

疼痛之針刺特效療法

疼痛是臨床常見症狀，也是促使病人就醫的主要原因。疼痛又是一種警戒信號，對機體的正常生命活動具有保護作用，使機體採取措施，避開或去除造成疼痛的因素。但強烈的疼痛，或持久的疼痛又會造成生理功能的失調，甚至休克。因此對疼痛必須了解病因、明確診斷、適當針刺治療，以解除病人的痛苦。

陳旺全 醫師

義守大學學士後中醫學系 義大醫院中醫部

關鍵詞：疼痛、針刺、特效療法。

前言

疼痛發生的原因在於疼痛刺激源，由疼痛刺激源發出疼痛刺激，經感覺神經傳入脊髓後角，上傳至腦，引起運動神經、交感神經的興奮，使肌肉緊張增加，血管收縮，痛處局部血流減少，供氧不足，致局部缺血、缺氧，從而產生致痛物質。疼痛感受器是游離神經末梢，感受器把刺激轉換為相應的反應信息，並由相應感覺神經纖維向中樞神經系統傳導，然後再由中樞神經系統作出相應的反應。

感受疼痛的感受器是傷害性刺激信號的換能裝置，特異學說將A纖維和C纖維的游離末梢視為疼痛的特定

感受器。疼痛感受器的分布隨器官、組織的部位不同而有相應的差別，以角膜和牙髓最稠密，皮膚分布較密，內臟分布最稀疏。當炎症反應發生時，損傷細胞和炎症細胞等釋放致病物質，如鉀離子、氫離子、5-羥色胺、乙醯膽鹼、組織胺、前列腺素、P物質、多肽類等，以提高疾病感受器的敏感性。傷害性感受初級傳入能被達到傷害性刺激強度的溫度、機械及有害化學物質激活，這些物質就釋放到細胞外，興奮神經末梢，因此發生疼痛。各種病痛情形不一，如何正確選用穴位以達到最高的特殊療效是當務之急。



頭痛

頭痛是臨床上常見的自覺症狀，可單獨出現，亦可出現於多種急慢性疾病中。對於頭痛的發生機理認識還不十分清楚，並且涉及頭痛的疾病很多^[1]。臨床較多採用的分型為：

一、血管性頭痛

典型的偏頭痛；一般性偏頭痛；簇集性頭痛；非偏頭痛性血管性頭痛；幾種特殊型的偏頭痛。

二、下部頭痛

三、肌緊張性頭痛

四、頭部神經痛

五、炎症性頭痛

六、頭部器官及其鄰近組織病變引起的頭痛

七、牽引性頭痛

八、神經官能症性頭痛

針刺穴位

處方：太陽、太衝（均患側）、合谷（健側）。

處方：頭痛新穴1號（第3、4掌骨之間，掌指關節後0.5寸處），頭痛新穴2號（第3、4趾骨之間，趾關節後0.5寸處）。

三叉神經痛

三叉神經痛是一種病因尚未明了的神經系統常見疾病。其特點是三叉神經分布區域出現陣發性、反復發作的劇烈疼痛。本病多發生於40歲以上的中年人或老年人，女性略多於男性，大多數為單側性，少數為雙側性^[2]。

針刺穴位

處方：健側止痛靈穴（屈肘成90°角，曲池前、下各1寸）。配穴：1支痛加太陽穴，2支痛加下關穴，3支痛加頰車穴。

落枕

落枕臨床表現以急性頸項部肌肉痙攣、疼痛、僵硬、板滯和頸部運動功能障礙為主。輕者經1~2天休息可自愈；重者頸項、上背疼痛嚴重，並可向後腦及肩臂部放射，可延至數周不愈。相當於現代醫學的頸部軟組織扭傷。

針刺穴位

處方：手三里（健側）。

處方：內關穴（健側）。

肩關節周圍炎

肩關節周圍炎是肩關節周圍軟組織如肌肉、肌腱、韌帶、關節囊等退行性、炎症性病變而引起的以肩部疼痛及功能受限為特點的病症。本病往往繼發性於肱二頭肌長頭腱滑脫、肱二頭肌長頭腱鞘炎、肱二頭肌短頭肌腱損傷、岡上肌肌腱炎、尖峰下滑囊炎等。

針刺穴位

處方：陽陵泉（健側）^[3]。

胃脘痛

胃脘痛是以上腹胃脘部近心窩處經常發生疼痛為主症的病症。見於急慢性胃炎、胃及十二指腸球部潰瘍、胃下垂、胃粘膜脫垂、胃痙攣、胃神經官能症、十二指腸炎以及一部分肝膽胰腺疾患^[4]。

針刺穴位

處方：主穴：足三里、內關、梁丘。配穴：氣滯者加太衝、陽陵泉，虛寒者加中脘、隱白，濕熱者加曲池、內庭，陰虛者加三陰交。

急性腰扭傷

急性腰扭傷指腰部突然受暴力或用力過度及勞動姿勢不正確而導致腰部肌肉、筋膜、韌帶、椎間小關節和關節囊、腰骶關節及骶髂關節等的急性扭挫損傷。臨床表現為劇烈性腰痛、腰肌緊張及活動受限制。

針刺穴位

處方：閃腰穴（患者坐位或站位，屈肘平舉，由曲池和手三里連線中點向橈骨外側旁開1寸）。

處方：取雙側外關、三陽絡。

坐骨神經痛

坐骨神經痛是指沿坐骨神經通路及其分布區的疼痛，可由許多疾病導致，如腰椎間盤突出症、腰椎滑脫、腰椎骨質增生、脊髓腫瘤、髖關節炎、梨狀肌綜合症、盆腔腫瘤。

針刺穴位

處方：主穴：環跳、陽陵泉、崑崙。

雷諾病

雷諾病是血管神經功能失調所引起的肢端小動脈痙攣性疾病，又稱肢端動脈痙攣病，它以陣發性四肢肢端



(主要是手指)對稱的間歇發白與紫紺為其臨床特點。常為情緒激動或受寒所誘發。

針刺穴位

處方：上肢病取尺澤、合谷；下肢病取足三里、三陰交；配氣海、關元穴。

踝關節扭傷

踝關節扭傷多因在不平的路面行走、跑步、跳躍，或下樓梯時踝跖屈位，足部突然向內或外翻轉，踝外側或內側韌帶受到強大的張力作用所致，臨床表現以踝部腫脹、劇痛及功能受限為特點。

針刺穴位

處方：健側外關穴。

腎絞痛

腎絞痛是以腰部或上腹部發生劇烈疼痛並伴有尿液改變為主要臨床表現一種急性疼痛^[5]。

針刺穴位

處方：痛敏穴（第4~5腰椎間旁開5分處）、三焦俞、腎俞、氣海俞。

痛經

婦女正值經期或行經前後發生以小腹疼痛為主，疼痛或蔓延至腰骶背部，（嚴重甚至可引發昏厥），影響正常工作和生活稱為痛經或經行腹痛。有原發性痛經和繼發性痛經之分。前者是指生殖器官無器質性病變的痛經，後者是指由於生殖器官某些器質性病變而引起的痛經。

針刺穴位

處方：雙側三陰交穴。

癌症疼痛

癌性疼痛多發生於癌症的末期。其產生多由癌腫瘤組織壓迫、浸潤神經，造成神經鞘內的神經纖維狹窄或神經營養血管被癌細胞所阻塞，使神經纖維處於缺血狀態而致，亦可因腫瘤的併發症或後遺症而引起。

針刺穴位

處方：主穴：合谷、內關、支溝。配穴：豐隆、少府、太衝、丘墟、足三里、三陰交，並根據原發病變或疼痛部位配合背俞穴

結論

疼痛是一種令人不快的感覺，和情緒上的感受，它的出現可能警示健康出了問題，另外有時疼痛比疾病更可怕，它可以摧毀人的意志，有些人寧可死掉，也不願意忍受病痛的折磨。在與痛魔的較量中，正確選擇穴位，即可使針刺發揮極大的效果。

參考文獻

- 1.王凡，疼痛針灸大全，中國中醫藥出版社，北京，pp11-66,2002.
- 2.鄭安堃，老年醫學研究，湖南科學技術出版社，湖南，pp103-110,1992.
- 3.郭蘭忠，中醫內科臨床手冊，江西科學技術出版社，南昌，pp814-847, 2000.
- 4.Consensus Statement:Medical treatment of pepticulcer disease. JAMA 272:622,1996.
- 5.Eurpan Best Practice Guidelines for the Management of Anemia in Patilenuts with Chronic Renal Failure.Nephrol Dial Transplant 14(supl.5):1,1999.



從「針方相對」談傷寒論方劑之應用

主旨：針方相對是以針灸與方劑互應，針方同理，互融互補，互促進步。必要時針穴可以取代缺藥及偽藥、劣藥，平日亦能輔助既有方藥，促進更佳療效。甚至先建療效於方劑之前。

概說：四百年前的針灸大師楊繼洲在「標幽賦」及「通玄指要賦」中，首先就揭藥了用針的重要，他說：「夫治病治法，有針灸，有藥餌，然藥餌或出於幽遠之方，有時缺少，而又有新陳之不等，真偽之不同，其何以奏膚功，起沉疴也，惟精於針，可以隨身帶用，以備緩急。」，以藥物與針灸比較，說明了針灸的方便及實用。這段話置於今日，也能夠相當表達當今中醫界的現況，及國外甚或國內中醫藥的窘境。從針方相對下手，則不啻是個很好的路子與方法。

這些年在美加、歐洲、澳洲講授針灸及中醫，許多當地醫師對於傷寒論表達了高度的興趣，但他們同時也提出了質疑，傷寒論有用嗎？傷寒論當然是一門實用的學問，他們為什麼會提出這樣的問題呢？就是因為太多中藥不能進口，缺藥就不成方，無方可用當然說傷寒論無用。即以美加地區麻黃不能進口來說，至少就有麻黃湯、大青龍湯、小青龍湯、麻杏石甘湯、麻黃連翹赤小豆湯、麻黃附子細辛湯、麻黃附子甘草湯、麻黃連翹赤小豆湯、桂枝麻黃各半湯、桂枝二麻黃一湯、桂枝二越婢一湯、麻黃升麻湯等十幾個方子無法應用。在歐洲不能用細辛；澳洲禁用附子，又是十幾個方子不全了。那麼怎樣補救呢？用什麼方法解決這個問題呢？有人說可以盡量找出對應的時方，但有可能連時方的藥物都在禁用之列，又將如何呢？

而事實在中國大陸，也有著偽藥充斥，藥效品質日益低落的狀況。由於藥物品質不佳降低了臨床效果。

從針方相對下手，則不啻是個很好的路子與方法。學習針方相應，有著啟發的意義，使傷寒論縱然在缺方缺藥的狀況下，亦能使用其理論以針灸穴位治療，這是在海外學習傷寒論的變通，或許也是國內未來（如果中藥缺乏或偽藥充斥）的趨勢，這是

學習針方相對的最大意義。深入研究針方相對，不只能延續一些瀕危方藥的生命，也能擴張針灸的作用，對於針灸穴位組方也是另一型式的創新。而從針穴的應用也能反饋擴大對中藥的應用。此外針刺也能輔助方藥，針藥並用可加快痊癒步驟，更有助於用於治療疑難雜症。

楊雍傑 醫師

關鍵詞：異位性皮膚炎、中藥。

壹、總論

一、傷寒論與六經

針方是否能夠相對，前提首先是傷寒論的六經與經絡是否有關？有必要在此先加說明。六經的意義現在爭論仍大，但基本上包括：經絡、聯繫的臟腑、表裏層次、病型等，當然包括經絡、臟腑。《傷寒論》原序說：「撰用《素問》、《九卷》、《八十一難》，」又說「人稟五常，以有五臟，經絡府俞，…」，這就說明《傷寒論》是以《內經》的醫學思想為指導中心，與經絡有關的。

早在晉代皇甫謐《甲乙經》中即已提出「六經受病發傷寒熱病」。隨·巢元方《諸病源候論》更是明確地把《傷寒論》三陰三陽証稱作六經

病証，以經絡解說傷寒病機，如：「太陽者，膀胱之經也…陽明者，胃之經也…少陽者，膽之經也…太陰者，脾之經也…少陰者，腎之經也…厥陰者，肝之經也。」巢氏為隋代太醫，當必掌握有大量古籍資料，其論述必有所本。這說明了《內經》、《傷寒論》、《甲乙經》、《諸病源候論》之間，將三陰三陽証作為經絡病變（臟腑亦以經絡統之）的相承關係，其後，《外台秘要》《聖紀總錄》等巨著皆承此說，自漢魏晉唐，以迄宋代，把傷寒三陰三陽病症解作經絡受病，並無異議。

《素問·熱論》說的三陰三陽証，原指經絡臟腑病症而言，《傷寒論》的三陰三陽証顯然繼承了《熱論》之說。傷寒太陽病的「頭項強痛、腰痛、骨節疼痛」；「太陽隨



經，瘀熱在裏」；「熱結膀胱」；陽明病的「胃家實」和「口乾鼻燥」；少陽病的「口苦、咽乾、目眩」、「兩耳無所聞」、「胸脇苦滿」，…皆與《熱論》所載病症相符，即可知《傷寒論》和《素問·熱論》之間的傳承關係。

從《靈樞·經脈》的經絡病與傷寒論的症狀來看，也可以發現兩者的密切關係，例如《經脈》：「膀胱足太陽之脈，起於目內眦，上額，交巔，還出別下項，…是動則病沖頭痛，目似脫，項如拔，脊痛，腰似折，…是主筋所生病者，…狂、癲、發黃、鼽、衄、項背腰尻…痛。」這與傷寒論太陽病「頭項強痛、衄血、蓄血如狂、發黃」等症相符。其他各經亦大致相符。此外，仲景的針灸治療也足以印證其經絡的含義，如治太陽受邪服桂枝湯反煩不解者，有先刺風池、風府之法；太陽少陽並病者，則刺大椎第一間及肝俞、肺俞；少陽熱入血室及「肝乘脾」、「肝乘肺」俱刺期門為治；太陽病「欲作再經者，針足陽明，使經不傳，又「少陰病…脈不至者，灸少陰七壯」，這些

事實都說明了仲景依憑經絡受病針其相關穴位之實際狀況，設使三陰三陽證只是六種症候群而非經絡，那麼，刺其有關經穴將作何解釋呢？試問若六經不是經絡，那麼針在何處？灸在何處？！六經與經絡之相吻合於此可見。

《傷寒論》六經之重點是以三陽經統攝六腑；以三陰經統攝五臟，經脈病反映的症候，多與經脈循行有關，如「足太陽經脈起於目內眦，上額，交巔，還出別下項，…夾脊抵腰中」，所以太陽經受邪，會出現頭項強、腰脊痛等證。腑病所反映的證候，則與經絡相連的臟腑有關，太陽病反映的是膀胱蓄水、蓄血的病變，仲景在闡述太陽蓄血證的機理時也說：「所以然者，以太陽隨經瘀熱在裏故也，其他如陽明病反映的是「胃家實」的病變，少陽病所反映的是「樞機不利、膽火上炎」的病變，大陰病所反映的是「脾陽虛寒」的病變，少陰病所反映的是「心腎虛衰」的病變，厥陰病所反映的是「肝氣上沖、寒熱錯雜」的病變。若無六經作基礎，則經絡臟腑之病變，也就不知如

何解釋了。

清初傷寒論大家柯琴，於其著作《傷寒來蘇集》中，在「一身之病，俱受六經範圍」的思想指導下，處處以經絡解釋分析病情。在解釋太陽脈證時，說「太陽經絡營於頭，會於項，故頭連項而強痛」；在解釋麻黃湯證時說：「太陽脈抵腰中，故腰痛。太陽主筋所生病，諸筋者皆屬於節，故骨節疼痛」；在解釋桂枝加葛根湯證說：「足太陽脈自絡腦而還出下項，夾背脊」；在分析抵當湯證說：「此因誤下熱邪，隨經入府，結於膀胱」；在解釋「刺期門」穴時，說：「期門肝之募也，又足太陰、厥陰、陰維之會。太陰、陽明為表裏，厥陰、少陽為表裏，陽病陰，故陽明、少陽血病，皆得刺之」；在解釋柴胡湯證時說：「少陽脈循胸脇，邪入其經故苦滿，膽氣不舒，故默默」；在論少陰脈證時，指出「少陰經出絡心，故心煩」；在分析厥陰脈證時說：「厥陰經脈上貫肝，氣旺故上撞心，…「肝脈夾胃，肝氣旺故胃口閉塞而不欲食矣」，這些不都在說明柯琴對傷寒論六經的理解是根植於

經絡之上嗎？

劉渡舟老師說：「中醫的整體觀、辨證觀，都得用經絡學說加以說明，如果把經絡給廢了，「六經非經」了，那中醫的理論——中醫的整體觀，一分為二、分陰分陽的辨證法，六經為體、八綱為用，體用的關係，不就都廢了嗎？…《傷寒論》也是中醫學，當然就得取法於經絡學說了，怎麼能說是“六經非經”呢？…我治後背和肩胛痛，好用柴胡桂枝湯，小柴胡湯加上桂枝、白芍，吃了就好。你看怪不怪，加上柴胡就管兩肩，不加就不行，這就是經絡，經絡辨證嘛，沒有這個怎麼行呢？…經絡學說是中醫偉大的組成部分，有了經絡學說，臟腑學說就活了，要不，臟腑怎麼結合呢…？沒有經絡了，就沒有了一個傳導的、聯繫的、互為影響的、物質的東西，那就不是中醫的理論了。…張仲景他必然得用經絡學說，不用經絡學說有些問題就不好解釋了。（參考《劉渡舟教授談《傷寒論》與經絡》）。這是一段理論與經驗結合的話，傷寒論的六經是否經絡，就不必再多費唇舌了。



二、六經與開闔樞

六經氣化功能的作用規律，也就是經氣升降出入的規律，古人將其概括為『開闔樞』。『開闔樞』之名始見於《素問·陰陽離合論》及《靈樞·根結篇》，原文說：「三陽之離合也，太陽為開，陽明為闔，少陽為樞……三陰之離合也，太陰為開，厥陰為闔，少陰為樞。」《甲乙經·經脈根結》也有同樣的記載。

就生理上的開闔樞而言，開有陰陽，樞有陰陽，闔有陰陽，於是有三陰三陽的六個範疇，其各自的生理範疇，即所屬臟腑的氣化功能，是通過經脈的循行連絡來實現的。

扼要地說，就是以門戶的開、闔、樞為喻，形象地概括人體的功能、病理變化及內在聯繫，亦即是開指開達向外的作用，闔指內斂向裏的功能，樞有樞機、樞紐的作用。開闔思想顯然源於《周易系辭》之“闔戶謂之坤，辟戶謂之乾，一闔一辟謂之變，往來不窮謂之能。”

開闔樞在於說明三陰三陽離合、互根、轉化、及經氣升降出入轉輸的規律，『開闔樞』理論在中醫學中確

然有著重要的地位，對於應用《傷寒論》亦有決定性的作用。對於溫病也有一定的指導及啟發作用，用之於治療一般雜病，療效顯著。由於陰陽失和（失衡）是《傷寒論》的總病機，如何促進陰陽自和，就在於調動三陽三陰開闔樞的失衡，使之調和（平衡）。開闔樞的提出對於經絡及臟腑理論的完善也起了很大的作用，這其中包括經絡走向、同名經運用及臟腑別通。下面略作介紹。

1.開闔樞與同名經相通

仲景不直言手足六經，亦可以說是與開闔樞有關。（「傷寒傳足不傳手」為宋代朱肱提出，但早在朱肱之前的韓祇和，其所著《傷寒微旨論》中已表明了此一觀點。他說：『今傷寒之病，止受於三陰三陽者，何也？…且人之生也，稟天地陰陽氣，身半以上，同天之陽；身半以下，同地之陰。或四時有不常之氣，陽邪為病則傷於手經也，陰邪為病則傷於足經也。故寒毒之氣，則中於足經矣。《易》云：水流濕，火就燥是也。』而認為「寒毒之氣，只受於足之三陽三陰明矣」。）那麼，仲景為何以六

經分篇而不直言手足十二經脈？張景岳在《類經》熱論注說：「本經之不言手經者何也？蓋傷寒者表邪也，欲求外證，但當察於周身上下脈絡，唯足經則盡之矣。…手經所至，足經無不至者，故但言足經，…而手經亦在其中，不必言矣。此本經所以止言足者，為察周身之表證也。」此論《內經·熱論》只言足六經證而不言手六經證之原因，亦在說明《傷寒論》足六經可以概手六經。

關於這點若以開闔樞來解說，當能更清楚的說明仲景何以不直言手足六經。

蓋開闔樞也可說是同氣相求的應用，手足太陽經皆主開，有著統一的運動規律及同類的性質，手足少陽經皆主樞，彼此有著統一的運動規律及同類的性質，其它手足陽明同名經，手足太陰同名經，手足少陰同名經，手足厥陰同名經之間，亦都有著同類的運動規律及性質，因此其作用彼此相通，可以稱作同名經相通。

2.開闔樞與臟腑別通

由《素問·陰陽離合論》及《靈樞·根結篇》得知，太陽與太陰有

一定類屬及相關；少陽及少陰性質相關；陽明與厥陰相關，《素問》及《靈樞》均提及太陽為開，少陽為樞，陽明為闔；太陰為開，少陰為樞，厥陰為闔。三陰三陽中之太陰及太陽在最外為開，也就是說包括手足太陽之膀胱經及小腸經，包括手足太陰之肺經及脾經為開。每當寒邪傷人，最先傷陽，即傷最外之太陽，寒為陰邪易從下起，先傷足太陽，故傷寒論敘證從足太陽膀胱經起。每當熱邪傷人，最先傷陰，熱為陽邪多從上而來，先傷手太陰肺經。外邪先傷太陽、太陰，即因太陽、太陰為「開」之故。（古代傷寒證多，現代氣候變暖，而溫熱病多見。傷寒為陽邪，易傷體表陽氣，體表陽氣是太陽所主，故傷寒自太陽始。體表陰液是肺主輸布，故溫邪傷陰先從肺始。）少陽及少陰皆為轉樞之位，少陽在表裏之間，其證以寒熱往來為主，又有兼表兼裏之分。例如小柴胡湯為少陽正證，又有偏表之柴胡桂枝湯及偏裏之大柴胡湯，柴胡加龍牡湯等。少陰亦有寒化、熱化之證，如寒化之四逆湯，真武湯等，熱化之黃連阿膠湯



等。陽明及厥陰皆有閉合之意，故為闔。觀傷寒之邪，當其陽亢之極則入陽明，而成循衣摸床不識人之重病；陰寒之極則入厥陰，則為厥逆之證。而溫病熱入手厥陰心包則神昏，入足厥陰則動風，皆為病癥之極，已至閉闔之最後階段，而有嚴重之精神證狀。

掌握開闔樞理論可以指導《傷寒論》方的擴大運用。以“少陽主樞”來說，少陽膽能生發陽氣，疏調氣血，三焦能游行相火，決瀆水液，少陽樞機不利，則鬱而不達。小柴胡湯能和解少陽，開鬱調氣治療氣火內鬱所致的低熱不退、夜間盜汗。“少陽主樞”是內入外出之途徑，病在裏者可借此樞機宣達於外。小柴胡湯能斡旋樞機，透邪外出。《靈樞·經脈》說“少陽主骨”，少陽與筋骨活動密切相關。對關節弛緩無力，陣發性肢體搖擺，步態不穩的患者，用柴胡加龍骨牡蠣湯治療甚效。足見深明「開闔樞」的奧義，能使《傷寒論》方劑治療範圍得到充分應用。

試以太陽為開，少陽為樞，陽明為闔；太陰為開，少陰為樞，厥陰

為闔，將其展開，太陽、太陰相對〈開〉，少陽、少陰相對〈樞〉，陽明、厥陰相對〈闔〉，陰與陽對，手與足對。

這樣就構成了肺與膀胱通，「脾與小腸通」，「心與膽通」，「腎與三焦通」，「肝與大腸通」，除五臟別通外，包絡也與胃通，從而確立了六臟六腑全能相通的「六臟別通」，即「臟腑別通」。

關於臟腑別通的運用，在我的多本針灸著作中皆有詳細介紹，因為時間關係，這裏僅就「肺與膀胱通」略加說明。

膀胱的不利與不約，在於肺的調控，肺氣宣肅機能障礙，調控失利，膀胱蓄泄功能隨之紊亂，肺對膀胱的調控，是通過「氣」的作用而完成的，所謂「氣化則能出矣」。《金匱·肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治第七》有「肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遺尿，小便數，所以然者，以上虛不能制下故也，此為肺中冷，必眩，多涎唾，甘草乾薑湯以溫之」的條文，這是「肺虛不能制約膀胱」的小便遺溺不禁證。

臨床有肺氣不利，水停迫肺、肺氣上逆之喘症，常以清利膀胱的方法止喘。膀胱氣化失常，可以透過治肺來調節，例如常用的「提壺揭蓋」法，就如吳鞠通說的：「啟上開，化肺氣，宣上即利下。」。朱丹溪也說：「肺為上焦，膀胱為下焦，上焦閉則下焦塞。」嘗用麻黃湯開上竅啟下竅以利尿，又以之控制尿頻治癒老人及小兒遺尿。

有關子宮的疾患也與膀胱經有關，《傷寒論》有太陽經蓄血症，證狀為「太陽病……熱結膀胱，其人如狂……少腹急結。」太陽蓄血證常有如狂的精神症狀，有許多婦女子宮蓄血瘀血，也會有精神的症狀，如痛經、閉經、熱入血室等，常用桃核承氣湯加減治療；再如《金匱要略》中的子宮疾患，常用桂枝茯苓丸治療，這兩個方子都有膀胱經主藥桂枝。

治療足太陽膀胱經病多可用肺經穴位；治療肺經病多可用足太陽膀胱經穴位。例如針刺列缺治尿頻；尺澤治療小便病及腰痛；委中治療皮膚病及惡瘡甚效，都是肺與膀胱通的應用。

三、經絡病位之經方應用

人身為一整體，透過經絡聯繫全身，臟腑病變往往可在相關之經絡及所屬部位上反應出來。我們可以根據這些症狀的辨證運用仲景方施治。這類的條文在《傷寒論》中比比皆是，在《金匱要略》中也絕非少見。以仲景六經之方不獨治傷寒有效，治其相應經絡之雜病亦有效。

例如治太陽經病常用麻黃湯、桂枝湯加減，其中桂枝湯之加減劑應用尤多，臨床曾治癒多位委中處生瘤者，或如拳大或如蛋卵，西醫抽水數次，旋消旋長，數位中醫治療亦無效。考慮委中係太陽經所過之處，以桂枝湯加理氣化痰軟堅之香附、浙貝、玄參、牡蠣數劑痊癒。也曾以桂枝湯合芍藥甘草附子湯或桂枝湯合真武湯治癒數例寒濕痺阻之太陽經走向之坐骨神經痛（臀部及大腿、小腿後側痛）。也曾以桂枝加龍骨牡蠣湯治癒小兒夜間尿床（膀胱者，太陽之腑也）病患甚多，尤具特效。久年重疾，輕者二、三劑，重者八、九劑，無有不癒者。對於偏頭、側面及耳朵，眼外眦、胸脅之病，因經絡屬少



陽，常以柴胡劑加減，迭生著效。由於肝膽表裏，亦常用小柴胡湯加減治療婦科病，如月經期間或產後外感發熱等。臨床亦曾以小柴胡湯加減治療過乳腺炎之病例。

對於太陰脾胃虛寒證狀，率多以理中湯或乾薑、甘草方劑治療，療效極佳。曾治一食慾頗差之水腫患者，從「納差」及「諸濕腫滿，皆屬於脾」之觀點，以理中湯合真武湯治療後，腫退納增，再以理中丸加味固本而癒。亦曾治多例感冒喉痛患者，用麻黃附子細辛湯而速效，感冒初期在太陽，喉為少陰所行，因此以「太少兩感」處治，今日由於人們多食生冷，少陰陽虛體質極多，稍感風寒即成「太少兩感」病症者不在少數，應用麻黃附子細辛湯之機會尤多。

此外常以桂枝湯、麻黃湯治療體表皮膚病變（太陽主表），梔子鼓湯治療咽喉病，五苓散治療膀胱病變等，都是根據部位運用經方的方法，又如常見之落枕，據其「項背強」予桂枝加葛根湯或葛根湯，總覺療效有欠周全，因落枕常牽及頸肩背，考慮肩部（肩井穴處）為少陽經循行所

過，於是加入一味柴胡，效果大增，近年治療數十例落枕，絕大多數一劑痊癒。以上只舉數例以示其端，其他未述及之部位亦可依經絡循行部位之病按法類推，不必拘泥於手足之別，以同名之經，其氣相通也。

四、「針方相對」應用之要點

目前以傷寒論方證條文取用針穴治療之專著，唯有單玉堂著之《傷寒論針灸配穴選注》。其特點為善用特定穴位，如俞募原絡郄會及五輸穴等，喜以四肢穴位配俞募穴，一般選穴以四穴較多，有兩穴者，亦有少數如抵當湯用至八穴者，其說理簡明，頗值參考。另有承淡安之《傷寒論科學化新注》，雖每一方亦附有穴位，唯穴位較多，如桂枝湯便取外關、合谷、風府、風池、列缺、足三里等六個穴。白虎加人參湯證取穴竟有大椎、陶道、曲池、尺澤、外關、間使、合谷、液門、足三里、上巨虛、陽陵、豐隆、委中、懸鐘、內庭、通谷等十六個之多。與經方精簡之意似乎不合。且每一配穴未加說明取用之理，一般人很難從中得到啟發。

余個人認為不論用方用針，前提都是要先了解傷寒論的條文意義，清楚每個方子的主證與病機及病位。如果已經對原方有深入理解。縱然是以針代方或以針輔方，用起來就比較簡單快速。每個方子都能找到相對應的穴位，這個端視對於穴位穴性的了解程度，然後再與方子的主證及病機契合。

要把握及熟用針方相對，必須精通五輸穴，掌握五輸穴的應用可以說是「一針療法」的基礎，針灸家活用五輸穴就如同經方派一樣用針少且療效大，而且五輸穴的位置所在是「手不過肘，足不過膝」，方便並且安全。因此作為醫師不可不對此多下功夫。此外董氏奇穴在手足的穴位很多與五輸穴有密切關係，值得學習，並且可與五輸穴輔用，如此可使針方相對更完整，更為實用。

應用五輸穴首要對五輸穴的五行屬性及其基本應用有所了解，《難經》及《內經》的一些基本運用原則必須背熟或熟讀，即：《靈樞·經氣一日分為四時篇》所說：「病在藏者取之井，病變於色者取之榮，病時間

時甚者取之俞，病變於音者取之經，經滿而血者病在胃，及飲食不節得病者取之於合。」及《難經六十八難》說：「井主心下滿，榮主身熱，俞主體重節痛，經主喘咳寒熱，合主逆氣而泄，此五臟六腑井榮俞經合所主病也。」。能掌握這兩篇的內容，基本上就可算是掌握了五輸穴的應用要領，若能靈活應用於臨床，就能治好絕大部分的病證。

例如「俞主體重節痛」，即俞穴能治身體沉重，關節疼痛。為何俞穴皆治體重節痛，陽經俞穴屬木，木主風應筋，陰經俞穴屬土，土主濕應肉。身體沉重多與濕有關，關節痛多與風或濕有關。所以風濕及筋肉疼痛之病多取俞穴，俞穴有益氣化濕之功，善治風濕故主體重節痛」，對於本經之疼痛最為常用。又木應肝，土應脾，疼痛也常因情緒不安肝脾不和而加重。因此以各相關之俞穴治療頗為有效。

其次是活用五輸穴的時間觀及空間觀。這個與開闔樞也有關，開闔樞決定了經絡的內外觀，也決定了五輸穴的時間觀及空間觀。



例如井穴在手腳指趾尖端為身體之最外主開，主通閉開竅善治中風；亦善治外來之病，如感冒等。最善治急症，中風及外感皆屬急症。

榮穴如魚際及液門治感冒；董氏奇穴之一一部位及五五部位之穴位多與榮穴相合，以治急病為多。

俞穴為轉輸之處，主時間時甚之病，又界於井榮與經合之中間，所主之病為半表半裏，與少陽主半表半裏相同，少陽為樞，且俞穴與樞同音。

經穴接近合穴，經穴主治之病以慢性居多，絡穴或緊臨經穴之前，或緊臨經穴之後，因此也善治久而入絡之病，董氏奇穴在經穴與合穴範圍內之穴位甚多，如手上之三門穴、三其穴、四火穴、三士穴、二金穴；小腿之四花穴群，三重穴，下三皇等，除刺血外亦以久留針為主。

合穴在最上面、最裏面，合主臟腑之病，亦主閉藏之病。且合與闔同音。

五輸穴的五行屬性與作用尤其有關，五輸穴是經絡的全息點，透過該穴所屬五行可與五臟相連屬，從而可治療相關之臟腑疾病，透過該穴所

屬五行也可治療相關的外在五行臟象疾病。例如魚際穴為肺經之榮火穴，蓋此穴治肺主表治喘，又此穴屬火與心相通能強心，心亦主汗。此穴最善治感冒及氣喘。又如陰陵泉為脾經之水穴，水穴應腎，與腎經之土穴太谿穴合用，最善治脾腎兩虛之病，如水腫、尿糖、蛋白尿、腎功能衰竭等而有真武湯之意味。這些在後面還會舉例詳述。

其他特定俞穴如背俞、胸募及郄絡穴等能夠記熟更好。偶爾配用也有輔助效果。

以針代方或以針輔方在某方面有其局限性。承淡安說：「傷寒各證，皆可用針或灸代替藥劑治療，其收效往往能隨手見功，較藥劑為迅速而無偏弊。但亦有不及藥劑之處，如滋補劑、瀉下劑，要差遜一籌矣。」，不過傷寒病一般不用滋補藥，瀉下藥如大黃一般不難取得，較無關緊要，而且針刺輕瀉還是可以有效的。

承淡安先生說取穴代方「概以症狀為定則」，根據我個人經驗，很多時候以病機選穴，治療範圍更大，效果更好。因此必須說「方針相對」

也同「方證相對」一樣，主證與病機及病位都要兼顧，治療範圍才能較全面，效果作用也較好。

貳、各論（六經為病的方針應用）（以常用方舉例）

一、太陽為病及其主治概要

太陽以臟腑經絡為體，以氣化為用，太陽為病，容易病經及腑，亦易病熱及水。以下就太陽病略作介紹：

1.麻黃湯、桂枝湯，是為風寒外襲而病在經、病在表者。

麻黃湯類，包括麻黃湯、葛根湯、大青龍湯、小青龍湯、麻杏甘膏湯等；桂枝湯類，包括桂枝湯、桂枝加葛根湯、桂枝去芍藥湯、桂枝加附子湯、桂枝去芍藥加附子湯等，是縱橫交錯的。

同時，風寒脈證有兩兩錯雜者，又當於麻桂二方互用，如桂枝麻黃各半湯、桂枝二麻黃一湯等。

2.五苓散、桃核承氣湯，是為表不解而病在腑、病在裏者。

3.大青龍湯，是為表不解而陽鬱化熱者。

4.小青龍湯，是為表未解而動犯水氣

者等。

而這些又皆統乎表。麻桂二方是太陽病之主方，解表發汗為太陽病之正法。

至於針灸治療，則本傷寒之理，仲景之法。要掌握病機、症狀、部位等全面兼顧，調理三焦增強免疫，可針三焦滎穴液門甚效。

太陽病首先看桂枝湯，桂枝湯其基本組成為桂枝甘草湯及芍藥甘草湯。

（一）桂枝甘草湯證：第64條：「發汗過多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草湯主之。」第75條：「未持脈時，病人叉手自冒心，師因試令咳而不咳者，此必兩耳聾無聞也。所以然者，以重發汗虛故如此。」

這兩條條文是論述發汗太多，損傷心陽的證治。一般運用桂枝甘草湯最常以主證心悸及病機心陽虛來應用。最常用於以心悸、心下悸為主訴的疾病。以心血管疾病為多，亦常用以治療低血糖、低血壓或冠心病、心陽不足而引起的心悸、頭暈有效。對於發汗過多所致的心悸、耳聾、頭暈



及失眠亦有效。《素問·金匱真言論》說：「南方赤色，入通於心，開竅於耳，」，由於心亦開竅於耳，所以常以耳尖點刺治療心悸（叉手自冒心）甚效；點刺治療失眠甚效，蓋心主神也；治療多汗症甚效，蓋心主汗也；余常以風市穴治療心陽虛之耳聾、耳鳴及失眠均甚效，即係基於「心與膽通」之理論而有效。而膽經亦至耳也。

液門為感冒要穴效穴，亦能治感冒之心悸及耳病，此亦與榮穴治外經有關（三焦至耳），液門穴能透少府穴，少府為心經之榮穴，亦善治心臟之外感病，也可用於桂枝甘草湯證。

（二）芍藥甘草湯證：第29條：「傷寒，脈浮，自汗出，小便數，心煩，微惡寒，腳攣急。……更作芍藥甘草湯與之，其腳即伸。

芍藥甘草湯善治各種疼痛，不少痛症有痙攣現象，又許多痛症與肝脾不和，精神緊張或鬱悶有關。芍藥甘草調肝脾、疏木土、祛風濕，幾乎對一切疼痛均有效。針灸止痛最常應用俞穴，俞穴與芍藥甘草湯有異曲同工之妙，蓋芍藥入肝屬木，甘草入脾

胃屬土，最能調和肝脾治痛，而俞穴之五行亦屬木及土。《難經·六十八難》說：「井主心下滿，榮主身熱，俞主體重節痛，…」其中『俞主體重節痛』臨床運用最為廣泛，為何俞穴皆治體重節痛呢，所謂體重節痛即身體沉重，關節疼痛。蓋陽經俞穴屬木，木主風應筋，陰經俞穴屬土，土主濕應肉。身體沉重多與濕有關，關節痛多與風或濕有關。所以風濕及筋肉疼痛之病多取俞穴，又木應肝，土應脾，疼痛也常因情緒不安與肝脾不和而加重。因此以各相關經絡之俞穴治療頗為有效。個人臨床常用各經之俞穴治療各本經之疼痛極為有效。例如用束骨治後頭痛、顛頂痛、腰痛、頸痛，以及太陽經走向之坐骨神經痛。陷谷治前頭痛。臨泣治偏頭痛、腰側痛等少陽經之疼痛，效果很好，這些便都是俞穴。

（三）桂枝湯證：主證為太陽中風，症見發熱、汗出、惡風、脈浮緩，證屬表虛。以桂枝湯解肌和營衛。

對於發熱、汗出、惡風等症，

1.可以選合谷、復溜相配，合谷為金經（大腸經）原穴，與肺經互為

表裏，為降低大腸經熱及表熱之代表穴。原穴本有理氣溫陽作用，合谷穴肌肉豐厚，理氣溫陽治陽分、氣分、衛分病之作用尤強，又為三部九候中部人候所在，以脈治脈，亦善治血脈病，此穴善調營衛。手陽明大腸主津（外流之水），配復溜，汗多可止，無汗可發。瀉合谷補復溜，止自汗及藥汗不止之心慌，效果甚好。

復溜穴善治無汗、自汗及盜汗。復溜為腎經之經（金）穴，經主喘咳寒熱，善治惡風，金與肺與皮毛相應。又本穴有調整水液的功能，身熱無汗或汗出不止、自汗、盜汗療效頗佳。

2.魚際亦善於退熱斂汗。單用魚際一穴治自汗每見奇效，用一寸毫針，直刺八分，咳嗽進針，無需捻轉提插，不要求強烈針感，留針20分至半小時，男先針左，女先針右，汗可漸止，確有止汗之功。其機理當為肺主皮膚（主表）、主氣、司開闔之作用，又心主汗，本穴屬火，與心有關，屢試屢效，配復溜則更效。

（四）桂枝加葛根湯及葛根湯證：第31條：「太陽病，項背強几几，反汗

出惡風，桂枝加葛根湯主之。」太陽病，項背強几几，無汗惡風者，葛根湯主之。頸項強硬常用葛根湯或桂枝加葛根湯治療，用後谿及束骨穴能治頸項強硬，就如同葛根湯，蓋後谿及束骨皆為太陽經俞穴，俞主體重節痛，且此兩穴皆屬木，善治不能轉動之筋病。葛根湯或桂枝加葛根湯善治太陽陽明合病，余亦常用於治療顏面震顫、三叉神經痛、眼皮無力下垂、顏面神經麻痺…等太陽陽明合病病證。余以後谿穴配三間穴等同葛根湯或桂枝加葛根湯，治療甚效，蓋後谿為太陽經俞穴，三間為陽明經俞穴，且兩者五行皆屬木穴，皆善治風病也。

（五）麻黃湯證：設病為太陽傷寒，症見發熱惡寒，頭項強痛，身痛腰疼，骨節疼痛，無汗而喘，脈浮緊等，證屬表實。用麻黃湯發表宣肺。針治重點：

1.身體疼痛：體重節痛取之俞，可取膀胱經俞穴束骨穴，肺俞太淵。

2.無汗發汗：

（1）.可以選合谷穴與復溜相配，合谷為金經（大腸經）原穴，與肺經



互為表裏，為降低大腸經熱及表熱之代表穴。原穴本即有理氣溫陽作用，合谷穴肌肉豐厚，理氣溫陽治陽分、氣分、衛分病之作用尤強，又有血管於穴下，故善調營衛，又手陽明大腸主津（外流之水），在此穴捻針，很快即能起到發汗作用。

復溜穴善治無汗，復溜為腎經之經（金）穴，經主喘咳寒熱，金與肺及皮毛相應。又本穴有調整水液的功能，身熱無汗療效頗佳。

(2)從麻黃湯「衄乃解之」，用肺經穴少商點刺如發紅汗，亦可退熱。

(六)大青龍湯證：病為「太陽中風，脈浮緊，發熱惡寒，身疼痛，不汗出而煩躁者」；與「傷寒脈浮緩，身不痛但重，乍有輕時，無少陰證者。病機係外有風寒裏有鬱熱，表裏俱實之症。」外邪束表，則惡寒發熱，無汗身疼，表邪緊束，郁熱不宣，則煩躁不安。辨證要點為不汗出而煩躁。仲景用大青龍湯發表開鬱清裏以除煩。針治之重點：

1.不汗出當發汗，合谷穴能降熱發汗止汗，補合谷瀉復溜可發汗，合

谷為大腸經原穴，為降低大腸經熱及表熱之代表穴。在此穴捻針，四五呼吸間即能起到發汗作用。

2.煩躁當刺魚際。《醫宗金鑑》：魚際穴更刺傷寒汗不出。本穴屬火與心有關，為肺經榮穴，榮主身熱，善清肺經火熱之證，臨床上常用於治療熱邪壅於肺經的病症。「榮俞治外經」，本穴為肺經榮穴，尤善治外感病（外感與肺關係密切），感冒、氣管炎、肺炎及急性扁桃腺炎、喉痛皆有效。本穴為肺經（榮）穴，能清肺，治肺炎，尚能除煩。

另外一組用針亦可取督脈穴大椎、風府與足太陽穴肺俞，宣表發汗以解外；手陽明穴合谷與手少陽穴液門，開鬱清裏以除煩。

(七)小青龍湯證：「傷寒表不解，心下有水氣，乾嘔、發熱而咳，」仲景用小青龍湯宣表蠲飲。小青龍湯病機為心下有水氣，主證為咳（40條），微喘（41條），心下有水氣，為內有寒水，外感引動水氣衝肺故咳嗽。病因病機為土內有寒水射金，首選可用含土金水之穴位，如董氏奇穴水通、土水穴治之甚效。其次為用含

金水之穴治療，如尺澤、魚際或復溜等含金水兩性之穴治之。治療咳喘極效。

另外一組用針也可取足太陽經之風門、肺俞解表宣肺；取痰會豐隆健中散飲滌痰。

(八) 麻杏石甘湯證；其主證為汗出而喘，病機為熱遏閉肺之肺熱。裏熱壅肺則薰蒸作汗，肺氣閉塞則氣逆咳喘。抓病機就可以從清肺熱著手，就可選魚際穴及尺澤穴，蓋魚際為肺經榮穴，《靈樞·一日四時分刺篇》說：「榮主身熱」，榮穴皆有清熱之效，清肺熱可用肺榮魚際；又每一經之水穴皆能治療該經之火熱病，尺澤為肺經水穴，善治肺經之火病及發炎之病，治療扁桃腺炎、肺炎、咽喉炎皆有卓效。而且尺澤為合穴，「合主逆氣而泄」，善治氣逆之病，治療咳喘效果極佳。又魚際為肺經之火穴與心相應，心主汗，肺主皮膚（主表），本穴素為調理汗液要穴。亦善於退熱斂汗。單用魚際一穴治自汗每見奇效，因此魚際穴與尺澤穴合用，還能抓住麻杏石甘湯之主證，汗出而喘。若病情嚴重，也可加用少商穴點

刺，少商穴為井穴，在經絡之最前頭，其性屬「開」，善治急症及外感症。少商點刺尤善於治療小兒重症肺炎及小兒高燒。肺炎為小兒最多見的肺部疾患。重症肺炎一般起病急，本穴為肺經之井穴，治肺經急症極佳，具有疏風解表、泄血清熱、宣肺化痰之功，退熱效果很好。大人感冒發熱亦能退熱。少商亦善治氣逆，常以此穴點刺治療憋氣，立刻輕鬆。

(九) 五苓散證：如為太陽病汗後表邪未解，邪氣隨經入腑，膀胱氣化失職，水蓄膀胱不能布化的五苓散證，症見脈浮、小便不利、微熱、消渴等證，是病在太陽腑之氣分，仲景用五苓散通陽化氣利水。用針可取陰陵、足三里。陰陵泉為脾（土）經合（水）穴，能脾腎雙補，為治水要穴（水腫及小便不利），有本穴對應水分穴，尤善治水病，《通玄賦》：「陰陵能開通水道。」《雜病穴法歌》：「小便不能通陰陵泉，三里瀉下溲如注。」

也可取膀胱經原穴京骨、腎經俞原太谿，疏調臟腑表裏，助膀胱氣化；配中渚通調水道，令津氣四布，



當可痊癒。

(十) 桃核承氣湯證：如為太陽病不解，熱結膀胱，其人如狂，少腹急結的桃核承氣湯證，病機為太陽在表之鬱熱隨經入裏，與瘀血相結鬱於下焦，形成下焦蓄血初結的病變。邪熱與血結致少腹急結。若邪熱與血結，血中濁熱上擾心神，則其人如狂。

根據「其人如狂」可用於精神興奮性疾病；根據「少腹急結」可用於盆腔及前後二陰部位的急迫性、疼痛性、充血性疾病，如瘀血引起的痛經、閉經、崩漏、惡露不下或不盡、胎盤殘留、胎死腹中等。關於本方證之蓄血部位，不必拘泥，瘀血可停積於人體任何部位，包括體表局部及經絡臟腑。除用於瘀血而致腹痛，並上擾神明所引起的精神分裂症與神經官能症。

本方應用之關鍵在於抓住「瘀」、「熱」這兩個辨證要點。凡人體各部氣血經脈淤阻，均可用本方祛瘀生新。

「合谷」（與肝通能治陰部下腹部，董氏奇穴靈骨效更佳），至陰為膀胱經井穴能解熱，治療少腹及膀

胱，促其發生機轉而疏解瘀滯；「血海」、「三陰交」、亦善活血以去其瘀滯；嚴重者可於「委中」放血，解其瘀熱。

(十一) 抵當湯證：太陽隨經，瘀熱在裏，病在太陽腑之血分者，症見發狂、身黃、脈沉結、少腹硬、小便自利等證，仲景用抵當湯攻下瘀血。用針可參考桃核承氣湯證。加配合谷與太衝穴為開四關、後谿穴為八脈交會穴能通督脈鎮定，又小腸經祛濕治黃疸亦效，至陰為井穴主神志，活血逐瘀、瀉熱平狂。

以上為太陽經證針灸法之括概，臨證當分清表裏虛實、在經在腑、氣分血分，則用針配穴，方能以法中的。

（因為時間關係，本次國際大會僅講至太陽篇，以上為此次主講稿。）

桂枝湯與其加減之臨床應用

「傷寒論」所討論之太陽病中風證，其實就是桂枝湯證，也就是適合服用桂枝湯藥方之症候的一群人。對於太陽病中風證的病機，可以想像：生活中有大量的出汗機會，日夜無法正常飲食和休息，又處於極度驚恐，長久風餐露宿、饑寒交迫，憔悴，消瘦，以致身體對外抵抗力日漸衰退，無法正常對抗疾病，病人自汗、心悸、腹痛、脈浮弱之情況，屬於營衛失調症候群的疾病。桂枝湯屬於調節肌膚作用，稱為解肌之用藥，不只是辛溫發汗作用而已。辛溫發汗不過是其次要作用。桂枝湯的解肌的威力在於病人服完藥方之後，在自然微微出汗以及在休息中讓體內營衛生理之間相互的調節，恢復身心平衡。

桂枝湯的加減第一個方證就是「桂枝加葛根湯證」：「太陽病，項背強几几，反汗出惡風者，桂枝加葛根湯主之。」再來是太陽病中風證宿喘發作，處理上，仍然要調整營衛，故用桂枝湯，又肺氣不利之氣喘，所以加厚朴、苦杏以寬胸、下氣、降肺、平喘。這是加厚朴杏子湯的適應證。臨床和藥理研究證明，欲使桂枝湯調和營衛桂芍必須等量；若重用桂枝則為桂枝加桂湯，主治寒氣上衝的「奔豚氣」；若重用芍藥則為桂枝加芍藥湯，主治腹滿實痛。

林錦成 醫師

關鍵詞：太陽病中風、陽強陰弱、桂枝湯證。

一、營衛失調症候群

《傷寒論》所討論之太陽病中風證，其實就是桂枝湯證，此處所說的中風與後來所稱腦中風意思完全不

同，腦中風疾病是腦血管障礙所引起的疾病，兩者根本不同。

所謂桂枝湯證，就是適合服用桂枝湯藥方的症候的一群人。漢方醫聖張仲景活用此方時，有其時代歷史背景，當時兵荒馬亂，人民勞累與生活壓力緊迫，在戰爭過程中的身心過著



辛苦的士兵，逃避戰事的難民，所使用的經驗藥方^[1]。

這些人在當時都是使用桂枝湯的最佳對象，在大漢帝國北方寒冷、饑餓、過度疲勞、精神緊張的環境下，長期消損體力，病人自汗、心悸、腹痛、脈浮弱等情況，對外抵抗力不足，免疫力降低與自律神經失調等都可以使用，這些都是需要用太陽病中風證的一群人。

因此，對於太陽病中風證的病機，可以想像：生活中有大量的出汗機會，日夜無法正常吃東西和休息，又處於極度驚恐中，長久風餐露宿、饑寒交迫，憔悴，消瘦，以致身體對外抵抗能力日漸衰退，無法正常對抗疾病，病人自汗、心悸、腹痛、脈浮弱之情況。

強烈驚恐，在不正常的環境下，心動悸、微熱，饑餓以致乾嘔、腹部陣陣隱痛，異常出汗，全身肌肉酸痛，風寒刺激，鼻流清涕、關節痛、身體惡風等。都是桂枝湯證候。桂枝湯中用藥屬於調節肌膚作用，稱為解肌，絕對不只是辛溫發汗作用。辛溫發汗不過是其次要作用而已。

其組成藥材以桂枝、芍藥、甘草、生姜、大棗，服用方式就像今天的酸辣湯。先喝一碗，然後吃下熱乎乎的熱稀飯，蓋上被子，好好睡覺休息一晚上，在這休息情況下，病人自然微微出汗，一覺醒來，休息後，體力恢復。隔天，許多桂枝湯證症狀必然一一和解。

因此中國《傷寒論》學者黃煌教授認為，桂枝湯是一個補虛調理方，張仲景使用時，主要是給戰爭中疲憊的將士恢復體力。這就是桂枝湯解肌的威力。而解肌的威力在於病人服完藥方之後，自然微微出汗以及在體內營衛生理之間的相互調節。是故，桂枝湯其實並非專用之發汗劑，但病人服藥後汗出，是機體各種調節機能發揮自律神經在恢復調節的自然表現，就像吃熱稀飯之營養補充的調節一樣，加上患者的胃腸功能刺激生體自然衛氣的結果，是營衛生理互相和諧的結果，也是體內生理上之間的平衡。全身肌肉酸痛較重加九味羌活湯，緩和止痛，頸項背肌僵硬加葛根。有氣喘現象加厚朴與杏仁。素有多年哮喘病史的病人，在《傷寒論》

這種病人營衛失調，容易引發肺氣宣發肅降失調，然後宿喘發作。在處理上，除了仍然要調整營衛，故用桂枝湯，又有肺氣不利的氣喘，所以要加厚朴、苦杏仁兼以寬胸、利氣、降肺、平喘。這是加厚朴杏子湯的第一個適應證。

某女，37歲，護士，體質逐漸虛弱。近年來因血小板減少，鼻腔及牙齦常出血，皮下紫癍，又因蕁麻疹，多於夜間發作，搔癢不止，故夜寐不佳，屢用西藥及疏風散熱、通腑泄熱、清熱涼血、清肝利膽、養血祛風等藥方數十劑無效，其人舌質紅，苔薄黃乾，脈沉弦細，的確有熱象。

但何以疏風散熱無效？必因於內體質氣血虛，於外營衛不和，予桂枝湯加黃芩、三七粉、生地，服完5劑，蕁麻疹之發作逐漸減輕，出血亦止。續服11劑，而血小板數目上升。以後蕁麻疹偶發，再用前方一、二劑亦見效。

按：本例血小板減少表現為牙齦出血、蕁麻疹，常法治之無效，改用調和營衛、補益氣血之桂枝湯加味即迅速奏效，而且鞏固。是因景岳說

「營衛即是血氣。」「營衛於外和諧者，氣血必定和諧於內。」若氣血不和於內者，營衛亦不和諧於外。氣血不和導致營衛不和，其表現因人而異。有人風血於肌膚相搏，發為蕁麻疹，而非自汗。病症雖異而病理同，故用桂枝湯法。謂桂枝湯調和營衛，在內可調和氣血，誠非虛語。^[2]

二、桂枝湯的加減臨床應用之舉例

（一）、桂枝湯的加減第一個方證就是「桂枝加葛根湯證」。

「太陽病，項背強几几，反汗出惡風者，桂枝加葛根湯主之。」

由於風邪襲表在太陽經脈引起頭項強痛，在日常生活呈現的機會很多。葛根在桂枝加葛根湯藥方中是一個主要且重要的添加藥物。

其藥物組成如下：葛根四兩（古制），桂枝二兩，芍藥二兩，生薑三兩，甘草二兩，大棗十二枚（擘），桂枝加葛根湯中沒有麻黃。

後人在校勘《傷寒論》時，就在這條後面加按語，如果有麻黃就是葛根湯的藥物組成，而不是桂枝加葛根湯的組成，故此方是沒有麻黃。



有關葛根湯煎服方法，取七味，以水一斗，先煮麻黃、葛根，減二升，為什麼先煮麻黃、葛根，減二升，去上沫？因為麻黃是辛散的，辛溫燥烈，容易傷陰，在煮麻黃、葛根時，要求先煮，減少麻黃的辛溫燥烈的這種特性，但此方沒有麻黃，所以沒有先煮麻黃的問題。

若以葛根的特性考量其實也不用先煮，所以可和其他的藥同時煎煮。故內諸藥，煮取三升，去藥滓，故以上分成三次治療量，溫服一升，即一次吃一升。方中是以桂枝湯解肌祛風，主要是調和營衛功能。至於加葛根有三大作用：

一是解熱作用，助桂枝湯解肌祛風，解表，增強桂枝湯發汗作用，故桂枝加葛根湯時就不用喝熱稀粥助發汗，當然還是要蓋被保溫。二是對循環系統之影響：本品黃酮類成分有擴張冠狀動脈，增加腦血流量等作用，疏通經脈，消除經脈上肌肉的緊張。其成分daidzein對於小白鼠離體小腸具有罌粟鹼papaverine樣鎮痙作用。三是提升津液、起陰氣滋潤經脈，緩和經脈拘攣。其葛根配糖體類成分是

膽素致活劑choline agonist類作用，具有降血壓作用。

因為經脈拘攣，病理上有電解質失調，津液不能滋潤，例如血鈣不足，鎂離子消耗過度的因素等。處理電解質失調導致經脈肌肉痙攣時，一定要注意補充體液與調整電解質不平衡，加葛根以滋津、潤燥、解痙之道理在此。

覆取微似汗，覆就是蓋被子，整句是說用蓋被子來取微汗，不需啜粥，特別強調此方的發汗已經不需要借熱粥來助藥力。不過仍然像桂枝湯方後所要求的那樣。強調服藥後特殊護理、服藥的方法，一般具有普遍的意義。在這裏可以體會，服用桂枝加葛根湯時，藥後的護理方法、飲食禁忌，就像桂枝湯方後那樣。

桂枝加葛根湯的適應證，也是屬於表證，所以禁忌生冷，不好消化的，對胃有刺激的食物，飲食不當而傷害胃氣，都是禁忌。若誤用結果則令人表氣虛，人體的衛氣虛弱。

至於臨床上桂枝加葛根湯治什麼病呢？依據《傷寒論》記載，就是風邪在太陽經脈而「頭項強痛、頭疼，

項強」，及後背肌肉緊張。在此所謂「風邪」，其實可以考慮天氣突發之異常，使得在人體的病毒與微生物群（包括病菌、致病真菌、與其他有感染性微生物）趁機繁殖與複製，使病毒性流感因而作怪，尤其是當人體在營衛失調，免疫力降低時，更加嚴重。

在外感病，例如說首先病毒性感染而引起項背部肌肉痙攣的，此方療效特別好。這些病情有輕重之分，筆者在網路注意中國北京某家醫院的一項病例報告：此醫院曾經有位婦女因感染而發燒與畏寒，呈現一側胸鎖乳突肌痙攣，該側胸鎖乳突肌抽筋，病人歪頭，送到醫院，在門診處接受實習助理按摩。

經由多次按摩，頸項肌肉痙攣無多大改善，由於院長是神經內科出身，做完神經系統檢查，以疑似腦血栓中風，就以「腦血栓形成的早期」處理而指示住院。

住院以後，因歪頭，數次按摩，頸部總是反復歪來歪去，入院以後，會診中醫部醫療以涼開覺醒藥方^註經靜脈點滴給藥，反而由單側造成雙側

胸鎖乳突肌痙攣，牽連到項背部肌肉痙攣。由於病患項背部肌肉痙攣，醫院實習學生按摩其頸項，無用，發高燒到四十度左右，發生全身痙攣，瞳孔上吊。

（註：漢方涼開是以安宮牛黃丸為主。安宮牛黃丸是針對熱閉證，有痰熱昏迷的證候，安宮牛黃丸才有效。）因此以此藥方靜脈輸液給藥，經一個多小時以後，病患整個頸部肌肉痙攣，中醫部認為用藥太涼不對證，建議拿掉。院長就把輸液器給拔掉。

思考病人是一個四十多歲的婦女。檢查顱內壓並不高，無嘔吐現象，雖有頭痛，但非劇烈的頭疼，得腦血栓機會不大。其症最明顯的是頸肩肌肉痙攣，發燒、怕冷等表證，其舌淡而不紅，鼻流清涕，應非腦炎熱症。因此另一中醫部醫師認為病患並不很嚴重，以桂枝加葛根湯做基礎方開藥。

其方是葛根40克，桂枝15克，白芍30克，實際是桂枝加葛根湯，只不過是把芍藥的量給加重，主要是緩解頸項肌肉痙攣，與其他調整血脈的藥



材，例如加入雞血藤等。

第二天早上，察病床，病人盤著腿坐在床上，脖子已不歪，也不抽筋。

病患自述說：服藥後，大概30至40分鐘左右，背後有熱感，隨後發一身大汗，襯衣全濕，背心濕透，脖子就不再抽筋。病患是因學生按摩手法不當而感到疼痛。而且此藥方只吃一次，病患即汗出熱退，痙攣馬上緩解。

所以認為此方是治療病毒性感染肩項肌痙攣症立竿見影，效如桴鼓的藥材。

實際上在臨床上有這樣嚴重反應的病例很少見，也很難遇到，就算遇到，也被以腦熱病處理，反而不對。臨床輕症，一般以頸肩肌肉緊張綜合症、頸椎病居多，在電腦工作人員，每天坐在電腦面前，姿勢固定不動常見，其頸肩肌肉緊張導致頭痛，或是頸椎病導致的頸肩疼痛，造成頭痛與後頸疼痛，或感冒後遺症，即因是氣候等變化，其營衛生理作用失調，病毒侵犯肩部項背、胸前肌肉，所引起該處緊張性疼痛，此時桂枝加葛根湯

很好用。

一般葛根用量是30克，不能低於20克，桂枝10克，白芍30克，白芍的用量加大，實際上就是桂枝加芍藥湯，再加葛根，主藥是葛根、白芍和甘草配合起來，緩解頸肩部肌肉的痙攣，炙甘草6-10克，生薑、大棗在治療頸椎病、頸肩部肌肉緊張綜合症時，一般不太用。

又由於這些人久坐，肌肉緊張，部分局部氣血活動不流暢，特別容易受風、受寒，尤其是在夏天的時候，電腦的房間都是開著冷氣，涼風持續在吹，都有這樣問題，起身活動就好一些，故有人主張加威靈仙，秦艽祛風濕。又因營衛氣血失調，血液運行不暢，津液不能滋潤，加上雞血藤養血疏絡。若是再加上大棗，或生薑，這就是典型的桂枝加葛根湯加威靈仙、秦艽、雞血藤，用於緩解頸肩項部肌肉痙攣有療效。

（二）桂枝湯加減方臨床用途其二

桂枝湯加減舉例的第二藥方，就是桂枝加厚朴杏子湯。

《傷寒論》原文「喘家，作桂枝湯，加厚朴、杏子。」

醫生為什麼開桂枝湯給病人？因為病人是營衛失調症，即《傷寒論》稱為太陽中風證，但是病人原來就有「宿喘」，這樣平素有多年哮喘病史的病人，在《傷寒論》一書稱為喘家。這種病人營衛失調，容易引發肺氣肅降失調，引起宿喘發作。

以上營衛失調所引發之宿喘。在處理上，仍然要調整營衛，故用桂枝湯，又有肺氣不利的氣喘，所以加厚朴、苦杏兼以寬胸、利氣、降肺、平喘。這是加厚朴杏子湯的第一個適應證。

原文「太陽病，下之微喘者，表未解故也，桂枝加厚朴杏子湯主之。」

這個條文整理起來，其內容是說：太陽病有表症，最好方法就是要辛溫發汗，若是用大黃劑瀉下的不當治療，當瀉下後，病邪陷於胸中，肺氣不利，呈現輕喘。這時，太陽病中風證仍在，但微喘，是新引發的氣喘。因太陽病中風症尚在，故用桂枝湯解肌祛風、調和營衛，又由於誤下，造成肺氣不利，出現新喘。故用厚朴和杏仁寬胸、降肺、利氣，同時

處理喘促。故曰：「桂枝加厚朴杏子湯主之」。

所以這個證候，是太陽病中風證新感而導致的新喘，風邪阻塞肺泡所造成的氣喘，用桂枝加厚朴杏子湯，既治營衛失調症，也同時治喘促，故是最適當用桂枝加厚朴杏子湯之時刻。可見兩條的病因、病機不一樣，一是新感引發宿喘發作，故用桂枝湯加上厚朴杏子佳；也可以治新喘，所以說主之。

◎桂枝加厚朴杏子湯臨床上應用適應症

病人臉色淡白，舌象淡白，是體質營衛虛弱的人應該最好選擇之藥方，尤其是有肺部感染時，呈現喘促。

曾經有位小孩子經常感冒咳喘。每次發作，醫院診斷結果都說是肺炎，反復發作。醫院開的藥材總是給與清肺1號、清肺2號，以上皆使是麻杏石甘湯的加減方，以肺熱處理。

服用上述藥材後，雖然發燒退，確實喘咳能暫時緩解，不過其表虛體質並未改善，幾天又復發。並請教中醫前輩專家意見。是因為醫院的清肺1號、清肺2號，是以麻杏石甘湯為基



本方，加銀花、連翹、蘆根、白茅根、黛葛散組成。

如果容易感染病毒就是病患營衛失調，免疫力低下，自律神經失調，應該不能再用以上降低體力的藥方，可以用桂枝加厚朴杏子湯考慮。這樣的小孩服用一個星期的桂枝加厚朴杏子湯，依照比較結果，其咳喘發燒再也無犯過。

這樣病人發燒、咳喘，其舌淡，並無裏熱之象，不一定要用麻杏石甘湯，因此營衛失調引發氣喘就要用桂枝加厚朴杏子湯。

（三）、桂枝去芍藥湯證和桂枝去芍藥加附子湯證

「太陽病，下之後，脈促胸滿者，桂枝去芍藥湯主之。」「若微寒者，桂枝去芍藥加附子湯主之。」太陽病，下之後，脈促胸滿者，桂枝去芍藥湯主之。胸部是心肺所在，也就是人體與大氣相接觸之處，當呼吸作用不順，出現胸悶，稱為胸滿。《傷寒論》裏，的胸滿的滿字，脅滿的滿字，皆讀成ㄇㄣˇ，是悶的感覺，是呼吸道缺乏氧氣、血紅素攜帶氧氣不足的病人感受。習慣上，和腹滿的滿

字、讀成（第三音），ㄇㄣˇ意指胃腸系統消化道含量的異常，尤其是腸子充滿氣體，讀成腹脹滿（音ㄇㄣˇ）。

胸悶感覺，是太陽病在不應當的情況以瀉下法誤治，瀉下後的不良影響。這是因為太陽病的表邪進入在胸中，因肌表離胸部最近，表邪入侵胸中，胸中的氣機無法暢快，胸悶就出現。

邪陷胸中，胸部各項組織細胞受損，出現脈促，就是脈跳增快很多，是因心力抗邪加重負擔的表現。因為是在奮力抗邪，就增快心率，勉強抵抗疾病，是心臟虛性的代償。故說是邪氣陷於胸中病處，胸中陽氣奮力抗邪，故加快脈搏次數來提高抗邪能力，不過，這種脈促是脈雖快，但是無力，故治療是祛邪達表，如何祛邪達表，就是用桂枝去芍藥湯溫振胸陽。桂枝去芍藥湯即桂枝去芍藥湯，就是桂枝湯不用芍藥，只以桂枝、生薑、甘草、大棗，單純屬於辛甘化陽，補心陽、與補衛陽之法，以桂枝、生薑發散，把陷於胸中的邪氣，祛邪達表。

為什麼此方不用芍藥^[3]？乃是胸

悶的原因，芍藥是陰柔收斂藥材，桂枝湯用芍藥，斂汗養營。邪氣陷於胸中，病不在體表，沒有自汗出的體表症狀，因汗液自出的症狀使體液外泄，故用芍藥。沒有自汗出，就無必要用芍藥收斂汗液。沒有汗出問題，只是脈促、胸悶，就不需要用芍藥。不僅沒有用的必要，而且芍藥酸斂性質，反而不利於胸中陽氣通暢；它制約桂枝、生薑、甘草、大棗等純辛甘之溫補心陽，去芍藥降低不必要的制約。因此，張仲景用藥規律，凡是胸悶，就不用芍藥，因為胸悶是胸中呼吸不暢，陰柔酸斂的藥物，不利胸中氧氣的暢達。

冠心病病人的胸悶，是冠狀動脈堵塞，血瘀造成的阻塞，活血化瘀要用赤芍，冠心病病人可用赤芍，用赤芍問題不大，白芍肯定不利胸悶。仲景見到胸悶，不用芍藥，是指白芍。

總之，桂枝去芍藥湯是治療胸陽不振，氧氣無法順利通整個肺泡時。

在中國北方，一個老師五十幾歲，心絞痛最近幾乎每天夜裏發生，胸悶、憋氣。每一發作，病人的女兒開始害怕，怕每次在晚上發作，家中

只有她一個女孩，無法照顧病人。

每晚發作，一定吸氧氣，針刺人中、內關，有時候含一下硝酸甘油，就能緩解。

這次發作是請名中醫劉渡舟先生看，劉教授給她開的是桂枝去芍藥湯。服用一段時間，病患夜間發作次數明顯減少很多。

「若微寒者，桂枝去芍藥加附子湯主之。」這個「微寒」，有人認為就是脈微、惡寒。而不說成微惡寒呢？為什麼？這主要是以方測證，以藥測證。因為它加入附子，作為一個經典，只要是加入附子，那一定存在腎陽虛，表陽不固的病情況與病機。既然腎陽虛，應當脈微，脈微是裏陽虛的表現，裏陽不足，腎陽不足，自然表陽不固。表陽不固，溫煦失常，病人惡寒，這種惡寒屬於陽虛的病證，這就是以方測證，以藥測證。對研究醫聖張仲景《傷寒論》與《金匱要略》時，可以採取這種方法。在這裏把「微寒」解釋成脈微、惡寒，脈微是裏陽虛，惡寒是表陽不足，溫煦失司，所以在桂枝去芍藥湯的基礎上加附子來溫腎陽，固表陽。



桂枝去芍藥湯和桂枝去芍藥加附子湯，今天常常用於心腎陽虛導致的各種疾病，冠心病常常於夜間發作，受寒冷發作，那是心腎陽虛的表現，單純心陽虛，桂枝去芍藥湯很適用，如果兼年齡大，腎陽虛，那就用桂枝加附子湯，治療冠心病心陽虛，遇寒就發，夜間發作，很有療效。

（四）桂枝湯的加減方，最後一個例子，是新加湯證。

原文「發汗後身疼痛，脈沉遲者，桂枝加芍藥生薑各一兩、人參三兩、新加湯主之。」這是《傷寒論》中方名最長，但可以叫做桂枝新加湯，或者簡稱新加湯。

在《傷寒論》中，有新加湯之這樣名稱，說明張仲景有用古代文獻的其他絕大多數藥方。

在晉·皇甫謐《針灸甲乙經·序》，說：伊尹撰以《神農本草》書寫湯液經。仲景以伊尹《湯液經》數十卷用方，用之多驗。《湯液經》是一本古經方著作，張仲景的《傷寒雜病論》大量用其中的複方，用之多驗。可見新加湯的藥方，是張仲景自己新加的傑作。也就是在《湯液經》

桂枝湯的基礎上，把芍藥生薑的量各加上一兩，再加入人參，是張仲景自己新創，故稱為新加湯。

發汗後仍然身體疼痛，到底是表邪沒解，還是病情有新變化？這時，張仲景以脈辨證。如果是脈浮，肯定表示表邪未解；若是脈沉弱，表示這身疼痛不是表邪未解，而是病在裏。

脈遲是心陽虛主脈，加以營血不足。故指示「脈浮緊者，法當身疼痛，宜以汗解之，假令尺中遲者，不可發汗，何以知然，以營氣不足，血少故爾。」故知仲景的遲脈主營氣不足，主血少，在這裏，脈沉主病在裏，脈遲主營氣不足，主血少，因此肌膚疼痛就是營血不足，肌膚失滋養，不能榮則痛所致，即「血虛則痛」，即「失養痛」，意思一樣。關於疼痛的病機，一般認為「不通則痛，通則不疼」，這裏的血虛痛，失養痛，不榮痛，意義相通。

中國當代著名中醫學家任應秋前輩治療冠心病，幾乎都用活血化瘀，有些病人服完活血化瘀的藥後，療效確實不錯，心絞痛發作頻率變少，程度變輕，可是有的病人心絞痛反而不

緩解，甚至身體愈來愈沒體力，這些冠心病病人已經無法以瘀血造成的觀點解釋，有些是心肌長期失養的痛，其心脈虛，心血不足則痛，用補氣養血藥，變得有勁，心絞痛發作次數也減少，發作程度減輕。可是，也有病人，初診用補法，越補越胸悶，改用活血化瘀的藥，逐漸緩解。之所以心絞痛發生是因為心肌供血不足，失養則痛，不榮也痛，所以用活血化瘀是認為冠狀動脈硬化，導致供血不足。

心絞痛，說是心肌失養痛，還是心脈不通痛？其實二者皆是真確，心臟血管阻塞住不通，心肌缺氧所致。血管阻塞地方痛，還是心肌痛？實際上，不通痛和失養痛是同時發生，是一個問題的兩個側面。以冠心病病人來說，病人先是以不通為主，要活血化瘀，若以心肌失養為主，就用益氣養血。應當掌握兩種思路。同樣是痛經，有的人喜用活血化瘀，有的人用補氣養血的藥治療。活血化瘀基於氣滯血瘀，養血補氣是基於血虛，胞宮失養，有病理上差異。

以身疼痛，是營血不足，肌膚失養的證候，屬虛失養痛。因此在桂枝

湯中，加重芍藥的量養血柔和筋肉，緩解發痙疼痛，加生薑用量引藥到達表面，加人參益氣養血。故治療以營血不足，除血脈不通，肌膚失養所引起的身疼痛有效。

在治療產後身疼痛時，若人參養榮，八珍效果不好，若改用新加湯。但用生薑的量少了，療效還是不好，這時加重生薑，就有療效。所以治療營血不足而肌膚失養身疼痛時，一定要按照方中劑量的比例用藥加強用量。

桂枝湯的加減方有的是表證兼證，有的不是表證的兼證，新加湯證就不是表證，它是營血不足，肌膚失養，沒有表邪，用桂枝、生薑不是解表。桂枝湯在臨床應用可以加藥，也可以減藥，仲景在桂枝湯臨床上可以靈活運用。

桂枝湯的適應證，桂枝湯的使用禁忌證和桂枝湯的加減。太陽病的表症有兩大類，一類中風，一類傷寒。中風由桂枝湯為主方，由桂枝湯引出桂枝湯的其他適應證，桂枝湯的使用禁忌證和桂枝湯的加減運用舉例，傷寒表實證和麻黃湯有關的若干問題。



桂枝加桂湯

桂枝加桂湯適應症，在經方以治療奔豚為主。

奔豚證，從現代醫學角度來說，歸屬於少腹神經官能症的證候，有過度中樞神經的刺激所引起腹部肌肉痙攣的情況，病人感到有一股上衝的氣，是一種心身症。

不過，此處有時由於心氣不足所引起水氣病問題。水氣，水邪，屬於陰性性質的病氣，當人體陽氣代謝虛弱，容易產生水氣病或者引起體內水毒病理。腎陽在下焦的作用，主管水液代謝的重要機構，若失調就導致水毒（水分作用異常產生毒害現象，稱為水毒）。

對體內水液的輸送，屬於脾陽運化作用。當脾陽虛，下焦運化輸送失調，下部淋巴系統的水邪就容易乘虛上衝；心陽產生心力對滲出的水液有收攝回來的能力，所以當心陽虛弱，無力收攝時，下焦水氣的水毒乘心氣虛而滲出到其他細胞間。故心陽虛，或者心脾陽虛，或者脾陽虛，或者是腎陽虛而導致的水邪內生與上泛的症候，是引起水氣病的病機之因。

以上這樣奔豚証是以心氣不足所引起的水氣病，但因有中樞性的亢奮現象。故在桂枝湯加桂，是增加肉桂一味，是在於強調增強心力一事，並且能強行壓制腦細胞的驚覺。

不過，日本漢方醫學認為本症是在桂枝湯中，桂枝增量而已，因與桂枝湯治雖無大差，但是桂枝湯的桂枝，以其所含的桂枝用量不足達到中樞神經的鎮靜作用，壓不住上衝之腹部痙攣重症。故本方增加桂枝其量，用以治療劇證。其成效與否，以桂枝用量多少差別而已。

故東洞翁以為本方定義為治桂枝湯證之腹部痙攣上衝劇者，乃是不易之言。（參考用量：桂枝12克，芍藥、大棗、生薑各7克，甘草5克。）

古代有燒針刺（類似今日的溫針療法，即是針上灸）於人體使發汗之療法，在熱性感染疾病，此法原非正治，而仲景特別舉例之，提醒醫家要注意，因誤治病證轉變之際，導致熱上擾亂神經，而立此之法，鎮壓抑制神經的亢奮。

《古方便覽》記載說：「一男子年六十，患積聚數年，發作有時。奔

豚氣上衝於心，不能息，氣力全無，不得俯仰，不思飲食，以此方兼用三黃丸而愈，後不再發。」

除了服用中西藥以改善心陽虛的病情，運動也很有幫助。

參考資訊

- 1.余國俊：桂枝湯方證研究：中國中醫藥出版社
- 2.長衫衣夫：圖說經方、2012、5、10
- 3.郝萬山：《傷寒論》第13講
- 4.鄧中甲：桂枝湯、方劑學十五講、成都
- 5.張啟文：桂枝湯及其類方的臨床運用：香港



中醫治療子宮內膜異位症之長庚經驗

子宮內膜異位症為育齡婦女常見的慢性疾病，近年來使用中醫治療逐漸普遍且廣為患者接受，然而臨床上卻缺乏充足的實證與治療共識，因此我們回溯研究2002年至2011年，長庚醫院子宮內膜異位症患者之中藥處方，以期能夠提供長庚醫院以中醫治療子宮內膜異位症之用藥規律之臨床經驗。

游景卉¹、顏宏融²、劉碧華³ 醫師

¹長庚紀念醫院中醫部

²中國醫藥大學附設醫院中醫部

³長庚大學臨床資訊與醫學統計研究中心

關鍵詞：子宮內膜異位症、中醫。

子宮內膜異位症為育齡婦女常見的慢性疾病，近年來使用中醫治療逐漸普遍且廣為患者接受，然而臨床上卻缺乏充足的實證與治療共識，因此我們回溯研究2002年至2011年，長庚醫院子宮內膜異位症患者之中藥處方，以期能夠提供長庚醫院以中醫治療子宮內膜異位症之用藥規律之臨床經驗。

子宮內膜異位症的特徵是子宮內膜和腺體異常植入子宮體、骨盆腔、或其他器官^[1, 2]。伴有許多不適症狀如：慢性盆腔疼痛、痛經、性交

疼痛、解尿疼痛、異常陰道出血及不孕症^[3, 4]，這些症狀從初經開始就嚴重影響婦女日常生活及社交關係^[5]。子宮內膜異位症在一般女性族群的盛行率約為5%~15%，然而在患有慢性盆腔疼痛、痛經或不孕症的婦女中則高達35%~50%^[2, 6]。根據不同治療目的如：減輕疼痛、促進生育及預防復發，目前常用的治療方式包含：口服非類固醇消炎止痛藥(non-steroidal anti-inflammatory drugs)、避孕藥、孕激素藥(progestogens)、雄激素類藥(androgenic agents)、促性腺激素釋放激素類似物(gonadotrophin releasing

hormone analogues)，以及內視鏡手術切除異位的內膜組織等^[7-9]。雖然大部分症狀可經由常規治療獲得控制，但是長期藥物副作用、療效不佳、疾病的高復發率及手術後併發症仍是重要問題^[10-14]。

多數患者會尋求其他替代醫療來解決婦科疾病，如：子宮內膜異位症和痛經^[15-17]，在華人社會中替代醫療尤受重視，且臨床研究證實中醫在治療子宮內膜異位症是有效的^[18-20]，特別是對於治療相應的盆腔疼痛^[21]、預防手術後復發^[22]等。在一臨床研究指出，相較於西藥，在手術後給予中藥能顯著提升患者生活品質^[23]，針灸治療也能有效減輕子宮內膜異位症患者的疼痛^[24, 25]。

藉由回顧長庚醫院2002年1月1日到2011年12月31日期間，子宮內膜異位症患者，篩選出病例資料包括：患者出生日期、年齡、門診治療日期、明確診斷、藥物處方。透過統計軟體SAS 9.2完成分析，統計出治療子宮內膜異位症常用方劑、中藥和治則。統計結果發現桂枝茯苓丸為最常用方劑，開立次數最多，共有805次（占

所有用於治療子宮內膜異位症方劑的20.67%）。第二常用方劑為龍膽瀉肝湯，占16.48%（共開立642次）。其次為加味逍遙散（共開立301次）、左歸丸（共開立254次）、六君子湯（共開立151次）研究中共收集2,176張處方籤，我們統計其中所有方劑的種類以期能歸納本病的治則，發現補益劑(28.45%)是最常使用的方劑種類，其次為理血劑(28.32%)、清熱劑(20.39%)、以及和解劑(12.50%)。此四種治則占所有處方籤的大多數。進一步探討處方，歸納出治療子宮內膜異位症最常使用的單味中藥是香附，開立次數高達375次，其次是蒲黃（開立372次）、延胡索（開立343次）、五靈脂（開立330次）。而所有單味中藥中最常被開立的種類是活血化瘀藥(24.82%)，其次是補益藥(18.39%)、和清熱藥(15.10%)，此三種類的中藥開立次數占所有中藥種類一半以上。

異位子宮內膜主要仰賴卵巢激素生長，根據統計此病診斷年齡約25-29歲^[26]。然而，我們的結果卻顯示多數患者在三、四十歲時才到醫學



中心中醫門診求診，這或許暗示台灣多數患者會先尋求西醫治療再尋求中醫治療。

中醫重視因人制宜的治療，在分析子宮內膜異位症病例中亦可見多種不同的方劑與治則，而此病可歸因於人類基因的多樣性^[27-29]。我們歸納出桂枝茯苓丸與龍膽瀉肝湯是最常使用方劑。由於子宮內膜異位症的症狀和手術觀察到骨盆腔發炎反應，目前較有證據支持子宮內膜異位症病理機轉的假說包括：經血逆流、免疫缺陷、和局部發炎反應^[3, 30]，而中醫認為此病的病機應屬濕、熱、甚至痰阻於下焦導致氣滯血瘀^[21, 31]，整合中西醫理論與假說，經血逆流與氣滯血瘀相似，而桂枝茯苓丸的功效即活血化瘀、消癥瘕，藥物組成包含：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍。在大鼠實驗模型中，桂枝茯苓丸能有效降低異位子宮內膜的血流，並且提升免疫力^[32]，藉此改善病理變化。在統計所有方劑種類時發現，補益劑占最高比例，由於補益劑包含：補氣、補血、補陽、補陰四種，而子宮內膜異位症起因於免疫功能失調^[33, 34]，藉由補法

調節免疫功能，因此成為最常用的治療手段。另一方面，單味中藥中最常被使用的頻率高低分別為：香附、蒲黃、延胡索。根據中醫理論，香附藉由理氣來達到緩解疼痛的效果；蒲黃可活血化瘀止痛；延胡索理氣活血定痛，這幾味藥被廣泛使用於中醫婦科疾病中^[35-37]。本研究分析出常用單味中藥種類類似方劑分類，主要原則仍為理氣活血化瘀、調節免疫功能。

綜上所述，桂枝茯苓丸與龍膽瀉肝湯為長庚醫院十年來經驗中治療子宮內膜異位症最常用方劑；香附是最常用單味中藥；無論方劑或中藥，補法、活血化瘀法、清熱法是最廣泛使用的治療法則。然而，我們仍然需要統整更多資料，進一步評估中藥的有效性與安全性，發展後續關於桂枝茯苓丸與龍膽瀉肝湯的臨床研究。

Reference

1. Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, et al. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *American journal of obstetrics and gynecology*

- 2010;202:534 e1-6.
2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789-99.
 3. Bulun SE. Endometriosis. *The New England journal of medicine* 2009;360:268-79.
 4. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. *Science* 2005;308:1587-9.
 5. Gao X, Yeh YC, Outley J, et al. Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Current medical research and opinion* 2006;22:1787-97.
 6. McLeod BS, Retzlaff MG. Epidemiology of endometriosis: an assessment of risk factors. *Clinical obstetrics and gynecology* 2010;53:389-96.
 7. Allen C, Hopewell S, Prentice A, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2009:CD004753.
 8. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2010:CD008475.
 9. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, et al. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2009:CD001300.
 10. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertility and sterility* 2008;90:S260-9.
 11. Busacca M, Chiaffarino F, Candiani M, et al. Determinants of long-term clinically detected recurrence rates of deep, ovarian, and pelvic endometriosis. *American journal of obstetrics and gynecology* 2006;195:426-32.
 12. Koga K, Takemura Y, Osuga Y, et al. Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision. *Human reproduction (Oxford, England)* 2006;21:2171-4.
 13. Tandoi I, Somigliana E, Riparini



- J, et al. High rate of endometriosis recurrence in young women. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2011;24:376-9.
14. Dessole M, Melis GB, Angioni S. Endometriosis in adolescence. *Obstetrics and gynecology international* 2012;2012:869191.
15. Fugh-Berman A, Kronenberg F. Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: a review of randomized controlled trials. *Reprod Toxicol* 2003;17:137-52.
16. Smith JA, Badell ML, Kunther A, et al. Use of complementary and alternative medications among patients in an obstetrics and gynecology clinic. *J Reprod Med* 2012;57:390-6.
17. Harrigan JT. Patient disclosure of the use of complementary and alternative medicine to their obstetrician/gynaecologist. *J Obstet Gynaecol* 2011;31:59-61.
18. Flower A, Liu JP, Lewith G, et al. Chinese herbal medicine for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD006568.
19. Yu CQ, Zhai MF, Yao RM. [Effect of nei-yi recipe on plasma beta-endorphin levels during menstrual cycle in women with endometriosis]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 1995;15:6-8.
20. Jiang H, Shen Y, Wang XG. Current progress of Chinese medicinal treatment of endometriosis. *Chin J Integr Med* 2010;16:283-8.
21. Zhou J, Qu F. Treating gynaecological disorders with traditional Chinese medicine: a review. *African journal of traditional, complementary, and alternative medicines : AJTCAM / African Networks on Ethnomedicines* 2009;6:494-517.
22. Zhao RH, Hao ZP, Zhang Y, et al. Controlling the recurrence of pelvic endometriosis after a conservative operation: Comparison between Chinese herbal medicine and western

- medicine. *Chin J Integr Med* 2012.
23. Zhao RH, Liu Y, Tan Y, et al. Chinese medicine improves postoperative quality of life in endometriosis patients: a randomized controlled trial. *Chin J Integr Med* 2013;19:15-21.
24. Rubi-Klein K, Kucera-Sliutz E, Nissel H, et al. Is acupuncture in addition to conventional medicine effective as pain treatment for endometriosis? A randomised controlled cross-over trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;153:90-3.
25. Zhu X, Hamilton KD, McNicol ED. Acupuncture for pain in endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD007864.
26. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *The New England journal of medicine* 1993;328:1759-69.
27. Bischoff FZ, Simpson JL. Heritability and molecular genetic studies of endometriosis. *Hum Reprod Update* 2000;6:37-44.
28. Wang HS, Cheng BH, Wu HM, et al. A mutant single nucleotide polymorphism of follicle-stimulating hormone receptor is associated with a lower risk of endometriosis. *Fertil Steril* 2011;95:455-7.
29. Wang HS, Wu HM, Cheng BH, et al. Functional analyses of endometriosis-related polymorphisms in the estrogen synthesis and metabolism-related genes. *PLoS One* 2012;7:e47374.
30. Nothnick WB. Treating endometriosis as an autoimmune disease. *Fertility and sterility* 2001;76:223-31.
31. Flower A, Lewith GT, Little P. Seeking an oracle: using the Delphi process to develop practice guidelines for the treatment of endometriosis with Chinese herbal medicine. *J Altern Complement Med* 2007;13:969-76.
32. Ji X, Gao J, Cai X, et al. Immunological regulation of



- Chinese herb Guizhi Fuling Capsule on rat endometriosis model. *J Ethnopharmacol* 2011;134:624-9.
33. Herington JL, Bruner-Tran KL, Lucas JA, et al. Immune interactions in endometriosis. *Expert Rev Clin Immunol* 2011;7:611-26.
34. Mier-Cabrera J, Jimenez-Zamudio L, Garcia-Latorre E, et al. Quantitative and qualitative peritoneal immune profiles, T-cell apoptosis and oxidative stress-associated characteristics in women with minimal and mild endometriosis. *BJOG* 2011;118:6-16.
35. Choi JG, Kang SY, Kim JM, et al. Antinociceptive Effect of Cyperi rhizoma and Corydalis tuber Extracts on Neuropathic Pain in Rats. *The Korean journal of physiology & pharmacology : official journal of the Korean Physiological Society and the Korean Society of Pharmacology* 2012;16:387-92.
36. Ohkura N, Tauchi C, Nakayama A, et al. Pollen Typhae is a rapid hemostyptic. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2012;23:254-5.
37. Yuan CS, Mehendale SR, Wang CZ, et al. Effects of Corydalis yanhusuo and Angelicae dahuricae on cold pressor-induced pain in humans: a controlled trial. *J Clin Pharmacol* 2004;44:1323-7.

網球肘之骨傷手法治療—從一則病案說起

網球肘一般認為是共同伸腕肌肌腱的肌腱炎，是肘部常見的疾病之一。網球肘好發於長時間手部反覆動作、手部負重、年紀界於45~54歲之間、抽煙、肥胖等族群^[1]。從中醫骨傷科臨床經驗與功能性解剖學的角度，歸納出此病常導致橈骨旋轉。透過手法調整骨骼位置，使肘部肌腱軟組織減少張力，能立即緩解疼痛。

本病案是43歲女性患者因擔任超音波技術員，右肘疼痛三週，於西醫復健科接受治療（含類固醇注射2次）三週後仍反覆為疼痛所苦，故前來中醫門診求診。骨傷科醫師藉由手法整復，著重於處理橈骨的翻旋，使患者疼痛改善。藉由分享此案例，同時額外且深入地做文獻回顧，能對處理其它骨錯縫的病案有一些啟發。

許惠著、黃新家、李科宏 醫師

長庚紀念醫院中醫部

關鍵詞：網球肘、手法、橈骨、護具。

一、病患基本資料

姓名：楊○○、年齡：43歲、
性別：女性、職業：超音波技術員、
病歷號碼：275xxxx、初診日期：
2013/07/24

二、主訴：右手肘痛已3週

三、現病史：

這位43歲的女性病患，主訴右手肘痛3週。期間患肘外側痠痛漸漸加重，加重因素包括使用手腕工作或

提重物，因疼痛不敢扭毛巾。疼痛評估以NRS (numerical rating scale)為6-8分，平時不動時則不痛。無其它伴隨症狀。病患為頸動脈超音波技術員，慣用手為右手，工作時，需讓超音波探頭在每一位受測者之頸動脈處停留40分鐘以上（圖1）。

病患日前已至復健科門診求診3次，臨床診斷為網球肘，並於2013/7/1及2013/7/11局部注射betamethasone 7mg，於2013/7/23接受復健科物理治療（包括Stretching &



strengthen exercise)，同時使用輔具(counterforce brace)保護。然而，患者因反覆疼痛仍存，故前來中醫門診求診。



圖1：患者工作姿勢示意圖

四、過去病史：無特殊慢性病史、傷病史。

五、中醫四診及身體檢查：

望診：神志清醒。病灶局部無紅熱異狀。舌紅苔白膩，齒痕多，舌下絡脈無怒張。

聞診：語聲氣味無異常。活動關節時無骨擦音。

問診：平素工作壓力稍大、忙碌壓力，偶頭暈痛、肩頸易痠痛。緊張易胃脹氣。下午易累。不易流汗。

育有1女1子。月經規律無不適，無經痛。

LMP：7/10 I/D: 28/5。月經血塊多，顏色偏暗，質平。

切診：脈浮取弦意，按之稍澀不足。

身體檢查：

- (1) 右手肱骨外上髁壓痛，手三里穴處壓痛。
- (2) 腕背伸展(extension)、前臂旋前(pronation)或提重物時疼痛加重。
- (3) 左手前臂肌肉較右手厚實（3週內不敢用右手之故）。
- (4) 觸診橈骨頭：橈骨往背側旋轉錯位。
- (5) ROM (range of motion)：肩、肘、前臂、腕，都能達到正常活動角度。

其中，肘部ROM能正常屈曲到145度。^[13]

- (6) Cozen's test陽性（檢查方式：握拳、前臂旋前(pronation)、手腕上翹(extension)與橈側彎(radially deviation)，同時評估者施

與阻力，其外上髁出現疼痛。)

Mill's test陽性（檢查方式：在 forearm pronation及wrist full flexion的姿勢下，將彎曲的手肘伸直，其外上髁出現疼痛。)

六、實驗室檢查：無抽血。

軟組織超音波(2013/7/11) (圖2)：

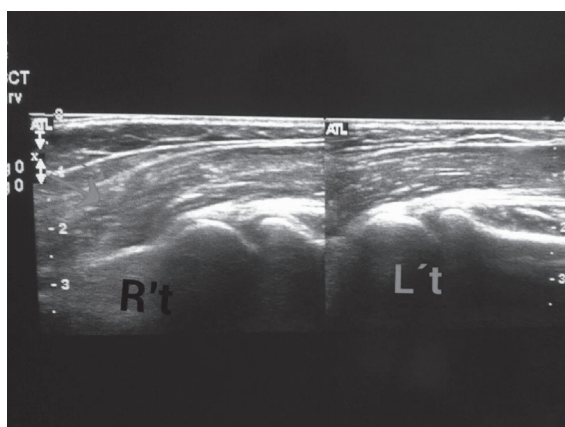


圖2：患肘（右）與健肘比較，發現患肘伸肌肌肉與肌腱有低回音性的改變（紅色箭頭），且肌肉變厚、肌纖維束異質性增加，表示患部的肌肉與肌腱正在發炎腫脹。（註：LE: lateral epicondyle of humerus；R: radial head。)

七、診斷：

中醫診斷：右側肘部傷筋；肘勞；肘部傷痺。氣血虧虛證。

結構診斷：橈骨頭往背側旋轉錯位

西醫診斷：右側肱骨外上髁炎 (lateral epicondylitis)

八、治則：手法矯正橈骨微小錯位

九、治療：

檢查網球肘患者的肘部通常可發現橈骨旋轉錯位^[5]（較常往背側旋），所以治療時要令患肢前臂旋前（往內側送），以手法正骨復位。即：一手支撐肘關節，另一手在橈骨遠端施力（按掌骨橈側），試圖讓橈骨旋回。



圖3



圖4



圖5



圖6

圖3~6：醫者左手一方面支撐肘關節、固定遠端肱骨；另一方面以第2~5指指腹感覺肱橈關節面滑順度、橈骨頭的動態。使得過程中，能在肘屈時打開肱橈關節、增加橈骨旋轉回正的空間。



十、療效反應：

- 1.第一次手法調整後，疼痛感減輕(NRS: 3)，門診當下即可在治療床上扭毛巾。觸診檢查比較兩手橈骨頭位置(圖6)，發現患側橈骨頭還可再回正少許(約1~1.5mm)，故重複施予上術一次。
- 2.第二次手法調整後，扭毛巾時的疼痛感續改善(NRS:1-2)。並衛教患者患肢初癒，2個月內仍宜多休息。

十一、討論

腕部伸展肌群起始點大部分起於肱骨外上髁。本病最常受到影響的肌肉是橈側伸腕短肌(*extensor carpi radialis brevis*)，其次是伸指總肌(*extensor digitorum communis*)^[1]。同一個姿勢長期下來，易勞損同一群肌肉。由患者脈象偏虛、齒痕多、易脹氣，可推知本身氣血偏虛弱，血不養筋、肌肉筋骨失於溫煦、濡養，加之外受風寒，風寒之邪積聚於肘，以致閉阻經絡，氣機不暢、不通為痛^[15]。從西醫病生理學的角度來看，網球肘

為過度使用加上局部血液循環不良，造成*tendinopathy*^[3]、肘關節伸肌群緊繃、張力增加，日常動作可能因此開始有些微差異與代償^[2]。若繼續使用而不休息，長期下來組織無法自行修復，導致肌肉附著處的微小創傷^[3]，形成慢性病變，更累及相關代償肌群。這些緊繃的肌群會在動作中令肱橈關節剪力增加^[3]，關節不穩定的情形下易增加運動傷害風險、發生錯位^[2]，更進一步可能引起系統結構其它錯位。

校正骨錯縫不失為一項有效調整之傷科手法，再結合準確判斷，可以緩解長期之疼痛。初學者透過頻繁觸診練習及與資深醫師請教，一般可以提高診斷的正確率。臨床醫師經驗指出，在網球肘患者身上，往往可發現橈骨旋轉錯位^[5]、合併許多周邊肌肉的緊繃；發生機制可能來自於肱二頭肌的過度收縮，將橈骨拉歪有關。可想而知，導致本病患手三里穴附近(伸腕肌)壓痛的原因，除了伸腕肌本身的病理變化之外，也可能因伸腕肌受橈骨錯位而使張力增加所致。故惟有先矯正關節錯位，附著於肱

骨外上髁的腕部伸展肌群與肌腱才有機會放鬆，進而立即緩解疼痛。岳永彬等人^[6]指出，網球肘的命名是從病因方面考慮，無法反映病灶的解剖學內涵。治療時，應仔細辨別壓痛點的位置，觸診骨頭的位置、肌肉張力情形等，綜合判斷以制定合宜的手法策略。

文獻指出Mulligan's Mobilization With Movement (MWM) (Mulligan, 1999)為處理肱骨外上髁痛(lateral epicondylalgia, lateral epicondylitis)的輔助治療(adjunct therapy)之一^[2]。其治療思想為矯正錯位(reversal of positional faults^[8])，具體做法主要為「固定肱骨，對橈骨頭做lateral joint glide」；其手法根據臨床發現可有不同的操作變異型(variations^[7])，筆者認為可以類比本病例所傳達的治療中心思想。而中醫骨傷診療則更強調觸診骨頭位置與肌肉張力。MWM假設其手法能矯正軟組織拉傷或關節受傷導致的微小骨錯位(positional faults, subluxations)，而這些小錯位就是造成疼痛與活動受限的主要原因^[8]。臨床上MWM常能在一次治療或

一個療程後快速減輕疼痛與恢復功能，因此在近十幾年愈來愈受到重視。或許MWM的假設與中醫骨傷科對本病的看法能互相呼應發揮，再運用骨傷科的手法實踐，更能提高治療成功率。然而，臨床上可能需要預測哪些患者對於治療反應不佳。Bill Vicenzino等人(2009)欲探討具備哪些因子的病人適合MWM，進而研究指出：臨床上49歲以下、健患側握力(pain free grip strength, PFGS)差距小的患者，對MWM治療的反應良好，提出clinical prediction rule用於初步篩選，且發現與疼痛程度、病程新久無關^[9]。意即，年紀較長、患病後握力減損較大者，較難透過MWM取得療效。往後我們在治療網球肘患者時，也可以注意是否在類似族群上較易以手法取得療效。許多研究想進一步探討MWM之機轉。上述生物機械力學(biomechanics)的假設分別在Collins, 2004與Hsieh, 2002（以核磁共振檢視旋轉錯位角度）的研究中提出支持與反對觀點，然而目前還沒有足夠證據對這個假設做結論^[8]。Bill Vicenzino等人(2007)回顧總結，未來



研究MWM機轉較好的方法，除了上述生物機械力學(biomechanics)的觀點，還可以從疼痛神經生理學角度加以驗證。

另一方面，類固醇注射是過去西醫常用治療之一，手法治療長遠來看對於患者的幫助更大。Bisset L等人比較MWM、類固醇注射與wait and see指出^[2,4]，網球肘接受局部類固醇注射組雖有短期止痛效果，但追蹤中、長期（第六到五十二週）來看，MWM組在第六週之後成功率便優於類固醇組；研究中指出類固醇組有顯著的復發情形，在治療後第3到6週復發率為72%，分別高於MWM組的8%、wait and see組的9%。這個觀念在近幾年愈來愈明確，有人認為，可能因注射後疼痛迅速緩解，患者反而加重肘部活動所致；或者因為類固醇導致膠原蛋白合成減少，故提高肌腱退化或斷裂的機率^[14]。

針灸也是中醫臨床常用於治療網球肘的方法。Cochrane 2002年^[10]的文獻提到：針灸對緩解網球肘的急性疼痛有短期療效，還沒有證據支持或反對是否有長期療效^[2,10]。此外，有

意義的長期療效，應是隨著病程，肘部活動功能也會轉好^[10]，可見網球肘療效評估最好能囊括肘部活動功能，如握力計(grip dynamometer)，便可客觀記錄療效。除古今文獻^[15]提及手三里、曲池、尺澤、外關，另有醫家選用二間、三間^[11]；在痛證上，薛宏昇醫師指出^[12]，「以楊繼洲在注解《標幽賦》『住痛移疼，取相交相貫之徑』的精神」，認為選用經脈交貫的同側、同經穴位，並「運用陰陽交貫之道的龍虎交戰針法」，可以達到住痛移疼的即時效果。醫者可以在臨證時細細體會，哪些病況用針效佳、哪些情形下用手法，以提高整體療效。

由於網球肘的特殊表現一大部分於活動時疼痛才發生，因此患者對於治療的需求，常與其工作性質相關：是不是使用手的工作者？最近是不是得頻繁使用手？然而高證據等級的eccentric strengthen exercise (Grade 2B)，需患者配合回診，且要在治療師的指導下專心施行。適合學習力好、時間能配合、有意願的族群。如果自行在家施行，其力度與復健進度

則較無法即時掌握。本病案患者在復健治療隔天來診，一則暗示工作帶給她對治療的急迫需求性，一則暗示在職婦女可能比較沒有辦法付出時間成本。從這個單純的病案看到，骨傷手法處理此類型網球肘時，有療效快而顯著、手法簡單易掌握、經濟效益時效較高等潛力。藉由本病案的治療想法，能對其它骨錯縫病案有所啟發。

參考文獻

- 1.UpToDate: Epicondylitis (tennis and golf elbow). January, 2014.
- 2.UpToDate: Overview of the management of overuse (chronic) tendinopathy. November. 2013
- 3.Brukner & Khan's Clinical Sports Medicine, 3 rd edition, p293-4
- 4.Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ*. 2006; 333:939.
- 5.黃新家，網球肘的中醫傷科治療，長庚中醫簡訊，第五十二期，102年2月1日
- 6.岳永彬，歐陽潔，李義凱，肘外側軟組織壓痛點的臨床解剖學研究，頸腰痛雜誌2009年第30卷第5期
- 7.Vicenzino B. Lateral epicondylalgia: a musculoskeletal physiotherapy perspective. *Manual Therapy*, 2003;8(2):66–79.
- 8.Bill Vicenzino, Aatit Paungmali, Pamela Teys. Mulligan's mobilization-with-movement, positional faults and pain relief: Current concepts from a critical review of literature. *Manual Therapy*. 2007;12:98–108
- 9.Bill Vicenzino, Dugal Smith, Joshua Cleland, Leanne Bisset, Development of a clinical prediction rule to identify initial responders to mobilisation with movement and exercise for lateral epicondylalgia. *Manual Therapy*. 2009;14: 550–554
- 10.Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Acupuncture for lateral elbow pain. *Cochrane Database Systematic Review*. 2002,



Issue 1.

11. 孫培榮：鍼灸驗案彙編，孫培榮醫師七秩華誕籌備會印行；雜病部，頁160。
12. 薛宏昇，張縉：「龍虎交戰」與「子午補瀉」針法的操作和綜合應用，中國針灸，2013年9月；第83卷·第9期。
13. 木村彰男：復健醫學醫師隨身手冊，合記圖書出版社發行；頁440。
14. 黃雅萍：漫談肱骨外上髁炎之診療，台北市醫師公會會刊，2008年；第52卷·第1期。
15. 邱茂良：中國針灸治療學，知音出版社，江蘇科學技術出版社授權；頁491、493。

癌症的中醫治療調理

惡性腫瘤長期位居台灣十大死因的第一位，早期診斷和治療才能使癌症患者獲得最好的預後。隨著醫療資訊的普及，中醫在癌症的治療調理方面也被日益重視，中醫治療重視恢復人體氣血陰陽平衡、氣機升降出入正常，除了透過藥物治療外，還可透過導引運動、針灸、飲食調理等方式，使癌症患者在接受常規癌症治療的同時或之後，漸進地恢復身體機能。

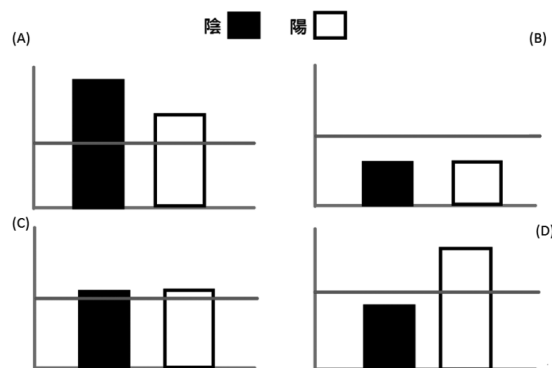
楊宗憲 醫師

桃園長庚紀念醫院中醫部內兒科

關鍵詞：癌症、中醫、調理。

“癌症患者不能亂吃補，以免補到癌細胞！？”這個疑慮在臨床上經常能聽到，事實上，“食補”的概念一向是華人很獨特的文化，在傳統年代，由於營養來源不足，更凸顯出“補”的重要性；而從中醫觀點來看，“虛則補之，實則瀉之”，藉由正確的調補方法可以達到強身治病的效果，但是“不虛而補之”，自然就會出現許多問題。的確，癌症患者由於本身體質因素、癌症種類，以及接受手術、化學治療、放射治療、標靶治療等不同治療的階段，經常表現

出不同的臨床症狀變化，中醫尤其特別注意癌細胞與身體所處的相對平衡關係，也就是中醫所謂的“邪氣”與“正氣”，或者“陰”與“陽”之間的消長盛衰，舉例來說，以下四個圖表示四種不同體質狀態：



紅色線表示正常個體所處的狀態，就圖(B)和圖(C)而言，都是中醫所認為的理想平衡狀態，然而，癌症



患者在治療過程中或多或少可能出現圖(A)或圖(D)的狀態，此時，中醫治療的任務，有時會運用補法、有時運用攻法，最終的目的在於使身體恢復到平衡的狀態，因此，若是“補之有道”，其實並不需要太過擔心。

一般而言，中醫對於癌症的治療方式大致可分成(1)扶正培本(2)活血化瘀(3)清熱解毒(4)軟堅散結(5)以毒攻毒：

(1)扶正培本：適合體質表現為虛證的患者，臨床上可出現如：食慾不振、容易倦怠、腹脹腹瀉、放射治療後口乾、貧血、血小板低下、怕風、怕冷等症狀，中醫治療會選用益氣健脾、滋陰生津、滋養補血或溫補脾腎等方式，目的在於提升患者身體恢復機能，以利每次放化療的順利進行。常用中藥包括：黨參、黃耆、當歸、熟地、白芍、沙參、麥門冬、乾薑、附子…等。

(2)活血化瘀：此類中藥具有通行血脈、消散瘀血、抑制結締組織增生、以及消除腫塊的作用，經常

與扶正培本治療方式搭配使用。不過，當患者有出血傾向或骨髓抑制的情況，必須斟酌給藥，以免增加出血風險。常用中藥包括：當歸、赤芍、丹參、桃仁、紅花…等。

(3)清熱解毒：腫瘤與熱毒經常同時存在，可能出現腫塊局部的灼熱疼痛、口瘡、口渴、便秘等症狀，此類中藥能夠控制炎症和其他感染症狀。不過，若是這類清熱解毒藥使用不當，會損傷正氣，因此需要依照患者的身體狀況給藥。常用中藥包括：白花蛇舌草、蒲公英、半枝蓮、連翹、金銀花…等。

(4)軟堅散結：中醫認為癌症是有形的腫塊，病因與痰濁凝結有關，因此，運用軟堅散結法可有助於消除腫塊，進一步消除病因。常用中藥包括：海藻、昆布、牡蠣、半夏、白芥子…等。

(5)以毒攻毒：癌細胞有不容易自然凋亡、異常迅速增生等特徵，中醫對於這類頑強疾病的治療原則之一，就是以藥物之毒攻擊疾病

之毒，因此，此種治療方式的副作用也較大。常用中藥包括：砒霜、蜈蚣、全蝎、烏頭…等。

對於癌症患者，以上的中藥治療目的，不外乎是在調整人體陰陽的平衡以及氣機升降出入的正常，即如《素問·六微旨大論》所言：“出入廢則神機化滅，升降息則氣立孤危。故非出入，則無以生長壯老已，非升降，則無以生長化收藏。是以升降出入，無器不有。故器者生化之宇，器散則分之，生化息矣。”不只是藥物，適時地配合身體導引運動，能更完善地輔助身體的恢復及經絡的正常開闔和運行。

除此之外，營養狀況的好壞往往是治療順利與否的關鍵因素之一，因為治療就像打仗，營養充足是基本軍備，才能有好的體力負荷、提高抗癌的免疫能力、加速修補細胞損傷、以及加速新組織的建造。從中醫的飲食觀點來看，食材大致可分為寒、溫、平性食物，適合不同體質的人食用，如：燥熱體質要少食羊肉、辣椒、油炸物、榴槤…等；寒性體質要少吃白

菜、竹筍、黃瓜、苦瓜、梨、西瓜、橘子…等，此外，不論中藥治療或者飲食調養都相當重視患者的脾胃功能，若是脾胃功能相對較弱的患者也要盡量避免食用前述這些寒涼食材以及油膩之品。

然而，部分癌症患者可能因為疾病進展或者治療的因素導致胃口不佳，或者因噁心嘔吐導致進食量減少，同時也影響中藥的服用，此時，就可考慮配合使用穴位外治療法，如：噁心嘔吐可配合內關、足三里揉按或針灸、頭暈倦怠可配合百會、風池揉按或針灸、便秘可配合合谷、天樞揉按或針灸。

癌症治療過程因每個人的狀況而有不同的差異，除了身體的治療外，情緒壓力的釋放與舒解也是相當重要，許多中藥、食材或穴道也可起到輔助的作用，若是有中藥治療或者飲食調養相關資訊的需求，建議可向中醫師諮詢，切勿自行服用來路不明草藥，以免影響病情進展或者增加不必要的副作用。



參考文獻

1. 尹剛、唐德才、尚爾鑫、趙凡，中醫腫瘤方配伍規律初探，南京中醫藥大學學報，2013年3月第29卷第2期，111-113。
2. 張敬文、石翠花、許閏臣、方各磊、侯少靜，中醫藏象學說複雜性科學機理對癌腫康復模式的影響（一），遼寧中醫雜誌，2013年第40卷第8期，1566-1568。
3. 顧悟波、王遜、何立麗、孫桂芝，孫桂芝教授從“臟腑辨證”論治惡性腫瘤經驗，中華中醫藥雜誌，2013年9月第25卷第9期，2623-2626。
4. 張敬升、謝鳴，謝鳴教授治癌經驗探討，中華中醫藥雜誌，2013年4月第28卷第4期，1001-1004。

我國中醫藥法規制度現況與大陸之比較及實務問題探析

隨著中醫藥療效受到世界各國肯定與風行，中醫藥界在法規、政策、制度面的問題與議題，也得到產政學研各界更多的關注與重視。本文將就兩岸在中醫藥法規制度問題提出探討。

陳仲豪 醫師

台北市中醫師公會法規委員會主委

關鍵詞：中醫藥法規、中藥調劑法。

前言

隨著中醫藥療效受到世界各國肯定與風行，中醫藥界在法規、政策、制度面的問題與議題，也得到產政學研各界更多的關注與重視。欣聞台灣醫事法學會在行政院陸委會與衛福部中醫藥司指導下，舉辦本次『第四屆海峽兩岸醫事法研討會』，將中醫藥法規問題列為研討會主要議題之一，並將兩岸比較列為重點項目。

本文作者陳仲豪醫師除擔任臨床中醫師23年，目前並兼任我國中醫師全聯會政策法規委員會副主任委員、台灣中醫師同德醫學會理事長、台北市中醫師公會法規研究委員會主任

委員等工作。因職務的關係，常年對於中醫藥界各項法規政策問題多所關注並參與各項討論與決策會議，深感中醫藥法規部分諸多爭議問題尚待釐清，然中醫藥界在醫藥法規方面仍處於不受主管機關重視的情況，以西醫觀點來探討中醫問題，容易使中醫藥政策法規失當，甚至有違法之虞；而大陸因官方重視中醫，且民間相關產業蓬勃，民眾接受度亦高，故其法規制度面之作法值得我國研討關注，探討其優缺點，並找出值得我國學習或借鏡之處。其他資料收集與整理工作則委請東吳大學法律所同學曾俊凱先生進行。



兩岸中醫藥法規制度變革與比較

我國憲法增修條文第十條第五項明文規定：『國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。』然而我國並無中醫藥領域之法規、條例明確規範該憲法精神落實之具體作法。另我國規管中醫藥界之工作原本係由『衛生署中醫藥委員會』進行，民國102年度改制為『衛生福利部中醫藥司』。

中國大陸中醫藥的發展受到『中華人民共和國憲法』第21條「發揚我國道統醫藥」的保障與重視，把中醫和西醫擺在同等重要的地位。在此方針指導下，中國大陸於1986年7月正式成立『國家中醫管理局』，在各省分設『省級中醫藥管理局』負責中醫藥行政管理。國家中醫管理局係根據中國大陸憲法之規定而成立，直接隸屬國務院，與衛生部地位平行，並於1988年更名為『國家中醫藥管理局』。2013年，中國大陸衛生行政部門與計劃生育行政部門的官方組織進行一項非常重要的變革，成立『國家衛生和計劃生育委員會』，以取代原

國務院直屬的『衛生部』和『國家人口和計劃生育委員會』兩個機構。值得注意的是，『國家中醫藥管理局』在這一波組織變動中，劃歸由『國家衛生和計劃生育委員會』管理。

大陸中醫藥管理法規值得我國借鏡之處

大陸更依據憲法精神制定『中華人民共和國中醫藥條例』，這是中國大陸第一部中醫藥行政法規，在2003年4月7日經總理溫家寶公佈，並於2003年10月1日起正式實施，共分總則、中醫醫療機構與從業人員、中醫藥教育與科研、保障措施、法律責任、附則等六章。其基本精神有二。一為採取積極作為提升中醫藥的發展，二為加強對中醫藥的法製化管理。此條例從國家立法層面規定了中醫藥事業發展、加強法制化管理的原則、方向、目標和要求。

本條例規範的內容，除了中醫的醫療、預防、保健、康復服務等與我國『醫療行為』類似的行為內容外，還包括中醫藥教育、科研、對外交流

以及中醫藥事業管理活動等教科研行為，及醫療廣告內容規範、中醫藥專家資格認定等，而對於中醫藥事業經費的維護、中西醫地位平等的宣示、中醫資料的整理與保存、中藥材資源保護，可見這是一部規範內容廣泛且多樣化的法律。

我們仔細研究大陸現行的『中華人民共和國中醫藥條例』可以看到許多我國尚未察覺到重要性的保護與規範。首先我們看中醫藥資料保存的部分。大陸意識到中醫藥知識的寶貴性，在『中華人民共和國中醫藥條例』第二十四條明文規定：「國家支持中醫藥的對外交流與合作，推進中醫藥的國際。重大中醫藥科研成果的推廣、轉讓、對外交流，中外合作研究中醫藥技術，應當經省級以上人民政府負責中醫藥管理的部門批准，防止重大中醫藥資源流失。屬於國家科學技術秘密的中醫藥科研成果，確需轉讓、對外交流的，應當符合有關保守國家秘密的法律、行政法規和部門規章的規定。」我們審視法條內容可知，大陸已留意到國際交流活動可能

使國寶級的中醫藥科研成果與技術資源有外流之虞，故明文規定相關活動應遵守國家秘密的法律規定，且交流活動需事先相當位階以上主管部門的批准。反觀我國則是沒有這方面的相關規定，即我們政府與社會各界未能體察到中醫技術資源的特殊性，而預先就相關領域進行管理。本研究認為此造成這方面的法律保護不足，對於中醫許多瑰寶，如各類秘方、驗方，雖是祖先累積的寶貴經驗與智慧，但因中醫技術資訊性質並不適合申請專利，可能在交流活動中外流而竟無任何保護措施！

『中華人民共和國中醫藥條例』在大陸經過十年的施行，大陸學界對於實施成效檢討亦有許多評論與檢討的建議，包括中西醫並重的落實、中醫藥管理制度不夠完整等，期盼法規能夠再繼續修訂以臻完備。如蘭州衛生局教師李崇善建議，中醫醫藥不分是中醫自身的特點，應與西醫區分，並建立完整的中藥管理制度。其具體建議並包括：「中醫藥有其自身的特點，醫、藥不分就是其中之一，藥店



裏中醫坐堂的做法以前就有。因此，《條例》對藥店中醫坐堂應作出明確的規定：藥店必須具備《藥品經營許可證》和營業執照；必須具有獨立的中藥營業區；坐堂中醫師必須具有《執業醫師資格證書》並經執業註冊，且一家中醫坐堂醫診所的坐堂中醫師總數不得超過3人；中醫坐堂醫診所的負責人可以由藥品零售企業負責人擔任。具備相關條件的，可以向省中醫藥行政部門申請設立中醫館、國醫館、國醫健康城或國醫健康俱樂部。」

我國中藥調劑法律層面問題及可參考大陸做法之處

我國中藥調劑問題近年來引起廣泛的討論。故前衛生署中醫藥委員會（2013年改為衛生福利部中醫藥司）於民國100年4月19日以衛中會藥字第1000591號函，明文表示重申目前中醫醫療機構可以執行藥品調劑之業務者，係指『中醫師』、『修習中藥課程達適當標準之藥師』、『確具中藥基本知識及鑑別能力人員』三種，並

要求各單位開設藥事相關課程時，不得使未具上列資格之參訓者，誤以為參訓後，可取得該類資格或得從事該類業務。

我國關於中藥調劑問題，規範的法律依據，包括藥事法第37條第4項：「中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」、藥事法第103條規定：「本法公布後，於六十三年五月三十一日前依規定換領中藥販賣業之藥商許可執照有案者，得繼續經營第十五條之中藥販賣業務。八十二年二月五日前曾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，得繼續經營中藥販賣業務。」

前項中藥販賣業務範圍包括：

- 一、中藥材及中藥製劑之輸入、輸出及批發。
- 二、中藥材及非屬中醫師處方藥品之零售。
- 三、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。

上述人員、中醫師檢定考試及格或在未設中藥師之前曾聘任中醫師、藥師及藥劑生駐店管理之中藥商期滿三年以上之負責人，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，其業務範圍如左：

四、中醫師處方藥品之調劑。

前項考試，由考試院會同行政院定之。」、藥師法第15條第2項規定：「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；其標準由中央主管機關會同中央教育主管機關定之。」

而『醫療機構設置標準』則是依據醫療法授權，明示：「中藥調劑人員包括中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師及藥事法第一百零三條第一項所定人員等三類。」性質上屬於法規命令。

至於衛生福利部在實務方面的規管做法為何？我們由行政函釋可知官方對法令的解讀及所持立場。行政院衛生署衛中會藥字第100003282號函

規定：「中醫診所執行中藥調劑之人員，限中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師、確具中藥基本知識及鑑別能力人員等三類人員，如調劑者為確具中藥基本知識及鑑別能力人員，調劑時尚須由中醫師監督為之。又中醫診所院內調劑供應之中藥製劑，應為領有藥品許可證之藥品或為經中醫師處方後由院內調劑人員調製，並供特定病患服用之藥品」

行政院衛生署衛中會藥字第100002295號函規定：「參照藥事法第37、103條及藥師法第15條第2項等規定，修習中藥課程達適當標準之藥師，以及於63年5月31日前依規定換領中藥販賣業之藥商許可執照有案者，除法律另有規定外，應由中醫師監督下進行中藥之調劑」。

學者陳俞沛撰文說明這段立法過程，茲節錄描述藥事法第37條第四項立法過程的部分如下：”民國五十九年七月三十一日藥物藥商管理法制定，其中第五十四條第三項規定：「中藥之調劑，應由中醫師監督為之」；至六十八年三月十六日藥師



法第十五條第二項規定：「中藥製劑之製造、供應及調劑，除依藥物藥商管理法有關規定辦理外，亦得經由修習中藥課程達適當標準之藥師為之；其標準由行政院衛生署會同教育部定之。」基於此法之授權，主管機關於七十一年三月五日訂定「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」，其第二條規定藥師修習中藥課程十六學分即可具備調劑中藥資格；至八十二年一月十八日（八十二年二月五日公布）藥物藥商管理法修正為藥事法時，將原五十四條移至三十七條，其中第四項即規定：「中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」其立法理由即認為「所增列『除法律另有規定外』等字，係指藥師法第十五條第二項所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。」”

由上述本研究所收集的法律、行政命令、行政機關函釋、學者論文等，我們可以發現，目前實務上認為，可調劑中藥之人員，可分為三

類：

- 一、中醫師：由中醫師親自調劑是最沒有爭議的，也不會發生藥事法第37條第四項的是否需在中醫師監督下為之的問題。
- 二、修習中藥課程達適當標準之藥師：法律依據為藥師法第十五條第二項，至於是否需在中醫師監督下進行中藥調劑，則出現兩種說法。藥事法第37條第四項立法理由表示，「所增列『除法律另有規定外』等字，係指藥師法第十五條第二項所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。」應意指此類藥師可獨立執行中藥調劑作業，不需中醫師監督（行政院衛生署衛中會藥字第1000003282號函亦採同樣見解）；但是行政院衛生署衛中會藥字第1000002295號函，則是將此類藥師列為應受中醫師監督方可執行中藥調劑業務者，除非能找到其他法律規定方可豁免。
- 三、確具中藥基本知識及鑑別能力人員：藥事法第103條已明文規定此

類人員之定義，並明文規定此類人員需領有地方衛生主管機關證明文件，並經國家考試及格者方可執行中醫師處方調劑工作。行政院衛生署衛中會藥字第1000003282號函，規定，此類人員應由中醫師監督方可進行中藥調劑工作。而行政院衛生署衛中會藥字第1000002295號函之規定，則是將此類人員視為和前述修習中藥課程達適當標準之藥師相同，認為除非法律另有規定，否則應由中醫師監督方可進行中藥調劑工作。

由此可知，目前衛生主管機關普遍將藥事法第37條第四項解讀為：「中藥之調劑，除中醫師外，法律另外規定的兩類人員—修習中藥課程達適當標準之藥師和確具中藥基本知識及鑑別能力人員—應在中醫師監督下進行調劑工作。」

我們回到藥事法第37條第四項本文，仔細檢視法條文字，了解現行法對於中藥調劑人員的調劑權利規定與受監督之義務的說明究竟為何。藥事法第37條第四項內容為：「中藥之調

劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」即已表示，法律若有授權可獨立執行調劑工作的對象，則不需中醫師監督；法律若未授權使之可獨立執行調劑工作，則其執行調劑工作時，應由中醫師監督。

前述第二、第三類人員，在調劑權的依據法律規定內容方面，我們發現現行法律是賦予該類人員獨立進行調劑工作的。藥事法第15條第二項是這樣寫的：「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；其標準由中央主管機關會同中央教育主管機關定之。」，其意義應指修習中藥課程達適當標準之藥師即由藥事法第15條第二項取得獨立進行中藥調劑工作的權利，不需中醫師監督為之。而藥事法第103條規定中藥調劑人員資格的部分是第三項，該段文字內容是：「上述人員、中醫師檢定考試及格或在未設中藥師之前曾聘任中醫師、藥師及藥劑生駐店管理之中藥商期滿三年以上之負責人，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，其業務範圍如左：

四、中醫師處方藥品之調劑。」亦表示此類人員藉由藥事法第103條取得獨立執行中藥調劑工作的權利。

我們由藥事法第37條第四項、藥師法第15條第二項、藥事法第103條第三項等條文，可推知立法者賦予執行中藥調劑工作權利者分為兩類：一類是可獨立執行中藥調劑者，包括中醫師（藥事法第37條第四項）、修習中藥課程達適當標準之藥師（藥師法第15條第二項）、確具中藥基本知識及鑑別能力人員（藥事法第103條第三項）；第二類是需在中醫師監督下方可進行調劑工作者，即中醫師確信其具有中藥調劑基礎知識與能力，即可監督其進行中藥調劑工作。本研究認為，依現行法條文內容進行文義的正確判讀，應解釋為立法者當時已認識到中藥調劑的特殊性，放寬中藥調劑者的資格，法律另有規定賦予其獨立執行中藥調劑工作者，則可不需中醫師監督，其他人員亦可執行中藥調

劑工作，但應在中醫師監督下為之。

衛生福利部衛中會藥字第1000002295號函亦明文表示該函釋係針對藥事法第37、103、15條做出規定，其內容為：「參照藥事法第37、103條及藥師法第15條第2項等規定，修習中藥課程達適當標準之藥師，以及於63年5月31日前依規定換領中藥販賣業之藥商許可執照有案者，除法律另有規定外，應由中醫師監督下進行中藥之調劑。」若欲以此涵義解讀法令，則藥事法第37條第四項內容應該改為：「中藥之調劑，若法律另有規定允許中醫師以外人員執行中藥調劑業務者，其執行業務時應由中醫師監督為之。」方符合該函釋內容。而藥事法第37條第四項的現行法規定「中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」這裡的除外條款，從立法技術上來看，除…外，意指排除其一，其他均應受法文規範，如刑法第十六條前段規定：「除有正當理由而無法避免者外，不得因不知法律而免除刑事責任。」意指有正當理由而無法避免者，即得因

不知法律而免除刑事責任；同理在藥事法第37條第四項之現行法規定意旨下，法律另有規定者，便不需要由中醫師監督來執行中藥調劑工作。

上述關於中藥調劑工作執行權利之現行法律規定判讀，自然與我國衛生主管機關（衛生福利部）多次相關之行政函釋見解大相逕庭，然本研究認為依法律文義解讀方為正辨。若中醫醫療院所因違反衛生福利部對法律文義錯誤解讀下做成的行政函釋而遭受裁罰處分，則該處分所依據之行政命令恐有違法、違憲之虞。

綜上所述，支持衛生福利部該行政函釋之主要法令依據，應為『醫療機構設置標準』第6條：「中醫醫院設置標準，規定如附表（四）：中藥調劑人員包括中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師及確具中藥基本知識及鑑別能力人員三類。」，其排除本研究解讀現行法允許其他人員在中醫師監督下進行中藥調劑作業之本旨。此外，由該標準第一條：「本標準依醫療法（以下簡稱本法）第十二條第三項規定訂定之。」可知系爭標

準性質為行政命令。

然由釋字313號解釋文之意旨可知，對人民違反行政法上義務之行為科處罰鍰，若涉及人民權利之限制，其處罰之構成要件及數額，應由法律定之。若法律就其構成要件，授權以命令為補充規定者，授權之內容及範圍應具體明確，然後據以發布命令，始符憲法第23條以法律限制人民權利之意旨。從而，可知對於人民違反行政法上義務之行為科處罰鍰，若非依據法律而是命令，針對其授權之內容與範圍的明確性應詳加審查是否有違反憲法第23條法律保留及比例原則之規範意旨。

此外，中央法規標準法第2條：「法律得定名為法、律、條例或通則。」且中央法規標準法第4條：「法律應經立法院通過，總統公布。」可見行政命令在狹義定義下並非法律。中央法規標準法第3條：「各機關發布之命令，得依其性質，稱規程、規則、細則、辦法、綱要、標準或準則。」故『醫療機構設置標準』屬於行政命令，此時便需看授權



母法授權範圍為何。而廣義的法律亦將行政命令視為法律，但依照行政法基本原理，任何經行政機關所做成之行政命令一定要在明確授權下，故概括授權便不被允許。

另外，依據釋字443號解釋理由書之規範意旨，何種事項應以法律直接規範或得委由命令予以規定，與所謂規範密度有關，應視規範對象、內容或法益本身及其所受限制之輕重而容許合理之差異，諸如剝奪人民生命或限制人民身體自由者，必須遵守罪刑法定主義，以制定法律之方式為之；涉及人民其他自由權利之限制者，亦應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定時，其授權應符合具體明確之原則；若僅屬與執行法律之細節性、技術性次要事項，則得由主管機關發布命令為必要之規範，雖因而對人民產生不便或輕微影響，尚非憲法所不許。從而，專門職業人員違背其職業上應遵守之義務，而依法應受懲戒處分者，必須使其能預見其何種作為或不作為構成義務之違反及所應受之懲戒為

何，方符法律明確性原則。對於懲戒處分之構成要件，法律雖以抽象概念表示，不論其為不確定概念或概括條款，均須無違明確性之要求。因此，法律明確性之要求，非僅指法律文義具體詳盡之體例而言，立法者於立法定制時，仍得衡酌法律所規範生活事實之複雜性及適用於個案之妥當性，從立法上適當運用不確定法律概念或概括條款而為相應之規定。

綜上所述，醫療法第十二條第三項規定內容為「醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。」明顯並未授權中央主管機關據此制訂各人員可執行業務權限，而僅得規範各級別醫療機構應具備的軟硬體標準。依釋字443號所揭櫫之『層級化法律保留』及釋字432號『授權明確性原則』，對醫療機構人員權利義務範圍之規範，已非執行法律之細節性、技術性內容等次要事項，應由法律加以規定，而非行政命令。

實務上目前能執行中藥調劑業

務者，若不依本研究建議由其他人員在中醫師監督下進行中藥調劑工作，似乎僅有中醫師親自為之一途。藥事法第103條規定之『確具中藥基本知識及鑑別能力人員』，衛生署署授藥字第0990002042號函，已明白表示目前並無任何人符合此類資格。而藥事法第15條所規定的『修習一定學分的藥師』，則在目前健保制度下，要求藥師執行中藥調劑工作顯得不切實際：因目前聘請藥師進行中藥調劑工作，健保給付僅二十點（中醫師親自調劑為十點），以藥師月薪約新台幣伍萬元計算，每日薪資約兩千元，以目前中醫健保點值為0.8元計算，則中醫醫療機構每日內科門診人數至少要250人次才足以支付藥師薪水，即便看診量可達如此高額，調劑250人次的繁重工作量及粉塵混雜的工作環境，亦難以吸引藥師從事中藥調劑工作，在如此不切實際的情形之下，若依衛生福利部衛中會藥字第1000002295號函的解釋，藥事法第37條第四項規定將形同具文。

他山之石，可以攻錯。比較法

的精神即是探究其他國家法規、做法，將值得我國參考或借鏡之處加以研析，以供各界參考。大陸中藥調劑工作，係由中藥調劑員執行，其政府主管機關並非衛生單位，而是勞動和社會保障部。大陸《勞動法》第八章第六十九條規定：「國家確定職業分類，對規定的職業制定職業技能標準，實行職業資格證書制度，由經過政府批准的考核鑒定機構負責對勞動者實施職業技能考核鑒定」在大陸職業類別中，中藥調劑員屬於『商業、服務業人員』類別（共分四類，其他三類為『生產、運輸設備操作人員』、『農林牧漁水利業生產人員』、『辦事人員和有關人員』）各職業資格證書分為五個等級：初（國家職業資格五）、中（國家職業資格四）、高（國家職業資格三）、技師（國家職業資格二）和高技師（國家職業資格一）。

各級職業鑒定申報條件要求如下：參加初級鑒定的人員必須是學徒期滿的在職職工或職業學校的畢業生；參加中級鑒定的人員必須是取得



初級技能證書並連續工作5年以上、或是經勞動行政部門審定的以中級技能為培養目標的技工學校以及其他學校畢業生；參加高級鑑定人員必須是取得中級技能證書5年以上、連續從事本職業（工種）生產作業可少於10年、或是經過正規的高級技工培訓並取得了結業證書的人員；參加技師鑑定的人員必須是取得高級技能證書，具有豐富的生產實踐經驗和操作技能特長、能解決本工種關鍵操作技術和生產工藝難題，具有傳授技藝能力和培養中級技能人員能力的人員；參加高級技師鑑定的人員必須是任技師3年以上，具有高超精湛技藝和綜合操作技能，能解決本工種專業高難度生產工藝問題，在技術改造、技術革新以及排除事故隱患等方面有顯著成績，而且具有培養高級工和組織帶領技師進行技術革新和技術攻關能力的人員。

大陸中藥調劑員考試的標準節錄如下：

考試形式：

筆試（選擇判斷）與實操（中藥

鑑定及藥性分析處方調劑）

鑒定要求：

1.適用對象

從事或準備從事本職業的人員。

2.申報條件

參照職業技能鑑定申報條件及相關規定。

3.鑒定方式

五級（初級）、四級（中級）中藥調劑員採用非一體化的鑒定模式，分為理論知識考試和技能操作考核，考核成績實行百分制，理論知識和技能操作的考核成績各達60分為合格。

三級（高級）中藥調劑員採用一體化的鑒定模式，分為中藥鑑別、中藥調劑、用藥指導和經營管理四個模塊，考核成績實行百分制，各模塊的考核成績各達60分為合格。

4.鑒定場所設備

場所、設施、設備、工具

鑒定場所：中藥配方的場地、中藥鑑別的場地、中藥檢測的場地、臨方炮製和臨方製劑的場地、用藥

指導和中藥處方審核的場地（模擬藥店）。

設備：計時鐘、藥鬥（二格）、匾、篩、顯微鏡（帶電光源）、烘箱（不銹鋼內膽）、分析天平（萬分子一）、電阻爐、乾燥器、稱量瓶、減壓乾燥箱、水浴鍋、電爐、臨方炮製爐子（加熱設備）薄層色譜掃描儀。

材料：中藥材、中藥飲片、包藥紙、常用化學試劑、中藥對照品（標準品）、臨方炮製各種輔料。

工具：不銹鋼盛藥盤、不銹鋼盛藥缸、戥秤、盛藥盤、衝筒、常用化學分析器皿、臨方炮製炒具、電子秤、算盤、計算機、計算器、國家藥典。

設施：鑒定用桌（台）、飲片鬥架（百眼櫥）、配方操作台、考評員校對評分台、算方操作台。

中藥調劑員課程設置則為

第一章職業道德與法規知識（1課時）^[1]

第二章中醫基礎知識（5課時）

- 一、中醫的基本特點；
- 二、陰陽學說在中醫學中的應

用；

三、氣、血、津液；

四、臟腑生理功能

五、六淫病因；

第三章中藥鑑別（9課時）

一、常用中藥材及飲片400種（來源、特徵、功能）

- 1.根及根莖類中藥飲片的識別；
- 2.皮及莖木類中藥飲片的識別；
- 3.花及葉類中藥飲片的識別；
- 4.果實及種子類中藥飲片的識別；
- 5.全草類中藥飲片的識別；
- 6.動物類中藥飲片的識別；
- 7.其它類中藥飲片的識別；

二、貴細藥材

三、偽品鑑別

第四章中藥調劑（9課時）

一、配伍禁忌：

十八反、十九畏、妊娠禁忌

二、中藥飲片調配操作規範

- 1.審方，戥稱使用，搗碎，包，捆等；
- 2.處方常規用名；
- 3.處方應付常規；
- 4.中藥臨方炮製；



5. 毒、麻中藥飲片的調配；

第五章中成藥介紹（9課時）

一、中成藥處方原則

二、內科常用藥

1. 感冒用藥；
2. 咳嗽用藥；
3. 胃、腸用藥；
4. 清熱類藥；
5. 補益類藥；
6. 失眠類藥；

三、外科、傷科用藥

四、婦科用藥

五、兒科用藥

六、中藥不良反應

本研究認為，大陸明確定出筆試科目與各級專業人員認定標準，結合理論知識與實務經驗，值得我國學習。而此鑒定制度由勞動主管機關（勞動和社會保障部）負責執行（在我國則為勞動部），在我國因相關專業技能檢定制度與大陸國情不同，似乎仍由衛生福利部主辦為佳。

結論

兩岸中醫藥相關法規制度，近來（尤其是民國102年度）皆產生重大變革，我國隨政府組織改造，由衛生

福利部中醫藥司取代衛生署中醫藥委員會來對全國中醫藥事務進行管理。大陸則是成立『國家衛生和計劃生育委員會』，並將原本與衛生部平行之『國家中醫藥管理局』劃歸為由『國家衛生和計劃生育委員會』管理。由組織架構看來，兩岸規管制度漸趨一致，皆是將中醫藥管理單位劃歸為衛生部門下一層機關。然大陸由於『中華人民共和國中醫藥條例』明確落實憲法保障傳統醫藥精神，此部分為我國所欠缺，故本研究將兩岸在中醫藥管理的制度與法規方面的異同之處作目前狀況的比較，提供各界參考。

而中醫藥界在實務部分面臨的法律問題，本研究提出中藥調劑方面的議題，提出自己見解，指出在我國現行法規遭到衛生主管機關誤解，以多次行政函釋解釋現行法，然這些函釋內容，不僅在調劑人員是否需在中醫師監督下為之出現彼此矛盾的情形，更因違反現行法律規定內容與精神，而有違法之虞。本研究提出應依現行法律條本文作正確的解讀，並指出實務面可能遇到的種種問題。至於問題

解決之道，則建議可借鏡大陸中藥調劑員制度，並指出大陸做法適合與不適合我國國情之處。



以「韓藥師」為例談台灣中醫輔助人員

台灣目前的中醫環境，確實有很多尷尬及奇怪的地方，在全世界對傳統醫療有國家級健康保險服務的地方只有「中華民國」和「韓國」，兩國確實有很多相似的地方。其保險制度、就醫形態、利用率及西醫對中醫的打壓也很類似。傳統醫學輔助人員有關，本文針對以上問題提出探討。

鄭鴻強¹ 施純全² 醫師

¹中國醫藥大學附設醫院台北分院中醫部、全聯會國際交流委員會委員

²義守大學學士後中醫系、全聯會特別顧問

關鍵詞：中醫藥法規制度、韓醫、韓藥師。

前言

台灣目前的中醫環境，確實有很多尷尬及奇怪的地方，在全世界對傳統醫療有國家級健康保險服務的地方只有「中華民國」和「韓國」，兩國確實有很多相似的地方，同樣被日本殖民統治過、經歷過戰爭的洗禮、快速經濟成長及發展成高度民主自由國家，其保險制度、就醫形態、利用率及西醫對中醫的打壓也很類似。在近幾年中華民國中醫師公會與韓國韓醫師協會接觸中，我們有比較深入的了解韓國的韓醫醫療運作情形及尤其是一些特色診所（醫美、傷科、小兒轉

骨等），相信大家個個記憶猶新，從以前韓國派人來臺灣學習臺灣的中醫及健保制度到現在，不過20年期間，韓國已經比我們進步了，現在換成我們去韓國學習的奇特現象，但是這不是偶然的，他們的制度面及民族性，尤其是國家的強力支持和後援，使韓國的韓醫才有今天的局面，為什麼他們可以我們就不行，請中醫同道深思這個問題。

近幾年傳統醫學的紛擾

臺灣的中醫界近幾年發生了很多事件，如中藥安全性問題（馬兜鈴酸、農藥、重金屬、微生物感染等）、中醫輔助人員（調劑、推拿

師、掛號行政人員)、中醫傷科推出診所、埋線感控不當造成感染事件到中藥濃縮製劑開放為成藥、中醫藥委員會的降格變司等。

鄰近韓國的情況也很類似，如早期的韓醫藥紛爭、健康保險納入與否、住院制度的導入、到最近飲片保險試辦計劃和天然藥物西醫保險給付等。其中不間斷的是西醫醫師團體的毀謗和誣衊，臺灣比較少見，但是在韓國現在兩醫師團體間的法律告訴非常多，如西醫告韓醫不可注射藥物，官司打了十年最後以穴位注射為由，變成韓醫可執行的項目。又如現在進行的兩件重大官司，其一是韓醫告西醫不可執行肌肉內刺激術（*Intra muscle stimulation*簡程IMS），因為這和針灸學中針刺阿是穴是一樣的道理，另一是西醫告韓醫不可用現代醫療補助儀器（如腰頸部簽引器、超音波機器和凡是帶電和馬達的東西），韓國韓醫師協會預估這官司也可能要打超過十年已經做好長期抗爭的準備。

傳統醫學輔助人員

以上臺韓的共同問題就是「醫

療輔助人員」，臺灣和韓國西醫都已經醫藥分業了，兩國都在醫藥分業過程中經歷了很大的痛苦和紛爭，尤其是韓國在醫藥分業後導致韓國藥師收入銳減加上韓國政府沒有適當管制藥師總量下，1989年韓國就施行全民健康保險後終於爆發了藥師的不滿，開始惡性銷價競爭，為了增加藥局收入，他們開始努力找方法，終於把觸角延伸到藥價及相對附加價值比較高的中藥（韓藥）身上，導致藥師和中醫師（韓醫師）的磨擦越來越頻繁，爭議越來越多，終於使潛在檯面下已久的「韓藥調劑問題」浮上檯面，1993年引起了轟動全韓國導致全韓國韓醫系學生集體留級的「韓醫藥紛爭」的發生（請參考北市中醫會刊：2012:18(1):14~24：從韓國「韓醫藥紛爭」簡談韓國韓醫的快速成長））。

韓醫藥紛爭後韓國政府確認了兩件事，一是韓醫師有藥物的調劑權，西藥師沒有韓藥的調劑權（修畢固定學分的藥師有部分調劑權稱為「韓藥調劑藥師」），韓藥師的成立以補助韓醫師並擁有韓藥的部分調劑權，二是韓醫未來醫藥分業的實施。（表



一)

於是1995年3月15日韓國政府公告了100種可調劑但不可加減方的古典經方（表二），並同年9月16日韓國政府公告韓藥系設置辦法，令韓藥系要設在藥學院下，引起韓醫師團體的反對，最後雙方妥協決定把韓藥系設置在有藥學系及韓醫系的綜合大學內，1996年成立四年制的韓藥學系（慶熙大學40位名額、圓光大學45位名額、又石大學45位名額），修業課目如下(http://pharm.khu.ac.kr/faculty_01_02.htm)，並2001年舉辦第一次韓藥師國家考式，迄今共培養1800位韓藥師，並擁有自己的公會(<http://www.hanyaksa.or.kr/home/>)，這是全世界第一個傳統醫學的輔助人員。

韓國韓藥調劑人員

在此先要了解（藥物的定義），根據康熙字典：「藥，治病草」凡能用於預防，診斷，治療疾病，或其他足以影響人體結構及機能的物質，都可稱為「藥物」。藥物的種類包括中藥材、中藥飲片、中成藥、化學原料藥及其製劑、抗生素、生化藥品、放

射性藥品、血清、疫苗、血液製品和診斷藥品等。那中藥的定義是什麼？中藥（英文名：**Chinese Traditonal drug**）：中藥主要由植物藥（根、莖、葉、果）、動物藥（內臟、皮、骨、器官等）和礦物藥組成。因植物藥佔中藥的大多數，中藥包括中藥材、飲片和中成藥，而中藥材又是飲片和中成藥的原料。

所以目前韓國有韓藥調劑權的人有四種，一是韓醫師，二是韓藥師，三是韓藥調劑藥師，四是1983年已經停止發執照的韓藥商人。韓醫師有絕對的調劑權，並且又可自己開發或製造藥物在自己的診所販賣。韓藥師可自己開設韓藥局，根據韓醫師處方調配韓藥或100種可調劑但不可加減方的古典經方，但是可以販售一般西醫成藥（OTC產品或普拿疼等藥）。韓藥調劑藥師可自己開設西藥局，一般西醫師處方藥或100種可調劑但不可加減方的古典經方韓藥。韓藥商人簡單講就是大街小巷的中草藥房，因以前韓醫制度不完善是為方便民眾就進拿藥所發的商業執照，沒有學歷限制或考試，當時只要從事韓藥買賣3年就可以申請，並可根據韓醫師處方調

配韓藥或「100種可調劑但不可加減方的古典經方」（表二），因為後來韓醫診所越來越多，加上西方醫學的敬進步後，政府已經於1983年停發韓藥商人的執照，所以現在數量越來越少，並且年齡也越來越大，不久的將來會被韓藥局取代。（表三）

韓國韓藥師的出路

目前韓國已經培養出1800位韓藥師，但是他們的就業路沒有想像的順暢，因為到目前為止韓國的韓醫沒有實施醫藥分業，原因很多大環境不佳、配套措施沒有完善、其中最主要是韓醫師的反對和杯葛，所以大部份畢業生考到國家證照也找不到出路，多半是到附設醫院韓藥局工作或到藥廠做開發人員或研究人員，情況與國內中藥資源系或中藥保健系相似，畢業後沒有證照可考和找不到工作，真正開韓藥局的韓藥師不到5%，因為多半民眾還是習慣在診所拿藥。

結論

根據以上資料，臺灣如要開辦中醫補助人員，應該要符和市場的需求和社會大眾的期望，個人覺得現

在臺灣中醫環境比較急需的應該是「藥物調劑人員」和「傷科補助推拿人員」，「藥物調劑人員」國內已經有相關科系並有畢業生，只要政府輔導轉形或與考選部討論給予相關資源及應考名義及可達到教、考、用的模式，比較複雜和麻煩的事是「傷科補助推拿人員」國內不但沒有相關科系，而且外面養生保健的服務人員品質參差不齊，有不能就地合法或落日條款等過關，所以唯一的答案就是——要「團結」，大家要有一個共識，我們是搭同一條船的生命共同體，做事一定要團結，請大家支持及一起監督全聯會為各位中醫師做事，為發揚光大中醫的未來一起打拼。

後記

感謝韓醫政策研究所研究員金東珠先生全程的協助以順利完成。

參考資料

- 1.大韓韓醫師協會網站，<http://www.akom.org/main/>,2011
- 2.鄭鴻強：韓國韓醫教育及考試介紹，中西醫整合醫學會會訊第7



- 期，台中，2007，P2
3. Shin Sang-Moon, Yoo Dong-Yeul, A study on the process and the historical significance of the conflict between the oriental medicine doctors and the pharmacists in Korea, Tai-jung: the Tai-jung university 2002: vol 10(2): 41-71。
4. 張立德：大韓民國「韓醫制度」研究韓方醫學局、大韓韓醫師會

- AKOM及韓醫研究院KIOM2011考察及實地查訪報告書，中醫師公會全國聯合會，台灣，2011
5. 鄭鴻強、施純全、蔡金川、張立德、張永賢、孫茂峰：從韓國「韓醫藥紛爭」簡談韓國韓醫的快速成長：北市中醫會刊：2012:18(1):14~24
6. 韓國保健福祉部；「主要業務參考資料」；2012

表一 韓醫藥紛爭結果

醫藥分業實施	西醫的醫藥分業，自總統公告後3-5年實施。 韓醫的醫藥分業，一定要實施，但是大環境尚未成熟，等政策及條件成熟後在實施（需要5-7年的準備時間）。
韓藥師制度的導入	韓藥的調劑，限定擁有韓藥師執照者才可。 韓藥師一定要安照韓醫師所開立的處方簽調劑（除保健福祉部預定公告的100種古典經方不在此限）。 所謂韓藥師執照，一定要自韓藥學院修畢固定學分畢業後，經過國家考試方可取得。 韓藥師的養成，規劃在藥學學院內增設韓藥學系。
韓藥調劑藥師落日條款（1995年每年一次，2000年後停止）	現任藥師或藥學系畢業生，在取得藥師資格後，在本方法公佈2年內可參加韓藥調劑資格考，通過考試者方可調劑韓藥。 藥學系在學學生在本法公佈後，修滿公告之特定韓藥學分後，畢業2年內參加考試並取得資格者，可調劑韓藥處方（要先取得藥師資格，才可參加韓藥調劑資格考）。 在本法公佈當時，已經調劑韓藥一年以上者，經過公家機構認證者，可繼續調劑韓藥2年為止。

韓醫師公會開始檢討自己及開啟一系列的未來規劃，如成立韓國韓醫學研究所(KIOM)、保健福祉部韓方醫學局、韓醫藥育成發展委員會、韓醫師專門醫實施辦法、2002年舉辦第一次韓醫師專門醫資格試驗、2003年任命總統主治韓醫師、正式廢除針灸師、韓醫藥育成法制定及公佈（法律第06965號）確保韓醫師地位及醫療二元化、穴位針劑注射的合法化、2005年許浚博物館開館，開始向下扎根教育小朋友提早接觸韓醫、2006年成立韓醫藥政策研究院，並2次派員來台灣學習中醫總額預算、2008年成立國立韓醫學專門研究所大學院（國立釜山大學）、2011年韓醫藥育成法改革案通過等（韓醫藥育成法於2011/07/01改正，內容為藥物，不論劑型為何，只要成分來自韓藥，在法律上都將被視為韓醫可處方的韓藥，這也就是說韓醫的針劑、貼劑、錠劑、丸劑等明年起都可自由使用）。

表二 韓國政府公告100種可調劑但不可加減方的古典經方

號碼	處方名	出處	號碼	處方名	出處
1	加味溫膽湯	醫宗金鑑	16	當歸六黃湯	室秘藏
2	加味敗毒散	景岳全書	17	當歸芍藥散	金匱要略
3	葛根湯	傷寒論	18	大羌活湯	衛生寶鑑
4	羌活愈風湯	醫學發明	19	大建中湯	金匱要略
5	桂枝加龍骨牡蠣湯	金匱要略	20	對金飲子	和劑局方
6	桂枝芍藥知母湯	金匱要略	21	大防風湯	和劑局方
7	藿香正氣散	和劑局方	22	大青龍湯	傷寒論
8	九味羌活湯	此事難知	23	大黃牡丹皮湯	金匱要略
9	芎歸膠艾湯	金匱要略	24	獨活寄生湯	千金方
10	歸脾湯	濟生方	25	麻杏薤甘湯	金匱要略
11	歸朮破癥湯	東醫寶鑑	26	麻黃附子細辛湯	傷寒論
12	金水六君煎	景岳全書	27	半夏白朮天麻湯	醫學心悟
13	茸大補湯	雜病源流犀燭	28	半夏瀉心湯	傷寒論
14	當歸四逆加吳茱萸生薑湯	傷寒論	29	半夏厚朴湯	金匱要略
15	當歸鬚散	醫學入門	30	防己黃耆湯	金匱要略
31	防風通聖散	宣明方論	66	苓桂朮甘湯	傷寒論
32	排膿散及湯	春林軒方函	67	烏藥順氣散	和劑局方
33	白朮散	外臺秘要	68	五積散	和劑局方
34	保生湯	婦人方	69	溫經湯	金匱要略
35	補中益氣湯	脾胃論	70	溫白元	和劑局方
36	茯苓飲	外臺秘要	71	龍膽瀉肝湯	醫宗金鑑
37	分心氣飲	直指方	72	越婢湯	金匱要略
38	四君子湯	和劑局方	73	胃苓湯	萬病回春
39	四物湯	和劑局方	74	六君子湯	婦人方
40	麥冬白朮散	和劑局方	75	六味地黃丸	小兒藥證直訣
41	麥蘇飲	和劑局方	76	六鬱湯	丹溪心法
42	麥朮健脾湯	東醫寶鑑	77	理氣祛風散	古今醫鑑
43	三黃瀉心湯	金匱要略	78	理中丸	傷寒論
44	生血潤膚湯飲	醫學正傳	79	二陳湯	和劑局方
45	洗肝明目湯	增補萬病回春	80	人參養營湯	和劑局方
46	小建中湯	傷寒論	81	人參養胃湯	和劑局方
47	小柴胡湯	傷寒論	82	人參敗毒散	小兒藥證直訣
48	逍遙散	和劑局方	83	茵陳五苓散	金匱要略
49	蘇子降氣湯	和劑局方	84	炙甘草湯	傷寒論
50	消積正元散	醫學入門	85	滋陰降火湯	萬病回春
51	小青龍湯	傷寒論	86	滋陰健脾湯	萬病回春
52	消風散	外科正宗	87	豬苓湯	傷寒論
53	疎風活血湯	心氏尊生書	88	調經種玉湯	古今醫鑑
54	續命湯	金匱要略	89	地黃飲子	宣明論方
55	升麻葛根湯	閻氏小兒方論	90	真武湯	傷寒論
56	柴陷湯	重訂通俗傷寒論	91	清肝解鬱湯	證治準繩
57	柴胡桂薑湯	傷寒論	92	清金降火湯	古今醫鑑
58	柴胡抑肝湯	醫學入門	93	清上防風湯	萬病回春
59	柴胡清肝湯	口齒類要	94	清暑益氣湯	脾胃論
60	十全大補湯	和劑局方	95	清心蓮子飲	和劑局方
61	雙和湯	和劑局方	96	平胃散	和劑局方
62	安中散	和劑局方	97	荊芥連翹湯	一貫堂
63	涼隔散	和劑局方	98	荊防敗毒散	攝生抄方
64	延齡固本丹	萬病回春	99	黃連阿膠湯	傷寒論
65	苓甘薑味辛夏仁湯	金匱要略	100	黃連解毒湯	外臺秘要



中醫院所院內感染控制

中醫醫療院所執行中醫相關醫療業務，如針灸、放血、拔罐、正骨、把脈等業務，都會造成院內感染的發生。所以中醫師有責任認識並瞭解院內感染控制的重要性，以提高醫療品質造福廣大病患。本文就感染管制歷史、院內感染定義、影響、目的、造成主因，與院內感染控制的相關行政事項做一個簡略的介紹。

由國內外經驗得知：洗手是預防院內感染最有效、最經濟、最簡單的管制措施。世界衛生組織已發表手部衛生指引，衛生署疾病管制局亦參考此指引制定國內手部衛生指引。本文並就洗手設備、時機、方法（洗手劑與清水），手部清潔用品種類，使用乾式洗手液的好處等一一說明。要強調的是洗手常會忽略的地方：大拇指、指尖、指縫等處，希望對中醫師診務有幫助。

陳朝宗 醫師

—— 台北市立聯合醫院仁愛院區中醫科主任 ——

關鍵詞：中醫、感染控制、院內感染。

中醫院所院內感染控制

感染管制歷史

- 1843年，Holmes醫師發表「產婦產褥熱傳染性」論文
- 1848年，Semmelweis經觀察，使用含氯化學藥劑洗手來降低產褥熱的發生
- 18世紀末，Lister出版外科無菌書籍
- 1940年代，發現抗生素

- 1950年代，美國及歐洲的大型醫院發現抗藥性金黃色葡萄球菌；美國成立疾病管制與預防中心(CDC)，為感染管制萌芽時期
- 1958年代，感染管制以微生物實驗室為主注重環境衛生培養
- 1959年，英國Torbay醫院設置感染管制護士
- 1960年代，現代感染管制雛型——以流行病學方法，由感染管制護士調查全院院內感染

- 1970年代，美國疾病管制與預防中心(CDC)做全美院內感染監測系統(NNIS)研究
- 1980年代，美國CDC做全美院內感染管制效果研究(SENIC)，證實全院院內感染監測系統是感染管制相當有效的方法

台灣感染管制歷史

- 民國50-60年，注重環境及人員身體採樣
- 民國65年，台北長庚醫院成立感染管制小組
- 民國69年，臺大醫院依美國CDC書面資料成立感染管制小組
- 民國73年，台北某醫院爆發沙門氏菌大流行，衛生署聘美國CDC的Nakashia醫師協助處理後，積極推動全國性各醫院感染管制組織
- 民國74年，醫院評鑑增列「感染管制」項目，規定每300床應設置1名感染管制護士
- 民國74-79年，衛生署成立感染管制護理師、醫檢師及醫師訓練班台北榮總完成第一本感染管制手冊
- 民國79年，衛生署成立感染管制諮詢小組並發行院內感染控制通訊（現已更名為雜誌）

院內感染

- 住院期間得到的感染
- 疾病的潛伏期在住院期間，但出院後才發現的感染
- 同一部位感染，但菌種改變
- 經產道生產所得到的感染
- 因醫療行為而造成微生物侵入人體得到的感染

院內感染的影響

- 病患方面：延長住院天數、增加經濟負擔、增加身心痛苦、造成殘疾甚或失去生命
- 工作人員：增加工作量、增加感染之危險性
- 醫院方面：關閉病房、院譽受損、負法律責任

感染管制的目的

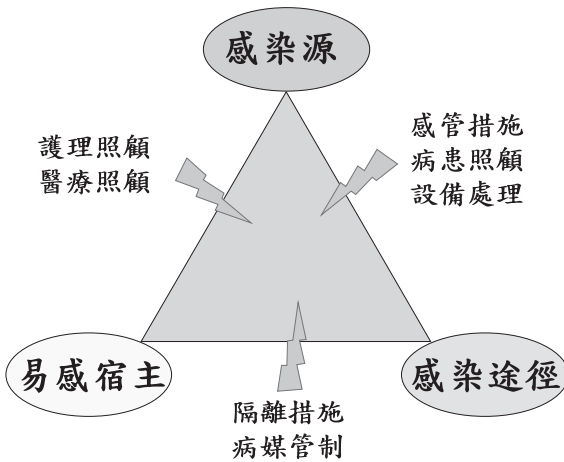
- 減少病患住院時間
 - 節省社會成本之花費
 - 減少疾病之傳播
 - 改善醫療品質
 - 符合醫療評鑑標準
- 造成院內感染的主因
- 低抵抗力的宿主易受感染
 - 侵入性醫療行為增加
 - 工作人員之交互感染
 - 抗生素的濫用



感染鏈與感染管制

感染源

- 內因性：來自於病人本身之正常菌叢
- 外因性：來自於訪客、工作人員、醫療器材…等



易感宿主

- 具有潛在性疾病：白血病、DM
- 抵抗力低者：老年人、小孩
- 特殊療法：做化學治療
- 外科手術：傷口大小、開刀時間等
- 其他：休克

傳染途徑

- 接觸傳染：直接接觸、間接接觸、飛沫接觸
- 空氣傳染：病原菌附著在空氣中而被易感宿主吸入
- 病媒傳染：藉由昆蟲攜帶病原菌而傳播

- 媒介物傳染：經由被污染的物質而傳播

感染管制的範疇

- 院內感染的統計、調查、處置與防範
- 員工健康的維護
- 傳染病擴散的防範

院內感染執行單位

- 感染管制委員會
主任委員：院長或副院長
委員：各科代表
執行秘書：感染科主任
執行小組：感染科醫師及感染管制護理師

院內感染監視的目的

- 建立院內感染頻度之基礎訊息
- 早期發現院內感染群突發或特殊菌株
- 針對群突發或潛在群突發訂定並實施感染管制措施
- 評估日常感染管制措施之成效
- 減少可預防的院內感染

院內感染個案的判定

- 是否有侵入性醫療行為
- 發病的時日
- 感染的菌種

那些是侵入性醫療行為？

- 破壞了正常的表皮或黏膜者
血管內注射
外科手術
- 深入無菌區域者
氣管內插管或氣管鏡檢查
尿道插管或導尿管
醫療行為與院內感染
- 非侵入性醫療行為
不會導致病患感染
- 侵入性醫療行為
破壞了人體正常的防禦機轉
環境的微生物進入人體造成感染

院內感染個案的蒐集

- 主動蒐集(Active surveillance)
全面性主動蒐集
特殊病房或特殊病患之主動蒐集
侵入性醫療行為之主動蒐集
- 被動蒐集(Passive surveillance)
由醫師或護理師通報
由微生物報告回溯通報
院內感染的種類
- 血流感染(Blood stream infection , BSI)
- 泌尿道感染(Urinary tract infection ,

UTI)

- 呼吸道感染(Respiratory tract infection , RTI)
- 外科部位感染(Surgical site infection , SSI)
- 其他(other)
院內感染個案之統計與分析
- 感染率
依住(出)院人數
依住(出)院人日數
依侵入性醫療行為之次數或日數
- 分析群突發：依基準值而定
突發性的大流行率(Epidemic)或地區性流行率(endemic)

院內感染月報表種類

- 病房及感染部位之分佈(感染率及感染密度)
- 科別及感染部位之分佈(感染率及感染密度)
- 菌種及感染部位之分佈
- 加護病房侵入性裝置相關感染率之分佈

感染率的計算

- 感染率：某段時間內院內感染人次數／某段時間內病人總數(入院或出院)*100(%)



- 感染密度：某段時間內院內感染人次數／某段時間內總住院人日數*1000（千人日）

資料之分析

- 至少每週分析一次以早期偵測流行
- 比較不同時間的感染率
- **Chi-Square test**（卡方檢定）或 **Fisher's Exact test**（費氏精確檢定）

群突發(outbreak)

指某一特定感染疾病在某一族群的人身上其發生率突然異常的增加，而此增加之發生率較過去在統計學上是有意義的增加

懷疑有群突發時，該怎麼辦？

- 確認這是個群突發
- 做好調查(investigation)前的準備工作
- 擬定調查計畫

調查報告之處置

- 向感染管制委員會報備
- 調查結論用以修正標準作業流程
- 追蹤考核後續之發展

常規性預防措施之建立

- 標準作業流程
- 洗手設備之標準化
- 洗手運動之推廣

傳染病的通報與處理感管會責無旁貸的責任

手部細菌分類

- **固有細菌(Resident Organisms)**
一般可在皮膚上生存及繁殖。通常大部份細菌無害，很少造成感染。不易被普通洗手法洗掉及各種洗手消毒劑清除
- **暫時性細菌(Transient Organisms)**
會因接觸而附著手上，但不會繁殖。易引起院內感染。可被普通洗手法及各種洗手消毒劑殺死。例如金黃色葡萄球菌。

洗手的目的

- 洗手是預防院內感染最簡單且最重要的方法
避免增加感染機會。
防止透過醫護人員造成院內傳播。
減少高傳染性及頑固性細菌帶菌者之傳播。
採取適當防護措施減少院內感染機會。

洗手設備

- 水：流動水、水龍頭開關、擦手紙
- 洗手劑—清潔劑—消毒溶液：

一般消毒液（如：Hibiscrub）—殺菌效果較為持久；但須用水清洗。

揮發性消毒液（如：Hibisol）—含酒精，易揮發；用於缺乏洗手設備時，可快速達消毒效果。

10%優碘刷手液(scurb povidine iodine)。

75%酒精(Alcohol)。

洗手的時機

- 接觸到微生物源
體液、粘膜、受傷的皮膚、傷口、受污染的物品
 - 執行侵入性醫療行為前後—如插中心靜脈導管、週邊動靜脈導管等。
 - 進入嬰兒室或加護病房前。
 - 進入隔離病房或照護具傳染性或有多重抗藥性細菌菌落移生(Colonization)之病人。
 - 照護不同病人之間
 - 穿手套前脫手套後
- 消毒性洗手之適用情況
- 執行侵入性醫療措施
 - 照護低抵抗力宿主如（燒傷中心、加護病房等）
 - 手部被具有傳染性病人之分泌物污染後
 - 單位發生群突發

洗手之注意事項

- 肥皂液、消毒溶液：不需裝滿，約一半的量即可，以避免溶液遭污染。盛裝容器最好用丟棄式，如需重覆使用，則溶液用完後，應先清洗容器再裝新的溶液，不可直接加入還有剩餘之容器中。
- 由於護手乳液不是無菌，所以洗完手後勿再塗乳液，以免造成細菌或黴菌附著。
- 工作時若戴手套，兩個案之間應洗手，脫除手套時亦應洗手。
- 手套為附加品，不可用來取代洗手。

接觸污染血液之感染率

- B型肝炎：15~30%
- C型肝炎：1.4~5.5%
- 後天免疫缺乏病毒：0.3~0.6%
針扎後傳染HIV機率
- 來自HIV血液
針扎0.3%
粘膜0.09%
完整皮膚 更少
- 來自HIV組織或體液不會被傳染

暴露之定義

- 針扎



- 接觸粘膜或非完整之皮膚
- 完整皮膚但接觸時間很長
- 包括血液組織或其他體液

Exposure (暴露) Infection (感染)

- 大多數的exposure不會造成infection
- 是否造成感染的決定因素：
 - 何種體液、體液量的多寡
 - 針扎的深度、針頭的大小
 - 是否戴手套（手套可減少45~85%的

體液刺入)

血中感染病原菌量

宿主本身的抵抗力

exposure後是否接受治療

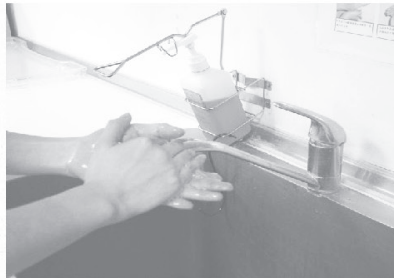
針扎後之處置與追蹤

Exposure到血液後該如何處置

- 讓傷口儘量流出血液，但不要擠壓傷口附近，應由近心端向遠心端擠出
- 立即清洗



1.加入洗手乳或消毒液



2.掌心對掌心，互相搓擦



3.右掌心在左手背上，手指交錯，互相搓擦，然後兩手交替



4.掌心對掌心，手指交錯，互相



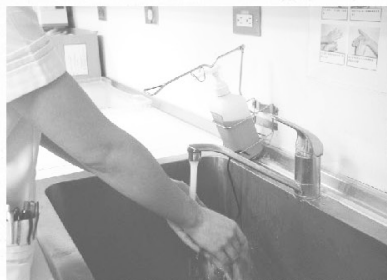
5.兩手指指互握，旋轉按擦指背及掌心



6.用左掌心旋轉按擦右手拇指，然後兩手交替



7.右手手指在左掌心中旋轉按擦，然後兩手交替



8.用水沖淨



9.雙手洗乾淨後，先潑水將水龍頭沖洗乾淨或由其他人代勞



10.將雙手擦乾



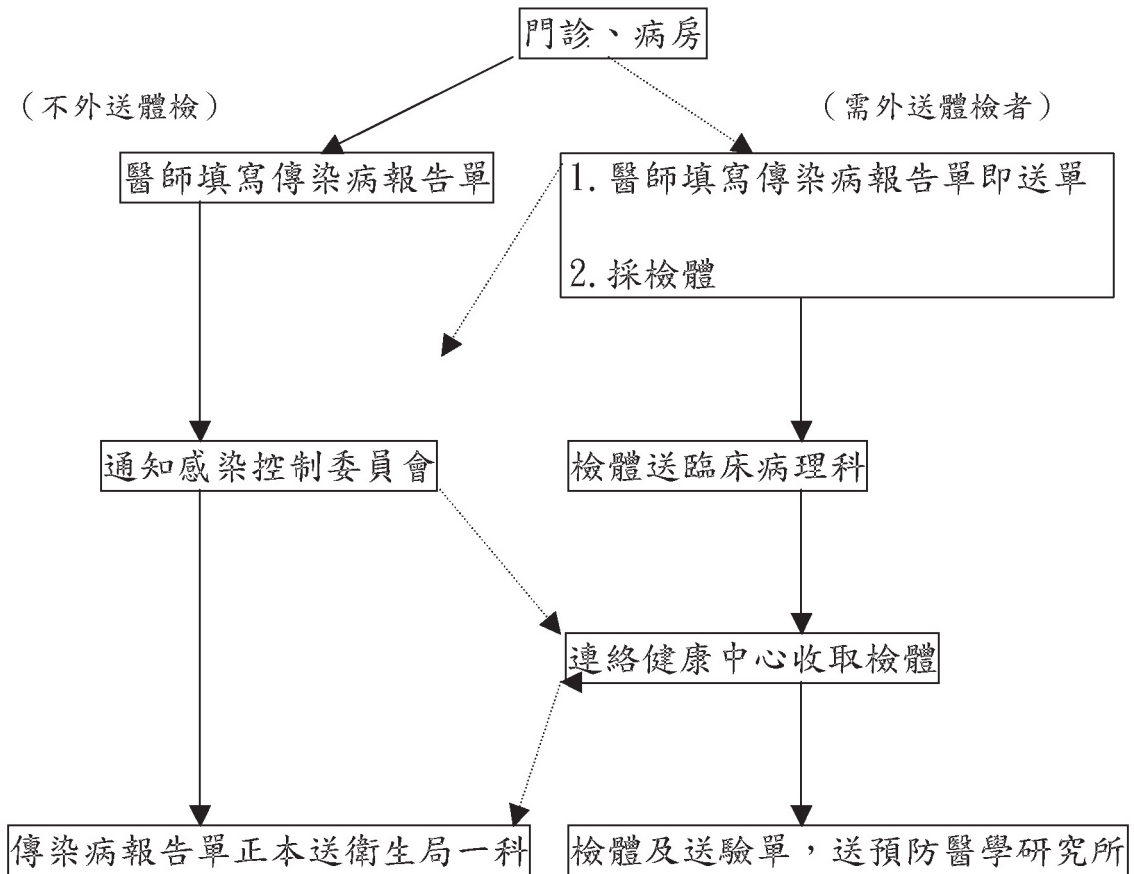
11.用抹手巾包裹水龍頭，再關上水龍頭

腳踏式水龍頭





臺北市立聯合醫院中醫院區 傳染病通報流程



症候群重症監視通報系統作業流程

