ISSN：2305-087X

中醫藥年報

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy

年刊 2023（112 年）第十二期
Annual 2023 Issue 12
(第二冊)



中華民國一百一十二年十月 製作
Published in October, 2023

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

ISSN：2305-087X

中　醫　藥　年　報

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy

年刊 2023（112 年）　　第十二期

Annual 2023　　Issue 12

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
中華民國一百一十二年十月 製作
Published in October, 2023

中醫藥年報第十二期

(第二冊)

計畫編號	計畫名稱	執行機構	計畫主持人
MOHW111-CMAP-M-113-112102	建立中醫日間照護計畫	中國醫藥大學	吳美瑤
MOHW111-CMAP-M-114-000207	中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫	中華民國藥師公會全國聯合會	黃金舜
MOHW111-CMAP-M-114-000401	推動中醫藥國際學術期刊	國立臺灣大學	沈立言
MOHW111-CMAP-M-114-000402	臺灣中藥典第四版英譯編修及工作坊	中國醫藥大學	張永勳
MOHW111-CMAP-M-114-000404	精進中藥濃縮製劑品質規範	中國醫藥大學	余建志
MOHW111-CMAP-M-114-000409	評估國際疾病分類第 11 版(ICD-11)對中醫藥發展之影響及策略建議	中國醫藥大學	顏宏融
MOHW111-CMAP-M-114-000410	中醫藥衛生教育知識傳遞及成效評估計畫	中華民國中醫師公會全國聯合會	陳博淵

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-113-112102

建立中醫日間照護計畫

吳美瑤
中國醫藥大學

摘　要

研究目的：

隨著醫療進步，國人平均餘命增加，長期多重慢性疾病困擾民眾生活品質與沈重的醫療費用負擔等問題值得重視，中醫藥常被應用於慢性疾病的預防、治療與體質調理，因此衛生福利部持續推動建立中醫日間照護模式研究。本兩年期計畫的目的為建立中醫日間照護模式，建立肌少症中醫日間照護教學模式提供中醫實習醫學生及住院醫師接受中醫日間照護訓練並學習相關病歷寫作，增進臨床經驗及技能，同時研析我國中醫日間照護現況，分析成效及困境，並提出困境解決方案及未來發展重點，提出中醫日間照護政策推動藍圖及建言。

研究方法：

在第一年的計畫執行中，本計畫完成中醫日間照護計畫過去執行成果分析，並整理過去執行中醫日間照護計畫所發表之國內外期刊論文，再透過中醫日間照護專家訪談分析目前中醫日間照護介入的困境，於 10 月 20 日召開專家團隊會議，邀請國內執行中醫日間照護的專家進行討論，針對目前中醫日間照護計畫執行的困境提出解決方法建議，並研擬中醫日間照護政策推動策略及短、中、長程推動規劃。

結果與討論：

本計畫團隊選定肌少症作為中醫日間照護模式之病種，建立中醫日間照護指引、標準作業流程及照護路徑。開設中醫-復健科整合門診，製做肌少症宣傳動畫與舉行肌少症中西醫整合治療宣傳記者會，促進民眾了解肌少症中醫日間照護，拍攝肌少症中西醫治療、太極拳自我練習及居家復健運動

影片，將應用於第二年度計畫的肌少症中醫日間照護收案，並發表一篇太極拳對肌少症療效的統合分析論文於 AGEING RESEARCH REVIEWS。

本年度完成建立中醫日間照護教學模式，受訓學員為中醫實習醫學生及住院醫師，安排肌少症相關核心課程，舉辦肌少症專題演講，配合辦理肌少症學術研討會，並實際進行臨床教學，建立教學病例寫作範本，指導中醫實習醫學生及住院醫師完成教學病例，已完成 20 例臨床教學案例。

關鍵詞：中醫，日間照護，肌少症

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-113-112102

Establishing the traditional Chinese medicine daycare model

Mei-Yao Wu
China Medical University

ABSTRACT

Aim:

Patients with sarcopenia is an important issue of national health due to the increasing of the elderly population. Sarcopenia is associated with falls, dementia, functional decline, frailty, poor quality of life, an increasing of healthcare costs, and death. The efficacy of Western medicine on the treatment of sarcopenia has not been proved. Therefore, western medicine still focuses on increasing activity and nutritional supplements in prevention and treatment of sarcopenia. Our study will investigate the therapeutic effect of traditional Chinese medicine (TCM) on sarcopenia and establish a daycare model of TCM, which includes Chinese herbal medicine, acupuncture and Tai Chi, to improve the clinical manifestations and quality of life of patients with sarcopenia and promote healthy aging.

The teaching platform of the TCM daycare clinics for patients with sarcopenia will provide a good clinical training environment for the trainees. They can learn how to take care of patients with sarcopenia by the lectures and the clinical practice experiences in the daycare clinics. They can also learn a holistic approach, a patient-centered healthcare service. This teaching model will strengthen the clinical training of TCM and enhance the international competitiveness of TCM doctors.

Method:

In the first year of this project, we have completed the analysis of the past implementation results of the TCM day care program, and sorted out the published Chinese and English papers of the results of the TCM day care program. We have also analyzed the current situation through interviews with TCM day care experts. An expert team meeting was held on October 20, and experts who implemented TCM day care were invited to discuss solutions for current difficulties in the implementation of TCM day care. We also propose promoting strategies, short-term, medium-term, and long-term promotion plans for TCM day care.

Results & Discussion:

Our team selected sarcopenia as a disease model to establish the TCM day care model. We have established TCM day care guidelines, standard operating procedures and care paths. We have set up a traditional Chinese medicine-rehabilitation integrated outpatient clinic in our hospital, produced a promotional animation for sarcopenia and held a press conference on the integrated treatment of sarcopenia with traditional Chinese and Western medicine to promote TCM day care for sarcopenia. Tai-Chi and home rehabilitation exercise videos have been completed in this year and will be applied to the TCM day care for sarcopenia next year. In addition, we have completed a meta-analysis on the efficacy of Tai Chi on sarcopenia, and it has been published in AGEING RESEARCH REVIEWS recently.

This year, we have established the TCM day care teaching model. The trainees are TCM interns and residents. We arranged core courses related to sarcopenia, held special lectures and academic seminar on sarcopenia. Clinical teaching model of TCM day care have been performed, and the standard form of clinical case report has been established. Finally, 20 case reports have been completed before the project is completed this year.

Keywords：Daycare; sarcopenia; traditional Chinese medicine (TCM)

壹、前言

人口老化是目前世界各國面臨的困境，根據國家發展委員會統計資料顯示，臺灣從 1993 年進入高齡化社會(65 歲以上老年人口占 7%以上)，在 2018 年進入高齡社會(老年人口占 14%以上)，推估在 2025 年進入超高齡社會(老年人口占 20%以上)(資料來源：國家發展委員會人口推估查詢席系統，https://pop-proj.ndc.gov.tw/download.aspx?uid=70&pid=70)。因應高齡族群的人口增加，失能人口可能日益增加，加上臺灣目前少子化的發展趨勢，隨著醫療進步，國人平均餘命增加，長期多重慢性疾病困擾民眾生活品質與沈重的醫療費用負擔等問題值得重視。

一、政策或法令依據

行政院衛生署在 1993 年發表國人第一本《衛生白皮書》，2009 年發表《2020 健康國民白皮書》，行政院於 2013 年正式將衛政與社政組織整併成立衛生福利部，秉承聯合國 2030 永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)，以達到增進全民健康生活與福祉的前提，參考公共衛生三段五級概念及社會福利服務架構，於 2016 年發表《2025 衛生福利政策白皮書》(資料來源: 2025 衛生福利政策白皮書，https://oliviawu.gitbooks.io/2025-whbook/content/index.html)。

中醫是先人醫療經驗累積的智慧結晶，尤其在預防疾病、養生保健及慢性疾病治療上，有相當的特色；我國為中醫與西醫併行之雙主流醫療體系，中醫也納入全民健康保險給付之服務項目，在面對未來健康照護資源有限，民眾需求增加之趨勢，如何推展中醫健康照護在疾病防治與健康促進上的應用，善用中、西醫之長共同合作，加乘健康照護服務效果，減輕健康照護資源耗用，是值得關注的課題。

在《2025 衛生福利政策白皮書》內之專章-發展中醫健康照護的目標即提到「完備畢業後教育訓練及專科醫師制度，培育現代中醫新人才」、「拓展中醫多元醫療服務，發展合宜中西醫療合作模式」及「推動中醫特色之健康照顧服務，支援長期照顧體系」。

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

於 2002 至 2008 年推動「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 2008 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，2009 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 2010 年 9 月 24 日公告，自 2014 年起正式實施中醫醫療機構負責醫師訓練制度，國內教學醫院評鑑合格或中醫醫院評鑑合格者可為主要訓練院所，在 2020 年修正增加「主要訓練診所資格規範」，將符合資格之中醫診所也納入中醫負責醫師訓練體系(資料來源: 衛生福利部公告修正「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，https://www.mohw.gov.tw/cp-18-56617-1.html)，所有訓練院所均可在「中醫醫療機構負責醫師訓練管理系統」(https://cpgy.mohw.gov.tw/search-sor.aspx)中查詢。從 2017 年起委託醫策會辦理中醫專科醫師訓練計畫，從針灸科及中醫內科推廣到目前中醫內科、針灸科、中醫婦科、中醫兒科、中醫傷科及中醫家庭醫學科試辦中醫專科醫師訓練。

為順利落實中醫醫療機構負責醫師訓練制度，衛生福利部中醫藥司除了「改善中醫臨床訓練環境計畫」，並進一步提出「促進多元化中西醫合作服務」，透過推動中西醫合作照護，發展中醫日間照護、中醫參與長期顧服務等多元服務模式，培育臨床醫師，充實受訓學員訓練內涵並確保訓練品質，未來也可以提供受訓學員一個不同於常規門診診療之新的中醫醫療發展項目。因此衛生福利部持續推動建立中醫日間照護模式研究，2015 年有「建構慢性腎臟病病患中西醫合作日間照護模式及教學機制」，2016 年有「建立癌症病患的中醫日間照護整合醫療模式」和本計畫協同主持人顏○○教授主持的「建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制」計畫，2017 增加「建構運動傷害下背痛及腳踝扭挫傷中西醫合作日間照護模式」，2019 年執行「建構中醫日間照護模式-失智症日間照護模式及教學機制」，2020 年則增加由本計畫協同主持人李○○主任負責的「建構憂鬱症病患中西醫合作日間照護模式及教學機制」。藉由不同疾病的中醫日間照護模式之研究及教學，提升中醫師的訓練，並探討中醫日間照護應用於不同疾病的介入成效與可行性，作為將來拓展中醫日間照護的參考依據。

二、肌少症背景與現況

隨著老年人口的增加，肌少症成為新興的健康問題，在歐洲老年肌少症研究小組(the European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP)的定義下，40-79 歲歐洲人肌少症發生率為 1.6%[1]，按照亞洲肌少症工作小組(the Asian Working Group for Sarcopenia, AWGS)的閥值定義下，台灣人(平均 73.4 歲)肌少症發生率為 6.8%[2]。越來越多肌少症的研究文獻顯示肌少症會造成很多不良的健康後果，包括跌倒、失智，功能性衰退、虛弱、生活質量受損、增加醫療保健費用和死亡率 [3-6]。統計分析資料顯示肌少症和死亡率密切相關，有肌少症患者和無肌少症者其死亡率危險對比值(Odds Ratio)為 3.59 (95% 信賴區間 2.96–4.27) [4]。此外美國之肌少症定義與預後委員會(Sarcopenia Definition and Outcomes Consortium, SDOC)根據文獻回顧達成共識，分析顯示握力下降與行走速度減慢均為跌倒、髖骨骨折、死亡等事件之獨立預測因子 [7]。

迄今尚未證實可採用任何西藥來達成治療肌少症的效果，因此西醫在預防與治療上仍首重增加活動量和營養補充。在運動方面，研究證實進行阻力訓練或有氧運動後，可改善運動神經元的活性、增加蛋白質合成和荷爾蒙功能，以維持老年人的肌肉量和肌力，進而增加肌肉量以重建肌力，以改善肌少症的進展 [8,9]。為使運動訓練達到效果，必須補充足量營養，研究證實老年人需補充比年輕人更大量的蛋白質，來維持肌肉量和肌力。但老年人常常會攝取較少的能量和蛋白質，造成蛋白質和其他重要營養素嚴重缺乏，因此必須建議老年人攝取足量蛋白質和能量，以維持健康 [9,10]。美國國家科學院國立醫學研究院提出，70 歲以上的老人每日蛋白質至少需攝取超過 0.8 公克/公斤；而近年來陸續有針對長者的飲食研究，發現提高蛋白質攝取量，並不會損壞其腎小球過濾率(glomerular filtration rate, GFR)，所以一般老年人的蛋白質攝取量，可提高為每公斤 1~1.2 公克左右，且建議平均分布於三餐當中 [11]。但攝取過量肉類食物的同時，若蔬菜和水果食用量不足，反而對肌肉量會產生不利影響，所以在增加蛋白質攝取量時，應注意與蔬果之間的平衡，才能改善肌少症。其他研究證實在進行阻力運動訓練後攝取營養補充劑(如 creatine supplements，或 leucine、isoleucine、valine 等支鏈胺基酸

[branched chain amino acid, BCAA])可有助於增加老年人的肌肉量。此外，近年越來越多的實證醫學證實，維持血中足量維生素 D 值(至少要大於 30 ng/ml)，亦有助於改善肌力和體能，但以上所有治療對肌少症治療證據等級不強，故有治療侷限性[12-15]。也由於西醫目前沒有 FDA 核可及良好的藥物治療，因此值得探討中醫應用於肌少症的治療效果及應用模式。

三、肌少症國內外相關研究之文獻探討

肌少症的定義在近年來有許多進展，目前以 2010 年歐洲老年肌少症研究小組(EWGSOP)發表肌少症共識最為廣泛使用，認為肌少症的構成，需包括肌肉量(muscle mass)下降，肌肉質量主要以 dual energy X-ray absorptiometry (DXA)或 bioelectrical impedance analysis (BIA)進行檢測，加上肌力(muscle strength)減退或是生理表現(physical performance)下降，依據下降的情況不同，分成疑似肌少症、肌少症及嚴重肌少症三種等級，其定義及常用測量方法列舉如下表[13]。

表 1、2018 年歐洲老年肌少症研究小組之肌少症分類表

	肌肉質量	肌力	生理功能表現
疑似肌少症	-	↓	-
肌少症	↓	↓	-
嚴重肌少症	↓	↓	↓
常用測量方法	Dual energy X-ray absorptiometry (DXA)或 Bioelectrical impedance analysis (BIA)	慣用手握力	4-6 公尺行走速度

肌少症的五大徵兆包含以下所述[12,13]。

(一) 平地走路緩慢：因為大腿肌肉力量下降，導致走路每秒速度不到 0.8 公尺，一般 30 歲左右的健康成年人走路的速度大約是每秒 1.1~1.5 公尺、每小時大約可以步行 4~5 公里。

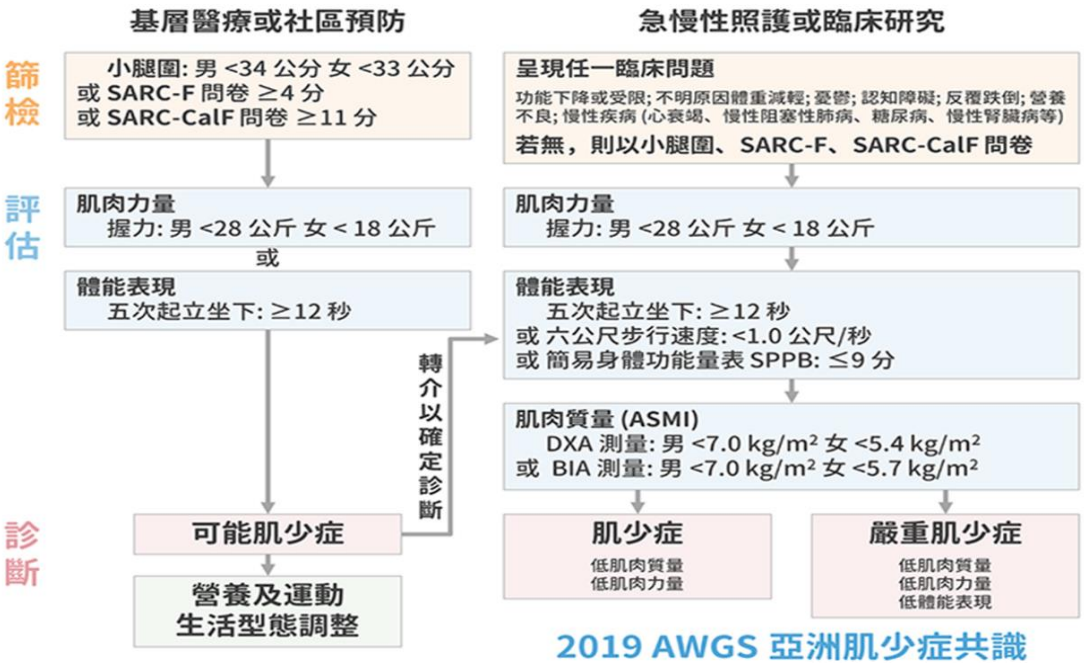
(二) 手部握力下降：肌肉流失除了下肢無力之外，也會有上肢無力的現象，拿東西的時候變得很困難，例如提不動開水壺倒水、罐頭打不開、毛巾擰不乾等。

(三) 行動不便：從走路緩慢變成連起身都困難，因為大腿的肌肉無法支撐整個身體的重量,必須依靠別人攙扶,或是撐扶手才能起來,而且無法上下樓梯，因為單腳無法支撐。

(四) 反覆跌倒：連平地走路都會跌倒，而且是無法控制的，1 年內連續跌倒 2 次以上，到這個階段肌少症已經比較嚴重，要注意跌倒之後的照顧跟復健，避免長期臥床之後造成的肌肉二度流失。

(五) 體重減輕：肌肉是比較重的身體組成成分，如果肌肉流失，雖然體型看起來沒有明顯改變，卻會有體重減輕的現象。如果沒有刻意減重，但 6 個月內體重下降 5%，例如 70 公斤的老人在 6 個月內體重減輕 3.5 公斤以上就要注意。

目前歐洲以 FACS (Find<篩選> - Assess<評估> - Confirm<確診> - Severity<嚴重度>)作為肌少症診斷流程，首先以 Strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs, and falls (SARC-F)問卷作為篩檢工具(包含力量、行走、起身、登階、跌倒等 5 個項目，共 10 分)，若大於等於 4 分則為篩檢陽性，需進行肌力檢測。如果肌力下降可視為疑似肌少症(probable sarcopenia)，此時再以 DXA、BIA、電腦斷層掃描或磁振造影等檢查進行肌肉質量檢測以確診肌少症。最後再藉由生理功能表現之量測，如步行速度、簡易身體功能量表(Short physical performance battery, SPPB)、起立行走計時測驗(Timed-up-and-go test, TUG)、4-6 公尺步行測試等，進一步評估肌少症的嚴重程度。亞洲肌少症工作小組(AWGS)於 2019 年進行修訂，除認同歐洲診斷標準以 SARC-F 作為篩檢工具外，還進一步提出 SARC-CalF 作為另一種篩檢指標(SARC-F 加上小腿圍之量測，若男性小腿圍<34 公分、女性<33 公分則多計 10 分)，若 SARC-CalF 大於等於 11 分則視為篩檢陽性，需再進行肌力、生理體能表現與肌肉質量之評估(評估流程如下圖所示)[12,13,16]。



表二 AWGS 2019建議SARC-F 與 SARC-CalF問卷作為肌少症篩選工具之一

組成	問題	SARC-F評分	SARC-CalF評分
肌力	對您來說，拿起或搬動5公斤重的物品有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很多困難或無法完成	2	2
步行輔助	您走過一個房間有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很大困難，或需要使用步行工具，或完全無法完成	2	2
從椅子上起身	你從床或從椅子上起身有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很大困難，或沒有他人幫助時無法完成	2	2
上臺階	您走上10個臺階有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很大困難，或完全無法完成	2	2
跌倒	過去1年中您跌倒過幾次？		
	沒有跌倒	0	0
	1-3次	1	1
	4次或以上	2	2
小腿圍	男<34公分；女<33公分		10
肌少症風險		≥4	≥11

圖 1、2019 亞洲肌少症共識之肌少症評估流程及問卷

針對肌少症的致病機轉研究目前主要是認為老化會通過複雜且尚未完全理解的機制和途徑去破壞骨骼肌細胞的變大和再生之間的穩定平衡，肌少症的骨骼肌細胞變化主要是影響及減少 II 型肌纖維的大小和數量，另外也使肌纖維從Ⅱ型向Ⅰ型轉變[17-21]，其發生肌少症的潛在的原因如下述七點[14,22-28]：

1. 營養不足：蛋白質是構成肌肉的重要原料，許多長輩因牙口不好不

喜歡咀嚼而吃不多，易導致營養攝取不足。

2. 體內發炎：當身體處於發炎的狀況下，會活化身體分解蛋白質的反應，導致肌肉流失增加。
3. 胰島素阻抗：當身體累積過多的脂肪，或是身體處於發炎的狀況下都會導致胰島素抗性增加，進而也會使得身體更傾向分解蛋白質，增加肌少症發生的風險。
4. 荷爾蒙失衡：無論男性或女性經過更年期後，體內的荷爾蒙分泌就會開始減少，會改變身體與肌肉相關的訊息傳導路徑，使得身體內的肌肉蛋白合成減少，同時蛋白質分解速度也更快。
5. 運動量減少：肌肉有「用進廢退」的法則，當我們常使用肌肉就會幫助肌肉生長和維持，然而當我們不訓練則肌肉就會開始萎縮。
6. 維生素 D 不足：維生素 D 會參與肌肉合成，臨床研究發現體內的維生素 D 不足也與肌少症的發生具有相關性。
7. 粒線體障礙：粒線體是身體重要的能量工廠，當粒線體功能不佳，會使神經肌肉細胞開始退化或老化，造成不可逆的神經喪失、肌肉纖維減少。

肌少症常伴有營養不量，衰弱症及惡性體質等三方面的問題[29-31]，常見的潛在危險因子包含心肺疾病、代謝紊亂(特別是糖尿病)、神經系統疾病、骨關節疾病、厭食症、肝腎疾病及癌症等[32-47]。臨床研究顯示肌少症患者的十年內心血管疾病風險高於非肌少症患者，尤其是老年女性患者[48]，罹患慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease)的患者若合併肌少症將顯著增加其罹患粥狀動脈硬化性心血管疾病的風險，且此風險跟肥胖無關[49]，過去臺灣的研究也顯示，肌少症是第二型糖尿病患者發生嚴重糖尿病腎病變的獨立風險因子[50]，肌少症會影響吞嚥的功能，容易嗆到而致發生吸入性肺炎而增加死亡的風險[51]；此外，肌少症會增加嚴重肝硬化患者[52]及敗血性休克患者[53]的死亡率，對於不同系統的癌症患者而言，肌少症也常是影響常規治療預後的因素之一[54-57]，因此在這個高齡化社會當中，肌少症的預防及治療是一個非常值得關注的問題。

四、肌少症中醫藥治療研究現況

中醫傳統理論中，對於肌肉萎縮影響行動，可歸屬於"痿證"範疇，以五臟六腑的生理病理觀點則著重在"脾主肌肉"上，因此對於肌少症的中藥治療思考多著重在補脾胃、補氣血方面，將中藥複方應用於肌少症的臨床研究包含補中益氣湯及八珍湯 [58]，在肌少症動物模型及肌肉細胞的體外試驗則有探討人參的作用及機轉 [59,60]；針灸治療肌少症的臨床研究不多，結果顯示相較於對照組並無明顯改善 [61]，電針配合必需胺基酸補充相較於單純補充必需胺基酸則有顯著增加肌肉質量 [62]；太極拳訓練的研究顯示可增加肌少症老年人的下肢肌力 [63]，但綜觀目前中醫藥對於肌少症的研究仍不多，且研究品質尚需加強。

五、本計畫與醫療保健之相關性

綜上所述，肌少症是目前老人照護的一個重要議題，且中藥、針灸及太極拳可能可以發揮治療上的角色，因此本計畫透過建置肌少症病患中西醫合作日間照護模式及教學機制。建構包含醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師等人員之團隊合作照護模式，預期可提供肌少症患者一種全方位的中醫治療照護模式，改善患者的臨床表現與生活品質，促進國民健康發展。且藉由肌少症患者的中醫日間照護模式，提供中醫受訓學員良好的中醫臨床訓練環境，從課室核心課程學習與臨床實際操作獲得肌少症病患之中醫日間照護經驗，透過這樣的學習，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行，更可強化中醫師臨床訓練制度，增進我國中醫國際競爭力。

六、本計畫目標

本兩年期計畫之主旨為建立肌少症中醫日間照護模式，建構包含醫師、護理師、藥師、營養師、個案管理師等人員之團隊合作照護模式並進行臨床收案及評估成效，建立肌少症中醫日間照護教學模式提供中醫實習醫學生及住院醫師接受中醫日間照護訓練並學習相關病歷寫作，增進臨床經驗及技能，同時研析我國中醫日間照護現況，分析成效及困境，並提出困境解決方案及未來發展重點，提出中醫日間照護政策推動藍圖及建言，其中第一年

主要是「**建立中醫日間照護模式及臨床路徑**」，目標及工作項目敘述如下。

(一)研析我國中醫日間照護現況及成效分析並提出未來政策建議

工作項目：

1. 彙整我國現有中醫日間照護模式(包含文獻、政府研究計畫、臨床已執行之模式等)，分析各照護模式成效(含療效及成本分析)。
2. 綜整目前中醫日間照護計畫，中醫介入之困境(如給付、資格限制等)。
3. 至少召開一場專家會議，討論並提出困境解決方案、中醫日間照護未來發展重點(中醫可介入但尚未介入；中醫介入成效尚未有足夠研究佐證)與執行方式等政策建議。
4. 研擬中醫日間照護政策推動藍圖，提出包含整體策略架構、計畫標的優先順序、分年行動計畫及短中長程目標等構想及建言。

(二)建立肌少症患者中醫日間照護模式

工作項目：

1. 組成中醫日間照護照護團隊，並至少每季召開 1 次討論會。
2. 依所研擬之中醫日間照護政策推動藍圖，建立肌少症中醫日間照護模式；照護模式包含：
   (1) 中醫日間照護指引
   (2) 中醫日間照護標準作業流程
   (3) 中醫日間照護路徑(含照護指標)。
3. 臨床實際執行與檢討。

(三)建立肌少症患者中醫日間照護教學模式

工作項目：

1. 擬定教學目標。
2. 建構臨床教學內容。
3. 制定訓練評核方法。
4. 臨床教學實際執行與檢討。
5. 建立教學病例寫作範本。
6. 臨床實際病例書寫與討論，並繳交至少 20 例臨床教學案例。

貳、材料與方法

計畫主持人首先組成中醫日間照護團隊，針對我國中醫日間照護現況及成效進行資料蒐集及分析，以了解目前中醫日間照護計畫中醫介入的困境，接著召開專家會議，邀集國內執行日間照護及中醫日間照護之專家及中醫藥司長官，針對中醫日間照護計畫的困境提出解決方案與執行方式等政策建議，進行中醫日間照護政策推動藍圖的研擬，提出中醫日間照護的短中長程目標。此外，本計畫之中醫日間照護團隊也針對肌少症建立中醫日間照護模式、中醫日間照護教學模式及中醫日間照護教學病例寫作範本，進行肌少症患者的中醫日間照護，並指導中醫實習醫師及住院醫師參與收案及撰寫臨床教學案例，以提供台灣中醫醫學教育學會及相關醫學會評估納入中醫臨床訓練課程，針對各個項目之進行步驟敘述如下。

一、組成中醫日間照護照護團隊，並至少每季召開 1 次討論會。

計畫主持人首先邀請中醫師、復健科醫師及家庭醫學科醫師組成肌少症中醫日間照護計畫團隊，其中，中醫師的部份包含過去曾主持中醫日間照護計畫的本校中醫學院顏○○院長(主持衛福部 105 年度「建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日間照護模式及教學機制」)及李○○教授(主持衛福部 109 年度「建構憂鬱症病患中西醫合作日間照護模式及教學機制」)，專精於老年疾病包含肌少症之中醫診治，並與復健科劉○○醫師開設中西醫聯合門診的本院中西醫結合科吳○○醫師，及對於太極拳教學有豐富經驗的馬○○醫師，團隊成員如下表所示。

表 2、中醫日間照護計畫團隊成員

姓名	單位	職稱	專長
吳美瑤	中國醫藥大學附設醫院中醫內科暨診斷科	主治醫師	中醫診斷現代化儀器研究及臨床應用、心血管及新陳代謝疾病中醫診療
顏○○	中國醫藥大學中醫學院	院長	免疫學研究、中醫臨床研究
李○○	中國醫藥大學附設醫院針灸科	科主任	臨床疾病針灸治療及研究
林○○	中國醫藥大學附設醫院社區暨家庭醫學部	副院長	老年醫學包含肌少症、衰弱症之臨床診療與研究
林○○	中國醫藥大學附設醫院復健部	部主任	復健治療包含物理、職能、語言治療

劉○○	中國醫藥大學附設醫院復健科	主治醫師	骨質疏鬆症及老人衰弱肌少症復健治療
周○○	中國醫藥大學附設醫院豐原分院復健科	科主任	復健治療、針灸療法
吳○○	中國醫藥大學附設醫院中西結合科	主治醫師	骨質疏鬆症及老人衰弱肌少症中醫診療
馬○○	中國醫藥大學附設醫院中醫內科	主治醫師	中醫內科及針灸治療、太極拳
黃○○	台中慈濟醫院家庭醫學科	主治醫師	老年醫學包含肌少症、衰弱症之臨床診療與研究

本中醫日間照護計畫團隊每季至少召開一次團隊會議，針對執行本計畫所需進行的工作包含：1)蒐集我國中醫日間照護現況資料並分析成效；2)探討目前中醫日間照護計畫中醫介入的困境;3)召開專家會議並彙整資料提出中醫日間照護計畫困境之解決方案與執行方式等政策建議及中醫日間照護的短中長程目標；4)建立肌少症患者之中醫日間照護模式並進行收案；5)建立中醫日間照護教學模式並指導中醫實習及住院醫師;6)建立中醫日間照護教學病例寫作範本並指導中醫實習醫師及住院醫師撰寫臨床教學案例等工作項目進行討論，最後撰寫結案報告。

二、研析我國中醫日間照護現況及成效分析

為了分析我國中醫日間照護現況及成效，並提出中醫日間照護政策推動藍圖，針對我國中醫日間照護之相關次級資料和初級資料進行蒐集，經過彙整與分析後，整理出目前中醫日間照護計畫之困境，並召開專家會議，討論並提出困境解決方案、中醫日間照護未來發展重點與執行方式等政策建議，並研擬中醫日間照護政策推動藍圖，工作執行步驟如下所述。

(一) 彙整我國現有中醫日間照護模式（包含文獻、政府研究計畫、臨床已執行之模式等），分析各照護模式成效（含療效及成本分析）。

本研究計畫收先蒐集次級資料以彙整我國現有中醫日間照護模式包含文獻、政府研究計畫、臨床已執行之模式等，分析各照護模式成效（含療效及成本分析）。

1. 以「中醫」、「日間照護」等為主題，透過蒐尋國內外已發表之相關文獻，進行歸納分析與整合討論，將我國具有實證基礎之

中醫日間照護的現況、臨床已執行之模式及療效進行盤點與討論。

2. 彙整國內各部會之中醫日間照護相關政策，包含各部門的法令規章及政策制度。
3. 針對國內中醫日間照護相關之出版品、統計數據、服務計畫、研究報告等資料進行蒐集與分析。

經蒐集完初級資料後再進行綜整分析，分析目前各個照護模式的成效，包含療效與成本分析。

(二) 綜整目前中醫日間照護計畫，中醫介入之困境（如給付、資格限制等）。

本研究計畫透過蒐集次級資料及初級資料以綜整目前中醫日間照護計畫，中醫介入之困境。

1. 次級資料
   (1) 以「中醫」、「日間照護」等為主題，透過蒐尋國內外已發表之相關文獻，進行歸納分析中醫日間照護之困境。
   (2) 彙整國內各部會之中醫日間照護相關政策，包含各部門的法令規章及政策制度，針對中醫日間照護之給付及資格進行分析。
   (3) 針對國內中醫日間照護相關之出版品、統計數據、服務計畫、研究報告等資料進行蒐集與分析。
2. 初級資料

有鑒於目前國內執行中醫日間照護之醫院可能尚未將所有執行中醫日間照護的困境公開發表，因此也透過採用專家訪問的方式進行初級資料之蒐集，瞭解目前中醫介入的現況、困境及後續執行建議。

根據衛生福利部公告目前台灣設有中醫/傳統醫學部門之醫院共計133 家(資料來源：https://dep.mohw.gov.tw/docmap/cp-763-5517-108.html)，本計畫團隊首先針對這些醫院進行中醫日間照護計畫執行之調查，茲將有進行中醫日間照護之醫院及其疾病別及主要負責醫師列表如下。

表 3、執行中醫日間照護之醫院、疾病別及主要負責醫師

項次	醫院名稱	疾病	負責醫師
1	台北市立聯合醫院	癌症	陳○○主任
2	桃園長庚紀念醫院	癌症	陳○○主任、許○○主任、陳○○副教授
3	中國醫藥大學附設醫院	癌症、慢性腎病、糖尿病腎病變、憂鬱症	林○○主任、葛○○主任、顏○○院長、廖○○醫師、李○○主任
4	彰化基督教醫院	失智症	黃○○主任、陳○○醫師
5	嘉義長庚紀念醫院	癌症	吳○○主任、蔡○○醫師
6	高雄長庚紀念醫院	癌症	蔡○○主任、張○○主任
7	花蓮慈濟醫院	失智症*	王○○主任等

*中西整合照護，非中醫日間照護

癌症患者中醫門診延長照護計畫是目前中醫日間照護執行最成熟之模式，且有全民健保給付，目前台北市立聯合醫院團隊是台灣執行癌症中醫延長照護經驗最豐富且發表三篇國內外期刊論文的團隊，其次包含桃園長庚紀念醫院及高雄長庚紀念醫院也積極收案，中國附醫及嘉義長庚醫院過去有臨床收案經驗；除了癌症以外，中國附醫過去也執行慢性腎病、糖尿病腎病變及憂鬱症的中醫日間照護，此外，彰化基督教醫院及花蓮慈濟醫院則主要是針對失智症日間照護中心有進行中西醫整合治療，因此擇定為本計畫訪談的醫院，對主要負責執行的醫師進行當面或視訊訪談(如下表)。

表 4、執行中醫日間照護之主要負責醫師訪談

醫院名稱	負責醫師	訪談情況
台北市立聯合醫院	陳◯◯主任	2022.7.19 完成視訊訪談
桃園長庚紀念醫院	陳◯◯醫師	2022.8.16 完成視訊訪談
	許◯◯主任	2022.10.9 完成當面訪談
中國醫藥大學附設醫院	廖◯◯醫師	2022.7.21 完成當面訪談
	林◯◯主任	2022.10.27 完成當面訪談
彰化基督教醫院	陳◯◯醫師	2022.11.2 完成視訊訪談
嘉義長庚紀念醫院	蔡◯◯醫師	2022.8.3 完成視訊訪談
高雄長庚紀念醫院	蔡◯◯主任	2022.7.29 完成視訊訪談
花蓮慈濟醫院	王◯◯主任	2022.7.20 完成視訊訪談

(三) 召開 1 場專家會議，討論並提出困境解決方案、中醫日間照護未來發展重點（中醫可介入但尚未介入；中醫介入成效尚未有足夠研究佐證)與執行方式等政策建議。

本計畫團隊邀請各醫院執行中醫日間照護之醫師擔任專家團隊(如下表)，並根據會議前對專家進行之深入訪談提出問題進行討論。包括中醫介入現有日間照護模式的困境、過往經驗分享，並針對中醫日間照護的短、中、長期規劃提出建議。

表 5、中醫日間照護計畫專家團隊成員

機關	醫師
台北市立聯合醫院	陳◯◯主任
花蓮慈濟醫院	陳◯◯副主任

桃園長庚醫院	許○○主任
彰化基督教醫院	陳○○醫師
嘉義長庚醫院	蔡○○醫師
高雄長庚醫院	蔡○○主任
中國醫藥大學附設醫院	李○○主任
中國醫藥大學	顏○○院長

(四) 研擬中醫日間照護政策推動藍圖，提出包含整體策略架構、計畫標的優先順序、分年行動計畫及短中長程目標等構想及建言。

經由上述初級資料及次級資料之蒐集與彙整，召開專家諮詢座談會，整理討論及建議內容後由計畫團隊研擬中醫日間照護政策推動藍圖，提出包含整體策略架構、計畫標的優先順序、分年行動計畫及短中長程目標等構想及建言。

三、依照中醫日間照護政策推動藍圖，建立肌少症患者中醫日間照護模式(草案)並進行收案

計畫團隊根據前述所建立之中醫日間照護政策推動藍圖，建立肌少症之照護模式(草案)，內容包含：1)中醫日間照護指引；2)中醫日間照護標準作業流程；3)中醫日間照護路徑(含照護指標)。所有詳細執行內容均由本計畫團隊根據團隊會議及檢討會議訂定及修正。

四、建立中醫日間照護教學模式

本計畫完成建立肌少症中醫日間照護教學模式，提供台灣中醫醫學教育學會及相關醫學會評估納入中醫臨床訓練課程。本計畫團隊透過團隊會議及教學會議討論，針對輪訓至中醫內科、針灸科及中西結合科之中醫受訓學員(包括住院醫師與實習醫學生)訂定肌少症中醫日間照護的教學目標及臨床教學內容，安排核心課程及專題演講，並建立訓練的評核方法。

五、建立教學病例寫作範本

本計畫團隊透過教學會議的討論，依據負責醫師訓練計畫之病例格式，配合肌少症患者中醫日間照護門診之特性，建置病例寫作範本，並指導住院醫師及實習醫學生進行病歷寫作，在第一年計畫結束前完成二十例臨床教學案例。

參、結果

一、研析我國中醫日間照護現況及成效分析並提出未來政策建議

(一) 彙整我國現有中醫日間照護模式(包含文獻、政府研究計畫、臨床已執行之模式等)，分析各照護模式成效(含療效及成本分析)。

為了分析我國中醫日間照護現況及成效，並提出中醫日間照護政策推動藍圖，本計畫團隊進行下述工作：

1. 彙整國內各部會之中醫日間照護相關政策，包含各部門的法令規章及政策制度，針對中醫日間照護之給付及資格進行分析。
2. 蒐集我國中醫日間照護之相關次級資料和初級資料，彙整我國現有中醫日間照護模式及執行成效。主要搜尋的範圍包括政府研究計畫(以衛福部中醫藥司的委託計畫為主)、臨床已執行的模式及已經發表在國內外的期刊論文，以「中醫」及「日間照護」為主題，透過蒐尋國內外已發表之相關文獻，進行歸納分析與整合討論，將我國具有實證基礎之中醫日間照護的現況、臨床已執行之模式及療效進行盤點與討論。此外，有鑒於目前國內執行中醫日間照護之醫院可能尚未將所有執行日間照護的困境公開發表，因此也透過訪談的方式進行初級資料之蒐集，瞭且目前中醫介入的困境及待突破之點。

目前已經完成蒐集的資料整理分析如下。

(1) 國內各部會之中醫日間照護相關政策

在 2016 年 1 月公布之「2025 衛生政策白皮書」中，第五節發展中醫健康照護的目標中有提到要「拓展中醫多元醫療服務，發展合宜中西醫療合作模式」及「推動中醫特色之健康照顧服務，支援長期照顧體系」，因此擬訂的策略包含「推動中西醫合作照護，發展中醫日間照護，中醫參與長期照顧服務」，需要建立三種病種或特定診斷之中西醫合作照護模式與中醫日間照護模式(資料來源：2025 衛生福利政策白皮書，https://oliviawu.gitbooks.io/2025-whbook/content/)。

「衛福部 109 年度施政計畫」中的年度施政目標及策略包

含「健全中醫多元發展」，也在民國 109 年立法院第十屆第二會期之社會福利及衛生環境委員會第四次全體委員會議提出「中醫照護及中藥產業參與長期照顧服務之具體規劃及執行狀況」報告，目前中醫參與長期照顧與居家醫療照護的面項主要包含：A.預防及延緩失能 B.辦理居家醫療照護 C.提供長照服務。

中華民國中醫師公會全聯會在 2021 年 11 月 9 日舉辦「中醫長照居家醫療，中醫師到你家」記者會提出在 2022 年中醫進入長照機構、發展中醫日間照護及社區健康養生巡迴診療等機制，協助失能失智患者的全面照護。

在中醫日間照護的健保給付方面，目前「癌症患者中醫門診延長照護計畫」已納入「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」(資料來源：http://www.twtm.tw/userfiles/upload/151669544831168.pdf) 中，針對手術後、接受化學治療、放射治療或其他抗癌治療出現明顯副作用，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events, CTCAE)，至少兩項症狀程度為 grade 2 以上者，由全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目給付，目前可執行之機構為設有中醫門診之醫院，參與的醫師需執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會所辦理的繼續教育受訓課程，執行之機構與醫師並須無涉及違規情事，一般民眾均可透過衛生福利部中央健康保險署網站查詢目前各縣市執行院所的名單(https://www.nhi.gov.tw/Query/query11.aspx?n=7481540F775A058E&sms=36A0BB334ECB4011&topn=D39E2B72B0BDFA15)，選擇自己適合的院所接受照護。

「癌症患者中醫門診延長照護計畫」目前的給付標準詳如附件一所示，給付項目包含中醫門診延長照護費、藥費及藥品

調劑費、針灸(或電針)及傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費、中醫舌診及脈診檢查費和疾病管理照護費(包含生理評估費、營養飲食指導費及護理衛教指導費)。必須要完成台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory, BFI-T)、台灣簡明版世界衛生組織活品質問卷(The World Health Organization Qality of Life-BREF, WHOQOL-BREF)及放化療副作用評估表(CTCAE)之前測及後測並登錄於健保資訊網服務系統(VPN)才可申請費用。

慢性腎臟病雖然目前並無中醫日間照護給付,但也在 2020 年開始納入「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」的健保給付(資料來源：http://www.twtm.tw/userfiles/upload/1612840182462 80.pdf)，提供確診慢性腎病第二至五期患者之中西醫整合治療的照護，健保給付辦法及參與之醫療院所均可在上述衛生福利部中央健康保險署網站中查詢。

(2) 我國中醫日間照護過去執行報告

行政院衛生署中醫藥委員會在 2012 年辦理「建構中醫日間留院觀察照護模式」計畫[64]，彙整中醫專家經驗，訂出 29 種適合進行中醫日間留院觀察照護的「非住院性急症」或「亞急性」病症病種，並完成 18 種中醫「非住院性急症」或「亞急性」病症照護共識手冊。參與研究計畫的專家也認同「中醫日間照護」這種新的中醫醫療模式適合推廣，建議應訂定發展台灣「中醫日間照護」模式的政策。

中醫藥委員會從 2013 年起逐年辦理「建立中醫日間照護模式」計畫，針對小兒氣喘(桃園長庚紀念醫院)、子宮內膜異位痛經(北市聯醫陽明醫院)、中風後遺症(北市聯醫陽明醫院)、失智症(北市聯醫陽明醫院、彰化基督教醫院)、慢性腎臟病及糖尿病腎病變(中國醫藥大學附設醫院)、癌症包含食道癌、乳癌、大腸癌及膀胱癌(高雄長庚紀念醫院)、運動傷害下背痛及

腳踝扭挫傷(中國醫藥大學北港附設醫院)、憂鬱症(中國醫藥大學附設醫院)等疾病建立中醫日間照護模式(資料來源：https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/lp-719-108.html)。

因中醫介入成效良好，針對癌症患者的中醫日間照護模式「癌症患者中醫門診延長照護計畫」納入「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」，幫助癌症患者緩解手術後、化學治療、放射治療或其他癌症相關治療的副作用。根據中華民國中醫師公會全國聯合會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第四十七次會議議程(草案)之資料，「癌症患者中醫門診延長照護計畫」自 2017 年至 2022 年七月止，共計執行 35632 人次，其中執行人次最高者為台北(18389 人次)，其次為北區(9470 人次)及高屏(7562 人次)，中區、南區及東區是執行人次較少之區域。

在衛福部中醫藥司所委託辦理的計畫中，除了建立不同疾病別的「中醫日間照護」模式外，也有「中西醫整合照護」模式，雖然這些「中西醫整合照護」不完全符合日間照護的規定(如留院時間)，但這些中西醫整合照護模式後續也可應用於中醫日間照護，因此本計畫團隊也將這些中西醫整合照護報告列入討論，根據中醫藥司公告之中醫日間照護相關計畫及中西醫整合照護之列表，及執行團隊所提供之中醫日間照護計畫及中西醫整合照護計畫執行後的完整結案報告(https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/lp-719-108-xCat-y104.html)，整理如下。

表 6、衛福部中醫日間照護及中西醫整合照護模式計畫執行結果

項次	疾病	計畫名稱	執行機構	經費	執行地點	最終統計分析人數	除常規治療外之介入方式	退出人數及退出原因	執行成效
1	失智症	110 年度建立失智症中西醫整合照護計畫	財團法人彰化基督教醫院	160 萬元	失智症日間社區照護據點及日間照護機構	39 人	雷射針灸(每週三次)、太極拳及八段錦(每週五次)、香包氣味刺激、中藥茶飲、膳食調養	2 位在家跌倒骨折、2 位沒有施打新冠肺炎疫苗不符據點到園上課規定，缺席超過一半課程、1 位到園時間不固定無法參與、1 位計畫期間檢查出腦部惡性腫瘤、2 位計畫中途參與失智症據點活動，2 位計畫期間臥床，狀況不佳、1 位計畫期間轉安養中心，家屬要求退出、5 位無法配合後測	相較於西醫常規照護，中西醫整合照護在長期記憶面向的進步有顯著差異
2		109 年度建立中醫失智症照護模式計畫	財團法人彰化基督教醫院	138 萬元	失智症日間社區照護據點及日間照護機構	34 人	雷射針灸、耳穴敷貼、太極拳及八段錦	10 人，包含未完成治療療程、評估量表無法評估、療程中無法配合課程	短期記憶面向及憂鬱量表在失智非失能者有顯著改善

項次	疾病	計畫名稱	執行機構	經費	執行地點	最終統計分析人數	除常規治療外之介入方式	退出人數及退出原因	執行成效
3		108 年度建構中醫日間照護模式-失智症日間照護模式及教學機制	財團法人彰化基督教醫院	90 萬元	失智症日間社區照護據點及日間照護機構	29 人	雷射針灸、坐式太極拳	6 人跌倒、骨折及住院。	憂鬱面向顯著改善。
4	憂鬱症	109 年度建構憂鬱症病患中西醫合作日間照護模式及教學機制	中國醫藥大學附設醫院	135 萬元	中醫門診及美德醫療大樓玻璃屋	16 人	針灸、太極拳、瑜珈、正念療癒、飲食衛教	2 人沒時間配合、1 人失聯、1 人完成療程沒來後測	憂鬱量表分數降低，生活品質量表分數提升，氣鬱體質患者比例下降，平和體質患者比例上升
5	運動傷害	107 年度建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式	中國醫藥大學北港附設醫院	90 萬元	中醫日間留觀室	15 人	中藥、外敷中藥膏、針灸、電針、拔罐、推拿、耳針	無	VAS 疼痛指數顯著下降、腳踝不穩定改善，失能程度改善

項次	疾病	計畫名稱	執行機構	經費	執行地點	最終統計分析人數	除常規治療外之介入方式	退出人數及退出原因	執行成效
7		106 年度建構運動傷害下背痛及腳踝扭挫傷中醫醫合作日間照護模式	中國醫藥大學北港附設醫院	86 萬元	中醫日間留觀室、國訓中心、大學專項角力練習場	16 人	中藥、外敷中藥膏、針灸、電針、拔罐、推拿、耳針	無	疼痛指數顯著下降
8	兒童過敏性鼻炎併睡眠呼吸中止症	107 年度建構中西醫合作照護模式計畫	中國醫藥大學附設醫院	94.5 萬元	中西醫門診	23	雷射針灸、穴位推拿、辛夷精油鼻噴霧	2 人治療時間無法配合	生活品質、睡眠品質及注意力分數顯著改善
9	兒童異位性皮膚炎	106 年度建構中西醫合作照護模式計畫	中國醫藥大學	92 萬元	中西醫門診	15 人	中藥、中藥乳液濕敷、中藥藥浴	1 人中途退出	濕疹範圍、搔癢及睡眠品質分數明顯改善
10	糖尿病腎病變	105 年度建構糖尿病腎病變病患中西醫合作日	中國醫藥大學	90 萬元	慢性腎病中西醫日間照護區	34 人	中藥、針灸、五音、穴位按摩、中醫護理衛教	7 人	疼痛指數明顯改善

項次	疾病	計畫名稱	執行機構	經費	執行地點	最終統計分析人數	除常規治療外之介入方式	退出人數及退出原因	執行成效
		間照護模式及教學機制							
11	乳癌	107 年度建置癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式	財團法人高雄長庚紀念醫院	90 萬元	中醫門診診療區	15 人	中藥、針灸，穴位敷貼、拔罐、推拿、五音、氣功導引	1 人西醫治療期間藥物過多、1 人副作用有得到緩解、1 人友人勸說治療期間不能吃中藥	便秘、失眠、噁心嘔吐、疲倦明顯改善
12	大腸癌	106 年度建置癌症病患的中西醫日間照護整合醫療模式	財團法人高雄長庚紀念醫院	86 萬元	中醫門診診療區	15 人	中藥、針灸	1 人拒絕再接受西醫化療、1 人治療初期因腹膜轉移引發嚴重疼痛轉西醫住院治療	疲倦及疼痛明顯改善
13	乳癌、大腸癌、肺癌及其他癌症	105 年度建立癌症病患的中醫日間照護整合醫療模式	財團法人高雄長庚紀念醫院	90 萬元	中醫病房	112 人	中藥、針灸	4 人中途退出、2 人失去聯絡、2 人病情惡化	生活品質指標明顯改善
14	癌症	104 年度建	財團法	170	各醫學中心	37 人病	中藥、針灸	無	僅病歷寫作報

項次	疾病	計畫名稱	執行機構	經費	執行地點	最終統計分析人數	除常規治療外之介入方式	退出人數及退出原因	執行成效
		置癌症患者照護之中西醫整合教學模式	人中華醫藥促進基金會	萬元	門診	歷報告			告，無評估療效

由上表的整理資料可知，大多數中醫日間照護的疾病別以慢性疾病為主，只有運動傷害屬於較急性但需短期密集治療的問題，在所有執行過中醫日間照護的疾病別中，癌症的中醫日間照護是目前執行較久且較完整之疾病別，可能的原因如下：

A. 跟全民健保的給付相關，因中醫日間照護相較於一般中醫門診，病人留院時間較長，需安排之治療與活動較多，醫院提供的空間場地需求較大，所需要的照護人力也相對較多，包含中醫師、護理師、個案管理師、營養衛教等人才，因此若無全民健保給付或計畫經費支持，可能需要病患自付，相對較不易執行。

B. 中醫日間照護所需留院時間較長，治療頻率也較高，例如每週針灸二至三次，相較於一般慢性病患病情穩定僅服用中藥者，門診就診一次可以直接開立一個月的中藥處方，回診頻率相對高很多，病患的配合度是一個相當關鍵的因素，若病患對於針灸的接受度高且願意較密集的接受治療，沒有工作經濟壓力、到院交通便利、減少家人照顧負擔等，可能是較容易讓病患接受中醫日間照護的條件。但在這兩年因為 COVID-19 疫情的影響，病患到醫院接受治療的意願下降，尤其是留院觀察時間越久病人越不願意停留，許多收案因此停滯或延宕，這也是需要考慮的問題。

中醫日間照護或中西醫整合照護執行的地點以中醫門診診療區為最多，其它包含中醫病房、醫院附設日間照護中心、失智症社區據點及針對運動傷害特別易發生的訓練比賽場地。以目前國內中醫醫院或醫院附設中醫部門的狀況來說，中醫門診診療區的床位是執行中醫日間照護計畫最方便之所在，因不需要特別經過醫院的空間調整，而目前國內設立中醫病房的醫院相對較少(台北市立聯合醫院、衛生福利部桃園醫院、桃園長庚紀念醫院及高雄長庚紀念醫院)，因此中醫門診診療區相對

是一個較容易在各家醫院執行的場地。但中醫門診診療區在執行中醫日間照護上還是有一定限制，因中醫門診診療區的常規業務是一般門診病患，中醫日間照護病患留院時間較長，可利用的床位就有限，若要執行太極拳、八段錦、瑜珈等等其他介入方式，就需要另覓場地，例如中國附醫使用美德大樓的玻璃屋空間或是彰化基督教醫院直接在日照中心或社區據點進行活動，才會有足夠的空間，但日照中心或社區據點因不屬於醫療場所，若要執行中醫四診診察、中藥開立及針灸治療就有法規的限制，這也是後續推廣中醫日間照護所需要考慮的問題。

介入的治療方式由最初的中藥與針灸逐漸擴展，後續包含五音治療、穴位按摩、太極、八段錦、氣功導引，甚至加入了瑜珈、正念等方式，同時還有中醫護理衛教及其他營養衛教等，介入的活動多對於病患可能會有不同的助益，但相對要投入的專業人力也較多，人事成本會是執行的限制之一，隨著科技的進步，加上近二年 COVID-19 疫情影響，視訊看診、線上教學、線上會議的大量推行，藉由線上影片觀看、在家視訊同步練習、手機 APP 等方式也許是後續中醫照護需要積極推廣的項目，讓患者可以在家也能與醫護人員進行交流、接收衛教資訊、監督式練習太極拳、八段錦等等，可能有助於中醫照護的推廣與實際執行。

在執行成效方面可以發現疾病相關的量表指標及生活品質多有一定程度的改善，顯示中醫照護有其一定的角色，後續如何進行更大型的臨床研究驗證成效非常重要，以目前發表於 JAMA 等知名國際期刊的針灸論文為例，均需要至少數百人至上千人的收案，加上嚴謹的研究設計，才能有較確切的療效發表，多中心的合作將是關鍵，但要進行多中心的臨床研究則需考慮各家醫院的所有條件限制進行，才能推廣，這也是中醫日間照護後續推廣所需考慮的問題。

(3) 中醫日間照護已發表之國內外期刊論文

針對包含中醫日間照護等中西醫整合照護在台灣的執行模式，許中華等人[65]撰文介紹中西醫整合全人照護在台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區的執行模式，金玠縈等人[66]則以高雄長庚醫院中醫病房的照護經驗發表腫瘤患者接受化學治療的中西醫整合醫療展望，藉由針灸、推拿、拔罐、氣功、中藥治療等改善化療副作用。

目前專門針對中醫日間照護的成效發表在國內外期刊的論文主要是以癌症的門診延長照護為主，包含肺癌患者的中醫門診延長照護成效[67]、大腸癌的中醫整合治療療效[68]及癌症治療副作用的中醫日間照護成效[69]。其它疾病的部份包含中西照護預防及延緩失能失智的成效(屬於社區據點的模組照護)[70,71]、針灸及輔助治療對於重鬱症的治療成效[72]，在慢性腎臟病的部份已經發表的論文是探討洗腎病患氣虛與憂鬱的相關性[73]，糖尿病腎病變的中西整合照護成效論文則尚在投稿中。

發表於國內的論文者有四篇，陳建宏等人[67]的研究針對2017 年 6 月至 2019 年 11 月在台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區接受中醫日間照護的肺癌病患共計 99 人次，排除 8 人次有遺漏前後測資料者，最後分析 91 人次(31 人)，發現男性患者對放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 4.0, CTCAE)治療總分、膀胱炎及醫療方便的改善幅度大於女性患者。女性患者則是在手足症候群的改善幅度大於男性患者。相較於沒有接受化學治療組，有化學治療組經中醫日間照護治療後噁心、厭食症狀改善。相較於沒有接受放射治療者，有接受放射治療者經中醫日間照護治療後倦怠明顯改善。此研究僅分析有接受中醫日間照護患者，因此無僅接受西醫常規治療的對照組。

謝明憲等人[68]的研究針對 2017 年 6 月至 2019 年 11 月在台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區接受中醫日間照護的肺

癌病患共計 80 人次，排除 9 人次有遺漏前後測資料者及 7 人次有錯誤資料者，最後分析 64 人次，發現中醫日間照護介入前後比較有統計顯著差異的有 CTCAE 總分(13.13 降至 10.66，P<0.001)、疲倦(1.42 降至 1.16，P=0.002)、腹瀉(0.77 降至 0.59，P=0.006)、手足症候群(0.36 降至 0.20，P=0.04)、周邊神經病變(0.5 降至 0.36，P=0.038)、疼痛(1.30 降至 0.86，P=0.018)、焦慮(0.95 降至 0.78，P=0.047)及失眠(1.26 降至 0.98，P=0.010)。此研究亦僅分析有接受中醫日間照護患者，因此無僅接受西醫常規治療的對照組。

黃柏銘等人[70]針對社區失智據點、一般關懷據點及巷弄 C 據點社區民眾設計 12 週專業課程，包含中醫藥、復健、語言、營養等項目，中醫藥包含穴位按摩、八段錦、養生六字訣等，從 2019 年 3 月至 12 月完成課程者共計 159 人，失智組在衰弱量表的評估上有顯著改善，社交自閉及認知功能風險兩項有顯著改善，此計畫僅研究有接受中醫整合課程者，因此沒有對照組。

林佩靜等人[71]針對社區據點，65 歲以上長者安排 12 週延緩失能模組課程，包含中醫健康識能講座及八段錦氣功操，結果顯示 3 秒坐站(P=0.001)、坐姿體前彎(P=0.003)、5 公尺坐站起走(P<0.001)、左手握力(P=0.008)及右手握力(P<0.001)在介入後皆有顯著進步；在認知功能檢測採用 Mini Mental State Examination (MMSE)量表，記憶面向也呈現顯著進步，此計畫僅研究有接受中醫整合課程者，因此沒有對照組。

發表於 SCI 國際期刊的論文有三篇，Wu HA 等人[69]研究針對 2017 年 6 月至 2019 年 11 月在台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區接受中醫日間照護的所有癌症病患(包含腸道癌症、肺癌、乳癌及其他癌種)共計 506 人次，排除 105 人次有遺漏前後測資料者，最後分析 401 人次，發現中醫日間照護介入前後比較有統計顯著差異的有 CTCAE 總分(P<0.001)，十四種症狀

包含疲倦、疼痛、腹瀉、嘔吐、厭食、腹脹、口乾、口腔炎、唾腺炎症、吞嚥困難、喘、焦慮、憂鬱、失眠及周邊感覺神經病變的改善均有達到統計顯著差異，生活品質量表指標亦有改善。此研究亦僅分析有接受中醫日間照護患者，因此無僅接受西醫常規治療的對照組。

Tamayo SM 等人[72]分析 18 位重鬱症病患接受八週中西醫合作日間照護的結果，介入的方式包含針灸、營養衛教、穴位按摩、氣功、瑜珈及正念，發現經由 21-question Hamilton depression rating scale (HDRS21)評估的憂鬱程度有顯著改善(P<0.001)，經由 Beck Depression Inventory (BDI)評估的憂鬱程度也有顯著改善(P<0.003)，經由 Quality of Life (QoL)量表評估的生活品質有顯著改善(P<0.002)，在收案的重鬱症病患中體質以血瘀體質及氣滯體質最多。此研究亦僅分析有接受中醫日間照護患者，因此無僅接受西醫常規治療的對照組。

Liao YC 等人[73]針對中國醫藥大學附設醫院末期腎病變患者接受血液透析治療超過三個月者，使用 Beck Depression Inventory II (BDI-II) 及 Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ)量表分析這些患者憂鬱與中醫體質之相關性，發現洗腎患者的體質以陽虛為最多(43.7%)，氣虛體質則與洗腎時間超過 5.8 年及憂鬱程度相關，此研究屬橫斷面觀察型研究，並無分析中醫日間照護介入的成效。

由上述結果可知，目前專門針對中醫日間照護的執行結果所發表的國內外期刊論文仍相對較少，原因包含：

A. 國外日間照護目前無發表中醫日間照護之成效，因此資料皆為國內醫院執行並發表。
B. 國內中醫日間照護執行團隊所發表之論文包括回溯性資料分析、橫斷面觀察分析或前瞻性收案分析，人數皆不多，且沒有與無中醫藥介入之對照組比較，因此無法凸顯中醫日間照護是否與西醫常規治療有差異，但仍可

看到中醫在癌症患者、失能失智患者或重鬱症患者的日間照護或社區模組照護模式有其一定的成效。後續可朝向擴大研究，增加收案人數及與西醫常規對照組的比較分析，更能進一步提供中醫日間照護的有效數據供臨床參考。

(4) 中醫日間照護執行專家訪談

本計畫團隊針對主要負責執行的醫師進行當面或視訊訪談(如上表 4)，各醫院之訪談記錄如附件二至附件九。訪談後將目前正在執行或過去有執行癌症患者中醫門診延長照護計畫的醫院其執行情況整理如下表，訪談紀錄詳見附件二至附件六。

表 7、癌症患者中醫門診延長照護計畫執行情況

醫院	台北市立聯合醫院	桃園長庚紀念醫院	高雄長庚紀念醫院	嘉義長庚紀念醫院	中國醫藥大學附設醫院
執行地點	中醫病房(2-3 人房)	中醫病房(1-2 人房)	中醫門診治療室	中醫門診	中醫門診
床數	21-27(新冠肺炎疫情期間 15)	不定(病房有 50 床，但有其他患者)	4	1-2	不定
護理人員	有專門負責照護的中醫病房護理人員	有專門負責照護的中醫病房護理人員	門診護理師支援	門診護理師支援	門診護理師支援
收案來源	中醫門診病患	中醫住院病患、西醫轉介	中醫門診病患、西醫轉介	中醫門診病患	中醫門診病患
收案解說	諮詢中心	中醫師	中醫師	中醫師	中醫師
主要執行	具中西醫雙執照之主治醫師	中醫內科主治醫師	中醫內科主治醫師	中醫內科主治醫師	中醫內科主治醫師
針傷治療	有	無，若需要則由針傷科醫師執行	有	有	部份由針傷科醫師協助執行
優勢	1.醫院過去有執行社區公	1.桃園長庚醫院有自費的中醫	1.和癌症中心合作，	1.中醫治療多元，	1.病患可以在醫院停留較

醫院	台北市立聯合醫院	桃園長庚紀念醫院	高雄長庚紀念醫院	嘉義長庚紀念醫院	中國醫藥大學附設醫院
	共衛生相關計畫,在癌症患者的中醫照護上有一定比例的病友有接受照護的良好經驗,較願意回來接受中醫日間照護 2.有兩人房或三人房病房床位可進行治療及休息 3.有專門負責照護的中醫病房護理人力 4.醫師在門診有癌症初診患者適合接受中醫日間照護者可轉介諮詢中心,方便讓病人了解中醫日間照護的詳細資訊	病房，有足夠空間 2.長庚醫院有質子治療中心，廣納台灣的病人，病患來源多，也有許多外縣市病人因頻繁治療而有住院需求 3.過去發表中藥內服改善接受放射治療患者的副作用及生活品質論文，和放射腫瘤科建立良好合作關係，提高西醫師轉介及病患接受意願	申請院內計畫經費，以補足病人的問卷費及營養費 2.接受質子治療的病人療程 4-6 週,在治療時同時接受中醫日間照護較符合病人期待 3.擬定治療 protocol，先解釋清楚療程，設定治療期限，讓病人知道什麼時候可以結束治療	除了內服中藥、針傷治療外,也有中藥足浴	長時間，可在同日接受中藥、針灸、推拿及養生運動訓練，一次得到完整照護，減少多次往返醫院
執行困難點	1.留院六小時降低意願 2.疾病嚴重度太嚴重者無法頻繁往返醫院或配合長時間留院 3.年輕患者須	1.留院六小時若非住院病患較不易執行 2.一般的門診空間不容易執行 3.疫情因素影響 4.中醫部是分科制，中醫內婦	1.留院時間須要六小時 2.疫情因素影響 3.治療室空間條件不如病房，	1.一天只能收治一位病患,造成人力資源浪費 2.留院時間長降	1.病情較重者無法持續待在醫院太長時間 2.部分患者因不喜歡針灸而拒絕相關處置，或是

醫院	台北市立聯合醫院	桃園長庚紀念醫院	高雄長庚紀念醫院	嘉義長庚紀念醫院	中國醫藥大學附設醫院
	維持工作無法配合 4.居住遠地或交通不便患者無法配合頻繁回診 5.中醫日間照護若規模小，產值低，不易執行，且不容易累積足夠的數據證明療效	兒科醫師只能開中藥不能進行針傷治療	也無固定護理人力 4.病患狀況不佳需要很快結案 5.頭頸癌病患因氣切痰多，易影響環境	低意願，陪病者無休息床位 3.醫院患者屬性長者多，交通不便，無法配合頻繁往返及留院時間	部分患者無法配合養生運動之動作 3.陪同治療的家屬無處可去 4.午餐自理造成病患困擾 5.空間不足以應付多位病患同時照護
未來或其他醫院執行建議	1.增加執行時段如假日，讓上班族患者也可接受 2.部門設立諮詢中心，醫師初診患者可轉介到諮詢中心詳細說明 3.中醫護理人員需要有病房照護經驗 4.留院時間長，需要有固定人力，因此要有足夠的醫師、護理人員及衛教人員可以介入 5.中醫介入方式是以針灸	1.空間很重要 2.要發表研究論文，讓西醫及病患知道療效 3.執行的病種應以慢性病為主 4.骨科病房的骨折病人手術後或其他手數例如置換人工關節後，因為病床一床難求，需要盡快讓病患出院，但還是需要術後照護或復健，可以考慮讓病人來住中醫病房或接受中醫日間照護 5.建立中西醫合作關係	1.安排的治療及課程要多元 2.建立中醫結構化病歷範本，讓病歷記錄可以標準化，要收集數據分析統計比較容易 3.要解決空間及人力問題 4.要發表論文讓西醫師及病患知道療效，西醫師才會比較願意轉	1.留院時間縮短 2.提供交通補助 3.有較大的空間可以有較多的床數，可以比較節省人力 4.增加宣傳，讓西醫主治醫師及病人知道中醫日間照護的相關資訊，提高西	1.短程：開拓照護空間，建議衛福部提供獎勵金配合院所成立空間，且是符合癌症病患的舒適空間 2.中程：培養相關配套醫護人員，包含衛教、護理，開設特別門診，整合相關醫療資源 3.長程：觀察評估療效，整合各家醫院的成果進行評估，做

醫院	台北市立聯合醫院	桃園長庚紀念醫院	高雄長庚紀念醫院	嘉義長庚紀念醫院	中國醫藥大學附設醫院
	及太極拳比較能夠增加執行頻率 6.空間很重要，留院時間長，需要固定床位休息 7.收費太高影響病患參與意願，收費太低可能會造成醫療資源濫用	6.縮短病人留院時間，降低空間與人力成本，也可能提高病人接受的意願	介，實證可以增加病人接受中醫日間照護的意願，參加的病人又可以變成後續實證研究的對象	醫師轉介的意願，或是透過中西醫合作門診	出 EBM 的研究並發表成果，提高能見度

總結上述醫院執行癌症患者中醫門診延長照護計畫醫師的訪談結果，可以發現各家醫院成功的經驗均有其條件，這是推廣至全國各醫院時所需要注意的重點，當然有些先天因素例如交通的便利性是中醫較難克服的困難，可能就需要考慮另外的執行模式，例如採用彰化基督教醫院執行失智症中醫日間照護的模式，到日間照護中心或社區據點進行，而無法在院內進行。

從上述訪談醫師們的建議也可歸納得知，未來在執行時需要考慮病患的來源及推廣、中西醫合作、場地空間的限制、人員訓練及經費支出與給付等面向，另外就是研究成果的發表在目前講究實證醫學的時代也非常重要，而這也是中醫需要加強的部份。

針對癌症患者中醫門診延長照護計畫以外的中醫日間照護執行訪談，包含中國附醫慢性腎病的中西醫整合照護及花蓮慈濟醫院和彰化基督教醫院進行的失智症日間照護中心病患的中西醫整合照護，訪談紀錄詳見附件七至附件九，可以歸納出執行會遇到的困難主要還是空間、人力和經費的問題，花蓮

慈濟醫院採用的是在失智症日間照護中心設立中醫門診空間，因此尚可以採用健保就診的方式進行，但是須要配合日間照護中心安排活動的空檔，時間有限。彰化基督教醫院把中醫日間照護的地點從院內拓展到院外，雖可解決部份空間問題，但院外執行時能採用的中醫治療相對受限，較無法進行常規的中醫治療，這也是未來須要解決的問題。

(二) 綜整目前中醫日間照護計畫，中醫介入之困境(如給付、資格限制等)。

由上述整理的已發表文獻及專家訪談的意見可以歸納出目前中醫日間照護計畫中醫介入的困境如下:

1. 空間限制：國內大多數醫院並無中醫病房，在進行中醫日間照護計畫時須像高雄長庚醫院一樣特別規劃出獨立的中醫治療區，但可能因此占用門診治療空間，須考慮成本效益問題，或是大多數就利用門診的同時段閒置診間及治療床，但這樣往往造成執行的病患人數限制，因為留院時間長，須要固定照護人力，若一次執行的病患過少，會造成人力資源的浪費。此外，對於體力較衰弱的患者來說，病房的休息空間相對較優良，也有陪病床可供陪同家屬休息。要增加空間還需要醫院評估，取得不易，若拓展到院外空間，則須要考慮執行場地及醫療行為受限的問題。
2. 時間限制：目前癌症患者中醫門診延長照護計畫執行時患者須留院六小時，只能在平日上班時間執行，年輕的上班族病患無法參與，年長的病患又大多須要家屬陪同或接送，家屬可能也須要工作無法配合，或是陪同家屬須要陪同長時間留院，無事可做，長時間的留院對於體力不足的長者也不易達成。
3. 人力限制:中醫病房有固定的排班護理人員可以協助照護病患，若在門診或門診治療室執行,因非常規門診,會增加護理人力，醫院不一定能配合,利用門診執行,一次執行的病患人數過少，

但須要提供照護的專業人力配給不能減少，不符合成本效益。若拓展院外中醫日間照護，則人力又是一項額外支出。

4. 給付限制：中醫日間照護因不符合住院給付條件，病患無法申請癌症治療的私人保險給付，只能採用健保給付，要申請健保給付就要符合癌症患者中醫門診延長照護計畫的條件限制，包含留院時間及就醫頻率等。對於執行的主治醫師而言，中醫內科醫師增加針灸及傷科治療有助於提升產值，但是相對耗費時間長，較適合門診病人較不多的年輕醫師執行，對於針傷科醫師而言，符合中醫日間照護計畫給付條件的病人大多可符合健保複雜性針灸治療的條件，因此執行中醫日間照護計畫須耗費長時間的病患照顧反而不如複雜性針灸來的有吸引力，故目前執行醫師多為中醫內科醫師。部份醫院中醫分科多，中醫內科醫師無法執行針傷治療或較無空間執行針傷治療，若病患須要針傷治療則須請針傷科醫師協助，給付及產值的分配也是需要協調的問題。目前只有癌症患者有健保給付的中醫日間照護，其他疾病僅能透過計畫經費支付，一旦計畫執行結束則較困難繼續執行。
5. 宣傳不足：雖然中醫藥司網站上均有中醫日間照護的資訊，但很多民眾並不清楚，甚至西醫師也不知道中醫日間照護有健保給付，須要增加對於一般民眾的宣傳，或是透過長期的中西醫合作讓西醫瞭解，若能累積臨床數據發表中醫日間照護相關療效的論文，也有助於推廣。
6. 臨床實證須加強：目前發表的國內外期刊文獻雖顯示中醫日間照護有其一定成效，但大多數研究報導人數少，且無法跟單純接受西醫常規治療而無接受中醫日間照護的病患比較，說服力相對較弱，中醫日間照護目前有其執行條件的限制，規模相對不易擴大，就比較難累積足夠數據發表論文。

(三) 至少召開 1 場專家會議，討論並提出困境解決方案、中醫日間照護

未來發展重點(中醫可介入但尚未介入；中醫介入成效尚未有足夠研究佐證)與執行方式等政策建議。

本計畫團隊於 10 月 20 日(星期四)下午二時至四時於 Teams 線上會議平台召開 111 年度「建立中醫日間照護計畫」專家座談會，本次會議邀請各醫院執行中醫日間照護之專家與會(如上表 4)，並根據會議前對專家進行之深入訪談提出問題進行討論。包括中醫介入現有日間照護模式的困境、過往經驗分享，並針對中醫日間照護的短、中、長期規劃提出建議。詳細記錄請見附件十。

針對上述中醫日間照護的困境，整理專家會議中提出的意見如下：

1. 空間限制：國內多數中醫部在醫院中的空間需要跟西醫共享，中醫的績效如何達到西醫水準，讓院方願意提供執行空間是一個需要思考的問題。若院內空間不夠，可以將執行地點拓展到村里設點，但需要符合日間照護的規格也需要更多團隊投入，此外，非醫療院所也有一些法規的限制需要克服。目前中醫日間照護還是侷限於在院所的空間內，未來可以拓展到長照機構、護理之家等。未來針對現有模式需要做統整以及空間的突破，包括到社區、偏遠機構執行，提供方便病人的模式也減少醫院病床使用的時間。
2. 時間限制：目前癌症患者中醫門診延長照護計畫執行時患者須留院六小時，只能在平日上班時間執行，年輕的上班族病患無法參與，若能將執行時間擴增到假日時段則可以彌補此不足。留院時間長則須要將中醫日間照護的治療及活動設計多元化，提高病人接受的意願。目前執行的醫師大多希望縮短留院時間，但日間照護本身就是門診的延長照護，若縮短照護時間，相對的給付金額也會減少，回頭計算目前的給付是否足以鼓勵或支持執行試辦計畫單位執行，整體民眾給付金額下降，雖然時間縮短了，但收支成本若不如以支持試辦計畫，可能沒辦法將試辦計畫執行的很好，所以若想要縮短治療時間，需要先進行收支成本的計算。

3. 人力限制：在解決人力不足問題的部分，可以採用彰化基督教醫院發展智慧醫療照護的方式，應用在部份項目例如養生功法及營養衛教等，以節省人力。
4. 給付限制:短期可以持續採用試辦方式,中長期需要爭取健保、健保以外的補助來支持日間照護的支出及人力。長期來說需要去評估哪些疾病適合，後續執行上比較適合的疾病也可以去爭取健保給付。執行上還是需要有專案來支持，醫師執行的意願較高，病人醫療費用負擔也較低。
5. 宣傳不足：高雄長庚醫院目前針對癌症患者的放射治療約 20~30 次療程，時間較短，比較能讓病人感受到有沒有接受中醫日間照護的差異性，同時病人也會將感受回饋給西醫或是病友，達到宣傳效果，能讓收案的個案源源不絕。發表療效論文也是宣傳的方式，另外像北市聯醫有諮詢中心可以讓病患了解資訊，建議執行時需要有一個諮詢單位，以臺北市立聯合醫院的執行經驗為例，是請總醫師向受訓醫師講解如何說明，當門診病人或民眾想了解醫院是否有中醫日間照護時，諮詢單位的人員並須能分析個案情況是否適合日間照護，並且向來諮詢的人說明流程，同時也會有志工協助溝通，讓被轉介的民眾不會不知道要怎麼進行相關治療、照護。或是各醫院內可能有記者會、推播影片或是媒體社群也是宣傳管道。
6. 臨床實證須加強：目前各醫院的日間照護個案較少，如果可以做多中心的統計，或許可以看到比較多的成果。
7. 疾病項目：比較適合慢性疾病，中等程度的嚴重度，尤其病人需要長期在醫院復健或接受西醫治療，這部分中醫可以提供協助，若跟復健科合作可能有所突破。亞急性的個案，如不良於行的老人，若有足夠的誘因，讓個案願意到日間照護的定點，包含中午用餐服務並針對腳步復建強化，會提升參與意願。若要篩選適合執行中醫日間照護的病種，依過往執行的經驗來看腦中風、失智症或像憂鬱症等身心科方面的疾病，這些疾病有

過往執行計畫的經驗，加上這些疾病適合進行日間照護，或許在未來評估後可納為健保試辦計畫的優先選擇之一。

8. 減輕家屬負擔：有些院區交通距離較遠，可以參考洗腎中心、長期照護中心的專車接送方式，對於試辦單位來講，剛開始執行沒有穩定的來源，專車接送可以減輕家屬負擔，提高參與計畫的意願。針對距離較遠的病人，往返醫院治療不便，若有像孕婦產檢類似的交通補助，能增加病人前來的意願。

(四) 研擬中醫日間照護政策推動藍圖，提出包含整體策略架構、計畫標的優先順序、分年行動計畫及短中長程目標等構想及建言。

綜合目前收集到的發表文獻、專家訪談意見及專家會議的結論，提出以下策略及短中長程目標。

對於中醫日間照護的推動，有助於提高中醫的利用率，應該持續推廣，但是綜觀目前遇到的困境，包含空間問題、人力問題、時間問題、給付問題、疾病種類等等因素，必須要規劃後續的執行方法，建議策略如下：

1. 空間限制：提升中醫績效，讓醫院願意提供執行空間。拓展院外執行空間，例如長照機構、護理之家、社區、偏遠機構執行。
2. 時間限制：配合人力，將執行時間擴增到假日時段。將中醫日間照護的治療及活動設計多元化，在考量成本效益下，調整中醫日間照護的執行時間。
3. 人力限制：發展智慧醫療照護的方式，應用在部份項目例如養生功法及營養衛教等，以節省人力。
4. 給付限制:短期可以持續採用試辦方式,中長期需要爭取健保、健保以外的補助來支持日間照護的支出及人力。長期需要評估適合的疾病，爭取健保給付，且需要有專案來支持以提升醫師的意願及減少病患負擔。
5. 宣傳不足：先提高療效，讓病患自主宣傳，建立中西醫合作管道，發表實證論文，提高西醫轉介意願，設立諮詢單位，透過

記者會、推播影片及媒體社群宣傳。

6. 疾病項目：慢性疾病，中等嚴重程度，需要長期在醫院復健或接受西醫治療者可在醫院執行，亞急性個案可增加誘因，讓個案願意到日間照護的定點，提升參與意願。
7. 減輕家屬負擔：交通不便者提供專車接送或交通補助。

本團隊擬定的短中長程規劃建議如下表：

表 8、中醫日間照護計畫短、中、長程執行策略

時程	時間	執行策略
短程	三年內	1.持續建立各種疾病的中醫日間照護模式並執行 2.針對目前已經執行的疾病別，累積中醫日間照護的收案量 3.進行中醫日間照護的臨床資料分析並發表論文 4.透過各種管道提升中醫日間照護計畫的能見度 5.嘗試建立院外中醫日間照護，拓展執行空間 6.培養專業之中醫日間照護人才，例如具有病房照護經驗及中醫知識之護理人員，或中醫衛教人力
中程	五年內	1.持續發表論文提高中醫日間照護的能見度及使用率 2.由療效及成本效益評估適合做為長期發展的中醫日間照護疾病別 3.藉由執行成效爭取醫院提供中醫日間照護的空間及人力 4.評估院外執行中醫日間照護的成效及後續執行策略 5.發展 AI 人工智慧輔助中醫日間照護活動 6.持續培養中醫日間照護人才
長程	十年內	1.將試辦成功的中醫日間照護疾病別爭取健保給付 2.整合各家醫院的成果進行評估，執行多中心的中醫日間照護成效分析及論文發表

		3.建立中醫日間照護的院外據點 4.建立中醫日間照護病房，提供病患舒適空間 5.利用 AI 人工智慧輔助中醫日間照護活動 6.持續培養中醫日間照護人才

二、建立肌少症患者中醫日間照護模式

(一) 組成中醫日間照護照護團隊，並至少每季召開 1 次討論會

本計畫之中醫日間照護團隊成員如上表 2 所示。在組成中醫日間照護計畫團隊後於今年度總共召開七次團隊會議，每次團隊會議均針對執行本計畫所需進行的各項工作進行討論：

1. 2022 年 3 月 7 日(星期一)下午三時使用 teams 平台採用線上會議方式召開 111 年度第一次團隊會議。本次會議主要討論建立中醫日間照護計畫之計畫年度目標與工作項目與執行方式，並將計畫團隊成員組成 line 群組，以利後續計畫相關事宜之及時聯絡，詳細會議記錄請見附件十一。
2. 2022 年 4 月 19 日(星期二)中午十二時於中國醫藥大學立夫教學大樓 203 講堂召開 111 年度第二次團隊會議。本次會議主要討論肌少症患者的肌力訓練方式、訓練頻率、儀器、場地等，以利撰寫肌少症臨床收案的 IRB 及臨床收案的進行，詳細會議記錄請見附件十二。
3. 2022 年 5 月 17 日(星期二)下午四時於中國醫藥大學立夫教學大樓 11 樓討論室(四)召開 111 年度第三次團隊會議。本次會議主要討論如何蒐集我國現有中醫日間照護模式資料，詳細會議記錄請見附件十三。
4. 2022 年 6 月 27 日(星期一)下午四時於中國醫藥大學附設醫院美德大樓中醫部會議室召開 111 年度第四次團隊會議。本次會議主要追蹤前兩次會議後續執行情況，詳細會議記錄請見附件十四。

5. 111 年 8 月 9 日(星期二)下午二時於 teams 線上會議平台召開 111 年度第五次團隊會議。本次會議主要討論病例寫作進度、拍攝肌少症相關介紹、肌力訓練運動及太極拳影片，以及臨床收案規劃，詳細會議記錄請見附件十五。
6. 111 年 9 月 6 日(星期二)下午十二時於中國醫藥大學附設醫院美德大樓中醫部會議室召開 111 年度第六次團隊會議。本次會議主要討論前一次會議決議後續執行狀況及專家座談會與會人員名單訂定並擬定議程，詳細會議記錄請見附件十六。
7. 111 年 10 月 11 日(星期二)下午十二時於中國醫藥大學附設醫院美德大樓中醫部會議室召開 111 年度第七次團隊會議。本次會議主要討論增加深入訪談專家名單、安排肌少症演講事宜及追蹤專家座談會會議事項準備進度,詳細會議記錄請見附件十七。

(二) 依所研擬之中醫日間照護政策推動藍圖，建立肌少症中醫日間照護模式；照護模式包含：1.中醫日間照護指引，2.中醫日間照護標準作業流程，3.中醫日間照護路徑(含照護指標)。

本計畫團隊透過資料蒐集、整理及團隊成員的討論，進行中醫日間照護模式的建立，針對可執行中醫日間照護計畫的疾病對象，首先需要了解該疾病的診斷標準、嚴重度區分、西醫常規治療模式及預後(含併發症)、目前西醫治療的侷限及中醫可介入的空間，同時了解目前中醫治療的成效，以便制訂中醫介入的對象及策略。再根據中醫介入的對象選擇中醫日間照護執行的地點及合作的對象(包含西醫師、護理團隊、營養團隊、復建團隊、社區團隊等)。

組成跨領域整合團隊後可經由團隊討論，考量收案的實際執行難易度及療效評估方式，制訂招募病人方式及收案標準，包含納入條件及排除條件，並選擇收案成效評估的方式，包含疾病嚴重度量表、症狀嚴重度評估量表、生活品質量表、血液生化指標、影像學檢查、中醫數據例如舌診、脈診、心率變異度、中醫體質量表或其他常規西醫治療用以評估療效的重要指標，並且要訂定成效評估的時間點。

中醫團隊需擬訂中醫治療的策略，可能包含中藥、針灸、穴位按摩、太極拳或八段錦、氣功導引等治療，在治療策略的選擇上需要根據目前的研究證據或臨床經驗，加上跨領域團隊成員的接受度(例如部份腎臟科醫師可能尚無法完全認同病患無條件接受中藥治療等)，同時也要考慮病患及場地空間是否適合執行，或是有些活動可以採用線上方式或APP 進行等，制訂標準治療模式應包含治療方式、頻率及療程。

若非全民健保所給付的常規治療模式，則需依據上述制訂的條件撰寫計畫書、臨床試驗同意書及個案報告表，通過臨床研究的 IRB 審查後開始進入臨床收案，在招募受試者後由收案執行人員依照納入條件及排除條件評估受試者資格，符合收案條件且可配合中醫日間照護執行者即可進入收案，進行照護前的指標評估後開始接受中醫日間照護，依照中醫日間照護標準作業流程進行治療及成效評估。

執行中醫日間照護計畫之團隊應根據所蒐集到的資料及團隊會議的討論，擬訂出中醫日間照護指引，所含內容如下表所示。

表 9、＿＿＿疾病中醫日間照護指引

項目	指引內容
1.指引範圍界定	
1.1 發展目的	透過實證證據，建立合適且可執行的檢查與處置策略，＿＿＿疾病中醫日間照護計畫團隊可以即早發現、評估及介入治療，降低因＿＿＿疾病造成身體衰弱、功能減退及併發症或合併症的發生，提高生活品質。
1.2 臨床問題	1.2.1 如何診斷＿＿＿疾病? 1.2.2 如何進行＿＿＿疾病的中醫日間照護
1.3 適用對象	＿＿＿疾病好發對象
1.4 指引使用者	＿＿＿疾病中醫日間照護團隊成員
1.5＿＿＿疾病定義	根據目前西醫疾病之定義

2.____疾病篩檢診斷	
2.1 風險因子	根據所蒐集的文獻列出____疾病的風險因子
2.2 日常功能影響	根據所蒐集的文獻列出____疾病對日常功能的影響
2.3 檢查診斷	根據所蒐集的文獻列出____疾病目前西醫臨床的標準篩檢/診斷方法，並附上 references。
3.中醫日間照護處置建議	
3.1 中藥	根據所蒐集的文獻列出____疾病目前有發表的中藥治療處方及用藥，並附上 references。
3.2 針灸及穴位按摩	根據所蒐集的文獻列出____疾病目前有發表的針灸穴位，並附上 references。
3.3 營養	根據所蒐集的文獻列出____疾病目前建議的營養飲食準則，並附上 references。
3.4 其它	根據所蒐集的文獻列出____疾病目前有發表的未在上述所列之中醫或其他治療方式，並附上 references。

本計畫團隊根據所蒐集到的資料、過去執行中醫日間照護計畫的經驗及團隊會議的討論，擬訂出肌少症的中醫日間照護模式草案，內容包含：

1.中醫日間照護指引。

2.中醫日間照護標準作業流程。

3.中醫日間照護路徑(含照護指標)

上述工作項目之執行結果詳如下述。

(1) 肌少症中醫日間照護指引

本計畫團隊依據文獻蒐集、篩選及評讀目前肌少症的相關論文，藉由團隊會議討論取得共識，擬訂肌少症中醫日間照護指引，指引範圍包括三大項：A.肌少症中醫日間照護指引範圍界定、B.肌少症

篩檢診斷方式及 C.肌少症中醫日間照護處置建議。指引範圍界定包含發展目的、臨床問題、適用對象、使用者及肌少症定義，肌少症篩檢診斷方式包含風險因子、日常功能影響及檢查診斷，肌少症中醫日間照護處置建議包含中藥、穴位按摩及運動。目前擬訂之肌少症中醫日間照護指引如下表，後續可持續透過更新資料及團隊討論進行修正。

表 10、肌少症中醫日間照護指引

項目	指引內容
1.指引範圍界定	
1.1 發展目的	透過實證證據，建立合適且可執行的檢查與處置策略，肌少症中醫日間照護計畫團隊可以即早發現、評估及介入治療，降低因肌少症造成身體衰弱、功能減退及併發症或合併症的發生，提高生活品質。
1.2 臨床問題	1.2.1 如何診斷肌少症? 1.2.2 如何進行肌少症的中醫日間照護
1.3 適用對象	60 歲以上患者
1.4 指引使用者	肌少症中醫日間照護團隊成員
1.5 肌少症定義	隨著年齡增加，發生骨骼肌之質量與力量下降，影響身體的功能活動。
2.肌少症篩檢診斷	
2.1 風險因子	年齡、性別、肥胖、運動不足、骨質疏鬆、骨折、營養不良、糖尿病、心血管疾病。
2.2 日常功能影響	衰弱、疲勞、步態不穩、跌倒[74-76]。
2.3 檢查診斷	2.3.1 根據亞洲肌少症工作小組訂定的標準，以 SARC-CalF 作為篩檢指標：肌少症風險評估問卷 SARC-F (包含力量、行走、起身、登階、跌倒等 5 個項目，共 10 分)加上小腿圍量測，男性小腿圍<34 公分/女性<33 公分多計 10 分，SARC-CalF≧11 分為陽

	性，需再進行肌力、生理體能表現與肌肉質量之評估[77]。 2.3.2 生物電阻抗分析(bioelectrical impedance analysis, BSA)：男性<7.0 kg/m^{2}及女性<5.7 kg/m^{2}診斷為肌少症[77]。 2.3.3 雙能量 X 光吸收測量儀(dual-energy X-ray absorptiometry, DXA)：男性<7.0 kg/m^2 及女性<5.4 kg/m^{2}診斷為肌少症[77]，準確性較高，但價格較貴。
3.中醫日間照護處置建議	
3.1 中藥	補中益氣湯及八珍湯[58]、人參[59,60]。
3.2 針灸及穴位按摩	穴位包含曲池、臂臑、髀關、梁丘和足三里，但針灸治療肌少症的臨床研究較少，臨床證據較弱[61,62]。
3.3 運動	3.3.1 抗阻力運動或有氧運動可維持老年人的肌肉質量和肌力，延緩肌少症的惡化[8,78]。 3.3.2 太極拳訓練可增加肌少症老年人的下肢肌力[63]。

(2) 肌少症中醫日間照護標準作業流程

本計畫團隊成員經過討論後，建立肌少症中醫日間照護之標準作業流程，包含收案患者的篩選、納入條件、排除條件及收案來源，並根據搜尋到的論文及臨床經驗訂定中醫介入的方式及評估指標，其各項內容詳列如下。

A. 肌少症患者篩選：主要針對 60 歲以上確診肌少症患者。

納入條件：

(A)年齡六十歲或超過六十歲。

(B)家醫科醫師或復健科醫師診斷肌少症。

(C)能夠配合肌力測試、步行測試及中醫舌脈診檢查。

(D)目前未接受中藥、針灸治療及太極拳訓練。

排除條件：

(A)嚴重心血管疾病患者。

(B)嚴重肝腎功能異常患者。

(C)無法配合太極拳訓練、針灸或中藥治療。

(D)曾經或現在是藥物濫用患者。

(E)認知、精神或行為異常無法配合研究。

B. 肌少症患者來源

(A)中醫部醫師、西醫復健科或家庭醫學科醫師評估符合收案標準者。

(B)衛教單張介紹後經醫師評估符合收案標準者。

C. 中醫介入模式

(A) 符合上述條件之患者經由計畫主持人或協同主持人進行中醫日間照護流程說明後同意進入研究並簽署同意書後，得以參加中醫日間照護。

(B) 醫師診察及現代化中醫舌脈診分析：由負責之中醫師親自診察病人，進行中醫望、聞、問、切四診評估及中醫辨證，並開立檢查單至中醫診斷檢查室接受電腦脈波分析儀及舌診影像檢查，檢查結果由中醫診斷科醫師進行判讀。

(C) 中藥口服藥開立：由中醫師根據對患者進行之辨證結果開立口服濃縮中藥製劑。

(D) 針灸治療：依照患者之需求及配合度，進行體針之針灸及電針治療，留針 20 分鐘，針刺穴位包含曲池、臂臑、梁丘和足三里及其他適合患者之穴位。

(E) 太極拳訓練：由中醫師針對肌少症患者設計十分鐘之太極拳課程並錄製影片，每次在中醫師指導下進行十分鐘三輪共計三十分鐘之太極拳訓練，回家可利用太極拳影片自行複習與練習。

(F) 穴位指導：由中醫師指導患者穴位按摩技巧，穴位包含曲池、臂臑、梁丘和足三里及其他適合患者之穴位，患者回家可進行自我穴位按摩保健。

(G) 護理及營養衛教：建立肌少症患者衛教營養手冊，由中

醫師、護理人員或營養師進行指導肌少症自我照護之注意事項與營養需求，提高患者自我照護品質及達到營養需求。

D. 評估指標

肌少症患者在參加中醫日間照護治療前、療程中(第 6 週)及療程結束後(第 12 週)接受評估，評估指標及時間如下表所示。

表 11、肌少症中醫日間照護評估指標及時間

項目	基礎指標(接受中醫日間照護前)	收案中測試(接受中醫日間照護第 6 週)	結案測試(接受中醫日間照護第 12 週)
抽血(血液及生化檢查)	V		V
理學檢查	V	V	V
中醫師診察	V	V	V
中醫舌診影像	V	V	V
中醫脈波分析	V	V	V
使用藥物紀錄	V	V	V
握力測試	V	V	V
肌肉質量	V	V	V
步行速度	V	V	V
五次坐站試驗	V	V	V
坐站起走測試	V	V	V
簡易體能狀況量表	V	V	V
生活品質量表	V	V	V
不良反應			V

執行中醫日間照護計畫之團隊應根據所蒐集到的資料及團隊會議的討論，建立中醫日間照護路徑，包含標準收案流程及臨床工作內容如下圖。

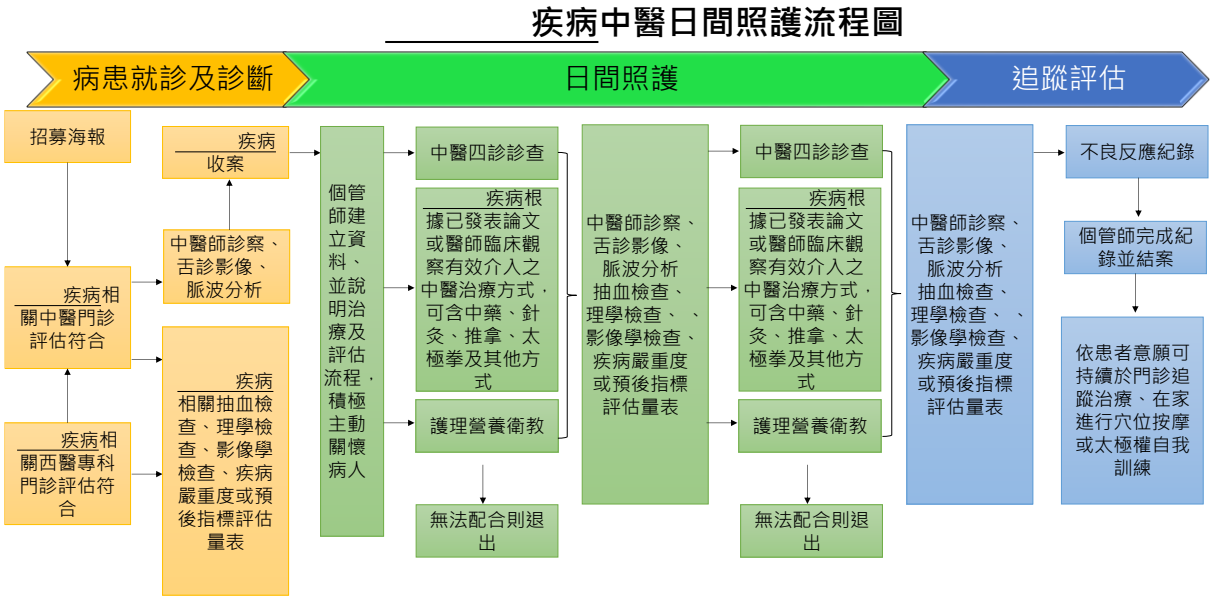


圖 2、中醫日間照護收案流程

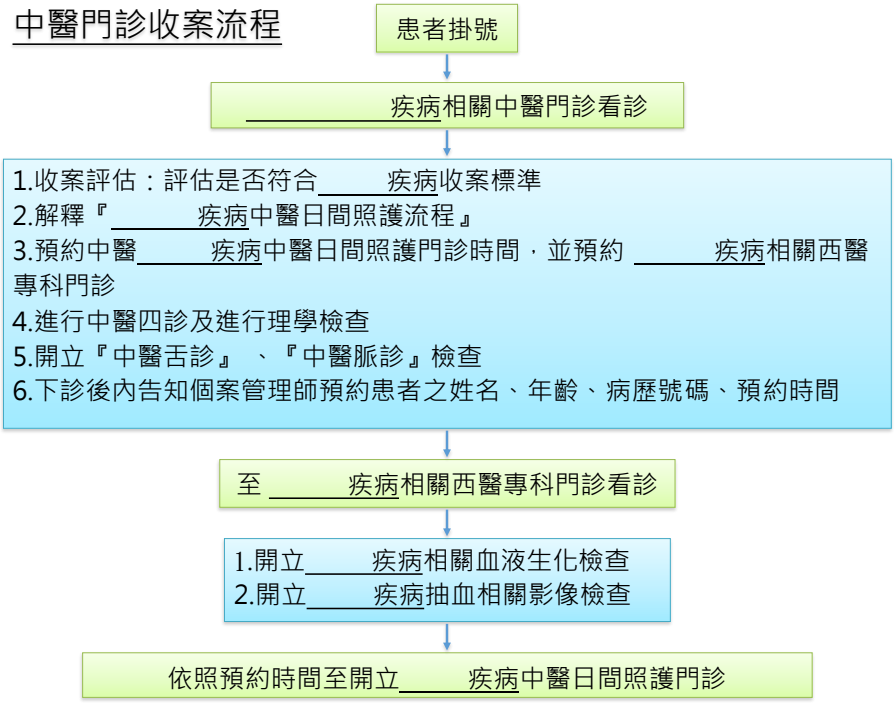


圖 3、中醫日間照護之中醫門診收案流程

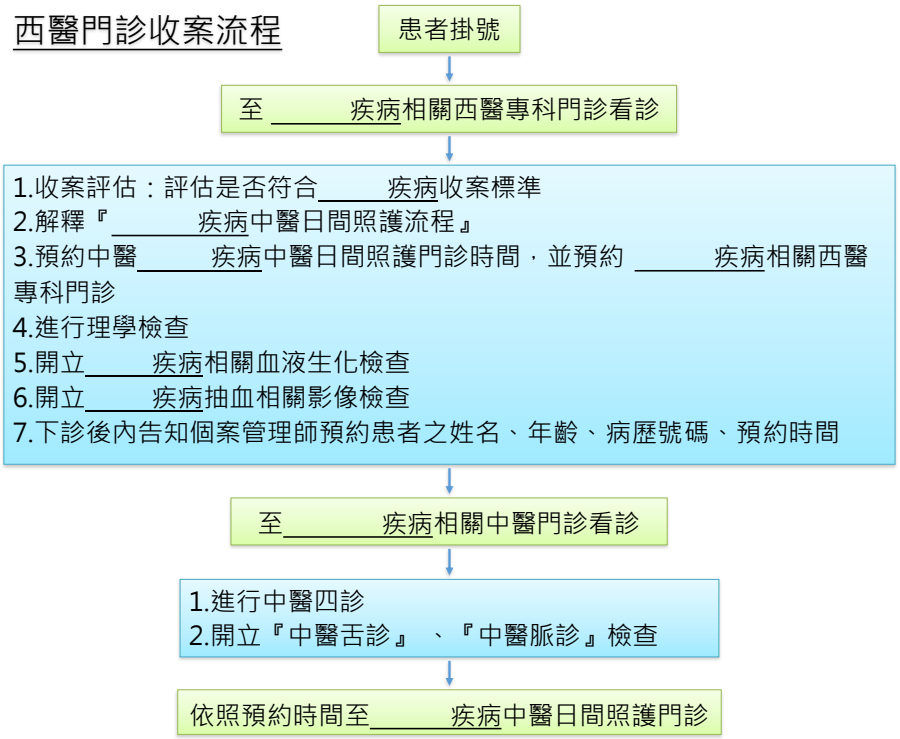


圖 4、中醫日間照護之西醫門診收案流程

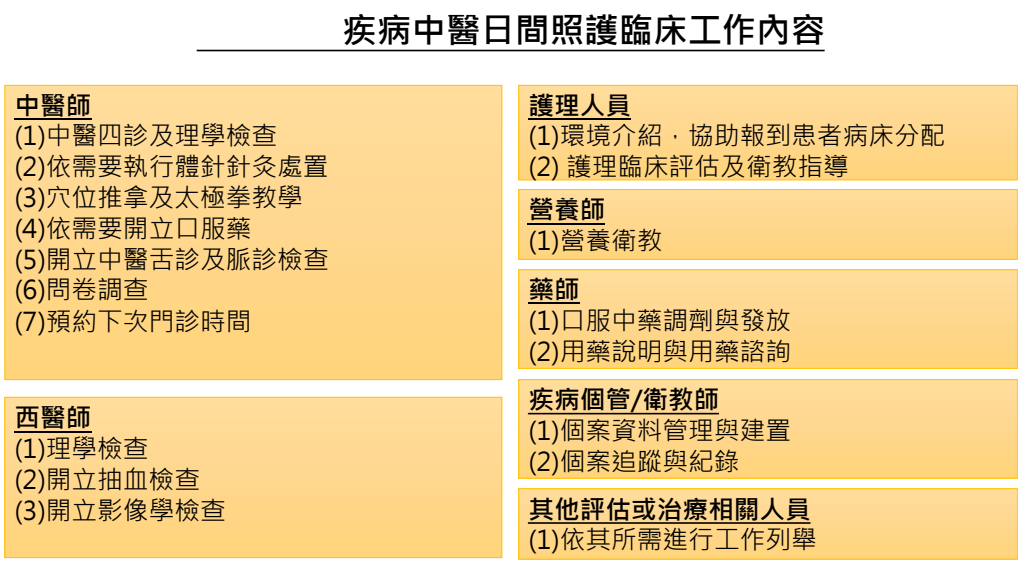


圖 5、中醫日間照護臨床工作內容

本計畫團隊根據資料蒐集及團隊會議，建立肌少症中醫日間照護路徑，包含標準收案流程及臨床工作內容如下圖。

肌少症中醫日間照護流程圖

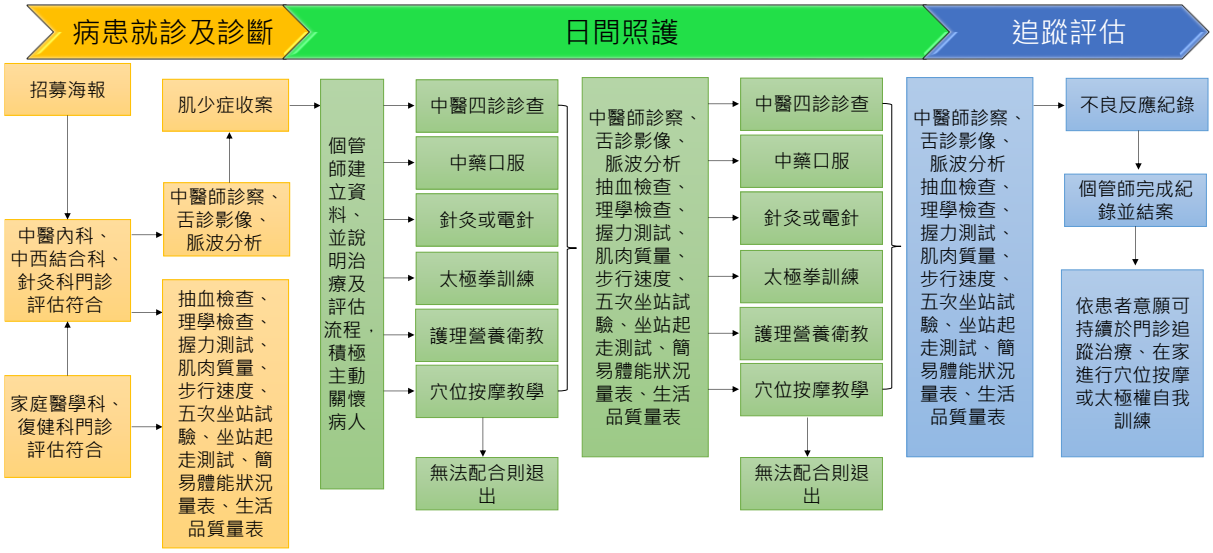


圖 6、肌少症中醫日間照護收案流程

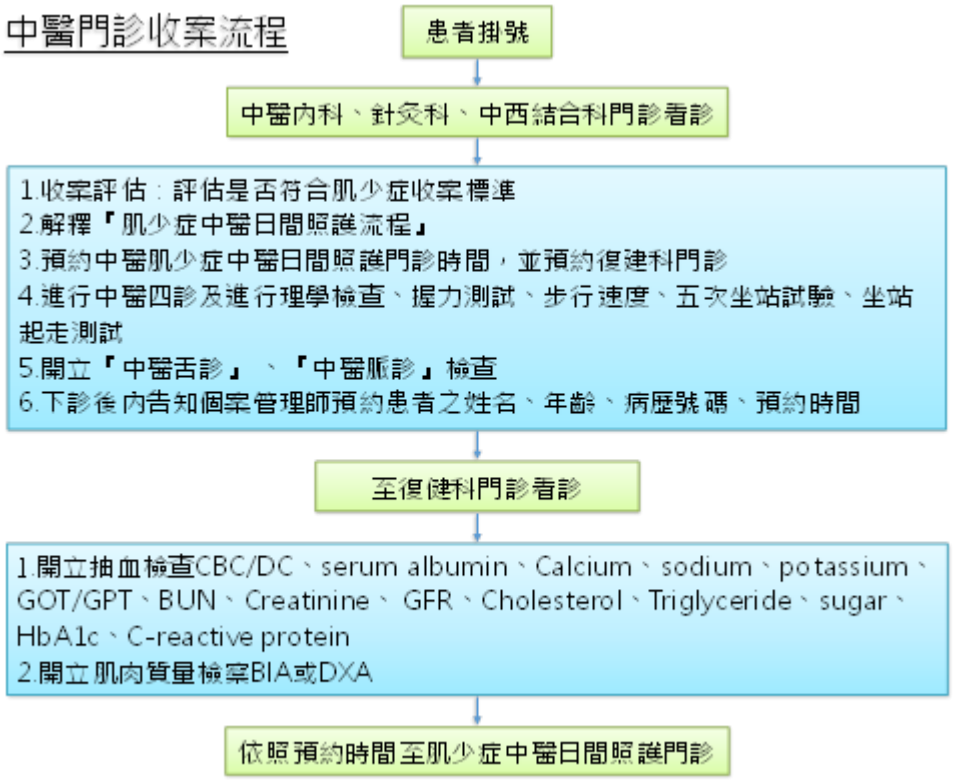


圖 7、肌少症中醫日間照護之中醫門診收案流程

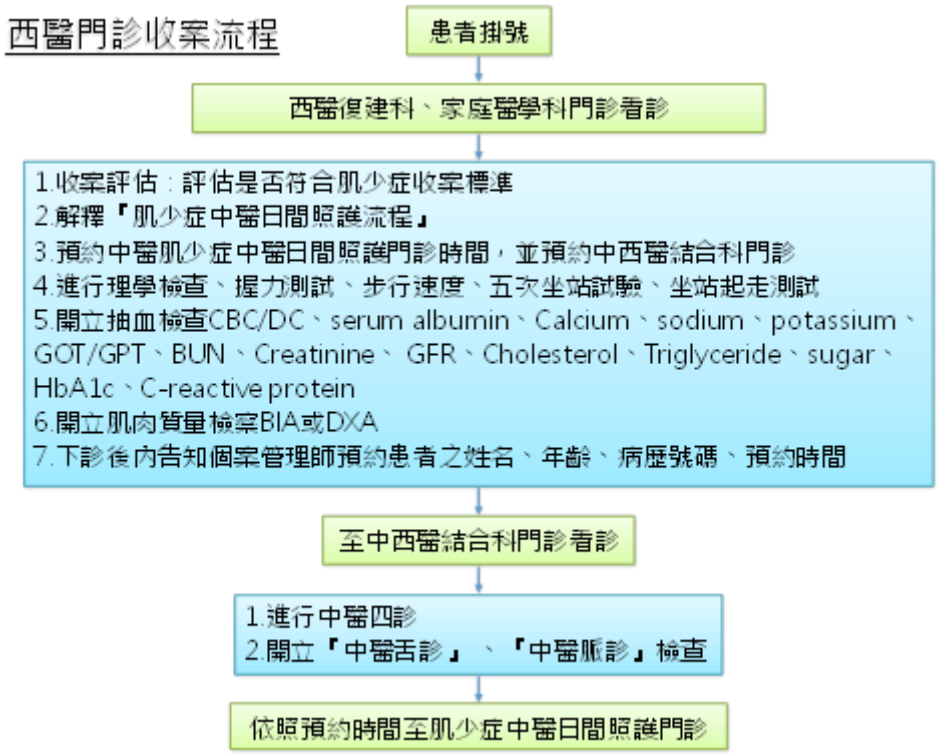


圖 8、肌少症中醫日間照護之西醫門診收案流程

肌少症中醫日間照護臨床工作內容

中醫師
(1)中醫四診及理學檢查、握力測試、步行速度、五次坐站試驗、坐站起走測試
(2)依需要執行體針針灸處置
(3)穴位推拿及太極拳教學
(4)依需要開立口服藥
(5)開立中醫舌診及脈診檢查
(6)問卷調查
(7)預約下次門診時間

西醫師
(1)理學檢查、握力測試、步行速度、五次坐站試驗、坐站起走測試
(2)開立抽血檢查
(3)開立肌肉質量檢察BIA或DXA

護理人員
(1)環境介紹，協助報到患者病床分配
(2) 護理臨床評估及衛教指導

物理治療師
(1)運動教學

營養師
(1)營養衛教

藥師
(1)口服中藥調劑與發放
(2)用藥說明與用藥諮詢

疾病個管/衛教師
(1)個案資料管理與建置
(2)個案追蹤與紀錄

圖 9、肌少症中醫日間照護臨床工作內容

(三) 臨床實際執行與檢討。

1. 肌少症中西醫聯合門診

本計畫團隊協同主持人中西醫結合科吳○○醫師及復健科劉

○○醫師在復健醫療大樓開設中西醫聯合門診如下圖，同一時段病人可接受中西醫診治，減少病患往返不同醫療大樓的不便，提高就診意願。



復健科 (復健醫療大樓二樓) 門診時間表

(一)、心肺復健：孟[redacted]、張[redacted] (二)、兒童復健：楊[redacted]、林[redacted]、簡[redacted] (三)、神經復健（智能機器人訓練）：孟[redacted]、羅[redacted]、周[redacted]、賴[redacted]、張[redacted]、簡[redacted]、廖[redacted]、張[redacted] (四)、骨關節及疼痛復健（增生治療、PRP）：劉[redacted]、周[redacted]、廖[redacted]、周[redacted]、韓[redacted]、羅[redacted]、賴[redacted]、張[redacted]、簡[redacted]、廖[redacted]、張[redacted] (五)、癌症復健：林[redacted]、韓[redacted]、吳[redacted] (六)、骨質疏鬆及老人衰弱肌少症：劉[redacted]、廖[redacted] (七)、難治複雜型疼痛(高頻熱凝、水冷式射頻解痛術、神經鬆解微創手術)：劉[redacted] (八)、中醫復健：吳[redacted] (九)、中西醫聯合骨鬆肌少抗老門診：劉[redacted]、吳[redacted]

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 08:30 ~ 12:00	周[redacted] 孟[redacted] 楊[redacted] (女) 張[redacted] 韓[redacted] (女)	林[redacted] (女) 吳[redacted] (女) 羅[redacted] 廖[redacted]	韓[redacted] (女) 楊[redacted] (女) 孟[redacted] 劉[redacted]	吳[redacted] (女) 周[redacted] (女) 羅[redacted] 張[redacted]	楊[redacted] (女) 韓[redacted] (女) 廖[redacted] (女)	劉[redacted] 林[redacted] (女) 張[redacted] (女)	
下午 13:30 ~ 17:00	劉[redacted] 韓[redacted] (女) 羅[redacted] 張[redacted]	林[redacted] (女) 楊[redacted] (女) 羅[redacted] 廖[redacted] 孟[redacted]	張[redacted] (女) 孟[redacted] 羅[redacted] 張[redacted]	劉[redacted] 孟[redacted] 楊[redacted] (女)(約診)肉毒桿菌注射門診 林[redacted] 廖[redacted]	韓[redacted] (女) 林[redacted] (女) 賴[redacted]		
晚上 18:00 ~ 21:00	劉[redacted] 吳[redacted] (女)(中醫復健) 楊[redacted] (女)	林[redacted] (女)	張[redacted] 張[redacted] (女) 韓[redacted] (女)	廖[redacted] 陳[redacted] 孟[redacted]	劉[redacted] 吳[redacted] (女)(中醫復健)		

圖 10、肌少症中西醫復健聯合門診

2. 肌少症中醫日間照護宣傳

為了讓有需求的民眾瞭解肌少症中醫日間照護，本計畫團隊已完成中醫日間照護計畫的動畫製作，可在院內推播，讓在門診區待診的病患可以知道肌少症的中醫日間照護計畫，同時也舉辦肌少症中西醫整合治療的宣傳記者會，透過媒體讓不在本院就診的民眾也可以知道這樣的資訊。

肌少症中醫日間照護計畫的推播動畫截圖如下，完整的動畫稿及人物設定詳見附件十八。



圖 11、肌少症中醫日間照護宣傳動畫

為了讓民眾對本計畫團隊的肌少症中西醫整合門診更加了解，透過本院的公關室於 2022 年 9 月 14 日在本院癌症中心一樓階梯教室舉辦肌少症記者會(照片如下圖，各家媒體報導連結如附件十九)，由本計畫團隊協同主持人吳佩青醫師及劉東桓醫師以「新冠後肌少症」為主題，藉由臨床治療顯效病患現身說法，配合醫師講解肌少症的盛行率、診斷及治療，並介紹麥門冬湯、香砂六君子湯等有助於改善肌少症的補氣養陰處方，配合復健科的阻力訓練、核心肌群運動及有氧運動協助恢復肌力。舉辦宣傳記者會，透過媒體報導增加曝光度，也讓有就醫需求的民眾知道可以尋求中西醫門診的整合照護。



圖 12、肌少症中西醫整合照護宣傳記者會

3. 肌少症中醫日間照護收案準備工作

(1) 文獻回顧及發表論文

為了進行肌少症中醫日間照護計畫，本團隊透過文獻回顧瞭解目前中醫對於肌少症的實證醫學數據，並且透過文獻回顧

針對太極拳應用在肌少症患者的療效進行系統文獻回顧及統合分析，已將研究結果發表於 Ageing Research Reviews (2021 Journal impact factor 11.788; 3/54 in Geriatrics & Gerontology)，並將相關訊息發布於中央社訊息平台增加曝光度，如下圖及附件二十。



Ageing Research Reviews 82 (2022) 101747

Contents lists available at ScienceDirect

Ageing Research Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/arr

Review

The effect of Tai Chi in elderly individuals with sarcopenia and frailty: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Chia-Yu Huang[a,b,1], Peter Karl Mayer[c,d,2], Mei-Yao Wu[d,e,f,3], Dung-Huan Liu[g,h,i,4], Pei-Ching Wu[d,g,5], Hung-Rong Yen[b,c,d,f,j,k,*,6]

圖 13、本團隊發表太極拳對肌少症療效的系統文獻回顧及統合分析論文



首頁 / 中文稿

太極拳可以改善肌少症肌肉力量與步態平衡～中國醫藥大學中醫學院臨床研究成果刊登在國際期刊《老化研究評論》

發稿時間：2022/12/14 12:01:15

(中央社訊息服務20221214 12:01:15)中國醫藥大學中醫學院顏宏融教授帶領中西醫研究團隊臨床試驗發現，太極拳可以改善肌少症或虛弱老年患者下肢肌肉力量、步態平衡穩定度、減少跌倒次數與恐懼，相較於不運動的患者，更能夠改善下肢肌肉力量、平衡、血壓、精神狀態、生活品質，並減少憂鬱症狀；這項研究刊登在2022年12月出刊的老年醫學領域國際頂尖期刊《老化研究評論》（Ageing Research Reviews）。

圖 14、中央社訊息平台新聞

(2) 製作線上問卷

為了進行肌少症中醫日間照護計畫的臨床收案，本團隊已根據亞洲肌少症工作小組的定義製作完成線上版肌少症篩檢問卷及肌少症評估問卷，此線上問卷除提供門診使用，亦可在其他衛教場合使用，問卷封面如下圖，詳細內容如附件二十一及附件二十二。



圖 15. 肌少症線上篩檢及評估問卷

(3) 拍攝影片及製作 APP

為了讓患者可以更加認識肌少症的中西醫治療進展，並能在家裡練習太極拳及居家復健運動，本計畫團隊今年已完成肌少症中西醫整合治療的影片拍攝，由團隊協同主持人劉○○醫師及吳○○醫師主講，另外也由團隊協同主持人馬○○醫師設計適合肌少症患者在家練習之太極拳動作並拍攝成影片，提供患者線上學習，本院復健部物理治療師也協助設計適合肌少症患者的居家復健運動，拍攝成影片提供患者可以在家中進行線上學習及自主練習，並設計線上回饋問卷了解患者觀看影片後之運動情形，問題設計除使患者自評運動難易度及身體狀況是否改善，最後一題也設計建議欄，以免制式問題無法反映患者運動後真實情況，問卷設計及影片拍攝相關文本請見附件二十三至二十五。



圖 16、計畫相關影片拍攝現場情況



圖 17、太極拳及復健運動線上回饋問卷

原預計要製作穴位按摩的 APP，內容包含穴位的定位，倒數計時器及按摩方法，讓病患利用手機下載即可自行觀看，並配合執行，還可配合設計的倒數計時器執行穴位按摩，並記錄

按摩的頻率及時間，但因經費未編列在本年度的執行費用中，因此暫緩執行，將編列在明年度的計畫經費預算中，在第二年完成。

三、建立肌少症患者中醫日間照護教學模式

(一) 擬定教學目標

本計畫經過計畫團隊討論後在本年度的工作中完成建立肌少症中醫日間照護教學模式，日後可提供台灣中醫醫學教育學會及相關醫學會評估納入中醫臨床訓練課程。

(1) 受訓學員：輪訓至中醫內科、針灸科及中西結合科之中醫受訓學員(包括住院醫師、中醫醫療機構負責醫師訓練學員與實習醫學生)。

(2) 教學目標：

(1) 瞭解肌少症患者之中西醫診治方法。

(2) 瞭解肌少症患者之中醫日間照護模式目標及內容。

(3) 透過肌少症患者之中醫日間照護模式之實地執行，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行。

(4) 教學目標依照受訓學員的層級訂定如下表。

表 12、肌少症中醫日間照護臨床教學目標

層級	項目	教學目標
實習醫學生	中西醫共同照護	1.觀察肌少症病患，瞭解中、西醫共同照護之優劣勢。 2.瞭解肌少症之臨床診療重點。
	中西醫專業知識	1.學習肌少症病人之病歷寫作。 2.觀察並學習主治醫師對肌少症病人的臨床治療思路。
	中醫四診診察	1.學習肌少症患者中醫四診之操作模式。 2.藉由實際接觸肌少症病患，學習有系統地詢問病史及基本理學檢查。
	團隊溝通及與病人家屬溝通	觀察學習肌少症病患之臨床溝通技巧。
	教學與研究	學習肌少症中醫期刊論文之蒐集與整理。

第一、二年住院醫師(中醫醫療機構負責醫師訓練學員)	中西醫共同照護	在主治醫師指導下完成肌少症病人之診察及處置。
	中西醫專業知識	1.能獨立完成肌少症病人之病歷寫作。 2.能清楚講述肌少症病人的臨床治療思路。
	中醫四診診察	能順暢操作肌少症病人的中醫四診。
	團隊溝通及與病人家屬溝通	初步了解及協助與病人及家屬解釋與溝通。
	教學與研究	有能力完成肌少症期刊論文實證醫學報告。
第三、四年住院醫師(專科醫師訓練學員)	中西醫共同照護	在主治醫師監督下，獨立完成肌少症病人之診察及處置。
	中西醫專業知識	1.能指導資淺住院醫師進行肌少症病人之病歷寫作。 2.能指導實習醫學生及資淺住院醫師關於肌少症病人的臨床治療思路。
	中醫四診診察	1.針對肌少症病人相關病史與體質，做出具鑑別度的焦點式問診。 2.能獨立利用蒐集到之中醫四診資訊，整合出正確處理肌少症病人所需的必要資訊。
	團隊溝通及與病人家屬溝通	與肌少症團隊成員及病人有適當且充分的訊息溝通。
	教學與研究	有能力指導資淺住院醫師進行肌少症期刊論文實證醫學報告。

(二) 建構臨床教學內容

臨床教學內容包含核心課程教學(課堂教學)及臨床教學，詳述如下:

1. 核心課程教學：利用課堂教學方式進行分項核心課程教學，內容包含肌少症患者之中西醫診治方法、中醫日間照護模式目標與內容介紹、中醫照護方法與實習演練等，以協助受訓學員建立肌少症患者完整的中西醫照護概念。另外也加入導致肌少症的各類疾病，包含心血管疾病、慢性腎臟病、神經系統疾病、癌症等。
2. 日間照護臨床教學：受訓學員每週需至肌少症患者中醫日間照護門診進行學習。於門診中實際進行四診診療、穴位針灸、太極拳練習、穴位按摩指導、完成問卷調查等訓練，並學習主治

醫師醫病溝通技巧及護理人員之護理營養衛教內容，實際執行肌少症患者完整的中醫照護。

臨床實際操作則依照不同層級醫師訂定不同醫療技能處制之監督準則如下表。

表 13、肌少症中醫日間照護臨床實際操作準則

操作項目	實習醫學生	第一、二年住院醫師(中醫醫療機構負責醫師訓練學員)	第三、四年住院醫師(專科醫師訓練學員)
針灸治療	以觀察主治醫師治療為主	在主治醫師監督下操作	允許獨立操作
穴位按摩	在主治醫師監督下操作	允許獨立操作	允許獨立操作
病情解釋	以觀察主治醫師病情解釋為主	在主治醫師監督下進行病情解釋	允許獨立進行病情解釋

(三) 制定訓練評核方法

受訓醫師於訓練期間須通過以下評核，以確認其達成肌少症患者其中醫間照護之訓練。內容包括：

1. 核心課程口試評核：指導醫師於受訓醫師訓練結束時需針對肌少症中醫日間照護之核心課程內容進行口頭考試，藉以了解受訓醫師之課室學習。
2. 迷你臨床演練評量(Mini-clinical Evaluation Exercise , Mini-CEX)：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。

(四) 臨床教學實際執行與檢討

1. 召開教學會議

本計畫主持人已於 7 月 1 日(星期五)早上七時三十分於中

國醫藥大學附設醫院美德大樓中醫部會議室召開教學說明會議。本次會議主要參與者為本院中醫部負責肌少症中醫治療之主治醫師，根據目前臨床教學實際狀況及目標，訂定臨床教學模式及病歷寫作內容，並討論後續中醫肌少症日間照護的實習醫學生及住院醫師教學執行辦法。

本計畫團隊亦在 9 月 6 日召開期中教學回饋會議，討論目前教學執行的方式，及所面臨的困難以及後續的改善方案，也在 11 月 4 日召開教學會議，指導團隊成員外之中醫內婦兒科主治醫師及資深住院醫師如何協助中醫日間照護計畫的教學。

11 月 15 日召開期末教學回饋會議，參加對象包含主治醫師、資深住院醫師及兩年負責醫師訓練學原，針對今年的教學進行檢討，提供明年教學改進的參考依據。

2. 核心課程教學及專題演講

本年度針對肌少症中醫日間照護相關知識及技巧，安排之核心課程包括肌少症中醫治療、病歷寫作、中醫四診、針灸的臨床適應症、太極拳與八段錦，因疫情因素，部分課程採用線上教學，部分課程則維持現場教學。課程照片如下圖。



肌少症中醫治療



病歷寫作



中醫四診-望診



中醫四診-聞診



中醫四診-問診



中醫四診-脈診



中醫四診-腹診

圖 18、核心課程教學

本年度亦安排一場肌少症相關之專題演講，演講時間為 11 月 22 日(星期二)早上七時三十分於中國醫藥大學附設醫院美德醫療大樓 2 樓會議室舉辦，講師為本計畫團隊共同主持人-復健科劉◯◯醫師，講題為肌少症診斷治療進展，上課照片如下圖。



圖 19、肌少症專題演講

3. 臨床教學

肌少症的臨床教學主要由本院中醫內科及中西醫結合科醫師負責，針對兩年負責醫師訓練學員及實習醫學生進行跟診教學，照片如下。

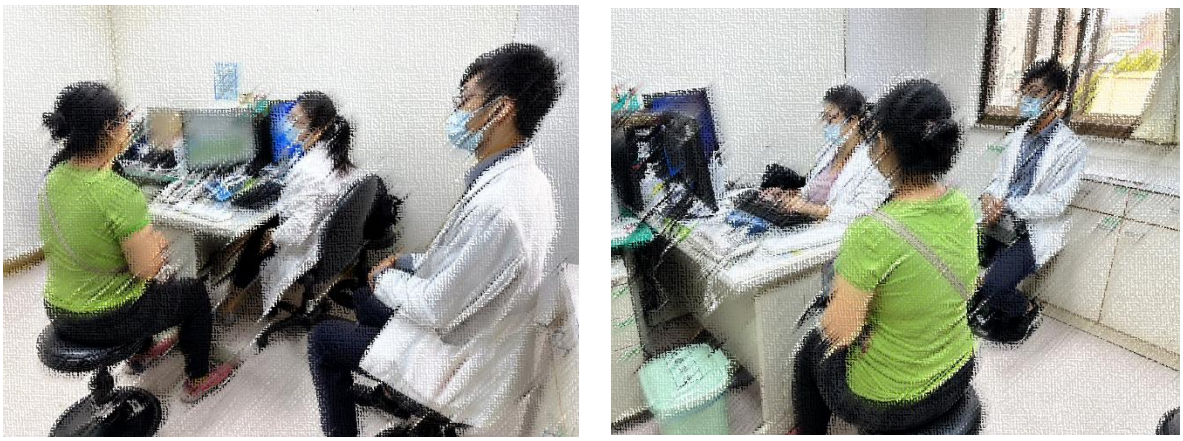


圖 20、門診臨床教學

4. 學術研討會

中醫部配合本院 42 周年院慶舉辦骨質疏鬆症與肌少症中西醫學術研討會，邀請中醫及西醫專家針對骨質疏鬆及肌少症進行學術演講，同步於本校互助教學大樓一樓 1A01 教室及線上視訊舉辦，參加者包含本院主治醫師、住院醫師及其他院外專業人士。讓受訓的住院醫師更加了解中西醫對骨質疏鬆與肌少症的診斷及治療經驗，詳如附件二十七。

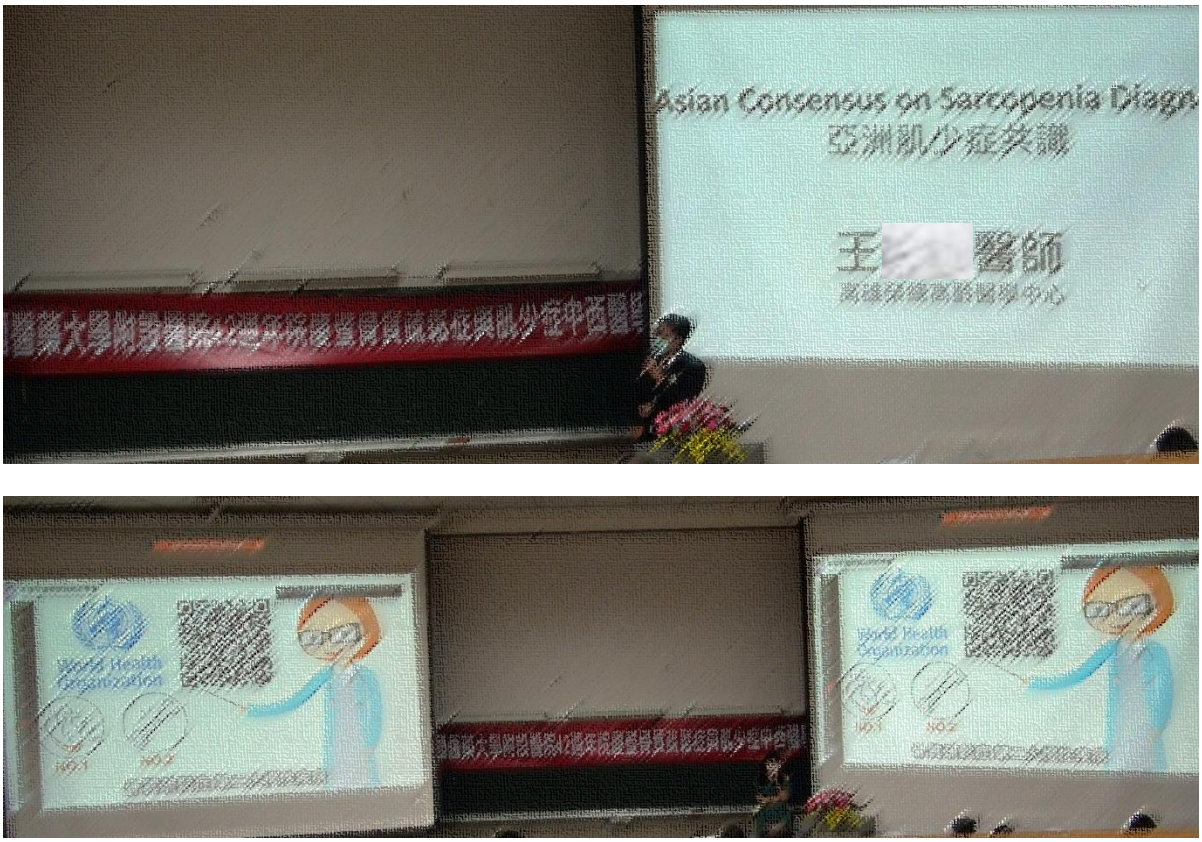


圖 21、骨質疏鬆症與肌少症中西醫學術研討會

(五) 建立教學病例寫作範本

本計畫依據負責醫師訓練計畫之病歷紀錄格式，配合肌少症患者中醫日間照護門診之特性，建置病例寫作範本，目前完成之病例寫作範本內容如下表。

表 1、肌少症教學病例寫作範本

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(臟腑病位或經絡病位)

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、方術

指導醫師處方

方藥：針對口服藥處方進行分析

方針：針對針灸穴位進行分析

方術：針對按摩穴位及方式進行分析

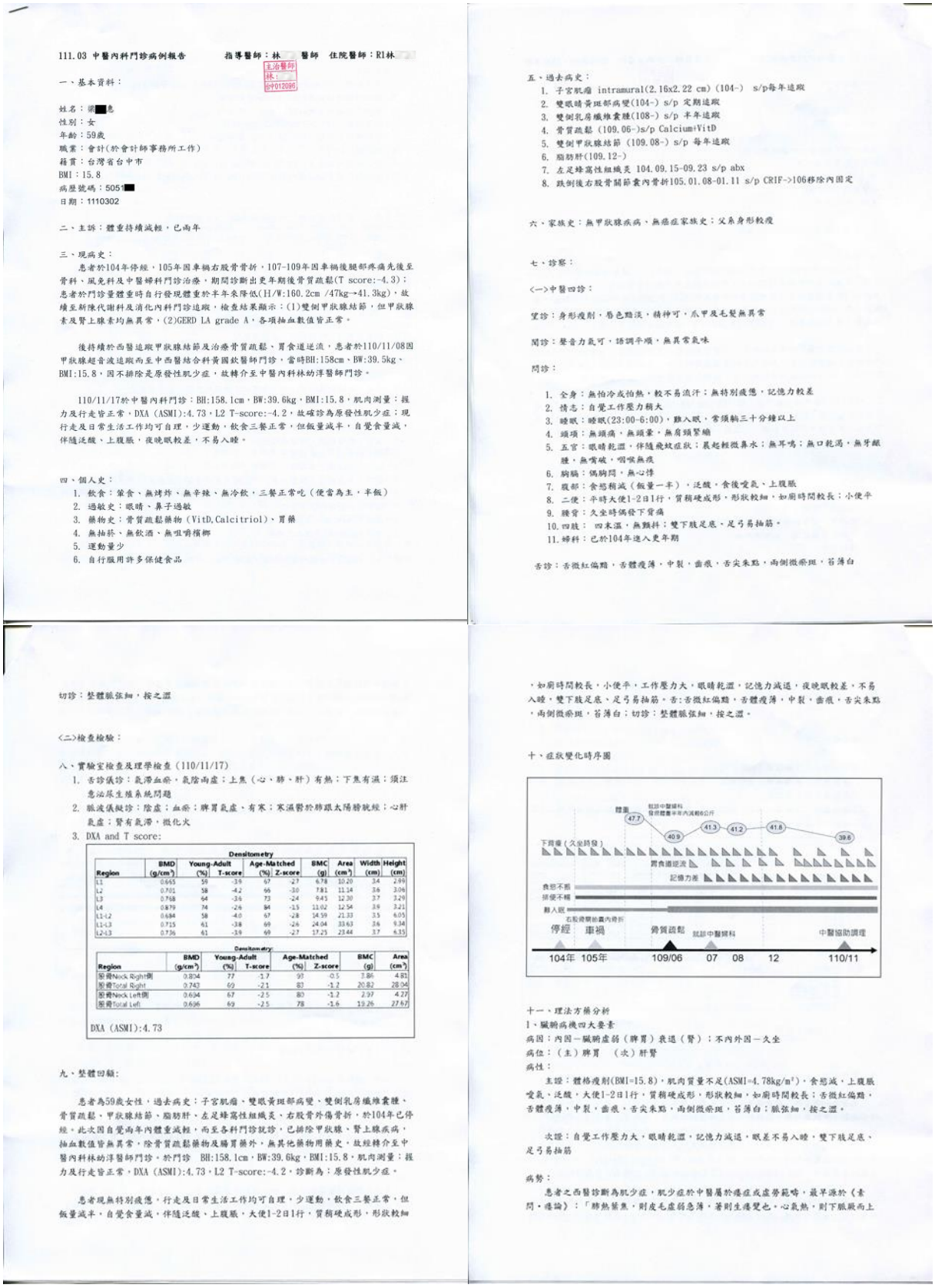
受訓醫師處方

十五、追蹤診療經過

十六、討論

(六) 臨床實際病例書寫與討論，並繳交至少 20 例臨床教學案例

今年度已由吳○○醫師及林○○醫師指導住院醫師及實習醫學生完成二十份臨床教學案例，完成之病歷舉例如下圖所示。



111.03 中醫內科門診病例報告　　指導醫師：林　醫師　住院醫師：R1林

一、基本資料：

姓名：梁■惠
性別：女
年齡：59歲
職業：會計(於會計師事務所工作)
籍貫：台灣省台中市
BMI：15.8
病歷號碼：5051■
日期：1110302

二、主訴：體重持續減輕，已兩年

三、現病史：
患者於104年停經，105年因車禍右股骨骨折，107-109年因車禍後腿部疼痛先後至骨科、風免科及中醫婦科門診治療，期間診斷出更年期後骨質疏鬆(T score:-4.3)；患者於門診量體重時自行發現體重於半年來降低(H/W:160.2cm /47kg→41.3kg)，故續至新陳代謝科及消化內科門診追蹤，檢查結果顯示：(1)雙側甲狀腺結節，但甲狀腺素及腎上腺素均無異常，(2)GERD LA grade A，各項抽血數值皆正常。

後持續於西醫追蹤甲狀腺結節及治療骨質疏鬆、胃食道逆流，患者於110/11/08因甲狀腺超音波追蹤而至中西醫結合科黃國欽醫師門診，當時BH:158cm、BW:39.5kg、BMI:15.8，因不排除是原發性肌少症，故轉介至中醫內科林幼澤醫師門診。

110/11/17於中醫內科門診：BH:158.1cm，BW:39.6kg，BMI:15.8，肌肉測量：握力及行走皆正常，DXA (ASMI):4.73，L2 T-score:-4.2，故確診為原發性肌少症；現行走及日常生活工作均可自理，少運動，飲食三餐正常，但飯量減半，自覺食量減，伴隨泛酸、上腹脹，夜晚眠較差，不易入睡。

四、個人史：
1. 飲食：葷食、無烤炸、無辛辣、無冷飲，三餐正常吃（便當為主，半飯）
2. 過敏史：眼睛、鼻子過敏
3. 藥物史：骨質疏鬆藥物（VitD,Calcitriol）、胃藥
4. 無抽菸、無飲酒、無咀嚼檳榔
5. 運動量少
6. 自行服用許多保健食品

五、過去病史：
1. 子宮肌瘤 intramural(2.16x2.22 cm)（104-） s/p每年追蹤
2. 雙眼睛黃斑部病變(104-) s/p 定期追蹤
3. 雙側乳房纖維囊腫(108-) s/p 半年追蹤
4. 骨質疏鬆 (109.06-)s/p Calcium+VitD
5. 雙側甲狀腺結節 (109.08-) s/p 每年追蹤
6. 脂肪肝(109.12-)
7. 左足蜂窩性組織炎 104.09.15-09.23 s/p abx
8. 跌倒後右股骨關節囊內骨折105.01.08-01.11 s/p CRIF->106移除內固定

六、家族史：無甲狀腺疾病、無癌症家族史；父系身形較瘦

七、診察：

<一>中醫四診：

望診：身形瘦削，唇色黯淡，精神可，爪甲及毛髮無異常

聞診：聲音力氣可，語調平順，無異常氣味

問診：
1. 全身：無怕冷或怕熱，較不易流汗；無特別疲憊，記憶力較差
2. 情志：自覺工作壓力稍大
3. 睡眠：睡眠(23:00-6:00)，難入眠，常須躺三十分鐘以上
4. 頭項：無頭痛，無頭暈，無肩頸緊繃
5. 五官：眼睛乾澀，伴隨飛蚊症狀；最近輕微鼻水；無耳鳴；無口乾渴，無牙齦腫，無潰破，咽喉無痛
6. 胸膈：偶胸悶，無心悸
7. 腹部：食慾稍減（飯量一半），泛酸，食後噯氣、上腹脹
8. 二便：平時大便1-2日1行，質稍硬成形，形狀較細，如廁時間較長；小便平
9. 腰背：久坐時偶發下背痛
10. 四肢： 四末溫，無麻抖；雙下肢足底、足弓易抽筋。
11. 婦科：已於104年進入更年期

舌診：舌微紅偏黯，舌體瘦薄，中裂，齒痕，舌尖朱點，兩側微瘀斑，苔薄白

切診：墜體脈弦細，按之澀

<二>檢查檢驗：

八、實驗室檢查及理學檢查（110/11/17）
1. 舌診儀診：氣滯血瘀，氣陰兩虛；上焦（心、肺、肝）有熱；下焦有濕；須注意泌尿生殖系統問題
2. 脈波儀擬診：陰虛；血瘀；脾胃氣虛、有寒；寒溫需於肺跟太陽膀胱經；心肝氣虛；腎有氣滯，微化火
3. DXA and T score:

Densitometry

Region	BMD (g/cm²)	Young-Adult (%)	T-score	Age-Matched (%)	Z-score	BMC (g)	Area (cm²)	Width (cm)	Height (cm)
L1	0.665	59	-3.9	67	-2.7	6.78	10.20	3.4	2.99
L2	0.701	58	-4.2	66	-3.0	7.81	11.14	3.6	3.06
L3	0.768	64	-3.6	73	-2.4	9.45	12.30	3.7	3.29
L4	0.879	74	-2.6	84	-1.5	11.02	12.54	3.9	3.21
L1-L2	0.684	58	-4.0	67	-2.8	14.59	21.33	3.5	6.05
L1-L3	0.715	61	-3.8	69	-2.6	24.04	33.63	3.6	9.34
L2-L3	0.736	61	-3.9	69	-2.7	17.25	23.44	3.7	6.35

Densitometry

Region	BMD (g/cm²)	Young-Adult (%)	T-score	Age-Matched (%)	Z-score	BMC (g)	Area (cm²)
股骨Neck Right側	0.834	77	-1.7	99	-0.5	7.86	4.83
股骨Total Right	0.742	69	-2.1	83	-1.2	20.82	28.04
股骨Neck Left側	0.694	67	-2.5	80	-1.2	7.97	4.27
股骨Total Left	0.696	69	-2.5	78	-1.6	19.26	27.67

DXA (ASMI):4.73

九、整體回顧：

患者為59歲女性，過去病史：子宮肌瘤、雙眼黃斑部病變、雙側乳房纖維囊腫、骨質疏鬆、甲狀腺結節、脂肪肝、左足蜂窩性組織炎、右股骨外傷骨折，於104年已停經。此次因自覺兩年內體重減輕，而至各科門診就診，已排除甲狀腺、腎上腺疾病，抽血數值皆無異常，除骨質疏鬆藥物及腸胃藥外，無其他藥物用藥史，故經轉介至中醫內科林幼澤醫師門診，於門診 BH:158.1cm，BW:39.6kg，BMI:15.8，肌肉測量：握力及行走皆正常，DXA (ASMI):4.73，L2 T-score:-4.2，診斷為：原發性肌少症。

患者現無特別疲憊，行走及日常生活工作均可自理，少運動，飲食三餐正常，但飯量減半，自覺食量減，伴隨泛酸、上腹脹，大便1-2日1行，質稍硬成形，形狀較細，如廁時間較長，小便平，工作壓力大，眼睛乾澀，記憶力減退，夜晚眠較差，不易入睡，雙下肢足底、足弓易抽筋。舌:舌微紅偏黯，舌體瘦薄，中裂，齒痕，舌尖朱點，兩側微瘀斑，苔薄白；切診：墜體脈弦細，按之澀。

十、症狀變化時序圖

十一、理法方藥分析
1、臟腑病機四大要素
病因：內因－臟腑虛弱（脾胃）衰退（腎）；不內外因－久坐
病位：（主）脾胃　（次）肝腎
病性：
主證：體格瘦削(BMI=15.8)，肌肉質量不足(ASMI=4.78kg/m²)，食慾減，上腹脹噯氣、泛酸，大便1-2日1行，質稍硬成形，形狀較細，如廁時間較長；舌微紅偏黯，舌體瘦薄，中裂，齒痕，舌尖朱點，兩側微瘀斑，苔薄白；脈弦細，按之澀。

次證：自覺工作壓力大，眼睛乾澀，記憶力減退，眠差不易入睡，雙下肢足底、足弓易抽筋

病勢：
患者之西醫診斷為肌少症，肌少症於中醫屬於癆症或虛勞範疇，最早源於《素問・痿論》：「肺熱葉焦，則皮毛虛弱急薄，著則生痿躄也。心氣熱，則下脈厥而上

，上則下脈虛，虛則生脈痿，樞折挐，脛縱而不任地也。肝氣熱，則膽泄口苦筋膜乾，筋膜乾， 則筋急而攣，發為筋痿。脾氣熱，則胃乾而渴，肌肉不仁，發為肉痿。腎氣熱，則腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨痿」。

又肌少症與中醫之肝脾腎三臟最為相關，《素問．太陰陽明論篇》：「脾病，不能為胃行其津液，四肢不得稟水穀氣，氣日以衰，脈道不利，筋骨肌肉皆無氣以生，故不用焉。」脾為後天之本，主運化，為氣血生化之源，在體合肌肉而主四肢；脾虛則運化水穀的功能受損氣血生化不足，肌肉濡養不夠而逐漸消瘦萎縮。《素問．上古天真論》：「女子七歲，腎氣盛…七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭…」肝藏血、主筋；腎藏精、主骨生髓，肝腎同源，人體衰老的過程肝腎逐漸虧損，肝血不足、腎精虧虛，而致髓枯筋痿，肌肉亦隨之不用。

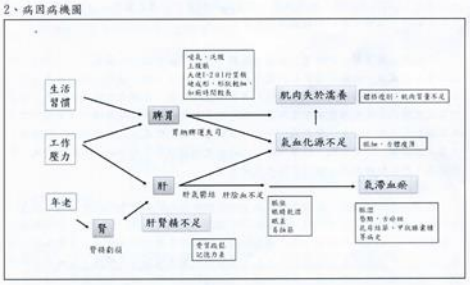
患者本身體格瘦削，肌肉質量不足，四肢肌肉屬於脾，中焦化源不足無以濡養一身肌肉，患者食慾近年來漸減，易噯氣、泛酸及上腹脹，大便1-2日1行，質稍硬成形，形狀較細，如廁時間較長，由上述可知患者整體脾胃運化功能較差，胃之不降故噯氣、泛酸，脾之運化不行故腹部易脹氣，又整體的腸道蠕動較為緩慢，故大便如廁時間長，易不排除有局部水濕或是陰不足，故排便較硬、形狀細。中焦脾胃受納運化較差，導致氣血化源不足，故見患者肌肉質量不足，其脈細、舌體瘦薄為陰血不足之象。

又患者自述工作壓力稍大，脈象見弦象，為肝氣鬱滯，又肝體陰用陽，肝之氣機不暢易會影響肝藏血，肝陰血不足而見患者眼睛乾澀、眠差不易入睡、雙下肢足底、足弓易抽筋；氣滯氣鬱日久而血、津、水之運輸不暢，進而導致局部病理產物的生成，故見甲狀腺結節、乳房纖維囊腫、脂肪肝、子宮肌瘤等疾病的發生，患者之唇黯、舌象見兩側瘀斑、脈按之澀也為氣滯血瘀之表現。

肝腎乙癸同源，加上患者已進入更年期，故不排除有肝腎精血不足之証，故見患者記憶力減退、骨質疏鬆及骨折發生。

綜合上述，患者主証屬中焦虛損，氣血不足，次証為肝氣鬱滯、肝腎精虛損，治以溫中補虛、益氣活血、疏肝理氣、滋補肝腎，方以小建中湯培補中焦，補血湯補養氣血，砂仁理氣健運、鬱金疏肝理氣，菟絲子滋補肝腎。

2、病因病機圖



3、診斷：
（1）西醫診斷：原發性肌少症
（2）中醫診斷：虛勞、肉痿

4、證型與治則：
（1）症型：（主）中焦虛損，氣血不足；（次）肝氣鬱滯、肝腎精虛損
（2）治則：溫中補虛，益氣活血，滋補腎精

5、方藥：黃耆2.0 當歸1.0 山藥1.5 黃精1.5 薑黃 1.0 生脈飲3.5 黃耆建中湯3.5 加味逍遙散1.0 TID*14 AC
6.自擬方：小建中湯4.0 當歸1.0 黃耆5.0 砂仁1.0 鬱金1.0 菟絲子1.5

十二、追蹤診療記錄：

110/12/02
症狀描述: 噯氣，胃食道逆流，眠差，徹夜不眠 BW:39.6 → 39.8kg
方藥:黃耆2.0 當歸0.5 山藥1.5 黃精1.5 薑黃1.0 白豆蔻1.5 黃耆建中湯3.5 加味逍遙散2.0 旋覆代赭石湯2.5 TID*13 AC

110/12/15
症狀描述: 噯氣，胃食道逆流仍，眠差淺眠 BW:39.6→39.8kg→40.4kg
方藥:黃耆2.0 當歸0.5 山藥2.0 黃精1.5 薑黃1.0 白豆蔻1.5 酸棗仁1.0 黃耆建中湯3.5 加味逍遙散2.5 半夏後朴湯1.5 TID*21 AC

111/01/05
症狀描述: 偶噯氣，胃食道逆流，眠差，徹夜不眠，納可 BW:39.6→39.8→40.4→41.6kg
方藥:黃耆2.0 當歸0.5 山藥2.0 黃精1.5 薑黃1.0 白豆蔻1.5 白及2.5 冰片1.5 川七1.0 麥門冬1.0 五味子1.0 黃耆建中湯2.0 旋覆代赭石湯2.5 TID*14 AC

111/01/19
症狀描述:噯氣，泛酸少，腹脹無，右下肢抽筋，眠差徹夜不眠仍，納可，排便平 BW:39.6→39.8→40.4→41.6kg
方藥:黃耆2.0 當歸0.5 山藥2.0 黃精1.5 薑黃1.0 川七1.0 五味子1.0 肉桂0.15 夜交藤1.0 黃耆建中湯2.5 旋覆代赭石湯2.0 天王補心丹 3.6 TID*21 AC

111/02/16
症狀描述: 右下肢抽筋(足底、內踝)，眠差淺眠，納可，排便平（1-2日一行） BW:39.6→39.8→40.4→41.6→43(衣服)kg
方藥:守方 TID*14 AC

111/03/02
症狀描述: 時噯氣，泛酸無，稍腹脹，雙下肢抽筋(足底、足弓)，眠差淺眠，納可 排便仍1-2日一行 BW:39.6→39.8→40.4→41.6→43(衣服)→42.5kg
方藥:黃耆2.0 山藥1.0 黃精1.0 薑黃1.0 川七1.0 肉桂0.10 夜交藤1.5 石斛1.0 黃連0.5 吳茱萸0.5 黃耆建中湯2.0 旋覆代赭石湯1.5 天王補心丹 5.0 TID*21 AC

圖 22、肌少症教學病例寫作案例

四、辦理期間所遭遇之困難點及解決情形

本年度執行計畫過程中，因為疫情因素降低病患來院意願，加上肌少症患者多數為年長者，就醫相對不便，也須要家屬陪同，頻繁往返醫院接受中醫日間照護的意願較低，部份患者選擇單純服用中藥，不願意配合往返醫院進行復健訓練，這些因素會造成執行中醫日間照護的困難，因此本計畫團隊今年已完成太極拳及居家復健運動影片拍攝，提供患者後續可在家中自行配合影片練習太極拳及居家復健運動，讓訓練不因往返醫院就醫不便而中斷，明年也將完成穴位按摩 APP 讓患者可以在家中配合 APP 進行穴位按摩。

今年也因為疫情因素，部份課程改成線上教學，理論課程用線上教學方式較無影響，但對於臨床操作技巧就比較無法線上進行，後半年課程也都恢復實體上課，提升學習成效。

肆、討論

本計畫完成中醫日間照護計畫過去執行成果分析，並整理過去執行中醫日間照護計畫所發表之國內外期刊論文，再透過中醫日間照護專家訪談分析目前中醫日間照護介入的困境，於 10 月 20 日召開專家團隊會議，邀請國內執行中醫日間照護的專家進行討論，針對目前中醫日間照護計畫執行的困境提出解決方法建議，並研擬中醫日間照護政策推動策略及短、中、長程推動規劃。

本計畫團隊透過團隊會議選定肌少症作為中醫日間照護模式之建立病種，並建立：(1)中醫日間照護指引；(2)中醫日間照護標準作業流程；及(3)中醫日間照護路徑。並開設中醫-復健科整合門診，製做肌少症宣傳動畫影片與舉行肌少症中西醫整合治療宣傳記者會，促進民眾了解肌少症中醫日間照護，並拍攝肌少症中西醫治療進展影片、太極拳自我練習影片及居家復健運動影片，將應用於第二年度計畫的肌少症中醫日間照護收案。並發表一篇太極拳對肌少症療效的統合分析論文於 AGEING RESEARCH REVIEWS。

本計畫團隊建立中醫日間照護教學模式，受訓學員為中醫實習醫學生及住院醫師，安排肌少症相關核心課程，舉辦肌少症專題演講，配合辦理肌少症學術研討會，並實際進行臨床教學，建立教學病例寫作範本，指導中醫實習醫學生及住院醫師完成教學病例，已完成 20 例臨床教學案例。

伍、結論與建議

1. 近兩年由於新冠肺炎疫情因素，降低病患頻繁至醫院就診意願，因此應考慮推展遠距或線上的中醫衛教、太極拳運動或穴位按摩指導，讓民眾可以在家中執行，不需頻繁進出醫院，長期目標應該是要發展 AI 人工智慧輔助系統,除了指導民眾,還能透過感測器偵測結果,例如太極拳的動作完成度或復健運動的完成度。
2. 透過中西醫整合門診的開設，減少病患奔波於醫院不同大樓之間的困難，對於老年人為主的疾病相對重要，這類病患往往有多重共病症，若能將其整合將對患者有顯著幫助，但醫院礙於空間使用，中西醫整合門診的設立仍須努力達成，若能有較多的臨床實證結果將有助於增加中西醫整合門診的空間規劃。
3. 中醫日間照護計畫的推展需要空間、時間、人力、經費給付等等各方面的配合，需要更多的臨床證據，發表論文，促進中西醫合作，提高西醫師轉介病患的意願，良好的治療效果也是讓病人願意參加中醫日間照護計畫的關鍵，同時也可以藉由病患的口耳相傳達到宣傳的效果。
4. 執行癌症患者中醫門診延長照護計畫之醫院可進行多中心資料整理與回溯性分析，因各家醫院執行時所需填寫之量表一致，透過多中心合作統計分析過去執行的成效可增加病例數，以利發表論文。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW111-CMAP-M-113-112102 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. Gielen E, O'Neill TW, Pye SR, et al. Endocrine determinants of incident sarcopenia in middle-aged and elderly European men. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2015; **6**(3): 242-52.
2. Yu R, Wong M, Leung J, Lee J, Auyeung TW, Woo J. Incidence, reversibility, risk factors and the protective effect of high body mass index against sarcopenia in community-dwelling older Chinese adults. *Geriatr Gerontol Int* 2014; **14 Suppl 1**: 15-28.
3. Cooper R, Kuh D, Hardy R. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *Bmj* 2010; **341**.
4. Beaudart C, Zaaria M, Pasleau F, Reginster J-Y, Bruyère O. Health outcomes of sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2017; **12**(1): e0169548.
5. Tsekoura M, Kastrinis A, Katsoulaki M, Billis E, Gliatis J. Sarcopenia and its impact on quality of life. *GeNeDis 2016* 2017: 213-8.
6. Bruyère O, Beaudart C, Ethgen O, Reginster J-Y, Locquet M. The health economics burden of sarcopenia: a systematic review. *Maturitas* 2019; **119**: 61-9.
7. Kirk B, Zanker J, Hassan EB, Bird S, Brennan-Olsen S, Duque G. Sarcopenia Definitions and Outcomes Consortium (SDOC) criteria are strongly associated with malnutrition, depression, falls, and fractures in high-risk older persons. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021; **22**(4): 741-5.
8. Howe TE, Rochester L, Jackson A, Banks PM, Blair VA. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD004963.
9. Aagaard P, Suetta C, Caserotti P, Magnusson SP, Kjaer M. Role of the nervous system in sarcopenia and muscle atrophy with aging: strength training as a

countermeasure. *Scand J Med Sci Sports* 2010; **20**(1): 49-64.

10. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994; **330**(25): 1769-75.
11. Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: protein, amino acid metabolism and therapy. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 2009; **12**(1): 86.
12. Huang W, Wu S, Vijayaraman P, et al. Cardiac Resynchronization Therapy in Patients With Nonischemic Cardiomyopathy Using Left Bundle Branch Pacing. *JACC Clin Electrophysiol* 2020; **6**(7): 849-58.
13. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing* 2019; **48**(1): 16-31.
14. Tournadre A, Vial G, Capel F, Soubrier M, Boirie Y. Sarcopenia. *Joint Bone Spine* 2019; **86**(3): 309-14.
15. Robinson SM, Reginster J-Y, Rizzoli R, et al. Does nutrition play a role in the prevention and management of sarcopenia? *Clinical Nutrition* 2018; **37**(4): 1121-32.
16. Hutchison ED. A life course perspective. *Dimensions of human behavior: The changing life course* 2010; **4**: 1-38.
17. Correa-de-Araujo R, Harris-Love MO, Miljkovic I, Fragala MS, Anthony BW, Manini TM. The need for standardized assessment of muscle quality in skeletal muscle function deficit and other aging-related muscle dysfunctions: a symposium report. *Frontiers in physiology* 2017; **8**: 87.
18. Verdijk LB, Snijders T, Drost M, Delhaas T, Kadi F, Van Loon LJ. Satellite cells in human skeletal muscle; from birth to old age. *Age* 2014; **36**(2): 545-57.
19. Frontera WR, Zayas AR, Rodriguez N. Aging of human muscle: understanding sarcopenia at the single muscle cell level. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 2012; **23**(1): 201.

20. Ciciliot S, Rossi AC, Dyar KA, Blaauw B, Schiaffino S. Muscle type and fiber type specificity in muscle wasting. *The international journal of biochemistry & cell biology* 2013; **45**(10): 2191-9.
21. Zamboni M, Rubele S, Rossi AP. Sarcopenia and obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 2019; **22**(1): 13-9.
22. Picca A, Calvani R, Bossola M, et al. Update on mitochondria and muscle aging: all wrong roads lead to sarcopenia. *Biological chemistry* 2018; **399**(5): 421-36.
23. Ziaaldini MM, Marzetti E, Picca A, Murlasits Z. Biochemical pathways of sarcopenia and their modulation by physical exercise: a narrative review. *Frontiers in Medicine* 2017; **4**: 167.
24. Manini TM, Hong SL, Clark BC. Aging and muscle: a neuron's perspective. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 2013; **16**(1).
25. Brown DM, Goljanek-Whysall K. microRNAs: Modulators of the underlying pathophysiology of sarcopenia? *Ageing research reviews* 2015; **24**: 263-73.
26. Bonewald L. Use it or lose it to age: A review of bone and muscle communication. *Bone* 2019; **120**: 212-8.
27. Vinel C, Lukjanenko L, Batut A, et al. The exerkine apelin reverses age-associated sarcopenia. *Nature medicine* 2018; **24**(9): 1360-71.
28. Clark BC, Manini TM. Sarcopenia≠ dynapenia. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2008; **63**(8): 829-34.
29. Thomas DR. Loss of skeletal muscle mass in aging: examining the relationship of starvation, sarcopenia and cachexia. *Clin Nutr* 2007; **26**(4): 389-99.
30. Jeejeebhoy KN. Malnutrition, fatigue, frailty, vulnerability, sarcopenia and cachexia: overlap of clinical features. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2012; **15**(3): 213-9.
31. Ter Beek L, Vanhauwaert E, Slinde F, et al. Unsatisfactory knowledge and use of terminology regarding malnutrition, starvation, cachexia and sarcopenia

among dietitians. *Clin Nutr* 2016; **35**(6): 1450-6.
32. Cederholm T, Jensen GL, Correia M, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019; **38**(1): 1-9.
33. Kamarajah SK, Bundred J, Tan BHL. Body composition assessment and sarcopenia in patients with gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gastric Cancer* 2019; **22**(1): 10-22.
34. Fukushima H, Takemura K, Suzuki H, Koga F. Impact of Sarcopenia as a Prognostic Biomarker of Bladder Cancer. *Int J Mol Sci* 2018; **19**(10).
35. Hilmi M, Jouinot A, Burns R, et al. Body composition and sarcopenia: The next-generation of personalized oncology and pharmacology? *Pharmacol Ther* 2019; **196**: 135-59.
36. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011; **12**(5): 489-95.
37. Baracos VE, Martin L, Korc M, Guttridge DC, Fearon KCH. Cancer-associated cachexia. *Nat Rev Dis Primers* 2018; **4**: 17105.
38. Peterson SJ, Mozer M. Differentiating Sarcopenia and Cachexia Among Patients With Cancer. *Nutr Clin Pract* 2017; **32**(1): 30-9.
39. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; **381**(9868): 752-62.
40. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; **56**(3): M146-56.
41. Dodds R, Sayer AA. Sarcopenia and frailty: new challenges for clinical practice. *Clin Med (Lond)* 2015; **15 Suppl 6**: s88-91.
42. Cesari M, Landi F, Vellas B, Bernabei R, Marzetti E. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. *Front Aging Neurosci* 2014; **6**: 192.
43. Cruz-Jentoft A, Michel J-P. Sarcopenia: a useful paradigm for physical frailty. *European Geriatric Medicine* 2013; **4**(2): 102-5.
44. Landi F, Calvani R, Cesari M, et al. Sarcopenia as the biological substrate of

physical frailty. *Clinics in geriatric medicine* 2015; **31**(3): 367-74.

45. Davies B, García F, Ara I, Artalejo FR, Rodriguez-Mañas L, Walter S. Relationship between sarcopenia and frailty in the toledo study of healthy aging: a population based cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2018; **19**(4): 282-6.
46. Rizzoli R, Reginster J-Y, Arnal J-F, et al. Quality of life in sarcopenia and frailty. *Calcified tissue international* 2013; **93**(2): 101-20.
47. Muscaritoli M, Anker S, Argiles J, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG)"cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". *Clinical nutrition* 2010; **29**(2): 154-9.
48. Chen YY, Chen WL, Peng TC, Liaw FY, Chao YP, Kao TW. Relationship between Sarcopenia and Cardiovascular Disease Risk among Taiwanese Older Adults. *Public Health Nutr* 2022: 1-21.
49. Leem AY, Kim YS, Chung KS, et al. Sarcopenia is associated with cardiovascular risk in men with COPD, independent of adiposity. *Respir Res* 2022; **23**(1): 185.
50. Huang YM, Chen WM, Chen M, Shia BC, Wu SY. Sarcopenia Is an Independent Risk Factor for Severe Diabetic Nephropathy in Type 2 Diabetes: A Long-Term Follow-Up Propensity Score-Matched Diabetes Cohort Study. *J Clin Med* 2022; **11**(11).
51. Okazaki T, Ebihara S, Mori T, Izumi S, Ebihara T. Association between sarcopenia and pneumonia in older people. *Geriatr Gerontol Int* 2020; **20**(1): 7-13.
52. Khan S, Benjamin J, Maiwall R, et al. Sarcopenia is the independent predictor of mortality in critically ill patients with cirrhosis. *J Clin Transl Res* 2022; **8**(3): 200-8.
53. Liu W, Hu C, Zhao S. Sarcopenia and Mortality Risk of Patients with Sepsis: A Meta-Analysis. *Int J Clin Pract* 2022; **2022**: 4974410.

54. Baky F, Howard JM, Ashbrook C, et al. Decreased Muscle Mass Prior to and Following Chemotherapy Predicts Morbidity in Testicular Cancer Patients Undergoing Post-Chemotherapy Retroperitoneal Lymph Node Dissection. *Clin Genitourin Cancer* 2022.
55. Ueki H, Hara T, Okamura Y, et al. Association between sarcopenia based on psoas muscle index and the response to nivolumab in metastatic renal cell carcinoma: A retrospective study. *Investig Clin Urol* 2022; **63**(4): 415-24.
56. Jogiat UM, Sasewich H, Turner SR, et al. Sarcopenia Determined by Skeletal Muscle Index Predicts Overall Survival, Disease-free Survival, and Postoperative Complications in Resectable Esophageal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg* 2022.
57. Ushitani Y, Shimada Y, Yamada Y, et al. Clinical Impact of Sarcopenia 1 Year After Surgery for Patients with Early-Stage Non-small Cell Lung Cancer. *Ann Surg Oncol* 2022.
58. Guo CY, Ma YJ, Liu ST, et al. Traditional Chinese Medicine and Sarcopenia: A Systematic Review. *Front Aging Neurosci* 2022; **14**: 872233.
59. Hwang JH, Kang SY, Jung HW. Effects of American wild ginseng and Korean cultivated wild ginseng pharmacopuncture extracts on the regulation of C2C12 myoblasts differentiation through AMPK and PI3K/Akt/mTOR signaling pathway. *Mol Med Rep* 2022; **25**(6).
60. Shin JE, Jeon SH, Lee SJ, Choung SY. The Administration of Panax Ginseng Berry Extract Attenuates High-Fat-Diet-Induced Sarcopenic Obesity in C57BL/6 Mice. *Nutrients* 2022; **14**(9).
61. Soares Mendes Damasceno G, Teixeira T, de Souza VC, et al. Acupuncture Treatment in Elderly People with Sarcopenia: Effects on the Strength and Inflammatory Mediators. *J Aging Res* 2019; **2019**: 8483576.
62. Zhou X, Xing B, He G, Lyu X, Zeng Y. The Effects of Electrical Acupuncture and Essential Amino Acid Supplementation on Sarcopenic Obesity in Male Older Adults: A Randomized Control Study. *Obes Facts* 2018; **11**(4): 327-34.

63. Zhu YQ, Peng N, Zhou M, et al. Tai Chi and whole-body vibrating therapy in sarcopenic men in advanced old age: a clinical randomized controlled trial. *Eur J Ageing* 2019; **16**(3): 273-82.
64. 賴榮年, 鄭展志, 葉家豪, et al. 建構中醫日間留院觀察照護模式. *行政院衛生署中醫藥委員會 101 年度全程研究計畫成果報告* 2002.
65. 許中華, 黃伯瑜, 邱榮鵬, 陳建宏, 葉裕祥, 黃建榮. 中西整合全人照護—臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區之模式. *醫療品質雜誌* 2019; **13**(4): 5.
66. 金玠縈, 鄧雪妹, 陳彥豪, 蘇祐立, 蔡明諺. 腫瘤患者接受化學治療在台灣中醫病房的整合醫療之展望. *中西整合醫學雜誌* 2020; **22**: 1.
67. 陳建宏, 吳修安, 謝明憲, 吳勇璋, 邱榮鵬, 許中華. 肺癌患者經中醫門診延長照護後癌症治療副作用的改善成效. *中醫內科醫學雜誌* 2020; **18**(2): 1-11.
68. 謝明憲, 陳建宏, 吳修安, 吳勇璋, 邱榮鵬, 許中華. 中醫整合治療改善大腸癌患者西醫治療後副作用之療效探討. *中西整合醫學雜誌* 2021; **23**(1): 1-11.
69. Wu HA, Chen CH, Hsieh MH, et al. The Benefit of Enhanced Daycare of Traditional Chinese Medicine for Cancer Treatment Related Adverse Events: A Retrospective Study of Medical Records. *Integr Cancer Ther* 2021; **20**: 15347354211025634.
70. 黃柏銘, 廖淇驊, 周律廷, 許書福, 呂怡惠, 何旭華. 中西照護活動對於*社區預防及延緩失能失智之經驗探討. 中醫藥研究論叢 2021; **24**(1): 55-*64.
71. 林佩靜, 蔡金川, 陳冠佐, 鄭雅愛, 盧易呈, 唐睿宜. 中醫預防及延緩失能模組介入社區長者健康體能與認知功能研究. *中醫藥雜誌* 2022; **33**(1): 86-95.
72. Tamayo SM, Wei TH, Chen LY, Ho WC, Ton G, Lee YC. An observational study of acupuncture and complementary treatments for major depression: case series from a preliminary study of proposed collaborative care model.

Journal of Traditional and Complementary Medicine 2022; **In press**.

73. Liao YC, Chou CY, Chang CT, et al. Qi deficiency is associated with depression in chronic hemodialysis patients. *Complement Ther Med* 2017; **30**: 102-6.
74. Beaudart C, Zaaria M, Pasleau F, Reginster JY, Bruyere O. Health Outcomes of Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2017; **12**(1): e0169548.
75. Cooper R, Kuh D, Hardy R, Mortality Review G, Falcon, Teams HAS. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; **341**: c4467.
76. Tsekoura M, Kastrinis A, Katsoulaki M, Billis E, Gliatis J. Sarcopenia and Its Impact on Quality of Life. *Adv Exp Med Biol* 2017; **987**: 213-8.
77. Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc* 2020; **21**(3): 300-7 e2.
78. Wang H, Huang WY, Zhao Y. Efficacy of Exercise on Muscle Function and Physical Performance in Older Adults with Sarcopenia: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022; **19**(13).

柒、附件

附件一、癌症患者中醫門診延長照護計畫支付標準

資料來源：全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

支付標準表(二)

-癌症患者中醫門診延長照護計畫

第一章 中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100
註：收案期間結束之患者必要時得加開七日藥費。		

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章 治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次
註：每一個案收案期間限申請一次。		

第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300
註1.P59061： (1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。 (2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。 註2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。		

附件二、臺北市立聯合醫院訪談記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 7 月 19 日(星期二) 下午八時

訪談地點：google meet 線上訪談

訪談對象：台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區 中西醫整合科 陳○○主任

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

陳主任也是血液腫瘤科及安寧緩和專科醫師，在癌症患者的治療中西兼具，訪談的內容主要針對北市聯醫目前執行癌症中醫延長照護的現況、困境及未來建議。

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區是以中西醫整合照護癌症病患為特色的中醫教學醫院，以五位中西醫雙執照的主治醫師團隊服務自民國 2017 年 5 月起開始在中醫病房成立中醫癌症日間延長照護，進行以中醫主導的跨領域團隊醫療照護模式。中醫病房可同時接受 21-27 床中醫日間照護患者，COVID-19 疫情期間因隔離限制則降低至 15 床，因欲參加中醫日間照護的患者較多，因此前一天會先連絡患者安排床位，病患於當日早上報到後即可在分配之床位進行治療及活動，中醫師會帶領病患進行太極拳運動，並安排各不同專業領域的健康適能課程，後續進行中醫師巡診，午餐後接著進行不同專業領域的健康適能課程及中醫師巡診。

優勢是北市聯醫設有獨立中醫病房，病患有兩人房或三人房床位可進行治療及休息，有專門負責照護的中醫病房護理人力，相較於大多數醫院中醫護理人力不一定有病房照護經驗占優勢，且醫院過去有執行社區公共衛生相關計畫，在癌症患者的中醫照護上有一定比例的病友有接受照護的良好經驗，醫病關係良好，再回到醫院接受中醫日間照護的意願較高，若醫師在門診有癌症初診患者適合接受中醫日間照護者也可轉介諮詢中心，方便讓病人了解中醫日間照護的詳細資訊。

比較容易遭遇的困難是因為該院無加護病房或急診，因此病人的收案

來源均靠門診，病患需要留院六小時，因此有條件限制，疾病嚴重度太嚴重無法頻繁往返醫院或配合留院時間者無法參加，年輕患者需要維持職場工作者也較無法配合日間長時間的留院觀察，另外居住地在較偏遠或交通不便者也無法頻繁往返醫院，因此有收案上的限制。

針對執行中醫日間照護，陳主任有以下幾點建議：

1. 與西醫團隊建立合作關係，可增加收案來源。
2. 癌症患者中醫門診延長照護治療頻率較高，病患不可以住太遠，體力不可太差，中壯年有工作也比較不容易參加，這些條件可能在不同的地區或醫院較不易克服。
3. 目前癌症中醫延長照護門診都在平日早上及下午進行，對於上班族的癌症患者只有晚上或假日有空者比較不方便，考慮調整時段至晚上或假日的可能性。
4. 設立諮詢中心，醫師初診患者可轉介到諮詢中心詳細說明，因為醫師在門診時間有限。
5. 醫師需要足夠訓練，中醫護理人員需要有病房照護經驗。
6. 因為留院時間長，需要有固定人力，因此要有足夠的醫師、護理人員及衛教人員可以介入，目前北市聯醫執行中醫日間照護計畫的護理人員與病人比例是 1:10。
7. 中醫介入方式則是以針灸及太極拳比較能夠高頻率執行，中藥較不需要頻繁調整藥物，因此還是需要針灸及太極拳等項目能介入。
8. 空間很重要，尤其是留院時間長，病患需要固定床位休息。
9. 癌症延長照護目前只收掛號費五十元，收費太高影響病患參與意願，收費太低可能會造成醫療資源濫用，因此收費標準也是需要考慮的條件。
10. 站在醫院經營者的考量，需要考慮人事成本及空間成本，因此造成中醫日間照護在執行上有其一定困難度，規模太小，產值低，也不易執行，且不容易累積足夠的數據證明療效。

附件三、桃園長庚醫院訪談記錄(一)

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 8 月 16 日(星期二) 下午四時

訪談地點：google meet 線上訪談

訪談對象：桃園長庚醫院 中醫內兒科 陳◯◯醫師

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

癌症患者中醫門診延長照護計畫目前主要是在桃園長庚醫院執行，因為桃園長庚醫院有自費的中醫病房，才有足夠的空間可以進行收案，林口長庚醫院在整修當中，整修完畢後可能第二醫療大樓空間擴大可以收案，癌症患者中醫門診延長照護計畫的病患需要留院六小時，一般的門診空間不容易執行。桃園長庚醫院的中醫病房有五十床，住院患者包含腦中風復健患者或癌症患者，因為住房率不會達到百分之百，所以可以利用病房的空床進行。

新冠肺炎疫情前有時後一天可以收案 7-8 人，受到新冠肺炎的疫情影響，患者比較不喜歡住醫院的病房，而且長庚醫院關於病患跨院區治療的防疫措施比較嚴格，在疫情期間若病患跨院區接受治療(例如在林口長庚接受放化療，要來桃園長庚接受中醫治療)就要接受 PCR 檢測，也不能搭乘跨院區的接駁車，因此降低病患參加癌症患者中醫門診延長照護計畫的意願。

參加癌症患者中醫門診延長照護計畫的病患主要是需要中醫協助治療的癌症患者，例如頭頸癌鼻咽癌的患者因為 CCRT 需要進行 35 次，每週一到週五來接受西醫治療時同時接受中醫治療就會比較方便。頭頸癌鼻咽癌患者比較在意的副作用包含口腔炎和體重減輕，以接受中藥治療為主，比較少使用針灸或傷科治療，病患接受中藥治療後可以降低鼻胃管的使用率，長庚醫院有質子治療中心，廣納台灣的病人，因此病患來源相對較多，也會有許多病人是從外縣市來接受治療，交通時間長，因每天需要往返醫院接受放射治療，中醫病房全自費單人房一天大約是新台幣四千元左右，有些病患若接受中醫日間照護後覺得效果不錯就可能會選擇在中醫病房住院減少舟車勞頓，這樣也同時提升中醫自費病房的使用率。

桃園長庚醫院中醫部是分科制的，中醫內婦兒科醫師只能開中藥不能進行針傷治療，如果病患需要針灸就要找針灸科醫師幫忙。目前參加癌症患者中醫門診延長照護計畫的病人比較傾向接受中藥治療，所以主要是中醫內科醫師在執行計畫，另外因過去中醫內科跟放射腫瘤科合作計畫發表論文主要都是中藥內服改善接受放射治療患者的副作用及生活品質，因此中醫內科和放射腫瘤科建立良好的合作關係，西醫師比較願意轉介病患來中醫，病患來中醫接受治療後感受到副作用改善等好處也會再告訴其他病患，達到宣傳效果。

中醫日間照護執行的病種應以慢性病為主，但還是需要視醫院的特性而定，此外，也需要西醫的配合，轉介病患至中醫治療。例如長庚醫院的失智中心屬於日間照護病房，照護的病患病情複雜，經營上也算是虧本，病房主任認為病人已經吃很多西藥，若再加中藥就太多，病患病情較嚴重者針灸也很危險，僅有推拿或按摩比較適合，可以放鬆肌肉，或是使用芳香療法或雷射針灸，但是目前雷射針灸不是健保給付項目。

骨科病房的骨折病人手術後或其他手數例如置換人工關節後，因為病床一床難求，需要盡快讓病患出院，但還是需要術後照護或復健，可以考慮讓病人來住中醫病房或接受中醫日間照護。

心臟衰竭患者須要來醫院復健的也可以考慮推展中醫日間照護，但是這類病人通常有多重共病，須要服用的西要已經很多，若中醫要介入，要思考中醫要用哪種方式改善病人的哪個部分，可能需要比較多的研究數據或臨床證據才有辦法說服西醫及病患。

附件四、桃園長庚醫院訪談記錄(二)

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 10 月 9 日(星期日) 上午九時

訪談地點：中國醫藥大學附設醫院臨床技能會議室

訪談對象：桃園長庚醫院 中醫內兒科 許◯◯主任

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

1. 癌症患者中醫門診延長照護計畫目前主要是在桃園長庚醫院執行，因為桃園長庚醫院有自費的中醫病房，才有足夠的空間可以進行收案，有思考要在中醫門診進行，但是空間及人力都是問題。另外就是病患來血液腫瘤科接受門診化療也可以思考如何執行，因為病患也須要在醫院停留較久的時間。
2. 桃園長庚醫院中醫部是分科制的，中醫內婦兒科醫師只能開中藥不能進行針傷治療，目前執行癌症患者中醫門診延長照護計畫的醫師主要是中醫內科醫師，針傷科醫師較少執行。依照目前癌症患者中醫門診延長照護計畫的健保給付，還要思考只開中藥不加針傷治療的情況下病人回診頻率的問題，另外因少了針傷治療的時間，但又必須達到規定的留院時間，就可能須要安排其他的治療方式或養生活動。
3. 中醫日間照護執行的病種應以慢性病為主，也需要西醫的配合，轉介病患至中醫治療。
4. 病患參加癌症患者中醫門診延長照護計畫，留院時間長，人力是比較大的負擔，在病房執行有固定排班的護理人員，若在門診執行則人力安排相對困難。
5. 關於中醫日間照護的執行，要思考是否可縮短病人留院時間，可以降低空間與人力成本，也可能提高病人接受的意願。

附件五、高雄長庚醫院訪談記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 7 月 29 日(星期五) 上午十一時

訪談地點：google meet 線上訪談

訪談對象：高雄長庚紀念醫院中醫部 蔡○○主任

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

1. 高雄長庚醫院中醫部為了執行癌症患者中醫門診延長照護計畫，將中醫內科的其中一間針灸治療室規劃成中醫日照區，有四個治療床可以使用。
2. 接受癌症患者中醫門診延長照護計畫的患者留院時間須要六小時是目前執行上較困難的地方，因為須要人力，主要是住院醫師要協助，另外，安排的治療及課程要多元，病患才有參加的意願。
3. 收治的病患就像到醫院洗腎的流程，每週一、三、五或每週二、四、六來接受治療。
4. 目前執行的方式是和癌症中心合作，申請院內計畫經費，以補足病人的問卷費及營養費，但同時院內計畫的執行也須要發表論文當作績效。
5. 因為疫情關係有停滯兩三個月，今年七月才又開始恢復收案。
6. 收治的主治醫師要先擬出治療的 protocol，在病患接受第一次治療前會先跟病患解釋清楚整個治療的療程，設定治療期限，讓病人知道什麼時候可以結束治療。例如在高雄長庚醫院接受質子治療的病人，治療療程 4-6 週，大約 20-30 次治療，在治療時同時接受中醫日間照護是比較符合病人的期待，目標是在留院過程中減少放射線的毒性反應。
7. 在執行過程中遇到的困難包含: 若病患狀況不佳時可能需要很快結案，因為病況惡化就不容易繼續接受中醫日間照護，另外，頭頸癌病患因為氣切導致痰很多，容易影響環境。部份病人會希望固定床位，有時會造成床位安排的問題。
8. 對於中醫日間照護的未來建議，主要是要思考中醫介入什麼樣的疾病可以減輕家屬負擔，例如失智症、巴金森氏症等患者搭配復健，可以在醫

院空間中充分利用; 心衰復健者也可以可以用中藥，以溫陽為主再加上溫灸治療。

9. 應建立中醫結構化病歷範本，讓病歷記錄可以標準化，要收集數據分析統計也比較容易，因為還是要發表論文讓西醫師及病患知道療效，西醫師才會比較願意轉介，實證可以增加病人接受中醫日間照護的意願，參加的病人又可以變成後續實證研究的對象。
10. 中醫日間照護介於門診跟住院之間，目標是要拓展中醫多元發展，但中醫比較屬於門診科，中醫空間也不足，最早執行中醫日間照護時是先把病人放在病房，早上到下午可以安排治療，執行成功之後才把這個模式複製到中醫日間照護，如果病況更穩定就回到中醫門診。中醫病房可以有西醫處置，治療次數不限，中醫日間照護的治療次數有限，還有中藥水煎劑的問題，若接受中醫日間照護使用中藥水煎劑要醫院代煎，時間上比較緊迫。另外病房是男女分開，但中醫日間照護的床位有限無法作此區分，也無法提供氧氣，餐點也要自備。另外就是護理人員的協助問題，病房有固定排班的護理人員，中醫日間照護區則無固定護理人員，僅能由門診護理人員支援。相反的，中醫日間照護有健保給付，但中醫病房還是自費，很多醫院無法設置中醫病房，也許可先從中醫日間照護開始進行。
11. 中醫日間照護要收治體能狀況較好的病患，避免收治癌症腦部轉移或失智失能的患者，或 vital sign unstable 的患者。
12. 執行中醫日間照護對於中醫內科醫師的產值相對是較高的，但是對於針傷科醫師的產值提升就相對較少，因為可以接受中醫日間照護的病患可能符合複雜性針灸的健保給付，但相對執行複雜性針灸，醫師要花在中醫日間照護的病患的時間比較常，因此減低效益及收治意願。

附件六、嘉義長庚醫院訪談記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 8 月 3 日(星期三) 下午一時

訪談地點：google meet 線上訪談

訪談對象：嘉義長庚紀念醫院中醫部 蔡○○醫師

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

1. 嘉義長庚醫院中醫部從 2017-2018 年開始執行癌症患者中醫門診延長照護計畫，使用門診時段的閒置診間，只有一間門診診間可以執行，雖然診間內有兩張治療床，但為顧及病患隱私及疫情因素，一天只能收治一個病患。執行的方式由中醫師進行診療，其他包含帶領病患進行養生功法如坐式八段錦、進行針灸或傷科手法治療，加上中藥足浴，另外配合營養師諮詢及中醫衛教，病患一個月來院接受中醫日間照護兩次。
2. 嘉義長庚醫院的患者年紀較大，對於接受中醫日間照護留院時間長比較抗拒，另外，低社經地位或年長的患者較多，要完成前後測的量表比較困難，此外，因為中醫日間照護的留院時間較長，問題比較大的是中午休息，醫院並沒有提供餐點，需要病患或家屬自己準備，降低病患意願。陪同就診的家屬也需要在醫院停留長時間，降低意願。沒有病房，癌症患者容易疲倦，但治療床的休息環境相對不佳，這也是降低病患意願的因素。
3. 在人力安排上，不像病房有固定護理人員排班，因此有一個住院醫師須要一整天在治療室協助照護病患及執行中醫日間照護。
4. 對於中醫日間照護的未來建議包含：A)留院時間縮短，例如二小時，可以提生病患意願，也可以增加收案的病人數。癌症患者在門診施打化療後半天四小時也許可以比較方便執行中醫日間照護，病人來醫院一天接受中西醫治療,但是以目前中醫日間照護須要長達六小時就不可能達到。B)提供交通補助，例如現在長照有補助計程車車資，以嘉義長庚醫院的患者為例，很多病患住很遠，交通不便，往返醫院都需要搭乘計程車，

相對支出較多。C)人力和場地的問題須改善，若有較大的空間可以有較多的床數，可以比較節省人力。D)要增加宣傳，讓西醫主治醫師及病人知道中醫日間照護的相關資訊，提高西醫師轉介的意願，或是透過中西醫合作門診來進行。E)給付的問題也要解決，嘉義長庚醫院原預計要執行小兒氣喘的照護，但是醫院經管評估可能是因為給付的問題就無法執行，腎病的針灸也可以用複雜性針灸申報，不需要填量表，降低中醫日間照護的執行意願。

附件七、中國醫藥大學附設醫院訪談記錄(一)

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 10 月 27 日(星期四) 下午三時

訪談地點：中國醫藥大學附設醫院美德醫療大樓 321 診間

訪談對象：中國醫藥大學附設醫院中醫內科 林○○主任

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

林○○主任是中國附醫 2018 年至 2020 年執行癌症中醫延長照護的主要醫師，針對此計畫，林主任認為其執行的缺點包含：

1. 接受癌症中醫延長照護的病患須在醫院待滿六小時，若是病患病情較重者無法持續待在醫院太長時間，就無法接受癌症中醫延長照護。患者居住地較遠，需要舟車勞頓者也無法配合長時間治療。
2. 因為留院時間長，通常除了中醫內科門診就診開立中藥以外，會配合針灸、傷科治療或八段錦、太極拳等養生運動，部分患者因不喜歡針灸而拒絕相關處置，或是部分患者無法配合養生運動之動作。
3. 癌症病患常有家屬陪伴，但本院執行癌症中醫延長照護是使用中醫門診當日閒置空間或治療床，不像病房還有陪病床可供家屬休息，讓陪同治療的家屬無處可去。
4. 癌症中醫延長照護的留院時間會從早上持續到下午，如何解決中午的午餐也會造成醫院及病患的困擾。
5. 癌症中醫延長照護的留院時間長，病患占床時間長，本院執行癌症中醫延長照護是使用中醫門診當日閒置空間或治療床，空間不足以應付多位病患同時照護。

執行癌症中醫延長照護的優點則是病患可以在醫院停留較長時間，可在同日接受中藥、針灸、推拿及養生運動訓練，一次得到完整照護，減少多次往返醫院。

針對中醫日間照護計畫的未來執行建議及短中長程規劃，林主任提出以下幾點建議：

短程：開拓照護空間，建議衛福部提供獎勵金配合院所成立空間，且是符合

癌症病患的舒適空間。

中程：培養相關配套醫護人員，包含衛教、護理，開設特別門診，整合相關醫療資源。

長程：觀察評估療效，整合各家醫院的成果進行評估，做出 EBM 的研究並發表成果，提高能見度。

附件八、中國醫藥大學附設醫院訪談記錄(二)

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 07 月 21 日(星期四) 下午三時

訪談地點：中國醫藥大學附設醫院美德醫療大樓 321 診間

訪談對象：中國醫藥大學附設醫院中醫內科 廖○○醫師

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

中國醫藥大學附設醫院過去執行慢性腎臟病及糖尿病腎病變的中西醫整合日間照護計畫，由中醫內科廖元敬醫師主要負責執行，因其在中醫住院醫師受訓期間至腎臟科接受訓練，因此與腎臟科建立良好合作關係，除了過去執行腎臟病中醫日間照護計畫並發表論文外，在 2021 年「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」開始執行後也與腎臟科密切合作，進行慢性腎臟病患者的中西醫整合治療，因此針對這部份進行實體訪談。

執行慢性腎臟病的中醫日間照護計畫時適逢廖醫師在腎臟科接受訓練，本院腎臟科醫師也支持病患接受中醫整合治療，因此特別在腎臟科門診規劃出中醫治療的空間與衛教的空間，這樣可減少病患往返西醫與中醫部門的時間及體力耗費，提高病人的接受度，加上腎臟科醫師的推薦，病患也較不會排斥接受中醫治療。主要的介入方式包含針灸、穴位按摩、五音治療及衛教，因為病人留院的時間較長，衛教可以執行的比較確實，運動也有人監督，與病患自行在家運動效果有差異。

但執行時也遇到留院時間長及頻繁往返醫院的困難，因為腎臟科病患通常以老年人為主，至醫院就醫通常需要家屬接送或陪同，患者疾病穩定時腎臟科醫師均會開立三個月的慢性處方籤，病患不需要頻繁回診，因此在接受中醫日間照護計畫的期間，每週需要到醫院 2-3 次，每次到醫院均需要停留半天時間，因此影響部分患者的接受意願。另外因為留院時間長加上療程長，除了中醫治療及衛教外，也需要安排西醫的其他相關課程，病患才會因為課程多元而增加收穫，因此需要跨團隊的合作，無法由中醫獨立完成。本院中醫沒有病房，中醫門診業務量大也較難騰出閒置空間讓病患休息，空間也是一個執行中醫日間照護要考慮的重要問題。

對於未來執行中醫日間照護的建議，廖醫師提到以下幾點：

(1) 在病患的疾病別上，腦中風或失智，腦性麻痺，脊椎損傷等疾病，因病患需要頻繁至醫院進行復建，可能會是中醫日間照護較容易介入的疾病，因為病患不用單獨為了接受中醫日間照護而頻繁往返醫院及留院。

(2) 計畫要長期執行，且要推廣到全國的醫院甚至中醫診所，中醫介入的方式就有限制，例如針灸操作上會比雷射針灸更有普及性。

(3) 執行後一定要有研究成果，因此收案時需要篩選合宜的患者，但如果收案條件太嚴格也會影響收案的容易度，因此收案條件需適宜。有正向研究成果才容易說服西醫師及病患接受中醫日間照護。

(4) 研究助理、護理人員或其他執行人員需要有中醫的臨床經驗或修習過有中醫學分，因為會使用紅外線、針灸等治療，若無相關背景則無法回答病人專業問題。

附件九、花蓮慈濟醫院訪談記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 07 月 20 日(星期三) 下午三時

訪談地點：google meet 線上訪談

訪談對象：花蓮慈濟醫院醫院中醫部 王○○副部主任

記錄人員：計畫主持人 吳美瑤 醫師

訪談紀錄：

花蓮慈濟醫院於 1998 年 7 月 19 日設置『輕安居』提供失智症長者老人日間照護，並在 2018 年設立輕安居中醫特別門診，針對這些高齡失智長者最常遇到的問題，包含睡眠障礙、頭暈倦怠、記憶減退、便秘腹脹、緊張焦慮、反應遲緩等問題，透過針灸、推拿、拔罐、中藥與氣功提供治療。雖然這樣的模式並非目前既定的中醫日間照護，但卻是值得推廣的中醫治療模式，因此本計畫也視訊訪談花蓮慈濟醫院王健豪副部主任，王副部主任本身是家庭醫學科及安寧緩和專科醫師，也是中醫師，因此執行中西醫整合治療包含居家治療等皆駕輕就熟。

目前花蓮慈濟醫院的輕安居針對失智老人的日間照護與中醫團隊合作密切，因此在病患進入輕安居時，輕安居團隊即會向家屬解釋中醫整合治療的模式，家屬若同意讓患者接受中醫治療，則患者可至輕安居中醫特別門診進行每週三次的針灸治療，也可以加上中藥，不同於一般中醫門診，在此病患也會有自己獨立的休息床位。

但是這樣的模式仍有其侷限，因為輕安居的日間照護病房仍有時間限制，患者需要配合接送時間，此外，輕安居每日有安排固定的課程時間，中醫要進行治療就需要配合病患的有限時間進行，這是與住院患者會診中醫在執行上最大的差異點，因為住院患者在醫院停留時間長，且沒有特別安排活動，中醫師要進行治療的時間比較充裕。

花蓮慈濟醫院中醫部也曾就癌症中醫延長照護的執行進行評估，但因有以下幾點困難而較難執行：

1. 癌症患者除了住院化療外，有部份病人在院內腫瘤中心接受門診化療，化療結束會因疲倦及留院時間長而降低至中醫部門接受中醫照

護的意願。

2. 癌症中醫延長照護的留院時間需要長達六小時，相較於台北市的交通便利性，花蓮相對交通不便，許多病患住在偏遠地區，來回車程長，公車班次少，看完中醫門診即需返家，無法配合六小時的留院時間。王副部主任提到的問題的確也是在全台灣推廣中醫日間照護需要考慮的問題，因為並非所有醫院都在交通便利的都會區。

附件十、彰化基督教醫院訪談記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」訪談紀錄

訪談時間：2022 年 11 月 2 日(星期三) 下午三時

訪談地點：google meet 線上訪談

訪談對象：彰化基督教醫院中醫部 陳◯◯醫師

記錄人員：計畫助理 賴◯◯

訪談紀錄：

執行場域在院外的限制及解決方法：

在醫療院所外執行基本上是比照居家醫療，一般來講如果需要在有執業登記的醫療院所以外的地方執行醫療照護需要先「報備支援」。

報備支援有些相關的限制，比如需要應家屬要求、或是緊急狀況等，可以跟當地的衛生局洽談。

像居家醫療後來就由衛福部行文給各地方衛生局，現在居家醫療就不用報備，但有些醫療院所為了保險起見還是會報備。

在社區據點執行日間照護的經驗：

之前主要由黃◯◯醫師承接計畫，主要是跟張基的「得憶園」失智老人日間照護中心合作。

因為長照的系統很特殊，跟一般的醫療系統不同，但因為醫療行為已經有比如健保去支應，長照場域較不希望長照經費用做醫療行為,所以執行上是使用沒有侵入性的,藥物上較多使用藥食同源、食療、薰針、穴位按摩、雷射針灸的方式介入。

人力部分，像年輕醫師、住院醫師可能會比較願意去執行這部分。

使用什麼方式觀察中醫介入是否有效？

因為中醫使用非侵入性的治療手段，要看到成效通常需要比較

長的時間，很難看到立即性的改善。

如何選定研究病種？

當時中醫多元發展有中醫介入失智症的項目、另外也有接到智慧醫療相關計畫，與科技公司合作，將智慧互動方案結合中醫元素呈現。

另一方面，因為失智這塊彰基很早就有參與長照，也發現政府投入很多的心力進行長照推動的努力，我們也想看中醫介入後可以得到怎樣的效果、或遭遇什麼困難，也因為中醫藥司的支持能嘗試中醫介入失智症照護。

附件六一、2022 年 10 月 20 日專家座談會會議記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」專家座談會

會議時間：2022 年 10 月 20 日(星期四) 下午二時至四時

會議地點：Teams 線上會議平台

會議主席：	中國醫藥大學附設醫院	中醫診斷科	吳美瑤	主治醫師
出席人員：	中國醫藥大學	中醫學院	顏○○	院長
	中國醫藥大學附設醫院	中醫針灸科	李○○	主任
	高雄長庚紀念醫院	中醫部	蔡○○	主任
	花蓮慈濟醫院	中醫教育中心	陳○○	副主任
	台北市立聯合醫院	中醫內科	陳○○	主治醫師
	彰化基督教醫院	中醫部	陳○○	主治醫師
	嘉義長庚醫院	中醫科	蔡○○	主治醫師
列席人員：	建立中醫日間照護計畫		賴○○	研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作項目。

三、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作進度。

參、討論事項

一、 執行空間：

陽明醫院有日間照護區，類似留院觀察，給予針灸中藥等治療，在彰化基督教醫院也有針對暈眩一類病人提供比較長的留院觀察的日間照護。衛生福利部補助的疾病蠻多樣的，比如慢性疾病小兒氣喘、慢性腎臟病。

如果要推動日間照護政策，如前面報告專家訪談提出的空間問題，

有些醫院如台北市立聯合醫院、長庚體系醫院的空間有現有病房或治療區可以提供，但比較偏遠的地區向嘉義長庚醫院、花蓮慈濟醫院就會需要面對病人接受日間照護每週要回診不方便的問題。中國醫藥大學及桃園長庚醫院兒科部分設有治療區。

在醫院裡日間照護的病房可以讓病人在白天來接受治療，但不是住院的形式，也可以解決醫院夜間病人值班照護人力不足的問題。也可以減少病人家屬照護病人上的負擔。

腫瘤延長照護計畫來說，執行率不到五成，代表計畫執行醫院不多，雖然可以加強執行醫院的特色，但壞處是無法普及，或者計畫設想時沒有辦法考慮到全國的醫療院所情況，多數中醫屬於附設醫院，空間需要跟西醫共享，中醫的績效如何達到西醫水準，讓院方願意提供執行空間是一個問題。當初高雄長庚醫院在執行時，是使用原有的中醫診療室重新作安排來解決空間問題。

若院內空間不夠，可以將執行地點投射到村里設點，設點需要符合日間照護的規格也需要更多團隊投入，非醫療院所也有一些法規的限制需要克服。

目前日間照護的困難點在1.如何讓日間照護的成績更好2.如何開發新的點以及點要如何分配團隊。

目前花蓮慈濟醫院在輕安居據點主要是以失智症為主要病人群，目前是在原本就在做長期照護的點做中醫介入去做中醫日間照護的相關服務。

二、 中醫日間照護執行疾病別：

若要篩選適合執行日間照護的病種，依過往執行的經驗來看腦中風、失智症或像憂鬱症等身心科方面的疾病，這些疾病有過往執行計畫的經驗，加上這些疾病適合進行日間照護，或許在未來評估後可納為健保試辦計畫的優先選擇之一。

三、 中醫日間照護諮詢：

日間計畫執行的困境來講，建議執行時需要有一個諮詢單位，臺北市立聯合醫院的執行經驗來講，是請總醫師向受訓醫師講解如何說

明，當門診病人或民眾想了解醫院是否有日間照護時，諮詢單位的人員並須能分析個案情況是否適合日間照護，並且向來諮詢的人說明流程，同時也會有志工協助溝通，讓被轉介到這邊的民眾不會不知道要怎麼進行相關治療、照護。

四、 中醫日間照護留院時間：

之前大家統計的結果希望縮短延長照護的時間，但日間照護本身就是門診的延長照護，若縮短照護時間，相對的給付金額也會減少，回頭計算目前的給付是否足以鼓勵或支持執行試辦計畫單位執行，整體民眾給付金額下降，雖然時間縮短了，但收支成本若不如以支持試辦計畫，可能沒辦法將試辦計畫執行的很好，所以若想要縮短治療時間，需要先進行收支成本的計算。

五、 如何減輕家屬負擔：

確實有些院區交通距離較遠，可以參照訪間洗腎中心、長期照護中心的專車接送方式，對於試辦單位來講，剛開始執行沒有穩定的來源，專車接送可以減輕家屬負擔，提高參與計畫的意願，或者以先考慮有能力前來的民眾為主。針對距離較遠的病人，往返醫院治療不便，若有像孕婦產檢類似的交通補助，能增加病人前來的意願。

六、 中醫日間照護的普及性：

腫瘤延長照護計畫來說，執行率不到五成，代表計畫執行醫院不多，雖然可以加強執行醫院的特色，但壞處是無法普及，或者計畫設想時沒有辦法考慮到全國的醫療院所情況，多數中醫屬於附設醫院，空間需要跟西醫共享，中醫的績效如何達到西醫水準，讓院方願意提供執行空間是一個問題。當初高雄長庚醫院在執行時，是使用原有的中醫診療室重新作安排來解決空間問題，也自費購買醫療相關器具，為了讓病人留滿 6 小時，使用了多元、全方位的中醫治療手段，讓病人在每個時間段的感受都不一樣。但執行一段時間後，醫療設備的維修汰換費用該如何支付也是一大問題，所以讓日照執行的成果延續很重要。

七、 中醫日間照護保險給付：

如果要開發新的日間照護的適應症必須間兼顧到健保有給付，日間照護過去經驗在有健保給付的情況下執行也不容易，若是沒有給付會更加艱辛，執行上還是需要有專案來支持，醫生才比較願意做，病人醫療費用負擔也較低。

八、 中醫日間照護療程設計：

高雄長庚醫院目前針對癌症患者的放射治療約 20~30 次療程，時間較短，比較能讓病人感受到有沒有接受日間照護的差異性，同時病人也會將感受回饋給西醫或是病友，能讓收案的個案源源不絕。

九、 目前日間照護的定位：

較複雜有照護和醫療兩個定位，照護的部分，像失智症的照護或是社區一些不良於行的老人送餐...等，目前的長期照護中心很多都有包含照護的部分，若能在既有的照護框架下帶入中醫特色，是一個不錯的突破點。

有些老人家比較不願意接受治療，如不想吃藥、不喜歡針灸，可以在適合病人的情況下讓病人自行選擇中醫治療的方法。

目前中醫日間照護還是侷限於在院所的空間內，未來要去嫁接長照機構、護理之家是個非常重要的點。

亞急性的個案，如不良於行的老人，若有足夠的誘因，讓個案願意到日間照護的定點，包含中午用餐服務並針對腳步復建強化，其實是不錯的誘因點。

十、 未來建議：

目前衛福部做法還是在廣泛徵求各種不同病種的探索性試辦，了解適合做日間照護的模式。

未來針對現有模式需要做統整以及時間空間的突破，包括到社區、偏遠機構執行，提供方便病人的模式也減少醫院病床使用的時間，也可以進行相關的計畫試辦，來學習經驗。

針對多年來日間照護的成效較好的疾病，可以結合公會、醫學會的力量推到健保給付，透過健保給付增加推廣到全台灣不同的醫療院所，才不會只有拿到計畫的單一醫療機構試辦。

十一、　短期可以持續採用試辦方式，中長期需要爭取健保、健保以外的補助來支持日間照護的支出及人力。

十二、　人力及培訓部分，有很多醫院開始推廣智慧醫療，利用 APP 或遠距離的方式進行。

十三、　目前各醫院的日間照護個案較少，如果可以做多中心的統計，或許可以看到比較多的成果。在發表論文的部分也可以發現一些問題，像沒有蒐集未接受中醫日間照護的數據做比較。

十四、　總結：

目前大部分執行癌症延長照護計畫來說，大部分的醫院還是會遇到一些空間人力的問題，包含日間照護的給付，一天有健保給付兩千元等於一天病房的費用，以醫院來說中醫內科的執行意願比較高，針傷科部分比起平常會遇到的一些較複雜的治療給付，比較沒這麼誘人，內科本身開中藥加上日間照護的一些衛教、針傷治療，對年輕醫師可能有比較大的吸引力。要執行日間照護除了提供病人及家屬一些經濟、交通方面的補助外，對醫院也需要有足夠的誘因，才能讓醫院騰出空間及人力。

短期來說，還是希望能將成果發表比較容易達到吸引病人的目標，長期來說需要去評估哪些疾病適合，後續執行上比較適合的疾病也可以去爭取健保給付。

在解決人力不足問題的部分，可以採用智慧醫療的方式，空間問題可以考慮在收支平行的狀況下拓展院外的地點，比較不受醫院既有空間的限制。

關於疾病別部分比較適合慢性疾病，中等程度的嚴重度來講，尤其病人需要長期在醫院復健，這部分中醫可以提供治療針傷治療的協助，若跟復健科合作可能有所突破。

肆、散會

伍、附件

一、線上出席表截圖

1. 摘要

會議標題	建立中醫日間照護計畫-專家座談會
出席的參與者	10
開始時間	22/10/20 下午1:40:41
結束時間	22/10/20 下午3:25:43
會議期間	1 小時 45 分鐘 2 秒
平均出席時間	1 小時 19 分鐘 34 秒

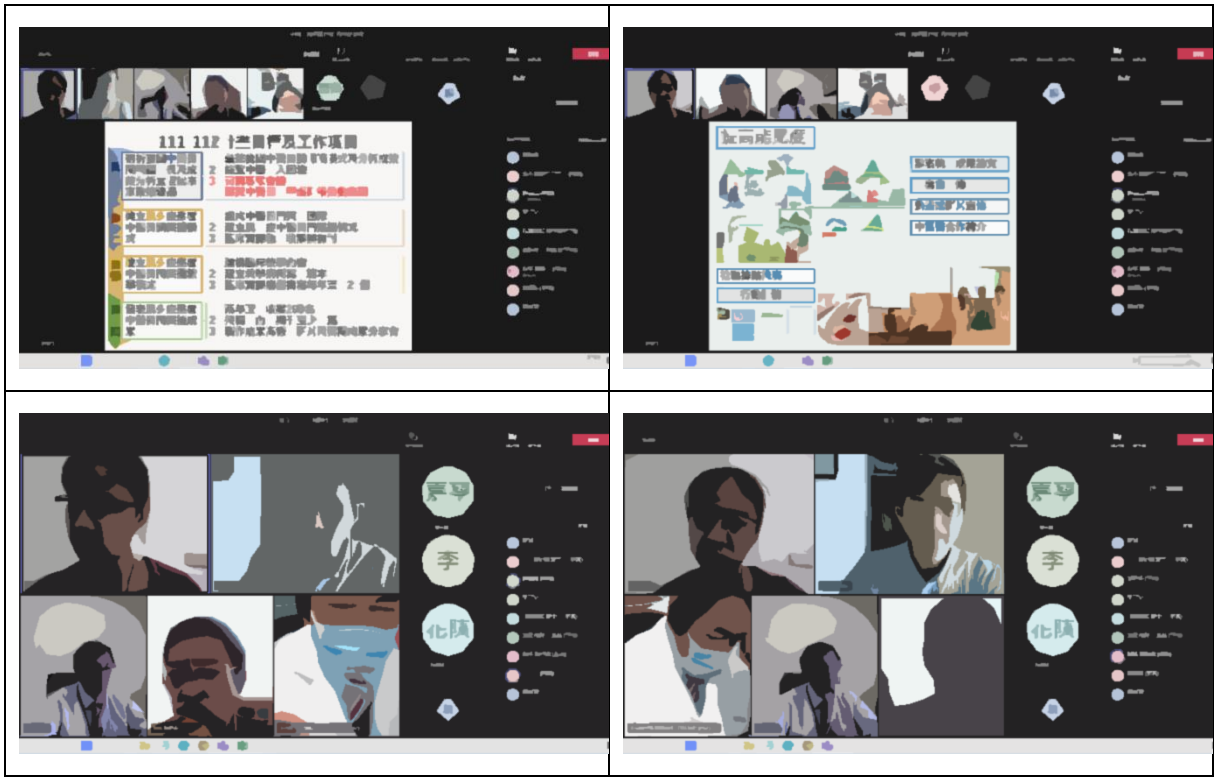
2. 參與者

名稱	首次加入	上次離開	會議持續時間
輔[illegible]	22/10/20 下午1:49:48	22/10/20 下午3:22:18	1 小時 32 分鐘 30 秒
吳美瑤	22/10/20 下午1:49:58	22/10/20 下午3:25:43	1 小時 35 分鐘 44 秒
彰基 陳[illegible](來賓)	22/10/20 下午1:50:00	22/10/20 下午3:21:28	1 小時 31 分鐘 27 秒
北市聯中西醫整合科主任陳[illegible]	22/10/20 下午1:52:33	22/10/20 下午2:59:37	1 小時 7 分鐘 4 秒
李育[illegible]	22/10/20 下午1:54:24	22/10/20 下午3:22:18	1 小時 27 分鐘 53 秒
蔡[illegible]	22/10/20 下午1:55:13	22/10/20 下午3:21:31	1 小時 26 分鐘 17 秒
顏[illegible]	22/10/20 下午1:55:34	22/10/20 下午3:22:04	1 小時 26 分鐘 29 秒
花蓮慈院 陳[illegible]	22/10/20 下午1:55:37	22/10/20 下午3:21:11	1 小時 25 分鐘 34 秒
嘉義長庚 蔡[illegible]	22/10/20 下午2:00:35	22/10/20 下午3:21:27	1 小時 20 分鐘 51 秒
北市聯中西醫整合科主任陳[illegible]	22/10/20 下午2:59:39	22/10/20 下午3:21:32	21 分鐘 52 秒

3. 會議內活動

名稱	加入時間	離開時間	持續時間
輔[illegible]	22/10/20 下午1:49:48	22/10/20 下午3:22:18	1 小時 32 分鐘 30 秒
吳美瑤	22/10/20 下午1:49:58	22/10/20 下午3:25:43	1 小時 35 分鐘 44 秒
彰基 陳[illegible](來賓)	22/10/20 下午1:50:00	22/10/20 下午3:21:28	1 小時 31 分鐘 27 秒
北市聯中西醫整合科主任陳[illegible]	22/10/20 下午1:52:33	22/10/20 下午2:59:37	1 小時 7 分鐘 4 秒
北市聯中西醫整合科主任陳[illegible]	22/10/20 下午2:59:39	22/10/20 下午3:21:32	21 分鐘 52 秒
李育[illegible]	22/10/20 下午1:54:24	22/10/20 下午3:22:18	1 小時 27 分鐘 53 秒
蔡[illegible]	22/10/20 下午1:55:13	22/10/20 下午3:21:31	1 小時 26 分鐘 17 秒
顏[illegible]	22/10/20 下午1:55:34	22/10/20 下午3:22:04	1 小時 26 分鐘 29 秒
花蓮慈院 陳[illegible]	22/10/20 下午1:55:37	22/10/20 下午3:21:11	1 小時 25 分鐘 34 秒
嘉義長庚 蔡[illegible]	22/10/20 下午2:00:35	22/10/20 下午3:21:27	1 小時 20 分鐘 51 秒

二、線上會議截圖



三、會議簡報


行政院衛生福利部中醫藥司
111年度「促進中醫多元發展計畫」
分項二: 建立中醫日間照護計畫
專家會議
會議時間: 111.10.20 14:00-16:00
會議方式: 視訊會議
111-112計畫目標及工作項目
目標一
研析我國中醫日間照護現況及成效分析並提出未來政策建議
1. 彙整我國中醫日間照護模式及分析成效
2. 綜整中醫介入困境
3. 召開專家會議
4. 研擬中醫日間照護政策推動藍圖
目標二
建立肌少症患者中醫日間照護模式
1. 組成中醫日間照護團隊
2. 建立肌少症中醫日間照護模式
3. 臨床實際執行收案與檢討
目標三
建立肌少症患者中醫日間照護教學模式
1. 建構臨床教學內容
2. 建立教學病例寫作範本
3. 臨床實際病例書寫每年至少20例
目標四
發表肌少症患者中醫日間照護成果
1. 兩年至少收案200名
2. 投稿國內外期刊至少一篇
3. 製作成果海報、影片及召開成果分享會
肌少症中醫日間照護計畫照護團隊
中醫
復健
家醫
目標一
研析我國中醫日間照護現況及成效分析並提出未來政策建議
1. 彙整我國中醫日間照護模式及分析成效
2. 綜整中醫介入困境
3. 召開專家會議
4. 研擬中醫日間照護政策推動藍圖
1. 討論並提出困境解決方案、中醫日間照護未來發展重點(中醫可介入但尚未介入; 中醫介入成效尚未有足夠研究佐證)與執行方式等政策建議。
2. 研擬中醫日間照護政策推動藍圖，提出包含整體策略架構、計畫標的優先順序、分年行動計畫及短中長程目標等構想及建言。
中醫日間照護計畫專家會議
目前我國中醫日間照護模式
健保給付
癌症患者「中醫門診延長照護計畫」
針對手術後、接受化學治療、放射治療或其他抗癌治療出現副作用之患者，由全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目給付
中西整合全人照護—
臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區之模式
腫瘤患者接受化學治療
在台灣中醫病房的整合醫療之展望
無健保給付
各家醫院過去執行衛福部中醫日間照護計畫之疾病
小兒氣喘(桃園長庚紀念醫院)、子宮內膜異位痛經(北市聯醫陽明醫院)、中風後遺症(北市聯醫陽明醫院)、失智症(北市聯醫陽明醫院、彰化基督教醫院)、慢性腎臟病及糖尿病腎病變(中國醫藥大學附設醫院)、運動傷害下背痛及腳踝扭挫傷(中國醫藥大學北港附設醫院)、憂鬱症(中國醫藥大學附設醫院)



1. 陳建宏, 吳修安, 謝明憲, 吳勇璋, 邱榮鵬, 許中華. 肺癌患者經中醫門診延長照護後癌症治療副作用的改善成效. 中醫內科醫學雜誌 2020; 18(2): 1-11.
2. 謝明憲, 陳建宏, 吳修安, 吳勇璋, 邱榮鵬, 許中華. 中醫整合治療改善大腸癌患者西醫治療後副作用之療效探討. 中西整合醫學雜誌 2021; 23(1): 1-11.
3. Wu HA, Chen CH, Hsieh MH, et al. The Benefit of Enhanced Daycare of Traditional Chinese Medicine for Cancer Treatment Related Adverse Events: A Retrospective Study of Medical Records. Integr Cancer Ther 2021; 20: 15347354211025634.
4. 黃柏銘, 廖淇騆, 周律廷, 許書福, 呂怡惠, 何旭華. 中西照護活動對於社區預防及延緩失能失智之經驗探討. 中醫藥研究論叢 2021; 24(1): 55-64.
5. 林佩靜, 蔡金川, 陳冠佐, 鄭雅愛, 盧易呈, 唐睿宜. 中醫預防及延緩失能模組介入社區長者健康體能與認知功能研究. 中醫藥雜誌 2022; 33(1): 86-95.
6. Tamayo SM, Wei TH, Chen LY, Ho WC, Ton G, Lee YC. An observational study of acupuncture and complementary treatments for major depression: case series from a preliminary study of proposed collaborative care model. Journal of Traditional and Complementary Medicine 2022; In press.
7. Liao YC, Chou CY, Chang CT, et al. Qi deficiency is associated with depression in chronic hemodialysis patients. Complement Ther Med 2017; 30: 102-6.



桃園長庚: 有中醫自費病房利於執行; 內科不執行針傷處置、門診無空間及人力可執行。

北市聯醫: 有中醫病房利於執行

中國醫藥大學附設醫院: 無病房可執行，留院時間長及回診頻率高不利執行。

花蓮慈濟: 交通不便無法配合高頻率回診及較常之在院時間

嘉義長庚: 交通不便，無法配合高頻率回診及較長之在院時間，資訊推廣待加強

高雄長庚: 特別安排中醫內科治療室有診療床利用病人接受放射治療期間，利於執行，須給病人明確治療目標

困境
時間、空間、人力

提高能見度



發表執行成果論文

記者會宣傳

動畫或影片宣傳

中西醫合作轉介

社區據點推廣

APP行動服務

1. 討論並提出困境解決方案、中醫日間照護未來發展重點(中醫可介入但尚未介入; 中醫介入成效尚未有足夠研究佐證)與執行方式等政策建議。

健保給付

癌症患者「中醫門診延長照護計畫」

1. 利用病人在接受放射治療或門診化學治療期間
2. 中醫空間、人力問題
3. 縮短中醫日間照護在院時間
4. 其他

無健保給付

癌症以外之其他疾病

1. 慢性病須較頻繁回診且在醫院就診時間長，例如須要回院復健者，配合復健科
2. 日間照護可降低家人照顧負擔
3. 疾病嚴重度篩選
4. 西醫願意轉介
5. 其他

2. 研擬中醫日間照護政策推動藍圖，提出包含整體策略架構、計畫標的優先順序、分年行動計畫及短中長程目標等構想及建言。

篩選疾病別

1. 降低家人照顧負擔
2. 疾病嚴重度篩選

訂執行條件

1. 留院時間長短調整
2. 執行空間
3. 執行人力

試辦計畫、保險給付

重點是讓病患、家屬、醫院均獲利才能永續!!

附件十二、2022 年 3 月 7 日團隊會議記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」第一次團隊會議

會議時間：2022 年 3 月 7 日(星期一) 下午三時

會議地點：Teams 線上會議

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

出席人員：中國醫藥大學　中醫學院　　顏○○ 院長

中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

中國醫藥大學附設醫院　社區暨家庭醫學部　　林○○ 部主任

中國醫藥大學附設醫院　復健部　　林○○ 部主任

中國醫藥大學附設醫院　針灸科　　李○○ 科主任

中國醫藥大學附設醫院　復健部　　劉○○ 主治醫師

中國醫藥大學附設醫院　中西結合科　　吳○○ 主治醫師

台中慈濟醫院　家庭醫學科　　黃○○ 主治醫師

列席人員：建立中醫日間照護計畫　　賴○○ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111、112 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111、112 年度工作項目。

參、討論事項

一、 計畫兩年內須收案 200 位以上個案，扣除計畫通過、後續資料統計分析，實際收案時間約為一年。

二、 個案太極拳訓練部分，於首次收案時當面教導太極拳訓練方式，並將教學影片以 CD 或是影片連結方式予個案帶回自行訓練。教學影片後續委託共同主持人馬培德醫師協助錄製。

三、 可借用元保宮據點空間帶個案進行訓練，以增加個案運動意願。

四、 國外相關研究都會先做肌力測試(Repetition Maximum)測介入前 1RM 數值。

五、 先確定個案來源、診斷狀況，再進行檢查。躺床的病人通常需要評估病人接受訓練是否不舒服，有些躺床過久的病人進行運動或是需要靠機器輔助站立的較不適合。確認病人能接受介入的方式及運動有辦法自行操作。

六、 自費 DXA 檢測金額約在 1000~3500，費用較高；元保宮據點可免費測身體組成分析檢查(BIA)，如果在據點進行測驗，病人意願會比較高，但單純做 BIA 資料太少了，可加上類似行走速度等檢測。

七、 抽血檢測需要介入前後測，至少各抽一次做比較，需要抽血的項目另行討論。

八、 原預計收案追蹤一個月時間，因為肌少症病人多為年長者，訓練要看出成果至少需要 3~6 個月，考慮計畫時限，建議收案照護時間改為三個月較合適。

九、 可考慮用穴位按摩治療介入，實際教病人操作後，給予影片/連結帶回做訓練。

十、 通常讓病人自行回家訓練效果較差，若能讓個案在固定時間在據點進行團體運動，比較能看到成效。

肆、散會

會後組建「建立中醫日間照護計畫」群組，方便計畫後續聯絡及討論、提供建議。

附件十三、2022 年 4 月 19 日團隊會議記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」第二次團隊會議

會議時間：2022 年 4 月 19 日(星期二) 中午十二時

會議地點：中國醫藥大學 立夫教學大樓 203 講堂

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　吳美瑤　主治醫師

出席人員：中國醫藥大學　中醫學院　顏○○　院長

中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　吳美瑤　主治醫師

中國醫藥大學附設醫院　社區暨家庭醫學部 林○○ 部主任

列席人員：建立中醫日間照護計畫　賴○○　研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111、112 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111、112 年度工作項目。

參、討論事項

一、 下肢肌力訓練機可協助病人復健時調整施力方向、施力強度。視覺、聽覺回饋方面可由螢幕及聲音觀察運動節奏。

二、 建議每週至少訓練三次，每次 30 分鐘以上效果較佳。

三、 肌少症訓練方面，可由加重強度、難度，困練走路時所應用的肌群。

四、 會後勘查元保宮據點乘重及空間是否可放置機器供未來收案時病人作使用。

五、 可納入收案實驗組及對照組，作為訓練一環，協助肌少症改善。

肆、散會

附件十四、2022 年 5 月 17 日團隊會議記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」第三次團隊會議

會議時間：2022 年 5 月 17 日(星期二) 下午四時

會議地點：中國醫藥大學 立夫教學大樓 11 樓 討論室(四)

會議主席：中國醫藥大學附設醫院 中醫診斷科 吳美瑤 主治醫師

出席人員：中國醫藥大學 中醫學院 顏○○ 院長

中國醫藥大學附設醫院 中醫診斷科 吳美瑤 主治醫師

列席人員：建立中醫日間照護計畫 賴○○ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111、112 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111、112 年度工作項目。

參、討論事項

一、 為了蒐集我國現有中醫日間照護模式資料，擬定對過去曾執行相關計畫的機關主要持行者進行深入訪談，以了解實際執行情況，及困難、建議等。

二、 根據蒐集的資料訂定肌少症中醫日間照護指引。

項目	指引內容
1.指引範圍界定	
1.1 發展目的	透過實證證據，建立合適且可執行的檢查與處置策略，肌少症中醫日間照護計畫團隊可以即早發現、評估及介入治療，降低因肌少症造成身體衰弱、功能減退及併發症或合併症的發生，提高生活品質。
1.2 臨床問題	1.2.1 如何診斷肌少症? 1.2.2 如何進行肌少症的中醫日間照護

1.3 適用對象	60 歲以上患者
1.4 指引使用者	肌少症中醫日間照護團隊成員
1.5 肌少症定義	隨著年齡增加，發生骨骼肌之質量與力量下降，影響身體的功能活動。
2.肌少症篩檢診斷	
2.1 風險因子	年齡、性別、肥胖、運動不足、骨質疏鬆、骨折、營養不良、糖尿病、心血管疾病。
2.2 日常功能影響	衰弱、疲勞、步態不穩、跌倒。
2.3 檢查診斷	2.3.1 根據亞洲肌少症工作小組訂定的標準，以 SARC-CalF 作為篩檢指標：肌少症風險評估問卷 SARC-F (包含力量、行走、起身、登階、跌倒等 5 個項目，共 10 分)加上小腿圍量測，男性小腿圍<34 公分/女性<33 公分多計 10 分，SARC-CalF≧11 分為陽性，需再進行肌力、生理體能表現與肌肉質量之評估。 2.3.2 生物電阻抗分析 (bioelectrical impedance analysis, BSA)：男性<7.0 kg/m^2 及女性<5.7 kg/m^2 診斷為肌少症。 2.3.3 雙能量 X 光吸收測量儀 (dual-energy X-ray absorptiometry, DXA)：男性<7.0 kg/m^2 及女性<5.4 kg/m^2 診斷為肌少症，準確性較高，但價格較貴。
3.中醫日間照護處置建議	
3.1 中藥	補中益氣湯及八珍湯、人參。
3.2 針灸及穴位按摩	穴位包含曲池、臂臑、髀關、梁丘和足三里，但針灸治療肌少症的臨床研究較少，臨床證據較弱。
3.3 運動	3.3.1 抗阻力運動或有氧運動可維持老年人的肌肉質量和肌力，延緩肌少症的惡化。 3.3.2 太極拳訓練可增加肌少症老年人的下肢肌力。

三、 擬定肌少症中醫日間照護計畫標準收案流程。

四、 初步擬定訪談問題如下：1.執行時間 2.執行方式 3.執行期間所遇到的

困境4.如何解決所遇到的困境5.對中醫日間照護有何建議。

五、 目前了解到以下機關(佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、嘉義長庚醫院、北港媽祖醫院、台北市立聯合醫院)曾有中醫日間照護執行經驗，會後進一步了解實際執行醫師，並聯繫詢問是否願意受訪並約定訪談時間。

肆、散會

附件十五、2022 年 6 月 27 日團隊會議記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」團隊會議

會議時間：2022 年 6 月 27 日(星期一) 下午四時

會議地點：中國醫藥大學 附設醫院 美德大樓中醫部會議室

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

列席人員：建立中醫日間照護計畫　　賴◯◯ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作項目。

參、討論事項

一、 4 月 19 日開會討論考慮納入下肢肌力訓練機作為肌少症收案訓練一環，場地及儀器後續追蹤結果：下肢肌力訓練機侯經理回覆，因疫情影響，下肢肌力訓練機於探索市場需求過程中遇到阻礙，導致儀器能實際進駐時間不確定，建議先取消下肢肌力訓練機於計畫內使用。

二、 5 月 17 日會議討論訪談有中醫日間照護執行經驗之單位，人選及時間已敲定，預計於 7~8 月完成訪問。

機關	醫師	訪談時間
台北市立聯合醫院	陳◯◯醫師	111 年 7 月 19 日
花蓮慈濟醫院	王◯◯醫師	111 年 7 月 20 日
中國醫藥大學附設醫院	廖◯◯醫師	111 年 7 月 21 日
高雄長庚醫院	蔡◯◯主任	111 年 7 月 29 日
嘉義長庚醫院	蔡◯◯醫師	111 年 8 月 3 日

三、 考慮到移動時間、費用及疫情問題，專家訪談採線上方式進行。

肆、散會

附件十六、2022 年 8 月 9 日團隊會議會議紀錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」第五次團隊會議

會議時間：2022 年 8 月 9 日(星期二) 下午二時

會議地點：Teams 線上會議平台

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

列席人員：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

中國醫藥大學附設醫院　復健部　　劉◯◯ 主治醫師

中國醫藥大學附設醫院　中西醫結合科　吳◯◯ 主治醫師

建立中醫日間照護計畫　　賴◯◯ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作項目。

參、討論事項

一、 教學病例寫作年底前需要完成 20 份,目前進度因疫情影響稍有落後,請吳◯◯醫師協助增加教學病例完成數。

二、 提供教學病例寫作費用，撰寫醫師 1500 元/指導醫師 500 元，病例繳交後由助理協助請款。

三、 請劉◯◯醫師請示復健科主任協助調人力設計肌少症復健運動，及復健影片拍攝，預計九月拍攝完成。研究經費支出影片拍攝相關費用，計畫結束後影片版權歸於衛福部，可能會上傳於衛福部網站，需事先告知設計復健運動並出演拍攝影片的人員。

拍攝時間	主題	人員
2022 年 9 月 30 日	肌少症介紹	吳◯◯ 醫師

		劉◯◯ 醫師
2022 年 9 月 21 日	肌少症肌力訓練	李◯◯ 物理治療師
2022 年 9 月 6 日	肌少症太極拳運動	馬◯◯ 醫師

四、 因影片版權歸屬衛福部，會後聯絡衛福部承辦人員詢問計畫相關影片是否允許於醫院或是其他合理宣傳範圍作使用。

五、 臨床收案部分，希望能將預訂的設計精進更加有中醫日照特色，但因收案作檢查費用均由研究經費支出，設計需另考慮在經費允許情況下。

六、 肌少症病人使用之下肢訓練機，因原預定使用機台因故無法使用，會後洽詢復健科機器投入計畫收案使用可行性。

七、 原預計復健地點為元保宮據點，因故無法使用，另尋復健科或其他空間作使用。

肆、散會

伍、附件



附件十七、2022 年 9 月 6 日團隊會議會議紀錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」第六次團隊會議

會議時間：2022 年 9 月 6 日(星期二) 十二時

會議地點：中國醫藥大學 附設醫院 美德大樓中醫部會議室

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　吳美瑤 主治醫師

列席人員：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　吳美瑤 主治醫師

建立中醫日間照護計畫 賴○○ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作項目。

參、討論事項

一、 8/9 團隊會議提出之影片、動畫、APP 於計畫結束後版權歸屬於衛福部，是否能自由宣傳問題，會後計畫助理與衛福部中醫藥司承辦人員聯繫，承辦人員回覆計畫期間承接計畫單位可以加以推廣，計畫結束後因版權已歸屬衛福部，若想繼續只用須發公文至衛福部同意後得繼續推廣使用。

二、 出鏡計畫相關影片的人員均已告知影片版權歸屬及可能運用範圍，並取得同意。

三、 拍攝影片時間原預計於 9 月拍攝完畢，因中國醫藥大學費用申請與核銷規定問題，拍攝費用須改採招標方式進行，待確定廠商得標後再重新與廠商及出鏡人員約拍攝時間進行影片拍攝。

過往經驗招標約需 1~2 個月時間，視有無流標導致第二、三次招標及簽和速度、申請金額而定。

四、 專家會議定於 10 月舉行，預計邀請專家及出席人員如下表。

機關	醫師
台北市立聯合醫院	陳◯◯醫師
花蓮慈濟醫院	陳◯◯副主任
桃園長庚醫院	許◯◯主任
彰化基督教醫院	陳◯◯醫師
嘉義長庚醫院	蔡◯◯醫師
高雄長庚醫院	蔡◯◯主任
中國醫藥大學附設醫院	李◯◯主任
中國醫藥大學	顏◯◯院長

五、 專家會議議程擬如下

計畫名稱：衛生福利部 111 年度「建立中醫日間照護計畫」 會議日期：2022 年 10 月 會議時間：下午 2 時至下午 4 時 會議地點：Teams 平台線上會議 會議目標：提供中醫日間照護未來政策建議 討論內容： 1.中醫日間照護之臨床應用方式 2.中醫日間照護未來發展趨勢 3.中醫日間照護未來政策建議

肆、散會

附件十八、2022 年 10 月 11 日團隊會議會議紀錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」第七次團隊會議

會議時間：2022 年 10 月 11 日(星期二) 十二時

會議地點：中國醫藥大學 附設醫院 美德大樓中醫部會議室

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　吳美瑤 主治醫師

列席人員：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　吳美瑤 主治醫師

建立中醫日間照護計畫　賴◯◯ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111 年度計畫目標。

二、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作項目。

參、討論事項

一、 5 月 17 日會議討論訪談有中醫日間照護執行經驗之單位，額外增加訪談名單如下。

機關	醫師	訪談時間
桃園長庚醫院	陳◯◯部長	111 年 8 月 16 日
桃園長庚醫院	許◯◯主任	111 年 10 月 9 日
中國醫藥大學附設醫院	林◯◯主任	預計 111 年 10 月 27 日進行訪談
彰化基督教醫院	陳◯◯醫師	預計 111 年 11 月 2 日進行訪談

二、 111 年 11 月 22 日邀請復健部劉◯◯醫師進行肌少症演講，地點於中國附醫美德大樓，主要對象為中醫部主治醫師、住院醫師、實習醫師。

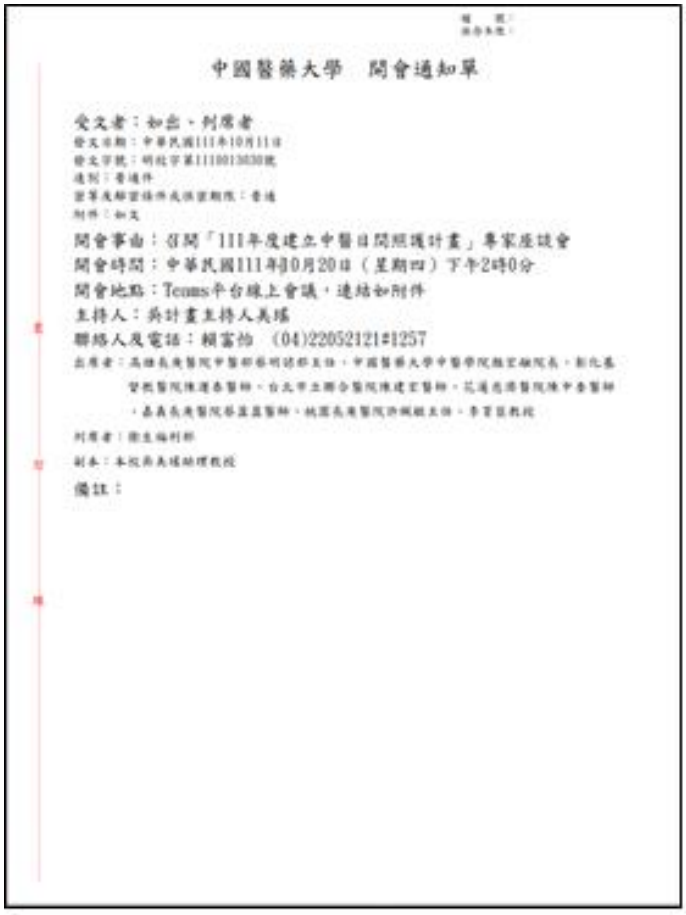
三、 9/6 團隊會議討論擬邀請出席專家座談會人員已全數邀請並將會議日期定於 111 年 11 月 20 日，邀請人員中除桃園長庚醫院許◯◯主任因

教學門診無法出席外，其餘均出席會議。

除先電話及電子信件告知開會細節、時間以外，正式的會議通知公文也於今日寄出。

肆、散會

伍、附件



中國醫藥大學　開會通知單

受文者：如出、列席者

發文日期：中華民國111年10月11日

發文字號：明社字第1110013030號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

開會事由：召開「111年度建立中醫日間照護計畫」專家座談會

開會時間：中華民國111年10月20日（星期四）下午2時0分

開會地點：Teams平台線上會議，連結如附件

主持人：吳計畫主持人美瑤

聯絡人及電話：賴富怡　(04)22052121#1257

出席者：高雄長庚醫院中醫部蔡明諺部主任、中國醫藥大學中醫學院施宏融院長、彰化基督教醫院陳連春醫師、台北市立聯合醫院陳建宏醫師、花蓮慈濟醫院陳中奎醫師、嘉義長庚醫院蔡孟益醫師、桃園長庚醫院許佩嶽主任、李寶恩教授

列席者：衛生福利部

副本：本校吳美瑤助理教授

備註：

附件十九、中醫日間照護動畫腳本及人物設定圖

一、動畫腳本

出場人物：

在家看影片的男子(A)

廣告中的人物小矮人(B)

故事內容：

A 正在家看 youtube，電腦螢幕中跑出了不能略過的廣告。

螢幕中的 B：你知道中醫也有日間照護嗎?這聽起來很不錯對吧?

A：日間照護?

（B 從螢幕中跳出來，站在桌上用螢幕中的廣告說明）

B：日間照護就是不用住院，但是又不像一般門診看診時間這麼短，所以日間照護白天會在醫院停留比較長的時間，接受比較完整的治療跟衛教。

A：那中醫日間照護跟一般的日間照護有什麼不同呢?

B：中醫日間照護會使用中醫的特色治療，醫生會用望、聞、問、切來評估。評估過後根據病人不同的狀況，給予像是針灸、中藥、太極拳、八段錦、耳穴貼敷、穴位推拿...等不同的治療。

目前中醫日間照護也有健保給付喔！癌症中醫延長照護就是有健保給付的中醫日間照護，有需求的民眾可透過健保署網站查詢目前有執行的醫院名單！

A：喔～這聽起來很不錯呢，我媽媽就是乳癌患者，每次看他打完化療都很不舒服，我可以跟他說有這個資訊！隔壁林伯伯好像是鼻咽癌在做電療，每天都要去醫院，也許也可以一起給中醫治療。

B：目前衛生福利部正在推動「促進中醫多元發展」,「建立中醫日間照護計畫」更是其中的一環，中國醫藥大學附設醫院中醫部、復健科和家醫科合作，對肌少症的病人進行中醫日間照護，可以透過中西醫聯合門診，吃中藥，針灸，加上復健運動、太極拳和穴位按摩來改善病人的情況喔！

片尾資訊：

「建立中醫日間照護計畫」

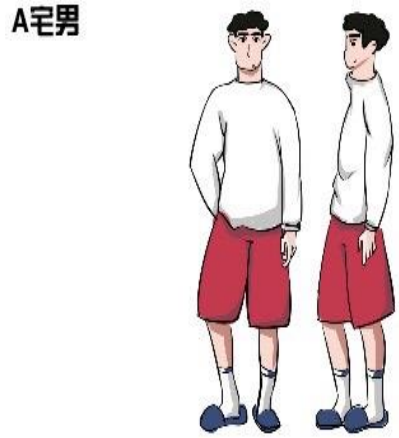
指導單位：衛生福利部　中醫藥司

執行單位：中國醫藥大學

計畫主持人：吳美瑤　助理教授

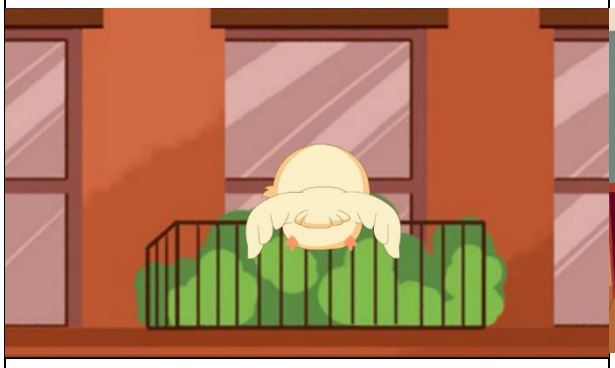
共同主持人：顏○○院長、林○○副院長、林○○部主任、周○○主任、李○○主任、馬○○師、劉○○醫師、吳○○醫師、黃○○醫師。

二、人物設定





三、動畫截圖






肌少症
對肌少症的病人進行中醫日間照護


針灸
中藥
太極拳
八段錦
耳穴貼敷
穴位推拿
給予像是針灸、中藥、太極拳、八段錦、耳穴貼敷、穴位推拿


中醫部
復健科
家醫科
中國醫藥大學附設醫院中醫部、復健科和家醫科合作




目前衛生福利部正在推動「促進中醫多元發展」


「建立中醫日間照護計畫」更是其中的一環

附件二十、2022 年 9 月 14 日肌少症記者會發布之新聞連結

<table>
<tr><td colspan="2">主題：染疫後易爆瘦 好嚇人！長輩體重一週內消失快 10 公斤中西醫合治拯救七旬阿姨「新冠後肌少症」</td></tr>
<tr><td>1. TVBS 健康 2.0
確診解隔後 1 周暴瘦 10 公斤！醫：肌少症增死亡風險2.1倍 中藥+運動救肌力
https://health.tvbs.com.tw/medical/335033</td><td>  </td></tr>
<tr><td>2. 自由時報
染疫後 1 週竟爆瘦 10 公斤 醫警示小心「新冠後肌少症」
https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/4058009</td><td>  </td></tr>
</table>

3. 聯合報 染疫後暴瘦 10 公斤好嚇人！醫曝：肌少症 7 徵兆速就醫 https://udn.com/news/story/7266/6611496	
4. 中國時報 7 旬婦染疫 7 天減 10 公斤 恐出現肌少症 https://www.chinatimes.com/realtimenews/20220914002791-260418?ctrack=pc_main_rtime_p02&chdtv	
5. 公共電視（影音） 近半新冠確診者疫後患肌少症 未積極治療死亡率高 2.1 倍｜20220914 公視中晝新聞 https://www.youtube.com/watch?v=iPXuNbLeRds	

6. 公共電視（文字稿） 近半新冠確診者疫後患肌少症 未積極治療死亡率高 2.1 倍 https://news.pts.org.tw/article/599795	
7. ETtoday 確診解隔 1 周爆瘦 10 公斤！台中婦患肌少症 醫：死亡率比染疫高 2.1 倍 https://health.ettoday.net/news/2337822	
8. Heho 新冠確診者 48% 發生肌少症！ 醫推估台灣患肌少症超過兩百萬人 - Heho 健康 https://heho.com.tw/archives/240474	

9. 華人健康網/PChome/ Hinet 嚇人！7 旬婦染疫爆瘦 10 公斤！防「新冠後肌少症」，8 招動作增肌力 https://www.top1health.com/Article/407/89948	

附件二十一、發表肌少症論文於 Ageing Research Reviews

Ageing Research Reviews 82 (2022) 101747

Contents lists available at ScienceDirect

Ageing Research Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/arr

Review

The effect of Tai Chi in elderly individuals with sarcopenia and frailty: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Chia-Yu Huang [a,b,1], Peter Karl Mayer [c,d,2], Mei-Yao Wu [d,e,f,3], Dung-Huan Liu [g,h,i,4], Pei-Ching Wu [d,g,5], Hung-Rong Yen [b,c,d,f,j,k,*,6]

[a] Department of Family Medicine, Taichung Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, Taichung, Taiwan
[b] Graduate Institute of Chinese Medicine, School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan
[c] International Master Program in Acupuncture, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan
[d] Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan
[e] School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan
[f] Research Center for Traditional Chinese Medicine, Department of Medical Research, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan
[g] Doctoral Degree Program of Biomedical Science and Engineering, College of Biological Science and Technology, National Yang Ming Chiao Tung University, Hsinchu, Taiwan
[h] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan
[i] Department of Physical Therapy, Graduate Institute of Rehabilitation Science, China Medical University, Taichung, Taiwan
[j] Department of Medical Laboratory Science and Biotechnology, Asia University, Taichung, Taiwan
[k] Chinese Medicine Research Center, China Medical University, Taichung, Taiwan

ARTICLE INFO

Keywords:
Elderly
Frailty
Meta-analysis
Sarcopenia
Tai Chi
Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT

Background: The potential role of Tai Chi in improving sarcopenia and frailty has been shown in randomized controlled trials (RCTs). This systematic review and meta-analysis aimed to examine the effect of Tai Chi on muscle mass, muscle strength, physical function, and other geriatric syndromes in elderly individuals with sarcopenia and frailty.

Methods: Systematic searches of the PubMed, Cochrane Library, PEDro, EMBASE, Web of Science, CINAHL, and Medline databases for RCTs published between 1989 and 2022 were conducted; the database searchers were supplemented with manual reference searches. The inclusion criteria were as follows: (1) the study was designed as a RCT; (2) Tai Chi was one of the intervention arms; (3) the participants had a minimum age of $\geq$ 60 years and were diagnosed with frailty or sarcopenia, and the diagnostic guidelines or criteria were mentioned; (4) the number of participants in each arm was $\geq$ 10; and (5) the outcome reports included $\geq$ 1 item from the following primary or secondary outcomes. The exclusion criteria were as follows: (1) non-RCT studies; (2) nonhuman subjects; (3) participants aged < 60 years; (4) no description of the diagnostic guidelines or criteria for frailty or sarcopenia in the text; and (5) reported outcomes not among the following primary or secondary outcomes. The primary outcomes were muscle mass, grip strength and muscle performance (gait speed, 30-second chair stand test (30CST), sit-to-stand test (SST), Timed up and go test (TUGT), balance, and the Short Physical Performance Battery (SPPB)). The secondary outcomes included the number of falls and fear of falling (FOF), diastolic blood pressure (DBP), Mini-Mental State Examination (MMSE) score, and depression and quality of life (QOL) assessments.

Results: Eleven RCTs were conducted from 1996 to 2022 in 5 countries that investigated 1676 sarcopenic or frail elderly individuals were included in the review. There were 804 participants in the Tai Chi exercise cohort and

* Correspondence to: School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung 404328, Taiwan.
E-mail addresses: dochuangcharlie@gmail.com (C.-Y. Huang), piotrmayer@mail.cmu.edu.tw (P.K. Mayer), meiyaowu0919@gmail.com (M.-Y. Wu), d35345@mail.cmuh.org.tw (D.-H. Liu), d36619@mail.cmuh.org.tw (P.-C. Wu), hungrongyen@gmail.com, hungrongyen@mail.cmu.edu.tw (H.-R. Yen).
[1] +886–4-36060666
[2] +886–4-22053366
[3] +886–4-22052121
[4] +886–4-22052121
[5] +886–4-22052121
[6] +886–4-22053366

https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101747
Received 9 June 2022; Received in revised form 2 October 2022; Accepted 5 October 2022
Available online 9 October 2022
1568-1637/© 2022 The Author(s). Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

附件二十二、肌少症篩檢問卷

一、問卷網址

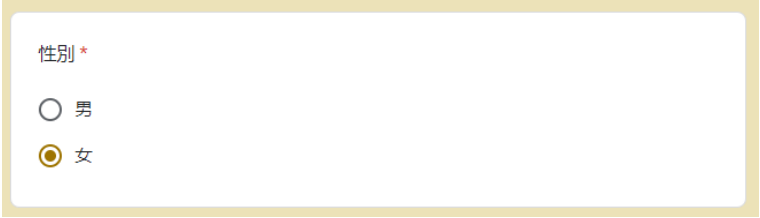
https://docs.google.com/forms/d/1H9DDizXEn6EzXVDnoWUOI1MHMAeaPjFn5V3eGhqMEcY/edit	肌少症篩選問卷

二、操作頁面

掃描 QR code 或點擊連結進入不記名問卷網頁，使用者須填寫性別及6題 SARC－CalF 問卷內容，填寫完畢後於問卷最下方點擊「提交。

提交後，頁面自動跳至篩選評分說明頁、並可自行查看分數。

1. 問卷說明 使用者可由說明欄初步了解問卷內容及其製作依據。	

2. 性別 不記名問卷，僅記錄只用者性別。	
3. SARC－CalF 問卷 根據「亞洲肌少症工作小組(AWGS)篩檢指標」內容製作之篩選問題，使用者填寫後於最下方點選「提交」。	


3.您從床或從椅子上起身會感到困難嗎?
3 分
單選
沒有困難
有一些困難
很困難/沒有他人幫助時無法完成
4.您走上10個臺階會感到困難嗎?
3 分
單選
沒有困難
有一些困難
很困難/無法完成

	5.過去1年中您跌倒過幾次? 3分 單選 沒有跌倒 ☑ 1-3次 ☐ 4次或以上 ☐ 6. 小腿圍量測(請測量小腿最粗的部位周長) * 10分  ○ 男性低於34 公分；女性低於33 公分 ◉ 高於上列選項數值 提交 清除表單
4. 提交後，再度顯示問卷評分說明，使用者可點擊「查看分數」，觀看自身肌少症篩選結果。	 建立中醫日間照護計畫-肌少症篩檢問卷 若您的總得分為11分(含)以上，或前五題得分為4分(含)以上，則「可能有肌少症」。 如您的問卷結果可能罹患肌少症或問卷結果顯示無肌少症，但您仍存有疑慮，建議您就醫做進一步評估或治療 查看分數 提交其他回應 Google 並未認可或建立這項內容。 檢舉濫用情形 - 服務條款 - 隱私權政策 Google 表單

5. 觀看得分，並可由分數下方說明欄參考篩選結果建議。	 建立中醫日間照護計畫-肌少症篩檢問卷 總分 2/25 本問卷依「亞洲肌少症工作小組(AWGS)篩檢指標」內容製作，僅供快速評估是否具有疑似肌少症症狀。 **若您的總得分為11分(含)以上，或前五題得分為4分(含)以上，則「可能有肌少症」。** 如問卷結果可能罹患肌少症或問卷結果顯示無肌少症，但您仍有疑慮，建議您就醫做進一步評估或治療。

附件二十三、肌少症評估問卷

一、問卷網址

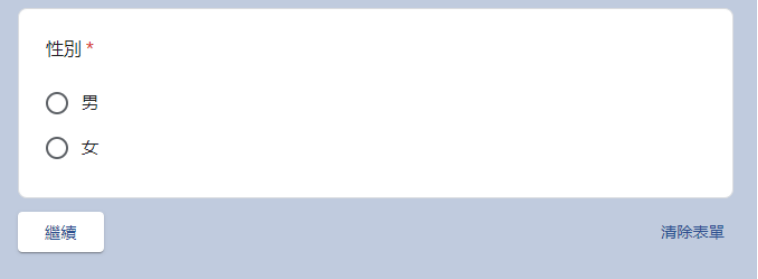
https://docs.google.com/forms/d/1H9DDizXEn6EzXVDnoWUOI1MHMAeaPjFn5V3eGhqMEcY/edit	肌少症 評估問卷

二、操作頁面

根據「肌少症篩選問卷」結果為「可能有肌少症」之使用者將進行進一步評估。掃描 QR code 或點擊連結進入不記名問卷網頁，使用者依序評估肌肉力量、體能表現，兩個項目評估完畢後點擊「繼續」了解評估結果。

查看評估結果後，可以選擇「提交」，提交後頁面自動跳至評估問卷說明頁供使用者參考。

1. 問卷說明 使用者可由說明欄初步了解問卷內容及其製作依據。	

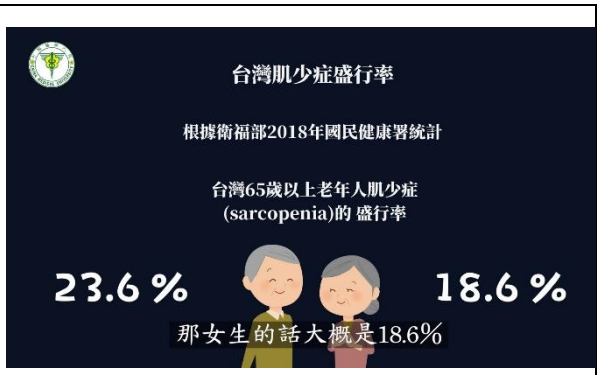
2. 性別 不記名問卷，僅記錄只用者性別。	
3. 評估肌肉力量	
4. 評估體能表現	

5. 若「男性握力高於 28 公斤；女性握力高於 18 公斤」且「完成五次起立坐下時間少於 12 秒」，則跳轉至「未罹患肌少症」頁面，並可點擊提交查看評估問卷說明頁。	
6. 若「男性握力低於 28 公斤；女性握力低於 18 公斤」、「完成五次起立坐下時間高於(含)12 秒」，至少符合一項，則跳轉至「可能有肌少症」頁面，並可點擊提交查看評估問卷說明頁。	
7. 提交後，可查看評估問卷說明頁。	

附件二十四、肌少症衛教影片

一、影片截圖



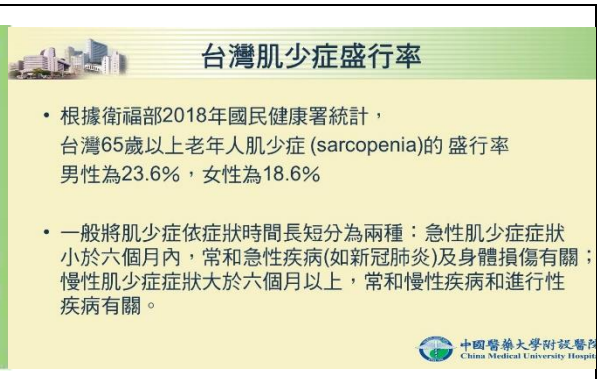


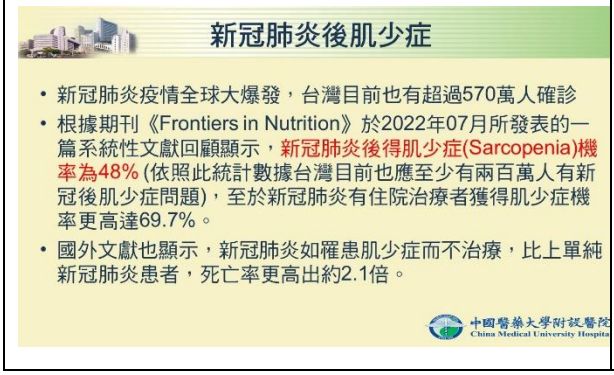


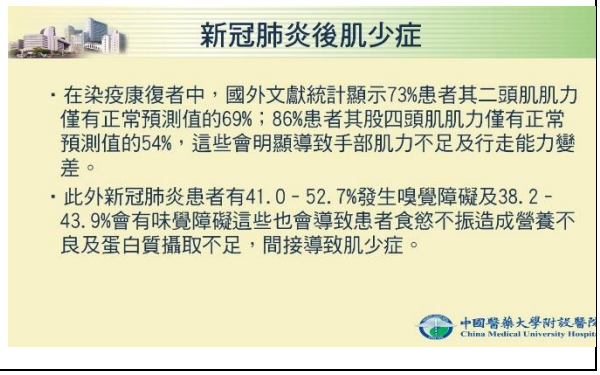


二、PPT









維持肌肉質量/瘦肉組織的重要性

瘦肉組織(Lean Body Mass，LBM)
LBM佔人體約75%的重量 (肌肉佔LBM的大部分)
LBM下降造成免疫力降低，並增加併發症發生率

總瘦肉組織(LBM)	併發症	死亡率
10%	免疫力↓ 感染風險↑	10%
20%	傷口復原↓ 肌肉無力↑ 感染↑	30%
30%	虛弱至無力坐起、壓瘡、肺炎、喪失疾病恢復能力	50%
40%	死亡。通常死於肺炎	100%

肌少症篩檢目標族群(高危險族群)

- 年齡大於60或65歲
- 最近出現身體功能退化
- 在過去一個月出現非預期體重減輕>5%
- 憂鬱以及認知功能損害
- 經常性跌倒
- 營養不足
- 慢性疾病(慢性心臟病、COPD、DM、慢性腎臟病、結締組織疾病、結核感染及其他慢性消耗性疾病

中國醫藥大學附設醫院 China Medical University Hospital

肌少症簡易篩檢方式

表二 AWGS 2019建議SARC-F 與 SARC-CalF問卷作為肌少症篩選工具之一

組成	問題	SARC-F評分	SARC-CalF評分
肌力	對您來說，拿起或搬動5公斤重的物品有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很多困難或無法完成	2	2
步行輔助	您走過一個房間有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很大困難，或需要使用步行工具，或完全無法完成	2	2
從椅子上起身	你從床或從椅子上起身有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很大困難，或沒有他人幫助時無法完成	2	2
上樓階	您走上10個樓階有多大困難？		
	沒有困難	0	0
	有一些困難	1	1
	有很大困難，或完全無法完成	2	2
跌倒	過去1年中您跌倒過幾次？		
	沒有跌倒	0	0
	1-3次	1	1
	4次或以上	2	2
小腿圍	男<34公分；女<33公分		10
肌少症風險		≥4	≥11

握力檢測（男 <28公斤, 女<18公斤）



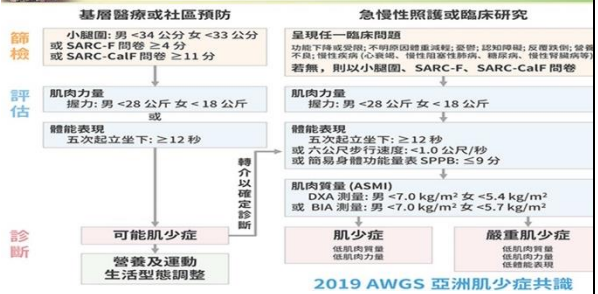
The Jamar hand dynamometer



Martin Vigorimeter

中國醫藥大學附設醫院 China Medical University Hospital

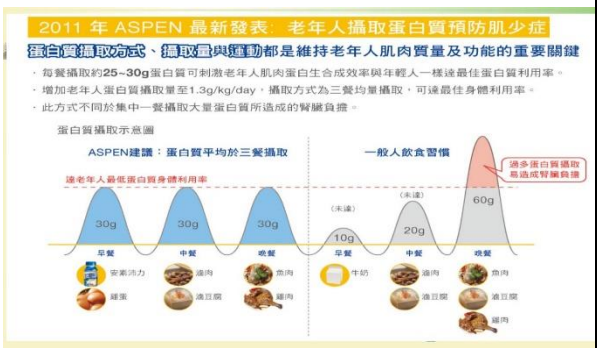
肌少症簡易篩檢方式



治療保健方法

- 進行阻力訓練、核心肌群運動或有氧運動等整合性運動
- 維持血中足量維生素D值(至少要大於30 ng/ml)；建議可日曬及搭配富含維生素D的的食物如蛋黃、菇類(如洋菇、木耳等)、魚類(鮪魚、鮭魚、鯖魚、沙丁魚等含量豐富)，另外可適量補充非活性維生素D（需定期檢測避免過量）。
- 建議一般老年人的蛋白質攝取量，可提高為每公斤1-1.2克左右，且平均分布於三餐當中。

中國醫藥大學附設醫院 China Medical University Hospital



運動建議 -老年衰弱症候群



中國醫藥大學附設醫院 China Medical University Hospital


規律的整合性運動 預防肌少症
• 每週3次，每次90分鐘: 包含
• 15分鐘的柔軟運動
• 30分鐘低衝擊性有氧運動
• 30分鐘高強度阻抗訓練
• 15分鐘的平衡訓練
中國醫藥大學附設醫院
China Medical University Hospital
中西醫目前藥物治療部分
• 西醫目前肌少症的藥物尚在研發中，故比較缺乏FDA核可及良好的藥物治療，建議不妨使用中藥治療或預防肌少症。
• 近年來中藥在人體的臨床研究上主要好處有增進骨骼肌肉修復生長，促進食慾，改善疲勞、萎靡及厭食症，提高體重和BMI，增加手握力及肌肉質量(大腿圍)等助益。此外中藥用於治療肌少症上，除了增加骨骼肌質量並抑制肌肉萎縮外，還可以增進食慾，而且在老年人使用上安全性高及藥物不良反應非常低。
中國醫藥大學附設醫院
China Medical University Hospital

附件二十五、太極拳運動影片及問卷

一、影片截圖

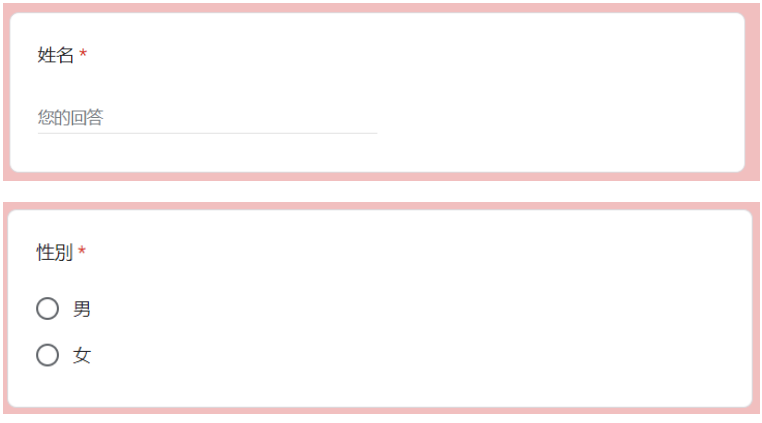
<table>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>開頭</td><td>動作一、太極起式</td></tr>
<tr><td>  </td><td> 
</td></tr>
<tr><td>動作二、白鶴亮翅</td><td>動作三、按</td></tr>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>動作四、雲手</td><td>結尾</td></tr>
</table>

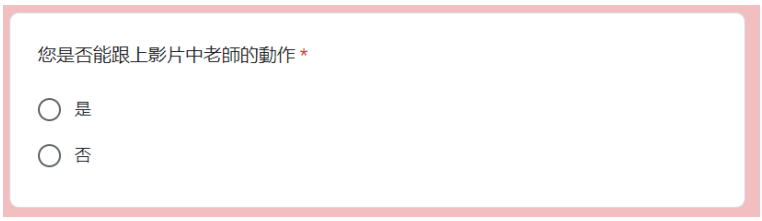
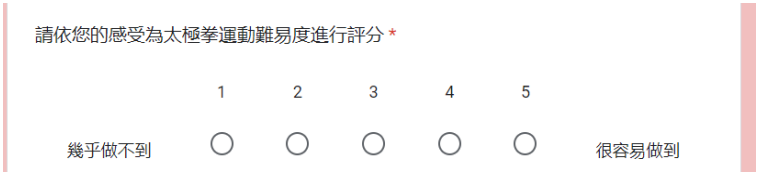
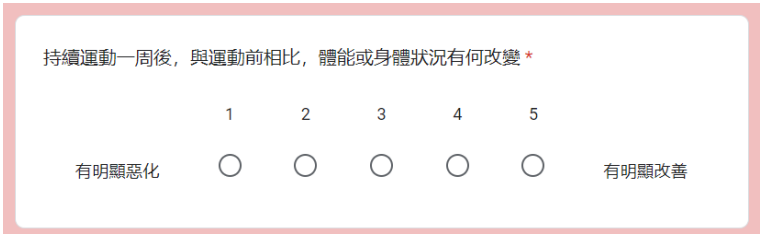
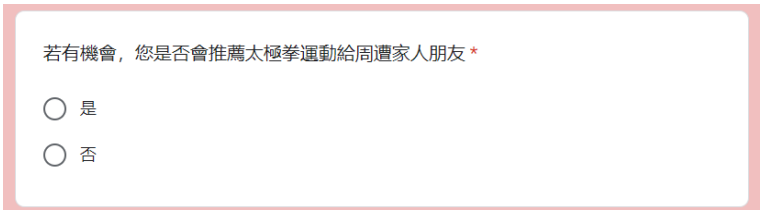
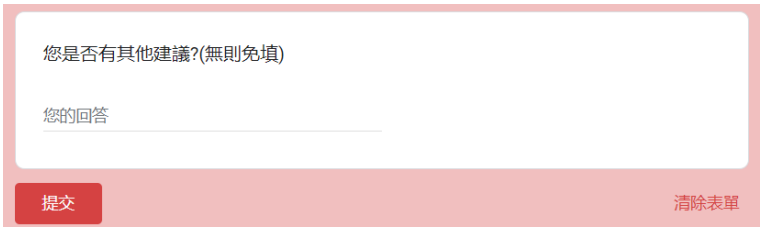
二、問卷網址

https://docs.google.com/forms/d/19m-FDSPjpIL3MkbDAaJp4Y-Ct4ly2VKdVf13bclgY80/edit	太極拳運動成果回饋

三、操作頁面

掃描 QR code 或點擊連結進入問卷網頁。

1. 患者可由說明欄初步了解問卷內容及所蒐集之問卷資料應用方式、範圍。	
2. 患者填寫姓名及性別，方便後臺比對確認受試者。	

3. 此問題用意調查影片節奏是否對於患者而言過於緊湊需要調整。	
4. 此問題用意調查運動強度是否適合患者。	
5. 此問題用意調查患者持續運動後是否感覺自身情況改善，及改善之程度。	
6. 此問題用意調查使用者是否對此運動影片設計滿意，進而願意分享給周遭家人朋友、病友。	
7. 避免制式問卷無法充分反映患者建議，設計建議欄供患者自由填寫。	

附件二十六、復健運動影片及問卷

一、腳本

◆ 暖身運動：5-10 分鐘

1. 前側面暖身：站姿，兩腳輪流向前點地，同時將兩手往上抬高，上半身微往後仰，10 下一組，進行 2-3 組動作。
2. 後側面暖身：站姿，兩腳輪流向後點地，身體向前微彎，同時將兩手肩膀往後方伸直，10 下一組，進行 2-3 組動作。
3. 旋轉面暖身：站姿，雙手向前平舉，拇指相碰，右腳往前踩的時候，上半身往右轉，兩邊輪流：10 下一組，進行 2-3 組動作。
4. 側面暖身：站姿，雙腳與肩同寬，左手叉腰，右手抬高至耳朵旁，將骨盆往右推至緊繃，注意骨盆不可旋轉，同時上半身往左邊側彎，兩邊輪流 10 下一組，進行 2-3 組動作。

◆ 肌力訓練-上肢運動：15-20 分鐘

1. 二頭彎舉寶特瓶：坐姿，上臂貼於身體側邊，避免外開，做手肘彎曲至 90 度，慢慢放下，停 5 秒，連續 10 次。
2. 三頭伸直寶特瓶：坐姿，肩膀舉高放置頭旁邊，避免外開，做手肘從彎曲慢慢伸直，停 5 秒，連續 10 次。
3. 肩膀前平舉寶特瓶：坐姿，拇指朝上，將寶特瓶往前方抬高至 90 度與地面平行，停 5 秒，連續 10 次。
4. 肩膀側平舉寶特瓶：坐姿，手掌朝前，將寶特瓶往側邊抬高至 90 度，停 5 秒連續 10 次。

◆ 肌力訓練-下肢運動

1. 靠牆微蹲/扶椅微蹲：雙腳與肩同寬，身體直立，將膝蓋微彎至膝蓋對齊腳尖，停 10 秒，連續 10 次。
2. 扶椅墊腳尖：雙腳併攏，身體直立，將腳跟抬離地面，停 10 秒，連續 10 次。
3. 站姿腿後勾：站姿，保持身體直立，輪流將大腿往後勾，膝蓋彎曲至 90

度，停 10 秒，重複 10 次。

4. 坐姿膝伸：坐姿，保持身體直立，輪流將膝蓋往前伸直，停 10 秒，重複 10 次。

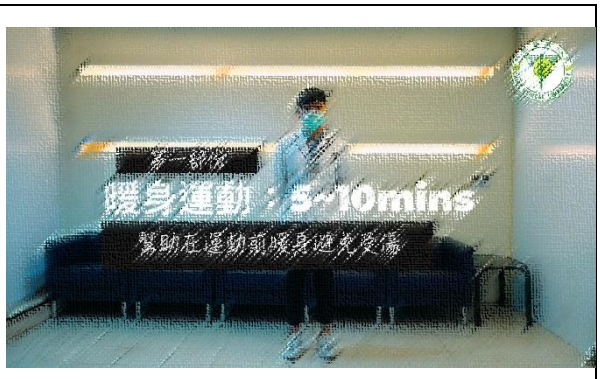
◆ 肌力訓練-軀幹強化運動

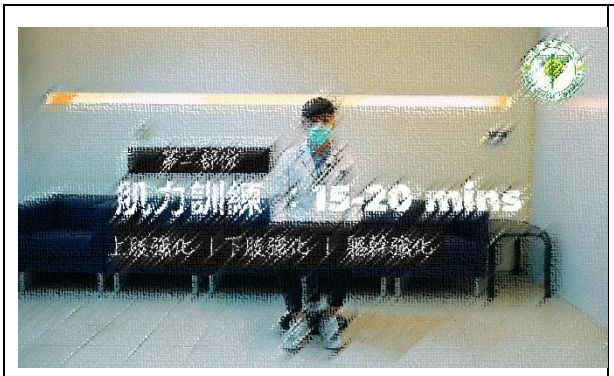
1. 坐姿 W 夾背運動：雙手抬高成 V 字型，將兩邊手肘往身體靠近，肩胛骨收緊，停 5 秒，連續 20 次。
2. 坐姿划船運動：坐姿，背靠椅背，手肘彎曲 90 度，手肘向後感覺肩胛骨後側收夾出力，停 5 秒，連續 20 次。

◆ 收操-靜態伸展：5-10 分鐘

1. 後側大腿牽拉：坐姿，保持身體骨盆中立，大腿彎曲 90 度，將膝蓋伸直至膝蓋後側緊繃即可，停 30 秒，重複 6-8 次。
2. 前側大腿牽拉：站姿，手可扶椅子，保持骨盆大腿不動，被動用手將膝蓋向後彎曲至緊繃，停 30 秒，重複 6-8 次。
3. 旋轉肌群牽拉：左手在上，右手在下(不出力) ，左手盡量往上拉毛巾至右手緊繃即可，停 30 秒，重複 6-8 次，兩手輪流。
4. 胸前肌群伸展：坐姿，雙手抱頭，將兩側手肘往後延伸，停 30 秒，重複 6-8 次。

二、影片截圖

<table>
<tr>
<td> 
</td>
<td> 
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>暖身運動：前側面暖身、旋轉面暖身、側面暖身</td>
</tr>
</table>

	
肌力訓練：上肢運動、下肢運動、軀幹強化	收操：靜態伸展

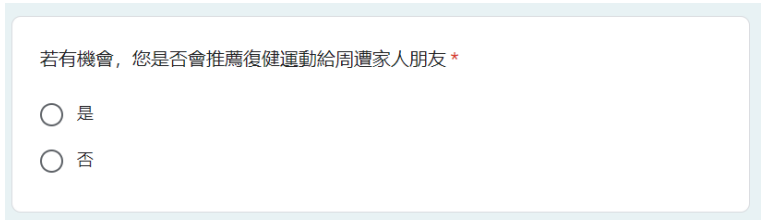
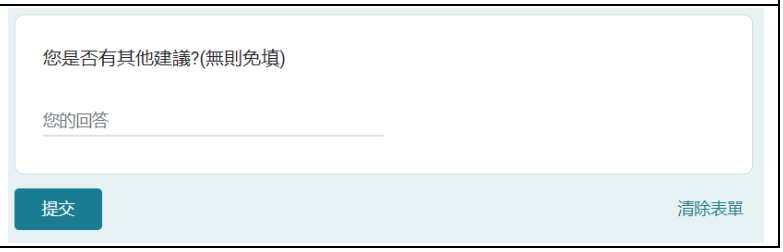
三、問卷網址

https://docs.google.com/forms/d/1pW1gJNSwDYfDsPrHmqXy7hcGLDk2QNk1gA6OSmkvTNM/viewform?edit_requested=true	復健運動成果回饋

四、操作頁面

掃描 QR code 或點擊連結進入問卷網頁。

1. 患者可由說明欄初步了解問卷內容及所蒐集之問卷資料應用方式、範圍。	 建立中醫日間照護計畫-復健運動成果回饋 此表單為「 建立中醫日間照護計畫」之「復健運動」成果回饋，下列問題請根據您實際運動的情形進行填寫。此表單取得隻回饋僅用於計畫相關分析使用，若需發表相關數據，將以統計形式呈現，不會透漏您的個人訊息，請您放心填寫。 登入 Google 即可儲存進度。瞭解詳情 *必填
2. 患者填寫姓名及性別，方便後臺比對確認受試者。	姓名 * 您的回答 性別 * 男 女
3. 此問題用意調查影片節奏是否對於患者而言過於緊湊需要調整。	您是否能跟上影片中老師的動作 * 是 否
4. 此問題用意調查運動強度是否適合患者。	請依您的感受為復健運動難易度進行評分 * 1 2 3 4 5 幾乎做不到 很容易做到
5. 此問題用意調查患者持續運動後是否感覺自身情況改善，及改善之程度。	持續運動一周後，與運動前相比，體能或身體狀況有何改變 * 1 2 3 4 5 有明顯惡化 有明顯改善

6. 此問題用意調查使用者是否對此運動影片設計滿意，進而願意分享給周遭家人朋友、病友。	
7. 避免制式問卷無法充分反映患者建議，設計建議欄供患者自由填寫。	

附件二十七、2022 年 7 月 1 日教學說明會議記錄

111 年度「建立中醫日間照護計畫」教學說明會議

會議時間：2022 年 7 月 1 日(星期五) 早上七時三十分

會議地點：中國醫藥大學 附設醫院 美德大樓中醫部會議室

會議主席：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

出席人員：中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　吳美瑤 主治醫師

　　中國醫藥大學附設醫院　中西結合科　　吳◯◯ 主治醫師

　　中國醫藥大學附設醫院　中醫診斷科　　林◯◯ 主治醫師

列席人員：建立中醫日間照護計畫　　賴◯◯ 研究助理

會議記錄：

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、 建立中醫日間照護計畫 111 年度工作項目。

參、討論事項

一、 肌少症中醫日間照護教學模式。

1. 受訓學員：

輪訓至中醫內科、針灸科及中西結合科之中醫受訓學員(包括住院醫師、中醫醫療機構負責醫師訓練學員與實習醫學生) 。

2. 教學目標：

(1) 瞭解肌少症患者之中西醫診治方法。

(2) 瞭解肌少症患者之中醫日間照護模式目標及內容。

(3) 透過肌少症患者之中醫日間照護模式之實地執行，體認中醫以人為本，全人醫療照護之實行。

(4) 教學目標依照受訓學員的層級訂定如下表：

肌少症中醫日間照護臨床教學目標

層級	項目	教學目標
實習醫學生	中西醫共同照護	1.觀察肌少症病患，瞭解中、西醫共同照護之優勢與劣勢。 2.瞭解肌少症之臨床診療重點。
	中西醫專業知識	1.學習肌少症病人之病歷寫作。 2.觀察並學習主治醫師對肌少症病人的臨床治療思路。
	中醫四診診察	1.學習肌少症患者中醫四診之操作模式。 2.藉由實際接觸肌少症病患，學習有系統地詢問病史及基本理學檢查。
	團隊溝通及與病人家屬溝通	觀察學習肌少症病患之臨床溝通技巧。
	教學與研究	學習肌少症中醫期刊論文之蒐集與整理。
第一、二年住院醫師(中醫醫療機構負責醫師訓練學員)	中西醫共同照護	在主治醫師指導下完成肌少症病人之診察及處置。
	中西醫專業知識	1.能獨立完成肌少症病人之病歷寫作。 2.能清楚講述肌少症病人的臨床治療思路。
	中醫四診診察	能順暢操作肌少症病人的中醫四診。
	團隊溝通及與病人家屬溝通	初步了解及協助與病人及家屬解釋與溝通。
	教學與研究	有能力完成肌少症期刊論文實證醫學報告。
第三、四年住院醫師(專科醫師訓練學員)	中西醫共同照護	在主治醫師監督下，獨立完成肌少症病人之診察及處置。
	中西醫專業知識	1.能指導資淺住院醫師進行肌少症病人之病歷寫作。 2.能指導實習醫學生及資淺住院醫師關於肌少症病人的臨床治療思路。
	中醫四診診察	1.針對肌少症病人相關病史與體質，做出具鑑別度的焦點式問診。 2.能獨立利用蒐集到之中醫四診資訊，整合出正確處理肌少症病人所需的必要資訊。
	團隊溝通及與病人家屬溝通	與肌少症團隊成員及病人有適當且充分的訊息溝通。

	教學與研究	有能力指導資淺住院醫師進行肌少症期刊論文實證醫學報告。

3. 臨床教學內容：

(1) 核心課程教學：利用課堂教學方式進行分項核心課程教學，內容包含肌少症患者之中西醫診治方法、中醫日間照護模式目標與內容介紹、中醫照護方法與實習演練等，以協助受訓學員建立肌少症患者完整的中西醫照護概念。

(2) 日間照護臨床教學：受訓學員每週需至肌少症患者中醫日間照護門診進行學習。於門診中實際進行四診診療、穴位針灸、太極拳練習、穴位按摩指導、完成問卷調查等訓練，並學習主治醫師醫病溝通技巧及護理人員之護理營養衛教內容，實際執行肌少症患者完整的中醫照護。

4. 臨床實際操作：依照不同層級醫師訂定不同醫療技能處制之監督準則如下表。

肌少症中醫日間照護臨床實際操作準則

操作項目	實習醫學生	第一、二年住院醫師(中醫醫療機構負責醫師訓練學員)	第三、四年住院醫師(專科醫師訓練學員)
針灸治療	以觀察主治醫師治療為主	在主治醫師監督下操作	允許獨立操作
穴位按摩	在主治醫師監督下操作	允許獨立操作	允許獨立操作
病情解釋	以觀察主治醫師病情解釋為主	在主治醫師監督下進行病情解釋	允許獨立進行病情解釋

5. 訓練評核方法：受訓醫師於訓練期間須通過以下評核，以確認其達成肌少症患者其中醫間照護之訓練。內容包括：

(1) 核心課程口試評核：指導醫師於受訓醫師訓練結束時需針對肌少症中醫日間照護之核心課程內容進行口頭考試，藉以了解受訓醫師之課室學習。

(2) 迷你臨床演練評量(Mini-clinical Evaluation Exercise , Mini-CEX)：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。

6. 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。

二、 肌少症中醫日間照護教學病例寫作範本

肌少症教學病例寫作範本

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(臟腑病位或經絡病位) 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、方術

指導醫師處方

方藥：針對口服藥處方進行分析

方針：針對針灸穴位進行分析

方術：針對按摩穴位及方式進行分析

受訓醫師處方

十五、追蹤診療經過

十六、討論

肆、散會

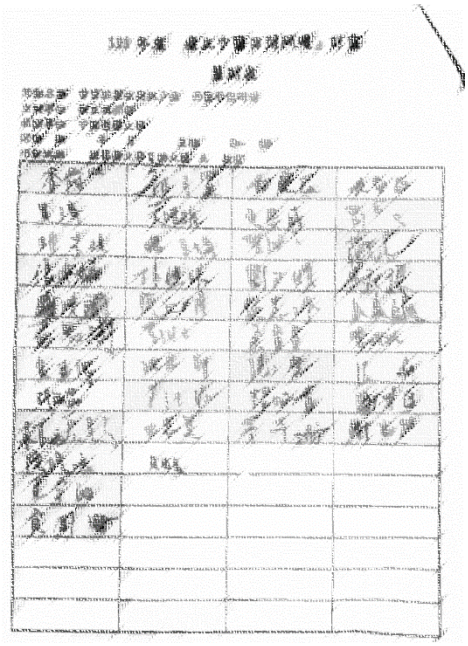
附件二十八、2022 年 10 月 30 日肌少症研討會

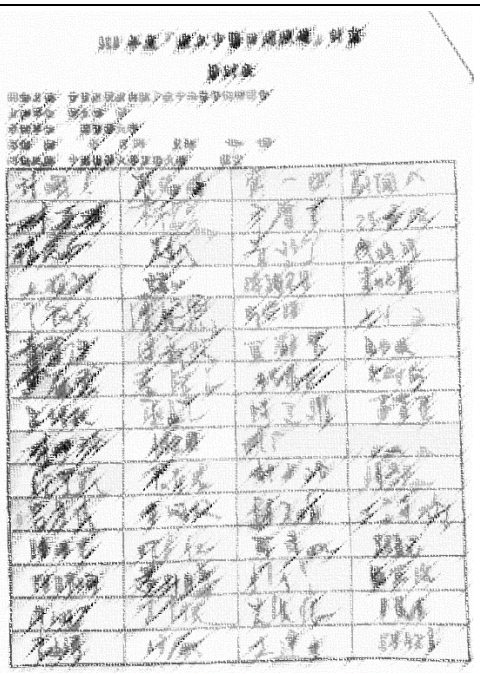
一、海報





二、簽到表及照片






Asian Consensus on Sarcopenia Diagnosis
亞洲肌少症共識
Thank you for your attention!

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000207

中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫

黃金舜
中華民國藥師公會全國聯合會

摘　要

研究目的：

依藥師法第 15 條規定，修習中藥課程達適當標準之藥師，得執行中藥製劑之製造、供應及調劑業務。而「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」中已訂有藥師應修習中藥課程之科目及學分，並修正新增 160 小時中藥實習。本年度希望藉此計畫辦理師資培訓認證及場域遴選作業，並針對本年度師培課程與場所遴選執行情形進行檢討，提出改善策略與建議，並滾動修正辦法及要點。

研究方法：

本年度計畫研究方法如下：

1. 辦理視訊說明會，邀集各藥學院系、友會、縣市公會、有意願擔任師資及遴選委員者參加說明會。會中說明中藥實習師資培訓課程以及場所遴選申請流程。
2. 中藥實習指導教師培訓，本年度 3 場課程於 4 月、5 月、7 月辦理，由於嚴重特殊傳染性肺炎疫情升溫因素，課程以線上視訊模式，共 2 天 16 小時課程，並擴大各梯次招生名額。
3. 中藥實習場所遴選，首先發文給各地方公會及藥學系推薦遴選委員，並另邀中醫藥學界及相關場域專家組成遴選小組，召開遴選共識會議，討論查核重點事項。並於 4 至 8 月進行 3 梯次訪查作業，並於全聯會中藥計畫專頁公告遴選結果。

4. 全年度設置專線及專員提供中藥實習相關問題諮詢，並蒐集問題製作疑義 Q&A。
5. 本計畫邀請醫療機構代表 9 名、社區藥局 4 名、中藥製藥廠 3 名、中藥販賣業 2 名、實習實務代表 2 名及學界 4 名等專職人員共計 24 名，於 10 月召開專家學者會議，並請各藥學系派代表列席，針對年度師培課程與場所遴選執行情形進行檢討，修正「藥學教育中藥實習辦法」、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」及「中藥實習場所遴選要點」。

主要發現：

視訊說明會各藥學院系、友會以及縣市公會等與會人數達 90 位。會後於全聯會網頁提供說明會影片及簡報檔給有意參與中藥實習的人參考。另受地方縣市公會邀請，舉辦實體說明會。

師資培訓部分，由於疫情因素採線上課程，三場次分別 4 月完訓 80 名，5 月完訓 92 名，7 月完訓 82 名，總計完訓 254 名師資。

全年度 3 梯次中藥實習場所遴選，三梯次遴選總計合格場所共 101 家，包含中醫醫療院所 59 家、社區藥局 38 家、中藥販賣業 2 家，以及中藥製藥廠 2 家。「中藥實習場所一覽表」於 8 月整理完成並發文供各藥學大專院校參考運用。

全年度設置專線及專員提供中藥實習問題諮詢，並蒐集問題製作疑義 Q&A，Q&A 於 4 月及 8 月在全聯會網頁公告。

專家學者會議於 10 月 24 日以實體及視訊並行方式召開會議，會議上除報告今年度計畫重點及目前執行進度，並修正中藥實習相關辦法及要點。

結果與討論：

本次計畫完成 1 次線上說明會及 1 次實體說明會。於師資培訓部份，線上課程擴大招收，完訓 254 名師資。全年 3 梯次中藥實習場所遴選總計合格場所共 101 家，合格場域整理成「中藥實習場所一覽表」供各藥學大專院校參考運用。設置專線及專員提供中藥實習諮詢，並進行 2 次 Q&A 的更新。10 月辦理專家學者會議，會中修正「藥學教育中藥實習辦法」中師生比放寬至 1：4、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」加入指導教師中藥不

良反應通報作為師資資格展延積分累計的項目之一、「中藥實習場所遴選要點」修正展延條件及遴選基準項目等條文。並提議有關部分場域中藥教學項目不足的合作訓練需參考 PGY 合作訓練草擬規定、如遇到有醫院拒收中藥實習生請將名單轉知給臨床藥學會輔導及建議畢業後之實習由地方公會辦理。

關鍵詞：中藥實習，社區藥局，中藥販賣業，中醫醫療院所，中藥製藥廠

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000207

Traditional Chinese medicine practice instructor certification training and establishment of practicum selection

Chin-Shun Huang
Federation of Taiwan Pharmacists Association

ABSTRACT

Puepose:

According to Article 15 of the Pharmacists Act, pharmacists who have studied traditional Chinese medicine (TCM) to a fair standard of proficiency can engage in the manufacture, supply and dispensing of TCM preparations. The " Pharmacists engaged in the manufacture, supply and adjustment of TCM preparations must take TCM course standards " stipulates the subjects and credits of TCM courses that pharmacists should take, and has revised and added 160 hours of TCM practice. This year's project aims to implement the internship teacher certification and site selection, conduct a review of the practice mentor training courses and site selection, propose improvement strategies and recommendations, as well as correct regulations and implementation rules on a rolling basis.

Method:

The research methods for this year's project are as follows:

1. Organize a video conference. Invited pharmacy departments, friendship associations and county associations to participate in the seminar, explained the TCM internship teacher training and the TCM internship

places process of selection, reviewed standards and related matters to precautions.

2. Hold TCM internship teacher teaching training course. Courses were held in April, May and July. Due to the intensification of the COVID-19 epidemic, the course was conducted online for 2 days with a total of 16 hours. The enrollment quota of each period has been expanded compared with the past.
3. Selection of TCM internship sites. We will formally send letters to local associations and university departments of pharmacy, asking them to recommend candidates, and invite experts in the field of TCM to form a selection committee. The committee will meet to discuss the selection principles and reach a consensus. There will be 3 interviews from April to August, and the selection results will be announced on the Project page of the Federation of Taiwan Pharmacists Associations website.
4. Set up a special line for specialists to provide consultation on issues related to TCM practice, and collect questions to produce Q&A articles.
5. We invited 24 experts including 9 representatives of medical institutions, 4 representatives of community pharmacies, 3 representatives of Chinese medicine pharmaceutical companies, 2 representatives of Chinese medicine sellers, 2 representatives of practitioners, and 4 representatives of academic institutions to participate in the expert meeting held in October. Representatives from pharmacy departments of universities are also invited to attend the meeting. During the meeting, the implementation of mentor training courses and site selection for this year were reviewed, and the "Regulations of Pharmaceutical Education Traditional Chinese Medicine Practice", "Implementation Rules of Traditional Chinese Medicine Practice Instructor Certification Training" and "Implementation Rules of Traditional Chinese Medicine Practice Practicum Selection" are revised.

Key findings:

A total of 90 people from the pharmacy departments of various universities, pharmacist associations, and county and city associations participated in the video conference. After the meeting, the meeting video and presentation files were provided on the website of the Federation of Taiwan Pharmacists Associations for reference by those who are interested in practicing TCM. In addition, a physical meeting was held at the invitation of the local county and city associations.

In terms of mentor training, due to the epidemic situation, online courses were adopted, and a total of 254 mentors were trained in three sessions: 80 in April, 92 in May, and 82 in July.

Three rounds of selection of TCM internship places were carried out throughout the year, and a total of 101 qualified places were selected, including 59 Chinese medicine medical institutions, 38 community pharmacies, 2 Chinese medicine sellers, and 2 Chinese medicine pharmaceutical companies. In August, the "List of TCM Internship Places and Teachers" was compiled and sent to the pharmacy departments of universities for reference.

A special consultation line for TCM practitioners has been set up to collect questions and produce Q&A articles. The Q&A has been published on the website of the Federation of Taiwan Pharmacists Associations in April and August.

The expert meeting was held on October 24 in the form of physical meeting and video conference. In addition to introducing this year's project focus and implementation progress, the meeting also revised the regulations and implementation rules on TCM practice.

Conclusion and recommendations:

This project has had 1 online and 1 physical presentation. Due to the expansion of the enrollment scale of online courses, 254 mentors have been trained this year. Three selection meetings for TCM internship places have been held, and a total of 101 TCM internship places that met the requirements were

selected. Qualified sites have been compiled into the "List of TCM Internship Places and Teachers" for reference by the pharmacy departments of universities. The dedicated line for TCM practitioners has been set up, and 2 Q&A articles have been updated. The expert meeting has been held in October, during which the "Regulations of Pharmaceutical Education Traditional Chinese Medicine Practice" was revised, and the mentor-student ratio was relaxed to 1:4; for the "Implementation Rules of Traditional Chinese Medicine Practice Instructor Certification Training", the mentor's notification of adverse reactions to TCM was added as one of the points for mentor qualification extension; in the "Implementation Rules of Traditional Chinese Medicine Practice Practicum Selection", the provisions such as extension conditions and selection criteria were revised. In addition, some committee members put forward the following suggestions: practice sites with insufficient TCM teaching should refer to the draft regulations of PGY cooperative training, hospitals that reject practitioner should be reported to the Taiwan Society of Health-System Pharmacists for counseling, and the practice after graduation should be handled by local associations.

Keywords：Chinese medicine practice, community pharmacy, Chinese medicine seller, Chinese medicine medical institutions, Chinese medicine pharmaceutical companies

壹、前言

依藥師法第 15 條規定，修習中藥課程達適當標準之藥師，得執行中藥製劑之製造、供應及調劑業務。民國 71 年發布之「藥師從事中藥製劑之製造、供應及調劑須修習中藥課程標準」，雖訂有藥師應修習中藥課程之科目及學分，然經數十年中醫藥實證研究發展及近年來中西醫合治的觀念也已逐漸成為趨勢，民眾對於用藥安全日益重視，現行中藥藥學教育除修習中藥課程外，實有增加中藥實作執業訓練知能必要，以培養具備中西藥事服務專長之藥師之基礎，提升中藥藥事服務品質。

又依衛生福利部會銜教育部於 109 年 5 月 28 日以衛部中字第 1091860623 號令及臺教高(五)字第 1090072630A 號令，發布修正「藥師從事中藥製劑之製造、供應及調劑須修習中藥課程標準」名稱並修正為「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」，另附修正之中藥課程標準納入 160 小時中藥實習。所以，本計畫對於藥師中藥養成教育的需求具有急迫性、必要性。

本計畫根據 110 年所修訂之藥學教育中藥實習辦法與中藥實習指導教師培訓暨認證要點、中藥實習場所遴選要點，辦理師資培訓認證及場域遴選作業，並針對本年度師培課程與場所遴選執行情形進行檢討，提出改善策略與建議，並滾動修正辦法及要點。

貳、材料與方法

一、辦理 1 場說明會

為了讓有意參與中藥實習的人員了解師資培訓及場域遴選的相關流程及注意事項，計畫執行第二個月邀集各藥學院系、友會、縣市公會、有意願擔任師資及遴選委員者參加說明會，並於藥師公會全聯會官網中藥計畫專頁公開會議錄影檔及說明會簡報檔供有意了解中藥實習制度的人員與單位參考。於中藥計畫專頁公告試行衛生福利部「藥學教育中藥實習辦法」、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」、「中藥實習場所遴選要點」。另應地方公會之邀請，計畫協同主持人至地方公會說明宣導中藥實習制度。

二、辦理中藥實習指導教學培訓課程

由於希望能廣泛的接納有意願參與中藥實習者成為中藥實習指導教師，且因為嚴重特殊傳染性肺炎疫情升溫，課程以線上視訊模式辦理，並擴大各梯次招生名額。師資培訓為 2 天課程，內容涵蓋教育理念、人文素養、實務教學方法、實務教學評量、教材製作等。

三、完成中藥實習場所遴選

為完備各類中藥實習教學環境，提供各校藥學系學生作為中藥實習場所，特辦理此遴選作業。

計畫執行第一個月發文給各地方公會及藥學系推薦遴選委員，並另邀中醫藥學界、中醫藥或相關場域專家組成遴選小組，召開遴選共識會議，討論查核重點事項。並於 4 至 8 月陸續進行訪查作業，並於中藥計畫專頁公告遴選結果，合格實習場所彙整成「中藥實習場所一覽表」供各藥學大專院校參考。

四、製作常見疑義 Q&A

為能讓藥學系老師及藥學生、中藥實習指導教師、實習場所負責人等參與中藥實習之人員能夠更加了解中藥實習制度，除了對外開啟問卷調查蒐集疑問，並於各類會議中陸續蒐集各類提問，本計畫另設置專線及專責人員處理師資培訓與場所遴選相關問題。彙整各項問題後，編寫常見疑義 Q&A，並於中藥計畫專頁公告，供人查詢利用。

五、召開1場專家會議

本計畫邀請醫療機構、社區藥局、中藥製藥廠、中藥販賣業及學界等專職人員，藉由專家學者實際執行中藥執業與參與實習安排工作之經驗提供意見，針對本年度師培課程與場所遴選執行情形進行檢討，提出改善策略與建議，滾動式修正「藥學教育中藥實習辦法」、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」及「中藥實習場所遴選要點」。

參、結果

一、辦理 1 場說明會

為協助學界以及業界更能掌握整個實習制度規定以及計畫精神,於 3 月 8 日發文邀集各藥學院系、台灣藥學會、社團法人臺灣臨床藥學會、各縣市公會、中醫師公會聯合會、臺灣製藥工業同業公會及臺灣中藥工業同業公會等單位與有意願擔任師資或遴選委員者參與說明會，3 月 17 日辦理線上說明會，當天出席人數達 90 人，說明師資培訓及場所遴選申請流程、審查標準及應其他注意事項，並鼓勵中醫藥界共同參與。會中蒐集常見問題，說明會問題彙整供 Q&A 資料庫參考及後續滾動檢討修正，說明會詳細問題彙整請參閱附件一 (P.29-30)。另將會議錄影檔及說明會簡報檔公告於全聯會官網中藥計畫專頁供有意了解中藥實習制度的人員與單位參考。10 月 30 日，協同主持人受臺北市藥師公會之邀請，擔任「藥學教育中藥實習辦法，指導教師培訓認證及實習場所遴選計畫說明會」講師，說明全聯會中藥實習後續規劃及各類注意事項。

衛福部 3 月 18 日來文委託本會辦理「中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」，試行中藥實習辦法及要點。並於 3 月 25 日於全聯會官網中藥計畫專頁公布「藥學教育中藥實習辦法」、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」及「中藥實習場所遴選要點」。

二、辦理中藥實習指導教學培訓課程

為確保各場域專業教學品質，透過中藥實習指導教師培訓課程，加強教學技巧之專業養成，鼓勵更多優質、有熱忱的中醫師及藥師參與。經 3 月 11 日召開講師共識會議，以視訊會議方式進行，因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)影響，考量國內疫情警戒未完全解除，為降低群聚感染之風險，並求擴大宣傳以期增加師資，決議以遠距教學（線上視訊）方式辦理，詳細會議紀錄請參閱附件一 (P.31-32)。

師培課程內容涵蓋教育理念、人文素養、實務教學方法、實務教學評量、教材製作等。第一天為理論課程，提供了有系統性及闡釋性的觀點，第二天則針對計畫所製作的各場域教案，分享如何製作、資料如何蒐集、如何應用

教材、如何評估回饋，並針對各主題進行 2-3 篇教案內容引導、講解，最後以 3-5 題提問請學員回答，開放 Q&A 時間，課程內容及師資請見表 1 (P.16-17)。三場次舉辦日期為 4 月 23 日至 4 月 24 日、5 月 21 日至 5 月 22 日、7 月 2 日至 7 月 3 日。今年課程報名人數為 286 人，總計完訓人數達 254 人，師資性別部分，男性為 110 人，佔 43%，女性為 144 人，佔 57%；至於師資所屬區域分布，北部(北北基桃竹)為 89 位，中部(苗中投彰雲)為 79 位，南部(嘉南高屏)為 79 位，東部(宜花東)為 7 位。性別統計及區域統計請見表 2 及表 3 (P.18)，完訓名單請參考附件二 (P.83-96)，證書也於 4 月 29 日、5 月 26 日、7 月 6 日全數寄出。

三、完成中藥實習場所遴選

(一) 成立遴選小組，辦理遴選委員共識會議。

本會於計畫開始第一個月發文給各地方公會及藥學系推薦遴選委員，並另邀中醫藥學界、中醫藥或相關場域專家組成遴選小組，小組成員詳如表 4 (P.19)，於 3 月 29 日召開遴選小組會議，聘請請各地方公會及藥學系推薦之遴選委員共計 41 名，並於 3 月 31 日辦理遴選委員共識會議，遴選小組會議及遴選委員共識會議由於疫情因素以視訊會議方式進行，會議紀錄請參閱附件一 (P.33-37)。4 月 1 日遴選小組及遴選委員名單行文核備，4 月 12 日衛福部回函同意。5 月 17 日更新遴選委員名單共計 42 名，5 月 25 日衛福部回函同意，遴選委員成員詳如表 5 (P.20-21)。

(二) 中藥實習場所遴選

於場域遴選前，對於四大場域的判斷分類，中醫醫療院所中醫醫療院所如具有下列選項任一條件則為免實地查核認證通過：1.中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院 2.中醫醫院評鑑合格之醫院 3.衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所且在效期內，上述三者以外則仍需經過實地訪查；社區藥局的認定則為：1.依藥事法相關規定設立。(藥事法第 34 條) 2.於各縣市登錄中藥執業藥局執照經營事項包含中藥調劑、供應或兼營中藥零售。(藥事法第 35 條)；至於中藥販賣業：1.各縣市登記取得中藥販賣業藥商許可執照，或於各縣市登錄中藥執業依藥事法相關

規定設立。(藥事法第 34 條)2.藥局執照經營事項僅中藥調劑、供應或兼營中藥零售。(藥事法第 35 條)，最後的中藥製藥廠則分兩類：1.衛生福利部公告之中藥 GMP 藥廠；2.製造生產傳統製劑或濃縮製劑等劑型。遴選委員依遴選要點規定三人一組，成員組成一位是被遴選單位所在地地方公會代表、一位是學校代表、一位為遴選場域專家代表。遴選委員進行遴選時，對於受評機構依「中藥實習場所遴選基準」所列專屬條文及評量項目辦理，遴選基準評分詳如表 6 (P.22-25)，遴選基準中必要項目審查均達「符合」，且於組織管理、設施管理、藥品管理、專業服務、教學條件任一部分之項目「符合」比例達 70%以上認定為合格。第一梯次遴選申請期間為 3 月 10 日至 3 月 31 日，發文通知 110 年師資培訓合格之師資，第二、三梯次遴選申請期間為 4 月 28 日至 7 月 8 日，發文對象為今年受訓完成的師資，為使今年暑期中藥實習生有足夠之中藥實習場所並提前於 6 月提前辦理第二梯次遴選。

於 4 月 27 日至 5 月 14 日進行第一梯次訪查作業，第一梯次遴選有 71 家單位提出申請，合格場域總計 70 家，並於 5 月 31 日公告，另將遴選合格場所之名單於 6 月 8 日行文核備，6 月 16 日衛福部回函同意。申請單位遴選項目如有不符合之情況，以不合格之申請單位為例，有一家藥局由於現場教學條件不佳，經多次輔導並且該藥局提供 3 次拍攝改善情形照片，如冰箱應設置溫度計、冰箱溫度須維持 2-8℃、應備有中藥真偽鑑別教材等，經 3 次書面補件仍被遴選委員判定不符合標準而未通過場域遴選，其他單位則是經要求改善並補足佐證情形給遴選委員確認符合則為合格。6 月 16 日至 6 月 27 日辦理第二梯次遴選，第二梯次有 25 家單位提出申請，合格場域總計 25 家，並於 7 月 5 日公告，第三梯次為預計寒假會收實習生之單位，有 7 家單位提出申請，合格場域總計 6 家，並於 8 月 11 日公告，三梯次遴選總計合格場所共 101 家，包含中醫醫療院所 59 家、社區藥局 38 家、中藥販賣業 2 家，以及中藥製藥廠 2 家。合格場所分布區域及所屬場域統計詳如表 7 (P.26)。遴選委員行程安排及審查相關意見整理詳如附件三 (P.97-113)。製作「中藥實習場所一覽表」，8 月 19 日發文供各藥學大專院校參考運用，今年暑期

各大學藥學系經協助媒合送出實習生前往實習單位進行實習情形如表8 (P.27)，「中藥實習場所一覽表」公告於中藥計畫專頁，一覽表詳如附件四 (P.114-124)。

四、製作常見疑義 Q&A

為了讓參與中藥實習之人員能夠更加了解中藥實習制度，於 3 月 1 日開啟 google 問卷對外蒐集問題。另設置 02-2595-3856 分機 122 為諮詢專線，並由郭專員為專責人員，提供師資與場所遴選相關疑義之諮詢，藉由問卷及各項會議蒐集相關問題並加以整理分類，於 4 月 22 日公告第一版 Q&A，第二版 Q&A 更新公告為 8 月 15 日，Q&A 詳如附件五 (P.125-132)。

五、召開 1 場專家會議

今(111)年度邀請的專家學者成員共有 24 位，於 4 月 1 日正式行文核備，於 4 月 12 日收到衛福部回函同意。專家學者名單如表 9 (P.28)。

專家學者會議於 10 月 24 日以實體及視訊並行方式召開會議，會議上除報告今(111)年度之計畫重點及目前執行進度，並針對年度師培課程與場所遴選執行情形進行檢討，會中修正「藥學教育中藥實習辦法」中師生比由 1：2 放寬至 1：4、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」加入指導教師中藥不良反應通報作為師資資格展延積分累計的項目之一、「中藥實習場所遴選要點」修正展延條件及遴選基準項目，並建議有關部分場域中藥教學項目不足的合作訓練需參考 PGY 合作訓練草擬規定、如遇到有醫院拒收中藥實習生請將名單轉知給臨床藥學會輔導及建議畢業後之實習由地方公會辦理等，會議紀錄請參考附件一 (P.36-41)。

肆、結論與建議

本年度計畫根據 110 年所修訂之藥學教育中藥實習辦法與中藥實習指導教師培訓暨認證要點、中藥實習場所遴選要點，辦理師資培訓認證及場域遴選作業。為能讓學界、友會及有意參與中藥實習之人員等清楚了解計畫之執行，辦理一場線上說明會，說明師資認證培訓及場域遴選作業事宜及應注意事項，另受地方公會邀請擔任實體說明會講師，說明全聯會中藥實習後續規劃及各類注意事項。並設置專線與專門人員提供中藥實習相關諮詢，彙整各類疑問製成 Q&A 供人參考。

為鼓勵更多優質、有熱忱的中醫師及藥師參與，增加師資培訓課程報名人數並擴大宣傳，於 4-7 月辦理了 3 場中藥實習指導師資培訓課程，報名人數為 286 人，完訓人數達 254 人，培訓指導教師師資性別部分，男性為 110 人，佔 43%，女性為 144 人，佔 57%。

在實習場域遴選部份，透過實地訪視、線上審查以及書面審查的方式遴選，總計有 101 家場所合格，包含中醫醫療院所 59 家、社區藥局 38 家、中藥販賣業 2 家，以及中藥製藥廠 2 家。這些合格場所相關聯絡資訊彙整為「中藥實習場所一覽表」供各藥學大專院校參考運用。

於專家會議中，修正「藥學教育中藥實習辦法」中師生比放寬至 1：4、「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」新增指導教師中藥不良反應通報作為師資資格展延積分累計的項目之一、「中藥實習場所遴選要點」新增展延條件及修改遴選基準項目，並建議有關部分場域中藥教學項目不足的合作訓練需參考 PGY 合作訓練草擬相關規定、如遇到有醫院拒收中藥實習生請將名單轉知給臨床藥學會輔導及建議畢業後之實習由地方公會辦理。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW111-CMAP-M-114-000207 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

伍、圖、表

表 2、111 年中藥實習師資教學培訓課程師資表

第一天

時間	主題	講師	講師現職
09:00~09:50	成為適任之實習指導老師 必備的特質與訓練	○○○	藥師公會全聯會副秘書長 玖裕藥局負責藥師
10:00~10:50	執業倫理與藥事相關法規之落實	○○○	中華民國藥事品質改革協會理事長 東吳大學法律系兼任助理教授
11:00~11:50	實習之教學方法與評估	○○○	台南永祥藥局藥師
12:00~13:00	午休		
13:00~13:50	實習生藥品資訊之收集、分析與傳遞	○○○	中國醫藥大學藥學系副教授
14:00~14:50	執業例行溝通技巧與 人際關係之經驗教學	○○○	日盛中西藥局藥師
15:00~15:50	如何教導實習生進行 藥物諮詢服務(中西藥)	○○○	高雄協和藥局負責藥師
16:00~16:50	藥局實習教學經驗分享	○○○	高雄英祥藥局藥師

第二天

時間	主題	講師	現職現職
08:30~09:20	民眾用藥安全宣導與衛教指導	○○○	中國醫藥大學附設醫院藥劑部 中藥科副主任
09:30~10:00	藥膳藥材介紹與製作	○○○	菱田中藥局負責藥師
10:00~10:30	中藥非處方藥自我藥療	○○○	德安藥局藥師
10:40~11:30	常用中藥材真偽辨識、 飲片優劣辨識	○○○	高雄長庚中藥局藥師
		○○○	嘉南藥理大學藥學系副教授
11:30~12:00	中醫診所處方調劑之要務	○○○	台中市李德茂中醫診所藥師
12:00~13:00	午休		
13:00~13:50	中藥藥物不良反應通報	○○○	臺北市立聯合醫院林森中醫 昆明院區藥劑科主任
14:00~14:50	中藥執業法規實務	○○○	彰化基督教醫院 中醫部藥局主任
15:00~15:50	藥廠品管資訊判讀	○○○	科達製藥股份有限公司 研發副總
16:00~16:50	中藥販賣業之調配 及販售實務、庫存管理	○○○	慈德堂蔘藥行負責人
17:00~17:20	綜合討論		

表 2、111 年培訓師資性別統計表

培訓師資學員性別統計表					
梯次	第一梯	第二梯	第三梯	總計	比例
男性	40	39	31	110	43%
女性	40	53	51	144	57%
總計	80	92	82	254	100%

表 3、111 年培訓師資所屬地區統計表

完訓師資區域統計					
所屬區域					
所屬縣市	北區	中區	南區	東區	總計
苗栗縣		2			2
台中市		55			55
南投縣		4			4
彰化縣		17			17
雲林縣		1			1
台北市	46				46
新北市	18				18
桃園市	22				22
新竹縣	3				3
嘉義市			1		1
嘉義縣			2		2
台南市			22		22
高雄市			51		51
屏東縣			3		3
宜蘭縣				4	4
花蓮縣				3	3
總計	89	79	79	7	254

表 4、111 年遴選小組名單

姓名	現職	代表場域
○○○	○○○○○○	學界
○○○	○○○○○○	醫療院所
○○○	○○○○○○	社區藥局
○○○	○○○○○○	學界
○○○	○○○○○○	醫療院所
○○○	○○○○○○	中藥製藥廠
○○○	○○○○○○	中藥販賣業
○○○	○○○○○○	醫療院所
○○○	○○○○○○	學界
○○○	○○○○○○	醫療院所
○○○	○○○○○○	中藥製藥廠

表 5、111 年遴選委員名單

編號	姓名	簡歷	代表場域	推薦單位	所屬區域
1	○○○	○○○ ○○○	中藥製藥廠	專家代表	北區
2	○○○	○○○ ○○○	中藥製藥廠	專家代表	北區
3	○○○	○○○	中藥販賣商	專家代表	中區
4	○○○	○○○ ○○○	醫療院所	專家代表	中區
5	○○○	○○○ ○○○	醫療院所	專家代表	北區
6	○○○	○○○	醫療院所	專家代表	北區
7	○○○	○○○	醫療院所	專家代表	中區
8	○○○	○○○	社區藥局	專家代表	中區
9	○○○	○○○ ○○○	社區藥局	專家代表	北區
10	○○○	○○○ ○○○	學界	專家代表	北區
11	○○○	○○○ ○○○	學界	專家代表	中區
12	○○○	○○○ ○○○	學界	台北醫學大學 藥學院	北區
13	○○○	○○○	學界	國立陽明交通大學藥學系	北區
14	○○○	○○○	醫療院所	國立陽明交通大學藥學系	北區
15	○○○	○○○	學界	嘉南藥理大學 藥學系	南區
16	○○○	○○○	學界	國立成功大學 藥學系	南區
17	○○○	○○○	學界	高雄醫學大學 藥學系	南區
18	○○○	○○○	學界	高雄醫學大學 藥學系	南區
19	○○○	○○○	學界	大仁科技大學 藥學系	南區

編號	姓名	簡歷	代表場域	推薦單位	所屬區域
20	○○○	○○○	中藥製藥廠	臺灣製藥工業同業公會	北區
21	○○○	○○○	中藥製藥廠	臺灣中藥工業同業公會	南區
22	○○○	○○○	社區藥局	新北市藥師公會	北區
23	○○○	○○○	社區藥局	桃園市藥師公會	
24	○○○	○○○	中藥販賣商	新竹縣藥師公會	
25	○○○	○○○	社區藥局	苗栗縣藥師公會	中區
26	○○○	○○○	社區藥局	台中市藥師公會	
27	○○○	○○○	社區藥局	台中市藥師公會	
28	○○○	○○○	社區藥局	台中市藥師公會	
29	○○○	○○○	醫療院所	台中市新藥師公會	
30	○○○	○○○	社區藥局	南投縣藥師公會	
31	○○○	○○○	中藥製藥廠	台南市藥師公會	南區
32	○○○	○○○	中藥製藥廠	台南市南瀛藥師公會	
33	○○○	○○○	中藥製藥廠	台南市南瀛藥師公會	
34	○○○	○○○	醫療院所	高雄市藥師公會	
35	○○○	○○○	社區藥局	高雄市藥師公會	
36	○○○	○○○	醫療院所	高雄市第一藥師公會	
37	○○○	○○○	社區藥局	高雄市第一藥師公會	
38	○○○	○○○	醫療院所	宜蘭縣藥師公會	東部離島
39	○○○	○○○	學界	花蓮縣藥師公會	
40	○○○	○○○	醫療院所	台東縣藥師公會	
41	○○○	○○○	醫療院所	金門縣藥師公會	

表 6、遴選基準評分表

中醫醫療院所實習場所遴選基準				
項目	必要項目	細項	委員審查	
			符合	不符合
1.組織管理	※	1. 場所內至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。		
	※	2. 調劑處所與其他作業處所明顯區隔。		
	※	3. 機構有安排人員教育訓學活動，且執行良好。		
		4. 能適時且正確而有效地傳達訊息給相關人員（含受訓學生、指導教師及訓練機構等）。		
		5. 訂有補助或獎勵教師教學辦法或措施。		
		6. 教師有實際執行或參與提升教學能力之相關課程。		
2.設施管理	※	1. 藥局內保持清潔整齊明亮，執業處所內不放置雜物，不張貼誇大不實之海報廣告。		
	※	2. 調劑處所依需要設置藥品冷藏冰箱，不存放食物並保持整潔，其內應置溫度計且有溫度紀錄。		
	※	3. 合適的衛生設備，並有病人與員工安全防護措施。		
		4. 藥局之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。		
		5. 調劑設備和儀器訂有作業指引與保養維修清潔紀錄。		
		6. 藥局內放置有衛教資訊或健康資訊提供民眾參考。		
3.藥品管理	※	1. 藥品保存得宜，所有藥品都有適當的儲存環境(含溫濕度)。		
	※	2. 若有中成藥須以完整原包裝陳列及販售。		
	※	3. 無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。		
	※	4. 已拆裝的藥品包裝都有標示中藥名及保存期限。		
	※	5. 對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。		
		6. 訂定藥品採購驗收標準作業程序。		
4.專業服務	※	1. 調劑中藥製劑或中藥材飲片。		
	※	2. 藥事人員交付藥品時有進行必要之用藥指導。		
	※	3. 處方箋與藥袋標示符合國內法規規定。		
		4. 有充足適量之處方箋，供實習生有效學習調劑作業。		
		5. 對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴訂有緊急應變機制。		
5.教學條件	※	1. 具有中藥材真偽鑑別教材。		
		2. 藥局具有實習生學習之基本活動空間。		
	※	3. 藥局內備有中醫藥相關參考書籍可供藥事人員查詢。		
	※	4. 具有網路學習平台或網路教學資源，可供受訓學生操作。		
審查意見				

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

社區藥局實習場所遴選基準				
項目	必要項目	細項	委員審查	
			符合	不符合
1.組織管理	※	1. 藥局內執業藥師至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。		
	※	2. 藥局執照掛於明顯處，便於民眾辨識。		
	※	3. 藥局執照內容與實際營業項目相符。		
		4. 藥事人員在執業中穿著工作服，並佩戴執業執照。		
		5. 調劑處所與其他作業處所明顯區隔。		
2.設施管理	※	1. 藥局內保持清潔整齊明亮，執業處所內不放置雜物，不張貼誇大不實之海報廣告。		
	※	2. 調劑處所依需要設置藥品冷藏冰箱，不存放食物並保持整潔，其內應置溫度計且有溫度紀錄。		
	※	3. 合適的衛生設備，並有病人與員工安全防護措施。		
		4. 藥局之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。		
		5. 藥局內放置有衛教資訊或健康資訊提供民眾參考。		
3.藥品管理	※	1. 藥品保存得宜。(所有藥品都有適當的儲存環境)		
	※	2. 已拆裝藥品有標示藥名、單位含量及保存期限。		
	※	3. 成藥須以完整原包裝陳列及販售。		
	※	4. 無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。		
	※	5. 藥局確實實施藥品優良調劑作業準則。		
4.專業服務	※	1. 藥事人員交付藥品時，有進行必要之用藥指導，並對於病人的自我照顧，提供適當的教育與諮詢服務。		
	※	2. 有執行中藥零售之事實。		
		3. 積極參與藥事照護服務或相關健康促進活動。		
		4. 藥局經營之產品品項足以提供實習生充份學習。類別包括處方藥、指示藥、中西成藥、醫療器材、保健食品或中藥飲片等。		
5.教學條件	※	1. 具有中藥材真偽鑑別教材。		
		2. 具有實習生學習之基本活動空間。		
	※	3. 備有電腦、軟硬體、藥學相關書籍及資訊查詢設施。		
	※	4. 藥局內備有藥物治療相關參考書籍供藥事人員查詢。		
		5. 藥師具備其他專業認證，如：糖尿病衛教師、戒菸衛教師、氣喘衛教師、長照藥師資格等。		
		6. 提供實習生至上游中藥供貨商參訪。		
審查意見				

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

中藥販賣業實習場所遴選基準				
項目	必要項目	細項	委員審查	
			符合	不符合
1.組織管理	※	1. 場所內至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。		
	※	2. 藥商執照內容與實際營業項目相符，並且展示於明顯處，便於民眾辨識。		
		3. 調配處所與其他作業處所明顯區隔。		
2.設施管理	※	1. 工作環境應保持清潔整齊明亮，不放置雜物，不張貼誇大不實之海報廣告。		
	※	2. 調配處所依需要設置藥用冷藏冰箱，不存放食物並保持整潔。		
		3. 實習場所之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。		
		4. 放置有衛教資訊或健康資訊提供民眾參考。		
3.藥品管理	※	1. 中藥藥品保存得宜。(所有藥材都有適當的儲存環境)		
	※	2. 無不良中藥材之陳列或販售。		
	※	3. 已拆裝飲片包裝都有標示中藥名及保存期限。		
	※	4. 無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。		
4.專業服務	※	1. 販賣人員交付中藥時(包括中藥材，不含毒劇中藥材或依固有成方調配而成之傳統丸、散、膏、丹、及煎藥，中成藥)，有進行必要之指導(注意事項及保存方法)。		
	※	2. 販賣中藥材飲片。		
		3. 具有中藥調配作業事實(丸、散、膏、丹及煎藥)。		
		4. 具有中藥炮製作業事實。		
5.教學條件		1. 經營之產品項目足以提供實習生充份學習。		
	※	2. 具有實習生學習之基本活動空間。		
	※	3. 具有中藥材真偽鑑別教材。		
		4. 店內有用藥衛教工具及文宣產品。		
	※	5. 備有中藥相關資訊查詢設施。		
審查意見				

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

中藥製藥廠實習場所遴選基準				
項目	必要項目	細項	委員審查	
			符合	不符合
1.組織管理	※	1. 場所內至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。		
2.設施管理	※	1. 符合 GMP 相關規範。		
	※	2. 提供相關查驗合格證明文件。		
		3. 實習場所之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。		
3.藥品管理	※	1. 中藥藥品保存得宜。(所有藥材都有適當的儲存環境)		
	※	2. 毒劇藥品管理得宜。		
4.專業服務	※	1. 具有中藥製劑之檢驗實務事實。		
	※	2. 確實實施藥品優良製造作業準則。		
5.教學條件		1. 生產之產品品項足以提供實習生充份學習。類別如處方藥、指示藥、成藥、保健食品或中藥飲片等。		
		2. 中藥廠具有實習生學習之基本活動空間。		
	※	3. 備有藥學相關資訊查詢設施。		
審查意見				

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

表 7、111 年合格實習場所分布統計表

遴選合格實習場所分布統計表							
總計	縣市	區域	次區域	中醫醫療院所	社區藥局	中藥製藥廠	中藥販賣業
17	台北	北部	北北基	11	6		
2	基隆	北部	北北基	2			
9	新北	北部	北北基	6	2		1
7	桃園	北部	桃竹苗	4	1	2	
1	新竹	北部	桃竹苗	1			
0	苗栗	中部	桃竹苗				
29	台中	中部	中彰投	14	15		
1	南投	中部	中彰投		1		
7	彰化	中部	中彰投	4	2		1
2	雲林	中部	雲嘉南	1	1		
2	嘉義市	南部	雲嘉南	1	1		
2	嘉義縣	南部	雲嘉南	2			
1	屏東	南部	高屏		1		
13	高雄	南部	高屏	6	7		
5	台南	南部	雲嘉南	4	1		
1	宜蘭	東部	宜花東	1			
1	花蓮	東部	宜花東	1			
1	台東	東部	宜花東	1			
0	澎湖	離島	離島				
0	金門	離島	離島				
0	馬祖	離島	離島				
101	統計			59	38	2	2

表 8、111 年藥學系暑期中藥實習情形

學校	人數	備註
中國醫藥大學藥學系	141	中醫醫療院所 11 家 社區中西藥局 23 家 中藥販賣業 2 家
高雄醫學大學藥學系	14	藥局:7 月 5 位，8 月 4 位 醫院:7 月 3 位，8 月 2 位
國防醫學院藥學系	16	藥廠 3 人，醫院 13 人
陽明交通大學藥學系	16	提供實習場域一覽表 作為聯絡參考
臺北醫學大學藥學系	0	今年尚未派出實習生 先提供實習場域一覽表作為聯絡參考
台灣大學藥學系	0	今年尚未派出實習生
大仁科技大學藥學系	0	今年尚未派出實習生
嘉南藥理大學藥學系	0	今年尚未派出實習生
成功大學藥學系	0	今年尚未派出實習生
總計	187	

表 9、111 年度專家學者名單

編號	姓名	代表場域	簡歷
1	○○○	藥師公會 (實習實務)	○○○○○○
2	○○○		○○○○○○
3	○○○	學界	○○○○○○
4	○○○		○○○○○○
5	○○○		○○○○○○
6	○○○		○○○○○○
7	○○○	醫療院所 中醫診所	○○○○○○
8	○○○		○○○○○○
9	○○○		○○○○○○
10	○○○		○○○○○○
11	○○○		○○○○○○
12	○○○		○○○○○○
13	○○○		○○○○○○
14	○○○		○○○○○○
15	○○○		○○○○○○
16	○○○	中藥廠	○○○○○○
17	○○○		○○○○○○
18	○○○		○○○○○○
19	○○○	社區藥局	○○○○○○
20	○○○		○○○○○○
21	○○○		○○○○○○
22	○○○		○○○○○○
23	○○○	中藥販賣業	○○○○○○
24	○○○		○○○○○○

陸、 附件

附件一、相關會議記錄

111 年度「中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」線上說明會問題彙整

項次	提問單位/提問人	Q	A
1	○○○○○○	非健保藥局之中藥行,是否能擔任中藥實習指導教師及中藥實習場所遴選？	中藥販賣業是我們的實習場域之一，只目前師資在相關要點只針對藥師與中醫師身分，非藥師目前亦能參加研習，目前只為種子師資，尚未成為正式師資。
2	○○○○○○	師生比 1:2,可能不太能夠將所有學生都能納入實習。另公立學校曾有列一筆預算支付給學生進行實習的費用,然而因為社區藥局因為收據開立的問題(社區藥局的單據沒有實習相關會計科目)無法結報，能否協助解決？	師生比的部分後續滾動式修正。
3	○○○○○○	有關 GMP 中藥製藥廠已被認證,由於前面開會曾有提議是否要免認證,現在確認是否還要再次被場域認證？	目前場域認證仍需要有中藥實習師資才能申請，所以仍需要先派員參與課程後申請。
4	○○○○○○	藥廠要派員參與師資課程有點困難,所以希望藥廠部分在場域遴選的部份能有彈性。	藥廠場域申請及師資認證部分提報後續滾動式修正。
5	○○○○○○	要是一定要求是藥師才有師資資格的話對藥廠有所困難，以 GMP 認證為標的，如藥廠無 GMP 認證或衛福部公告有缺失者失去場域資格即可。	藥廠場域申請及師資認證部分提報後續滾動式修正。
6	○○○○○○	要藥廠主動提出申請意願不高,是否能比照有教學評鑑之中醫教學醫院即可？至於師資是否能授權人員？	藥廠場域申請及師資認證部分提報後續滾動式修正。
7	○○○○○○	對於場域遴選的申請有些建議,	實習場域申請流程已簡化程序，除必備之

項次	提問單位/提問人	Q	A
		希望不必由場所提出申請，而由全聯會派委員直接去實地查核，因為申請的場所在拍照的部份不是很能夠了解標準，看能否由委員來查核的時候來拍？	申請書及中藥實習相關證書影本外，免附查核照片，並提供線上申請方式 https://forms.gle/qGTmR6HjEC59uyfb9
8	○○○○○○	當初西藥的藥廠認證是由cGMP之類的認證即可，是否能比照辦理？	藥廠場域申請及師資認證部分提報後續滾動式修正。
9	○○○○○○	我們的學生因為學分的關係要大三升大四才能實習，實習場所需由學生去尋找藥廠、醫院等地點，系上原本是想讓學生畢業後自行去尋找實習，由於現在學生有提出，所以開始在著手由系上提供實習場所。	畢業後由執業地點的地方公會處理，希望地方公會與藥學系配合分配。
10	○○○○○○	實習的學分一定要足夠，另外有關GMP藥廠如果已經是符合政府認證，則不需要再由我們再認證，希望能在藥廠的部分從寬認定，只是後面訪視委員跟學生去實習後，回饋給我們，作後續實習部分的滾動式修正。	藥廠場域申請及師資認證部分提報後續滾動式修正。
11	○○○○○○	藥廠及社區藥局等用 google 表單申請，且主動邀請各單位作調查，至於中醫療院所，只要符合資格者趕快公告，就不必再後續申請即可，讓實習場域能最大化。	實習場域申請流程已簡化程序，除必備之申請書及中藥實習證書影本外，免附查核照片，並提供線上申請方式 https://forms.gle/qGTmR6HjEC59uyfb9 後續公告於官網
12	○○○○○○	由於要修夠學分才能實習，若畢業才修夠，那畢業後的實習要怎麼處理？	畢業後由執業地點的地方公會處理，希望地方公會與藥學系配合分配。

111 年度「中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」講師共識會議紀錄

日　　期：111 年 3 月 11 日(星期五) 12:30

地　　點：線上視訊會議(使用 CISCO 思科 Webex 軟體)

主　　席：黃○○

出席人員：王○○、王○○、林○○、郭○○、陳○○、雷○○、楊○○、楊○○、蔡○○、蕭○○、簡○○

列席人員：陳○○、林○○

記錄：郭○○

會議程序：

一、 討論事項：

案由一、有關 111 年中藥實習師資培訓課程內容及時程，提請討論。

說　明：

1. 本次培訓主題及講義原則上沿用 110 年研習課程之內容，如有建議或欲修正還請提出。
2. 本次培訓上課時間原訂為第一梯次 4/23(六)-4/24(日)，第二梯次 5/21(六)-5/22(日)，第三梯次 6/25(六)- 6/26(日)，由於第三梯次 6/26(日)與全聯會大型活動撞期，配合場地因素，第三梯次將改為 7/2(六)-7/3(日)。
3. 礙於疫情關係，第二天之實體課程改由線上視訊。

決　議：

1. 請將去年課程後學員回饋課程意見整理一份給講師做課程修正參考；此次課程後課程滿意度調查也加入 google 表單蒐集問題與建議。

2. 上課日期第三梯次照案通過。

3. 此次課程希望能擴大培訓中藥實習師資，實體課程礙於舉辦地點因素影響非舉辦地以外地區人員參與，且為增加製藥廠及中藥販賣商等單位於假日參與師資培訓課程的意願以及疫情因素，故改為線上

視訊課程。

4. 之後實體課程的規劃，課程分為共同課程(上半天)與進階課程(下半天，依執業場域做區分)，時長為 100 分鐘內，20-30 分鐘課程講習，其他時間為分組實做討論，課程人數上限為 50 人，分為五組，每組 10 人，小組輔導員以每組 1 人或全場 2-3 人為原則，如無輔導員則可用軟體或設備輔助。

二、 臨時動議：

案由一：培訓課程擴大宣傳，提案討論。

說　明：為增加製藥廠及中藥販賣商等參與師資培訓課程，需發公文或訊息給中藥 GMP 藥廠、中華民國中藥商業同業公會全國聯合會、臺灣製藥工業同業公會、臺灣中藥工業同業公會。

決　議：請全聯會整理相關名單後發文通知。

案由二：培訓課程非藥師人員參與，提案討論。

說　明：為增加製藥廠及中藥販賣商等非藥師人員參與師資培訓課程，經各大藥學系及地方公會推薦，得參與培訓成為種子教師，日後相關規定滾動修正時提出討論修正非藥師人員取得正式師資資格。

決　議：照案通過。

三、 散會：14:00

111 年度「中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」遴選小組會議紀錄

日期：111 年 3 月 29 日(星期二) 10:00

地點：線上視訊(使用 google meet)

主席：黃○○

出席人員：李○○、吳○○、李○○、涂○○、陳○○、楊○○、楊○○、蔡○○、簡○○、蕭○○(敬稱略，依筆畫排列)

列席人員：賴○○、林○○、陳○○、林○○、郭○○

記錄：郭○○

會議程序：

一、 討論事項：

案由一、有關 111 年中藥實習場所遴選委員聘任，提請討論。

說　明：

1. 依據「中藥實習場所遴選要點」遴選小組負責敦聘學界、中醫藥或相關場域專家擔任遴選委員。
2. 本會已發函請公會及各大藥學系於 2/25 前推薦遴選委員名單如附件。
3. 為了能順利推動中藥實習場所遴選，遴選小組成員、臺灣製藥工業同業公會周○○副主任委員、臺灣中藥工業同業公會陳○○常務理事、康是美藥局總公司督導張○○藥師也擔任遴選委員。

決　議：照案通過。如各位小組成員為求遴選工作推動順利進行，欲增聘遴選委員，新增聘之遴選委員於第二梯次遴選前再召開共識會議。

案由二、有關 111 年中藥實習場所遴選委員分組及組長派任，提請討論。

說　明：本次中藥實習場所遴選委員名單詳如附件，以代表場域作區

分組別，如有建議或欲修正還請提出。

決　議：

1. 各遴選場域召集人如下：

中醫療院所場域-蔡○○主任

社區藥局場域-蕭○○藥師

中藥販賣業場域-涂○○藥師

中藥製藥廠場域-簡○○副總經理

2. 為避免遴選委員舟車勞頓，以所屬區域劃分，召集人協調與遴選委員及藥師公會全聯會實地查核之時程安排。

案由三、有關 111 年中藥實習場所遴選申請，藥廠單位申請流程簡化，提請討論。

說　明：本次中藥實習場所遴選為增加藥廠端申請意願，簡化申請流程，如有建議或欲修正還請提出。

決　議：由簡○○副總經理統籌修正中藥製藥廠端的遴選基準表及簡化申請流程，並提後續滾動式修正。

案由四、有關 111 年中藥實習場所遴選執行替代方案，提請討論。

說　明：為使偏鄉區域不利查核的問題及疫情考量影響下能順利推動場域遴選，尋求可行替代方案，如有建議還請提出。

決　議：在偏鄉及疫情考量之不利查核之情況下，採用書面或線上訪談的方式進行場域遴選。

二、 臨時動議：

案　由：有關 111 年度中藥實習場所遴選實地訪查委員共識會議之遴選標準報告，提請討論。

決　議：

1. 實地訪查前一個月至 14 天，由主辦單位陸續通知受訪機構實地訪查日期，並於 7 個工作天前再次提醒受訪機構。

2. 中藥實習場所遴選要點規定實地訪視委員 3 人一組，為保留實地訪視作業之彈性，建議修正以實習場域之遴選委員代表及區域遴選委員代表 2 至 3 人為基準。

3. 訪查委員彙整訪查結果，並視需求召開評定會議。
4. 有關中藥販賣業遴選基準之藥品管理部分：已拆裝飲片包裝都有標示中藥名及保存期限，中藥販賣業藥櫃儲藏不一定有標示的情況，由於藥品優良調劑作業準則有相關規定，故以宣導及協助中藥販賣業者建立相關概念為主，並由訪查委員帶回建議作後續滾動式修正。
5. 中藥製藥廠部分遴選項目之分類有疑義及建議新增之項目待後續滾動式修正，並請簡○○副總經理提供修正後的基準表作為參考。

三、 散會 下午 12:30

111 年度「中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」遴選委員共識會議紀錄

日期：111 年 3 月 31 日(星期四) 上午 10:00

地點：線上視訊(使用 CISCO 思科 Webex 軟體)

主席：黃○○

出席人員：李○○、吳○○、李○○、林○○、周○○、邱○○、姜○○、邱○○、涂○○、范○○、梁○○、陳○○、陳○○、陳○○、郭○○、黃○○、莊○○、張○○、陳○○、張○○、楊○○、楊○○、楊○○、蔡○○、賴○○、蔡○○、賴○○、謝○○、簡○○、蕭○○、羅○○ (敬稱略，依筆畫排列)

請假人員：王○○、李○○、林○○、林○○、林○○、莊○○、彭○○、賴○○(敬稱略，依筆畫排列)

列席人員：陳○○、林○○、郭○○

記錄：郭○○

會議程序：

一、　討論事項：

案由一：各場域查核重點事項，提請討論。

說　明：中藥實習場所遴選以遴選基準表為查核標準，請各場域分組之召集人報告該場域查核重點，以求評分標準一致，遴選分組及遴選基準表詳如附件一。

決　議：

1. **照案通過。**
2. **有關中藥不良反應通報系統的部份請全聯會整理成一個宣傳的教學單張，如有實習場域不清楚如何通報，即可提供給該場域張貼於明顯處。**
3. **評分表上的審查意見欄位希望能給委員蒐集遴選場域提供的意見或記錄該場域的教學特色，以利後續計畫修正及作為提供讓學生了解之參考。**

案由二、有關 111 年中藥實習場所遴選申請單位報名情況及其書面資料，提請討論。

說　明：本次中藥實習場所遴選主要以申請表為查核重點，申請狀況詳如附件二，如有建議或欲修正還請提出。

決　議：

1. **請全聯會開始著手安排委員實地遴選的期程，以便遴選委員能先安排時間及通知申請認證之場所單位。**
2. **關於社區連鎖藥局藥師可能面臨輪調不同分店之情況，有委員建議場域認證與師資認證分開，但礙於中藥實習場所遴選要點的規定，暫時仍採有師資才能提出場域遴選，若該場域具師資的藥師離職，再請儘快補上新訓師資以符合規定。**
3. **為求認證場域數量最大化，讓實習生能有場域實習，請全聯會徵詢中醫藥司之意見，建議可以先進行場域遴選認證，後面師資認證再補件。(經與中醫藥司聯繫，要點試行期間可以先進行場域遴選認證，於審查表上註明師資證明補件期限或已報名今年師資培訓課程場次，待符合完整資格後再授予場域認證證明)。**

二、　臨時動議：無。

三、　散會 下午 12：30

111 年度中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫專家學者會議紀錄

日期：111 年 10 月 24 日(星期一)14 時

地點：本會 6 樓會議室(台北市中山區民權東路一段 67 號 6 樓)

同步線上視訊會議進行

主席：黃○○協同主持人

實體出席：吳○○、李○○、商○○、莊○○

視訊出席：李○○、李○○、陳○○、陳○○、黃○○、張○○、郭○○、黃○○、楊○○、蔡○○、謝○○、簡○○(敬稱略，按姓氏筆畫排列)

實體列席：吳○○、陳○○、嚴○○(敬稱略，按姓氏筆畫排列)

視訊列席：林○○、周○○、姜○○、陳○○、郭○○、張○○、鄭○○(敬稱略，按姓氏筆畫排列)

中醫藥司視訊列席：蔡○○簡任技正、林○○技正、曾○○技士

紀錄：郭○○

一、 主席致詞：略

二、 報告事項：略

三、 討論事項：

案由一、有關修正「藥學教育中藥實習辦法」，提請討論。

說　明：

1. 前揭經「110 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」專學者會議通過後，111 年計畫依照前述辦法推動中藥實習，彙整相關建議進行修正。
2. 新增第捌條協同實習訓練及第拾貳條畢業後實習條文，修正條文對照表(P.4-9)及修正後條文內容(P.10-14)請參考附件一。

決　議：

1. 有關第捌條協同實習訓練暫不決議，請參考 PGY 聯合訓練

之規定擬定條文，並考量主訓單位及協同單位定位及權責劃分，待三會協商會議取得共識後再做修正，並建議將地方藥師公會也納入合作訓練範圍。

2. 第壹拾貳條學生畢業後實習條文，有關藥學生實習權責劃分，決議畢業前實習由學校辦理，畢業後則交由地方公會辦理，擬建議由中醫藥司修正「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」後再做修正。(經與會人員表決：1.提議畢業前後皆由學校負責—2 票。2.畢業前實習由學校負責，畢業後則交由地方公會負責兩者提出表決—9 票)

案由二、有關修正「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」以及「中藥實習場所遴選要點」，提請討論。

說　明：

1. 前揭經「110 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」專家學者會議通過後，111 年計畫依照前述要點推動師資培訓及場域遴選，彙整相關建議進行修正。
2. 「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」新增展延累積積分條件及附表，修正條文對照表(P.15-17)及修正後條文內容(P.18-27)請參考附件二。
3. 「中藥實習場所遴選要點」修正條文對照表(P.28-37)及修正後條文內容(P.38-48)請參考附件三。

決　議：

1.「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」第柒條第 4 項，決議修正為「中藥不良反應通報，一件核計 0.1 點。最高上限為 1 點。」(經與會人員表決：1.照案通過—5 票。2.修正只留中藥不良反應通報—5 票。3.不新增條目—3 票，前兩項票數相同，經主席裁示只留中藥不良反應通報。)

2.「中藥實習場所遴選要點」第參條修正為「……進行實地查核，若因疫情或偏遠地區需要得線上訪查或書面審查。」，偏遠地區認定以衛福部公布之標準為主。

3.「中藥實習場所遴選要點」第拾壹條第一項修正為「……指導實習生相關證明文件（如學校提供之指導實習時數證明或可計算實習時數之合約書影本）……」，第二項展延條件比照師資培訓之資格展延敘述進行修正。

4. 其餘修正條文照案通過。

5.「中藥實習場所遴選基準」中醫醫療院所、社區藥局及中藥販賣業中藥品管理條目內「已拆裝的藥品包裝標示中藥名及保存期限」不修正，中藥製藥廠專業服務條目中「具有化學或微生物檢驗能力。」改為非必要條件，其餘項目照案通過，並注意優良藥品調劑作業準則之修正，以作為後續再修正之參考。

案由三、有關「畢業後藥師中藥實習規定」草案，提請討論。

說　明：為使畢業後藥師中藥實習制度完善，保障藥師之中藥實習權益，研擬「畢業後藥師中藥實習規定」(P.49-50)，內容請參考附件四。

決　議：**學生畢業後實習，決議畢業前實習由學校辦理，畢業後則交由地方公會辦理，擬建議由中醫藥司修正「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」後再進行討論。**

四、 臨時動議：

案由一、有關中藥實習場所一覽表內部分醫療院所拒收中藥實習生乙案，提請討論。

說　明：

1. 中藥實習可內含於其他實習中，故中藥實習 80 小時可內含於原 640 小時醫院藥師實習之中，部分學校於聯絡中醫醫療院所時，發生部分醫療院所以醫院藥師實習 640 小時無法將中藥實習時數滿足 80 小時拒絕收中藥實習生之情況。
2. 藥學教育中藥實習辦法之第捌條協同實習訓練可解決部分實習場域中藥實習課程之不足，然而仍需提高這些醫療院所收實習生之意願，懇請與會者提供意見。

決　議：**如有藥學系遇到類似情況，請將拒收之醫療院所名單交給全聯會，彙整後再提交給台灣臨床藥學會，由台灣臨床藥學會對此進行了解，並鼓勵與輔導這些醫療院所收中藥實習生。**

案由二、有關社區藥局實習內含中藥實習之時數上限乙案，提請討論。

說　明：中藥實習可內含於其他實習中，部分地方公會希望社區藥局實習能內含中藥實習，關於內含時數上限之制定，懇請與會者提供意見。

決　議：**有關社區藥局內含時數上限，決議時數限制以實習總時數的四分之一為原則，並行文給台灣藥學會及地方公會。(經與會人員表決：1.實習總時數的四分之一—7 票。2.實習總時數的二分之一—3 票。)**

案由三、有關將師生比由 1：2 提高至 1：4 乙案，提請討論。

說　明：部分學校於送實習生至實習單位實習時，發現到有實習單位雖有多個指導師資可收實習生，但實際上個別實習指導教師會帶到 4 個實習生的情況，基於增加實習生進行中藥實習之機會，如在藥師能力所及的情況下，希望將師生比由 1：2 提高至 1：4。

決　議：**決議師生比由 1：2 放寬至 1：4，並修正藥學教育中藥實習辦法。(經與會人員表決：1.維持 1：2—3 票。2.放寬至 1：4—6 票。)**

案由四、有關放寬師資資格限制，增加實習場域乙案，提請討論。

說　明：有學校反應依照中藥實習一覽表去聯絡實習單位，部分實習單位收實習生意願不高，提議是否將有上過中藥實習指導教師培訓課程但未具藥師資格，已確定要收實習生之中藥商或中藥製藥廠，經藥學系或地方公會推薦，得以納入場域遴選資格，經遴選通過後取得收實習生之資格，增加實習場域。

決　議：**有關放寬師資資格限制，待三會協商會議取得共識後再做修正。**

五、 散會：17：35

附件一、藥學教育中藥實習辦法修正條文對照表

藥學教育中藥實習辦法修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
柒、實習場所選定與容額 一、實習場所內需有一人(含)以上具有效中藥實習指導教師資格，且具以下條件之一，得成為中藥實習場所: (一)中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所，認證年限依核發單位公告為準。 (二)通過「中藥實習場所遴選要點」遴選合格之中醫醫療院所、社區藥局、中藥販賣業或中藥製藥廠。 二、實習容額 (一)中藥實習場所招收人數以實習指導教師與實習生人數比例(師生比)1:2為原則，最高可至1：4。 (二)全國中藥實習場所名單由遴選主辦單位提供台	柒、實習場所選定與容額 一、實習場所內需有一人(含)以上具有效中藥實習指導教師資格，且具以下條件之一，得成為中藥實習場所: (一)中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所，認證年限依核發單位公告為準。 (二)通過「中藥實習場所遴選要點」遴選合格之中醫醫療院所、社區藥局、中藥販賣業或中藥製藥廠。 二、實習容額 (一)中藥實習場所招收人數以實習指導教師與實習生人數比例(師生比)1:2為原則。 (二)全國中藥實習場所名單由遴選主辦單位提供台	一、依臨時動議決議修正。

修正條文	現行條文	說明
灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會造冊管理，並每年提供給各大藥學院系及各地方藥師公會查詢。	灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會造冊管理，並每年提供給各大藥學院系及各地方藥師公會查詢。	

藥學教育中藥實習辦法

中華民國 109 年 11 月 23 日衛福部「109 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」第 2 次專家諮詢會議通過公布
中華民國 110 年 11 月 10 日衛福部「110 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」第 2 次專家諮詢會議修正公布
中華民國 111 年 10 月 24 日衛福部「111 年中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」專家學者會議修正公布

壹、前言

藥學教育在於培養藥學專業人才，而中藥相關教育規劃，對從事與全民健康相關之中藥製造、販賣、調劑、藥事服務和研究發展至為重要。中藥實習即為養成中藥專業技能與態度的實務訓練課程，更是培養兼具中西藥事服務專長藥師之基礎。

貳、背景說明

依據藥師法第 15 條規定，中藥製劑之製造、供應及調劑，除依藥事法有關規定辦理外，亦得經由修習中藥課程達適當標準之藥師為之；其標準由衛生福利部會同教育部定之。109 年 5 月 28 日衛生福利部會銜教育部以衛部中字第 1091860623 號及臺教高(五)字第 1090072630A 號令，發布修正「藥師從事中藥製劑之製造、供應及調劑須修習中藥課程標準」，要求中藥課程標準需納入 160 小時中藥實習，並改名為「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」，為此特別訂立本辦法，俾確保中藥實習之教學品質。

參、實習目標

連結藥師養成之中藥課程基礎與中藥執業知能為知識面，以藥材鑑別與炮製、中藥製造、販賣、調劑、管理及藥品交付等為技術面，遵循藥學倫理的工作態度與符合法規的專業表現為態度面，強化基本藥事照護能力、增加職場經驗、培養正確工作觀念與服務態度，並具備溝通協調能力，建立正確職業倫理。

肆、實習場所及時數

實習場所可為聘任中醫師或藥師執業之中醫醫療院所、中藥製藥廠、社

區藥局(兼營中藥)或中藥販賣業，實習時數累計至少 160 小時；實習場所不限一處，每一場所至少實習 80 小時。

伍、課程規劃

實習內容應包含下列該所屬場域規範項目，且至少規劃 60 小時，其他各項課程訓練時數可依各執業特色，彈性調整至每一場所規範時數至少 80 小時。

一、中醫醫療院所:中藥法規實務課程、中藥藥品管理課程、中藥飲片辨識實務、中藥處方調劑實務等項目。

二、中藥製藥廠:GMP 作業管理實務、品管實驗室作業實務、中藥品保作業實務、中藥法規藥品查驗實務等項目。

三、社區藥局:社區藥局經營管理與法規實務、中藥調劑或供應、中藥相關產品及健康諮詢、社區公共衛生及中藥藥事照護等項目。

四、中藥販賣業:中藥(材)之進口、批發與零售、中藥材之辨識與炮製、貯存、中藥販賣業經營管理與法規實務等項目。

陸、實習指導教師認定

一、 具下列資格之一者，得成為中藥實習指導教師：

(一) 取得衛生福利部委託辦理之相關單位核發之「中醫負責醫師訓練中藥學指導教師或臨床醫學指導教師」證書，資格效期與延續認定依核發證書單位公告辦法為準。

(二) 取得台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會核發之「中藥實習指導教師」證書，資格效期與延續認定依「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」為準。

二、 上開所列之指導教師證書須完成中醫負責醫師訓練指導教師培育課程或中藥實習指導教師培訓課程方能取得。中醫負責醫師訓練指導教師培育課程審查單位為台灣中醫醫學教育學會，中藥實習指導教師培訓課程由台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯

合會負責審查。

柒、實習場所選定與容額

一、實習場所內需有一人(含)以上具有效中藥實習指導教師資格，且具以下條件之一，得成為中藥實習場所:

(一) 中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所，認證年限依核發單位公告為準。

(二) 通過「中藥實習場所遴選要點」遴選合格之中醫醫療院所、社區藥局、中藥販賣業或中藥製藥廠。

二、實習容額

(一) 中藥實習場所招收人數以實習指導教師與實習生人數比例(師生比)1:2 為原則，最高可至 1：4。

(二) 全國中藥實習場所名單由遴選主辦單位提供台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會造冊管理，並每年提供給各大藥學院系及各地方藥師公會查詢。

捌、實習分發單位職責

一、確認中藥實習之實習生須至少完成「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」1/2 學分數為原則。

二、與實習場所在實習生實習前應完成實習合約簽訂，並要求實習場所應依實習合約內容確實履行。

三、應主動與中藥實習場所的實習指導教師聯繫，討論包括實習課程規劃、協調、評估與生活輔導等事宜。

四、需提供實習生基礎或職前訓練，使其了解實習計畫相關內容所需基本知能、技能、安全衛生、職業倫理道德、智財權及勞動權益，並提醒前往實習場所相關注意事項。

五、應進行實習場所訪視，分別和實習場所的指導教師及實習生進行面談，以瞭解實習生實際學習狀況，並適時給予關心及輔導。

六、協助遴選中藥實習場所，並核發中藥實習指導教師聘書。

七、須訂定相關實習成效考核及回饋機制。

玖、實習場所職責

一、落實勞動基準法、性別工作平等法、性騷擾防治法、職業安全衛生法等相關勞動法令，提供良好之實務學習及訓練環境。

二、指派中藥實習指導教師負責實習生之實務訓練及輔導。

三、接受實習分發單位指派人員訪視。

四、完成評量實習生之實習成績，並考量實習生之學習表現，給予獎勵或鼓勵。

五、瞭解與關心實習生的學習狀況，若實習生有異常或不適應，應該立即 通知實習分發單位。

壹拾、實習生職責

一、實習期間不可對外公開之事項，如病歷資料、內部作業資料、特殊製劑處方等，有保守機密之義務，尤其是「個資法」相關事項更要特別注意。

二、實習時間依實習場所規定，不可擅自要求更改。

三、實習期間不得遲到、早退，實習期間內需徵得單位主管同意方可離開實習場所。

四、儀容整潔及良好應對態度，並注意禮貌，遵從實習指導教師之指導。

五、愛惜公物，如電話、文具、紙張等不可作為私用，並隨時維護環境整潔。

六、實習期間必須在指導教師監督下作業，完成每一件交付工作。

七、未經許可切勿擅自破壞藥品包裝及飲片完整性。

八、實習場所之圖書及文獻資料欲借閱或影印，需先徵求實習指導教師之許可。

九、實習請假依實習場所規定辦理，如遇颱風，依人事行政局公告為之。

十、規定訓練時數不可短缺，請假事先核准，不足時數需補足實習時間。

十一、實習生在實習期間，如有損毀實習場所或第三人財物或其他損失，需負全部賠償之責。

壹拾壹、實習收費標準另訂之。

壹拾貳、 本辦法修訂需經中華民國藥師公會全國聯合會邀集相關專家召開會議通過後始得公布實施。

附件二、中藥實習指導教師培訓暨認證要點修正條文對照表

中藥實習指導教師培訓暨認證要點修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
柒、 中藥實習指導教師效期展延條件及流程： 一、 展延條件如下： (一) 四年認證效期內累積積分數達 8 點，積分核定包含以下方式： 1. 中藥實習指導教師指導每名實習生 80 小時以上核定積分為 3 點，指導 160 小時以上核定積分為 6 點。同一時段以指導不超過 2 名實習生為原則。 2. 擔任台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會認定之中藥實習指導教師培訓課程之講師，每場次每 50 分鐘核定積分為 3 點；因「中藥實習教案試作與討論課程」需要擔任課程輔導員，每場次每 25 分鐘核定積分為 1 點。 3. 參加提升教師教學能力課程，如:教學理論基礎、教學技巧、課程設計、教學科技應用、學習評估與回饋方法、學生輔導溝通技巧等，時數換算：課程時數比	柒、 中藥實習指導教師效期展延條件及流程： 一、 展延條件如下： (一) 四年認證效期內累積積分數達 8 點，積分核定包含以下方式： 1. 中藥實習指導教師指導每名實習生 80 小時以上核定積分為 3 點，指導 160 小時以上核定積分為 6 點。同一時段以指導不超過 2 名實習生為原則。 2. 擔任台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會認定之中藥實習指導教師培訓課程之講師，每場次每 50 分鐘核定積分為 3 點；因「中藥實習教案試作與討論課程」需要擔任課程輔導員，每場次每 25 分鐘核定積分為 1 點。 3. 參加提升教師教學能力課程，如:教學理論基礎、教學技巧、課程設計、教學科技應用、學習評估與回饋方法、學生輔導溝通技巧等，時數換算：課程時數比	因期中審查會議審查委員建議新增第 4 小項。

照藥事人員繼續教育課程，每 5 分鐘核計為 0.1 點。 4. 中藥不良反應通報，一件核計 0.1點。最高上限為1點。	照藥事人員繼續教育課程，每 5 分鐘核計為 0.1 點。	

新增附件及附表：

中藥實習指導教師資格展延認證申請表

一、申請人基本資料

編號 _____

姓名		身分證字號		性別	□男 □女
專業證書字號					
服務單位					
通訊地址/電話					
通訊資料 (個人 email 信箱/行動電話)					
中藥實習指導教師 證書字號					
持有認證效期	自___年___月___日起至___年___月___日				

§申請人已完成之積分資料

類別	申報積分	備註
1. 指導藥學生中藥實習		附表一
2. 擔任中藥實習指導教師培訓課程講師		附表二
3. 擔任中藥實習指導教師培訓課程輔導員		附表二

4. 參加中藥相關師資培訓研習會 (課程以提升教師教學能力課程為限，如:教學理論基礎、教學技巧、課程設計、教學科技應用、學習評估與回饋方法、學生輔導溝通技巧等)		附表三
5. 中藥不良反應通報件數(檢附衛生福利部中藥不良反應通報表)(新增)		附表四
合計_____點		

註：請填寫實際參與之項目。

附表四、中藥不良反應通報(新增)

通報日期(年/月/日)	通報藥物	通報案件描述	成案編號

中藥實習指導教師培訓暨認證要點

中華民國 109 年 11 月 23 日衛福部「109 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」第 2 次專家諮詢會議通過公布
中華民國 110 年 11 月 10 日衛福部「110 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」第 2 次專家諮詢會議修正公布
中華民國 111 年 10 月 24 日衛福部「111 年中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」專家學者會議修正公布

壹、前言：

為增進中藥實習指導教師教學熱忱與技能，提升不同場域實習教學品質與成效，特訂定中藥實習指導教師培訓暨認證要點(以下簡稱本要點)。

貳、具下列資格者，得申請中藥實習指導教師培訓：

於中醫醫療機構(含中藥局)、社區藥局(兼營中藥)、中藥製藥廠或中藥販賣業從事中醫藥相關業務滿兩年之藥師或中醫師，且具教學熱忱，有積極意願指導藥學實習者。

參、中藥實習指導教師培訓課程內容如下：

一、提升教師教學技能培育課程(400 分鐘)

(一) 教育理念或人文素養。

(二) 倫理與藥事相關法規。

(三) 教學技巧與評量。

(四) 溝通、諮詢及輔導。

(五) 藥品資訊之收集、分析與傳遞。

(六) 實習教學經驗分享。

二、中藥實習教案試作與討論課程(400 分鐘)

(一) 製作教案技巧。

(二) 教案試做(主題如中藥材辨識、中藥不良反應及不良品通報)。

(三) 教案演練。

(四) 實習教案探討與改進。

肆、 須完成「提升教師教學技能培育課程」以及「中藥實習教案試作與討論課程」，始為培訓合格之中藥實習指導教師。

伍、具下列條件之一者，得申請抵免部分訓練課程：

一、 已完成衛生福利部 110 年度「規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」中藥實習種子師資教學培訓課程者，得申請抵免「提升教師教學技能培育課程」以及「中藥實習教案試作與討論課程」。

二、 已取得醫院實習指導藥師資格或取得台灣藥學會所認證之社區藥局實習指導藥師資格者，且於認證資格效期內，得申請抵免「提升教師教學技能培育課程」。

陸、 完成本要點所定中藥實習指導教師培訓，經台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會認證其資格效期為四年，期滿當年度得檢具相關證明文件申請展延，每次展延四年。

柒、中藥實習指導教師效期展延條件及流程：

一、 展延條件如下：

(一) 四年認證效期內累積積分數達 8 點，積分核定包含以下方式：

1. 中藥實習指導教師指導每名實習生 80 小時以上核定積分為 3 點，指導 160 小時以上核定積分為 6 點。同一時段以指導不超過 2 名實習生為原則。
2. 擔任台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會認定之中藥實習指導教師培訓課程之講師，每場次每 50 分鐘核定積分為 3 點；因「中藥實習教案試作與討論課程」需要擔任課程輔導員，每場次每 25 分鐘核定積分為 1 點。
3. 參加提升教師教學能力課程，如:教學理論基礎、教學技巧、課程設計、教學科技應用、學習評估與回饋方法、學生輔導溝通技巧等，時數換算：課程時數比照藥事人員繼續教育課程，每 5 分鐘核計為 0.1 點。
4. 中藥不良反應通報，一件核計 0.1 點。最高上限為 1 點。

二、 展延流程如下：

(一) 申請者請填寫「實習指導教師資格展延認證申請表」(如附件

1)，並檢附持有之中藥實習指導教師證書影本，以及效期內積分數達 8 點之相關詳細資料(如學校提供之實習合約書影本、感謝狀影本或指導實習時數證明；擔任課程講師、課程輔導員課程表等)。

(二) 申請方式可由專人送達或郵寄(以郵戳為憑)，於每年四月底及十月底前送至台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會審查核發資格延續證書，逾期不受理。

捌、具下列資格之一者，開課前須填妥中藥實習指導教師培訓課程審查表(附件 2)先向台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會申請審核通過，得辦理中藥實習指導教師培訓課程：

一、藥學系。

二、藥師團體相關公學會。

三、中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院。

四、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會通過師資培育制度認證機構。

玖、具下列資格之一者，得擔任中藥實習指導教師培訓課程講師：

一、具有大專院校講師級以上資格之教師。

二、藥事執業資歷滿 6 年(含)以上且曾參與藥學實習指導並取得證書者。

三、中藥實習教案試作與討論課程需為中醫藥相關執業資歷滿 6 年(含)以上之藥師或中醫師或學校教授中藥學分資歷滿 6 年(含)以上之教師。

壹拾、本要點之教師培訓課程、認證及資格展延作業，由台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會辦理。

本要點修訂需經中華民國藥師公會全國聯合會邀集相關專家召開會議通過後始得公布實施。

附件一、中藥實習指導教師資格展延認證申請表

中藥實習指導教師資格展延認證申請表

一、申請人基本資料

編號 _____

姓名		身分證字號		性別	□男 □女
專業證書字號					
服務單位					
通訊地址/電話					
通訊資料 (個人 email 信箱/行動電話)					
中藥實習指導教師證書字號					
持有認證效期	自___年___月___日起至___年___月___日				

§申請人已完成之積分資料

類別	申報積分	備註
1. 指導藥學生中藥實習		附表一
2.擔任中藥實習指導教師培訓課程講師		附表二
3. 擔任中藥實習指導教師培訓課程輔導員		附表二
4. 參加中藥相關師資培訓研習會 (課程以提升教師教學能力課程為限，如:教學理論基礎、教學技巧、課程設計、教學科技應用、學習評估與回饋方法、學生輔導溝通技巧等)		附表三
5. 中藥不良反應通報件數(檢附衛生福利部中藥不良反應通報表)		附表四
合計_____點		

註：請填寫實際參與之項目。

附表一、指導藥學生中藥實習

實習生姓名/學號	學生所屬學校	實習起迄日期（年/月/日）	申報積分
合計_____點 _____小時			

附表二、中藥實習指導教師培訓研習會講師、輔導員

日期 (年/月/日)	區/場次	主題	申報積分
			□講師：_____ □輔導員：_____
			□講師：_____ □輔導員：_____
			□講師：_____ □輔導員：_____
			□講師：_____ □輔導員：_____
			□講師：_____ □輔導員：_____
			□講師：_____ □輔導員：_____
合計 _____點			

附表三、參加中藥相關師資培訓研討會

日期 (年/月/日)	研討會名稱	主題	主辦單位

附表四、中藥不良反應通報(新增)

通報日期 (年/月/日)	通報藥物	通報案件描述	成案編號

附件二、中藥實習指導教師培訓課程審查表

中藥實習指導教師培訓課程審查表

送審單位						送件日期											
舉辦場次	□提升教師教學技能培育課程□中藥實習教案試作與討論課程																
舉辦場次																	
1.擔任課程講師之資格	課程講師名單 課程講師資格																
	具有大專院校講師級以上資格之教師																
	藥事執業資歷滿 6 年(含)以上且曾參與藥學實習指導並取得證書者																
	中醫藥相關執業資歷滿 6 年(含)以上之藥師或中醫師，或學校教授中藥學分資歷滿 6 年(含)以上之教師																
講師資格審查通過與否(是/否)																	

通過與否		是	否	課程主題	時間 （分鐘/時數）
2.培訓內容涵蓋	提升教師教學技能培育課程(400 分鐘) (一)教育理念或人文素養 (二)倫理與藥事相關法規 (三)教學技巧與評量 (四)溝通、諮詢及輔導 (五)藥品資訊之收集、分析與傳遞 (六)實習教學經驗分享				
	中藥實習教案試作與討論課程(400 分鐘) (一)製作教案技巧 (二)教案試做(主題如中藥材辨識、中藥不良反應及不良品通報) (三)教案演練 (四)實習教案探討與改進				
審查結果: □通過□不通過					
綜合意見:					

附件三、中藥實習場所遴選要點修正條文對照表

中藥實習場所遴選要點修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
參、遴選小組： 由主辦單位召集全國各大藥學院系及各地方藥師公會成立「中藥實習場所遴選小組」執行。遴選小組負責敦聘學界、中醫藥或相關場域專家擔任遴選委員，以2至3位委員為一組，並由委員中遴選一位擔任召集委員，進行實地查核，若因疫情或偏遠地區需要得線上訪查或書面審查。	參、遴選小組： 由主辦單位召集全國各大藥學院系及各地方藥師公會成立「中藥實習場所遴選小組」執行。遴選小組負責敦聘學界、中醫藥或相關場域專家擔任遴選委員，以3位委員為一組，並由委員中遴選一位擔任召集委員，進行實地查核。	遴選委員共識會決議因應疫情、偏遠地區需要修正
捌、遴選方式 一、依本要點之規定，初審各申請場所之資料，經初審不合申請者，則由主辦單位通知場所，不再進行委員審查。	捌、遴選方式 一、依本要點之規定，初審各申請場所之資料，經初審不合申請者，則由主辦單位通知場所，不再進行實地查核。	遴選委員共識會修正審查方式敘述修正，並修正通知日程

修正條文	現行條文	說明
二、中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所且在效期內，得免進行委員審查。 三、委員審查 (一)經初審合格之院所，將由主辦單位於辦理實地查核或線上訪查日程前14個工作天通知受查場所。 (二)遴選委員依遴選基準進行查核。	二、中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所且在效期內，得免進行實地查核。 三、實地查核 (一)經初審合格之院所，將由主辦單位於實地查核日程前7個工作天通知受查場所。 (二)實地查核由遴選委員依遴選基準進行查核。	
壹拾、遴選結果 一、經遴選合格之場所，由主辦單位發給合格證明文件與個別建議事項，其資格有效期	壹拾、遴選結果 一、經遴選合格之場所，由主辦單位發給合格證明文件與個別建議事項，其資格有效期間為4年，期	修正展延申請及展延年限

修正條文	現行條文	說明
間為4年，期限屆滿前六個月內得申請展延；每次展延之有效期限為4年。	滿資格展延應遵循事項由主辦單位另訂之。	
拾壹、展延申請 一、合格之場所應於期限屆滿前六個月內填具展延申請書、具效期內中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書、指導藥學生中藥實習附表、指導實習生相關證明文件(如學校提供之指導實習時數證明或可計算實習時數之合約書影本)向主辦單位提送申請展延。 二、中藥實習場所效期展延條件如下：		一、新增展延申請條件。 二、原第拾壹條順延為第拾貳條

修正條文	現行條文	說明
四年認證效期內累積積分數達 8 點，積分核定包含以下方式：中藥實習指導教師指導每名實習生 80 小時以上核定積分為 3 點，指導 160 小時以上核定積分為 6 點，同一時段以指導不超過 4 名實習生為原則。如因特殊因素中斷執業，致無法於規定期限內達成資格展延之要求者，得於認證資格有效期間內提出延長認證效期之申請。但延長期間不得超過中斷執業期間。申請時須檢具相關證明文件，經審核通過後生效。若仍未補足者，視同重新申請。		

修正條文	現行條文	說明
三、主辦單位得依展延審查需求，要求其單位就中藥實習實施狀況提供必要資料或派員訪查申請展延之場所。		
拾貳、本要點修訂需經中華民國藥師公會全國聯合會邀集相關專家召開會議通過後始得公布實施。	拾壹、本要點修訂需經中華民國藥師公會全國聯合會邀集相關專家召開會議通過後始得公布實施。	一、條次變更 二、原拾壹條順延

遴選基準修正條文對照表

中醫醫療院所				
修正條文		現行條文		說明
	3 藥品管理 3-2 若有中成藥須以完整原包裝陳列及販售。	※	3 藥品管理 3-2 若有中成藥須以完整原包裝陳列及販售。	1. 本條改為非必要項目 2. 部分中藥局不一定有販賣中成藥，故遴選委員建議必要條件刪除

社區藥局				
修正條文		現行條文		說明
		※	3藥品管理 3-3成藥須以完整原包裝陳列及販售。	敘述容易造成疑義，依遴選委員建議刪除
※	3藥品管理 3-3 無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。	※	3藥品管理 3-4 無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。	原3-3刪除，3-4往前遞補
※	3藥品管理 3-4 藥局確實實施藥品優良調劑作業準則。	※	3藥品管理 3-5 藥局確實實施藥品優良調劑作業準則。	原3-3刪除，3-5往前遞補
	3 藥品管理 3-5 對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。			期中報告審查委員建議新增
※	5 教學條件 5-3 指導教師具有教導學生如何搜尋中藥相關資料的能力。	※	5 教學條件 5-3 備有電腦、軟硬體、藥學相關書籍及資訊查詢設施。	審查委員提議由於現在學生都有手機平板等能查詢資料，電腦及書籍等硬體不一定必須要具備，只要藥師具有教導學生如何搜尋資料的能力即可

中藥販賣業				
修正條文		現行條文		說明
	3藥品管理 3-5對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。			期中報告審查委員建議新增
※	5教學條件 5-5指導教師具有教導學生如何搜尋中藥相關資料的能力。	※	5教學條件 5-5備有中藥相關資訊查詢設施。	審查委員提議由於現在學生都有手機平板等能查詢資料，電腦及書籍等硬體不一定必須要具備，只要藥師具有教導學生如何搜尋資料的能力即可

中藥製藥廠				
修正條文		現行條文		說明
※	1 組織管理 1-2 提供相關製造證明文件。			遴選委員建議新增，檢具工廠登記編號函文
※	1 組織管理 1-3 符合 GMP 相關規範。	※	2 設施管理 2-1 符合 GMP 相關規範。	遴選委員依據大項目之性質建議移至組織管理項目
※	2 設施管理 2-1 生產設施設備管理系統			原條文項目移動，遴選委員依據設施管理之性質建議新增
※	2 設施管理 2-2 倉儲設施設備管理系統	※	2 設施管理 2-2 提供相關查驗合格證明文件。	設施管理應以製藥廠內設施為主，遴選委員建議修正
	2 設施管理 2-3 實驗室或品管之設施設備管理系統		2 設施管理 2-3 實習場所之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。	設施管理應以製藥廠內設施為主，遴選委員建議修正
	2 設施管理 2-4 研發設施設備管理系統			設施管理以製藥廠內設施為主，遴選委員建議新增
※	3 藥品管理 3-2 再製品及半成品保存得宜。			設施管理以製藥廠內設施為主，遴選委員建議新增
※	3 藥品管理 3-3 成品保存得宜。			設施管理以製藥廠內設施為主，遴選委員建議新增
	3 藥品管理 3-4 中藥毒劇藥品管理得宜。	※	3 藥品管理 3-2 毒劇藥品管理得宜。	1. 本條改為非必要項目 2. 部分製藥廠不一定有毒劇藥品，故遴選委員建議必要條件刪除
	3 藥品管理 3-5 一般試藥、管制藥品、危害性化學品、優先管理化學品、毒性及關注化學物質、先驅化學品、標準品、菌種等管理得宜。			基於中藥製藥廠藥品管理項目之性質，遴選委員建議新增
	3 藥品管理 3-6 對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。			期中報告審查委員建議新增
※	4 專業服務 4-1 具有生產中藥濃縮或傳統製劑之能力。	※	4 專業服務 4-1 具有中藥製劑之檢驗實務事實。	基於中藥製藥廠專業服務項目之性質，遴選委員建議修正
	4 專業服務	※	4 專業服務	基於中藥製藥廠專業服務項

中藥製藥廠				
修正條文		現行條文		說明
	4-2 具有化學或微生物檢驗能力。		4-2 確實實施藥品優良製造作業準則。	目之性質，遴選委員建議修正
※	4 專業服務 4-3 具有品質保證判定能力			基於中藥製藥廠專業服務項目之性質，遴選委員建議新增
※	4 專業服務 4-4 具有藥品查驗登記能力			基於中藥製藥廠專業服務項目之性質，遴選委員建議新增
	4 專業服務 4-5 具有生產中藥飲片、健康食品或保健食品等之能力。			基於中藥製藥廠專業服務項目之性質，遴選委員建議新增
	4 專業服務 4-6 具有產品研發能力			基於中藥製藥廠專業服務項目之性質，遴選委員建議新增
			5 教學條件 5-1 生產之產品品項足以提供實習生充份學習。類別如處方藥、指示藥、成藥、保健食品或中藥飲片等。	遴選委員建議刪除
※	5 教學條件 5-1 具有實習生學習之基本活動空間。		5 教學條件 5-2 中藥廠具有實習生學習之基本活動空間。	原5-1刪除，5-2往前遞補
※	5 教學條件 5-2 備有中醫藥相關參考書籍可供人員查詢			遴選委員建議新增
	5 教學條件 5-3 具有網路學習平台或網路教學資源，可供受訓學生操作。	※	5 教學條件 5-3 備有藥學相關資訊查詢設施。	遴選委員建議修正
	5 教學條件 5-4 具有實習教學計劃			遴選委員建議新增

附件新增與修正：

中藥實習場所遴選申請表(修正)

111 年 10 月 24 修正

<table>
<tr><td rowspan="4">基本資料</td><td>申請單位名稱</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>指導教師</td><td colspan="2"></td><td>指導教師證書字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>聯絡人</td><td></td><td>連絡電話</td><td></td><td>Email</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">符合條件</td></tr>
<tr><td colspan="2">中醫醫療院所
具有下列選項任一條件
□中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院(免實地查核)
□或中醫醫院評鑑合格之醫院
(免實地查核)
□或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所且在效期內(免實地查核)
□或具有執業登記之中醫醫療院所</td><td>社區藥局
□藥局須於各縣市登錄中藥執業</td><td colspan="2">中藥販賣業
□ 須於各縣市登記取得中藥販賣業藥商許可執照，或於各縣市登錄中藥執業
具有下列選項任一條件
□傳統中藥材炮製技藝(處理、加工)
□或中藥材鑑別、儲備與管理
□或具傳統中藥調配技藝(丸、散、膏、丹或煎藥)</td><td colspan="2">中藥製藥廠
□衛生福利部公告之中藥GMP藥廠
□製造生產傳統製劑或濃縮製劑等劑型</td></tr>
<tr><td colspan="2">實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書
□臨床醫學指導教學資格證書</td><td>實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書</td><td colspan="2">實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師
□臨床醫學指導教學資格證書</td><td colspan="2">實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師
□臨床醫學指導教學資格證書</td></tr>
<tr><td colspan="7">□最近兩年內實習場所無與實習相關之衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分。</td></tr>
</table>

附件三、中藥實習場所資格展延認證申請表(新增)

中藥實習場所資格展延認證申請表(新增)

實習場域字號：中藥實場字第_____號

申請單位名稱					
地址					
聯絡人		連絡電話		Email	
持有認證效期		自___年___月___日起至___年___月___日			
應檢具之文件		注意事項			
□1.具效期內中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書		請檢具最新證明文件影本。			
□2.指導藥學生中藥實習附表		請提供附表1內容。			
□3.指導實習生相關證明文件		如學校提供之指導實習時數證明或可計算實習時數之合約書影本			

附表一、指導藥學生中藥實習(新增)

實習生姓名/學號	學生所屬學校	實習起迄日期（年/月/日）

中藥實習場所遴選要點

中華民國 109 年 11 月 23 日衛福部「109 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」第 2 次專家諮詢會議通過公布
中華民國 110 年 11 月 10 日衛福部「110 年度規劃藥學教育中藥實習制度及師資培訓計畫」第 2 次專家諮詢會議修正公布
中華民國 111 年 10 月 24 日衛福部「111 年度中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」專家學者會議修正公布

壹、 遴選目的：

國內中藥藥學教育，在藥學人才培育所涵蓋之實務訓練，除醫療院所之外，社區藥局、中藥販賣業以及中藥製藥廠也日漸受到關注，並納入實習課程。為完備各類中藥實習教學環境，提供各校藥學系學生作為中藥實習場所，特辦理此遴選作業。

貳、主辦單位：中華民國藥師公會全國聯合會

參、遴選小組：

由主辦單位召集全國各大藥學院系及各地方藥師公會成立「中藥實習場所遴選小組」執行。遴選小組負責敦聘學界、中醫藥或相關場域專家擔任遴選委員，以 2 至 3 位委員為一組，並由委員中遴選一位擔任召集委員，進行實地查核，若因疫情或偏遠地區需要得線上訪查或書面審查。

肆、申請資格：

一、中醫醫療院所須同時符合所列條件，始得提出申請：

(一) 具有執業登記之中醫醫療院所；

(二) 最近兩年內無與實習相關之衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分；

(三) 須具有一人以上領有有效中藥實習指導教師資格證書、中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師或臨床醫學指導教師資格證書。

二、社區藥局須同時符合所列條件，始得提出申請：

(一) 藥局須於各縣市登錄中藥執業；

(二) 最近兩年內無與實習相關之衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分；

(三) 須具有一人以上領有有效中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書。

三、中藥販賣業須同時符合所列條件，始得提出申請：

(一) 須於各縣市登記取得中藥販賣業藥商許可執照，或於各縣市登錄中藥執業；

(二) 具傳統中藥材炮製技藝(處理、加工)，或中藥材鑑別、儲備與管理，或具傳統中藥調配技藝(丸、散、膏、丹或煎藥)；

(三) 最近兩年內無與實習相關之衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分；

(四) 須具有一人以上領有有效中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書或臨床醫學指導教師資格證書。

四、中藥製藥廠須同時符合所列條件，始得提出申請：

(一) 衛生福利部公告之中藥 GMP 藥廠；

(二) 製造生產傳統製劑或濃縮製劑等劑型；

(三) 最近兩年內無與實習相關之衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分；

(四) 須具有一人以上領有有效中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書或臨床醫學指導教師資格證書。

伍、遴選內容：

依「中藥實習場所遴選基準」(以下簡稱遴選基準，附件一)所列條文及評量項目辦理。

陸、申請表件：

於本要點申請期限截止前，由申請場所至主辦單位下載遴選基準(附件一)及遴選申請表(附件二)。

柒、遴選申請程序

申請日期由主辦單位公告，請欲申請之單位於前述期間內，檢附申請表及所列之資格證明文件與該場域評量表各一式一份，向主辦單位提出

申請。申請方式可由專人送達或郵寄(以郵戳為憑)至主辦單位，另請mail一份電子檔至 **ftpa02@taiwan-pharma.org.tw**，逾期不受理。

捌、遴選方式

一、依本要點之規定，初審各申請場所之資料，經初審不合申請者，則由主辦單位通知場所，不再進行委員審查。

二、中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所且在效期內，得免進行委員審查。

三、委員審查

(一) 經初審合格之院所，將由主辦單位於辦理實地查核或線上訪查日程前14個工作天通知受查場所。

(二) 遴選委員依遴選基準進行查核。

玖、遴選合格標準：

一、遴選基準共分為組織管理、設施管理、藥品管理、專業服務、教學條件，評分方式分為「符合」及「不符合」兩等級，評量結果達基準「符合項目」所列各項規定者，該條文始為「符合」。

二、結果評定：

(一) 合格：遴選基準中※必要項目審查均達「符合」，且於組織管理、設施管理、藥品管理、專業服務、教學條件任一部分之項目「符合」比例達70%以上即為審核通過。

(二) 不合格：若有任一必要項目「不符合」，或於組織管理、設施管理、藥品管理、專業服務、教學條件任一部分之項目「符合」比例未達70%以上則視為不合格；可申請覆核(僅限一次)，覆核後均達「符合」者，即為覆核通過。

壹拾、 遴選結果

一、 經遴選合格之場所，由主辦單位發給合格證明文件與個別建議事項，其資格有效期間為4年，期限屆滿前六個月內得申請展延；每次展延之有效期限為4年。

二、 合格場所在有效期限內，如發生重大違法事件，得廢止其遴選合

格資格。所稱發生重大違法事件之處理與認定，得由主辦單位組成審查小組辦理。

三、 合格實習場所名單同步在衛生福利部或中華民國藥師公會全國聯合會網站上公告查詢。

壹拾壹、展延申請

一、 合格之場所應於期限屆滿前六個月內填具展延申請書、具效期內中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書、指導藥學生中藥實習附表、指導實習生相關證明文件如學校提供之指導實習時數證明或可計算實習時數之合約書影本)向主辦單位提送申請展延。

二、 中藥實習場所效期展延條件如下：四年認證效期內累積積分數達 8 點，積分核定包含以下方式：中藥實習指導教師指導每名實習生 80 小時以上核定積分為 3 點，指導 160 小時以上核定積分為 6 點，同一時段以指導不超過 4 名實習生為原則。如因特殊因素中斷執業，致無法於規定期限內達成資格展延之要求者，得於認證資格有效期間內提出延長認證效期之申請。但延長期間不得超過中斷執業期間。申請時須檢具相關證明文件，經審核通過後生效。若仍未補足者，視同重新申請。

三、 主辦單位得依展延審查需求，要求其單位就中藥實習實施狀況提供必要資料或派員訪查申請展延之場所。

壹拾貳、本要點修訂需經中華民國藥師公會全國聯合會邀集相關專家召開會議通過後始得公布實施。

附件一、中醫醫療院所實習場所遴選基準

中醫醫療院所實習場所遴選基準		
組織管理	※	場所內至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。
	※	調劑處所與其他作業處所明顯區隔。
	※	機構有安排人員教育訓學活動，且執行良好。
		能適時且正確而有效地傳達訊息給相關人員（含受訓學生、指導教師及訓練機構等）。
		訂有補助或獎勵教師教學辦法或措施。
		教師有實際執行或參與提升教學能力之相關課程。
設施管理	※	藥局內保持清潔整齊明亮，執業處所內不放置雜物，不張貼誇大不實之海報廣告。
	※	調劑處所依需要設置藥品冷藏冰箱，不存放食物並保持整潔，其內應置溫度計且有溫度紀錄。
	※	合適的衛生設備，並有病人與員工安全防護措施。
		藥局之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。
		調劑設備和儀器訂有作業指引與保養維修清潔紀錄。
		藥局內放置有衛教資訊或健康資訊提供民眾參考。
藥品管理	※	藥品保存得宜，所有藥品都有適當的儲存環境(含溫濕度)。
		若有中成藥須以完整原包裝陳列及販售。
	※	無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。
	※	已拆裝的藥品包裝都有標示中藥名及保存日期
	※	對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。
		訂定藥品採購驗收標準作業程序。
專業服務	※	調劑中藥製劑或中藥材飲片。
	※	藥事人員交付藥品時有進行必要之用藥指導。
	※	處方箋與藥袋標示符合國內法規規定。
		有充足適量之處方箋，供實習生有效學習調劑作業。
		對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴訂有緊急應變機制。
教學條件	※	具有中藥材真偽鑑別教材。
		藥局具有實習生學習之基本活動空間。
	※	藥局內備有中醫藥相關參考書籍可供藥事人員查詢。
	※	具有網路學習平台或網路教學資源，可供受訓學生操作。

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

附件一、社區藥局實習場所遴選基準

社區藥局實習場所遴選基準		
組織管理	※	藥局內執業藥師至少有一名(含)以上具有實習指導較師資格認證。
	※	藥局執照掛於明顯處，便於民眾辨識。
	※	藥局執照內容與實際營業項目相符。
		藥事人員在執業中穿著工作服，並佩戴執業執照。
		調劑處所與其他作業處所明顯區隔。
設施管理	※	藥局內保持清潔整齊明亮，執業處所內不放置雜物，不張貼誇大不實之海報廣告。
	※	調劑處所依需要設置藥品冷藏冰箱，不存放食物並保持整潔，其內應置溫度計且有溫度紀錄。
	※	合適的衛生設備，並有病人與員工安全防護措施。
		藥局之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。
		藥局內放置有衛教資訊或健康資訊提供民眾參考。
藥品管理	※	藥品保存得宜。(所有藥品都有適當的儲存環境)
	※	已拆裝藥品有標示藥名、單位含量及保存日期
	※	無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。
	※	藥局確實實施藥品優良調劑作業準則。
		對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。
專業服務	※	藥事人員交付藥品時，有進行必要之用藥指導，並對於病人的自我照顧，提供適當的教育與諮詢服務。
	※	有執行中藥零售之事實。
		積極參與藥事照護服務或相關健康促進活動。
		藥局經營之產品品項足以提供實習生充份學習。類別包括處方藥、指示藥、中西成藥、醫療器材、保健食品或中藥飲片等。
教學條件	※	具有中藥材真偽鑑別教材。
		具有實習生學習之基本活動空間。
	※	藥師具有教導學生如何搜尋資料的能力。
	※	藥局內備有藥物治療相關參考書籍供藥事人員查詢。
		藥師具備其他專業認證，如：糖尿病衛教師、戒菸衛教師、氣喘衛教師、長照藥師資格等。
		提供實習生至上游中藥供貨商參訪。

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

附件一、中藥販賣業實習場所遴選基準

中藥販賣業實習場所遴選基準		
組織管理	※	場所內至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。
	※	藥商執照內容與實際營業項目相符，並且展示於明顯處，便於民眾辨識。
		調配處所與其他作業處所明顯區隔。
設施管理	※	工作環境應保持清潔整齊明亮，不放置雜物，不張貼誇大不實之海報廣告。
	※	調配處所依需要設置藥用冷藏冰箱,不存放食物並保持整潔。
		實習場所之整體功能可達到實習教學計畫與教材綱要的需求。
		放置有衛教資訊或健康資訊提供民眾參考。
藥品管理	※	中藥藥品保存得宜。(所有藥材都有適當的儲存環境)
	※	無不良中藥材之陳列或販售。
	※	已拆裝飲片包裝都有標示中藥名及保存日期
	※	無陳列或販售偽藥、禁藥及劣藥。
		對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。
專業服務	※	販賣人員交付中藥時(包括中藥材,不含毒劇中藥材或依固有成方調配而成之傳統丸、散、膏、丹、及煎藥，中成藥)，有進行必要之指導(注意事項及保存方法)。
	※	販賣中藥材飲片。
		具有中藥調配作業事實(丸、散、膏、丹及煎藥)。
		具有中藥炮製作業事實。
教學條件		經營之產品項目足以提供實習生充份學習。
	※	具有實習生學習之基本活動空間。
	※	具有中藥材真偽鑑別教材。
		店內有用藥衛教工具及文宣產品。
	※	指導教師具有教導學生如何搜尋中藥相關資料的能力。

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

附件一、中藥製藥廠實習場所遴選基準

中藥製藥廠實習場所遴選基準		
組織管理	※	場所內至少有一名(含)以上具有實習指導教師資格認證。
	※	提供相關製造證明文件。
	※	符合 GMP 相關規範。
設施管理	※	生產設施設備管理系統
	※	倉儲設施設備管理系統
		實驗室或品管之設施設備管理系統
		研發設施設備管理系統
藥品管理	※	中藥原料保存得宜。(原料都有依其特性保存在適當的儲存環境)
	※	再製品及半成品保存得宜。
	※	成品保存得宜。
		中藥毒劇藥品管理得宜。
		一般試藥、管制藥品、危害性化學品、優先管理化學品、毒性及關注化學物質、先驅化學品、標準品、菌種等管理得宜。
		對於中藥不良品與不良反應知道如何處理與通報。
專業服務	※	具有生產中藥濃縮或傳統製劑之能力。
		具有化學或微生物檢驗能力。
	※	具有品質保證判定能力
	※	具有藥品查驗登記能力
		具有生產中藥飲片、健康食品或保健食品等之能力。
		具有產品研發能力
教學條件	※	具有實習生學習之基本活動空間。
	※	備有中醫藥相關參考書籍可供人員查詢
		具有網路學習平台或網路教學資源，可供受訓學生操作。
		具有實習教學計劃

[註] 遴選基準※為必要項目，審查結果若判定「不符合」，即不予通過。

附件二、中藥實習場所遴選申請表

中藥實習場所遴選申請表

111 年 10 月 24 修正

<table>
<tr><td rowspan="5">基本資料</td><td colspan="2">申請單位名稱</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>指導教師</td><td colspan="2"></td><td>指導教師證書字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>聯絡人</td><td></td><td>連絡電話</td><td></td><td>Email</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">符合條件</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>中醫醫療院所</u>
具有下列選項任一條件
□中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院(免實地查核)
□或中醫醫院評鑑合格之醫院
(免實地查核)
□或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所且在效期內(免實地查核)
□或具有執業登記之中醫醫療院所</td><td><u>社區藥局</u>
□藥局須於各縣市登錄中藥執業</td><td colspan="2"><u>中藥販賣業</u>
□ 須於各縣市登記取得中藥販賣業藥商許可執照，或於各縣市登錄中藥執業
具有下列選項任一條件
□傳統中藥材炮製技藝(處理、加工)
□或中藥材鑑別、儲備與管理
□或具傳統中藥調配技藝(丸、散、膏、丹或煎藥)</td><td colspan="2"><u>中藥製藥廠</u>
□衛生福利部公告之中藥GMP藥廠
□製造生產傳統製劑或濃縮製劑等劑型</td></tr>
<tr><td colspan="2">實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書
□臨床醫學指導教學資格證書</td><td>實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書</td><td colspan="2">實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師
□臨床醫學指導教學資格證書</td><td colspan="2">實習場所內須具有一人以上領有有效之：
□中藥實習指導教師資格證書
□中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師
□臨床醫學指導教學資格證書</td></tr>
<tr><td colspan="6">□最近兩年內實習場所無與實習相關之衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分。</td></tr>
</table>

附件三、中藥實習場所資格展延認證申請表

中藥實習場所資格展延認證申請表

實習場域字號：中藥實場字第_____號

<table>
<tr><td colspan="2">申請單位名稱</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>聯絡人</td><td></td><td>連絡電話</td><td></td><td>Email</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">持有認證效期</td><td colspan="4">自___年___月___日起至___年___月___日</td></tr>
<tr><td colspan="2">應檢具之文件</td><td colspan="4">注意事項</td></tr>
<tr><td colspan="2">□1.具效期內中藥實習指導教師資格證書或中醫負責醫師訓練之中藥學指導教師資格證書</td><td colspan="4">請檢具最新證明文件影本。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□2.指導藥學生中藥實習附表</td><td colspan="4">請提供附表1內容。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□3.指導實習生相關證明文件</td><td colspan="4">如學校提供之指導實習時數證明或可計算實習時數之合約書影本</td></tr>
</table>

附表一、指導藥學生中藥實習

實習生姓名/學號	學生所屬學校	實習起迄日期（年/月/日）

附件二、111 年指導教師訓課程完訓名單

111 年中藥實習指導教師培訓課程第一批次完訓名單							
項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
1	○○○		國軍高雄總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111001 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
2	○○○		臺北榮民總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111002 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
3	○○○		診所	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111003 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
4	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111004 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
5	○○○		安欣藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111005 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
6	○○○		明通化學製藥股份有限公司第二廠	中藥製藥廠	中藥實字第 111006 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
7	○○○		中港大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111007 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
8	○○○		元春中西藥師藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111008 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
9	○○○		勝義中醫診所	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111009 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
10	○○○		國立陽明交通大學附設醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111010 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
11	○○○		高雄醫學大學附設醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111011 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
12	○○○		長幼藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111012 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
13	○○○		宗穎藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111013 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
14	○○○		土城長庚	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111014 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
15	○○○		西屯青育藥師藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111015 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
16	○○○		國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111016 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
17	○○○		英祥藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111017 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
18	○○○		優之堡生技製藥股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111018 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
19	○○○		長映藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111019 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
20	○○○		惠邁健保藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111020 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
21	○○○		萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111021 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會

111年中藥實習指導教師培訓課程第一批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
22	○○○		高雄醫學大學	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111022 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
23	○○○		松本清巨城店	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111023 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
24	○○○		義大癌治療醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111024 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
25	○○○		綠杏大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111025 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
26	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111026 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
27	○○○		長幼藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111027 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
28	○○○		台北長庚醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111028 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
29	○○○		桃園長庚紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111029 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
30	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111030 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
31	○○○		永聖中藥房	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111031 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
32	○○○		國軍高雄總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111032 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
33	○○○		台北市立聯合醫院忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111033 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
34	○○○		高雄長庚紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111034 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
35	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111035 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
36	○○○		衛福部桃園醫院藥劑科	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111036 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
37	○○○		振東中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111037 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
38	○○○		台北市立聯合醫院 忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111038 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
39	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111039 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
40	○○○		港香蘭藥廠	中藥製藥廠	中藥實字第 111040 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
41	○○○		高雄榮民總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111041 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會

111 年中藥實習指導教師培訓課程第一批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
42	○○○		青育藥師藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111042 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
43	○○○		台北市市立聯合醫院忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111043 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
44	○○○		永祥藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111044 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
45	○○○		泰成藥行	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111045 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
46	○○○		三碩士中西健保藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111046 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
47	○○○		華昌製藥生化股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111047 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
48	○○○		高雄醫學大學附設 中和紀念醫院藥學部	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111048 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
49	○○○		中日大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111049 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
50	○○○		國軍高雄總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111050 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
51	○○○		台北市立聯合醫院 忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111051 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
52	○○○		德芳藥局東榮店	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111052 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
53	○○○		衛福部桃園醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111053 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
54	○○○		順然生物科技有限公司	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111054 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
55	○○○		亞洲大學附屬醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111055 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
56	○○○		綠杏大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111056 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
57	○○○		壽山藥局	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111057 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
58	○○○		永崴大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111058 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
59	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111059 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
60	○○○		台北榮總	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111060 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
61	○○○		八德榮譽國民之家醫務室	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111061 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
62	○○○		丁丁藥局小港店	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111062 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會

111 年中藥實習指導教師培訓課程第一批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
63	○○○		英祥連鎖藥局仁雄店	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111063 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
64	○○○		義大癌治療醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111064 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
65	○○○		勸奉堂製藥股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111065 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
66	○○○		國軍高雄總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111066 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
67	○○○		立康生物科技股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111067 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
68	○○○		世明中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111068 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
69	○○○		聯新國際醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111069 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
70	○○○		德安藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111070 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
71	○○○		高雄市新世紀中醫診所	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111071 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
72	○○○		萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111072 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
73	○○○		科達製藥股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111073 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
74	○○○		得安藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111074 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
75	○○○		台北長庚	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111075 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
76	○○○		仁康中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111076 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
77	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111077 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
78	○○○		全成藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111078 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
79	○○○		義大癌治療醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111079 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會
80	○○○		好好藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111080 號	111 年 5 月 1 日-115 年 4 月 30 日	全聯會

備註：依指導教師姓名筆畫排列

111 年中藥實習指導教師培訓課程第二批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
1	○○○		高雄醫學大學附設中和紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111081 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
2	○○○		大南春天生活藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111082 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
3	○○○		高雄長庚醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111083 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
4	○○○		睦林藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111084 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
5	○○○		台南新樓醫院藥劑科	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111085 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
6	○○○		南昌春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111086 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
7	○○○		聖宸健保藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111087 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
8	○○○		高雄市立民生醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111088 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
9	○○○		新悅中醫	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111089 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
10	○○○		致遠春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111090 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
11	○○○		高雄醫學大學附設中和紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111091 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
12	○○○		酒泉春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111092 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
13	○○○		錦西春天生活藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111093 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
14	○○○		萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111094 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
15	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111095 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
16	○○○		高堂中醫診所	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111096 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
17	○○○		生春堂製藥工業股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111097 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
18	○○○		台南新樓醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111098 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
19	○○○		清福醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111099 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
20	○○○		瑞昌藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111100 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
21	○○○		金牌一條根	中藥製藥廠	中藥實字第 111101 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會

111 年中藥實習指導教師培訓課程第二批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
22	○○○		高雄國軍左營分院	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111102 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
23	○○○		合順保健藥局	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111103 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
24	○○○		華齡春天生活藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111104 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
25	○○○		吳興春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111105 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
26	○○○		學士藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111106 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
27	○○○		貞安中藥房	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111107 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
28	○○○		恒安藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111108 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
29	○○○		康是美	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111109 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
30	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111110 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
31	○○○		施羽駿	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111111 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
32	○○○		淡水春天生活藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111112 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
33	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111113 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
34	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111114 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
35	○○○		致遠春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111115 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
36	○○○		台南新樓醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111116 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
37	○○○		全成北屯藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111117 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
38	○○○		海軍總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111118 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
39	○○○		衛生福利部桃園醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111119 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
40	○○○		南昌春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111120 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
41	○○○		吉利春天生活藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111121 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
42	○○○		統一生活	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111122 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會

111 年中藥實習指導教師培訓課程第二批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
43	○○○		文昌春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111123 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
44	○○○		南昌春天藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111124 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
45	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111125 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
46	○○○		永杏中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111126 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
47	○○○		高雄醫學大學附設中和紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111127 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
48	○○○		台北市立萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111128 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
49	○○○		欣正宗藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111129 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
50	○○○		台北市立聯合醫院忠孝院區藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111130 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
51	○○○		聯新國際醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111131 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
52	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111132 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
53	○○○		美術藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111133 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
54	○○○		日盛藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111134 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
55	○○○		馬偕醫院台北總院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111135 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
56	○○○		萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111136 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
57	○○○		台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111137 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
58	○○○		向上中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111138 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
59	○○○		合春藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111139 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
60	○○○		彥芳藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111140 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
61	○○○		彰化社團法人秀傳紀醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111141 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
62	○○○		美術藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111142 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會

111 年中藥實習指導教師培訓課程第二批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
63	○○○		高雄國軍醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111143 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
64	○○○		戴德森醫療財團法人 嘉義基督教醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111144 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
65	○○○		新光醫療財團法人 新光吳火獅紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111145 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
66	○○○		眾安西藥房	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111146 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
67	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111147 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
68	○○○		台北市立萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111148 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
69	○○○		國軍高雄總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111149 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
70	○○○		天主教聖功醫療財團法人 聖功醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111150 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
71	○○○		長幼藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111151 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
72	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111152 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
73	○○○		衛生福利部彰化醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111153 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
74	○○○		立康生物科技股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111154 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
75	○○○		明義藥師藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111155 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
76	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111156 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
77	○○○		高雄榮民總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111157 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
78	○○○		高雄國軍總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111158 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
79	○○○		台中市梧棲區台灣大道八段 699 號	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111159 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
80	○○○		台中市北屯區北平路三段 34 號	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111160 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
81	○○○		同德藥行	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥商	中藥實字第 111161 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
82	○○○		蔡宗耀中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111162 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會

111年中藥實習指導教師培訓課程第二批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
83	○○○		吉盛健保藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111163 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
84	○○○		生春堂製藥工業股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111164 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
85	○○○		雙合藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111165 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
86	○○○		萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111166 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
87	○○○		詠晴中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111167 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
88	○○○		高雄國軍總醫院左營分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111168 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
89	○○○		亞洲大學附屬醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111169 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
90	○○○		臺北市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111170 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
91	○○○		臺北市立萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111171 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會
92	○○○		苗栗縣通霄光田醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111172 號	111 年 6 月 1 日-115 年 5 月 31 日	全聯會

備註：依指導教師姓名筆畫排列

111年中藥實習指導教師培訓課程第三批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
1	○○○		中科何藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111173 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
2	○○○		佳境藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111174 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
3	○○○		衛生福利部臺北醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111175 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
4	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111176 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
5	○○○		三軍總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111177 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
6	○○○		富康活力景新藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111178 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
7	○○○		台北市立聯合醫院忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111179 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
8	○○○		長映藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111180 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
9	○○○		光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111181 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
10	○○○		逢甲何藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111182 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
11	○○○		躍獅省桃藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111183 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
12	○○○		國立陽明交通大學附設醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111184 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
13	○○○		楊誠恕診所	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111185 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
14	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111186 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
15	○○○		台北市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111187 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
16	○○○		花蓮門諾醫院藥劑科	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111188 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
17	○○○		國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111189 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
18	○○○		老順安大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111190 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
19	○○○		彰化秀傳紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111191 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
20	○○○		小太羊藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111192 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會

111年中藥實習指導教師培訓課程第三批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
21	○○○		臺北市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111193 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
22	○○○		台北市立聯合醫院忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111194 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
23	○○○		衛福部台中醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111195 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
24	○○○		衛生福利部桃園醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111196 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
25	○○○		國軍桃園總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111197 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
26	○○○		永佳藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111198 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
27	○○○		新光吳火獅紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111199 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
28	○○○		濟安堂藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111200 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
29	○○○		彰化秀傳紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111201 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
30	○○○		國軍桃園總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111202 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
31	○○○		國軍高雄總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111203 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
32	○○○		順元蔘藥號	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥房/中藥商	中藥實字第 111204 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
33	○○○		台北長庚紀念醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111205 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
34	○○○		肝王製藥股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第 111206 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
35	○○○		千百岳大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111207 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
36	○○○		台北市立聯合醫院忠孝院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111208 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
37	○○○		台南新樓醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111209 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
38	○○○		台中慈濟醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111210 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
39	○○○		人和藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111211 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
40	○○○		富康東湖藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111212 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
41	○○○		逢甲何藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111213 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會

111年中藥實習指導教師培訓課程第三批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
42	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111214 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
43	○○○		台南新樓醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111215 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
44	○○○		衛生福利部桃園醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111216 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
45	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111217 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
46	○○○		全成連鎖藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111218 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
47	○○○		聯新國際醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111219 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
48	○○○		國軍花蓮總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111220 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
49	○○○		泰生藥房	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥房/中藥商	中藥實字第 111221 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
50	○○○		丁丁藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111222 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
51	○○○		向上中西藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111223 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
52	○○○		陽明交通大學附設醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111224 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
53	○○○		健勝蔘藥行	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥房/中藥商	中藥實字第 111225 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
54	○○○		台中大里仁愛醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111226 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
55	○○○		宜美大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111227 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
56	○○○		匯平藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111228 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
57	○○○		建祥武昌藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111229 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
58	○○○		生源藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111230 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
59	○○○		佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111231 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
60	○○○		國軍臺中總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111232 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
61	○○○		新富丁丁藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111233 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會

111年中藥實習指導教師培訓課程第三批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
62	○○○		台中慈濟醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111234號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
63	○○○		高雄醫學大學附設中和醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111235號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
64	○○○		老順安大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第111236號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
65	○○○		國軍高雄總醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111237號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
66	○○○		正記	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥房/中藥商	中藥實字第111238號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
67	○○○		林偉欣眼科診所	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111239號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
68	○○○		出雲藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第111240號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
69	○○○		高雄市立聯合醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111241號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
70	○○○		大多福藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第111242號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
71	○○○		員榮醫院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111243號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
72	○○○		順天堂藥廠股份有限公司	中藥製藥廠	中藥實字第111244號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
73	○○○		臺北榮民總醫院新竹分院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111245號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
74	○○○		新高橋藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第111246號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
75	○○○		高雄榮民總醫院台南分院中藥局	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111247號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
76	○○○		泉興中西大藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第111248號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
77	○○○		亞洲大學附屬醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111249號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
78	○○○		翰芳堂中藥行	中藥販賣業(執行中藥業務之非健保特約藥局/中藥房/中藥商	中藥實字第111250號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
79	○○○		光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111251號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會
80	○○○		臺北市立萬芳醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第111252號	111年7月1日-115年6月30日	全聯會

111 年中藥實習指導教師培訓課程第三批次完訓名單

項次	姓名	性別	執業處所名稱	執業處所場域類別	證號	有效期間	發證單位
81	○○○		正德醫院	醫療院所(中藥局)	中藥實字第 111253 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會
82	○○○		富康活力藥局	健保特約藥局(經營中西藥業務)	中藥實字第 111254 號	111 年 7 月 1 日-115 年 6 月 30 日	全聯會

備註：依指導教師姓名筆畫排列

附件三、中藥實習場所遴選行程表及審查意見

第一梯次遴選行程安排

第一組遴選委員：				審查時間		
第一組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計線上訪查時段	線上測試時段
1	唐宋中藥局	台北市松江路 197 巷 7 號	○○○	視訊審查		09：10-9：30
2	洪暘藥局	台北市信義區富陽街 86 號	○○○			
3	綠杏大藥局	台北市信義區吳興街 241 號	○○○			

第二組遴選委員：				審查時間		
第二組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	線上測試時段
1	誠果中西藥局	台北市中山區吉林路 101 號 1 樓	○○○	視訊審查		上午 9：00
2	澴山藥局	台北市內湖區環山路一段 4 號	○○○			
3	漢藥局	台北市北投區吉利街 146 號	○○○			

第三組遴選委員：				審查時間		
第三組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計線上訪查時段	線上測試時段
1	宜美大藥局	桃園市中壢區莊敬路 716 號	○○○	視訊審查		10：30-11：00
2	蔓田健康生技有限公司 （原 蔓田中藥局）	新北市林口區忠孝路 308 巷 19 號 1 樓	○○○			
3	華特藥局	新北市泰山區明志路一段 260 號	○○○			

第一梯次遴選行程安排

第四組遴選委員：

第四組訪查機構名單

NO	申請單位	地址	審查方式
1	勝昌製藥廠股份有限公司	桃園市中壢區民族路六段 436 號	書面審查
2	科達製藥(股)公司	桃園市平鎮區工業三路 20-1 號	

第五組遴選委員： **審查時間**

第五組訪查機構名單

NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	和益中西藥局	台中市南區五權南路 224 號	○○○	實地審查		13：00 於台中市藥師公會集合（台中市西區台灣大道二段 16 號）	自行開車
2	長益藥局	台中市南屯區忠勇路 99 號	○○○				
3	立得藥局	台中市北區忠太西路 11 號	○○○				

第六組遴選委員： **審查時間**

第六組訪查機構名單

NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	柚子藥局	彰化縣鹿港鎮復興路 338 號	○○○	實地審查		13：00 於彰化縣藥師公會(彰化縣彰化市中山路一段 369 號)	自行開車
2	永聖中藥房	彰化縣員林市中山路二段 323 號	○○○				
3	愛康生活保健中心藥局	彰化縣員林市靜修東路 34 號	○○○				

第一梯次遴選行程安排

第七組遴選委員：				審查時間			
第七組訪查機構名單							
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計線上訪查時段	線上測試時段	
1	勝成藥局	嘉義市南京路 126 巷 19 號	○○○	視訊審查		10：30-11：00	
2	麻豆新樓醫院	台南市麻豆區埤頭里麻佳路一段 207 號	○○○				

第八組遴選委員：				審查時間			
第八組訪查機構名單							
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	建佑藥局	高雄市楠梓區右昌街 191、193 號	○○○	實地審查		上午 9：00 於高雄市藥師公會集合（高雄市鼓山區明華路 251 號）	計程車
2	英祥藥局	高雄市苓雅區英祥街 19 號	○○○				
3	協和藥局	高雄市前鎮區中華五路 983 號	○○○				

第九組遴選委員：				審查時間			
第九組訪查機構名單							
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	仁武丁丁藥局	高雄市仁武區鳳仁路 21 之 8 號	○○○	實地審查		上午 9：00 於高雄市第一藥師公會集合(高雄市鳳山區文衡路 458 號)	計程車
2	英祥連鎖藥局仁雄店	高雄市仁武區仁雄路 36-2 號	○○○				

第二梯次遴選行程表

第一組遴選委員：　　審查時間

第一組訪查機構名單

NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計訪查時段	線上測試時段
1	詠晴中西藥局	台北市信義區松山路 484-4 號 1 樓	○○○	視訊審查		13：00 線上測試
2	永杏中西藥局	新北市永和區竹林路 118 號 1 樓	○○○			

第二組遴選委員：　　**審查時間**

第二組訪查機構名單

NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	日盛藥局	臺中市北屯區東山路一段 142 之 11 號	○○○	實地審查		13：00 於台中市藥師公會樓下集合（台中市西區台灣大道二段 16 號）	自行開車
2	仁康中西藥局	台中市東區振興路 439 號	○○○				

第三組遴選委員：　　**審查時間**

第三組訪查機構名單

NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	長映藥局	台中市南屯區黎明路二段 432 號	○○○	實地審查		13：00 於台中市藥師公會樓下集合（台中市西區台灣大道二段 16 號）	自行開車（臨時人力）
2	青育藥局	台中市西屯區河南路二段 362 號	○○○				
3	逢甲何藥局	台中市西屯區青海路二段 287 號	○○○				

第二梯次遴選行程表

第四組遴選委員：				審查時間			
第四組訪查機構名單							
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	中港大藥局	台中市西區台灣大道 2 段 132 號	○○○	實地審查		10：50 於台中市藥師公會樓下集合（台中市西區台灣大道二段 16 號）	自行開車（臨時人力）
2	向上中西藥局	台中市西區向上路一段 359 號	○○○				

第五組遴選委員：				審查時間		
第五組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	線上測試時段
1	睦林藥局	台中市南屯區黎明路一段 1155 號	○○○	視訊審查		13：00 線上測試
2	百芳大藥局	台中市南屯區向上路二段 421 號	○○○			
3	德安藥局	台中市南屯區忠勇路 115-6 號 1 樓	○○○			

第六組遴選委員：				審查時間		
第六組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	線上測試時段
1	世明中西藥局	雲林縣斗六市文化路 324-1 號	○○○	視訊審查		10：30 線上測試
2	宗穎藥局	南投縣竹山鎮集山路 3 段 587 號	○○○			

3	亞洲大學附屬醫院	台中市霧峰區福新路 222 號				

第二梯次遴選行程表

第七組遴選委員：				**審查時間**			
第七組訪查機構名單							
NO	**申請單位**	**地址**	**聯絡人**	**審查方式**	**預計實地訪查時段**	**集合時間與地點**	**交通方式**
1	勝義中醫診所	台南市新市區忠孝街 158 號	○○○	實地訪查		10：30 於台南市藥師公會樓下集合(台南市北區西門路四段 15 號)	自行開車
2	永祥藥局	台南市中西區民權路三段 204 號	○○○				
第八組遴選委員：				**審查時間**			
第八組訪查機構名單							
NO	**申請單位**	**地址**	**聯絡人**	**審查方式**	**預計實地訪查時段**	**集合時間與地點**	**交通方式**
1	壽山藥局	高雄市路竹區中和街 29 號	○○○	實地審查		上午 10：00 於高雄醫學大學集合(高雄市三民區十全一路 100 號) 下午 1：30 於三碩士中西健保藥局集合(高雄市楠梓區楠梓東街 139 號)	自行開車
2	三碩士中西健保藥局	高雄市楠梓區楠梓東街 139 號	○○○				
3	元春中西藥師藥局	高雄市楠梓區後昌路 837 巷 37 號	○○○				
第九組遴選委員：				**審查時間**			

第九組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計訪查時段	線上測試時段
1	振東中西藥局	屏東縣屏東市崇蘭里100之6號	○○○	視訊審查		10：00線上測試

第三梯次遴選行程表

第一組遴選委員：				審查時間		
第一組訪查機構名單						
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計訪查時段	線上測試時段
1	聯新國際醫院	桃園市平鎮區廣泰路77號	○○○	視訊審查		9：30線上測試

第二組遴選委員：				審查時間			
第二組訪查機構名單							
NO	申請單位	地址	聯絡人	審查方式	預計實地訪查時段	集合時間與地點	交通方式
1	大里仁愛醫院中藥局	台中市大里區東榮路483號	○○○	實地審查		9：00於台中市藥師公會樓下集合（台中市西區台灣大道二段16號）	自行開車（臨時人力）
2	英全藥局	台中市北屯區北平路三段34號	○○○				
3	瑞昌藥局	台中市北區學士路155號1樓	○○○				

第一梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
			線上審查	1.冰箱溫度紀錄須每日紀錄 2.提供衛教單張資訊供民眾參考 3.已拆封藥品須標示藥名、單位含量及標示有效期限	藥師 1.有關藥局執照營業項目的部分是否能將“兼營”中藥改掉，讓中藥成為正式執業項目？ 2.藥師買中藥會比較貴，造成不利藥師投入中藥執業 3.中藥處方應該釋出 審查委員 遴選基準表中教學條件內第三項及第四項可能需要修正，由於現在學生都有手機能查詢資料，電腦及書籍等硬體不一定必須要具備，只要藥師具有教導學生如何搜尋資料的能力即可
			線上審查	1.中藥局人員教育訓練頻次可逐年增加 2.所有調劑相關設備應均有清潔紀錄(混合機) 3.已拆封藥品須標示標示拆封日期	審查委員 1.可以增加藥品採購的標準 2.遴選基準表中藥品管理內第二項中成藥販賣，部分醫院中藥局並不販賣中成藥，該項有調整必要

第一梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
				4.鼓勵藥師及中醫師通報中藥不良反應，也可主動教育宣導如何通報	3.對實習生可以有前後測制度
			線上審查	1.對民眾的衛教資訊可以做個紀錄 2.中西藥交互作用的網站資源可以找來給實習生學習參考 3.可陸續增加藥膳、飲片等中藥項目	
			線上審查	1.拆裝的中藥材原包裝須保留	
			線上審查	1.可陸續增加濃縮中藥、飲片等中藥項目	
			線上審查	1.冰箱藥品放置無區隔易混淆，且溫度於 9 度-9.5 度不符藥品保存溫度規定，建議用電子式溫度計或有高低溫呈現的溫度計	審查委員：如果中藥實習與社區藥局實習合併，藥師的看法如何？ 張藥師：如果合併的話就只能夠教最基本的作業，如要教比較深入的知識會不夠用(EX：在

第一梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
				2.提供衛教單張資訊供民眾參考	中藥實習會教日本漢方相關的課程及生藥藥理，若合併可能教不到這麼深入）
			線上審查	1.冰箱藥品放置無區隔易混淆 2.中藥相關書籍需增購 3.中藥方面的品項須加強	
			實地訪查	1.網站資源需要再增加	審查委員 衛教宣導品易讀易懂是加分項
			實地訪查	1.建議增添電子式溫度計	
			實地訪查		審查委員 藥師十分用心於帶實習生，十分推薦實習生去實習
			實地訪查	1.冰箱溫度紀錄須每日紀錄 2.辨識教材的中藥部分有發霉情況，須注意保存	
			實地訪查	1.建議增添電子式	

第一梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
				溫度計 2.鑑別藥材之教材可用網路資源補足 3.中藥品項目前只有中成藥，建議後續可陸續增加	
			線上審查	1.藥師之前曾在北市聯醫服務，可以把醫院管理知識教給學生作學習，且可將濃縮中藥和原生藥材倍數換算教給學生 2.可以多增加新冠肺炎中藥治療方面的教學	藥師：實習生來藥局實習會給多少費用，想了解費用多少作為準備教材需準備到什麼程度
			線上審查	1.冰箱溫度紀錄須每日紀錄 2.已拆封藥品須標示藥名、單位含量及標示有效期限 3.藥局有飲片服務是優勢，可加強飲片標準品及易混用藥材，可下載台灣中藥典第四版供學	審查委員 1.農藥檢驗報告可以備著 2.中藥在食用與藥用的標準不一致需要注意

第一梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
				生學習 4.可以多增加新冠肺炎中藥治療方面的教學	
			線上審查	1.藥師是台北市立醫院中藥局所完訓之指導藥師，日後可以偕同北市聯醫同步視訊課程，增加實習課程之多元性 2.可與診所和醫院配合接自費處方簽，讓實習生可學習中藥調劑	藥師：藥局中藥保存得要依照藥品管理規範(拆封後則拆封日後半年內為保存期限)，但是中藥商卻無此規範，容易讓藥師不想加入中藥執業 審查委員 1.解決藥局中藥保存問題希望中藥販賣能夠小包裝化

第二梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
			線上審查	1.冰箱溫度紀錄須每日紀錄 2.可加強藥事照護相關健康促進活動 3.鼓勵藥師多參與各種認證，如衛教師及長照藥師等	中西藥物分開放置，藥局內整潔明亮，是舒適的實習場所
			線上審查	1.冰箱溫度紀錄須每日紀錄 2.已拆封藥品須標示藥名、單位含量及標示有效期限	審查委員 1.藥局的各項管理不錯
			實地訪查		審查委員 1.中西藥物分開放置，藥局內整潔明亮，是舒適的實習場所 2.需要教案、實習手冊紙本做參考
			實地訪查		藥師： 1.高低年級的實習生希望能分流實習避免壅塞 2.藥局實習必修，中藥實習選修，如果藥局實習內含中藥實習混在一起感覺有點奇怪

第二梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
					3.需要釐清實習時數的問題 4.但中藥實習不包含在其他必修實習內，又怕增加學生畢業門檻
			實地訪查		審查委員 1.與長益藥局合作舉辦參訪不錯
			線上審查		審查委員 1.實習場域師生比例調整再思考 2.飲片藥材可由地方公會多加支援
			線上審查		審查委員 1.希望中醫藥司能公布中藥不良反應申報後的成果，以利藥師對民眾宣導
			線上審查		審查委員 1.有自行購買 80 多種藥材作為教學使用，是加分項目
			線上審查	1.冰箱缺溫度計，需再添加 2.藥局以中成藥及	

第二梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
				科學中藥為主，未有飲片，可由網路資源補充或安排參訪	
			線上審查		藥師： 1.陳皮、半夏等藥材適合放越久越好，遴選基準 3-7 有疑慮 審查委員 1.教學計劃擬定請全聯會提供實習手冊做參考
			線上審查		審查委員 1.教學環境不錯，希望能多爭取收實習生容額
			實地訪查	1.以科學中藥調劑為主，未有飲片，空間較小	
			實地訪查		審查委員 1.資料準備充足
			實地訪查		審查委員 1.中成藥、科學中藥、飲片接具備，且接受處方調劑，適合實習生來此實習
			實地訪查		審查委員

第二梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
					1.請全聯會對認證合格之實習場所提供一些基本中藥材真偽鑑別教材
			實地訪查	1.冰箱須補溫度計及紀錄	審查委員 1.另有一間中藥行是加分項目
			線上審查	1.希望能增加與供貨商聯繫參訪，使實習生了解供貨商與一般販賣商之差異	審查委員 1.中藥管理資訊系統值得有進中藥材之藥局參考 2.平時與大仁藥學系神農社團互動良好，是良好的實習場域

第三梯次遴選訪談意見整理					
日期	時間	申請單位	審查方式	審查意見	訪談時的其他建議
			線上審查	1.空間宜合理規劃，增加空間(庫存與製劑)，並將動線與西藥作業區隔。 2.可增加代煎及製劑調製業務，讓實習生有更加多元的學習。	審查委員 1.中藥相關訓練可與中醫科合作進行跨領域交流。
			實地訪查	1.實習教學討論會議仍在建構中。	審查委員 1.有代煎服務為加分項
			實地訪查		審查委員 1.提醒執業灰色地帶於實習教學須有所拿捏，以避免爭議。 2.藥師兼具中國中醫師資格，中醫知識豐富。
			實地訪查	1.中藥品項以中成藥為主。	

附件四、中藥實習一覽表

111 年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
1	臺北醫學大學附設醫院	台北市信義區吳興街 252 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111001 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
2	台北市立萬芳醫院	台北市文山區興隆路 3 段 111 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111002 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
3	國立陽明交通大學附設醫院	宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111003 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
4	中國醫藥大學新竹附設醫院藥劑科	新竹縣竹北市興隆路一段 199 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111004 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
5	中國醫藥大學附設醫院	台中市北區育德路 2 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111005 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
6	臺南市立安南醫院	台南市安南區長和路二段 66 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111006 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
7	中山醫學大學附設醫院藥劑科	台中市南區建國北路一段 110 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111007 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
8	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	新北市新店區建國路 289 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111008 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日
9	佛教財團法人台中慈濟醫院	台中市潭子區豐興路一段 66 號		中醫醫療院所	中藥實場字第 111009 號	111 年 6 月 1 日- 115 年 5 月 31 日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
10	嘉義縣大林慈濟醫院	嘉義縣大林鎮平林里民生路2號		中醫醫療院所	中藥實場字第111010號	111年6月1日-115年5月31日
11	花蓮慈濟醫院	花蓮縣花蓮市中央路三段707號		中醫醫療院所	中藥實場字第111011號	111年6月1日-115年5月31日
12	彰化基督教醫院中醫藥局	彰化市旭光路235號2樓中醫藥局		中醫醫療院所	中藥實場字第111012號	111年6月1日-115年5月31日
13	嘉義基督教醫院	嘉義市東區忠孝路539號		中醫醫療院所	中藥實場字第111013號	111年6月1日-115年5月31日
14	東基醫療財團法人台東基督教醫院	台東市開封街350號		中醫醫療院所	中藥實場字第111014號	111年6月1日-115年5月31日
15	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院	高雄市苓雅區建國一路352號		中醫醫療院所	中藥實場字第111015號	111年6月1日-115年5月31日
16	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	新北市三峽區中山路198號		中醫醫療院所	中藥實場字第111016號	111年6月1日-115年5月31日
17	三軍總醫院臨床藥學部	台北市內湖區成功路二段325號1F中藥局		中醫醫療院所	中藥實場字第111017號	111年6月1日-115年5月31日
18	臺北榮民總醫院	台北市北投區石牌路二段201號		中醫醫療院所	中藥實場字第111018號	111年6月1日-115年5月31日
19	臺中榮民總醫院	台中市西屯區台灣大道四段1650號		中醫醫療院所	中藥實場字第111019號	111年6月1日-115年5月31日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
20	高雄榮民總醫院	高雄市左營區大中一路386號		中醫醫療院所	中藥實場字第111020號	111年6月1日-115年5月31日
21	衛生福利部基隆醫院	基隆市信義區信二路268號		中醫醫療院所	中藥實場字第111021號	111年6月1日-115年5月31日
22	衛生福利部臺北醫院	新北市新莊區思源路127號		中醫醫療院所	中藥實場字第111022號	111年6月1日-115年5月31日
23	衛生福利部桃園醫院	桃園市桃園區中山路1492號		中醫醫療院所	中藥實場字第111023號	111年6月1日-115年5月31日
24	衛生福利部豐原醫院	台中市豐原區安康路100號		中醫醫療院所	中藥實場字第111024號	111年6月1日-115年5月31日
25	衛生福利部臺中醫院藥劑科	台中市西區三民路199號		中醫醫療院所	中藥實場字第111025號	111年6月1日-115年5月31日
26	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	台北市萬華區昆明街100號		中醫醫療院所	中藥實場字第111026號	111年6月1日-115年5月31日
27	臺北市立聯合醫院忠孝院區	台北市南港區同德路87號		中醫醫療院所	中藥實場字第111027號	111年6月1日-115年5月31日
28	臺北市立聯合醫院仁愛院區	台北市大安區仁愛路四段10號		中醫醫療院所	中藥實場字第111028號	111年6月1日-115年5月31日
29	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	台北市中正區福州街12號		中醫醫療院所	中藥實場字第111029號	111年6月1日-115年5月31日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
30	臺北市立聯合醫院中興院區	台北市大同區鄭州路145號		中醫醫療院所	中藥實場字第111030號	111年6月1日-115年5月31日
31	臺北市立聯合醫院陽明院區	台北市士林區雨聲街105號		中醫醫療院所	中藥實場字第111031號	111年6月1日-115年5月31日
32	員榮醫療社團法人員生院區中藥局	彰化縣員林市莒光路359號		中醫醫療院所	中藥實場字第111032號	111年6月1日-115年5月31日
33	光田醫療社團法人光田綜合醫院	台中市沙鹿區沙田路117號		中醫醫療院所	中藥實場字第111033號	111年6月1日-115年5月31日
34	義大醫療財團法人義大癌治療醫院	高雄市燕巢區義大路21號		中醫醫療院所	中藥實場字第111034號	111年6月1日-115年5月31日
35	新北市立土城醫院	新北市土城區金城路2段6號		中醫醫療院所	中藥實場字第111035號	111年6月1日-115年5月31日
36	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	基隆市安樂區麥金路222號		中醫醫療院所	中藥實場字第111036號	111年6月1日-115年5月31日
37	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院	台北市敦化北路199巷6號		中醫醫療院所	中藥實場字第111037號	111年6月1日-115年5月31日
38	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	桃園市龜山區復興街5號		中醫醫療院所	中藥實場字第111038號	111年6月1日-115年5月31日
39	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院	桃園市龜山區舊路里頂湖路123號		中醫醫療院所	中藥實場字第111039號	111年6月1日-115年5月31日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
40	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	嘉義縣朴子市嘉朴路西段8號		中醫醫療院所	中藥實場字第111040號	111年6月1日-115年5月31日
41	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	高雄市鳥松區大埤路123號		中醫醫療院所	中藥實場字第111041號	111年6月1日-115年5月31日
42	奇美醫院	台南市永康區中華路901號		中醫醫療院所	中藥實場字第111042號	111年6月1日-115年5月31日
43	高堂中醫聯合診所	台中市西屯區重慶路229號		中醫醫療院所	中藥實場字第111043號	111年6月1日-115年5月31日
44	新世紀中醫診所	高雄市三民區河堤路592號1、2樓		中醫醫療院所	中藥實場字第111044號	111年6月1日-115年5月31日
45	泉安堂中醫診所	新北市永和區竹林路4號		中醫醫療院所	中藥實場字第111045號	111年6月1日-115年5月31日
46	仁心中醫診所	新北市板橋區北門街42之3號1樓		中醫醫療院所	中藥實場字第111046號	111年6月1日-115年5月31日
47	大同中醫醫院	台中市豐原區仁愛街11號		中醫醫療院所	中藥實場字第111047號	111年6月1日-115年5月31日
48	世宏中醫診所	台中市大里區永隆路268號		中醫醫療院所	中藥實場字第111048號	111年6月1日-115年5月31日
49	麻豆新樓醫院	台南市麻豆區埤頭里麻佳路一段207號		中醫醫療院所	中藥實場字第111049號	111年6月1日-115年5月31日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
50	建佑藥局	高雄市楠梓區右昌街191、193號		社區藥局	中藥實場字第111050號	111年6月1日-115年5月31日
51	誠果中西藥局	台北市中山區吉林路101號1樓		社區藥局	中藥實場字第111051號	111年6月1日-115年5月31日
52	洪暘藥局	台北市信義區富陽街86號		社區藥局	中藥實場字第111052號	111年6月1日-115年5月31日
53	漢藥局	台北市北投區吉利街146號		社區藥局	中藥實場字第111053號	111年6月1日-115年5月31日
54	澴山藥局	台北市內湖區環山路一段4號		社區藥局	中藥實場字第111054號	111年6月1日-115年5月31日
55	宜美大藥局	桃園市中壢區莊敬路716號		社區藥局	中藥實場字第111055號	111年6月1日-115年5月31日
56	長益中西藥局	台中市南屯區忠勇路99號		社區藥局	中藥實場字第111056號	111年6月1日-115年5月31日
57	立得藥局	台中市北區忠太西路11號		社區藥局	中藥實場字第111057號	111年6月1日-115年5月31日
58	和益中西藥局	台中市南區五權南路224號		社區藥局	中藥實場字第111058號	111年6月1日-115年5月31日
59	愛康生活保健中西藥局	彰化縣員林市靜修東路34號		社區藥局	中藥實場字第111059號	111年6月1日-115年5月31日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
60	柚子藥局	彰化縣鹿港鎮復興路338號		社區藥局	中藥實場字第111060號	111年6月1日-115年5月31日
61	勝成藥局	嘉義市南京路126巷19號		社區藥局	中藥實場字第111061號	111年6月1日-115年5月31日
62	英祥藥局	高雄市苓雅區英祥街19號		社區藥局	中藥實場字第111062號	111年6月1日-115年5月31日
63	綠杏大藥局	台北市信義區吳興街241號		社區藥局	中藥實場字第111063號	111年6月1日-115年5月31日
64	協和藥局	高雄市前鎮區中華五路983號		社區藥局	中藥實場字第111064號	111年6月1日-115年5月31日
65	仁武丁丁藥局	高雄市仁武區鳳仁路21之8號		社區藥局	中藥實場字第111065號	111年6月1日-115年5月31日
66	華特藥局	新北市泰山區明志路一段260號		社區藥局	中藥實場字第111066號	111年6月1日-115年5月31日
67	薆田健康生技有限公司	新北市林口區忠孝路308巷19號1樓		中藥販賣業	中藥實場字第111067號	111年6月1日-115年5月31日
68	永聖中藥房	彰化縣員林市中山路二段323號		中藥販賣業	中藥實場字第111068號	111年6月1日-115年5月31日
69	科達製藥(股)公司	桃園市平鎮區工業三路20-1號		中藥製藥廠	中藥實場字第111069號	111年6月1日-115年5月31日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
70	勝昌製藥廠股份有限公司	桃園市中壢區民族路六段436號		中藥製藥廠	中藥實場字第111070號	111年6月1日-115年5月31日
71	衛生福利部彰化醫院	彰化縣埔心鄉中正路二段80號		中醫醫療院所	中藥實場字第111071號	111年7月1日-115年6月30日
72	高雄市立中醫醫院	高雄市苓雅區凱旋二路132號1~3樓		中醫醫療院所	中藥實場字第111072號	111年7月1日-115年6月30日
73	達春中醫診所	台中市太平區中興路47號		中醫醫療院所	中藥實場字第111073號	111年7月1日-115年6月30日
74	永康中醫診所	台中市北屯區中清路二段416號		中醫醫療院所	中藥實場字第111074號	111年7月1日-115年6月30日
75	勝義中醫診所	臺南市新市區忠孝街158號		中醫醫療院所	中藥實場字第111075號	111年7月1日-115年6月30日
76	亞洲大學附屬醫院	台中市霧峰區福新路222號		中醫醫療院所	中藥實場字第111076號	111年7月1日-115年6月30日
77	詠晴中西藥局	台北市信義區松山路484-4號一樓		社區藥局	中藥實場字第111077號	111年7月1日-115年6月30日
78	永杏中西藥局	新北市永和區竹林路118號1樓		社區藥局	中藥實場字第111078號	111年7月1日-115年6月30日
79	日盛藥局	台中市北屯區東山路一段142之11號		社區藥局	中藥實場字第111079號	111年7月1日-115年6月30日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
80	仁康中西藥局	台中市東區振興路439號		社區藥局	中藥實場字第111080號	111年7月1日-115年6月30日
81	長映藥局	台中市南屯區黎明路二段432號		社區藥局	中藥實場字第111081號	111年7月1日-115年6月30日
82	逢甲何藥局	台中市西屯區青海路二段287號		社區藥局	中藥實場字第111082號	111年7月1日-115年6月30日
83	向上中西藥局	台中市西區向上路一段359號		社區藥局	中藥實場字第111083號	111年7月1日-115年6月30日
84	中港大藥局	台中市西區台灣大道2段132號		社區藥局	中藥實場字第111084號	111年7月1日-115年6月30日
85	青育藥局	台中市西屯區河南路二段362號		社區藥局	中藥實場字第111085號	111年7月1日-115年6月30日
86	睦林藥局	台中市南屯區黎明路一段1155號		社區藥局	中藥實場字第111086號	111年7月1日-115年6月30日
87	百芳大藥局	408台中市南屯區向上路二段421號		社區藥局	中藥實場字第111087號	111年7月1日-115年6月30日
88	德安藥局	台中市南屯區忠勇路115-6號1樓		社區藥局	中藥實場字第111088號	111年7月1日-115年6月30日
89	世明中西藥局	雲林縣斗六市文化路324之1號		社區藥局	中藥實場字第111089號	111年7月1日-115年6月30日

111年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
90	宗穎藥局	南投縣竹山鎮集山路3段587號		社區藥局	中藥實場字第111090號	111年7月1日-115年6月30日
91	永祥藥局	台南市中西區民權路三段204號		社區藥局	中藥實場字第111091號	111年7月1日-115年6月30日
92	壽山藥局	高雄市路竹區中和街29號		社區藥局	中藥實場字第111092號	111年7月1日-115年6月30日
93	三碩士中西健保藥局	高雄市楠梓區楠梓東街139號		社區藥局	中藥實場字第111093號	111年7月1日-115年6月30日
94	元春中西藥師藥局	高雄市楠梓區後昌路837巷37號		社區藥局	中藥實場字第111094號	111年7月1日-115年6月30日
95	振東中西藥局	屏東縣屏東市崇蘭里100之6號		社區藥局	中藥實場字第111095號	111年7月1日-115年6月30日
96	中國醫藥大學北港附設醫院	雲林縣北港鎮新德路123號		中醫醫療院所	中藥實場字第111096號	111年8月1日-115年7月31日
97	彰化縣秀傳紀念醫院中醫藥局	彰化市中山路一段542號		中醫醫療院所	中藥實場字第111097號	111年8月1日-115年7月31日
98	聯新國際醫院	桃園市平鎮區廣泰路77號		中醫醫療院所	中藥實場字第111098號	111年8月1日-115年7月31日
99	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院中醫科中藥局	台中市大里區東榮路483號		中醫醫療院所	中藥實場字第111099號	111年8月1日-115年7月31日

111 年中藥合格實習場所一覽表						
編號	遴選合格單位	地址	聯絡電話	所屬場域	場域合格字號	場域合格期限
100	英全藥局	台中市北屯區北平路三段 34 號		社區藥局	中藥實場字第 111100 號	111 年 8 月 1 日-115 年 7 月 31 日
101	瑞昌藥局	台中市北區學士路 155 號 1 樓		社區藥局	中藥實場字第 111101 號	111 年 8 月 1 日-115 年 7 月 31 日

附件五、Q&A

111 年度「中藥實習指導教師培訓暨認證及中藥實習場所遴選建置計畫」Q&A (第二版)

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
1	藥學生	中藥實習制度	中藥實習的總時數需要多少？	依據「藥學教育中藥實習辦法」規定，實習時數累計至少 160 小時；實習場所不限一處，每一場所至少實習 80 小時。
3	藥學生	中藥實習制度	學生去實習的條件及資格？	實習生須至少完成「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」1/2 學分數為原則。
3	藥學系老師	中藥實習制度	若以兩次進行中藥實習，則實習場所的類別（醫療院所、社區藥局、中藥販賣業、製藥廠)選擇是否有特殊規定（例如兩次皆須同一類別)。	依據「藥學教育中藥實習辦法」，並無規定必須為同一類別，且實習場所不限一處，只每一場所至少實習 80 小時。
4	藥學系老師	中藥實習制度	根據『藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準』第三條的說明。一百零九學年度起入學公立或私立大學藥學系學生，若未來執業時將不會進行中藥相關的業務，則中藥課程及中藥實習的修習是否為必須完成的。	如果往後執業時將不會進行中藥相關的業務，中藥實習的部分就非必須完成。
5	藥學系老師	中藥實習制度	在時數、場域和師資符合規定的情況下，中藥實習的時數是否確認可與現行的其他實習(例如藥學或社區藥局實習)之時數重複認定。	如社區藥局藥師同時具有社區藥局實習指導資格、中藥實習指導資格，該藥局也獲得中藥實習場域認證之情況下，學生於該藥局完成實習之時數，且藥師之教學內容需為社區藥局

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
				中藥執業之實務，則可同時採認為社區藥局實習時數與中藥實習時數。若實習時數安排並非全數為中藥實習時數，則依實際教學分配，開立其時數證明。
6	藥學系老師	中藥實習制度	目前規劃的中藥實習師生比為 1:2。若同一實習場所有同時進行中藥及非中藥實習,則中藥實習的師生比計算是否應排除其他非中藥實習的學生人數。否則，可能會導致中藥實習與現行其他實習間的排擠效應？	如同一實習場所同時具有中藥實習及其他實習指導資格，師生比 1：2 為個別計算，如中藥生可收 2 位，其他實習亦可收 2 位，無所謂的排擠效應。
7	醫院藥師教學負責人	中藥實習制度	請問場域實習時數 80 小時,是否可包含於藥師醫院 640 小時的實習時數之內，或必需另計？	中藥實習可內含於其他實習中，故中藥實習 80 小時可內含於原 640 小時或依醫院規劃另外增加時數。
8	中藥實習指導教師	中藥實習制度	中藥實習應指導的內容？	實習內容應包含下列該所屬場域規範項目： 一、 中醫醫療院所:中藥法規實務課程、中藥藥品管理課程、中藥飲片辨識實務、中藥處方調劑實務等項目。 二、 中藥製藥廠:GMP 作業管理實務、品管實驗室作業實務、中藥品保作業實務、中藥法規藥品查驗實務等項目。 三、 社區藥局:社區藥局經營管理與法規實務、中藥調劑或供應、中藥相關產品及健康諮詢、社區公共衛

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
				生及中藥藥事照護等項目。 四、 中藥販賣業:中藥(材)之進口、批發與零售、中藥材之辨識與炮製、貯存、中藥販賣業經營管理與法規實務等項目。 實習內容應包含上列該所屬場域規範項目，且至少規劃 60 小時，其他各項課程訓練時數可依各執業特色，彈性調整至每一場所規範時數至少 80 小時。
9	藥學生	實習師資問題	實習師資可能會有中藥行指導,但很多並沒有教學經驗,不知道有沒有一套標準可以讓中藥師們遵行或參考？	有關中藥實習指導教師資格，「中藥實習指導教師培訓暨認證要點」說明培訓課程內容需如下： 一、 提升教師教學技能培育課程(400 分鐘) (一) 教育理念或人文素養。 (二) 倫理與藥事相關法規。 (三) 教學技巧與評量。 (四) 溝通、諮詢及輔導。 (五) 藥品資訊之收集、分析與傳遞。 (六) 實習教學經驗分享。 二、 中藥實習教案試作與討論課程(400 分鐘) (一) 製作教案技巧。 (二) 教案試做(主題如中藥材辨識、中藥不良反應及不良品通報)。 (三) 教案演練。 (四) 實習教案探討與改進。 依規定完成「提升教師教學技能培育課程」以及「中藥實習教

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
				案試作與討論課程」，經台灣藥學會或中華民國藥師公會全國聯合會認證，始為培訓合格之中藥實習指導教師。
10	藥學生	實習師資問題	老師們都是專業人員嗎？還是有些是診所助理的職位呢？	於中醫醫療機構(含中藥局)、社區藥局(兼營中藥)、中藥製藥廠或中藥販賣業從事中醫藥相關業務滿兩年之藥師或中醫師，須完成「提升教師教學技能培育課程」以及「中藥實習教案試作與討論課程」，始為培訓合格之中藥實習指導教師。
11	醫院藥師教學負責人	實習師資問題	已取得中醫醫學教育學會的中藥學指導教師資格的藥師，可直接認定。請問需要換證，或直接採用該證書即可？	已取得中醫醫學教育學會的中藥學指導教師資格的藥師，直接採用該證書即可。
12	藥師	實習師資問題	如果執業單位為一般家醫科診所的門前藥局，沒辦法帶中藥實習生還能報名中藥實習指導教師課程嗎？	中藥實習指導教師課程是針對收中藥實習生而開設，如所服務的單位若無法收中藥實習生，不符合此課程的報名要求，無法參加此課程
13	藥學生	實習場所問題	中藥實習的場所有哪些？	實習場所可為聘任中醫師或藥師執業之中醫醫療院所、中藥製藥廠、社區藥局(兼營中藥)或中藥販賣業四個場域。
14	藥學生	實習場所問題	實習的地方請問是透過什麼管道才可成為實習場所？	於中醫醫療院所、社區藥局(兼營中藥)、中藥販賣業及中藥製藥廠從事中醫藥相關業務滿兩年之藥師或中醫師經由師資培訓認證後，該場所即可向中華民國藥師公會全國聯合會申請中藥實習場所遴選，由中藥實習場所遴選小組委員執行遴選作業。遴選委員依「中藥實習場

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
				所遴選基準」書面及實地審查通過後即可成為中藥實習場所。
15	藥學生	實習場所問題	如果不經過學校,自己找到可以中藥實習的場所並實習,實習的時間可以算作實習時數嗎？	實習場所內需有一人(含)以上具有效中藥實習指導教師資格,且具以下條件之一,得成為中藥實習場所： (一) 中醫職類教學醫院評鑑合格之教學醫院，或中醫醫院評鑑合格之醫院，或衛福部公告之中醫負責醫師訓練主要訓練診所，認證年限依核發單位公告為準。 (二) 通過「中藥實習場所遴選要點」遴選合格之中醫醫療院所、社區藥局、中藥販賣業或中藥製藥廠。
16	審查委員	實習場所問題	中藥局及中西藥局如何判斷？	中西藥局的判定： 一、依藥事法相關規定設立。(藥事法第 34 條) 二、於各縣市登錄中藥執業藥局執照經營事項包含中藥調劑、供應或兼營中藥零售。(藥事法第 35 條) 中藥局判定： 一、於各縣市登記取得中藥販賣業藥商許可執照，或於各縣市登錄中藥執業依藥事法相關規定設立。(藥事法第 34 條) 二、藥局執照經營事項僅中藥調劑、供應或兼營中藥零售。(藥事法第 35 條)
17	審查委員	實習場所問題	實地訪視的委員組成為何？	實地訪查的遴選組成一組為 3 人，一位是被遴選單位所在地地方公會代表、一位是學校代

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
				表、一位為遴選場域專家代表。
18	審查委員	實習場所問題	場域遴選的評選標準？	各受評機構依「中藥實習場所遴選基準」所列專屬條文及評量項目辦理 ，遴選基準中必要項目審查均達「符合」，且於組織管理、設施管理、藥品管理、專業服務、教學條件任一部分之項目「符合」比例達 70%以上認定為合格。
19	藥學生	實習場所問題	想請問一般以西醫藥為主的藥局，但其也有在販售部分中藥材(例如藥膳包、科中、防蚊中藥配方.....)，這樣也可以成為中藥實習的場域嗎？因為如果是單純賣中藥的場所，大部分都是製造商，很少看到有藥師只以賣中藥為主的。	只要是有販售或調劑中藥之藥局皆可成為中藥實習場所領域，惟仍需經過師資培訓及場域認證才能帶中藥實習生。
20	醫院藥師教學負責人	實習場所問題	遴選基準表內有關於調劑中藥飲片跟中藥材辨識，由於醫院目前只有科學中藥，完全不會有中藥材，這樣會影響場域認證嗎？	遴選基準表內所提中藥材飲片的部分，表內敘述為調劑中藥製劑或中藥材飲片，非兩者皆為必備，再者是具有中藥材真偽鑑別教材，教材分為書籍與實物兩種，兩種備一即可。
21	遴選委員	實習場所問題	於疫情期間進行訪視，是否對於防疫有特別規定？	若是發布疫情警戒第三級，則後續查訪都改為書審，不到現場；但若維持現階段，還是可到現場訪查，一般防疫措施即可，並以實習生工作點為主。
22	藥學生	其他	中藥實習一定得用中文？	由於涉及中藥材的部份，故以中文為主要教學語言。
23	藥學生	其他	請問未來有哪些工作場域是需要中藥實習證明的	中藥製劑之製造、供應及調劑有關之中醫醫療院所、中藥製

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
			嗎？	藥廠、社區藥局(兼營中藥)或中藥販賣業會需要中藥實習證明。
24	藥學生	其他	去外縣市實習須要負擔金錢嗎？	實習收費標準依各校或實習單位另訂之。
25	藥學生	其他	如果是有參與實習，但因不可抗之因素而終止，那未來幾年是否會有機會補齊不足之時數？	如畢業後想補足實習時數，由執業地點的地方公會處理，地方公會與藥學系將配合分配。
26	藥學生	其他	要拿到藥師執照一定要先中藥實習 160 小時嗎？若沒參與對於往後的藥師生涯有什麼影響？	如果之後執業時將不會進行中藥相關的業務，中藥實習的部分就非必須完成。對於之後藥師生涯亦無太大影響。
27	藥學生	其他	請問具有「藥師執照」，且在校期間修滿 17 個中藥課程學分及 160 小時中藥實習，未來從事中藥方面的業務（如製造、供應、調劑），與領有「中藥商執照」的中藥從業人員有哪些差異之處？	中藥商執照之中藥從業人員，依「藥事法」規定，經中央衛生主管機關審核，予以列冊登記者，或領有經營中藥證明文件之中藥從業人員，並修習中藥課程達適當標準，得經營以下業務：中藥材及中藥製劑之輸入、輸出及批發；中藥材及非屬中醫師處方藥品之零售；不含毒劇中藥材或依固有成方調配而成之傳統丸、散、膏、丹、及煎藥。 而經修習中藥課程達適當標準，領有地方衛生主管機關證明文件；並經國家考試及格者，才得以執行中醫師處方藥品之調劑之業務。 具有「藥師執照」，且在校期間修滿 17 個中藥課程學分及 160 小時中藥實習之藥師，即可執行上述中藥業務。
28	藥學生	其他	每天實習的時間長度？	依各校或實習單位之規定。

項次	提問人身分	問題分類	Q	A
29	藥學生	其他	選定實習地點後之後需要面試嗎？	依各校或實習單位之規定。
30	藥學生	其他	中藥實習場所會如何分配？	依各校之規定。
31	藥學生	其他	學生選擇實習場所的地點是以學校所在地還是學生住所所在地？	依各校之規定。

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000401

推動中醫藥國際學術期刊

沈立言
臺灣大學

摘　要

研究目的：

中醫的歷史已超過一千多年，學習中醫可以了解到自然與人體的關係、人類疾病發生的原因進而提升人類生活品質。然而，傳統的中草藥在世界各地都有廣泛的應用，在亞洲國家，傳統中藥在疾病的預防和治療並作為日常食品中，用於延年益壽的歷史十分悠久，近幾十年來，中草藥在西方社會越來越受歡迎。WHO 世界衛生組織將於 2019 年推出第 11 版全球醫學綱要，並首次將中醫傳統醫學納入其中(WHO traditional medicine strategy: 2014-2023)，並將中醫藥首次納入互補醫學(Complementary and Alternative Medicine; CAM)的一部分。為了將臺灣的中醫藥研究推向國際化，且臺灣尚未有國際中醫藥學術電子期刊，因此，衛生福利部於 100 年 10 月成立國際中醫藥學術期刊計畫及英文電子期刊網站，命名為 Journal of Traditional and Complementary Medicine；eJTCM。

研究方法：

1. 維持 eJTCM 期刊網站出刊，按雙月出刊，每次至少 10 篇文章，並提供已獲接受文章出刊時間表，確保文章順利出刊。2. 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顧問編輯與編輯委員，含歐洲、美洲等地區編輯委員成員參加。3. 維護 eJTCM 期刊網站營運，提供查詢及下載期刊文章。4. 維持投審稿系統功能，增強系統友善介面環境，提供反抄襲系統確認稿件原創性。5. 持續強化期刊審稿流程運作，必要時滾動檢討，以提升收錄稿件品質。6. 為維持審稿一致性及收錄稿件品質，凝聚編輯委員共識，至少召開 1 場編輯委員會議，得採視訊方式舉行。7. 研究團

隊應包含中醫、中藥、西醫、西藥、營養、食品等各領域專家共同參與。8. 輔導臺灣中醫、中藥高品質文章稿件收錄，提升臺灣中醫藥學術界在世界的知名度，傳統醫藥相關文章每年登刊比例需達 65%以上。9. 至少辦理 1 場 eJTCM 期刊推廣說明會。10. 持續推廣 eJTCM 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。11. 定期提報網站參訪人次、期刊文獻引用次數、退稿率等統計資料。12. 提出 eJTCM 期刊整體營運推動及收錄稿件品質提升策略。

結果與討論：

從創刊以來，目前已發表 12 卷、51 期、641 篇文章，退稿率為 92%。延攬來自 17 個不同國家的 33 名編輯委員投入期刊審稿及編輯。eJTCM 於 110 年被 SCI 收錄，111 年獲得第一個影響因子 4.221。eJTCM 中的文章亦可以在 SCI, PubMed 或 SCOPUS 國際學術平台及華藝線上圖書館搜尋。期刊於 104 年與 Elsevier 出版商合作，每年期刊的引用次數以倍數增長，五年內期刊內的文章被引用次數達到 10,793 次，而在 CAM 領域中為 Q1 期刊，排名第 5 名。今年出刊的 66 篇文章，有 54 篇與中醫藥領域相關，刊登比例為 82%，出版臺灣學者所發表的文章共 9 篇，表示團隊十年來為了期刊做了巨大的努力，為了就是推動臺灣中醫藥的學術發展與研究並與世界接軌。團隊堅持只接受高品質的稿件，提高中醫藥研究的聲譽和影響力使其達成更遠大的目標。

關鍵詞：中醫，中藥，傳統醫學，國際學術期刊

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000401

The Quality Elevation and Promotion of International Journal of Traditional Chinese Medicine

Lee-Yan Sheen
National Taiwan University

ABSTRACT

Aim:

The history of Traditional Chinese Medicine has more than one thousand years. A better understanding of Chinese medicine can learn the relationship between nature and the human body, human diseases and elevation of quality of life. However, traditional Chinese herbal medicine has widespread use in all over the world. In Asian countries, traditional Chinese medicine has a long history of use in disease prevention and treatment and as daily food ingredients to increase longevity. In recent decades, herbal medicine has gained increasing popularity in Western societies. WHO will launch the 11th edition of the Global Medical Compendium in 2019, and will incorporate Traditional Chinese Medicine into it for the first time Traditional Chinese Medicine is classified as a part of Complementary and Alternative Medicine (CAM). There is no international-level Chinese medicine academic electronic journal by Taiwan. Therefore, the Ministry of Health and Welfare established the International Chinese Medicine Journal Project in 2011, named the "Journal of Traditional and Complementary Medicine".

Method:

1. To maintain the publication of the eJTCM journal: to publish on a bimonthly basis, with at least 10 articles, and provide a publication schedule for accepted articles to ensure the publication of the articles regularly. 2. To operate

and maintain the editorial committee: scholars from various countries with a Chinese medicine background are invited to serve as advisory editors and editorial committees, especially including editorial committee members from Europe and the Americas. 3. To maintain the operation of the eJTCM journal website, provide inquiries and download journal articles. 4. To maintain the function of the submission review system, enhance the system-friendly interface environment, and provide an anti-plagiarism system to confirm the originality of the manuscript. 5. To strengthen the operation of the journal review process, rolling review when necessary to improve the quality of manuscripts included. 6. To maintain the consistency of the review and the quality of the manuscripts included, and to consolidate the consensus of the editorial committee, at least one editorial committee meeting must be held by video. 7. The research team should include experts in various fields including traditional Chinese medicine, traditional Chinese medicine, western medicine, western medicine, nutrition, and food. 8. To collect high-quality articles and manuscripts from Taiwan and enhance the popularity of Taiwan's Chinese medicine academia in the world. The annual publication ratio of traditional medicine-related articles must reach more than 65%. 9. To hold at least one eJTCM journal promotion. 10. To promote the eJTCM journal website, participate in domestic or international conferences, improve and find the exposure of international platforms, expand the sources of manuscripts in various regions, and improve the quality of manuscripts. 11. Regularly report statistical data such as the number of website visits, the number of journal articles cited, and the rejection rate. 12. Propose strategies to promote the overall operation of eJTCM journals and improve the quality of manuscripts collected.

Results & Discussion:

Since its inception in October 100, this journal (eJTCM) currently had published 12 volumes, 51 issues, and 641 articles with the rejection rate of 92% (in 2022). eJTCM has published 66 articles in this year included 9 articles from Taiwan. We also have recruited 33 editorial board members from 17 different

countries. eJTCM was accepted by SCI in 2021and get the first Impact Factor 4.221 in 2022. eJTCM can be also searched in PubMed or SCOPUS data system. Besides, the publisher of eJTCM has transferred to Elsevier since 2015, the number of citations in this journal has grown exponentially every year. In recent 5 years, the citation number of eJTCM has reached 10,793 and is ranked at the 5th in the "Complementary and Alternative Medicine" field as Q1 journal. It means that we contribute lots efforts to eJTCM and promote the academic development and research of Chinese medicine all over the world for 10 years. We insist to accept only high quality manuscripts, improve the reputation and impact in the research field in order to achieve this goal of eJTCM in 2023.

Keywords：International Journal; Chinese Medicine; Traditional and Herbal Medicine

壹、前言

中醫的醫學理論及技術在中國和亞洲其他國家上發展範圍較為寬廣：疾病、病者和醫者之角色、醫病關係、醫學機構、醫療機構等都相當重視，且中醫、中藥為我國的國粹。中醫、中藥領域中傳統與互補醫學近年來受國際性的重視，且歐美、日本、韓國等都有單位研究中醫藥領域，使中醫科學化。由 2018 年開始，目前全球約有 100 多個國家使用中醫、中藥之方法，並建立中醫、藥、食療機構進行研究。意味著，中醫、中藥學的傳統醫學已成為全球之熱門話題(WHO, 2013) (Liu SH, Drug Saf. 2015;38(2):117–128.)。於 100 年由臺灣出版國際級的中醫、中藥、食療學術期刊，希望以最有效率及最低成本的策略，來建構最高品質的國際性中醫、中藥、食療學術期刊，創立了 Journal of Traditional and Complementary Medicine；eJTCM。此期刊亦於 110 年獲 Web of Science Core Collection: Science Citation Index （SCI）Expanded 資料庫收錄，於 111 年獲得第一個 Impact Factor 4.221，為我國第一本 SCI 中醫藥學術期刊，迄今已發行 12 卷 51 期共計篇 641 文獻，延攬來自 17 個不同國家的專家編輯群，退稿率達 92%，並已被 SCI, PubMed, SCOPUS 國際學術平台及華藝線上圖書館收錄。至今也在”Complementary and Alternative Medicine”領域中，排名第 5 名(此領域共 93 名)，為 Q1 期刊。希望為精進臺灣中醫藥學術研究量能。今年從六月開始，因為獲得第一個 Impact Factor 後，許多國家紛紛投稿，例：印度、伊朗、泰國、中國大陸、巴西、臺灣。今年目前投稿已有 1,200 篇文章，需要投入更多的人力及資源來處理稿件，包括：審稿、邀請審稿人、校稿。尤其是今年獲得第一個 Impact Factor 之後中國大陸投稿意願增強，今年已有 160 篇投稿，希望臺灣可以有更多專家學者知道此期刊，讓他們的研究有平台邁向國際。

貳、材料與方法

一、穩定維持「Journal of Traditional and Complementary Medicine；eJTCM」期刊網站出刊，按季出刊，每期至少 10 篇文章

(一) 於 1、3、5、7、9 及 11 月出刊

(二) 每期至少 10 篇文章

(三) 刊登文章論文性質可包含 original article、review article、perspectives 或 short communication 等文章。

(四) 希望收錄歐、美、亞洲等地區跨國性的優秀文章，使本期刊更加國際化。

(五) 舉辦推廣會議宣傳本期刊，並吸引優秀文章投稿。

(六) 參加學術會議時，宣傳本期刊。除了增加投稿，也尋求適合的專家學者加入本期刊委員。

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 Editors-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，希望藉此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，希望對於本期刊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) Editors-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) Editors-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、副編輯、榮譽編輯、執行編輯。來自 19 個不同的國家，共 47 人。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，以便加強審稿速度。

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，並增強系統友善介面環境。作者投稿稿件至系統後，Managing editor 會先確認稿件品質後，再請主編確認文章題目是否符合期刊的 topics。若不符合，會直接退稿；若符合本期刊 topics，會分配給副主編審稿，副主編會依照文章內容，邀請至少 3 位審稿人，副主編會依照審稿人意見，若意見不佳，會將稿件退稿; 或是送回給作者，希望作者依照審稿人要求將稿件修改完美後，最後主編決定是否接受稿件及發表。

五、提供中醫藥比對詞庫(Chinese Medical Dictionary)。

目前參照世界衛生組織 WHO 傳統醫學標準術語的中醫藥資料庫以利作者論文發行時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 1 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、提出本期刊獲 SCI 資料庫收錄後營運計畫書

九、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，每期至少 10 篇文章，於 1、3、5、7、9 及 11 月按時出刊，每期收錄至少 10 篇文章，出刊狀況簡述如下：

(一) 第十二卷第一期：

出刊日期：111 年 1 月(如表一)

其中通訊作者國別：臺灣、義大利、日本、印度，分別來自 5 個國家，共計 10 篇，本期為 Special Issue 特刊-COVID-19，其中包含一篇義大利主編 Editorial Note，共 4 篇為中醫藥相關文章。而台灣部分由中國醫藥大學吳○○教授發表，題目為：“Potential Natural Products that Target the SARS-CoV-2 Spike Protein Identified by Structure-Based Virtual Screening and Isothermal Titration Calorimetry”

(二) 第十二卷第二期：

出刊日期：111 年 3 月(如表二)

本期通訊作者的國家分別是：臺灣、泰國、日本、荷蘭、印度、巴西、奈及利亞、阿根廷。共計 12 篇，分別來自 8 個國家，其中 ”Revisiting traditional Chinese materia medica from European historical collections and perspective for current use”為副主編 Dr. M○○ W○○所發表的，而中國醫藥大學的吳○○教授為李國雄院士撰寫了一篇”In Memory of Professor Kuo-Hsiung Lee (K. H. Lee)” 來特此紀念李院士對臺灣學術界的貢獻。

(三) 第十二卷第三期：

出刊日期：111 年 5 月(如表三)

本期通訊作者國別為：美國、匈牙利、泰國、馬來西亞、印度、印尼、日本、迦納、阿根廷等 8 個國家，文章共計 10 篇。其中包含 2 篇 Short Communication，共 9 篇為中醫藥相關文章。

(四) 第十二卷第四期：

出刊日期：111 年 7 月(如表四)

通訊作者國別：法國、巴西、波蘭、印尼、伊朗、馬來西亞、中國大陸、泰國、印尼等共來自 10 個不同的國家，文章共計 14 篇。其中有篇文章來自中國大陸討論黃帝內經的理論學，Liver and gall bladder channel parallels in the Hippocratic Corpus and Huang Di Nei Jing with theoretical considerations，有別於其他文章。

(五) 第十二卷第五期：

出刊日期：111 年 9 月(如表五)

通訊作者國別：臺灣、美國、澳洲、印度、中國、伊朗等共來自 5 個不同的國家，文章共計 10 篇。其中就有 4 篇為臺灣學者被接受，包含主編沈立言教授團隊投稿，另外也有副主編陳○○教授投稿並被接受。

(六) 第十二卷第六期：

出刊日期：111 年 11 月(如表六)

通訊作者國別：臺灣、英國、泰國、馬來西亞、伊朗及印度等共來自 6 個不同的國家，文章共計 10 篇，且全為與中醫藥相關之文章。

以上今年刊登文章共 66 篇中，有 54 篇與中醫藥相關，顯示達 81.8%，共來自 21 個不同國家投稿，其中有 9 篇來自臺灣(圖一)。

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，目前統計 eJTCM 所有編輯成員共有 47 位(包含主編，榮譽編輯及副主編)，其中來自 19 個國家(圖二)(表七)。在此，本計畫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 33 位中有 9 位來自臺灣中醫藥界菁英。而今年因為疫情趨緩，義大利主編 Dr. Ciro 來台，預計在 12 月 8 日於臺大食科所舉辦實體會議，主編、副主編、執行編輯的小型會議。

三、維護並更新「Journal of Traditional and Complementary Medicine；eJTCM」期刊網站維護與增修。

(一) 107 年公布作者投稿規定(圖三)，並呈現在 eJTCM 網頁上 Guide for Authors，這些規定可以初步篩選作者的良莠也同時可以控管文章長度及版面一致性。另外，本期刊為臺灣衛生福利部中醫藥司委託辦理之期刊，將其標誌持續放置期刊首頁(圖四)。

(二) 顯示網頁各類相關資訊，包含更新的 Journal Metrics 及 Impact Factor，可以看到今年 eJTCM 在"Complementary and Alternative Medicine"領域(共有 93 種期刊)排名第 5 名，CiteScore 為 7.8；Impact Factor 為 4.221 (圖五)，另外更新的部份有：

1. Recent Articles

   使用者可以看到最新的文章(圖六)，讀者可藉由網頁點選連 Google、PubMed 搜尋此文章。

2. Most Cited

   讀者可得知今年引用率最高的文章(圖七)。文章題目為" Dietary therapy and herbal medicine for COVID-19 prevention: A review and perspective"，為主編沈立言教授團隊在今年一月出刊於特刊中的文章。而 Elseiver 提供資訊由 106 年發表至今被引用次數為 401 次最高引用的文章(圖八)。

3. 維持投審稿系統功能，增強系統友善介面環境

   (1) 投稿介面清晰

   期刊首頁可直接連結投稿頁面，於網頁右上方，簡單明瞭(圖九)。

   (2) 投稿與審稿友善

   除了在首頁具有投稿連結外，進入投稿網頁，可讓作者一目了然，避免投錯不了解期刊主題(圖十)。

   (3) 反抄襲檢視系統

   由於現今網路文章取得容易，易有抄襲行為。為了杜絕抄襲文章，本期刊乃設立反抄襲檢視系統 Cross Check System (圖

十一)。期刊編輯可藉由該系統針對即將投稿文章，比對網路上已刊登的文章，並有標記相似度比例。若標記抄襲率超過 50%，會依照內容抄襲狀況，進而撤稿並通知作者。

(4) 線上校正系統

為了方便投稿者直接在線上稿件校正，本期刊設立線上校正系統 Proof Central (圖十二)。當稿件被接受後，作者進行第一次校正，期刊編輯會進行第二次校正，之後由出版社排版完成後出刊。此系統除了方便作者外，還可以加速稿件出版速度。

(5) 審稿機制說明

作者可於 Title page 中建議二至三個審稿人名單可供主編參考，副主編除了自己的理想審稿人名單外，亦可由 Elsevier 系統尋找審稿人(圖十三)。選擇審稿人時，除了考慮研究背景，亦會避免與投稿者同國籍的人。審查關卡有三關(審稿人評分及建議、副主編確認審稿人的建議是否公正並且給適當建議、主編確認所有建議後進一步決定稿件去留)，以便確保所有文章的品質。另為了採取快速審查，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 天依照建議修訂稿件後，最後由主編決定此稿件是否被接受、再次進行 revise 或甚至拒絕。附上稿件 Peer review 流程 (附錄 2)及稿件格式規定 (附錄 3)。

除了不同類型文章有字數的要求，亦要求作者必須提供 title page 及 cover letter。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，增強了解文章內容。作者可以由中醫藥對比詞庫而插入相關詞彙於稿件中。可以使中醫藥的專有名詞更國際化，讓

外國學者了解中文專有名詞(圖十四)。

四、舉辦推廣會議宣傳本期刊，並吸引優秀文章投稿。

為了增加在臺灣地區中醫藥的稿源，主編沈立言教授今年於 11 月 4 日下午 1 點 10 分於中國醫藥大學立夫教學大樓 11 樓討論三室進行期刊宣傳，宣傳講座主要推廣 eJTCM 之重點收錄文章及期刊特點(圖十五)。除了請主編沈立言特聘教授演講並至各大會議廣發本期刊 flyer 與會議中的專家做詢問，並邀請專業學者投稿，例: ISBAB (The 16th International Symposium on Biocatalysis and Agricultural Biotechnology)。以上這些都是對期刊宣傳有正面的幫助。

五、執行期程提報：網站下載期刊人次、期刊文獻引用次數、退稿率等統計資料

(一) 網站下載人數

本期刊在 104 年一月正式由 Elsevier 出版社負責本期刊後，下載文章的人數非常多，由 Elsevier 出版社提供的數據得知：106 年 347,720 人；107 年 564,579 人；108 年 579,345 人；109 年 758,381 人；110 年 829,023 人(圖十六)。

(二) 期刊文獻引用次數

根據 Scopus 資料顯示，本期刊目前有 657 篇文章被引用，107 年引用次數為 1,072 次；108 年引用次數為 1,438 次；109 年引用次數為 2,154 次；110 年引用次數為 3,006 次，而今年引用次數截至目前為 3,123 次。由圖上數據可以得知：每一年的引用率為上升趨勢，尤其加入 Elsevier 出版社後，引用率急速上升。另外，本期刊於今年至少有 51 篇至少被引用 51 次，h-index 為 51，去年 h-index 為 43，顯示本期刊文章的品質不錯，持續被關注並大幅進步中(圖十七)。

(三) 接受率及退稿率：

根據 Elsevier 提供數據中，可以了解退稿文章件數，可得知今年退稿率 92% (圖十八)，相對去年退稿率為 84%，表示沒有因為今年被 SCI 接受後而鬆懈。

(四) 今年文章出刊的領域別：

今年所發表出刊 66 篇文章中，中醫藥相關領域 (Traditional and Herbal Medicine)比例占 82%，已達 65%以上，其中由臺灣學者稿為 9 篇，表示本期刊重視臺灣中醫藥學術及產業發展(圖一)。

六、SCI 收錄後之期刊營運計畫書

(一) 計畫要點

臺灣第一本國際級中醫藥之學術期刊 Journal of Traditional and Complementary Medicine (eJTCM)於 100 年 10 月發行創刊號。以 Open Acess 形式無償供使用者取得全文資源，由 109 年開始以雙月刊方式發行。目前被 SCI、PubMed、Scopus、DOAJ 及 PMC 國際學術平台收錄完成。但希望本期刊為永續發展並兼顧收錄文章品質以達到中醫藥及互補醫學此領域的第一名期刊，是當前重要的議題，因此擬定此營運計畫書。

(二) 營運目標

1. 目前本期刊被 SCI、PubMed 與 Scopus 等 14 個學術平台收錄完成，希望明年 JIF/SCIE 排名為 Q1，3 年內成為頂級期刊（排名第一）。
2. 增加作者的國籍多樣性：希望 40%來自亞洲以外的投稿。
3. 增加讀者群的國籍多樣性：希望不同國家知道本期刊，例：5%來自美國，5%來自歐洲。
4. 每年出刊更多文章：明年發表 100 多篇，3 年發表 150 篇。
5. 快速發表：明年整體發表時間減少到 24 週，3 年內減少到 18 週。

(三) 營運技術

1. 我們將維持一年刊登 6 期的文章，其中文章常態類型應為：Perspective/Review/Original/Short Communication。其中，Perspecative 文章需要知名學者撰寫，此部份我們會邀請國內外知名院士來寫稿；而 Review 的文章因為是統整性的學術文章，可增加引用率。

2. 除了基本的稿件之外，我們也會符合近幾年的學術潮流來新增 Special issue，增加本期刊的曝光度。
3. 增加編輯委員，可加速稿件的審稿。

(四) 市場分析與競爭

在 CAM 領域排名前 5 名分別為：Journal of Ginseng Research、Phytomedicine、GeroScience、American Journal of Chinese Medicine、eJTCM，希望 3 年內成為頂級期刊。其中 Journal of Ginseng Research 亦為 Elsevier 出版的期刊，可連絡 Elsevier 將此期刊與本期刊當姐妹期刊。若 Journal of Ginseng Research 有研究領域不符之文章，可以轉介至本期刊。臺灣發行的 eJTCM 主題分類非常具體且有強調性（附錄 1），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。

(五) 行銷策略

1. 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投稿。
2. 每期選出具有吸引讀者的 graphical abstract 來做為封面，以吸引讀者有更多的 citation。
3. 明年會增加有關 microbiota 的 special issue，利用此增加文章引用率及期刊曝光度。
4. 將會對於國內外專家進行大量邀稿，主要先以 email 方式，使增加學術研究之風氣及帶動本期刊之知名度。
5. 可針對在 CAM 領域排名前 4 名的期刊中，有潛力的作者來進行邀稿，並推廣本期刊。

(六) 生產製造

1. 按時出刊，每期至少 10 篇文章，預計一年可出刊 6 期：目前明年的出刊應該順利，除了每期至少 10 篇文章外，出刊量也會依據文章內容增加外，希望一年可以增加期數，陸續收錄優良稿件，也會邀請專家學者撰寫 Special Issue，如：microbiota，aging，herbal medicine 及 epigenetic，預計每年的一月或三月

份發行 Special Issue，於每年年初發行，可增加引用率。

2. 開拓各區域稿件來源與提升稿件的品質，以提升本期刊文章引用率。根據 Elsevier 出版公司的資料顯示，111 年投稿本期刊的前十名國家為：印度、伊朗、泰國、奈及利亞、中國、土耳其、印尼、巴西、埃及、臺灣（圖十九）。希望可增加作者的多樣性，積極邀請並收錄歐、美、亞洲等地區跨國性的優秀文章，40%來自亞洲以外的投稿。歐洲國家的投稿並被接受已有增加，表示我們近年內努力有些成果。由於現階段不缺乏稿件，因此會更嚴格把關文章來源與品質，並訂定投稿的規則，以便作者遵守並參考(附錄 3)。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(附錄 2)。
3. 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(附錄 2)。

(七) 經營團隊

經營團隊之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。
主編	Ciro Isidoro	教授	義大利教授 Ciro Isidoro 不僅有國際期審稿經驗，對於其他期刊運作相當了解。也為期刊在歐美地區提高曝光度。
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 31 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 14 位	教授級別	提供本期刊意見及諮詢期刊未來走向。

(八) 財務計畫

1. 人事費需 1,348,011 元。其中主要包含：計畫主持人及博士後研究員薪資，勞健保險與年終獎金。
2. 業務費需 2,220,406 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，國外學者來臺工作費用及所需雜支。
3. 管理費需 521,583 元。

以上合計 4,090,000 元。

(九) 經濟效益

1. 人力訓練發展：

   維持此國際中醫藥學術期刊，可讓臺灣的傳統醫學、植物用藥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。並連絡中醫師公會全國聯合會讓中醫藥師參加相關協會所舉辦會議進而承認繼續教育學分。

2. 學術研究提升與健康促進：

   (1) 本期刊收錄文章具有中醫藥功效，可提升國人生活品質與醫療水準。本期刊輔導臺灣中醫界收錄及投稿文章具有養生保健或治療功效，除了提升臺灣在國際上的知名度外也可提升國內研究風氣及國人生活品質與醫療水準。

   (2) 因本期刊被華藝線上圖書館收錄，利用其多元及多量的學術期刊文章，並建立成資料庫推廣於全球。目前已收錄國內外超過 5,500 本期刊（臺灣約 2,000 本期刊）、臺灣與中國

學位論文逾 200 萬篇、電子書約 73,000 本，為目前臺灣最大的電子全文資料庫，每年累計有 8,500 萬的使用流量，使本期刊於臺灣各大院校曝光度提升。

(3) 臺灣的中醫、中藥相關產業需要更加國際化。利用本期刊往外擴展並舉辦國際會議，使醫藥、中草藥領域的專家學們齊聚一堂，分享最新研究成果，並創造研究或產業發展的合作機會。

肆、討論

本計劃期刊發行已如期出版了第 12 卷 1~6 期共 66 篇論文，本年度規劃之內容與目標已大致完成。

本期刊於去年四月已被收錄於 SCI (圖二十二)，Web of Science 今年六月公布最新的 Impact factor 為 4.221，同步網頁上也公布最新消息(圖二十三)，希望能大大增加稿源與品質。另外，之前被收錄的資料庫有：PubMed, PMC, Scopus, DOAJ。另外，期刊五年內的各方比較，亦可看出每年的持續進步(圖二十一)。今年投稿件數至今有 1,200 篇，而被接受的稿件庫存量未出刊尚有 23 件，其他稿件陸續投稿中，因此明年出刊狀況大致排程良好。期待有第一個 Impact Factor 後能有更多優秀的稿件。

另外可透過主編參加國際研討會的舉辦過程，增加本期刊的曝光度與知名度外，亦能邀請知名講者投稿至本期刊。最後，本計畫為了增加本期刊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本期刊，國內方面目前與華藝線上圖書館合作，相信以上資料庫的申請或收錄可大大提升本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

本計畫今年度已完成年度工作目標，除了今年拒絕率達 92%之外，經過多年努力終於被SCI收錄並獲得第一個Impact Factor 4.221，亦被PubMed、Scopus、PMC、DOAJ 共 16 個國際性平台收錄，國內亦被華藝線上圖書館收錄。然而為了使本期刊永續經營，必須持續本計畫的目標與策略，讓稿源更加優秀與具國際知名度。因此，建議如下：

一、主編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，與各副主編有更緊密的連結。

二、敦請主編等國內副主編參加國內或國際會議時向與會者宣傳本期刊，以提供和開拓高品質稿件之來源。

三、連絡中醫師聯合公會可讓中醫師參加協會舉辦會議進而使學分認定。

四、持續強化編輯委員會成員對本期刊的向心力，請他們向相關領域的學者邀稿。

五、增加作者的多樣性，希望 40%來自亞洲以外的作者投稿。

六、邀請更多歐洲籍優秀的專家學者進入編輯委員會成員，以吸引相關地區學者投稿。

七、根據目前研究熱點，每年可新增 Special Issue，收錄品質佳及有話題性的文章，可使讀者更多。

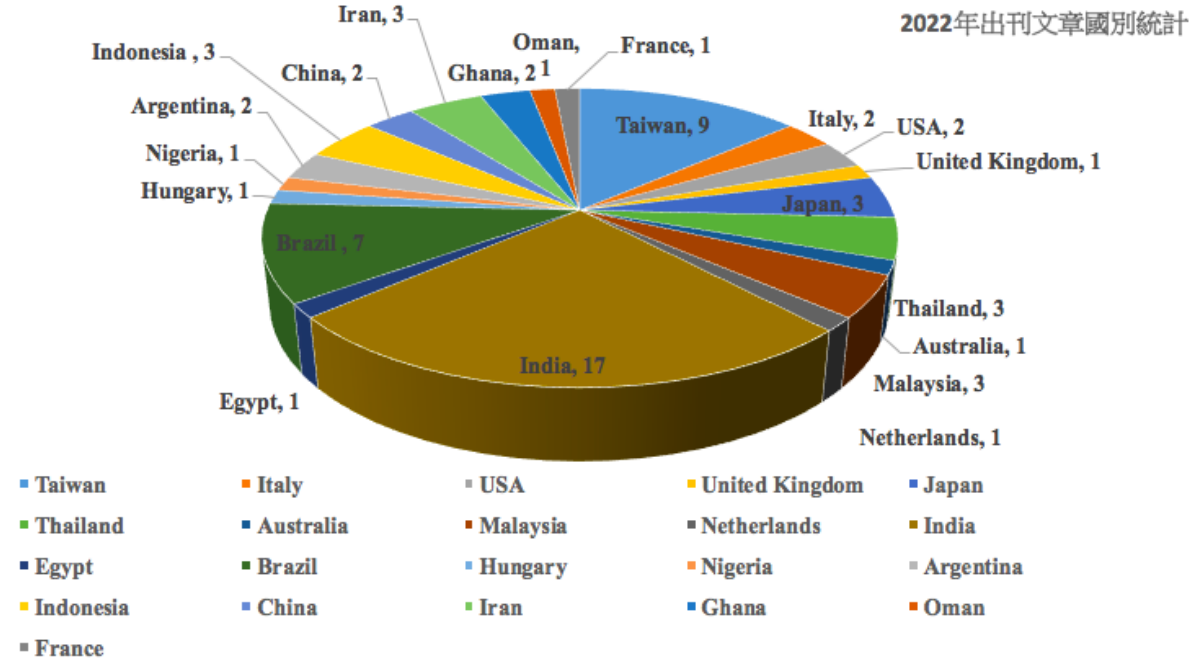
誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW111-CMAP-M-114-000401 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

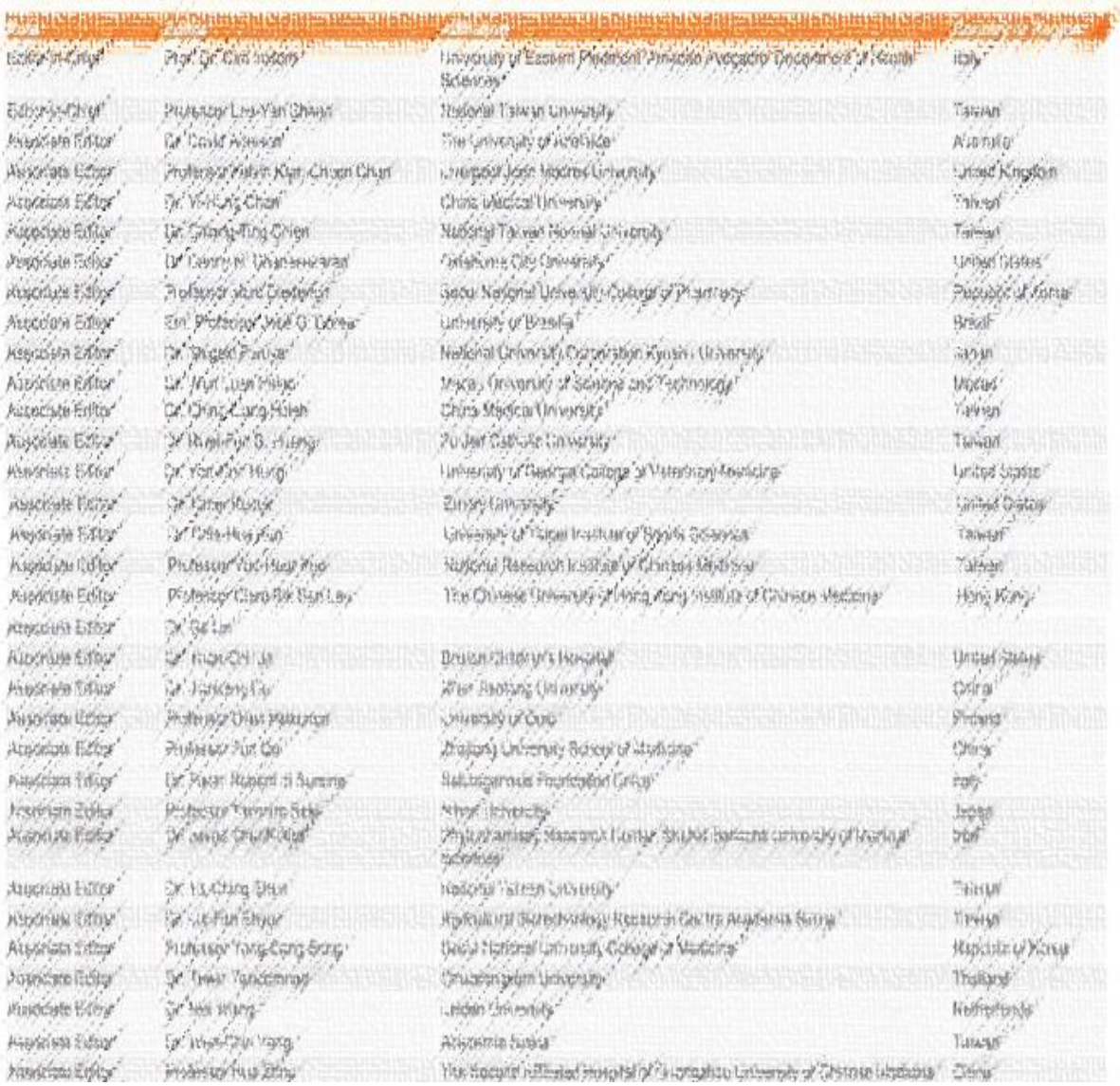
陸、參考文獻

1. World Health Organization (WHO). 2013. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023, USA.
2. World Health Organization (WHO). 2007. WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region. WHO Regional Office for the Western Pacific, USA.
3. Liu SH, Chuang WC, Lam W, Jiang Z, Cheng YC. Safety surveillance of traditional Chinese medicine: Current and future. Drug Saf. 2015;38(2):117–128.

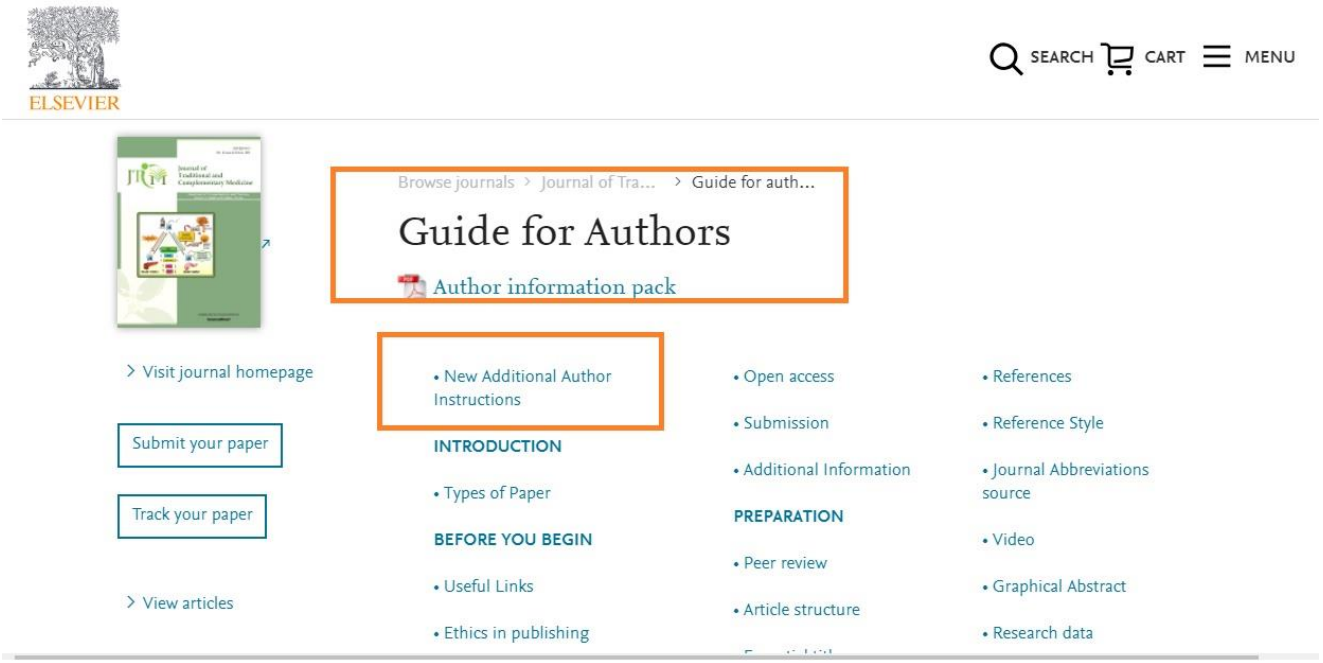
柒、圖、表



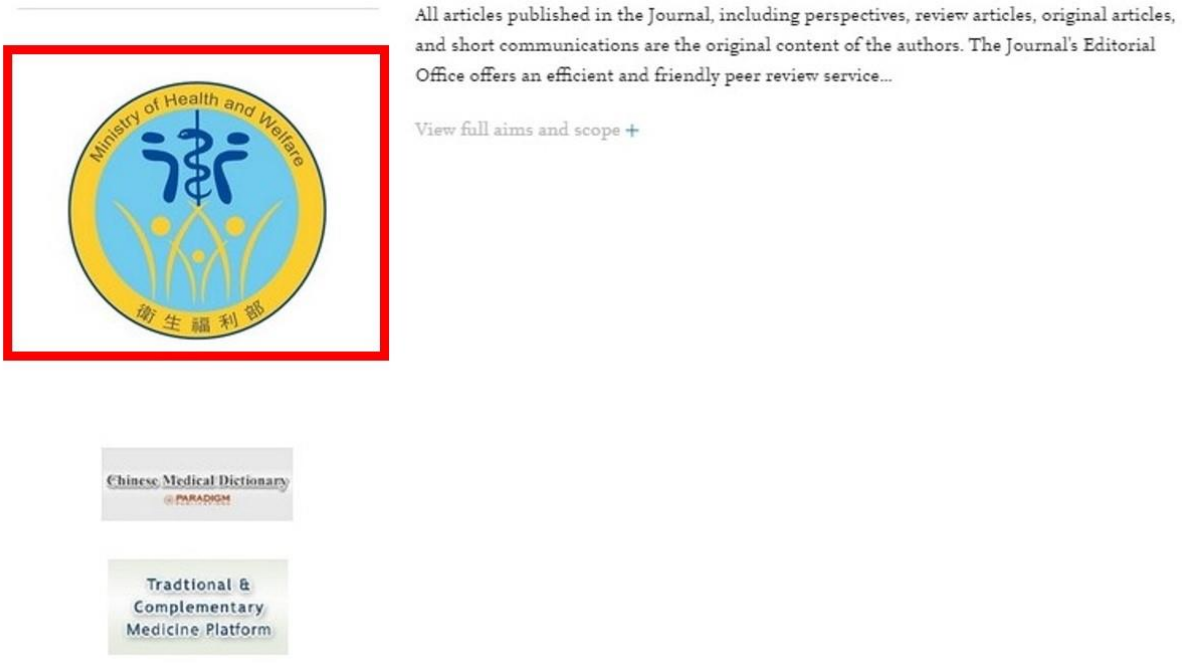
圖一、今年出刊文章之國家分佈



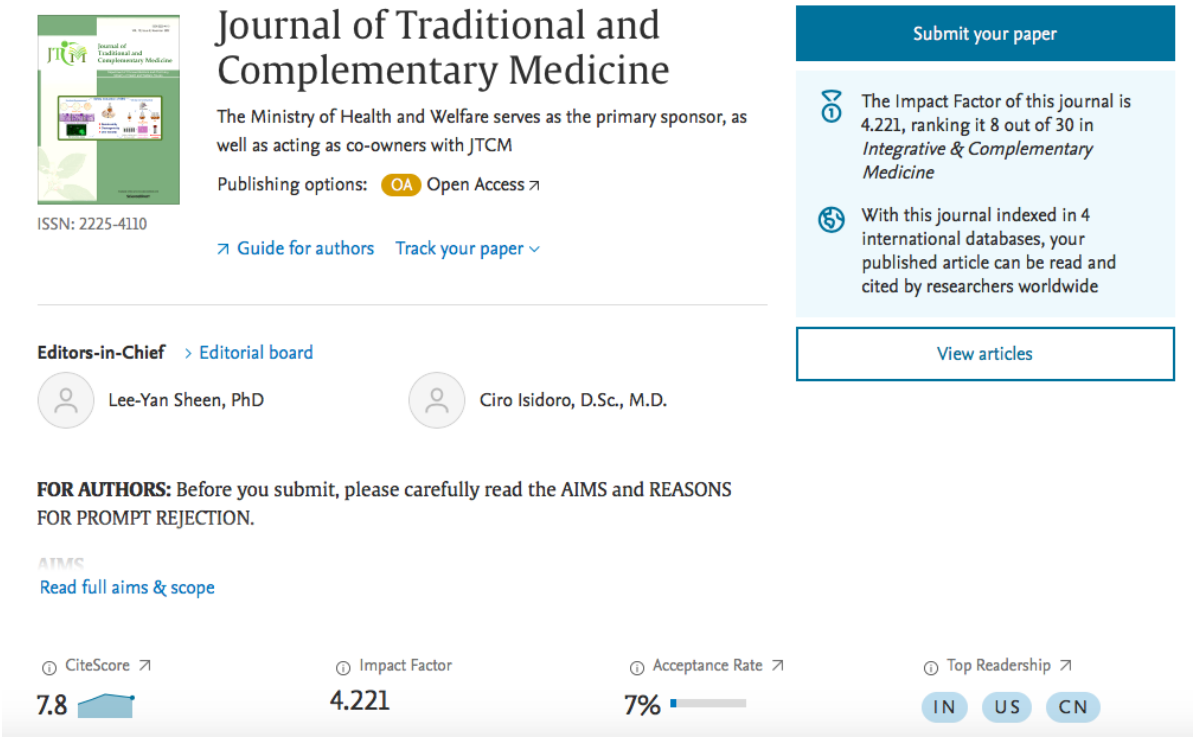
圖二、eJTCM 編輯委員名單(主編與副主編)



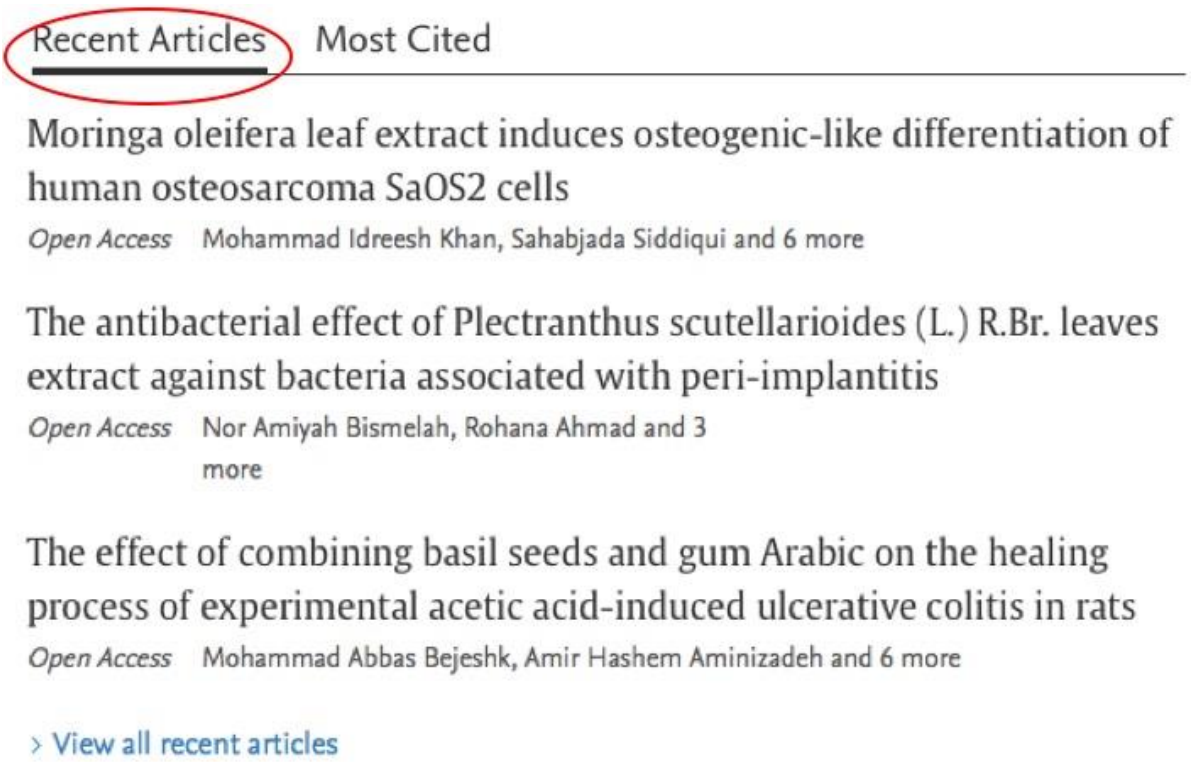
圖三、eJTCM 網站上的 Guide for Authors



圖四、衛生福利部標誌呈現於期刊網站



圖五、Impact Factor 與 Journal Metrics 呈現於期刊網頁



圖六、期刊網頁顯示最新發表的文章



圖七、期刊網頁顯示引用率高的文章

Most Cited Articles, 2022 YTD (Published All Time)

Scopus

Citations	Citations (lifetime)	Article Title	Authors	Publication Year	Document Type	Open Access
88	401	Biological activities of curcuminoids, other biomolecules from turmeric and their derivatives – A review	Amalraj A.,Pius A.,Gopi S.,Gopi S.	2017	Review	Open Access (Creative Commons License)
66	312	Antiviral natural products and herbal medicines	Lin L.-T.,Hsu W.-C.,Lin C.-C.	2014	Article	Open Access (Creative Commons License)
61	276	Pharmacological properties of Salvia officinalis and its components	Ghorbani A.,Esmaeilizadeh M.	2017	Article	Open Access (Creative Commons License)
51	195	An update on natural compounds in the remedy of diabetes mellitus: A systematic review	Choudhury H.,Pandey M.,Hua C.K.,Mun C.S.,Jing J.K.,Kong L.,Ern L.Y.,Ashraf N.A.,Kit S.W.,Yee T.S.,Pichika M.R.,Gorain B.,Kesharwani P.	2018	Review	Open Access (Creative Commons License)
44	179	Revival, modernization and integration of Indian traditional herbal medicine in clinical practice: Importance, challenges and future	Sen S.,Chakraborty R.	2017	Review	Open Access (Creative Commons License)

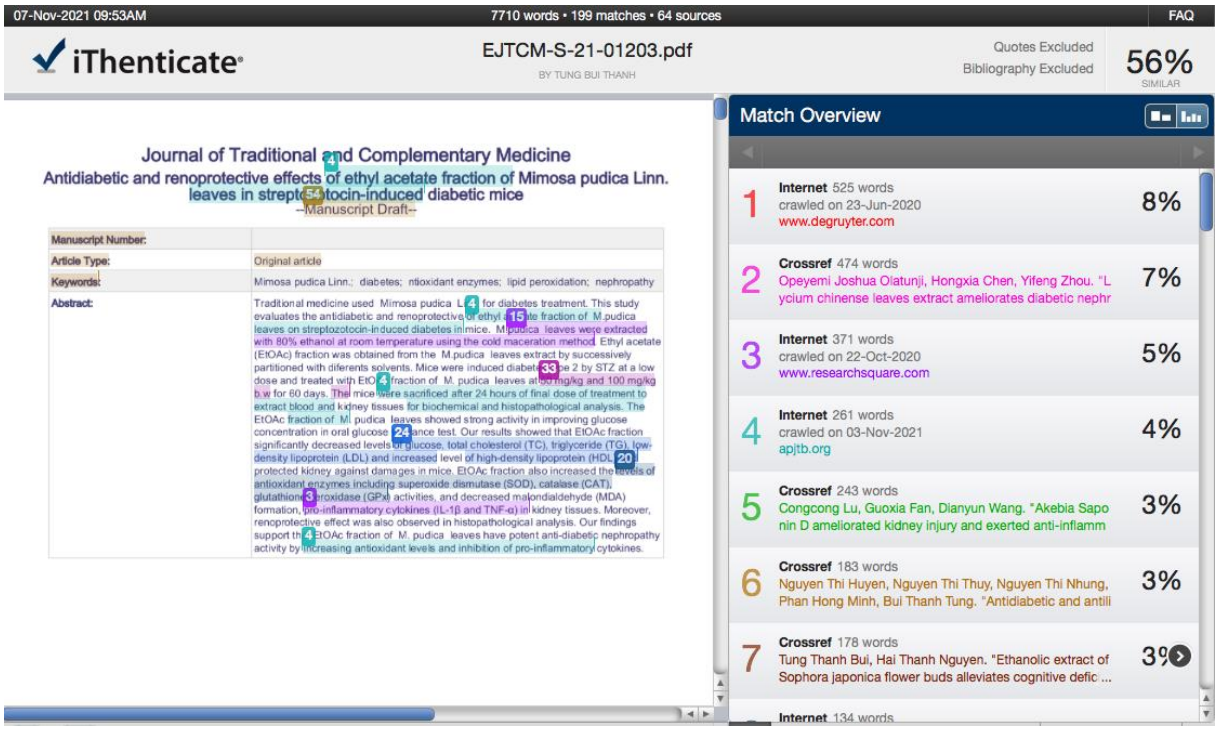
圖八、Elsevier 提供迄今被引用率最高的文章



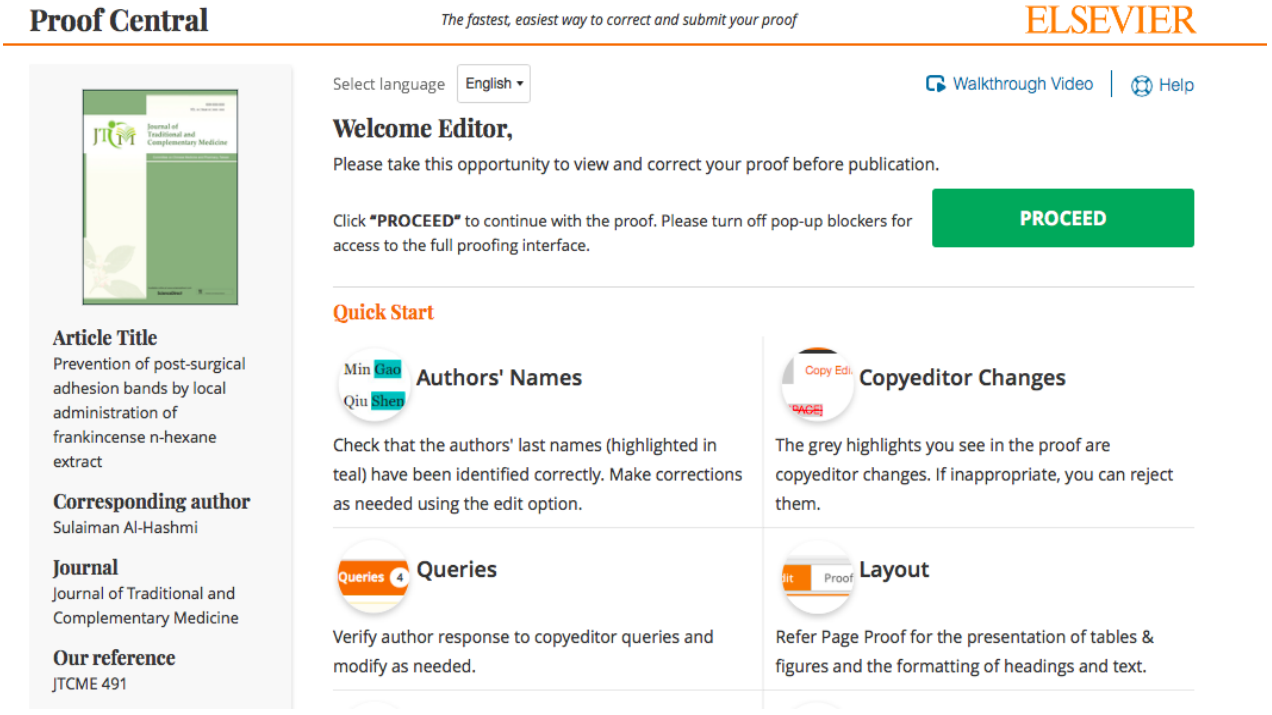
圖九、期刊首頁呈現投稿連結



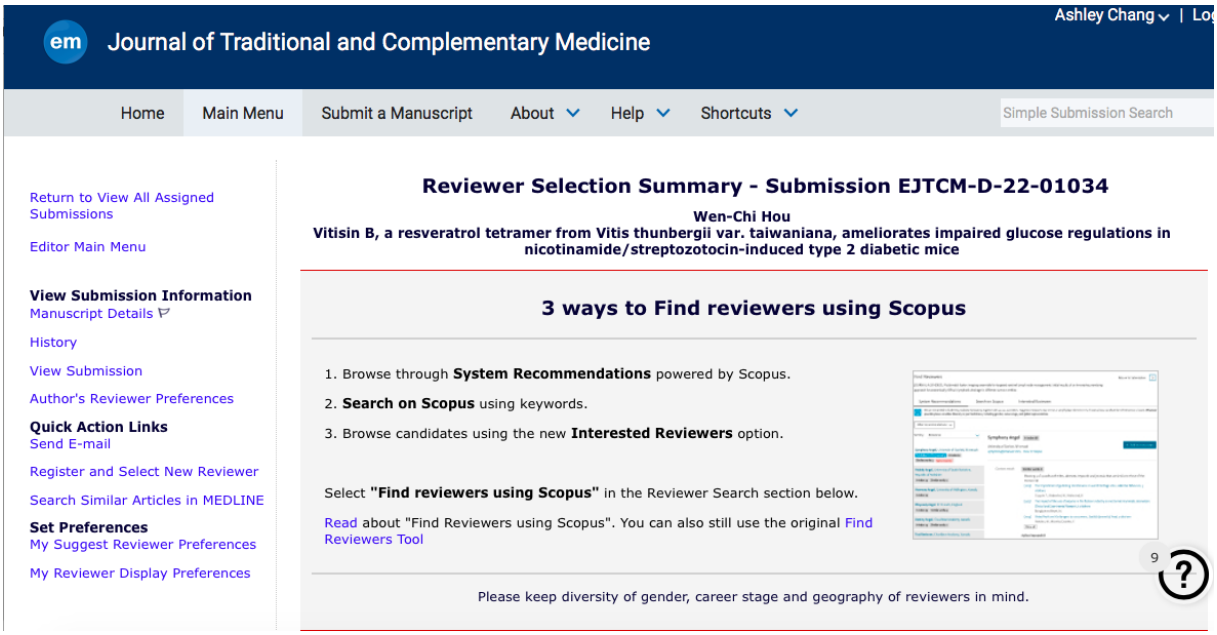
圖十、期刊投稿頁面



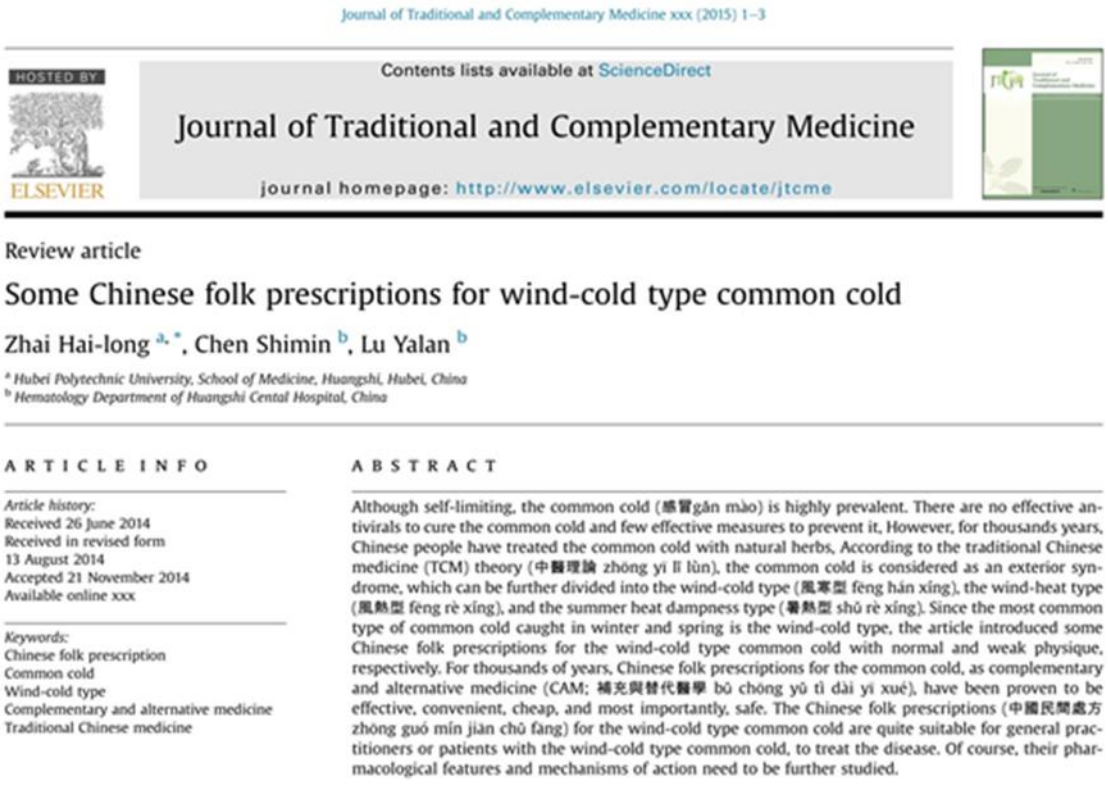
圖十一、反抄襲系統



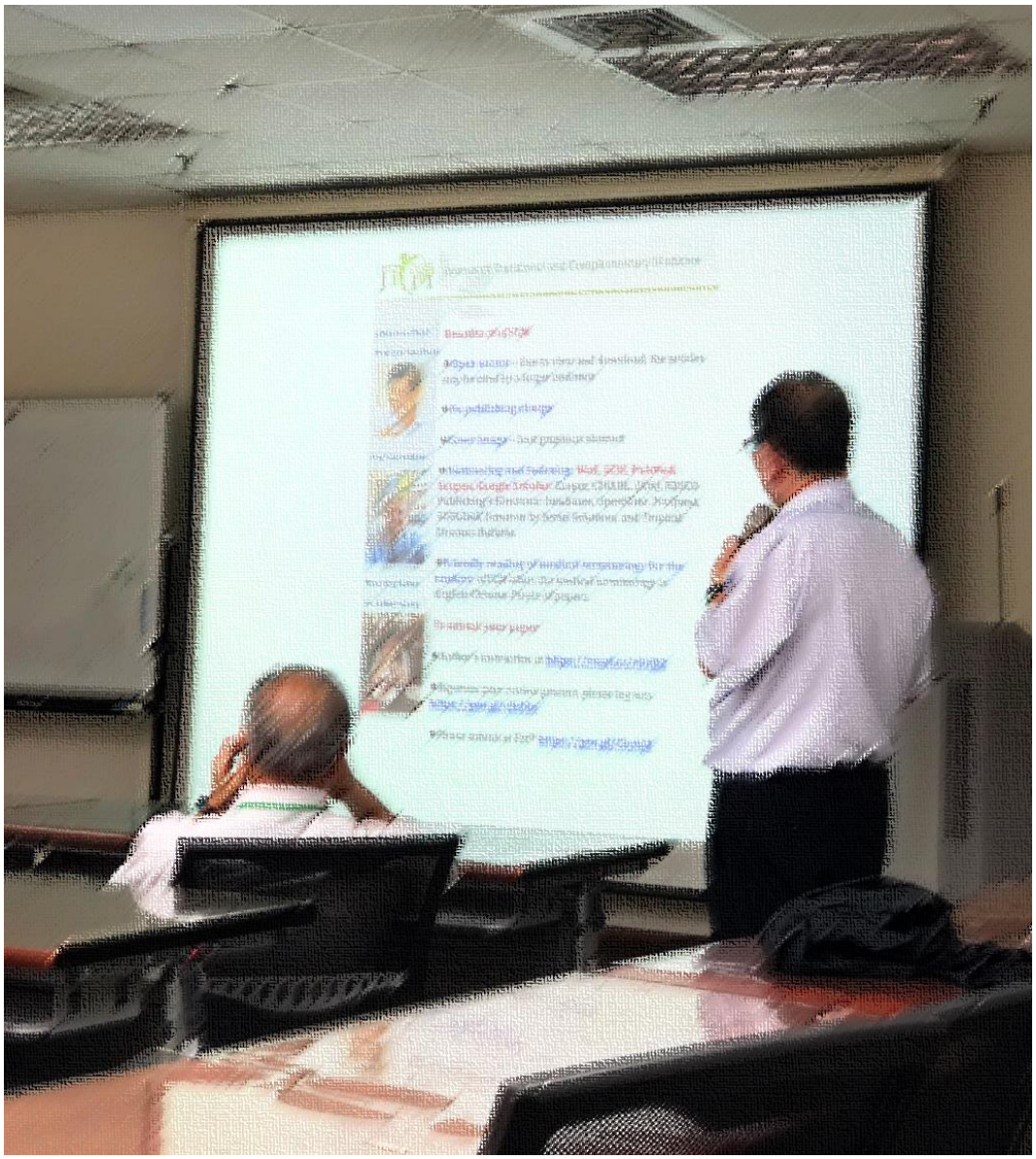
圖十二、線上校正系統



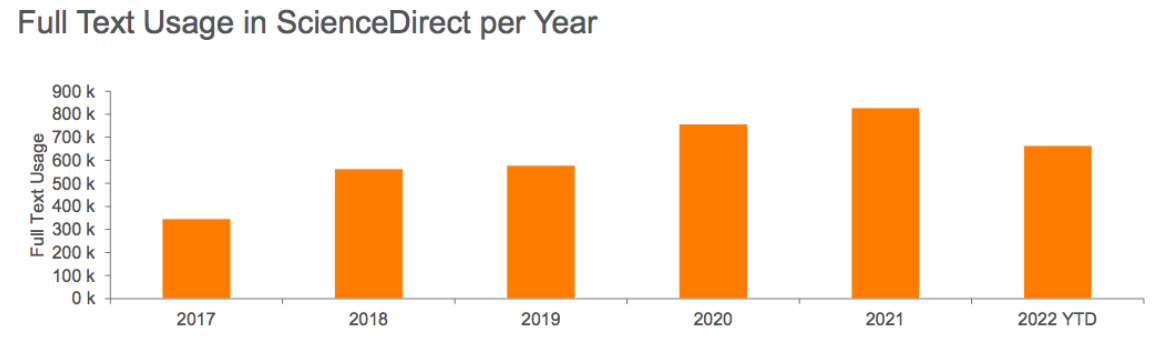
圖十三、由 Elsevier 提供審稿系統中，可利用內建或 Scopus 尋找適當的審稿人



圖十四、英文、繁體中文、及英文拼音呈現於 eJTCM 文章中

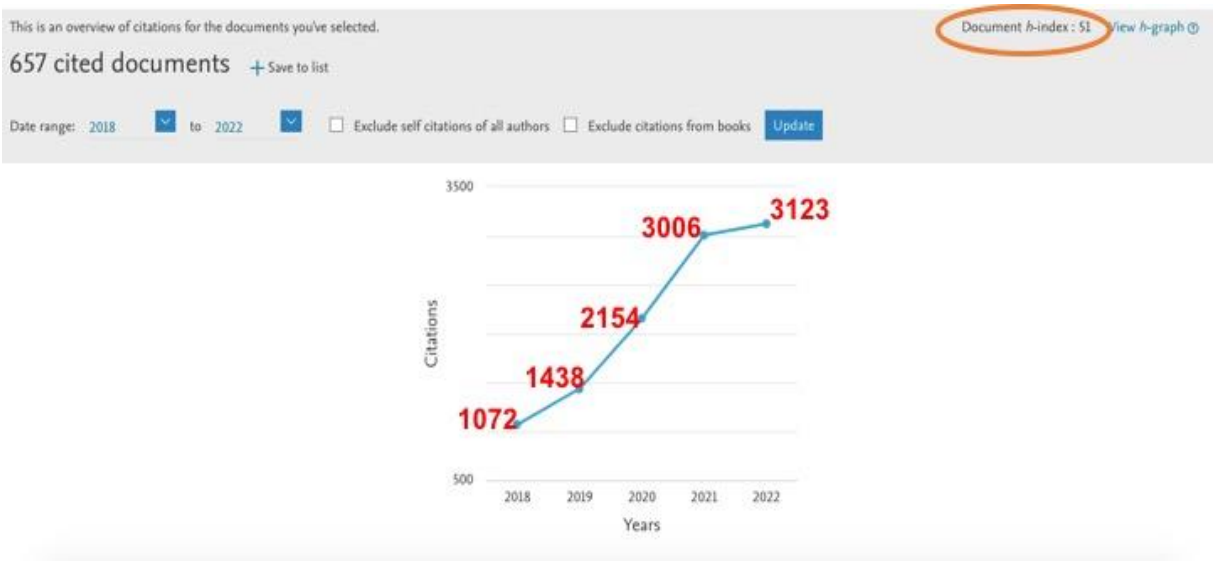


圖十五、主編沈立言教授進行期刊宣傳

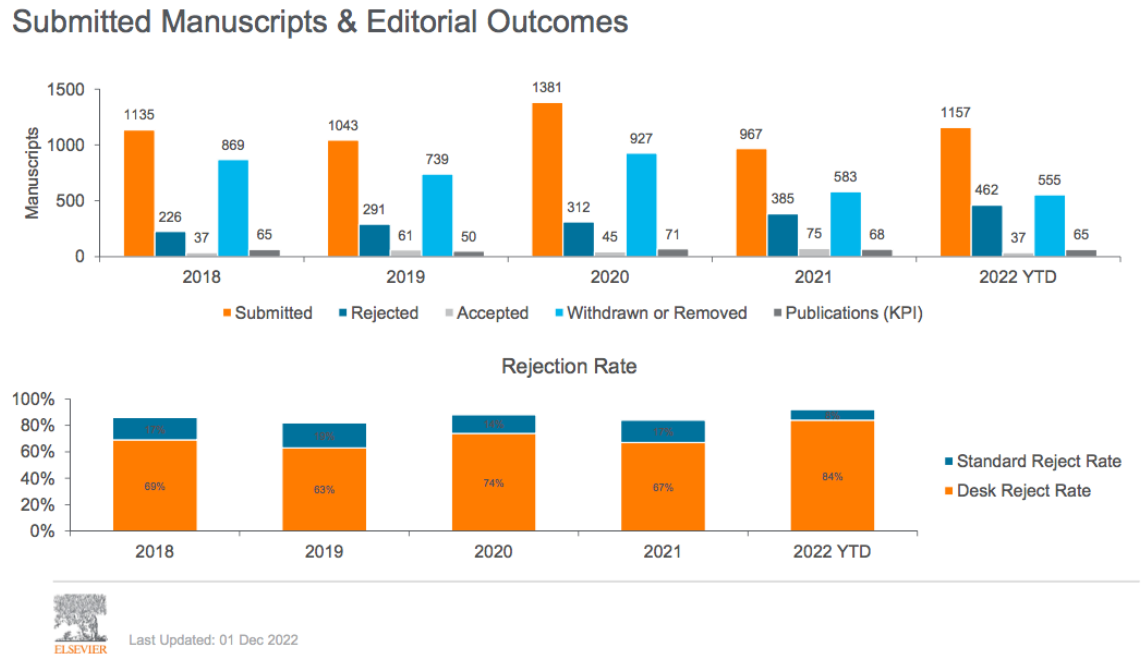


Type	2017	2018	2019	2020	2021	2022 YTD
SD	347,720	564,579	579,345	758,381	829,023	665,026

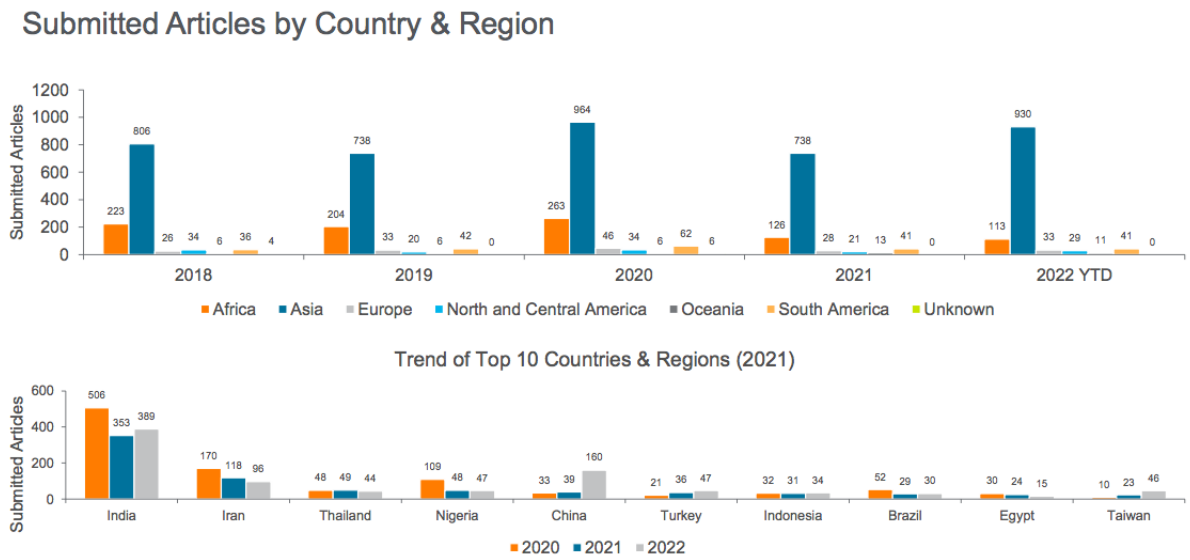
圖十六、網站下載期刊人數



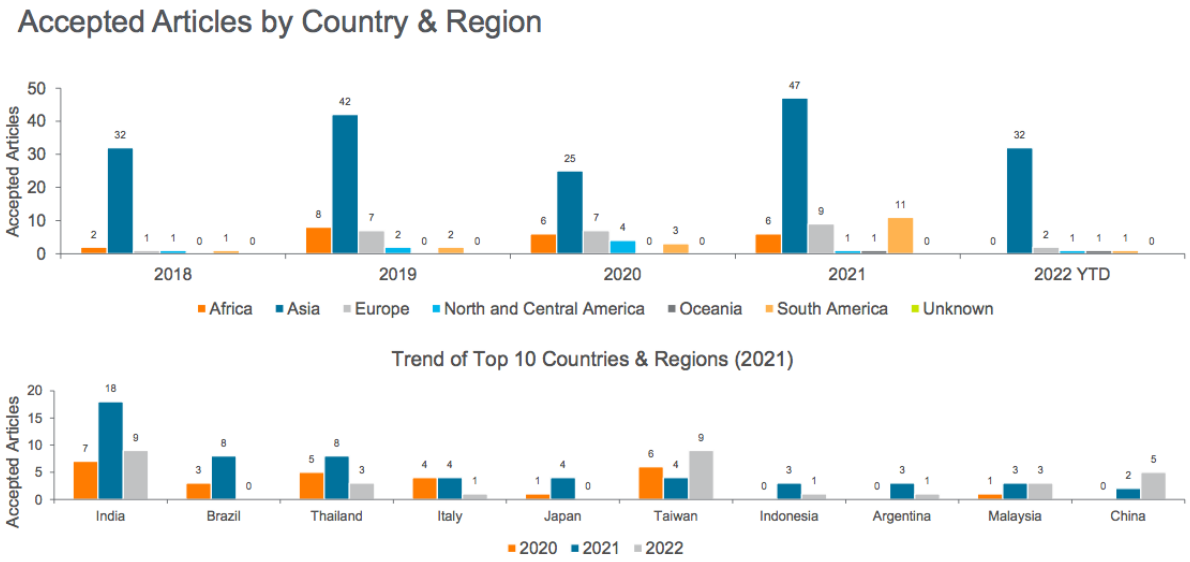
圖十七、五年內的引用率，與去年相比，引用率相去不遠(更新於十一月底)



圖十八、五年內文章拒絕篇數、接受篇數及拒絕(更新於十一月底)



圖十九、前十大地區投稿至本期刊之國家統計(更新於十一月底)



圖二十、稿件被接受之前十大國別統計(更新於十一月底)

	106年	107年	108年	109年	110 年	111年
出刊文章數	74	65	50	71	69	66
在CAM領域排名	17/86 (19.8%)	12/89 (13.5%)	5/83 (6%)	4/83 (4.8%)	3/86 (3.4%)	5/93 (5.3%)
CiteScore	3.0	3.9	4.9	6.5	8.4	7.8
Rejection Rate	73%	86%	82%	88%	84%	93%
H-index	16	18	24	34	43	51
引用次數	723	1072	1438	2154	3006	3123

圖二十一、期刊六年內之比較，拒絕率及 H-index 皆有進步

Web of Science Group

A Clarivate Analytics company

Congratulations!

Journal of Traditional and Complementary Medicine has been selected for inclusion in the Web of Science.

Articles published after **January 1, 2019,** will be included in the following products:

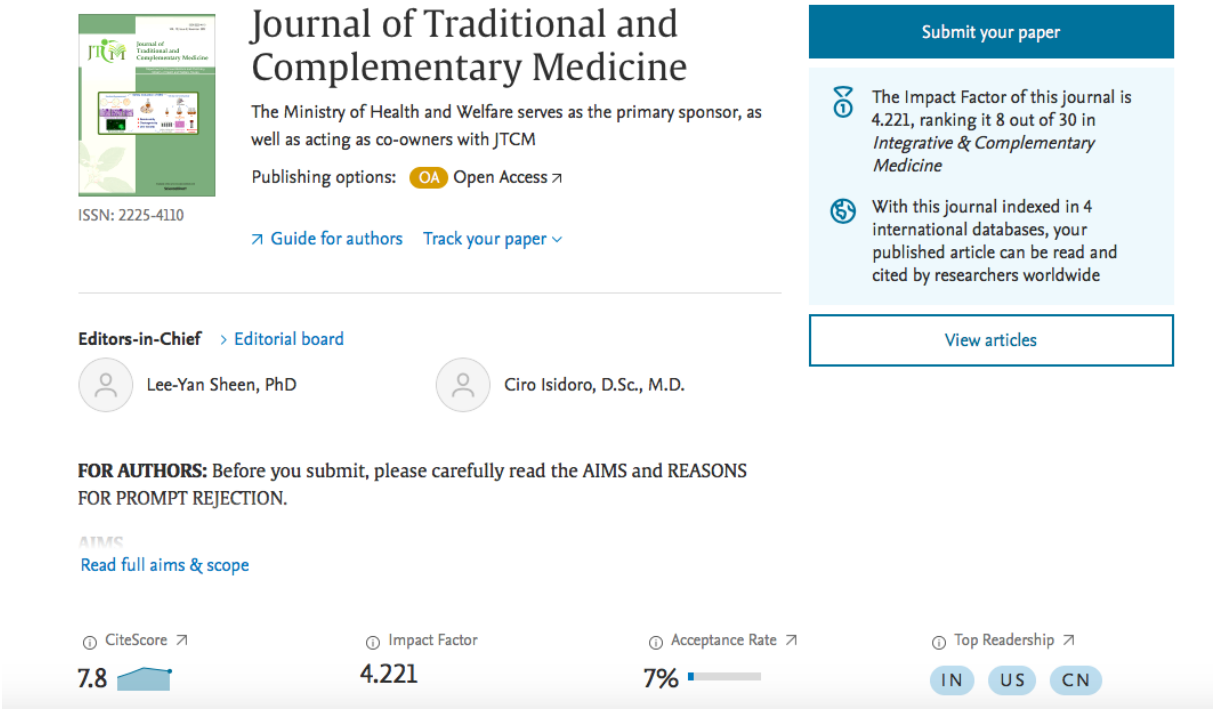
- *BIOSIS Previews*
- *American Society of Health System Pharmacists*
- *Biological Abstracts*
- *Current Contents / Clinical Medicine*
- *Science Citation Index Expanded*
- *Essential Science Indicators*
- *Journal Citation Reports Science*

Details of the Web of Science Editorial Selection Process can be found here.

In the future, Journal of Traditional and Complementary Medicine may be evaluated and added to additional Clarivate Analytics products to meet the needs of the scientific and scholarly research community.

Best regards,
Marian Hollingsworth
Director, Editorial Relations

圖二十二、期刊去年被納入為 SCI 期刊，今年六月公布 Impact Factor 為 4.221



圖二十三、於期刊網站右上方公布期刊最新的 Impact Factor 為 4.221

表一、第十二卷第一期(共發表 10 篇)

Title	**Country**	**Type**	**4 篇為 Traditional and Herbal Medicine 文章**
Calendulaglycoside A showing potential activity against SARS-CoV-2 main protease: Molecular docking, molecular dynamics, and SAR studies	Egypt	Original Article	V
In-silico evaluation of bioactive compounds from tea as potential SARS-CoV-2 nonstructural protein 16 inhibitors	India	Original Article	V
Virtual screening by targeting proteolytic sites of furin and TMPRSS2 to propose potential compounds obstructing the entry of SARS-CoV-2 virus into human host cells	India	Original Article	
Inhibitory effect of honokiol on furin-like activity and SARS-CoV-2 infection	Japan	Short Communication	
Potential Natural Products that Target the SARS-CoV-2 Spike Protein Identified by Structure-Based Virtual Screening and Isothermal Titration Calorimetry	Taiwan	Original Article	
The dual role of phytochemicals on SARS-CoV-2 inhibition by targeting host and viral proteins	India	Original Article	
Targeting autophagy with natural products to prevent SARS-CoV-2 infection	Italy	Review Article	
Exploring the therapeutic nature of limonoids and triterpenoids against SARS-CoV-2 by targeting nsp13, nsp14, and nsp15 through molecular docking and dynamic simulations	India	Original Article	V
Role of herbal medicines in the management of patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.	India	Review Article	V
Natural products as a source of novel drugs for treating SARS-CoV2 infection	Italy	Editorial Note	

表二、第十二卷第二期(共發表 12 篇)

Title	**Country**	**Type**	**8 篇為 Traditional and Herbal Medicine 文章**
Ex vivo and in vitro inhibitory potential of Kava extract on monoamine oxidase B activity in mice	Brazil	original article	
Echinodorus macrophyllus fraction with a high level of flavonoid inhibits peripheral and central mechanisms of nociception	Brazil	original article	
Prophylactic effect of Trigonella foenum-graecum L. seed extract on inflammatory markers and histopathological changes in high-fat-fed ovariectomized rats	India	original article	V
Antispasmodic, antidepressant and anxiolytic effects of extracts from Schinus lentiscifoliusMarchand leaves	Argentina	original article	V
Effects of ear acupuncture combined with cupping therapy on severity and threshold of chronic back pain and physical disability: A randomized clinical trial	Brazil	original article	V
Mechanistic insights into the antimycobacterial action of unani formulation, Qurs Sartan Kafoori	India	original article	V
Kamikihito rescued depressive-like behaviors and hippocampus neurogenesis in chronic restraint stress rats	Japan	original article	V
Anti-hypotensive effect of “Yahom Navakot” in rats with orthostatic hypotension	Thailand	original article	V
Antidiarheal activity of catechol and ethyl 5, 8,11,14,17 – icosapentanoate-rich fraction of Annona senegalensis stem bark	Nigeria	Short communication	V
A novel phenolic formulation for treating hepatic and peripheral insulin resistance by regulating GLUT4-mediated glucose uptake	Taiwan	original article	
Revisiting traditional Chinese materia medica from European historical	Netherlands	original article	V

collections and perspective for current use			
In Memory of Professor Kuo-Hsiung Lee (K. H. Lee)	Taiwan	The commemorative article	

表三、第十二卷第三期(共發表 10 篇)

Title	Country	Type	9 篇為 Traditional and Herbal Medicine 文章
Anti-rheumatoid activity of a hexane-insoluble fraction from Plantago major in female Wistar rats induced by Complete Freund's Adjuvant	Indonesia	Original article	V
Spirulina supplementation improves bone structural strength and stiffness in streptozocin-induced diabetic rats	Malaysia	Original article	V
Psycho-physio-biochemical modulations brought by Integrated Amrita Meditation (IAM®) relieved stress and improved glycemic control in type 2 diabetic subjects	India	Original article	
Sansoninto attenuates aggressive behavior and increases levels of homovanillic acid, a dopamine metabolite, in social isolation-reared mice	Japan	Original article	V
Stellaria media tea protects against diabetes-induced cardiac dysfunction in rats without affecting glucose tolerance	Hungary	Short communication	V
In vitro effects and mechanisms of action of Bidens pilosa in Trypanosoma brucei	Ghana	Original article	V
Effect of co-administration of metformin and extracts of Costus pictus D.Don leaves on alloxan-induced diabetes in rats	India	Original article	V
Therapeutic effect of Prosopis strombulifera (LAM) BENTH aqueous extract on a murine model of cutaneous leishmaniasis	Argentina	Original article	V
Transcriptome and metabolome changes induced by bitter melon (Momordica charantia)- intake in a high-fat diet induced obesity model	USA	Original article	V
Peperomia pellucida extracts stimulates bone healing in alveolar socket following tooth extraction	Indonesia	Original article	V

表四、第十二卷第四期(共發表 14 篇)

Title	**Country**	**Type**	**13 篇為 Traditional and Herbal Medicine 文章**
Antidepressant-like effect of Campomanesia xanthocarpa seeds in mice: Involvement of the monoaminergic system	Brazil	Original Article	V
Mechanism of action involved in the anxiolytic-like effects of Hibalactone isolated from Hydrocotyle umbellata L.	Brazil	Original Article	V
Hydrocotyle bonariensis Comm ex Lamm (Araliaceae) leaves extract inhibits IKs not IKr potassium currents: Potential implications for anti-arrhythmic therapy	France	Short communication	V
Modulation of psoriatic-like skin inflammation by traditional Indian medicine Divya-Kayakalp-Vati and Oil through attenuation of pro-inflammatory cytokines	India	Original Article	V
The effects of P. atlantica as a libido booster and sexual enhancer on the reproductive system of male rats	Iran	Original Article	V
Preparation and evaluation of wound healing activity of phytosomes of crocetin from Nyctanthes arbor-tristis in rats	India	Short communication	V
DHA-rich fish oil and Tualang honey reduce chronic stress-induced oxidative damage in the brain of rat model	Malaysia	Original Article	V
Prevention of post-surgical adhesion bands by local administration of frankincense n-hexane extract	Oman	Original Article	V
Benefits of electroacupuncture and a swimming association when compared with isolated protocols in an osteoarthritis model	Brazil	Original Article	V
Liver and gall bladder channel parallels in the Hippocratic Corpus and Huang Di Nei Jing with theoretical considerations	China	Review article	V
In vitro and In vivo antimalarial activities of Avicennia africana P. Beauv. (Avicenniaceae) ethanolic leaf extract	Ghana	Original Article	V

Protective effects of Thai Mucuna pruriens (L.) DC. var. pruriens seeds on sexual behaviors and essential reproductive markers in chronic unpredictable mild stress mice	Thailand	Original Article	V
Alpha-tocopherol-loaded polycaprolactone nanoparticles improve the inflammation and systemic oxidative stress of arthritic rats	Brazil	Original Article	
Detam 1 black soybean against cisplatin-induced acute ren failure on rat model via antioxidant, antiinflammatory and antiapoptosis potential	Indonesia	Original Article	V

表五、第十二卷第五期(共發表 10 篇)

Title	**Country**	**Type**	**10 篇為 Traditional and Herbal Medicine 文章**
Conventional disease-modifying anti-rheumatic drugs combined with Chinese Herbal Medicines for rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis	Australia	Original article	V
Cognitive changes mediated by adenosine receptor blockade in a resveratrol-treated atherosclerosis-prone lupus mouse model	USA	Original article	V
A randomized double blinded placebo controlled clinical trial for the evaluation of green coffee extract on immune health in healthy adults	India	Original article	V
Trans-differentiation of mouse mesenchymal stem cells into pancreatic β-like cells by a traditional anti-diabetic medicinal herb Medicago sativa L	Iran	Original article	V
Formulation and evaluation of SGLT2 inhibitory effect of a polyherbal mixture inspired from Ayurvedic system of medicine	India	Original article	V
Phytochemical-rich vegetable and fruit juice alleviates oral mucositis during concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced head and neck cancer	Taiwan	Original article	V
An observational study of acupuncture and complementary treatments for major depression: Case series from a preliminary study of proposed collaborative care model	Taiwan	Original article	V
Exploring the pivotal variables of tongue diagnosis between patients with acute ischemic stroke and health participants	Taiwan	Original article	V
Antihistamine promotes electroacupuncture analgesia in healthy human subjects: A pilot study	Taiwan	Original article	V
Moxibustion attenuates inflammation and alleviates axial spondyloarthritis in mice: Possible role of APOE in the inhibition of the Wnt pathway	China	Short communication	V

表六、第十二卷第六期(共發表 10 篇)

Title	**Country**	**Type**	**10 篇為 Traditional and Herbal Medicine 文章**
Efficacy of Jawarish Shahi a herbal formulation in irritable bowel syndrome: An open-labeled single-arm clinical trial	India	Original article	V
Genotoxicity and 28-day repeated dose oral toxicity study of garlic essential oil in mice	Taiwan	original article	V
Achyranthes aspera ameliorates stress induced depression in mice by regulating neuroinflammatory cytokines	India	original article	V
The antibacterial effect of Plectranthus scutellarioides (L.) R.Br. leaves extract against bacteria associated with peri-implantitis	Malaysia	original article	V
Anxiolytic, antidepressant and antioxidant activity of the methanol extract of Canarium resiniferum leaves	United Kingdom	original article	V
Beneficial effect of polyherbal formulation in letrozole induced Polycystic ovarian syndrome (PCOS)	India	original article	V
Wax apple (Syzygium samarangense) fruit extract ameliorates endothelial dysfunction and liver damage in high cholesterol diet-fed rats	Thailand	original article	V
Using radial pulse wave as hemodynamic measurements to quantify effects of acupuncture therapy for patients with traumatic brain injury and ischemia stroke	Taiwan	Short communicati on	V
The effect of combining basil seeds and gum Arabic on the healing process of experimental acetic acid-induced ulcerative colitis in rats	Iran	original article	V
Moringa oleifera leaf extract induces osteogenic-like differentiation of human osteosarcoma SaOS2 cells	India	original article	V

表七、eJTCM 編輯委員會成員之國別(主編與榮譽主編及副主編)

國家分布	19
USA	12
Taiwan	12
Canada	1
Austria	1
Brazil	1
Italy	3
Malaysia	1
China	4
Luxembourg	1
Iran	1
Thailand	1
Korea	1
Australia	1
United Kingdom	1
Netherlands	1
Total	47

捌、附錄

1. 期刊收錄主題

Aims and Scope
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 medicine. eJTCM focuses on both Eastern and Western complementary medicine and welcomes articles from all medical perspectives.

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. eJTCM 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. eJTCM 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.

2. Peer Review Process

PEER REVIEW PROCESS AND INSTRUCTIONS FOR AUTHORS (and ASSOCIATE EDITORS)

Before you submit

Dear Author, to save your and our time, please read carefully the information below before you start the submission. Below we illustrate the criteria for processing your manuscript. Check carefully if your article has good chances to be processed for peer reviewing and possible acceptance. We also strongly encourage you to read the editorial note “Isidoro C, Huang CC, Sheen LY. Publishing scientifically sound papers in Traditional and Complementary Medicine. J Tradit Complement Med. 2016 Jan 16;6(1):1-4. doi: 10.1016/j.jtcme.2015.12.005.”

Transparent reviewing process (see the flow-

chart). Principal reasons for rejection are:

- **The manuscript does not comply the editorial requirements** (graphical abstract, institutional email, etc.)
- **Out of scope.** Articles not fitting with the aims and scope of the journal will be rejected by the Editors prior to review. eJTCM publishes articles focusing on

"Traditional and Complementary" treatments to cure human diseases and/or to prevent diseases and to promote health. Alternative Medicines that are not founded on scientific grounds (e.g., Homeopathy, Bach's flower, reflexology, etc.) are not the focus of eJTCM. Non pharmacological treatments such as physical exercise, meditation, music therapy, aroma therapy and similar, though are well recognized to provide effective benefit for human health, might be considered for publication only if the pathophysiological mechanisms of action are investigated.

- **Lack of mechanistic explanation of the therapeutic and preventive effect.** Observational, descriptive and preliminary studies not providing a biochemical and/or pathophysiological explanation of the therapeutic effect will be rejected. As an example, articles with title like "Effect of ..." will not be considered (the title should reflect the findings and mechanisms). Also, articles describing the chemical-physical properties of the curative and preventive treatment without the demonstration of biomedical/therapeutic effects will not be considered.
- **Lack of originality.** Studies that are essentially confirmatory of similar studies previously published and not adding to our knowledge will not be considered for publication.
- **Ethical issues** (when dealing with animals and human specimens).

- Data do not support the conclusion.
- **Other causes for rejection are:** 1. Plagiarism (including self-plagiarism); 2. Data manipulation (manipulation of images); 3. Data duplication or "salami splicing" (splitting the data in two or more articles).

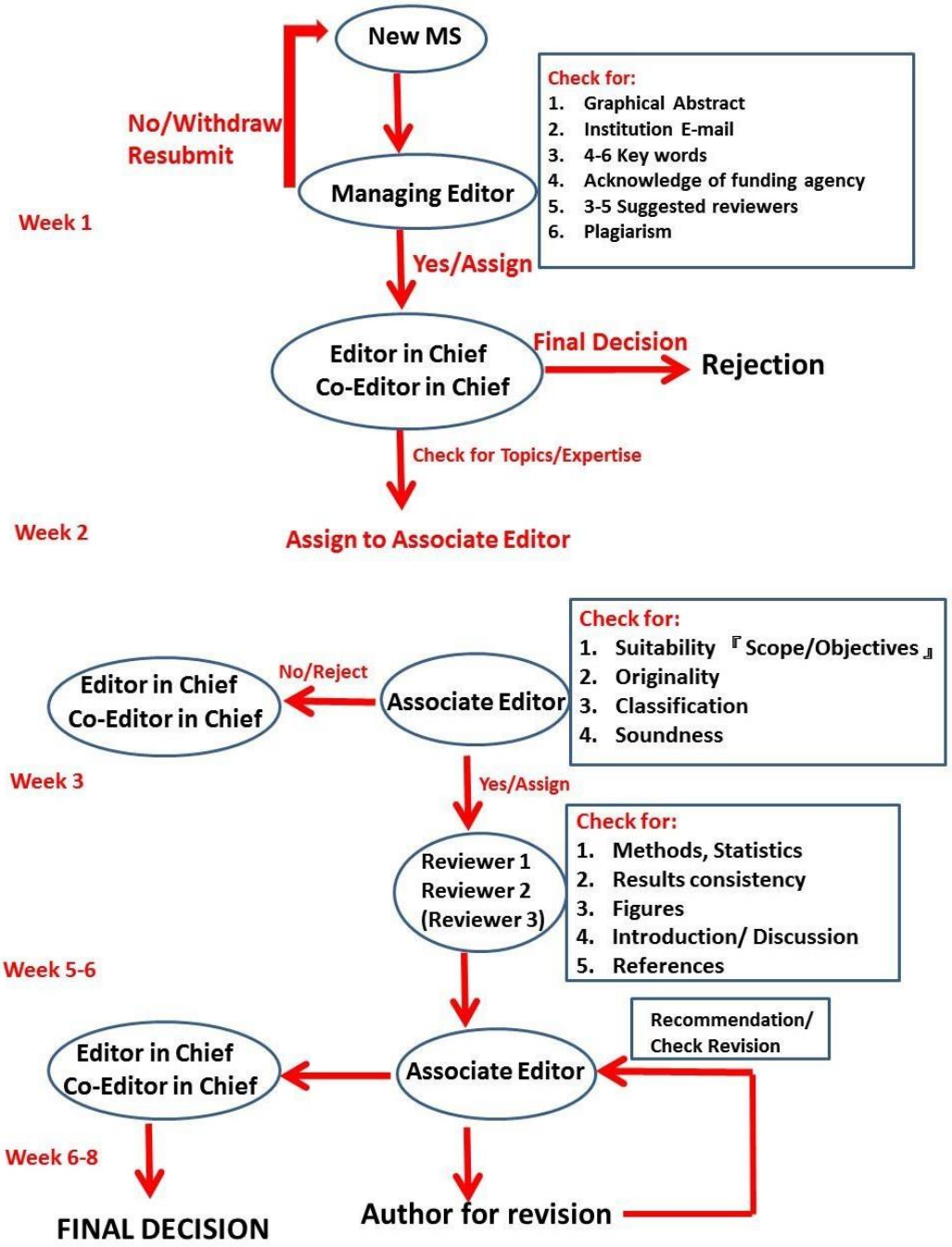
Principal reasons for Major Revision

- The experimental design needs adjustments and/or requires appropriate controls.
- New experimental data should be provided to support the conclusion.
- Results in Figures must be re-done and confirmed.

Principal reasons for Minor revision

- Need explanation, clarification, more information
- Low quality of figures
- Improve discussion of results by including other (recent) references
- Authors have not considered similar articles previously published in eJTCM
- Improve readability of the manuscript; proof-reading/copyediting for improving English grammar.
- Acknowledgements to funding agency (strongly encouraged)

Reviewing flow chart



3. 作者投稿需知 (於2018年公布)

NEWS ON AUTHOR'S GUIDELINES (live from August 1st 2018)
(The present information integrate and do not substitute the information in the Guide for Author package)
LENGTH LIMITATIONS (excluding Title page)

Original Research Articles: max 7 printed pages (1 printed page = approx. 1.000 words) all together. Title (no abbreviations, must be concise and highlight the main findings/conclusion) max 140 characters (excluding spaces). Abstract (organized in sections: Background and Aim; Experimental procedure; Results and Conclusion) max 250. Text (main body, including references, legends, Figures/Tables; excluding Abstract) max 6.000 words. References max 50 (in the text should be cited by number). Figures (max 6 panels per Figure) and Tables (max 1 printed page) max 8 in total (Additional material can be included as Supplementary available on the web site). Keywords: 5-10 (not included in the title).

Short Communication: max 3 printed pages all together. Title (no abbreviations, must be concise and highlight the main findings/conclusion) max 140 characters (excluding spaces). Abstract (organized in sections: Background and Aim; Experimental procedure; Results and Conclusion) max 250. Text (main body, including references, legends, Figures/Tables; excluding Abstract) max 3.000 words. References max 30 (in the text should be cited by number). Figures (max 6 panels per Figure) and Tables (max 1 printed page) max 4 in total (Additional material can be included as Supplementary available on the web site). Keywords: 5-10 (not included in the title).

Review (mini-review can be shorter): Title (no abbreviations, must be concise and highlight the focus) max 100 characters (excluding spaces). Abstract (not organized in sections) max 250. Text (main body, including references, legends, Figures/Tables; excluding Abstract) max 6.000 words. References max 60 (in the text should be cited by number). Figures (and cartoons) and Tables (max 1 printed page) max 4 in total. Keywords: 5-10 (not included in the title). Note that Review articles are by Editor's invitation only (renowned experts in the field can propose the review by sending a letter to the Editors along with the Title, Abstract and outline of the article).
Perspective: Title (no abbreviations, must be concise and highlight the focus) max 100 characters (excluding spaces). Abstract (not organized in sections) max 250. Text (main body, including references, legends, Figures/Tables; excluding Abstract) max 2.000 words. References max 10 (in the text should be cited by number). No Figures. Keywords: 5-10 (not included in the title).

TITLE PAGE

Should contain the following information:

Title, Author(s) and Author(s)'s Affiliations

Contact details of Corresponding author (provide institutional e-mail, not private)

Footnotes

Conflict of Interest statement

List of Abbreviations

Keywords (5 to 10 keywords not included in the title).

Highlights of the findings and novelties: 3 to 5 bullet points (each in one sentence of max 85 characters including spaces)

Type of Article: Original Research article, Short Communication, Review, Perspective.

Length of the Manuscript indicate Title: xx characters; Abstract: xx words; Text: xx words; References: n. xx; Figures and Tables: n. xx; Supplementary files: n. xx

Section: 1. Natural Products; 2. Physical/Mental practices (include massage/massotherapy; acupuncture; aromatherapy; yoga; mediation; and similar); 3. Dietary therapy/nutrients supplements (include microbiota); 4. History, Philosophy and Social-Cultural aspects of Traditional Medicine.

Taxonomy (classification by EVISE): identify the disease/health condition, the experimental approach, the methodology.

COVER LETTER (to Editors in Chief)

State what is the focus of the work and the gap in the knowledge that your research aims to fill. Highlight in one-two sentence(s) the novelties. Report the Highlights (same bullet points as in the title page) Suggest 3 to 5 independent reviewers (with no conflict of interest)

NOTES ON THE PEER REVIEW PROCESS

To save your time take into consideration the following main reasons for prompt rejection: 1. The article is not formatted as requested. 2. The Title is too generic and descriptive (it does not convey the message); 3. Graphical Abstract is not informative (too much wording; too dispersive); 4. The study is descriptive (observational) or too preliminary (limited to chemical characterization of an herbal extract; showing an in vitro effect); 5. Low quality of the figures. Criteria for consideration to undergo peer-review include: 1. Originality/novelty; 2. Dissection of the pathophysiological/molecular mechanism(s); 3. Evidence-based demonstration of the effects in clinical trials. You can learn more on the reviewing process at this link: https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/jtcme-peer-review-process.pdf

OVERALL EVALUATION SHEET (optional): To speed up the reviewing of your manuscript you may suggest up to five independent reviewers (we shall contact some of them along with others). Additionally, you may opt for contacting yourself at least three independent (no conflict of interest) reviewers and ask to pre-assess your article by filling in

the Overall Evaluation Sheet (that you will append to the cover letter). We shall contact (or not) these reviewers asking to provide a detailed review report in anonymous form. Note that additional reviewers may be invited.

4. 今年出刊文章

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000402

臺灣中藥典第四版英譯編修及工作坊

張永勳
中國醫藥大學

摘　要

研究目的：

臺灣中藥典第四版已於 110 年 9 月公告出版，內容收載 394 種品項，含中藥 355 個品項、中藥飲片 30 個品項及 9 個中藥製劑品項，檢驗規格也大幅修改，為促進臺灣中藥典國際化，強化臺灣中藥典國際影響力，提供國際專家學者及國內中藥製藥業者外銷藥品參考，進行臺灣中藥典第四版英譯版編修。為利國內中藥產業界遵循，加強產業對臺灣中藥典第四版品質規格訓練，辦理兩場臺灣中藥典第四版中藥品質規格工作坊，使中藥典更符合產業需求，提升製藥產品品質及促進產業發展。同時培訓中藥典編輯人才，參加歐洲藥典中醫藥工作小組會議，持續吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，提供臺灣中藥典編修政策參考。

研究方法：

本計畫組成臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，並召開 1 次第四版臺灣中藥典英文編修會議，結案時提供網路電子版外也將印製臺灣中藥典第四版英譯版紙本 500 本，安排我國專家學者參與國外藥典相關會議，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，採視訊方式辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊，參加人員以中藥製藥廠及相關檢驗公司為主。

結果：

本計畫已於 4 月 20 日召開一次臺灣中藥典第四版英文版編輯工作視訊會議確保英譯內容之正確性，符合國際化常用之中藥用語。並於 111 年 12

月出版臺灣中藥典第四版英文版，並協助寄送至衛生福利部指定單位及編修委員。主持人也於 1 月、5 月及 10 月參加 3 次 EDQM 中藥工作小組視訊會議，參與歐洲藥典中藥品項規格之討論。已於 6 月 21 日及 8 月 23 日視訊辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊，內容包含臺灣中藥典第四版增修說明、中藥基原修訂、檢驗規格分析方法、中藥製劑規格訂定及中醫臨床編修等，工作坊提供參加者終身學習及持續教育學分認證，並全程錄影。第一場共有 125 人出席，第二場共有 140 人出席，參加人員以中藥製藥廠及藥師人數為最多。

討論：

臺灣中藥典第四版英譯版，翻譯新增之部分並根據第四版中文版修正的部分同樣進行修正，並召開臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，確保英譯內容之正確性，符合國際化常用之中藥用語為促進臺灣中醫藥國際化並與世界各國接軌，並舉辦線上臺灣中藥典第四版品質規格工作坊，以提升藥廠中藥品管檢驗能力、分析方法確效與品保觀念，落實臺灣中藥典第四版之實施。

關鍵詞：臺灣中藥典第四版、英譯、臺灣中藥典第四版英文版、國際趨勢、品質規格工作坊

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000402

Translation, Compilation and Workshop of the 4th Taiwan Herbal Pharmacopeia

Yuan-Shiun Chang
China Medical University

ABSTRACT

Aim:

The 4th edition of Taiwan Herbal Pharmacopeia (THP) was promulgated and published in September, 2021 with 394 items including 355 herb items, 30 decoction pieces and 9 concentrated TCM preparations. The detection specifications were also greatly elevated and revised. In order to promote the internationalization of THP, strengthen the international impact of THP, provide references for international experts and facilitate the export of herbal pharmaceutical companies, this project translated and compiled the English version of the 4th edition of THP. To facilitate the herbal pharmaceutical companies to cope with the new THP specifications and strengthen the training of the quality specification of the 4th THP, this project held two training workshops on the quality specification of the 4th THP for the herbal industry to make the THP to meet the need of the industry to elevate the quality of the herbal products and promote the development of the herbal industry. In order to train the experts on herbal pharmacopeia, this project will also assign expert to attend the international pharmacopeia meetings to learn the new analytical technology and the current trend of the international herbal pharmacopeia and provide reference for policies of the compilation of THP.

Method:

This project organized an expert committee for editing the English version of the 4th edition of the THP, and held a editorial committee meeting on the English version of the 4th edition of THP. As the project ended, besides providing the online electronic version of the 4th edition of the THP, 500 hard copies will also be printed. We also arranged experts and scholars to participate in foreign pharmacopoeia related conferences, learned the latest state of inspection and analysis technology in advanced countries and the current status of herbal pharmacopoeia editing. Two workshops on the quality specification of the 4th edition of the THP via virtual mode were held. The participants are mainly from TCM pharmaceutical factories and related inspection companies.

Results:

This project had held a video conference on the editing work of the English version of the 4th edition of the THP on April 20, 2022 to ensure that the English translation is correct and in line with the international commonly used terms. In December, 2022, the hard copies of the English version of the 4th edition of the THP was published. We also help to send the hard copies to related institutes and the editorial committee members the Ministry of Health and Welfare designated. The PI also participated in three EDQM TCM Working Party virtual meetings in January, May, and October, 2022 and joined discussions on the specifications of TCM monographs in the European Pharmacopoeia. On June 21st and August 23rd, 2022, two workshops on the quality specification of the 4th edition of the THP were held via virtual mode, the titles covered included the supplementary explanation of the 4th edition of the THP, the revision of the plants origins of the herbs, the analytical methods of test specifications, and the specification of TCM preparations preparation of traditional Chinese medicine and related clinical issues. The workshops provided participants with lifelong learning and continuing education credits certification, and the whole process were videotaped. A total of 125 participants attended the first session, and 140 participants attended the

second session. Most of the participants were from TCM pharmaceutical factories and pharmacists communities.

Discussion:

For the English translation work of the 4th edition of the THP, both newly added parts and the revised parts of the Chinese version of the 4th edition were translated. An expert committee meeting for editing the English version of the 4th edition of the THP was held, to ensure the accuracy and the correct terms used. In order to promote the internationalization of Taiwanese traditional Chinese medicine and bring it in line with other countries in the world, online workshops on the quality specification of the 4th edition of the THP were held to improve the inspection capabilities of pharmaceutical companies and the accuracy of analysis methods. The concept of efficacy and quality assurance were assured and facilitate the implementation of the 4th edition of the THP.

Keywords：The 4th Taiwan Herbal Pharmacopeia; English translation; English version of the 4th Taiwan Herbal Pharmacopeia; International trend; Workshops on quality control

壹、前言

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]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。

臺灣中藥典第三版[3]已於 107 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，中藥製劑收載加味逍遙散濃縮製劑及黃芩濃縮製劑 2 項。

臺灣中藥典第四版[3]已於 110 年 9 月公告出版，新增中藥材 3 個品項、飲片 30 個品項及中藥製劑 7 個品項，並刪除中藥材 3 個品項，正文共收載 394 個品項，其中中藥材屬植物 330 個品項、動物 11 個品項、真菌類 6 個品項、昆蟲 4 個品項及礦物類 4 個品項，中藥製劑 9 個品項，新收載 7 個品項。

然而，中國藥典 2020 年版[4] 一部收載了 2,711 個品項（其中成方製劑和單味製劑 1608 項，植物油脂和提取物 47 項，616 種藥材及 440 種飲片）、香港中藥材標準[5-13]已制訂 329 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，2015 年版韓國草藥藥典(KHP)[16]收載 868 品項。相較之下，臺灣中藥典[3]品項內容略顯不足，部分規格標準及檢驗方法仍需滾動修正編修。

衛生福利部於 103 年度執行「臺灣中藥典編輯與諮詢」計畫[17]，成立臺灣中藥典諮詢窗口，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內容相關問題之缺失及勘誤，也彌補臺灣中藥典之編輯無常設機構之不足。

為促進臺灣中藥典與國際化接軌，衛生福利部於 102 及 103 年度委託弘光科技大學何○○副教授及中國醫藥大學張永勳教授配合 101 年臺灣中藥典公告，出版臺灣中藥典圖鑑[18]，收載藥典中 300 種中藥材原植（動）物及藥材、飲片之彩色圖片供中醫藥界參考，也完成臺灣中藥典英譯版初稿，

並在此基礎下，於 104 年委託張永勳教授完成臺灣中藥典英譯版[19]。衛生福利部也依此正式出版公告臺灣中藥典英文版光碟版[20]。

英文版臺灣中藥典紙本及光碟版出版後，於許多國際場合贈送與會國際學者，都得到國際學者之肯定，對臺灣衛生福利部為提升臺灣中藥之品質讚譽有加，留下深刻印象，國內中藥廠中藥產品外銷時，透過英文版臺灣中藥典能讓國外客戶對臺灣中藥之品質有更大之信心，有助產品外銷，對提升臺灣中醫藥之國際知名度也有很大之助益。

106 年度委託中國醫藥大學張永勳教授擔任「臺灣中藥典總編修及諮詢服務」（案號：M06G9059）[21]計畫主持人，舉辦一場「2017 臺灣中藥典編修共識營」，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，共有約 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；也於 106 年度召開兩次臺灣中藥典第三版編修工作小組委員會議。107 年度也委託張永勳教授擔任「臺灣中藥典第三版總編修及諮詢服務」計畫主持人（案號：M07G9047）[22]，於 107 年 9 月 12 日舉辦「2018 臺灣中藥典第三版共識營暨工作分小組聯席會議」，邀請來自國內共七位知名學者及加拿大衛生部食品管理局 R○○ M○○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，並對四分小組提送之編修資料，於會議討論後彙整成修正對照表及臺灣中藥典全文，建立完整資料，完成臺灣中藥典第三版[3]，並於 107 年 11 月公告出版。

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、蕹澄茄及恆春鉤藤等 6 個品種；另也修正各中藥材「用法及用量」，新增 355 個中藥材「性味與歸經」。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，含量測定高效液相層析法共新增及修訂 139 種品項，並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，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及 2 篇中藥濃縮製劑通則。

衛生福利部隨著臺灣中藥典第三版公告出版，因收載品項及檢驗規格大幅提升，衛生福利部於 108 年度委託中國醫藥大學張永勳教授進行「臺灣中藥典第三版英譯」[23]之工作，以 104 年出版之臺灣中藥典英譯版為基礎，配合 107 年出版之臺灣中藥典第三版內容，完成臺灣中藥典第三版英譯[24]，並於 108 年年底公告出版。

109 年度衛生福利部委託張永勳教授執行「國際中藥品質管制及藥典編修趨勢研討」[25]計畫，配合臺灣中藥典第四版編修進度，舉辦了四次的聯席會議，針對臺灣中藥典第四版初稿內容、凡例、通則進行確認及審查；並舉辦了一場「2020 國際中藥品質管制研討會」。

臺灣中藥典第四版正文共收載 394 個品項，其中中藥材屬植物 330 個品項、動物 11 個品項、真菌類 6 個品項、昆蟲 4 個品項、礦物類 4 個品項及中藥製劑 2 個品項；新增中藥材基原山銀花、南五味子及粉葛等 3 個品種;新增濃縮製劑大黃濃縮製劑、小青龍湯濃縮製劑、半夏瀉心湯濃縮製劑、甘草濃縮製劑、延胡索濃縮製劑、葛根湯濃縮製劑及葛根濃縮製劑等 7 個品項；並並刪除中藥材五靈脂、冬葵果及石南葉等 3 個品項；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「功能」，毒劇中藥一覽表增列「鉛丹（外用）」。通則新增中藥濃縮丸劑、管柱對照表及中藥材基原學名修正對照表，並進行通則編號、文字敘述及通則合併等編修。臺灣中藥典第四版之鑑別方法薄層層析法共新增及修訂 41 種品項，含量測定高效液相層析法共新增及修訂 48 種品項，新增 214 個中藥材品項之含量測定計算公式，並將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列於個論中。

本計畫組成臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，並召開 1 次編輯工作會議，進行臺灣中藥典第四版英譯工作，除提供第四版臺灣中藥典英文版電子檔於網路上公告供下載參考外，也印製臺灣中藥典第四版英譯版紙本 500 本，並將發送至衛生福利部指定單位及編修委員。安排我國專家學者參與歐洲藥典相關會議，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，參與視訊會議，並提供書面報告，且於相關會議分享國外藥典編修經驗及趨勢。採視訊方式辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊，參

加人員以中藥製藥廠及相關檢驗公司為主，全程錄影及滿意度問卷調查，並提供參加者終身學習及持續教育學分認證。

貳、材料與方法

一、進行臺灣中藥典第四版英譯工作，期中報告時完成臺灣中藥典第四版英譯版完稿內容。

（一） 以「臺灣中藥典第四版中英文版編修及諮詢」計畫完成之臺灣中藥典第四版英文版初稿為基礎，進行臺灣中藥典第四版英譯工作。

（二） 組成臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，專家學者名單經衛生福利部核可，專家學者名單如表一。

（三） 召開一次臺灣中藥典第四版英文版編輯工作視訊會議。

（四） 於期中報告時完成臺灣中藥典第四版英譯版完稿內容。

二、印製臺灣中藥典第四版英譯版紙本 500 本，並協助發送至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。

（一） 計畫結案繳交專書印製檔及原始 word 檔案，依政府出版品管理作業要點相關規定，完成專書形制審核及政府出版品統一編號申請。

（二） 依政府出版品管理作業要點規定「繳交電子檔應符合事項」繳交定稿之內容電子檔 PDF 檔、Word 檔及印製檔光碟片一式 3 份，內容包括彩色封面、書脊及封底、書名頁、英文序文、英文目錄、該書各章節全文、英文總索引、英文版權頁。

三、安排我國專家學者參與國外藥典相關會議，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況。

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，本計畫主持人張永勳教授由衛生福利部推薦，並經歐洲藥典委員會核准受邀擔任 EDQM TCM Working Party 委員(106-108；109-111)，參加每年 3 次例行會議，已於 106-108 年至歐洲參加歐洲藥典會議，109-111 年因 COVID-19 疫情關係改參加視訊會議，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，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，為臺灣中藥典編修注入國際化之建議及參

考方向。

四、採視訊方式辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊，每場至少 80 次人參加，參加人員以中藥製藥廠及相關檢驗公司為主。

（一） 擬於 5~6 月及 7~8 月間視訊辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊(議程如表二)。

（二） 內容包含臺灣中藥典第四版新增及修訂規範，如：臺灣中藥典第四版增修說明、中藥基原修訂、檢驗規格分析方法、中藥製劑規格訂定及中醫臨床編修等。

（三） 工作坊提供參加者終身學習及持續教育學分認證。

（四） 工作坊全程錄影及滿意度問卷調查，並繳交衛生福利部存檔。

（五） 為了解學員對本次工作坊之看法,於會後採線上填寫 google 表單問卷，藉此統計各學員之意見及建議；本次工作坊係採用結構式問卷，內容主要包括以下三個部分：

1. 個人基本資料：包含性別、教育程度、職業身份別、由何處得知消息等。

2. 學員對本工作坊之滿意度：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. 學員對演講情形的滿意程度：評估項目包括本工作坊各主題之演講情形，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。

參、結果

一、進行臺灣中藥典第四版英譯工作，期中報告時完成臺灣中藥典第四版英譯版完稿內容。

(一) 以「臺灣中藥典第四版中英文版編修及諮詢」計畫完成之臺灣中藥典第四版英文版初稿為基礎,進行臺灣中藥典第四版英譯工作,於期中報告時完成臺灣中藥典第四版英譯版完稿內容。。

(二) 組成臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，專家學者名單經衛生福利部核可，專家學者名單如表一。

(三) 已於4月20日召開一次臺灣中藥典第四版英文版編輯工作視訊會議(會議紀錄如附件一、會議相關照片如圖一)。

會議意見：

1、修正通則方法、品項:

(1) 目錄排列需調整(例如桂心遺漏，橘皮與陳皮前後對調，豬牙皂...等)

(2) 200 方: 桔梗、荊芥、當歸拉丁生藥名更正

(3) 微生物計數法中 CFU 需大寫且統一

(4) 微生物計數法中 Table 的 T 要大寫

(5) 微生物計數法中 0.45 mm 應修改為 0.45 μm

(6) 微生物計數法中試驗用微生物之製備與使用表格 NOTE 1 註記需加入

(7) 微生物計數法中 Digest Brot 應修改為 Digest Broth

(8) 微生物計數法中 FIRDI 應寫全名 Food Industry Research and Development Institute

(9) 微生物計數法中註解的 Which included 應修改為 referenced

(10) 微生物計數法中多重試驗法翻法應再確認

(11) 微生物計數法之段落應依照中文版

(12) 試劑 Aluminum(Ammonium)寫法應統一

(13) 生藥名之字首要大寫

(14) 川烏之注意事項中，提及藥材之拉丁生藥名藥寫完整

(15) 顯微鑑別中敘述之基原名應完整且正確

(16) 訶子基原名更正

(17) 荊芥穗英文名更正

(18) A, B and C 應修改為 A, B, and C

(19) 標準品之(-)應修改為(-)

(20) TLC 展開試劑應小寫

(21) 限量標準要與中文版一致

(22) Rf 寫法應一致

(23) 赤茯苓及鳳尾草之拉丁生藥名，待中文版第五版編輯會議討論後再修正

(24) TLC 觀察方式 Examine under the visible light 應修改為 Examine under visible light

(25) TLC 呈色試劑%統一加在試劑前

(26) 延胡索 TLC 加上呈色試劑 10% H_2SO_4/EtOH TS

(27) Loss on drying: Not more than X%, under heating at 105℃ for 5 hours 應修改為 dry at 105℃ for 5 hours

(28) make up to volume with 溶劑，應修改為 make volume with 溶劑，與董委員討論後決議不修改，維持原 make up to volume with 溶劑之寫法

(29) Microscopic identification 排版修正

(30) 倒地蜈蚣藥用部位加上根及根莖

(31) 基原之斜體應再確認

(32) 指標成分之排版應再修改美化

2、修正中藥濃縮製劑

(1) 製劑(Granules, Powder)排版應在同一行

(2) 半夏瀉心湯: 黃連 1.0 g 應修改為 0.1 g

(3) HPLC 含量測定之算式行距須修改

(4) 單一溶媒不使用 A solution of

(5) TLC 呈色試劑 p-Anisaldehyde-H_2SO_4 TS 應修改為 p-

Anisaldehyde/H_2SO_4 TS

(6) HPLC 檢測方法須與中文版一致

(7) Ether 是否加上 ethyl，與何委員討論後決議，依照通則之寫法 ether

(8) 加味逍遙散濃縮製劑之處方應依照中文版排序方式

(9) 炙甘草之生藥名應修正

(10) HPLC 需依照中文版加入「必要時調整」

(11) 微生物限量寫法要一致

(12) 馬兜鈴酸檢測方法溶煤配製應修改為 250 mL

(13) 樣品萃取方法: Add 1.0 g of powdered sample add 10 mL of 70% ethanol, ultrasonicate for 10 minutes, filter and use the filtrate.應修改為 Weigh 1.0 g of powdered sample and 10 mL of 70% ethanol, ultrasonicate for 10 minutes, filter and use the filtrate.

(14) 碘熏敘述需修改

(15) 黃芩濃縮製劑及加味逍遙散之 HPLC 寫法格式應與其他製劑一致

(16) 黃芩濃縮製劑之 TLC 觀察方式應修改為 254 nm

(17) 黃芩濃縮製劑之移動相梯度表移至(1)底下，加註必要時可調整

(18) 炙甘草之 TLC 之觀察方式應修改為 254 nm

(19) HPLC 算式應將數值移至算式之前，應與其他製劑寫法一致

(20) 白芍之水飽和寫法須修正

(21) 馬兜鈴酸 aristolochic acid 應修改為 aristolochic acids

決議：依委員建議修正。

二、印製臺灣中藥典第四版英譯版紙本 500 本(封面如圖二)。

(一) 已於 12 月出版，並協助發送至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。

(二) 計畫結案繳交專書印製檔及原始 word 檔案，繳交定稿之內容電子檔 PDF 檔、Word 檔及印製檔光碟片一式 3 份，內容包括彩色封面、書脊及封底、書名頁、英文序文、英文目錄、該書各章節全文、英文總索引、英文版權頁。

三、安排我國專家學者參與國外藥典相關會議，吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況。

因 COVID-19 疫情關係，本計畫我國專家學者改以視訊方式參與國外舉辦之藥典相關會議。本計畫主持人張永勳教授由衛生福利部推薦，並經歐洲藥典委員會核准自 109 年~111 年擔任 EDQM TCM Working Party 委員，每年參加 3 次例行會議，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，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。

因 COVID-19 疫情關係，今年已於 1 月 25 日(第 43 次歐洲藥典會議報告及會議紀錄如附件二，相關照片如圖三) 5 月 10 日(第 44 次歐洲藥典會議報告及會議紀錄如附件三，相關照片如圖四)及 10 月 11 日(第 45 次歐洲藥典會議報告及會議紀錄如附件四，相關照片如圖五)參加 3 次 EDQM 中藥工作小組視訊會議。參與歐洲藥典編修所需中藥品質管制研究，後續也將繼續分享臺灣中藥品質管制經驗及技術，納編歐洲藥典。另主持人在國內相關藥典編修會議及 11 月 14 日「臺灣中藥典第五版編修策略探討共識會」上均有分享參與國際會議之經驗，以期帶動整體提升。

(一) 參加第 43 次歐洲藥典會議：

出席人員：

Prof. B○○ R.

Prof. B○○ A. R.

Prof. C○○ K.

Prof. C○○ Y.S.

Prof. D○○ P.

Ms D○○ T.H.

Dr G○○ U.M.

Prof. G○○ K.

Prof. G○○ D.A.

Dr H○○ R.

Dr L○○ R.

Mr P○○ S.

Dr R○○ E.

Dr S○○ R.

Mr S○○ E.A.

Dr W○○ M.

Dr W○○ T○○.

Dr W○○-T○○ S.Y.

1 月 25 日第 43 次歐洲藥典會議討論品項為: Aconiti radix (2469)附子、Pulsatillae radix (2972)白頭翁、Saposhnikoviae radix (2728)防風、Alpiniae oxyphyllae fructus (3161)益智、Clematidis radix (2527)威靈仙、Cuscutae semen (3189)菟絲子、Epimedii folium (3190)淫羊藿、Jujubae fructus (3163)大棗、Mentha haplocalyx herba (3191)薄荷、Mori folium (3164)桑葉、Phyllanthi fructus (3160)余甘子、Pinelliae praeparatum rhizoma (2655)製半夏、Pogostemonis herba (3192)廣藿香、Polygoni multiflori caulis (2725)首烏藤、Viticis fructus (2974)蔓荊子、Coriolus versicolor (3193)雲芝、Artemisiae scopariae herba (2633)茵陳蒿、Eriobotryae folium (2978)枇杷葉、Fritillariae cirrhosae bulbus (2586)川貝母、Ziziphi spinosae semen (2613)酸棗仁、Amomi fructus (illustration) (2554)砂仁、Amomi fructus rotundus (illustration) (2555)白豆蔻 Armeniacae amarum semen (2935)苦杏仁、Persicae semen (2975)桃仁、Szechwan lovage rhizome (2634)川芎、Aconiti carmichaeli radix (2429)烏頭、Aconiti kusnezoffi radix praeparata (2471)製草烏、Aconiti radix praeparata (2470)製烏頭

Dioscorea nipponicae makino rhizome dry extract (3024)穿龍薯蕷乾燥萃出物、Polygoni multiflori radix praeparata (2480)製首烏、Stephaniae tetrandrae radix (illustration) (2478)粉防己等。其中Pulsatillae radix (2972)白頭翁、Saposhnikoviae radix (2728)防風等品項，秘書處將專著提交委員會通過。

	討論品項	
43rd	Comments from national authorities	
	3 項	附子、白頭翁、防風
	Monographs under study	
	17 項	益智、威靈仙、菟絲子、淫羊藿、大棗、薄荷、桑葉、余甘子、製半夏、廣藿香、首烏藤、蔓荊子、雲芝、茵陳蒿、枇杷葉、川貝母、酸棗仁
	Any Other Business	
	5 項	砂仁、白荳蔻、苦杏仁、桃仁、川芎
	Work programme	
	6 項	烏頭、製草烏、製烏頭、穿龍薯蕷乾燥萃出物、製首烏、粉防己

(二) 參加第 44 次歐洲藥典會議：

出席人員：

Prof. B○○ R.

Prof. B○○ A. R.

Prof. C○○ K.

Prof. C○○Y.S.

Prof. D○○ P.

Ms D○○ T.H.

Dr G○○ U.M.

Prof. G○○ K.

Prof. G○○ D.A.

Dr L○○ R.

Mr P○○ S.

Dr R○○ E.

Dr S○○ R.

Mr S○○ E.A.

Dr W○○M.

Dr ○○ T○○.

Dr W○○-T○○ S.Y.

5 月 10 日第 44 次歐洲藥典會議討論品項為: Aconiti radix (2469)附子、Clematidis radix (2527)威靈仙、Cuscutae semen (3189)菟絲子、Epimedii folium (3190)淫羊藿、Jujubae fructus (3163)大棗、Mentha haplocalyx herba (3191)薄荷、Mori folium (3164)桑葉、Phyllanthi fructus (3160)余甘子、Pinelliae praeparatum rhizoma (2655)製半夏、Pogostemonis herba (3192)廣藿香、Polygoni multiflori caulis (2725)首烏藤、Coriolus versicolor (3193)雲芝、Artemisiae scopariae herba (2633)茵陳蒿、Eriobotryae folium (2978)枇杷葉、Fritillariae cirrhosae bulbus (2586)川貝母、Ziziphi spinosae semen (2613)酸棗仁、Amomi fructus (illustration) (2554)砂仁、Amomi fructus rotundus (illustration) (2555)白豆蔻 Armeniacae amarum semen (2935)苦杏仁、Persicae semen (2975)桃仁、Aconiti carmichaeli radix (2429)烏頭、Aconiti kusnezoffi radix praeparata (2471)製草烏、Aconiti radix praeparata (2470)製烏頭 Dioscorea nipponicae makino rhizome dry extract (3024)穿龍薯蕷乾燥萃出物、Polygoni multiflori radix praeparata (2480)製首烏、Stephaniae tetrandrae radix (illustration) (2478)粉防己等。其中 Polygoni multiflori caulis (2725)首烏藤品項，秘書處將在 Pharmeuropa 出版專著。

奧地利 R○○ B○○教授進行廣藿香之研究，經友人從臺灣收集 5 批廣藿香藥材，也從大陸收集 12 批廣藿香，進行揮發油測定，結果發現臺灣之 5 批揮發油含量顯著低於大陸所收集的藥材(圖六)。R○○教授請求協助了解，為何會有此情形，經查該 5 批都由

臺灣中部地區中藥房收集，其原因可能是臺灣自 84 年開始實行全民健康保險(NHI)，涵蓋西醫和中醫，中藥濃縮顆粒製劑（單味顆粒或複方顆粒）納入國家醫療保險範圍，即使中藥飲片不在全民健康保險範圍內，患者也必須自費，這些湯劑處方是在中醫診所或中醫醫院配發的，這樣的藥方再也沒有送到中藥店來配藥了。那些中藥商現在銷售的主要草藥產品僅限於與藥食有關的滋補中藥草藥。很少使用治療疾病的草藥，如廣藿香，因此，從中藥店收集的廣藿香是有近一、二十年很長時間的庫存，長期儲存後精油會揮發，收集的一批樣品甚至有霉味。

在中醫診所、中醫醫院、中藥製藥公司或批發商的流通速度較快，從這些地方採集的標本應該更新鮮，揮發油含量更高。為此，我們走訪了位於雲林縣和嘉義縣的 3 家中藥材批發公司，包括天○、廣○和新○○(圖六)，這三家都有供應本產之廣藿香及進口之廣藿香，個收集一批，與進口批次相比，臺灣本地種植批次的顏色看起來偏綠，當地種植的、氣味香濃的廣藿香的市場價格比進口的廣藿香高出 30-40%左右，我們另外協助收集了 3 批當地種植的廣藿香和 3 批從中國進口的廣藿香。依 JP 方法測試，由三家藥行收集之本產及進口之廣藿香其精油含量都介於 0.699% ~ 1.398%之間，符合 JP 不得低於 0.6%之要求，也另給 R○○ B○○ 教授重新寄送新的廣藿香(圖六)，也解決了 R○○ B○○教授之困惑。

	討論品項	
44th	Comments from national authorities	
	1 項	附子
	Monographs under study	
	15 項	威靈仙、菟絲子、淫羊藿、大棗、薄荷、桑葉、余甘子、製半夏、廣藿香、首烏藤、雲芝、茵陳蒿、枇杷葉、川貝母、酸棗仁
	Any Other Business	

	4 項	砂仁、白荳蔻、苦杏仁、桃仁
	Work programme	
	6 項	烏頭、製草烏、製烏頭、穿龍薯蕷乾燥萃出物、製首烏、粉防己

(三) 參加第 45 次歐洲藥典會議：

出席人員：

Prof. B○○ R.

Prof. B○○A. R.

Prof. C○○ K.

Prof. C○○ Y.S.

Ms D○○ T.H.

Dr G○○ U.M.

Prof. G○○ D.A.

Dr L○○ R.

Dr R○○ E.

Dr S○○ R.

Mr S○○ E.A.

Dr W○○ M.

Dr W○○ T○○.

Dr W○○-T○○n S.Y.

10 月 11 日第 45 歐洲藥典會議，會議討論品項為：Chrysanthemi flos (3162) 菊花、Lonicera japonica flower(3159)忍冬花、Aconiti radix lateralis praeparata (2469) 附子、Clematidis radix (2527)威靈仙、Cuscutae semen (3189)菟絲子、Epimedii folium (3190) 淫羊藿、Jujubae fructus (3163)大棗、Mentha haplocalyx herba (3191)薄荷、Mori folium (3164)桑葉、Phyllanthi fructus (3160)余甘子、Pinelliae praeparatum rhizoma (2655)製半夏、Pogostemonis herba (3192) 廣藿香、Coriolus versicolor (3193)雲芝、Artemisiae scopariae herba (2633)茵陳蒿、Eriobotryae folium (2978)枇杷葉、Fritillariae cirrhosae

bulbus (2586)川貝母、Ziziphi spinosae semen (2613)酸棗仁、Pulsatillae radix (2972)白頭翁、Armeniacae amarum semen (2935)苦杏仁、Persicae semen (2975)桃仁、Aconiti carmichaeli radix (2429)烏頭、Aconiti kusnezoffi radix praeparata (2471)製草烏、Aconiti radix praeparata (2470)製烏頭、Alpiniae oxyphyllae fructus (3161) 益智、Leonuri herba (2785)益母草、Polygoni multiflori caulis (2725)首烏藤、Polygoni multiflori radix praeparata (2480)製首烏、Dioscorea nipponicae makino rhizome dry extract (3024)穿龍薯蕷乾燥萃出物、Saposhnikoviae radix (2728)防風等。其中 Clematidis radix (2527)威靈仙、Cuscutae semen (3189)菟絲子、Eriobotryae folium (2978)枇杷葉、Phyllanthi fructus (3160)余甘子品項，秘書處將在 Pharmeuropa 出版專著。Chrysanthemi flos (3162)菊花、Lonicera japonica flower(3159)忍冬花品項，秘書處將把專著提交委員會通過。

	討論品項	
45th	Comments from national authorities	
	3 項	菊花、忍冬花、附子
	Monographs under study	
	14 項	威靈仙、菟絲子、淫羊藿、大棗、薄荷、桑葉、余甘子、製半夏、廣藿香、雲芝、茵陳蒿、枇杷葉、川貝母、酸棗仁
	CHEMICAL REFERENCE SUBSTANCES / DLab reports	
	1 項	白頭翁
	Any Other Business	
	2 項	苦杏仁、桃仁
	Work programme	
	27 項	烏頭、製草烏、附子、製烏頭、益智、茵陳蒿、菊花、威靈仙、雲芝、菟絲子、穿龍薯蕷乾燥萃出物、淫羊藿、枇杷葉、川貝母、大棗、益母草、忍冬花、薄荷、桑葉、余甘子、製半夏、廣藿香、首烏藤、製首烏、白頭翁、防風、酸棗仁

四、採視訊方式辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊

(一) 已於 6 月 21 日及 8 月 23 日視訊辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊(議程如表二，手冊封面如圖七，工作坊手冊電子檔下載網址 https://reurl.cc/q5XeAD)。工作坊提供參加者終身學習及持續教育學分認證，並全程錄影。

(二) 工作坊內容包含臺灣中藥典第四版新增及修訂規範，課程有由中醫藥司謝○○專員主講臺灣中藥典第四版增修說明、大仁科技大學劉○○教授主講臺灣中藥典第四版中藥基原修訂、弘光科技大學何○○副教授主講臺灣中藥典第四版檢驗規格分析方法、國家中醫藥研究所林○○組長主講臺灣中藥典第四版中藥製劑規格訂定及中國醫藥大學張○○教授主講臺灣中藥典第四版中醫臨床編修等。

(三) 第一場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊已於 6 月 21 日以視訊方式辦理(圖八)，共有 125 人出席，第二場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊已於 8 月 23 日以視訊方式辦理(圖九)，共有 140 人出席，參加人員以中藥製藥廠及相關檢驗公司為主，並限制同一人只能報名參加一場次。

(四) 本次工作坊係採用結構式問卷（圖十），內容主要包括以下三個部分：

1. 個人基本資料：包含性別、教育程度、職業身份別、由何處得知消息等。
2. 學員對本工作坊之滿意度：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. 學員對演講情形的滿意程度：評估項目包括本工作坊各主題之演講情形，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。

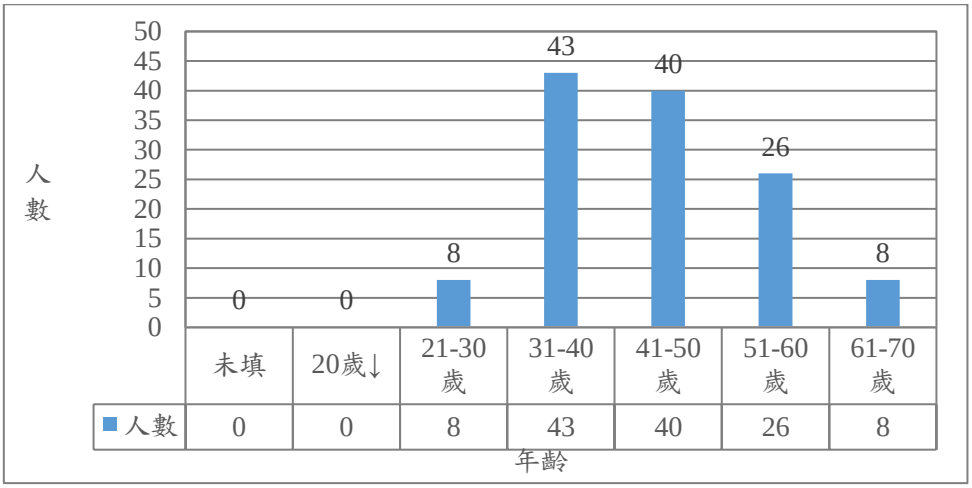
(五) 問卷調查結果

1. 6 月 21 日第一場學員滿意度調查結果

共有 125 人填寫線上問卷，以下就回傳問卷進行分析。

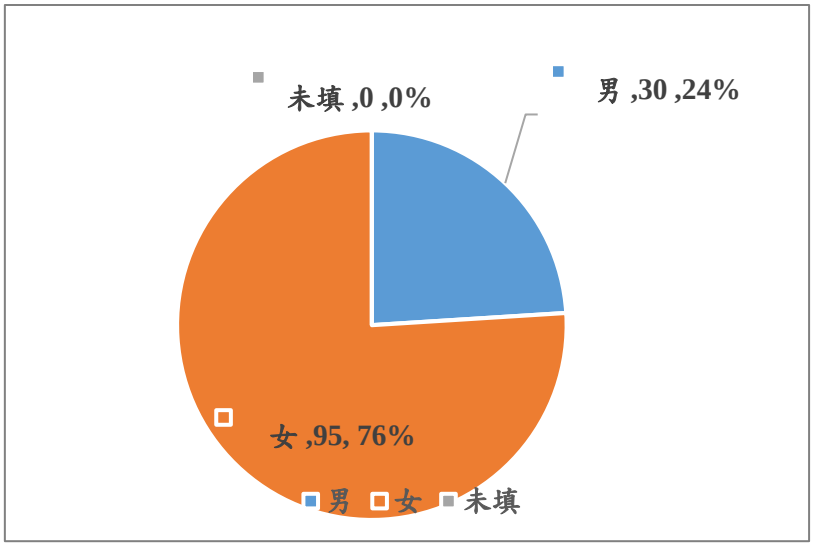
(1) 基本資料分析

A. 年齡



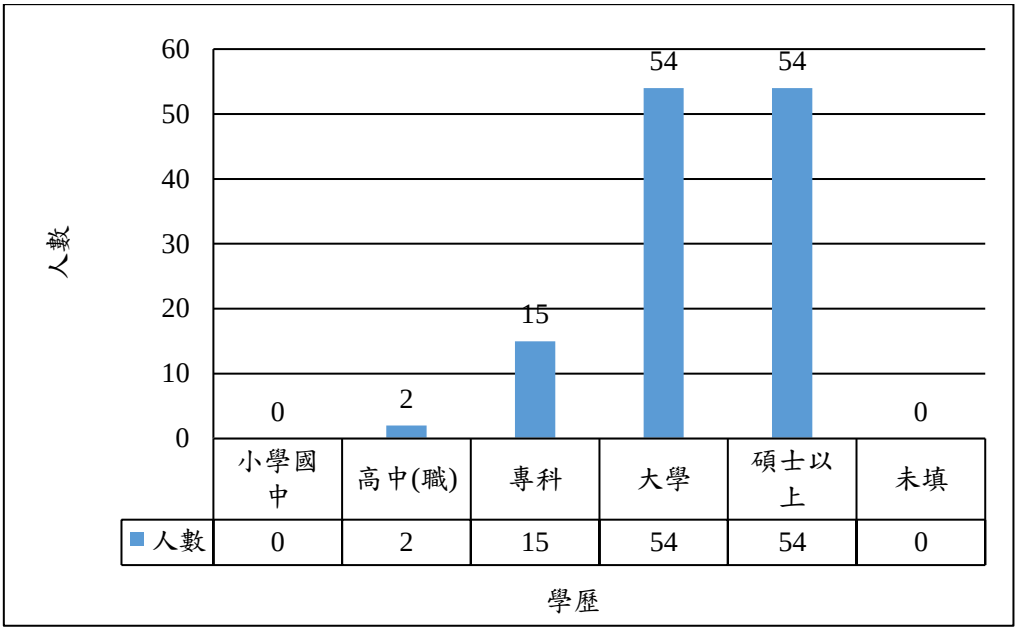
說明：本研習會主要以 31~40 歲的學員為主，佔全部學員之 34.4%，其次 41~50 歲及 51~60 歲者分別站佔 32.0%及 20.8%，年齡分布圖大致屬於較青壯年族群。

B. 性別



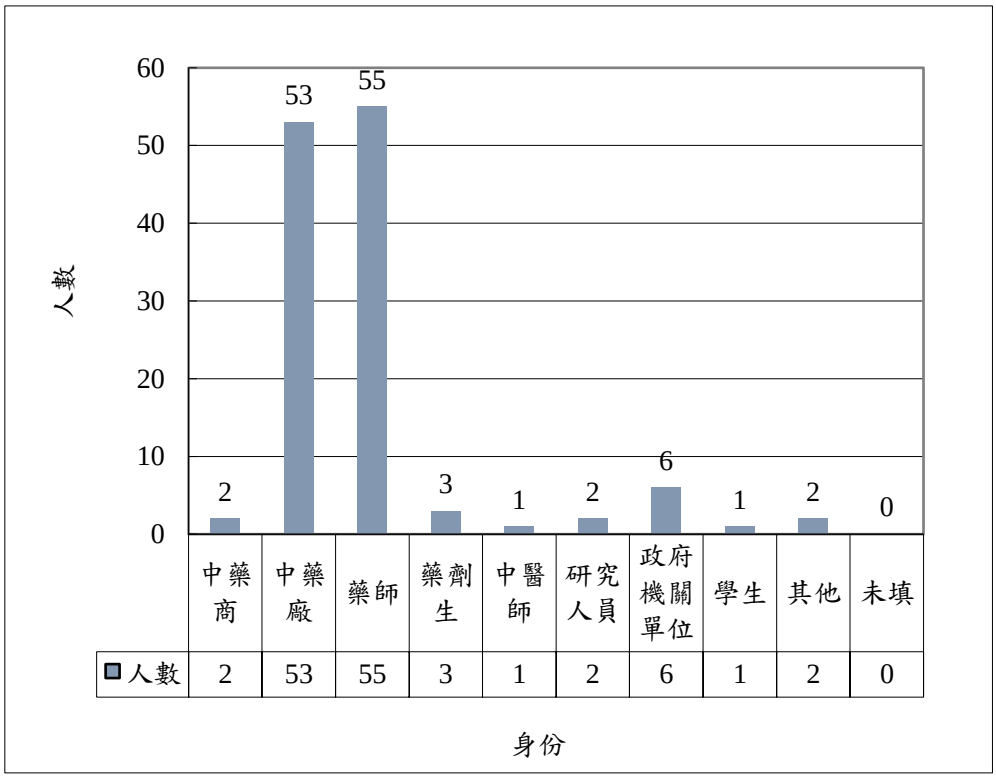
說明：參加學員主要以女性為主，佔 76%，而男性佔 24%。

C. 學歷



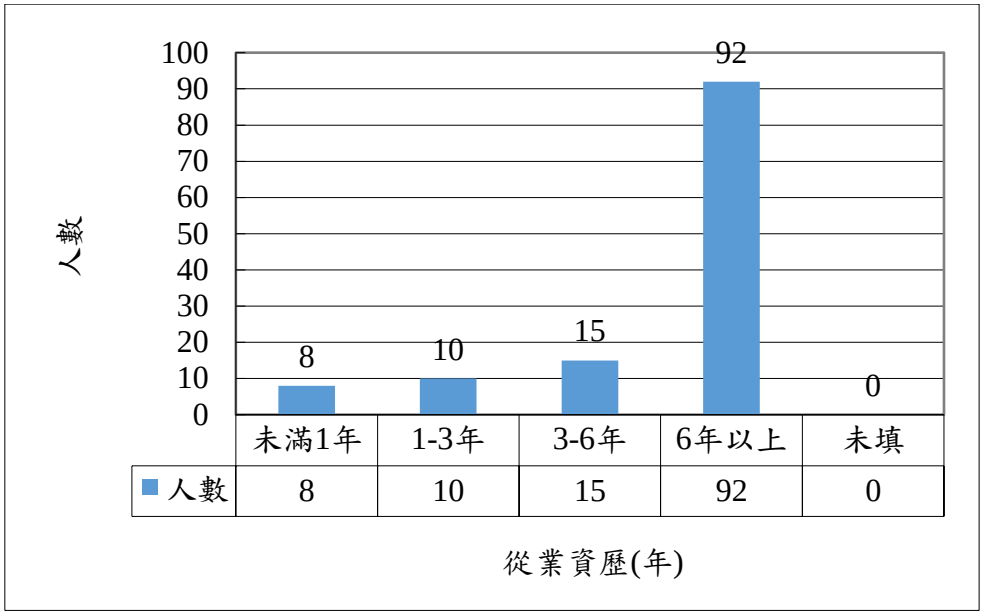
說明：全體學員之學歷以大學及碩士程度佔最多，合計達全部 86.4%。。

D. 身份



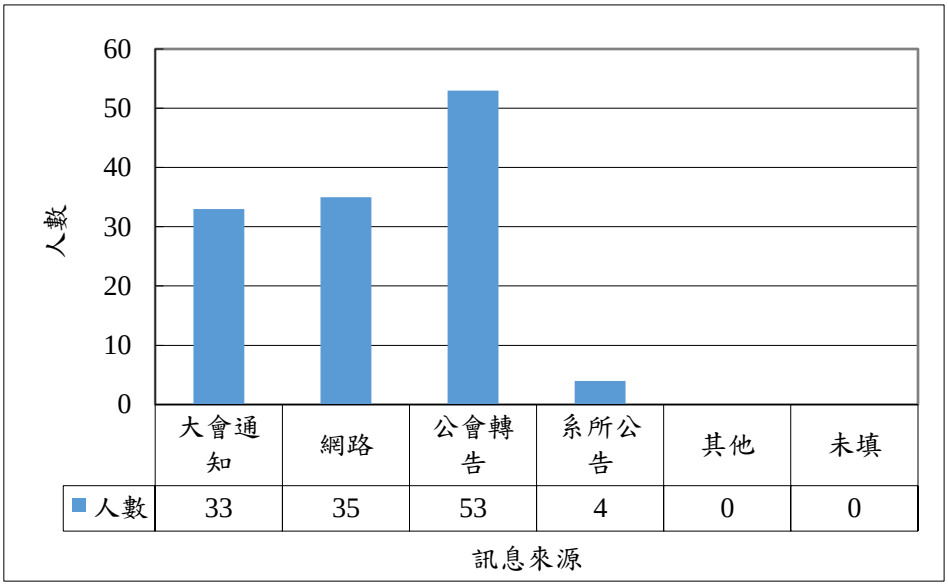
說明：本次研習會參加者以藥師為多數佔全體學員的 44.0%，其次為中藥廠人員，佔 42.4%。

E. 資歷



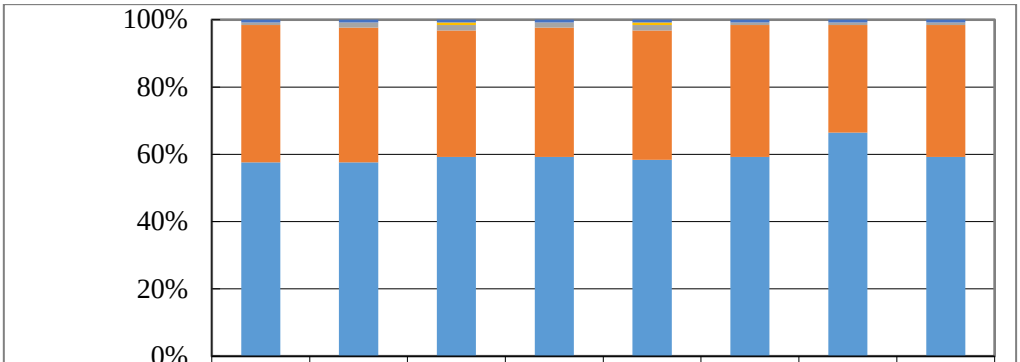
說明：本次研習會參加者從業資歷以 6 年以上為多數，佔全體學員的 73.6%。

F. 訊息來源



說明：學員得知本工作坊之訊息，以公會轉告為主佔 42.4%，其次為網路與大會通知佔 28.0%及 26.4%。

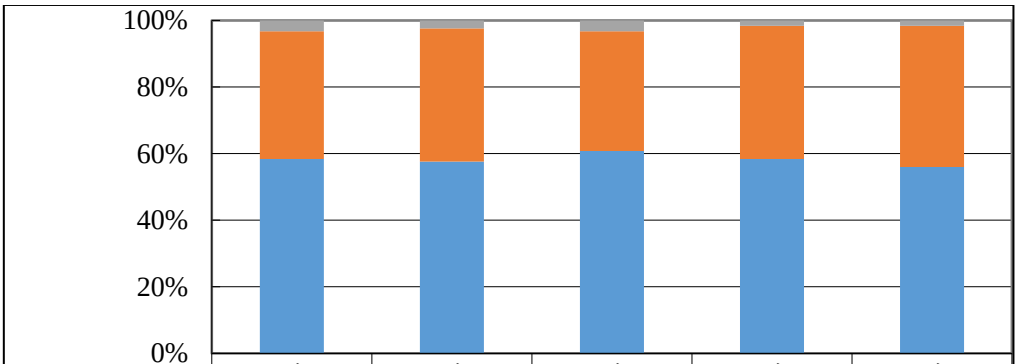
(2) 評估項目分析，個人對研習會看法：



	難易度	符合需求	實質幫助	對未來有益	符合期望	整體授課情形	視訊方式	上課時間
非常不滿意	1	1	1	1	1	1	1	1
不滿意	0	0	1	0	1	0	0	0
沒意見	1	2	2	2	2	1	1	1
滿意	51	50	47	48	48	49	40	49
非常滿意	72	72	74	74	73	74	83	74

說明：各評估項目滿意及非常滿意之總和均達 96.8%以上，其中以「難易度、整體授課情形、視訊方式及上課時間」的滿意度(非常滿意+滿意)最高，高達 98.4%。

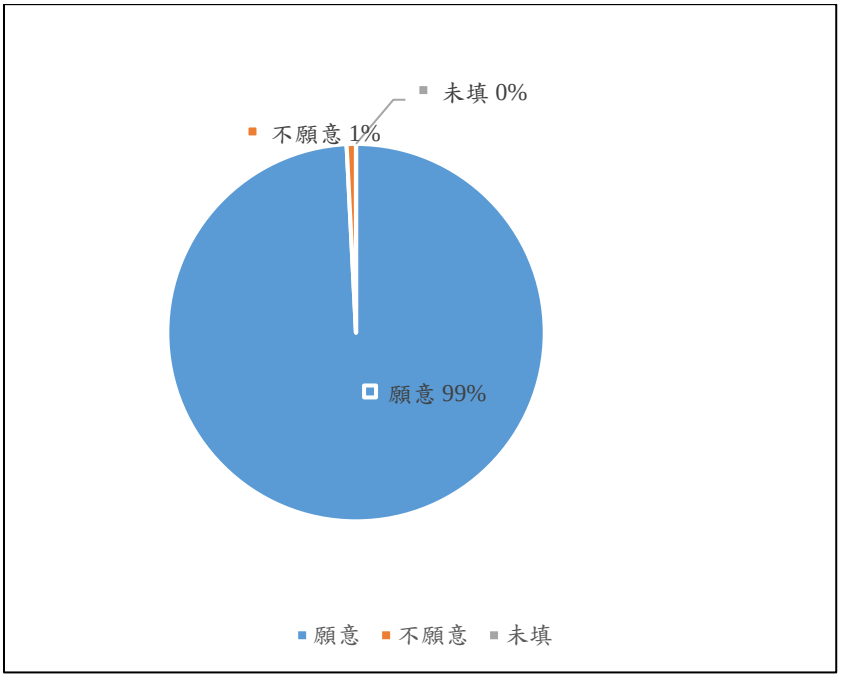
(3) 對講課情形滿意程度分析：



	演講一	演講二	演講三	演講四	演講五
非常不滿意	0	0	0	0	0
不滿意	0	0	0	0	0
沒意見	4	3	4	2	2
滿意	48	50	45	50	53
非常滿意	73	72	76	73	70

說明：各評估項目滿意及非常滿意之總和平均為 96.83%。

(4) 參加意願分析



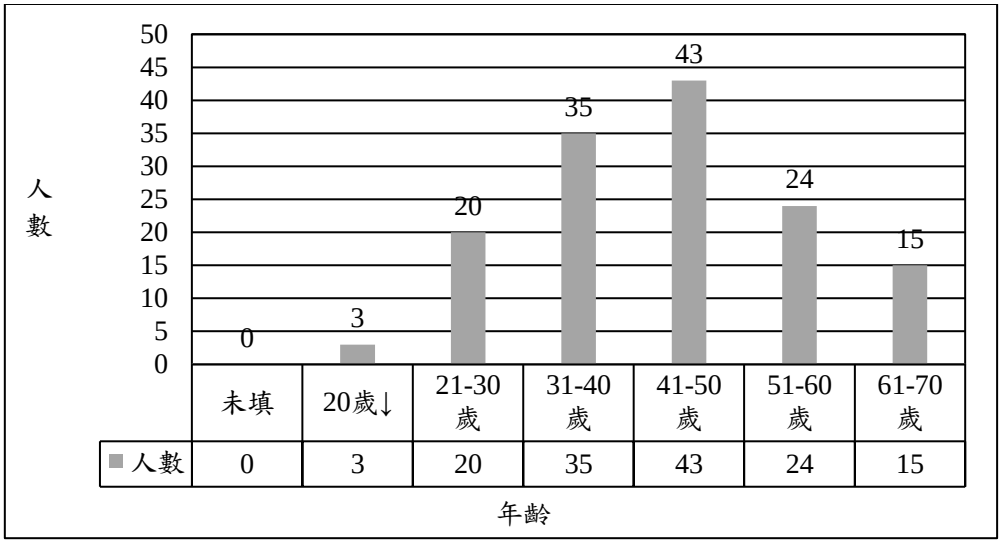
說明：願意再參加類似活動的學員佔大多數，高達 99%。

2. 8 月 23 日第二場學員滿意度調查結果

共有 140 人填寫線上問卷，以下就回傳問卷進行分析。

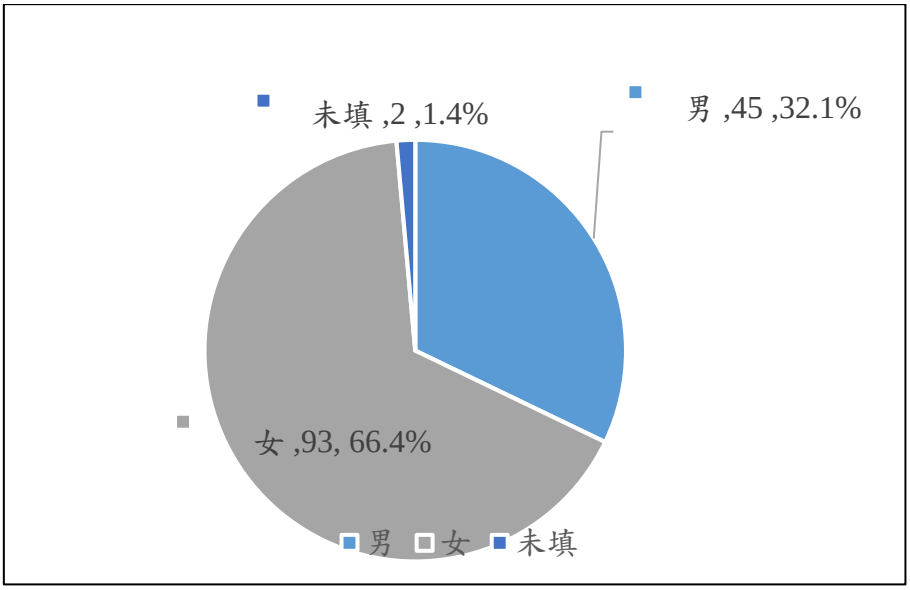
(1) 基本資料分析

A. 年齡



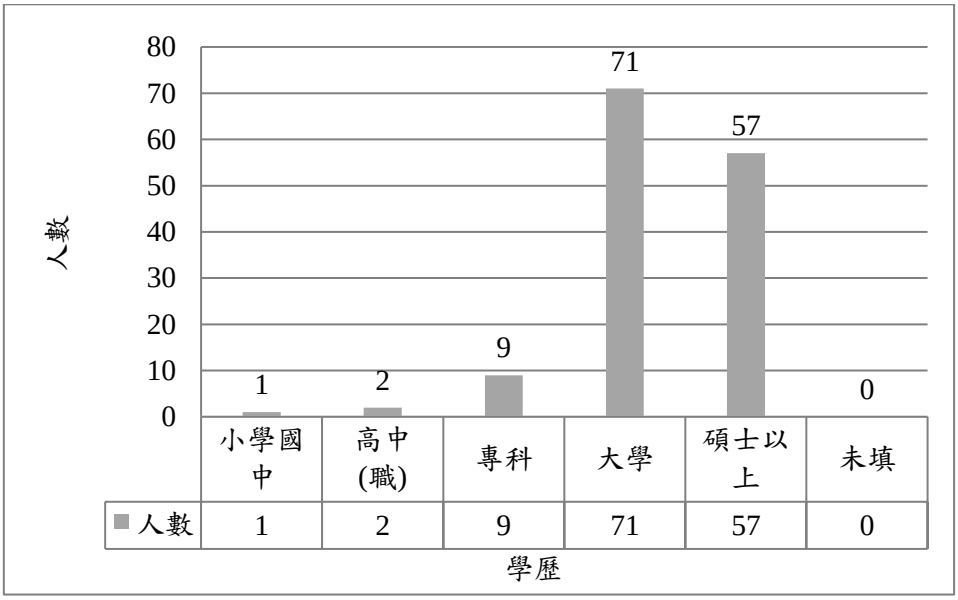
說明：本研習會主要以 41~50 歲的學員為主，佔全部學員之 30.7%，其次 31~40 歲及 51~60 歲者分別站佔 25.0%及 17.1%，年齡分布圖大致屬於較青壯年族群。

B.性別



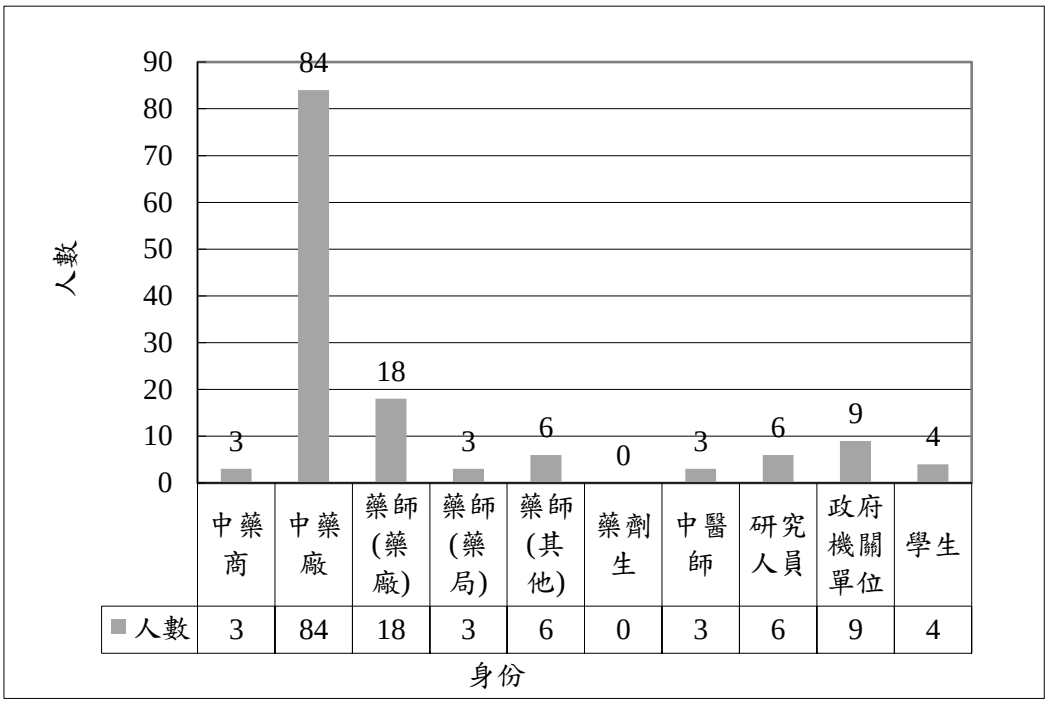
說明：參加學員主要以女性為主，佔 66.4%，而男性佔 32.1%。

C.學歷



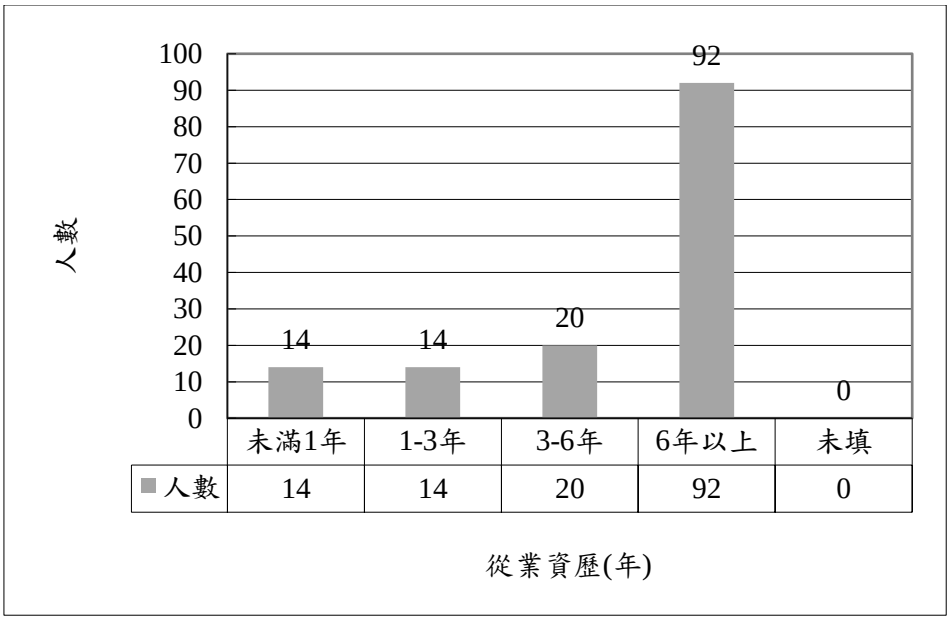
說明：全體學員之學歷以大學及碩士程度佔最多，合計達全部 91.4%。

D.身份



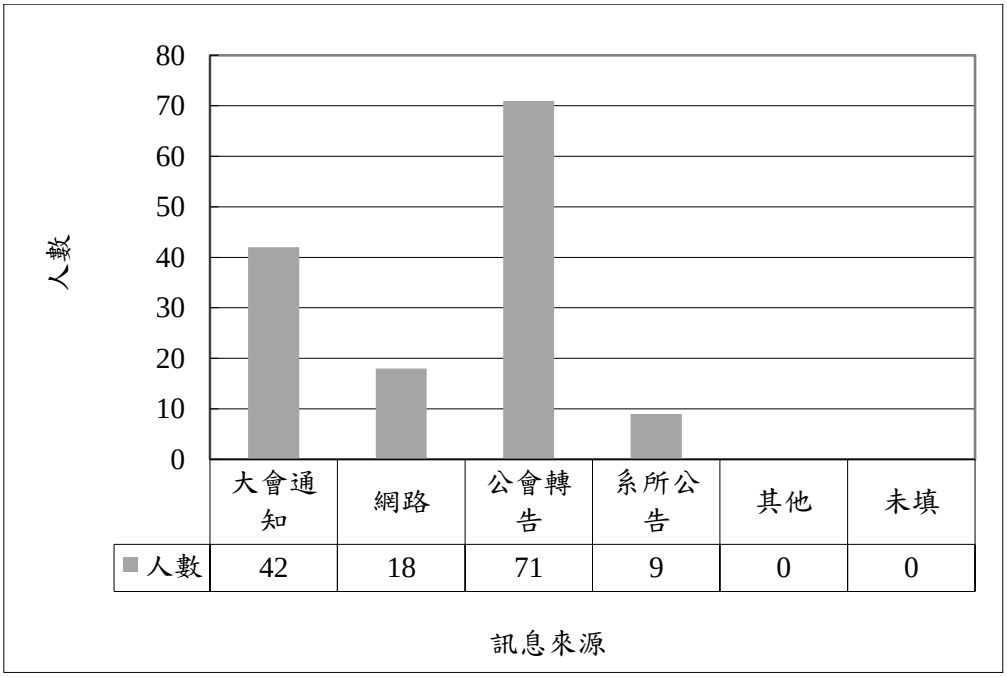
說明:本次研習會參加者以中藥廠人員為最多佔全體學員的 53.2%，其次為藥廠藥師，佔 11.4%。

E.資歷



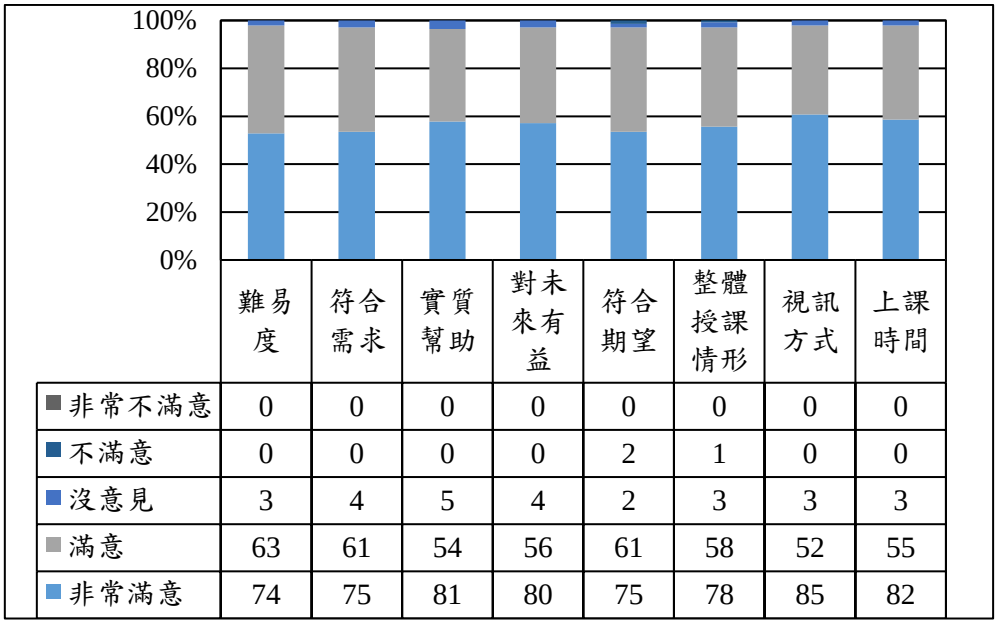
說明：本次研習會參加者從業資歷以 6 年以上為多數，佔全體學員的 65.7%。

F.訊息來源



說明：學員得知本工作坊之訊息，以公會轉告為主佔50.7%，其次為大會通知佔30.0%。

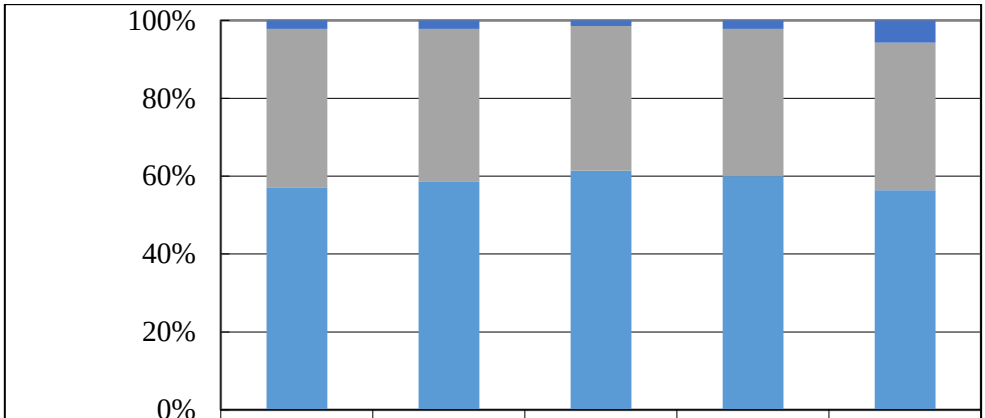
(2) 評估項目分析，個人對研習會看法：



	難易度	符合需求	實質幫助	對未來有益	符合期望	整體授課情形	視訊方式	上課時間
非常不滿意	0	0	0	0	0	0	0	0
不滿意	0	0	0	0	2	1	0	0
沒意見	3	4	5	4	2	3	3	3
滿意	63	61	54	56	61	58	52	55
非常滿意	74	75	81	80	75	78	85	82

說明：各評估項目滿意及非常滿意之總和均達96.43%以上，其中以「難易度、視訊方式及上課時間」的滿意度(非常滿意+滿意)最高，高達97.86%。

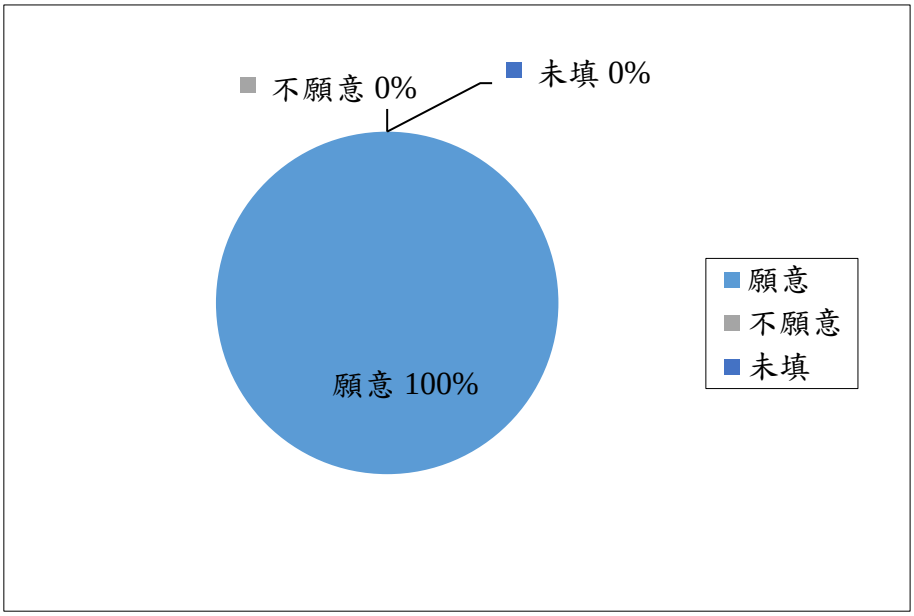
(3) 對講課情形滿意程度分析：



	演講一	演講二	演講三	演講四	演講五
非常不滿意	0	0	0	0	0
不滿意	0	0	0	0	0
沒意見	3	3	2	3	8
滿意	57	55	52	53	53
非常滿意	80	82	86	84	79

說明：各評估項目滿意及非常滿意之總和平均為97.29%。

(4) 參加意願分析



說明：全部學員均願意再參加類似活動，高達 100%。

肆、討論

一、本計畫組成臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，針對臺灣中藥典第四版英譯版內容進行討論，並完成臺灣中藥典第四版英譯版。

二、臺灣中藥典第四版中文版新增 30 項中藥材飲片、3 項中藥材個論內容、新增 7 個中藥濃縮製劑、新增 355 個中藥材「功能」、中藥材個論中新增含量測定計算公式、新增中藥濃縮丸劑 1 則通則，管柱對照表及中藥材基原學名修正對照表。

三、安排我國專家學者參與國外藥典相關會議，持續吸取先進國家檢驗分析技術新知與藥典編修近況，因 COVID-19 疫情關係，本計畫我國專家學者以視訊方式參與國外舉辦之藥典相關會議。

四、本計畫採視訊方式辦理 2 場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊，參加人員以中藥製藥廠及藥師為主，並限制同一人只能報名參加一場次，第一場有 125 人線上參加，第二場有 140 人線上參加。

五、根據研討會問卷調查顯示，參與工作坊的學員在學歷方面以碩士及大學以上程度佔最多，兩場合計均達 86.4%以上，因參與人員多為藥廠人員，其均有一定之教育程度，報名之學員教育程度大部分為大學以上。以學員身分來看，以中藥廠人員為多數，兩場分別佔全體學員的 44.0%及 53.2%，其次為藥師，兩場分別佔全體學員的 42.4%及 11.4%，顯示許多中藥廠人員及藥師對藥典規格制訂這一部分很重視。在資歷方面，以 6 年以上為主，兩場分別佔全體學員的 73.6%及 65.7%，顯示許多資深從業人員仍有繼續進修吸收新知之傾向。在得知研習會舉辦訊息來源方面，以公會及大會通知為主，兩場分別佔 70.4%及 80.7%，顯示透過針對性通知具有一定之成效。各評估項目，滿意及非常滿意之總和均達 95%以上，其中第一場以「難易度、整體授課情形、視訊方式及上課時間」的滿意度(非常滿意+滿意)最高，高達 98.4%，第二場以「難易度、視訊方式及上課時間」的滿意度(非常滿意+滿意)最高，高達 97.86%。學員對本研習會的課程滿意度(非常滿意+滿意)總和平均為 96.83%以上。在參加意願方面，願意再參加類似活動的學員達 99%以上。

六、因第一場參加人員以藥師為最多數，為了解參加工作坊之藥師實際工

作地點，第二場工作坊線上問卷將藥師工作地點細分，發現以藥廠藥師為多數。

伍、結論與建議

一、臺灣中藥典第四版中文版由衛生福利部於 110 年 9 月 13 日公告，實施日期為 111 年 6 月 1 日，臺灣中藥典第四版英譯版將於 111 年 12 月出版，並印製 500 本，發送至衛生福利部指定單位及編修委員。

二、臺灣中藥典第四版英譯版，翻譯新增之部分並根據第四版中文版修正的部分同樣進行修正，並召開臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組，確保英譯內容之正確性，符合國際化常用之中藥用語為促進臺灣中醫藥國際化並與世界各國接軌。

三、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 109 年~111 年擔任 EDQM TCM Working Party 委員，每年 3 次例行會議，今年因 COVID-19 疫情關係，於 1 月、5 月及 10 月參加 3 次視訊會議，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。

四、參與歐洲藥典會議，了解國際動態，能促進臺灣中藥典國際化之目標，並在國內相關藥典編修會議及「臺灣中藥典第五版編修策略探討共識會」上分享參與國際會議之經驗，以期帶動整體提升。

五、本計畫舉辦「臺灣中藥典第四版品質規格工作坊」，邀請主管機關衛生福利部中醫藥司，及臺灣中藥典編修四小組，「中藥基原組」、「檢驗規格組」、「中醫臨床組」計畫主持人及「中藥製劑組」小組召集人，分別對臺灣中藥典第四版新增及修訂規範及各小組藥典編修規格制訂經驗分享，以提升藥廠中藥品管檢驗能力、分析方法確效與品保觀念，落實臺灣中藥典第四版。

六、根據問卷調查之結果顯示，本次工作坊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藥典品質規格工作坊，提供各界了解中藥品質管理現況，以利國內中藥產業界遵循，加強產業對臺灣中藥典第四版品質規格訓練，使中藥典更符合產業需求，提升製藥產品品質及促進產業發展。

七、建議持續辦理臺灣中藥典之編修作業，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

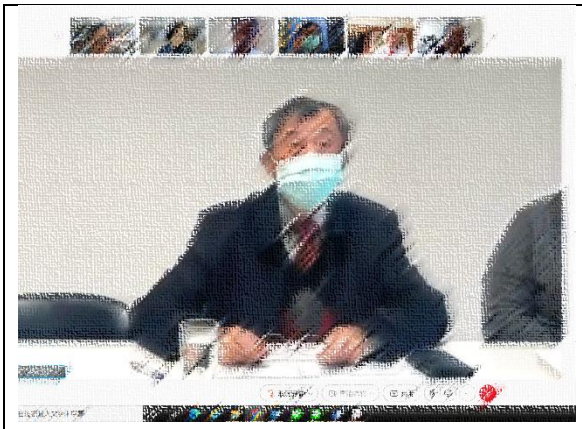
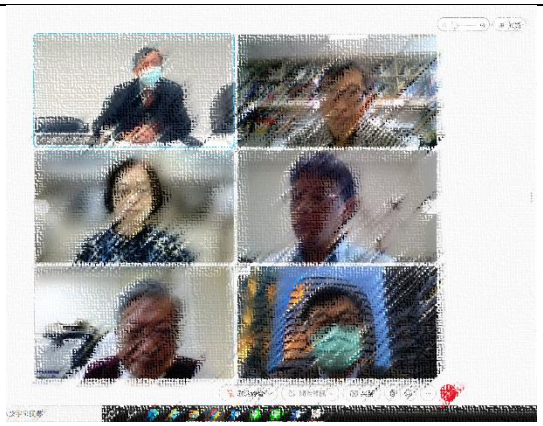
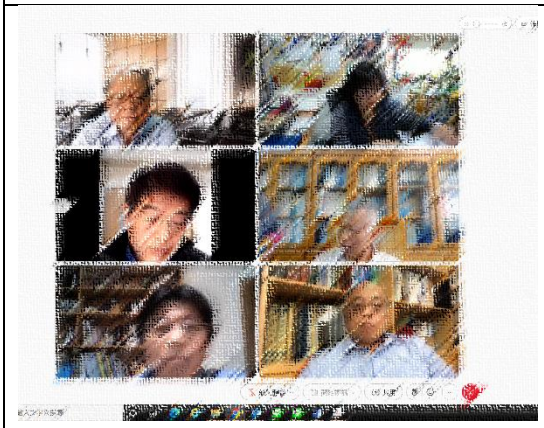
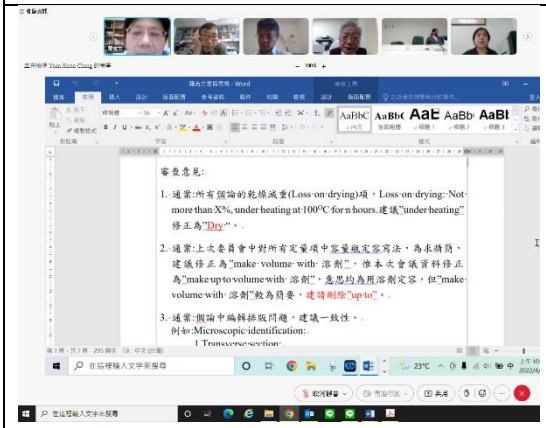
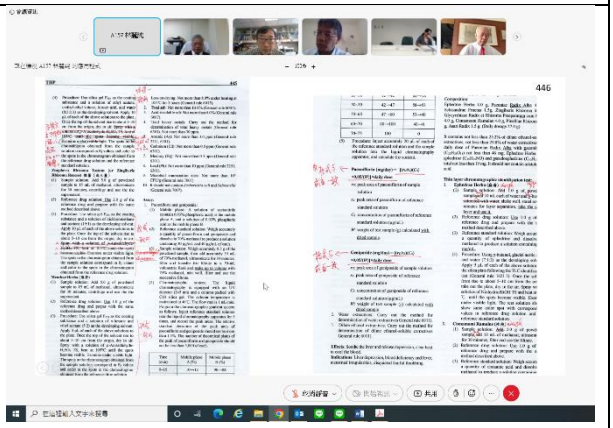
本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW111-CMAP-M-114-000402 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

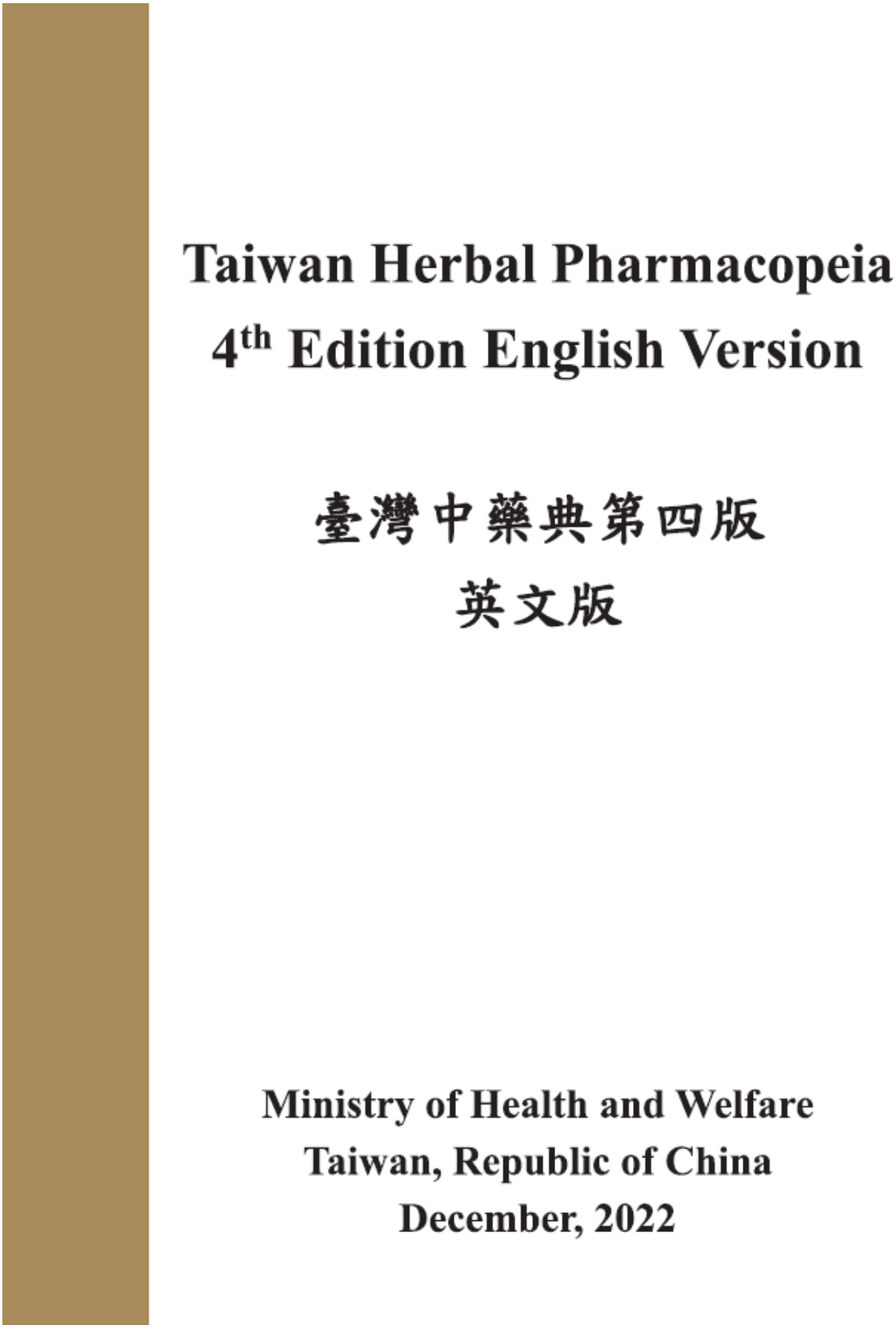
1. 行政院衛生署中華中藥典中藥集編修小組：中華中藥典，行政院衛生署編印，臺北 2004。
2. 行政院衛生署中華中藥典中藥集編修小組：臺灣中藥典，行政院衛生署編印，臺北 2013。
3. 行政院衛生福利部臺灣中藥典編修委員會，臺灣中藥典(第三版)，行政院衛生福利部編印，臺北，2019。
4. 國家藥典委員會：中華人民共和國藥典 2020 年版，中國醫藥科技出版社，北京 2020。
5. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第一冊，政府物流服務署印，香港 2005。
6. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第二冊，政府物流服務署印，香港 2008。
7. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第三冊，政府物流服務署印，香港 2010。
8. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第四冊，政府物流服務署印，香港 2011。
9. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第五冊，政府物流服務署印，香港 2012。
10. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第六冊，政府物流服務署印，香港 2013。
11. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第七冊，政府物流服務署印，香港 2015。
12. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第八冊，政府物流服務署印，香港 2017。
13. 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部編製：香港中藥材標準第九冊，政府物流服務署印，香港 2018。
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 Pharmacopeia 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 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。
18. 張永勳、何玉鈴：臺灣中藥典圖鑑，衛生福利部，2013。
19. Yuan-Shiun CHANG, Yu-Ling HO：Taiwan Herbal Pharmacopeia，Ministry of Health and Welfare，2015。
20. Ministry of Health and Welfare： Taiwan Herbal Pharmacopeia 2nd Edition English version，2016。
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. 張永勳：衛生福利部 107 年度委託研究計畫 M06G9047，「臺灣中藥典第三版總編修及諮詢服務」研究報告，2018。
23. 張永勳：衛生福利部 108 年度委託研究計畫 MOHW108-CMAP-M-114-000405，「臺灣中藥典第三版英譯及國際藥典趨勢探討」研究報告，2019。
24. Ministry of Health and Welfare：Taiwan Herbal Pharmacopeia 3rd Edition English version，2019。
25. 張永勳：衛生福利部 109 年度委託研究計畫 M09G1216，「國際中藥品質管制及藥典編修趨勢研討」研究報告，2020。

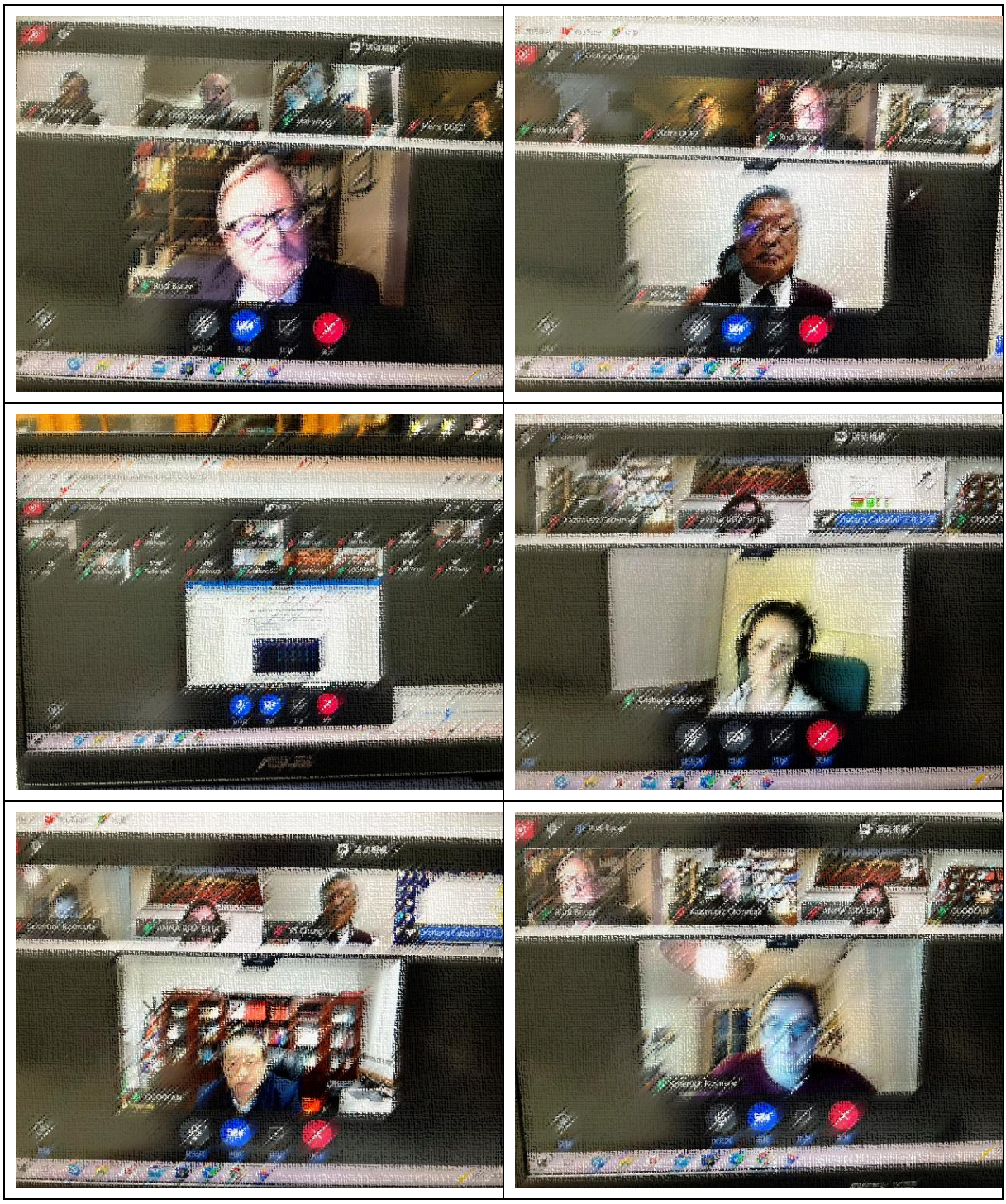
柒、圖、表

<table>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>編輯工作專家小組視訊會議照片 1</td><td>編輯工作專家小組視訊會議照片 2</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>編輯工作專家小組視訊會議照片 3</td><td>編輯工作專家小組視訊會議照片 4</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>編輯工作專家小組視訊會議照片 5</td><td>編輯工作專家小組視訊會議照片 6</td></tr>
</table>

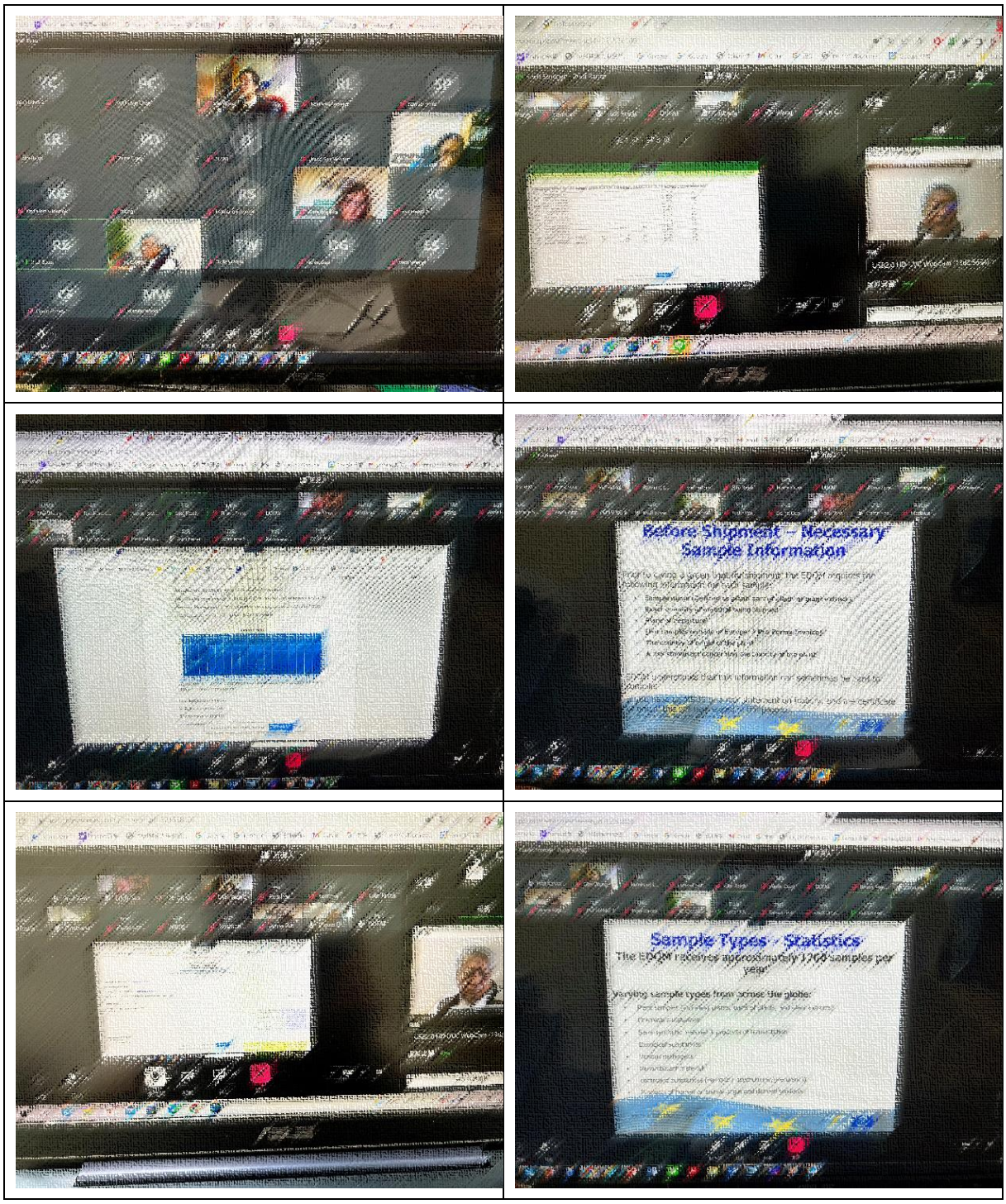
圖一、臺灣中藥典第四版英文版編輯工作專家小組會議相關照片



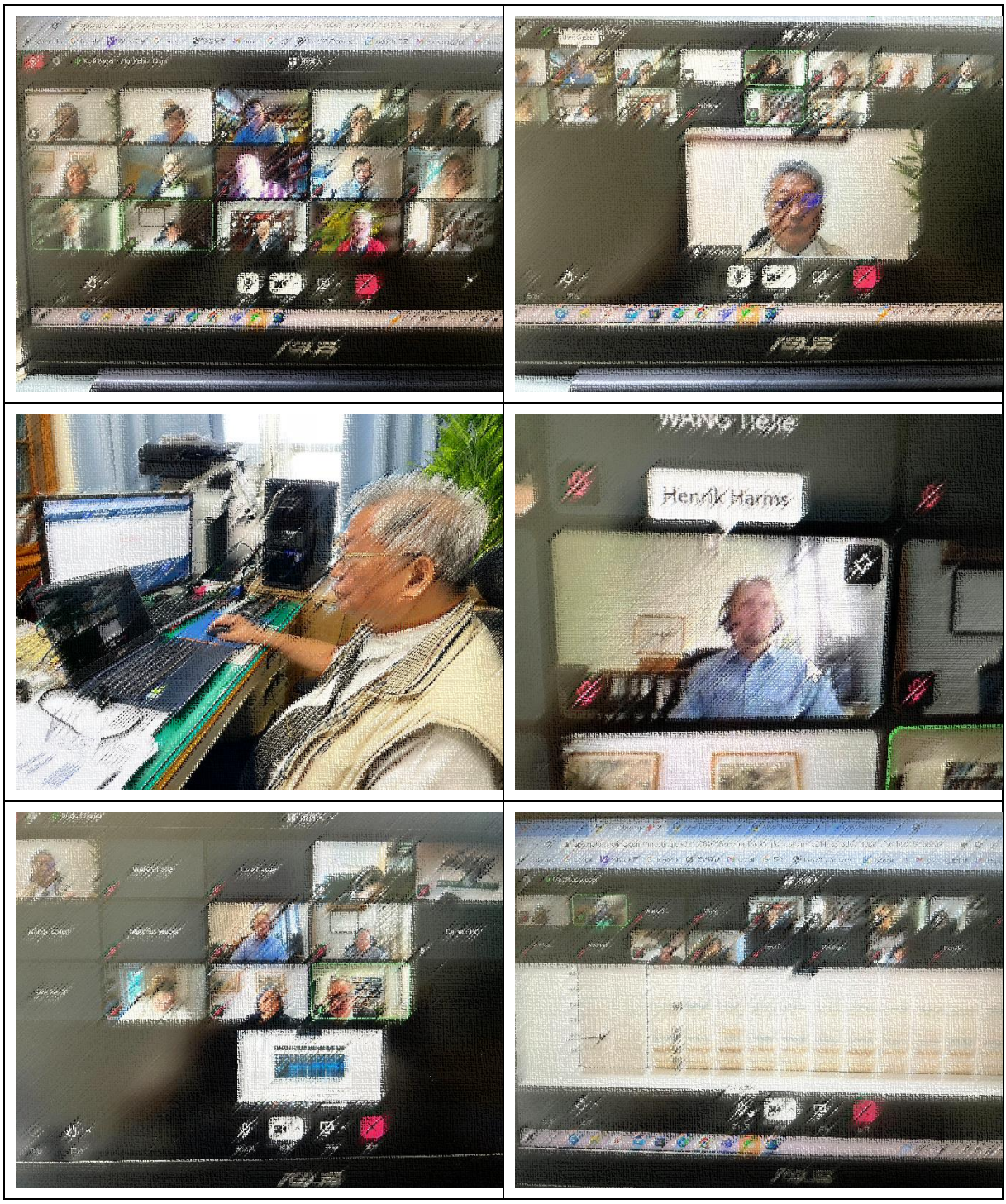
圖二、臺灣中藥典第四版英文版封面



圖三、1 月 25 日第 43 次 EDQM 視訊會議相關照片



圖四、5 月 10 日第 44 次 EDQM 視訊會議相關照片

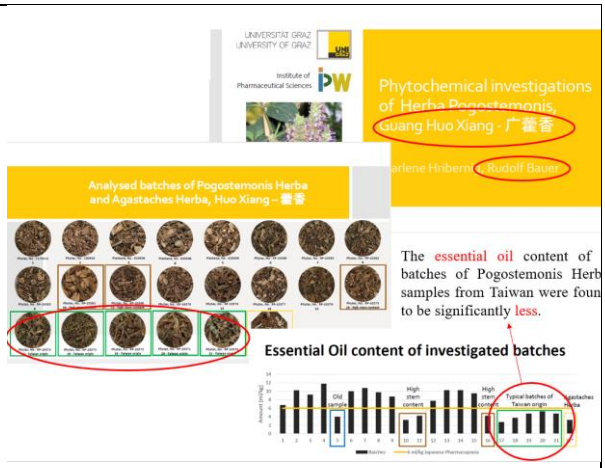


圖五、10 月 11 日第 45 次 EDQM 視訊會議相關照片

Herkunftsgebiet für Pogostemonis herba Proben sind wie folgende:

		Original
RP-10370	Pogostemonis herba	Taiwan
RP-10371	Pogostemonis herba	Taiwan
RP-10372	Pogostemonis herba	Taiwan
RP-10373	Pogostemonis herba	Taiwan
RP-10374	Pogostemonis herba	Taiwan
RP-10375	Pogostemonis herba	China
RP-10376	Pogostemonis herba	China
RP-10377	Pogostemonis herba	China
RP-10378	Pogostemonis herba	China
RP-10379	Pogostemonis herba	China
RP-10380	Pogostemonis herba	China
RP-10381	Pogostemonis herba	China
RP-10382	Agastaches herba	China
RP-10383	Pogostemonis herba	China
RP-10384	Pogostemonis herba	China
RP-10385	Pogostemonis herba	China
RP-10386	Pogostemonis herba	China

臺灣收集之 5 批廣藿香



臺灣收集之 5 批廣藿香



臺灣三家中藥材批發公司



臺灣本產之廣藿香



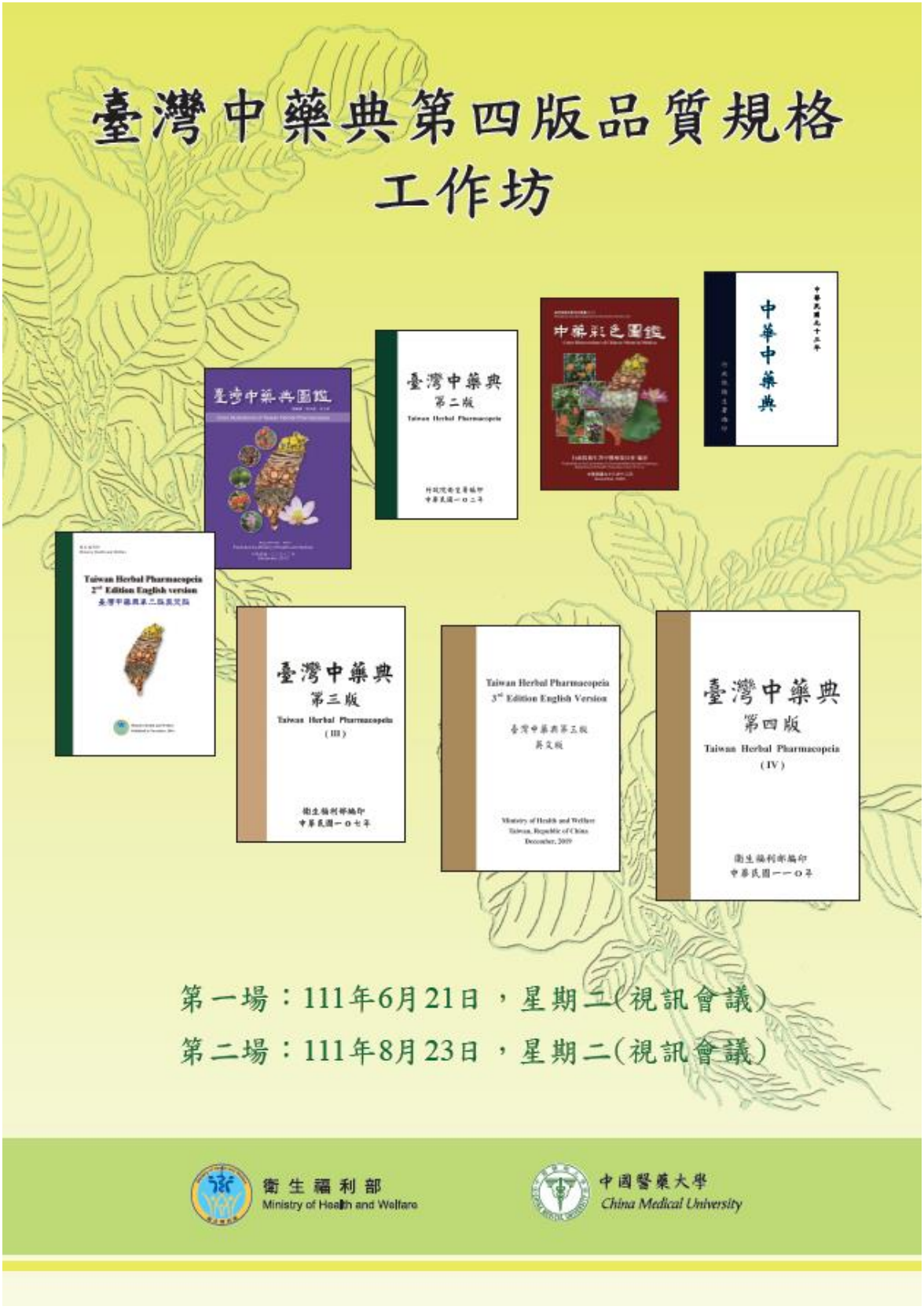
臺灣本產之廣藿香顏色偏綠

Essential oil content (%, v/w) of 3 batches of Pogostemonis Herba imported from China and 3 batches of Pogostemonis Herba from Taiwan local grown all pass the JP XVII limit (**not less than 0.6%**).

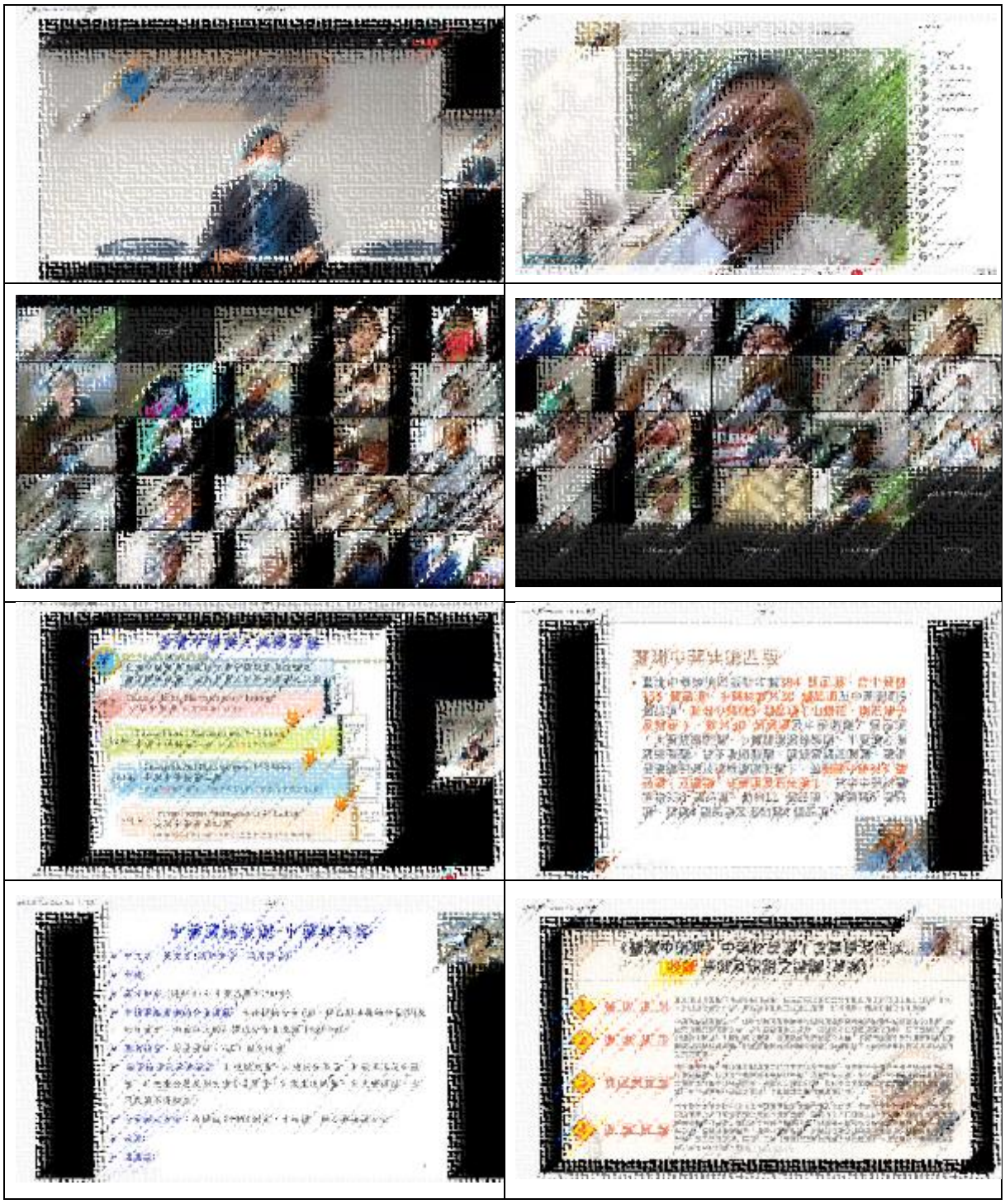
Source	Batch	Initial weight (g)	Essential oil (mL)	Essential oil content (%)
Mainland China imported	1	50.00	0.4	0.800
	2	50.08	0.6	1.198
	3	50.06	0.7	1.398
Taiwan grown	4	50.04	0.5	0.999
	5	50.01	0.4	0.799
	6	50.04	0.35	0.699

重新收集之 6 批廣藿香均符合 JP 標準

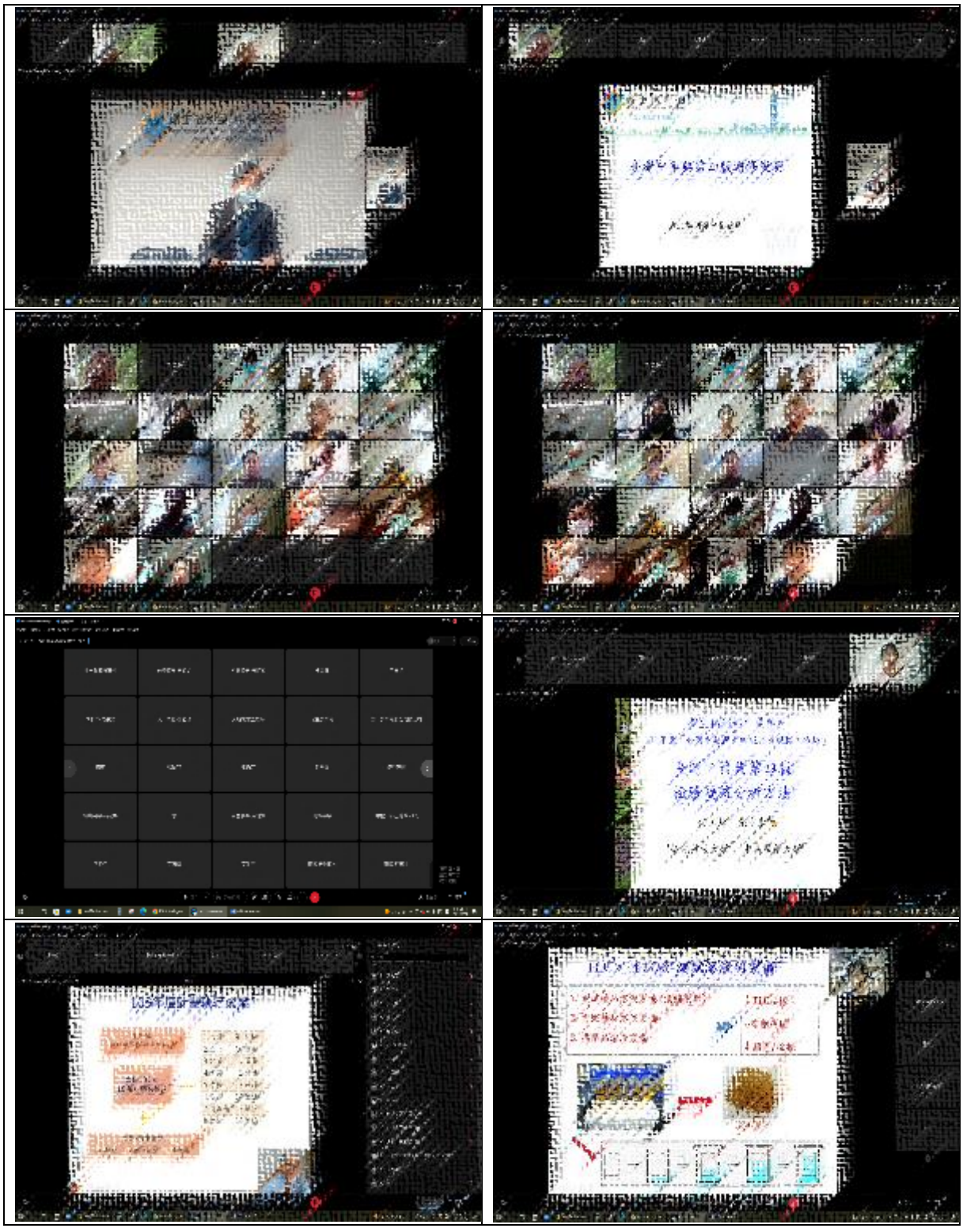
圖六、廣藿香收集相關照片



圖七、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊手冊封面



圖八、6 月 21 日第一場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊相關照片



圖九、8 月 23 日第二場臺灣中藥典第四版品質規格工作坊相關照片



圖十、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊線上問卷



圖十、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊線上問卷(續)

身份 *

1. 中藥商：零售
2. 中藥商：中盤
3. 中藥商：大盤
4. 中藥商：進出口
5. 中藥廠：品管
6. 中藥廠：製造
7. 中藥廠：行銷
8. 藥師(藥廠)
9. 藥師(醫院)
10. 藥師(藥局)
11. 藥師(其他)
12. 藥劑生
13. 中醫師
14. 研究人員
15. 政府機關單位
16. 學生

從業 *

- ○ 未滿1年
- ○ 1年以上~3年以下
- ○ 3年以上~6年以下
- ○ 6年以上

圖十、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊線上問卷(續)



圖十、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊線上問卷(續)



圖十、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊線上問卷(續)

表一、臺灣中藥典第四版英譯版編輯工作專家小組名單

編號	姓名	職稱	單位
1	陳○○	召集人	臺灣中藥典中藥基原小組
2	陳○○	副召集人	臺灣中藥典中藥基原小組
3	劉○○	計畫主持人	臺灣中藥典中藥基原小組
4	董○○	副召集人	臺灣中藥典中藥檢驗規格小組
5	何○○	計畫主持人	臺灣中藥典中藥檢驗規格小組
6	林○○	召集人	臺灣中藥典中藥製劑小組
7	王○○	副召集人	臺灣中藥典中藥製劑小組
8	余○○	計畫主持人	臺灣中藥典中藥製劑小組
9	林○○	召集人	臺灣中藥典中醫臨床小組
10	顏○○	副召集人	臺灣中藥典中醫臨床小組
11	李○○	教授	臺灣大學藥學系
12	羅○○	退休主秘	衛生福利部食品藥物管理署
13	陳○○	研究員	國家衛生研究院生技與藥物研究所
14	馬○○才	理事長	中華民國中藥商業同業公會全國聯合會
15	張○○	理事長	臺灣中藥工業同業公會
16	李○○	主任委員	臺灣製藥工業同業公會中藥發展委員會

表二、臺灣中藥典第四版品質規格工作坊議程

時 間	議題	講師/單位
13:00~13:10	引言及致詞	中醫藥司長官 張永勳教授
13:10~13:30	臺灣中藥典第四版增修說明	謝○○專員/ 中醫藥司
13:30~14:20	臺灣中藥典第四版中藥基原修訂	劉○○教授/ 大仁科技大學
14:20~14:30	休息	
14:30~15:20	臺灣中藥典第四版檢驗規格分析方法	何○○副教授/ 弘光科技大學
15:20~16:10	臺灣中藥典第四版中藥製劑規格訂定	林○○組長/ 國家中醫藥研究所
16:10~16:40	臺灣中藥典第四版中醫臨床編修	張○○系主任/ 中國醫藥大學
16:40~17:10	討論與交流	全體講師 張永勳教授

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000404

精進中藥濃縮製劑品質規範

余建志
中國醫藥大學

摘　要

研究目的：

評估臺灣中藥典新增濃縮製劑品項規範，針對常用中藥濃縮製劑進行鑑別及分析方法開發研究，強化品質科學分析方法，精進中藥濃縮製劑品質規範。

研究方法：

舉行四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議；編修三個複方和四個單方中藥濃縮製劑個論，分別是複方之四物湯、逍遙散與濟生腎氣丸，以及單方之丹參、苦杏仁、川芎與麻黃；調查川芎與麻黃之一般檢驗數據、進行鑑別及分析方法開發研究；擇葛根湯中藥濃縮製劑，進行指紋圖譜分析方法開發；收集具體資料、相關文獻和實驗結果，藉由臺灣中藥典中藥製劑小組專家小組會議，提供專業諮詢並協助藥典的編輯。

結果與討論：

本計畫已順利完成原規劃的項目，主要包括：1.濟生腎氣丸、四物湯、逍遙散之部分組成中藥材薄層層析鑑別方法分析開發；2.五項濃縮製劑【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸、逍遙散、四物湯】個論內容之滾動編修；3.川芎與麻黃中藥濃縮製劑的乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物，薄層層析鑑別與含量測定相關規範之訂定；4.兩項單方濃縮製劑【川芎、麻黃】個論之增修；5.葛根湯中藥濃縮製劑指紋圖譜分析方法開發。此研究成果將有助於中藥濃縮製劑的品質管制與技術提升，增加臺灣濃縮中藥製劑產品的國際競爭力。

關鍵詞：臺灣中藥典；藥典規格；中藥濃縮製劑；品質規範

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000404

Advanced qulity specification for concentracted preparations of traditional Chinese medicine

Chien-Chih Yu
China Medical University

ABSTRACT

Aim:

Evaluate the specifications of the new concentrated preparation items in the Taiwan Herbal Pharmacopoeia, including the research on the development of identification and analysis methods for concentreted preparations of traditional Chinese medicine (TCM) in common use, strengthening scientific analysis methods of quality, and advancement the quality specifications for concentreted preparations of TCM.

Method:

1. To hold four expert meetings to discuss experimental results, referring to academic literatures and related pharmacopeias.

2. To edit the regulatory specification of three compound and four single TCM concentrates, including Xiao-Yao San, Si-Wu Tang and Ji Sheng Shen Qi Wan (compound), Dan shen, Ku-Xing-Ren, Chuan-Qiong, and Ma-Huang (single) with the assistance of the expert meetings.

3. To investigate general inspection data of Chuan-Qiong, and Ma-Huang, conduct identification and analytical method development.

4. To develop the chromatographic fingerprint of Ge Gen Tang Concentrated. Preparation.

Results & Discussion:

All the scheduled items in this project have been accomplished, including the majors: (1) Method development of TLC identification analysis of part of composition in Ji Sheng Shen Qi Wan, Xiao-Yao San,and Si-Wu Tang. (2) Rolling editing five concentrated preparations [Dan shen, Ku-Xing-Ren, Ji Sheng Shen Qi Wan, Xiao-Yao San, Si-Wu Tang] monographs. (3) The settings of loss on drying, total ash, acid-insoluble ash, water extract, dilute ethanol extract, TLC identification and assay related specifications of Chuan-Qiong, and Ma-Huang. (4) Edition of two new monographs of concentrated preparations [Chuan-Qiong, and Ma-Huang]. (5) Develop the chromatographic fingerprint of Ge Gen Tang Concentrated.

These accomplishments will facilitate the quality control and technological improvement of concentrated TCM preparations, and elevate the international competitiveness of Taiwan's concentrated Chinese medicine preparations.

Keywords ： Taiwan Herbal Pharmacopeia; Pharmacopoeia specifications; concentrated traditional Chinese medicine preparations; quality specification

壹、前言

中藥複方濃縮製劑藥材組成各不相同，且中藥成分多元，分析複雜度高，亟需建立中藥濃縮製劑品質規範。目前主要依照衛生署公告規範，從民國 89 年第一次公告十方濃縮製劑應依「中藥濃縮製劑制定指標成分定量法及規格注意事項」，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 年第二次公告又新增十方濃縮製劑，民國 95 年第三次公告再新增十三方濃縮製劑，三次公告計三十三方濃縮製劑。然而距離上次公告已超過 10 年。因應國內中醫臨床診治疾病以濃縮製劑為趨勢，雖然，臺灣中藥典(以下簡稱中藥典)為國內中藥品質管理之國家技術規格標準，衛福部於 110 年公告中藥典第四版，收載 9 項中藥濃縮製劑；第三版原收載加味逍遙散濃縮製劑與黃芩濃縮製劑 2 個濃縮製劑，第四版新增 7 個品項（大黃濃縮製劑、小青龍湯濃縮製劑、半夏瀉心湯濃縮製劑、甘草濃縮製劑、延胡索濃縮製劑、葛根湯濃縮製劑，及葛根濃縮製劑），但仍有多種品項尚未收載，尚無法滿足國內需求。是故，擬定中藥濃縮製劑通則規範，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，確實有其必要性。隨著國際藥典中藥品質規格、檢驗技術方法及法規推陳出新，應持續檢討中藥規格及檢驗方法，進行修訂及更新，爰針對常用中藥濃縮製劑進行鑑別及分析方法開發研究，強化品質科學分析方法，精進中藥濃縮製劑品質規範，俾提供未來中藥典第五版編修中藥濃縮製劑規格及檢驗方法之參據，提升國內中藥之品質，確保民眾用藥安全。

本計畫為 111 年度「精進中藥濃縮製劑品質規範」[1]，預計達成 9 項目標。

目標一、召開至少 4 場臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議。本計畫擬召開至少 4 場中藥製劑小組專家會議，進行目標二「滾動編修中藥製劑品項個論及相關通則之內容，及後續校對工作，並提供修正對照表」、目標七「協助回應各界對於臺灣中藥典所提相關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見」及目標八「評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議意見」之事宜。

目標二、滾動編修中藥製劑品項個論及相關通則之內容，及後續校對工作，並提供修正對照表。中藥典係我國中藥品質標準與檢驗方法之技術規範，亦為中藥產業之遵循依據，本計畫將持續徵詢、廣納各方學者與專家的意見，持續滾動編修中藥製劑品項個論之內容，並提供修正對照表。

目標三、完成 3 項【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸】中藥濃縮製劑中藥典個論。本計畫預計完成 5 項【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸、四物湯、逍遙散】中藥濃縮製劑中藥典個論擬稿。

目標四、完成 2 項單方如【川芎、麻黃】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、鑑別分析、中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定之研究。本計畫將針對 2 項單方【川芎、麻黃】中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物及鑑別分析之研究成果，召開相關會議並提出藥典個論擬稿。

目標五、針對臺灣中藥典第四版收載之複方中藥濃縮製劑，擇一進行指紋圖譜分析方法之開發。本計畫選擇【葛根湯】複方中藥濃縮製劑，完成指紋圖譜分析方法之開發。

目標六、收集與比較分析臺灣及國際間藥典，如：日本藥局方、韓國藥典及中國大陸藥典等，最新中藥製劑相關收載內容與文獻探討，以為編修參考。

目標七、本計畫之團隊將協助回覆藥典相關中藥製劑訊息之諮詢問題與意見。

目標八、本計畫之團隊將協助評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議。

目標九、本計畫召集人（或副召集人）及計畫主持人將參加中藥典相關編修會議並提供中藥濃縮製劑相關專業意見。

貳、材料與方法

計畫執行的檢驗與分析方法條件規格開發設定標準作業流程係參考【臺灣中藥典中藥濃縮製劑檢驗規格制定工作技術指南草案】[2]與【臺灣中藥典中藥材檢驗規格制定工作技術指南草案】，並結合衛福部歷年來相關研究計畫成果，包含 106 年「常用中藥濃縮製劑之品質研究」[3]、107 年「探討中藥濃縮複方製劑指標成分含量標準計畫」[4]、「中藥濃縮製劑品質規格科學研究」[5]、109 年「中藥濃縮複方製劑指標成分管理計畫」[6]、109 年「建立中藥濃縮製劑藥典品質規範」[7]，以及 110 年「建立中藥濃縮製劑國際品質規範」[8]計畫研究結果，同時參考臺灣中藥典、歐盟藥典、韓國藥典、日本藥局方與中國藥典等，所載相關規格及檢驗標準以作為編修參考。

其他如滾動編修中藥製劑品項個論之內容，並提供修正對照表，回應各界對於臺灣中藥典所提相關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見，評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議意見。參加中藥典相關編修會議並提供中藥濃縮製劑相關專業意見，相關計畫職責與任務為滾動式執行檢討回覆，必要時會提到臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議確認。

一、臺灣中藥典中藥製劑小組專家委員名單

林○○（召集人），王○○（副召集人），江○○、余○○、吳○○、周○○、林○○、林○○、侯○○、張○○、張○○、莊○○、陳○○、陳○○、劉○○、蔡○○、蔡○○、鄭○○、謝○○、簡○○。

二、材料

(一) 中藥濃縮製劑：購買川芎、麻黃及葛根湯濃縮製劑等市售品各十個廠牌（附件十七）。

(二) 藥材、試藥及溶媒：野葛、粉葛、麻黃、桂枝、白芍、炙甘草、大棗以上藥材皆購自○○○○藥局（臺灣，臺中市），生薑購自○○○○中心（臺灣，臺中市）。EP 級磷酸二氫鉀(Potassium dihydrogen)（○○化學廠股份有限公司，臺灣）、LC 級甲醇(Burdick & Jackson, USA)、LC 級乙腈(J.T. Baker, USA)、85.8% 磷酸 (J.T. Baker, USA)。

(三) 標準品：

阿魏酸(Ferulic acid, 99.4%, 110773-201915)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、麻黃鹼(Ephedrine, 99.9%, FN07031810) (Cerilliant, USA) 、擬麻黃鹼(Pseudoephedrine, 99.9%, FN09222005, FN04091901) (Supelco, USA 及 Cerilliant, USA)、葛根素 (Puerarin, 95.4%, 110752-201816)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、芍藥苷(Paeoniflorin, 94.6%, 110736-202145)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、大豆苷(Daidzin, 93.4%, 111738-201904)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、大豆苷元(Daidzein, 99.3%, 111502-202003)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、肉桂酸(Cinnamic acid, 98.8%, 110786-201604)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、6-薑辣素(6-Gingerol, 99.3%, 111833-202007)（中國食品藥品檢定研究院，中國）、甘草素(Glycyrrhizin, 99.4%, 1405-86-3)（○○○○○生物技術有限公司，中國）、川芎對照藥材(120918-201813)（中國食品藥品檢定研究院，中國）及草麻黃對照藥材(121051-201606)（中國食品藥品檢定研究院，中國）。

(四) 層析管柱：

Cosmosil packed column $5C_{18}$ –MS-II,4.6 mm I.D. x 250 mm, 5 μm、PUROSPHER® RSTAR phenyl, 4.6 mm I.D. x 250 mm, 5 μm、Cosmosil packed column $5C_{18}$ –AR-II,4.6 mm I.D. x 250 mm, 5 μm、LiChroCART® 100 RP-18e (5μm) LiChroCART® 125-4。

三、方法

(一) 召開至少 4 場臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議。本計畫於 111 年 03 月 22 日、06 月 07 日、08 月 17 日及 11 月 15 日共召開 4 場臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議。

第一場專家會議完成 3 項【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸】中藥濃縮製劑中藥典個論，同時討論上個年度計畫未確認事項。

第二場專家會議完成 2 項單方【川芎、麻黃】中藥濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物及鑑別

分析。

第三場專家會議 2 項單方【川芎、麻黃】中藥濃縮製劑之分析方法確效，中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定之研究。

第四場專家會議完成葛根湯濃縮製劑指紋圖譜開發，同時回顧本計畫成果，完善委員建議事項和本計畫尚須改善之處。

四場專家會議將會同時檢討，目標二「滾動編修中藥製劑品項個論及相關通則之內容，及後續校對工作，並提供修正對照表」及目標七「協助回應各界對於臺灣中藥典所提相關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見」之事宜。

(二) 滾動編修中藥製劑品項個論及相關通則之內容，及後續校對工作，並提供修正對照表。

中藥典係我國中藥品質標準與檢驗方法之技術規範，亦為中藥產業之遵循依據，本計畫將持續徵詢、廣納各方學者與專家的意見，持續滾動編修中藥製劑品項個論之內容，並提供修正對照表。

(三) 完成 3 項【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸】中藥濃縮製劑中藥典個論。

透過整理 110 年建立中藥濃縮製劑國際品質規範計畫[8]第四次中藥製劑小組會議應確認事項，進行相關討論與確認。完成 5 項【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸、逍遙散、四物湯】中藥濃縮製劑中藥典個論。

(四) 完成 2 項單方【川芎、麻黃】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、鑑別分析[3]、中藥標準湯劑分析及指標成分含量[4]測定之研究。

透過衛福部發文十家廠商（附件十八），請廠商提供【川芎、麻黃】中藥濃縮製劑之檢驗成績，由計畫實驗室進行統計分析，提供規格建議。

薄層層析項目係透過市售品的隨機採購收集十家廠牌，由計畫實驗室開發並驗證 TLC 方法[9]和條件，同時委由三家國內知名且本身具有 TAF 認證實驗室之 GMP 藥廠進行再確認。

含量測定分析方法由計畫實驗室負責確效，中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定之研究，則委由上述 TAF 實驗室，統一提供市售品分裝檢體(12 份)，分析管柱，對照藥材與指標成分標準品，分裝檢體編號 1, 6, 12 是相同的檢體，作為品保樣品，含量測定完成後，進行實驗室比對，提供相關檢驗結果與圖譜。由計畫實驗室進行數據整理，提供規格建議。相關成果完成後，透過中藥製劑小組專家委員會開會討論，確認相關成果。

1. 分析方法確效：針對川芎和麻黃濃縮製劑的分析方法，進行專一性(PDA)，精密度（標準偏差），準確度（回收率試驗），線性與範圍。
2. 品保樣品重複性，將品保樣品插入編號 1, 6, 12，作為實驗室檢驗穩定度的指標，再結合藉由 10 個不同來源檢體在不同實驗室產生的數據，進行比對（標準偏差），以 Q-test 判斷最大值及最小值數據皆落在 95%信賴區間之內，則無偏離值去除 ($Q_{0.05} = 0.466$)。
3. 含量測定分析方法

(1) 川芎濃縮製劑[10]

移動相溶劑—以甲醇：0.1%無水乙酸溶液(25：75)之混液。必要時其配合比例可予調整。

對照標準品溶液—取阿魏酸對照標準品適量，精確稱定，加甲醇製成每 1 mL 含 30 g 的溶液，即得。

檢品溶液—取本品粉末 1.0 g，精確秤定，加甲醇 10 mL，以超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液移至 25 mL 定量瓶中，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，加入甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置—液相層析裝置，具波長 320 nm 檢測器，充填

L1 之層析管(4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1.0 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，阿魏酸理論板數不得小於 8000；重複 5 次注入標準品溶液，阿魏酸波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

阿魏酸 (mg/g)＝[0.025(r_U/r_S)(C_S)/(W)]

r_U：檢品溶液中阿魏酸之波峰值

r_S：對照標準品溶液中阿魏酸之波峰值

C_S：對照標準品溶液含阿魏酸之濃度(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

(2) 麻黃濃縮製劑[11]

移動相溶媒—以甲醇：0.092%磷酸溶液【含 0.04%三乙胺和 0.02%二正丁胺】 (1.5：98.5)之混液。必要時其配合比例可予調整。

對照標準品溶液—取麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品、擬麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品適量，精確稱定，加甲醇製成每 1 mL 各含 40 μg 的混和溶液，即得。

檢品溶液—取本品粉末約 1.0 g，精確稱定，加 70%甲醇 20 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，移入 50 mL 之容量瓶中，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，加入 70%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置—液相層析裝置，具波長 210 nm 檢測器，充填 L11 之層析管(4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，

記錄其波峰值，麻黃鹼及擬麻黃鹼理論板數均不得小於3000；重複 5 次注入標準品溶液，麻黃鹼及擬麻黃鹼波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法—取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值，並按下列公式計算：

麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽(mg/g)＝$0.05(r_U/r_S)(C_S)/(W)$

r_U：檢品溶液中麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之波峰值

r_S：對照標準品溶液中麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之波峰值

C_S：對照標準品溶液含麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之濃度 (μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

(五) 針對臺灣中藥典第四版收載之複方中藥濃縮製劑，擇一進行指紋圖譜分析方法[12,13,14]之開發。預計選擇葛根湯濃縮製劑，進行指紋圖譜分析方法之開發。藉由不同廠家的市售品產生 HPLC 圖譜，歸納出一致性，建立葛根湯濃縮製劑指紋圖譜之特性吸收峰，不同成分之間的滯留時間有一定的比值關係，再藉由某一個特定標準品作為參考指標，透過比值推算其他指標成分的波峰，進而達到確認其他指標成分的存在，可以同時達到定性與定量的目的。

1. 標準湯劑溶液配置

依據衛生福利部公告之「中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項」〔2〕，取葛根湯一日飲片量 28.0 g（葛根 6.0 g、麻黃 4.5 g、桂枝 3.0 g、白芍 3.0 g、炙甘草 3.0 g、生薑 4.5 g、大棗 4.0 g）加 20 倍量水，煮沸 30 分鐘以上，直至煎煮液為原加入水之半量之湯液，過濾，移入 500 mL 容量瓶中，加水至刻度，供做標準湯劑溶液。（野葛及粉葛分別製成標準湯劑溶液）

2. 空白標準湯劑溶液配置

依據衛生福利部公告之「中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項」[2]，取葛根湯一日飲片量之藥材扣除比對指標成分之藥材，並依標準湯劑溶液配製之。

3. 市售檢品溶液配置

依據臺灣中藥典第四版[14]之葛根湯含量測定中檢品溶液配置，取本品粉末約 0.5 g，精確稱定，置 50 mL 離心管中，加 50%甲醇 40 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，移入 100 mL 容量瓶中，加 50%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做市售檢品溶液。

4. 標準品溶液配置

分別取葛根素(Puerarin)、大豆苷(Daidzin)、大豆苷元(Daidzein)、麻黃鹼(Ephedrine)、擬麻黃鹼(Pseudoephedrine)、肉桂酸(Cinnamic acid)、芍藥苷(Paeoniflorin)、甘草素(Glycyrrhizin)及 6-薑辣素(6-Gingerol)對照標準品適量，精確稱定，加入甲醇分別製成每 1 mL 含葛根素 0.1 mg、大豆苷 0.05 mg、大豆苷元 0.002 mg、麻黃鹼 0.2 mg、擬麻黃鹼 0.2 mg、肉桂酸 0.05 mg、芍藥苷 1.0 mg、甘草素 0.02 mg 及 6-薑辣素 0.02 mg 之標準品溶液。

5. HPLC 條件[12,13,14]

(1) 檢測波長：UV 210 nm、245 nm、275 nm

(2) 流速：1.0 mL/min

(3) 管柱溫度：室溫

(4) 移動相及梯度：

移動相 A：水：磷酸二氫鉀：10%磷酸水溶液(1000 mL：2.72g：1 mL)

移動相 B：乙腈

時間（分）	A（%）	B（%）
0	95	5
20	95	5
25	80	20
45	70	30
55	25	75
60	20	80

(5) 注入量：10 μL

(6) 分析時間：60 min

6. 方法確效

(1) 專一性：

配置任一樣品及其標準品溶液，以上述分析條件分析檢品及標準品，並使用光電二極體陣列(Photo diode array, PDA)進行 UV 全波長掃描，後將樣品與標準品之 UV 圖譜進行比對。

(2) 精密度：

配置各三種不同濃度標準品溶液，分別於同日間及異日間，以循環方式分析三次，並分別計算同濃度標準品溶液所得波鋒面積之平均值、標準偏差及變異係數。

(3) 準確度：

取任一市售檢品溶液，分別添加三種已知不同濃度（或量）之標準品溶液，以未添加標準品溶液之市售檢品溶液作背景值，經由檢量線推算，分析求得添加標準品溶液之百分率。

(4) 線性與範圍：

配置五個不同濃度之標準品溶液，分析並統計五個不同濃度之標準品溶液所得之面積積分值，計算建立線性關係，得出一線性方程式及相關係數。

(5) 耐變性：

使用不同長度之管柱(RP-18e)及不同填充方式之管柱

($5C_{18}$-AR-II)，以相同分離條件分析標準品溶液、標準湯劑溶液及市售檢品溶液，比對其圖譜和滯留時間之差異。

(六) 收集與比較分析臺灣及國際間藥典，如：臺灣中藥典第四版[14]，中國大陸藥典[15]、日本藥局方[16]、歐盟藥典[17]及韓國藥典[18]等，以為編修參考。

為了促進臺灣中醫藥國際化與中醫藥產業發展，本計畫擬參考中國大陸國家藥典[15]、日本藥局方[16]、歐盟藥典[17]、韓國藥典[18]和配方顆粒國家藥品標準草案的公示[4,5]資料與文獻探討等，提出最新之中藥製劑相關收載內容及檢驗標準以作為編修參考。

(七) 協助回應各界對於臺灣中藥典所提相關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見。

本計畫之團隊將協助回覆藥典相關中藥製劑訊息之諮詢問題與意見。

1. 回覆藥廠透過中藥典專業諮詢服務窗口提出關於葛根湯濃縮製劑，含量測定項之移動相磷酸配置疑問。
2. 關於製藥公會提出評估製劑已收載 HPLC 檢驗品項者，能否刪除同項之TLC鑑別，已提出回覆建議。

(八) 評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議意見。

本計畫之團隊將協助評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議。

(九) 本計畫召集人（或副召集人）及計畫主持人須參加臺灣中藥典相關編修會議並提供中藥濃縮製劑相關專業意見。

(十) 第四次中藥製劑小組專家會議決議應再確認事項

1. 麻黃濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，移動相溶劑依委員建議修正，待重新計算後提會討論。

2. 調查各藥廠常用半夏中藥濃縮製劑之藥材的炮製方式及規格，彙整資料後提會討論。
3. 待決定明年度計畫執行之單方濃縮製劑品項後，進行市場品濃縮倍率調查，彙整資料再提會討論。

參、結果

一、召開 4 場臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議。

本計畫於 111 年 03 月 22 日、06 月 07 日、08 月 17 日及 11 月 15 日召開 4 場臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議，除了探討目標三【丹參、苦杏仁、濟生腎氣丸、四物湯及逍遙散】中藥濃縮製劑中藥典個論與目標四【川芎、麻黃】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、鑑別分析、中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定之研究及目標五【葛根湯】複方中藥濃縮製劑，進行指紋圖譜分析方法之開發。以外，同時進行目標二「滾動編修中藥製劑品項個論及相關通則之內容，及後續校對工作，並提供修正對照表」、目標七「協助回應各界對於臺灣中藥典所提相關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見」及目標八「評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議意見」之事宜。

(一) 111 年 03 月 22 日召開第一次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議，共有七個提案。（附件一）

1. 提案一：研議 111 年度「精進中藥濃縮製劑品質規範」計畫執行兩項單方【川芎】、【麻黃】中藥濃縮製劑之規格內容制定及複方【葛根湯】中藥濃縮製劑之指紋圖譜分析方法開發，提請討論。

   決議：照案通過。考量葛根分野葛及粉葛，請一併進行個別使用野葛及粉葛之葛根湯指紋圖譜研究。

2. 提案二：研議未來臺灣中藥典預計新增收載中藥製劑品項內容，提請討論。

   決議：建議臺灣中藥典未來收載之品項，除參考健保常用排名外，單方濃縮製劑品項，應參考臺灣中藥典第四版已公告複方中藥濃縮製劑之組成中藥材，待資料彙整後再提會討論。

3. 提案三：研議臺灣中藥典收載丹參濃縮製劑之規格內容，提請討論。

   決議：

(1) 丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之中文名、英文名、漢語拼音名及通用拼音名，照以上順序排列，修正為「丹參濃縮製劑（顆粒、散）／Red Sage Concentrated Preparation (Granules, Powder) ／ Dan-shen Root and Rhizome Concentrated Preparation (Granules, Powder)／Dan-shen Root and Rhizome Concentrated Preparation (Granules, Powder)」。

(2) 丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿指標成分名，原為「丹酚酸 B」，皆改為「丹參酚酸 B」。

(3) 丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之指標成分含量，敘述應刪除「計」，修正為「本品之稀乙醇抽提物……，本品每 1 g 所含丹參酚酸 B (Salvianolic acid B, $C_{36}H_{30}O_{16}$)不得少於 19 mg。」。

(4) 丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之鑑別方法，檢品溶液及對照藥材溶液之配製溶媒，將「甲醇」改為「乙醇」，以及修改對照藥材溶液之超音波振盪時間為「1 分鐘」，修正內容如下：「取本品粉末 1.0 g，加乙醇 10 mL，……作為檢品溶液。取丹參對照藥材 0.5 g，……，濾液蒸乾，加乙醇 10 mL，超音波振盪 1 分鐘，過濾，製成對照藥材溶液。」。

(5) 丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之雜質檢查及其他規定，刪除個別重金屬檢查，以及將「大腸菌」修正為「大腸桿菌」，修正內容如下：「4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。（通則 6301）／5. 微生物限量……／6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）」。

(6) 丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，依委員建議修改，內容如下：「移動相溶劑——以乙腈：0.1%磷酸溶液 (v/v) (22:78)之混液。必要時其配合比例可予調整」、「層析裝置——液相層析裝置……。層析管溫度維持室溫……。」，以及「測定法——取檢品……，按下列公式計算：丹參酚酸 B (mg/g)＝[0.05*(r_U/r_S)(C_S) / (W)]……」。

(7) 依修正內容照案通過。丹參中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之效能與藥典收載丹參中藥材之功能不同乙節，將請中醫臨床小組確認。

4. 提案四：研議臺灣中藥典收載苦杏仁濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 苦杏仁中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之中文名、英文名、漢字拼音名及通用拼音名，照以上順序排列，修正為「苦杏仁濃縮製劑（顆粒、散）／Bitter Apricot Seed Concentrated Preparation (Granules, Powder)／Ku-Xing-Ren Concentrated Preparation (Granules, Powder)／Ku-Sing-Ren Concentrated Preparation (Granules, Powder)」。

(2) 苦杏仁中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之指標成分含量，修正為「本品之稀乙醇抽提物……，每 1 g 所含苦杏仁苷總量[(L+D)-Amygdalin], $C_{20}H_{27}NO_{11}$)計不得少於 13 mg」。

(3) 苦杏仁中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之鑑別方法，移動相應以溶媒極性由小至大排列，並將「冰醋酸」修正為「無水乙酸」，修正內容如下：「取檢品溶液……，以正丁醇：無水乙酸：水(4：1：5)上層液為展開溶媒，層析之」。

(4) 苦杏仁中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之雜質檢查及其他規定，刪除個別重金屬檢查，修正內容如下：「4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。（通則 6301）／5. 微生物限量……」。

(5) 苦杏仁中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，依委員建議修改，內容如下：「移動相溶媒——以乙腈：0.1%磷酸溶液(v/v) (6：94)之混液。必要時其配合比例可予調整」、「檢品溶液——取本品粉末約 0.2 g……，過濾，取濾液，供做檢品溶液」、「層析裝置——液相層析裝置……。層析管溫度維

持室溫……。」，以及「測定法——取檢品……，按下列公式計算：苦杏仁苷 (mg/g)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)]」。

(6) 苦杏仁中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，測定法內容應新增層析結果圖及相關描述，說明 L- Amygdalin 及 D-Amygdalin 之分析時間及位置，並於公式處新增「檢品溶液之苦杏仁苷應以(L+D)-Amygdalin 合併計算」等敘述，修正後再提會確認。

5. 提案五：研議臺灣中藥典收載四物湯濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 四物湯中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之中文名、漢語拼音名及通用拼音名，照以上順序排列，修正為「四物湯濃縮製劑（顆粒、散）／Siwu Tang Concentrated Preparation (Granules, Powder)／Sihwu Tang Concentrated Preparation (Granules, Powder)」。

(2) 四物湯中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之指標成分含量，將「芍藥」更改為「白芍」，修正內容如下：「本品之稀乙醇抽提……，每日量白芍以芍藥苷(Paeoniflorin,$C_{23}H_{28}O_{11}$) 計……。」。

(3) 四物湯中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，依委員建議修改，內容如下：「移動相溶劑——以甲醇為移動相 A，以 0.1%磷酸溶液(v/v)為移動相 B……」、「檢品溶液——取本品……，取上清液加 70%甲醇溶液定容至 50 mL，搖勻，過濾，取續濾液，供做檢品溶液」，以及「層析裝置——液相層析裝置……。層析管溫度維持室溫……」。

(4) 四物湯中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之當歸及川芎薄層層析鑑別方法，將兩者以相同移動相條件進行鑑別，當歸及川芎薄層層析之展開溶媒修改為「正己烷：乙酸乙酯：甲酸(6：2：0.1)」；熟地黃薄層層析鑑別方法，宜再檢討。

6. 提案六：研議臺灣中藥典收載濟生腎氣丸濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之中文名、漢字拼音名及通用拼音名，照以上順序排列，修正為「濟生腎氣丸濃縮製劑（顆粒、散）／Jisheng Shenqi Wan Concentrated Preparation (Granules, Powder) ／ Jisheng Shenci Wan Concentrated Preparation (Granules, Powder)」。

(2) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之鑑別方法，移動相應以溶媒極性由小至大排列，並將「冰醋酸」修正為「無水乙酸」，修正內容如下：「2.山茱萸：取本品粉末……，以正丁醇：無水乙酸：水(7：1.3：2)為展開溶媒，層析之」及「5.茯苓：取本品粉末……，以正己烷：乙酸乙酯：丙酮(5：1：2)為展開溶媒，層析之」

(3) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，依委員建議修改，內容如下：「移動相溶媒——以乙腈為移動相，以 0.17%磷酸溶液(v/v)為移動相 B，……」，以及「層析裝置——液相層析裝置……。層析管溫度維持室溫……」。

(4) 濟生腎氣丸濃縮製劑之肉桂薄層層析標準品為肉桂酸(Cinnamic acid)，移動相條件為正己烷：丙酮(1：1)，修正內容如下：「6.肉桂：取本品……。另取肉桂酸(Cinnamic acid)對照標準品……，以正己烷：丙酮(1：1) 為展開溶劑……」。

(5) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之薄層層析鑑別方法，使用懷牛膝並以相同方法重新試驗之結果，與使用川牛膝之結果相符，故濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之熟地黃、山茱萸、山藥、牡丹皮、茯苓及炮附子薄層層析鑑別方法照案通過。

(6) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之懷牛膝薄層層析鑑別方法，建議提高分析條件之極性，待完成後再提會討論。

7. 提案七：研議臺灣中藥典收載逍遙散濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 逍遙散中藥濃縮製劑之炙甘草薄層層析鑑別方法，以「正丁醇：無水乙酸：水(7：1：2)」為展開溶劑。

(2) 逍遙散中藥濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，依委員建議修改，內容如下：「移動相溶劑——以乙腈為移動相 A，以 0.05%磷酸溶液(v/v)為移動相 B，……」、「檢品溶液——取本品……，取上清液加 70%甲醇溶液定容至 50 mL，搖勻，過濾，取續濾液，供做檢品溶液」，以及「層析裝置——液相層析裝置……。層析管溫度維持室溫……」。

(3) 依修正內容照案通過。

(二) 111 年 06 月 07 日召開第二次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議，共有六個提案。（附件二）

1. 提案一：研議臺灣中藥典收載苦杏仁濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 苦杏仁濃縮製劑來源敘述修改為「……本品為薔薇科 Rosaceae 植物山杏 *Prunus armeniaca* L. var. *ansu* Maxim.、西伯利亞杏 *Prunus sibirica* L.、東北杏 *Prunus mandshurica* (Maxim.) Koehne 或杏 *Prunus armeniaca* L. 之成熟種子經煎煮或萃取、濃縮、乾燥，加工調製成之濃縮製劑。」

(2) 苦杏仁濃縮製劑指標成分含量表示修改為「每 1 g 所含苦杏仁苷($C_{20}H_{27}NO_{11}$)以 L-Amygdalin+D-Amygdalin 總量計不得少於 13 mg (以 D-Amygdalin 表示)。」

(3) 苦杏仁濃縮製劑鑑別之移動相敘述新增「上層溶液」，修改為「以正丁醇：無水乙酸：水(4：1：5)的上層溶液為展開溶劑，層析之。」

(4) 苦杏仁濃縮製劑含量測定之檢品溶液配置修改為「取本品粉末約 0.2 g，精確稱定，置具塞錐形瓶中，加入 50%甲醇 50 mL，密塞，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液移入 50 mL 容量瓶中，加 50%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。」

(5) 苦杏仁濃縮製劑含量測定之測定法刪改為「……檢品溶液苦杏仁苷參照層析圖譜如下，於分析時間 50~60 分鐘時，先後出現 L-Amygdalin 及 D-Amygdalin 之波峰……」，並且修改計算公式、刪除註解如下「苦杏仁苷 (mg/g)＝{0.05[(r_{UL} + r_{UD})/r_S](C_S) / (W)}／ r_{UL}：檢品溶液中苦杏仁苷(L-Amygdalin)之波峰值／r_{UD}：檢品溶液中苦杏仁苷(D-Amygdalin)之波峰值／r_S：對照標準品溶液中苦杏仁苷之波峰值／C_S：對照標準品溶液含苦杏仁苷之濃度(μg/mL)／W：檢品量(g)以乾品計之」

(6) 依修正內容照案通過。

2. 提案二：研議臺灣中藥典收載四物湯濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 四物湯濃縮製劑之熟地黃鑑別敘述修改為「……。取檢品溶液及對照藥材溶液各 5 μL，……，以乙酸乙酯：甲醇：甲酸(40：1：0.4)為展開溶劑，……，以茴香醛-硫酸試液(*p*-Anisaldehyde-H_2SO_4 TS)噴霧……。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖……」。

(2) 四物湯濃縮製劑之當歸及川芎鑑別方法，刪除對照標準品藁本內酯(Ligustilide)，修正內容如下：「取本品粉末 3.0 g，……。另取阿魏酸(Ferulic acid)對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，作為對照標準品溶液。取檢品溶液、當歸對照藥材溶液、川芎對照藥材溶液及阿魏酸對照標準品溶液各 5 μL，……。」

(3) 依修正內容照案通過。

3. 提案三：研議臺灣中藥典收載濟生腎氣丸濃縮製劑之規格內容，提請討論。

   決議：濟生腎氣丸濃縮製劑之懷牛膝薄層層析鑑別，本品取樣量方法依提案四之決議修改，並依修正內容照案通過。

4. 提案四：有關臺灣中藥典收載中藥濃縮製劑之薄層層析鑑別中樣品取樣方法敘述，提請討論。

   決議：濟生腎氣丸濃縮製劑之懷牛膝薄層層析鑑別中，本品取樣量修改為「取本品粉末適量(相當於含懷牛膝藥材 1.5 g)，加入乙醇，量以乙醇：粉末=5:1 (v:w) 為原則，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液」，未來濃縮製劑之薄層層析鑑別中樣品取樣方法敘述，可參照此敘述方式，但仍須依實際實驗結果而定。

5. 提案五：研議臺灣中藥典收載川芎濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物檢驗數據制定，提請討論。

   決議：照案通過。

6. 提案六：研議臺灣中藥典收載麻黃濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物檢驗數據制定，提請討論。

   決議：麻黃濃縮製劑之乾燥減重、總灰分、酸不溶性灰分、水抽提物、稀乙醇抽提物檢驗數據，刪除與平均值差異較大之 E 及 G，重新計算後建議檢驗規格為「乾燥減重不得超過 8.0%，總灰分不得超過 7.0%，酸不溶性灰分不得超過 1.5%，水抽提物不得少於 35.0%及稀乙醇抽提物不得少於 36.0%」，並依修正內容照案通過。

(三) 111 年 08 月 17 日召開第三次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議，共有七個提案。（附件三）

1. 提案一：川芎和麻黃濃縮製劑之相關適應症與效能，提請確認。

決議：統整川芎和麻黃濃縮製劑之相關效能，建請中醫臨床小組研議。

2. 提案二：研議臺灣中藥典收載川芎濃縮製劑之薄層層析方法，提請討論。

   決議：川芎濃縮製劑之薄層層析鑑別方法中，以「置於主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視之……」作為檢視方法，並依修正內容照案通過。

3. 提案三：研議臺灣中藥典收載川芎濃縮製劑之含量測定方法及含量標準制定，提請討論。

   決議：川芎濃縮製劑市售品每公克所含阿魏酸(Ferulic acid, $C_{10}H_{10}O_4$)不得少於 0.70 mg，並依修正內容照案通過。

4. 提案四：研議臺灣中藥典收載麻黃濃縮製劑之薄層層析方法，提請討論。

   決議：照案通過。

5. 提案五：研議臺灣中藥典擬增列麻黃濃縮製劑之含量上限值標準制定，提請討論。

   討論內容摘要：

   (1) 麻黃之治療功效及副作用明確，多國皆列為管制品，如新加坡對中成藥註冊上市之品質要求為「限制含麻黃之製劑的麻黃鹼含量不得超過 1%」，是否建議訂定 2 個劑量規格標準，如(1) <10 mg/g，但下限值不得少於 5 mg/g；(2) 10～30 mg/g，以利藥廠能將現有產品外銷。

   (2) 劑量規格標準應該針對國外的需求要有特別的考量，本次會議僅討論實驗的步驟，本項議題建議另由藥典編修委員會議討論。

   (3) 擬於藥典增列麻黃濃縮製劑，本意係為對於禁麻黃使用之國家，了解臺灣已將麻黃列入藥典品項，期望幫助廠商將含麻黃的濃縮製劑外銷至各國，如因納入藥典品項而造成業者外銷之困擾，非中醫藥司之初衷，故麻黃濃縮製劑是

否會納入中藥典收載，有關藥廠代表之建議，未來於臺灣中藥典第五版編修會議時會再納入衡量。

決議：

A. 本次會議係為執行精進中藥濃縮製劑品質規範計畫，僅討論麻黃濃縮製劑之規格標準，未來臺灣中藥典第五版編修會議時，會再彙整資料並衡量討論是否收載麻黃濃縮製劑之規格標準。

B. 依計畫需求訂定麻黃濃縮製劑之麻黃鹼鹽酸鹽及擬麻黃鹼鹽酸鹽含量上限值，利於濃縮製劑的使用與安全品質控制。

6. 提案六：研議臺灣中藥典收載麻黃濃縮製劑之含量測定方法及含量標準制定，提請討論。

決議：麻黃濃縮製劑之含量標準制定，依提案五通過制定上限值，且依據衛生福利部公告「中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項」、日本藥局方及中國配方顆粒國家標準，建議上限值為下限值之三倍，故麻黃濃縮製劑市售品每公克所含麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO{\cdot}HCl$) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO{\cdot}HCl$) 總計為 10.00 ～ 30.00 mg，並依修正內容照案通過。

7. 提案七：研議臺灣中藥典複方濃縮製劑之漢語拼音名及通用拼音名呈現形式，提請討論。

決議：臺灣中藥典複方濃縮製劑之漢語拼音名及通用拼音名，以單音分開表示，並依修正內容照案通過。

(四) 111 年 11 月 15 日召開第四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議，共有四個提案及一個臨時動議。（附件四）

1. 提案一：研議臺灣中藥典收載川芎濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 川芎濃縮製劑藥典個論擬稿之鑑別方法，新增「注」字，修正為「…… 取檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶

液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上……」。

(2) 川芎濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定中，移動相溶劑修正為「以甲醇：0.1%無水乙酸溶液(25:75)之混液。必要時其配合比例可予調整。」。

(3) 川芎濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定中，檢品溶液敘述「秤定」修改為「稱定」，修正內容如下：「取本品粉末 1.0 g，精確稱定，加甲醇……」。

(4) 川芎濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定中，測定法之計算公式刪除「＊」，修正為「阿魏酸 (mg/g)＝[0.025(r_U/r_S)(C_S) / (W)]」。

(5) 依修正內容照案通過。

2. 提案二：研議麻黃濃縮製劑之規格內容，提請討論。

決議：

(1) 麻黃濃縮製劑藥典個論擬稿指標成分名，原為「麻黃鹼鹽酸鹽(Ephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO$)」及「擬麻黃鹼鹽酸鹽(Pseudoephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO$)」，修改分子式為「麻黃鹼鹽酸鹽(Ephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO \cdot HCl$)」及「擬麻黃鹼鹽酸鹽(Pseudoephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO \cdot HCl$)」。

(2) 麻黃濃縮製劑藥典個論擬稿之鑑別方法，標準品溶液配置之敘述應刪除麻黃鹼鹽酸鹽英文名，修正為「另取麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品適量，加甲醇……」。

(3) 麻黃濃縮製劑藥典個論擬稿之含量測定，移動相溶劑依委員建議修正，待重新計算後提會討論。

3. 提案三：確認葛根湯濃縮製劑之指紋圖譜分析結果，提請討論。

決議：

(1) 建議分析方法之分析時間無需敘述後續平衡時間，報告內容呈現由 75 分鐘改為 60 分鐘。

(2) 新增每一種選用指標成分之 PDA 圖譜，以利後續參考，詳如葛根湯指紋圖譜確效詳細資料。

(3) 因指紋圖譜 25 分鐘至 33 分鐘中訊號較多，建議放大此區間分析結果，以利後續比較參考。

(4) 桂枝之指標成分檢測仍以肉桂酸最具代表性，建議保留肉桂酸作為葛根湯指紋圖譜之指標成分。

(5) 依修正內容照案通過。

4. 提案四：研議未來臺灣中藥典預計新增收載中藥製劑品項內容，提請討論。

決議：

(1) 調查各藥廠常用半夏中藥濃縮製劑之藥材的炮製方式及規格，彙整資料後提會討論。

(2) 因應新冠疫情之影響，可於臺灣中藥典未來預計新增品項清單中，列入清冠一號常用藥材之中藥濃縮製劑，如栝樓實。

(3) 使用 ELSD 檢測之藥材，開發其中藥濃縮製劑之含量測定檢驗方法時，可以 UV 替代。

5. 臨時動議：研議單方中藥濃縮製劑訂定濃縮顆粒與藥材飲片之濃縮倍率，提請討論。

決議：

(1) 藥材品質偏差大，不易訂定規格，訂定時須考量該藥材濃縮製劑之水抽提率及指標成分含量。

(2) 待決定明年度計畫執行之單方濃縮製劑品項後，進行市場品濃縮倍率調查，彙整資料再提會討論。

二、滾動編修中藥製劑品項個論之內容，並提供修正對照表。

於 110 年 06 月 29 日回覆臺灣中藥典第四版修正對照表（附件五），涉及滾動編修中藥製劑品項個論及相關通則之內容，及後續校對工作，有發現錯誤與需要修改的地方，均已列表。

三、完成【丹參】中藥濃縮製劑中藥典個論。

(一) 丹參中藥濃縮製劑個論（附件六），經第一次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論並依照修改內容通過（附件一），內容如下所示：

丹參濃縮製劑（顆粒、散）

Red Sage Root and Rhizome Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Dan-Shen Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Dan-Shen Concentrated Preparation (Granules, Powder)

本品為唇形科 Labiatae 植物丹參 *Salvia miltiorrhiza* Bunge 之乾燥根及根莖經煎煮或萃取、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 35.0%，水抽提物不得少於 37.0%，本品每 1 g 所含丹參酚酸 B(Salvianolic acid B, $C_{36}H_{30}O_{16}$)不得少於 19 mg。

鑑別：

1. 取本品粉末 1.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取丹參對照藥材 0.5 g，加水 20 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液蒸乾，加乙醇 10 mL，超音波振盪 1 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。另取丹參酚酸 B 對照標準品適量，加乙醇製成每 1 mL 含 2 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲酸 (≧98%) (14：0.3)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點 5～10 cm 時，取出層析板風乾後，置於主波長 254 nm 之紫外光照射下檢視。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減失重量不得超過 8.0%。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 7.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分—本品之酸不溶性灰分不得超過 2.0%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。（通則 6301）
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。（通則 3061）
6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）

含量測定：

1. 丹參酚酸 B——

   移動相溶劑——以乙腈：0.1%(v/v)磷酸溶液(22:78)之混液。必要時其配合比例可予調整。

   對照標準品溶液——取丹參酚酸 B 對照標準品適量，精確秤定，加 80%甲醇製成每 1 mL 含 100 μg 的溶液，即得。

   檢品溶液——取本品粉末 0.2 g，精確稱定，加 80%甲醇 50 mL，以超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液移至 50 mL 定量瓶中，加 80%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

   層析裝置——液相層析裝置，具波長 286 nm 檢測器，充填 L1 之層析管(4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1.2 mL/min。

   系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，丹參酚酸 B 理論板數不得小於 6000；重複 5 次注入標準品溶液，丹參酚酸 B 波峰面積之相對

標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

丹參酚酸 B (mg/g)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)]

r_U：檢品溶液中丹參酚酸 B 之波峰值

r_S：對照標準品溶液中丹參酚酸 B 之波峰值

C_S：對照標準品溶液含丹參酚酸 B 之濃度(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

2. 水抽提物——本品按照生藥水抽提物測定法測定之。（通則 6011）
3. 稀乙醇抽提物——本品按生藥稀乙醇抽提物測定法測定之。（通則 6011）

效能：去瘀生新、活血調經。

四、完成【苦杏仁】中藥濃縮製劑中藥典個論。

(一) 苦杏仁中藥濃縮製劑個論（附件七），經第一次與第二次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論並依照修改內容通過（附件一及二），內容如下所示：

苦杏仁濃縮製劑（顆粒、散）

Bitter Apricot Seed Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ku-Xing-Ren Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ku-Sing-Ren Concentrated Preparation (Granules, Powder)

本品為薔薇科 Rosaceae 植物山杏 *Prunus armeniaca* L. var. *ansu* Maxim.、西伯利亞杏 *Prunus sibirica* L.、東北杏 *Prunus mandshurica* (Maxim.) Koehne 或杏 *Prunus armeniaca* L. 之成熟種子經煎煮或萃取、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 16.0%，水抽提物不得少於 23.0%，每 1 g 所含苦杏仁苷總量 [$C_{20}H_{27}NO_{11}$, (L-Amygdalin+D-Amygdalin)] (以 D-Amygdalin 表示)計不得少於 13 mg。

鑑別：

1. 取本品粉末 1.0 g，加甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取苦杏仁對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。另取苦杏仁苷(D-Amygdalin)對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正丁醇：無水乙酸：水(4：1：5)的上層溶液為展開溶劑，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，以茴香醛-硫酸試液(*p*-Anisaldehyde/H_2SO_4 TS)噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減失重量不得超過 8.0%。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 3.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 1.0%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。(通則 6301)
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。（通則 3061）
6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）

含量測定：

1. 苦杏仁苷——

移動相溶劑——以乙腈：0.1%(v/v)磷酸溶液(6：94)之混液。必要時其配合比例可予調整。

對照標準品溶液——取苦杏仁苷對照標準品適量，精確稱定，加 50%甲醇製成每 1 mL 含 50 μg 的溶液，即得。

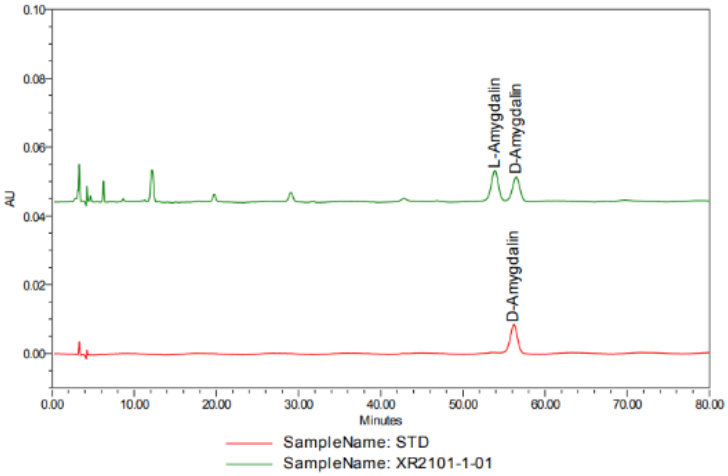
檢品溶液——取本品粉末約 0.2 g，精確稱定，置具塞錐形瓶中，加入 50%甲醇 50 mL，密塞，超音波振盪 30 分鐘，過濾，

濾液移入 50 mL 容量瓶中，加 50%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——液相層析裝置，具波長 207 nm 檢測器，充填 L1 之層析管(4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，苦杏仁苷理論板數不得小於 7000；重複 5 次注入標準品溶液，苦杏仁苷波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值，檢品溶液苦杏仁苷參照層析圖譜如下，於分析時間 50~60 分鐘時，先後出現 L-Amygdalin 及 D-Amygdalin 之波峰，並按下列公式計算：



苦杏仁苷 (mg/g)＝{0.05[(r_{UL}+ r_{UD})/r_S] (C_S) / (W)}

r_{UL}：檢品溶液中苦杏仁苷(L-Amygdalin)之波峰值

r_{UD}：檢品溶液中苦杏仁苷(D-Amygdalin)之波峰值

r_S：對照標準品溶液中苦杏仁苷之波峰值

C_S：對照標準品溶液含苦杏仁苷之濃度(μg/mL)

W：檢品量(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 6011）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 6011）測定之。

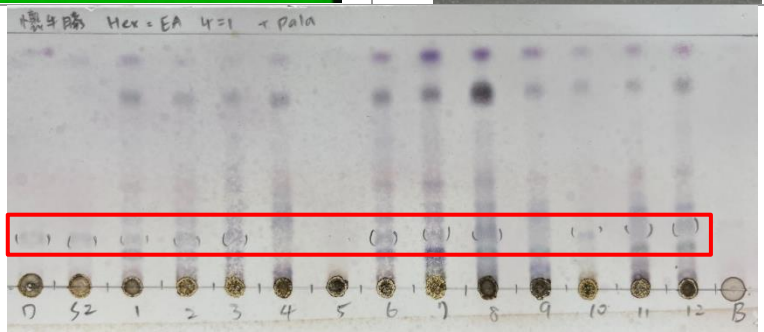
效能：鎮咳、祛痰。

五、完成【濟生腎氣丸】中藥濃縮製劑中藥典個論。

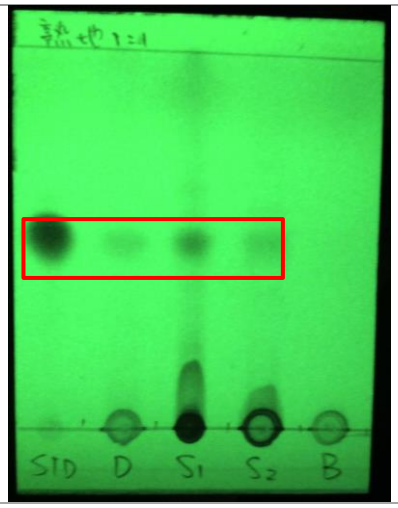
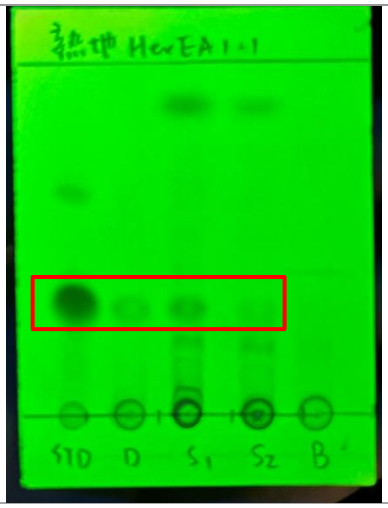
(一) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之薄層層析鑑別方法，使用懷牛膝並以相同方法重新試驗之結果，與使用川牛膝之結果相符，濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之熟地黃、山茱萸、山藥、牡丹皮、茯苓及炮附子薄層層析鑑別方法，經第一次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議照案通過（附件一），試驗結果及分析方法如下：

〔因肉桂及懷牛膝之薄層層析鑑別方法另有修改，詳如列點（二）及（三）〕

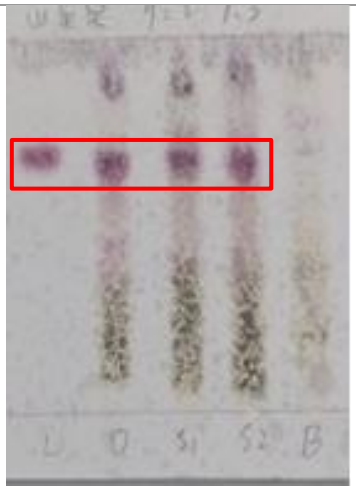
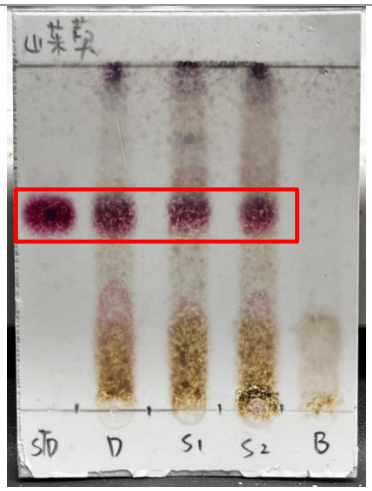
1. 牛膝薄層層析鑑別結果

藥材	川牛膝（原始）	懷牛膝（變更）
移動相條件	正己烷-乙酸乙酯 (4：1)	
呈色方式	U.V. 254 nm	茴香醛—硫酸試液
結果圖		
結果圖		
圖一、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含川/懷牛膝之薄層層析圖		

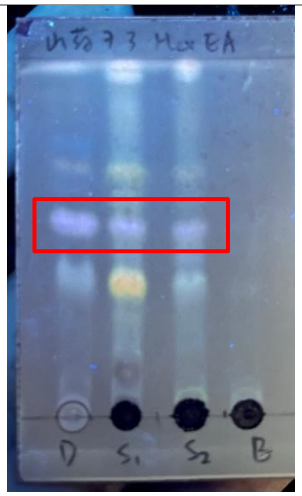
2. 熟地黃薄層層析鑑別結果

藥材	熟地黃（原始）	熟地黃（變更）
移動相條件	正己烷-乙酸乙酯 (1：1)	
呈色方式	U.V. 254 nm	
結果圖		
圖二、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含熟地黃之薄層層析圖		

3. 山茱萸薄層層析鑑別結果

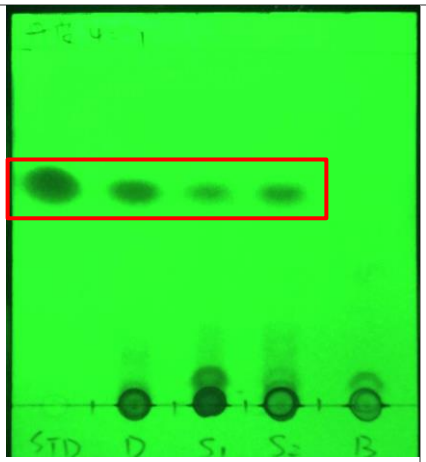
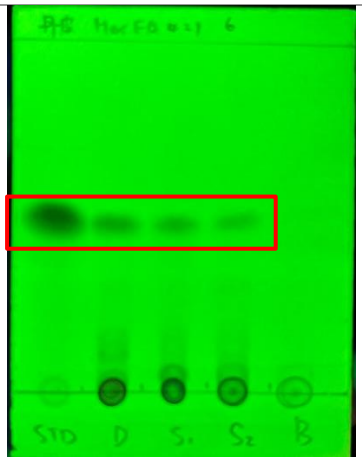
藥材	山茱萸（原始）	山茱萸（變更）
移動相條件	正丁醇：水：無水乙酸 (7：2：1.3)	
呈色方式	茴香醛－硫酸試液	
結果圖		
圖三、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含山茱萸之薄層層析圖		

4. 山藥薄層層析鑑別結果

藥材	山藥（原始）	山藥（變更）
移動相條件	正己烷：乙酸乙酯 (7：3)	
呈色方式	20% 硫酸－乙醇試液+ U.V. 365 nm	
結果圖		

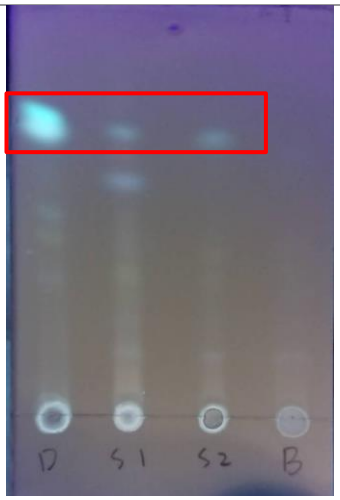
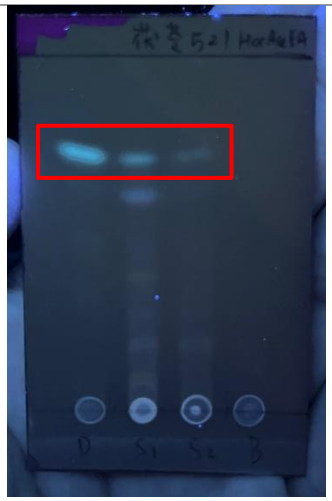
圖四、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含山藥之薄層層析圖

5. 牡丹皮薄層層析鑑別結果

藥材	牡丹皮（原始）	牡丹皮（變更）
移動相條件	正己烷：乙酸乙酯 (4：1)	
呈色方式	U.V. 254 nm	
結果圖		

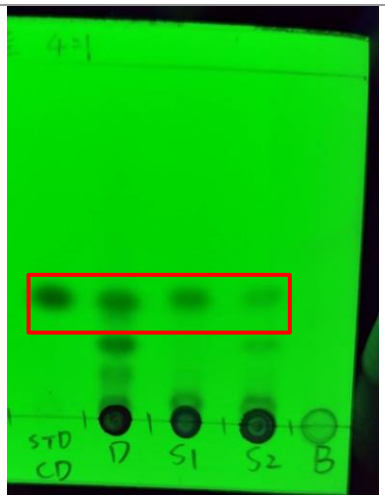
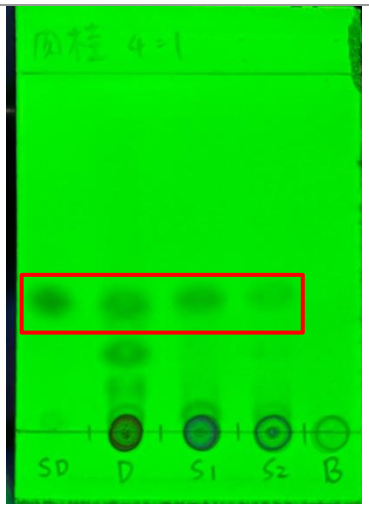
圖五、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含牡丹皮之薄層層析圖

6. 茯苓薄層層析鑑別結果

藥材	茯苓（原始）	茯苓（變更）
移動相條件	正己烷：丙酮：乙酸乙酯 (5：2：1)	
呈色方式	U.V. 365 nm	
結果圖		

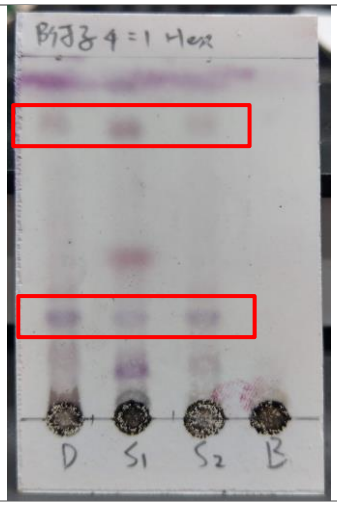
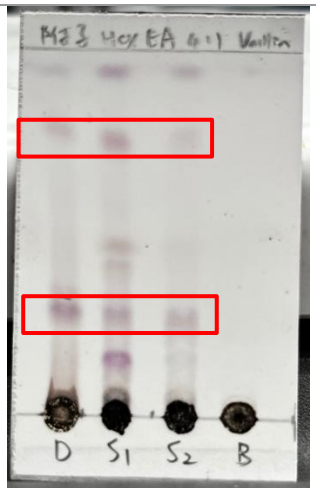
圖六、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含茯苓之薄層層析圖

7. 肉桂薄層層析鑑別結果

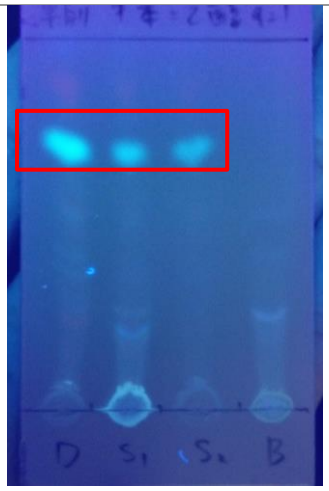
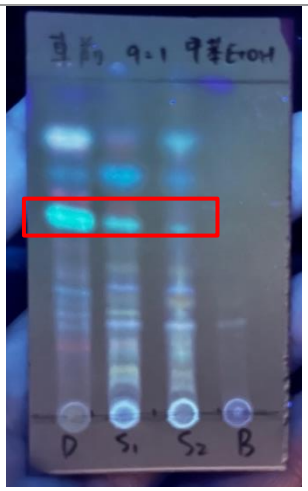
藥材	肉桂（原始）	肉桂（變更）
移動相條件	正己烷：丙酮 (4：1)	
呈色方式	U.V. 254 nm	
結果圖		

圖七、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含肉桂之薄層層析圖

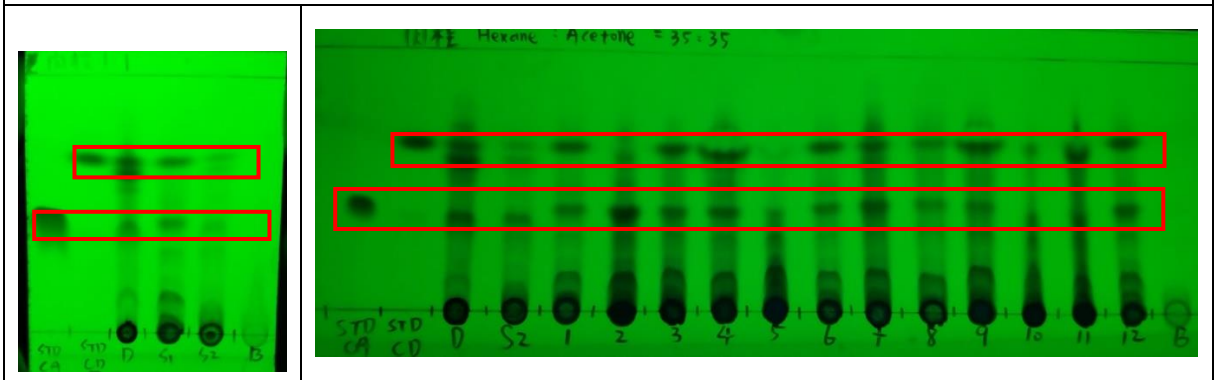
8. 炮附子薄層層析鑑別結果

藥材	炮附子（原始）	炮附子（變更）
移動相條件	正己烷：乙酸乙酯 (4：1)	
呈色方式	香茭蘭醛－硫酸試液	
結果圖		
圖八、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含炮附子之薄層層析圖		

9. 車前子薄層層析鑑別結果

藥材	車前子（原始）	車前子（變更）
移動相條件	甲苯：乙醇 (9：1)	
呈色方式	U.V. 365 nm	
結果圖		
圖九、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含車前子之薄層層析圖		

(二) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之肉桂薄層層析，經第一次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論（附件一），確認以肉桂酸 (Cinnamic acid) 作為對照標準品，並修改移動相條件，內容如下所示：

STD-CA：肉桂酸 (Cinnamic acid) 對照標準品溶液。 STD-CD：桂皮醛 (Cinnamaldehyde) 對照標準品溶液。 D：肉桂對照藥材溶液。　　S1：市售科中檢品溶液。 S2：標準湯劑。　　B ：對照空白溶液。 市售科中檢品 1~12：12 件濟生腎氣丸濃縮製劑，含 2 件品保樣品。
移動相為正己烷-丙酮 (1：1)，檢視方法為於主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視。

圖十、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含肉桂之薄層層析圖

(三) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑之懷牛膝薄層層析鑑別，提高分析條件之極性，並修改本品取樣量之敘述，經第一次至第四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過（附件一至四），內容如下所示：

1. 懷牛膝薄層層析鑑別

D：懷牛膝對照藥材溶液。	S1：市售科中檢品溶液。
S2：標準湯劑溶液。	B ：對照空白溶液。
移動相為正己烷：乙酸乙酯(2：1)，檢視方法以茴香醛-硫酸試液(*p*-Anisaldehyde/H_2SO_4 TS)噴霧，置於可見光下檢視之。	



圖十一、檢測濟生腎氣丸濃縮製劑含懷牛膝之薄層層析圖

2. 本品取樣量敘述修改

濟生腎氣丸濃縮製劑之懷牛膝薄層層析鑑別中，本品取樣量修改為「取本品粉末適量(相當於含懷牛膝藥材 1.5 g)加入乙醇（乙醇用量以粉末五倍量為原則），超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液」。

(四) 濟生腎氣丸中藥濃縮製劑個論（附件八），經第一次至第四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論並依照修改內容通過（附件一至附件四），內容如下所示：

濟生腎氣丸濃縮製劑（顆粒、散）

Jisheng Shenqi Wan Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Jisheng Shenci Wan Concentrated Preparation (Granules, Powder)

出典：《濟生方》

處方：

熟地黃 8.0 g、山茱萸 4.0 g、山藥 4.0 g、茯苓 6.0 g、牡丹皮 3.0 g、澤瀉 3.0 g、炮附子 1.0 g、肉桂 1.0 g、懷牛膝 2.0 g、車前子 2.0 g。

（一日飲片量 34.0 g）

本品之稀乙醇抽提物不得少於 31.0%，水抽提物不得少於 34.0%，每日量含山茱萸以馬錢子苷(Loganin, $C_{17}H_{26}O_{10}$)計不得少於 13 mg，含牡丹皮以芍藥苷(Paeoniflorin, $C_{23}H_{28}O_{11}$)計不得少於 10 mg。

鑑別：

1. 熟地黃：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL ，作為檢品溶液。取熟地黃對照藥材 2.0 g，加乙醇 5 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。另取 5-糠醛(5-hydroxymethylfurfural) 對照標準品適量，加乙醇製成每 2 mL 含 1.0 mg 的溶液，作為對照標準品溶液。取檢品溶液、對照藥材溶液各 5 μL 及對照標準品溶液 3 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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(1：1)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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
2. 山茱萸：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液。取山茱萸對照藥材 1.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。另取馬錢子苷(Loganin)對照標準品適量，加乙醇製成每 2 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 10 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正丁醇：無水乙酸：水(7：1.3：2)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，以茴香醛 - 硫酸試液 (*p*-Anisaldehyde/H_2SO_4 TS)噴霧，105°C 加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
3. 山藥：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液。取山藥對照藥材 2.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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(7：3)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，以 20%硫酸乙醇試液(H_2SO_4/ EtOH TS) 噴霧，105°C 加熱至斑點顯色清晰，於主波長 365

nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的螢光斑點。

4. 牡丹皮：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL ，作為檢品溶液。取牡丹皮對照藥材 1.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。另取丹皮酚(Paeonol)對照標準品適量，加乙醇製成每 1 mL 含 2.0 mg 的溶液，作為對照標準品溶液。取檢品溶液、對照藥材溶液各 5 μL 及對照標準品溶液 3 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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(4：1)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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
5. 茯苓：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL ，作為檢品溶液。取茯苓對照藥材 3.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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：丙酮(5：1：2)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。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的螢光斑點。
6. 肉桂：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液。取肉桂對照藥材 1.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。另取肉桂酸(Cinnamic acid)對照標準品適量，加乙醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法 （通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正己烷：丙酮(1：1)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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
7. 炮附子：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮至約 5 mL，取濾液作為檢品溶液。取炮附子對照藥材 3.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 10 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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(4：1)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，以香莢蘭醛-硫酸試液(Vanillin-H_2SO_4 TS)噴霧，105°C 加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
8. 懷牛膝：取本品粉末適量（相當於含懷牛膝藥材 1.5 g）加入乙醇（乙醇用量以粉末五倍量為原則），超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液。取懷牛膝對照藥材 5.0 g，加乙醇 20 mL，超音波振盪 30 分鐘，取濾液作為對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 12 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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(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，以茴香醛-硫酸試液(*p*-Anisaldehyde/H_2SO_4 TS)噴霧，105°C 加熱至

斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

9. 車前子：取本品粉末 5.0 g，加乙醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液。取車前子對照藥材 2.0 g，加乙醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 10 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以甲苯：乙醇(9：1)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。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的螢光斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減失重量不得超過 8.0%。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 5.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 1.0%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。(通則 6301)。
5. 砷(As) ——本品之砷限量 3 ppm。（通則 2211、6301）
6. 鎘(Cd) ——本品之鎘限量 0.5 ppm。（通則 6301）
7. 汞(Hg) ——本品之汞限量 0.5 ppm。（通則 6301）
8. 鉛(Pb) ——本品之鉛限量 10 ppm。（通則 2251、6301）
9. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。（通則 3061）
10. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）

含量測定：

1. 馬錢子苷、芍藥苷——

移動相溶劑——以乙腈為移動相 A，以 0.2%(v/v)磷酸溶液為移動相 B，必要時其配合比例可予調整。

時間（分鐘）	移動相 (A %)	移動相 (B %)
0~5	5	95
5~15	5→14	95→86
15~30	14→20	86→80
30~42	20→30	80→70
42~50	30→55	70→45
50~60	55→95	45→5

對照標準品溶液——分別取馬錢子苷及芍藥苷對照標準品適量，準確稱定，加 70%甲醇製成每 1 mL 含馬錢子苷 20 μg 及芍藥苷 15 μg 的混和溶液，即得。

檢品溶液——取本品約粉末 1.0 g，準確稱定，加 70%甲醇溶液 40 mL，超音波振盪 60 分鐘，過濾，濾液移入 50 mL 容量瓶中，加 70%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——液相層析裝置，具波長 237 nm 檢測器，充填 L1 之層析管(4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相溶劑流速 1 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，馬錢子苷及芍藥苷理論板數均不得小於 20000；重複 5 次注入標準品溶液，馬錢子苷及芍藥苷波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

馬錢子苷 (mg/day) ＝ [0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)]×每日使用量

r_U：檢品溶液中馬錢子苷之波峰值

r_S：對照標準品溶液中馬錢子苷之波峰值

C_S：對照標準品溶液含馬錢子苷之濃度

(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

芍藥苷 (mg/day)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (*W*)]×每日使用量

r_U：檢品溶液中芍藥苷之波峰值

r_S：對照標準品溶液中芍藥苷之波峰值

C_S：對照標準品溶液含芍藥苷之濃度(μg/mL)

W：檢品量(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 6011）測定之。

C_S：對照標準品溶液含芍藥苷之濃度(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

甘草酸 (mg/day)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (*W*)]×每日使用量

r_U：檢品溶液中梔子苷之波峰值

r_S：對照標準品溶液中梔子苷之波峰值

C_S：對照標準品溶液含梔子苷之濃(μg/mL)

W：檢品量(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 6011）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 6011）測定之。

效能：疏肝解鬱、養血健脾。

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 6011）測定之。

效能：溫腎化氣，利水消腫。

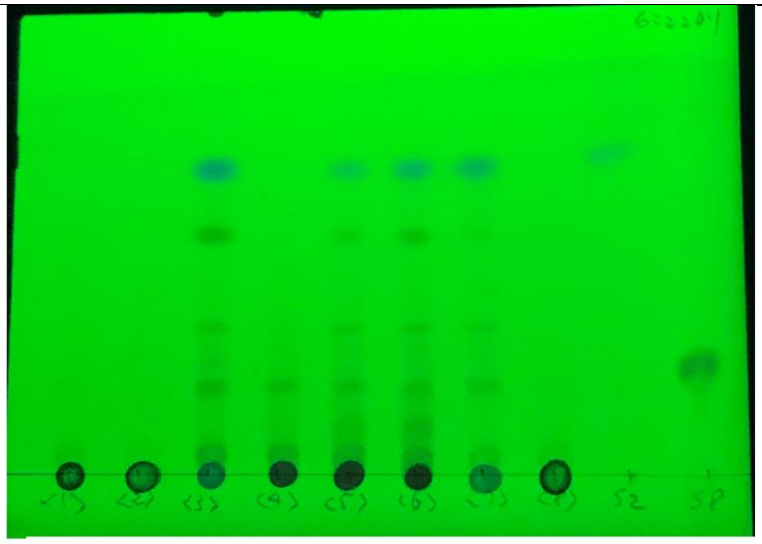
適應症：腎陽不足、腰膝痠重、小便不利。

六、完成【四物湯】中藥濃縮製劑中藥典個論。

(一) 四物湯中藥濃縮製劑藥之薄層層析鑑別方法，當歸及川芎以相同移動相條件進行鑑別，且刪除對照標準品藁本內酯(Ligustilide)；熟地黃為修改萃取方法及鑑別方法，檢視方法未做更動，經第二次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過，內容如下所示：

1. 當歸及川芎薄層層析鑑別方法

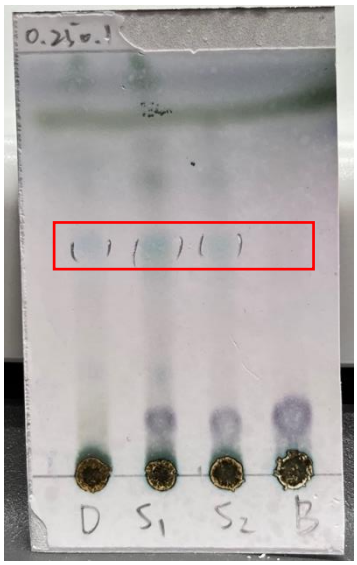
標湯：四物湯標準湯劑	標-芎：川芎空白湯劑
川芎：川芎對照藥材溶液	科 1~3：3 件四物湯濃縮製劑
當歸：當歸對照藥材溶液	標-歸：當歸空白湯劑
移動相為正己烷：乙酸乙酯：甲酸(≧98%) (6：2：0.1)，檢視方法為於主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視。	



圖十二、檢測四物湯濃縮製劑含當歸及川芎之薄層層析圖

2. 熟地黃薄層層析鑑別方法

萃取方法修改為「取本品粉末 1.0 g，加 70%乙醇 5 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取熟地黃對照藥材 0.5 g，加 70%乙醇 5 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液，製成對照藥材溶液」；移動相修改為「乙酸乙酯：甲醇：甲酸(40：1：0.4)」，檢視方法未更動。

D：熟地黃對照藥材溶液。　　S1：市售科中檢品溶液。 S2：標準湯劑溶液。　　B ：對照空白溶液。
移動相為乙酸乙酯：甲醇：甲酸(40：1：0.4)，檢視方法噴以茴香醛-硫酸試液(*p*-anisaldehyde-H_2SO_4 TS)，105℃加熱至斑點顯色清晰，於可見光下觀察。 R_f= 0.6 (藍黑色點)
 圖十三、檢測四物湯濃縮製劑含熟地黃之薄層層析圖

(二) 四物湯中藥濃縮製劑個論（附件九），經第一次及第二次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論並依照修改內容通過（附件一及二），內容如下所示：

四物湯濃縮製劑（顆粒、散）

Siwu Tang Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Sihwu Tang Concentrated Preparation (Granules, Powder)

出典：《太平惠民和劑局方》

處方：

熟地黃 7.5 g 白芍 7.5 g 當歸 7.5 g 川芎 7.5 g

（一日飲片量 30.0 g）

本品之稀乙醇抽提物不得少於 39.0%，水抽提物不得少於 42.0%，每日量含白芍以芍藥苷 (Paeoniflorin, $C_{23}H_{28}O_{11}$) 計不得少於 78 mg，含當歸及川芎以阿魏酸 (Ferulic acid, $C_{10}H_{10}O_4$) 總計不得少於 6 mg。

鑑別：

1. 白芍：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取白芍對照藥材 2.0 g，同法製成對照藥材溶液。另取芍藥苷對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層層析板上，以乙酸乙酯：甲醇：水(10：2：1)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，以茴香醛-硫酸試液(*p*-Anisaldehyde-H_2SO_4 TS)噴霧，105℃ 加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
2. 熟地黃：取本品粉末 1.0 g，加 70%乙醇 5 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取熟地黃對照藥材 0.5 g，加 70%乙醇 5 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以乙酸乙酯：甲醇：甲酸(≧98%) (40：1：0.4)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，以茴香醛 - 硫酸試液 (*p*-Anisaldehyde-H_2SO_4 TS)噴霧，105℃ 加熱至斑點顯色清晰，置於可見光檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
3. 當歸、川芎：取本品粉末 3.0 g，加 75%甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取當歸對照藥材 0.5 g，加 75%甲醇 5 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為當歸對照藥材溶液。取川芎對照藥材 0.5 g，同法製成川芎對照藥材溶液。取阿魏酸(Ferulic acid)對照標準品適量，同法製成阿魏酸對照標準品溶液。取檢品溶液、當歸對照藥材溶液、川芎對照藥材溶液及阿魏酸對照標準品溶液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層層析板上，以正己烷：乙酸乙酯：甲酸(≧98%)(6：2：0.1)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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減重不得超過 8.0 %。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 6.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 1.0%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。(通則 6301)。
5. 砷(As) ——本品之砷限量 3 ppm。（通則 2211、6301）
6. 鎘(Cd) ——本品之鎘限量 0.5 ppm。（通則 6301）
7. 汞(Hg) ——本品之汞限量 0.5 ppm。（通則 6301）
8. 鉛(Pb) ——本品之鉛限量 10 ppm。（通則 2251、6301）
9. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。（通則 3061）
10. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）

含量測定：

1. 芍藥苷，阿魏酸——

移動相溶劑——以甲醇為移動相 A，以 0.1%(v/v)磷酸溶液為移動相 B，必要時其配合比例可予調整。

時間（分鐘）	移動相 (A%)	移動相 (B%)
0~7	27	73
7~20	27→33	73→67
20~32	33→36	67→64
32~40	36→55	64→45

對照標準品溶液——分別取芍藥苷與阿魏酸 對照標準品適量，精確稱定，加 70%甲醇製成每 1 mL 含芍藥苷 30 μg 及阿魏酸 40 μg 的混和溶液，即得。

檢品溶液——取本品約 1.0 g，準確稱定，加 70%甲醇溶液 40 mL，超音波振盪 60 分鐘，離心 10 分鐘，取上清液移入 50mL 容量瓶中，加 70%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——液相層析裝置，具波長 230 及 320 nm 檢測器，充填 L1 之層析管(4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，芍藥苷及阿魏酸理論板數均不得小於 5000；重複 5 次注入標準品溶液，芍藥苷及阿魏酸波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 20 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，芍藥苷 UV 230 nm，阿魏酸 UV 320 nm 測計各波峰值。按照下列公式計算：

芍藥苷 (mg/day)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)]× 每日使用量

r_U：檢品溶液中芍藥苷之波峰值

r_S：對照標準品溶液中芍藥苷之波峰值

C_S：對照標準品溶液含芍藥苷之濃度 (μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

阿魏酸 (mg/day)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)]× 每日使用量

r_U：檢品溶液中阿魏酸之波峰值

r_S：對照標準品溶液中阿魏酸之波峰值

C_S：對照標準品溶液含阿魏酸之濃度 (μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

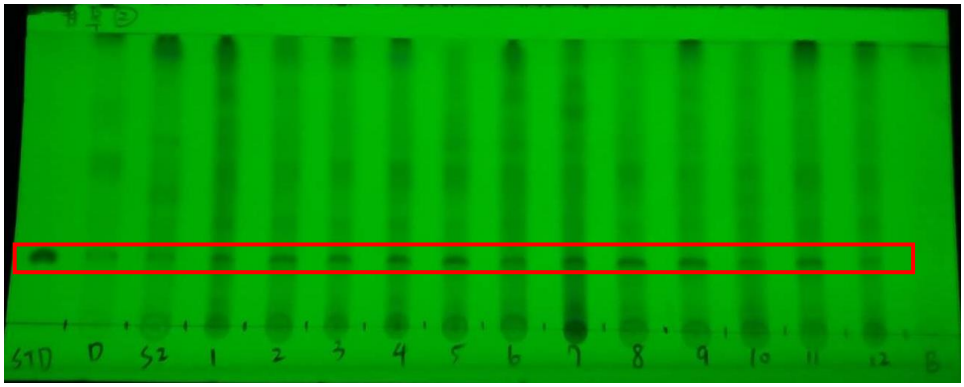
2. 水抽提物——取本品按照生藥水抽提物測定法測定之。（通則 6011）
3. 稀乙醇抽提物——取本品按照生藥稀乙醇抽提物測定法測定之。（通則 6011）

效能：補血調血。

適應症：氣血兩虛、疲勞體弱。

七、完成【逍遙散】中藥濃縮製劑中藥典個論（附件十）。

(一) 逍遙散中藥濃縮製劑之炙甘草薄層層析鑑別方法，移動相條件經第一次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過（附件一），內容如下所示：

STD：甘草酸 (Glycyrrhizic acid) 對照標準品溶液。 D：炙甘草對照藥材溶液。　　S2：標準湯劑。 B：對照空白溶液。 市售科中檢品 1～12：12 件逍遙散濃縮製劑，含 2 件品保樣品。
移動相為正丁醇-無水乙酸-水 (7:1:2)，檢視方法為於主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視。
 圖十四、檢測逍遙散濃縮製劑含炙甘草之薄層層析圖

(二) 逍遙散中藥濃縮製劑個論（附件十），經第一次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論並依照修改內容通過（附件一），內容如下所示：

逍遙散濃縮製劑

（顆粒、散）

Xiaoyao San Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Siaoyao San Concentrated Preparation (Granules, Powder)

出典：《太平惠民和劑局方》

處方：

炙甘草 2.0 g 白芍 4.0 g 當歸 4.0 g 茯苓 4.0 g 白朮 4.0 g 柴胡 4.0 g 煨薑（或生薑）4.0 g
薄荷 2.0 g
（一日飲片量 28.0 g）

本品之稀乙醇抽提物不得少於 33.0%，水抽提物不得少於 37.0%，每日量含白芍以芍藥苷(Paeoniflorin, $C_{23}H_{28}O_{11}$)計不得少於 36 mg，含炙甘草以甘草酸 (Glycyrrhizic acid, $C_{42}H_{62}O_{16}$)計不得少於 20 mg。

鑑別：

1. 炙甘草：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取炙甘草對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。另取甘草酸對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層層析板上，以正丁醇：無水乙酸：水(7：1：2)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 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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
2. 白芍：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取白芍對照藥材 2.0 g，同法製成對照藥材溶液。另取芍藥苷對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於矽膠薄層層析板上，以乙酸乙酯：甲醇：水(10：2：1)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，以茴香醛 - 硫酸試液 (*p*-Anisaldehyde/H_2SO_4 TS)噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
3. 當歸：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取當歸對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），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(4：1)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。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的螢光斑點。
4. 白朮：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品

溶液。取白朮對照藥材 2.0 g，同法製成對照藥材溶液。另取白朮內酯 II (Atractylenolide II)對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，作為對照標準品溶液。取檢品溶液、對照藥材溶液各 10 μL 及對照標準品溶液 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層層析板上，以正己烷：乙酸乙酯(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，以香莢蘭醛 - 硫酸試液 (Vanillin-H_2SO_4 TS)噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的螢光斑點。

5. 柴胡：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取柴胡對照藥材 2.0 g，同法製成對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液 10 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層層析板上，以乙酸乙酯：無水乙醇：水(8：2：1)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，以 2%對二甲胺基苯甲醛試液 - 硫酸試液 (*p*-Dimethylaminobenzaldehyde/ 40% H_2SO_4 TS) 噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
6. 煨薑（或生薑）：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取煨薑（或生薑）對照藥材 1.0 g，加甲醇 4 mL，同法製成對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 10 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以甲苯：丙酮(4：1)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，以茴香醛 - 硫酸試液噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。
7. 薄荷：取本品粉末 5.0 g，加甲醇 15 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取薄荷對照藥材 1.0 g，同法製成對照藥材溶液。取檢品溶液及對照藥材溶液各 10 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於矽膠薄層層析板上，以甲苯：乙酸乙酯(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，以茴香醛 - 硫酸試液噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，置於主波長 365 nm 之紫外燈照射下檢視之。檢品溶液及對照藥材溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的螢光斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減重不得超過 8.0 %。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 6.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 2.0%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。(通則 6301)。
5. 砷(As) ——本品之砷限量 3 ppm。（通則 2211、6301）
6. 鎘(Cd) ——本品之鎘限量 0.5 ppm。（通則 6301）
7. 汞(Hg) ——本品之汞限量 0.5 ppm。（通則 6301）
8. 鉛(Pb) ——本品之鉛限量 10 ppm。（通則 2251、6301）
9. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。(通則 3061)
10. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。(通則 3063)

含量測定：

1. 芍藥苷、甘草酸——

移動相溶劑——以乙腈為移動相 A，以 0.05%(v/v)磷酸溶液為移動相 B，必要時其配合比例可予調整。

時間（分鐘）	移動相 (A%)	移動相 (B%)
0~5	15	85
5~20	15→35	85→65
20~40	35→52	65→48

對照標準品溶液——分別取芍藥苷及甘草酸對照標準品適量，精確稱定，加 70%甲醇製成每 1 mL 含芍藥苷 50 μg 及甘草酸 30 μg 的混和溶液，即得。

檢品溶液——取本品粉末約 0.5 g，精確稱定，加 70%甲醇 40 mL，超音波振盪 60 分鐘，離心 10 分鐘，取上清液移入 50 mL 容量瓶中，加 70%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——液相層析裝置，具波長 245 nm 檢測器，填充 L1 之層析管，層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，芍藥苷理論板數不得小於 5000，甘草酸理論板數不得小於 50000；重複 5 次注入標準品溶液，芍藥苷及甘草酸波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

芍藥苷 (mg/day)＝[0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)]×每日使用量

r_U：檢品溶液中芍藥苷之波峰值

r_S：對照標準品溶液中芍藥苷之波峰值

八、進行【川芎】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、鑑別分析、中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定之研究。

(一) 發文十家廠商調查川芎中藥濃縮製劑一般檢驗成績，經統計分析後，於第二次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議決議，川芎濃縮製劑之乾燥減重不得超過 8.0%，總灰分不得超過 5.0%，酸不溶性灰分不得超過 1.5%，水抽提物不得少於 27.0%及稀乙醇抽提物不得少於 25.0%（附件二）。

表三、市售川芎濃縮製劑之乾燥減重分析結果

乾燥減重測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版）通則 6015，本品之乾燥減重不得超過『建議為 8.0%』。(單位：w/w %）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
批號一	2.98	3.03	2.89	3.57	3.22	3.07	3.63	3.17	4.13	3.00	
批號二	2.24	2.57	2.74	4.98	3.21	2.86	3.31	4.68	4.72	2.50	
批號三	3.02	2.76		4.59	2.81	3.24	2.38	2.27	5.85	2.70	
Mean	2.75	2.79	2.82	4.38	3.08	3.06	3.11	3.37	4.90	2.73	3.31
SD	0.44	0.23	0.11	0.73	0.23	0.19	0.65	1.22	0.87	0.25	0.89

擬建議市售川芎濃縮製劑之乾燥減重不得超過 8.0%

（平均值+2 倍平均值標準差 3.31+2x0.89=5.09）。(通則 6015）

十組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表四、市售川芎濃縮製劑之總灰分分析結果

總灰分測定方法依照《臺灣中藥典》（第四版）通則 6007，本品之總灰分不得超過『建議為 5.0%』。（單位：w/w %）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
批號一	2.72	3.09	3.66	3.22	3.50	3.60	4.67	2.21	2.82	3.53	
批號二	2.92	3.05	3.46	2.88	3.21	4.00	4.39	2.30	2.57	3.71	
批號三	2.78	3.01		2.59	3.72	4.20	5.09	2.24	2.60	3.44	
Mean	2.81	3.05	3.56	2.90	3.48	3.93	4.72	2.25	2.66	3.56	3.28
SD	0.10	0.04	0.14	0.32	0.26	0.31	0.35	0.05	0.14	0.14	0.72

擬建議市售川芎濃縮製劑之總灰分不得超過 4.72%

（平均值+2 倍平均值標準差 3.28+2x0.72=4.72）。（通則 6007）

十組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表五、市售川芎濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果

酸不溶性灰分測定方法依照《臺灣中藥典》（第四版）通則 6007，本品之酸不溶性灰分不得超過『建議為 1.5%』。（單位：w/w %）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
批號一	0.14	0.40	0.83	0.71	0.36	0.80	0.28	0.36	0.20	0.53	
批號二	0.25	0.19	0.52	0.53	0.31	1.10	0.26	0.07	0.06	0.72	
批號三	0.12	0.27		0.59	0.52	1.40	0.28	0.09	0.10	1.06	
Mean	0.17	0.29	0.68	0.61	0.40	1.10	0.27	0.17	0.12	0.77	0.45
SD	0.07	0.11	0.22	0.09	0.11	0.30	0.01	0.16	0.07	0.27	0.34

擬建議市售川芎濃縮製劑之酸不溶性灰分不得超過 1.13%

（平均值+2 倍平均值標準差 0.45+2x0.34=1.13）。（通則 6007）

十組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表六、市售川芎濃縮製劑之水抽提物分析結果

水抽提物測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版)通則 6011，本品之水抽提物不得少於『建議為 27.0%』,(單位：w/w %)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
批號一	62.48	45.53	43.35	61.58	48.30	32.40	49.68	30.47	47.46	55.86	
批號二	63.56	47.80	36.98	54.30	48.60	32.30	53.68	30.03	44.91	59.77	
批號三	64.60	46.32		53.39	48.10	31.70	55.43	35.07	49.99	55.65	
Mean	63.55	46.55	40.17	56.42	48.33	32.13	52.93	31.86	47.45	57.09	47.91
SD	1.06	1.15	4.50	4.49	0.25	0.38	2.95	2.79	2.54	2.32	10.43

擬建議市售川芎濃縮製劑之水抽提物不得少於 27.05%

(平均值-2 倍平均值標準差 47.91-2x10.43=27.05)。(通則 6011)

十組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表七、市售川芎濃縮製劑之稀乙醇抽提物分析結果

稀乙醇抽提物測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版)通則 6011，本品之稀乙醇抽提物不得少於『建議為 25.0%』,(單位：w/w %)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
批號一	53.29	43.19	41.78	51.26	40.50	31.90	44.60	28.60	42.08	53.71	
批號二	50.92	44.72	21.09	44.60	40.80	31.70	45.88	26.13	41.04	43.89	
批號三	46.17	43.33		44.30	40.20	32.40	45.84	32.89	44.41	43.68	
Mean	50.13	43.75	31.44	46.72	40.50	32.00	45.44	29.21	42.51	47.09	41.20
SD	3.63	0.85	14.63	3.93	0.30	0.36	0.73	3.42	1.73	5.73	7.93

擬建議市售川芎濃縮製劑之稀乙醇抽提物不得少於 25.34%

(平均值-2 倍平均值標準差 41.20-2x7.93=25.34)。(通則 6011)

十組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

(二) 川芎中藥濃縮製劑之薄層層析法鑑別方法，經第三次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過（附件三），開發方法如下。

1. 檢品溶液配置：

取本品粉末 1.0 g，加甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液。

2. 對照藥材溶液配置：

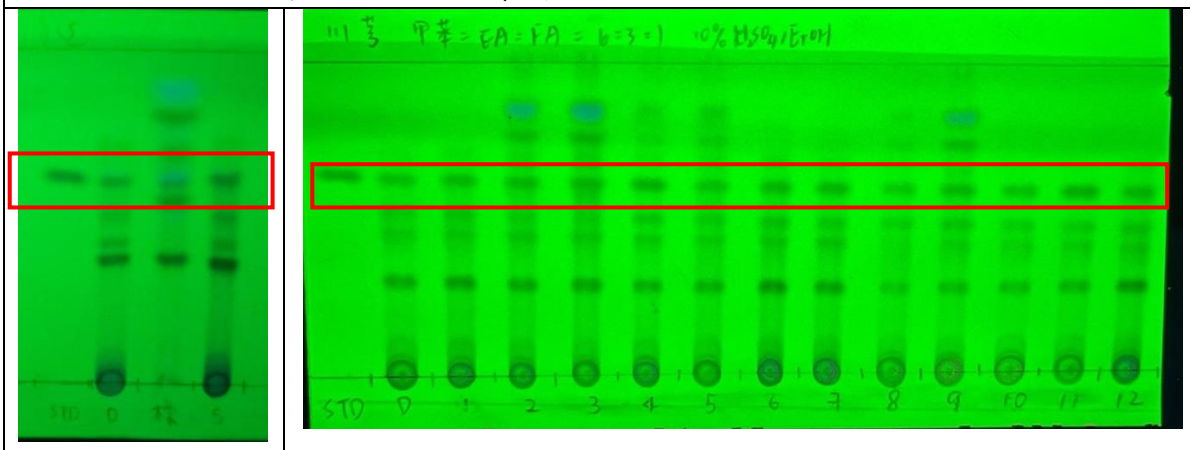
取川芎對照藥材 1.0 g，加入 30 mL 沸水中，保持微沸 30 分鐘，過濾，濾液蒸乾加入甲醇 10 mL。

3. 對照標準品溶液配置：

取阿魏酸(Ferulic acid)對照標準品，加甲醇製成每 1 mL 含 0.2 mg 的溶液。

4. 實驗方法：

取檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液各 5μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以甲苯：乙酸乙酯：甲酸(≧98%) (6：3：1)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於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

STD：阿魏酸 (Ferulic acid) 對照標準品溶液。 標：川芎標準湯劑溶液。　　D：川芎對照藥材溶液。 市售科中檢品 1~12、3~14：12 件川芎濃縮製劑，含 2 件品保樣品。
檢視方法：主波長 254 nm 之紫外燈照射下檢視

圖十五、川芎中藥濃縮製劑薄層層析圖

(三) 川芎中藥濃縮製劑之中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定研究。

經第三次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過，川芎濃縮製劑市售品每公克所含阿魏酸(Ferulic acid, $C_{10}H_{10}O_4$)不得少於 0.70 mg（附件三）。

川芎中藥濃縮製劑檢品與標準品之波峰有相同滯留時間，透過 PDA 檢測器，對樣品波峰進行 UV 全波長掃描，與阿魏酸標準品 UV 掃描進行比對，圖譜吻合度(purity match)高，可以確認方法專一性。樣品重複性相對標準偏差(RSD)介於 0.83 ~ 3.75%，符合規範相對標準偏差係數小於 5%，顯示本分析方法重複性良好，具有良好之精密度。取已知含量的市售品 2.0 g，分別添加 0.05、0.075 與 0.10 mg 阿魏酸標準品，經計算回收率介於 104.0 ~ 109.0%，顯示本分析方法具有良好之準確度。經五個濃度對各自層析波峰面積的反應值 (Y) 所得到的檢量線方程式為：Y = 63544276.67X – 64014.13，R^2 = 1.00，顯示濃度 0.06 ~ 0.14 μg/mL 範圍中，有良好的線性關係。實驗室比對發現，川芎中藥濃縮製劑在三個實驗室

品保樣品偏差分別小於 5%，數據具有很高的可信度。

1. 川芎中藥濃縮製劑含量測定標準作業程序

(1) 指標成分：阿魏酸 (Ferulic acid)。

(2) 試劑：甲醇、0.1%無水乙酸溶液。

(3) 試劑配製：

甲醇：0.1%無水乙酸溶液(25：75)之混液。必要時其配合比例可予調整。

(4) 對照標準品溶液：

取阿魏酸對照標準品適量，精確稱定，加甲醇製成每 1 mL 含 30 μg 的溶液，即得。(0.03mg/mL)

(5) 檢品溶液製備：

取本品粉末約 1.0 g，精確稱定，加甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，移入 25 mL 之容量瓶中，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，加入甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

(6) 單方標準湯劑（三批）製備：

取符合《臺灣中藥典》規格之乾燥中藥材飲片 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。

(7) 層析裝置：

液相層析裝置，具波長 320 nm 檢測器，充填 L1 之層析管。移動相流速為 1.0 mL/min，注入量為 10 μL。

(8) 系統適用性：

取對照標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，阿魏酸其理論板數不得小於 8000；重複 5 次注入標準

品溶液，阿魏酸波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

(9) 測定法

A. 市售品：取檢品溶液和對照標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

阿魏酸(mg/g)＝ $0.025(r_U/r_S)\ (C_S)\ /\ (W)$

r_U：檢品溶液中阿魏酸之波峰值

r_S：對照標準品溶液中阿魏酸之波峰值

C_S：對照標準品溶液含阿魏酸之濃度(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

B. 標準湯劑:取檢品溶液及對照標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

阿魏酸 (mg/g)＝$0.25(r_U/r_S)\ (C_S)\ /\ (W)$

r_U：檢品溶液中阿魏酸之波峰值

r_S：對照標準品溶液中阿魏酸之波峰值

C_S：對照標準品溶液含阿魏酸之濃度(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

2. 川芎中藥濃縮製劑含量測定方法確效

(1) HPLC 條件

層析管柱：Cosmosil packed column $5C_{18}$–MS-II,4.6 mm I.D. x 250 mm, 5 μm

檢測波長：UV 320 nm

流速：1.0 mL/min

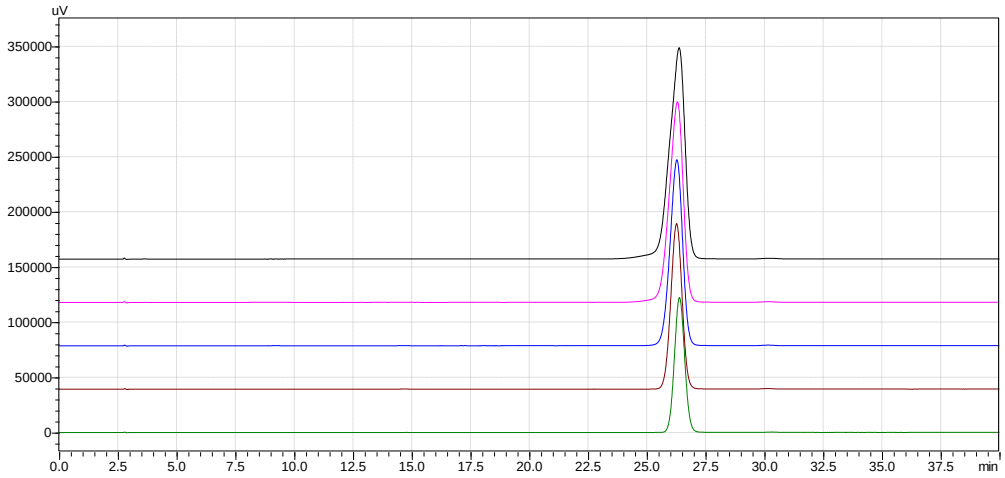
管柱溫度：室溫

移動相：甲醇：0.1%無水乙酸溶液(25：75)

注入量：10 μL

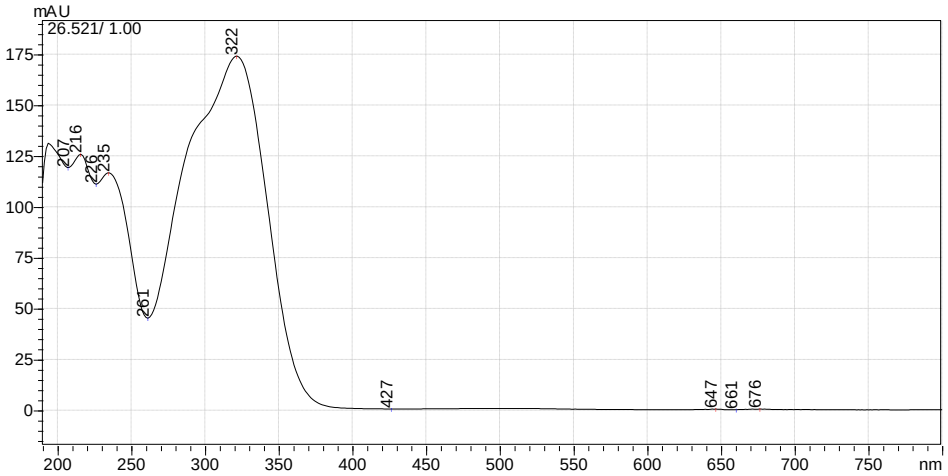
分析時間：40 min

(2) HPLC 層析圖(波長 320 nm)



圖十六、川芎中藥濃縮製劑 HPLC 層析圖

(3) UV 光譜圖(λmax 322 nm)



圖十七、阿魏酸 UV 光譜圖

(4) 結果

A. 專一性

檢品與標準品之波峰有相同滯留時間，透過 PDA 檢測器，對樣品波峰進行 UV 全波長掃描，與阿魏酸標準品 UV 掃描進行比對，圖譜吻合度(purity match)高，可以確認方法專一性。

B. 精密度

樣品重複性相對標準偏差(RSD)介於 0.83 ~ 3.75%，符合規範相對標準偏差係數小於 5%，顯示本分析方法重複性良好，具有良好之精密性。

精密度		
濃度 (μg/μL)		Ferulic acid
0.08	Mean ± SD	0.08±0.003
	RSD (%)	3.75
0.10	Mean ± SD	0.10±0.001
	RSD (%)	1.00
0.12	Mean ± SD	0.12±0.001
	RSD (%)	0.83

〈註 1〉Mean ± SD 為 n = 3 的結果。

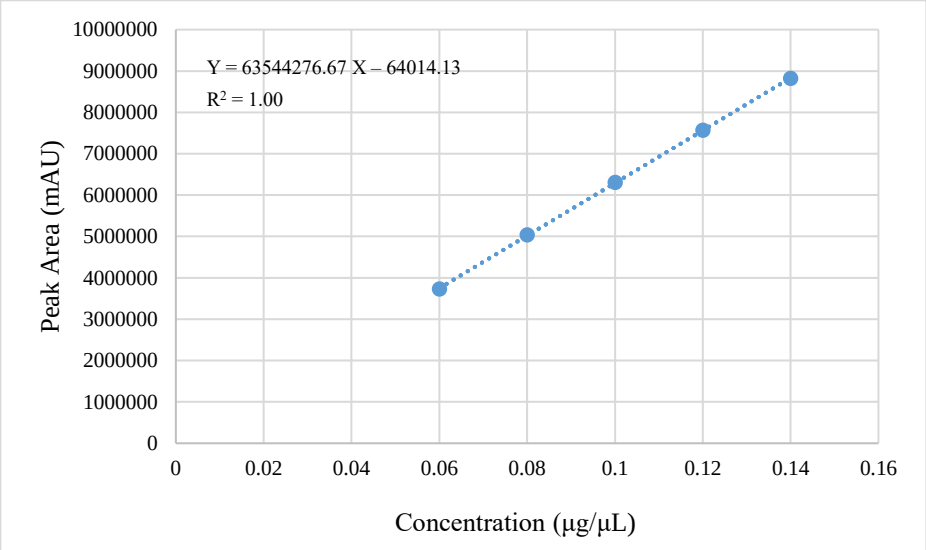
C. 準確度

取已知含量的市售品 2.0 g，分別添加 0.05、0.075 與 0.10 mg 阿魏酸標準品，經計算回收率介於 104.0 ~ 109.0%。顯示本分析方法具有良好之準確度。

標準品添加量(mg)	回收量(mg)	回收率(%)
0.05	0.052	104.0%
0.05	0.053	106.0%
0.05	0.053	106.0%
0.075	0.079	105.3%
0.075	0.080	106.7%
0.075	0.080	106.7%
0.1	0.109	109.0%
0.1	0.109	109.0%
0.1	0.109	109.0%

D. 線性與範圍

經五個濃度對各自層析波峰面積的反應值(Y)所得到的檢量線方程式為：$Y = 63544276.67X - 64014.13$，$R^2 = 1.00$，顯示濃度 0.06～0.14 μg/μL 範圍中，有良好的線性關係。



圖十八、阿魏酸檢量線

3. 川芎濃縮製劑含量測定數據

(1) 三家 TAF 實驗室之品保樣品重複性

本次實驗中樣品 CQ2201、樣品 CQ2206 與樣品 CQ2212 為同廠牌、同批號之品保樣品，經計算後各實驗室之品保樣品相對標準偏差均小於 5%，因此所提供之數據應為可信數據，另透過橫向跨實驗室的分析，三間實驗室數據比對結果滿意，代表此方法具有良好的再現性，數據計算如下表（單位：mg/g）。

表八、市售川芎中藥濃縮製劑之三家實驗室品保樣品數據

樣品編碼	實驗室 1	實驗室 2	實驗室 3
CQ2201	0.92	0.86	0.89
CQ2206	0.91	0.88	0.91
CQ2212	0.90	0.86	0.94
平均	0.91	0.86	0.91
SD	0.01	0.01	0.03
RSD (%)	1.10%	1.16%	3.30%

(2) 川芎標準湯之阿魏酸含量測定結果

三家 TAF 實驗室製備標準湯劑使用之中藥材均符合《臺灣中藥典》指標成分規定，其川芎標準湯之阿魏酸含量測定結果如下表所示（單位：mg/g）。得川芎標準湯劑濃縮製劑之阿魏酸含量範圍為 0.83 ~ 1.21 mg/g，中位數為 1.06 mg/g，平均值為 1.04 mg/g。

表九、市售川芎濃縮製劑之三批標準湯劑數據

實驗室 / 批次	實驗室 1	實驗室 2	實驗室 3	
	標準湯阿魏酸(Ferulic acid)含量 (mg/g)			
1	1.21	1.06	1.12	
2	1.01	1.21	1.04	
3	0.85	0.83	1.06	
平均	1.02	1.03	1.07	1.04
SD	0.18	0.19	0.04	0.14

(3) 川芎濃縮製劑市售品分析結果

下表為市售品川芎濃縮製劑之阿魏酸含量之分析結果（單位：mg/g），以 Q-test 判斷最大值及最小值數據皆落在 95% 信賴區間之內，則無偏離值去除($Q_{0.05}=0.466$)。得市售品川芎濃縮製劑之阿魏酸含量平均值為 0.99 mg/g。

表十、市售川芎濃縮製劑之十批市售品數據

樣品批次編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
實驗室 / 樣品編碼	CQ2201 CQ2206 CQ2212	CQ2202	CQ2203	CQ2204	CQ2205	CQ2207	CQ2208	CQ2209	CQ2210	CQ2211	
1	0.91	1.05	0.77	1.29	0.55	0.95	0.47	0.93	1.02	2.09	
2	0.86	0.97	0.75	1.13	0.53	0.91	0.42	0.86	0.92	1.80	
3	0.91	1.21	0.89	1.37	0.60	1.13	0.56	1.10	0.92	1.81	
Mean	0.89	1.07	0.80	1.26	0.56	0.99	0.48	0.96	0.95	1.90	0.99
SD	0.03	0.12	0.08	0.12	0.04	0.12	0.07	0.12	0.05	0.16	0.39

(4) 川芎濃縮製劑之阿魏酸含量建議規格

本品每 1 g 所含阿魏酸 (Ferulic acid, $C_{10}H_{10}O_4$) 不得少於 0.69 mg。

川芎中藥濃縮製劑		阿魏酸 (Ferulic acid)
市售品	平均值	0.99 mg/g
	平均值之70%	0.69 mg/g
標準湯劑	平均值	1.04 mg/g
	平均值之70%	0.73 mg/g
	下限值	0.83 mg/g
	下限值之70%	0.58 mg/g

(四) 川芎中藥濃縮製劑個論（附件十一），內容如下所示：

川芎濃縮製劑（顆粒、散）

Chuanxiong Rhizome Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Chuan-Qiong Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Chuan-Cyong Concentrated Preparation (Granules, Powder)

本品為繖形科 Umbelliferae 植物川芎 *Ligusticum chuanxiong* Hort.之乾燥根莖經煎煮或萃取、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 25.0%，水抽提物不得少於 27.0%，本品每 1 g 所含阿魏酸 (Ferulic acid, $C_{10}H_{10}O_4$) 不得少於 0.70 mg。

鑑別：

1. 取本品粉末 1.0 g，加甲醇 10 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液作為檢品溶液。取川芎對照藥材 1.0 g，加入 30 mL 沸水中，保持微沸 30 分鐘，過濾，濾液蒸乾加入甲醇 10 mL，作為對照藥材溶液。另取阿魏酸對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 0.2 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以甲苯：乙酸乙酯：甲酸 (≧98%) (6：3：1)為展開溶劑，層析之。俟溶劑頂端上升至距原點 5～10 cm 時，取出層析板風乾後，置於主波長 254 nm 之紫外光照射下檢視。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減失重量不得超過 8.0%。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 5.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分—本品之酸不溶性灰分不得超過 1.5%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。（通則 6301）
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。（通則 3061）
6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）

含量測定：

1. 阿魏酸——

移動相溶劑——以甲醇：0.1%無水乙酸溶液 (25:75)之混液。必要時其配合比例可予調整。

對照標準品溶液——取阿魏酸對照標準品適量，精確秤定，加甲醇製成每 1 mL 含 30 μg 的溶液，即得。

檢品溶液——取本品粉末 1.0 g，精確稱定，加甲醇 10 mL，以超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液移至 25 mL 定量瓶中，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，加入甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——液相層析裝置，具波長 320 nm 檢測器，充填 L1 之層析管 (4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1.0 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，阿魏酸理論板數不得小於 8000；重複 5 次注入標準品溶液，阿魏酸波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

阿魏酸 (mg/g)＝[0.025(r_U/r_S)(C_S) / (W)]

r_U：檢品溶液中阿魏酸之波峰值

r_S：對照標準品溶液中阿魏酸之波峰值

Cs：對照標準品溶液含阿魏酸之濃度(μg/mL)

W：檢品量(g)以乾品計之

2. 水抽提物——本品按照生藥水抽提物測定法測定之。(通則 6011)
3. 稀乙醇抽提物——本品按生藥稀乙醇抽提物測定法測定之。(通則 6011)

效能：去瘀生新、活血調經。(未確認)

九、進行【麻黃】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、鑑別分析、中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定之研究。

(一)發文十家廠商調查麻黃中藥濃縮製劑一般檢驗成績進行統計分析，於第二次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論，刪除與平均值差異較大之廠商 E 及 G，重新計算並決議，麻黃濃縮製劑之乾燥減重不得超過 8.0%，總灰分不得超過 7.0%，酸不溶性灰分不得超過 1.5%，水抽提物不得少於 35.0%及稀乙醇抽提物不得少於 36.0%(附件二）。

表十一、市售麻黃濃縮製劑之乾燥減重分析結果

乾燥減重測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版）通則 6015，本品之乾燥減重不得超過『建議為 8.0%』。(單位：w/w %）

	A	B	C	D	~~E~~	F	~~G~~	H	I	J	K	
批號一	3.54	4.08	2.40	4.65	~~2.71~~	3.16	~~3.36~~	4.00	4.40	5.23	3.70	
批號二	3.17	3.48	2.10	5.29	~~2.93~~	2.89	~~4.32~~	3.08	3.60	4.87	2.10	
批號三	3.06	3.10	2.15	4.17	~~3.42~~	3.24	~~3.02~~	2.62	5.00	3.59	2.90	
Mean	3.26	3.55	2.25	4.70	~~3.02~~	3.10	~~3.57~~	3.23	4.33	4.56	2.90	3.54
SD	0.25	0.49	0.16	0.56	~~0.36~~	0.18	~~0.67~~	0.70	0.70	0.86	0.80	0.88

擬建議市售麻黃濃縮製劑之 乾燥減重 不得超過 8.0 %

（平均值+2 倍平均值標準差 3.54+2x0.88=5.50）。(通則 6015）

八組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表十二、市售麻黃濃縮製劑之總灰分分析結果

總灰分測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版)通則 6007，本品之總灰分不得超過『建議為 7.0%』。(單位：w/w %)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
批號一	5.91	3.46	3.88	2.63	8.77	3.10	2.40	2.83	4.50	4.64	6.08	
批號二	5.77	3.43	4.33	2.89	8.01	3.40	2.48	3.65	4.40	4.15	7.69	
批號三	6.30	3.45	4.04	2.90	8.79	3.20	2.84	4.75	4.60	4.21	6.01	
Mean	5.99	3.45	4.11	2.81	8.52	3.23	2.57	3.74	4.50	4.33	6.59	4.30
SD	0.27	0.02	0.23	0.15	0.44	0.15	0.23	0.96	0.10	0.27	0.95	1.27

擬建議市售麻黃濃縮製劑之 總灰分 不得超過 6.84 %

(平均值+2 倍平均值標準差 4.30+2x1.27=6.84)。(通則 6007)

八組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表十三、市售麻黃濃縮製劑之酸不溶性灰分分析結果

酸不溶性灰分測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版)通則 6007，本品之酸不溶性灰分不得超過『建議為 1.5%』。(單位：w/w %)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
批號一	0.49	0.34	0.28	0.28	1.41	0.80	0.06	0.20	0.30	0.38	1.97	
批號二	0.49	0.34	0.33	0.60	1.08	0.50	0.07	0.40	0.39	0.32	0.63	
批號三	0.81	0.14	0.23	0.61	1.02	0.70	0.05	1.78	0.49	0.26	0.83	
Mean	0.60	0.27	0.31	0.50	1.17	0.67	0.06	0.79	0.39	0.32	1.14	0.55
SD	0.18	0.12	0.05	0.19	0.21	0.15	0.01	0.86	0.10	0.06	0.72	0.43

擬建議市售麻黃濃縮製劑之 酸不溶性灰分 不得超過 1.41 %

(平均值+2 倍平均值標準差 0.55+2x0.43=1.41)。(通則 6007)

八組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表十四、市售麻黃濃縮製劑之水抽提物分析結果

水抽提物測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版)通則 6011，本品之水抽提物不得少於『建議為 35.0%』,(單位：w/w %)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
批號一	47.00	40.73	50.67	47.64	27.00	47.50	23.25	40.09	41.20	45.39	57.69	
批號二	48.03	39.01	53.01	48.45	28.20	46.80	24.57	40.19	42.70	49.61	55.72	
批號三	49.28	40.15	54.36	47.80	29.20	47.20	28.96	36.12	42.90	47.83	55.33	
Mean	48.10	39.96	51.84	47.96	28.13	47.17	25.59	38.80	42.27	47.61	56.25	46.76
SD	1.14	0.88	1.87	0.43	1.10	0.35	2.99	2.32	0.93	2.12	1.27	5.59

擬建議市售麻黃濃縮製劑之 水抽提物 不得少於 35.58 %

(平均值-2 倍平均值標準差 46.76-2x5.59=35.58)。(通則 6011)

八組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

表十五、市售麻黃濃縮製劑之稀乙醇抽提物分析結果

稀乙醇抽提物測定方法依照《臺灣中藥典》(第四版)通則 6011，本品之稀乙醇抽提物不得少於『建議為 36.0%』,(單位：w/w %)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
批號一	45.68	46.03	43.59	43.29	30.80	45.30	24.79	37.06	43.30	42.15	52.22	
批號二	47.16	42.66	46.49	43.97	33.60	43.80	25.66	34.85	43.80	45.06	52.94	
批號三	48.78	43.65	49.14	42.28	31.10	44.30	29.88	42.25	44.10	44.65	52.74	
Mean	47.21	44.11	45.04	43.18	31.83	44.47	26.78	38.05	43.73	43.95	52.63	44.86
SD	1.55	1.73	2.78	0.85	1.54	0.76	2.72	3.80	0.40	1.58	0.37	4.04

擬建議市售川芎濃縮製劑之 稀乙醇抽提物 不得少於 36.78 %

(平均值-2 倍平均值標準差 44.86-2x4.04=36.78)。(通則 6011)

八組數據以 Q-test 檢定後，並無偏離值。

(二)麻黃中藥濃縮製劑之薄層層析法鑑別方法，經第三次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過（附件三），開發方法如下。

1. 檢品溶液配置：

取本品粉末 1.0 g，加甲醇 10 mL，置水鍋上振搖加熱 5 分鐘，冷後，過濾，取濾液。

2. 對照藥材溶液配置：

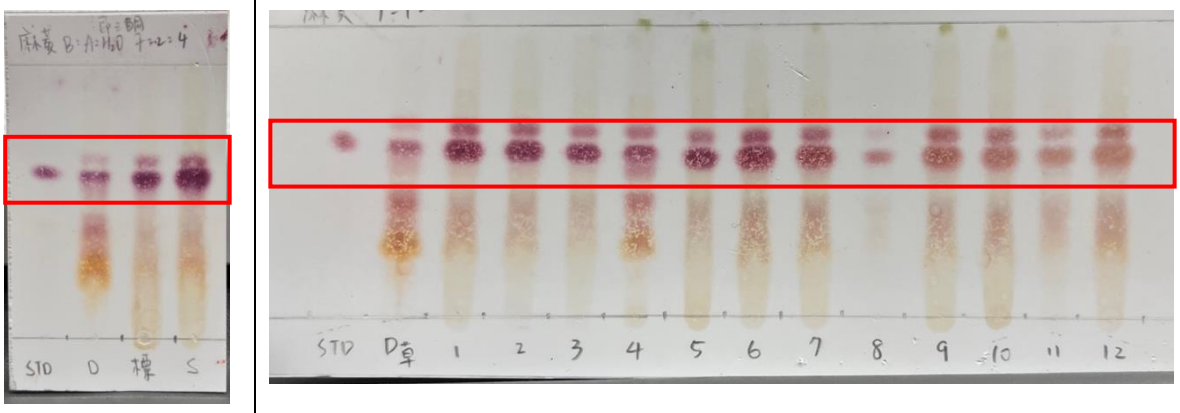
取麻黃對照藥材 1.0 g，加入 30 mL 沸水中，保持微沸 30 分鐘，過濾，濾液蒸乾加入甲醇 10 mL。

3. 對照標準品溶液配置：

取麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 對照標準品，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液。

4. 實驗方法：

取檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液各 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正丁醇：無水乙酸：水 (7：2：4) ，取上層液為展開溶劑，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，以水合二氫茚三酮試液 (Ninhydrin TS) 噴霧，105 ℃ 加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

STD：麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 對照標準品溶液。 標：麻黃標準湯劑溶液。　　D：麻黃對照藥材溶液。 市售科中檢品 1~12、3~14：12 件麻黃濃縮製劑，含 2 件品保樣品。
檢視方法：噴以水合二氫茚三酮試液 (Ninhydrin TS)，以 105°加熱，呈色後於可見光下檢視

圖十九、麻黃中藥濃縮製劑薄層層析圖

(三)麻黃中藥濃縮製劑之中藥標準湯劑分析及指標成分含量測定研究。

麻黃濃縮製劑之含量標準制定，依第三次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論通過制定上限值，且依據衛生福利部公告「中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項」、日本藥局方及中國配方顆粒國家標準，建議上限值為下限值之三倍，故麻黃濃縮製劑市售品每公克所含麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl, C10H15NO · HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl, C10H15NO·HCl) 總計為 10.00 ～ 30.00 mg（附件三）。

麻黃中藥濃縮製劑檢品與標準品之波峰有相同滯留時間，透過 PDA 檢測器，對樣品波峰進行 UV 全波長掃描，與麻黃鹼鹽酸鹽標準品、擬麻黃鹼鹽酸鹽標準品 UV 掃描進行比對，圖譜吻合度 (purity match) 高，可以確認方法專一性。麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 樣品重複性相對標準偏差 (RSD) 介於 1.14～1.44%；擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 樣品重複性相對標準偏差 (RSD)

介於 0.75 ~ 2.60%，符合規範相對標準偏差係數小於 5%，顯示本分析方法重複性良好，具有良好之精密度。取已知含量的市售品 1.0 g，分別添加 0.15、0.20 與 0.25 mg 麻黃鹼鹽酸鹽標準品，經計算回收率介於 95.76 ~ 103.64%，分別添加 0.15、0.20 與 0.25 mg 擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl)，經計算回收率介於 91.82 ~ 93.65%，顯示本分析方法具有良好之準確度。經五個濃度對各自層析波峰面積的反應值 (Y) 所得到的檢量線方程式，麻黃鹼鹽酸鹽之方程式為：Y = 12749X + 276630，R2 = 0.9926，顯示濃度 24.0 ~ 56.0 μg/mL 範圍中，有良好的線性關係，擬麻黃鹼鹽酸鹽之方程式為 Y = 23059X + 77390，R2 = 0.9987，顯示濃度 24.0 ~ 56.0 μg/mL 範圍中，有良好的線性關係。實驗室比對發現，麻黃中藥濃縮製劑在三個實驗室品保樣品偏差分別小於 5%，數據具有很高的可信度。

1. 麻黃中藥濃縮製劑含量測定標準作業程序

(1) 指標成分：麻黃鹼鹽酸鹽(Ephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO{\cdot}HCl$)對照標準品、擬麻黃鹼鹽酸鹽(Pseudoephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO{\cdot}HCl$)對照標準品。

(2) 試劑：甲醇、0.092% 磷酸溶液、0.04% 三乙胺和 0.02% 二正丁胺。

(3) 試劑配製：甲醇：0.092% 磷酸溶液【含 0.04%三乙胺和 0.02%二正丁胺】 (1.5：98.5) 之混液。必要時其配合比例可予調整。

(4) 對照標準品溶液：取麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品、擬麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品適量，精確稱定，加甲醇製成每 1 mL 各含

40 μg 的混和溶液，即得。(0.04mg/mL)

(5) 檢品溶液製備：取本品粉末約 1.0 g，精確稱定，加 70%甲醇 20 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，移入 50 mL 之容量瓶中，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，加入 70%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

(6) 單方標準湯劑（三批）製備：取符合《臺灣中藥典》規格之乾燥中藥材飲片 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。

(7) 層析裝置：液相層析裝置，具波長 210 nm 檢測器，充填 L11 之層析管。移動相流速為 1.0 mL/min，注入量為 10 μL。

(8) 系統適用性：取對照標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，麻黃鹼及擬麻黃鹼其理論板數均不得小於 3000；重複 5 次注入標準品溶液，麻黃鹼峰及擬麻黃鹼波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

(9) 測定法

A. 市售品：取檢品溶液和對照標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽 (mg/g)＝ $0.05(r_U/r_S)(C_S)/(W)$

r_U：檢品溶液中麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之波峰

值

r_S：對照標準品溶液中麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之波峰值

C_S：對照標準品溶液含麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之濃度 (μg/mL)

W：檢品量 (g) 以乾品計之

B. 標準湯劑：取檢品溶液及對照標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值。按照下列公式計算：

2. 麻黃中藥濃縮製劑含量測定方法確效

(1) HPLC 條件

層析管柱：PUROSPHER®RSTAR phenyl, 4.6 mm I.D. x 250 mm, 5 μm

檢測波長：UV 210 nm

流速：1.0 mL/min

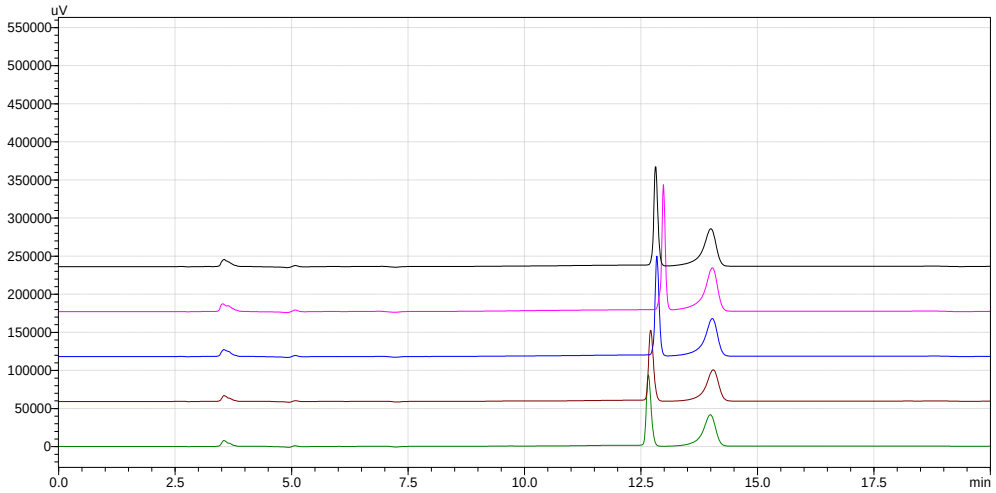
管柱溫度：室溫

移動相：甲醇：0.092%磷酸溶液【含 0.04%三乙胺和 0.02%二正丁胺】 (1.5：98.5)

注入量：10 μL

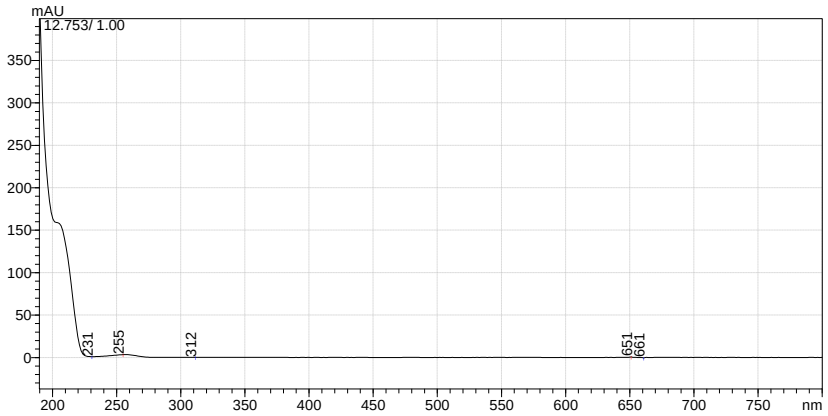
分析時間：20 min

(2) HPLC 層析圖 (波長 210 nm)

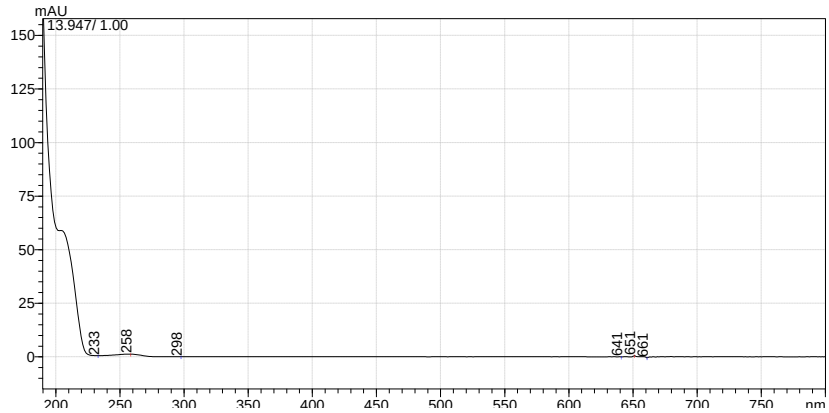


圖二十、麻黃中藥濃縮製劑 HPLC 層析圖

(3) UV 光譜圖 (λmax 210 nm)



圖二十一、麻黃鹼鹽酸鹽 UV 光譜圖



圖二十二、擬麻黃鹼鹽酸鹽 UV 光譜圖

(4) 結果

A. 專一性

檢品與標準品之波峰有相同滯留時間，透過 PDA 檢測器，對樣品波峰進行 UV 全波長掃描，與麻黃鹼鹽酸鹽標準品、擬麻黃鹼鹽酸鹽標準品 UV 掃描進行比對，圖譜吻合度 (purity match) 高，可以確認方法專一性。

B. 精密度

麻黃鹼鹽酸鹽樣品重複性相對標準偏差 (RSD) 介於 1.14 ~ 1.44%；擬麻黃鹼鹽酸鹽樣品重複性相對標準偏差 (RSD) 介於 0.75～2.60%，符合規範相對標準偏差係數小於 5%，顯示本分析方法重複性良好，具有良好之精密度。

精密度			
濃度 (μg/mL)		麻黃鹼鹽酸鹽	擬麻黃鹼鹽酸鹽
32.00	Mean ± SD	32.07±0.38	32.27±0.24
	RSD (%)	1.19	0.75
40.00	Mean ± SD	41.29±0.47	40.09±0.44
	RSD (%)	1.15	1.09
48.00	Mean ± SD	29.34±0.71	47.32±1.23
	RSD (%)	1.44	2.60

〈註 1〉Mean ± SD 為 n = 3 的結果

C. 準確度

a. 麻黃鹼鹽酸鹽

取已知含量的市售品 1.0 g，分別添加 0.15、0.20 與 0.25 mg 麻黃鹼鹽酸鹽標準品，經計算回收率介於 95.76～103.64%，顯示本分析方法具有良好之準確度。

標準品添加量(mg)	回收量(mg)	回收率(%)
0.15	0.1555	103.64%
0.15	0.1539	102.58%
0.15	0.1536	102.42%
0.20	0.2060	103.01%
0.20	0.2058	102.91%
0.20	0.2044	102.21%
0.25	0.2413	96.51%
0.25	0.2409	96.34%
0.25	0.2394	95.76%

b. 擬麻黃鹼鹽酸鹽

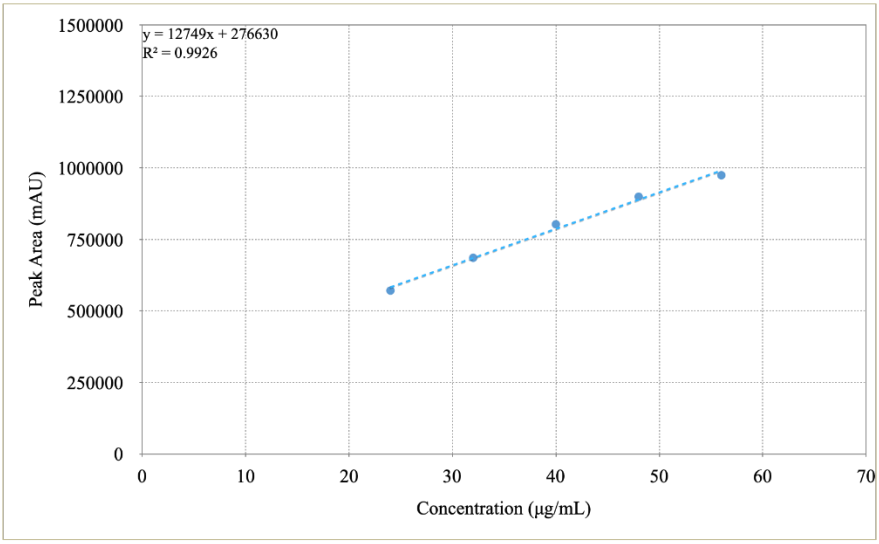
取已知含量的市售品 1.0 g，分別添加 0.15、0.20 與 0.25 mg 擬麻黃鹼鹽酸鹽，經計算回收率介於 91.82～93.65%。

標準品添加量(mg)	回收量(mg)	回收率(%)
0.15	0.1398	93.22%
0.15	0.1389	92.57%
0.15	0.1395	93.02%
0.20	0.1865	93.23%
0.20	0.1839	91.94%
0.20	0.1836	91.82%
0.25	0.2341	93.65%
0.25	0.2335	93.40%
0.25	0.2327	93.06%

D. 線性與範圍

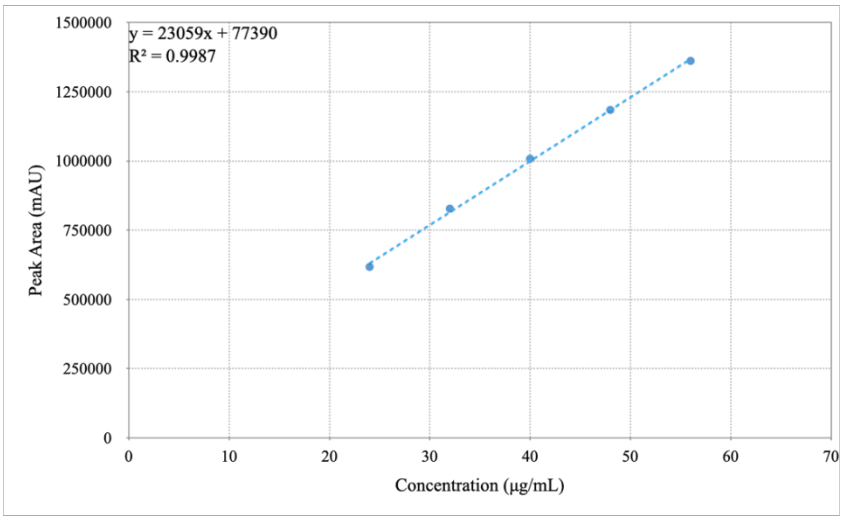
經五個濃度對各自層析波峰面積的反應值(Y)所得到的檢量線方程式為：

a. 麻黃鹼鹽酸鹽：$Y = 12749X + 276630$，$R^2 = 0.9926$，顯示濃度 24.0～56.0 μg/mL 範圍中，有良好的線性關係。



圖二十三、麻黃鹼鹽酸鹽檢量線

b. 擬麻黃鹼鹽酸鹽：$Y = 23059X + 77390$，$R^2 = 0.9987$，顯示濃度 24.0～56.0 μg/mL 範圍中，有良好的線性關係。



圖二十四、擬麻黃鹼鹽酸鹽檢量線

3. 麻黃濃縮製劑含量測定數據

(1) 三家 TAF 實驗室之品保樣品重複性

本次實驗中樣品 MH2201、樣品 MH2206 與樣品 MH2212 為同廠牌、同批號之品保樣品，麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 之含量總和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，另透過橫向跨實驗室的分析，三間實驗室數據比對結果滿意，代表此方法具有良好的再現性，數據計算如下表（單位：mg/g）。

表十六、市售麻黃中藥濃縮製劑之三家實驗室品保樣品數據

樣品編碼	實驗室 1	實驗室 2	實驗室 3
MH2201	22.34	22.70	24.34
MH2206	22.28	23.94	24.26
MH2212	22.46	22.50	24.61
平均	22.36	23.05	24.40
SD	0.09	0.78	0.18
RSD (%)	0.40%	3.38%	0.74%

(2) 麻黃標準湯之麻黃鹼鹽酸鹽及擬麻黃鹼鹽酸鹽含量測定結果

三家 TAF 實驗室製備標準湯劑使用之中藥材均符合《臺灣中藥典》指標成分規定，其麻黃標準湯之麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 之含量總和測定結果如下表所示（單位：mg/g）。得麻黃標準湯劑濃縮製劑之麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 之含量總和範圍為 5.83~10.60 mg/g，中位數為 7.33 mg/g，平均值為 7.96 mg/g。

表十七、市售麻黃濃縮製劑之三批標準湯劑數據

實驗室 / 批次	實驗室 1	實驗室 2	實驗室 3	
	標準湯麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 之含量總和 (mg/g)			
1	10.33	8.06	6.25	
2	10.60	6.72	5.98	
3	10.58	7.33	5.83	
平均	10.50	7.37	6.02	7.96
SD	0.15	0.67	0.21	2.02

(3) 麻黃濃縮製劑市售品分析結果

下表為市售品麻黃濃縮製劑之麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 含量之分析結果（單位：mg/g），以 Q-test 判斷最大值及最小值數據皆落在 95% 信賴區間之內，則無偏離值去除 ($Q_{0.05}$=0.466)。得市售品麻黃濃縮製劑之麻黃鹼鹽酸鹽及擬麻黃鹼鹽酸鹽之含量總和平均值為 15.80 mg/g。

表十六、市售麻黃濃縮製劑之十批市售品數據

樣品批次編號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
實驗室 / 樣品編碼	MH2201 MH2206 MH2212	MH2202	MH2203	MH2204	MH2205	MH2207	MH2208	MH2209	MH2210	MH2211	
1	22.36	18.58	14.23	10.16	18.65	17.85	7.49	17.01	19.49	12.67	
2	23.05	18.34	14.27	11.18	17.92	17.81	7.30	17.20	17.89	9.25	
3	24.40	18.69	14.72	11.53	18.72	18.38	8.06	17.64	18.91	10.30	
Mean	23.27	18.54	14.40	10.96	18.43	18.01	7.61	17.28	18.76	10.74	15.80
SD	1.04	0.18	0.27	0.71	0.44	0.32	0.40	0.33	0.81	1.75	4.64

(4) 麻黃濃縮製劑之麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 之含量總和建議規格

本品每 1 g 所含麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO \cdot HCl$) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO \cdot HCl$) 之總計不得少於 11.06 mg，相關數據如下表所示。

麻黃濃縮製劑		麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl)及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl)之含量總和
市售品	平均值	15.80 mg/g
	平均值之70%	11.06 mg/g
標準湯劑	平均值	7.96 mg/g
	平均值之70%	5.57 mg/g
	下限值	5.83 mg/g
	下限值之70%	4.08 mg/g

(四)麻黃中藥濃縮製劑個論（附件十二），內容如下所示：

麻黃濃縮製劑（顆粒、散）

Ephedra Herb Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ma-Huang Concentrated Preparation (Granules, Powder)

Ma-Huang Concentrated Preparation (Granules, Powder)

本品為麻黃科 Ephedraceae 植物草麻黃 *Ephedra sinica* Stapf、中麻黃 *Ephedra intermedia* Schrenk & C.A.Mey. 或木賊麻黃 *Ephedra equisetina* Bunge 之乾燥草質莖經煎煮或萃取、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 36.0%，水抽提物不得少於 35.0%，本品每 1 g 所含總生物鹼以麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO \cdot HCl$) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl, $C_{10}H_{15}NO \cdot HCl$) 之總和計 10～30 mg。

鑑別：

1. 取本品粉末 1.0 g，加甲醇 10 mL，置 90℃水鍋上振搖加熱 5 分鐘，冷後，過濾，取濾液作為檢品溶液。取麻黃對照藥材 1.0 g，加入 30 mL 沸水中，保持微沸 30 分鐘，過濾，濾液蒸乾加入甲醇 10 mL，作為對照藥材溶液。另取麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品適量，加甲醇製成每 1 mL 含 1.0 mg 的溶液，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 5 μL，按薄層層析法（通則 1621.3），分別點注於含有螢光劑之矽膠薄層板上，以正丁醇：無水乙酸：水 (7：2：4)，取上層液為展開溶劑，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，以水合二氫茚三酮試液 (Ninhydrin TS) 噴霧，105℃加熱至斑點顯色清晰，置於可見光下檢視之。檢品溶液、對照藥材溶液及對照標準品溶液於層析圖相對應的位置上，呈現相同顏色的斑點。

雜質檢查及其它規定：

1. 乾燥減重——本品於 105℃乾燥 5 小時，其減失重量不得超過 8.0 %。（通則 6015）
2. 總灰分——本品之總灰分不得超過 7.0%。（通則 6007）
3. 酸不溶性灰分——本品之酸不溶性灰分不得超過 1.5%。（通則 6007）
4. 重金屬——本品之總重金屬限量 30 ppm。(通則 6301)
5. 微生物限量——本品之微生物總生菌數不得超過 10^5 CFU/g。（通則 3061）
6. 本品之大腸桿菌及沙門氏菌不得檢出。（通則 3063）

含量測定：

1. 麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽——

移動相溶劑——以甲醇：0.092%磷酸溶液【含 0.04%三乙胺和 0.02%二正丁胺】(1.5：98.5) 之混液。必要時其配合比例可予調整。（待討論移動相敘述方式）

對照標準品溶液——取麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品、擬麻黃鹼鹽酸鹽對照標準品適量，精確稱定，加甲醇製成每 1 mL 各含 40 μg 的混和溶液，即得。

檢品溶液——取本品粉末約 1.0 g，精確稱定，加 70%甲醇 20 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，移入 50 mL 之容量瓶中，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，加入 70%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做檢品溶液。

層析裝置——液相層析裝置，具波長 210

nm 檢測器，充填 L11 之層析管 (4.6 mm × 25 cm)。層析管溫度維持室溫，移動相流速為 1 mL/min。

系統適用性——取標準品溶液，按照上述測定法層析之，記錄其波峰值，麻黃鹼及擬麻黃鹼理論板數均不得小於 3000；重複 5 次注入標準品溶液，麻黃鹼及擬麻黃鹼波峰面積之相對標準差不得大於 1.5%。

測定法——取檢品溶液及標準品溶液各 10 μL，分別注入層析裝置層析之，記錄其層析圖譜，測計各波峰值，並按下列公式計算：

麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽 (mg/g)

$$= 0.05(r_U/r_S)(C_S) / (W)$$

r_U：檢品溶液中麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之波峰值

r_S：對照標準品溶液中麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之波峰值

C_S：對照標準品溶液含麻黃鹼鹽酸鹽、擬麻黃鹼鹽酸鹽之濃度 (μg/mL)

W：檢品量(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 6011）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 6011）測定之。

效能：解表發汗、宣肺定喘、利水。（未確認）

十、川芎及麻黃中藥濃縮製劑之相關適應症與效能。

彙整川芎與麻黃中藥濃縮製劑許可證之效能，以及藥典收載川芎與麻黃藥材個論，後續將建請中醫臨床小組研議（附件三）。

表十八、川芎及麻黃適應症與效能彙整表

川芎	藥典收載藥材個論	1. 活血行氣，祛風止痛。
	濃縮製劑許可證	1. 鎮靜、月經不順所引起之痛。(1/18) 2. 通經、鎮靜、鎮痛。 (2/18) 3. 驅風止痛、理氣活血、長肉排膿。 (15/18)
麻黃	藥典收載藥材個論	1. 發汗，平喘，利尿。
	濃縮製劑許可證	1. 發汗、調血脈、支氣管炎、喘息。(1/32) 2. 發汗、鎮咳、喘息。(1/32) 3. 發汗、關節痠痛。(1/32) 4. 發汗、平喘、關節痛。(2/32) 5. 發汗喘息。(4/32) 6. 解表發汗、宣肺定喘、利水。(23/32)

十一、針對臺灣中藥典第四版收載之複方中藥濃縮製劑，擇一進行指紋圖譜分析方法之開發。

本計畫選擇【葛根湯】複方中藥濃縮製劑，進行指紋圖譜分析方法之開發，於第四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議進行討論（附件四），開發方法及分析結果如下所示（詳如附件十三及十四）：

(一) 方法

1. 標準湯劑溶液配置

依據衛生福利部公告之「中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項」[2]，取葛根湯一日飲片量 28.0 g（葛根 6.0 g、麻黃 4.5 g、桂枝 3.0 g、白芍 3.0 g、炙甘草 3.0 g、生薑 4.5 g、大棗 4.0 g）加 20 倍量水，煮沸 30 分鐘以上，直至煎煮

液為原加入水之半量之湯液，過濾，移入 500 mL 容量瓶中，加水至刻度，供做標準湯劑溶液。(野葛及粉葛分別製成標準湯劑溶液)

2. 空白標準湯劑溶液配置

依據衛生福利部公告之「中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項」[2]，取葛根湯一日飲片量之藥材扣除比對指標成分之藥材，並依標準湯劑溶液配製之。

3. 市售檢品溶液配置

依據臺灣中藥典第四版[14]之葛根湯含量測定中檢品溶液配置，取本品粉末約 0.5 g，精確稱定，置 50 mL 離心管中，加 50%甲醇 40 mL，超音波振盪 30 分鐘，過濾，取濾液，殘渣部分重複提取 1 次，合併濾液，移入 100 mL 容量瓶中，加 50%甲醇至刻度，搖勻，過濾，取濾液，供做市售檢品溶液。

4. 標準品溶液配置

分別取葛根素 (Puerarin)、大豆苷 (Daidzin)、大豆苷元 (Daidzein)、麻黃鹼 (Ephedrine)、擬麻黃鹼 (Pseudoephedrine)、肉桂酸 (Cinnamic acid)、芍藥苷 (Paeoniflorin)、甘草素 (Glycyrrhizin) 及 6-薑辣素 (6-Gingerol) 對照標準品適量，精確稱定，加入甲醇分別製成每 1 mL 含葛根素 0.1 mg、大豆苷 0.05 mg、大豆苷元 0.002 mg、麻黃鹼 0.2 mg、擬麻黃鹼 0.2 mg、肉桂酸 0.05 mg、芍藥苷 1.0 mg、甘草素 0.02 mg 及 6-薑辣素 0.02 mg 之標準品溶液。

5. HPLC 條件[12-13]

(1) 檢測波長：UV 210 nm、245 nm、275 nm

(2) 流速：1.0 mL/min

(3) 管柱溫度：室溫

(4) 移動相及梯度：

移動相A：水：磷酸二氫鉀：10%磷酸水溶液 (1000 mL：2.72 g：1 mL)；移動相B：乙腈

時間（分）	A（%）	B（%）
0	95	5
20	95	5
25	80	20
45	70	30
55	25	75
60	20	80

(5) 注入量：10 μL

(6) 分析時間：60 min

6. 方法確效

(1) 專一性：

配置任一樣品及其標準品溶液，以上述分析條件分析檢品及標準品，並使用光電二極體陣列 (Photo diode array, PDA) 進行 UV 全波長掃描，後將樣品與標準品之 UV 圖譜進行比對。

(2) 精密度：

配置各三種不同濃度標準品溶液，分別於同日間及異日間，以循環方式分析三次，並分別計算同濃度標準品溶液所得波鋒面積之平均值、標準偏差及變異係數。

(3) 準確度：

取任一市售檢品溶液，分別添加三種已知不同濃度

（或量）之標準品溶液，以未添加標準品溶液之市售檢品溶液作背景值，經由檢量線推算，分析求得添加標準品溶液之百分率。

(4) 線性範圍：

配置五個不同濃度之標準品溶液，分析並統計五個不同濃度之標準品溶液所得之面積積分值，計算建立線性關係，得出一線性方程式及相關係數。

(5) 耐變性：

使用不同長度之管柱 (RP-18e) 及不同填充方式之管柱 ($5C_{18}$–AR-II) ，以相同分離條件分析標準品溶液、標準湯劑溶液及市售檢品溶液，比對其圖譜和滯留時間之差異。

(二) 結果

本計畫欲建立葛根湯中藥濃縮製劑之指紋圖譜，選用葛根素 (Puerarin)、大豆苷 (Daidzin)、大豆苷元 (Daidzein)、麻黃鹼 (Ephedrine)、擬麻黃鹼 (Pseudoephedrine)、肉桂酸 (Cinnamic acid)、芍藥苷 (Paeoniflorin)、甘草素 (Glycyrrhizin)、6-薑辣素 (6-Gingerol) 等九種標準品作為指紋圖譜參考比對項目，如下表。

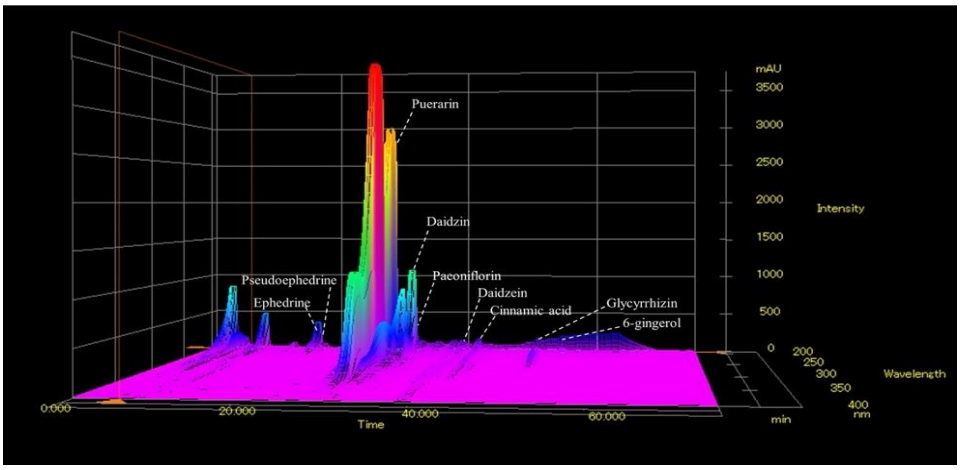
表十九、葛根湯指紋圖譜參考比對之九種標準品

藥材	標準品
葛根	葛根素 (Puerarin)
	大豆苷 (Daidzin)
	大豆苷元 (Daidzein)
麻黃	麻黃鹼 (Ephedrine)
	擬麻黃鹼 (Pseudoephedrine)
桂枝	肉桂酸 (Cinnamic acid)
白芍	芍藥苷 (Paeoniflorin)
炙甘草	甘草素 (Glycyrrhizin)
生薑	6-薑辣素 (6-Gingerol)

1. 葛根湯指紋圖譜（使用 $5C_{18}$ –MS-II 管柱）：

(1) 標準湯劑圖譜之 3D 圖譜：

標準湯劑 3D 圖譜麻黃鹼、擬麻黃鹼及 6-薑辣素在波長 210 nm 時有較明顯的波鋒，其對應之滯留時間分別為 15.677 分、16.693 分及 54.830 分；葛根素、大豆苷、大豆苷元、芍藥苷及甘草素是在波長 245 nm 時有較明顯的波鋒，其滯留時間依序為 28.242 分、29.510 分、41.715 分、29.816 分及 51.099 分；而肉桂酸則在波長 275 nm 時有較明顯的波鋒，其滯留時間為 43.001 分。



圖二十五、葛根湯標準湯劑之HPLC 3D圖譜

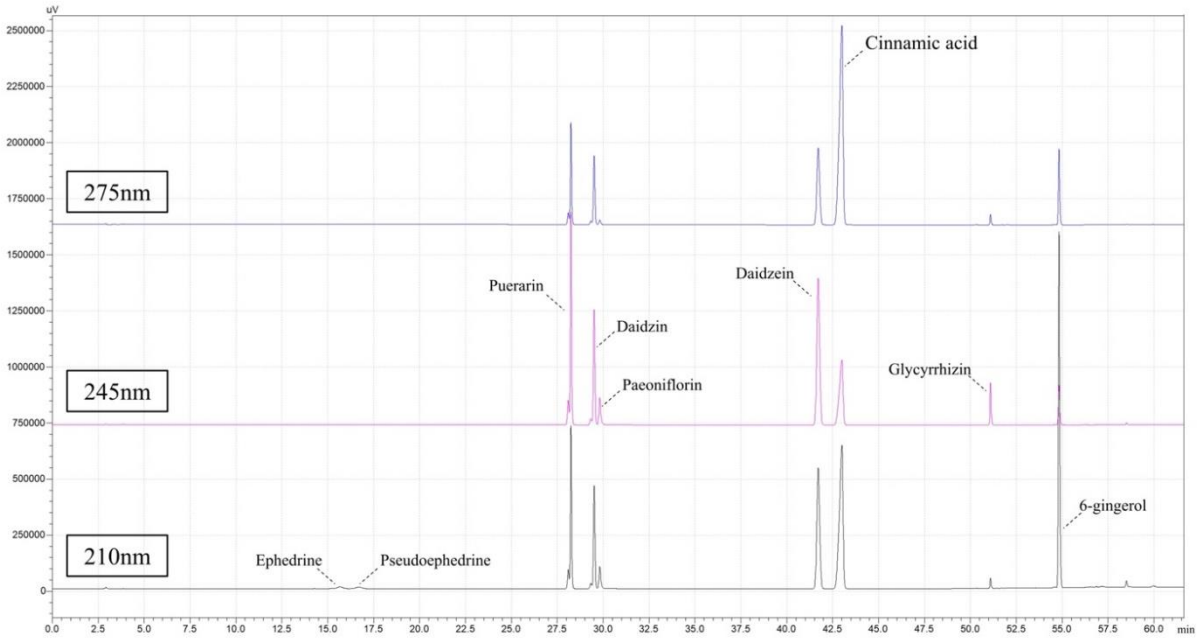
(2) 標準品各檢測波長之比較圖譜

使用 $5C_{18}$ –MS-II 管柱開發並同時分析葛根湯之結果可見，各標準品使用檢測波長如**錯誤! 找不到參照來源。**，分別以三種不同之波長對應檢測九種標準品之圖譜如**錯誤! 找不到參照來源。**，麻黃鹼、擬麻黃鹼及 6-薑辣素在波長 210 nm 時有較明顯的波鋒，其對應之滯留時間分別為 16.176 分、17.490 分及 54.836 分；葛根素、大豆苷、大豆

苷元、芍藥苷及甘草素是在波長 245 nm 時有較明顯的波峰，其滯留時間依序為 28.241 分、29.509 分、41.711 分、29.839 分及 50.966 分；而肉桂酸則在波長 275 nm 時有較明顯的波峰，其滯留時間為 42.860 分。

表二十、葛根湯指紋圖譜之各標準品檢測波長

檢測波長	標準品
210 nm	麻黃鹼 (Ephedrine)
	擬麻黃鹼 (Pseudoephedrine)
	6-薑辣素 (6-Gingerol)
245 nm	葛根素 (Puerarin)
	大豆苷 (Daidzin)
	大豆苷元 (Daidzein)
	芍藥苷 (Paeoniflorin)
	甘草素 (Glycyrrhizin)
275 nm	肉桂酸 (Cinnamic acid)

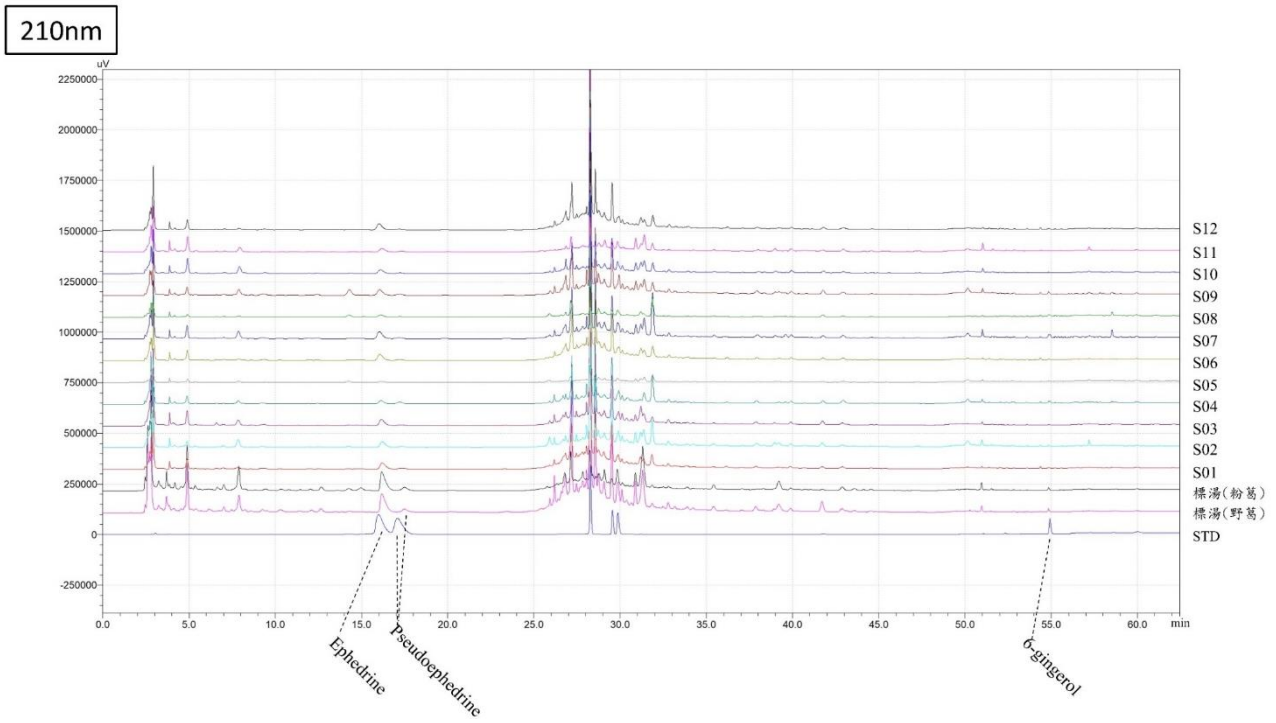


圖二十六、葛根湯對照標準品之HPLC層析圖譜

(3) 標準品、標準湯劑及市售品之圖譜比較（含空白標準湯劑）

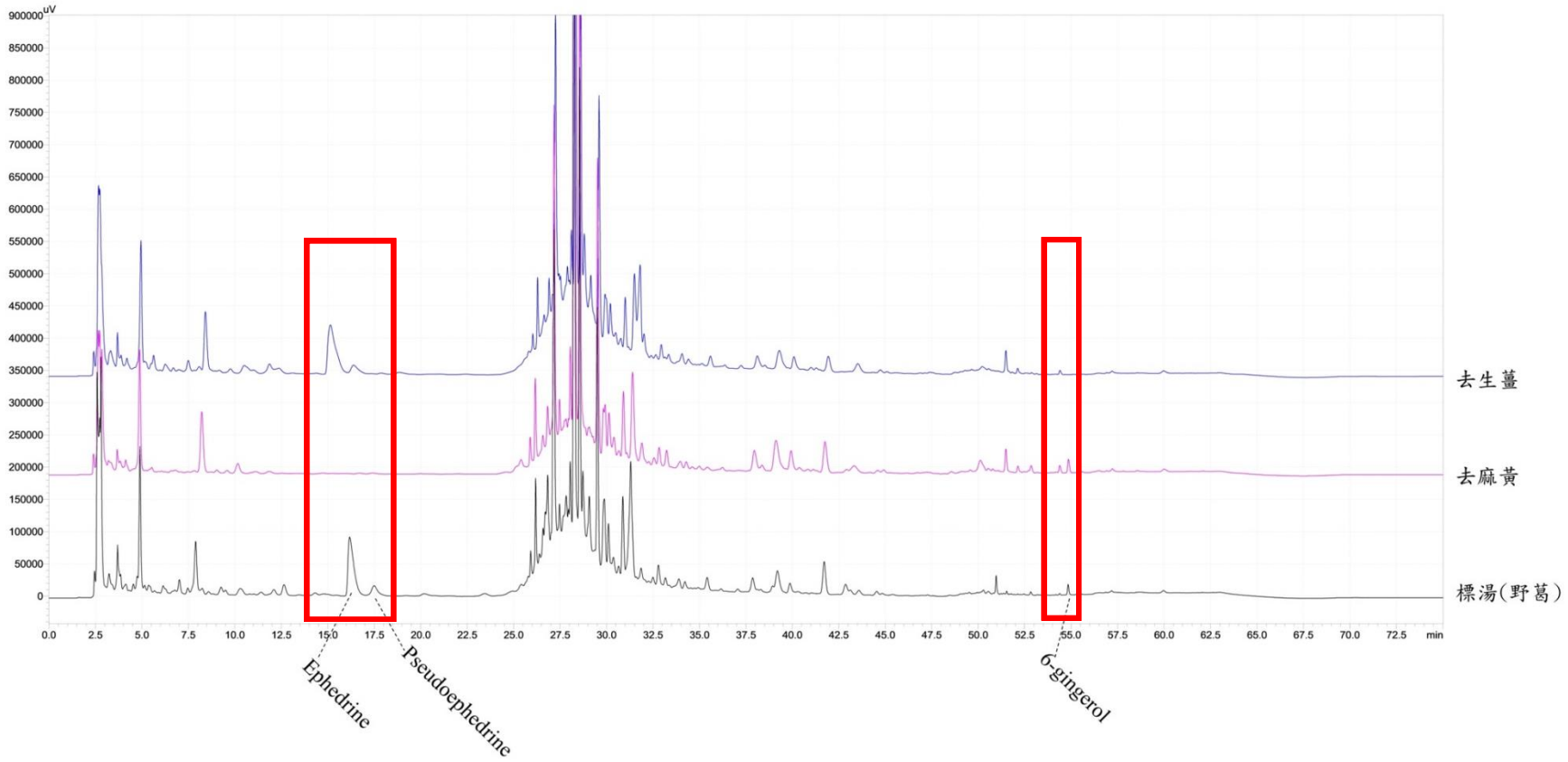
(1) 檢測波長 210 nm

麻黃鹼、擬麻黃鹼及 6-薑辣素使用波長 210 nm 觀察，如**錯誤! 找不到參照來源。**所示，麻黃鹼及擬麻黃鹼在標準品溶液、標準湯劑溶液及市售檢品溶液中皆有明顯的波峰且滯留時間相似；6-薑辣素則是標準品溶液有明顯波峰，但標準湯劑溶液及市售檢品溶液中較難檢測到。



圖二十七、葛根湯之HPLC層析圖譜 (UV 210 nm)

空白標準湯劑溶液之圖譜如**錯誤! 找不到參照來源。**顯示，去麻黃之空白標準湯劑溶液比對標準湯劑溶液中，麻黃鹼及擬麻黃鹼處沒有吸收波鋒；去生薑之空白標準標準湯劑溶液亦可發現相同結果，表示此分離條件下麻黃鹼、擬麻黃鹼及 6-薑辣素之波峰未受到方劑中其他成分干擾，均有良好分離效果。

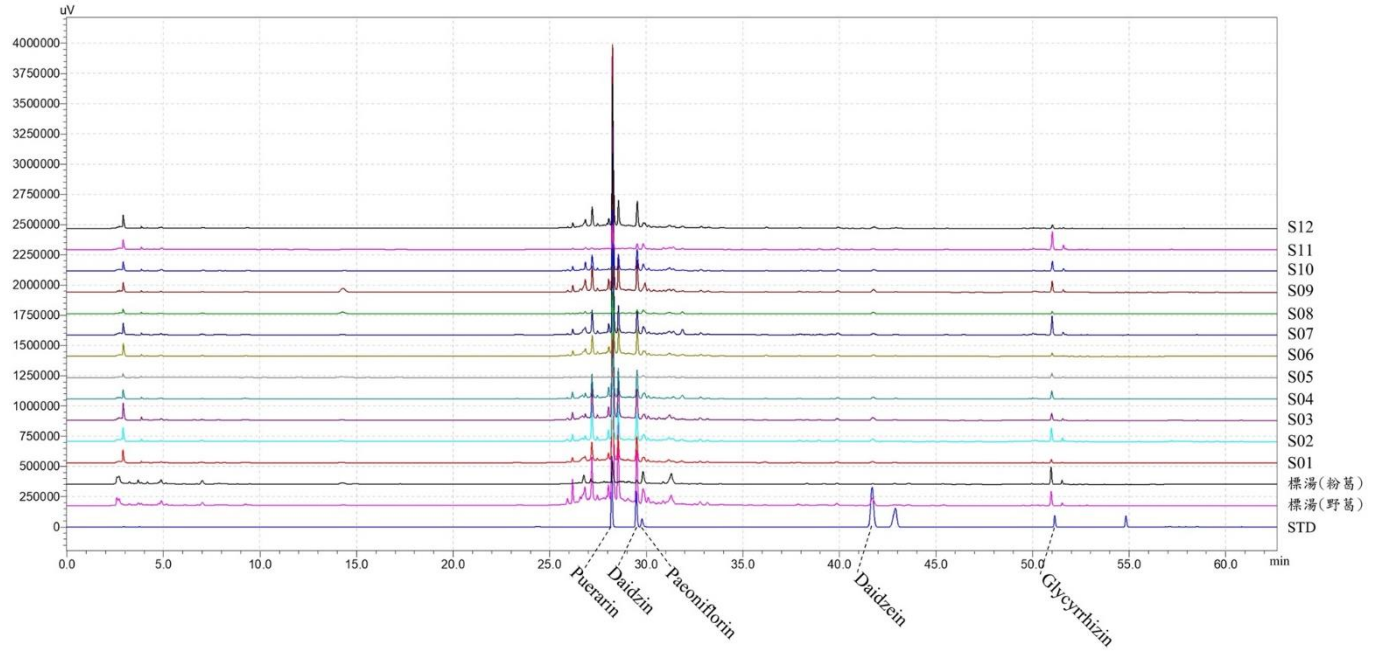


圖二十八、麻黃及生薑空白標準湯劑溶液之 HPLC 層析圖譜

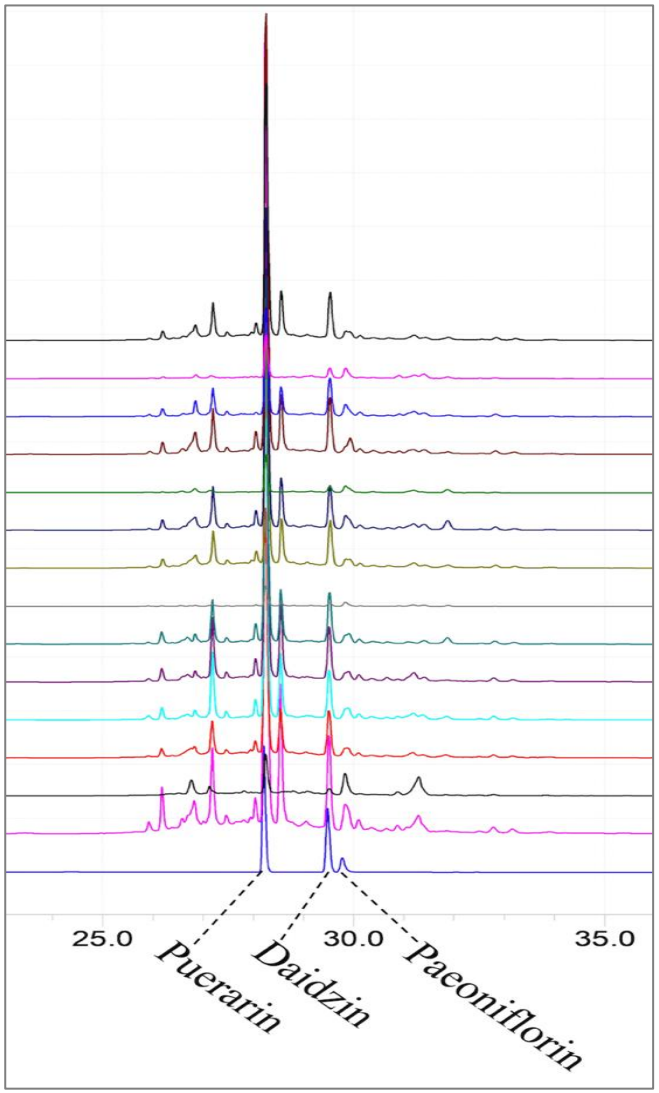
(2) 檢測波長 245 nm ：

葛根素、大豆苷、芍藥苷、大豆苷元及甘草素使用波長 245 nm 觀察，如**錯誤! 找不到參照來源。**所示，葛根素、大豆苷、芍藥苷、大豆苷元及甘草素在標準品溶液、標準湯劑溶液及

市售檢品溶液中皆有明顯的波峰且滯留時間相似。比較使用野葛及粉葛煎煮之標準湯劑溶液，結果顯示添加野葛之標準湯劑溶液所含葛根素、大豆苷及大豆苷皆較以粉葛煎煮者多，且葛根素之積分值差異達 15 倍。（滯留時間 25 分鐘至 33 分鐘之放大圖如所示）

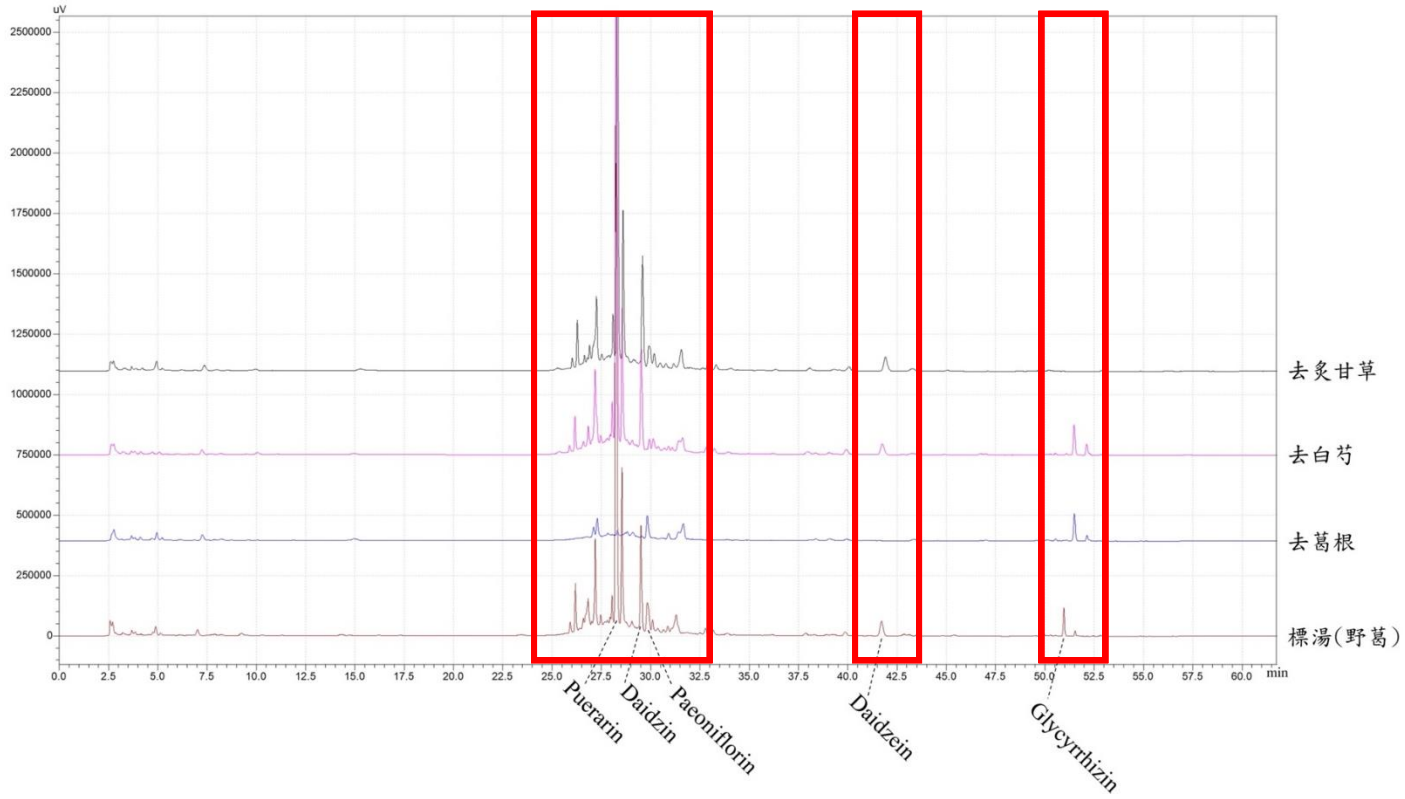


圖二十九、葛根湯之 HPLC 層析圖譜 (UV 245 nm)



圖三十、滯留時間25分鐘至33分鐘放大圖

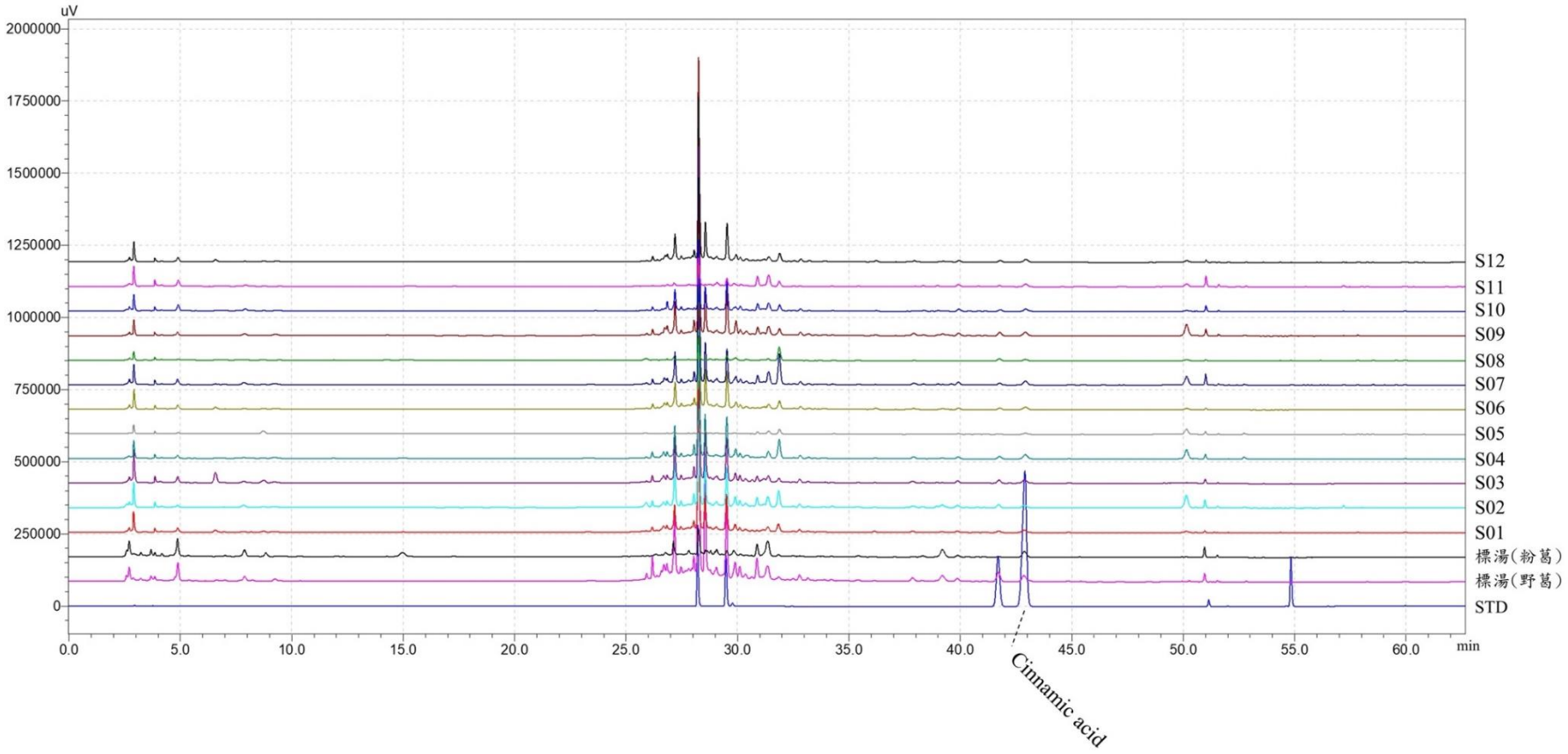
空白標準湯劑溶液之圖譜如**錯誤! 找不到參照來源。**顯示，去葛根之空白標準湯劑溶液比對標準湯劑溶液中，葛根素、大豆苷及大豆苷元處沒有吸收波鋒；去白芍及去炙甘草之空白標準湯劑溶液亦可發現相同結果，表示此分離條件下葛根素、大豆苷、大豆苷元、芍藥苷及甘草素之波峰未受到方劑中其他成分干擾，均有良好分離效果。



圖三十一、葛根、芍藥及炙甘草空白標準湯劑溶液之HPLC層析圖譜

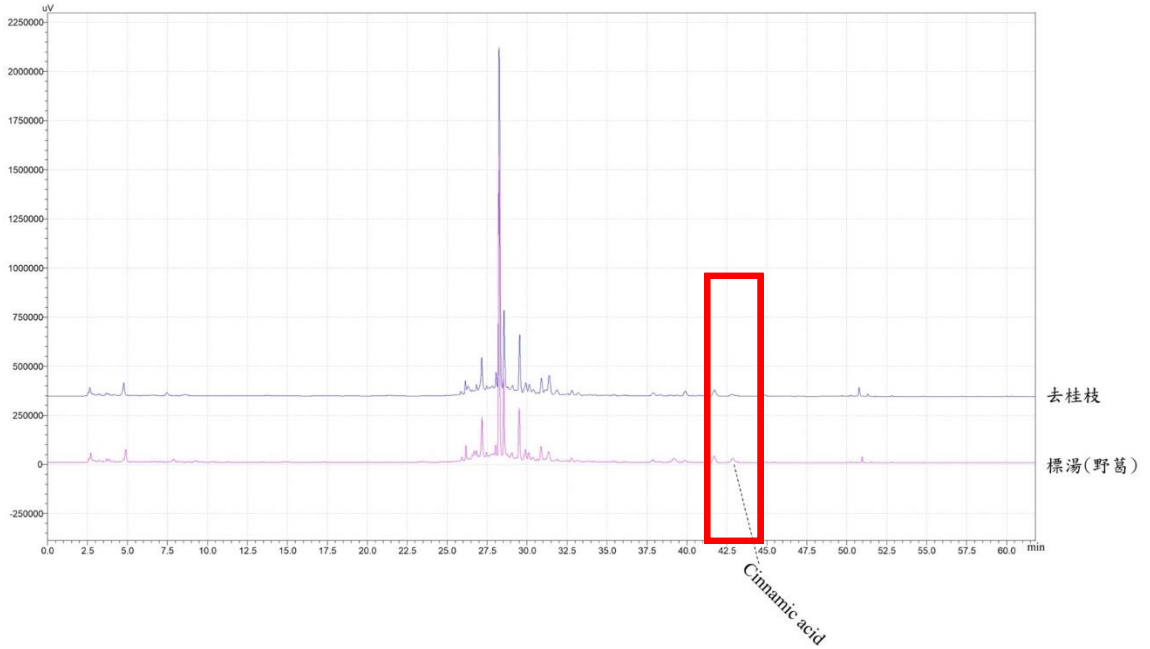
(3) 檢測波長 275 nm：

肉桂酸使用波長 275 nm 觀察，如**錯誤! 找不到參照來源。**所示，肉桂酸在標準品溶液、標準湯劑溶液及市售檢品溶液中皆有明顯的波峰且滯留時間相似。



圖三十二、葛根湯之 HPLC 層析圖譜 (UV 275 nm)

空白標準湯劑溶液之圖譜如**錯誤! 找不到參照來源。**顯示，去桂枝之空白標準湯劑溶液比對標準湯劑溶液中，肉桂酸處有微小吸收波鋒且 UV 圖相似，表示此分離條件下肉桂酸之波峰受到方劑中其他藥材之干擾，經由實驗可發現麻黃藥材可檢測到少量的肉桂酸（詳見附件十三之附錄），其原因可能為麻黃萃取物中肉桂酸是已知的化合物之一[19]，加上其為麻黃的初級代謝產物[20]，且在麻黃生物鹼的生合成路徑中，會先經由苯丙胺酸 (L-Phenylalanine) 轉化成肉桂酸，最後再生成麻黃鹼及擬麻黃鹼等生物鹼[21]。



圖三十三、桂枝空白標準湯劑溶液之HPLC層析圖譜

上述結果顯示，以此分析方法分離並使用三種波長檢測葛根湯中，葛根素、大豆苷、大豆苷元、麻黃鹼、擬麻黃鹼、肉桂酸、芍藥苷、甘草素及 6-薑辣素之九種指標成分，其對應之滯留時間皆相似、有明顯之吸收波鋒，且空白標準湯劑溶液圖譜除桂枝之外，均顯示未受到干擾，表示分離效果良好，故雖麻黃中含有一定的肉桂酸[19-21]，導致桂枝空白湯劑中仍有肉桂酸，但因目前桂枝之指標成分仍以肉桂酸為主，故本計畫建議選用葛根素、大豆苷、大豆苷元、麻黃鹼、擬麻黃鹼、肉桂酸、芍藥苷、甘草素及 6-薑辣素此九種標準品作為葛根湯指紋圖譜之指標成分。此外，6-薑辣素在加熱後易轉成 6-薑烯酚[22]，故可能導致在標準湯劑溶液及市售檢品溶液中較難檢測到。

(4) 方法確效：

表二十一、葛根湯指紋圖譜各標準品之確效結果

標準品	精密度			準確度	線性及範圍	
	濃度 (μg/μL)	Mean ± SD	RSD (%)	回收率(%)	濃度 (μg/μL)	方程式
葛根素	0.08	0.0805±0.0017	2.09	95.81 ~ 104.48	0.06 ~ 0.14	Y = 79780000X – 15796，R^2 = 0.9999
	0.10	0.1006±0.0020	2.03			
	0.12	0.1208±0.0024	1.98			
大豆苷	0.02	0.0199±0.0001	0.50	106.7 ~ 109.0	0.01 ~ 0.05	Y=414753996.6667X – 336158.7，R^2 = 0.9993
	0.03	0.0294±0.0010	0.34			
	0.04	0.0407±0.0004	0.98			
大豆苷元	0.0016	0.001593 ±0.000008	0.49	100.0 ~ 108.1	0.0012 ~ 0.0028	Y = 76000000X – 803.7，R^2 = 0.9999
	0.0020	0.001992 ±0.000009	0.43			
	0.0024	0.002392 ±0.000013	0.54			
麻黃鹼	0.16	0.1563±0.0013	0.81	90.2 ~ 94.9	0.12 ~ 0.28	Y = 34806925X – 1126813.9，R^2 = 0.9982
	0.20	0.1950±0.0027	1.36			
	0.24	0.2387±0.0045	1.89			
擬麻黃鹼	0.16	0.1210±0.0018	1.45	91.4 ~ 98.1	0.08 ~ 0.24	Y = 25925386.25X + 33554，R^2 = 0.9995
	0.20	0.1612±0.0018	1.11			
	0.24	0.2032±0.0011	0.54			
肉桂酸	0.04	0.0400±0.0003	0.75	91.3 ~ 94.7	0.03 ~ 0.07	Y = 113515110X – 91697.2333，R^2 = 1.0000
	0.05	0.0500±0.0005	1.00			
	0.06	0.0597±0.0006	1.01			
芍藥苷	0.8	0.7511±0.0039	0.52	97.8 ~ 110.0	0.6 ~ 1.4	Y = 5226000X – 99789，R^2 = 0.9996
	1.0	0.9702±0.0032	0.33			
	1.2	1.1530±0.0083	0.72			
甘草素	0.016	0.01593±0.00004	0.22	90.6 ~ 108.5	0.012 ~ 0.028	Y = 6510000X – 149，R^2 = 1.0000
	0.020	0.01992±0.00009	0.44			
	0.024	0.02392±0.00019	0.79			
6-薑辣素	0.016	0.01590±0.0001	0.63	102.9 ~ 108.2	0.012 ~ 0.028	Y = 43014537.5X – 23965.75，R^2 = 1.0000
	0.020	0.01988±0.0001	0.50			
	0.024	0.02386±0.0001	0.50			

錯誤! 找不到參照來源。為精密度、準確度及線性範圍之確效試驗及結果。各標準品在低、中、高三種濃度之同日間及異日間檢測結果，樣品重複性相對標準偏差 (RSD) 值均小於 5%，顯示本分析方法具有良好之精密度與再現性；而各標準品準確度檢測之回收率介於 90.2～110.0% 之間，顯示本分析方法具有良好的準確度。在線性範圍中，各標準品之檢量線 R^2 介於 0.9982～1.0000 間，表示均有良好線性關係。

2. 比較不同管柱之差異（使用 $5C_{18}$ –AR-II 及 RP-18e 管柱）：

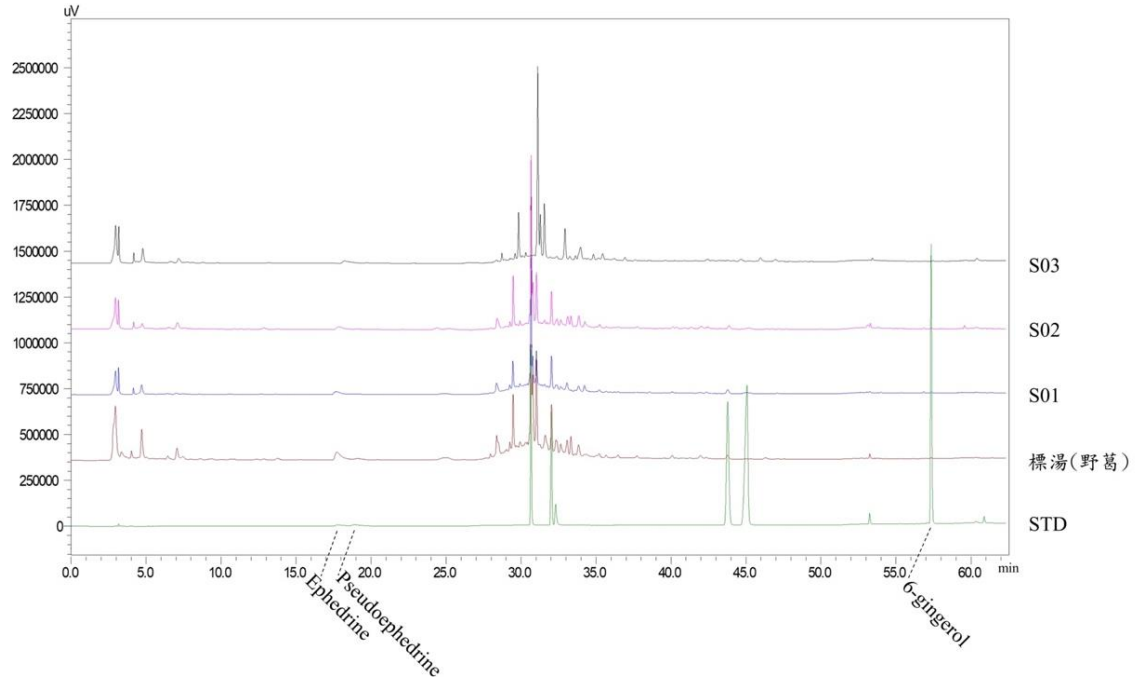
使用同為 C_{18} 之層析管柱分析葛根湯之標準品溶液、標準湯劑溶液及市售檢品溶液，比較不同管柱長短及鍵結方式所致之圖譜差異。

(1) 使用 $5C_{18}$ –AR-II 管柱：

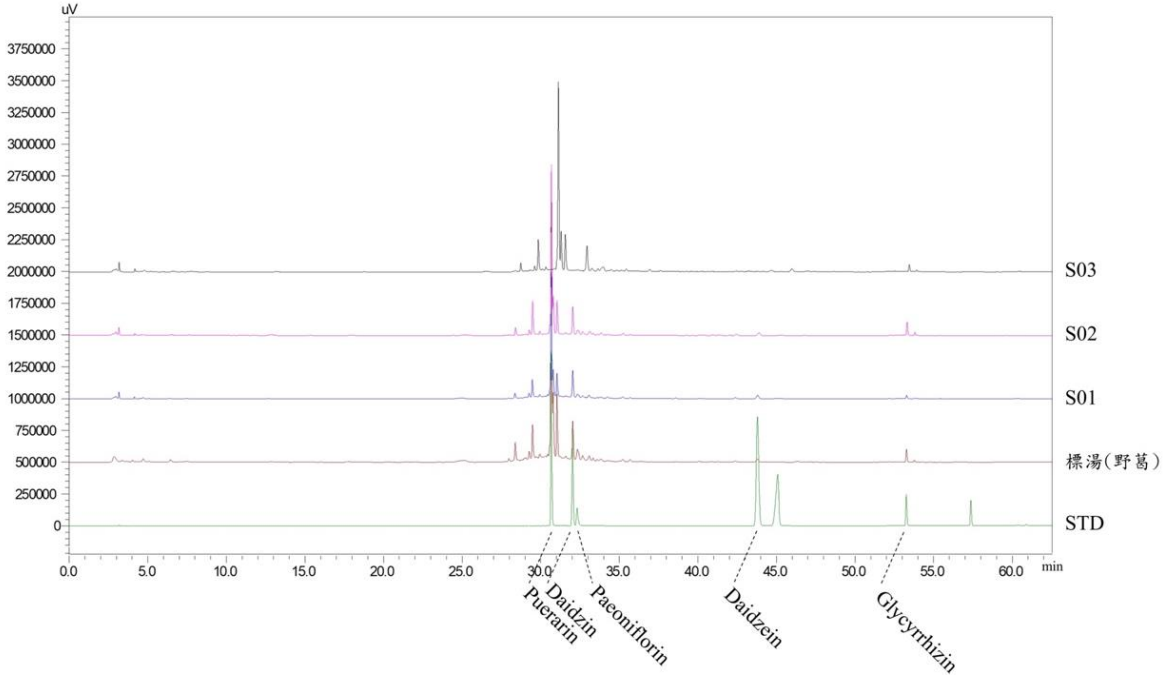
在標準湯劑溶液所檢測之麻黃鹼、擬麻黃鹼及 6-薑辣素在波長 210 nm 時有較明顯的波鋒，其對應之滯留時間分別為 17.719 分、19.075 分及 57.348 分（**錯誤! 找不到參照來源。**）；葛根素、大豆苷、大豆苷元、芍藥苷及甘草素是在波長 245 nm 時有較明顯的波鋒，其滯留時間依序為 30.651 分、32.021 分、43.768 分、32.317 分及 53.243 分（**錯誤! 找不到參照來源。**）；而肉桂酸則在波長 275 nm 時有較明顯的

波鋒，其滯留時間為 44.987 分（**錯誤! 找不到參照來源。**）

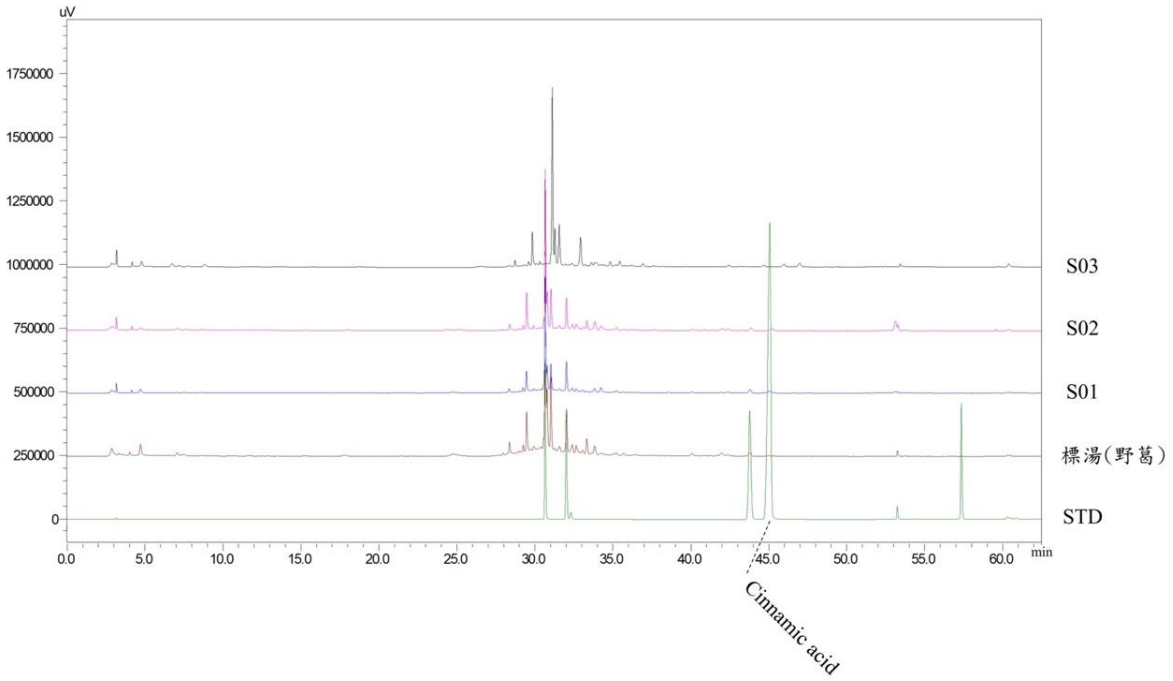
。



圖三十四、葛根湯HPLC層析圖譜 (UV 210 nm)（5C18 －AR-II管柱）



圖三十五、葛根湯HPLC層析圖譜 (UV 245 nm)（5C18 －AR-II管柱）

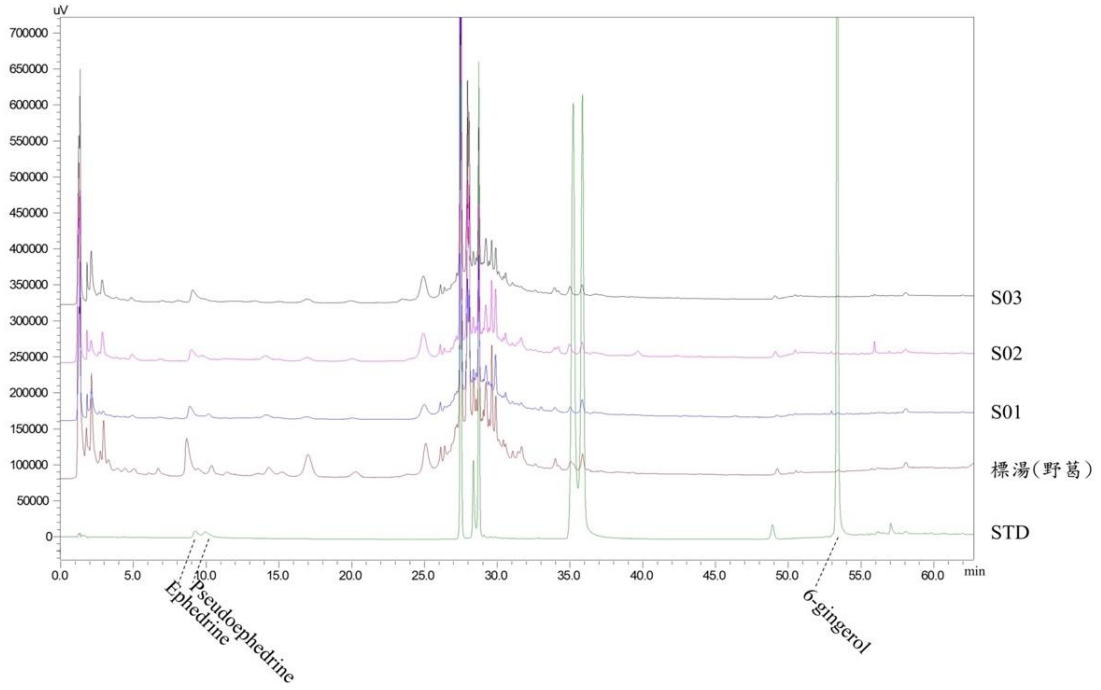


圖三十六、葛根湯HPLC層析圖譜 (UV 275 nm)（5C18 －AR-II管柱）

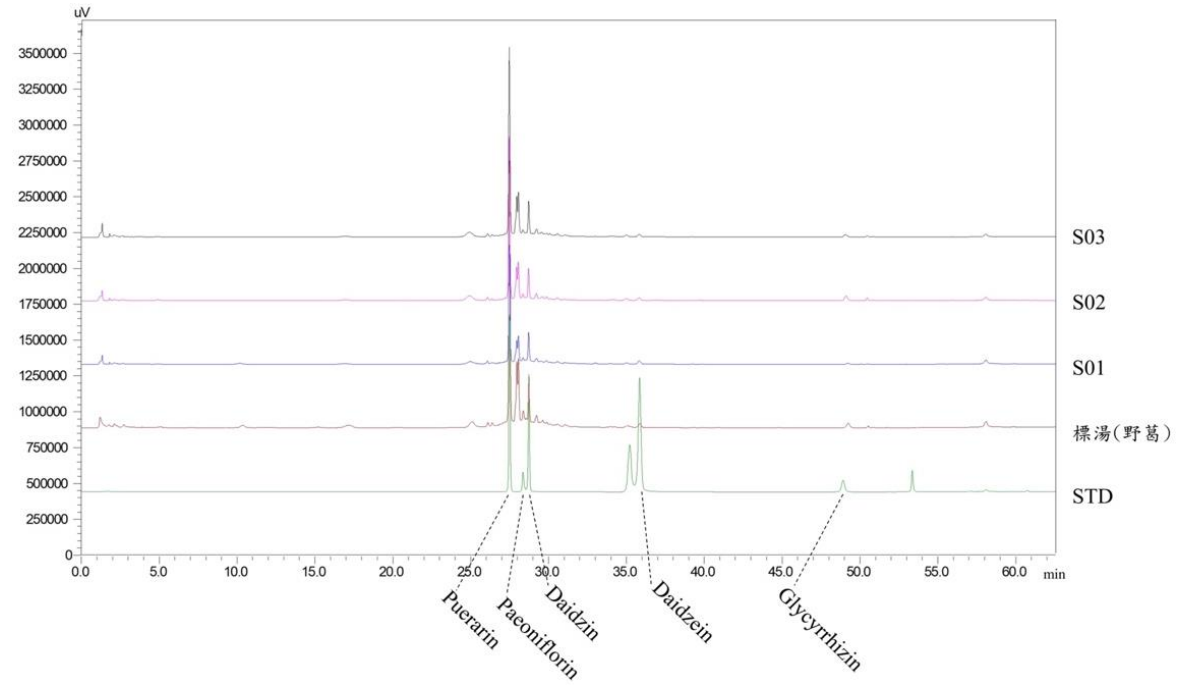
(2) 使用 RP-18e 管柱：

標準湯劑溶液所檢測之麻黃鹼、擬麻黃鹼及 6-薑辣素在波長 210 nm 時有較明顯的波鋒，其對應之滯留時間分別為 8.652 分、9.430 分及 53.394 分（**錯誤! 找不到參照來源。**）；葛根素、大豆苷、大豆苷元、芍藥苷及甘草素是在波長 245 nm 時有較明顯的波鋒，其滯留時間依序為 27.486 分、28.725 分、35.853 分、28.372 分及 49.230 分（**錯誤! 找不到參照來源。**）；而肉桂酸則在波長 275 nm 時有較明顯的波鋒，其滯留時間為 33.979 分（**錯**

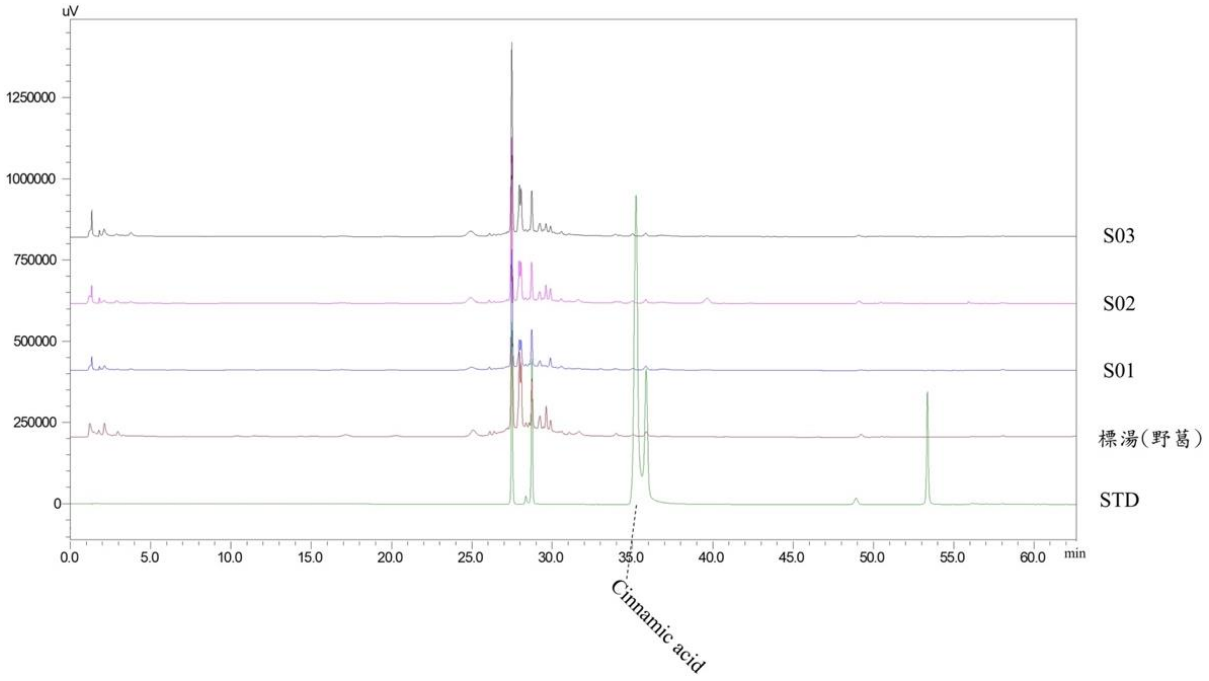
誤! 找不到參照來源。）。



圖三十七、葛根湯HPLC層析圖譜 (UV 210 nm)（RP-18e）



圖三十八、葛根湯HPLC層析圖譜 (UV 245 nm)（RP-18e）



圖三十九、葛根湯HPLC層析圖譜 (UV 275 nm)（RP-18e）

以上結果表明，使用同為 C_{18} 不同長短之管柱或不同填充方式之

管柱檢測分析，其對應檢測波長之圖譜皆呈現相似，表示此分析方法耐變性良好；所選用之指標成分具有鑑別性。但使用不同管柱檢測仍存在差異性，可能導致檢測指標成分之滯留時間有所變化（表二十二），像是使用同為 25 公分之 $5C_{18}$ –AR-II 管柱分析時，可發現每個指標成分之滯留時間和原本 $5C_{18}$ –MS-II 管柱差異約 1～2 分鐘，而使用 12.5 公分之 RP-18e 管柱分析時，圖譜中大豆苷及芍藥苷、大豆苷元及肉桂酸之波峰位置前後交換，原因可能為 RP-18e 管柱和其餘兩個 RP18 管柱性質有些微差異，導致分析時相鄰的兩支波峰交換和滯留時間產生改變。

表二十二、不同管柱檢測各指標成分之滯留時間

滯留時間 / 管柱名稱 / 標準品名稱	MS-II	AR-II	RP-18
麻黃鹼	15.677	17.719	8.652
擬麻黃鹼	16.693	19.075	9.430
葛根素	28.242	30.651	27.486
大豆苷	29.510	32.021	28.725
芍藥苷	29.816	32.317	28.372
大豆苷元	41.715	43.768	35.853
肉桂酸	43.001	44.987	33.979
甘草素	51.099	53.243	49.230
6-薑辣素	54.830	57.348	53.394

十二、收集與比較分析臺灣及國際間藥典規範，如：日本藥局方、韓國藥典及中國大陸藥典等，最新中藥製劑相關收載內容與文獻探討，以為編修參考。（附件十五）

表二十三、川芎及麻黃於各國藥典收載統計表

品項	各國藥典
川芎	臺灣中藥典第四版[14]、中國藥典 2020[15]、日本藥局方 18th[16]、韓國藥典 12th [18]
麻黃	臺灣中藥典第四版[14]、中國藥典 2020[15]、日本藥局方 18th[16]、韓國藥典 12th [18]、歐洲藥典 10.0[17]

(一) 針對川芎濃縮製劑，提出比較臺灣現行法規公告（臺灣中藥典）[14]、中國藥典 2020 年版[15]、日本藥局方 18th[16]及韓國藥典 12th[18]之基原、一般檢驗、薄層層析成分鑑別及含量測定。

(二) 針對麻黃濃縮製劑，提出比較臺灣現行法規公告（臺灣中藥典）[14]、中國藥典 2020 年版[15]、日本藥局方 18th[16]、韓國藥典 12th[18]及歐洲藥典 10.0[17]之基原、一般檢驗、薄層層析成分鑑別及含量測定。

表二十三、臺灣及國際間藥典收載川芎和麻黃藥材之比較簡表

	臺灣中藥典 4.0	中國藥典 2020	日本藥典(E) JP18	韓國藥典 KP12	歐盟 EP10.0
川芎藥材	V ≧0.07%	V ≧0.10%	V(不同種且不定量)	V(不同種且不定量)	X
	Ligusticum chuanxiong Hort.		*Cnidium Officinale* Makino		
麻黃藥材	V* E+PE≧0.8%	V* E+PE≧0.8%	V E+PE≧0.7%	V E+PE≧0.7%	V E≧1.0%

＊臺灣中藥典 4.0 和中國藥典 2020 含量測定條件一致，均使用 L11 管柱。含總生物鹼以麻黃鹼鹽酸鹽 (Ephedrine HCl) 及擬麻黃鹼鹽酸鹽 (Pseudoephedrine HCl) 之總和計算，不得少於 0.8%。最常使用草麻黃。JP(L1)，KP&EU(L7)。

註 1、川芎藥材含量測定為含阿魏酸 (Ferulic acid)。

註 2、各國藥典均未收載相關藥材濃縮製劑。

註 3、參考中國國家藥典委川芎配方顆粒及麻黃配方顆粒*公示資料。

十三、協助回應中藥典關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見，以及評估及提供中藥濃縮製劑提案之建議，並參加中藥典相關編修會議並提供中藥濃縮製劑相關專業意見。

列表如下（詳如附件十六）：

時間	內容
111.01.19	透過中藥典專業諮詢服務窗口提出關於葛根湯濃縮製劑,含量測定項，移動相磷酸配置。(已回覆)
111.04.08	中藥基原小組開會
111.04.20	臺灣中藥典第四版英文版編輯工作專家小組會議
111.05.18	製藥公會提出評估製劑已收載 HPLC 檢驗品項者，能刪除同項之 TLC 鑑別..。(已回覆)
111.06.07	在第二次專家會議提案四,建議有關臺灣中藥典收載中藥濃縮製劑之薄層層析鑑別中樣品取樣方法敘述。(已決議)
111.06.27	111 年度「研析中藥材飲片規格及管理制度計畫」第一次產、官、學研商會議。(中醫師公會全國聯合會)
111.08.23	中藥工作坊
111.08.23	臺灣中藥典第五版編修策略探討－檢規組
111.08.25	臺灣中藥典第五版編修策略探討－基原組
111.08.29	臺灣中藥典第五版編修策略探討－製劑組
111.08.29	111 年度「研析中藥材飲片規格及管理制度計畫」第二次產、官、學研商會議。(中醫師公會全國聯合會)
111.09.30	111 年度「研析中藥材飲片規格及管理制度計畫」第三次產、官、學研商會議。(中醫師公會全國聯合會)
111.10.31	2022 臺灣全球健康福祉論壇
111.11.04	歐洲藥典中草藥專論編輯經驗分享
111.11.14	臺灣中藥典第五版編修策略探討－共識營

肆、討論

一、丹參（附件六）、苦杏仁（附件七）、濟生腎氣丸（附件八）、逍遙散（附件十）、四物湯（附件九）、川芎（附件十一）及麻黃（附件十二）等七個中藥濃縮製劑，歷經四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論，已經整理成中藥典個論擬稿。

二、本計畫涵蓋川芎及麻黃中藥濃縮製劑之相關數據調查與檢驗分析總結，包含廠商調查、各國藥典參考比較、分析方法開發驗證、三家 TAF 實驗室分析結果、編修中藥典個論擬稿。另有葛根湯指紋圖譜分析方法開發、協助相關藥典與濃縮製劑意見回覆，以及藥典品項修正對照表（附件五），均已在今年四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議呈現，經過諸多探討，審慎評估，彙整與會學者專家意見，做出最後結論（附件一至附件四）。

三、依 111 年 08 月 17 日第三次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議決議，將川芎中藥濃縮製劑及麻黃中藥濃縮製劑之相關效能彙整表，建請中醫臨床小組研議。

四、針對三個實驗室進行市售品含量分析結果比對，川芎和麻黃中藥濃縮製劑品保樣品偏差皆小於 4%，數據具可信度。分析方法確效結果顯示，川芎和麻黃中藥濃縮製劑分析方法確效，透過 PDA-UV 比對，顯示有良好專一性；精密度之相對標準偏差係數均小於 5%；川芎指標成分阿魏酸之準確度回收率介於 104.0～109.0%，麻黃指標成分麻黃鹼鹽酸鹽及擬麻黃鹼鹽酸鹽之準確度回收率介於 91.82~ 103.64%；線性範圍中，三種指標成分之檢量線 R^2 介於 0.9987～1.0000 間，表示均有良好線性與範圍。

五、經四次臺灣中藥典中藥製劑小組專家會議討論並決議，重新討論臺灣中藥典收載中藥濃縮製劑之薄層層析鑑別的樣品取樣方法敘述，本計

畫以濟生腎氣丸中藥濃縮製劑為例，懷牛膝薄層層析鑑別方法之本品取樣量修改為「取本品粉末適量(相當於含懷牛膝藥材 1.5 g)加入乙醇（乙醇用量以粉末五倍量為原則），超音波振盪 30 分鐘，過濾，濾液濃縮並定容至 10 mL，作為檢品溶液」，未來濃縮製劑之薄層層析鑑別中樣品取樣方法敘述，可參照此敘述方式，但仍須依實際實驗結果而定。

六、 本計畫建立葛根湯濃縮製劑之指紋圖譜 HPLC 分析方法，以含量較高及明顯之波峰為特徵峰，選用葛根素 (Puerarin)、大豆苷 (Daidzin)、大豆苷元 (Daidzein)、麻黃鹼 (Ephedrine)、擬麻黃鹼 (Pseudoephedrine)、肉桂酸 (Cinnamic acid)、芍藥苷 (Paeoniflorin)、甘草素 (Glycyrrhizin)、6-薑辣素 (6-Gingerol) 共九種指標成分作為指紋圖譜參考比對項目，其中葛根素 (Puerarin) 含量最高、波鋒明顯，且分離效果好、穩定、具代表性，故可選用其作為其他特徵峰之參考峰 (Reference peak)，以利圖譜辨別。

七、 葛根湯指紋圖譜 HPLC 分析方法中，九支標準品皆透過專一性、精密度、準確度、線性迴歸及耐變性之確效試驗進行驗證，分析方法確效結果顯示，各標準品透過 PDA-UV 比對，顯示有良好專一性；在低、中、高三種濃度之同日間及異日間檢測結果，樣品重複性相對標準偏差值均小於 5%，顯示本分析方法具有良好之精密度與再現性；而各標準品準確度檢測之回收率介於 90.2 ~ 110.0% 之間，顯示本分析方法具有良好的準確度；在線性範圍中，各標準品之檢量線 R^2 介於 0.9982 ~ 1.0000 間，表示均有良好線性關係（附件十四）。

八、 本年度計畫共參加超過 12 場中藥典相關編修會議並提供中藥濃縮製劑相關專業意見，同時協助回應中藥典關疑義及提供藥典有關中藥濃縮製劑問題之諮詢問題與意見至少兩件，並評估及提供中藥濃縮製

劑提案之建議一件。對整體計畫進行和配合都很順暢，相信對未來藥典編修有一定的幫助。

伍、結論與建議

一、為中醫藥政策永續發展，未來臺灣中藥典持續增加中藥濃縮製劑品項有其必要性，相關計畫應持續執行，讓中藥典更加完備，有利於臺灣中藥整體品質提升。

二、多個夥伴計畫並行，可以得知彼此進度及互相了解工作內容，方便提供意見溝通，有助於整個中藥藥政與中藥典編修團隊的水準提升，連結產官學的投入，加大計畫深度和廣度，讓計畫施行可以聚焦。

三、本計畫開發葛根湯濃縮製劑之指紋圖譜分析方法，可作為其他複方濃縮製劑指紋圖譜的參考依據，如小青龍湯等。濃縮製劑之指紋圖譜具有定性與定量的特質，除了可以涵蓋傳統薄層層析鑑別檢驗，亦能提供更多的檢驗資訊，指紋圖譜能較完整地呈現其整體化學特徵，作為濃縮製劑的品質鑑定及多成分分析的參考依據，提供濃縮製劑品質管理新的面向，並且更全面地掌握濃縮製劑之品質。同時，不會增加分析的工作量及檢驗的負擔與成本，建議可提供予中藥廠參考及納入未來中藥製劑檢驗方法新技術發展之可行性參考。

致謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW111-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. 衛生福利部 111 年度「精進中藥濃縮製劑品質規範」需求說明書。
2. 衛生福利部：中藥濃縮製劑之指標成分定量法、規格及其他應遵循事項。臺北，臺灣，2020。
3. 蔡仁傑，106 年衛生福利部委託計畫 MOHW106-CMAP-M-114-000417，常用中藥濃縮製劑之品質研究計畫成果報告，2017。
4. 何玉玲，107 年衛生福利部委託計畫 M07G1447，探討中藥濃縮複方製劑指標成分含量標準計畫計畫成果報告，2018。
5. 彭文煌，107 年衛生福利部委託計畫 MOHW107-CMAP-M-114-000405，中藥濃縮製劑品質規格科學研究計畫成果報告，2018。
6. 何玉玲，109 年衛生福利部委託計畫 M09G1284，中藥濃縮複方製劑指標成分管理計畫計畫成果報告，2020。
7. 吳育澤，109 年衛生福利部委託計畫 MOHW109-CMAP-M-114-000406，建立中藥濃縮製劑藥典品質規範計畫成果報告，2020。
8. 余建志，110 年衛生福利部委託計畫 MOHW110-CMAP-M-114-000403，建立中藥濃縮製劑國際品質規範計畫成果報告，2021。
9. 行政院衛生署藥物食品檢驗局:中藥檢驗方法專輯(一~三)，製劑薄層層析法，台北，民國 80 年 9 月。
10. 中國國家藥典委員會網站，关于中药配方颗粒品种试点统一标准的公示-029 川芎配方顆粒.pdf，https://www.chp.org.cn/gjydw/zy/4624.jhtml，2022/01/04
11. 中國國家藥典委員會網站，关于麻黄（草麻黄）配方颗粒国家药品标准草案的公示 - 麻黄配方顆粒.pdf，https://www.chp.org.cn/gjyjw/zy/index.jhtml，2022/01/04
12. 賴宏亮， CCMP93-RD-040，中藥方劑基準方 HPLC 檢測方法之研究，

中醫藥年報 第 25 期 第 4 冊，P.1-88，2007。

13. 肖洪賀、閻艷、樂心逸、柴程芝、余伯陽：葛根湯 HPLC 指紋圖譜及多指標成分定量分析。中國實驗方劑學雜誌 2015；21(15)：47-52。
14. 衛生福利部臺灣中藥典編修委員會:臺灣中藥典第四版，p34-35，p309-310，衛生福利部編印，台北 2021。
15. 國家藥典委員會:中國藥典 2020 年版一部，p42-43,p333-334，中國醫藥科技出版社，北京 2020。
16. The Ministry of Health, Labour and welfare , The Japanese Pharmacopoeia Seventeenth Edition English Version, p1835, p1942, 2016，Tokyo, Japan
17. EDQM Council of Europe, European Pharmacopoeia (Ph. Eur.) 10th Edition, p1425，p1582, 2020，Strasbourg , France
18. 韓國草藥藥典編委會：The Korean Herbal Pharmacopoeia XII，漢城 2020。https://nedrug.mfds.go.kr/pbp/CCEKP14/selectEkpPopupList，2022/01/04
19. Yoshiaki Amakura, Morio Yoshimura, Saori Yamakami, et al.: Characterization of Phenolic Constituents from Ephedra Herb Extract. Molecules, 2013;18(5):5326-5334.
20. Mengying Lv, et al.: GC–MS based metabolomics study of stems and roots of *Ephedra sinica*. Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis, 2015;114:49-52.
21. Jeremy S. Morris, Ryan A. Groves, Jillian M. Hagel, Peter J. Facchini: An *N*-methyltransferase from *Ephedra sinica* catalyzing the formation of ephedrine and pseudoephedrine enables microbial phenylalkylamine production. Journal of Biological Chemistry, 2018;293(35):13364-13376.
22. Min-Jung Ko, Hwa-Hyun Nam, Myong-Soo Chung: Conversion of 6-gingerol to 6-shogaol in ginger (*Zingiber officinale*) pulp and peel during subcritical water extraction. Food Chemistry, 2019;270:149-155.

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000409

評估國際疾病分類第 11 版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議

顏宏融
中國醫藥大學

摘　要

前言：

有鑒於 ICD-11 已於 2019 年 5 月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，首度將「傳統醫學」診斷納入補充章節，並自 2022 年開始實施，嗣後傳統醫藥（包括中醫)診斷可依據此編碼進行系統歸類,具體落實傳統醫學納入管理,對於中醫藥管理與研究發展有正面的影響。

研究目的：

本計畫主要目的在探討 ICD-11 對我國在中醫藥發展之影響並規劃相關策略與因應措施。

研究方法：

透過（1）運用 WHO-FIC 平台，取得 ICD-11 整體文件，分析其架構並闡述說明有關中醫章節 (Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I)納編沿革，ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性，並提供該章節之中文譯本文件。(2）透過 PubMed、CNKI、J-Stage 等科學文獻資料庫、各國衛生福利部門政府官方網頁、WHO 網頁，並參加 WHO-FIC 平台相關會議，收集相關資料，回顧目前中醫藥研究或臨床報告概述世界各國實施 ICD-11 之時程規劃，及目前中醫藥研究或臨床報告，引用 ICD-11 之現況。(3）透過辦理 1 場專家座談會議，邀請國際相關 ICD-11 編修專家學者經驗分享參與 WHO 納編中醫章

節過程，及 WHO 對傳統醫藥之推動策略並於會議中針對 ICD-11 對於中醫醫學教育、中醫藥管理制度、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、臨床醫療應用、中醫藥之國際合作交流、中醫藥產業國際接軌、及全民健保或醫療保險等面向之影響，並提出影響評估及策略建議。

結果與討論：

此計畫於執行期完成(1)ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性報告 1 份，並提供該章節之中文譯本 1 份。(2)ICD-11 時程規劃與目前中醫藥研究或臨床報告引用 ICD-11 報告 1 份（3）辦理 ICD-11 國際專家學者演講座談分享會 1 場，邀請 2 位國際相關 ICD-11 編修專家學者經驗分享參與 WHO 納編中醫章節過程，及 WHO 對傳統醫藥之推動策略，會議中針對 ICD-11 對於中醫醫學教育、中醫藥管理制度、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、臨床醫療應用、中醫藥之國際合作交流、中醫藥產業國際接軌、及全民健保或醫療保險等面向之影響，進行討論完成會議記錄 1 份，並提出影響評估及策略建議報告書 1 份。

結論：

ICD-11 對於中醫醫學教育、中醫藥管理制度、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、臨床醫療應用、中醫藥之國際合作交流、中醫藥產業國際接軌、及全民健保或醫療保險等面向具有重大影響，未來應持續推 ICD-11 的研究。

關鍵詞：國際疾病分類第 11 版、世界衛生組織、傳統醫藥、中醫藥

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000409

Assessing the impact of the 11th edition of the international Classification of Diseases (ICD-11) on the decelopment of traditional Chinese medicine and strategic recommedations

Hung-Rong Yen
China Medical University

ABSTRACT

Introduction:

The ICD-11 was approved by the World Health Assembly (WHA) held in May 2019, and for the first time included the diagnosis of "traditional medicine" in the supplementary chapter. The ICD-11 has be effective from 2022 and beyond. TCM diagnosis can be systematically classified according to this code, and the inclusion of traditional medicine can be specifically implemented. ICD-11 shall have a positive impact on the management and research development of traditional Chinese medicine.

Aim:

This project aimed to explore the impact of ICD-11 on the development of traditional Chinese medicine in Taiwan and propose relevant strategies and countermeasures.

Method:

(1) Use the WHO-FIC platform to obtain the overall ICD-11 document,

analyze its structure and explain the history of the collection and compilation of relevant Chinese medicine chapters (Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I). Introduce the clinical significance of the traditional Chinese medicine disease diagnosis code used in ICD-11 and traditional Chinese medicine disease diagnosis, and provide the Chinese translation. (2) Collect relevant information through PubMed, CNKI, J-Stage and other scientific literature databases, official webpages of Ministry of Health and Welfare, WHO webpages, and participate in relevant meetings on the WHO-FIC platform. Outline the timetable for implementing ICD-11 in countries around the world, and review the current TCM research or clinical citations research. (3) Hold a forum and invite relevant international ICD-11 experts and scholars to share their experience in participation in the process of WHO's inclusion of Chinese medicine chapter, as well as WHO's promotion strategy for traditional medicine. Evaluate ICD-11 for TCM medical education, TCM management system, TCM medical care, TCM research and development, clinical medical application, international cooperation and exchange of TCM, international integration of TCM industry, and national health insurance or medical insurance impact.

Results & Discussion:

The following tasks have been completed： (1) Provide a report about the correlation between the diagnostic codes of TCM diseases used in ICD-11 and the clinically significance of traditional TCM disease diagnoses, and a Chinese translation of Chapter 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I. (2) Provide a report about ICD-11 planning schedule and current Chinese medicine research or clinical citations research. (3) Hold a forum and invited 2 international ICD-11 experts to share experience about participating in the process of WHO's development of traditional medicine chapter and promotion strategy. In the forum, the impact on TCM medical education, management system, medical treatment and healthcare, research and development, clinical medical

application, international cooperation, international industrial cooperation and impact on national health insurance or medical insurance has been discussed. A report of meeting record and an impact assessment and strategy proposal report have been submitted.

conclusion:

The implementation results of ICD-11 has huge impact on TCM medical education, management system, medical treatment and healthcare, research and development, clinical medical application, international cooperation, international industrial cooperation and impact on national health insurance and medical insurance. In the future, research on ICD-11 should continue to be promoted.

Keywords：The 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11), World Health Organization (WHO), Traditional Medicine, Traditional Chinese Medicine (TCM)

壹、前言

中醫藥，是古老文明傳續至今的智慧結晶，也是我國民眾習於選用之醫療方式之一，根據統計，我國國人有30%以上使用中醫藥醫療服務，特別是在預防疾病、養生保健及慢性疾病治療上，均有相當的特色。歐美與亞洲各國也都非常重視與積極地發展傳統醫學。國內目前已經有四所大學設立有中醫學系或學士後中醫學系負責中醫醫學生養成教育，畢業後接受國家考試制度認證，中醫藥臨床服務已經納入國內的正規醫療保健體系，我國衛生福利部中醫藥司也積極推動國內中醫藥之創新發展、完善的滿足民眾求診中醫治療的需求、提供民眾優質中醫就醫環境，以確保中醫醫療服務品質。

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）於2002 年首度發表「2002-2005 年傳統醫學戰略」[1]，並制定了2001-2010 年間的七個策略目標，呼籲各國政府應重視傳統醫學發展。世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）於 WHA 62.13 號決議文呼籲各國政府應把傳統醫藥當作國家綜合衛生體系的一部分，制定國家政策、規章和標準，確保傳統醫藥的安全和有效使用。WHO 進一步於 2013 年發布「2014-2023 年傳統醫學戰略」[2]，建議各國應依國情，將傳統醫學逐步納入健康照護體系。我國衛生福利部也制定第一部中醫藥專法「中醫藥發展法」，業於2019 年12 月6 日立法院三讀通過，同年12 月31 日總統公布實施。確立我國的國家中醫藥發展基本原則，期以促進中醫藥永續發展及增進全民健康福祉。[3]

國際疾病分類第11 版（The 11th edition of the International Classification of Diseases; ICD-11），是聯合國世界衛生組織WHO 制定

的第十一版國際疾病分類。ICD-11 於2019 年5月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，並於2022 年1 月 1 日開始生效。新版的ICD-11 對先前ICD-10 版本的進行大幅度改進。它反映了科學和醫學的重大進步，使分類與疾病治療和預防的最新知識保持一致。有比 ICD-10 更有意義的臨床內容。 ICD-11 的一個顯著特點是提高了編碼的易用性和準確性，需要比以往更少的用戶培訓，以及線上和離線功能的可用性。ICD-11 已為「數位健康」做好準備，可在多種 IT 環境中使用，並帶有新的應用程式介面（Application Programming Interface; API），與一套 Web 網路服務一起提供，包括多語言支持和內置用戶指南。提案平台允許所有相關方提出對 ICD-11 的更改或補充建議，並以透明的方式查看和討論。ICD-11 中央翻譯平台的翻譯工具可確保國際一致的翻譯和添加本地使用的術語。新的核心章節包括「免疫系統疾病」、「睡眠-覺醒障礙」和「與性健康有關的疾病」。新的補充章節允許對功能進行評估，更重要的是，在補充章節裡，並可選擇記錄「傳統醫學」診斷(Supplementary Chapter: Traditional Medicine Conditions)。

疾病分類的國際標準化，統稱「國際疾病分類」(International Classification of Diseases)(ICD) [5]。聯合國世界衛生組織 WHO 制定國際疾病分類第 11 版（ICD-11），其目的是有系統將各科疾病傷害及處置統一標準，給予系統化的分類，讓不同國家或不同地區其所蒐集到的疾病診斷或相關健康問題資料能有統一標準，以便進行分析比較，以作為醫療人員統計分析與研究等用途，並能夠提供衛

生機構作決策時有正確參考依據。[4]

ICD 的發展起源於 1893 年國際統計學院在美國芝加哥之會議決議辦理，採納該學院委託法國巴黎統計局主編且普受各國採用的國際死因分類列表（International List of Cause of Death）而制定的。1900 年由法國政府於巴黎召開第一次「國際死因分類」修訂會議，共 26 國家代表參加，會議決議死因分類 ICD 第一版（ICD-1），包括 179 類，分類 35 種，並訂定以後每 10 年修訂 1 次。爾後由世界衛生組織（WHO）全權負責修訂後續版本，包括 ICD-2（1909 年）、ICD-3（1920 年）、ICD-4（1929 年）、ICD-5（1938 年）、ICD-6（1948 年），並擴大為「國際疾病，傷害及死因之統計分類」（The International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death），以後 ICD-7（1955 年）、ICD-8（1965 年）、ICD-9（1975 年）、ICD-10（1993 年）由 WHO 公佈使用，更名為「國際疾病分類與相關健康問題統計分類」（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）[5]。

ICD-11 於 2019 年 5 月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，並於 2022 年 1 月 1 日開始生效。ICD-11 是系統記錄、報告、分析、解釋和比較死亡率和發病率數據的國際標準。根據 WHO 所建構的 ICD-11 官網的說明，第 11 次修訂具有以下特色[4]：是與來自世界

各地的臨床醫生、統計學家、分類和 IT 專家進行前所未有的合作的結果，使其可供這些團體以及編碼人員使用。ICD-11 允許各國通過使用最新的臨床相關分類系統來計算和識別其最緊迫的健康問題。健康狀況和事故也有相關的 ICD-11 代碼，從而產生可供政府用於設計有效公共衛生政策並衡量其影響或用於臨床記錄的數據。ICD-11 使用全電子化的版本，目前可使用的包括 17000 個診斷類別，以及超過 100000 個醫療診斷索引詞。基於索引的搜索算法可以解釋超過 160 萬個術語。 ICD-11 使用免費的裝載軟件，易於線上或離線安裝和使用。ICD-11 中的整體編碼改進允許更精確和更詳細的數據記錄和收集。例如：符合 The Global Antimicrobial Resistance Surveillance System 的抗生素耐藥性代碼、符合 WHO 患者安全框架的患者安全完整記錄規範、癌症登記的必要細節完全嵌入 ICD-11、提供 HIV 臨床階段的特定編碼、提供糖尿病併發症的更多臨床相關編碼、提供常見皮膚癌基底細胞瘤和黑色素瘤亞型的代碼、與當前的診斷和治療相吻合的心臟瓣膜疾病的分類和肺動脈高壓的診斷、交通事故和傷害原因的編碼現在與當前的國際數據文件和分析相符合。同時，也提供 extension code（擴展代碼）的創建，允許靈活添加與臨床文檔、設備或物質安全相關的細節。擴展代碼用於記錄具有 WHO INN（International Nonproprietary Names）

和 WHO 醫療器械命名法的藥物，以及記錄疾病、解剖學或組織病理學的嚴重程度。在補充章節裡，並可選擇記錄「傳統醫學」診斷（Supplementary Chapter: Traditional Medicine Conditions）。

我國衛生統計自民國 41 年起以國際疾病與死因分類標準第六版刊布結果以來，均隨著國際疾病與死因分類標準之改版[6]。而自 1980 年代起各醫院的疾病分類，依 1975 年 WHO 公布出版的 ICD-9 作為疾病分類與命名標準。自 1991 年 4 月起公勞保分別要求各醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層醫療院所的「住院病人」費用申報之疾病診斷與處置編碼，逐步改用美國版本的 ICD-9-CM，至 1995 年全民健保實施，健保局進一步規範各層級醫院所門診，急診與住院病人費用申報，亦須使用 ICD-9-CM 編碼，2006 改採 ICD-9-CM（V.2001），以致 ICD-9-CM 成為我國疾病分類與命名的標準，甚至包括中醫藥健保申報。而隨著 ICD-10 的公布，美國也在 2015 使用 ICD10-CM，我國健保於 2010 年啟動 ICD-10-CM/PCS 導入計畫，並自 2016 年起，以 ICD-10-CM/PCS 申報。

有鑒於 ICD-11 已於 2019 年 5 月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，並且首度將「傳統醫學」診斷（Supplementary Chapter: Traditional Medicine Conditions）納入補充章節，傳統醫藥，特別是我國相當普及的「中醫藥」也在這個章節的範疇，嗣後中醫疾病診

斷可依據此編碼進行系統歸類，具體落實傳統醫學納入管理，其影響層面包括：中醫藥實證研究及臨床醫療應用，未來就中醫的疾病分類有其對應的統一名詞，對於中醫藥管理與研究發展有正面的影響。因此，有必要及早因應，深入探討 ICD-11 對我國在中醫藥發展之影響並規劃相關策略與因應措施。

在以往 ICD 的 10 個版本中，所傳統醫學相關內容一直沒有納入其中。2008 年，世界衛生組織決定編寫 ICD-11 版本，同時決定將「傳統醫學」納入其中，此次納入 ICD-11 標準的傳統醫學，是指起源於中醫藥的傳統醫學，以中國、日本和韓國 3 個國家的傳統醫學為主。這對 ICD 而言，是一個很大的改變，為傳統醫學的發展和其國際空間的拓展創造良好的條件[5]。為此，WHO 專門成立研究協調機構，組織相關國際專家召開會議，討論制定將傳統醫學納入 ICD-11 的思路、方法和程序，並努力協調各國之間的意見和分歧，在此基礎上成立分類組、術語組和干預組等三個工作組。根據兩次日內瓦會議和兩次香港討論會，所謂「傳統醫學」，先以中醫藥學（包括日本漢方醫學和韓醫學等）為主。世界衛生組織成立分類組、術語組、治療組和資訊組四個工作組。世界衛生組織經過多年努力，並召開會議討論，在「國際疾病分類」第 11 版（ICD-11）將「傳統醫學」納入國際疾病分類，作為全球醫學和衛生統計的標準。

新版國際疾病分類正式實施後，傳統醫學將有國際標準化的統計口徑，對促進傳統醫學的發展和研究起重要推動作用。

中國國家中醫藥管理局由大陸中醫藥專家，以體現中醫藥理論體系相容日韓醫學特點為原則，全力推動 ICD-11 傳統醫藥分類的工作，並提交 140 個中醫常見疾病和 253 個常見證型給世界衛生組織。韓國自 1970 年開展《國際疾病傷害及死因分類標準》業務，正式編列 100 多頁的韓醫療病名稱提交給世界衛生組織。韓國在 1798 年發行《韓醫標準驗方集》，2000 年制定《標準韓醫學術術語》。日本方面是由東京慶應義塾大學醫學部漢方醫學科渡邊賢治（Kenji Watanabe）講座教授負責，渡邊賢治教授為西醫內科專科醫師也是日本漢方醫學醫師，曾在美國史丹佛大學醫學院進修，目前也擔任日本慶應義塾大學客座教授以及橫濱藥科大學講座教授，他同時是世界衛生組織 WHO 召開國際疾病分類傳統醫學章節制定的共同主席[5]。

2019 年在國際期刊 Lancet 所發表的社論[7]，也提到傳統醫學的章節為 ICD-11 提供嶄新的面貌，雖然這不代表 WHO 為傳統醫藥的療效背書，但是這是正確的一步。目前在中國有許多 ICD-11 的相關研究進展，特別是在傳統醫藥這個補充章節，包括在中醫術語翻譯、中醫相關政策等，均有不少論述，而中國、日本、韓國各國

專家參與 WHO 的 ICD-11 傳統醫藥章節制定的會議，也累積許多相關經驗。例如上海師範大學李照國教授將其參與會議的過程撰文「中醫名詞術語英譯國際標準化新進展—從世界衛生組織傳統醫學國際分類東京會議談起」發表在中西醫結合學報[8]。上海中醫藥大學周強等人比較《國際疾病分類第十一次修訂本（ ICD-11）》傳統醫學章節與中國的新版中醫國家標準的差異，兩者共有的證候名術語為 196 個，在術語編制、術語分類、術語定義等方面，中國的新版中醫國家標準與 ICD-11 是基本涵蓋或相互映射的關係[9]。日本東京慶應義塾大學渡邊賢治教授擔任 WHO 的 ICD-11 的傳統醫藥章節制定的共同主席，以日文在日本漢醫界發表一系列日文的 ICD-11 傳統醫藥章節發展介紹的文章[10-16]，提供其對日本漢方醫學界以及日本政府的相關因應策略與建議。

國內目前針對 ICD-11 傳統醫藥章節的研究仍有待開展，文獻搜尋可以找到的包括中國醫藥大學前副校長張永賢教授在 2012 年發表於北市中醫會刊的文章「國際疾病分類 ICD-11 首度納入傳統醫學」[5]，介紹 ICD-11 即將導入傳統醫學章節的文章，主要介紹 ICD 的起源與發展，當時的時空背景國內健保申報仍以 ICD-9 為主，內文提到 ICD-11 即將導入傳統醫學，提醒中醫界注意 WHO 對傳統醫學重視的趨勢。另外一篇文章為林恭儀、鄭宏足、黃建榮

等人在 2019 年所共同發表於台北市中醫醫學雜誌的「ICD-11 的台灣中醫藍海國際發展策略」一文[17]，介紹 ICD-11 的第 26 章補充章節裡納入傳統醫學，「包括傳統診斷的脾胃氣虛、肝氣鬱結、心腎不交等中醫專有醫學名詞等將正式登上國際學術舞台，為現代醫學作出人口統計學、公共醫療統計上的重要貢獻」，提醒國人預作準備。兩篇文章提醒台灣應預作準備，不過，均尚未針對 ICD-11 的傳統醫學章節做詳盡的內容介紹，實質的發展策略也仍有待擬定。

世界衛生組織 WHO 在傳統醫學的國際標準，對於傳統醫學的發展具有深遠的影響 。例如在 1989 年公佈《國際標準針灸穴名方案》（Standardization of Acupuncture Nomenclature），在 2007 年公佈《WHO 傳統醫學國際標準術語》（WHO International Standard Terminologies On Traditional Medicine）有 3,543 個傳統醫學術語，由現任東洋醫學會理事長崔昇勳教授在擔任 WHO 西太平洋區域辦公室（WPRO）主管時主導完成了 2008 年的公佈《世界衛生組織標準針灸經穴定位》（WHO Standardization of Acupuncture Points Locations）。此次在 ICD-11 導入傳統醫學的補充章節，對於未來國際疾病分類，特別是中醫藥的部分，也將對各個層面有深遠影響，例如台灣從 1995 年全民健保實施，1996 年開始也包含中醫，由於中醫與西醫均共同使用 ICD-9-CM 編碼，並自 2016 年起，以 ICD-

10-CM/PCS 申報。雖然有共同語言，但是以往的 ICD 編碼並無傳統醫藥的病名與證型診斷，導致中醫的診斷在申報過程與資料建置過程中被忽略。未來增加傳統醫學的診斷，中醫疾病診斷可依據此編碼進行系統歸類，具體落實傳統醫學納入管理，未來就中醫的疾病分類有其對應的統一名詞，對於中醫藥管理與研究發展有正面的影響。根據 2025 衛生福利政策白皮書，結合雲端科技發展健康管理系統，「整建與民眾相關之健康促進與預防保健服務資訊」為重要政策推展方向。30%國人有中醫就醫需求與行為，在建置巨量數據分析民眾需求的同時，使用包含中醫診斷的健保數據，有也助於中西醫結合發展契合行政院第 3514 次會議「亞洲·矽谷推動方案」，透過數據分析及推估預測，建構健康智慧醫療資訊。在中醫醫學教育、中醫藥文獻國際化，中醫藥管理制度、及全民健保申報等事宜，及早研議因應措施，進行 ICD-11 對中醫藥發展之研究及推廣效益評估，將可協助中醫藥管理及促進產業應用加值。

貳、 材料與方法

2019 年 WHA 公布國際疾病分類第11 版（ICD-11），首度將中醫納入章節，並自2022年開始實施，嗣後中醫診斷可依據此編碼進行系統歸類，具體落實傳統醫學納入管理，其影響層面包括中醫藥實證研究及臨床醫療應用等面向，未來就中醫的疾病分類有其對應的統一名詞，對於中醫藥管理與研究發展有正面的影響。本計畫的實施，包括以下重點與工作項目，其具體實施方法及進行步驟如下：

一、 介紹ICD-11 整體文件架構，並闡述說明有關中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）納編沿革，ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性，並提供該章節之中文譯本文件 1 份。

實施方法與步驟：

(一)申請帳號進入WHO-FIC 平台，取得ICD-11 整體文件：

聯合國世界衛生組織 WHO 架構有 WHO-FIC“The WHO Family of International Classifications” 平台（https://www.who.int/standards/classifications/1），此一平台架構包括以下三個參考分類：

1. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

2. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

3. The International Classification of Health Interventions (ICHI).

這些參考分類作為健康數據、臨床文件和統計匯總的全球標準，並且架構有一個多國語言的 ICD-11 維護平台（WHO-FIC Maintenance Platform），其官方網址為 https://icd.who.int/dev11。

分析 ICD-11 整體文件架構：

本計畫透過 WHO 的 ICD-11 的傳統醫藥章節制定的共同主席 K○○ W○○（渡邊○○）教授建議，申請帳號進入平台，並可以閱覽相關英文資料，平台內雖有簡體中文的部分資料，但是部分語意與我國繁體中文語意不同。因此，本計畫在執行計畫期間，透過 WHO 的官方網頁取得相關 ICD-11 整體英文原始文件資料進行資料翻譯與統整分析，提供 ICD-11 整體文件架構。

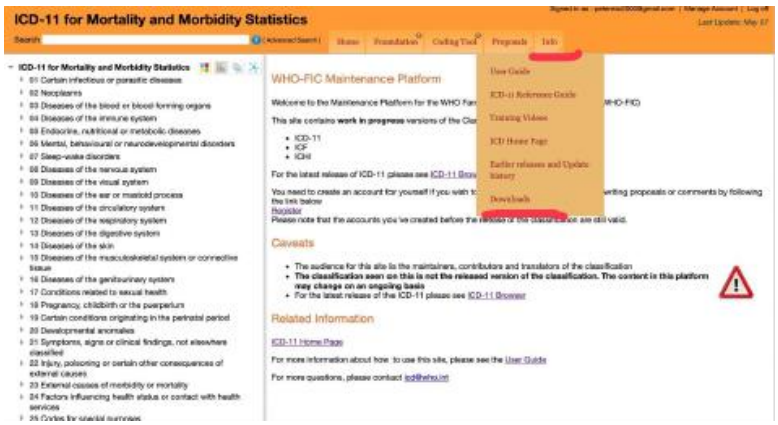
(二)闡述說明有關中醫章節納編沿革：

透過 WHO-FIC 平台，取得ICD-11 傳統醫學章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）整體文件。透過 K○○ W○○ 教授建議，申請帳號進入平台，閱覽相關傳統醫學章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）英文資料（如圖二所示），並邀請WHO的ICD-11的傳統醫藥章節制定的共同主席 K○○ W○○（渡邊○○）與東洋醫學會理事長S○○ C○○（崔○○）教授分享相關國際標準制定的沿革。

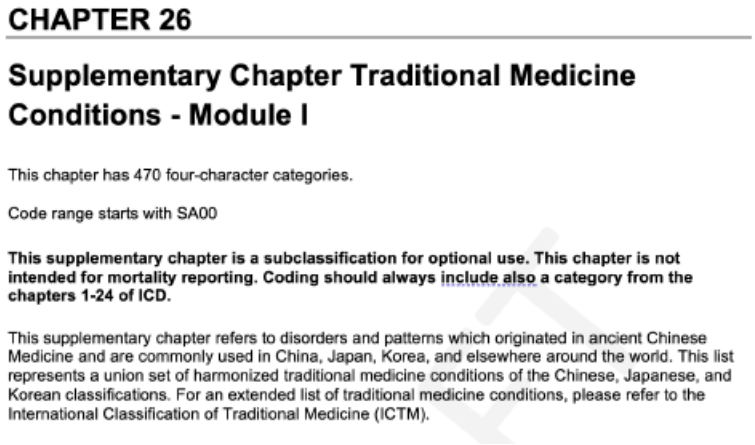
本計畫在執行計畫開始前三個月，將 WHO 的官方網頁取得相關ICD-11 傳統醫學章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）整體文件資料（如圖三所示），進行資料翻譯與統整分析，平台內雖有簡體中文的部分翻譯資料，但是部分語意與我國繁體中文語意不同。將ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性進行分析，文件翻譯後諮詢專家意見，邀請專家進行審閱，最後完稿提供並提供該章節之中文譯本文件1 份。



圖一、WHO所提出的WHO-FIC架構中，包含了ICD、ICF以及國際健康介入分類（International Classification of Health Interventions, ICHI）。



圖二、WHO-FIC 平台傳統醫學章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）下載操作步驟。



CHAPTER 26

Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I

This chapter has 470 four-character categories.

Code range starts with SA00

This supplementary chapter is a subclassification for optional use. This chapter is not intended for mortality reporting. Coding should always include also a category from the chapters 1-24 of ICD.

This supplementary chapter refers to disorders and patterns which originated in ancient Chinese Medicine and are commonly used in China, Japan, Korea, and elsewhere around the world. This list represents a union set of harmonized traditional medicine conditions of the Chinese, Japanese, and Korean classifications. For an extended list of traditional medicine conditions, please refer to the International Classification of Traditional Medicine (ICTM).

圖三、WHO-FIC 平台傳統醫學章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）下載資料首頁。

二、概述世界各國實施 ICD-11之時程規劃，及回顧目前中醫藥研究或臨床報告，引用 ICD-11之現況。

實施方法與步驟：

(一)資料收集與整理：透過PubMed、CNKI、J-Stage 等科學文獻資料庫、各國衛生福利部門政府官方網頁、WHO 網頁，收集相關資料，依照時間時序表，整理世界各國實施 ICD-11的時程規劃資訊，並回顧目前中醫藥研究或臨床報告，引用ICD-11 之現況。

(二)本次計畫執行前已經預先報名參加WHO-FIC 平台相關會議與活動，此次活動為ICD-11規劃實施的策略與世界各國的經驗分析（Webinar on ICD-11 implementation strategy and country experiences）。本次由 WHO-FIC 平台舉辦的 Webinar在2022年5 月16 日進行視訊會議，邀請到WHO-FIC 的Classifications and Terminologies 主管R○○ J○○ 介紹ICD-11 的整體回顧，同時分享各國經驗，並且由N○○ K○○ 介紹執行實施ICD-11 的注意事項，最後再由 Classifications and Terminologies 主管R○○ J○○ 與C○○ A○○ 進行Q&A問答（議程如圖五所示）。

(三)本計畫執行期間，經跟 WHO 傳統醫藥協作中心韓國慶熙大學、WHO 傳統醫藥協作中心泰國Mahidol大學聯繫，了解各國ICD-11的傳統醫藥規劃實施狀況。根據WHO 傳統醫藥協作中心韓國慶熙大學S○○-G○○ K○○教授回覆，目前韓國有根據ICD-10實施的版本（Korean modification of ICD-10; 7th Revision of Korean Classification of Disease, KCD-7），但是尚未開始實施ICD-11，而韓國已經有相關比對KCD-7和ICD-11的兩種編碼，進行專家或臨床醫師的一致性評估研究，未

來有相關成果將可以參考。根據WHO 傳統醫藥協作中心泰國Mahidol大學Dr. P◯◯ A◯◯回覆，泰國也尚未開始實施ICD-11。



圖四、WHO-FIC 平台相關會議與活動主視覺。

As part of WHO ICD-11 webinar series, the Classifications and Terminologies Unit is organising a webinar on the 16th of May 2022 on:

"ICD-11 implementation strategy and country experiences"

14:00	Overview of ICD-11 Robert Jakob, Unit Head Classifications and Terminologies
14:15	Country experiences in ICD-11 implementation - in morbidity coding - in cause of death coding
14:35	Do's and Don'ts in implementing ICD-11 Nenad Kostanjsek, Classifications and Terminologies Unit
14:45	Q & A session Robert Jakob, Unit Head Classifications and Terminologies Carine Alsokhn, Classifications and Terminologies Unit
15:00	Closing remarks

圖五、由 WHO-FIC 平台於2022 年5 月16 日進行視訊會議舉辦的 Webinar議程。

三、因應我國未來若實施ICD-11，評估對於中醫醫學教育、中醫藥管理制度、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、臨床醫療應用、中醫藥之國際合作交流，中醫藥產業之國際接軌，及全民健保或醫療保險等面向之影響，及研議相關策略，並提出影響評估及策略建議報告書 1份。

(一)蒐集資料，整理分析：過去台灣有ICD-9 到ICD-10 轉換期間的相關經驗，可以作為參考，初步將先收集此部分的文獻建議資料。然而，在ICD-9 到ICD-10 的轉換過程，並未牽涉到中醫藥的疾病分類與診斷，因此，將再進一步收集專家學者意見。

(二)彙整專家學者意見：透過專家座談，邀請包括中醫醫學教育、中醫藥管理、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、中醫臨床醫療、中醫藥國際合作交流、中醫藥產業、全民健保或醫療保險相關專家學者，提供意見與相對因應策略，加上步驟(1)的資料整理分析，彙整統合為一份影響評估及策略建議報告書。

四、邀請國際相關ICD-11 編修專家學者1名，經驗分享參與 WHO 納編中醫章節過程，及 WHO 對傳統醫藥之推動策略，國際專家學者分享會之舉行，可採視訊座談會方式辦理，並提交座談會紀錄。

實施方法與步驟：

(一)邀請國際專家學者分享經驗：本計畫邀請 WHO-FIC 傳統醫藥ICD-11 制定標準的共同主席日本東京慶應義塾大學渡邊

○○（K○○ W○○）教授來台進行演講，提供 WHO納編中醫章節過程，及 WHO 對傳統醫藥之推動策略等經驗，同時，也邀請東洋醫學會（ISOM）理事長S○○ C○○（崔○○）教授分享相關國際標準制定的沿革。並且，透過實體與視訊並行的方式，邀請國內相關學者專家，擴大演講效益。

(二)邀請國內專家學者經驗分享：我國健保署在 ICD-9 轉換為 ICD-10 時，有相關轉換經驗，因此特別在由本計畫共同主持人台灣基層中醫師協會理事長何○○醫師協助請教健保署李○○組長，並於舉辦座談會時提供相關建議。

參、結果

一、介紹ICD-11 整體文件架構，並闡述說明有關中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）納編沿革，ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性，並提供該章節之中文譯本文件1份。

量化指標：

(一)ICD-11 整體文件架構，並闡述說明有關中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）納編沿革，ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性報告1 份（請見附錄一）。

(二)ICD-11 中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module 中文譯本文件 1 份(請見附錄三）。

二、概述世界各國實施ICD-11 之時程規劃，及回顧目前中醫藥研究或臨床報告，引用 ICD-11之現況。

量化指標：ICD-11 時程規劃與目前中醫藥研究或臨床報告引用 ICD-11 報告1 份（請見附錄四）。

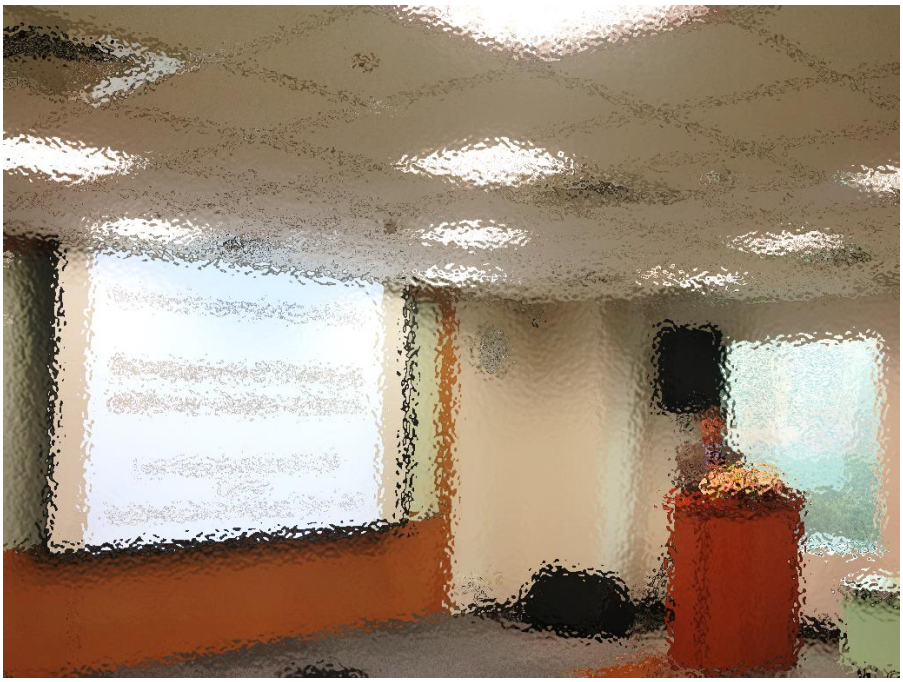
三、邀請國際相關ICD-11 編修專家學者1名，經驗分享參與 WHO 納編中醫章節過程，及 WHO 對傳統醫藥之推動策略，並邀請專家學者1名針對ICD-11 對於中醫藥發展的影響和策略建議分享其觀點。國際專家學者分享會之舉行，採實體、視訊座談會方式

辦理，並提交座談會紀錄1份。

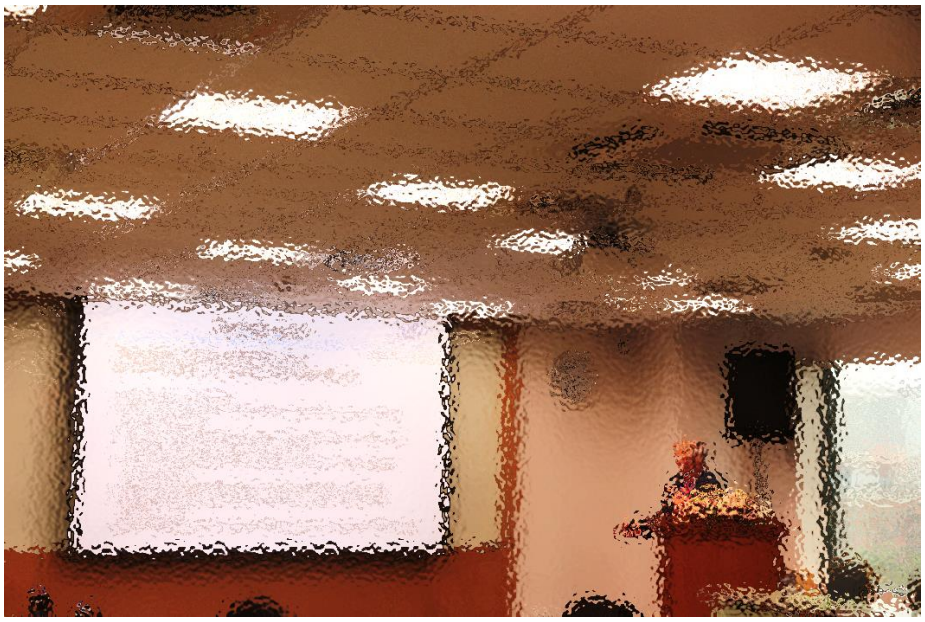
量化指標：

(一)ICD-11 國際專家學者演講座談分享會1場，邀請2位講者。

(二)座談會紀錄 1 份（請見附錄六）。



圖六、渡邊○○教授分享 ICD-11 傳統醫藥章節的發展（Development of Traditional Medicine Chapter of ICD-11.）



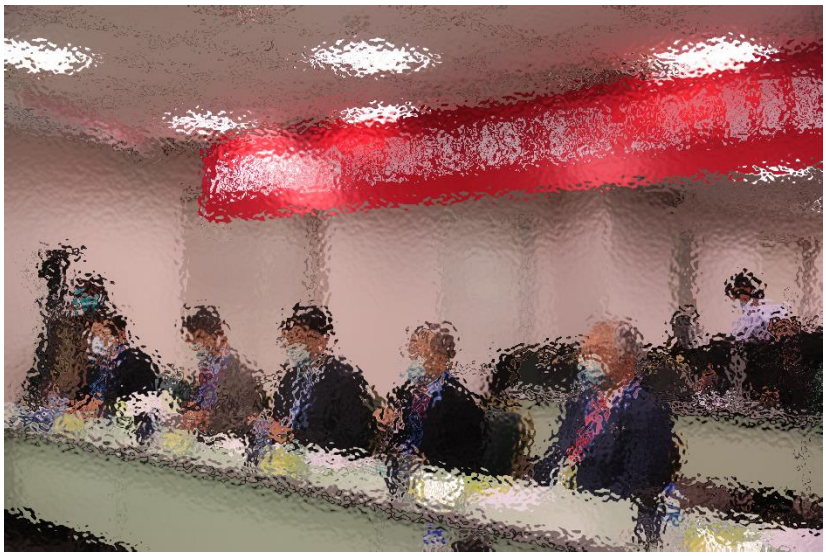
圖七、崔○○教授分享 ICD-11 對於中醫藥發展的影響和策略建議（The Impact of the ICD-11 on the Development of TM and Strategic Recommendations.）

四、因應我國未來若實施ICD-11，邀請國內外專家學者，對於中醫醫學教育、中醫藥管理制度、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、臨床醫療應用、中醫藥之國際合作交流，中醫藥產業之國際接軌，及全民健保或醫療保險等面向之影響，及研議相關策略，並提出影響評估及策略建議報告書 1份。

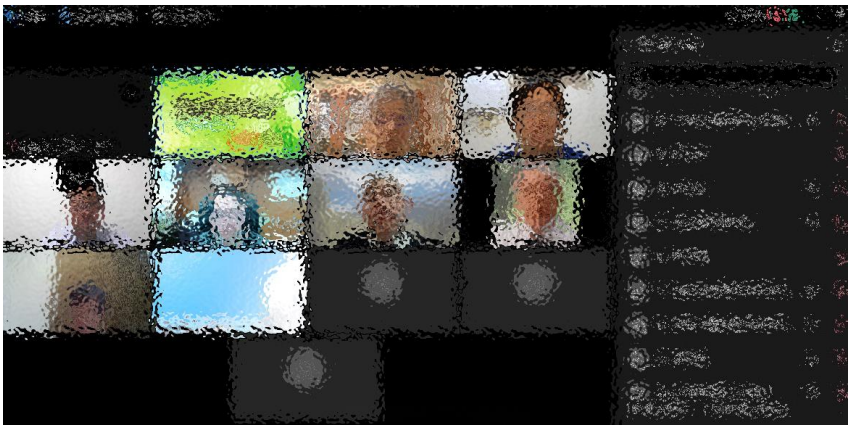
量化指標：

(一)採實體、視訊並行方式辦理「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會1場，共有28位專家學者參與（14位視訊參加，14位實體參加）。

(二)ICD-11 影響評估及策略建議報告1 份（請見附錄五）。



圖八、「評估國際疾病分類第11版(ICD-11)對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會實體出席與會鈞長及國際學者。



圖九、「評估國際疾病分類第11版(ICD-11)對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會視訊出席與會鈞長。

肆、討論

國際疾病分類第11 版（The 11th edition of the International Classification of Diseases; ICD-11），是聯合國世界衛生組織WHO 制定的第十一版國際疾病分類。ICD-11 於2019 年5月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，並於2022 年1月 1 日開始生效。新版的ICD-11 對先前ICD-10 版本的進行大幅度改進。它反映了科學和醫學的重大進步，使分類與疾病治療和預防的最新知識保持一致。

本計畫於本年度執行結果，已完成中醫章節（Chapter 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）診斷編碼之中譯本等文件，並辦理1場專家座談會，邀請2位ICD-11 相關國際專家學者分享經驗及理念。

在 ICD-11對於中醫醫學教育影響的部份，未來ICD-11的傳統醫學章節如果真的推行，急需培養種子教師、透過ICD-11傳統醫學章節的標準化、學院教育、負責醫師訓練、未來專科醫師訓練使中醫師在病歷書寫、申報診斷碼時更加精確。

在 ICD-11對於中醫藥管理制度影響的部分，目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名，是否之後中醫要改成申報ICD-11的中醫診斷碼，以利中醫診斷碼的相關統計分析，是一件很重要的事情。另外是中西醫需充分溝通解決對接的問題，若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分需要思考是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報等。

在 ICD-11對於中醫醫療及照護影響的部分，目前ICD-11傳統醫學章節的證型都是很典型的，但是在臨床上看到的患者常常是混合型（Mixed type）或是非典型（atypical type），建議同時選數個中醫證（pattern）和中醫的病名（disorder），可以讓醫師選例如最多兩個主診斷碼，包含中醫的證（pattern）和中醫的病名（disorder），其餘的當次級診斷碼。這樣未來進行研究時，有助於資料統計、歸納。然而目前ICD-11 的傳統醫學章節只有一百多個診斷碼，建議可以ICD-11的中醫藥章節為基礎進行擴張再多一點證型的診斷碼。

在ICD-11對於中醫藥研究發展影響部份，未來如果等ICD-11傳統醫學章節標準化後，中醫運用其中醫診斷碼進行相關研究，更容易被認可，其研究成果可期。未來甚至可以運用機器學習（machine learning）與人工智慧（AI）來預測疾病的預後。

在 ICD-11對於中醫藥之國際合作交流影響的部份，多國多中心的臨床試驗需要有共同的診斷標準，才會有共同的臨床指引，ICD-11傳統醫學章節提供了很好的標準化平台。

在 ICD-11對於中醫藥產業之國際接軌影響的部份，國際上的交流溝通可以使用ICD-11傳統醫學章節的診斷術語作為標準化的共同語言。台灣的科學中藥的適應證和功效，未來可運用ICD-11傳統醫學章節的診斷碼來寫適應證，有助於推行到國際。

在 ICD-11對於全民健保或醫療保險影響的部份，目前台

灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名與中醫證型，之後若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分需要思考是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報。

伍、 結論與建議

有鑒於ICD-11 已於2019 年 5 月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，首度將「傳統醫學」診斷納入補充章節，並自2022年開始實施，嗣後傳統醫藥（包括中醫）診斷可依據此編碼進行系統歸類，具體落實傳統醫學納入管理，對於中醫藥管理與研究發展有正面的影響。ICD-11 對於中醫醫學教育、中醫藥管理制度、中醫醫療及照護、中醫藥研究發展、臨床醫療應用、中醫藥之國際合作交流，中醫藥產業國際接軌，及全民健保或醫療保險等面向具有重大影響，未來應持續推動ICD-11的研究。

建議報告書

國際疾病分類第11 版（The 11th edition of the International Classification of Diseases; ICD-11），是聯合國世界衛生組織WHO 制定的第十一版國際疾病分類。ICD-11 於2019 年5月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，並於2022 年1 月 1 日開始生效。新版的ICD-11 對先前ICD-10 版本的進行大幅度改進。它反映了科學和醫學的重大進步，使分類與疾病治療和預防的最新知識保持一致。

本計畫於本年度執行結果，已完成中醫章節（Chapter 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）診斷編碼之中譯本等文件，並辦理1場專家座談會，邀請2位ICD-11 相關國際專家學者分享經驗及理念。

在 ICD-11對於中醫醫學教育影響的部份，未來ICD-11的傳統醫學章節如果真的推行，急需培養種子教師、透過ICD-11傳統醫學章節的標準化、學院教育、負責醫師訓練、未來專科醫師訓練使中醫師在

病歷書寫、申報診斷碼時更加精確。

在 ICD-11對於中醫藥管理制度影響的部分，目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名，是否之後中醫要改成申報ICD-11的中醫診斷碼，以利中醫診斷碼的相關統計分析，是一件很重要的事情。另外是中西醫需充分溝通解決對接的問題，若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分需要思考是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報等。

在 ICD-11對於中醫醫療及照護影響的部分，目前ICD-11傳統醫學章節的證型都是很典型的，但是在臨床上看到的患者常常是混合型（Mixed type）或是非典型（atypical type），建議同時選數個中醫證（pattern）和中醫的病名（disorder），可以讓醫師選例如最多兩個主診斷碼，包含中醫的證（pattern）和中醫的病名（disorder），其餘的當次級診斷碼。這樣未來進行研究時，有助於資料統計、歸納。然而目前ICD-11 的傳統醫學章節只有一百多個診斷碼，建議可以ICD-11的中醫藥章節為基礎進行擴張再多一點證型的診斷碼。

在ICD-11對於中醫藥研究發展影響部份，未來如果等ICD-11傳統醫學章節標準化後，中醫運用其中醫診斷碼進行相關研究，更容易被認可，其研究成果可期。未來甚至可以運用機器學習（machine learning）與人工智慧（AI）來預測疾病的預後。

在 ICD-11對於中醫藥之國際合作交流影響的部份，多國多中心的臨床試驗需要有共同的診斷標準，才會有共同的臨床指引，ICD-11傳統醫學章節提供了很好的標準化平台。

在 ICD-11對於中醫藥產業之國際接軌影響的部份，國際上的交

流溝通可以使用ICD-11傳統醫學章節的診斷術語作為標準化的共同語言。台灣的科學中藥的適應證和功效，未來可運用ICD-11傳統醫學章節的診斷碼來寫適應證，有助於推行到國際。

在 ICD-11對於全民健保或醫療保險影響的部份，目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名與中醫證型，之後若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分需要思考是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報。（內容如附錄五）

致謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號MOHW111-CMAP-M-114-000409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. WHO, WHO *traditional medicine strategy 2002-2005*. 2002, World Health Organization.
2. WHO, WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. 2013, World Health Organization.
3. 衛生福利部. *中醫藥發展法*. 2019 [cited 2022 May 10]; Available from: https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0000097.
4. WHO. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics（ICD-11 MMS）*2022 [cited 2022 May 10]; Available from: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.
5. 張永賢, *國際疾病分類 ICD-11 首度納入傳統醫學*. 北市中醫會刊, 2012. 18（2）: p. 40- 45.
6. 陳麗華, *ICD-10 簡介及在臺灣之推廣*. 台灣醫學, 2008. 12（6）: p. 691-697.
7. Lancet, Icd-11. Lancet, 2019. 393（10188）: p. 2275.
8. 李照國, *中醫名詞術語英譯國際標準化新進展—從世界衛生組織傳統醫學國際分類東京會議談起*. 中西醫結合學報, 2011. 9（1）: p. 113-115.
9. 周強, et al., *《國際疾病分類第十一次修訂本（ICD-11）》傳統醫學章節與新版中醫國家標準的比較研究*. 上海中醫藥雜誌, 2021. 55（5）: p. 1-6,23.
10. 渡辺賢治, *ICD-11 における伝統医学の活用*. 保健医療科学, 2018. 67: p. 471-479.
11. 渡辺賢治, *ICD-11 への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成*. 医

学のあゆみ, 2009. 231（3）: p. 243-246.

12. 渡辺賢治, *伝統医学が国際疾病分類（ICD）に入る意義（その一）*. 漢方の臨床, 2017. 64（5）: p. 613-621.
13. 渡辺賢治, *伝統医学が国際疾病分類（ICD）に入る意義（その二）*. 漢方の臨床, 2017. 64（6）: p. 733-741.
14. 渡辺賢治, *伝統医学が国際疾病分類（ICD）に入る意義（その三）*. 漢方の臨床, 2017. 64（7）: p. 849-858.
15. 渡辺賢治, *伝統医学が国際疾病分類（ICD）に入る意義（その四）*. 漢方の臨床, 2017. 64（8）: p. 959-969.
16. 渡邊賢治, *ICD-11 伝統医学の章開発. 診療情報管理*（日本診療情報管理学会誌）, 2020. 32（1-2）: p. 3-14.
17. 林恭儀, 鄭宏足, and 黃建榮, *ICD-11 的台灣中醫藍海國際發展策略*. 台北市中醫醫學雜誌, 2019. 25（1）: p. 1-5.

柒、 附錄

1. 附錄一、ICD-11 整體文件架構，並闡述說明有關中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional MedicineConditions - Module I）納編沿革，ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性報告1 份。
2. 附錄二、ICD-11 中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions – Module I）原稿文件1 份。
3. 附錄三、ICD-11 中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions – Module I）中文譯本文件1 份。
4. 附錄四、ICD-11 時程規劃與目前中醫藥研究或臨床報告引用ICD-11報告1 份。
5. 附錄五、衛生福利部委託計畫「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」建議報告書。
6. 附錄六、「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會會議紀錄。
7. 附錄七、「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會與會人員名單。
8. 附錄八、「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會會議手冊。

附錄一、ICD-11 整體文件架構，並闡述說明有關中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）納編沿革，ICD-11 使用之中醫疾病診斷編碼與傳統中醫疾病診斷之臨床意義關聯性報告。

一、分析ICD-11整體文件架構，包括傳統醫藥章節納編沿革與臨床意義關聯性，並完成該章節之中文譯本文件1份。

(一)整體文件架構：

國際疾病分類第十一次修訂本（International Classification of Diseases 11th Revision）（ICD-11），總共分為二十六章節[1]，詳見表一。其中第二十六章為「補充章節傳統醫學病證-模組一」（Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I），為傳統醫學病症首次被納入國際疾病分類。

表一、ICD-11章節目錄

01	某些感染性疾病或寄生蟲病
02	腫瘤
03	血液或造血器官疾病
04	免疫系統疾病
05	內分泌、營養或代謝疾病
06	精神、行為或神經發育障礙
07	睡眠-覺醒障礙

08	神經系統疾病
09	視覺系統疾病
10	耳或乳突疾病
11	循環系統疾病
12	呼吸系統疾病
13	消化系統疾病
14	皮膚疾病
15	肌肉骨骼系統或結締組織疾病
16	泌尿生殖系統疾病
17	性健康相關情況
18	妊娠、分娩或產褥期
19	起源於圍生期的某些情況
20	發育異常
21	癥狀、體徵或臨床所見，不可歸類在他處者
22	損傷、中毒或外因的某些其他後果
23	疾病或死亡的外因
24	影響健康狀態或與保健機構接觸的因素
25	用於特殊目的的編碼
26	補充章傳統醫學病證-模塊 1

V	功能評定補充部分
X	擴展碼

在第二十六章中，傳統醫學病證被分為「傳統醫學疾病」（Traditional medicine disorders）以及「傳統醫學證候」（Traditional medicine patterns）兩大部分。其中，第一部分的傳統醫學疾病分為「臟腑系統疾病」（Organ system disorders）、「其他身體系統疾病」（Other body system disorders）、「氣血津液病類」（Qi, blood and fluid disorders）、「精神情志病類」（Mental and emotional disorders）、「外感病」（External contraction disorders）、「兒童與青少年期病類」（Childhood and adolescence associated disorders）六大類，參見表二。而第二部分的「傳統醫學證候」則可分為「八綱證」（Principle-based patterns）、「外感證」（Environmental factor patterns）、「氣血津液證」（Body constituents patterns）、「臟腑證」（Organ system patterns）、「十二正經和奇經八脈證」（Meridian and collateral patterns）、「六經證」（Six stage patterns）、「三焦證」（Triple energizer stage patterns）、「衛氣營血證」（Four phase patterns）、「四象醫學體質病證」（Four constitution medicine patterns）九大類，參見表三。[1]

表二、ICD-11第二十六章之一：傳統醫學疾病（TM1）（區塊L1-SA0）

臟腑系統疾病	● 肝系病類（TM1）（區塊 L3-SA0）

（TM1） （區塊 L2-SA0）	● 心系病類（TM1）（區塊 L3-SA1） ➢ 心悸（TM1）（區塊 L4-SA1） ➢ 胸痹（TM1）（區塊 L4-SA2） ● 脾系病類（TM1）（區塊 L3-SA5） ● 肺系病類（TM1）（區塊 L3-SA6） ➢ 咳嗽（TM1）（區塊 L4-SA7） ● 腎系病類（TM1）（區塊 L3-SA9） ➢ 淋證（TM1）（區塊 L4-SA9）
其他身體系統疾病 （TM1） （區塊 L2-SB3）	● 皮膚黏膜系統病類（TM1）（區塊 L3-SB3） ➢ 疔瘡（TM1）（區塊 L4-SB4） ➢ 癰證（TM1）（區塊 L4-SB6） ● 女性生殖系統病類（TM1）（包括分娩）（區塊 L3-SB8） ➢ 月經病類（TM1）（區塊 L4-SB8） ■ 月經週期病類（TM1）（區塊 L5-SB8） ➢ 妊娠病類（TM1）（區塊 L4-SC0） ➢ 產後病類（TM1）（區塊 L4-SC1）

	➢ 其他女性生殖系統病類（TM1）（區塊 L4-SC2） ● 骨骼、關節和肌肉系統病類（TM1）（區塊 L3-SC5） ➢ 痹病（TM1）（區塊 L4-SC5） ● 眼、耳、鼻和喉系統病類（TM1）（區塊 L3-SC7） ➢ 耳聾（TM1）（區塊 L4-SC8） ● 腦系統病類（TM1）（區塊 L3-SD0） ➢ 頭痛（TM1）（區塊 L4-SD1） ➢ 中風（TM1）（區塊 L4-SD3）
氣血津液病類（TM1）（區塊 L2-SD7）	
精神情志病類（TM1）（區塊 L2-SD8）	
外感病（TM1）（區塊 L2-SD9）	● 溫病（TM1）（區塊 L3-SE0）

兒童與青少年期病類（TM1）（區塊 L2-SE3）	

表三、ICD-11第二十六章之二：傳統醫學證候（TM1）（區塊L1-SE7）

八綱證（TM1）（區塊 L2-SE7）	
外感證（TM1）（區塊 L2-SE8）	
氣血津液證（TM1）（區塊 L2-SE9）	● 氣證（TM1）（區塊 L3-SE9） ● 血證（TM1）（區塊 L3-SF0） ● 津液證（TM1）（區塊 L3-SF1） ● 精證（TM1）（區塊 L3-SF2）
臟腑證（TM1）（區塊 L2-SF5）	● 肝系證類（TM1）（區塊 L3-SF5） ● 心系證類（TM1）（區塊 L3-SF6） ● 脾系證類（TM1）（區塊 L3-SF7） ● 肺系證類（TM1）（區塊 L3-SF8） ● 腎系證類（TM1）（區塊 L3-SF9）
十二正經和奇經八脈	● 十二正經證（TM1）（區塊 L3-SG2）

證（TM1） （區塊 L2-SG2）	● 奇經八脈證（TM1）（區塊 L3-SG3）
六經證（TM1） （區塊 L2-SG6）	
三焦證（TM1） （區塊 L2-SG7）	
衛氣營血證（TM1） （區塊 L2-SG8）	● 衛分證（TM1）（區塊 L3-SG8） ● 氣分證（TM1）（區塊 L3-SG9） ● 營分證（TM1）（區塊 L3-SH0） ● 血分證（TM1）（區塊 L3-SH1）
四象醫學體質病證 （TM1） （區塊 L2-SH4）	● 太陽人病證（TM1）（區塊 L3-SH4） ● 少陽人病證（TM1）（區塊 L3-SH5） ● 太陰人病證（TM1）（區塊 L3-SH6） ● 少陰人病證（TM1）（區塊 L3-SH7）

(二)納編沿革：

國際疾病分類（(International Classification of Diseases)（ICD）於1900年發行第一版，此後的第一版到第十版，均無傳統醫學相關章節。直到於2018年發行初步預覽本、2019 年 5 月舉行的世界衛生大會WHA通過的國際疾病分類第十一次修訂本

（International Classification of Diseases 11th Revision）（ICD-11）才首度將傳統醫學納入於第二十六章。

ICD-11傳統醫學章節的前身為在以「WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準」（WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region）（WHO-IST）一書為基礎發展的「傳統醫學國際分類」（International Classification of Traditional Medicine）（ICTM）。「傳統醫學國際分類」（ICTM）為單獨存在時之稱呼，若納入ICD-11則稱為ICD-11的傳統醫學章節。

2004年10月，世界衛生組織的西太平洋區域辦公室（Western Pacific Region Office）（WPRO）發起了傳統醫學術語國際標準計畫，期間歷經多次專家會議，進行討論與修訂，整合中國、日本、韓國、越南等西太平洋地區傳統醫學的術語，對3259個術語進行標準化，歷經四年的努力，最終於2007年正式發行「WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準」（WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region）（WHO-IST）一書[2]。

「傳統醫學國際分類」（International Classification of Traditional Medicine）（ICTM）的發展可分為2005-2008年和2009-2017年兩段時期。第一段時期，2005年至2008年期間，由世界衛生組織西太平洋區域辦公室（WHO/WPRO）主導，期間歷經了十二次專家會議。第二段時期，2009-2017年期間，由世界衛生組織總部主導，期間歷經二十二次專家會議。並進行相關的品質控管（Quality

Assurance）。品質控管可分為同儕審查（peer view）與前驅試驗（Pilot Testing）兩部分。在同儕審查部分將470個診斷碼，每個診斷碼均包含名稱（Title）、定義（definition）、包含名詞（Inclusion）、排除名詞（Exclusion），分入29個審查小組，由來自12個國家的142位專家進行審查。前驅試驗則包含由17個歐亞國家之專業傳統醫學組織進行的網路調查（Web based survey），以及進行收案評估ICD-11傳統醫學章節疾病分類的一致性（reliability ）（consistency）、準確性（accuracy）以及可行性（feasibility）（usability）。最終完成ICD-11傳統醫學章節。（此部分參考渡邊賢治教授於專家會議之投影片）

ICD-11傳統醫學章節於WHO之正式名稱為「補充章節傳統醫學病證-模組一」（Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I ），內容主要是以盛行於中國、日本、韓國等地之傳統中醫學內容為主。傳統醫學章節除了現行的模組一之外，目前正由世界衛生組織ICD-11傳統醫學篇章共同主席渡邊賢治（Kenji Watanabe）教授主持整編模組二（Module II）。傳統醫學章節的模組二（（Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module II）會包含「阿育吠陀」（Ayurveda）、「悉達」（Siddha）、「尤那尼」（Unani）等傳統醫學之疾病分類。

(三)與臨床意義關聯性：

現行台灣中醫師健保申報系統使用ICD-10，ICD-10中僅有西醫病名，而沒有中醫的病名（disorder）或中醫的證型（patten），

為「辨病」模式。ICD-11第26章傳統醫藥章節中增加了中醫的病名（disorder）與中醫的證型（pattern），使中醫師可以記錄當下診斷的中醫的病名（disorder）以及中醫的證型（pattern），始中醫師能呈現中醫「辨證論治」的特色。

(四)該章節之中文譯本文件1份

詳見附件的word檔。

附錄二、ICD-11 中醫章節（Chapter 26: Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions – Module I）原稿文件

CHAPTER 26

Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I

- This chapter has 470 four-character categories.
- Code range starts with SA00
- This supplementary chapter is a subclassification for optional use. This chapter is not intended for mortality reporting. Coding should always include also a category from the chapters 1-24 of ICD.
- This supplementary chapter refers to disorders and patterns which originated in ancient Chinese Medicine and are commonly used in China, Japan, Korea, and elsewhere around the world. This list represents a union set of harmonized traditional medicine conditions of the Chinese, Japanese, and Korean classifications. For an extended list of traditional medicine conditions, please refer to the International Classification of Traditional Medicine (ICTM).
- Definitions:
- A disorder in traditional medicine, disorder (TM1)[1], refers to a set of dysfunctions in any of the body systems which presents with associated manifestations, i.e. a single or a group of specified signs, symptoms, or findings. Each disorder (TM1) may be defined by its symptomatology, etiology, course and outcome, or treatment response.
- Symptomatology: signs, symptoms or unique findings by traditional medicine

diagnostic methods, including inspection such as tongue examination, history taking (inquiry), listening and smelling examination, palpation such as pulse taking, abdominal examination, and other methods.

- TM Etiology: the underlying traditional medicine explanatory style, such as environmental factors (historically known in TM translations as the external contractions), emotional factors (historically known in TM translations as the seven emotions), or other pathological factors, processes, and products.
- Course and outcome: a unique path of development of the disorder (TM1)over time. 4 Treatment response: known response to traditional medicine interventions. In defining a disorder (TM1), symptomology and etiology are required. Course and outcome, and treatment response are optional.
- A pattern in traditional medicine, pattern (TM1), refers to the complete clinical presentation of the patient at a given moment in time including all findings. Findings may include symptomology or patient constitution, among other things.
- Symptomatology (as above).
- Constitution: the characteristics of an individual, including structural and functional characteristics, temperament, ability to adapt to environmental changes, or susceptibility to various health conditions. This is relatively stable, being in part genetically determined while partially acquired.
- [1]:'TM1' refers to Traditional Medicine conditions - Module I. The (TM1)designation is used throughout this chapter for every traditional medicine diagnostic category in order to be clearly distinguishable from

conventional medicine concepts.

- This chapter contains the following top level blocks:
- Traditional medicine disorders (TM1)
- Traditional medicine patterns (TM1)
- Traditional medicine disorders (TM1)(BlockL1-SA0)
- A disorder in traditional medicine, disorder (TM1), refers to a set of dysfunctions in any of the body systems which presents with associated manifestations, i.e. a single or a group of specified signs, symptoms, or findings. Each disorder (TM1)may be defined by its symptomology, etiology, course and outcome, or treatment response (please refer to chapter definition for further details).
- Organ system disorders (TM1)(BlockL2-SA0)
- Liver system disorders (TM1)(BlockL3-SA0)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to dysfunction of the liver system. The system consists of the organs liver and gallbladder, tendons, nails, eyes, related meridians and collaterals.
- SA00 **Hypochondrium pain disorder (TM1)**
- A disorder characterized by pain on one or both sides of the hypochondrium. It may be explained by qi dysfunction or disharmony in the meridians of the hypochondrium.
-
- SA01 **Jaundice disorder (TM1)**
- A disorder characterized by yellow and dark appearance of sclera, skin and

urine. They may be explained by dysfunction of liver and spleen systems, and gallbladder, which caused by invading of exogenous pathogenic including dampness, fire or pestilence, and interior injury due to drinking of alcohol or improper diet, or different kinds of dampness, blood stasis and qi stagnation.

- ***Inclusions***: Acute jaundice
- Yang jaundice.
- Yin jaundice.
-
- SA02 **Liver distension disorder (TM1)**
- A disorder characterized by mass or pain in the right hypochondrium relieved with pressure. It may be explained by stagnation of qi and blood and may be a sequelae of other liver system disorders.
-
- SA03 **Tympanites disorder (TM1)**
- A disorder characterized by severe abdominal distention with taut, yellowish skin, or prominent veins over the abdominal wall. It relates to liver, spleen and kidney system, may be explained by decreased circulation of qi, blood, or water, which cause the fluid or gas accumulation in the peritoneal cavity, an abdominal mass, or intestinal infection.
-
- SA04 **Liver abscess disorder (TM1)**
- A disorder characterized by sudden onset of fever, a mass or pain in the right, lower hypochondrium. It may be explained by accumulation of fire, heat, toxin,

parasites, or other infection, which lead to putrefaction of qi or blood in liver, and cause internal abscess.

- SA05 **Gallbladder distension disorder (TM1)**
- A disorder characterized by recurrent pain with discomfort and distention in the right upper quadrant of the abdomen which may be accompanied by flatulence. It may be explained by stagnation of gallbladder qi, which is caused by obstruction of dampness, heat, phlegm and blood stasis in gallbladder, or emotional upset.
- SA0Y **Other specified liver system disorders (TM1)**
- SA0Z **Liver system disorders (TM1), unspecified**
- Heart system disorders (TM1)(BlockL3-SA1)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to dysfunction of heart system. The system consists of the heart, vessels, tongue and related meridians and collaterals.
- Palpitation disorders (TM1)(BlockL4-SA1)
- A group of disorders characterized by irregular beating of the heart. They may be explained by any dysfunction of qi activity in the chest affecting the functions of the heart system such as from environmental factors, emotional factors, or other pathological processes or products.

- SA10 **Inducible palpitation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a sensation of rapid and forceful beating of the heart ascribed to being frightened. It may be explained by excessive mental stimulus or severe stress causing qi deficiency of the heart and gallbladder systems, heart system qi, blood deficiency, or phlegm accumulation and stasis.
- ***Inclusions***: Fright palpitation disorder (TM1)
-
- SA11 **Spontaneous palpitation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a sensation of rapid and forceful beating of the heart without specific cause. The state of spontaneous palpitation disorder is more severe than that of inducible palpitation disorder in terms of duration, frequency and degree of symptoms.
- ***Inclusions***: Fearful throbbing disorder (TM1)
-
- SA1Y **Other specified palpitation disorders (TM1)**
-
- SA1Z **Palpitation disorders (TM1), unspecified**
-
- Chest impediment disorders (TM1)(BlockL4-SA2)
- A group of disorders characterized by a sensation of squeezing, tightness pressure or paroxysmal pain in the chest. They may be explained by qi stagnation, blood stasis and phlegm obstruction as excess or the insufficiency of qi, yin, yang, or blood.

- ***Inclusions***: Heart pain disorder (TM1)
- Chest impediment disorder (TM1)
- SA20 **True heart pain disorder (TM1)**
- A disorder characterized by persistent, sharp pain in the chest accompanied by sweating, cold limbs, white complexion and blue lips, faint and barely perceptible pulse. It may be explained by stagnation or obstruction of qi, yang, or blood in the chest, deficiency of qi, blood, yin or yang, an accumulation of phlegm blocking the movement of qi, or cold.
- SA2Y **Other specified chest impediment disorders (TM1)**
-
- SA2Z **Chest impediment disorders (TM1), unspecified**
-
-
- SA4Y **Other specified heart system disorders (TM1)**
-
- SA4Z **Heart system disorders (TM1), unspecified**
-
- Spleen system disorders (TM1)(BlockL3-SA5)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to dysfunction of the spleen system. The system consists of the spleen and stomach organs, muscle, lips, mouth, related meridians and collaterals.
- SA50 **Dysphagia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by difficulty swallowing with resulting in food being

stuck in the throat, commonly encountered symptom of esophagopathy and other disorders involving the stomach, chest, diaphragm, oral cavity, throat and heart as well as impediment, flaccidity, paralysis and stroke. It may be explained by stagnation of qi, fire, phlegm or fluid consumption.

- ***Inclusions***: Choke disorder (TM1)
-
- SA51 **Stomach ache disorder (TM1)**
- A disorder characterized by pain in the upper abdomen (beneath the xiphoid process). It may be explained by invasion of external cold or heat factors and improper diet; deficiency of yin, yang, qi and blood, qi stagnation and blood stasis that lead to failure of the stomach system qi to descend normally.
-
- SA52 **Epigastric distension disorder (TM1)**
- A disorder characterized by long-term distention, swelling, or epigastric fullness. It may be explained by decreased function of the spleen and stomach systems, obstruction of qi activity due to accumulation of phlegm and blood stasis, or other long-term disorders of the stomach system.
-
- SA53 **Epigastric upset disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sensation of emptiness in the stomach similar to, but not explained by, hunger, pain or heartburn. It may be explained by improper diet, the environmental factors of fire or cold entering the stomach system, deficiency of yin or blood, or disharmony of the liver and stomach

systems.

- SA54 **Food retention disorder (TM1)**
- A disorder characterized by epigastric or abdominal distension, discomfort, vomiting, constipation, or diarrhea. It may be explained by excessive intake of food or accumulation of food.

- SA55 **Diarrhea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by passing three or more loose or liquid stools per day, or as having abnormally frequent bowel movements. It may be explained by wind, cold, dampness, fire or heat factors, improper diet, emotional upset, or deficiency of yang qi in the spleen or kidney systems.

- SA56 **Dysentery disorder (TM1)**
- A disorder characterized by potentially recurrent abdominal pain, straining during bowel movement, or diarrhea with mucus or blood. It may be explained by communicable and toxic damp heat in the intestines.

- SA57 **Constipation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by difficult or prolonged defecation. It may be explained by the accumulation of fire or heat factor in the stomach or intestines systems, yang deficiency related accumulation of cold factor, deficiency of qi, blood, yin or fluid, or an abdominal mass.

- SA58 **Abdominal pain disorder (TM1)**
- A disorder characterized by pain in the abdomen. It may be explained by environmental factors, parasitic infection, improper diet, calculus, deficiency or stagnation of qi or blood, or fecal retention.
- ***Exclusions***: Lower abdominal colic disorder (TM1)
- SA59 **Intestinal abscess disorder (TM1)**
- A disorder characterized by fever, paroxysmal pain, and mass in the lower right quadrant of the abdomen. It may be explained by accumulation of fire or heat factors.
- SA5Y **Other specified spleen system disorders (TM1)**
- SA5Z **Spleen system disorders (TM1), unspecified**
- Lung system disorders (TM1)(BlockL3-SA6)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to dysfunction of the lung system. The system consists of the lung and large intestine organs, skin, body hair, nose, related meridians and collaterals.
- SA60 **Common cold disorder (TM1)**
- A disorder characterized by fever, chills, generalized body pain, stuffy nose, sneezing, throat irritation or cough. It may be explained by wind entering the

lung system or invading the body defense exterior.

- ***Exclusions***: Seasonal cold disorder (TM1)
-
- Cough disorders (TM1)(BlockL4-SA7)
- A disorder characterized by the presence of cough. It may be explained by external and internal factors entering the lung system, lung irritation by contaminated air, an accumulation of phlegm or fluid in the lung, or deficiency of qi and yin associated with reverse flow of lung system qi.
- SA70 **Cough with dyspnea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by cough with reverse flow of qi in the airways, also known as cough with qi reflux. It may be explained by the reverse flow of lung system qi.
- ***Exclusions***: Panting disorder (TM1)
- Dyspnea disorder (TM1)
-
- SA7Y **Other specified cough disorders (TM1)**
-
- SA7Z **Cough disorders (TM1), unspecified**
-
- SA80 **Dyspnea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by difficult and labored breathing. It may be explained by the external and internal factors such as cold, wind or fire, or an accumulation of phlegm.

- ***Exclusions***: Cough with dyspnea disorder (TM1)
-
- SA81 **Wheezing disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sudden onset of shortness of breath with a rough, whistling sound in the airways which may be recurrent. It may be explained by irritation of the lungs associated with the production of phlegm or fluid, airway obstruction, environmental factors, improper diet, or emotional factors.
-
- SA82 **Lung distension disorder (TM1)**
- A disorder characterized by persistent distension of the lung, manifested by a sensation of pressure in the chest, chronic cough, shortness of breath or panting, or rib cage expansion, or purple lips and tongue. It may be explained by long term obstruction of the lung system qi or prolonged expansion of the lungs. This may be a long term sequelae of coughing, panting or wheezing.
-
- SA83 **Pleural fluid retention disorder (TM1)**
- A disorder characterized by distention and fullness of the chest and hypochondrium, cough with stretching pain. It may be explained by tuberculosis or cancer of the lung and chest and certain systemic diseases, resulting in retention of fluid in the chest cavity and dysfunction of qi activity.
-
- SA84 **Lung heat disorder (TM1)**

- A disorder characterized by sudden onset of fever, cough, restlessness, thirst, and chest pain. It may be explained by invasion of the wind-heat factor into the lung system, or with consequent stagnation of heat in the lung leading to failure of the lung system in clearing, depurating and descending.
-
- SA85 **Lung withering disorder (TM1)**
- A disorder characterized by shortness of breath, and expectoration of turbid saliva. It may be explained by chronic cough which impairs the lung system qi and consumes fluid, resulting in withering and weakness of the lung lobe.
-
- SA86 **Chest bind disorder (TM1)**
- A disorder characterized by local rigidity, fullness or tenderness in the chest or abdomen, including both major and minor chest bind disorder. It may be explained by the environmental factors of fire or cold associated with an accumulation of fluid, phlegm or stagnant food.
-
- SA8Y **Other specified lung system disorders (TM1)**
-
- SA8Z **Lung system disorders (TM1), unspecified**
-
- Kidney system disorders (TM1)(BlockL3-SA9)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to dysfunction of the kidney system. The system consists of the kidney and

bladder organs, bones, hair, ears, genitalia, anus, marrow, related meridians and collaterals.

- Strangury disorders (TM1)(BlockL4-SA9)
- A disorder characterized by frequent, painful and difficult urination with decreased output despite a sense of urgency. It may be explained by various factors such as dampness heat, yin deficiency, qi deficiency, fire stagnation, stone that disturbs qi activity of the bladder system.
- SA90 **Stony stranguria disorder (TM1)**
- A disorder characterized by stones in the urine, painful and difficult urination that is due to the passage of urinary calculi, abdominal or back pain and sometimes colic that may radiate to the perineum or uremia. It may be explained by accumulation of dampness-heat in the lower energizer which steams and transforms turbid urine into stones retained in the kidney.
-
- SA91 **Heat stranguria disorder (TM1)**
- A disorder characterized by urgency and frequency of painful urination with acute onset, chills and fever, lumbar pain and cramps, and distension in the lower abdomen. It may be explained by dampness-heat resulting in the failure of the bladder system to transform qi.
-
- SA9Y **Other specified strangury disorders (TM1)**
-
- SA9Z **Strangury disorders (TM1), unspecified**

- SB00 **Kidney stagnation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a cold feeling in the waist and may be accompanied by heaviness in the lumbar region. It may be explained by sustained cold dampness.

- SB01 **Flooding urine disorder (TM1)**
- A disorder characterized by thirst and increased volume of diluted urine. It may be explained by deficiency of the kidney system leading to loss of control of urination.

- SB02 **Enuresis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by involuntary urination during sleep. They may be explained by dysfunction of the kidney system qi or the combination of dampness, heat and blood stasis associated with bladder system dysfunction.

- SB03 **Turbid urine disorder (TM1)**
- A disorder characterized by cloudy or rice water urine. It may be explained by disorders or infections of the kidney, injury, dampness or heat moving downward in the body, or dysfunction of the spleen or kidney systems.

- SB04 **Dribbling urinary block disorder (TM1)**
- A disorder characterized by partial or complete obstruction of urinary flow. It

may be explained by deficient bladder system qi or a blocked urinary passage, such as in prostatic hypertrophy.

- SB05 **Block and repulsion disorder (TM1)**
- A disorder characterized by vomiting and urinary obstruction. It may be explained by dysfunction of the kidney system failing to transform qi, and turbid dampness invading the stomach.

- SB06 **Edema disorders (TM1)**
- A disorder characterized by acute or chronic edema. It may be explained by the dysfunction of the kidney system or related to the dysfunction of spleen and lung systems.

- **SB06.0 Kidney edema disorder (TM1)**
- A chronic disorder characterized by long term swelling of lower limbs, low back pain, aversion to cold, frequent urination. It may be explained by the kidney system dysfunction.

- **SB06.1 Wind edema disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sudden onset of localized swelling, pain in the joints, aversion to wind. It may by explained by the weather factor of wind entering the body, associated with spasm of the blood vessels, blood stasis and water retention.

- **SB06.Y Other specified edema disorders (TM1)**
- **SB06.Z Edema disorders (TM1), unspecified**
- SB07 **Lower abdominal colic disorder (TM1)**
- A disorder characterized by intense, paroxysmal pain in the lower abdomen, constipation or urinary retention. It may be explained by dysfunction of liver system qi, deficiency of healthy qi particularly in infants or elderly, entry of bowels into the scrotum due to increased abdominal pressure, traumatic injury or blood stasis in the scrotum after surgery, or congenital malformation.
- ***Inclusions***: Hernia (TM1)
- ***Exclusions***: Abdominal pain disorder (TM1)
- SB08 **Premature ejaculation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by ejaculation within the first minute of sexual intercourse. It may be explained by kidney system qi insecurity.
- SB09 **Involuntary ejaculation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by spontaneous emission of semen occurring at least four times per month. It may be explained by decreased ability of the kidney system to store essence.

- SB0A **Persistent erection disorder (TM1)**
- A disorder characterized by abnormal persistent erection with penile tenderness. It may be explained by liver fire, blood stasis, dampness and heat accumulation, yin deficiency fire in the lower part of the body.
-
- SB0B **Impotence disorder (TM1)**
- A disorder characterized by an inability to initiate or maintain an erection, or inability to have sexual intercourse. It may be explained by deficiency of fire in the life gate, deficiency of liver and kidney function, fear or depression.
-
- SB0C **Male Infertility disorder (TM1)**
- A disorder characterized by inability to conceive after two years of normal sexual intercourse with average frequency, with a partner with healthy reproductive function. They may be explained by deficiency of kidney system function, stagnation of liver system qi, stagnation of phlegm and dampness, or blood stasis associated with dysfunction of the thoroughfare and conception meridian.
-
- SB0Y **Other specified kidney system disorders (TM1)**
-
- SB0Z **Kidney system disorders (TM1), unspecified**
-
-

- SB2Y **Other specified organ system disorders (TM1)**
- SB2Z **Organ system disorders (TM1), unspecified**
- Other body system disorders (TM1)(BlockL2-SB3)
- Skin and mucosa system disorders (TM1)(BlockL3-SB3)
- This section comprises a range of TM disorders grouped together on the basis of their occurring in the skin and mucosa system.
- SB30 **Dampness sore disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a skin rash that is commonly recurrent with exudation, incrustation or itching skin. It may be explained by wind, dampness or heat affecting the skin.
- SB31 **Impetigo disorder (TM1)**
- A disorder characterized by crusty pustules on the skin, suppuration, yellow exudate, and itching. It may be explained by dampness-heat affecting the spleen or lung systems or other infections.
- Furuncle disorders (TM1)(BlockL4-SB4)
- A group of disorders characterized by an acute, easy to change and a greater risk of acute suppurative disease, usually occurring on the face or limbs, appearing small, deep-rooted, hard, swollen, painful and scorching, tending to drain or discharge pus and injuring the sinews and bones. They may be

explained by injury as a wound due to stabbing of bamboo and wood, or invasion of pestilence or fire toxin, associated with stagnation of qi and blood.

- SB40 **Septicemic furunculosis disorder (TM1)**
- A disorder characterized as complication of furuncle disorder in which the infection spreads to the blood, leading to diffuse swelling, chills, fever, or restlessness with potential coma or delirium. It may be explained by improper initial treatment, such as squeezing of the furuncle, or excess fire or heat affecting the furuncle.
-
- SB4Y **Other specified furuncle disorders (TM1)**
-
- SB4Z **Furuncle disorders (TM1), unspecified**
-
- SB50 **Bed sore disorder (TM1)**
- A disorder characterized by localized, superficial skin injury commonly occurring at the coccyx, elbow or spine. It may be explained by prolonged confinement to bed with decreased circulation of qi and blood or pressure, malnutrition or friction of the skin. Recovery is often prolonged due to decreased circulation and continued pressure.
-
- Abscess disorders (TM1)(BlockL4-SB6)
- A group of disorders characterized by inflammation and accumulation of pus associated with a severe local infection, and it occurs between the surface and

the flesh in acute suppurative disease. They may be explained by parasitic infection, or heat toxin that is external or endogenous.

- SB60 **Deep multiple abscess disorder (TM1)**
- A disorder characterized by diffusive swelling, light fever with pain, normal skin color with pus inside. It may be explained by pathogenic factors such as heat or dampness that run into the blood vessels and stays in the deep part of the muscles.
-
- SB61 **Anal abscess disorder (TM1)**
- A disorder characterized by fever, chills, red and swollen anus with burning sensation, pain, and the occurrence of an anal fistula after pustulation. It may be explained by excessive intake of rich or spicy food with downward flow of dampness heat, or accumulation of dampness phlegm, or retention of toxic pathogenic factors in the surrounding area to the anal canal or rectum, stagnation of qi and blood, complicated by heat toxin that putrefies the blood and causes an abscess.
-
- SB6Y **Other specified abscess disorders (TM1)**
-
- SB6Z **Abscess disorders (TM1), unspecified**
-
- SB70 **Headed carbuncle disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the beginning of the skin miliary pus head,

inflammatory swelling, quickly spreading deeper and around, forming an acute suppurative disease with profuse pus. It may be explained by accumulation of heat toxin and stagnation of qi and blood.

- SB71 **Foot dampness itch disorder (TM1)**
- A disorder characterized by blisters on the toes with ulceration and subjective feeling of severe itching. It may be explained by dampness or heat moving downward within the body, or wind dryness due to blood deficiency complicated by virulent toxin.

- SB72 **Tinea circinate disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a rash or red bumps or blisters, crusty, peeling skin or itching. It may be explained by an accumulation of dampness and heat complicated by viral infection.

- SB73 **Dry skin disorder (TM1)**
- A disorder characterized by dry skin resembling snake skin, with scanty sweating. It may be congenital or explained by malnourishment or deficient blood to the skin associated with wind dryness.

- SB74 **Gangrene disorder (TM1)**
- A disorder characterized by cold and numbness of lower limbs at the early stage, necrosis or loss of the fingers and toes, gangrenous and suppurative toes

and fingers, difficulty to heal. It may be explained by congenital deficiency, deficiency of healthy qi, invasion of cold and dampness factors leading to obstruction of meridians with unsmooth flow of qi and blood.

- SB75 **Wart disorder (TM1)**
- A disorder characterized as a benign, superficial skin growth. It may be explained by wind, dampness, heat or fire affecting the skin or viral infection.

- SB76 **Hand dampness itch disorder (TM1)**
- A disorder characterized by rough or thick blisters on the hands with peeling, fissure, pain or itchy skin. It may be explained by wind or dampness affecting the skin, or blood deficiency associated with wind dryness.

- SB77 **Erysipelas disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sudden onset of patches of a red, warm, swollen or painful rash on the skin. It is usually caused by fire toxin due to skin or membrane injury, which combines with blood heat and is retained in the skin.

- SB78 **Cellulitis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by acute, diffuse and suppurative inflammation of the subcutaneous tissue. It may be explained by numerous factors, such as wind, dampness, heat, fire, infection or injury.

- SB79 **Thrush disorder (TM1)**
- A disorder characterized by flake-shaped crusts in the oral cavity that looks like goose mouth. It may be explained by an attack of virulent toxin and accumulation of heat in the heart and spleen systems which attack the mouth and tongue.
-
- SB7A **Herpes zoster disorder (TM1)**
- A disorder characterized as a painful, blistering skin rash which is typically unilateral and confined to one or more dermatomes, in a snake shaped pattern around waist or hypochondrium. It is explained by dampness-heat in the liver and spleen systems which accumulates in the skin along meridians, complicated by an attack of virulent toxin.
-
- SB7B **Interior haemorroid disorder (TM1)**
- A disorder characterized by varicosities above the anal dentate line covered with membrane, blood, or stool, prolapse of hemorrhoids, or constipation. It may be explained by wind, dampness, fire, internal accumulation of heat, qi sinking due to spleen system deficiency, or constipation associated with stagnation of qi or blood in the anus.
-
- SB7C **Fissured anus disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a tear or ulceration of the anal skin or subcutaneous tissue. It may be explained by intestinal dryness or fire or heat retention,

deficiency of yin fluid, dry feces or downward flow of dampness heat.

- SB7Y **Other specified skin and mucosa system disorders (TM1)**
- SB7Z **Skin and mucosa system disorders (TM1), unspecified**
- Female reproductive system disorders (TM1)(including childbirth)(BlockL3-SB8)
- This section contains TM disorders associated with menstruation, fertility, pregnancy, puerperium, menopause and other aspects of the female reproductive systems. These may be caused by anatomical particularity of the female reproductive organs and physiologic change in pubertal development, menstruation, pregnancy, parturition and lactation.
- Menstruation associated disorders (TM1)(BlockL4-SB8)
- This section contains a variety of TM disorders that differ in severity and clinical form but are all attributable to emmeniopathy. They are classified into four major categories: irregular menorrhea, abnormal bleeding, dysmenorrhea and menopausal disorders. Particularly abnormal bleeding is subdivided by criteria of abnormality in menstrual cycle, amount and form.
- Menstruation cycle disorders (TM1)(BlockL5-SB8)
- This section contains TM disorders associated with abnormalities of the menstrual cycles.
- SB80 **Advanced menstruation disorder (TM1)**

- A disorder characterized by an irregular menstrual cycle which is early by seven days or more for at least two consecutive cycles. It may be explained by qi deficiency associated with dysfunction of the thoroughfare and conception meridians, or dysfunction of the uterus associated with excess heat in the thoroughfare and conception meridians.
-
- SB81 **Delayed menstruation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by an irregular menstrual cycle which is delayed by seven days or more for at least two consecutive cycles. It may be explained by dysfunction of the kidney system or the thoroughfare and conception meridians, blood deficiency, cold factor entering the blood, qi stagnation, obstruction of the thoroughfare and conception meridians by phlegm or dampness factors.
-
- SB82 **Irregular menstruation disorders (TM1)**
- A disorder characterized by an irregular menstrual cycle which is either delayed or early by seven days or more. It may be explained by liver system qi stagnation, kidney system dysfunction, disharmony of the thoroughfare and conception meridians or dysfunction of the uterus.
-
- SB8Y **Other specified menstruation cycle disorders (TM1)**
-
- SB8Z **Menstruation cycle disorders (TM1), unspecified**
-

- SB90 **Menorrhagia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by heavy menstrual flow with an otherwise normal cycle. It may be explained by qi deficiency with dysfunction of the thoroughfare and conception meridians or injury of the thoroughfare and conception meridians associated with excess heat or fire.
-
- SB91 **Decreased menstruation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by significantly decreased menstruation with a duration of less than two days. It is explained by deficient essence and blood and weakness of the uterus, or turbulent blood flow due to meridian obstruction.
-
- SB92 **Prolonged menstruation disorder (TM1)**
- A disorder characterized by menstruation which lasts more than seven days but with a normal menstrual cycle. It may be explained by yin deficiency associated with an accumulation of heat or fire in the body, deficient qi failing to control blood circulation, or obstruction of the thoroughfare and conception meridians by blood stasis.
-
- SB93 **Metrorrhagia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by heavy menstruation or uterine bleeding at irregular intervals, particularly between the expected menstrual periods. It may be explained by dysfunction of the spleen or kidney systems, heat in the blood, blood stasis, or dysfunction of thoroughfare and conception meridians.

- SB94 **Amenorrhea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by lack of menarche in females after puberty (Primary amenorrhoea). It may also refer to any cessation of menstruation which persists for at least three months in the absence of known etiology (Secondary amenorrhoea). It may be explained by dysfunction of the liver and kidney systems, qi and blood deficiency, yin deficiency related to decreased blood volume, deficiency of qi and blood in the thoroughfare and conception meridians, uterine infection, qi and blood stasis, or obstruction of the thoroughfare and conception meridians by dampness or phlegm.
- SB95 **Menopausal disorder (TM1)**
- A disorder characterized by persistent or intermittent symptoms that present around menopause, including irregular cycles, hot flashes with sweating, dizziness, tinnitus, insomnia, forgetfulness, palpitation, restlessness, irritation, edema, diarrhea, or dry and itching skin. It may be explained by decline of kidney system qi, exhaustion of reproductive substance and imbalance of yin and yang.
- SB96 **Dysmenorrhea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by lower abdominal pain or pain in the lumbosacral region, during menstruation. It may be explained by emotional factors and environmental factors that lead to dysfunction of the thoroughfare and

conception meridians, or deficient blood or essence may cause malnutrition of uterine related to deficient blood or essence.

- SB9Y **Other specified menstruation associated disorders (TM1)**
- SB9Z **Menstruation associated disorders (TM1), unspecified**
- Pregnancy associated disorders (TM1)(BlockL4-SC0)
- This section contains TM disorders that may occur during pregnancy.
- SC00 **Morning sickness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by nausea, vomiting, or loss of appetite during pregnancy, particularly after eating. It may be explained by reverse flow of the thoroughfare (penetrating)meridian qi or by failure of the stomach system qi to move downwards in the body.
- SC01 **Unstable fetus disorder (TM1)**
- A disorder characterized by pain in the abdomen or lumbar region, a sense of uterine prolapse or downward pressure or spotting. It may be explained by fetal weakness or disharmony of qi and blood in the thoroughfare (penetrating)and conception meridians.
- SC02 **Bladder pressure disorder (TM1)**
- A disorder characterized by lower abdominal distention with difficult urination

during pregnancy. It may be explained by kidney system dysfunction or qi deficiency associated with the fetus pressing on the bladder.

- ***Inclusions***: Shifted colic disorder (TM1)
- Shifted bladder disorder (TM1)
- Bladder colic disorder (TM1)
-
- SC03 **Eclampsia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sudden onset of dizziness, loss of consciousness, muscle spasms, full body stiffness, involuntary upward gaze, recurrent seizure, or coma that may occur during the late stage of pregnancy, labor or the purperium. It may be explained by wind generated by the liver system moving throughout the rest of the body, or excess phlegm and internal fire or heat moving upward in the body and affecting the head.
-
- SC04 **Floating sensation pregnancy disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a sensation of pressure in the abdomen or thorax, dyspnea or irritability during pregnancy. It may be explained by the fetus moving and pressing upwards.
-
- SC0Y **Other specified pregnancy associated disorders (TM1)**
-
- SC0Z **Pregnancy associated disorders (TM1), unspecified**
-

- Puerperium associated disorders (TM1)(BlockL4-SC1)
- This section contains a variety of TM disorders that may occur after childbirth.
- SC10 **Puerperal abdominal pain disorder (TM1)**
- A disorder characterized by paroxysmal pain in the lower abdomen after labor, with potential dizziness, lethargy, palpitation, shortness of breath, or the presence of a mass. It may be explained by deficiency of qi and blood, and / or stagnation of qi and blood.
-
- SC11 **Puerperal wind disorder (TM1)**
- A disorder characterized by muscle spasm or joint pain in the extremities, neck stiffness, lockjaw, or severe hyperextension and spasticity of the spine during or after labor. It may be explained by wind, cold, or dampness factors affecting the body, deficiency of qi or blood, yin deficiency, or infection.
-
- SC12 **Hypogalactia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by decreased or absent lactation. It may be explained by deficiency of qi and blood, or stagnation of liver system qi.
-
- SC13 **Postpartum lochiorrhea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by presence of vaginal discharge including blood, mucus and tissue for three consecutive weeks following delivery. It may be explained by heat in the blood, blood stasis, qi deficiency, decreased circulation of qi and blood, or infection.

- SC1Y **Other specified puerperium associated disorders (TM1)**
- SC1Z **Puerperium associated disorders (TM1), unspecified**
- Other female reproductive system associated disorders (TM1) (BlockL4-SC2)
- This section covers some remaining TM disorders which are not included in other sections on female reproductive system disorders. The section includes TM disorders of the external genitalia and breasts, infections and tumors found in the reproductive organs and psychosomatic disorders.
- SC20 **Leukorrhea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by vaginal discharge with abnormal color, quality and / or odor, or could be accompanied by regional or whole body symptoms. It may be explained by dampness accumulation in the lower part of body, usually accompanied with cold or heat, which cause dysfunction of the spleen system or the kidney system.
- SC21 **Vaginal flatus disorder (TM1)**
- A disorder characterized by frequent, noisy expulsion of gas from the vagina. It may be explained by dysfunction of qi activity or obstruction of the system by qi or phlegm.
- SC22 **Infertility disorder (TM1)**

- A disorder characterized by a failure to conceive for one year after normal sexual activity or after previous pregnancy, without taking any contraceptive measures and with a partner who has normal reproductive function. It may be explained by deficiency in the kidney system, depression in the liver system, phlegm, and blood stasis, resulting in dysfunction of thoroughfare (penetrating) and conception vessels as well as the uterus.
- ***Inclusions***: Female sterility disorder (TM1)
- ***Exclusions***: Male Infertility disorder (TM1)
-
- SC23 **Uterine mass disorder (TM1)**
- A disorder characterized by uterine tumor, often accompanied by advanced, prolonged menstruation or metrorrhagia. It may be explained by stagnation of qi and blood, or stasis of blood.
-
- SC24 **Breast lump disorder (TM1)**
- A disorder characterized by pain or palpable lumps in the breast that may alter in size throughout the menstrual cycle. It may be explained by emotional factors or phlegm associated with damage to or disharmony of the thoroughfare (penetrating) and conception meridians.
-
- SC2Y **Other specified other female reproductive system associated disorders (TM1)**
-

- SC2Z **Other female reproductive system associated disorders (TM1), unspecified**
-
-
- SC4Y **Other specified female reproductive system disorders (TM1) (including childbirth)**
-
- SC4Z **Female reproductive system disorders (TM1) (including childbirth), unspecified**
-
- Bone, joint and muscle system disorders (TM1) (BlockL3-SC5)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to dysfunction of the bone, joint and muscle system.
- Joint impediment disorders (TM1) (BlockL4-SC5)
- A group of disorders characterized by local or migratory pain, soreness, heaviness, heat, swelling, stiffness or deformity in the body, particularly in the joints. They may be explained by wind, cold, dampness or heat factors and associated with stagnation of qi and blood affecting the meridians related to the muscles, tendons, ligaments, bones or joints.
- SC50 **Cold impediment disorder (TM1)**
- A disorder characterized by stationary pain aggravated particularly by the cold factor in the body, in the joints. It may be explained by cold, wind, or dampness factors that may lead to obstruction of the meridians.

- SC51 **Wind impediment disorder (TM1)**
- A disorder characterized by migratory pain in the body, particularly in the joints. It may be explained by wind, cold or dampness factors that may lead to obstruction of the meridians.
- SC52 **Dampness impediment disorder (TM1)**
- A disorder characterized by heaviness and stationary pain in the body, particularly in the joints. It may be explained by dampness, wind cold or factors that may lead to obstruction of the meridians.
- SC5Y **Other specified joint impediment disorders (TM1)**
- SC5Z **Joint impediment disorders (TM1), unspecified**
- SC60 **Muscle spasm disorder (TM1)**
- A disorder characterized by intense, paroxysmal pain of the muscles, tendons or ligaments in the gastrocnemius, fingers or toes, often associated with stiffness or difficult movement. It may be explained by cold and dampness factors affecting the lower limbs or slow, obstructed movement of qi and blood.
- SC61 **Lumbago disorder (TM1)**
- A disorder characterized by pain in the low back, spine, or paraspinal areas. It

may be explained by kidney system disorders, lumbar injury causing qi and blood stagnation or blood stasis, overstrain, or environmental factors of heat, cold, or dampness affecting the body.

- SC62 **Numbness disorder (TM1)**
- A disorder with characteristic reduced sensitivity to touch, the patient may not feel his or her skin, or experience a crawling like sensation, that calls for scratching. It may be explained by diverse pathological processes, such as blood deficiency.
- SC63 **Wilting disorder (TM1)**
- A disorder with characteristic weakening and limp sinews that in severe cases leads to muscular atrophy whereby the patient is unable to lift legs and arms, which is the same as atrophy or flaccidity. It may be explained by diverse pathological processes, such as sequela of wind stroke disorder.
- SC6Y **Other specified bone, joint and muscle system disorders (TM1)**
- SC6Z **Bone, joint and muscle system disorders (TM1), unspecified**
- Eye, ear, nose and throat system disorders (TM1) (BlockL3-SC7)
- This section contains a series of TM eye, ear, nose and throat system disorders.
- SC70 **Night blindness disorder (TM1)**

- A disorder characterized by the inability to see clearly at night or in poor light and gradually narrowed vision. It may be congenital or may be explained by deficiency of liver and kidney, and spleen qi deficiency.
-
- SC71 **Wind glaucoma disorder (TM1)**
- A disorder characterized by eye distending pain, mydriasis, color changed iris and declining eyesight. It may be explained by emotional depression, qi stagnation, intense fire or heat in the liver and gallbladder systems, or accumulation or stagnation of the aqueous humor.
-
- SC72 **Inflammatory eyelid disorder (TM1)**
- A disorder characterized by swelling, pain or redness of the eyelid. It may be explained by exuberant heat and stagnation in the meridians and collaterals.
-
- SC73 **Non-inflammatory eyelid disorder (TM1)**
- A disorder characterized by swelling of the eyelid with no change in the local skin color, which is not painful to the touch. It may be explained by spleen qi deficiency and flooding of water-dampness.
-
- SC74 **Corneal opacity disorder (TM1)**
- A disorder characterized by gray and white round disks like eye screen in the deep cornea, covers the pupil, obstructing the eyesight. It may be explained by liver channel wind-heat, liver-gallbladder heat, damp-heat brewing internally

and vacuity fire upflaming.

- SC75 **Tinnitus disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a sensation of ringing in the ears. It may be explained by deficiency of yin or blood, deficiency of kidney system essence, sinking of middle qi, wind, phlegm, fire or heat originating from inside the body and affecting the head or ears, or the environmental factor of wind entering the ears.
- ***Exclusions***: Cerebral tinnitus disorder (TM1)

- Deafness disorders (TM1) (BlockL4-SC8)
- A group of disorders characterized by decreased or absent ability to hear with one or both ears. They may be explained by environmental factors of cold or fire entering the body, accumulation of phlegm, deficiency of qi and blood, drug poisoning, ear disorders or other systemic disorders.
- SC80 **Sudden deafness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by sudden loss of hearing in one or both ears that may be accompanied by dizziness or tinnitus. It may be explained by visceral dysfunction, qi and blood stasis, or exuberant pathogenic factors attacking the ears.

- SC81 **Gradual deafness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a gradual decrease in hearing acuity in one or both

ears. It may be explained by visceral dysfunction associated with the normal aging process, insufficiency of qi, blood, yin and yang that fail to nourish the ears, or Blockage of meridians with qi stagnation and blood stasis.

- SC8Y **Other specified deafness disorders (TM1)**
- SC8Z **Deafness disorders (TM1), unspecified**
- SC90 **Allergic rhinitis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by sudden or recurrent episodes of itchiness in the nose, sneezing, watery discharge, or nasal congestion. It may be explained by dysfunction of the organs due to retention of wind and cold pathogenic factors and pollen or dust.
- SC91 **Nasal sinusitis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by runny turbid nasal discharge and overabundance, accompanied with headache, nasal congestion, loss of sense of smell (hyposphresia). It may be explained by external pathogenic factors entering the nose, accumulation of heat in the viscera that steams the nasal orifice or organ deficiency with retention of pathogenic factors in the nasal sinuses.
- SC92 **Hoarseness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a hoarse voice and sore throat. It may be explained

by environmental factors of wind-cold or wind-heat entering the throat or malnutrition of the larynx.

- SC93 **Tonsillitis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by fever or sore throat with a red and swollen tonsil or yellowish white pustular spots on the surface, or a swollen, hard and blackish red tonsil. It may be explained by invasion of pathogenic factors in the tonsil, or weakness of viscera with up-flaming of deficiency fire, resulting in stagnation of qi and blood.
- SC9Y **Other specified eye, ear, nose and throat system disorders (TM1)**
- SC9Z **Eye, ear, nose and throat system disorders (TM1), unspecified**

- Brain system disorders (TM1) (BlockL3-SD0)
- This section contains a series of TM disorders that are all attributable to the dysfunction of brain system.
- SD00 **Facial paralysis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by sudden onset of facial numbness and distortion. It may be explained by the environmental factor of wind affecting the face.
- Headache disorders (TM1) (BlockL4-SD1)

- A group of disorders characterized by pain in the head. They may be explained by invasion of wind-cold, and damp-heat factors, upper attack of wind yang and fire toxin, blockage of turbid phlegm which leads to unsmooth flow of meridian qi, and reverse flow of qi and blood, or deficiency of qi, blood, nutrients essence, failure of clear yang to ascend, and malnutrition of the brain.
- SD10 **Migraine disorder (TM1)**
- A disorder characterized by recurrent episodes of sudden, intense headache that may change location or suddenly abate. They may be explained by wind, cold, fire or heat factors, accumulation of phlegm factor or saliva, anger, anxiety or stress, imbalance of yin and yang, or reverse flow of qi and blood to the head.
- SD11 **Head wind disorder (TM1)**
- A disorder characterized by recurrent headache, dizziness, facial paralysis. It may be explained by heat, cold, or wind factors , by accumulation of phlegm factor or by blood stasis in the vessels of the head.
- SD1Y **Other specified headache disorders (TM1)**
- SD1Z **Headache disorders (TM1), unspecified**
- SD20 **Convulsion disorder (TM1)**
- A disorder characterized by neck rigidity, convulsion of the limbs, jaw clenching or intense spasm of the muscles in the back causing the spine to arch

backwards. It may be explained by stagnation of dampness-heat, cold or wind factors, blood deficiency, yin deficiency or various infections.

- ***Inclusions***: Postpartum convulsion disorder (TM1)
-
- SD21 **Cerebral tinnitus disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a sensation of ringing in the head. It may be explained by malnutrition of the head, accumulation of fire or heat in the head, or accumulation of phlegm and excess dampness.
- ***Exclusions***: Tinnitus disorder (TM1)
-
- SD22 **Vertigo disorder (TM1)**
- A disorder characterized by a sensation of dizziness or that one's surroundings are spinning. They may be explained by deficiency of qi, blood, or nutrients in the head or brain, wind, fire or summer-heat affecting the head, accumulation of phlegm, or blood stasis.
-
- SD23 **Forgetfulness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by partial or total loss of memory. It may be explained by dysfunction of the heart or spleen systems, senility, accumulation of phlegm or blood stasis.
-
- SD24 **Frequent protrusion of tongue disorder (TM1)**
- A disorder characterized by involuntary movement of the tongue and often

manifesting as tremor, which can frequently seen in children with mental underdevelopment. It may be explained by heat accumulation in the heart or spleen systems and their related meridians.

- Wind stroke disorders (TM1) (BlockL4-SD3)
- A group of disorders characterized by sudden fainting, hemiplegia, numbness of limbs, and aphasia due to stiff tongue. It may be explained by reverse flow of qi and blood, obstruction of brain vessels or intracranial bleeding.
- SD30 **Prodrome of wind stroke disorder (TM1)**
- A disorder characterized by sudden headache, dizziness, numbness or weakness of the limbs. It may be explained by a minor lesion caused by obstruction or spasm of brain vessels or intracranial bleeding.
- ***Inclusions***: Onset of wind stroke (TM1)
- ***Exclusions***: Sequela of wind stroke disorder (TM1)
- SD31 **Sequela of wind stroke disorder (TM1)**
- A disorder characterized by paralysis or partial paralysis of the body, the inability to speak or understand words, dementia, dizziness, walking instability, limb pain or aphasia. It may be explained by malnutrition of the brain and limbs after a wind stroke.
- ***Exclusions***: Prodrome of wind stroke disorder (TM1)
- SD3Y **Other specified wind stroke disorders (TM1)**

- SD3Z **Wind stroke disorders (TM1), unspecified**
- SD40 **Syncope disorder (TM1)**
- A disorder characterized by temporary loss of consciousness with cold extremities up to the elbows and knees or beyond. It may be explained by qi counterflow due to pathogenic factors.
- ***Inclusions***: Qi syncope disorder (TM1)
- Blood syncope disorder (TM1)
- Phlegm syncope disorder (TM1)
- Hunger syncope disorder (TM1)
- Cold syncope disorder (TM1)
- ***Exclusions***: wasting thirst related syncope disorder (TM1)
- SD4Y **Other specified brain system disorders (TM1)**
- SD4Z **Brain system disorders (TM1), unspecified**
- SD6Y **Other specified other body system disorders (TM1)**
- SD6Z **Other body system disorders (TM1), unspecified**

- Qi, blood and fluid disorders (TM1) (BlockL2-SD7)
- This section comprises a range of TM disorders grouped together by imbalance of the qi, blood or fluid. These TM disorders can be caused by changes in one or more of the followings: external environment, mental stress, irregular meals.
- SD70 **Qi goiter disorder (TM1)**
- A disorder characterized by diffuse swelling at both sides of the thyroid commonly soft with normal skin colour, sometimes accompanied by nodules. It may be explained by depression of liver system qi, qi stagnation, or yang deficiency, yin deficiency, or heat in the liver or heart systems, disharmony of the thoroughfare and conception meridians, or drinking contaminated water with associated accumulation of phlegm and qi in the throat.
-
- SD71 **Wasting thirst disorder (TM1)**
- A disorder characterized by increased thirst, excessive eating and increased urination with glycosuria, as well as by potential emaciation. It may be explained by factors which deplete yin fluids in the lung, spleen or kidney systems and generate fire and heat in the body, such as improper food intake, febrile disease, exhaustion, emotional factors.
-
- SD72 **Consumptive disorder (TM1)**
- A disorder characterized by lassitude, short breath, pale tongue, weak pulse. It may be explained by insufficiency of qi, blood, yin, yang or decreased functions of organ systems.

- SD7Y **Other specified qi, blood and fluid disorders (TM1)**
- SD7Z **Qi, blood and fluid disorders (TM1), unspecified**
- Mental and emotional disorders (TM1) (BlockL2-SD8)
- This section comprises a series of TM disorders that are all attributable to disharmony of emotions or mental state.
- SD80 **Lily disorder (TM1)**
- A disorder characterized by confusion, decreased ability to concentrate, or a generalized sense of dissatisfaction associated with bitter taste, red urine, thready and rapid pulse, which may be a sequela of an acute febrile disorder or head disorder. It may be explained by insufficiency of yin fluid, imbalance of qi and blood, malnutrition.
- ***Exclusions***: Hysteria disorder (TM1)
- Insomnia disorders (TM1)
- SD81 **Manic disorder (TM1)**
- A disorder characterized by psychopathy, mania, restlessness, and irritability. It is caused by emotional upset, imbalance of yin and yang, excess phlegm-fire and blood stasis which disturb the heart spirit.
- SD82 **Depression disorder (TM1)**

- A disorder characterized by depressed mood with feelings of despair, depressive mood, irritability, weep, hypochondriac pain, pharyngeal foreign body sensation, sleepiness. It may be explained by chemical imbalance in the brain or emotional factors, and the imbalance of qi and blood.
- ***Inclusions***: Postpartum depression disorder (TM1)
- Pregnancy depression disorder (TM1)
-
- SD83 **Uneasiness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by restlessness, or sadness. It may be explained by emotional factors, postpartum, deficiency of yin blood, long term build up of fire or heat, depletion of the congenital essence, imbalance of yin and yang, or disturbance of qi activity.
- ***Exclusions***: Depression disorder(TM1)
- Lily disorder(TM1)
-
- SD84 **Insomnia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by unsatisfactory quantity and/or quality of sleep, dizziness or loss of memory. It may be explained by emotional factors, an imbalance of yin and yang or disturbance in thoughts.
-
- SD85 **Somnolence disorder (TM1)**
- A disorder characterized by excessive, involuntary, and inexplicable sleepiness during the daytime. It may be explained by an accumulation of turbid phlegm

in the body or failure of clear yang to move upwards to the head.

- SD86 **Dementia disorder (TM1)**
- A disorder characterized by impairment or loss of intellectual capacity or personality. It may be explained by age related deficiency of qi and blood, blood stasis and a build up of turbid phlegm obstructing brain function, mental disturbance, or brain damage.
- ***Inclusions***: Aged dementia disorders (TM1)
- ***Exclusions***: Amnesia disorder (TM1)

- SD87 **Repressed fire disorder (TM1)**
- A disorder characterized by sensation of heat, stuffiness, dry mouth, anxiety, depression, irritability, headache, dizziness, loss of appetite, or epigastric distension. It may be explained by chronically repressed anger inducing mental and physical symptoms.

- SD8Y **Other specified mental and emotional disorders (TM1)**

- SD8Z **Mental and emotional disorders (TM1), unspecified**

- External contraction disorders (TM1) (BlockL2-SD9)
- This section comprises a range of epidemical infections caused by contact of the respiratory, digestive and dermatology systems with mediators like

contaminated air, unclean food and water, rats and bugs.

- This section includes a range of bacterial, viral, fungal, protozoan and parasitic infections.
- Chief complaints of these disorders begin with symptoms such as aversion to cold, fever and body aches, depending on the infection source and site; more distinguishing symptoms are shown such as high fever, vomiting, diarrhea.
- SD90 **Seasonal cold disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sudden onset of fever, swollen throat, headache or body pain. It may be explained by infection entering the lung system.
- ***Exclusions***: Common cold disorder (TM1)
-
- SD91 **Fatigue consumption disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the presence of cough, productive cough, cyclical fever, night sweating, coughing up blood, seminal emission, diarrhea, chest pain or a sensation of heat in the extremities. It may be explained by excessive mental or physical work, excessive sexual activity or various infections.
- ***Exclusions***: Flowing phlegm disorder (TM1)
-
- SD92 **Severe vomiting and diarrhoea disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the sudden onset of intense vomiting and diarrhoea with stool that resembles rice water, sunken eyes, spasm of calf, consumption of fluids and even death due to syncope and prostration. It may be explained by the dysfunction of the spleen system.

- ***Exclusions***: Diarrhea disorder (TM1)
- Cholera
-
- SD93 **Alternating fever and chills disorder (TM1)**
- A disorder characterized by alternating episodes of fever and chills with headache that may be relieved after sweating, or mass in the left hypochondrium. It may be explained by the interaction between the pathological exogenous factors and defense qi.
- ***Exclusions***: Malaria
-
- SD94 **Parasitic disorder (TM1)**
- A disorder characterized by excessive gas in the intestinal tract and fluid accumulation in the peritoneal cavity. It may be explained by infection of the body by some external agent.
-
- SD95 **Flowing phlegm disorder (TM1)**
- A disorder characterized by the gradual onset of abscess or fistula in the bones or effusion in the joints that heals slowly. It may be congenital or explained by weak bones due to kidney system dysfunction or accumulation of turbid phlegm associated with mycobacterium tuberculosis infection.
- ***Inclusions***: Bone and joint tuberculosis disorder (TM1)
-
- Warmth disorders (TM1) (BlockL3-SE0)

- A group of communicable disorders characterized by clinical manifestation with significant feature of heat or fire, such as fever, dark urine, red tongue and rapid pulse. It may be explained by external contraction of communicable factors with the feature of fire or heat or summer heat.

- SE00 **Summer-heat disorder (TM1)**

- A disorder characterized by the sudden onset of fever, headache, vomiting, or stiff neck in the summer, with the potential for coma, seizure or spastic paralysis which may be temporary and is contagious. It may be explained by the environmental factor of fire entering the body, particularly the brain, associated with mosquito bites.

-

- SE01 **Spring warmth disorder (TM1)**

- A disorder characterized by the sudden onset of fever, headache, stiff neck, vomiting, discolored spots of the skin, or restlessness in winter or spring, with the potential for coma or delirium and which may be contagious. It may be explained by the environmental factor of fire entering the body, particularly the brain, through respiration.

-

- SE02 **Dampness and warmth disorder (TM1)**

- A disorder characterized by persistent fever, epigastric fullness, abdominal distention, a greasy coating on the tongue, bradycardia, lack of facial expression, rose colored rash, psoriasis, mass in the left hypochondrium or decreased levels of leucocytes, and which may be contagious. It may be

explained by qi stagnation or the environmental factors of fire or dampness entering the body, through respiration and effecting the middle region of the trunk (historically known as the middle energizer region).

- SE0Y **Other specified warmth disorders (TM1)**
- SE0Z **Warmth disorders (TM1), unspecified**
- SE2Y **Other specified external contraction disorders (TM1)**
- SE2Z **External contraction disorders (TM1), unspecified**
- Childhood and adolescence associated disorders (TM1) (BlockL2-SE3)
- This section comprises a range of TM disorders that may occur during infancy, childhood or adolescence. They are associated with delayed growth and development.
- SE30 **Developmental delay disorder (TM1)**
- A disorder characterized by developmental delay, such as in standing, walking, teething, or speaking. It may be explained by dysfunction of the spleen and kidney systems.
- SE31 **Growth fever disorder (TM1)**
- A disorder characterized by fever or febrile sensation. It may be explained by

the growth and development of the infant.

- SE32 **Growth pain disorder (TM1)**
- A disorder characterized by physiological pain due to the rapid growth and development of the child. It may be explained by rapid growth of the child.

- SE33 **Acute convulsion disorder (TM1)**
- A disorder in an infant or child characterized by acute convulsions, fever, phlegm, pulling pain, trembling, and loss of consciousness. It may be explained by such pathologic factors as exogenously provoked wind, fire, and phlegm.

- SE34 **Recurrent convulsion disorder (TM1)**
- A disorder in an infant or child characterized by recurrent convulsions, pulling pain, trembling, and loss of consciousness that has chronically developed in an infirmly or convalescent individual. It may be explained by such pathologic factors as wind, and phlegm built by dysfunctional spleen and kidney system.

- SE35 **Fright seizure disorder (TM1)**
- A disorder characterized by fright induced seizures that cause vomiting, abdominal pain, and even convulsions. It may be caused by the instability of spirit qi that is not mature enough as of an infant.

- SE36 **Night crying disorder (TM1)**

- A disorder characterized by frequent or prolonged crying at night that is not present during the day. It may be explained by an accumulation of cold factor in the spleen system, fire or heat factors in the heart system or fear.
-
- SE37 **Infantile malnutrition disorder (TM1)**
- A disorder characterized by emaciation, weakness, and failure to thrive. It may be explained by improper feeding or other diseases, or congenital deficiency, that may cause malfunction of the spleen and stomach systems, consumption of qi and body fluid.
-
- SE38 **Dribbling disorder (TM1)**
- A disorder characterized by abnormal or excessive salivation. It may be explained by an accumulation of fire or heat in the spleen and stomach systems or dysfunction of the spleen system.
-
- SE39 **Diaper dermatitis disorder (TM1)**
- A disorder characterized by flushing and discoloured spots of the skin, ulceration and exudation at the hip, perineum, vulva, scrotum and medial side of the thigh. It may be explained by contact with wet diapers.
-
- SE3A **Infant stiffness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by cold and stiff hands, feet, mouth, nape and/or total skin, It may be explained by inactivity of primordial yang or coagulation of

blood due to the cold factor.

- SE3B **Infant limpness disorder (TM1)**
- A disorder characterized by flaccidity of head, nape, mouth, hands, feet and muscles. It may be explained by deficient prenatal qi, malnutrition or improper feeding that causes deficiency of qi and blood.
- SE3Y **Other specified childhood and adolescence associated disorders (TM1)**
- SE3Z **Childhood and adolescence associated disorders (TM1), unspecified**
- SE5Y **Other specified traditional medicine disorders (TM1)**
- SE5Z **Traditional medicine disorders (TM1), unspecified**
- Traditional medicine patterns (TM1) (BlockL1-SE7)
- A pattern in traditional medicine, pattern (TM1), refers to the complete clinical presentation of the patient at a given moment in time including all findings. Findings may include symptomology or patient constitution, among other things (please refer to chapter definition for further details).

- Principle-based patterns (TM1) (BlockL2-SE7)
- This section is about the most basic doctrine for pattern identification in Traditional Medicine.
- Based on the analysis of symptomatology and constitution of a patient, patterns are categorized into eight principles which consist of four groups of opposing characteristics i.e. Yin & Yang, Heat & Cold, Deficiency & Excess and Interior & Exterior (and with the addition of three intermediate patterns). These principles constitute the most basic patterns which may be combined for pattern differentiation in more refined detail.
- SE70 **Yang pattern (TM1)**
- A pattern with collective characteristics of exterior, heat, and excess patterns with excitatory, hyperfunctional, restless or bright manifestations, outward and upward symptoms. It may be explained by pathogenic factors of a yang nature.
-
- SE71 **Yin pattern (TM1)**
- A pattern with collective characteristics of interior, cold, and deficiency patterns with inhibitory, hypofunctional, quiescent, or dimmed manifestations, inward and downward symptoms. It may be explained by pathogenic factors of a yin nature.
-
- SE72 **Heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, aversion to heat and preference for cold, thirst, flushed face, irritability and vexation, thick yellow sputum and nasal mucus,

short voidings of dark-colored urine, constipation, red tongue with yellow coating, or a rapid pulse. It may be explained by external heat factor, prevalence of yang qi, or by an excess of internal heat production.

- SE73 **Cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold or fear of cold, cold pain with preference for heat, absence of thirst, thin clear sputum and nasal mucus, long voidings of clear urine, loose bowels, white facial complexion, pale tongue with white coating, and a tight or slow pulse. It may be explained either by an external cold factor, by deficient yang within the body, or by an insufficient internal heat production.

- SE74 **Excess pattern (TM1)**
- A pattern characterized by forceful pulse or a robust body with a strong constitution and a strong abdominal wall. It may be explained by strong responses against external pathogenic factors such as, the six excesses, pestilential pathogens, worms and toxins, by accumulated pathological products (due to dysfunction of internal organs), such as phlegm, retained fluid, water, dampness, pus, static blood, and retained food.

- SE75 **Deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fatigue, feeble pulse or a vulnerable body with a weak constitution and a weak abdominal wall. It may be explained by weak

response against the pathogenic factors, by deficiency of the healthy qi, including deficiency of yin, yang, qi, and blood.

- SE76 **Exterior pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold or to wind, fever, headache, body aches, a film coating the tongue or floating pulse. These signs and symptoms are usually seen at the early stage of external contraction related disorders, mainly characterized by sudden onset, superficial location, mild and short-term in nature. It may be explained by pathogenic factors affecting the exterior part of the body such as skin, joints and head and the subsequent reaction against those factors.

- SE77 **Interior pattern (TM1)**
- A pattern characterized by persistent or recurrent abdominal distension, abdominal pain, constipation, diarrhea, or deep pulse which are of deeply located, severe nature or long duration. It may be explained by pathogenic factors entering the deep parts of organs, qi, blood or bone marrow and the subsequent reaction of the body against the pathogens.

- SE78 **Moderate (Heat/Cold) pattern (TM1)**
- A pattern characterized by absence of findings that indicate Heat pattern (TM), such as heat intolerance, red complexion, hot limbs, or Cold pattern (TM), such as cold intolerance, pale complexion, cold limbs. It may be explained by

average level of metabolic activity.

- SE79 **Medium (Excess/Deficiency) pattern (TM1)**
- A pattern characterized by [at the onset of febrile condition] chills with or without sweating, floating pulse of intermediate strength, [in case of non-febrile condition] pulse of intermediate strength, abdominal wall of intermediate strength. It may be explained by intermediate response to pathogens.

- SE7A **Tangled cold and heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by co-existence of the Cold pattern (TM) and Heat pattern (TM), such as hot flashes at upper body parts with cold sensation and pale color at lower body parts. It may be explained by co-existence of increased and decreased heat production in different parts of the body.

- SE7Y **Other specified principle-based patterns (TM1)**

- SE7Z **Principle-based patterns (TM1), unspecified**

- Environmental factor patterns (TM1) (BlockL2-SE8)
- This section comprises patterns with a shared explanation related to environmental factors (i.e. wind, cold, dampness, dryness, fire, summer-heat) and the presence of the pathogens, parasites or toxins.

- SE80 **Wind factor pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, aversion to wind, moving pain, stiff tongue, dizziness, blurred vision, pruritus, numbness of the limbs, tremors, convulsions, deviated eye and mouth or hemiplegia. It may be caused by wind factor, ascending reverse flow of liver qi or liver wind within the body.
-
- SE81 **Cold factor pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold or fear of cold, cold pain with preference for heat, absence of thirst, thin clear sputum and nasal mucus, long voidings of clear urine, loose bowels, white facial complexion, pale tongue with white coating, or a tight or slow pulse. It may be caused by external cold factor, deficiency of yang qi or excess of yin cold within the body.
-
- SE82 **Dampness factor pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fatigue, heavy cumbersome limbs, heavy-headedness, poor appetite, abdominal distention, loose stool, slippery and greasy tongue coating, or a soggy and moderate pulse.
- It may be caused by external dampness factor or by dampness produced in the body subsequent to spleen and kidney yang deficiency that leads to decreased fluid transportation and transformation, which then results in water stagnation.
-
- SE83 **Dryness factor pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dry skin, pruritus, dry nose, dry mouth and throat,

dry cough, dry eye or constipation. It may be caused by external dryness factor or by internal dryness resulted from the shortage of body fluid.

- SE84 **Fire-heat factor pattern (TM1)**
- A pattern characterized by high fever, headache, red eyes, bitter taste in the mouth, dry mouth, or and thirst for cold drinks. It may be caused by heat and fire contracted externally or engendered internally.

- SE85 **Summer-heat factor pattern (TM1)**
- A pattern characterized by high fever with sweating, thirst, shortness of breath, lassitude, cumbersome limbs, short voidings of dark-colored urine, a red tongue, or a rapid and feeble pulse. It may be caused by contraction of external summer-heat.

- SE86 **Pestilent factor pattern (TM1)**
- A pattern with a shared explanation related to the presence of pathogens, parasites, or toxins.

- SE8Y **Other specified environmental factor patterns (TM1)**

- SE8Z **Environmental factor patterns (TM1), unspecified**

- Body constituents patterns (TM1) (BlockL2-SE9)

- This section comprises a range of dysfunctions of four body constituents, which is qi, blood, fluid and essence. These patterns are grouped together on the basis of their common etiology such as an abnormal flow of qi, blood, or essence or dysfunctional distribution of fluid.
- Qi patterns (TM1) (BlockL3-SE9)
- This section comprises a range of Qi disturbance patterns grouped together on the basis of their having in common a demonstrable etiology in Qi, which means invisible action, function, or working that circulates throughout the body.
- ***Exclusions***: Qi phase patterns (TM1)
- SE90 **Qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by decreased vitality, fatigue, weakness, appetite loss, short breath, no desire to speak, spontaneous sweating, or feeble pulse. It may be explained by decreased or insuficient quantity of qi.
- ***Inclusions***: Qi decrease pattern (TM1)
-
- SE91 **Qi stagnation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a sensation of obstruction in the throat, a sensation of ear tube obstruction, fullness in the chest and hypochondrium or abdominal distension, depressive state or pain. It may be explained by the hindered qi movement.
-
- SE92 **Qi uprising pattern (TM1)**
- A pattern characterized by coughing, panting, hiccuping, vomiting, and

distention of the abdomen. It may be explained by abnormal upward movement of qi.

- SE93 **Qi sinking pattern (TM1)**
- A pattern characterized by shortness of breath, dizziness, tiredness, downward distension of the abdomen, hypogastria, diarrhea, haemorrhoids, and perineum prolapse. It may be explained by failure of qi's function to lift or hold.
- SE94 **Qi collapse pattern (TM1)**
- A pattern characterized by sudden onset of pale tongue and complexion, cyanotic lips, perspiration, cold limbs, dyspnea or thready and rapid pulse. It may be explained by the sudden loss of genuine qi.
- SE9Y **Other specified qi patterns (TM1)**
- SE9Z **Qi patterns (TM1), unspecified**
- Blood patterns (TM1) (BlockL3-SF0)
- This section comprises a range of patterns related to the dysfunction of blood as a body constituents. Blood patterns (TM) may be explained by malnutrition due to anemia, problems in blood circulation including the obstruction of venous return.
- ***Exclusions***: Blood phase patterns (TM1)

- SF00 **Blood deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by anemia, atrophic dry skin, alopecia, nail deformity, muscle cramp, forgetfulness, pale or sallow complexion, pale lips, tongue and nails, dizziness, dim vision, palpitation, dreaminess, numbness of hands and feet, and in women, scanty, light-colored menstrual blood, irregular menstruation or amenorrhoea, thready pulse, etc. It may be explained by deficient blood which fails to nourish the viscera, meridians and body.
- ***Inclusions***: Blood decrease patterns (TM1)
-
- SF01 **Blood stasis pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dark complexion, local bluish and purplish lump, pain which is fixed in one place, bleeding with dark blood and dark clots, purple or spotted tongue, purple lips, wiry firm or choppy pulse. It is a common pattern in various menstrual disorders such as amenorrhea, dysmenorrhea, menopausal syndrome; lower abdominal fullness, varicose veins, hemorrhoids, mood swings or sublingual varicosis. It may be explained by problems in blood circulation.
-
- SF02 **Blood heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by bleeding, including nosebleeds, vomiting of blood, coughing up blood, blood in the stool, skin eruption with bleeding, profuse and bright red menstrual blood, fever, agitation, restlessness, delirium, convulsions, a crimson tongue or rapid wiry pulse. It may be explained by fire or heat

entering the blood.

- ***Exclusions***: Blood cold pattern (TM)
-
- SF03 **Blood cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cold pain of the extremities with dark purple skin or cramps in the lower abdomen which are relieved by warmth and exacerbated by cold, delayed menstruation and dark purple menstrual discharge with blood clots, white tongue coating or sunken, slow and rough pulse. It may be explained by excessive external cold factor induced qi stagnation or cold factor blocking the circulation of qi and blood.
- ***Exclusions***: Qi patterns (TM1)
- Blood heat pattern (TM1)
-
- SF04 **Blood dryness pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dry mouth and throat, pain in throat, dry skin, dry and lusterless hair, nasal bleeding, constipation, dizziness, and dry tongue. It may be explained by insufficiency of body yin or heat which is created within the body.
- ***Exclusions***: Qi patterns (TM1)
- Blood heat pattern (TM1)
-
- SF0Y **Other specified blood patterns (TM1)**
-

- SF0Z **Blood patterns (TM1), unspecified**
-
- Fluid patterns (TM1) (BlockL3-SF1)
- This section comprises a range of patterns related to the dysfunction of fluid as a body constituent. Fluid patterns (TM) may be explained by the retention or imbalance of water and dampness inside the body.
- SF10 **Fluid deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by, dry mouth and throat, parched lips, and cracking at the corners of the mouth, dry skin, thirst with desire to drink, scanty urination, dry bowel movements, red dry tongue and thready, rapid, and feeble pulse. It may be explained by insufficient body fluids that fail to moisten and nourish the organs and body tissues.
- ***Exclusions***: Essence deficiency pattern (TM1)
-
- SF11 **Fluid disturbance pattern (TM1)**
- A pattern characterized by thirst, edema, vertigo, headache, spontaneous sweating, vomiting or watery diarrhea. It may be explained by abnormal distribution of body fluids.
- ***Inclusions***: Fluid retention pattern (TM1)
-
- SF12 **Dry-phlegm pattern (TM1)**
- A pattern characterized by scant or blood tinged sputum that is difficult to cough up, chest pain or discomfort, dry mouth, nose and throat, a dry or greasy

tongue coating or a thready, astringent and rapid pulse. It may be explained by the accumulation of fire/heat, dryness or turbid phlegm in the lung system.

- SF13 **Damp phlegm pattern (TM1)**
- A pattern characterized by profuse, thick sputum that is easy to cough up, a sensation of heaviness in the limbs, stuffy chest and epigastrium, poor appetite, stickiness in the mouth, white and greasy tongue coating, soggy and moderate or slippery pulse. It may be explained by a build up of dampness or phlegm in the spleen and lung.

- SF14 **Phlegm-fire harassing the heart system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by restlessness, insomnia or even raving madness, fever, thirst, stuffy chest, yellow phlegm, red tongue tip, yellow greasy tongue coating, and rapid slippery pulse. It may be explained by phlegm-fire that impacts the heart system.

- SF15 **Wind-phlegm pattern (TM1)**
- A pattern characterized by expectoration of frothy sputum, chest distress, dizziness, distending pain of the head and eyes, throat congestion, numbness of the limbs, loss of consciousness with an inability to speak, facial spasms, white greasy tongue coating, or wiry, slippery pulse. It may be explained by imbalance in the wood element causing excessive wind or turbid phlegm.

- SF1Y **Other specified fluid patterns (TM1)**
- SF1Z **Fluid patterns (TM1), unspecified**
- Essence patterns (TM1) (BlockL3-SF2)
- This section comprises a range of Essence dysfunction patterns (TM). They are grouped together based on their common etiology in Essence, which builds up the physical structure and maintains body function, or reproductive essence stored in the kidney system. Essence Patterns (TM) may be explained by the deficiency of the fundamental substance inside the body.
- SF20 **Essence deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a range of symptoms including underweight, lethargy, dizziness, hypermicrosoma, slow response. It may be explained by the lack of nourishment of the vital organs.
- SF2Y **Other specified essence patterns (TM1)**
- SF2Z **Essence patterns (TM1), unspecified**
- SF4Y **Other specified body constituents patterns (TM1)**
- SF4Z **Body constituents patterns (TM1), unspecified**

- Organ system patterns (TM1) (BlockL2-SF5)
- Liver system patterns (TM1) (BlockL3-SF5)
- This section contains a series of TM patterns that are all attributable to dysfunction of Liver system. The system is consists of the liver, gallbladder, tendon, nails, eyes, related meridians and collaterals.
- SF50 **Liver yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by mild dizziness, dim vision, dry eyes, blurred vision, flushed cheeks, burning pain of hypochondrium, irritation with a sensation of heat in the palms, soles and the chest, red tongue with less or peeling coating, or a thready, rapid pulse. It may be explained by deficient yin fluid of the liver required to cool and nourish the tissues associated with the liver system and produces deficiency heat.
-
- SF51 **Liver yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distension and oppression in the hypochondriac regions, dizziness, blurred vision, depression and susceptibility to fright, fear of cold with cold limbs, pale tongue with white coating and deep, slow, feeble pulse. It may be explained by insufficient yang qi with diminished function of the organ in the liver system, and produces deficiency cold.
-
- SF52 **Liver yang ascendant hyperactivity pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dizziness, ringing in the ears, distending pain of the head and eyes, heaviness of the head, reddish complexion and eyes, agitation,

irritability, insomnia, dream disturbed sleep, aching and weakness of the waist and knees, bitter taste, red tongue, or wiry pulse. It may be explained by deficient liver-kidney yin that lets liver yang get out of control with exaggerated movement that stirs upwards and affects the head.

- SF53 **Liver qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by blurred vision, a sensation of fullness in the hypochondrium, emotional upset, a feeling of fear, bluish complexion, dizziness, short breath, fatigue, dull nails, pale tongue and weak pulse. It may be explained by deficiency of qi resulting in impaired function of the liver system.

- SF54 **Liver blood deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by mild dizziness, dim or blurred vision, night blindness, numbness of the limbs, scant light-colored menstruation or amenorrhea, pale complexion, nail beds and tongue, or a thready pulse. It may be explained by depletion of blood in the liver organ, or other condition that causes a lack of normal blood in the body and failure to nourish the liver and tissues associated with the liver system.

- SF55 **Liver depression and blood stasis pattern (TM1)**
- A pattern characterized by depression, distending or sharp pain or formation of a fixed mass in the hypochondrium region or pelvis, purple tongue or purple

spots on the tongue or a wiry, astringent pulse. It may be explained by liver qi stagnaton causing blood stasis in the liver system.

- SF56 **Liver wind stirring the interior pattern (TM1)**
- A pattern characterized by convulsions of the limbs, dizziness, and trembling. It may be explained by dysfunction of the liver system associated with wind-yang, fire-heat, yin deficiency or blood deficiency.

- SF57 **Liver qi stagnation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distending and burning pain of the hypochondrium, along with restlessness, irritability, bitter taste, dry mouth, red tongue with yellow coating or a wiry rapid pulse. It may be explained by long-term stagnation of liver system qi induced internal fire factor that affects tissues and functions associated with the liver system.

- SF58 **Liver fire flaming upward pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, thirst, headache, dizziness, restlessness, insomnia, reddish painful and swollen eyes, sudden tinnitus, or sudden deafness, or bright-red blood from the upper body (nose or mouth, through coughing, or vomiting), irritability, bitter taste, reddish complexion, red tongue with yellow coating, rapid wiry pulse. It may be explained by hyperactivity of excess liver fire flaming upward to the head or the tissues associated with the liver system.

- SF59 **Liver heat stirring wind pattern (TM1)**
- A pattern characterized by high fever, thirst, coma and delirium, spasms of the limbs, opisthotonos, red tongue with yellow coating or rapid pulse. It may be explained by excess heat that generates internal wind.

- SF5A **Liver-gallbladder dampness-heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, yellowish discoloration of the skin and eyes, hypochondrium and abdominal pain, or a lump in the hypochondrium, bitter taste in the mouth, anorexia, vomiting, nausea, dislike of greasiness, yellow urine, red tongue with yellow and greasy coating and a slippery-rapid pulse. It may be explained by accumulation of dampness-heat in the liver and gallbladder systems resulting in impaired bile flow, and downward pouring of dampness-heat.

- SF5B **Liver meridian dampness-heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distending pain of the hypochondrium, or moist, itching and painful swollen genitalia, or distending pain and suppuration of the ear, red tongue with yellow greasy coating and rapid slippery pulse. It may be explained by dampness and heat invading the liver meridian.

- SF5C **Liver meridian cold stagnation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cold-natured pain of the lower abdomen or

contracting pain of the exterior genitalia, or parietal headache that are aggravated by cold and relieved by warmth, aversion to cold, cold limbs, vomiting of saliva or vomiting clear mucus, white tongue coating, or a wiry, tight pulse. It may be explained by the invasion of the external cold factor that stagnates in the liver meridian.

- SF5D **Gallbladder qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a tendency toward panic, suspicion, low spirits, easy to cry due to sadness, lethargy, dreaminess and insomnia, pale tongue and weak pulse. It may be explained by deficiency of gallbladder system qi that makes the heart spirit disquiet and susceptible to fright.

- SF5E **Gallbladder depression with phlegm harassment pattern (TM1)**
- A pattern characterized by restlessness, timidity, dreaminess and insomnia, oppression and distension in the chest and hypochondriac region, frequent sighing, dizziness, bitter taste in the mouth, excessive phlegm, nausea, vomiting, greasy tongue coating or wiry pulse. It may be explained by disturbance of turbid phlegm that leads to gallbladder system stagnation and the failure to diffuse qi.

- SF5F **Gallbladder heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by irritability, anger, hypochondriac distension, bitter

taste in the mouth, or ear pain, tinnitus, insomnia, or red tongue with yellow coating and slippery-rapid pulse. It may be explained by excess heat invading the gallbladder system and in particular its meridian.

- SF5G **Gallbladder cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold, cold limbs, muscular weakness, hypochondriac pain, vomiting of clear fluid, impaired digestion, dizziness, lethargy, timidity or insomnia, pale tongue and slow pulse. It may be explained by gallbladder qi deficiency causing dysfunction in the liver and gallbladder system.

- SF5H **Liver and kidney yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by mild dizziness, blurred vision, ringing in the ears, forgetfulness, insomnia and dream-disturbed sleep, hypochondriac pain, aching soreness in lower back and legs, decreased muscle tone in the legs, flushed cheeks, heat sensation in the chest, palms and soles, night sweats, nocturnal emission in men, scant menstruation in women, red tongue with less or peeling coating or a rapid thready pulse. It may be explained by inadequate of yin fluids in the liver and the kidney systems causing deficiency fire symptoms.

- SF5J **Disharmony of liver and spleen systems pattern (TM1)**
- A pattern characterized by pain and/or distension of hypochondrium,

abdominal distension, reduced appetite, depression, irregular bowel movement, abdominal pain relieved after defecation, or a wiry and slow pulse. It may be explained by depressed liver qi that impairs the functions of the spleen system.

- SF5K **Disharmony of liver and stomach systems pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distension, fullness and pain of the epigastrium and hypochondrium, belching, nausea, hiccup, vomiting, acid regurgitation, depression, reduced appetite, and wiry pulse. It may be explained by stagnation of liver system qi that flows upwards to invade the stomach system, disturbing stomach system qi to descend normally and leading to the presence of stomach system symptoms.

- SF5L **Liver fire invading the stomach system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a burning sensation and pain in the stomach, epigastrium and hypochondrium, bitter taste, dry mouth, vomiting of bitter liquid, constipation, yellow urine, red tongue with yellow coating or a wiry, rapid pulse. It may be explained by excess liver fire that invades the stomach system, impacting stomach system qi to descend normally and cause digestive dysfunction.

- SF5M **Liver fire invading the lung system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dry cough or cough with thick sputum or blood, burning pain in the chest and hypochondrium, bitter taste, irritability, red

tongue and rapid wiry pulse. It may be explained by excess liver fire that moves upwards to invade the lung system.

- SF5Y **Other specified liver system patterns (TM1)**
- SF5Z **Liver system patterns (TM1), unspecified**
- Heart system patterns (TM1) (BlockL3-SF6)
- This section contains a series of TM patterns that are all attributable to dysfunction of Heart system. The system consists of the heart and small intestine organs, vessels, tongue and related meridians and collaterals.
- SF60 **Heart qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, shortness of breath, listlessness, spontaneous sweating, pallor, pale tongue, and feeble or irregular pulse. It may be explained by deficiency of heart system qi and heart spirit.
- SF61 **Heart blood deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, dizziness, dream-disturbed sleep, forgetfulness, pale or sallow complexion, pale lips and tongue, or a feeble thready pulse. It may be explained by a state such as anemia, deficiency of blood leading to malnourishment of the heart and heart spirit.
- SF62 **Dual deficiency of heart qi and blood pattern (TM1)**

- A pattern characterized by palpitations, shortness of breath, listlessness, fatigue, dizziness, forgetfulness, dream-disturbed sleep, pale complexion and tongue, and feeble pulse. It may be explained by deficiency of both qi and blood depriving the heart and heart spirit.
-
- SF63 **Heart meridian obstruction pattern (TM1)**
- A pattern characterized by episodes of palpitations with fearful throbbing, pain and a feeling of pressure in the heart and chest radiating to the shoulder or upper arm. It may be explained by the heart meridian being impeded.
-
- SF64 **Heart yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by mental irritability, palpitation, insomnia, low fever, night sweating, redness and warmth in the cheeks, thirst, agitation, dizziness, forgetfulness, a red tongue with coating or a thready, rapid pulse. It may be explained by deficiency of yin fluid to nourish the heart and heart spirit.
-
- SF65 **Deficiency of heart qi and yin pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitation, short breath, lassitude, dizziness, insomnia, dreaminess, flushed cheeks, red tongue with scanty coating, rapid or feeble pulse. It can also be seen as combined manifestations of deficient heart system qi and yin. It may be explained by deficiency of both qi and yin that leads to failure of the heart and heart spirit to be nourished.
-

- SF66 **Heart yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, shortness of breath, a feeling of pressure in the chest, asthma, aversion to cold, cold limbs, bright pale complexion, dark lips and purple tongue with white coating, feeble or irregular pulse. It may be explained by deficiency of yang to warm and activate the heart and body.
-
- SF67 **Heart yang collapse pattern (TM1)**
- A pattern characterized by sudden profuse sweating, cold skin, coldness of the limbs, feeble breathing, palpitations, clouding or loss of consciousness, pale complexion or a hardly perceptible pulse. It may be explained by extreme deficiency of heart yang.
-
- SF68 **Heart fire flaming upward pattern (TM1)**
- A pattern characterized by oral ulceration, mental irritability, insomnia, and a red tip of the tongue, as well as fever, thirst, agitation, and rapid pulse. It may be explained by up-flaring fire from the heart system or hyperactivity of fire in the heart meridian which surges upwards.
-
- SF69 **Fire harassing heart spirit pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, agitation, insomnia, increase dreams during sleep, delirium, fever, thirst, reddish complexion, red tongue with yellow coating, slippery and rapid pulse. It may be explained by excess heat

that disturbs heart spirit.

- SF6A **Water qi intimidating the heart system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, shortness of breath, generalized swelling, especially in the legs, scanty clear urine, listlessness, lethargy, cold extremities, pale or dark gloomy complexion, pale larger tongue with white slippery coating and deep feeble pulse. It may be explained by deficiency of yang qi in the heart and kidney systems that leads to water flooding.

- SF6B **Heart spirit restlessness pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitation, agitation, insomnia, increased dreams during sleep. It may be explained by disturbance of the heart spirit associated with emotional and disease states.

- SF6C **Anxiety damaging the spirit pattern (TM1)**
- A pattern characterized by depressed emotion, apathy, insomnia, dreaminess, dizziness, lassitude, loss of appetite and wiry pulse. It may be explained by excessive anxiety which impairs the spirit.

- SF6D **Small intestine qi stagnation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by gripping pain of lower abdomen, tympanites and borborigmus, in some cases of male, accompanied with tumidity on one side of scrotum. It may be explained by qi stagnation in the small intestine system,

stagnation of the seven emotions or stagnation and binding of yin cold.

- SF6E **Small intestine excess heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by mental restlessness, oral ulcers, heat sensation in the chest, abdominal pain, thirst with desire for cold beverages, scanty dark urine, bloody urine or a red tongue tip with a yellow coating and a rapid pulse. It may be explained by excess heat attributing to the shift of heart fire to the small intestine system.

- SF6F **Small intestine deficiency cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by undigested food in stool, abdominal dull pain that could be alleviated by warmth and pressure, desire for hot beverages, reversal cold of the extremities, inhibited urination, loose stool, pale tongue with white and slippery coating, deep feeble slow pulse. It may be explained by impairment of the small intestine system associated with deficient yang qi causing endogenous cold factor, affecting the small intestine system's separating function of the clear and turbid fluids.

- SF6G **Heart and liver blood deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by insomnia, palpitations, forgetfulness, scanty menses, pale complexion, brittle nails and hair, dim vision, visual floaters, pale tongue and thready pulse. It may be explained by deficiency of heart blood and liver blood causing the lack of nourishment of the brain, head, eyes, tendons and

nails, associated with conditions such as anemia or sequelae of blood loss that affect the normal function of the blood and heart and liver systems.

- SF6H **Heart and gallbladder qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, insomnia, timidity, dizziness, chest distress, pale tongue. It may be explained by deficiency of heart system qi that leads to restlessness of gallbladder system qi.

- SF6J **Heart and spleen systems deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, forgetfulness, insomnia or disturbed sleep, loss of appetite, abdominal distention, loose stool, lethargy, sallow face, pale, tender, flaccid tongue and feeble pulse. It may be explained by qi and blood deficiency of heart and spleen systems affecting the normal function of the heart and spleen.

- SF6K **Heart and lung qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, a sensation of pressure in the chest, cough, shortness of breath aggravated by exertion, thin expectoration, dizziness, listlessness and lack of strength, feeble voice, spontaneous sweating, pale tongue and feeble pulse. It may be explained by deficiency of qi in the heart and lung systems, affecting their normal functions.

- SF6L **Heart and kidney systems disharmony pattern (TM1)**

- A pattern characterized by palpitations, agitation, insomnia, ringing in the ears, dizziness, aching and weakness of back and knees, spermatorrhea, constipation, yellow urine, red tongue with peeling coating and a thready or rapid pulse. It may be explained by disturbance of the relationship between the heart and kidney systems that is attributed to deficiency of kidney yin and stirring of heart fire.
-
- SF6M **Heart and kidney yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by palpitations, aversion to cold, cold extremities, inhibited urination, swelling of the legs, pain and cold in the lumbar region and knees, white greasy tongue coating and a feeble deep pulse. It may be explained by deficient yang qi that fails to warm and activate both the heart and kidney systems.
-
- SF6Y **Other specified heart system patterns (TM1)**
-
- SF6Z **Heart system patterns (TM1), unspecified**
-
- Spleen system patterns (TM1) (BlockL3-SF7)
- This section contains a series of TM patterns that are all attributable to dysfunction of spleen system. The system consists of the spleen and stomach organs, muscles, lips, mouth, flesh, intellect, related meridians and collaterals.
- SF70 **Spleen qi deficiency pattern (TM1)**

- A pattern characterized by reduced appetite, abdominal distension, loose stool, lethargy, lassitude of limbs,a tongue that may be swollen or toothmarked, and a weak or soggy pulse. It may be explained by a deficiency of spleen system qi associated with poor digestion, decreased blood production and circulation, and an inability to regulate the water level in the body.
-
- SF71 **Spleen qi sinking pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a bearing-down sensation in the epigastrium and abdomen, frequent loose stools with a sensation of incomplete defecation, even prolapse of the rectum or other internal organs. It may be explained by deficiency of spleen system qi, which can be caused by heavy lifting, affecting the holding function.
-
- SF72 **Spleen deficiency with qi stagnation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by reduced appetite, distending pain of abdomen, frequent loose stool with sensation of incomplete defecation, increased bowel sounds, flatus, lethargy, decreased movements, wiry pulse. It may be explained by deficiency of spleen system qi that leads to stagnation of qi.
-
- SF73 **Spleen deficiency with food retention pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a gradual reduction of appetite, abdominal distension, frequent diarrhea, distending pain in the epigastrium and abdomen associated with irregular diet, belching with foul odor, acid regurgitation,

inhibited diarrhea or a pale tongue with greasy coating. It may be explained by the deficiency of spleen system qi to digest and transport that leads to food retention and putrefaction in the stomach and intestine.

- SF74 **Spleen failing to control the blood pattern (TM1)**
- A pattern characterized chronic bleeding such as red or purple discolored spots of the skin, flooding or spotting in women, sallow complexion, lethargy, lack of strength, and feeble pulse. It may be explained by deficiency of spleen system qi affecting the function of controlling and holding blood.

- SF75 **Spleen deficiency and blood depletion pattern (TM1)**
- A pattern characterized by reduced appetite, abdominal distension, dizziness, lethargy, delayed or absence of menstrual cycle, scanty menstruation, pale complexion, pale tongue, thready and feeble pulse. It may be explained by deficiency and weakness of spleen system qi, reducing the blood production function of the spleen system.

- SF76 **Spleen yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by hunger with an inability to eat, emaciation, lethargy, constipation, scanty saliva, dry lips, low grade fever, pale or normal colour tongue (or red colour, indicating empty heat) with peeling coating and horizontal cracks, or a thready and rapid pulse. It may be explained by deficiency of yin in the spleen system which impairs the function of fluid

transportation and digestion.

- SF77 **Spleen yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cold limbs, pain and cold sensation in the abdomen, anorexia, abdominal fullness, swelling, oedema (failure to transfmro fluids), chronic (watery) diarrhea or with undigested foods, lethargy and emaciation. It may be explained by spleen deficiency cold, deficient yang qi failing to warm and activate the spleen system, and may be in conjunction with failure of the triple burner.

- SF78 **Dampness-heat encumbering the spleen system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by abdominal distension, vomiting, nausea, loss of appetite, heaviness of limbs, loose, sticky stool with a sensation of incomplete defecation, dark urine, yellow discoloration of the face and eyes, dull fever not relieved after sweating, thirst, red tongue with yellow and greasy coating, soggy and rapid pulse. It may be explained by the accumulation of dampness and heat.

- SF79 **Spleen deficiency with dampness accumulation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by reduced appetite, loss of taste, abdominal distension, loose stool, heavy sensation of the body or with mild edema, pale larger tongue with white moist or greasy coating, soggy and moderate pulse. It may be explained by deficiency of spleen system qi, caused by poor diet, irregular

eating or overthinking at meal time, and that leads to the interior retention of turbidity and dampness.

- SF7A **Spleen deficiency with water flooding pattern (TM1)**
- A pattern characterized by reduced appetite, abdominal distension, loose stool, swelling of face and limbs, fluid accumulation in the peritoneal cavity, lethargy, decreased movement, pale complexion, pale, larger tongue with white and greasy coating, and soggy or feeble pulse. It may be explained by deficiency of spleen system qi affecting the function of the spleen system in transporting and transforming fluid, resulting in the internal retention of body fluid.

- SF7B **Cold-dampness encumbering the spleen system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by epigastric and abdominal distention, stickiness in the mouth, lack of taste, nausea, loose bowels, heavy sensation of the head and body, or dull yellow discoloration of skin and eyes, pale larger tongue with white slimy coat and soggy moderate pulse. It may be explained by accumulation of cold and dampness factors affecting the function of the spleen system.

- SF7C **Stomach qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by decreased appetite and impaired digestion. It may be explained by deficiency of stomach system qi, affecting its function.

- SF7D **Stomach qi uprising pattern (TM1)**
- A pattern characterized by belching, hiccups, acid regurgitation and vomiting. It may be explained by cold, heat, qi, damp or blood or food stagnation in the stomach preventing the downward flow of stomach qi.
-
- SF7E **Stomach yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dry mouth and throat,sensations of hunger or reduced appetite, dry vomiting, hiccup, constipation, normal tongue colour or slightly red, with little or patchy coating, with scanty fluid, thready pulse. It may be explained by deficiency of stomach yin.
- ***Inclusions***: Stomach deficiency and heat pattern (TM1)
-
- SF7F **Stomach heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by acid reflux, burning pain of the stomach and epigastrium, swift digestion with increased hunger, foul mouth odor, constipation, gum swelling and bleeding, vomiting after eating, red tongue with thick and greasy coating, surging pulse or slippery and rapid pulse. It may be explained by impairment of the stomach system by heat or excessive intake of hot pungent food.
-
- SF7G **Dampness in the intestines pattern (TM1)**
- A pattern characterized by vague pain and distension of the abdomen, soggy stool or diarrhea, or sticky fishy stool, white and greasy tongue coating, soggy

and moderate pulse. It may be explained by accumulation of dampness in the intestine system that leads to abnormal transportation and transformation of fluid.

- SF7H **Cold invading the stomach system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by sharp cold pain of the stomach and epigastrium with a preference for warmth, vomiting of clear fluid, aversion to cold, cold limbs, white tongue coating, wiry pulse. It may be explained by the invasion of external cold factor into the stomach system and epigastrium that prevents the stomach system qi from descending normally.

- SF7J **Intestine cold stagnation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by sharp, cold pain of the abdomen, clear thin diarrhea, aversion to cold, cold limbs, white tongue coating, wiry and tight pulse. It may be explained by the invasion of the cold factor into the intestine system affecting its function of transportation and transformation.

- SF7K **Anxiety damaging the spleen system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dull expression, loss of appetite, distension of the chest, hypochondrium, epigastrium and abdomen, sighing, inhibited discharge of loose stool, and a tight pulse. It may be explained by anxiety that impacts liver qi movement and impairs the transportation and transformation functions of the spleen system.

- SF7L **Lung and spleen deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by hoarseness, coughing, shortness of breath or difficulty in breathing, pale complexion, clear, thin sputum, decreased appetite, abdominal distension, loose stool,pale tongue with white and greasy coating, or feeble pulse. It may be explained by qi deficiency in both the spleen and the lung systems.
- SF7M **Spleen and kidney yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by pale complexion, aversion to cold with cold limbs, cold and pain in the lower abdomen, chronic diarrhea, edema, inhibited urination, or pale, larger tongue. It may be explained by deficiency of kidney or spleen yang qi.
- SF7Y **Other specified spleen system patterns (TM1)**
- SF7Z **Spleen system patterns (TM1), unspecified**
- Lung system patterns (TM1) (BlockL3-SF8)
- This section contains a series of TM patterns that are all attributable to dysfunction of the lung system. The system consists of the lung and large intestine organs, skin, body hair, nose, related meridians and collaterals.
- SF80 **Lung qi deficiency pattern (TM1)**

- A pattern characterized by weak coughing, shallow breath, short heavy breathing upon exertion, diluted sputum, spontaneous sweating, aversion to wind, pale complexion, feeble voice, a pale tongue or a feeble pulse. It may be explained by diminished lung system function associated with deficiency of lung system qi.
-
- SF81 **Lung yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a dry cough with sticky sputum that is difficult to expectorate, dry mouth and throat, hoarseness, cyclical fever, flushed cheeks, night sweats, or red tongue with scanty fluid, thready and rapid pulse. It may be explained by lung yin deficiency with endogenous heat.
-
- SF82 **Lung and kidney yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by coughing with scanty expectoration, dryness of the mouth and throat or hoarseness of voice, pain in the lumbar region and limp legs, cyclical fever with sensation of internal origin, flushed cheeks, night sweats, nocturnal emission in men and menstrual irregularities in women, red tongue with peeling coating and rapid feeble pulse. It may be explained by deficiency of yin fluid of the lung and kidney systems with harassment of endogenous heat.
-
- SF83 **Lung qi and yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by hoarseness, weak, dry cough, shortness of breath or

difficulty in breathing, irritation with a sensation of heat in the palms, soles and the heart or a thready and feeble pulse. It may be explained by deficiency of qi and yin of lung.

- SF84 **Lung yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cough, shortness of breath, thin expectoration, fear of cold and cold extremities, spontaneous sweating, pale complexion, larger tongue with white slippery coating and feeble pulse. It may be explained by deficiency of yang qi leading to an unwarming of the lung system.

- SF85 **Cold phlegm obstructing the lung pattern (TM1)**
- A pattern characterized by coughing with profuse phlegm, expectoration and pressure in the chest, or phlegmatic wheezing, aversion to cold and cold limbs, pale tongue with white greasy or slippery coating, and wiry slippery pulse. It may be explained by the cold and phlegm factors stagnating in the lung affecting the lung system function.

- SF86 **Turbid phlegm accumulation in the lung pattern (TM1)**
- A pattern characterized by chest distress, coughing and asthma, expectoration of profuse whitish sputum, white greasy tongue coating, wiry and slippery pulse. It may be explained by the accumulation of dampness phlegm that obstructs lung system qi.

- SF87 **Exterior cold with lung heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold with fever, thirst, decrease or lack of sweat production, restlessness, coughing and asthma, chest distress, yellow and white tongue coating, floating and rapid pulse. It may be explained by the affection of external cold factor that leads to interior stagnation of lung heat.
-
- SF88 **Intense congestion of lung heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, thirst, cough, rough and heavy breathing, or chest pain, sore throat, nostril flaring, breath with hot sensation, constipation, yellow urine, red tongue with yellow coating, and rapid pulse. It may be explained by excess fire and heat that accumulate in the lung system.
-
- SF89 **Phlegm heat obstructing the lung pattern (TM1)**
- A pattern marked by cough, shortness of breath, expectoration of thick, yellow or blood-stained sputum, chest pain, red tongue with yellow greasy coating and rapid slippery pulse. It may be explained by the heat and phlegm factors accumulating in the lung and affecting the lung system function.
-
- SF8A **Wind-heat invading the lung pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cough with expectoration of sticky yellow sputum, stuffy nose with yellow and turbid discharge, fever, dry mouth, sore throat, a red tongue with thin yellow coating, and rapid floating pulse. It may be explained by wind and heat invading the lung system and affecting its function.

- SF8B **Lung heat transmitting into the intestine pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, thirst, coughing, asthma, abdominal distension, constipation, red tongue with yellow coating, rapid or excessive pulse. It may be explained by accumulation of excess lung heat, that leads to intestinal heat, affecting the transport function of the intestine system.
- SF8C **Wind-cold fettering the lung pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cough with white watery sputum, fever with mild chills, stuffy nose with clear nasal discharge, itchy throat, oppression in the chest, white tongue coating and floating tight pulse. It may be explained by an attack of the wind and cold factors which impairs the normal flow of lung system qi.
- SF8D **Dryness invading the lung pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dry cough without sputum or with scanty, sticky sputum difficult to expectorate, chest pain, mild chills and fever, thirst, dry lips, mouth, throat and nose, dry tongue with thin coating, or thready rapid pulse. It may be explained by dryness invading the lung system leading to deficiency of fluid and affecting the lung system function.
- SF8E **Lung dryness with intestinal obstruction pattern (TM1)**
- A pattern characterized by coughing, thirst, dyspnea, constipation, distension,

fullness and pain in the abdomen, dry yellow tongue coating, deep and forceful pulse. It may be explained by dryness that leads to fluid consumption and obstruction of hollow organ qi in the intestine system.

- SF8F **Large intestine excess heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by constipation or dry stool with difficulty in defecation, abdominal distension and tenderness on palpation, hematochezia, deep-colored urine, yellow and dry tongue coating, or rapide strong pulse. It may be explained by excess heat factor obstructing the bowel qi.

- SF8G **Large intestine dampness heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by abdominal distention and pain, profuse diarrhea which may be malodorous or bloody, painful straining during bowel movement, a burning sensation in the anus, fever, thirst, decreased urine output, brownish urine, a greasy, yellow tongue coating, or a slippery, rapid pulse. It may be explained by an accumulation of the environmental factors of dampness and fire in the large intestine system or impaired qi movement.

- SF8H **Large intestine fluid deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by constipation or difficulty in defecation accompanied by dry throat and red tongue with scanty saliva and yellow dry coating, and thready rough pulse. It may be explained by yin deficiency affecting intestinal system function.

- SF8J **Large intestine deficiency cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by abnormal bowel evacuations, abdominal dull pain, aversion to heat and pressure, diarrhea, coldness of limbs, increased bowel sounds, inhibited defecation, pale tongue with a thin white watery coating or a deep, slow pulse. It may be explained by yang qi deficiency in the large intestine system leading to cold.
- SF8Y **Other specified lung system patterns (TM1)**
- SF8Z **Lung system patterns (TM1), unspecified**
- Kidney system patterns (TM1) (BlockL3-SF9)
- This section contains a series of TM patterns that are all attributable to dysfunction of Kidney system. The system consists of the kidney and bladder organs, bones, hair, ears, genitalia, anus, related meridians and collaterals.
- SF90 **Kidney qi deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dizziness, forgetfulness, nocturia, shortness of breath, ringing in the ears, low back pain, decreased sex drive,lower abdominal numbness or a feeble pulse. It may be explained by a decrease in the levels of kidney qi.
- ***Inclusions***: Kidney qi depletion pattern (TM1)

- SF91 **Kidney failing to receive qi pattern (TM1)**
- A pattern characterized by shortness of breath with prolonged exhalation, difficulty breathing inward, asthenic cough or panting/dyspnea may be aggravate by exertion, and feeble voice. It may be explained by decreased function of the kidney in holding qi.
-
- SF92 **Kidney qi deficiency with water retention pattern (TM1)**
- A pattern characterized by swelling more severe in lower limbs, decreased urine output, aching and weakness of the back and knees, pale larger tongue with white and greasy coating or a feeble pulse. It may be explained by deficiency of kidney system qi that affects the kidney system function of transforming qi and fluid metabolism leading to water retention and flooding.
-
- SF93 **Kidney yin deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by soreness and weakness of waist and knees, insomnia, dizziness, ringing in the ears, nocturnal emission in men and infrequent or light menstruation in women, emaciation, dry throat, thirst, flushed cheeks, dysphoria with feverish sensation in the palms, soles and the chest, afternoon fever, night sweating, red tongue with scanty coating and a rapid feeble pulse. It may be explained by deficiency of kidney yin that leads to interior disturbance of fire originated from yin deficiency.
-
- SF94 **Kidney yin and yang deficiency pattern (TM1)**

- A pattern characterized by vertigo, tinnitus, soreness and weakness of waist and knees, dysphoria with feverish sensation in the palms, soles and the chest, night sweats, nocturnal emissions, cold extremities, and spontaneous sweating. It may be explained by decreased overall kidney functions.
-
- SF95 **Kidney deficiency with marrow depletion pattern (TM1)**
- A pattern characterized by delayed growth, long term disunion of a bone fracture, painful lumbar region, soft bones, dizziness, ringing in the ears, forgetfulness, dementia. It may be explained by deficiency of kidney essence that leads to deficiency of marrow.
-
- SF96 **Kidney essence deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by growth retardation in children; in adults, premature senility, decreased reproductive function, tinnitus, loosening of teeth, loss of hair and forgetfulness. It may be explained by deficiency of kidney essence necessary for development.
-
- SF97 **Kidney yang deficiency pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold, cold limbs, listlessness, weakness and soreness in the waist and knees, decreased sex drive and sexual function, nocturia, white tongue coating and feeble pulse at cubit (chi) section. It may be explained by decreased kidney yang function that fails to warm the body.
- ***Inclusions***: Life-gate fire depletion pattern (TM1)

- Primordial yang deficiency pattern (TM1)
-
- SF98 **Fear damaging the kidney system pattern (TM1)**
- A pattern characterized by panic, impotence, spermatorrhea, urinary or fecal incontinence. It may be explained by great terror and fear that impair kidney system qi or by a somatization of an emotional state.
-
- SF99 **Blood and heat accumulation in the uterus pattern (TM1)**
- A pattern characterized by a burning sensation and pain in the lower abdomen, advanced profuse menstruation in bright red color, or thick yellowish vaginal discharge with foul smell, red tongue with yellow coating and a rapid pulse. It may be explained by accumulation of heat in the uterus.
-
- SF9A **Phlegm obstructing the uterus pattern (TM1)**
- A pattern characterized by profuse white vaginal discharge, or lack of menstruation, or infertility, obesity, decreased movement, pale tongue with white and greasy coating, slippery or soggy and slow pulse. It may be explained by phlegm stasis in the uterus, obstructing blood or qi flow.
-
- SF9B **Dampness-heat in the uterus pattern (TM1)**
- A pattern characterized by profuse thick and yellowish vaginal discharge with foul smell, itchy skin and erosion of the external genitalia, red tongue with yellow and greasy coating and a slippery, rapid pulse. It may be explained by

the environmental factors of dampness and fire that accumulate in the uterus.

- SF9C **Cold stagnation in the uterus pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cold pain of the lower abdomen, or pain in the lower abdomen or lumbosacral region during menstruation, with preference for warmth, delayed menstrual cycle, dark purple menstrual blood, or clear thin whitish vaginal discharge, white tongue coating, deep and tight pulse. It may be explained by accumulation of the cold factor in the uterus that blocks the flow of blood or qi.

- SF9D **Uterine deficiency cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold, cold limbs, vague pain of lower abdomen, with preference for warmth and oppression, thin menstrual blood in light color, clear thin vaginal discharge, infertility, miscarriage, whitish complexion, pale tongue with white coating. It may be explained by deficiency of yang qi that fails to warm the uterus.

- SF9E **Blood accumulation in the bladder pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distension and sharp pain in the lower abdomen, difficulty and painful urination, purple or spotted tongue, wiry and rough pulse. It may be explained by injury of the lower abdomen or invasion of heat, leading to blood retention in the bladder.

- SF9F **Bladder heat accumulation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distension of the lower abdomen, burning sensation and pain in urination, fever, thirst, red tongue with yellow coating, forceful and rapid pulse. It may be explained by accumulation of heat in the bladder system.
-
- SF9G **Bladder dampness-heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by urgent, frequent painful urination, greasy yellow tongue coating towards the root and slippery pulse. It may be explained by accumulation of dampness and heat in the bladder system.
-
- SF9H **Bladder water accumulation pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distension and pain of the lower abdomen, and difficulty with urination. It may be explained by the failure of qi transformation in the bladder system, leading to water retention in the bladder.
-
- SF9J **Bladder deficiency cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold, cold limbs, cold and pain in the lower abdomen, and profuse clear urination. It may be explained by deficiency of kidney yang, causing qi dysfunction of the urinary bladder.
-
- SF9Y **Other specified kidney system patterns (TM1)**
-
- SF9Z **Kidney system patterns (TM1), unspecified**

- SG1Y **Other specified organ system patterns (TM1)**
- SG1Z **Organ system patterns (TM1), unspecified**
- Meridian and collateral patterns (TM1) (BlockL2-SG2)
- This section contains a group of TM patterns caused by functional disorder of meridians consisting of twelve main meridians and eight extra meridians.
- Main Meridian Patterns (TM1) (BlockL3-SG2)
- This section contains a group of TM patterns caused by functional disorder of the twelve main meridians.
- SG20 **Lung meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by distention and fullness in the chest difficulty in breathing, cough and pain in the supraclavicular fossa. Symptoms and signs include pain and flow reversals along the inner aspect of the arm and heat in the palms, pain in the shoulders and back. It may be explaind by Lung meridian dysfunction.
- SG21 **Large intestine meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by toothache and swollen neck. Symptoms and signs also include dry mouth, obstructions of the nose and throat, pain in the anterior aspect of the shoulder and upper arm, and impaired use of the forefinger. It

may be explained by Large Intestine meridian dysfunction.

- SG22 **Stomach meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cold shivering , a tendency to groan, frequent yawning, and dark complexion. Symptoms and signs include nasal congestion, facial deviations, lip sores, neck swelling, throat obstructions, water swelling in the abdomen and swelling and pain in the patella. Pain occurs along the channel path from the breast to groin, along the thigh and down the lateral shin to the top of the foot. It may be explained by Stomach meridian dysfunction.
- SG23 **Spleen meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by stiff tongue root, vomiting after eating, stomach pain, abdominal distention and a feeling of weakness and heaviness in the entire body. Symptoms and signs also include the pain in the tongue root, trembling, indigestion, heart vexation, cramping pain beneath the heart, swelling and upset of meridian Qi flowing along the inner aspect of the knee and thigh, and impaired use of the first toe. It may be explained by Spleen meridian dysfunction.
- SG24 **Heart meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by dry thoat, heart pain and thirst with a desire to drink. Symptoms and signs also include yellow eyes, pain in the lateral abdomen, pain and circulation reversals in the ulnar aspect of the arm and heat and pain

in the palms. It may be explained by Heart meridian dysfunction.

- SG25 **Small intestine meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by throat pain, jaw swelling, inability to turn the head to look backwards and pulling up and back of the (muscles) of the shoulders and arms. Symptoms and signs also include deafness, cheek swelling and pain along the neck, jaws, shoulders, upper arms, elbows and ulnar aspect of the forearms. It may be explained by Small intestine meridian dysfunction.

- SG26 **Bladder meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by clashing headache and sensation that the eyes are being torn out. The nape of the neck is tight, there is pain in the spine, the waist arches backwards, the thigh cannot flex, the back of the knee has lumps and there is a sensation that the calf is being split apart. Symptoms and signs also include excess lacrimation, nasal congestion, pain in the head, neck, back, waist, sacrum, back of the knee, calf and foot, and impaired use of the little toe. It may be explained by Bladder meridian dysfunction.

- SG27 **Kidney meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by hunger without the desire to eat, a facial complexion the color of dark lacquered wood, coughing up blood tinged sputum, thirst with shortness of breath, a desire to rise when sitting, dim vision and a worry of starvation. Symptoms and signs also include dry tongue, throat swelling, dry

and painful throat, pain along the posterior border of the inner thighs, lower limb atrophy, heat and pain on the soles of the feet. It may be explained by Kidney meridian dysfunction.

- SG28 **Pericardium meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by heat in the palms, spasms in the forearms and elbows and axillary swelling. Symptoms and signs also include heart vexation and heart pain. It may be explained by Pericardium meridian dysfunction.

- SG29 **Triple energizer meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by deafness and tinnitus, swelling and obstruction of the throat. Symptoms and signs also include sweating, pain at the lateral corners of the eye and cheeks, pain behind the ear and along the shoulders, upper arms, elbows and outer border of the forearms and impaired use of the fourth finger. It may be explained by Triple Energizer meridian dysfunction.

- SG2A **Gallbladder meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by bitter taste in the mouth, frequent sighs, pain in the heart and rib-sides and an inability to rotate the body from side to side. Symptoms and signs also include headache and pain along the side of the face, pains at the lateral corners of the eyes, distension and pain in the supraclavicular fossa, swelling beneath the axilla, pain in the chest, thighs, along the outer knees down the shin, to the external malleolus and within

various joints, and impaired use of the fourth toe. It may be explained by Gall Bladder meridian dysfunction.

- SG2B **Liver meridian pattern (TM1)**
- A pattern characterized by pain in the waist and an inability to look upwards and downwards. In men there are swellings and pain in the groin and scrotum while in women there are swellings of the lower abdomen. Symptoms and signs also include chest fullness, counterflow vomiting, diarrhea with undigested food, inguinal swellings and incontinent and obstructed urine. It may be explained by Liver meridian dysfunction.
- SG2Y **Other specified main Meridian Patterns (TM1)**
- SG2Z **Main Meridian Patterns (TM1), unspecified**
- Extra Meridian Patterns (TM1) (BlockL3-SG3)
- This section contains a group of TM patterns caused by functional disorder of eight extra meridians. The eight extraordinary vessels are supplementary to the main meridian system.
- SG30 **Governor vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by stiffness of the spine, fainting, chest pain coming from the lower abdomen, inability to defecate or urinate, infertility in women, urine obstruction, hemorrhoids, urinary incontinence and thirst.

- SG31 **Conception vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by hernia colic in men and vaginal discharge and abdominal lumps in women.
- SG32 **Yin heel vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by flaccid state in the regions belonging to yang and tense state in the regions belonging to yin.
- SG33 **Yang heel vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by flaccid state in the regions belonging to yin and tense state in the regions belonging to yang.
- SG34 **Yin link vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by heart pain.
- SG35 **Yang link vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by chills and fever.
- SG36 **Thoroughfare vessel pattern (TM1)**
- A pattern characterized by hot flushes and cramping pain in the whole abdomen.
- SG37 **Belt vessel pattern (TM1)**

- A pattern characterized by abdominal distention and a relaxed and weak lumber region with a feeling of sitting in the water.
-
- SG3Y **Other specified extra Meridian Patterns (TM1)**
-
- SG3Z **Extra Meridian Patterns (TM1), unspecified**
-
-
- SG5Y **Other specified meridian and collateral patterns (TM1)**
-
- SG5Z **Meridian and collateral patterns (TM1), unspecified**
-
- Six stage patterns (TM1) (BlockL2-SG6)
- This section contains patterns in accordance with the six-stage theory. A common characteristic of the Six-stage patterns included in this section is their relationship with the acute febrile conditions.
- SG60 **Early yang stage pattern (TM1)**
- A pattern that usually manifests at the onset of a febrile state. The pattern is characterized by fever and aversion to cold, headache, painful joints, neck stiffness or a floating pulse. They may be explained by a reaction to pathogens at exterior layer of the body.
-
- SG61 **Middle yang stage pattern (TM1)**

- A pattern that usually manifests several days after the onset of a febrile state. The pattern is characterized by high fever, profuse sweating, abdominal distension, severe thirst with desire for water, constipation, tidal fever (generalized excessive sweating with high fever repeating regularly like in a tide), a delirium, restlessness, panting, red face, big forceful or slippery pulse, or thick dry tongue coating (white or yellow). It may be explained by reactions to pathogens at the interior layer of the body.
-
- SG62 **Late yang stage pattern (TM1)**
- A pattern that usually manifests several days after the onset of a febrile state. The pattern is characterized by alternating chills and fever, loss of appetite, bitter taste in mouth, dry throat, dizziness, fullness in the chest and hypochondrial resistance and discomfort, white coat of the tongue or a wiry pulse. It may be explained by reactions to pathogens in the layer between exterior and interior of the body.
-
- SG63 **Early yin stage pattern (TM1)**
- A pattern that usually manifests at the onset or sometime during the course of a febrile state. This pattern is characterized by abdominal fullness, vomiting, loss of appetite, recurrent abdominal pain, diarrhea, decreased food intake, deep, slow or weak pulse. They may be explained by mild cold at the interior layer of the body.
-

- SG64 **Middle yin stage Pattern (TM), Middle yin stage pattern (TM1)**
- A pattern characterized by desire to lie down or to have a rest, cold limbs, diarrhea, dysphoria, desire to sleep, thready rapid pulse or faint thin pulse. It may be explained by moderate cold at the interior layer of the body.
-
- SG65 **Late Yin stage Patterns (TM1)**
- A pattern characterized by thirst, rising qi, burning sensation on the chest, hungry with inability to eat, diarrhea, cold extremities. It may be explained by severe cold at the interior layer of the body.
-
- SG6Y **Other specified six stage patterns (TM1)**
-
- SG6Z **Six stage patterns (TM1), unspecified**
-
- Triple energizer stage patterns (TM1) (BlockL2-SG7)
- This section comprises dysfunctional systemic patterns of coordination, assimilation, elimination and integration attributed to invasion and transformation of the dampness-heat factor on the three portions of the body cavity (upper energizer, middle energizer and lower energizer), through which the visceral qi is transformed.
- SG70 **Upper energizer stage patterns (TM1)**
- This section comprises dysfunction attributed to invasion of the pathogenic

heat on the lung and pericardium, i.e., the portion above the diaphragm housing the organs of the heart and lung systems.

- SG71 **Middle energizer stage patterns (TM1)**
- This section comprises dysfunction attributed to invasion of the pathogen on the upper abdominal cavity, i.e. the portion between the diaphragm and the umbilicus housing the organs of the spleen, stomach, liver and gallbladder systems.
- SG72 **Lower energizer stage patterns (TM1)**
- This section comprises a dysfunction attributed to be deficiency of the body below the navel or to invasion of the dampness-heat factor on the lower abdominal cavity, (i.e. the portion below the umbilicus housing the organs of the kidneys, bladder, small and large intestines systems) and depriving the yin of the liver and kidney systems.
- SG7Y **Other specified triple energizer stage patterns (TM1)**
- SG7Z **Triple energizer stage patterns (TM1), unspecified**
- Four phase patterns (TM1) (BlockL2-SG8)
- This section contains patterns related to four phases – Defence, Qi, Nutrient and Blood. The four phase represent four levels of severity as the heat, dryness

or dampness factors progress from the exterior to the interior. The sub-sections of the four phase patterns are ordered in accordance with progressive movement of the heat, dryness or dampness factors from the Defence to the Qi phase, from the Qi to the Nutrient phase and from the Nutrient to the Blood Phase.

- Defense phase patterns (TM1) (BlockL3-SG8)
- This section is the initial stage of an epidemic febrile disease when only the superficial part of the defense qi is involved, marked by fever, slightly aversion to wind and cold, headache, red tongue tip and rapid floating pulse.
- SG80 **Dampness obstructing the defense yang pattern (TM1)**
- A pattern characterized by aversion to cold, decrease or lack of sweat production, fever, headache, motor dysfunction, a sensation of pressure in the chest, loss of appetite, absence of thirst, white, greasy tongue coating or soggy, moderate pulse. It may be explained by an accumulation of dampness in the defense aspect and obstruct the defense qi.
-
- SG81 **Heat attacking the lung defense pattern (TM1)**
- A pattern characterized by coughing, panting and qi reverse flow, urinating dysfunction, pain in the body, hiccup, acid reflux and nausea. It may be explained by warm pathogen interfering the function of lung system qi diffusion and down bearing as well as digestive function of the stomach.
-
- SG8Y **Other specified defense phase patterns (TM1)**

- SG8Z **Defense phase patterns (TM1), unspecified**
- Qi phase patterns (TM1) (BlockL3-SG9)
- This section is the second stage of an epidemic febrile disease showing intrusion of the heat factor on the yang brightness meridian or the lung, gallbladder, spleen, stomach or large intestine systems, marked by high fever without chills, strong thirst, flushed face, dark urine, red tongue with yellow coating and rapid forceful pulse.
- SG90 **Heat entering the qi phase pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, excessive thirst, reddish urine, constipation, red tongue with a yellow coating, or a surging or rapid pulse. It may be explained by the environmental factor of fire entering the qi aspect or imbalance between the fire and healthy qi.
- SG91 **Qi phase dampness and heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, chest pain, abdominal distension, yellow complexion, lethargy, vomiting, nausea, dark urine, a red tongue with a yellow, greasy coating, and a soggy, rapid or slippery pulse. It may be explained by the environmental factors of dampness and fire entering the qi aspect.
- SG92 **Dampness obstructing the qi phase pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, headache, decreased mental acuity, a

generalized feeling of heaviness or pressure in the chest, bone and joint pain, anorexia, abdominal fullness, diarrhea, greasy tongue coating, or soggy, moderate pulse. It may be explained by the environmental factors of dampness and fire entering the qi aspect.

- SG9Y **Other specified qi phase patterns (TM1)**
- SG9Z **Qi phase patterns (TM1), unspecified**
- Nutrient phase patterns (TM1) (BlockL3-SH0)
- This section is a serious development of an epidemic febrile disease characterized by the heat factor entering the nutrient aspect and disturbing the heart system, manifested by fever higher at night, restlessness or delirium, faint skin rashes and crimson tongue.
- SH00 **Nutrient qi and defense qi disharmony pattern (TM1)**
- A pattern characterized by mild fever, slight aversion to wind, intermittent sweating or perspiration or slow pulse. It may be explained by an imbalance of nutrient and defense qi.
- SH01 **Heat in the nutrient phase pattern(TM1)**
- A pattern characterized by fever that is more severe at night, agitation, restlessness, delirium, insomnia, skin rash, or red or purple tongue. It may be explained by the environmental factor of fire entering the nutrient aspect or

disturbing the heart system.

- SH02 **Heat entering the nutrient and blood phase pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever that increases at night, agitation, insomnia, coma, thirst, indistinct discolored spots on the skin (macule), bleeding, constipation, a purple tongue, or a thready, rapid pulse. It may be explained by the environmental factor of fire entering the nutrient and blood aspects, blood damage, or disturbance of the heart system.

- SH0Y **Other specified nutrient phase patterns (TM1)**

- SH0Z **Nutrient phase patterns (TM1), unspecified**

- Blood phase patterns (TM1) (BlockL3-SH1)
- This section is an epidemic febrile disease at its severest stage, characterized by severe damage of yin blood, with various forms of bleeding such as hemoptysis, epistaxis, hematuria, hematochezia, in addition to high fever, coma or convulsions.
- SH10 **Blood phase pattern (TM1)**
- A pattern characterized by fever, spasm of the hands and feet, coma, delirium, dark or purple macula, vomiting of blood, bleeding, or purple tongue. It may be explained by the environmental factor of fire entering the blood aspect, deficiency of blood or yin fluid, or massive and sudden blood loss.

- SH11 **Heat entering the blood phase pattern(TM1)**
- A pattern characterized by profuse bleeding, including coughing up blood, nosebleeds, blood in urine and stool, high fever, coma, convulsions or crimson tongue. It may be explained by the environmental factor of fire entering the blood aspect or damaging the blood.
- SH1Y **Other specified blood phase patterns (TM1)**
- SH1Z **Blood phase patterns (TM1), unspecified**
- SH3Y **Other specified four phase patterns (TM1)**
- SH3Z **Four phase patterns (TM1), unspecified**
- Four constitution medicine patterns (TM1) (BlockL2-SH4)
- Four Constitution Medicine Patterns are classified by each type of constitution: Large Yang Type (Large Lung Small Liver), Small Yang Type (Large Spleen Small Kidney), Large Yin Type (Large Liver Small Lung), and Small Yin Type (Large Kidney Small Spleen). Metabolic processes in Four Constitution Medicine can be divided into 2 categories: Qi-Humor metabolism and Water-Food metabolism. Large Yang Type patterns and Large Yin Type patterns are

caused by disorder of the Qi-Humor metabolism while Small Yang Type patterns and Small Yin Type patterns are caused by disorder of the Water-Food metabolism. Patterns occurring for each type of constitution can be subdivided into three types: external TM disorder, internal TM disorder and external-internal combined TM disorder. External TM disorder is caused by imbalance of Seong (Innate Nature) and internal TM disorder is caused by the imbalance of Jeong (Emotional Disposition).

- Large yang type patterns (TM1) (BlockL3-SH4)
- This section comprises a range of patterns which present more commonly in individuals who have the large yang type constitution with characteristics such as strong lung and weak liver systems.
- SH40 **Large yang type exterior origin lower back pattern (TM1)**
- A pattern characterized by systemic heat, cold-intolerance, somatic pain in the mild stage and leg enervation (pseudo-paraparesis) in the advanced stage. It may be explained by an excessiveness of the dispersive energy of the lung system (upper sector) and a weakening of the inspirational concentrative energy of the liver system sector (mid-lower sector) on inhalation, which damages the lower back area (dorsal mid-lower sector) that is associated with the liver system.
-
- SH41 **Large yang type interior origin small intestine pattern (TM1)**
- A pattern characterized by abdominal pain, borborygmus, diarrhea, dysentery in the mild stage and dysphagia or regurgitation in the advanced stage. It may

be explained by a strengthening in the expanding and dispersive force of the energy-fluid of the esophagus (frontal upper sector), and a weakening in the condensing and concentrative force of the energy-fluid of the small intestine system (frontal mid-lower sector), producing the imbalance of the energy and fluid metabolism and subsequent damage of energy and fluid.

- SH42 **Large yang type exterior interior combined pattern (TM1)**
- A pattern characterized by exterior symptoms that include systemic heat, cold-intolerance, somatic pain, and leg enervation (pseudo-paraparesis); interior symptoms that include concurrent abdominal pain, borborygmus, diarrhea, dysentery, dysphagia or regurgitation. It may be explained by the damage of the inspirational concentrative energy of the liver system (mid-lower sector) with weakening in the condensing and concentrative force of the energy-fluid of the small intestine system (frontal mid-lower sector).
- SH4Y **Other specified large yang type patterns (TM1)**
- SH4Z **Large yang type patterns (TM1), unspecified**
- Small yang type patterns (TM1) (BlockL3-SH5)
- This section comprises a range of patterns which present more commonly in individuals who have the Small Yang Type constitution with characteristics such as strong spleen and weak kidney systems.

- SH50 **Small yang type lesser yang wind damage pattern (TM1)**
- A pattern characterized by systemic heat, cold-intolerance, somatic pain, vexation, bitter taste in mouth, dry throat, dizziness, headache, deafness. It may be explained by the failure of the yin energy in the spleen system (mid-upper sector) to descend to the kidney system (lower sector) due to the heat factor which results in yin energy confinement in the upper back (dorsal mid-upper sector). There is no damage to the yin energy in the kidney system (lower sector).
-
- SH51 **Small yang type yin depletion pattern (TM1)**
- A pattern characterized by diarrhea, often accompanied by either heat-related patterns with headache or cold-related patterns with stomach ache. It may be explained by the failure of yin energy in the spleen system (mid-upper sector) to descend to the kidney system (lower sector) due to the heat factor. It is accompanied with the damage of yin energy of the kidney system (lower sector).
-
- SH52 **Small yang type chest heat congested pattern (TM1)**
- A pattern characterized by systemic heat, constipated bowel movement and thirst. It may be explained by the failure of clear yang in the large intestine system (frontal lower sector) to ascend to the stomach system (frontal mid-upper sector) as well as to the extremities and head, in particular the face. An intense heat factor is formed in the stomach system (frontal mid-upper sector).

- SH53 **Small yang type yin deficit pattern (TM1)**
- A pattern characterized by diurnal flaring-up of systemic heat, thirst, coldness in the dorsal region, and retching, emaciation of the legs, turbid urine. It may be explained by deficiency of the clear yang in the large intestine system (frontal lower sector) which leads to a weakening of yin energy in the kidney system (lower sector).
- SH54 **Small yang type exterior interior combined pattern (TM1)**
- A pattern characterized by exterior symptoms that include cold-intolerance, diarrhea, somatic pain, dizziness, headache or concurrent heat intolerance and constipated bowel movement. It may be explained by the failure of yin energy in the spleen system (mid-upper sector) descending and connecting to the kidney system (Lower sector)., Concurrently, clear yang in the large intestine system (frontal lower sector) is damaged by the heat factor.
- SH5Y **Other specified small yang type patterns (TM1)**
- SH5Z **Small yang type patterns (TM1), unspecified**
- Large yin type patterns (TM1) (BlockL3-SH6)
- This section comprises a range of patterns which present more commonly in individuals who have the large yin type constitution with characteristics such

as strong liver and weak lung systems.

- SH60 **Large yin type supraspinal exterior pattern (TM1)**
- A pattern characterized by cold-intolerance (accompanied with the absence of perspiration), systemic heat, and dyspnea (labored breathing). It may be explained by a decreased capability of the esophagus (frontal upper sector) to expire and to disperse energy and fluid.
-
- SH61 **Large yin type esophagus cold pattern (TM1)**
- A pattern characterized by post-prandial stuffiness, and fullness, and leg weakness, coughing, edema etc, which is based on symptoms of diarrhea, absence of perspiration, palpitation, dyspnea (labored breathing), plum-pit, pale complexion. It may be explained by a weakening of the expirational dispersive energy of the lung system sector (upper sector), in addition to a decreased capability of the esophagus sector (frontal upper sector) to expire and to disperse energy and fluid.
-
- SH62 **Large yin type liver heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by ocular pain, dryness of nose, sleep disorder, tidal sweating, constipated bowel movement, abdominal fullness, thirst, delirium. It may be explained by an excessive condensation and concentration of energy and fluid in the liver system (mid-lower sector) causing the stagnation of energy and fluid, followed by the production of the heat factor.
-

- SH63 **Large yin type dryness heat pattern (TM1)**
- A pattern characterized by black discoloration and parching of the fingertips and nummular erythematous patches and sores over the whole body, constipation, frequent urination, thirst, consumptive overexertion, tinnitus, dim vision, weakened legs or lower back pain. It may be explained by an excessiveness in the inspirational concentrative energy of the liver system sector (mid-lower sector), called the liver-heat state, in addition to the weakening of the dispersive energy of the lung system (upper sector) on exhalation, called the lung-dryness state, producing an imbalance of energy and fluid metabolism, followed by the abnormal consumption of energy and fluid.
-
- SH64 **Large yin type exterior Interior combined pattern (TM1)**
- A pattern characterized by exterior symptoms that include cold-intolerance (accompanied by the absence of perspiration), dyspnea (labored breathing), somatic pain, diarrhea; interior symptoms that include concurrent systemic heat, ocular pain, dryness of the nose, sleep disorder, tidal sweating, constipated bowel movement, thirst. It may be explained by the damage of the esophagus (frontal upper sector) which expires and disperses energy and fluid and concurrently an excessive condensation and concentration of the energy and fluid in the liver system (mid-lower sector).
-
- SH6Y **Other specified large yin type patterns (TM1)**

- SH6Z **Large yin type patterns (TM1), unspecified**
- Small yin type patterns(TM1) (BlockL3-SH7)
- This section comprises a range of patterns which present more commonly in individuals who have the small yin type constitution with characteristics such as strong kidney and weak spleen systems.
- SH70 **Small yin type congestive hyperpsychotic pattern (TM1)**
- A pattern characterized by systemic heat, somatic pain (including headache)or absence of perspiration. It may be explained by the failure of yang energy in the kidney system (lower sector) to ascend and connect to the spleen system (mid-upper sector) due to the cold factor, and then it is confined in the infra-spinal (dorsal lower sector). There is no damage to the yang energy of the spleen system (mid-upper sector).
- SH71 **Small yin type yang depletion pattern (TM1)**
- A pattern characterized by systemic heat, somatic pain (including headache), and presence of perspiration. It may be explained by the failure of yang energy in the kidney system (lower sector) to ascend and to connect to the spleen system (mid-upper sector) due to the cold factor and then it is confined in the Infra-spinal sector (dorsal lower sector), with the yang energy of the spleen system sector (mid-upper sector) already damaged.

- SH72 **Small yin type greater yin pattern (TM1)**
- A pattern characterized by abdominal pain and diarrhea, converse absence of dry mouth, somatic pain, or agitation. It may be explained by the damage of the warm energy in the stomach system (frontal mid-upper sector) that is oppressed by the cold factor of the large intestine system sector (frontal lower sector), though not threatening the yang energy of the spleen system (mid-upper sector) itself.
-
- SH73 **Small yin type lesser yin pattern (TM1)**
- A pattern characterized by abdominal pain and diarrhea, and presence of dry mouth, headache, somatic pain, and agitation. It may be explained by damage of the warm energy of stomach system (frontal mid-upper sector) due to intense cold factor of the large intestine system (frontal lower sector). It is accompanied with the damage of the yang energy of the spleen system (mid-upper sector).
-
- SH74 **Small yin type exterior interior combined pattern (TM1)**
- A pattern characterized by exterior symptoms that include systemic heat, headache, somatic pain; interior symptoms that include abdominal pain and diarrhea (bowel irritability) at a same time. It may be explained by the failure of yang energy in the kidney system (lower sector) to ascend and connect to the spleen system (mid-upper sector), concurrently the warm energy in the stomach system (frontal mid-upper sector) is damaged by the cold factor.

- SH7Y **Other specified small yin type patterns(TM1)**
- SH7Z **Small yin type patterns(TM1), unspecified**
- SH9Y **Other specified four constitution medicine patterns (TM1)**
- SH9Z **Four constitution medicine patterns (TM1), unspecified**
- SJ1Y **Other specified traditional medicine patterns (TM1)**
- SJ1Z **Traditional medicine patterns (TM1), unspecified**
- SJ3Y **Other specified supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions – Module I**
- SJ3Z **Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I, unspecified**

附錄三、ICD-11 中醫章節（Chapter 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions – Module I）中文譯本文件

第26章

補充章節 傳統醫學病證 - 模組一

- 本章有470個四字元類別。
- 代碼範圍以 SA00 開頭
- **本補充章節是可選擇使用的子分類。本章不用於死亡率報告。編碼應始終包括第1-24章中的一個ICD類別。**
- 本補充章節涉及起源於古代中醫的症候和證候，在中國、日本、韓國和世界其他地方普遍使用。此清單代表了統合中國、日本和韓國分類的一套傳統醫學病症分類。有關傳統醫學病症的擴展清單，請參閱國際傳統醫學分類（ICTM）。
- **定義：**
- 傳統醫學中的一種症候，症候（TM1）[1]，是指任何身體系統中的一組功能失調，這些功能失調表現出相關的臨床表現，即單個或一組特定的體癥，症狀或發現。每種症候（TM1）都可以通過其症狀學、病因學、病程和結果，或治療反應，來定義。
- 症狀學：體癥、症狀或傳統醫學診斷方法的獨特發現，包括舌診檢查、病史採集（問診）、聽聞檢查（聞診）、脈診與腹診等觸診方法。
- 傳統醫學病因學：潛在的傳統醫學解釋風格，例如環境因子（歷史上傳統醫學詮釋為「外感」）、情緒因子（歷史上傳統醫學詮釋為「七情」），或其他病理因子、過程與產物。
- 過程和結果：隨著時間的推移，症候（TM1）發展的獨特途徑。

- 治療反應：已知對傳統醫學干預的反應。在定義症候（TM1）時，症狀學和病因學是必須的。病程和結果以及治療反應是選擇性的。
- 傳統醫學中的一種證候，證候（TM1），是指患者在給定時刻的完整臨床表現，包括所有發現。發現 可能包括症狀學或患者體質等。
- 症狀學（如上所述）。
- 體質：個體的特徵，包括結構和功能特徵，氣質，適應環境變化的能力，或對各種健康情況的易感性。這是相對穩定的，部分是遺傳決定的，而部分是後天的。
- [1]：“TM1”是指傳統醫學病症 - 模組I。（TM1）名稱在本章中用於每個傳統醫學診斷分類，以便與常規醫學概念明確區分開來。
- 本章包含以下頂層區塊：
- 傳統醫學疾病（TM1）
- 傳統醫學證候（TM1）
-
- 傳統醫學疾病（TM1）（區塊L1-SA0）
- 傳統醫學中的一種症候，即症候（TM1），是指任何身體系統中的一組功能失調，這些功能失調表現出相關的表現，即單個或一組特定的體癥、症狀或發現。每種症候（TM1）都可以通過其症狀學、病因學、病程和結果，或治療反應，來定義（請參閱章節定義以獲取更多詳細資訊）。
- 臟腑系統疾病（TM1）（區塊L2-SA0）
- 肝系病類（TM1）（區塊L3-SA0）
- 本節包含一系列傳統醫學症候，這些症候都可歸因於肝系統功能失調。該系統由肝臟和膽囊器官、肌腱、指甲、眼睛，相關的經絡系統組成。

- SA00 **脅痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為脅肋一側或兩側疼痛。其可解釋為脅肋經絡中的氣功能失調或不和諧。
-
- SA01 **黃疸（TM1）**
- 一種症候，其特徵為鞏膜、皮膚和尿液的黃色和深色外觀。它們可能由肝臟和脾臟系統功能失調以及膽囊功能失調引起，其是由外源性病原體（包括濕邪，火邪或瘟疫）的侵入引起的，以及由於飲酒或飲食不當引起的內部損傷，或不同類型的濕，血瘀和氣滯。
- *包含*：急黃
- 陽黃
- 陰黃
-
- SA02 **肝著（TM1）**
- 一種症候，其特徵為以可通過壓力緩解的右脅肋腫塊或疼痛。其可解釋為氣血停滯，也可能是其他肝臟系統疾病的後遺症。
-
- SA03 **鼓脹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為嚴重腹脹，伴有緊繃、皮膚發黃或腹壁上突出的靜脈。它涉及肝、脾和腎系統，其可解釋為氣、血或水的循環不良，導致腹膜腔內的液體或氣體積聚，腹部腫塊或腸道感染。
-
- SA04 **肝癰（TM1）**

- 一種症候，其特徵為突然發燒， 右側脅肋部腫塊或疼痛。其可解釋為是火、熱、毒素、寄生蟲或其他感染的積聚，導致肝臟中氣血腐敗，並引起內部膿瘍。
-
- SA05 **膽脹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為右上腹部反覆疼痛伴不適和膨脹，可能伴有腸胃氣脹。其可解釋為膽囊氣滯，膽囊氣滯是由膽囊中濕、熱、痰和血瘀或情緒不安引起的。
-
- SA0Y **其他特指的肝系病類（TM1）**
-
- SA0Z **未特指的肝系病類（TM1）**
-
- 心系病類（TM1）（區塊L3-SA1）
- 該部分包含一系列傳統醫學症候，這些疾病都可歸因於心臟系統功能失調。該系統由心臟、血管、舌頭以及相關的經絡系統組成。
- 心悸（TM1）（區塊L4-SA1）
- 一組由心臟不規則跳動引起的症候。其可解釋為影響心臟系統功能的胸腔氣運行失調，例如源自環境因素、情緒因素，或其他病理過程，或產物。
- SA10 **驚悸（TM1）**
- 一種症候，其特徵為因為被嚇壞而引起心臟快速和劇烈跳動的感覺。其可解釋為過度精神刺激或嚴重應激導致心臟和膽囊系統氣虛，心臟系統

氣虛，血液缺乏或痰積聚和瘀滯。

- ***包含***： 驚悸（TM1）
-
- SA11 **怔忡（TM1）**
- 一種症候，其特徵為沒有特定原因的心臟快速和劇烈跳動的感覺。自發性心悸的狀態在持續時間，頻率和症狀程度方面比誘發性心悸障礙更嚴重。
- ***包含***： 怔忡（TM1）
-
- SA1Y **其他特指的心悸（TM1）**
-
- SA1Z **未特指的心悸（TM1）**
-
- 胸痹（TM1）（區塊L4-SA2）
- 一群症候，其特徵為感覺到胸部擠壓感，緊繃壓力感或陣發性疼痛。其可解釋為氣滯、血瘀和痰阻，或者是氣、陰、陽或血的過量或不足。
- ***包含***： 胸痹/心臟疼痛（TM1）
- 胸痹（TM1）
- SA20 **真心痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為胸部持續尖銳疼痛，伴有出汗，四肢冰冷，膚色蒼白，嘴唇發青，脈搏微弱且幾乎察覺不到。其可解釋為胸部之氣、陽或血液的停滯或阻塞，或者是氣、血、陰或陽的缺乏，痰的積聚阻塞氣的運動，或寒冷。

- SA2Y **其他特指的胸痹（TM1）**
- SA2Z **未特指的胸痹（TM1）**
- SA4Y **其他特指的心系病類（TM1）**
- SA4Z **未特指的心系病類（TM1）**
- 脾系病類（TM1）（區塊L3-SA5）
- 本節包含一系列傳統醫學症候，這些症候均歸因於脾系統功能失調。該系統由脾臟和胃器官、肌肉、嘴唇、口腔、相關的經絡系統組成。
- SA50 **噎嗝（TM1）**
- 一種症候，其特徵為吞嚥困難導致食物卡在喉嚨中，常見症狀有食道病和其他疾病涉及胃、胸部、膈膜、口腔、喉嚨，和心臟，以及障礙、萎縮、癱瘓和中風等。其可解釋為氣滯、火、痰或津液消耗。
- ***包含***： 噎嗝（TM1）
- SA51 **胃脘痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為上腹部疼痛（在劍突下方）。其可解釋為外感寒邪或熱邪和飲食不當；陰、陽、氣血不足，氣滯血瘀，導致胃氣不能正常下降。

- SA52 **胃脹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為長期腹脹、腫脹或上腹部飽脹。其可解釋為脾胃系統功能下降，由於痰和血瘀的積累引起的氣運行阻礙，或胃系統的其他長期疾病。
- SA53 **嘈雜（TM1）**
- 一種症候，其特徵為胃部空虛感，類似於饑餓、疼痛或胃灼熱，但不能用饑餓、疼痛或胃灼熱來解釋。其可解釋為飲食不當，火邪或寒邪等環境因子進入胃系統，陰或血液缺乏，或肝胃不和。
- SA54 **食積（TM1）**
- 一種症候，其特徵為上腹部或腹部擴張、不適、嘔吐、便秘或腹瀉。其可解釋為過量攝入食物或食物積累。
- SA55 **泄瀉（TM1）**
- 一種症候，其特徵為每天排出三次或更多次稀便或水樣便，或有異常頻繁的腸蠕動。其可解釋為風、寒、濕，火或熱邪，飲食不當，情緒不安，或者是脾或腎系統中的陽氣不足。
- SA56 **痢疾（TM1）**
- 一種症候，其特徵為潛在反覆發作性腹痛、排便時用力，或腹瀉伴有黏液或血液。其可解釋為具傳染性和毒性的腸內濕熱。

- SA57 **便秘（TM1）**
- 一種症候，其特徵為排便困難或排便時間延長。其可解釋為火邪或熱邪在胃或腸系統中的積累，與陽虛相關的寒積，氣、血、陰或津液的缺乏，或腹部腫塊。
- SA58 **腹痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為腹部疼痛。其可解釋為環境因子、寄生蟲感染、飲食不當、結石、氣或血的缺乏或停滯，或糞便滯留。
- ***排除***： 疝氣（TM1）
- SA59 **腸癰（TM1）**
- 一種症候，其特徵為發熱、陣發性疼痛和腹部右下腹腫塊。其可解釋為火或熱因子的積累。
- SA5Y **其他特指的脾系病類（TM1）**
- SA5Z **未特指的脾系病類（TM1）**
- 肺系病類（TM1）（區塊L3-SA6）
- 本節包含一系列傳統醫學症候，這些症候都可歸因於肺系統功能失調。該系統由肺和大腸器官、皮膚、毛髮、鼻子，及相關的經絡系統組成。
- SA60 **普通感冒（TM1）**

- 一種症候，其特徵為發燒、寒顫、全身疼痛、鼻塞、打噴嚏、喉嚨刺激或咳嗽。其可解釋為風邪進入肺部系統或侵入體表防禦系統。
- ***排除***： 時行感冒（TM1）
-
- 咳嗽（TM1）（區塊L4-SA7）
- 一種症候，其特徵為咳嗽。其可解釋為進入肺系統的外部和內部因素，空污刺激肺部，肺中痰或液體的積聚，或與肺系統氣逆相關的氣和陰不足。
- SA70 **咳逆（TM1）**
- 一種症候，其特徵為咳嗽伴隨氣管內氣逆流， 也稱為氣逆咳嗽。其可解釋為肺氣上逆。
- ***排除***： 喘氣（TM1）
- 呼吸困難（TM1）
-
- SA7Y **其他特指的咳嗽（TM1）**
-
- SA7Z **未特指的咳嗽（TM1）**
-
- SA80 **喘證（TM1）**
- 一種症候，其特徵為呼吸困難和費力。其原因可透過外因和內因來解釋，例如寒邪、風邪或火邪，或痰的積累。
- ***排除***： 咳逆（TM1）
-

- SA81 **哮病（TM1）**
- 一種症候，其特徵為呼吸急促突然發作，氣道中發出粗獷的口哨聲，可能反覆發作。其可解釋為肺部刺激伴隨痰或液體的產生、氣道阻塞、環境因子、飲食不當或情緒因素。
-
- SA82 **肺脹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為肺持續性膨脹，表現為胸部壓力感、慢性咳嗽、呼吸短促或喘、肋骨擴張，或紫色嘴唇和舌頭。其可解釋為肺氣的長期阻塞或肺部的長期擴張。這可能是咳嗽、喘氣或喘息的長期後遺症。
-
- SA83 **懸飲（TM1）**
- 一種症候，其特徵為胸部和脅肋腫脹和飽脹，咳嗽伴有拉伸性疼痛。其可解釋為肺結核或肺癌和胸腔癌症以及某些全身性疾病，導致胸腔內液體滯留和氣運行功能障礙。
-
- SA84 **肺熱（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然發熱、咳嗽、煩躁不安、口渴和胸痛。其可解釋為風熱邪侵入肺系統，或者隨之而來的肺熱壅滯導致肺系統在清除，淨化和下降方面失能。
-
- SA85 **肺痿（TM1）**
- 一種症候，其特徵為呼吸短促和渾濁唾液咳痰 。其可解釋為慢性咳嗽，此損害肺氣並消耗津液，導致肺葉枯萎和虛弱。

- SA86 **結胸（TM1）**
- 一種症候，其特徵為胸部或腹部局部強直、飽脹或壓痛，包括重度和輕度結胸。其可解釋為和津液、痰或宿食積聚相關的火或寒等環境因子。
- SA8Y **其他特指的肺系病類（TM1）**
- SA8Z **未特指的肺系統症候（TM1）**
- 腎系病類（TM1）（區塊L3-SA9）
- 本節包含一系列傳統醫學症候，這些症候都可歸因於腎臟系統功能失調。本系統由腎臟和膀胱器官、骨骼、頭髮、耳朵、生殖器、肛門，骨髓，相關經絡系統組成。
- 淋證（TM1）（區塊L4-SA9）
- 一種症候，其特徵為尿頻、疼痛和排尿困難，儘管有緊迫感，但排尿量卻有所下降。 其可解釋為包含濕熱、陰虛、氣虛，鬱火、結石擾亂膀胱系統的氣運行。
- SA90 **石淋（TM1）**
- 一種症候，其特徵為尿液結石，排尿疼痛和排尿困難，這是由於尿路結石通過時造成腹部或背部疼痛，有時可能放射到會陰，或尿毒症。其可解釋為下焦濕熱積累，該濕熱將渾濁的尿液煎熬成保留在腎臟中的結石。
- SA91 **熱淋（TM1）**

- 一種症候，其特徵為尿痛緊急頻繁，伴有急性發作、寒顫和發熱、腰痛和痙攣，以及下腹部膨脹。其可解釋為濕熱導致膀胱系統無法氣化。
-
- SA9Y **其他特指的淋證（TM1）**
-
- SA9Z **未特指的淋證（TM1）**
-
- SB00 **腎著（TM1）**
- 一種症候，其特徵為腰部寒冷感，可能伴有腰部區域的沉重感。其可解釋為長期寒濕。
-
- SB01 **尿崩（TM1）**
- 一種症候，其特徵為口渴和稀尿增加。其可解釋為腎虛導致排尿失控。
-
- SB02 **遺尿（TM1）**
- 一種症候，其特徵為睡眠時不自主排尿。其可解釋為腎氣失調或與膀胱系統功能失調相關的濕、熱和血瘀。
-
- SB03 **尿濁（TM1）**
- 一種症候，其特徵為尿液混濁或米泔尿。其可解釋為腎臟的感染、損傷、濕熱下注，或脾或腎系統的功能失調。
-
- SB04 **癃閉（TM1）**

- 一種症候，其特徵為尿流部分或完全阻塞。其可解釋為膀胱系統氣不足或尿路阻塞，例如前列腺肥大。
-
- SB05 **關格（TM1）**
- 一種症候，其特徵為嘔吐和小便不通。其可解釋為腎失氣化，渾濁的濕邪侵入胃部。
-
- SB06 **水腫（TM1）**
- 一種症候，其特徵為急性或慢性水腫。其可解釋為腎臟系統功能失調，或與脾臟和肺系統功能失調有關。
-
- **SB06.0 腎水（TM1）**
- 一種慢性症候，其特徵為下肢長期腫脹、腰痛、惡寒、尿頻。其可解釋為腎臟系統功能失調。
-
- **SB06.1 風水（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然發作的局部腫脹、關節疼痛、惡風。其可解釋為風邪進入體內，與血管痙攣、血瘀和水滯留有關。
-
- **SB06.Y 其他特指的水腫（TM1）**
-
- **SB06.Z 未特指的水腫（TM1）**
-

- SB07 **疝氣（TM1）**
- 一種症候，其特徵為下腹部劇烈陣發性疼痛、便秘或尿滯留。其可解釋為肝系統氣機失調，正氣虛，特別是嬰兒或老年人，由於腹壓升高導致腸子進入陰囊，陰囊手術後創傷性損傷或血瘀，或先天性畸形。
- ***包含***： 疝氣（TM1）
- ***排除***： 腹痛（TM1）
-
- SB08 **早泄（TM1）**
- 一種症候，其特徵為性交第一分鐘內射精。其可解釋為用相火妄動。
-
- SB09 **遺精（TM1）**
- 一種症候，其特徵為每月至少發生四次精液自發排出。其可解釋為腎臟系統固藏精華能力下降。
-
- SB0A **陽強（TM1）**
- 一種症候，其特徵為無法啟動或維持勃起或無法進行性交。其可解釋為命門火衰、肝腎功能不足、恐懼或抑鬱。
-
- SB0C **男性不育（TM1）**
- 一種症候，其特徵為無法生育，即使已經兩年有正常平均頻率性交，且伴侶具有健康的生殖功能。其可解釋為腎臟系統功能不足、肝氣鬱結、痰濕停滯，或與衝任脈功能失調相關的血瘀。
-

- SB0Y **其他特指的腎系病類（TM1）**
-
- SB0Z **未特指的腎系病類（TM1）**
-
-
- SB2Y **其他特指的臟腑系統病類（TM1）**
-
- SB2Z **未特指的臟腑系統症候（TM1）**
-
- 其他身體系統病類（TM1）（區塊L2-SB3）
- 皮膚黏膜系統病類（TM1）（區塊L3-SB3）
- 該部分包括一系列傳統醫學症候，根據其發生在皮膚和黏膜系統中而歸類。
- SB30 **濕瘡（TM1）**
- 一種症候，其特徵為皮疹，通常反覆出現滲出、結痂或皮膚瘙癢。其可解釋為風、濕，或熱影響皮膚。
-
- SB31 **黃水瘡（TM1）**
- 一種症候，其特徵為皮膚硬皮膿皰、化膿、黃色滲出物和瘙癢。其可解釋為濕熱侵犯脾或肺系統，或其他感染。
-
- 疔瘡（TM1）（區塊L4-SB4）
- 一組症候，其特徵在於急性、易改變、高風險變為急性化膿性症候，通常

發生在面部或四肢，出現小、深根、堅硬、腫脹、疼痛和灼熱，傾向於引流或排出膿液並損傷筋骨。其可解釋為由於竹木刺傷或瘟疫或火毒的侵入而造成的傷害，與氣滯血瘀有關。

- SB40 **疔瘡走黃（TM1）**
- 一種症候，其特徵為癰的併發症，其中感染擴散到血液，導致彌漫性腫脹、寒顫、發熱或不安，可能伴有昏迷或譫妄。其可解釋為初期治療不當，例如擠壓癰，或過量的火或熱影響癰。
-
- SB4Y **其他特指的疔瘡（TM1）**
-
- SB4Z **未特指的疔瘡（TM1）**
-
- SB50 **褥瘡（TM1）**
- 一種症候，其特徵為局部淺表性皮膚損傷，通常發生在尾骨、肘部或脊柱。其可解釋為長時間臥床不起，氣血循環或壓力，營養不良或皮膚摩擦。由於血液循環減少和持續壓力，恢復時間通常會延長。
-
- 癰證（TM1）（區塊L4-SB6）
- 一組症候，其特徵為發炎和膿液積聚，與嚴重的局部感染有關，並且發生在急性化膿性疾病的表面和肉之間。其可解釋為寄生蟲感染，或外部或內源性熱毒。
- SB60 **流注（TM1）**
- 一種症候，其特徵為瀰漫性腫脹、輕度發燒伴疼痛、正常膚色而內部有

膿液。其可解釋為致病因素（例如熱邪或濕邪），這些致病因素會進入血管並停留在肌肉的深處。

- SB61 **肛癰（TM1）**
- 一種症候，其特徵為發熱，寒顫，肛門發紅和腫脹，伴有灼燒感，疼痛以及膿皰後發生肛門瘻管。其可解釋為過量攝入油膩或辛辣的食物而濕熱下注，或痰濕積聚，或周圍區域有毒性致病因子滯留到肛管或直腸，氣血停滯，併發熱毒，使血液腐爛並引起膿腫。
- SB6Y **其他特指的癰瘍（TM1）**
- SB6Z **未特指的癰證（TM1）**
- SB70 **有頭疽（TM1）**
- 一種症候，其特徵為皮膚粟粒性膿頭開始，發炎性腫脹，迅速擴散到更深和周圍，形成急性化膿性疾病，伴隨大量膿液。其可解釋為熱毒的積累和氣血停滯。
- SB71 **腳濕氣（TM1）**
- 一種症候，其特徵為腳趾水泡，伴有潰瘍和主觀感到嚴重瘙癢。其可解釋為體內濕熱下注，或由於血虛引起的風燥併發劇毒。
- SB72 **圓癬（TM1）**

- 一種症候，其特徵為皮疹或紅色腫塊或水泡，硬皮，皮膚脫皮或瘙癢。其可解釋為病毒感染併發濕熱積累。
-
- SB73 **蛇皮癬（TM1）**
- 一種症候，其特徵為皮膚乾燥，類似於蛇皮、出汗稀少。其可解釋為是先天性的，也可能是為營養不良，或與皮膚血虛風燥。
-
- SB74 **脫疽（TM1）**
- 一種症候，其特徵為早期下肢寒冷和麻木，壞死或失去手指和腳趾，壞疽和化膿性腳趾和手指，難以癒合。其可解釋為先天性缺乏、正氣虛、風濕侵襲導致經絡阻塞，伴隨氣血流動不暢。
-
- SB75 **疣（TM1）**
- 一種症候，其特徵為良性、淺表皮膚生長。其可解釋為影響皮膚的風、濕、熱，或病毒感染。
-
- SB76 **鵝掌風（TM1）**
- 一種症候，其特徵為手部粗糙或厚水泡，伴有脫皮，裂縫，疼痛或皮膚瘙癢。其可解釋為風或濕影響皮膚，或血虛風燥。
-
- SB77 **丹毒（TM1）**
- 一種症候，其特徵為皮膚上突然出現紅色，溫暖，腫脹或疼痛的皮疹斑塊。其可解釋為皮膚或膜損傷引起的火毒，此與血熱結合並保留在皮膚

中。

- SB78 **發證/蜂窩性組織炎（TM1）**
- 一種症候，其特徵為皮下組織急性，瀰漫性和化膿性發炎。其可透過許多因子來解釋，例如風、濕、熱、火、感染或傷害。
- SB79 **鵝口瘡（TM1）**
- 一種症候，其特徵為口腔中片狀結痂，看起來像鵝口。其可解釋為劇毒的攻擊，和心臟和脾臟系統中積聚的熱攻擊口腔和舌頭。
- SB7A **蛇串瘡/帶狀皰疹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為疼痛、起泡性皮疹，通常為單側，局限於一個或多個皮節，呈蛇形花紋，位於腰部或脅肋周圍。其可解釋為肝臟和脾臟系統中的濕熱，這些濕熱沿著經絡積聚在皮膚中，併發劇毒的攻擊。
- SB7B **內痔（TM1）**
- 一種症候，其特徵為肛門齒狀線上方的靜脈曲張，覆蓋有膜、血液或糞便，痔瘡脫垂或便秘。其可解釋為風、濕、火、內熱積聚，由於脾虛而氣下陷，或與肛門氣或血停滯相關的便秘。
- SB7C **肛裂（TM1）**
- 一種症候，其特徵為肛門皮膚或皮下組織撕裂或潰瘍。其可解釋為腸道乾燥或火或熱蓄積，陰液不足，糞便乾燥或濕熱下注。

- SB7Y **其他特指的皮膚黏膜系統病類（TM1）**
- SB7Z **未特指的皮膚黏膜系統病類（TM1）**
- 女性生殖系統病類（TM1）（包括分娩）（區塊L3-SB8）
- 本節包含與月經、生育、懷孕，產褥期，更年期，以及女性生殖系統相關其他方面的傳統醫學症候。這些可能是由女性生殖器官的解剖學特殊性以及青春期發育、月經、懷孕、分娩和哺乳期的生理變化引起的。
- 月經病類（TM1）（區塊L4-SB8）
- 本節包含各種嚴重程度和臨床形式不同的傳統醫學症候，但都可歸因於月經病。它們分為四大類：月經不規則、異常出血、痛經和更年期症候。特別是異常出血，按月經週期、數量和形式的異常為標準細分。
- 月經週期病類（TM1）（區塊L5-SB8）
- 本節包含與月經周期異常相關的傳統醫學症候。
- SB80 **月經先期（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經週期不規則，至少連續兩個週期均提早七天或更長時間。其可解釋為氣虛伴隨與衝任脈功能失調，或與衝任脈中過熱相關的子宮功能失調。
- SB81 **月經後期（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經週期不規則，至少連續兩個周期均延遲七天或更長時間。其可解釋為腎臟系統或衝任脈功能失調，血虛，寒入血分，氣

滯，痰濕阻塞衝任脈。

- SB82 **月經先後無定期（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經週期不規則，要麼是延遲，要麼是提前七天或更長時間。其可解釋為肝系統氣滯，腎系統功能失調，衝任脈不和諧或子宮功能失調。
- SB8Y **其他特指的月經週期病類（TM1）**
- SB8Z **未特指的月經週期病類（TM1）**
- SB90 **月經過多（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經量大而具有正常週期。其可解釋為氣虛伴隨衝任脈功能失調，或衝任脈損傷，伴有過量熱或火。
- SB91 **月經過少（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經明顯減少，持續時間少於兩天。其可解釋為精和血缺乏，以及子宮無力，或由於經絡阻塞引起的血流亂流。
- SB92 **經期延長（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經持續超過七天，但月經週期正常。其可解釋為陰虛伴隨體內熱或火積聚，氣不攝血，或血液瘀滯阻塞衝任脈。

- SB93 **崩漏（TM1）**
- 一種症候，其特徵為月經量大或子宮不規則間隔出血，特別是在每個預期月經之間。其可解釋為脾臟或腎臟系統功能失調，血熱，血瘀或衝任脈功能失調。
- SB94 **閉經（TM1）**
- 一種症候，其特徵為青春期後女性缺乏月經初潮（原發性閉經）。它也可以指任何在沒有已知病因的情況下，持續至少三個月的月經停止（繼發性閉經）。其可解釋為肝腎系統功能失調，氣血虛，陰虛，與血容量減少相關；衝任脈氣血虛，子宮感染，氣血瘀滯，或痰濕阻塞衝任脈。
- SB95 **絕經前後諸症/更年期症候（TM1）**
- 一種症候，其特徵為更年期前後出現的持續性或間歇性症狀，包括月經週期不規律、潮熱伴有出汗、頭暈、耳鳴、失眠、健忘、心悸、躁動不安、惱怒、水腫、腹瀉或皮膚乾燥瘙癢。其可解釋為腎氣衰退，生殖物質的衰竭，以及陰陽的不平衡。
- SB96 **痛經（TM1）**
- 一種症候，其特徵為在月經期間的下腹痛或腰薦部疼痛。其可解釋為為情緒因素和環境因素導致衝任脈功能失調，或者血或精不足，可能導致與精血不足相關的子宮營養不良。
- SB9Y **其他特指的月經病類（TM1）**

- SB9Z **未特指的月經病類（TM1）**
- 妊娠病類（TM1）（區塊L4-SC0）
- 本節包含懷孕期間可能發生的傳統醫學症候。
- SC00 **惡阻（TM1）**
- 一種症候，其特徵為妊娠期噁心、嘔吐或食慾不振，尤其是進食後。其可解釋為衝脈經氣的逆流，或胃氣不降。
- SC01 **胎動不安（TM1）**
- 一種症候，其特徵為腹部或腰部疼痛，子宮脫垂或向下按壓或點滴出血。其可解釋為胎兒虛弱或衝任脈中的氣血不和諧。
- SC02 **轉胞（TM1）**
- 一種症候，其特徵為妊娠期下腹脹伴排尿困難。其可解釋為腎臟系統功能失調，或氣虛伴隨胎兒壓迫膀胱。
- ***包括***： 轉胞/移位性絞痛（TM1）
- 轉胞/膀胱移位（TM1）
- 轉胞/膀胱絞痛（TM1）
- SC03 **子癲（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然發作的頭暈、失去意識、肌肉痙攣、全身僵硬、不自主向上凝視、復發性癲癇發作或昏迷，可能發生在妊娠晚期、分娩

或產褥期。其可解釋為肝臟系統產生的風在身體的其餘部分移動，或者多餘的痰和內部火或熱在體內向上移動並影響頭部。

- SC04 **子懸（TM1）**
- 一種症候，其特徵為懷孕期間的腹部或胸部壓力感、呼吸困難或煩躁不安。其可解釋為胎兒移動和向上壓迫。
- SC0Y **其他特指的妊娠病類（TM1）**
- SC0Z **未特指的妊娠病類（TM1）**
- 產後病類（TM1）（區塊L4-SC1）
- 本節包含分娩後可能發生的各種傳統醫學症候。
- SC10 **兒枕痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為分娩後下腹部陣發性疼痛，伴有潛在的頭暈、嗜睡、心悸、呼吸短促或存在腫塊。其可解釋為氣血虛，和/或氣滯血瘀。
- SC11 **產後風（TM1）**
- 一種症候，其特徵為四肢肌肉痙攣或關節疼痛、頸部僵硬、牙關緊閉、分娩期間或分娩後脊柱嚴重過度伸展和痙攣。其可解釋為風邪，寒邪，濕邪影響身體，氣虛或血虛，陰虛，或感染。
- SC12 **缺乳（TM1）**

- 一種症候，其特徵為泌乳減少或缺乏。其可解釋為氣血虛，或肝氣鬱結。
-
- SC13 **惡露不絕（TM1）**
- 一種症候，其特徵為分娩後連續三周存在陰道分泌物（包括血液，黏液和組織）。其可解釋為血熱，血瘀，氣虛，氣血循環減少，或感染。
-
- SC1Y **其他特指的產後病類（TM1）**
-
- SC1Z **未特指的產後病類（TM1）**
-
- 其他女性生殖系統病類（TM1）（區塊L4-SC2）
- 本節涵蓋了一些其他的傳統醫學症候，這些症候不包含在女性生殖系統相關疾病的其他章節中。 該部分包含外生殖器和乳房的傳統醫學症候，生殖器官的感染和腫瘤，以及心身疾病。
- SC20 **帶下病（TM1）**
- 一種症候，其特徵為陰道分泌物，具有異常的顏色，質和/或氣味，或者可能伴有區域或全身症狀。其可解釋為下半身的濕氣聚集，通常伴有寒或熱，導致脾系統或腎系統功能失調。
-
- SC21 **陰吹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為頻繁、嘈雜的氣體從陰道排出。其可解釋為氣運行功能失調或氣或痰阻塞系統。
-

- SC22 **不孕（TM1）**
- 一種症候，其特徵為在正常性活動後或先前懷孕後一年內，沒有採取任何避孕措施，並且與具有正常生殖功能的伴侶一起，卻未能懷孕。其可解釋為為腎虛，肝鬱，痰和血瘀，導致衝任脈以及子宮的功能失調。
- ***包含***： 女性不孕（TM1）
- ***除外***： 男性不育（TM1）
-
- SC23 **石瘕（TM1）**
- 一種症候，其特徵為子宮腫瘤，通常伴有先期的，延長的月經或子宮出血。其可解釋為氣血停滯或血液停滯。
-
- SC24 **乳癖（TM1）**
- 一種症候，其特徵為乳房疼痛或可觸及腫塊，在整個月經週期中大小可能會改變。其可解釋為情緒因子或痰，伴隨衝任脈的損傷或不和諧。
-
- SC2Y **其他特指的其他女性生殖系統病類（TM1）**
-
- SC2Z **未特指的其他女性生殖系統相關症候（TM1）**
-
- SC4Y **其他特定的女性生殖系統症候（TM1）（包括分娩）**
-
- SC4Z **女性生殖系統症候（TM1）（包括分娩），非特定的**
-

- 骨骼、關節和肌肉系統病類（TM1）（區塊L3-SC5）
- 本節包含一系列傳統醫學症候，這些症候均歸因於骨骼，關節和肌肉系統功能失調。
- 痹病（TM1）（區塊L4-SC5）
- 一組以局部或遷移性疼痛，酸痛，沉重，發熱，腫脹，僵硬性病或身體畸形為特徵的症候，特別是在關節中。其可解釋為風，寒，濕或熱，並與氣血停滯有關，會影響與肌肉，肌腱，韌帶，骨骼或關節相關的經絡。
- SC50 **痛痹/寒痹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為靜止性疼痛，特別是由於體內，關節中的寒而加重。其可解釋為可能導致經絡阻塞的寒，風或濕邪。
- SC51 **行痹/風痹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為體內遷移性疼痛，特別是在關節中。其可解釋為風，寒或濕，這些因素可能導致經絡阻塞。
- SC52 **著痹/濕痹（TM1）**
- 一種症候，其特徵為身體沉重和靜止疼痛，特別是在關節中。其可解釋為濕，風寒或可能導致經絡阻塞的因素。
- SC5Y **其他特指的痹病（TM1）**
- SC5Z **未特指的痹病（TM1）**

- SC60 **轉筋（TM1）**
- 一種症候，其特徵為腓腸肌、手指或腳趾中的肌肉、肌腱或韌帶的劇烈陣發性疼痛，通常與僵硬或運動困難有關。其可解釋為影響下肢的寒邪和濕邪，或氣血運行減緩，受阻。
-
- SC61 **腰痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為下背部、脊柱或脊旁區域疼痛。其可解釋為腎臟系統障礙，腰椎損傷導致氣血停滯或血瘀，過度緊張，或環境因子如熱，寒或濕邪影響身體。
-
- SC62 **麻木（TM1）**
- 一種症候，其特徵為對觸摸敏感度降低，患者可能感覺不到他或她的皮膚，或者經歷爬行般的感覺，需要抓撓。其可解釋為各種病理過程，例如血虛。
-
- SC63 **痿症（TM1）**
- 一種症候，其特徵為虛弱和跛行的肌腱，在嚴重的情況下導致肌肉萎縮，患者無法抬起腿和手臂，這與萎縮或鬆弛相同。其可解釋為多種病理過程，例如風中風疾病的後遺症。
-
- SC6Y **其他特指的骨骼、關節和肌肉系統病類（TM1）**
-
- SC6Z **未特指的骨骼、關節和肌肉系統病類（TM1）**

- 眼、耳、鼻和喉系統病類（TM1）（區塊L3-SC7）
- 本節包含一系列傳統醫學眼，耳，鼻和喉系統症候。
- SC70 **高風內障（雀目）（TM1）**
- 一種症候，其特徵為在夜間或光線不足時無法看清，視力逐漸變窄。其可能是先天性的，也可以解釋為肝腎虛和脾氣虛。
- SC71 **五風內障（TM1）**
- 一種症候，其特徵為眼睛擴張性疼痛，瞳孔散大，虹膜顏色改變和視力下降。其可解釋為情緒抑制，氣滯，肝臟和膽囊系統中的強烈火或熱，或房水的積累或停滯。
- SC72 **胞腫如桃/炎症性眼瞼（TM1）**
- 一種症候，其特徵為眼瞼腫脹，疼痛或發紅。其可解釋為經絡的旺盛熱和瘀滯。
- SC73 **胞虛如球/非炎症性眼瞼（TM1）**
- 一種症候，其特徵為眼瞼腫脹，局部皮膚顏色沒有變化，觸摸時不會疼痛。其可解釋為脾氣虛和水濕泛濫。
- SC74 **混睛障/角膜混濁（TM1）**
- 一種症候，其特徵為灰色和白色圓形圓盤，如角膜深部的眼睛屏幕，覆蓋瞳孔，阻塞視力。其可解釋為肝經風熱、肝膽熱、內部濕熱醞釀和虛火

上炎來解釋。

- SC75 **耳鳴（TM1）**
- 一種症候，其特徵為耳鳴感。其可解釋為陰血不足，腎精華不足，中氣下陷、風、痰、火或熱從體內開始並影響頭部或耳朵，或環境因子如風邪進入耳朵。
- ***排除***： 腦鳴（TM1）
- 耳聾（TM1）（區塊L4-SC8）
- 一組症候，其特徵為單耳或雙耳聽力下降或缺失。其可解釋為環境因子如寒邪或火邪進入體內，痰積聚，氣血不足，藥物中毒，耳朵症候或其他全身性症候。
- SC80 **暴聾（TM1）**
- 一種症候，其特徵為單耳或雙耳突然失聰，可能伴有頭暈或耳鳴。其可解釋為內臟功能失調，氣血迂滯，或旺盛的致病因素攻擊耳朵。
- SC81 **漸聾（TM1）**
- 一種症候，其特徵為一隻或兩隻耳朵的聽力敏銳度逐漸下降。其可解釋為與正常衰老過程相關的內臟功能失調 ，氣，血，陰和陽不足無法滋養耳朵，或經絡阻塞伴隨氣滯血瘀。
- SC8Y **其他特指的耳聾（TM1）**

- SC8Z **未特指的耳聾（TM1）**
-
- SC90 **鼻鼽/過敏性鼻炎（TM1）**
- 一種症候，其特徵為鼻子瘙癢、打噴嚏、水樣鼻涕或鼻塞突然或反覆發作。其可解釋為風和寒的病理性因素，以及花粉或灰塵，引起的器官功能失調。
-
- SC91 **鼻淵/鼻竇炎（TM1）**
- 一種症候，其特徵為鼻流濁涕和過多，伴有頭痛，鼻塞，嗅覺喪失（嗅覺減退）。其可解釋為進入鼻子的外部致病因素，內臟中積聚的熱，蒸騰鼻孔或器官缺陷以及致病因素停留於鼻竇中。
-
- SC92 **喉喑（TM1）**
- 一種症候，其特徵為聲音嘶啞和喉嚨痛。其可解釋為環境因素如風冷或風熱進入喉嚨，或喉部營養不良。
-
- SC93 **乳蛾/扁桃體炎（TM1）**
- 一種症候，其特徵為發熱或喉嚨痛，扁桃體發紅腫脹或表面有黃白色膿皰斑點，或扁桃體腫脹、堅硬和黑紅色。其可解釋為病理因子入侵扁桃體，或內臟虛弱伴隨虛火上炎，導致氣血停滯。
-
- SC9Y **其他特指的眼、耳、鼻喉系統病類（TM1）**
-

- SC9Z **未特指的眼、耳、鼻和喉系統病類（TM1）**
-
- 腦系病類（TM1）（區塊L3-SD0）
- 本節包含一系列傳統醫學症候，這些症候都可歸因於大腦系統功能失調。
- SD00 **口僻/面癱（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然發作的面部麻木和扭曲。其可解釋為環境因子如風邪影響臉部。
-
- 頭痛（TM1）（區塊L4-SD1）
- 一組症候，其特徵為頭部疼痛。其可解釋為風寒和濕熱因素的侵襲，風陽和火毒上攻，濁痰阻滯，導致經絡氣流動不順暢，氣血逆流，或氣、血、營養精華不足，清陽不升，大腦營養不良。
- SD10 **偏頭風（TM1）**
- 一種症候，其特徵為反覆發作的突然性劇烈頭痛，可能改變位置或突然減輕。其可解釋為風，寒，火或熱邪，痰或唾液的積累，憤怒，焦慮或壓力，陰陽失衡或氣血反向流向頭部。
-
- SD11 **頭風（TM1）**
- 一種症候，其特徵為反覆頭痛，頭暈，面癱。其可解釋為熱，寒或風邪，痰的積累或頭部血管中的血瘀。
-
- SD1Y **其他特指的頭痛（TM1）**
-

- SD1Z **未特指的頭痛（TM1）**
-
- SD20 **痙痓（TM1）**
- 一種症候，其特徵為頸部強直，四肢抽搐，下顎牙關緊咬或背部肌肉劇烈痙攣導致脊柱向後拱起。其可解釋為濕熱，寒或風邪的停滯，血虛，陰虛，或各種感染。
- ***包含：*** 痙痓/產後痙痓（TM1）
-
- SD21 **腦鳴（TM1）**
- 一種症候，其特徵為頭部振鈴感。其可解釋為頭部營養不良，頭部積聚火或熱，或痰和過度濕邪的積累。
- 排除： 耳鳴（TM1）
-
- SD22 **眩暈（TM1）**
- 一種症候，其特徵為頭暈感或周圍環境旋轉。其可解釋為頭部或大腦中氣，血或營養不足，風，火或暑熱影響頭部，痰液積聚或血瘀。
-
- SD23 **健忘（TM1）**
- 一種症候，其特徵為部分或完全記憶喪失。其可解釋為心臟或脾臟系統功能失調，衰老，痰或血瘀積累。
-
- SD24 **弄舌（TM1）**
- 一種症候，其特徵為舌頭不自主運動，通常表現為震顫，常見於精神發

育不全的兒童。其可解釋為心臟或脾臟系統及其相關經絡中的熱積累。

- 中風（TM1）（區塊L4-SD3）
- 一組症候，其特徵為突然昏厥、偏癱、四肢麻木和舌頭僵硬引起的失語症。其可解釋為氣血的反向流動，腦血管的阻塞或顱內出血。
- SD30 **中風先兆症（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然頭痛，頭暈，四肢麻木或無力。其可能原因是腦血管梗阻或痙攣或顱內出血引起的輕微病變。
- ***包含***： 中風發作（TM1）
- ***排除***： 中風後遺症（TM1）
- SD31 **中風後遺症（TM1）**
- 一種症候，其特徵為身體癱瘓或部分癱瘓， 無法說話或理解單詞，癡呆，頭暈，行走不穩定，肢體疼痛或失語症。其可解釋為中風後大腦和四肢營養不良。
- ***排除***： 中風先兆症（TM1）
- SD3Y **其他特指的中風（TM1）**
- SD3Z **未特指的中風（TM1）**
- SD40 **厥證（TM1）**
- 一種症候，其特徵為暫時性意識喪失，伴有末端冷至肘部和膝蓋或更遠

處。其可解釋為致病因素引起的氣逆流。

- ***包含***： 氣厥（TM1）
- 血厥（TM1）
- 痰厥（TM1）
- 飢厥（TM1）
- 寒厥（TM1）
- ***排除***： 消渴所致的厥證（TM1）
- SD4Y **其他特指的腦系病類（TM1）**
- SD4Z **未特指的腦系病類（TM1）**
- SD6Y **其他特指的其他身體系統病類（TM1）**
- SD6Z **未特指的其他身體系統病類（TM1）**
- 氣血津液病類（TM1）（區塊L2-SD7）
- 本節包括一系列傳統醫學症候，這些症候以氣，血或津液的不平衡為共同特色。這些傳統醫學症候可能是由以下一種或多種變化引起的：外部環境，精神壓力，不規律的飲食。
- SD70 **氣癭（TM1）**
- 一種症候，其特徵為甲狀腺兩側瀰漫性腫脹，通常柔軟，伴有正常皮膚顏色，有時伴有結節。其可解釋為肝氣鬱、氣滯或陽虛、陰虛或肝臟或心

臟系統的熱、衝任脈不和諧，或飲用受污染水，伴有痰和氣在喉嚨中積聚。

- SD71 **消渴（TM1）**
- 一種症候，其特徵為口渴增加、進食過多、排尿增加伴有糖尿以及潛在消瘦。其可解釋為消耗肺，脾或腎系統中的陰液並在體內產生火和熱的因子，例如食物攝入不當，發熱性疾病，疲憊，情緒因子。
- SD72 **虛勞（TM1）**
- 一種症候，其特徵為倦怠，呼吸急促，舌頭蒼白，脈搏微弱。其可解釋為氣，血，陰，陽的不足或器官系統功能下降。
- SD7Y **其他特指的氣血津液病類（TM1）**
- SD7Z **未特指的氣血津液病類（TM1）**
- 精神情志病類（TM1）（區塊L2-SD8）
- 本節包括一系列傳統醫學症候，這些症候都可歸因於情緒或精神狀態的不和諧。
- SD80 **百合病（TM1）**
- 一種症候，其特徵為意識模糊、集中注意力能力下降或與苦味、小便赤、脈細數等的廣泛不滿意感，這可能是急性發熱性疾病或頭部疾病的後遺症。其可解釋為陰液不足，氣血失衡，營養不良。

- ***排除***： 歇斯底里（TM1）
- 不寐（TM1）
-
- SD81 **躁病（TM1）**
- 一種症候，其特徵為精神病、躁狂、煩躁不安和易怒。是由情緒不安，陰陽失衡，過多的痰火和血瘀擾亂心神所引起的。
-
- SD82 **鬱證（TM1）**
- 一種症候，其特徵為抑鬱情緒，伴有絕望，抑鬱情緒，煩躁，哭泣，軟骨疼痛，咽部異物感，嗜睡感。其可解釋為為大腦中的化學失衡或情緒因素，以及氣血的失衡。
- 包含： 產後鬱症（TM1）
- 妊娠鬱症（TM1）
-
- SD83 **臟躁（TM1）**
- 一種症候，其特徵為煩躁不安或悲傷。其可解釋為情緒因素，產後， 陰血不足，火或熱的長期積聚，先天精華的消耗，陰陽失衡或氣運行紊亂。
- ***排除***： 鬱證（TM1）
- 百合病（TM1）
-
- SD84 **不寐（TM1）**
- 一種症候，其特徵為睡眠數量和/或品質不理想、頭暈或記憶力減退。其可解釋為情緒因素，陰陽失衡或思想紊亂。

- SD85 **多寐（TM1）**
- 一種症候，其特徵為白天過度、不自主和莫名其妙的嗜睡。其可解釋為濁痰在體內積聚或清陽未能上升至頭部。
- SD86 **痴呆（TM1）**
- 一種症候，其特徵為智力或人格受損或喪失。其可解釋為與年齡相關的氣血不足、血瘀和濁痰積聚阻礙腦功能、精神混亂或腦損傷。
- ***包含***： 老年痴呆（TM1）
- ***排除***： 遺忘症（TM1）
- SD87 **火病/鬱火（TM1）**
- 一種症候，其特徵為熱感、悶熱感、口乾、焦慮、抑鬱、易怒、頭痛、頭暈 、食欲不振或上腹部脹氣。其可解釋為長期壓抑的憤怒，從而誘發精神和身體癥狀。
- SD8Y **其他特指的精神情志病類（TM1）**
- SD8Z **未特指的精神情志病類（TM1）**
- 外感病（TM1）（區塊L2-SD9）
- 本節包括一系列由呼吸系統，消化系統和皮膚學系統與受污染的空氣，不潔的食物和水，大鼠和蟲子等介質接觸引起的流行病感染。

- 本節包括一系列細菌，病毒，真菌，原生動物和寄生蟲感染。
- 這些症候的主訴始於惡寒，發熱和身體疼痛等症狀，取決於感染源和部位;更明顯的症狀，如高燒，嘔吐，腹瀉。
- SD90 **時行感冒（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然發燒，喉嚨腫脹，頭痛或身體疼痛。其可解釋為感染原進入肺系統。
- ***排除***： 普通感冒（TM1）
-
- SD91 **勞瘵（TM1）**
- 一種症候，其特徵為咳嗽，排痰性咳嗽，週期性發熱，夜間出汗，咳血，遺精，腹瀉，胸痛或四肢熱感。其可解釋為過度的精神或體力勞動，過度的性活動或各種感染。
- ***排除***： 流痰（TM1）
-
- SD92 **霍亂（TM1）**
- 一種症候，其特徵為突然發作的劇烈嘔吐和腹瀉，伴有類似米水的糞便、眼睛凹陷、小腿痙攣、津液消耗，甚至因暈厥和虛脫而死亡。其可解釋為脾系統的功能失調。
- 排除： 泄瀉（TM1）
- 霍亂
-
- SD93 **瘧疾/往來寒熱（TM1）**
- 一種症候，其特徵為發熱和寒戰交替發作，伴有頭痛，出汗後可能緩解，

或左脅肋腫塊。其可解釋為病理性外來因子與衛氣之間的相互作用。

- 排除： 瘧疾
-
- SD94 **蠱病/寄生蟲症候（TM1）**
- 一種症候，其特徵為腸道中氣體過多和腹膜腔積液。其可解釋為某些外部因子感染身體。
-
- SD95 **流痰（TM1）**
- 一種症候，其特徵為骨骼中膿瘍或瘺管逐漸發作，或關節積液緩慢癒合。它可能是先天性的，也可以解釋為由於腎系統功能失調，或與結核分枝桿菌感染相關的濁痰積累引起的骨骼脆弱。
- ***包含***： 骨癆（TM1）
-
- 溫病（TM1）（區塊L3-SE0）
- 一組傳染性症候，其特徵為具有明顯的熱或火臨床表現，如發熱、尿色深、舌紅、脈數等。其可解釋為具有火或熱或暑熱特徵的傳染因子的外部感染。
- SE00 **暑溫（TM1）**
- 一種症候，其特徵為夏季發熱、頭痛、嘔吐或頸部僵硬，伴有昏迷、癲癇發作或痙攣性癱瘓的可能性，這可能是暫時的，具有傳染性。其可解釋為火邪進入人體，特別是大腦，與蚊子叮咬相關。
-
- SE01 **春溫（TM1）**

- 一種症候，其特徵為突然發燒、頭痛、頸部僵硬、嘔吐、皮膚斑點變色，或冬季或春季煩躁不安，伴有潛在的昏迷或譫妄，並可能具有傳染性。其可解釋為火邪通過呼吸進入人體，特別是大腦。
-
- SE02 **濕溫（TM1）**
- 一種症候，其特徵為持續性發熱、上腹部飽脹、腹脹、舌苔膩、心搏過緩、面部表情缺乏、玫瑰色皮疹、牛皮癬、左脅肋腫塊，或淋巴球數量降低，可能具有傳染性。其可解釋為氣滯，或火邪或濕邪通過呼吸道進入體內，影響軀幹的中間區域（歷史上稱為中焦）。
-
- SE0Y **其他特指的溫病（TM1）**
-
- SE0Z **未特指的溫病（TM1）**
-
- SE2Y **其他特指的外感病（TM1）**
-
- SE2Z **未特指的外感病（TM1）**
-
- 兒童與青少年期病類（TM1）（區塊L2-SE3）
- 本節包括一系列可能在嬰兒期，兒童期或青春期發生的傳統醫學症候。它們與生長和發育延遲有關。
- SE30 **遲證（TM1）**
- 一種症候，其特徵為發育遲緩，例如站立、行走、出牙或說話。其可解釋

為脾臟和腎臟系統的功能失調。

- SE31 **變蒸熱（TM1）**
- 一種以發燒或發熱感覺為特徵的症候。其可解釋為嬰兒的生長和發育。
- SE32 **生長痛（TM1）**
- 一種症候，其特徵為兒童快速生長和發育引起的生理性疼痛。其可解釋為孩子的快速生長。
- SE33 **急驚風（TM1）**
- 一種嬰兒或兒童的症候，其特徵為急性驚厥、發熱、痰、拉痛、顫抖和意識喪失。其可解釋為外源性風，火和痰等病理因子。
- SE34 **慢驚風（TM1）**
- 一種嬰兒或兒童的症候，其特徵為反覆抽搐、拉扯痛、顫抖和意識喪失，在體弱或恢復期的個體中長期發展。其可解釋為由於脾臟和腎臟系統功能失調所形成的病理因子如風、痰。
- SE35 **客忤（TM1）**
- 一種症候，其特徵為驚嚇誘發的癲癇發作，可引起嘔吐、腹痛甚至抽搐。它可能是由對於嬰兒而言不夠成熟的靈氣的不穩定性引起的。
- SE36 **夜啼（TM1）**

- 一種症候，其特徵為夜間頻繁或長時間哭泣，白天不存在。其可解釋為脾寒，心臟系統中的火或熱，或恐懼。
-
- SE37 **疳病（TM1）**
- 一種症候，其特徵為消瘦、虛弱和生長遲緩。其可解釋為餵養不當或其他疾病或先天不足，這可能導致脾胃系統功能失調，消耗氣和體液。
-
- SE38 **滯頤（TM1）**
- 一種症候，其特徵為異常或過度流涎。其可解釋為脾胃系統中火或熱的積累，或脾系統的功能失調。
-
- SE39 **臀紅/尿布皮炎（TM1）**
- 一種症候，其特徵為髖部，會陰，外陰，陰囊和大腿內側皮膚潮紅和變色斑點，潰瘍和滲出。其可解釋為接觸濕尿布。
-
- SE3A **硬證（TM1）**
- 一種症候，其特徵為手，腳，嘴，頸和/或整個皮膚寒冷和僵硬。其可解釋為元陽不運行，或由於寒邪引起的血液凝固。
-
- SE3B **軟證（TM1）**
- 一種症候，其特徵為頭部、頸背、 嘴巴、手、腳和肌肉鬆弛。其可解釋為產前氣虛、營養不良或餵養不當，導致氣血不足。
-

- SE3Y **其他特指的兒童與青少年期病類（TM1）**
-
- SE3Z **未特指的兒童與青少年期病類（TM1）**
-
-
- SE5Y **其他特指的傳統醫學疾病（TM1）**
-
- SE5Z **未特指的傳統醫學疾病（TM1）**
-
- 傳統醫學證候（TM1）（區塊L1-SE7）
- 傳統醫務人員中的證候，即證候（TM1），是指患者在給定時刻的完整臨床表現，包括所有發現。發現可能包括症狀或患者體質等（有關更多詳細資訊，請參閱章節定義 ）。
- 八綱證（TM1）（區塊L2-SE7）
- 本節是關於傳統醫學中證候識別的最基本教條。
- 根據對患者症狀和體質的分析，證候被分類為八綱，由四組相反的特徵組成，即陰和陽，熱和寒，虛和實，以及表和裡（並增加了三個中間證候）。這些綱要構成了最基本的證候，可以結合在一起，以更精細的細節進行辨證。
- SE70 **陽證（TM1）**
- 一種證候，具有表證、熱證和實證的集體特徵，具有興奮性、功能亢進、不安或明亮的表現，向外和向上的症狀。其可解釋為陽性質的致病因素（陽邪？）。

- SE71 **陰證（TM1）**
- 一種證候，具有裡證、寒證和虛證的集體特徵，具有抑制性、功能減退、靜止或變暗的表現、向內和向下的症狀。其可解釋為陰性質的致病因素（陰邪？）。
- SE72 **熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱、惡熱和偏愛寒冷、口渴、面部潮紅、易怒和惱怒、濃黃色痰液和鼻黏液、小便短赤、便秘、舌紅、苔黃，或脈數。其可解釋為外部熱邪，陽氣的運行，或內部熱量的過量產生。
- SE73 **寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒或害怕寒冷，冷痛，偏愛熱，無口渴，稀薄的透明痰和鼻黏液，小便清長，大便稀溏，面色白，舌頭蒼白，舌苔白，脈緊或脈遲。其可解釋為外部寒邪， 體內陽不足，或內部熱量產生不足。
- SE74 **實證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為脈有力或強壯的身體，具有強壯的體質和強壯的腹壁。其可解釋為對外部致病因素（例如六淫，瘟疫病原體，蟲和毒素）的強烈反應，藉由累積的病理產物（由於內臟功能失調），例如痰，滯留的液體，水，濕，膿液，靜態血液和滯留的食物。
- SE75 **虛證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為疲勞、脈微弱或脆弱的身體，體質較弱，腹壁較弱。其可解釋為對致病因素的反應較弱， 正氣不足，包括陰，陽，氣和血的不足。
-
- SE76 **表證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒或惡風，發熱，頭痛，身體疼痛，舌苔薄，或脈浮。這些體癥和症狀通常在外部感染相關症候的早期階段出現，主要表現為突然發作，淺表位置，輕度和短期性質。其可解釋為影響身體外部部分（例如皮膚，關節和頭部）的致病因素，以及隨後對這些因素的反應。
-
- SE77 **裡證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為持續性或復發性腹脹、腹痛、便秘、腹瀉或脈沉，其位置較深、性質嚴重或持續時間長。其可解釋為病原體進入器官，氣，血或骨髓的深層部位，以及隨後身體對病原體的反應。
-
- SE78 **寒熱中間證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為缺乏提示熱證（TM）的發現，例如不耐熱、膚色發紅、四肢發熱；或冷證（TM），例如不耐寒、膚色蒼白、四肢寒冷。其可解釋為平均水準的代謝活性。
-
- SE79 **虛實中間證（TM1）**
- 一種證候，其特徵是[在發熱性疾病開始時]寒戰，伴隨或不伴隨出汗，中

強度的脈浮，[在非發熱條件下]脈中等強度，腹壁中等強度。其可解釋為對病原體的中間反應。

- SE7A **寒熱錯雜證（TM1）**
- 一種以寒證（TM）和熱證（TM）共存為特徵的證候，例如上半身的潮熱，下半身部位具有冷感及蒼白顏色。其可解釋為身體不同部位的熱增加和減少共存。
- SE7Y **其他特指的八綱證（TM1）**
- SE7Z **未特指的八綱證（TM1）**
- 外感證/環境因子證候/六淫辨證（TM1）（區塊L2-SE8）
- 本節包括與環境因素（即風，寒，濕，燥，火，暑熱）以及病原體，寄生蟲或毒素的存在相關的共同解釋的證候。
- SE80 **風淫證/風邪證（TM1）**
- 一種證候，其特徵是發燒，惡風，移動性疼痛，舌頭僵硬，頭暈，視力模糊，搔癢，四肢麻木，震顫，抽搐，眼口偏斜或偏癱。它可能是由風邪，體內肝氣或肝風的逆流上升引起的。
- SE81 **寒淫證/寒邪證（TM1）**
- 一種證候，其特徵是惡寒或害怕寒冷，冷痛偏愛熱，沒有口渴，稀薄的透明痰和鼻黏液，小便清長，大便稀溏，面色白，舌頭蒼白，舌苔白， 或

脈緊或脈遲。它可能是由外部寒邪，體內陽氣不足或陰寒過量引起的。

- SE82 **濕淫證/濕邪證（TM1）**
- 一種證候，其特徵是疲勞、四肢沉重、頭重、食慾差、腹脹、大便稀溏、舌苔滑膩，或脈濡緩。
- 它可能是由外部濕邪，或脾腎陽虛導致體內津液運行和轉化減少，產生的水停滯引起的。

- SE83 **燥淫證/燥邪證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為皮膚乾燥，搔癢，鼻子乾燥，口喉乾燥，乾咳，眼乾或便秘。它可能是由外部燥邪，或是體液不足引起的內部乾燥所引起的。

- SE84 **火熱淫證/火熱邪證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為高燒、頭痛、眼睛發紅、口中苦味、口乾，或/和對冷飲的渴望。它可能是由外感或內部產生的熱和火所引起的。

- SE85 **暑淫證/暑邪證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為高燒、出汗、口渴、呼吸急促、倦怠、四肢笨重、小便短赤、舌紅或脈數虛無力。它可能是由外感暑熱引起的。

- SE86 **疫癘證（TM1）**
- 一種證候，與病原體、寄生蟲或毒素的存在具有相關的共同解釋。

- SE8Y **其他特指的外感證/環境因子證候（TM1）**
-
- SE8Z **未特指的外感證/環境因子證候（TM1）**
-
- 氣血津液證/身體成分證/氣血津液精證（TM1）（區塊L2-SE9）
- 本節包括四種身體成分的功能失調，即氣，血，津液和精。這些證候以其共同的病因，如氣，血或精的異常流動，或津液的分佈功能失調，而被組合在一起，。
- 氣證（TM1）（區塊L3-SE9）
- 本節包括一系列氣紊亂證候，這些證候根據它們在氣中具有共同的可證明的病因而組合在一起，這意味著在整個身體中循環的無形動作，功能或運作。
- ***排除***： 氣分證（TM1）
-
- SE90 **氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為活力下降，疲勞， 虛弱，食欲不振，呼吸急促，沒有說話慾望，自汗，或脈弱。其可解釋為氣的量減少或不足。
- ***包含***： 氣減少證（TM1）
-
- SE91 **氣滯證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為喉嚨阻塞感，耳管阻塞感，胸部和脇肋脹滿感，或腹脹，抑鬱狀態，或疼痛。其可解釋為氣移動受阻。
-

- SE92 **氣逆證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽、喘氣、打嗝、嘔吐和腹部擴張。其可解釋為氣的異常向上運動。
-
- SE93 **氣陷證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為呼吸短促、頭暈、腹部向下擴張、胃下擴張、腹瀉、痔瘡和會陰脫垂。其可解釋為氣的功能無法提升或固攝。
-
- SE94 **氣脫證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為突然發作的舌白和面色白，嘴唇發紺，出汗，四肢冰冷，呼吸困難，或脈細數。其可解釋為真氣的突然喪失。
-
- SE9Y **其他特指的氣證（TM1）**
-
- SE9Z **未特指的氣證（TM1）**
-
- 血證（TM1）（區塊L3-SF0）
- 本節包括一系列與作為身體成分的血液功能失調相關的證候。血證候（TM）可解釋為貧血引起的營養不良，血液循環問題，包括靜脈回流阻塞。
- ***排除***： 血分證（TM1）
- SF00 **血虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為貧血、萎縮性皮膚乾燥、脫髮、指甲畸形、肌肉痙

攣、健忘、面色白或蠟黃、嘴唇與舌頭和指甲白、頭暈、視力昏暗、心悸、夢幻、手腳麻木等。在女性，月經稀少，淺色經血，月經不調或閉經，脈細等。其可解釋為血虛不能滋養內臟，經絡和身體。

- ***包含***： 血液減少證（TM1）
-
- SF01 **血瘀證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為面色深，局部藍色和紫色腫塊，疼痛固定在一個地方，出血為深色血液和深色凝塊，舌紫色或斑點，嘴唇紫色，脈弦、牢或澀。它是各種月經症候的常見證候，如閉經，痛經，更年期症候群; 下腹部脹滿，靜脈曲張，痔瘡，情緒波動或舌下靜脈曲張。其可解釋為血液循環問題。
-
- SF02 **血熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為出血，包括流鼻血，吐血，咳血，糞便中帶血，皮膚出血，大量和鮮紅色的月經出血，發燒，激動，煩躁不安，譫妄，抽搐，舌深紅，或脈弦數。其可解釋為火或熱進入血液。
- 排除： 血寒證（TM）
-
- SF03 **血寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為四肢冷痛，下腹部皮膚深紫色或痙攣，得熱則緩解，得寒則加重，月經延遲和深紫色月經分泌物伴有血栓，白苔白，或脈沉緩澀。其可解釋為外部寒邪過多誘導氣滯，或寒邪阻礙氣血循環。
- ***排除***： 氣證（TM1）

- 血熱證（TM1）
-
- SF04 **血燥證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為口喉乾燥、喉嚨疼痛、皮膚乾燥、頭髮乾燥無光澤、鼻出血、便秘、頭暈和舌頭乾燥。其可解釋為身體陰虛，或體內產生的熱。
- 排除： 氣證（TM1）
- 血熱證（TM1）
-
- SF0Y **其他特指的血證（TM1）**
-
- SF0Z **未特指的血證（TM1）**
-
- 津液證（TM1）（區塊L3-SF1）
- 本節包括一系列與作為身體成分的津液功能失調相關的證候。津液證候（TM）可解釋為體內水和濕的滯留或不平衡。
- SF10 **津液虧虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為口乾和喉嚨乾燥，嘴唇乾澀，嘴角開裂，皮膚乾燥，口渴，渴望喝水，排尿稀少，腸道乾燥，舌頭乾紅，脈細數虛無力。其可解釋為身體津液不足，無法滋潤和滋養器官和身體組織。
- ***排除***： 精虛證（TM1）
-
- SF11 **水毒證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為口渴、水腫、眩暈、頭痛、自汗、嘔吐或水樣腹瀉。其可解釋為身體津液分佈異常。
- ***包含***： 飲證（TM1）
-
- SF12 **燥痰證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為痰液稀少或帶血，難以咳出，胸痛或不適，口鼻喉乾，舌苔乾燥或油膩，或脈細澀數。其可解釋為肺系統中火/熱，燥或濁痰的積累。
-
- SF13 **濕痰證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為大量稠痰，容易咳出，四肢沉重感，胸部和上腹部不適，食欲不振，口腔黏稠，舌苔白膩，脈濡緩滑。其可解釋為脾肺濕或痰液的積聚。
-
- SF14 **痰火擾心證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為煩躁不安，失眠甚至瘋狂，發燒，口渴，胸悶，痰黃，舌尖紅，舌苔黃膩，脈滑數。其可解釋痰火影響心臟系統。
-
- SF15 **風痰證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳泡沫樣痰液、胸部不適、頭暈、頭部和眼睛脹痛、喉嚨充血、四肢麻木、意識喪失、伴隨無法說話、 面部痙攣、舌苔白膩，或脈弦滑。其可解釋為木元素的不平衡導致風過盛或濁痰。
-

- SF1Y **其他特指的津液證（TM1）**
-
- SF1Z **未特指的津液證（TM1）**
-
- 精證（TM1）（區塊L3-SF2）
- 本節包括一系列精華功能失調證候（TM）。它們根據它們在精中的共同病因組合在一起，精建立了身體結構和維持身體功能，或儲存在腎臟系統中的生殖之精。精證（TM）可解釋為體內基本物質的不足。
- SF20 **精虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為一系列症狀，包括體重不足，昏昏欲睡，頭暈，過度矮小身材，反應緩慢。其可解釋為重要器官缺乏營養。
-
- SF2Y **其他特指的精證（TM1）**
-
- SF2Z **未特指的精證（TM1）**
-
-
- SF4Y **其他特定的氣血津液證/身體成分證/氣血津液精證（TM1）**
-
- SF4Z **未特指的氣血津液證/身體成分證/氣血津液精證（TM1）**
-
- 臟腑證（TM1）（區塊L2-SF5）
- 肝系證類（TM1）（區塊L3-SF5）

- 本節包含一系列傳統醫學證候，這些證候都可歸因於肝臟系統功能失調。該系統由肝臟，膽囊，肌腱，指甲，眼睛，相關的經絡組成。
- SF50 **肝陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為輕度頭暈，視力昏暗，眼睛乾澀 ，視力模糊，臉頰潮紅，脅肋灼痛，手掌，腳底和胸部有熱感刺激（五心煩熱），舌紅，苔少或剝落，或脈細數。其可解釋為肝陰液不足以冷卻和滋養與肝臟系統相關的組織，並產生虛熱。
-
- SF51 **肝陽虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為脅肋區域的膨脹和壓迫，頭暈，視力模糊，抑鬱和容易恐懼，四肢冰冷，怕冷，舌白，苔白，和脈沉緩微弱脈搏。其可解釋為陽氣不足，肝臟系統中器官功能下降，並產生虛寒。
-
- SF52 **肝陽上亢證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為頭暈，耳鳴，頭眼脹痛，頭部沉重，面色和眼睛發紅，激動，易怒，失眠，夢境不安的睡眠，腰膝疼痛和虛弱，口苦，舌紅，或脈弦。其可解釋為肝腎陰虛，導致肝陽失控，過度運動向上擾亂影響頭部。
-
- SF53 **肝氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為視力模糊，脅肋部滿感，情緒不安，恐懼感，膚色發青，頭暈，呼吸急促，疲勞，指甲枯暗，舌白，脈弱。其可解釋為氣虛導致肝臟系統功能受損。

- SF54 **肝血虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為輕度頭暈，視力昏暗或模糊，夜盲，四肢麻木，月經色淡量少或閉經，面色白，甲床白，舌白，或脈細。其可解釋為肝血消耗，或其他導致體內缺乏正常血液並且無法滋養肝臟和與肝臟系統相關的組織的情況。
- SF55 **肝鬱血瘀證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為抑鬱，脅肋區或骨盆膨脹或尖銳的疼痛或形成固定腫塊，舌紫或舌頭上的紫色斑點，或脈實澀。其可解釋為肝氣滯導致肝臟系統血瘀。
- SF56 **肝風內動證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為四肢抽搐、頭暈和顫抖。其可解釋為與風陽，火熱，陰虛或血虛相關的肝臟系統功能失調。
- SF57 **肝氣鬱結證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為脅肋膨脹和灼痛，以及躁動不安，易怒，口苦，口乾，舌紅，苔黃，或脈數。其可解釋為肝臟系統氣的長期停滯引起內火而影響與肝臟系統相關的組織和功能。
- SF58 **肝火上炎證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發燒，口渴，頭痛，頭暈，不安，失眠，眼睛紅腫疼

痛，突發耳鳴或突然耳聾，或上半身鮮紅色出血（鼻子，嘴巴，透過咳嗽或嘔吐），易怒，口苦，面色發紅，舌紅，苔黃，脈數。其可解釋為過度活化且過量的肝火上炎頭部或與肝臟系統相關的組織。

- SF59 **肝熱動風型（TM1）**
- 一種證候，其特徵為高燒，口渴，昏迷和譫妄，四肢痙攣，角弓反張，舌紅，苔黃，或脈數。其可解釋為熱盛而產生內風。

- SF5A **肝膽濕熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發燒，皮膚和眼睛變黃，脅肋痛和腹痛，或脅肋腫塊，口中苦味，厭食，嘔吐，噁心，不喜歡油膩，尿黃，舌紅，苔黃膩，脈滑數。其可解釋為肝臟和膽囊系統中濕熱積聚導致膽汁流動受損，以及濕熱下注。

- SF5B **肝經濕熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為脅肋的膨脹性疼痛，或外陰部濕潤、瘙癢、疼痛、腫脹，或耳朵擴張性疼痛和化膿，舌紅，苔黃膩，和脈滑數。 其可解釋為濕和熱侵入肝經。

- SF5C **寒滯肝脈證/肝經寒凝證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部冷性疼痛，或外生殖器收縮性疼痛，或會因寒冷而加重且因溫暖而緩解的側面頭痛，惡寒，四肢冰冷，嘔吐唾液，或嘔吐透明黏液，舌苔白，脈緊弦。其可解釋為外部寒邪入侵並停滯於肝

經。

- SF5D **膽氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為容易恐慌，懷疑，精神低落，容易由於悲傷而哭泣，昏昏欲睡，夢幻和失眠，舌白，脈微弱。其可解釋為膽氣虛，使心神不寧，容易受到驚嚇。

- SF5E **膽鬱痰擾證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為煩躁不安，膽怯，夢幻和失眠，胸部和脅肋區域壓迫和膨脹，頻繁嘆息，頭暈，口中苦味，過多痰，噁心，嘔吐，舌苔膩，脈弦。其可解釋為濁痰干擾導致膽囊系統停滯，氣無法擴散。

- SF5F **膽熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為易怒、憤怒、脅肋脹、口中苦味，或耳痛、耳鳴、失眠，或舌紅，伴有苔黃，脈滑數。其可解釋為過多的熱侵入膽囊系統，特別是其經絡。

- SF5G **膽寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒，四肢冰冷，肌肉無力，脅肋疼痛，嘔吐清液，消化受損，頭暈，昏昏欲睡，膽怯或失眠，舌白和脈數。其可解釋為膽氣虛導致肝臟和膽囊系統功能失調。

- SF5H **肝腎陰虛證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為輕微頭暈，視力模糊，耳鳴，健忘，失眠和睡眠時多夢，脅肋疼痛，下背部和腿部酸痛，腿部肌肉張力下降，臉頰潮紅，胸部和手心和腳底的熱感（五心煩熱），盜汗，男性遺精，女性月經稀少，舌紅苔少或剝落，或脈數。其可解釋為肝臟和腎臟系統中的陰液不足導致虛火症狀。
-
- SF5J **肝脾不和證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為脅肋疼痛和/或脹滿、腹脹、食慾下降、抑鬱、腸道蠕動不規律、排便後腹痛緩解，或脈弦數。其可解釋為肝氣鬱而損害脾臟系統的功能。
-
- SF5K **肝胃不和證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為上腹部和脅肋的膨脹、飽滿和疼痛 ，噯氣，噁心，打嗝，嘔吐，胃酸上逆，抑鬱，食慾下降，和脈弦。其可解釋為肝臟系統氣滯，向上流動而侵入胃系統，擾亂胃系統氣的正常下降，並導致表現胃系統症狀。
-
- SF5L **肝火犯胃證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為胃和上腹部和脅肋灼燒感和疼痛，口苦，口乾，嘔吐苦汁，便秘，尿黃，舌紅，苔黃，或脈弦數。其可解釋為過量的肝火侵入胃系統，影響胃系統氣的正常下降，並引起消化系統功能失調。
-
- SF5M **肝火犯肺證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為乾咳或咳嗽，帶有稠痰或血，胸部和脅肋灼痛，口苦，易怒，舌紅，和脈數弦。其可解釋為過量的肝火向上移動以侵入肺部系統。
-
- SF5Y **其他特指的肝系證類（TM1）**
-
- SF5Z **未特指的肝系證類（TM1）**
-
- 心系證類（TM1）（區塊L3-SF6）
- 本節包含一系列傳統醫學證候，這些證候都可歸因於心臟系統功能失調。該系統由心臟和小腸器官，血管，舌頭和相關經絡組成。
- SF60 **心氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸、呼吸急促、無精打采、自汗、蒼白、舌白、脈微弱或不規則。其可解釋為心氣虛和心神不足。
-
- SF61 **心血虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，頭暈，睡眠不安，健忘，面色白或蠟黃，嘴唇白，舌白，或脈微弱。其可解釋為血虛，血虛等狀態，導致心和心神的營養不良。
-
- SF62 **心氣血兩虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸、呼吸急促、無精打采、疲勞、頭暈、健忘、睡眠多夢、面色白，舌白，以及脈微弱。其可解釋為氣血虛，剝奪了心和心

神。

- SF63 **心脈痹阻證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸發作，伴有恐悸，以及心臟和胸部的疼痛和壓力感覺，放射到肩膀或上臂。其可以為心臟經絡受到阻礙。
- SF64 **心陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為精神煩躁，心悸，失眠，低熱，盜汗，臉頰發紅和溫熱，口渴，激動，頭暈，健忘，舌紅有苔，或脈細數。其可解釋為陰液虛，不足以滋養心和心神。
- SF65 **心氣陰兩虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，呼吸急促，倦怠，頭暈，失眠，夢幻，臉頰潮紅，舌紅，苔少，脈數或微弱。也可視為心氣陰不足的聯合表現。其可以解釋為氣和陰的缺乏，導致心和心神無法得到滋養。
- SF66 **心陽虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸， 呼吸急促，胸部壓力感，哮喘，惡寒，四肢冰冷，面色白，嘴唇深色，和舌紫，苔白，脈微弱或不規則。其可以解釋為陽虛，不足以溫暖和激活心臟和身體。
- SF67 **心陽暴脫證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為突然大量出汗，皮膚冰冷，四肢冰冷，呼吸微弱，心

悸，意識模糊或喪失，面色白，或脈微欲絕。其可解釋為心陽極虛。

- SF68 **心火上炎證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為口腔潰瘍、精神易怒、失眠，舌尖紅，以及發熱、口渴、激動和脈數。其可解釋為心火上炎，或心經中向上湧動的火的過度活化。

- SF69 **熱擾心神證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，激動，失眠，睡眠期間多夢，譫妄，發燒，口渴，面色發紅，舌紅，苔黃，脈滑數。其可解釋為過多的熱擾亂心神。

- SF6A **水氣凌心證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，呼吸急促，全身腫脹，特別是在腿部， 尿液稀少，無精打采，昏昏欲睡，四肢冰冷，面色白或黧黑，舌胖白，苔白滑，和脈沉微弱。其可解釋為心腎陽虛導致水泛。

- SF6B **心神不寧證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，激動，失眠，睡眠期間多夢。其可解釋為與情緒和疾病狀態相關的心神紊亂。

- SF6C **憂傷神氣證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為情緒抑鬱，冷漠，失眠，夢幻，頭暈，倦怠，食欲不振和脈弦。其可解釋為過度焦慮而損害精神。

- SF6D **小腸氣滯證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部的抓握性疼痛，鼓脹和腹鳴，在某些情況下是男性，伴有陰囊單側的腫脹。其可解釋為小腸系統中的氣滯，七種情緒的停滯，或陰寒結滯。
- SF6E **小腸實熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為精神不安，口腔潰瘍，胸部熱感，腹痛，渴欲飲冷，小便短赤，血尿，舌尖紅，黃苔，和脈數。其可解釋為心火移過多熱至小腸。
- SF6F **小腸虛寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為糞便完穀不化，腹部鈍痛，可以通過溫暖和壓力緩解，欲飲熱飲，四肢逆冷，排尿抑制，稀便，舌白，苔白色滑，脈沉弱遲。其可解釋為小腸系統損傷伴隨陽氣不足，引起內寒，影響小腸系統分清泌濁的功能。
- SF6G **心肝血虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為失眠，心悸，健忘，月經稀少，面色白，指甲和頭髮脆弱，視力昏暗，飛蚊症，舌白，脈細。其可解釋為心血虛和肝血虛導致大腦，頭部，眼睛，肌腱和指甲缺乏營養，與貧血或失血後遺症等病症有關，這些病症會影響血液和心臟和肝臟系統的正常功能。

- SF6H **心膽氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，失眠，膽怯，頭暈，胸部不適，舌白。其可解釋為心氣虛，導致膽氣躁動不安。
-
- SF6J **心脾兩虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，健忘，失眠或睡眠不安，食欲不振，腹脹，大便稀溏，昏昏欲睡，面蠟黃，白，壓痛，鬆弛的舌頭，脈微弱。其可解釋為心臟和脾臟系統的氣血不足，影響心臟和脾臟的正常功能。
-
- SF6K **心肺氣虛證候（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，胸部壓力感 ，咳嗽，呼吸急促因勞累而加重，咳稀痰，頭暈，無精打采和缺乏力量，聲音微弱，自汗，舌白，脈微弱。其可解釋為心肺氣虛，影響其正常功能。
-
- SF6L **心腎不交證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，激動，失眠，耳鳴，頭暈，背部和膝蓋疼痛和虛弱，遺精，便吐，尿黃，舌紅，剝苔和，脈細或數。其可解釋為心臟和腎臟系統之間關係紊亂，歸因於腎陰虛和心火擾動。
-
- SF6M **心腎陽虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心悸，惡寒，四肢冰冷，排尿抑制，腿部腫脹，腰部和膝蓋疼痛和寒冷，舌苔白膩，和脈沉微弱。其可解釋為陽氣虛，不能溫暖和激活心臟和腎臟系統。

- SF6Y **其他特指的心系證類（TM1）**
- SF6Z **未特指的心系證類（TM1）**
- 脾系證類（TM1）（區塊L3-SF7）
- 本節包含一系列傳統醫學證候，這些證候均歸因於脾臟系統功能失調。該系統由脾臟和胃器官，肌肉，嘴唇，嘴巴，肉，智力，相關的經絡組成。
- SF70 **脾氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾下降、腹脹、大便稀溏、昏昏欲睡、四肢倦怠、舌頭可能腫脹或有齒痕，脈弱或濡。其可解釋為脾氣虛伴隨消化不良，血液產生和循環減少，以及無法調節體內的水量。
- SF71 **脾氣下陷證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為上腹和腹部有下墜的感覺，頻繁的稀便，伴有排便不完全的感覺，甚至直腸或其他內臟器官脫垂。其可解釋為脾氣虛，這可能是由舉重引起的，影響固攝功能。
- SF72 **脾虛氣滯證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾下降，腹部脹痛，頻繁稀便，伴有排便不完全的感覺，腸鳴音增加，排氣，昏昏欲睡， 運動減少，脈弦。其可解釋為脾氣虛導致氣停滯。

- SF73 **脾虛食積證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾逐漸降低，腹脹，頻繁腹瀉，與不規則飲食相關的上腹部和腹部脹痛，噯氣伴有惡臭，胃酸上逆，抑制性腹瀉，或舌白苔膩。其可解釋為脾氣虛無法消化和運輸，導致食物在胃和腸中滯留和腐爛。
- SF74 **脾不統血證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為慢性出血，例如紅色或紫色的皮膚變色斑點，女性崩或漏，面色蠟黃，昏昏欲睡，缺乏力量，脈弱。其可解釋為脾氣虛影響統攝血的功能。
- SF75 **脾虛血虧證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾下降，腹脹，頭暈，昏昏欲睡，月經周期延遲或缺乏，月經稀少，面色白，舌白，脈細弱。其可以解釋為脾系統氣虛和無力，導致脾系統產生血液的功能減少。
- SF76 **脾陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為饑餓 ，伴隨無法進食，消瘦，嗜睡，便秘，唾液稀少，嘴唇乾燥，低燒，舌白或正常顏色（或紅色，表明虛熱），舌苔剝落和水平裂痕，或脈細數。其可解釋為脾陰虛，損害了脾系統運輸液體和消化的功能。
- SF77 **脾陽虛證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為四肢冰冷，腹部疼痛和冷感，厭食，腹部飽滿，腫脹，水腫（無法運化液體），慢性（水樣）腹瀉或未消化的食物，昏昏欲睡和消瘦。其可解釋為脾虛寒，陽氣虛不能溫暖和活化脾系統，並且與三焦的失能有關。
-
- SF78 **濕熱蘊脾證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹脹，嘔吐，噁心，食欲不振，四肢沉重，鬆散，黏稠的糞便，伴隨排便不完全的感覺，尿色深，面部和眼睛變黃，出汗後悶熱仍不解，口渴，舌紅，苔黃膩，脈濡數。其可解釋為濕熱蓄積。
-
- SF79 **脾虛濕困證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾下降，味覺喪失，腹脹，稀便，身體感覺沉重或伴有輕度水腫，舌大且白，苔白或膩，脈濡緩。其可解釋為脾氣虛，由飲食不良，飲食不規律或在進餐時過度思考引起，這導致內部渾濁和濕停滯。
-
- SF7A **脾虛水泛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾下降，腹脹，糞便稀溏，面部和四肢腫脹，腹腔積液，昏昏欲睡，運動減少，面色白，舌白且較大，苔白膩，脈濡或弱。其可解釋為脾氣虛影響脾系統運送和轉化液體的功能，導致體液滯留於內。

- SF7B **寒濕困脾證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為上腹部和腹脹，口腔黏稠，缺乏味覺，噁心，大便稀溏，頭部和身體的沉重感覺，或皮膚和眼睛變成暗淡的黃色，舌白且較大，苔白黏膩，脈濡軟。其可解釋為影響脾臟系統功能的寒濕積累。
-
- SF7C **胃氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為食慾下降和消化受損。其可解釋為胃氣虛，影響其功能。
-
- SF7D **胃氣上逆證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為噯氣，打嗝，胃酸逆流和嘔吐。其可解釋為胃中的冷，熱，氣，濕或血或食物停滯阻止胃氣下行。
-
- SF7E **胃陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為口乾和喉嚨乾，饑餓感或食慾下降，乾嘔吐，打嗝，便秘，舌色正常或微紅，苔少或斑狀，津液稀少，脈細。其可解釋為胃陰虛。
- ***包含***： 胃虛熱證（TM1）
-
- SF7F **胃熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為胃酸反流，胃和上腹部灼痛，消穀善饑，口臭，便秘，牙齦腫脹和出血，進食後嘔吐，舌紅苔厚膩，脈洪或脈滑數。其可解釋為熱或過量攝入熱刺激性食物對胃系統造成損害。
-

- SF7G **濕阻腸道證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為由腹部模糊疼痛和膨脹，大便濕軟或腹瀉，或黏性帶有魚腥味的糞便，舌苔白膩，脈濡緩。其可解釋為腸道系統中濕的積聚導致液體運輸和轉化異常。
-
- SF7H **寒邪犯胃證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為胃和上腹部的劇烈冷痛，偏愛溫暖，嘔吐清液，惡寒，四肢冰冷，舌苔白，脈弦。其可解釋為外部寒邪侵入胃系統和上腹部，阻止胃系統氣正常下降。
-
- SF7J **寒滯腸道證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹部劇烈冷痛，下利清穀，惡寒，四肢冰冷，舌苔白，脈弦緊。其可解釋為寒邪侵入腸道系統影響其運輸和轉化功能。
-
- SF7K **思傷脾氣證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為表情遲鈍，食欲不振，胸部、脅肋、上腹部和腹部腫脹，歎息，大便稀溏排出抑制，脈緊。其可解釋為焦慮影響肝氣運動並損害脾系統的運輸和轉化功能。
-
- SF7L **肺脾兩虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為聲音沙啞，咳嗽，呼吸急促或呼吸困難，面色白，痰清稀，食慾下降，腹脹，大便稀溏，舌白，苔白膩，或脈微弱。其可解釋為脾和肺系統的氣虛。

- SF7M **脾腎陽虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為面色白，惡寒，四肢冰冷，下腹部寒冷和疼痛，慢性腹瀉，水腫，排尿抑制，或舌白，舌較大。其可解釋為腎或脾陽氣不足。
- SF7Y **其他特指的脾系證類（TM1）**
- SF7Z **未特指的脾系證類（TM1）**
- 肺系證類（TM1）（區塊L3-SF8）
- 本節包含一系列傳統醫學證候，這些證候都可歸因於肺系統功能失調。本系統由肺和大腸器官，皮膚，體毛，鼻子，相關經絡組成。
- SF80 **肺氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽無力，淺呼吸，勞累時呼吸短重急促，稀痰，自汗，惡風，面色白，聲音微弱，舌白，或脈搏微弱。其可解釋為肺氣虛相關的肺系統功能下降。
- SF81 **肺陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為乾咳，痰黏稠，難以祛痰，口乾和喉嚨乾，聲音嘶啞，週期性發熱，臉頰潮紅，夜汗，或舌紅少津， 脈細數。其可以解釋為肺陰虛伴有內生性的熱。
- SF82 **肺腎陰虛證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為咳嗽伴有稀少的咳痰，口腔和喉嚨乾燥，或聲音嘶啞，腰部疼痛和腿部跛行，週期性內熱，臉頰潮紅，夜汗，男性夜間遺精和女性月經不調，舌紅剝苔，和脈虛數。其可解釋為肺和腎系統的陰液缺乏以及內源性熱的騷擾。
-
- SF83 **肺氣陰兩虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為聲音嘶啞，虛弱，乾咳，呼吸急促或呼吸困難， 手掌、腳底和心臟有熱感刺激（五心煩熱），或脈細而微弱。其可以解釋為肺氣陰虛。
-
- SF84 **肺陽虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽，呼吸急促，咳稀痰，惡寒，四肢冰冷，自汗，面色白，舌較大，苔白滑，脈微弱。其可解釋為陽氣不足導致肺系統不溫暖。
-
- SF85 **寒痰阻肺證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽伴有大量痰、咳痰，胸部壓迫感，或痰性喘息、惡寒，四肢冰冷、舌白、苔白膩或滑，以及脈弦滑。其可解釋為寒痰滯留肺部，影響肺系統功能。
-
- SF86 **痰濁阻肺證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為胸部不適，咳嗽和氣喘，咳出大量白色痰液，苔白膩，脈弦滑。其可解釋為濕痰積聚，阻塞肺氣。

- SF87 **表寒肺熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒，發燒，口渴，汗水產生減少或缺乏，煩躁不安，咳嗽和哮喘，胸部不適，舌苔黃白，脈浮數。其可解釋為外感寒邪導致肺熱內壅。

- SF88 **肺熱熾盛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱、口渴、咳嗽、呼吸粗重，或胸痛、咽喉痛、鼻孔張開、呼吸有熱感、便秘、尿黃、舌紅、脈數。其可解釋為過量火和熱積聚在肺系統中。

- SF89 **痰熱壅肺證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽、呼吸急促、咳黃稠或帶血的痰、胸痛、舌紅苔黃膩，和脈搏滑數。其可解釋為熱和痰積聚於肺中，並影響肺系統功能。

- SF8A **風熱犯肺證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽，咳出黏稠黃痰、鼻塞伴隨黃濁分泌物、發熱、口乾、咽喉痛、舌紅苔薄黃，和脈浮數。其可解釋為風和熱侵入肺系統並影響其功能。

- SF8B **肺熱移腸證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱，口渴，咳嗽，氣喘，腹脹，便秘，舌紅苔黃，脈數或過度。其可以解釋為多餘的肺熱積聚導致腸熱，影響腸系統的運

輸功能。

- SF8C **風寒束肺證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽，咳白色水樣痰，發燒伴隨輕度寒戰，鼻塞伴隨鼻涕清澈，喉嚨發癢，胸部壓迫，舌苔白，和脈浮緊。其可解釋為風邪和寒邪的攻擊，損害了肺系統氣的正常流動。
- SF8D **燥邪犯肺證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為乾咳無痰或稀少難以咳出的黏痰、胸痛、輕度寒戰和發熱、口渴、嘴唇乾燥、口喉和鼻子乾燥、舌乾燥、苔薄，或脈數。其可解釋為燥邪侵入肺系統，導致液體缺乏並影響肺系統功能。
- SF8E **肺燥腸閉證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽，口渴，呼吸困難，便秘，腹脹，腹部脹滿和疼痛，舌苔黃燥，脈沉有力。其可解釋為燥邪導致液體消耗和腸系統中空器官的氣阻塞。
- SF8F **大腸實熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為便秘或乾便，伴有排便困難、觸診時腹脹和壓痛、便血、尿深色、舌苔黃燥，或脈數有力。其可解釋為過多熱邪阻礙腸氣。
- SF8G **大腸濕熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹脹和疼痛、大量腹瀉（可能是惡臭或血性）、排便

時疼痛、肛門灼燒感、發燒、口渴、尿量減少、褐色尿液、苔黃膩、或脈滑數。其可解釋為大腸系統中濕邪和火邪的積累，或氣運行受損。

- SF8H **大腸津虧證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為便秘或排便困難，伴有喉嚨乾燥和舌紅色，唾液稀少，苔黃燥，脈細澀。其可解釋為陰虛影響腸道系統功能。

- SF8J **大腸虛寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腸排空異常，腹部鈍痛，惡熱和壓力，腹瀉，四肢冰冷，腸鳴音增加，排便抑制，舌白，苔薄白色水樣，或脈沉緩。其可解釋為大腸系統中的陽氣缺乏導致寒冷。

- SF8Y **其他特指的肺系證類（TM1）**

- SF8Z **未特指的肺系證類（TM1）**

- 腎系證類（TM1）（區塊L3-SF9）
- 本節包含一系列傳統醫學證候，這些證候都可歸因於腎臟系統功能失調。該系統由腎臟和膀胱器官，骨骼，頭髮，耳朵，生殖器，肛門，相關經絡組成。
- SF90 **腎氣虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為頭暈，健忘，夜尿，呼吸急促，耳鳴，下背痛，性欲下降，下腹部麻木，或脈微弱。其可解釋為通過腎氣量下降。

- ***包含***： 腎氣竭證（TM1）
-
- SF91 **腎不納氣證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為呼氣時間過短、向內呼吸困難、虛弱咳嗽，或喘/呼吸困難，可能因勞累而加重，以及聲音微弱。其可解釋為腎納氣的功能下降。
-
- SF92 **腎氣虛水泛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下肢腫脹更嚴重 ，尿量減少，背部和膝蓋疼痛和無力，舌較大，舌白，苔白膩，或脈微弱。其可解釋為腎系統氣虛，影響腎臟系統化氣和液體代謝的功能，導致水滯留和水泛。
-
- SF93 **腎陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腰膝酸痛和無力，失眠，頭暈，耳鳴，男性夜間遺精和女性月經不頻繁或量少，消瘦，喉嚨乾燥，口渴，臉頰潮紅，手掌，腳底和胸部煩熱感（五心煩熱），午後潮熱，夜汗，舌紅，苔少，和脈虛數。其可解釋為腎陰缺乏導致由陰虛引起的火的內部干擾。
-
- SF94 **腎陰陽兩虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為眩暈、耳鳴、腰部和膝蓋酸痛無力、手掌、足底和胸部煩熱感（五心煩熱）、夜汗、夜間遺精、四肢冰冷和自汗。其可解釋為整體腎功能下降。
-

- SF95 **腎虛髓虧證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為生長遲緩，骨折長期分離，腰椎疼痛，骨骼軟，頭暈，耳鳴，健忘，失智症。其可解釋為腎精虛導致骨髓缺乏。
-
- SF96 **腎精虧虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為兒童生長遲緩;在成人中，過早衰老，生殖功能下降，耳鳴，牙齒鬆動，脫髮和健忘。其可解釋為發育所必需的腎精虛。
-
- SF97 **腎陽虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒 ，四肢冰冷，無精打采，腰部和膝蓋無力和酸痛，性欲下降，夜尿症，舌苔白，和尺脈微弱。其可解釋為由腎陽功能下降導致無法溫煦身體。
- ***包含***： 命門火衰證（TM1）
- 元陽虧虛證（TM1）
-
- SF98 **驚恐傷腎證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為驚恐，陽痿，遺精，尿失禁或大便失禁。 其可解釋為巨大的害怕和恐懼，損害腎臟系統的氣，或情緒狀態的軀體化。
-
- SF99 **胞宮血熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部有灼燒感和疼痛，月經先期，月經呈鮮紅色，或濃稠的黃色陰道分泌物伴有惡臭，舌紅苔黃，和脈數。其可解釋為子宮內熱的積累。

- SF9A **痰凝胞宮證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為大量的白色陰道分泌物，或月經缺乏，或不孕，肥胖，移動減少，舌白，苔白膩，脈滑或濡緩。其可解釋為子宮內痰瘀阻礙血液或氣流。
- SF9B **胞宮濕熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為大濃稠的黃色陰道分泌物伴有惡臭，皮膚搔癢，和外生殖器侵蝕，舌紅，苔黃膩，以及脈滑數。其可解釋為積聚在子宮中的濕邪和火邪。
- SF9C **寒滯胞宮證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部冷痛，或月經期間下腹部或腰薦部疼痛，喜溫，月經周期延遲，月經深紫色，或透明薄白色陰道分泌物，舌苔白，脈沉緊。其可解釋為子宮中寒邪積累，阻斷血液或氣流。
- SF9D **胞宮虛寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒，四肢冰冷，下腹部模糊疼痛，偏好溫暖和壓迫，月經色淺稀薄，陰道分泌物清稀，不孕，流產，面色白，舌白。其可解釋為陽氣不足，無法溫暖子宮。
- SF9E **膀胱蓄血證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部脹滿和劇烈疼痛，排尿困難和疼痛，舌紫色

或舌斑點，脈弦澀。其可解釋為下腹部損傷或熱邪侵襲，導致膀胱蓄血。

- SF9F **膀胱蘊熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部脹滿，排尿時的灼燒感和疼痛，發燒，口渴，舌紅苔黃，脈有力而數。其可解釋為膀胱系統中熱的積累。
- SF9G **膀胱濕熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為尿急、頻繁排尿疼痛、舌苔黃膩朝向根部，和脈滑。其可解釋為膀胱系統中濕熱的積累。
- SF9H **膀胱蓄水證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為下腹部腫脹和疼痛，排尿困難。其可解釋為膀胱系統中的氣化失敗，導致膀胱中的水滯留。
- SF9J **膀胱虛寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒，四肢冰冷，下腹部寒冷和疼痛，以及小便清長。其可解釋為腎陽虛，導致膀胱氣功能失調。
- SF9Y **其他特指的腎系證類（TM1）**
- SF9Z **未特指的腎系證類（TM1）**
-

- SG1Y **其他特指的臟腑證（TM1）**
-
- SG1Z **未特指的臟腑證（TM1）**
-
- 十二正經和奇經八脈證候（TM1）（區塊L2-SG2）
- 本節所述為經絡功能失調引起的傳統醫學證候，其證候是由十二條正經和八條奇經所組成。
- 十二正經證（TM1）（區塊L3-SG2）
- 本節包含一組由十二條正經的功能失調引起的傳統醫學證候。
- SG20 **手太陰肺經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為胸腔膨脹及脹滿，呼吸困難，咳嗽，鎖骨上窩處疼痛。症狀及體徵包括手臂內側沿經絡及逆向流動的疼痛（按：肺經所生病「臑臂內前廉痛厥」），掌中熱，肩膀和背部的疼痛。其可解釋為肺經功能失調所致。
-
- SG21 **手陽明大腸經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為牙痛和頸部腫脹。症狀和體徵包括口乾、鼻喉部有梗阻感、肩膀和上臂前側疼痛、食指活動不利。其可解釋為大腸經功能失調所致。
-
- SG22 **足陽明胃經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為寒顫，意欲呻吟，頻繁打哈欠，面色黧黑。症狀和體徵包括鼻塞，面部歪斜，嘴唇潰瘍，頸部腫脹，喉嚨有梗阻感，腹部水

腫，髕骨腫脹和疼痛。疼痛產生沿著經絡，從乳房到腹股溝，沿著大腿，往下至脛骨外側，到足背上。其可解釋為胃經功能失調所致。

- SG23 **足太陰脾經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為舌根僵硬，進食後嘔吐，胃痛，腹脹，全身無力和感到沉重。症狀和體徵包括舌根疼痛，顫抖，消化不良，心煩，心下痙攣性疼痛，沿膝蓋和大腿內側所流動的經氣有腫脹和不適感，足大趾活動不利。其可解釋為脾臟經絡功能失調所致。
- SG24 **手少陰心經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咽喉部乾燥，心痛，口渴且渴望飲水。症狀和體徵包括眼睛發黃，脅部疼痛，手臂尺側沿經絡及逆向流動的疼痛（按：心經所生病「臑臂內後廉痛厥」），手掌發熱和疼痛。其可解釋為心臟經絡功能失調所致。
- SG25 **手太陽小腸經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為於喉嚨疼痛，下頜腫脹，無法轉動頭部向後看，肩膀和手臂（肌肉）無法向上和向後活動。症狀和體徵包括耳聾，臉頰腫脹，頸部、下頜、肩膀、上臂、肘部、前臂尺側的疼痛。其可解釋為小腸經絡功能失調所致。
- SG26 **足太陽膀胱經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為衝頭痛，眼睛感到被撕裂，頸背緊繃，脊柱疼痛，腰

向後彎折，大腿不能彎曲，膝腘窩處有腫塊感，有一種小腿被撕裂的感覺。症狀和體徵包括流淚過度，鼻塞，頭部、頸部、頸部、腰部、薦骨、膝腘窩處、小腿、腳部疼痛，腳小趾活動不利。其可解釋為膀胱經絡功能失調所致。

- SG27 **足少陰腎經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為饑餓而不想進食，面色暗黑如漆柴，咳出帶血的痰，呼吸急促且口渴，坐著時便想起身，視力昏暗，擔心受饑（按：「心如懸若饑狀」）。症狀和體徵包括舌頭乾燥，咽喉腫脹，喉嚨乾燥和疼痛，大腿內側後緣疼痛，下肢萎縮，腳底發熱和疼痛。 其可解釋為腎經絡功能失調所致。

- SG28 **手厥陰心包經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為手掌發熱，前臂和肘部痙攣，腋窩腫脹。症狀和體徵包括煩心和心痛。其可解釋為心包經絡功能失調所致。

- SG29 **手少陽三焦經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為耳聾和耳鳴，喉嚨腫痛。症狀和體徵包括汗出，臉頰和眼外眥疼痛，耳後、肩膀、上臂、肘部、前臂外緣疼痛，手無名指活動不利。其可解釋為三焦經絡功能失調所致。

- SG2A **足少陽膽經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為口苦，頻繁的嘆氣，心臟和脅部疼痛，無法將身體從

一側旋轉到另一側。症狀和體徵包括頭痛和顳側面部疼痛，眼外眥疼痛，鎖骨上窩腫痛，腋下腫脹，沿胸部、大腿、膝蓋外側沿伸至脛骨，到外踝和各關節內的疼痛，以及足第四趾的活動不利。其可解釋為膽經絡功能失調所致。

- SG2B **足厥陰肝經證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腰痛、無法前後俯仰。男性可見腹股溝和陰囊有腫脹和疼痛，而女性可見下腹部腫脹。症狀和體徵包括胸部脹滿，嘔逆，伴隨未消化食物的腹瀉，腹股溝腫脹，小便失禁和小便閉塞不出。其可解釋為肝經絡功能失調所致。
- SG2Y **其他特指的十二正經證（TM1）**
- SG2Z **未特指的十二正經證（TM1）**
- 奇經八脈證（TM1）（區塊L3-SG3）
- 本節包含一組由八條奇經的功能失調引起的傳統醫學證候。此八條奇經的功能是補充十二正經。
- SG30 **督脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為脊柱僵硬，昏厥，下腹部導致的胸痛，無法排便或排尿，女性不孕，小便閉塞不出，痔瘡，小便失禁，口渴。
- SG31 **任脈病證（TM1）**

- 一種證候，其特徵為男性疝氣疼痛，女子帶下及腹部腫塊。
-
- SG32 **陰蹻脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為陽側呈現鬆弛狀態，陰側呈現緊繃狀態。
-
- SG33 **陽蹻脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為陰側呈現鬆弛狀態，陽側呈現緊繃狀態。
-
- SG34 **陰維脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為心臟疼痛。
-
- SG35 **陽維脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為寒顫和發熱。
-
- SG36 **衝脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為整個腹部感到潮熱和痙攣性疼痛。
-
- SG37 **帶脈病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹脹，腰部有如坐在水中的虛弱放鬆感（按：「腰溶溶如坐水中」）。
-
- SG3Y **其他特指的奇經八脈證（TM1）**
-

- SG3Z **未特指的奇經八脈證（TM1）**
-
-
- SG5Y **其他特指的十二正經和奇經八脈證（TM1）**
-
- SG5Z **未特指的十二正經和奇經八脈證（TM1）**
-
- 六經證（TM1）（區塊L2-SG6）
- 本節包含了符合六經理論的證候。本節中涵蓋的六經病證擁有一個共同特徵，它們皆與急性發熱性疾病相關。
- SG60 **太陽病證（TM1）**
- 一種通常在發熱狀態開始時表現出的證候。此證候的特徵是發熱，惡寒，頭痛，肢節疼痛，項強，脈浮。其可解釋為病邪侵犯人體表層所致。
-
- SG61 **陽明病證（TM1）**
- 一種通常在發熱狀態發作後幾天表現出的證候。此證候的特徵是發熱，大汗出，脘腹脹滿，口大渴且渴欲飲水，不大便，潮熱（像潮水一樣反覆發熱，伴隨大量汗出），譫語，躁動不安，氣喘促，面赤，脈滑或洪大，乾裂的白苔或黃苔。其可解釋為病邪侵犯身體裡層所致。
-
- SG62 **少陽病證（TM1）**
- 一種通常在發熱狀態發作後幾天表現出來的證候。此證候的特徵是交替的發熱和惡寒，不欲食，口苦，咽乾，目眩，胸脅脹滿及不適，舌苔白，

脈弦。其可解釋為病邪入侵身體表層和裡層之間所致。

- SG63 **太陰病證（TM1）**
- 一種通常在發熱狀態發病時，或發熱過程中的其中一個階段表現出的證候。此證候的特徵是脘腹脹滿，嘔吐，不欲食，反覆腹痛，腹瀉，食不下，脈沉、緩或弱。其可解釋為輕度寒邪侵犯身體裡層所致。
- SG64 **少陰病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為欲躺下休息，肢厥寒冷，腹瀉，煩躁不安，欲寐，脈細數或微細。其可解釋為中度寒邪侵犯身體裡層所致。
- SG65 **厥陰病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為口渴，氣上衝，胸部灼熱感，饑而不欲食，腹瀉，四肢厥冷。其可解釋為重度寒邪侵犯身體裡層所致。
- SG6Y **其他特指的六經病證（TM1）**
- SG6Z **未特指的六經病證（TM1）**
- 三焦證（TM1）（區塊L2-SG7）
- 此證候概括了系統性證候的功能失調，包括協調，同化，消除和整合，歸因於人體的三個部分（上焦，中焦，下焦）被濕熱邪侵犯，且臟氣被轉化。

- SG70 **上焦證（TM1）**
- 此證候包括因熱邪犯肺及心包造成的功能失調，意即，在膈上容納心臟和肺臟系統器官的部分。
-
- SG71 **中焦證（TM1）**
- 此證候包括因病邪侵犯上腹腔造成的功能失調，即胸膈和臍周部位，此部位容納了器官如脾，胃，肝和膽囊系統。
-
- SG72 **下焦證（TM1）**
- 此證候的功能失調,歸因於臍周以下身體的損傷或濕熱邪侵犯下腹腔(即臍周以下容納了器官如腎臟，膀胱，小腸系統和大腸系統),且損傷了肝腎系統的陰質。
-
- SG7Y **其他特指的三焦證（TM1）**
-
- SG7Z **未特指的三焦證（TM1）**
-
- 衛氣營血證（TM1）(區塊L2-SG8）
- 本節包含四個階段的證候 – 衛，氣，營和血。四個階段代表了熱邪、燥邪、濕邪，由外到內傳變而形成的四個嚴重程度級別。衛氣營血證候的次分型，則根據熱邪，燥邪，濕邪，從衛分到氣分，從氣分到營分，以及從營分到血分，以上漸進的傳變進行排序。
- 衛分證（TM1）(區塊L3-SG8）

- 本節是流行性發熱疾病的初期階段，當只有衛氣的淺表部分參與時，其特徵是發燒，微惡風寒，頭痛，舌尖紅和浮數脈。
- SG80 **濕遏衛陽證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為惡寒，少汗或無汗，發燒，頭痛，肢體困重，胸脘痞悶，納差，口不渴，舌苔白膩，脈濡緩。其可解釋為濕邪聚於衛分，且鬱阻衛氣。
-
- SG81 **溫邪侵襲肺衛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為咳嗽，氣促喘息，排尿功能失調，身痛，打嗝，胃酸逆流和噁心。其可解釋為溫邪侵犯了肺氣宣發、肅降的功能，以及胃的運化功能。
-
- SG8Y **其他特指的衛分證（TM1）**
-
- SG8Z **未特指的衛分證（TM1）**
-
- 氣分證（TM1）（區塊L3-SG9）
- 本節是一種流行性發熱疾病的第二階段，顯示熱邪侵犯陽明經或肺、膽、脾、胃、大腸系統，表現壯熱、不惡寒、口大渴、面紅、舌紅苔黃、脈數而有力。
- SG90 **熱入氣分證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱、口大渴、尿赤、不大便、舌紅苔黃、脈洪大或數。其可解釋為環境中的火邪入氣分，或火邪與正氣之間的邪正劇爭導

致。

- SG91 **氣分濕熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱，胸痛，腹脹，身黃，嗜睡，噁心嘔吐，小便顏色較深，舌紅苔黃膩，脈滑或濡數。其可解釋為環境中的濕邪和火邪入氣分。
- SG92 **濕阻氣分證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱、頭痛、神昏、胸脘痞悶、骨骼和關節疼痛、不欲食、腹部脹滿、腹瀉、舌苔膩、脈濡緩。其可解釋為環境中的濕邪和火邪入氣分。
- SG9Y **其他特指的氣分證（TM1）**
- SG9Z **未特指的氣分證（TM1）**
- 營分證（TM1）（區塊L3-SH0）
- 本節是一種流行性發熱疾病的嚴重進展，其特徵為熱邪入營分並擾心，表現出發熱夜間為甚，心煩燥擾或譫語，斑疹隱現和舌質紅絳。
- SH00 **營衛不和證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為輕度發熱、微惡風、間歇性出汗或汗出、脈緩。其可解釋為營氣和衛氣的不和導致。

- SH01 **熱入營分證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱夜間為甚，心煩躁擾、譫語、失眠、肌膚斑疹，舌紅絳。其可解釋為環境中的火邪入營分或擾亂心神所致。
-
- SH02 **熱入營血證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為夜間發熱甚、煩燥、失眠、昏迷、口渴、斑疹成片成點隱現於肌膚中、出血、不大便、舌紫、脈細數。其可解釋為環境中的火邪入營分和血分，血受損傷，或擾亂心神。
-
- SH0Y **其他特指的營分證（TM1）**
-
- SH0Z **未特指的營分證（TM1）**
-
- 血分證（TM1）（區塊L3-SH1）
- 本節是一種流行性發熱疾病的最危急階段，其特徵為陰血嚴重虧耗，伴有各種形式的出血，如咯血，鼻衄，血尿，便血，亦會出現高燒，昏迷或抽搐的現象。
- SH10 **血分證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為發熱、手足抽搐、昏迷、譫語、深色或紫色斑點、吐血、出血、舌紫。其可解釋為環境中的火邪入血分，營陰虧耗，大量和急驟地失血。
-
- SH11 **熱入血分證（TM1）**

- 一種以大量出血為特徵的證候，包括咳血、鼻衄、尿血及便血、壯熱、昏迷、抽搐、舌紅絳。其可解釋為環境中的火邪入血分、血受損傷所致。
-
- SH1Y **其他特指的血分證（TM1）**
-
- SH1Z **未特指的血分證（TM1）**
-
-
- SH3Y **其他特指的衛氣營血證（TM1）**
-
- SH3Z **未特指的衛氣營血證（TM1）**
-
- 四象醫學體質病證（TM1）（區塊L2-SH4）
- 四象醫學體質病證按各型體質分類：太陽人（肺大肝小），少陽人（脾大腎小），太陰人（肝大肺小）和少陰人（腎大脾小）。四象醫學體質的代謝過程可分為兩類：氣液代謝和水穀代謝。太陽人證候和太陰人證候是由氣液代謝紊亂引起的，而少陽人證候和少陰人證候是由水穀代謝紊亂引起的。每種證候中產生的體質可以細分為三種類型：表病傳統醫學疾病，裏病傳統醫學疾病，表裏俱病的傳統醫學疾病。表病傳統醫學疾病是由象（先天性）的不平衡引起的，裏病傳統醫學疾病是由證（情緒傾向）的不平衡引起的。
- 太陽人病證（TM1）（區塊L3-SH4）
- 本節包括一系列證候，這些證候更常見於具有太陽人體質的個體，特徵

包括強壯的肺臟系統和衰弱的肝臟系統。

- SH40 **太陽人外感腰脊病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為全身性發熱、畏冷，初期可見軀體疼痛，後期可見腿部無力（假性癱瘓）。其可解釋為肺臟系統（上部）的發散能量（呼散）過大，以及吸氣時肝臟系統（中下部）的集中能量（吸聚）減弱 ，這會損害與肝臟系統相關的下背部區域（中下背部）。
-
- SH41 **太陽人內傷小腸病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹痛，腹鳴，腹瀉，初期可見痢疾，後期可見吞嚥障礙或反胃。其可解釋為食道（前上部）能量流體之膨脹和發散力（呼散）的增強，以及小腸系統（前中下部）能量流體之濃縮和集中力（吸聚）的減弱，產生能量和流體代謝的不平衡以及接續之能量和流體的損害。
-
- SH42 **太陽人表裡俱病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵有：表證，包括全身性發熱、畏寒、軀體疼痛和腿部無力（假性輕癱）;裡證包括併發性腹痛、腹鳴、腹瀉、痢疾、吞咽困難或反胃。其可解釋為肝臟系統（中下部）吸入之集中能量的損害，以及小腸系統（前中下部）的能量流體的濃縮和集中力減弱。
-
- SH4Y **其他特指的太陽人病證（TM1）**
-
- SH4Z **未特指的太陽人病證（TM1）**
-

- 少陽人病證（TM1）（區塊L3-SH5）
- 本節包括一系列證候，這些證候更常見於具有少陽人體質的個體，特徵包括強壯的脾臟系統和衰弱的腎臟系統。
- **SH50　少陽人少陽傷風證（TM1）**
- 一種證候，特徵為全身性發熱，畏冷，軀體疼痛，煩躁，口苦，喉嚨乾燥，頭暈，頭痛，耳聾。其可解釋為熱邪使陰氣限制在上背部（背側中上部），造成脾臟系統（中上部）的陰氣無法下降到腎臟系統（下部）。腎臟系統（下部）的陰氣並無損傷。
-
- **SH51　少陽人亡陰證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹瀉，通常伴有頭痛的熱相關證候或伴有胃痛的寒相關證候。其可解釋為熱邪致使脾臟系統（中上部）的陰氣無法下降至腎臟系統（下部）。其伴隨著腎臟系統（下部）陰氣的損傷。
-
- **SH52　少陽人胸膈熱證（TM1）**
- 一種證候，特徵為全身性發熱、便祕和口渴。其可解釋為大腸系統（前下部）的清陽無法上升到胃系統（前中上部）、四肢和頭部，特別是面部。大量的熱能在胃系統（前中上部）中形成。
-
- **SH53　少陽人陰虛證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為全身性的晝間發熱，口渴，背部發冷，反胃，腿部消瘦，尿液渾濁。其可解釋為大腸系統（前下部）的清陽不足，導致腎臟系統（下部）的陰氣減少。

- SH54 **少陽人表裡俱病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為：表證，包括畏寒、腹瀉、軀體疼痛、頭暈、頭痛或併發的怕熱和便秘。其可解釋為脾臟系統（中上部）下降並連接到腎臟系統（下部）的陰質不足。同時，熱損害了大腸系統（前下部）的清陽。
- SH5Y **其他特指的少陽人病證（TM1）**
- SH5Z **未特指的少陽人病證（TM1）**
- 太陰人病證（TM1）（區塊L3-SH6）
- 本節包括一系列證候，這些證候更常見於具有太陰人體質的個體，特徵包括強壯的肝臟系統和衰弱的肺臟系統。
- SH60 **太陰人傷寒背餄證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為畏寒（伴有無汗）、全身發熱和呼吸困難（呼吸感到吃力）。其可解釋為食道（前上部）發散能量和液體的能力下降及失效。
- SH61 **太陰人胃脘寒證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為餐後脘悶，飽脹，腿部無力，咳嗽，水腫等，其症狀是根基於腹瀉，無汗，心悸，呼吸困難（呼吸感到吃力），梅核氣，膚色蒼白。其可解釋為肺臟系統（上部）發散能量減弱且失效，以及食道（前上部）發散能量和液體的能力下降及失效。

- SH62 **太陰人肝熱證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為眼痛，鼻子乾燥，睡眠障礙，潮熱盜汗，便秘，腹部脹滿，口渴，譫語。其可解釋為肝臟系統（中下部）能量和液體的過度濃縮和集中，導致能量和流體的停滯，繼而產熱。
-
- SH63 **太陰人燥熱證（TM1）**
- 一種證候，特徵為黑斑，指尖乾枯，全身痠痛且伴有圓形紅斑，便秘，尿頻，口渴，耗損性過度勞累，耳鳴，視力昏暗，腿部虛弱或下背部疼痛。其可解釋為肝臟系統（中下部）吸入的集中能量過量，為肝熱狀態；此外，肺臟系統（上部）的發散能量在呼氣時減弱，為肺燥狀態，導致能量和液體代謝的不平衡，繼而是能量和液體的異常消耗。
-
- SH64 **太陰人表裡俱病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵有：表證包括畏冷（伴有無汗）、呼吸困難（呼吸感到吃力）、軀體疼痛、腹瀉;裡證包括併發性的全身發熱、眼痛、鼻子乾燥、睡眠障礙、潮熱盜汗、便秘、口渴。其可解釋為食道（前上部）的損傷，發散能量和液體且失效，同時肝臟系統（中下部）能量和液體的過度濃縮和集中。
-
- SH6Y **其他特指的太陰人病證（TM1）**
-
- SH6Z **未特指的太陰人病證（TM1）**
- 少陰人證候（TM1）（區塊L3-SH7）

- 本節包括一系列證候，這些證候更常見於具有少陰人體質的個體，特徵包括強壯的腎臟系統和衰弱的脾臟系統。
-
- SH70 **少陰人鬱狂證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為全身發熱、軀體疼痛（包括頭痛）或無汗。其可解釋為寒邪導致腎臟系統（下部）的陽氣不能上升並連接到脾臟系統（中上部），將其限制在脊柱下部（背側下部）。脾臟系統（中上部）的陽氣沒有損傷。
-
- SH71 **少陰人亡陽證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為全身發熱、軀體疼痛（包括頭痛）和出汗。其可解釋為寒邪導致腎臟系統（下部）陽氣無法上升並連接到脾臟系統（中上部），將其限制於脊柱下部（背側下部），脾臟系統（中上部）的陽氣已經受損。
-
- SH72 **少陰人太陰證（TM1）**
- 一種證候，特徵為腹痛和腹瀉、軀體疼痛、焦慮，但無口乾。其可解釋為胃系統（前中上部）的溫氣受到大腸系統（前下部）的寒邪壓迫，儘管不會損傷脾臟系統（中上部）自身的陽氣。
-
- SH73 **少陰人少陰證（TM1）**
- 一種證候，其特徵為腹痛和腹瀉，並伴有口乾、頭痛、軀體疼痛和焦慮。其可以原因為大腸系統（前下部）的強烈寒邪引起的胃系統（前中上部）的溫氣受損。伴隨著脾臟系統（中上部）的陽氣損傷。

- SH74 **少陰人表裡俱病證（TM1）**
- 一種證候，其特徵有：表證包括全身發熱，頭痛，軀體疼痛;同時包括腹痛和腹瀉（腸躁）的裡證。其可解釋為腎臟系統（下部）的陽氣未能上升並連接到脾臟系統（中上部），同時胃系統（前中上部）中的溫氣受到寒邪的損害。
- SH7Y **其他特指的少陰人病證（TM1）**
- SH7Z **未特指的少陰人病證（TM1）**
- SH9Y **其他特指的四象醫學體質病證（TM1）**
- SH9Z **未特指的四象醫學體質病證（TM1）**
- SJ1Y **其他特指的傳統醫學證候（TM1）**
- SJ1Z **未特指的傳統醫學證候（TM1）**
- SJ3Y **其他特指的補充章節傳統醫學病證 - 模組一**
- SJ3Z **未特指的補充章節傳統醫學病證 - 模組一**

附錄四、 ICD-11時程規劃與目前中醫藥研究或臨床報告引用ICD-11報告

一、概述世界各國實施ICD-11之時程規劃，及回顧目前中醫藥研究或臨床報告，引用ICD-11之現況。

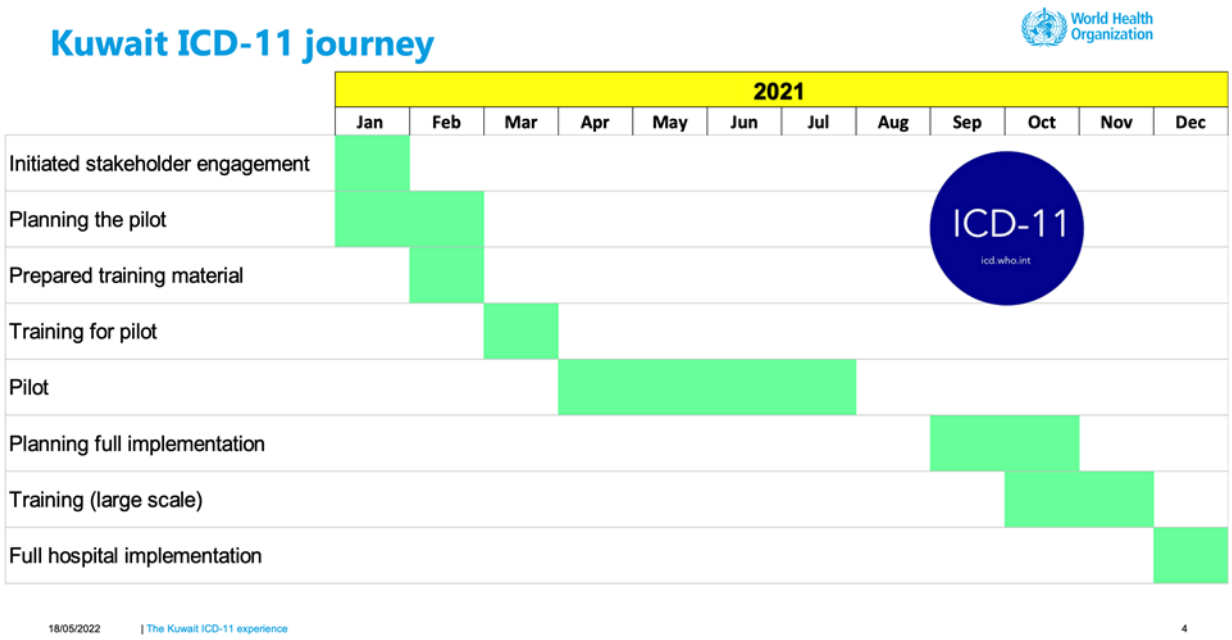
(一) 概述世界各國實施ICD-11之時程規劃

根據WHO官網資料[3]指出，目前共有35個國家正在使用ICD-11。ICD-11在這些國家目前被使用於死因（causes of death）、初級照護（primary care）、癌症註冊（cancer registration）、病人安全（patient safety）、皮膚病學（dermatology）、 疼痛文件（pain documentation）、過敏學（allergology），核銷（reimbursement）、臨床文件（clinical documentation）、世界衛生組織治療指引的資料庫（data dictionaries for WHO guidelines）、新型冠狀病毒疫苗施打狀況與結果的數位紀錄（digital documentation of COVID-19 vaccination status and test results）等。

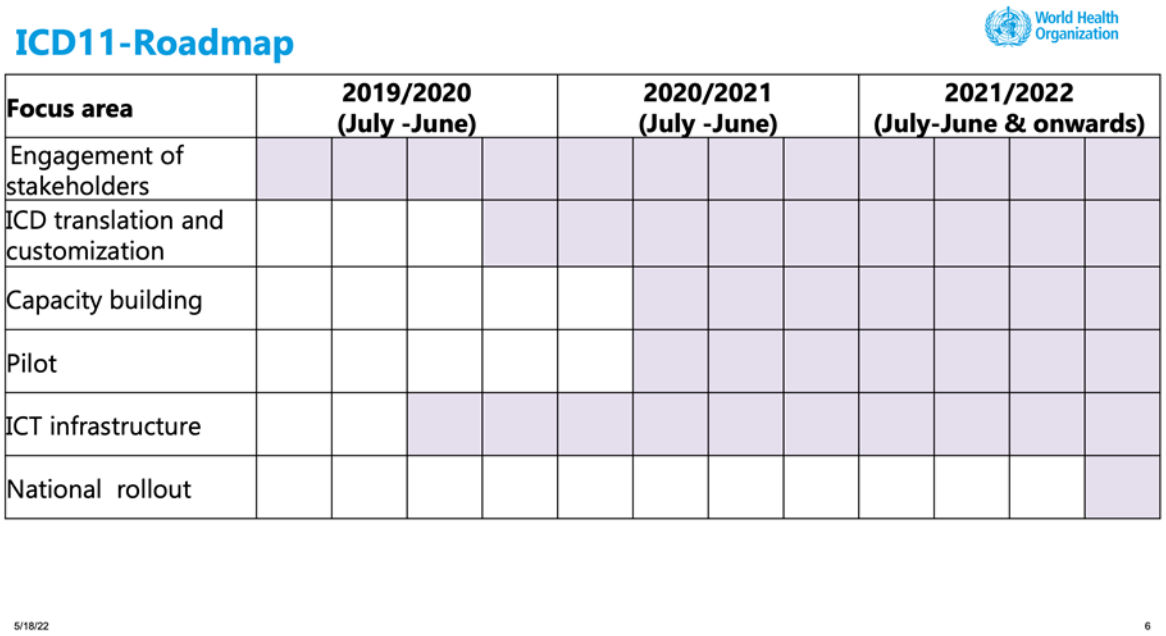
在2022年5月16日WHO舉辦的網路研討會“ICD-11 webinar on implementation strategy and country experiences”[4]中，邀請到科威特（Kuwait）與肯亞（Kenya）兩國學者分享其目前使用ICD-11之經驗。科威特學者分享其於2021年透過安裝編碼工具（coding tool）於醫院資訊系統而使用ICD-11進行發病率（morbidity）統計分析的經驗。科威特ICD-11實行進度之甘特圖如圖十。科威特學者於亦發表該經驗於國際期刊（International Journal of Environmental Research and Public Health）[5]。而肯亞則學者則分享該國運用ICD-11於死因編碼（cause of death coding）之經驗。肯亞ICD-11實行進度之甘特圖如圖十一。比較兩國發展ICD-11之歷程，可發現一開始皆是需要

經費挹注，整合相關人員（政府部門、醫師人員、資訊技術人員），將ICD-11翻譯為當地語言，建立數位化編碼系統，隨後進行前驅試驗，並舉行相關人員訓練，最後再正式實施。

2022年5月16日WHO舉辦的網路研討會“ICD-11 webinar on implementation strategy and country experiences”網址：https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/05/16/default-calendar/webinar-on-icd-11-implementation-strategy-and-country-experiences



圖十、科威特ICD-11實行進度之甘特圖[6]



圖十一、肯亞ICD-11實行進度之甘特圖[7]

(二) 回顧目前中醫藥研究或臨床報告，引用ICD-11之現況

隨著ICD-11傳統醫學章節的制定，提供標準化的中醫證型與中醫疾病編碼，較容易進行統計分析與療效評估。而崔昇勳教授也提出目前ICD-11傳統醫學章節的中醫證型和中醫疾病編碼都還不足夠，未來可以在此基礎下繼續增加更完整的編碼[10]。

1. Organization, W.H., *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions-Module I.*
2. Choi, S.H. and I.M. Chang, *A Milestone in Codifying the Wisdom of Traditional Oriental Medicine: TCM, Kampo, TKM, TVM-WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region.* Evid Based Complement Alternat Med, 2010. **7**（3）: p. 303-5.
3. Organization, W.H., *ICD-11 2022 release.* https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release.
4. *ICD-11 webinar on implementation strategy and country experiences.* p.

https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/05/16/default-calendar/webinar-on-icd-11-implementation-strategy-and-country-experiences.

5. Ibrahim, I., et al., *ICD-11 Morbidity Pilot in Kuwait: Methodology and Lessons Learned for Future Implementation.* Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**（5）.
6. *Country experiences in ICD-11 implementation:in morbidity coding*（*Kuwait*）p. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/cat-webinars/icd-11-implementation-strategy-and-country-experiences/icd-11-country-experiences_morbidity_kuwait.pdf?sfvrsn=d42510ab_1.
7. *Country experiences in ICD-11 implementation:in cause of death coding*（*Kenya*）. p. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/cat-webinars/icd-11-implementation-strategy-and-country-experiences/who-country_exp_mortalty_kenya_final.pdf?sfvrsn=ac364306_1.
8. Wu, X., et al., *Relationship Between Conventional Medicine Chapters in ICD-10 and Kampo Pattern Diagnosis: A Cross-Sectional Study.* Front Pharmacol, 2021. **12**: p. 751403.
9. Choi, S.H., *A digital application for implementing the ICD-11 traditional medicine chapter.* J Integr Med, 2020. **18**（6）: p. 455-458.
10. Choi, S.H., *A Proposed Revision of the International Classification of Diseases, 11th Revision, Chapter 26.* Integr Cancer Ther, 2020. **19**: p. 1534735420908334.

附錄五

附錄五、衛生福利部委託計畫「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」

結論及建議報告書

國際疾病分類第11 版（The 11th edition of the International Classification of Diseases; ICD-11），是聯合國世界衛生組織WHO 制定的第十一版國際疾病分類。ICD-11 於2019 年5月舉行的世界衛生大會 WHA 通過，並於2022年1 月 1 日開始生效。新版的ICD-11 對先前ICD-10 版本的進行大幅度改進。它反映了科學和醫學的重大進步，使分類與疾病治療和預防的最新知識保持一致。

本計畫於本年度執行結果，已完成中醫章節（Chapter 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I）診斷編碼之中譯本等文件，並辦理1場專家座談會，邀請2位ICD-11 相關國際專家學者分享經驗及理念。

在 ICD-11對於中醫醫學教育影響的部份，未來ICD-11的傳統醫學章節如果真的推行，急需培養種子教師、透過ICD-11傳統醫學章節的標準化、學院教育、負責醫師訓練、未來專科醫師訓練使中醫師在病歷書寫、申報診斷碼時更加精確。

在 ICD-11對於中醫藥管理制度影響的部分，目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名，是否之後中醫要改成申報ICD-11的中醫診斷碼，以利中醫診斷碼的相關統計分析，是一件很重要的事情。另外是中西醫需充分溝通解決對接的問題，若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分需要思考是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報等。

在 ICD-11對於中醫醫療及照護影響的部分，目前ICD-11傳統醫學章節

的證型都是很典型的，但是在臨床上看到的患者常常是混合型（Mixed type）或是非典型（atypical type），建議同時選數個中醫證（pattern）和中醫的病名（disorder），可以讓醫師選例如最多兩個主診斷碼，包含中醫的證（pattern）和中醫的病名（disorder），其餘的當次級診斷碼。這樣未來進行研究時，有助於資料統計、歸納。然而目前ICD-11 的傳統醫學章節只有一百多個診斷碼，建議可以ICD-11的中醫藥章節為基礎進行擴張再多一點證型的診斷碼。

在ICD-11對於中醫藥研究發展影響部份，未來如果等ICD-11傳統醫學章節標準化後，中醫運用其中醫診斷碼進行相關研究，更容易被認可，其研究成果可期。未來甚至可以運用機器學習（machine learning）與人工智慧（AI）來預測疾病的預後。

在 ICD-11對於中醫藥之國際合作交流影響的部份，多國多中心的臨床試驗需要有共同的診斷標準，才會有共同的臨床指引，ICD-11傳統醫學章節提供了很好的標準化平台。

在 ICD-11對於中醫藥產業之國際接軌影響的部份，國際上的交流溝通可以使用ICD-11傳統醫學章節的診斷術語作為標準化的共同語言。台灣的科學中藥的適應證和功效，未來可運用ICD-11傳統醫學章節的診斷碼來寫適應證，有助於推行到國際。

在 ICD-11對於全民健保或醫療保險影響的部份，目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名與中醫證型，之後若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分需要思考是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報。

附錄六、評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議專家座談會會議記錄

- 開會時間:111 年 10 月 31 日（星期一）上午 9:00-12:30
- 開會地點:張榮發基金會國際會議中心803會議室
- 主持人:顏計畫主持人宏融
- 出席專家:

  渡邊○○、崔○○、黃○○、張○○、林○○、楊○○、黃○○、吳○○、蘇○○、陳○○、洪○○、陳○○、黃○○、黃○○、何○○、黃○○、張○○、張○○、張○○、馬○○、李○○、江○○、莊○○、李○○、高○○（職稱略）
- 計畫人員：何○○
- 會議記錄:

  壹、 主席致詞（略）

  貳、 專題演講（略）

  參、 討論事項

  一、ICD-11對於中醫醫學教育的影響。

  (一)台灣的中醫學生，需要學中醫和西醫。中醫師申報ICD-9或ICD-10也是申報西醫病名碼。ICD-11的傳統醫學章節如果真的推行，未來教育也會納入這部分。

  (二)透過ICD-11傳統醫學章節的標準化、學院教育、負責醫師訓練、未來專科醫師訓練使中醫師在病歷書寫、申報診斷碼時更加精確。

二、ICD-11對於中醫藥管理制度的影響。

(一)韓國已有KCD-5、KCD-7，可供台灣借鏡。

(二)ICD-11是一個共同的平台，各國可以在ICD-11的基礎下，各自發展自己國家的疾病分類。

(三)目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名，是否之後中醫要改成申報ICD-11的中醫診斷碼，以利中醫診斷碼的相關統計分析？茲事體大。過去ICD-9轉移到ICD-10的過程，經過許多訓練，包含種子教師培訓等。另外是對接的問題，中西醫需充分溝通。若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-11的中醫診斷碼申報？都需要思考。

三、ICD-11對於中醫醫療及照護的影響。

(一)比較有問題是臨床。剛剛看到ICD-11傳統醫學章節的證型都是很典型的，但是在臨床上看到的患者常常是混合（Mixed type）或是不典型的（atypical type），這樣的情況下要如何申報病名？如何呈現複雜的中醫辨證論治？

(二)可以同時選數個中醫證（pattern）和中醫的病名（disorder）。西醫也常常給患者同時下很多個疾病診斷碼。如果要能比較好做研究，可以讓醫師選例如最多兩個主診斷碼，包含中醫的證（pattern）和中醫的病名（disorder），其餘的當次級診斷碼。

(三)ICD-11的傳統醫學章節只有一百多個診斷碼，崔教授認為還

不夠，應該要再多一點pattern，可以以ICD-11的中醫藥章節為基礎進行擴張。

(四) 台灣的資訊科技產業很發達，舉例而言，如果在黃疸（jaundice）病名診斷的同時，系統可以內建「肝經濕熱」或「肝火上炎」等中醫證型（pattern）的項目（item）供臨床醫師點選，可以使診斷更精確，臨床醫師在輸入ICD-11診斷碼時也比較輕鬆，不會覺得過於繁瑣。

(五) 如何對接中醫的病名（disorder）與西醫的病名？可能可以考慮設定系統，使得輸入一個中醫的病名（disorder）例如「消渴」之後，系統後面可以有西醫的病名例如“type1 DM”、“type2 DM”的選項。

(六) 中醫病名和西醫病名有相關、重疊（overlapping），但不完全等於。中國有使用中醫病名。日本、韓國沒有使用中醫病名（disorder），只有使用中醫證型（pattern）。

(七)（崔教授）有三個部分：中醫病名、中醫證型、西醫病名。崔教授認為至少要有西醫病名和中醫證型這兩項。中醫病名不夠完美。

(八) 未來如果使用ICD-11，中醫師在申報時是否要同時輸入中醫病名（disorder）、中醫證型（pattern）、西醫病名這三項？可以再思考討論。

(九) 中醫的病（disorder）和西醫的病不太對等。可以用兩個診斷碼：西醫病名和中醫證型，可以體現出中醫臨床的思路和特色，未來做臨床試驗也較方便。

(十)統計上當然會越精準越好,但對於臨床醫師來說輸入第一層、第二層……太多層其實不太方便。例如目前ICD-10有CM和PCS,ICD-10診斷碼七個碼中,前四個較後三個重要,例如手受傷是被什麼球打到有不同的診斷碼。要從一萬七千多個診斷碼中找到一個來用其實有困難。在醫療照護上就會影響到疾病編碼的準確性。

四、ICD-11對於中醫藥研究發展的影響。

(一)實證研究必須定量,疼痛、生活品質都需要半定量化。傳統中醫的「證」(pattern)亦須定量。

(二)研究上也要去考慮如何精準的下診斷碼,在實證醫學分析上也能更精準,例如可進行更精準的某一疾病的某一證型用某中藥方來治療的療效評估。這樣才能讓資料庫分析出來的結果是精準的。

(三)統計和臨床有時是不同的。統計需要越簡單越明確越好,臨床上是越複雜越能完整呈現,因為人體很複雜,常常一個人身上會同時有很多pattern。例如如果我們同時給一個患者下好幾個pattern的診斷,臨床醫師認為較能完整呈現,但在統計分析上則會不好分析。

(四)ICD-11傳統醫藥章節對全球傳統醫藥發展很重要。臨床研究需要操作型定義,但是如果等完成操作型定義再來做ICD-11太遲。必須先有ICD-11,進行術語學(terminology)的標準化(standardization),進到臨床研究,同時也必須從Real World

Data，藉由人工智慧（AI）的協助，回饋。

(五)具有信度、效度的診斷標準化不容易，需要花很多年時間。

(六)診斷的一致性很重要，在前驅測試中，ICD-11傳統醫學章節的診斷碼由於很典型，一致性很高。接下來可以運用機器學習（machine learning）與人工智慧（AI）來預測疾病的預後。

(七)ICD-11傳統醫學章節是中醫研究未來的希望。過去西醫用標準化的診斷碼，發表了許多相關研究。未來如果等ICD-11傳統醫學章節標準化後，中醫運用其中醫診斷碼進行相關研究，由於有標準化，更容易被認可，研究成果可期。

(八)ICD-11傳統醫學章節內容是初步的版本（primary edition），術語、病（disorder）、證（pattern）數量都不太夠。目前當作學術的材料即可。

五、ICD-11對於中醫藥之國際合作交流的影響。

(一)國際合作交流很重要的是術語要標準化，ICD-11傳統醫學章節提供了很好的標準化平台。

(二)模組二會有阿育吠陀醫學等其他傳統醫學。

(三)多國多中心的臨床試驗需要有共同的診斷標準，才會有共同的臨床指引。共同的資料庫可以去做連結與分析，需要有統一標準化的術語。

六、ICD-11對於中醫藥產業之國際接軌的影響。

(一)國際上的交流溝通可以使用ICD-11傳統醫學章節的診斷術語

作為標準化的共同語言。

(二)目前台灣的科學中藥的適應證和功效都是寫傳統中醫的術語。要推展到國際化，需要符合國際規範。ICD-11傳統醫學章節為WHO制定，具有國際公信力。未來可運用ICD-11傳統醫學章節的診斷碼來寫適應證，有助於推行到國際。

(三)除了適應證和功效術語的標準化之外，中醫藥物的品質控管也需注意。

(四)也要思考中藥方的適應證（indication）書寫內容。例如清冠一號（NRICM101）目前適應證是「外感時疫」，如果只用COVID-19。有點限縮，可能會被認為未來等COVID-19過了之後就不能用。但如果適應證是寫「外感時疫」，則需思考傳到國際上，外國人是否能理解何謂「外感時疫」？

七、ICD-11對於全民健保或醫療保險的影響。

(一)主要以中醫服務和預算的規劃為主。ICD-11傳統醫學章節目前仍為初步版本，台灣也可以整合過去健保資料庫ICD-10等發展台灣版本的疾病分類。

(二)中醫主要以門診較多。健保署、台灣病歷管理學會專家會一同參與此計畫，評估後續ICD-11傳統醫學章節對於全民健保或醫療保險的影響。

(三)目前台灣中醫是使用ICD-10申報，隨著ICD-11裡面有中醫病名與中醫證型，之後若中醫師想改成申報ICD-11的中醫診斷碼，政府部分是否有相關配套措施，例如設立專門預算給ICD-

附錄六

11的中醫診斷碼申報？都需要思考。

肆、 臨時動議

伍、 散會

陸、 會議照片













附錄七

附錄七、「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會與會人員名單

序號	專家	單位	職稱	所屬領域	出席方式	備註
1.	黃○○	台灣中醫醫學教育學會	秘書長	中醫醫學教育	視訊	
2.	張○○	中國醫藥大學學士後中醫系	主任	中醫醫學教育	視訊	
3.	楊○○	長庚大學中醫學系	主任	中醫醫學教育	視訊	
4.	林○○	慈濟大學學士後中醫學系	主任	中醫醫學教育	視訊	
5.	吳○○	國家科學暨技術委員會藥學暨中醫藥學學門	召集人	中醫藥研究發展	視訊	
6.	黃○○	長庚醫療體系	中醫召集人	中醫醫療及照護/臨床醫療應用	視訊	
7.	洪○○	中華民國中醫內科醫學會	理事長	中醫醫療及照護/臨床醫療應用	視訊	
8.	陳○○	中華民國中醫婦科醫學會	理事長	中醫醫療及照護/臨床醫療應用	視訊	
9.	黃○○	中華民國中醫傷科醫學會	理事長	中醫醫療及照護/臨床醫療應用	視訊	
10.	黃○○	中華針灸醫學會	理事	中醫醫療及照護/臨床醫療應用	視訊	代理李○○理事長出席
11.	張○○	中藥全球化聯盟總會	副會長	中醫藥之國際合作交流	視訊	
12.	馬○○	中國醫藥大學中醫學院國際針灸碩士學位學程	副主任	中醫藥之國際合作交流	視訊	

序號	專家	單位	職稱	所屬領域	出席方式	備註
13.	江○○	莊松榮製藥廠	經理	中醫藥產業之國際接軌	視訊	代理莊○○總經理出席
14.	高○○	台灣病歷管理學會	疾病分類委員會召集人	全民健保或醫療保險	視訊	
1.	何○○	花蓮慈濟醫院	副院長	中醫醫療及照護/臨床醫療應用	實體	
2.	何○○	台灣基層中醫師協會	理事長	計畫相關	實體	
3.	張○○	中國醫藥大學中國藥學暨中藥資源學系	主任	中醫藥之國際合作交流	實體	
4.	張○○	中藥全球化聯盟台灣分會	秘書長	中醫藥之國際合作交流	實體	
5.	李○○	勝昌製藥廠	總經理	中醫藥產業之國際接軌	實體	
6.	莊○○	順天堂藥廠	總經理	中醫藥產業之國際接軌	實體	
7.	蘇○○	國家中醫藥研究所	所長	中醫藥研究發展	實體	
8.	黃○○	中醫藥司	司長	中醫藥管理制度	實體	
9.	林○○	中醫藥司	簡任技正	中醫藥管理制度	實體	
10.	謝○○	中醫藥司	科長	中醫藥管理制度	實體	
11.	陳○○	中醫藥司	科員	中醫藥管理制度	實體	
12.	劉○○	中醫藥司	約聘高級研究員	中醫藥管理制度	實體	
13.	蘇○○	中醫藥司	駐點人員	中醫藥管理制度	實體	
14.	顏宏融	中國醫藥大學中醫學院	院長	計畫主持人	實體	

附錄八、「評估國際疾病分類第11版（ICD-11）對中醫藥發展之影響及策略建議」專家座談會會議手冊。

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000410

中醫藥衛生教育知識傳遞及成效評估計畫

陳博淵
中華民國中醫師公會全國聯合會

摘　要

研究目的：

本計畫的目標為加強社會大眾快速獲得中醫藥衛生教育知識，建立正確中醫藥觀念，將中醫藥知識與觀念藉由在地推廣發揚光大，期盼提升國人對中醫藥之認識，有效落實衛生福利部為民眾健康把關的政策。臺灣為中西醫療並行的多元化醫療環境，近年隨著養生保健觀念盛行，民眾對於中醫藥的需求增加，而中西醫合療、社區長照服務之介入，更提升了中醫藥資源的可近性。為普及中醫藥相關保健知識，進一步強化民眾對中醫藥的正確認知，從生活中建立正確之中醫藥觀念，利用多元推廣策略，以國中小學生、一般民眾及中老年人族群為對象，憑藉相關教材的設立與應用，深入校園、社區等不同場域辦理衛生教育活動，並強化執行成效評估，以提升國人中醫藥衛生教育知能。

研究方法：

藉由與 5 家衛生教育資源中心合作，辦理各項中醫藥衛生講座課程，透過 5 家衛生教育資源中心、各縣市中醫師公會、今周刊、山佳國小等單位舉辦課程，並串聯地方衛生局、中醫醫療院所、社區藥局、中藥房及學校等場域結盟，全面提升民眾中醫藥正確認知，並提供多元化的講座課程內容。

結果與討論：

本計畫為了符合各族群需求致力發展其具特色的衛教活動，舉辦種子講師培訓營，共計 135 位(含中醫師 125 位、西醫師 2 位、藥師 6 位、護理

師 1 位)參與，提供全國足夠的師資培訓人力；透過種子講師舉辦其衛教活動蒐集民眾、小學生調查問卷，今年度共蒐集 1,434 份問卷，初步分析民眾經由中醫藥衛生教育後前測、後測的數值有明顯增加，足見民眾經由知識傳遞後，有改變原先的認知，未來應持續辦理中醫藥衛生教育活動，除了持續深入社區、國中小學外，可納入安養機構、日間長照中心等，搭配最新防疫新生活概念，提供民眾最新的課程及全新的養生保健觀念。

關鍵詞：中醫藥保健；中醫藥；中藥；養生保健；衛生教育

計畫編號：MOHW111-CMAP-M-114-000410

Expansive Promotion and Effectiveness Evaluation of Traditional Chinese Medicine Health Education

CHEN,PO-YUAN
Taiwan Chinese Medical Association(T.C.M.A)

ABSTRACT

Aim:

The goal of this project is for the public to acquire knowledge of Chinese medicine and health education, establish correct concepts of Chinese medicine, and carry forward the knowledge and concepts of Chinese medicine through local promotion.

Taiwan is a diversified medical environment that combines Chinese and Western medicine.In recent years, with the popularity of the concept of health care,The public's demand for traditional Chinese medicine has increased,The combination of traditional Chinese and Western medicine, involvement of community long-term care services, also improves the accessibility of traditional Chinese medicine resources.

In order to popularize the health care knowledge related to traditional Chinese medicine and further educate the public on the correct knowledge of traditional Chinese medicine.Targeting primary and secondary school students, the general public, and the middle-aged and elderly groups, with the establishment and application of relevant teaching materials, it conducts health education activities in different fields such as campuses and communities, and

strengthens implementation effectiveness evaluation to improve the public's knowledge of traditional Chinese medicine and health education.

Method:

By cooperating with five health education resource centers, we conduct various Chinese medicine and health lecture courses. Through 5 health education resource centers, Chinese Medical Associations in counties and cities, Business Today, Shanjia Elementary School, etc., and connected with The Health Bureau of localities, traditional Chinese medical institutions, community pharmacies, traditional Chinese medical pharmacies, and schools , we are able to comprehensively enhance the correct knowledge of Chinese medicine among the public and provide diversified lecture course contents.

Results & Discussion:

In order to meet the needs of various groups, this project is committed to developing its distinctive health education activities, and organizing seeded lecturer training camps, with a total of 135 participants (including 125 Chinese medicine practitioners, 2 Western physicians, 6 pharmacists, and a nurse) to provide sufficient lecturer training manpower nationwide.

Through the health education activities held by seed lecturers, questionnaires were collected from the public and elementary school students. Up to now, 1434 questionnaires have been collected. Preliminary analysis shows that the values of the pre-test and post-test have increased significantly, after the public have been passed the health education of traditional Chinese medicine. The increase shows that the public have changed their original cognition after the knowledge was passed on. In the future, we should continue to carry out health education activities on traditional Chinese medicine. In addition to continuing to go deep into communities, junior high schools and primary schools, these activities with the latest epidemic prevention, providing the public

with the latest courses and a new concept of health care can be included in nursing institutions, day long-term care centers, etc.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; Chinese medicine; traditional Chinese medicine; health care; health education

壹、 前言

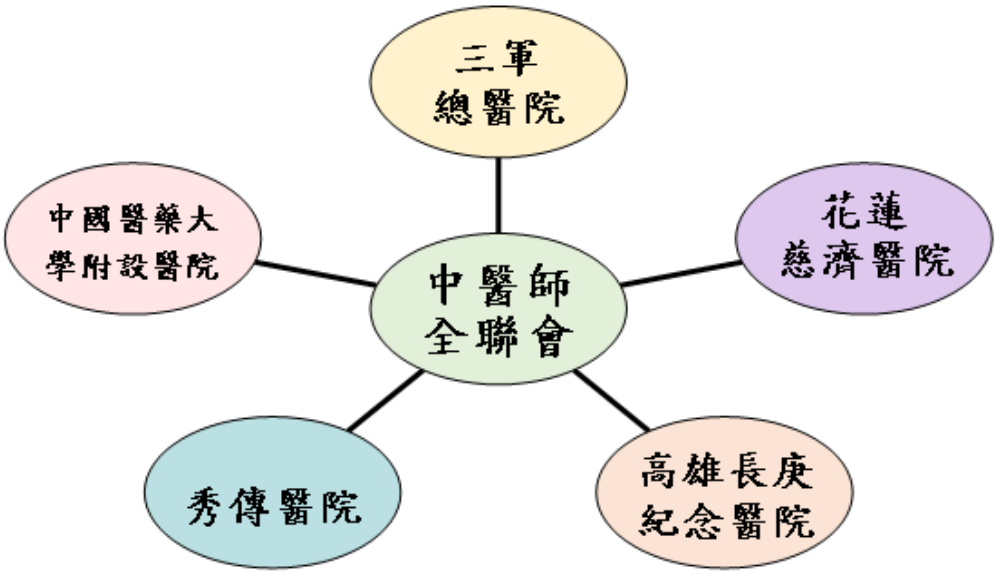
隨著養生保健觀念盛行，民眾對於中醫藥的需求增加，而中西醫合療、社區長照服務之介入，更提升了中醫藥資源的可近性。為普及中醫藥相關保健知識，進一步強化民眾對中醫藥的正確認知，從生活中建立正確之中醫藥觀念，利用多元推廣策略，以國中小學生、一般民眾及中老年人族群為對象，深入校園、社區等不同場域辦理衛生教育活動，並強化執行成效評估，以提升國人中醫藥衛生教育知能。

本計畫已於衛生福利部推廣多年，早年推廣安全中藥使用「停看聽選用」至現在的「近視、鼻過敏、中藥用藥安全」為主軸項目宣導，隨著COVID-19 肆虐全球，民眾健康養生保健意識更加重視，今年號召全國中醫師公會、其他機構共同舉辦擴大推廣衛生教育活動，採用深入社區、長照據點等方式去宣導，期盼強化民眾中醫藥知識，並將民眾回饋資料加以分析，以檢討並改進宣導方式，期盼透過此計畫能讓民眾增進中醫藥衛生教育知識與認知。

貳、 材料與方法

一、輔導至少 5 家衛生教育資源中心，與地方衛生局、中醫醫療院所、社區藥局、中藥房及學校等場域結盟，共同規劃合作策略及推展中醫藥衛生教育，全面提升民眾中醫藥正確認知（資源中心名單須經本部同意）。

將挑選 109 年主要北、中、南、東分 4 區共計 5 家衛生教育資源中心先行輔導，並且結合地方衛生局、中醫醫療院所、社區藥局、中藥房及學校等場域設立結盟，先行提供各資源中心用藥安全、近視、鼻過敏等相關教材，共同討論規劃合作策略及推展中醫藥衛生教育，以達到提升民眾中醫藥正確知識。



二、邀集或聘請中醫、中藥、衛生教育、統計學及公共衛生等各領域專家、學者或實務工作者，召開專家會議至少 1 場(專家名單無需於計畫書內載明)，針對公版衛生教育教案之修訂、核心衛教主軸之檢討、中醫藥衛生教育需求，以及成效評估機制等議題進行研議。

聘請中醫、中藥、衛生教育、統計學及公共衛生等各領域專家、學者，並且於今年中召開專家會議 1 場，針對衛生教育教案之修訂、核心衛教主軸之檢討、中醫藥衛生教育需求、成效評估機制、並且討論加入中醫元素之護眼操、護鼻操、中醫藥嘉年華會活動等進行討論並確認相關事宜。

三、辦理至少 1 場衛生教育資源中心共識會議，討論執行方向與重點，建立執行共識與提升作業品質。

邀請各界專家學者共同辦理 1 場衛生教育資源中心共識會議，討論今年度執行方向與重點，提議加入中醫元素，使養生保健衛教更加多元化及趣味性，並且建立執行共識及提升作業品質的相關事宜。

四、結合衛生教育資源中心共同辦理至少 1 場種子師資培訓課程，可納入結盟單位人力進行培訓，並建置種子師資資料庫，彙整提報培訓成效評估(含需求、認知調查及前、後測結果分析)及師資應用擴散成效情形。

各縣市中醫師公會搭配衛生教育資源中心共同於辦理 1 場種子師資培訓課程，建置種子師資資料庫，彙整提報種子師資參與人數、並且持續彙整培訓成效成果，使用問卷方式蒐集種子講師需求、認知調查及前、後側結果進行分析，使師資培訓更加完備且專業，但須培養種子講師採用較為淺顯易懂的方式進行教學，讓民眾能以最快速、最簡單的方式了解中醫藥用藥安全等相關中醫知識。

五、依各族群需求辦理中醫藥衛生教育活動，整合中醫醫療院所、社區基層醫療單位、社區藥局、中藥房及學校資源，於社區、職場及學校等不同場域辦理至少 40 場實體或線上衛教活動。

依照各年齡族群不同，設計且辦理不同的中醫藥衛生教育活動，將中醫醫療院所、社區基層診所、社區藥局、中藥房及學校等，於社區、職場及學校等不同場域辦理實體或線上衛教活動，並且結合里鄰區、社區長照安養護中心、大專院校國高中小學、安親補習班等場域，深入校園及搭配課程進行相關中醫藥用藥安全、護眼操(防止近視)、護鼻操(鼻過敏)衛教，藉此防疫期間提供更加全面化的中醫藥養生保健知識。

表 1：下半年度預計場次

開課項目	開課場次
中醫嘉年華會	3 場
今周刊講座	1 場
推動原鄉部落：巡迴座談	2-3 場
中醫養生講座	14 場
衛教中心養生講座	5 家各辦 2 場
校園中醫藥宣導	9 場
總計	39-41 場

六、實地參與各衛教資源中心衛教相關活動，協助各資源中心發展在地化衛生教育特色並呈現永續發展推廣策略及效益。

派員實際參與或線上參與各衛教資源中心衛教相關活動，並且協助資源中心發展在地化衛生教育特色，搭配各縣市公會特色，持續提供中醫師全聯會相關資源，得以呈現永續發展推廣策略及效益。

七、各衛教資源中心以辦理之特色衛教活動為主軸，皆至少發布 1 則新聞稿、活動特輯或活動花絮等公開訊息，以擴大推廣成效。

以資源中心辦理特色衛教活動為主軸，將於中醫師全聯會官方網站、臉書、中醫會訊、中醫師全聯會 APP 等通路，發布至少 1 則新聞稿、活動特輯或活動花絮等公開訊息，以擴大推廣成效及成果。

八、 辦理 1 場成果發表暨交流討論會，加強各中心執行成果及意見交流分享，並彙整 1 支各中心年度辦理衛教活動之成果影片，展現計畫推廣成果並供各中心應用。

於年底前辦理 1 場成果發表暨交流討論會，加強各中心執行成果及意見交流分享，彙整 1 支各中心年度辦理衛教活動之成果影片，並於成果發表暨交流討論會中發布，展現計畫推廣成果並提供給各資源中心應用。

九、期末完成計畫效益評估，評量衛生教育活動效益值(含中醫藥衛生教育需求調查、認知調查、前、後測結果分析、知識認知提升比率、參加人次、性別分析、滿意度等質性及量性評值資料，並請於計畫書中敘明評估方式)。

預計設計 google 問卷，使用 QR 碼給民眾掃描，並且協助民眾進行衛教填寫，內容包含中醫藥需求、相關衛教知識、講師及活動滿意度等，將資料蒐集後進行教育需求調查、認知調查、前、後測結果分析、知識認知提升比率、參加人次、性別分析、滿意度等質性及量性的統計評比，並持續性的於後續的活動中進行調整。

參、 結果

一、輔導至少 5 家衛生教育資源中心，與地方衛生局、中醫醫療院所、社區藥局、中藥房及學校等場域結盟，共同規劃合作策略及推展中醫藥衛生教育，全面提升民眾中醫藥正確認知。

自 6 月 14 日完成議價後，本會積極與去年度承辦單位(中國醫藥大學附設醫院)了解計畫之緣由及往年計畫執行狀況，並且與三軍總醫院、中國醫藥大學附設醫院、秀傳醫院、高雄長庚紀念醫院、花蓮慈濟醫院共同合作，並且搭配各縣市中醫師公會、六分區中醫社區及長期照護服務網絡計畫主持人，納入衛生教育資源中心之中醫科部、中藥科局，未來將以全新形式模擬更多元的網絡。

於 111 年 8 月 7 日中醫師全聯會首次結合玉山銀行、各縣市中醫師公會、衛生教育中心共同舉辦「中醫嘉年華會」，並且當天邀請衛生福利部長官共襄盛舉，將近視(中醫護眼操)、鼻過敏(中醫護鼻操)、中藥用藥安全(認識中草藥)帶入嘉年華會，使民眾除了學習中醫相關知識之外，針對本計畫重點宣導也注入更多的心力去教學，現場有中醫師親自教導正確保健知識，並且帶著民眾一同動動手、動動腳進行護鼻、護眼操，針對藥物交互不良作用給予正確的知識與觀念。

表 3：111 年度中醫藥資源中心名單

111 年度資源中心名單		
	中心名稱	聯絡窗口
1	三軍總醫院	廖◯◯藥師
		林◯◯醫師
2	中國醫藥大學附設醫院	賴◯◯副院長
		蔡◯◯主任
3	秀傳醫院	呂◯◯主任
4	高雄長庚醫院	胡◯◯副主任

		郭○○組長(藥師)
5	花蓮慈濟醫院	何○○副院長

二、邀集或聘請中醫、中藥、衛生教育、統計學及公共衛生等各領域專家、學者或實務工作者，召開專家會議至少 1 場(專家名單無需於計畫書內載明)，針對公版衛生教育教案之修訂、核心衛教主軸之檢討、中醫藥衛生教育需求，以及成效評估機制等議題進行研議。

邀請五家衛生教育資源中心之中醫科部中醫師、中藥局藥師、各縣市中醫師公會六大區主任委員及六分區建立中醫社區居家照護網絡計畫計畫主持人、臺中教育大學美術學系及心理學系教授等召開專家會議，並且針對今年度公版衛生教育教案之修訂、核心衛教主軸之檢討、中醫藥衛生教育需求，以及成效評估機制進行討論，初步討論今年主力推廣近視、鼻過敏、中藥認識及用藥安全等三大議題，並且針對鼻過敏問卷進行確認，將其問卷套用至 8 月 7 日中醫嘉年華會，藉由各專家不同的領域，期盼注入更不同的族群及多元化學習(詳見附錄 1)。

表 4：111 年 7 月 28 日專家共識會議實況

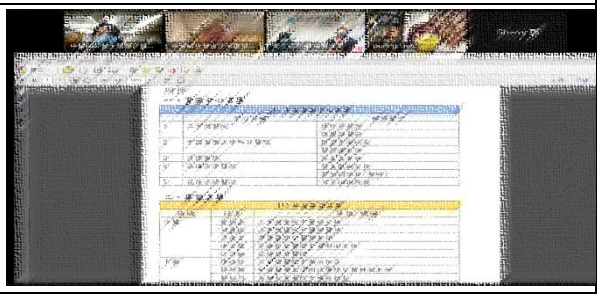
111 年 7 月 28 日專家共識會議(地點：視訊會議)	
	

表 5：111 年度中醫藥衛生教育專家名單

111 年度中醫藥衛生教育專家名單		
領域	姓名	單位/職稱
中醫	黃○○	三軍總醫院中醫部主任
	林○○	三軍總醫院中醫部醫師
	呂○○	秀傳醫院中醫部主任
	胡○○	高雄長庚醫院中醫部副主任
	何○○	花蓮慈濟醫院
中藥	廖○○	三軍總醫院中藥局組長
	蔡○○	中國醫藥大學附設醫院中藥科副主任
	郭○○	高雄長庚醫院中藥局組長
衛生教育與公共衛生領域	賴○○	中國醫藥大學附設醫院前副院長、台灣大學職業醫學研究所公共衛生博士
	許○○	國立臺中教育大學諮商與應用心理學助理教授
其他領域	林○○	台北市中醫師公會理事長
	詹○○	中執會台北區分會主委、新北市中醫師公會理事長
	傅○○	中執會北區分會主委、新竹縣中醫師公會名譽理事長
	蔡○○	中執會中區分會主委、大台中中醫師公會榮譽理事長
	彭○○	彰化縣中醫師公會理事長
	吳○○	中執會南區分會主委、嘉義縣中醫師公會理事長
	陳○○	中執會高屏區分會主委、高雄市中醫師公會理事長
	黃○○	中執會東區分會主委、花蓮縣中醫師公會理事長
	盧○○	國立臺中教育大學美術學系副教授

三、辦理至少 1 場衛生教育資源中心共識會議，討論執行方向與重點，建立執行共識與提升作業品質。

因本計畫取得正式標案時間為 6 月 14 日，適逢疫情嚴峻，各衛生資源教育中心皆忙於開立中醫藥衛教課程與 COVID-19 防疫、視訊診療，與各衛生資源教育中心達成共識，下半年完成 45 場中醫藥知識相關講座，且於 12 月 8 日召開衛生教育資源中心共識會議，進行執行面的困難、民眾問卷期望回饋課程，各家衛生教育資源中心皆反映課程順利流暢，惟問卷執行上有困難，各衛生教育資源中心反映問卷須再進行修正，尤其是問卷的問題過多，導致民眾在填寫時容易耐心度消失、問句部分使用反問法增加民眾理解困難、建議減少專業詞彙，長者及小學生對專業詞彙理解上較慢等，未來將以受教民眾端去調整，並將持續邀請國立臺中教育大學諮商與應用心理學系協助進行問卷調整。(詳見附錄 5)

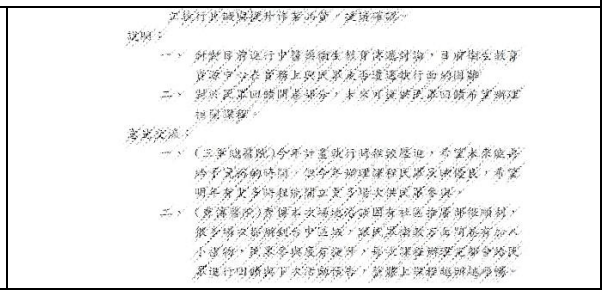
表 6：下半年度預計場次

開課項目	開課場次
中醫嘉年華會	3 場
今周刊講座	1 場
推動原鄉部落：巡迴座談	2-3 場
中醫養生講座	14 場
衛教中心養生講座	5 家各辦 2 場
校園中醫藥宣導	9 場
總計	39-41 場

表 7：下半年度預計開課單位及場次時程表

開課單位	場次	日期
中醫師全聯會	3	8/7
今周刊	1	9/18
山佳國小	9	11/18(4 場)、11/25(4 場)、12/14
三軍總醫院	5	11/3、11/10、11/16、11/23、11/30
中國醫藥大學附設醫院	2	11/8、11/22
彰化秀傳紀念醫院	4	10/26、10/26、10/12、11/9
高雄長庚紀念醫院	4	9/20、9/29、10/6、10/12
花蓮慈濟醫院	3	11/3、11/9、11/24
新世紀中醫診所	3	9/17、10/29、11/5
榮癸貞中醫診所	6	10/2、10/6、10/6、10/20、10/23、11/6
台東縣中醫師公會	1	9/18
總計	41	

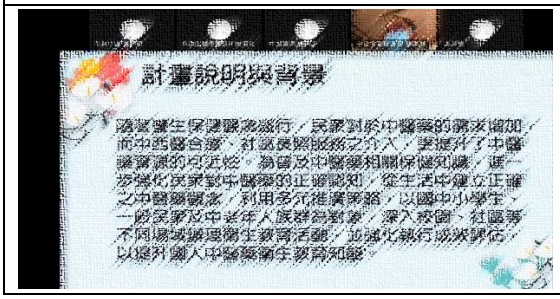
表 8：衛生教育資源中心共識會議實況

111 年 12 月 8 日衛生教育資源中心共識會議(地點：視訊會議)	
	

四、結合衛生教育資源中心共同辦理至少 1 場種子師資培訓課程，可納入結盟單位人力進行培訓，並建置種子師資資料庫，彙整提報培訓成效評估(含需求、認知調查及前、後測結果分析)及師資應用擴散成效情形。

各縣市中醫師公會搭配衛生教育資源中心共同於辦理 1 場種子師資培訓課程，建置種子師資資料庫，舉辦種子講師培訓營共計 135 位(含中醫師 125 位、西醫師 2 位、藥師 6 位、護理師 1 位)參與，提供全國足夠的師資培訓人力，並且持續彙整培訓成效成果，延後去年承辦單位的問卷去蒐集種子講師需求、進行前後測分析，發現種子講師皆具備基本的教學概念，以致問卷前後測差異不大，未來將會設計具有辨識度之問卷進行詢問，本次參與種子講師課程之中醫師比例極高、其次是藥師，在今年度的課程貢獻度上也以中醫師及藥師的貢獻最為明顯，開課次數也達 42 場(中醫嘉年華未納入種子講師)，性別部分分別是男性 52.3%、女性 47.7%，達到兩性平等、平均理想；服務單位也以醫院為 58.3%、診所 40.9%，僅少數是長照據點，本年度參與共計 135 位講師，有 27 位講師今年實際有開課教學，種子講師師資應用擴散比率為 20%，因本年度開課時間有限，計畫時間較為倉促執行，未來將持續增加中醫藥衛生教育場次，提升種子講師開課意願及授課熱忱。

表 9：111 年 9 月 11 日種子師資培訓課程實況

111 年 9 月 11 日種子師資培訓課程(地點：視訊會議)	
	

時　間	議　　程	主持人與報告人
09:30 - 09:50	報　　到	
09:50 - 10:00	主　席　致　詞	
10:00 - 10:25	中醫藥衛生教育課程說明	中醫師全聯會 陳博淵副秘書長
10:25 - 10:50	中醫藥問卷前後測及溝通技巧	中醫師全聯會 陳博淵副秘書長
10:50 - 11:15	中醫藥衛生教育 AR 導入教學	國立臺中教育大學 數位內容科技學系 吳[redacted]副教授
11:15 - 11:40	衛生教育經驗分享	三軍總醫院 廖[redacted]藥師
11:40 - 12:00	意見交流	
12:00	研習會結束	

表 10：種子講師培訓營參加訓練名單

編號	姓名	服務院所全稱	編號	姓名	服務院所全稱
1	蘇○○	三合貴中醫診所	69	吳○○	花蓮慈濟醫院
2	謝○○	三軍總醫院	70	施○○	施丞修中醫診所
3	林○○	三軍總醫院	71	簡○○	春易安中醫診所
4	許○○	三軍總醫院	72	李○○	柳營奇美醫院
5	廖○○	三軍總醫院	73	李○○	泉毓中醫診所
6	李○○	中國醫藥大學附設醫院	74	陳○○	高美中醫診所
7	蔡○○	中國醫藥大學附設醫院	75	黃○○	高雄長庚紀念醫院
8	廖○○	中國醫藥大學附設醫院	76	劉○○	高雄長庚紀念醫院
9	林○○	中國醫藥大學附設醫院	77	吳○○	高雄長庚紀念醫院
10	高○○	中國醫藥大學附設醫院	78	鍾○○	高雄長庚紀念醫院
11	陳○○	中義中醫診所	79	施○○	高雄長庚紀念醫院
12	潘○○	內壢仁心堂中醫診所	80	高○○	高雄長庚紀念醫院
13	陳○○	天乙中醫診所	81	呂○○	高雄長庚紀念醫院
14	楊○○	太丞醫家中醫診所	82	郭○○	高雄長庚紀念醫院
15	蔡○○	太丞醫家中醫診所	83	胡○○	高雄長庚紀念醫院
16	陳○○	太丞醫家中醫診所	84	郭○○	高雄長庚紀念醫院
17	許○○	太丞醫家中醫診所	85	林○○	高雄榮民總醫院
18	廖○○	太丞醫家中醫診所	86	葉○○	高雄榮民總醫院屏東分院
19	葉○○	太丞醫家中醫診所	87	楊○○	高雄榮民總醫院屏東分院
20	曾○○	心保泰中醫診所	88	蔣○○	高雄榮民總醫院臺南分院
21	彭○○	心保泰中醫診所	89	劉○○	國輝中醫診所
22	蔡○○	心保泰中醫診所	90	謝○○	國輝中醫診所

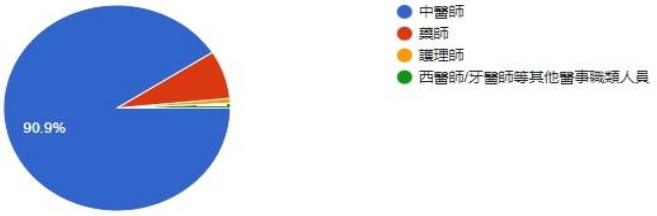
23	王○○	台北慈濟醫院	91	張○○	崇心中醫診所
24	陳○○	台北慈濟醫院	92	黃○○	崇學馬光中醫診所
25	林○○	台北慈濟醫院	93	張○○	張倩華中醫診所
26	鮑○○	台北慈濟醫院	94	邱○○	圓巧宗中醫診所
27	黃○○	台東基督教醫院	95	徐○○	新世紀中醫診所
28	黃○○	台東基督教醫院	96	翁○○	新世紀中醫診所
29	陳○○	永康回春中醫診所	97	郭○○	新世紀中醫診所
30	王○○	先進診所	98	周○○	新世紀中醫診所
31	曹○○	合安中醫診所	99	徐○○	新世紀中醫診所
32	劉○○	同和堂中醫診所	100	羅○○	新世紀中醫診所
33	邢○○	同和堂中醫診所	101	古○○	新世紀中醫診所
34	傅○○	安興中醫診所	102	朱○○	嘉德中醫診所
35	王○○	江瑞庭中醫診所	103	黃○○	嘉德中醫診所
36	梁○○	江瑞庭中醫診所	104	連○○	彰化秀傳紀念醫院
37	王○○	佑生中醫診所	105	王○○	彰化秀傳紀念醫院
38	蔡○○	沄禾中醫診所	106	王○○	彰化秀傳紀念醫院
39	柯○○	良美中醫診所	107	李○○	彰化秀傳紀念醫院
40	郭○○	承恩中醫診所	108	廖○○	彰化秀傳紀念醫院
41	李○○	明德中醫診所	109	李○○	彰化秀傳紀念醫院
42	柯○○	東方中醫診所	110	郭○○	彰化秀傳紀念醫院
43	劉○○	林口長庚醫院	111	黃○○	彰化秀傳紀念醫院
44	林○○	花蓮慈濟醫院	112	呂○○	彰化基督教醫院
45	林○○	花蓮慈濟醫院	113	陳○○	彰濱秀傳紀念醫院
46	林○○	花蓮慈濟醫院	114	蔡○○	彰濱秀傳紀念醫院
47	黃○○	花蓮慈濟醫院	115	陳○○	彰濱秀傳紀念醫院
48	盧○○	花蓮慈濟醫院	116	楊○○	彰濱秀傳紀念醫院
49	邱○○	花蓮慈濟醫院	117	葉○○	彰濱秀傳紀念醫院
50	賴○○	花蓮慈濟醫院	118	藍○○	彰濱秀傳紀念醫院
51	沈○○	花蓮慈濟醫院	119	劉○○	彰濱秀傳紀念醫院
52	陳○○	花蓮慈濟醫院	120	邱○○	彰濱秀傳紀念醫院
53	楊○○	花蓮慈濟醫院	121	姚○○	榮癸貞中醫診所
54	黃○○	花蓮慈濟醫院	122	林○○	榮癸貞中醫診所
55	陳○○	花蓮慈濟醫院	123	林○○	榮癸貞中醫診所
56	張○○○	花蓮慈濟醫院	124	盧○○	榮癸貞中醫診所
57	吳○○	花蓮慈濟醫院	125	陳○○	榮癸貞中醫診所
58	林○○	花蓮慈濟醫院	126	張○○	漢銘基督教醫院
59	黃○○	花蓮慈濟醫院	127	馮○○	臺北榮民總醫院台東分院
60	何○○	花蓮慈濟醫院	128	詹○○	德昇中醫診所

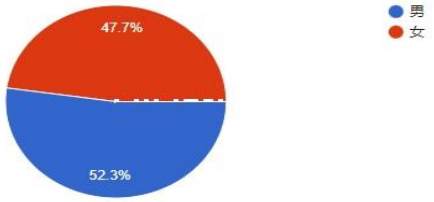
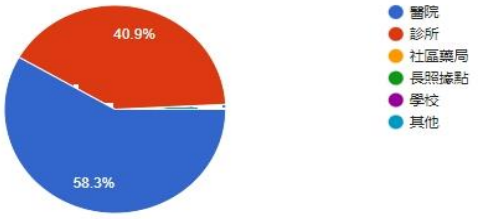
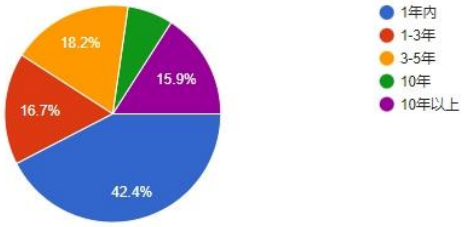
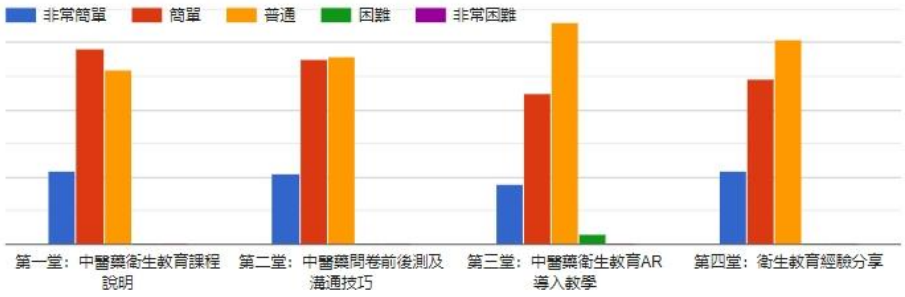
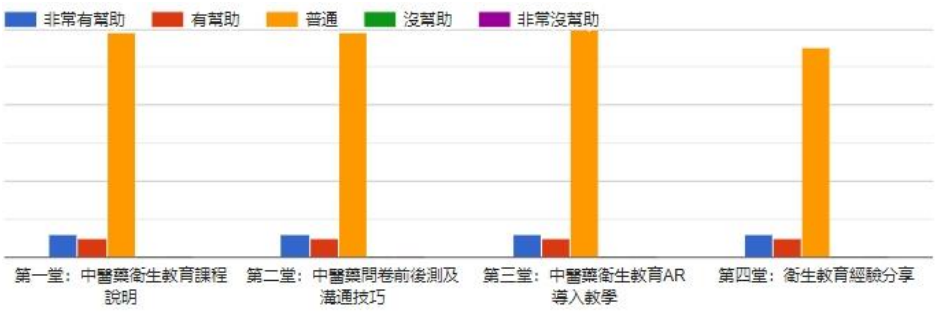
61	劉○○	花蓮慈濟醫院	129	羅○○	慶安中醫診所
62	顏○○	花蓮慈濟醫院	130	陳○○	樂田中醫診所
63	童○○	花蓮慈濟醫院	131	陳○○	衛生福利部臺東醫院
64	陳○○	花蓮慈濟醫院	132	陳○○	臻觀中醫診所
65	蘇○○	花蓮慈濟醫院	133	藍○○	藍啟文中醫診所
66	龔○○	花蓮慈濟醫院	134	林○○	關山慈濟醫院
67	傅○○	花蓮慈濟醫院	135	鄭○○	昌盛堂中醫診所
68	王○○	花蓮慈濟醫院			

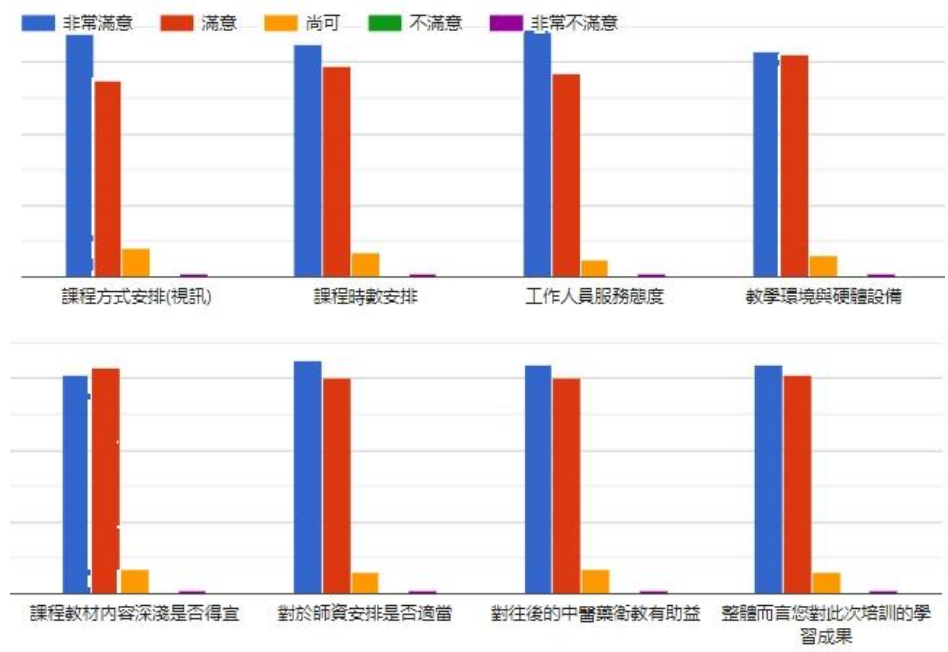
表 11：種子講師師資應用擴散效益表

姓名	開課次數	服務院所全稱	姓名	開課次數	服務院所全稱
謝○○	1	三軍總醫院	鄭○○	1	昌盛堂中醫診所
林○○	1	三軍總醫院	郭○○	1	高雄長庚紀念醫院
廖○○	3	三軍總醫院	胡○○	1	高雄長庚紀念醫院
蘇○○	5	三合貴中醫診所	呂○○	1	高雄長庚紀念醫院
林○○	1	中國醫藥大學附設醫院	郭○○	1	高雄長庚紀念醫院
廖○○	1	中國醫藥大學附設醫院	郭○○	1	新世紀中醫診所
高○○	1	中國醫藥大學附設醫院	周○○	1	新世紀中醫診所
黃○○	1	彰化秀傳紀念醫院	徐○○	1	新世紀中醫診所
廖○○	2	彰化秀傳紀念醫院	賴○○	1	花蓮慈濟醫院
王○○	1	彰化秀傳紀念醫院	何○○	1	花蓮慈濟醫院
姚○○	3	榮癸貞中醫診所	盧○○	1	花蓮慈濟醫院
施○○	1	施丞修中醫診所	林○○	1	花蓮慈濟醫院
曹○○	4	合安中醫診所	黃○○	1	台東基督教醫院
簡○○	4	春易安中醫診所	共計	42 場	(中醫嘉年華未入種子講師)

表 12：種子講師培訓營問卷調查各項資料比例圖表

參與執業人員比例：	中醫師 90.9% 藥師 7.5% 護理師 0.8% 西醫師 0.8% 

性別：	男 52.3% 女 47.7% 
服務單位：	醫院 58.3% 診所 40.9% 長照據點 0.8% 
衛教推廣年資：	1 年內 42.4% 1-3 年 16.7% 3-5 年 18.2% 10 年 6.8% 10 年以上 15.9% 
課程內容的難易程度：	
課程的充實性程度：	
對未來衛教活動有實質的幫助程度：	

整體滿意度：	

前、後測各題答對率	前側	後測
1.下列何種技巧可以增加衛教對象注意力？	98.5%	98.5%
2.作為衛教人員應具備以下幾點？	98.5%	100%
3.衛生教育的目的為何？	99.2%	100%
4.衛教推廣步驟內容為？	98.5%	99.2%

五、依各族群需求辦理中醫藥衛生教育活動，整合中醫醫療院所、社區基層醫療單位、社區藥局、中藥房及學校資源，於社區、職場及學校等不同場域辦理至少 40 場實體或線上衛教活動。

依照各年齡族群不同，設計且辦理不同的中醫藥衛生教育活動，將中醫醫療院所、社區基層診所、社區藥局、中藥房及學校等，於社區、職場及學校等不同場域辦理實體或線上衛教活動，並且結合里鄰區、社區長照安養護機構、大專院校國高中小學、關懷據點等場域，深入各地角落並搭配課程進行相關中醫藥用藥安全、護眼操(防止近視)、護鼻操(鼻過敏)等衛教，藉此防疫期間提供更加全面化的中醫藥養生保健知識。

表 13：中醫藥衛生教育課程時程一覽表

場次	開課單位	日期	課程主題	人數
1	中醫師全聯會、三軍總醫院、桃園長庚紀念醫院	8/7	穴位護眼操(近視)	903
2		8/7	護鼻操中醫數位學習(鼻過敏)	
3		8/7	認識中草藥(用藥安全)	
4		9/18	養身攻略：免疫力抗百病	256
5	新北市中醫師公會	11/18	中醫視力保健-401 班級	35
6		11/18	中醫視力保健-402 班級	35
7		11/18	中醫鼻子保健-401 班級	35
8		11/18	中醫鼻子保健-402 班級	35
9		11/25	認識中草藥(一)-501 班級	17
10		11/25	認識中草藥(一)-502 班級	20
11		11/25	認識中草藥(二)-501 班級	17
12		11/25	認識中草藥(二)-502 班級	20
13		12/14	中醫藥保健-全校	302
14	國防部三軍總醫院	10/20	中醫藥用藥安全-停看聽選用	12
15		11/3	認識中藥與眼部穴位保養	23
16		11/10	坐月子正確使用中藥與後疫情時代呼吸道保健	28
17		11/16	認識中藥與腸胃道保健	26
18		11/23	高齡樂活與養生三問	31
19		11/30	舒筋活血最放鬆與後疫情時代呼吸道保健	30
20	中國醫藥大學附設醫院	11/8	看不清楚？近視的中醫保健	17
21		11/22	過敏性鼻炎的中醫保健	10
22	彰化秀傳	10/12	鼻過敏的中醫保健	29

23	紀念醫院	10/26	中藥安全用藥講座	26
24		10/26	中醫視力保健	23
25		11/9	對抗溫差保健康	21
26	高雄長庚紀念醫院	9/20	安全正確使用中藥品及護眼操推廣	20
27		9/29	視力中醫保健方法及護眼操推廣	135
28		10/6	安全正確使用中藥品及護眼操推廣	28
29		10/12	兒童過敏性鼻炎中醫保健方法	88
30	花蓮慈濟醫院	11/3	中醫視力保健	203
31		11/9	中醫用藥安全	38
32		11/24	過敏性鼻炎中醫保健	30
33	新世紀中醫診所	9/17	骨盆歪斜的自我調整之道	19
34		10/29	三高遠離我-如何預防代謝症候群	23
35		11/5	氣機導引教你提升免疫力	37
36	榮癸貞中醫診所	10/2	中醫護眼亮睛睛	33
37		10/6	中醫護眼亮睛睛	21
38		10/6	中藥用藥安全與藥材真偽優劣鑑別	12
39		10/20	中醫護眼亮睛睛	21
40		10/23	中醫伴您好好睡	32
41		11/6	認識糖尿病之中醫保健	35
42		12/2	冬季中醫養生保健	15
43		12/9	動脈硬化之中醫保健	13
44		12/14	中醫伴您好好睡	25
45	台東縣中醫師公會	9/18	中醫對新冠癒後保養與防治	38
	總計	43 場		

表 14：與其他單位合作場次

場次	日期	課程主題	合作單位
1	8/7	穴位護眼操(近視)	台北市中醫師公會
2	8/7	護鼻操中醫數位學習(鼻過敏)	桃園市中醫師公會
3	8/7	認識中草藥(用藥安全)	新竹縣中醫師公會
4	9/18	養身攻略：免疫力抗百病	今周刊
5	11/18	中醫視力保健-401 班級	山佳國小
6	11/18	中醫視力保健-402 班級	山佳國小
7	11/18	中醫鼻子保健-401 班級	山佳國小
8	11/18	中醫鼻子保健-402 班級	山佳國小
9	11/25	認識中草藥(一)-501 班級	山佳國小
10	11/25	認識中草藥(一)-502 班級	山佳國小
11	11/25	認識中草藥(二)-501 班級	山佳國小
12	11/25	認識中草藥(二)-502 班級	山佳國小
13	12/14	中醫藥保健-全校	山佳國小
14	10/20	中醫藥用藥安全-停看聽選用	台北市社會局、方舟社區關懷據點
15	11/3	認識中藥與眼部穴位保養	台北市社會局、方舟社區關懷據點
16	11/10	坐月子正確使用中藥與後疫情時代呼吸道保健	台北市社會局、方舟社區關懷據點
17	11/16	認識中藥與腸胃道保健	台北市社會局、天使之家關懷據點
18	11/23	高齡樂活與養生三問	台北市社會局、天使之家關懷據點
19	11/30	舒筋活血最放鬆與後疫情時代呼吸道保健	台北市社會局、天使之家關懷據點
20	11/8	看不清楚？近視的中醫保健	—
21	11/22	過敏性鼻炎的中醫保健	—

22	10/12	鼻過敏的中醫保健	—
23	10/26	中藥安全用藥講座	—
24	10/26	中醫視力保健	—
25	11/9	對抗溫差保健康	—
26	9/20	安全正確使用中藥品及護眼操推廣	喜恩居家護理所
27	9/29	視力中醫保健方法及護眼操推廣	高雄市鎮北國小
28	10/6	安全正確使用中藥品及護眼操推廣	台灣基督長老教會鳳山教會
29	10/12	兒童過敏性鼻炎中醫保健方法	高雄市大華國小
30	11/3	中醫視力保健	慈濟大學附屬高級中學附設小學部
31	11/9	中醫用藥安全	慈濟大學附屬高級中學附設小學部
32	11/24	過敏性鼻炎中醫保健	慈濟大學附屬高級中學附設小學部
33	9/17	骨盆歪斜的自我調整之道	高雄市中醫師公會
34	10/29	三高遠離我-如何預防代謝症候群	高雄市中醫師公會
35	11/5	氣機導引教你提升免疫力	高雄市中醫師公會
36	10/2	中醫護眼亮睛睛	濶光文化藝術基金會彰化辦事處
37	10/6	中醫護眼亮睛睛	彰化縣中醫師公會、裕銓中藥行
38	10/6	中藥用藥安全與藥材真偽優劣鑑別	榮癸貞 C 級巷弄長照站
39	10/20	中醫護眼亮睛睛	博登連鎖體系寶生社區藥局
40	10/23	中醫伴您好好睡	濶光文化藝術基金會彰化辦事處
41	11/6	認識糖尿病之中醫保健	濶光文化藝術基金會彰化辦事處
42	12/2	冬季中醫養生保健	彰化縣衛生局

43	12/9	動脈硬化之中醫保健	彰化縣衛生局
44	12/14	中醫伴您好好睡	彰化市崙平社區關懷據點
45	9/18	中醫對新冠癒後保養與防治	教育部、臺東縣故事協會

表 15：各課程主題及授課內容

場次	日期	課程主題	課程內容
1	8/7	穴位護眼操(近視)	中醫嘉年華-護眼操、近視防治
2	8/7	護鼻操中醫數位學習(鼻過敏)	中醫嘉年華-護鼻操、過敏性鼻炎防治
3	8/7	認識中草藥(用藥安全)	中醫嘉年華-認識中草藥、用藥安全
4	9/18	養身攻略：免疫力抗百病	免疫力常見疾病、治療與保健方法
5	11/18	中醫視力保健-401 班級	護眼操、近視防治
6	11/18	中醫視力保健-402 班級	護眼操、近視防治
7	11/18	中醫鼻子保健-401 班級	護鼻操、過敏性鼻炎防治
8	11/18	中醫鼻子保健-402 班級	護鼻操、過敏性鼻炎防治
9	11/25	認識中草藥(一)-501 班級	認識中草藥(午安抱枕)、用藥安全
10	11/25	認識中草藥(一)-502 班級	認識中草藥(午安抱枕)、用藥安全
11	11/25	認識中草藥(二)-501 班級	認識中草藥(中藥香包)、用藥安全
12	11/25	認識中草藥(二)-502 班級	認識中草藥(中藥香包)、用藥安全
13	12/14	中醫藥保健-全校	天氣變冷，如何預防感冒與鼻子過敏
14	10/20	中醫藥用藥安全-停看聽選用	用藥安全
15	11/3	認識中藥與眼部穴位保養	護眼操、近視防治
16	11/10	坐月子正確使用中藥與後疫情時代呼吸道保健	坐月子相關中藥食補、新冠肺炎時期呼吸道保健方法
17	11/16	認識中藥與腸胃道保健	認識中藥、腸胃道保健

18	11/23	高齡樂活與養生三問	便秘、失眠、高血壓、失智、頻尿之病理介紹及養生保健操
19	11/30	舒筋活血最放鬆與後疫情時代呼吸道保健	疏經活血動作教學、新冠肺炎時期呼吸道保健方法
20	11/8	看不清楚？近視的中醫保健	護眼操、近視防治
21	11/22	過敏性鼻炎的中醫保健	護鼻操、過敏性鼻炎防治
22	10/12	鼻過敏的中醫保健	護鼻操、過敏性鼻炎防治
23	10/26	中藥安全用藥講座	用藥安全
24	10/26	中醫視力保健	護眼操、近視防治
25	11/9	對抗溫差保健康	感冒防治
26	9/20	安全正確使用中藥品及護眼操推廣	護眼操、用藥安全
27	9/29	視力中醫保健方法及護眼操推廣	護眼操、近視防治
28	10/6	安全正確使用中藥品及護眼操推廣	護眼操、用藥安全
29	10/12	兒童過敏性鼻炎中醫保健方法	護鼻操、過敏性鼻炎防治
30	11/3	中醫視力保健	護眼操、近視防治
31	11/9	中醫用藥安全	認識中藥、用藥安全
32	11/24	過敏性鼻炎中醫保健	護鼻操、過敏性鼻炎防治
33	9/17	骨盆歪斜的自我調整之道	透過平時運動將骨盆歪斜調整
34	10/29	三高遠離我-如何預防代謝症候群	預防代謝症候群
35	11/5	氣機導引教你提升免疫力	氣機導引養生功法，現場做十二正經導引功
36	10/2	中醫護眼亮睛睛	護眼操、近視防治

37	10/6	中醫護眼亮睛睛	護眼操、近視防治
38	10/6	中藥用藥安全與藥材真偽優劣鑑別	認識中藥、辨識中草藥真偽、用藥安全
39	10/20	中醫護眼亮睛睛	護眼操、近視防治
40	10/23	中醫伴您好好睡	失眠防治、減緩失眠症狀
41	11/6	認識糖尿病之中醫保健	糖尿病該如何使用中醫保健養身
42	12/2	冬季中醫養生保健	冬季養生、三九天灸極、坐姿太極拳
43	12/9	動脈硬化之中醫保健	防止動脈硬化的中醫保養方法
44	12/14	中醫伴您好好睡	失眠防治、減緩失眠症狀
45	9/18	中醫對新冠癒後保養與防治	新冠後遺症癒後保養與防治確診

六、實地參與各衛教資源中心衛教相關活動，協助各資源中心發展在地化衛生教育特色並呈現永續發展推廣策略及效益。

派員實際參與或線上參與各衛教資源中心衛教相關活動，並且協助資源中心發展在地化衛生教育特色，搭配各縣市中醫師公會、今周刊、結合國中小學、社區藥局、中藥房、長照機構等特色，持續提供中醫師全聯會相關資源，得以呈現永續發展推廣策略及效益。

今年 12 月前各單位協助邀約衛生局一同辦理中醫藥衛教活動但各單位皆反映適逢選舉，各地方衛生局皆迴避參與各單位之中醫藥衛教課程，避免中醫藥衛教美意失焦，自選舉日過後，已順利與彰化縣衛生局共同合辦相關中醫藥衛生教育課程事宜，達成期末工作事項。

表 16：各項中醫藥衛生教育課程實況







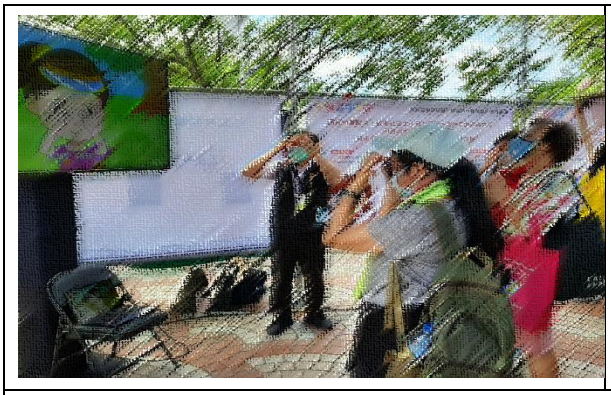


8/7 嘉年華會大會開幕(長官致詞、記者媒體報導)





8/7 穴位護眼操(近視)-台北市中醫師公會




8/7 護鼻操中醫數位學習(鼻過敏)-桃園市中醫師公會




8/7 認識中草藥(用藥安全)-新竹縣中醫師公會



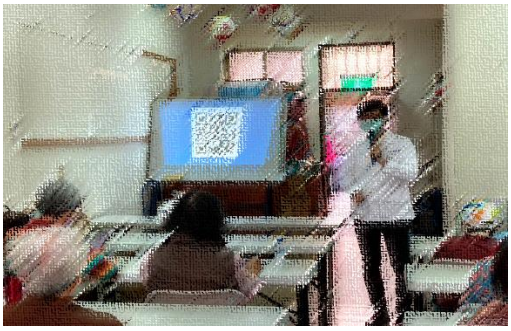

9/18 今周刊-養身攻略 免疫力抗百病




三軍總醫院-衛教課程實況




中國醫藥大學附設醫院-衛教課程實況




彰化秀傳醫院-衛教課程實況




高雄長庚紀念醫院-衛教課程實況




花蓮慈濟醫院-衛教課程實況

<table>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td colspan="2">新世紀中醫診所-衛教課程實況</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td colspan="2">榮癸貞中醫診所-衛教課程實況</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td colspan="2">山佳國小-衛教課程實況</td></tr>
</table>

七、各衛教資源中心以辦理之特色衛教活動為主軸，皆至少發布 1 則新聞稿、活動特輯或活動花絮等公開訊息，以擴大推廣成效。

以資源中心辦理特色衛教活動照片為主軸，已將於中醫藥導報新聞網、報紙刊物、中醫師全聯會官方網站、臉書、中醫會訊、中醫師全聯會 APP 等通路，發布 1 則新聞稿公開訊息，並且展示各衛生教育中心實際中醫藥衛教課程照片，讓全國民眾得以知悉中醫藥相

關課程擴散，以宣揚中醫藥擴大推廣成效及中醫藥衛生教育成果。

表 17：刊登中醫藥衛教計畫成果新聞&活動花絮

<table>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>中醫師全聯會官網</td><td>中醫 e 點通 APP</td></tr>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>中醫師全聯會官方臉書</td><td>中醫師全聯會 APP</td></tr>
<tr><td> 
</td></tr>
<tr><td>中醫藥導報新聞網</td></tr>
</table>

八、辦理 1 場成果發表暨交流討論會，加強各中心執行成果及意見交流分享，並彙整 1 支各中心年度辦理衛教活動之成果影片，展現計畫推廣成果並供各中心應用。

於 12 月 8 日辦理成果發表暨交流討論會，加強各中心執行成果及意見交流分享，因適逢疫情考量，本次成果發表暨交流討論會採用視訊方式，期間邀請各衛生教育資源中心分享其執行成果，成果豐碩，足見各衛生教育資源中心用心舉辦課程，以期盼給予民眾更完整的保健知識，會後將各衛生教育資源中心成果彙整 1 支各中心年度辦理衛教活動之成果影片，並於成果發表暨交流討論會後發布，展現計畫推廣成果並提供給各資源中心應用，網址：https://www.youtube.com/watch?v=yS3efyHOqBQ。

表 18：111 年度各衛生教育資源中心成果發表暨交流討論會實況

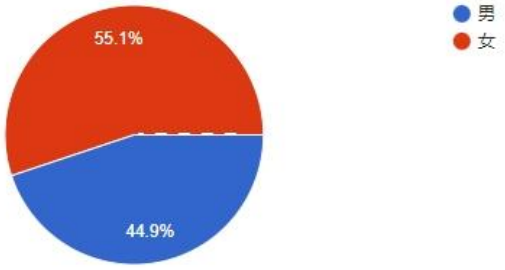
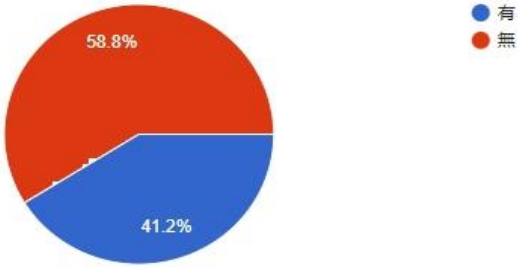
<table>
<tr><td colspan="2">111 年 12 月 8 日成果發表暨交流討論會(地點：視訊會議)</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td colspan="2">各中心年度辦理衛教活動之成果影片</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
</table>

九、期末完成計畫效益評估，評量衛生教育活動效益值(含中醫藥衛生教育需求調查、認知調查、前、後測結果分析、知識認知提升比率、參加人次、性別分析、滿意度等質性及量性評值資料，並請於計畫書中敘明評估方式)。

目前中醫藥衛教課程皆採用紙本及 google 問卷，使用 QR 碼給民眾掃描，並且協助民眾進行衛教填寫，內容包含中醫藥需求、相關衛教知識、講師及活動滿意度等，目前共蒐集 1,434 份問卷。

今年度 45 場課程已完成並進行總彙整，前、後測結果分析證實民眾前測分數普遍較低，經由中醫藥衛教課程後，皆有提升的趨勢，足見民眾經過衛教後對於該主題有一定認知的提升，知識認知提升有一定的比率；未來將先行進行教育需求調查、認知調查，本次鼻過敏 294 份問卷回收、近視 497 份問卷回收、中藥用藥安全 327 份問卷回收、其他課程(僅滿意度)316 份問卷回收，中醫藥衛教開課單位皆表示本次問卷明顯前測認知、後測調整有明顯差異，足見民眾經由講師講解過後對於中醫藥課程有進一步的認識，並且給予的回饋皆很熱烈，尤其是其他課程(僅滿意度)填寫踴躍，並且滿意度極高，表示目前僅設計鼻過敏、近視、中藥用藥安全此三項已不足以符合民眾現今需求，未來將積極擴增民眾反應熱烈的主題進行中醫藥衛教。問卷的部分各家衛生教育資源中心於 12/8 日衛生教育資源中心共識會議皆提到，問卷須再進行修正，尤其是問卷的問題過多，導致民眾在填寫時容易耐心度消失、問句部分使用反問法增加民眾理解困難、建議減少專業詞彙，長者及小學生對專業詞彙理解上較慢等，未來將以受教民眾端去調整，並將持續邀請國立臺中教育大學諮商與應用心理學系協助進行問卷調整。

表 19：鼻過敏問卷各項資料比例圖表(共計 294 份問卷)

請問你的 性別：	男 55.1% 女 44.9% 
你有過敏 性鼻炎 嗎？	有 58.8% 無 41.2% 

答對率	前測	後測
過敏性鼻炎是鼻黏膜接觸到過敏原之後，產生以下何種症狀？	86.7	94.6
過敏性鼻炎常合併什麼疾病呢？	67	81.6
台灣孩童最常見的過敏原為何？	78.9	88.1
下列何種組合較推薦過敏性鼻炎兒童食用？	68.4	81.3
護鼻穴位中何者位在「鼻翼外緣，鼻唇溝中的凹陷處」？	62.2	75.9

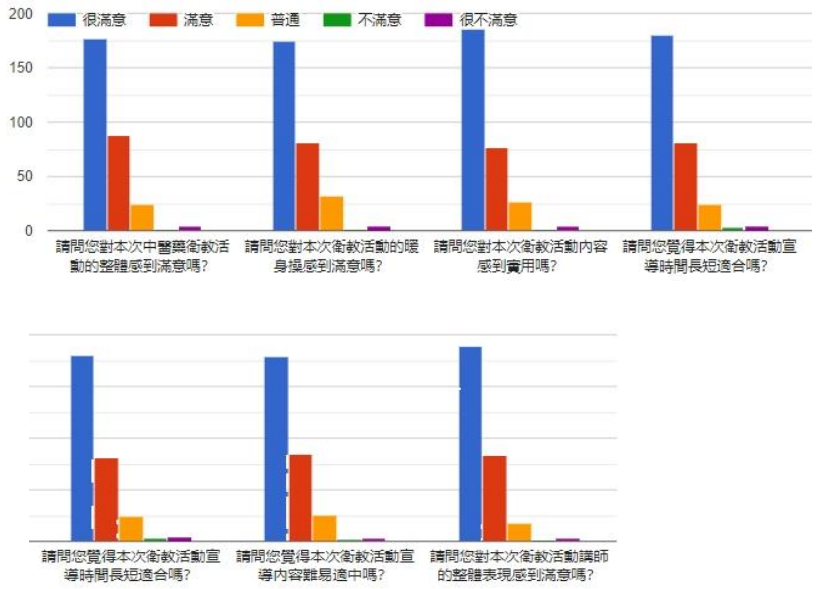
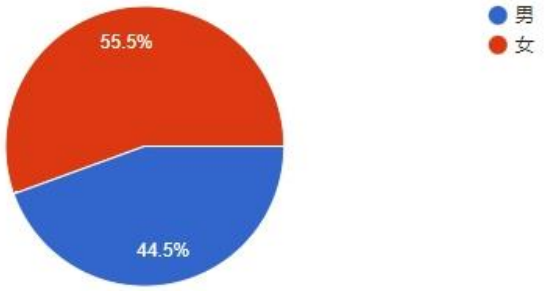
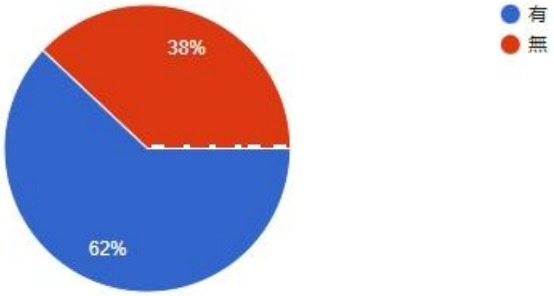
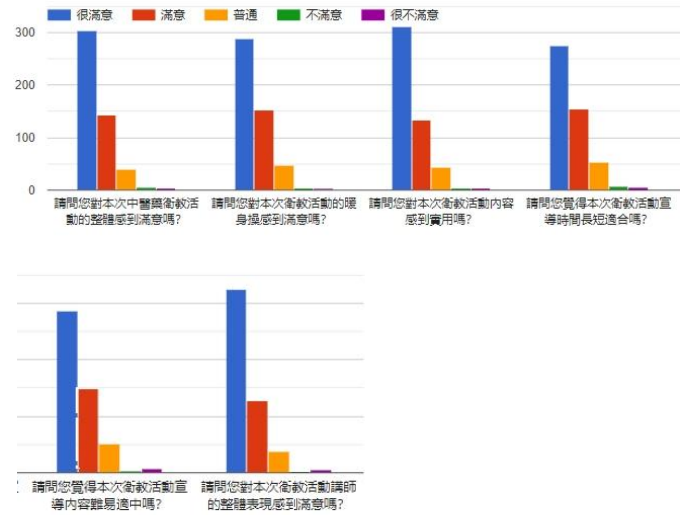
衛教模式評估及滿意度調查	
對本次活動及其他建議請說明：	SO FUN。 很棒，增加新資訊。 可以多一點有獎徵答。 魔術表演久一點會更好。 喜歡此次說明。 很好玩，100 分。 讓我更了解對於過敏性鼻炎要如何保護及增加抗體。
請問您下次希望能聽到什麼衛教主題或內容？	感冒。 衛生主題。 食物要吃什麼才健康。 生物科技。 皮膚過敏為何經常長水皰（單一皰疹）。 視力宣導或減肥。 長高。 吃什麼才能長高，怎樣才能調整睡眠。 頻尿、膽結石如何處理。 三高。 骨質保健。

表 20：視力保健問卷各項資料比例圖表(共計 497 份問卷)

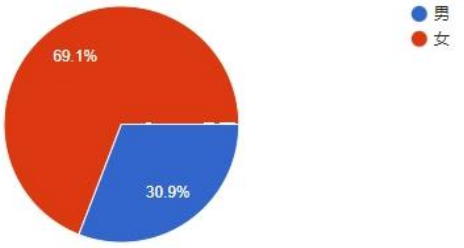
<table>
<tr><td>請問你的
性別：</td><td>男 55.5%
女 44.5%
 
</td></tr>
<tr><td>你有近視
嗎?</td><td>有 62%
無 38%
 
</td></tr>
</table>

答對率	前測	後測
下列何者為看書的適當距離?	73.7	86.3
下列何者為高度近視容易產生的併發症?	70.6	83.1
下列何者「無法預防」近視？	88.3	93.4
關於「中醫護眼操」下列何者錯誤?	62.8	73.8
下列哪個穴道有舒緩太陽穴頭痛的功效?	28.6	41.4
右圖中圓點標示處的穴位名稱為何?	39.2	59

<table>
<tr><td>衛教模式評估
及滿意度調查</td><td> 
</td></tr>
</table>

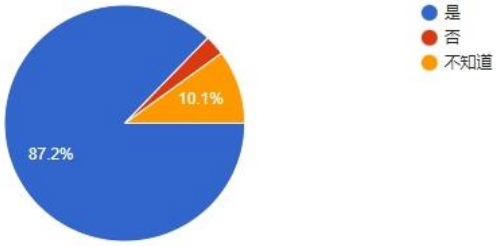
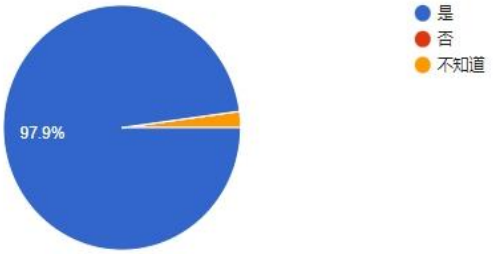
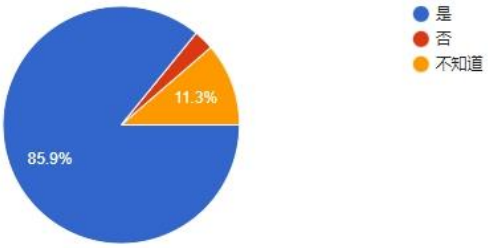
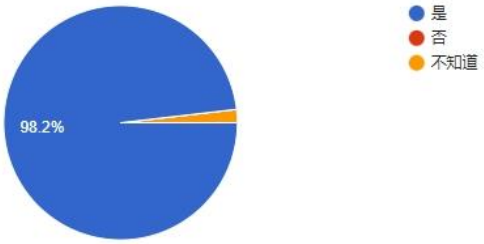
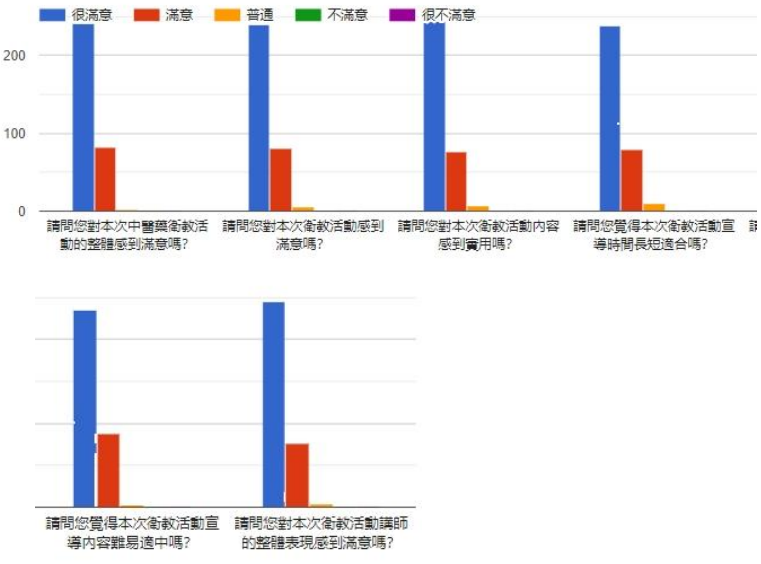
對本次活動及其他建議請說明：	多解說一點。 可以加些影片。 可讓我們在現場做眼睛暖身操。 希望可以讓我們認識更多穴道。 很詳細。 我覺得很滿意。 授醫非淺。 更了解如何保護眼睛與保養。 很好，我們都有收到應有的知識，謝謝。 謝謝穴道作用說明、運用。 問答題太多，空間設計不良，但謝謝大家善心。
請問您下次希望能聽到什麼衛教主題或內容？	失眠。 耳朵。 口腔。 用藥資訊。 反毒/毒品。 身心健康。 家庭中抽菸、喝酒、吃檳榔的危險性，我想告知家人。 希望能聽到運動類的。 骨折如何治療。 確診之後該怎麼辦。 糖尿病預防及治療。 心血管，三高，肝膽腸。 老花眼。 老年早發疾病認識。 說明中醫眼科針灸及按摩原理功效。食物的功效。

表 21：中藥用藥安全各項資料比例圖表(共計 327 份問卷)

<table>
<tr><td>請問你的性別：</td><td>男
30.9%
女
69.1%
 
</td></tr>
<tr><td>教育程度：</td><td><table>
<tr><td>博士</td><td>0</td><td>高中職</td><td>20.5%</td></tr>
<tr><td>碩士</td><td>10.1%</td><td>國中/國小</td><td>26%</td></tr>
<tr><td>大學/專科</td><td>42.2%</td><td>未就學</td><td>1.2%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>居住城市：</td><td><table>
<tr><td>台北市</td><td>45.3%</td><td>雲林縣</td><td>0.3%</td></tr>
<tr><td>新北市</td><td>15.9%</td><td>嘉義縣市</td><td>0.3%</td></tr>
<tr><td>桃園市</td><td>3.7%</td><td>台南市</td><td>0.9%</td></tr>
<tr><td>新竹縣市</td><td>2.1%</td><td>高雄市</td><td>12.8%</td></tr>
<tr><td>苗栗縣市</td><td>0.3%</td><td>屏東縣市</td><td>0.3%</td></tr>
<tr><td>台中市</td><td>9.5%</td><td>基隆市</td><td>0.3%</td></tr>
<tr><td>彰化縣市</td><td>7.1%</td><td>宜蘭縣</td><td>1.2%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

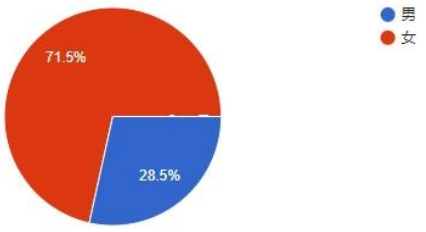
	前測	後測
1.請問您是否同意不能聽信他人推薦的偏方，以及來路不明、無標示許可證字號的中藥？	非常同意 61.2% 同意 26.6% 普通 4% 不同意 4.6% 非常不同意 3.7%	非常同意 78% 同意 19% 普通 0% 不同意 0.9% 非常不同意 2.1%
2.請問您是否同意看中醫時，不能找沒有醫師執照的密醫？	非常同意 60.6% 同意 58.1% 普通 3.7% 不同意 4.9% 非常不同意 3.4%	非常同意 78.9% 同意 18.3% 普通 0% 不同意 0.9% 非常不同意 1.5%
3.請問您是否同意給中醫師看診時，應將病情說清楚，才能讓中醫師正	非常同意 64.2% 同意 31.2% 普通 3.4%	非常同意 80.7% 同意 19.% 普通 0%

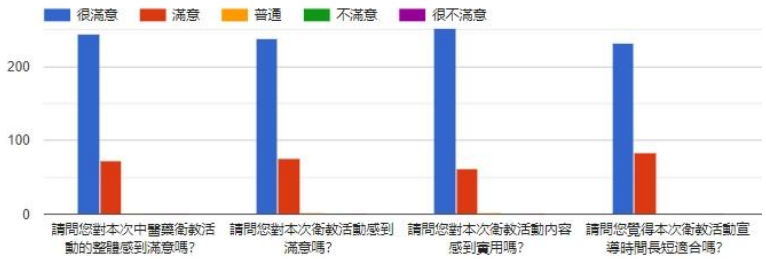
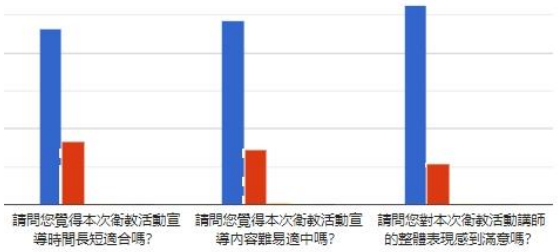
確診斷？	不同意 1.2% 非常不同意 0%	不同意 0% 非常不同意 0%
4.請問您是否同意要聽仔細中醫師、藥師的指示，並依醫囑正確服藥？	非常同意 67.6% 同意 27.8% 普通 4.% 不同意 0.6% 非常不同意 0%	非常同意 83.8% 同意 15.3% 普通 0.9% 不同意 0% 非常不同意 0%
5.請問您是否同意每個人病情與體質不同，不能隨意聽親朋好友推薦吃中藥？	非常同意 65.7% 同意 26.% 普通 4.3% 不同意 3.1% 非常不同意 0.9%	非常同意 82.9% 同意 15.6% 普通 0.9% 不同意 0% 非常不同意 0.3%
6.請問您是否同意每個人因為病情與體質不同，不能隨意送中藥給親朋好友？	非常同意 66.7% 同意 26.6% 普通 3.7% 不同意 2.4% 非常不同意 0.6%	非常同意 82.3% 同意 16.8% 普通 0% 不同意 0% 非常不同意 0.9%
7.請問您是否同意有同時服用中藥及西藥需求時，看診時須主動告知醫師？	非常同意 63.9% 同意 29.1% 普通 4.9% 不同意 1.2% 非常不同意 0.9%	非常同意 83.2% 同意 16.8% 普通 0% 不同意 0% 非常不同意 0%
8.請問您是否同意中藥不要與茶、牛奶、咖啡或果汁一起服用？	非常同意 63.6% 同意 27.8% 普通 3.4% 不同意 3.7% 非常不同意 1.5%	非常同意 82.6% 同意 15% 普通 0.6% 不同意 1.2% 非常不同意 0.6%
去藥局(或中藥房)買的中藥製劑(成藥)，其外包裝應有衛部(署)成製字第○○○○○○號的許可證字號。		
(前測)是 87.2% 否 2.8%	(後測)是 97.9% 否 0%	

<table>
<tr><td>不知道 10.1%
 
</td><td>不知道 2.1%
 
</td></tr>
<tr><td colspan="2">完整中藥材飲片包裝標示，應包含品名、製造日期、有效期間、保存方式、使用注意事項、產地(國家)、廠商名稱及地址。</td></tr>
<tr><td>(前測)是 85.9%
否 2.8%
不知道 11.3%
 
</td><td>(後測)是 98.2%
否 0%
不知道 1.8%
 
</td></tr>
<tr><td>衛教模式評估及滿意度調查：</td><td colspan="2"> 
</td></tr>
<tr><td>對本次活動及其他建議請說明：</td><td colspan="2">好厲害喔，投影片做的很精緻漂亮。
下次可以再來。
收穫良多。
謝謝講師及活動人員。
非常有幫助。</td></tr>
</table>

	多舉辦類似的活動。 So fun。
請問您下次希望能聽到什麼衛教主題或內容？	平常養生的飲食，或是穴道保健等等，節氣時變化容易有什麼病，要如何照顧自己，感冒初期時，可以怎麼拯救自己，不要等到真的生病了才找醫師。 要怎麼有一個好一點的腦袋，好羨慕姚醫師很會考試，國考第二名，班排第二名，可以怎麼改善腦袋。 減重。 針灸。 中醫飲食養生。 把脈。 筋逆齡保養。 骨痠痛骨質疏鬆。 骨折復健。

表 22：其他類別課程(僅滿意度問卷)各項資料比例圖表(共計 316 份問卷)

<table>
<tr><td>請問你的性別：</td><td>男
28.5%
女
71.5%
 
</td></tr>
<tr><td>教育程度：</td><td>
<table>
<tr><td>博士</td><td>0%</td><td>高中職</td><td>31%</td></tr>
<tr><td>碩士</td><td>3.5%</td><td>國中/國小</td><td>24.4%</td></tr>
<tr><td>大學/專科</td><td>40.2%</td><td>未就學</td><td>0.9%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>居住城市：</td><td>
<table>
<tr><td>台北市</td><td>13%</td><td>彰化縣市</td><td>45.6%</td></tr>
<tr><td>新北市</td><td>0.7%</td><td>台南市</td><td>0.3%</td></tr>
<tr><td>桃園市</td><td>0.3%</td><td>高雄市</td><td>23.4%</td></tr>
<tr><td>新竹縣市</td><td>0.3%</td><td>屏東縣市</td><td>2.2%</td></tr>
<tr><td>台中市</td><td>14.2%</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

衛教模式評估及滿意度調查：	 
對本次活動及其他建議請說明：	講師耐心說明！ 希望更多類似內容。 謝謝老師，多給一些衛教知識。 深入淺出，讓人淺顯易懂，活潑實用。 請常舉辦。 真是太好了！希望可以多讓藍醫師來講課。 想認識更多穴位及如何調理。 三高的部分可以講多一點。 穴道按摩教學。 謝謝三總提供的課程。 認知眼睛保養。 太棒了，請多多辦類似的課程，造福人們，感恩！ 內容實用。 實作可多次重複示範。 認識身體有經絡和疾病健康的關係-很受用。 活動很棒、很實用 可以帶著家人一起邁向健康之路。 內容很實用,謝謝郭醫師！
請問您下次希望能	老人保健。 食物療法。

聽到什麼衛教主題或內容？	糖尿病相關。 減重、養生。 預防失智。 預防中風。 簡易保健。 便秘。 健康養生，冬季來臨應該注意什麼以及如何保養照顧自己。 護眼。 腰痛的治療方法。 三高。 中醫養生保健。 有關血糖問題之預防。 只要是身體保健相關內容都不錯。 身心保健。 免疫力提升及抗癌主題。 三高對腎臟病之影響。 腎病相關。 減重方面主題。 婦科相關。 腸胃方面的。 肝肺的調養。 中風前兆 預防及治療。 糖尿病。 腸胃之保養。 維持體重。 關於心臟主題 心跳過快 心悸。 過度肥胖與腎臟相關內容。 老人預防疾病認知。 如何減重。 牙齒保健。 如何保健脊椎、頸椎與膝蓋。

	經絡及導引。 有關腸胃保養問題。 養生的飲食。 甚麼是過熱寒。 坐骨神經痛。 對經絡、穴位更詳細的指導。 肺部保養。 身體調養。 癌症預防。 筋骨痠痛骨質疏鬆。

肆、 討論

利用公會資源與衛生教育資源中心結合，將衛生教育資源中心之課程，帶入基層院所及社區，去年計畫承辦單位主要以衛生教育資源中心為主，本會除了納入衛生教育資源中心帶入各縣市中醫師公會，再由各縣市中醫師公會擴大融合相關的場域，不單侷限在衛生教育資源中心的資源，採用更為活潑、貼近民眾的方式，將基層院所的讀書會、健康講座結合，讓民眾能更容易取得中醫藥用藥安全、護眼、鼻過敏的知識。

近年來 COVID-19 肆虐嚴重，民眾對於中醫藥知識需求日益增加，民眾開始高度重視中醫藥養生保健，本會動用各縣市中醫師公會、六分區長期照顧計畫承辦單位，串聯中醫醫療網絡，並且搭配中醫師公會與中國醫藥大學附設醫院共同開發針對民眾使用的中醫 e 點通 APP，持續推廣中醫藥相關知識並且提供民眾最優質的衛教、懶人包、用藥安全知識等。

全聯會結合此計畫與今年度原先要舉辦的 111 年中醫嘉年華會，設計全年齡層的中醫藥全方位養生保健及衛教為主軸，採用「寓教於樂」讓大朋友、小朋友透過遊戲關卡，到迷宮裡尋找每個攤位，從迷宮裡研習體驗中醫，認識中醫、運用中醫養生保健；設置「迷宮尋寶」宣傳中醫藥博大精深，以及中醫師如何創新、應用及照顧民眾健康，使更多民眾取得中醫藥的養生知識補給。

隨著目前 COVID-19 改變全球對於網絡的需求，幾乎人手一台手機且逐漸習慣使用掃描 QR code、官方 line 帳號、線上網路教學等 E 化的需求，未來藉由視訊診療院所加強對民眾推廣中醫藥保健知識，並且可將課程改為線上視訊課程，並且從根源深入校園，加強導入 AR 遊戲軟體，可結合中醫藥材、用藥安全等課程，邀請學校免費提供相關課程及講座，未來將中醫藥的課程深入推廣，讓兒童、青少年能獲得中醫藥的保健知識，並可請學校進行護眼操、護鼻操的動作教學，適度給小孩、青少年休息，避免造成近視及鼻過敏的產生。

伍、 結論與建議

本次計畫中醫師全聯會利用公會資源與衛生教育資源中心結合，將衛生教育資源中心之課程，帶入基層院所及社區，惟本年度計畫執行時程過短，僅能倉促執行實在非常可惜，本會與國立台中教育大學合作開發中醫寶寶 20 味 AR 虛擬互動中藥材 app(清冠一號 10 味、藥食同源 10 味)，因開發時間較晚，無法立即運用於各大衛生資源教育中心，僅三軍總醫院進行試辦，效果成著，反應良好。

今年度 45 場課程已完成並進行總彙整，前、後測結果分析證實民眾前測分數普遍較低，經由中醫藥衛教課程後，皆有提升的趨勢，足見民眾經過衛教後對於該主題有一定認知的提升，知識認知提升有一定的比率；未來將先行進行教育需求調查、認知調查，本次鼻過敏 294 份問卷回收、近視 497 份問卷回收、中藥用藥安全 327 份問卷回收、其他課程(僅滿意度)316 份問卷回收，中醫藥衛教開課單位皆表示本次問卷明顯前測認知、後測調整有明顯差異，足見民眾經由講師講解過後對於中醫藥課程有進一步的認識，並且給予的回饋皆很熱烈，尤其是其他課程(僅滿意度)填寫踴躍，並且滿意度極高，表示目前僅設計鼻過敏、近視、中藥用藥安全此三項已不足以符合民眾現今需求，未來將積極擴增民眾反應熱烈的主題進行中醫藥衛教。問卷的部分各家衛生教育資源中心於 12 月 8 日衛生教育資源中心共識會議皆提到，問卷須再進行修正，尤其是問卷的問題過多，導致民眾在填寫時容易耐心度消失、問句部分使用反問法增加民眾理解困難、建議減少專業詞彙，長者及小學生對專業詞彙理解上較慢等，未來將以受教民眾端去調整，並將持續邀請國立臺中教育大學諮商與應用心理學系協助進行問卷調整。

本年度因 COVID-19 肆虐，現階段以進入後疫情時代，明年專家會議期盼能納入 COVID-19 為主軸之教案，讓中醫藥知識傳遞更貼近生活化，讓民眾更有感，COVID-19 疫情的傳染下，全民草木皆兵，無人能避免，也無人不曉此病毒之嚴重性，各家承辦開課單位皆反映後疫情相關課程，民眾參與度更踴躍，是以明年期盼能採用後疫情時代之中醫藥強化保養知識，讓民眾獲取最新、最養身、且全面照護之知識。

本次透過各中醫師公會、衛生資源教育中心協助之下，順利完成計畫40場以上的課程，但衛生資源教育中心共識會議與成果發表會預計於12月8日召開，實為不得已，還望衛生福利部長官與計畫審查委員見諒，本會積極努力籌備相關事宜，再次感謝衛生福利部長官、計畫審查委員、各縣市中醫師公會、衛生資源教育中心等給予之支持與鼓勵。

陸、 參考文獻

1.世界衛生組織：《世界衛生組織傳統醫學戰略：2002-2005》，http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_chi.pdf，2015 年 6 月日最後訪問。

2.世界衛生組織：《世界衛生組織傳統醫學戰略：2014-2023》，http：//apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/3/9789245506096_chi.pdf?ua=1，2015 年 6 月 6 日最後訪問。

3.中華民國憲法增修條文，http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?Pcode=A0000002&FLNO=10，2017 年 6 月 16 日。

4.廖慧伶、馬作雛、邱晏麟、何玉鈴、張賢哲、林宜信、張永動:臺灣地區民眾之中藥房消費行為及相關影響因素探討。醫務管理期刊 2006；7(3):323-41。

5.宋曉亭，中醫藥技術創新的種類及法律保障，科技促進發展 2009(2):72-75。

6.呂鴻基：落實 WHO 傳統醫藥與現代醫藥全球策略。中醫藥委員會委託研究計畫，臺北 2005。

7.許佳君、徐金蘭、楊榮季：中藥臨床調劑。藥學雜誌，2002;18(3):88-96。

致謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW111-CMAP-M-114-000410 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

刊　　名：中醫藥年報（線上版）
副 刊 名：第十二期
出版機關：衛生福利部
發 行 人：薛瑞元
編輯委員：黃怡超　黃純英　蔡素玲　林雅姿　賴芳林　謝采蓓　陳昭蓉　賴世珍
助理編輯：陳禹璋　陳慧馨　曾瑞瑩　陳穎蓉　劉舜華　蘇子婷　李欣玫
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：2023 年 10 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◎