講者	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席、貴賓致詞		
09:00-09:50	為什麼要推廣中醫預防醫學	張鈺鑫理事長	沈郁強組長
09:50-10:00	問題與討論		
10:00-10:50	如何建立學習者的學習動機與誘因 —談社區健康促進之推展	郭憲文教授	
10:50-11:00	問題與討論		
11:00-11:20	<i>Coffee Break</i>		
11:20-12:10	飲食（體質）與養生	王麗香醫師	林健蓉醫師
12:10-12:20	問題與討論		
12:20-13:20	<i>Lunch Time</i>		
13:20-14:10	導引養生與功法概論	王琦嫻醫師	黃怡嘉醫師
14:10-14:20	問題與討論		
14:20-15:10	導引養生功法分組教學與實作	蔡運寧醫師 王琦嫻醫師 林齊魁醫師	
15:10-15:20	問題與討論		
15:20-15:40	<i>Coffee Break</i>		
15:40-16:30	中醫預防醫學之健康監測與評估管理	蔡運寧醫師	張鈺鑫 理事長
16:30-16:40	問題與討論		
16:40-17:00	綜合討論		
17:00-17:30	評測		



培訓營「醫學八段錦」教學



培訓營閉幕式講師與學員大合照

七、在各場域進行各項健康效應評估內容



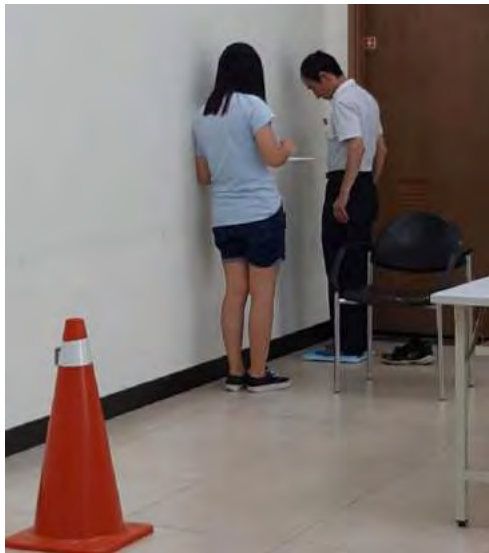
天母區民活動中心學員填寫問卷實況



天母區民活動中心學員接受血壓、血氧、心跳的量測



士林百齡長青據點學員接受血壓、血氧、心跳、心率變異的量測



小南門區民活動中心學員接受體重的量測



天母區民活動中心學員接受2.44公尺起坐繞物測試



助教在士林百齡長青據點協助學員填寫問卷

八、四大認知課程講座



在各場域進行認知課程教學的實況



學員學習認知課程的狀況



資深講師帶資淺講師回答學員提問的問題



「體質與養生」課，發給學員前測之體質小卡



講師講解體質小卡意義

九、醫學八段錦功法教學與練習



在天母與小南門區民活動中心，學員練習「醫學八段錦」實況



士林百齡、中山五常與大同樂活據點，學員練習「醫學八段錦」



認真教學的講師，與仔細講解、調整學員動作

十、助教參與工作



助教檢查練習日記本



助教分組協助教學



助教協助教學實況

十一、舉辦學員成果發表會，會議議程與發表會留影如下：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」學員成果發表會

主辦單位：衛生福利部

承辦單位：中國醫藥大學中醫學系

協辦單位：台灣養生保健學會、台北市立大學衛生福利系、三軍總醫院中醫部

會議時間：107年10月14日（星期日）13:30~17:00

會議地點：台北市進出口商業同業公會 IEAT 會議中心 1F 演講廳

時間	題目	主講者	主持人
13:30-13:50	報到		
13:50-14:00	主席與來賓致詞		
14:00-14:40	中醫預防醫學健康管理 成效評估分享	台灣養生保健學會 王琦嫻常務理事	台灣養生保健學會 張鈺鑫理事長
14:40-15:20	中醫預防醫學 健康管理模式 推廣發展執行 經驗分享	執行團隊建構 台灣養生保健學會 蔡運寧秘書長	
	區民活動中心	南門里郭有賢里長 天和里莊福來里長	
	社區關懷據點	中華文化基金會 林淑萍顧問	
15:20-15:30	Tea Break		
15:30-16:10	參與中醫預防醫學計畫 學員心得分享 暨認知課程有獎徵答	社區據點學員	台灣養生保健學會 蔡運寧秘書長
16:10-16:50	「醫學八段錦」學員分組表演 暨功法課程有獎徵答	社區據點學員	台灣養生保健學會 王琦嫻常務理事
16:50-17:00	綜合討論		



大同樂活中心學員表演「兩手托天理三焦」



學員參與成果發表會實況

十二、舉辦南區成果分享會，會議議程與會議留影如下：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」南區成果分享會議程

指導單位：衛生福利部

主辦單位：中國醫藥大學中醫學系、高雄長庚醫院中醫科系、大高雄中醫師公會

協辦單位：台灣養生保健學會

會議時間：107年10月28日（星期日）08:30-12:00

會議地點：高雄長庚醫院兒童大樓6樓國際會議廳 藍廳

時間	題目	主講者	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:00	主席與來賓致詞		
09:00-09:50	中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫結構介紹與執行經驗	台灣養生保健學會 蔡運寧秘書長	高雄長庚醫院中醫科系 洪裕強主任
09:50-10:40	認知課程與養生功法之教與學	台灣養生保健學會 王琦嫻常務理事	高雄市立中醫院 嚴秀娟院長
10:40-10:50	Tea Break		
10:50-11:40	中醫預防醫學健康管理模式推廣發展之成效評估	台灣養生保健學會 張鈺鑫理事長	高雄健仁醫院中醫科 李永勝主任
11:40-12:00	綜合討論	全體主持人暨主講者	
12:00	閉幕		



主持人介紹主講人



南區成果分享會與會者留影

十三、舉北區成果分享會，會議議程與會議留影如下：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」成果分享會

主辦單位：衛生福利部

承辦單位：中國醫藥大學中醫學系

協辦單位：國家中醫藥研究所、台灣養生保健學會、台北市立大學衛生福利系、
三軍總醫院中醫部

會議時間：107年11月11日（星期日）08:30-11:20

會議地點：國家中醫藥研究所2樓演講廳（台北市北投區立農街二段155-1號）

時間	題目	主講者	主持人
08:30-08:50	報到		
08:50-09:10	主席致詞（計畫主持人） 來賓致詞（立法委員、衛福部長官、中醫師全國聯合會理事長）		
09:10-09:30	中醫預防醫學健康管理模式 推廣發展計畫源起與介紹	中國醫藥大學 中醫學系 蘇奕彰教授	衛生福利部 國家中醫藥研究所 邱文慧副所長
09:30-09:50	中醫預防醫學健康管理模式 推廣發展計畫成果報告暨政 策建議	台灣養生保健學會 張鈺鑫理事長	
09:50-10:20	中醫預防醫學健康管理模式 推廣發展計畫結構設計與執 行經驗	台灣養生保健學會 蔡運寧秘書長	國家衛生研究院 群體健康科學研究所 熊昭所長
10:20-10:50	中醫預防醫學健康管理模式 推廣發展計畫之成效評估	衛生福利部 國家中醫藥研究所 林睿珊副研究員	
10:50-11:20	綜合討論	全體主持人暨主講者	
11:20	閉幕		



十四、召開第三次專家會議，會議議程與會議留影如下：

「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」專家座談會議程

時間：民國 107 年 11 月 11 日（週日）11:30~13:30

地點：衛生福利部國家中醫藥研究所 304 會議室

出席名單：計畫人員與專家

會議主席：計畫主持人 蘇奕彰教授

列席人員：研究助理

主席致詞：

來賓介紹與長官致詞：

報告事項：

執行「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展之成果與分析。

討論議題：

一、對於中醫預防醫學健康管理模式未來於目標族群擴大推廣之發展政策之建議。

說明：(一)就正式執行「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展草案之結果，成果發表會期間所蒐整之中、西醫師，各相關領域專家學者回饋，邀請專家進行討論，並研議未來於目標族群擴大推廣「中醫預防醫學健康管理模式」之可行性，並提出對於「推動中醫預防醫學與養生保健服務發展」之具體政策及施行建議。

(二)若要在不同場域（都會、城鄉之不同社區、社群）、對象（不同性別、年齡、族群、疾患）推廣發展本計畫建構之「中醫預防醫學健康管理模式」時，請專家就以下面向給予建議：

1. 整體規劃建構之建議：

(1) 導引養生功法推廣建構之建議。

(2) 養生認知課程推廣建構之建議。

2. 建構推廣執行團隊之建議：

(1) 如何建構推廣執行之團隊與提昇參與之動機：

中醫、西醫、藥師、物理治療、護理、營養、醫檢、運動、公衛、衛福、社工、.....。

(2) 教育訓練：課程內容規劃、講師、助教或輔導員之培訓與認證。

3. 資訊監測與管理之建議：

(1) 健康狀態評估模式之建議。

(2) 測量問卷之使用（包含內容、形式、執行性）。

(3) 生理訊號測量儀器之操作、測量訊號上傳、分析之穩定度與及時性。

(4) 整體測量內容之雲端系統建置與管理。

4. 不同場域、對象推廣之建議：

(1) 場域：區（里）民活動中心、社區關懷據點、巷弄長照站

(2) 對象：健康民眾、亞健康民眾（衰弱老人）、病友團體

5. 中醫預防醫學健康管理模式如何推廣結合中醫社區醫學以提供長照 2.0 中的預防及延緩失能照護服務。
6. 上述各項推廣「中醫預防醫學健康管理模式」基礎建設、人力與事務之經費來源。
7. 如何從本計畫之成果繼續推廣發展以達成衛生福利科技政策白皮書所規劃之中、長程目標。



臨時動議
散會



◆ 統計分析結果

一、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者介入前之基本資料：

本研究共計有 200 位台北市二個區民活動中心，及三個社區關懷據點之民眾加入此計畫案，其中有 191 人參與全程並完成前後測之評估。完成全程收案之男性人數為 44 位(23%)，女性人數為 147 位(77%)，共計 191 人，平均年齡為 68.28 ± 11.44 歲，平均身高為 $158.07 \pm 7.98\text{cm}$ ，平均體重為 $59.28 \pm 10.66\text{kg}$ ，平均 BMI 為 23.89 ± 3.45 。

區民活動中心與社區關懷據點參與者介入前年齡、身高、體重與 BMI 之均質性經獨立樣本 t 檢定後，兩場域參與者之年齡與身高達統計顯著之差異。(表一)

	區民活動中心 (N=105)	社區關懷據點 (N=86)	Two Sample t-test P-value
年齡	62.66 ± 11.32	75.14 ± 6.99	0.0000 ***
身高	160.19 ± 8.02	155.48 ± 7.16	0.0000 ***
體重	59.54 ± 10.24	58.95 ± 11.19	0.7076
BMI	23.49 ± 3.22	24.39 ± 3.66	0.0771

***:p<0.001

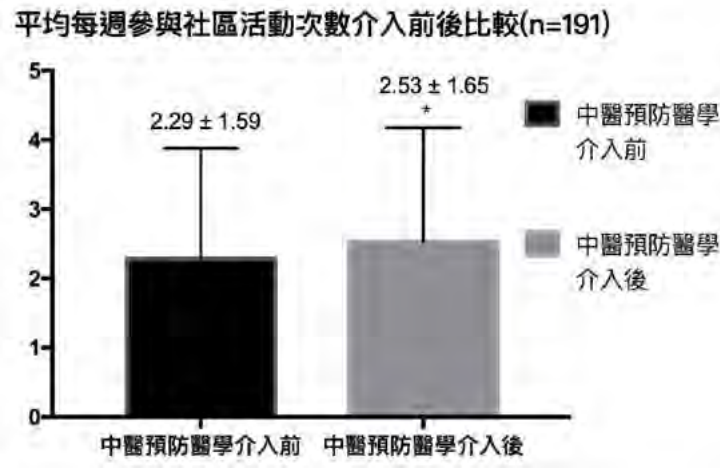
二、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者常用的社群或聊天軟體使用比例

研究結果顯示，區民活動中心與社區關懷據點受測者最常使用的社群或聊天軟體為「LINE」，其次則為「Facebook」，其他受測者有使用的社群或聊天軟體還包括有「g-mail、Whats app、QQ、kaokaotalk」。同時研究結果亦顯示，社區關懷據點之受測者於「中醫預防醫學健康管理模式」介入前高達 52% 是「沒有使用」社群或聊天軟體的。(表二)

	區民活動中心 (N=105)		社區關懷據點 (N=86)	
	前測	後測	前測	後測
LINE	91%	89%	45%	53%
FB	46%	45%	13%	12%
WeChet	19%	17%	3%	5%
Twitter	4%	2%	0%	0%
IG	12%	14%	0%	0%
其他	1%	5%	0%	1%
沒有使用	8%	9%	52%	45%

三、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者平均每週參與社區活動次數介入前後之比較：

(一) 研究結果顯示，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，191 位參與者其平均每週參與社區活動次數提升，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。(圖一)



(二) 區民活動中心與社區關懷據點兩場域參與者之平均每週參與社區活動次數經相依樣本 t 檢定後，區民活動中心參與者之平均每週參與社區活動次數自身前後對照的配對 t 檢定達統計顯著之差異。(表三)

	介入前	介入後	Two Sample t-test P-value
區民活動中心	1.4 ± 1.18	1.73 ± 1.3	0.0111 *
社區關懷據點	3.37 ± 1.34	3.5 ± 1.52	0.3961

*:p<0.05

四、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前血壓、心跳、血氧介入前後之比較：

(一) 研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，其收縮壓、平均動脈壓皆有下降，且經配對 t 檢定均達統計顯著之差異。(表四)

	介入前	介入後	P-value
收縮壓 (mmHg)	130.5 ± 18.8	128.0 ± 18.4	0.0101 *
舒張壓 (mmHg)	75.3 ± 11.0	74.1 ± 10.9	0.0728
平均動脈壓 (mmHg)	93.7±12.4	92.1±11.9	0.0115*
脈壓差(mmHg)	55.2±14.2	54.0±15.1	0.1311
心跳數(bpm)	77.0 ± 11.9	76.3 ± 11.0	0.4241
血氧(%)	97.59 ± 1.18	97.52 ± 1.32	0.5406

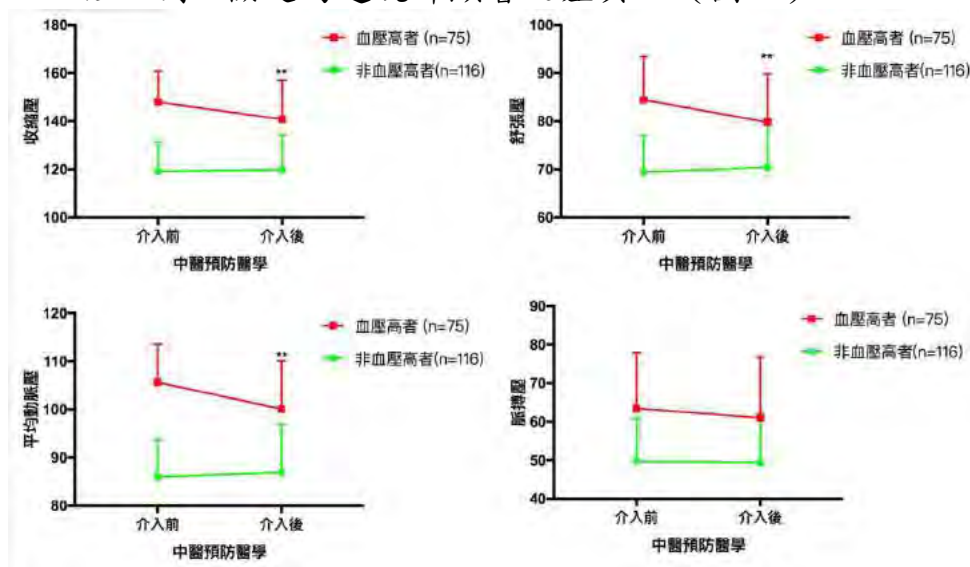
*:p<0.05

(二) 進一步依據介入前血壓狀態，進行分類之判定。判定分類標準如下：(1)收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$ 、(2)收縮壓 $130\text{-}139\text{mmHg}$ 且舒張壓為 $80\text{-}89\text{mmHg}$ ，以及(3)舒張壓 ≥ 90 ，符合上述任一條件者者歸類為「血壓高者」；而非上述任一狀態者則歸類為「非血壓高者」。依此分類下，「血壓高者」與「非血壓高者」年齡、身高、體重與BMI之前測均質性經獨立樣本t檢定後，「血壓高者」者之BMI高於「非血壓高者」，並達統計顯著之差異。(表五)

	血壓高者 (N=75)	非血壓高者 (N=116)	P-value
年齡	69.68 \pm 10.45	67.37 \pm 11.99	0.2791
身高	157.7 \pm 8.72	158.31 \pm 7.49	0.4735
體重	60.75 \pm 9.93	58.33 \pm 11.04	0.068
BMI	24.35 \pm 3	23.19 \pm 3.61	0.0058**

**: $p < 0.01$

研究結果顯示 75 位前測「血壓高者」，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其收縮壓、舒張壓與平均動脈壓皆有下降，且經配對t檢定均達統計顯著之差異。(圖二)



**: $p < 0.01$

五、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測中醫體質之比較：

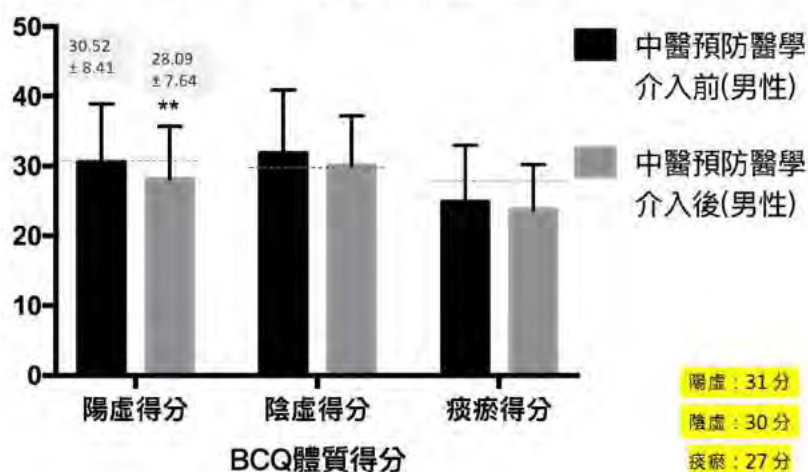
(一) 研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，其陽虛體質之得分、陰虛體質之得分及痰瘀體質之得分皆有下降，且經成對樣本t檢定均達統計顯著之差異。(表六)

	介入前	介入後	P-value
陽虛得分	33.01 ± 9.93	30.61 ± 9.13	0.0000 ***
陰虛得分	33.59 ± 10.18	30.58 ± 8.34	0.0000 ***
痰瘀得分	27.64 ± 9.8	25.19 ± 7.93	0.0000 ***

***:p<0.001

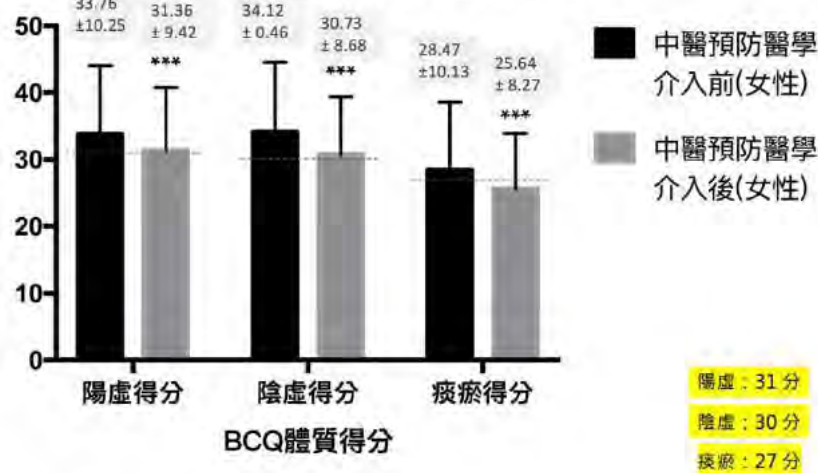
(二) 依據不同性別進行介入前後之體質分析，研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，44 位男性參與者之陽虛體質之得分（圖三），及 147 位女性參與者之陽虛、陰虛及痰瘀體質之得分（圖四）皆有下降，且均達統計顯著之差異。

男性參與者BCQ體質得分變化(n=44)



**：p<0.01

女性參與者BCQ體質得分變化(n=147)



***:p<0.001

(三) 進一步依據體質得分切點（陽虛得分 ≥ 31 、陰虛得分 ≥ 30 、痰瘀得分 ≥ 27 ）進行各項體質「有」或「無」之二分變量判定，若陽虛、陰虛、痰瘀得分均未達判定的標準時，則視為「平常體質」。研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其具有陽虛、陰虛及痰瘀體質的人數下降，且經 McNemar 檢驗達統計顯著之差異。（表七）

陽虛體質		介入後		總合
		無陽虛	有陽虛	
介入前	無陽虛	82	11	93
	有陽虛	30	68	98
總合		112	79	191

P-value = 0.0049

痰瘀體質		介入後		總合
		無痰瘀	有痰瘀	
介入前	無痰瘀	101	11	112
	有痰瘀	25	54	79
總合		126	65	191

P-value = 0.0303

陰虛體質		介入後		總合
		無陰虛	有陰虛	
介入前	無陰虛	69	13	82
	有陰虛	33	76	99
總合		102	89	191

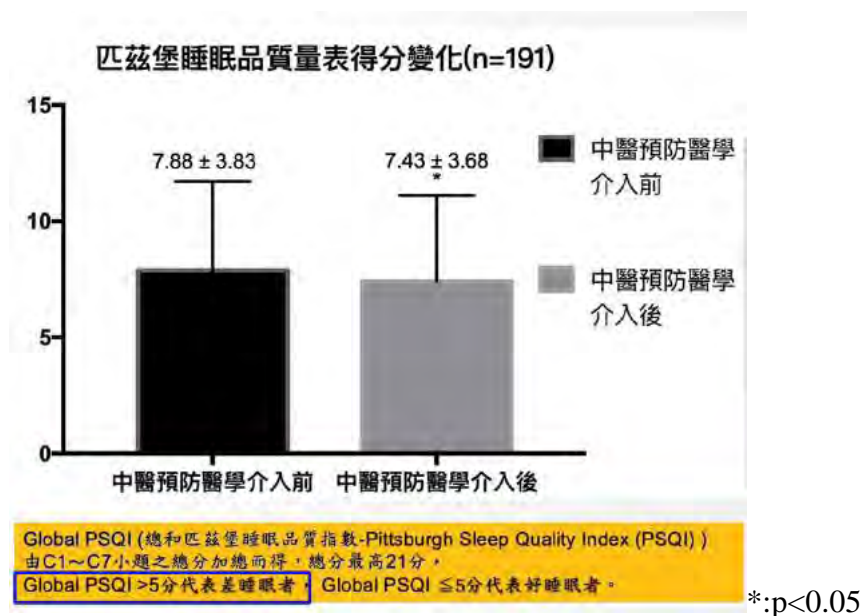
P-value = 0.0051

平常體質		介入後		總合
		非平常	是平常	
介入前	非平常	163	5	168
	是平常	6	17	23
總合		169	22	191

P-value = 1.0000

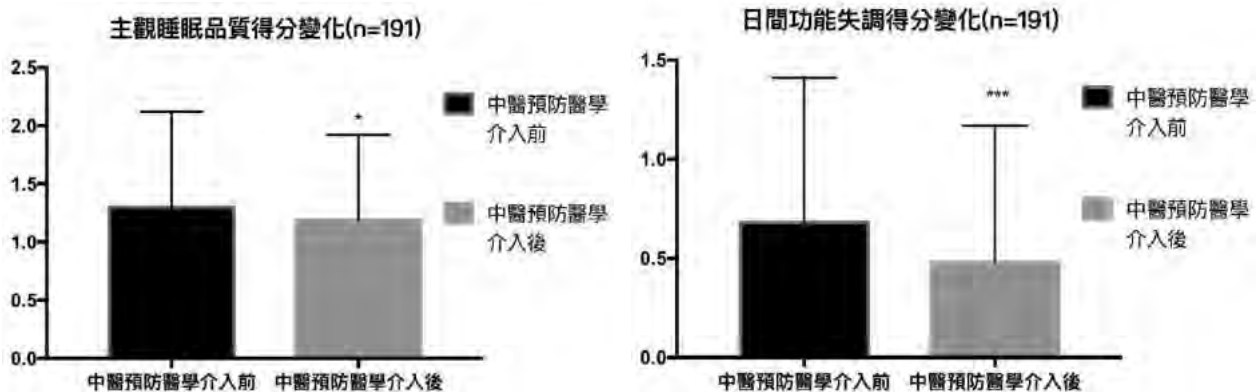
六、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測睡眠品質之比較：

(一) 研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其匹茲堡睡眠品質表之得分有下降，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。（圖五）



(二) 匹茲堡睡眠品質表(The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

扣除第 10 題篩選呼吸中斷的高危險群患者不計分外，其餘九題可以整合為七個面向：主觀評睡眠品質、睡眠遲滯期、睡眠總時數、習慣性睡眠效率、睡眠干擾、使用安眠藥物及日間功能失調等。本研究結果顯示，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，PSQI 量表的主觀睡眠品質（圖六）與日間功能失調（圖七）等兩個面向與總分（表八），在與介入前相比均有顯著改善。

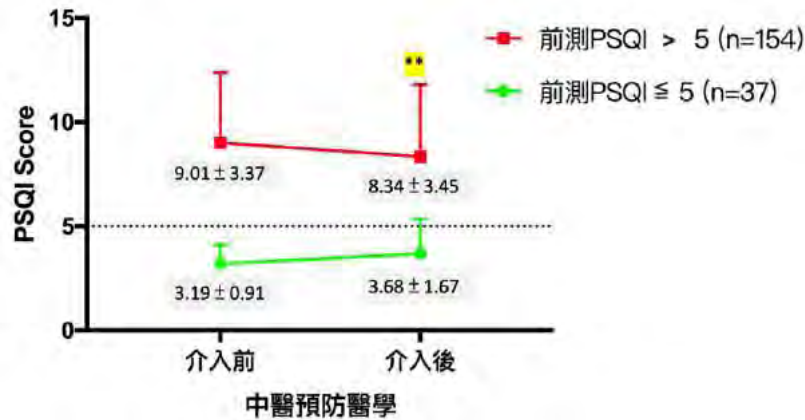


107 年中醫預防醫學健康管理模式介入前後匹茲堡睡眠品質指數變化比較

	介入前	介入後	Pair T test
成分 1：主觀睡眠品質	1.3 ± 0.82	1.19 ± 0.73	0.0430*
成分 2：睡眠遲滯期	1.25 ± 0.93	1.24 ± 0.96	0.8493
成分 3：睡眠總時數	1.67 ± 0.83	1.6 ± 0.83	0.1905
成分 4：習慣性睡眠效率	1.11 ± 1.08	1.1 ± 1.11	0.9508
成分 5：睡眠干擾	1.29 ± 0.54	1.21 ± 0.47	0.0626
成分 6：使用安眠藥	0.58 ± 1.08	0.6 ± 1.08	0.5875
成分 7：日間功能失調	0.68 ± 0.73	0.48 ± 0.69	0.0001***
匹茲堡睡眠品質總得分	7.88 ± 3.83	7.43 ± 3.68	0.0200*

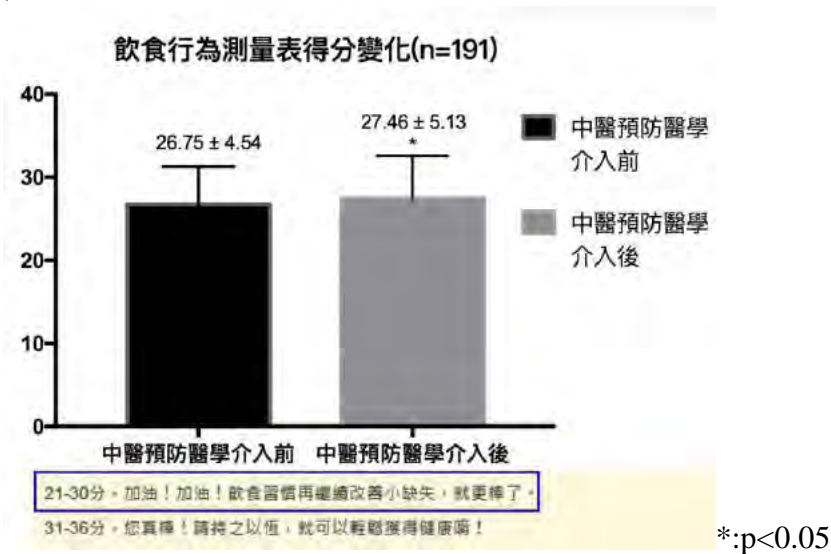
*:p<0.05; ***:p<0.001

(三) 進一步依據匹茲堡睡眠品質量表得分切點 (PSQI >5) 進行「有」或「無」之二分變量判定，依前測睡眠品質得分 >5 (有睡眠不佳者) 或睡眠品質得分 ≤5 (無睡眠不佳者) 分群，然後再以同一個人的前後測資料進行統計比較分析。研究結果顯示 154 位睡眠品質得分 >5 及 37 位睡眠品質得分 ≤5 的參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，睡眠品質得分 >5 (有睡眠不佳) 組的睡眠品質得分呈現下降，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。(圖八)



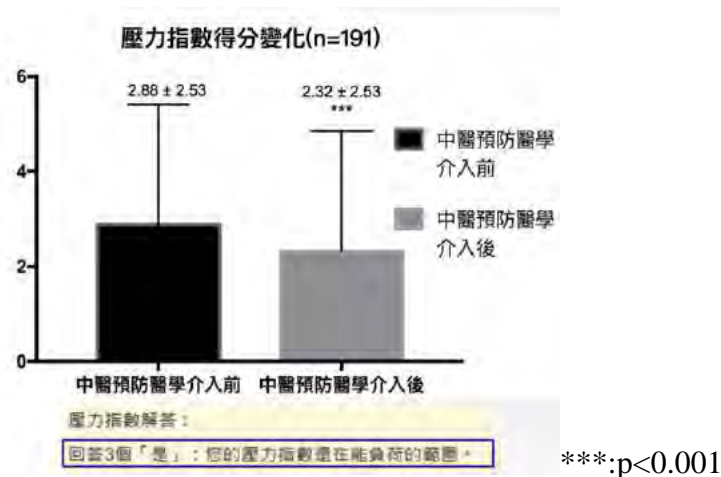
七、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測飲食行為測量量表得分之比較：

研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其飲食行為測量量表之得分有上升，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。（圖九）



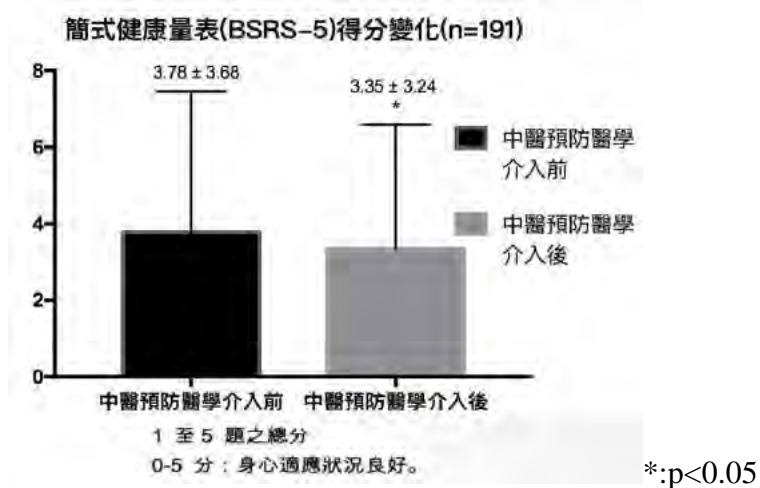
八、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測壓力指數測量量表得分之比較：

(一) 研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其壓力指數測量量表之得分有下降，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。（圖十）



九、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測簡式健康量表得分之比較：

(一) 研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其簡式健康表之得分有下降，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。(圖十一)



十、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測心率變異分析頻域指標之比較：

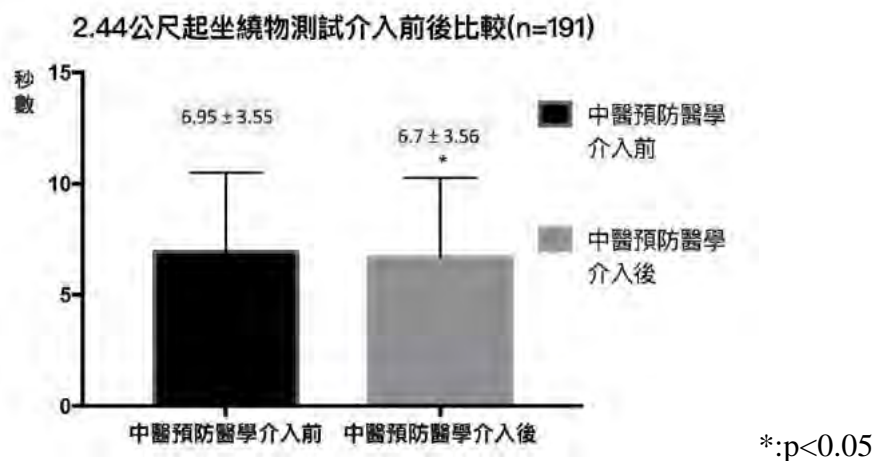
研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後代表整體心律變異度之 TP 有下降，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。(表九)

參數	臨床意義	介入前	介入後
TP	整體心律變異度	6.20±1.13	6.07±1.03*
LF	自律神經整體活性	4.52±1.35	4.46±1.3
HF	副交感神經活性	4.09±1.55	4.01±1.4
LF%	交感神經活性	54.60±21.07	54.94±19.66
LF/HF	反應交感/副交感神經平衡	0.42±1.09	0.44±0.98

*:p<0.05

十一、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前後測 2.44 公尺起坐繞物測試之比較：

研究結果顯示 191 位參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其 2.44 公尺起坐繞物測試秒數減少，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。（圖十二）



十二、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者每日練習之狀況：

透過參與者每天填寫「練習記錄日記本」，記錄了參與者一整天內總共練習了幾式醫學八段錦與一整天內總共練習醫學八段錦之時間加總。由於 191 位參與者中，有 8 人未繳回練習日記本，另外有 13 人於未開始教授功法時即開始有填寫練習紀錄，故列為無效測量樣本，因此最後共計有 170 位參與者的「練習記錄日記本」進入統計描述。研究結果顯示如下表所示，參與者平均每日練習 7.3±1.1 式，平均每日有練習時的時間長度為 34.7±11.4 分鐘；八週練習總天數平均為 44.6±16.1 天，練習總分鐘數平均為 1507.5±777.9 分，平均每天練習約 27 分鐘，因此我們預期在平均每天 15-30 分鐘之間對於國人健康照護可有顯著效果。（表十）

全體參與者 (n=170)	
每次練習幾式	7.3±1.1
每次練習幾分鐘	34.7±11.4
練習總天數	44.6±16.1
練習總分鐘數	1507.5±777.9

十三、「中醫預防醫學健康管理模式」參與者前測各項指標之性別比較：

研究結果顯示在「中醫預防醫學健康管理模式」介入前 44 位男性參與者的身高、體重皆高於 147 位女性參與者，經配對 t 檢定均達統計顯著之差

異。另外介入前男性參與者的心跳數、血氧、陽虛體質得分、痰瘀體質得分、匹茲堡睡眠品質得分、匹茲堡睡眠品質之睡眠遲滯期得分及簡式健康表量表得分則是低於女性參與者，經配對 t 檢定均達統計顯著之差異。

(表十一)

十四、「中醫預防醫學健康管理模式」男性參與者各項指標之前後測比較：

研究結果顯示 44 位男性參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後其陽虛體質得分、匹茲堡睡眠品質之日間功能失調得分、壓力指數測量表量表得分、整體心律變異度及副交感神經活性呈現下降，經配對 t 檢定均達統計顯著之差異。另外，介入後男性參與者的心跳數呈現上升，經配對 t 檢定達統計顯著之差異。(表十二)

十五、「中醫預防醫學健康管理模式」女性參與者各項指標之前後測比較：

研究結果顯示 147 位女性參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入八週後，其體重、收縮壓、舒張壓、平均動脈壓、脈壓、心跳數、2.44 公尺起坐繞物測試、「中醫體質量表」各體質得分、匹茲堡睡眠品質之日間功能失調得分、壓力指數測量表得分及簡式健康表量表得分呈現下降，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。另外，介入後女性參與者的每週社區參與及飲食行為量表得分呈現上升，且經配對 t 檢定達統計顯著之差異。

(表十三)

表十一

前測各項指標	男性 44 位(23%) 介入前	女性 147 位(77%) 介入前	T-test P-value
身高 (cm)	166.86±7.21	155.44±6.11	0.0000***
體重 (kg)	67.83±8.98	57.38±10.12	0.0000***
BMI	24.36±2.79	23.75±3.62	0.2419
社區參與 (次/週)	1.92±1.52	2.39±1.6	0.0778
收縮壓 (mmHg)	130.48±18.76	130.44±18.86	0.9914
舒張壓 (mmHg)	76.11±11.58	75.06±10.8	0.5931
平均動脈壓 (mmHg)	94.23±12.68	93.52±12.32	0.7427
脈壓 (mmHg)	54.36±14.38	55.38±14.16	0.6808
心跳數 (bpm)	73.55±11	78.07±12	0.0218*
血氧 (%)	97.25±1.16	97.69±1.17	0.0300*
2.44 公尺起坐繞物測試 (sec)	7.5±5.15	6.79±2.9	0.3859
陽虛得分	30.52±8.41	33.76±10.25	0.0369*
陰虛得分	31.82±9.06	34.12±10.46	0.1589
痰瘀得分	24.86±8.1	28.47±10.13	0.0168*
匹茲堡睡眠品質總得分	6.84±3.78	8.19±3.79	0.0417*
睡眠品質成分 1：主觀睡眠品質	1.18±0.81	1.33±0.82	0.2838
睡眠品質成分 2：睡眠遲滯期	0.89±0.81	1.36±0.94	0.0016**
睡眠品質成分 3：睡眠總時數	1.55±0.93	1.71±0.8	0.2986
睡眠品質成分 4：習慣性睡眠效率	0.86±1.07	1.18±1.07	0.0862
睡眠品質成分 5：睡眠干擾	1.32±0.56	1.29±0.54	0.7349
睡眠品質成分 6：使用安眠藥	0.39±0.95	0.64±1.12	0.1396
睡眠品質成分 7：日間功能失調	0.66±0.71	0.68±0.73	0.8641
飲食得分	27.25±4.7	26.6±4.49	0.4178
壓力得分	2.41±2.55	3.03±2.51	0.1619
簡式得分	2.82±3.16	4.07±3.78	0.0309*
TP	6.11±0.99	6.22±1.17	0.5413
LF	4.56±1.33	4.51±1.37	0.8629
HF	4.04±1.27	4.1±1.64	0.8155
LF%	55.65±21.83	54.27±20.9	0.7193
LF/HF	0.51±1.08	0.39±1.09	0.5245

表十二

男性前後測各項指標 (N=44)	中醫預防醫學 介入前	中醫預防醫學 介入後	Paired T-test P-value
身高 (cm)	166.86±7.21	167.22±6.88	0.5204
體重 (kg)	67.83±8.98	68.09±8.97	0.3553
BMI	24.36±2.79	24.34±2.77	0.9160
社區參與 (次/週)	1.92±1.52	1.97±1.11	0.8276
收縮壓 (mmHg)	130.48±18.76	132.73±20.32	0.2313
舒張壓 (mmHg)	76.11±11.58	76.25±12.35	0.9075
平均動脈壓 (mmHg)	94.23±12.68	95.08±13.34	0.5129
脈壓 (mmHg)	54.36±14.38	56.48±16.62	0.1359
心跳數 (bpm)	73.55±11	75.98±11.23	0.0355*
血氧 (%)	97.25±1.16	97.39±1.63	0.5958
2.44 公尺起坐繞物測試 (sec)	7.5±5.15	7.63±5.98	0.5966
BCQ 陽虛得分	30.52±8.41	28.09±7.64	0.0069**
BCQ 陰虛得分	31.82±9.06	30.05±7.14	0.0833
BCQ 痰瘀得分	24.86±8.1	23.7±6.51	0.2046
匹茲堡睡眠品質總得分	6.84±3.78	6.32±3.77	0.1178
睡眠品質成分 1：主觀睡眠品質	1.18±0.81	1.09±0.71	0.2902
睡眠品質成分 2：睡眠遲滯期	0.89±0.81	0.95±0.94	0.5697
睡眠品質成分 3：睡眠總時數	1.55±0.93	1.36±0.97	0.1597
睡眠品質成分 4：習慣性睡眠效率	0.86±1.07	0.95±1.12	0.6226
睡眠品質成分 5：睡眠干擾	1.32±0.56	1.25±0.44	0.4732
睡眠品質成分 6：使用安眠藥	0.39±0.95	0.34±0.91	0.3229
睡眠品質成分 7：日間功能失調	0.66±0.71	0.36±0.61	0.0034**
飲食得分	27.25±4.7	27.14±5.02	0.8685
壓力得分	2.41±2.55	1.55±2.34	0.0039**
簡式得分	2.82±3.16	3.05±3.63	0.6366
TP	6.11±0.99	5.82±0.84	0.0245*
LF	4.56±1.33	4.26±1.18	0.0997
HF	4.04±1.27	3.56±1.2	0.0095**
LF%	55.65±21.83	59.55±18.66	0.2167
LF/HF	0.51±1.08	0.7±0.99	0.2072

表十三

女性前後測各項指標 (N=147)	中醫預防醫學 介入前	中醫預防醫學 介入後	Paired T-test P-value
身高 (cm)	155.44±6.11	155.44±6.31	0.9587
體重 (kg)	57.38±10.12	57.34±10.3	0.0142*
BMI	23.75±3.62	23.69±3.79	0.3252
社區參與 (次/週)	2.39±1.6	2.69±1.75	0.0090**
收縮壓 (mmHg)	130.44±18.86	126.64±17.59	0.0004***
舒張壓 (mmHg)	75.06±10.8	73.45±10.39	0.0256 *
平均動脈壓 (mmHg)	93.52±12.32	91.18±11.31	0.0013**
脈壓 (mmHg)	55.38±14.16	53.19±14.55	0.0193*
心跳數 (bpm)	78.07±12	76.43±10.93	0.0265*
血氧 (%)	97.69±1.17	97.56±1.22	0.2558
2.44 公尺起坐繞物測試 (sec)	6.79±2.9	6.42±2.38	0.0007***
BCQ 陽虛得分	33.76±10.25	31.36±9.42	0.0001***
BCQ 陰虛得分	34.12±10.46	30.73±8.68	0.0000***
BCQ 痰瘀得分	28.47±10.13	25.64±8.27	0.0000***
匹茲堡睡眠品質總得分	8.19±3.79	7.77±3.6	0.0647
睡眠品質成分 1：主觀睡眠品質	1.33±0.82	1.22±0.74	0.0808
睡眠品質成分 2：睡眠遲滯期	1.36±0.94	1.33±0.95	0.5849
睡眠品質成分 3：睡眠總時數	1.71±0.8	1.67±0.78	0.5094
睡眠品質成分 4：習慣性睡眠效率	1.18±1.07	1.15±1.11	0.7230
睡眠品質成分 5：睡眠干擾	1.29±0.54	1.2±0.48	0.0833
睡眠品質成分 6：使用安眠藥	0.64±1.12	0.68±1.12	0.3980
睡眠品質成分 7：日間功能失調	0.68±0.73	0.52±0.72	0.0055**
飲食得分	26.6±4.49	27.55±5.18	0.0136*
壓力得分	3.03±2.51	2.56±2.55	0.0079**
簡式得分	4.07±3.78	3.44±3.12	0.0025**
TP	6.22±1.17	6.14±1.07	0.2674
LF	4.51±1.37	4.52±1.34	0.9367
HF	4.1±1.64	4.15±1.43	0.5515
LF%	54.27±20.9	53.52±19.81	0.6510
LF/HF	0.39±1.09	0.36±0.96	0.7212

肆、討論

今年度的計畫目標，除了延續推廣去年的二個「區民活動中心」，以繼續推動去年度「中醫預防醫學健康管理模式」之外，也擴展到另外三個「社區關懷據點」，以了解「中醫預防醫學健康管理模式」在較為弱勢與較為年長的社區進行時，會遇到什麼樣的困難與變數，以供國家未來在推動「中醫預防醫學」，以促進國人健康、預防疾病的路途上，提供執行參考與建議。



今年較去年新增之場域如上圖之右方藍色圖釘標示

今年實際至「社區關懷據點」洽談與合作，發現「區民活動中心」與「社區關懷據點」兩類場域之性質不同，茲以下表呈現兩類場域之特性：

	區民活動中心	社區關懷據點
上級指導單位	◆ 台北市政府社會局	◆ 台北市政府社會局 ◆ 中華文化基金會
目的	◆ 市府機關活動 ◆ 里鄰活動 ◆ 民間團體舉辦非營利活動 ◆ 健康促進活動	◆ 預防及延緩失能 ◆ 關懷銀髮族 ◆ 健康促進活動 ◆ 日托服務
原本活動性質與空間	◆ 政令宣導 ◆ 各式健身課程 ◆ 休閒講座 ◆ 里民共餐 ◆ 空間較大而開闊	◆ 關懷訪視問安 ◆ 唱遊、閱讀 ◆ 休閒講座 ◆ 健身操 ◆ 共餐 ◆ 空間較小而狹窄
場域負責人員	◆ 里長	◆ 顧問
場域內部執行人員	◆ 里長 ◆ 志工	◆ 照顧服務員 ◆ 志工
場域內活動者的心身特質	◆ 社經條件相對較優 ◆ 相對較健康 ◆ 活動較自如	◆ 社經條件相對較弱勢 ◆ 亞健康、慢性病居多 ◆ 活動較不便、較不愛動

「社區關懷據點」的長者，因為年齡較大，對於課程內容的吸收、理解、記憶，相較於「區民活動中心」不易，但從現場執行的經驗看來，長者們更需要的是與講師及年輕助教的互動，當一種正面與良好的相處關係建立起來之後，在「社區關懷據點」的長者，投入健康課程學習的興趣與專注力，皆有顯著的提昇。而「區民活動中心」因為本身在學習健康課程方面，即有一定的能力，因此呈現穩定學習。兩種場域參與學員之年齡資料如下。

參與民眾之基本資料



「社區關懷據點」的參與長者，絕大多數是原本該「社區關懷據點」在固定日一起「共餐」者，平時「社區關懷據點」與長者們的聯繫，集中在「共餐日」，並且是以「社區關懷據點」的照服員或志工為窗口。經過今年度執行發現，「社區關懷據點」的照服員或志工，對於長者們的關心、照護，及其在「社區關懷據點」內創造的氛圍是否良好，與長者們在參與各式計畫（包括本項健康計畫）時的了解度、參與感、投入感，有極為密切的關聯。

今年計畫從「區民活動中心」擴展到另外三個「社區關懷據點」，執行時之人力與物力需求較去年增加，因此各項人資、物資與時間的串聯必須緊扣進行。在計畫經費有限的條件下，人資與物資的部份，執行團隊小組則以義工立場熱誠付出，並投入實際行動表達對本計畫的支持與對長者的關懷。

人員的培訓在未來擴大推廣時，會是一個急迫的問題：包括「講師」與「助教」的培訓與相關品質管控；若涉及跨單位或部門之人員合作，則「媒合」作業亦不可忽視。因此與人資之「媒合」與「品管」相關部份的準備作業或認證，其經費與進度，宜納入未來推廣時之重要議題。此外，若考量「在地深耕」：由在地的照顧服務員或志工進行第一線的推廣，進行「在地深耕」、「在地輔導在地」，則照服員與志工，也宜納入培訓範圍。

今年在計畫中，增加了助教之培訓，在辦理助教培訓營之後，即開始進行八週的計畫，讓助教實際參與協助問卷填寫、生理訊號量測、醫學八段錦教學以及功法練習日記本檢查，評估實施成效良好；另外在資深講師帶領新進講師部分，是以新進講師為主進行健康講座與導引功法課程之教

學，資深講師全程參與，且在必要時隨時進行協助，並藉由課後討論進行問題回饋，以減少新進講師獨自摸索之時間，實為一極為可行之帶領模式。

今年健康計畫所用的課程教材均為標準化，對於增加推廣場域發揮了執簡馭繁的功效；今年課程內容包括了「認知課程」與「醫學八段錦」，「認知課程」是講師在每週上課時講解，「醫學八段錦」則除了上課學習之外，學員回家亦要每天看教材練習；今年度有許多「社區關懷據點」的學員們，沒有使用手機、其它通訊軟體或電腦的習慣，因此無法回家看功法影片複習；未來在推廣時，宜考量學習課程在學員端是否能夠確實普及便利。

本計畫的介入因子包括中醫養生健康講座課程以及醫學八段錦導引練習：中醫養生健康講座課程分為如何開始養生、體質與養生、導引與養生以及飲食與養生四個部分，在內容部分，從中醫養生的原則概念開始介紹，接著進入體質理論，讓每個人了解何謂體質，進而知道自己為何種體質，再連結至日常生活，如何針對體質進行飲食的選擇或藥膳的調理，最後進行中醫養生導引概念介紹，在八週的課程中，社區民眾反映課程內容難易適中容易吸收與應用，另外講師上課會以提問題或是發放卡片的方式引起大家興趣，並且在課程結束後進行問題解答，對民眾非常有幫助。

在醫學八段錦導引練習部分，民眾反映此套功法至為簡單易學並且輕鬆省力，因此接受度很高，因為有影片可以跟著練習，不需強記動作，因此可以沒有壓力地進行練習，而達到身體放鬆、心靈平靜、動作自然的和諧狀態。除了每天在家練習之外，本計畫設計每週會由講師帶大家一起練習，在一週一次的團練中，講師會幫大家調整動作，以免出現錯誤動作而不自知，另外，在家練習之中如有任何問題，也可以當面請教講師，得到正確而即時的解答。

為了因應推廣之後的人力需求，在本次計畫中增加了助教之培訓，在辦理助教培訓營之後，即開始進行八週的計畫，讓助教實際參與協助問卷填寫、生理訊號量測、醫學八段錦教學以及功法練習日記本檢查，評估實施成效良好；另外在資深講師帶領新進講師部分，是以新進講師為主進行健康講座與導引功法課程之教學，資深講師全程參與，且在必要時隨時進行協助，並藉由課後討論進行問題回饋，以減少新進講師獨自摸索之時間，實為一極為可行之帶領模式。

本次計畫的進案人數為 200 人，正式完成收案 191 人，出案者僅 9 人，收案達成率有 9 成 5，其中很大的原因來自里長、各據點負責人、照服員與

志工們的熱心付出，在計畫過程中由於真誠用心為了社區民眾而努力的里長、各據點負責人、照服員以及所有熱心參與志工的熱情感動了大家，所以大家願意一直堅持上課與練功，另外，從計畫一開始就成立了中醫養生 LINE 群組，也是一個把大家的心聚集在一起的好方式。

透過參與者每天填寫「練習記錄日記本」的統計結果可知，本次參與者每次練習約花半小時的時間將醫學八段錦的八個動作練習一次，平均練習的總天數達 44.6 ± 16.1 天。此次研究結果顯示，參與者平均每天練習約 27 分鐘，因此我們預期在平均每天 15-30 分鐘之間對於國人健康照護可有顯著效果。在 191 位全程參與並完成後測的參與者之統計分析結果顯示，在「中醫預防醫學健康管理模式」該群受測者的中醫體質得分狀態落於診斷為陽虛體質、陰虛體質及痰瘀體質的診斷切點分數上，經八週的「中醫預防醫學健康管理模式」介入後，各項陽虛、陰虛、痰瘀體質得分皆有明顯的下降，且原先判定為陽虛、陰虛、痰瘀體質的人數有明顯減少。這樣的結果與透過醫學八段錦導引練習改善了經絡氣血的運行效率，使氣滯造成的痰凝血瘀的情形獲得了改善，進一步地調整人體陰陽，從而改善了陽虛與陰虛的體質得分。

同時八週的「中醫預防醫學健康管理模式」介入後亦可顯著地降低了參與者們的收縮壓與平均動脈壓，針對介入前就屬血壓高的受測者，其舒張壓之下降亦達統計顯著之差異。而從匹茲堡睡眠品質量表的主觀睡眠品質與日間功能失調等兩個面向與總分皆下降可以得知，本年度「中醫預防醫學健康管理模式」所教授的醫學八段錦，其改善睡眠品質的效果主要是表現在改善了白天功能失調的面向，但對於睡眠總時數、入睡時間、睡眠效率等面向則無顯著效果。

藉由中醫養生認知課程中教授如何針對體質進行飲食的選擇或藥膳的調理，結果亦呈現在八週後整體的「飲食行為測量表」得分有顯著的增加，代表著改善了飲食行為的習慣與認知。另外，「壓力指數測量表」、「簡式健康表」量表以及 2.44 公尺起坐繞物測試，在參與「中醫預防醫學健康管理模式」後亦都呈現顯著下降的趨勢，具有降低壓力，改善敏捷性與動態平衡等健康促進之效益。而心率變異性分析的結果，呈現了受測者們的整體心律變異度在八週後有顯著的下降。

至於在男女性別在本計畫中的差異分析結果顯示，男性 44 位(23%)與女性 147 位(77%)參與者，在「中醫預防醫學健康管理模式」介入前女性的陽虛得分明顯高於男性，且平均身高與體重皆低於男性，符合一般人群的

分佈狀態。然而在八週的「中醫預防醫學健康管理模式」介入後，女性參與者在「中醫體質量表」的陰虛體質得分與痰瘀得分、收縮壓、舒張壓、平均動脈壓、脈壓、「飲食行為測量表」得分、「簡式健康表」得分及 2.44 公尺起坐繞物測試，皆比男性參與者有顯著的改善。推論其原因可能與本研究男性參與者為 44 位，但女性參與者有 147 位，是否因男性參與者的樣本數較小，因而使得男性參與者雖與女性參與者有相似的變化趨勢，但卻無法達到足夠的統計顯著性。在不同男女性別的受試者間，本管理模式介入 8 週後的效益是男女不同的。

伍、結論與建議

- 一、本年度「中醫預防醫學健康管理模式推廣發展計畫」經五個場域共計191位參與者歷經八週之參與，確認此推廣模式皆可適用於「區民活動中心」與「社區關懷據點」之推廣。「中醫預防醫學健康管理模式」具有顯著改善中醫體質與睡眠品質，並減少因睡眠不佳所造成的白天功能失調，同時亦有降低血壓、降低壓力感受及增加動態平衡與穩定性等多項健康促進效益。
- 二、「中醫預防醫學健康管理模式」推廣發展之具體政策及施行建議
 - (一) 整體規劃與建構應依《衛生福利科技政策白皮書》所規劃之中、長程目標分項持續執行推廣。
 - (二) 推廣「中醫預防醫學健康管理模式」之執行團隊，可由提升及培訓原本既有的在地照服員、志工、助教出發，朝向多元化培育種子師資以推廣中醫預防醫學，並與相關健康促進團體共同推廣發展規劃。具體項目包括：
 1. 提升及培訓原本既有的在地志工、資深學員、社區物理治療師或運動保健師。
 2. 藉由協助社區推廣中醫預防醫學相關大學學系建立社會服務學習模式，讓學生運用所學貢獻社區。
 3. 建議可在相關大學學系選修課程中設置「中醫預防醫學暨健康管理」，如中醫學系、學士後中醫學系、醫學系、物理治療學系、護理系，使在校學生能有機會參與種子教師的培訓，深耕人才的培養。
 4. 建議可在國中小教師在職進修課程中設置「中醫預防醫學暨健康管理」，以協助將中醫預防醫學的知識與技能向下紮根。
 5. 建構中醫預防醫學健康促進推廣講師、助教及志工的培訓與認證：藉由系統化建構講師、助教及志工等標準化分級訓練與認證，協助中醫、西醫、藥師、物理治療、護理、營養、醫檢、運動、公衛、衛福等多元人才能共同參與，並針對完訓人員進行媒合，同時建立評核與訪視之品管機制，以推廣至全國不同場域與對象。
 - (三) 養生功法與認知課程推廣建置之建議
 1. 建議未來針對不同使用族群的語言文化，相關影音教材應規劃

不同語言版本旁白之編寫與配音，如台語、客語。

2. 針對不便站立練習之民眾，建議規劃拍攝可供坐著練習的「醫學八段錦」教學示範。
3. 除例行講座課程外，建議可藉由舉辦「學員成果發表會」提高參與民眾的學習動機。

(四) 以「在地健康照護」既有條件為基礎

1. 結合中醫家庭暨社區醫學專業以建立中醫社區預防醫學之系統性發展與推廣。
2. 透過中醫預防醫學健康促進推廣助教及志工之團隊建構，以協助維繫情感與學習動機。
3. 與相關健康促進團體及社區據點共同推廣發展規劃。

(五) 建立實證基礎，累積健康促進效應之科學數據

1. 建議國家中醫藥研究所應擴大經費投入中醫預防醫學與養生保健的實證研究，結合產官學界，可針對老年失能與失智、癌症病友等族群介入中醫預防醫學以延緩或預防健康惡化。
2. 中醫治未病、養生與調理等特色之健康管理模式，應多元融入西方醫學健康照護體系，參與長期照顧、社區預防醫學領域；早期介入以改善亞健康狀態，幫助減輕高齡、慢性疾病者失能程度，透過建置健康促進效益評估系統，取得實證基礎。

(六) 跨領域跨部門結合資源整體規劃

1. 建議可以進行跨領域跨部門合作，包括以連接國民健康署、社會及家庭署、護理及健康照護司、長期照顧司與中醫藥司。
2. 相關部門原有計畫及資源，包括社區營造、關懷據點，以及推行中的健康促進方案、預防及延緩失能照護計畫等長照方案，可以一併結合，進行整體規劃與執行，以節省推廣時所需之基礎建設與時程。
3. 建議規劃「中醫預防醫學健康促進認證診所」的制度，及中醫師認養社區或學校進行中醫預防醫學健康促進推廣之獎勵制度，以提昇社區診所共同參與中醫預防醫學推廣之動機。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW106-CMAP-M-211-000407 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 衛生福利部《2025 衛生福利政策白皮書》：
http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=9&fod_list_no=5727&doc_no=53429
2. 世衛組織 2014-2023 年傳統醫學戰略：
http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/zh/
3. 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
4. 劉健：中醫體質學說與中醫疾病證治的思考，中國中醫基礎醫學雜誌，2009；15(4)：316-317。
5. 杜艷芳：論體質與疾病的相互關係，現代中西醫結合雜誌，2003；12(16)：1808-1809。
6. 朴仁范：淺談體質與疾病的關係，陝西中醫，2009；30(3)：310-312。
7. 趙民望：體質與疾病和康復，1999；14(83)：5-7。
8. 吳雪珍、汪長芳：中醫理論在太極拳中的應用，民族傳統體育，2012；2(9)：79-80。
9. 馬海軍：中醫理論在太極拳中的應用，社會視窗，2009；9(333)：165-166。
10. 龐軍、楊揚、唐宏亮、雷鳴龍：淺析太極拳運動體現的中醫養生之道，四川中醫，2007；25(10)：46-47。
11. 張春暉、鞠寶兆：太極拳運動的中醫養生保健機理，遼寧中醫藥大學學報，2009；11(7)：17-18。
12. 王莉、項麗靜：太極拳與中醫理論探討，陝西中醫學院學報，2006；29(5)：4-5。
13. 王耐、馬海軍：中醫陰陽學說在簡化太極拳教學中的運用，第四軍醫大學學報，2009；30(24)：3183-3184。
14. 楊松濤、龍雲芳、黃宇霞：太極拳運動對中老年人心理和自主神經功能的影響，中華物理醫學與康復雜誌，2004；26(6)：348-350。
15. 鄔行輝：八段錦健身功法對常見亞健康症狀的治療作用，光明中醫，2010；25(6)：1037-1038。
16. 廖豔、林殷、張聰、張煜、薛曉琳、代金剛、王天芳：習練八段錦對

- 疲勞性亞健康人群生活品質改善作用的佇列研究，北京中醫藥大學基礎醫學院學報， 2011；34(3)：209-212。
17. 代金剛、曹洪欣：八段錦導引法對臟腑功能改善作用的研究，中國中醫基礎醫學雜誌， 2014；20(4)：440-442。
 18. 和瑩、史紅麗、趙蒙軍、趙黎婷、范平： 八段錦鍛鍊對 36 例老年人痰濕體質的影響研究，中醫外治雜誌，2015；24(2)：9-11。
 19. 林秋：八段錦與中醫養生，福建中醫學院學報，2010；20(3)：55-56。
 20. 文水珍、莫佳琪、劉毅、詹育和、任建立：基於中醫學理論的八段錦對大學生血脂和生理功能的影響研究，湖南中醫雜誌，2016；32(12)：10-12。
 21. 王記生：從中醫角度談傳統健身方法——八段錦，河南中醫，2006；26(1)：81。
 22. 邱文梅、潘華山、汪希、趙自明、荊純祥、馮毅鐘：健身氣功八段錦抗衰老效應研究，新中醫，2014； 46(7)：82-84
 23. Sato S., Makita S., Uchida R., Shihara S., Masuda M.(2010): Effect of Taichi Training on Baroflex Sensitivity and Heart Rate Variability in Patients with Coronary Heart Disease. *International heart journal*.
 24. Li F., Harmer P., Fitzgerald K., Eckstrom E., Stock R., Galver J., Maddalozzo G., Bataya S., (2012): Tai Chi and Postural Stability in Patients with Parkinson's Disease. *New England Journal of Medicine*.
 25. Wang C.C, Schmid C., Roncs R., Kalish R., Yinh J., Goldenberg D., Lee Y., Maalinden T. (2010): A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. *The New England Journal of Medicine*.
 26. Mei, L., et al., Systematic review of chinese traditional exercise baduanjin modulating the blood lipid metabolism. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2012. 2012: p. 282131.
 27. Zheng, G., et al., The effect of Baduanjin exercise for physical and psychological wellbeing of college students: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2013. 14: p. 422.
 28. Zheng, G., et al., Primary prevention for risk factors of ischemic stroke with Baduanjin exercise intervention in the community elder population: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2014. 15: p. 113.
 29. Zheng, G., et al., Qualitative Evaluation of Baduanjin (Traditional Chinese

- Qigong) on Health Promotion among an Elderly Community Population at Risk for Ischemic Stroke. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015. 2015: p. 893215.
30. Chan, J.S., et al., Adiponectin Potentially Contributes to the Antidepressive Effects of Baduanjin Qigong Exercise in Women With Chronic Fatigue Syndrome-Like Illness. *Cell Transplant*, 2017. 26(3): p. 493-501.
 31. Tao, J., et al., Tai Chi Chuan and Baduanjin practice modulates functional connectivity of the cognitive control network in older adults. *Sci Rep*, 2017. 7: p. 41581.
 32. Zou, L., et al., A Systematic Review and Meta-Analysis Baduanjin Qigong for Health Benefits: Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2017. 2017: p. 4548706.
 33. Li, M., et al., The Effect of Chinese Traditional Exercise-Baduanjin on Physical and Psychological Well-Being of College Students: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 2015. 10(7): p. e0130544.
 34. Li, R., et al., The effect of baduanjin on promoting the physical fitness and health of adults. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014. 2014: p. 784059.
 35. Wen, J., et al., Effect of Baduanjin exercises on elevated blood lipid levels of middle-aged and elderly individuals: protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 2017. 7(9): p. e017213.
 36. Zhang, H., et al., Baduanjin exercise improved premenstrual syndrome symptoms in Macau women. *J Tradit Chin Med*, 2014. 34(4): p. 460-4.

臺灣中藥典第三版總編修及諮詢服務

張永勳¹、何玉鈴²、蔡翰杭¹、李蕙如¹、林宜薇¹、黃皓澤¹

¹中國醫藥大學、²弘光科技大學

摘要

研究目的：

臺灣中藥典第二版於 102 年由衛生福利部公告，收載中藥品項 300 種，檢驗規格也大幅修改，但距離大陸中華人民共和國藥典及其他國家藥典收載之品項仍有相當大之距離，而臺灣中藥典預定於 110 年與中華藥典合併出版中華藥典第九版，因此為因應世界各國藥典中藥品質規格更新及法規要求，須持續增補品項及制定規格標準規範。

研究方法：

本計畫透過舉辦編修共識營，進而強化不同藥典版本編修共識；也定期召開五次臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，提供平台討論臺灣中藥典第三版編修相關事宜，進行藥典內容總編修，另彙整成修正對照表，並送審至各專家審核及對外廣納徵求各界意見，並依照各專家及外界建議作修正，建立臺灣中藥典第三版完整資料；另蒐集彙整各國相關中藥典資訊，提供臺灣中藥典編修政策參考。

結果：

本計畫已於 107 年 9 月 12 日舉辦一場「2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議」，並邀請加拿大衛生部食品管理局 Robin Marles 高級顧問、黃怡超司長、張永勳教授及 4 個分小組之計畫主持人，以中藥品質管制及藥典專業議題作經驗分享，共有約 150 位之臺灣中藥典委員、中華藥典中藥分部工作小組委員及相關中醫藥產官學界代表參加；另分別於 107 年 1 月、3 月、5 月、6 月及 9 月，分別召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組」第 7~11 次會議，共五次會議，確認臺灣中藥典第三版封面設計、確認通則及 357 個品項之內容，也針對臺灣中藥典四個分小組提送之編修資料，反覆研討及提出建議，進行藥典內容總編修，彙整成修正對照表及建立完整資料，並送至各專家審核及

對外公開徵求意見，針對專家及外界建議意見進行修正，完成臺灣中藥典第三版；另也參考美國、歐盟、韓國、日本、中國大陸及香港等其他各國相關中藥典，針對其內容、收載品項、藥材所記項目、用詞差異、炮製品收載、異常物質作分析比較，供臺灣中藥典編修參考；於 107 年 11 月完成出版臺灣中藥典第三版 1000 本及 USB 版電子書 500 份，而本計畫也協助衛生福利部建立臺灣中藥典及中華藥典中藥分部專業諮詢服務窗口及機制，提供各界對臺灣中藥典疑慮諮詢，以提升中醫藥產業品質發展，保障臺灣中藥的品質、療效與安全。

討論：

臺灣中藥典第三版於今年 11 月公告出版，新增中藥材 55 個品項及中藥製劑 2 個品項，正文共收載 357 個品項，其中中藥材屬植物 329 個品項、動物 13 個品項、真菌類 6 個品項、昆蟲 3 個品項及礦物類 4 個品項。新增 6 個品種之中藥材基原，依中醫臨床典籍及使用經驗修正「用法及用量」，新增 355 個中藥材「性味與歸經」，通則部分新增 8 篇臺灣中藥典特有通則。為使檢驗方法更加完善，鑑別方法薄層層析法共新增及修訂 154 種品項，比率由第二版 87% 提升為 90%。含量測定高效液相層析法共新增及修訂 139 種品項，比率由第二版 35% 提升至 61%。增列衛生福利部已公告之異常物質限量基準。以科學化及系統性方法健全中藥材品質管制規格，促進臺灣中藥產業發展。

關鍵詞：臺灣中藥典第三版、編修工作小組委員會議、共識營、中藥藥典諮詢服務窗口

Overall editing and consulting services of Taiwan Herbal Pharmacopeia 3rd Edition

Yuan-Shiun Chang¹, Yu-Ling Ho², Han-Hang Tsai¹, Huei-Ru Li¹, Yi-Wei Lin¹,
Hao-Ze Huang²

¹ China Medical University, ²Hungkung University

ABSTRACT

Purpose:

The second edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia was promulgated by Ministry of Health and Welfare in 2013 with 300 herb items, the specifications were also greatly elevated. However, the items covered are far less than PRC Pharmacopeia 2015 and other pharmacopeias. THP is planned to be incorporated into 9th version of Chinese Pharmacopeia in 2021. In order to meet the new development of analytical techniques, more herb items should be added and the analytical methods should be elevated in the new version of THP.

Methods:

By holding THP Consensus Camp to strengthen the consensus of all editorial members on the compilation of THP, and the holding of 5 THP editorial committee meetings, this project provided a platform to discuss related issues on the compilation of the 3rd THP and did overall editing of THP. A comparison table was made and a draft of the 3rd version of THP was completed. The draft was circulated to experts and TCM communities for review and comments. The draft was further revised based on the feedback comments. Information on other international herbal pharmacopeia were also collected and provided as reference for the compilation of THP.

Results:

This project held a “2018 Taiwan Herbal Pharmacopeia Consensus Camp and Joint Meeting of THP Subcommittees “on September 12, 2018 at the Auditorium of Ministry of Health and Welfare, Taipei. Dr. Robin Marles, Senior Scientific Advisor, Bureau of Nutritional Sciences, Food Directorate, Health Canada, Professor Yi-Tsao Huang, Prof. Yuan-Shiun Chang and PI of the four subcommittees were invited to

share their expertise on quality control of TCM herbs and herbal pharmacopeia. A total of 150 participants including members of the THP editorial committee members, four sub-committees members of THP, and representatives from industry, government officers and academic institutes in TCM communities attended the consensus camp. This project also held 5 editorial committee meetings (7th to 11th) of 3rd THP in January, March, May, June and September, 2018. The information from four subcommittees were reviewed and discussed. Over all editing was conducted, the cover design, the content of general notice and the content of 357 monographs were confirmed. A comparison table was made and a draft of the 3rd version of THP was completed. The draft was circulated to experts and TCM communities for review and comments. The draft was further revised based on the feedback comments and the draft of the 3rd THP was finalized. Information on other international herbal pharmacopeia including USP, EP, KP, KHP, JP, CP and HKCMMS were also collected. The contents, items, description, terms, processed items, safety limits were compared and provided as reference for the compilation of THP. In November, 2018, 1000 copies of the 3rd THP and 500 copies of USB version of the 3rd THP were published. This project also helped the Ministry of Health and Welfare to maintain and update the THP website. We also help Ministry of Health and Welfare to set up consulting service window on THP and TCM related issues in Chinese Pharmacopeia. A mechanism was developed to answer THP related queries raised from TCM communities. By doing so, this project aims to elevate the quality standard of TCM industry and ensure the quality, efficacy and safety of TCM herbs and herbal preparations.

Discussion:

The 3rd THP was promulgated in November, 2018. With 55 herb items and 2 extracted granule added, a total of 357 monographs were included. Among them, 329 were of botanical, 13 animal, 6 fungus, 3 insects and 4 minerals origins. Six plant origins were added. Some of the use and dose of the monographs were revised based on TCM classics and the clinical experience. The flavor and meridian tropism of the 355 monographs were also added. Eight general notices which are specifically for TCM were added. A total of 154 TLC methods were added or revised. The percentage of TLC raised from 87% in 2nd THP to 90%. A total of 139 HPLC methods were added or revised. The percentage of HPLC raised from 35% in 2nd THP to 61%. The safety limits of the herbs promulgated by the MOHW were also updated. Through a scientific and systematic way, the quality specification of TCM herbs were enhanced and will promote the development of herbal industry in Taiwan.

Keywords: The 3rd edition of THP; Editorial committee meetings; Consensus camp; consulting service window on THP

壹、前言

國內第一部中華中藥典⁽¹⁾（已改名台灣傳統藥典），於民國 93 年 3 月 9 日公告，並自民國 93 年 5 月 1 日起實施。第一版中華中藥典收載中藥品項僅 200 種，經中醫藥委員會多方努力，臺灣中藥典第二版⁽²⁾已於民國 101 年 12 月公告，民國 102 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，並自民國 102 年 4 月 1 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，需符合臺灣中藥典第二版之規定。

為促進臺灣中藥典國際化之目標，衛生福利部也分別於 102 年及 104 年出版臺灣中藥典圖鑑⁽³⁾及臺灣中藥典英譯版⁽⁴⁾，中藥典英文名稱為 Taiwan Herbal Pharmacopeia，簡稱 THP。

臺灣中藥典為我國中藥品質管制標準之依據，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，臺灣中藥品質規格標準及檢驗方法仍需滾動修正，除兩岸在中藥藥典及中藥材規格之長期合作交流外，國際間也日漸重視傳統醫藥，歐盟及美國並相繼將中草藥收錄藥典，了解歐盟、美國及亞太地區之中藥品質管理趨勢、法規現況、藥典編修進展及最新公定檢驗技術等為必要之課題，進而制定完善之配套措施，並以科學化與系統性方法健全中藥材品質管制規格，促進臺灣中藥品質之均一性，保障民眾用藥安全把關。

中華人民共和國藥典 2015 年版⁽⁵⁾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⁽⁶⁻¹³⁾已制訂 305 種中藥材、日本藥局方⁽¹⁴⁾收載 323 項生藥、韓國藥典(KP)2015 年版⁽¹⁵⁾收載 179 項草藥及製劑，2016 年版 KHP⁽¹⁶⁾收載 868 品項。相較之下，臺灣中藥典第二版⁽²⁾品項內容略顯不足，仍須繼續編修。

臺灣中藥典第三版編修透過衛生福利部計畫支持，組織臺灣中藥典之編修工作小組定期開會，並以大陸藥典、香港中藥材標準、日本藥局方等現有方法作為研究基礎，透過確效性實驗確認數據之客觀標準，才將品項或研究方法納入臺灣中藥典或修訂內容。民國 102 年至 104 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⁽¹⁷⁾（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⁽¹⁸⁾（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⁽¹⁹⁾ (計畫編號：MOHW-104-CMAP-114-133401)，完成新增 30 個品項檢驗規格之制訂。另衛生福利部國家中醫藥研究所及衛生福利部委託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。

為利各界對於臺灣中藥典之疑慮反應，衛生福利部於民國 103 年度執行「臺灣中藥典編輯與諮詢」計畫⁽²⁰⁾ (計畫案號：M03G9440)，成立臺灣中藥典諮詢窗口，提供專案諮詢服務，接受大眾對藥典內容之疑義，檢討各界對已公告臺灣中藥典第二版⁽²⁾內容相關問題之缺失及勘誤，也彌補臺灣中藥典第二版⁽²⁾之編輯無常設機構之不足。

另為對中藥典進行更全面的編修及了解，衛生福利部於 104 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分小組進行，分別為「中藥基原組」、「檢驗規格組」、「中藥製劑組」及「中醫臨床組」。藥典編修工作之 4 小組各職所司，針對各中藥典內容之負責部分研討並彙整相關資料，供臺灣中藥典第三版編修參考之依據，因此統整各分小組提送之編修資料並進行藥典內容總編修，為出版臺灣中藥典第三版之重要工作。

因應衛生福利部於 107 年 11 月公告出版臺灣中藥典第三版及於 110 年與中華藥典合併出版中華藥典第九版，為加速達成目標，衛生福利部中醫藥司特將出版臺灣中藥典第三版列為研究重點，於 106 年度「臺灣中藥典總編修及諮詢服務」(案號：M06G9059)⁽²¹⁾已舉辦一場「2017 臺灣中藥典編修共識營」，假衛生福利部一樓大禮堂辦理，共邀請四位國內外專家學者，以四個中藥品質管制及藥典專業議題作經驗分享，共約 200 位之臺灣中藥典四個分小組委員、中華藥典中藥分部工作小組委員及相關中醫藥產官學界代表參加；也召開兩次臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，針對中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組提送之編修資料，進行藥典內容總編修，並於會議討論後彙整成修正對照表及中藥典全文，建立完整資料，完成臺灣中藥典第三版初稿；另協助建立臺灣中藥典及中華藥典中藥分部專業諮詢服務窗口及機制，提供各界對臺灣中藥典疑慮諮詢，以提升中醫藥產業品質發展。

為使臺灣中藥典第三版更具實用性及正確性，透過本計畫舉辦「2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議」共識營，強化國際對中藥藥典再版編修管理共識。也召開 5 場臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，依中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組提送之編

修資料，進行藥典內容總編修，彙整成修正對照表及中藥典全文，也送至各專家審核及對外公開徵求意見，並對專家及各界所提之建議進行修正並作彙整表，建立完整中藥典資料，並於民國 107 年度 11 月完成公告出版臺灣中藥典第三版 1000 本及 USB 版電子書 500 份，也協助建立臺灣中藥典及中華藥典中藥分部專業諮詢服務窗口及機制，提供各界對臺灣中藥典疑慮諮詢，以提升中醫藥產業品質發展。

貳、材料與方法

一、舉辦一場臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議：

- (一) 已於 107 年 9 月 12 日假衛生福利部一樓大禮堂，為臺灣中藥典第三版編修各工作分小組（中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床四小組）及中華藥典中藥分部工作小組委員舉辦一場臺灣中藥典第三版編修共識營暨工作分小組聯席會議。
- (二) 共識營邀請衛生福利部中醫藥司黃怡超司長、加拿大衛生部食品管理局 Robin Marles 高級顧問、計畫主持人張永勳教授及 4 分小組（中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床四小組）之主持人，分別以中藥品質管制及藥典專業議題作經驗分享，共同探討各國中藥品質管理現況、各國藥典編修管理經驗與最新公定檢驗技術分享或各國製劑品質管理策略及未來中藥品質管理趨勢等議題。
- (三) 為了解學員對本次共識營之看法，於會後也發予問卷，藉此統計各學員之意見及建議；本次研討會係採用結構式問卷（表一），內容主要包括以下四個部分：
 1. 個人基本資料：包含年齡、性別、教育程度、職業身份別、由何處得知消息等。
 2. 學員對本研討會之滿意度：評估項目包括演講內容難易度、演講內容符合學員需求、演講內容對自己從事的業務有實質幫助、研習會整體授課情形、上課場地...等。此部份，係採李克特尺度(Likert scale)五等級量表，對各評估項目之滿意程度進行評估，由 5 分到 1 分，分別代表非常滿意、滿意、沒意見、不滿意及非常不滿意。
 3. 學員對演講內容的興趣程度：評估項目包括本研習會各演講主題，亦採李克特尺度(Likert scale)五等級量表，對各評估項目之滿意程度進行評估，由 5 分到 1 分，分別代表非常有興趣、有興趣、沒意見、沒興趣及非常沒興趣。
 4. 學員對演講情形的滿意程度：評估項目包括本研習會各主題之演講情形，亦採李克特尺度(Likert scale)五等級量表，對各評估項目之滿意程度進行評估，由 5 分到 1 分，分別代表非常滿意、滿意、沒意見、不滿意及非常不滿意。

二、隨編修進度辦理臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，並協助相關行政庶務工作：

- (一) 召開五場臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，已於 107 年 1 月 31 日下午兩點假衛生福利部 301 會議室舉辦臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 7 次會議；已於 107 年 3 月 28 日下午兩點假衛生福利部 301 會議室舉辦臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 8 次會議；已於 107 年 5 月 22 日下午兩點假衛生福利部 301 會議室舉辦臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 9 次會議；已於 107 年 6 月 27 日下午兩點假衛生福利部 301 會議室舉辦臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 10 次會議；已於 107 年 9 月 27 日上午 10 點假衛生福利部 209 會議室召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 11 次會議」。
- (二) 臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，邀請中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各工作小組及國內相關之產、官、學界代表一同參與，編修工作小組委員名單，如表二。
- (三) 針對中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組提送之編修資料，進行藥典內容總編修，並於會議反覆研討後彙整成修正對照表及中藥典全文，建立完整資料，完成臺灣中藥典第三版。
- (四) 協助臺灣中藥典第三版凡例、通則及藥材貯藏法編修，提供凡例、通則及藥材貯藏法編修資料，於會議中提出檢討與建議。
- (五) 配合臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，也提出臺灣中藥典與中華藥典合併須特別增訂資料建議，以利提供中華藥典編修會議審查。

三、蒐集彙整美國、歐盟、韓國、日本、中國大陸及香港等其他各國相關藥典及中(草)藥法規資訊，提供臺灣中藥典編修政策參考；並應用衛生福利部中藥查驗登記系統之中藥材及藥廠生產資料，進行統計分析，提供臺灣中藥典第三版編修參考。

四、培訓中藥典編輯人才，持續吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況。

- (一) 歐洲藥典會議每年定期舉辦三次中藥工作小組會議(EDQM TCM Working Party Meeting)，推派代表參與歐洲藥典會議 2 人次（每次 6 天）。

- (二) 2018 年歐洲藥典會議分別於 1 月 24-25 日、4 月 18-19 日及 10 月

2-3 日召開第 31、32 及 33 次中藥工作小組會議(EDQM TCM Working Party Meeting)。

(三) 推派培訓人員名單也經衛生福利部同意，並於會議後提供書面報告。

五、協助中醫藥司建立臺灣中藥典及中華藥典中藥分部專業諮詢服務窗口及機制。

(一) 蒐集各界對中藥典相關意見，提供簡易意見回復，並針對專業性意見，配合臺灣中藥典編修之會議，彙整提交各分小組回復諮詢意見，以協助解決業界實際問題。

(二) 每月彙整諮詢案件及數目，分類統計諮詢問題內容及彙編問答集。

六、提供資料供衛生福利部中醫藥司「臺灣中藥典網站專區」資料更新；並配合衛生福利部中醫藥司需要，協助辦理臺灣中藥典與中華藥典編修會議相關事務工作及臨時交辦之庶務性工作，如：相關資料收集、簡報製作、會議資料整理等，並依衛生福利部中醫藥司要求格式及於所訂期限內回復。

七、完成印製臺灣中藥典第三版紙本 1000 本及 USB 版電子書 500 份：

(一) 臺灣中藥典第三版之出版工作將配合臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，並送請 20 位專家負責校閱及校稿。

(二) 中藥典依政府出版品管理作業要點相關規定，完成專書審核及政府出版品相關申請。

(三) 協助發送至 GMP 中藥廠、衛生福利部指定單位及編修委員，發送名單須經衛生福利部同意。

八、計畫結案後完成繳交專書印製檔及原始 word 檔案，以利後續衛生福利部建置數位網站資料運用。

參、結果

一、舉辦 2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議：

(一) 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，提昇中藥及中藥製劑之品質，配合臺灣中藥典與中華藥典將合併於民國 110 年出版之中華藥典第九版，為強化不同藥典版本編修共識，本計畫於今年 9 月 12 日假衛生福利部一樓大禮堂舉辦「2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議」(2018 Consensus Camp of Taiwan Herbal Pharmacopeia 3rd Edition)。本共識營邀請來自國內共七位知名學者，另邀請加拿大衛生部食品管理局 Robin Marles 高級顧問，以藥典之編修及中藥品質管制相關議題作經驗分享。

活動當天開幕式由衛生福利部中醫藥司黃怡超司長主持並致詞歡迎，並且擔任第一場主講人，主講「臺灣中藥典編修之回顧與前瞻(Retrospect and Prospect of Taiwan Herbal Pharmacopeia)」，由本校林昭庚董事/教授擔任主持人；來自加拿大衛生部食品管理局高級顧問 Robin Marles 教授主講「美國與加拿大中草藥及膳食補充劑之品質管制(Quality Control of Herbal Medicine and Related Dietary Supplements in US and Canada)」，由黃怡超司長擔任主持人並介紹；本計畫主持人張永勳教授主講「國際中藥品質管制規格之趨勢(International Trend of Quality Control Specification of TCM)」，並由張芳榮所長擔任主持人，除介紹臺灣中藥典之編修重點及其他國家藥典之比較外，本計畫主持人也分享本校過去六年執行了五期香港衛生署香港中藥材標準化計畫之內容，和他最近所參與美國藥典及歐洲藥典作經驗分享；爾後由四組分小組包含「中藥基原分小組」、「檢驗規格分小組」、「中藥製劑分小組」及「中醫臨床分小組」進行各分小組之工作項目及成果報告，並由陳介甫召集人及林麗純副召集人任主持人；接著綜合討論由黃怡超司長、張芳榮所長、張永勳召集人、陳介甫召集人、謝明村召集人、林昭庚召集人及林麗純副召集人進行四個工作分小組綜合討論及回應各界意見；最後由衛生福利部中醫藥司黃怡超司長最後做閉幕致詞，感謝大家熱情之參與，使次共識營順利圓滿完成，結束了一天之研討會。

除了大會所提供之論文集外，衛生福利部也提供 2015 至 2017 年由衛生福利部出版之中醫藥年報光碟，供與會人員參考。

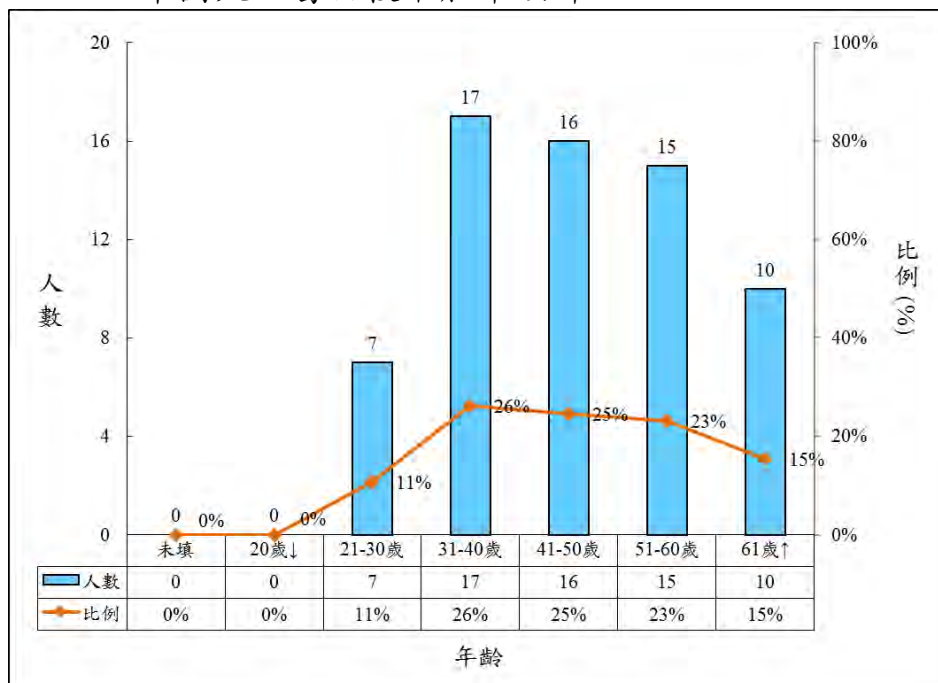
本次研討會場面熱絡，除講者、主持人及臺灣中藥典中藥基原組、檢驗規格組、中藥製劑組及中醫臨床組四個小組之委員及中華藥典編修委員外，另也開放 60 個名額給有興趣的中醫藥界同仁參加，在一天之共識營中，共有約 150 位之國內外中醫藥界代表全體學員對國際中藥藥典編修管理經驗與規範制定及中藥品質管制未來趨勢有更進一步的了解，並給予熱烈迴響，另 2018 臺灣中藥典編修共識營活動相關照片詳如圖一。

(二) 共識營學員課後滿意度調查：

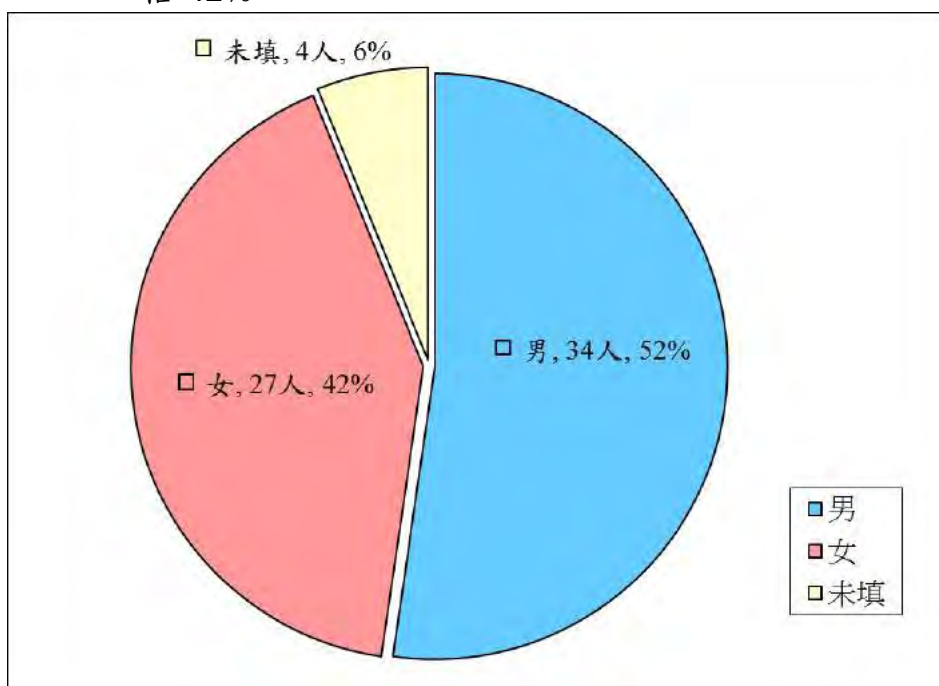
為了解學員之學習情況，藉由課後問卷進行學員滿意度評估，針對性別、年資、經歷及課程滿意度等做課後問卷調查。以下就回收問卷進行分析：

1. 學員基本資料分析：

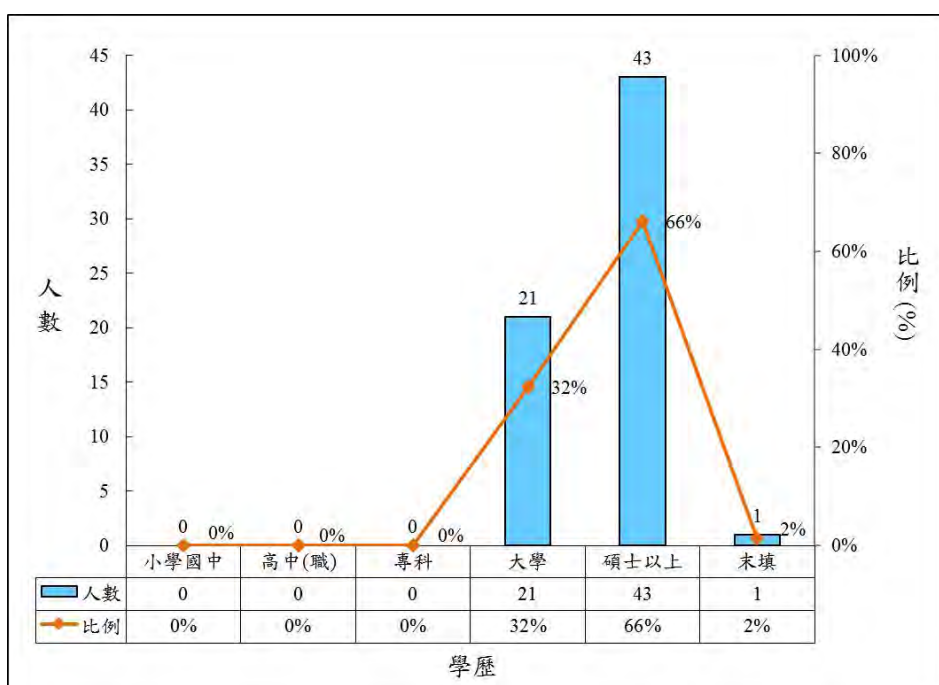
- (1) 年齡：主要以「31~40 歲」的學員為主，佔全部學員的 26%，其次「41~50」歲及「51~60 歲」者佔 25% 及 23%，年齡分布圖大致屬於較中壯年族群。



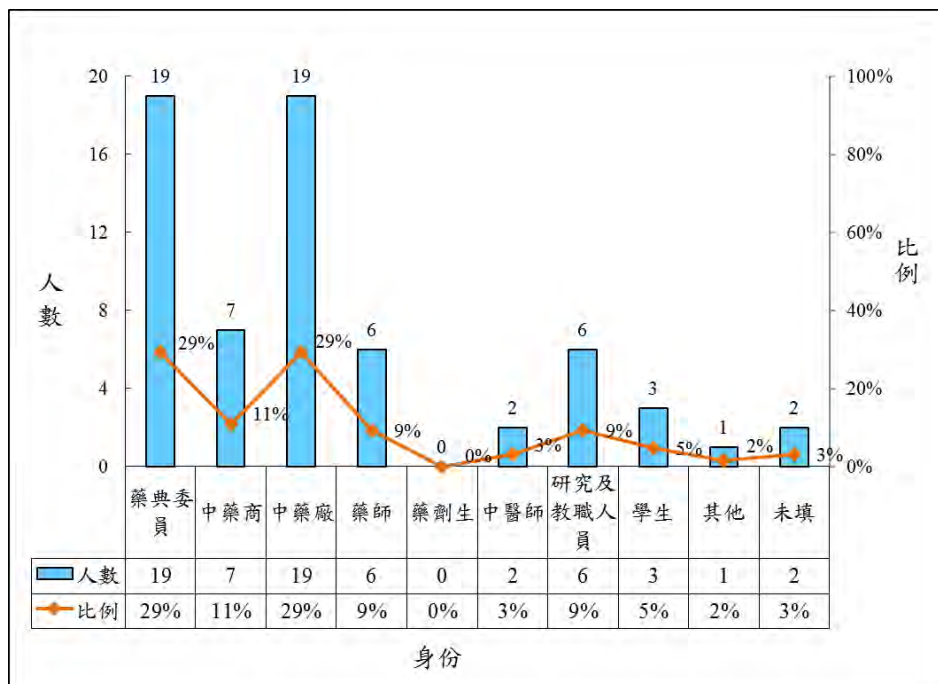
(2) 性別：參加學員主要以「男性」為主，佔 52%，而「女性」佔 42%。



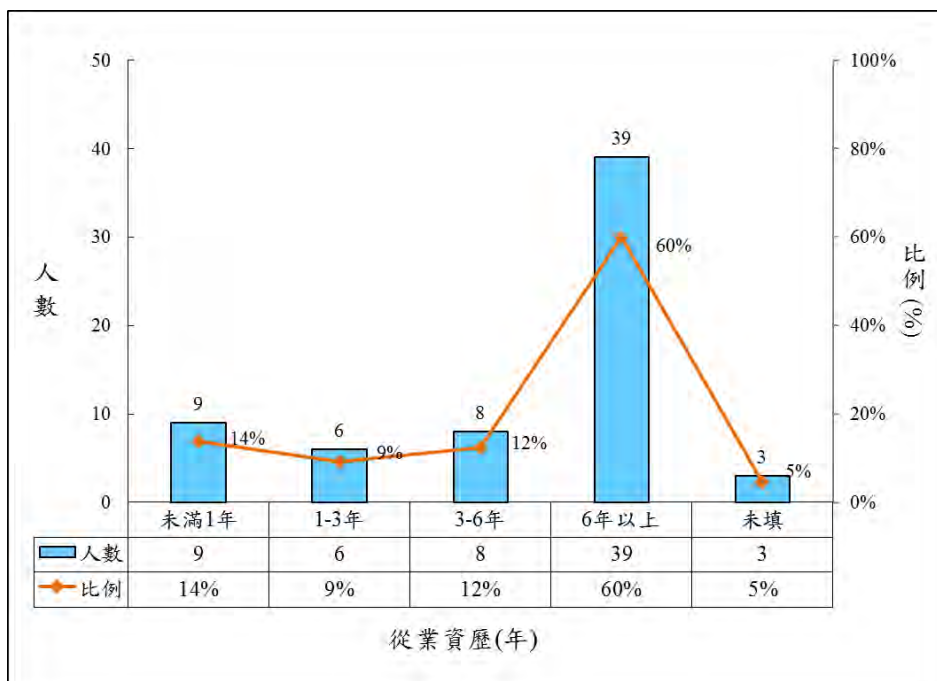
(3) 學歷：全體學員之學歷以「碩士以上」為主，佔全體學員的 66%，另學歷為「大學」程度學員，佔全體學員的 32%。



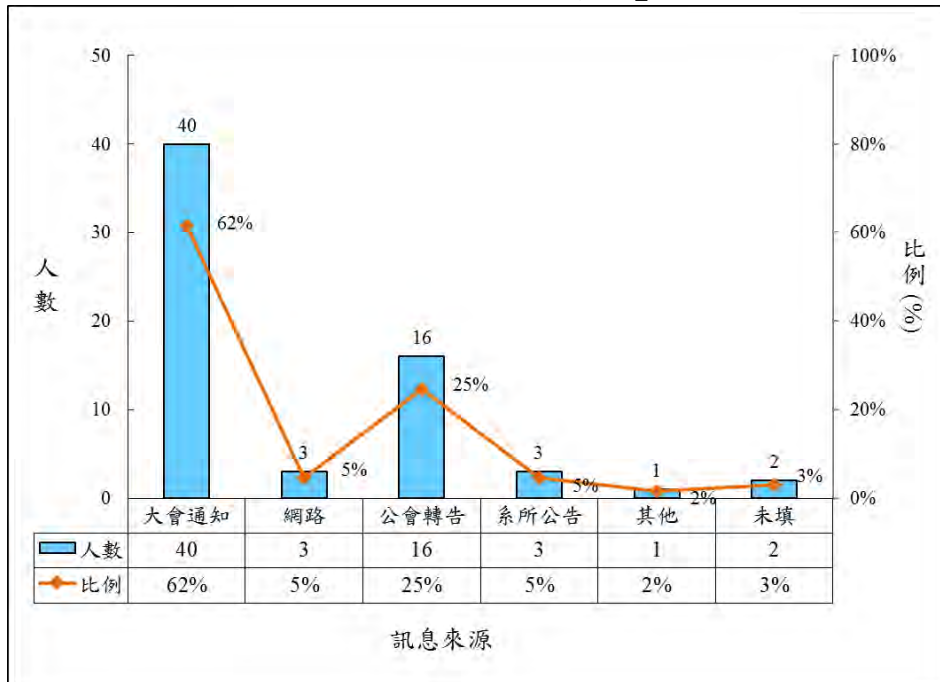
(4) 身份：參加學員以「藥典委員」及「中藥廠人員」為多數，佔全體學員的 58%，其次為「中藥商」佔全體學員 11%。



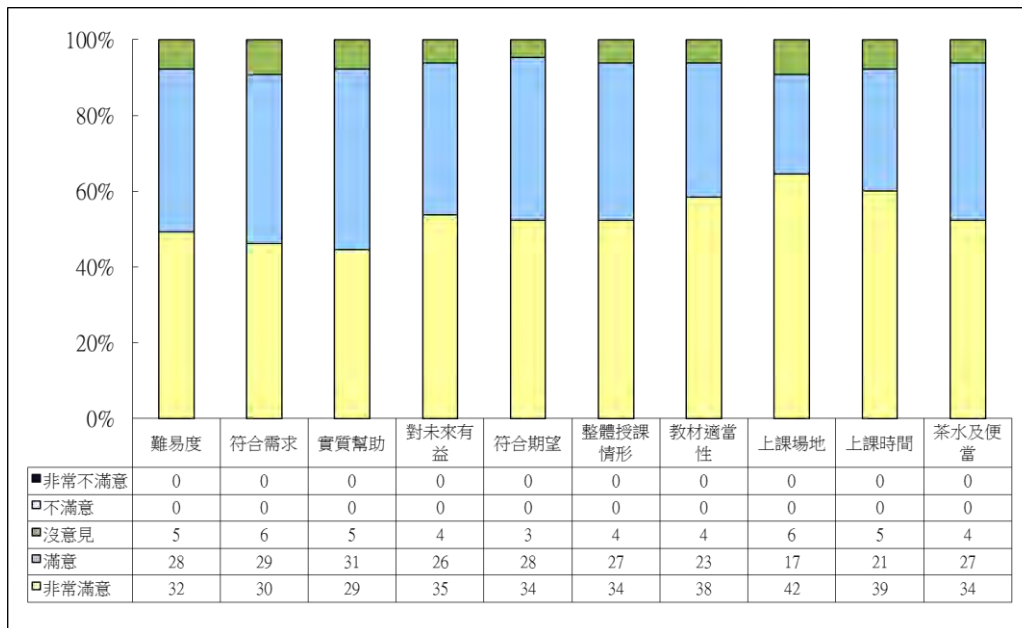
(5) 從業資歷(年)：參加者以「從業資歷 6 年以上」為多數，佔全體學員的 60%。



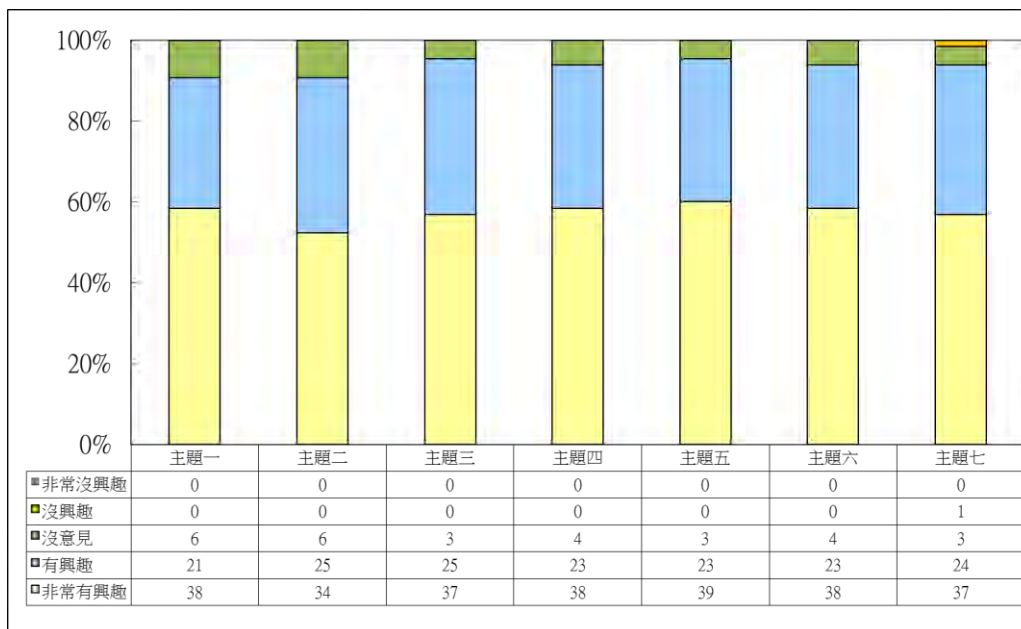
(6) 訊息來源：學員得知本研討會之訊息，以「大會通知」為主佔 62%，其次為「公會轉告」佔 25%。



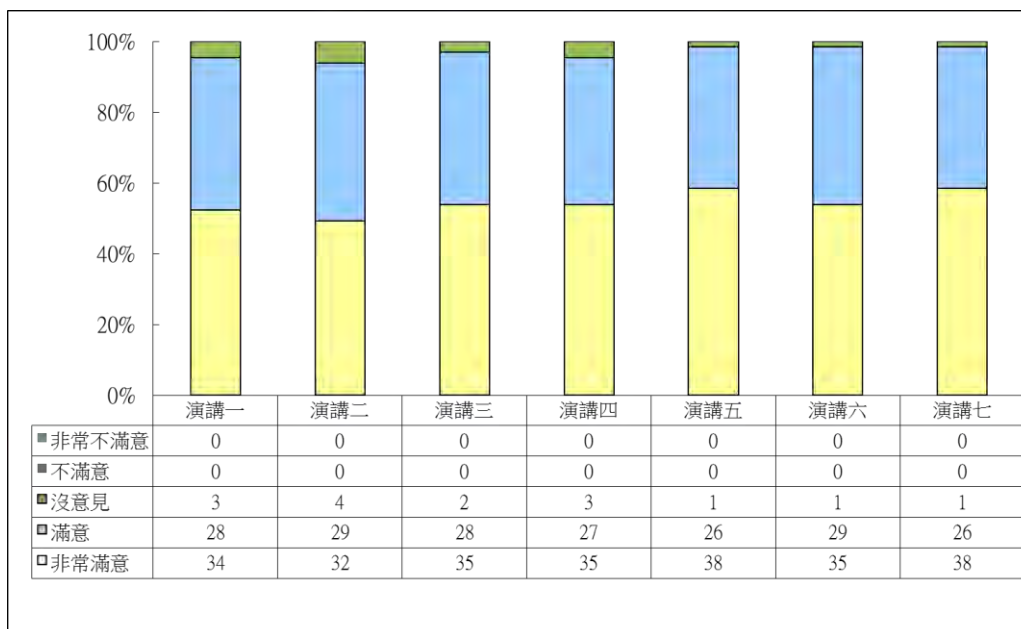
2. 評估項目分析，學員對本次研討會之看法：各評估項目滿意及非常滿意之總和均超過 90% 以上，其中以「講課內容符合自己報名參加本共識營的期望。」的滿意度（非常滿意+滿意）最高，高達 95%。



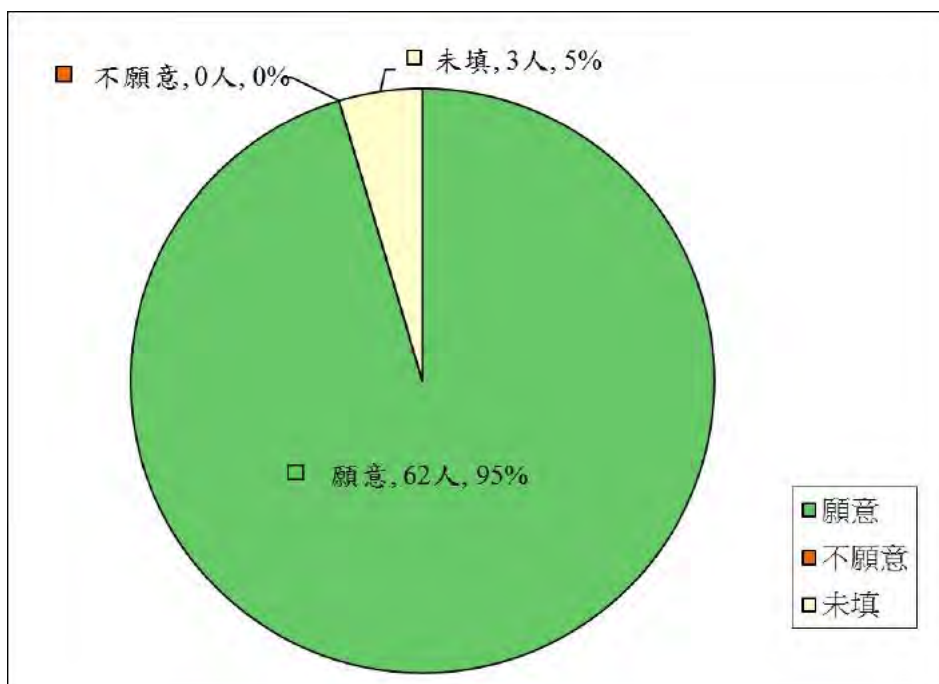
3. 學員對演講內容興趣程度分析：各評估項目非常有興趣及有興趣之總和均超過 91% 以上，其中以主題三「國際中藥品質管制規格之趨勢」及主題五「中藥檢規分小組報告」的滿意度（非常滿意+滿意）最高，分別高達 95%。



4. 學員對講課情形滿意程度分析：各演講主題之講課情形滿意及非常滿意之總和均超過 94% 以上。



5. 學員參加意願分析：願意再參加類似活動的學員佔大多數，達 83%。



二、召開臺灣中藥典第三版編輯工作小組委員會議：

(一) 已於 107 年 1 月 31 日下午 2 點假衛生福利部 301 會議室召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 7 次會議」，會議情形如圖二，此次會議確認臺灣中藥典第三版凡例，並討論臺灣中藥典第三版檢驗規格通則內容及臺灣中藥典第三版 1 至 100 項中藥材個論內容。

會議中決議：

1. 修正「內容」正文及通則說明順序。
2. 修正「法定中藥材」項下文字：
 - (1) 第二項-中藥材係指源於自然界，根據中醫藥理論，得供藥品使用之植物、動物與礦物之原藥材或飲片。
 - (2) 第三項-飲片係指中藥材淨製後並經修製或炮製處理後，可直接用於中醫臨床調配湯劑處方或製劑生產。
 - (3) 第四項-中藥材炮製係指中藥材依中醫理論、藥物性質、調製、製劑生產之需求，所採取各項不同之加工處理過程。
 - (4) 第八項-各種中藥材除另有規定外應選用其乾燥品，所用乾燥之溫度在 60°C 以下，含有揮發油之中藥材應在常溫（例

如風乾)下乾燥，避免揮發油揮發。

(5) 刪除第十二項。

3. 修正「含量測定、雜質檢查及其他規定」第二項文字為「含量之標準，如應在 100.0%以上時，係指 100.0%及 100.0%以上之數據而言。如稱應在 95.0%~105.0%時，則係指含 95.0%與 105.0 間之數據而言；測定結果之數據，以小數點後一位為準，次一位則採四捨五入，修訂其數值判定之」。
4. 修正「性味與歸經」文字為「係依中醫理論和中醫臨床功效為取向原則，對該中藥材效能之概述。毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項，於中藥材性味中標示毒性，做為臨床用藥之參考」。
5. 修正「注意事項」文字為「係指主要禁忌和不良反應，屬一般常規禁忌者從略」。
6. 檢規通則內容修正微生物計數法(7007.1)及特定微生物檢驗法(7007.2)，其餘通則照案通過。
7. 1 至 100 項中藥材個論之格式寫法建議，TLC 展開溶媒以極性低到高排列順序書寫；每項個論中指標成分之英文名呈現方式，統一為出現一次；重金屬之英文縮寫統一為出現一次；農藥殘留之「含量」文字統一修正為「限量」；溶媒若為「三氯甲烷」統一修正為「氣仿」。

(二) 已於 107 年 3 月 28 日下午 2 點假衛生福利部 301 會議室召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 8 次會議」，會議情形如圖三，此次會議討論臺灣中藥典第三版 101 至 300 項中藥材個論內容。

會議中決議：

針對中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組提送之編修資料，進行藥典內容檢討及總編修，101 至 300 項中藥材個論之格式寫法建議，貯藏法須統一寫法。

(三) 已於 107 年 5 月 22 日下午 2 點假衛生福利部 301 會議室召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 9 次會議」，會議情形如圖四，此次會議確認臺灣中藥典第三版封面樣式及凡例中「用量」內容，新增中藥製劑個論及通則內容，另也討論天葵子等 55 項中藥材個論規格內容，以及討論中藥典初稿審查方式。

會議中決議：

1. 臺灣中藥典第三版封面設計選擇「金色」版面。
2. 確認新增加中藥製劑個論、中藥製劑通則內容、加味逍遙散濃縮製劑及黃芩濃縮製劑之規格內容。
3. 凡例「用量」修正為「用法與用量」，其內容修正為「用法與用量：除另有加註外，用法係指水煎內服；用量係指成人一日常用劑量，特定用途之劑量則不列舉」，照案通過。
4. 確認新增 55 種中藥材品項，如川貝母、五加皮、天葵子、木蝴蝶、木鱉子、毛冬青、牛至、北劉寄奴、玉米鬚、桂心、防己、枳椇子、穿心蓮、紅景天、胖大海、胡黃連、胡蘆巴、郁李仁、倒地蜈蚣、浮萍、赤茯苓、茯苓皮、茯神、荊芥穗、荔枝核、馬鞭草、骨碎補、商陸、常山、敗醬、貫眾、橘皮、鹿銜草、楮實子、筆仔草、菥蓂、篇蓄、葛花、雷公根、槐角、槐花、鳳尾草、劉寄奴、蓮子心、蓮鬚、華澄茄、蕎麥、蕤仁、貓鬚草、生薑、雞冠花、雞骨草、鵝不食草、蘆薈、鶴虱。
5. 臺灣中藥典第三版初稿審查方式，分為「凡例、通則及索引」、「正文中藥材 1-100 項」、「正文中藥材 101-200 項」、「正文中藥材 201-300 項」、「正文中藥材 301-355 項、2 項中藥濃縮製劑及製劑通則」等 5 部份。每部份各分送 4 位委員審查。
6. 臺灣中藥典第三版初稿確認於 107 年 7 月對外公開徵求意見，其內容業經本編輯工作小組第 6 至 9 次會議確認。

(四) 已於 107 年 6 月 27 日下午 2 點假衛生福利部 301 會議室召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 10 次會議」，會議情形如圖五，此次會議針對臺灣中藥典第三版初稿於 5 月下旬交由 20 位委員分組書面審查之回復意見進行討論，以及討論「凡例」中藥材說明文字，而本計畫主持人也透過此會議分享參加歐洲藥典委員會 TCM 專家會議心得。

會議中決議：

1. 凡例修正中藥濃縮製劑(四)中藥單方濃縮製劑項下所記載項目之順序如次「(2)英文名(漢語拼音、通用拼音)」為「(2)英文名(生藥名、漢語拼音、通用拼音)」。
2. 通則(THP3001)重金屬測定法與(THP3002)重金屬原子吸收光譜測定法合併為(THP3001)重金屬測定法，分為三項子項，一、

感應耦合電漿放射光譜法，二、石墨式原子吸收光譜法，三、氫化式-原子吸收光譜法，原 THP3003~THP3005 通則序號依序修正。

3. 通則(THP3005)黃麴毒素檢測法-刪除「(以黃麴毒素 B1、B2、G2、G1 總量計)」文字。
4. 正文個論中有關鑑別及含量測定統一文字寫法，授權中醫藥司及檢驗規格分小組自行修正。
5. 凡例法定中藥材第二項說明修正如下：「中藥材係源自於自然界，依中醫藥理論，載於本藥典、固有典籍或經中央衛生主管機關認定之其他各國藥典及其補充典籍，得供藥品使用之礦物或特定基原之植物與動物之原藥材、加工及飲片」

(五) 已於 107 年 9 月 27 日上午 10 點假衛生福利部 209 會議室召開「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 11 次會議」，會議情形如圖六，此次會議討論臺灣中藥典第三版(草案)對外徵求意見之各方回饋，並由 4 分小組進行回復說明。

會議中決議：

臺灣中藥典第三版(草案)於 107 年 7 月 24 日至 8 月 23 日對外公開徵求意見，獲各界建議意見共 152 項，為使中藥典內容更臻完善，由 4 分小組就相關意見予以研處及評估修正事項，俾憑修正臺灣中藥第三版，續辦理公告及出版事宜。

三、統整臺灣中藥典第三版修正對照表（通則、中藥基原、檢驗規格、中醫臨床、注意事項、貯藏法）及對外公開徵求意見彙整表：

- (一) 針對中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組提送之編修資料，進行藥典內容檢討及總編修，並由臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議及專家委員之反覆研討，每次會議討論後除文字誤繕部分，相關問題皆彙整提交中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組進行修正，針對修改部分整理成修正對照表及中藥典全文，送請至 20 位委員分組進行書面審稿，並由各分小組協助回復委員意見並修正，建立完整中藥典資料。
- (二) 臺灣中藥典第二版對於中藥材品項之「貯藏法」詞句敘述未統一寫法，而臺灣中藥典第三版針對原收載之 300 種品項及新增 55 種品項，將相似貯藏法之中藥品項進行分類，並於詞句敘述方面，統一用字。

(三) 於 107 年 7 月 24 日至 8 月 23 日對外公開徵求意見，獲各界建議意見共 152 項，提案單位來自各方，如具有醫藥學系之大學、藥廠、檢驗公司、製藥公會、醫院等單位，針對各界所提之意見分類成「凡例」、「通則」、「藥材品項」、「中藥典收錄中藥疑問」及「其它」之 5 大類，各項意見也依照臺灣中藥典第三版收載順序進行編列，並由中醫藥司、基原、檢規、製劑及臨床分小組進行回復說明與修正，希冀使臺灣中藥典之規範制定能更完整且更能符合世界潮流與現況。

四、完成臺灣中藥典第三版紙本 1000 本及 USB 版電子書 500 份：

臺灣中藥典第三版之出版工作，透過臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議及「中藥基原分小組」、「檢驗規格分小組」、「中藥製劑分小組」及「中醫臨床分小組」4 分小組，反覆研討修定中藥典，以及送請專家校閱及審稿，並對外公開徵求意見，針對專家及外界建議意見修訂中藥典。中藥典也依政府出版品管理作業要點相關規定，完成專書審核及政府出版品相關申請，最後完成臺灣中藥典第三版紙本 1000 本及 USB 版電子書 500 份。

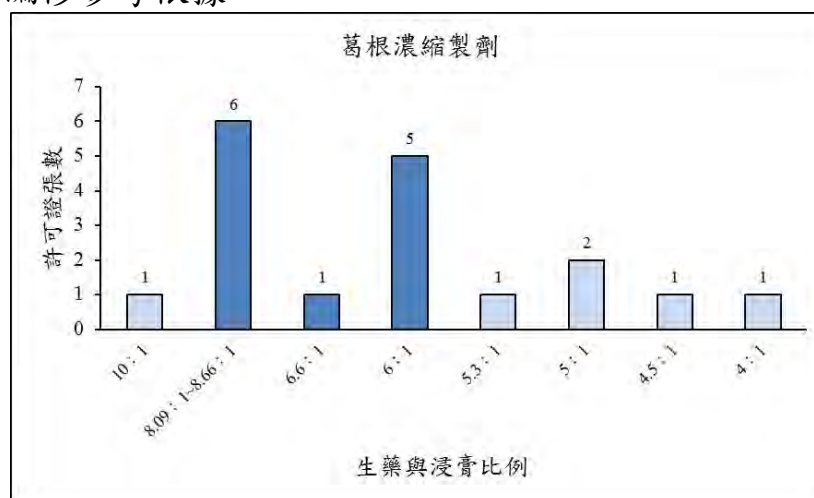
五、蒐集彙整美國、歐盟、韓國、日本、中國大陸及香港等其他各國相關藥典及中(草)藥法規資訊，提供臺灣中藥典編修政策參考。並應用衛生福利部中藥查驗登記系統之中藥材及藥廠生產資料，進行統計分析，提供臺灣中藥典第三版編修參考：

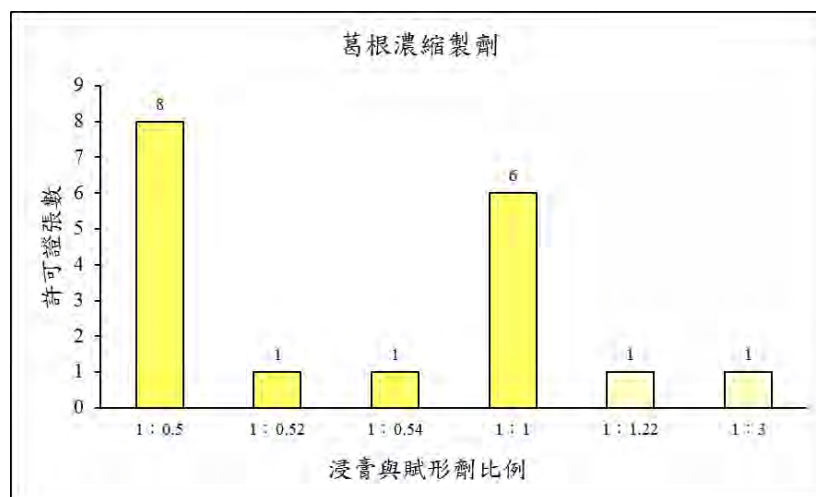
(一) 彙整各國最新版藥典並蒐集相關中藥資訊，針對其內容、收載品項、藥材所記項目、用詞差異、炮製品收載、異常物質（包括：重金屬、農藥殘留、黃麴毒素、二氧化硫等），作分析比較。美國藥典(USP 40)共收載 188 種品項（中藥材及飲片 99 種、提取物 55 種及製劑 34 種）；歐洲藥典(EP)共收載 302 種品項（中藥材及飲片 223 種、提取物 65 種及製劑 14 種）；英國藥典（BP）共收載 355 種品項（中藥材及飲片 227 種、提取物 80 種及製劑 48 種）；韓國藥典(KP 11)共收載 179 種品項（中藥材及飲片 165 種、提取物 7 種及製劑 7 種）；韓國草藥典(KHP)共收載 868 種品項（中藥材 431 種，提取物 46 種及製劑 386 種）；日本藥局方(JP 17)共收載 309 種品項（中藥材及飲片 234 種，提取物 75 種）；中國大陸藥典 2015 年版，共收載 2598 種品項（中藥材 618 種及飲片 440 種、植物油脂和提取物 47 種及製劑 1493 種）；中國大陸藥典 2015

年版第一增補版，新增 33 種品項（中藥材 1 種，製劑 32 種），修訂 112 種品項（中藥材 28 種，製劑 84 種）；香港中藥材標準第一~八冊，共收載 275 種品項。臺灣中藥典第三版共收載 357 種品項，其中包含 2 種製劑品項供，相較於臺灣中藥典第二版，新增了 57 種中藥材，2 種製劑，但與各國藥典相比仍稍嫌不足，應須逐年增修品項，除增加中藥材品項外，亦須增加炮製藥材及製劑品項，更加強化臺灣中藥典國際化，透過本計畫分析各國最新版藥典，可作為未來臺灣中藥典再版編修之政策參考。

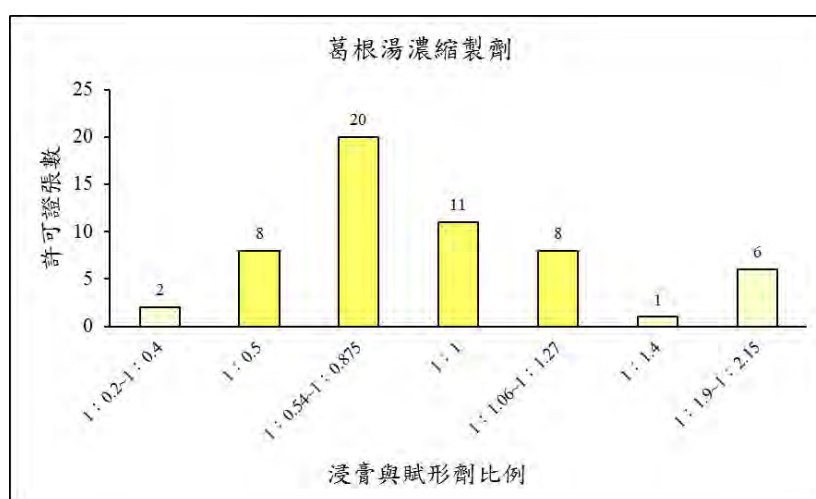
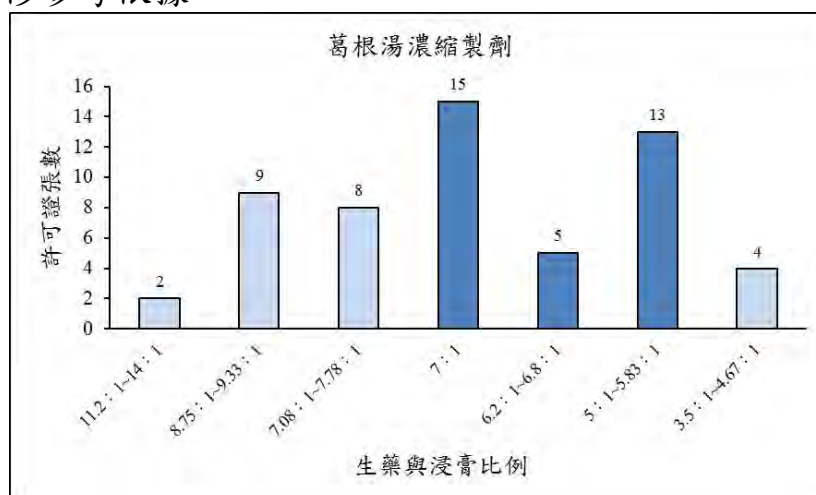
(二) 葛根、葛根湯及延胡索之 3 種濃縮製劑，未來將列入臺灣中藥典並制定相關規格，因此利用中醫藥司之查驗登記系統進行許可證統計分析，統計各藥廠在濃縮製劑的生藥、浸膏、賦形劑的比例，其中葛根、葛根湯及延胡索濃縮製劑許可證張數分別為 19、56 及 19 張。

1. 葛根濃縮製劑許可證中「生藥與浸膏比例」6:1~8.66:1 及「浸膏與賦形劑比例」1:0.5~1:1 佔大多數，可作為未來臺灣中藥典編修參考依據。

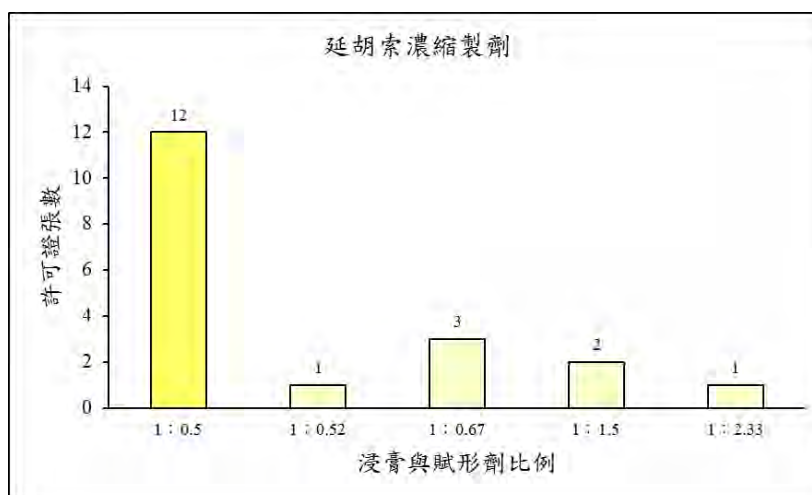
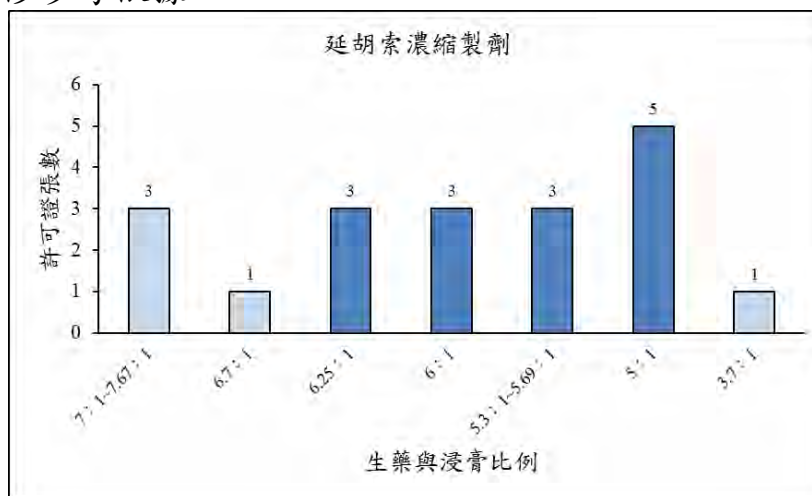




2. 葛根湯濃縮製劑許可證中「生藥與浸膏比例」5:1~7:1及「浸膏與賦形劑比例」1:0.5~1:1 佔大多數，可作為未來臺灣中藥典編修參考依據。



3. 延胡索濃縮製劑許可證中「生藥與浸膏比例」5:1~6.25:1及「浸膏與賦形劑比例」1:0.5 佔大多數，可作為未來臺灣中藥典編修參考依據。



六、提出臺灣中藥典與中華藥典合併須特別增訂資料建議，提供中華藥典編修會議審查：

- (一)臺灣中藥典第三版目前已比照中華藥典第八版通則，將中華藥典附錄之各種檢驗方法加上編碼，並移至前面，內文中有引用某檢驗方法，僅提及檢驗方法代碼，不提頁碼，避免每次再版頁碼更替之困擾；另也新增臺灣中藥典特有通則如重金屬測定法(THP3001)、二氧化硫檢查法(THP3002)、農藥殘留檢測法(THP3003)、黃麴毒素檢測法(THP3004)、中藥濃縮製劑(THP4001)、中藥濃縮錠劑(THP4002)、膨脹度測定法(THP5001)及組織切片鑑別法(THP5002)，若未來與中華藥典合併，建議新增臺灣中藥典特有通則，另其他相關檢驗方法通則建議進行統一，

避免同一藥典裡有兩種檢驗標準。

(二)中華藥典第八版中所收載之 19 種生藥品項(蘆薈、顛茄、顛茄根、安息香、豆蔻、桂皮、丁香、黃連、毛地黃、龍膽、甘草、吐根、遠志、大黃、東莨菪、阿片、美鼠李、乳薊、銀杏(葉))，其中蘆薈、豆蔻、桂皮、丁香、黃連、龍膽、甘草、遠志、大黃等中藥品項亦為臺灣中藥典收載之品項，若未來與中華藥典合併，重複收載之中藥品項建議討論統整規範。

(三)中華藥典附錄中皆列有中藥毒、劇藥(表三)，而於臺灣中藥典編修過程中，以中華藥典附錄收載之中藥毒藥及中藥劇藥為基礎，並參考中華人民共和國藥品管理法規範之毒性中藥，統整共 22 個品項收載於臺灣中藥典第三版通則中(表四)，未來若合併也建議討論修正其收載品項。

七、協助中醫藥司建立臺灣中藥典及中華藥典中藥分部專業諮詢服務窗口及機制：

對於各界對中藥典相關意見，提供相關意見回復，並彙整諮詢問題，針對專業性意見提交各分小組回復，以協助解決業界實際問題，「中藥典專業諮詢服務窗口」諮詢標準作業程序如圖七。諮詢服務案件會依照依諮詢問題判定是否與中藥典相關，如為中藥典相關諮詢問題，再依諮詢意見區分簡易意見與專業意見 2 類，專業意見又分為中藥基原、製劑、檢規、臨床應用、及其他 5 種類別。今年度諮詢服務案件共有 10 件，10 件都為「其他」類別，相關問題如：中藥的牡蠣雖是用它的殼去製作，但對於茹素者來說是否可以使用等諮詢事項，也皆給予簡易回復。

八、協助歐洲藥典中藥編修諮詢及意見回復：

歐洲藥典會議 EDQM 中藥工作小組已有十年之歷史，由前主席 Gerhard Franz 教授成立，2017 年起由 Rudolph Bauer 教授擔任主席，每年定期舉辦三次會議討論編修中藥品項，而各小組委員也需積極出席參與開會，若連續三次未參加則會取消其委員資格，藉此方式督促各專家委員出席，使藥典內容能被充分討論並增加其實用性及正確性；而主持人經衛生福利部推薦，並經歐洲藥典委員會核准自 2017 年~2019 年擔任 EDQM TCM Working Party 委員，2018 年第 31 次、32 次及 33 次會議分別於 1 月、4 月及 10 月假法國 Strasbourg 歐洲藥典總部舉行。本計畫今年共出席兩次，第一次於 4 月 18-19 日前往參加第 32 次會議；10 月 2-3 日前往參加第 33 次會議，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，進而為臺灣中藥典第三版

提供國際化之編修方向及建議。

九、提供資料供衛生福利部中醫藥司「臺灣中藥典網站專區」資料更新。

並配合中醫藥司需要，適時協助辦理臺灣中藥典與中華藥典編修會議相關事務工作及臨時交辦之庶務性工作，如：相關資料收集、簡報製作、會議資料整理等：

(一) 臺灣中藥典查詢服務網址為 <https://www.cmdhi.mohw.gov.tw/dhi/index>，而臺灣中藥典專業諮詢服務窗口網址為 <https://www.cmdhi.mohw.gov.tw/dhi/contact>；臺灣中藥典第三版於今年度 11 月完成公告出版，臺灣中藥典網站專區會依照最新臺灣中藥典之版本與內容進行相關資料更新。

(二) 配合衛生福利部需要，適時協助辦理臺灣中藥典與中華藥典編修會議相關事務工作及臨時交辦之庶務性工作。相關工作為協助辦理 107 年 2 月 9 日中醫臨床分小組第十一次會議、107 年 3 月 12 日檢驗規格分小組第十二次會議、107 年 3 月 16 日中藥基原分小組第十三次會議、107 年 4 月 2 日中藥製劑分小組第十四次會議、107 年 5 月 7 日檢驗規格分小組第十三次會議、107 年 5 月 10 日中醫臨床分小組第十二次會議、107 年 5 月 11 日中藥基原分小組第十四次會議、107 年 6 月 15 日中藥製劑分小組第十五次會議、107 年 9 月 12 日檢驗規格分小組第十四次會議；中藥基原分小組第十五次會議；中醫臨床分小組第十三次會議；中藥製劑分小組第十六次會議、107 年 11 月 2 日中藥基原分小組第十六次會議、107 年 11 月 8 日中醫臨床分小組第十四次會議相關事務、107 年 11 月 9 日檢驗規格分小組第十五次會議；中藥製劑分小組第十七次會議相關事務。

肆、討論

- 一、本計畫辦理一場臺灣中藥典第三版編修各工作小組及中華藥典中藥分部工作小組委員共識營，以及辦理五場臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議，對於統合臺灣中藥典各個分小組資料與委員意見、增加各分小組對於臺灣中藥典第三版編修之意見交流討論、凝聚各委員之共識有顯著效果並有利於臺灣中藥典第三版編修進度執行。
- 二、針對今年 11 月公告出版之臺灣中藥典第三版，通則已參考中華藥典第八版編撰及更新，透過檢驗規格分小組重新檢視臺灣中藥典第二版及中華藥典第八版之通則差異性，並於專家會議中經委員討論與檢視通過後，確認修正至臺灣中藥典第三版之通則內容，另也新增臺灣中藥典特有通則如「重金屬測定法(THP3001)」、「二氧化硫檢查法(THP3002)」、「農藥殘留檢測法(THP3003)」、「黃麴毒素檢測法(THP3004)」、「膨脹度測定法(THP5001)」及「組織切片鑑別法(THP5002)」。也由中藥製劑分小組討論及確認制定「中藥濃縮製劑(THP4001)」、「中藥濃縮錠劑(THP4002)」2 項通則，以供製劑規範參考。另屬西藥之通則，如(3033)一般雜質檢查法，為中藥方面不需使用之內容，於臺灣中藥典未與中華藥典合併前，建議刪除。未來與中華藥典合併，建議新增臺灣中藥典特有通則，另其他相關檢驗方法通則建議進行統一，避免同一藥典裡有兩種檢驗標準。
- 三、臺灣中藥典第三版新增 55 項中藥材個論，係經中藥基原工作分小組、檢驗規格工作分小組及中醫臨床分小組開會討論，並由各分小組完成規格內容後，提請編輯工作小組會議審查及討論，並於「衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 9 次會議」確認天葵子、木鼈子、毛冬青、牛至、枳椇子、胡蘆巴、郁李仁、浮萍、茯苓皮、荔枝核、馬鞭草、商陸、敗醬、貫眾、橘皮、楮實子、筆仔草、菥蓂、篇蓄、葛花、槐角、槐花、鳳尾草、劉寄奴、蓮子心、蓮鬚、華澄茄、蕎麥、蕤仁、貓鬚草、生薑、雞骨草、蘆薈、鶴虱、川貝母、五加皮、木蝴蝶、北劉寄奴、玉米鬚、桂心、防己、穿心蓮、紅景天、胖大海、胡黃連、倒地蜈蚣、赤茯苓、茯神、荊芥穗、骨碎補、常山、鹿銜草、雷公根、雞冠花及鵝不食草等 55 項中藥材個論規格內容。
- 四、臺灣中藥典第三版新增 55 種中藥材品項中，正文內容依筆畫進行排序並穿插於原中藥典 300 種品項內，而部分中藥材整併列為附屬項目，

如「肉桂」之附屬項目為「桂心」；「茯苓」之附屬項目為「赤茯苓」、「茯苓皮」、「茯神」；「陳皮」之附屬項目為「橘皮」；「槐米」之附屬項目為「槐花」；「薑」之附屬項目為「生薑」、「乾薑」。

- 五、為強化臺灣中藥典第三版特色，受理外界申請臺灣原生種或特有種中藥材新增品項基原納編於臺灣中藥典，經由中藥基原分小組及編修工作小組委員評估，新增臺灣原生種黃花石斛、臺灣白及、貓鬚草、鳳尾草、華澄茄及恆春鈎藤等 6 個品種之中藥材基原。建議刪除第二版原有已收載基原之台灣白芷、大連灣牡蠣、葡萄牙牡蠣、紅腺忍冬、山銀花、毛花柱忍冬、赤豆、紫花前胡、杏葉沙參、無柄果鈎藤及中國鼈等 11 品種中藥材基原。也針對中藥典已收載人參等 300 品目，其中藥材之中文名、生藥名、英文名、基原、部位、組織描述之適切性，作全盤之評估、分析與修正。
- 六、本計畫透過編輯工作小組會議，擇定五個品項（大黃、五加皮、王不留行、附子及貓鬚草）為個論範本，請「中藥基原分小組」、「檢驗規格分小組」及「中醫臨床分小組」提交 355 項中藥材個論之資料，經本計畫彙整後為臺灣中藥典第三版之內容，供編輯工作小組委員參考指正，並依據委員建議修正，使中藥材個論內容更加完善。
- 七、為建立完整之中藥品質管制規格，除目前中藥材規格外，尚未收載中藥製劑，因此臺灣中藥典第三版新增中藥製劑之規格，中藥製劑之新增品項，係參考中藥製劑分小組開會資料，確認新增「黃芩濃縮製劑」及「加味逍遙散濃縮製劑」2 項製劑之個論。
- 八、為增加中藥典之完整性，臺灣中藥典第三版透過中醫臨床分小組及編修工作小組反覆研議，確認新增 355 個「中藥材性味與歸經」，也依中醫臨床典籍及使用經驗修正「用法及用量」。
- 九、而臺灣中藥典與中華藥典將合併於 110 年出版之中華藥典第九版，因此兩大藥典內之相關中藥檢驗規範建議統一方法，通則也須統整合併，避免同一藥典內有雙重標準；藉由此計畫提出臺灣中藥典與中華藥典合併須特別增訂資料建議，能供未來中華藥典編修會議審查，使 110 年預計合併出版之藥典能更完善。
- 十、為使臺灣中藥典第三版更臻完善，臺灣中藥典第三版於 5 月下旬交由 20 位委員分組進行書面審查，並於 107 年 7 月 24 日至 8 月 23 日對外公開徵求意見，獲各界建議意見共 152 項，並由「中藥基原分小組」、「檢驗規格分小組」、「中藥製劑分小組」及「中醫臨床分小組」4 分

小組就相關意見予以研處及評估修正事項，修正臺灣中藥第三版，並於 11 月完成出版臺灣中藥典第三版 1000 本及 USB 版電子書 500 份。

十一、由於葛根、葛根湯及延胡索之濃縮製劑將在未來列入中藥典並制定相關規格，因此本計畫利用中醫藥司之查驗登記系統進行許可證統計分析，統計各藥廠在濃縮製劑的生藥、浸膏、賦形劑的比例，有助於未來臺灣中藥典在製劑內容之增訂編修，並可列為重要參考依據。

十二、於 107 年 9 月 12 日假衛生福利部一樓大禮堂舉辦「2018 臺灣中藥典編修共識營」，在課程結束後問卷統計發現，參加學員除藥典委員及中藥廠人員佔 58% 外，其次為中藥商，佔全體學員 11%，其餘 31% 為中藥相關人員，顯示因藥典係為收錄記載藥材規格與檢驗之規範，並作為廠商使用中藥材品質管制標準之依據，因此中藥廠人員及中藥商也積極參與相關研習會，藉此了解藥典制定之相關規範；經各評估項目統計後，以「講課內容符合自己報名參加本共識營的期望」的滿意度（非常滿意+滿意）最高，達 95%。而學員對各演講主題的興趣程度，有興趣及非常有興趣之總和均超過 91% 以上。學員對本研習會的課程滿意度（非常滿意+滿意）皆達 94% 以上。在參加意願方面，願意再參加類似活動的學員佔大多數，達 83%。

伍、結論與建議

- 一、臺灣中藥典第三版於今年 11 月公告出版，本計畫召開五場臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議，提供平台討論臺灣中藥典第三版編修相關事宜，檢討各界對已公告臺灣中藥典第二版內容之相關問題，提出檢討與建議，並將中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床各分小組提送之編修資料，進行藥典內容總編修，彙整成修正對照表及建立完整資料，完成臺灣中藥典第三版之內容，並經由各編修工作小組會議及專家委員之反覆研討，使臺灣中藥典之規範制定能更完整且更能符合世界潮流與現況。
- 二、臺灣中藥典是中藥製程作業之依據，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，而臺灣中藥典第二版於 2013 年公告，收載 300 種中藥品項，但與中華人民共和國藥典 2015 年版比較，仍嫌不足，因此經各分小組（中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床四小組）及編修工作小組委員反覆研討，臺灣中藥典第三版新增川貝母、五加皮、天葵子、木蝴蝶、木鼈子、毛冬青、牛至、北劉寄奴、玉米鬚、桂心、防己、枳椇子、穿心蓮、紅景天、胖大海、胡黃連、胡蘆巴、郁李仁、倒地蜈蚣、浮萍、赤茯苓、茯苓皮、茯神、荊芥穗、荔枝核、馬鞭草、骨碎補、商陸、常山、敗醬、貫眾、橘皮、鹿銜草、楮實子、筆仔草、荊蕀、篇蓄、葛花、雷公根、槐角、槐花、鳳尾草、劉寄奴、蓮子心、蓮鬚、葦澄茄、蕎麥、蕤仁、貓鬚草、生薑、雞冠花、雞骨草、鵝不食草、蘆薈及鶴虱等 55 種品項，另臺灣中藥典第二版未收載中藥規格與檢驗之國家標準規範，因此為建立中藥品質管制標準之依據，臺灣中藥典第三版新增收載中藥製劑規格，新增「黃芩濃縮製劑」及「加味逍遙散濃縮製劑」2 種品項，使臺灣中藥典第三版更臻完善。
- 三、臺灣中藥典第三版正文共收載 357 個品項，其中中藥材屬植物 329 個品項、動物 13 個品項、真菌類 6 個品項、昆蟲 3 個品項、礦物類 4 個品項及中藥製劑 2 個品項。新增中藥材基原臺灣原生種黃花石斛、臺灣白及、貓鬚草、鳳尾草、葦澄茄及恆春鈎藤等 6 個品種。另依中醫臨床典籍及使用經驗修正「用法及用量」，新增 355 個中藥材「性味與歸經」。
- 四、為使檢驗方法更加完善，並與國際接軌，臺灣中藥典第三版之鑑別方

法薄層層析法共新增及修訂 154 種品項，比率由第二版 87%提升為 90%。含量測定高效液相層析法共新增及修訂 139 種品項，比率由第二版 35%提升至 61%。增列衛生福利部已公告中藥材重金屬、二氧化硫、農藥殘留、黃麴毒素及微生物等異常物質限量基準。以科學化與系統性方健全中藥材品質管制規格，促進臺灣中醫藥國際化與中藥產業發展。

- 五、為使臺灣中藥典第三版符合現在檢驗規範潮流，透過檢驗規格分小組重新檢視臺灣中藥典與最新版中華藥典(第八版)之通則差異性，並針對通則內容之字體、內容及文法上作修正，共計進行 39 篇之通則修正，另新增 6 篇臺灣中藥典特有通則如「重金屬測定法(THP3001)」、「二氧化硫檢查法(THP3002)」、「農藥殘留檢測法(THP3003)」、「黃麴毒素檢測法(THP3004)」、「膨脹度測定法(THP5001)」及「組織切片鑑別法(THP5002)」，為因應臺灣中藥典第三版出版，收載中藥製劑也新增由中藥製劑分小組研議之 2 篇中藥濃縮製劑通則，如「中藥濃縮製劑(THP4001)」、「中藥濃縮錠劑(THP4002)」。藉由通則之編修不僅以供未來製劑規範參考，對於未來臺灣中藥典與中華藥典合併之目標能有統一之共同通則。
- 六、臺灣中藥典第三版由臺灣中藥典第三版編輯工作小組、「中藥基原分小組」、「檢驗規格分小組」、「中藥製劑分小組」及「中醫臨床分小組」4 分小組反覆研討編修資料，並透過專家委員分組進行書面審稿，以及對外廣納徵求意見，修正臺灣中藥第三版全文，並於 11 月完成公告出版臺灣中藥典第三版 1000 本及 USB 版電子書 500 份。
- 七、臺灣中藥典第三版進行對外公開徵求意見，獲各界建議意見共 152 項，並由「中藥基原分小組」、「檢驗規格分小組」、「中藥製劑分小組」及「中醫臨床分小組」4 分小組就相關意見予以研處及評估修正事項，修正臺灣中藥第三版內容，但部分所提意見方法因未經實驗佐證，暫無法修正，建議未來與中華藥典合併時，可依照須檢討品項進行相關試驗，並制訂具有客觀之實用性標準，以提昇臺灣中藥及中藥製劑之品質、療效與安全。
- 八、為促進臺灣中醫藥國際化並與世界各國接軌，本計畫主持人經衛生福利部推薦，並經歐洲藥典委員會核准自 2017 年~2019 年擔任 EDQM TCM Working Party 委員，每年 3 次例行會議，並於 2018 年 4 月及 10 月至 Strasburg 參加會議，直接提供臺灣方面之意見，也將歐洲藥典進

- 展情形提供臺灣中藥典編修參考；建議持續培訓中藥典編輯人才，透過派員參與國際相關藥典會議，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，使能為臺灣中藥典編修注入國際化之建議及參考方向。
- 九、透過本計畫舉辦臺灣中藥典第三版編修四個工作分小組及中華藥典中藥分部工作小組委員編修共識營，強化不同藥典之編修共識；不僅邀請國內專家學者--衛生福利部中醫藥司黃怡超司長、中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系張永勳教授演講及4分小組（中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床四小組）之主持人，更邀請國外專家學者加拿大衛生部食品管理局 Robin Marles 高級顧問，分別以中藥品質管制及藥典專業議題作經驗分享，共同探討各國中藥品質管理現況、各國藥典編修管理經驗與最新公定檢驗技術分享或各國製劑品質管理策略及未來中藥品質管理趨勢等議題，使未來藥典編修之方向能更有國際觀。
- 十、根據問卷調查之結果顯示，本次國際研討會獲得參與學員高度肯定，建議衛生福利部能定期舉辦相關中藥品質管制研討會，提供各界了解各國中藥品質管理現況、各國藥典編修管理經驗及未來中藥品質管理趨勢，以促進臺灣中藥產業之發展。
- 十一、透過協助中醫藥司建立臺灣中藥典及中華藥典中藥分部專業諮詢服務窗口及機制，以協助業者解決實際執行問題，並蒐集各界對中藥典相關意見，彙整提交各分小組協助回復諮詢意見，透過接受各界對藥典內容之疑義，促使未來藥典能編修得更具實用性及普遍化。
- 十二、協助更新中醫藥司「臺灣中藥典網站專區」功能及資料，藉由網路快速、方便與易於查詢、閱覽的方式來推廣臺灣中藥典，希冀彌補臺灣中藥典之編輯無常設機構之不足，即時改善臺灣中藥典之缺失；至目前 107 年度 11 月，網站已有 15 萬多人次瀏覽，並於 107 年度協助回復 10 件諮詢，可持續提升民眾及政府相關單位對於臺灣中藥典與中醫藥知識的了解，並有利於臺灣中醫藥領域的進步發展。
- 十三、為應臺灣中藥典與中華藥典合併於 110 年出版中華藥典第九版，建議持續辦理中藥典之編修作業，建立穩定的中藥典編修機制，以科學化與系統性方法健全中藥材品質管制規格，檢視規格標準及檢驗方法，以符合實際需求及各界期待，並提升我國中藥品質管制之能見度，促進臺灣中醫藥國際化與中醫藥產業發展。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-000404 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

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. 張永勳、何玉鈴：臺灣中藥典圖鑑，衛生福利部，2013。
4. 張永勳、何玉鈴：臺灣中藥典英譯版，衛生福利部中醫藥司，台北，2015。
5. 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。
6. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第一冊，政府物流服務署印，香港 2005。
7. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第二冊，政府物流服務署印，香港 2008。
8. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第三冊，政府物流服務署印，香港 2010。
9. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第四冊，政府物流服務署印，香港 2011。
10. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第五冊，政府物流服務署印，香港 2012。
11. 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。
12. 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。
13. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第八冊，政府物流服務署印，香港 2017。
14. Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW): The Pharmacopoeia of Japan. 17th Edition, Japan 2016.
15. Ministry of Food and Drug Safety (MFDS): The Korean Pharmacopoeia 11th

Edition, Seoul 2015.

16. 韓國草藥藥典編委會：The Korean Herbal Pharmacopoeia，漢城 2015。
17. 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。
18. 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。
19. 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。
20. 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計畫」研究報告，2015。
21. 張永勳：衛生福利部 106 年度委託研究計畫 M06G9059，「臺灣中藥典總編修及諮詢服務」研究報告，2017。
22. 行政院衛生署中華藥典編修委員會，中華藥典第八版，行政院衛生署編印，台北，2016。

柒、圖、表



臺灣中藥典編修共識營與會貴賓、學員合影



共識營主持人及講者貴賓合影



共識營主持人、司長及貴賓合影



衛生福利部中醫藥司黃司長致詞並演講



講者加拿大衛生部食品管理局 Robin Marles 高級顧問



本校中國藥學暨中藥資源學系張教授



「中藥基原分小組」計畫主持人



「檢驗規格分小組」計畫主持人



「中藥製劑分小組」副召集人



「中醫臨床分小組」計畫主持人



本校林董事/教授



衛生福利部國家中醫藥研究所張所長



衛生福利部國家中醫藥研究所中藥典籍組
林組長



前教育部國立中國醫藥研究所陳所長



綜合討論情形



閉幕衛生福利部中醫藥司黃司長致詞



共識營討論盛況



四小組與中華藥典委員合影

2018 臺灣中藥典第三版共識營
醫工作分小組聯席會議
2018 Consensus Camp of Taiwan Herbal Pharmacopoeia 3rd Edition

Advisor: Ministry of Health and Welfare 衛生福利部
Organizer: China Medical University 中國醫藥大學
Date: September 12th, 2018
Venue: 1F Auditorium, Ministry of Health and Welfare, No.488, Sec. 6, Zhongziao E. Rd., Nangang Dist., Taipei City 115, Taiwan
衛生福利部一樓大禮堂 (台北市南港區忠孝東路6段488號)

Agenda

Time	Theme	Speaker / Presenter / Institutions
13:00-13:30	視訓 Registration	
13:30-13:40	開幕式及大合照 Opening Remarks and Group Photo	Prof. Yi-Tsun Huang, Director-General, Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare. 衛生福利部中醫藥司 黃怡純司長
	Moderator: Prof. Jeng-Geng Lin 林炳堯教授	
13:40-14:00	Retrospect and Prospect of Taiwan Herbal Pharmacopoeia 臺灣中藥典編修之回顧與前瞻	Prof. Yi-Tsun Huang, Director-General, Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare. 衛生福利部中醫藥司 黃怡純司長
	Moderator: Prof. Yi-Tsun Huang 黃怡純司長	
14:00-14:50	Quality control of herbal medicine and related dietary supplements in US and Canada.	Dr. Robin Marler, Senior Scientific Advisor, Bureau of Nutritional Sciences, Food Directorate, Health Canada. 加拿大衛生部食品管理與高級顧問
	Moderator: Prof. Fang-Rong Chang 張芳蓉所長	
14:50-15:10	International Trend of Quality Control Specification of TCM 國際中藥品質管制規格之趨勢	Prof. Yuen-Shun Chang, China Medical University 中國醫藥大學 蔣永勳教授
15:10-15:30	茶歇 Coffee Break	
	Moderator: Prof. Lin-Lie Chen 陳麗琳副司長	
15:30-15:50	中醫藥分小組報告	副司長計畫主持人
15:50-16:10	中醫藥視察小組報告	視察計畫主持人
	Moderator: Prof. Chue-Fu Chen 陳介復所長	
16:10-16:30	中醫藥分小組報告	視察計畫主持人
16:30-16:50	中醫藥分小組報告	視察計畫主持人
16:50-17:40	聯合閉幕 [每個工作分小組報告討論及閉幕意見]	黃怡純司長、蔣永勳所長、張永勳所長、陳介復所長、視察計畫主持人、視察計畫主持人、視察計畫主持人、視察計畫主持人

研討會議程

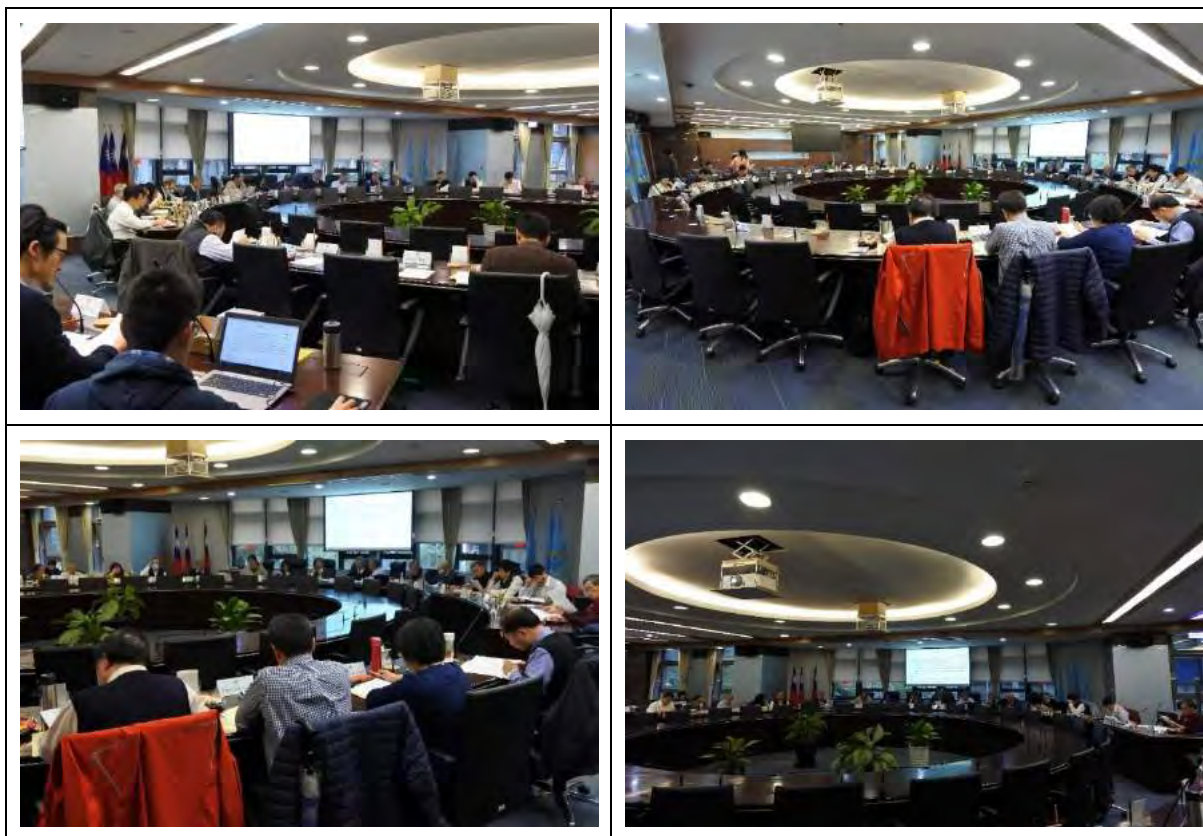


大會論文集及致送學員衛生福利部出版之
中醫藥年報光碟

圖一、2018 臺灣中藥典第三版共識營活動照片



圖二、臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 7 次會議情形



圖三、臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 8 次會議情形



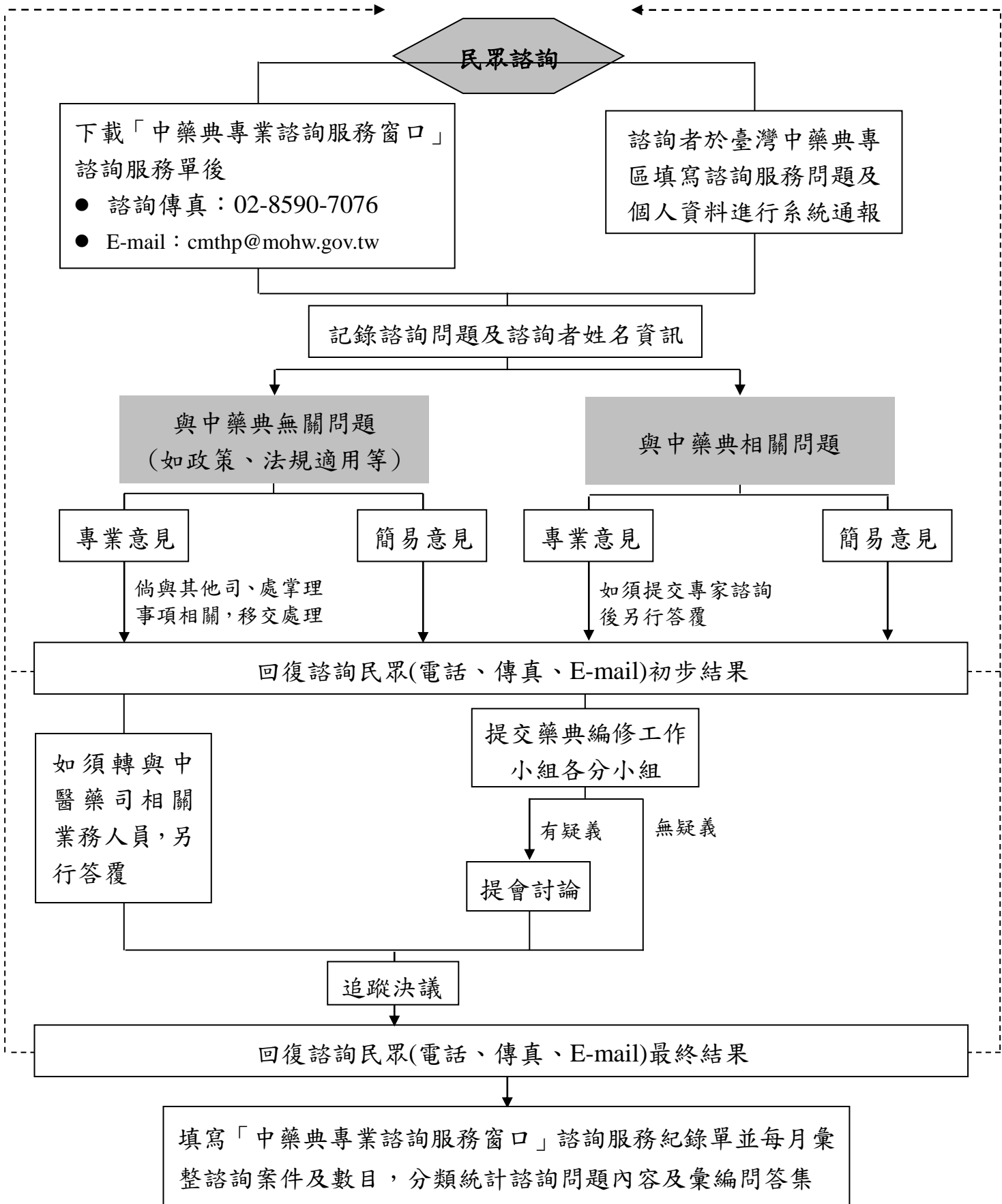
圖四、臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 9 次會議情形



圖五、臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 10 次會議情形



圖六、臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 11 次會議情形



圖七、「中藥典專業諮詢服務窗口」諮詢標準作業程序

表一、「2017 臺灣中藥典編修共識營」問卷

衛生福利部主辦
中國醫藥大學承辦
「2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議」
滿意度調查表

2017.9.12

敬愛的同道：

非常歡迎您參加本次會議!為瞭解您對本會議之滿意度，請於會中撥出您寶貴的幾分鐘，填寫這份問卷，本問卷採不記名方式，您所填寫的資料僅供日後辦理類似活動之參考，不做其它用途!謝謝您的協助!

敬祝

鴻圖大展!萬事如意!!

中國醫藥大學張永勳教授 敬上

一、個人基本資料:

- 1.年齡:①20歲以下②21~30歲③31~40歲④41~50歲⑤51~60歲⑥61歲以上
- 2.性別:①男 ②女
- 3.學歷:①小學或國(初)中 ②高中(職) ③專科 ④大學 ⑤碩士或以上
- 4.身份:①藥典委員
②中藥商：零售 中盤 大盤 進出口 其他 (請特別註明清楚)
③中藥廠：品管 製造 行銷 其他 (請特別註明清楚)
④藥師⑤藥劑生⑥中醫師⑦研究及教職人員
⑧學生⑨其他
- 5.從業:①未滿1年②1年以上~3年以下③3年以上~6年以下④6年以上
- 6.您由何處得知本會議之訊息?①大會通知 ②網路 ③公會轉告 ④系所公告
⑤其他

二、請依您個人對本會議的看法，勾選您對下列評估項目的滿意程度:

評估項目	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
1. 講課內容的難易度。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 講課內容符合多數學員的需求。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 講課內容對自己從事的業務有實質幫助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 講課內容對未來有所助益。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 講課內容符合自己報名參加本會議的期望。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 本會議整體授課情形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 提供講義及相關教材之適當性。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 本會議安排的上課場地。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 本會議安排的上課時間。
10. 本會議茶水及便當之提供與安排。

三、請就本會議各授課主題，勾選您對講課內容的興趣程度：

演講主題	非常有興趣	有興趣	沒意見	沒興趣	非常沒興趣
1. 臺灣中藥典編修之回顧與前瞻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 美國與加拿大中草藥及膳食補充劑之品質管制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 國際中藥品質管制規格之趨勢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 中藥基原分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 中藥檢規分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 中藥製劑分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 中醫臨床分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

四、請就本會議各授課主題，勾選您對講課情形的滿意程度：

演講主題	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
1. 臺灣中藥典編修之回顧與前瞻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 美國與加拿大中草藥及膳食補充劑之品質管制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 國際中藥品質管制規格之趨勢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 中藥基原分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 中藥檢規分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 中藥製劑分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 中醫臨床分小組報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

五、以後若有中藥典相關活動，您是否再參加？願意 不願意

六、您對本會議之其他建議？

問卷到此結束，請於會議結束後將填妥之問卷交回報到處，感謝您的合作！

表二、臺灣中藥典第三版編修委員名單

編號	姓名	單位 / 職稱
1	吳天賞	國立成功大學藥學系教授
2	吳永昌	高雄醫學大學天然藥物研究所教授
3	林昭庚	中國醫藥大學教授
4	林哲輝	臺北醫學大學生藥學研究所副教授
5	林宜信	慈濟大學學士後中醫系系主任
6	張永勳	中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系教授
7	陳介甫	前教育部國立中國醫藥研究所/所長
8	謝明村	中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系教授
9	羅吉方	前食品藥物管理署主任秘書
10	張賢哲	中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系教授
11	郭昭麟	中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系教授
12	陳益昇	高雄醫學大學教授
13	楊榮季	長庚大學中醫學系兼任副教授
14	李威著	臺灣製藥工業同業公會主任委員
15	莊武璋	順天堂藥廠股份有限公司總經理
16	王靜瓊	臺北醫學大學生藥學研究所教授兼所長
17	邱文慧	衛生福利部國家中醫藥研究所副所長
18	董明兆	衛生福利部國家中醫藥研究所中藥化學研究組
19	劉國同	馬偕醫學院 醫學系 兼任教授
20	吳龍源	義守大學學士後中醫學系副教授
21	陳建霖	佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院中醫科主任

表三、中華藥典第8版收載之中藥毒、劇藥

中藥劇藥	中藥毒藥
水蛭	信石
甘遂	天仙子
芫花	馬錢子
洋金花	白狼毒
牽牛子	紅大戟
虻蟲	
急性子	

表四、臺灣中藥典第三版收載之中藥毒、劇藥

編碼	品項	生藥名	基原
1	生千金子	Euphorbiae Semen	大戟科(Euphorbiaceae)植物續隨子 <i>Euphorbia lathyris</i> L.的成熟種子
2	生川烏	Aconiti Radix	毛茛科(Ranunculaceae)植物烏頭 <i>Aconitum carmichaeli</i> Debx.之主根(母根)
3	生天仙子	Hyoscyami Semen	茄科(Solanaceae)植物莨菪 <i>Hyoscyamus niger</i> L.之成熟種子
4	生巴豆	Crotonis Semen	大戟科(Euphorbiaceae)植物巴豆 <i>Croton tiglium</i> L.之成熟種子
5	生半夏	Pinelliae Rhizoma	天南星科(Araceae)植物半夏 <i>Pinellia ternata</i> (Thunb.) Breit.之塊莖
6	生甘遂	Kansui Radix	大戟科(Euphorbiaceae)植物甘遂 <i>Euphorbia kansui</i> T. N. Liou ex T. P. Wang 之塊根
7	生白附子	Typhonii Rhizoma	天南星科(Araceae)植物獨角蓮 <i>Typhonium giganteum</i> Engl.之塊莖
8	生附子	Aconiti Lateralis Radix	毛茛科(Ranunculaceae)植物烏頭 <i>Aconitum carmichaeli</i> Debx.之子根
9	生南星	Arisaematis Rhizoma	天南星科(Araceae)植物異葉天南星 <i>Arisaema heterophyllum</i> Blume、天南星 <i>Arisaema erubescens</i> (Wall.) Schott 或東北天南星 <i>Arisaema amurense</i> Maxim.之根莖及根

編碼	品項	生藥名	基原
10	生狼毒	Euphorbiae Ebracteolatae Radix	大戟科(Euphorbiaceae)植物月腺大戟 <i>Euphorbia ebracteolata</i> Hayata 或狼毒大戟 <i>Euphorbia fischeriana</i> Steud.之根
11	生草烏	Aconiti Kusnezoffii Radix	毛茛科(Ranunculaceae)植物北烏頭 <i>Aconitum kusnezoffii</i> Reichb.之乾燥塊根
12	生馬錢子	Strychni Semen	馬錢科(Loganiaceae)植物馬錢 <i>Strychnos nux-vomica</i> L.之成熟種子
13	生藤黃	Garciniae Resina	藤黃科(Clusiaceae)藤黃 <i>Garcinia hamburgy Hook. f.</i> 之樹脂
14	白降丹	Hydrargyrum Chloratum Compositum	人工煉製的氯化汞($HgCl_2$)和氯化亞汞 (Hg_2Cl_2)的混合物
15	芫花	Daphnis Genkwa Flos	瑞香科(Thymelaeaceae)植物芫花 <i>Daphne genkwa</i> Sieb. et Zucc.之乾燥花蕾
16	洋金花	Daturae Flos	茄科(Solanaceae)植物白花曼陀羅 <i>Datura metel</i> L.的乾燥花
17	砒石	Arsenolite	氧化砷類礦物，主含三氧化二砷(As_2O_3)。 砒石來自天然砷華礦或含硫礦物毒砂、雄 黃、雌黃
18	砒霜	Arsenicum	無機化合物三氧化二砷(As_2O_3)，經化學合 成；或由砒石昇華而製成
19	紅升丹	Hydrargyri Oxydum Rubrum	紅氧化汞(HgO)
20	斑蝥	Mylabris	芫青科(Meloidae)昆蟲南方大斑蝥 <i>Mylabris phalerata</i> Pallas 或黃黑小斑蝥 <i>Mylabris cichorii</i> Linnaeus 的乾燥蟲體
21	雄黃	Realgar	硫化物類礦物雄黃族雄黃，主含二硫化二 砷(As_2S_2)
22	蟾酥	Bufois Venenum	蟾蜍科(Bufoidea)動物中華大蟾蜍 <i>Bufo bufo gargarizans</i> Cantor 或黑眶蟾蜍 <i>Bufo melanostictus</i> Schneider 之乾燥分泌物

中藥濃縮製劑品質規格科學研究

彭文煌
中國醫藥大學

摘要

目的：

本計畫透過四次中藥製劑小組專家委員會議擬定四個中藥濃縮製劑 TLC 鑑別及 HPLC 含量測定方法，確認加味逍遙散濃縮製劑及黃芩濃縮製劑之臺灣中藥典收載內容、討論甘草濃縮製劑、大黃濃縮製劑、半夏瀉心湯濃縮製劑、小青龍湯濃縮製劑及中藥濃縮丸劑通則之臺灣中藥典收載內容、臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格制訂工作技術指南、制定葛根、延胡索及葛根湯濃縮製劑之 TLC 鑑別及 HPLC 指標成分含量測定方法。

方法：

由計畫主持人就 107 年度預定完成之工作項目收集相關文獻資料及三家實驗室的實驗數據，再召開四次中藥製劑小組專家委員會議提案討論。

結果：

經臺灣中藥典中藥製劑小組專家委員會議決議，已確認中藥濃縮製劑凡例、加味逍遙散濃縮製劑及黃芩濃縮製劑之臺灣中藥典收載內容及中藥濃縮製劑通則。今年已討論甘草濃縮製劑、大黃濃縮製劑、半夏瀉心湯濃縮製劑、小青龍湯及中藥濃縮丸劑通則之臺灣中藥典收載內容及訂定臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格制訂工作技術指南，訂定葛根、延胡索及葛根湯濃縮製劑之 TLC 鑑別及 HPLC 指標成分含量測定方法開發。

討論及結論：

1. 中藥濃縮製劑凡例、加味逍遙散濃縮製劑、黃芩濃縮製劑及中藥濃縮製劑通則之臺灣中藥典收載內容將收載於臺灣中藥典第三版，於今年年底付梓印行，開創臺灣中藥典收載濃縮製劑之先例；2. 制定葛根、延胡索及葛根湯濃縮製劑之 TLC 鑑別及 HPLC 指標成分含量測定方法。大多數中藥廠在製備葛根及葛根湯濃縮製劑都使用野葛藥材。3. 已討論甘草濃縮製劑、大黃濃縮製劑、半夏瀉心湯濃縮製劑、小青龍湯及中藥濃縮丸劑通則之臺灣中藥典收載內容。本計畫研究可提升臺灣中藥典收載內容的深度及廣度，期盼有助於提升中藥製劑水準，供世界各國中藥濃縮製劑產業或主管機關之參閱和應用，讓臺灣中藥濃縮製劑產品更具國際競爭力。

關鍵詞：臺灣中藥典、藥典規格、中藥濃縮製劑、中藥濃縮丸劑通則

Scientific Research on the Quality Specifications of Chinese Medicine Concentrated Preparations

Wen-Huang Peng
China Medical University

ABSTRACT

Objective:

The aims of this study were intended to determine the methods of TLC identification and determination of indicator constituents of four traditional Chinese medicine (TCM) concentrated preparations, confirm the general notices and general rules of the concentrated preparations and contents of the concentrated preparations of Jiawei Xiaoyao San (JSS) and Huang-Cin (HC), general rule of TCM concentrated preparations, discuss the contents of the concentrated preparations of Gan Cao (GC), Da Huang (AH), Ban Xia Xie Xin Tang (BXXXT) and Xiao Qing Long Tang (XQLT), working guide of inspection specification of TCM concentrated preparations in Taiwan Herbal Pharmacopoeia (THP).

Methods:

The host of the project collected the relevant literatures and experimental data according to the work scheduled should be finished during 2018 and then discussed the proposal through four expert panel meetings of Chinese medicine preparation group.

Results:

According to the resolution of the expert meeting of TCM preparations of THP, this study has been confirmed the general notices and general rules of the concentrated preparations and contents of the concentrated preparations of JSS and HC, discussed the contents of the concentrated preparations of GC, AH, BXXXT and XQLT, working guide of inspection specification of TCM concentrated preparations in THP and general rule of TCM concentrated preparations of pills, developed the TLC identification method and HPLC method for determining the indicator constituent of concentrated preparations of Ge Gen (GG), Yan Hu Suo (YHS) and Ge Gen Tang (GGT).

Discussion and conclusion:

1. The contents of the concentrated preparations of JSS and HC, general rule of TCM concentrated preparations have been confirmed and will be printed in the 3rd THP. It is the first record of concentrated preparations in THP. 2. This study was established TLC identification method and HPLC method for the determination of the

indicator constituent of GG, YHS and GGT. Most Chinese medicine factories use the root of *Pueraria lobata* in the preparation of concentrated preparations of GG and GGT. 3. The contents of the concentrated preparations of GC, AH, BXXT and XQLT, working guide of inspection specification of TCM concentrated preparations in THP and general rule of TCM concentrated preparations of pills have been discussed. This study could be enhanced the depth and breadth of content of THP. In the future, THP will be conducive to the reference and application of the TCM preparation industries or competent agencies in the world and make the products of TCM preparations in Taiwan more internationally competitive.

Keywords: Taiwan Herbal Pharmacopeia, Pharmacopoeia specifications, TCM concentrated preparations, General rule of TCM concentrated preparations of pills

壹、前言

因應國內中醫臨床診治疾病以濃縮製劑為主。但目前加味逍遙散濃縮製劑、黃芩濃縮製劑列入臺灣中藥典第三版，中藥濃縮製劑指標成分含量現行法規並無完整規範。然而臺灣中藥典第三版收載藥材品項已提升至 300 項且收載加味逍遙散濃縮製劑、黃芩濃縮製劑兩個濃縮製劑及中藥濃縮製劑通則規範，但是中華藥典第八版不見中藥濃縮製劑及相關規格收載。相較鄰近國家藥典，日本藥局方第十七版、韓國藥典及中國大陸藥典 2015 年版皆已將中藥製劑收入藥典。我國必須參酌各國藥典的長處，建立中藥製劑規格，規範中藥品質標準以提升本國中藥濃縮製劑的品質。

臺灣之濃縮製劑品質規範，主要因循衛生署公告規範，民國 89 年第一次公告葛根湯、小青龍湯、加味逍遙散、桂枝湯、甘露飲、麻杏甘石湯、補中益氣湯、六味地黃丸、黃連解毒湯、獨活寄生湯等十方濃縮製劑應依「中藥濃縮製劑制定指標成分定量法及規格注意事項」，須選擇來自不同原料藥材之 2 種以上指標成分予以定量，民國 91 年第二次公告知柏地黃丸、龍膽瀉肝湯、辛夷清肺湯、血府逐瘀湯、杞菊地黃丸、消風散、清新蓮子飲、四逆湯、定喘湯、柴葛解肌湯等 10 方濃縮製劑，民國 95 年第三次公告炙甘草湯、八味地黃丸、川芎茶調散、逍遙散、藿香正氣散、香砂六君子湯、荊防敗毒散、疏經活血湯、止嗽散、濟生腎氣丸、防風通聖散、二陳湯、六君子湯等十三方濃縮製劑，規定 33 個中藥濃縮製劑，然而相關公告規範距今已超過 10 年，有必要更進一步更新以因應需求。

為因應國內需求，衛生福利部「臺灣中藥典編修工作小組」已陸續進行相關工作，本計畫研議根據目前中藥製劑分項已確立之基礎，進行 2 項單方延胡索及葛根（含野葛及甘葛藤基原）中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、定性及指標成分含量檢測、中藥標準湯劑分析。針對三種濃縮製劑，收集鄰近各國藥典包括中國藥典 2015 年版及日本藥局方第十七版，可知延胡索及葛根及葛根湯，日本藥局方及中國藥典均已收錄，且已有相關規範，並將延胡索濃縮製劑(表一)、葛濃縮製劑(表二)及葛根湯濃縮製劑(表三)做比較。

根據「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」(衛署訴字第 84024165 號)，指標成分之選擇以生理活性成分為主，若其生理活性成分無法測定者，則設定其它可定量之指標成分；中藥單味濃縮製劑指標成

分以每公克含量(mg/g)為標示，中藥複方濃縮製劑指標成分以每日量含量(mg/day)為標示，中藥製劑指標成分含量分析以標準湯劑下限值之 70%為校正值，若標誌量 $\pm 50\%$ 的最低值低於標準湯劑下限值之 70%，則以標準湯劑下限值之 70%乘以兩倍為標誌量。

表一、延胡索製劑檢驗比較

檢驗項目		臺灣中藥典	日本藥局方第 17 版	中國大陸藥典 2015 年版
含量 測定	HPLC	硝酸去氫延胡索鹼 Dehydrocorydaline nitrate	硝酸去氫延胡索鹼 Dehydrocorydaline nitrate	延胡索乙素 Tetrahydropalmatine
成分 鑑別	TLC	延胡索乙素 Tetrahydropalmatine	硝酸去氫延胡索鹼 Dehydrocorydaline nitrate	延胡索乙素 Tetrahydropalmatine
乾燥減重			12.0% 以下 < 通則 2.41 >	水分不得過 12.0% (通則 10832)
總灰分			7.0% 以下 < 通則 5.01 >	不得過 7.0% (通則 2302)
酸不溶性灰分			2.0% 以下 < 通則 5.01 >	不得過 2.0% (通則 2302)
醇抽提物			25.0% 以上 < 通則 5.01 >	
異常 物質 14	總重金屬	30 ppm 以下	10 ppm 以下 < 通則 1.07 >	-
	砷	3 ppm 以下	5 ppm 以下 < 通則 1.11 >	-
	鎘	0.5 ppm 以下	-	-
	鉛	10 ppm 以下	-	-
	汞	0.5 ppm 以下	-	-
	總生菌數	10 ⁵ cfu/g 以下	-	微生物限量 依劑型而定
	大腸桿菌	不得檢出	-	
沙門氏菌	不得檢出	-		

註 1. 中藥濃縮製劑指標成分定量相關公告：

- (1) 中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項；行政院衛生署八十四年五月四日衛署字第八四〇二四一六五號函
- (2) 葛根湯等十方濃縮製劑之國產及輸入新案藥品查驗登記及藥品許可證有效期間展延時，應檢附「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」；行政院衛生署八十九年七月二十四日衛署字第八九〇四〇二五六號公告
- (3) 「葛根湯」等十方濃縮製劑外，知柏地黃丸、龍膽瀉肝湯等十方濃縮製劑之國產與輸入藥品查驗登記新案申請及藥品許可證有效期限屆滿申請展延，應依「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」之規定，檢附相關資料；行政院衛生署九十一年十二月二十三日衛署中會字第 0 九一〇〇 七九一九一號公告

註 2. 申請中藥藥品查驗登記應檢附薄層層析檢驗資料；行政院衛生署七十五年十二月二十九日衛署字第六三六六六〇號公告

表二、葛根製劑檢驗比較

		臺灣中藥典	日本藥局方第 17 版	中國大陸藥典 2015 年版
檢驗項目		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。	<i>Pueraria lobata</i> Ohwi	豆科植物野葛 <i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi 的乾 燥根。豆科植物甘 葛藤 <i>Pueraria</i> <i>thomsonii</i> Benth. 的乾燥根。
含量 測定	HPLC	葛根素(Puerarin)	葛根素(Puerarin)	葛根素(Puerarin)
成分 鑑別	TLC	13.0%以下<通則2.41>		葛根素(Puerarin)
乾燥減重				水分不得過 15.0%
總灰分			13.0%以下<通則 5.01>	不得過 10.0%
酸不溶性灰分			2.0%以下<通則 5.01>	
醇抽提物			30.0%以上<通則 5.01>	
異常 物質 14	總重金屬	30 ppm 以下	10 ppm 以下<通則 1.07>	-
	砷	3 ppm 以下	5 ppm 以下<通則 1.11>	-
	鎘	0.5 ppm 以下	-	-
	鉛	10 ppm 以下	-	-
	汞	0.5 ppm 以下	-	-
	總生菌數	10 ⁵ cfu/g 以下	-	微生物限量 依劑型而定
	大腸桿菌	不得檢出	-	
	沙門氏菌	不得檢出	-	

註 1. 中藥濃縮製劑指標成分定量相關公告：

- (1)中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項；行政院衛生署八十四年五月四日衛署字第八四〇二四一六五號函
- (2)葛根湯等十方濃縮製劑之國產及輸入新案藥品查驗登記及藥品許可證有效期間展延時，應檢附「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」；行政院衛生署八十九年七月二十四日衛署字第八九〇四〇二五六號公告
- (3)「葛根湯」等十方濃縮製劑外，知柏地黃丸、龍膽瀉肝湯等十方濃縮製劑之國產與輸入藥品查驗登記新案申請及藥品許可證有效期限屆滿申請展延，應依「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」之規定，檢附相關資料；行政院衛生署九十一年十二月二十三日衛署中會字第〇九一〇〇七九一九一號公告

註 2. 申請中藥藥品查驗登記應檢附薄層層析檢驗資料；行政院衛生署七十五年十二月二十九日衛署字第六三六六六〇號公告

表三、葛根湯檢驗比較

檢驗項目		日本藥局方第 17 版	中國大陸藥典 2015 年版(葛根湯顆粒)	臺灣現行法規公告
含量測定	HPLC	Ephedrine、 (+)-Pseudoephedrine: 9-27mg	葛根素：不得少於 40mg	具生理活性之兩成分 由多批次原料藥材及 標準湯劑訂定規格
		Paeoniflorin: 14-56mg		
		Glycyrrhizin: 19-57mg		
成分鑑別	TLC	葛根、麻黃、生薑、 桂枝、芍藥、甘草炙、 大棗	葛根、麻黃、生薑、 桂枝、芍藥、炙甘草、 大棗	除指定藥材外，自行 選定藥材，總數應達 處方二分之一以上
乾燥減重		10.0%以下<通則 2.41>	7.0%以下	
總灰分		12.0%以下<通則 5.01>	-	
異常物質	總重金屬	30 ppm 以下<通則 1.07>	-	30 ppm 以下
	砷	3 ppm 以下<通則 1.11>	-	3 ppm 以下
	鎘	-	-	0.5 ppm 以下
	鉛	-	-	10 ppm 以下
	汞	-	-	0.5 ppm 以下
	總生菌數	-	微生物限量 依劑型而定	10 ⁵ cfu/g
	大腸桿菌	-		不得檢
沙門氏菌	-	不得檢出		

註 1. 中藥濃縮製劑指標成分定量相關公告：

- (1) 中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項；行政院衛生署八十四年五月四日衛署字第八四〇二四一六五號函
- (2) 葛根湯等十方濃縮製劑之國產及輸入新案藥品查驗登記及藥品許可證有效期間展延時，應檢附「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」；行政院衛生署八十九年七月二十四日衛署字第八九〇四〇二五六號公告
- (3) 「葛根湯」等十方濃縮製劑外，知柏地黃丸、龍膽瀉肝湯等十方濃縮製劑之國產與輸入藥品查驗登記新案申請及藥品許可證有效期限屆滿申請展延，應依「中藥濃縮製劑制訂指標成分定量法及規格注意事項」之規定，檢附相關資料；行政院衛生署九十一年十二月二十三日衛署中會字第〇九一〇〇七九一九一號公告

註 2. 申請中藥藥品查驗登記應檢附薄層層析檢驗資料；行政院衛生署七十五年十二月二十九日衛署字第六三六六六〇號公告

因此本計畫完成臺灣中藥典規格研究—將研議中藥單方及複方之中藥濃縮製劑檢驗方法、成分含量標準。並將由實際從事中藥濃縮製劑檢驗實驗室分析指標成分含量，再由各領域專家學者們共同研議建立標準，提升臺灣中藥典收載內容的深度及廣度，並且制定出「臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南（草案）」、中藥濃縮丸劑草案可加速臺灣中藥典收載中藥濃縮製劑品項。因此臺灣中藥典新增收載中醫臨床常用中藥濃縮製劑品項，可規範中藥濃縮製劑產品之規格、品質之訂定，有助於醫療保健，確保中醫臨床療效及安全，又有利於世界各國中藥產業或主管機關之參閱和應用，讓臺灣中藥製劑產品更具國際競爭力。

本計畫所已達成之目標以及所要完成之工作項目如下：

1. 完成 2 項單方【延胡索及葛根（含野葛及甘葛藤基原）】中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、定性及指標成分含量檢測、中藥標準湯劑分析。
2. 本計畫須由至少 3 家實驗室（具有實驗方法確效之能力）執行檢驗分析，前項所列 3 種中藥濃縮製劑須蒐集 10 家中藥廠市售濃縮製劑檢品，分送各實驗室進行檢驗，檢驗項目為乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、定性及指標成分含量檢測等。如確實無法取得 10 家中藥廠生產之檢品，得以單一藥廠不同批次之檢品替代。
3. 化學分析及指標含量成分方法可參考「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」進行品質研究。
4. 完成前述 4 種中藥濃縮製劑中藥典品質規格草案。
5. 107 年 3 月底前完成臺灣中藥典第三版編修作業。
6. 召開 4 場臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版中藥製劑小組專家會議。必要時配合中藥典總編修加開臨時會。
7. 編修中藥典中藥製劑相關通則。
8. 研議訂定「中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南」。
9. 比較分析臺灣中藥典與他國藥典中藥製劑相關收載內容之優缺點。
10. 回復臺灣中藥典第三版公告後之相關疑義及藥典相關中藥製劑訊息之諮詢問題與意見。
11. 評估及提供藥典中藥製劑提案之建議。
12. 參加其他藥典編修分小組會議，提供中藥製劑相關專業意見。

貳、材料與方法

一、完成 2 項單方【延胡索及葛根（含野葛及甘葛藤基原）】中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、定性及指標成分含量檢測、中藥標準湯劑分析。

本研究計畫為確保中藥濃縮製劑品質，針對 2 項單方『延胡索、葛根（野葛和甘葛藤之基原）』中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑，將參考日本藥局方第 17 版、中國大陸藥典 2015 年版及臺灣中藥濃縮製劑現行法規公告，化學分析及指標含量成分方法亦將參考「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」進行品質研究。指標成分之選擇以生理活性成分為主，若其生理活性成分無法測定者，則設定其它可定量之指標成分；中藥單味濃縮製劑指標成分擬以每公克含量(mg/g)為標示，中藥複方濃縮製劑指標成分擬以每日量含量(mg/day)為標示，將提專家會議研議。實驗室之選定是以通過 TAF 認證實驗室為優先盲樣選定，本計畫選定之實驗室均是 TAF 認證實驗室。

針對本次研究單方『延胡索、葛根（野葛和甘葛藤之基原）』中藥濃縮製劑及複方（葛根湯）中藥濃縮製劑，將收集鄰近各國藥典包括中國大陸藥典 2015 年版、日本藥局方第十七版，並委請食藥署提供有關廠商之檢驗方法、成分含量標準檢測方法，於專家會議中提出討論，做為預定單方及複方中藥濃縮製劑之檢驗方法、成分含量標準。最後協請國家中醫藥研究所協助確認。

（一）研究方法研議

1. TLC 及 HPLC 檢驗方法收集日本藥局方第 17 版、中國大陸藥典 2015 年版及臺灣中藥濃縮製劑現行法規公告，做為預定單方及複方中藥濃縮製劑之檢驗方法、成分含量標準，協請國家中醫藥研究所協助確認並提中藥製劑分小組委員會研議。化學分析及指標含量成分方法亦參考「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」進行品質研究。
2. 指標成分之選擇以生理活性成分為主，若其生理活性成分無法測定者，則設定其它可定量之指標成分；中藥單味濃縮製劑指標成分以每公克含量(mg/g)為標示，中藥複方濃縮製劑指標成分以每日量含量(mg/day)為標示。

3. 實驗室之選定以通過 TAF 認證實驗室為優先盲樣選定，本計畫所選定之三家實驗室均為 TAF 認證實驗室。

(二) 樣品收集及送檢

1. 樣品選擇：抽樣方式是從有中藥許可證且有製造該產品之廠家採隨機從市場品購買。隨機購買 10 家不同製造商或同廠商不同批號生產之濃縮製劑市售品單一批號各 600 公克，每樣品分裝為 5 份盲樣，其中一份由主持人留樣，一份由國家中醫藥研究所複驗，餘 3 份盲樣隨機分給 3 家實驗室。
2. 品保措施：由 10 家檢品中隨機取 1 個檢品，多購買同一批號 2 倍量，分裝成 2 個盲樣檢品，連同分析之 10 個盲樣隨機編號，一起送各實驗室檢驗，作為分析結果制定是否允收之依據，以確保檢驗品質。
3. 檢品分裝流程：拍照存證→拆封→倒入混合袋混合均勻→秤重分裝於盲樣瓶中→盲樣瓶封口→貼標→分裝完成。為避免汙染，盲樣瓶先使用紫外光消毒，混合袋及分裝用藥匙均採一次性使用，不回收。
4. 送檢流程：檢品送檢流程為本計畫辦公室收集 10 家樣品及 2 個品保樣品，分裝後送交 3 家 TAF 實驗室，送驗前確認檢品包裝完好，確實記錄後寄送 TAF 實驗室，TAF 實驗室收到檢品後確認檢品完好無損壞，紀錄後回函寄回，以確保運送過程無受到破壞。

(三) 中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物等五項檢查

1. 以濃縮散、濃縮細粒、濃縮顆粒為優先，同一張許可證三批次之檢驗數據，函請購買的市售產品廠商提供最近三批乾燥減重、總灰分、酸不性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物之檢驗數據。
2. 實驗室依照五項檢查之標準作業流程進行 2 項單方及 2 項複方乾燥減重、總灰分、酸不性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物，並與市售濃縮製劑之調查結果比對。

(四) TLC 及 HPLC 檢驗方法開發及交付三家實驗室檢驗市售濃縮製劑樣品

1. 實驗室根據已決議之指標成分進行 TLC 鑑別及 HPLC 指標成

分含量測定方法，參考各國藥典，進行方法開發，並依實際狀況做分析條件之修正。

2. 將已開發完成之檢驗方法及結果交付中藥製劑分小組委員會或召開專家學者會議討論確認。
3. 將確認完成之 TLC 及 HPLC 檢驗方法製成標準作業流程交給三家合作實驗室。
4. 三家實驗室依照標準作業流程完成 10 家市售濃縮製劑及 2 個品保樣品之 TLC 鑑別及 HPLC 指標成分含量測定，完成後將結果填入表格，並回傳給計畫主持人。收到各實驗室數據後，彙整各樣品分析結果，予以統計，交付專家委員會討論。
5. 以統計，交付專家委員會討論。

(五) TLC 及 HPLC 分析方法

1. 試劑：葛根素(Puerarin)、芍藥苷(Paeoniflorin)、甘草酸(Glycyrrhizic acid)購自食品藥物管理署。[6]-薑醇([6]-Gingerol)、桂皮醛(Cinnamaldehyde)、桂皮酸(Cinnamic acid)購自長雅科技公司(Taiwan)。延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)、硝酸去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline nitrate)購自美艾利爾公司(Wako)。麻黃鹼(Ephedrine)、鹽酸偽麻黃素(Pseudoephedrine HCl)購自友和貿易股份有限公司(Taiwan)。Acetonitrile、methanol、sulfuric acid、toluene 購自 J.T. Baker 公司(USA)。Ethylacetate、n-hexene、ether、isopropanol 購自 Sigma-Aldrich 公司(Germany)。Glacial acetic acid、hydrochloric acid 購自 Fluka 公司(Germany)。
2. 儀器設備
 - (1) 薄層層析板(Merck Silica gel 60 F₂₅₄ 20 x 20 cm, Germany)，置於 105°C 烘箱活化 30 分鐘後，保存於乾燥箱中備用。
 - (2) 迴轉式濃縮機(Buchi Rotavapor R200 Series, Switzerland)
 - (3) 烘箱(Cheng Sang S-45, Taiwan)
 - (4) 電子天平(Shimadzu ATY224, Japan)
 - (5) 超音波振盪器(Delta Ultrasonic Cleaner DC200H, Taiwan)
 - (6) 高效液相層析儀(Shimadzu 10AVP HPLC System, Japan)
3. 延胡索濃縮製劑 TLC 鑑別及 HPLC 含量分析方法
 - (1) 延胡索濃縮製劑鑑別方法

試劑配製方法：70 % 乙醇：取95 % 乙醇73.7 mL，加水定容至100 mL。

標定成分	延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)
檢品溶液配製	取延胡索濃縮製劑1.0 g，加入70 % 乙醇10 mL，超音波萃取10分鐘，離心，取上清液作為檢品溶液。
對照藥材溶液配製	取延胡索對照藥材1.0 g，加入70 % 乙醇10 mL，超音波萃取10分鐘，離心，取上清液作為檢品溶液。
對照標準品溶液配製	取Tetrahydropalmatine適量，溶於70 % 乙醇使成濃度為0.1 mg/mL，作為對照標準品溶液
薄層板	含有螢光劑之矽膠薄層板(TLC Silica gel 60 F254)
點注量	對照標準品2 μ L，檢品溶液及對照藥材溶液10 μ L
展開距離	7 cm
展開溶媒	正己烷：乙酸乙酯：甲醇 = 7 : 3 : 1
檢出方法	取出層析板於空氣中乾燥後，置碘缸中約3分鐘後取出，揮盡板上吸附的碘後，於主波長365 nm之紫外燈照射下檢視之
檢出結果	檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現黃色螢光斑點之色調及 R_f 值均一致

(2) 延胡索濃縮製劑 HPLC 含量分析 - 去氫延胡索鹼 (Dehydrocorydaline) 和延胡索乙素 (Tetrahydropalmatine)

試劑配製方法：75% 甲醇：取甲醇75mL，加水定容至100 mL。

A. HPLC 分析條件

- a. 層析管柱：COSMOSIL 5C18-MS II (5 μ m, 4.6 mm \times 250 mm)
- b. 移動相條件：A：乙腈；B：0.1% 磷酸+0.22% 三乙胺 (pH 為 6) (取去離子水約 800 mL，加入 1 mL 磷酸，搖勻，再加入三乙胺 2.2 mL，搖勻，定容至 1000 mL，若 pH 非為 6，則用三乙胺調整至 pH=6)

min	ACN%	0.1% 磷酸+0.22% 三乙胺
0	30	70
30	60	40
40	80	20

- c. 流速：1.0 mL/min
- d. 檢測波長：-Dehydrocorydaline 266nm (標準品用 Dehydrocorydaline nitrate)-Tetrahydropalmatine 220nm
- e. 分析時間：40 分鐘
- f. 檢品量：10 μ L
- g. 溫度：室溫

B. HPLC 系統適用性與系統重覆性測試

- a. 儲存溶液：分別精稱 5 mg 的 Dehydrocorydaline nitrate 和 Tetrahydropalmatine，分別加 75% 甲醇定容至 5 mL，分別得到 Dehydrocorydaline nitrate (1000 μ g/mL) 和 Tetrahydropalmatine (1000 μ g/mL) 等儲存溶液。
- b. 工作溶液：分取 Dehydrocorydaline nitrate 儲存溶液 1.0 mL 及 Tetrahydropalmatine 儲存溶液 1.0 mL，混勻後加 75% 甲醇定容至 10 mL，即為標準品溶液。濃度分別為：Dehydrocorydaline nitrate 100 μ g/mL (相當於 Dehydrocorydaline 85.5 μ g/mL) 及 Tetrahydropalmatine 100 μ g/mL。在以 0.45 μ m 微孔薄膜過濾，每針 10 μ L 進行 HPLC 分析。

C. 系統適用性及系統重複性

- a. 系統適用性：取標準品溶液 10 μ L，注入層析裝置分析，理論板數去氫延胡索鹼峰計算應不低於 10000，不對稱因子 (或拖尾因子，TF) 不得超過 2.0。
- b. 系統重覆性：取標準品溶液 10 μ L，重覆六次注入層析裝置分析，所得到各訊號峰面積的相對標準差不得超過 1.5 %。

D. 延胡索藥材檢品分析

- a. 延胡索藥材檢品配製：精稱檢品粉末 1.0 g，置附塞之離心沉澱管中，加 75% 甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，離心取上清液，移入 20 mL 容量瓶，藥渣重覆上步驟再抽提一次，合併全部上清液，加 75% 甲醇定容到 20 mL，0.45 μ m 微孔薄膜過濾，HPLC 分析 (每針 10 μ L)。
- b. 結果計算

$$\text{硝酸去氫延胡索鹼}(\text{mg/g})=0.02 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U : 檢品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

r_S : 對照標準品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

c_S : 硝酸去氫延胡索鹼對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U : 檢品重量(g)以乾品計之

$$\text{延胡索乙素}(\text{mg/g})=0.02 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U : 檢品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

r_S : 對照標準品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

c_S : 延胡索乙素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U : 檢品重量(g)以乾品計之

- c. 取三批次藥材，每批次取一個樣品，共三個樣品，以上述步驟前處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

E. 延胡索標準湯劑分析

- a. 標準湯劑製備：取符合《臺灣中藥典》規格之延胡索藥材飲片 25 g，精確稱定，加水 500 mL，浸泡半小時，隨後加熱煮沸半小時以上，待煎煮液體積略少於 250 mL，趁熱過濾，取少量水洗滌藥渣後，併入濾液。冷卻後以水定容至 250 mL。

- b. HPLC 前處理：標準湯劑經 0.45 μm 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μL ）。

- c. 結果計算

$$\text{硝酸去氫延胡索鹼}(\text{mg/g})=0.25 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U : 檢品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

r_S : 對照標準品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

c_S : 硝酸去氫延胡索鹼對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U : 檢品重量(g)以乾品計之

$$\text{延胡索乙素}(\text{mg/g})=0.25 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U : 檢品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

r_S : 對照標準品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

c_S : 延胡索乙素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U : 檢品重量(g)以乾品計之

- d. 取與上述第 3 點藥材同批次之藥材做標準湯劑，每批次取一個樣品，共三個樣品，以上述步驟前處理，每

個樣品重覆打 2 針，取平均值。

F. 延胡索濃縮製劑檢品分析

a. 延胡索濃縮製劑檢品製備：精稱檢品粉末 1.0 g，置附塞之離心沉澱管中，加 75% 甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，離心取上清液，移入 20 mL 容量瓶，藥渣重複上步驟再抽提一次，合併全部上清液，加 75% 甲醇定容到 20 mL，0.45 μm 微孔薄膜過濾 HPLC 分析（每針 10 μL）。

b. 結果計算

$$\text{硝酸去氫延胡索鹼}(\text{mg/g}) = 0.02 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

c_S ：硝酸去氫延胡索鹼對照標準品溶液之濃度(μg/mL)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

$$\text{延胡索乙素}(\text{mg/g}) = 0.02 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

c_S ：延胡索乙素對照標準品溶液之濃度(μg/mL)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

c. 每個製劑取一個樣品，依前述步驟處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

4. 葛根濃縮製劑 TLC 鑑別及 HPLC 含量分析方法

(1) 葛根濃縮製劑鑑別方法

試劑配製方法：稀甲醇(1→2)：取1份甲醇加水定容至2份(1：1)備用。

標定成分	Puerarin (葛根素)
檢品溶液配製	取本品粉末 2.0 g，加稀甲醇(1→2) 10mL，超音波振盪15分鐘，離心，取上清液作為檢品溶液。
對照藥材溶液配製	取葛根對照藥材2.0 g，同法製成對照藥材溶液。
對照標準品溶液配製	取葛根素(Puerarin)對照標準品1 mg溶於稀甲醇(1→2) 1 mL，作為對照標準品溶液
薄層板	含有螢光劑之矽膠薄層板(TLC Silica gel 60 F ₂₅₄)

點注量	對照標準品2 μL ，檢品溶液及對照藥材溶液5 μL
展開距離	5~10 cm
展開溶媒	乙酸乙酯：甲醇：水 = 12：2：1
檢出方法	取出層析板於空氣中乾燥後，於主波長365 nm之紫外燈照射下檢視之
檢出結果	檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白色螢光斑點之色調及 R_f 值均一致

(2) 葛根濃縮製劑 HPLC 指標成分定量—葛根素(Puerarin)

A. 試劑配製方法：稀甲醇(1→2)：取 1 份甲醇加水定容至 2 份(1：1)備用。

B. HPLC 分析條件

a. 層析管柱：COSMOSIL 5C18-AR-II (5 μm , 4.6 mm \times 25 cm)

b. 移動相條件：

時間(min)	Acetonitrile (%)	0.1% 甲酸(%)
0	10	90
40	35	65
45	10	90
60	10	90

(40-60 分鐘為回復初始比例及平衡時間)

c. 流速：1.0 mL/min

d. 檢測波長：UV 250 nm

e. 分析時間：60 分鐘

f. 檢品量：10 μL

g. 溫度：室溫

C. HPLC 系統適用性與系統重覆性測試

對照標準品溶液：精確稱取葛根素(puerarin) 5 mg，加稀甲醇(1→2)定容至 50 mL，作為對照標準品溶液(0.1mg/mL)。以 0.45 μm 微孔薄膜過濾，每針 20 μL 進行 HPLC 分析。

D. 系統適用性及系統重複性

a. 系統適用性：取標準品溶液 10 μL ，注入層析裝置分

析（參考日本藥典）理論板數按葛根素峰計算應不低於 3000。不對稱因子（拖尾因子，TF）不得超過 2.0。

- b. 系統重覆性：取標準品溶液 10 μL ，重覆六次注入層析裝置分析，所得到各訊號峰面積的相對標準差不得超過 1.5 %。

E. 葛根藥材檢品分析

- a. 葛根藥材檢品配製精稱檢品粉末 0.5 g，置附塞之離心沉澱管中，加稀甲醇(1→2) 30 mL，超音波振盪 30 分鐘，離心取上清液，移入 100 mL 容量瓶，藥渣重覆上步驟再抽提一次，合併全部上清液，加稀甲醇(1→2) 定容到 100 mL，0.45 μm 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μL ）。

b. 結果計算

$$\text{葛根素}(\text{mg/g}) = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

- c. 取三批次藥材，每批次取一個樣品($n=1$)，共三個樣品，以上述步驟前處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

F. 葛根標準湯劑分析

- a. 標準湯劑製備：取符合《臺灣中藥典》規格之葛根藥材飲片 25 g，精確稱定，加水 500 mL，浸泡半小時，隨後加熱煮沸半小時以上，待煎煮液體積略少於 250 mL，趁熱過濾，取少量水洗滌藥渣後，併入濾液。冷卻後以水定容至 250 mL。

- b. HPLC 前處理：精確量取標準湯溶液 5 mL，置於附塞之離心沉澱管中，加稀甲醇(1 → 2) 70 mL，超音波振盪 30 分鐘後過濾，濾液移入 100 mL 容量瓶，以稀甲醇(1 → 2)定容至 100 mL，均勻混和後，0.45 μm 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μL ）。

c. 結果計算

$$\text{葛根素(mg/g)} = 5 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：重量(g)以乾品計之

- d. 取與上述第 3 點藥材同批次之藥材做標準湯劑，每批次取一個樣品，共三個樣品，以上述步驟前處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

G. 葛根濃縮製劑檢品分析

- a. 葛根濃縮製劑檢品製備：精稱檢品粉末 0.5 g，置附塞之離心沉澱管中，加稀甲醇(1→2) 30 mL，超音波振盪 30 分鐘，離心取上清液，移入 100 mL 容量瓶，藥渣重複上步驟再抽提一次，合併全部上清液，加稀甲醇(1→2)定容到 100 mL，0.45 μm 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μL ）。

b. 結果計算

$$\text{葛根素(mg/g)} = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

- c. 每個製劑取一個樣品，依前述步驟處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

5. 葛根湯濃縮製劑 TLC 及 HPLC 分析方法

葛根湯鑑別方法

6. 野葛、甘葛藤—葛根素(Puerarin)

(1) 檢品溶液配製：

取檢品 2.0 g，加入 10 mL 水和 10 mL 正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪 30 分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。

(2) 對照藥材溶液配製：

取葛根對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。

(3) 對照標準品溶液配製：

取葛根素(Puerarin)對照標準品，加甲醇溶解，製成1 mg/mL作為對照標準品溶液。

- (4) 展開劑：乙酸乙酯:甲醇：水(20：3：2)
- (5) 點注量：檢品溶液及對照藥材溶液各5 μ L，對照標準品溶液2 μ L
- (6) 展開距離：5~10 cm
- (7) 檢出方法：取出層析板風乾，於主波長365 nm之紫外燈照射下檢視之。
- (8) 結果判定：檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白色螢光斑點之色調及 R_f 值均一致

7. 白芍—芍藥苷(Paeoniflorin)

- (1) 檢品溶液配製：

取檢品2.0 g，加入10 mL水和10 mL正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪30分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。

- (2) 對照藥材溶液配製：

取白芍對照藥材1.0 g，同法製成對照藥材溶液。

- (3) 對照標準品溶液配製：

取芍藥苷(Paeoniflorin)對照標準品，加甲醇溶解製成1 mg/mL，作為對照標準品溶液。

- (4) 展開劑：乙酸乙酯：甲醇：水(20：3：2)
- (5) 點注量：檢品溶液及對照藥材溶液各5 μ L，對照標準品溶液2 μ L
- (6) 展開距離：5~10 cm
- (7) 檢出方法：取出層析板風乾，噴以*p*-Anisaldehyde/ H_2SO_4 TS，105°C加熱5分鐘，冷卻後於可見光下檢視。
- (8) 結果判定：檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現紫色斑點之色調及 R_f 值均一致。

8. 炙甘草—甘草酸(glycyrrhizic acid)

- (1) 檢品溶液配製：

取檢品2.0 g，加入10 mL水和10 mL正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪30分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。

(2) 對照藥材溶液配製：

取炙甘草對照藥材1.0 g，同法製成對照藥材溶液。

(3) 對照標準品溶液配製：

取甘草酸(Glycyrrhizic acid)對照標準品，加甲醇溶解製成1 mg/mL，作為對照標準品溶液。

(4) 展開劑：正丁醇：水：冰醋酸(7：2：1)

(5) 點注量：檢品溶液及對照藥材溶液各5 μ L，對照標準品溶液2 μ L

(6) 展開距離：5~10 cm

(7) 檢出方法：取出層析板風乾，於主波長254 nm之紫外燈照射下檢視之。

(8) 結果判定：檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現斑點之色調及R_f 值均一致。

9. 麻黃—麻黃鹼(Ephedrine)

(1) 檢品溶液配製：

取檢品2.0 g，加入10 mL水和10 mL正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪30分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。

(2) 對照藥材溶液配製：

取麻黃對照藥材1.0 g，同法製成對照藥材溶液。

(3) 對照標準品溶液配製：

取麻黃鹼(Ephedrine)對照標準品，加甲醇溶解製成1 mg/mL，作為對照標準品溶液。

(4) 展開劑：1-丙醇；乙酸乙酯：水：乙酸(4：4：2：1)

(5) 點注量：檢品溶液及對照藥材溶液各5 μ L，對照標準品溶液2 μ L

(6) 展開距離：5~10 cm

(7) 檢出方法：取出層析板風乾，噴以Ninhydrin/乙醇試液，105°C加熱5分鐘，冷卻後於可見光下檢視。

(8) 結果判定：檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現紫色斑點之色調及R_f 值均一致。

10. 桂枝—桂皮酸(Cinnamic acid)

(1) 檢品溶液配製：

取檢品2.0 g，加入10 mL水和10 mL正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪30分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。

(2) 對照藥材溶液配製：

取桂枝對照藥材1.0 g，同法製成對照藥材溶液。

(3) 對照標準品溶液配製：

取桂皮酸(Cinnamic acid)對照標準品，加甲醇溶解製成1 mg/mL，作為對照標準品溶液。

(4) 展開劑：乙酸乙酯：甲醇(20：3)

(5) 點注量：檢品溶液及對照藥材溶液各10 μ L，對照標準品溶液2 μ L

(6) 展開距離：5~10 cm

(7) 檢出方法：取出層析板於空氣中乾燥後，於主波長254 nm之紫外燈照射下檢視之。

(8) 結果判定：檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現斑點之色調及Rf值均一致。

11. 生薑—[6]-薑醇([6]-gingerol)

(1) 檢品溶液配製：

取2.0 g檢品，加入10 mL水，搖勻，再加入25 mL乙醚，搖勻，取乙醚層揮發，殘留物溶於2 mL甲醇作為檢品溶液。

(2) 對照藥材溶液配製：

取乾薑對照藥材1.0 g，同法製成對照藥材溶液。

(3) 對照標準品溶液配製：

取[6]-薑醇([6]-gingerol)對照標準品，加甲醇溶解製成1 mg/mL，作為對照標準品溶液。

(4) 展開劑：正己烷：乙酸乙酯(1：1)

(5) 點注量：檢品溶液及對照藥材溶液各5 μ L，對照標準品溶液2 μ L

(6) 展開距離：5~10 cm

(7) 檢出方法：取出層析板風乾，噴以*p*-Anisaldehyde/H₂SO₄ TS，105°C加熱5分鐘，冷卻後於可見光下檢視。

(8) 結果判定：檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現紫色斑點之色調及Rf值均一致。

(六) 葛根湯 HPLC 含量分析-葛根素(Puerarin)，麻黃鹼及偽麻黃鹼 (Ephedrine/ Pseudoephedrine)

A. HPLC 分析條件

- a. 管柱：COSMOSIL 5C18-AR II (4.6ID x 250 mm，5 μ m)
- b. 移動相：A：乙腈；B：磷酸水溶液(15 mM，pH 值=2.0) (取去離子水約 800 mL，加入 0.87 mL 磷酸，搖勻，定容至 1000 mL)

min	ACN%	磷酸水溶液(15mM，pH 值=2.0)
0	5	95
5	5	95
17	11	89
35	20	80

- c. 檢測波長：麻黃鹼和偽麻黃鹼 210 nm、葛根素 250 nm
- d. 注射量：10 μ L
- e. 流速：1mL/min
- f. 溫度：室溫
- g. 時間：35 min

B. HPLC 系統適用性與系統重覆性測試

- a. 對照標準品溶液配製：Puerarin (購自食藥署)、Ephedrine HCl 1.0 mg/mL in methanol (as free base) (E-011 Cerilliant, 購自 Sigma)、Pseudoephedrine 1.0 mg/mL in methanol (P-035 Cerilliant, 購自 Sigma)
- b. Puerarin 儲存溶液：精稱 5 mg Puerarin，加 50% 甲醇定容至 5 mL，得到 Puerarin (1000 μ g/mL) 儲存溶液。
- c. 工作溶液：分取 Puerarin 儲存溶液 100 μ L、Ephedrine 標準品溶液(1.0 mg/mL) 25 μ L 及 Pseudoephedrine 標準品溶液 (1.0 mg/mL) 25 μ L，混和後加 50 % 甲醇定容至 1mL，即為標準品溶液。濃度分別為：Puerarin 100 μ g/mL、Ephedrine 25 μ g/mL 及 Pseudoephedrine 25 μ g/mL。
- d. 以 0.45 μ m 微孔薄膜過濾，每針 10 μ L 進行 HPLC 分析。

C. 系統適用性及系統重複性

- a. 系統適用性：取標準品溶液 10 μ L，注入層析裝置分析，理

論板數按葛根素峰計算應不低於 5000；理論板數按鹽酸麻黃鹼峰計算應不低於 3000；不對稱因子（或拖尾因子，TF）不得超過 2.0。

- b. 系統重覆性：取標準品溶液 10 μL ，重覆六次注入層析裝置分析，所得到各訊號峰面積的相對標準差不得超過 1.5 %。

D. 葛根湯藥材檢品分析

- a. 葛根及麻黃藥材樣品製備：取檢品粉末約 0.5 g，精確稱定。加 50% 甲醇 40 mL，超音波振盪 30 分鐘後離心，取出上清液，移入 100 mL 容量瓶，離心管內之藥渣，同上操作再抽提一次，合併上清液，以 50% 甲醇定容至 100 mL，0.45 μm 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μL ）。

- b. 計算結果

葛根藥材中指標成分含量計算

$$\text{葛根素}(\text{mg/g}) = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

麻黃藥材中指標成分含量計算

$$\text{麻黃鹼/偽麻黃鹼}(\text{mg/g}) = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

c_S ：麻黃鹼/偽麻黃鹼對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

- c. 取三批次藥材，每批次取一個樣品($n=1$)，共三個樣品，以上述步驟前處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

E. 葛根湯標準湯劑分析

- a. 標準湯製備：取符合《臺灣中藥典》規格之葛根湯藥材飲片（葛根 6、麻黃 4.5、桂枝 3、白芍 3、炙甘草 3、生薑 4.5、大棗 4，一日飲片量 28 公克）。精確稱定，加 20 倍量水(560 mL)，隨後加熱煮沸至煎煮液體積略少於 280 mL，趁熱以雙層紗布過濾，取少量水洗滌藥渣後，併入濾液。冷卻後以水定容至 280 mL。

b. HPLC 前處理：精確量取標準湯溶液 20 mL，移入 100 mL 容量瓶中，以 50 % 甲醇定容至 100mL，均勻混和後，以 0.45 μ m 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μ L）。

c. 計算結果

$$\text{葛根素(mg/g)} = 6 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度(μ g/mL)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

麻黃藥材中指標成分含量計算

$$\text{麻黃鹼/偽麻黃鹼(mg/g)} = 4.5 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

c_S ：麻黃鹼/偽麻黃鹼對照標準品溶液之濃度(μ g/mL)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

d. 取與上述藥材同批次之藥材做標準湯劑，每批次取一個樣品 (n=1)，共三個樣品，以上述步驟前處理，每個樣品重覆打 2 針，取平均值。

F. 葛根湯濃縮製劑檢品分析

a. 葛根湯濃縮製劑檢品製備：取檢品粉末約 0.5 g，精確稱定，加 50% 甲醇 40 mL，超音波振盪 30 分鐘後離心，取出上清液，移入 100 mL 容量瓶，離心管內之藥渣，同上操作再抽提一次，合併上清液，以 50% 甲醇定容至 100 mL，0.45 μ m 微孔薄膜過濾，HPLC 分析（每針 10 μ L）。

b. 結果計算

$$\text{葛根素(mg/g)} = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度(μ g/mL)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

麻黃藥材中指標成分含量計算

$$\text{麻黃鹼/偽麻黃鹼(mg/g)} = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

r_s ：對照標準品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

c_s ：麻黃鹼/偽麻黃鹼對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

二、完成單方及複方之中藥濃縮製劑之之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、定性及指標成分含量檢測、中藥標準湯劑分析。

本計畫預訂由 3 家中藥濃縮製劑檢驗實驗室完成 2 項單方『延胡索、葛根（野葛和甘葛藤之基原）』中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之 TLC 定性鑑別及指標成分 HPLC 含量檢測、中藥標準湯劑分析，3 家實驗室分別為勝昌製藥廠股份有限公司、順天堂藥廠股份有限公司及莊松榮製藥廠有限公司。『延胡索、葛根（野葛和甘葛藤之基原）』中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之一般檢查及其他規定（乾燥減重、總灰分、酸不性灰分）水抽提物、稀乙醇抽提物，因三家實驗室認為五大項分析（乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物）屬常規試驗，產品出廠前都已分析，且數值變動不大！不需要再分析！因此擬就採樣之市售品同一批號發文詢求製造廠商提供數據。有關葛根濃縮製劑及葛根湯濃縮製劑使用之葛根藥材為野葛或甘葛藤，將就採樣之市售品同一批號先行發文尋問製造廠商，提供使用葛根藥材之基原資料。

抽樣方式是從有藥證且有製造該產品之廠家採隨機從市場品購買。隨機購買 10 家不同製造商或同廠商不同批號生產之濃縮製劑市售品單一批號各 600 公克，每樣品分裝為 5 份盲樣，其中一份由主持人留樣，一份由國家中醫藥研究所複驗，餘 3 份盲樣隨機分給 3 間實驗室，每間實驗室分得 10 個盲樣進行指標成分的三重覆分析。製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定，由認證實驗室以藥材製作標準湯劑，每家實驗室以三批藥材各三重覆進行分析。

分裝流程如下：拍照存證→拆封→倒入混合袋混合均勻→秤重分裝於盲樣瓶中→盲樣瓶封口→貼標→分裝完成。為避免汙染，盲樣瓶先使用紫外光消毒，混合袋及分裝用藥匙均採一次性使用，不回收。本計畫另訂定品保措施如下：由 10 家檢品中隨機取 1 個檢品，多購買同一批號 2 倍量，分裝成 2 個盲樣檢品，連同分析之 10 個盲樣隨機編號，一起送各實驗室檢驗，作為分析結果制定是否允收之依據，以確保檢驗品質專家委員會議確認方法及檢驗項目，送請國家中醫藥研究所協助及確認後，將樣品寄送至各實驗室，檢品送檢流程及與 TAF 實驗室之管制 SOP 為本計畫辦公室收集

10 家不同製造商或同廠商不同批號生產之濃縮製劑，分裝後送交 3 家 TAF 實驗室，送驗前確認檢品包裝完好，確實記錄後寄送 TAF 實驗室，TAF 實驗室收到檢品後確認檢品完好無損壞，紀錄後回函寄回；TAF 實驗室檢驗流程需依照 TAF 規範及中藥製劑小組委員會決議後進行實驗檢測及分析，各實驗室測定完成後將結果填入表格，並回傳給計畫主持人。收到各實驗室數據後，彙整各樣品分析結果，予以統計，並提出成分含量規格標準建議數值，交付專家委員會議討論，最後提出建議。

三、完成 2 項單方（延胡索、葛根）中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑中藥典品質規格草案

根據「臺灣中藥典專業編修事務」中藥製劑分小組已制定之中藥單味濃縮製劑及中藥複方濃縮製劑內容及撰寫格式，完成三項中藥濃縮製劑之中藥典品質規格草案，並交由專家會議討論。

四、召開 4 場臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版中藥製劑小組專家會議。

本計畫分別已於 107 年 04 月 02 日、107 年 06 月 15 日、107 年 09 月 12 日、107 年 11 月 09 日召開四場次之「中藥製劑小組」會議。每次會議均由計畫主持人就 107 年度預定完成之工作項目收集相關文獻資料及實驗數據，再透過中藥製劑小組專家委員會議提案討論。每次會議委員都踴躍出席。

五、編修中藥典中藥製劑相關通則。

106 年度已完成中藥濃縮製劑通則及中藥濃縮錠劑通則草案，本年度擬完成中藥濃縮丸劑通則。

六、研議訂定「中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南」。

106 年度已完成中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南草案，擬提臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版中藥製劑小組會議研議訂定。

七、比較分析臺灣中藥典與他國藥典中藥製劑相關收載內容之優缺點。

針對三種濃縮製劑，收集鄰近各國藥典包括中國藥典 2015 年版及日本藥局方第十七版，可知延胡索及葛根及葛根湯，日本藥局方及中國藥典均已收錄，且已有相關規範，但臺灣中藥典並未收載中藥濃縮製劑。

八、回復臺灣中藥典第三版公告後之相關疑義及藥典相關中藥製劑訊息之諮詢問。

未來臺灣中藥典公告後，將協助回復藥典相關中藥製劑訊息之諮詢問題與意見。

九、107 年 3 月底前完成臺灣中藥典第三版編修作業。

完成臺灣中藥典第三版編修作業，收載加味道遙散濃縮製劑及黃芩濃縮製劑。

參、結果

一、完成 2 項單方【延胡索及葛根（含野葛及甘葛藤基原）】中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物、定性及指標成分含量檢測、中藥標準湯劑分析。

（一）研究方法研議

本計畫於 107/04/02 經第十四次會議討論單方（延胡索、葛根）中藥濃縮製劑及複方（葛根湯）中藥濃縮製劑之 TLC 鑑別、指標成分含量測定方法、一般檢查及其他規定、水抽提物、稀乙醇抽提物，經委員會議討論，通過以延胡索濃縮製劑、葛根濃縮製劑及葛根湯濃縮製劑為本年度開發中藥濃縮製劑藥典收載格式之研究標的。中藥濃縮製劑 TLC 檢驗及 HPLC 含量測定之指標成分：延胡索濃縮製劑 TLC 檢驗延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)。指標成分測定為延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)及硝酸去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline nitrate)。葛根濃縮製劑 TLC 檢驗及指標成分測定均為葛根素(Puerarin)。葛根湯濃縮製劑 TLC 檢驗葛根素(Puerarin)、麻黃鹼(Ephedrine)、桂皮醛(Cinnamaldehyde)、芍藥苷(Paeoniflorin)、甘草酸(Glycyrrhizic acid)、6-薑辣素(6-gingerol)。指標成分測定(1)葛根素(Puerarin)、(2)總生物鹼：麻黃素(Ephedrine)及偽麻黃素(Pseudoephedrine)。中藥濃縮製劑之一般檢查及其他規定（乾燥減重、總灰分、酸不性灰分）水抽提物、稀乙醇抽提物，則進行市售產品調查。

（二）檢品收集及送檢

樣品從有中藥許可證且有製造該產品之廠家採隨機從市場品購買 10 家不同製造商之濃縮製劑，本計畫共收集 10 家市售濃縮製劑，皆為單一批號，分別給予 1-10 之編碼，樣品 11 及 12 則為與樣品 9 為同製造商同批號之市售濃縮製劑，作為品保樣品。樣品依照制定之作業程序分裝(如圖一)，分裝完後將 12 個盲樣樣品分送各實驗室檢驗，並請三家實驗室收到樣品會填寫紀錄表，並將紀錄表寄回，以確保檢驗品質(如圖二)。

（三）中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物等五項檢查

1. 發函予購買之 10 家市售濃縮製劑之製造商，委請提供最近三批之數據，本次調查共有 7 家廠商回覆並提供最近三批之數據，另有 3 家則婉拒提供，因此共得 21 組數據(如表一)，其結果如下：
 - (1) 市售延胡索濃縮製劑之乾燥減重為 $2.44\pm 0.65\%$ ~ $4.67\pm 1.95\%$ ，總灰分為 $1.54\pm 0.15\%$ ~ $3.42\pm 0.16\%$ ，酸不溶性灰分為 $0.76\pm 0.13\%$ ~ $0.06\pm 0.01\%$ ，水抽提物含量為 $65.15\pm 0.24\%$ ~ $17.03\pm 0.85\%$ ，稀乙醇抽提物含量為 $51.51\pm 1.20\%$ ~ $16.60\pm 1.07\%$ 。
 - (2) 市售葛根濃縮製劑之乾燥減重為 $4.65\pm 0.61\%$ ~ $2.09\pm 0.43\%$ ，總灰分為 $4.42\pm 0.28\%$ ~ $3.38\pm 0.44\%$ ，酸不溶性灰分為 $0.75\pm 0.08\%$ ~ $0.17\pm 0.15\%$ ，水抽提物為 $54.13\pm 0.68\%$ ~ $20.22\pm 1.67\%$ ，稀乙醇抽提物為 $51.00\pm 0.31\%$ ~ $16.46\pm 0.78\%$ 。
 - (3) 市售葛根湯濃縮製劑之乾燥減重為 $4.48\pm 0.09\%$ ~ $3.00\pm 0.61\%$ ，總灰分為 $2.00\pm 0.10\%$ ~ $6.32\pm 0\%$ ，酸不溶性灰分為 $0.19\pm 0.03\%$ ~ $0.62\pm 0.18\%$ ，水抽提物含量為 $37.78\pm 3.39\%$ ~ $57.41\pm 2.46\%$ ，稀乙醇抽提物含量為 $35.56\pm 1.66\%$ ~ $47.46\pm 1.38\%$ 。
2. 實驗室針對 10 個盲樣樣品及 2 個品保樣品做五項檢查，所得之數據與調查結果比對，如表二所示，由結果可得知調查樣品與實驗室檢測結果僅有少部分有差異，大多數數據差異並不大，可知調查之數據應為可信之結果。
3. TLC 及 HPLC 方法開發及三家 TAF 實驗檢驗結果
 - 2 項單方（延胡索、葛根）中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）等中藥濃縮製劑之 TLC 及 HPLC 之方法開發依照中藥製劑分小組委員會及專家學者會議所決議之指標成分，已完成分析方法開發。開發之 TLC 鑑別及 HPLC 含量測定檢驗方法經由國家中醫藥研究所確認，並提交中藥製劑小組委員會或本計畫召開之專家學者會議，經通過將已完成開發及確認之檢驗方法整理成標準作業流程，並交給三家 TAF 實驗室，實驗室根據標準作業流程針對市售 10 家不同廠牌市售濃縮製劑樣品及 2 個品保樣品進行分析，並將結果回傳。

4. TLC 鑑別分析

- (1) 濃縮製劑 TLC 鑑別指標成分為延胡索乙素 (Tetrahydropalmatine)，結果如圖三所示，可知 12 個檢品與對照藥材之斑點一致，且可清楚看到延胡索乙素之斑點。
- (2) 葛根濃縮製劑 TLC 鑑別指標成分為葛根素(Puerarin)，由結果可看可知 12 個檢品與對照藥材之斑點一致，且可清楚看到葛根素之斑點(如圖四)。
- (3) 葛根湯濃縮製劑 TLC 鑑別指標成分為葛根素(Puerarin)、麻黃鹼 (Ephedrine)、桂皮醛 (Cinnamaldehyde)、芍藥苷 (Paeoniflorin)、甘草酸 (Glycyrrhizic acid)、6-薑辣素 (6-gingerol)。由結果可知，小蘗鹼、黃芩苷、甘草酸及[6]-薑醇之分析均可看到斑點(如圖五)。

5. HPLC 指標成分含量分析(如表三)

(1) 延胡索濃縮製劑 HPLC 含量定量分析

延胡索標準湯去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline)含量約為 0.52 mg/g，移行率為 48.02%；延胡索乙素 (Tetrahydropalmatine) 含量約為 0.30 mg/g，移行率為 39.42%，市售延胡索濃縮製劑之去氫延胡索鹼 (Dehydrocorydaline)含量約為 0.49~ 3.18mg/g，延胡索乙素 (Tetrahydropalmatine)含量約為 0.16~ 2.42 mg/g。

(2) 葛根濃縮製劑 HPLC 含量定量分析

葛根標準湯(野葛)中葛根素(Puerarin)含量約為 24.04 mg/g，移行率為 59.24 %；葛根標準湯(甘葛藤)中葛根素 (Puerarin)含量約為 1.11 mg/g，移行率為 55.74 %，市售葛根濃縮製劑之含量約為 4.64 ~ 28.27 mg/g。

(3) 葛根湯濃縮製劑 HPLC 含量定量分析

葛根湯標準湯(野葛)葛根素(Puerarin)含量約為 30.31 mg/g，移行率為 73.75 %；葛根湯標準湯(甘葛藤)葛根素 (Puerarin)含量約為 1.37 mg/g，移行率為 51.57 %，市售葛根湯濃縮製劑之葛根素(Puerarin)含量約為 7.20 ~ 177.97 mg/day。葛根湯標準湯之麻黃鹼及偽麻黃鹼(Ephedrine and Pseudoephedrine)含量總和為 9.76 mg/g，移行率為 86.37 %，市售葛根湯濃縮製劑含量總和約為 13.58 ~ 48.14 mg/day。

二、完成 2 項單方（延胡索、葛根）中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）
中藥濃縮製劑中藥典品質規格草案

本研究計畫根據「臺灣中藥典編修工作小組」中藥製劑分小組制定之中藥單味濃縮製劑及中藥複方濃縮製劑內容及撰寫格式，完成延胡索、葛根、葛根湯等濃縮製劑之中藥典品質規格草案。

(一) 延胡索濃縮製劑中藥典品質規格草案

延胡索濃縮製劑

Corydalis Rhizoma Preparation (Granules, Powder)

Yan Hu-Suo Preparation (Granules, Powder)

Yan Hu-Suo Preparation (Granules, Powder)

本品為罌粟科 Papaveraceae 植物延胡索 *Corydalis yanhusuo* W.T.Wang 之乾燥塊莖經煎煮或萃取、濃縮、乾燥，加工調製成之濃縮製劑。

本品之稀乙醇抽提物不得少於 %，水抽提物不得少於 %，本品每 1 g 所含所含去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline)不得少於 mg，延胡索乙素(Tetrahydropalmatin)不得少於 mg。

鑑別：

取本品粉末 1.0 g，加 70% 乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取延胡索對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。另取延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)對照標準品，加 70% 乙醇製成每 1 mL 含 0.1 mg 的溶液，作為對照標準品溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 5 μ L、對照標準品溶液 1 μ L，按薄層層析法(通則 1010.3)，分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正己烷：乙酸乙酯：甲醇(7：3：1)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，置碘缸中約 3 分鐘後取出，揮盡板上吸附的碘後，於主波長 365 nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現斑點之 R_f 值及色調均一致。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品以 105°C 乾燥 5 小時，其減重不得超過 %。
(通則 5008)
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 %。(通則 5004)
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 %。(通則

5004)

4. 重金屬——取本品按重金屬檢查法（通則 3005）測定之。總重金屬含量不得超過 30 ppm。
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 105 cfu/g。（通則 7007）
6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 7007）

含量測定：

1. 硝酸去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline nitrate)、延胡索乙素(Tetrahydropalmatin) ——

移動相溶劑——以乙腈為移動相 A，以 0.1%磷酸(用三乙胺調節 pH 值至 6.0)溶液為移動相 B。

對照標準品溶液——取硝酸去氫延胡索鹼及延胡索乙素對照標準品，精確稱定 5 mg，分別加 75% 甲醇定容至 5 mL 的儲存溶液，分取硝酸去氫延胡索鹼儲存溶液 1.0 mL 及延胡索乙素儲存溶液 1.0 mL，混勻後加 75% 甲醇定容至 10 mL 即得。

檢品溶液——取本品粉末約 1.0 g，精確稱定，置 50 mL 離心管中，精確加 75% 甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，離心 10 分鐘，取濾液。殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，轉移至 20 mL 之容量瓶中，加溶劑至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——具波長 266 nm 及 220 nm 檢測器，十八烷基矽烷鍵合矽膠為填充劑之管柱，層析管溫度維持約 30°C；移動相溶劑流速 1 mL/min；按下表中的規定進行梯度沖提，記錄其波峰值，重複注入 5 次，硝酸去氫延胡索鹼及延胡索乙素波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。；理論板數按硝酸去氫延胡索鹼及延胡索乙素峰計算應不低於 10000。

時間(分鐘)	移動相 A (%)	移動相 B (%)
0	30	70
30	60	40

測定法——分別精確吸取檢品溶液及對照標準品溶液各 10 μ L，注入層析裝置層析之，測定，即得。檢測波長硝酸去氫延胡索鹼 266 nm 及延胡索乙素 220 nm

硝酸去氫延胡索鹼(mg/g)=0.02 (r_U/r_S) c_S/w_U

r_U ：檢品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得硝酸去氫延胡索鹼之波峰面積

c_S ：硝酸去氫延胡索鹼對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：所取檢品重量(g)以乾品計之

延胡索乙素(mg/g)=0.02 (r_U/r_S) c_S/w_U

r_U ：檢品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得延胡索乙素之波峰面積

c_S ：延胡索乙素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：所取檢品重量(g)以乾品計之

2. 水抽提物——取本品按照生藥水抽提物測定法（通則 5006）測定之。
3. 稀乙醇抽提物——取本品按生藥稀乙醇抽提物測定法（通則 5006）測定之。

效能：(1)活血散瘀、利氣止痛；(2)活血散瘀、利氣行滯、止痛(3)活血、利氣、止痛

(二) 葛根濃縮製劑中藥典品質規格草案

葛根濃縮製劑（顆粒、散）

Puerariae Radix Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ge-Gen Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ge-Gen Concentrated Preparation (Granules, Powder)

本品為豆科 Leguminosae 植物野葛 *Pueraria lobata* (Willd.) Ohwi 或甘葛藤 *Pueraria thomsonii* Benth. 之乾燥根經煎煮或萃取、濃縮、乾燥，加工調製成之濃縮製劑。

本品之稀乙醇抽提物不得少於 %，水抽提物不得少於 %，本品每 1 g 所含葛根素(Puerarin)於野葛不得少於 mg，甘葛藤不得少於 mg。

鑑別：

取本品粉末 2.0 g，加 50% 甲醇 10mL，超音波振盪 15 分鐘，離心，取上清液作為檢品溶液。取葛根對照藥材 2.0 g，同法製成對照藥材溶液。取葛根素(Puerarin)對照標準品 1 mg 溶於 50% 甲醇 1 mL，作為對照標準品溶液取檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液各 2 μL ，按薄層層析法（通則 1010.3），分別點注於含有

螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲醇：水(12：2：1)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，置於主波長 365 nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白螢光斑點之色調及 R_f 值均一致。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品以 105°C 乾燥 5 小時，其減重不得超過 %。
(通則 5008)
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 %。(通則 5004)
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 %。(通則 5004)
4. 重金屬——取本品按重金屬檢查法(通則 3005)測定之。總重金屬含量不得超過 30 ppm。
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 105 cfu/g。(通則 7007)
6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。(通則 7007)

含量測定：

1. 葛根素——

移動相溶劑——以乙腈為移動相 A，以 0.1% 甲酸溶液為移動相 B。

對照標準品溶液——取精確稱取葛根素(puerarin)對照標準品 5 mg，加 50% 甲醇定容至 50 mL，即得。

檢品溶液——精稱檢品粉末 0.5 g 置附塞之離心沉澱管中，加 50% 甲醇 30 mL，超音波震盪 30 分鐘，離心分取上清液，同上操作，合併全部上清液，加 50% 甲醇定容至 100 mL，供作檢品溶液。

層析裝置——具波長 250 nm 檢測器，十八烷基矽烷鍵合矽膠為填充劑之管柱，層析管溫度維持約 30°C；移動相溶劑流速 1 mL/min；按下表中的規定進行梯度沖提，記錄其波峰值，重複注入 5 次，葛根素波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。理論板數按葛根素峰計算應不低於 5000。

時間(分鐘)	移動相 A(%)	移動相 B(%)
0	10	90
25	26	74
27	70	30
30	70	30

測定法——分別精確吸取檢品溶液及對照標準品溶液各 20 μL，注入層析裝置層析之，測定，即得。

$$\text{葛根素(mg/g)} = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U$$

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度(μg/mL)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

2. 水抽提物——取本品按照生藥水抽提物測定法（通則 5006）測定之。
3. 稀乙醇抽提物——取本品按照生藥稀乙醇抽提物測定法（通則 5006）測定之。

效能：解肌退熱、生津止渴

(三) 葛根湯濃縮製劑中藥典品質規格草案

葛根湯濃縮製劑（顆粒、散）

Ge Gen Tang Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ge Gen Tang Concentrated Preparation (Granules, Powder)

出典：《傷寒論》

處方：葛根 6.0 g 麻黃 4.5 g 桂枝 3.0 g 生薑 4.5 g 炙甘草 3.0 g 芍藥 3.0 g 大棗 4.0 g（一日飲片量 28.0 g）

本品之稀乙醇抽提物不得少於 %，水抽提物不得少於 %，每日量含葛根素(Puerarin)總計不得少於 mg，含麻黃鹼和偽麻黃鹼(Ephedrine, Pseudoephedrine)總合計不得少於 mg。

鑑別：

1. 取檢品 2.0 g，加入 10 mL 水和 10 mL 正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪 30 分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。取葛根對照藥材 2.0 g，同法製成對照藥材溶液。取葛根素(Puerarin)對照標準品 1 mg 溶於 50% 甲醇 1 mL，作為對照標準

品溶液取檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液各 2 μ L，按薄層層析法（通則 1010.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲醇：水(20：3：2)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，置於主波長 365 nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白螢光斑點之色調及 R_f 值均一致。

2. 取檢品 2.0 g，加入 10 mL 水和 10 mL 正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪 30 分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。取白芍對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取芍藥苷 (Paeoniflorin) 對照標準品，加甲醇溶解製成 1 mg/mL，作為對照標準品溶液。注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲醇：水(20：3：2)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，取出層析板風乾，俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，噴以 *p*-Anisaldehyde/ H_2SO_4 TS，105 $^{\circ}$ C 加熱 5 分鐘，冷卻後於可見光下檢視。檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白螢光斑點之色調及 R_f 值均一致。
3. 取檢品 2.0 g，加入 10 mL 水和 10 mL 正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪 30 分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。取炙甘草對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取甘草酸 (Glycyrrhizic acid) 對照標準品，加甲醇溶解製成 1 mg/mL，作為對照標準品溶液。分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正丁醇：水：冰醋酸(7：2：1)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，置於主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現斑點之色調及 R_f 值均一致。
4. 取取檢品 2.0 g，加入 10 mL 水和 10 mL 正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪 30 分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。取麻黃對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取麻黃鹼 (Ephedrine) 對照標準品，加甲醇溶解製成 1 mg/mL，作為對照標準品溶液。按薄層層析法（通則 1010.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以 1-丙醇；乙酸乙酯：水：乙酸(4：

4:2:1)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，取出層析板風乾，噴以 Ninhydrin/乙醇試液，105°C 加熱 5 分鐘，冷卻後於可見光下檢視。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現紫色斑點之色調及 R_f 值均一致。

5. 取檢品 2.0 g，加入 10 mL 水和 10 mL 正丁醇（經過水飽和處理），超音波震盪 30 分鐘後離心，取上清液作為檢品溶液。取桂枝對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取桂皮酸 (Cinnamic acid) 對照標準品，加甲醇溶解製成 1 mg/mL，作為對照標準品溶液。分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲醇(20:3)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，置於主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白螢光斑點之色調及 R_f 值均一致。
6. 取 2.0 g 檢品，加入 10 mL 水，搖勻，再加入 25 mL 乙醚，搖勻，取乙醚層揮發，殘留物溶於 2 mL 甲醇作為檢品溶液。取乾薑對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取 [6]-薑醇 ([6]-gingerol) 對照標準品，加甲醇溶解製成 1 mg/mL，作為對照標準品溶液。分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲醇(20:3)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點約 5~10 cm 時，取出層析板風乾後，噴以 *p*-Anisaldehyde/H₂SO₄ TS，105°C 加熱 5 分鐘，冷卻後於可見光下檢視。檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液所呈現藍白螢光斑點之色調及 R_f 值均一致。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品以 105°C 乾燥 5 小時，其減重不得超過 %。（通則 5008）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 %。（通則 5004）
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 %。（通則 5004）
4. 重金屬——取本品按重金屬檢查法（通則 3005）測定之。總重金屬含量不得超過 30 ppm。
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10⁵ cfu/g。（通

則 7007)

6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。(通則 7007)

含量測定：

1. 葛根素——

移動相溶劑——以乙腈為移動相 A，以 0.1% 甲酸溶液為移動相 B。

對照標準品溶液——取精確稱取葛根素 對照標準品 5 mg，加 50% 甲醇定容至 50 mL，得到儲存溶液。葛根素儲存溶液 100 μ L、麻黃鹼標準品溶液(1.0 mg/mL) 25 μ L 及偽麻黃鹼標準品溶液(1.0 mg/mL) 25 μ L，混和後加 50 % 甲醇定容至 1mL 即得。

檢品溶液——精稱檢品粉末 0.5 g 置附塞之離心沉澱管中，加 50% 甲醇 40 mL，超音波震盪 30 分鐘，離心分取上清液，同上操作，合併全部上清液，加 50% 甲醇定容至 100 mL，供作檢品溶液。

層析裝置——具波長 250 nm 及 210 nm 檢測器，十八烷基矽烷鍵合矽膠為填充劑之管柱，層析管溫度維持約 30°C；移動相溶劑流速 1 mL/min；按下表中的規定進行梯度沖提，記錄其波峰值，重複注入 5 次，葛根素波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。理論板數按葛根素峰計算應不低於 5000。理論板數按鹽酸麻黃鹼峰計算應不低於 3000。

時間(分鐘)	移動相 A(%)	移動相 B(%)
0	10	90
40	35	65
45	10	90
60	10	90

測定法——分別精確吸取檢品溶液及對照標準品溶液各 20 μ L，注入層析裝置層析之，測定，即得。檢測波長葛根素 250 nm、麻黃鹼和偽麻黃鹼 210 nm

葛根素(mg/day) = 0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U × 每日使用量

r_U ：檢品溶液測得葛根素之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得葛根素之波峰面積

c_S ：葛根素對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

麻黃鹼/偽麻黃鹼(mg/day)= $0.1 (r_U/r_S) c_S/w_U \times$ 每日使用量

r_U ：檢品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

r_S ：對照標準品溶液測得麻黃鹼/偽麻黃鹼之波峰面積

c_S ：麻黃鹼/偽麻黃鹼對照標準品溶液之濃度($\mu\text{g/mL}$)

w_U ：檢品重量(g)以乾品計之

2. 水抽提物——取本品按照生藥水抽提物測定法（通則 5006）測定之。
3. 稀乙醇抽提物——取本品按照生藥稀乙醇抽提物測定法（通則 5006）測定之。

效能：發汗解飢

適應症：外感風寒、頭痛發熱、惡寒無汗、項背強急

二、召開 4 場臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版中藥製劑小組專家會議分別於 107 年 04 月 02 日、107 年 06 月 15 日、107 年 09 月 12 日、107 年 11 月 09 日召開。

(一) 107/04/02 第十四次會議開會時間下午 2 點，地點為衛生福利部 3 樓 301 會議室（會議照片如圖六），決議如下：

1. 黃芩濃縮製劑（散、顆粒），決議黃芩濃縮製劑黃芩苷含量規定為本品每 1 g 所含黃芩苷(Baicalin, $\text{C}_{21}\text{H}_{18}\text{O}_{11}$)不得少於 80mg。
2. 完成加味逍遙散濃縮製劑規格內容修。
3. 甘草濃縮製劑每 1 g 所含甘草酸(Glycyrrhizic acid, $\text{C}_{42}\text{H}_{62}\text{O}_{16}$)不得少於 21 mg。
4. 因番瀉素 A (Sennoside A, $\text{C}_{42}\text{H}_{38}\text{O}_{20}$)性質不穩定，且其他藥材亦含有番瀉素 A (Sennoside A, $\text{C}_{42}\text{H}_{38}\text{O}_{20}$)。因此指標成分含量測定選擇測定蘆薈大黃素(Aloe-emodin, $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_5$)、大黃酸(Rhein, $\text{C}_{15}\text{H}_8\text{O}_6$)、大黃素(Emodin $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_5$)、大黃酚(Chrysophanol, $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_4$)及大黃素甲醚(Physcion, $\text{C}_{16}\text{H}_{12}\text{O}_5$)含量之總和。
5. 大黃濃縮製劑每 1 g 所含蘆薈大黃素(Aloe-emodin, $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_5$)、大黃酸(Rhein, $\text{C}_{15}\text{H}_8\text{O}_6$)、大黃素(Emodin $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_5$)、大黃酚(Chrysophanol, $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_4$)及大黃素甲醚(Physcion, $\text{C}_{16}\text{H}_{12}\text{O}_5$)含量之總和不得少於 13 mg。
6. 經委員會議討論，通過以延胡索濃縮製劑、葛根濃縮製劑及葛

根湯濃縮製劑為本年度開發中藥濃縮製劑藥典收載格式之研究標的。中藥濃縮製劑 TLC 檢驗及 HPLC 含量測定之指標成分如下：

- (1) 延胡索濃縮製劑 TLC 檢驗延胡索乙素 (Tetrahydropalmatine)。指標成分測定為延胡索乙素 (Tetrahydropalmatine) 及硝酸去氫延胡索鹼 (Dehydrocorydaline nitrate)。
- (2) 葛根濃縮製劑 TLC 檢驗及指標成分測定均為葛根素 (Puerarin)。
- (3) 葛根湯濃縮製劑 TLC 檢驗葛根素 (Puerarin)、麻黃鹼 (Ephedrine)、桂皮醛 (Cinnamaldehyde)、芍藥苷 (Paeoniflorin)、甘草酸 (Glycyrrhizic acid)、6-薑辣素 (6-gingerol)。指標成分測定(1)葛根素 (Puerarin)、(2)總生物鹼：麻黃素 (Ephedrine) 及偽麻黃素 (Pseudoephedrine)。

7. 延胡索濃縮製劑、葛根濃縮製劑、葛根湯濃縮製劑之 TLC 檢驗方法及 HPLC 指標成分含量測定方法，請國家中醫藥研究所林麗純副召集人協助確認後再由計畫主持人交由 3 間 TAF 認證實驗室執行分析。

8. 延胡索濃縮製劑、葛根濃縮製劑、葛根湯濃縮製劑之一般檢查及其他規定 (乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分)、水抽提物、稀乙醇抽提物，由實驗室進行實驗後再進行市售產品調查。

9. 有關葛根濃縮製劑及葛根湯濃縮製劑使用之葛根藥材為野葛或甘葛藤，將就採樣之市售品同一批號先行發文尋問製造廠商，提供使用葛根藥材 (野葛或甘葛藤) 之基原資料

(二) 107/06/15 第十五次會議開會時間上午 10 點，地點為衛生福利部 3 樓 201 會議室 (會議照片如圖七)，決議如下：

1. 半夏瀉心湯濃縮製劑黃芩苷、小蘗鹼含量訂定為每日量黃芩以黃芩苷 (Baicalin, C₂₁H₁₈O₁₁) 計不得少於 146 mg，黃連以小蘗鹼 (Berberine, C₂₀H₁₈NO₄) 計不得少於 18 mg。

2. 小青龍湯濃縮製劑芍藥苷、麻黃鹼及偽麻黃鹼總和含量訂定為每日量白芍以芍藥苷 (Paeoniflorin, C₂₃H₂₈O₁₁) 計不得少於 46 mg，麻黃以麻黃鹼 (Ephedrine, C₁₀H₁₅NO) 及偽麻黃鹼 (Pseudoephedrine, C₁₀H₁₅NO) 總計不得少於 19 mg。

3. 甘草濃縮製劑 TLC 鑑別指標成分為甘草酸(Glycyrrhizic acid)。
 4. 大黃濃縮製劑 TLC 鑑別指標成分為大黃酸(Rhein)。
 5. 半夏瀉心湯 TLC 鑑別指標成分為小蘗鹼(Berberine) (黃連)、黃芩苷(Baicalin) (黃芩)、甘草酸(Glycyrrhizic acid) (甘草)、6-薑辣素(6-Gingerol)(乾薑)、人參皂苷 Rg1 (Ginsenoside Rg1)(人參)。
 6. 小青龍湯 TLC 鑑別指標成分為麻黃鹼 (Ephedrine) (麻黃)、桂皮酸(Cinnamic acid) (桂枝)、6-薑辣素(6-Gingerol) (乾薑)、細辛素(Asarinin) (細辛)、五味子素(Schizandrin) (五味子)、芍藥苷(Paeoniflorin) (白芍) 及甘草酸(Glycyrrhizic acid) (炙甘草)。
- (三) 107/09/12, 107 臺灣中藥典第三版共識營暨「中藥製劑」分小組聯席第 16 次會議開會時間下午 1 點, 地點為衛生福利部 1 樓大禮堂 (會議照片如圖八), 決議如下：

TLC 鑑別及含量測定訂定的方法要具有可行性、實用性及再顯性, 俾利藥廠檢驗測定時始能具有準確。

- (四) 107/11/09 第十七次會議開會時間下午 2 點, 地點為衛生福利部 3 樓 301 會議室 (會議照片如圖九), 決議如下：
1. 中藥濃縮丸劑草案, 收集委員意見修正再提下次會議討論
 2. 臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南草案, 收集委員意見修正再提下次會議討論。
 3. 甘草濃縮製劑之規格內容草案修正後通過。
 4. 大黃濃縮製劑之規格內容草案修正後, 再提下次委員會討論。
 5. 半夏瀉心湯濃縮製劑之規格內容草案修正後, 再提下次委員會討論。
 6. 小青龍湯濃縮製劑之規格內容草案修正後, 再提下次委員會討論。
 7. 葛根濃縮製劑「效能」本分小組建議標示: 解肌退熱、生津止渴, 建請中醫臨床分小組研議。
 8. 延胡索濃縮製劑「效能」本分小組建議標示: (1)活血散瘀、利氣止痛; (2)活血散瘀、利氣行滯、止痛(3)活血、利氣、止痛, 並建請中醫臨床小組研議。

三、編修中藥典中藥製劑相關通則。

中藥濃縮丸劑草案, 已在 107 年 11 月 09 日會議討論, 已完成「中藥

濃縮丸劑草案」草案。

四、研議訂定「中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南」。

臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格工作指南草案，已在 106 年 8 月 11 日、106 年 11 月 14 日、107 年 11 月 09 日會議討論，已完成「臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南」草案。

肆、討論

本計畫主要目標為幫助中藥濃縮製劑標準化、規格化，改善中藥濃縮製劑品質，促進中藥濃縮製劑產業與國際接軌，拓展產業版圖。

本計畫的幾個目標討論如下：

- 一、已確認中藥濃縮製劑製劑通則及凡例、加味逍遙散濃縮製劑、黃芩濃縮製劑之藥典收載內容，並經中華藥典委員會委員會議討論通過，將收錄於臺灣中藥典第三版，這是臺灣中藥典收載中藥濃縮製劑首例，開創中藥濃縮製劑之指標成分限量及鑑別的里程碑，希望日後能增加收載中藥濃縮製劑的品項，以充實臺灣中藥典收載濃縮製劑的內容。
- 二、今年度本計畫繼續討論中藥濃縮丸劑草案，以增加未來中藥濃縮製劑不同劑型的規範。
- 三、本小組制定中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南草案，供產、官學界 TLC 鑑別及 HPLC 含量分析方法開發之參考，未來可加速中藥濃縮製劑的規格修訂。
- 四、確立甘草濃縮製劑指標成分每 1 g 所含甘草酸(Glycyrrhizic acid, $C_{42}H_{62}O_{16}$)不得少於 21 mg。
- 五、確立大黃濃縮製劑指標成分每 1 g 所含蘆薈大黃素(Aloe-emodin, $C_{15}H_{10}O_5$)、大黃酸(Rhein, $C_{15}H_8O_6$)、大黃素(Emodin $C_{15}H_{10}O_5$)、大黃酚(Chrysophanol, $C_{15}H_{10}O_4$)及大黃素甲醚(Physcion, $C_{16}H_{12}O_5$)含量之總和不得少於 13 mg。
- 六、確立半夏瀉心湯濃縮製劑指標成分黃芩苷、小蘗鹼含量訂定為每日量黃芩以黃芩苷(Baicalin, $C_{21}H_{18}O_{11}$)計不得少於 146 mg，黃連以小蘗鹼(Berberine, $C_{20}H_{18}NO_4$)計不得少於 18 mg。
- 七、確立小青龍湯濃縮製劑指標成分芍藥苷、麻黃鹼及偽麻黃鹼總和含量訂定為每日量白芍以芍藥苷(Paeoniflorin, $C_{23}H_{28}O_{11}$)計不得少於 46 mg，麻黃以麻黃鹼(Ephedrine, $C_{10}H_{15}NO$)及偽麻黃鹼(Pseudoephedrine, $C_{10}H_{15}NO$)總計不得少於 19 mg。
- 八、提案討論甘草濃縮製劑、大黃濃縮製劑、半夏瀉心湯濃縮製劑及小青龍湯濃縮製劑的藥典收載內容規格草案，會議決議將依第十七次中藥製劑小組委員會議委員提供意見修正後，再提下次委員會議討論。
- 九、確立延胡索濃縮製劑：TLC 檢驗延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)。指標成分測定(1) 延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)、(2) 硝酸去氫延胡索

鹼(Dehydrocorydaline nitrate)。

- 十、確立葛根濃縮製劑：TLC 檢驗及指標成分測定均為葛根素(Puerarin)。
- 十一、確立葛根湯濃縮製劑：TLC 檢驗葛根素(Puerarin)、麻黃鹼(Ephedrine)、桂皮酸(Cinnamic acid)、芍藥苷(Paeoniflorin)、甘草酸(Glycyrrhizic acid)、6-薑辣素(6-gingerol)。指標成分測定(1)葛根素(Puerarin)、(2)總生物鹼：麻黃素(Ephedrine)及偽麻黃素(Pseudoephedrine)。
- 十二、完成 2 項單方(延胡索、葛根)中藥濃縮製劑及 1 項複方(葛根湯)之草案規格。
- 十三、確立 2 項單方(延胡索、葛根)中藥濃縮製劑及 1 項複方(葛根湯)之鑑別(TLC 定性試驗)、一般檢查及其他規定、水抽提物、稀乙醇抽提物及指標成分含量測定方法，並請國家中醫藥研究所進行確認。
- 十四、行文調查臺灣有市售葛根及葛根湯濃縮製劑藥廠，請提供製備葛根及葛根湯濃縮製劑所使用的葛根藥材基原，結果發現大多數中藥廠都使用野葛藥材！因此葛根及葛根湯濃縮製劑應只考慮每 g 含葛根素含量即可，不需分別訂定使用野葛或甘葛藤的葛根及葛根湯濃縮製劑含葛根素的限量，以利中醫師開方用量上的便利性。
- 十五、確立延胡索濃縮製劑「效能」，本小組建議標示：(1)活血散瘀、利氣止痛；(2)活血散瘀、利氣行滯、止痛(3)活血、利氣、止痛，並建請中醫臨床小組研議。
- 十六、確立葛根濃縮製劑「效能」，本小組建議標示：解肌退熱、生津止渴，並建請中醫臨床小組研議。

伍、結論與建議

- 一、已確認中藥濃縮製劑凡例、製劑通則及中藥濃縮錠劑通則、黃芩濃縮製劑及加味逍遙散濃縮製劑臺灣中藥典收載內容，並將於今年收錄於臺灣中藥典第三版。
- 二、完成中藥濃縮丸劑草案，供臺灣中藥典編修參考。
- 三、完成中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格製訂工作指南草案，供產、官學界 TLC 鑑別及 HPLC 含量分析方法開發之參考，未來可加速中藥濃縮製劑的規格修訂。
- 四、完成葛根濃縮製劑及延胡索濃縮製劑之「效能」。
- 五、本計畫建立樣品選擇及送檢之作業流程，並加入品保樣品，作為分析結果制定是否允收之依據，以確保檢驗品質。
- 六、已完成 2 項單方（甘草、大黃）中藥濃縮製劑及 2 項複方（半夏瀉心湯、小青龍湯）中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物相關數據。
- 七、完成 2 項單方（延胡索、葛根）中藥濃縮製劑及 1 項複方（葛根湯）之定性及指標成分含量檢測方法之開發及中藥標準湯劑分析，並交由 3 家實驗室依開發方法分析，完成市售延胡索、葛根及葛根湯等濃縮製劑之定性及指標成分含量分析，彙整實驗結果。
- 八、建議未來中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物等相關數據可由調查方式取得，並由實驗室檢驗，若與調查結果無明顯差異即可。
- 九、由實驗結果可知，在做 TLC 檢驗分析時，有部分檢品無法看出斑點或非常微弱，但若提高配製檢品溶液時檢品粉末之使用量時，則會造成原有可觀測之斑點有拖尾現象，考量 TLC 檢測為定性分析，主要觀察指標成分有無，且各家檢品之生藥浸膏比不同，賦形劑比例也不同，因此建議 TLC 分析時，配製檢品溶液時檢品粉末之使用量可彈性調整，以確認指標成分是否存在。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-000405 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、圖、表

圖一、樣品分裝過程

	
<p>葛根製劑分裝</p>	<p>延胡索製劑分裝</p>
	
<p>葛根湯製劑分裝</p>	<p>檢品裝箱</p>
	
<p>檢品寄送</p>	

圖二、樣品接收確認紀錄表

一、勝昌製藥廠有限公司

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市大港路51號電話：04-22953366 ext5905
樣品接收確認紀錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間	107.2.26		
送樣產品名稱	延壽中藥濃縮製劑(CO)					
樣品編號	CO-C-01	CO-C-02	CO-C-03	CO-C-04	CO-C-05	CO-C-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位	檢驗課		收樣日期及時間	107.2.26 14:00		
收樣者	張景敏		備註	隨身膠瓶裝少0.5g PU-C-11 ~ PU-C-16		

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市大港路51號電話：04-22953366 ext5905
樣品接收確認紀錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間	107.2.26		
送樣產品名稱	延壽中藥濃縮製劑(CO)					
樣品編號	CO-C-07	CO-C-08	CO-C-09	CO-C-10	CO-C-11	CO-C-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位	檢驗課		收樣日期及時間	107.2.26 14:00		
收樣者	張景敏		備註	隨身膠瓶裝少0.5g PU-C-7 ~ PU-C-9		

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市大港路51號電話：04-22953366 ext5905
樣品接收確認紀錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間	107.2.26		
送樣產品名稱	高濃縮製劑(PU)					
樣品編號	PU-C-01	PU-C-02	PU-C-03	PU-C-04	PU-C-05	PU-C-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	125	125	130	130	125
收樣單位	檢驗課		收樣日期及時間	107.2.26 14:00		
收樣者	張景敏		備註	隨身膠瓶裝少0.5g PU-C-1 ~ PU-C-6		

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市大港路51號電話：04-22953366 ext5905
樣品接收確認紀錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間	107.2.26		
送樣產品名稱	高濃縮製劑(PU)					
樣品編號	PU-C-07	PU-C-08	PU-C-09	PU-C-10	PU-C-11	PU-C-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	120	120	125	125	115
收樣單位	檢驗課		收樣日期及時間	107.2.26 14:00		
收樣者	張景敏		備註	隨身膠瓶裝少0.5g PU-C-7 ~ PU-C-9		

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中市北區學士路 91 號電話：84-22053366 (x15505)

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱	葛根湯濃縮製劑(PM)					
樣品編號	PM-C-01	PM-C-02	PM-C-03	PM-C-04	PM-C-05	PM-C-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	125	125	125	125	125
收樣單位	檢驗課		收樣日期及時間		107.3.5 16:00	
收樣者	張慧敏		備註		少 10'	

註 1：此表單設計乃為確保運送過程樣品無破損之品質保證，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等項，謝謝！

註 2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366(x15505)

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中市北區學士路 91 號電話：84-22053366 (x15505)

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱	葛根湯濃縮製劑(PM)					
樣品編號	PM-C-07	PM-C-08	PM-C-09	PM-C-10	PM-C-11	PM-C-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	120	125	125	120	125
收樣單位	檢驗課		收樣日期及時間		107.3.5 16:00	
收樣者	張慧敏		備註		少 10'	

註 1：此表單設計乃為確保運送過程樣品無破損之品質保證，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等項，謝謝！

註 2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366(x15505)

計畫主持人彭文輝敬上

二、莊松榮製藥廠股份有限公司

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中市北區學士路 91 號電話：84-22053366 (x15505)

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱	延胡索濃縮製劑(CO)					
樣品編號	CO-B-01	CO-B-02	CO-B-03	CO-B-04	CO-B-05	CO-B-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	123.5g	127.3g	131.5g	128.9g	129.6g
收樣單位	莊松榮製藥廠		收樣日期及時間		2018.02.27	
收樣者	張子齊		備註			

註 1：此表單設計乃為確保運送過程樣品無破損之品質保證，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等項，謝謝！

註 2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366(x15505)

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中市北區學士路 91 號電話：84-22053366 (x15505)

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱	延胡索濃縮製劑(CO)					
樣品編號	CO-B-07	CO-B-08	CO-B-09	CO-B-10	CO-B-11	CO-B-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	128.5g	130.0g	126.0g	125.4g	102.8g
收樣單位	莊松榮製藥廠		收樣日期及時間		2018.02.27	
收樣者	張子齊		備註			

註 1：此表單設計乃為確保運送過程樣品無破損之品質保證，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等項，謝謝！

註 2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366(x15505)

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中中藥學院士路 91 號電話：04-22053500x15505

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣物品名稱	葛根濃縮製劑(PU)					
樣品編號	PU-B-01	PU-B-02	PU-B-03	PU-B-04	PU-B-05	PU-B-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g) (含淨重)	127.4g	125.1g	125.3g	124.8g	120.3g
收樣單位	莊松榮製藥廠		收樣日期及時間		2018.02.27	
收樣者	鄧啟宗		備註			

註1：此表單設計乃為確保運送過程檢品無破損之品質措施，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等回，謝謝！

註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文雄電話：04-22053566x5505

計畫主持人彭文雄謹上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中中藥學院士路 91 號電話：04-22053500x15505

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣物品名稱	葛根濃縮製劑(PU)					
樣品編號	PU-B-07	PU-B-08	PU-B-09	PU-B-10	PU-B-11	PU-B-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g) (含淨重)	125.6g	128.0g	127.3g	128.1g	120.6g
收樣單位	莊松榮製藥廠		收樣日期及時間		2018.02.27	
收樣者	鄧啟宗		備註			

註1：此表單設計乃為確保運送過程檢品無破損之品質措施，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等回，謝謝！

註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文雄電話：04-22053566x5505

計畫主持人彭文雄謹上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中中藥學院士路 91 號電話：04-22053500x15505

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣物品名稱	葛根濃縮製劑(PM)					
樣品編號	PM-B-01	PM-B-02	PM-B-03	PM-B-04	PM-B-05	PM-B-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g) (含淨重)	123.8g	122.2g	127.5g	126.0g	127.8g
收樣單位	莊松榮製藥廠		收樣日期及時間		2018.02.27	
收樣者	鄧啟宗		備註			

註1：此表單設計乃為確保運送過程檢品無破損之品質措施，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等回，謝謝！

註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文雄電話：04-22053566x5505

計畫主持人彭文雄謹上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中中藥學院士路 91 號電話：04-22053500x15505

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣物品名稱	葛根濃縮製劑(PM)					
樣品編號	PM-B-07	PM-B-08	PM-B-09	PM-B-10	PM-B-11	PM-B-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g) (含淨重)	128.2g	124.8g	125.9g	129.4g	129.6g
收樣單位	莊松榮製藥廠		收樣日期及時間		2018.02.27	
收樣者	鄧啟宗		備註			

註1：此表單設計乃為確保運送過程檢品無破損之品質措施，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等回，謝謝！

註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文雄電話：04-22053566x5505

計畫主持人彭文雄謹上

三、順天堂藥廠股份有限公司

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市中區華山路41號電話：04-22053160 ext5597
樣品接收確認記錄表

送樣單位		中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱		延壽靈濃縮製劑(CO)					
樣品編號		CO-D-01	CO-D-02	CO-D-03	CO-D-04	CO-D-05	CO-D-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位	順天堂		收樣日期及時間		Mar. 1, 2018		
收樣者	李明榮		備註				

註1：此表單設計乃為確保送樣過程無破損之品質保證，非任何其它用途。懇請協助檢查產品並填寫收樣部分欄位寄回，謝謝！
 註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366#5505

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市中區華山路41號電話：04-22053160 ext5597
樣品接收確認記錄表

送樣單位		中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱		延壽靈濃縮製劑(CO)					
樣品編號		CO-D-07	CO-D-08	CO-D-09	CO-D-10	CO-D-11	CO-D-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位	順天堂		收樣日期及時間		Mar. 1, 2018		
收樣者	李明榮		備註				

註1：此表單設計乃為確保送樣過程無破損之品質保證，非任何其它用途。懇請協助檢查產品並填寫收樣部分欄位寄回，謝謝！
 註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366#5505

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市中區華山路41號電話：04-22053160 ext5597
樣品接收確認記錄表

送樣單位		中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱		萬根濃縮製劑(PI)					
樣品編號		PI-D-01	PI-D-02	PI-D-03	PI-D-04	PI-D-05	PI-D-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位	順天堂		收樣日期及時間		Mar. 1, 2018		
收樣者	李明榮		備註				

註1：此表單設計乃為確保送樣過程無破損之品質保證，非任何其它用途。懇請協助檢查產品並填寫收樣部分欄位寄回，謝謝！
 註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366#5505

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究
地址：臺中市中區華山路41號電話：04-22053160 ext5597
樣品接收確認記錄表

送樣單位		中國醫藥大學		送樣日期及時間		107.2.26	
送樣藥品名稱		萬根濃縮製劑(PI)					
樣品編號		PI-D-07	PI-D-08	PI-D-09	PI-D-10	PI-D-11	PI-D-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100	100
收樣單位	順天堂		收樣日期及時間		Mar. 1, 2018		
收樣者	李明榮		備註				

註1：此表單設計乃為確保送樣過程無破損之品質保證，非任何其它用途。懇請協助檢查產品並填寫收樣部分欄位寄回，謝謝！
 註2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥資源學系彭文輝電話：04-22053366#5505

計畫主持人彭文輝敬上

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中中區醫學士路 91 號電話：04-22053505 或 225507

樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間	107.2.26		
送樣物品名稱	葛根湯濃縮製劑(PM)					
樣品編號	PM-D-01	PM-D-02	PM-D-03	PM-D-04	PM-D-05	PM-D-06
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	105	107	106	109.5	108.5
收樣單位	快天堂		收樣日期及時間	Mar 1, 2018		
收樣者	李明榮		備註			

註 1：此表單設計乃為確保運送過程樣品無破損之品質保證，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等項，謝謝！
註 2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥質檢學系彭文煌電話：04-22053566或5505

計畫主持人彭文煌謹誌

107 年度中藥濃縮製劑品質規格科學研究

地址：臺中中區醫學士路 91 號電話：04-22053505 或 225508

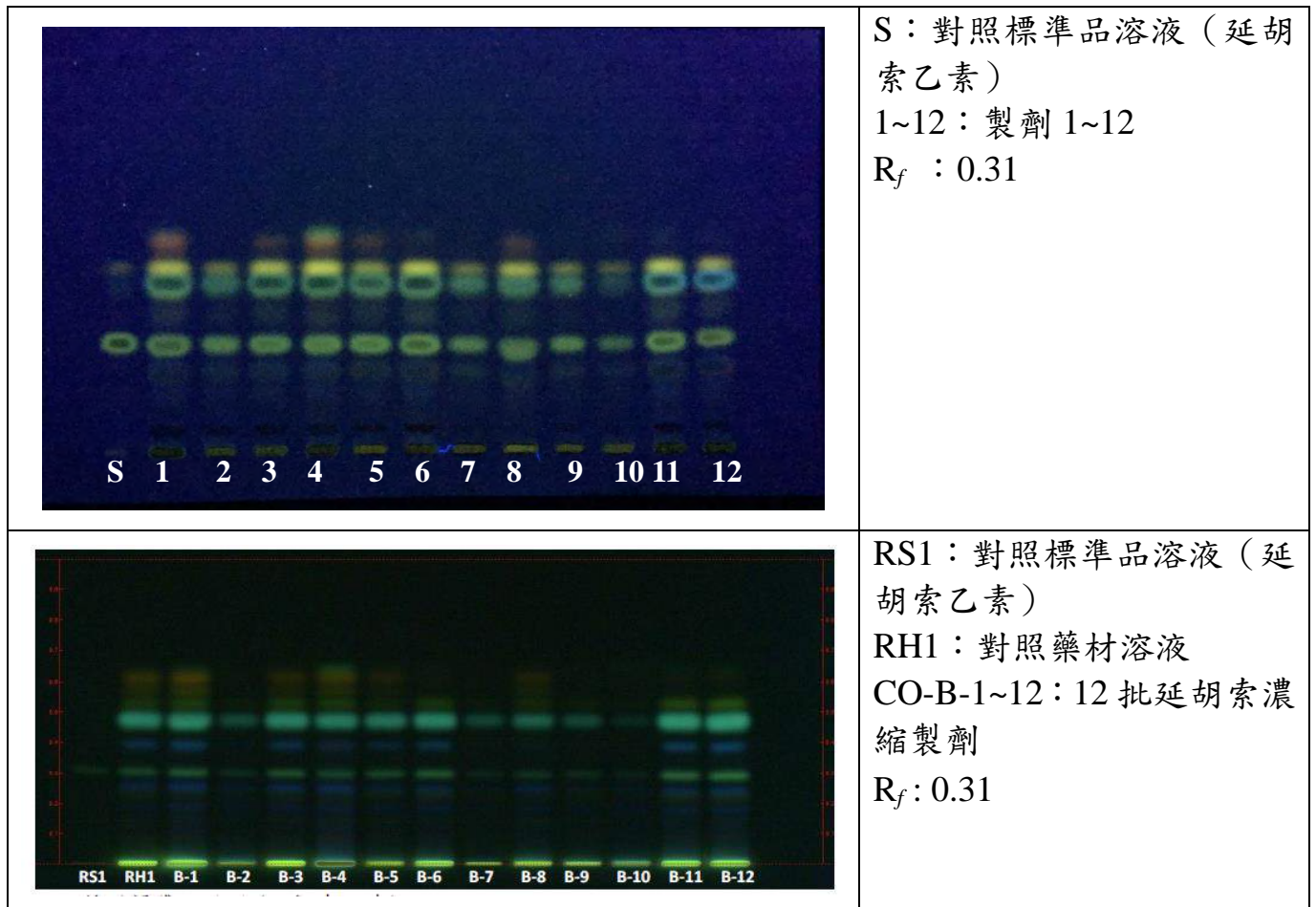
樣品接收確認記錄表

送樣單位	中國醫藥大學		送樣日期及時間	107.2.26		
送樣物品名稱	葛根湯濃縮製劑(PM)					
樣品編號	PM-D-07	PM-D-08	PM-D-09	PM-D-10	PM-D-11	PM-D-12
送樣單位確認	樣品描述	<input checked="" type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	100	100	100	100	100
收樣單位確認	樣品描述	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 液體
	外觀完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	密封無破損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	標籤完整	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總重量(g)	105	105	109	109.5	105
收樣單位	快天堂		收樣日期及時間	Mar 1, 2018		
收樣者	李明榮		備註			

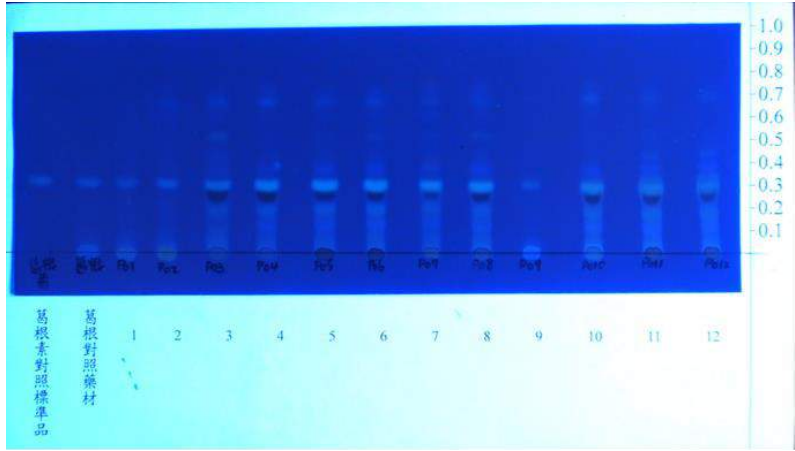
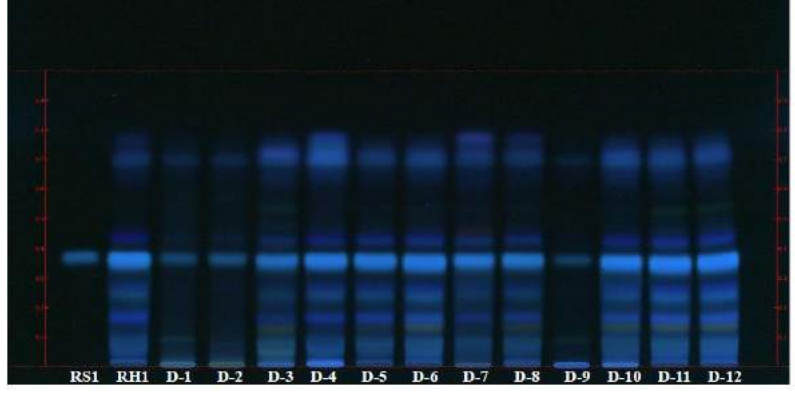
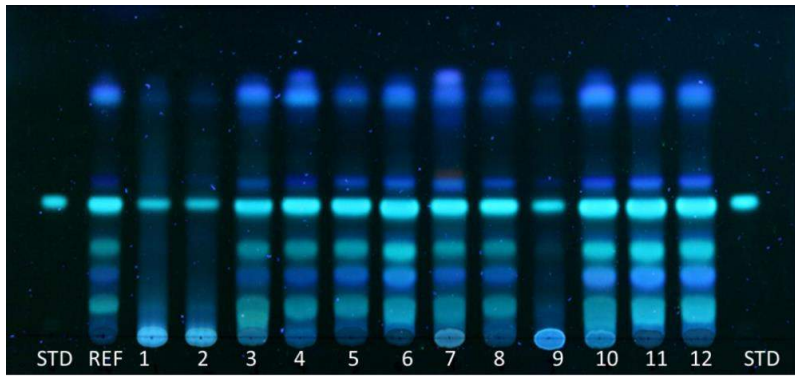
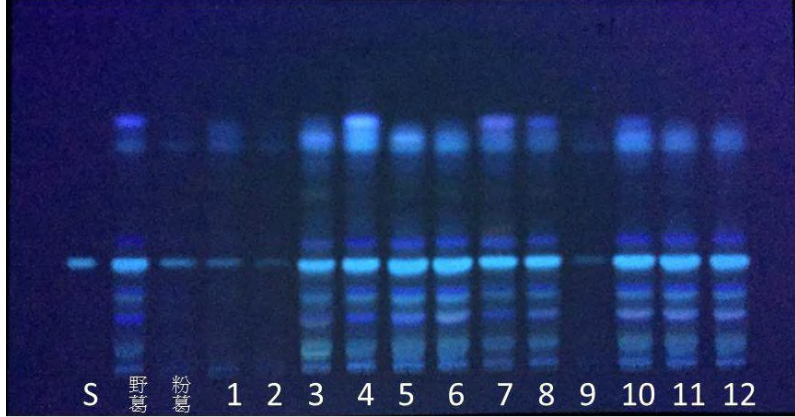
註 1：此表單設計乃為確保運送過程樣品無破損之品質保證，無任何其他用途，懇請協助檢查樣品並填寫收樣部分欄位等項，謝謝！
註 2：聯絡人：中國醫藥大學中國藥學系中藥質檢學系彭文煌電話：04-22053566或5505

計畫主持人彭文煌謹誌

圖三、延胡索濃縮劑 TLC 鑑別分析結果

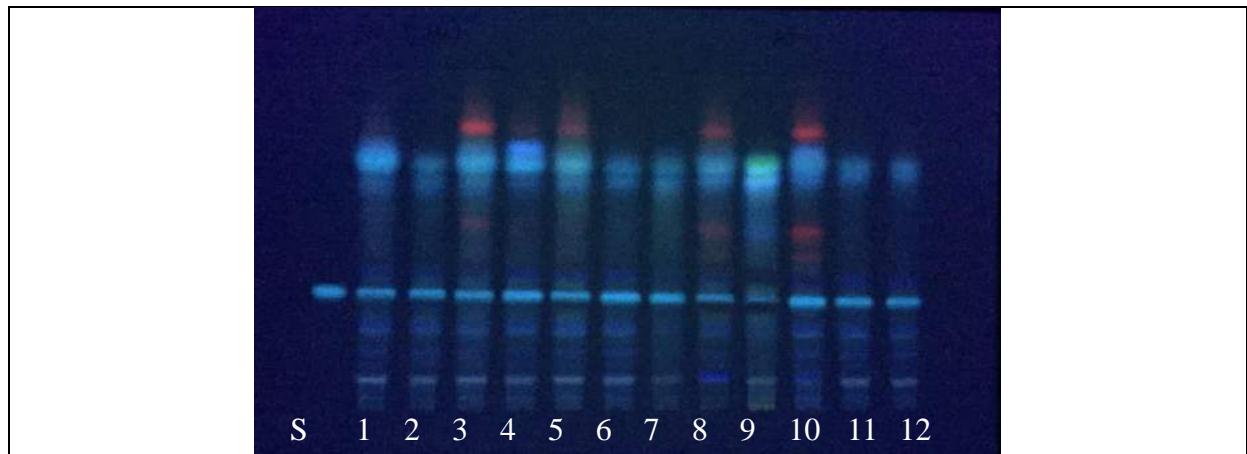


圖四、葛根濃縮劑 TLC 鑑別分析結果

<p>實驗室一</p> 	<p>RS1：葛根素對照標準品溶液 RH1：葛根對照藥材溶液 1~12：12批葛根濃縮製劑</p>
<p>實驗室二</p> 	<p>RS1：Puerarin 對照標準品溶液 RH1：野葛對照藥材溶液 D-1~12：12批葛根濃縮製劑</p>
<p>實驗室三</p> 	<p>STD：葛根素對照標準品溶液 REF：葛根對照藥材溶液 1~12：葛根濃縮製劑檢品溶液(PU-D-1 ~ PU-D-12)</p>
	<p>S：葛根素對照標準品溶液 葛根對照藥材溶液 甘葛藤藥材溶液 1~12：葛根濃縮製劑檢品溶液(PU-A-1 ~ PU-A-12) $R_f: 0.34$</p>

圖五、葛根湯濃縮劑 TLC 鑑別分析結果

葛根湯（野葛，甘葛藤）

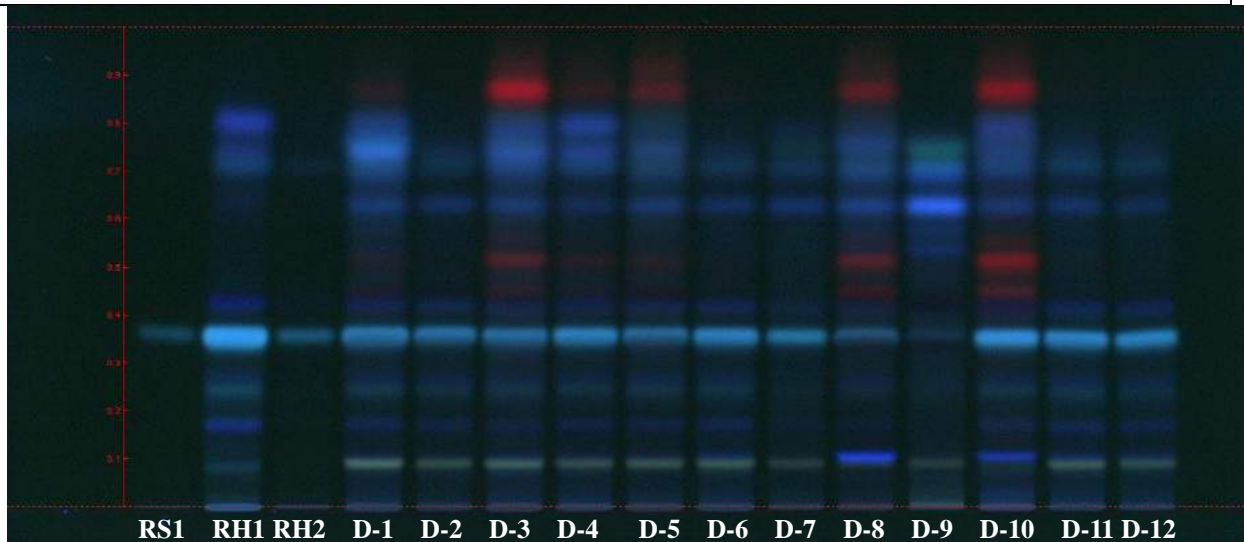


葛根湯（野葛）

S：葛根素(Puerarin)對照標準品溶液

1~12：製劑 1~12

R_f：0.34



RS1：葛根素(Puerarin)對照標準品溶液

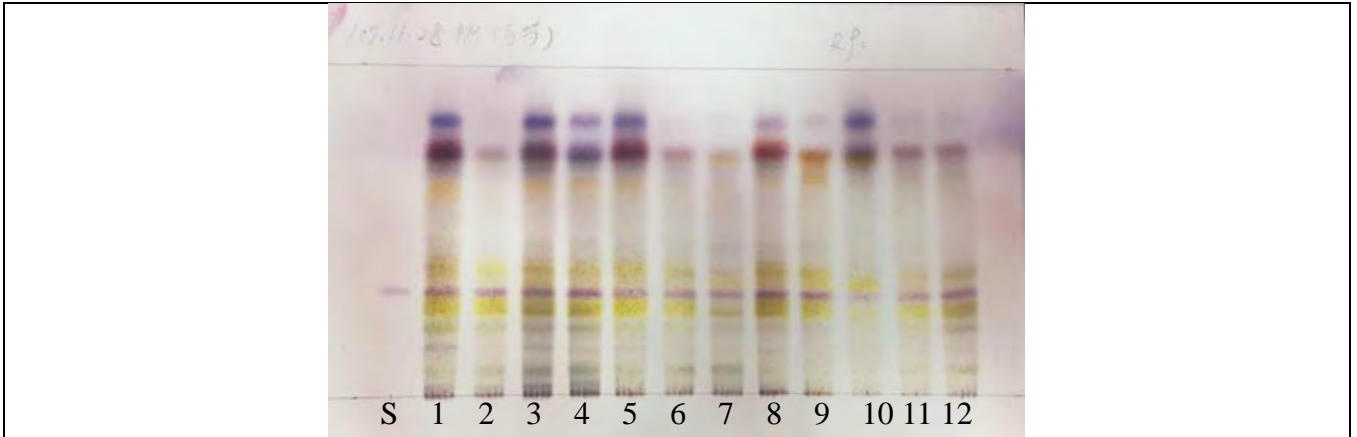
RH1：野葛對照藥材溶液

RH2：甘葛藤對照藥材溶液

PM-B-1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於R_f值0.36處有一斑點與葛根素(Puerarin)對照標準品溶液一致。

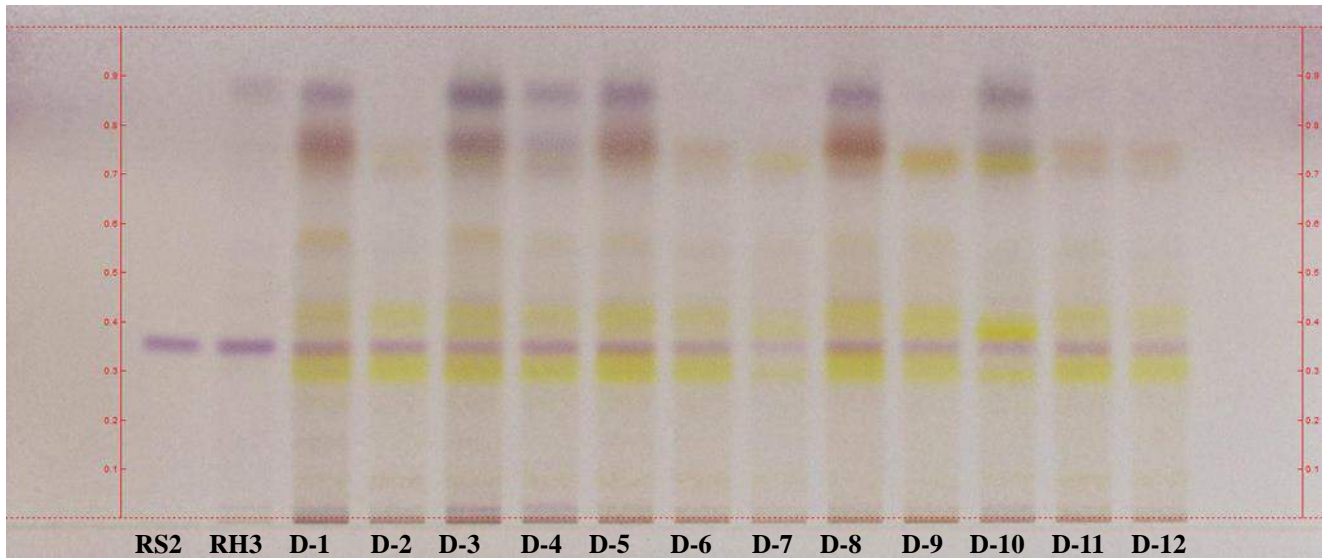
葛根湯（白芍）



S：芍藥苷(Paeoniflorin)對照標準品溶液

1~12：製劑 1~12

R_f ：0.31



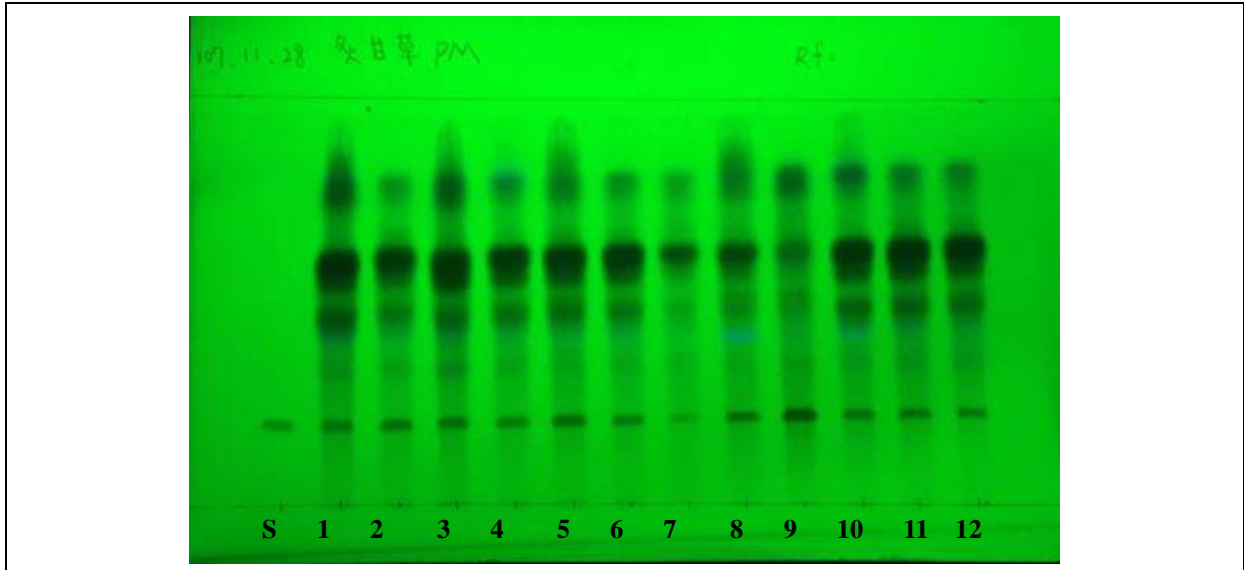
RS2：芍藥苷(Paeoniflorin)對照標準品溶液

RH3：白芍對照藥材溶液

PM-B-1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.35 處有一斑點與芍藥苷(Paeoniflorin)對照標準品溶液一致。

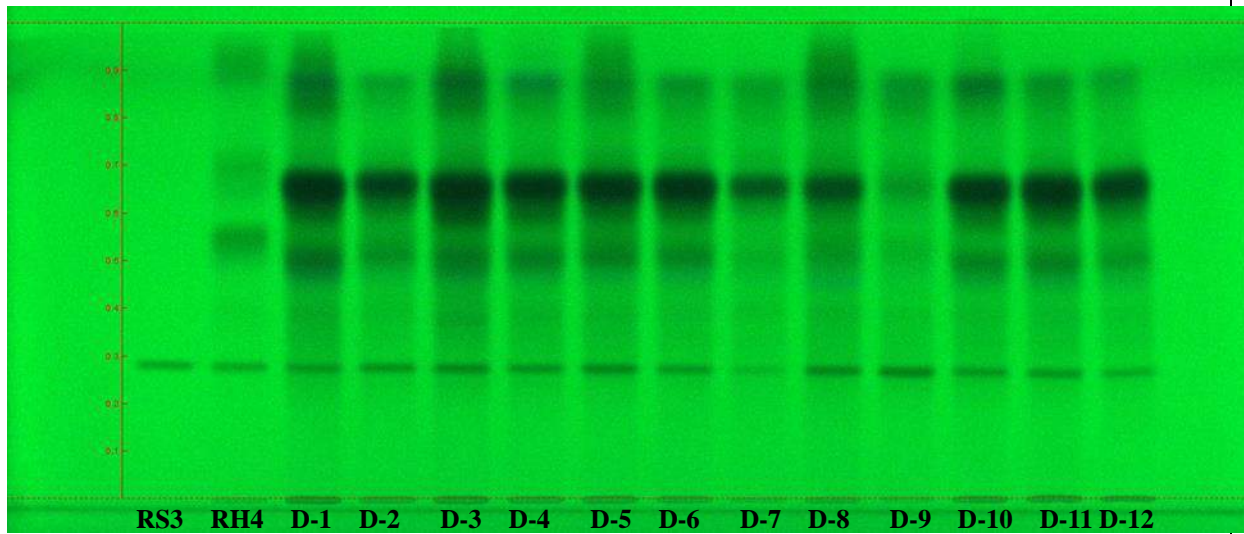
葛根湯 (炙甘草)



S3：甘草酸(Glycyrrhizic acid)對照標準品溶液

1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.20 處有一斑點與甘草酸(Glycyrrhizic acid)對照標準品溶液一致。



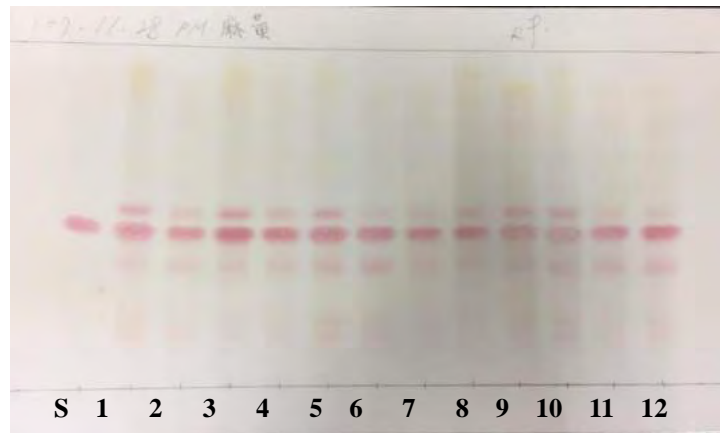
RS3：對照標準品溶液

RH4：炙甘草對照藥材溶液

PM-B-1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.29 處有一斑點與甘草酸(Glycyrrhizic acid)對照標準品溶液一致。

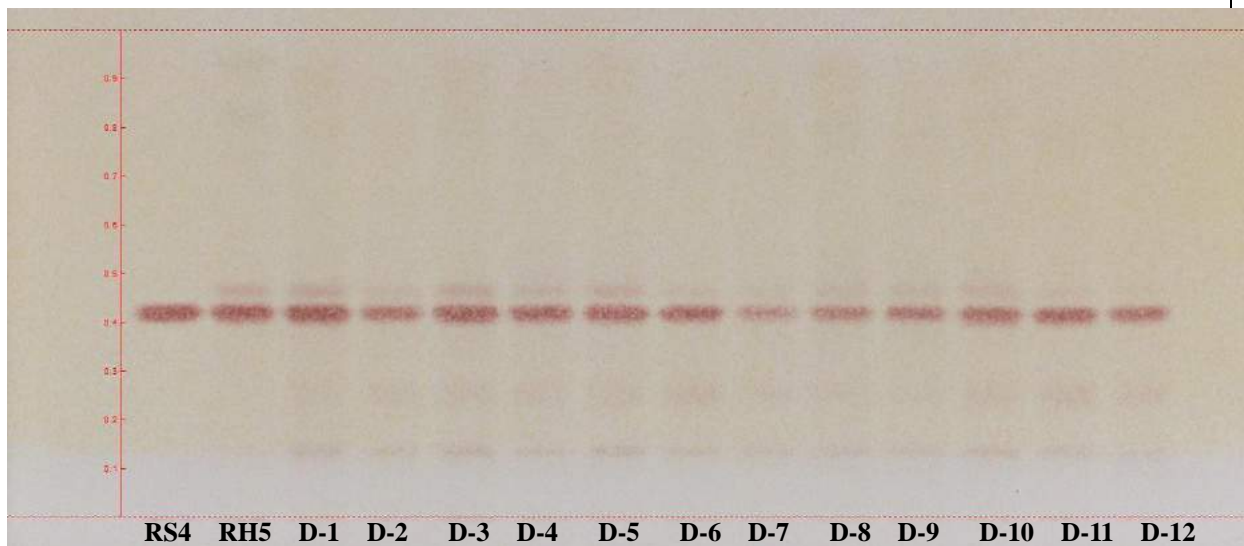
葛根湯（麻黃）



S：麻黃鹼(Ephedrine)對照標準品溶液

1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.47 處有一斑點與麻黃鹼(Ephedrine)對照標準品溶液一致。



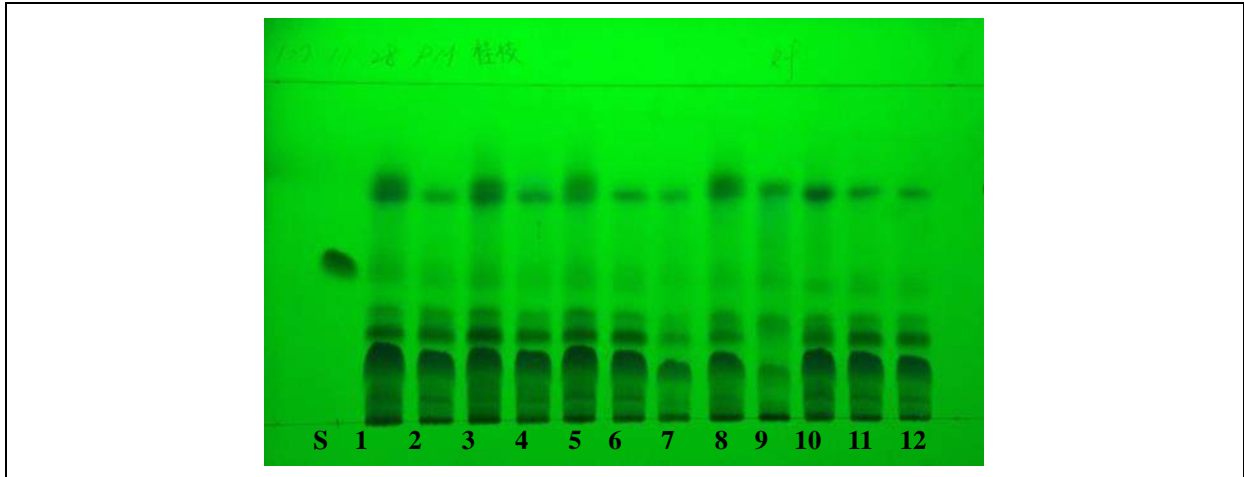
RS4：對照標準品溶液

RH5：麻黃對照藥材溶液

PM-B-1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.42 處有一斑點與麻黃鹼(Ephedrine)對照標準品溶液一致。

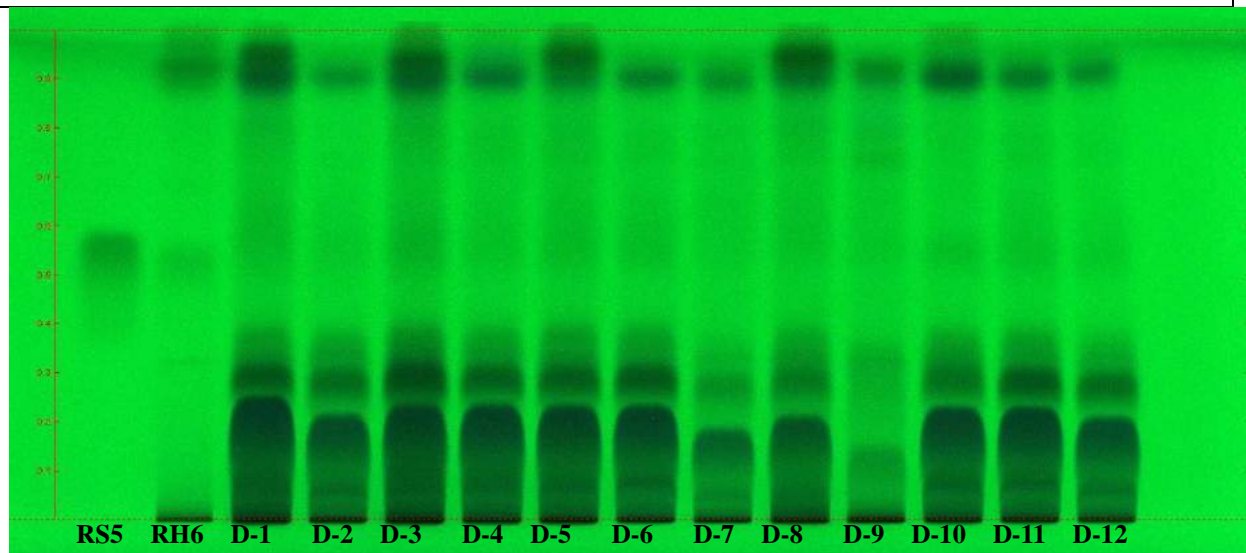
葛根湯（桂枝-桂皮酸）



S：桂皮酸(Cinnamic acid)對照標準品溶液

1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值0.45處有一斑點與桂皮酸(Cinnamic acid)對照標準品溶液一致。



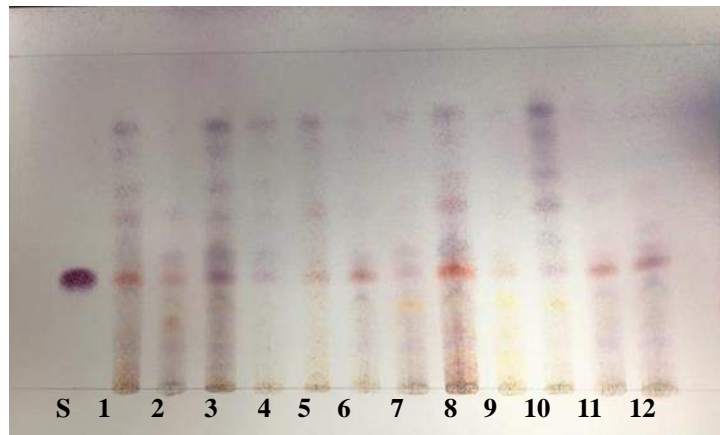
RS5：桂皮酸(Cinnamic acid)對照標準品溶液

RH6：桂枝對照藥材溶液

PM-B-1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：除PM-B-2、7、9以外檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值0.56處有一斑點與桂皮酸(Cinnamic acid)對照標準品溶液一致。

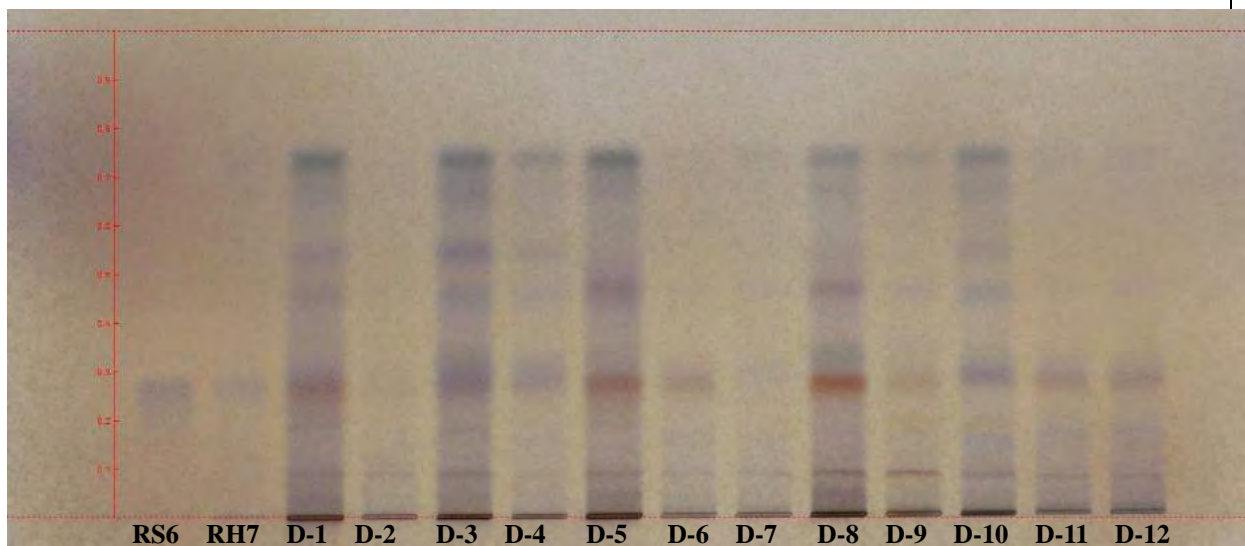
葛根湯（生薑）



S：薑辣素([6]-gingerol)對照標準品溶液

1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.31 處有一斑點與薑辣素([6]-gingerol)對照標準品溶液一致



RS6：薑辣素([6]-gingerol)對照標準品溶液

RH7：生薑對照藥材溶液

PM-B-1~12：12批葛根湯濃縮製劑

結果：除 PM-B-2、7 以外檢品溶液及對照藥材溶液於 R_f 值 0.37 處有一斑點與薑辣素([6]-gingerol)對照標準品溶液一致



圖六、第十四次委員會議 107/04/14



圖七、第十五次委員會議 105/05/05



圖八、第十六次委員會議 106/08/10



圖九、第十七次委員會議 106/11/14

表一、市售品乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物及稀乙醇抽提物調查結果

1. 延胡索濃縮製劑

(1)市售延胡索濃縮製劑之乾燥減重分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2.67	4.71	未提供	3.6	3.20	2.07	未提供	未提供	3.65	4.04	3.32
2	2.95	6.60		3.5	3.55	2.99			3.93	2.72	
3	1.71	2.70		2.6	4.66	2.49			3.58	1.75	
平均值	2.44	4.67		3.23	3.80	2.52			3.72	2.84	
SD (標準偏差)	0.65	1.95		0.55	0.76	0.46			0.19	1.15	1.12

(2)市售延胡索濃縮製劑之總灰分分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	3.24	1.73	未提供	2.2	2.30	3.50	未提供	未提供	2.53	1.70	2.41
2	3.48	1.73		2.3	2.10	3.61			1.95	1.41	
3	3.53	1.76		2.1	2.05	3.64			2.30	1.51	
平均值	3.42	1.74		2.20	2.15	3.58			2.26	1.54	
SD (標準偏差)	0.16	0.02		0.10	0.13	0.07			0.29	0.15	0.76

(3)市售延胡索濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	0.31	0.04	未提供	0.3	0.21	0.04	未提供	未提供	0.83	0.07	0.31
2	0.30	0.16		0.3	0.25	0.1			0.61	0.05	
3	0.59	0.12		1.0	0.22	0.03			0.83	0.06	
平均值	0.40	0.11		0.53	0.23	0.06			0.76	0.06	
SD (標準偏差)	0.16	0.06		0.40	0.02	0.04			0.13	0.01	0.29

(4)市售延胡索濃縮製劑之水抽提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	27.34	30.42	未提供	17.0	48.45	37.23	未提供	未提供	55.78	65.05	39.88
2	25.27	30.98		16.2	49.37	34.18			56.28	64.97	
3	24.79	31.08		17.9	47.80	35.13			56.90	65.42	
平均值	25.80	30.83		17.03	48.54	35.51			56.32	65.15	
SD (標準偏差)	1.36	0.36		0.85	0.79	1.56			0.56	0.24	

(5)市售延胡索濃縮製劑之稀乙醇抽提物以乾品計算之含量分析

(單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	17.82	21.44	未提供	19.2	35.13	28.78	未提供	未提供	43.48	52.77	30.6
2	16.16	23.33		18.8	34.92	25.44			43.28	51.38	
3	15.82	21.16		20.0	34.88	25.54			37.87	50.38	
平均值	16.60	21.98		19.33	34.98	26.59			41.54	51.51	
SD (標準偏差)	1.07	1.18		0.61	0.13	1.90			3.18	1.20	

2. 葛根濃縮製劑

(1)市售葛根濃縮製劑之乾燥減重分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2.14	未提供	未提供	3.8	3.05	3.56	未提供	未提供	5.33	4.28	3.36
2	2.20			3.0	4.26	4.58			4.15	3.85	
3	3.43			2.2	4.49	3.07			4.47	3.50	
平均值	2.59			3.00	3.93	3.74			4.65	3.88	
SD (標準偏差)	0.73			0.80	0.77	0.77			0.61	0.39	

(2)市售葛根濃縮製劑之總灰分分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	3.77	未提供	未提供	5.5	3.93	4.18	未提供	未提供	3.30	3.63	3.78
2	3.20			3.8	3.83	4.36			3.17	3.58	
3	3.16			2.9	3.77	4.73			3.85	3.29	
平均值	3.38			4.07	3.84	4.42			3.44	3.50	
SD (標準偏差)	0.34			1.32	0.08	0.28			0.36	0.18	

(3)市售葛根濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	0.22	未提供	未提供	0.3	0.20	0.39	未提供	未提供	0.66	0.46	0.38
2	0.16			0.7	0.26	0.23			0.77	0.32	
3	0.13			0.6	0.31	0.24			0.82	0.12	
平均值	0.17			0.53	0.26	0.29			0.75	0.30	
SD (標準偏差)	0.05			0.21	0.06	0.09			0.08	0.17	

(4)市售葛根濃縮製劑之水抽提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	22.02	未提供	未提供	40.2	36.53	49.69	未提供	未提供	55.18	53.78	42.43
2	19.91			41.7	37.14	49.19			57.18	53.91	
3	18.73			40.1	35.97	48.90			50.04	53.52	
平均值	20.22			40.67	36.55	49.26			54.13	53.74	
SD (標準偏差)	1.67			0.90	0.59	0.40			3.68	0.20	

(5)市售葛根濃縮製劑之稀乙醇抽提物以乾品計算之含量分析

(單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	17.22	未提供	未提供	45.4	32.73	44.69	未提供	未提供	41.65	51.35	37.98
2	16.48			45.6	31.72	41.94			41.23	50.86	
3	15.67			46.4	32.32	42.02			35.66	50.78	
平均值	16.46			45.80	32.26	42.88			39.51	51.00	
SD (標準偏差)	0.78			0.53	0.51	1.57			3.34	0.31	

3. 葛根湯濃縮製劑

(1)市售葛根湯濃縮製劑之乾燥減重分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	3.28	3.69	未提供	3.7	4.40	3.18	未提供	未提供	4.45	4.40	3.85
2	3.69	6.70		2.7	4.00	3.25			4.41	3.68	
3	3.87	2.56		2.6	3.86	3.93			4.59	3.97	
平均值	3.61	4.32		3.00	4.09	3.45			4.48	4.02	
SD (標準偏差)	0.30	2.14		0.61	0.28	0.41			0.09	0.36	

(2)市售葛根湯濃縮製劑之總灰分分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	6.32	2.59	未提供	2.0	5.00	2.92	未提供	未提供	3.55	4.53	3.94
2	6.32	2.40		1.9	5.22	2.77			3.98	4.85	
3	6.32	2.47		2.1	5.07	2.74			4.52	5.14	
平均值	6.32	2.49		2.00	5.10	2.81			4.02	4.84	
SD (標準偏差)	0.00	0.10		0.10	0.11	0.10			0.49	0.31	

(3)市售葛根湯濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果 (單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	0.33	0.22	未提供	0.8	0.46	0.23	未提供	未提供	0.45	0.62	0.47
2	0.42	0.20		0.9	0.20	0.17			0.61	0.47	
3	0.40	0.27		1.2	0.19	0.18			0.80	0.78	
平均值	0.38	0.23		0.97	0.28	0.19			0.62	0.62	
SD (標準偏差)	0.05	0.04		0.21	0.15	0.03			0.18	0.16	

(4)市售葛根湯濃縮製劑之水抽提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	42.87	39.91	未 提 供	42.4	48.85	44.20	未 提 供	未 提 供	59.41	43.16	44.98
2	43.25	39.56		42.6	50.23	43.66			54.66	40.09	
3	43.90	33.87		42.5	48.77	42.46			58.17	39.99	
平均值	43.34	37.78		42.50	49.28	43.44			57.41	41.08	
SD (標準偏差)	0.52	3.39		0.10	0.82	0.89			2.46	1.80	

(5)市售葛根湯濃縮製劑之稀乙醇抽提物以乾品計算之含量分析

(單位：w/w %)

樣品編號 批次標號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	42.07	37.24	未 提 供	46.7	45.55	40.68	未 提 供	未 提 供	48.72	43.18	43.11
2	42.49	35.52		47.5	48.23	41.24			47.67	40.23	
3	43.05	33.93		47.4	47.64	39.89			45.98	40.30	
平均值	42.54	35.56		47.20	47.14	40.60			47.46	41.24	
SD (標準偏差)	0.49	1.66		0.44	1.41	0.68			1.38	1.68	

葛根中藥濃縮製劑與葛根湯濃縮製劑生產產品所使用之葛根藥材基原：

樣品編號 中藥濃縮製劑	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
葛根濃縮製劑	甘葛藤			野葛	野葛	野葛			甘葛藤	野葛
葛根湯濃縮製劑	野葛	野葛		野葛	野葛	野葛			甘葛藤	野葛

表二、市售品乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物及稀乙醇抽提物實驗結果

1. 延胡索濃縮製劑

(1)市售延胡索濃縮製劑之乾燥減重分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	5.71	6.10	4.24	3.87	4.73	3.44	5.92	5.40	5.80	3.82	3.47	3.76
第二次	3.77	3.66	3.39	2.41	4.16	2.65	5.23	4.69	3.99	2.52	1.82	2.54
第三次	3.79	3.89	3.40	2.48	4.27	7.17	5.10	4.56	3.82	2.40	2.02	2.48
AVG	4.43	4.55	3.68	2.92	4.39	4.42	5.42	4.89	4.54	2.91	2.44	2.93
SD	1.11	1.35	0.49	0.83	0.30	2.41	0.44	0.45	1.10	0.79	0.90	0.72
RSD%	0.25	0.30	0.13	0.28	0.07	0.55	0.08	0.09	0.24	0.27	0.37	0.25

(2)市售延胡索濃縮製劑之總灰分分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	3.62	1.75	2.40	2.68	2.32	3.62	1.18	1.03	2.18	1.59	3.66	3.59
第二次	3.52	1.71	2.39	2.75	2.34	4.10	1.10	0.90	2.16	1.56	3.29	3.62
第三次	3.58	1.75	2.32	2.76	2.30	3.63	1.10	1.02	2.14	1.61	3.59	3.54
AVG	3.57	1.74	2.37	2.73	2.32	3.78	1.10	0.98	2.16	1.59	3.52	3.58
SD	0.05	0.02	0.04	0.05	0.02	0.28	0.06	0.07	0.02	0.02	0.20	0.04
RSD%	1.31	1.32	1.85	1.69	0.89	7.30	5.02	7.10	0.93	1.38	5.60	1.09

(3)市售延胡索濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	1.23	0.46	0.34	0.79	0.46	1.42	0.33	0.27	0.92	0.63	1.19	0.34
第二次	1.20	0.17	0.65	0.56	0.34	1.55	0.22	0.45	1.08	0.26	0.97	1.09
第三次	1.40	0.19	0.39	0.53	1.34	0.83	0.43	0.26	0.70	0.41	1.09	1.30
AVG	1.27	0.27	0.46	0.63	0.72	1.27	0.33	0.33	0.90	0.43	1.08	0.91
SD	0.11	0.16	0.16	0.15	0.55	0.39	0.08	0.11	0.19	0.18	0.11	0.51
RSD	8.46	58.45	35.15	23.29	76.42	30.48	23.71	32.75	20.89	42.07	10.32	55.56

(4)市售延胡索濃縮製劑之水抽提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	19.50	27.18	41.63	16.52	43.92	31.99	48.61	19.05	47.74	54.26	34.14	34.17
第二次	19.02	27.81	42.69	16.59	43.19	31.62	46.93	18.58	46.27	55.83	31.77	32.33
第三次	18.84	29.34	43.80	16.44	43.66	30.97	49.15	18.89	48.15	60.38	32.37	32.53
平均	19.12	28.11	42.71	16.52	43.59	31.52	48.23	18.84	47.38	56.82	32.76	33.01
標準差	0.34	1.11	1.09	0.08	0.37	0.52	1.16	0.24	0.99	3.18	1.23	1.01
RSD	1.76	3.96	2.54	0.46	0.84	1.63	2.40	1.26	2.09	5.59	3.76	3.06

(5)市售延胡索濃縮製劑之稀乙醇抽提物以乾品計算之含量分析

(單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	15.85	22.10	41.66	12.25	35.17	26.71	39.56	13.59	37.39	49.87	27.05	27.26
第二次	14.58	21.21	39.19	11.70	34.13	26.34	38.40	13.52	35.68	47.28	25.17	26.20
第三次	14.82	23.12	38.01	12.17	35.92	28.27	40.56	14.98	38.59	50.23	27.56	27.40
平均	15.08	22.14	39.62	12.04	35.07	27.11	39.50	14.03	37.22	49.13	26.60	26.96
標準差	0.68	0.96	1.86	0.30	0.90	1.03	1.08	0.83	1.47	1.61	1.26	0.65
RSD	4.49	4.33	4.70	2.47	2.57	3.78	2.73	5.89	3.94	3.28	4.74	2.42

2. 葛根濃縮製劑

(1)市售葛根濃縮製劑之乾燥減重分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	7.10	6.67	6.34	4.99	7.70	5.94	6.42	6.41	6.48	6.19	5.46	5.75
第二次	6.64	6.51	6.17	4.86	7.45	5.95	6.11	5.99	6.42	6.04	5.42	5.65
第三次	7.26	6.99	6.57	5.23	7.97	6.11	6.73	6.67	6.77	6.47	5.53	5.82
AVG	7.00	6.72	6.36	5.03	7.71	6.00	6.42	6.36	6.56	6.23	5.47	5.74
SD	0.32	0.24	0.20	0.19	0.26	0.10	0.31	0.34	0.19	0.22	0.06	0.09
RSD	4.60	3.64	3.16	3.73	3.37	1.59	4.83	5.40	2.85	3.50	1.02	1.49

(2)市售葛根濃縮製劑之總灰分分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	3.90	3.99	3.17	6.18	3.91	4.46	1.93	3.35	3.57	3.50	4.44	4.39
第二次	3.89	3.97	3.13	6.06	3.91	4.38	1.87	3.24	3.46	3.47	4.31	4.36
第三次	3.70	3.93	3.26	6.07	3.97	4.39	1.73	3.40	3.58	3.48	4.43	4.38
AVG	3.83	3.96	3.19	6.11	3.93	4.41	1.84	3.33	3.54	3.48	4.40	4.38
SD	0.11	0.03	0.07	0.07	0.03	0.04	0.10	0.08	0.07	0.02	0.07	0.02
RSD	3.00	0.79	2.19	1.12	0.88	0.97	5.61	2.45	1.98	0.45	1.70	0.40

(3)市售葛根濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	1.20	0.52	0.67	0.00	0.59	1.32	0.53	0.56	1.06	0.59	0.44	0.77
第二次	1.12	0.84	0.36	1.19	1.04	0.74	0.50	0.45	1.37	0.63	0.72	0.53
第三次	0.62	0.36	0.84	1.84	0.62	0.51	0.35	0.73	1.35	0.51	1.56	0.56
AVG	0.98	0.58	0.62	1.01	0.75	0.86	0.46	0.58	1.26	0.58	0.91	0.62
SD	0.31	0.25	0.24	0.93	0.25	0.42	0.10	0.14	0.17	0.06	0.58	0.13
RSD	31.92	42.57	39.01	92.37	33.22	48.97	21.48	24.30	13.81	10.49	64.05	21.10

(4)市售葛根濃縮製劑之水抽提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	24.09	34.05	39.45	47.44	29.69	41.08	60.59	35.07	39.72	52.89	39.82	42.59
第二次	24.18	32.51	40.22	45.53	27.88	41.42	56.03	31.86	38.69	52.28	44.71	42.78
第三次	26.63	35.88	39.03	47.25	28.27	39.56	57.08	32.33	39.61	55.28	43.27	38.77
AVG	24.97	34.15	39.57	46.74	28.62	40.69	57.90	33.09	39.34	53.48	42.60	41.38
SD	1.44	1.68	0.61	1.05	0.95	0.99	2.39	1.74	0.56	1.59	2.51	2.26
RSD	5.76	4.93	1.53	2.24	3.33	2.43	4.12	5.25	1.44	2.96	5.90	5.47

(5)市售葛根濃縮製劑之之稀乙醇提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	14.20	18.52	38.77	39.69	27.57	38.56	49.21	29.50	26.25	46.89	34.60	35.51
第二次	14.16	20.08	38.93	40.98	25.50	37.04	51.34	30.89	24.63	46.31	36.21	37.28
第三次	15.13	20.58	41.66	40.91	27.49	36.23	49.66	31.43	24.35	46.11	36.85	36.72
AVG	14.50	19.72	39.79	40.53	26.85	37.28	50.07	30.61	25.08	46.44	35.89	36.50
SD	0.55	1.08	1.62	0.73	1.17	1.18	1.12	1.00	1.03	0.41	1.16	0.91
RSD	3.76	5.46	4.08	1.79	4.37	3.18	2.24	3.25	4.09	0.88	3.23	2.48

3. 葛根湯濃縮製劑

(1)市售葛根湯濃縮製劑之乾燥減重分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	4.74	4.11	3.29	3.32	3.41	4.01	6.08	4.16	5.07	4.43	4.52	4.26
第二次	4.84	4.47	3.18	3.34	3.30	4.00	6.06	4.17	4.80	4.06	4.54	4.29
第三次	4.97	4.41	3.92	3.20	3.86	4.11	6.21	4.32	4.91	4.10	4.52	4.48
AVG	4.85	4.33	3.47	3.29	3.58	4.04	6.12	4.22	4.93	4.20	4.52	4.34
SD	0.12	0.19	0.40	0.08	0.39	0.06	0.08	0.09	0.13	0.20	0.01	0.12
RSD	2.46	4.48	11.46	2.31	10.98	1.51	1.29	2.15	2.73	4.84	0.24	2.79

(2)市售葛根湯濃縮製劑之總灰分分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	6.42	2.56	5.30	3.67	4.51	2.76	2.43	3.86	4.03	4.75	2.80	2.88
第二次	6.39	2.59	5.24	3.60	5.14	2.62	2.39	3.81	4.02	4.33	2.93	2.85
第三次	6.18	2.61	5.24	3.59	4.49	2.88	2.40	3.86	3.99	4.75	2.89	2.92
AVG	6.33	2.59	5.26	3.62	4.71	2.75	2.41	3.84	4.01	4.61	2.87	2.88
SD	0.13	0.03	0.04	0.04	0.37	0.13	0.02	0.03	0.02	0.24	0.07	0.03
RSD	2.09	1.04	0.68	1.17	7.91	4.71	0.77	0.76	0.51	5.28	2.27	1.12

(3)市售葛根湯濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果 (單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	1.23	0.46	0.34	0.79	0.46	1.42	0.33	0.27	0.92	0.63	1.19	0.34
第二次	1.39	0.17	0.65	0.56	0.34	1.55	0.22	0.28	1.08	0.52	0.97	1.09
第三次	1.40	0.19	0.39	0.53	1.34	0.83	7.63	0.26	0.70	0.41	1.09	1.30
AVG	1.34	0.27	0.46	0.63	0.72	1.27	2.73	0.27	0.90	0.52	1.08	0.91
SD	0.10	0.16	0.16	0.15	0.55	0.39	4.25	0.01	0.19	0.11	0.11	0.51
RSD	7.23	58.45	35.15	23.29	76.42	30.48	155.76	2.82	20.89	21.02	10.32	55.56

(4)市售葛根湯濃縮製劑之水抽提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	39.43	29.16	28.07	44.91	34.77	33.69	53.18	37.30	47.65	30.09	33.08	32.43
第二次	36.28	29.16	29.75	41.94	36.52	31.87	51.93	36.30	46.72	33.35	33.39	33.24
第三次	36.59	29.47	28.92	41.40	35.14	34.51	53.67	38.65	51.20	33.75	35.15	35.28
AVG	37.44	29.26	28.91	42.75	35.48	33.36	52.93	37.42	48.52	32.40	33.88	33.65
SD	1.74	0.18	0.84	1.89	0.92	1.35	0.90	1.18	2.36	2.01	1.12	1.47
RSD	4.64	0.61	2.90	4.43	2.60	4.06	1.69	3.15	4.87	6.20	3.30	4.37

(5)市售葛根湯濃縮製劑之之稀乙醇提物以乾品計算之含量分析結果

(單位：w/w %)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
第一次	41.24	31.13	34.08	44.05	36.55	33.60	47.21	38.92	41.20	34.07	32.83	34.29
第二次	39.35	31.10	34.74	44.36	39.31	33.31	45.50	35.01	41.80	36.13	31.65	32.32
第三次	41.10	32.07	34.55	45.48	37.75	33.15	43.64	39.55	41.68	36.23	30.71	33.79
AVG	40.56	31.43	34.46	44.63	37.87	33.35	45.45	37.83	41.56	35.48	31.73	33.47
SD	1.05	0.55	0.34	0.75	1.38	0.23	1.78	2.46	0.32	1.22	1.06	1.02
RSD	2.59	1.75	0.98	1.68	3.65	0.70	3.92	6.51	0.77	3.44	3.34	3.06

表三、表實驗室含量分析結果

1. 延胡索濃縮製劑

(1)延胡索標準湯劑之去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline)含量測定結果

實驗室	T、延胡索試驗藥去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline)含量(mg/g)	S、延胡索標準湯劑去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline)含量(mg/g)	移行率(%) (S/T)×100
1	1.16	0.50	43.10
2	1.02	0.54	52.94
平均值	1.09	0.52	48.02

〈註〉製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定。

(2)延胡索標準湯劑之延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)含量測定結果

實驗室	T、延胡索試驗藥延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)含量(mg/g)	S、延胡索標準湯劑延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)含量(mg/g)	移行率(%) (S/T)×100
1			37.88
2	0.66	0.25	40.96
平均值	0.83	0.34	39.42

〈註〉製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定。

(3)延胡索濃縮製劑之去氫延胡索鹼(Dehydrocorydaline)含量測定結果

樣品編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	4.09	2.55	2.28	4.47	2.53	4.14	0.71	1.67	1.88	2.71	4.20	4.08
2	1.75	1.15	1.03	1.89	1.09	1.64	0.28	0.72	0.82	1.16	1.75	1.82
平均	2.92	1.85	1.66	3.18	1.81	2.89	0.49	1.20	1.35	1.94	2.97	2.95

(4)延胡索濃縮製劑之延胡索乙素(Tetrahydropalmatine)含量測定結果

樣品編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	3.84	1.54	1.36	1.02	1.31	1.97	0.37	0.47	0.48	0.21	1.98	1.94
2	1.00	0.39	0.76	0.56	0.73	1.01	0.22	0.27	0.27	0.11	1.07	1.11
平均	2.42	0.97	1.06	0.79	1.02	1.49	0.30	0.37	0.37	0.16	1.52	1.52

2. 葛根濃縮製劑

(1)野葛標準湯劑之葛根素(Puerarin)含量測定結果

實驗室	T、野葛試驗藥材葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	S、野葛標準湯劑葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	移行率(%) (S / T) × 100
1	40.29	22.69	56.31
2	47.52	24.37	51.28
3	53.40	28.96	54.23
4	26.78	20.12	75.13
平均值	42.00	24.04	59.24
SD	11.47	3.72	10.79
標準湯劑下限值之 70%		22.69*70 % = 15.88mg/g	
規格範圍		31.76±50% , 15.88~47.64 mg/g	
標準湯劑平均值之 70%		24.04*70 % =16.83 mg/g	
規格範圍		33.66±50% , 16.83~50.49 mg/g	
藥材平均含量×平均移行率×70% = 製劑下限值(%)		4.20%*59.24%*70%=1.74%	
規格範圍		3.48%±50% , 1.74%~5.22%	

〈註〉製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定。

(2)甘葛藤標準湯劑之葛根素(Puerarin)含量測定結果

實驗室	T、甘葛藤試驗藥材葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	S、甘葛藤標準湯劑葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	移行率(%) (S / T) × 100
1	2.86	1.04	36.36
2	1.15	1.24	107.82
3	2.6	1.08	41.53
4	3.04	1.02	37.23
平均值	2.41	1.10	55.74
SD	0.86	0.10	34.80
標準湯劑下限值之 70%		1.1*70 % =0.77 mg/g	
規格範圍		1.24±50% , 0.77~2.31 mg/g	
標準湯劑平均值之 70%		0.24%*55.74%*70%=0.09%	
規格範圍			
藥材平均含量×平均移行率×70% =製劑下限值(%)		0.18%±50% , 0.09%~0.27%	
規格範圍		1.1*70 % =0.77 mg/g	

(3)野葛濃縮製劑之葛根素(Puerarin)含量測定結果

樣品編號	3	4	5	6	7	8	10	
1	19.19	36.80	34.19	46.97	17.38	22.10	30.59	
2	19.39	36.01	35.30	50.11	20.17	24.37	31.57	
3	19.15	39.70	36.70	53.75	21.74	24.48	32.18	
4	19.73	36.77	34.46	54.01	19.83	23.01	30.83	
平均	19.37	37.32	35.16	51.21	19.78	23.49	31.29	31.09
SD	0.27	1.63	1.13	3.34	1.80	1.14	0.72	10.88

(4)甘葛藤濃縮製劑之葛根素(Puerarin)含量測定結果

樣品編號	1	2	9	
1	2.05	3.12	1.39	
2	2.00	3.04	1.41	
3	2.09	2.71	1.39	
4	1.91	2.93	1.37	
平均	2.01	2.95	1.39	2.12
SD	0.08	0.18	0.02	0.68

(5)品保樣品分析結果

樣品編號 實驗室	6	11	12	平均值	RSD (%)
1	46.97	50.58	44.88	47.48	2.88
2	50.11	49.00	49.33	49.48	0.57
3	53.75	51.69	51.84	52.43	1.15
4	54.01	48.60	48.15	50.25	3.26

本次實驗中樣品 6、樣品 11 與樣品 12 為同廠牌、同批號之品保樣品，經計算後各實驗室之相對標準偏差均小於 5%，因此所提供之數據應為可信數據。

3. 葛根湯濃縮製劑

(1) 葛根湯標準湯劑(野葛)之葛根素(Puerarin)含量測定結果

實驗室	T、野葛試驗藥葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	S、野葛標準湯劑葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	移行率(%) (S/T) × 100
1	39.30	30.37	77.28
2	43.06	30.24	70.23
平均值	41.18	30.31	73.75

〈註〉製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定。

(2) 葛根湯標準湯劑(甘葛藤)之葛根素(Puerarin)含量測定結果

實驗室	T、甘葛藤試驗藥葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	S、甘葛藤標準湯劑葛根素(Puerarin)含量(mg/g)	移行率(%) (S/T) × 100
1	2.60	1.63	62.69
2	2.72	1.10	40.44
平均值	2.66	1.37	51.57

〈註〉製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定。

葛根湯標準湯劑之鹽酸麻黃鹼(Ephedrine HCl)及鹽酸偽麻黃鹼(Pseudoephedrine HCl)之總和計算含量測定結果

實驗室		T、葛根湯試驗藥鹽酸麻黃鹼(Ephedrine HCl)及鹽酸偽麻黃鹼(Pseudoephedrine HCl)含量(mg/g)	S、葛根湯標準湯劑鹽酸麻黃鹼(Ephedrine HCl)及鹽酸偽麻黃鹼(Pseudoephedrine HCl)含量(mg/g)	移行率(%) (S/T) × 100
1	鹽酸麻黃鹼	8.31	7.57	91.10
	鹽酸偽麻黃鹼	1.69	2.25	133.14
	總和	10.00	9.82	98.20
2	鹽酸麻黃鹼	10.91	8.09	74.15
	鹽酸偽麻黃鹼	2.09	1.60	76.56
	總和	13.00	9.69	74.54
鹽酸麻黃鹼平均		9.61	7.83	82.62
鹽酸偽麻黃鹼平均		1.89	1.925	104.85
總和平均		11.5	9.755	86.37

〈註〉製備標準湯劑使用之中藥材須符合《臺灣中藥典》指標成分規定。

(3)葛根湯濃縮製劑之葛根素(Puerarin)含量測定結果 (單位：mg/day)

樣品編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	4.09	2.55	2.28	4.47	2.53	4.14	0.71	1.67	1.88	2.71	4.20	4.08
2	177.23	60.92	91.85	90.86	101.07	118.89	35.72	29.49	7.13	115.81	119.78	120.38
平均	177.97	65.58	93.05	96.12	107.07	120.23	38.97	30.39	7.20	126.52	120.75	120.90

(4)市售葛根湯濃縮製劑之鹽酸麻黃鹼(Ephedrine HCl)以乾品計算之分析結果 (單位：mg/day)

樣品編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	39.75	18.76	36.38	32.64	40.63	25.93	10.49	17.78	18.48	28.35	32.07	26.26
2	34.77	12.37	29.93	21.41	27.15	26.66	7.66	6.73	17.14	18.53	27.56	28.24
平均	37.26	15.56	33.15	27.02	33.89	26.30	9.08	12.26	17.81	23.44	29.82	27.25

(5)市售葛根湯濃縮製劑之鹽酸偽麻黃鹼(Pseudoephedrine HCl)以乾品計算之分析結果 (單位：mg/day)

樣品編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	16.32	3.64	8.67	7.46	15.48	7.70	7.50	8.50	9.06	19.62	13.25	8.63
2	5.44	1.93	5.91	2.71	3.75	3.93	1.5	1.31	2.69	7.73	4.19	4.18
平均	10.88	2.79	7.29	5.09	9.62	5.82	4.50	4.90	5.88	13.68	8.72	6.40

葛根湯濃縮製劑之鹽酸麻黃鹼(Ephedrine HCl)及鹽酸偽麻黃鹼(Pseudoephedrine HCl)之總和計算含量測定結果 (單位：mg/day)

樣品編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	56.07	22.40	45.05	40.10	56.11	33.63	18.00	26.28	27.55	47.97	45.33	34.89
2	40.21	14.3	35.84	24.12	30.9	30.59	9.16	8.04	19.83	26.26	31.75	32.42
平均	48.14	18.35	40.44	32.11	43.51	32.11	13.58	17.16	23.69	37.12	38.54	33.66

編修中藥材檢驗規格技術規範

何玉鈴¹、高駿彬²、黃皓澤¹、林宜薇³、陳怡蓓¹、張永勳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

研究目的：

臺灣中藥典第二版於 102 年公告，收載 300 種中藥品項，然而，與各國藥典相比，仍嫌不足。為應世界各國藥典內中藥品質規格與檢驗方法之更新及法規要求，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，負責該分小組之編修工作。預定今年公告出版臺灣中藥典第三版，並於 110 年與中華藥典合併出版中華藥典第九版。

研究方法：

本計畫負責執行「檢驗規格組」之工作項目，就過去所進行藥典品項之背景研究成果，定期召開專家會議討論中藥材與炮製中藥材品項之「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等內容，也研議藥典內檢驗規格之相關通則，而中藥典各品項之異常物質限量標準也參照衛生福利部最新公告之標準修訂，並於會後提供修正對照表；另依 106 年檢驗規格專家會議所提建議，進行實驗確認青皮、秦皮、荊芥、草果、廣藿香及澤蘭等 6 個中藥材之薄層層析鑑別檢驗方法評估確認。也提供諮詢服務，協助回覆臺灣中藥典第三版公告後之相關疑義及藥典相關中藥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。

結果：

本計畫已透過召開四次專家會議，編修臺灣中藥典第三版相關檢驗方法之通則，除內文中文字與敘述上之修正與統一外，也依中華藥典第八版最新之檢驗方法進行增修，另也協助增修中藥製劑之相關通則。也完成臺灣中藥典第三版 355 種品項之中藥材檢驗規格方法增修，薄層層析鑑別、高效液相層析鑑別及五項試驗數據分別共增修 42 種、40 種及 3 種品項，也依照衛生福利部最新異常物質限量標準公告，修訂 355 種品項之雜質檢查及其它規範，修正內容已提供修正對照表參照之。目前藥典雖暫時不納入炮製中藥材品項，但已提供建議與實驗方向供

炮製中藥材參考。也協助回覆藥典相關檢驗規格之提案與意見。召集人也參加其它中藥典分小組之專家會議，適時提出建議。

討論及結論：

臺灣中藥典第三版通則部分，除針對整體內容進行必要之文字修正與統一外，也參考中華藥典第八版進行合併增修，如新增「二氧化硫測定法」等檢驗通則方法，另也保留臺灣中藥典特有之中藥通則，且重新編排其檢驗方法編號。另過去研究成果所提供之 53 種高效液相層析鑑別品項，經討論後，有 13 種品項因實驗數據缺失或內容尚有爭議，暫不增修於藥典內，未來待補實後再增修。本計畫也依據衛生福利部最新公告「中藥材含重金屬限量基準」及「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準」修正規範，並於 18 項市售藥食兩用中藥材之個論中加註「本藥材做為市售使用時，異常物質限量基準應依食品標準」。出版前，外界各單位針對臺灣中藥典第三版公告草案所提案之意見，本組也提供適當之回覆說明，並將回覆內容提送臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議再行審議討論通過，並依決議修至藥典中。炮製中藥材之相關檢驗內容，因實驗方法或內容尚有爭議，待補實相關實驗數據及圖譜後將可增修至未來中華藥典第九版。藉由本計畫所修訂之檢驗規格通則及各藥材檢驗規格內容，可供未來主管單位制定相關中藥檢驗規格之依據，以提昇臺灣中藥之品質、療效與安全。

關鍵詞：臺灣中藥典第三版、檢驗規格、異常物質限量標準、諮詢

Compilation of Technical Guidelines of Quality Specification of TCM

Yu-Ling Ho¹, Chun-Pin Kao², Hao-Ze Huang¹, Yi-Wei Lin³,
Yi-Chiann Chen¹ and Yuan-Shiun Chang³

¹Hungkung University, ²Hsin Sheng College of Medical Care and Management,
³China Medical University

ABSTRACT

Purpose:

The second version of Taiwan Herbal Pharmacopeia was promulgated in 2013 with 300 herb items. However, the items covered are far less than other herbal pharmacopeia in the world. In order to cope with the advancement on quality control of TCM specification, Department of Chinese Medicine and Pharmacy, Ministry of Health and Welfare invited more members from government offices, academic institutes and industrial partners to form 4 sub-committees, namely, Herb origin, Quality specification, Herbal preparations and Clinical Chinese medicine. Each sub-committees is responsible for the compilation of related area in THP. The 3rd edition of THP will be published in 2018. THP is planned to be incorporated into 9th version of Chinese Pharmacopeia in 2021.

Methods:

This project is responsible for the quality specification of TCM. Based on the chemical specification background studies, routine expert meetings were called to discuss the identification, foreign matter, safety tests and assays of each monograph. General notice of the quality specification was also discussed. The safety limits of each herb were updated based on the current announcement of Ministry of Health and Welfare. A comparison table was made after the meetings. Following the recommendation from quality specification subcommittee in 2017, we also reevaluated the TLC methods of Citri Reticulatae, Pericarpium Viride, Fraxini Cortex, Nepetae Herbal, Tsaoko Fructus, Pogostemonis Herbal and Lycopi Herbal. We also provided consultations to help answering the related queries on quality specifications of TCM

herbs raised from TCM communities after the announcement of the 3rd THP. We also helped to evaluate the recommendation on quality specifications related issues.

Results:

This project had held four regular editorial committee meetings on quality specification of THP. General notice of the detection methods of the 3rd THP was reviewed. Besides the wording and description revision and uniform, some monographs were revised following the 8th Chinese Pharmacopeia. We also help to add a general notice on TCM herbal preparations. The specification of the 355 monographs of the 3rd THP were updated, including 42 TLC methods and 40 HPLC methods. The five chemical specifications of three monographs were also revised. The safety limits, foreign matters and other limits of 355 herb items were revised based on the current announcement of MOHW. A comparison table was also prepared. Even though no processed herb item was included in the 3rd THP, we had provided some suggestions on the method development of chemical specification of the processed herb. We also helped to answer the queries on chemical specification related issues in THP. The convener also participated in routine meeting of the other subcommittees to provide suggestions as is needed.

Discussion and Conclusion:

The general notice of the 3rd THP were revised and updated. Besides the wording and description revision and uniform, some monographs were revised or combined following the 8th Chinese Pharmacopeia. Monographs on Sulfur detection method was added. A few monographs specific for TCM were retained. The code number for the detection methods were revised. Fifty three HPLC methods provided from previous studies were reviewed, 13 of them were reserved due to insufficient data or errors. They will be added as they were amended in the future. The safety limits of heavy metals, sulfur residue and aflatoxins were revised based on the current announcement of MOHW. For the 18 herb items which were regarded as both medicine and food category, a line description “If this herb is sold by retail, the limit for foreign matters and other limits of the foods should be followed”. The feed backs on chemical specifications from prepublication announcement of the 3rd THP were explained and answered. Our explanations were also submitted to the 3rd THP editorial committee. Those approved were amended in the 3rd THP. The chemical specifications of the processed herb items were reviewed and some of the defects were pointed out and suggested. The processed items will be incorporated into the upcoming 9th version of Chinese Pharmacopeia after satisfactory amendment were provided. Through the revision of the general notice on the detection methods and the chemical specification in each monographs, it can provide as reference for the health authority in making the quality control regulations of TCM, so as to elevate the quality, efficacy and safety of TCM herbs in Taiwan.

Keywords: 3rd Edition of THP; Quality specifications; The safety limits; Consultations

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 93 年 3 月 9 日公告，並自 93 年 5 月 1 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 101 年 12 月公告，102 年 1 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 102 年 4 月 1 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⁽⁴⁻¹¹⁾已制訂 275 種中藥材、日本藥局方第 17 版⁽¹²⁾收載 323 項生藥、韓國藥典(KP)第 11 版⁽¹³⁾收載 179 項草藥及製劑，2015 年版韓國草藥典(KHP)⁽¹⁴⁾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。為了使中藥典更具備再現性、合乎業界之能力、保障民眾之安全及因應國際之趨勢與發展，必須適時彙整相關資料修正與更新。

102 年至 103 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⁽¹⁵⁾（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⁽¹⁶⁾（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⁽¹⁷⁾（計畫編號：MOHW-104-CMAP-114-133401），完成新增 30 個品項檢驗規格之制訂。

衛生福利部於民國 104 年度委託主持人執行「臺灣中藥典中藥材檢驗規格內容編修」計畫⁽¹⁸⁾（計畫編號：MOHW104-CMAP-M-114-000426），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。

衛生福利部於民國 106 年度委託主持人執行「中藥檢驗規格內容編修」

計畫⁽¹⁹⁾ (計畫編號: MOHW106-CMAP-M-114-112413), 確立「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」草案。參考中華藥典第八版⁽²⁰⁾進行合併增修臺灣中藥典第三版相關檢驗方法之 43 篇通則, 也新增中藥材、中藥飲片及中藥炮製之通則草案。也完成臺灣中藥典第三版 355 種品項之中藥材檢驗規格相關內容編修, 也依衛生福利部最新異常物質限量標準公告, 修訂 355 種品項之雜質檢查及其它規範, 並提供完整修正對照表。

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⁽²¹⁾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 103 年度執行「臺灣中藥典編輯與諮詢」計畫⁽²²⁾ (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。

另為對中藥典進行更全面的編修及了解, 衛生福利部於 104 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」。

本計畫已於 107 年底前完成臺灣中藥典第三版編修作業, 並定期召開臺 4 場臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版中藥檢驗規格小組專家會議, 編修中藥材品項個論「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」, 及編修中藥典中藥檢驗規格相關通則, 並將衛生福利部最新公告異常物質限量標準納入, 提供修正對照表, 另也編修炮製中藥材品項個論「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等內容。協助回覆臺灣中藥典第三版公告後之相關疑義及藥典相關中藥檢驗規格訊息之諮詢問題與意見, 也評估及提供中藥檢驗規格提案之建議, 並參加其它藥典編修小組之專家會議, 提供中藥檢驗規格相關專業意見。

希冀透過本計畫之執行, 能順利進行臺灣中藥典第三版「檢驗規格」相關之編修及修正, 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。藉以提昇臺灣中藥的品質、療效與安全。

貳、材料與方法

一、定期召開 4 場臺灣中藥典第三版中藥檢驗規格小組專家會議，並參加其它分小組會議，提供檢驗規格相關專業意見：

本計畫已於 107 年 3 月 12 日、107 年 5 月 7 日、107 年 9 月 12 日及 107 年 11 月 9 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三版工作分小組聯繫會議。

- (一) 本小組召集人於 107 年 3 月 16 日、107 年 5 月 11 日、107 年 9 月 12 日及 107 年 11 月 2 日參加「基原分小組」之工作會議。
- (二) 本小組召集人於 107 年 4 月 2 日、107 年 6 月 15 日、107 年 9 月 12 日及 107 年 11 月 9 日參加「製劑分小組」之工作會議。
- (三) 本小組召集人於 107 年 2 月 9 日、107 年 5 月 10 日及 107 年 9 月 12 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於 107 年 1 月 31 日、107 年 3 月 28 日、107 年 5 月 22 日、107 年 6 月 27 日及 107 年 9 月 27 日（臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 7 次會議~第 11 次會議，共五次會議），一同參與編輯工作小組會議，研議檢驗規格相關內容，並提供專業建議。

二、將衛生福利部最新公告之異常物質限量標準納入，並提供修正對照表：

本計畫逐一比對臺灣中藥典各品項之異常物質限量標準，若與新公告有所衝突，則以衛生福利部最新公告為主，並提供修正對照表。

- (一) 衛生福利部於 105 年 8 月 10 日公告「中藥材含重金屬限量基準(衛部中字第 1051861110 號)」，並自 105 年 10 月 1 日生效。
- (二) 衛生福利部於 105 年 5 月 10 日公告「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準(衛部中字第 1051860702 號)」，並自 105 年 8 月 1 日生效。

三、協助編修臺灣中藥典第三版「檢驗規格」相關內容：

本計畫主持人已於 106 年度執行「中藥檢驗規格內容編修」計畫⁽¹⁹⁾(計畫編號：MOHW106-CMAP-M-114-112413)，協助增修臺灣中藥典第三版之檢驗方法與品質規格。在此基礎下，今年度計畫已完成編修臺灣中藥典第

三版收載之 355 個品項中藥材之檢驗規格相關內容，並統一藥典內容格式及排版。

(一) 編修中藥材品項個論「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等內容。

(二) 編修中藥典中藥檢驗規格相關通則。

(三) 編修炮製中藥材品項個論「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等內容

四、前中醫藥委員會、國家中醫藥研究所及中醫藥司曾進行中藥材評估及開發 TLC、HPLC 鑑定分析方法、替代毒性化學物質溶劑溶媒及分析方法等研究成果皆納入討論增修：

本計畫將下列研究成果一併納入討論，已於會後進行修正及增修。

(一) 國家中醫藥研究所於 103 年由董博士執行「中藥品質研究方法之開發」計畫⁽²³⁾ (計畫編號：MM10211-0153)，評估川貝母之化學規格制定，也研議沙苑蒺藜及淡竹葉之 TLC、HPLC 及化學規格等研究。

(二) 國家中醫藥研究所於 104 年由董博士執行「中藥品質科學分析方法之開發」計畫⁽²⁴⁾ (計畫編號：MM10401-0394)，評估及開發 HPLC 鑑定分析方法等研究。

(三) 國家中醫藥研究所於 106 年由董博士執行「中藥品質科學研究方法之開發」計畫⁽²⁵⁾ (計畫編號：MM10601-0160)，評估及開發 TLC、HPLC 鑑定分析方法等研究。

(四) 國家中醫藥研究所於 107 年由董博士執行計畫，提供沙苑蒺藜、延胡索及葛根之 TLC、HPLC 鑑定分析方法等研究。

(五) 國家中醫藥研究所補充新增中藥材品項之 TLC 與 HPLC 分析方法研究，包括倒地蜈蚣、常山、鹿銜草、鵝不食草、茯神、玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海等 9 個中藥材品項

(六) 中國醫藥大學於 106 年由張副教授執行「建立中藥材與中藥製劑之品質管制規範」，分項 1：臺灣常用炮製中藥材品質規格研究之計畫⁽²⁶⁾ (計畫編號：MOHW106-CMAP-M-114-112416)，研議酒當歸、酒川芎、熟地黃、製附子、法半夏、薑半夏及製何首烏等 7 個中藥材炮製品項之 TLC、HPLC 及化學規格等研究。

五、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：

衛生福利部中醫藥司於 105 年度衛生福利部所成立之「中藥典專業諮詢服務窗口」之基礎下，由中醫藥司接受各界對藥典內容之疑義，並彙整相關諮詢意見提交藥典編修工作小組各分小組，本計畫負責執行「檢驗規格」相關內容之諮詢，檢討各界對已公告臺灣中藥典⁽²⁾「檢驗規格」內容相關問題之缺失及勘誤。

諮詢管道

傳真：02-8590-7076

E-mail: cmthp@mohw.gov.tw

六、進行實驗確認 106 年檢驗規格專家會議建議重做之 TLC 品項：

專家會議建議青皮、秦皮、荊芥、草果、澤蘭及廣藿香等 6 個中藥材之 TLC 檢驗規格內容需再次進行確認。

表一、建議重新評估之 6 個 TLC 藥材品項

品項	重新評估之原因
青皮	委員認為橙皮苷(Hesperidin)對照標準品之配製方法有問題(需配製成飽和液)，應進行實驗確認。
秦皮	藥典尚無規定對照標準品，委員建議新增標準品(秦皮乙素或秦皮甲素)重新進行實驗。
荊芥	由於檢品的指標成分(胡薄荷酮 Pulegone)斑點不清楚，可能與成分具有揮發性有關，建議重新進行實驗，但萃取方法不能蒸乾。
草果	委員建議直接進行修改，將萃取溶媒直接換成乙酸乙酯，而未進行實驗確認者。
澤蘭	TLC 研究結果尚有爭議(圖片不清楚)，建議修改其萃法及展開劑。
廣藿香	委員建議直接進行修改，將萃取溶劑直接換成乙酸乙酯，而未進行實驗確認者。

參、結果

一、完成臺灣中藥典第三版編修作業：

透過定期召開 4 場臺灣中藥典第三版檢驗規格小組專家會議，反覆研議各執行衛生福利部計畫之研究單位所提供研究成果，以進行修正及新增中藥材之檢驗規格方法與規範，也針對各界單位對於臺灣中藥典第三版所提案之意見進行討論及確認，爾後編修檢驗規格內容，完成臺灣中藥典第三版 355 項中藥材個論，並於出版前反覆校對並修正之。

二、定期召開 4 場臺灣中藥典第三版中藥檢驗規格小組專家會議：

本計畫今年度共召開四場次「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及決議事項如下：

(一) 第一場(「檢驗規格」分小組第十二次會議)於 107 年 3 月 12 日(星期一)，上午 10 時，假衛生福利部 201 會議室召開(會議照片如圖一)，決議如下：

1. 依研究成果與委員建議新增川貝母之「五項試驗」規定。
2. TLC 分析方法研究中，共研議 29 個中藥材品項(包含巴戟天、北板藍根、白薇、石菖蒲、合歡皮、葶藶子、漏蘆、川棟子、五倍子、巴豆、王不留行、石榴皮、羌活、前胡、威靈仙、柿蒂、桔梗、草豆蔻、款冬花、倒地蜈蚣、常山、鹿銜草、鵝不食草、茯神、玉米鬚、赤茯苓、紅景天、胖大海及白及等)之增修內容。其中，北板藍根、石菖蒲、葶藶子、倒地蜈蚣及胖大海等 5 個品項之 TLC 鑑別方法，雖依研究成果修正，但使用「對照藥材」替代「指標成分」進行鑑別。另白及之 TLC 研究結果，因工研院之研究成果是針對「臺灣白及」，已請江委員淑端提供兩種白及藥材於相同 TLC 條件下之圖譜實驗資料，於下次會議討論。其餘 23 個品項(12 個品項為「分析方法修正」，另 4 個品項為「替代毒性化學物質溶劑」，其餘 7 個品項為「分析方法開發」)，依研究成果與委員建議修正。
3. HPLC 分析方法研究中，共研議 49 個中藥材品項(包含八角茴香、小茴香、川牛膝、防風、卷柏、桂枝、魚腥草、穀精草、川貝母、大薊、女貞子、牛膝、白及、肉桂、荊芥、路路通、荷葉、澤蘭、巴戟天、北板藍根、白薇、石菖蒲、合歡皮、側

柏葉、紫花地丁、紫蘇葉、葶藶子、漏蘆、川楝子、五倍子、巴豆、王不留行、石榴皮、羌活、前胡、威靈仙、柿蒂、桔梗、草豆蔻、款冬花、倒地蜈蚣、常山、鹿銜草、鵝不食草、茯神、玉米鬚、赤茯苓、紅景天及胖大海等)之增修內容。其中，除大薊、小茴香、川牛膝、白及、防風、穀精草、澤蘭、川貝母、玉米鬚、倒地蜈蚣、胖大海及常山等 12 個品項之 HPLC 研究結果，尚有爭議，暫不修正外。其餘 37 個品項(皆為「分析方法開發」)，依研究成果與委員建議修正。

4. 於臨時動議中，研議上個年度 4 個中藥材品項(包含乾薑、青皮、秦皮及廣藿香等；皆為「分析方法修正」)之 TLC 補遺研究實驗成果，皆依研究成果與委員建議修正。

(二) 第二場(「檢驗規格」分小組第十三次會議)於 107 年 5 月 7 日(星期一)，下午 02 時，假衛生福利部 201 會議室召開(會議照片如圖二)，決議如下：

1. TLC 分析方法研究中，共研議 8 個中藥材品項(包含沙苑蒺藜、淡竹葉、延胡索、葛根、荊芥、草果、澤蘭及白及等(之增修內容。其中，淡竹葉雖依研究成果新增 TLC 鑑別方法，但使用「對照藥材」替代「指標成分」進行鑑別。其餘 7 個品項(皆為「分析方法修正」)，皆依研究成果與委員建議修正。
2. HPLC 分析方法研究中，共研議 4 個中藥材品項(包含沙苑蒺藜、淡竹葉、延胡索及葛根等)之增修內容。其中，除淡竹葉之指標成分異荳草素含量太低，暫不修訂外。其餘 3 個品項(延胡索與葛根為「分析方法修正」；沙苑蒺藜為「分析方法開發」)，皆依研究成果與委員建議修正。
3. 依研究成果與委員建議修正沙苑蒺藜與淡竹葉之「五項試驗」規定。
4. 臺灣中藥典第三版檢驗規格通則尚有名詞統一疑義之事項，已與中華藥典第九版「範圍及名詞小組」李召集人水盛聯繫，待委員確定名詞統一用法後修正。
5. 「通則試藥與溶液中英文索引」，筆劃一之「中文索引」內容中，如 0.1 N 碘液、0.1 N 過錳酸鉀液、1 N 氫氧化鈉液、1 N 硫酸、1 N 鹽酸、2,4-二硝基苯聯胺、3,5-二硝基苯甲酸、 α -萘酚及 β -萘酚等 9 個試藥，需依第 1 個國字之筆畫排列；「英中文索引」

依照英文字母排序，並提送臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議討論。

6. 衛生福利部 107 年臺灣中藥典第三版編輯工作小組第 7 次及第 8 次會議紀錄中委員提出建議之事項，已於本小組決議討論，並提送臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議討論。

- (1) 除延胡索與葛根於本次會議修改 HPLC 方法，不需再修訂外。

- 其餘丹參、川木香、木香、甘草、西洋參、吳茱萸、牡丹皮、兒茶、厚朴、番紅花、番瀉葉、黃芩、橘紅及澤瀉等 14 個藥材之照標準品配製方法與時間太過繁瑣，已依「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」之範例修改敘述。

- (2) 菊花與廣金錢草於臺灣中藥典第二版中具有兩種 TLC 檢測方法。菊花與廣金錢草於本次會議刪除僅含對照藥材之 TLC 檢測方法，並保留含指標成分之 TLC 檢測方法，但其使用聚醯胺薄膜板，委員建議可列為未來開發品項進行研究後再修改。

- (三) 第三場（「檢驗規格」分小組第十四次會議）於 107 年 9 月 12 日（星期三），下午 13 時，假衛生福利部一樓大禮堂召開（會議照片如圖三），決議如下：

1. 各單位針對臺灣中藥典第三版公告草案所提案之意見，本組所進行之意見回覆如下所示，且該回覆內容將提送臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議再行研議討論（107 年 9 月 27 日）：

- (1) 如有文字誤繕，立即修正。

- (2) 如需進一步進行實驗才能確認實驗方法者，將列為未來待確認檢討之品項，暫無法修正。

- (3) 如提出檢驗限量修正者，並具有其它藥典依據，已適當修正，例如丁香、川芎、百部、芒硝及楮實子等。如未有依據者將列入未來確認檢討品項。

2. 鑑別方法已於臺灣中藥典中詳述，如「含有螢光劑之矽膠薄層板」即代表以極性物質為固定相之正相層析板。國內藥廠或實驗單位應先依臺灣中藥典進行檢驗，如有困難，再行參考其它藥典或文獻之方法。

3. 臺灣中藥典第三版所收載薄層層析鑑別及高效液相層析法之品項比例增高，對於製藥公會而言，品質的把關可更確實，但業

界製造之成本提升，希望未來新的制訂規範能貼近實際面以取得平衡。

4. 目前市售對照標準品品質不一，且對照藥材的供應商僅大陸中國食品藥品檢定研究院。希望國內未來能有穩定提供高品質且較便宜對照藥材與對照標準品。
5. 為因應 200 標準基準方或複方製劑中尚未收載入藥典之中藥材或炮製品，是否可參照「日本藥局方外生藥規格」，另外收錄，以供業界參考。
6. 各界如對臺灣中藥典有相關意見可經由衛生福利部中醫藥司成立之「中藥典專業諮詢服務窗口」提出。

(四) 第四場(「檢驗規格」分小組第十五次會議)於 107 年 11 月 9 日(星期五)，上午 10 時，假衛生福利部 301 會議室召開(會議照片如圖四)，決議如下：

1. 會議所提出 7 個中藥材炮製品項，如酒當歸、酒川芎、熟地黃、製附子、法半夏、薑半夏及製何首烏等。其檢驗規格相關內容，暫不納入藥典。待未來實驗數據補實後，其研究結果經討論符合藥典需求後，始納入臺灣中藥典。
2. 會議中，委員分別針對薄層層析鑑別、高效液相層析鑑別及五項試驗規定等規範，提出許多建議供該計畫主持人參考，以使未來該研究成果能更加完善。
3. 建議中醫藥司未來能透過相關實驗之進行，研議尚有疑義之檢驗規格方法及規範，以便未來編修納入藥典，使其更加完善。
4. 張副教授報告【107 年度「建立中藥材與中藥製劑之品質管制規範」】之計畫內容—炒白朮、炒杜仲、醋製延胡索、製何首烏、法半夏、炒白芍、燂杏仁、炙甘草及製黃耆等 9 個炮製藥材之檢驗相關規格制定，各專家委員已提供多項建議及意見供該計畫主持人參考。

三、編修及統整中藥材品項個論「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等內容，含公告之異常物質限量標準，並提供修正對照表：

各執行衛生福利部計畫之研究單位，所進行修正及新增之中藥材檢驗規格方法內容，包含薄層層析鑑別(TLC)、高效液相層析鑑別(HPLC)及五項試驗規定等，於會議中經專家委員討論通過後，才編修納入臺灣中藥典第三版藥典中。

- (一) 國家中醫藥研究所董博士於薄層層析鑑別(TLC)之研究成果中，除淡竹葉、北板藍根、石菖蒲、葶藶子、倒地蜈蚣及胖大海等 6 個品項之 TLC 鑑別方法，雖依研究成果修正，但使用「對照藥材」替代「指標成分」進行鑑別外。其餘藥材品項，皆依研究成果修正。

已完成沙苑蒺藜、延胡索、葛根、荊芥、草果、澤蘭、石菖蒲、巴戟天、漏蘆、川棟子、五倍子、巴豆、王不留行、石榴皮、前胡、威靈仙、柿蒂、草豆蔻及款冬花等 19 個中藥材品項，屬於「分析方法修正」；白薇、合歡皮、羌活及桔梗等 4 個中藥材品項，屬於「替代毒性化學物質溶媒」；淡竹葉、葶藶子、北板藍根、倒地蜈蚣、胖大海、常山、鹿銜草、鵝不食草、茯神、玉米鬚、赤茯苓及紅景天等 12 個中藥材品項，屬於「分析方法開發」。共計完成 35 個中藥材品項之內容增修。

- (二) 中國醫藥大學張永勳教授於薄層層析鑑別(TLC)之研究成果中，提供並完成白及中藥材品項，屬於「分析方法修正」。

- (三) 國家中醫藥研究所董博士於高效液相層析鑑別(HPLC)之研究成果中，除淡竹葉、大薊、小茴香、川牛膝、白及、防風、穀精草、澤蘭、川貝母、玉米鬚、倒地蜈蚣、胖大海及常山等 13 個品項之 HPLC 研究結果，尚有爭議，暫不修正外。其餘藥材品項，皆依研究成果修正。

已完成沙苑蒺藜、八角茴香、卷柏、桂枝、魚腥草、女貞子、牛膝、肉桂、荊芥、路路通、荷葉、巴戟天、北板藍根、白薇、石菖蒲、合歡皮、側柏葉、紫花地丁、紫蘇葉、葶藶子、漏蘆、川棟子、五倍子、巴豆、王不留行、石榴皮、羌活、前胡、威靈仙、柿蒂、桔梗、草豆蔻、款冬花、鹿銜草、鵝不食草、茯神、赤茯苓及紅景天等 38 個中藥材品項，屬於「分析方法開發」；延胡索與葛根等 2 個中藥材品項為「分析方法修正」。共計完成 40 個中藥材品項之內容增修。

- (四) 國家中醫藥研究所董博士於五項試驗之研究成果中，提供並完成沙苑蒺藜與淡竹葉 2 個中藥材品項，屬於「五項試驗數據修正」；川貝母中藥材品項，屬於「五項試驗數據開發」。共計完成 3 個中藥材品項之內容增修。

沙苑蒺藜之「雜質檢查及其它規定」內容，乾燥減重不得超

過「12.0%」、總灰分不得超過「5.0%」及酸不溶性灰分不得超過「1.0%」皆維持原臺灣中藥典第二版之規範外，水抽提物依研究成果修正不得超過「16.0%」；稀醇抽提物修正為不得超過「13.0%」。

淡竹葉之「雜質檢查及其它規定」內容，乾燥減重不得超過「11.0%」、稀醇抽提物不得超過「9.0%」及水抽提物不得超過「10.0%」皆維持原臺灣中藥典第二版之規範外，總灰分與酸不溶性灰分分別依委員建議修正為不得超過「11.0%」與「5.5%」。

本計畫於107年5月15日之工作小組會議中，已針對藥典內「照標準品配製方法」與時間太過繁瑣之中藥材品項，如丹參、川木香、木香、甘草、西洋參、吳茱萸、牡丹皮、兒茶、厚朴、番紅花、番瀉葉、黃芩、橘紅及澤瀉等14個品項，在不影響配製濃度的情況下，依「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」之規範統一修正之。

臺灣中藥典第三版各品項之異常物質限量標準，已依衛生福利部最新公告更新修正至355個中藥材品項之「雜質檢查及其它規定」內容中。其中18項市售藥食兩用中藥材，除白木耳、龍眼肉及絞股藍（七葉膽）等3項中藥材尚未收載在藥典品項中，其餘菊花、蓮子、烏梅乾、百合、枸杞、山藥、薄荷、芡實、山楂、肉豆蔻、草豆蔻、砂仁、黃精、小茴香及八角茴香等15項中藥材在臺灣中藥典中仍依據中藥材之異常物質規範，但於個論中需加註「本藥材做為市售使用時，重金屬、二氧化硫及黃麴毒素限量基準應依食品標準」。

中藥材品項之「鑑別」、「含量測定」及「雜質檢查及其它」等檢驗規格內容凡經修正者，包含公告之異常物質限量標準，已提供提供修正對照表參照之。

四、編修中藥典中藥檢驗規格相關通則：

本計畫編修臺灣中藥典第三版相關檢驗方法之通則，除參考中華藥典第八版⁽²⁰⁾進行合併增修外，如新增「二氧化硫測定法」、「乙醇（酒精）比重表」及「重金屬測定法」等檢驗方法。也將臺灣中藥典特有之中藥通則保留，並重新編排其檢驗方法編號。另也針對整體內容進行必要之文字修正與統一。

檢驗規格相關通則也透過臺灣中藥典第三版編輯工作小組聯繫會議再行研議，會後決議已轉由本組修正之，如下所示：

(一) 為配合新增中藥製劑個論，新增中藥製劑內容。本計畫協助新增

- (1037)錠劑脆度試驗法、(1038)錠劑破碎力測定法、(3014)崩散度試驗法及(4024)錠劑等 4 個檢驗方法。(第九次會議)
- (二) 將通則(THP3001)重金屬感應耦合電漿測定法與(THP3002)重金屬原子吸收光譜測定法合併為(THP3001)重金屬測定法再分為四項子項，一、感應耦合電漿放射光譜法，二、感應耦合電漿質譜法，三、石墨爐式原子吸收光譜法，四、氫化式-原子吸收光譜法。(第十次會議)
- (三) 通則(THP3005)黃麴毒素檢測法-刪除「(以黃麴毒素 B₁、B₂、G₁、G₂總量計)」文字。(第十次會議)
- (四) (3060)二氧化硫測定法，參照中華藥典第八版⁽²⁰⁾進行新增，部分文字有誤，需將「二氣化硫」修正為「二氧化硫」。(第十一次會議)
- (五) (THP3004)黃麴毒素檢測法之檢品量降至 25.0 g。(第十一次會議)
- (六) (4024)錠劑，參照中華藥典第八版⁽²⁰⁾進行新增製劑通則內容，但因中藥錠劑所需之劑型有限，已將部分內容進行刪改。(第十一次會議)
- (七) (5005)水分測定法，「洗後」為誤植應改為「前後」。(第十一次會議)
- (八) 在通則(9001)試藥中添加茜素黃酸鈉(茜素紅 S)，其內容參照中華藥典第 8 版新增。(第十一次會議)
- (九) 在通則(9002)試液中添加亞硝酸鈉-乙醇試液，其內容參照中華人民共和國藥典 2015 年版進行新增。(第十一次會議)

臺灣中藥典第三版相關檢驗方法之通則透過上述之過程，經本組及聯繫會議之委員反覆討論與檢視通過後，才確認修正則內容，並提供其修正對照表。

五、編修炮製中藥材品項個論「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等內容：

中國醫藥大學張副教授執行【106 年度「建立中藥材與中藥製劑之品質管制規範」，分項 1：臺灣常用炮製中藥材品質規格研究】之計畫，所進行新增炮製中藥材之檢驗規格內容，包含薄層層析鑑別(TLC)、高效液相層析鑑別(HPLC)及五項試驗規定等，於會議經專家委員討論後，暫不納入藥典。待未來實驗數據補實後，其研究結果經討論符合藥典需求後，始納入未來中華藥典第九版。

針對薄層層析鑑別之建議，若樣品數不足 10 批時，需補齊，以符合規

範。在圖譜中增加對照標準品添加試驗(Spike)，能使對照標準品斑點於檢品中之位置更明確。也需提供未炮製藥材，以便比較炮製前後差異。所有藥材建議先用臺灣中藥典之方法檢測進行比較。若進行非臺灣中藥典方法需提供萃取溶媒選擇、點注量、展開條件比較等資料，並說明該實驗結果為何較能凸顯炮製前後差異。

針對高效液相層析鑑別之建議，研究報告中，標準品與檢品之圖譜需在相同比例條件下，才能進行比較。在訂定含量規範時，含量應以乾品計算。所有藥材建議先用臺灣中藥典之方法檢測進行比較。若自行修改臺灣中藥典方法之步驟或條件，該方法皆需重新進行確效，如萃取溶劑選擇、萃取次數、層析條件比較等，並解說為何選用該方法進行炮製前後比較。

針對五項試驗之建議，若樣品數不足 10 批時，需補齊，以符合規範。也需仔細考量各國藥典所收載原藥材及炮製藥材的規範，並比較其之間差異性，再訂定一個合適之數值。另外，再提請各位業界專家委員針對該規範提與討論。

會議中，專家委員已提出許多建議供該計畫主持人參考，希冀未來重新增修之研究結果能更加完善，以便編修納入未來中華藥典第九版。

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：

中醫藥司於 7 月底公告「臺灣中藥典第三版草案」，徵求各界意見，目前已將各界意見進行彙整。本計畫針對臺灣中藥典第三版公告草案所提案之檢驗規格相關意見，已於 107 年 9 月 12 日之工作小組會議中經各專家委員討論，所進行之意見回覆如下所示：

- (一) 如有文字誤繕，立即修正。
- (二) 如需進一步進行實驗才能確認實驗方法者，將列為未來待確認檢討之品項，暫無法修正。
- (三) 如提出檢驗限量修正者，並具有其它藥典依據，已適當修正，例如丁香、川芎、百部、芒硝及楮實子等。如未有依據者將列入未來確認檢討品項。

該回覆內容也已提送 107 年 9 月 27 日臺灣中藥典第三版編輯工作小組會議再行研議通過，所需增修內容已於會後修正之。

六、完成六個藥材薄層層析鑑別(TLC)補遺研究：

本計畫於 107 年 3 月 12 日及 107 年 5 月 7 日之工作小組會議中與各專家委員研議青皮、秦皮、荊芥、草果、廣藿香及澤蘭等 6 個中藥材品項之

薄層層析鑑別補遺研究成果，經討論通過，已將增修內容編修納入臺灣中藥典第三版中。

- (一) 青皮：訂定合適之橙皮苷(Hesperidin)對照標準品溶液濃度，取代較浪費之對照標準品飽和溶液。
- (二) 秦皮：透過修改臺灣中藥典第二版之展開劑方法，新增秦皮甲素(Aesculin)與秦皮乙素(Aesculetin)對照標準品。
- (三) 荊芥：透過修改臺灣中藥典第二版之萃取、展開劑及呈色方法，新增胡薄荷酮(Pulegone)對照標準品。
- (四) 草果：透過萃取溶劑甲醇與乙酸乙酯比較，決議選用「甲醇」做為萃取溶劑。
- (五) 廣藿香：透過萃取溶劑甲醇與乙酸乙酯比較，決議選用「甲醇」做為萃取溶劑。
- (六) 澤蘭：購買 8 批澤蘭藥材中，含 3 批藥材為誤用品佩蘭。本研究除修改澤蘭鑑別方法之萃取與呈色方法外，也進行澤蘭與佩蘭之鑑別比較，供未來研究參考。

肆、討論

- 一、本計畫已針對臺灣中藥典第三版之通則進行字體、內容及文法上的修正，並探討臺灣中藥典⁽²⁾第二版及中華藥典第八版⁽²⁰⁾之通則差異性，於會議中經專家委員討論與檢視通過後，才確認增修至臺灣中藥典第三版之通則內容。另屬於中藥方面之通則仍會保留並進行修正及勘誤，且重新編排其檢驗方法編號，以利未來與中華藥典合併編修。也協助納入有關製劑之相關通則。但在臺灣中藥典未與中華藥典合併前，共通通則中中藥方面不需用到之內容，則先刪除。透過最新檢驗通則方法的增修，可更新不適用於現今之實驗方法，以使實驗結果能準確。
- 二、本計畫已針對臺灣中藥典⁽²⁾第二版之檢驗規格內容進行修正，除對 355 個中藥材品項進行名詞統一及文字修正外，特別是其中 14 個品項之照標準品配製方法與時間太過繁瑣，已依「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」之範例修改之；也根據衛生福利部最新公告修訂中藥品項之異常物質限量標準，包含衛生福利部於 105 年 8 月 10 日公告「中藥材含重金屬限量基準（衛部中字第 1051861110 號）」及衛生福利部於 105 年 5 月 10 日公告「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準（衛部中字第 1051860702 號）」，納編至藥典 355 種品項之「雜質檢查及其它規定」中，並於 18 項市售藥食兩用中藥材之個論中加註「若本藥材做為市售使用時，請依照食品之標準」，藉此使臺灣中藥典第三版之檢驗規格內容更加完善。
- 三、為確定臺灣中藥典第三版之檢驗規格方法的正確性，此部分需有實驗結果佐證，無法直接由本計畫直接繕改。因此透過國家中醫藥研究所、中國醫藥大學及弘光科技大學等所提供之研究成果報告，分別於四次工作小組會議中與各專家委員進行討論，確認方法可行後，才將修正內容納入藥典之中藥材品項「鑑別」、「雜質檢查及其它」及「含量測定」等檢驗規格內容，以確保臺灣中藥典第三版所收載之檢驗方法具有可行性及再現性。

薄層層析鑑別(TLC)之研究成果中，共提出 42 個中藥材品項研議，除淡竹葉、北板藍根、石菖蒲、葶藶子、倒地蜈蚣及胖大海等 6 個品項之 TLC 鑑別方法，雖依研究成果修正，但使用「對照藥材」替代「指標成分」進行鑑別外，其餘藥材品項，皆依研究成果修正。

42 個品項中，26 個品項屬於「分析方法修正」，修正部分包含適當之萃取方法、展開劑、呈色及檢視方法以及新增對照標準品等；另 4 個品項屬於「替代毒性化學物質溶劑」，修正部分包含替換氯仿、苯及三乙胺等有毒溶劑；另 12 個品項屬於「分析方法開發」，用以新增原藥典尚未規範之鑑別方法。

表二、使用「對照藥材」替代「指標成分」之原因說明表

品項	原因說明
淡竹葉、倒地蜈蚣	成果報告中所用指標成分屬自行分離，市售無法購得。
北板藍根	表告依春(Epigoitrin)對照標準品之斑點於圖中不清晰。
石菖蒲	α -細辛醚(α -Asarone)對照標準品斑點於 366 nm 之圖譜中分離度不佳。
葶蘆子	所用指標成分槲皮素-3-O- β -D-葡萄糖-7-O- β -D-龍膽雙糖苷(Quercetin-3-O- β -D-glucose-7-O- β -D-gentiobioside)因該成分價格過於昂貴，且葶蘆子為少用藥材。
胖大海	委員認為所用指標成分 β -植物固醇(β -Sitosterol)對照標準品無指標性。

高效液相層析鑑別(HPLC)之研究成果中，共提出 53 個中藥材品項研議，除淡竹葉、大薊、小茴香、川牛膝、白及、防風、穀精草、澤蘭、川貝母、玉米鬚、倒地蜈蚣、胖大海及常山等 13 個品項，尚有爭議，暫不修正外。其餘品項中，延胡索與葛根等 2 個品項屬於「分析方法修正」，修正部分包含適當之萃取方法、分析條件、移動相溶劑及其比例等；另 38 個品項屬於「分析方法開發」，用以新增原藥典尚未規範之鑑別方法。

表三、高效液相層析鑑別暫不增修之原因說明表

品項	原因說明
淡竹葉	本身為少用藥材，且指標成分異荭草素(Isoorientin)含量過低，暫不修訂。
胖大海	尚無發現具指標性之成分，暫不修訂。
澤蘭	實驗藥材之基原可能有誤，暫不修訂。
防風	國外藥典文獻以 5-O- 甲基維斯阿米醇苷(4'-O-β-D-Glucosyl-5-O-methylvisamminol)及升麻素苷(prim-O-glucosylcimifugin)為指標成分。且研究成果中升麻素苷(prim-O-glucosylcimifugin)不合格率過高，其檢測方法需再進行確認。
穀精草、倒地蜈蚣	屬指標成分無法購得，暫不收納。
玉米鬚、常山	指標成分含量大多低於 0.01%，暫不修訂。
大薊、小茴香、川牛膝、白及及川貝母等 5 個品項	研究成果中藥材不合格率過高，因而其萃取方法或基原需進行再確認。

四、彙整臺灣中藥典第三版 355 個品項，發現尚未收載薄層層析鑑別(TLC)共 34 種品項。另已收載對照藥材之薄層層析鑑別(TLC)，但尚未有對照標準品材共 96 種品項，若有適當之指標成分，未來建議可新增作為對照標準品，以達到更客觀之鑑別。

表四、尚未收載薄層層析鑑別之品項

編號	品項	編號	品項	編號	品項	編號	品項
1	大腹皮	11	石決明	21	青葙子	31	覆盆子
2	五靈脂	12	石南葉	22	韭菜子	32	雞內金
3	天竺黃	13	石韋	23	桑螵蛸	33	藿香
4	天門冬	14	石膏	24	浮小麥	34	鼈甲
5	代赭石	15	竹茹	25	海螵蛸		
6	冬瓜子	16	桂心	26	臭椿皮		
7	北沙參	17	牡蠣	27	通草		
8	白前	18	皂莢	28	蛤殼		
9	白扁豆	19	芒硝	29	滑石		
10	白僵蠶	20	昆布	30	穀芽		

表五、薄層層析鑑別尚未收載對照標準品之品項

編號	品項	編號	品項	編號	品項	編號	品項	編號	品項
1	三稜	11	北板藍根	21	百合	31	沒藥	41	花椒
2	千年健	12	半夏	22	百部	32	皂角刺	42	金櫻子
3	女貞子	13	玉竹	23	肉豆蔻	33	豆蔻	43	附子
4	山藥	14	白茅根	24	肉蓯蓉	34	赤小豆	44	青蒿
5	川木通	15	白頭翁	25	艾葉	35	車前子	45	枸杞子
6	天南星	16	白薇	26	血竭	36	乳香	46	紅花
7	太子參	17	石菖蒲	27	伸筋草	37	使君子	47	胖大海
8	水蛭	18	全蠍	28	何首烏	38	卷柏	48	苘麻子
9	火麻仁	19	冰片	29	佛手柑	39	知母	49	苦參
10	仙鶴草	20	地膚子	30	沉香	40	芡實	50	香附
51	香薷	61	馬齒莧	71	楮實子	81	蒺藜	91	瞿麥
52	倒地蜈蚣	62	馬錢子	72	番紅花	82	墨旱蓮	92	藁本
53	夏枯草	63	高良薑	73	紫菀	83	穀精草	93	蟬蛻
54	射干	64	密蒙花	74	紫蘇子	84	蓮子	94	蘆根
55	栝樓根	65	旋覆花	75	紫蘇梗	85	豬牙皂	95	蠶砂
56	桑葉	66	淡竹葉	76	蛤蚧	86	澤瀉	96	鬱金
57	海金沙	67	淡豆豉	77	蛤殼	87	燈心草		
58	粉草薺	68	淫羊藿	78	黃精	88	獨活		
59	茜草	69	麥芽	79	葶藶子	89	薄荷		
60	茵陳	70	麥門冬	80	蒲黃	90	薤白		

藥典中尚未收載「雜質檢查及其它規定」中五項實驗之檢驗規定共 24 種品項，建議未來也可陸續添加五項檢測之規範，提升中藥之品質規範。

表六、尚未收載五項化學規範之品項

編號	品項	編號	品項	編號	品項
1	人參	11	白頭翁	21	紫蘇葉
2	大青葉	12	石南葉	22	蛤殼
3	小薊	13	石韋	23	廣藿香
4	天竺黃	14	石榴皮	24	槲寄生
5	巴豆	15	石膏		
6	代赭石	16	冰片		
7	冬葵果	17	伸筋草		
8	冬蟲夏草	18	皂角刺		
9	北板藍根	19	桂心		
10	白花蛇舌草	20	番瀉葉		

藥典中尚未收載高效液相層析(HPLC)含量測定共 137 種品項，建議未來可評估上述之中藥材是否需再新增含量檢測方法，進而提升臺灣中藥之品質、療效與安全。

表七、尚未收載高效液相層析之品項

編號	品項	編號	品項	編號	品項	編號	品項	編號	品項
1	丁香	11	川貝母	21	仙鶴草	31	白前	41	地骨皮
2	三稜	12	五靈脂	22	代赭石	32	白扁豆	42	地膚子
3	千年健	13	天竺黃	23	冬瓜子	33	白茅根	43	地龍
4	大棗	14	天門冬	24	冬葵果	34	白殭蠶	44	百合
5	大腹皮	15	天南星	25	北沙參	35	白薇	45	百部
6	大薊	16	太子參	26	半夏	36	石決明	46	竹茹
7	小茴香	17	木通	27	玉竹	37	石南葉	47	桂心
8	山藥	18	木鱉子	28	玉米鬚	38	石斛	48	艾葉
9	川木通	19	水蛭	29	甘遂	39	全蠍	49	伸筋草
10	川牛膝	20	火麻仁	30	白果	40	冰片	50	沉香
51	沒藥	61	花椒	71	胖大海	81	桑白皮	91	馬齒莧
52	牡蠣	62	金櫻子	72	胡麻仁	82	桑螵蛸	92	常山
53	皂角刺	63	青箱子	73	苧麻子	83	浮小麥	93	旋覆花
54	皂莢	64	青蒿	74	菴蔚子	84	海金沙	94	淡竹葉
55	芒硝	65	南沙參	75	韭菜子	85	海螵蛸	95	淡豆豉
56	豆蔻	66	南板藍根	76	香附	86	益母草	96	牽牛子
57	赤小豆	67	枸杞子	77	香薷	87	粉萆薢	97	細辛
58	防風	68	柏子仁	78	倒地蜈蚣	88	臭椿皮	98	通草
59	乳香	69	砂仁	79	栝樓仁	89	茵陳	99	麥芽
60	芡實	70	紅耆	80	栝樓根	90	草果	100	麥門冬
101	楮實子	111	蒼朮	121	燈心草	131	雞血藤		
102	絡石藤	112	蒼耳子	122	蕤仁	132	藕節		
103	蛤蚧	113	豨薟草	123	薄荷	133	藿香		
104	蛤殼	114	遠志	124	薏苡仁	134	蘆根		
105	訶子	115	廣藿香	125	薤白	135	蠶砂		
106	黃精	116	穀芽	126	瞿麥	136	鱉甲		
107	滑石	117	穀精草	127	蟬蛻	137	鬱金		
108	鉤藤	118	蓮子	128	覆盆子				
109	蒲黃	119	豬牙皂	129	鎖陽				
110	蒺藜	120	澤蘭	130	雞內金				

五、「臺灣中藥典第三版草案」之回覆說明，除透過會議決議，已修正之品項外，尚有需進一步進行實驗才能確認實驗方法者，將列為未來待確認檢討之品項，如下表所示。

表八、未來待確認檢討之品項

項目	品項
通則試劑	改良式碘化鉍鉀噴霧劑（改良式卓根道夫噴霧劑）。
薄層層析鑑別等鑑別方法	大黃、大腹皮、女貞子、冬蟲夏草、白果、白扁豆、百合、兒茶、附子、砂仁、菴蔚子、麥芽、紫蘇梗、蛤蚧、澤瀉、薄荷、藁本、蟬蛻、蘇木、木通及鬱金等 21 個品項。
高效液相層析鑑別	大黃、川烏、牛黃、地榆、血竭、決明子、知母、青黛、枳實、苦參、柴胡、浙貝母、草烏、麻黃、番瀉葉、紫蘇子、黃耆、補骨脂及獨活等 19 個品項。
「雜質檢查及其它規定」規範	大黃、五倍子、天麻、毛冬青、半夏、白朮、石榴皮、地榆、竹茹、肉豆蔻、忍冬藤、牡丹皮、紅耆、胡椒、烏藥、秦皮、魚腥草、葛花、葛根及蕤仁等 20 個品項。
建議增列炮製規範	川烏與草烏 2 個品項。
建議增列飲片	苦參、豬苓及薑黃等 3 個品項。

六、炮製中藥材品質規格之研究，首先應先鑑定藥材基原及炮製方法是否正確後，始可進行實驗，並依照「臺灣中藥典檢驗規格制定工作技術指南」規範進行 10 批炮製後中藥材之研究，另需提供未炮製中藥材與炮製後之比較，才具有意義。若資料不完全者，將補實相關數據後再提交討論。

伍、結論與建議

- 一、臺灣中藥典第三版之通則內容，共計修正通則 39 篇、新增製劑通則 2 篇及修定臺灣中藥典特有通則 6 篇。其修正內容除較能符合現今之檢驗方法外，對於未來臺灣中藥典與中華藥典合併統一時，能更容易凸顯中藥與西藥之通則差異性。
- 二、臺灣中藥典第三版內文新增中藥製劑 2 個品項時，除由製劑組提供中藥製劑通則 2 篇外，也由本組協助增修，引用中華藥典第八版⁽²⁰⁾之 4 個製劑通則(如：(1037)錠劑脆度試驗法、(1038)錠劑破碎力測定法、(3014)崩散度試驗法及(4024)錠劑等)。雖本計畫已對這 4 個通則進行修正，但希冀未來能有專屬於臺灣中藥典之中藥製劑通則，因為中藥製劑中還有丸、散、膏、丹等其它西藥未有的劑型，與西藥之通用劑型仍有差異。
- 三、本計畫編修通則時，常有名詞前後不一之疑義，為確保與中華藥典有一致性之名詞，建議待中華藥典「範圍及名詞小組」決議修正後，再逐一修正之，以減少前後不一致及反覆修正的情況發生。
- 四、今年度計畫針對臺灣中藥典第三版所收載之 355 品項，在薄層層析鑑別(TLC)共計修正 42 種品項、「高效液相層析鑑別(HPLC)」共計修正 40 種品項及「五項實驗」共計修正 3 種品項，所完成修正及新增之檢驗規格方法已撰寫成藥典格式，並提供對照表作為未來藥典編修參考。
- 五、今年度計畫於會議中，有時因圖譜不夠清晰或所訂定之規範與其它國家藥典差異過大，進而無法定案，需再進行實驗補充。薄層層析鑑別及高效液相層析鑑別尚需補充之建議如下所示。

表九、薄層層析鑑別之建議

品項	說明
淡竹葉	該方法需補充點注量。
北板藍根	表告依春對照標準品斑點於圖中不清晰，建議重新檢視該方法之點注量及萃取方法。
石菖蒲	α -細辛醚對照標準品斑點於 366 nm 之圖譜中分離度不佳，建議重新檢視展開劑方法。

表十、高效液相層析鑑別之建議

品項	說明
大薊、小茴香及川貝母	研究成果中，10 批含量測定結果不合格率過高，建議參考其它藥典或文獻，重新檢視其萃取方法。
川牛膝	研究成果中，10 批含量測定結果不合格率過高，且市場上混淆品很多，建議重新檢視基原正確性。
防風	國外藥典文獻以 5-O-甲基維斯阿米醇苷及升麻素苷為指標成分，在研究成果中升麻素苷不合格率過高，其檢測方法需再進行確認。
澤蘭	因實驗藥材之基原可能有誤，暫不修正。建議未來實驗前應先確定藥材基原的正確性，始進行相關研究。

六、本計畫雖逐年編修臺灣中藥典之相關檢驗規格內容，但尚有不足之處。經統計臺灣中藥典第三版 355 個品項發現，在薄層層析鑑別(TLC)方面，尚未收載者共 34 種品項；另部分已收載，但尚未有對照標準品者共 96 種品項。在「雜質檢查及其它規定」中五項實驗方面，尚未收載者共 24 種品項。在高效液相層析(HPLC)方面，尚未收載者共 137 種品項。藉此可知，未來臺灣中藥典還有很多需繼續精進的地方，使未來中藥之品質規範能更加完善。

七、衛生福利部委託本計畫主持人執行連續行計畫，編修臺灣中藥典之檢驗規格相關內容，透過比較，發現薄層層析鑑別(TLC)共新增及修訂 202 種品項，比率由第二版 87% 提升為 90%。高效液相層析鑑別(HPLC)共新增及修訂 121 種品項，比率由第二版 36% 提升至 61%，如下所示：

表十一、臺灣中藥典第二版與臺灣中藥典第三版之檢驗規格內容比較表

	臺灣中藥典第二版	臺灣中藥典第三版
中藥材品項	共 300 種品項	共 355 種品項
含薄層層析鑑別品項	共 261 種品項 (含毒性化學物質溶劑 40 種)	共 321 種品項 (含毒性化學物質溶劑 3 種)
增修薄層層析法	修正臺灣中藥典第二版 148 種品項 (屬「分析方法修正」105 種、「分析方法開發」6 種、「替代毒性化學物質溶劑」37 種)	
	臺灣中藥典第三版新增 55 個品項(其中 54 種品項含薄層層析鑑別法)	
增修高效液相層析法	修正臺灣中藥典第二版 75 種品項 (屬「分析方法修正」8 種、「分析方法開發」64 種、「替代毒性化學物質溶劑」2 種、「修正對照標準品之限定含量」1 種)	
	臺灣中藥典第三版新增 55 個品項(其中 46 種品項含高效液相層析法)	
薄層層析鑑別品項之比例	87% (含毒性化學物質溶劑比例 14%)	90% (含毒性化學物質溶劑比例 1%)
高效液相層析法品項之比例	36% (含毒性化學物質溶劑比例 5%)	61% (含毒性化學物質溶劑比例 4%)

八、研議各研究單位執行衛生福利部計畫發現，臺灣市售中藥材存在誤用、混用的情形，如澤蘭、何首烏及黃耆等，在研究單位就有誤判的機會發生，更何況市售藥材的正確性，也直接關係到民眾的身體健康與生命安危，並對中藥的發展產生極大影響。而這更凸顯了制定中藥材檢驗規格規範的重要性，藉由提供完整之檢驗規範，作為正確判讀真偽或良好品質之中藥材之依據。

九、本計畫雖已透過各研究單位所提供之成果報告，修正其檢驗規格方法，但外界各單位針對臺灣中藥典第三版草案所提出之疑義與意見仍無法完全解決。建議中醫藥司未來能提供更多的研究計畫，重新檢視藥典內尚有疑義之方法，使臺灣中藥典能有更健全中藥材品質管制檢驗方法及規格。

十、臺灣中藥典⁽²⁾第二版尚未收載中藥炮製品項，但由於市售製劑調配處方

中藥與民眾常用之中藥部分屬於中藥炮製品，因此建立中藥炮製品項之檢驗規格相關規範變得極其重要。本計畫透過工作小組會議討論，雖決議暫不將炮製中藥材之檢驗規格內容納入藥典，但已提供建議，待未來熟地黃、何首烏等中藥材炮製品項實驗數據補實後，經討論符合藥典需求後，便可納入未來中華藥典第九版，供業界作為參考依據，讓各產業界之標準趨於一致。

- 十一、建議未來炮製藥材之研究方向，應要朝兩方面繼續進行。首先，藉由原藥材本身之指標成分，判斷其品質好外，也確認其基原正確性。另一方面，也可透過其它成分變化，判斷該藥材是否炮製完全。
- 十二、藉由本計畫所增修之檢驗規格通則及各藥材檢驗規格內容，除使檢驗方法更加完善外，未來可供相關研究計畫單位制定中藥檢驗規格相關內容之依據，也可提昇臺灣中藥之品質、療效與安全，並與國際接軌，促進臺灣中醫藥國際化與中醫藥產業發展。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-000407 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

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. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製，香港中藥材標準第八冊，政府物流服務署印，香港，2016。
12. The Society of Japanese Pharmacopoeia, The Pharmacopoeia of Japan. 17th Edition, 廣川書店，東京，2016。
13. 韓國藥典編委會，The Korean Pharmacopoeia. 11th Edition, 首爾，2014。
14. 韓國草藥藥典編委會，The Korean Herbal Pharmacopoeia, 首爾，2015。
15. 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。
16. 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。

17. 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。
18. 何玉鈴：衛生福利部 104 年度委託研究計畫 MOHW104-CMAP-M-114-000426,「臺灣中藥典中藥材檢驗規格內容編修」研究報告, 2015。
19. 何玉鈴：衛生福利部 106 年度委託研究計畫 MOHW106-CMAP-M-114-112413,「中藥檢驗規格內容編修」研究報告, 2017。
20. 行政院衛生署中華藥典編修委員會, 中華藥典第八版, 行政院衛生署編印, 台北, 2016。
21. 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。
22. 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。
23. 董明兆：衛生福利部國家中醫藥研究所 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。
24. 董明兆：衛生福利部國家中醫藥研究所 104 年度研究計畫 MM10401-0394,「中藥品質科學分析研究方法之開發」研究報告, 2015。
25. 董明兆：衛生福利部國家中醫藥研究所 106 年度研究計畫 MM10601-0160,「中藥品質科學研究方法之開發」研究報告, 2017。
26. 張文德：衛生福利部中國醫藥大學 106 年度研究計畫 MOHW106-CMAP-M-114-112416,「臺灣常用炮製中藥材品質規格研究之計畫」研究報告, 2017。

柒、圖、表

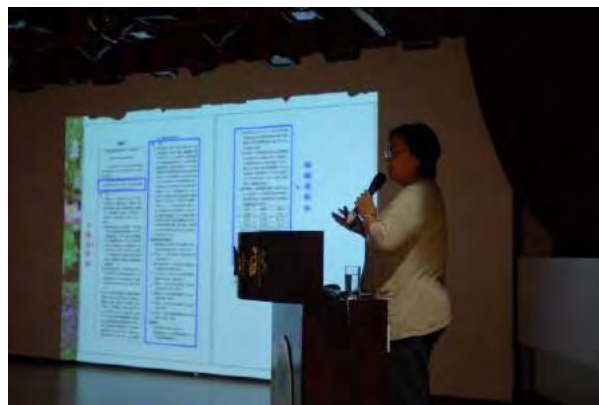


圖一、「檢驗規格」分小組第十二次會議（107年3月12日）





圖二、「檢驗規格」分小組第十三次會議（107年5月7日）



圖三、「檢驗規格」分小組第十四次會議（107年9月12日）



圖四、「檢驗規格」分小組第十五次會議（107 月 11 月 9 日）

編修中醫臨床應用規範

施純全
義守大學

摘要

研究目的：

為應世界各國藥典內中藥品質規格與檢驗方法之更新及法規要求，臺灣中藥典部分規格標準及檢驗方法仍需滾動修正。

《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。

衛生福利部成立《臺灣中藥典》編修工作小組，設立中藥基原、檢驗規格、中藥製劑及中醫臨床等 4 分小組，定期召開分小組會議，負責該分小組之編修工作。預定於 107 年公告出版臺灣中藥典第三版，並於 110 年與中華藥典合併出版中華藥典第九版，更需具備專業知識經驗團隊參與協助中藥典之增修訂工作。

研究方法：

本研究主要以《臺灣中藥典》收載品項為藍本，蒐集中藥相關典籍及文獻資料，進行文獻分析比較其異同，之後召開中醫臨床小組專家會議蒐集意見，經歸納整理後，完成年度中醫臨床應用內容編修工作。

結果與討論：

本年度計畫本中醫臨床分小組透過文獻蒐集彙整，透過召開 4 場《臺灣中藥典》第三版暨中華藥典第九版中醫臨床小組專家會議以及 1 場中藥材性味與歸經實證研討會共同討論，順利完成以下事項：

1. 已配合主管機關完成《臺灣中藥典》第三版中醫臨床應用內容編修作業。
2. 已完成編修中藥材品項個論之「用途分類」、「用量」、「性味與歸經」、「注意事項」及「毒性」等項目中醫臨床應用編修原則及內容修正，並提供修正對照表。
3. 已完成新增編修中藥材品項個論「功能」之規劃評估與內容(草案)。
4. 已完成編修中藥製劑個論之「效能」、「適應症」、「注意事項」等內容及後續校對工作。

5. 回復《臺灣中藥典》第三版公告後之相關疑義及藥典相關中醫臨床訊息之。

關鍵詞：臺灣中藥典、中華中藥典、中醫

Editing Clinical Standard of Traditional Chinese Medicine

Chun-Chuan Shih
I-SHU University

ABSTRACT

Introduction:

For corresponding with the updated quality specification and examination methods of herbal pharmacopeias and request regulations from countries all over the world, parts of Taiwan Herbal Pharmacopeia need to be revised.

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 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).

The Ministry of Health and Welfare established the Editing Work Group for 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. We intend to publish the 3rd edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia in 2018 and the 9th edition of Chinese Pharmacopeia (the combination of Taiwan Herbal Pharmacopeia and Chinese Pharmacopeia) will be published in 2021.

Methods:

Items included in this study were based on the content of Taiwan Herbal Pharmacopeia. We collected, reviewed, compared, and analyzed the corresponding information from books and literature of Traditional Chinese Medicine. Then, we also

held several large-scale expert meetings to integrate professional comments. After systematic arrangement of data and information, we completed the editing work of application content of clinical Chinese medicine.

Results and Discussion:

We has completed editing “herbs and channel entered” in the Third Edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia. We have already held 4 professional Chinese clinical meetings for discussing the 3rd edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia and the 9th edition of Chinese Pharmacopeia and the conference regarding evidence-based herbs and channel entered of Chinese materia medica and processing Chinese materia medica to discuss these issues. For completing the revising work of clinical application of Chinese herbal medicine, the objectives of 2018 annual plan included the following five parts:

1. To complete the revision of clinical application of Chinese medicine in the 3rd edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia.
2. To complete editing the compilation principle and the content of “classification of using purpose”, “using dosage”, “herbs and channel entered” “points for attention”, and “toxicity” for every items of Chinese herbal medicine and providing checklist of corrections.
3. To complete editing the ssification of using purpose”, “using dosage”, “herbs and
4. To complete the editing and corrections of g purpose”, “using dosage”, “herbs and channel entered” “points for attention”, and “tox
5. To response the professional consulting questions of clinical information after the announcement of the 3rd edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia.

Keywords: Taiwan Herbal Pharmacopeia; Chinese Pharmacopeia; Traditional Chinese 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。

歷代本草古籍之編撰，《神農本草經》，為首部中藥之專書，也是早期臨床用藥經驗之總結。自唐朝高宗帝顯慶 4 年(公元 659 年)敕令蘇敬重新修訂本草原書，完成世界上最早的國家藥典《唐本草》(又名《新修本草》)；至北宋元佑年間唐慎微據《嘉祐補注本草》和《本草圖經》兩書，再參考其他 248 部醫書總其成為《證類本草》(又名《大觀本草》)，共 32 卷，60 萬字，共列載了 1558 種藥物，包括 476 種新增藥物。此書開創方藥對照的新形式。中醫藥學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》。並於 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》並於 93 年 3 月 9 日公告，自 93 年 5 月 1 日起實施，為擴大中藥材的收載範圍，而能容納更多臺灣本土具療效顯著的藥物植物，自 94 年 8 月 31 日公告更名為《臺灣傳統藥典》[1, 2]，第一版《臺灣傳統藥典》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人，進行《臺灣傳統藥典》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《臺灣傳統藥典》更名為《臺灣中藥典》，英文名稱為 Taiwan Herbal Pharmacopeia，簡稱 THP[3]，於 101 年 12 月 22 日正式公告《臺灣傳統藥典》，並將《臺灣傳統藥典》更名為《臺灣中藥典》，自 102 年 4 月 1 日起實施。107 年 11 月 2 日公告《臺灣中藥典》第三版，並自 108 年 6 月 1 日生效(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式的修正，爰此，衛生福利部業成立臺灣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，更需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(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)	中華中藥典更名為臺灣傳統藥典
14	2012 年(民國 101 年 2 月)	臺灣傳統藥典第二版編修
15	2012 年(民國 101 年 12 月 22 日)	公告「台灣傳統藥典」第二版，並將「台灣傳統藥典」更名為「臺灣中藥典」。
16	2013 年(民國 102 年 4 月 1 日)	臺灣中藥典第二版。
17	2016 年(民國 105 年 11 月)	臺灣中藥典第二版英文版。
18	2019 年(民國 108 年 6 月 1 日)	臺灣中藥典第三版。

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《臺灣傳統藥典》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臺灣之特色，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]，但因實際在臺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，為完成有關中藥臨床應用內容編修工作，104~106 年度計畫業已分別依規劃完成下列工作：

(一) 104 年度

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。

(二) 105 年度

1. 完成《臺灣中藥典》收載品項之新增中藥材性味(第 101-300 味)資料。
2. 完成並更新《臺灣中藥典》收載品項之中藥材毒性分類(級)及收載內容。
3. 完成編修《臺灣中藥典》新增 56 項中藥材品項「性味」、「用途分類」、「用量」及「注意事項」等內容工作。
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 4 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。

(三) 106 年度

1. 召開 4 場《臺灣中藥典》第三版暨中華藥典第九版中醫臨床小組專家會議。
2. 檢討及增加編修藥典中藥材「性味與歸經」資料。
3. 完成修正《臺灣中藥典》第三版個論之「用途分類」、「用量」及「注意事項」，並提供修正對照表。
4. 協助編修藥典單複方中藥濃縮製劑「效能」、「適應症」、「注意事項」等內容，及後續校對工作。
5. 協助回覆藥典相關中醫臨床訊息之諮詢問題與意見。
6. 評估及提供中醫臨床應用提案之建議。

7. 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。

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]。研究中藥性味理論，可幫助理解藥物在臨床中的具體作用，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影響中藥的臨床運用[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，黃耆及紅耆兩味藥其臨床用途並未一致，惟其藥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》第三版中藥材用途分類、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。

「歸經」是中醫歷代醫家經過長期醫療經驗，不斷探索、歸納、總結而形成和發展起來的中藥藥性理論之一，用以反映中藥作用於人體部位的一種性能[14]。它用來表示藥物的作用部位，是藥物對機體不同部位的選擇作用。「歸」是藥物作用部位的歸屬，「經」是臟腑經絡。由於每一臟腑都有它的經絡，故藥物表明歸某經，即表示藥物作用部位主要在某一臟腑或經絡[15]。歸經的起源可以追溯到春秋戰國至東漢末年，《素問·至真要大論》曰：夫五味入胃，各歸所喜，故酸先入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，鹹先入腎”已表明藥物五味對機體不同部位有選擇性，即某種藥味主要入某一臟腑[16]。歸經的臨床意義，主要是進一步完善了中藥的性能理論，最重要的是增強了臨床用藥的準確性，這便是徐靈胎〈用藥如用兵論〉說「不知經絡而用藥，其失也泛」的意思。尤其是對於性味、升降浮沈等性能相似，功效也完全相同的藥物，如何選擇最佳用藥，彌補性味的局限性，關鍵便在於掌握歸經，例如羌活、白芷，同為辛溫解表藥，作用趨向都是升浮，功效都能祛風止痛，但是羌活歸經太陽，對於巔頂或項背痛，療效較好。白芷為陽明經藥，對於前額疼痛，就應該使用白芷[14]。又如黃連、龍膽草同為苦寒藥，氣寒味苦，皆可清熱瀉火。但黃連歸心、肝、胃、大腸經，善清心火，瀉胃熱，除中焦濕熱；龍膽草歸肝膽胃經，清肝膽及下焦濕熱見長，以清瀉肝經實火功效為著。而臨床為了達到準確用藥的目的，必須把歸經同四氣五味、升降浮沉等理論相結合，根據病證，選擇應用藥物[17]。爰此，歷代本草收載內容均納入歸經等資料。

中藥歸經數百年來，經古今醫家的不斷補充，現已成為中藥藥性理論的主要組成部分，在臨床用藥方面發揮重要作用。但一個不

能迴避的事實是，目前藥物的歸經還不夠完善，主要表現在藥物歸經與功用不相吻合或歸經不統一，成為《中藥學》教學的一個難點。而藥性理論是中藥學的重點章節，歸經理論又是藥性理論中的重要組成部分，也就成為講授藥性理論的主要內容之一，但卻因為歸經的不統一造成混亂，唯有統一了藥物的歸經，完善歸經理論，才能幫助理解藥物的功效與應用[18]。爰此，「中醫臨床」分小組於第五次會議中決議，建議《臺灣中藥典》收載品項新增中藥材【性味、歸經】一欄，統合中藥藥性論點，建立一部具有完整中醫理論意涵之《臺灣中藥典》。

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[19]。

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[20]，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[19]。

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，中醫一直是臺灣醫療體系的主流[21]；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[22]。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[23]，在台灣約有 66%的民眾經常性使用中藥材[21]，每月約有 10.4%的民眾有使用過中醫醫療服務[24, 25]，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[23]，且在 1996 至 2001 年期間，有高達 62.5%的民眾有使用過中醫醫療[26]。

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》、《中藥學》教材、《中藥學概論》、《中國藥材學》及《中華民國中藥典範》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》、《中藥學》教材、《中藥學概論》、《中國藥材學》及《中華民國中藥典範》中藥材之「性味與歸經」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。

(三) 比較分析文獻：由研究計畫工作小組成員負責針對彙整中藥材之「性味與歸經」及毒性資料，進行分析比較。以臨床功效為取向，提出《臺灣中藥典》典收載品項中藥材之「性味與歸經」及毒性修增草案。

- (四) 召開 4 場分小組專家會議：邀請《臺灣中藥典》第三版暨中華藥典第九版中醫臨床小組專家委員出席專家座談會討論下列事項：
1. 完成《臺灣中藥典》收載品項中藥材「性味與歸經」之檢討、增加及編修。
 2. 完成《臺灣中藥典》第三版個論之「用途分類」、「用量」及「注意事項」之修正，並提供修正對照表。
 3. 協助編修藥典單複方中藥濃縮製劑「效能」、「適應症」、「注意事項」等內容，及後續校對工作。
 4. 回覆藥典相關中醫臨床相關專業諮詢問題。
 5. 評估及提供中醫臨床應用提案之建議。
 6. 評估及提供《臺灣中藥典》第三版收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。
 7. 完成年度有關中醫臨床應用內容編修工作。
 8. 評估《臺灣中藥典》第三版收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容。
 9. 提供《臺灣中藥典》第三版收載之中藥材於中醫臨床應用相關內容編修建議。
- (五) 舉辦 1 場中藥材性味與歸經實證研討會。
- (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、完成《臺灣中藥典》第三版「凡例」中「性味與歸經」、「用途分類」及「用量」內容之編修。

- (一)「凡例」中有關「性味與歸經」內容編修為：「係依中醫藥傳統理論和中醫臨床功效為取向原則，對該中藥材效能之概述。毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項，於中藥材性味中標示毒性，做為臨床用藥之參考」。
- (二)「凡例」中有關「用途分類」內容編修為：「係指中藥材依中醫臨床施治功能分為主分類(細分類)之療效及用途，僅做為參考。至於詳盡療效及中醫上之多種用途則不列舉」。
- (三)「凡例」中有關「用法與用量」內容編修為：「除另有加註外，用法係指水煎內服；用量係指成人一日常用劑量，特定用途之劑量則不列舉」。

二、完成《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「性味與歸經」內容之編修。

- (一) 106 年度「中醫臨床應用內容編修」雖已完成性味與歸經內容之制定，本分小組於今年度進行滾動式修正，逐一比對個藥材之「性味與歸經」，其中針對較有爭議性的 7 味中藥材(小蘗、升麻、牛膝、冬蟲夏草、石南葉、地骨皮、地黃)再次進行討論與定案，另外完成 4 味毒劇藥品(半夏、白果、牽牛子、蛇床子)性味內容之修訂。
- (二) 確定《臺灣中藥典》第三版中藥材「性味與歸經」收錄原則：性味之決定以功效性味為主。有共識部分則從寬從廣，共識不足部分則從嚴從謹，沒有共識部分或臨床經驗部分或臺灣臨床較少應用者，則暫不列入。」
- (三) 確定性味與歸經撰寫方式：《臺灣中藥典》第三版中藥材「性味與歸經」以臨床功效為取向原則及依「中醫臟象學說」分類為區分方式予以制定。
- (四) 確定性味與歸經制定格式：將中藥材「性味與歸經」收載於同一欄位，其中歸經文字表示方式為「歸○○經」。
- (五) 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「性味與歸經」內容之滾動式修正(詳如附表一「性味與歸經」欄位之內

容)。

(六) 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「性味與歸經」之修正對照表(詳如附表二)。

三、完成《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「用途分類」內容之增修訂。

(一) 原《臺灣中藥典》第二版 300 味中藥材,本分小組今年度完成其中 263 品項「用途分類」內容之修訂,另外完成新增 55 味中藥材「用途分類」內容之制定。

(二) 確定《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「用途分類」之編寫格式為:「主分類藥(細分類)」。

(三) 修正「祛痰藥」之分類,增加「燥濕化痰」一項細分類。並確定《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「用途分類」之分類方式,分類共識整理如表二。

(四) 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「用途分類」分類內容之增修訂(詳如附表一「用途分類」欄位內容)。

(五) 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材(第 1-355 味)個論「用途分類」修正對照表(詳如附表二)。

表二、臺灣中藥典收載品項中藥材「用途分類」之編寫格式及分類方式

大類	主分類藥(細分類)	大類	主分類藥(細分類)	大類	主分類藥(細分類)
解表	解表藥(辛涼解表)	溫裏	溫裏藥	祛痰	祛痰藥(止咳平喘)
	解表藥(辛溫解表)	理氣	理氣藥		祛痰藥(清化熱痰)
瀉下	瀉下藥(攻下)	理血	理血藥(止血)		祛痰藥(溫化寒痰)
	瀉下藥(峻下逐水)		理血藥(活血祛瘀)		祛痰藥(燥濕化痰)
清熱	瀉下藥(潤下)	補益	補益藥(補血)	消導	消導藥
	清熱藥(清熱瀉火)		補益藥(補氣)	驅蟲	驅蟲藥
	清熱藥(清虛熱)		補益藥(補陰)	癰瘍	癰瘍藥
	清熱藥(清熱涼血)	補益藥(補陽)	湧吐	湧吐藥	
	清熱藥(清熱解毒)	固澀	收澀藥		
	清熱藥(清熱燥濕)	安神	安神藥(養心安神)		
祛濕	祛濕藥(祛風濕)		安神藥(重鎮安神)		
	祛濕藥(利水滲濕)	開竅	開竅藥		
	祛濕藥(芳香化濕)	熄風	平肝熄風藥		

四、完成「臺灣中藥典第三版」中藥材（第 1-355 味）個論「用法與用量」內容之修訂。

(一) 原《臺灣中藥典》第二版 300 味中藥材，本分小組於今年度修改其中 155 品項「用法與用量」之內容，另外完成新增 55 味中藥材之「用法與用量」之編寫。

(二) 確定「用法與用量」換算之原則：

1. 以常用合理量的最大範圍為參考範圍。
2. 取消「常用劑量」或「常用量」之文字。
3. 參考近代文獻，於下限時每錢以 3g 換算，於上限時每錢以 3.75 g 換算，取小數點後一位數，並採四捨五入方式訂定。

(三) 制定「用法與用量」書寫格式如下：

1. 數字使用半形。
2. 數字與 g 之間要有空格(半形)。
3. 中文字採用標楷體；英文及數字採用 Times New Roman。
4. 不同用法間，以分號隔開。

(四) 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「用量」內容修訂（詳如附表一「用法與用量」欄位內容）。

(五) 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「用量」之修正對照表（詳如附表二）。

五、完成《臺灣中藥典》第三版收載品項中藥材毒性分類(級)及收載內容之修訂。

(一) 《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。

(二) 另於 2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議中針對吡咯聯啶生物鹼的討論時，建議如下：

1. 對於已經公告為毒性藥材者，則收錄於毒性一覽表及性味中，至於明顯之副作用及不良反應者，建議收錄於【注意事項】中。
2. 已公告部分建議參考公告內容收錄於【注意事項】中。
3. 尚未公告者，待經確認有實證基礎者，始於【注意事項】中收錄。
4. 至於含有吡咯聯啶生物鹼(Pas)成分的之中藥材，目前實證基礎不足，尚有爭議，仍待實證進一步研究證實者，建議採用其他

風險管理方式，暫不於【注意事項】中收錄，以為周全。

六、完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「注意事項」內容之修訂。

(一) 原《臺灣中藥典》第二版 300 味中藥材，本分小組於今年度修改其中 33 品項「注意事項」之內容，另外完成新增 6 味中藥材(川貝母、木鼈子、郁李仁、商陸、常山、蘆薈)「注意事項」之編寫。

(二) 完成《臺灣中藥典》第三版藥材（第 1-355 味）個論「注意事項」內容之增修訂(詳如附表一「注意事項」欄位內容)。

(三) 完成《臺灣中藥典》第三版「中藥材（第 1-355 味）個論「注意事項」之修正對照表(詳如附表二)。

七、完成《臺灣中藥典》收載中藥材（第 1~355 味）「功能」內容(草案)。

(一) 確立「功能」收錄原則：

1. 內容以收錄「功能」為主，暫時不收錄「主治」。
2. 收錄之用詞，以中醫藥傳統用語為主，若有明確之現代醫藥實證證據，則兼收錄現代醫藥用詞為輔。
3. 功能視為用途分類之延伸。
4. 朝標準化及用詞一致性方向研擬。
5. 比對文獻，以最大交集，最少爭議之內容為原則。且以常見功能為主，不常見功能為輔。
6. 以「中藥學教科書」為藍本，參考其他文獻進行增刪。

(二) 確立【功能】內文分類及編寫格式：段落中用「逗號」，最後用「句號」呈現。

(三) 完成《臺灣中藥典》收載中藥材（第 1~355 味）「功能」內容(草案)。

八、完成中藥製劑個論之「效能」、「適應症」及「注意事項」部分。

(一) 甘草濃縮製劑

1. 「效能」標示為「補脾胃、祛痰止咳、緩急止痛、清熱解毒、調和諸藥」。
2. 「注意事項」為「本品慎宜與海藻、大戟、甘遂、芫花同用，不可長期使用」。

(二) 大黃濃縮製劑

1. 「效能」標示為「攻積導滯、瀉火涼血、化瘀通經」。

2. 「注意事項」：孕婦及月經期、哺乳期慎用。

九、臺灣中藥典中醫臨床應用編修原則

(一) 「性味與歸經」編修原則。

1. 收錄原則：

- (1) 係依中醫藥傳統理論和中醫臨床功效能為取向原則，對該中藥材功能主治之概述。
- (2) 性味之決定以功效性味為主。有共識部分則從寬從廣，共識不足部分則從嚴從謹，沒有共識部分臺灣臨床較少應用者，則暫不列入。
- (3) 《臺灣中藥典》第三版中藥材「性味與歸經」以臨床功效為取向原則及依「中醫臟象學說」為區分方式予以撰寫。
- (4) 毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項，始於中藥材性味中標示毒性，做為臨床用藥之參考。

2. 編寫格式：

- (1) 將中藥材「性味與歸經」收載於同一欄位。
- (2) 性味文字表示方式為：「先寫『味』，後寫『性』」，『味』與『味』之間以頓號相隔，『味』與『性』之間以逗號相隔」。
- (3) 歸經文字表示方式為：歸○○經。

(二) 「用途分類」編修原則。

1. 收錄原則：

- (1) 係指中藥材依中醫臨床施治功能分為主分類（細分類）之療效及用途，僅做為參考。
- (2) 至於中醫臨床上詳盡療效之多種用途則不列舉。

2. 編寫格式：主分類藥（細分類）。

(三) 「用法與用量」編修原則

1. 收錄原則：

- (1) 除另有加註外，用法係指水煎內服；用量係指成人一日常用劑量，特定用途之劑量則不列舉。
- (2) 「用法與用量」換算之原則：
 - A. 以常用合理量最大範圍為參考範圍。
 - B. 取消「常用劑量」或「常用量」之文字。
 - C. 參考近代文獻，於下限時每錢以 3g 換算，於上限時每錢以 3.75 g 換算，取小數點後一位數，並採四捨五入方

式訂定。

2. 編寫格式：

- (1) 數字使用半形。
- (2) 數字與 g 之間要有空格(半形)。
- (3) 中文字採用標楷體；英文及數字採用 Times New Roman。
- (4) 不同用法間，以分號隔開。

(四) 「毒性分類(級)及收載內容」編修原則。

收錄原則：

1. 《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。
2. 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。
3. 對於已經公告為毒性藥材者，則收錄於毒性一覽表及性味中，至於明顯之副作用及不良反應者，建議收錄於【注意事項】中。
4. 其它已公告部分建議參考公告內容收錄於【注意事項】中。
5. 其它尚未公告者，待經確認有實證基礎者，始於【注意事項】中收錄。

(五) 「注意事項」編修原則。

1. 收錄原則：

- (1) 《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性味中標示毒性。
- (2) 其餘中藥材收載品項有關藥物之明顯副作用部分，則另於注意事項中收載之。
- (3) 注意事項係指主要禁忌和不良反應，屬一般常規禁忌者從略。

2. 編寫格式：原注意事項中文字內容「慎服」一律修訂為「慎用」，「忌服」一律修訂為「忌用」，禁服一律修訂為禁用。

(六) 「功能」編修原則。

1. 收錄原則：

- (1) 以收錄「功能」為主，暫時不收錄「主治」。
- (2) 收錄之用詞，以中醫藥傳統用語為主，若有明確之現代醫藥實證證據，則兼收錄現代醫藥用詞為輔。
- (3) 功能視為用途分類之延伸。

(4) 朝標準化及用詞一致性之方向研擬。

(5) 比對文獻，以最大交集，最少爭議之內容為收錄原則。且以常見功能為主，不常見功能為輔。

(6) 以「中藥學教科書」為藍本，參考其他文獻進行增刪。

2. 編寫格式：段落中用「逗號」，最後用「句號」呈現。

十、《臺灣中藥典》中醫臨床應用編修修訂成果

(一) 「性味與歸經」修訂成果摘述如下：

1. 106 年度「中醫臨床應用內容編修」完成性味與歸經內容之增訂。
2. 107 年度進行滾動式修正，針對較有爭議性的 7 味中藥材（小薊、升麻、牛膝、冬蟲夏草、石南葉、地骨皮、地黃）再次進行討論與定案，另修訂 4 味毒劇藥品（半夏、白果、牽牛子、蛇床子）之性味內容。
3. 《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「性味與歸經」內容之增修訂（詳如附表一「性味與歸經」欄位內容）。
4. 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論之「性味與歸經」之修正對照表（如附表二）。

(二) 「用途分類」修訂成果摘述如下：

1. 原《臺灣中藥典》第二版 300 味中藥材，本計畫年度完成 263 品項「用途分類」內容之修訂；另完成新增 55 味中藥材「用途分類」之增訂。
2. 《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「用途分類」內容之增修訂（詳如附表一「用法與用量」欄位之內容）。
3. 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論之「用途分類」之修正對照表（如附表二）。

(三) 「用法與用量」修訂成果摘述如下：

1. 原《臺灣中藥典》第二版 300 味中藥材，本年度完成 155 品項「用法與用量」內容之修訂，另外完成新增 55 味中藥材之「用法與用量」之增訂。
2. 《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「用法與用量」內容之增修訂（詳如附表一「用法與用量」欄位內容）。
3. 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「用法與用量」之修正對照表（詳如附表二）。

(四) 「毒性分類(級)及收載內容」修訂成果摘述如下：

對於含有吡咯聯啉生物鹼(Pas)成分的之中藥材，目前實證基礎不足，尚有爭議，仍待實證進一步研究證實；建議採用其他風險管理方式，暫不於【注意事項】中收錄，以為周全。

(五) 「注意事項」修訂成果摘述如下：

1. 原《臺灣中藥典》第二版 300 味中藥材，本年度完成其中 33 品項「注意事項」內容之修改，另外完成新增 6 味中藥材（川貝母、木鼈子、郁李仁、商陸、常山、蘆薈）「注意事項」之增訂。
2. 《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「注意事項」內容之增修訂（詳如附表一「注意事項」欄位之內容）。
3. 完成《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「注意事項」之修正對照表（如附表二）。

(六) 「功能」修訂成果摘述如下：

完成《臺灣中藥典》收載中藥材（第 1~355 味）「功能」內容（草案）。

肆、討論

一、性味與歸經之討論

- (一) 本分小組依臺灣中藥典收載品項中藥材為藍本，分別蒐集、整理與比對、分析「中藥學」教材、「中藥學概論」、「中國藥材學」、「中國高等中醫藥學院教材」及「中華民國中藥典範」中藥材「性味與歸經」之資料，進行滾動式修正。
- (二) 《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。針對此原則，本計畫於 107 年 5 月 6 日以電子郵件「意見調查_毒劇藥品【性味】書寫格式修正對照表」針對半夏、白果、草烏、馬錢子、牽牛子、蛇床子進行性味之修正，並取得委員們同意修改如下：
1. 半夏性味由「辛、溫；生半夏有毒。」修正為「辛、溫；有毒。」
 2. 白果性味由「甘、苦、澀，平；生食有毒。」修正為「甘、苦、澀，平。」
 3. 牽牛子性味由「苦，寒；有毒。」修正為「苦，寒。」
 4. 蛇床子性味由「辛、苦，溫；有小毒。」修正為「辛、苦，溫。」
- (三) 本年度於 107 年 5 月 10 日第 12 次專家會議以及 5 月 14 日以電子郵件，請中醫臨床分小組委員協助校正比對，確定《臺灣中藥典》第三版中藥材（第 1-355 味）個論「性味與歸經」之內容。
- (四) 關於歸經部分，部分藥材，因古籍記載資料不足，臨床使用頻率甚少，中醫師對該藥材相對較不熟悉，因此難以達成共識，為求謹慎，以「暫不列入（空白）」方式收錄。

二、用途分類之討論

- (一) 本分小組為整合「用途分類」分類方式之用詞，透過中藥製劑分小組委員提供之「用途分類」建議，以及本分小組整理之相關文獻，於專家會議中進行討論，完成「用途分類」之主(大)分類，以及細分類之內容。
- (二) 為求文字之一致性，每一主分類（大分類）後面，統一加入「藥」字，例如：解表藥、瀉下藥…等。
- (三) 「解表藥」之討論：

關於解表藥之細項書寫有「辛涼解表藥、辛溫解表藥、解表

藥（發散風寒）、解表藥（發散風熱）」，為求一致性，委員依照過去傳統習慣提議修改，將原「辛涼解表藥及解表藥（發散風熱）」修訂為「解表藥（辛涼解表）」。原「辛溫解表藥及解表藥（發散風寒）」修訂為「解表藥（辛溫解表）」。

(四) 「瀉下藥」之討論：

原文中關於瀉下藥，寫法有「逐水藥、瀉下藥、瀉下藥（攻下逐水）、瀉下藥（潤下）、瀉藥」，對此部分委員同樣建議採用臨床最常見之書寫模式，此外專家提議應該增加「峻下逐水」之細分類，因「攻下逐水」與「峻下逐水」意義相近，經委員討論，「峻下逐水」為臨床較常用之書寫方式，因此決議將瀉下藥之細分類修改為「瀉下藥（攻下）、瀉下藥（峻下逐水）、瀉下藥（潤下）」。

(五) 「清熱藥」之討論：

1. 原文中清熱藥書寫方式為「清熱涼血藥、清熱解毒藥、清熱瀉火藥、清熱藥、清熱藥（清虛熱）、清熱藥（清熱涼血）、清熱藥（清熱解毒）、清熱藥（清熱解毒藥）、清熱藥（清熱燥濕）、清熱藥（清熱瀉火）、清熱藥（清熱瀉火藥）」，清熱藥細分類並無爭議，因此委員僅就書寫格式進行整合。
2. 關於「蓮子心」原書寫為收澀藥，因臨床使用中，「蓮子心」的功用有清熱瀉火以及收澀之作用，但其主要臨床功能應以清熱瀉火為主，因此委員建議將「蓮子心」之用途分類修訂為「清熱藥（清熱瀉火）」。
3. 關於「馬鞭草」，經委員討論，認為其定位是「清熱藥」無疑，然在細分類上針對其清熱作用當以下列何者為「清熱解毒」、「清熱涼血」及「清熱瀉火」細分類進行討論，最後依臨床最常用之功能，決議以「清熱藥（清熱解毒）」為其用途分類。
4. 「雷公根」之作用臨床上有清熱燥濕以及活血化瘀之作用，但經委員評估，以清熱燥濕當其主要臨床作用，因此決議「雷公根」之用途分類為「清熱藥（清熱燥濕）」。

(六) 「祛濕劑」之討論：

原文中祛濕劑之書寫方式為「利水滲濕藥、芳香化濕藥、芳香祛濕藥、祛風濕藥、祛溼藥、祛濕藥、祛濕藥（利濕藥）」，首先本小組先就「濕」與「溼」進行討論，「濕」與「溼」實為異體字，意思相同，唯「濕」字偏於學術性使用，古籍中，也較普遍

使用「濕」的書寫，因此本分小組書寫方式採用為「濕」。另外針對「芳香化濕」與「芳香祛濕」進行討論，臨床常以「芳香化濕」為主，最後「祛濕劑」之細分類修改為「祛濕劑(祛風濕)、祛濕劑(利水滲濕)、祛濕劑(芳香化濕)」三類。

(七) 「理氣藥」之討論：

關於理氣藥，較具爭議之處是，原書中有兩種書寫模式「理氣藥、理氣藥(行氣)」，也有專家建議為「理氣藥(降氣)、理氣藥(行氣)」，皆有其合理之處，但經各委員評估討論，認為降氣與行氣，在臨床上不易區分，在其他書籍如《中藥學教科書》《中國藥材學》《中藥學概論》也都不予以細分，因此決議不將「理氣藥」進行細項分類。

(八) 「溫裏藥」之討論：關於溫裏藥同樣建議不進行細分類。

(九) 「理血藥」之討論：

「理血藥」之細分類僅就格式進行調整，內容並無爭議，因此整合修改為「理血藥(止血)、理血藥(活血祛瘀)」。

(十) 「補益藥」之討論：

1. 補益藥原書中書寫為「補益藥、補益藥(助陽)、補益藥(助陽藥)、補益藥(補氣)、補益藥(補氣藥)、補益藥(補陰)、補益藥(補陽)、補益藥(養血)、補虛藥、補陽藥」，經委員討論除依照原規則整合書寫格式外，另就臨床常用習慣，將「助陽」調整為「補陽」，將「養血」調整為「補血」，最後統整為「補益藥(補血)、補益藥(補氣)、補益藥(補陽)、補益藥(補陰)」。
2. 關於「天門冬」之用途分類，委員認為臨床用藥上「天門冬」偏於補陰之用，因此建議將原「補益藥(補氣)」修改成「補益藥(補陰)」。

(十一) 「收澀藥」之討論：

1. 此分類也有專家建議用固澀藥一詞進行細分類，二者意義相同，後經討論建議依照原書書寫方式，以「收澀藥」呈現，此外收澀藥於臨床上不易區分細項，因此決議不予細分類。
2. 關於「雞冠花」，曾就「止血藥(收斂止血藥)」以及「收澀藥」之用途分類進行討論，最後就委員臨床經驗認為當以「收澀藥」作為其用途分類較為適當。

3. 關於「蓮鬚」討論過程中原訂其為「收澀藥(固精縮尿止帶藥)」，後因決議收澀藥不予以細分類，因此修正為「收澀藥」。

(十二)「安神藥」之討論：關於安神藥，委員對於養心安神並無疑義，但對於是否加入重鎮安神之細項進行討論，實因《臺灣中藥典》並無收入重鎮安神之藥材(如礦物類藥材)，因此決議不予以加入「安神藥(重鎮安神)」一類，但經委員討論，認為應該要有此品項，未來若要收錄才能有適當的分類欄位。因此最後決議安神藥分為「安神藥(養心安神)、安神藥(重鎮安神)」兩類。

(十三)「祛痰藥」之討論：

1. 原「祛痰藥」之分類分為「止咳平喘、清熱化痰、溫化寒痰」，依臨床經驗，委員認為應增加「燥濕化痰」一項細分類，此外為求與「溫化寒痰」對比，將「清熱化痰」修改成「清化熱痰」。
2. 關於「半夏」、「天南星」、「葶藶子」、「天門冬」之用途分類：委員建議將「半夏」、「天南星」由「祛痰藥(溫化寒痰)」修改成「祛痰藥(燥濕化痰)」。將「葶藶子」之用途分類，由「祛痰藥(止咳平喘)」修改成「祛痰藥(清化熱痰)」。

三、用法與用量之討論

(一)「用法與用量」欄位之討論：

原書只單寫「用量」，但在其用量內文中，有些其實包含了「用法」之書寫，因此經委員討論，本分小組建議將「用量」欄位修整為「用法與用量」。

(二)「用量」內容之討論：

1. 「用量」係指成人一日常用的劑量，委員對於「特定用劑量」是否該全部列齊，進行討論，認為藥典記載當以常用量為主，若將特殊用途的劑量也包含，恐會造成使用上之誤解。此外「用量」並不列舉一次的劑量，而是一日的總用量，因中藥材服用方式多元，有一日三服、一日四服之別，目前建議先以成人一日常用之劑量為主。
2. 關於用量換算，大陸 1 錢以 3 克換算，臺灣 1 錢則是以 3.75 克換算，經委員討論，考慮以常用最大範圍為用量範圍。因此決議參考近代文獻，於下限時每錢以 3 克進行換算，於上限時

每錢以 3.75 克換算，取小數點後一位數，並採四捨五入方式訂定。

3. 關於「茯苓皮」之用量原訂 15~30 g，後本年度經委員建議認為臨床上使用量應修正為 7.5~30 g 較為適當。

(三) 「用法」內容之討論：

1. 關於沒有特別標示用法者，皆為一般水煎法，除非有特殊煎煮方式，內文才會特別加註。然用法中，不同用法將以「分號」區隔，結尾才以「句號」結束。
2. 原【注意事項】中涵蓋有部分【用法】內容，為統整格式與書寫模式，擬將該項內容集中於【用法與用量】項下，討論修改內容如下：
 - (1) 「胡椒」之「用法與用量」修改為「0.6~1.5 g，研粉；外用適量。」
 - (2) 「青蒿」之「用法與用量」修改為「6~12 g，後下，不宜久煎。」
 - (3) 「巴豆」之「用法與用量」修改為「0.1~0.5 g，製成巴豆霜用；外用適量。」
 - (4) 「川烏」之「用法與用量」修改為「1.5~3 g，一般炮製後用，宜先煎，久煎。」
 - (5) 「魚腥草」之「用法與用量」修改為「10~30 g，不宜久煎，鮮品用量加倍。」

(四) 關於「慎用、忌用、禁用」之討論：

經委員討論，臨床上關於此三種用法之禁忌，分為三種層次，「慎用」代表可以使用，但需要謹慎小心其使用時機與用量。「忌用」代表一般時候不予使用，除非特殊狀況，經評估必須使用，將可予使用。「禁用」無論任何情形，皆不可使用。

四、毒劇藥品之討論

- (一) 收載定義：中藥毒性之定義有廣義與狹義兩類，建議《臺灣中藥典》以狹義之毒性定義作為收載內容。
- (二) 書寫原則：《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。
- (三) 品項收載建議：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、注意事項之討論

- (一) 「苦杏仁」注意事項之討論：苦杏仁注意事項原文為「本品不宜生用，以免氫氰酸中毒，內服生杏仁 60 粒可致命。」經本分小組討論，研究實例少有定量概念，因此決議去除「內服生杏仁 60 粒可致命」這段文字。
- (二) 「射干」注意事項之討論：原文中射干注意事項為「孕婦忌用或慎用」兩個有互相衝突，或字之使用，難以規範，因此決議修改為「孕婦慎用」。
- (三) 《臺灣中藥典》毒劇中藥一覽表中所列之中藥材收載品項將於該中藥材「性味」欄位中標示毒性，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。針對此原則，本分小組針對半夏、白果、草烏、馬錢子、牽牛子、蛇床子進行性味進行修正討論：
 1. 半夏注意事項原文為「生半夏毒性大，應遵照炮製法加工應用。」修正為「生半夏有毒，應遵照炮製法加工應用。」
 2. 草烏注意事項原文為「本品有毒，不宜內服。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白朮、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。」修正為「本品毒性大，內服慎用。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白朮、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。」
 3. 馬錢子注意事項原文為「本品有毒，不宜生用，不宜多服久服。孕婦禁用。」修正為「本品毒性大，不宜生用，內服慎用。孕婦禁用。」
 4. 牽牛子注意事項原文為「孕婦禁用。」修正為「本品有毒，內服慎用。孕婦禁用。」
- (四) 於 107 年 5 月 10 日第 12 次會議提案三中已經通過將【用量】修改成【用法與用量】，原【注意事項】中涵蓋有部分【用法】內容，為統整格式與書寫模式，將該重複部分集中於【用法與用量】項下，並進行部分文字修改，於 107 年 6 月 11 日寄出「意見調查_用法與用量、注意事項修正建議」並得到委員確認如下：
 1. 「巴豆」之「注意事項」原文「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。」經討論決議將「外用適量」移至「性味」欄位，「注意事項」修改為「本品毒性

大，應小心保管貯藏。孕婦禁用。不宜和牽牛子同用。」

2. 「川烏」之「注意事項」原文為「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。」文中「一般炮製後用，宜先煎，久煎」當屬於「用法」之描述，因此該段文字挪移至「用法」欄位，「注意事項」修改為「本品毒性大，應小心保管貯藏。孕婦忌用。」

六、功能與主治之討論

- (一) 「功用與主治」欄位之討論：關於「功用與主治」之收錄，委員認為中藥材先有性味，才有功能，但是主治歸屬於疾病之範疇。因此認為功能與主治分別為兩種不同之概念，例如若麻黃之功效與主治寫「治風寒感冒」，這容易落入單一個治療，本計劃「精進中藥典品質與技術規範」，主要任務為編修《臺灣中藥典》，非編修《臺灣中醫典》，中醫治病多以方為主，較少單獨使用單味藥，多位委員建議先以收錄功能為主，暫時不收錄主治。

- (二) 「功能」內文編寫方式之討論：

中醫臨床分小組於蒐集各中藥書籍中藥材功能描述時，發現許多功能文字書寫內容前後並未一致以及功能文字書寫格式前後並未標準化。本分小組蒐集相關中藥書籍功能之文字編寫方式，《大陸中藥典》編寫方式「【功能與主治】……，……，……，……。」、中藥學教科書引《本草備要》編寫方式「功能：(1) …，…，…。(2) …，…，…。」、中藥學教科書編寫方式「【功效】…，…，…。」、《中國藥材學》編寫方式「藥能…，…，…；…，…，…。」、《中華民國中藥典範》編寫方式「功用：…，…，…。」以及《本草綱目》編寫方式「[主治]…」。

經討論後決議段落用「逗號」，最後用「句號」呈現。

- (三) 「功能」內容原則之討論：

針對功能部份，委員表示「功能視為用途分類的延伸。」、「以常見功能為主，不常見功能就為輔。」、「關於功能中，例如活血化瘀或活血去瘀之異，因此用詞應朝一致性及標準化方向研擬。」、「比對文獻，以最大交集，最少爭議為原則。」

- (四) 「功能」內容之討論：本分小組為分析「臺灣中藥典」收載中藥材大陸中藥典與中藥學教科書【功能】內容書寫，因此對兩本書籍中針對「臺灣中藥典」收載之中藥材，進行「功能」內容整理

分析統計，依此分析，並以中藥材教科書為底本，並配合用途分類，進行「功能」內容初稿之編寫修改，修改原則如下：

1. 首先統一所有標點符號，依照會議決議之原則進行修正。
2. 因本書為「臺灣中藥典」，功能上應避免使用西醫文字，如：消炎藥、止痛藥、利尿藥、利膽藥、抑制惡性腫瘤藥…等。
3. 另外依照臨床常用以及用途分類進行文字的統一，例如：
 - (1) 「化瘀」、「散瘀」與「祛瘀」，二者經委員討論，決議統整以「祛瘀」呈現。
 - (2) 「息風」與「熄風」，統整修改為「熄風」。
 - (3) 「去風濕」與「祛風濕」，統整修改為「祛風濕」。
 - (4) 「鎮痛」與「止痛」，統整修改為「止痛」。

七、中藥材性味與歸經實證研討會

「性味與歸經」為值得深入探究之主題，此次「中藥材性味與歸經實證研討會」，我們透過四個面向來探討這個主題，共邀請四位學者擔任講者，並由中醫臨床分小組召集人林昭庚教授及「精進中藥典品質與技術規範」計畫主持人施純全教授擔任主持人。此次研討會與會人士包含衛生福利部中醫藥司長官與代表（9人）、中醫臨床分小組主持人以及委員（13人）以及學員（12人）。第一場演講者為李世滄教授，講題為「藥性與功效關係」，主要說明中藥藥性本質研究應本於臨床實踐，基於中醫證候，以闡明中藥藥性、功效之間關係作為未來研究基本導向，如此才能確立正確研究方向，且在研究中取得相應突破。確立以中醫藥學理論為研究指導思想，中藥藥性理論現代研究才能很好地保持中醫藥學理論與臨床應用的基本特色和優勢，體現繼承與創新相結合思想，實現對傳統中藥藥性理論體系繼承與發展；第二場演講者為吳龍源教授，講題為「中藥歸經理論源流與現代研究文獻探討」，主要說明中醫藥物歸經理論的發展由先秦時期《黃帝內經》萌芽，而至清代醫家汪昂《本草備要》，才將中藥歸經理論統合整理完整，累積千百年各代醫家臨床用藥經驗歸納而成。近年來西方醫學提出未來醫療將走向「精準醫學」；而中醫若能對患者疾病病因病機作出正確診斷，搭配藥物歸經理論選擇最適當藥物直達病所，用最精簡藥物來發揮最大療效，使患者儘早恢復健康，亦可為中醫的「精準醫學」；第三場演講者為張東迪教授，講題為「由性味歸經論理論中藥學與經驗中藥學--以傷寒論桂枝與麻黃應用為例」，主要討論中藥、中醫藥、性能、功效等緣由與定義，並且說明中藥的五味本義是指藥物的真實滋味，最初是

通過口嘗感覺而確定，故「神農嘗百草，日遇七十二毒」之說，通過長期的醫療實踐，經過觀察和總結，根據不同藥味作用於人體後人體產生的不同反應和療效，演繹歸納出藥物的五味屬性；第四場演講者為張世良教授，講題為「中藥性味實證探討」，主要討論實證與實證醫學的定義與差異，並探討四氣五味的部分其實從哲學的一個陰陽理論而來，然其性味同時受到炮製以及品種的影響，進而論述透過人工智慧的結合，做為中藥辨識之客觀評估（詳細資料如附錄一）。

伍、結論與建議

本計畫業已完成《臺灣中藥典第三版》中醫臨床應用內容編修作業。透過 107 年 2 月 9 日、5 月 10 日、9 月 12 日以及 11 月 8 日召開之 4 場《臺灣中藥典第三版》暨中華藥典第九版中醫臨床小組專家會議，以及 11 月 8 日舉辦之 1 場中藥材與炮製中藥材之性味與歸經實證探討研討會，經由專家學者的討論與分享，進而完成中藥材品項個論「用途分類」、「用量」、「性味與歸經」、「注意事項」及「毒性」等內容之編修，並提供修正對照表。另外完成中藥材品項個論「功能與主治」之規劃與評估，並提出「功能」內容之草案。以及協助完成中藥製劑個論「效能」、「適應症」、「注意事項」等內容之編修及後續校對工作。且於 107 年 6 月 25 日、7 月 19 日、8 月 31 日以及 9 月 26 日協助回復《臺灣中藥典第三版》公告後之相關疑義及藥典相關中醫臨床訊息。

建議未來《臺灣中藥典》之增編修，應持續融入中醫臨床用藥考量，爰此，提出下列建議事項：

- 一、建議未來《臺灣中藥典》收載品項中藥材針對「功效」，依照收錄之用詞之規定，以中醫藥傳統用語為主，若有明確之現代醫藥實證證據，則兼收錄現代醫藥用詞為輔，並逐一比對與討論。
- 二、建議未來在「凡例」中增訂「禁用」、「忌用」、及「慎用」之定義。
- 三、對於已經公告為毒性藥材者，則收錄於毒性一覽表及性味中，至於明顯之副作用及不良反應者，建議收錄於【注意事項】中。
- 四、至於尚未公告者，若經確認有實證基礎者，始於【注意事項】中收錄。
- 五、含有吡咯聯啉生物鹼(Pas)成分之之中藥材，目前實證基礎不足，尚有爭議，仍待實證進一步研究證實者，建議採用其他風險管理方式，暫不於【注意事項】中收錄，以為周全。
- 六、建議《臺灣中藥典》收載中藥材（第 1~355 味）【功能】內容（草案）於未來詳細進行評估審議，並逐項討論及修正。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-000408 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 魏嘉伶:編修中華中藥典之研究。行政院衛生署 105 年度委託研究計畫，台北 2016。
2. 黃聖剛:台灣、中國、日本、韓國藥典中生藥內容之比較內容。中國醫藥大學中國醫藥研究所植物化學組碩士論文，台中 2006。
3. 行政院衛生署中醫藥委員會:臺灣中藥典(第二版)。行政院衛生署，台北 2013。
4. 行政院衛生福利部: 105 年度臺灣中藥典編輯工作小組第 2 次會議會議紀錄。105 年度行政院衛生福利部臺灣中藥典編輯工作小組第 2 次會議，台北 2016。
5. 謝博銓:中藥材魚腥草與紅景天之基源鑑定計畫。行政院農業委員會 105 年度委託研究計畫，台北 2016。
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): 803-804。
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):45。
8. 楊德勝、張紹梅、楊樹升:《中藥學》教學必須完善性味理論。國醫論壇 2012,27(6):44。
9. 陳雲鶴:中藥性味配伍規律的探析。內蒙古中醫藥 2015,6:82。
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 2010。
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 2013:250-251。
12. 張立平、湯個群:中藥藥性理論源流和內容範疇分析。World Chinese Medicine 2014 ,9(8):998-1000。
13. 歐明、王寧生:中藥及其製劑不良反應大典。大展出版社，台北 2005。
14. 游均晶、游智勝、魏迺杰、劉耕豪:張元素「歸經」、「引經」理論研究。中醫藥雜誌 2013，24(1):37-47。
15. 高振、李風森、哈木拉提·吾甫爾、楊劍:慢性阻塞性肺病中醫證-治用藥的性味及歸經規律研究。中醫藥雜誌 2010，21(3,4): 143-148
16. 周海虹:論歸經。湖南中醫學院學報 2000，20(4):44-47
17. 吳永健:試述中藥歸經理論在臨床的應用。四川中醫 2001，19(7):21-22。

18. 楊德勝、張紹梅、楊樹升: 統一歸經是《中藥學》教學的需要。河北中醫 2012, 34(9):1436-1437。
19. 高學敏、張德芹、鐘贛生、王淳、陳紹紅, 關於規範《中國藥典》藥材及飲片性味與歸經的建議, 中華中醫藥學會中藥基礎理論分會第二屆臨床中藥學學術研討會論文集, 5-10。
20. 周禎祥、汪瓊、李晶晶、黃芳, 基於《中國藥典》(2010年版)中的五味研究, 湖北中醫藥大學學報, 2015, 17(2):63-64。
21. 游均晶、游智勝、魏迺杰、劉耕豪, 張元素「歸經」、「引經」理論研究, J Chin Med, 2013, 24(1): 37-47。
22. 周海虹, 論歸經, 湖南中醫學院學報, 2000, 20(4), 44-46。
23. 溫金成、陳國鎮, 從「藥物試驗」現象探討中醫「藥性歸經」的意涵, 生命學報, 2006, 115-134。
24. 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。
25. 許佳君、徐金蘭、楊榮季:中藥臨床調劑。藥學雜誌 2002,18(3):88-96。
26. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄: 1981-1994年中醫政策研究之回顧。公共衛生 1994,21(2):97-107。
27. 李卓倫, 等人: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, 台北 2007。
28. O, A. : Nature's medicinal bounty: don't throw it away. World Health Forum 1993, 14(4):390-395。
29. Shih CC1, Lin JG, Liao CC, Su YC. : The utilization of Traditional Chinese Medicine and associated factors in Taiwan in 2002. Chin Med J 2009, 122(13):1544-1548。
30. 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。中國醫藥大學中國醫學研究所博士論文, 台中 2011。
31. Chen FP1, Chen TJ, Kung YY, Chen YC, Chou LF, Chen FJ, Hwang SJ. : Use frequency of Traditional Chinese Medicine in Taiwan. BMC Health Serv Res 2007, 7: 26。

柒、附表

附表一、臺灣中藥典部分收載品項中藥材「性味與歸經」「用途分類」「用法與用量」「注意事項」內容（第1~355味）

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
1	丁香	辛，溫。	歸脾、胃、肺、腎經。	溫裏藥。	1~5 g。	
2	人參	甘、微苦，微溫。	歸脾、肺、心經。	補益藥(補氣)。	3~11.5 g。	
3	八角茴香	辛，溫。	歸肝、腎、脾、胃經。	溫裏藥。	3~6 g。	
4	三七	甘、微苦，微溫。	歸肝、胃、大腸經。	理血藥(止血)。	3~11.5 g，研粉 1~4 g；外用適量。	
5	三稜	辛、苦，平。	歸肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	4.5~11.5 g。	孕婦忌用。
6	千年健	苦、辛，溫。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	4.5~10 g。	
7	土茯苓	甘、淡，平。	歸肝、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	15~60 g。	
8	大青葉	苦，寒。	歸心、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
9	大棗	甘，溫。	歸脾、胃經。	補益藥(補氣)。	6~30 g。	
10	大黃	苦，寒。	歸脾、胃、大腸、肝、心包經。	瀉下藥(攻下)。	0.2~15 g，用於瀉下作用不宜久煎；外用適量。	
11	大腹皮	辛，微溫。	歸脾、胃、大腸、小腸經。	理氣藥。	4.5~11.5 g。	
12	大蓟	甘、苦，涼。	歸心、肝經。	理血藥(止血)。	10~15 g，鮮品可用30~60 g。	
13	女貞子	甘、苦，涼。	歸肝、腎經。	補益藥(補陰)。	6~12 g。	
14	小茴香	辛，溫。	歸肝、腎、脾、胃、膀胱經。	溫裏藥。	3~11.5 g。	
15	小蓟	甘，涼。	歸心、肝經。	理血藥(止血)。	3~15 g。	
16	山豆根	苦，寒。	歸心、肺、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	3~11.5 g。	脾胃虛寒，便溏忌用。
17	山柰	辛，溫。	歸胃經。	溫裏藥。	6~9 g，研粉1~3 g。	
18	山茱萸	酸、澀，微溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陰)。	5~12 g。	
19	山楂	酸、甘，微溫。	歸脾、胃、肝經。	消導藥。	3~15 g。	消化性潰瘍慎用。
20	山藥	甘，平。	歸脾、肺、腎經。	補益藥(補氣)。	10~30 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
21	川木香	辛、苦，溫。	歸脾、胃、大腸、 膽經。	理氣藥。	3~9 g。	
22	川木通	苦，寒。	歸心、小腸、膀胱 經。	祛濕藥(利水滲濕)。	3~6 g。	
23	川牛膝	苦、酸，平。	歸肝、腎經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~10 g。	
24	川芎	辛，溫。	歸肝、膽、心包經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~10 g。	
25	川貝母	苦、甘，微寒。	歸肺、心經。	祛痰藥(清化熱痰)。	3~10 g；研粉 1~2 g。	不宜與烏頭 同用。
26	川烏	辛、苦，熱；有大 毒。	歸心、肝、腎、脾 經。	溫裏藥。	1.5~3 g，一般炮 製後用，宜先 煎，久煎。	本品毒性 大，應小心保 管貯藏。孕婦 忌用。
27	川棟子	苦，寒。	歸肝、小腸、膀胱 經。	理氣藥。	4.5~11.5 g。	
28	丹參	苦，微寒。	歸心、心包、肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	5~15 g。	
29	五加皮	辛、苦，溫。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	5~12 g。	
30	五味子	酸、甘，溫。	歸肺、心、腎經。	收澀藥。	1.5~7.5 g。	
31	五倍子	酸、澀，寒。	歸肺、大腸、腎經。	收澀藥。	3~6 g；外用適 量。	
32	五靈脂	苦、甘，溫。	歸肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	4.5~10 g，包 煎。	孕婦慎用。畏 人參。
33	化橘紅	辛、苦，溫。	歸肺、脾經。	理氣藥。	3~10 g。	
34	升麻	辛、甘，微寒。	歸肺、脾、胃、大 腸經。	解表藥(辛涼解表)。	3~11.5 g。	
35	天竺黃	甘，寒。	歸心、肝經。	祛痰藥(清化熱痰)。	3~10 g。	
36	天門冬	甘、苦，寒。	歸肺、腎經。	補益藥(補陰)。	6~12 g。	
37	天南星	苦、辛，溫；有毒。	歸肺、肝、脾經。	祛痰藥(燥濕化痰)。	3~10 g，一般炮 製後用；外用適 量。	本品有毒，孕 婦慎用。
38	天麻	甘，平。	歸肝經。	平肝熄風藥。	3~11.5 g。	
39	天葵子	甘、苦，寒。	歸肝、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
40	太子參	甘、微苦，平。	歸脾、肺經。	補益藥(補氣)。	9~30 g。	
41	巴豆	辛，熱；有大毒。	歸胃、大腸經。	瀉下藥(峻下逐水)。	0.1~0.5 g，製成 巴豆霜用；外用 適量。	本品毒性 大，應小心保 管貯藏。孕婦 禁用。不宜和 牽牛子同用。

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
42	巴戟天	甘、辛，微溫。	歸腎、肝經。	補益藥(補陽)。	3~15 g。	
43	木瓜	酸，溫。	歸肝、脾經。	祛濕藥(祛風濕)。	6~12 g。	
44	木香	辛、苦，溫。	歸脾、胃、大腸、 三焦、膽經。	理氣藥。	1.5~6 g。	
45	木通	苦，寒。	歸心、小腸、膀胱 經。	祛濕藥(利水滲濕)。	3~6 g。	
46	木賊	甘、苦，平。	歸肺、肝經。	解表藥(辛涼解表)。	3~11.5 g。	
47	木蝴蝶	苦、甘，涼。	歸肺、肝、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	1~4 g。	
48	木鼈子	苦、微甘，涼。	歸肝、脾、胃經。	癰瘍藥。	0.9~1.2 g；外用 適量。	孕婦慎用。
49	毛冬青	苦，寒。	暫不列入(空白)。	理血藥(活血祛瘀)。	30~60 g。	
50	水蛭	鹹、苦，平。	歸肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	1~3 g。	孕婦忌用。
51	火麻仁	甘，平。	歸脾、胃、大腸經。	瀉下藥(潤下)。	3~15 g。	
52	牛至	苦，微寒。	暫不列入(空白)。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~15 g。	
53	牛黃	苦、甘，涼。	歸心、肝經。	平肝熄風藥。	0.15~0.3 g，一般 入丸散劑用。	
54	牛蒡子	辛、苦，寒。	歸肺、胃經。	解表藥(辛涼解表)。	5~12 g。	
55	牛膝	苦、酸，平。	歸肝、腎經。	理血藥(活血祛瘀)。	5~15 g。	
56	王不留 行	苦，平。	歸肝、胃經。	理血藥(活血祛瘀)。	4.5~11.5 g。	
57	仙茅	辛，熱。	歸腎、肝經。	補益藥(補陽)。	3~11.5 g。	
58	仙鶴草	苦、澀，平。	歸肺、肝、脾經。	理血藥(止血)。	6~15 g。	
59	代赭石	苦，寒。	歸肝、心、胃經。	平肝熄風藥。	9~30 g。	孕婦慎用。
60	冬瓜子	甘，涼。	歸肺、胃、大腸、 小腸經。	祛痰藥(清化熱痰)。	9~30 g。	
61	冬葵果	甘、澀，涼。		祛濕藥(利水滲濕)。	3~10 g。	
62	冬蟲夏 草	甘，溫。	歸肺、腎經。	補益藥(補陽)。	3~10 g。	
63	北沙參	甘、微苦，微寒。	歸肺、胃經。	補益藥(補陰)。	4.5~12 g。	
64	北板藍 根	苦，寒。	歸心、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
65	北劉寄 奴	苦，寒。	暫不列入(空白)。	理血藥(活血祛瘀)。	6~12 g。	
66	半枝蓮	辛、苦，寒。	歸肺、肝、腎經。	清熱藥(清熱解毒)。	15~30 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
67	半夏	辛、溫；有毒。	歸脾、胃、肺經。	祛痰藥(燥濕化痰)。	3~11.5 g，一般炮製後用；外用適量。	生半夏有毒，應遵照炮製法加工應用。
68	玄參	甘、苦、鹹，微寒。	歸肺、胃、腎經。	清熱藥(清熱涼血)。	9~15 g。	
69	玉竹	甘，微寒。	歸肺、胃經。	補益藥(補陰)。	6~12 g。	
70	玉米鬚	甘，平。	歸膀胱、腎經。	祛濕藥(利水滲濕)。	15~30 g。	
71	甘草	甘，平。	歸心、肺、脾、胃經。	補益藥(補氣)。	2~11.5 g。	
72	甘遂	苦，寒；有毒。	歸肺、腎、大腸經。	瀉下藥(峻下逐水)。	0.5~1.5 g；外用適量。	本品有毒，應小心保存。炮製後用，孕婦禁用。反甘草。
73	白及	苦、甘、澀，微寒。	歸肺、肝、胃經。	理血藥(止血)。	6~15 g。	
74	白朮	苦、甘，溫。	歸脾、胃經。	補益藥(補氣)。	6~15 g。	
75	白芍	苦、酸，微寒。	歸肝、脾經。	補益藥(補血)。	6~15 g。	
76	白果	甘、苦、澀，平。	歸肺、腎經。	祛痰藥(止咳平喘)。	4.5~11.5 g。	生食有毒。
77	白芥子	辛，溫。	歸肺經。	祛痰藥(溫化寒痰)。	3~10 g；外用適量。	
78	白花蛇舌草	微苦、甘，寒。	歸胃、大腸、小腸經。	清熱藥(清熱解毒)。	15~60 g。	
79	白芷	辛，溫。	歸胃、大腸、肺經。	解表藥(辛溫解表)。	3~11.5 g。	
80	白前	辛、苦，微溫。	歸肺經。	祛痰藥(溫化寒痰)。	3~10 g。	
81	白扁豆	甘，微溫。	歸脾、胃經。	補益藥(補氣)。	9~15 g。	
82	白茅根	甘，寒。	歸肺、胃、膀胱經。	理血藥(止血)。	9~30 g。	
83	白頭翁	苦，寒。	歸胃、大腸經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
84	白殭蠶	鹹、辛，平。	歸肝、肺、胃經。	平肝熄風藥。	3~11.5 g。	
85	白薇	苦、鹹，微寒。	歸胃、肝、腎經。	清熱藥(清虛熱)。	3~10 g。	
86	白鮮皮	苦，寒。	歸脾、胃、膀胱經。	清熱藥(清熱燥濕)。	5~15 g。	
87	白蘞	苦、辛，微寒。	歸心、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	3~10 g。	
88	石決明	鹹，寒。	歸肝經。	平肝熄風藥。	5~30 g，先煎。	
89	石南葉	辛、苦，平。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	4.5~9 g。	
90	石韋	甘、苦，微寒。	歸肺、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~12 g。	
91	石斛	甘，微寒。	歸胃、腎經。	補益藥(補陰)。	6~15 g。	
92	石菖蒲	辛、苦，溫。	歸心、肝、胃經。	開竅藥。	3~10 g。	
93	石榴皮	酸、澀，溫。	歸胃、大腸經。	收澀藥。	3~10 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
94	石膏	甘、辛，大寒。	歸肺、胃經。	清熱藥(清熱瀉火)。	15~60 g，先煎， 內服宜生用。	
95	全蠍	辛，平。	歸肝經。	平肝熄風藥。	2~6 g。	
96	冰片	辛、苦，微寒。	歸心、脾、肺經。	開竅藥。	0.15~0.3 g，入丸 散用；外用適 量。	孕婦慎用。
97	合歡皮	甘，平。	歸心、肝經。	安神藥(養心安神)。	6~15 g。	
98	地骨皮	甘、淡，寒。	歸肺、肝、腎經。	清熱藥(清虛熱)。	9~15 g。	
99	地黃	生地黃:甘、苦， 寒。 熟地黃:甘，微溫。	鮮地黃:歸心、肝、 腎、小腸經。 生地黃:歸心、肝、 腎、小腸經。 熟地黃:歸肝、腎 經。	清熱藥(清熱涼血)。	9~30 g。	脾虛泄瀉慎 用。
100	地榆	苦、酸、澀，微寒。	歸肝、大腸經。	理血藥(止血)。	9~15 g；外用適 量。	
101	地膚子	辛、苦，寒。	歸腎、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~15 g；外用適 量，煎湯薰洗。	
102	地龍	鹹，寒。	歸肝、脾、膀胱經。	平肝熄風藥	3~10 g。	
103	百合	甘，微寒。	歸心、肺經。	補益藥(補陰)。	6~12 g。	
104	百部	甘、苦，微溫。	歸肺經。	祛痰藥(止咳平喘)。	3~10 g。	
105	竹茹	甘，微寒。	歸肺、胃、心、膽 經。	祛痰藥(清化熱痰)。	4.5~12 g。	
106	肉豆蔻	辛，溫。	歸脾、胃、大腸經。	收澀藥。	1.5~10 g。	
107	肉桂	辛、甘，大熱。	歸腎、脾、心、肝 經。	溫裏藥。	1~5 g。	
108	桂心	辛、甘，大熱。	暫不列入(空白)。	溫裏藥。	1.5~10 g	
109	肉蓯蓉	甘、鹹，溫。	歸腎、大腸經。	補益藥(補陽)。	6~12 g。	
110	艾葉	辛、苦，溫。	歸肝、脾、腎經。	理血藥(止血)。	3~10 g；外用適 量，灸療，或煎 湯薰洗。	
111	血竭	甘、鹹，平。	歸心、肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	1~2 g。	
112	西洋參	甘、微苦，涼。	歸心、肺、腎經。	補益藥(補氣)。	3~12 g。	不宜與藜蘆 同用。
113	伸筋草	微苦、辛，溫。	歸肝、脾、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	3~12 g。	
114	何首烏	苦、甘、澀，微溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補血)。	6~15 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
115	佛手柑	辛、苦、酸，溫。	歸肝、脾、胃、肺經。	理氣藥。	3~10 g。	
116	吳茱萸	辛、苦，熱。	歸肝、脾、胃、腎經。	溫裏藥。	1.0~7.5 g；外用適量。	陰虛有熱者慎用
117	忍冬藤	甘，寒。	歸肺、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~30 g。	
118	杜仲	甘，溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	6~15 g。	
119	決明子	甘、苦、鹹，微寒。	歸肝、大腸經。	清熱藥(清熱瀉火)。	9~15 g。	
120	沉香	辛、苦，溫。	歸脾、胃、腎經。	理氣藥。	1~5 g。	
121	沒藥	辛、苦，平。	歸心、肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~5 g。	孕婦及出血失血者忌用。
122	沙苑蒺藜	甘，溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	9~15 g。	
123	牡丹皮	苦、辛，微寒。	歸心、肝、腎經。	清熱藥(清熱涼血)。	6~12 g。	
124	牡蠣	鹹、澀，微寒。	歸肝、膽、腎經。	平肝熄風藥。	9~30 g，先煎，研粉 1~3 g。	
125	皂角刺	辛，溫。	歸肝、胃經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~10 g。	
126	皂莢	辛、鹹，溫。	歸肺、大腸、肝經。	祛痰藥(溫化寒痰)。	1.5~5 g，研粉 0.3~1.5 g。	孕婦、氣虛陰虧及有咯血傾向者慎用
127	芒硝	鹹、苦，寒。	歸胃、大腸經。	瀉下藥(攻下)。	3~15 g。	孕婦慎用。
128	豆蔻	辛，溫。	歸肺、脾、胃經。	祛濕藥(芳香化濕)。	3~6 g，後下。	
129	赤小豆	甘、酸，平。	歸心、小腸經。	祛濕藥(利水滲濕)。	10~30 g。	
130	赤芍	苦，微寒。	歸肝、脾經。	清熱藥(清熱涼血)。	3~12 g。	
131	車前子	甘，寒。	歸肝、腎、肺、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	5~15 g，包煎。	
132	車前草	甘，寒。	歸肝、腎、肺、小腸經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~30 g。	
133	辛夷	辛，溫。	歸肺、胃經。	解表藥(辛溫解表)。	3~11.5 g，包煎。	
134	防己	苦，寒。	歸膀胱、肺經。	祛濕藥(利水滲濕)。	5~12 g。	
135	防風	辛、甘，微溫。	歸膀胱、肝、脾經。	解表藥(辛溫解表)。	4.5~11.5 g。	
136	乳香	辛、苦，溫。	歸心、肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~6 g。	孕婦禁用。
137	佩蘭	辛，平。	歸脾、胃經。	祛濕藥(芳香化濕)。	3~10 g。	
138	使君子	甘，溫。	歸脾、胃經。	驅蟲藥。	5~10 g。	多吃未熟果實會引起呃逆。
139	兒茶	苦、澀，微寒。	歸肺、心經。	收澀藥。	1~4 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
140	卷柏	辛，平。	歸肝經。	理血藥(止血)。	4.5~9 g。	孕婦慎用。
141	延胡索	辛、苦，溫。	歸肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~12 g。	
142	昆布	鹹，寒。	歸肝、胃、腎經。	祛痰藥(清化熱痰)。	海帶 6~12 g；昆布 3~10 g。	
143	枇杷葉	苦，微寒。	歸肺、胃經。	祛痰藥(止咳平喘)。	6~12 g。	
144	狗脊	苦、甘，溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	6~12 g。	
145	知母	苦、甘，寒。	歸肺、胃、腎經。	清熱藥(清熱瀉火)。	6~12 g。	
146	羌活	辛、苦，溫。	歸膀胱、腎經。	解表藥(辛溫解表)。	3~10 g。	
147	芡實	甘、澀，平。	歸脾、腎經。	收澀藥。	9~15 g。	
148	花椒	辛，熱。	歸脾、胃、腎經。	溫裏藥。	1~5 g。	
149	虎杖	微苦，微寒。	歸肝、膽、肺經。	理血藥(活血祛瘀)。	9~20 g。	孕婦慎用。
150	金銀花	甘，寒。	歸肺、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	6~30 g。	
151	金錢草	甘、鹹，微寒。	歸肝、膽、腎、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	15~60 g。	
152	金櫻子	酸、甘、澀，平。	歸腎、膀胱、大腸經。	收澀藥。	6~12 g。	
153	附子	辛、甘，大熱；有毒。	歸心、腎、脾經。	溫裏藥。	3~15 g，生附子宜先煎，久煎。	生附子有毒，內服須經炮製。孕婦慎用。
154	青皮	苦、辛，溫。	歸肝、膽、胃經。	理氣藥。	3~10 g。	
155	青葙子	苦，微寒。	歸肝經。	清熱藥(清熱瀉火)。	9~15 g。	
156	青蒿	苦、辛，寒。	歸肝、膽經。	清熱藥(清虛熱)。	6~12 g，後下，不宜久煎。	
157	青黛	鹹，寒。	歸肝經。	清熱藥(清熱解毒)。	1~3 g，宜入丸散用；外用適量。	
158	前胡	苦、辛，微寒。	歸肺經。	祛痰藥(清化熱痰)。	3~10 g。	
159	南沙參	甘，微寒。	歸肺、胃經。	補益藥(補陰)。	9~15 g。	
160	南板藍根	苦，寒。	歸心、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
161	厚朴	苦、辛，溫。	歸脾、胃、肺、大腸經。	理氣藥。	3~11.5 g。	
162	威靈仙	辛、鹹，溫。	歸膀胱經。	祛濕藥(祛風濕)。	6~12 g。	
163	枳椇子	甘，平。	暫不列入(空白)。	清熱藥(清虛熱)。	4.5~12 g。	
164	枳殼	苦、辛、酸，微寒。	歸脾、胃經。	理氣藥。	3~10 g。	
165	枳實	苦、辛、酸，微寒。	歸脾、胃經。	理氣藥。	3~10 g。	
166	枸杞子	甘，平。	歸肝、腎經。	補益藥(補陰)。	6~15 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
167	柏子仁	甘，平。	歸心、腎、大腸經。	安神藥(養心安神)。	3~12 g。	
168	柿蒂	苦、澀，平。	歸胃經。	理氣藥。	4.5~12 g。	
169	砂仁	辛，溫。	歸脾、胃、腎經。	祛濕藥(芳香化濕)。	3~7.5 g。	
170	穿心蓮	苦，寒。	歸心、肺、胃、大腸、膀胱經。	清熱藥(清熱解毒)。	6~9 g。	
171	紅花	辛，溫。	歸心、肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~10 g。	孕婦慎用。
172	紅耆	甘，微溫。	歸肺、脾經。	補益藥(補氣)。	9~30 g。	
173	紅景天	甘、苦，平。	歸肺、心經。	補益藥(補氣)。	3~6 g。	
174	胖大海	甘、寒。	歸肺、大腸經。	祛痰藥(清化熱痰)。	2~5 枚，沸水泡服或煎服。	
175	胡麻仁	甘，平。	歸肝、腎、大腸經。	補益藥(補陰)。	9~15 g。	
176	胡椒	辛，熱。	歸胃、大腸經。	溫裏藥。	0.6~1.5 g，研粉；外用適量。	
177	胡黃連	苦，寒。	歸肝、胃、大腸經。	清熱藥(清虛熱)。	3~15 g。	
178	胡蘆巴	苦，溫。	歸腎經。	補益藥(補陽)。	3~12 g。	
179	苘麻子	苦，平。	歸大腸、小腸、膀胱經。	清熱藥(清熱燥濕)。	3~10 g。	
180	苦杏仁	苦，微溫。	歸肺、大腸經。	祛痰藥(止咳平喘)。	3~11.5 g。	本品不宜生用，以免氫氰酸中毒。
181	苦參	苦，寒。	歸心、肝、胃、大腸、膀胱經。	清熱藥(清熱燥濕)。	4.5~9 g。	
182	芫蔚子	辛、苦，微寒。	歸心包、肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	4~11.5 g。	瞳孔散大者慎用。
183	郁李仁	辛、苦、甘，平。	歸脾、大腸、小腸經。	瀉下藥(潤下)。	5~12 g。	孕婦慎用。
184	韭菜子	辛、甘，溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	3~9 g。	
185	首烏藤	甘，平。	歸心、肝經。	安神藥(養心安神)。	9~15 g。	
186	香附	辛、微苦、微甘，平。	歸肝、脾、三焦經。	理氣藥。	6~11.5 g。	
187	香薷	辛，微溫。	歸肺、胃經。	解表藥(辛溫解表)。	3~11.5 g。	
188	倒地蜈蚣	甘、苦，涼	暫不列入(空白)。	清熱藥(清熱解毒)。	3~30 g。	
189	夏枯草	辛、苦，寒。	歸肝、膽經。	清熱藥(清熱瀉火)。	9~15 g。	
190	射干	苦，寒。	歸肺經。	清熱藥(清熱解毒)。	3~10 g。	孕婦慎用。
191	柴胡	辛，苦，微寒。	歸肝、膽、肺經。	解表藥(辛涼解表)。	3~10 g。	
192	栝樓仁	甘，寒。	歸肺、胃、大腸經。	祛痰藥(清化熱痰)。	9~30 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
193	栝樓根	甘、微苦，微寒。	歸肺、胃經。	清熱藥(清熱瀉火)。	10~15 g。	
194	桂枝	辛、甘，溫。	歸心、肺、膀胱經。	解表藥(辛溫解表)。	3~10 g。	
195	桃仁	苦、甘，平。	歸心、肝、大腸經。	理血藥(活血祛瘀)。	4.5~10 g。	
196	桑白皮	甘，寒。	歸肺經。	祛痰藥(止咳平喘)。	6~12 g。	
197	桑枝	微苦，平。	歸肝經。	祛濕藥(祛風濕)。	9~15 g。	
198	桑寄生	苦、甘，平。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	9~15 g。	
199	桑葉	甘、苦，寒。	歸肺、肝經。	解表藥(辛涼解表)。	3~12 g。	
200	桑螵蛸	甘、鹹，平。	歸肝、腎、膀胱經。	收澀藥。	3~11.5 g。	
201	桔梗	苦、辛，平。	歸肺經。	祛痰藥(清化熱痰)。	3~10 g。	
202	浙貝母	苦，寒。	歸肺、心經。	祛痰藥(清化熱痰)。	4.5~10 g。	
203	浮小麥	甘，涼。	歸心經。	收澀藥。	15~30 g。	
204	浮萍	辛，寒。	歸肺、膀胱經。	解表藥(辛涼解表)。	3~12 g；外用適量。	
205	海金沙	甘、鹹，寒。	歸膀胱、小腸經。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~15 g。	
206	海螵蛸	鹹、澀，微溫。	歸肝、腎經。	收澀藥。	3~12 g，研粉 1~4 g。	
207	烏梅	酸、澀，平。	歸肝、脾、肺、大腸經。	收澀藥。	6~12 g。	
208	烏藥	辛，溫。	歸肺、脾、腎、膀胱經。	理氣藥。	3~11.5 g。	
209	益母草	苦、辛，微寒。	歸肝、心包、膀胱經。	理血藥(活血祛瘀)。	9~30 g。	孕婦慎用。
210	益智	辛，溫。	歸脾、腎經。	補益藥(補陽)。	3~10 g。	
211	秦皮	苦、澀，寒。	歸肝、膽、大腸經。	清熱藥(清熱燥濕)。	6~12 g。	
212	秦艽	辛、苦，微寒。	歸胃、肝、膽經。	祛濕藥(祛風濕)。	3~10 g。	
213	粉草薺	苦，平。	歸腎、胃經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~15 g。	
214	臭椿皮	苦、澀，寒。	歸大腸、胃、肝經。	收澀藥。	6~9 g。	
215	茜草	苦，寒。	歸肝經。	理血藥(止血)。	6~12 g。	
216	茯苓	甘、淡，平。	歸心、肺、脾、腎經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~30 g。	
217	赤茯苓	甘，平。	暫不列入(空白)。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~15 g。	
218	茯苓皮	甘、淡，平。	歸肺、脾、腎經。	祛濕藥(利水滲濕)。	15~30 g。	
219	茯神	甘、淡，平。	暫不列入(空白)。	安神藥(養心安神)。	9~30 g。	
220	茵陳	苦，微寒	歸脾、胃、肝、膽經。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~30 g。	
221	草豆蔻	辛，溫。	歸脾、胃經。	祛濕藥(芳香化濕)。	3~7 g。	
222	草果	辛，溫。	歸脾、胃經。	祛濕藥(芳香化濕)。	3~6 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
223	草烏	辛、苦，熱；有大毒。	歸心、肝、腎、脾經。	溫裏藥。	1.5~3 g，一般炮製後用。	本品毒性大，內服慎用。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白蘞、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。
224	荊芥	辛，微溫。	歸肺、肝經。	解表藥(辛溫解表)。	3~11.5 g。	
225	荊芥穗	辛，微溫。	歸肺、肝經。	解表藥(辛溫解表)。	3~10 g。	
226	荔枝核	甘、微苦，溫。	歸肝、腎經。	理氣藥。	5~12 g。	
227	馬齒莧	酸，寒。	歸肝、大腸經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
228	馬錢子	苦，溫；有大毒。	歸肝、脾經。	祛濕藥(祛風濕)。	0.3~0.6 g，炮製後入丸散用。	本品毒性大，不宜生用，內服慎用。孕婦禁用。
229	馬鞭草	苦，涼。	歸肝、脾經。	清熱藥(清熱解毒)。	5~30 g；外用適量。	
230	骨碎補	苦，溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	3~12 g。	
231	高良薑	辛，熱。	歸脾、胃經。	溫裏藥。	3~6 g。	
232	側柏葉	苦、澀，寒。	歸肺、肝、大腸經。	理血藥(止血)。	6~12 g；外用適量。	
233	商陸	苦，寒。	歸肺、脾、腎、大腸經。	瀉下藥(峻下逐水)。	3~10 g；外用適量。	孕婦禁用。
234	密蒙花	甘，微寒。	歸肝經。	清熱藥(清熱瀉火)。	3~9 g。	
235	常山	苦、辛，寒。	歸肺、肝、心經。	湧吐藥。	5~12 g。	孕婦慎用。
236	敗醬	苦，平。	歸肝、胃、大腸經。	清熱藥(清熱解毒)。	3~15 g。	
237	旋覆花	苦、辛、鹹，微溫。	歸肺、胃、大腸經。	祛痰藥(溫化寒痰)。	3~10 g，包煎。	
238	梔子	苦，寒。	歸心、肺、三焦經。	清熱藥(清熱瀉火)。	3~11.5 g；外用適量。	
239	淡竹葉	甘、淡，寒。	歸心、胃、小腸經。	清熱藥(清熱瀉火)。	6~12 g。	
240	淡豆豉	苦、辛，涼。	歸肺、胃經。	解表藥(辛涼解表)。	6~15 g。	
241	淫羊藿	辛、甘，溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	3~10 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
242	牽牛子	苦，寒。	歸肺、腎、大腸經。	瀉下藥(峻下逐水)。	3~6 g。	本品有毒，內服慎用。孕婦禁用。
243	細辛	辛，溫。	歸心、肺、腎經。	解表藥(辛溫解表)。	1~4 g。	單用本品慎勿過量。
244	荷葉	苦，平。	歸肝、脾、胃經。	理血藥(止血)。	3~12 g。	
245	莪朮	辛、苦，溫。	歸肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	6~9 g。	
246	蛇床子	辛、苦，溫。	歸腎經。	補益藥(補陽)。	3~11.5 g；外用適量，多煎湯薰洗，或研末調敷。	
247	貫眾	苦，微寒。	暫不列入(空白)。	清熱藥(清熱解毒)。	4.5~12 g。	
248	通草	甘、淡，微寒。	歸肺、胃經。	祛濕藥(利水滲濕)。	3~5 g。	孕婦慎用。
249	連翹	苦，微寒。	歸肺、心、小腸經。	清熱藥(清熱解毒)。	6~15 g。	
250	陳皮	苦、辛，溫。	歸肺、脾經。	理氣藥。	3~11.5 g。	
251	橘皮	苦、辛，溫。	歸肺、脾經。	理氣藥。	3~12 g。	
252	魚腥草	辛，微寒。	歸肺經。	清熱藥(清熱解毒)。	10~30 g，不宜久煎，鮮品用量加倍。	
253	鹿銜草	甘，苦，溫。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	9~20 g。	
254	麥芽	甘，平。	歸脾、胃經。	消導藥。	10~15 g，回乳可用炒麥芽 60~90 g。	
255	麥門冬	甘、微苦，微寒。	歸心、肺、胃經。	補益藥(補陰)。	6~15 g。	
256	麻黃	辛、微苦，溫。	歸肺、膀胱經。	解表藥(辛溫解表)。	1.5~9 g。	
257	楮實子	甘，寒。	歸肝、腎經。	補益藥(補血)。	6~12 g。	
258	款冬花	辛、微苦，溫。	歸肺經。	祛痰藥(止咳平喘)。	5~12 g。	
259	番紅花	甘，平。	歸心、肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	1~3 g。	孕婦慎用。
260	番瀉葉	甘、苦，寒。	歸大腸經。	瀉下藥(攻下)。	2~6 g。	孕婦慎用。
261	筆仔草	甘，涼。	暫不列入(空白)。	清熱藥(清熱解毒)。	9~30 g。	
262	紫花地丁	苦、辛，寒。	歸心、肝經。	清熱藥(清熱解毒)。	15~30 g，外用適量。	
263	紫草	甘、鹹，寒。	歸心、肝經。	清熱藥(清熱涼血)。	5~11.5 g；外用適量。	
264	紫菀	辛、苦，溫。	歸肺經。	祛痰藥(止咳平喘)。	5~11.5 g。	
265	紫蘇子	辛，溫。	歸肺經。	祛痰藥(止咳平喘)。	3~11.5 g。	
266	紫蘇梗	辛，溫。	歸肺、脾經。	理氣藥。	5~11.5 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
267	紫蘇葉	辛，溫。	歸肺、脾經。	解表藥(辛溫解表)。	5~11.5 g。	
268	絡石藤	苦，微寒。	歸心、肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	6~12 g。	
269	菊花	甘、苦，微寒。	歸肺、肝經。	解表藥(辛涼解表)。	5~12 g。	
270	菟絲子	辛、甘，平。	歸肝、腎、脾經。	補益藥(補陽)。	6~12 g。	
271	荊蕀	辛，微寒。	歸肝、胃、大腸經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
272	萊菔子	辛、甘，平。	歸肺、脾、胃經。	消導藥。	4.5~12 g。	
273	蛤蚧	鹹，平。	歸肺、腎經。	補益藥(補陽)。	3~6 g。	
274	蛤殼	苦、鹹，寒。	歸肺、腎、胃經。	祛痰藥(清化熱痰)。	6~15 g，包煎。	
275	訶子	苦、酸、澀，平。	歸肺、大腸經。	收澀藥。	3~10 g。	
276	鉤藤	甘，微寒。	歸肝、心、心包經。	平肝熄風藥。	3~15 g，後下。	
277	黃芩	苦，寒。	歸肺、膽、脾、心、 大腸、小腸經。	清熱藥(清熱燥濕)。	3~10 g。	
278	黃耆	甘，微溫。	歸肺、脾經。	補益藥(補氣)。	9~30 g。	
279	黃連	苦，寒。	歸心、脾、胃、肝、 膽、大腸經。	清熱藥(清熱燥濕)。	1.5~11.5 g；外用 適量。	
280	黃精	甘，平。	歸脾、肺、腎經。	補益藥(補陰)。	9~15 g。	
281	黃蘗	苦，寒。	歸腎、膀胱經。	清熱藥(清熱燥濕)。	3~12 g。	
282	滑石	甘、淡，寒。	歸胃、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	10~24 g；外用適 量。	
283	當歸	甘、辛，溫。	歸肝、心、脾經。	補益藥(補血)。	5~15 g。	
284	篇蓄	苦，微寒。	歸膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~40 g。	
285	葛花	甘，平。	暫不列入(空白)。	清熱藥(清熱瀉火)。	3~12 g。	
286	葛根	甘、辛，涼。	歸脾、胃經。	解表藥(辛涼解表)。	9~15 g。	
287	葶蘆子	辛、苦，寒。	歸肺、膀胱經。	祛痰藥(清化熱痰)。	3~10 g，包煎。	
288	補骨脂	辛、苦，溫。	歸腎、脾經。	補益藥(補陽)。	5~12 g。	
289	路路通	辛、苦，平。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	5~10 g。	
290	雷公根	苦、辛，寒。	歸肝、脾、腎經。	清熱藥(清熱燥濕)。	15~30 g。	
291	槐角	苦，寒。	歸肝、大腸經。	理血藥(止血)。	6~15 g。	
292	槐花	苦，微寒。	歸肝、大腸經。	理血藥(止血)。	5~15 g。	
293	槐米	苦，微寒。	歸肝、大腸經。	理血藥(止血)。	5~15 g。	
294	漏蘆	苦，寒。	歸胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	5~9 g。	孕婦慎用。
295	蒲公英	苦、甘，寒。	歸肝、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	9~15 g。	
296	蒲黃	甘，平。	歸肝、心包經。	理血藥(止血)。	5~10 g，包煎； 外用適量。	孕婦慎用。
297	蒺藜	辛、苦，微溫。	歸肝經。	平肝熄風藥	6~12 g。	
298	蒼朮	辛、苦，溫。	歸脾、胃經。	祛濕藥(芳香化濕)。	3~9 g。	
299	蒼耳子	辛、苦，溫。	歸肺經。	解表藥(辛溫解表)。	3~12 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
300	稀莨草	辛、苦，寒。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	9~15 g。	
301	遠志	苦、辛，溫。	歸心、腎、肺經。	安神藥(養心安神)。	3~12 g。	
302	酸棗仁	甘、酸，平。	歸肝、膽、心經。	安神藥(養心安神)。	3~18 g。	
303	鳳尾草	苦，寒。	暫不列入(空白)。	清熱藥(清熱解毒)。	10~20 g。	
304	劉寄奴	苦，溫。	暫不列入(空白)。	理血藥(活血祛瘀)。	6~9 g。	
305	墨旱蓮	甘、酸，寒。	歸腎、肝經。	補益藥(補陰)。	6~15 g；鮮品適量。	
306	廣金錢草	甘、淡，涼。	歸肝、腎、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	15~30 g。	
307	廣藿香	辛，微溫。	歸脾、胃、肺經。	祛濕藥(芳香化濕)。	4.5~11.5 g。	
308	槲寄生	苦、甘，平。	歸肝、腎經。	祛濕藥(祛風濕)。	9~15 g。	
309	穀芽	甘，溫。	歸脾、胃經。	消導藥。	9~30 g。	
310	穀精草	辛、甘，平。	歸肝、肺經。	清熱藥(清熱瀉火)。	4.5~15 g。	
311	蓮子	甘、澀，平。	歸脾、腎、心經。	收澀藥。	6~15 g。	
312	蓮子心	苦，寒。	歸心、腎經。	清熱藥(清熱瀉火)。	1.5~5 g。	
313	蓮鬚	甘、澀，平。	歸心、腎經。	收澀藥。	1.5~5 g。	
314	萹澄茄	辛，溫。	歸脾、胃、腎、膀胱經。	溫裏藥。	1~6 g。	
315	蔓荊子	辛、苦，微寒。	歸膀胱、肝、胃經。	解表藥(辛涼解表)。	5~12 g。	
316	豬牙皂	辛、鹹，溫。	歸肺、大腸經。	祛痰藥(溫化寒痰)。	1~1.5 g，多入丸散用；外用適量。	孕婦忌用。
317	豬苓	甘、淡，平。	歸腎、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~15 g。	
318	橘紅	辛、苦，溫。	歸肺、脾經。	理氣藥。	3~10 g。	
319	澤瀉	甘、淡，寒。	歸腎、膀胱經。	祛濕藥(利水滲濕)。	6~12 g。	
320	澤蘭	苦、辛，微溫。	歸肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	6~12 g。	
321	燈心草	甘、淡，微寒。	歸心、肺、小腸經。	祛濕藥(利水滲濕)。	1~3 g。	
322	獨活	辛、苦，溫。	歸腎、膀胱經。	祛濕藥(祛風濕)。	3~11.5 g。	
323	蕎麥	甘，寒。	暫不列入(空白)。	理氣藥。	9~20 g。	
324	蕤仁	甘，微寒。	歸肝經。	清熱藥(清熱燥濕)。	5~12 g。	
325	貓鬚草	甘、微苦，微涼。	暫不列入(空白)。	祛濕藥(利水滲濕)。	3~30 g。	
326	龍膽	苦，寒。	歸肝、膽經。	清熱藥(清熱燥濕)。	3~7.5 g。	
327	薄荷	辛，涼。	歸肺、肝經。	解表藥(辛涼解表)。	3~10 g，後下。	
328	薏苡仁	甘、淡，涼。	歸脾、胃、肺經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~30 g。	孕婦慎用。
329	生薑	辛，溫。	歸肺、脾、胃經。	解表藥(辛溫解表)。	3~15 g。	
330	乾薑	辛，熱。	歸脾、胃、腎、心、肺經。	溫裏藥。	3~9 g。	

新編 序號	中藥材	性味	歸經	用途分類	用法與用量	注意事項
331	薑黃	辛、苦，溫。	歸脾、肝經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~10 g；外用適量。	
332	薤白	辛、苦，溫。	歸心、肺、胃、大腸經。	理氣藥。	5~10 g。	
333	檳榔	苦、辛，溫。	歸胃、大腸經。	驅蟲藥。	3~11.5 g。	
334	瞿麥	苦，寒。	歸心、小腸經。	祛濕藥(利水滲濕)。	9~15 g。	孕婦慎用。
335	藁本	辛，溫。	歸膀胱經。	解表藥(辛溫解表)。	3~11.5 g。	
336	蟬蛻	甘，寒。	歸肺、肝經。	解表藥(辛涼解表)。	3~7.5 g。	孕婦慎用。
337	覆盆子	甘、酸，溫。	歸肝、腎、膀胱經。	收澀藥。	6~12 g。	
338	鎖陽	甘，溫。	歸肝、腎、大腸經。	補益藥(補陽)。	5~11.5 g。	
339	雞內金	甘，平。	歸脾、胃、小腸、膀胱經。	消導藥。	3~10 g。	
340	雞血藤	苦、甘，溫。	歸肝、腎經。	理血藥(活血祛瘀)。	9~15 g。	
341	雞冠花	甘、澀，涼。	歸肝、大腸經。	收澀藥。	6~12 g。	
342	雞骨草	甘、微苦，涼。	歸肝、胃經。	清熱藥(清熱解毒)。	15~30 g。	
343	鵝不食草	辛，溫。	歸肺經。	解表藥(辛溫解表)。	3~12 g；外用適量。	
344	羅漢果	甘，涼。	歸肺、大腸經。	祛痰藥(止咳平喘)。	9~15 g。	
345	藕節	甘、澀，平。	歸肝、肺、胃經。	理血藥(止血)。	9~15 g。	
346	藿香	辛，微溫。	歸肺、脾、胃經。	祛濕藥(芳香化濕)。	4.5~11.5 g。	
347	蘆根	甘，寒。	歸肺、胃經。	清熱藥(清熱瀉火)。	15~30 g。	
348	蘆薈	苦，寒。	歸肝、胃、大腸經。	瀉下藥(攻下)。	1~5 g，宜入丸散；外用適量。	孕婦慎用。
349	蘇木	甘、鹹，平。	歸心、肝、脾經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~11.5 g。	血虛無瘀滯者及孕婦慎用。
350	黨參	甘，平。	歸脾、肺經。	補益藥(補氣)。	9~30 g。	
351	續斷	苦、辛，微溫。	歸肝、腎經。	補益藥(補陽)。	9~15 g。	
352	鶴虱	苦、辛，平。	歸脾、胃經。	驅蟲藥。	3~15 g。	
353	蠶砂	甘、辛，溫。	歸肝、脾、胃經。	祛濕藥(祛風濕)。	9~15 g，包煎。	
354	鼈甲	鹹，微寒。	歸肝、脾、腎經。	補益藥(補陰)。	9~24 g。	空白(取消先煎文字)。
355	鬱金	辛、苦，寒。	歸肝、心、肺經。	理血藥(活血祛瘀)。	3~11.5 g。	

附表二、中藥材（第1~355味）品項修正對照表

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
1	丁香	用途分類：芳香驅風藥 用量：1~3 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、胃、肺、腎經。 用法與用量：1~5 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「芳香驅風藥」修改成「溫裏藥。」)
2	人參	用途分類：補益藥(補氣)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘、微苦，微溫。 歸脾、肺、心經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補氣)。」修改成「補益藥(補氣)。」)
3	八角茴香	用途分類：溫裏祛寒藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，溫。歸肝、腎、脾、胃經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「溫裏祛寒藥。」修改成「溫裏藥。」)
4	三七	用途分類：理血藥(止血)。 用量：煎服3~10 g，研粉1~1.5 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：甘、微苦，微溫。 歸肝、胃、大腸經。 用法與用量：3~11.5 g，研粉1~4 g；外用適量。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「理血藥(止血)。」修改成「理血藥(止血)。」)
5	三稜	用途分類：活血祛瘀藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：孕婦忌用。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，平。歸肝、脾經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：孕婦忌用。	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「活血祛瘀藥。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
6	千年健	用途分類：祛風濕藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：4.5~10 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
7	土茯苓	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：15~60 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 性味與歸經：甘、淡，平。歸肝、胃經。 用法與用量：15~60 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥（清熱解毒）。」修改成「清熱藥（清熱解毒）。」)
8	大青葉	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 性味與歸經：苦，寒。歸心、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥（清熱解毒）。」修改成「清熱藥（清熱解毒）。」)
9	大棗	用途分類：補益藥（補氣）。 用量：6~30 g。 注意事項：	用途分類：補益藥（補氣）。 性味與歸經：甘，溫。歸脾、胃經。 用法與用量：6~30 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥（補氣）。」修改成「補益藥（補氣）。」)
10	大黃	用途分類：瀉藥。 用量：常用劑量 0.2~1 g。 注意事項：	用途分類：瀉下藥（攻下）。 性味與歸經：苦，寒。歸脾、胃、大腸、肝、心包經。 用法與用量：0.2~15 g，用於瀉下作用不宜久煎；外用適量。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「瀉藥。」修改成「瀉下藥（攻下）。」) 2018.05.16 意見調查：用法與用量(「0.2~15 g，瀉下不宜久煎；外用適量。」修改成「0.2~15 g，用於瀉下作用不宜久煎；外用適量。」)
11	大腹皮	用途分類：理氣藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛，微溫。歸脾、胃、大腸、小腸經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
12	大薊	用途分類：理血藥（止血）。 用量：乾品 10~15 g，鮮品可用 30~60 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：甘、苦，涼。歸心、肝經。 用法與用量：10~15 g，鮮品可用 30~60 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥（止血）。」修改成「理血藥(止血)。」)
13	女貞子	用途分類：補益藥（補陰）。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘、苦，涼。歸肝、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥（補陰）。」修改成「補益藥(補陰)。」)
14	小茴香	用途分類：溫裏藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，溫。歸肝、腎、脾、胃、膀胱經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
15	小薊	用途分類：理血藥（止血）。 用量：3~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：甘，涼。歸心、肝經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：於 107 年 5 月 14 日以問卷【資料校正_第 1-300 味_衛生福利部 107 年度臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版】採 Email 方式，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥（止血）。」修改成「理血藥(止血)。」)
16	山豆根	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：3~6 g。 注意事項：脾胃虛寒，便溏忌服。	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、肺、胃經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：脾胃虛寒，便溏忌用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥（清熱解毒）。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
17	山柰	用途分類：溫裏藥。 用量：煎服 6~9 g，研粉 1~3 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，溫。歸胃經。 用法與用量：6~9 g，研粉 1~3 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
18	山茱萸	用途分類：補益藥(補陰)。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：酸、澀，微溫。 歸肝、腎經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)。」修改成「補益藥(補陰)。」)
19	山楂	用途分類：消導藥。 用量：9~12 g。 注意事項：消化性潰瘍慎用。	用途分類：消導藥。 性味與歸經：酸、甘，微溫。 歸脾、胃、肝經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：消化性潰瘍慎用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
20	山藥	用途分類：補益藥(補氣)。 用量：15~30 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘，平。歸脾、肺、腎經。 用法與用量：10~30 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補氣)。」修改成「補益藥(補氣)。」)
21	川木香	用途分類：理氣藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸脾、胃、大腸、膽經。 用法與用量：3~9 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
22	川木通	用途分類：利水滲濕藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、小腸、膀胱經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
23	川牛膝	用途分類：理血藥（活血祛瘀）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、酸，平。歸肝、腎經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
24	川芎	用途分類：理血藥（活血祛瘀）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛，溫。歸肝、膽、心包經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
25	川貝母	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：苦、甘，微寒。歸肺、心經。 用法與用量：3~10 g；研粉 1~2 g。 注意事項：不宜與烏頭同用。	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛痰藥(清化熱痰)。」) 注意事項：第 12 次專家會議
26	川烏	用途分類：溫裏藥。 用量：1.5~3 g。 注意事項：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。	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛、苦，熱；有大毒。歸心、肝、腎、脾經。 用法與用量：1.5~3 g，一般炮製後用，宜先煎，久煎。 注意事項：本品毒性大，應小心保管貯藏。孕婦忌用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用法與用量、注意事項：於 2018.6.11 以問卷【意見調查_用法與用量、注意事項修正建議】採 Email 方式，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。
27	川楝子	用途分類：理氣藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦，寒。歸肝、小腸、膀胱經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
28	丹參	用途分類：理血藥（活血祛瘀） 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦，微寒。歸心、心包、肝經。 用法與用量：5~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
29	五加皮	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(祛風濕)。」)
30	五味子	用途分類：收澀藥 用量：1.5~6 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：酸、甘，溫。歸肺、心、腎經。 用法與用量：1.5~7.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「收澀藥」修改成「收澀藥。」)
31	五倍子	用途分類：收斂藥 用量：內服 3~6 g，外用適量。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：酸、澀，寒。歸肺、大腸、腎經。 用法與用量：3~6 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「收斂藥」修改成「收澀藥。」)
32	五靈脂	用途分類：理血藥（活血祛瘀） 用量：4.5~9 g（包煎）。 注意事項：孕婦慎用，畏人參。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、甘，溫。歸肝經。 用法與用量：4.5~10 g，包煎。 注意事項：孕婦慎用。畏人參。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
33	化橘紅	用途分類：理氣藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肺、脾經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理氣藥」修改成「理氣藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
34	升麻	用途分類：辛涼解表藥 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：辛、甘，微寒。 歸肺、脾、胃、大腸經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：於 107 年 5 月 14 日以前問卷【資料校正_第 1-300 味_衛生福利部 107 年度臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版】採 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛涼解表藥」修改成「解表藥(辛涼解表)」)
35	天竺黃	用途分類：祛痰藥(清化熱痰) 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：甘，寒。歸心、肝經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(清化熱痰)」修改成「祛痰藥(清化熱痰)」)
36	天門冬	用途分類：補益藥(補陰) 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘、苦，寒。歸肺、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)」修改成「補益藥(補陰)」)
37	天南星	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰) 用量：一般炮製後用 3~10 g。 注意事項：本品有毒，孕婦慎用。	用途分類：祛痰藥(燥濕化痰)。 性味與歸經：苦、辛，溫；有毒。歸肺、肝、脾經。 用法與用量：3~10 g，一般炮製後用；外用適量。 注意事項：本品有毒，孕婦慎用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(溫化寒痰)」修改成「祛痰藥(燥濕化痰)」)
38	天麻	用途分類：平肝息風藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：甘，平。歸肝經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
39	天葵子	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：甘、苦，寒。歸肝、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
40	太子參	用途分類：補益藥(補氣藥) 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘、微苦，平。歸脾、肺經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補氣藥)」修改成「補益藥(補氣)。」)
41	巴豆	用途分類：瀉下藥(攻下逐水) 用量：製成巴豆霜，用 0.1~0.3 g。 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。	用途分類：瀉下藥(峻下逐水)。 性味與歸經：辛，熱；有大毒。歸胃、大腸經。 用法與用量：0.1~0.5 g，製成巴豆霜用；外用適量。 注意事項：本品毒性大，應小心保管貯藏。孕婦禁用。不宜和牽牛子同用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「瀉下藥(攻下逐水)」修改成「瀉下藥(峻下逐水)。」) 用法與用量、注意事項：於 2018.6.11 以問卷【意見調查_用法與用量、注意事項修正建議】採 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。
42	巴戟天	用途分類：補益藥(助陽) 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：甘、辛，微溫。歸腎、肝經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(助陽)」修改成「補益藥(補陽)。」)
43	木瓜	用途分類：祛風濕藥 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：酸，溫。歸肝、脾經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
44	木香	用途分類：行氣止痛止瀉 用量：1.5~6 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸脾、胃、大腸、三焦、膽經。 用法與用量：1.5~6 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「行氣止痛止瀉」修改成「理氣藥。」)
45	木通	用途分類：利水滲濕藥 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、小腸、膀胱經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
46	木賊	用途分類：解表藥(發散風熱) 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：甘、苦，平。歸肺、肝經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風熱)」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
47	木蝴蝶	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦、甘，涼。歸肺、肝、胃經。 用法與用量：1~4 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
48	木鼈子	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：癰瘍藥。 性味與歸經：苦、微甘，涼。歸肝、脾、胃經。 用法與用量：0.9~1.2 g；外用適量。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「癰瘍藥。」)
49	毛冬青	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦，寒。暫不列入(空白)。 用法與用量：30~60 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理血藥(活血祛瘀)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
50	水蛭	用途分類：理血藥（活血祛瘀） 用量：1.5~3 g。 注意事項：孕婦忌服。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：鹹、苦，平。歸肝經。 用法與用量：1~3 g。 注意事項：孕婦忌用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
51	火麻仁	用途分類：瀉下藥(潤下) 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：瀉下藥(潤下)。 性味與歸經：甘，平。歸脾、胃、大腸經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「瀉下藥(潤下)」修改成「瀉下藥(潤下)。」)
52	牛至	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，微寒。暫不列入(空白)。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
53	牛黃	用途分類：平肝息風藥 用量：0.15~0.3 g，一般入丸散劑，不入湯劑。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：苦、甘，涼。歸心、肝經。 用法與用量：0.15~0.3 g，一般入丸散劑用。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥。」)
54	牛蒡子	用途分類：辛涼解表藥 用量：5~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸肺、胃經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛涼解表藥」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
55	牛膝	用途分類：活血祛瘀藥 用量：5~12 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、酸，平。歸肝、腎經。 用法與用量：5~15 g。 注意事項：	性味：於 107 年 5 月 14 日以問卷【資料校正_第 1-300 味_衛生福利部 107 年度臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版】採 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「活血祛瘀藥」修改成「理血藥(活血祛瘀)」。)
56	王不留行	用途分類：理血藥(活血祛瘀) 用量：4.5~9 g。 注意事項：孕婦慎服。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦，平。歸肝、胃經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)」修改成「理血藥(活血祛瘀)」。)
57	仙茅	用途分類：補陽藥 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛，熱。歸腎、肝經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補陽藥」修改成「補益藥(補陽)」。)
58	仙鶴草	用途分類：理血藥(止血) 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦、澀，平。歸肺、肝、脾經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(止血)」修改成「理血藥(止血)」。)
59	代赭石	用途分類：平肝息風藥 用量：9~30 g。 注意事項：孕婦慎用。	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：苦，寒。歸肝、心、胃經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥」。)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
60	冬瓜子	用途分類：祛痰藥(清化熱痰) 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：甘，涼。歸肺、胃、大腸、小腸經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「祛痰藥(清化熱痰)」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
61	冬葵果	用途分類：利水滲濕藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、澀，涼。0 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「利水滲濕藥」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
62	冬蟲夏草	用途分類：補益藥(助陽) 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：甘，溫。歸肺、腎經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：於107年5月14日以問卷【資料校正_第1-300味_衛生福利部107年度臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版】採Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(助陽)」修改成「補益藥(補陽)。」)
63	北沙參	用途分類：祛痰藥 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘、微苦，微寒。歸肺、胃經。 用法與用量：4.5~12 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「祛痰藥」修改成「補益藥(補陰)。」)
64	北板藍根	用途分類：清熱解毒藥 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱解毒藥」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
65	北劉寄奴	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦，寒。暫不列入(空白)。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理血藥(活血祛瘀)。」)
66	半枝蓮	用途分類：清熱藥(清熱解毒藥) 用量：15~30 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸肺、肝、腎經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒藥)」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
67	半夏	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰) 用量：3~10 g。 注意事項：生半夏毒性大，應遵照炮製法加工應用。	用途分類：祛痰藥(燥濕化痰)。 性味與歸經：辛、溫；有毒。歸脾、胃、肺經。 用法與用量：3~11.5 g，一般炮製後用；外用適量。 注意事項：生半夏有毒，應遵照炮製法加工應用。	性味、注意事項：於 107.05.16 以問卷【意見調查_毒劇藥品【性味】】【注意事項】【用法與用量】書寫格式修正對照表】採 Email 及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(溫化寒痰)」修改成「祛痰藥(燥濕化痰)。」) 2018.05.06 意見調查：性味(「辛、溫；生半夏有毒。」修改成「辛、溫；有毒。」)；注意事項(「生半夏毒性大，應遵照炮製法加工應用。」修改成「生半夏有毒，應遵照炮製法加工應用。」)
68	玄參	用途分類：清熱藥(清熱涼血) 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱涼血)。 性味與歸經：甘、苦、鹹，微寒。歸肺、胃、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱涼血)」修改成「清熱藥(清熱涼血)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
69	玉竹	用途分類：補益藥(補陰) 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，微寒。歸肺、胃經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補陰)」修改成「補益藥(補陰)。」)
70	玉米鬚	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘，平。歸膀胱、腎經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第6次專家會議(附表1) 歸經：第10次專家會議(附表1) 用途分類、用量及注意事項：第6次專家會議(附表2) 用量：第12次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
71	甘草	用途分類：補益藥(補氣) 用量：2~10 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘，平。歸心、肺、脾、胃經。 用法與用量：2~11.5 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補氣)」修改成「補益藥(補氣)。」)
72	甘遂	用途分類：瀉下藥(攻下逐水) 用量：0.5~1.5 g。 注意事項：本品有毒，應小心保存。炮製後用，孕婦禁用。反甘草。	用途分類：瀉下藥(峻下逐水)。 性味與歸經：苦，寒；有毒。歸肺、腎、大腸經。 用法與用量：0.5~1.5 g；外用適量。 注意事項：本品有毒，應小心保存。炮製後用，孕婦禁用。反甘草。	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「瀉下藥(攻下逐水)」修改成「瀉下藥(峻下逐水)。」)
73	白及	用途分類：止血藥 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦、甘、澀，微寒。歸肺、肝、胃經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「止血藥」修改成「理血藥(止血)。」)
74	白朮	用途分類：補益藥(補氣) 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：苦、甘，溫。歸脾、胃經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第2次專家會議(附表1) 歸經：第7次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補氣)」修改成「補益藥(補氣)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
75	白芍	用途分類：補益藥(養血) 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補血)。 性味與歸經：苦、酸，微寒。 歸肝、脾經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(養血)」修改成「補益藥(補血)。」)
76	白果	用途分類：化痰止咳平喘藥 用量：4.5~9 g。 注意事項：生食有毒。	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：甘、苦、澀，平。 歸肺、腎經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：生食有毒。	性味、注意事項：於 107.05.16 問卷【意見調查_毒劇藥品【性味】【注意事項】【用法與用量】書寫格式修正對照表】採 Email 及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「化痰止咳平喘藥」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」) 2018.05.06 意見調查：性味(「甘、苦、澀，平；生食有毒。」修改成「甘、苦、澀，平。」)； 注意事項(「生食有毒。」修改成「生食有毒。」)
77	白芥子	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰) 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺經。 用法與用量：3~10 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(溫化寒痰)」修改成「祛痰藥(溫化寒痰)。」)
78	白花蛇舌草	用途分類：清熱藥(清熱解毒) 用量：15~60 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：微苦、甘，寒。 歸胃、大腸、小腸經。 用法與用量：15~60 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
79	白芷	用途分類：解表藥（發散風寒） 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸胃、大腸、肺經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥（發散風寒）」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
80	白前	用途分類：祛痰藥（溫化寒痰） 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰)。 性味與歸經：辛、苦，微溫。歸肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥（溫化寒痰）」修改成「祛痰藥(溫化寒痰)。」)
81	白扁豆	用途分類：補益藥（補氣） 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘，微溫。歸脾、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥（補氣）」修改成「補益藥(補氣)。」)
82	白茅根	用途分類：止血藥 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺、胃、膀胱經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「止血藥」修改成「理血藥(止血)。」)
83	白頭翁	用途分類：清熱藥（清熱解毒） 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸胃、大腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥（清熱解毒）」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
84	白僵蠶	用途分類：平肝息風藥 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：鹹、辛，平。歸肝、肺、胃經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
85	白薇	用途分類：清熱藥（清虛熱） 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清虛熱)。 性味與歸經：苦、鹹，微寒。 歸胃、肝、腎經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清虛熱)」修改成「清熱藥(清虛熱)。」)
86	白鮮皮	用途分類：清熱藥（清熱燥濕） 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸脾、胃、膀胱經。 用法與用量：5~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱燥濕)」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
87	白薇	用途分類：清熱藥（清熱解毒） 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦、辛，微寒。 歸心、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
88	石決明	用途分類：平肝息風藥 用量：5~30 g，入煎劑應先煎。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：鹹，寒。歸肝經。 用法與用量：5~30 g，先煎。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥。」)
89	石南葉	用途分類：祛風濕藥 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、苦，平。歸肝、腎經。 用法與用量：4.5~9 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
90	石韋	用途分類：利水滲濕藥 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、苦，微寒。 歸肺、膀胱經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
91	石斛	用途分類：補益藥(補陰) 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，微寒。歸胃、腎經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)」修改成「補益藥(補陰)。」)
92	石菖蒲	用途分類：開竅藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：開竅藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸心、肝、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「開竅藥」修改成「開竅藥。」)
93	石榴皮	用途分類：收斂驅蟲藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：酸、澀，溫。歸胃、大腸經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「收斂驅蟲藥」修改成「收澀藥。」)
94	石膏	用途分類：清熱瀉火藥 用量：15~60 g，先煎，內服宜生用。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘、辛，大寒。歸肺、胃經。 用法與用量：15~60 g，先煎，內服宜生用。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱瀉火藥」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
95	全蠍	用途分類：平肝息風藥 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：辛，平。歸肝經。 用法與用量：2~6 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥。」)
96	冰片	用途分類：開竅藥 用量：0.15~0.3 g。 注意事項：孕婦慎用。	用途分類：開竅藥。 性味與歸經：辛、苦，微寒。歸心、脾、肺經。 用法與用量：0.15~0.3 g，入丸散用；外用適量。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「開竅藥」修改成「開竅藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
97	合歡皮	用途分類：安神藥（養心安神） 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：安神藥(養心安神)。 性味與歸經：甘，平。歸心、肝經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「安神藥(養心安神)」修改成「安神藥(養心安神)。」)
98	地骨皮	用途分類：清熱藥（清虛熱） 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清虛熱)。 性味與歸經：甘、淡，寒。歸肺、肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清虛熱)」修改成「清熱藥(清虛熱)。」)
99	地黃	用途分類：清熱藥（清熱涼血） 用量：9~30 g。 注意事項：脾虛泄瀉慎用。	用途分類：清熱藥(清熱涼血)。 性味與歸經：生地黃：甘、苦，寒。 熟地黃：甘，微溫。鮮地黃：歸心、肝、腎、小腸經。 生地黃：歸心、肝、腎、小腸經。 熟地黃：歸肝、腎經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：脾虛泄瀉慎用。	性味：於 107 年 5 月 14 日以問卷【資料校正_第 1-300 味_衛生福利部 107 年度臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版】採 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱涼血)」修改成「清熱藥(清熱涼血)。」)
100	地榆	用途分類：理血藥（止血） 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦、酸、澀，微寒。歸肝、大腸經。 用法與用量：9~15 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(止血)」修改成「理血藥(止血)。」)
101	地膚子	用途分類：利水滲濕藥 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸腎、膀胱經。 用法與用量：9~15 g；外用適量，煎湯薰洗。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
102	地龍	用途分類：平肝息風藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥 性味與歸經：鹹，寒。歸肝、脾、膀胱經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥」)
103	百合	用途分類：補益藥(補陰) 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，微寒。歸心、肺經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)」修改成「補益藥(補陰)。」)
104	百部	用途分類：祛痰藥(止咳平喘) 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：甘、苦，微溫。歸肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(止咳平喘)」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」)
105	竹茹	用途分類：祛痰藥(清化熱痰) 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：甘，微寒。歸肺、胃、心、膽經。 用法與用量：4.5~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(清化熱痰)」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
106	肉豆蔻	用途分類：收澀藥 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、胃、大腸經。 用法與用量：1.5~10 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「收澀藥」修改成「收澀藥。」)
107	肉桂	用途分類：矯味藥、驅風藥、芳香健胃藥 用量：1 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛、甘，大熱。歸腎、脾、心、肝經。 用法與用量：1~5 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「矯味藥、驅風藥、芳香健胃藥」修改成「溫裏藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
108	桂心	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛、甘，大熱。 暫不列入(空白)。 用法與用量：1.5~10 g 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「溫裏藥。」)
109	肉蓯蓉	用途分類：補益藥(補陽) 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：甘、鹹，溫。歸腎、大腸經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陽)」修改成「補益藥(補陽)。」)
110	艾葉	用途分類：理血藥(止血) 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肝、脾、腎經。 用法與用量：3~10 g；外用適量，灸療，或煎湯薰洗。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(止血)」修改成「理血藥(止血)。」)
111	血竭	用途分類：理血藥(活血祛瘀藥) 用量：1~2 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：甘、鹹，平。歸心、肝經。 用法與用量：1~2 g。 注意事項：	性味：第 2 次專家會議(附表 1) 歸經：第 7 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀藥)」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
112	西洋參	用途分類：補益藥(補氣)。 用量：3~10 g。 注意事項：不宜與藜蘆同用。	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘、微苦，涼。歸心、肺、腎經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：不宜與藜蘆同用。	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補氣)。」修改成「補益藥(補氣)。」)
113	伸筋草	用途分類：祛風濕藥。 用量：3~12 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：微苦、辛，溫。歸肝、脾、腎經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
114	何首烏	用途分類：補益藥（養血）。 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補血)。 性味與歸經：苦、甘、澀，微溫。歸肝、腎經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(養血)。」修改成「補益藥(補血)。」)
115	佛手柑	用途分類：理氣藥（行氣）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦、酸，溫。歸肝、脾、胃、肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「理氣藥(行氣)。」修改成「理氣藥。」)
116	吳茱萸	用途分類：溫裏藥。 用量：1~4.5 g。 注意事項：本品大熱，孕婦慎用。	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛、苦，熱。歸肝、脾、胃、腎經。 用法與用量：1.0~7.5 g；外用適量。 注意事項：陰虛有熱者慎用	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
117	忍冬藤	用途分類：清熱藥（清熱解毒藥）。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺、胃經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱解毒藥)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
118	杜仲	用途分類：補益藥（助陽）。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：甘，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(助陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)
119	決明子	用途分類：清熱藥（清熱瀉火藥）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘、苦、鹹，微寒。歸肝、大腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火藥)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
120	沉香	用途分類：理氣藥。 用量：1.5~4.5 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸脾、胃、腎經。 用法與用量：1~5 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
121	沒藥	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 用量：3~5 g。 注意事項：孕婦及出血失血者忌用。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，平。歸心、肝、脾經。 用法與用量：3~5 g。 注意事項：孕婦及出血失血者忌用。	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)」修改成「理血藥(活血祛瘀)」)
122	沙苑蒺藜	用途分類：補益藥(助陽)。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：甘，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(助陽)」修改成「補益藥(補陽)」)
123	牡丹皮	用途分類：清熱藥(清熱涼血)。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱涼血)。 性味與歸經：苦、辛，微寒。歸心、肝、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱涼血)」修改成「清熱藥(清熱涼血)」)
124	牡蠣	用途分類：平肝息風藥。 用量：煎服 9~30 g (先煎)，研粉 1~3 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：鹹、澀，微寒。歸肝、膽、腎經。 用法與用量：9~30 g，先煎，研粉 1~3 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥」修改成「平肝熄風藥」)
125	皂角刺	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛，溫。歸肝、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)」修改成「理血藥(活血祛瘀)」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
126	皂莢	用途分類：祛痰藥（溫化寒痰）。 用量：煎服 1.5~5 g，研粉 0.3~1.5 g。 注意事項：孕婦、氣虛陰虧即有咯血傾向者忌用。	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰)。 性味與歸經：辛、鹹，溫。歸肺、大腸、肝經。 用法與用量：1.5~5 g，研粉 0.3~1.5 g。 注意事項：孕婦、氣虛陰虧及有咯血傾向者慎用	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(溫化寒痰)。」修改成「祛痰藥(溫化寒痰)。」)
127	芒硝	用途分類：瀉下藥。 用量：6~12 g。 注意事項：孕婦慎用。	用途分類：瀉下藥(攻下)。 性味與歸經：鹹、苦，寒。歸胃、大腸經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「瀉下藥。」修改成「瀉下藥(攻下)。」)
128	豆蔻	用途分類：芳香藥、驅風藥、矯味藥等。 用量：常用量 500 mg。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺、脾、胃經。 用法與用量：3~6 g，後下。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「芳香藥、驅風藥、矯味藥等。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)
129	赤小豆	用途分類：利水滲濕藥。 用量：10~30 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、酸，平。歸心、小腸經。 用法與用量：10~30 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
130	赤芍	用途分類：理血藥（活血祛瘀）。 用量：3~12 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱涼血)。 性味與歸經：苦，微寒。歸肝、脾經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「清熱藥(清熱涼血)。」)
131	車前子	用途分類：利水滲濕藥。 用量：10~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘，寒。歸肝、腎、肺、膀胱經。 用法與用量：5~15 g，包煎。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
132	車前草	用途分類：祛濕藥。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘，寒。歸肝、腎、肺、小腸經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
133	辛夷	用途分類：解表藥(發散風寒)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺、胃經。 用法與用量：3~11.5 g，包煎。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風寒)。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
134	防己	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸膀胱、肺經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
135	防風	用途分類：解表藥(發散風寒)。 用量：4.5~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛、甘，微溫。歸膀胱、肝、脾經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風寒)。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
136	乳香	用途分類：活血祛瘀藥。 用量：3~6 g。 注意事項：孕婦禁用。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸心、肝、脾經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：孕婦禁用。	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「活血祛瘀藥。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
137	佩蘭	用途分類：芳香化濕藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，平。歸脾、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「芳香化濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
138	使君子	用途分類：驅蟲藥。 用量：5~10 g，水煎服； 或炒黃，兒童1歲1粒， 成人10~15粒，空腹1次 嚼服。 注意事項：多吃未熟果實 會引起呃逆。	用途分類：驅蟲藥。 性味與歸經：甘，溫。歸脾、 胃經。 用法與用量：5~10 g。 注意事項：多吃未熟果實會引 起呃逆。	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
139	兒茶	用途分類：收澀藥。 用量：1~3 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：苦、澀，微寒。 歸肺、心經。 用法與用量：1~4 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
140	卷柏	用途分類：止血藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：孕婦慎用。	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：辛，平。歸肝經。 用法與用量：4.5~9 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「止 血藥。」修改成「理血藥(止血)。」)
141	延胡索	用途分類：理血藥(活血 祛瘀)。 用量：煎服3~10 g，研粉 服用每次1.5~3 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸 肝、脾經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「理 血藥(活血祛瘀)。」修改成「理 血藥(活血祛瘀)。」)
142	昆布	用途分類：祛痰藥(清化 熱痰)。 用量：海帶6~12 g；黑昆 布3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：鹹，寒。歸肝、 胃、腎經。 用法與用量：海帶6~12 g；昆 布3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「祛 痰藥(清化熱痰)。」修改成「祛 痰藥(清化熱痰)。」)
143	枇杷葉	用途分類：化痰止咳平喘 藥。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：苦，微寒。歸肺、 胃經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「化 痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰 藥(止咳平喘)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
144	狗脊	用途分類：補益藥（補陽）。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：苦、甘，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)
145	知母	用途分類：清熱藥（清熱瀉火）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：苦、甘，寒。歸肺、胃、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
146	羌活	用途分類：解表藥（發散風寒）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸膀胱、腎經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「解表藥(發散風寒)。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
147	芡實	用途分類：收澀藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘、澀，平。歸脾、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
148	花椒	用途分類：溫裏藥。 用量：1~5 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，熱。歸脾、胃、腎經。 用法與用量：1~5 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
149	虎杖	用途分類：活血祛瘀藥。 用量：9~15 g，外用適量，製成煎液或油膏塗敷。 注意事項：孕婦慎用。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：微苦，微寒。歸肝、膽、肺經。 用法與用量：9~20 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「活血祛瘀藥。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
150	金銀花	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：6~30 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺、胃經。 用法與用量：6~30 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
151	金錢草	用途分類：利水滲濕藥。 用量：15~60 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、鹹，微寒。歸肝、膽、腎、膀胱經。 用法與用量：15~60 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
152	金櫻子	用途分類：收澀藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：酸、甘、澀，平。歸腎、膀胱、大腸經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
153	附子	用途分類：溫裏藥。 用量：3~15 g。 注意事項：生附子有毒，內服須經炮製。孕婦禁用。	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛、甘，大熱；有毒。歸心、腎、脾經。 用法與用量：3~15 g，生附子宜先煎，久煎。 注意事項：生附子有毒，內服須經炮製。孕婦慎用。	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
154	青皮	用途分類：理氣藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸肝、膽、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
155	青箱子	用途分類：清熱瀉火藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：苦，微寒。歸肝經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱瀉火藥。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
156	青蒿	用途分類：清熱藥（清虛熱）。 用量：6~12 g（不宜久煎）。 注意事項：後下，不宜久煎。	用途分類：清熱藥(清虛熱)。 性味與歸經：苦、辛，寒。歸肝、膽經。 用法與用量：6~12 g，後下，不宜久煎。 注意事項：(取消文字)	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清虛熱)。」修改成「清熱藥(清虛熱)。」) 用法與用量、注意事項：2018.6.11問卷【意見調查_用法與用量、注意事項修正建議】以Email問卷，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。
157	青黛	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：1.5~3 g，宜入丸散用，外用適量。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：鹹，寒。歸肝經。 用法與用量：1~3 g，宜入丸散用；外用適量。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
158	前胡	用途分類：化痰止咳平喘藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：苦、辛，微寒。歸肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「化痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
159	南沙參	用途分類：補益藥（補陰）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，微寒。歸肺、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補陰)。」修改成「補益藥(補陰)。」)
160	南板藍根	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
161	厚朴	用途分類：理氣藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸脾、胃、肺、大腸經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
162	威靈仙	用途分類：祛風濕藥。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、鹹，溫。歸膀胱經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
163	枳椇子	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清虛熱)。 性味與歸經：甘，平。暫不列入(空白)。 用法與用量：4.5~12 g。 注意事項：	性味：第6次專家會議(附表1) 歸經：第10次專家會議(附表1) 用途分類、用量及注意事項：第6次專家會議(附表2) 用量：第12次專家會議(確定成「清熱藥(清虛熱)。」)
164	枳殼	用途分類：理氣藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、辛、酸，微寒。歸脾、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
165	枳實	用途分類：理氣藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、辛、酸，微寒。歸脾、胃經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
166	枸杞子	用途分類：補益藥(補陰)。 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，平。歸肝、腎經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(補陰)。」修改成「補益藥(補陰)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
167	柏子仁	用途分類：安神藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：安神藥(養心安神)。 性味與歸經：甘，平。歸心、腎、大腸經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「安神藥。」修改成「安神藥(養心安神)。」)
168	柿蒂	用途分類：理氣藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、澀，平。歸胃經。 用法與用量：4.5~12 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議
169	砂仁	用途分類：芳香化濕藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、胃、腎經。 用法與用量：3~7.5 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「芳香化濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)
170	穿心蓮	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、肺、胃、大腸、膀胱經。 用法與用量：6~9 g。 注意事項：	性味：第6次專家會議(附表1) 歸經：第10次專家會議(附表1) 用途分類、用量及注意事項：第6次專家會議(附表2) 用量：第12次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
171	紅花	用途分類：理血藥(活血祛瘀藥)。 用量：3~9 g。 注意事項：孕婦慎用。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛，溫。歸心、肝經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「理血藥(活血祛瘀藥)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
172	紅耆	用途分類：補益藥。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘，微溫。歸肺、脾經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第3次專家會議(附表1) 歸經：第8次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥。」修改成「補益藥(補氣)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
173	紅景天	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘、苦，平。歸肺、心經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「補益藥(補氣)。」)
174	胖大海	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：甘、寒。歸肺、大腸經。 用法與用量：2~5 枚，沸水泡服或煎服。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
175	胡麻仁	用途分類：補益藥(補陰)。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，平。歸肝、腎、大腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)。」修改成「補益藥(補陰)。」)
176	胡椒	用途分類：溫中祛寒藥。 用量：0.6~1.5 g。 注意事項：研粉吞服，外用適量。	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，熱。歸胃、大腸經。 用法與用量：0.6~1.5 g，研粉；外用適量。 注意事項：(取消文字)	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「溫中祛寒藥。」修改成「溫裏藥。」) 用法與用量、注意事項：於 2018.6.11 問卷【意見調查_用法與用量、注意事項修正建議】以 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。
177	胡黃連	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清虛熱)。 性味與歸經：苦，寒。歸肝、胃、大腸經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清虛熱)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
178	胡蘆巴	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：苦，溫。歸腎經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「補益藥(補陽)。」)
179	苧麻子	用途分類：利水滲濕藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，平。歸大腸、小腸、膀胱經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
180	苦杏仁	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 用量：3~10 g(水煎服)。 注意事項：本品不宜生用，以免氫氰酸中毒，內服生杏仁 60 粒可致命。	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：苦，微溫。歸肺、大腸經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：本品不宜生用，以免氫氰酸中毒。	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(止咳平喘)。」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」) 注意事項：第 12 次專家會議
181	苦參	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、肝、胃、大腸、膀胱經。 用法與用量：4.5~9 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱燥濕)。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
182	芫蔚子	用途分類：活血祛瘀藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：瞳孔散大者慎用。	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，微寒。歸心包、肝經。 用法與用量：4~11.5 g。 注意事項：瞳孔散大者慎用。	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「活血祛瘀藥。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
183	郁李仁	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：瀉下藥(潤下)。 性味與歸經：辛、苦、甘，平。 歸脾、大腸、小腸經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「瀉下藥(潤下)。」) 注意事項：第 12 次專家會議
184	韭菜子	用途分類：補虛藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛、甘，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：3~9 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補虛藥。」修改成「補益藥(補陽)。」)
185	首烏藤	用途分類：安神藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：安神藥(養心安神)。 性味與歸經：甘，平。歸心、肝經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「安神藥。」修改成「安神藥(養心安神)。」)
186	香附	用途分類：理氣藥。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、微苦、微甘，平。歸肝、脾、三焦經。 用法與用量：6~11.5 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
187	香薷	用途分類：辛溫解表藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，微溫。歸肺、胃經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛溫解表藥。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
188	倒地蜈蚣	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：甘、苦，涼暫不列入(空白)。 用法與用量：3~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
189	夏枯草	用途分類：清熱藥（清熱瀉火）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸肝、膽經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 3 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
190	射干	用途分類：清熱藥（清熱解毒）。 用量：3~10 g。 注意事項：孕婦忌用或慎用	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」) 注意事項：第 12 次專家會議
191	柴胡	用途分類：解表藥（發散風熱）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：辛，苦，微寒。歸肝、膽、肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風熱)。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
192	栝樓仁	用途分類：祛痰藥（清化熱痰）。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺、胃、大腸經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(清化熱痰)。」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
193	栝樓根	用途分類：清熱藥（清熱瀉火）。 用量：10~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘、微苦，微寒。歸肺、胃經。 用法與用量：10~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
194	桂枝	用途分類：辛溫解表藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛、甘，溫。歸心、肺、膀胱經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛溫解表藥。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
195	桃仁	用途分類：理血藥（活血祛瘀）。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、甘，平。歸心、肝、大腸經。 用法與用量：4.5~10 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
196	桑白皮	用途分類：祛痰藥（止咳平喘）。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(止咳平喘)。」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」)
197	桑枝	用途分類：祛風濕藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：微苦，平。歸肝經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
198	桑寄生	用途分類：祛風濕藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：苦、甘，平。歸肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
199	桑葉	用途分類：辛涼解表藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：甘、苦，寒。歸肺、肝經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛涼解表藥。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
200	桑螵蛸	用途分類：收澀藥。 用量：1.5~6 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘、鹹，平。歸肝、腎、膀胱經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
201	桔梗	用途分類：祛痰藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：苦、辛，平。歸肺經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥。」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
202	浙貝母	用途分類：祛痰藥(清熱化痰)。 用量：4.5~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：苦，寒。歸肺、心經。 用法與用量：4.5~10 g。 注意事項：	性味：於 107 年 5 月 14 日問卷 A【資料校正_第 1-300 味_衛生福利部 107 年度臺灣中藥典第三版暨中華藥典第九版】以 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(清熱化痰)。」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
203	浮小麥	用途分類：收澀藥。 用量：15~30 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘，涼。歸心經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
204	浮萍	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：辛，寒。歸肺、膀胱經。 用法與用量：3~12 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「解表藥(辛涼解表)。」)
205	海金沙	用途分類：祛濕藥(利濕藥)。 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、鹹，寒。歸膀胱、小腸經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛濕藥(利濕藥)。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
206	海螵蛸	用途分類：收斂藥。 用量：煎服 3~10 g，研粉 1~4 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：鹹、澀，微溫。 歸肝、腎經。 用法與用量：3~12 g，研粉 1~4 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「收斂藥。」修改成「收澀藥。」)
207	烏梅	用途分類：收澀藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：酸、澀，平。歸肝、脾、肺、大腸經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
208	烏藥	用途分類：理氣藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛，溫。歸肺、脾、腎、膀胱經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
209	益母草	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 用量：9~30 g。 注意事項：孕婦禁用	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、辛，微寒。 歸肝、心包、膀胱經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
210	益智	用途分類：補益藥(補陽)。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、腎經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)
211	秦皮	用途分類：清熱解毒藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦、澀，寒。歸肝、膽、大腸經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱解毒藥。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
212	秦艽	用途分類：祛風濕藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、苦，微寒。 歸胃、肝、膽經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
213	粉草 薺	用途分類：祛溼藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，平。歸腎、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛溼藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
214	臭椿 皮	用途分類：收澀藥。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：苦、澀，寒。歸大腸、胃、肝經。 用法與用量：6~9 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
215	茜草	用途分類：理血藥(止血)。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦，寒。歸肝經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(止血)。」修改成「理血藥(止血)。」)
216	茯苓	用途分類：利水滲濕藥。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，平。歸心、肺、脾、腎經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
217	赤茯苓	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘，平。暫不列入(空白)。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
218	茯苓皮	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，平。歸肺、脾、腎經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 11 次專家會議(提案二：中藥材「茯苓皮」用量由 15~30 g 修正為 7.5~30 g。) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
219	茯神	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：安神藥(養心安神)。 性味與歸經：甘、淡，平。暫不列入(空白)。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「安神藥(養心安神)。」)
220	茵陳	用途分類：利水滲濕藥。 用量：6~30 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，微寒歸脾、胃、肝、膽經。 用法與用量：6~30 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
221	草豆蔻	用途分類：芳香化濕藥。 用量：3~7 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、胃經。 用法與用量：3~7 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「芳香化濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)
222	草果	用途分類：芳香祛濕藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、胃經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「芳香祛濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
223	草烏	用途分類：溫中祛寒藥。 用量：1.5~3 g，一般炮製後用。 注意事項：生品有毒，不宜內服。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白蘞、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛、苦，熱；有大毒。歸心、肝、腎、脾經。 用法與用量：1.5~3 g，一般炮製後用。 注意事項：生品毒性大，內服慎用。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白蘞、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。	性味、注意事項：於 107.05.16 問卷【意見調查_毒劇藥品【性味】】【注意事項】【用法與用量】書寫格式修正對照表】以 Email 及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「溫中祛寒藥。」修改成「溫裏藥。」) 2018.05.06 意見調查：性味(「辛、苦，熱；有大毒。」修改成「辛、苦，熱；有大毒。」)； 注意事項(「生品有毒，不宜內服。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白蘞、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。」修改成「生品毒性大，內服慎用。孕婦禁用。不宜與貝母、半夏、白及、白蘞、栝樓根、栝樓仁、栝樓同用。」)
224	荊芥	用途分類：解表藥(發散風寒)。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，微溫。歸肺、肝經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風寒)。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
225	荊芥穗	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，微溫。歸肺、肝經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「解表藥(辛溫解表)。」)
226	荔枝核	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：甘、微苦，溫。 歸肝、腎經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理氣藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
227	馬齒莧	用途分類：清熱藥（清熱解毒藥）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：酸，寒。歸肝、大腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒藥)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
228	馬錢子	用途分類：祛風濕藥。 用量：0.3~0.6 g。 注意事項：本品有毒，不宜生用，不宜多服久服，孕婦禁用。	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：苦，溫；有大毒。歸肝、脾經。 用法與用量：0.3~0.6 g，炮製後入丸散用。 注意事項：本品毒性大，不宜生用，內服慎用。孕婦禁用。	性味、注意事項：於 107.05.16 問卷【意見調查_毒劇藥品【性味】【注意事項】【用法與用量】書寫格式修正對照表】以 Email 及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」) 2018.05.06 意見調查：性味(「苦，溫；有大毒。」修改成「苦，溫；有大毒。」)；注意事項(「本品有毒，不宜生用，不宜多服久服。孕婦禁用。」修改成「本品毒性大，不宜生用，內服慎用。孕婦禁用。」)
229	馬鞭草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，涼。歸肝、脾經。 用法與用量：5~30 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
230	骨碎補	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：苦，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「補益藥(補陽)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
231	高良薑	用途分類：溫裏藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，熱。歸脾、胃經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 8 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
232	側柏葉	用途分類：止血藥。 用量：6~12 g，外用適量。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦、澀，寒。歸肺、肝、大腸經。 用法與用量：6~12 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「止血藥。」修改成「理血藥(止血)。」)
233	商陸	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：瀉下藥(峻下逐水)。 性味與歸經：苦，寒。歸肺、脾、腎、大腸經。 用法與用量：3~10 g；外用適量。 注意事項：孕婦禁用。	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「瀉下藥(峻下逐水)。」)
234	密蒙花	用途分類：清熱藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘，微寒。歸肝經。 用法與用量：3~9 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
235	常山	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：湧吐藥。 性味與歸經：苦、辛，寒。歸肺、肝、心經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「湧吐藥。」)
236	敗醬	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，平。歸肝、胃、大腸經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
237	旋覆花	用途分類：化痰止咳平喘藥。 用量：3~10 g，入湯劑包煎。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰)。 性味與歸經：苦、辛、鹹，微溫。歸肺、胃、大腸經。 用法與用量：3~10 g，包煎。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「化痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰藥(溫化寒痰)。」)
238	梔子	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、肺、三焦經。 用法與用量：3~11.5 g；外用適量。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
239	淡竹葉	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘、淡，寒。歸心、胃、小腸經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
240	淡豆豉	用途分類：解表藥(發散風熱)。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：苦、辛，涼。歸肺、胃經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「解表藥(發散風熱)。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
241	淫羊藿	用途分類：補益藥(助陽)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛、甘，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「補益藥(助陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
242	牽牛子	用途分類：逐水藥。 用量：3~6 g。 注意事項：孕婦禁用	用途分類：瀉下藥(峻下逐水)。 性味與歸經：苦，寒。歸肺、腎、大腸經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：本品有毒，內服慎用。孕婦禁用。	性味、注意事項：於 107.05.16 問卷【意見調查_毒劇藥品【性味】【注意事項】【用法與用量】書寫格式修正對照表】以 Email 於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「逐水藥。」修改成「瀉下藥(峻下逐水)。」) 2018.05.06 意見調查：性味(「苦，寒；有毒。」修改成「苦，寒。」)；注意事項(「孕婦禁用。」修改成「本品有毒，內服慎用。孕婦禁用。」)
243	細辛	用途分類：解表藥(發散風寒)。 用量：1~3 g。 注意事項：單用本品慎勿過量	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸心、肺、腎經。 用法與用量：1~4 g。 注意事項：單用本品慎勿過量。	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風寒)。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
244	荷葉	用途分類：止血藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦，平。歸肝、脾、胃經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「止血藥。」修改成「理血藥(止血)。」)
245	莢朮	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肝、脾經。 用法與用量：6~9 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
246	蛇床子	用途分類：補虛藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸腎經。 用法與用量：3~11.5 g；外用適量，多煎湯薰洗，或研末調敷。 注意事項：	性味、注意事項：於 107.05.16 問卷【意見調查_毒劇藥品【性味】】【注意事項】【用法與用量】書寫格式修正對照表】以 Email 及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補虛藥。」修改成「補益藥(補陽)。」) 2018.05.06 意見調查：性味(「辛、苦，溫；有小毒。」修改成「辛、苦，溫。」)
247	貫眾	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，微寒。暫不列入(空白)。 用法與用量：4.5~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
248	通草	用途分類：利水滲濕藥。 用量：3~5 g。 注意事項：孕婦慎用	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，微寒。歸肺、胃經。 用法與用量：3~5 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
249	連翹	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，微寒。歸肺、心、小腸經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
250	陳皮	用途分類：理氣藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸肺、脾經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
251	橘皮	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸肺、脾經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理氣藥。」)
252	魚腥草	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 用量：10~30 g。 注意事項：不宜久煎，鮮品用量加倍	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：辛，微寒。歸肺經。 用法與用量：10~30 g，不宜久煎，鮮品用量加倍。 注意事項：(取消文字)	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」) 用法與用量、注意事項：於 2018.6.11 問卷【意見調查_用法與用量、注意事項修正建議】以 Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。
253	鹿銜草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：甘，苦，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：9~20 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(祛風濕)。」)
254	麥芽	用途分類：消食藥。 用量：10~15 g，回乳可用炒麥芽 60 g。 注意事項：	用途分類：消導藥。 性味與歸經：甘，平。歸脾、胃經。 用法與用量：10~15 g，回乳可用炒麥芽 60~90 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「消食藥。」修改成「消導藥。」)
255	麥門冬	用途分類：補益藥(補陰)。 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘、微苦，微寒。歸心、肺、胃經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)。」修改成「補益藥(補陰)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
256	麻黃	用途分類：解表藥（發散風寒）。 用量：1.5~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛、微苦，溫。 歸肺、膀胱經。 用法與用量：1.5~9 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風寒)。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
257	楮實子	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：補益藥(補血)。 性味與歸經：甘，寒。歸肝、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「補益藥(補血)。」)
258	款冬花	用途分類：祛痰藥（止咳平喘）。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：辛、微苦，溫。 歸肺經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(止咳平喘)。」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」)
259	番紅花	用途分類：理血藥（活血祛瘀藥）。 用量：3~9 g。 注意事項：孕婦慎用	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：甘，平。歸心、肝經。 用法與用量：1~3 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀藥)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
260	番瀉葉	用途分類：瀉下藥。 用量：2~6 g。 注意事項：孕婦慎用	用途分類：瀉下藥(攻下)。 性味與歸經：甘、苦，寒。歸大腸經。 用法與用量：2~6 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「瀉下藥。」修改成「瀉下藥(攻下)。」)
261	筆仔草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：甘，涼。暫不列入(空白)。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
262	紫花地丁	用途分類：清熱藥。 用量：15~30 g。 注意事項：外用鮮品適量，搗爛敷患處	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦、辛，寒。歸心、肝經。 用法與用量：15~30 g，外用適量。 注意事項：(取消文字)	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱藥。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」) 用法與用量、注意事項：於2018.6.11問卷【意見調查_用法與用量、注意事項修正建議】以Email，及於群組中發布雙重方式，向全數委員確認在案。
263	紫草	用途分類：清熱涼血藥。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱涼血)。 性味與歸經：甘、鹹，寒。歸心、肝經。 用法與用量：5~11.5 g；外用適量。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「清熱涼血藥。」修改成「清熱藥(清熱涼血)。」)
264	紫菀	用途分類：化痰止咳平喘藥。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肺經。 用法與用量：5~11.5 g。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「化痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」)
265	紫蘇子	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「祛痰藥(止咳平喘)。」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」)
266	紫蘇梗	用途分類：理氣藥(行氣)。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛，溫。歸肺、脾經。 用法與用量：5~11.5 g。 注意事項：	性味：第4次專家會議(附表1) 歸經：第9次專家會議(附表1) 用量：第11次專家會議 用途分類：第12次專家會議(「理氣藥(行氣)。」修改成「理氣藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
267	紫蘇葉	用途分類：辛溫解表藥。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺、脾經。 用法與用量：5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛溫解表藥。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
268	絡石藤	用途分類：祛風濕藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：苦，微寒。歸心、肝、腎經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
269	菊花	用途分類：解表藥(發散風熱)。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：甘、苦，微寒。歸肺、肝經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風熱)。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
270	菟絲子	用途分類：補益藥(助陽藥)。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛、甘，平。歸肝、腎、脾經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(助陽藥)。」修改成「補益藥(補陽)。」)
271	薺蕒	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：辛，微寒。歸肝、胃、大腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
272	萊菔子	用途分類：消導藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：消導藥。 性味與歸經：辛、甘，平。歸肺、脾、胃經。 用法與用量：4.5~12 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
273	蛤蚧	用途分類：補益藥（補陽）。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：鹹，平。歸肺、腎經。 用法與用量：3~6 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)
274	蛤殼	用途分類：祛痰藥（清化熱痰）。 用量：6~15 g（包煎）。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：苦、鹹，寒。歸肺、腎、胃經。 用法與用量：6~15 g，包煎。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥(清化熱痰)。」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
275	訶子	用途分類：收澀藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：苦、酸、澀，平。歸肺、大腸經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
276	鉤藤	用途分類：平肝息風藥。 用量：3~12 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥。 性味與歸經：甘，微寒。歸肝、心、心包經。 用法與用量：3~15 g，後下。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥。」修改成「平肝熄風藥。」)
277	黃芩	用途分類：清熱藥（清熱燥濕）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸肺、膽、脾、心、大腸、小腸經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱燥濕)。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
278	黃耆	用途分類：補益藥（補氣）。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘，微溫。歸肺、脾經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補氣)。」修改成「補益藥(補氣)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
279	黃連	用途分類：苦味健胃藥。 用量：2~5 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、脾、胃、肝、膽、大腸經。 用法與用量：1.5~11.5 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「苦味健胃藥。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
280	黃精	用途分類：補益藥(補陰)。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘，平。歸脾、肺、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(補陰)。」修改成「補益藥(補陰)。」)
281	黃蘗	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸腎、膀胱經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱燥濕)。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
282	滑石	用途分類：利水滲濕藥。 用量：10~20 g。外用適量。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，寒。歸胃、膀胱經。 用法與用量：10~24 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
283	當歸	用途分類：補益藥(養血)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補血)。 性味與歸經：甘、辛，溫。歸肝、心、脾經。 用法與用量：5~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(養血)。」修改成「補益藥(補血)。」)
284	篇蓄	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，微寒。歸膀胱經。 用法與用量：9~40 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
285	葛花	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘，平。暫不列入(空白)。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
286	葛根	用途分類：解表藥(發散風熱)。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：甘、辛，涼。歸脾、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風熱)。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
287	葶藶子	用途分類：化痰止咳平喘藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(清化熱痰)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸肺、膀胱經。 用法與用量：3~10 g，包煎。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「化痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰藥(清化熱痰)。」)
288	補骨脂	用途分類：補益藥(助陽)。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸腎、脾經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(助陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)
289	路路通	用途分類：理氣藥。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、苦，平。歸肝、腎經。 用法與用量：5~10 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理氣藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
290	雷公根	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦、辛，寒。歸肝、脾、腎經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱燥濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
291	槐角	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦，寒。歸肝、大腸經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理血藥(止血)。」)
292	槐花	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦，微寒。歸肝、大腸經。 用法與用量：5~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理血藥(止血)。」)
293	槐米	用途分類：理血藥(止血)。 用量：5~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：苦，微寒。歸肝、大腸經。 用法與用量：5~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(止血)。」修改成「理血藥(止血)。」)
294	漏蘆	用途分類：清熱藥。 用量：5~9 g。 注意事項：孕婦慎用	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。歸胃經。 用法與用量：5~9 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
295	蒲公英	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦、甘，寒。歸肝、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱解毒)。」修改成「清熱藥(清熱解毒)。」)
296	蒲黃	用途分類：止血藥。 用量：5~9 g。 注意事項：孕婦慎服	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：甘，平。歸肝、心包經。 用法與用量：5~10 g，包煎；外用適量。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「止血藥。」修改成「理血藥(止血)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
297	蒺藜	用途分類：平肝息風藥。 用量：6~9 g。 注意事項：	用途分類：平肝熄風藥 性味與歸經：辛、苦，微溫。 歸肝經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「平肝息風藥。」修改成「平肝熄風藥」)
298	蒼朮	用途分類：祛濕藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸脾、胃經。 用法與用量：3~9 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)
299	蒼耳子	用途分類：辛溫解表藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肺經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛溫解表藥。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
300	豨薟草	用途分類：祛風濕藥。 用量：9~12 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
301	遠志	用途分類：祛痰藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：安神藥(養心安神)。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸心、腎、肺經。 用法與用量：3~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛痰藥。」修改成「安神藥(養心安神)。」)
302	酸棗仁	用途分類：安神藥(養心安神)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：安神藥(養心安神)。 性味與歸經：甘、酸，平。歸肝、膽、心經。 用法與用量：3~18 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「安神藥(養心安神)。」修改成「安神藥(養心安神)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
303	鳳尾草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：苦，寒。暫不列入(空白)。 用法與用量：10~20 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
304	劉寄奴	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦，溫。暫不列入(空白)。 用法與用量：6~9 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理血藥(活血祛瘀)。」)
305	墨旱蓮	用途分類：祛濕藥。 用量：6~12 g，鮮品適量。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：甘、酸，寒。歸腎、肝經。 用法與用量：6~15 g；鮮品適量。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛濕藥。」修改成「補益藥(補陰)。」)
306	廣金錢草	用途分類：利水滲濕藥。 用量：15~30 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，涼。歸肝、腎、膀胱經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
307	廣藿香	用途分類：芳香化濕藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，微溫。歸脾、胃、肺經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「芳香化濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)
308	槲寄生	用途分類：祛風濕藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：苦、甘，平。歸肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
309	穀芽	用途分類：消導藥。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：消導藥。 性味與歸經：甘，溫。歸脾、胃經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
310	穀精草	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：辛、甘，平。歸肝、肺經。 用法與用量：4.5~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
311	蓮子	用途分類：收澀藥。 用量：6~15 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘、澀，平。歸脾、腎、心經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
312	蓮子心	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、腎經。 用法與用量：1.5~5 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
313	蓮鬚	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘、澀，平。歸心、腎經。 用法與用量：1.5~5 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「收澀藥。」)
314	萹澄茄	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，溫。歸脾、胃、腎、膀胱經。 用法與用量：1~6 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「溫裏藥。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
315	蔓荊子	用途分類：辛涼解表藥。 用量：5~10 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：辛、苦，微寒。 歸膀胱、肝、胃經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛涼解表藥。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
316	豬牙皂	用途分類：化痰止咳平喘藥。 用量：1~1.5 g。 注意事項：孕婦忌服	用途分類：祛痰藥(溫化寒痰)。 性味與歸經：辛、鹹，溫。歸肺、大腸經。 用法與用量：1~1.5 g，多入丸散用；外用適量。 注意事項：孕婦忌用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「化痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰藥(溫化寒痰)。」)
317	豬苓	用途分類：利水滲濕藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，平。歸腎、膀胱經。 用法與用量：6~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
318	橘紅	用途分類：理氣藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸肺、脾經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
319	澤瀉	用途分類：利水滲濕藥。 用量：6~10 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，寒。歸腎、膀胱經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
320	澤蘭	用途分類：活血祛瘀藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、辛，微溫。 歸肝、脾經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「活血祛瘀藥。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
321	燈心草	用途分類：利水滲濕藥。 用量：1~3 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，微寒。 歸心、肺、小腸經。 用法與用量：1~3 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
322	獨活	用途分類：祛風濕藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(祛風濕)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸腎、膀胱經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
323	蕎麥	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：甘，寒。暫不列入(空白)。 用法與用量：9~20 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「理氣藥。」)
324	蕤仁	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：甘，微寒。歸肝經。 用法與用量：5~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱燥濕)。」)
325	貓鬚草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、微苦，微涼。 暫不列入(空白)。 用法與用量：3~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
326	龍膽	用途分類：清熱藥。 用量：3~6 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱燥濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸肝、膽經。 用法與用量：3~7.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥。」修改成「清熱藥(清熱燥濕)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
327	薄荷	用途分類：解表藥（發散風熱）。 用量：3~10 g（後下）。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：辛，涼。歸肺、肝經。 用法與用量：3~10 g，後下。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「解表藥(發散風熱)。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
328	薏苡仁	用途分類：利水滲濕藥。 用量：9~30 g。 注意事項：孕婦慎用	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：甘、淡，涼。歸脾、胃、肺經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
329	生薑	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺、脾、胃經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「解表藥(辛溫解表)。」)
330	乾薑	用途分類：溫裏祛寒藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：溫裏藥。 性味與歸經：辛，熱。歸脾、胃、腎、心、肺經。 用法與用量：3~9 g。 注意事項：	性味：第 4 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「溫裏祛寒藥。」修改成「溫裏藥。」)
331	薑黃	用途分類：理血藥（活血祛瘀）。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸脾、肝經。 用法與用量：3~10 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
332	薤白	用途分類：理氣藥。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：理氣藥。 性味與歸經：辛、苦，溫。歸心、肺、胃、大腸經。 用法與用量：5~10 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
333	檳榔	用途分類：驅蟲藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：驅蟲藥。 性味與歸經：苦、辛，溫。歸胃、大腸經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
334	瞿麥	用途分類：利水滲濕藥。 用量：9~15 g。 注意事項：孕婦慎用	用途分類：祛濕藥(利水滲濕)。 性味與歸經：苦，寒。歸心、小腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「利水滲濕藥。」修改成「祛濕藥(利水滲濕)。」)
335	藁本	用途分類：辛溫解表藥。 用量：3~9 g。 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸膀胱經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛溫解表藥。」修改成「解表藥(辛溫解表)。」)
336	蟬蛻	用途分類：辛涼解表藥。 用量：3~6 g。 注意事項：孕婦慎服	用途分類：解表藥(辛涼解表)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺、肝經。 用法與用量：3~7.5 g。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「辛涼解表藥。」修改成「解表藥(辛涼解表)。」)
337	覆盆子	用途分類：收澀藥。 用量：6~12 g。 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘、酸，溫。歸肝、腎、膀胱經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議
338	鎖陽	用途分類：補虛藥。 用量：5~9 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：甘，溫。歸肝、腎、大腸經。 用法與用量：5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補虛藥。」修改成「補益藥(補陽)。」)
339	雞內金	用途分類：消導藥。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：消導藥。 性味與歸經：甘，平。歸脾、胃、小腸、膀胱經。 用法與用量：3~10 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
340	雞血藤	用途分類：理血藥（活血祛瘀）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：苦、甘，溫。歸肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
341	雞冠花	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：收澀藥。 性味與歸經：甘、澀，涼。歸肝、大腸經。 用法與用量：6~12 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「收澀藥。」)
342	雞骨草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱解毒)。 性味與歸經：甘、微苦，涼。歸肝、胃經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「清熱藥(清熱解毒)。」)
343	鵝不食草	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：解表藥(辛溫解表)。 性味與歸經：辛，溫。歸肺經。 用法與用量：3~12 g；外用適量。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「解表藥(辛溫解表)。」)
344	羅漢果	用途分類：化痰止咳平喘藥。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：祛痰藥(止咳平喘)。 性味與歸經：甘，涼。歸肺、大腸經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「化痰止咳平喘藥。」修改成「祛痰藥(止咳平喘)。」)
345	藕節	用途分類：理血藥（止血）。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(止血)。 性味與歸經：甘、澀，平。歸肝、肺、胃經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(止血)。」修改成「理血藥(止血)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
346	藿香	用途分類：芳香化濕藥。 用量：4.5~9 g。 注意事項：	用途分類：祛濕藥(芳香化濕)。 性味與歸經：辛，微溫。歸肺、脾、胃經。 用法與用量：4.5~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「芳香化濕藥。」修改成「祛濕藥(芳香化濕)。」)
347	蘆根	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 用量：15~30 g。 注意事項：	用途分類：清熱藥(清熱瀉火)。 性味與歸經：甘，寒。歸肺、胃經。 用法與用量：15~30 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「清熱藥(清熱瀉火)。」修改成「清熱藥(清熱瀉火)。」)
348	蘆薈	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：瀉下藥(攻下)。 性味與歸經：苦，寒。歸肝、胃、大腸經。 用法與用量：1~5 g，宜入丸散；外用適量。 注意事項：孕婦慎用。	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「瀉下藥(攻下)。」)
349	蘇木	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 用量：3~10 g。 注意事項：血虛無瘀滯者及孕婦慎服	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：甘、鹹，平。歸心、肝、脾經。 用法與用量：3~11.5 g。 注意事項：血虛無瘀滯者及孕婦慎用。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)
350	黨參	用途分類：補虛藥。 用量：9~30 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補氣)。 性味與歸經：甘，平。歸脾、肺經。 用法與用量：9~30 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補虛藥。」修改成「補益藥(補氣)。」)
351	續斷	用途分類：補益藥(助陽)。 用量：9~15 g。 注意事項：	用途分類：補益藥(補陽)。 性味與歸經：苦、辛，微溫。歸肝、腎經。 用法與用量：9~15 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補益藥(助陽)。」修改成「補益藥(補陽)。」)

編號	品項	修正前 (臺灣中藥典第二版)	修正後 (臺灣中藥典第三版)	委員會議決議
352	鶴虱	用途分類： 用量： 注意事項：	用途分類：驅蟲藥。 性味與歸經：苦、辛，平。歸脾、胃經。 用法與用量：3~15 g。 注意事項：	性味：第 6 次專家會議(附表 1) 歸經：第 10 次專家會議(附表 1) 用途分類、用量及注意事項：第 6 次專家會議(附表 2) 用量：第 12 次專家會議(確定成「驅蟲藥。」)
353	蠶砂	用途分類：祛風濕藥。 用量：9~15 g (包煎)。 注意事項：	用途分類：祛濕藥 (祛風濕)。 性味與歸經：甘、辛，溫。歸肝、脾、胃經。 用法與用量：9~15 g，包煎。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「祛風濕藥。」修改成「祛濕藥(祛風濕)。」)
354	鼈甲	用途分類：補虛藥。 用量：9~24 g。 注意事項：先煎	用途分類：補益藥(補陰)。 性味與歸經：鹹，微寒。歸肝、脾、腎經。 用法與用量：9~24 g。 注意事項：空白(取消先煎文字)。	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「補虛藥。」修改成「補益藥(補陰)。」)
355	鬱金	用途分類：理血藥 (活血祛瘀)。 用量：3~10 g。 注意事項：	用途分類：理血藥(活血祛瘀)。 性味與歸經：辛、苦，寒。歸肝、心、肺經。 用法與 3 用量：3~11.5 g。 注意事項：	性味：第 5 次專家會議(附表 1) 歸經：第 9 次專家會議(附表 1) 用量：第 11 次專家會議 用途分類：第 12 次專家會議(「理血藥(活血祛瘀)。」修改成「理血藥(活血祛瘀)。」)

附表三、《臺灣中藥典》收載中藥材（第 1~355 味）【功能】內容（草案）

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
1	丁香	溫裏藥。	溫中降逆，溫腎助陽。
2	人參	補益藥(補氣)。	大補元氣，復脈固脫，補脾益肺，通經活血，生津止渴，安神益智。
3	八角茴香	溫裏藥。	芳香健胃，理氣止痛。
4	三七	理血藥(止血)。	祛瘀止血，活血定痛。
5	三稜	理血藥(活血祛瘀)。	破血行氣，消積止痛。
6	千年健	祛濕藥(祛風濕)。	祛風濕，強筋骨。
7	土茯苓	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，除濕，通利關節。
8	大青葉	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，涼血消斑。
9	大棗	補益藥(補氣)。	補中益氣，養血安神。
10	大黃	瀉下藥(攻下)。	瀉下攻積，瀉火，清熱解毒，活血祛瘀，清濕熱，清利濕熱，祛瘀解毒。
11	大腹皮	理氣藥。	行氣寬中，下氣寬中，利水消腫。
12	大薊	理血藥(止血)。	涼血止血，散瘀消癰。
13	女貞子	補益藥(補陰)。	滋補肝腎，強腰膝，烏鬚髮。
14	小茴香	溫裏藥。	散寒止痛，理氣和胃。
15	小薊	理血藥(止血)。	涼血止血，解毒消癰。
16	山豆根	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，利咽喉，消腫止痛。
17	山柰	溫裏藥。	行氣溫中，消食，止痛。
18	山茱萸	補益藥(補陰)。	補益肝腎，收斂固澀，澀精，止汗。
19	山楂	消導藥。	消食化積，活血祛瘀。
20	山藥	補益藥(補氣)。	益氣養陰，補脾養胃，生津益肺，補腎澀精。
21	川木香	理氣藥。	行氣止痛，溫中和胃。
22	川木通	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，清心降火，通乳。
23	川牛膝	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，通經，止痛。
24	川芎	理血藥(活血祛瘀)。	活血行氣，祛風止痛。
25	川貝母	祛痰藥(清化熱痰)。	清化熱痰，潤化燥痰，止咳，散結消腫。
26	川烏	溫裏藥。	祛風除濕，溫經止痛。
27	川棟子	理氣藥。	行氣止痛，疏肝瀉熱。
28	丹參	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，調經止痛，涼血消癰，除煩安神。
29	五加皮	祛濕藥(祛風濕)。	祛風濕，補肝腎，壯筋骨，消水腫。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
30	五味子	收澀藥。	斂肺止咳，補腎澀精，止瀉，寧心安神，益氣生津，斂汗。
31	五倍子	收澀藥。	斂肺降火，澀腸止瀉，斂汗止血，收濕斂瘡，固精。
32	五靈脂	理血藥(活血祛瘀)。	活血止痛，祛瘀止血。
33	化橘紅	理氣藥。	理氣寬中，燥濕化痰。
34	升麻	解表藥(辛涼解表)。	發表透疹，清熱解毒，升陽舉陷。
35	天竺黃	祛痰藥(清化熱痰)。	清化熱痰，清心定驚。
36	天門冬	補益藥(補陰)。	清肺降火，滋陰潤燥。
37	天南星	祛痰藥(燥濕化痰)。	燥濕化痰，祛風止癱；外用散結消腫。
38	天麻	平肝熄風藥。	平肝潛陽，熄風止癱。
39	天葵子	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，消腫散結。
40	太子參	補益藥(補氣)。	大補元氣，補氣生津。
41	巴豆	瀉下藥(峻下逐水)。	瀉下逐水，溫腸瀉積、逐水消脹。
42	巴戟天	補益藥(補陽)。	補腎助陽，強筋骨，祛風除濕。
43	木瓜	祛濕藥(祛風濕)。	舒筋活絡，化濕和胃。
44	木香	理氣藥。	行氣止痛，溫中和胃。
45	木通	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，清心降火，通乳。
46	木賊	解表藥(辛涼解表)。	疏散風熱，明目退翳。
47	木蝴蝶	清熱藥(清熱解毒)。	(--)
48	木鼈子	癰瘍藥。	清肺利咽，疏肝和胃，收斂瘡口。
49	毛冬青	理血藥(活血祛瘀)。	消腫散結，祛毒。
50	水蛭	理血藥(活血祛瘀)。	破血祛瘀，通經消瘀，清熱解毒，活血通脈。
51	火麻仁	瀉下藥(潤下)。	潤腸通便。
52	牛至	祛濕藥(利水滲濕)。	清熱解毒，止血，利咽。
53	牛黃	平肝熄風藥。	清心豁痰，開竅醒神，清肝解毒，熄風止癱。
54	牛蒡子	解表藥(辛涼解表)。	疏散風熱，解毒透疹，利咽散腫。
55	牛膝	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，通經，強筋骨。
56	王不留行	理血藥(活血祛瘀)。	活血通經，下乳，消腫。
57	仙茅	補益藥(補陽)。	溫腎壯陽，強筋骨，祛寒除濕。
58	仙鶴草	理血藥(止血)。	收斂止血，止痢，殺蟲。
59	代赭石	平肝熄風藥。	平肝潛陽，降逆，止血。
60	冬瓜子	祛痰藥(清化熱痰)。	清化熱痰，化痰排膿。
61	冬葵果	祛濕藥(利水滲濕)。	(--)
62	冬蟲夏草	補益藥(補陽)。	補肺益腎，止血化痰。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
63	北沙參	補益藥(補陰)。	養陰清肺，化痰，益氣。
64	北板藍根	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，涼血利咽。
65	北劉寄奴	理血藥(活血祛瘀)。	(--)
66	半枝蓮	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，利水消腫，活血祛瘀，通絡止痛，涼血止血，清熱利濕。
67	半夏	祛痰藥(燥濕化痰)。	燥濕化痰，降逆止嘔，消痞散結。
68	玄參	清熱藥(清熱涼血)。	清熱涼血，滋陰解毒。
69	玉竹	補益藥(補陰)。	滋陰潤肺，生津止渴，養胃。
70	玉米鬚	祛濕藥(利水滲濕)。	(--)
71	甘草	補益藥(補氣)。	補脾和胃益氣，潤肺止咳祛痰，緩急止痛，緩和藥性，調和諸藥，利水消腫、涼血、瀉熱、祛濕熱之氣、平肝利膽。
72	甘遂	瀉下藥(峻下逐水)。	瀉水逐飲，消腫散結。
73	白及	理血藥(止血)。	收斂止血，消腫生肌。
74	白朮	補益藥(補氣)。	補氣健脾，燥濕利水，止汗，安胎。
75	白芍	補益藥(補血)。	養血斂陰，柔肝止痛，平抑肝陽。
76	白果	祛痰藥(止咳平喘)。	止咳定喘，止帶固精縮尿。
77	白芥子	祛痰藥(溫化寒痰)。	溫化寒痰，利氣散結，消腫止痛。
78	白花蛇舌草	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，利濕，通淋，消癰。
79	白芷	解表藥(辛溫解表)。	解表散寒，祛風除濕，消腫排膿，通竅止痛。
80	白前	祛痰藥(溫化寒痰)。	祛痰，降氣止咳。
81	白扁豆	補益藥(補氣)。	健脾化濕，和中消暑。
82	白茅根	理血藥(止血)。	涼血止血，清熱利尿。
83	白頭翁	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，涼血止痢。
84	白殭蠶	平肝熄風藥。	熄風止癇，祛風止痛，解毒散結。
85	白薇	清熱藥(清虛熱)。	清熱解毒，消癰散結，斂瘡生肌。
86	白鮮皮	清熱藥(清熱燥濕)。	清熱燥濕，瀉火解毒，祛風止癢。
87	白蘞	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，斂瘡，消癰散結，生肌止痛。
88	石決明	平肝熄風藥。	平肝潛陽，清肝明目。
89	石南葉	祛濕藥(祛風濕)。	(--)
90	石韋	祛濕藥(利水滲濕)。	利尿通淋，清熱止血，祛風，通絡，益腎。
91	石斛	補益藥(補陰)。	益胃生津，滋陰清熱。
92	石菖蒲	開竅藥。	開竅寧神，醒神益智，豁痰，化濕和胃。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
93	石榴皮	收澀藥。	澀腸止瀉，止血，驅蟲。
94	石膏	清熱藥(清熱瀉火)。	解肌清熱瀉火，除煩止渴。
95	全蠍	平肝熄風藥。	熄風止痙，解毒散結，通絡止痛。
96	冰片	開竅藥。	開竅醒神，清熱止痛。
97	合歡皮	安神藥(養心安神)。	安神解鬱，活血消腫。
98	地骨皮	清熱藥(清虛熱)。	涼血除蒸，清肺降火。
99	地黃	清熱藥(清熱涼血)。	(一)生地(乾地)：清熱生津，涼血，止血。 (二)熟地：補血滋陰。
100	地榆	理血藥(止血)。	涼血止血，消腫止痛，解毒斂瘡。
101	地膚子	祛濕藥(利水滲濕)。	清熱利水，滲濕止癢。
102	地龍	平肝熄風藥	平肝熄風，清熱風定驚，平喘，通絡，利尿。
103	百合	補益藥(補陰)。	潤肺止咳，清心安神。
104	百部	祛痰藥(止咳平喘)。	止咳，外用殺蟲滅蟲。
105	竹茹	祛痰藥(清化熱痰)。	清化熱痰，除煩止嘔。
106	肉豆蔻	收澀藥。	溫中行氣，澀腸止瀉。
107	肉桂	溫裏藥。	溫補命門火，引火歸源，溫經散寒止痛，溫中健胃。
108	桂心	溫裏藥。	益精明目，消瘀生肌，補勞傷，暖腰膝，續筋骨。
109	肉蓯蓉	補益藥(補陽)。	補腎助陽，益精血，潤腸通便。
110	艾葉	理血藥(止血)。	溫經止血，散寒止痛，安胎。
111	血竭	理血藥(活血祛瘀)。	外用止血生肌斂瘡；內服活血祛瘀止痛。
112	西洋參	補益藥(補氣)。	補氣，養陰，清熱生津。
113	伸筋草	祛濕藥(祛風濕)。	祛風散寒，除濕消腫，舒筋活血。
114	何首烏	補益藥(補血)。	補益精血，截瘧，解毒，潤腸通便。
115	佛手柑	理氣藥。	舒肝理氣，和胃止痛，燥濕化痰
116	吳茱萸	溫裏藥。	散寒止痛，疏肝下氣，燥濕，降逆止嘔。
117	忍冬藤	清熱藥(清熱解毒)。	清熱，解毒，通絡。
118	杜仲	補益藥(補陽)。	補肝腎，強筋骨，安胎。
119	決明子	清熱藥(清熱瀉火)。	清肝益腎，祛風明目，潤腸通便。
120	沉香	理氣藥。	行氣止痛，降逆止嘔，納氣平喘。
121	沒藥	理血藥(活血祛瘀)。	活血止痛，消腫生肌。
122	沙苑蒺藜	補益藥(補陽)。	補腎固精，養肝明目。
123	牡丹皮	清熱藥(清熱涼血)。	清熱涼血，活血祛瘀。
124	牡蠣	平肝熄風藥。	重鎮安神，平肝潛陽補陰，軟堅散結。
125	皂角刺	理血藥(活血祛瘀)。	托毒排膿，活血消癰，祛風殺蟲。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
126	皂莢	祛痰藥(溫化寒痰)。	祛頑痰，通竅開閉，祛風殺蟲。
127	芒硝	瀉下藥(攻下)。	瀉熱通便，潤燥軟堅，清火消腫。
128	豆蔻	祛濕藥(芳香化濕)。	化濕行氣，溫中，止嘔。
129	赤小豆	祛濕藥(利水滲濕)。	利水消腫，解毒排膿。
130	赤芍	清熱藥(清熱涼血)。	清熱涼血，祛瘀止痛。
131	車前子	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，滲濕止瀉，清肝明目，清肺化痰。
132	車前草	祛濕藥(利水滲濕)。	利尿通淋，清熱解毒，涼血。
133	辛夷	解表藥(辛溫解表)。	散風寒，通鼻竅。
134	防己	祛濕藥(利水滲濕)。	祛風濕，止痛，利水。
135	防風	解表藥(辛溫解表)。	祛風解表，勝濕止痛，解痙。
136	乳香	理血藥(活血祛瘀)。	活血行氣止痛，消腫生肌。
137	佩蘭	祛濕藥(芳香化濕)。	芳香化濕，醒脾和胃，清暑。
138	使君子	驅蟲藥。	殺蟲消積。
139	兒茶	收澀藥。	收濕斂瘡，生肌止血，清熱化痰。
140	卷柏	理血藥(止血)。	卷柏活血通經；卷柏炭化痰止血。
141	延胡索	理血藥(活血祛瘀)。	活血，行氣，止痛，調經。
142	昆布	祛痰藥(清化熱痰)。	消痰軟堅，利水消腫。
143	枇杷葉	祛痰藥(止咳平喘)。	止咳平喘，清肺化痰，降逆止嘔。
144	狗脊	補益藥(補陽)。	補肝腎，強筋骨，祛風濕。
145	知母	清熱藥(清熱瀉火)。	清熱瀉火，潤燥。
146	羌活	解表藥(辛溫解表)。	解表散寒，祛風勝濕，止痛。
147	芡實	收澀藥。	補脾止瀉，益腎固精，祛濕止帶，收斂。
148	花椒	溫裏藥。	溫中止痛，殺蟲，止癢。
149	虎杖	理血藥(活血祛瘀)。	利濕退黃，清熱解毒，散瘀止痛，化痰止咳。
150	金銀花	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，疏散風熱。
151	金錢草	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，除濕退黃，解毒消腫。
152	金櫻子	收澀藥。	益腎固精，縮尿，澀腸止瀉。
153	附子	溫裏藥。	回陽救逆，散寒止痛。
154	青皮	理氣藥。	疏肝破氣，消積化滯。
155	青箱子	清熱藥(清熱瀉火)。	清肝瀉火，明目退翳。
156	青蒿	清熱藥(清虛熱)。	清虛熱解暑，除骨蒸，截瘧。
157	青黛	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，涼血消斑，清肝瀉火定驚。
158	前胡	祛痰藥(清化熱痰)。	祛痰降氣，宣散風熱。
159	南沙參	補益藥(補陰)。	養陰清肺，化痰，益氣。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
160	南板藍根	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，涼血利咽。
161	厚朴	理氣藥。	燥濕消痰，下氣除滿。
162	威靈仙	祛濕藥(祛風濕)。	祛風除濕，通絡止痛。
163	枳椇子	清熱藥(清虛熱)。	解酒毒，止渴除煩，止嘔，利大小便。
164	枳殼	理氣藥。	理氣寬中，化痰消積。
165	枳實	理氣藥。	破氣消積，化痰除痞。
166	枸杞子	補益藥(補陰)。	滋補肝腎，益精明目。
167	柏子仁	安神藥(養心安神)。	寧心安神，潤腸通便，止汗。
168	柿蒂	理氣藥。	降氣止呃。
169	砂仁	祛濕藥(芳香化濕)。	芳香健胃，理氣安胎溫中，行氣止痛止嘔。
170	穿心蓮	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，燥濕消腫。
171	紅花	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，通經止痛。
172	紅耆	補益藥(補氣)。	固表止汗、補氣利尿、托毒斂瘡。
173	紅景天	補益藥(補氣)。	益氣活血，通脈平喘。
174	胖大海	祛痰藥(清化熱痰)。	清肺化痰，利咽開音，潤腸通便。
175	胡麻仁	補益藥(補陰)。	補益精血，潤燥滑腸。
176	胡椒	溫裏藥。	溫中散寒。
177	胡黃連	清熱藥(清虛熱)。	退虛熱，除疳熱，清濕熱，解毒消腫。
178	胡蘆巴	補益藥(補陽)。	溫腎陽，逐寒濕。強壯鎮痛藥。
179	苧麻子	清熱藥(清熱燥濕)。	利水通淋，下乳，潤腸。
180	苦杏仁	祛痰藥(止咳平喘)。	止咳平喘，潤腸通便。
181	苦參	清熱藥(清熱燥濕)。	清熱燥濕，祛風殺蟲，解熱利尿。
182	芫蔚子	理血藥(活血祛瘀)。	(--)
183	郁李仁	瀉下藥(潤下)。	潤腸通便，利水消腫。
184	韭菜子	補益藥(補陽)。	溫補肝腎，壯陽固精。
185	首烏藤	安神藥(養心安神)。	養心安神，祛風通絡。
186	香附	理氣藥。	理氣解鬱。
187	香薷	解表藥(辛溫解表)。	解表去暑，發汗解表，化濕和中。
188	倒地蜈蚣	清熱藥(清熱解毒)。	(--)
189	夏枯草	清熱藥(清熱瀉火)。	清肝瀉火，明目，散結消腫。
190	射干	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，去痰利咽。
191	柴胡	解表藥(辛涼解表)。	和解退熱，疏肝解鬱，升舉陽氣。
192	栝樓仁	祛痰藥(清化熱痰)。	清熱化痰，寬胸散結，潤腸通便。
193	栝樓根	清熱藥(清熱瀉火)。	清熱瀉火，消腫排膿。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
194	桂枝	解表藥(辛溫解表)。	發汗解肌，溫通經脈，助陽化氣，平衡降氣。
195	桃仁	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，潤腸通便，止咳平喘。
196	桑白皮	祛痰藥(止咳平喘)。	瀉肺平喘，利水消腫。
197	桑枝	祛濕藥(祛風濕)。	祛風濕，利關節。
198	桑寄生	祛濕藥(祛風濕)。	補肝腎，強筋骨，祛風濕，安胎元。
199	桑葉	解表藥(辛涼解表)。	疏散風熱，清肺潤燥，清肝明目。
200	桑螵蛸	收澀藥。	補腎助陽，固精縮尿，止濁止帶。
201	桔梗	祛痰藥(清化熱痰)。	宣肺，祛痰，利咽，排膿。
202	浙貝母	祛痰藥(清化熱痰)。	清化熱痰，散結消癰。
203	浮小麥	收澀藥。	益氣，除熱，止汗。
204	浮萍	解表藥(辛涼解表)。	疏風解表，透疹，利尿，祛濕止癢。
205	海金沙	祛濕藥(利水滲濕)。	清熱利水，通淋排石。
206	海螵蛸	收澀藥。	收斂止血，固精止帶，制酸止痛，收濕斂瘡。
207	烏梅	收澀藥。	斂肺，澀腸，生津止渴，安蛔。
208	烏藥	理氣藥。	溫中散寒，順氣止痛。
209	益母草	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，通經利水，清熱解毒。
210	益智	補益藥(補陽)。	溫脾止瀉，攝唾，暖腎固精，縮尿。
211	秦皮	清熱藥(清熱燥濕)。	清熱燥濕，收澀止痢，止帶，明目。
212	秦艽	祛濕藥(祛風濕)。	祛風濕，止痺痛，清虛熱。
213	粉萆薢	祛濕藥(利水滲濕)。	利濕濁，祛風濕。
214	臭椿皮	收澀藥。	清熱燥濕，澀腸，止血，止帶。
215	茜草	理血藥(止血)。	涼血止血，活血祛瘀，通經。
216	茯苓	祛濕藥(利水滲濕)。	利水滲濕，益脾和胃，寧心安神。
217	赤茯苓	祛濕藥(利水滲濕)。	行水，利濕熱，益心潤肺。
218	茯苓皮	祛濕藥(利水滲濕)。	利水消腫。
219	茯神	安神藥(養心安神)。	寧心安神利濕。
220	茵陳	祛濕藥(利水滲濕)。	清利濕熱，利膽退黃。
221	草豆蔻	祛濕藥(芳香化濕)。	燥濕，溫中，行氣。
222	草果	祛濕藥(芳香化濕)。	燥濕健脾，祛痰截瘧。
223	草烏	溫裏藥。	祛風濕，止痛，消腫。
224	荊芥	解表藥(辛溫解表)。	祛風解表，透疹，消瘡。
225	荊芥穗	解表藥(辛溫解表)。	發表散風，透疹消瘡，炒炭止血。
226	荔枝核	理氣藥。	行氣散結，祛寒止痛。
227	馬齒莧	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，涼血止血，止痢。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
228	馬錢子	祛濕藥(祛風濕)。	通絡散結，消腫定痛。
229	馬鞭草	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，活血散瘀，利水消腫。
230	骨碎補	補益藥(補陽)。	補腎強骨，生肌，活血止痛，續筋骨，止血。
231	高良薑	溫裏藥。	溫中祛寒，消食止痛。
232	側柏葉	理血藥(止血)。	涼血止血，化痰止咳，生髮烏髮。
233	商陸	瀉下藥(峻下逐水)。	瀉下逐水，消腫散結。
234	密蒙花	清熱藥(清熱瀉火)。	清熱養肝，明目退翳。
235	常山	湧吐藥。	涌吐痰飲，截瘧。
236	敗醬	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，消癰排膿，祛瘀止痛。
237	旋覆花	祛痰藥(溫化寒痰)。	降氣行水化痰，降逆止嘔。
238	梔子	清熱藥(清熱瀉火)。	瀉火除煩，清熱利濕，利膽退黃，涼血解毒，消腫止痛。
239	淡竹葉	清熱藥(清熱瀉火)。	清熱除煩，通利小便。
240	淡豆豉	解表藥(辛涼解表)。	解表，除煩，發汗，健胃，宣發鬱熱。
241	淫羊藿	補益藥(補陽)。	補腎壯陽，強筋健骨，祛風除濕。
242	牽牛子	瀉下藥(峻下逐水)。	瀉下，逐水，去積，殺蟲。
243	細辛	解表藥(辛溫解表)。	祛風散寒，通竅止痛，溫肺化痰。
244	荷葉	理血藥(止血)。	清暑利濕，升陽止血。
245	莪朮	理血藥(活血祛瘀)。	破血行氣，消積止痛。
246	蛇床子	補益藥(補陽)。	溫腎壯陽，散寒祛風，燥濕殺蟲，止癢。
247	貫眾	清熱藥(清熱解毒)。	清熱，解毒，殺蟲，止血。
248	通草	祛濕藥(利水滲濕)。	清熱利尿，通氣下乳。
249	連翹	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，消癰散結。
250	陳皮	理氣藥。	理氣，調中，燥濕，化痰。
251	橘皮	理氣藥。	理氣，調中，燥濕，化痰。
252	魚腥草	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，利尿通淋，消癰排膿。
253	鹿銜草	祛濕藥(祛風濕)。	(--)
254	麥芽	消導藥。	和脾健胃，行氣消食，回乳消脹，補虛益腎，祛風除濕，活血調經，止咳止血。
255	麥門冬	補益藥(補陰)。	滋陰潤肺，鎮咳祛痰，益胃生津，清心除煩藥。
256	麻黃	解表藥(辛溫解表)。	發汗，平喘，利尿。
257	楮實子	補益藥(補血)。	(--)
258	款冬花	祛痰藥(止咳平喘)。	下氣，止咳化痰。
259	番紅花	理血藥(活血祛瘀)。	活血祛瘀，通經。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
260	番瀉葉	瀉下藥(攻下)。	瀉下導滯。
261	筆仔草	清熱藥(清熱解毒)。	(--)
262	紫花地丁	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，消癰散結，利水，通淋，涼血。
263	紫草	清熱藥(清熱涼血)。	清熱涼血，消斑解毒，活血透疹。
264	紫菀	祛痰藥(止咳平喘)。	化痰止咳。
265	紫蘇子	祛痰藥(止咳平喘)。	止咳平喘，降氣化痰，潤腸通便。
266	紫蘇梗	理氣藥。	理氣和中，解鬱止痛。
267	紫蘇葉	解表藥(辛溫解表)。	解表散寒，行氣和胃。
268	絡石藤	祛濕藥(祛風濕)。	祛風通絡，涼血消腫。
269	菊花	解表藥(辛涼解表)。	疏風清熱，解毒，平肝明目。
270	菟絲子	補益藥(補陽)。	滋補肝腎，益精壯陽，補陽益陰，固精縮尿，明目安胎止瀉。
271	荇蕒	清熱藥(清熱解毒)。	(--)
272	萊菔子	消導藥。	消食，除脹，降氣，定喘，化痰。
273	蛤蚧	補益藥(補陽)。	補肺氣，助腎陽，納氣定喘。
274	蛤殼	祛痰藥(清化熱痰)。	清肺化痰，軟堅散結，利尿消腫。
275	訶子	收澀藥。	斂肺，下氣，利咽，澀腸止瀉。
276	鈎藤	平肝熄風藥。	熄風止癇，清熱平肝。
277	黃芩	清熱藥(清熱燥濕)。	清熱燥濕，瀉火解毒，涼血止血，除熱安胎，。
278	黃耆	補益藥(補氣)。	補氣升陽，益衛固表，托毒生肌，利水退腫。
279	黃連	清熱藥(清熱燥濕)。	清熱燥濕，瀉火解毒。
280	黃精	補益藥(補陰)。	滋陰潤肺，補脾益氣。
281	黃蘗	清熱藥(清熱燥濕)。	清熱燥濕，瀉火解毒，退虛熱。
282	滑石	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，清解暑熱，祛濕斂瘡。
283	當歸	補益藥(補血)。	補血和血，活血調經止痛，潤腸通便。
284	篇蓄	祛濕藥(利水滲濕)。	利尿通淋，殺蟲，止癢。
285	葛花	清熱藥(清熱瀉火)。	(--)
286	葛根	解表藥(辛涼解表)。	發汗解肌，生津，透疹，止瀉，解酒醒脾。
287	葶蘆子	祛痰藥(清化熱痰)。	瀉肺平喘，利水消腫。
288	補骨脂	補益藥(補陽)。	溫補腎陽，納氣，固精縮尿，溫脾止瀉。
289	路路通	祛濕藥(祛風濕)。	(--)
290	雷公根	清熱藥(清熱燥濕)。	祛風通絡，利水除濕
291	槐角	理血藥(止血)。	功用與槐花相似，清熱利濕，活血止血，解毒消腫。
292	槐花	理血藥(止血)。	涼血止血，清肝瀉火。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
293	槐米	理血藥(止血)。	涼血止血，清肝瀉火。
294	漏蘆	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，消癰散結，通經下乳。
295	蒲公英	清熱藥(清熱解毒)。	清熱解毒，消腫散結，利尿通淋。
296	蒲黃	理血藥(止血)。	止血，祛瘀，利尿通淋。
297	蒺藜	平肝熄風藥	平肝潛陽，疏肝解鬱，祛風明目，止癢。
298	蒼朮	祛濕藥(芳香化濕)。	燥濕健脾，發汗，祛風濕。
299	蒼耳子	解表藥(辛溫解表)。	發汗解熱，鎮痙，鎮痛，通鼻竅。
300	豨薟草	祛濕藥(祛風濕)。	祛風濕，通經絡，清熱解毒。
301	遠志	安神藥(養心安神)。	寧心安神，祛痰開竅，消癰腫。
302	酸棗仁	安神藥(養心安神)。	安神養心，斂汗生津。
303	鳳尾草	清熱藥(清熱解毒)。	(--)
304	劉寄奴	理血藥(活血祛瘀)。	清熱利濕、消腫解毒、涼血止血。
305	墨旱蓮	補益藥(補陰)。	涼血止血，破血，滋補肝腎，清熱解毒。
306	廣金錢草	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，除濕退黃，解毒消腫。
307	廣藿香	祛濕藥(芳香化濕)。	化濕，解暑，止嘔，祛暑解表。
308	槲寄生	祛濕藥(祛風濕)。	補肝腎，強筋骨，祛風濕，安胎元。
309	穀芽	消導藥。	消食和中，健脾開胃。
310	穀精草	清熱藥(清熱瀉火)。	疏散風熱，明目退翳。
311	蓮子	收澀藥。	補脾止瀉，益腎固精，養心安神。
312	蓮子心	清熱藥(清熱瀉火)。	清心，去熱，止血，澀精。
313	蓮鬚	收澀藥。	清心固腎，澀精止血。
314	華澄茄	溫裏藥。	溫暖脾腎，健胃消食。
315	蔓荊子	解表藥(辛涼解表)。	疏散風熱，清利頭目。
316	豬牙皂	祛痰藥(溫化寒痰)。	祛頑痰，通竅開閉，祛風殺蟲。
317	豬苓	祛濕藥(利水滲濕)。	利水滲濕。
318	橘紅	理氣藥。	散寒，燥濕，利氣，消痰。
319	澤瀉	祛濕藥(利水滲濕)。	利水滲濕，清腎火。
320	澤蘭	理血藥(活血祛瘀)。	活血調經，利水消腫。
321	燈心草	祛濕藥(利水滲濕)。	利水通淋，清心除煩。
322	獨活	祛濕藥(祛風濕)。	祛風除濕，通痹止痛。
323	蕎麥	理氣藥。	(--)
324	蕤仁	清熱藥(清熱燥濕)。	健脾益氣，開胃寬腸，消食化滯，除濕下氣
325	貓鬚草	祛濕藥(利水滲濕)。	養肝明目，疏風散熱。
326	龍膽	清熱藥(清熱燥濕)。	瀉肝膽實火，除下焦濕熱，清熱去濕，排石利水。

排序	正式命名	用途分類	中藥材「功能」內容草案
327	薄荷	解表藥(辛涼解表)。	宣散風熱，清利頭目，利咽，透疹。
328	薏苡仁	祛濕藥(利水滲濕)。	健脾滲濕，清熱排膿，除痹止瀉。
329	生薑	解表藥(辛溫解表)。	發汗解表，溫中止嘔，溫肺止咳化飲。
330	乾薑	溫裏藥。	溫中散寒，回陽通脈，溫肺化飲。
331	薑黃	理血藥(活血祛瘀)。	破血行氣，通經止痛。
332	薤白	理氣藥。	通陽散結，行氣導滯，健胃整腸。
333	檳榔	驅蟲藥。	驅蟲消積，行氣利水。
334	瞿麥	祛濕藥(利水滲濕)。	利尿通淋，破血通經。
335	藁本	解表藥(辛溫解表)。	發表散寒，祛風勝濕止痛。
336	蟬蛻	解表藥(辛涼解表)。	散風除熱，利咽，透疹，退翳，解癭。
337	覆盆子	收澀藥。	補益肝腎，固精，縮尿，助陽，明目。
338	鎖陽	補益藥(補陽)。	補腎助陽，益精血，潤腸通便。
339	雞內金	消導藥。	健胃消食，澀精止遺。
340	雞血藤	理血藥(活血祛瘀)。	行血補血，舒筋活絡。
341	雞冠花	收澀藥。	(--)
342	雞骨草	清熱藥(清熱解毒)。	收斂、涼血、止血、止滯、止痢
343	鵝不食草	解表藥(辛溫解表)。	清熱利濕、疏肝止痛、活血散瘀
344	羅漢果	祛痰藥(止咳平喘)。	祛風，散寒，勝濕，去翳，通鼻塞
345	藕節	理血藥(止血)。	收斂止血，清熱潤肺，止咳，利咽，滑腸通便。
346	藿香	祛濕藥(芳香化濕)。	祛暑解表，化濕和胃。
347	蘆根	清熱藥(清熱瀉火)。	清肺熱，祛痰排膿，潤燥緩咳，清胃熱，生津除煩 止渴，止嘔，利尿。
348	蘆薈	瀉下藥(攻下)。	瀉下藥。瀉下，清肝，殺蟲。
349	蘇木	理血藥(活血祛瘀)。	活血通經，祛瘀止痛。
350	黨參	補益藥(補氣)。	補中益氣，生津養血。
351	續斷	補益藥(補陽)。	補肝腎，行血脈，續筋骨。
352	鶴虱	驅蟲藥。	(--)
353	蠶砂	祛濕藥(祛風濕)。	祛風除濕，和胃化濁，殺蟲消積。
354	鼈甲	補益藥(補陰)。	滋陰潛陽，軟堅散結，退熱除蒸。
355	鬱金	理血藥(活血祛瘀)。	活血止痛，行氣解鬱，清心涼血，利膽退黃。

捌、附錄

附錄一、中藥材性味與歸經實證研討會議程、演講者資歷與演講資料

「中藥材性味與歸經實證研討會」

時間	議程
08:50-09:00	報到
09:00-09:30	藥性與功效關係 演講者:李世滄教授 主持人:林昭庚召集人
09:30-10:00	中藥歸經理論源流與現代研究文獻探討 演講者:吳龍源教授 主持人:林昭庚召集人
10:00-10:30	由性味歸經論理論中藥學與經驗中藥學 ---以傷寒論桂枝與麻黃應用為例 演講者:張東迪教授 主持人:施純全計畫主持人
10:30-11:00	中藥性味實證探討 演講者:張世良教授 主持人:施純全計畫主持人

會議日期 2018年11月8日(星期四)上午9:00
會議地點 衛生福利部中醫藥司301會議室 (台北市南港區忠孝東路6段488號)

欲報名者請點選右側QR code, 謝謝!!
主持人:黃怡超司長/林昭庚召集人
計畫主持人:施純全



建構中西醫合作照護模式計畫(2-2)

顏宏融
中國醫藥大學

摘要

研究目的：

藉由建構中西醫合作照護模式，邀請中西醫師、護理師、藥師、個管師等多領域專家參與及合作，共同提供患者在臨床上所需之醫療資源，觀察患者臨床表現、生活品質之改善情況與照護者生活品質改善情況。

研究方法：

招募符合納入條件的兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者，所有受試者均接受中西醫常規治療，並加入雷射針灸、穴位推拿、辛夷精油鼻噴霧治療，以及中西醫護理衛教指導。整個療程持續八週，一個星期回診一次，並於第五週、第九週至中西醫合作照護門診由中西醫師共同看診。於患者第一次、第五週、第九週(end-point)至中西醫合作照護門診時，還需進行問卷評量、抽血、頭面部 X 光檢查、耳鼻喉科檢查，治療前需安排睡眠檢查，若檢查有異常，經治療後再追蹤一次睡眠檢查。

結果與討論：

本計畫共納入 23 位患童經中西醫合作照護治療後，各項生活品質包含兒童鼻與鼻竇生活品質(SN-5)、兒童睡眠呼吸中止症生活品質(OSA-18)、過敏生活品質量表(PADQLQ)、兒童睡眠品質問卷、兒童注意力量表(SNAPIV)分數均可達統計上顯著改善($p < 0.01$)。在 9 位合併有阻塞型睡眠呼吸中止症患者，治療後有 5 位(56%)疾病嚴重程度有改善。結果顯示建構過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護模式及教學機制，對於患者的疾病嚴重度及生活品質均能夠得到改善。未來可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。

關鍵詞：兒童過敏性鼻炎、兒童睡眠呼吸障礙、兒童阻塞性睡眠呼吸中止症、中西醫合作照護

Establishing the Collaborative Care Model of TCM and Western Medicine (2-2)

Hung-Rong Yen
China Medical University

ABSTRACT

Aim:

By establishing a Collaborative Care Model of TCM and Western Medicine, to achieve the multiple goal in clinical treatment, research and medical training. We establish a collaborative care model, including the Chinese medicine doctor and Western medicine doctor, nurses, pharmacists and case managers, to cooperative satisfy the patient needed in the medical service, to improve severity of disease, and quality of life.

Method:

We recruited pediatric allergic rhinitis patients with sleep disordered breathing (OSA) in our study and provided both western and TCM treatment. Except the ordinary treatment, we also added laser acupuncture, tuina, nasal inhalation therapy with *Magnolia liliflora*, and health education. The overall treatment course was eight weeks. Patients received both treatments, questionnaire evaluation, blood test, cephalometry x ray , and examination of ENT doctor in collaborative care clinic in 0,5,9 weeks. Patients need to finish polysomnography before treatment and follow up polysomnography if the result was positive.

Result and discussion:

We invited 23 patients to the Collaborative Care clinic of TCM and Western Medicine. The score of questionnaire of SN-5, OSA-18, PADQLQ, Pediatric sleep questionnaire, SNAP IV had significantly improved ($p < 0.01$). 5 (56%) of 9 patients with obstructive sleep apnea had improved of severity of OSA. The result revealed establishing the Collaborative Care Model of TCM and Western Medicine may improve disease severity and quality of life of patients. It can be applied in different

kinds of diseases to promote the development of TCM.

Keywords: Pediatric allergic rhinitis, Sleep breathing disorder, Obstructive sleep apnea, Collaborative care model, TCM, western medicine

壹、前言

一、政策或法令依據：改善中醫臨床訓練環境計畫，中西醫合作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進一步提出「促進中醫多元發展計畫」，透過建構中西醫合作照護模式及教學機制，能夠培育臨床訓練師資，提供受訓學員多元訓練內容並確保訓練品質。

二、研究問題背景與現況：兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙

過敏性鼻炎是兒童相當常見的疾病之一，且盛行率逐年增加，根據 International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) 問卷統計顯示，2002 年中臺灣兒童過敏性鼻炎盛行率為 27.59%，2005 年中臺灣 10-12 歲兒童盛行率增為 43% [1]。過敏性鼻炎患童又比一般兒童有更高的比例併發鼻竇炎、中耳炎，慢性鼻部發炎使得鼻甲增生腫大、腺樣體肥大，而加重鼻塞與出現打鼾情形，進而影響夜間睡眠呼吸狀況 [2]，近幾年已有許多研究發現過敏性鼻炎較一般兒童容易出現睡眠呼吸障礙 [3]，Ni K et al 的研究更指出過敏性鼻炎造成的 Th17/Treg 不平衡有可能加速睡眠呼吸中止症的形成 [4]，兒童出現的睡眠障礙症狀如：打鼾、夜間不寧症、夜間盜汗、阻塞性睡眠呼吸中止症、白天精神差 [5]，睡眠對兒童來說很重要，睡眠障礙會影響到兒童白天的學習認知能力、專心度，容易出現注意力不集中過動症，生長發育遲緩，若併發阻塞性睡眠呼吸中止症則容易出現心血管性疾病、新陳代謝等慢性疾病，所以對於過敏性鼻炎併發睡眠障礙患童的治療非常重要，且須及早介入，以減少併發症出現。

三、研究目的

兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者，在 ARIA 分類為持續性、中

重度過敏性鼻炎患者，臨床上為較棘手個案，且合併有中重度阻塞型睡眠呼吸中止症的患童，西醫一般會建議手術治療，家長考慮兒童狀況也會有些猶豫，且術後復發率也是一個考量，若能透過中西醫結合照顧而降低疾病嚴重程度，而減少需手術的比例或是降低復發率，提供兒童過敏性鼻炎併發睡眠呼吸障礙患童更好的照護。希望透過研究結果證實中西醫合作照護門診之療效，改善患童生活品質、減少此類患童疾病復發率、與患童接受手術的必要性，並增加中西醫合作照護的機會，以提升中重度過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者照護品質與實證暨臨床水準。

四、國內外相關研究之文獻探討：

中醫藥治療過敏性鼻炎與睡眠呼吸中止症之相關文獻與研究：

過敏性鼻炎是中醫古籍所謂「鼻鼽」、「鼻嚏」、「鼻塞」等範疇。最早紀錄於西周〈禮記·月令〉：「季秋行夏令，則其大水，冬藏殃敗，民多鼻嚏。」正式稱之為鼻軌則首見於〈素問·脈解篇〉：「所謂客孫脈，則頭痛、鼻鼽、腹腫者，陽明並於上，上者則其孫絡太陰也，故頭痛、鼻鼽、腹腫也。」對於症狀記載見於〈素問玄機原病式 六氣為病〉：「鼽，出清涕也。嚏，鼻中因癢而氣噴作於聲也。鼻為肺竅，癢為火化。心火邪熱，干於陽明，發於鼻而癢，則嚏也。」〈脾胃論〉：「凡由風寒而鼻塞者，以寒閉腠理，則經絡壅塞，而多鼻嚏。」〈諸病源候論·卷二十九〉：「夫津液涕唾得熱乾燥，得冷則流溢不能自收，肺氣通於鼻，其臟有冷，冷隨氣入乘於鼻，故使津液不能自收。其描述顯示前人觀察到過敏性鼻炎發作症狀有鼻癢、噴嚏、鼻水、鼻塞等症狀。發病過程會從邪從寒化、邪從熱化觀點來看此疾病。顏宏融醫師根據臺灣兒童過敏性鼻炎健保資料庫資料分析研究顯示臺灣有 63.11% 的兒童過敏性鼻炎患者會尋求中醫藥治療，許多臨床試驗也顯示中醫藥有助於改善過敏性鼻炎的鼻症狀，Hu et al 的隨機雙盲對照研究使用中藥製成膠囊（biminne，內含中藥熟地、黃芩、黃精、銀杏、淫羊藿、補骨脂、五味子、防風、白芷、黃耆）有助於改善過敏性鼻炎生活品質並降低 IgE[6]。Chui et al. 使用中藥鼻滴劑進行隨機雙盲試驗結果顯示有助於減少鼻過敏對睡眠障礙的影響[7]，Yang et al. 的使用補中益氣湯的隨機對照研究顯示中藥組的鼻症狀、血清 IgE 指數、經 IL-4 誘發產生的 PGE₂、LTC₄ 可達顯著下降[8]，辛夷散的隨機雙盲對照研究顯示[9] 可助改善鼻症狀與鼻阻力，減少血清 IgE 指數，且可調控免疫機制使 IL-10, sICAM-1, IL-8 濃度上升。目前已有大型整合分析研究證實中醫對過敏性鼻炎是有幫助的[10]，可見中醫藥在治療過敏性鼻炎有一定的療效。

針灸廣泛應用於睡眠障礙等相關治療，大型整合分析研究顯示針灸治療失眠顯著優於安慰劑或某些藥物的療效，常使用的穴位有神門、百會、三陰交等穴位[11]，也有許多臨床研究使用針灸來治療睡眠呼吸中止症，可幫助改善 apnea/hypopnea index (AHI), apnea index, hypopnea index 與血氧濃度[12]，Freire et al.隨機對照研究顯示針灸較安慰劑組可改善中度睡眠呼吸中止症患者的 AHI 並減少呼吸中斷的問題[13]，Wang 等人使用王不留行敷貼於耳穴（耳神門、交感、皮質下、心、肺、脾、腎、垂前）等穴治療睡眠呼吸中止症[14]。吳等人的回溯性觀察研究顯示使用中藥（SZ + NUH，濃縮科學中藥）治療睡眠呼吸障礙者，包含打鼾、睡眠呼吸中止症可改善患者夜間打鼾症狀與改善生活品質[15]。

本計畫主持人顏宏融醫師過去發表在“International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”的研究發現，兒童過敏性鼻炎病患以寒證居多。臺灣 63.11%的兒童過敏性鼻炎患者會尋求中醫藥治療。其中 99.1%都是使用口服中藥治療。其中以辛夷清肺湯、小青龍湯、蒼耳散、辛夷散、葛根湯這些方計較常使用。而根據中醫辨證的精神，所有的兒童與青少年過敏性鼻炎病患以寒證居多[16]。

在慢性鼻竇炎之療效評估之研究方面，顏宏融醫師研究團隊發表在 International Forum for Allergy & Rhinology 的研究發現，中西藥合併治療慢性鼻竇炎可以減少內視鏡鼻竇炎手術的需求。研究透過全人口調查的方式，納入西元 2000 年新診斷為慢性鼻竇炎的病患，收集並追蹤分析其在西元 2000 年到 2011 年期間的就醫紀錄。我們的研究發現有 29%的慢性鼻竇炎病患除了西醫傳統治療方式以外還會加上中醫藥治療。總計有 14806 位新診斷為慢性鼻竇炎的病患納入這個研究：10512 位未曾使用中醫藥（非中醫藥組），4294 位病患輔助使用中醫藥治療（中醫藥組）。相較於非中醫藥組，中醫藥組的病患有較多的女性比率、年紀較輕、有較多的比例居住在都市化程度較高的地區。97%的中醫藥組病患使用口服中藥。最常使用的中藥方劑為辛夷清肺湯，而最常用的中藥單味藥物為白芷。在校正年紀、性別、都市化程度與合併症之後，統計發現中醫藥組需要使用功能性內視鏡鼻竇手術的需求大幅度減少。中醫藥組病患比起非中醫藥組病患所需要進行功能性內視鏡鼻竇手術的相對需求較低。這些發現可以用在未來的研究，進一步評估慢性鼻竇炎病患合併使用中醫藥的有效性與安全性[17]。

中醫藥治療過敏性鼻炎已有相當久的歷史，若一同搭配針灸、穴位按摩治療兒童過敏性鼻炎併發睡眠障礙，效果應更顯著。由於人才培育及現

代儀器的進步，有越來越多的中醫實證研究被提出。中醫應與現代醫學合作，用實證醫學的角度探討疾病的療效，並提出客觀的數據加以證實，進一步釐清藥物的作用機轉，使中醫藥的應用更加廣泛。

貳、材料與方法

一、建立兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作照護模式及臨床照護路徑

建立兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙病患中西醫合作照護團隊，成員包含中醫師、西醫師、護理師、藥師、個案管理師及經營管理人員，以團隊會議照護方式建立兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙病患中西醫合作照護之模式，包含收案對象標準訂定，建立收案標準流程，中西醫合作照護團隊成員之臨床作業內容等。由於合作照護同時需要除了中醫師與西醫師以外的所有照護團隊成員協助，團隊開始收案前後與進行間，召開團隊會議，共同針對照護個案與照護模式進行規劃與檢討，期能達到團隊一起向上提升。

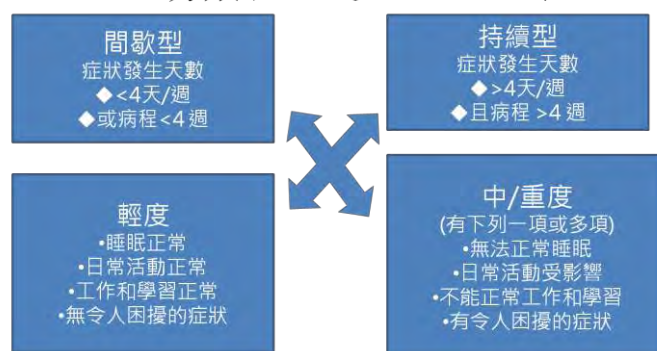
(一)收案對象、收案標準及排除標準（適應症）

年齡小於 18 歲之持續性、中重度過敏性鼻炎患者。依 ARIA guideline (2014) 判定並符合兒童睡眠生活品質問卷 [OSA-18 (Franco RA Jr et al. 2000)] 分數 ≥ 60 。

1. 收案標準：

- (1) 年齡小於18歲。
- (2) 符合ARIA (2014) diagnostic criteria屬於持續性、中重度過敏性鼻炎患者。
- (3) OSA-18分數 ≥ 60 。

2014 ARIA 分類 (ARIA: Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma)



2. 排除標準

- (1) 顱顏構造異常須接受手術治療者。
- (2) 因上呼吸道肌肉發育不良導致睡眠呼吸中止症者（腦性麻痺患者、唐氏症患者、其他先天性肌肉發育不全患者）。
- (3) 氣喘患者。

- (4) 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。
- (5) 先前曾發現對治療配方的成分過敏或出現過敏反應。
- (6) 任何可能危及生命的疾病或器官系統功能不全。

(二)病患來源:以下狀況病患經由說明後了解中西醫合作照護治療流程，同意進入中西醫合作照護門診（採約診制）：

1. 經中醫部中醫師或西醫小兒過敏免疫風濕科／小兒胸腔科醫師／耳鼻喉科醫師評估符合收案標準者。
2. 衛教單張介紹符合收案標準者。

二、兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作照護臨床作業內容：

中醫兒科一般門診兒童過敏性鼻炎患者，由收案執行負責醫師評估適合前述兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護收案標準後，進入兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護網。於中西醫合作照護門診（採約診制）中，患者會接受全方位的照護與治療，包括：

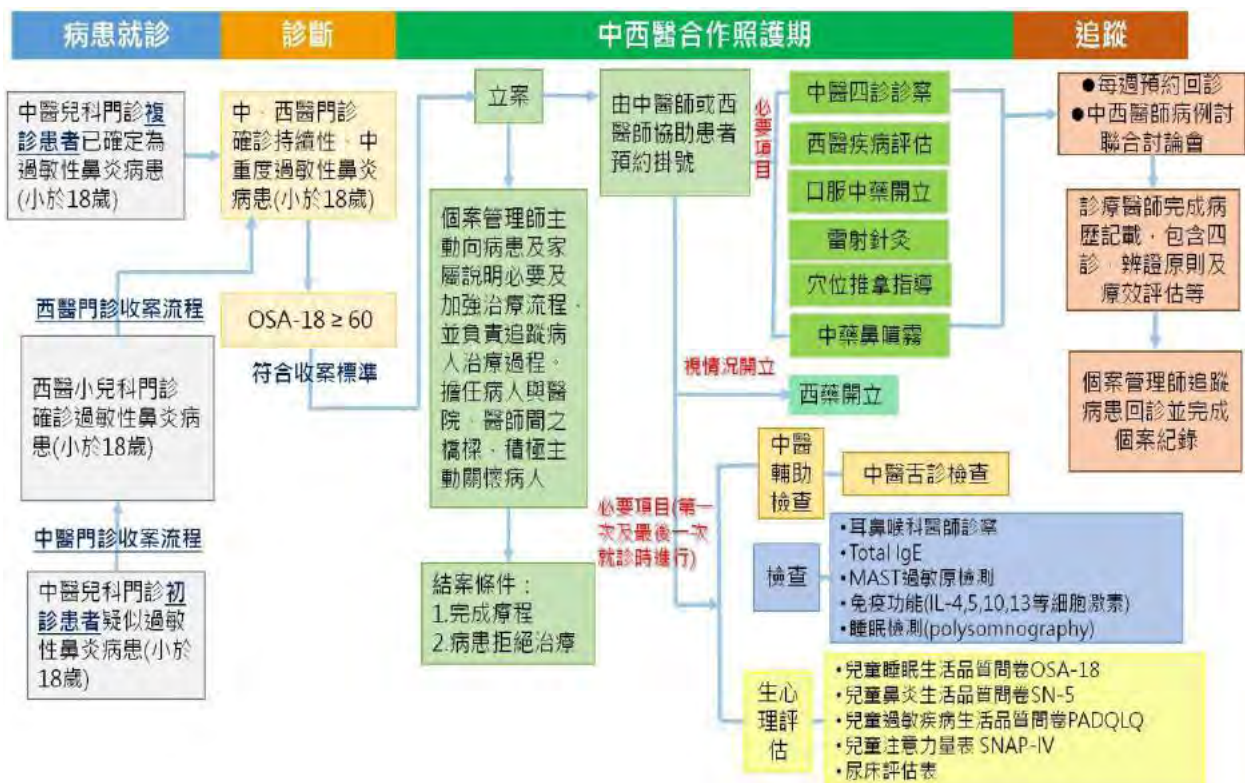
- (一) 醫師診察：同時接受中、西醫師之診察，由負責中醫師親自診療病人，經望聞問切四診研判病人病情，西醫將由小兒免疫風濕過敏科醫師與耳鼻喉科醫師親自診察病人並評估其嚴重程度。
- (二) 口服藥物開立：依患者當時診察之病情需要開立口服中藥，視情況給予口服西藥（抗組織胺）或類固醇鼻噴劑，並叮囑若有服西藥則紀錄服藥的劑量與頻率。
- (三) 雷射針灸：依照患者之需求及配合度，進行雷射針灸，穴位如合谷、足三里、迎香、印堂、耳神門、攢竹、神門、三陰交、絕骨等穴位。一個穴位治療時間10秒。
- (四) 中藥鼻噴霧治療：使用中藥辛夷精油搭配噴霧式口鼻蒸氣機作鼻噴霧治療，時間約10分鐘。
- (五) 穴位按摩與指導：由醫師針對頭面部的穴位做推拿按摩並教導家長穴位推拿自我照護技巧，以期在家亦能自我照護。
- (六) 護理衛教與指導：與中西醫護理團隊討論共識，建立兒童過敏性鼻炎患者中西醫照護衛教單張，由護理人員或住院醫師親自教導患者兒童過敏性炎照護需注意事項，讓患者及家長明白，並能自我照護。

於計畫執行期中每個月定時召開中西醫合作照護團隊會議，邀請中醫

師、西醫師、護理師、藥師、個案管理師共同針對照護個案與照護模式進行規劃與檢討，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、兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作照護臨床路徑

兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護臨床路徑與門診收案流程如下圖：





三、建立兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作臨床教學模式

(一) 受訓學員：輪訓至中醫兒科之中醫受訓學員（包括住院醫師與實習醫學生）。

(二) 教學目標：

1. 瞭解兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫診治方法。
2. 瞭解兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作照護模式目標及內容。
3. 透過兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者之中西醫合作照護模式之實地執行，實際認識該疾病之照護，熟悉每項環節。

(三) 臨床教學內容：

1. 核心課程教學：使用小班教學方式進行分項核心課程教學，內容包含過敏性鼻炎之中西醫診治方法，中西醫合作照護模式目標與內容介紹，中西醫照護方法與實習演練，以建立過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者完整的中西醫照護概念。
2. 中西醫合作照護臨床教學：受訓學員每週需至兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護門診進行學習。於門診中實際進行四診診療、穴位按摩、完成問卷調查等訓練，並學習指導醫師之醫病溝通技巧及護理人員之護理衛教內容，實際執行過敏性鼻炎患者完整的中西醫照護。

(四) 訓練評核方法：受訓醫師於訓練期間須通過以下評核，以確認其達成兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作照護之訓練。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兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙之中西醫合作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，再由指導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、建置兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙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，配合兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作照護之特性，建置病例寫作範本，其內容包括以下十六項目：

- (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)
 - 1. 指導醫師處方
 - 2. 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、編製兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫治療指引草案

編製兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫治療指引草案，為本計畫中重要的一環。首先，需要藉由整理當前國際通用之兒童過敏性鼻炎與兒童睡眠呼吸中止症臨床指引，來統整疾病之西醫治療相關所需的臨床相關知識。隨著治療經驗的累積，將臨床指引結合中西醫合作照護經驗及成果。於各章節在現有西醫的治療指引之上，另加入綜合中西醫合作治療後的經驗，進而編製兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫治療指引草案。

六、召開兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫整合成果經驗分享研討會

於計畫實施累積一定照護個案量後，整理兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作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研討會，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。

七、提出兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作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，針對兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作照護模式之實施概況及照護模式進行檢討，訂定中西醫合作照護模式與教學於其他病種之規劃，整理提出中西醫合作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。

參、結果

一、建立兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者之中西醫合作照護模式，組成兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作照護團隊，並且訂定中西醫合作照護團隊成員之臨床作業內容規範與合作方法

(一) 組成中西醫合作照護團隊並召開團隊前置作業會議。

中西醫合作照護團隊，成員包含中醫兒科醫師，西醫師（西醫兒童過敏免疫風濕科／兒童胸腔科／耳鼻喉專科醫師）、護理師、藥師、個案管理師及經營管理人員，並於 106/11/14 中醫門診 326 診，召開團隊前置作業會議(見圖一)，邀請西醫兒童過敏免疫風濕科醫師、兒童胸腔科醫師、耳鼻喉科醫師、胸腔科醫師與個案管理師共同討論收案標準、中西醫共同照護流程、評核問卷、共同照護內容等。建立中西醫合作照護模式並訂定中西醫照護團隊之內容規範與合作方法。

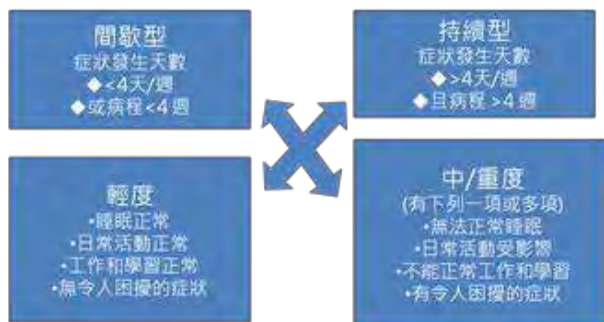


圖一、召開中西醫團隊前置作業會議

(二) 收案條件

1. 年齡小於 18 歲。
2. 符合 ARIA (2014) diagnostic criteria 屬於持續性、中重度過敏性鼻炎患者。
3. OSA-18 分數 \geq 60

2014 ARIA 分類 (ARIA: Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma)



(三) 排除條件

1. 顱顏構造異常須接受手術治療者。
2. 因上呼吸道肌肉發育不良導致睡眠呼吸中止症者（腦性麻痺患者、唐氏症患者、其他先天性肌肉發育不全患者）。
3. 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。
4. 先前曾發現對治療配方的成分過敏或出現過敏反應。任何可能危及生命的疾病或器官系統功能不全。

(四) 建立過敏性鼻炎合併睡眠障礙中西醫合作照護模式。

由中醫兒科醫師/西醫兒童過敏免疫風濕科/兒童胸腔科/耳鼻喉專科醫師參考兒童睡眠呼吸中止症問卷(OSA-18)，評估患童屬於兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙，可進入中西醫合作照護網治療，由西醫師協助安排睡眠檢查、cephalometry x 光檢查、鼻纖維內視鏡檢查，由中西醫師同時在 326 優質照護門診看診，治療內容如下(圖二)：

1. 醫師診察：同時接受中、西醫師之診察。
2. 口服藥物開立：依患者當時診察之病情需要開立口服中藥，視情況給予口服西藥（抗組織胺）或類固醇鼻噴劑。
3. 中藥辛夷鼻噴霧治療。
4. 雷射針灸。
5. 穴位按摩與指導，並建立穴位按摩教學單張(附件二)。
6. 護理衛教與指導，並建立兒童過敏性鼻炎衛教單張(附件三)。



圖二、中西醫整合照護門診實際執行情形

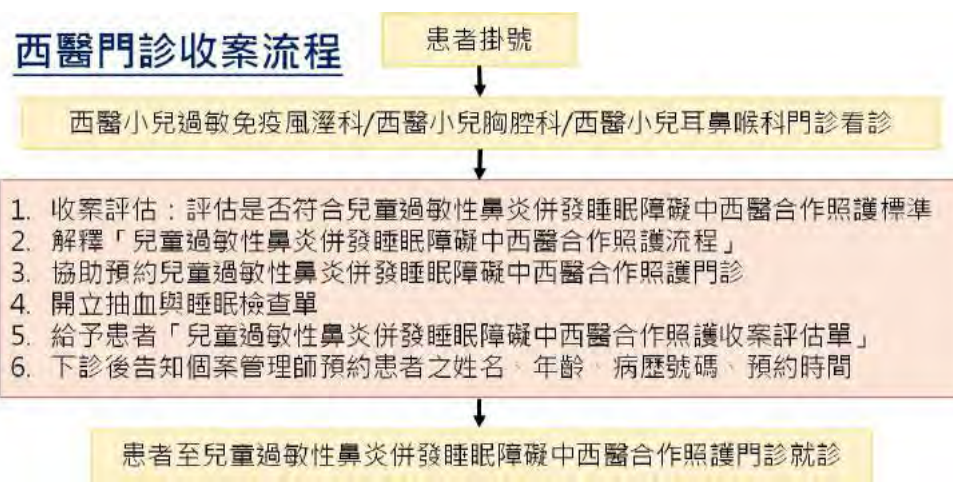
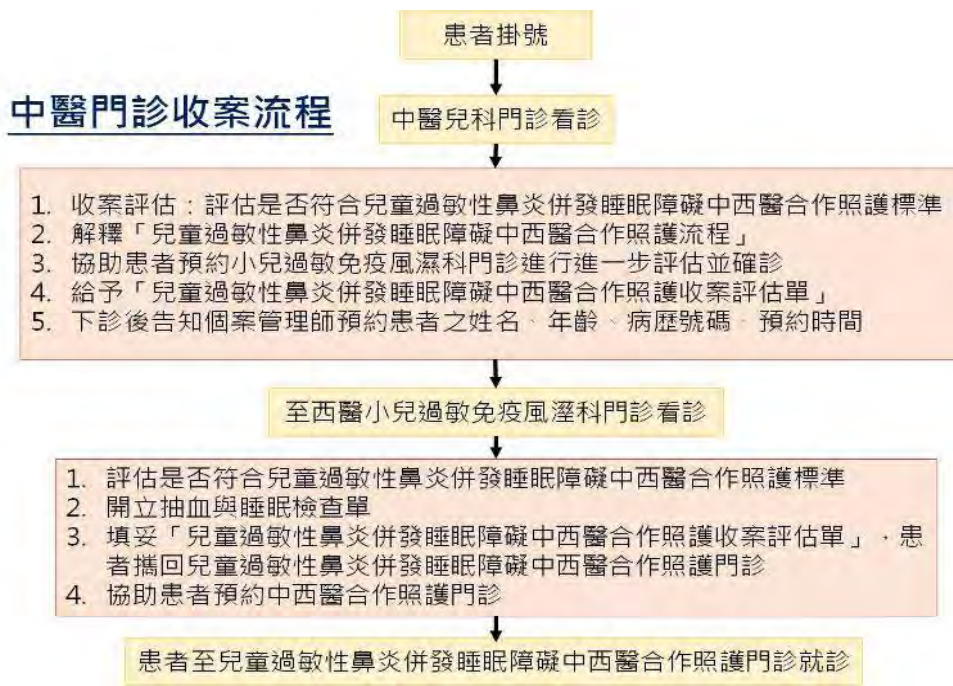
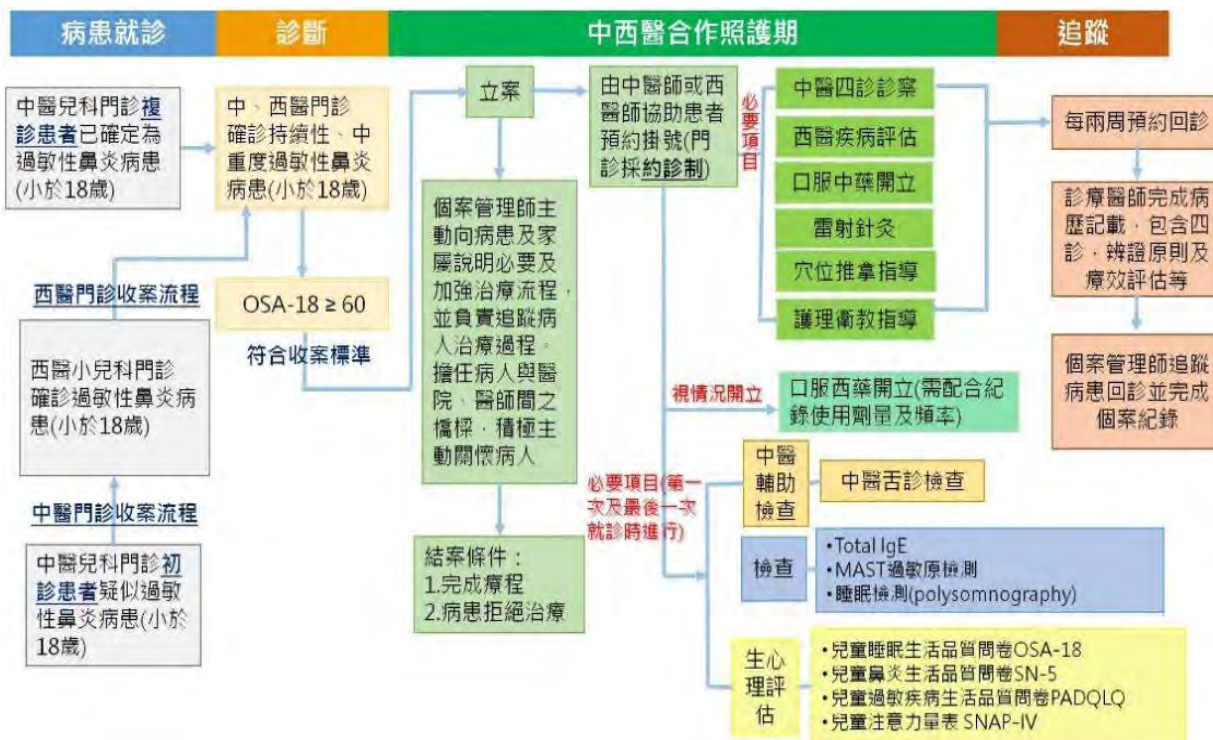
本計畫於 2017 年 12 月 11 日通過中國醫藥大學暨附設醫院研究倫理委員會審查，IRB 通過編號。團隊於民國 107 年 2 月起開始收案，每週四下午由中西醫師共同在美德醫療大樓 326 門診看診。患者每四週回中西醫合作照護門診就診，其餘中醫治療時間於中醫兒科顏宏融醫師或賴琬郁醫師門診就診。團隊分工合作表如下：

<p>中醫兒科醫師 顏宏融、賴琬郁</p> <p>(1) 中醫證型診斷</p> <p>(2) 執行雷射針灸治療、穴位按摩衛教</p> <p>(3) 中藥用藥開立</p> <p>(4) 舌診檢查判讀</p> <p>(5) 臨床教學</p>	<p>兒童過敏免疫風濕科與兒童胸腔科醫師 魏長菁、林建亨</p> <p>(1) 確定過敏性鼻炎診斷</p> <p>(2) 檢視過敏共病的存在及危險因子</p> <p>(3) 安排睡眠檢查</p> <p>(4) 西藥用藥開立</p> <p>(5) 臨床教學</p>
<p>耳鼻喉科醫師 王清源</p> <p>(1) 鑑別診斷，排除鼻咽部結構性問題</p> <p>(2) 協助鼻咽喉檢查</p> <p>(3) 提供個案治療計畫建議</p>	<p>睡眠醫學中心 胸腔科醫師 杭良文、梁信杰</p> <p>(1) 睡眠檢查報告判讀</p> <p>(2) 提供個案治療計畫建議</p>
<p>個案管理師 吳麗杏/護理師</p> <p>(1) 聯繫病患及家屬各項檢查</p> <p>(2) 追蹤治療過程，協助安排回診</p> <p>(3) 協助完成問卷與個案紀錄</p> <p>(4) 飲食護理衛教</p> <p>(5) 積極主動關懷病人</p>	<p>藥師</p> <p>(1) 口服中藥調劑與發放</p> <p>(2) 用藥說明與用藥諮詢</p>

二、制定兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙患者之中西醫合作照護臨床照護路徑，含標準收案流程、標準門診作業流程、臨床作業內容規範及照護指標，實際於臨床執行並檢討之。

(一) 中西醫合作照護臨床照護路徑，含標準收案流程、標準門診作業流程。

臨床照護路徑與門診收案流程建立如圖，經由中醫兒科醫師/西醫兒童過敏免疫風濕科/兒童胸腔科/耳鼻喉專科醫師評估符合收案標準者，以上狀況病患經由解釋同意書後了解中西醫合作照護治療流程，同意進入中西醫合作照護門診（約診制）。



(二) 臨床作業內容規範及照護指標。

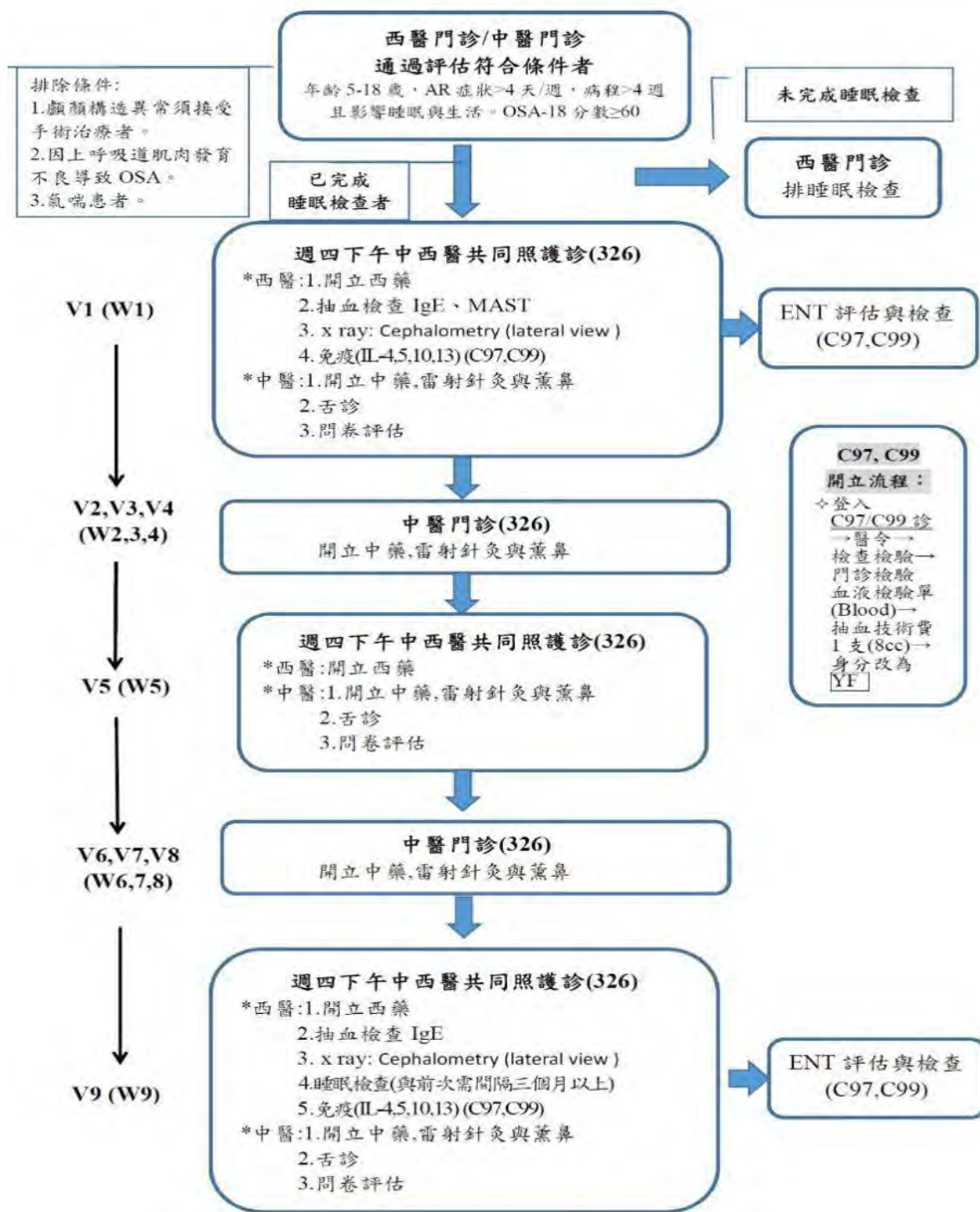
整個療程持續八週，每一至二週回診一次。於患者第一次、第五次及最後一次(end-point)需至中西醫合作照護門診由中西醫師共同看診，其餘中醫治療在顏宏融醫師或賴琬郁醫師門診進行。患者第一次、第五次及最後一次還需進行：

1. 兒童睡眠呼吸中止生活品質問卷 OSA-18 (Obstructive Sleep Apnea-18)
2. 兒童鼻炎生活品質問卷 SN-5 (Sinus and Nasal Quality of Life Survey)
3. 兒童過敏疾病生活品質問卷 PADQLQ (Pediatric allergic disease quality of life questionnaire)
4. 兒童睡眠品質問卷 Pediatric Sleep Questionnaire
5. 兒童注意力量表 SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham questionnaire)
6. 兒童尿床每週次數評估
7. 中醫舌診檢查

(三) 患者第一次及最後一次(end-point)至中西醫合作照護門診時，需進行：

1. 抽血檢查(IgE，過敏原檢測，免疫 IL-4,5,10,13)
2. 頭部側面 X 光檢查
3. 耳鼻喉科鼻纖維內視鏡檢查

並於患者治療前與三個月後（若初次睡眠檢查有異常者）安排睡眠檢查，詳細治療與檢查流程可見下圖。



(四) 主要照護指標為兒童鼻炎生活品質問卷(SN-5)分數、兒童睡眠呼吸中止症問卷(OSA-18)分數。次要照護指標為兒童過敏疾病生活品質問卷分數、兒童睡眠品質問卷分數、兒童注意力量表分數。客觀指標為睡眠呼吸檢查 AHI 指數。

三、建立兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙患者之中西醫合作照護臨床教學模式，建置兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙者之床邊教學病例寫作範本，實際執行臨床教學與檢討，並完成至少 15 件臨床教學案例。

(一) 受訓學員：輪訓至中醫兒科之中醫受訓學員（包括住院醫師與實習醫學生）。

(二) 教學目標：

1. 瞭解兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫診治方法。
2. 瞭解兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作照護模式目標及內容。
3. 透過兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者之中西醫合作照護模式之實地執行，實際認識該疾病之照護，熟悉每項環節。
4. 依照受訓學員為住院醫師或實習醫師訂定的學習目標不同，可見如下表。

對象	學習目標
實習醫學生	<ol style="list-style-type: none">1. 了解中西醫診察、病史詢問、理學檢查、病歷繕寫及醫病溝通技巧。2. 學習過敏性鼻炎與睡眠呼吸中止症核心課程。3. 學習過敏性鼻炎常用穴位與推拿按摩。4. 學習過敏性鼻炎之衛教。
住院醫師	<ol style="list-style-type: none">1. 了解中西醫診察、病史詢問、理學檢查、病歷繕寫及醫病溝通技巧2. 學習過敏性鼻炎與睡眠呼吸中止症核心課程。3. 實地操作兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙之穴位推拿與按摩。4. 可對患者及家屬執行過敏性鼻炎之衛教。

(三) 召開教學說明會議

於107/1/8美德大樓二樓會議室召開教學說明會議，說明教學目標、臨床教學模式、如何問診與病人接觸，安排受訓學員住院醫師與實習醫師至中西醫合作照護門診跟診學習。並說明訓練評核方法與病例寫作範例。



(四) 臨床教學內容：

1. 核心課程教學：使用小班教學方式進行分項核心課程教學，內容包含過敏性鼻炎之中西醫診治方法，中西醫合作照護模式目

標與內容介紹，中西醫照護方法與實習演練，以建立過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者完整的中西醫照護概念。

2. 中西醫合作照護臨床教學：受訓學員每週需至兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護門診進行學習。於門診中實際進行四診診療、穴位按摩、完成問卷調查等訓練，並學習指導醫師之醫病溝通技巧及護理人員之護理衛教內容，實際執行過敏性鼻炎患者完整的中西醫照護。

3. 實際學習情形如下圖



圖三、核心課程教學情形



圖四、臨床跟診學習



圖五、住院醫師四診與推拿手法實際演練

(五) 訓練評核方法：受訓醫師於訓練期間須通過以下評核，以確認其達成兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之中西醫合作照護之訓練。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兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙之中西醫合作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(附件四)。

3. 床邊教學病例寫作與病例報告：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，再由指導醫師進行批改與討論，並整理中西醫文獻資料分析病例，作病例報告與討論。(如下圖)



(六) 召開期中教學回饋會議

於 107/3/29、107/5/24、107/6/27、107/9/26 美德大樓二樓會議室召開期中教學回饋會議，讓指導醫師與學員針對教學內容及實際操作內容進行討論與回饋，並安排學員針對病案作病例整理與報告討論，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、建置兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙之床邊教學病例寫作範本並完成 15 件臨床教學病例(附件三)

依據負責醫師訓練計畫之病例格式，配合兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作照護之特性，建置病例寫作範本，其內容包括以下十六項目：

- (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、完成編製兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫治療指引草案

本團隊統整疾病之西醫治療相關所需的臨床相關知識，根據目前 2011 年版臺灣過敏性鼻炎診療指引，會依照過敏性鼻炎的症狀及對生活品質的影響來分類，根據病程，分為“間歇型”和“持續型”兩類，根據病情嚴重度，即症狀及對生活品質的影響，進一步分為“輕度”和“中/重度”。治療建議對於持續型鼻炎，鼻內類固醇是第一線的使用藥物，主要須選用全身生體可用率較低的第三代與第四代類固醇為主。其他治療包括處方予第二代口服 H1 抗組織胺；鼻內 H1 抗組織胺噴劑只用於季節性過敏性鼻炎；白三烯調節劑用於季節性過敏性鼻炎與學齡前孩童持續型過敏性鼻炎；鼻內類固醇噴劑為最有效的藥物治療選擇；短期口服類固醇可用於嚴重病人其他治療

效果不佳時；鼻內咽達永樂(Cromoglycate)噴劑可以使用但須每天多次使用會造成病人不便；鼻內抗膽鹼藥物噴劑只用於流鼻水症狀；鼻內抗充血噴劑不用於孩童，且成人不可長期規則使用；口服抗鼻充血劑必要時使用，不可長期規則使用；口服 H1 抗組織胺併抗鼻充血劑必要時使用，不可長期規則使用。常規藥物治療但效果不佳或藥物治療出現不良反應，可使用皮下特異性免疫治療。

★ 推薦的效力是依照：

- A：RCT或Meta分析
- B：依據至少一個(RCT)的證據
- C：依據非經驗性、描述性的實驗
- D：專家的臨床經驗



表三 過敏性鼻炎的治療推薦

治療	季節性		經年性		持續型
	成人	兒童	成人	兒童	
口服H1-抗組織胺藥	A	A	A	A	A
鼻內H1-抗組織胺藥	A	A	A	A	A**
鼻內類固醇	A	A	A	A	A**
鼻內咽達永樂	A	A	A	A	
抗白三烯調節劑	A	A(>6 yrs)	A		A**
皮下SIT	A	A	A	A	A**
舌下SIT	A	A	A	B	A**
鼻內SIT	A	A	A	B	A**
避免接觸過敏原	D	D	A*	B*	

* 對一般民眾無效

** 由季節型過敏性鼻炎(SAR)與常年型過敏性鼻炎(PAR)研究結果推定

SIT：特異性免疫治療

經舌下和鼻內SIT，只限於非常大的劑量治療

目前已有大型整合分析研究證實中醫對過敏性鼻炎是有幫助 (Meta-analysis of clinical trials on traditional Chinese herbal medicine for treatment of persistent allergic rhinitis. Allergy.)，雖然多數研究為小規模研究，實際仍需大型研究來證實，但對於治療過敏性鼻炎能提供患者另一種選擇。

根據美國兒科醫學會的建議(Pediatric OSA management From: THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS)，本團隊討論並整理出兒童過敏性鼻炎患者需懷疑合併睡眠呼吸障礙的時機，與安排睡眠檢查或轉介專家的適應症，並整理目前兒童阻塞型睡眠呼吸中止症臨床指引，根據 AHI 指數，即每小時出現的呼吸中止 apnea 和低通氣流量 hypopnea 次數，並定義兒童阻塞型睡眠呼吸中止症嚴重程度 AHI 指數 1-5 分為輕度(mild)、大於 5 分為中度(moderate)、大於 10 分為重度(severe)。打鼾症狀與輕度治療藥物是鼻內類固醇噴劑，中重度若患者合併有腺樣體、扁桃體腫大者則建議手

術切除，若無手術適應症或不適合手術者建議使用持續性陽壓呼吸器，合併有肥胖者，減重為優先考量。

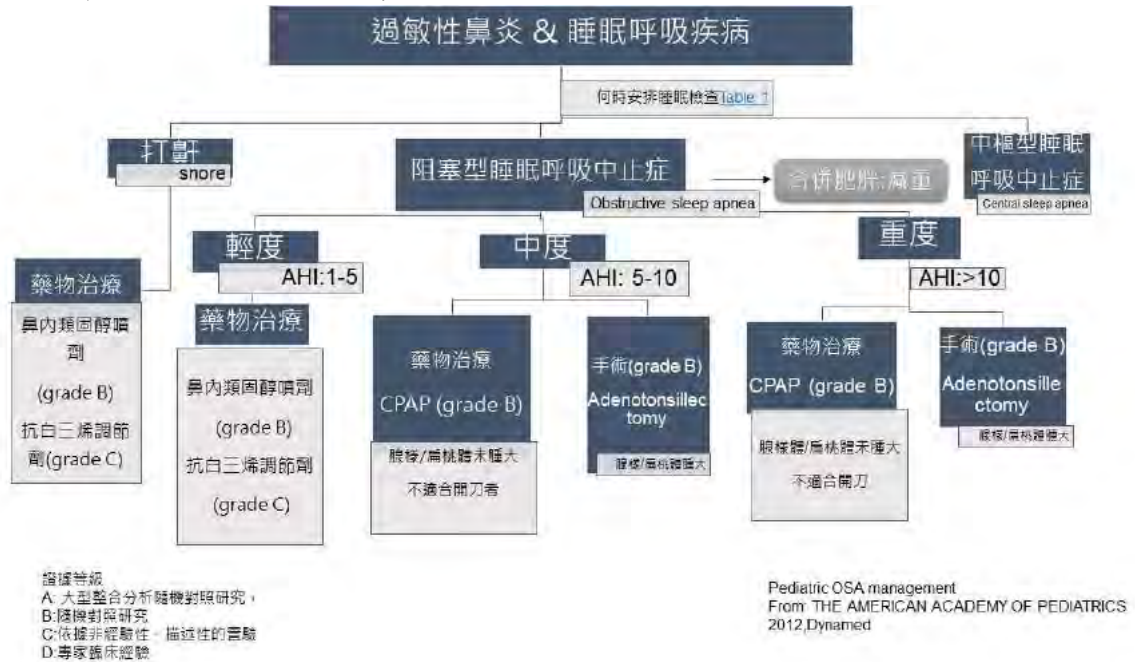


Table 1 :兒童阻塞型睡眠呼吸中止常見症狀與徵狀

- 症狀**
- 打鼾(≥3 晚/週)
 - 睡眠時呼吸費力
 - 睡眠時發出呼氣聲、鼻出聲、或無呼吸
 - 繼發性尿床
 - 坐著睡或頸部過度往後伸張
 - 出現發紺
 - 早晨頭痛
 - 白天嗜睡
 - 注意力不集中或過動
 - 學習障礙
- 徵狀**
- 體重過輕/過重
 - 扁桃腺腫大
 - 腺樣體臉型
 - 下巴後縮
 - 高弓性上顎
 - 生長遲緩
 - 高血壓



建議安排睡眠檢查
或
轉介專家評估

評估量表:
中文版兒童睡眠呼吸中止症量表
OSA-18

Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome
FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2012
15

根據文獻顯示針灸治療中度阻塞型睡眠呼吸中止症，可改善 AHI 與血氧濃度，故患者若合併有阻塞型睡眠呼吸中止症，除中藥治療可再搭配針灸治療，因兒童會害怕針灸針刺感，以及無法每週 2-3 次回診治療，故中西醫治療門診針灸治療採用雷射無痛針灸並加上穴位推拿按摩並教導家長回家後每日可持續對患童進行推拿按摩，以維持治療效果。隨著本計畫中西醫團隊治療經驗的累積，將臨床指引結合中西醫合作照護經驗及成果，

且編製兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙之中西醫治療指引草案，對於中重度過敏性鼻炎合併打鼾患者可加上口服中藥治療；對於中重度過敏性鼻炎合併有阻塞型睡眠呼吸中止症者，治療上可加入辛夷鼻噴霧治療、雷射針灸、穴位推拿、口服中藥；對於困難服藥的兒童可使用辛夷鼻噴霧治療、雷射針灸與穴位推拿共同治療。本研究顯示中西醫合併治療對於改善過敏性鼻炎與睡眠呼吸障礙等症狀能達改善，且有助降低 AHI 指數。故若合併中重度阻塞型睡眠呼吸中止症患者，對於不接受手術治療者或無法配戴陽壓呼吸器患者，可合併中西醫治療至少兩個月，半年後追蹤睡眠檢查評估。

兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫治療指引草案



六、召開兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者中西醫合作照護團隊會議，討論照護流程計畫之實施成果與需改進之方向。

107/1/8、107/2/1、107/3/29、107/4/26、107/5/24、107/6/27、107/7/25、107/8/22、107/9/26、107/10/31，於美德大樓二樓會議室召開中西醫團隊會議，檢討兒童過敏性鼻炎併發睡眠障礙之中西醫合作照護模式、實施成果、及教學經驗。



七、召開兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患者之中西醫整合照護成果發表會議。

於 107/10/28 8:30-12:30 中國醫藥大學立夫 104 教室舉辦兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙患者之中西醫整合照護成果發表會議，由計畫共同主持人賴琬郁醫師介紹本中西醫整合照護計畫並分享照護經驗與成果，並邀請中國附醫耳鼻喉科醫師、中國附醫兒童胸腔科醫師、與衛生福利部台南市立醫院睡眠中心主任中醫師介紹中西醫兒童過敏性鼻炎、睡眠呼吸障礙、與中醫睡眠相關實證醫學。

中國醫藥大學
兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙
中西醫合作照護 成果發表會

指導單位：衛生福利部中醫藥司
主辦單位：中國醫藥大學
協辦單位：中國醫藥大學附設醫院中醫部
台灣中醫兒童醫青少年科醫學會、中華民國中西整合醫學會
中國醫藥大學兒童醫院過敏免疫風濕科
中國醫藥大學兒童醫院兒童內科
中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉科

時間：107年10月28日(星期日) 8:00-12:30
會議地點：中國醫藥大學立夫教學大樓104教室

時間	主題	主講者	主持人
08:00-08:20			報到
08:20-08:40			來賓致詞
08:40-09:30	從西醫觀點談 兒童過敏性鼻炎與相關併發 症	中國醫藥大學附設醫院 耳鼻喉科主治醫師 黃得謙醫師	中國醫藥大學 中醫學院 顏宏融副院長
09:30-10:20	從西醫觀點談 兒童睡眠呼吸障礙疾病	中國醫藥大學兒童醫院 兒童胸科主治醫師 陳傑賢醫師	
10:20-10:30			休息
10:30-11:20	以青證角度探討中醫治療睡 眠相關疾病途徑與治療成效	衛生福利部臺南醫院 中醫科主治醫師 陳順中心主任 徐滄環醫師	中國醫藥大學 中醫學院 顏宏融副院長
11:20-12:10	建構兒童過敏性鼻炎合併睡 眠呼吸障礙中西醫合作臨床 照護與教學之成果與臨床案 例分享	中國醫藥大學附設醫院 中醫兒科主治醫師 賴瑋郁醫師	
12:10-12:30			綜合討論
12:30			散會



八、召開兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙患者之中西醫整合照護成舉辦 1 場中西醫專家座談會，提供中西醫合治未來政策建議。

於 107/07/01 召開中西醫專家座談會議，與會專家有中國附醫中醫兒科醫師、恩主公中醫針灸科醫師、嘉義基督教醫院中醫婦兒科醫師、中國附醫兒童過敏免疫風濕科醫師、兒童胸腔科醫師、胸腔科醫師、南京中醫藥大學小兒推拿專家，共同討論兒童過敏性鼻炎與兒童睡眠呼吸中止症中西醫治療觀點與治療困境、計畫執行所遇問題、訂定兒童過敏性鼻炎合併睡眠障礙之中西醫治療指引草案。

兒童過敏性鼻炎中西醫專家座談會 暨小兒推拿研習班

主辦單位：中國醫藥大學附設醫院中醫兒科/中醫兒童及青少年健康促進協會/
中國醫藥大學中醫學系/台灣中醫兒童暨青少年科醫學會
指導單位：衛生福利部中醫藥司

時間：107年7月01日(星期日) 8:30至17:00
場地：中國醫藥大學附設醫院美德大樓2樓會議室，台中市北區美德街166號。

時間	主題	主講者	主持人
08:30-08:50	致詞與致謝		
08:50-09:40	兒童過敏性鼻炎西醫觀點	魏長賢主任	顧宏融理事長
09:40-10:30	兒童過敏性鼻炎針灸治療	張晉賢主任	顧宏融理事長
10:30-10:40	休息		
10:40-11:30	兒童過敏性鼻炎、扁桃腺體腫大、咽喉呼吸中止之小兒推拿治療	趙秉伊醫師	顧宏融理事長
11:30-12:30	衛生福利部中醫藥司107年度「促進中醫多元發展計畫」建構中西醫合作照護模式計畫 兒童過敏性鼻炎中西醫專家座談	中西醫專家	中國醫藥大學 中醫學系副教授暨 附設醫院中醫兒 科主任顧宏融
12:30-13:30	中午用餐		
13:30-14:30	小兒推拿基礎手法	趙秉伊醫師	顧宏融醫師監事
14:30-15:20	兒童過敏性鼻炎推拿治療	趙秉伊醫師	顧宏融醫師監事
15:20-15:30	休息		
15:30-16:20	扁桃腺體腫大及睡眠呼吸中止症推拿治療	趙秉伊醫師	顧宏融醫師監事
16:20-17:00	問題討論	趙秉伊醫師	顧宏融醫師監事



魏長賢主任
中國醫藥大學附設醫院中醫兒科主任



張晉賢主任
中國醫藥大學附設醫院中醫兒科主任



趙秉伊醫師
中國醫藥大學附設醫院中醫兒科醫師



九、統計分析結果：

兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙中西醫合作照護自 107 年 2 月 8 日開始收案第一位受試者，106 年 11 月 8 日結束第 23 位受試者治療期，其中 2 位受試者因治療時間無法配合中途離開治療，至今總共收案 23 位，統計分析結果如下：

(一)收案個案基本資料

本計畫收案平均年齡為 7.7 歲，以男性佔多數(70%)，平均身高 125cm，平均體重 27.5kg，整體平均體重並無過重情形。治療前平均睡眠呼吸中止睡眠問卷 OSA-18 分數為 70.5 分。

Table1-1. T01-T23 患童基本資料描述性分析

變項	患童(n=23)
性別 n(%)	
男	16(70)
女	7(30)
年齡(Mean±SD)	7.7±2.55
身高(Mean±SD)	125.06±16.62
體重(Mean±SD)	27.51±12.27
OSA-18 睡眠問卷分數	70.53±10.21

23 位患童中，過去平均一個月感冒次數為 0.7 次，過去病史最近一個月有鼻竇炎者為 42.9%，中耳炎者為 21.4%，中耳積水者為 14.3%、肺炎為 7.1%，結膜炎者 14.3%。最近一個月用藥情形，70% 會同有使用口服抗組織胺，30% 口服白三烯拮抗劑（欣流），86.4% 使用鼻內類固醇噴劑，9.1% 使用鼻內抗膽鹼劑，4.5% 有使用眼藥水。

Table1-2. T01-T23 患童過去病史及用藥資料描述性分析

變項	患童(n=23)
過去病史(最近一個月)	
感冒次數(Mean)	0.7
鼻竇炎	6(42.9)
中耳炎	3(21.4)
中耳積水	2(14.3)
肺炎	1(7.1)
氣喘	0(0)
結膜炎	2(14.3)
用藥史(最近一個月)	
口服	
抗組織胺	7(70)
去鼻充血劑	0(0)
類固醇	0(0)
白三烯拮抗劑	3(30)
鼻噴劑	
鼻內類固醇噴劑	19(86.4)
鼻內去充血劑	0(0)
鼻內抗膽鹼劑	2(9.1)
其他(眼藥水)	1(4.5)

(二)收案個案扁桃腺大小分級差異

治療前的 23 位患童中，扁桃腺大小 Grade 0 (4.3%)，Grade 1 (13%)，Grade 2 (43.5%)，Grade 3 (30.4%)，Grade 4 (8.7%)，治療後的 21 位患童中，Grade 0 (4.8%)，Grade 1 (19%)，Grade 2 (52.4%)，Grade 3 (23.8%)，Grade 4 (0%)。治療後可見扁桃腺大小有變小趨勢，其中有兩名扁桃腺大小 Grade 4 的患童經治療後改善為 Grade 3。

Table1-3. T01-T23 患童扁桃腺分級差異

變項	患童 n(%)	
	第 0 週(n=23)	第 8 週(n=21)
扁桃腺大小分級		
Grade 0	1(4.3)	1(4.8)
Grade 1	3(13.0)	4(19.0)
Grade 2	10(43.5)	11(52.4)
Grade 3	7(30.4)	5(23.8)
Grade 4	2(8.7)	0(0)

(三)收案個案抽血 IgE 變化

治療前後患童的 IgE 指數稍減少，但未達統計上顯著差異。

Table2. 患童抽血 IgE 數據第 0 週與第 8 週差別

變項	患童(n=21)		
	第 0 週	第 8 週	p value [§]
IgE	384.07±509.4	373.53±450.6	0.783

§ paired-t test

(四)收案個案治療前、治療 4 週、治療 8 週後尿床頻率變化

12 患童尿床治療 8 週後，次數有減少，但未達統計上顯著差異。

Table3. 治療組尿床情形第 0 週、第 4 週與第 8 週差別

變項	治療組(n=21)			p value ^s
	第 0 週	第 4 週	第 8 週	
尿床				
是	12(57.14)			
持續尿床		10(83.33)	8(66.67)	
停止尿床		2(16.67)	4(33.33)	
否	9(42.86)			
尿床(次/週)(n=12)	3.08±2.61	3.83±4.13	2.83±2.86	0.271

*p<0.05 §repeat measure ANOVA

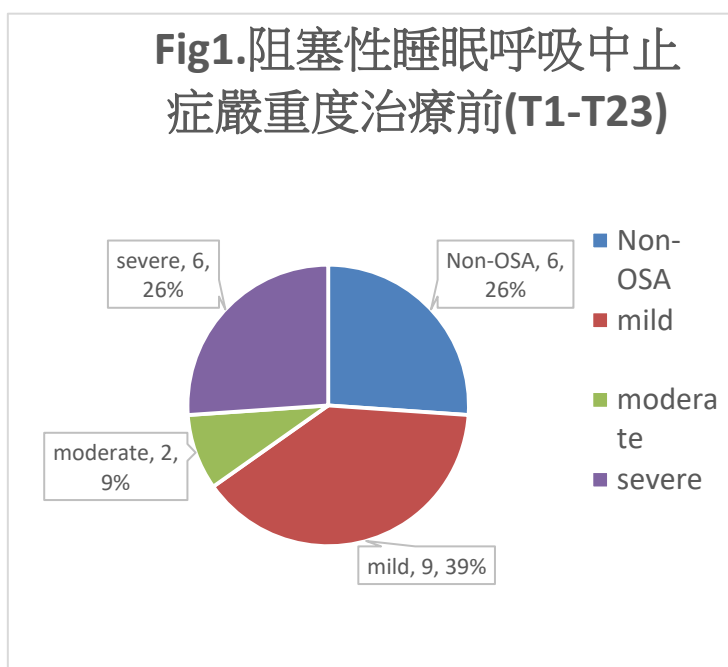
(五) 23 位患童，治療前睡眠檢查 AHI 指數與 OSA-18 問卷分數

可見 AHI 指數與 OSA-18 分數不見得呈現正相關，依照阻塞型睡眠呼吸中止症嚴重程度來分，比例可見下圖，無睡眠呼吸中止症(26%)、輕度(39%)、中度(9%)、重度(26%)。

Table4-1. 治療前 AHI 與 OSA-18 分數(T1-T23)

編號	AHI	OSA-18	嚴重度
T01	2	62	mild
T02	0.3	68	Non-OSA
T03	4	70	mild
T04	0.6	67	Non-OSA
T05	0.7	69	Non-OSA
T06	1.4	84	mild
T07	29.3	65	severe
T08	1	67	mild
T09	6.3	88	moderate
T10	0.9	61	Non-OSA
T11	1.7	86	mild
T12	11.5	61	severe
T13	13.5	61	severe
T14	3.5	69	mild
T15	3.4	93	mild
T16	0.2	78	Non-OSA
T17	4	61	mild
T18	13.6	60	severe
T19	1	78	mild
T20	0.9	65	Non-OSA
T21	9.6	82	severe
T22	5	75	moderate
T23	10.6	76	severe

Fig1. 阻塞性睡眠呼吸中止症嚴重度治療前(T1-T23)



(六) 13 位合併有阻塞型睡眠呼吸中止症患童，經治療後 AHI 指數與 OSA-18 分數。

共有 13 位患童有 OSA，有 9 位(69%)患童經治療後 AHI 指數達改善，7 位(54%)嚴重度有改善，13 位患童 OSA-18 分數均改善。

Table4-3. 治療前後AHI與OSA-18 分數

編號	治療前			治療後		
	AHI	OSA-18	嚴重度	AHI	OSA-18	嚴重度
T01	2	62	mild	0.3	29	* Non-OSA
T06	1.4	84	mild	0.5	21	* Non-OSA
T07	29.3	65	severe	14.2	3	severe
T08	1	67	mild	0.2	52	* Non-OSA
T09	6.3	88	moderate	0.6	13	* Non-OSA
T12	11.5	61	severe	6.6	17	* moderate
T21	9.6	82	moderate	6.3	23	moderate
T22	5	75	moderate	0.3	64	* Non-OSA
T23	10.6	76	severe	0.7	60	* Non-OSA

Table4-1. 治療組 AHI 第 0 週與第 8 週差別

變項	治療組(n=13)		
	第 0 週	第 8 週	p value ^s
AHI	8.55±7.49	5.66±6.09	0.075
Week 0,AHI>10 (n=5)	15.70±7.71	10.56±6.68	0.202
Week 0,AHI≤10 (n=8)	4.09±2.87	2.60±3.20	0.236

Spaired-t test



(七) 21 位患童治療前，治療四週、八週後，各項生活品質問卷量表分數。

在兒童鼻與鼻竇生活品質問卷、過敏品質問卷、兒童睡眠呼吸中止症生活品質問卷、兒童睡眠品質問卷、兒童過動注意力量表，於治療四週、八週後分數均有統計上顯著進步與改善。

Table5. 治療組量表第0週、第4週與第8週差別

變項	治療組(n=21)			p value ^s
	第0週	第4週	第8週	
兒童鼻與鼻竇生活品質問卷SN-5(正向題)	16.33±7.48	22.38±8.69**	27±6.56**	<0.000
過敏生活品質量表PADQLQ(負向題)	56.76±28.85	43.9±21.37**	29.05±20.79**	<0.000
兒童睡眠呼吸中止症生活問卷OSA-18(負向題)	71±9.8	35.11±18.33**	27.67±15.87**	<0.000
兒童睡眠品質問卷(負向題)	11.43±3.76	9.37±3.88**	8.76±4.54**	0.002
兒童注意力量表SNAPIV(負向題)	35.43±18.54	27.1±14.48**	26.14±15.99**	0.002
注意力缺陷	13.57±8.6	10.14±6.48**	9.43±7.33**	0.014
過動症狀	11.38±7.44	9.05±6.51**	8.52±6.32**	0.02

*p<0.05 **p<0.01 §repeat measure ANOVA

(八) 抽血檢驗 MAST 過敏原檢測。

患童過敏原由高至低排序，最常見過敏原前五名分別為，美洲塵蟎 15 人(65%)、歐洲塵蟎 14 人(61%)、家塵 11 人(48%)、蟑螂混合 7 人(30%)、蝦 4 人(17%)。

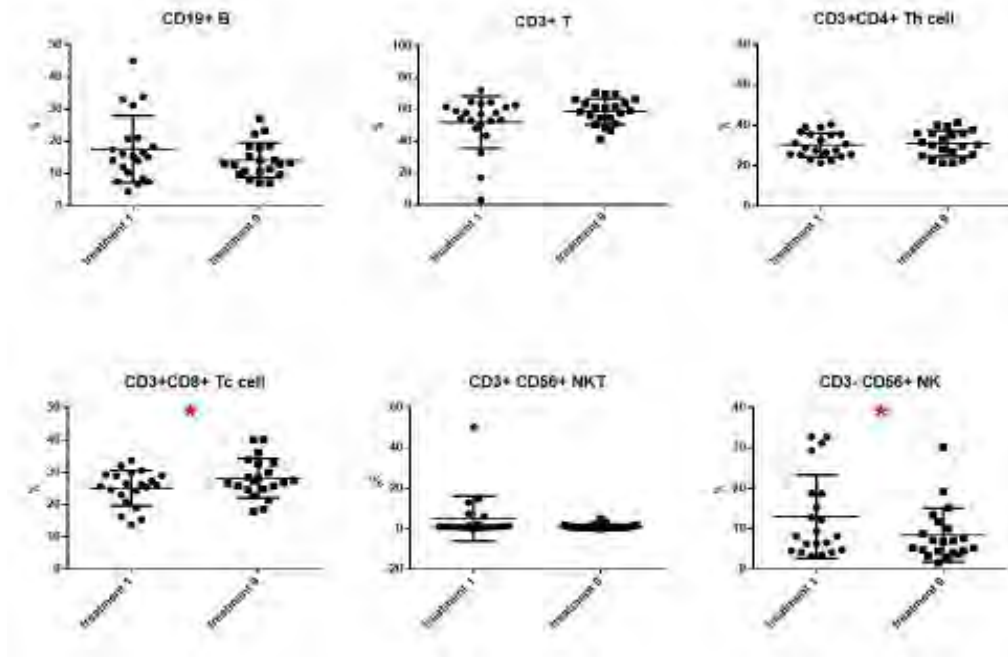
排序	過敏源	人數	百分比
1	Mite DF 美洲塵蟎	15	65%
2	Mite DP 歐洲塵蟎	14	61%

排序	過敏源	人數	百分比
3	Housedust 家塵	11	48%
4	Cockroach Mix 蟑螂混合	7	30%
5	Shrimp 蝦	4	17%
6	Clam 蚌殼類	3	13%
7	Cat dander 貓毛	3	13%
8	Crab 蟹	3	13%
9	Brewer's Yeast 啤酒酵母	2	9%
10	Cladosporium 芽枝菌屬	1	4%
11	Dog dander 狗毛	1	4%
12	Egg white 蛋白	1	4%
13	Avocado 酪梨	0	0%
14	Pork 豬肉	0	0%
15	Beef 牛肉	0	0%
16	Cheddar cheese 起士	0	0%
17	Tuna 鮪魚	0	0%
18	Soyabean 黃豆	0	0%
19	Wheat(Food) 小麥	0	0%
20	Chicken Feathers 雞毛	0	0%
21	Willow,Black 黑柳	0	0%
22	Eucalyptus 尤加利	0	0%
23	White Mulberry 白桑	0	0%
24	Pigweed 莧科	0	0%
25	Ragweed Mix I 豚草混合	0	0%
26	Timoty Grass 牧草	0	0%
27	Bermuda grass 狗牙根草	0	0%
28	Japenses cedar 日本杉	0	0%
29	Aspergillus 煙角麴菌	0	0%
30	Alternaria tenuis 交錯黴菌	0	0%
31	Penicillium 青黴菌	0	0%
32	Milk 牛奶	0	0%

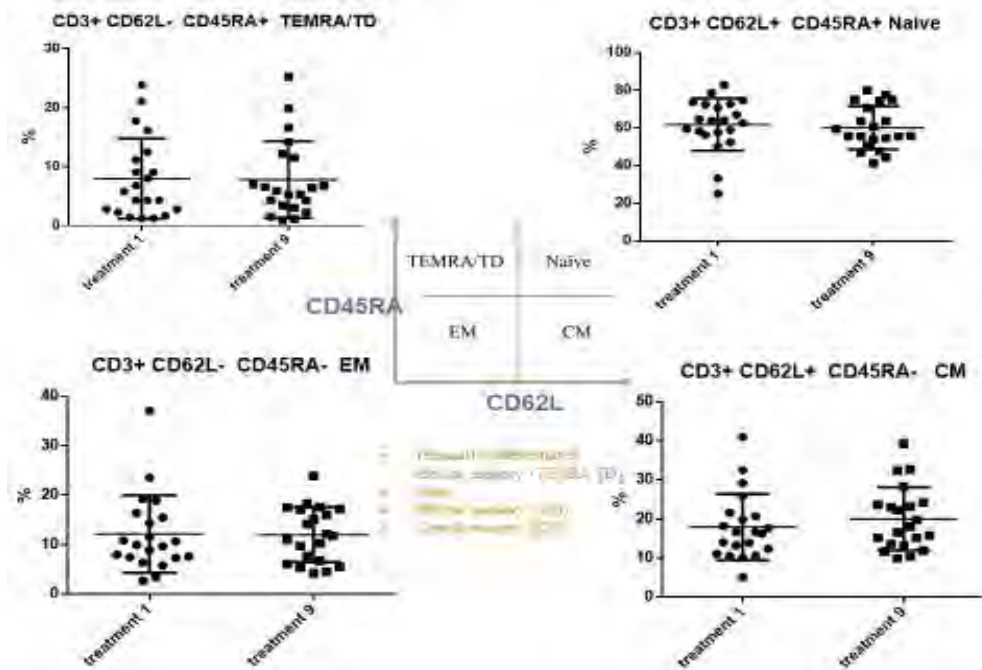
排序	過敏源	人數	百分比
33	Fish 鱈魚	0	0%
34	Peanut 花生	0	0%
35	Egg yolk 蛋黃	0	0%
36	Latex 乳膠	0	0%

(九)免疫檢測。

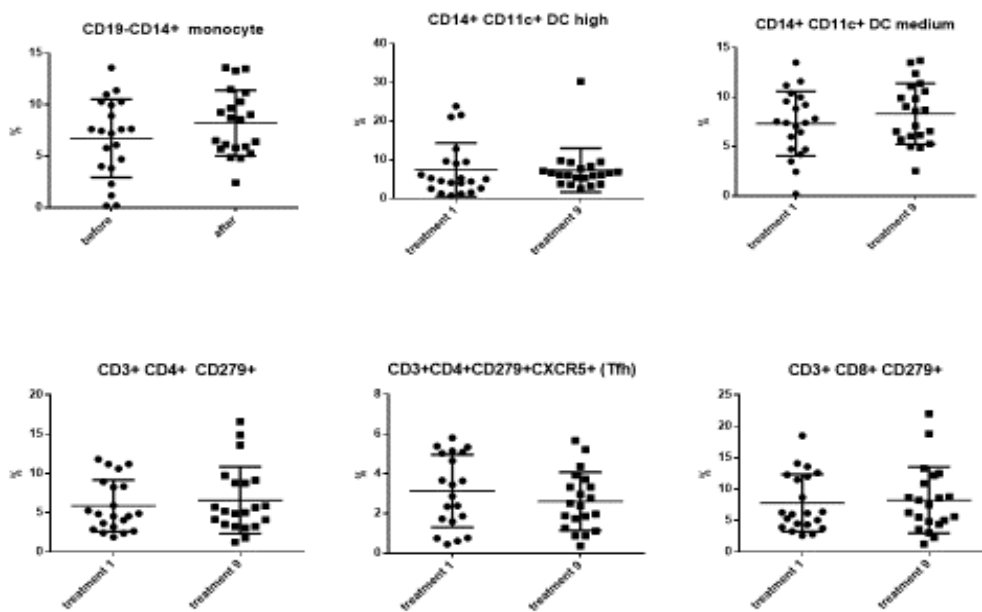
1. Tc 細胞比例顯著增加，NK 細胞比例顯著下降。



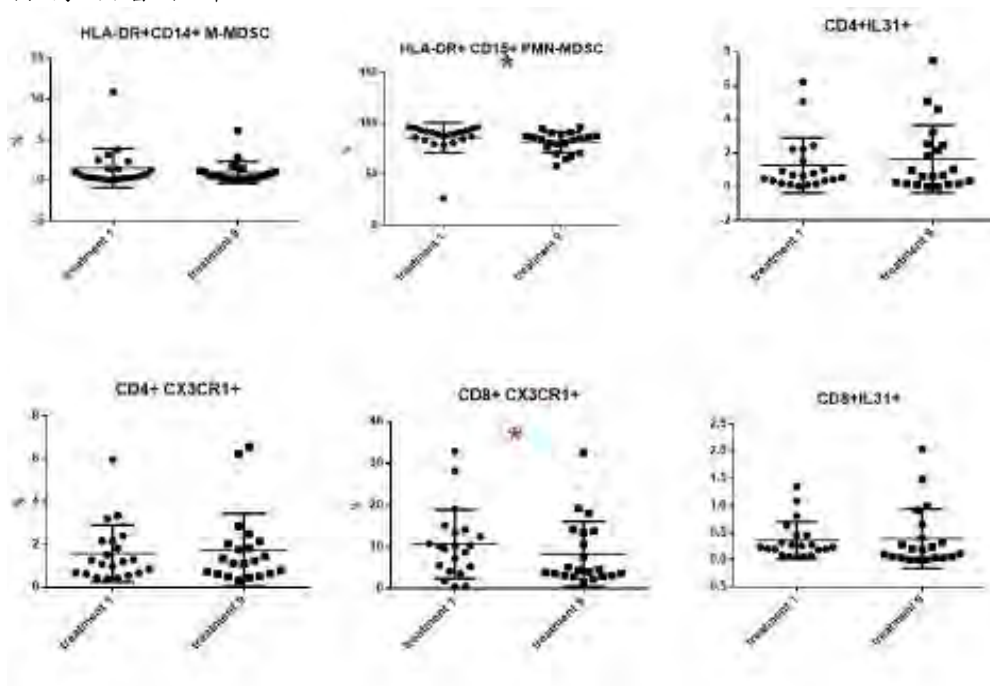
2. Memory Cell 無明顯差異



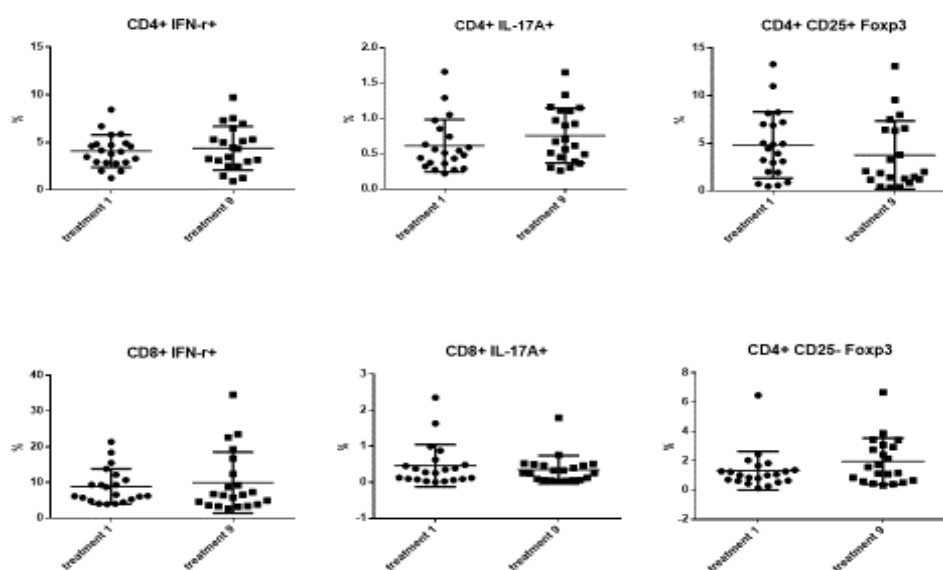
3. Monocyte, Dendritic Cell 無明顯差異



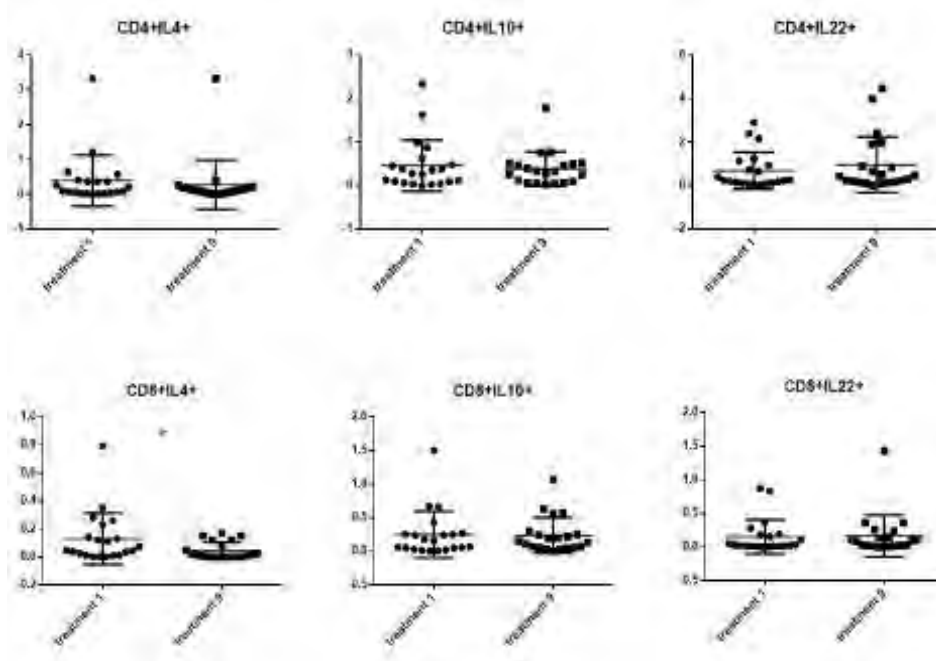
4. PMN-MDSC 骨髓來源抑制細胞比例顯著下降，CX3CR1 發炎指標有顯著下降



5. IFN-r, IL-17 無顯著差異



6. IL-4 有顯著下降



(十)中醫舌診報告。

由舌診檢查可發現，過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患童，舌頭中間與舌根舌苔較厚膩，這與鼻涕倒流有關，中醫症型與中下焦及膀胱經濕熱有關，舌尖偏紅，中醫證型為上焦有熱。舌下絡脈容易出現怒張、長度比超過 3/5，寬度超過 2.7mm、且伴隨有瘀血絲，中醫證型為血瘀證。整題而言，透過舌診檢查發現患童容易有上焦熱象、中下焦與膀胱經濕熱、與血瘀表現。

T01			
前	測	第 五 週	第 九 週
<p>苔中根微白膩 前邊薄 質淡紅 偏黯 微齒痕 瘀點 舌下絡脈:微怒張 長度比:3/5 寬度 >2.7MM 瘀血絲 報告:中下焦有濕 氣虛 微氣滯血 瘀 微鬱熱</p>		<p>苔中根微白膩前邊薄白 質淡紅 偏黯 偏嫩 舌下絡脈:微怒張 長度>3/5 寬度 >2.7mm 囊泡 瘀血絲 報告: 中下焦有濕(痰濕?) 氣虛 血瘀</p>	<p>苔中根微白帶膩 餘薄白 多津 質淡紅 前偏黯 微齒痕 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 瘀血絲 囊柱泡 肉埠腫脹 報告: 氣虛 有濕 氣滯血瘀 注意泌尿 生殖系統問題</p>
T02			
前	測	第 五 週	第 九 週
<p>苔微白底上微黃 前邊薄白 質淡紅 朱點 舌下絡脈:微怒張 寬度>2.7MM 長 度比>3/5 瘀點 瘀血絲 報告:中下焦有濕化熱 鬱熱 微氣 滯血瘀</p>		<p>苔微白膩 質淡紅 瘀點 微齒痕 中微裂 舌下絡脈:長度比>3/5 瘀血絲囊柱 報告: 氣虛 血瘀 挾濕 微陰虛</p>	<p>苔中根微白膩 津多 質淡紅偏黯 齒痕 朱點 瘀點 舌下絡脈:怒張 >3/5 寬度 >2.7mm 瘀血絲 瘀點 肉埠腫脹 報告: 中下焦有濕 氣虛 氣滯血瘀 注意 泌尿生殖系統問題</p>
T03			
前	測	第 五 週	第 九 週
<p>苔中根黃白膩 前邊少苔 質紅 齒痕 朱點多 舌下絡脈:寬度>2.7mm 囊柱泡 報告: 中下焦濕熱 陰虛 氣虛 氣滯血瘀</p>		<p>苔中根微黃白前邊薄少 質偏紅 微瘀點 朱點 微齒痕 舌下絡脈:瘀點 囊泡 報告: 氣陰虛 心肺有熱 血瘀 微有鬱熱</p>	<p>苔薄黃 前邊偏少苔 質偏紅 朱點 微齒痕 舌下絡脈:寬度>2.7mm 瘀血絲 瘀 點 報告: 心肺陰虛鬱熱微氣虛微氣滯血瘀</p>

T04

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中根白微厚膩滑 前邊薄白 質淡紅偏淡 齒痕 朱點 舌下絡脈:怒張 報告: 中下焦有濕(或寒濕) 氣虛 氣滯血瘀</p>	<p>苔中根白厚膩 前邊薄白 質偏紅 朱點 齒痕 舌下絡脈:無異常 報告: 中下焦有濕 心肺有熱</p>	<p>苔中根白微厚膩 濕 質偏紅 朱點 微齒痕 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬 度>2.7mm 囊柱 中下焦有濕(或濕鬱化熱) 微氣滯 血瘀</p>

4

T05


前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中根微白前邊少苔 質偏紅 朱點 舌下絡脈:無異常 報告: 中下焦有濕 心肺有熱</p>	<p>苔中根微白帶膩 餘薄白 質偏紅 朱點 舌下絡脈:怒張曲張 長度比>3/5 寬度>2.7mm 囊泡柱 肉埠腫脹 報告: 中下焦有濕 氣滯血瘀 注意泌尿 生殖系統問題</p>	<p>苔中根微白膩濕 唾液泡 質淡紅 朱點 尖瘀點 舌下絡脈:瘀血絲 報告: 下下焦水濕不化 血瘀 偏氣虛</p>

5

T06

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中後根黃白膩 前邊薄少苔 質偏紅 朱點 瘀點 齒痕 舌下絡脈:微怒張 寬度>2.7mm 微 瘀血絲 瘀點 報告: 中下焦濕熱 鬱熱 氣虛 微氣滯血瘀</p>	<p>苔中根白膩根偏厚 前邊薄白 質偏紅 朱點 微齒痕 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm囊柱泡 瘀血絲 報告: 中下焦有濕 氣虛 陰虛 氣滯血 瘀(心肺有熱)</p>	<p>苔中根微白帶膩餘薄少 質偏紅 朱點 齒痕 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 囊柱 瘀血絲 瘀點 肉埠左側腫脹 報告: 氣陰虛 中下焦微有濕熱 微氣滯 血瘀 注意泌尿生殖系統(左側)</p>

T07

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中根黃白膩 前邊少苔 質偏黯紅 前紅多朱點 中裂 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 瘀點囊柱泡 報告: 中下焦濕熱心肺有熱 陰虛氣滯血瘀</p>	<p>苔根微白帶膩邊微少苔 質偏黯紅 裂 微朱點 體微胖 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊泡 肉埠腫脹 報告: 鬱熱 水飲 下焦有濕 氣滯血瘀 注意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根黃膩前邊少苔 質偏紅 前朱點多 微齒痕 舌下絡脈:長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊柱 報告: 中下焦濕熱 心肺有熱 陰虛 微氣 虛 微氣滯血瘀</p>

T08

前 測	第 五 週	第 九 週
<p>苔中根微白邊前薄白 質偏紅 朱點 微齒痕 舌下絡脈:微怒張 長度>3/5 寬度 >2.7mm 瘀血絲 肉埠腫脹 報告: 中下焦有濕 微有鬱熱 微氣滯血瘀 注意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微白膩 餘薄白 質淡紅 偏黯 裂 微齒痕 瘀點 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊柱泡 肉埠微腫脹 報告: 中下焦有濕 氣滯血瘀 微氣虛 注 意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微白厚膩前邊薄白 質偏紅 朱點 裂 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊泡 肉埠腫脹 報告: 中下焦有濕 氣滯血瘀 微陰虛⁸ 注意泌尿生殖系統問題</p>

T09

前 測	第 五 週	第 九 週
<p>苔中根白底上灰膩 偏厚 邊少苔 質偏紅 朱點 微齒痕 舌下絡脈:肉埠腫脹 報告: 中下焦濕濁化熱 鬱熱 心肺有熱 注 意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微黃白膩 前邊薄少苔 質偏黯紅 朱點 瘀點 舌下絡脈:微怒張 寬度>2.7mm 囊 柱 肉埠腫脹 報告: 中下焦微濕熱 心肺有鬱熱 微陰 虛氣滯血瘀注意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微黃白帶膩 偏乾 邊少苔 質紅 朱點 微齒痕 根裂 舌下絡脈:微怒張 寬度>2.7mm 肉 埠腫脹 報告: 陰虛 中下焦微濕熱 氣滯血瘀⁹微 氣虛 注意泌尿生殖系統問題</p>

T10

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中根微白帶膩 邊薄白 津多 質淡紅 微朱點 舌下絡脈:微怒張曲張 寬度>2.7mm 瘀血絲 肉埠腫脹 報告 中下焦有濕 微氣滯血瘀 注意泌尿 生殖系統問題</p>	<p>苔根微白膩前邊薄白 質淡紅 朱點 瘀點 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊泡 瘀血絲 肉埠腫脹 報告 下焦有濕 氣滯血瘀 注意泌尿生殖 系統</p>	<p>苔中根白膩 濕 根偏厚 餘薄白 質淡紅 朱點不紅 齒痕 舌下絡脈:怒張 曲張 寬度>2.7mm 瘀血絲 肉埠腫脹 報告 中下焦有濕 氣虛 氣滯血瘀 注意 泌尿生殖系統問題</p>

T11

前 測	第 五 週	第 九 週
	退出	退出
	退出	退出
<p>苔中微白 濕 質淡紅 瘀點 瘀點 前朱點 舌下絡脈:寬度>2.7mm 旁囊柱泡 報告: 中下焦有濕 心肺有熱 微氣滯血瘀</p>	退出	退出

T12



苔中根微白帶膩前邊薄少
質偏紅 邊偏黯 朱點 中裂
舌下絡脈:微怒張 左邊絡脈長度比
>3/5 寬度>2.7mm 瘀血絲 瘀點
報告:
陰虛 下焦濕熱 氣滯血瘀(偏左側)

苔中根微白前邊薄白偏少
質淡紅偏紅 中裂 微朱點 微齒痕
舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬
度>2.7mm 瘀血絲 肉埠腫脹
報告:
中下焦有濕 氣滯血瘀 陰虛微氣
虛 注意泌尿生殖系統問題

苔中根微白帶膩 前邊薄白
質偏紅 朱點 中裂 體偏瘦
舌下絡脈:長度>3/5 寬度>2.7mm
肉埠微腫脹
報告:
中下焦濕熱 陰虛 微鬱熱 注意泌
尿生殖系統問題

T13



苔赤白底上黃 偏厚膩 前邊薄白
質偏紅 微齒痕 瘀點 朱點
舌下絡脈:微怒張 餘不清
報告:
中下焦濕化熱 心肺有熱 微氣滯血
瘀 微氣虛

苔中根微白厚膩前薄白
質偏紅 朱點 瘀點
舌下絡脈:怒張 曲張 長度比>3/5
寬度>2.7mm 囊泡 瘀血絲 瘀點
肉埠腫脹
報告:
三焦有濕 心肺有熱 氣滯血瘀 注
意泌尿生殖系統問題

苔中根白偏厚膩 前薄白
質偏紅 朱點多 根裂 體微胖大 微
齒痕
舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬
度>2.7mm 囊泡 瘀血絲 肉埠腫脹
報告:
中下焦濕熱 氣滯血瘀 心肺有熱
微氣虛 注意泌尿生殖系統問題

T14			
前	測	第 五 週	第 九 週
		退出	退出
		退出	退出
苔中微白 濕 質淡紅 瘀點 瘀點 前朱點 舌下絡脈:寬度>2.7mm 旁囊柱泡 報告: 中下焦有濕 心肺有熱 微氣滯血瘀		退出	退出

14


T15			
前	測	第 五 週	第 九 週
		週六下午回診,檢查室已關未成功執行	
		週六下午回診,檢查室已關未成功執行	
苔微白中根帶膩 質淡黯 瘀點 中裂 齒痕 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬度>2.7mm 瘀血絲 肉埠微腫脹 報告: 中下焦有濕 氣虛 氣滯血瘀 注意泌尿生殖系統問題		週六下午回診,檢查室已關未成功執行	苔薄白 質淡紅偏黯 體微胖大 微齒痕 瘀點 中微裂 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬度>2.7mm 瘀血絲 瘀點 報告: 血瘀 氣虛 微血虛 微傷陰

15

T16

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中根微白膩上微黃 前邊薄少苔 根微苔裂質偏紅 微黯 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊柱 肉埠腫脹 報告: 中下焦濕熱 微傷陰 氣虛 氣滯血瘀 注意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微黃白帶膩前邊薄白質偏 紅中前偏黯 前朱點 偏紅 微齒痕 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 囊柱瘀點瘀血絲肉埠腫脹 報告: 中下焦濕熱 心肺有熱 氣滯血瘀 微氣虛</p>	<p>苔中根白微厚膩 前邊少苔 質偏紅 朱點 尖多 齒痕 體微瘦 舌下絡脈:怒張 長度>3/5 寬度 >2.7mm 囊泡柱 瘀點 報告: 中下焦濕熱 陰血不足 心肺有熱 氣虛 氣滯血瘀</p>

T17


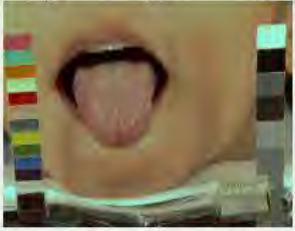

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔微白帶膩前邊薄白 質偏紅 朱點 齒痕 邊中裂 舌下絡脈:寬度>2.7mm囊柱肉埠微腫脹 報告: 陰虛內熱 中下焦濕熱 微氣滯血瘀 注意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔微白帶膩 前邊少苔 質紅偏黯 朱點 瘀點 齒痕 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬 度>2.7mm 囊柱 瘀點 報告: 鬱熱 陰虛 氣滯血瘀 微氣虛</p>	<p>苔中根白微厚膩 乾 前邊薄少 質偏紅 朱點多 中裂 齒痕 舌下絡脈:微怒張 寬度>2.7mm 肉埠 微腫脹 報告: 中下焦濕熱 陰虛 氣虛 心肺鬱熱 微氣滯血瘀 注意泌尿生殖系統問題</p>

T18

前 測	第 五 週	第 九 週
		
		
<p>苔中根白膩滑 質淡紅偏黯 朱點 瘀點 齒痕 微嫩 舌下絡脈:偏短 報告: 氣虛(或陽虛) 中下焦有濕 血瘀</p>	<p>苔中根白膩有津 質偏紅 朱點 舌下絡脈:長度比>3/5 囊柱 報告 中下焦有濕 心肺有熱 微氣滯血瘀</p>	<p>苔中根白膩偏厚前薄少苔,濕 質偏黯紅 朱點 體偏大 舌下絡脈:長度比>3/5 微怒張 報告: 中下焦有濕 微氣滯血瘀心肺有熱</p>

18

T19

前 測	第 五 週	第 九 週
		
個案小不會捲舌	個案小不會捲舌	個案小不會捲舌
<p>苔中根白膩 餘薄白 質淡紅偏紅 瘀點多 朱點 齒痕 舌下絡脈:無影像 報告: 中下焦有濕 心肺鬱熱 血瘀</p>	<p>苔中根微白膩 前邊薄白 有津 質偏黯紅 朱點 瘀點 齒痕 舌下絡脈:無影像 報告 中下焦有濕 內有鬱熱 氣虛 血瘀</p>	<p>苔中根微白厚膩前邊薄白 質偏黯紅 朱點 齒痕 無舌下絡脈圖 報告: 中下焦有濕 有鬱熱 氣虛</p>

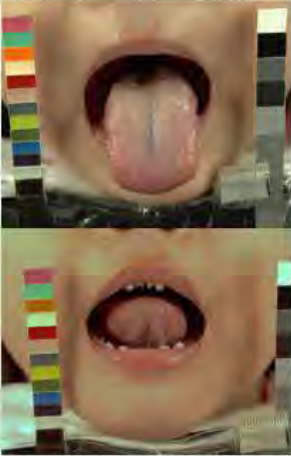
19


T20

前 測	第 五 週	第 九 週
<p>苔微白帶黃 邊少苔 質偏黯紅 朱點 瘀點 微齒痕 偏瘦 舌下絡脈:瘀血絲 報告: 中下焦微濕熱 鬱熱 血瘀 陰虛(肝)</p>	<p>苔中根白微厚膩邊少苔 質偏黯紅 朱點 齒痕 舌下絡脈:長度比>3/5瘀血絲 囊泡 報告 中下焦有濕 氣虛 陰虛 心肺有熱 微血瘀</p>	<p>苔中根微白膩前邊少苔 質偏黯紅 朱點 瘀點 微齒痕 舌下絡脈:長度比>3/5瘀血絲 瘀點 報告 中下焦濕>熱 陰虛(心肺肝) 微氣 虛 氣滯血瘀</p>

T21



前 測	第 五 週	第 九 週
<p>苔薄白 質淡紅偏紅 中根偏黯 微朱點 體偏大 中微裂 舌下絡脈:怒張 長度比>3/5 寬度 >2.7mm 瘀血絲 囊柱泡 肉埠腫脹 報告: 氣滯血瘀 心肺微有熱 微傷陰 注意 泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微白膩 前邊薄白 質淡紅偏黯 中裂 前朱點 舌下絡脈:怒張明顯 長度比>3/5 寬度>2.7mm 囊泡柱 瘀血絲肉埠腫脹 報告 氣滯血瘀 中下焦微濕熱 心肺有 熱 陰虛 注意泌尿生殖系統問題</p>	<p>苔中根微白膩 前邊薄白 質淡紅偏黯 中裂 前朱點 舌下絡脈:怒張明顯 長度比>3/5 寬度>2.7mm 囊泡柱 瘀血絲 肉埠腫脹 報告 氣滯血瘀 中下焦微濕熱 心肺有 熱 陰虛 注意泌尿生殖系統問題</p>



T22		
前 測	第 五 週	第 九 週
		
<p>苔中根微白帶膩 黃染? 質淡紅偏紅 瘀點 微朱點 舌下絡脈:微怒張 (不清) 報告: 下焦微濕熱 血瘀 微鬱熱</p>	<p>苔中根黃白膩微厚 邊偏少苔 質淡紅偏紅 朱點 齒痕 中裂 舌下絡脈:微瘀血絲 報告 中下焦濕熱 氣虛 陰虛 心肺有熱</p>	<p>個案小不太會捲舌(嘗試5次都失敗) 苔中根黃白膩 前邊薄白 質淡紅 前偏黯 微齒痕 朱點不紅 瘀點 舌下絡脈:無圖像 報告 中下焦濕熱 心肺有熱血瘀微氣虛</p>



T23		
前 測	第 五 週	第 九 週
	<p>週六下午回診,檢查室已關未成功執行</p> <p>週六下午回診,檢查室已關未成功執行</p>	
<p>苔中根微白帶膩邊少苔 質偏紅 中裂 微瘀點朱點 微齒痕 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5(右>左) 寬度>2.7mm 囊泡柱 瘀血絲 報告: 中下焦微濕熱 陰虛氣滯血瘀微氣虛</p>	<p>週六下午回診,檢查室已關未成功執行</p>	<p>苔中根微白膩 根偏厚 邊微少苔 質偏黯紅 朱點 中裂 舌下絡脈:微怒張 長度比>3/5 寬度>2.7MM 囊泡瘀血絲 肉埠腫脹 報告 中下焦有濕 微氣滯血瘀 陰虛 鬱熱 注意泌尿生殖系統問題</p>



(十一)頭面部 x 光檢查(Cephalometry)報告。



由頭面部 x 光檢查可發現共有 18 位患童 (T01,03,05,06,07,08,09,10,11,13,14,15,16,18,19,20,21,23)有腺樣體腫大(Prominent pharyngeal tonsilar soft tissue)，共 13 位患童 (T02,03,07,09,10,11,14,15,16,18,21,22,23) 可見扁桃體腫大 (palatine tonsil enlarged)。



編號	X-ray	報告
T01		<p>Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Thickening of soft palate (velum) soft tissue Suspected enlargement of palatine tonsil Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Mild Thickening of prevertebral soft tissue Ill-defined vestibular fold, vocal cord</p>
T02		<p>Thickening of prevertebral soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord</p>



編號	X-ray	報告
T03		<p>Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Thickening of -soft palate (velum) soft tissue Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space Ill-defined epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord</p>
T04		<p>Normal pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue No evidence of enlargement of palatine tonsil Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord</p>



編號	X-ray	報告
T05		<p>Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue</p> <p>Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue</p> <p>No evidence of enlargement of palatine tonsil</p> <p>Mild narrowing of <u>retropalate</u> space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Preservation of prevertebral soft tissue</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p> <p>Suggest follow up</p>
T06		<p>Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue</p> <p>Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue</p> <p>No evidence of enlargement of palatine tonsil</p> <p>Mild narrowing of <u>retropalate</u> space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Some gas <u>lucency</u> superimposed with prevertebral soft tissue at lower C-spine</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p>





編號	X-ray	報告
T07		<p>Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue</p> <p>Thickening of soft palate (velum) soft tissue</p> <p>Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Preservation of prevertebral soft tissue</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p>
T08		<p>Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue</p> <p>Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue</p> <p>No evidence of enlargement of palatine tonsil</p> <p>Mild narrowing of <u>retropalate</u> space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Preservation of prevertebral soft tissue</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p>


編號	X-ray	報告
T09		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <p>Prominent pharyngeal tonsillar soft tissue</p> <p>Swelling of soft tissue around soft palate</p> <p>Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Preservation of prevertebral soft tissue</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p> <p>Suggest follow up</p>
T10		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <p>Prominent pharyngeal tonsillar soft tissue</p> <p>Swelling of soft tissue around soft palate</p> <p>Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space</p> <p>Suggest further management</p>

編號	X-ray	報告
T11		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <p>Prominent pharyngeal tonsillar soft tissue</p> <p>Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue</p> <p>Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Preservation of prevertebral soft tissue</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p> <p>Suggest follow up</p>
T12		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <p>Normal pharyngeal tonsillar soft tissue</p> <p>Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue</p> <p>No evidence of enlargement of palatine tonsil</p> <p>Mild narrowing of retropalate space</p> <p>Normal appearance of epiglottis</p> <p>Preservation of prevertebral soft tissue</p> <p>Normal appearance of vestibular fold</p> <p>Normal appearance of vocal cord</p> <p>Suggest follow up</p>

編號	X-ray	報告
T15		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Swelling of soft tissue around soft palate Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord <p>Suggest follow up</p>
T16		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space ; adenoid vegetation ?? Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord <p>Suggest follow up</p>

編號	X-ray	報告
T17		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <ul style="list-style-type: none"> Normal pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Swelling of soft tissue around soft palate No evidence of enlargement of palatine tonsil Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord <p>Suggest follow up</p>
T18		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue Suspected enlargement of palatine tonsil Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord <p>Water's view showed:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hypertrophy of nasal conchae Increased density in left maxillary sinus <p>Suggest further management</p>

編號	X-ray	報告
T19		<p><u>Cephalometry</u> routine [Lat] showed: Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue No evidence of enlargement of palatine tonsil Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Thickening of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord Suggest follow up</p>
T20		<p><u>Cephalometry</u> routine [Lat] showed: Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Swelling of soft tissue around soft palate No evidence of enlargement of palatine tonsil Mild narrowing of <u>retropalate</u> space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord Suggest follow up</p>
編號	X-ray	報告
T21		<p><u>Cephalometry</u> routine [Lat] showed: Prominent pharyngeal <u>tonsilar</u> soft tissue Swelling of soft tissue around soft palate Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space Water's view showed: No definite air-fluid level in maxillary sinus Hypertrophy of nasal conchae Increased density in bilateral maxillary sinuses with thickening and blurring of wall; indicated possibility of sinusitis Suggest further management</p>
T22		<p><u>Cephalometry</u> routine [Lat] showed: Thickening of prevertebral soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord Suggest further management</p>

編號	X-ray	報告
T23		<p>Cephalometry routine [Lat] showed:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prominent pharyngeal tonsillar soft tissue Normal thickness of soft palate (velum) soft tissue Enlargement of palatine tonsil with narrowing of retropharyngeal space Normal appearance of epiglottis Preservation of prevertebral soft tissue Normal appearance of vestibular fold Normal appearance of vocal cord <p>Suggest follow up</p>

肆、討論

一、兒童睡眠呼吸中止症生活品質問卷(OSA-18)與睡眠檢查 AHI 指數不完全呈現正相關。

研究發現 OSA-18 分數的高低並不一定代表睡眠檢查中 AHI 指數，也就是阻塞性睡眠呼吸中止症的嚴重程度，推測應該與問卷是由家長填寫有關，由問卷評估項目來看，1-4 是睡眠障礙問題，若家長沒有與孩子一起睡，可能不易觀察到這些項目，15-18 與家長擔心孩子的身體因素有關，如果家長較焦慮緊張，此分數也會偏高。根據其他研究文獻顯示[18]，選項 1（大聲呼吸），2（夜間發生呼吸中斷或停頓），3（睡眠時有呼吸阻塞或喘息聲），5（因鼻塞而張口呼吸），15（擔心孩子的總體健康）與 AHI 有顯著相關性，另外其研究顯示總分 67 分可當作評估有無阻塞型睡眠呼吸中止症的標準。

編號	AHI	OSA-18	嚴重度
T01	2	62	mild
T02	0.3	68	Non-O SA
T03	4	70	mild
T04	0.6	67	Non-O SA
T05	0.7	69	Non-O SA
T06	1.4	84	mild
T07	29.3	65	severe
T08	1	67	mild
T09	6.3	88	moderate
T10	0.9	61	Non-O SA
T11	1.7	86	mild
T12	11.5	61	severe
T13	13.5	61	severe
T14	3.5	69	mild
T15	3.4	93	mild
T16	0.2	78	Non-O SA
T17	4	61	mild
T18	13.6	60	severe
T19	1	78	mild
T20	0.9	65	Non-O SA
T21	9.6	82	severe
T22	5	75	moderate
T23	10.6	76	severe

請以最近一個月內您的孩子睡覺情況與症狀發生頻率作答，每個題目僅勾選一項。							
在過去一個月內，您的小孩睡覺情況與症狀發生頻率	0 從未有過	1 很少有過	2 曾經有過	3 約一半的時間有	4 大部分是如此	5 經常是如此	6 總是如此
1. 大聲打呼							
2. 夜間發生呼吸中斷或停頓							
3. 睡眠時有呼吸阻塞或喘息聲							
4. 睡眠不安穩或經常驚醒							
5. 因鼻塞而張口呼吸							
6. 經常感冒或上呼吸道感染							
7. 有鼻分泌物或黏鼻涕							
8. 吞嚥食物困難							
9. 情緒不穩定或脾氣暴躁							
10. 好動或有攻擊性行為							
11. 有違反紀律現象							
12. 白天困倦或嗜睡							
13. 注意力差或精神不集中							
14. 早上不能按時起床							
15. 擔心孩子的總體健康							
16. 擔心孩子是否能呼吸到足夠的空氣							
17. 影響照顧人白天的工作或家務							
18. 因上述問題而感到挫折沮喪							

二、兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙的患童，過去病史與用藥狀況。

收案的患童過去病史容易出現鼻竇炎、中耳炎、與中耳積水，用藥使與治療過敏性鼻炎用藥相似，約 86% 患童會使用鼻內類固醇噴劑、70% 會使用口服抗組織胺，但使用西藥仍無法控制鼻症狀與睡眠呼吸的問題。

Table1-2. T01-T23 患童過去病史及用藥資料描述性分析

變項	患童(n=23)
過去病史(最近一個月)	
感冒次數(Mean)	0.7
鼻竇炎	6(42.9)
中耳炎	3(21.4)
中耳積水	2(14.3)
肺炎	1(7.1)
氣喘	0(0)
結膜炎	2(14.3)
用藥史(最近一個月)	
口服	
抗組織胺	7(70)
去鼻充血劑	0(0)
類固醇	0(0)
白三烯拮抗劑	3(30)
鼻噴劑	
鼻內類固醇噴劑	19(86.4)
鼻內去充血劑	0(0)
鼻內抗膽鹼劑	2(9.1)
其他(眼藥水)	1(4.5)

三、兒童過敏性鼻炎合併有腺樣體腫大與扁桃體腫大情形，容易出現合併睡眠呼吸障礙的患童。

由檢查結果可知此次收案患同共有 18 位(78%)有腺樣體腫大，13 位(57%)有扁桃體腫大問題，且其中 9 位(39%)扁桃腺大小是屬於 grade3 以上。有腺樣體、扁桃體腫大問題的患童相對較一般過敏性鼻炎患童容易出現睡眠呼吸障礙。

Table1-3. T01-T23 患童扁桃腺分級差異

變項	患童 n(%)	
	第 0 週(n=23)	第 8 週(n=21)
扁桃腺大小分級		
Grade 0	1(4.3)	1(4.8)
Grade 1	3(13.0)	4(19.0)
Grade 2	10(43.5)	11(52.4)
Grade 3	7(30.4)	5(23.8)
Grade 4	2(8.7)	0(0)

四、抽血檢查 IgE，過敏原檢查(MAST)。

(一) 治療前後患童的 IgE 指數稍減少，但未達統計上顯著差異。過敏原刺激漿細胞和記憶性細胞產生正常的體液性免疫反應與第一型超敏反應，而第一型超敏反應會刺激漿細胞分泌大量 IgE。IgE 與肥大細胞和嗜鹼性白血球表面上的 Fc 接受器(Fc receptor)之間具有高度的親和力，因此會與之結合。當個體再次接觸過敏原時，此外來抗原會與肥大細胞和嗜鹼性白血球細胞膜上的 IgE 交叉連結(cross-link)，引起肥大細胞或嗜鹼性白血球進行去顆粒作用導致立即性超敏反應。由 IgE 所媒介，所以也稱為 IgE 媒介型超敏反應(IgE-mediated hyper-sensitivity)。雖然 IgE 在血清中的壽命只有大約 3 天，但 IgE 與嗜鹼性白血球和肥大細胞表面接受器結合時，這種穩定的結合體將可持續穩定長達數星期，故要降低 IgE 的指數，所需要的時間應該要更長，可再治療 3 個月以上再來抽血檢測 IgE 數據是否下降。

Table2. 患童抽血 IgE 數據第 0 週與第 8 週差別

變項	患童(n=21)		p value [§]
	第 0 週	第 8 週	
IgE	384.07±509.4	373.53±450.6	0.783

§paired-t test

(二) 過敏原檢查：患童過敏原由高至低排序，最常見過敏原前五名分別為，美洲塵蟎 15 人(65%)、歐洲塵蟎 14 人(61%)、家塵 11 人(48%)、蟑螂混合 7 人(30%)、蝦 4 人(17%)。

五、中醫舌診檢查報告分析。

由舌診檢查可發現，過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙患童，舌頭中間與舌根舌苔較厚膩，這與鼻涕倒流薰蒸舌苔有關，中醫症型與中下焦及膀胱經濕熱有關；舌尖偏紅，中醫證型為上焦有熱；舌下絡脈容易出現怒張、長度比超過 3/5，寬度超過 2.7mm、且伴隨有瘀血絲，中醫證型為血瘀證。整體而言，透過舌診檢查發現患童容易有上焦熱象、中下焦與膀胱經濕熱、與血瘀表現。此舌診特性可再與健康兒童的舌診來作比較。

六、中西醫合作照護後與生活品質相關量表（追蹤期與基準期相比較）

本計畫可發現原本已有 80% 患童接受正規西醫鼻內類固醇噴劑治療但治療效果不佳者，透過中西醫合作照護治療後，主要照護指標兒童鼻與鼻竇生活品質問卷與兒童睡眠呼吸中止症生活問卷治療四週與八週後可達統計上顯著改善，顯示兒童鼻症狀與睡眠呼吸狀況可達顯著改善。此外，過敏生活品質量表與兒童睡眠品質問卷治療四週與八週後可達統計上顯著改善，其他的過敏與睡眠指標也達顯著進步。兒童睡眠與白天注意力過動有很大的相關性，經治療後兒童睡眠品質改善，兒童過動注意力不集中評估問卷(SNAP IV)治療四週與八週後可達統計上顯著改善。

Table5. 治療組量表第0週、第4週與第8週差別

變項	治療組(n=21)			p value [§]
	第0週	第4週	第8週	
兒童鼻與鼻竇生活品質問卷SN-5(正向題)	16.33±7.48	22.38±8.69**	27±6.56**	<0.000
過敏生活品質量表PADQLQ(負向題)	56.76±28.85	43.9±21.37**	29.05±20.79**	<0.000
兒童睡眠呼吸中止症生活問卷OSA-18(負向題)	71±9.8	35.11±18.33**	27.67±15.87**	<0.000
兒童睡眠品質問卷(負向題)	11.43±3.76	9.37±3.88**	8.76±4.54**	0.002
兒童注意力量表SNAPIV(負向題)	35.43±18.54	27.1±14.48**	26.14±15.99**	0.002
注意力缺陷	13.57±8.6	10.14±6.48**	9.43±7.33**	0.014
過動症狀	11.38±7.44	9.05±6.51**	8.52±6.32**	0.02

*p<0.05 **p<0.01 §repeat measure ANOVA

七、中西醫合作照護後與尿床改善狀況（追蹤期與基準期相比較）

本計畫收案的兒童過敏性鼻炎合併有睡眠呼吸障礙的患童，有 57% 仍

有尿床情形，與文獻提到的尿床與睡眠障礙有相關性，但多數患童並未達遺尿定義，一週尿床次數超過兩次，故平均每週尿床次數為 1.76，治療四週後尿床頻率可達顯著改善。但是尿床並非單純與睡眠障礙有關，就本次個案可發現其中 3 名患童合併有膀胱容量過小。

Table3. 治療組尿床情形第 0 週、第 4 週與第 8 週差別

變項	治療組(n=21)			p value ^s
	第 0 週	第 4 週	第 8 週	
尿床				
是	12(57.14)			
持續尿床		10(83.33)	8(66.67)	
停止尿床		2(16.67)	4(33.33)	
否	9(42.86)			
尿床(次/週)(n=12)	3.08±2.61	3.83±4.13	2.83±2.86	0.271

*p<0.05 §repeat measure ANOVA

八、中西醫合作照護後與睡眠檢查 AHI 改善狀況(追蹤期與基準期相比較)

針對治療前睡眠檢查異常的 13 位患童，經治療後再安排睡眠檢查發現其中有 9 位 AHI 指數有降低，且 7 位睡眠呼吸中止症嚴重程度可減輕，而 T13, T15 患童的睡眠檢查是在長庚醫院做的檢查，且檢查時間約治療前 4 個月，可能會影響到後續在本院追蹤 AHI 指數增加。依照治療前後 AHI 平均數來比較(如 Table)，AHI 指數反而增加但未達統計上差異，對於中西醫合作照護是否能改善 AHI 指數，仍需要更多人數來印證。

Table4-3. 治療前後AHI與OSA-18 分數

編號	治療前			治療後		
	AHI	OSA-18	嚴重度	AHI	OSA-18	嚴重度
T01	2	62	mild	0.3	29	* Non-OSA
T06	1.4	84	mild	0.5	21	* Non-OSA
T07	29.3	65	severe	14.2	3	severe
T08	1	67	mild	0.2	52	* Non-OSA
T09	6.3	88	moderate	0.6	13	* Non-OSA
T12	11.5	61	severe	6.6	17	* moderate
T13	13.5(長庚)	61	severe	16.2	18	severe
T15	3.4(長庚)	93	mild	8	17	* moderate
T17	4	61	mild	4.6	22	mild
T18	13.6	60	severe	15.1	26	severe
T21	9.6	82	moderate	6.3	23	moderate
T22	5	75	moderate	0.3	64	* Non-OSA
T23	10.6	76	severe	0.7	60	* Non-OSA

13 位合併有阻塞型睡眠呼吸中止症患童 AHI 第 0 週與第 8 週差別

Table4-1. 治療組 AHI 第 0 週與第 8 週差別

變項	治療組(n=13)		p value ^{ns}
	第 0 週	第 8 週	
AHI	8.55±7.49	5.66±6.09	0.075
Week 0,AHI>10 (n=5)	15.70±7.71	10.56±6.68	0.202
Week 0,AHI≤10 (n=8)	4.09±2.87	2.60±3.20	0.236

Spaired-t test



伍、結論與建議

中醫的多元優質發展，透過衛生福利部中醫藥司的中西醫合作計畫，建構中西醫合作照護模式，有別於現行制度下一般門診看診時間較短的缺點，能夠對病患與家屬作詳細中西醫照護與衛教，並安排詳細的檢查，且針對不同情況的個案給予不同的治療方針，如此次治療患童中合併有過動或情緒衝動問題來有需要轉介兒童心智科，合併有中樞型睡眠呼吸中止症則須轉介兒童神經內科作進一步評估，才能給患者最好的治療。此外，透過此中西醫合作照護，患童在門診接受治療時間較長，也能讓醫學生與住院醫師有更長時間接觸患者，並進行臨床教學，克服中醫兒科不易收中醫住院的缺點，但又能夠提供類似住院的較長時間觀察病患，並能夠針對臨床改善程度作詳細評估。

由於兒童過敏性鼻炎的高盛行率，若合併有睡眠呼吸障礙的個案治療上更為棘手，透過本計畫規劃中西醫共同照護且取得成效，再一步證實中西醫合作照護模式值得推廣。以下將從多方面討論此計畫之成效，或未來政策規劃可參考之事項。

在學員訓練方面，本模式可加強對學員的訓練，包括兩年期負責醫代訓醫師，輪訓至中醫兒科之住院醫師及實習醫學生，使其了解過敏性鼻炎、阻塞型睡眠呼吸中止症之生理病理特徵，並了解西醫學相關知識，中醫辨證，同時學習中西醫衛教內容，此模式提供良好的中醫臨床訓練環境，從科室核心課程學習與臨床實際操作獲得兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙病患之中西醫合作照護經驗，有助於強化中醫師臨床訓練。

在中西醫合作衛教資訊方面，衛教對過敏性鼻炎患者很重要，故我們建立了相關衛教資訊，內容有如何減少接觸過敏原、飲食衛教、正確洗鼻方式能清洗鼻腔的分泌物減少鼻內發炎情形。另外還將中醫的穴位推拿按摩納入衛教表單，並教導家長，以期能自我照護來加強療效，如此可供患童及家屬更完整的照護。

在團隊建立與照護模式方面，中西醫合作照護強調團隊合作，人員之間的溝通交流相當重要，本計畫執行期間，每個月固定召開團隊會議，討論個案治療方向或是修正照護流程使之趨於順暢，人員彼此間之溝通交流亦和睦熱絡。中西醫合作照護流程進行亦依賴團隊合作，中、西醫師在各自門診中找到適合個案，將個人資料交給個案管理師，個案管理師即電話連絡，解釋本計畫之實行內容，並協助約診至中西醫合作照護門診。就診

前，個案管理師會電話再次提醒確認。初診當日，計畫主持人或共同主持人會向個案及家長說明同意書內容，知情了解後簽屬同意書。在門診中，中、西醫師會共同問診，了解個案發病經過，現在之狀況，並共同擬訂治療計畫。個案管理師於個案進入療程前，協助安排睡眠檢查，進入中西醫合作照護門診後協助個案或家長填寫問卷，並帶個案完成舌診儀的拍攝、抽血檢驗與 X 光檢查。結束看診後，約定一至二個星期後再回診，若個案無法回診，則打電話關心追蹤個案病情狀況。本計畫所建立的模式，可以提供給其他院所參考，擴大實施。

在空間規畫設計方面，本計畫規劃中西醫合作照護於同一時段同一診間進行，此空間設置方便中西醫同時診視病患，並可相互討論，交換治療策略。

就政策規劃層面，本計畫實行成果良好，未來可以考慮費用將由健保給付或自費支出。在經濟效益的部分，雖然中西醫合作照護需要付出較多的人力物力與時間成本，但是對於患者的疾病嚴重度及生活品質，以及照顧者的生活品質均能夠得到改善，反而可以減少社會經濟面的負擔。且此類患者除了合併睡眠呼吸障礙，也可能有過動注意力不集中、情緒障礙，故患者常到處求診於各科，透過中西醫整合照護也可減少患者四處求診與重複用藥的狀況。

以下執行之困難點、所需之行政支援及改善方案，可做為未來推廣此中西醫合作照護模式之參考：

(一) 西藥的介入使用時機點、西藥的停藥時機點、與手術時機：

雖然我們在這個計畫中提供臨床治療指引草案與臨床照護路徑的參考，但是每一個個案往往有不同的病情，對於中藥與西藥的認知，家長也有不同的看法，以及何時需要手術介入才能給病患最大的幫助。未來建議參考本計畫的模式，透過中西醫團隊討論加上病患家長一起討論，以病人為中心的決策，有助於在中西醫治療與家長信賴之間取得平衡。

(二) 未來推廣到其他院所時，因為中西醫合作照護需花費較多時間看診，如何收費？

因為中西醫合作照護需花費較多時間診療，建議未來可以申請納入健保專案補助試辦計畫，或以自費治療模式，以增加推廣到其他院所的機會，並促進民眾就醫品質保障。

(三) 醫院的行政支援：

現行中醫部門多半附屬於西醫醫院，如果中醫可以提供足夠

的臨床實證來推動中西醫合作治療模式，病患不用在中醫與西醫門診之間穿梭。透過中西醫合作治療，可以避免醫療資源浪費，此項研究成果可以提供實證鼓勵各院所推動中西醫合作照護。由於中西醫合作照護模式的設計是讓病患同時可得到中醫及西醫的照護，門診設置可以依照本院模式設置較大空間的中西醫合作照護區。或是考慮雙診間相併，減少重建的花費。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-122109 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. Liao PF, Sun HL, Lu KH, Lue KH. Prevalence of childhood allergic diseases in central Taiwan over the past 15 years. *Pediatrics and neonatology*. 2009; 50: 18-25.
2. Sih T, Mion O. Allergic rhinitis in the child and associated comorbidities. *Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*. 2010; 21: e107-13.
3. Lin SY, Melvin TA, Boss EF, Ishman SL. The association between allergic rhinitis and sleep-disordered breathing in children: a systematic review. *International forum of allergy & rhinology*. 2013; 3: 504-9.
4. Ni K, Zhao L, Wu J, Chen W, HongyaYang, Li X. Th17/Treg balance in children with obstructive sleep apnea syndrome and the relationship with allergic rhinitis. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2015; 79: 1448-54.
5. Poachanukoon O, Kitcharoensakkul M. Snoring and sleep problems in children with and without allergic rhinitis: a case control study. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2015; 98 Suppl 2: S138-44.
6. Hu G, Walls RS, Bass D, et al. The Chinese herbal formulation biminne in management of perennial allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, 12-week clinical trial. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*. 2002; 88: 478-87.
7. Chui SH, Shek SL, Fong MY, Szeto YT, Chan K. A panel study to evaluate quality of life assessments in patients suffering from allergic rhinitis after treatment with a Chinese herbal nasal drop. *Phytotherapy research: PTR*. 2010; 24: 609-13.
8. Yang SH, Yu CL. Antiinflammatory effects of Bu-zhong-yi-qi-tang in patients with perennial allergic rhinitis. *Journal of ethnopharmacology*. 2008; 115: 104-9.
9. Yang SH, Yu CL, Chen YL, Chiao SL, Chen ML. Traditional Chinese medicine, Xin-yi-san, reduces nasal symptoms of patients with perennial allergic rhinitis by its diverse immunomodulatory effects. *International*

- immunopharmacology*. 2010; 10: 951-8.
10. Wang S, Tang Q, Qian W, Fan Y. Meta-analysis of clinical trials on traditional Chinese herbal medicine for treatment of persistent allergic rhinitis. *Allergy*. 2012; 67: 583-92.
 11. Shergis JL, Ni X, Jackson ML, et al. A systematic review of acupuncture for sleep quality in people with insomnia. *Complementary therapies in medicine*. 2016; 26: 11-20.
 12. Lv ZT, Jiang WX, Huang JM, Zhang JM, Chen AM. The Clinical Effect of Acupuncture in the Treatment of Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2016; 2016: 8792167.
 13. Freire AO, Sugai GC, Chrispin FS, et al. Treatment of moderate obstructive sleep apnea syndrome with acupuncture: a randomised, placebo-controlled pilot trial. *Sleep medicine*. 2007; 8: 43-50.
 14. Wang XH, Xiao LY, Wang BF, Yuan YD, Pan WS, Shi YZ. Influence of auricular plaster therapy on sleeping structure in OSAS patients. *Journal of traditional Chinese medicine* . 2009; 29: 3-5.
 15. Wu Y-H, Wei Y-C, Tai Y-S, Chen K-J, Li H-Y. Clinical Outcomes of Traditional Chinese Medicine Compound Formula in Treating Sleep-Disordered Breathing Patients. *The American journal of Chinese medicine*. 2012; 40: 11-24.
 16. Yen HR, Liang KL, Huang TP, Fan JY, Chang TT, Sun MF. Characteristics of traditional Chinese medicine use for children with allergic rhinitis: a nationwide population-based study. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2015; 79: 591-7.
 17. Yen HR, Sun MF, Lin CL, Sung FC, Wang CC, Liang KL. Adjunctive traditional Chinese medicine therapy for patients with chronic rhinosinusitis: a population-based study. *International forum of allergy & rhinology*. 2015; 5: 240-6.
 18. Kang KT, Weng WC, Yeh TH, Lee PL, Hsu WC. Validation of the Chinese version OSA-18 quality of life questionnaire in Taiwanese children with obstructive sleep apnea. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2014;113(7):454-462.

柒、圖、表

Table1-1.T01-T23 患童基本資料描述性分析

變項	患童(n=23)
性別 n(%)	
男	16(70)
女	7(30)
年齡(Mean±SD)	7.7±2.55
身高(Mean±SD)	125.06±16.62
體重(Mean±SD)	27.51±12.27
OSA-18 睡眠問卷分數	70.53±10.21

Table1-2. T01-T23 患童過去病史及用藥資料描述性分析

變項	患童(n=23)
過去病史(最近一個月)	
感冒次數(Mean)	0.7
鼻竇炎	6(42.9)
中耳炎	3(21.4)
中耳積水	2(14.3)
肺炎	1(7.1)
氣喘	0(0)
結膜炎	2(14.3)
用藥史(最近一個月)	
口服	
抗組織胺	7(70)
去鼻充血劑	0(0)
類固醇	0(0)
白三烯拮抗劑	3(30)
鼻噴劑	
鼻內類固醇噴劑	19(86.4)
鼻內去充血劑	0(0)
鼻內抗膽鹼劑	2(9.1)
其他(眼藥水)	1(4.5)

Table1-3.收案個案扁桃腺大小分級差異

變項	患童 n(%)	
	第 0 週(n=23)	第 8 週(n=21)
扁桃腺大小分級		
Grade 0	1(4.3)	1(4.8)
Grade 1	3(13.0)	4(19.0)
Grade 2	10(43.5)	11(52.4)
Grade 3	7(30.4)	5(23.8)
Grade 4	2(8.7)	0(0)

Table2.收案個案抽血 IgE 變化

治療前後患童的 IgE 指數稍減少，但未達統計上顯著差異。

Table2.患童抽血 IgE 數據第 0 週與第 8 週差別

變項	患童(n=21)		
	第 0 週	第 8 週	p value [§]
IgE	384.07±509.4	373.53±450.6	0.783

§paired-t test

Table3.收案個案治療前、治療 4 週、治療 8 週後尿床頻率變化

12 位患童尿床治療 8 週後，次數有減少，但未達統計上顯著差異。

變項	治療組(n=21)			p value [§]
	第 0 週	第 4 週	第 8 週	
尿床				
是	12(57.14)			
持續尿床		10(83.33)	8(66.67)	
停止尿床		2(16.67)	4(33.33)	
否	9(42.86)			
尿床(次/週)(n=12)	3.08±2.61	3.83±4.13	2.83±2.86	0.271

*p<0.05 §repeat measure ANOVA

Table4-1. 23 位患童，治療前睡眠檢查 AHI 指數與 OSA-18 問卷分數

Table4-1. 治療前 AHI 與 OSA-18 分數(T1-T23)			
編號	AHI	OSA-18	嚴重度
T01	2	62	mild
T02	0.3	68	Non-OSA
T03	4	70	mild
T04	0.6	67	Non-OSA
T05	0.7	69	Non-OSA
T06	1.4	84	mild
T07	29.3	65	severe
T08	1	67	mild
T09	6.3	88	moderate
T10	0.9	61	Non-OSA
T11	1.7	86	mild
T12	11.5	61	severe
T13	13.5	61	severe
T14	3.5	69	mild
T15	3.4	93	mild
T16	0.2	78	Non-OSA
T17	4	61	mild
T18	13.6	60	severe
T19	1	78	mild
T20	0.9	65	Non-OSA
T21	9.6	82	severe
T22	5	75	moderate
T23	10.6	76	severe

Figure1. 患童治療前阻塞性睡眠呼吸中止症嚴重度分級圓餅圖

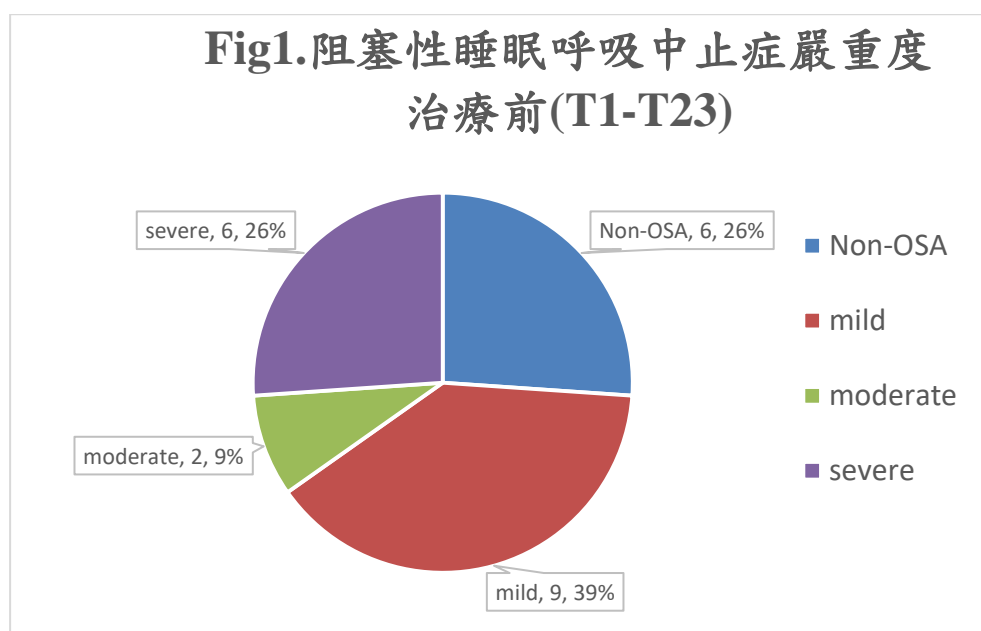


Table4-3. 13 位合併有阻塞型睡眠呼吸中止症患童，經治療後 AHI 指數與 OSA-18 分數

Table4-3. 治療前後AHI與OSA-18 分數						
編號	治療前			治療後		
	AHI	OSA-18	嚴重度	AHI	OSA-18	嚴重度
T01	2	62	mild	0.3	29	* Non-OSA
T06	1.4	84	mild	0.5	21	* Non-OSA
T07	29.3	65	severe	14.2	3	severe
T08	1	67	mild	0.2	52	* Non-OSA
T09	6.3	88	moderate	0.6	13	* Non-OSA
T12	11.5	61	severe	6.6	17	* moderate
T13	13.5(長庚)	61	severe	16.2	18	severe
T15	3.4(長庚)	93	mild	8	17	* moderate
T17	4	61	mild	4.6	22	mild
T18	13.6	60	severe	15.1	26	severe
T21	9.6	82	moderate	6.3	23	moderate
T22	5	75	moderate	0.3	64	* Non-OSA
T23	10.6	76	severe	0.7	60	* Non-OSA

Table4-1. 治療組 AHI 第 0 週與第 8 週差別

變項	治療組(n=13)		p value [§]
	第 0 週	第 8 週	
AHI	8.55±7.49	5.66±6.09	0.075
Week 0,AHI>10 (n=5)	15.70±7.71	10.56±6.68	0.202
Week 0,AHI≤10 (n=8)	4.09±2.87	2.60±3.20	0.236

Spaired-t test



Table5. 21 位患童治療前，治療四週、八週後，各項生活品質問卷量表分數

Table5. 治療組量表第0週、第4週與第8週差別

變項	治療組(n=21)			p value [§]
	第0週	第4週	第8週	
兒童鼻與鼻竇生活品質問卷SN-5(正向題)	16.33±7.48	22.38±8.69**	27±6.56**	<0.000
過敏生活品質量表PADQLQ(負向題)	56.76±28.85	43.9±21.37**	29.05±20.79**	<0.000
兒童睡眠呼吸中止症生活問卷OSA-18(負向題)	71±9.8	35.11±18.33**	27.67±15.87**	<0.000
兒童睡眠品質問卷(負向題)	11.43±3.76	9.37±3.88**	8.76±4.54**	0.002
兒童注意力量表SNAPIV(負向題)	35.43±18.54	27.1±14.48**	26.14±15.99**	0.002
注意力缺陷	13.57±8.6	10.14±6.48**	9.43±7.33**	0.014
過動症狀	11.38±7.44	9.05±6.51**	8.52±6.32**	0.02

*p<0.05 **p<0.01 §repeat measure ANOVA

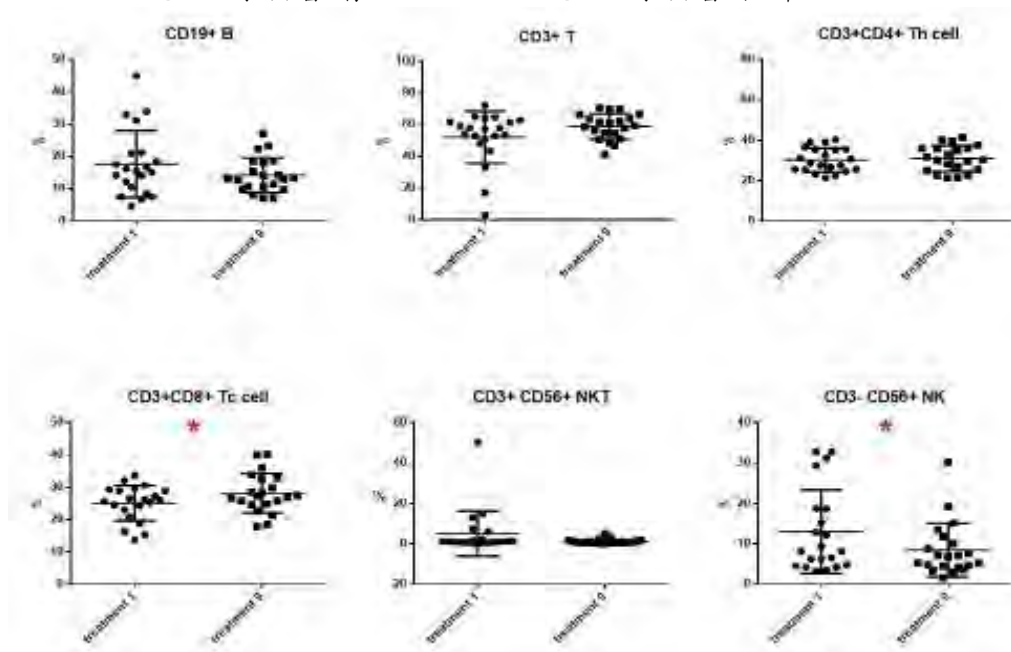
Table6.所有患童 MAST 過敏原檢測統計

排序	過敏源	人數	百分比
1	Mite DF 美洲塵蟎	15	65%
2	Mite DP 歐洲塵蟎	14	61%
3	Housedust 家塵	11	48%
4	Cockroach Mix 蟑螂混合	7	30%
5	Shrimp 蝦	4	17%
6	Clam 蚌殼類	3	13%
7	Cat dander 貓毛	3	13%
8	Crab 蟹	3	13%
9	Brewer's Yeast 啤酒酵母	2	9%
10	Cladosporium 芽枝菌屬	1	4%
11	Dog dander 狗毛	1	4%
12	Egg white 蛋白	1	4%
13	Avocado 酪梨	0	0%
14	Pork 豬肉	0	0%
15	Beef 牛肉	0	0%
16	Cheddar cheese 起士	0	0%
17	Tuna 鮪魚	0	0%
18	Soyabean 黃豆	0	0%
19	Wheat (Food) 小麥	0	0%
20	Chicken Feathers 雞毛	0	0%
21	Willow,Black 黑柳	0	0%
22	Eucalyptus 尤加利	0	0%
23	White Mulberry 白桑	0	0%
24	Pigweed 莧科	0	0%
25	Ragweed Mix I 豚草混合	0	0%
26	Timoty Grass 牧草	0	0%
27	Bermuda grass 狗牙根草	0	0%
28	Japenses cedar 日本杉	0	0%
29	Aspergillus 煙角麴菌	0	0%
30	Alternaria tenuis 交錯黴菌	0	0%
31	Penicillium 青黴菌	0	0%
32	Milk 牛奶	0	0%
33	Fish 鱈魚	0	0%

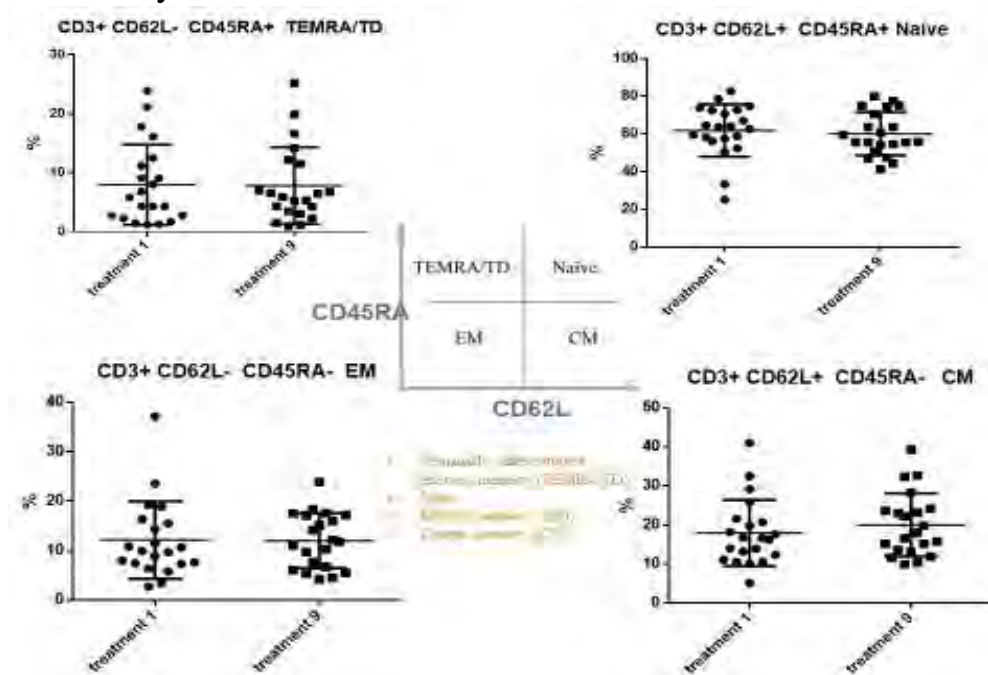
排序	過敏源	人數	百分比
34	Peanut 花生	0	0%
35	Egg yolk 蛋黃	0	0%
36	Latex 乳膠	0	0%

Figure2-7. 免疫檢測

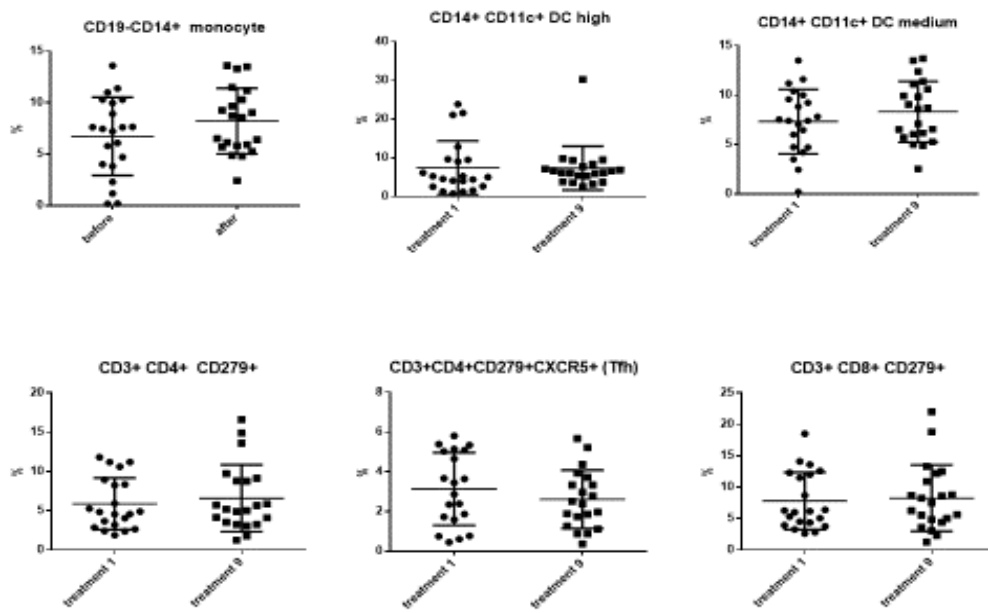
1. Tc 細胞比例顯著增加，NK 細胞比例顯著下降



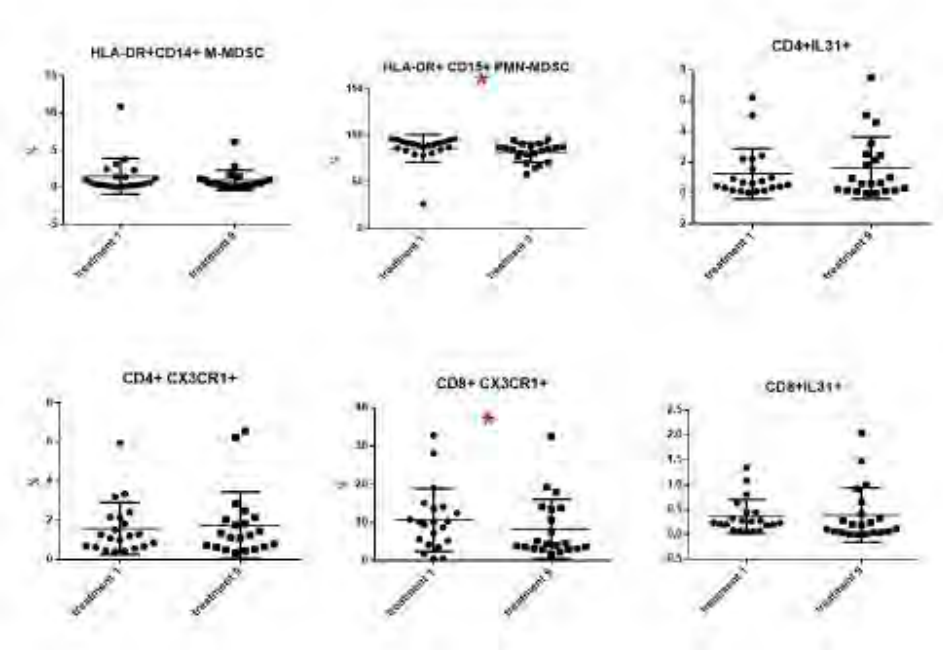
2. Memory Cell 無明顯差異



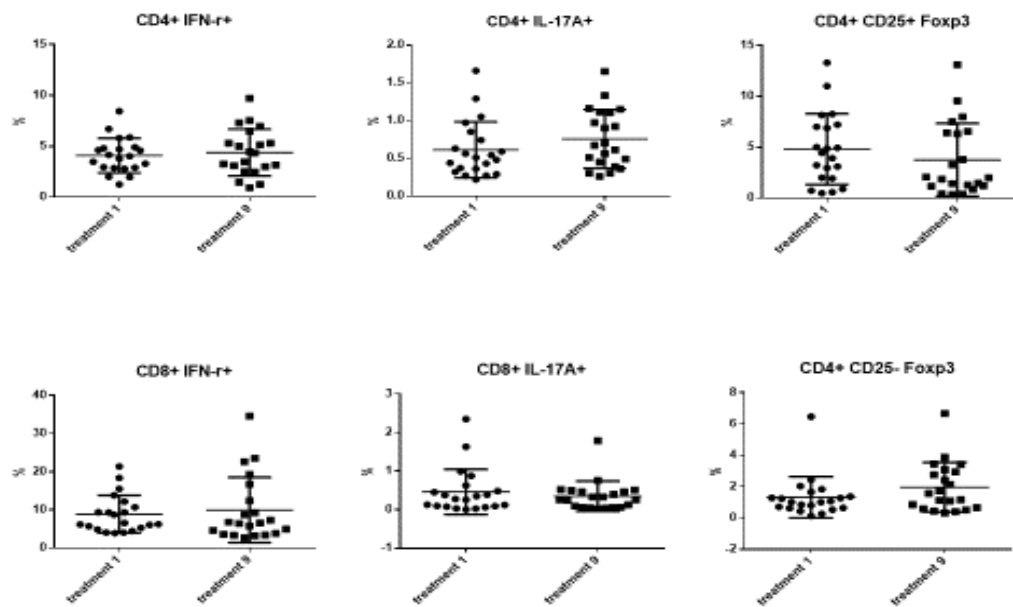
3. Monocyte, Dendritic Cell 無明顯差異



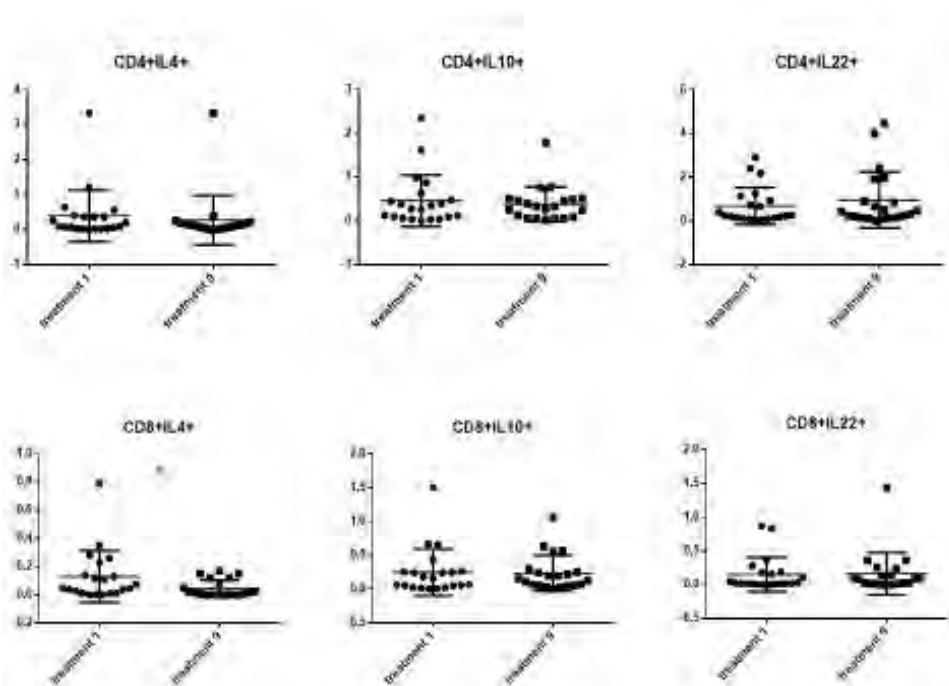
4. PMN-MDSC 骨髓來源抑制細胞比例顯著下降，CX3CR1 發炎指標有顯著下降



5. IFN-r, IL-17 無顯著差異



6. IL-4 有顯著下降



捌、附件

附件二、兒童過敏性鼻炎合併睡眠呼吸障礙穴位推拿衛教單



1 開天門 50 次



2 推坎宮 50 次



3 揉太陽穴 50 次



4 按揉耳後高骨 50 次



5 鼻周按摩·迎香穴鼻通穴按揉



6 腺樣體外穴與扁桃體外穴按揉

附件三、兒童過敏性鼻炎衛教單

兒童過敏性鼻炎照護注意事項

● 過敏性鼻炎大作戰

第一招:遠離過敏原，如:塵蟎、動物毛屑、蟑螂、黴菌、花粉等。

◇ 居家環境需注意，抗蟎除濕很重要:

1. 孩子常接觸的枕頭、棉被、床單，每週以 $>55^{\circ}\text{C}$ 熱水清洗一次。
2. 不使用地毯、或厚重窗簾，以百葉窗或塑膠遮板代替。
3. 保持居家空氣流通，冷暖氣出風口使用過濾網並定期更換。
4. 室內濕度控制在 50%以下。

◇ 注意空氣汙染，拒吸二手煙。

◇ 若對貓狗毛過敏者，家中不宜養寵物。



第二招:生活飲食要注意

1. 生活規律，早睡早起。
2. 季節轉換或冷氣房內注意保暖。
3. 少吃冰冷寒涼食物，如:冰品、冷飲。

第三招:規律運動身體好

● 抗鼻過敏秘訣

1. 早上起來喝杯溫開水或熱薑茶。
2. 早上起床或睡前使用熱毛巾熱敷鼻子。
3. 早晚做鼻周圍按摩，30-50下。
4. 薑片泡腳或泡澡



(使用 5-10 片薑片，依水量決定，薑片與大火煮滾轉小火煮 10 分鐘，加入冷水稀釋至合適溫度。)

● 飲食性味表

味性	食物種類
溫熱性	辣椒、蒜頭、老薑、蔥、荔枝、龍眼、榴槤、肉桂、羊肉、芥末、麻油等。
平性	芭樂、蘋果、香蕉、水蜜桃、木瓜、櫻桃、桑椹、空心菜、菠菜、紅蘿蔔、茼蒿、花椰菜、雞肉、魚肉、豬肉、紅豆、蜂蜜等。
寒涼性	任何冰品、西瓜、香瓜、哈密瓜、水梨、葡萄柚、柚子、椰子、橘子、奇異果、檸檬、葡萄、白蘿蔔、番茄、茄子、小黃瓜、冬瓜、苦瓜、白菜、綠豆等。

附件四、迷你臨床演練評量

mini CEX.tw
迷你臨床演練評量
台灣版

台灣版mini-CEX, Clinical Evaluation Exercise 是依據美、加、日本與台灣多年執行之經驗，考量國情修訂而成；mini-CEX.tw 藉由教師直接觀察學員對病人的例行醫療行為，隨即對其臨床技能給予考核評量與教學回饋。期望此一兼具教學與評核功能之創新方法，有助於精進台灣之臨床醫學教育。

評量指引：

Opening/closing the interview: Introduces self; Calls patient by name; **Relationship skills:** Listens carefully; Shows "mindfulness"; Reflects and legitimizes patient's feelings or concerns; Offers partnership, support, or praise; **Personal manner:** Appearance; Good eye contact; Appropriate open body language; facial expression, and tone of voice; Use silence appropriately. (*Law JL, Gottlieb RP, Podiatry 2000*)

1、醫療問診：鼓勵病人讲故事；有效的利用問題或導引來獲得所需之正確而足夠的訊息；對病人情緒及恐懼語言能適當的回應。

Medical Interviewing Skills: Starts with open-ended questions; Progresses with specific questions; Does not ask multiple questions; Does not ask presumptive/leading questions; Does not interrupt patient; Asks for clarification if necessary; Logical sequencing of questions; Sequences summary. (*Law JL & Gottlieb RP Podiatry 2000*)

2、身體檢查：依效率及合理之順序；依病情均等地進行診斷或詢問之步驟；告知檢查事項；適當而謹慎地處理病人之不適。

Physical Examination Skills: Washes hands; Minimizes discomfort; Preserves modesty; Explains to patient what doing; Sequence matters (inspection first); Builds rapport; Correct technique. (*Law JL & Gottlieb RP Podiatry 2000*)

3、操作技能：適當而安全地止痛或鎮靜；無菌操作；結紮的技能。

Procedural Skills: Appropriate presentation; Appropriate analgesia or safe sedation; Technical ability; Aseptic technique; Post-procedure management. (*Direct Observations of Procedural Skills, DOPS*)

4、諮詢與教育：解釋檢查或處置的臨床理由；獲得病人同意；有關處置之教育與建議。

Counseling Skills: The patient's role in decision making; The nature of the decision; Alternatives; Pros (benefits) and cons (risks) of the alternatives; Uncertainties associated with the decision; An assessment of the patient's understanding of the decision; An exploration of the patient's preferences. (*Bradford GH, et al. JAMA 1999*)

5、臨床判斷：適當的處置診斷步驟；考慮利弊得失。

Clinical Judgment: Formulating a differential diagnosis; Developing a prioritized problem list to select tests; Applying principles of sensitivity, specificity, and positive predictive value probabilities; Assessing risks, benefits, and costs of treatment options; Involving patient in decision making. (*Gandhi AH, et al. Ann Intern Med 2003*)

6、組織效能：按優先順序處置；及時而適時；應變而結案。

Organization/Efficiency: Follow the practice guideline which is a management plan that enables healthcare providers to make sequential decisions about testing or therapy in a given clinical situation. (*Griffin PC, Neurology Focus 1998*)

7、人際專業：表現尊重、傾聽、鼓勵發言、建立信賴感、由病人對舒適、康復、安全、避免痛苦的需求。

Humanistic Qualities/Professionalism: [From patient's perceptions] My doctor seems to take a personal interest in me; Even when my problem is small, my doctor is concerned; I have confidence in my doctor's decisions; My doctor respects my beliefs; I would talk to my doctor if something were troubling me; My doctor takes an interest in my home life; My doctor is easy to talk to; My doctor seems to know what I am going through when I tell him/her about a problem. (*Honch PR, et al. Family Med 1993*)

回饋指引：

Setting the stage: Establish a relationship with the student that emphasizes working as allies, with common goals; Ensure that goals and objectives are clearly understood by preceptor and student; Find a quiet, private, comfortable place for communicating feedback, to avoid making the student feel embarrassed or self-conscious.

Content: Begin by soliciting the learner's thoughts on his or her performance (e.g., "How do you think it went? What aspects of the patient encounter were successful?"); Give positive and constructive comments focused on behaviors that can be changed; "Sandwich" negative feedback between positive comments about performance; Use descriptive, non-judgmental language that focuses on decisions and behaviors rather than individual abilities or traits (e.g., "A better antibiotic choice here would be..." rather than "Your knowledge of antibiotic therapies seems inadequate"); Suggest correct performance rather than emphasizing what was done wrong (e.g., "Next time, try..."); Focus on specific performances, not generalizations; Check to see if the learner has understood the feedback given (e.g., "Would you summarize what you'll do when you see this patient in follow-up next week?"); Most feedback needs follow-up. (*Ente J, JAMA 1983 & Straits ET, et al. 1996*)

成績對照表：

	2	3	4	5	6	7	8	9
Clerk	60	70	80	85	90	95	100	100
Intern	50	60	70	80	85	90	95	100
Resident	40	50	60	70	80	85	90	95

【請將此頁插入複寫紙筒】
© 2008 by W. Chen & McD consulting v2.1

促進中醫多元發展計畫之建構中醫日間照 護模式計畫(2-2)

蔡明諺

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

摘 要

「癌症」位居我國十大死因的第一位，中醫藥是臺灣最常使用的輔助治療方式，但多限於門診提供醫療服務，無法針對飽受癌症治療所苦的病患，提供最即時的治療，另外醫學生也無法窺知中醫在面對病患症狀改變時的因應方法。本單位自承接 105 年度衛生福利部的計畫，已初步利用前瞻性的臨床研究建立癌症病患收治族群，也完成中西醫合作的收案流程，並已經執行部位在接受西醫治療期間或治療後在中醫病房接受「中醫日間照護模式」的案例。新年度希望延續此計畫，設計並針對特定癌症病患建立更具特色的日間照護模式。讓癌症病患於西醫治療期間或治療後的體能狀態能迅速恢復、減輕治療的副作用。更能夠提供中、西醫見實習醫學生及住院醫師中醫日間照護經驗，增進渠等臨床經驗及技能。

本計畫擬透過中、西醫療團隊的合作，運用本院中醫病房團隊達成目標如下：

1. 建立特定癌症的中、西醫臨床整合臨床路徑及診療指引；
2. 補足癌症中醫門診醫療應用之侷限、與中醫住院制度尚未全面推廣間連續照護的不足；
3. 利用主客觀測量方法評估病患的治療成效，以及調查病患的滿意度和回饋意見；
4. 運用中醫日間照護模式提供更全面的臨床整合床邊教學方式，以及提升年輕醫師更廣博的教學技能。

中醫日間照護整合模式之成功經驗若能設置成功，可鼓勵並提供許多教學醫院建置中醫日照團隊的參考。藉由本院施行日照模式的計畫進行期間，將再進一步透過邀約日前臺灣有設置中醫病房或日間照護的機構，以專家座談會的方式，來瞭解各院在承接明年度「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」的施行方式與面臨的問題，並彙整建議事項，以提供未來政策參考。

關鍵詞：癌症治療、中醫、日間照護

Build a Day Care Model of Integrated Traditional Chinese Medicine for Cancer Patients (2-2)

Tsai Ming-Yen
Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital

ABSTRACT

Cancer is the leading cause of top ten deaths in Taiwan. Traditional Chinese Medicine (TCM) is the most popular complementary therapy among cancer patients. However, the TCM treatment only is limited in outpatient service because of current health insurance system. It cannot provide the immediate management for distress patients as to influence the learning of young physicians.

Due to above problems, we have carried out the 「Day Care Model of Integrated TCM for Cancer Patients」 since 2016, and collect many information which participated in our therapeutic protocols. We have built a group form different cancer patients, set a flow diagram of integrative western medicine and TCM, and completed a prospective study in our TCM ward to treat cancer patients through a daycare model. At present, we still continue this model to establish the therapeutic guideline and clinical pathway for specific cancer. We hope this program could give our cancer patients more therapeutic choice to relieve the symptoms associated with treatment, and improve physical and mental states. In addition, our young Chinese medicine practitioners and interns have learned more valuable experience of TCM day care.

The objectives of the new study are as follows:

- 1) Set up clinical pathways and guidelines of integrate model for specific cancer such as colon and breast cancer.
- 2) Replenish the gap between inpatient care and TCM outpatient clinic.
- 3) Evaluate the therapeutic effect used by subject and object measurement, as well as investigate the satisfaction and feedback from patients.

4) Enhance the young doctor more TCM skills through the bedside teaching.

We hope this experience can be a reference and help other teaching hospitals to build the TCM daycare program, and in the future, set up a regular combined conference with other teaching hospitals to gather the information to make the plan perfect.

Keywords: Cancer Treatment; Traditional Chinese Medicine; Day Care

壹、前言

「癌症」103年約46,000人死亡，佔所有死亡人數的28.3%，連續33年蟬聯高居我國十大死因的第一位。¹平均每十二分鐘又四秒就有一人因癌症而死亡，是第二名心臟疾病之三倍。²而十大癌症死亡率依序為氣管、支氣管和肺癌；肝和肝內膽管癌；結腸、直腸和肛門癌；女性乳房癌；口腔癌；前列腺（攝護腺）癌；胃癌；胰臟癌；食道癌；子宮頸及部位未明示子宮癌，順位與102年相同。根據健保局的資料，領取癌症重大傷病卡之人數，截至101年1月底為止，共計437,056人，與去年同期比較，每月也以10%以上的幅度成長，每月新增之重大傷病卡人數也居各類之冠。³健保的意義因為照顧重症病人而更加凸顯，即使每年癌症給付約佔全民健保總支出經費20%，並持續增加中，這是健保不可避免的重要責任。

許多癌症患者除等候住院平均等候日久，另外也因西醫健保住院診斷關聯群的支付(DRGs)住院天數受了限制。導致病患無法在住院期間等待在體能的恢復或副作用的消除。目前已大多數患者轉門診化療，優點為兼顧醫療資源運用及病人社會角色功能。⁴化療時間4-6小時，但化療結束後的副作用如噁心、嘔吐、倦怠、吃不下、或血球降低等往往無法預期，甚至會有病患回家後隨即因上述症狀轉掛急診的情況發生。⁵中醫對部分癌症之症狀或副作用的治療，多有文獻證實，然健保給付上對於中西醫並進的共同照護模式仍不足。此時若能有中醫團隊適時參與癌症患者日間照護，對於病患的醫療照護品質會更好，也可以減少醫療資源的耗損。

高雄長庚中醫部做為南部的中醫教學重鎮醫院，並且為教學評鑑優良的中醫部門，每年有眾多的實習醫學生與住院醫師前來受訓，在提供學員的訓練上，舉凡門診、會診、試辦計畫及偏遠醫療等服務之外。更於105年藉由承接衛福部「建構中醫日間照護模式計畫」踏出與西醫腫瘤科合作的機會，除在105年6月成功設立癌症中心中醫科門診就近接觸癌症病患外，更利用case-control study 匯集許多癌症病患的資料，建立中西醫合作的基礎和提升團隊照護的能力。因此，我們研議中醫對癌症日間照護之新式整合治療模式，讓癌症病患於西醫常規治療(如手術、放療、化療或免疫療法等)期間或治療後，運用中醫現有的團隊成員，提供病患衛教諮詢、用藥安全、甚至提供中醫多元的治療，已經逐漸建立日間照護模式的雛形。

106-107年再次承接兩年期計畫，分別藉由單一腫瘤(大腸癌與乳癌)的收治，讓癌症病患接受中醫日照整合醫療的模式更趨完備外，也讓住院

醫師與實習醫學生，藉由住診教學和案例討論能即時掌握與分析癌症病患的病情，提高有別於門診教學的訓練強度。希望將以上成果提供各教學醫院準備全民健康保險「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」之參考。

貳、材料與方法

本計畫是衛福部促進中醫多元發展計畫之一，為政策型、任務導向型的計畫，目的為「建置中醫日間照護模式，並提供中、西醫見實習醫學生及住院醫師中醫日間照護經驗，增進渠等臨床經驗及技能」。因此除建置照護模式作為往後政策推廣之外，譬如召開專家會議，制定臨床途徑等，還須兼具教學的活動。因涉及病患問卷資料和例行實驗室數據的收集，所以需要申請長庚醫療財團法人人體試驗委員會的審核，並於 106 年 5 月 11 日通過。

一、研究對象

107 年計畫預計收治 15 例乳癌病患，可接受中醫日間照護模式為期 5-7 天之療程。病患在西醫腫瘤相關專科醫師那判定為術後或放、化療完治後復發(或轉移)、以及組織學上新確診的乳癌後，正在進行或已完成西醫常規治療。病患以癌症第 II-IV 期、體能狀態(PS 0-2)病患為主。排除條件為年齡為 20 歲以下、預期存活時間小於三個月、器官功能衰竭、孕婦、且收案期間接受其他中草醫的治療。

二、研究步驟與程序說明

針對符合上述條件之癌症病患，若於西醫治療期間或治療後所衍生之身體不適或副作用，透過西醫師門（會）診轉介，由中醫師主動諮詢病患的意願以及說明相關醫療費用後，在病患於癌症中心門診化療區接受化療的同時，安排入住收治場地-中醫病房接受中西醫日間整合照護模式的介入。

中醫師將為病患提供 5 天之日間專業照護療程，此治療模式最多可延長至 14 天，整年度配合您的治療進程並無次數的限制。主要將針對前幾次產生化療副作用或體能不適的病患，依照您的證型，採用中醫常規性治療，包含中藥、針灸、穴位敷貼、拔罐或推拿、五音治療、以及氣功導引等方式。因配合日間照護的計畫主題，主要是藉由了解日間治療項目的操作與病患回饋，來建置整個全國中醫機構可以參考的臨床照護與教學模式。因此規劃每日治療時段主要為 8:30 到 16:30。夜間除非有不適症狀，否則在病房以靜養為主。另外，配合中醫現代儀器做經絡能量的檢測，以及填寫問卷評估您接受中醫整合照護模式前後的反應以及作為照護的指標。問卷與經絡能量儀測試結果由主持人收回並作分析。

三、研究工具

- (一) 主觀評估包含生活品質量表(EORTC-QLQ-C30)中文版、疲勞指數(MFSI-SF)、症狀視覺類比量表(VAS 0-10)、化療副作用等級評估(NCI-CTCAE 4.0)：中醫收治期間的前後各評估一次。EORTC-QLQ-C30 中文版其內容涵蓋：“整體健康狀態”領域、“症狀”領域（疲倦、噁心嘔吐、疼痛、氣促、失眠、食慾喪失、便秘、腹瀉、經濟困難）以及“功能”領域（軀體、角色、情緒、認知、社會）。15 個領域的重測信度均在 0.73 以上；各領域內部一致性信度的 α 值均在 0.5 以上；各條目與其領域的相關係數 r 值均在 0.5 以上。其中，“整體健康狀態”領域和“功能”領域所得到的分數越高代表生命質量越好；“症狀”領域所得的分數越高代表生命質量越差。⁶ MFSI-SF 疲勞量表的問卷首次發表於 1998 年，主要利用 30 個項目評估病患的疲勞度。在國內研究發現針對疲勞病患內在的一致性 Cronbach's α 各次量表介於 0.83 到 0.92 之間，再測信度 $r=0.39$ 到 0.66 間，與其他的量表如中文版疲倦症狀量表(FSI)、貝氏憂鬱量表(BDI-II)、臺灣版生活品質評估量表(SF-36-Taiwan Form)等相比，較具有良好的建構效度、專家內容效度、效標關連效度及對疲倦改變之敏感性。⁷
- (二) 客觀評估工具為經絡能量儀測定：經絡能量現況於臨床醫學的應用，主要是藉由測量皮膚經絡穴位微小的電位變化，得知經絡能量的高低，進而評估身體的健康狀態，現況已被廣泛的運用在人體健康狀態、陰陽體質及自律神經機能的活性分析檢定的能量為整體平衡指標、經絡平均能量、自律神經平衡度等。⁸ 文獻指出發現此測量儀器的再現性為 93.2%，但建議建立一致性和培育熟練的操作，以降低經絡檢測儀測量的誤差。⁹ 此儀器於每次收治前後各測量一次。
- (三) 例行化療前實驗室數據的收集，包含癌症指數、肝腎功能、電解質和血球數、白蛋白和體重，以及電腦斷層的結果。其中電腦斷層主要評估中醫介入期間固體腫瘤反應評估標準(RECIST criteria)¹⁰：每次收治前各紀錄一次。

四、統計方法

關於這 15 位收治的乳癌病患前後資料和數據，統計方法以成對樣本 t 檢定的統計方式分析， $P < 0.05$ 符合統計學顯著的差異性。統計軟體以 SPSS 進行分析。

參、結果

一、建立乳癌之中醫日間照護（含醫、藥、護及行政管理）模式

在經歷四場中西醫團隊照護會議後(表一)，已與醫護和行政團隊達成轉介和照護共識後，日照病患的收治必須依照三個流程：收治來源及評估、中西醫整合醫療以及成效評估(圖一)。

- (一) 收治來源及評估：病患由腫瘤科、中醫門診或是西醫病房會診後若符合收治條件，病患願意簽署同意書，即可開立住院通知單簽住中醫病房進入此模式。
- (二) 住院當日先由住院醫師或實習醫學生進行病患病史、理學檢查和中醫四診，依序紀錄於 HIS 病例寫作範本裡(圖二)，再由研究助理輔以儀器監測後，一起呈報匯總給主治醫師。在與醫護團隊討論後，建立此病患此次日照期間的中醫每日處置及護理照護，以及評估病患營養狀況後會診營養師做衛教指導。病患日照期間主治醫師與醫護團隊需進行每日巡診與個案討論，且針對病患病症進行每日病歷的書寫，以及主治醫師處方調整。
- (三) 病患在日照結束出院當天由研究助理完成住院期間的主觀量表和滿意度評估，住院行政書記結算日照期間的相關處置費用後，予以辦理出院。

二、制定乳癌病種之中醫日間照護臨床路徑

在 107 年 3 月 8 日的外賓演講邀請本院腫瘤科醫師針對現行的乳癌治療做一回顧，會後與醫師討論後，整理出乳癌接受輔助性、先期性、或轉移性的化學治療的藥物包含三類：第一代藥物小黃莓(Methotrexate, CMF)已較少使用；第二代藥物小紅莓(Adriamycin, CAF/CEF)，針對沒有淋巴結轉移的病人效果良好；第三代藥物則合併使用小紅莓及紫杉醇(歐洲紫杉醇 Docetaxel, 太平洋紫杉醇 Paclitaxel)，多用於局部晚期乳癌、具淋巴腺轉移的早期乳癌或無淋巴腺轉移的三陰性乳癌。此外，轉移性乳癌化學治療藥物包括 Docetaxel, Paclitaxel, Gemcitabine (健澤), Lipodox (微脂體小紅莓), Adriamycin (小紅莓), 及口服藥物 vinorelbine (溫諾平), capecitabine (截瘤達)等亦可。當然也端視是否有賀爾蒙陽性，淋巴結侵犯以及 HER-2 陽性與否搭配賀爾蒙藥物、放射線治療以及標靶治療。相關藥物的常見副作用已如表二。

另外當日的團隊會議也會同中醫科系內的醫師們針對乳癌西醫治療

期間常見副作用擬出中醫照護之治療指引草案(表二)：中醫治則、常見藥方與常用穴位。

往後收治的每位病患會在收集其西醫治療現況、主訴與副作用、中醫證型等後擬定中醫治則，再依照每日日間照護臨床照護流程(表三)來治療。

三、建立乳癌之中醫日間照護臨床教學模式(受訓學員以中醫見實習醫學生或住院醫師為主軸，西醫見實習醫學生或住院醫師亦可)

臨床教學模式主要是以病例為導向來設置，來強化師生對於腫瘤治療知識的吸收和了解、增進治療的強度、以及提升團隊的效能。我們提出的教學會議共有三種：(1)「住診教學」是以住院醫師、實習醫學生與護理團隊為主，針對單一病例的討論，共三場；(2)「資深住院醫師教學」則是指派專題或期刊讓 R3-4 來整理給科內住院醫師和實習醫學生；和(3)「專家教學」則邀請中西醫腫瘤的專家來本科系對全體醫師進行專題教學演講，至少需一場。

(一) 住診教學；針對接受中醫日間照護模式的病例進行病案報告，培養住院醫師或見實習醫學生資料蒐集與報告之能力(表四)。其中 5 月 17 日由計畫主持人指導的護理長，報告其美和科技大學碩士研究論文，來探討乳癌病人癌因性疲憊、中醫體質類型與經絡能量相關性，並進一步探討影響乳癌病人癌因性疲憊相關因素。研究結果發現乳癌病人中重度疲憊比例高達三成，其中以日常工作及生活樂趣影響層面最嚴重。逐步回歸統計分析則發現，乳癌病人陽氣虛體質得分越高、罹病時間越長、失眠程度越高，則會影響到癌因性疲憊程度會更嚴重。正接受化學治療之乳癌病人，疲憊程度顯著高於沒有施打者。其成果可以供我們中醫師介入癌症治療的證型參考，其精彩的演講與製作投影片的用心更可以成為我們年輕醫師的參考。

(二) 「資深住院醫師教學」：指導資深住院醫師(R3-4)評讀 SCI 期刊，選取的主題以替代醫療在癌症的使用、健保資料庫對於乳癌病患常見中醫複方和單方的分析、標靶藥物的皮膚副作用以及乳癌疲倦的原因和中醫證型的相關性(表五)。除讓 R3-4 評讀出重要新的研究，並加以整理以供科內年輕醫師教學之用、也可以以訓練其報告的技巧和態度，及早培育中醫的教學師資，提早問未來中醫的專科化作準備。

(三) 利用本計畫邀請中西醫癌症領域之專家蒞臨本科系進行演講並進行「專題教學」，如表六。分別是邀請中醫專家桃園長庚分院中醫師示範癌症病患呼吸窘迫的針法操作，和前聖功醫院中醫部主任、現任新世紀中醫診所院長分享多年癌症治療的經驗。以及本院腫瘤科講解現行精準醫療中的顯學-免疫療法。最難能可貴的是邀請林口長庚腫瘤科副教授，分享其在老師指導下完成中醫碩士學位後，毅然地投入西醫腫瘤的訓練。此間中醫轉西醫之心路歷程，以及現代中醫師學習時應有的師承與態度。

(四) 建置乳癌之床邊教學病例寫作範本，與 15 件臨床教學案例

病歷寫作範本已設置如圖二，主要是設置統一的範本讓各級中醫師在病史詢問時可以詳細且確實。乳癌的病理與分子分期是決定治療的關鍵，另外還有淋巴結的侵犯、或是停經與否也是相關治療的判斷。加上主客觀資料的鍵入更可以對病患的現狀和病症的嚴重度做一綜觀的整理，有利於跟主治醫師報告之用，也可以確認主治醫師醫囑的選擇與執行。

四、召開 1 場中醫日間照護成果經驗分享會

10 月 21 日周日上午於高雄長庚兒童醫院紅廳舉辦「107 年建置癌症中西醫日間照護整合醫療模式之成果發表與學術研討會」，計畫主持人除分享今年建置乳癌日間照護的進展與成果外，也邀請前中國醫藥大學中醫學院院長從中醫古籍的整理來了解癌症的病機和臨床觀察外，也分享馬光亞老師《台北臨床三十年續集》中治療腫瘤經驗數案。接著邀請本院腫瘤科醫師針對現行癌症的腫瘤與分子分期，以及現行治療趨勢，讓在座的中醫師明白西醫治療乳癌的思維。第三場則邀請長庚大學副教授，也是本院中醫部門癌症病患最多的主治醫師來分享他臨床上治療經驗，教授認為乳頭屬肝，乳房屬胃，脾胃互為表裡，憂思鬱怒則肝脾兩傷，肝失疏瀉，氣鬱化火，脾失健運，痰濁內生，以致痰熱搏結，經絡痞塞，阻滯日久，結滯乳中或氣機鬱久化成毒，以致氣毒壅盛，瘀毒內結而成本病。所以癌症的特色多是血瘀症、肝胃臟腑經絡疾病、乳癌多正虛邪實之疾、乳癌多有情志問題困擾，所以治療要緊扣這些特點。另外他也提供張元素肝臟虛實補瀉治法與用藥供與會醫師們參考。最後一場則由嘉義縣中醫師公會理事長分享他利用藥理研究開發中藥外治法，針對鼻咽癌或頭頸部腫瘤術後或放射線治療引起的鼻咽症狀的治療，提出實證成效。此次會議亦獲得中華民國中醫師公會全國聯合會理事長親臨予以勉勵，期許本院繼續做出中醫

多元與實證化的嘗試，高雄醫學大學附設中和紀念醫院中醫部主任也率領團隊前來觀摩。總之此次學術研討會結合基礎、臨床、中醫古籍、現代醫療等重點做出討論，其實這也是中西醫整合治療腫瘤或是發展日間照護模式非常重要的關鍵。

五、舉辦1場中醫專家座談會，討論並彙整提供中醫日間照護未來政策建議

- (一) 107年3月16日藉由彰基中醫部團隊參訪本院癌症治療場地的機會舉辦專家座談會議。兩機構中醫部門過去幾年分別承接衛生福利部中醫多元發展（急診與腫瘤日照）兩計畫，這兩者的成果也作為中醫界在後來執行107年「中醫全民健保急診處置計畫」和106年「癌症患者中醫門診延長照護試辦計畫」的參考。
- (二) 本院中醫部門由主持人分享設置癌症日間照護的經驗與挑戰，譬如醫護團隊、行政人員對醫囑的執行，醫囑代碼的設置以及病例教學，空間規劃，中醫現代化儀器、和主觀評量工具的引進，護理和各級人員扮演的腳色，以及照護資源支援的問題。並比較門診延長照護與中醫病房兩種收治療所在空間人力和設備的差異（如表七）。另外，本院西醫腫瘤科醫師與會提供腫瘤治療期間由西醫觀點來看中醫介入的優劣。提供彰基往後在分院設置腫瘤日間照護場地之參考。
- (三) 彰基李主任則提供過去與西醫急診合作治療留院觀察病人的經驗與模式，並將102年度中醫藥委員會「建構中西醫眩暈急診留院觀察照護模式及教學機制」計畫及103年度「建構中西醫痛症急診留院觀察照護模式及教學機制」計畫獲得之成果，建構出一種適合中醫介入日間留院觀察照護收治療疾病及標準，並建立中醫急診留院觀察照護。另外，李主任也對其這幾年發表的論文做個簡短的陳述，此等經驗恰可提供給本院中醫針灸科主任執行急診中醫會診之參考。

總而言之，承接衛生福利部中醫多元發展計畫對於中醫部門積極尋求西醫的合作是有幫助的。西醫的中新生代醫師因為院內升等的壓力，也需要科技部或國家相關單位等計畫的參與來提升與同儕的競爭力，相較資深醫師對於中醫的態度也開放許多。加上本計畫主持人擁有西醫專科醫師背景，更加深了雙方合作的熟悉度與信賴。接下來就是要看是否能拿出療效與實證方面的成果了。

六、期中報告

8月14日主持人於衛福部參加期中報告，與會委員們的回饋和回覆意見如表八：

- (一) 因本計畫尚無法提供充足實證資料，爰建議將期末報告之「治療指引」改為「治療指引(草案)」。
- (二) 建議可拍攝氣功與八段錦之教學影片，使患者在家亦可執行。
- (三) 本計畫建置以醫院為場所的中西醫整合照護模式，未來可考慮推廣至社區，以擴散計畫成效。
- (四) 經費使用及核銷尚需加強。

七、日照模式之成效

(一) 乳癌 15 例個案的基本資料和主要處置

本研究自 1 月中旬共有 18 位病患經癌症病患藉由腫瘤科醫師門(會)診轉介評估收案之可行性，其中 3 名收治期間退出，退出原因分別為西醫治療期間藥物過多、副作用有得到緩解、友人勸說治療期間不能吃中藥。截至 8 月底共有 15 位病患完成此日間照護模式的觀察型研究，收案病患基本資料如表九。完成治療的患者，平均年紀為 51.7 歲。平均每人入住次數為 1.53 次，收治日數為 15.6 天。8 位是二期、2 位三期、5 位是第四期。副作用倦怠 5 位、噁心嘔吐為 4 位、疼痛 4 位、神經病變和口腔炎分別是 2 位。在日照期間幾乎以中藥治療為主，且多接受至少三種以上的中醫治療。7 位病患搭配針灸、5 個選擇五音治療、4 位接受灸法和拔罐。這 15 例病患截至 11 月初，RECIST criteria 結果顯示治癒者有 6 位穩定控制中有 5 位、惡化者有 4 位(其中一名已死亡)。

(二) 試驗前後問卷和經絡能量之差異

症狀改善度、生活品質量表、及疲勞指數作為整理和統計檢定等資料則彙總於表十。成對 t 檢定的結果顯示，生活品質問卷部份顯示病患在 EORTC-QLQ-C30 的「便秘」和「失眠」兩項指標在介入後有顯著差異，其他則未見顯著。在經絡能量儀的整體能量分析和特定經絡上也無特別的差異。至於症狀或副作用的改善程度如表十一，以噁心嘔吐和疲倦的改善為五成最明顯，疼痛改善不多，化療藥物所引發的神經病變目前看起來治療是最棘手的。

(三) 醫療費用和效能在日照模式和中醫病房的差異

目前全國設有日間照護和中醫病房兩個獨立的治療空間的僅有本院，在收治這兩年來將設置這兩個的條件陳述而表七，分別比較了空間、人力、設備、費用、與病患來源等以供中醫同道參考。

(四) 氣功與八段錦的教學影片與海報

中醫病房原本即有八段錦的教學，但病患或家屬的參與度並不高，我們日照模式的病患也僅有 1/3 願意每日練習八段錦。為方便日照模式的病患能在收治期間增加練習的動能，我們設計於病房區掛上由針灸科醫師示範的教學海報(圖三)，並發送衛教仿單教導病患一遍，另外也放上我們中醫團隊的氣功教學於 youtube 的網頁上供病患點選，以利出院後能持之以恆的練習。網頁網址為：

<https://www.youtube.com/watch?v=1WoiPI4ssGU&t=17s>

肆、討論

中醫於民國 84 年加入全民健康保險，與西醫、一同納入保險給付，除了針灸、推拿，醫療業務內容也涵蓋內、婦、兒科與西醫類似，併列為重要醫療服務。中醫的業務一直以門診為主，幾乎占了 88%，教學醫院只有 12%。除了訓練單一化外，還必須面臨中醫師供給率由民國 90 年的 3583 人上升到 106 年的 6431 人^{11, 12}；以及中醫門診利用率下降的問題¹³。中醫師養成的扁平化、中醫治療效能無法多元化、還有中醫師數和病患數的供給失衡會是中醫界最大的危機。

自 103 年來中醫師的養成除了設立負責醫師訓練制度，培養中醫一般科醫師能力外，今年底也開始著手中醫專科醫師制度試辦計畫的進行。另外衛福部也陸續拋出許多促進中醫多元發展的計畫。目的就是希望能引導中醫界在長期照護、戒毒、日間照護、中西醫合作照護（急診、腫瘤）等議題之發展。本人在院方的支持下連續三年承接中醫日照計畫，105 年藉由臨床 case control study 收案的方式與西醫合作，由轉介病人中找尋願意接受日間照護的病患。從臨床經驗、醫護磨合、和病患滿意度回饋中，逐漸建立日間照護的雛型，和中醫針對癌症治療的切入點，也提高團隊照護能力，和建立中西醫合作的基礎。這些收治的癌種中以大腸癌、乳癌、肺癌的病人數佔多數，其中大腸癌因為奶瓶化療逐漸轉往返家施打¹⁴。但臺灣的病患在心理的接受度不如西方的研究接受度那麼高，症狀的出現往往無法自行料理，所以病患和家屬會藉由開始施打奶瓶化療 2-3 天間，來尋求中醫日照模式的照護；再加上乳癌病患在臺灣對中醫的就醫率本就高，據研究指出乳癌在治療期間會有六成以上的病患曾經就診過中醫^{15,16}，本院乳癌團隊也發現會有 1/3 的病患同時服用中藥。所以 106-107 年的計畫則針對單一腫瘤（大腸癌、乳癌）的收治，增加教學互動以及團隊在處理西醫治療副作用、和常見症狀處置之熟悉度。另外照護團隊（醫護、個管和營養師）的分工和整體照護能力的提升，嘗試訂定診治常規；也因為癌症病史和治療的複雜度，我們也設置病例範本讓年輕醫師能循序就進有組織的 approach 病患，並利用多種教學的場合（住診教學、病例討論、負責醫報告和資深住院醫師教學）讓其能獨立思考，與簡短卻詳盡的陳敘病情。

中醫病房目前在全國僅有長庚體系桃園分院、和高雄院區以及部立桃園醫院，這三間醫院的中醫病房是獨立純由中醫部門來照護，而非西醫住院醫師照護為主，中醫照護為輔。無法廣設全國的原因除無法納入健保給

付外，自費的情況下如果沒有醫療保險的配付下會壓縮病患的意願，也限縮了病患的來源^{17,18}。另外最大的問題是醫療照護的人力，包括住院醫師的多寡、夜間值班的照護的能力，以及西醫的資源是否能即時支援，這些因素皆影響了教學醫院投入設置中醫病房的意願。殊不知西醫的病房兼具病房迴診、病房住診和教學訓練等功能，是西醫專科發展最重要的基石。中醫界若無法突破這點，專科發展的建構勢必事倍功半。所幸經過這幾年來不斷的嘗試日間照護的方向，發現設立日間照護病房（模式）除具有部分病房訓練的功能外，也可以解決許多醫院擔心的夜間值班問題，和減輕中醫師們對於病患病情急重症轉變的恐慌。對於飽受中醫病房佔床率過高無法服務更多病患的單位而言。也可以將中醫病房的部分病患轉往日間照護治療，來解決中醫病房病床數不足，不過設置仍需考慮空間、人力、設備、費用與病患來源等四種。

日間照護建置比較傾向因此亞急性的照護模式，提供設置上較低成本，也較不需大空間的規劃，這兩點對於許多醫院的附設中醫部門方便許多，無須院方的同意即可增設。譬如本院日間照護因結合門診延長照護計畫已改至內科的診療區內，只需注意上下床或活動時的安全，以及設定標準的急救或突發事件 SOP 即可施行。這個癌症門診延長照護也有健保給付，減少了部分病患自費入住中醫病房的負擔，所以這是可以提供非住院的亞急性或慢性照護的病患，於中醫部門留觀並以中醫藥療法治療。中醫服務對象和訓練場所的拓展，是目前中醫專科發展的當務之急。然而中醫單位和學子們已習慣於傳統的門診治療，對於新穎模式的設立興趣並不高，此積極度也會影響院方增設的意願，也折損了近年來官方欲推展中醫多元照護來引領中醫前進的美意。或許藉由醫策會教學醫院的評鑑，來鼓勵更多績優的醫療單位來參與並延續這些成效不錯的政策與試辦計畫。

日間照護早在 102 年衛生福利部的計畫-「建構中醫日間留院觀察照護模式」，就已經訂出 15 種適合中醫日間留院觀察照護的病種，也利用試辦日間留觀病床，短暫留觀包括大量血崩、卵巢過度刺激引起的腹水、急性腹痛、前置胎盤引起的子宮異常出血、高血壓性的劇烈疼痛、急性腸胃炎等；也有急性扭傷、落枕或痛經的病人。這兩年設置「癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式」，利用原本的中醫病房收治化療期間的病患，來提供短期的日間照護服務，安排的治療時間約每日 6-8 小時，期間相關中醫的處置如中藥、針灸、穴敷、拔罐、推拿、氣功等皆按照病患病況給予調配與安排。結果發現病患對於參與中醫日照主動提供的治療感到滿意

和肯定，也願意嘗試更多元的中醫治療方式。多數的病患大多留置 7-10 天，而這段往往是化療副作用最明顯的時間。雖然我們嘗試要以針灸為主體，來避免施打化療投予中藥所引發的 drug-herb interaction，但我們由表九觀察到全部病患都選擇藥物治療，這跟許多病患在化療期間會接受多重的資訊希望藉由食補、營養或保健食品來強化體力有關。雖然已有示範帶和衛教仿單，但會全程完成八段錦的練習僅 2 成 6，雖然病患都了解氣功對於強身抗病的助益，但畢竟這必須要病患的體力、主動性、恆心和耐心，有時還必須利用團體治療的方式帶動病患主動參與，方能收到功效。另外一個最大的問題是病患在每日治療結束後的交通往返問題，除非提供專車接送，否則收治病患仍以居住在市區的為主，無法擴及到其他較遠距離的地區如屏東、阿蓮、大樹等。這部份的議題或許可以提供社區照護來討論，以擴散計畫的成效。

本年期的計畫重點主要擺在乳癌，乳癌是目前女性癌症發生率的第一名除發生高峰約在 45-69 歲之間，約為每十萬名婦女 188 到 194 人。因為乳癌防治的教育觀念的普及，現在乳癌可以較早期發現，如果獲得妥善的治療，平均五年存活率可以到 8.5 成¹⁹，加上標靶藥物施打需 1 年以上，賀爾蒙藥物往往需要服用五年以上，所以乳癌從診斷到放化治療後還會有長期間在中醫治療，因此值得我們中醫師深入探討。然而乳癌治療的複雜度也是最高的²⁰：若是荷爾蒙接受體(ER)陽性的乳癌患者，必須接受抗荷爾蒙治療；上 Her-2 陽性的乳癌患者，只要大於 0.5 公分，必須接受標靶治療合併化學治療；三陰性的乳癌患者，只要 1 公分以上，即使腋下淋巴沒有轉移，也必須化學治療。乳癌保存手術後要放射線治療，全乳房切除術和淋巴廓清發現有淋巴結轉移等於或大於四顆，腫瘤大於 5 公分，有皮膚或者是胸壁侵犯，或是邊緣不乾淨的病人也要接受放射線治療。化學治療的配方更多除輔助性化療的小紅莓和紫杉醇，進展或轉移性乳癌會需要使用到白金、健澤、微脂體小紅莓、溫諾平、或截瘤達等。釐清這些分子分期、藥物治療、常見副作用這些知識這對中醫師是非常大的挑戰。我們藉由邀請西醫腫瘤專科的醫師的教學，會議討論中，以及結合過去臨床診治的經驗，與帶領年輕醫師進行國內外文獻整理探討後，成功建立的「乳癌收治病患中醫照護之治療指引草案」(表二)，可以提供中醫同道對於乳癌治療的參考。另外也舉辦中醫腫瘤專家的教學，再結合收治案例的討論，深化我們對於各種治療應用在癌症病患的能力。譬如若化療當天出現嚴重的頭痛、腹痛或是背痛等疼痛問題，會引發病患交感神經亢奮，周邊

血管收縮，讓疼痛的症狀加劇而影響生活與睡眠品質，反而會引發身體發炎物質的增加。藉由背部的滑罐不僅能使血管擴張、血流量增加，而且可增強血管壁的通透性和細胞的吞噬能力，達到止痛和清除發炎物質的效果。^{21, 22} 音樂療法也可以減緩癌症病患的疼痛、焦慮和舒緩對化學治療的恐懼。²³ 為了讓病患了解日照模式中醫師所提供的治療項目，除指導住院醫師搜尋文獻找出各手法之適應、禁忌、和操作流程外。也結合網路知名插畫家 UD Misi 的美編與創作，做出了關於拔罐、穴敷和音樂治療的衛教單張。

日間照護的定義為「提供日間專業護理服務、夜間享受家庭生活。包含醫療、護理、復健、保健、營養及照顧，享有尊嚴、人性化、社會化的生活」。²⁴ 也因此日間照護模式的設置最大的問題除了照護醫療團隊的人力支援和專業技能之外，獨立的空間和硬體的設置也十分重要，當然這些軟硬體的設備會隨著收治病患的條件不同而有所調整。本計畫完整的呈現本院中醫部門從無到有建置中醫日間照護模式的過程，包括在中西醫的溝通和整合、醫護和營養師的合作、老少醫師的教學和傳承、以及跨界合作增加對病患的衛教和了解，其實都是建立在「全人醫療」的論點上。嘗試由病患的考量出發而提供病人身體、心理及靈性的照護。瞭解病人及家屬對日照模式的期待與調適；相對的，在醫療團隊間，則可以由病人身上學習到如何增進服務品質，促進病人滿意度和治療成效。現代西方醫學對於中醫的想法已較為寬容，不會質疑你為何不使用單一藥物、或是需要解離出有效成分來進行藥效或藥物動力學的測試後的研究方可採信。他們逐漸體認到中醫是整體的觀念，只要能在「療效」和「實證」上能證實中醫藥的可行，中西醫的密切合作會是可以期待的。²⁵

雖然我們這 15 例病患都因化療中而產生不舒服的症狀，來尋求日間模式的照護，但乳癌分期或是病理因子卻是沒有一致性，治療更多元除化學治療本身有手術前化療、輔助性化療和緩和性化療的差異，還有是否放射線治療、賀爾蒙治療、標靶治療等的不同，所以產生的症狀也偏多。這稀釋了在生活品質問卷、疲勞量表、甚至經絡能量上的顯著差異，我們的結果只顯示病患在日照模式後的失眠和便秘有明顯改善。其中乳癌病患失眠的問題很嚴重，研究指出有 24-95% 的乳癌病患在化療期間會發生睡眠障礙的問題，甚至導致身心症。²⁶ 尤其是針灸，它對於安慰劑或是安眠藥的效果比較起來是不差的。²⁷ 中藥中常見的加味逍遙散、天王補心丹、或是酸棗仁湯在臨床使用上對於乳癌睡眠障礙的效果也很好。^{16, 28} 至於便秘

雖較噁心、嘔吐、消化不良少見於乳癌病患，²⁹ 相關這方面的中醫研究也少只有一篇小型隨機研究證實針灸在便秘的療效，不過從我們的結果看來這是值得發展的方向。

另外我們也嘗試把經絡能量儀帶入乳癌的研究中，希望能透過數據的收集來了解乳癌病患在輔助化療幾次之後身體的能量會引發劇變，也就是病患哪時候會由實轉虛。如果能掌握此時機將中醫日照模式予以適當地切入，避免病患的病況惡化而影響繼續正規治療的意願，或是減少後遺症對身心的影響。護理長在其碩士論文發現正接受化學治療之乳癌病人疲憊程度顯著高於無化學治療者，並且化療治療次數與疲憊程度有顯著正相關。³⁰ Huang et al 在 2015 年的研究分析 153 位乳癌與經絡能量相關性研究發現，持續接受化學治療之乳癌病人，脾經與心包經之經絡能量偏低，且接受化學治療三個月之乳癌病人，其經絡能量顯著低於未接受化學治療。³¹ 可見此時間點若能透過中醫日照模式的及早介入和推廣，相信能扮演好乳癌病患化療療程「中繼站」的角色。

本研究為政策型計畫，藉由收治特定癌症病患來演練在建置日間照護模式的過程中，在醫療、教學和行政端所面臨到的問題，所以收治病患數並不多僅 15 例。作為臨床研究來講樣本數太少，所以部分研究結果達不到顯著差異，也會影響統計估計的準確度。譬如我們參考邊立中碩士論文的文獻中，發現中文版短型多軸向疲倦測量表雖內在一致性很高，但再測信度卻不夠。⁷ 此結果應該跟量表的本身無關，而是跟病人的嚴重程度有關係，或是在特定癌症兩次填答的時間的間隔性所影響。我們的分析也顯示 MFSI-SF 在前後測的信度也是很高，cronbach α 值分別是 0.897 和 0.906，雖然是針對特定乳癌，不過這樣的樣本數依然會影響其穩定度。所以後續研究需要放大樣本數或是選擇更適當的量表來做評估。

伍、結論與建議

中醫必須設置更多的臨床服務單位，以及教學場所，來提升年輕醫師思考的深度和廣博的照護技能。癌症是目前中西醫最棘手的問題之一，也因為西醫在治療的進步，使得許多癌症病患能得以延長生命，也提高了病患使用輔助或替代醫療的機會。中醫作為臺灣輔助和替代醫療的代表，應當整合各輔助和替代醫療的優缺點，作為西醫或是病患諮詢的窗口，不讓病患因偏方而誤治，也不讓西醫師因偏方而誤會中醫。更重要的是可以發展多元的中醫技能，如培養推拿、拔罐、腹針、或雷針等學者專家，在癌症治療的領域上發展其專才。

本計畫已初步建置了中醫癌症日間照護模式、臨床路徑、以及教學模式。也在年底拓長了健保癌症門診延長照護的服務。目的在補足中醫界門診醫療應用之侷限、與中醫住院制度尚未全面推廣間連續照護的不足。執行期間本院不論門診、會診或是病房的腫瘤病患使用中醫的人次有增加的趨勢，也建立了中西醫的整合醫療團隊和治療指引的草案。因此我們希望能藉由成功的案例，結合全聯會或學會透過學術型會議予以發表，獲取民眾、院方與媒體對於中醫癌症照護的信心。也希望能在中醫藥司的支持下，將我們建構日間照護模式和中醫病房的經驗予以各教學醫院分享，協助其癌症專科治療人才的培養，和中醫門診延長照護、或是中醫病房的設立。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-112111 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 103 年死因統計結果分析。
file:///C:/Users/Tsai/Downloads/%E5%A3%B9%E3%80%81%E6%AD%B
B%E5%9B%A0%E7%B5%B1%E8%A8%88.PDF
2. 死亡鐘又變快 癌症每 11 分奪 1 命，蘋果日報。民國 94 年 7 月。
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20170620/37689065/>
3. 楊喬茹(2015)。從癌症放射治療來看現行健保總額支付制度所衍生之問題。國立高雄大學政治法律學系研究所，高雄市。
4. 陳亞南、趙育玲、洪敏瑛(2014)。門診化學治療室病人化療前評估作業流程完整率之改善專案。腫瘤護理雜誌，14(1)：35-47。
5. 林嘉慧、林麗英、吳杼芸、林瑞玲、張春梅(2006)。門診病人接受化學治療之症狀困擾與處置經驗。榮總護理，23(4)：364-373。
6. 萬崇華、陳明清、張燦珍、湯學良、孟瓊、張曉磬(2005)。癌症患者生命質量測定量表 EORTC QLQ-C30 中文版評介，實用腫瘤雜誌，20(40)：353-355。
7. 邊立中(2009)。短型多軸向疲倦測量表中文版之信效度檢定。臺北醫學大學護理學研究所，台北市。
8. 洪小雱(2012)。中醫陰陽體質與自律神經、經絡能量相關性之初探(未發表之碩士)。國立臺北護理健康大學，台北市。
9. Tsai, M. Y., Chen, S. Y., & Lin, C. C. (2017). Theoretical basis, application, reliability, and sample size estimates of a Meridian Energy Analysis Device for Traditional Chinese Medicine Research. *Clinics (Sao Paulo)*, 72(4), 254-257.
10. Eisenhauer EA, Therasse P, & Bogaerts J et al (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 45(2):228-47.
11. 中醫門診總額一般服務執行成果評核報告 - 衛生福利部。
file:///C:/Users/Tsai/Downloads/3-%E4%B8%AD%E9%86%AB%E9%96
%80%E8%A8%BA%E7%B8%BD%E9%A1%8D%E5%9F%B7%E8%A1
%8C%E6%88%90%E6%9E%9C%E5%A0%B1%E5%91%8A_004602900
1.pdf.

12. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議
file:///C:/Users/Tsai/Downloads/Y106-2%E8%87%A8V1_%E5%85%A8%E7%90%83%E8%B3%87%E8%A8%8A%E7%B6%B2.pdf.
13. 中華民國 105 年全民健康保險醫療統計 - 衛生福利部。
file:///C:/Users/Tsai/Downloads/105%E5%B9%B4%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E9%86%AB%E7%99%82%E7%B5%B1%E8%A8%88%E9%9B%BB%E5%AD%90%E6%9B%B8.pdf.
14. 姚遠賢、謝東呈、蘇淑芬、王守玉(2011)。現今大腸癌之治療趨勢。弘光學報 65 期。
15. Lin YH, & Chiu JH (2011). Use of Chinese medicine by women with breast cancer: a nationwide cross-sectional study in Taiwan. *Complement Ther Med.* 19(3):137-43.
16. Lee YW, Chen TL, Shih YR, et al (2014). Adjunctive traditional Chinese medicine therapy improves survival in patients with advanced breast cancer: a population-based study. *Cancer.* 120(9):1338-44.
17. 賴俊雄(2007)。中醫住院支付標準、給付內容及成本效益分析。中醫藥年報，第 25 期，第 3 冊:265-350。
18. 楊賢鴻、林昭庚、陳俊明、陳潮宗(2008)。中醫住院治療健保給付之可行性探討。中醫藥年報，第 27 期第 7 冊:467-508。
19. 衛生福利部國民健康署。
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1130&pid=2159>.
20. 乳癌診斷與治療共識 - 國家衛生研究院。
http://www.nhri.org.tw/NHRI_ADM/userfiles/file/tcog/breast_II.pdf.
21. Lauche R, Materdey S, Cramer H, et al (2013). Effectiveness of home-based cupping massage compared to progressive muscle relaxation in patients with chronic neck pain--a randomized controlled trial. *PLoS One.* 8:e65378.
22. Mehta P, Dhapte V (2015). Cupping therapy: A prudent remedy for a plethora of medical ailments. *J Tradit Complement Med.* 5:127-134.
23. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* CD006911

24. 謝雅萍(2008)。日間照顧中心經營模式之探討。亞洲大學，經營管理學系碩士班，台中。
25. Porter D, Cochrane S, Zhu X. Current Usage of Traditional Chinese Medicine for Breast Cancer—A Narrative Approach to the Experiences of Women with Breast Cancer in Australia—A Pilot Study (2017). *Medicines (Basel)*.4(2). pii: E20.
26. Graci G. Pathogenesis and management of cancer-related insomnia (2005). *J Support Oncol*. 3(5):349-59.
27. Choi TY, Kim JI, Lim HJ, Lee MS. Acupuncture for Managing Cancer-Related Insomnia: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials (2017). *Integr Cancer Ther*. 16(2):135-146.
28. Lai JN, Wu CT, Wang JD. Prescription pattern of chinese herbal products for breast cancer in taiwan: a population-based study (2012). *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012:891893.
29. Montemurro F, Mittica G, Cagnazzo C, et al (2016). Self-evaluation of Adjuvant Chemotherapy-Related Adverse Effects by Patients With Breast Cancer. *JAMA Oncol*. 2(4):445-52.
30. 鄧雪妹(2018)。乳癌病人癌因性疲憊、中醫體質類型與經絡能量之相關性探討。美和科技大學護理系健康照護研究所，屏東縣。
31. Shin J, & Park H. Effects of Auricular Acupressure on Constipation in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial (2018). *West J Nurs Res*. 40(1):67-83.

柒、圖、表



圖一、中醫日間照護模式流程圖

收治日期：____年____月____日 姓名：_____ 性別： <u>女</u> 病歷號碼：_____ 年齡：_____
現病史：____年____月罹患 <u>乳</u> 癌位置：_____ (分期 T_N_M)
治療方式： 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日期____ 切除方式與部位_____ 放射治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次數____ 日期_____ 化學治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 配方_____ 標靶治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____ 賀爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥物_____
主訴： _____ NCI-CTC 分級(0-4) ____分 嚴重度 VAS(0-10) ____分
過去病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 家族病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 職業：_____ 居住：_____ 婚姻：_____ 停經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 生產史 _____ 藥物過敏史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____
身高：_____ 體重：_____
實驗室數據： WBC _____ HB _____ PLT _____ BUN _____ CR _____ AST/ALT _____ 癌症指數 _____
影像學檢查(日期：_____):
舌象：_____ 脈象 _____ 經絡能量儀總分 _____ 肝經 _____ 胃經 _____
主觀問卷 ◁ 生活品質量表(EORTC-QLQ-C30) 身體功能__ 角色功能__ 情緒功能__ 認知功能__ 社會功能__ 整體健康__ 疲憊__ 噁心嘔吐__ 疼痛__ 喘__ 失眠__ 食慾不振__ 便秘__ 腹瀉__ 經濟狀況__ ◁ MFSI-SF 疲勞指數 __
診斷
中醫治則與主要治療措施 <input type="checkbox"/> 中藥 _____ <input type="checkbox"/> 體針 <input type="checkbox"/> 雷針 <input type="checkbox"/> 耳針 <input type="checkbox"/> 腹針 穴位 _____
其他治療配套 <input type="checkbox"/> 五音治療 (<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 水) <input type="checkbox"/> 八段錦 <input type="checkbox"/> 紅外線(含遠絡) <input type="checkbox"/> 經絡按摩 (_____ 經) <input type="checkbox"/> 藥薰 部位 _____ <input type="checkbox"/> 皮膚藥膏 (<input type="checkbox"/> 白芷蘆薈凝膠 <input type="checkbox"/> 紫雲膏 <input type="checkbox"/> 黃連膏 <input type="checkbox"/> 金黃膏 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 穴敷點 _____ 神關 _____ <input type="checkbox"/> 無煙灸 <input type="checkbox"/> 其他製劑 (<input type="checkbox"/> 漱口水 <input type="checkbox"/> 烏貝散 <input type="checkbox"/> 其他 _____)
衛教 <input type="checkbox"/> 中醫衛教 <input type="checkbox"/> 營養衛教 <input type="checkbox"/> 護理衛教
主治醫師 COMMENT
治療反應

圖二、HIS 病歷寫作範本

武八段錦運動與臟腑經絡關係

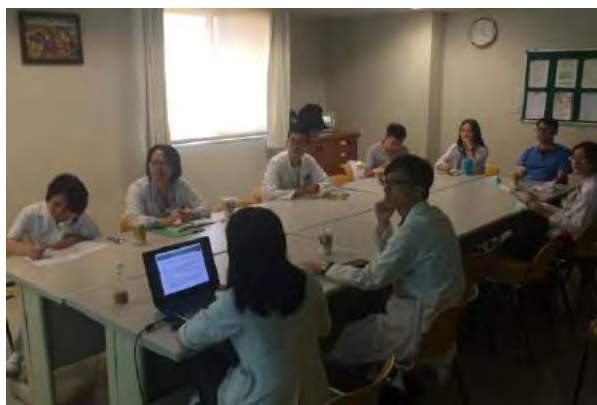
八段錦運動	影響的經絡	影響的臟腑
雙手托天理三焦	三焦	整個經絡系統及其所聯繫的臟腑
左右開弓似射鵰	手太陰肺經手厥陰心包經	增強心肺功能
調理脾胃臂單舉	任脈、足少陰腎經、足太陰脾經足陽明胃經	調理脾胃
五勞七傷往後瞧	督脈足太陽膀胱經	調理五臟六腑
搖頭擺尾去心火	督脈足太陽膀胱經	腎俞、命門
兩手攀足固腎腰	足少陰腎經	強腎健骨
攢拳怒目增氣力	十二原穴	肝臟(疏泄肝氣增強肺氣)
背後七顛百病消	陰經經氣上升陽經經氣下降	全身神經的調節



圖三、八段錦示範海報

表一、中西醫照護團隊會議

日期	會議議題	地點	參與人員	內容
107.03.08	第一次「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓三樓第1會議室	中西醫日間照護整合醫療團隊	與乳癌個案師和腫瘤科合作醫師商討病患轉介流程與治療程序
107.07.19	第二次「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓9H討論室	中西醫日間照護整合醫療團隊	介紹團隊用於本計畫使用之主客觀測量工具
107.10.02	第三次「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓9H討論室	中西醫日間照護整合醫療團隊	癌症日間照護應用於專科醫師教育與訓練之可行性
107.12.11	第四次「中醫病房日間照護中西醫整合模式之建立」照護團隊會議	復健大樓三樓第1會議室	中西醫日間照護整合醫療團隊	期末報告委員意見回復與往後中醫與乳癌團隊之合作方向



107.03.08 第一次團隊會議



107.07.19 第二次團隊會議



107.10.02 第三次團隊會議



107.12.11 第四次團隊會議

表二、乳癌收治病患中醫照護之治療指引草案

抗癌藥物	副作用	中醫治則	常見中醫藥方	穴位
小紅莓類藥物 (如 Epirubicin , Doxorubicin , Liposomal doxorubicin 等, 歐洲紫 杉醇(Docetaxel)	白血球降低	補氣健脾、 滋補肝腎	地黃丸、二仙丸、 養血平肝丸	脾俞、腎俞、關元、 氣海、足三里、大 赫、命門
	貧血	補氣養血	當歸補血湯、歸脾 湯、 桃紅四物湯	太溪、復溜、三陰 交、肝俞、脾俞、膈 俞、百會、天樞、足 三里
	血小板下降	健脾清熱	歸脾丸、八珍湯、 補氣健脾丸	大椎、曲池、內庭、 足三里、神闕、關元
小紅莓類藥物	心臟毒性	益氣扶正、 活血化瘀、 理氣止痛	生脈散、炙甘草湯	膏肓俞、心俞、關 元、足三里
化療 高度風險致吐藥物包括 Cisplatin, 而中度風險致 吐藥物則包括小紅莓類 藥物, Cyclophosphamide, 及 口服的溫諾平 (Vinorelbine)、截瘤達 (Capecitabine)等	噁心嘔吐	健脾利濕、 理氣和胃、 降逆止嘔	香砂六君子、半夏 瀉心湯、柴芩溫膽 湯、理中湯、旋覆 代赭湯、橘皮竹茹 湯	內關、合谷、足三 里、中脘、梁門、豐 隆、支溝、行間、期 門
	小紅莓類藥物, 紫杉醇 藥物(如 Paclitaxel 太平 洋紫杉醇, Docetaxel 歐 洲紫杉醇)	口腔炎與口 腔潰瘍	益陰生津、 清熱解毒	涼膈散、黃連解毒 湯、知柏地黃丸、 導赤散、甘露消毒 丹
太平洋紫杉醇 (Paclitaxel), 及鉑化合物(Cisplatin)	神經毒性	益氣溫經、 和營通痺或 清熱止痛通 痺	黃耆桂枝五物湯 或玉女煎	手腳井穴、肩隅、合 谷、環跳、懸鐘、陽 陵泉或陶道、曲池、 風市、合谷
溫諾平(Vinorelbine)	便秘	瀉腑通熱	大柴胡湯、承氣湯 系列	天樞、足三里、內 庭、支溝
截瘤達(Capecitabine)	手足症候群	活血清熱解 肌	真人活命飲、知柏 四物湯	曲池、合谷、血海、 膈俞、間使、後谿、 三陰交
電療	皮膚灼紅或 破損、疲倦 感	益氣清熱養 陰	增液湯、竹葉石膏 湯、玉女煎、白芷 蘆薈凝膠	尺澤、孔最、魚際、 曲池、少商

抗癌藥物	副作用	中醫治則	常見中醫藥方	穴位	
	淋巴水腫加劇	益氣活血通絡，利水消腫	防己黃耆湯、五皮飲	八風八邪、三焦俞、水分、水道、陰陵泉	
荷爾蒙治療	LHRH 類似物 (Tamoxifen)	熱潮紅、陰道分泌物增多、子宮內膜癌、栓塞 心臟毒性	清熱養陰、疏肝解鬱 益氣扶正、活血化瘀、理氣止痛	加味逍遙散、當歸六黃湯 復脈湯、丹七片	心俞、神門、內關、三陰交、太溪、陰郄、太衝 上星、神門、豐隆、間使、鳩尾、大陵
		失眠	滋陰清熱、養心安神	酸棗仁湯、天王補心丹、酸棗仁、夜交藤	心俞、脾俞、關元、足三里、三陰交、志室、陰谷、太溪
	芳香環酶抑制劑 (Letrozole、Exemestane)	熱潮紅、關節肌肉痛、骨質疏鬆、骨折、高膽固醇血症、心血管疾病	補養肝腎、強筋壯骨	獨活寄生湯、芍藥甘草湯、續斷	風池、風府、合谷、風市、外關、腎俞、脾俞、命門
	LHRH 類似物 (Goserelin、Leuprorelin)	熱潮紅、無月經、停經症候群、注射部位反應	滋陰降火、補心養血	加味逍遙散、當歸六黃湯、溫清飲、都氣丸	氣海、關元、大赫、腎俞、太溪
標靶治療	類感冒症狀 (打冷顫、發燒)、疲倦、皮疹、噁心、嘔吐、白血球細胞減少、	疏風清熱、除濕消腫、補中益氣、和解表裡、養血益氣	柴胡桂枝湯、小柴胡湯、補中益氣湯、銀翹消風散、加味四物湯	中渚、外關、足臨泣、大椎、膈俞、血海、三陰交	

表三、中醫日間照護臨床照護流程

時段(8:30-16:30)	診療內容
第一節	•主治醫師診察
第二節	•中醫輔助醫療檢查與 QoL 問卷評估 (第一天和最後一天) •五音治療
第三節	•針灸或傷科治療處置 (推拿/拔罐/膏藥/藥薰/紅外線/穴敷等)
第四節	•營養/護理衛教
午間休息	
第五節	•主治醫師診察
第六節	•針灸或傷科治療處置 (推拿/拔罐/膏藥/藥薰/紅外線/穴敷等)
第七節	•氣功導引或八段錦

表四、教學病例討論與住診教學

時間	類別	議題	地點	參與人員
107. 05.17	專題討論	乳癌病患住院接受化療之中醫體質分型與疲倦的相關性	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
107. 07.12	案例	癌症病患中醫治療應著重在辯證還是辯病	復健大樓 9H 討論室	中醫病房 醫護團隊
107. 10.24	古籍與案例	從血證論學習病患吐血之治療經驗	兒童醫院 七樓 會議室 2	中醫病房 醫護團隊



107.05.17 中醫日間照護專題討論



107.07.12 中醫日間照護床邊教學病例

表五、負責醫師或資深住院醫師教學

時間	類別	議題	地點	參與人員
107.01.18	住院醫師教學	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologic side effects associated with the epidermal growth factor receptor inhibitors • 如何從腫瘤中西醫的整合醫療中發現藍海 	復健大樓 三樓 第1會議室	中醫科系全體醫師
107.04.24	住院醫師教學	乳癌與疲倦之相關性	復健大樓 三樓 第3會議室	全體住院醫師與實習醫學生
107.07.04	住院醫師教學	Co-prescription of Chinese herbal medicine and Western medication among female patients with breast cancer in Taiwan: analysis of national insurance claims	復健大樓 三樓 第3會議室	全體住院醫師與實習醫學生
107.10.31	住院醫師報告	Complementary and Alternative Medicine Use and Its Association with Quality of Life among Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Ethiopia: A Cross-Sectional Study	復健大樓 9F 討論室	全體住院醫師與實習醫學生



107.01.18 住院醫師教學



107.04.24 住院醫師教學

表六、中西醫專家日照講座

日期	地點	參與人員	內容
106.12.23	復健大樓三樓 第1會議室	中醫科系 全體醫師	中醫在急重症的角色與處理，以及癌症病患針灸示範教學
107.03.08	復健大樓三樓 第1會議室	中醫科系 全體醫師	腫瘤免疫療法之學理，運用和副作用
107.06.28	復健大樓三樓 第1會議室	中醫科系 全體醫師	分享中醫轉西醫之心路歷程，中醫學習應有的師承與態度、重病看診的衝擊，和轉往西醫發展的樂觀積極
107.08.09	復健大樓三樓 第1會議室	中醫科系 全體醫師	分享多年來中醫治療癌症的臨床經驗



106.12.23



107.06.28



107.08.09

表七、日間照護模式與中醫病房之比較

	日間照護(6hr)	中醫病房(24hr)
治療	<ul style="list-style-type: none"> • 治療以中醫為主 • 治療方式(科學中藥粉/針/五音/推拿/拔罐/氣功)一天治療2次 • 水藥煎煮耗時，當日無法提供保存 • 無夜間收治 	<ul style="list-style-type: none"> • 治療以中醫為主 • 治療方式(水藥/針灸/五音/推拿/拔罐/氣功/遠絡紅外線/藥薰) • 治療次數不限 • 西藥可在雙執照中醫師醫囑下執行 • 可開立水藥，藥局可由 Unit Dose System 給藥
硬體	<ul style="list-style-type: none"> • 一區四人，無衛浴 • 男女同處在一區 • 無法提供氧氣與靜脈藥物(點滴)注射 	<ul style="list-style-type: none"> • 可選擇一~三人房，皆有衛浴 • 男女病室不同 • 可提供氧氣與靜脈藥物(點滴)注射 • 雙、單人房有電視
餐點	<ul style="list-style-type: none"> • 自理 	<ul style="list-style-type: none"> • 可提供訂餐
交通	<ul style="list-style-type: none"> • 須考慮每日來回 	<ul style="list-style-type: none"> • 毋需考慮
照護能力	<ul style="list-style-type: none"> • 僅醫師照護 	<ul style="list-style-type: none"> • 醫護照護與急救設備充足
團隊支援	<ul style="list-style-type: none"> • 無 	<ul style="list-style-type: none"> • 西醫腫瘤科會診/營養師衛教/復健
收治對象	<ul style="list-style-type: none"> • 日常體能狀態(PS)在2分以內 • 避免收治腦轉移或失能病患 • 化學治療輕度併發症如神經病變、嘔吐噁心、疲倦等，或接受電療 	<ul style="list-style-type: none"> • 日常體能狀態 (PS) 在 1-4 分皆可收治 • 術後傷口復原與體質調理、同時接受 CCRT、癌因性虛弱或嚴重營養不良、骨髓抑制
費用	<ul style="list-style-type: none"> • 健保癌症門診延長照護的專案計畫(NT 2,580/D) 	<ul style="list-style-type: none"> • 全額自費，單人床4,474元、雙人床2,974元、三人床1,474元

表八、期中報告意見回覆

委員意見	回復
1.因本計畫尚無法提供充足實證資料，爰建議將期末報告之「治療指引」改為「治療指引(草案)」。	已修正治療指引改成治療指引(草案)
2.建議可拍攝氣功與八段錦之教學影片，使患者在家亦可執行。	已拍攝氣功的教學片 https://www.youtube.com/watch?v=1WoiPI4ssGU&t=17s ，八段錦則提供海報與衛教仿單讓病患索取。
3.本計畫建置以醫院為場所的中西醫整合照護模式，未來可考慮推廣至社區，以擴散計畫成效。	中醫日間照護模式的收治對象以急性與亞急性的腫瘤病患為主，病患仍在積極地接受西醫治療，所以建置的場地仍以醫院為主。若是推廣至社區對象可能需是使用奶瓶化療如大腸癌、或是比較末期癌症需要安寧療法或是支持性療法的病患。若來年仍有機會爭取衛福部計畫，會以此立意來與以規劃。我們在討論第四段末有補充此議題。
4.經費使用及核銷尚需加強	已請助理加強核銷進度，目前經費使用 72%

表九、乳癌 15 例個案的基本資料和主要處置

編號	病患	年紀	收治日期	分期	現行西醫治療	主訴	主要處置
1	韓	58	107.5.2	IV (pT2N3a)	Cisplatin/Taxotere	噁心嘔吐、疲倦、骨痛	A+B-1/4+D+E+F+H+J
2	陳	54	107.2.20	IV (ypT4bN2M1)	Herceptin	神經病變、腹脹	A+B-1+D+G+H
3	凌	47	107.6.08	IV (pT4bN1aMx)	Eribulin/Exemestane	貧血、骨轉移痛	A+C+E+G+H
4	陳	52	107.3.26	II	Adramycin	口腔炎	A+G+I
5	黃	52	107.3.12	IIA (pT2NpM0)	FECX4/Docetaxol/CDDP	頭痛、全身痛	A+B-1+H
6	蔡	50	107.4.16	IIB (T2N1M0)	FEC/Taxol	腹瀉、淋巴水腫	A+C+I
7	吳	41	107.5.31	IV	Avastin/Taxotere/Letrozole	疲倦、白血球過低	A+B-2+F+J
8	盧	41	107.1.31	IIA (pT2N0M0)	FEC	噁心嘔吐、疲倦	A+B-1
9	孫	65	107.4.18	IIIC (pT2N3aMo)	FEC	口腔炎、潮熱	A+F+G
10	李	57	107.1.22	IIA (pT2N0)	Letrozole/Herceptin	淋巴水腫、皮膚乾癢	A+B-1+E
11	郭	63	107.1.17	II2B (pT2N1)	FEC	疲倦、神經痛	A+B-3+C+D+F+H
12	胡	59	107.4.16	IV (cT4bN3M1)	Herceptin	疲倦	A+C+F+G
13	劉	49	107.5.24	IIB pT2(m)N1a	Herceptin/RTO	下肢水腫、皮膚焦灼	A+E+I
14	蔡	46	107.6.28	IIIB	Taxotere/Herceptin	噁心嘔吐	A+B-2
15	劉	42	107.8.22	IIB (cT2N1M0)	FEC	噁心嘔吐、頭暈	A+F+I

*處置方法：A-中藥； B 針法(1-體針；2-耳針；3-腹針；4-雷針)； C-灸法； D-穴敷； E-拔罐；F-五音； G 八段錦； H-紅外線； I-外用敷料(白芷蘆薈凝膠)； J-藥薰

表十、試驗前後問卷經絡能量、和實驗室數據之差異

	前測, 平均值(SD)	後測, 平均值(SD)	P 值
EORTC-QLQ-C30 生活品質量表			
身體功能	78.4±16.72	79.5±13.46	0.10
角色功能	77±24.99	78.2±28.37	0.50
情緒功能	73.5±26.7	72.8±26.06	0.39
認知功能	72.2±23.77	69.2±22.41	0.24
社會功能	69±23.15	62.8±25.6	0.10
整體健康功能	60.7±23.59	56.4±22.86	0.12
疲憊	40.3±23.04	43.6±26.05	0.20
噁心嘔吐	24.6±26.68	26.9±36.98	0.27
疼痛	31±28.52	35.9±25.32	0.18
喘	30.2±20.83	28.2±29.96	0.38
失眠	47.6±29	33.3±27.22	0.04*
食慾不振	27±27.12	43.6±43.85	0.18
便秘	19±27.02	15.4±22.01	0.04*
腹瀉	23.8±21.46	20.5±21.68	0.22
經濟狀況	12.7±22.3	12.8±16.88	0.29
MFSI-SF 疲勞指數	13.62±19.82	17.77±21.1	0.09
經絡能量儀			
整體身體能量	35.62±18.26	33.71±18.02	0.12
自律神經比值	3.28±2.62	2.69±2.01	0.28
肝經	24.08±17.06	34.11±19.86	0.12
胃經	28.63±20.13	32.33±19	0.41
腎經	20.84±17.74	22.78±15.83	0.16
實驗室數據			
白血球(WBC)	6.42±5.88	7.68±8.86	0.22
血色素(HB)	11.81±1.51	11.56±1.51	0.12
血小板(PLT)	228.58±66.43	215±71.71	0.31
肝指數(ALT)	27.61±20.89	32.46±24.36	0.34

表十一、主症狀在常見不良事件評價標準(CTCAE)和視覺類比量表(VAS)的差異

症狀(人數)	CTACE (1-5)		VAS (0-10)	
	前	後	前	後
噁心嘔吐(4)	2.25	1.25	9.5	3.75
腸胃症狀，如腹瀉/腹脹/便秘等(2)	2	1.5	9	5.5
疼痛(4)	1.75	1.5	8.5	7
疲倦(5)	2.2	1	7.8	4
肢體水腫(3)	1.33	1	6.33	6.5
口腔炎(2)	2	1	8	6.5
皮膚炎(1)	2	1	8	6
頭暈、頭痛(1)	2	1	8	3
神經病變(2)	2.5	2.5	8.5	9

中醫日間照護成果經驗分享會



107年建置癌症中西醫日間照護 整合醫療模式之成果發表與學術研討會

指導單位：衛生福利部中醫藥司

主辦單位：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、中西整合醫學會

協辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、大高雄中醫師公會、嘉義縣中醫師公會、台灣中醫醫學會、嘉義長庚紀念醫院、高雄榮總傳統醫學科

課程日期：民國107年10月21日 (星期日 8:30-13:00)

課程地點：高雄長庚紀念醫院兒童醫院6樓紅廳

時間	講題	主講者	主持人
8:20-8:30	報到		
8:30-8:50	貴賓致詞	衛福部中醫藥司	高雄醫藥大學附設醫院中醫部 陳忠仁主任
		全聯會 陳旺全理事長	
		中西整合醫學會	
8:50-10:00	日照成果發表	計畫主持人 蔡明謨主任	
10:00-9:50	中醫如何看待癌症	中國醫藥大學中醫學院 張恆鴻教授	高雄醫藥大學附設醫院中醫部 陳忠仁主任
9:50-10:40	乳癌治療的新趨勢	高雄長庚腫瘤科 陳彥豪醫師	
10:40-10:50	休息時間		
10:50-11:40	腫瘤中醫輔助治療 臨床經驗	高雄長庚中醫科系 洪裕強系主任	台灣中醫醫學會 胡文龍理事長
11:40-12:30	中醫藥癌症治療之 轉譯研究	嘉義縣中醫師公會 吳清源理事長	
12:30-13:00	綜合討論	全體與會人員	高雄長庚中醫內科 蔡明謨主任

建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷 中醫日間照護模式(2-2)

馮逸卿

中國醫藥大學北港附設醫院

摘 要

計畫目的：

本計畫之目的主要建立建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式臨床照護模式、臨床照護路徑，提供見實習醫學生及住院醫師中醫日間照護的臨床治療經驗。

扭傷與拉傷是最常見的運動傷害，不僅可見於專業性的運動選手，同時也是一般人從事業餘性運動可能發生的困擾。根據林燕君(2003)研究顯示，運動選手受傷型態以肌肉拉傷 59.5% 最常見、其次為肌腱炎 46.6%、關節扭傷 40.2 最多。而以蔡瓊玉(2005)研究脫臼扭傷拉傷患者就醫型態結果來說，西醫門診的人數有 136,040 人 (佔 30.99%)；看診中醫的人數為 291,145 人 (佔 66.32%)，由此可知大多數民眾會選擇中醫為首要就醫選擇。扭傷與挫傷的選手往往無法完全配合休養，因為即使是日常生活中正常的活動，都需要肢體負荷不輕的力量，因此身體對受損組織的修復往往甚為困難，因此可以加強在醫療院所治療時間對病患無不是一福音。

目前中醫在健保制度下尚未提供中醫住院服務，為可以藉此間接教育見實習醫學生，可以在長時間密集之下觀察病患病情的改變、提供學習中西醫相呼應之治療處置等臨床訓練，此其重要性不可言喻，以達成中、西醫學融會之目標。

另外，也提供病患在疾病嚴重程度尚未達到收住院標準時，提供一個緩衝機制的選擇，可以藉由日間照護讓骨科、復健科、中醫共同照護，加速病情痊癒，降低往後復發時的醫療費用。

因此，本院中醫將基於以病人為導向的概念，提供病患最適切的日間照護醫療服務。預計 107 年執行「運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式」，將會設置運動照護日間留觀空間，提日有並建置完善之軟硬體設備，使須留觀之運動傷害關節、肌肉扭挫傷病患可以完善的醫療照護，以達到良好的治療目的和效果，可縮短不適感時間，藉此建立中醫日間照護模式。

在教學上，制定運動醫學中、西醫基礎課程，使將培訓中西醫見習醫學生與

住院醫師應具備核心能力要素，以至於在臨床照護上有基本概念，可以實踐於中醫日間照護治療中，尤其在運動傷害的關節、肌肉扭挫傷臨床經驗學習，可更為專精，使其符合可以確保醫療服務品質。

研究方法：

107 年以運動選手以及有關節、肌肉扭挫傷診斷之病患為收案研究對象。在分為建置研究軟硬體設備、教學、臨床三部分，執行研究計畫。

在教學方面，主要採中西醫聯合之教學，先使中、西醫見實習醫學生、住院醫師先有運動傷害的廣泛概念，再針對本次研究計畫之主軸關節、肌肉扭挫傷延伸中西醫教學。

先安排基本課程讓實習醫學生與住院醫師有基礎的運動傷害關節、肌肉扭挫傷基本理論與方法、同時利用臨床教學、指導醫師教導床邊教學病例寫作，並摸索一套運動傷害關節、肌肉扭挫傷臨床路徑、也使用 mini-CEX、學習者回饋意見表，作為教學指標，事後分析 mini-CEX、學習者回饋意見表之學習成效。

臨床方面，建置運動傷害關節、肌肉扭挫傷就醫標準流程。收案流程方面，患者至中醫門診，醫師判斷其嚴重程度無須住院但可日間照護者，篩選出符合收案個案，並詢問是否接受中醫日間照護，病患同意後門診病患可至「中醫日間留觀室」同時接受中醫團隊關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護。

針對關節、肌肉扭挫傷的疾病，中醫日間照護前、中、後，會對收案患者有完整評估紀錄，評估項目有「個案診察表（含中醫四診）」、「疼痛量表」、「病患自覺功能量表」、「腳踝不穩定評估量表(The Cumberland Ankle instability tool, CAIT)」、「歐式失能量表」作為個案基本檔案。

治療前的評估完成後，中醫師首先為病患把脈及辨證論治，針對疾病制定不同的治療方式，有中藥、外敷中藥膏、針灸、電針、拔罐、推拿、耳針等，並每 15 分鐘以疼痛量表評估疼痛指數，最後，病患之疼痛指數小於 3 即可結束診治返家。

結果與討論：

目前中醫在健保制度下尚未提供中醫住院服務之下，藉由本計畫中醫日間照護可以加強治療運動選手以及有關節、肌肉扭挫傷診斷之病患之關節、肌肉扭挫傷，縮短疼痛時間。

經由 15 例收案經驗得到關節、肌肉扭挫傷經由針灸、傷科手法加成的治療方式，會比一般單純只接受針灸治療，其在疼痛指數改善時間上明顯所短，甚至在後續不必將針灸停留即可終止疼痛。

同時，中醫治療冀望中醫治療運動傷害，不只是侷限在醫療院所，可以走進各單項協會的練習中心，也拉近中醫師與運動選手之同理心，幫助更多國家選手。

關鍵詞：運動傷害、關節、肌肉扭挫傷、中醫日間照護

Sports Injuries of Joint Sprain, Muscle Strain by Day Care mode of Chinese Medicine

Fong YC
China Medical University Beigang Hospital

ABSTRACT

The "flying fish" Phelps (Michael Phelps) won 22 Olympic gold medals, and his body of the cupping traces become another hot topic of discussion at the 2016 Summer Olympics in Rio. Because of the cupping traces Chinese medicine in the international sports arena is to spread and flourish.

The sports events in Taiwan, Chinese medicine is limited at the part of developing Sports Medicine, and no formal official plan to implement Chinese medicine intervention in sports medical research and teaching.

The research team integrated multiple cares, the host for the Chinese Taipei Olympic Medical Committee members, and it is the first traditional Chinese physician to enter the national training center for the national athletes clinics.

The program will be aimed for patients with sports injuries of lower back pain and ankle injury. The goal of first year is to care outpatients with sports injuries of lower back by using day care, and the second year is to day care with sports injuries of ankle injury day care. Clinical practice, teaching, building service models and setting up treatment manuals will be the dominant parts of this program.

The first part is to establish standard operating procedures (SOP), in order to protect patients. In the second part, all the doctors will teach interns and resident doctors basic training curriculum. They can learn the skill from the clinical understanding of outpatient and inpatient with chronic wounds, clinic diagnosis, and writing prescription. Under the guidance of bedside teaching could provide interns and resident doctors to more understand diseases.

The third part, it could offer the service model and set up treatment manuals. It

would establish clinical methods by day care, clinical teaching model, case report of bedside teaching, and organize the manual of outpatients with day care and the manual of inpatients with hospitalization. The research results will make specific suggestions for government policy.

Keywords: Sports injuries, Muscle sprain, Day care in Chinese medicine

壹、前言

本計畫之目的主要建立建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷之中醫日間照護模式臨床照護模式、臨床照護路徑，提供見實習醫學生及住院醫師中醫日間照護的臨床治療經驗。

踝關節扭傷是下肢常見的運動傷害，佔所有運動傷害的 15%至 30%的比率(Yokoyama, Matsusaka, Gamada, Ozaki, & Shindo, 2008)，在美國每天的發生率大約是 23000 次(Sefton 等, 2009)，不僅可見於專業性的運動選手，同時也是一般人從事業餘性運動可能發生的困擾。蔡文正(96)根據其研究中民眾對中醫藥之信賴度部分，若需要復健時，47.34%會選擇中醫進行復健，若肌肉扭傷、關節脫臼或骨折，有 54.80%會選擇以中醫來治療。在王顯智(92)踝關節是受傷最為普遍的部位，佔所有傷害的 37.88%，當受傷時，多數學生(46.76%)傾向尋求中國傳統醫療。饒芯萍(95)研究發現民眾較偏好利用中醫傷科門診，且中醫傷科及西醫復健科門診具替代效果，而中西醫併用門診則呈現互補及替代關係，20-49 歲及患有「關節、肌肉扭傷及拉傷」的民眾較傾向利用中醫傷科門診。

由此以上研究顯示，我國民眾在扭挫傷後對於中醫的利用率頗高，因此中醫可積極發展運動醫療，本計畫為照護運動選手成立「運動醫療中西醫合療」團隊，目的是結合西醫的治療特點，及中醫原有對骨傷診治之療法，加速診斷與治療的過程，減少不必要的醫療資源浪費，讓選手可以得到多一層的醫療照護，以期縮短療程、降低副作用、保持運動選手生涯，進而節省健保醫療資源。

目前中醫在健保制度下尚未提供中醫住院服務，為可以藉此間接教育見實習醫學生，可以在長時間密集之下觀察病患病情的改變、提供學習中西醫相呼應之治療處置等臨床訓練，此其重要性不可言喻，以達成中、西醫學融會之目標。

另外，也提供病患在疾病嚴重程度尚未達到收住院標準時，提供一個緩衝機制的選擇，可以藉由日間照護讓骨科、復健科、中醫共同照護，加速病情痊癒，降低往後復發時的醫療費用。

因此，本院中醫將基於以病人為導向的概念，提供病患最適切的日間照護醫療服務。預計 107 年執行「運動傷害之關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式」計畫，將會設置運動照護日間留觀空間，提日有並建置完善之軟硬體設備，使須留觀之運動傷害關節、肌肉扭挫傷病患可以完善的醫療

照護，以達到良好的治療目的和效果，可縮短不適感時間，藉此建立中醫日間照護模式。

在教學上，制定運動醫學中、西醫基礎課程，使將培訓中西醫見習醫學生與住院醫師應具備核心能力要素，以至於在臨床照護上有基本概念，可以實踐於中醫日間照護治療中，尤其在運動傷害的關節、肌肉扭挫傷臨床經驗學習，可更為專精，使其符合可以確保醫療服務品質。

貳、材料與方法

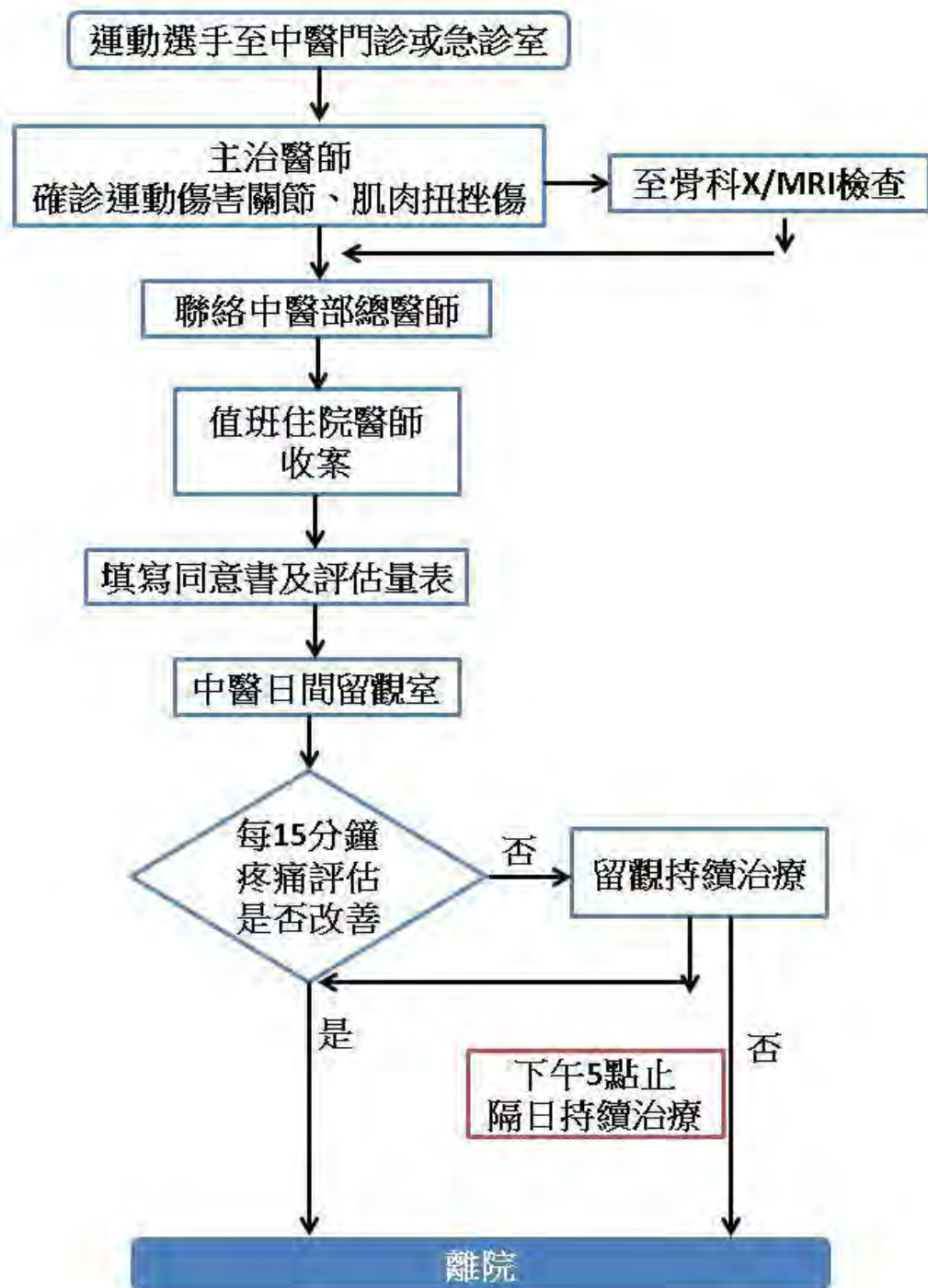
一、臨床部分

病人照護收案標準：

1. 收案對象為運動選手以及有關節、肌肉扭挫傷診斷之病患。
2. 收案年齡為 12-80 歲。

二、中醫日間留觀門診執行模式：

- (一)運動選手受傷，至本院骨科、復健科及急診室，由該科主治醫師作基本檢傷診斷治療。
- (二)骨科診察項目有 X 光檢查、若有需求再進一步藉由電腦斷層、核磁共振等來幫助診斷。
- (三)診斷為關節、肌肉扭挫傷患者，醫師判斷其嚴重程度無須住院但須日間留觀者，並向患者或其家屬解釋治療情形，取得接受中西醫合療同意後，則前往中西醫日間留觀室收案診治。
- (四)中醫日間留觀前、中、後，對收案患者將會有完整評估紀錄，評估項目有「個案診察表（含中醫四診）」、「疼痛量表」、「病患自覺功能量表」、「腳踝不穩定評估量表(The Cumberland Ankle instability tool, CAIT)」、「歐式失能量表」作為個案基本檔案。
- (五)中醫日間留觀室主要中醫可治項目有中藥、外敷中藥膏、針灸、電針、拔罐、推拿、耳針等。
- (六)經醫師斷後可以返家後，其過程中可完成呈現改善情形與病程全癒時間。(圖一)



圖一、運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護流程

三、教學部分

(一) 授課方式：

主要採中西醫聯合之教學，先始中、西醫見實醫學生、住院醫師先有運動傷害的廣泛概念，再針對本次研究計畫之主軸關節、

肌肉扭挫傷延伸中西醫教學。

先資深西醫醫師講解西醫針對此關節、肌肉扭挫傷之處置後，再由資深中醫師用中醫之治療方式，分析疾病的病基分型、辯證論治，將中西醫融會貫通，提供學生一個完整的學習脈絡。

1. 中西醫運動傷害學科概念：由西醫醫師與中醫指導醫師課堂授課，課程內容如下。
 - (1) 運動傷害的基本理論、種類及處理
 - (2) 中西醫運動傷害針對疾病的基本概念
 - (3) 中西醫運動傷害臨床特色
 - (4) 培養運動傷害之中醫病因病機概要、獨立辯證治療能力
 - (5) 中醫運動傷害之關節、肌肉扭挫傷治療照護技術
2. 床邊教學：診察時以一名指導醫師與學員方式進行，並針對門診臨床疾病撰寫報告。
3. 臨床病例教學：指導醫師選定病例，作綜合病例討論報告，共完成 15 件。
4. 各項討論會：學員由指導醫師帶領之下，參與跨團隊討論會等。

(二) 教學成效評估機制

1. 雙向評估考核：指導醫師與受訓人員雙向溝通之回饋表。
2. 學員自我評量表。
3. 病患對運動傷害之關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護滿意度調查。
4. 教學成效檢討：於定期中西醫檢討會中，共同討論教學上事項。

(三) 建置服務模式

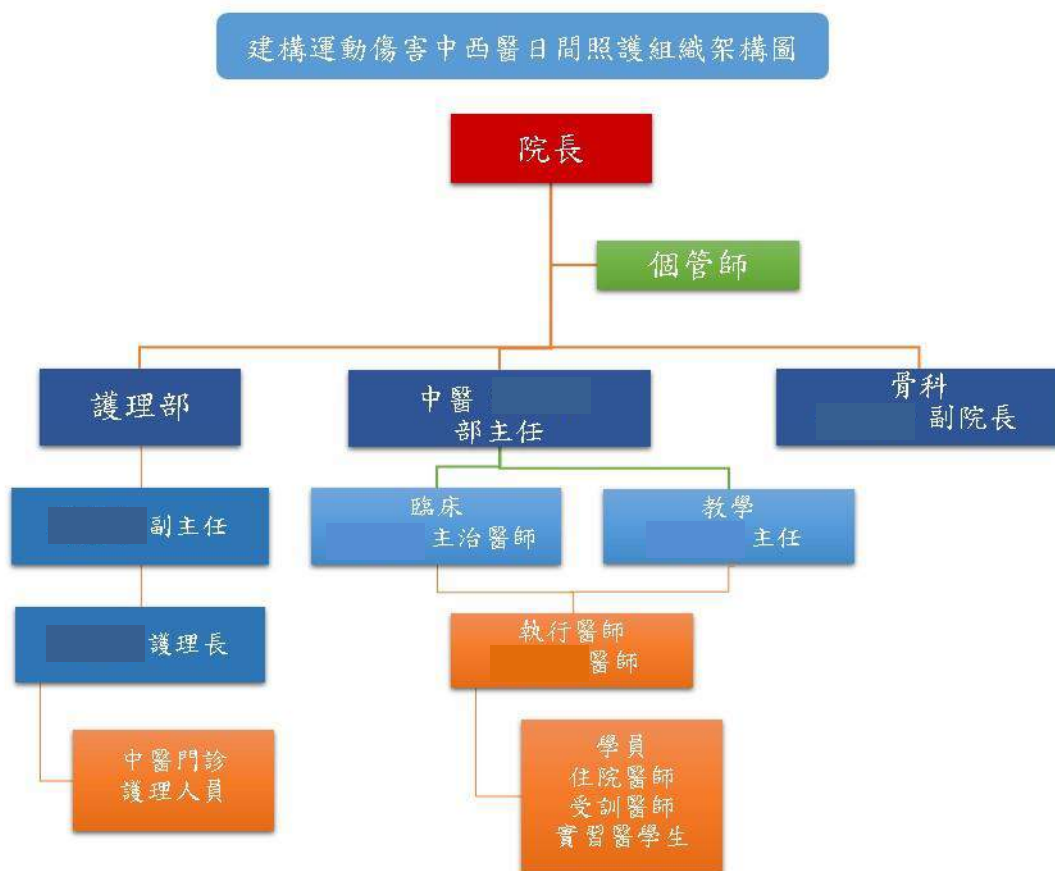
1. 定期召開門診運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護會議。
2. 根據運動傷害關節、肌肉扭挫傷臨床照護經驗與文獻資料，訂定臨床照護路徑。
3. 建置運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護床邊病例寫作範本。
4. 召開 1 次運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護之經驗分享或學術研討會。

參、結果

一、建置研究軟硬體設備

(一)成立運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護團隊

本研究中西醫照護團隊由本院吳錫金院長領軍，主持人馮逸卿副院長、中醫部部主任、中醫部主治醫師統籌，整合西醫師、中醫師、共同組成建構一個照護團隊，組織編制(圖二)。



圖二、運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護組織架構圖

(二)設置中醫日間照護室

為使病患可以擁有完善的照護，本院中醫部特設單獨中醫日間照護室，設有三張治療床，使病患可以擁有良好的治療環境。



圖三、中醫日間照護室

二、臨床成果

(一) 建置運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護流程

在收案流程方面，患者至中醫門診，醫師判斷其嚴重程度無須住院但可日間照護者，篩選出符合收案個案，並詢問是否接受中醫日間照護，病患同意後門診病患可至「中醫日間留觀室」同時接受中醫團隊關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護。「中醫日間留觀室」服務時間為每週一至五，上午 8：30-下午 17：00。

針對運動傷害關節、肌肉扭挫傷的疾病，中醫日間留觀前、中、後，對收案患者將會有完整評估紀錄，評估項目有「個案診察表（含中醫四診）」、「疼痛量表」、「病患自覺功能量表」、「腳踝不穩定評估量表(The Cumberland Ankle instability tool, CAIT)」、「歐式失能量表」作為個案基本檔案。

治療前的評估完成後，中醫師首先為病患把脈及辨證論治，針對疾病制定不同的治療方式，有中藥、外敷中藥膏、針灸、電針、拔罐、推拿、耳針等，並每 15 分鐘以疼痛量表評估疼痛指數，最後，病患之疼痛指數小於 3 即可結束診治返家。

表一、運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護門診收案流程表

107年運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護收案流程表 1070809 2版

流程順序	負責人員	執行內容	標準作業細項
流程 1	病患	中醫門診或急診室就醫	
流程 2	主治醫師	◆確診為運動傷害關節、肌肉扭挫傷 ◆治療時間： 上午 8：30-下午 17：00	至骨科 X/MRI 檢查
流程 3	護理人員	1.通知 總醫師-張益銓醫師(310286)	
流程 4	總醫師	通知 輪值住院醫師	
流程 5	輪值 住院醫師	1. 簽訂治療同意書 2. 依據症狀填寫評估量表 3. 理學檢查	1. 簽訂同意書
			2. 評估量表 1)基本資料表 2)中醫四診診查表 3)疼痛評估量表(每 15 分鐘評估一次) 4)歐式下背痛量表(治療前) 5)腳踝不穩定評估量表 (治療前) 6)病患自覺功能量表 (治療前) 7)病患意見調查表(僅完成治療後評估)
			3. 理學檢查 1)Anterior drawer test 2)Ankle external rotation text
流程 6	主治醫師	中醫治療	針灸、拔罐、放血、推拿、中藥、耳豆
流程 7	輪值 住院醫師	評估頻率 15 分鐘 有改善： 標準→疼痛指數小於 3→結帳→離院 無改善： 1)持續治療→改善→結帳→離院 2)收案終止時間下午 17 點，隔日持續至 中醫門診治療 *完成治療後提供一包白芷痠痛藥布	關節、肌肉扭挫傷評估 1)疼痛評估量表(每 15 分鐘一次) 2)病患意見調查表(僅完成治療後評估) *評估量表每次完成後繳交給個管師
流程 8	個管師	紀錄評估量表	
完成當次治療			

(二) 評估表單

進入收案病患會由醫師蒐集「個案診察表(含中醫四診)」、「疼痛量表」、「病患自覺功能量表」、「腳踝不穩定評估量表(The Cumberland Ankle instability tool, CAIT)」、「歐式失能量表」，藉由上述量表評估病患治癒情形，並皆逐次建檔儲存。

基本資料表 (含中醫四診診查表)

中國醫藥大學北港附設醫院 107年建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫合作日間照護模式 診察表					
收案日期： 年 月 日					
一、基本資料					
收案ID：		受試者姓名：		病歷號碼：	
性別：	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	出生年月日：	年 月 日	年 齡：	歲
身 高：	公分	體 重：	公斤	血 壓：	/ mmHg
二、過去病史					
過去病史：	<input type="checkbox"/> 01高血壓 <input type="checkbox"/> 02糖尿病 <input type="checkbox"/> 03冠心病 <input type="checkbox"/> 04慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 05肺結核 <input type="checkbox"/> 06腦中風 <input type="checkbox"/> 07痔瘡 <input type="checkbox"/> 08痛風 <input type="checkbox"/> 09心臟病 <input type="checkbox"/> 10消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 11肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 12腎臟病 <input type="checkbox"/> 13癌症 <input type="checkbox"/> 14B型肝炎 <input type="checkbox"/> 15無 <input type="checkbox"/> 16其他				
藥物：					
藥物或食物過敏：					
手術或重大傷害：					
輸血：					
三、個人史					
運動類別：	<input type="checkbox"/> 01籃球 <input type="checkbox"/> 02棒球 <input type="checkbox"/> 03網球 <input type="checkbox"/> 04壘球 <input type="checkbox"/> 05足球 <input type="checkbox"/> 06桌球 <input type="checkbox"/> 07排球 <input type="checkbox"/> 08羽毛球 <input type="checkbox"/> 09游泳 <input type="checkbox"/> 10慢跑 <input type="checkbox"/> 11角力 <input type="checkbox"/> 12柔道 <input type="checkbox"/> 13武術 <input type="checkbox"/> 14空手道 <input type="checkbox"/> 15跆拳道 <input type="checkbox"/> 16田徑 <input type="checkbox"/> 17其他				
運動頻率：	每週運動_____次，每次運動_____分鐘				
飲食習慣：	飲食習慣： <input type="checkbox"/> 1素食 <input type="checkbox"/> 2雜食 飲食口味： <input type="checkbox"/> 1酸味 <input type="checkbox"/> 2苦味 <input type="checkbox"/> 3甜味 <input type="checkbox"/> 4辛辣 <input type="checkbox"/> 5鹹味 飲用冰品： <input type="checkbox"/> 1無 <input type="checkbox"/> 2偶爾 <input type="checkbox"/> 3經常				
抽煙：	<input type="checkbox"/> 1無 <input type="checkbox"/> 2有 包/天， 年				
飲酒史：	<input type="checkbox"/> 1無 <input type="checkbox"/> 2有 瓶/天， 年 (酒類：)				
病史會取對象					
職 業：	<input type="checkbox"/> 1學生 <input type="checkbox"/> 2資訊業 <input type="checkbox"/> 3軍公教 <input type="checkbox"/> 4服務業 <input type="checkbox"/> 5金融保險 <input type="checkbox"/> 6其他				
旅 行 史：	<input type="checkbox"/> 1無 <input type="checkbox"/> 2有				
居住狀況：	<input type="checkbox"/> 1獨居 <input type="checkbox"/> 2與家人同住 <input type="checkbox"/> 3與朋友同住 <input type="checkbox"/> 4其他				
經濟來源：	<input type="checkbox"/> 1自己 <input type="checkbox"/> 2父母 <input type="checkbox"/> 3子女 <input type="checkbox"/> 4其他				
活動能力：	<input type="checkbox"/> 1可自行活動 <input type="checkbox"/> 2需依賴輔助器移位 <input type="checkbox"/> 3需他人移位				
心智功能：	<input type="checkbox"/> 1可正常表達人時地 <input type="checkbox"/> 2人時地表達紊亂 <input type="checkbox"/> 3無自我表達能力				
家族病史：	<input type="checkbox"/> 01糖尿病 <input type="checkbox"/> 02高血壓 <input type="checkbox"/> 03冠心病 <input type="checkbox"/> 04腦中風 <input type="checkbox"/> 05異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 06氣喘 <input type="checkbox"/> 07鼻過敏 <input type="checkbox"/> 08癌症 <input type="checkbox"/> 09 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 10無 <input type="checkbox"/> 11其他				
四、中醫四診診查					
望 診：					
1意識： <input type="checkbox"/> 1清醒 <input type="checkbox"/> 2嗜睡 <input type="checkbox"/> 3木僵 <input type="checkbox"/> 4半昏迷 <input type="checkbox"/> 5昏迷					
2體格： <input type="checkbox"/> 1肥胖 <input type="checkbox"/> 2略胖 <input type="checkbox"/> 3中等 <input type="checkbox"/> 4略瘦 <input type="checkbox"/> 5消瘦 <input type="checkbox"/> 6消瘦 <input type="checkbox"/> 7消瘦 <input type="checkbox"/> 8壯 <input type="checkbox"/> 9弱					
聞 診：					
1氣味： <input type="checkbox"/> 1無異狀 <input type="checkbox"/> 2臭 <input type="checkbox"/> 3特異氣味					
2聲音： <input type="checkbox"/> 1無異狀 <input type="checkbox"/> 2少聲 <input type="checkbox"/> 3亮亢 <input type="checkbox"/> 4低微 <input type="checkbox"/> 5氣短 <input type="checkbox"/> 6其他					

中醫四診診查

問診：
 1情志：1平常 2煩躁 3易怒 4健忘 5善喜 6憂慮 7工作壓力 8恐懼 9易緊張 10其他_____
 2睡眠：1平常 2不易入睡 3淺眠 4多夢 5易醒 6早醒 7徹夜不眠 8多寐 9其他_____
 3五官耳鼻喉：1無不適 2其他_____
 4胸膈：1無不適 2胸悶
 3胸痛(部位____性質：1悶痛 2脹痛 3刺痛 4其他_____
 4咳嗽(時間：____性質：____)
 5咳血
 5腹部：1無不適 2食慾(1亢進 2正常 3不佳) 3泛酸 4噯氣 5呃逆 6噁心 7乾嘔
 8腹痛部位____9悶痛 10脹痛 11絞痛 12刺痛 13喜按 14拒按
 6二便：1大便正常 2質硬 3顆粒 4軟散 5水瀉 6排不乾淨(日次)
 7小便正常 8頻尿 9小便不利(量少排出困難) 10小便疼痛
 11小便失禁 12尿急 13餘尿感 14夜尿(次/夜) 15遺尿
 7腰背：1無不適 2背痛 3腰痠 4腰冷 5腰痛 6腰膝無力 7尾椎痛 10其他_____
 8四肢：1無不適 2疼痛 3麻木 4無力 5消瘦 6腫脹(部位：____)
 1僵硬 2抽搐 3震顫 4手足厥冷 5手足心熱 6其他_____

切診：
 脈象左：_____ 右：_____ 其他按診：_____

舌診：
 舌質：_____；朱點：_____；齒痕：_____；津：_____；裂：_____
 苔：1苔黃 2苔青 3苔白 4少苔 5薄苔 6厚苔 7其他_____

五、現在病史

就診的原因：		
開始時間： (Onset)		
發作狀況： (Onset)		
痛的部位： (Location)		
持續時間： (Duration)	<input type="checkbox"/> 1是一陣一陣 <input type="checkbox"/> 2持續一整天 <input type="checkbox"/> 3上午明顯 <input type="checkbox"/> 4下午明顯 <input type="checkbox"/> 5晚上明	
痛的性質： (Character)	<input type="checkbox"/> 1刀割痛 <input type="checkbox"/> 2夜脹痛 <input type="checkbox"/> 3悶脹痛 <input type="checkbox"/> 4撕扯痛 <input type="checkbox"/> 5壓榨痛 <input type="checkbox"/> 6牽拉痛 <input type="checkbox"/> 7燒灼痛 <input type="checkbox"/> 8針刺痛 <input type="checkbox"/> 9電擊痛 <input type="checkbox"/> 10切割痛 <input type="checkbox"/> 11撕裂痛 <input type="checkbox"/> 12其他	
痛得部位及程度：	輕度疼痛：斜線。中度疼痛：橫線。重度疼痛：直線。	
加重的原因： (Aggravating)		
減輕或緩和症狀之 因素： (Relieving factors)		
時間因素： (Temporal factors)		
相關症狀： (Associated symptoms)	a)無力： b)麻木或刺痛感： c)大小便失禁： <input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無	
自行做過什麼處理 或接受治療嗎？ (Treatment)		
過去類似經驗：		

六、疼痛評估量表	
痛嚴重程度： (疼痛評估) (Pain Scale)	使用於意識清楚且溝通能力的病人。 第一次總分： 評估時間： 時 分
	單純以口述方式向病人解是由0到10代表的意義，讓病人評分 (verbal rating)。
	
	讓病患選出最能代表他疼痛感覺的臉譜。
	

疼痛量表

107年「運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護」疼痛量表

姓名：	評估日期： 年 月 日
第 _____ 次評估	評估時間： 時 分
項目	選項
1. 疼痛分級	*使用於意識清楚且溝通能力的病人。 總分： _____
	單純以口述方式向病人解是由0到10代表的意義，讓病人評分 (verbal rating)。
	
	讓病患選出最能代表他疼痛感覺的臉譜。
	
備註：病患介於1至10分的疼痛分數： 1-3分表輕微疼痛；4-6分表中度疼痛；7-10分表嚴重疼痛。	
第 _____ 次評估	評估時間： 時 分
項目	選項
1. 疼痛分級	*使用於意識清楚且溝通能力的病人。 總分： _____
	單純以口述方式向病人解是由0到10代表的意義，讓病人評分 (verbal rating)。
	
	讓病患選出最能代表他疼痛感覺的臉譜。
	
備註：病患介於1至10分的疼痛分數： 1-3分表輕微疼痛；4-6分表中度疼痛；7-10分表嚴重疼痛。	

病患自覺功能量表

The Patient-Specific Functional Scale

This useful questionnaire can be used to quantify activity limitation and measure functional outcome for patients with any orthopaedic condition.

Clinician to read and fill in below: Complete at the end of the history and prior to physical examination.

Initial Assessment:

I am going to ask you to identify up to three important activities that you are unable to do or are having difficulty with as a result of your _____ problem. Today, are there any activities that you are unable to do or having difficulty with because of your _____ problem? (Clinician: show scale to patient and have the patient rate each activity).

Follow-up Assessments:

When I assessed you on (state previous assessment date), you told me that you had difficulty with (read all activities from list at a time). Today, do you still have difficulty with: (read and have patient score each item in the list)?

Patient-specific activity scoring scheme (Point to one number):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unable to perform activity					Able to perform activity at the same level as before injury or problem					

(Date and Score)

Activity	Initial					
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
Additional						
Additional						

Total score = sum of the activity scores/number of activities
 Minimum detectable change (90%CI) for average score = 2 points
 Minimum detectable change (90%CI) for single activity score = 3 points

PSFS developed by: Stratford, P., Gill, C., Westaway, M., & Binkley, J. (1995). Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. *Physiotherapy Canada*, 47, 258-263.

Reproduced with the permission of the authors.

腳踝不穩定評估量表

APPENDIX 1: THE CAIT QUESTIONNAIRE			
Please tick the ONE statement in EACH question that BEST describes your ankles.			
	LEFT	RIGHT	Score
1. I have pain in my ankle			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
During sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Running on uneven surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Running on level surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Walking on uneven surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Walking on level surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
2. My ankle feels UNSTABLE			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Sometimes during sport (not every time)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Frequently during sport (every time)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Sometimes during daily activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Frequently during daily activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
3. When I make SHARP turns, my ankle feels UNSTABLE			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Sometimes when running	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Often when running	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
When walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
4. When going down the stairs, my ankle feels UNSTABLE			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
If I go fast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Occasionally	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Always	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
5. My ankle feels UNSTABLE when standing on ONE leg			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
On the ball of my foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
With my foot flat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
6. My ankle feels UNSTABLE when			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
I hop from side to side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
I hop on the spot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
When I jump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
7. My ankle feels UNSTABLE when			
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
I run on uneven surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
I jog on uneven surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
I walk on uneven surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
I walk on a flat surface	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
8. TYPICALLY, when I start to roll over (or "twist") on my ankle, I can stop it			
Immediately	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Often	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Sometimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Never	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
I have never rolled over on my ankle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
9. After a TYPICAL incident of my ankle rolling over, my ankle returns to "normal"			
Almost immediately	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Less than one day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
1-2 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
More than 2 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
I have never rolled over on my ankle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

NOTE: The scoring scale is on the right. The scoring system is not visible on the subject's version.

歐式失能量表

<p>Oswestry Disability Index (歐氏失能量表)</p> <p>Chinese Version of the Oswestry Disability Index Version 2.1</p> <p>第一部份：疼痛程度</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我現在不痛。<input type="checkbox"/> 我現在的疼痛非常輕微。<input type="checkbox"/> 我現在的疼痛中等程度。<input type="checkbox"/> 我現在的疼痛相當嚴重。<input type="checkbox"/> 我現在的疼痛非常嚴重。<input type="checkbox"/> 我現在的疼痛已無法形容。 <p>第二部份：自我照顧 (例如洗澡、穿衣服等)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我可以自我照顧，不會更痛。<input type="checkbox"/> 我可以自我照顧，但覺得很痛。<input type="checkbox"/> 自我照顧時很痛，我的動作需小心緩慢進行。<input type="checkbox"/> 大部分自我照顧都可以自己來，但需要一些協助。<input type="checkbox"/> 每天自我照顧大部分都需要協助。<input type="checkbox"/> 我無法自己穿衣服，洗澡有困難，我都躺在床上。 <p>第三部份：抬舉物品</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我可以舉起重物，不會更痛。<input type="checkbox"/> 我可以舉起重物，但會更痛。<input type="checkbox"/> 疼痛讓我無法從地面舉起重物，但如果放在方便的位置，我就可以。(例如：放在桌上)<input type="checkbox"/> 疼痛讓我無法舉起重物，但如果放在方便的位置，我就可以舉起輕到中等重的東西。<input type="checkbox"/> 我只能舉起很輕的東西。<input type="checkbox"/> 我完全無法舉起或攜提任何東西。 <p>第四部份：走路</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我不受疼痛阻礙，可以走任何距離。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法走超過 1.6 公里。(大約 4 圈大操場)<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法走超過 400 公尺。(大約 1 圈大操場)<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法走超過 100 公尺。<input type="checkbox"/> 我只有依靠拐杖才能走。<input type="checkbox"/> 我大部分時間都臥床，無法走到廁所。 <p>第五部份：坐</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我可以坐任何椅子，想坐多久都可以。<input type="checkbox"/> 我只能坐特定椅子，想坐多久都可以。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法坐超過 1 小時。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法坐超過半小時。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法坐超過 10 分鐘。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法坐著。	<p>第六部份：站</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我要站多久都可以，不會更痛。<input type="checkbox"/> 我要站多久都可以，但會更痛。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法站超過 1 小時。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法站超過半小時。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法站超過 10 分鐘。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法站著。 <p>第七部份：睡眠</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我的睡眠從未受到疼痛干擾。<input type="checkbox"/> 我的睡眠偶而受到疼痛干擾。<input type="checkbox"/> 因為疼痛，睡眠時間少於 6 小時。<input type="checkbox"/> 因為疼痛，睡眠時間少於 4 小時。<input type="checkbox"/> 因為疼痛，睡眠時間少於 2 小時。<input type="checkbox"/> 疼痛使我無法入睡。 <p>第八部份：性生活 (如果有的話)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我的性生活正常而且不會增加背痛。<input type="checkbox"/> 我的性生活正常但會增加背痛。<input type="checkbox"/> 我的性生活幾乎正常但背部非常疼痛。<input type="checkbox"/> 因為背痛，我的性生活受到嚴重限制。<input type="checkbox"/> 因為背痛，我幾乎沒有性生活。<input type="checkbox"/> 因為背痛，我完全沒有性生活。 <p>第九部份：社交生活</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我的社交生活正常而且不會更痛。<input type="checkbox"/> 我的社交生活正常但會增加疼痛的程度。<input type="checkbox"/> 除了無法從事激烈運動外，身體疼痛對我的社交生活並無明顯影響。<input type="checkbox"/> 疼痛限制了我的社交生活，使我不常出門。<input type="checkbox"/> 疼痛使我的社交生活侷限在家裡。<input type="checkbox"/> 因為疼痛，我沒有社交生活。 <p>第十部份：旅遊</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 我可以到處旅遊不會疼痛。<input type="checkbox"/> 我可以到處旅遊但會更痛。<input type="checkbox"/> 我可以旅遊超過 2 個小時，但疼痛令人不適。<input type="checkbox"/> 疼痛限制我只能從事少於 1 個小時的旅程。<input type="checkbox"/> 疼痛限制我只能從事少於 30 分鐘必要的外出活動。<input type="checkbox"/> 除了接受治療，疼痛讓我無法外出活動。 <p>Appendix of SPINE 2008, Volume 33, Number 21, pp 2354-2360</p> <p>Chinese Version of the Oswestry Disability Index Version 2.1</p> <p>yammiu@kmu.edu.tw</p> <p>呂淑琪 高雄醫學院大學物理科</p>
---	---

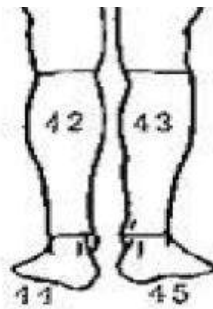
(三) 107 年執行臨床診治結果

1. 基本資料分析

本計畫收案共 15 例，男性 7 名(46.7%)、女性 8 名(53.3%)，以女性佔大多數。男性平均年齡 27.3 歲，女性平均年齡 26.5 歲，平均年齡 26.9 歲，達成 KPI 指標。

收案的運動類型有慢跑 8 名(53.3%)、快走 1 名(6.7%)、健走 1 名(6.7%)、籃球 2 名(13.3%)、羽毛球 2 名(13.3%)、排球 1。

以受傷部位分類，分布於下圖的 44 (左外踝) 有 7 位，45 (右外踝) 有 8 位。



2. 「VAS 量表」、「病患自覺功能量表」、「腳踝不穩定評估量表」、「歐氏失能量表」之前後測統計檢定結果及分析討論：

(1)VAS 量表

病人資料			治療前疼痛指數	治療後疼痛指數
No.	年齡	性別		
1	21	男	7	3
2	26	女	6	3
3	35	男	5	3
4	18	女	8	5
5	18	女	6	2
6	18	女	6	3
7	26	男	7	3
8	50	男	5	2
9	23	男	5	3
10	27	女	5	3
11	19	男	5	2
12	32	女	8	2
13	17	男	9	3
14	35	女	7	2
15	38	女	4	2
平均	26.1	M/F 8	6.2	2.7

t 檢定：成對母體平均數差異檢定

	變數 1	變數 2
平均數	6.2	2.733333333
變異數	2.028571429	0.638095238
觀察值個數	15	15
皮耳森相關係數	0.364134689	
假設的均數差	0	
自由度	14	
t 統計	9.903158025	
P(T<=t) 單尾	5.26833E-08	
臨界值：單尾	1.761310136	
P(T<=t) 雙尾	1.05367E-07	
臨界值：雙尾	2.144786688	

(2) 病患自覺功能量表

病人資料				前測	後測	前測平均	後測平均	平均差
No.	年齡	性別	activity					
1	21	男	背屈	8	9	6.33	7.33	1
			膝屈內收	8	9			
			行走	3	4			
2	26	女	第五腳趾彎曲	4	7	4	5.5	1.5
			足內翻	4	4			
			plantar flexion	4	4			
3	35	男	膝屈	8	9	7.8	8.17	0.37
			背屈	8	9			
			內翻	7	9			
			外翻	8	9			
			旋轉	8	9			
4	18	女	L't ankle extension	2	5			3
5	18	女	walk	2	8			6
6	18	女	plantar flexion	3	6			3
7	26	男	膝屈	4	5	2	3	1
			背屈	3	4			
			內翻	1	2			
			外翻	0	1			
8	50	男	stand	7	9	5.25	7.25	2
			walk	6	8			
			down stair	4	6			
			run	4	6			
9	23	男	stand	6	8	4	6	2
			walk	4	6			
			down stair	2	4			
10	27	女	stand	6	8	5	7	2
			walk	4	6			
11	19	男	walk	5	8			3
			walk	0	1	0	2.5	2.5
12	32	女	stand	0	4			
			stand	0	4	0	2.5	2.5
13	17	男	walk	0	1			
			walk	0	1			
14	35	女	站立	3	7	4	7.5	3.5
			走路	5	8			
15	38	女	walk	4	7			3
平均	26.1	M/FB		4.1	6.1			

(Total score = sum of the activity scores/number of activities)

(Minimum detectable change (90%CI) for average score = 2 points)

(Minimum detectable change (90%CI) for single activity score = 3 points)

4/15 (27%) 小於 90% CI, 11/15 (73%) 大於 90% CI。

(3) 腳踝不穩定評估量表

No.	年齡	性別	前測	後測
1	21	男	22	24
2	26	女	27	28
3	35	男	17	20
4	18	女	20	21
5	18	女	9	16
6	18	女	10	16
7	26	男	3	14
8	50	男	20	21
9	23	男	20	21
10	27	女	21	21
11	19	男	19	23
12	32	女	16	18
13	17	男	19	22
14	35	女	17	22
15	38	女	26	28
平均	26.1	M7F8		

CAIT 分數愈低，功能穩定性愈不好。

目的：評定受測者是否有腳踝不穩定的情形。

方法：請受測者填寫量表，若分數小於 24 分，即代表有腳踝不穩定的情形。

t 檢定：成對母體平均數差異檢定

	變數 1	變數 2
平均數	17.7333333	21
變異數	39.9238095	15.85714286
觀察值個數	15	15
皮耳森相關係數	0.93682279	
假設的均數差	0	
自由度	14	
t 統計	-4.30468579	
F(T<=t) 單尾	0.00036346	
臨界值：單尾	1.76131014	
F(T<=t) 雙尾	0.00072692	
臨界值：雙尾	2.14478669	

p<0.05 顯著
p<0.01 很顯著

配對 t 檢定的原理是檢定研究對象前測與後測的差值，研究的假設是假設這個差值沒有顯著差異，再以統計檢定的方式了解這個假設為真的機率 (p 值) 有多少，如果機率很低，低於預設的 0.05 (即 α 值)，即推翻這個假設，而說前後測有差異，若前測分數高於或優於後測分數，則表示介入有效果。

(4) 歐氏失能量表

病人資料			前測	後測	%	
No.	年齡	性別			前	後
1	21	男	11	3	22	6
2	26	女	13	9	26	18
3	35	男	7	5	14	10
4	18	女	27	17	54	34
5	18	女	16	8	32	16
6	18	女	9	7	18	14
7	26	男	27	16	54	32
8	50	男	10	6	20	12
9	23	男	10	7	20	14
10	27	女	10	5	20	10
11	19	男	10	5	20	10
12	32	女	25	16	50	32
13	17	男	21	11	42	22
14	35	女	14	7	28	14
15	38	女	6	4	12	8
平均	26.1	M7F8	14.4	8.4		

- 1 0-20%輕微失能 2 21-40%中度失能
3 41-60%重度失能 4 61-80%不良於行
5 81-100%臥床或嚴重程度之失能

治療前有 7 位(46%)輕度失能，4 位(27%)中度失能，4 位(27%)重度失能。治療後有 11 位(73%)輕度失能，4 位(27%)中度失能。

(5) 分析討論：

- A. VAS 量表治療前疼痛評估平均 6.2 分，經留觀治療後疼痛指數分數平均為 2.7 分，分數上有顯著差異，而前後測 P 值大於 0.05，統計學上無顯著差異，分析應是患者仍處於急性傷害，故疼痛指數雖大幅下降，但仍存發炎的疼痛。
- B. 病患自覺量表有 4 位患者(27%)小於 90% CI，11 位患者(73%)大於 90% CI，分析該 4 位患者疼痛耐受度差，故在從事活動時易感到疼痛。
- C. 腳踝不穩定評估量表前後測統計 T 檢定結果 P 值小於 0.05，於統計學上有顯著差異，表示治療有效果。
- D. 歐氏失能量表顯示治療前有 7 位(46%)輕度失能，4 位

(27%)中度失能，4位(27%)重度失能，治療後則有11位(73%)輕度失能，4位(27%)中度失能，治療前原4位重度失能治療後降為中度失能，其餘皆降為輕度失能，表示治療能夠有效降低患者失能程度。

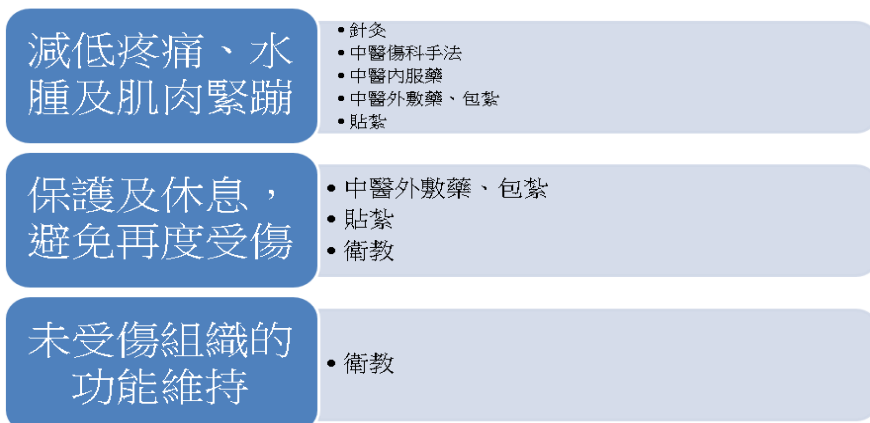
3. 運動傷害關節、肌肉扭挫傷日間照護治療策略

治療前疼痛評估平均6.2分，經留觀治療後疼痛指數分數平均為2.7分。留觀時，每15分觀察1次，有1位觀察間隔為4次(60分鐘，2-3級損傷，針灸傷科中藥)；有3位觀察間隔為3次(45分鐘，2-3級損傷，針灸傷科中藥)；有1位觀察間隔為2次(30分鐘，2級損傷，針灸傷科)；有10位觀察間隔為1次(15分鐘，1級損傷，針灸)，可確實發現受傷的嚴重度會影響留觀的次數亦即治療的效果，然而在運動傷害關節、肌肉扭挫傷個案中，經日間照護後大多有大幅改善症狀及疼痛指數，尤其在第一級的損傷效果最佳。

目前，中醫治療足踝關節扭挫傷，急性期可用外敷金黃散或青草膏以清熱消腫止痛，據文獻記載平均使用約4-5日，即可消除急性軟組織損傷的腫脹疼痛感，也可內服中藥以清熱、活血化瘀、消腫、理氣止痛為方劑治療症狀，另外也可採用理筋手法、針灸等方法，在歷代醫家治療經驗的基礎上，結合臨床加以實踐。

本部的治療策略為降低疼痛、水腫及肌肉緊繃，保護及休息避免再度受傷，未受傷組織的功能維持，相對應的治療如下圖四。

急性腳踝扭挫傷治療策略



圖四、急性腳踝扭挫傷治療策略

上述治療詳細敘述如下：

在針灸中，本部有提出幾組穴位，分別為：

(1)局部取穴

A. 外踝：懸鐘（絕骨）、跗陽、崑崙、申脈、丘墟

B. 內踝：三陰交、商丘、照海、大鍾

(2)遠端取穴：對側養老穴

(3)董氏針法：小節穴

(4)腕踝針：

A. 外踝：下四、下五

B. 內踝：下二、下三

(5)譚氏對應針法：對側同名經（丘墟壓痛、足少陽膽經→手少陽三焦經）。

在以上基礎之下，再加上針灸補瀉手法，補瀉手法，分別可用迎隨補瀉、捻轉補瀉、徐疾補瀉、開合補瀉、提插補瀉手法。

(1)迎隨補瀉：

利用進針或是行針時的針尖方向，或逆或順經氣的流向做出補瀉的手法。迎為逆，屬瀉法；隨為順，屬補法。

(2)捻轉補瀉：

以捻轉角度的大小和速度的快慢來區別補瀉。以左轉時即拇指向前角度大，用力重者為補；右轉時即食指向前的角度大，用力重者為瀉。

(3)徐疾補瀉：

此法是以進針、退針過程的快慢來區分補瀉。行補法時，進針要慢，逐步進針達到一定的深度，出針要快，迅速提至皮下，稍停片刻出針；行瀉法時，進針要快，一次就插到所需的深度，出針要慢，逐步分層退出。

(4)開合補瀉：

此法以出針時是否按閉針孔來區分補瀉。補法時，出針較快，出針後立即按閉針孔，意在使真氣留存；行瀉法時，出針時右手持針搖大針孔，一面搖一面退出，出針後不閉針孔。

(5)提插補瀉：

此法是以提插時用力輕重和速度快慢來區分補瀉。針

刺得氣後，提時用力較輕，速度較慢，而插時用力較重，速度較快為補法；提時用力較重，速度較快，而插時用力較輕，速度較慢為瀉法。

另外可在加上傷科理筋手法，該法可用于因扭挫傷所致的筋絡扭曲及翻轉攣縮等癥之治療，由其是腓骨長短肌、腓腸肌、比目魚肌等緊繃疼痛，具有舒筋活絡，通經活血之功效。

本部提出三項常用基本手法：

- (1) 推法：可增加循環及伸展肌肉
- (2) 按法：解除痛點及筋結
- (3) 搖法、拿捏法：降低肌肉張力、鬆解筋膜及促進淋巴循環

針灸加上傷科手法可加強運動傷害關節、肌肉扭挫傷之療效，減少疼痛時間，在收案時，治癒情形佳，針灸治療上甚至不用留針。

中藥部份，基於急性足踝扭挫傷之證型大多氣滯血瘀證，本部提出一方：

第一解毒方：

當歸5錢(克)、黃耆3錢(克)、金銀花5錢(克)、炙甘草3錢(克)、玄參3錢(克)、赤芍3錢(克)、牛膝3錢(克)、倒地蜈蚣2錢(克)

外敷藥部份，本部設有二方：

第一級扭挫傷：青草膏濕性貼布

第二級、第三級扭挫傷：三黃散濕性貼布

貼紮部份：

- (1) 嚴重水腫：用爪形貼法
- (2) 其餘損傷：韌帶支持貼法

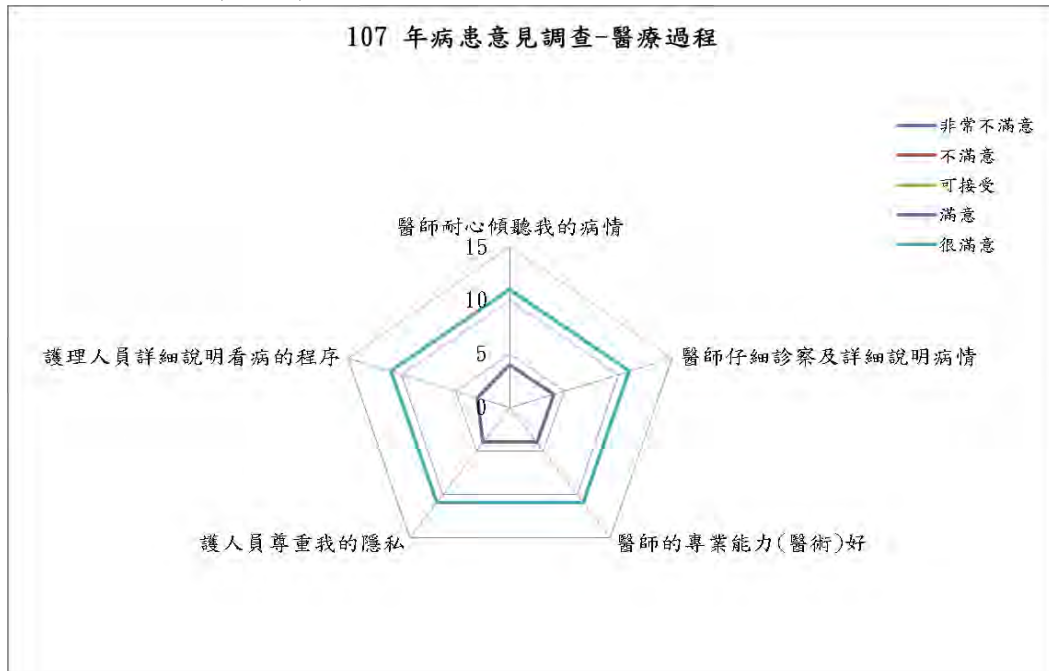
急性扭挫傷最重要為居家的自我照護，故本部設有衛教要點：

- (1) 急性期依循 PRICE 原則。
- (2) 衛教患者避免足踝「蹠屈、內翻」動作，必要時可用「護踝」保護。
- (3) 衛教患者，受傷的足踝少動，但未受傷的關節要稍動，足趾關節（幫浦運動）、膝關節...等。
- (4) 衛教患者行動時要拿「助行器」，尤其是第二級及第三級之患者。

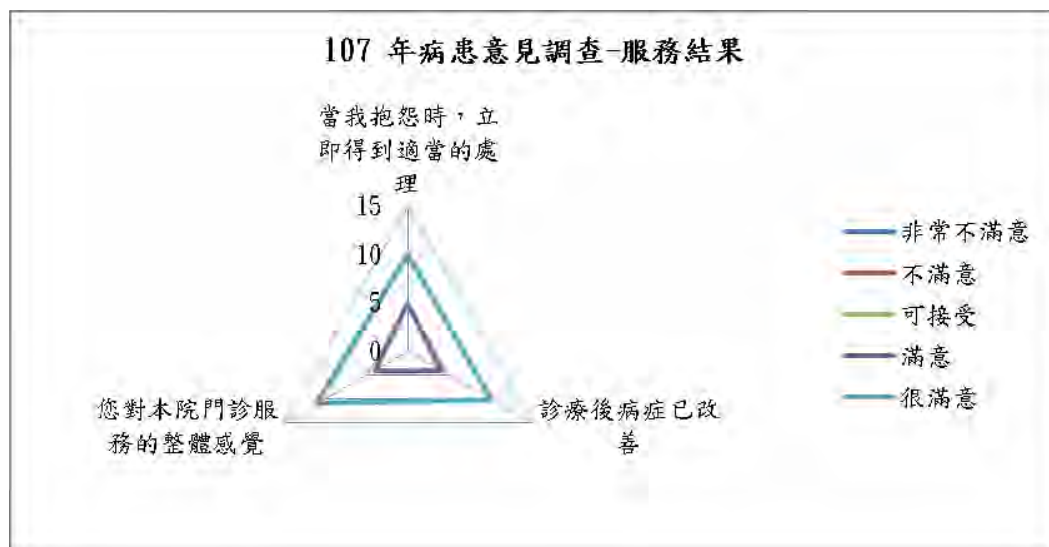
(5) 一週後要回骨科門診追蹤 X 光，以排除隱性骨折(Occult fracture)

4. 病患意見調查表

107 年研究發放 15 份病患滿意度問卷，回收 15 份，根據回收的問卷顯示，病患在醫療服過程中對於中醫日間照護都達「滿意」以上(圖五)。在診療後，服務結果上都感到滿意與很滿意(圖六)。



圖五、107 年病患意見調查表-醫療過程統計表



圖六、107 年病患意見調查表-服務結果統計表

三、教學成果

(一) 基礎教學課程：

計畫主要受訓人員為本院之實習醫學生 12 位以及住院醫師 14 位，合計 26 位(表二)，另外主治醫師也須接受運動傷害關節、肌肉扭挫傷教育訓練。107 年本計畫制定一系列課程內容，共分成基礎理學、臨床應用、專家分享三大部分核心課程，基礎理學 2-3 小時、臨床應用 2-3 小時、專家分享 2-4 小時，結合理論與臨床之應用，共舉辦 6 堂核心課程 10 小時，並由上課學員撰寫上課摘要做為回饋。

表二、107 年中醫受訓之實習醫學生、住院醫師

職位	人數
實習醫學生	12 人
住院醫師	14 人
合計	26 人

1. 基礎理學-

於 107 年 2 月 21 日，於中國醫藥大學北港附設醫院 2 樓中醫部辦公室，講述「中醫針傷常見運動系統疾病介紹及治療」1 小時。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部

教學活動摘要

醫師教學 遠距教學 專題演講 其他_____

題目：中醫針傷常見運動系統疾病介紹及治療	日期：107 年 02 月 21 日
主講人：何宗融醫師	記錄：蔡婉婷
A. 網球肘(肱骨外上髁炎)	
<ul style="list-style-type: none">● 病因<ol style="list-style-type: none">1. 急性損傷引起2. 慢性勞損引起● 病理<ol style="list-style-type: none">1. 伸腕肌及肱橈肌附着處的急性無菌性炎症，局部水腫、滲出、充血。2. 肌腱附着處出現輕微撕裂傷。3. 炎症波及關節囊及滑囊。4. 肌腱附着處繼發纖維化、粘連。● 臨床表現<ol style="list-style-type: none">1. 病史：多有明顯誘因，即可突然起病，亦可緩慢發展而成。2. 疼痛：多局限在肘部外側，嚴重時可沿伸腕肌走行及肱橈肌走行向前臂及肘後放射。3. 壓痛點：在肱骨外上髁伸腕肌起點多可觸及明顯壓痛點或陽性反應、有時壓痛點及陽性反應物可位于肘關節縫處。4. 功能活動受限：以屈肘前臂旋前位背伸用力時疼痛最劇烈，患者常主訴不敢作擰毛巾、掃地、端暖水瓶等動作。5. 網球肘試驗：患者肘關節微屈曲，握拳後極度掌屈，作前臂旋前伸直肘關節背伸腕關節運動；引起肱骨外上髁處疼痛加劇者為陽性。6. 抗阻試驗(+)：患肘微屈，腕關節背伸，醫者以己之手板拉患者之手背，使之抗阻力背伸，引起肱骨外上髁處疼痛加劇者為陽性。● 中醫治法<ol style="list-style-type: none">1. 藥物療法2. 練功療法-緩解期可行前臂旋轉、旋前甩手等活動3. 針灸療法-曲池、手三里、合谷、小海、大椎4. 其它療法-聲波、磁療、小針刀療法、手術療法5. 手法治療	
B. 高爾夫球肘(肱骨內上髁炎)	
<ul style="list-style-type: none">● 診斷要點<ol style="list-style-type: none">1. 有前臂屈肌群反復牽拉刺激的勞損史。2. 初起肘內側疼痛，日久加重，疼痛可向上臂或前臂放散，當炎症刺激到尺神經時可出現前臂無力，無名指、小指間歇性麻感。3. 壓痛局限于肘關節內側屈肌附屬處，局部多無腫脹。4. 屈肌緊張試驗陽性。5. Xray 有骨膜增生。	

- 治法
 1. 西醫-利用熱敷、水療、超音波、雷射、電療法治療。
 2. 中醫-需先冰敷 40 分鐘，再貼青草膏，平時慢性之疼痛，則必須採藥洗、蒸汽熱敷、推拿理筋手法、青草膏外敷、針灸等。
 3. 內服中藥可以消炎、消腫，改善筋骨體質可用疏經活血湯或六味地黃丸或加牛七、杜仲、骨碎補。

C. 媽媽手(狹窄性肌腱滑膜炎)

- 症狀-主要在「外展拇長肌」及「伸拇短肌」兩條肌腱發炎。
- Finkelstein test (芬克斯坦試驗)-檢查若將手腕向尺側偏移及過度背屈則會產生手腕疼痛。
- 預防方法-盡量減少過度使用拇指的張握壓扣等動作。
- 急性發作-疼痛時的治療包括休息或以副木固定配合間歇的冰敷，可以使症狀減緩或消失。
- 慢性期-可以熱敷或浸泡 38-42°C 左右的熱水，局部按摩，再搭配拉筋運動及肌力訓練。
- 針灸、中藥。

D. 牽拉肘(肘關節肱桡部錯縫，又稱小兒橈骨頭半脫位)

- 病因病理-多因小兒在手臂伸直時被人牽拉而發生橈骨頭半脫位。
- 臨床表現-上肢舉肩時肘關節不能超過肩關節，是本症最典型的體徵。
- 治療-手法治療牽拉肘療效明顯，一次即愈。



於 107 年 5 月 22 日，於中國醫藥大學北港附設醫院 2 樓中醫部辦公室，由骨科醫師講述「骨科常見骨折」2 小時。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部

教學活動摘要

醫師教學 遠距教學 專題演講 其他_____

題目: Principle of Fractures and Common Fractures	日期: 107 年 05 月 22 日
主講人: 羅元舜醫師	記錄: 蔡婉婷
<p>A. Principals of Fractures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● How Fractures Happen ● Types of Fractures ● How fractures are displaced ● How fracture healed <p>B. Biology of Fracture Healing</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Four overlapping stages: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hematoma stage (inflammation) 2. Proliferative stage (angiogenesis) 3. Differentiation stage (intramembranous, endochondral ossification) 4. Remodeling stage (matrix removal;mineralization) <p>C. Principals of Fractures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Clinical features of fractures ● How to approach via image ● Treatment of fracture-ORIF、OREF、CREF、CRIF ● Exercise and rehabilitation ● Indications for internal fixation ● Indications for external fixation ● Complications of internal fixation ● Complications of external fixation ● Femoral fracture ● Femoral neck fracture, non-displaced CRIF with cannulated screw knowles' pin <p>D. Common fractures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 60-80 y/o displaced FNF ● Bipolar hemiarthroplasty ● Intertrochanteric fracture (ITF) ● STABLE ITF ● CRIF WITH DHS ● UNSTABLE ITF, Subtrochanteric fracture ● CRIF WITH GAMMA NAIL ● Femoral shaft fracture, adults 	

- femoral shaft fracture
- Tibia plateau fracture
- CRIF WITH ILN
- ORIF with Buttress plate
- Tibia shaft fracture
- Ankle Fracture: lateral malleolar
- ORIF with 1/3 tubular plate and screw



107年10月3日，於中國醫藥大學北港附設醫院2樓中醫部辦公室，講述「中醫傷科相關之內服藥」1小時。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部

教學活動摘要

醫師教學 遠距教學 專題演講 其他

題目：中醫傷科相關之內服藥	日期：107年10月03日
主講人：賴英秀醫師	記錄：蔡亞璇
挫傷	
<p>急性腫痛</p> <ul style="list-style-type: none"> 脈動 ——— 第一解毒方(當歸₅黃耆₃ 金銀花₅炙甘草₃玄參₃赤芍藥₃牛七₃地丁蜈蚣₂) 非脈動 ——— 防風通聖散(當歸₅玄參₃ 金銀花₅炙甘草₃) 	
<p>緩解期</p> <ul style="list-style-type: none"> 骨裂 ——— 補骨方(炙草,黑炮姜,蒼朮,牡蠣) 傷筋 <ul style="list-style-type: none"> 腕 ——— 烏桂湯(桂枝湯+烏頭) 肩,肘 ——— 桂枝人參湯+香附,元胡 腰 ——— 干半人/理中湯+桂+牛七,續斷,骨碎補 尾骶骨 ——— 茯苓四逆+骨碎補,葫蘆巴,續斷,巴戟天 踝 <ul style="list-style-type: none"> 芍甘湯+二冬 桂枝湯+元胡+牛七 	



2. 專家分享-

107年6月22日，於中國醫藥大學北港分部N205教室，由臺北市立大學運動健康科學系系主任進行專家分享「由菁英運動訓練到活躍老化談運動健康科學」2小時。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部

教學活動摘要

醫師教學 遠距教學 專題演講 其他_____

題目：由菁英運動訓練到活躍老化談運動健康科學	日期：107年06月22日
主講人：曾國維主任	記錄：蔡婉婷
<p>A. 訓練金字塔</p> <ul style="list-style-type: none">● 有氧訓練 60-75%HR_{max}● 無氧閾值訓練 75-90%HR_{max}● 無氧訓練 90-100%HR_{max}● 顛峰訓練 100%HR_{max} <p>B. 能量</p> <ul style="list-style-type: none">● 提供能量供應的三大能量系統<ol style="list-style-type: none">1. ATP/PC 系統2. 醣酵解系統3. 有氧系統● 能量來源<ol style="list-style-type: none">1. 碳水化合物2. 脂肪3. 蛋白質 <p>C. 運動耗能換算</p> <ul style="list-style-type: none">● 慢跑、有氧運動、走樓梯 10 分鐘的強度大約是 6 METs $6 \text{ METs} = 6 \times 3.5 \text{ ml O}_2 \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ $= 21 \text{ ml O}_2 \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$● 跑步、游泳、負重走路 8 分鐘的強度大約是 8 METs $8 \text{ METs} = 8 \times 3.5 \text{ ml O}_2 \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ $= 28 \text{ ml O}_2 \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ <p>D. 以心跳儲備率 (Heart Rate Reserve) 快速推估運動強度</p> <ul style="list-style-type: none">● 最大安全心跳率 HR_{max}<ol style="list-style-type: none">1. $\text{HR}_{\text{max}} = 220 - \text{年齡}$● 心跳儲備率 HRR<ol style="list-style-type: none">1. $\text{HRR} = \text{HR}_{\text{max}} - \text{HR}_{\text{rest}}$● 60%運動強度 THR_{60%}<ol style="list-style-type: none">1. $\text{THR}_{60\%} = 60\% \text{ HRR} + \text{HR}_{\text{rest}}$ <p>E. 運動能力檢測</p> <ul style="list-style-type: none">● 一般體能檢測● 競技體能檢測● 專項體能檢測● 運動技術分析● 運動生理診斷	

- 運動能力檢測
- F. 強化競技體能
 - 強化體能弱點
 - 強化核心穩定
- G. 運科輔助訓練
 - 敏捷反應訓練系統
 - 高強度間歇訓練
 - 速度誘發訓練
 - 團隊訓練運動生理監視系統
- H. 107 年辦理預防及延緩失能方案人員培訓計畫
 - 臺灣人口結構快速老化
 - 高齡化原因與影響
 1. 生育率不斷下降-醫療進步-長壽
 2. 平均每個青壯年勞動力與社會負擔加重
 3. 社會資源偏向老人福利及醫療開支
 - 臺灣長期照顧政策發展歷程
 - 長期照顧服務十年計畫 2.0 總目標
- I. 活躍老化
 - 國際趨勢-WHO 2002 年提倡活躍老化
 - 國內政策-106 年國民健康署運動保健師資培訓臺北市長者健康促進推動方案
- J. 高齡者慢性疾病及運動指引
 - 高齡者從事運動的注意事項
 - 高齡慢性病患者運動處方的基本原則



107 年 10 月 24 日，於中國醫藥大學北港附設醫院 2 樓中醫部辦公室，進行專家分享「常見傷科疾病針灸治療」2 小時。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部

教學活動摘要

醫師教學 遠距教學 專題演講 其他_____

題目：常見傷科疾病針灸治療	日期：107 年 10 月 24 日
主講人：林師彬醫師	記錄：蔡亞璇
<p>扭 傷</p> <p>*扭傷，中醫又稱“傷筋”，是指四肢關節或軀體的軟組織損傷，以受傷部位疼痛、關節活動障礙為主要臨床表現的一種創傷性疾病。中醫所謂扭傷一般只包括肌肉、肌腱、血管、韌帶的損傷，而不包括骨折、脫臼、皮肉破損等症。</p> <p>*本病相當於西醫學的急性軟組織扭挫傷。</p> <p>*病因病機 多由劇烈運動或用力不當，或不慎跌僕、牽拉和過度扭轉等原因，引起肌肉、肌腱、韌帶、血管等軟組織的痙攣、撕裂，瘀血腫脹，以致筋脈損傷，氣血壅滯，不通則痛，從而影響關節的功能。</p> <p>*臨床表現</p> <p>a. 症狀為扭傷部位局部腫脹疼痛，傷處肌膚青紫，關節屈伸不利。 b. 新傷局部微腫、肌內壓痛，表示傷勢較輕；如紅腫、疼痛較甚，關節屈伸不利，表示傷勢較重。陳傷一般腫脹不明顯，常因風寒濕邪侵襲而反復發作。 c. 可發生於全身肩、肘、腕、腰、髖、膝、踝各處。</p> <p>*鑒別診斷 本病當與肌腱斷裂、韌帶斷裂等症鑒別：肌腱斷裂可出現畸形或該肌腱支配的運動功能喪失，韌帶斷可出現關節的活動異常。</p> <p>*針灸治療</p> <p>a. 治則：通經活絡，祛瘀止痛 b. 處方： 肩部-肩髃 肩髃 肩貞 條口透承山 陽陵泉透陰陵泉 肘部-曲池 小海 天井 腕部-陽池 陽谿 陽谷 外關 腰部-腎俞 委中 人中 腰陽關 髖部-環跳 秩邊 居膠 膝部-內外膝眼 足三里 膝陽關 梁丘 踝部-解谿 崑崙 丘墟 商丘 頸部-風池 天柱 後谿 落枕穴</p> <p>c. 本病證亦可用繆刺法，用患處相應的對側壓痛點針刺，即左病治右，右病治左的方法，手足部扭傷亦可用上病下取，下病上取的方法，取同側的手或足部的相應壓痛點。 d. 疼痛較重配合谷，太衝，瘀血腫脹甚者配血海，三陰交。 e. 操作：新傷毫針刺，用瀉法，或加灸；復發者，用毫針平補平瀉或補瀉兼施手法，每日 1 次，每次留針 30 min。</p> <p>*其他療法</p>	

刺絡拔罐法

取穴：阿是穴（紅腫疼痛處）

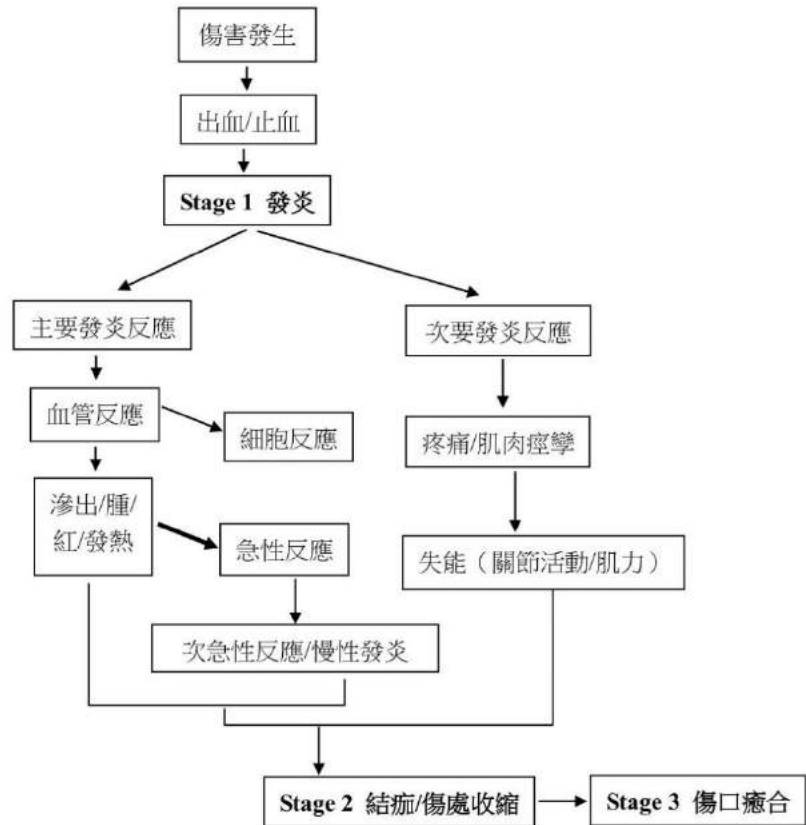
操作：常規消毒後，用皮膚針叩刺腫脹明顯部位，微出血後拔罐。本法對新傷局部腫脹明顯及陳傷氣血瘀滯者效好。

*按語

1. 針灸治療急慢性扭挫傷均有很好的消腫止痛效果；
2. 對於慢性陳傷及反復發作患者應囑其注意扭傷部位的保護，恢復期內不作劇烈長時間的關節活動，並輔以過度鍛鍊。

運動傷害的處理

*運動傷害概述



*急性期的處理 (Stage 1)

1. PRICE (保護 protection, 休息 rest, 冰敷 icing, 壓迫 compression, 抬高 elevation)
冰敷 (冷的生理作用)
 - (1) 強化膠原纖維
 - (2) 使局部血管收縮，減少腫脹
 - (3) 放鬆肌肉
 - (4) 局部麻醉、止痛
 - (5) 消炎

***常見運動傷害或不適的處理**

傷害	症狀	處理
水泡	皮膚下積水	不要擠破它、除非它嚴重影響你的活動；若擠破後，要消毒並以繃帶覆蓋之，且不要將整個水泡表皮剪下。
挫傷	疼痛、腫、變色	R-I-C-E (rest, ice, compression, elevation)
骨折、脫臼	疼痛、腫脹、無力、喪失功能及變形	冰敷、不要移動傷患、連絡醫療單位
關節扭傷	疼痛、無力、腫脹、變色、喪失功能	RICE → 消腫後熱敷 → 伸展並增強該部位肌力。
肌肉痙攣	疼痛、抽筋	溫和的伸展該肌群 15-30 秒或按摩該部位，喝水，若天熱則多食用一些鹽份。
肌肉酸痛、僵硬	肌肉疼痛、無力	溫和的伸展該肌群、從事低強度的運動、熱敷。
肌肉拉傷	肌肉疼痛、無力、腫脹、肌力喪失	RICE → 消腫後熱敷 → 伸展並增強該部位肌力。
脛前疼痛	小腿前側疼痛、無力	休息、一天冰敷數次（包含運動前後）、以運動貼布包紮。伸展並強化小腿肌群，穿較好的鞋子並在較柔軟的地面運動
肋部疼痛	側腹的疼痛	伸展疼痛側的手臂肌肉（往頭頂上伸展），如果無效，則朝肌群彎曲
肌腱炎	發炎部位的疼痛、無力、腫脹	RICE → 消腫後熱敷 → 伸展並增強該部位肌力。

落 枕

***定義**

- 落枕是指患者頸項部強痛、活動受限的一種病症。又稱“失枕”、“失頸”。
 主要由於項部肌肉感受寒邪或長時間過分牽拉而發生痙攣、或頸部用力不當所致。
- 多見成年人。
- 西醫學的頸肌勞損、頸肌風濕病、頸部扭挫傷、頸椎退行性變以及頸椎小關節滑膜嵌頓、關節位或肌肉筋膜的炎症等疾病所引起的頸項強痛、活動障礙，可參考本節治療。

***病因病機**

- 病因：睡眠姿勢不當，或枕頭高低不適，或頸部扭傷，或風寒濕侵襲項背
- 引起頸部經氣不利、氣血不和，筋脈拘急而致病。
- 病變經脈：少陽、太陽為主。

***臨床表現**

- 一般多在早晨起床後，突感一側頸項強痛，不能俯仰轉側。疼痛可向同側肩背及上肢擴散。
- 體檢：局部肌肉痙攣，壓痛明顯，但無紅腫。

***針灸治療**

- 治則：疏筋活絡、行氣止痛。
- 取穴：以阿是穴、手足少陽、太陽經穴為主。
- 局部：大椎、阿是穴，天柱、風府，風池、肩井

遠端：落枕穴、後谿、懸鐘
另外，可選用肩外俞、天宗、秉風等穴。

***其它療法**

1. 指壓 2. 推拿 3. 皮膚針 4. 撥罐 5. 耳針

***按語**

- a. 針灸治療落枕療效快而顯著。治療的關鍵在於局部取穴，強調“以痛為輸”，遠端穴強刺激，並令患者配合頸項部運動。
- b. 注意保持正確的睡眠姿勢；枕頭高低適中，枕於頸項部；避免風寒等外邪的侵襲。

頸椎病的應用解剖及治療

***定義**

- a. 頸椎病又稱“頸椎綜合徵”，是指頸椎椎間盤、頸椎骨關節、軟骨及韌帶肌肉、筋膜等所發生的退行性改變及其繼發改變，致使脊髓、神經、血管等組織受損害（如壓迫、刺激、失穩等）所產生的一系列臨床症狀。
- b. 其部分症狀分別見於中醫學的“項強”“頸筋急”“頸肩痛”“頭痛”“眩暈”等病症中。

***病因病機**

現代醫學：

由於頸椎間盤慢性退變（髓核脫水、彈性降低、纖維環破裂等）、椎間隙變窄、椎間相應縮小、椎體後緣唇樣骨質增生等壓迫和刺激頸脊髓、神經根及椎動脈而致。

1. 中醫

古籍中屬“痹證”、“痿證”、“癱證”、“瘰證”和“眩暈”等證。

其病位主要在脊背和督脈，並可竄及四肢經絡，導致項背和四肢痹痛，或麻木，或無力。

(1) 氣血不足，肝腎虧損

(2) 外邪入侵

(3) 外傷及勞損

2. 西醫

頸椎是脊柱中體積最小，但靈活性最大、活動頻率最高之節段。因此，隨著人體的發育、生長與成熟，並不斷地承受各種負荷、勞損、甚至外傷而逐漸出現退行性變。

3. 頸椎的退行性變：頸椎病發病的主要原因

(1) 椎間盤的變性

(2) 韌帶、椎間盤間隙的出現與血腫形成

(3) 椎體邊緣骨刺形成

(4) 頸椎其他部位的退變

4. 慢性勞損

(1) 不良睡眠體位

(2) 工作姿勢不當：坐位、低頭工作者

(3) 長期低頭致頸後部肌肉韌帶勞損 屈頸狀態下椎間盤內壓遠高於正常體位

(4) 不適當的體育鍛煉：如美式足球

5. 頭頸部外傷

頸椎病患者中約有半數以上病例與外傷有直接關係。如交通意外損傷、運動性損傷、生活與工作中的損傷等。

6. 咽喉部炎症

咽喉及頸部有急慢性感染時易誘發頸椎病。乃因該處的炎變可直接刺激鄰近的肌肉、韌帶，或通過豐富的淋巴系統使炎症在局部擴散，致局部肌張力降低、韌帶鬆馳，而破壞了局部的完整性與穩定性。

7. 發育性椎管狹窄

頸椎病患病人群其椎管矢狀徑較正常人群為小，尤其在頸 C5-C6、頸 C6-C7、頸 C4-C5 處。椎管狹小者受到外傷時，易發病，症狀明顯；反之，大椎管者則不易發病，症狀也較輕

8. 頸椎先天性畸形

頸椎病患者中，局部畸形數為正常人的 1 倍以上。多為：

- (1) 先天性椎體融合
- (2) 頸 1 發育不全和(或) 顱底凹陷症
- (3) 韌帶鈣化
- (4) 棘突畸形
- (5) 頸肋與頸 7 橫突肥大

* 針灸治療

治則：祛風散寒、疏筋活絡。

處方：頸項局部取穴配合遠端取穴

主穴：頸夾脊穴、天柱、頸百勞、後谿、外勞宮

- a. 風寒痹阻，加風門、風府
- b. 勞傷血瘀，加膈俞、合穀、太沖
- c. 肝腎虧虛，加肝俞、腎俞、足三裡
- d. 上肢及手指麻痺者，加曲池、合谷、外關等
- e. 頭暈頭痛目眩者，加百會、風池等
- f. 惡心嘔吐，加天突、內關等

* 牽引治療：

1、治療原理：

- a. 制動作用
- b. 拉開椎間隙，有利於突出物的回納
- c. 恢復頸椎的正常列線
- d. 使頸部肌肉放鬆
- e. 拉開椎間孔，緩解對神經根的壓迫
- f. 緩解椎動脈折曲

2、牽引方法：

- a. 坐位牽引和臥位牽引；
- b. 機械牽引和電動牽引；
- c. 輕重量持續牽引和大重量間斷牽引；

3、禁忌症：

- a. 年邁體弱全身狀態不佳者；
- b. 枕一頸或寰一樞椎不穩者；
- c. 有急性損傷三個月內有頸椎損傷者；

* 手術治療：

1、適應症：

- a. 診斷明確，經正規非手術療法長期治療無效者。或雖有一定療效，但主要症狀仍持續或反復

發作影響正常工作與生活者；

b. 全身情況尚好者。

2、禁忌症：

全身狀態不佳者；診斷不清者；高齡或已失去工作生活自理能力者。

3、手術方式：

a. 頸椎椎間盤摘除術：適用於以髓核突出為主者；

b. 頸椎前路植骨融合術；

c. 頸前路直視下切骨減壓術；

d. 潛式減壓術；

e. 頸前路側前方減壓術；

f. 頸椎後路脊髓前外側解壓術等

*按語

a. 調整枕頭與床鋪，改善與調整睡眠狀態；

b. 避免或減少低頭工作與勞動；

c. 注意糾正工作與生活中的不良體位；

d. 適當局部功能鍛煉；



107 年 10 月 31 日，於中國醫藥大學北港附設醫院 2 樓中醫部辦公室，由中國醫藥大學運動醫學系助理教授進行專家分享「肌能貼布原理與技術簡介」2 小時。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部

教學活動摘要

醫師教學 遠距教學 專題演講 其他_____

題目：肌能貼布原理與技術簡介	日期：107 年 10 月 31 日
主講人：王信民助理教授	記錄：蔡亞璇
<p>Kinesio Taping</p> <p>* History</p> <ul style="list-style-type: none"> • 發明者：Kenzo Kase • 1973 年概念形成 • 1980 年發明肌內效貼布 • 認為由外力輔助肢體矯正，有助於復原 • 新式貼法開始只用於日本國內復健臨床上 • 1980 年代後期，首先用於排球選手 • 目前，多數用於非運動員身上 • 1995 年正式引進美國 • 1996 年正式引進台灣 <p>* Special Design</p> <ul style="list-style-type: none"> • 最大延展性達 145% • 唯貼布縱軸有彈性 • 特殊 S 型黏膠設計 • 不含任何藥物 • 溫度提升可助粘著 • 仍粘著膠紙上時，已有 10%張力 <p>* Physiology Effects</p> <ul style="list-style-type: none"> • 減輕皮膚筋膜及肌肉的疼痛 • 支持肌肉活動 • 消除淋巴液滯塞或皮下出血 • 矯正關節異常 <p>* The Principles of Taping</p> <ul style="list-style-type: none"> • 常用 X、Y、I & 爪型貼布 • 貼紮非伸展皮膚時，貼部輕微拉扯 • 在矯正技巧時才會拉緊貼布 • 貼紮前應清除皮膚上的水分或油脂，必要時可用助粘噴劑 • 貼紮後輕摩皮膚幫助粘著 <p>* Considerations</p> <ul style="list-style-type: none"> • 體毛若影響粘著則刮除 • 至少在運動前 30 分鐘完成貼紮 • 活動中貼紮則需用到助粘噴劑 	

- 患者應願意連續貼紮數日或不介意被看見
- 熱敷應於貼紮前/撕毀貼布後進行，避免對皮膚過度刺激
- * Common Arguments
 - 傳統貼布藉由拉緊貼布來達到支撐效果
 - 貼紮疼痛及導致疼痛部位，幫助症狀解緩
 - 適度的肌肉評估及淋巴作用分析有助於判斷貼紮方式
 - 去除傳統貼布的思考
- * Benefits
 - 使用較少貼布
 - 易學
 - 可連續使用 2-3 天
 - 解決肌肉筋膜炎的問題



(二) 建置運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護床邊教學病例寫作範本

在建置床邊教學病例範本時，參酌臨床教育七大核心基礎，包括基礎醫學知識、臨床醫學技能、關鍵決策思考、人性關懷、醫學倫理、醫病溝通與行為社會科學為學習目標，以及三種角色對象是包括教學者、學習者與病人家屬為學習重點。藉由範本的建立，落實醫病溝通、人性關懷、倫理及行為社會科學的重要性。

(三) 107 年運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護臨床教學案例完成 15 件

在病患診治時由指導醫師進行床邊教學，使實習醫學生與住院醫師了解中醫在運動傷害關節、肌肉扭挫傷上診斷與治療的思路，並藉由計畫收案個案撰寫 15 件床邊教學病例報告，藉此訓練學生之治療診斷方式。



107 年運動傷害關節、肌肉扭挫傷床邊教學

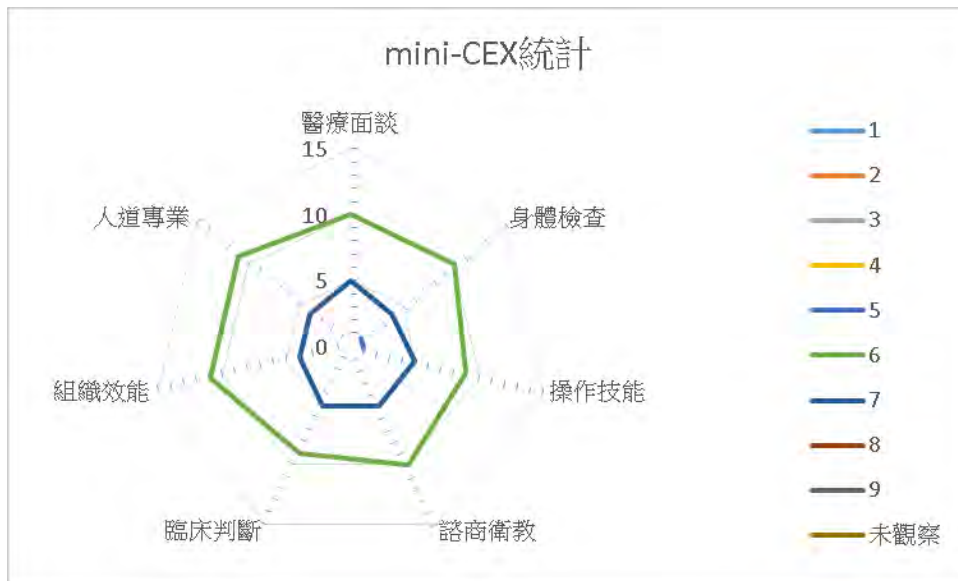


107 年運動傷害關節、肌肉扭挫傷床邊教學

(四) 教學成效評估機制

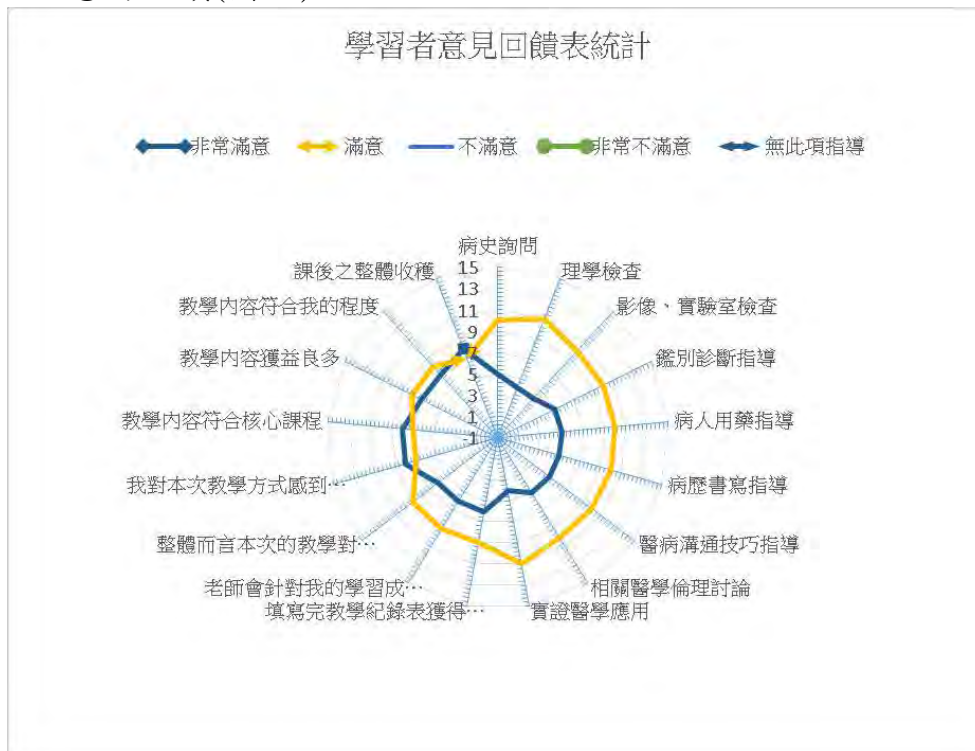
從學習的角度來看「病人是最好的老師」，教導住院醫師、實習醫師與學生的同時，教學者可以反思自己同時也是學習者，教學者需掌握學習者程度以及預期想達成的學習成果，達到床邊教學的成效。

進行教學之前，先制定「中醫運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護臨床教學 mini-CEX 教學準則」，使指導醫師對教學內容有基本的共識與教學基準，於門診教學後再由實習醫學生填寫 mini-CEX 作為學習回饋，各項回饋大致落在 5-7 分之間(圖七)。



圖七、門診教學 mini-CEX 分數統計表

另外在學習者回饋意見表中，針對 17 個項目，107 年學習者教學回饋意見統計結果在雷達統計圖上學員反應都落在非常滿意、滿意的回饋(圖八)。



圖八、學習者回饋意見統計表

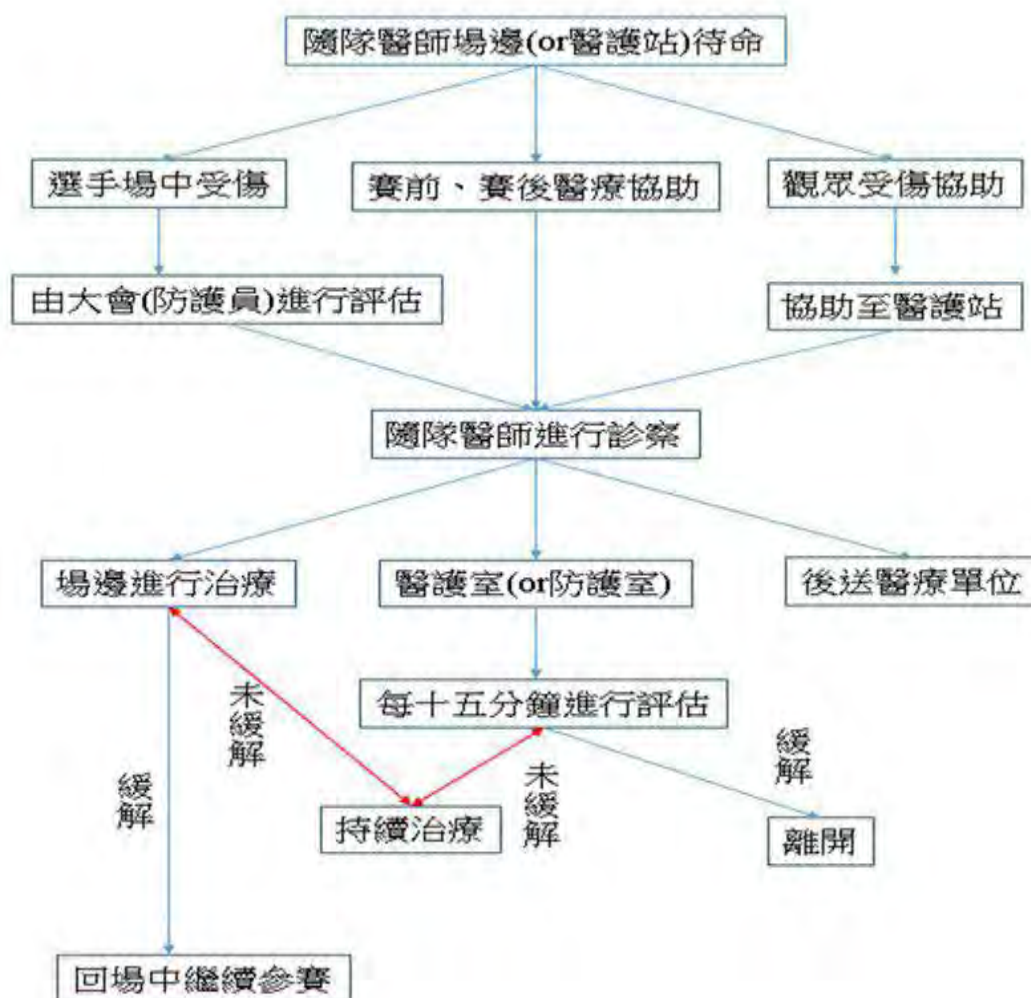
mini-CEX 準則

中醫臨床教學 mini-CEX 準則

教學主題		運動傷害關節、肌肉扭挫傷 中醫日間照護教學	教學對象：
教學內容		(1)教學；(2)討論；(3)評值	
教學情境	臨床情境	依個案就醫情形說明。	
	受評者背景	住院醫師或實習醫學生。	
教學目標		<p>中醫臨床教師能達到</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知方面 <ol style="list-style-type: none"> (1)瞭解中醫診治運動傷害關節、肌肉扭挫傷教學 mini-CEX 教案設計。 (2)能瞭解 mini-CEX 評量的七大題項內容。 2. 情意方面 <ol style="list-style-type: none"> (1)積極參與課程活動的討論並發表意見。 (2)願意實際運用 mini-CEX 評量工具於教學，能以三明治回饋法與學員進行雙向回饋討論。 3. 技能方面 <ol style="list-style-type: none"> (1)課程結束後，運用 mini-CEX 至少評估一位學員執行運動傷害關節、肌肉扭挫傷治療後之學習成效。 (2)運用 mini-CEX 評量項目進行雙向回饋。 	
授課流程	教學方法 (註記順序)	內容	
	1. 閱讀	1. 閱讀 mini-CEX 教案	
	2. 講述法	2. 運動傷害關節、肌肉扭挫傷治療概要 mini-CEX 教案含:評量目標、表單使用說明、各項評量項目的定義、評分標準。	
	3. 臨床演練	3. 由臨床教師實際操作後，由受評者仿效治療方式，再進行實際演練。	
	4. 討論法	4. 對臨床實際操作內容不清楚的方式再度澄清。	
	5. 臨床教師回饋	5-1. 對教案內容不清楚的地方再度澄清。 5-2. 受評者回應對整體的感受。 5-3. 課程總評值並以三明治回饋法回饋受評者對課程之整理感受。	
教學資源	<input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 單槍投影機 <input type="checkbox"/> 模具 <input type="checkbox"/> 高階模擬人 <input type="checkbox"/> 資料庫 <input type="checkbox"/> 軟體:_____ <input type="checkbox"/> 講師:____人 <input type="checkbox"/> 教學評量工具:傷口治療後 mini-CEX 教案學員評量表 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
	教學評量工具說明: 1. 基本資料: (1)學員 單位:_____ 姓名:_____ 員工編號:_____ 職級:_____ 年資:_____ 訓練階段:_____ 評量日期:_____ 評量地點:_____		

四、建置醫療模式

(一)「行動」日間照護模式，例如：路跑、各項賽事醫療站，或中醫隨隊醫療標準作業程序：



(二)運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護臨床路徑

經過本計畫依據治療運動傷害關節、肌肉扭挫傷之經驗，因此制訂出中醫日間照護之臨床路徑，藉此強化治療過程的標準，提供中醫師、護理人員、個管師依循的指引，增加其治療之完整性，也提升其治療品質。

運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護臨床路徑表

中國醫藥大學北港附設醫院

運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間留觀臨床路徑表

診斷：ICD-9：

主治醫師：_____

住院醫師：_____

標準治療次數：4 次

實際治療次數： 次

開始治療日期：年 月 日 時間：

結束治療日期：年 月 日 時間

治療次數	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次
日期				
扭挫傷部位				
監測評估	<input type="checkbox"/> 基本生理評估 <input type="checkbox"/> 中醫四診評估 <input type="checkbox"/> 疼痛量表	<input type="checkbox"/> 中醫四診評估 <input type="checkbox"/> 疼痛量表	<input type="checkbox"/> 中醫四診評估 <input type="checkbox"/> 疼痛量表	<input type="checkbox"/> 中醫四診評估 <input type="checkbox"/> 疼痛量表
檢查檢驗	<input type="checkbox"/> Anterior drawer test <input type="checkbox"/> Ankle external rotation test			
中醫處置	<input type="checkbox"/> 1. 四診 <input type="checkbox"/> 2. 針灸 <input type="checkbox"/> 3. 傷科手法 <input type="checkbox"/> 4. 處方用藥 <input type="checkbox"/> 5. 拔罐 <input type="checkbox"/> 6. 外敷藥膏	<input type="checkbox"/> 1. 四診 <input type="checkbox"/> 2. 針灸 <input type="checkbox"/> 3. 傷科手法 <input type="checkbox"/> 4. 處方用藥 <input type="checkbox"/> 5. 拔罐 <input type="checkbox"/> 6. 外敷藥膏	<input type="checkbox"/> 1. 四診 <input type="checkbox"/> 2. 針灸 <input type="checkbox"/> 3. 傷科手法 <input type="checkbox"/> 4. 處方用藥 <input type="checkbox"/> 5. 拔罐 <input type="checkbox"/> 6. 外敷藥膏	<input type="checkbox"/> 1. 四診 <input type="checkbox"/> 2. 針灸 <input type="checkbox"/> 3. 傷科手法 <input type="checkbox"/> 4. 處方用藥 <input type="checkbox"/> 5. 拔罐 <input type="checkbox"/> 6. 外敷藥膏
活動	<input type="checkbox"/> 無限制 <input type="checkbox"/> 限制	<input type="checkbox"/> 無限制 <input type="checkbox"/> 限制	<input type="checkbox"/> 無限制 <input type="checkbox"/> 限制	<input type="checkbox"/> 無限制 <input type="checkbox"/> 限制
進度評估	是否依進度執行？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否依進度執行？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否依進度執行？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否依進度執行？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
護理人員簽名				
個案師簽名				
醫師簽名 (R)				
醫師簽名 (CR)				
醫師簽名 (VS)				

備註：內已執行者請打√

內未執行者請打 X (並請於雙異數記錄表中記錄原因)

(三)107 年召開運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護討論 3 次：

在 107 年總共召開 3 場運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護小組會議，分別於 107 年 02 月 21 日、107 年 03 月 28 日、107 年 07 月 18 日，討論主題分別討論收案流程、教學方向、收案進度、舉辦研討會等。(表三)

表三、107 年會議紀錄統計表

會議	日期	會議摘要
第一次小組會議	107 年 02 月 21 日	針對 107 年運動傷害之運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式收案表單以及，預定流程進行討論。
第二次小組會議	107 年 03 月 28 日	107 年運動傷害之運動傷害關節、肌肉扭挫傷核心課程，授課講師人選推薦。
第三次小組會議	107 年 07 月 18 日	針對運動傷害收案之情形以及舉辦經驗分享研討會進行討論。

(四)舉辦 1 場「運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護」中醫專家會議

107 年 10 月 3 日於中國醫藥大學北港附設醫院中醫部會議室舉行中醫專家會議，討論並彙整提供中醫日間照護未來政策建議。

未來政策建議：

1. 藉由本計畫，訂立出一套依據關節扭挫傷嚴重等級的治療標準流程，臨床方面，可望走出醫院，進入運動賽事、各級球隊甚至國際賽事，提供快速、及時及有效的治療。教學方面，因上述流程，基於西方醫學解剖、病理學知識再加上中西醫師經驗，故學習上不同於以往中醫的傳統教學思維，讓新進醫師可快速學習且能馬上運用。
2. 本計畫於減輕疼痛的治療效果上有顯著之效果，但因收案量仍少，故未來期盼可以收集更多的數據來做更有證據力的驗證，另一方面，可以追蹤及研究因本計畫留觀的患者，在後續的復原是否有較於以往傳統中醫門診治療更佳且更快。
3. 本國民眾運動傷害，就醫習慣為尋求坊間民俗療法，故可藉由本計畫的推廣，以期讓民眾可接受正規的治療，方能保障民眾健康。

(五)舉辦 1 場「運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護」經驗分享研討會

於 107 年 11 月 04 日在中國醫藥大學北港附設醫院舉行「建構中醫日間照護模式計畫」運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護經驗分享研討會，當日來自邀請衛生福利部中醫藥司科長、中執會

南區分會督導、雲林縣中醫師公會理事長、花蓮慈濟醫院副院長、國訓中心運動科學處醫護組組長，共襄盛舉。



107 年運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護經驗分享研討會

肆、討論

本研究很榮幸獲得衛生福利部中醫藥司的肯定，支持本院將計畫構想落實中醫與運動的結合。

執行運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護計畫之醫院，在建置中西醫合療團隊過程中，由召集人發出邀請團隊人員參與會議，一步一步的勾勒出收案流程，並落實在臨床醫療上。

不過在執行之初，鄰近運動選手及有關節、肌肉扭挫傷之患者對於本院執行此計畫相對陌生，因此收案進度起步之時稍有落後，但後來藉由積極推廣，以及委員的支持，方能達成 KPI 指標，因此須讓民眾多加認識中醫在運動傷害可以治療的項目及管道。

伍、結論與建議

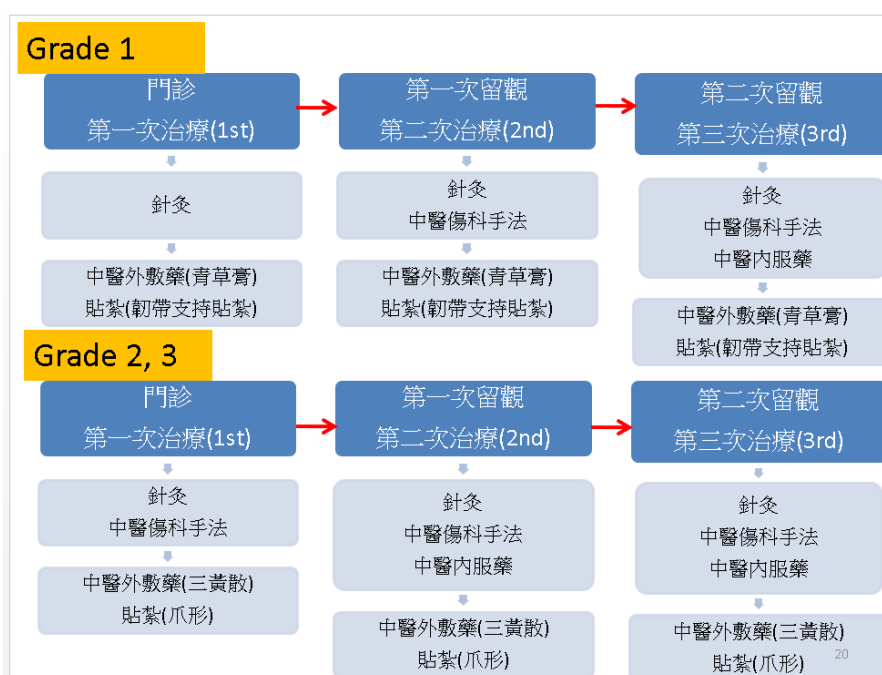
扭傷是指關節發生不正常的運動，使局部軟組織扭轉，如牽拉、過度伸展等均可使關節周圍的筋絡肌肉受到損傷，局部關節會腫脹、疼痛，嚴重者可有肌纖維或韌帶的撕裂。挫傷是指軟組織受到快速的、直接作用於體表的鈍力而引起筋絡肌肉局部受到損傷，一般以皮下或深部組織小血管損傷明顯，嚴重者也可有肌纖維斷裂或神經損傷；還可震傷內臟和經脈氣血而引起內傷，也可因擦破皮肉而成為開放性損傷。挫傷通常發生於體重異常施於韌帶，造成韌帶拉緊及撕裂傷。最常挫傷的部位為腳踝。扭傷通常可在一至二星期內恢復，而挫傷若無併發症產生一般需要二週的痊癒時間。

關節扭傷在中醫屬於「筋傷」的範疇。傷筋在古代文獻上有筋斷、筋轉、筋歪、筋走、筋翻、筋柔、筋強、筋粗、筋結、筋萎等具體名稱，在《內經》記載「諸筋者，皆屬於節」。古人將關節附近的軟組織叫做筋，實際上包含骨骼周圍的肌肉、肌腱、筋膜、關節囊、韌帶等。各種暴力或慢性勞損等原因所造成的筋的損傷，統稱為筋傷。在《內經》時代（公元前 722~221 年）就有「肢節痛」、「骨痛」、「腳下痛」等記載。

在臨床實際工作中主要掌握的是劃分為筋斷與筋不斷兩大類。筋斷是指筋傷後，全部或部分斷裂（肌腱，韌帶、筋膜等的斷裂）而言。筋不斷的筋扭傷是指傷後瘀腫疼痛，甚至於失去原來的正常位置，所謂筋走、筋歪、筋翻、筋轉等。

中醫中對傷筋的診斷及治療，有相當豐富的經驗。例如《醫宗金鑒.正骨心法要旨》“腰骨”一節中曰：“若跌打損傷，瘀聚凝結，身必俯臥，若欲仰臥、側臥，皆不能也，疼痛難忍，腰筋僵硬，宜手法。”又在“踝骨”一節中則有“或馳馬墜傷，或行走錯誤，則後跟骨向前，腳尖向後，筋翻肉腫，疼痛不止，先用手法撥筋正骨，令其復位……。”等記載，說明我們早已掌握了傷筋的原因、症狀及治療方法。

中醫治療足踝關節扭挫傷，本部提供治療不同嚴重度之臨床治療路徑(如下圖)，希望可縮短疼痛期及達到快速的恢復，以期迅速再投入職場或運動場。



圖十、臨床治療路徑

治療前疼痛評估平均 6.2 分，經留觀治療後疼痛指數分數平均為 2.7 分。留觀時，每 15 分觀察 1 次，有 1 位觀察間隔為 4 次（60 分鐘，2-3 級損傷，針灸傷科中藥）；有 3 位觀察間隔為 3 次（45 分鐘，2-3 級損傷，針灸傷科中藥）；有 1 位觀察間隔為 2 次（30 分鐘，2 級損傷，針灸傷科）；有 10 位觀察間隔為 1 次（15 分鐘，1 級損傷，針灸），可確實發現受傷的嚴重度會影響留觀的次數亦即治療的效果，然而在運動傷害關節、肌肉扭挫傷個案中，經日間照護後大多有大幅改善症狀及疼痛指數，尤其在第一級的損傷效果最佳(表四)。

表四、收案統計資料表

病人資料			運動類型	受傷部位	損傷等級	治療前疼痛指數	留觀治療次數	治療後疼痛指數
No.	年齡	性別						
1	21	男	慢跑	左側小腿	1	7	1	3
2	26	女	慢跑	右足背痛	1	6	1	3
3	35	男	快走	右足背痛	1	5	1	3
4	27	女	慢跑	左外踝	1	5	1	3
5	18	女	排球	左外踝	1	8	1	5
6	18	女	健走	右外踝	2-3	6	3	2
7	50	男	慢跑	左踝	1	5	1	2
8	23	男	羽毛球	右踝	1	5	1	3
9	17	男	籃球	右踝	2-3	9	3	3
10	18	女	慢跑	左外踝	2	6	2	3
11	26	男	羽毛球	右內踝	1	7	1	3
12	32	女	慢跑	左踝	2-3	8	4	2
13	19	男	籃球	右踝	1	5	1	2
14	38	女	慢跑	右踝	1	4	1	2
15	35	女	慢跑	右踝外側	2-3	7	3	2
平均	26.9					6.2		2.7
備註	M27.3 F26.5	M7F8	慢跑8名 快走1名 健走1名 籃球2名 羽毛球2名 排球1名	左外踝7位 右外踝8位		1-3輕微，4-6中度，7-10嚴重 有1位觀察間隔為4次(60分鐘，針灸傷科中藥) 有3位觀察間隔為3次(45分鐘，針灸傷科中藥) 有1位觀察間隔為2次(30分鐘，針灸傷科) 有10位觀察間隔為1次(15分鐘，針灸)		

目前中醫在健保制度下尚未提供中醫住院服務之下，藉由本計畫中醫日間照護可以加強治療運動傷害之關節、肌肉扭挫傷，縮短疼痛時間。

經由 15 例收案經驗得到關節、肌肉扭挫傷經由針灸、傷科手法加成的治療方式，會比一般單純只接受針灸治療，其在疼痛指數改善時間上明顯所短，甚至在後續不必將針灸停留即可終止疼痛。

本醫療團隊致力於推動「運動醫學中西醫合療小組」，不僅對運動員而言是一大福音也是最大的後盾，希藉此拋磚引玉逐步在台灣建構完善區域醫療服務網，使每位有需求的患者都能得到最完善的照顧，同時也冀望能培育更多中醫師將中醫針傷科發揚運用於運動醫療上。

誌謝

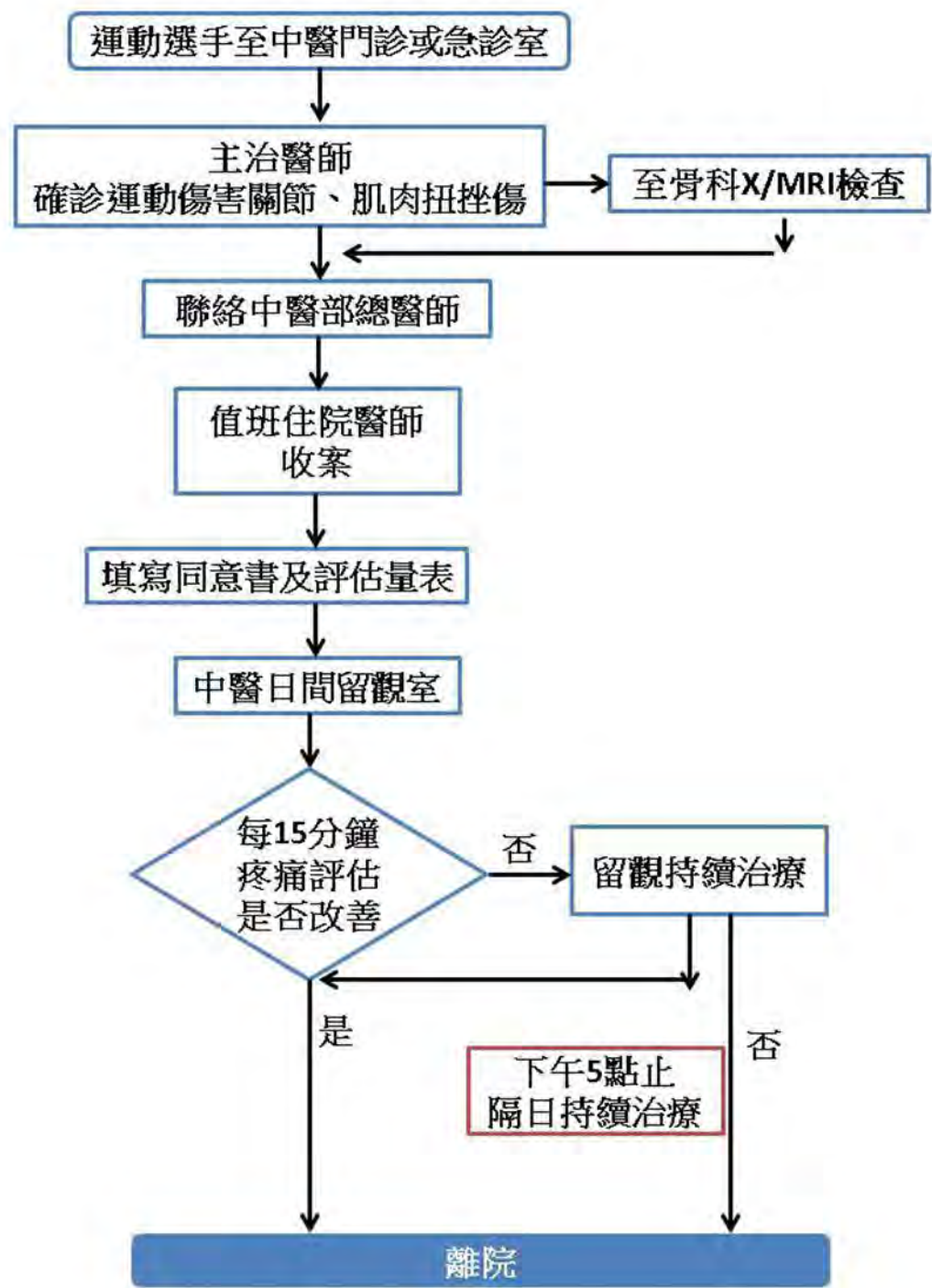
本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-122112 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 李欣穎(2000)。成年人健康體適能與下背痛之相關研究。臺灣師範大學體育學系學位論文。2000。1-69。
2. 何雲仙(2003)。規律腹背肌運動訓練對慢性下背疼痛患者成效之探討。臺北醫學大學護理學系碩士暨碩士在職專班學位論文。2003。1-123。
3. 林燕君(2003)。國家運動選手運動傷害之調查研究。2003。1-91。
4. 陳雅琪(2009)。不同俯臥弓身動作之肌電訊號分析。臺灣師範大學體育學系在職進修碩士班學位論文。2009。1-82。
5. 張勝賢(2007)。台南地區勞工就醫選擇考量因素之探討—以下背痛為例。長榮大學職業安全與衛生研究所(在職專班)學位論文。2007。1-123。
6. 蔡瓊玉(2005)。全民健保脫臼扭傷拉傷患者中西醫門診醫療利用情形之探討-以健保局中區分局為例。學位論文。2005。1-121。
7. Gotlin RS. Spine Injuries Guidebook. Champaign: Human Kinetics; 2007. p. 304.
8. Donelson R, McIntosh G, Hall H. Is it time to rethink the typical course of low back pain? PM R. 2012; 4(6): 394-401.
9. Huynh L and Chimes GP. Get the Lowdown on Low Back Pain in Athletes. ACSMs Health Fit J. 2014; 18(1): 15-22.
10. Yokoyama, S., Matsusaka, N., Gamada, K., Ozaki, M., & Shindo, H. (2008). Position-specific deficit of joint position sense in ankles with chronic functional instability. Journal of Sports Science and Medicine, 7, 480-485.
11. Simon, A. M., & Ferris, D. P. (2008). Lower limb force production and bilateral force asymmetries are based on sense of effort. Exp Brain Res, 187, 129-138.
12. Sefton, J. M., Hicks-Little, C. A., Hubbard, T. J., Clemens, M. G., Yengo, C. M., Koceja, D. M. et al. (2009). Sensorimotor function as a predictor of chronic ankle instability. Clinical Biomechanics, 24, 451-458.
13. 王國明、黃奕清(2006)•桃園地區高中職學生運動傷害發生率與運動傷害預防與處理學習狀況之研究•學校衛生 48, 83-96。
14. 楊靖(2004)•淺析大學生體育運動傷害的原因、預防及處理的法律依據•常州工學院學報 17:6, 77-79。
15. 陳子信編譯(1991)•登山醫學手冊•台北市：南山堂出版。

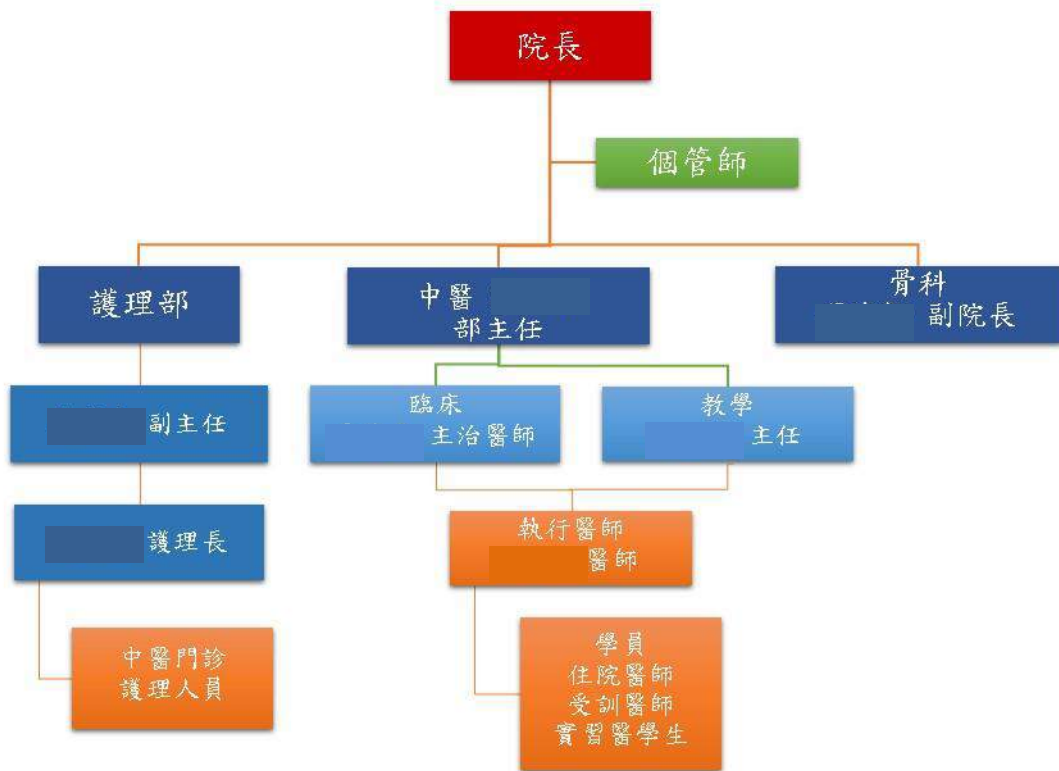
16. 姚鴻恩, 鄭隆榆, 黃叔懷(2005)•體育保健學：含體育保健與傷害的預防與處理•臺北市：合記。
17. 趙有誠總編輯(2005)•復健醫學•臺北市：合記。
18. 卓俊辰(2001)•大學生的健康體適能•台北市：編譯館主編：華泰發行。
19. 康峻宏(2004)•認識運動傷害•台北醫學大學附設醫院。
20. 台灣運動傷害防護學會 <http://www.tats.org.tw/>
21. 國際厚生健康園區
http://www.24drs.com/Special_Report/sports_injuries/about_1.asp
22. 運動傷害預防與處理 <http://www.400m.idv.tw/400mv3/injury/index.asp>
23. 財團法人全民健康基金會
http://www.twhealth.org.tw/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=516&
24. 衛生福利部中央健康保險署
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1299
25. 蔡文正(2007)。民眾對中醫藥的認知度、信賴度、使用度及其相關因素之探討。中醫藥年報第 27 期第 4 冊。153-224
26. 王顯智(2003)。大學生運動傷害之分佈與再度傷害之危險因子。體育學報 35 期(2003/09/01)，P15-24
27. 饒芯萍(2007)。台灣地區中醫傷科與西醫復健科醫療利用情形之探討。學位論文。2007。1-369。

柒、圖、表



圖一、運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護門診收案流程圖

建構運動傷害中西醫日間照護組織架構圖



圖二、運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護組織架構圖



圖三、中醫日間照護室

急性腳踝扭挫傷治療策略

減低疼痛、水腫及肌肉緊繃

- 針灸
- 中醫傷科手法
- 中醫內服藥
- 中醫外敷藥、包紮
- 貼紮

保護及休息，避免再度受傷

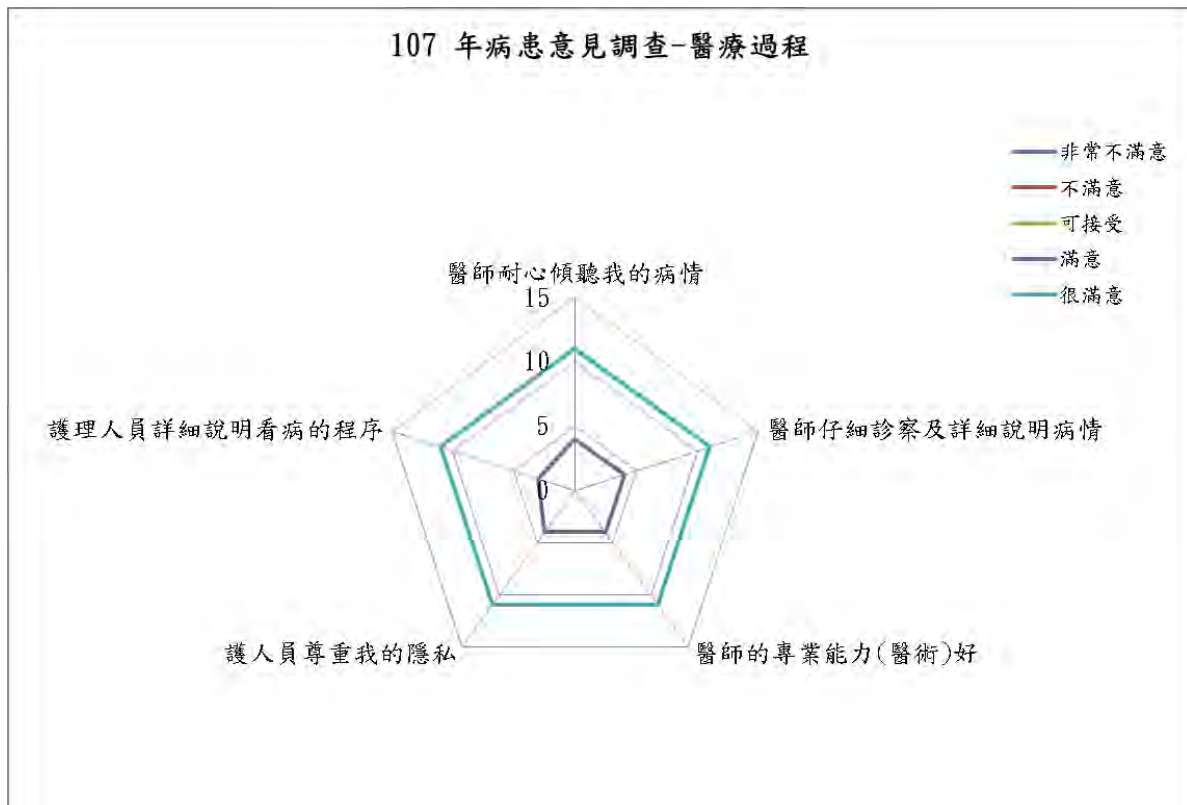
- 中醫外敷藥、包紮
- 貼紮
- 衛教

未受傷組織的功能維持

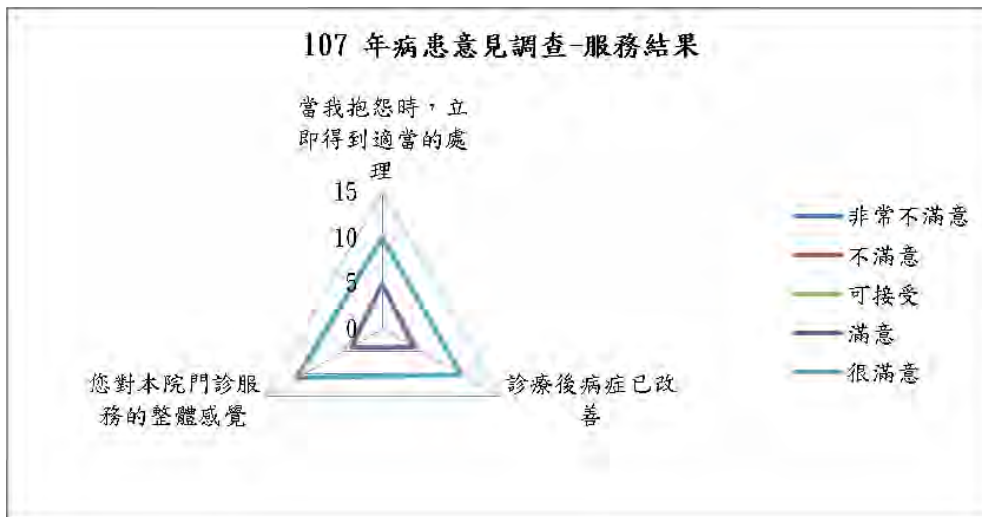
- 衛教

7

圖四、急性腳踝扭傷治療策略



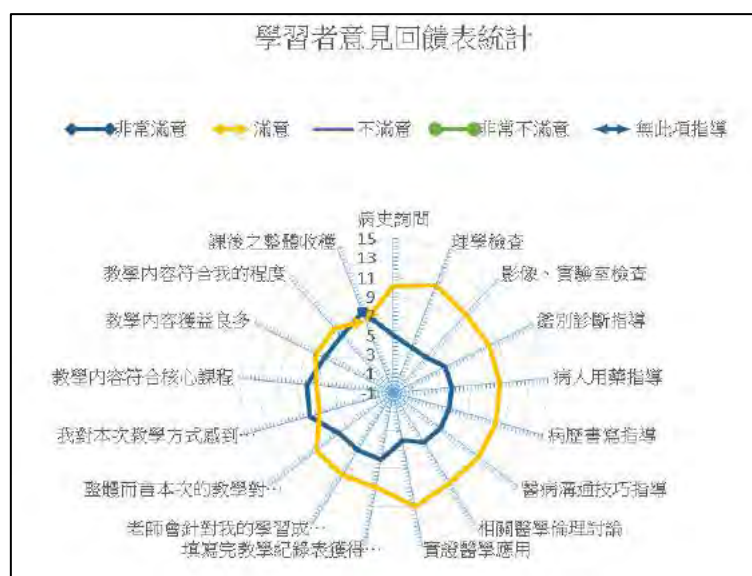
圖五、107 年病患意見調查表-醫療過程統計表



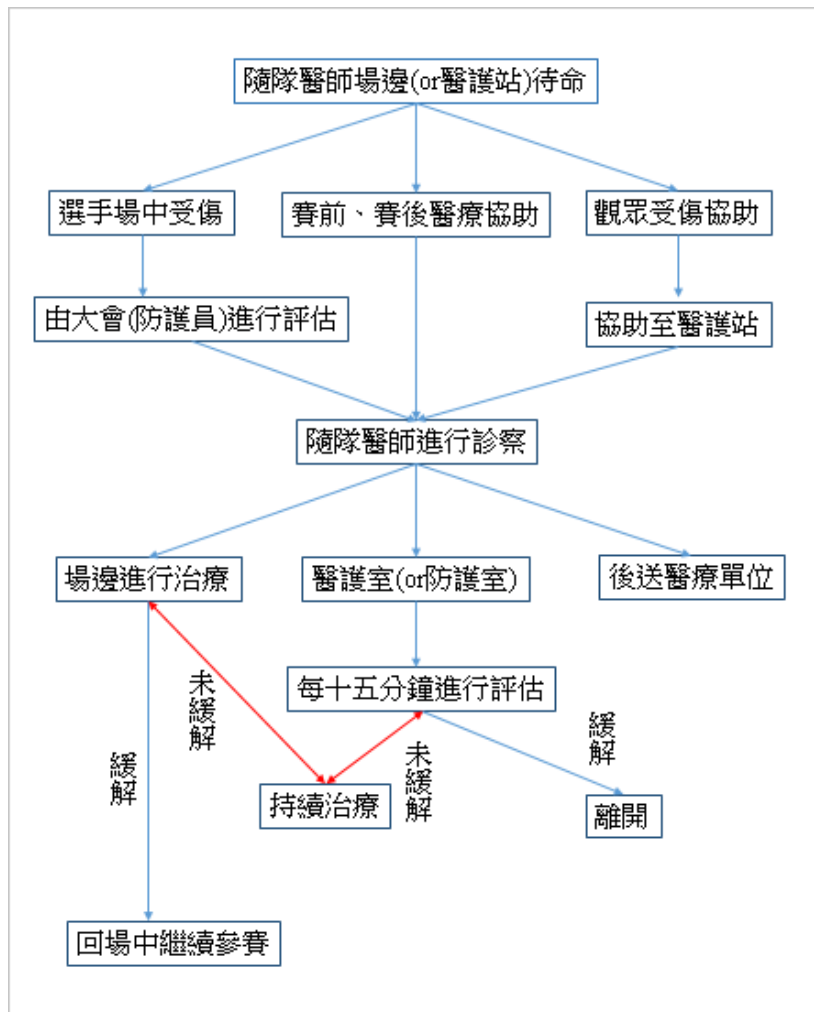
圖六、107 年病患意見調查表-醫療過程統計表



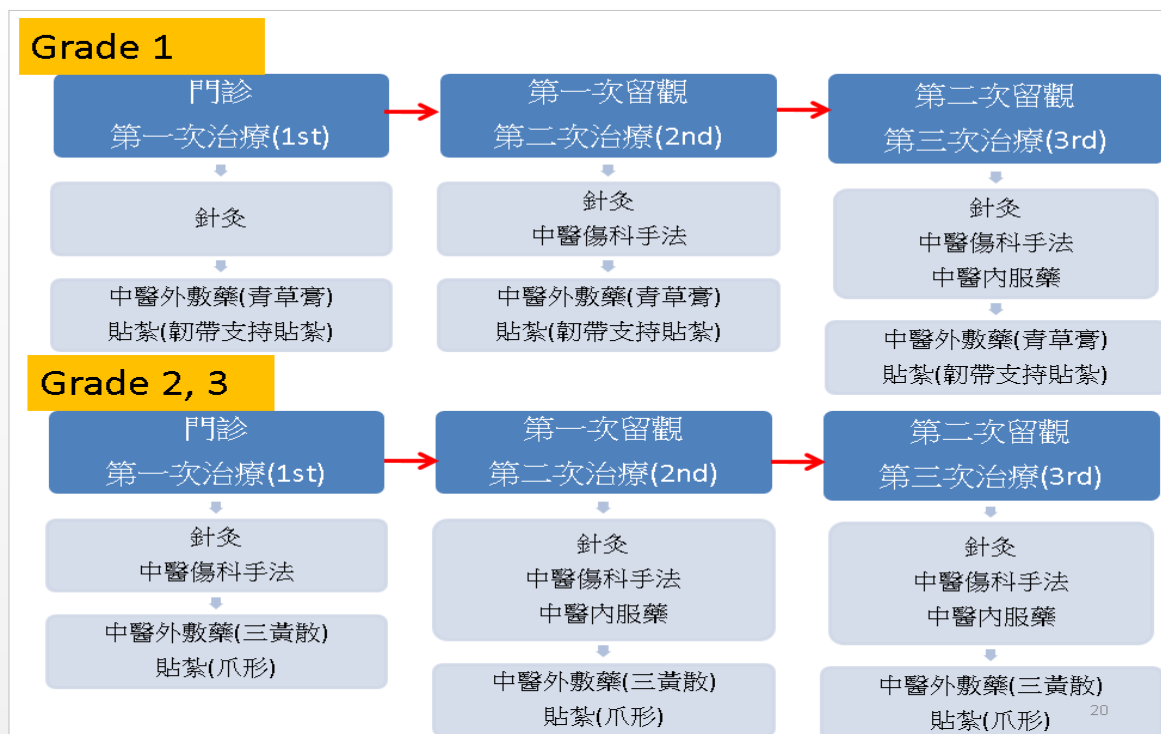
圖七、門診教學 mini-CEX 分數統計表



圖八、學習者回饋意見統計表



圖九、行動日間照護標準作業程序圖



圖十、臨床治療路徑圖

表一、運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護門診收案流程表

107年運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護收案流程表 1070809 2版

流程順序	負責人員	執行內容	標準作業細項
流程 1	病患	中醫門診或急診室就醫	
流程 2	主治醫師	◆確診為運動傷害關節、肌肉扭挫傷 ◆治療時間： 上午 8：30-下午 17：00	至骨科 X/MRI 檢查
流程 3	護理人員	1. 通知 總醫師-張益銓醫師(310286)	
流程 4	總醫師	通知 輪值住院醫師	
流程 5	輪值 住院醫師	1. 簽訂治療同意書 2. 依據症狀填寫評估量表 3. 理學檢查	1. 簽訂同意書
			2. 評估量表 1) 基本資料表 2) 中醫四診診查表 3) 疼痛評估量表(每 15 分鐘評估一次) 4) 歐式下背痛量表(治療前) 5) 腳踝不穩定評估量表(治療前) 6) 病患自覺功能量表(治療前) 7) 病患意見調查表(僅完成治療後評估)
			3. 理學檢查 1) Anterior drawer test 2) Ankle external rotation text
流程 6	主治醫師	中醫治療	針灸、拔罐、放血、推拿、中藥、耳豆
流程 7	輪值 住院醫師	評估頻率 15 分鐘 有改善： 標準→疼痛指數小於 3→結帳→離院 無改善： 1) 持續治療→改善→結帳→離院 2) 收案終止時間下午 17 點，隔日持續至中醫門診治療 *完成治療後提供一包白芷瘦痛藥布	關節、肌肉扭挫傷評估 1) 疼痛評估量表(每 15 分鐘一次) 2) 病患意見調查表(僅完成治療後評估) *評估量表每次完成後繳交給個管師
流程 8	個管師	紀錄評估量表	
完成當次治療			

表二、107 年中醫受訓之實習醫學生、住院醫師

職位	人數
實習醫學生	12 人
住院醫師	14 人
合計	26 人

表三、107 年會議紀錄統計表

會議	日期	會議摘要
第一次小組會議	107 年 02 月 21 日	針對 107 年運動傷害之運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式收案表單以及，預定流程進行討論。
第二次小組會議	107 年 03 月 28 日	107 年運動傷害之運動傷害關節、肌肉扭挫傷核心課程，授課講師人選推薦。
第三次小組會議	107 年 07 月 18 日	針對運動傷害收案之情形以及舉辦經驗分享研討會進行討論。

表四、收案統計資料表

病人資料			運動類型	受傷部位	損傷等級	治療前疼痛指數	留觀治療次數	治療後疼痛指數
No.	年齡	性別						
1	21	男	慢跑	左側小腿	1	7	1	3
2	26	女	慢跑	右足背痛	1	6	1	3
3	35	男	快走	右足背痛	1	5	1	3
4	27	女	慢跑	左外踝	1	5	1	3
5	18	女	排球	左外踝	1	8	1	5
6	18	女	健走	右外踝	2-3	6	3	2
7	50	男	慢跑	左踝	1	5	1	2
8	23	男	羽毛球	右踝	1	5	1	3
9	17	男	籃球	右踝	2-3	9	3	3
10	18	女	慢跑	左外踝	2	6	2	3
11	26	男	羽毛球	右內踝	1	7	1	3
12	32	女	慢跑	左踝	2-3	8	4	2
13	19	男	籃球	右踝	1	5	1	2
14	38	女	慢跑	右踝	1	4	1	2
15	35	女	慢跑	右踝外側	2-3	7	3	2
平均	26.9					6.2		2.7
備註	M27.3 F26.5	M7F8	慢跑8名 快走1名 健走1名 籃球2名 羽毛球2名 排球1名	左外踝7位 右外踝8位		1-3輕微，4-6中度，7-10嚴重 有1位觀察間隔為4次(60分鐘，針灸傷科中藥) 有3位觀察間隔為3次(45分鐘，針灸傷科中藥) 有1位觀察間隔為2次(30分鐘，針灸傷科) 有10位觀察間隔為1次(15分鐘，針灸)		

原住民族藥用植物調查研究及彙編再版(2-2)

何玉鈴¹、陳怡蓓¹、鄒文心¹、賴韋亘²、張永勳²

¹弘光科技大學 護理系

²中國醫藥大學 中國藥學暨中藥資源學系

摘 要

研究目的：

為將臺灣特有的原住民醫藥文化，能得以完善的保存，政府持續針對原住民族傳統醫療知識進行留存及復振，以發揚原住民之傳統文化並進一步供國內中醫藥及學術界之參考。衛生福利部特將「原住民族藥用植物調查研究及彙編再版」列為本年度研究重點，使原住民族傳統資源得以妥善保存並加以應用，以奠定臺灣藥用植物發展之基礎。

研究方法：

本計畫以民國八十九年出版之「台灣原住民藥用植物彙編」為基礎下編修此專書，進行「台灣原住民藥用植物彙編」之再版，透過實地查訪原住民部落並拍攝相關植物圖片，蒐集最新資料並校對及修正內容，以 Flora of Taiwan 為原則進行植物中文名及學名訂正；針對模糊不清及錯誤之圖片進行更新；相關成分、藥理等部分，除著重資料更新，也簡化其內容，以符合現代化學及藥理之研究資訊。另組成審稿專家小組，召開兩次審稿專家會議，針對剩下 101 種內容加以討論定稿，包含新增 27 種藥用植物，完成「臺灣原住民族藥用植物彙編」第二版 301 種藥用植物之學名校對及初稿，討論印刷樣式並檢視專書全書內容之正確性。

結果：

107 年度已召開兩次審稿專家會議，針對最後 101 種品項進行內容修正，更新及簡化各品項之成分及藥理，並檢視全書 301 種內容之正確性；本書收載之植物分列 92 科 232 屬，物種分布也依專家建議改以區域方式呈現。另本計畫也依法將原住民族從原本 9 族增至 16 族，並將原部落地名加註現今地名。全書共更換 217 張圖片。

討論與結論：

本書係參考 1939 年日本人山田金治編著「高砂族調查書第六篇・藥用草木

皮」一書，1957 年經由國人許君攻譯成中文，內容之植物原住民名為日語發音之拼音，與原住民族語拼音有些差異，此部分委託國立東華大學民族語言與傳播學系童春發教授就現有資料協助校正。本計畫執行期間多次赴原住民部落查訪，但因臺灣健保醫療普及，使用傳統草藥治病之習慣已少見，原住民已不識草藥之功效，也不知植物之原住民名稱，幸得先人已將此部分醫療文化知識保存下來，避免珍貴先民智慧遺失。107 年度已完成全書之編修，將「臺灣原住民族藥用植物彙編」新增至 301 種藥用植物。完成之初稿另送外審專家學者審稿修正後定稿付梓，完成 800 冊再版之「臺灣原住民族藥用植物彙編」及隨書光碟版電子書 800 片印製出版。

關鍵詞：臺灣原住民族藥用植物彙編、藥用植物、原住民、再版

Investigation and Revision of Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan (2-2)

Yu-Ling Ho¹, Yi-Chiann Chen¹, Wen-Hsin Tsou¹, Wei-Hsuan Lai²,
Yuan-Shiun Chang²

¹Nursing Department, Hungkung University

²Department of Chinese Pharmaceutical Sciences and Chinese Medicine
Resources, China Medical University

ABSTRACT

Purpose:

In order to perfectly preserve the unique medicinal culture of the indigenous people in Taiwan, the government had been continuously engaging in the preservation and renaissance of the traditional medical knowledge of the indigenous people and carry forward the traditional medical culture and provide reference for the TCM and academic communities. The Ministry of Health and Welfare set the “Investigation and Revision of Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan” as research priority in the current year to properly preserve the traditional medical resources of the indigenous people and seek possible application and lay a foundation for the development of medicinal plants in Taiwan.

Methods:

Based on the Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan published in 2000, this project did revision and publish the revised version of Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan. We visited the indigenous tribes and shot photos of the plants. The current update information was collected, edited and the contents were revised. Based on Flora of Taiwan, some of the Chinese names and Latin names were revised. Low resolution photos and wrong photos were replaced. The chemical ingredients, pharmacological activities of the herbs were updated. The contents were revised and simplified to meet

the current pharmacological research findings. An expert editing committee was organized. Two editorial meetings had been held to discuss the contents of the remaining 101 herb items left in Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan, including 27 new medicinal plants added. Through proof reading of the draft and discussion of the printing format, to secure the correctness of the contents, the draft of the 2nd Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan was finalized with 301 plant species.

Results:

In 2018, two editorial meetings had been held to discuss the contents of the remaining 101 herb items. The chemical ingredients, pharmacological activities were updated and simplified. The correctness of the contents of the 301 herb items was secured. The plant species listed in this book were classified into 92 families and 232 genus. The distribution of the plants was given in geographical areas. According to current laws, we also increased the native tribe numbers from 9 tribes to 16 tribes. The current address was added to the original tribe address. A total of 217 photos were replaced.

Discussion and Conclusion:

The major reference of this project, “Survey of Medicinal Roots, Woods and Bark used by Kaosa Tribes” written by Yamadi Kaneharu was later translated into Chinese by Chun-Mei Hsu. The plant names of the aboriginal tribes were spelled in Japanese pinyin and some are not the same as aboriginal tribe pinyin. Professor Chun-Fa Tung from Department of Indigenous Language and Communication, National Dong Hwa University was invited to do correction based on the current reference available. During the period of this project, we visited the indigenous tribes several times. Because of National Health Insurance and the medical popularization in Taiwan, it is uncommon for the indigenous people to use the traditional herbs for therapy. The indigenous people do not know the effects of the herbs and indigenous names of the plants nowadays. Fortunately, ancestors preserved the medicinal knowledge to avoid losing precious wisdom of aboriginal ancestors. In 2018, we had completed the revision of Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan. The plant items were increased to 301 species. The draft was further proof read by panel members and then corrected and finalized and went into print. Eight hundred copies of the revised Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan was published with CD Rom version Enclosed.

Keywords: Compendium of Medicinal Plants Used by the Indigenous People of Taiwan, Medicinal plants, Indigenous people, Revision

壹、前言

臺灣因板塊運動擠壓而形成複雜多變的地形面貌，擁有高山、丘陵、平原、島嶼及海岸等多樣景觀，加上臺灣位於亞熱帶且四面環海，因此孕育出種類繁多之自然生態，民間藥用植物資源極為豐富。由於地形特殊，天然環境複雜，臺灣多種族群之間交流不易，而造就多元化的社會面貌，其中原住民族約佔總人口數之 2%，各部落的語言、風俗習慣及文化發展皆為臺灣重要根源，對於其獨特的歷史與文化，應當加強留存及珍惜此寶貴資產。

臺灣早期因科技及醫療不甚發達，原住民族生活資源皆仰賴大自然，於是在族人生病時僅能依賴祖先之經驗，除巫醫治病外，也取用青草藥治病，因而傳承演變成先民經驗之寶貴資產。隨著現代醫學進步及健保體系之發展，原住民族特有之文化逐漸被取代，加上早期尚未發展完善之文字系統，許多經驗及知識皆需口耳相傳，因此其特有之傳統療法及相關草藥之應用難以妥善保存。

有關臺灣藥用植物資源之開發，其先驅為 1924 年日本植物學家佐佐木舜一調查編著之「綱要臺灣民間藥用植物誌」⁽¹⁾，其中包括漢、原臺灣各地所使用的藥用植物共收載 579 種。於 1939 年森林學家山田金治編著「高砂族調查書第六篇·藥用草木皮」⁽²⁾，派員做實地調查，並採集製作標本，收錄藥用植物近 300 種，詳列其科名、拉丁學名、原住民名、使用族名及其相關應用。而此書於 1957 年由國人許君攻譯成中文，書名為「臺灣先住民之藥用植物」⁽³⁾。

自光復初期以來，臺灣對藥用植物資源之開發研究不遺餘力，已故藥用植物學家甘偉松教授，著手研究整理、調查，先後完成了「臺灣藥用植物誌」三卷⁽⁴⁾及「臺灣藥用植物藥材誌」三冊⁽⁵⁾，於民國八十二年又完成「藥用植物學」⁽⁶⁾等專著。另外，高木村先生編著之「臺灣藥用植物手冊」⁽⁷⁾、「臺灣民間藥(一)(二)」⁽⁸⁾，邱年永先生之「原色臺灣藥用植物圖鑑(一)(二)(三)」⁽⁹⁾、「高山藥用植物」⁽¹⁰⁾，皆為臺灣藥用植物相關重要之專書。

近年來，行政院衛生署中醫藥委員會也致力於臺灣藥用植物資源的開發研究，委託協同主持人張永勳教授執行「臺灣原住民之藥用植物調查、編寫」計畫，將「臺灣先住民之藥用植物」⁽³⁾一書加以整理，修訂原植物拉丁學名，並依分類學順序加以排列。以此計畫基礎下，行政院於民國八十七年也委託執行「臺灣原住民之藥用植物研究成果整理出版」計畫，將專

書重新校對並增列植物分布地點、索引，補充拍攝更換部份植物幻燈片，並整理出版。最後由行政院衛生署中醫藥委員會於民國八十九年出版「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾。另也特請謝文全教授將委託中國醫藥學院自民國六十五年至九十年共二十五年期間所完成臺灣二十縣市鄉之藥用植物調查成果編彙成三冊，於2002年至2004年出版「臺灣常用藥用植物圖鑑」全書共三冊⁽¹²⁾，收錄了共約1,217種藥用植物，每種藥用植物均加上其植物彩色圖片，內容則包含其名稱、學名、科名、別名、形態、產地、分佈、成分、藥理及效用等諸項介紹，提供國內各界對臺灣常用植物有正確的認識。

該書並於民國98年由臺大黃增泉教授及中國醫藥大學張永勳教授進行英譯並作翻修，並出版英文版之 Color Illustration of Common Medicinal Plants in Taiwan (Vol. I, II, III)⁽¹³⁾。在英文版基礎下，張永勳、黃冠中及何玉鈴並於民國100年完成臺灣常用藥用植物圖鑑(I, II, III)⁽¹⁴⁾，並由行政院衛生署中醫藥委員會發行。

此外，行政院原住民族委員會也致力於發揚臺灣原住民族之精神，特請中華民國人文資源研究學會賴顯松教授編著「臺灣原住民族藥用植物圖鑑」⁽¹⁵⁾，由協同主持人張永勳教授及屏東科技大學金石文副教授協助，共蒐錄300餘種原住民藥用植物，供大眾參閱。

為重視國內原住民族之健康權，加強對臺灣原住民傳統文化之研究，並推動原住民族傳統醫療知識復振。衛生福利部特將「原住民族藥用植物調查研究及彙編再版」列為本年度研究重點，將原住民族傳統資源妥善保存並加以應用，以奠定臺灣藥用植物發展之基礎。

一、本計畫一〇六年已完成之工作項目：

- (一) 以衛生署中醫藥委員會民國八十九年出版之「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾為基礎，進行此專書之再版，及原住民族藥用植物調查研究。完成前200種品項植物學名校對訂正及內容更新。
- (二) 組成專家小組：包含原住民植物、植物及中藥等領域專家學者，召開二次專家會議，討論原住民族藥用植物調查研究成果及擬新增收載之品項及內容。
- (三) 完成原住民族藥用植物調查，羅列「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾應更新及修正清單。

二、本計畫一〇七年已完成之工作項目：

- (一) 以衛生署中醫藥委員會民國八十九年出版之「台灣原住民藥用植

物彙編」⁽¹¹⁾為基礎，進行此專書之再版，及原住民族藥用植物調查研究。完成原書最後 78 種品項植物學名校對訂正及內容更新，並新增 27 種品項，最後完成全書共 301 種品項。

- (二) 檢視並更新再版「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾內容及不清楚之圖片，並依相關著作財產權法規定取得圖片授權。
- (三) 專書出版前組成編輯審稿專家小組，召開 2 次審稿會議，完成初稿後另送外審專家學者審稿修正後定稿付梓。
- (四) 完成 800 冊專書及隨書光碟版電子書 800 片印製出版並配合寄送至衛生福利部指定機關(構)，包含 55 個原住民原鄉及當地高中、國中及小學。
- (五) 計畫結案時繳交專書使用之植物圖片原始檔案，並提送專書印製檔及原始 word 檔案，以利後續衛生福利部建置數位網站資料運用。

希冀藉由本計畫之執行，能使再版之「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾更加實用及完整，將臺灣特有的原住民醫藥文化，能得以更完善的保存，以發揚原住民之傳統文化並進一步供國內中醫藥及學術界之參考，奠定臺灣藥用植物發展之基礎，以提昇臺灣中藥的品質、療效與安全。

貳、材料與方法

本計畫以民國八十九年出版之「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾為基礎下編修此專書，進行「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾之再版；106 年度已完成原住民族藥用植物調查，並針對原書收載之前 200 種品項進行內容更新，也組成專家小組，召開兩次專家會議，討論原住民族藥用植物調查研究成果及擬收載之品項及內容，並透過委員建議、拜訪原住民耆老及參考文獻，為依據做品項之新增，並以 Flora of Taiwan⁽¹⁶⁾為原則進行植物中文名及學名校對訂正，植物品項順序也依委員建議以英文字母順序重新編排，物種分布也依專家建議改以區域方式呈現；檢視植物圖片清晰度，針對模糊不清及錯誤之圖片進行更新；相關成分、藥理及應用等部分除著重資料更新，也簡化其內容，以符合現代藥理之研究資訊。另也依現行法定原住民標註新族群，並將原部落地名加註現在地名，最後統整羅列「台灣原住民藥用植物彙編」再版應更新及修正清單。107 年度已完成原住民族藥用植物調查，並針對原書收載最後 78 種品項進行內容更新，並新增 27 種品項，也組成外審編輯審稿專家小組，召開兩次審稿會議，討論「台灣原住民藥用植物彙編」最後 78 種及新增 27 種品項共約 100 種內容，新增品項依照前 200 種內容更新原則進行收錄，及討論排版後之「臺灣原住民藥用植物彙編」第二版專書內容，檢視內容之正確性。最後完成再版之「臺灣原住民藥用植物彙編」。

一、運用前衛生署中醫藥委員會出版之「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾為基礎，進行原住民族藥用植物調查研究。

(一) 收集文獻：收集近年來對於臺灣各地原住民藥用植物研究之相關考察文獻與資料，作為「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾再版參考，並著重成分、藥理及應用等部分資料更新，以符合現代之研究資訊。

(二) 實地查訪：透過實地查訪原住民部落與相關原住民專家，了解原住民藥用植物之生長情形及其主要應用，將品項增至 301 種，並重新審視內容，修正誤繕及錯誤之部分。

(三) 拍攝及更新圖片：羅列「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾內容中植物圖不清楚及欲新增之品項，並赴臺灣各地拍攝數位圖片。若無法自行拍攝之圖片，則向植物學專家尋求協助，所有圖片依相關著作財產權法規定取得。

(四) 針對本書最後 78 種及新增 27 種植物學名進行校對訂正：「臺灣植物誌(Flora of Taiwan)⁽¹⁶⁾」已於 2003 年完成第二版修訂，許多植物在學名上發生變動，因此以 Flora of Taiwan⁽¹⁶⁾為基礎對「台灣原住民藥用植物彙編⁽¹¹⁾」進行學名校對訂正的工作。

二、召開再版之「台灣原住民藥用植物彙編」編輯審稿專家會議：

專書出版前將組成編輯審稿專家小組，邀請包含原住民植物、植物及中藥等領域專家學者，於期中及期末報告前各召開 1 次審稿會議，檢視專書內容之正確性；編輯審稿專家小組委員名單如表一。

三、完成 800 冊專書及隨書光碟版電子書 800 片印製出版。

(一) 反覆檢視並校稿再版「台灣原住民藥用植物彙編」，並依相關著作財產權法規定取得圖片授權。

(二) 配合寄送至衛生福利部指定機關(構)，包含 55 個原住民原鄉（圖一）及當地高中、國中及小學。

四、計畫結案時繳交專書使用之植物圖片原始檔案，並提送專書印製檔及原始 word 檔案，以利後續衛生福利部建置數位網站資料運用。

參、結果

一、運用前衛生署中醫藥委員會出版之「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾為基礎，進行原住民族藥用植物調查研究。

(一) 收集文獻：

1. 藥用植物相關書籍：

參考「臺灣常用藥用植物圖鑑」⁽¹²⁻¹⁴⁾、「山林的智慧：排灣族 Tjaiquvuvulj 群民族植物誌」⁽¹⁷⁾、「農業世界」⁽¹⁸⁻²⁴⁾、「臺灣原住民族藥用植物圖鑑」⁽¹⁵⁾等書籍，修正「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾舊有內容，並作為新增品項之依據。

2. 藥用植物相關網站：

相關成分、藥理透過電子期刊資料庫，利用更新之植物學名搜尋相關論文期刊⁽²⁵⁻⁵¹⁾，將近年來研究的相關植物之成分、藥理及應用等資料納入「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾舊有內容中。

(二) 實地查訪：

於今年 1 月 3 日至 5 日赴花蓮，與原住民專家鴻教授、童教授、許教授、吳老師、晷老師進行訪談（圖二），並請童教授協助校訂植物原住民名之拼音。也於 2 月 26 日赴新竹、4 月 25 日赴花蓮、5 月 20 日、6 月 3 日、9 月 29 日赴南投、6 月 30 日赴新北、10 月 21 日赴嘉義等各地原鄉進行實地查訪及植物圖片拍攝。

(三) 拍攝數位圖片：

錯誤或模糊不清或特徵不清楚之圖片，藉由實地查訪之機會同時拜訪各地藥園、植物園拍攝圖片，也向植物學專家尋求協助，並取得圖片相關智慧財產權之授權（表二）。全書共更換 217 張圖片（表三），其中包含錯誤 44 張圖片、模糊、特徵不清、更新數位圖片以及增加品項之圖片共 173 張。

(四) 台灣原住民藥用植物彙編內容更新及修正：

1. 完成原書後 78 種植物學名校對訂正（如表四）：

依委員建議，原書中植物之中文名及學名將以「Flora of Taiwan」⁽¹⁶⁾為原則進行校對訂正，其中若有爭議或有疑慮之學名則參考專家委員建議進行修正（如圖三）。

2. 完成後 78 種植物內容更新：

(1)植物品項順序及分布

已依委員建議，品項依序為蕨類植物、種子植物、裸子植物、被子植物，單子葉植物及雙子葉植物，再以字母順序重新編排，物種分布也修正為以區域方式呈現。

(2)原住民種族更新

依現行法規定原住民種族由原本9族(排灣族、泰雅族、布農族、卑南族、阿美族、達悟族、鄒族、魯凱族、賽夏族)新增至16族(新增邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族)(表五)，本計畫更新內文加入現今族群(如圖四)，並將原部落地名依「內政部戶政司：日據時期住所番地與現行行政區對照表」加註現在地名(如圖三)。

(3)圖片更新

徹底檢視植物圖片之清晰度，確保其品種正確性，針對模糊不清、特徵不清及錯誤之圖片進行更換(如圖五)。

(4)成分及藥理更新

透過電子期刊資料庫，利用學名搜尋相關植物之成分、藥理之文獻及期刊，除著重資料更新及修正，也簡化其內容，以符合現代藥理之研究資訊。

(5)刪除應用

為避免民眾依書內容擅自使用，因此出版版本將應用刪除，另有完整版本送衛生福利部中醫藥司存查。

(五) 新增收載之品項及內容：

透過收集之文獻、各專家委員之建議及拜訪之原住民耆老，以及各參考書籍如「山林的智慧：排灣族 Tjaiquvuquvulj 群民族植物誌」⁽¹⁷⁾、「農業世界」⁽¹⁸⁻²⁴⁾、「臺灣原住民族藥用植物圖鑑」⁽¹⁵⁾等為依據做品項及內容之新增，新增27種藥用植物(如表六)，累計總品項達301種(如表七)。

二、召開「台灣原住民藥用植物彙編編修」專家會議：

(一)第一次審稿會議：

成員包含原住民植物、植物及中藥等領域專家學者(如表一)，已於107年3月23日假衛生福利部中醫藥司，召開「台灣原住民藥用植物彙編」編修第一次審稿會議(如圖六)，討論「台灣原住

民藥用植物彙編」最後 78 種及新增 27 種品項共約 100 種內容。
本次會議決議以下事項：

1. 原住民族群變動加註於後方，保留原始資料。
2. 原住民族語拼音校正就現有資料優先訂正明顯錯誤，將請託鴻教授與童教授協助。
3. 請鴻教授協助「台灣原住民藥用植物彙編」再版編寫臺灣原住民族群演變沿革。
4. 科名有更新者同時呈現新舊科名。
5. 【型態】雌雄同株或異株的描述應調整至第一句，如一年生雌雄同株藤本。
6. 原住民族名改以中文表示。
7. 在出版後開放各部落長者或有研究者回饋修正意見，會請羅副處長提供推薦之單位，我們將一併寄送成書。
8. 之後會主動與原民會圖騰承辦人、原住民族線上語言辭典相關單位聯絡，取得使用授權。
9. 書名「台灣原住民藥用植物彙編」修正為「臺灣原住民族藥用植物彙編」。
10. 植物名稱表示改為最常用之名稱，括弧加註 Flora of Taiwan 使用之中文名。
11. 科名先分四大類(蕨類、裸子植物、被子植物植物再分單、雙子葉)再按 ABC 排序。
12. 新增品項若要篩選刪除項目，以未有圖片及資料不完整者優先。

(二)第二次審稿會議：

已於 107 年 6 月 25 日假衛生福利部中醫藥司，召開「台灣原住民藥用植物彙編」編修第二次審稿會議(如圖七)，討論排版後之「臺灣原住民族藥用植物彙編」第二版專書內容，檢視內容之正確性。

本次會議決議以下事項：

1. 圖片錯誤或模糊的品項會持續更換。
2. 內容錯誤的部分會進行修正。
3. 原住民藥用內容重複會參考文獻及書籍進行修訂。
4. 將原書〈高砂族調查書〉內容加註於再版的內容。

5. 金髮草更動為分布較普遍之金絲草。
6. 洋水仙更動為原書學名之華胄蘭。
7. 假澤蘭因引進年代時間不符將刪除此品項。
8. 資料不完整者會再進行補充。

三、完成 800 冊專書及隨書光碟版電子書 800 片印製出版。

(一) 藉由實地查訪的機會及拜訪各地植物園、藥園拍攝圖片，全書共更換 217 張圖片，其中包含錯誤 44 張圖片及模糊、特徵不清、更新數位圖片以及增加品項之圖片共 173 張；並透過委員建議、拜訪原住民耆老及參考文獻，如「山林的智慧：排灣族 Tjaiquvuquvulj 群民族植物誌」⁽¹⁷⁾、「農業世界」⁽¹⁸⁻²⁴⁾、「臺灣原住民族藥用植物圖鑑」⁽¹⁵⁾等，為依據進行品項新增，新增 27 種，清單如表六；原書中 98.青藤及 241.臺灣師古草因品項重複，47.小金梅葉及 146.椴葉野桐因地理分布與使用社名有所出入，所以刪除此 4 種品項。各品項之學名、中文名之更正結果，完成全書 301 種品項(表七)。

(二) 配合寄送至衛生福利部指定機關(構)，包含 55 個原住民原鄉(圖一)及當地高中、國中及小學。

四、計畫結案時繳交專書使用之植物圖片原始檔案，並提送專書印製檔及原始 word 檔案，以利後續衛生福利部建置數位網站資料運用。

五、撰寫期末報告：

完成再版之「臺灣原住民族藥用植物彙編」，希冀藉由本計畫之執行，能使再版之「台灣原住民藥用植物彙編」⁽¹¹⁾更加實用及完整，將臺灣特有的原住民醫藥文化，能得以更完善的保存，以發揚原住民之傳統文化並進一步供國內中醫藥及學術界之參考，奠定臺灣藥用植物發展之基礎，以提昇臺灣中藥的品質、療效與安全。

肆、討論

- 一、本計畫以民國八十九年出版之「台灣原住民藥用植物彙編」為基礎進行再版的編修，因距上一版本時日已久，其中許多植物在學名及科名上發生變動，原住民族也從原本 9 族（排灣族、泰雅族、布農族、卑南族、阿美族、達悟族、鄒族、魯凱族、賽夏族）增至 16 族（新增邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族）（表五），行政區也有改變，此次編修將更新內容加註於舊有內容後方。
- 二、上一版本之圖片來源為幻燈片，部分經重新掃描後已模糊不清，如 201. 魚簽草 *Anisomeles indica* (L.) Kuntze、203. 白花草 *Leucas chinensis* (Retz.) R. Br.、209 血見愁 *Teucrium viscidum* Blume 等，或是原有圖片錯誤者，如 213. 龍葵 *Solanum nigrum* L.、242. 芋葉栝樓 *Trichosanthes homophylla* Hayata、267. 澤苦菜 *Ixeris tamagawaensis* (Makino) Kitam. 等，皆更新為數位圖片。
- 三、上一版本植物品項之圖片，皆固定為橫式一張，經委員討論，將不侷限於圖片格式和張數，以能凸顯植物特徵為主，如 248. 過山香 *Clausena excavata* Burm. f.、249. 月橘 *Murraya paniculata* (L.) Jack. 等用兩張圖片表示，191. 九芎 *Lagerstroemia subcostata* Koehne、252. 食茱萸 *Zanthoxylum ailanthoides* Siebold & Zucc. 等用三張圖片表示。
- 四、台灣原住民藥用植物彙編今年底出版，品項增至 301 種，新增之品項由專家委員討論建議，共新增 27 種品項，新增品項依照前 200 種內容更新原則進行收錄（如表六）。
- 五、「台灣原住民藥用植物彙編」舊有內容包含【原住民名】、【原住民效用、用法及使用社名】，但本計畫實地訪查之原住民大多對於藥用植物不甚了解，原住民主委也提及現今族群對藥用植物之使用甚少，因而新增品項之【原住民名】、【原住民效用、用法及使用社名】內容難度提高。
- 六、本書係參考日本人山田金治編著「高砂族調查書第六篇·藥用草木皮」一書，經許君玫翻譯編修，內容之植物原住民名為日語發音之拼音，與實際原住民族語拼音有些差異，此部分委託東華大學民族語系與傳播學系童教授就現有資料協助校正，以期符合正確之原住民發音。

伍、結論與建議

- 一、以民國八十九年出版之「台灣原住民藥用植物彙編」為基礎下編修此專書，進行「台灣原住民藥用植物彙編」之再版；107 年度針對原書收載最後 78 種品項完成內容更新。
- 二、全書共更新 217 張圖片，其中包含錯誤 44 張圖片及模糊、特徵不清、更新數位圖片以及增加品項之圖片共 173 張。若無法自行拍攝之圖片，則向植物學專家尋求協助，並取得圖片授權。
- 三、本計畫委員中包含原住民植物專家和具有原住民血統之學者專家，也邀請原住民族委員會共同參與討論，並依專家建議，新增 27 項植物品項如表四，新增品項依照前 200 種內容更新原則進行收錄。
- 四、本書之植物原住民名雖已請東華大學民族語系與傳播學系童教授協助校訂，但僅能就現有資料，訂正明顯錯誤，在出版之後可開放各部落長者或有研究者回饋修正。
- 五、本計畫執行期間多次赴原住民部落查訪，但因臺灣醫療普及，使用傳統草藥治病之習慣已少見，原住民已不識草藥之功效，也不知植物之原住民名稱，幸得先人已將此部分醫療文化知識保存下來，避免珍貴先民智慧遺失。
- 六、本計畫已召開「台灣原住民藥用植物彙編」編修二次審稿會議，討論「台灣原住民藥用植物彙編」最後 78 種及新增 27 種品項共約 100 種內容，及討論定稿後之「臺灣原住民族藥用植物彙編」第二版專書內容，檢視內容之正確性。初稿完成後另送外審專家學者審稿修正後定稿付梓，期使本書之內容臻善。
- 七、現今西方醫學普及，國人又有全民健保之醫療體系，傳統原住民醫藥文化已式微，本書的出版對於臺灣原住民藥用植物之文化保存有實質上的幫助。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-122402 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

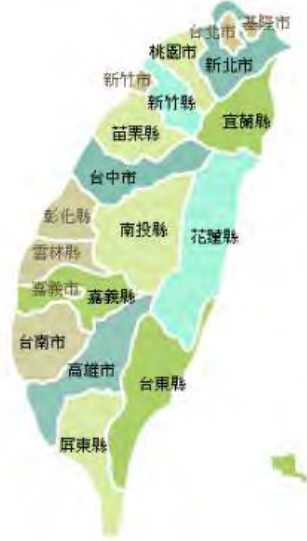
1. 佐佐木舜一：綱要民間藥用植物誌，晁文館，1924。
2. 山田金治：藥用草根木皮，高砂族調查書第六篇，臺灣總督府警務局，1938。
3. 許君攻譯：臺灣先住民之藥用植物，臺灣研究叢刊第四三種，臺灣銀行，1957。
4. 甘偉松：臺灣藥用植物誌(一)(二)(三)，國立中國醫藥研究所，1964-1968。
5. 甘偉松：臺灣藥用植物藥材誌(一)(二)(三)，國立中國醫藥研究所，1964-1968。
6. 甘偉松：藥用植物學，國立中國醫藥研究所，1993。
7. 高木村：臺灣藥用植物手冊，南天書局，1981。
8. 高木村：臺灣民間藥(一)(二)，南天書局，1985-1988。
9. 邱年永、張光雄：原色臺灣藥用植物圖鑑(1)(2)(3)，南天書局，1983-1992。
10. 邱年永：高山藥用植物，南天書局有限公司，1987。
11. 張永勳、何玉鈴、邱年永、陳忠川：台灣原住民藥用植物彙編，行政院衛生署中醫藥委員會，2002。
12. 謝文全、林宜信主編，臺灣常用藥用植物圖鑑第一冊~第三冊，行政院衛生署中醫藥委員會印行，臺北，2002-2004。
13. Tseng-Chieng Huang, Yuan-Shiun Chang: The Illustration of Common Medicinal Plants in Taiwan (Vol. I, II, III), English Edition. Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, Executive Yuan, R.O.C., 2009-2012.
14. 張永勳、黃冠中、何玉鈴：臺灣常用藥用植物圖鑑(I, II, III)第二版，行政院衛生署中醫藥委員會，2011-2012。
15. 賴顯松：臺灣原住民族藥用植物圖鑑，行政院原住民族委員會，2009。
16. 黃增泉主編，臺灣植物誌(Flora of Taiwan)第二版 1-6 卷，中華民國國家科學委員會印行，1993-2003。
17. 拉夫琅斯·卡拉雲漾、嚴新富：山林的智慧～排灣族 Tjaiquvuquvulj 群民族植物誌，行政院原住民族委員會，2013。
18. 嚴新富：農業世界 389 期，農世股份有限公司，2016，42-45。

19. 嚴新富：農業世界 390 期，農世股份有限公司，2016，66-68。
20. 嚴新富：農業世界 392 期，農世股份有限公司，2016，38-41。
21. 嚴新富：農業世界 393 期，農世股份有限公司，2016，38-41。
22. 嚴新富：農業世界 394 期，農世股份有限公司，2016，40-43。
23. 嚴新富：農業世界 395 期，農世股份有限公司，2016，58-66。
24. 嚴新富：農業世界 396 期，農世股份有限公司，2016，60-62。
25. 楊帆、徐康平、李福雙、申健、鄒輝、譚桂山：薄葉卷柏化學成分研究，
中南藥學，2010，8：496-499。
26. Chandran Girish, Muralidhara: Propensity of *Selaginella delicatula* aqueous extract to offset rotenone-induced oxidative dysfunctions and neurotoxicity in *Drosophila melanogaster*: Implications for Parkinson's disease. *NeuroToxicology*. 2012; 33:444–456.
27. Md. Shafiqul Islam, Arihiro Iwasaki, Kiyotake Suenaga and Hisashi Kato-Noguchi. Isolation and Identification of Two Potential Phytotoxic Substances from the Aquatic Fern *Marsilea crenata*. *J. Plant Biol.* 2017; 60: 75-81.
28. 王冬、劉曉秋、姚春所、方唯碩：絨毛陰地蕨石油醚部分化學成分研究，
中國中藥雜誌，2008，33：2627-2629。
29. 王輝、吳嬌、徐雪榮、李小娜：梅文莉海金沙的化學成分和藥理活性研究進展，
中國野生植物資源，2011，30：1-4。
30. 陳麗娟、董淑華、潘春媛、米文珍、賀傑、張國剛：海金沙根的化學成分，
瀋陽藥科大學學報，2010，27：279-281。
31. Rini Jarial, Sveta Thakur, Mimi Sakinah, A.W. Zularisam, Amit Sharad, S.S. Kanwar and Lakhveer Singh. Potent anticancer, antioxidant and antibacterial activities of isolated flavonoids from *Asplenium nidus*. *Journal of King Saud University. Science*. 2016; 1-7.
32. How Yee Lai, Yau Yan Lim and Kah Hwi Kim. Potential dermal wound healing agent in *Blechnum orientale* Linn. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2011; 11:62.
33. 謝仁和、週周昌：*Nephrolepis auriculata* (L.) Trimen 的化學成分，
中國化學學報，1980，27：113-117。
34. Ming Chan Lia, Zhi Yaob, Yan Wen Zhanga, Yoshihisa Takaishic and Hong Quan Duana. A novel chalcone derivative from *Onychium japonicum*.

- Chinese Chemical Letters. 2007; 18: 840-842.
35. 陳紅英、謝金倫：刺柏的化學成分研究，安徽農業科學，2008，36：7229-7230。
 36. 牟肖男、楊文強、王文婧、劉國、張曉琦、葉文才：檳榔的化學成分，暨南大學學報，2014，35(1)：56-60。
 37. 左月明、徐元利、張忠立、劉電航、蔡妙婷：三白草化學成分研究，中藥材，2015，38(12)：2538-2540。
 38. 王亞運、張琪：虎杖苷的藥理作用研究進展，醫學綜述，2017，23(5)：989-996。
 39. 范積平、張貞良：皺葉酸模的化學成分研究，廣東藥學院學報，2009，25(6)：585-587。
 40. 趙赫南、劉永誌、王鳳昭、韓俊艷：紫茉莉化學成分與生物應用研究進展，畜牧與飼料科學，2016，37(9)：25-27。
 41. 王智慧、凌鐵軍、張梁、鮑官虎、孫啟祥、張倩、汪小剛、方從兵：樟樹葉化學成分的研究，2014，26：860-863。
 42. 楊小洪：山胡椒不同部位揮發性化學成分分析，湖北民族學院學報，2014，32(2)：282-288。
 43. 葉艷影、楊友劍、夏明鈺、劉東春、代英輝、鄭玲、王東：落地生根的化學成分研究，中草藥，2013，44(19)：2642-2646。
 44. 廖圓月、付輝政、周國平、鍾瑞建、袁惠、郭卿、鄔慶偉：楓香樹葉化學成分研究，中藥材，2014，37(12)：2219-2221。
 45. 張龍、張前軍、康文藝、劉超、盧永仲：波葉山螞蝗化學成分研究，中成藥，2012，34(10)：1943-1945。
 46. Ming-An Ouyang, Yung-Shung Wein, Ren-Kuan Su and Yueh-Hsiung Kuo. Rhusemialins A—C, New Cyclolignan Esters from the Roots of *Rhus javanica* var. *roxburghiana*. Chem. Pharm Bull. 2007; 55(5):804—807.
 47. Sama Venkatesh, Y. S. R Reddy, M. Ramesh, M. M. Swamy, N. Mahadevan and B. Suresh. Pharmacognostical studies on *Dodonaea viscosa* leaves. African Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2008; 2(4):83-88.
 48. Chao. 王瓜子中三萜和甾醇成分的研究：Natural Medicines. 2002; 56(4):158.
 49. 王小青、李爽、趙涵、康麗傑：壯藥腎蕨的研究進展，中醫中藥，2017，34(5)：399-401。

50. 尹志峰，高大昕，王宏偉，趙桂琴：金絲草化學成分，中國實驗方劑學雜誌，2014，20(20)：104-106。
51. 邊古箏、禹玉華、郁書君、熊秉紅、陳穎、劉仁昌：藥用植物絞股藍研究進展，農業科學，2014，34(2)：1-5。

柒、圖、表



宜蘭縣	南投縣	台東縣	花蓮縣
南澳鄉	仁愛鄉	達仁鄉	萬里鄉
大同鄉	魚池鄉	大武鄉	卓溪鄉
	信義鄉	金峰鄉	玉里鎮
新北市	嘉義縣	太麻里鄉	瑞穗鄉
烏來區	阿里山鄉	卑南鄉	豐濱鄉
桃園市	高雄市	台東市	光復鄉
復興區	那瑪夏區	蘭嶼鄉	鳳林鎮
新竹縣	桃源區	延平鄉	高榮鄉
關西鎮	茂林區	鹿野鄉	壽豐鄉
尖石鄉	屏東縣	關山鎮	吉安鄉
五峰鄉	三地門鄉	東河鄉	花蓮市
苗栗縣	霧台鄉	池上鄉	新城鄉
南庄鄉	瑪家鄉	成功鎮	秀林鄉
獅潭鄉	泰武鄉	海端鄉	
泰安鄉	來義鄉	長濱鄉	
臺中市	春日鄉		
和平區	獅子鄉		
	牡丹鄉		

資料來源：原住民族委員會

圖一、原住民族 55 個原鄉列表



圖二、花蓮原住民專家訪談照片

136. ~~酸瓜~~ 越瓜

中文名修正

~~Cucumis melo Linn. f. viridis Makino~~ *Cucumis melo L. var. conomon*
(Thunb.) Makino

學名修正



【科名】~~葫蘆科 (瓜科)~~ Cucurbitaceae **瓜科 Cucurbitaceae**

科名修正

【別名】~~稍瓜、羊角瓜、生瓜~~ **Paiwan 改中文族名**

【原住民族名】~~Buasu (排灣族 恆春上群、Subon 群)~~

【形態】一年生雌雄同株藤本。莖有稜，被刺毛。葉互生，具長
腎形，長 6~12 公分，寬 4~10 公分，3~5 裂，不整齊鋸齒
雄花簇生，具長梗，花萼鐘形，5 裂。花冠黃色，5 深裂，雄
短，子房下位，卵形或橢圓形，花柱 3 枚。果實長筒形，光滑
暗色及淺白色品種，質脆。種子多數，白色。花期 6~7 月。果期 7~9 月。

有委員建議依原書(高砂族調查書)將「蕃」加回(例：傀儡→傀儡蕃)，為**避免爭議**，所以將用「群」取代「蕃」(例：恆春上→恆春上群)。

【分布】~~臺灣~~栽培種。

將全省改成台灣

【原住民族效用、用法及使用社名】

頭痛 將灼熱之葉貼於額部 (高雄州潮州郡外 Maritupa 社<~~屏東縣獅子鄉內文村~~>、中 Maritupa 社<~~屏東縣獅子鄉~~>、內 Maritupa 社<~~屏東縣獅子鄉內文村~~>、外 Katirai 社<~~屏東縣獅子鄉加芝萊~~>、內 Katirai 社<~~屏東縣獅子鄉加芝萊~~>、Azyabisi 社<~~屏東縣~~>)

部落舊社名和現今地名對照

瘧疾 將其葉與臺灣牡荊混合煎服之 (高雄州潮州郡 Subon 社<~~屏東縣春日鄉士文村~~>、Nanpin 社<~~屏東縣春日鄉南平~~>)

~~【應用】果實可治煩熱口渴、酒醉、小便不利。~~

刪除應用

圖三、修改範例 (中文名、學名、科名及部落舊社名和現今地名對照)

162. 香苦草

Hyptis suaveolens (L.) Poit.



【科名】唇形科 Labiatae/Lamiaceae

【別名】山香、假走馬風、狗母蘇、臭狗蘇

【原住民族名】Doraa (排灣族·下三社<魯凱族>)

Pyasukosuko (排灣族·太麻里群)

加註現在所屬族群

【形態】一年生草本。株高 50~100 公分，全株被毛，莖方形，有香氣。葉對生，具長柄，葉卵形，長 4~9 公分，寬 2~6 公分，莖上葉漸小，鈍形或心形，先端尖，鋸齒緣。輪繖著生成圓錐花序。花萼筒狀，5 裂。花冠藍色，唇形。雄蕊 4 枚。雌蕊 1 枚。瘦果。種子長扁形，熟黑。花果期秋季。

圖四、修改範例 (加註現在所屬族群)

165. 白花草

Leucas chinensis (Retz.) R. Br.



模糊更換

165. 白花草

Leucas chinensis (Retz.) R. Br.



162. 香苦草

Hyptis suaveolens (L.) Poit.



模糊更換

162. 香苦草

Hyptis suaveolens (L.) Poit.



55. 白花曇花

Canna indica Linn.



更新數位圖片

30. 美人蕉

Canna indica L.



224. 山黃梔

Gardenia jasminoides Ellis



更新數位圖片

237. 山黃梔

Gardenia jasminoides Ellis



圖五、圖片更新範例

172. 九萼

Lagerstroemia subcostata Koehne



特徵不清楚

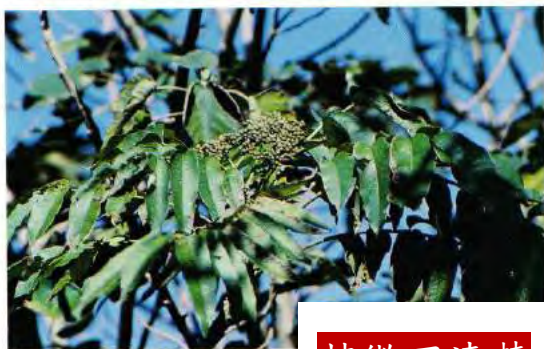
191. 九萼

Lagerstroemia subcostata Koehne



137. 食茱萸

Zanthoxylum ailanthoides Sieb. & Zucc.



特徵不清楚

252. 食茱萸

Zanthoxylum ailanthoides Siebold & Zucc.



圖五、圖片更新範例（續）

173. 香葉樹

Lindera communis Hemsl.



173. 香葉樹

Lindera communis Hemsl.



錯誤更換

266. 龍葵

Solanum nigrum L.



5. 龍葵

Solanum nigrum L.



錯誤更換

142. 青牛膽

Thladiantha nudiflora Hemsl.



142. 青牛膽

Thladiantha nudiflora Hemsl.



錯誤更換

119. 澤苔菜

Ixeris tamagawaensis (Makino) Kitam.



119. 澤苔菜

Ixeris tamagawaensis (Makino) Kitam.



錯誤更換

圖五、圖片更新範例 (續)



圖六、「台灣原住民藥用植物彙編」編修第一次審稿會議



圖七、「台灣原住民藥用植物彙編」編修第二次審稿會議

表一、「台灣原住民藥用植物彙編」編輯審稿專家小組

姓名	單位/職稱
黃○○	臺灣大學生命科學院教授
謝○○	臺灣大學生命科學院教授
邱○○	國立自然科學博物館副研究員
嚴○○	國立自然科學博物館副研究員
曾○○	中興大學森林系副教授
張○○	中國醫藥大學中醫學系教授
許○○	慈濟大學宗教與人文研究所教授
賴○○	慈濟大學學士後中醫學系助理教授
張○○	臺北醫學大學藥研究所副教授
楊○○	長庚醫院中醫分院中醫藥劑部前主任
李○○	臺灣製藥工業同業公會常務理事暨中藥經營發展委員會主任委員
林○○	行政院農業委員會農業試驗所作物組助理研究員
張○○	花蓮區農業改良場蘭陽分場分場長
張○○	中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系教授
何○○	弘光科技大學護理系基礎醫學科副教授

表二、授權圖片植物列表

植物編號	學名	提供者
3	大葉雙蓋蕨 <i>Diplazium megaphyllum</i> (Baker) Christ	呂○○
5	海州骨碎補 <i>Davallia mariesii</i> Moore ex Baker	陳○○
8	臺灣石松 <i>Huperzia taiwanense</i> (C. M. Kuo) C. M. Kuo	呂○○
12	阿里山蕨萁 <i>Botrychium lanuginosum</i> Wall. ex Hook. & Grev.	呂○○
15	鱗蓋鳳尾蕨 <i>Pteris vittata</i> L.	陳○○
18	刺柏 <i>Juniperus formosana</i> Hayata	李○○
24	尖尾姑婆芋 <i>Alocasia cucullata</i> (Lour.) Schott	陳○○
26	長行天南星 <i>Arisaema consanguineum</i> Schott	曾○○
28	臺灣青芋 <i>Colocasia formosana</i> Hayata	曾○○
33	莎草磚子苗 <i>Mariscus cyperinus</i> (Retz.) J. Vahl	呂○○
35	芒稷 <i>Echinochloa colona</i> (L.) Link	呂○○
49	臺灣芭蕉 <i>Musa itinerans</i> Cheesman var. <i>formosana</i> (Warb. ex Schum.) Häkkinen & C. L. Yeh	邱○○
53	南湖斑葉蘭 <i>Goodyera nankoensis</i> Fukuy.	林○○
54	白鳳蘭 <i>Habenaria dentata</i> Schltr.	呂○○
80	下花細辛 <i>Asarum hypogynum</i> Hayata	黃○○
82	臺灣牛孨菜 <i>Marsdenia formosana</i> Masam.	陳○○
89	恆春厚殼樹 <i>Ehretia resinosa</i> Hance	陳○○

植物 編號	學名	提供者
98	薄葉艾納香 <i>Blumea aromatica</i> DC.	陳進德
119	澤苦菜 <i>Ixeris tamagawaensis</i> (Makino) Kitam.	廖○○
121	蔓澤蘭 <i>Mikania cordata</i> (Burm. f.) B. L. Rob.	曾○○
124	苦苣菜 <i>Sonchus arvensis</i> L.	曾○○
142	青牛膽 <i>Thladiantha nudiflora</i> Hemsl.	陳○○
144	芋葉栝樓 <i>Trichosanthes homophylla</i> Hayata	陳○○
147	軟毛柿 <i>Diospyros eriantha</i> Champ. ex Benth.	陳○○
149	鐵莧菜 <i>Acalypha australis</i> L.	陳○○
153	細葉饅頭果 <i>Glochidion rubrum</i> Blume	張○○
163	大萼香茶菜 <i>Isodon macrocalyx</i> (Dunn) Kudo	呂○○
170	血見愁 <i>Teucrium viscidum</i> Blume	曾○○
172	臺灣肉桂 <i>Cinnamomum insulari-montanum</i> Hayata	曾○○
173	香葉樹 <i>Lindera communis</i> Hemsl.	曾○○
180	多花山蚂蝗 <i>Desmodium multiflorum</i> DC.	曾○○
196	山芙蓉 <i>Hibiscus taiwanensis</i> Hu	曾○○
207	細齒水蛇麻 <i>Fatoua pilosa</i> Gaudich.	陳○○
214	黑星紫金牛 <i>Ardisia virens</i> Kurz	曾○○
230	臺灣排香 <i>Lysimachia ardisioides</i> Masam.	呂○○

植物 編號	學名	提供者
231	梨山小蓑衣藤 <i>Clematis gouriana</i> Roxb. ex DC. ssp. <i>lishanensis</i> Yang & Huang	楊○○
236	笑靨花 <i>Spiraea prunifolia</i> Siebold & Zucc. var. <i>pseudoprunifolia</i> (Hayata) Li	陳○○
260	華八仙 <i>Hydrangea chinensis</i> Maxim.	曾○○
279	圓果冷水麻 <i>Pilea rotundinucula</i> Hayata	張○○
292	箭葉堇菜 <i>Viola betonicifolia</i> J.E. Sm.	陳○○
293	短毛堇菜 <i>Viola confusa</i> Champ. ex Benth.	呂○○

表三、更換圖片植物列表

品項	中文	學名
1	鐵線蕨	<i>Adiantum capillus-veneris</i> L.
2	臺灣山蘇花	<i>Asplenium nidus</i> L.
3	大葉雙蓋蕨	<i>Diplazium megaphyllum</i> (Baker) Christ
4	烏毛蕨	<i>Blechnum orientale</i> L.
5	海州骨碎補	<i>Davallia mariesii</i> Moore ex Baker
8	臺灣石松	<i>Huperzia taiwanense</i> (C. M. Kuo) C. M. Kuo
9	南國田字草	<i>Marsilea crenata</i> C. Presl
10	腎蕨	<i>Nephrolepis auriculata</i> (L.) Trimen
12	阿里山蕨萁	<i>Botrychium lanuginosum</i> Wall. ex Hook. & Grev.
13	日本金粉蕨	<i>Onychium japonicum</i> (Thunb.) Kunze
14	長葉鳳尾蕨	<i>Pteris longipinna</i> Hayata
15	鱗蓋鳳尾蕨	<i>Pteris vittata</i> L.
16	海金沙	<i>Lygodium japonicum</i> (Thunb.) Sw.
17	全緣卷柏	<i>Selaginella delicatula</i> (Desv.) Alston
18	刺柏	<i>Juniperus formosana</i> Hayata
19	臺灣五葉松	<i>Pinus morrisonicola</i> Hayata
20	文珠蘭	<i>Crinum asiaticum</i> L.
21	孤挺花	<i>Hippeastrum regina</i> (L.) Herb.
22	菖蒲	<i>Acorus calamus</i> L.
23	石菖蒲	<i>Acorus gramineus</i> Aiton
24	尖尾姑婆芋	<i>Alocasia cucullata</i> (Lour.) Schott
25	姑婆芋	<i>Alocasia odora</i> (Lindl.) K. Koch.
26	長行天南星	<i>Arisaema consanguineum</i> Schott
27	芋	<i>Colocasia esculenta</i> (L.) Schott
28	臺灣青芋	<i>Colocasia formosana</i> Hayata
29	鳳梨	<i>Ananas comosus</i> (L.) Merr.
30	美人蕉	<i>Canna indica</i> L.
31	吊竹草	<i>Zebrina pendula</i> Schnizl.
32	短葉水蜈蚣	<i>Kyllinga brevifolia</i> Rottb.
33	莎草磚子苗	<i>Mariscus cyperinus</i> (Retz.) J.Vahl
35	芒稷	<i>Echinochloa colona</i> (L.) Link

品項	中文	學名
36	白茅	<i>Imperata cylindrica</i> (L.) P. Beauv. var. <i>major</i> (Nees) C. E. Hubb.
37	金絲草	<i>Pogonatherum crinitum</i> (Thunb.) Kunth
38	仙茅	<i>Curculigo orchioides</i> Gaertn.
39	射干	<i>Belamcanda chinensis</i> (L.) DC.
40	薤	<i>Allium chinense</i> G. Don
41	蒜	<i>Allium sativum</i> L.
42	韭菜	<i>Allium tuberosum</i> Rottler
44	桔梗蘭	<i>Dianella ensifolia</i> (L.) DC.
45	萱草	<i>Hemerocallis fulva</i> L.
48	臺灣油點草	<i>Tricyrtis formosana</i> Baker
49	臺灣芭蕉	<i>Musa itinerans</i> Cheesman var. <i>formosana</i> (Warb. ex Schum.) Häkkinen & C. L. Yeh
51	香蕉	<i>Musa</i> × <i>paradisiaca</i> L.
52	臺灣金線蓮	<i>Anoectochilus formosanus</i> Hayata
53	南湖斑葉蘭	<i>Goodyera nankoensis</i> Fukuy.
54	白鳳蘭	<i>Habenaria dentata</i> Schltr.
56	檳榔	<i>Areca catechu</i> L.
58	黃藤	<i>Calamus quiquesetinervius</i> Burret
60	月桃	<i>Alpinia zerumbet</i> (Pers.) B. L. Burtt & R. M. Sm.
61	薑黃	<i>Curcuma longa</i> L.
62	番鬱金	<i>Kaempferia galanga</i> L.
63	薑	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe
65	六角英	<i>Hypoestes purpurea</i> R. Br.
66	尖尾鳳	<i>Justicia gendarussa</i> Burm. f.
67	臺灣鱗球花	<i>Lepidagathis formosensis</i> Clarke ex Hayata
68	九頭獅子草	<i>Peristrophe japonica</i> (Thunb.) Bremek.
70	水冬瓜	<i>Saurauia tristyla</i> DC. var. <i>oldhamii</i> (Hemsl.) Finet & Gagnep.
71	印度牛膝	<i>Achyranthes aspera</i> L. var. <i>indica</i> L.
72	臺灣牛膝	<i>Achyranthes aspera</i> L. var. <i>rubrofusca</i> (Wight) Hook. f.
73	青葙	<i>Celosia argentea</i> L.
77	通脫木	<i>Tetrapanax papyriferus</i> (Hook.) K. Koch.
79	異葉馬兜鈴	<i>Aristolochia heterophylla</i> Hemsl.

品項	中文	學名
80	下花細辛	<i>Asarum hypogynum</i> Hayata
81	大花細辛	<i>Asarum macranthum</i> Hook. f.
82	臺灣牛蒡菜	<i>Marsdenia formosana</i> Masam.
83	鷓鴣蔓	<i>Tylophora ovata</i> (Lindl.) Hook. ex Steud.
85	木棉	<i>Bombax ceiba</i> L.
86	破布子	<i>Cordia dichotoma</i> Forst. f.
87	厚殼樹	<i>Ehretia acuminata</i> R. Br.
88	破皮烏	<i>Ehretia dicksonii</i> Hance
89	恆春厚殼樹	<i>Ehretia resinosa</i> Hance
90	普刺特草	<i>Lobelia nummularia</i> Lam.
91	冇骨消	<i>Sambucus chinensis</i> Lindl.
92	荷蓮豆草	<i>Drymaria diandra</i> Blume
93	藜	<i>Chenopodium album</i> L.
94	臺灣及己	<i>Chloranthus oldhami</i> Solms.
95	茵陳蒿	<i>Artemisia capillaris</i> Thunb.
97	小白花鬼針	<i>Bidens pilosa</i> L. var. <i>minor</i> (Blume) Sherff
98	薄葉艾納香	<i>Blumea aromatica</i> DC.
99	大風草 (艾納香)	<i>Blumea balsamifera</i> (L.) DC.
106	昭和草	<i>Crassocephalum crepidioides</i> (Benth.) S. Moore
107	蕪艾	<i>Crossostephium chinense</i> (L.) Makino
109	地膽草	<i>Elephantopus mollis</i> Kunth
111	紫背草	<i>Emilia sonchifolia</i> (L.) DC. var. <i>javanica</i> (Burm. f.) Mattfeld
116	秋鼠麴草	<i>Gnaphalium hypoleucum</i> DC.
118	小金英 (兔仔菜)	<i>Ixeris chinensis</i> (Thunb.) Nakai
119	澤苦菜	<i>Ixeris tamagawaensis</i> (Makino) Kitam.
121	蔓澤蘭	<i>Mikania cordata</i> (Burm. f.) B. L. Rob.
124	苦苣菜	<i>Sonchus arvensis</i> L.
126	萬壽菊	<i>Tagetes erecta</i> L.
129	羊帶來	<i>Xanthium strumarium</i> L.
130	黃鵪菜	<i>Youngia japonica</i> (L.) DC.
131	馬蹄金	<i>Dichondra micrantha</i> Urb.

品項	中文	學名
133	落地生根	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Kurz
139	絞股藍	<i>Gynostemma pentaphyllum</i> (Thunb.) Makino
140	葫蘆	<i>Lagenaria siceraria</i> (Mollina) Standl.
141	絲瓜	<i>Luffa cylindrica</i> (L.) Roem.
142	青牛膽	<i>Thladiantha nudiflora</i> Hemsl.
144	芋葉栝樓	<i>Trichosanthes homophylla</i> Hayata
145	黑果馬皎兒	<i>Zehneria mucronata</i> (Blume) Miq
147	軟毛柿	<i>Diospyros eriantha</i> Champ. ex Benth.
148	柿	<i>Diospyros kaki</i> Thunb.
149	鐵莧菜	<i>Acalypha australis</i> L.
150	茄冬	<i>Bischofia javanica</i> Blume
151	紅仔珠	<i>Breynia officinalis</i> Hemsley
152	千根草	<i>Chamaesyce thymifolia</i> (L.) Millsp.
153	細葉饅頭果	<i>Glochidion rubrum</i> Blume
154	癩瘋樹	<i>Jatropha curcas</i> L.
155	白匏子	<i>Mallotus paniculatus</i> (Lam.) Mull. Arg.
156	小果葉下株 (多花油柑)	<i>Phyllanthus reticulatus</i> Poir.
157	烏白	<i>Sapium sebiferum</i> (L.) Roxb.
159	臺灣筋骨草	<i>Ajuga taiwanensis</i> Nakai ex Murata
160	魚針草 (金劍草)	<i>Anisomeles indica</i> (L.) Kuntze
161	到手香	<i>Coleus amboinicus</i> Lour.
162	香苦草	<i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poit.
163	大萼香茶菜	<i>Isodon macrocalyx</i> (Dunn) Kudo
165	白花草	<i>Leucas chinensis</i> (Retz.) R. Br.
166	薄荷	<i>Mentha canadensis</i> L.
167	九層塔(羅勒)	<i>Ocimum basilicum</i> L.
168	荳蔻	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britton
169	紅紫蘇	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britton var. <i>crispa</i> W. Deane
170	血見愁	<i>Teucrium viscidum</i> Blume
171	樟樹	<i>Cinnamomum camphora</i> (L.) J. Presl
172	臺灣肉桂	<i>Cinnamomum insulari-montanum</i> Hayata
173	香葉樹	<i>Lindera communis</i> Hemsl.

品項	中文	學名
174	山胡椒	<i>Litsea cubeba</i> Pers.
175	雞母珠	<i>Abrus precatorius</i> L.
176	落花生	<i>Arachis hypogea</i> L.
177	菊花木	<i>Bauhinia championii</i> (Benth.) Benth.
178	樹豆 (木豆)	<i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp.
179	疏花山螞蝗	<i>Desmodium laxiflorum</i> DC.
180	多花山螞蝗	<i>Desmodium multiflorum</i> DC.
181	波葉山螞蝗	<i>Desmodium sequax</i> Wall.
183	木藍	<i>Indigofera tinctoria</i> L.
184	三葉木藍	<i>Indigofera trifoliata</i> L.
186	大葛藤	<i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi ssp. <i>Thomsonii</i> (Benth.) Ohashi & Tateishi
187	山葛	<i>Pueraria montana</i> (Lour.) Merr.
188	決明	<i>Senna tora</i> (L.) Roxb.
189	苦參	<i>Sophora flavescens</i> Aiton
191	九芎	<i>Lagerstroemia subcostata</i> Koehne
192	冬葵子	<i>Abutilon indicum</i> (L.) Sweet
193	風鈴花	<i>Abutilon striatum</i> Dicks. ex Lindl.
194	木芙蓉	<i>Hibiscus mutabilis</i> L.
195	朱槿	<i>Hibiscus rosa-sinensis</i> L.
196	山芙蓉	<i>Hibiscus taiwanensis</i> Hu
197	細葉金午時花	<i>Sida acuta</i> Burm. f.
199	野牡丹	<i>Melastoma septemnerium</i> Lour.
200	楝	<i>Melia azedarach</i> L.
201	香椿	<i>Toona sinensis</i> (Juss.) M. Roem.
202	木防己	<i>Cocculus orbiculatus</i> (L.) DC.
203	臺灣土防己	<i>Cyclea ochiaiana</i> (Yamamoto) S. F. Huang & T. C. Huang
204	大還魂	<i>Stephania cephalantha</i> Hayata
205	千金藤	<i>Stephania japonica</i> (Thunb.) Miers
206	構樹	<i>Broussonetia papyrifera</i> (L.) L'Herit. ex Vent.
207	細齒水蛇麻	<i>Fatoua pilosa</i> Gaudich.
208	天仙果	<i>Ficus formosana</i> Maxim.
209	榕樹	<i>Ficus microcarpa</i> L. f.

品項	中文	學名
210	稜果榕	<i>Ficus septica</i> Burm. f.
211	小葉桑	<i>Morus australis</i> Poir.
212	硃砂根	<i>Ardisia crenata</i> Sims
214	黑星紫金牛	<i>Ardisia virens</i> Kurz
215	臺灣山桂花	<i>Maesa perlaria</i> (Lour.) Merr. var. <i>formosana</i> (Mez) Yuen P. Yang
216	番石榴	<i>Psidium guajava</i> L.
217	紫茉莉	<i>Mirabilis jalapa</i> L.
218	酢漿草	<i>Oxalis corniculata</i> L.
219	胡麻	<i>Sesamum indicum</i> L.
220	風藤	<i>Piper kadsura</i> (Choisy) Ohwi
221	恆春風藤	<i>Piper kawakamii</i> Hayata
222	胡椒	<i>Piper nigrum</i> L.
224	車前草	<i>Plantago asiatica</i> L.
225	火炭母草	<i>Polygonum chinense</i> L.
226	虎杖	<i>Polygonum cuspidatum</i> Siebold & Zucc.
227	臺灣何首烏	<i>Polygonum multiflorum</i> Thunb. ex Murray var. <i>hypoleucum</i> (Ohwi) Liu, Ying & Lai
230	臺灣排香	<i>Lysimachia ardisioides</i> Masam.
231	梨山小蓼衣藤	<i>Clematis gouriana</i> Roxb. ex DC. ssp. <i>lishanensis</i> Yang & Huang
232	桃	<i>Prunus persica</i> (L.) Batsch
233	臺灣懸鉤子	<i>Rubus formosensis</i> Kuntze
236	笑靨花	<i>Spiraea prunifolia</i> Siebold & Zucc. var. <i>pseudoprunifolia</i> (Hayata) Li
237	山黃梔	<i>Gardenia jasminoides</i> Ellis
238	玉葉金花	<i>Mussaenda pubescens</i> Ait. f.
240	九節木	<i>Psychotria rubra</i> (Lour.) Poir.
246	橙	<i>Citrus sinensis</i> Pers.
248	過山香	<i>Clausena excavata</i> Burm. f.
249	月橘	<i>Murraya paniculata</i> (L.) Jack.
251	飛龍掌血	<i>Toddalia asiatica</i> Lam.
255	車桑子	<i>Dodonaea viscosa</i> (L.) Jacq.
256	龍眼	<i>Euphoria longana</i> Lam.

品項	中文	學名
257	蕺菜	<i>Houttuynia cordata</i> Thunb.
258	三白草	<i>Saururus chinensis</i> (Lour.) Baill.
260	華八仙	<i>Hydrangea chinensis</i> Maxim.
262	倒地蜈蚣	<i>Torenia concolor</i> Lindl.
263	蕃茄	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill.
264	菸草	<i>Nicotiana tabacum</i> L.
266	龍葵	<i>Solanum nigrum</i> L.
267	龍珠	<i>Tubocapsicum anomalum</i> (Franch. & Sav.) Makino
268	厚皮香	<i>Ternstroemia gymnanthera</i> (Wight & Arn.) Sprague
269	南嶺蕘花	<i>Wikstroemia indica</i> (L.) C.A. Mey.
271	茴香	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.
272	乞食碗	<i>Hydrocotyle nepalensis</i> Hook.
273	天胡荽	<i>Hydrocotyle sibthorpioides</i> Lam.
275	青苧麻	<i>Boehmeria nivea</i> (L.) Gaudich.
276	冷清草	<i>Elatostema lineolatum</i> Wight var. <i>majus</i> Wedd.
278	五蕊石薯	<i>Gonostegia pentandra</i> (Roxb.) Miq.
279	圓果冷水麻	<i>Pilea rotundinucula</i> Hayata
281	霧水葛	<i>Pouzolzia zeylanica</i> (L.) Benn.
283	長梗紫麻	<i>Oreocnide pedunculata</i> (Shirai) Masam.
284	杜虹花	<i>Callicarpa formosana</i> Rolfe
285	長葉紫珠	<i>Callicarpa longissima</i> Merr.
286	龍船花	<i>Clerodendrum kaempferi</i> (Jacq.) Siebold ex Steud.
287	海州常山	<i>Clerodendrum trichotomum</i> Thunb.
289	馬纓丹	<i>Lantana camara</i> L.
291	黃荊	<i>Vitex negundo</i> L.
292	箭葉堇菜	<i>Viola betonicifolia</i> J.E. Sm.
293	短毛堇菜	<i>Viola confusa</i> Champ. ex Benth.
298	地錦	<i>Parthenocissus tricuspidata</i> (Siebold & Zucc.) Planch.
299	三葉崖爬藤	<i>Tetrastigma formosanum</i> (Hemsl.) Gagnep.
300	三腳鼈草	<i>Tetrastigma hemsleyanum</i> Diels & Gilg

表四、「臺灣原住民族藥用植物彙編」編修學名異動一覽表

	原本			修改		
	科名	中文	學名	科名	中文	學名
201	唇形科 Labiatae	魚簽草	<i>Anisomeles indica</i> (L.) Kuntze	唇形科 Labiatae/Lamiaceae	魚針草(金劍草)	
202	唇形科 Labiatae	香苦草	<i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poir.	唇形科 Labiatae/Lamiaceae		
203	唇形科 Labiatae	白花草	<i>Leucas chinensis</i> (Retz.) R. Br.	唇形科 Labiatae/Lamiaceae		
204	唇形科 Labiatae	薄荷	<i>Mentha canadensis</i> Linn.	唇形科 Labiatae/Lamiaceae		
205	唇形科 Labiatae	羅勒	<i>Ocimum basilicum</i> L.	唇形科 Labiatae/Lamiaceae	九層塔(羅勒)	
206	唇形科 Labiatae	荳蔻	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britt.	唇形科 Labiatae/Lamiaceae		
#207	唇形科 Labiatae	紫蘇	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Brit. var. <i>crispa</i> (Thunb) Hand-Mazz.	唇形科 Labiatae/Lamiaceae	紅紫蘇	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britton var. <i>crispa</i> W. Deane
+208	唇形科 Labiatae	毛果延命草	<i>Rabdosia lasiocarpa</i> (Hayata) Hara	唇形科 Labiatae/Lamiaceae	鋸葉香茶菜	<i>Isodon serra</i> (Maxim.) Kudo
209	唇形科 Labiatae	血見愁	<i>Teucrium viscidum</i> Blume	唇形科 Labiatae/Lamiaceae		
#212	茄科 Solanaceae	黃水茄	<i>Solanum incanum</i> Linn.			<i>Solanum undatum</i> Lam.
215	玄參科 Scrophulariaceae	釘地蜈蚣	<i>Torenia concolor</i> Lindley		倒地蜈蚣	
*219	爵床科 Acanthaceae	尖尾鳳	<i>Gendarussa vulgaris</i> Nees			<i>Justicia gendarussa</i> Burm. f.

	原本			修改		
	科名	中文	學名	科名	中文	學名
+225	茜草科 Rubiaceae	玉葉金花	<i>Mussaenda parviflora</i> Matsum.			<i>Mussaenda pubescens</i> Ait. f.
227	茜草科 Rubiaceae	九節木 (牛屎烏、青 龍吐霧)	<i>Psychotria rubra</i> (Lour.) Poir.		九節木	
228	茜草科 Rubiaceae	紅藤仔草 (過山龍)	<i>Rubia akane</i> Nakai		紅藤仔草	
#232	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	醃瓜	<i>Cucumis melo</i> Linn. f. <i>viridis</i> Makino	瓜科 Cucurbitaceae	越瓜	<i>Cucumis melo</i> L. var. <i>conomon</i> (Thunb.) Makino
#233	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	南瓜	<i>Cucurbita moschata</i> Duchesne var. <i>toonae</i> Makino	瓜科 Cucurbitaceae		<i>Cucurbita moschata</i> Duchesne var. <i>melonaeformis</i> Makino
234	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	雙輪瓜	<i>Diplocyclos palmatus</i> (L.) C. Jeffrey	瓜科 Cucurbitaceae		
235	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	絞股藍	<i>Gynostemma pentaphyllum</i> (Thunb.) Makino	瓜科 Cucurbitaceae		
#236	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	葫蘆	<i>Lagenaria siceraria</i> (Molina) Standl. var. <i>microcarpa</i> (Naud.) Hara	瓜科 Cucurbitaceae		<i>Lagenaria siceraria</i> (Mollina) Standl.
237	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	絲瓜	<i>Luffa cylindrica</i> (L.) Roem.	瓜科 Cucurbitaceae		
+238	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	黑果馬菱兒	<i>Melothria mucronata</i> (Blume) Cogn.	瓜科 Cucurbitaceae		<i>Zehneria mucronata</i> (Blume) Miq
+239	葫蘆科(瓜科) Cucurbitaceae	青牛膽	<i>Thladiantha nudiflora</i> Hemsl. ex Forb. & Hemsl.	瓜科 Cucurbitaceae		<i>Thladiantha nudiflora</i> Hemsl.

	原本			修改		
	科名	中文	學名	科名	中文	學名
240	葫蘆科 (瓜科) Cucurbitaceae	師古草	<i>Trichosanthes cucumeroides</i> (Seringe) Maxim. ex Fr. & Sav.	瓜科 Cucurbitaceae	王瓜	
241	葫蘆科 (瓜科) Cucurbitaceae	臺灣師古草	<i>Trichosanthes cucumeroides</i> var. <i>formosana</i> (Hayata)- Kitamura			
242	葫蘆科 (瓜科) Cucurbitaceae	芋葉栝樓	<i>Trichosanthes homophylla</i> Hayata	瓜科 Cucurbitaceae		
245	菊科 Compositae	艾 (五月艾)	<i>Artemisia indica</i> Willd.		艾	
248	菊科 Compositae	艾納香	<i>Blumea balsamifera</i> (L.) DC.		大風草(艾納香)	
+252	菊科 Compositae	孔雀菊	<i>Chrysanthemum segetum</i> Linn.			<i>Glebionis segetum</i> (L.) Fourr.
#255	菊科 Compositae	油菊 (野菊)	<i>Dendranthema indicum</i> (L.) Des Moul.		阿里山油菊	<i>Chrysanthemum arisanense</i> Hayata
+256	菊科 Compositae	茯苓菜	<i>Dichrocephala bicolor</i> (Roth) Schlechtendal			<i>Dichrocephala integrifolia</i> (L. f.) Kuntze
257	菊科 Compositae	地膽草 (毛蓮菜)	<i>Elephantopus mollis</i> Kunth		地膽草	
+260	菊科 Compositae	加拿大蓬	<i>Erigeron canadensis</i> Linn.			<i>Conyza canadensis</i> (L.) Cronq.
*261	菊科 Compositae	臺灣澤蘭	<i>Eupatorium cannabinum</i> L. subsp. <i>asiaticum</i> Kitam.			<i>Eupatorium formosanum</i> Hayata
+262	菊科 Compositae	田代氏澤蘭	<i>Eupatorium tashiroi</i> Hayata			<i>Eupatorium clematideum</i> (Wall. ex DC.) Sch. Bip.

	原本			修改		
	科名	中文	學名	科名	中文	學名
265	菊科 Compositae	兔仔菜	<i>Ixeris chinensis</i> (Thunb.) Nakai		小金英(兔仔菜)	
+266	菊科 Compositae	刀傷草	<i>Ixeris laevigata</i> (Blume) Schultz-Bip. ex Maxim. var. <i>oldhami</i> (Maxim.) Kitamura			<i>Ixeridium laevigatum</i> (Blume) J. H. Pak & Kawano
+268	菊科 Compositae	鵝仔草	<i>Lactuca indica</i> Linn.			<i>Lactuca indica</i> (L.) C. Shih
273	菊科 Compositae	滇苦菜 (苦菜)	<i>Sonchus oleraceus</i> Linn.		苦滇菜	
277	菊科 Compositae	蒼耳 (羊帶來)	<i>Xanthium strumarium</i> Linn.		羊帶來	

*改回原書〈高砂族調查書第六編藥用草根木皮〉植物學名

+為異名

#為學名有誤，可能是不產臺灣或是不同種植物

表五、原住民族原 9 族及新 16 族

原 9 族	新 16 族
泰雅族	泰雅族
	太魯閣族
	賽德克族
賽夏族	賽夏族
布農族	布農族
鄒族	鄒族
	邵族
	拉阿魯哇族
	卡那卡那富族
魯凱族	魯凱族
排灣族	排灣族
卑南族	卑南族
阿美族	阿美族
	噶瑪蘭族
	撒奇萊雅族
達悟族	達悟族

表六、新增收載之品項

	中文名	學名
1	臺灣石松	<i>Huperzia taiwanense</i> (C. M. Kuo) C. M. Kuo
2	長葉鳳尾蕨	<i>Pteris longipinna</i> Hayata
3	臺灣五葉松	<i>Pinus morrisonicola</i> Hayata
4	射干	<i>Belamcanda chinensis</i> (L.) DC.
5	黃藤	<i>Calamus quiquesetinervius</i> Burret
6	青葙	<i>Celosia argentea</i> L.
7	破布子	<i>Cordia dichotoma</i> Forst. f.
8	昭和草	<i>Crassocephalum crepidioides</i> (Benth.) S. Moore
9	紅仔珠	<i>Breynia officinalis</i> Hemsley
10	烏白	<i>Sapium sebiferum</i> (L.) Roxb.
11	臺灣筋骨草	<i>Ajuga taiwanensis</i> Nakai ex Murata
12	到手香	<i>Coleus amboinicus</i> Lour.
13	大萼香茶菜	<i>Isodon macrocalyx</i> (Dunn) Kudo
14	雞母珠	<i>Abrus precatorius</i> L.
15	菊花木	<i>Bauhinia championii</i> (Benth.) Benth.
16	木豆	<i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp.
17	大葛藤	<i>Pueraria lobate</i> (Willd.) Ohwi ssp. <i>Thomsonii</i> (Benth.) Ohashi & Tateishi
18	決明	<i>Senna tora</i> (L.) Roxb.
19	風鈴花	<i>Abutilon striatum</i> Dicks. ex Lindl.
20	山芙蓉	<i>Hibiscus taiwanensis</i> Hu
21	楝	<i>Melia azedarach</i> L.
22	香椿	<i>Toona sinensis</i> (Juss.) M. Roem.
23	構樹	<i>Broussonetia papyrifera</i> (L.) L'Herit. ex Vent.
24	天仙果	<i>Ficus formosana</i> Maxim.
25	稜果榕	<i>Ficus septica</i> Burm. f.
26	黑星紫金牛	<i>Ardisia virens</i> Kurz
27	馬纓丹	<i>Lantana camara</i> L.

表七、臺灣原住民族藥用植物彙編全書 301 種品項

品項	中文	學名
1	鐵線蕨	<i>Adiantum capillus-veneris</i> L.
2	臺灣山蘇花	<i>Asplenium nidus</i> L.
3	大葉雙蓋蕨	<i>Diplazium megaphyllum</i> (Baker) Christ
4	烏毛蕨	<i>Blechnum orientale</i> L.
5	海州骨碎補	<i>Davallia mariesii</i> Moore ex Baker
6	細葉姬蕨	<i>Hypolepis tenuifolia</i> (G. Forst.) Bernh.
7	小垂枝石松	<i>Huperzia salvinoides</i> (Herter) Holub
8	臺灣石松	<i>Huperzia taiwanense</i> (C. M. Kuo) C. M. Kuo
9	南國田字草	<i>Marsilea crenata</i> C. Presl
10	腎蕨	<i>Nephrolepis auriculata</i> (L.) Trimen
11	薄葉大陰地蕨	<i>Botrychium daucifolium</i> Wall. ex Hook. & Grev.
12	阿里山蕨萁	<i>Botrychium lanuginosum</i> Wall. ex Hook. & Grev.
13	日本金粉蕨	<i>Onychium japonicum</i> (Thunb.) Kunze
14	長葉鳳尾蕨	<i>Pteris longipinna</i> Hayata
15	鱗蓋鳳尾蕨	<i>Pteris vittata</i> L.
16	海金沙	<i>Lygodium japonicum</i> (Thunb.) Sw.
17	全緣卷柏	<i>Selaginella delicatula</i> (Desv.) Alston
18	刺柏	<i>Juniperus formosana</i> Hayata
19	臺灣五葉松	<i>Pinus morrisonicola</i> Hayata
20	文珠蘭	<i>Crinum asiaticum</i> L.
21	孤挺花	<i>Hippeastrum regina</i> (L.) Herb.
22	菖蒲	<i>Acorus calamus</i> L.
23	石菖蒲	<i>Acorus gramineus</i> Aiton
24	尖尾姑婆芋	<i>Alocasia cucullata</i> (Lour.) Schott
25	姑婆芋	<i>Alocasia odora</i> (Lindl.) K. Koch.
26	長行天南星	<i>Arisaema consanguineum</i> Schott
27	芋	<i>Colocasia esculenta</i> (L.) Schott
28	臺灣青芋	<i>Colocasia formosana</i> Hayata

品項	中文	學名
29	鳳梨	<i>Ananas comosus</i> (L.) Merr.
30	美人蕉	<i>Canna indica</i> L.
31	吊竹草	<i>Zebrina pendula</i> Schnizl.
32	短葉水蜈蚣	<i>Kyllinga brevifolia</i> Rottb.
33	莎草磚子苗	<i>Mariscus cyperinus</i> (Retz.) J.Vahl
34	大莞草	<i>Scirpus ternatanus</i> Reinw. ex Miq.
35	芒稷	<i>Echinochloa colona</i> (L.) Link
36	白茅	<i>Imperata cylindrica</i> (L.) P. Beauv. var. <i>major</i> (Nees) C. E. Hubb.
37	金絲草	<i>Pogonatherum crinitum</i> (Thunb.) Kunth
38	仙茅	<i>Curculigo orchioides</i> Gaertn.
39	射干	<i>Belamcanda chinensis</i> (L.) DC.
40	薤	<i>Allium chinense</i> G. Don
41	蒜	<i>Allium sativum</i> L.
42	韭菜	<i>Allium tuberosum</i> Rottler
43	天門冬	<i>Asparagus cochinchinensis</i> (Lour.) Merr.
44	桔梗蘭	<i>Dianella ensifolia</i> (L.) DC.
45	萱草	<i>Hemerocallis fulva</i> L.
46	臺灣百合	<i>Lilium formosanum</i> A. Wallace
47	七葉一枝花	<i>Paris polyphylla</i> Sm.
48	臺灣油點草	<i>Tricyrtis formosana</i> Baker
49	臺灣芭蕉	<i>Musa itinerans</i> Cheesman var. <i>formosana</i> (Warb. ex Schum.) Häkkinen & C. L. Yeh
50	蘭嶼芭蕉	<i>Musa insularimontana</i> Hayata
51	香蕉	<i>Musa</i> × <i>paradisiaca</i> L.
52	臺灣金線蓮	<i>Anoectochilus formosanus</i> Hayata
53	南湖斑葉蘭	<i>Goodyera nankoensis</i> Fukuy.
54	白鳳蘭	<i>Habenaria dentata</i> Schltr.
55	銀鈴蟲蘭	<i>Liparis cordifolia</i> Hook. f.
56	檳榔	<i>Areca catechu</i> L.

品項	中文	學名
57	山棕	<i>Arenga engleri</i> Becc.
58	黃藤	<i>Calamus quiquesetinervius</i> Burret
59	假菝契	<i>Smilax bracteata</i> C. Presl
60	月桃	<i>Alpinia zerumbet</i> (Pers.) B. L. Burtt & R. M. Sm.
61	薑黃	<i>Curcuma longa</i> L.
62	番鬱金	<i>Kaempferia galanga</i> L.
63	薑	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe
64	華九頭獅子草	<i>Dicliptera chinensis</i> (L.) Juss.
65	六角英	<i>Hypoestes purpurea</i> R. Br.
66	尖尾鳳	<i>Justicia gendarussa</i> Burm. f.
67	臺灣鱗球花	<i>Lepidagathis formosensis</i> Clarke ex Hayata
68	九頭獅子草	<i>Peristrophe japonica</i> (Thunb.) Bremek.
69	長花九頭獅子草	<i>Peristrophe roxburghiana</i> (Schult.) Bremek.
70	水冬瓜	<i>Saurauia tristyla</i> DC. var. <i>oldhamii</i> (Hemsl.) Finet & Gagnep.
71	印度牛膝	<i>Achyranthes aspera</i> L. var. <i>indica</i> L.
72	臺灣牛膝	<i>Achyranthes aspera</i> L. var. <i>rubrofusca</i> (Wight) Hook. f.
73	青葙	<i>Celosia argentea</i> L.
74	假川牛膝	<i>Cyathula prostrata</i> (L.) Blume
75	羅氏鹽膚木	<i>Rhus javanica</i> L. var. <i>roxburghii</i> (DC.) Rehder & E. H. Wilson
76	酸藤	<i>Ecdysanthera rosea</i> Hook. & Arn.
77	通脫木	<i>Tetrapanax papyriferus</i> (Hook.) K. Koch.
78	瓜葉馬兜鈴	<i>Aristolochia cucurbitifolia</i> Hayata
79	異葉馬兜鈴	<i>Aristolochia heterophylla</i> Hemsl.
80	下花細辛	<i>Asarum hypogynum</i> Hayata
81	大花細辛	<i>Asarum macranthum</i> Hook. f.
82	臺灣牛蒡菜	<i>Marsdenia formosana</i> Masam.
83	鷓鴣蔓	<i>Tylophora ovata</i> (Lindl.) Hook. ex Steud.
84	八角蓮	<i>Dysosma pleiantha</i> (Hance) Woodson

品項	中文	學名
85	木棉	<i>Bombax ceiba</i> L.
86	破布子	<i>Cordia dichotoma</i> Forst. f.
87	厚殼樹	<i>Ehretia acuminata</i> R. Br.
88	破皮烏	<i>Ehretia dicksonii</i> Hance
89	恆春厚殼樹	<i>Ehretia resinosa</i> Hance
90	普刺特草	<i>Lobelia nummularia</i> Lam.
91	冇骨消	<i>Sambucus chinensis</i> Lindl.
92	荷蓮豆草	<i>Drymaria diandra</i> Blume
93	藜	<i>Chenopodium album</i> L.
94	臺灣及己	<i>Chloranthus oldhami</i> Solms.
95	茵陳蒿	<i>Artemisia capillaris</i> Thunb.
96	艾	<i>Artemisia indica</i> Willd.
97	小白花鬼針	<i>Bidens pilosa</i> L. var. <i>minor</i> (Blume) Sherff
98	薄葉艾納香	<i>Blumea aromatica</i> DC.
99	大風草 (艾納香)	<i>Blumea balsamifera</i> (L.) DC.
100	裂葉艾納香	<i>Blumea laciniata</i> (Roxb.) DC.
101	走馬胎	<i>Blumea lanceolaria</i> (Roxb.) Druce
102	大頭艾納香	<i>Blumea riparia</i> (Blume) DC. var. <i>megacephala</i> Randeria
103	阿里山油菊	<i>Chrysanthemum arisanense</i> Hayata
104	南國小薊	<i>Cirsium japonicum</i> DC. var. <i>australe</i> Kitam.
105	加拿大蓬	<i>Conyza canadensis</i> (L.) Cronq.
106	昭和草	<i>Crassocephalum crepidioides</i> (Benth.) S. Moore
107	蕪艾	<i>Crossostephium chinense</i> (L.) Makino
108	茯苓菜	<i>Dichrocephala integrifolia</i> (L. f.) Kuntze
109	地膽草	<i>Elephantopus mollis</i> Kunth
110	燈豎朽	<i>Elephantopus scaber</i> L.
111	紫背草	<i>Emilia sonchifolia</i> (L.) DC. var. <i>javanica</i> (Burm. f.) Mattfeld
112	田代氏澤蘭	<i>Eupatorium clematideum</i> (Wall. ex DC.) Sch. Bip.
113	臺灣澤蘭	<i>Eupatorium formosanum</i> Hayata

品項	中文	學名
114	孔雀菊	<i>Glebionis segetum</i> (L.) Fourr.
115	紅面番	<i>Gnaphalium adnatum</i> Wall. ex DC.
116	秋鼠麴草	<i>Gnaphalium hypoleucum</i> DC.
117	刀傷草	<i>Ixeridium laevigatum</i> (Blume) J. H. Pak & Kawano
118	小金英 (兔仔菜)	<i>Ixeris chinensis</i> (Thunb.) Nakai
119	澤苦菜	<i>Ixeris tamagawaensis</i> (Makino) Kitam.
120	鵝仔草	<i>Lactuca indica</i> (L.) C. Shih
121	蔓澤蘭	<i>Mikania cordata</i> (Burm. f.) B. L. Rob.
122	臺灣款冬	<i>Petasites formosanus</i> Kitam.
123	蔓黃菀	<i>Senecio scandens</i> Buch.-Ham. ex D. Don
124	苦苣菜	<i>Sonchus arvensis</i> L.
125	苦蕒菜	<i>Sonchus oleraceus</i> L.
126	萬壽菊	<i>Tagetes erecta</i> L.
127	過山龍	<i>Vernonia gratiosa</i> Hance
128	蟛蜞菊	<i>Wedelia chinensis</i> (Osbeck) Merr.
129	羊帶來	<i>Xanthium strumarium</i> L.
130	黃鵪菜	<i>Youngia japonica</i> (L.) DC.
131	馬蹄金	<i>Dichondra micrantha</i> Urb.
132	臺灣馬桑	<i>Coriaria japonica</i> A. Gray ssp. <i>intermedia</i> (Matsum.) T. C. Huang
133	落地生根	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Kurz
134	倒吊蓮	<i>Kalanchoe integra</i> (Medik.) Kuntze
135	玉山佛甲草	<i>Sedum morrisonense</i> Hayata
136	越瓜	<i>Cucumis melo</i> L. var. <i>conomon</i> (Thunb.) Makino
137	南瓜	<i>Cucurbita moschata</i> Duchesne var. <i>melonaeformis</i> Makino
138	雙輪瓜	<i>Diplocyclos palmatus</i> (L.) C. Jeffrey
139	絞股藍	<i>Gynostemma pentaphyllum</i> (Thunb.) Makino
140	葫蘆	<i>Lagenaria siceraria</i> (Mollina) Standl.
141	絲瓜	<i>Luffa cylindrica</i> (L.) Roem.

品項	中文	學名
142	青牛膽	<i>Thladiantha nudiflora</i> Hemsl.
143	王瓜	<i>Trichosanthes cucumeroides</i> (Ser.) Maxim. ex Franch. & Sav.
144	芋葉栝樓	<i>Trichosanthes homophylla</i> Hayata
145	黑果馬皎兒	<i>Zehneria mucronata</i> (Blume) Miq
146	奧氏虎皮楠	<i>Daphniphyllum pentandrum</i> Hayata
147	軟毛柿	<i>Diospyros eriantha</i> Champ. ex Benth.
148	柿	<i>Diospyros kaki</i> Thunb.
149	鐵莧菜	<i>Acalypha australis</i> L.
150	茄冬	<i>Bischofia javanica</i> Blume
151	紅仔珠	<i>Breynia officinalis</i> Hemsley
152	千根草	<i>Chamaesyce thymifolia</i> (L.) Millsp.
153	細葉饅頭果	<i>Glochidion rubrum</i> Blume
154	癩瘋樹	<i>Jatropha curcas</i> L.
155	白匏子	<i>Mallotus paniculatus</i> (Lam.) Mull. Arg.
156	小果葉下株 (多花油柑)	<i>Phyllanthus reticulatus</i> Poir.
157	烏白	<i>Sapium sebiferum</i> (L.) Roxb.
158	楓香	<i>Liquidambar formosana</i> Hance
159	臺灣筋骨草	<i>Ajuga taiwanensis</i> Nakai ex Murata
160	魚針草 (金劍草)	<i>Anisomeles indica</i> (L.) Kuntze
161	到手香	<i>Coleus amboinicus</i> Lour.
162	香苦草	<i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poit.
163	大萼香茶菜	<i>Isodon macrocalyx</i> (Dunn) Kudo
164	鋸葉香茶菜	<i>Isodon serra</i> (Maxim.) Kudo
165	白花草	<i>Leucas chinensis</i> (Retz.) R. Br.
166	薄荷	<i>Mentha canadensis</i> L.
167	九層塔 (羅勒)	<i>Ocimum basilicum</i> L.
168	荳蔻	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britton
169	紅紫蘇	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britton var. <i>crispa</i> W. Deane

品項	中文	學名
170	血見愁	<i>Teucrium viscidum</i> Blume
171	樟樹	<i>Cinnamomum camphora</i> (L.) J. Presl
172	臺灣肉桂	<i>Cinnamomum insulari-montanum</i> Hayata
173	香葉樹	<i>Lindera communis</i> Hemsl.
174	山胡椒	<i>Litsea cubeba</i> Pers.
175	雞母珠	<i>Abrus precatorius</i> L.
176	落花生	<i>Arachis hypogea</i> L.
177	菊花木	<i>Bauhinia championii</i> (Benth.) Benth.
178	樹豆 (木豆)	<i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp.
179	疏花山螞蝗	<i>Desmodium laxiflorum</i> DC.
180	多花山螞蝗	<i>Desmodium multiflorum</i> DC.
181	波葉山螞蝗	<i>Desmodium sequax</i> Wall.
182	臺灣山黑扁豆	<i>Dumasia villosa</i> DC. ssp. <i>Bicolor</i> (Hayata) Ohashi & Tateishi
183	木藍	<i>Indigofera tinctoria</i> L.
184	三葉木藍	<i>Indigofera trifoliata</i> L.
185	臺灣魚藤	<i>Millettia pachycarpa</i> Benth.
186	大葛藤	<i>Pueraria lobata</i> (Willd.) Ohwi ssp. <i>Thomsonii</i> (Benth.) Ohashi & Tateishi
187	山葛	<i>Pueraria montana</i> (Lour.) Merr.
188	決明	<i>Senna tora</i> (L.) Roxb.
189	苦參	<i>Sophora flavescens</i> Aiton
190	揚波	<i>Buddleia asiatica</i> Lour.
191	九芎	<i>Lagerstroemia subcostata</i> Koehne
192	冬葵子	<i>Abutilon indicum</i> (L.) Sweet
193	風鈴花	<i>Abutilon striatum</i> Dicks. ex Lindl.
194	木芙蓉	<i>Hibiscus mutabilis</i> L.
195	朱槿	<i>Hibiscus rosa-sinensis</i> L.
196	山芙蓉	<i>Hibiscus taiwanensis</i> Hu
197	細葉金午時花	<i>Sida acuta</i> Burm. f.

品項	中文	學名
198	金午時花	<i>Sida rhombifolia</i> L.
199	野牡丹	<i>Melastoma septemnerium</i> Lour.
200	楝	<i>Melia azedarach</i> L.
201	香椿	<i>Toona sinensis</i> (Juss.) M. Roem.
202	木防己	<i>Cocculus orbiculatus</i> (L.) DC.
203	臺灣土防己	<i>Cyclea ochiaiana</i> (Yamamoto) S. F. Huang & T. C. Huang
204	大還魂	<i>Stephania cephalantha</i> Hayata
205	千金藤	<i>Stephania japonica</i> (Thunb.) Miers
206	構樹	<i>Broussonetia papyrifera</i> (L.) L'Herit. ex Vent.
207	細齒水蛇麻	<i>Fatoua pilosa</i> Gaudich.
208	天仙果	<i>Ficus formosana</i> Maxim.
209	榕樹	<i>Ficus microcarpa</i> L. f.
210	稜果榕	<i>Ficus septica</i> Burm. f.
211	小葉桑	<i>Morus australis</i> Poir.
212	硃砂根	<i>Ardisia crenata</i> Sims
213	樹杞	<i>Ardisia sieboldii</i> Miq.
214	黑星紫金牛	<i>Ardisia virens</i> Kurz
215	臺灣山桂花	<i>Maesa perlaria</i> (Lour.) Merr. var. <i>formosana</i> (Mez) Yuen P. Yang
216	番石榴	<i>Psidium guajava</i> L.
217	紫茉莉	<i>Mirabilis jalapa</i> L.
218	酢漿草	<i>Oxalis corniculata</i> L.
219	胡麻	<i>Sesamum indicum</i> L.
220	風藤	<i>Piper kadsura</i> (Choisy) Ohwi
221	恆春風藤	<i>Piper kawakamii</i> Hayata
222	胡椒	<i>Piper nigrum</i> L.
223	薄葉風藤	<i>Piper sintenense</i> Hatus.
224	車前草	<i>Plantago asiatica</i> L.
225	火炭母草	<i>Polygonum chinense</i> L.

品項	中文	學名
226	虎杖	<i>Polygonum cuspidatum</i> Siebold & Zucc.
227	臺灣何首烏	<i>Polygonum multiflorum</i> Thunb. ex Murray var. <i>hypoleucum</i> (Ohwi) Liu, Ying & Lai
228	皺葉酸模	<i>Rumex crispus</i> L.
229	馬齒莧	<i>Portulaca oleracea</i> L.
230	臺灣排香	<i>Lysimachia ardisioides</i> Masam.
231	梨山小蓼衣藤	<i>Clematis gouriana</i> Roxb. ex DC. ssp. <i>lishanensis</i> Yang & Huang
232	桃	<i>Prunus persica</i> (L.) Batsch
233	臺灣懸鉤子	<i>Rubus formosensis</i> Kuntze
234	小椴葉懸鉤子	<i>Rubus parviaraliifolius</i> Hayata
235	虎婆刺	<i>Rubus croceacanthus</i> H. Lévl.
236	笑靨花	<i>Spiraea prunifolia</i> Siebold & Zucc. var. <i>pseudoprunifolia</i> (Hayata) Li
237	山黃梔	<i>Gardenia jasminoides</i> Ellis
238	玉葉金花	<i>Mussaenda pubescens</i> Ait. f.
239	雞屎藤	<i>Paederia foetida</i> L.
240	九節木	<i>Psychotria rubra</i> (Lour.) Poir.
241	紅藤仔草	<i>Rubia akane</i> Nakai
242	金劍草	<i>Rubia lanceolata</i> Hayata
243	水金京	<i>Wendlandia formosana</i> Cowan
244	柚	<i>Citrus maxima</i> (Burm.) Merr.
245	枸櫞	<i>Citrus medica</i> L.
246	橙	<i>Citrus sinensis</i> Pers.
247	福橘	<i>Citrus tangerina</i> Tanaka
248	過山香	<i>Clausena excavata</i> Burm. f.
249	月橘	<i>Murraya paniculata</i> (L.) Jack.
250	賊仔樹	<i>Tetradium glabrifolium</i> (Champ. ex Benth.) T. G. Hartley
251	飛龍掌血	<i>Toddalia asiatica</i> Lam.
252	食茱萸	<i>Zanthoxylum ailanthoides</i> Siebold & Zucc.

品項	中文	學名
253	雙面刺	<i>Zanthoxylum nitidum</i> (Roxb.) DC.
254	三葉花椒	<i>Zanthoxylum pistaciiflorum</i> Hayata
255	車桑子	<i>Dodonaea viscosa</i> (L.) Jacq.
256	龍眼	<i>Euphoria longana</i> Lam.
257	蕺菜	<i>Houttuynia cordata</i> Thunb.
258	三白草	<i>Saururus chinensis</i> (Lour.) Baill.
259	落新婦	<i>Astilbe longicarpa</i> (Hayata) Hayata
260	華八仙	<i>Hydrangea chinensis</i> Maxim.
261	南五味子	<i>Kadsura japonica</i> (L.) Dunal
262	倒地蜈蚣	<i>Torenia concolor</i> Lindl.
263	蕃茄	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill.
264	菸草	<i>Nicotiana tabacum</i> L.
265	黃水茄	<i>Solanum undatum</i> Lam.
266	龍葵	<i>Solanum nigrum</i> L.
267	龍珠	<i>Tubocapsicum anomalum</i> (Franch. & Sav.) Makino
268	厚皮香	<i>Ternstroemia gymnanthera</i> (Wight & Arn.) Sprague
269	南嶺蕘花	<i>Wikstroemia indica</i> (L.) C.A. Mey.
270	雷公根	<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.
271	茴香	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.
272	乞食碗	<i>Hydrocotyle nepalensis</i> Hook.
273	天胡荽	<i>Hydrocotyle sibthorpioides</i> Lam.
274	密花苧麻	<i>Boehmeria densiflora</i> Hook. & Arn.
275	青苧麻	<i>Boehmeria nivea</i> (L.) Gaudich.
276	冷清草	<i>Elatostema lineolatum</i> Wight var. <i>majus</i> Wedd.
277	闊葉樓梯草	<i>Elatostema platyphyllum</i> Wedd.
278	五蕊石薯	<i>Gonostegia pentandra</i> (Roxb.) Miq.
279	圓果冷水麻	<i>Pilea rotundinucula</i> Hayata
280	水雞油	<i>Pouzolzia elegans</i> Wedd.
281	霧水葛	<i>Pouzolzia zeylanica</i> (L.) Benn.
282	烏來麻	<i>Procris laevigata</i> Blume

品項	中文	學名
283	長梗紫麻	<i>Oreocnide pedunculata</i> (Shirai) Masam.
284	杜虹花	<i>Callicarpa formosana</i> Rolfe
285	長葉紫珠	<i>Callicarpa longissima</i> Merr.
286	龍船花	<i>Clerodendrum kaempferi</i> (Jacq.) Siebold ex Steud.
287	海州常山	<i>Clerodendrum trichotomum</i> Thunb.
288	恆春海州常山	<i>Clerodendrum trichotomum</i> Thunb. var. <i>fargesii</i> (Dode) Rehder
289	馬纓丹	<i>Lantana camara</i> L.
290	臭娘子	<i>Premna serratifolia</i> L.
291	黃荊	<i>Vitex negundo</i> L.
292	箭葉堇菜	<i>Viola betonicifolia</i> J.E. Sm.
293	短毛堇菜	<i>Viola confusa</i> Champ. ex Benth.
294	茶匙黃	<i>Viola diffusa</i> Ging.
295	小堇菜	<i>Viola inconspicua</i> Blume ssp. <i>nagasakiensis</i> (W. Becker) J. C. Wang & T. C. Huang
296	漢氏山葡萄	<i>Ampelopsis brevipedunculata</i> (Maxim.) Traut. var. <i>hancei</i> (Planch.) Rehder
297	虎葛	<i>Cayratia japonica</i> (Thunb.) Gagnep.
298	地錦	<i>Parthenocissus tricuspidata</i> (Siebold & Zucc.) Planch.
299	三葉崖爬藤	<i>Tetrastigma formosanum</i> (Hemsl.) Gagnep.
300	三腳鼈草	<i>Tetrastigma hemsleyanum</i> Diels & Gilg
301	臺灣崖爬藤	<i>Tetrastigma umbellatum</i> (Hemsl.) Nakai

推動國際級中醫藥學術電子期刊(3-3)

沈立言
臺灣大學

摘要

研究目的：

為了將臺灣的中醫藥研究推向國際化，且未有國際級的中醫藥學術電子期刊由臺灣出版，衛生福利部於 100 年度推動成立國際中醫藥期刊計畫，成立「Journal of Traditional and Complementary Medicine；eJTCM」英文電子期刊網站，目的為了使臺灣的中醫、中藥及中醫邁向國際化，並帶動國內中醫藥學術發展之進步，強化與國際之傳統醫藥學術研究交流網絡平台。

研究方法：

為了維持本期刊網站出刊，一年為四期，並訂立每期至少 10 篇文章。另外，為了推廣期刊，每年至少辦理 1 場本期刊推廣說明會以及持續參與國內或國際會議，以提升本期刊曝光度。為了維持本期刊持續運作編輯委員會，本計畫廣邀各國具中醫、中藥、西醫、食品背景的學者擔任顧問編輯與編輯委員，並維持投審稿系統及網站功能之維護。另外期末蒐集彙整網站下載人數、期刊文獻引用次數、退稿率等統計資料並且每年送出一項國內外資料庫申請或收錄。

結果：

本期刊於 107 年 7 月 05 日宣傳本期刊講座，於臺北醫學大學臨床醫學研究所舉辦並推廣 eJTCM，主要說明文章收錄要點及期刊特點。在此，宣傳 eJTCM 期刊並邀請聆聽學校教授及醫師們的想法及意見，大家對於投稿至 eJTCM 意願度很高。另外，本期刊也在 107 年 8 月 21 日舉辦編輯專家會議，聆聽其他副主編及中醫藥司對於本期刊的建議，並且交流使其對本期刊更有向心力。而共同主編 Dr. Ciro 於 7 月及 12 月來臺，兩次會面取得對本期刊的建議及共識。本期刊也分別在 1、4、7、10 月分別出刊四期，共篇 65 文章，來自 13 個國家，迄今已發行 8 卷 29 期共計 387 篇文獻，延攬來自 14 個不同國家的專家編輯群，退稿率達 85%，並已被 PubMed、SCOPUS、DOAJ 國際學術平台及臺灣醫策會收錄，為教學醫院評鑑學術性期刊認定標準。本期刊於 104 年轉至 Elsevier 出版社後，文獻引用率逐年以倍數成長，從 103 年至 107 年文章總共被引用 1946

次。至今也在”Complementary and Alternative Medicine 領域中，為 Q1 期刊，排名第 9 名，ranking 9.9%。

討論：

本期刊的持續運作亦有助於帶動國內中醫藥學術發展進步及研究交流，退稿率達 85% 也意味著本計畫對文章高品質的要求，並非隨意接受稿件，並維持最高品質文章，以建立在國際性中醫及中藥之學術地位，相信被 SCI 國際平台收錄指日可待。

關鍵詞：中醫藥學術期刊、臺灣中醫藥、衛生福利部、國際電子期刊

Establish an International Journal of Chinese Medicine (3-3)

Lee-Yan Sheen
National Taiwan University

ABSTRACT

Aim:

We have a high quality of Chinese medicine research in Taiwan to compete with other countries all over the world in many years. However, it is rare an international Journal regarding Chinese Medicine publishing from Taiwan government. To reach this goal, the Ministry of Health and Welfare had a project that promoted the International Journal for Chinese Medicine in 100. This journal is named "Journal of Traditional and Complementary Medicine; eJTCM". Therefore, the major topics include in Traditional and Herbal Medicine, Preventive Medicine, Dietary therapy, Nutrition Supplements.

Methods:

To maintain "Journal of Traditional and Complementary Medicine; eJTCM" journal website, first, we will publish at least 10 articles in four issues every year. Second, also update the Chinese Medical Dictionary on the website. And we will invite scholars as Honorary Editors and Associate Editors with traditional Chinese medicine background especially from Europe, America. To promote the journal website, we participate in national or international conferences for improving visibility and international platform of eJTCM and also hold at least one promotion of journals every year for promotion. We also provide the citation number and rejection rate in the end of every year and report to the government. Besides, we need to submit or complete one domestic or foreign application every year.

Results:

In 107, we have collected 65 articles from 13 countries in 4 issues successfully. Until now, it has been published 387 articles of eJTCM from 100 to 107. And the rejection rate is also up to 85%. We also held one promotion of journals this year in

Taipei Medical University in order to promote researchers and scholars to submit their paper to eJTCM. It can be searched in PubMed, SCOPUS, DOAJ of International Academic Platform and accepted by Taiwan Medical Policy Association in order to evaluate academic journals for teaching hospitals. After the journal was transferred to Elsevier in 104, the citation rate have grown up by multiples year by year. From 103 to 107 and the total citation number is 1946. In the field of "Complementary and Alternative Medicine", it has ranked 9th in the Q1 journal and ranking is 9.9%.

Discussion:

We only accepted high quality of articles included Traditional Chinese Medicine and evaluate the visibility of Taiwan from different countries. In 107, we believe that we promote and maintain high quality articles of eJTCM all over the world. We sincerely hope that our journal will be stronger than before and accept by SCI.

Keywords: Journal of Traditional and Complementary Medicine, International Journal, Chinese Medicine, Traditional and Herbal Medicine

壹、前言

中醫、中藥、食品領域之傳統醫學在近年來頗受國際性的重視，而臺灣在此方面的投入，除中央設立專責主管機關掌理全國中醫、中藥之行政、研究、典籍業務外，國際化研討會的舉辦、國家型研究機構的成立、大學專門科系、研究所人才的培育，都顯示臺灣在中醫、藥、食療傳統醫學對於此專業的重視。而臺灣之中醫、藥、食療研究水準雖然在亞洲佔有一席之地，卻未有國際級的中醫、中藥學術期刊由臺灣出版。因此，希望以最積極且有效的策略，來建立最高品質的國際性中醫、中藥學術期刊。為了希望臺灣中醫、藥、食品營養相關學術界邁向國際化，並帶動國內中醫藥學術發展之進步，強化與國際之傳統醫藥學術研究交流網絡，衛生福利部於 100 年度推動成立國際中醫藥期刊計畫，成立「Journal of Traditional and Complementary Medicine；eJTCM」英文電子期刊網站。

目前國際期刊使用語言大多為英語體系，而中國醫藥學源自於中國，許多中醫、中藥專有名詞在翻譯上實有困難，常會有翻譯不同或翻譯錯誤導致誤解，且在閱讀與理解上對真正了解中醫、中藥的研究學者而言，造成困難；在英國劍橋大學出版的「Innovation in Chinese Medicine」一書中，將中醫藥相關專有名詞，除了英文翻譯，再加上繁體中文以及拼音，此方式可正確表達該文字的本意，讓以中文為母語的讀者清楚了解該辭彙，同時也可以幫助其他讀者利用拼音來學習該專有名詞。因此，本期刊在網站中架設中英對照的中醫藥辭典資料庫，收錄的期刊論文中若有中醫藥名詞，將以英文、繁體中文、以及拼音三種方式將同時呈現，此為目前國際中醫藥學術期刊中的創舉。至於將收錄的資料庫，已與美國出版社 Paradigm Publication 簽訂合作備忘錄 (MOU, Memorandum of Understanding)，該出版社將免費提供本期刊中英辭彙資料庫 (Chinese-English terms database)。

而本期刊歷史回顧從 100 年 10 月份出刊至 107 年，經歷過飛資得、Wolters Kluwer Medknow、Elsevier 等出版公司進行本期刊之出版工作。本期刊迄今已發行 8 卷 29 期共計 387 篇文獻，延攬來自 14 個不同國家的專家編輯群，退稿率達 81%，並已被 PubMed, SCOPUS 國際學術平台及臺灣醫策會收錄，為教學醫院評鑑學術性期刊認定標準。在 104 年由 Elsevier 出版公司出版後，不論是知名度或是曝光度都大為提升。且本期刊於 104 年轉至 Elsevier 出版社後，本期刊的文獻引用次數逐年以倍數成長，從 103

年至 107 年文章總共被引用 1946 次。至今也在”Complementary and Alternative Medicine”領域中，為 Q1 期刊，排名第 9 名。意味著長期的努力下，本期刊的持續運作亦有助於帶動國內中醫藥學術發展進步及研究交流，並維持文章的最高品質，希望在國際性中醫、中藥的學術地位日益茁壯，被 SCI 平台收錄指日可待。

貳、材料與方法

一、穩定維持「Journal of Traditional and Complementary Medicine ; eJTCM」

期刊網站出刊：每季至少 10 篇文章。

(一) 於 1、4、7、10 月出刊。

(二) 每一卷至少為 10 篇文章。

(三) 10 篇文章中可包含 original article、review article、perspectives 或 short communication 等文章。

(四) 擬收錄歐、美、亞洲等地區跨國性的優秀文章，希望每期有收錄來自世界不同國別的文章，使本期刊更加國際化。

(五) 建議臺灣中醫藥相關部門，鼓勵將研究成果投稿。

(六) 舉辦會議推廣本期刊，並吸引優秀文章投稿。

(七) 參加國內外學術會議，並宣傳 eJTCM，進而增加投稿。

二、持續運作並維持編輯委員會：廣邀各國具中醫藥背景的學者擔任榮譽編輯與副編輯，尤其增加歐洲、美洲等地區之專家學者。

(一) 舉行 Editor-in-Chief、Co Editor-in-Chief 與 Managing Editor 及其他 Associate Editors 之會議，強化關鍵人員意見交流與聯繫，並提出對本期刊的建議。

(二) 可在臺灣召開 Editorial Office Meeting，可邀請其他副主編加入 meeting，除了當面溝通解決可能遇到的問題或者讓期刊更好的方法與策略外，還可以讓關鍵人員對於本期刊具有更多的熱誠來投入本期刊之工作。

(三) 要求編輯委員會成員需實際貢獻，例：一年至少需審稿 6 篇與推薦適當的審稿人，三年內於本期刊投稿至少 2 篇文章。

(四) Editor-in-Chief、Co Editor-in-Chief 提供適合加入本期刊的編輯委員，經衛福部同意後再進行邀請。

(五) Editor-in-Chief 或 Co Editor-in-Chief 於國際會議上結識有熱誠的國際知名學者來擔任編輯委員會成員。

(六) 本期刊編輯委員會包含：主編、共同主編、副編輯、榮譽編輯、執行編輯。來自 14 個不同的國家，相信經過多元化的合作，也期望所有副編輯確實發揮最大的功效於本期刊，以增加本期刊的國際性，並提升本期刊的品質。

三、維護並更新期刊網站功能與增修

- (一) 提供完整的文章收錄主題及規定，讓投稿人明確知道期刊方向。
- (二) 依照作者提供稿件所屬領域，讓該文章有適合的副編輯及審稿人審閱，加強審稿速度。

四、維持投審稿系統功能

投稿系統維持與新建，建立 Peer Review Process，提供審稿人及作者更了解本期刊審稿過程。

五、持續更新中醫藥比對詞庫(Chinese Medical Dictionary)。

中英對照的中醫藥資料庫為中英辭彙資料庫(Chinese-English terms database)此資料庫之建立，將由美國出版社 Paradigm Publication 免費提供，本計畫將利用此資料庫建構於期刊出版系統中，以利論文發行時將中醫藥專有名詞以英譯、繁體中文、以及拼音方式同時呈現。

六、辦理相關宣傳活動持續推廣本期刊網站，參與國內或國際會議，提升並尋找國際平台之曝光度，開拓各區域稿件來源，提升稿件品質。

- (一) 辦理相關宣傳活動：舉辦國內宣傳本期刊會議，每年至少一場期刊推廣說明會。
- (二) 參與國內或國際會議：透過總編輯參加國內或國際相關研討會，藉由演講內容判斷稿件品質是否優良，總編輯將會鎖定該演講者進行邀稿。
- (三) 提升並尋找國際平台：為增強 eJTCM 之國際影響力，在 104 年與國際期刊出版社 Elsevier 合作，藉助其該出版社豐富經驗與國際間期刊普及率，使本期刊文獻引用率大幅提高。

七、執行期程(期末)提報

- (一) 網站下載人數：Elsevier 出版社的 e-Marketing 可以提供每年及當年的網站下載人數，以便檢討自身進步狀況。
- (二) 期刊文獻引用次數：Elsevier 旗下可由 Scopus 計算得出，了解收錄之論文被引用之現狀以及每年進步之狀況。
- (三) 接受率及退稿率

八、至少完成 1 項國內或國外等資料庫申請或收錄

九、提出本案施政參考或具體應用之亮點構想

十、輔導臺灣中醫、中藥文章高品質稿件收錄，為提升臺灣中醫藥學術界在國際知名度，中醫藥相關文章每年刊登比例需達 65% 以上。

參、結果

一、穩定維持「Journal of Traditional and Complementary Medicine; eJTCM」期刊網站出刊：每季至少 10 篇文章

於 1、4、7、10 月按時出刊，截至為止四期已經出刊，每期收錄至少 10 篇文章，出刊狀況簡述如下，而黃色標記為每期的 Best Graphical Abstract：

(一) 第八卷第一期：

出刊日期：107 年 1 月(如表一)

其中通訊作者國別：臺灣、義大利、印度、日本、伊朗、馬來西亞、中國、泰國、迦納、奈及利亞、秘魯、孟加拉及巴基斯坦。共計三十五篇，分別來自十三個國家。其中，通訊作者來自歐洲及亞洲，表示本期刊已經不只受到印度或中東國家的重視，已拓展到歐洲地區。

(二) 第八卷第二期：

出刊日期：107 年 4 月(如表二)

其中，通訊作者國別：臺灣、美國、法國、印度、泰國、奈及利亞、馬來西亞。共計十篇，分別來自八個國家。其中，邀請來自美國 Prof. Kinghorn 為本期刊寫 review article 之外，本期的 best Graphical Abstract 來自臺灣，稿件也有來自法國等地，表示本期刊受到不同國家重視。

(三) 第八卷第三期：

出刊日期：107 年 7 月(如表三)

通訊作者國別：加拿大、澳洲、印度、印度尼西亞、伊朗、奈及利亞。文章共計十篇，分別來自六個國家。其中，邀請了加拿大的 Prof. Shahidi 投稿了 review article 至本期刊。

(四) 第八卷第四期：

出刊日期：107 年 10 月(如表四)

通訊作者國別：臺灣、加拿大、泰國、埃及、印度及印尼。文章共計十篇，分別來自六個國家。其中加拿大的 Prof. Shahidi 投稿了 review article 至本期刊。

二、持續運作並維持編輯委員會：廣邀各國具中醫藥背景的學者擔任榮譽編輯與副編輯，尤其增加歐洲、美洲等地區之專家學者為了更力求副

編輯在本期刊的實質貢獻，因此訂定規則以對本期刊有更實質的貢獻。經過 106 年精簡編輯委員提升至副主編後，統計 eJTCM 所有編輯成員共有 46 位（包含主編，共同主編，榮譽編輯及副主編），其中來自 15 個國家(表五)。在此，本計畫將編輯委員會成員之專長所屬的領域分別為：Traditional and Herbal Medicine、Preventive Medicine、Dietary Therapy、Nutrition Supplements、History, Philosophy and Social-Cultural Aspects of Traditional Medicine。本期刊副主編 32 位中有 11 位來自臺灣中醫藥界菁英，高達 33%。而今年已在 8 月 21 日於臺大食科所 R101 會議室舉行主編、副主編、執行編輯及中醫藥司人員的小型會議，主要人員有本期刊的主編、五位臺灣的副主編、執行編輯及中醫藥司人員來一同討論如何本期刊之未來方向。希望除了各位副主編可以推薦適當的人選加入副主編行列，並希望為每次的稿件選定適當的審稿人，以便加速審查速度及提高被接受文章的品質(圖二)。

三、維護並更新「Journal of Traditional and Complementary Medicine; eJTCM」期刊網站維持與增修。

- (一) 在 eJTCM 網頁中 Guide for Authors，今年規定了作者投稿前的規定(圖三)。另外，進一步搜尋今年 eJTCM 在”Complementary and Alternative Medicine”領域（共有 79 種期刊）排名第 9 名。另外，本計畫也將衛生福利部的標誌持續放置期刊首頁，藉此告訴讀者，eJTCM 為臺灣衛生福利部中醫藥司委託辦理之期刊(圖四)。
- (二) 增加網頁各類相關資訊，包含最新一卷的 Best Graphical Abstract，及更新的 Journal Metrics (圖五)，另外更新的部份有：

1. Recent Articles

從此項來點選，使用者可以看到最新的文章(圖六)。可得知目前最新的文章已在今年 10 月刊登。使用者若有興趣可藉 Google 或 PubMed 搜尋此文章。

2. Most Cited Articles

從此項點選，使用者可得知目前最熱門的文章(圖七)。目前已知最受歡迎的題目為”Biological activities of curcuminoids, other biomolecules from turmeric and their derivatives—A review”。

而由 Elsevier 提供資訊此篇被由 104 年發表至今被引用次數為 54 次(圖八)。

(三) 維持投審稿系統功能，增強系統友善介面環境

1. 投稿介面友善性

Elsevier 在 eJTCM 首頁直接連結投稿帳號，增加使用者投稿意願(圖九)。

2. 投稿與審稿友善性強化

除了在首頁具有投稿連結外，Elsevier 還增加了另一項投稿頁面，讓作者一目了然，可以進一步投稿，避免投錯期刊類型(圖十)。

3. 聯絡客服

Elsevier 的服務項目之一，由於時間區的使用者詢問相關問題，可使用電話溝通、郵件或者即時通訊功能來解決問題(圖十一)。

4. 反抄襲檢視系統

由於現今網路發達，搜尋任何文章十分容易下，易有抄襲行為。為了杜絕抄襲文章，本計畫有設立反抄襲檢視系統(圖十二)。該系統可針對即將審閱的文章進行比對以刊出的文章，並有相似度標記。若抄襲率達 50%，會依照內容抄襲狀況，請作者撤稿。

5. 線上校正系統

為了方便投稿者直接在線上做稿件校正，本計畫有設立線上校正系統(圖十三)。此系統除了方便作者外，還可以加速稿件出版速度。

6. 審稿機制說明

➤ 審稿人員選任：

作者可建議二至三個審稿人名單供主編或副主編參考之外，副主編除了自己的理想審稿人外，亦可由 Elsevier 資料庫尋找審稿人。選擇審稿人時，會避免與投稿者同國籍的人。除了參考作者提供的名單外，本計畫會額外加入 eJTCM/Elsevier 資料庫的人選以求公平審查。

➤ 審查品質確保：

審查關卡有三關(審稿人評分、副主編評分、總編輯及共同主編評分)，以便確保所有文章的品質。

➤ 審查時程與方式：

為了採取快速審查，因此本計畫制定審閱時間如下：由主編及共同主編確認文章題目是否適合本期刊約 1-7 天，副主編給建議或指派審稿人為 7 天，給予審稿人為 21 天審閱，給予作者 14 天 revise 後，最後由主編或共同主編來做最後決定。

- 成效：由 Elsevier 提供數據於今年 10 月 28 日為止，有 883 篇文章投稿至本期刊(圖十六)
- 稿件決定模式及 Peer review 流程
 1. OUT OF SCOPE
 2. REVISE (MINOR/MAJOR)
 3. REJECT
 4. ACCEPT
- 稿件格式規定：文章字數要求，要求作者必須提供 title page 及 cover letter

(四) 持續更新中醫藥比對詞庫(Chinese Medical Dictionary)

本期刊文章中以英文、繁體中文、以及英文拼音三種方式，如：Ephedra Decoction (麻黃湯 má huáng tāng) 同時表達中醫藥專業用語，以降低翻譯造成的混淆，增強溝通的便利性。作者可以因為中醫藥對比詞庫而插入相關詞彙於稿件中。以人參為例，使用中醫藥比對辭庫(圖十四)。而這些資料可以讓作者在投稿 eJTCM 時，有依據可以寫出英文、繁體中文、以及英文拼音的格式。其中一成果(圖十五)。可讓非母語人士得知這是一種專有名詞，而不至於搞混與誤會，也可以使中醫藥的專有名詞更國際化，讓外國學者了解中文名詞。

(五) 辦理相關宣傳活動持續推廣本期刊網站，參與國內或國際會議，提升並尋找國際平台之曝光度，開拓各區域稿件來源，提升稿件品質

為了增加 eJTCM 在國際間的知名度與拓展各區域及臺灣地區中醫藥的稿源，因此今年 7 月 05 日宣傳本期刊講座，於臺北醫學大學臨床醫學研究所舉辦並推廣 eJTCM 主要收錄及期刊特點，特地請共同主編 Dr.CIRO ISODORO 來臺演講，參與人員除了主編及共同主編，執行編輯外，另包括臨床醫學研究所的醫師、教授及學生約 25 位，主要對象推廣為醫學院的醫師、博士後研究人

員及學生，並進行宣傳投稿本期刊(圖十七)。藉由此機會，在此辦了保健講座，有關紅酒內白藜蘆醇之研究(圖十九)。而且還特地拜會中醫藥司黃司長，研商 eJTCM 的新策略及延續性(圖十八)。

為了達到宣傳效果，本期刊訊息放置衛生福利部中醫藥司網頁進行宣傳 eJTCM，讓更多瀏覽的人，可以得知 eJTCM 這本國際期刊(圖二十)，以上這些都是對 eJTCM 有正面的幫助。除了主編與共同主編參加國際會議廣發本期刊宣傳 DM 外，於今年衛生福利部支持下，中醫師公會全國聯合會主辦了第 19 屆國際東洋醫學學術大會，主編及共同主編不但出席此會議，也邀請會議中的 invited speaker 邀稿，另外也請此會議協助廣發本期刊 DM 夾頁至大會手冊中。

(六) 執行期程(期末)提報：網站下載期刊人次、期刊文獻引用次數、退稿率等統計資料

1. 網站下載人數

eJTCM 在 104 年一月正式在 Elsevier 上線，由圖可得知，105 及 106 年下載文章的人數非常多，人數分別是：191,559 人及 347,720 人，而在今年 107 年 10 月截止共有 378,629 人(圖二十一)。因此，保守估計平均一個月中至少 37,862 人下載期刊。另外，由 Elsevier 團隊提供的數據可以得知：eJTCM 由 Elsevier 上線後，由 103 年到 104 年，使用 JTCM 的人數足足攀升 125 倍之多。(103 年：785 人；104 年：98,392 人；105 年：191,559 人；106 年：347,720 人)

2. 期刊文獻引用次數

根據 Scopus 資料顯示，本期刊目前有 343 篇文章在 Scopus 被引用。而從 103 年開始，引用次數為 10 次；104 年引用次數 122 次；105 年引用次數 267 次；106 年引用次數 518 次；107 年引用次數 688 次。由圖上數據可以得知：每一年的引用率為上升趨勢，尤其在 104 年加入 Elsevier 出版社開始，引用率急速上升。在 107 年引用率更高達 688 次(圖二十二)。另外，本期刊於今年至少有 19 篇至少被引用 19 次，h-index 為 19 (圖二十三)，去年 h-index 為 16。顯示 eJTCM 文章的品質歷久彌新，值得其他期刊作者引用，亦持續被關注並大幅進步中。其中熱門文章：Evaluation of biological properties and clinical effectiveness of Aloe

vera: A systematic review，於 104 年 1 月發表，被引用 62 次。

3. 接受率及退稿率：

根據 Elsevier 提供數據中，截至今年十月底，可以了解退稿件數(圖二十四)，並利用公式：拒絕率=拒絕稿件數量/(總決定稿件數量)= 85%=198/(35+198)*100%，可得知今年退稿率為 85%。

另外由年度來看，從 104 年退稿率為 78%，105 年退稿率為 80%，而 106 年 74%，足以顯示了 eJTCM 退稿率約在 80%左右，可見對稿件的要求，由圖也得知 eJTCM 不缺稿件，而在稿件充足下，同時編輯室也需嚴格控管稿件的來源與品質，朝向高品質期刊前進。

4. 本年度有效申請資料庫：

經查證，Elsevier 提供收錄資料，本期刊被 PubMed、Scopus、Google Scholar、DOAJ 等享譽國際平台資料庫成功收錄，國內部分則是被醫策會成功收錄。因 SCI 申請表格更新，也在今年重新送出申請。

(七) 今年文章出刊的領域別

由今年所發表所有文章來看，在中醫藥相關領域(Traditional and Herbal Medicine)比例占 72%，已達 65%以上，其餘領域占 28%。

(八) 期刊營運計畫書

模擬 SCI 收錄後之期刊營運計畫書之項目：

1. 計畫要點
2. 營運目標
3. 營運技術
4. 市場分析
5. 競爭狀況
6. 行銷策略
7. 生產製造
8. 經營團隊
9. 財務計畫
10. 經濟效益

● 計畫要點

臺灣第一本國際及中醫、中藥之學術期刊 Journal of Traditional and

Complementary Medicine (eJTCM)由臺灣大學食科所沈立言特聘教授擔任 Editor in Chief,並於 100 年 10 月發行創刊號。全刊以 OPEN ACCESS 形式無償供使用者取得全文資源,並以季刊方式發行,分別在 1、4、7、10 月發行。本編輯室(Editor in Chief、Co-Editor in Chief 與 Managing Editor)希望此期刊為臺灣帶來永續發展並成為中醫藥此領域的前十大期刊,因此擬定此計畫書。

- 營運目標

目前 SCI、PubMed 與 Scopus 及臺灣醫策會分別申請與收錄完成。因此,為能永續發展的臺灣第一本中醫藥的國際期刊,並兼顧收錄文章品質以達國際上中醫藥此領域的前十大期刊,是當前重要的議題。

- 營運技術

本計畫將維持刊登一年 4 期的文章,其中文章常態類型應為: Perspectives/Review/Original/Short Communication。其中,review 的文章因為是統整性的學術文章,因此引用的使用者會增加,以此提高 eJTCM 的引用率,接下來希望 Review article 及 Perspectives 為邀稿的方式,本計畫將不定期請知名院士級投稿 Perspectives,藉此除了吸引閱讀者增加外,同時提高文章品質,維持文章高引用率與引用長久率。另外,希望可以增加 Special issue,進而吸引更多讀者之外,也可以使引用率提高。

- 市場分析

目前跟 JTCM 收錄文章很相近的期刊為"Journal of Traditional Chinese Medicine (eJTCM)",因此需要跟此期刊的收錄主題區分,以免投稿者不清楚而投遞錯誤。

中國發行的 JTCM 分析如下:

1. 出刊週期:2 個月一次
2. 收錄主題:

The English Edition of JTCM appeared in 1981, being the earliest and the most authoritative TCM magazine with the largest circulation in China. It is an international quarterly devoted to clinical and theoretical research in this branch of medicine. The main columns include Experts' Forum, Clinical Observation, Basic Investigation, Reviews, Lectures, TeachingRound, and Questions and Answers, involving acupuncture, massotherapy and Chinese

materia medica. Papers by outstanding clinicians, acupuncturists and researchers provide the latest information on the development of this discipline. JTCM is an indispensable reading for clinical practitioners and others interested in basic medicine research. Up to now, the German, Italian, Spanish, French, and Portugal editions have been successively published, making even greater contributions to the development and international academic exchange of traditional Chinese medicine.

臺灣發行的 JTCM 分析如下：

1. 出刊週期：3 個月一次
2. 收錄主題：

The Journal of Traditional and Complementary Medicine (JTCM) is a quarterly open-access journal that covers the fields of traditional medicine, preventive herbal medicine, and dietary therapy. The Journal provides a global platform for discussion, perspectives and research on traditional and Complementary medicine. JTCM considers the Quality Control and the procedures for the preparation and characterization of herbal medicines, as well as the authentication of dietary supplements, as basic requirements to guarantee efficacy, safety and reproducibility in Traditional and Complementary Medicine.

JTCM focuses on both Eastern and Western complementary medicine and welcomes articles from all medical perspectives. JTCM encourages submissions which present observation and experimental investigation in translational and clinical studies, animal experiments, and in vivo/in vitro studies. Particular emphasis is given to the pathophysiological basis and the cellular-molecular mechanisms that underlie the beneficial effects of Traditional and Complementary Medicine.

Major topics covered include:

- Traditional and Herbal Medicine
- Preventive Medicine
- Dietary Therapy/Nutrition Supplements

➤ History, Philosophy and Social-Cultural Aspects of Traditional Medicine

All articles published in the Journal, including perspectives, review, original articles, and short communications are the original content of the authors. The Journal's Editorial Office offers an efficient, constructive and friendly, though rigorous, peer review service as part of its ongoing effort to provide high quality and relevant perspectives in traditional and complementary medical sciences to our readers.

由上述分析得知，臺灣發行的 eJTCM 主題分類非常具體且有強調性，並且致力結合中、西方的傳統輔助醫學，讓讀者吸收新知，增加各地區的投稿率。而且由 Scopus 數據統計可以得知，今年本期刊在 Complementary and Alternative Medicine (CAM) 此領域，共有 79 個期刊排名為第 9 名，ranking 為 9.9%。表示本期刊進入國際前十大中醫藥學術領域指日可待。

● 競爭狀況

經 Scopus 計算下，本期刊的 CiteScore 目前為 2.65，此數據可以模擬 SCI 的 Impact Factor，所以更要加強編輯委員會成員的合作邀請優秀學者來投稿，並且預計明年度發表當熱門的 Special issue 增加可看性，以便增加更多讀者。

● 行銷策略

將維持與 Elsevier 出版社的合作關係，以免費的投稿方式來吸引更多的作者前來 eJTCM 投稿，並定期選出具有吸引讀者的 graphical abstract 來做為封面，藉以鼓勵作者往更高品質的學術風格邁進。藉由 Elsevier 在國際上學術的期刊經驗，相信會使 eJTCM 更加出色。另外，希望由許多國內外的會議中，藉由擺攤位的方式，或是由主編或共同主編提高參加國際會議提高本期刊的曝光度，例如：於 107 年 CGCM 及第 19 屆國際東洋醫學學術大會。也藉由來自義大利共同主編 Dr. Ciro Isidoro，可以使歐美地區的讀者

及專家學者進而知道本期刊。亦會積極向 google 購買關鍵字，於明年度新增 Special Issue，以便增加文章引用率及期刊曝光度，或與 TATCM 及 IATCM 協會共同合作，舉辦國際期刊論壇，以提高本期刊知名度。

● 生產製造

1. 穩定維持期刊網站 1、4、7、10 月出刊至少 10 篇文章

目前稿件庫存量為 60 篇。明、後年的出刊理當順利，除了每季至少 10 篇文章外，每季的出刊量會依據文章內容增加外，希望每季皆大於 10 篇文章，陸續收錄優良稿件之外，還會邀請專家學者撰寫 Special issue，如：microbiota，aging，herbal medicine 及 epigenetic。

2. 持續運作並維持歐、美、亞洲等地區編輯委員會

根據 Elsevier 出版公司的回報前十名國家投稿 eJTCM 期刊的次數可得知，主要國家為：印度、伊朗、奈及利亞、馬來西亞、印尼、巴基斯坦、泰國、美國，希望歐洲及亞洲地區對於 eJTCM 的投稿率可以增加。(圖二十五)。因此，目前將邀請義大利籍 Dr. Ciro Isidoro 成為共同主編。經由此知名人士的加持相信 eJTCM 在西方的傳統暨替代醫學領域將更廣為人知。另外，主編 沈立言特聘教授，長期在國內外參加會議，在會議中找到合適的專家，進而邀請進入本期刊編輯委員行列。

3. 開拓各區域稿件來源與提升稿件品質，以提升 eJTCM 文章引用率

由於現階段不缺乏稿件，因此將更嚴格把關文章來源與品質。因此，本計畫重新擬定投稿清單(CHECKLIST)與重新擬定期刊收錄主題，讓 JTCM 可以獲得高品質的文章，並訂例投稿的規則，以便作者遵守並參考。另外，也在網頁上強調本期刊的審核機制(Peer Review Process)，免除一些品質不好的稿件，在第一關審核下就被排除，以便審稿時間加速。

4. 維持審稿者審閱稿件期限 21 天，以增加作者投稿意願度

在嚴謹審查的流程下，投稿者可以在網頁清楚明白指出審核機制 (Peer Review Process)，使審閱稿時間更有效率。

● 經營團隊

經營團隊之主編、共同主編與執行編輯如下：

類別	姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍
主編	沈立言	特聘教授	計畫統籌、人力配置、與舉辦/參加宣傳 eJTCM 之國內或國際會議。
共同主編	Ciro Isidoro	教授	義大利教授 Ciro Isidoro 不僅提供國際期審稿經驗，對於其他期刊運作亦相當了解。也為期刊在歐美地區提高曝光度。

類別	姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍
執行編輯	張瓊方	博士後研究員	以科學背景提供經驗與執行本次計畫，工作如下： 1. 執行期刊出版。 2. 管理編輯、審稿人、投稿人與出版社人員之工作流程。 3. 對於文章品質具有良好的判斷和意願，協助總編輯與共同編輯判斷文章是否進入審查流程之決定。 4. 參加國際研討會之行程以提高 eJTCM 曝光度與知名度，提供編輯委員會、投審稿者與讀者之活動參與和交流。
副編輯	共 32 位	教授級別	指派審稿人，並提供稿件意見給總編輯及共同總編輯。
榮譽編輯	共 12 位	教授級別	提供本期刊意見及諮詢。

● 財務計畫

1. 人事費需 1,152,429 元。其中主要包含：計畫主持人及博士後研究員薪資與年終獎金。
 2. 業務費需 2,435,398 元。其中主要包含：實施本計畫所需期刊網站維護費用（Elsevier 出版費用），期刊報告或 DM 等之印刷裝訂費，影印費及國外學者來臺工作費用及所需雜支。
 3. 管理費需 520,174 元。
- 以上合計 4,108,000 元。

● 經濟效益

1. 人力訓練發展：

若舉辦國際盛會，它是讓臺灣的傳統醫學、植物用藥與食療等學術界及產業界與全球人才、學術、市場接軌最佳平台，間接達到國內中醫藥界人才開拓國際視野之目的，促進自我升級之動力。希望可以提高本期刊副主編 Traditional Medicine 及 Chinese Medicine 的比例，目前所屬比例為 50%，另外本計畫也會邀請更多 Preventive

Medicine 及 History, Philosophy and Social-Cultural Aspects of Traditional Medicine 的專家，加入本期刊的團隊。

2. 施政參考：

本期刊收錄文章具有中醫藥、保健養生或食療功效，可提升國人生活品質與醫療水準。

3. 具體應用發展之效益：

臺灣的中醫、中藥與食療相關產業需要升級。若能以 eJTCM 為圓心，往外擴展並定期舉辦國際會議，此包含醫藥、草藥和飲食療法三個領域的專家學們將齊聚一堂，分享最新研究成果，並創造研究或產業發展的合作機會。透過此會議，交流分享不同領域的專業知識，可瞭解傳統替代醫學療法的最新發展與未來趨勢，亦可將臺灣特有中醫藥經驗方運用現代科學研究方法進行探討，以利提升臺灣中醫藥特色在全球發揚光大。

肆、討論

本計畫截至目前為止，今年已如期出版了第 8 卷 1~4 期共 65 篇論文，並且依照使用者之回饋，將 eJTCM 網站與投審稿系統更加化，也建置了線上中醫藥辭典供投稿者使用。因此，本年度規劃之內容與目標已大致完成。

作為一個由臺灣發行國際期刊，被收錄於 PubMed 資料庫且今年 CiteScore 高達 2.65，比照去年 CiteScore 為 2.22 (圖二十六)。也因為被 PubMed 收錄後，陸續的稿件接踵投至系統，稿件庫存量已達 60 件。因此已經解決稿源不足的困境。此外，為了在 eJTCM 成為 SCI 期刊前能有更多優秀稿件，除了由計畫主持人、共同主持人、以及編輯委員親自邀稿之外，若能增加獎勵方式(例如：每年度選出被點閱率或被下載率最高之文章，頒發證書與獎勵)，或經由國內其他單位認可，將投稿至 eJTCM 的論文納入升等的計算，此舉將能大大增加 eJTCM 之稿源與品質。

除了透過主編或副主編參加國際研討會的舉辦過程增加 eJTCM 的曝光度與知名度外，亦能請受邀的講者將其研究成果或回顧性論文投稿至 eJTCM。在今年也特地到臺北醫學大學臨床醫學研究所，對醫師及研究人員廣為宣傳 eJTCM 相關事宜。另外本計畫也請 Dr.CIRO ISODORO 趁這次來臺機會，舉辦了保健講座，所屬不易之機會。

最後，本計畫為了增加 eJTCM 的國際曝光與知名度，與 ELSEVIER 國際出版社接洽，希望能透過合作方式，善用國際出版社行銷的經驗協助 eJTCM 進行 SCI 等資料庫之申請，並運用國際性平台發送 Open Access 新聞稿件，提升 eJTCM 期刊品質與在國際上大量曝光進而與國際接軌。

伍、結論與建議

本計畫為三年期計畫，今年度已完成年度工作目標，除了今年投稿篇數高達 883 篇外，亦被 PubMed，Scopus，Google Scholar，DOAJ 等國際性平台收錄，並被財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會函核為「教學醫院評鑑學術性期刊」。然而為了 eJTCM 永續經營，必須持續本計畫的目標與策略，讓 eJTCM 稿源更加優秀與具國際知名度。因此，建議如下：

1. eJTCM 主編將持續邀請編輯委員會之各國（地區）委員投稿，並且定期舉辦 Editorial Meeting，使 eJTCM 與各副主編有更緊密的連結。
2. 請出版社持續購買關鍵字廣告以維持網路與國際平台曝光度，以吸引更多投稿（例如：Google 或百度）。
3. 敦請 eJTCM 主編等國內副主編參加國內或國際會議時向與會者宣傳 eJTCM，以提供和開拓高品質稿件之來源。
4. 共同主編在 105 年一月份的 Editorial Note 內容中深入解釋 eJTCM 的 scope，以吸引每周與歐洲相關等領域之學者投稿。以及預計在 2019 年四月或七月時將會撰寫一篇 Special issue，相信會使本期刊更加豐富。
5. 持續強化編輯委員會成員對 eJTCM 的向心力，並敦請他們向相關領域的學者邀稿。
6. 增加歐洲籍優秀的編輯委員會成員，以吸引相關地區學者投稿 eJTCM。
7. 請出版社持續提供更專業的意見來晉升為 SCI 的一員。
8. eJTCM 已在 105 年被醫策會收錄為「教學醫院學術性期刊」，以增加臺灣學研及醫界成果投稿率。
9. 本期刊將會南向到高雄或其他地區各大學或是研究單位，宣傳 eJTCM。
10. SCI 任務之預定時程及困難，目前列出本計畫困難點如下：
 - 被審查時程：需要排定時間有許多期刊仍在等待名單中
 - 被瀏覽評分時程：需要瀏覽 4 到 12 期不等的時間
 - 被審查或瀏覽通知：不公開

因此，預定被收錄：最快 2019 年/最慢 2022 年。由於 SCI 審查非常注重文章品質、文章引用率與文章拒絕率。從 104 年從 Medknow 轉換到 Elsevier，目前文章引用次數遠比去年高達 2 倍，稿件拒絕率目前也達

85%。目前可以做的事就是提高本期刊的投稿品質及準時出刊，且需要更嚴格監控文章來源，避免學術上的抄襲。更需要努力提高本期刊在歐洲國家知名度，因此，更有希望被 SCI 收錄。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-114-133401 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. Hsu E: Innovation in Chinses Medicine. Cambridge University Press, Cambridge 2001.
2. Thomson R: The Thomson euters Journal Selection Process 1998. From http://thomsonreuters.com/products_services/science/free/essays/journal_selection_process/
3. Wiseman N, Feng Y: A Practical Dictionary of Chinese Medicine. Paradigm Publications, MA, USA 1998.
4. WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region. WHO Regional Office for the Western Pacific, USA.

柒、圖、表



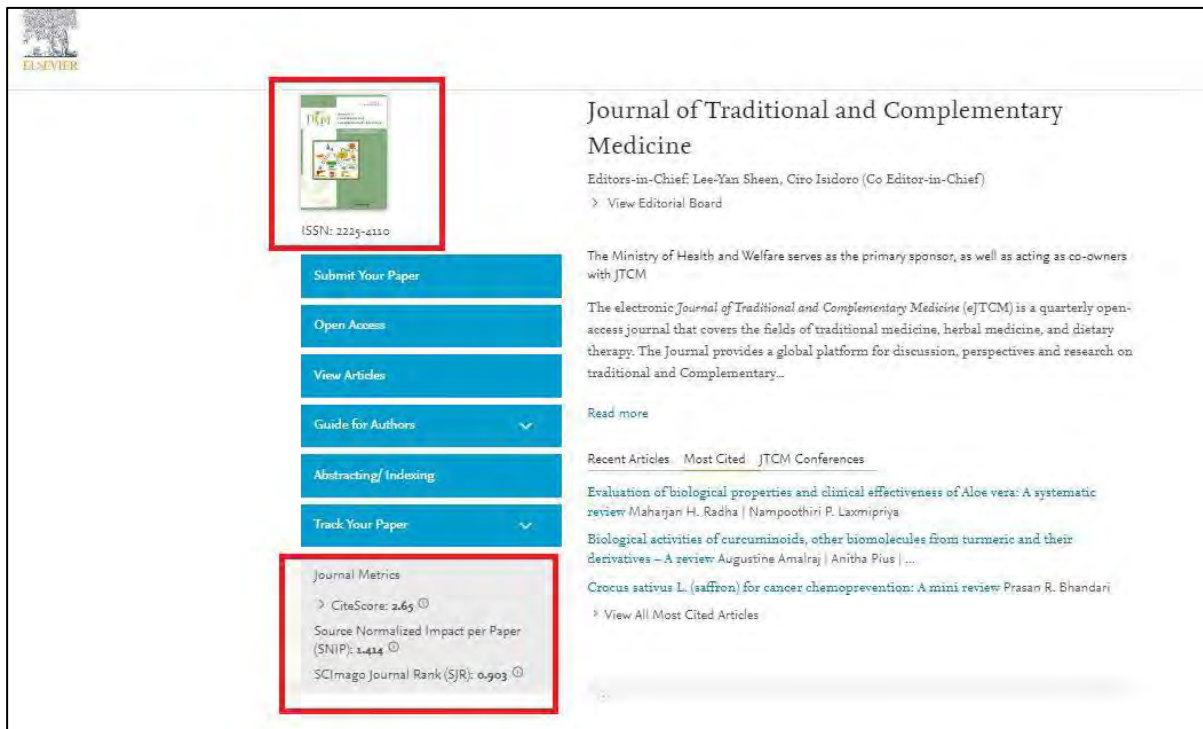
圖二、在臺大食科所召開 Editorial Meeting



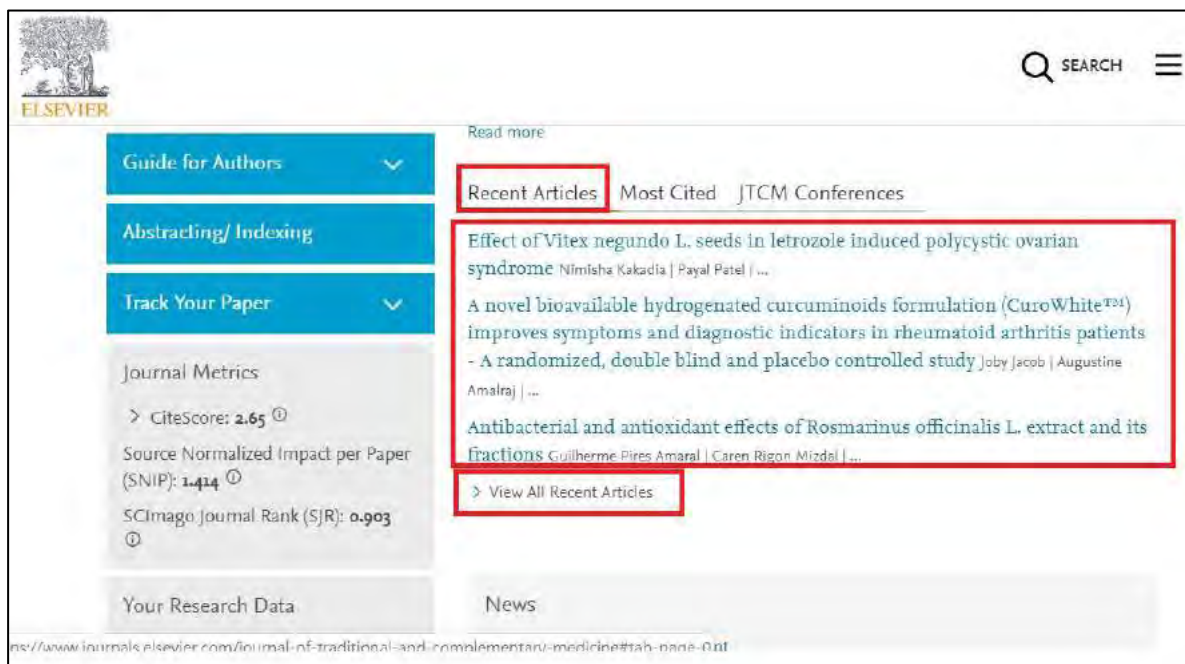
圖三、更新 eJTCM 網站上的 Guide for Authors



圖四、衛生福利部標誌



圖五、增加或更新網頁各類相關資訊



圖六、eJTCM 網頁顯示最新的發表文章



圖七、最受歡迎的文章

Citations	Citations (lifetime)	Article Title	Authors	Publication Year	Document Type	Open Access (Y/N)
24	38	Biological activities of curcuminoids, other biomolecules from turmeric and their derivatives: A review	Amalraj A., Pius A., Gopi S., Gopi S.	2017	Review	Y
17	54	Evaluation of biological properties and clinical effectiveness of Aloe vera: A systematic review	Radha M.H., Laxmipriya N.P.	2015	Review	Y
13	16	Curcumin: An age-old anti-inflammatory and anti-neoplastic agent	Fadus M.C., Lau C., Bikhchandani J., Lynch H.T.	2017	Review	Y
12	21	Cupping therapy: A prudent remedy for a plethora of medical ailments	Mehta P., Dhapte V.	2015	Article	Y
12	25	Antiviral natural products and herbal medicines	Lin L.-T., Hsu W.-C., Lin C.-C.	2014	Review	N
12	46	Anti-inflammatory and antimicrobial effects of heat-clearing Chinese herbs: A current review	Muluye R., Bian Y., Alemu P.	2014	Review	N
11	18	Medicinal properties of <i>Terminalia arjuna</i> (Roxb.) Wight & Arn.: A review	Amalraj A., Gopi S.	2017	Review	Y
10	12	Role of traditional Islamic and Arabic plants in cancer therapy	Ahmad R., Ahmad N., Naqvi A.A., Shehzad A., Al-Ghamdi M.S.	2017	Review	Y
10	19	Evaluation of anticancer, antioxidant, and possible anti-inflammatory properties of selected medicinal plants used in Indian traditional medication	Shaikh R., Purid M., Dawane A., Ilyas S.	2014	Article	N
9	19	The magic velvet bean of <i>Mucuna pruriens</i>	Lampariello L., Cortelazzo A., Guerranti R., Sticozzi C., Valacchi G.	2012	Article	N

圖八、Elsevier 提供被引用率最高的文章

Home > Journals > Journal of Traditional and Complementary Medicine

ISSN: 2225-4110

Submit Your Paper

Open Access

View Articles

Guide for Authors

Journal of Traditional and Complementary Medicine

Editors-in-Chief: Lee-Yan Sheen, Ciro Isidoro (Co Editor-in-Chief)

> View Editorial Board

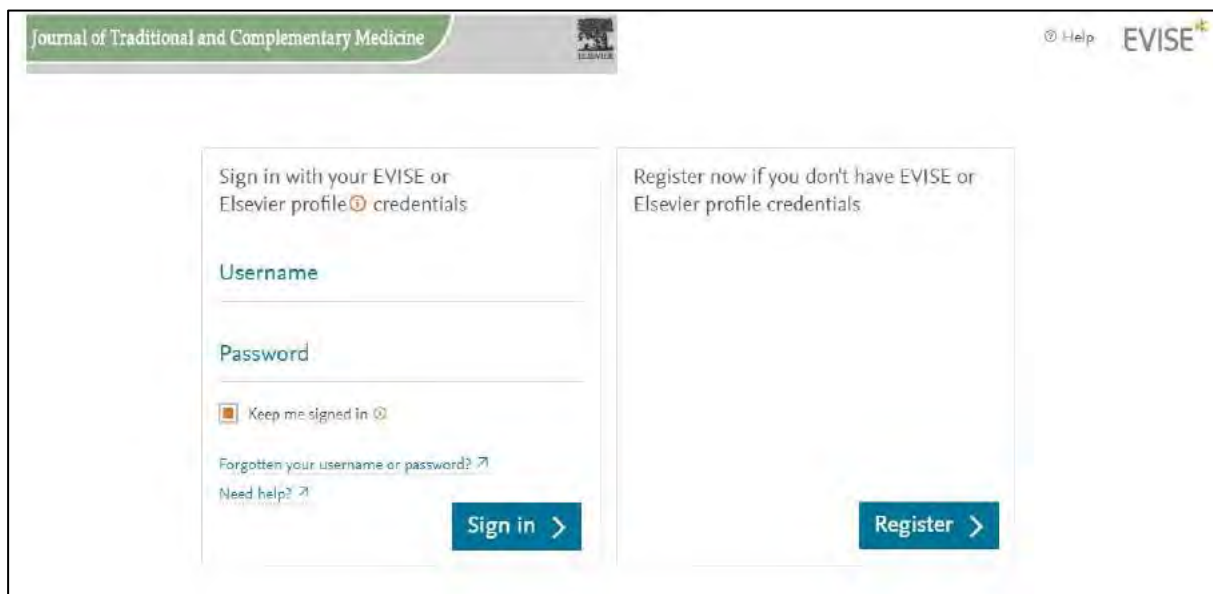
The Ministry of Health and Welfare serves as the primary sponsor, as well as acting as co-owners with JTCM

The electronic *Journal of Traditional and Complementary Medicine* (eJTCM) is a quarterly open-access journal that covers the fields of traditional medicine, herbal medicine, and dietary therapy. The Journal provides a global platform for discussion, perspectives and research on traditional and Complementary...

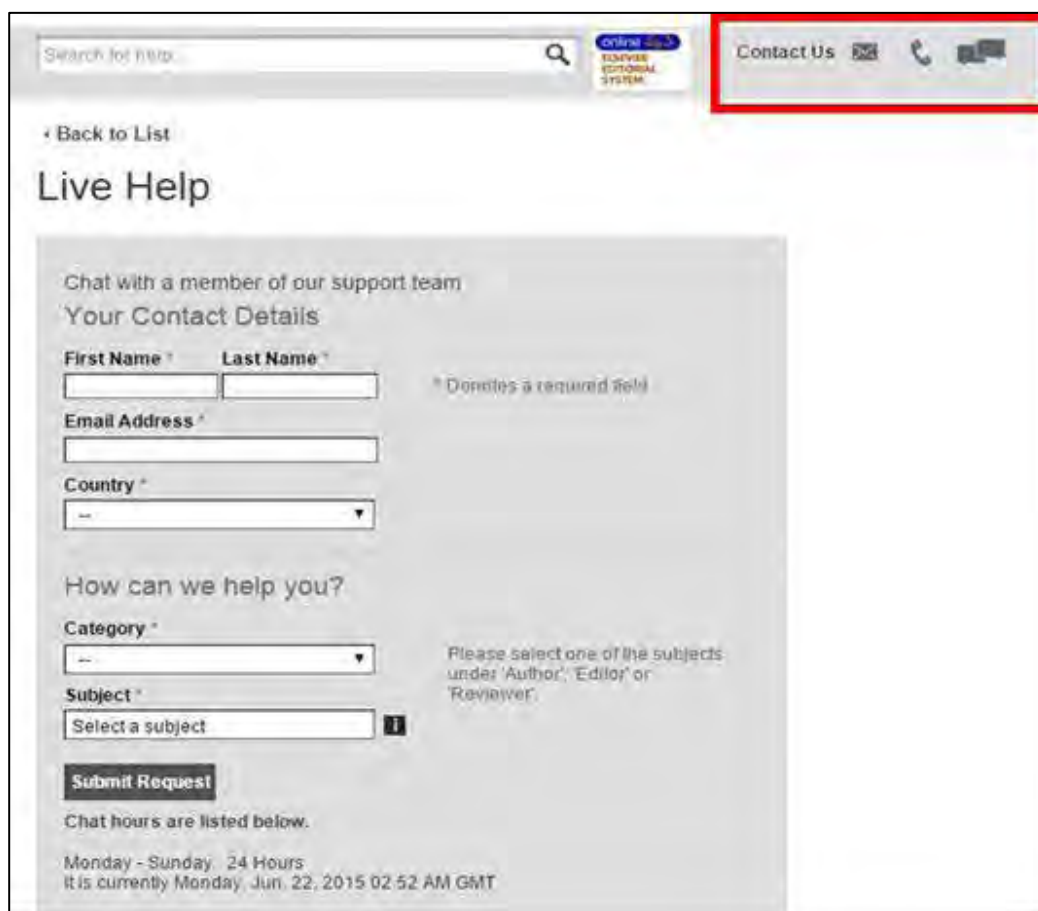
Read more

Recent Articles | Most Cited | JTCM Conferences

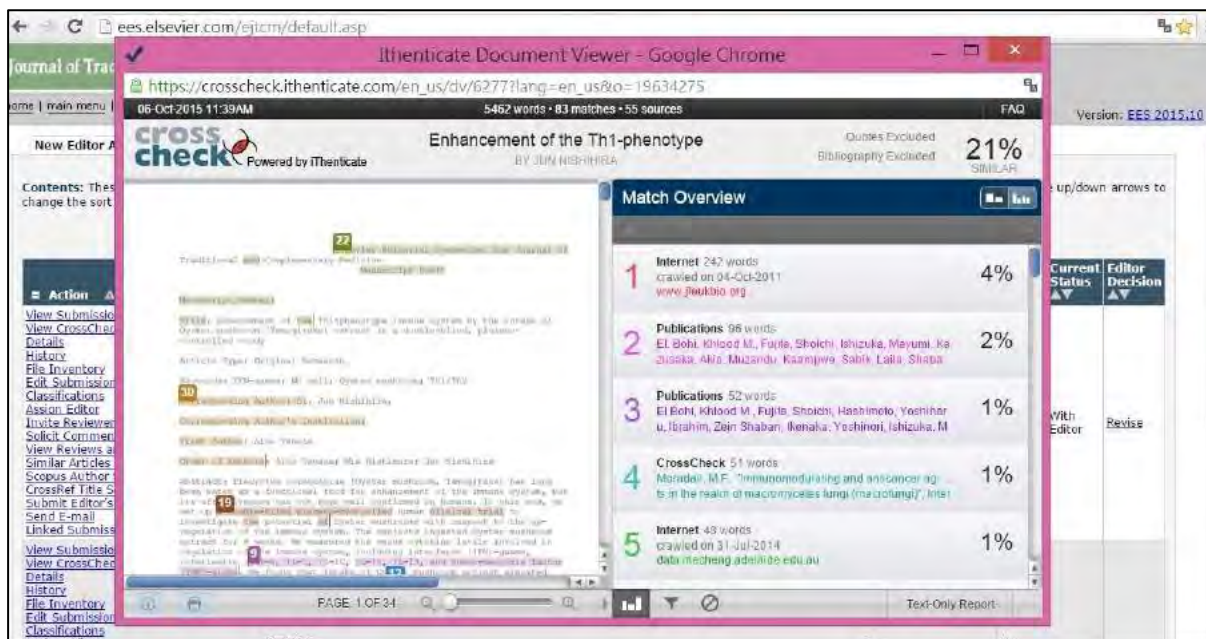
圖九、eJTCM 首頁直接有投稿連結



圖十、本期刊投稿頁面



圖十一、線上客服系統



圖十二、反抄襲監測系統



圖十三、線上校正系統

線上中醫辭典查詢 Online Chinese Medical Dictionary Search

人參 | 智慧型比對 (smart match) | 10筆 (records) | 拼音排序 (order by Pinyin) | 重新查詢 (new search)

上黨人參 (上党人參)	shàng dǎng rén shēn	codonopsis [root]
乾薑人參半夏丸 (干姜人參半夏丸)	gān jiāng rén shēn bàn xià wán	Dried Ginger, Ginseng, and Pinellia Pill
乾薑黃芩黃連人參湯 (干姜黄芩黄连人參湯)	gān jiāng huáng qín huáng lián rén shēn tāng	Dried Ginger, Scutellaria, Coptis, and Ginseng Decoction
人參 (人參)	rén shēn	ginseng
人參三七 (人參三七)	rén shēn sān qī	notoginseng [root]
人參五味子湯 (人參五味子湯)	rén shēn wù wèi zǐ tāng	Ginseng and Schisandra Decoction
人參健脾丸 (人參健脾丸)	rén shēn jiàn pì wán	Ginseng Spleen-Fortifying Pill
人參啟脾丸 (人參啟脾丸)	rén shēn qǐ pì wán	Ginseng Spleen-Arousing Pill
人參固本丸 (人參固本丸)	rén shēn gù běn wán	Ginseng Root-Securing Pill
人參子 (人參子)	rén shēn zǐ	ginseng fruit

options, double-click on your search term to regenerate the list of finds.

圖十四、中醫藥比對詞庫

Journal of Traditional and Complementary Medicine xxx (2015) 1–3

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Traditional and Complementary Medicine

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/jtcm>

ELSEVIER

Review article

Some Chinese folk prescriptions for wind-cold type common cold

Zhai Hai-long ^{a, *}, Chen Shimin ^b, Lu Yalan ^b

^a Hubei Polytechnic University, School of Medicine, Huangshi, Hubei, China
^b Hematology Department of Huangshi Central Hospital, China

ARTICLE INFO

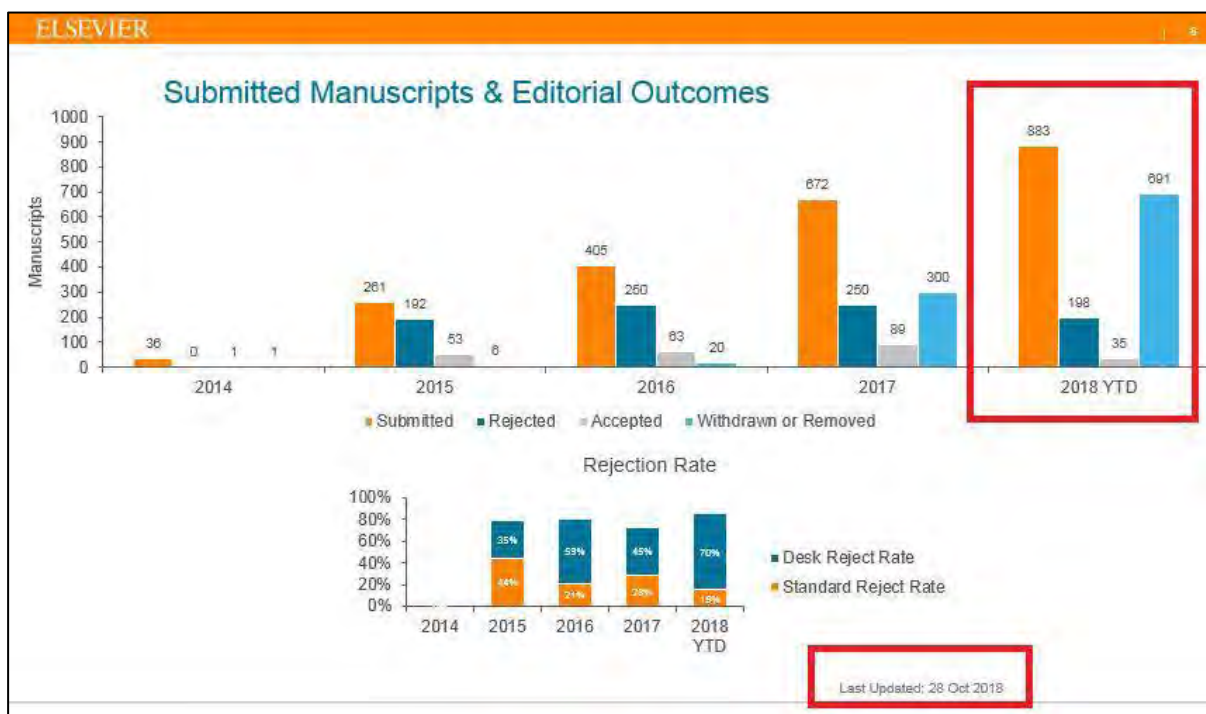
Article history:
 Received 26 June 2014
 Received in revised form 13 August 2014
 Accepted 21 November 2014
 Available online xxx

Keywords:
 Chinese folk prescription
 Common cold
 Wind-cold type
 Complementary and alternative medicine
 Traditional Chinese medicine

ABSTRACT

Although self-limiting, the common cold (感冒 gǎn mào) is highly prevalent. There are no effective antivirals to cure the common cold and few effective measures to prevent it. However, for thousands of years, Chinese people have treated the common cold with natural herbs. According to the traditional Chinese medicine (TCM) theory (中醫理論 zhōng yī lǐ lùn), the common cold is considered as an exterior syndrome, which can be further divided into the wind-cold type (風寒型 fēng hán xíng), the wind-heat type (風熱型 fēng rè xíng), and the summer heat dampness type (暑熱型 shǔ rè xíng). Since the most common type of common cold caught in winter and spring is the wind-cold type, the article introduced some Chinese folk prescriptions for the wind-cold type common cold with normal and weak physique, respectively. For thousands of years, Chinese folk prescriptions for the common cold, as complementary and alternative medicine (CAM; 補充與替代醫學 bǔ chōng yǔ tì dài yī xué), have been proven to be effective, convenient, cheap, and most importantly, safe. The Chinese folk prescriptions (中國民間處方 zhōng guó mǐn jiān chū fāng) for the wind-cold type common cold are quite suitable for general practitioners or patients with the wind-cold type common cold, to treat the disease. Of course, their pharmacological features and mechanisms of action need to be further studied.

圖十五、英文、繁體中文、以及英文拼音呈現於 eJTCM 文章中



圖十六、今年投至本期刊稿件共有 883 篇文章（今年 10 月 28 日更新）



圖十七、於臺北醫學大學宣傳 eJTCM 情形



圖十八、主編沈立言特聘教授與共同主編 Dr. CIRO ISODORO 於中醫藥司拜會黃司長並討論有關 eJTCM 之策略（於 7 月 2 日拍攝）



圖十九、Dr. CIRO ISODORO 在臺北醫學大學-保健講座並宣傳 JTCM

衛生福利部中醫藥司
Ministry of Health and Welfare

熱門關鍵字： 十大死因 長期照護 食品 食安

關於本司 組織架構 業務職掌 焦點新聞 活動訊息 公告訊息

本部各單位及所屬機關

中醫藥司 首頁 / 中醫藥司 / 活動訊息

關於本司
組織架構
業務職掌
焦點新聞
活動訊息
公告訊息

107年中醫藥國際學術電子期刊Journal of Traditional and Complementary Medicine(JTCM) 舉辦專題講座，歡迎踴躍參加

*資料來源：中醫藥司 *建檔日期：107-06-20
*更新時間：107-06-20

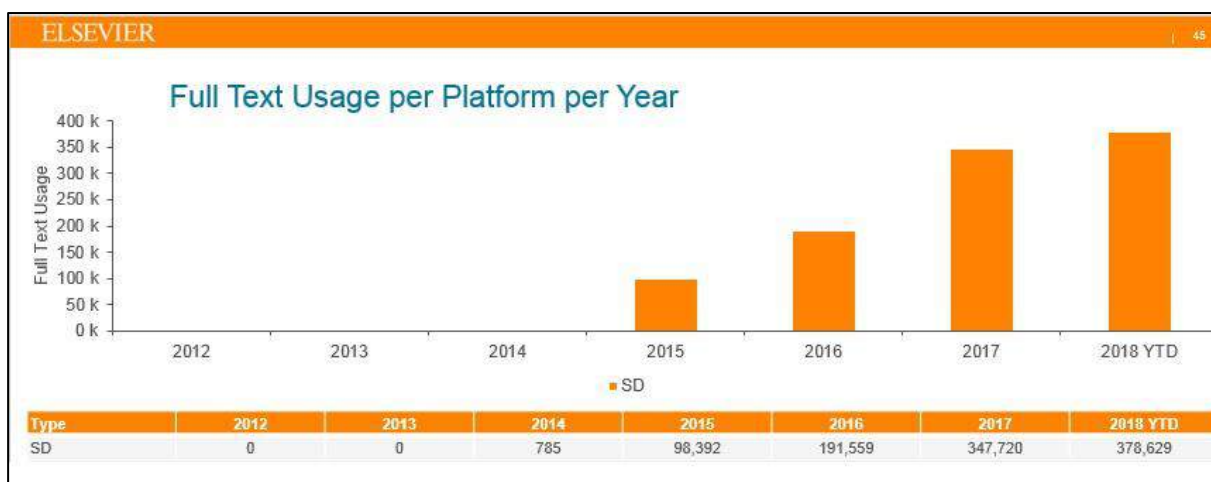
演講名稱：
Complementary medicine with Phytochemicals to treat cancer
演講者姓名：
CIRO ISIDORO
Professor of Clinical Biochemistry and Clinical Molecular Biology
Professor of Medical Oncology
Professor of General Pathology and Clinical Pathology
Università del Piemonte Orientale, Department of Health Sciences, Novara, Italy

時間及地點：
2018/07/05 (星期四) 時間:上午 10:00-11:30
地點：台北醫學大學 醫緯前棟三會議室 (臺北市信義區吳興街250號)

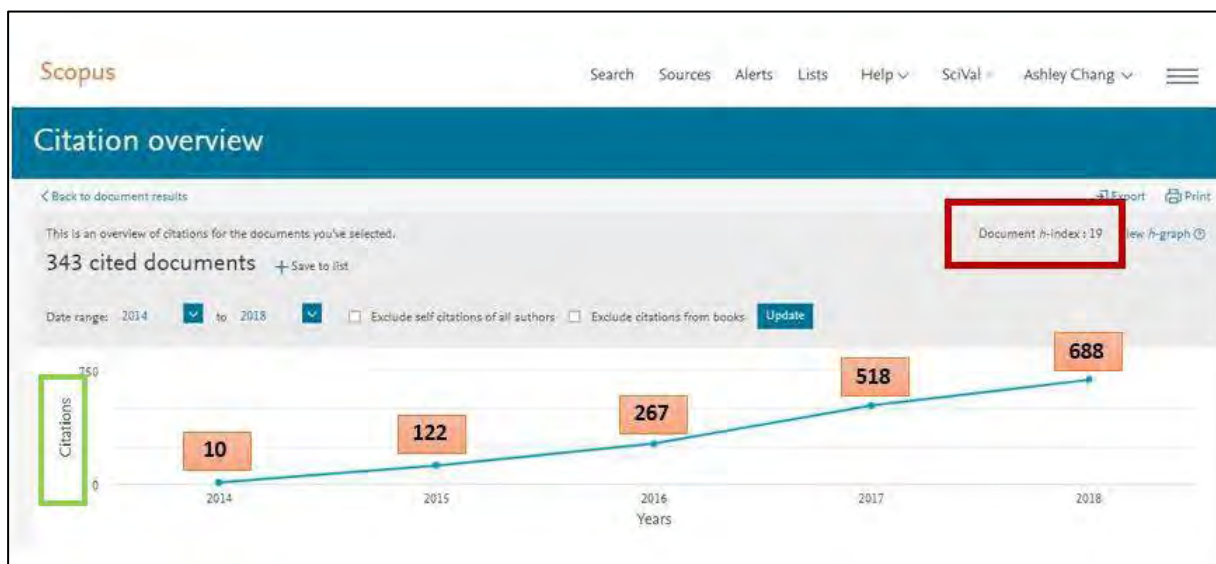
瀏覽人數：561

本活動採自由參加，無須事先報名。

圖二十、感謝衛生福利部中醫藥司在網頁宣傳 eJTCM 演講



圖二十一、網站下載期刊人數



圖二十二、每一年引用率統計

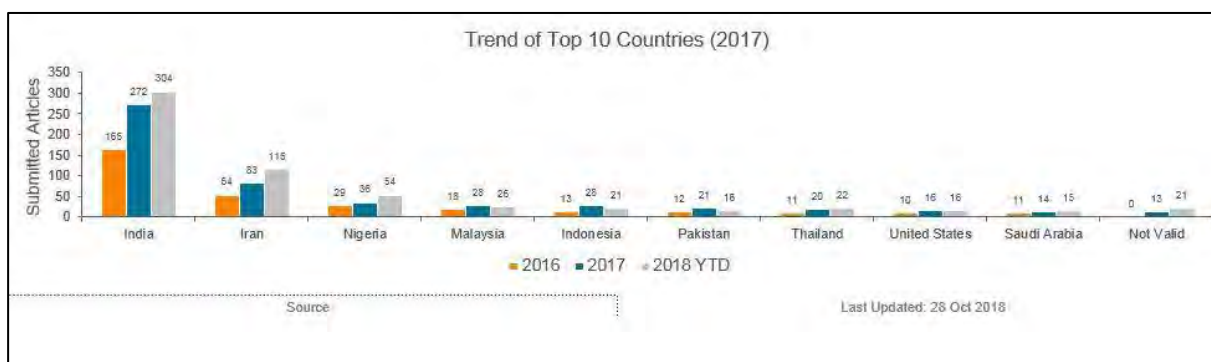


圖二十三、今年文章引用情形（以 h-index 為指標）

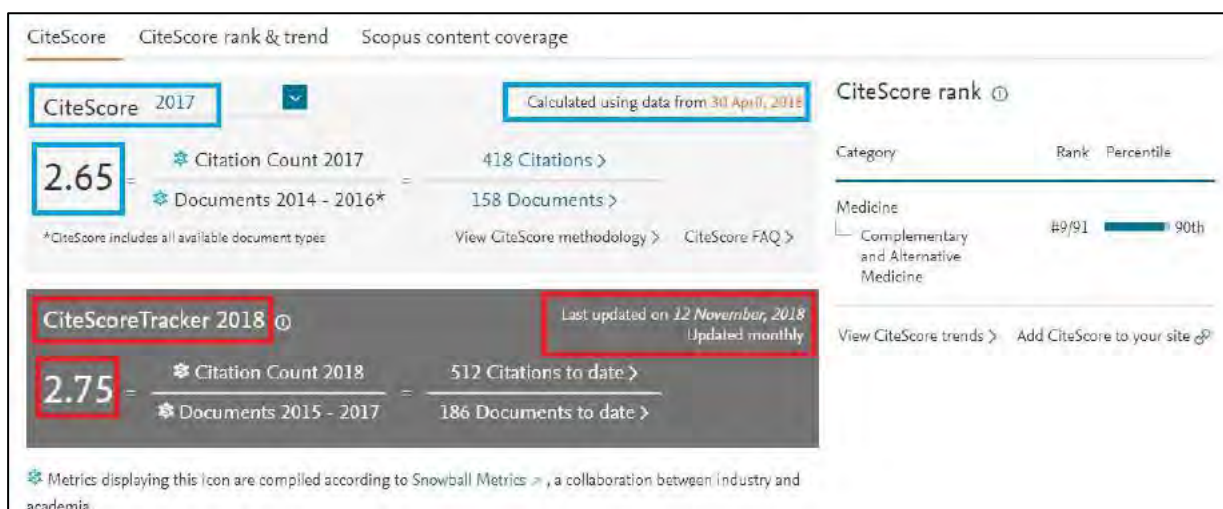
Status	2015	2016	2017	2018
Accepted	53	63	89	35
Rejected	192	250	250	198
Total	245	313	339	233
Rejection Rate	78%	80%	74%	85%

• Last Updated: 28 Oct 2018

圖二十四、本期刊四年文章拒絕篇數、接受篇數及拒絕率



圖二十五、前七大地區投稿至本期刊之統計



圖二十六、去年與今年本期刊的 CiteScore 比較

表一、第八卷第一期

Title	Country
Gelam honey attenuates ovalbumin-induced airway inflammation in a mice model of allergic asthma	Malaysia
Hypolipidemic effects of S-(+)-linalool and essential oil from <i>Cinnamomum osmophloeum</i> ct. linalool leaves in mice	Taiwan
Antidepressant-like effects of Gan-Mai-Dazao-Tang via monoamine regulatory pathways on forced swimming test in rats	Taiwan
<i>In vitro</i> antioxidant activities of root extract of <i>Asparagus racemosus</i> Linn.	India
Anti-paralytic medicinal plants – Review	India
Effects of Bhramari Pranayama on health – A systematic review	India
<i>Buddleja globosa</i> (matico) prevents collagen-induced platelet activation by decreasing phospholipase C-gamma 2 and protein kinase C phosphorylation signaling	Chile
Alterations of haemodynamic parameters in spontaneously hypertensive rats by <i>Aristolochia ringens</i> Vahl. (Aristolochiaceae)	Nigeria
Sansoninto, a traditional herbal medicine, ameliorates behavioral abnormalities and down-regulation of early growth response-1 expression in mice exposed to social isolation stress	Japan
The effect of ethanolic extract of <i>Thymus kotschyanus</i> on cancer cell growth in vitro and depression-like behavior in the mouse	Iran
Anticonvulsant effect of ethanolic extract of <i>Cyperus articulatus</i> L. leaves on pentylenetetrazol induced seizure in mice	Peru
Comparative evaluation of antimicrobial and antioxidant potential of ethanolic extract and its fractions of bark and leaves of <i>Terminalia arjuna</i> from north-western Himalayas, India	India
Ascertainment of pharmacological activities of <i>Allamanda neriifolia</i> Hook and <i>Aegialitis rotundifolia</i> Roxb used in Bangladesh: An in vitro study	Bangladesh
Traditional Persian Medicine and management of metabolic dysfunction in polycystic ovary syndrome	Iran

Title	Country
Effectiveness of two different herbal toothpaste formulations in the reduction of plaque and gingival inflammation in patients with established gingivitis – A randomized controlled trial	India
Traditional uses and pharmacological properties of Clerodendrum phytochemicals	China
Homeopathic Arnica from Boiron and post-operative bleeding in mastectomized women in Milan: Statistical flaws and bias to be addressed	Italy
Antioxidant and hepatoprotective effects of Capparis spinosa L. fractions and Quercetin on tert-butyl hydroperoxide- induced acute liver damage in mice	Iran
Effects of cinnamon supplementation on antioxidant status and serum lipids in women with polycystic ovary syndrome	Iran
Evaluation of the antidiabetic property of aqueous leaves extract of Zanthoxylum armatumDC. Using in vivo and in vitro approaches	India
Complementary and alternative medicine use in thalassemia patients in Shiraz, southern Iran: A cross-sectional study	Iran
Preliminary phytochemical analysis and in vivo evaluation of antipyretic effects of hydro-methanolic extract of Cleome scaposa leaves	Pakistan
Thoughts modulate the expression of inflammatory genes and may improve the coronary blood flow in patients after a myocardial infarction	Italy
Self microemulsifying formulation of Lagerstroemia speciosa against chemically induced hepatotoxicity	India
Attenuation of quorum-sensing-dependent virulence factors and biofilm formation by medicinal plants against antibiotic resistant Pseudomonas aeruginosa	India
Co-administration effects of aqueous extract of turnip leaf and metformin in diabetic rats	Iran
Inhibitory effects of Tabernaemontana divaricata root extract on oxidative stress and neuronal loss induced by amyloid β 25–35 peptide in mice	Thailand

Title	Country
Improvement of spatial learning and memory, cortical gyrification patterns and brain oxidative stress markers in diabetic rats treated with <i>Ficus deltoidea</i> leaf extract and vitexin	Malaysia
Beneficiary effect of <i>Commiphora mukul</i> ethanolic extract against high fructose diet induced abnormalities in carbohydrate and lipid metabolism in wistar rats	India
Safety evaluation of Bon-santé cleanser® polyherbal in male Wistar rats: Further investigations on androgenic and toxicological profile	Nigeria
Inhibition of aqueous extracts of <i>Solanum nigrum</i> (AESN) on oral cancer through regulation of mitochondrial fission	Taiwan
Dillenia indica L. attenuates diabetic nephropathy via inhibition of advanced glycation end products accumulation in STZ-nicotinamide induced diabetic rats	India
Protective effects of salep against isoniazid liver toxicity in wistar rats	Iran
Kingiodendron pinnatum, a pharmacologically effective alternative for <i>Saraca asoca</i> in an Ayurvedic preparation, Asokarishta	India
Evaluation of in vitro and in vivo antileishmanial potential of bergenin rich <i>Bergenia ligulata</i> (Wall.) Engl. root extract against visceral leishmaniasis in inbred BALB/c mice through immunomodulation	India

表二、第八卷第二期

Title	Country
Genistein modulates the estrogen receptor and suppresses angiogenesis and inflammation in the murine model of peritoneal endometriosis	India
Analysis of Kras gene from induced pancreatic cancer rats administered with <i>Momordica charantia</i> and <i>Ocimum basilicum</i> leaf extracts	Nigeria
A technology developed from concept of acupuncture and meridian system, the clinical effect of BIO CERAMIC resonance on psychological related sleep disturbance with findings on questionnaire, EEG and fMRI	Taiwan
Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain	Belgium
Evaluation of antinociceptive, antihyperglycemic, and membrane stabilizing activities of <i>Garcinia lancifolia</i> Roxb	Bangladesh
Traditional plants used for the treatment of gynaecological disorders in Vedaranyam taluk, South India - An ethnomedicinal survey	India
Aqueous extract of <i>Carica papaya</i> Linn. roots potentially attenuates arsenic induced biochemical and genotoxic effects in Wistar rats	Nigeria
Skeletal muscle relaxant effect of a standardized extract of <i>Valeriana officinalis</i> L. after acute administration in mice	France
Can therapeutic Thai massage improve upper limb muscle strength in Parkinson's disease? An objective randomized-controlled trial	Thailand
Usage, biological activity, and safety of selected botanical dietary supplements consumed in the United States	USA

表三、第八卷第三期

Title	Country
Anti-rheumatoid activity of ethanolic extract of <i>Sesamum indicum</i> seed extract in Freund's complete adjuvant induced arthritis in Wistar albino rats	India
Medicinal and health benefit effects of functional sea cucumbers	Indonesia
Effects of preoperative administration of ginger (<i>Zingiber officinale</i> Roscoe) on postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy	Iran
Impact of green tea extract on serum lipid of postmenopausal women: A randomized controlled trial	Iran
Herbal remedies for liver fibrosis: A review on the mode of action of fifty herbs	India
An update on natural compounds in the remedy of diabetes mellitus: A systematic review	India
Kolaviron attenuated arsenic acid induced-cardiorenal dysfunction via regulation of ROS, C-reactive proteins (CRP), cardiac troponin I (CTnI) and BCL2	Nigeria
Molecular mechanism of apoptosis induction in Jurkat E6-1 cells by <i>Tribulus terrestris</i> alkaloids extract	India
Bioactive constituents from cinnamon, hemp seed and <i>Polygonum cuspidatum</i> protect against H ₂ O ₂ but not rotenone toxicity in a cellular model of Parkinson's disease	Australia
DNA scission and LDL cholesterol oxidation inhibition and antioxidant activities of Bael (<i>Aegle marmelos</i>) flower extracts	Canada

表四、第八卷第四期

Title	Country
In vitro studies of the anticancer action of <i>Tectaria cicutaria</i> in human cancer cell lines: G0/G1 p53-associated cell cycle arrest-Part I	India
Rosemary leaves extract: Anti-snake action against Egyptian <i>Cerastes cerastes</i> venom	Egypt
Extraction, isolation and identification of flavonoid from <i>Chenopodium album</i> aerial parts	India
Chemical composition, antioxidant potential, macromolecule damage and neuroprotective activity of <i>Convolvulus pluricaulis</i>	India
Anti-inflammatory and preventive activity of white mulberry root bark extract in an experimental model of pancreatitis	India
Various stem cells in acupuncture meridians and points and their putative roles	Indonesia
Preliminary clinical assessment and non-toxicity evaluation of an ayurvedic formulation BGR-34 in NIDDM	Indonesia
Relaxant effects of <i>Azadirachta indica</i> A. Juss var. <i>siamensis</i> Valetton flower extract on isolated rat ileum contractions and the mechanisms of action	Thailand
A review of antioxidant and pharmacological properties of phenolic compounds in <i>Acacia confusa</i>	Taiwan
Herbal beverages: Bioactive compounds and their role in disease risk reduction - A review	Canada

表五、eJTCM 編輯委員會成員之國別

國家分布	15
USA	12
Taiwan	14
Canada	1
Austria	1
Brazil	1
Italy	3
Malaysia	1
China	6
Luxembourg	1
Iran	1
Thailand	1
Korea	1
Australia	1
United Kingdom	1
Netherlands	1
Total	46

輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫

許中華

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區

摘要

研究目的：本計畫旨在發展中醫客觀評量方式，建立中醫 OSCE 題庫，培訓中醫及中藥指導教師，進而建構完整而良好的中醫臨床教學環境，提昇中醫醫事人員執業素質，以增進國民健康福祉。

研究方法：

辦理中醫 OSCE 教案寫作暨考官培訓工作坊，培養指導教師寫作教案的能力；配合中醫內科及針灸科專科醫師訓練試辦計畫，設計中醫 OSCE 試題；辦理中醫指導醫師、指導藥師臨床教學實務訓練課程，培訓更多主代訓院所的指導醫師，以增加臨床訓練場域；與北區其他中醫臨床訓練院所、台灣標準化病人協會合作，辦理一次中醫客觀性結構型臨床技能考試。

結果與討論

本計畫完成中醫 OSCE 試題共 6 題，包括中醫內科及針灸科各 3 題；辦理臨床教學實務訓練課程，共培訓 51 位指導醫師與 68 位指導藥師；辦理考官培訓工作坊，共 31 位指導醫師完成認證；辦理 1 次中醫客觀性結構型臨床技能考試，共有北區 75 位受訓中醫師參與。對提升中醫臨床教學、訓練、考試的素質都有助益。

關鍵詞：中醫臨床技能、中醫客觀性結構型臨床技能考試、中醫師資培訓

The Program to Build the Model of Objective Structured Clinical Examination and the Training Course of Tutors in Clinical Education in Traditional Chinese Medicine

HSU, CHUNG-HUA

Linsen Chinese Medicine and Kunming Branch, Taipei City Hospital

ABSTRACT

Aim:

To build up a good clinical education environment of traditional Chinese medicine and to cultivate the tutors of traditional Chinese medicine and Chinese pharmacy, the objective structured clinical examination for traditional Chinese medicine (TCM-OSCE) is used to raise the quality of staffs in traditional Chinese medicine.

Methods:

We trained the tutors to design the questions of obstructive structured clinical examination by holding the workshop. We held the conferences for tutors of traditional Chinese medicine doctors and phamacists. We also cooperated with Taiwanese Standardized Patients Association and other hospitals to hold an examination of TCM-OSCE.

Results & Discussions:

We designed 6 subjects for TCM-OSCE, and held 2 conferences for 51 traditional Chinese medicine doctors and 68 Chinese medicine pharmacists and an examination with 75 doctors attending. The program provided benefits in traditional Chinese medicine tutor education and TCM-OSCE.

Keywords: TCM Clinical skills, TCM-OSCE, TCM tutor education

壹、前言

一、目的

本計畫希能藉由發展中醫臨床技能訓練及評量方式，培訓中醫及中藥臨床教學優良師資，並與其他中醫臨床訓練院所合作，以建構完整而良好的中醫臨床教學環境，一起為健全中醫師臨床訓練制度、提昇中醫醫事人員執業素質而努力，以促進全國人民的健康福祉。

二、實施方法

依據衛生福利部召開相關專家會議及台灣中醫醫學教育學會所擬訂之指導師資認證要點，辦理中醫及中藥指導教師臨床教學實務訓練課程，培訓更多主、代訓院所的指導醫師，以增加臨床訓練場域。同時為建立中醫客觀化評估模式，辦理 OSCE 教案寫作暨考官培訓工作坊，培養指導教師寫作教案及擔任考官的能力；並配合中醫內科及針灸科專科醫師訓練試辦計畫，設計中醫 OSCE 試題，送教案審查中心審查後修正；最後與北區其他中醫臨床訓練院所、台灣標準化病人協會合作，辦理一次中醫客觀性結構型臨床技能考試，以總結訓練成果。

三、預計成果

完成指定科別之中醫臨床技能測驗教案，完訓指定名額之考官培訓工作坊、指導醫師及指導藥師之臨床教學實務訓練。

貳、材料與方法

一、辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練

(一)依中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點，辦理中醫臨床教學實務訓練課程（10小時）：

1. 中醫專科門診教學（3小時）：依照內、婦、兒、針灸、傷科分別邀請資深指導醫師，依中醫門診教學實務經驗分享在臨床教學上常見的狀況、不同案例（該案例如何引導學生、如何教學）。
2. 中醫會診教學（1小時）：以本院陽明院區為例，將西醫住院會診中醫的流程、注意事項、會診後討論等部分進行說明，與學員討論進行實例與教學模式，分享在中醫會診中常見的教學問題。
3. 中醫病房教學（1小時）：安排 7-9 月份，以本院林森院區為例，請學員實際參與林森院區中醫住院病房 Chart Round，結合中醫科、藥劑科、護理科、營養科等跨團隊醫療服務，讓學員了解病房教學流程與問題，課後討論與分享。
4. 指導中醫臨床教學討論會（2小時）：安排 7-8 月份實際參與本院每月擴大病例討論會，觀摩資深指導醫師的教學重點及教學技巧。
5. 中訓練成效評估及回饋（1小時）：各項臨床技能評估簡介，包括 mini-CEX、DOPS、OSCE。
6. 中醫臨床技能實作評估學習（2小時）：以 mini-CEX 為課程實作，分內婦兒科、針傷科觀看臨床教學影片後分組討論，並模擬實際評估及回饋。

(二)參加對象：中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練醫院或協同訓練院所醫師或對臨床教學具熱忱之醫師。

(三)課程認證：送交台灣中醫醫學教育學會進行課程認證。

(四)本院於上課後統一寄發中醫臨床教學實務訓練課程研習證明。

二、辦理中藥師指導教師之中藥臨床教學實務訓練

(一)依中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點，辦理中藥臨床教學實務訓練課程：

指導藥師培訓課程內容-中藥臨床教學實務訓練課程（10小時）

1. 藥品調劑實作教學（2 小時，含中藥疑義處方案例教學）：
 - (1) 課程應包含了解中藥品調劑（含科中、飲片、外用製劑）標準作業流程。
 - (2) 指導藥師執行中藥處方判斷性服務及案例討論。
 - (3) 指導藥師執行民眾中藥藥物諮詢及案例討論。
 - (4) 學員（科中、飲片、外用製劑）藥品調劑 DOPS 考核評量表介紹。
2. 藥品給藥衛教教學（2 小時，臨床諮詢案例教學）：
 - (1) 課程應包含教導正確中藥煎劑煮方法。
 - (2) 中藥煎劑與中藥濃縮科中之服法。
 - (3) 中藥服藥時間及配伍禁忌。
 - (4) 教導正確中藥儲存方式。
 - (5) 中醫藥就醫用藥教育 5 大核心能力。
 - (6) 學員中藥藥品給藥衛教 OSCE 考核評量表介紹
3. 中藥藥品製備實作教學（2 小時，含藥材炮製與藥劑製作教學）：
 - (1) 掌握中藥炮製的基本概念及目的。
 - (2) 課程應包含臨床常用中藥炮製方法、原理及炮製品質標準介紹（如何製作藥材炮製與藥劑教學標準影片）。
 - (3) 理解中藥炮製前後性狀功效差異。
 - (4) 學員中藥藥品製備實作 DOPS 考核評量表介紹
4. 中飲片鑑別教學（2 小時，含中藥不良品案例教學）：
 - (1) 課程應包含認識中藥材五官鑑別的含義及執行方法。
 - (2) 針對臨床上常用中藥，配合實務藥材之外部形態，了解『經驗鑑別術語』含義。
 - (3) 常用中藥飲片優質規格介紹。
 - (4) 常見中藥不良品案例介紹。
 - (5) 學員中藥飲片鑑別使用之 checklist 評量表介紹。
5. 中藥不良反應案例教學（2 小時，含藥品交互作用案例教學）：
 - (1) 課程應包含藥不良反應案例教學應包含了解中藥及西藥不良反應通報差異。
 - (2) 了解中藥不良反應通報方式與流程及臨床意義。
 - (3) 中藥不良反應案例討論。

- (4) 中西藥交互作用影響。
- (5) 如何查詢中西藥交互作用。
- (6) 中藥摻雜西藥議題及如何衛教病人。
- (7) 學員中藥不良反應案例臨床報告評量口試格式介紹。

(二)參加對象：中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練醫院或協同訓練院所醫師或對臨床教學具熱忱之醫師。

(三)課程認證：送交台灣中醫醫學教育學會進行課程認證。

(四)本院於上課後統一寄發中醫臨床教學實務訓練課程研習證明。

三、輔導本部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題

本院配合衛生福利部政策，輔導或協助北區訓練院所處理中醫師訓練相關問題，協調北區協同訓練及代訓容額事宜。

北區主要訓練醫院部分課程師資不足，本院將協助支援所分派之訓練院所不足之科別的師資與教學，例如：中醫骨傷科、中藥局、中醫婦科、中醫兒科等，以協助各訓練院所皆能完成符合規定之訓練課程。

四、辦理中醫 OSCE 實務工作坊

擬於辦理中醫 OSCE 測驗前辦理考官培訓工作坊，課程內容包括：

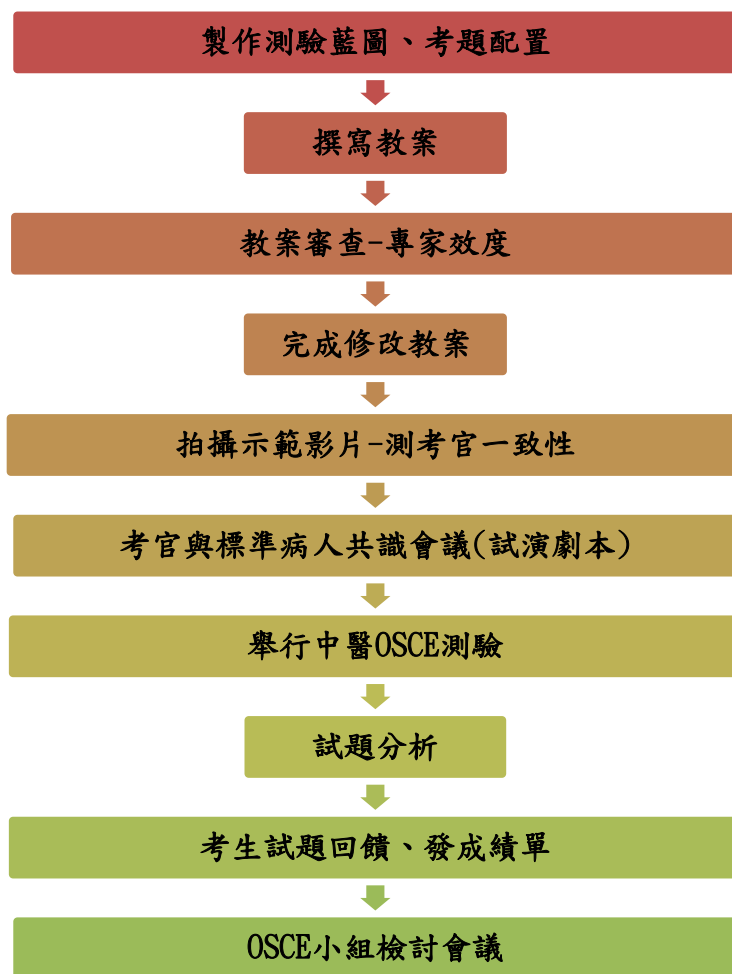
- (一) OSCE 基本課程：4 小時。
- (二) OSCE 評分方法課程：2 小時。
- (三) OSCE 考試實際評分：4 小時。

五、撰寫教案及辦理學員之 OSCE 臨床技能評估考核：

(一)辦理中醫 OSCE 教案寫作工作坊

1. 依據「教案審視中心」、「研訂中醫 OSCE 相關規範中心」的專家會議共識辦理。
2. 考題教案設計：（分組討論與實作）-目標、劇情設計、SP 指引。
3. 考題教案設計：（分組討論與實作）-考生指引、考官指引、評量表。
4. 案例討論與演練。

(二)本院撰寫教案與執行 OSCE 測驗流程圖：



(三) OSCE 教案結構：（依教案審視中心規定之格式）

1. 告示牌
2. 考生指引
3. 考官指引
4. 評分表
5. 評分說明
6. 標準病人指引（包含劇本、對白例句等）

(四) 撰寫 6 題教案

依計畫公告要求就衛生福利部指定中醫內科及針灸科各設計 3 題教案，送交計畫「教案審視中心」審視，再就審視通過教案辦理 OSCE 考試。

6題教案如下：

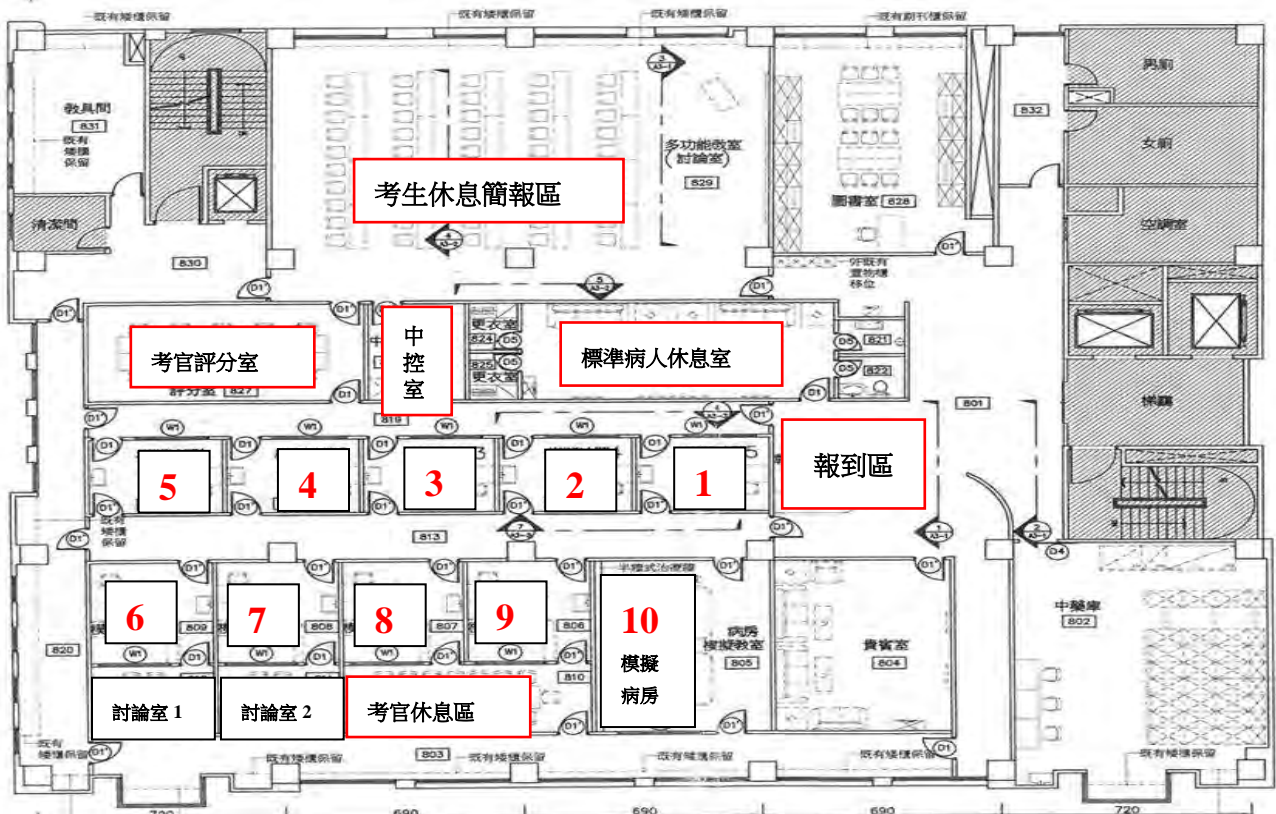
科別	題目	測驗面向
中醫內科	肺癌照護	臨床處理與衛教
中醫內科	水腫	中醫四診望、聞、問、切
中醫內科	胃潰瘍	病情解釋與醫病溝通
針灸科	右肱骨上端未特定骨折癒合期之後續照護	病情解釋與醫病溝通
針灸科	針灸後發生氣胸之處理	臨床處理與衛教
針灸科	針刺後發生滯針之緊急處置及衛教	臨床處理與衛教

(五)場地規劃與設施

本院中醫臨床技能測驗中心包括：中醫內婦兒科模擬診間 5 間、中醫針傷科模擬診間 4 間、模擬病房 1 間、討論室 2 間，除可供臨床技能教學訓練使用，並可進行教學型或測驗型 OSCE。

台北市立聯合醫院 中醫臨床技能測驗中心

平面配置圖



模擬診間標準配備，包含：電子時鐘/計時板、專用電腦、診療桌、診療椅、診療床、洗手水槽，符合中醫模擬臨床實境空間設備。



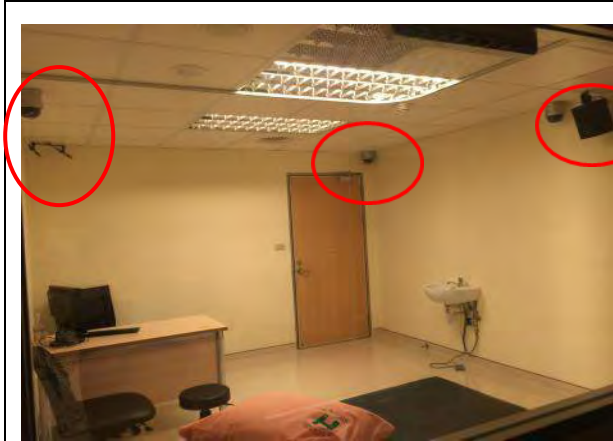
中醫臨床技能訓練暨評量中心的模擬診間內部皆有錄音錄影設備以及獨立中控室，外部的環繞走道設有單面鏡供人員由外向內觀察；可用以培訓 OSCE 考官或觀摩。



360 度錄影機



音響設備



模擬診間錄音錄影裝置系統

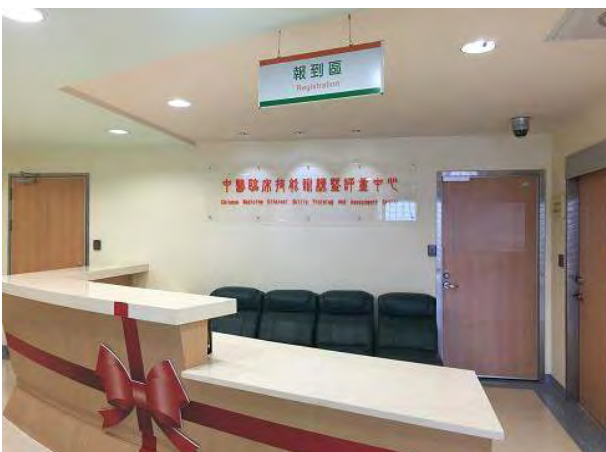


收音麥克風



走道單面鏡

因考量考場動線安排，設有報到區域、考官/標準病人、考生不同休息區域，進行區隔。



報到區



標準病人休息室



考生休息區/簡報區



個人置物櫃







標準病人獨立洗手間





標準病人更衣室

現有相關模具包括：外科縫合練習手臂(可供針灸教學或測驗)、兒童假人模具(可供兒科教學或測驗)、脈搏模擬訓練組(可供脈診教學或測驗)、外科縫合練習腿、針灸頭部訓練模型。

編號	教具模組名稱	圖片	說明
1	外科縫合練習手臂		可提供針灸教學或測驗
2	外科縫合練習腿		可提供針灸教學或測驗

編號	教具模組名稱	圖片	說明
3	針灸頭部訓練模型		可提供針灸教學或測驗
4	脈搏模擬訓練組		脈診教學或測驗
5	舌象儀		舌診教學或測驗
6	脈波模擬訓練系統		可供脈診教學或測驗

編號	教具模組名稱	圖片	說明
7	中醫科訓練模組		<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫銅人針灸教學 2. 中醫耳穴針灸教學 3. 中醫脈絡教學
8	兒童照護模型、嬰兒模型	 兒童照護模型	兒童照護模型 <ol style="list-style-type: none"> 1. 兒童照護技術練習：眼睛及耳朵沖洗練習、口腔護理、氣切照護、鼻胃管照護。 2. 具有導尿與灌腸功能且能更換男女外生殖器器官。 3. 清潔身體練習。

(六)臺北市立聯合醫院中醫醫學部 OSCE 小組工作內容編制如下：

試務主持人-許中華院長

考場主任-葉裕祥醫務長

考場副主任-黃伯瑜主任

考場副主任-邱榮鵬主任

(七)參與中醫 OSCE 測驗受訓醫師：

邀請北區主要訓練醫院包括：臺北市立聯合醫院各院區、三軍總醫院、台北榮民總醫院、衛生福利部基隆醫院、基隆長庚醫院、臺北醫學大學附設醫院、衛生福利部桃園醫院指派受訓醫師一同參與本院舉辦中醫 OSCE 測驗，藉此測驗可了解受訓中醫師的學習成效。

參、結果

本年度計畫成果包括以下：

- 一、辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程
- 二、辦理指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程
- 三、輔導本部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題
- 四、辦理中醫 OSCE 實務工作坊
- 五、撰寫教案及辦理學員之 OSCE 臨床技能評估考核

(一) 辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程

指導單位：衛生福利部中醫藥司

主辦單位：臺北市立聯合醫院中醫醫學部

參加對象：中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練醫院或協同訓練院所中醫師或對臨床教學具熱忱之中醫師

課程日期：107 年 7 月 1 日(星期日) 08:00-17:30

課程地點：臺北市立聯合醫院中醫中心 8 樓多功能教室
(臺北市萬華區昆明街 100 號)

實際參與人數：51 人

議程表：

【PART 1】

時間	議題	認證時數
08:00-08:20	報到	
08:20-08:30	長官致詞	
08:30-09:30	中醫臨床技能評估簡介 (MINI-CEX、DOPS、OSCE)	中醫臨床技能測驗實作評估 60 分鐘
09:30-10:30	中醫會診教學實務	中醫會診 60 分鐘
10:30-10:40	休息	
10:40-11:20	中醫門診教學實務-婦科	中醫專科門診教學 40 分鐘
11:20-12:00	中醫門診教學實務-兒科	中醫專科門診教學 40 分鐘
12:00-13:00	休息	
13:00-13:40	中醫門診教學實務-內科	中醫專科門診教學 40 分鐘
13:40-14:20	中醫門診教學實務-針灸科	中醫專科門診教學 40 分鐘
14:20-15:00	中醫門診教學實務-傷科	中醫專科門診教學 40 分鐘

時間	議題	認證時數
15:00-15:10	休息	
15:10-16:10	中醫臨床技能實作評估學習 與回饋-內、婦、兒	中醫臨床技能測驗實作評估學習 60分鐘 訓練成效評估及回饋 60分鐘
16:10-17:10	中醫臨床技能實作評估學習 與回饋-針灸、傷科	
17:10~17:30	綜合討論	

【PART 2】

課程名稱	課程日期	時間	地點	認證時數
中醫病房教學 實務	7/18、8/8、 8/29、任選一 次週三中午	12:30 13:30	林森院區 6F 護理站	中醫病房 60分鐘
指導中醫臨床 教學討論會	7/26、8/23、 任選一次 週四上午	08:00 10:00	中醫中心 8樓多功能 教室	指導中醫臨床教學 討論會 120分鐘
			PART 1 + PART 2	共計 10hr



計畫主持人-許院長致詞



臺北市立聯合醫院黃主任主講



臺北市立聯合醫院葉主任主講



臺北市立聯合醫院許主任主講



臺北市立聯合醫院劉主任主講



臺北市立聯合醫院林醫師主講



臺北市立聯合醫院吳主任主講



臺北市立聯合醫院邱主任主講



學員觀看影片，模擬 Mini-CEX 實作練習，分組討論熱烈。(內科)



學員觀看影片，模擬 Mini-CEX 實作練習，分組討論熱烈。(針灸科)



中醫病房教學實務課程



中醫病房教學實務課程



指導中醫臨床教學討論會



指導中醫臨床教學討論會

(二)辦理指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程

中藥學指導教師-中藥臨床教學實務訓練課程

主辦單位：臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區藥劑科

時間：2018年08月04日(星期六) 13:00-17:00

2018年08月05日(星期日) 08:00-15:00

地點：10844 臺北市萬華區昆明街 100 號

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區 8 樓多功能教室

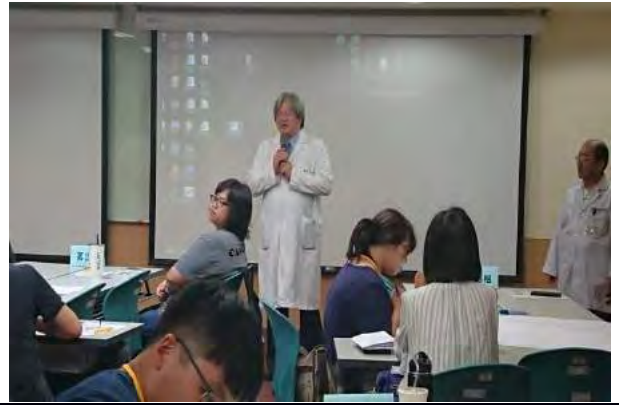
實際參與人數：68 人

議程表：

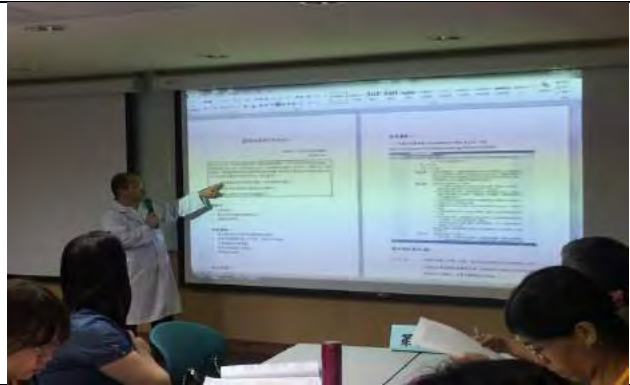
時間	主題
107.08.04 (六)	
13:00-14:40	中藥藥品調劑實作教學 (含中藥疑義處方案例教學)
14:40-15:00	休息
15:00-16:40	中藥不良反應案例教學 (含藥品交互作用案例教學)
107.08.05 (日)	
08:20-10:00	中藥藥品製備實作教學 (含藥材炮製與藥劑製作教學)
10:00-10:20	休息
10:20-12:00	中藥藥品給藥衛教教學 (含臨床諮詢案例教學)
12:00-13:00	休息 (提供午餐餐盒)
13:00-14:40	中藥飲片鑑別教學 (含中藥不良品案例教學)



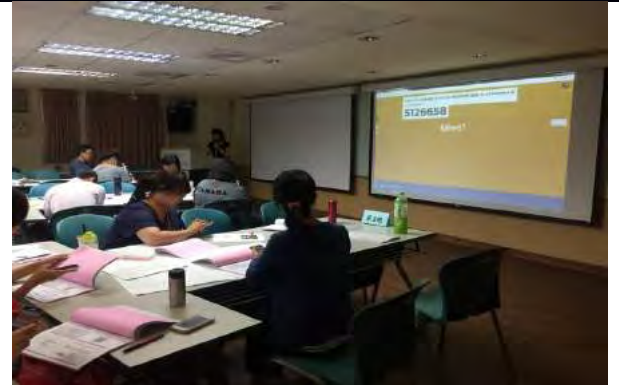
臺北市立聯合醫院陳副策略長致詞



臺北市立聯合醫院葉醫務長致詞



臺北市立聯合醫院吳主任主講



臺北市立聯合醫院黃藥師主講



臺北市立聯合醫院鄭藥師主講



中藥藥品製備實作教學-三伏貼



中藥藥品製備實作教學-三伏貼



臺北市立聯合醫院陳藥師主講

分組討論熱烈



新漢醫藥股份有限公司-鄭副總經理主講

(三) 輔導本部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題

1. 提供院所諮詢有關自訓及代訓醫師訓練相關問題
2. 指導教師資格認證及展延問題
3. 辦理中醫 OSCE 相關問題
4. 本院於 107 年 10 月 4 日舉辦臺北市立聯合醫院中醫醫學部代訓說明會，共有 31 位有意願參加代訓之中醫師出席，另有 4 位中醫診所代表出席。



10/4 中醫醫學部代訓說明會

5. 協助區域內主要訓練醫院教學科別不足之教學訓練

訓練科別	主要醫院
中藥局	臺北榮民總醫院、臺北市立聯合醫院仁愛院區、衛生福利部臺北醫院、臺北市立聯合醫院陽明院區、臺北市立聯合醫院和平婦幼院區、臺北市立聯合醫院中興院區、臺北市立聯合醫院忠孝院區
傷科	基隆長庚紀念醫院、衛生福利部臺北醫院、臺北市立聯合醫院陽明院區、臺北市立聯合醫院中興院區、臺北市立聯合醫院忠孝院區
兒科	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區、臺北市立聯合醫院中興院區
婦科	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區

(四) 辦理中醫 OSCE 實務工作坊

指導單位：衛生福利部

主辦單位：臺北市立聯合醫院中醫醫學部

參訓對象：於中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之主要訓練醫院或
協同訓練院所執業中醫滿五年以上，具指導醫師資格
者優先。

地點：臺北市立聯合醫院中醫中心（臺北市萬華區昆明街 100 號）

時間：107 年 4 月 22 日(星期日) 08:00-17:40

（*另須於 9 月 18 日或 10 月 16 日參與 OSCE 臨床技能評估考核
實際評分者，方能取得中醫 OSCE 考官認證）

實際參與人數：31 人

時程↵	課程主題↵		
07:45-08:00↵	報到↵		
08:00-08:10↵	長官致詞↵		
08:10-09:00(50min)↵	OSCE 評分表與及格標準之制定原則↵		
09:00-09:50(50min)↵	OSCE 評分共識建立↵		
09:50-10:40(50min)↵	OSCE 考官注意事項及考場突發狀況之處理↵		
10:40-10:50↵	休息↵		
10:50-11:40(50min)↵	OSCE 基本概念與藍圖規劃↵		
11:40-12:30(50min)↵	OSCE 劇本寫作注意事項↵		
12:30-13:30↵	午餐↵		
13:30-14:20(50min)↵	標準化病人在 OSCE 的角色與常見問題↵		
14:20-14:30↵	休息↵		
↵	OSCE 教案實作及演練:↵ 1. 考題教案設計分組討論:(包括劇本、告示牌、 SP 指引、考生指引、評分表。)↵ 2. 教案劇本試演與評分練習 ↵		
14:30-15:10(40min)↵	看影片評分↵		
15:10-16:30(80min)↵	A 組↵	B 組↵	C 組↵
	分組討論各科 教案/20 分鐘 ↵	分組討論各科 教案/20 分鐘 ↵	分組討論各科 教案/20 分鐘 ↵
16:30-17:30(60min)↵	教案實作綜合討論↵ 依教案順序分組分享心得↵		
17:30-17:40↵	綜合討論↵		
17:40~↵	賦歸↵		



中醫藥司致詞



計畫主持人致詞



全體大合照



使用線上即時回饋系統與學員互動



花蓮慈濟醫院謝副主任主講，使用線上即時回饋系統與學員互動。



臺北市立聯合醫院李主任主講，並觀看影片討論。



臺北市立聯合醫院徐管理師主講，並與學員互動討論 SP 角色。



中國醫大附設醫院侯醫師主講，及帶領中醫教案寫作分組討論。

(五)撰寫教案及辦理學員之 OSCE 臨床技能評估考核

1. 完成中醫內科、針灸科 OSCE 教案共 6 題

科別	題目	測驗面向
中醫內科	肺癌照護	臨床處理與衛教
中醫內科	水腫	中醫四診望、聞、問、切
中醫內科	胃潰瘍	病情解釋與醫病溝通
針灸科	右肱骨上端未特定骨折癒合期之後續照護	病情解釋與醫病溝通
針灸科	針灸後發生氣胸之處理	臨床處理與衛教
針灸科	針刺後發生滯針之緊急處置及衛教	臨床處理與衛教

2. 辦理中醫 OSCE 測驗

與台灣標準化病人協會合作，先於 107 年 9 月 11 日、10 月 2 日舉辦考官與標準病人共識會議，其後於 9 月 18 日、10 月 16 日在本院中醫中心 8 樓中醫臨床技能訓練暨評量中心辦理中醫 OSCE 測驗。

- (1) 受測對象：臺北市立聯合醫院各院區與計畫分派主訓醫院（三軍總醫院、台北榮民總醫院、衛生福利部基隆醫院、基隆長庚醫院、臺北醫學大學附設醫院、衛生福利部桃園醫院）之受訓中醫師。
- (2) 實際測驗人數：9 月 18 日 72 名、10 月 16 日 60 名。
- (3) 測驗站數：第一次進行中醫內科 2 題、中醫婦科 1 題；第二次進行針灸科 3 題。



9/11 考官與 SP 共識會議



9/11 考官與 SP 共識會議



10/2 考官與 SP 共識會議



10/2 考官與 SP 共識會議



9/18 考官與 SP 共識會議—內科



9/18 考官與 SP 共識會議—內科



9/18 考官與 SP 共識會議—婦科



10/16 考官與 SP 共識會議—針灸科



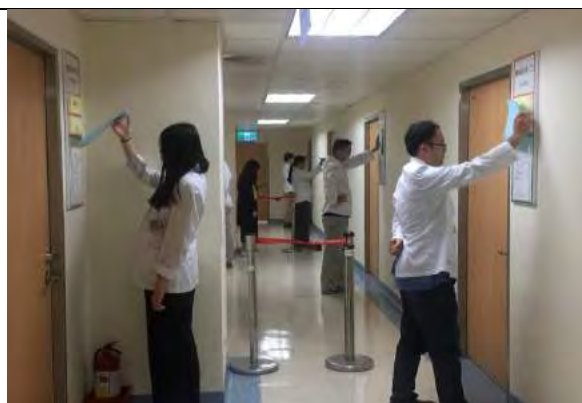
10/16 考官與 SP 共識會議—針灸科



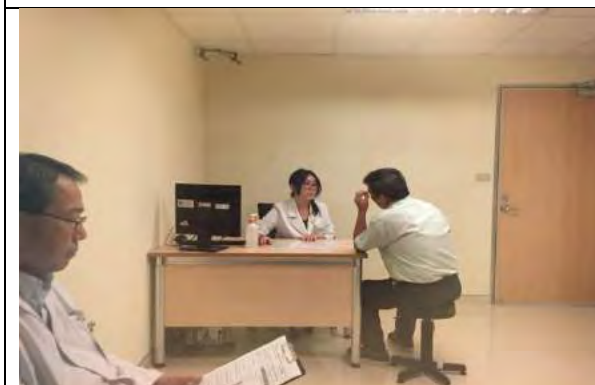
10/16 考官與 SP 共識會議—針灸科



考生考前說明簡報



考生看告示牌



中醫內科 OSCE 測驗



中醫內科 OSCE 測驗



中醫婦科 OSCE 測驗



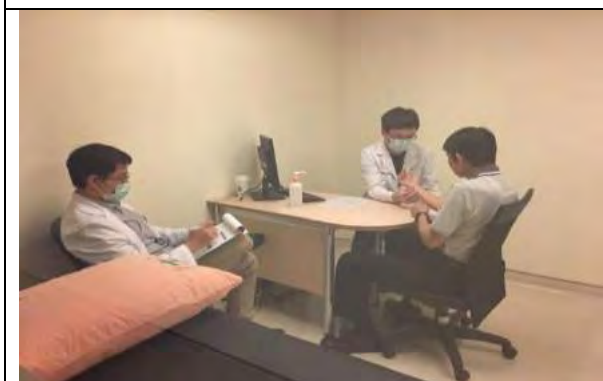
中醫婦科 OSCE 測驗



針灸科 OSCE 測驗



針灸科 OSCE 測驗



針灸科 OSCE 測驗



針灸科 OSCE 測驗



測驗後問卷回饋



9/18 考官與 SP 合影



9/18 考官與 SP 合影



10/16 考官與 SP 合影

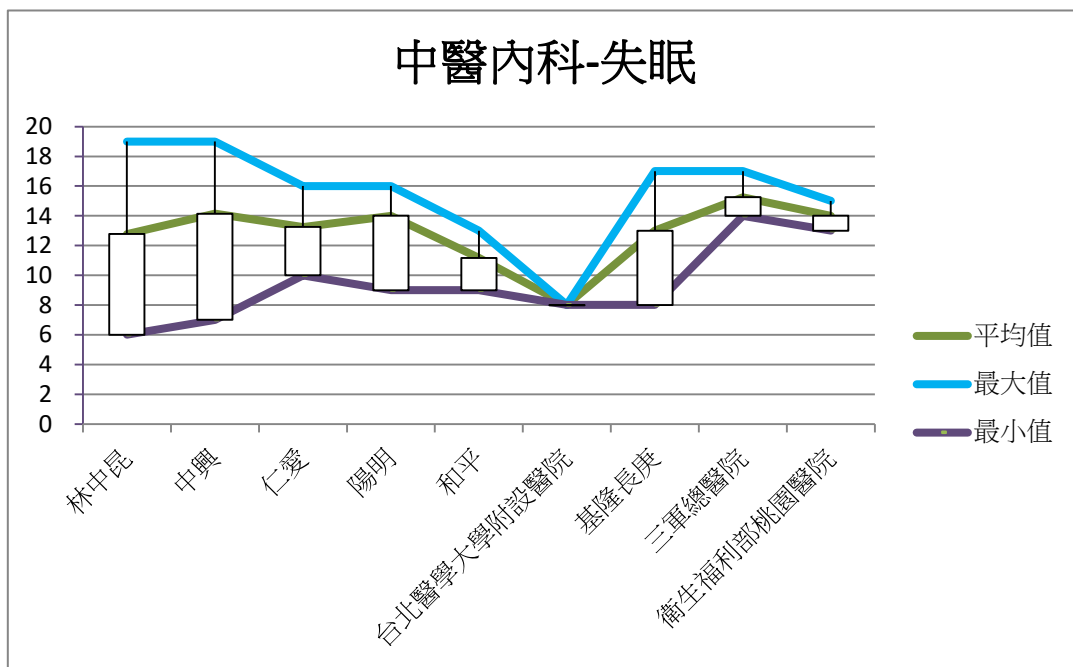
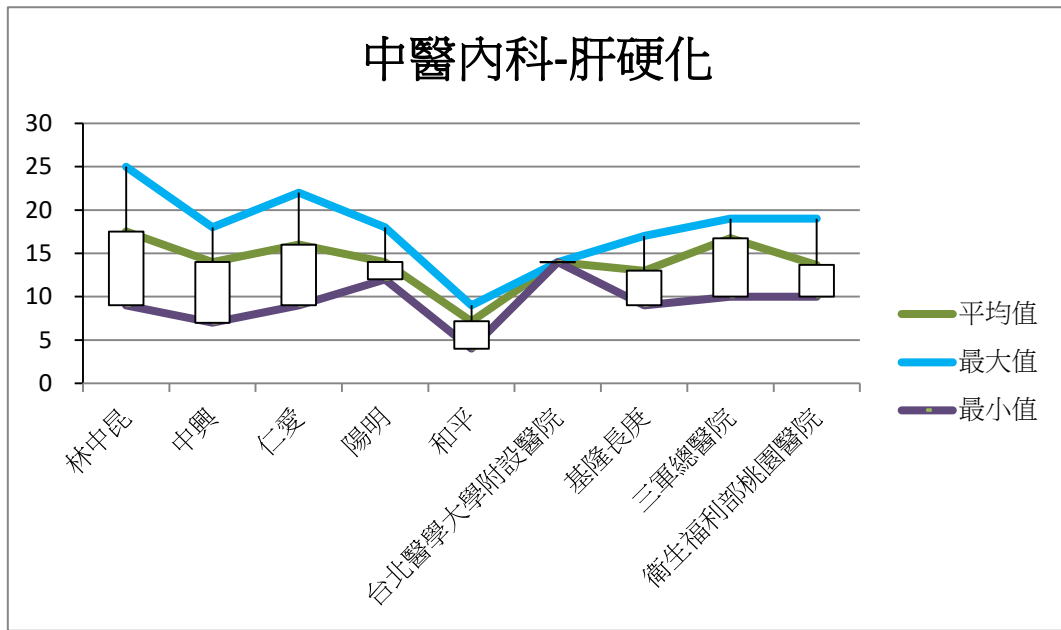
(4)考生成績

考站名稱	考生分數				
	總分	最高分	最低分	平均分數	考生人數
肝硬化	26	25	4	15.222	72
失眠	22	19	6	13.041	72
更年期症候群	20	18	4	10.569	72
腦中風	28	24	8	15.433	60
針刺後發生滯針之緊急處置及衛教	18	18	8	13.466	60
肘隧道症候群理學檢查	32	21	1	11.983	60

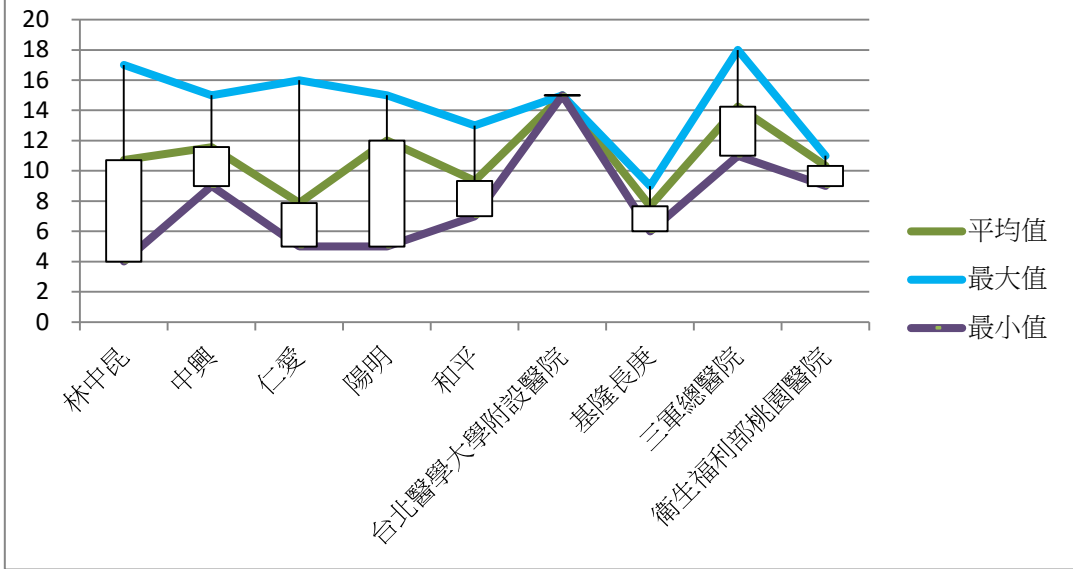
(5)考題鑑別度

高分組(總分前 27%)			低分組(總分後 27%)			考題鑑別度	考題困難度
考生人數	通過人數	通過率	考生人數	通過人數	通過率		
17	12	70.6%	17	3	17.6%	0.53	0.44118
17	11	64.7%	17	3	17.6%	0.47	0.41176
17	10	58.8%	17	4	23.5%	0.35	0.41176
17	11	64.7%	17	3	17.6%	0.47	0.41176
17	17	100.0%	17	12	70.6%	0.29	0.85294
17	2	11.8%	17	0	0.0%	0.12	0.05882

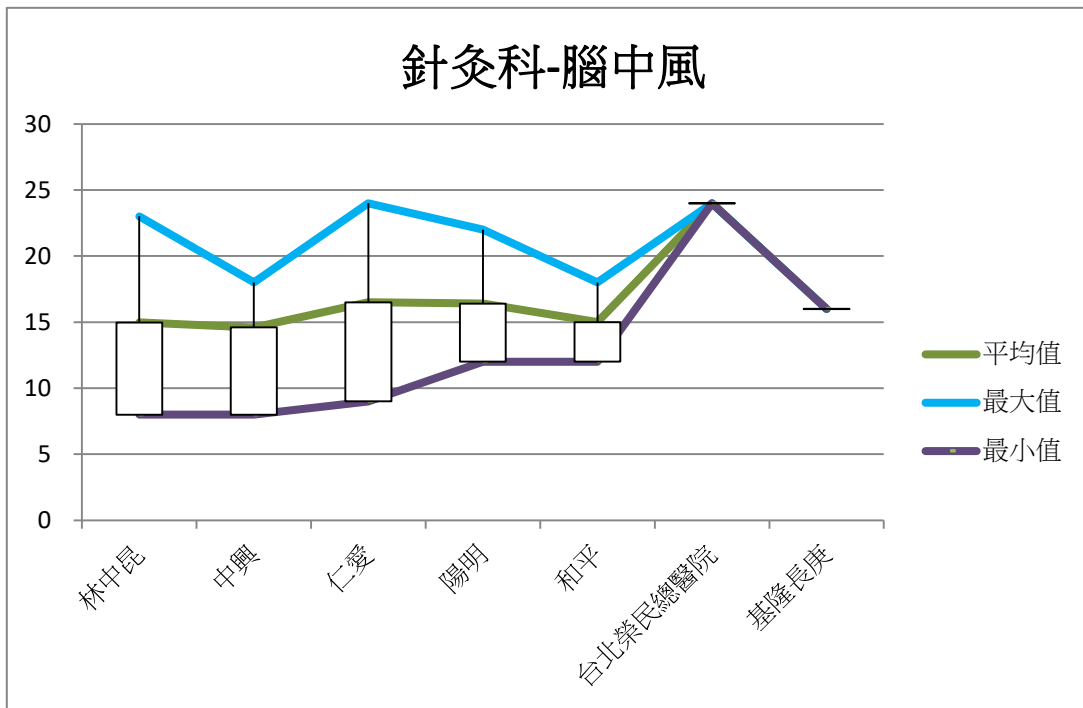
(6)各醫院考生各科測驗評分統計圖



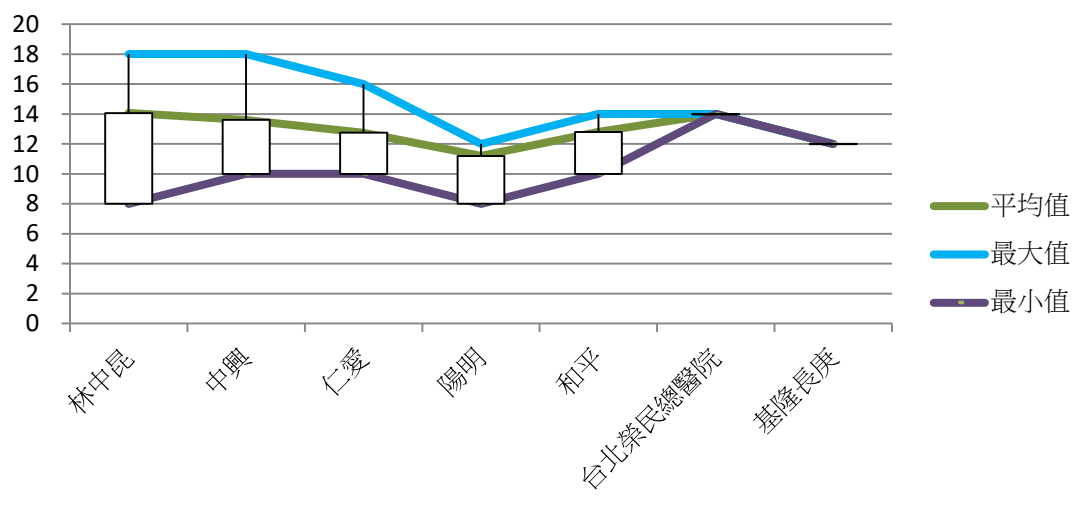
中醫婦科-更年期症候群



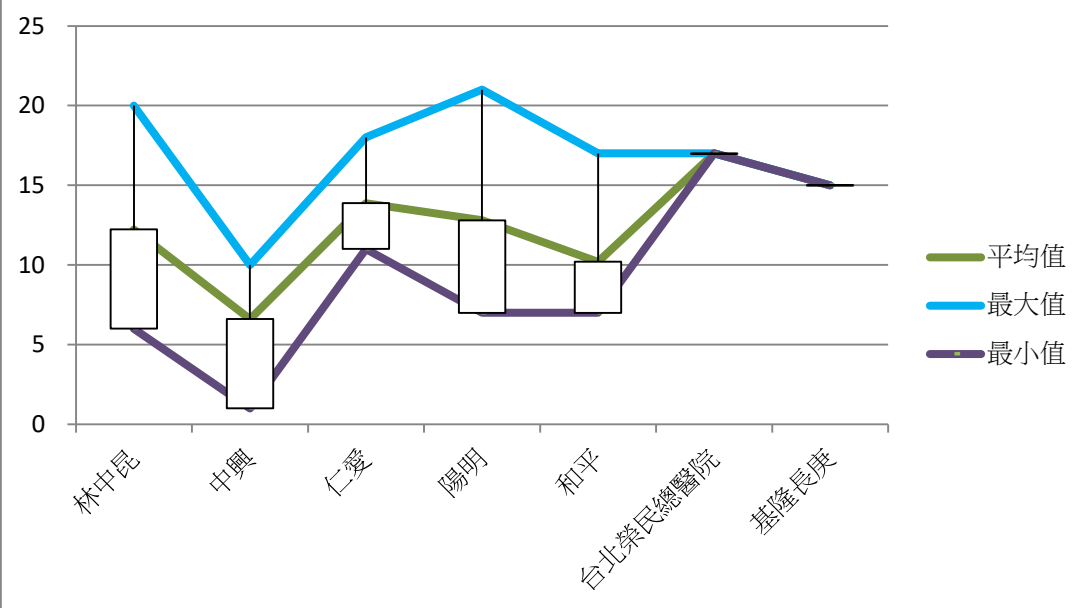
針灸科-腦中風



針灸科-針刺後發生滯針之緊急處置及衛教



針灸科-肘隧道症候群理學檢查



(7)考生測驗問卷回饋分析

9/18	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
考生說明	33	36	3	0	0
測驗流程	29	39	4	0	0
考間動線	28	40	4	0	0
使用器材	22	39	11	0	0
標準化病人	33	30	9	0	0
行政準備及協助	30	38	4	0	0
測驗前，報到等候時間 (15分鐘)是否剛好？	太長	有點長	剛好	有點不足	太短
	1	17	54	0	0
測驗站之數量設計 (共3站)是否剛好？	太多	有點多	剛好	有點少	太少
	0	7	60	5	0
各站測驗時間(8分鐘) 是否剛好？	太長	有點長	剛好	有點不足	太短
	1	26	42	3	0
本次測驗對您後續臨床 訓練的助益程度？	非常有助益	有助益	普通	沒有助益	非常沒有助益
	1	36	30	3	2

10/16	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
考生說明	18	36	6	0	0
測驗流程	14	39	7	0	0
考間動線	19	35	6	0	0
使用器材	15	36	8	1	0
標準化病人	21	32	7	0	0
行政準備及協助	20	34	6	0	0
測驗前，報到等候時間 (15分鐘) 是否剛好？	太長	有點長	剛好	有點不足	太短
	4	10	46	0	0
測驗站之數量設計 (共3站) 是否剛好？	太多	有點多	剛好	有點少	太少
	1	6	47	6	0
各站測驗時間(8分鐘) 是否剛好？	太長	有點長	剛好	有點不足	太短
	6	23	31	0	0
本次測驗對您後續臨床訓練的助益程度？	非常有助益	有助益	普通	沒有助益	非常沒有助益
	4	31	20	5	0

3. 107年2月23日參加「107年新研發教案協調會議」
4. 107年3月19日參加第一次中醫專科醫師制度建構計畫
5. 107年4月13日參加第一次專家共識會議
6. 107年4月23日參加專家內部OSCE教案審查共識會議



7. 107年6月15日參加中醫 OSCE 教案審查會議

8. 107年6月19日參加研訂中醫內科、針灸科相關規範專家共識會



6/19 研訂中醫內科、針灸科相關規範專家共識會

9. 107年6月22日參加第二次專家共識會議

10. 107年6月25日參加第二次中醫專科醫師制度建構計畫

11. 107年7月23日參加第三次中醫專科醫師制度建構計畫

12. 107年8月16日參加第二次研訂中醫內科、針灸科相關規範專家共識會



8/16 第二次研訂中醫內科、針灸科相關規範專家共識會

13. 107年8月21日參加第四次中醫專科醫師制度建構計畫

14. 107年9月3日參加中醫專科醫師制度建構計畫暨中醫專科試辦醫院申請說明會

15. 107年9月21日參加年第三次專家共識會議
16. 107年10月14日參加中醫專科醫師制度建構計畫「試辦醫院計畫審查委員訓練」
17. 107年10月29日參加第三次研訂中醫內科、針灸科相關規範專家共識會



10/29 第三次研訂中醫內科、針灸科相關規範專家共識會

18. 107年11月5日參加第五次中醫專科醫師制度建構計畫

肆、討論

在 OSCE 教案部分，本年度因應衛生福利部要求，配合中醫專科醫師訓練試辦計畫，故考題設定以中醫內科、針灸科第三、四年醫師為評核對象；然而由於目前尚無專科醫師受訓者，所以在實際施測時只能針對第一、二年受訓中醫師為對象，導致鑑別度可能受影響，此點有待進一步整合各中醫 OSCE 中心測驗結果後進行分析探討。

目前中醫 OSCE 測驗面向已形成共識分為「中醫四診」、「病情解釋」、「醫病溝通」、「臨床處理及衛教」、「單項技能操作」等 5 個部分，設計教案要考慮能不能考？能不能演？能不能評？此外要考慮到中醫是辨證論治，必須要有中醫診斷治療的特色在其中，而又不能與現代醫學脫軌，因此我們所訂定的題目包括「肺癌照護」、「水腫」、「胃潰瘍」、「右肱骨上端未特定骨折癒合期之後續照護」、「針刺後發生滯針之緊急處置及衛教」、「針灸後發生氣胸之處理」等以西醫病名或中醫狀態為主題，再配合臨床實務，希能達到中西醫結合的目標。

除了中西醫結合之外，中醫內科的舌診、脈診，針灸科的特殊針法、複雜針法都是中醫最有特色的內涵，應該要加以注重。以中醫內科判讀舌象為例，中醫師臨床上會觀察舌頭及舌苔的顏色、大小、形態，並注意有無朱點、瘀點、裂紋等特徵；然而目前只能測驗其能不能注意到「有、無」齒痕、裂紋、朱點、瘀點等特徵，至於每一個人對於舌色「淡」、「淡紅」、「紅」、「絳紅」、「紫」之間差異的認知不同，這與個人的視覺辨識能力和經驗有關，儘管臨床實用價值很高，很難將之列為 OSCE 評分項目，又如中醫的脈診可包括「位、數、形、勢」等要素，但是只有速率(rate)與節律(rhythm)可以列為「客觀的」評分項目，其他部分仍有困難，也是因為每一個人的觸感及認知不盡相同，如果無法建立對操作型定義的共識，自然也難有適當的標準病人或模具被認定可行，TCM-OSCE 將缺少此一大部分中醫的精華。此部分未來應可考慮邀請中醫診斷學會、中醫臨床技能學會加入討論，相信能發展出更明確的內涵。

我們也尋求更多適宜的教具可供中醫臨床訓練考試使用，但除了考量較具實用性之外，機關公部門對計畫經費使用的限制，以及採購的時效性與一致性，都會影響教案設計。建議邀請西醫的專家提供此方面的經驗做為參考。

本計畫執行辦理中醫 OSCE 實務及考官培訓工作坊，為了讓課程更多

元化以開闊學員的視界，特地邀請了不同醫學院校的專家前來講授，包括臺北市立聯合醫院師資培育中心李教學主治醫師（西醫）、花蓮慈濟醫院臨床技能中心主持人謝副主任（西醫）、中國醫藥大學附設醫院中醫部侯主治醫師（中醫）等，並帶領進行分組討論、實作、報告以加深印象，這樣的安排一方面促進不同醫院中、西醫臨床技能中心之間的交流，一方面為中醫 OSCE 培訓更多人力資源。未來希望中醫能盡速推動比照西醫由專責單位如台灣醫學教育學會辦理考官認證，並進一步規劃辦理全國一致性的測驗，以檢視訓練計畫成效。

在辦理中醫指導醫師臨床教學實務訓練課程的部分，為了配合政策擴大受訓場域以增加受訓容額，我們今年度接受了更多中醫診所執業滿 5 年的醫師來參加，以培訓更多指導醫師。課程除了邀請各科資深指導醫師藉由影片或照片的實例分享經驗，也介紹 mini-CEX、DOPS、OSCE、360 度等評量方式在中醫臨床教育訓練的實務應用，並藉由分組討論實作的方式讓參加的醫師們有練習的機會以加深印象。此外為了盡量符合「實務」的精神，我們安排這些醫師們實際到現場參加教學病例討論會、病房 chart round 教學等，透過實際融入的氛圍以提升成效。在過程中看到幾位北部中醫界的資深醫師也放下前公會理事長的身段從頭到尾一起參與，投入教學的熱忱令人感動；但是相對也有前公會理事長的資深醫師蜻蜓點水般的簽到後不久即離開，令人遺憾。

伍、結論與建議

中醫發展 OSCE 是必要的趨勢之一，本計畫執行 OSCE 測驗行之有年，並且形塑成具有中醫特色又有素質的評量方式，也進一步在計畫的執行面、分析面、統籌面上做更多的修正及努力，105 年在「量」方面要建構題庫，106 年重點在「質」方面強化中醫意涵，今年實行質量並重在量的方面增加測驗題數到幾題，並且實施測驗人數從去年的幾人增加為幾人，質的部分在考官命題上更趨嚴謹，依據時事及需求撰寫出更有效的題庫，以及更能夠測出信度與效度的命題。

具體建議如下：

1. 先分析探討今年各中醫 OSCE 中心測驗結果，再決定明年是否以中醫專科醫師等級的題目對第一、二年受訓中醫師施測。
2. 未來專家會議除邀請相關專科醫學會如中醫內科醫學會、中華針灸學會等列席外，也邀請中醫臨床技能學會、中醫診斷學會一同參與，提供專業意見。
3. 邀請西醫的專家提供有關於採購 OSCE 教具的時效性、一致性以及經費核銷經驗，各中醫臨床技能中心統一辦理。
4. 比照西醫由專責單位如台灣醫學教育學會辦理 OSCE 考官認證，並進一步規劃辦理全國一致性的測驗，以檢視訓練計畫成效。
5. 在數位學習的時代，未來可規劃將六大核心課程改為線上學習，讓臨床教師將更多時間和機會用在臨床教學實務的參加與交流。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-211-000101 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 蔡淳娟(2009)·OSCE 實務：建立高品質臨床技術測驗的指引·台北：聯新國際醫療集團。
2. 蔡淳娟(2012.10)·中醫醫學教育與臨床技能評量·高雄市：聯新亞洲醫學教育有限公司。
3. 李石增(2010.09)·客觀結構式臨床測驗-從基礎建立到執行與品質監測·臺北市：台灣愛思唯爾。
4. 考選部·臨床技能測驗(OSCE)納入牙醫師、中醫師、藥師國家考試應考資格之可行性研討會會議實錄(民 102.01)·臺北市：考選部
5. 陳鋼(2009)·新世紀全國高等中醫藥院校創新教材-辯證論治情景模擬培訓教程·北京：中國中醫藥出版社。
6. 張新渝(2006)·中醫四診技能訓練規範·北京：中國中醫藥出版社。
7. 臺灣中醫診斷學會(2015.10)·中醫診斷術語手冊·桃園市。
8. 董衛國(2013.1)·客觀結構化臨床考試與標準化病人·北京：人民衛生出版社。
9. 王志國(2015.4)·病狀術語規範化基礎·北京：人民衛生出版社。
10. 韓霏主編(2014)·中國模擬醫學教學·北京：清華大學出版社。
11. Peggy Wallace、唐健(譯)·標準化病人輔導：臨床能力評估方法·北京：北京大學出版社。

輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫

沈炫樞

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

摘 要

為了提升中醫醫療品質，與培育新進中醫住院醫師，本院接受衛生福利部輔導，建構中醫(藥)學臨床技能測驗題庫、辦理中醫臨床技能測驗及中醫(藥)臨床教學實務訓練課程以及提供住院患者中西醫整合醫療服務，期望新進中醫師能得到更好的臨床訓練以提升中醫師執業素質，進一步建立未來中醫專科醫師訓練場所，為中醫專科醫師制度鋪路，提供民眾優質的中醫醫療照護品質。

本院於今年度執行本計畫完成建構中醫臨床技能教案 9 例，並從中挑選 7 例（「審視教案中心」提供 1 例）成為 107 年 10 月 14 日中醫 OSCE 測驗考題，測驗對象為兩年期負責訓練醫師。此外，107 年 4 月 1 日與大林慈院同步連線辦理實習醫學生中醫 OSCE 測驗。為培訓更多 OSCE 考官，舉辦 1 場 OSCE 考官培訓工作坊，共培訓 10 名中醫 OSCE 考官（至今，慈濟體系共有 33 位中醫 OSCE 考官）。並於 107 年 7 月 29 日辦理「指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程」及「指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程」，共培育 24 名指導中醫師及 17 名指導中藥師。

中醫臨床技能測驗除了可作為多元化具體教學評估方式，亦可作為未來中醫師專科醫師國家考試項目，此舉有助於提升中醫臨床技能品質，也提供民眾更優質的中醫醫療照護。

關鍵詞：臨床技能評估、臨床教學、客觀結構式臨床測驗

The Guidance in Chinese Medicine Clinical Skills Assessment Model and Clinical Teaching Practice Training Program

Hsuan-Shu Shen

Hualien Tzu Chi General Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

ABSTRACT

To improve healthcare quality of Chinese medicine and nurture junior Chinese medical physicians, Hualien Tzu Chi general hospital guided by Ministry of Health and Welfare carry out the Guidance in Chinese Medicine Clinical Skills Assessment Model and Clinical Teaching Practice Training Program. The program included establishment of clinical case scenarios, conducting clinical teaching practice training program for physicians and pharmacists, organizing objective structured clinical examination (OSCE) for junior Chinese medical physicians and suppling Chinese and western medical care service for inpatients in need. Through the program, we look forward to giving junior Chinese medical physicians better clinical training quality and building up the system of Chinese medicine specialist in the future.

The attending physicians in Hualien Tzu Chi general hospital have written 9 clinical case scenarios and 7 of these were selected to be samples in the OSCE for junior Chinese medical physicians on October, 14, 2018. Furthermore, we held an OSCE for interns from Department of Post Bachelor Chinese Medicine, Tzu Chi University on April, 1, 2018. We also organized clinical teaching practice program for Chinese medical physicians and pharmacists on July, 9, 2018, and 24 physicians and 17 pharmacist attended the class and qualified.

Chinese medical OSCE could be used as multiple assessment tools for junior Chinese medical physicians and could be used in national examination for Chinese medical specialists in the future. The healthcare quality of Chinese medicine would be elevated through providing better training program for junior Chinese medical physicians and building up the system of Chinese medical specialists.

Keywords: clinical skills assessment model, clinical teaching practice training program, objective structured clinical examination

壹、前言

本院宗旨為「人本醫療、尊重生命」，自成立之初，皆秉持以病人為中心的理念，提供民眾適切的全人醫療照顧模式，建立良好醫學教育場所也是本院追求的目標。本院為東部唯一一家一般醫學示範中心；99 年更獲衛生福利部補助辦理「臨床技能評估模式建置及一般醫學師資培育計畫」自今。除此之外本院於 98 年 10 月份設立臨床技能訓練及評估中心，也是東部地區唯一通過國家認證之「臨床技能測驗考場」，可供慈濟大學醫學系醫學生及慈濟醫院兩年期負責訓練醫師、住院醫師或其他醫事人員，甚至花東地區各類醫事人員等，教學訓練與評測的場所。

基於上述經驗，本院承接衛生福利部「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」，承襲「一般醫學內科訓練示範中心」之運作模式，改善中醫臨床訓練環境，強化中醫臨床技能訓練，提供培訓中醫師之場所，以培訓院內及院外中醫師，研訂中醫(藥)各科目之臨床技能測驗題庫及標準化病人培訓等工作。本院積極推廣臨床技能評估模式，並活用已建置之臨床技能評估測驗場地，透過此計畫將臨床技能評估測驗應用推廣至中醫領域，評核其臨床照護能力及技能，以提升中醫醫療服務品質。

貳、實施方法與步驟與結果

一、辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程

本院配合「中醫醫療機構負責醫師訓練計劃」於 107 年 7 月 29 日在花蓮慈院辦理指導醫師中醫臨床技能教學實務訓練，講師為花蓮慈院中醫部各科主任及資深主治醫師和臺北慈院中醫部陳部長（皆領有 106 年指導醫師師資證書），授課內容包含中醫 OSCE 簡介、中醫專科門診教學、病房會診教學、指導中醫臨床教學討論會、中醫臨床技能實作評估學習等(圖 1)。課程共有 24 名來自全省各地的中醫師參與。

時間	議題
07:30~08:00	報到
08:00-09:00	中醫臨床技能評估簡介(MINI-CEX, OSCE)
09:00-10:00	病例討論會
10:00-11:00	如何指導中醫臨床教學討論會
11:00-12:00	中醫會診教學實務
12:00-12:30	午餐
12:30-13:30	中醫病房教學實務
13:30-15:00	中醫門診教學實務—內婦兒科
15:00-16:30	中醫門診教學實務—針傷科
16:30-17:30	中醫臨床技能實作評估學習與回饋—內婦兒科
17:30-18:30	中醫臨床技能實作評估學習與回饋—針傷科

圖 1、「107 年度指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程」課程表

本次課程為讓參加的醫師更有參與感，授課內容增加相關示範影片的方式授課、利用問答方式增加與學員互動的機會，以了解醫師的問題，並當場解答。例如：講師於中醫臨床技能實作評估學習與回饋-針傷科的課程上播放受訓醫師進行操作型技能直接觀察評量(DOPS)的影片，與學員一起進行評量，讓每位參與的學員學習評量與回饋技巧。另外，本次參與醫師於中醫臨床技能實作評估學習與回饋-內婦兒科的課程上，詢問如何客觀評估受訓學生的學習成效並給予客觀的回饋，講師提出利用三明治回饋法的方式給予回饋，並盡量以具體的事項讓受訓學生了解自己學習的優缺點。

107年7月29日「指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程」滿意度

課程滿意度							
中醫臨床技能評估簡介	如何指導中醫臨床教學討論會	病例討論會	中醫會診教學實務	中醫病房教學實務	中醫門診教學實務-內婦兒	中醫門診教學實務-針傷	中醫臨床技能實作評估學習與回饋
4.7	4.5	4.7	4.7	4.6	4.7	4.7	4.7

講師滿意度					
楊主任	陳一部長	王主任	林副部長	林主任	陳一醫師
4.6	4.8	4.8	4.8	4.9	4.8

服務態度		
工作人員態度	上課環境	課程時間安排
4.8	4.8	4.8

根據課後滿意度調查結果顯示（如上表），學員們對於每一課程的課程滿意度、講師滿意度及行政安排，皆給予 4.5 分以上之高分（滿分為 5 分），且眾多學員給予「上課充實，收穫良多」高評價回饋。由此可知，授課講師的教學態度與內容獲得學員們的肯定，且辦理「指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程」對臨床教學是有正面幫助的。

◆107年7月29日指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程



中醫臨床技能評估簡介



病例討論會



指導中醫臨床教學討論會



中醫會診/病房教學實務



中醫門診教學實務-
內婦兒科



中醫門診教學實務-
針傷科



中醫臨床技能實作評估學習與回饋

學員上課情形

二、辦理指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程

本院配合「中醫醫療機構負責醫師訓練計劃」於107年7月29日舉辦指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程，講師則由業界、學界及臨床中藥師擔任，分別是新漢醫藥股份有限公司鄭副總經理、中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系郭教授、林口長庚紀念醫院中醫藥劑部郭藥師、臺北慈濟醫院藥學部中藥股王股長及本院中藥局何組長。授課內容包含藥品調劑實作教學、藥品給藥衛教教學、中藥藥品製備實作教學、中藥飲品鑑別教學、中藥不良反應案例教學(圖2)。

時間	議題
07:30-08:00	報到
08:00-08:15	培訓營課程前測評量
08:15-10:00	藥品調劑實作教學技巧
10:00-12:00	中藥飲片鑑別教學課程設計
12:00~12:30	午餐
12:30-14:30	中藥藥品製備實作教學技巧
14:30-16:30	中藥不良反應案例教學技巧
16:30-18:15	藥品給藥衛教教學技巧
18:15-18:30	培訓營課程後測評量

今年共有17名中藥師參與受訓，課程內容為讓參加的藥師更有參與感，增加「中藥藥品製備實作教學課程」課程的實際操作時間，讓每位參與課程的學員能實際動手操作，增加實作經驗。

107年7月29日「指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程」滿意度

課程滿意度											
藥品調劑實作				中藥飲片鑑別教學				中藥藥品製備實作教學			
講師的講解能力	課程內容符合需求	有助於臨床教學工	整體課程安排	講師的講解能力	課程內容符合需求	有助於臨床教學工	整體課程安排	講師的講解能	課程內容符合需求	有助於臨床教學工	整體課程安排
4.8	4.8	4.9	4.8	4.7	4.9	4.8	4.7	4.9	4.8	4.8	4.9

課程滿意度								整體滿意度		
中藥不良反應案例				藥品給藥衛教				工作人員態度	上課環境	課程時間安排
講師的講解能力	課程內容符合需求	有助於臨床教學工	整體課程安排	講師的講解能力	課程內容符合需求	有助於臨床教學工	整體課程安排			
4.9	4.8	4.9	4.9	4.9	4.9	4.8	4.9	4.9	4.9	4.8

根據學員對課程之整體滿意度結果顯示（如上表），學員們整體而言對講師的講解能力、課程內容符合需求、有助於臨床教學工作、課程安排等的滿意度皆獲得 4.7 分以上之高分（滿分為 5 分），且有學員給予「課程內容豐富，受益良多」的高評價回饋。由此顯示出改變授課方式的有達到學員對課程之期待。

◆107 年 7 月 29 日指導藥師中藥臨床教學實務訓練課程



藥品調劑實作教學技巧



中藥飲片建別教學課程設計



中藥藥品製備實作教學技巧



中藥不良反應案例教學技巧



藥品給藥衛教教學技巧



學員上課情形
(實際操作)

三、處理中醫師訓練相關問題（含協調代訓容額事宜）

(一) 聯繫衛生福利部所分配轄區（宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣）內之院所（東基醫療財團法人臺東基督教醫院）及慈濟體系（臺北慈濟、臺中慈濟、大林慈濟），與其建立聯繫窗口，佈達中醫師臨床訓練

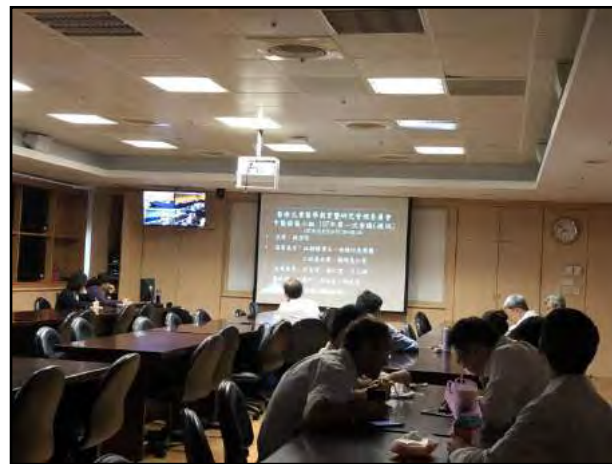
之消息（如：指導師資訓練課程、中醫 OSCE 測驗等），並定期追蹤其在中醫師臨床訓練方面是否需要協助。

(二) 每月第四週週一上午定期與臺北慈濟、臺中慈濟、大林慈濟舉行視訊會議討論計畫相關事宜，會議時間如表 1。今年因中醫師訓練並無重大議題提出討論，故僅就中醫 OSCE 考試日期進行討論，取得考試日期共識並協調當天能協助評分之考官。

表 1、「慈濟體系中醫聯席視訊會議」時間表

月份	日期	月份	日期	月份	日期
一月	107.01.22	二月	107.02.26	三月	107.03.26
四月	107.04.23	五月	107.05.28	六月	107.06.25
七月	107.07.23	八月	107.08.27	九月	中秋節取消
十月	107.10.22	十一月	暫定 107.11.26	十二月	暫定 107.12.24

◆每月召開「慈濟體系中醫聯席視訊會議」



(三) 協助衛福部分配轄區內之院所申請指導師資資格

國烈中醫診所曾院長於 106 年致電詢問申請指導醫師資格事宜，當時因已超過申請時間，故延至 107 年 3 月 20 日協助推薦送審，而醫策會已於 107 年 6 月 22 日公告審查通過，曾院長自 108 年起可擔任指導醫師。

四、辦理中醫 OSCE 實務工作坊

為推廣 OSCE 之認知，並儲備中醫 OSCE 考官人才庫，本計畫於 107

年 6 月 20 日在花蓮慈濟醫院舉辦中醫 OSCE 考官培訓工作坊，共有 10 位學員參加。為持續推動各職類 OSCE 之進行，本次特別邀請台灣專科護理師協會委員暨中國醫藥大學附設醫院教學部臨床技能訓練暨評量中心-何專科護理師蒞臨本院，為各職類人員講授課程：各職類運用 OSCE 『大不同』與評分表設計原理(圖 3)。

中醫 OSCE 考官基本課程暨評分方法工作坊			
活動議程：			
時間	主軸		講師
07:40-08:00(20')	報到		
08:00-08:50(50')	基本課程	醫學 OSCE 的起源與未來展望	
08:50-09:40(50')	基本課程	OSCE 團隊中考官的職責	
09:40-09:50(10')	Tea Time		
09:50-10:40(50')	基本課程	各職類運用 OSCE 『大不同』 與評分表設計原理	
10:40-11:30(50')	評分方法	認識評分方法	
11:30-12:20(50')	基本課程	標準化病人在 OSCE 的角色與 常見問題	
12:20-13:20(60')	中餐		
13:20-14:10(50')	評分方法	評分共識建立	
14:10-15:00(50')	中醫 OSCE 教案撰寫原則及演練		
15:00-15:20(20')	綜合討論		
15:20~	賦歸		

圖 3、「中醫 OSCE 實務工作坊」課程表

107 年 6 月 20 日中醫 OSCE 考官基本課程暨評分方法工作坊



講解各職類運用 OSCE 的異同

本次課程設計是依據台灣中醫臨床技能學會中醫客觀結構式臨床技能測驗考官培訓要點（草案）規範，也通過衛生福利部中醫藥司審核，課程安排如下，4小時基本課程、2小時評分方法課程，並於下午時段安排「中醫 OSCE 教案撰寫原則及演練」，由計劃主持人沈醫師與慈濟大學謝助理教授共同授課，其中謝老師就常見 OSCE 教案撰寫問題進行講解，利用今年撰寫的教案進行說明，讓與會醫師了解教案撰寫的細節，使往後撰寫的教案更臻完美。

107年6月20日中醫 OSCE 考官基本課程暨評分方法工作坊



講解撰寫 OSCE 教案常見問題

五、撰寫教案及辦理受訓學員之 OSCE 臨床技能評估考核

(一) 教案開發

除依衛生福利部指定科別（針灸、中醫內科）建立 6 例教案（面向為中醫四診 1 例、病情解釋 3 例、技能操作 2 例；其中 2 例涵蓋住院病人中醫會診及中西醫整合治療）外，本院因測驗需求，由各科主任及中醫部主任分別額外撰寫 3 例教案（兒科、傷科、婦科各 1 例），教案藍圖如下表所示。

107 年花蓮慈院中醫 OSCE 教案藍圖					
面向 科別	中醫四診		病情解釋	臨床處理 與衛教	單項技能 操作
	問(含病史 詢問)	望、聞、切 (含脈診及 身體診察)			
內科	中風 (中醫會診)		肝硬化 (中西醫整合)		
			紅斑性狼瘡		
婦科				基礎體溫	
兒科	發育遲緩				
針灸科			失智症		高血壓
					痛經
傷科	肩關節扭傷				

將教案送至「審視教案中心」前，為使教案撰寫的更完整，我們邀請慈濟大學謝美玲助理教授擔任教案審查員，並事先進行初步審查。

今年度共撰寫 9 例教案，其中有 6 例已於 107 年 4 月 30 日送至本計畫的「審視教案中心」審查，且已經過委員們多次的複審、修改，審查明細如表 2 所示。

表 2、107 年花蓮慈院中醫 OSCE 教案審查明細

107 年花蓮慈院中醫 OSCE 教案審查明細						
日期 題目		送審	第一次 修改	第二次 修改	第三次 修改	通過
1	中風	107.04.30	107.07.16	107.08.15	-	107.08.28
2	肝硬化	107.04.30	107.07.16	-	-	107.08.15
3	紅斑性狼瘡	107.04.30	107.07.16	107.09.25	107.10.29	107.10.30
4	失智症	107.04.30	107.07.16	107.08.17	-	107.08.28
5	高血壓	107.04.30	107.08.15	107.09.12	107.10.29	107.11.05
6	痛經	107.04.30	107.08.15	107.09.13	107.10.29	107.11.05
7	基礎體溫	於 107.04.30 通過慈濟大學謝助理教授審查				
8	發育遲緩					
9	肩關節扭傷					

為使考官評分時結果更具客觀性及一致性，本計畫於 107 年 8 月 26 日辦理「中醫 OSCE 教案開發工作坊」進行中醫 OSCE 教案觀摩影片之拍攝(圖 4)，共動員撰寫師資(考官) 7 名、標準化病人訓練師資 4 名、標準化病人 6 名、標準化考生 3 名、工作人員 7 名，拍攝之教案用於 107 年 10 月 14 日二年期負責訓練醫師中醫 OSCE 測驗。

階段	時間	min	主題	主講者	
一	08:00~08:30	30	上午場報到		
	08:40~10:00	80	共識/訓練 I (上午場教案)	指導師資群 試評考官群	
	09:50~10:00	10	學生說明	沈 恒醫師	
影片拍攝 I+試評 I					
二	拍攝時間/診間	min	中西藥合用衛教	痛經	
			(T701)	(T703)	
			(T705)		
	10:00~10:10	10	AI		
	10:20~10:30	10	A		
	10:30~10:50	20	影片檢視(不適當之影片， 休息後重拍)		
	10:50~11:00	10	休息，登記須重拍影片(不須重拍即可脫歸)		
11:00~11:30	30	影片重拍			
11:30~12:30	60	午餐			
三	12:00~12:30	30	下午場報到		
	12:30~14:00	90	共識/訓練 II (下午場教案)	指導師資群 試評考官群	
影片拍攝 II+試評 II(學生交換)					
四	拍攝時間/診間	min	紅斑性狼瘡	阿爾斯	
			(T701)	(T703)	
			(T705)		
	14:10~14:20	10			
	14:30~14:40	10	影片檢視(不適當之影片， 第六階段重拍)		
14:40~15:00	20	休息，登記須重拍影片			
15:00~15:10	10	影片重拍			
影片拍攝 III+試評 III(學生交換)					
五	拍攝時間/診間	min	肝硬化的	發育遲緩	
			(T701)	(T703)	
			(T705)		
	15:10~15:20	10			
15:30~15:40	10	影片檢視(不適當之影片， 第六階段重拍)			
15:40~16:00	20	休息，登記須重拍影片(不須重拍即可脫歸)			
16:00~16:10	10	影片重拍(時間彈性)			
六	16:10~17:00	50	試歸		
	17:00~				

圖 4、「中醫 OSCE 試題開發工作坊」課程表

107 年 8 月 26 日中醫 OSCE 試題開發工作坊



SP Trainer 訓練
標準化病人



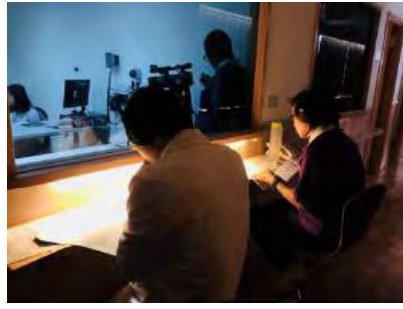
撰寫師資、SP Trainer 共訓
標準化病人



示範影片拍攝情形



撰寫師資教導評分項目



撰寫師資評分



觀看示範影片

(二) 辦理 OSCE 臨床技能評估考核 (考程一、實習醫學生)

107 年 4 月 1 日與大林慈院同步辦理中醫 OSCE 測驗，對象為慈濟大學學士後中醫學系四、五年級實習醫學生。測驗共分四梯次，一梯次開放兩道跑站，共動員正式考官 24 名、備用考官 2 名、試務人員 22 名、標準化病人 36 名、訓練考官及標準化病人師資 13 名，並從 106 年建立之 8 例教案中挑選 6 例作為考題，測驗藍圖如表 3。

慈濟體系中醫 OSCE 測驗流程



表 3、107 年 4 月 1 日中醫 OSCE 測驗藍圖

107.04.01 中醫 OSCE 測驗藍圖						
項目 \ 科別	內科	婦科	兒科	針灸科	傷科	中藥學
病史詢問			遺尿			
醫病溝通		帶下				
四診	水腫					
技能操作				下肢穴位	膝蓋扭傷	中西藥合用衛教

此次測驗與大林慈院同步連線舉辦，主考場為花蓮慈院，故本院教學部推派標準化病人中心主持人高聖博醫師至大林考場擔任指導人員，並隨時將考場狀況回報至主考場。

中醫 OSCE 測驗對即將進入中醫臨床實習前的四年級生來說

滿懷新鮮和緊張感；對五年級生而言，則是經過一年實習後的成果驗收，且本計畫至今實施第三年，故今年度的五年級考生已於106年4月9日進行過前測，因此，五年級生較四年級生能活用學習精髓，也更清楚如何抓住問診重點及評斷診療方式。

每個測驗考區共有四個梯次，每一梯次同時有10-12位考生應考，從診間常見的水腫問題、婦科帶下問題、小兒尿床問題、針灸穴位標定及傷科手法操作都納入考題，另外，對於病患較不熟悉的用藥問題，都精心規劃「中西藥合用衛教」考題。考生透過實際場景、真人模擬的標準化病人、真實道具等關卡後，不僅能夠增進對中醫臨床上的知識、態度與技巧外，同時也能加強與病患的溝通技巧及臨場反應。

過往學生都採紙筆測驗，容易流於紙上談兵，無法清楚學生與病人接觸時的臨場反應，而擔任考官之一的花蓮慈院中醫部柯部長表示，「如何噓寒問暖及如何切入跟病患聊天，甚至是有沒有同理心的感受都是無法透過平常的基本測驗評量的，只有藉由一對一與標準化病人互動的OSCE測驗才能讓考官好好地評估考生學習成效」。另外，受測考生呂先生表示，「實際問診與課本上所學完全不同，需要透過不同的方式和病患溝通以取得病情資訊，這次透過OSCE測驗，讓我們了解自己缺乏的地方」。

藉由OSCE測驗學生找到自己的不足，老師也能檢討教育重點，彼此教學相長，在進入臨床前能夠做足準備提升醫療品質。

表4、107年4月1日中醫OSCE測驗成績統計分析

107.04.01 中醫 OSCE 測驗成績統計(N=85)							
統計項目		內科	婦科	兒科	針灸科	傷科	中藥學
		水腫	帶下	遺尿	下肢 穴位	膝蓋 扭傷	中西藥合用 衛教
平均得分		63	78	51	55	68	59
最高分		88	100	79	92	96	100
最低分		25	42	25	19	42	20
不通過 人數	四年級	21	4	36	28	13	31
	五年級	11	1	34	22	7	11
不通過率(%)		37.2	5.8	81.4	58.1	23.3	48.8

從成績統計(表 4)可知，107 年 4 月 1 日中醫 OSCE 測驗成績未通過人數四年級實習醫學生較五年級實習醫學生多，其中，兒科遺尿不通過率甚高，且不通過人數四、五年級實習醫學生僅差 2 人，經分析後，我們認為可能原因為實習醫學生對於考試主題與面向熟悉度不足，兒科題目為小兒遺尿的病史詢問，目前兒科門診以過敏性疾病與皮膚疾病的患者較多，例如過敏性鼻炎、氣喘、蕁麻疹與濕疹等，實習醫學生較少有機會接觸到遺尿的小兒患者，故對於題目的掌握度不足。

另外，接受本次測驗的考生有 42 位與參與 106 年中醫 OSCE 測驗受測者相同，故我們將 106 年及 107 年區分為前、後測，並利用成對樣本 T 檢定(Paired Sample t test)進行統計分析，結果如表 5、表 6 所示。

表 5、各科前後測分數比較

前後測分數比較(科別)			
	前測(平均±標準差)	後測(平均±標準差)	P
總分	366.7±39.6	396.7±48.9	0.0007*
內科	50.9±18.1	66.6±10.7	<0.0001*
婦科	48.1±12.2	70.9±11.1	<0.0001*
兒科	64.8±10.3	51.8±10.5	<0.0001*
針灸科	76.9±11.8	80.0±11.6	0.111
傷科	45.6±18.7	57.9±14.1	0.001*
中藥學	68.6±17.1	69.4±16.5	0.421

由統計結果(表 4)可知，前測總分為 366.9±39.6 分，後測分數為 396.7±48.9 分，前測成績明顯高於前測成績。若以科別來看，經過實習後，實習醫學生在中醫婦科、中醫內科與中醫傷科的表現有顯著進步，進步分數分別為 22.8 分、15.7 分與 12.3 分；而針灸科及中藥學，後測的成績雖然較前測成績高，但沒有達到顯著性差異。然而，值得注意的是，中醫兒科的後測成績與前測成績相比，卻有明顯的退步，平均退步分數達 13.0 分。

表 6、各面向前後測分數比較

前後測分數比較(測驗面向)			
	前測(平均±標準差)	後測(平均±標準差)	P
四診	50.9±18.1	66.6±10.7	<0.0001*
病史詢問	48.1±12.2	51.8±10.5	0.06
醫病溝通與衛教	70.9±8.9	70.1±11.1	0.36
技能操作	57.1±12.3	69.0±10.6	<0.0001*

若以測驗面向(表 5)分析，中醫四診與臨床技能操作這兩個面向，後測成績有顯著進步，分別進步 15.7 分以及 11.9 分；在病史詢問與醫病溝通與衛教方面，與前測成績相比，後測成績並無顯著性增加。

107 年 4 月 1 日中醫 OSCE 測驗 (花蓮考場)



SP 訓練師資共識



考官共識



訓練情形(1)



訓練情形(2)



考生等待進場



考試情形



考場主持人監控考場



試後回饋



全體合影

107 年 4 月 1 日中醫 OSCE 測驗（大林考場）



報到情形



考官共識



SP 試前說明



考官觀看示範影片



教案訓練情形(1)



教案訓練情形(2)



觀摩情形



中控室



全體合影

(三) 辦理 OSCE 臨床技能評估考核（考程二、兩年期負責訓練醫師）

107 年 10 月 14 日辦理兩年期負責訓練醫師中醫 OSCE 測驗，測驗分兩梯次，共動員正式考官 16 名、備用考官 2 名、試務人員 18 名、標準化病人 16 名、標準化病人訓練師資 8 名。

此次依 106 年「輔導中醫臨床技能評估模式及教學實務訓練計畫」期末審查會議之建議將考題從 6 題增加至 8 題，並從今年度建立之 9 例教案中挑選 7 例及本計畫「審視教案中心」提供 1 例成為考題，各考題的及格分數設定則利用修正 angoff 法(modified angoff method)設定，測驗藍圖如下表所示。

107.10.14 中醫 OSCE 測驗藍圖							
評估項目 \ 科別	內科	婦科	兒科	針灸科	傷科	中藥	
中醫 病史詢問	中風		發育 遲緩				
中醫四診及理學檢查					肩關節 扭傷		
病情解釋及醫病溝通	肝硬化					中西藥 合用衛教	
臨床處理與中醫衛教		基礎 體溫		肘隧道 症候群			
中醫單項技能操作				痛經			

此次中醫 OSCE 測試的測驗對象主要為接受「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」的 29 名受訓醫師，受測者除慈濟醫院所屬的住院醫師外，還包括基層診所的代訓醫師。

花蓮慈院中醫部何副院長表示，透過實境問診的訓練與技能測驗，不只可以累積新進醫師的經驗，還可以從臨床教學的角度，幫助每個醫師自我提升醫療專業能力。受測的訓練醫師在測驗後也表示，因 OSCE 測驗臨場感高，透過 OSCE 的測驗，不僅能幫助自己在面對病人時，更加熟悉運用臨床知識與技巧幫助患者，也能增加自己的醫病溝通能力。

表 7、107 年 10 月 14 日中醫 OSCE 測驗(考程二)成績統計(N=29)：

107.10.14 兩年期負責訓練醫師中醫 OSCE 測驗成績(考程二)								
統計項目	內科		婦科	兒科	針灸科		傷科	中藥學
	中風	肝硬化	基礎體溫	發育遲緩	痛經	肘隧道症候群	肩關節扭傷	中西藥合用衛教
平均得分	55%	72%	83%	72%	82%	53%	81%	80%
最高分	86%	100%	100%	92%	97%	81%	100%	100%
最低分	29%	38%	65%	50%	59%	13%	54%	60%
及格標準分	71%	77%	73%	69%	84%	63%	65%	60%
不通過人數	25	15	5	8	15	24	7	0
不通過率(%)	86%	52%	17%	28%	52%	83%	24%	0%

從測驗成績統計(表 6)顯示，接受中醫 OSCE 測驗的兩年期負責訓練醫師成績普遍不理想，內科考題腦中風與肝硬化不通過率(86%與 52%)、針灸科考題痛經與肘隧道症候群不通過率(52%與 83%)較高，佔半數以上；而考生在中藥學考題，中西藥合用衛教則全部達到及格標準。可能原因為內科考題與針灸考題的應考對象原本設定為專科醫師，故考題設計難度較高，因此，第一年與第二年住院醫師的成績不盡理想。而婦科、兒科、傷科以及中藥考題，應考對象則設定為兩年期負責訓練醫師，故考題難度較符合測驗對象，故成績普遍較內科與針灸科高。

從測驗後考生給予的回饋(表 8)可發現，兩年期負責訓練醫師普遍認為此次考題難度較高，應該與此考題設計時的對象為專科醫師有關。另外，考生也認為有些題目指引不清楚導致作答方向無法掌握，進而影響考試成績，我們事後也針對考生反應的題目加以修正，以利之後的測驗使用。

表 8、107 年 10 月 14 日中醫 OSCE 測驗（考程二）考生回饋

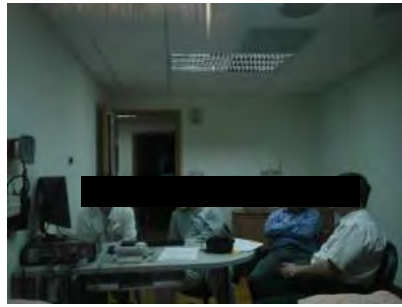
107.10.14 中醫 OSCE 測驗考生回饋(考程二)						
項目	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	
考試項目，來自於平日所學內容	0.0%	0.0%	3.4%	5	96.6%	%
試場各項標示與移動路線規劃清楚、合宜	0.0%	0.0%	0.0%	2	100.0%	%
試題指引內容清楚、訊息足夠	0.0%	10.3%	20.7%	3	69.0%	%
各站 SP 的演出皆像是真實病人	0.0%	3.4%	6.9%	4	89.7%	%
SP 題考試時間(8 mins)長短合宜	0.0%	0.0%	13.8%	3	86.2%	%
SP 題考試難度合宜	0.0%	0.0%	17.3%	5	82.7%	%
技能題考試時間(8 mins)長短合宜	0.0%	0.0%	10.3%	4	89.7%	%
技能題考試難度合宜	0.0%	0.0%	10.3%	6	89.7%	%
試務運作流程順暢、紀律良好	0.0%	0.0%	3.4%	3	96.6%	%

透過本次為住院醫師辦理的 OSCE 測驗，同為指導教師的考官們，能了解學員學習的盲點，進而調整教學方向，而住院醫師能了解自身的學習成效，對於較不熟習的科目能進行補救，進而提升本身的臨床處置能力，以利提供患者更好的醫療品質。

107 年 10 月 14 中醫 OSCE 測驗 (考程二-花蓮考場)



SP 訓練師訓練 SP



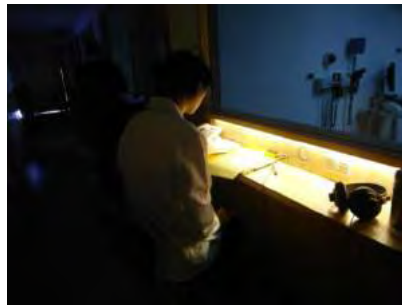
考官觀看觀摩影片



考官訓練 SP



測驗情形



觀摩考官觀摩情形



全體合影

107 年 10 月 14 中醫 OSCE 測驗 (考程二-大林考場)



考官共識



SP 訓練師訓練 SP



考官訓練 SP (1)



考官訓練 SP (2)



測驗情形



全體合影

五、本計畫相關會議出席狀況

會議名稱	會議日期
107 年新研發教案協調會議	107.02.23
任務型工作小組第一次會議	107.03.14
中醫各計畫團隊合作之啟動會議	107.03.14
「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第一次會議	107.03.19
期初報告輔導會議	107.03.22
「建立中醫師臨床訓練」第一次專家共識會議	107.04.13
「中醫專科醫師制度建構計畫」任務型小組第一次會議	107.04.16
專家內部 OSCE 教案審查共識會議	107.04.23
「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第二次會議	107.05.28
種子師資培育暨共識會議	107.06.10
研訂中醫內科、針灸科 OSCE 相關規範專家共識會議(1)	107.06.19
第四次中醫 OSCE 教案審查共識會議	107.06.25
「中醫專科醫師制度建構計畫」任務型小組第二次會議	107.06.25
「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第三次會議	107.07.23
期中審查會議	107.08.01
研訂中醫內科、針灸科 OSCE 相關規範專家共識會議(2)	107.08.16
「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第四次會議	107.08.21
專科醫師試辦計畫說明會	107.09.03
研訂中醫內科、針灸科 OSCE 相關規範專家共識會議(3)	107.10.29
「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第五次會議	107.11.05
期末審查會議	107.11.21

參、討論

一、中醫臨床技能評估模式

我們針對實習醫學生前、後測結果作了以下分析，在六個科目中，婦科、傷科與內科的後測成績有顯著進步。婦科前測題目為痛經的病史詢問，根據考官對考生的回饋發現，考生在病史詢問的考題中，可能因為熟悉度不足，在 8 分鐘考試時間內，無法完成整個病史詢問的項目，且容易漏掉許多重要資訊，例如：就醫史與西醫檢查史等資訊，雖然病人至中醫門診就診為尋求中醫治療與協助，但中醫師仍需詢問與了解病人完整的就醫史以利處方用藥，故考生若無法在考試時間內完整詢問，只能得到較低分數。婦科後測題目為帶下的醫病溝通與衛教，根據觀察，考生對於醫病溝通與衛教面向的題目較能掌握，可能與在門診跟診中，臨床教師皆會對病人進行衛教，與臨床教師會請實習醫學生嘗試對患者進行衛教有關，實習醫學生有許多機會練習，故在考試時表現較好。近年來常因醫病溝通不良衍生許多醫療糾紛，故醫病溝通技巧也是醫學生需要培養的核心能力之一。有研究顯示，在 OSCE 醫病通溝得分較低的醫學生，在臨床工作上較常出現溝通方面的問題，因此我們認為考生能在醫病溝通考題中表現良好，也表示除了在書本的知識學習外，在臨床上也能提供較高品質的醫療照護。

中醫傷科前後測的面向皆是臨床技能操作，前測為腕隧道症候群的檢查與治療，後測為膝蓋扭傷的檢查，皆是臨床常見的疾病，雖然後測成績有顯著進步，但傷科後測分數是除了兒科之外，另一個未達及格的科目（平均 57.9 分）。傷科評分著重在臨床檢查與治療手法，皆是課堂上課內容與臨床門診常用的檢查項目，根據當天觀察，大多數考生在考試時間內未能進行正確的理學檢查與常見的治療手法，故整體成績無法達到及格標準。這樣的結果，值得中醫界重視，目前四校五系與臨床實習醫院的中醫傷科老師以及傷科臨床醫師皆較其他科缺乏，在實習過程中缺少實際操作的經驗，在 OSCE 臨床技能項目中，表現不如其他面向與科目。因此學校教育該如何引起學生對中醫傷科的興趣，實習單位的臨床醫師該如何有計畫性的教導學生理學檢查與治療手法，並讓學生有機會實際操作，是相當重要的課題。

內科前後測的面向皆是中醫四診，前測題目是胃痛，後測題目是水腫，測驗主題都是內科實習的核心課程，也是臨床常見的問題。根據統計，前測平均分數僅 50.9 分，可能原因為進行前測的時間是中醫醫學生進行西醫

見習的階段，尚未入進中醫臨床，對於四診的熟悉度不足。經過一年的實習後，對於中醫診斷常用的四診熟悉度增加，且實習醫院皆有讓考生獨立詢問初診病人的機會，故在考試時，能夠得到較好的成績。

根據測驗後的回饋，考官普遍認為，中醫實習醫學生在進行病史詢問的完整度與細膩度不足，可能是後測分數偏低的因素。例如：詢問就醫史時，僅詢問是否有至西醫就診，卻沒有進一步詢問是否進行檢查與是否使用西藥；除此之外，也容易忽略家族史等細節。而前測題目為氣喘患者的醫病溝通與衛教，中醫實習醫學生普遍對於醫病溝通與衛教面向的考題掌握度較高，可能是此面向的考題多由標準化病人進行提問，再由考生依據提問回答，且考題較為生活化，所以考生的表現較好，故後測成績明顯低於前測成績。雖然小兒遺尿在臨床上求診患者較少，但並非罕見，且中醫專家也將小兒遺尿列入實習必學的核心課程中，故臨床教師也須利用時間與機會針對這些疾病種類進行教授，增加實習醫學生學習的廣度，以利之後的臨床工作。

二、中醫臨床教學實務訓練

本計畫配合「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」執行，協助辦理指導醫師師資培訓課程，而台灣中醫醫學教育學會規定，臨床指導教師需完成中醫師六大核心能力及教學技能課程(七小時)及中醫臨床教學實務訓練課程(十小時)培訓才得以申請指導師資資格，而本院協助辦理中醫臨床教學實務訓練課程(十小時)。授課內容採播放相關示範影片、利用問答方式增加與臨床醫師互動的機會，以了解醫師的問題，並當場解答。根據課後滿意調查結果顯示，授課講師的教學態度與內容獲得學員們的肯定，由此可知，辦理「中醫臨床教學實務訓練課程」對臨床教學是有正面幫助的。

三、中藥臨床教學實務訓練

本計畫配合「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」執行，協助辦理指導藥師師資培訓課程，而台灣中醫醫學教育學會規定，中藥學指導教師需完成中醫藥臨床專業及教學技能課程(七小時)及中藥臨床教學實務訓練課程(十小時)培訓才得以申請指導師資資格，而本院協助辦理中藥臨床教學實務訓練課程(十小時)。在課程方面增加學員實際操作的時間，讓每位學員都能實際動手操作。根據課後整體滿意度，顯示出在課程上增加實際操作的時間，有達到學員對課程的期待。

肆、結論與建議

今年度執行計劃所遭遇之問題與困難及對於未來執行上之建議：

- 一、人員訓練不足：標準化病人受訓時並無區分中西醫，故標準化病人較不清楚中醫臨床特性及中醫專業技術，故在演出上可能無法妥善發揮所學。往後會與本院標準化病人中心討論，探討在訓練課程上是否需加入中醫相關訓練，讓標準化病人能更了解中醫考題的精神，在考試時表現得更傳神。
- 二、設定及格標準之困難：目前中醫 OSCE 測驗考題的及格標準分數皆以實習醫學生及兩年期負責訓練醫師為基準，若未來 OSCE 測驗作為中醫專科醫師的訓練指標，此及格標準分數應重新設定，以適合不同測驗對象。
- 三、經費不足：今年補助經費較 106 年度短少 10 萬元，而今年為增加 OSCE 考官及命題人員培育，本計畫額外辦理「中醫 OSCE 實務工作坊」，又為建立專科醫師制度參加「中醫專科試辦計畫」各籌備會議，故有經費不足之問題。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW107-CMAP-M-211-000105 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

伍、參考文獻

1. 王昭慧、王錦榮、李石增、周宏學、…、顏志峰(2012)。
李石增主編，客觀結構是臨床測驗—從基礎建立到執行與品質監測，台灣愛思唯爾有限公司，1-13、293-300 頁。
2. 王錦榮、李石增、張寓智、…、謝明儒(2011)。
李石增主編，如何精熟高階 OSCE 考試，台灣愛思唯爾有限公司，193-208 頁。
3. 王大民、王堯寧、王智亮、…、謝明儒(2011)。
李石增主編，標準化病人訓練養成指引，台灣愛思唯爾有限公司，13-24 頁。

刊 名：中醫藥年報（光碟版）

副刊名：第八期

出版機關：衛生福利部

發行人：陳時中

編輯委員：黃怡超 黃純英 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 陳玟聿 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：2019 年 12 月

創刊年月：2012 年 10 月

期刊頻率：年刊

GPN：4810702609

ISSN：2305-087X

©欲利用本資料全部或部分內容者，須徵求衛生福利部同意或書面授權©