

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

中醫師對中醫藥防治 SARS 看法之探討

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2751-B-039-012-Y

執行期間：92年07月01日至93年06月30日

執行單位：中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫內科

計畫主持人：陳建仲

計畫參與人員：賴俊雄、郭憲文、馬作鏘、許雅琳

報告類型：完整報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 93 年 11 月 5 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

研究計劃題目：

中醫師對中醫藥防治 SARS 看法之探討

The opinions in the management of SARS by tradition Chinese
medicine among Chinese physicians

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC 92-2751-B-039-012-Y

執行期間：92年 7月 1日至 93年 6月 30日

計畫主持人：陳建仲

共同主持人：賴俊雄、郭憲文、馬作鏘

計畫參與人員：許雅琳

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：中國醫藥大學附設醫院

中 華 民 國 93 年 6 月 30 日

目錄

第一章、前言.....	1
第二章、文獻探討.....	2
一、SARS 的定義與病徵.....	2
二、疑似病例、可疑病例.....	3
三、中醫觀點看 SARS.....	4
第三章、研究方法.....	26
一、研究架構.....	26
二、焦點團體進行與分析.....	27
三、焦點團體訪談前籌備工作.....	27
四、焦點團體討論的進行.....	31
五、資料分析整理.....	31
第四章、結果.....	37
一、中醫師對 SARS 病因病機之看法.....	37
二、在 SARS 不同階段的處方用藥及治療之看法.....	43
三、中醫師對 SARS 預防之看法.....	50
四、中醫師對今(93)年秋天 SARS 是否會再次流行的看法.....	52
五、中醫介入 SARS 防治之看法.....	54
第五章、討論.....	55
一、中醫師對 SARS 病因病機之看法.....	56
二、在 SARS 不同階段的處方用藥及治療之看法.....	57
三、中醫師對 SARS 預防之看法.....	58
四、中醫師對今(93)年秋天 SARS 是否會再次流行的看法.....	58
五、中醫介入 SARS 防治之看法.....	59

表目錄

表 3-3-1 臺北區參與焦點團體討論名單.....	28
表 3-3-2 台中區參與焦點團體討論名單.....	28
表 3-3-2 高雄區參與焦點團體討論名單.....	29

表 3-3-4 訪談題綱.....	30
表 3-5-1 焦點團體分析範例-摘自高雄區焦點團體第 19 頁.....	32
表 4-0 焦點團體專家背景資料.....	37
表 4-1-1 中醫師對 SARS 西醫病因之觀點.....	38
表 4-1-2 中醫師對 SARS 流行病學之觀點.....	38
表 4-1-3 中醫師對 SARS 臨床症狀之了解.....	39
表 4-1-4 中醫師對 SARS 在中醫病名之意見.....	39
表 4-1-5 中醫師對 SARS 在中醫病因病機之意見.....	40
表 4-1-6 中醫師對 SARS 在中醫疾病範疇之意見.....	41
表 4-1-7 中醫師對 SARS 不同時期中醫證型之意見.....	42
表 4-2-1 中醫師對 SARS 防治之看法.....	43
表 4-2-2 中醫師對 SARS 初期時中醫藥使用之看法.....	44
表 4-2-3 中醫師對 SARS 中期和高峰期時中醫藥使用之看法.....	44
表 4-2-4 中醫師對 SARS 恢復期時中醫藥使用之看法.....	45
表 4-2-5 中西醫合併進行治療時,在哪一病程的介入中醫療法效果最佳之看法.....	46
表 4-2-6 中西醫結合治療的療效與單中醫治療或單西醫治療三種治療療效之看法..	47
表 4-2-7 在患者病情較為急的情況下,中醫所扮演的角色為何?在第一時間如何處理?.....	48
表 4-2-8 中醫師對坊間中醫藥治療 SARS 之看法.....	49
表 4-3-1 中醫師對中藥預防 SARS 之看法.....	50
表 4-3-2 中醫師對 SARS 的預防想法.....	51
表 4-3-3 中醫師對 SARS 提升免疫力間接預防.....	51
表 4-3-4 中醫師對坊間提升免疫力觀點之看法比較.....	52
表 4-4-1 中醫師對今年秋天 SARS 是否會再次流行的看法.....	53
表 4-5-1 中醫師無法介入 SARS 醫療防治團隊之看法.....	54
表 4-5-2 中醫師介入 SARS 防治團隊之意願和能力提升之看法.....	55
表 4-5-3 中醫師介入 SARS 防治團隊之可行方向看法.....	55

中文摘要

關鍵詞：嚴重急性呼吸系統綜合症, 焦點團體, 傳統中醫, 中草藥

世界衛生組織宣佈，SARS 的疫情可追溯到 2002 年 11 月在大陸即有感染案例發生。2003 年 4 月 7 日，世界衛生組織專家詹姆斯博士，考察廣東省中醫院後表示，該院 SARS 患者接受中醫治療後，會縮短發燒時間及住院時間（平均退熱縮減為七天、住院時間為十八天），並提到中醫治療 SARS 的經驗，如能提升至常規治療層面，對世界其他地方防治 SARS 將會很有幫助。

然而，由於中醫藥應用強調地域區別，即因地、因人、因病進行防治，主要從氣候、人們生活習慣和身體體質等方面考慮，各地區的中醫藥組成的中藥預防方劑也有差別，而中醫師的看法也有所不同。

本研究係以質性研究之焦點團體方式，蒐集台灣不同背景中醫師對 SARS 之看法，從疾病之病因、病機，以及在早期、中期、高峰期和恢復期等不同階段之治療原則和處方用藥，以及預防想法和建議處方等意見之資料，以供作為未來中醫藥防治 SARS 工作之參考。

本研究共蒐集 30 名中醫師之意見，在疾病定義上全部都同意以 WHO 所公佈之定義來命名，不一定要用傳統中醫之病名，而且在這方面中醫師對中醫之病名沒有一致性。在中醫病名上，主要有傷寒、溫病和瘟疫三種，而在病因病機上以溫病的傳變觀點最多。中醫師也針對 SARS 在初期、中期、高峰期和恢復期分別提出治療處方。而中醫師認為中醫的介入在初期和恢復期較有治療效果。而中醫師都認為，SARS 在今年不會再度流行，主要是病毒會突變，而且全世界的防疫工作會阻斷病毒的傳播。在預防上，普遍都認為中藥對預防 SARS 會有幫忙，有 2 位中醫師認為在使用中醫必須遵從中醫辨證論治的原則來選用藥物。在未來的防疫工作上，中醫師認為必須將中醫納入防疫工作的一環，中醫師也有意願參與傳染病的防疫工作，而醫學中心的中醫部門必須積極投入防疫工作，而且可以設計出共同的研究計畫書，在實證醫學的精神上來檢驗中醫的療效。

Abstract

Keywords : *SARS, Focus group, TCM, herbal*

According to world health organization(WHO), the plague of SARS could be traced back to November 2002. The WHO specialist, Dr. James, observed and confirmed the efficacy of Chinese herbal medicine treatment in Kon-Tung local hospital at April 7th 2003. He indicated that the SARS patients would spend less time in hospital and less time encounter fever in the hospital. (the mean time for fever to decline was 7 days and the mean time for in-patient days was 18days) He also mentioned that by taking Chinese herbal drugs could improve the efficacy in the treatment for SARS over the world.

However, different climates, living styles and physiques will cause different diagnoses in Chinese medicine. In order to understand whether physicians with difference background will have different opinions about SARS.

In this study, we recruited 30 TCM physicians with different background, and performed 3 focus groups to discuss the etiology, mechanism, and treatment at different stages of SARS. After analyzing the data, we will provide the results as a suggestion for prevention and care on SARS.

The results showed that all of the TCM physicians agreed to follow the definition of SARS announced by WHO, in stand of TCM disease. The TCM disease about SARS remained of different opinions concerned with catch-cold diseases, warm diseases, or plaques. The most opinion about mechanism of SARS was the rule of warm diseases. The TCM physicians provided the treatment for SARS at initial, middle, acute severe, and recovery stages. They also commended TCM herbs would be more effective on SARS at initial and recovery stages. All of the TCM physicians thought that SARS would not attack this year due to mutation of coronavirus and well prevention for spread of SARS over the whole world. In general, the TCM physicians had the confidence in the prevention of SARS by herbs, and two of them recommended to choose the drugs by Bian-Zan method of TCM diagnosis.

In the prevention of plagues, TCM physicians suggested the government must put TCM into consideration, and they intend to involve themselves to the work. The also suggested the TCM department of medical centers must involve in caring and preventing for plagues, and design protocols for plaque by the rule of evidence medicine.

第一章、前言

世界衛生組織宣佈，SARS 的疫情可追溯到 2002 年 11 月在大陸即有感染案例發生，而在疫情快速地向全球擴散後，而各國政府莫不嚴陣以待。在台灣，有幾家醫院陸續傳出 SARS 院內感染，並造成醫護人員和民眾死亡，全國曾籠罩在一股 SARS 恐懼當中。因此，除了官方公佈的防疫措施外，民間個人的防疫措施也紛紛出籠，謠言四起，導致板藍根、大青葉、金銀花等中藥被哄搶一空，白醋、大蒜等也銷售大增，人們爭相購買口罩，也出現祕方偏方充斥的現象，造成一般民眾煩恐與忐忑不安。

在 2003 年 4 月 7 日，世界衛生組織專家詹姆斯博士，考察廣東省中醫院後表示，該院 SARS 患者接受中醫治療後，會縮短發燒時間及住院時間（平均退熱縮減為 7 天、住院時間為 18 天），並提到中醫治療 SARS 的經驗，如能提升至常規治療層面，對世界其他地方防治 SARS 將會很有幫助。此篇報導，大大鼓舞了中醫界，也為這上千年的傳統醫學注入一股實證的新血。

然而，由於中醫藥應用強調地域區別，即因地、因人、因病進行防治，主要從氣候、人們生活習慣和身體體質等方面考慮，各地區的中醫藥組成的中藥預防方劑也有差別，而中醫師的看法也有所不同。由於想瞭解不同地區、不同背景之中醫師，以中醫理論觀點在 SARS 之疾病特性、預防、不同階段之治療等方面是否看法上會有差異，並且將這些資料整理作為未來中醫藥防治 SARS 工作之參考。

本研究係以質性研究之焦點團體方式以及文獻查證方式，蒐集台灣不同背景中醫師對 SARS 之看法，從本疾病之病因、病機，以及在早期、中期、高峰期和恢復期等不同階段之治療原則和處方用藥，以及預防想法和建議處方等意見之資料。除了將這些資料蒐加以比對，比較不同背景中醫師對 SARS 看法的一致性和差異性外，並且將這些資料集結成冊，以提供 SARS 基礎實驗和臨床照護或臨床試驗之參考依據。並且將這些內容整理，在國內所舉辦 SARS 相關的研討會中提出論文並做口頭報告，以期和國內西醫界和中醫界共同討論，結合中西醫的經驗和交流，以提昇過內在這方面的研究和照護能力。

第二章、文獻探討

世界衛生組織(WHO)宣佈，SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome)的疫情可追溯到2002年11月，中國廣東省發現首例SARS病例直至2003年2月中旬在廣東、香港及越南河內開始流傳著一種不明的非典型肺炎合併呼吸道衰竭之病症，同年3月15日世界衛生組織將此確認為「嚴重急性呼吸系統綜合症(Severe Acute Respiratory Syndrome, 簡稱SARS)」是對全球健康的威脅，至3月底WHO確認病因係由新型變異之冠狀病毒所引起且具強烈感染力。同時在加拿大、印度尼西亞、菲律賓、新加坡、泰國和越南都已經發現疑似病例。世界衛生組織同時發出前往東南亞的旅行警告。在WHO公佈SARS的全球警訊後，全球疾病防禦的機制開始建立。這一場SARS防疫戰與過去對天花、霍亂、禽流感病毒、伊波拉病毒、甚至是庫賈氏症與愛滋病等比較起來，其實規模相當。但是以現今醫藥的進步，SARS的防疫行動顯然快速許多。

在台灣地區，首一病例發現於2003年3月上旬，由境外感染回台之台商移入；當月下旬，北部地區SARS病例突增，散佈於某些特定關聯之地區，政府不得不於3月28日發布SARS為第四類法定傳染病，至4月24日確定北部某些醫院院內交叉感染，疫情蔓延擴散且更趨嚴重，台灣疫情遂進入高峰。

一、SARS 的定義與病癥

嚴重呼吸道症候群(Severe Acute Respiratory Syndrome, 簡稱SARS)是一種急性的呼吸系統感染疾病。SARS是世界衛生組織(WHO)於2003年3月15日新公佈的名稱，在這之前稱為「非典型肺炎」。SARS與感冒及典型肺炎的症狀聽起來很相似；典型肺炎通常是指由肺炎鏈球菌等常見細菌引起的肺炎。一般感冒的病徵如發燒、咳嗽、頭痛，通常數日後就好轉，產生肺炎的機率極低。

SARS是由一種新病原引起的非典型肺炎。其特點為發生瀰漫性肺炎及呼吸衰竭，較過去所知病毒、細菌引起的非典型肺炎嚴重，因此取名為嚴重急性呼吸道症候群。2003年4月16日WHO正式宣佈，新發現的冠狀病毒為SARS的致病原。此一新的冠狀病毒已被正式命名為「SARS病毒」，不排除為變種病毒。如證實為變種(全新)病毒，因為大眾皆無抗體，其傳播力、毒性、致病力均可能較強，病患可能發生肺纖維化，甚至會引發呼吸衰竭而導致死亡。從最近的案例看起來，大部分病人都可以醫治。只要發現得早，及時求醫，痊愈的機會很高。嚴重的病例通常屬於本來有其他健康問題，或到患病後期才求醫的病人。

SARS的主要症狀為突然發高燒(38°C 或 100.4°F 以上)、乾咳、呼吸急促或呼吸困難。胸部X光檢查可發現肺炎症狀。SARS尚可能伴隨其他症狀，包括：頭痛、全身酸痛乏力、食慾不振、倦怠、意識紊亂、皮疹及腹瀉。最嚴重會出現瀰漫性肺炎，氧氣交換下降，導致肺部缺氧，所以病人會呼吸困難、缺氧，甚至導致死亡，約有10-20%的病人會需要仰賴人工呼吸器。SARS潛伏期從2至7天不等，最常見者為3~5天，為求慎審，潛伏期觀察可延長至14天。依據目前的病例看來，處於潛伏期的患者並不具有感染性，只有出現病癥的患者才有感染性。

二、疑似病例、可疑病例

WHO 於 2003 年 5 月 1 日發布疑似病例和可疑病例之診斷基準：

(一) 疑似病例 (Suspect Case)

1. 於 2002 年 11 月 1 日之後出現：

(1) 發高燒 ($>38^{\circ}\text{C}$) 及

(2) 咳嗽或呼吸困難

並且在症狀出現前十天有以下一種或一種以上的暴露史：

(1) 與 SARS 之疑似或可能個案密切接觸

<請詢問與發生大規模爆發流行醫院之關聯性，若有亦視為有接觸史>

(2) 曾到過最近有 SARS 地區性傳播的地區

(3) 居住於最近有 SARS 地區性傳播的地區

2. 於 2002 年 11 月 1 日後因不明急性呼吸道疾病死亡，於其症狀發生前十日內有上項暴露史者。

(二) 可能病例 (Probable Case)

疑似病例具下列狀況之一者為可能病例：

1. 經胸部 X 光攝影判定為肺炎，或有呼吸窘迫症候群 (Respiratory Distress Syndrome)；

2. 經 SARS 冠狀病毒相關檢驗有一項或一項以上分析方法檢出陽性結果 (SARS 病毒 PCR 二次確認陽性、酵素免疫分析法或免疫螢光分析法測定血清抗體陽轉，或病毒分離培養陽性。請參考 WHO SARS 實驗室診斷判讀建議)；

3. 個案死亡經屍體解剖出現未明原因引起之呼吸窘迫症候群病理變化者

(三) 排除條件

若有其他診斷可完全解釋其疾病，即可排除該病例病例重分類。

說明：

目前 SARS 係以排除其他可能疾病的方式來診斷，因此病例的診斷狀態 (status) 可能隨時改變。不論其診斷分類為何，應隨時依病人臨床需要予以最適當的處置。

1. 病例起初判為疑似或可能病例，當有其他診斷可完全解釋其疾病，在審慎考慮過共同感染（co-infection）的可能性後即應予排除。
2. 疑似病例經調查後符合可能病例定義，應予以重新判定為「可能病例」。
3. 胸部 X 光檢查正常的疑似病例，仍應予以適當治療，並監控 7 天。恢復狀況不理想者，應隨時檢查胸部 X 光俾憑再評估。
4. 恢復狀況理想的疑似病例，若無其他診斷可完全解釋其疾病，仍應判為「疑似病例」。
5. 若疑似病例死亡，且未進行遺體解剖，仍應維持「疑似病例」之判定。但若此，病例已被確定為 SARS 傳播鏈的一部份，即應被重新分類為「可能病例」。
6. 若進行遺體解剖，未發現呼吸窘迫症候群的病理證據，此病例即應排除。

三、中醫觀點看 SARS

（一）定義和病名

嚴重呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome, 簡稱 SARS）是現代醫學的病名，由於其發病急劇，病情險惡，傳染性很強，因此它是一種嚴重的急性呼吸道傳染病。這種嚴重的急性傳染病，中醫稱為「疫病」，或稱「溫疫」；對這種具有強烈傳染性的病毒邪氣，中醫稱為「疫氣」，又稱「厲氣」，或稱「疫厲之氣」。

1. 肺毒疫

而大陸也有學者全小林教授認為 SARS 中醫病名應叫「肺毒疫」。論點在 SARS 病位在肺，病性為毒，傳染性極強，死亡率高，屬於中醫瘟疫範疇。但從指導中醫臨床實際出發，應叫「肺毒疫」，如再用春溫、嶺南溫病或伏氣溫病等命名，則不夠貼切。

2. 瘟疫

早在《內經》中就有記載，《素問·本病論》：「民病瘟疫早發，咽隘乃乾，四肢滿，肢節皆痛。」《素問·刺法論》：「五疫之至，皆相染易，無問大小，病狀相似。無施救療，如何可得不相移易者？……不相染者，正氣存內，邪不可幹。避其毒氣，天化從來。」張仲景《傷寒論》及後世隋、唐、宋、元諸醫家的著作中，對於瘟疫的證治也都有不少的記述。

SARS 發病急劇且具有強烈的傳染性和流行性的特點，有部分中醫學者認為屬於中醫「瘟疫」的範疇。明代著名醫家吳又可可在《溫疫論》中提出「溫疫之為病，非風、非暑、非濕，乃天地間別有一種異氣所感」，把「瘟疫」的引發定為「異氣」所感染。異氣，又稱為「雜氣」，有異於通常所說的外感「六淫」之邪。清代楊栗山在所著的《傷寒溫疫條辨》中說得更為徹底：「雜氣者，非風非寒非暑非濕非燥非火，天地間另有一種。」

吳氏指出：「疫氣者亦雜氣中之一，但有甚於他氣，故為病頗重，因名之為癘氣。」西醫稱這次導致SARS流行的病原體是一種變異的冠狀病毒，按中醫的說法，就類屬於「癘氣」之一種。

吳氏認為疫邪侵襲人體的途徑是「自口鼻而入」，即包括呼吸道和消化道兩種途徑；疫病的傳播方式「有天受、有傳染」，即吸收了空氣中的厲氣而發病為「天受」，直接與疫病患者接觸而發病為「傳染」。瘟疫傳播流行雖然主要為厲邪所為，但亦與歲運季節、地域環境的變化有密切的聯係。《溫疫論·原病》：「疫者，感天地之厲氣，在歲運有多寡，在方隅有厚薄，在四時有盛衰」。從臨床實際來看，疫病多兼有時令六淫之邪侵襲所致的病變。因此，清代戴天章《廣瘟疫論》中就論述了瘟疫兼寒、兼風、兼暑等的證治；而濕熱和火熱之邪偏重的季節環境更是厲邪滋生及傳播流行的重要條件，故清代許多溫病學家往往混稱其為「濕熱疫」、「火熱疫」等。

此次SARS的病邪性質是濕熱疫毒，病變部位主要在肺，「溫邪上受，首先犯肺。」預防用藥必須抓住濕熱疫毒犯肺這個關鍵。第二，內服中藥，必須因人而異。由於人的稟賦有強弱之分，年齡有老少之別，體質有寒熱之差，用藥也應當因人而異。如果不問體質，不論老少，千百人服用一個藥方，就有可能出現個別人的不良反應。中醫治療疫病，仍須辨證施治，應當依據衛、氣、營、血的辨證法則，辨別證候，選方用藥。葉天士指出：「大凡吸人之邪，首先犯肺，發熱咳喘。」

(1) 郭哲彰主任之看法

高雄市聖功醫院中醫部郭哲彰主任認為 SARS 就中醫而言屬於瘟疫，瘟疫的病因是「戾氣」，屬於「邪氣」之一種。此「戾氣」不按排理出牌，不按五運六氣的節令行事。以本次 SARS 為例，廣東地區按照節氣來說，初春三月應是「天氣溫和」，但氣候反常，去年冬寒一直延續至今春，在立春之後，廣州香港地區仍寒冷不退，三月溫和之氣「該至而不至」，這波掩蔽春溫的寒邪，即為「戾氣」。

「瘟疫論」又描述，「此氣之來，無論老少強弱，觸之即病」。這說明瞭「戾氣」即所謂的致病原。如此說來，戾氣一到我們就任其宰割了嗎？其實發現致病原存在條件下，發病與否，與身體抵抗力有關。如「本氣充滿，邪不得入，本氣適逢虧欠，呼吸之間，外邪因而乘之」。「本氣」所指的是本身之抵抗力，「邪氣」所指為致病原。

(2) 王燦輝教授之看法

大陸學者王燦輝教授提出：對於傳染性非典型肺炎這一新發生的、危害性大的傳染病，首先應明確其歸屬的範圍，根據本病係感受外界的致病邪氣(即冠狀病毒家族中的一種新病毒)，臨床具有明顯的發熱、且熱象較重這一病變現象，本病當屬中醫溫病的範疇；而溫病學對疾病的命名主要是依據疾病的臨床特徵和發病季節等因素。王教授在分析了本病的發病和病變特點後提出：本病的病邪致病力強，具有強烈的傳染性和廣範圍的流行性，眾人「皆相染易，觸之即病」，完全符合溫病中溫疫的發病特徵，因此從發病特點方面認識，本病當屬於溫疫。從臨床表現來看，病變初期有發熱惡寒、頭痛、咳嗽等邪在肺衛的表現，病變過程中咳嗽、呼吸困難等肺部的病變比較突出，再結合其在冬春季節發病的季節特點，本病可屬溫病中的風溫病。王教授的這一觀點界定了傳染性非典型肺炎在中醫學中的內涵和外延，為運用中醫溫病學理論研究本病的病變本質和防治措施提供了依據。

3. 溫病

另一部分的中醫學者專家認為，SARS主要屬中醫溫病學「風溫」病範疇，是感受風熱病邪而發病的。

溫病初起見發熱，微惡風寒，身痛，咳嗽，口微渴，苔薄白，脈浮數等肺衛症狀；繼則出現熱勢加劇，咳嗽、氣喘、苔黃，脈滑數等邪熱塞肺的氣分證候，後期多見舌光紅、乾咳等肺胃陰傷症狀。本病多見於春冬兩季；其發於冬季的又稱為冬溫。從目前流行的SARS發病季節看，發生於冬春，而其臨床表現，初起以發熱、畏寒、咳嗽、頭痛、身痛等為主，符合風溫的特點，而且也具有溫疫的性質。

清代醫學家陳平伯在《外感溫病篇》中提出：「風溫為病，春月與冬季居多，或惡風，或不惡風，必身熱、咳嗽、煩渴。此風溫證之提綱也。」顯然，風溫包括了發生於冬春季節的呼吸道的發熱性疾病，SARS也應在其中。

遲興毅醫師提出春溫的觀點，他指出，非典型肺炎屬於溫病，依季節論則為春溫，它與流行性感感冒屬同一範疇，其發生、流行與地區氣候有密切關係。而溫病的特點為內熱外涼，治則應以清內熱（肺熱）為突破點。

總而言之，中醫將SARS歸類為溫病、瘟疫之疾病，在病名上有稱為「風溫」、「春溫」、「疫病」、「戾氣」、「厲氣」、「疫厲之氣」、「溫疫」、「瘟疫」、「濕熱疫」、「火熱疫」、「肺毒疫」名稱等。

（二）病因病機

SARS 是感受疫癘之毒邪而發生的急性熱病。其特點為：發病急劇，病情險惡，傳染性強，人群易感而引起流行。有別於四時溫病。

1. 氣象醫學觀點

郭哲彰醫師認為，中醫醫學觀念強調「天人相應」、「天人合一」，人生存在天地之間，與天地間互動，尤其在中醫外感上，更不可忽視。故對於大的瘟疫流行，許多醫家都很重視參考歲運季節的變化。首先來談「天」，中醫有一套學說稱為「五運六氣」，這套學說泛指每一年每一季節的氣候變化。這是除了一般人所認知的春暖夏熱、秋燥冬寒之主氣外，能預測出更精細而準確的氣候變化。

早在兩千多年前的中醫經典《黃帝內經·六元正紀大論》曾有科學的總結記載：「太陰司天之政，……，二之氣，大火至，……其病溫厲大行，遠近鹹若。」濕蒸相薄，雨乃時降。清代著名溫病學家吳鞠通在《溫病條辨》中進一步引證了這句話：「丑未之歲，二之氣，溫厲之行，遠近鹹若。」文中所說「太陰司天之政」……，是指逢濕氣主導異常氣候變化的年份，具體地講，就是逢丑年，未年的年份，該年份氣候的異常變化，上半年是以濕氣為主。《內經》又把每一年之中的氣候轉換，按照二十四節氣的順序劃分為六個步驟，初之氣從大寒、立春、雨水、驚蟄，到春分止，風氣主令；二之氣從春分、清明、穀雨、立夏到小滿止，熱氣主令；三之氣從小滿、芒種、夏至、小暑到大暑止，火氣主令；四之氣從大暑、立秋、處暑、白露到秋分止，濕氣主令；五之氣從秋分、寒露、霜降、立冬到小雪止，燥氣主令；六之氣從小雪、大雪、冬至、小寒到大寒止，寒氣主令。由於丑年、未年的第二步氣候變化的節氣之中，大地的主氣是熱氣升發，而此時的客氣(指天空的變化干擾之氣)恰恰也是火熱之

氣，客氣與主氣均為火熱之氣，就必然形成火熱之氣偏盛，於是就有可能造成溫疫之病的大流行。《內經》原文並且說明，不論遠近，都會發生同樣的病症。但是這裡必須明確，凡逢丑年、未年的第二步節氣之中，是否都一定發生溫疫呢？這還必須觀察當時的實際氣候變化，才能作出預測。據記載，清乾隆癸醜年間(1793年)，當時京城就曾發生過瘟疫大流行，死者無數。據考證，清代兩部論述溫病、瘟疫的名著，即；吳塘著《溫病條辨》年和餘霖著《疫疹一得》都是在這一背景下誕生的。今年 SARS 流行，適逢農曆癸未之年，且季節也基本相符，是否都一定發生溫疫呢？這還必須觀察當時的實際氣候變化，才能作出預測。

2. 病因

病因是疫癘之毒，或稱「戾氣」、「疫氣」、「癘氣」、「雜氣」，是具有強烈傳染性的致病因素（現在研究是變異的冠狀病毒），不是氣候異常而致病的「六淫」之邪。從目前該病流行情況來看，氣候炎熱的越南、新加坡，氣候寒冷的加拿大，潮濕的愛爾蘭、英國，太平洋兩岸的美國和中國幾乎都在同一時段發病，因此，從寒熱燥濕氣候變化異常來尋找病因，顯然行不通。吳又可在《瘟疫論》中說「瘟疫之為病……乃天地間別有一種異氣所感」，並不是「非其時有其氣，春應溫而反大寒，夏應熱而反大涼，秋應該而反大熱，冬應寒而大溫」所致，而「疫者，感天地之異氣……此氣之來，無論老少強弱，觸之者即病，邪從口鼻而入」，闡明了疫癘之邪有別於「六淫」之邪。

從哲學觀點看，外因是條件，內因是基礎，外因通過內因而起作用，在相同條件下，有的染病，有的不染病。這是內因決定的。《素問·刺法論》說：「黃帝曰：『五疫之至，皆相染易，無問大小，病狀相似，不施救療，如何可得不相移易者？』岐伯曰：『不相染者，正氣存內，邪不可干，避其毒氣，天牝從來，復得其往，氣出於腦，即不邪干，』」這句話有兩層意思，一是指當人體正氣旺盛，抗邪能力強時，邪氣就不容易侵犯機體。另一方面，「正氣存內」的前提是邪氣不入侵而損傷正氣。為了保持正氣不受邪侵，就要採取一定的措施，避其毒氣，比如戴口罩、穿隔離衣等以避免疫毒從口鼻而入，即避其毒氣的方法。「天牝」即是鼻孔，將毒邪隔拒於外，即「復得其往」。疫毒不能侵入體內，就不能損傷正氣，就可以達到「正氣存內」的目的。《素問·評熱論病》也說：「邪之所湊，其氣必虛」，邪氣侵入機體，就會損傷正氣，故「其氣必虛」；而正氣虛弱又容易招致邪氣的侵犯，導致疾病發生。《素問·經脈別論篇》說「當是之時，勇者氣行而已，怯者則著而為病」，此處「勇」還可以理解為勇敢、無所畏懼；「怯」還可以理解為膽怯。聯繫「氣出於腦」，也是振作精神，沒有恐懼之意。《素問·舉痛論》說：「恐則氣下，驚則氣亂」，也說明良好的精神狀態也是保持「正氣存內」的重要因素之一。我們的醫務工作者本來體質很好，短時間內接觸大量毒素，損傷「正氣」，加上精神緊張，心理壓力大，也會損傷「正氣」，現代醫學認為心理因素也會造成免疫功能紊亂，導致抵抗力下降，故而有較多的醫務工作人員發病。而同樣條件下有些人未被傳染，與加強防護及調整心理狀態有一定關係。總而言之，發病與否，取決於外邪的強弱和正氣的盛衰及其相互作用的結果。

3. 病機

3.1 依病邪特性論病機

(1) 病毒傷人，正邪搏擊：發病首見正邪相爭而高熱，乏力，迅速波及於肺、胃，係毒熱從內，向表裏而發展，該病邪實傷正，且正邪相爭十分激烈。

(2) 以肺為中心的熱毒損傷：《溫病學》中早有「溫邪上受，首先犯肺，逆傳心包」的記載，故而見有咳嗽、少痰，氣短、喘促，呼吸次數在 30 次/分以上，繼則呼吸窘迫、呼衰、多臟衰諸象，恐屬正不勝邪。

(3) 濕邪內蘊，脾胃受邪：該病常見腹瀉、納差食少，噁心，脈弦滑數，或滑數，苔白膩，似屬多濕之狀，也可能因於應用藥（抗生素、激素）而舌脈生變。

(4) 氣陰兩傷與血瘀痰阻：這兩種情況比較突出，氣虛者、無力、汗出、短氣、氣促、喘急，可能還會見到心悸，亦可見血瘀、痰阻之狀，出現口唇紫紺、肺纖維化、肺泡間質滲出亦有血瘀及痰濕內阻之象。

(5) 該病可能變化多端：一方面是疾病本身的發展變化內容，也有一些屬不除外的用藥所致，如激素、抗生素以及免疫系統的損害。

(6) 可能因毒邪內蘊：致熱極邪實，疫毒會傷及肺部、全身，致氣血、陰陽受損，氣陰兩虛，痰濁、血瘀、正虛邪實、肺氣瘀阻等。

3.2 依疾病分期論病機

(1) 發熱期病機為：疫毒侵肺，濕遏熱阻。臨床主要表現為：發熱為主，或惡寒，咳嗽少痰，頭疼，周身酸痛，氣短乏力。舌邊尖紅，苔薄白或薄黃而膩。脈數或滑數。

瘟疫熱毒之邪夾濕，自口鼻或皮毛而侵入，首先犯肺襲衛，致衛氣閉鬱，肺失宣降，出現發熱甚或高熱、惡寒甚或寒戰、咳嗽。濕遏熱阻，經脈不利而出現周身酸痛，氣短乏力。

(2) 喘憋期病機為：氣虛血瘀，濕毒壅肺。臨床表現為：胸悶氣短，喘憋汗出，或咳嗽頻繁，口唇紫紺，或有發熱，困倦乏力，不思飲食，舌暗苔白膩或黃膩，脈滑數。

瘟疫之毒，為剽悍之邪，傳變迅速，熱毒損傷絡脈致瘀血阻絡，血脈不通，形成瘀毒。「血不行則化為水」，水濕停滯於肺，壅塞肺絡，損傷肺氣，故而出現胸悶氣短、喘憋、汗出或者咳嗽頻繁等症狀。熱毒致瘀，瘀毒致濕，內濕與外濕合邪，形成濕毒。熱毒、瘀毒、濕毒壅阻肺竅，氣機內閉，是本期的病機關鍵。聯繫西醫病理，呼吸道遭受空氣飛沫中的病毒感染後，向下蔓延累及肺臟而引起炎症，表現為支氣管黏膜變性壞死，脫落而形成潰瘍和增生，細支氣管彌漫性淋巴細胞浸潤、充血、水腫和肺間質水腫，引起局部和廣泛的肺不張，肺泡壁壞死、肺間質單核細胞浸潤。都可以與熱毒、濕毒、瘀毒聯繫起來考慮。總的來說，本期病機特點邪實為本，氣虛為標。

(3) 恢復期病機為：肺脾氣虛，心血耗損。臨床表現為：胸悶氣短，動則尤甚，體倦神疲，心悸汗出，腹脹納呆，時有咳嗽，便溏，舌淡暗，苔白或膩，脈細數或細弱。

整體來說，SARS 以中醫觀點大略看來，有以下五各特點：

1. 是一種具有較強傳染性的疾病：從中醫學來看這種病當屬《內經》所雲「五疫之至，皆相染易，無向大小，病症相似」。是屬時行疫氣所染。《瘟疫論》中說「夫瘟疫之為病，非風、非寒、非暑、非濕，乃天地間別有一種異氣所感」。臨床所見治療、護理非典患者的醫務人員、陪護病人的家屬多易染之。雖後面相關文獻另有提到 SARS 係屬瘟疫、春溫等範疇，但大體而言，SARS 不管從中醫哪個觀點看來，強傳染性的特性仍是不變的。

2.歷代溫病學家的認識：屬疫癘之毒引發，從口鼻而入，有潛伏期，屬邪從內發，可達表攻裏，非傷寒邪從毛竅而入之熱病。溫病之理，此乃「夫溫者熱之始，熱者溫之終，溫熱首尾一體又名疫者。」另外，清代醫學家陳平伯在《外感溫病篇》中提出：「風溫為病，春月與冬季居多，或惡風，或不惡風，必身熱、咳嗽、煩渴。此風溫證之提綱也。」顯然，風溫包括了發生於冬春季節的呼吸道的發熱性疾病，SARS 也應在其中。

3.強調瘟疫之邪，熱毒犯肺傷正：又見「溫邪上受，首先犯肺」，病急而嚴重，變化迅速急迫；但「邪之所湊，其氣必虛，正氣存內，邪不可干」。

4.當屬近距離和污染物傳染：初期當見發熱，頭身痛，熱勢持續，乾咳少痰、乏力或腹瀉，納呆，噁心，脈弦滑或滑數，舌苔白或白膩。常可見 X 線有片狀或斑片狀浸潤，白細胞正常或下降。病情進展可見胸悶氣急，呼吸迫促，甚則每分鐘呼吸 30 次以上，出現低氧血症，氧飽和度降低，血氧分壓低於正常；病人再進則傷及肺氣，瘟疫擾心傷肺而可能瘀毒內蘊，氣陰兩傷，血瘀痰阻，出現呼吸窘迫征，可能累及他臟，使正衰邪實，多臟受累，氣脫身亡。

5.舌、脈變化須當注意：該病初期可能見有浮數、弦滑而數之脈，舌苔白或白膩，但隨之病情發展，致使舌苔可能邊紅而燥或黃膩之苔；脈象有時可見心率快，但也可能會出現心陽受損而見沈遲之脈。

6.常有併發症，須當注意：多數病人可由於個體抗病能力和治療得當而緩解，大陸廣東省中醫院 113 例 93.21% 的治癒率。但也有些少數患者，經歷嚴重極期階段，可能出現合併肺部細菌、黴菌感染，肺纖維化，氣胸肺受損傷，肺功能變化、還可累及心、肝、消化系統、免疫功能受損等；西醫稱之謂肺衰、肺痿、胃呆等。

瘟疫之毒犯肺，經過前期治療，邪去正虛，肺氣虛則胸悶氣短，動則尤甚，脾胃虛則腹脹、納呆、便溏，心血耗損則心悸汗出，體倦神怠。

（三）臨床診斷分期

從非典型肺炎的病情和發病過程看，屬於中醫外感溫熱病的範疇。該病初起所表現的全身乏力、頭痛、高燒、無汗、肌肉酸痛、關節疼痛、惡寒甚至寒顫等，與中醫外感熱病中的表證完全相同。所謂表證，即病尚在外、在上的外感溫熱病初期階段。

1.傷寒分期

非典型肺炎一般起病於太陽表證。其急性、嚴重性的特點，相當於《傷寒論》中的「太陽陽明合病」、「太陽以陽合病」、「三陽合病」、「太陽少陽並病」、「陽明直中」等。從溫病學來說，則相當於「衛氣同病」、「衛營同病」、「氣血兩燔」等。可見，非典型肺炎的臨床特點，中醫經典著作中即早有論述。

「有一分惡寒，即有一分表證。」從發熱、寒顫、一身酸痛的太陽表證入手，「抓住三陽，治在太陽」，因勢利導地運用好發汗解表之法，令病邪從汗、從表而解，努力將非典型肺炎治癒在大面積肺部組織損害之前。

2.依臨床病程分期

仝小林教授介紹了課題組對非典的新思考：

病程可分為發熱期、喘咳期、喘脫期、恢復期。發熱期又可分為三個階段，即初期(第1~2天)，壯熱期(第3~5天)，熱毒期；喘咳期分為兩種情況，已用激素和未用激素；喘脫期分為兩個階段，宗氣外脫和元氣外脫。

從病因來看，肺疫毒由口鼻或其他黏膜部位侵入，毒聚在肺，因毒而熱，因熱而喘，因喘而脫是病機發展的幾個階段。臨床特徵為熱、咳、痰、喘、脫。熱的特徵是熱毒深重；咳的特點是越咳越喘，咳後常使喘憋加重；痰的特點是早期痰少而白，甚或無痰，部分有黃痰，合並或繼發細菌感染時痰量明顯增多；喘的特點是氣短氣憋，吸氧後緩解；脫的特點是早期為宗氣外脫，呼吸淺促，心率增快，汗多神疲，後期為元氣外脫，呼吸急促，脈疾而數，大汗淋漓，神志萎靡甚至昏迷等。

(四) 治療原則

1. 治療總則

非典為瘟疫，傳染性強，傳變速。初在衛氣，迅速犯肺。病性屬實證，病機以熱毒、瘀毒、濕毒為關鍵，而毒邪貫穿始終。治療以解毒祛邪為主，祛邪務早，祛邪務盡。以祛邪為第一要務。

治療總的原則是：除熱務盡，毒炎並治；開暢肺氣，下不厭早；預防截斷，發於機先；多期重疊，抓住主症；多髒受累，謹防突變；多種劑型，綜合施治；中西合璧，優勢互補。

選擇治法：宣邪、解毒、清熱、宣肺、止咳、化痰、平喘、祛濕、瀉肺、化濁、養陰、益氣、降逆、活血、健脾、和胃等，應視其邪正情況的不同選用治法治療。

治療中出現的一些問題亦當關注：該病大都應用抗菌素及大量激素，正壓給氧、呼吸概使用，可能會造成舌苔、脈象欠準確，舌苔厚膩是否仍屬非典之人的真實情況及其病症情況當以認真分析考慮。

臨床治療要點：嚴格掌握激素適應症，因其副作用大，延長病程，對已用者要盡早加中藥以對抗激素副作用，減少激素用量，縮短激素療程並抗肺纖維化；應早期全程應用解毒活血法，以潰散邪毒，改善微循環；重視熱毒夾濕，因單純清熱效果不佳，要適當佐以化痰、燥濕、利濕之品，分消濕熱；重視原有基礎病的治療，以減少死亡率。

2. 分期治療總則

非典是疫毒引起的急性熱病，毒邪貫穿本病始終，熱毒、瘀毒、濕毒是其病機關鍵。因此，治療原則以解毒祛邪為主。邪去則正安，邪去則正復，治療越早越好。正如《素問·陰陽應象大論》所說：「善治者治皮毛，其次治肌膚，其次治筋脈，其次治六腑，其次治五藏。治五藏者，半死半生也。」

早期清熱解毒，化濕透邪，是治療成敗的關鍵。如治療及時，可阻斷病情向重症發展而直接進入恢復期。

中期肺部實邪充滯，熱毒、瘀毒、濕毒壅阻肺絡，氣機閉塞，因實致虛，益氣化痰，利濕解毒。實邪去則肺絡通，肺竅開，氣之升降複常，氣虛自能恢復。

後期肺脾氣虛，心血耗損，重在健脾和胃。脾升胃降，中氣得複，心血自生。多數病例顯示患者膩苔始終存在。因此，亦應重視「濕」邪。而溫補之品當慎用，以防斂邪。正如吳又可在《瘟疫論》中所說：「有邪不除，淹淹日久，必至尪羸，庸醫望之，輒用補劑。殊不知無邪不病。邪氣去，正氣得通，何患於虛之不復也。今投補劑，邪氣益固，正氣日鬱。轉鬱轉熱，轉熱轉瘦，轉瘦轉補，轉補轉鬱，迴圈不已，乃至骨立而斃。」

3. SARS 治法在應用上之觀念

SARS 對於人類來說是一個全新的疾病，我們從中醫病位、病性、病因、病機的角度，將其稱為肺毒疫。其發展過程可分為四期：即發熱期、喘咳期、喘脫期、恢復期。中醫在治療病毒性疾病方面具有較大的優勢和豐富的經驗，充分發揮中醫和中西醫結合的特色對於提高 SARS 的治癒率、減少死亡率至關重要。現就 SARS 中醫治療中的幾個關鍵問題談點認識。

(1) 除熱務盡 毒炎並治

發熱是 SARS 的早期突出症狀，隨著 SARS 病毒複製高峰載量第 10 天達到峰值，熱毒症狀逐步加重，面色、唇色、舌色深紅。由早期的衛分階段約 1~2 天，發展至氣分階段約 3~5 天，由氣分階段發展為氣營兩燔。曾有資料顯示，SARS 急性期耐熱內毒素血症明顯，而同期感冒的病人內毒素檢測陰性。這強烈提示內毒素血症以及由其引起的炎性介質的釋放參與肺及多臟器損傷的過程。因此，中醫在治療發熱時，必須要除熱務盡，毒炎並治。具體做法是：將發熱分為三個階段，即發熱初期、壯熱期、熱毒期。分別用蘆根湯、麻杏石甘湯、清溫敗毒飲加減。每日不拘 1 服，重者 1 日 1 服半~兩服，為保持血藥濃度，每 6 小時 1 次，直至熱退。熱退至正常仍宜每日 1 服，鞏固 3 天。三黃湯清熱解毒抗炎作用強，早期即可配合應用，壯熱期、熱毒期宜配涼血解毒之品。

(2) 活血化痰 貫徹始終

SARS 病熱毒深重。熱毒入血，則為血毒。熱毒瘀互結，重點損肺，旁及心、肝、腎。肺絡、心絡、肝絡、腎絡是熱毒血毒攻擊的主要靶器官。因此，早期介入、全程使用活血化痰藥物可以大大減輕絡脈的損傷。具體應用方法是：發熱期，可加用涼血活血之品，如赤芍、生地、丹皮、白茅根等，喘咳期、喘脫期可加用涼血活血通絡之品，如地龍、水蛭、紅花、赤芍等。如血小板減少、或因應用激素有出血傾向者可用三七粉、生蒲黃、白蠟粉等活血止血。可靜點丹參注射液、川芎嗪注射液、或西藥凱時，以改善迴圈，減輕絡損。

(3) 通腑瀉肺 下不厭早

通腑可以瀉熱。熱毒階段，通腑可以減少腸道內毒素的吸收，減輕內毒素血症，減少炎性介質的釋放，從而使毒熱症狀減輕。通腑可以平喘。肺與大腸相表裏，腑氣通則減少水濕濁毒的貯留。通腑可以活血。所謂「大氣一轉，其氣乃散」，「六腑通則氣血活」。因此，SARS 的治療，宜早用通腑，下不厭早。

(4) 中藥配合 撤減激素

激素的早期大量過久應用，導致病情複雜化，病期拖延，出現繼發感染、繼發出血、精神症狀以及水鈉瀦留等一系列副作用，已經引起了臨床的高度重視和強烈的反思。我們的原則是：決不用激素去退燒，除非肺片顯示滲出明顯，發展較快，可短期應用以外，不主張早期大量應用激素。激素應用後，打破了原有疾病自然發展的過程，中醫的證型也發生了轉變。激素本身引起的陰虛火旺、水濕瀦留上升為主要矛盾。此時的治療，應滋陰降火、活血通絡利水，可用知柏地黃丸、抵擋丸、當歸芍藥散加減成方。我們應用此法配合撤減激素治療近百例，效果良好。

(5) 預防截斷 發於機先

SARS的自然發展過程為熱喘脫，所以要預知其發展過程，提前阻斷。截斷總的原則是：在衛即可清氣，到氣即可涼營，咳喘下不厭早，喘憋即需固脫。SARS除肺的損傷外，大多都有肝功損害，部分有心肌酶的改變，腎功能的異常，其原因可能有病毒的直接作用，內毒素血症及炎性因數的釋放攻擊，也可能有抗病毒藥物、抗生素、激素等對細胞的損傷。已有突然死亡病例顯示心肌病變出現致死性心律失常不容忽視。我們已建立了預警系統，從臨床及實驗室兩個方面監測肺、心、肝、腎的動態變化，以便及時提出預報。對心肌酶高的，心悸、氣短、乏力者，靜點參麥注射液、黃耆注射液、維生素C、FDP，口服補心氣口服液等；對肝酶高者靜點苦黃注射液，或茵梔黃注射液，口服複方益肝靈等；對腎功能BUN增高、尿微量白蛋白增加者，靜點黃耆注射液、丹參注射液，口服百合膠囊等。早期用藥，截斷病程。

4. 廣東省中醫院之治則特點

廣東省中醫院總結的中醫治療方案具有以下兩個特點：

(1) 在把握SARS病整體病機規律上，針對各期不同的病機特點而分期辨治，具有較強的針對性。如早期治療重在宣透清化，中期治療重在清化濕熱、宣暢氣機，極期治療要在祛邪的同時重視扶正，恢復期要扶正透邪，並兼以化濕、活血。

(2) 針對濕邪病機特點，加強健脾化濕、宣暢氣機，防止過用寒涼；針對正虛的病機特點，及時使用扶正藥以扶正達邪；針對血瘀病機，及時使用活血化瘀藥以活血通脈。

在治療中，通過不同的環節來提高療效從而促進肺部病竈的吸收、縮短病程以及恢復臟腑功能。在整體分期辨治的基礎上進行個性化辨證論治。根據患者體質特點、兼夾證不同進行加減，以改善症狀，提高療效。

(五) 治療處方

1. 中國大陸國家中醫藥管理局公佈防治"非典"方案(處方)

治療在衛生部疾病控制司制定的「非典型肺炎病例或疑似病例的推薦治療方案和出院診斷參考標準(試行)」等防治技術方案的基礎上，為進一步提高非典型肺炎的臨床療效，建議醫生根據實際情況，參考使用以下中醫藥治療方法，對非典型肺炎病例或疑似病例按照中醫

辨證論治的原則，因地制宜，分期分證，進行個體化治療。同時還要根據病情變化，適時調整治法治則，隨證加減。

早期：早期患者以熱毒襲肺、濕遏熱阻為病機特徵。臨床上分為熱毒襲肺、濕熱阻遏、表寒裡熱夾濕三種證候類型。屬熱毒襲肺證者，宜清熱宣肺，疏表通絡，可選用銀翹散合麻杏石甘湯加減；屬濕熱阻遏證者，宜宣化濕熱，透邪外達，可選用三仁湯合升降散加減，如濕重熱輕，亦可選用藿朴夏苓湯；屬表寒裡熱夾濕證者，宜解表清裡，宣肺化濕，可選用麻杏石甘湯合升降散加減。

中期：中期患者以疫毒侵肺，表裡熱熾，濕熱蘊毒，邪阻少陽，疫毒熾盛，充斥表裡為病機特徵。臨床上分為疫毒侵肺、表裡熱熾，濕熱蘊毒，濕熱鬱阻少陽，熱毒熾盛四種證候類型。屬疫毒侵肺、表裡熱熾證者，宜清熱解毒、瀉肺降逆，可選用清肺解毒湯；屬濕熱蘊毒證者，宜化濕開穢、清熱解毒，可選用甘露消毒丹加減；屬濕熱鬱阻少陽證者，宜清泄少陽、分清濕熱，可選用蒿芩清膽湯加減；屬熱毒熾盛證者，宜清熱涼血、瀉火解毒，可選用清瘟敗毒加減。

極期：極期患者以熱毒壅盛，邪盛正虛，氣陰兩傷，內閉外脫為病機特徵。臨床上分為痰濕瘀毒、壅阻肺絡，濕熱壅肺、氣陰兩傷，邪盛正虛、內閉喘脫三種證候類型。屬痰濕瘀毒、壅阻肺絡證者，宜益氣解毒、化痰利濕、涼血通絡，可選用活血瀉肺湯；屬濕熱壅肺、氣陰兩傷證者，宜清熱利濕、補氣養陰，可選用益肺化濁湯；屬邪盛正虛、內閉喘脫證者，宜益氣固脫、通閉開竅，可選用參附湯加減。

恢復期：恢復期患者以氣陰兩傷，肺脾兩虛，濕熱瘀毒未盡為病機特徵。臨床上分為氣陰兩傷、餘邪未盡，肺脾兩虛兩種證候類型。屬氣陰兩傷、餘邪未盡證者，宜益氣養陰、化濕通絡，可選用李氏清暑益氣湯加減；屬肺脾兩虛證者，宜益氣健脾，可選用參苓白朮散合葛根芩連湯加減。

衛生部副部長兼國家中醫藥管理局局長佘靖要求充分發揮中醫藥的作用，多次組織中醫藥界知名專家研討防治方案。北京市衛生局對中醫藥參與「非典」的防治給予高度重視，專門成立了首都專家診治小組，組織名醫為正在住院的患者進行了中醫診治，並取得了一定效果。

2.廣東中醫醫院處方用藥

對本病所有患者均採用中西醫結合的治療方案。中醫認為 SARS 屬溫病範疇，其病位在肺，病變涉及脾胃。根據中醫理論，採取衛氣營血辨證和三焦辨證進行分期和分型。他們按病情將本病分為早期、中期，極期(高峰期)、恢復期 4 期。早期針對濕熱阻遏肺衛、表寒裏熱挾濕等不同證候，方選三仁湯、升降散、麻杏石甘湯加減；中期針對濕熱蘊毒、邪伏膜原、邪阻少陽等不同證候，選用甘露消毒丹、達原飲、蒿芩清膽湯等方加減，極期主要針對邪盛正虛、熱入營血以及內閉外脫證候，選用白虎湯、清營湯、犀角湯等方加減。西醫方案主要

該方案是在廣州中醫藥大學鄧鐵濤教授，長春中醫學院任繼學教授，北京中日友好醫院焦樹德教授、晁恩祥教授，中國中醫研究院路志正教授、陸廣莘教授，上海同濟大學醫學院顏德馨教授，南京中醫藥大學周仲瑛教授等全國著名中醫學家的具體指導下，該院專家組逐步摸索出該病的中醫證候規律，形成一套中醫治療方案。採用分期、分證基礎上進行個體化辨證施治。具體分為早期、中期、極期（高峰期）、恢復期四期。

早期（多在發病後 1~5 天左右），常見證候有濕熱阻遏肺衛、表寒裏熱挾濕兩型，治療上強調宣透清化。

- (1) 屬濕熱阻遏肺衛證：症見發熱，微惡寒，身重疼痛，乏力，口乾飲水不多，或伴有胸悶脘痞，無汗或汗出不暢，或見嘔惡納呆，大便溏泄，舌淡紅，苔薄白膩，脈浮略數。治以宣化濕熱，透邪外達，主選三仁湯合升降散加減，亦可選用藿朴夏苓湯加減化裁。
- (2) 表寒裏熱挾濕證：症見發熱明顯、惡寒，甚則寒戰壯熱，伴有頭痛，關節痛，咽乾或咽痛，口乾飲水不多，乾咳少痰，舌偏紅，苔薄黃微膩，脈浮數；治以辛涼解表，宣肺化濕，方選麻杏甘石湯合升降散加減。

中期（多在發病後 3~10 天左右）。治療上強調清化濕熱、宣暢氣機。

- (1) 濕熱蘊毒證：症見發熱，午後尤甚，汗出不暢，胸悶脘痞，口乾飲水不多，乾咳或嗆咳，或伴有咽痛，口苦或口中粘膩，舌紅，苔黃膩，脈滑數。治以清熱化濕解毒，方選甘露消毒丹加減。
- (2) 邪伏膜原：症見發熱、惡寒，或有寒熱往來，伴有身痛，嘔逆，口乾苦，納差，或伴嗆咳，氣促，舌偏紅，苔白濁膩或如積粉，脈弦滑數。治以疏達透達膜原濕濁，方選達原飲加減。
- (3) 邪阻少陽：症見發熱，嗆咳，痰粘不出，汗出，胸悶，心煩，口幹口苦不欲飲，嘔惡，納呆便溏，疲乏倦怠，舌偏紅，舌苔白微黃或黃膩，脈滑數。治以清泄少陽，分消濕熱，方選蒿芩清膽湯加減。

極期（高峰期）多在發病後 7~14 天左右。臨床的突出表現為氣促喘憋明顯，或伴有紫紺，重者可出現邪入營血，氣竭喘脫；治療上在祛邪的同時必須重視扶正，可選用白虎湯加人參湯、清營湯、犀角湯等加用活血化癥之品。

- (1) 熱入營分，耗氣傷陰：症見身熱夜甚，喘促煩躁，甚則不能活動，嗆咳或有咯血，口乾，氣短乏力，汗出，舌紅絳，苔薄，脈細數。治以清營解毒，益氣養陰，方選清營湯合生脈散加減，並可靜點大劑量參麥針以益氣養陰。
- (2) 邪盛正虛，內閉外脫：症見發熱不明顯，喘促明顯，倦臥於床，不能活動，不能言語，脈細淺數，無力，面暗唇紺，或見汗出如雨，四肢厥逆，脈微欲絕。治以益氣固脫，或兼以辛涼開竅，可選用大劑量參麥針或是參附針靜點，並用參附湯或生脈散（湯）送服安宮牛黃丸或紫雪散。

恢復期（多在發病後 10~14 天以後）。臨床以氣陰兩傷，氣虛挾濕、挾癥多見，治療強調扶正透邪，並重視化濕、活血。

- (1) 氣陰兩傷證：症見熱退，心煩，口乾，汗出，乏力，氣短，納差，舌淡紅，質嫩，苔少或苔薄少津，脈細或細略數。治以益氣養陰，方選參麥散或沙參麥冬湯，或是合用五葉蘆根湯加減。
- (2) 氣虛挾濕挾癥證：症見氣短，疲乏，活動後略有氣促，納差，舌淡略暗，苔薄膩，脈細。治以益氣化濕，活血通絡，據虛實不同可分別選用李氏清暑益氣湯、參苓白朮散或血府逐癥湯等加減化裁。

另外，對於中期、極期和後期患者明顯有耗氣傷正的情況，以西洋參另燉服，日 5~10 克。各期針對熱、毒、虛及癥等不同病機，可靜脈選用魚腥草針、清開靈針、雙黃連針、參麥針、參附針、丹參針、燈盞細辛針辨證使用。

採取營養支援、吸氧、呼吸機輔助通氣、抗感染、免疫增強、激素抗炎及對症處理等措施。

4.北京醫院抗 SARS 治療用藥

兩岸中醫藥防治 SARS 研討會在臺北、北京、廣州三地以視訊會議方式舉行。這次會議由臺灣的海峽兩岸人民服務中心主任曹原彰、大陸的中醫藥學會秘書長李俊德共同主持。

會上公開的八味藥方是：清開靈注射液、魚腥草注射液、板蘭根沖劑、新雪顆粒、金蓮清熱顆粒、燈盞細辛注射液、複方苦參注射液、香丹注射液。

曹洪欣在發言中指出，清開靈和魚腥草注射液及板蘭根沖劑，主要針對肺部急性炎症，對肺指數、炎性因數、炎性滲透有明顯改善作用。新雪顆粒、金蓮清熱顆粒主要針對高燒症狀，退燒作用時間長、見效快、降溫幅度大於百分之三十五。清開靈和燈盞細辛注射液主要針對急性呼吸窘迫綜合症。清開靈、複方苦參以及香丹注射液，主要針對多臟器官損傷，對內毒素引起的多臟器損傷有明顯保護作用。

曹洪欣說，由於清開靈在退燒、抗內毒素致肺水腫和化學性肺損傷、多臟功能損害及血小板下降等方面，都有明顯作用，所以可考慮將它作為中西醫結合治療 SARS 的基礎用藥，配合其他藥物進行綜合治療。

曹洪欣指出，目前北京已有一千多名患者接受了中醫和中西醫結合方法治療，而從北京和廣東等地中醫防治 SARS 的結果來看，早期使用中醫藥，可以阻斷病情的進一步發展，也可明顯減輕發燒、嘔吐、腹瀉、食欲減退等症狀，還可縮短發燒時間和病程，減少後遺症。

廣東中醫院副主任醫師陳偉透過電腦多媒體方式，介紹了廣東中醫院治療 SARS 的情況。陳偉指出，該院在一月七日就收治了 SARS 病患，至今總共收治一百零三例，運用中西醫結合的方式，可以縮短治療 SARS 的時間。

5.香港李致重醫師處方

李致重醫師認為應當發揮中醫「辨證論治」在這方面的優勢，中醫強調辨證論治，其核心是：治病要因人、因時、因地制宜，注重疾病在不同人身上、不同病程階段的個體化特點。也就是「在重視自然界大規律的前提下」疾病做到個體化的具體治療。

廣州地區發現非典型肺炎之初，多種傳媒中講：中醫認為該病屬「伏暑」，主張用「千金葦莖湯」來治療。這個說法不符合中醫辨證論治的理論與實踐。清代溫病學家吳鞠通的《溫病條辨》中指出：「長夏受暑，過長而發者名曰伏暑。霜未見而發者少輕，霜既降而發者較重，冬日發者尤重」。可見，伏暑的發病季節在當年的霜降節前後，再晚也只能在當年的冬季，而不會潛伏到第二年的春季才發為伏暑。況且吳鞠通還說：「暑必兼濕。偏暑之熱者為暑溫，多手太陰證而宜清；偏暑之濕者。濕溫，多足太陰證而宜溫」。千金葦莖湯屬甘寒清肅的方劑，主要用於肺癰的潰膿期或肺熱兼陰虛諸證，絕非暑熱或暑濕情況下所可用。

廣州非典型肺炎發病前後的一個多月裡，香港流行性感冒一直不斷。由於兩地處於相近的地理位置和相似的氣候環境，所以這一時期的流行性感冒，「外寒內熱」的病機特點也十分突出。抓住這一病機特點，然後因人、因時而異，就可以綱目瞭然，變化自如了。本人在這一階段的臨床中，常在小柴胡湯的基礎上加減化裁，療效滿意。春季為陽氣生發之時，少

陽當令。處於生發的少陽之氣雖然被外寒所蔽而發病，但不必要像冬季大寒之下那樣，用辛溫重劑的大青龍湯，麻黃湯去開腠發汗了。只需要因時制宜，疏利其少陽樞機，則可以收到陽氣自通而外寒自除的效果。小柴胡湯中有黃芩可清內鬱之熱，而且樞機一利邪熱也就自有出路。所以，治療這一時期的「外寒內熱」，臨床中選用小柴胡湯代表方劑，其道理就在這裏。

在這一治療思路下，根據臨床辨證論治的具體情況，其選方用藥大體變化是：

(1) 輕型：若外寒偏重，表閉為甚者，用桂枝麻黃各半湯；若兼內熱者，用桂枝麻黃各半湯去桂枝加柴胡、黃芩。

(2) 普通型：即典型的「外寒內熱」表現者，一般以柴胡桂枝湯去人參加葛根；若內熱偏重者，則於前方中再減桂枝加生石膏、蟬蛻、僵蠶等。另外，對於有明顯咳嗽、吐痰的病人，若有白痰者，用小柴胡湯加茯苓、杏仁、葛根等；若兼咳嗽、咯痰不爽者，用小柴胡湯去人參合麻杏石甘湯；若咳嗽、痰黃粘、咯之不易出者，則於前方中酌加入小陷胸湯，大便不爽，再添大黃少許以通腑氣，利肺壅。

6.大陸網路 SARS 不同階段治療方藥

(1) 典輕症患者或疑似病例

主症：發熱或發熱惡寒、頭痛、關節肌肉酸痛、乏力、腹瀉，或有乾咳少痰，舌邊尖紅，苔薄白或白膩，脈滑數。

治法：清熱解毒，疏風宣肺。

方藥：銀花 15g、連翹 12g、黃芩 12g、蘇葉 10g、茵陳 15g、蟬衣 3g、炙麻黃 5g、杏仁 12g、生石膏 30g、知母 10g、太子參 15g、生甘草 10g。水煎服，每劑煎 2 袋(150ml/袋)，每天服 2 次，每次服 1 袋。

隨症加減：腹瀉者，去生石膏，加藿香 12g、佩蘭 12g、蒼朮 0g 或選用藿香正氣膠囊、軟膠囊、口服液；噁心嘔吐者，加竹茹 10g、半夏 10g、生薑 10g；食欲不振者，加焦三仙 30g；咳嗽較重者，加枇杷葉 12g、紫菀 12g。

(2) 重症非典

主症：符合衛生部新修訂的《重症非典型肺炎診斷標準》。臨床表現有發熱或不發熱，胸悶，呼吸急促，喘憋，口唇紫紺，舌黯少津，脈弦滑數或細弦數。

治法：益氣化痰，清熱解毒。

方藥：西洋參 15g(單煎兌服)、三七 12g、丹參 12g、山萸肉 12g、麥冬 10g、葶藶子 15g、炙杷葉 15g、廣地龍 12g、金蓮花 8g、黃芩 10g、瓜蒌皮 15g。水煎服，每劑煎 2 袋(150ml/袋)，每天服 2 次，每次服 1 袋。

隨症加減：高熱不退者，加生石膏 30~60g、青蒿 15g、或加服紫雪散；食欲不振者，加焦三仙 30g、雞內金 10g；咯痰多者，加魚腥草 30g、桔梗 10g；脈遲緩，肢冷心悸者，加制附子 9g、乾薑 6g。

(3) 恢復期

主症：胸悶氣短，動則尤甚，汗出心悸，神疲體倦，偶有咳嗽，納呆，腹脹或便溏，舌淡黯苔白或膩，脈細滑。治法：益氣養陰，健脾和胃。

方藥：太子參 15g、生黃耆 15g、黃精 15g、炒白朮 15g、沙參 15g、麥冬 15g、炙杷葉 15g、砂仁 6g、焦三仙 30g、葛根 15g、丹參 15g、陳皮 6g。水煎服，每劑煎 2 袋(150ml / 袋)，每天服 2 次，每次服 1 袋。

(4) 中成藥與注射劑的選用及注意事項

A. 近些年來開發上市了一批中成藥和注射劑可以選用：被列入急症必備用藥，大都依據中醫理論，進行辨證用藥，並可以經過認真選擇適用於臨床治療非典，因而選取了部分中成藥及注射劑，可與湯劑配合使用。

- a. 退熱類藥：口服藥有瓜霜退熱靈膠囊、新雪顆粒、清開靈口服液等，注射液有清開靈注射液、雙黃連粉劑。
- b. 清熱解毒類藥：適用於早期，普通患者、或重病患者和疑似病例可選用。清熱解毒口服液，苦甘顆粒、藿香正氣口服液、葛根芩連微丸。
- c. 活血化癥類藥：丹參注射液，丹參滴丸。
- d. 扶正類藥：適用於重病患者或有呼吸功能障礙者可選用或恢復期。生脈飲口服液、百令膠囊、諾迪康膠囊。注射劑如參麥注射液、黃耆注射液。

B. 中醫藥治療的注意事項：

- a. 每一種中藥注射液必須單獨使用，不可與其他中、西藥物混合後一起靜脈注射，並嚴格按照用法與用量使用。
- b. 使用不同的注射器抽取不同的中藥注射液。如需使用同一輸液管注射不同藥液時，必須用生理鹽水或葡萄糖液 100ml 沖洗乾淨後，方可輸入其他藥物。
- c. 中藥注射液在臨床使用中偶有不良反應發生，如發生不良反應，要立即停藥，並給予對症處理。
- d. 老人、兒童應減量服用，孕婦慎用。

7. 台灣董延年醫師處方

董延齡醫師認為治療 SARS 應以「銀翹散」(金銀花、連翹、薄荷、荊芥、淡豆豉、竹葉、桔梗、牛蒡子、甘草)或「清瘟敗毒飲」(石膏、知母、生地、水牛角、黃連、梔子、桔梗、黃芩、赤芍、元參、連翹、丹皮、甘草、竹葉)為底方，隨證加減。

「銀翹散」出自《溫病條辨》，辛涼透表，清熱解毒，故能消炎、利咽、祛痰、為強而有力的發汗解熱劑。適用於治一切外感初起的熱性病、傳染病之不惡寒但發熱及有汗熱不解者。亦可治療頭痛、口渴、咳嗽、咽痛、舌苔薄白或薄白或薄黃、脈浮而數等症狀。疏風解表、清熱解毒，適用治純熱無濕的表熱症出。

清代餘師愚著《疫疹一得》的清瘟敗毒飲，該方綜合張仲景《傷寒論》的「白虎湯」、孫思邈《備急千金要方》的「犀角地黃湯」和《外台秘要》崔氏方黃連解毒湯三方加減而成。

8. 李政育醫師處方

中華民國中西結合神經醫學會理事長李政育認為，如果已有發病症狀，一定要吃藥，他提出的中藥治療配方，針對身上關節肌肉疼痛，有肺炎、咳喘現象者，以葛根湯加黃芩三錢、黃連三錢、青蒿四錢、知母四錢及地骨皮四錢熬藥服用。如果肌肉疼痛嚴重，可以加重葛根湯的分量。

SARS 在中醫六經辨症中，以太陽陽明合病為主，以「葛根湯」加減方治之，若發燒較甚則加黃連解毒湯。少數兼少陽症可加青蒿、知母、地骨皮，若身重痛、肌膚酸痛較輕，而下痢及身熱的情況多則改用葛根芩連湯，不過董延齡醫師對李正育醫師的處方則持保留態度。

至於腸胃不舒服，噁心，嘔吐，發燒的病患，則可服用葛根芩連湯加麻黃三錢、杏仁三錢、青蒿四錢、知母四錢、地骨皮四錢。如果咳嗽喘得嚴重，就必須加強麻黃的分量；如果發燒或腹瀉症狀嚴重時，將黃連解毒湯加到四至六公克，病情即可穩定。

李政育說黃連藥效優於抗生素，黃連可以直接撲殺細菌病毒，並可誘發體內的免疫細胞，大量攻擊侵入體內的病毒，根據多項基礎科學的研究，黃連對各種細菌病毒的療效比所有的抗生素總療效來得更好，而且黃連的使用對象更廣。

如果病患正處在急性發作期，李政育說，可以搭配針灸治療，放血的穴位依序是大椎、陶道、經渠和列缺。針灸的穴位則有風池、合穀、尺澤、太沖、三陰交、足三裏等。

9. 台灣何彥毅醫師處方

中華民國中醫癌症醫學會何彥毅醫師則整理中草藥治療 SARS 研發方向以「銀翹散」、「清營湯」、「紫雪丹」、「增液湯」、「沙參麥冬湯」與「益胃湯」與「復脈湯」為主。

(五) 預防

1. 預防觀念

(1) 李致重醫師觀點——知時以求己，保持人體「陰平陽秘」，是預防之本

人類的健康受著兩方面規律的支配。其一是自然界的大規律，其二是自身有機整體的生存規律。在自然氣候反常的情況下，加強自我保護，維持自身機能的平衡、穩定，中醫認為這正是「天人相應」思想在預防外感病上的真正體現。

此次非典型肺炎在廣州地區發病，罹患者數百人，佔廣州地區總人口的0.1以下。即使從「醫務工作者罹患較多」這一點來看，也談不上大流行。這種非典型病毒所致之肺炎，當然不容忽視，而且在西醫尚無特異性藥物可用的情況下，從「陰平陽秘」的觀點出發而防病于未然，則顯得更重要。應當注意到，廣州地區非典型肺炎發病過程中，倖免者佔99.9%以上。絕大多數人可以抗病於外這一事實，已經充分說明人體自我防病抗病的內在能力，是起決定性作用的。這與西醫關於病毒免疫學的觀點頗相近。在目前尚缺乏針對病毒的特異性治療藥物的前提下，民眾採取的各種藥物預防的措施，其作用當然是有限的，甚至可以說是安慰性的。所以，使人體保持中醫意義上的「陰平陽秘」的健康狀態，以提高自我防病

抗病的能力，是不可忽視的，而且關鍵還在於每一個人自身如何去做。

中醫常說：「邪之所湊，其氣必虛」。這一個「虛」字，有著兩層含義；使身體不虛，也要注意兩個方面。其一，指人的五臟六腑、氣血陰陽旺盛，而且保持著動態平衡的健康水平。其二，指一個人有較強的與天地（自然）相應的意識，他每時都不曾忽視「節飲食、慎起居、適寒溫」的養生原則，不因對外界或各方面生活因素的疏忽，而給病邪的入侵留下乘機而入的空隙。在外感病流行時，儘量不給病邪留下乘虛而入的空隙，則更是鍵。

針對上述「外寒內熱」的發病特點，只要人們可以做到：

「節飲食」——少吃膏粱厚味之品，不使體內積濕留熱太過。

「慎起居」——注意勞逸適度，勿使正氣耗傷太多，或使陽氣煩勞太甚。

「適寒溫」——注意氣候冷熱變化而隨時增減衣服，並保持居室氣流通，寒溫適度。這就在很大程度上，杜絕了病邪乘機而入的空隙。

至於素體虛弱、多病之人，當然應有更強的自我保護意識才好。如此，不論男婦老幼，即使在自身健康水平偏低的情況下，只要做到人的自身以及人與自然環境之間的平衡、協調，都是可以預防非典型肺炎於未然的。人人都應當按照中醫的思想，採取主動，做好自我預防，把自己穩定在99.9%以上的健康人群之中。在尚無預防病毒的特異性藥物的情況下，醫學界更應做好科學普及工作。尤其要把中醫「天人相應」的思想介紹給民眾，並科學地引導民眾做好自身的保護性調節。

另外，中醫非常重視病人大、小便的通調與否。對於一個相對健康的人來說，每天保持大、小便通暢，在很大程度上就意味著自身新陳代謝的基本正常。基於「外寒內熱」的病機特點，大量地飲用白開水，以使體內的積濕留熱及時的排出體外，是重要的措施之一。從這個意義上說，白開水才是最好的預防藥品。

在中醫看來，病毒固然可怕，但是病毒也害怕人。只要人能夠做到自身的「陰平陽秘」，尤其在自然環境異常的情況下更能多一些這方面的意識和方法，就完全可以使病毒降伏於人的手下，做到防病於未然。

(2)大陸王燦輝教授之觀點

A.培固正氣，適當用藥是預防傳染性非典型肺炎的重要措施

我國古代醫家很早就認識到傳染病是可以預防的，而且十分強調預防傳染病的重要性。早在《諸病源候論》中就明確指出疫病等可以「預服藥及為法術以防之」，唐代著名醫家孫思邈進一步指出：「天地有斯瘴癘，還以天地所生之物以防備之，命日知方，則病無所侵矣。」《肘後備急方》、《千金方》中還列有許多預防疫病的方劑，因此有效的預防措施對控制傳染病的流行具有重要的意義。針對目前對傳染性非典型肺炎的研究狀況，王燦輝教授提出現階段對於本病的防治當以預防為主，防治並重，在預防措施方面應注重培固正氣，增強體質，同時適當輔以用藥。

B.培固正氣，增強體質

「正氣存內，邪不可干，邪之所湊，其氣必虛」，增強人體正氣，可以提高機體抗禦外邪入侵的能力，從而使外邪不能侵犯人體，或即使感受了外邪也不會發病，或即使發病其病情也較輕微，易於治癒、康復。王燦暉教授提出增強抗病能力，培固正氣，強壯體質應注意以下幾個方面：(1)鍛煉身體以增強體質。我國人民在與疾病的長期鬥爭中積累豐富的經驗，創造了許多保健強身的方法，如氣功、太極拳、五禽戲、八段錦、保健按摩等，都可以增強體內正氣；抵禦外邪的侵襲。人們可以根據自身的年齡、職業、居住條件、愛好等，選擇合適的鍛煉項目，持之以恆，以提高自身抗病能力。(2)順應四時氣候變化。自然界的氣候變化對人體的正氣有一定的影響，如冬季嚴寒；人體呼吸道的防禦功能下降，夏秋炎熱潮濕人體消化道功能下降；所以在日常生活中，應根據季節的變化和氣溫的升降，合理安排作息時間，及時調整衣被和室內溫度。冬日不可受寒，但也不宜保暖過度；夏日不可在炎日下過分勞作，但也不宜貪涼露宿、恣食生冷。順應四時氣候變化是保護人體正氣的重要方面，如忽視了這一點，人體往往會減弱對溫邪的抵禦能力而患病。(3)避免過度消耗正氣。在日常生活中應注意勞逸結合、養成良好的生活習慣和規律，不能長期勞累過度，以免損傷正氣，降低抗病能力。此外還應保持心情舒暢、情緒穩定，避免房勞過度等。(4)注意環境、個人、飲食衛生。應經常保持生活和工作環境的整潔衛生，居處要空氣新鮮、陽光充足、溫度適宜。養成良好的個人衛生習慣，不隨地吐痰，飯前便後洗手。在飲食上不食用腐敗變質食物，不過食辛辣炙博之品，不嗜煙酒等。

C. 適當施藥，防止染病

預施藥物是指在傳染病流行期間，於一定範圍裡，對可能染病的人群使用藥物，以防止傳染病的發生與傳播。這種預防方法要求所用藥物及用藥方式應有較強的針對性，即隨病變的不同而各異。對於傳染性非典型肺炎的藥物預防措施，王燦暉教授提出：預防的原則當立足於祛邪扶正，具體方法應區分疫區與非疫區而採用不同預防方藥。對於處於疫區的人員，由於疫邪較甚，當注重禦邪於外，可適當選用一些清熱解毒之品，如貫眾、蚤休、銀花、板藍根等，以其中的一味或數味煎湯內服；也可選用一些芳香闢穢之品，如冰片、牛黃等製成特定的劑型外用，如製成藥液噴於鼻咽部或製成香囊佩戴等；若是體虛、久病、正氣不足之人，還應適當服用益氣固表、養陰潤肺之劑，如玉屏風散等。對於處於非疫區的人員，當以固護正氣、增強體質、提高抗病能力為主，可適當服用一些培補正氣的方藥。

D. 立足祛邪，重視扶正，注意臟腑機能的調整是治療傳染性非典型肺炎的主要原則

傳染性非典型肺炎是一新發生的傳染病，自年初出現以來，迅速傳播蔓延，現已波及世界30個國家和地區，對人類的生命健康帶來了嚴重的危害，黨和政府對本病防治高度重視，投入了大量的人力、物力和財力，著力開展防治本病的研究工作。在目前尚沒有找到特異性治療措施的情況下，王燦暉教授認為：本病的治療原則當立足於祛除疫邪，重視扶助正氣，同時注意臟腑機能的調整。

E. 立足祛邪

外界的病邪是引起傳染病的致病因素，病邪入侵造成人體功能失調和實質的損傷是傳染病的主要病理變化，所以在傳染病的治療中祛除病邪是其關鍵，並應注意祛邪務早、務快、務盡。正如吳又可《溫疫論》所說：「大凡客邪貴乎早治，乘人氣血未亂，肌肉未消，津液未耗，病人不至危殆，投劑不至掣肘，愈後亦易平復。欲為萬全之策者，不過知邪之所在，早拔去病根為要耳。」王燦暉教授也強調：「祛邪是溫病治療的主要措施，及早地祛除病邪不僅可以使病人早日解除病痛，而且人體正氣的損害較輕，有利於機體的康復。」針對傳染性非典型肺炎的病變特點，王燦暉教授認為本病的治療當立足於祛邪，以祛邪為第一要義，

在辨證論治的基礎上結合具體的病變證候靈活用藥，若病理性質以溫熱為主，臨床主要表現為高熱、面赤、口渴、呼吸急促者，治療當重用清熱解毒之劑，如銀花、連翹、黃芩、蚤休、貫眾、魚腥草等；若病理性質為溫熱夾濕，臨床表現有身熱不揚、汗出不解、胸悶皖痞、腹瀉、小便短澀者，治療當在清熱解毒的同時配合化濕泄濁之品，如蒼朮、厚朴、藿香、佩蘭、滑石等。

F. 重視扶正

王燦暉教授認為傳染病的治療要重視祛邪，但並不意味著可以忽視人體的正氣。祛邪的目的在一定意義上正是為了有效地保護正氣，使其不受病邪的損害，而在祛邪的過程中也必須處處注意防止妄用戕伐而有傷正氣。對於素體正氣虛弱的患者，感染外邪後很容易出現邪實正虛的病理變化，或者因病程遷延較久，邪未去而正已傷，以致形成五虛邪戀的虛實夾雜的局面。治療時必須在祛邪的同時兼以扶正，此時扶正之法不僅是補充正氣耗傷所需要，也是增強人體抗病能力以祛邪外出的重要手段，特別是在溫病後期，由於病邪漸解，病變多以正虛為主，扶正更有其重要的意義，可在治療中發揮主導作用。針對傳染性非典型肺炎的病變特點，王燦暉教授提出本病的治療要重視正氣的顧護，特別是扶助心肺氣陰。在本病的極期階段，由於邪熱疫毒灼損心肺氣陰，痰血痰濁阻滯肺絡，病人常常表現出嚴重的呼吸困難，甚至呼吸窘迫。若病變進一步發展則極易出現心肺化源欲絕、氣陰外脫、陽氣暴脫之危象。故治療時當十分重視培補心肺、收斂心肺津氣和陽氣，以防正氣外亡，此時常需選用生脈散、參附龍牡湯等扶正固脫之劑。

G. 注意臟腑功能的調整

傳染性非典型肺炎以風熱疫邪犯肺引起的肺臟損害為主要的病理變化，其病變重心主要在肺，但在其病變過程中由於疫邪致病暴戾、毒力甚強，可充斥內外，波及上下，從而引起全身臟腑功能的失調。因此王燦暉教授指出在本病的治療過程中除應注重清除疫邪，顧心肺氣陰外，還當注意全身機能狀況的調整。若病變過程中疫邪亢熾，邪正相爭激烈，高熱持續不退者，可配合清解退熱之品，如柴胡、鴨跖草、青蒿等；邪熱壅肺；肺氣閉鬱明顯，咳嗽、呼吸困難嚴重者；可加重宣肅肺氣，降逆平喘之品，如杏仁、枇杷葉、瓜蒌等；疫邪灼損肺絡，熱壅血瘀，胸悶氣窒、氣短息促、面紫唇紺者，可配合活血通絡之品，如丹參、丹皮、桃仁、赤芍等；疫邪波及中焦脾胃，升降失司，惡心嘔吐、腹痛腹瀉、不思飲食者，可配合降逆和胃，清腸止瀉之品；如黃連、黃芩、半夏、陳皮、竹茹、葛根等。

2. 中醫藥管理局的預防 SARS 中藥六處方

(1) 處方一——主要功能：益氣化濕，清熱解毒。

藥物組成：生黃耆 10 克、敗醬草 15 克、薏苡仁 15 克、桔梗 6 克、生甘草 3 克。

用法：水煎服，日服一劑。

(2) 處方二——主要功能：清熱解毒，利濕化濁。

藥物組成：魚腥草 15 克、野菊花 6 克、茵陳 15 克、佩蘭 10 克、草果 3 克。

用法：水煎服，日服一劑。

(3) 處方三——主要功能：清熱解毒，散風透邪。

藥物組成：蒲公英 15 克、金銀花 6 克、大青葉 10 克、葛根 10 克、蘇葉 6 克。

用法：水煎服，日服一劑。

(4) 處方四——主要功能：清熱解表，疏風透邪。

藥物組成：蘆根 15 克、銀花 10 克、連翹 10 克、薄荷 6 克、生甘草 5 克。

用法：水煎服，日服一劑。

(5) 處方五——主要功能：健脾益氣，化濕解毒。

藥物組成：生黃耆 10 克、白朮 6 克、防風 10 克、蒼朮 6 克、藿香 10 克、沙參 10 克、銀花 10 克、貫衆 6 克。

用法：水煎服，日服一劑。

(6) 處方六——主要功能：益氣宣邪，解毒化濕。

藥物組成：太子參 15 克、貫衆 6 克、銀花 10 克、連翹 10 克、大青葉 10 克、蘇葉 6 克、葛根 10 克、藿香 10 克、蒼朮 6 克、佩蘭 10 克。

用法：水煎服，日服一劑。

中藥湯劑的煎、服方法

加水量超過藥物表面約 2—3 釐米，中火加熱至沸騰後，小火加熱 15—20 分鐘，傾出藥液，每劑煎煮兩次。將兩次煎煮藥液混合後，分兩次飯後溫服，服用量每次不超過 200 毫升。處方中的薄荷、藿香、蘇葉在藥液沸騰後加入共煎。

3. 中國中醫研究院預防中藥處方

爲了指導廣大群眾正確使用中藥預防 SARS，中國中醫研究院中醫門診部組織院內十餘名專家（陸廣辛、周超凡、陳超、孔令詡、餘瀛鼈、沈紹功、李俊龍、安邦煜、楊力、劉寶玲、危劍安、蘇靜、楊金生等），針對北京地區人群、季節、氣候和 SARS 特點，根據中醫預防應以扶助正氣、兼以祛邪避瘟的原則，特集體擬定下列方藥，敬請群眾選擇使用 10-14 天。

中研 I 號方：適應於年輕力壯，身體素質較好之人，中醫辨證屬陰陽平衡、年齡在 18—45 之間人群。

連翹 10 克、桑葉 10 克、菊花 10 克、佩蘭 10 克、桔梗 10 克、柴胡 10 克、蘆根 10 克、生黃耆 15 克、麥冬 5 克、甘草 5 克

中研 II 號方：適應年老體弱、體質較差之人，中醫辨證屬正氣不足，年齡在 18 歲以下、45 歲以上之人群。

生黃耆 15 克、炒白朮 10 克、防風 5 克、太子參 10 克、連翹 10 克、牛蒡子 6 克、柴胡 10 克、赤芍 10 克、玄參 10 克、甘草 5 克

中研Ⅲ號方：適應於流動、多接觸或易感高危人群。

蚤休 15 克、連翹 10 克、板蘭根 15 克、牛蒡子 5 克、魚腥草 15 克、僵蠶 6 克、柴胡 10 克、淡豆豉 10 克、佩蘭 10 克、赤芍 10 克、太子參 10 克、甘草 5 克

4. 大陸「社區綜合性預防措施」之預防中藥處方

在實施「社區綜合性預防措施（試行）」的基礎上，為提高健康人群對非典型肺炎的抵抗力，建議參考使用以下中醫預防措施。

(1) 一般健康人群服用的中藥處方

- A. 鮮蘆根 20g、銀花 15g、連翹 15g、蟬衣 10g、僵蠶 10g、薄荷 6g、生甘草 5g。水煎代茶飲，連續服用 7~10 天。
- B. 蒼朮 12g 白朮 15g、黃耆 15g、防風 10g、藿香 12g、沙參 15g、銀花 20g、貫眾 12g。水煎服，一日兩次，連續服用 7~10 天。
- C. 貫眾 10g、銀花 10g、連翹 10g、大青葉 10g、蘇葉 10g、葛根 10g、藿香 10g、蒼朮 10g、太子參 15g、佩蘭 10g。水煎服，一日兩次，連續服用 7~10 天。

(2) 與非典型肺炎病例或疑似病例有接觸的健康人群在醫生指導下服用的中藥處方

生黃耆 15g、銀花 15g、柴胡 10g、黃芩 10g、板藍根 15g、貫眾 15g、蒼朮 10g、生苡仁 15g、藿香 10g、防風 10g、生甘草 5g。水煎服，一日兩次，連續服用 10~14 天。

5. 上海龍華醫院吳銀根教授對 SARS 預防之觀念

上海市集中一批中醫領域的著名專家，組建了「上海市防治非典型肺炎中醫專家諮詢組」，加強對全市防治「非典」工作的科學指導。中醫專家諮詢組組長、上海中醫藥大學附屬龍華醫院吳銀根教授，就市場上流傳各種預防「非典」的中草藥熱銷的真偽，和市民關心的如何預防“非典”問題提出解答。

(1) 中醫有理論實踐

吳教授還是全國中西醫結合學會呼吸專業委員會主任、上海市中醫藥學會呼吸分會主任，用中醫「對付」傳染性呼吸道疾病，已有 40 年的工作經驗。吳教授介紹，中醫學的扶正（正氣）驅邪（病邪）、辨證施治「對付」傳染病的理論實踐具有悠久歷史，為歷代醫家所重視。早在漢代《傷寒論》中就有治療傳染病處方，明代《瘟疫論》、清代《瘟病學》等古典醫學著作中，都有系統論述傳染病的發病、流行理論原理和比較系統的診斷疾病實踐記載。在長期的醫療實踐中，古代中醫積累了豐富的經驗，從而確立了中醫在傳染病臨床診斷中的重要地位，具有獨特的診斷價值，成為現代中西醫結合對付傳染病的臨床參考診察方法。這次在對上海市第一例「非典」患者治療中，中醫臨床參考了祖國醫學防治傳染病原理，制定系統治療方案，發揮了很好的效果。

(2) 推薦「五味湯」預防

吳教授介紹，中醫學稱包括「非典」在內的傳染病為「疫毒」，按照國家中醫藥管理局組織專家所做的診斷，早期患者以熱毒襲肺、濕遏熱阻為特徵。臨床上分為熱毒襲肺、濕遏熱阻、表寒裏熱夾濕三種徵候類型。中期患者以疫毒侵肺、表裏熱熾、濕熱蘊毒、邪阻少陽、疫毒熾盛、充斥表裏為特徵。臨床上分為疫毒侵肺、表裏熱熾、濕熱蘊毒、濕熱鬱阻少陽、熱毒熾盛四種徵候類型。極期患者以熱毒壅盛、邪盛正虛、氣陰兩傷、內閉外脫為特徵。臨床上分為痰濕瘀毒、壅阻肺絡、濕熱壅肺、氣陰兩傷、邪盛正虛、內閉喘脫三種徵候類型。而恢復期患者以氣陰兩傷、肺脾兩虛、濕熱瘀毒未盡為特徵。臨床上分為氣陰兩傷、餘邪未盡、肺脾兩虛兩種徵候類型。

吳教授介紹，預防治療「疫毒」，參考祖國醫學防治傳染病原理，中醫臨床已制定系統治療方案。吳教授說，經“上海市防治非典型肺炎中醫專家諮詢組”研究，建議一般健康人群可服用中藥處方「五味湯」預防「非典」：黃耆 15g，白朮 10g，銀花 20g，防風 10g，貫衆 12g，水煎代茶飲，連續服用 2 周。

(3) 健康行為最重要

預防「疫毒」侵體，最主要提高健康人群對非典型肺炎的抵抗力。吳教授指出，改變不健康行為，健全健康行為對預防非典型肺炎更有成效。

哪些個人不良行為有礙健康呢？吳教授指出，吸煙、酗酒、隨地吐痰，在人群中隨意咳嗽、打噴嚏，用髒手揉眼睛、挖鼻孔，用手指剔牙縫等這些壞行為都不知不覺做了非典型肺炎傳播的幫兇，容易使「疫毒」侵體，故對有以上行為的人們都應該堅決說一個「不」字。此外，要經常洗手，要開窗通風，要鍛煉，要平衡飲食，要有病早診治，這就是要提倡的健康行為，也是要做健康的、可愛的上海人的必要條件之一。

6. 甘草酸苷對抑制 SARS 病毒之療效

德國學者進行的研究發現，甘草酸苷具有較好的抗 SARS 相關病毒 (SARS-CV) 的效果。他們指出，甘草酸苷的 EC50 (引起 50% 細胞病變所需的藥物濃度) 為 51~410mg/L，如藥物濃度達到 4000mg/L，則可完全抑制 SARS-CV 複製。研究人員對甘草酸苷的作用機制尚不瞭解，但認為可能是甘草酸苷在 Vero 細胞中誘生一氧化氮合成，從而抑制了病毒複製。此外，甘草酸苷除了直接抗病毒外，還可能通過誘生內源性 γ -干擾素對病毒產生抑制作用。甘草酸苷的這種免疫調節作用也可能是它抗 SARS-CV 的作用機制。

從臨床角度看，51~410mg/L 的濃度太高了，這樣高的濃度臨床上不易達到。但是，研究人員指出，由於在 SARS 的治療過程中使用甘草酸苷的時間很短，而且其不良反應都是可控的。因此在密切觀察下，適當提高劑量 (同時應用一些控制不良反應的措施) 是有可能的。

但使用甘草酸苷治療 SARS 究竟應當採用多大劑量、多長療程、如何避免過大劑量引起的不良反應等，均應進一步在動物實驗和臨床中進行深入研究。中國大陸學者在治療非典過程中，已經在應用美能 (複方甘草酸苷) 方面取得了一定的療效和經驗。在這些經驗的基礎上，不斷進行更深入的研究，極有可能在非典治療上取得進展。

7. 中國醫藥大學附設醫院預防 SARS 之處方

組成：黃耆五錢 黨參二錢 防風二錢 蒼朮二錢 藿香二錢 紫蘇葉二錢 貫眾三錢
1000cc 水，煮沸十分鐘，當開水飲用

作用：提昇免疫力，預防感染，調整腸胃機能

禁忌：罹患感染而體質不虛者，有火氣者（口苦、口破、煩躁、便秘、小便深黃等）

依「正氣內存，邪不可干；邪之所湊，其氣必虛」的預防醫觀念，以扶正氣來提升免疫抗病能力，因此以黃耆、防風、黨參處理。此冠狀病毒感染之 SARS 屬濕溫病邪引起之疫癘，初期之疲倦、肌肉痛或僵直，學理上為中醫表衛不固，外感寒濕；食慾不振，腹瀉為內濕之證，因此以蒼朮，藿香，紫蘇葉等芳香化濕藥物預防，而這些同時可調整腸胃功能藥，是安全的。貫眾本身具有抗病毒作用，一般以此藥物煎煮來預防感冒。由於屬預防，一般用來治療急性期具有消炎之清熱解毒藥物如大青葉、板藍根、銀花、連翹等，在此階段不建議使用。

8.台灣李政育醫師處方

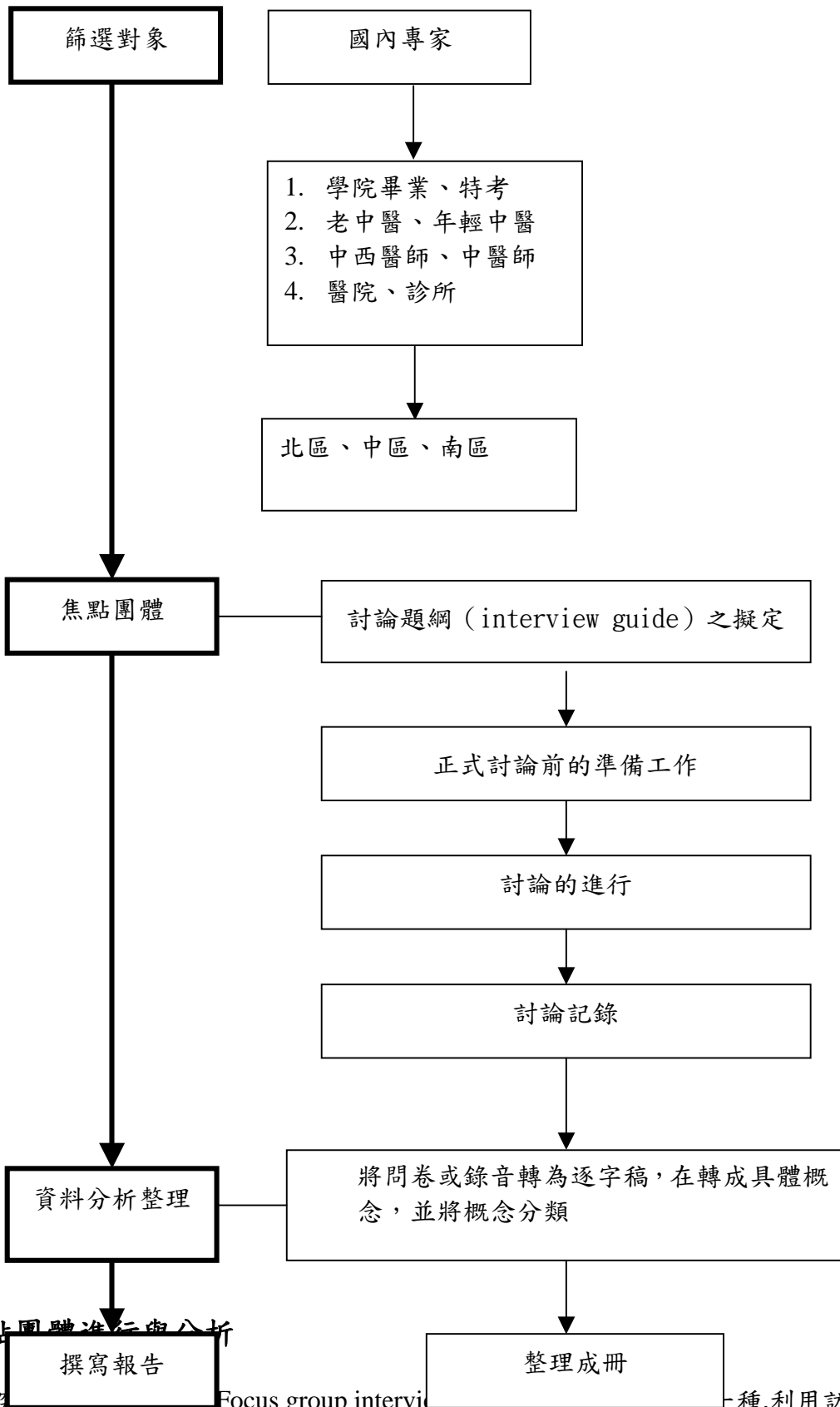
李政育表示，疫區可服用葛根湯加黃連解毒湯預防，或用黃連、黃芩、金銀花、菊花、蒲公英、鳳尾草等煮水喝，也可以吃大蒜、薑、芥末、紫蘇葉、薄荷等，先在口中咀嚼，再把這股辛涼或辛辣的氣吸入鼻中，使鼻中形成一層薄膜，可增加抗體聚集於粘膜上，並可預防感染，多喝水增加抵抗力。

9.大陸遲興毅醫師處方

遲醫師提供了一個處方，可供預防感冒及早期非典型肺炎者參考：蒲公英五錢、金銀花五錢、野菊花五錢、白茅根五錢、板藍根一兩、桑葉三錢、貫眾三錢（孕婦忌服）、茯苓四錢、甘草一錢。但他特別指出，其中一種藥材——貫眾對於預防流行性感冒及傳染病獨具良效，暫時沒有其他代替品，惟它可引致子宮收縮，故孕婦須小心服用（以少量為宜）。

第三章、研究方法

一、研究架構



二、焦點團體進行與分析

本研究採用焦點團體 (Focus group interview) 一種, 利用訪談方式

來收集資料的研究方法,訪談過程中採半結構訪談方式,在訪談前先擬定訪談題綱(interview guide),但專家回答的方式是屬於半開放性的。

焦點團體法的特色主要是在於研究者能再短時間內針對研究主題,觀察到大量的語言互動對話資料,其具有能將研究焦點對研究個案的影響具體化,且能夠解釋出針對研究焦點所預期與實際結果之間研究對象的差距,以及能夠解釋不同背景之間對團體會談主題的差異性。本研究係以質性研究之焦點團體方式以及文獻查證方式,蒐集台灣中醫師看法及香港、大陸等地區中醫師看法,針對不同背景對 SARS 疾病之病因、病機,以及在早期、中期、高峰期和恢復期等不同階段之治療原則和處方用藥,以及預防想法和建議處方等意見之資料。除了將這些資料蒐加以比對,比較不同背景中醫師對 SARS 看法的一致性和差異性外,並且將這些資料集結成冊,以提供 SARS 基礎實驗和臨床照護或臨床試驗之參考依據。

三、焦點團體訪談前籌備工作

(一) 文獻查證

爲了讓 SARS 焦點團體研究能對現代醫學以及傳統中醫學有更多樣的看法,焦點團體會議前廣泛收集國內外的文獻資料,期刊以及網路資料,以集思廣益,內容網羅中醫、西醫以及中西醫結合之資料,針對 SARS 的中西醫定義、病因病機、以及 SARS 在潛伏期、發病期、爆發期以及恢復期的切入治療.....等預後,以及中醫藥預防 SARS 和流行病學方資料均分門別類深入且多樣蒐集,以供參考。

(二) 篩選研究對象

本研究擬收案共 30 位中醫師為研究對象,國內臺北、台中、高雄地區各邀請 10 名中醫專家。

由於國內中醫師的取得背景有三類(七、八年制中醫學系、學士後中醫學系、和特考),以及取得中醫師執照的教育訓練背景都不一樣,將依不同背景來篩選受試驗者,預計將考慮「學院畢業、特考」、「資深中醫、年輕中醫」(執業 15 年為界)、「雙執照中西醫師、中醫師」、「醫院、診所」等不同族群選取職業五年以上具有代表性之中醫師加入本研究。研究對象如表 3-3-1、表 3-3-2、表 3-3-3 所示。

表 3-3-1 臺北區參與焦點團體討論名單

	學院	特考	資深中醫	年輕中醫	中西醫執照	中醫執照	醫院	診所
卓播臣 T3		✓	✓			✓		✓
陳俊明 T4		✓		✓		✓		✓
莊振國 T2		✓	✓			✓		✓
葉裕祥 T10	✓			✓		✓	✓	
鄭慧茵 T7		✓	✓		✓			✓
鄭全雄 T6		✓		✓		✓	✓	
鄭振鴻 T1	✓		✓		✓		✓	
沈建忠 T5		✓	✓		✓		✓	
許中華 T9		✓		✓	✓		✓	
楊中賢 T8		✓		✓	✓		✓	

表 3-3-2 台中區參與焦點團體討論名單

	學院	特考	資深中醫	年輕中醫	中西醫執照	中醫執照	醫院	診所
林永農 C9		✓	✓			✓		✓
謝慶良 C10	✓		✓		✓		✓	
蔡金川 C6	✓			✓		✓		✓
蘇奕彰 C5	✓			✓	✓			✓
詹益賓 C7		✓	✓			✓		✓
吳福枝 C8		✓	✓			✓		✓
王人澍 C4	✓		✓		✓		✓	
林慶鐘 C3	✓			✓	✓		✓	
張次郎 C1		✓	✓			✓		✓
李曜暄 C2	✓			✓	✓			✓

表 3-3-2 高雄區參與焦點團體討論名單

	學院	特考	資深中醫	年輕中醫	中西醫執照	中醫執照	醫院	診所
吳元劍 K10		✓	✓			✓		✓
劉景昇 K1	✓		✓		✓		✓	
陳國隆 K7		✓	✓		✓			✓
郭哲彰 K8	✓			✓		✓	✓	
黃升騰 K2	✓			✓	✓		✓	
黃蘭瑛 K4	✓			✓		✓		✓
趙家瑩 K9	✓			✓	✓		✓	
李元浩 K6		✓	✓			✓	✓	
卓青峰 K5		✓	✓			✓		✓
洪裕強 K3	✓			✓	✓		✓	

(三) 訪談題綱之擬定

中醫治療模式為「辨證論治」，而在診病過程中則要求「理、法、方、藥」之臨床路徑，而中醫理論發展自成一套完整的體系，因此必須將 SARS 依病因、疾病機轉、診斷和疾病分期、治療原則、處方用藥、和預防作分項之探討而設計個別的問題。

中醫將感染性疾病稱為「外感」，在古代以「傷寒」統稱一切外感疾病，到了明清時期，發現許多感染性疾病無法以傳統的方法治癒，而發展出「溫病」的學術理論系統；而另外發現有一類感染性疾病發病迅速，並會造成大規模流行，因此又有「瘟疫」或「時行」之病名出現。在這次 SARS 流行，這三種學說都有中醫專家學者提出，因此討論題綱需要從中醫傷寒、溫病、瘟疫三方面考慮。

另外，除上述三方面考量外，討論內容將 SARS 分為五階段，包括防治期、病毒潛伏期、發病期，其中發病期又分為病毒複製期、細胞激發風暴期及恢復期，以下就各期主要討論內容分述如下：

1. 防治期：著重強化體質及調節免疫力為主，藉由中藥促進健康防治 SARS，從辨證論的角度，探討中醫師之看法，彙整應如何強化體質及調節免疫力。
2. 病毒潛伏期：在病毒潛伏期階段，著重在阻斷並度在體內之擴散，在未發作症狀或初發症狀時(發熱、畏寒或身體酸痛)，彙整與會中醫師之各個看法，並探討中醫師在病毒潛伏期依 SARS 的病理，以中醫辨證論的角度應如何防治。
3. 發病期：在發病期三階段中，首先探討就醫治過程對中醫和西醫使用的態度，在不同時期中何者適合「中醫為主，西醫為輔」、「西醫為主、中醫為輔」、或者「全部以西醫為主」、「全部以中醫為主」，將會彙整每一與會者在不同使用態度下，中醫藥對 SARS 之醫治方式。

訪談題綱內容設計以中醫觀點對於 SARS 疾病之病因、病機，以及在早期、中期、高峰期和恢復期等不同階段之治療原則和處方用藥，以及預防想法和建議處方等方面的訪談內容設計外，另外亦切合國內中醫醫療政策現況與一般民眾用藥迷思等問題，尋求解決之道，見表 3-3-4 所示。

表 3-3-4：訪談題綱

1. 中醫師對 SARS 病因病機有何想法？
1-1 中醫如何定義 SARS？
1-2 對 SARS 病因病機有何想法？
1-3 SARS 以中醫觀點看來,是屬於哪一類的疾病?另外,由傷寒、溫病、瘟疫三方面的切入有何不同?原因為何?
2. 在 SARS 不同階段的處方用藥及治療有何想法？（早期、中期、高峰期、恢復期）
2-1 中醫師們對 SARS 不同階段的處方用藥及治療想法
2-2 中西醫合併進行治療時,在哪一病程的介入中醫療法效果最佳呢？
2-3 中西醫結合治療的療效與單中醫治療或單西醫治療三種治療療效比較,有無副作用後遺症等？
2-4 在患者病情較為急的情況下,中醫所扮演的角色為何?在第一時間如何處理？
2-5 坊間中醫藥治療 SARS 有何想法(板藍根、金銀花、黃連、大青葉...等對病毒有抑制作用)?是否有效?何者藥物有效?有無缺失或副作用?是否有更好的想法及搭配呢?
3. 中醫師對 SARS 的預防想法？
3-1 中醫師們認為中藥預防 SARS 是否有效？
3-2 中醫師對 SARS 的預防想法
3-3 坊間預防藥方是否有效?(例如：提升調節免疫功能的人蔘、黃耆、靈芝、冬蟲夏草...等。) 民眾使用中藥的預防上,使用上的注意事項,份量多寡多少為宜,體質的不同應注意的副作用，中醫師們有何想法？
4. WHO 預言在今年秋天還會再次流行類似 SARS 的傳染病，中醫師們的看法如何？

5. 根據台灣目前醫療現況，中醫藥如何介入防治 SARS？目前中醫對抗 SARS 的難點在哪裡？

(四) 正式討論前準備工作

討論前事先以電話、傳真或網路與各地中醫專家聯繫，將本研究目的詳加說明並徵得受訪者同意後，約定時間進行焦點團體的討論。

四、焦點團體討論的進行

進行焦點團體的過程中，我們進行了下列工作：

- (一) 事先告訴專家學者在聚會過程中為了不遺漏他們所提供的寶貴意見我們將會全程錄音並請專家學者填寫同意書。
- (二) 會前半小時先讓專家學者認識環境且先做一些非正式的交談，讓彼此能放鬆心情。
- (三) 由主持人針對事前設計的訪談題綱引導專家學者回答，並由專家學者的回答中深入瞭解。
- (四) 討論記錄：本研究的訪問記錄包括現場記錄及錄音，現場記錄主要記錄當時參與會議的專家學者的語言、情緒及非語言動作。

五、資料分析整理

訪談後將錄音內容轉為文字記錄，將訪談的內容進行分析，步驟如下：

(一) 將錄音內容轉為逐字稿

資料分析的第一步驟是將錄音內容整理成逐字稿，保留受訪者原本使用的語言習慣，見表 3-5-1。

(二) 轉成具體概念

詳細、反覆閱讀逐字稿後，將蒐集資料予以歸納，轉換成具體的概念。

(三) 概念分類

將概念經過分類與比較，依照傷寒、溫病、瘟疫之理論，以早期、中期、高峰期和恢復期之不同階段，將中醫師所提出的病因、病機、治療原則和處方用藥等範疇進行歸納，形成有意義的分類。

表 3-5-1 焦點團體分析範例-摘自高雄區焦點團體第 19 頁

第 19 頁			
行號	逐字稿內容	對應題數	具體概念
1.	<p>K1：我這裡再做一個補充，<u>我們的看法是今年可能不會。但是全世界有兩個漏洞喔，第一個就是中國大陸啦，因為台灣一直跟中國大陸很頻繁，在台灣本身再發生 SARS 感染的情形的機會我認為是不大，但是如果說我們不小心跟中國大陸交往這麼頻繁喔，不是只有說通不通的問題，除了這問題已外，我們偷渡客這麼多喔，我們大陸妹這麼多喔，這一個最大威脅漏洞，這也是不僅市政府的漏洞，也是 SARS 的一個漏洞。一個 SARS 病人走來走去可以感染 100~200 個人。那另外一個就是說他這個病毒會不會變種喔，這是我們在堤防的一件事情啊^[69]，我想我們是可以省慎的樂觀，雖然是樂觀但也是要省慎喔，就是我們還是有漏洞喔。</u></p>	[69]4	N-1
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.	<p>K1：那至於剛剛提到的上風下風的問題，那古書上的記載，事實上像現在在高醫的負壓隔離艙的隔離病房，他在門診的篩檢站喔，他說他的那邊，就設了一個了，那樓上的病房也有，那他們是整個負壓隔離病房風源風下來喔，都是有一定的方向喔。那出風口一定設在病房的一個床口病人呼出去的空氣旁邊的一個角落出去喔，所以醫生一定要站在他的腳邊，所以乾脆他就在他的病床喔地上喔就貼兩個^[62]。</p> <p>K2：所以吳又可講的有理喔！</p> <p>K1：所以喔，醫生說要在站哪裡喔，就用兩個腳丫子喔，就貼在地板上，就規定醫生要去看病人就要站在那裡，所以高醫做到這樣子，那個負壓隔離艙，所以我想古書喔，有一些慘痛的經驗喔，在疫病可能有他們的一個看法裡是值得的。只是，我們如果說中醫爾後對每一種疾病能夠像這一次對 SARS 這麼深入這麼用心喔，我想中醫要主動加入西醫醫療也是指日可待^[63]。當然另外一個就是說政治主管單位要換腦袋喔，這是需要的^[64]，那剛好我手上也有一些資料比較 prefer 剛剛黃主任講的，我手上的資料是廣州中醫大學的第一附設醫院，他們報導的這一次中西醫合併</p>	[62]3-2	L-2
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.	[63]5	O-6	
31.			
32.			
33.	[64]5	O-1	
34.			
35.			
36.	[65]2-3	H-1	

(四) 具體概念之轉譯代號

1-1 中醫如何定義 SARS?

西醫方面

- ITEM A-1 病毒特性
- ITEM A-2 談及呼吸方面症狀
- ITEM A-3 身體症狀表現
- ITEM A-4 流行病學

中醫方面

- ITEM B-1 邪氣
- ITEM B-2 疫癘
- ITEM B-3 瘟疫
- ITEM B-4 疫毒
- ITEM B-5 溫病
- ITEM B-6 寒濕疫
- ITEM B-7 太陽病

說明：

ITEM A-1 病毒特性；包含 WHO 定義、冠狀病毒、變種病毒、隱性感染、病毒劑量說均將之歸為此類。ITEM A-2 談及呼吸方面症狀：包含呼吸窘迫症候群、呼吸衰竭、急性流行感冒、上呼吸道感染、口沫傳染歸為此類。ITEM A-3 身體症狀表現：症候群集合、怕熱不怕冷、發燒、咳嗽、嘔吐、腹瀉、頭痛歸為此類。ITEM A-4 流行病學：高傳染力、病程急速、去過疫區歸為此類。

1-2 對 SARS 病因病機有何想法?

西醫方面

- ITEM C-1 與肺部有關
- ITEM C-2 病程
- ITEM C-3 症狀表現

中醫方面

- ITEM D-1 六經傳病
- ITEM D-2 寒濕化熱
- ITEM D-3 寒濕疫
- ITEM D-4 溫病
- ITEM D-5 瘟疫
- ITEM D-6 衛氣營血
- ITEM D-7 三焦傳變
- ITEM D-8 邪熱瘀毒

1-3 SARS 以中醫觀點看來,是屬於哪一類的疾病?另外,由傷寒.溫病.瘟疫三方面的切入有何不同?原因為何?

- ITEM E-1 傷寒
- ITEM E-2 溫病
- ITEM E-3 瘟疫
- ITEM E-4 溫病溫疫範疇
- ITEM E-5 春溫
- ITEM E-6 風溫

- ITEM E-7 溼溫
- ITEM E-8 毒時
- ITEM E-9 疫癘.邪氣
- ITEM E-10 三者皆有
- ITEM E-11 多重經絡感染
- ITEM E-12 寒濕疫
- ITEM E-13 肺熱毒血

2-1 中醫師們對 SARS 不同階段的處方用藥及治療想法

- ITEM F-1 中醫師對 SARS 防治之看法

2-2 中西醫合併進行治療時,在哪一病程的介入中醫療法效果最佳呢?

潛伏期

- ITEM G-1 西主中輔

- ITEM G-2 中主西輔

初期

- ITEM G-3 西主中輔

- ITEM G-4 中主西輔

中期

- ITEM G-5 西主中輔

- ITEM G-6 中主西輔

極期

- ITEM G-7 西主中輔

- ITEM G-8 中主西輔

恢復期

- ITEM G-9 西主中輔

- ITEM G-10 中主西輔

2-3 中西醫結合治療的療效與單中醫治療或單西醫治療三種治療療效比較,有無副作用後遺症等?

- ITEM H-1 中西醫結合療效佳

- ITEM H-2 中西醫結合有副作用

- ITEM H-3 純中醫療效佳

- ITEM H-4 純中醫有副作用

- ITEM H-5 純西醫療效佳

- ITEM H-6 純西醫療效不佳

- ITEM H-7 純西醫有副作用

2-4 在患者病情較為急的情況下,中醫所扮演的角色為何?在第一時間如何處理?

- ITEM I-1 中醫主導

- ITEM I-2 西醫主導中醫輔助

- ITEM I-3 無法處理

2-5 坊間中醫藥治療 SARS 有何想法(板藍根.金銀花.黃蓮.大青葉...等對病毒有抑制作用)?是否有效?何者藥物有效?有無缺失或副作用?是否有更好的想法及搭配呢?

- ITEM J-1 板藍根有效

- ITEM J-2 板藍根無效

- ITEM J-3 金銀花有效
- ITEM J-4 金銀花無效
- ITEM J-5 黃連有效
- ITEM J-6 黃連無效
- ITEM J-7 大青葉有效
- ITEM J-8 大青葉無效
- ITEM J-9 魚腥草有效
- ITEM J-10 魚腥草無效
- ITEM J-11 觀念錯誤

3-1 中醫師們認為中藥預防 SARS 是否有效?

- ITEM K-1 有效
- ITEM K-2 無效
- ITEM K-3 不一定

3-2 中醫師對 SARS 的預防想法

- ITEM L-1 保持警覺性 (疑似 SARS 患者不看、保持警覺性)
- ITEM L-2 良好衛生習慣 (戴 N95 防護、量體溫、衛生習慣養成、如何隔離、疫苗)
- ITEM L-3 提升免疫力間接預防 (胃腸要顧好、調整免疫力、用中藥提升免疫力、用補氣藥提升免疫力、補氣補陰補陽補血、設立金銀花板藍根口服液、發展防 SARS 茶包)
- ITEM L-4 其他 (古人預防、中醫養身氣功預防、抗氧化抗病毒食物、抗氧化抗病毒食物無效、單一用藥的預防概念是錯的)

3-3 坊間預防藥方是否有效(例如:提升調節免疫功能的人蔘.黃連.靈芝.冬蟲夏草..等)? 民眾使用中藥的預防上,中醫師們有何想法?使用上的注意事項,份量多寡多少為宜,體質的不同應注意的副作用...等

- ITEM M-1 可提升調節免疫
- ITEM M-2 可提升調節但仍有爭議
- ITEM M-3 觀念錯誤

4.WHO 預言在今年秋天還會再次流行類似 SARS 的傳染病,中醫師們的看法如何?

- ITEM N-1 2004 年復發率不大,但明年不一定

5.根據台灣目前醫療現況,中醫藥如何介入防治 SARS?目前中醫對抗 SARS 的難點在哪裡?

- ITEM O-1 政府政策 (偏西輕中、組自願隊被拒、政府不信任中醫)
- ITEM O-2 中醫醫療資源不足 (經驗不足、中醫無隔離設備、中醫無檢驗設備、口罩不足)
- ITEM O-3 中醫師意願高 (有心上戰場、可隨時進入防治)
- ITEM O-4 與大陸學術交流 (政治導致學術交流、到內蒙勘查)
- ITEM O-5 中醫師們利用其他管道積極參與 (從各方涉獵有關 SARS、找古代文獻、參加有關 SARS 會議)
- ITEM O-6 中醫介入方式 (用研究計畫.臨床試驗介入、中部龍頭要積極介入例如:醫學中心)
- ITEM O-7 其他 (提供健生茶給醫院同仁、中醫可降低病成痛苦、要團結、分辨是流感或 SARS)

第四章、結果

本研究共蒐集 30 位專家之意見，在取得中醫師執照背景方面，學院出身有 17 位，特考出身有 13 位；在年資方面，資深（職業年資多於 15 年）中醫師有 16 名，資淺（職業年資少於 15 年）中醫師有 14 名；取得醫師資格者，中西醫師有 15 名，純中醫師有 15 名；在職業場所方面，服務於醫院者 15 名，服務於診所者 15 名。北、中、南區專家之背景情形見表 4-0。

表 4-0 焦點團體專家背景資料

	取得執照背景		年資		醫師資格		服務場所	
	學院	特考	資深	年輕	中西醫師	中醫師	醫院	診所
北區專家	5	5	5	5	5	5	6	4
中區專家	6	4	6	4	5	5	3	7
南區專家	6	4	5	5	5	5	6	4
合計	17	13	16	14	15	15	15	15

一、中醫師對 SARS 病因病機之看法

在中醫如何定義 SARS 方面，無論特考或學院出身、年輕或資深、診所或醫院之中醫師及中西醫師，均同意以目前 WHO 之定義，認為 SARS 是冠狀病毒所引起，並且認為是變種之冠狀病毒，這種看法在中醫師多於中西醫師、資深醫師多於資淺醫師、醫院多於診所之醫師，如表 4-1-1。

在流行病學和發病過程方面，中醫師普遍都知道 SARS 因泡沫傳染，感染先起表現為急性呼吸道感染，而後來會造成呼吸困難之急性呼吸窘迫症候群；而染病之患者曾至疫區，是一種高傳染性的疾病，而且發病急驟。而這方面的發言，以中西醫兼具之醫師、較資深之醫師、學院畢業背景之醫師等的發言較踴躍，見表 4-1-2。

在臨床症狀方面，患者除了咳嗽外，會有發燒、頭痛、肌肉酸痛，可能合併有嘔吐、腹痛、泄瀉等症狀。而這方面的發言，以中西醫兼具之醫師、較資淺之醫師、學院畢業背景之醫師、職業於診所之醫師等的發言較踴躍，見表 4-1-3。

表 4-1-1 中醫師對 SARS 西醫病因之觀點

		WHO 定義	冠狀病毒	變種病毒	隱性感染	病毒劑量說
執業 資格	中西醫	2	5	1	1	1
	中醫	0	4	3	0	0
醫師 年資	年輕醫師	1	5	1	1	1
	資深醫師	1	4	3	0	0
訓練 背景	學院醫師	2	8	2	1	1
	特考醫師	0	1	2	0	0
職業 場所	醫院醫師	0	5	4	0	0
	診所醫師	2	4	0	1	1
合計		2	9	4	1	1

表 4-1-2 中醫師對 SARS 流行病學之觀點

		呼吸窘迫 症候群	呼吸 衰竭	急性流 行感冒	上呼吸 道感染	口沫 傳染	高傳 染力	病程 急速	去過 疫區
執業 資格	中西醫	3	1	1	0	1	1	1	2
	中醫	0	0	0	1	0	1	0	0
醫師 年資	年輕醫師	0	1	0	0	1	0	0	2
	資深醫師	3	0	1	1	0	2	1	0
訓練 背景	學院醫師	3	1	1	1	1	2	1	2
	特考醫師	0	0	0	0	0	0	0	0
職業 場所	醫院醫師	1	0	0	1	0	1	0	0
	診所醫師	2	1	1	0	1	1	1	2
合計		3	1	1	1	1	2	1	2

表 4-1-3 中醫師對 SARS 臨床症狀之了解

		發燒	頭痛	肌肉酸痛	乾咳	咽乾	喉嚨痛	痰	嘔吐	腹瀉
執業資格	中西醫	7	1	3	6	2	2	3	1	1
	中醫	3	0	0	1	0	0	0	0	0
醫師年資	年輕醫師	4	1	2	4	2	1	2	1	1
	資深醫師	6	0	1	3	0	1	1	0	0
訓練背景	學院醫師	8	1	3	6	2	2	3	1	1
	特考醫師	2	0	0	1	0	0	0	0	0
職業場所	醫院醫師	5	0	0	2	0	1	0	1	1
	診所醫師	4	1	2	4	2	1	3	0	0
合計		9	1	0	6	2	2	3	1	1

表 4-1-4 中醫師對 SARS 在中醫病名之意見

		邪氣	太陽病	溫病	瘟疫	疫癘	疫毒	寒濕疫	不明確	症候群
執業資格	中西醫	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	中醫	0	0	1	1	0	0	1	2	1
醫師年資	年輕醫師	1	0	0	1	1	0	2	1	0
	資深醫師	0	1	2	1	0	1	0	2	2
訓練背景	學院醫師	1	1	2	2	1	1	2	2	2
	特考醫師	0	0	0	0	0	0	0	1	0
職業場所	醫院醫師	0	1	1	1	0	0	1	3	1
	診所醫師	1	0	1	1	1	1	0	0	1
合計		1	2	1	1	2	1	1	3	2

表 4-1-5 中醫師對 SARS 在中醫病因病機之意見

		正氣 邪氣 節氣	六經 傳變	多重 經絡 感染	表寒 裡熱 夾溼	寒濕 疫	風溫	溼熱 型	熱深 邪深， 熱深 毒深	痰瘀 毒火 虛五 層面	熱毒 虛癆 病程 發展	三焦 病變	衛氣 營血	不明 說法 有限
執業 資格	中西醫	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	0
	中醫	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
醫師 年資	年輕醫師	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	1	0
	資深醫師	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2
訓練 背景	學院醫師	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	0
	特考醫師	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
職業 場所	醫院醫師	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
	診所醫師	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	1
合計		1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	2

在中醫病名方面，這是屬於外邪引起，除了 2 人發言認為和風寒之邪所造成之傷寒太陽病外，其他人均認為是風熱之邪所造成的溫病和瘟疫的範疇。而這方面的發言，以中西醫兼具之醫師、學院畢業背景之醫師等的發言較踴躍，見表 4-1-4。

在中醫病因病機方面，認為這和節氣有關，認為風寒之邪傳變造成和風熱之邪傳變造成者均有，甚至有人認為是由風寒化熱之病機。整體而言，認為本病是依照溫病學的傳變和瘟疫的發病特徵者較多，但仍有 2 位資深中醫師認為 SARS 在中醫的病因病機沒有統一而認為不明確。而這方面的發言，以中西醫兼具之醫師、較資淺之醫師、學院畢業背景之醫師、職業於診所之醫師等的發言較踴躍，見表 4-1-5。

在中醫疾病範疇方面，中醫師認為 SARS 屬於中醫疾病範疇屬於傷寒、溫病（包含春溫、風溫、濕溫）、瘟疫（包含時毒、疫癘、寒濕疫、肺熱毒血等）三者具有；其中提到傷寒 2 人佔 6%，溫病（包含春溫、風溫、濕溫）共 10 人，佔 30%；瘟疫（包含時毒、疫癘、寒濕疫、肺熱毒血等）共 13 人，佔 39%；溫病和瘟疫範疇 4 人，三者皆有者 3 人。只有中醫師執照者，全部都認為 SARS 屬於瘟疫（包含寒濕疫）。而這方面的發言，以中西醫兼具之醫師、較資淺之醫師、學院畢業背景之醫師、職業於診所之醫師等的發言較踴躍，見表 4-1-6。而在不同階段（早期、中期、高峰期、恢復期）時，中醫觀點常見之證型如表 4-1-7。

表 4-1-6 中醫師對 SARS 在中醫疾病範疇之意見

	傷寒	溫病	瘟疫	溫病 溫疫 範疇	春溫	風溫	溼溫	毒時	疫癘 邪氣	三者 皆有	多重 經絡 感染	寒濕 疫	肺熱 毒血	合計
中西醫師	2 (6%)	6 (18%)	4 (12%)	4 (12%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (6%)	3 (9%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	29 (88%)
中醫師	0	0	3 (9%)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (3%)	0	4 (12%)
年輕中醫	2 (6%)	5 (15%)	5 (15%)	3 (9%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	27 (82%)
資深中醫	0	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	0	0	0	0	0	2 (6%)	0	0	0	6 (18%)
學院	2 (6%)	6 (18%)	6 (18%)	4 (12%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (6%)	3 (9%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	32 (97%)
特考	0	0	1 (3%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (3%)
醫院	0	1 (3%)	4 (12%)	1 (3%)	0	0	0	0	0	0	1 (3%)	1 (3%)	0	8 (24%)
診所	2 (9%)	5 (22%)	3 (13%)	3 (13%)	1 (4%)	2 (9%)	1 (4%)	1 (4%)	2 (9%)	3 (13%)	0	1 (4%)	1 (4%)	25 (76%)
總和	2	6	7	4	1	2	1	1	2	3	1	2	1	33

表 4-1-7 中醫師對 SARS 不同時期中醫證型之意見

		早期			中期	高峰期	恢復期	
		上焦中 溫肺熱	早期衛 熱氣熱	太陽病	腸有 濕氣	肺熱 實熱	熱入營血逆 傳心包	氣陰兩虛
執業 資格	中西醫	1	1	2	0	1	1	1
	中醫	0	0	0	1	0	0	0
醫師 年資	年輕醫師	1	1	0	0	1	1	1
	資深醫師	0	0	2	1	0	0	0
訓練 背景	學院醫師	1	1	2	0	1	1	1
	特考醫師	0	0	0	1	0	0	0
職業 場所	醫院醫師	0	0	1	1	0	0	0
	診所醫師	1	1	1	0	1	1	1
合計		1	1	1	2	1	1	1

二、在 SARS 不同階段的處方用藥及治療之看法

在 SARS 防治方面，普遍醫師都認為要集中治療，而且是送大醫院，尤其是診所之中醫師不希望將病人在門診收治，並對疑似個案希望採隔離措施，強調中醫免疫療法的功效，甚至其中一位特考背景中醫師認為可以用針灸和放血療法來醫治，見表 4-2-1。

表 4-2-1 中醫師對 SARS 防治之看法

		集中治療	送大醫院	由肺論治	隔離	免疫療法	針灸	放血
執業 資格	中西醫	1	1	1	1	2	0	0
	中醫	0	0	0	1	0	1	1
醫師 年資	年輕醫師	1	1	1	2	2	1	1
	資深醫師	0	0	0	0	0	0	0
訓練 背景	學院醫師	1	1	1	2	2	0	0
	特考醫師	0	0	0	0	0	1	1
職業 場所	醫院醫師	1	1	0	1	1	0	0
	診所醫師	0	0	1	1	1	1	1
合計		1	1	1	2	2	1	1

在臨床用藥方面，中醫師對 SARS 初期的用藥建議有柴葛解肌湯（高熱時或加石膏使用，若有肝病則加連翹、茵陳）、麻杏石甘湯加減（魚腥草、穿心蓮等）、達原飲、三仁湯、藿朴夏苓湯等，見表 4-2-2。在中期時，以芳香化濁法為主，可選用達原飲、甘露消毒丹、或蒿芩清膽湯合小柴胡湯加減。在高峰期時，可依病情不同，選用清熱解表、化溼、開竅息風、滋陰固脫法則，以大承氣湯肛門灌注法、或用清營湯治療，見表 4-2-3。而在恢復期方面，則必須滋陰、或以陰陽氣血虧虛之調養、或以活血化瘀方法處理，用藥上有麥門冬湯、生脈散、血府逐瘀湯治療，並可以用氣功、針灸、運動、衛生教育等來調養，見表 4-2-4。

表 4-2-2 中醫師對 SARS 初期時中醫藥使用之看法

		柴葛解肌湯	麻杏石甘湯	達原飲	三仁湯	藿朴夏苓湯
執業 資格	中西醫	1	4	0	1	1
	中醫	0	1	1	0	0
醫師 年資	年輕醫師	1	4	0	1	1
	資深醫師	0	1	1	0	0
訓練 背景	學院醫師	1	5	1	1	1
	特考醫師	0	0	0	0	0
職業 場所	醫院醫師	1	1	1	0	0
	診所醫師	0	4	0	1	1
合計		1	5	1	1	1

表 4-2-3 中醫師對 SARS 中期和高峰期時中醫藥使用之看法

		中期				高峰期		
		達原飲	甘露消毒丹	芳香化濁	蒿芩清 膽加小 柴胡湯	大承氣 湯肛門 灌注法	清熱解表、化 溼、開竅息風、 滋陰固脫法	清營湯
執業 資格	中西醫	1	2	1	1	0	1	1
	中醫	0	0	0	0	2	0	0
醫師 年資	年輕醫師	1	1	1	1	0	1	1
	資深醫師	0	1	0	0	2	0	0
訓練 背景	學院醫師	1	2	1	1	1	1	1
	特考醫師	0	0	0	0	1	0	0
職業 場所	醫院醫師	0	1	0	0	2	0	0
	診所醫師	1	1	1	1	0	1	1
合計		1	2	1	1	2	1	1

表 4-2-4 中醫師對 SARS 恢復期時中醫藥使用之看法

		養陰	補陰補 陽補氣 補血	血瘀用 藥	沙參麥 冬	生脈散	血府 逐瘀 湯	針灸	氣功	運動. 衛教
執業 資格	中西醫	0	0	0	1	1	1	1	2	1
	中醫	1	1	1	0	0	0	0	0	1
醫師 年資	年輕醫師	1	0	1	1	1	1	1	2	1
	資深醫師	0	1	0	0	0	0	0	0	1
訓練 背景	學院醫師	1	0	1	1	1	1	1	2	1
	特考醫師	0	1	0	0	0	0	0	0	1
職業 場所	醫院醫師	1	1	1	0	0	0	0	0	1
	診所醫師	0	0	0	1	1	1	1	2	1
合計		1	1	1	1	1	1	1	2	2

訪談題綱 2-2 中，中醫專家們認為 SARS 治療以病程在初期時中醫的療效最好，其次是在恢復期；而初期的治療以西醫主導中醫輔助的方式較為恰當。但在恢復期的治療專家們多認為以中醫主導西醫輔助的方式效果較好，見表 4-2-5。

訪談題綱 2-3 中，提及中西醫切入治療方面，專家們大多肯定中西醫結合和單一中醫治療的療效；而中西醫結合治療前面有提到以在初期以及恢復期的治療療效較好，而在此題的回答中，認為中西醫治療效果好的多是中西醫雙執照的學院醫師居多，見表 4-2-6。

訪談題綱 2-4 中，在 SARS 病患病情危急時，專家們認為以西醫主導較為佳，西醫可立即的處理危急的狀況，但中醫在整個 SARS 的病程中確實是有縮短病程以及減輕患者痛苦的功效，見表 4-2-7。

訪談題綱 2-5 及 3-3 中，專家們強烈認為不管在預防或治療方面，單一用藥的概念是大錯特錯的，即使專家們認為板藍根、金銀花及魚腥草的確有治療效果，但中醫的用藥乃因個人體質不同而有所差異，故專家們強調用藥考慮病人體質和君、臣、佐、使的觀念是一定要有的，見表 4-2-8。

4-2-5 中西醫合併進行治療時,在哪一病程的介入中醫療法效果最佳之看法

	潛伏-西 主中輔	潛伏-中 主西輔	初期-西 主中輔	初期-中 主西輔	中期-西 主中輔	極期-西 主中輔	恢復期- 西主中 輔	恢復期- 中主西 輔	合計
中西醫師	2 (12%)	1 (6%)	4 (24%)	2 (12%)	2 (12%)	1 (6%)	1 (6%)	3 (18%)	16 (94%)
中醫師	0	0	1 (6%)	0	0	0	0	0	1 (6%)
年輕中醫	1 (6%)	1 (6%)	3 (18%)	2 (12%)	2 (12%)	0	0	2 (12%)	11 (65%)
資深中醫	1 (6%)	0	2 (12%)	0	0	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	6 (35%)
學院	2 (12%)	1 (6%)	5 (29%)	2 (12%)	2 (12%)	1 (6%)	1 (6%)	3 (18%)	17 (100%)
特考	0	0	0	0	0	0	0	0	0 0%
醫院	1 (6%)	1 (6%)	3 (18%)	1 (6%)	1 (6%)	0	1 (6%)	0	8 (47%)
診所	1 (6%)	0	2 (12%)	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	0	3 (18%)	9 (53%)
總和	2	1	5	2	2	1	1	3	17

4-2-6 中西醫結合治療的療效與單中醫治療或單西醫治療三種治療療效之看法

	中西醫結合 療效佳	純中醫療效 佳	純中醫有副 作用	純西醫療效 不佳	純西醫有副 作用	總和
中西醫師	3 (27%)	1 (9%)	1 (9%)	1 (9%)	2 (18%)	8 (73%)
中醫師	0	2 (18%)	0	1 (9%)	0	3 (27%)
年輕中醫	2 (18%)	1 (9%)	1 (9%)	2 (18%)	1 (9%)	7 (64%)
資深中醫	1 (9%)	2 (18%)	0	0	1 (9%)	4 (36%)
學院	3 (27%)	2 (18%)	1 (9%)	2 (18%)	2 (18%)	10 (91%)
特考	0	1 (9%)	0	0	0	1 (9%)
醫院	1 (13%)	2 (25%)	1 (9%)	1 (13%)	1 (13%)	6 (75%)
診所	2 (25%)	1 (13%)	0	1 (13%)	1 (13%)	5 (63%)
總和	3	3	1	2	2	11

4-2-7 在患者病情較為急的情況下,中醫所扮演的角色為何?在第一時間如何處理?

	西醫主導中醫輔助	無法處理	合計
中西醫師	1 (33%)	0	1 (33%)
中醫師	1 (33%)	1 (33%)	2 (67%)
年輕中醫	1 (33%)	0	1 (33%)
資深中醫	1 (33%)	1 (33%)	2 (67%)
學院	2 (67%)	0	2 (67%)
特考	0	1 (33%)	1 (33%)
醫院	1 (33%)	1 (33%)	2 (67%)
診所	1 (33%)	0	1 (33%)
合計	2	1	3

4-2-8 中醫師對坊間中醫藥治療 SARS 之看法

	板藍根		金銀花		魚腥草	黃連無效	觀念錯誤	合計
	有效	無效	有效	無效	有效			
中西醫 師	2 (14%)	1 (7%)	2 (14%)	1 (7%)	1 (7%)	2 (14%)	3 (21%)	12 (86%)
中醫師	1 (7%)	0	0	0	0	0	1 (7%)	2 (14%)
年輕中 醫	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	0	3 (19%)	8 (50%)
資深中 醫	2 (13%)	0	1 (6%)	0	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	6 (38%)
學院	2 (14%)	1 (7%)	2 (14%)	1 (7%)	1 (7%)	2 (14%)	4 (29%)	13 (93%)
特考	1 (7%)	0	0	0	0	0	0	1 (7%)
醫院	1 (7%)	0	0	0	0	0	1 (7%)	2 (14%)
診所	2 (14%)	1 (7%)	2 (14%)	1 (7%)	1 (7%)	2 (14%)	3 (21%)	12 (86%)
合計	3	1	2	1	1	2	4	14

三、中醫師對 SARS 預防之看法

中醫師普遍都認為中藥可以預防 SARS，而沒有人認為中藥無法預防 SARS，無論在任何背景下之醫師，都有同樣的認同，見表 4-3-1。

表 4-3-1 中醫師對中藥預防 SARS 之看法

	有效	無效	合計
中西醫師	6 (60%)	0	6 (60%)
中醫師	4 (40%)	0	4 (40%)
年輕中醫	7 (70%)	0	7 (70%)
資深中醫	3 (30%)	0	3 (30%)
學院	6 (60%)	0	6 (60%)
特考	4 (40%)	0	4 (40%)
醫院	3 (30%)	0	3 (30%)
診所	7 (70%)	0	7 (70%)
合計	10	0	10

而在題綱 3-2 中，中醫師認為在預防 SARS 方面需要保持警覺性、保持良好衛生習慣、和使用免疫力提升之方法等。在保持警覺性方面，強調疑似 SARS 患者不看，馬上轉介至大醫院、隔離措施。維持良好衛生習慣方面，如戴外科手術或 N95 防護口罩、衛生習慣養成、疫苗等，見表 4-3-2。至於以中藥提升免疫力而間接預防 SARS 之看法如表 4-3-3。

表 4-3-2 中醫師對 SARS 的預防想法

	保持警覺性			良好衛生習慣			
	疑似 SARS 患者不看	保持警覺性	如何隔離	戴 N95 防護	量體溫	衛生習慣養成	疫苗
中西醫	2	0	2	6	1	1	0
中醫	2	2	1	1	1	2	1
年輕醫師	2	1	2	5	1	2	1
資深醫師	2	1	1	2	1	1	0
學院醫師	3	2	3	7	1	3	1
特考醫師	1	0	0	0	1	0	0
醫院醫師	2	2	1	1	1	2	1
診所醫師	2	0	2	6	1	1	0
合計	4	2	3	7	2	3	1

表 4-3-3 中醫師對 SARS 提升免疫力間接預防

	胃腸要顧好	調整免疫力	用中藥提升免疫力	用補氣藥提升免疫力	補氣補陰 補陽補血	設立金銀花板藍根口服液	發展防 SARS 茶包
	中西醫	1	3	3	1	0	1
中醫	0	2	1	0	1	0	0
年輕醫師	1	4	1	1	0	1	3
資深醫師	0	1	3	0	1	0	0
學院醫師	1	4	4	1	1	1	3
特考醫師	0	1	0	0	0	0	0
醫院醫師	0	0	2	0	1	0	1
診所醫師	1	5	2	1	0	1	2
合計	1	5	4	1	1	1	3

至於坊間以中藥提升免疫力是否有效之看法，則在這方面有爭議。有些人認為可提升免疫力，但是也有人認為提升免疫力反而會加重 SARS 風暴期之病情，因此認為這方面觀念錯誤的中醫師以純中醫師、資深中醫師、醫院背景之醫師為多，見表 4-3-4。

表 4-3-4 中醫師對坊間提升免疫力觀點之看法比較

	可提升調節免疫	可提升調節但仍有爭議	觀念錯誤	合計
中西醫師	1 (14%)	2 (29%)	2 (29%)	5 (71%)
中醫師	0	0	2 (29%)	2 (29%)
年輕中醫	0	2 (29%)	1 (14%)	3 (43%)
資深中醫	1 (14%)	0	3 (43%)	4 (57%)
學院	1 (14%)	2 (29%)	3 (43%)	6 (86%)
特考	0	0	1 (14%)	1 (14%)
醫院	0	0	4 (57%)	4 (57%)
診所	1 (14%)	2 (29%)	0	3 (43%)
合計	1	2	4	7

四、中醫師對今(93)年秋天 SARS 是否會再次流行的看法

無論是中西醫師或純中醫師、年輕醫師或資深醫師、醫院醫師或診所醫師，均一致認為今年秋天 SARS 不會再來見表 4-4-1。

表 4-4-1 中醫師對今年秋天 SARS 是否會再次流行的看法

	2004 年復發率不大,但明年不一定	會再次流行	合計
中西醫	7 (88%)	0	7 (88%)
中醫	1 (13%)	0	1 (13%)
年輕醫師	6 (75%)	0	6 (75%)
資深醫師	2 (25%)	0	2 (25%)
學院醫師	8 (100%)	0	8 (100%)
特考醫師	0	0	0
醫院醫師	2 (25%)	0	2 (25%)
診所醫師	6 (75%)	0	6 (75%)
合計	8	0	8

五、中醫介入 SARS 防治之看法

在 92 年 SARS 流行期間，中醫師無法真正介入抗 SARS 行列，中醫師普遍認為這和政府政策以及中醫醫療資源不足有關。在政府政策方面，專家意見主要和醫療政策偏西醫而輕忽中醫、政府不信任中醫，因此發生曾自願組中醫醫療隊而被拒。另外，在中醫醫療資源不足方面，除了中醫對 SARS 治療經驗不足外，中醫院所無隔離設備、無檢驗設備、以及 SARS 疫情告急時發生口罩不足之現象，因此造成中醫介入抗 SARS 醫療團隊行列之困難點，見表 4-5-1。

表 4-5-1 中醫師無法介入 SARS 醫療防治團隊之看法

		政府政策			中醫醫療資源不足			
		偏西輕中	組自願隊 被拒	政府不信 任中醫	經驗不足	中醫無隔 離設備	中醫無檢驗 設備	口罩不足
執業 資格	中西醫	3	1	4	4	1	2	1
	中醫	2	0	2	4	2	2	0
醫師 年資	年輕醫師	2	0	2	1	1	2	1
	資深醫師	3	1	4	7	2	2	0
訓練 背景	學院醫師	4	1	5	4	2	3	1
	特考醫師	1	0	1	4	1	1	0
職業 場所	醫院醫師	2	0	3	3	2	2	0
	診所醫師	3	1	3	3	1	2	1
	合計	5	1	6	6	3	4	1

事實上，參加訪談的醫師有加入國家抗 SARS 醫療防治團隊之意願，尤其是學院養成教育完成之中西醫結合同年輕醫師。而在準備抗 SARS 能力提升方面的工作，可藉由和大陸的學術交流或參訪活動，以及蒐集 SARS 相關文獻、期刊和參與相關學術會議等方法，以獲得更完整的知識，如表 4-5-2。

此外，中醫師們也認為台灣中醫界的兩個龍頭——中國醫藥大學和長庚紀念醫院中醫醫院，均須負起時代的使命，以身作則來帶領國內中醫界作抗 SARS 的工作，可由提出研究計畫書進行臨床學術研究、提供預防養生茶著手，而中醫界也需要團結一致來作好這個工作，見表 4-5-3

表 4-5-2 中醫師介入 SARS 防治團隊之意願和能力提升之看法

		中醫師意願高		與大陸學術交流		學術活動		
		有心上戰場	可隨時進入防治	政治導致學術交流	到內蒙到內蒙	從各方涉獵有關 SARS	找古代文獻	參加有關 SARS 會議
執業資格	中西醫	2	1	1	0	1	4	4
	中醫	0	1	0	1	2	2	1
醫師年資	年輕醫師	2	2	0	0	1	5	4
	資深醫師	0	0	1	1	2	1	1
訓練背景	學院醫師	2	2	1	0	2	6	5
	特考醫師	0	0	0	1	1	0	0
職業場所	醫院醫師	1	0	0	1	2	2	1
	診所醫師	1	2	1	0	1	3	3
	合計	2	2	1	1	3	5	4

表 4-5-3 中醫師介入 SARS 防治團隊之可行方向看法

		研究計畫.臨	中醫龍頭要	提供健生茶	中醫可降低	
		床試驗介入	積極介入	給醫院同仁	病患痛苦	要團結
執業資格	中西醫	7	2	1	0	2
	中醫	1	3	0	1	1
醫師年資	年輕醫師	6	3	1	0	2
	資深醫師	2	2	0	1	1
訓練背景	學院醫師	8	5	1	1	2
	特考醫師	0	0	0	0	1
職業場所	醫院醫師	1	3	0	1	2
	診所醫師	7	2	1	0	1
	合計	8	5	1	1	3

第五章、討論

一、中醫師對 SARS 病因病機之看法

SARS 疫情自 2003 年 2 月中旬在廣東、香港及越南河內開始流傳後，受到全世界的矚目，在 WHO 公佈 SARS 的全球警訊後，全球疾病防禦的機制開始建立。3 月上旬，由境外感染回台之台商移入後，台灣疫情遂進入高峰，各種防疫措施和衛生教育宣導在台灣如火如荼的展開。由於這個全球關注的焦點，台灣又淪陷為疫區，全台灣的民眾對這個疾病的認識也更深入。由於中醫師對這個疾病特別關注，也且都有接受過 SARS 的教育課程或研討會，因此無論中醫師的背景是學院訓練取得中醫師執照或經由特考取得中醫師執照資格者，在病因、臨床症狀、西醫治療方法等，都有正確和深入的了解。而這個新興的疾病，雖然和傳統中醫裏的「瘟疫」是屬同一類的疾病，但是由於和傳統中醫的「瘟疫」類的疾病沒有完全吻合的疾病病名，因此並沒有達成用哪一種中醫病名來稱呼 SARS 的共識，而且幾乎都同意援用西醫之「SARS」(嚴重急性呼吸系統綜合症)來作為這次冠狀病毒所引起急性呼吸窘迫症候群的統一名稱，而不堅持一定要用中醫的病名。由此可見，目前台灣的中醫界已經脫離了和西醫意識形態之爭的階段，而能客觀的來面對醫療上實際必須克服解決的議題。

中國歷史上，急性傳染病一直是威脅歷代中國人生命健康的一個主要難題，也直接或間接的對政治和社會上的安定構成威脅。中國醫學在傳統上對疾病的分類，分成「外感」(感染性或傳染性疾病)和「雜病」(非傳染性疾病)兩大類，這可由中醫重要著作中之張仲景《傷寒雜病論》得到印證。這本書即包含著屬於「外感」之《傷寒論》，以及「雜病」之《金匱要略》這兩部分。而張仲景在《傷寒論》之序言中即有提到：「余宗族素多，向餘二百，建安紀元以來，猶未十年，其死亡者，三分有二，傷寒十居其七」，有此可知，感染性和傳染性疾病在中國古代是個衛生政策上的重要議題，而隋唐時期的著名醫書《外台秘要》中即有很大篇幅收錄這類疾病的治療方藥。

中醫對傳染性疾病的分類主要為風寒之邪所引起的「傷寒」和風熱之邪所引起的「溫病」二大宗，而另外還有一類是具有高度傳染力、發病快、傳染地域廣、死亡率高、被感染者的症狀都很雷同等特性的「瘟疫」之疾病，這三種狀況在被邀請作焦點團體訪談的專家都有人提出。中醫認為疾病的發生會受到天候、季節、和地域的影響，「傷寒」這類的疾病好發在氣候寒冷的冬季，以及長江以北的黃河流域；而「溫病」好發在溼熱氣候的夏天，以及長江以南的地區，「溫病」在中國歷史上是明清之後才蓬勃發展的。

認為 SARS 屬於「傷寒」者，主要是因為本病發作季節由深秋橫跨冬天到春天，反而到夏天炎熱季節則消失，以及在發病初期的感冒症狀出現：先有惡寒而後再發高燒，骨頭肌肉酸痛，嘔吐、腹瀉等屬於中醫「寒濕」證型之表現；並認為後續發展是因為病情進一步惡化傳變而化熱的變化結果。

而認為 SARS 屬於「溫病」者，主要著眼於本病初起是由廣州地區發生，並且主要在屬於「溼熱」氣候的東南亞地區流行，而在症狀上有發高燒，以及在高峰期會出現痰黃稠、呼吸急促屬於溫病中「痰熱壅肺」的證型，甚至到後期病人出現敗血症時屬溫病中「熱入營血」的證型。自從明清溫病學興盛以來，類似這種會發高燒的急性傳染病，中醫學幾乎都把他定位為「溫病」這類的疾病。

「瘟疫」又稱為「疫癘」、「疫毒」、「天行」等，在學術發展上，瘟疫是被規劃到溫病學

之中。從定義而言，SARS 的發病特徵應該是符合瘟疫的診斷標準。而根據臨床表現不同，又有「熱疫」、「溼疫」、「溼熱疫」、「寒濕疫」等不同病情之名稱。

因此，SARS 是屬於「瘟疫」一類的疾病，而無論在大陸或台灣，一般中醫師都把 SARS 當作溫病類的疾病，反而認為是傷寒者較少。就本研究焦點團體之專家，認為 SARS 是傷寒者是年輕而受到完整中醫訓練之中西醫師，是否和這些醫師受到科學思維訓練後，反而會有較客觀的思維，和自己的想法。而認為傷寒、溫病、瘟疫均有者，反而資深中醫師比年輕中醫師多，並有 2 位資深中醫師認為 SARS 在中醫的病因病機沒有統一而認為不明確，是否是因為資深中醫師臨床經驗較久，反而思考上較為謹慎和周嚴有關。

二、在 SARS 不同階段的處方用藥及治療之看法

由於對 SARS 治療沒有十足把握，而且感染後的病情難以控制，再加上防疫體系建立後有專門收治 SARS 之專責醫院，因此普遍中醫師不願收治疑似感染 SARS 病患，對類似個案隔離在診所外面，並轉至大醫院作集中治療。

甚至其中一位特考背景中醫師認為可以用針灸和放血療法來醫治，這在具有感染基本知識或對 SARS 了解之醫師，對這樣的見解會產生較大的質疑。就這位中醫師所提及針灸和放血療法在這方面的使用，主要強調能降低體溫，體溫降低後病情能獲得緩解；雖然這種方法有被使用在發燒之病患，但是對於 SARS 這種高傳染力、高危險性的疾病，醫師要親自在近距離操作，是相當危險的，而被污染的器材之處理也是另一個問題。而對傳染性疾病的認知不足，中醫師對中醫療法片面的偏頗了解，以及對中醫的過度熱誠和自信，也可能會造成防疫上另外的一個漏洞；因此對中醫師的傳染病相關教育訓練，以及某些觀念之釐清和探討，是未來必須努力的方向。

在臨床用藥方面，中醫師會從中醫學理上擬定 SARS 的治療處方。在目前中西醫結合發展下，中醫治療會依照 SARS 分初期、中期、高峰期、恢復期等，採用不同的治療處方。

1. 初期時，若出現頭痛、肌肉酸痛、惡寒發熱等寒濕束表證型，則採用柴葛解肌湯加減；若嘔吐、腹瀉症狀明顯等脾胃寒濕證型者，則以達原飲、三仁湯、藿朴夏苓湯等方劑治療。在這個階段，和一般的流行性感冒處理的原則是一致的。
2. 若出現風寒化熱，或者痰熱壅肺而有咳嗽、痰黃稠者，則選用麻杏石甘湯加減（魚腥草、穿心蓮等）。在中期時，以芳香化濁法為主，可選用達原飲、甘露消毒丹、或蒿芩清膽湯合小柴胡湯加減。
3. 在高峰期時，病人出現呼吸困難、神志發生變化，則依病情不同，選用清熱解表、化溼、開竅息風、滋陰固脫法則，以大承氣湯肛門灌注法、或用清營湯治療，而選用藥物是遵從中醫辨證論治的精神。這個階段，一般中醫師是無法接觸到的，若單獨使用中醫治療，對病人是相當冒險的，是否能達到療效，也必須做進一步的臨床驗證和觀察。
4. 在恢復期方面，是所有中醫師認為是中醫介入的最佳時機點。在治療原則上，必須滋陰、或以陰陽氣血虧虛之調養、或以活血化瘀方法處理，用藥上有麥門冬湯、生脈散、血府逐瘀湯治療，並可以用氣功、針灸、運動、衛生教育等來調養。長庚大學中醫系沈建忠主任，以及署立台北醫院中醫科許中華主任，都有治療的經驗，共同的結論是滋肺陰和活血化瘀同時並用，而處方上都是以麥門冬湯和血府逐瘀湯為主軸作藥物的加減。而氣

功的調養，許中華主任也發現對病患的恢復是有幫助的。

在使用中醫、西醫或中西醫結合方面，大都肯定目前中西醫結合的方向發展。在病情危急時，中醫專家們一致認為要以西醫為主，沒有人認為中醫可單獨處理，但是同時也認為並用中醫同時處理時對 SARS 治療會有幫助。而中醫師普遍認為中醫可介入的時間點有二個，一是初期類似一般流行性感冒時，另一個是恢復期，而認為中西醫治療效果好的多是中西醫雙執照的學院醫師居多。這和目前一般中醫師或同時具有中西醫師資格者的觀念非常趨近。

三、中醫師對 SARS 預防之看法

在 SARS 流行期間，很多中醫診所會提供中草藥給民眾服用，所使用的中藥最常見的有板藍根、金銀花及魚腥草等，主要宣稱有預防和治療雙重效果。在本研究中，有 66% 的中醫師認為有效，33% 的中醫師認為沒效，而黃連在這方面則有 2 位中醫師認為沒有效果。有 3 位中醫師反對一視同仁用這些處方來治療 SARS，認為必須本著中醫辨證論治的精神，依病人體質和臨床證型，才能決定是民眾是否適合服用這些中草藥。在以實證醫學為主流的時代，中藥的臨床應用是否有療效也必須受到檢視，這就必須有嚴謹的科學研究設計，以及遵守優良藥品臨床試驗規範（Good Clinical Practice, GCP）進行操作，才能解決這些爭議。

由於 SARS 爆發後，對於 SARS 的介紹以及預防方法再各種媒體大肆宣導，以及對中醫師提供教育訓練，因此訪談的中醫師對這方面的觀念相當清楚，認為在預防 SARS 方面需要保持警覺性、保持良好衛生習慣、和使用免疫力提升之方法等。在保持警覺性方面，強調疑似 SARS 患者不看，馬上轉介至大醫院、隔離措施。維持良好衛生習慣方面，如戴外科手術或 N95 防護口罩、衛生習慣養成、疫苗等。

至於坊間以中藥提升免疫力是否有效之看法，則在這方面有爭議。有些人認為可提升免疫力，但是也有人認為提升免疫力反而會加重 SARS 風暴期之病情，因此認為這方面觀念錯誤的中醫師以純中醫師、資深中醫師、醫院背景之醫師為多。這和過去中醫因為《黃帝內經》中的一段話：「正氣內存，邪不可干；邪之所湊，其氣必虛」的影響，而一直強調以提升免疫力來改善病情的長期看法，在中醫師的觀念上是一大進步，尤其是從純中醫師所提出來的；相信這也和對這個疾病在高峰期之免疫反應有關的新知識，藉由各種管道的教育訓練實質上有很大的關係。

四、中醫師對今(93)年秋天 SARS 是否會再次流行的看法

無論是中西醫師或純中醫師、年輕醫師或資深醫師、醫院醫師或診所醫師，在本研究中，均一致認為今年秋天 SARS 不會再來。理由包括：病毒會突變，今年的病毒到明年不會再出現，但是也有可能會出現其他變種病毒；目前大家都有警覺性，一有症狀或疑似病例出現，相關的防疫措施就會把關。從這一年的情形而言，確實也和這些中醫師的預測一致，這一年 SARS 沒有再度的大流行，而在北京出現疑似病例後，不僅中國大陸的防疫機制馬上出現來抑制病情的進一步擴展，而台灣也立刻啟動防疫機制，而且層級提高，民眾和醫院都能配合相關的因應措施，由於對病毒已經有深入的了解，政府和民眾都體認到防疫工作的重要性，也都能配合政策的執行，這和剛開始出現 SARS 疫情

的反應是完全不一樣的。

五、中醫介入 SARS 防治之看法

從中醫師的角度觀察，在 92 年 SARS 流行期間，中醫師雖然有心，但是仍無法真正介入抗 SARS 行列，中醫師普遍認為這和政府政策以及中醫醫療資源不足有關。在政府政策方面，專家意見主要和醫療政策偏西醫而輕忽中醫、政府不信任中醫，。另外，在中醫醫療資源不足方面，除了中醫對 SARS 治療經驗不足外，中醫院所無隔離設備、無檢驗設備、以及 SARS 疫情告急時發生口罩不足之現象，因此造成中醫介入抗 SARS 醫療團隊行列之困難點。在未來有相關疫情出現，如何整合國內醫藥和衛材的資源和合理分配，是我們可從 SARS 經驗中獲得成長；而除了西醫外，如何整合中醫的資源，則是未來衛生主管機關必須以智慧做政策上的擬定。

目前國內中醫師的養成教育已經上軌道，特考的歷史任務已經可宣告一段落，而由正規的養成教育所培養兼具中醫和西醫知識的醫師，未來這些人力的運用於各種疾病的防治工作上，也考驗者衛生政策決策者的眼界和智慧。

台灣中醫界的兩個龍頭——中國醫藥大學和長庚紀念醫院中醫醫院，在這個事件中的聲音較小，也引起了中醫界的關注，未來如何以身作則來負起時代的使命，則是必需要深思的。在以實證醫學為導向的醫學發展，臨床試驗中心在目前中醫藥委員會也投入相當多的心力和經費，未來面臨類似的問題可由提出研究計畫書進行相關的臨床學術研究，而中醫界也需要團結一致來作好這個工作。