

中國醫藥大學中西醫結合研究所碩士論文

編號：GIIM-95-9404

指導教授：蔡金川 教授

論文題目

高血壓病例中西藥併用之研究與評價

研究生：陳芳英

The Surveillance of Concurrent Use of
Traditional Chinese Medicine and Western
Medicine for Hypertension

中華民國九十六年六月二十九日

目錄

目錄	i
表目錄	ii
圖目錄	iii
中文摘要	iv
英文摘要	v
第一章、前言	1
第二章、材料與方法	7
第三章、結果	16
第四章、討論	42
第五章、結論與建議	44
第六章、參考文獻	45



表目錄

表一	中西藥併用病歷追蹤調查問卷-----	10
表二	中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼-----	12
表二	中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼 (續)-----	13
表二	中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼 (續)-----	14
表二	中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼 (續)-----	15
表三	病例之篩選與追蹤-----	17
表四	追蹤病例兼有其他慢性疾病之統計人數-----	17
表五	追蹤病例基本分析-----	18
表五	追蹤病例基本分析(續)-----	19
表六	就醫狀態資料分析-----	20
表七	中西藥併用狀態資料分析-----	22
表八	前十名常用中西用藥統計結果-----	23
表九	高血壓中西藥併用可能產生的交互作用-----	37
表十	食物攝取資料分析-----	38
表十之一	主食類食物攝取資料分析-----	38
表十之二	水果類食物攝取資料分析-----	39
表十之三	飲料類食物攝取資料分析-----	40
表十一	92年高血壓前十名使用中西藥及使用率-----	41
表十二	由文獻收集資料顯示丹參與西藥並用可能發生之交互作用-----	41

圖目錄

圖 1	年齡分佈-----	20
圖 2	就醫特性-----	21
圖 3	中西藥併用時間-----	21
圖 4	中西藥併用服用間隔時間-----	21
圖 5	主餐食物分析圖-----	38
圖 6	水果分析圖-----	39
圖 7	飲料分析圖-----	40
附件一	問卷效度與信度檢定審查專家名單與專業背景資料---	49
附件二	病例追蹤調查成員-----	50
附件三	問卷訪問員訓練營課程表-----	51



摘要

研究目的

本研究依據世界衛生組織對傳統醫療及替代醫療用藥安全性的重視，及行政院衛生署注重中藥用藥之安全及其影響，針對慢性病—高血壓追蹤中西藥併用對療效之影響，以建立用藥安全資訊。

研究方法

針對 50 個高血壓中西藥併用的病例追蹤研究與中臺灣地區之高血壓病例流行病學建檔分析。

結果與討論

50 個中西藥併用之高血壓病例追蹤結果顯示，中西藥併用具有提高療效之意義。且多數病人已有近一年中西藥併用病史，且病人服藥間隔時間為一小時以上，可以避免交互作用之發生。

92 年度中臺灣地之高血壓病例流行病學調查 8528 人次病例之用藥分析，結果為使用中藥 638 種，西藥 355 種。丹參與 Novasc 為高血壓最常使用之中西藥，其中丹參與其他西藥間之交互作用必需注意。

關鍵詞：中西藥併用：病例追蹤研究：流行病學：SPSS

ABSTRACT

Objective

With the more emphasis from WHO on the safety of the concomitant use of Traditional Medicine and Alternative Medicine, the Department of Health, Executive Yuan in our country has also accessed to establish the safety of this field. The medical control of chronic hypertension is studied to follow up the effects of the therapy of taking traditional Chinese medicine and western medicine concomitantly together the information of the safety of medical therapy.

Method

The surveillance of 50 cases of chronic hypertension with the concomitant use of traditional Chinese medicine and western medicine are aimed to collect and analyze the epidemiological data of chronic hypertension in central area of Taiwan.

Results & Discussion

The results of this study reveal that the concomitant use of traditional Chinese medicine and western medicine approves the effectiveness of therapy for chronic hypertension significantly.

Most of the patients have been under this treatment for more than one year, and the interval of taking medicines between the traditional Chinese one and western one is one hour above to avoid the interaction of medications effectively.

An epidemiological study on 8528 cases of chronic hypertension in central area of Taiwan area has been performed during 2003; there are 638 kinds of traditional Chinese medication and another 355 western ones in this category to be applied to all these patients. 丹參(*Salvia miltiorrhiza*) and Amlodipine (Norvasc) are the most frequently used medications in these two categories. *Salvia miltiorrhiza* also has been noticed the interactions with other western medications.

Keywords: Concurrent use of TCM-Western medicine : Follow-up study :
Epidemiology : SPSS

第一章、前言及背景分析

世界衛生組織屢次強調對傳統醫學及替代醫學用藥安全性的重視，這和我國的醫療政策是一樣的。自從 1995 年全民健康保險實施，許多民眾同時服用中藥與西藥，因此特別注意其相互作用。一般人總認為中藥是天然無副作用的且未告知醫師，醫師也很少詢問病人是否有同時服用其他藥物，所以此類調查將非常困難。

近年世界衛生組織(WHO)特別對傳統醫療提出許多的建議及發展策略，因傳統醫學(Traditional Medicine)仍然在發展中國家廣泛的被使用，且補充和替代醫學(CAM)的應用也在已開發國家迅速增長。因此世界衛生組織明確在傳統醫學及補充和替代醫學方面的作用，制定一些可以解決其安全性、有效性、質量及合理應用性等問題。由上可知，中西藥併用需要加強監督及輔導。

雖然西方醫學科技進步，世界每年仍有 30%以上人口尋求替代醫學，在華人社會主要是傳統中醫藥，由於中醫藥使用者大多同時併用西方醫學。台灣中西醫醫療體系雙軌並行，民眾極可能在非醫囑之情形下，同時使用中藥及西藥治療疾病，中西藥物合併使用引發之交互作用問題，已引起醫藥界的重視，但由於中藥成份複雜，且民眾認為中藥溫和無副作用，不主動告知醫師，醫師亦不主動詢問服藥狀況，醫病間缺乏溝通使交互作用研究困難。

本研究希望藉由此中西診療中心來探討民眾用藥行為，瞭解中西藥物都服用者之行為特質與相關因素，因此中西藥物併用導致交互作用發生，從而造成療效降低或產生中毒現象，此為一用藥安全上極需注意的焦點。彙集通報可能引發交互作用之資訊，若能有系統有組織地進行研究，對於臨床證實之不良反應或交互作用，藉由媒體、報章雜誌宣導，讓民眾提高警覺，避免發生不良反應，國人之健康將更有保障。

國內對於中西醫療合併使用行為之研究也相當多：林芸芸²⁶於民國七十八年十一月對新店市二十至六十五歲居民作問卷訪視，一千七百位有效樣本中，22%曾於過去一年曾使用醫療服務，其中 83.8%只用西醫，7.9%只用中醫，8.4%中西醫併用。中西醫併用者較只用西醫者之教育程

度為高，自覺健康較差；與只用中醫者相較，中西醫併用者之教育程度較高、症狀數較少(林芸芸，1992)。

李卓倫²⁷等學者於民國八十四年訪視，1700位中醫門診病人，因同一症狀複式求醫行為中，59.2%曾針對此次求診的同一症狀求診其他西醫師；中醫門診病人曾因同一症狀自行服用西藥佔11.1%。康翠秀²⁸於民國八十七年針對台北市北投區居民，對中醫的知識、信念與行為意向及其對醫學利用型態影響之問卷調查顯示：年紀越輕，對中醫醫療的認知越高，其行為意向越偏向中醫醫學，其醫療利用型態：1085個有效樣本中用西醫佔68%，用中醫佔2.9%，中西醫合併佔29.1%。

陳淑賢(2000)針對台北縣市277位氣喘學童的問卷結果顯示，曾接受中醫療法者有107位佔38.6%；張念慈(2000)²⁹針對台北市士林、北投區九十個里的里長等社區領袖，194份有效問卷之研究顯示：社區領袖對不同健康問題處理方式不同，而扭傷、婦科疾病、慢性病等問題的處理方式呈現多樣性，並出現同時尋求中西醫療之多元化求醫行為：陳立奇(2001)的研究發現，癲癇患者常併用許多不同的抗癲癇藥物治療，除了標準的治療藥物外，有16%癲癇患者會合併使用相關的傳統中藥。

2003年政府舉辦全國衛生醫療政策會議，在總結報告中³⁰，有關於「病人安全十大行動綱領」，揭示醫療的首要前提為「病人安全」，醫界應透過學習及監督機制，減少醫療錯誤的發生提供全國民眾安全就醫環境。其中的第七及第八綱領分別提到「建構病人安全資訊體系」及「建構用藥安全機制」³⁰。

我國的「藥物不良反應通報中心」成立於民國八十年，並於北、中、南、東四個地區設立通報中心，其目的在於監測藥物發生之不良反應與交互作用，各醫院通報案例以西藥為主。行政院衛生署中醫藥委員會鑒於國內常有病患因服用中草藥產生不良反應，甚至發生中毒現象而就診或住院，民國九十年於林口長庚建立「中藥不良反應通報中心」，除北、中、南、東之四個通報中心外，並擇定數家有中醫門診之醫院為重點通報醫院。其業務在於紀錄病患服用之中草藥及產生之不良反應，經評估分析及追蹤後續結果，定期呈報中醫藥委員會，並邀請專家學者宣導中草藥用藥之注意事項並教育民眾，以提昇中藥用藥之安全性。

該研究報告同時指出，中草藥引起不良反應常見之原因為：

1. 中藥之來源混亂：中草藥之療效受品種、產地、採取部位而有所不同。
2. 中草藥之名稱混淆：中草藥常有一物數名或同名異物之現象，尤其藥材之學名、俗名、偏名很多，尚無固定之全國統一標準。
3. 中草藥加工品質不均：中草藥會因炮製不當或是遭受污染而變質，可能導致不良反應之發生。
4. 藥證不符：使用中藥會因體質、年齡、性別，而對中草藥產生不同之反應。
5. 中西藥併用：民眾於就診或居家保健時，常會發生中草藥和西藥併用之情形，由於中藥之成份複雜，與西藥併用時易形成藥物之交互作用。

藥物交互作用

1694年本草備要就詳細記載了中藥與中藥間之交互作用，直至1960年西方國家才開始著手研究西藥之間的交互作用，「藥物交互作用」之觀念，中藥比西藥至少早了二百六十年。時至今日，國外積極發表中藥與西藥交互作用之臨床研究與文獻；而我們除了寥寥幾篇動物實驗外，對臨床研究貢獻甚少，因此，儘速蒐集本土之中西藥物交互作用資料，有規劃、有系統地研究中西藥物併用可能發生之不良反應與交互作用，實為當務之急。

近年來不斷出現某些中草藥不良反應的報導，特別是有關馬兜鈴酸腎病成為國內外學者關注的焦點，這對提高公眾對中草藥毒副作用的認識和加強對中藥毒副作用研究、監督和管理起了積極的作用，但不可否認馬兜鈴酸腎病的出現，對中草藥及中成藥的臨床應用帶來了很大的負面影響，使中草藥的正常應用受到了限制。就從馬兜鈴酸腎病的成因談談中草藥的合理使用⁴³。

1. 中藥應用不合理之情況如下：

(1). 中藥的誤用：

目前文獻報導引起馬兜鈴酸腎損害的中草藥有廣防己、關木通、青木香及含有這些藥物的中成藥製劑，如龍膽瀉肝丸、導赤丸、八正散、婦科分清丸等。中草藥的品種繁多，這就是求臨床醫生

和藥房藥師不僅要瞭解中草藥的性味和功能，還必須掌握中藥的科屬，如防己是常用的利消腫，祛風止痛藥，粉防己(漢防己 *Stephania tetrandra* S. Moore)為防己科植物粉防己的乾燥根，而廣防己(木防己 *Aristolochia fangchi* Y. C)為馬兜鈴科植物廣防己的乾燥根，還有馬兜鈴科植物異葉馬兜鈴的根亦可入藥稱為”漢中防己”。1993年比利時 Vanherweghem 等報導的因減肥治療出現的腎間質纖維化，腎功能衰竭，而提出”中草藥腎病”的案例，正是由於患者所服用的防己非處方要求的粉防己。

(2). 中藥的濫用：

長期以來中藥安全無毒的錯誤認識，使許多處方藥在任何藥店均可隨便購買，不少患者到藥店選購和自己臨床症狀相符的藥物長期服用，如因自認為是”肝火旺”就服用龍膽瀉肝丸；腰酸關節痛就購買壯骨關節丸；泌尿系結石就服用排石沖劑，既不知道療程也不掌量，長期服用引起許多不良反應。

(3). 中藥超量及長期使用：

大多數臨床病例報告可以看出，含馬兜鈴酸中草藥引起的腎損害是由於超量或長期服用造成的。如木通藥典的劑量為6~9克，國內報導引起腎功能衰竭的劑量在25克以上，甚至60~120克⁴³。

(4). 個體的因素：服用含有馬兜鈴酸的中草藥出現腎損害⁴³，除馬兜鈴酸中藥腎毒性作用之外，還應該考慮是否有其他因素參與，如患者的基礎病(如慢性腎盂腎炎等慢性腎臟疾患)、體質因素、遺傳背景及與其他藥物相互作用等等，這些都值得深入研究。

2、提高對中草藥毒副作用的認識，合理使用中草藥：

(1). 提高對中草藥毒副作用的認識：

中醫中藥有數千年的歷史，前人在長期的臨床實踐中，以中醫理論為依據，用氣味歸經、升降沈浮等理論說明中藥的特點和藥效。早在西元一世紀問世的《神農本草經》就將中藥分為上、中、下三品，即”上品”為具有補益作用的藥物，”中品”為具有祛

邪調理的藥物，”下品”為有毒的藥物。把中藥之間的相互作用歸納為”十八反”、”十九畏”。

(2). 嚴格掌握適應症:

中醫臨床治療疾病必須遵循”辨證施治療”的原則，”有是證用是藥”，”衰其大半而止之”。要求處方的醫生必須根據中醫的”辨證”處方，不能單憑西醫的”辨病”用藥。

(3). 嚴格按照藥典劑量處方:

中藥的用量是古人通過”神農嘗百草，一日遇七十二毒”的大量臨床實踐總結積累起來的，必須予以重視，如:細辛不過錢等。

(4). 嚴格掌握療程:

中草藥和中成藥臨床治療的療程至今沒有明確的規定，但古人”衰其大半而止之”的原則，宏觀地為臨床應用祛邪藥物(包括活血化瘀藥、利水滲濕藥等)指出了療程結束的標誌。臨床和動物實驗均已經證實關木通在藥典劑量範圍內短期不引起腎損害，隨著用藥時間的延長出現腎臟不可逆的損害⁴⁴。

(5). 中草藥治療中注意觀察不良反應:

大多數中草藥及中成藥的有效性是公認的，但其由於歷史的原因沒有經歷科學的評估，其毒副作用尚未清楚。所有中草藥及中成藥的有效性和安全性之評價工作任重而道遠。

隨著社會的進步，生活水平的提高，人們對美的追求及健康的企盼，回歸大自然用中草藥祛病延年美容減肥已成為時尚，因此必須加強中藥規範化管理，健全中藥不良反應的監測體系，客觀評價中藥的臨床療效，深入研究中草藥或中成藥的治療量和中毒量的範圍及用藥的療程。使傳統中藥的經驗，賦予當代社會科學技術特徵，更好地為人類的康服務。

綜觀文獻可知:替代醫學之盛行乃世界潮流，大部分使用替代醫學者亦會同時使用西方醫學¹⁰，單獨使用替代醫學者不及1%¹⁷，民眾複式就醫或自行服用草藥製品之行為，使中西藥物併用之機率大幅提高，而民眾認為草藥是天然的必然也安全，不會主動告知醫師，醫師也不主動詢問^{3,6,21}，致使醫師、民眾對草藥可能引發之不良反應與中西藥物交

互作用疏於防範。

且國內外有關「服藥行為」之相關研究甚少，因此，本研究希望藉由中西藥併用的病例追蹤，探討民眾對中西藥物之基本認知、相關之用藥行為、民眾基本特性之差異，以瞭解影響民眾用藥行為之相關因素。

本研究特以行政院衛生署中醫藥委員會成立四週年之回顧與前瞻之報告中提到：中醫師認為中醫醫療較具療效之前三十種疾病之高血壓疾病做研究討論。

高血壓：是以動脈壓升高尤其是舒張壓持續升高為特點的全身性、慢性血管疾病。本病病因尚不十分清楚，長期精神緊張、有高血壓家族史、肥胖、飲食中含鹽量高和大量吸煙者發病率高。臨床上以頭暈頭痛、耳鳴健忘、失眠多夢、血壓升高為基本特徵。晚期病人常伴有心腦腎等器質性損害。結合本病臨床表現，一般屬中醫”眩暈”、”頭痛”病範疇；主要由情志內傷、肝腎陰虧陽亢或飲食不節，痰濁雍滯所致；治此常以滋陰平肝潛陽或除痰祛濕等為大法。



第二章、材料與方法

一、研究材料

1. 病人的選擇：與全國唯一之中國醫藥大學附設醫院中西合作治療中心合作，依據國際疾病分類第九版(The International Classification of Diseases, Clinical Modification (ICD-9-CM))篩選中西醫合診高血壓之病人 50 人，預覽病人之用藥史 6 個月，選定中西藥併用之病人，作為本計劃之追蹤病例。
2. 研究使用軟體：病例相關資料建檔軟體為 word 或 Excel，資料分析或統計軟體為 Excel 或 Spss(version 12)。
3. 研究使用相關設備與材料：電腦、網路預約掛號查詢、印表機、碳粉夾、墨水夾、標籤、存檔用磁片、隨身碟、光碟片、訪問員之名牌等。

二、研究方法

1. 病例追蹤的問卷設計及分析：

本研究依研究架構建構設計問卷(表一)，問卷內容包括以下資訊：

- (1)傾向因子：人口特徵：性別、年齡、職業種類、教育程度、宗教信仰等因素。
- (2)能力因子：個人月收入。
- (3)需求因子：有無慢性病、健保 IC 卡使用狀況。
- (4)就醫習慣：就醫考慮之因素、選擇中西醫學考慮之因素。
- (5)用藥認知：服藥依從性，對藥品療效、副作用知道之程度，中西藥併用對療效、副作用影響之認知。
- (6)食物因素：病人的飲食對中西藥併用的影響。

2. 研究對象

中國醫藥大學附設醫院中西合作診療中心之病患，針對高血壓病人做中西藥併用之追蹤。

3. 問卷回收

本研究於中國醫藥大學附設醫院中西醫合作診療中心發出問卷，以三個月為一個療程，十八歲以上之民眾做長期追蹤，並去除無效問卷。

4. 以 50 個高血壓病例為追蹤對象，分析中西藥併用後之用藥量、反應之狀況、副作用及療效，以及探討食物因素對高血壓之影響。

5. 流行病學建檔分析

本研究將首先以 92 年度之中央健康保險局的門診、住院治療清單與醫令申報檔以中國醫藥大學附設醫院的高血壓病例進行分析。

三、分析方法：

以描述性分析、探討服藥行為與傾向因子、能力因子、需求因子、就醫習慣以及用藥認知及中西藥併用及食物之影響^{36, 37}相關性。

1. 描述性分析

以個數及百分比描述研究樣本之個人基本資料、就醫習慣、罹患慢性病情況、服藥習慣、服用保健品習慣、藥物資訊來源及對藥物之認知等變項基本資料，與服藥行為之關係。

2. 問卷內容設計

由不同領域專家組成諮商團隊(附件一)，檢討及修改問卷內容，並經預試驗或修正即試跑 SPSS 軟體。

四、IRB 同意書

本研究於民國 94 年 4 月 28 日經中國醫藥大學附設醫院人體試驗委員會通過，開始進行病例追蹤。

五、病例追蹤訪問員職前訓練

病例追蹤訪問員由本校藥學系、藥妝系、護理系、醫管所等三年級以上學生及數名藥師組成(附件二)，由計畫主持人等相關研究人員針對研究計畫之背景目的、病例追蹤訪問時應進行訪問與注意事項，及赴醫院與診間醫護人員、病人、警衛間之互動配合，事先現場演練³⁸。

六、病例訪問

由配帶識別證之病例追蹤訪問員向病人說明計畫委託單位與進行追蹤之目的，並出示中國醫藥大學附設醫院人體試驗委員會之同意書及主持人之說明書，於徵求病人同意後，訪問員遵循標準化的訪問原則^{39, 40}進行訪問。

七、病人回診追蹤

每週六、日透過網路掛號系統查詢追蹤病人預約時間，列出排班表，由病例追蹤訪問員到醫院診間等候病人，於病人看診後進行追蹤訪問及記錄。

八、追蹤病人之問卷調查結果數字化

將追蹤病人之問卷內容中各項變項定義成對應之數字後(表二)，將每位病人之問卷調查量化結果，並由非建檔人員進行檢查，再進行結果之統計。

九、以中部某醫學中心 92 年度之高血壓病例進行流行病學分析，並探討中西藥併用狀態。

收集中部某醫學中心 92 年度之高血壓病例，期間由 92 年 1 月 1 日至 92 年 12 月 31 日止，進行用藥統計分析，探討其中西用藥併用狀態。



表一 中西藥併用病例追蹤調查問卷

初次門診日期： _____年 _____月 _____日 病歷號碼： _____
下回中醫門診日期： _____年 _____月 _____日 聯絡電話： _____
追蹤時間：
 門診當日詢問
 門診之後詢問 2週 4週 6週 8週 10週 12週

一、基本資料：
1、姓名： _____
2、性別： 男 女
3、出生： _____年 _____月 _____日
4、職業別： 軍 公 教 商 工 農 自由業 服務業 醫療業 學生 無
5、教育程度： 無 小學 國中 高中 專科 大學 研究所以上
6、宗教信仰： 無 佛教 道教 基督教 天主教 一貫道
7、個人每月收入： 無 小於 2 萬 2-5 萬 5-10 萬 10-15 萬
 15-20 萬 20 萬以上

二、疾病名稱：
1、病名： 高血壓 慢性肝病 糖尿病 腎臟病 心血管
2、病史： _____年 _____月 _____日
3、健保 IC 卡自 94 年使用次數： _____

三、就醫習慣分析
1、您最近一年看病，除了這個疾病外，其他疾病選擇什麼方式看病？
 西醫 選擇中醫 中西醫 自行購買西藥成藥 自行購買中藥
2、選擇就醫因素是什麼？
 醫院規模 醫師名氣 中西醫合診 服務品質 交通方便 其他

四、用藥名稱：
1、中藥名稱：

2、西藥名稱：

五、用藥狀態分析：
1、您合併使用中藥及西藥的時間有多久？
 三個月以下 三個月至六個月 六個月至一年 一年以上

2、您接受中西醫合併治療的原因是什麼？

為了提高治療效果 為了減少副作用 其他

3、同一天內服用，您習慣先服中藥還是西藥？

中藥 西藥

4、您間隔多少時間分別服中西藥？ 同時服用

間隔時間：三十分 一小時 二小時 其他

5、您認為中、西藥合併服用的效果：

效果提高 效果相同 效果降低

6、您認為中西藥合併治療是否有副作用？

是 否

7、服用中西藥物是否發生下列不舒服情形？

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 頭暈 | <input type="checkbox"/> 嗜睡 | <input type="checkbox"/> 疲勞 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚變黃 | <input type="checkbox"/> 癢 | <input type="checkbox"/> 紅疹 | <input type="checkbox"/> 皮膚斑點 |
| <input type="checkbox"/> 心跳加快 | <input type="checkbox"/> 血壓過高 | <input type="checkbox"/> 血壓過低 | <input type="checkbox"/> 無力倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 胸悶 | <input type="checkbox"/> 會喘 | <input type="checkbox"/> 血糖過高 | <input type="checkbox"/> 血糖過低 |
| <input type="checkbox"/> 胃痛 | <input type="checkbox"/> 腹瀉 | <input type="checkbox"/> 噁心 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 頻尿 | <input type="checkbox"/> 尿不出來 | <input type="checkbox"/> 水腫 | <input type="checkbox"/> 局部腫脹 |
| <input type="checkbox"/> 發燒 | <input type="checkbox"/> 過敏性休克 | <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 | |
| <input type="checkbox"/> 其他 | _____ | | |

8、發生不舒服時間，是在服藥多久？

同一天 三天 一星期內 一星期以內

9、服用中西藥期間，三餐食物的種類：

五穀類：米 麵食 雜糧 其他(_____)

肉類：肉類 牛肉 雞肉 羊肉 其他(_____)

海產類：魚類 蝦類 蟹類 蚌殼類 其他(_____)

蔬菜類：豆類 葉菜類 根莖類 生菜類 生機類 醃漬品
其他(_____)

水果類：柑橘類 葡萄柚 西瓜 香瓜 楊桃 香蕉 蘋果 葡萄
鳳梨 蕃茄 其他(_____)

飲料類：茶 咖啡 酒 牛奶 汽水 葡萄柚汁 柳丁汁 楊桃汁
紅蘿蔔汁 西瓜汁 番茄汁 其他(_____)

表二 中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼

變項定義	狀態	定義碼	備註
病人編號	高血壓	H01-H50	H：高血壓
性別	男	0	
	女	1	
年齡（歲）	21-30	1	
	31-40	2	
	41-50	3	
	51-60	4	
	61-70	5	
	71-80	6	
	81-90	7	
	91 年以上	8	
職業別	無	0	
	軍	1	
	公	2	
	教	3	
	商	4	
	工	5	
	農	6	
	自由業	7	
	服務業	8	
	醫療業	9	
	學生	10	
教育程度	無	0	
	小學	1	
	國中	2	
	高中	3	
	專科	4	
	大學	5	
	研究所以上	6	

表二 中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼 (續)

變項定義		狀態	定義碼	備註
宗教信仰		無	0	
		佛教	1	
		基督教	2	
		天主教	3	
		一貫道	4	
個人每月收入		無	0	
		2 萬以下	1	
		2-5 萬	2	
		5-10 萬	3	
		10-15 萬	4	
		15-20 萬	5	
		20 萬以上	6	
疾病名稱	高血壓	無(有)	0(1)	
就醫特性	西醫			
	中藥	無(有)	0(1)	
	中西醫			
	自行購買西藥	無(有)	0(1)	
	自行購買中藥			
中西藥併用時間		3 個月以下	1	
		3-6 個月	2	
		6-12 個月	3	
		12 個月	4	
中西藥合併治療的原因		提高治療效果	1	
		減少副作用	2	
		其他	3	
先服什麼藥		中藥	1	
		西藥	2	
		不一定	3	
同時服用		無	0	
		有	1	

表二 中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼 (續)

變項定義		狀態	定義碼	備註
間隔多久時間		三十分鐘	1	
		一小時	2	
		二小時	3	
		其他	4	
合併治療的效果		療效提高	1	
		療效相同	2	
		療效降低	3	
有無副作用		無	0	
		有	1	
副作用產生時間		同一天	1	
		三天內	2	
		一星期以內	3	
		一星期以上	4	
食物的種類	五穀類	米	0(1)	無
		麵食	0(1)	無
		雜糧	0(1)	無
		其他	0(1)	無
	肉類	豬肉	0(1)	無
		牛肉	0(1)	無
		雞肉	0(1)	無
		羊肉	0(1)	無
		其他	0(1)	無
	海產類	魚類	0(1)	無
		蝦類	0(1)	無
		蟹類	0(1)	無
		蚌殼類	0(1)	無
		其他	0(1)	無
	蔬菜類	豆類	0(1)	無
		葉菜類	0(1)	無
		根莖類	0(1)	無
		生菜類	0(1)	無
		生機類	0(1)	無
		醃漬品	0(1)	無
		其他	0(1)	無

表二 中西藥併用病例追蹤調查問卷變項定義碼 (續)

變項定義		狀態	定義碼	備註
食 物 的 種 類	水果類	西瓜	0 (1)	無(有)
		香瓜	0 (1)	無(有)
		楊桃	0 (1)	無(有)
		柑橘類	0 (1)	無(有)
		葡萄柚	0 (1)	無(有)
		香蕉	0 (1)	無(有)
		蘋果	0 (1)	無(有)
		葡萄	0 (1)	無(有)
		蕃茄	0 (1)	無(有)
		鳳梨	0 (1)	無(有)
		其他	0 (1)	無(有)
	飲料類	茶	0 (1)	無(有)
		咖啡	0 (1)	無(有)
		酒	0 (1)	無(有)
		牛奶	0 (1)	無(有)
		汽水	0 (1)	無(有)
		葡萄柚汁	0 (1)	無(有)
		柳丁汁	0 (1)	無(有)
		葡萄汁	0 (1)	無(有)
		楊桃汁	0 (1)	無(有)
		紅蘿蔔汁	0 (1)	無(有)
		西瓜汁	0 (1)	無(有)
		蕃茄汁	0 (1)	無(有)
汽水	0 (1)	無(有)		
其他	0 (1)	無(有)		

第三章、結果

統計資料自 94 年 7 月 12 日至 12 月 31 日期間，依據 ICD-9 篩選之 440 例高血壓病例，再由中西醫就診次數最高挑選 50 人(表三)，進行病例追蹤三個月，每位病人追蹤 3 次，檢查追蹤之問卷及病人用藥，符合有效樣本之問卷進行數字化後，統計分析結果列於如下：

(一)追蹤病例的基本資料分析

1. 性別:高血壓(男 36 人、女 14 人)
2. 年齡:分佈介於高年齡層(圖 1)，高血壓多為 71-80 歲病人(32%)，部分高齡的病人可能同時患有兩至三種慢性疾病(表四)。
3. 職業別:以退休人，無薪資收入居多(68%)(表五)。
4. 教育程度:願意回答的病人以小學(30%)及高中(26%)程度為主。

(二)就醫狀態資料分析

1. 就醫特性:46%以中西醫合診為主(結果如表六、圖 2)。
2. 中西藥併用時間:74%長達 12 個月以上(圖 3)。
3. 中西藥併治療原因:62%的受訪病人均認為中西藥併用可以提高治療效果。
4. 中西藥併用間隔時間分析:44%之病人服藥時間間隔一小時以上，副作用降低(表七)。
5. 中西藥併用狀態分析:高血壓中西藥併用之分析結果，將常用前十名中西藥列於表中(表八)。有副作用的有 6 人(12%)，逐一檢查這些病例的處方，檢視藥名、用量、日期等，以發現其中是否有交互作用問題，並與文獻報導比對後，發現有可能導致交互作用的高血壓用藥(含中西藥)存在處方中(表九)。

(三)病人之食物攝取資料分析

1. 主餐食物:多數病人以米飯、豬肉、雞肉、魚類為主食。
2. 水果:以蘋果、葡萄、西瓜、鳳梨為主。
3. 飲料仍以茶為主，其次為牛奶。

(四)92 年度中臺灣地區之高血壓病例流行病學分析

由 92 年 1 月 1 日至 92 年 12 月 31 日為止，共統計 8528 人用

藥分析結果，共使用中藥 638 種(單方 448 種，使用頻率 20758 次，複方 190 種，使用頻率 9581 次)，西藥 355 種(頻率 1989 次)。高血壓前十名常用中 西藥及使用頻率，其中使用量高的丹參，文獻報導與部分西藥易發生交互作用^{45, 46}(表十二)。

表三 病例之篩選與追蹤

高血壓
401.0~405.990
總病例人數 440 人次
篩選病例人數 50 人

表四 追蹤病例兼有其他慢性疾病之統計人數

訪問病例 兼有其他疾病	高血壓
肝臟病	4
腎臟病	6
糖尿病	19

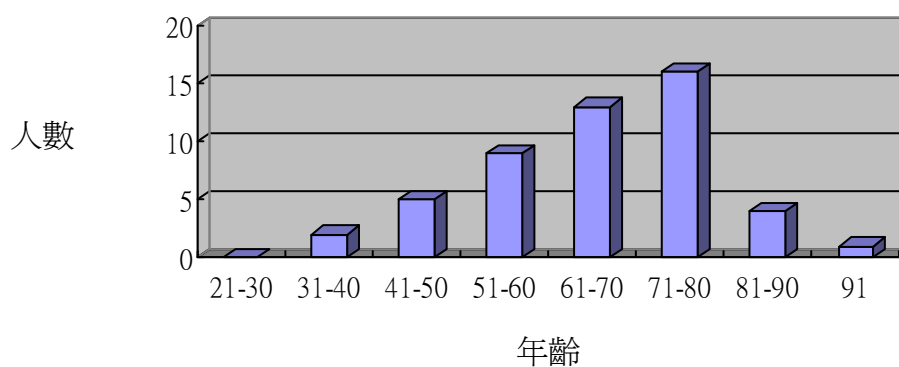
表五 追蹤病例基本資料分析

分析變項		高血壓
性別	男	36(72%)
	女	14(28%)
年齡	71-80	16(32%)
	61-70	13(26%)
	51-60	9(18%)
	41-50	5(10%)
	81-90	4(8%)
	31-40	2(4%)
	91-	1(2%)
	21-30	0(0%)
職業別	無	34(68%)
	工	4(8%)
	未答	4(8%)
	自由業	2(4%)
	服務業	2(4%)
	商	1(2%)
	公	1(2%)
	農	1(2%)
	教	1(2%)
	醫療業	0(0%)
	軍	0(0%)

表五 追蹤病例基本資料分析(續)

分析變項		高血壓
教育程度	小學	15(30%)
	未答	13(26%)
	高中	13(26%)
	國中	4(8%)
	專科	3(6%)
	無	1(2%)
	大學	1(2%)
	研究所	0(0%)
宗教信仰	佛教	13(26%)
	未答	13(26%)
	道教	12(24%)
	無	8(16%)
	基督教	3(6%)
	天主教	1(2%)
	一貫道	0(0%)
個人每月收入	無	33(66%)
	2-5 萬	6(12%)
	未答	6(12%)
	<2 萬	3(6%)
	5-10 萬	2(4%)
	10-15 萬	0(0%)
	15-20 萬	0(0%)
	>20 萬	0(0%)

圖 1 高血壓病人之年齡分布



表六 就醫狀態資料分析

分析變數	高血壓	
就醫特性	中西醫	23(46%)
	西醫	11(22%)
	中醫	6(12%)
	自行購買西藥	3(6%)
	自行購買中藥	0(0%)
中西藥併用時間	12 個月以上	37(74%)
	3 個月以下	4(8%)
	3-6 個月	4(8%)
	6-12 個月	4(8%)
	未答	1(2%)
中西藥合併治療原因	提高治療效果	31(62%)
	其他	10(20%)
	減少副作用	5(10%)
	未答	4(8%)

圖 2 高血壓病人之就醫特性分析

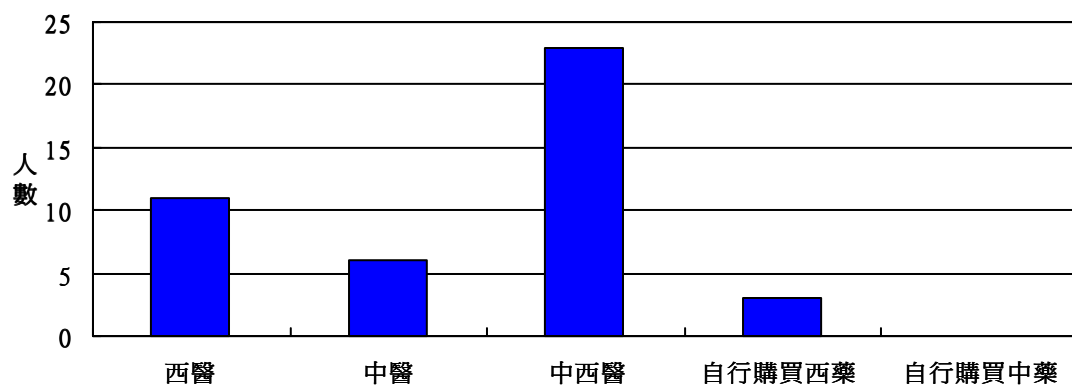


圖 3 中西藥併用時間

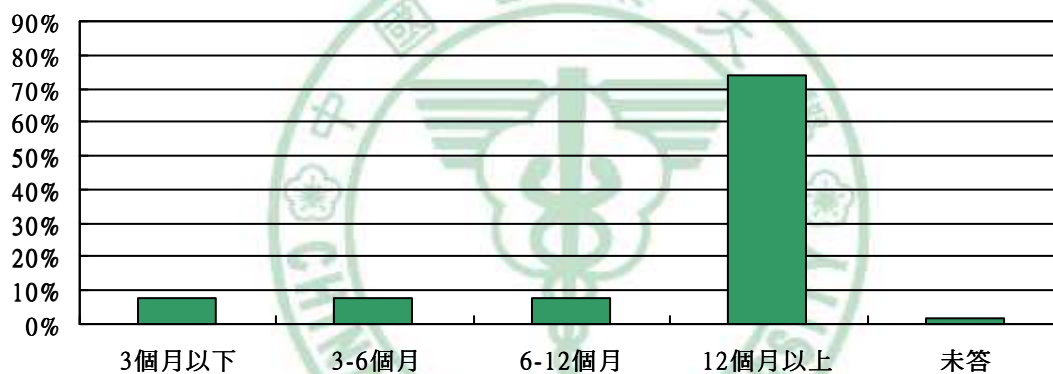
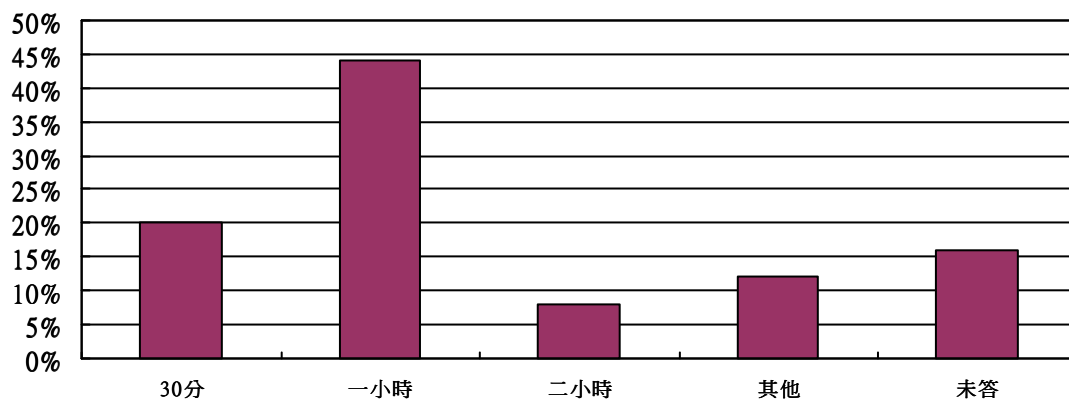


圖 4 中西藥併用服藥間隔時間



表七 中西藥併用狀態資料分析

分析變數		高血壓
先服什麼藥	西藥	32(64%)
	中藥	15(30%)
	未答	3(6%)
	不一定	0(0%)
同時服用		7(14%)
間隔時間	一小時	22(44%)
	30分	10(20%)
	未答	8(16%)
	其他	6(12%)
	二小時	4(8%)
合併治療效果	療效提高	32(64%)
	療效相同	15(30%)
	未答	3(6%)
	療效降低	0(0%)
副作用	無	44(88%)
	有	6(12%)
副作用產生時間	未答	44(88%)
	同一天	5(10%)
	三天內	1(2%)
	一星期內	0(0%)
	一星期以上	0(0%)

表八 高血壓前十名常用中西用藥統計結果

	中藥	使用 次數	西藥	使用次數
1	丹參	121	Norvasc 5 mg/T	70
2	沒藥	73	Persantin 75mg/T	54
3	乳香	73	Apo-Glyburide 5mg/T	45
4	當歸	65	Avandia 4mg/T	41
5	補中益氣湯	61	Genzosin 2mg/T	38
6	牛膝(懷)	58	Monopril 10mg/T	37
7	杜仲	55	Felbin ER 5mg/T	35
8	加味逍遙散	47	Urosin 100mg/T	34
9	夜交藤	47	Bokey 100mg/Cap	33
10	威靈仙	43	Eazide 2mg/T	33

*統計時間自 94.07.15~94.11.30

高血壓前十名常用中藥藥物：

一、丹參

【性味歸經】 苦，微寒。歸心，肝經。

【功效】 活血調經，涼血消癰，清心安神。

【臨床應用】

1. 用於血瘀經閉、痛經、月經不調，產後瘀滯腹痛等症。本品善活血祛瘀，調經止痛，為婦科調經要藥。前人有『一味丹參散，功同四物湯』之說。可單用為末，陳酒送服，即丹參散。亦常與紅花、桃仁、益母草等活血調經藥配伍，以增療效。
2. 用於血瘀之心腹疼痛，癥瘕積聚等症。本品能活血祛瘀、消癥散結，為活血化瘀之要藥。治血瘀氣滯所致心腹、胃脘疼痛，與檀香、砂仁配伍、活血行氣止痛，即丹參飲；治癥瘕積聚，與三棱、莪朮等活血消癥藥配伍；治肢體關節疼痛，常與沒藥、當歸等同用，以活血和血止痛。
3. 用於瘡瘍癰腫。本品既涼血又活血，能清泄瘀熱而消癰腫。治療瘡癰腫或乳癰切起，常與金銀花、蒲公英等清熱解藥配伍。
4. 用於溫熱病熱入營血、煩燥不安，及心悸失眠等症。本品能涼血清心，除煩安神。治溫熱病熱入營血，煩燥不安，

與生地黃、玄蔘等清熱涼血藥配伍，如清營湯；治心陰血不足，虛熱內擾之心悸、失眠，常與酸棗仁、阿膠、人蔘等配伍，以益氣養血，養心安神，如天王補心丹。

【用法用量】煎服，5~15克。酒炒可增強活血之功。

【使用注意】反藜蘆。

【性能特點】本品味苦寒降泄，入心肝血分，為活血化癥要藥，廣泛用於各種瘀血症。既善活血化癥而調經止痛，為婦科調經佳品，適用於婦女血瘀經產初症；又善活血化癥而消癥散結止痛，治心腹刺痛、癥瘕積聚；還善涼血清心而除煩安神、散結消癰，治溫病熱入營血之煩躁不安、內熱擾心之心悸失眠及癰腫瘡毒等。

【藥理作用】本品能擴張冠狀動脈和外周血管，增加冠脈血流量，減慢心率，減輕心肌缺血性損傷程度；能促纖維蛋白溶解並有抗凝作用，對缺血後腦組織有明顯的保護作用。可減輕四氯化碳引起的肝組織損傷，促進肝細胞再生。能調整體液免疫和細胞免疫，且有抗菌、抗炎、抗過敏、沆腫瘤、解熱、鎮靜、降血糖、降膽固醇等作用。

二、沒藥

【性味歸經】苦、辛、平。歸心、肝、脾經。

【功效】活血止痛、消腫生肌。

【臨床應用】

用於瘀血阻滯之證。本品功用主治與乳香相似，能活血止血、消腫生肌，用治血瘀之心腹諸痛，跌打損傷，瘡瘍不斂等證。常與乳香相須配伍，以增強療效。然乳香行氣活血伸筋為優；沒藥活血散瘀力佳。

【用法用量】煎服，3-10g。外用適量。生用或炒去油用。

【使用注意】本品氣濁味苦，對胃有刺激性，易致嘔吐，胃弱者慎用。孕婦及無瘀滯者忌用。

【性能特點】本品辛散苦泄，芳香走竄，入心、肝、脾經。具活血止痛，消腫生肌之功。治療阻心腹諸痛跌打損傷，癰疽腫痛及瘰癧等證。並常與乳香相須為用，以增強藥力。

【藥理作用】本品水浸劑對多種致病真菌有不同程度的抑制作用。沒藥含油脂部分能降低雄兔高膽固醇血症的血膽甾醇含量，防止動脈內膜粥樣斑塊形成。也可用於胃腸無力時興奮腸蠕動。酞劑對黏膜有收斂作用，可用於口腔、咽部潰瘍。

【臨床報導】現代以本品製成膠囊（每粒含沒藥浸膏0.1g）口服，治高

脂血症；以本品配金銀花，製成煎液外用，治皮膚病（急慢性濕疹、接觸性皮炎、腳癬等）。均有較好良效。

三、乳香

【性味歸經】苦、辛、溫。歸心、肝、脾經。

【功效】活血止痛、消腫生肌。

【臨床應用】

1. 用於血瘀諸痛證。本品既善活血止痛，又兼行氣。治療血阻滯心腹疼痛，癥瘕積聚，常與當歸、丹蔘等配伍，如活絡效靈丹；治血瘀氣滯胃脘痛，常與延胡索、川棟子等配伍，以活血行氣止痛；治跌打損傷、瘀腫疼痛，常與血竭、紅花、兒茶等活血療傷藥配伍，如七厘散；治風濕痹痛肢體麻木，常與秦艽、獨活等祛風濕藥配伍，如蠲痹湯。
2. 用於瘡瘍癰腫，瘰癧。本品能活血止痛，消腫生肌，為外傷科要藥。治療瘡癰腫毒初起，紅腫熱痛血證，常與金銀花、沒藥等配伍，共奏清熱解毒、消散瘡腫之效，如仙方活命飲；若瘡瘍破潰，久不收口，與沒藥研末外用，及海浮散；亦可更加兒茶、血竭等同用，如腐盡生肌散；治癰疽、瘰癧、痰核堅硬不消者，常與麝香、雄黃等配伍，以增強解毒散結消腫之功，如醒消丸。

【用法用量】煎服，3-10g。外用適量。生用或炒去油用。

【使用注意】本品氣濁胃苦，對胃有刺激性，易致嘔吐，胃弱者慎用。孕婦及無瘀滯者忌用。

【性能特點】本品辛散苦泄，芳香走竄，入心、肝、脾經。內能宣通臟腑，通達氣血；外能透達經絡。功善活血止痛、消腫生肌，並兼行氣。凡血瘀氣滯之疼痛、跌打損傷、癰疽瘡瘍及瘰癧腫塊皆可用之。若內服外用相配合，其效更良。

【藥理作用】本品有鎮痛、消炎作用。口服本品能促進多核白細胞增加，加速炎症滲出的吸收，促進傷口癒合。可降低幽門結扎性潰瘍指數及胃液游離酸度，減輕阿斯匹靈、保泰松、利血平所致胃黏膜損傷。

【臨床報導】現代以本品配沒藥、冰片共研細末，用蜂蜜調成糊狀塗於燙傷創面，治I度-II度燒燙傷有較好療效。

四、當歸

【性味歸經】甘、辛、溫。歸肝、心、脾經。

【功效】補血，活血、調經、止痛、潤腸。

【臨床應用】

1. 用於血虛諸證。本品甘溫質潤，功善補血養血，為補血要藥。適用於血虛引起的各種症候，常配熟地、川芎、白芍等同用，即四物湯；若氣血兩虛者，常與黃芪、人蔘等同用，共奏益氣補血之效，如當歸補血湯，人蔘養營湯等。
2. 用於血虛或血虛而兼有瘀滯的月經不調，痛經，經閉等證。本品既能補血、活血，又能調經止痛，為婦科要藥。凡血虛、血滯、氣血不和、沖任失調之月經不調、痛經、閉經等證，皆可應用，常與熟地、白芍、川芎配伍應用，即四物湯，此為婦科調經的基本方劑。如因於氣滯血瘀者，常加香附、桃仁、紅花等祛瘀通經、行氣止痛藥；因於寒凝者，常加肉桂、艾葉等散寒調經藥；因偏血熱者，則常加赤芍、丹皮等清熱涼血活血藥。
3. 用於血虛、血滯或寒凝，以及跌打損傷，風濕痹阻的疼痛證。本品既善補血活血止痛，又能散寒，故可隨證配伍應用。如治血滯兼寒的頭痛，常配川芎、白芍等；氣血瘀滯的胸痛、脇痛，常配鬱金、香附等；治虛寒腹痛，常配桂枝、白芍等；治血痢腹痛，常配黃芩、黃連、木香等；治癥瘕積聚，常配三棱、莪朮等；治跌打損傷，常配乳香、沒藥等；治風濕痹痛、肢體麻木，常配羌活、桂枝、秦艽等。現代用於冠心病心絞痛、血栓閉塞性脈管炎等，亦取得一定療效。
4. 用於癰疽瘡瘍。本品既能活血消腫止痛，又能補血生肌，故亦為外科所常用。用於瘡瘍初期，常配金銀花、連翹、炮山甲等，以消腫止痛；用於癰疽潰後，氣血虧虛，常配人蔘、黃芪、熟地黃等，以補血生肌。
5. 用於血虛腸燥便秘。本品能養血潤腸通便。常配火麻仁、肉蓯蓉等同用。

【用法用量】煎服，5-15g。一般生用，為加強活血則酒炒用。又通常補血用當歸身；活血用當歸尾；和血（補血活血）用全當歸

【使用注意】濕盛中滿、大便溏泄者忌服。

【特能特點】本品甘補辛行，溫通質潤，入肝、心、脾經。具有良好的補血、活血、止痛作用。其味甘而重，故專能補血，其氣輕而辛，故又能行血，補血有動，行中有補，誠血中之氣藥，亦血中聖藥也，適用於血虛諸證。並善調經，又擅止痛，尚能散寒，故不特血虛或血滯的月經不調、經閉、痛經等證持為要藥，而虛寒腹痛、風濕痹痛、跌打損傷、癰疽瘡等證，亦因其活血、止痛、溫散寒滯之功而可獲良藥。此外，既補

血，又質潤，故善治血虛腸便秘。

【藥理作用】本品煎劑能顯著促進實驗動物血紅蛋白及紅細胞生成。當歸浸膏對實驗動物有顯著擴張冠脈、抗心肌缺血、抗心律失常及擴張血管作用。其所含阿魏酸能改善外周循環，降低血壓，且有一定抗氧化和清除自由基作用，對腦缺氧、高血脂證均有明顯抑制作用；還可抑制肝合成膽固醇。當歸對小鼠四氯化碳引起的肝損傷有保護作用，並能促進肝細胞再生和恢復肝臟某些功能。本品對非特異性和特異性免疫功能均有增強作用。本品所含當歸多糖能促進骨髓造血功能。當歸煎劑和醇提液有抗心律失常、擴冠、降低心肌耗氧量、抗血小板聚集和抗血栓形成作用。揮發油能擴張外周血管、降壓。當歸對子宮的作用取決於子宮的機能狀態而呈雙相調節作用。當歸多糖、阿魏酸鈉能增強免疫功能、抗放射、抗腫瘤、抗氧化、。所含正丁烯基內酯和藁本內酯有平喘作用。此外，本品還有鎮靜，鎮痛，抗炎，抗缺氧，抗菌等作用。

【臨床報導】現代以本品製成片劑內服，治慢性肝炎及肝硬化；以本品配木香、赤小豆，煎服，治急性腸梗阻；以當歸注射液肌注或穴位注射，治劍突綜合徵、肋軟骨炎、肩周炎、局限性硬皮病等。均有一定療效。

五、補中益氣湯

【組成】黃芪一錢〈18g〉 甘草灸，五分〈9g〉 人蔘去蘆 升麻 柴胡 橘皮 當歸身酒洗 白 各三分〈各6g〉

【用法】上咬咀，都作一服，水三盞，煎至一盞，去渣，早飯後溫服。如傷之重者，二服而癒，量輕重治之。

【功效】補中益氣，升陽舉陷。

【主治】

1. 脾不升清證。頭暈目眩，視物昏瞶，耳鳴耳聾，少氣懶言，語聲低微，面色萎黃，納差便溏，舌淡脈弱。
2. 氣虛發熱證。身熱，自汗，渴喜熱飲，氣短乏力，舌淡而胖，脈大無力。
3. 中氣下陷證。脫肛，子宮脫垂，久瀉久痢，崩漏等，伴氣短乏力，納差便溏，舌淡，脈虛軟。

【臨床應用】

1. 用方要點：本方為補氣升陽，甘溫除熱的代表方。臨床當以體倦乏力，少氣懶言，面色晄白，脈虛軟無力為使用依據。
2. 臨證加減：兼頭痛者，輕者加蔓荊子，重者加川芎，以助

升陽止痛之力；兼腹痛者，加白芍以緩急止痛；兼氣滯脘復痞脹者，加枳殼、木香、砂仁等，以行氣消痞；久瀉不癒者，加蓮子肉、訶子、肉豆蔻等，以增澀腸止瀉之功；發熱心煩較甚者，加黃柏、生地等，以泄下焦之陰火；若外感風寒，兼噁寒頭痛者，加蘇葉、防風等，以扶正祛邪。

3. 現代運用：本方常用於治療肌弛緩性疾病，如子宮脫垂、胃肝脾腎等內臟下垂、胃黏膜脫垂、脫肛、疝氣、膀胱肌麻痺而致之癱閉、重症肌無力、腸蠕動弛緩引起的虛性便秘等；還常用於原因不明的低熱，慢性結腸炎，乳糜尿，功能性子宮出血，習慣性流產，慢性肝炎，原發性低血壓，神經衰弱之失眠、健忘，血管擴張性頭痛，老年性癡呆，癲癇，惡性腫瘤及其放化療後毒副反應明顯者，麻痺性斜視，視神經及視網膜病變，慢性鼻炎，鼓膜內陷，復發性口瘡，慢性咽炎等辨證屬於中氣不足，清陽不升的多種疾病。
4. 注意事項：陰虛火旺及實證發熱者，禁用；腎元虛憊者，亦不可服。

六、牛膝

【性味歸經】苦、酸、甘、平；歸肝、腎經。

【功效】活血通經，補肝腎，強筋骨，引火（血）下行，利尿通淋。

【臨床應用】

1. 用於血瘀之痛經、經閉、產後腹痛、胞衣不下及跌打損傷等證。本品善活血通經。治婦科經產瘀血諸證，常與桃仁、紅花、當歸等活血調經藥配伍；治跌打損傷，血瘀內停者，常與續斷、紅花、當歸、乳香等配伍，以活血療傷。
2. 用於肝腎不足，腰膝酸軟無力。本品有補肝腎，強筋骨之效。常與杜仲、續斷配伍，如續斷丸；若風濕痺痛日久，損及肝腎，腰膝酸痛，常與獨活、桑寄生等祛風濕強筋骨藥配伍，如獨活寄生湯；若濕熱成痿，足膝痿軟，則常與黃柏、蒼朮配伍，即三妙丸。
3. 用於上部火熱證。本品能引火（血）下行，以降上炎之火。治氣火上逆、血熱妄行之吐血、衄血等上部出血證、常與梔子、白茅根、代赭石配伍，以引血下行，降火止血；治肝陽上亢之頭痛、眩暈、目赤，常與代赭石、生龍骨、牡蠣等平肝潛陽藥配伍，如鎮肝熄風湯；治胃火上炎之牙齦腫痛、口舌生瘡，常與熟地黃、石膏、知母等配伍，以清胃滋陰降火，如玉女煎。

4. 用於淋證，水腫，小便不利。本品能利尿通淋。治熱淋、血淋、石淋等，常與冬葵子、瞿麥、滑石等利尿通淋藥配伍，如牛膝湯；治水腫小便不利，常與地黃、澤瀉、車前子等同用，如劑生腎氣丸。

【用法用量】煎服，6-15g。補肝腎強筋骨酒製用；活血通經等生用。

【使用注意】孕婦及月經過多者慎用。

【特能特點】本品苦甘酸平、入肝、腎經。性善下行，生用既善活血通經，治婦科經產諸疾及跌打傷痛；又善利尿通淋、引火血下行、治淋證、水腫及氣火上逆之吐血、衄血、頭痛、眩暈，或陰虛火旺之喉痹、齒痛、口瘡。製用善補肝腎、強筋骨，為治腎虛腰痛及久痹腰膝酸無力之常品。此外，『能引諸藥下行』，故臨床用藥欲其下行者，常與本品作引經藥。

【藥理作用】本品煎劑能使子宮收縮幅度增強，頻率加快。其醇浸劑對大鼠甲醛性關節炎有明顯的抑制作用，能促進炎性腫脹消退。其所含昆蟲變態甾體激素，能促進蛋白質合成。

七、杜仲

【性味歸經】甘、溫。歸肝、腎經。

【功效】補肝腎，強筋骨，安胎。

【臨床應用】

1. 用於肝腎不足的腰膝酸痛，下肢痿軟及陽痿，尿頻等證。本品善補肝腎而強筋骨，暖下元。為治肝腎不足之腰膝酸痛，筋骨痿軟的要藥。單用浸酒服即效；或常配補骨脂、胡桃肉等以增效，如青娥丸；治陽痿尿頻，可與山萸肉、菟絲子、覆盆子等同用，以增強藥力。
2. 用於肝腎虧虛，下元虛冷的妊娠下血，胎動不安，或習慣性流產等。本品有補肝腎，調沖任，固經安胎之效。治胎動腰痛如墜，可配續斷研末，棗肉為丸服，即杜仲丸；亦可配伍續斷、菟絲子、阿膠等補肝腎安胎藥同用。

【用法用量】煎服，10-15g。炒用療效較佳。

【使用注意】陰虛火旺者慎用。

【特能特點】本品甘溫、入肝、腎經。善補肝腎而強筋骨。蓋肝主筋，腎主骨，腎充則骨強，肝充則筋健；肝主沖任二脈，沖主血海，任主胞胎，肝腎不足，可致胎元不固，胎漏下血，本品又善補肝腎而調沖任，固經安胎。為治肝腎不足之腰脊疼痛、筋骨痿軟，以及胎動不安，胎漏下血之良藥。

【藥理作用】本品的水溶液、醇溶液、醚溶液及經提純的糖類、生物鹼、桃葉珊瑚苷、綠原酸等均有不程度的降壓作用，且砂燙杜仲

和杜仲炭較生杜仲的降壓效果好。能減少膽固醇的吸收，可使小鼠肝糖原含量顯著升高。杜仲煎液有擴張血管、增強免疫、鎮靜、鎮痛、抗應激、利尿及延緩衰老等作用。

八、逍遙散

【組成】柴胡去苗、當歸去苗，銼，微炒、茯苓去皮，白朮、白芍藥、白朮各一兩（30g）、甘草微炙赤，半兩（15g）

【用法】上為粗末，每服二錢（6g），水一大盞，燒生薑一塊切破，薄荷少許，同煎至七分，去渣熱服，不拘時候（現代用法：共為散，每服 6-9g，加煨薑、薄荷少許，共煎湯，溫服，日三次。亦可作湯劑，水煎服，用量按原方比例酌情增減。亦用丸劑，每服 6-9g，日服二次）。

【功效】疏肝解鬱，健脾和營。

【主治】肝鬱血虛脾弱證。兩脇作痛，頭痛目眩，口燥咽乾，神疲食少，或往來寒熱，或月經不調，乳房脹痛，舌淡，脈弦而虛者。

【臨床應用】

1. 用方要點：本方既為調和肝脾的要方，又是婦科調經的常用方。臨床使用應以兩脇作痛，神疲食少，或兼月經不調，舌淡紅，脈弦而虛為依據。
2. 臨證加減：肝鬱氣滯較重，加香附、鬱金、川芎以疏肝解鬱；肝鬱化火者，加丹皮、梔子以清熱泄火；肝血瘀滯者，加丹蔘、桃仁活血祛瘀；脇下癥結，加鱉甲、牡蠣軟堅散結；脾虛甚者，加黨蔘；脾胃氣滯者，加陳皮、枳殼；血虛甚者，加何首烏、生地以養血。
3. 現代運用：常用於慢性肝炎、肝硬化、胃十二指腸潰瘍、慢性胃炎、胃腸神經官能症、經前期緊張症、乳房小葉增生、更年期綜合症，也可用於膽石症、盆腔炎、子宮肌瘤、精神分裂症、視神經萎縮、視神經炎、老年性白內障、黃褐斑等病屬肝鬱血虛脾弱者。
4. 注意事項：陰虛陽亢者慎用。

九、夜交藤(首烏藤)

【性味歸經】甘，平，歸心、肝經。

【功效】養心安神，祛風通絡。

【臨床應用】

1. 用於虛煩不眠，多夢等證。本品有養心安神作用。治陰虛少之失眠多夢、心神不寧，常與合歡皮同用取效；治陰

虛陽亢，徹夜不眠者，常與龍齒、柏子仁、珍珠母等同用，以滋陰潛陽安神，如甲乙歸藏湯。

2. 用於血虛身痛，風濕痺痛。本品能養血祛風，通經活絡止痛。常與雞血藤、桑寄生，當歸、川芎等補血活血通絡之品同用。

此外，單用本品煎湯外洗，有祛風止癢之效，用治皮膚癢疹。

【用法用量】煎服，15-30g。

【性能特點】本品甘平，入心肝經。既能補養陰血而養心安神，適用於陰血虛少之心神不寧。又能養血祛風、通經活絡止痛，治血虛身痛、風濕痺痛。此外，還具祛風止癢之效，可治皮膚癢疹。

【藥理作用】本品有鎮靜、催眠作用。

十、威靈仙

【性味歸經】辛、鹹、溫。歸膀胱經。

【功效】祛風濕、通經絡、消痰水、治骨鯁。

【臨床應用】

1. 用於風濕痺痛，拘攣麻木，癱瘓。本品既能祛風濕，又能通經絡而止痺痛，為治風濕痺痛之要藥。可單用為末，溫酒調服；或與羌活、防風、川芎等配用，共奏祛風濕止痺痛之效。
2. 用於痰飲積聚。本品能消痰水，為治痰飲積聚要藥。多與半夏、薑汁等同用。
3. 用於諸骨鯁喉。本品有軟化鯁骨作用，為治諸骨鯁喉所常用。可單用或加砂糖、米醋煎湯，緩慢咽下，有一定療效。

【用法用量】煎服，5-15g。治骨鯁可用 30-50g

【使用注意】體弱者慎用。

【特性特點】本品辛散鹹軟溫通，主入膀胱經，性猛善走。既長於祛風濕、通經絡、止痺痛，又治風濕痺痛、拘攣麻木及癱瘓等證。又能軟化鯁骨，治諸骨鯁喉。還可消痰水，治痰飲積聚。

【藥理作用】本品具有鎮痛、利膽、對抗組織胺的興奮及抗利尿作用。醇提取物能鬆弛平滑肌。稀醇提取物對小鼠中期妊娠有引產作用。醋浸液對魚骨刺有軟化作用，並使局部肌肉鬆弛，促使骨刺脫落。其煎劑有明顯的抗菌作用，對革蘭陽性及陰性菌、霉菌均有較強抑制作用。

【臨床報導】現代以本品水煎內服，治膽結石、泌尿系結石；外用治腮腺炎、急性乳腺炎、小兒鞘膜積液等疾患。均有良效。

高血壓前十名常用西藥藥物：

一、Norvasc

學名：AMLODIPINE BESYLATE

劑型：錠／5, 10mg

藥物作用：本藥是一種鈣離子流入抑制劑(Slow Channel 阻斷劑或鈣離子拮抗劑)，可抑制鈣離子進入心臟及平滑肌，是 Dihydropyridine 的衍生物。本藥對血管平滑肌有鬆弛作用，能使血管擴張，血液暢通，進而達到降血壓的目的。

治療項目：高血壓、心絞痛。

用法用量：剛開始用藥時，1天1次，每次5mg。之後再視病人的症狀調整劑量，但最高劑量不宜超過10mg。

交互作用：本藥可以和 Thiazide 類型利尿劑、 β -阻斷劑、ACE Inhibitor、長效性的硝化甘油、舌下硝基甘油、口服降血糖藥、非類固醇抗炎藥、抗生素併用。

過量處理：服用本藥過量，會引起低血壓，需要主動地給予心臟血管性支持治療。另外，本藥吸收緩慢，必要時可以洗胃。

二、Persantin

學名：DIPYRIDAMOLE

劑型：錠/25, 50, 75mg

注射劑/10mg (Amp)

藥物作用：擴張冠狀血管而改善心肌細胞之血液及氧氣供給，並且促進側枝血管形成。本品具有抗血栓作用，這是基於其可改變血小板各方面的功能，如抑制血小板黏著及凝集。

治療項目：預防心絞痛及慢性狹心症治療。

用法用量：1. 口服：治療冠不全每日劑量 150~225 公絲、分數次服用。被認為需要抑制血小板凝集的情況下，每日劑量 300~450 公絲分數次服用。

對於嚴重的病例每日總劑量可以增加到 600 公絲。口服劑型應空腹服用。

小孩的使用，一般而言，每天推薦總劑量為每 kg 體重 5~10 公絲。

2. 注射液：成人 1 日 1~3 次，靜脈徐緩注射，每次即 10mg。重症狹心症及急性心肌梗塞之治療時隨時觀察病情，謹慎行事。

副作用：面部潮紅、胃抽痛、虛弱、頭痛、頭暈等。

注意事項：1. 重症狹心症及急性心肌梗塞之治療，隨時觀察病情謹慎行事。

2. 過量使用產生末梢血管擴張，故對低血壓患者，宜慎重使用。

懷孕及授乳注意事項：懷孕時最好通知醫師，衡量狀況後，再決定是否服用。最好以乳製品取代母乳。

使用禁忌：本藥並不能阻止急性狹心症發作。

三、Apo-Glyburide

學名：GLIBENCLAMIDE

代謝性藥物，降血糖劑

劑型：錠/2.5，5 mg

治療項目：糖尿病。

AC sugar >130mg/100ml，

PC (1 hr) sugar > 180mg/100ml

PC(2 hrs) sugar > 180mg/100ml

則需服用本藥

用法用量：最大劑量不超過 3 片/day

副作用：偶記憶力不集中，腸胃不適，皮膚過敏，造血系統改變

注意事項：1. 操作危險機械或開車時須多加注意

2. 切勿服用過量或飲食不當，運動過度，飲酒，腎功能不良者也要多加注意用藥劑量

3. 嚴重肝病和腎上腺皮質功能不全，可能導致血糖過低

4. 與其他藥物併用也可能導致血糖升高或降低。

四、Avandia

學名：ROSIGLITAZONE MALEATE

成份：每錠含 2，4，8mg。藥物作用：

作用機轉：可增進胰島素的感受性，藉以使血糖控制獲得改善。

藥物動力學：蛋白結合率：99%

半衰期：103~158 小時到達血中最高濃度時間：1 小時

代謝：與細胞色素 p450 (CYP) 同功的酵素 2C8 所代謝

排泄：尿液或糞便

治療項目：單一療法或與 Sulfonylurea、Merformin 類口服降血糖劑合併使用以控制第 II 型糖尿病人的血糖。

用法用量：口服 單一療法一起始劑量為 1 天 4mg 可一次投與或分 2 次投與。

與 Merformin 併用一起始劑量為 1 天 4mg，1 次投與或分 2 次投與。

與 Sulfonylurea 併用一起始劑量為 1 天 4mg 單次量或一天二次每次 2mg。

副作用：上呼吸道感染，外傷，頭痛，背痛，貧血，水腫。

- 注意事項：
1. 第 II 型糖尿病的治療方式應包含飲食控制、限制熱量的攝取、減輕體重以及運動，是正常治療糖尿病患者的基本要素，因為可有助於增進對胰島素的感受性，這些不僅是第 II 型糖尿病的基本療法，對維持藥物的療效也非常重要。
 2. 在開始本劑的治療前應先檢查，並治療血糖控制不良而導致繼發症如感染。
 3. 在治療之初若病人有明顯肝病之跡象，或血清轉胺基酶升高之患者，不應以本劑治療。
 4. 定期監測肝功能，開始治療時及一年內每二個月一次，一年後定期做。
 5. 本劑可能會使更年期前即已停止排卵，且具胰島素抗藥性的婦女恢復排卵，因此須考慮採取避孕施。
 6. 有心衰竭危險的患者須監測其心衰竭的徵候及症狀。使用
- 禁忌：對本劑過敏者，懷孕。

五、Genzosin

學名：DOXAZOSIN MESYLATE

劑型：錠／1、2、4mg

藥物作用：本藥具有漸進性的降血壓效果，而且半衰期較長、效果也較持久。本藥屬於 $\alpha 1$ -接受器阻斷劑，可以舒緩腎臟、皮膚等器官週邊動脈血管的阻力(Resistance)以及靜脈容量的系統。

治療項目：本藥主要用來治療高血壓，如果單獨使用無法達到滿意的療效，必要時可以和 β -腎上腺素阻斷劑和 Thiazide 利尿劑合併使用。

用法用量：一開始服用本藥時，每天服用一次，每次 1mg；之後再視病人狀況，逐漸提高劑量，直到血壓降低到理想的程度為止，每隔 1~2 週調整一次，最高劑量可以到達每日 16 mg。

副作用：疲倦、水腫、頭痛、暈眩、虛弱等。

使用禁忌：對 Quinazoline 過敏的患者不宜服用本藥。

六、Monopril

學名：FOSINOPRIL SODIUM

劑型：錠／10, 20mg

藥物作用：此藥最主要的作用在於降血壓，也可間接預防充血性心衰竭的發生。

治療項目：各種類型的高血壓。

用法用量：單一治療或併用利尿劑，本品之起始建議劑量為10mg 每天一次，然後再依服藥後2~6小時及24小時之血壓反應調整劑量。一般用以維持24小時血壓反應所需之劑量範圍為20~40mg，但某些病患則需要與80mg 才会有更進一步之反應。每天給藥一次治療之某些病患，其抗高血壓作用在吃藥間隔末期可能會減弱，可考慮將每日量分次使用以改善這種情況。

注意事項：1. 剛開始服用時，可能會有輕微頭暈的副作用，因此行動上要格外小心。

2. 即使血壓正常，也不能任意停止用藥，甚至一生都可能要服用此藥。如要停藥，一定要先詢問醫生。

懷孕及授乳注意事項：孕婦不宜服用，也最好不要親自哺乳。

使用禁忌：對本藥或任何血管壓力素轉心酵素阻斷劑類製劑過敏者禁用(例如有血管性水腫之經驗者。)

副作用：一般胸痛、心律不整、心悸、低血壓、眩暈、顏面潮紅、跛行、紅疹、對光敏感、搔癢、降低性慾、肝炎、脹氣、便秘、胸口灼熱、食慾／體重改變、口乾。記憶障礙、震顫、意識模糊、心情改變、感覺異常、睡眠障礙、昏睡、眩暈、頻尿。

七、Felpin ER

學名：FELODPINE

劑型：膜裹錠／5,10mg

藥物作用：本品為新的鈣離子拮抗劑，選擇性作用在末梢的血管，是一種降血壓及預防心絞痛的藥物，可抑制肌肉活性，減少末梢血管的阻力。

治療項目：高血壓。

用法用量：1天一次，每次口服10mg。可空腹或與食物一起服用，切勿與葡萄柚汁一起服用，因恐會造成藥物吸收過量的危險；藥物最好整顆吞服，避免嚼碎或壓碎服用。

副作用：潮紅、頭痛、心悸、疲倦、腳踝腫脹，牙齦炎症狀顯著，牙齦增生

注意事項：1. 錠劑必需預鉗水服用，絕對不能剝半或咬碎服用。

- 2.本品不應給予懷孕之婦女。
- 3.過量時會導致周邊血管的擴張，並且降低血壓及心搏過緩的現象。

八、Urosin

學名：ATENOLOL

藥物作用：本藥為一種 β -阻斷劑的降血壓藥。本藥可以降低心跳速率及心臟的工作量，進而降低收縮壓、舒張壓，達到降血壓的目的。

治療項目：高血壓、狹心症。

用法用量：每天一次，每次1錠。並可配合其他降壓劑使用。

副作用：淚液分泌減少、緩脈、心悸、胸部壓迫感、低血壓、頭痛、暈眩、失眠、抑鬱、噁心、食物不症、倦怠、脫力感、耳鳴、冷汗、頻尿、浮腫、性慾降低等。如果副作用強到影響日常生活，就應該就醫。

懷孕及授乳注意事項：孕婦、授乳婦女盡量避免使用本藥。須經由醫師謹慎評估後，方能用藥。

使用禁忌：支氣管痙攣之患者、腎功能損害者、血糖症、糖尿病患者、鬱血性心不全之患者、第二、三度心臟傳導阻斷患者禁用本藥。

九、Bokey

學名：ACETYLSALICYLIC ACID(ASPIRIN)

藥物作用：本藥劑就是俗稱的「阿斯匹靈」，有止痛和解熱的作用。另外也能抑制破壞組織之溶菌酶的釋出，減低微血管的通透性，故也具消炎作用。

治療項目：1.因感冒引起的頭痛發燒、肌肉痛、關節痛以及各種疼痛等。

2.可預防心臟病及腦中風之發生。

用法用量：儘量不要空腹服用，吃些食物或喝杯牛乳再服用。一般病情每次1粒，每日3次。較嚴重病情每隔4小時1粒

副作用：常見的為胃腸不舒服、輕微的噁心和嘔吐。若長期大量服用則會有貧血，腎、肝功能障礙等，應該要停止使用。

注意事項：在就診中尚使用其他解熱、鎮痛或感冒藥劑時，避免重複使用。若服用數次之後仍未見症狀改善時，應即停用。也要避免長期服用。

懷孕及授乳注意事項：生產前的最後3個月服用，可能會延長生產的時間，增加生產前後流血的可能。因此若非絕對需要並經醫生同意外，孕婦最好避免服用

此藥。另外，要親自餵奶，最好事前先徵求醫師的意見。

交互作用：抗凝血劑若同時服用時，本品作用加強。

十、Eazide

學名：TRICHLORMETHIAZIDE

藥物作用：本藥品具有降壓與利尿兩種主要作用。降壓的效果是來自脫鹽作用，因為脫鹽用可以讓動脈壁的鈉含量減低，讓交感神經降低對刺激的感覺，也可以減低動循環的血液量。至於在利尿的效果方面，服藥此藥品後，約兩個小時可見成效，服用六個小時後的效果最佳。

治療項目：利尿、高血壓。

表九 高血壓 中西藥併用可能產生的交互作用

	中藥名	西藥名	交互作用	參考文獻
高血壓	丹參、當歸	Bokey 100mg	文獻中發現丹參、當歸會增加Aspirin 血中濃度，宜注意病人凝血時間。	P42. 43

*1. 本表係檢討發生副作用之病人的用藥，與文獻比對推測可能引起副作用之原因。

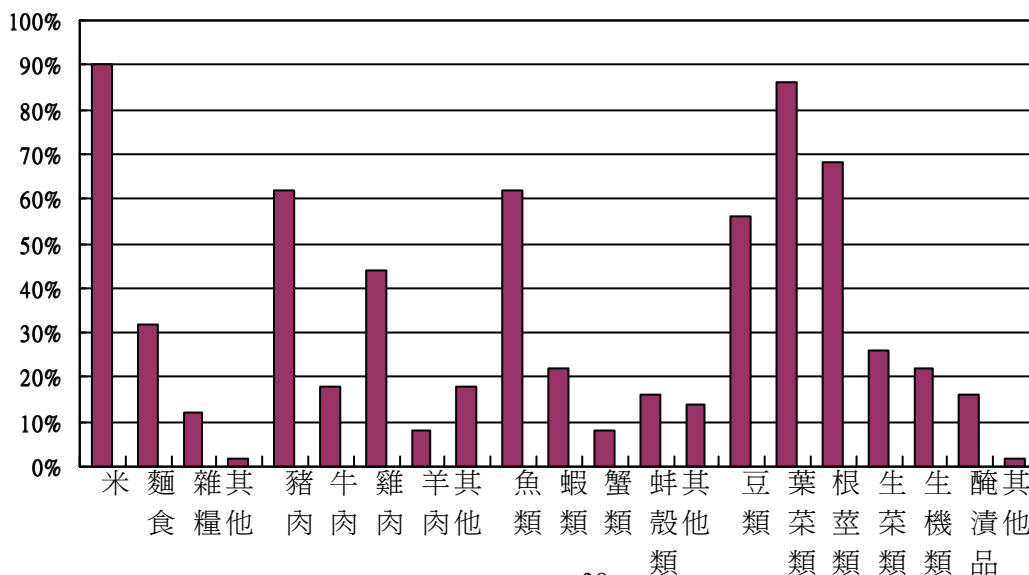
2. 西藥 Bokey 即是 Aspirine，為常用藥品之一。

表十 食物攝取資料分析

表十之一 主餐食物攝取資料分析

分析變項		高血壓
五穀類	米	45(90%)
	麵食	16(32%)
	雜糧	6(12%)
	其他	1(2%)
肉類	豬肉	31(62%)
	雞肉	22(44%)
	牛肉	9(18%)
	其他	9(18%)
	羊肉	4(8%)
海產類	魚類	31(62%)
	蝦類	11(22%)
	蚌殼類	8(16%)
	其他	7(14%)
	蟹類	4(8%)
蔬菜類	葉菜類	43(86%)
	根莖類	34(68%)
	豆類	28(56%)
	生菜類	13(26%)
	生機類	11(22%)
	醃漬品	8(16%)
	其他	1(2%)

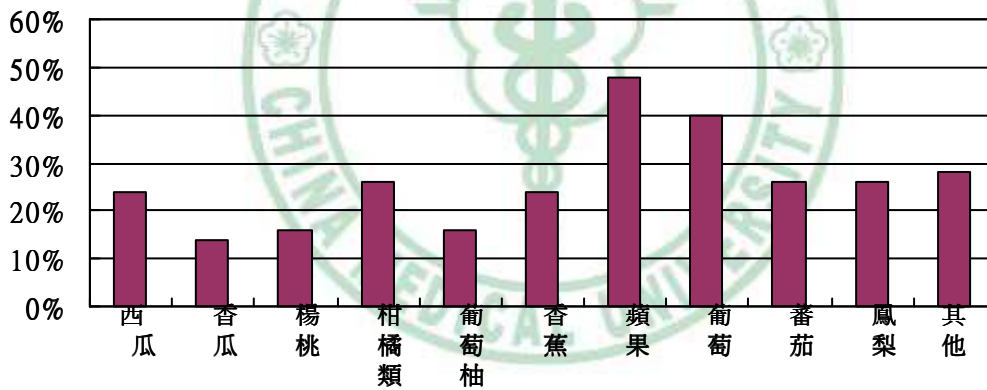
圖 5 主餐食物分析圖



表十之二 水果類食物攝取資料分析

水果類	蘋果	24(48%)
	葡萄	20(40%)
	其他	14(28%)
	柑橘類	13(26%)
	蕃茄	13(26%)
	鳳梨	13(26%)
	西瓜	12(24%)
	香蕉	12(24%)
	楊桃	8(16%)
	葡萄柚	8(16%)
	香瓜	7(14%)

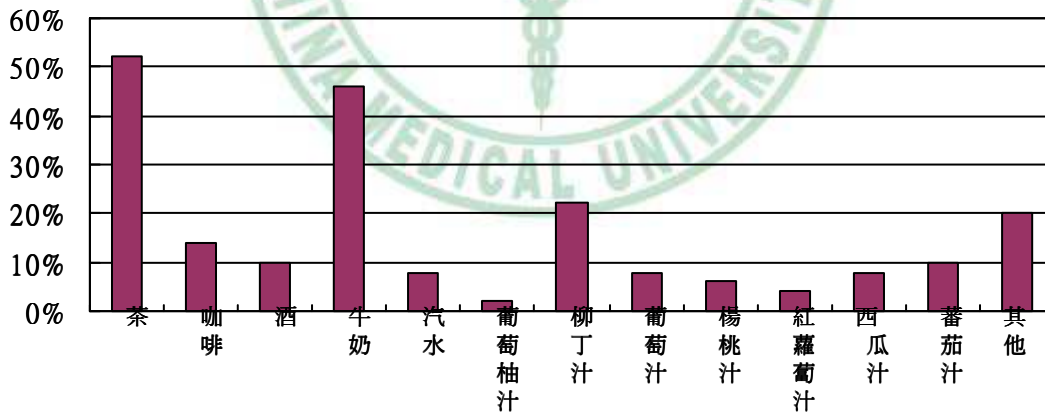
圖 6 水果分析圖



表十之三 飲料類食物攝取資料分析

分析變項		高血壓
飲料類	茶	26(52%)
	牛奶	23(46%)
	柳丁汁	11(22%)
	其他	10(20%)
	咖啡	7(14%)
	酒	5(10%)
	蕃茄汁	5(10%)
	汽水	4(8%)
	葡萄汁	4(8%)
	西瓜汁	4(8%)
	楊桃汁	3(6%)
	紅蘿蔔汁	2(4%)
	葡萄柚汁	1(2%)

圖 7 飲料分析圖



表十一 92 年高血壓前十名常用中西藥及使用頻率

	中藥	使用次數	西藥	使用次數
1	天麻鉤藤飲	806	Norvasc 5mg/T	1901
2	丹參	682	Bokey100mg/Cap	875
3	雙鉤藤	626	Tenormin100mg/T	829
4	牛膝(懷)	511	Cozaar 50mg/T	561
5	杜仲	472	Xanax0.5mg/T	454
6	加味逍遙散	453	Diovan 80mg/T	449
7	夜交藤	433	Plendil 5mg/T	434
8	珍珠母粉	431	Mucaine/T	432
9	知柏八味丸	419	Persantin 75mg/T	417
10	龍膽瀉肝湯	413	Kerlone 20mg/T	396

* 統計時間自 92.01.01~92.12.31 為止 *

表十二 由文獻收集資料顯示丹參與西藥併用可能發生之交互作用

西藥	交互作用	研究方式	參考文獻
Salicylate	增加游離的 salicylate 濃度	In vitro study	45
Warfarin	增加 warfarin 排除	動物實驗	45
Amphetamines	不要併用	文獻回顧	43
Aspirin	不要併用	文獻回顧	43
Barbital	不要併用	文獻回顧	43
Caffeine	不要併用	文獻回顧	43
Digoxin	不要併用	文獻回顧	43
Pentobarbital	不要併用	文獻回顧	43
Heparins	不要併用	文獻回顧	43
Warfarin	不要併用	文獻回顧	43

第四章、討論

1. 根據 ICD-9 篩選出來之高血壓病人，大多數符合本計畫要追蹤之有效樣本。

〔所謂 ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9 th Revision Clinical Modification) 國際疾病分類臨床修訂第九版。1946 年由 WHO 負責修訂，將疾病與死因 (Morbidity、Mortality) 納入同一分類系統。1948 年出版國際疾病、傷害及死因之統計學分類；而醫院亦開始實驗性地使用「ICD」來分類疾病。1968 年美國醫院協會依據 WHO (1965 出版) ICD-8 編製 ICD-A，作為醫院病歷之疾病與手術索引資料分類。1977 年，WHO 在日內瓦完成 ICD-9 修訂版。1979 年完成 ICD-9-CM。〕

2. 部分病人在此次研究追蹤過程中可能沒有回診，所以造成必須另外再開發新的病人。
3. 追蹤病例在中西醫合診時只使用針灸或皮膚外用藥，或所服用的藥物非由本研究的門診醫師提供等，均列入無效病例，不列入統計中。
4. 有部分病人擔心受騙，不相信持有證明文件與配帶識別證之問卷訪問員，而不願接受訪問。所以若是於病患看診時由診間醫護人員先向病人說明應該可以改善此種狀況。
5. 由以上結果顯示，大多數病人都能將中西藥間隔一小時錯開服用，具備觀念正確的用藥常識、及服藥態度。雖然長期中西藥併服，仍可有效防止或減少副作用的發生，進而提升中西藥併服之優點。
6. 比較 94 年度 50 個高血壓病例與 92 年高血壓病例之分析結果，發現中藥均以丹參、牛膝(懷)、杜仲、加味逍遙散、夜交藤為常用藥，在西藥方面，則以降血壓藥 Norvasc 或心血管治療藥 Persantin

或 Bokey 為主。94 年度病例數少之樣本與 92 年病例數大之樣本，所得的用藥分析結果相互吻合，因此 94 年度病例追蹤調查仍然具有代表性之意義。

7. 研究限制

1) 證型分類

研究的病例係依國際疾病分類碼 ICD-9 篩選，目前尚未有中醫診斷之標準作業規範可供病人證型分類使用，因此無客觀法區分所調查病人之體質或證型。

(2) 病人兼有數種慢性病

根據國際疾病分類(ICD-9)統計，結果(表四)顯示高血壓病人 50 位中，4 位兼患有肝臟病，6 位兼患有腎臟病，19 位兼患有糖尿病。由於此次追蹤的病人以老年人居多，一人同時患有兩、三種慢性疾病，為了控制病情必須長期服藥，使得用藥情形更為複雜。若是只追蹤單純一種疾病之病例而排除此類病人，所得結果可能會忽略最複雜且最嚴重的族群，因此本研究仍將這種病例列入追蹤，針對它們的處方用藥，仔細檢查是否有中西藥交互作用問題，結果如表十二。除此之外，若病人之用藥劑量小，或非長期服用，則不會引起中西藥交互作用問題。

(3) 科學證據佐證

由病人之處方用藥，中藥除了丹參外，並未發現會導致中西藥交互作用之中藥，因此建議未來可先取病人服藥前後之血清作藥理學診斷，如此更能明確的追蹤指標。

第五章、結論與建議

1. 由追蹤的中西藥併用病例結果顯示，多數病人已有將近一年中西藥併用病史，皆有服藥間隔 30 分鐘或 1 小時以上的觀念，所以降低了中西藥交互作用之機率，增加中西藥併用具有提高療效之正面意義。
2. 在中西藥併用之分析完成後，進一步與文獻報導將高血壓病例之用藥，可能引起交互作用的中西藥列於表十二。
3. 慢性病病人需要長期服用藥物以控制病情，醫師用藥應特別注意中、西藥物及食物間交互作用問題。
4. 政府主管單位應蒐集或委託研究機構整理用藥安全資訊，並建構中西藥交互作用專業網站，供醫護專業人員或民眾使用。
5. 在追蹤用藥的過程中，發現病人同時看中、西門診時，健保給付只能給付其中一項醫療費用，因此有不少病人仍然願意自行負擔中醫門診費用，因此顯示病患對中西醫合診之高需求性，建議政府可考慮將中西醫合診一併納入健保給付，如此便可照顧更龐大之慢性病民眾的健康。
6. 未來可擴大追蹤個案病例數，及進一步利用儀器分析服藥前後的血清藥理學，以生化指標作為評估的佐證。
7. 高血壓病例調查中，使用次數最多的是丹參，由文獻報告中顯示丹參與其他西藥間之交互作用必須注意，顯示中藥西藥併用並非百分百安全，須小心使用。
8. 外界報導中西藥併用問題很多，但本調查結果顯示發生的並不多，民眾滿意度高。若由有中西醫訓練背景者來執行中西醫合診，使用中西藥併用，例如中國醫藥大學附設中西合作治療中心，應是更安全，更可被肯定。
9. 本研究顯示問卷調查，若是在診間看診後執行，並得到醫師及護理人員的協助與背書，減輕問卷對象的疑慮，最容易完成問卷調查

第六章參考文獻

1. Gruffub JP, D'arcy PF. A Manual of Adverse Drug Interactions. Amsterdam, The Netherlands, Elsevier Science B.1997. 5th ed.
2. Drug Interaction Facts. St. Louis, Missouri, Facts and comparisons, A wolters Kluwer Company. 2002.
3. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997. JAMA. 1998; 280: 1569-1575.
4. Astin JA. Why patients use alternative medicine ,results of a national study. The Journal of the American Medical Association. 1998; 20: 1548-1553.
5. Anon. Herbal Therapy, Medicinal Plants, and Natural Products, An IPA Compilation. Bethesda, MD, American Society of Health-System Pharmacists, Inc. 1999.
6. Astin JA, Pelletier KR, Marie A, Haskell WL. Complementary and alternative medicine use Medicare supplement. Journals of gerontology. 2000; 55: M4-9. among elderly persons, one-year analysis of a Blue Shield.
7. Allen R, Cushman LF, Morris S, Feldman J, Wade C, Mc Mahon D, Moses M Kronenberg F. Use of complementary and alternative medicine among Dominican emergency department patients. American Journal of emergency medicine. 2000; 18: 51-54.
8. Ang-Lee MK, Moss J, Yuan CS. Herbal Medicines and Perioperative Care. JAMA. 2001;286:208-216.
9. Hong CD. Complementary and alternative medicine in Korea, current status and future prospects. Journal of alternative and complementary medicine. 2001; 7: 33-40.
- 10.Ni H, Simile C, Hardy AM. Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults, results from the 1999 national health interview survey. Medical care. 2002; 40:353-358.
- 11.Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A populataion-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA project. Multinational Monitoring

- of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. *Journal of internal medicine* .2001;250:225-33.
- 12.O'Hara MA, Keifer D, Farrell K, Kemper. A review of 12 commonly used medicinal herbs. *Archives of Family Medicine*. Nov/Dec 1998.
 - 13.Reilly D. Comment on complementary and alternative medicine in Europe. *Journal of alternative and complementary medicine*.2001;23-31.
 - 14.Risberg T, Kolstad A, Johansen A, Vingerhagen K. Opinions on and use of alternative medicine among physicians, nurses and clerks in northern Norway. *In vivo*.1999;13:493-498.
 - 15.Sato T, Takeichi M, Shirahama M, Fukui T, Gude, JK. Doctor-shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. *General hospital psychiatry*. 1995; 17: 115-125.
 - 16.Schepers RM, Hermans HE. The medical profession and alternative medicine in The Netherlands, its history and recent developments. *Social science and medicine*. 1999; 48: 343-51.
 - 17.Sommer JH, Brugi M, Theiss R. A randomized experiment of the effects of including alternative medicine in the mandatory benefit package of health insurance funds in Switzerland. *Complementary therapies in medicine*.1999;7:54-61.
 - 18.Adriane FB, Herb-drug interactions. *The Lancet* 2000 ,355, 134-138.
 - 19.Ernst E. Herb-drug interactions potentially important but woefully under researched. *Journal of Clinical Pharmacology*. 2000; 56: 523-524.
 - 20.Izzo AA, Ernst E. Interactions between Herbal Medicines and Prescribed Drugs. *Drugs*. 2001; 61: 2163-2175.
 - 21.Lankin M. Surgery patients at risk for herb-anaesthesia interactions. *The Lancet*.1999;354:1362.
 - 22.Lord GM,Tagore R, Gower P, et al. Nephropathy caused by Chinese herbs in the UK. *Lancet* 1999; 354: 481-482.
 - 23.Rogers EA, Gough JE, Brewer KL. Are emergency department patients at risk for herb-drug. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8: 932-934.
 - 24.Yu CM, Chan CN, Sanderson JE. Chinese herbs and warfarin potentiation by Danshen, *Journal of Internal Medicine*.1997;241:337-339.
 - 25.李珮端;中藥西藥交互作用之隱憂與開發前景，*生物醫學報導* 2001;

- 7:16-17。
- 26.林芸芸;中、西醫醫學利用型態的文獻回顧與實證研析,中華家醫誌, 1992;2:1-22。
 - 27.李卓倫,紀駿輝,賴俊雄;時間、所得與中西醫學價格對中醫門診利用之影響,中華衛誌,1995;14:470-476。
 - 28.康翠秀,陳介甫,周碧瑟,台北市北投區居民對中醫醫學的知識、信念與行為意向及其對醫學利用型態之影響,中華衛誌1998;17:80-92。
 - 29.張念慈;台北市社區領袖醫學資源利用及其相端因素探討,國立陽明大學社區護理研究。
 - 30.2003 全國衛生醫療政策會議總結報告書,國家衛生研究院出版,台北 2003。
 - 31.林宜信;建構臺灣中藥用藥安全環境,衛生署中藥藥委員會,台北 2004;p1-6。
 - 32.李珮端;臺灣中部地區中西藥物併用概況調查,行政院衛生署中醫藥委員會,2002,計畫編號 CCMP91-RD-007。
 - 33.朱和翔;中西藥物服用行為之分析-以中部某醫學中心門診病患為例,2003,中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
 - 34.中央研究所調查研究專題中心,學術調查研究資料庫,
<http://srda.sinica.edu.tw/>。
 - 35.全民健康保險研究資料庫,<http://www.nhri.org.tw/nhird>。
 - 36.李珮端;中藥食品與西藥之交互作用(I),行政院國家科學委員會輔助研究計畫,2002,NSC91-2320-B039-024。
 - 37.李珮端;中藥食品與西藥之交互作用(II),行政院國家科學委員會輔助研究計畫,2004,NSC92-2320-B039-016。
 - 38.葉明功;藥師溝通技巧及安全用藥,第一版,2004,臺北市九州圖書。
 - 39.中央研究院調查研究專題中心,學術調查研究資料庫,
<http://srda.sinica.edu.tw/>。
 - 40.張淑貞,林國瑞;中西藥併用病例追蹤訪問員手冊。
 - 41.陳方周,林聖興;中西藥交互作用不良反應查詢網站之建構
Constructing Information Web Site of Adverse Effect of

Drug-Herb Interaction 行政院衛生署中醫藥委員會九十三年度研究計畫(編號, CCMP93-CP-004)。

42. 中西藥交互作用資訊網, <http://dhi.cmu.edu.tw/>。

43. Kuhn MA., Herbal remedies: drug-herb interactions, Crit Care Nurse 2002;22(2):22-28, 30, 32, quiz 34. 5.

44. Chen KF, Leung KS, Leung PC. Interactions between modern and Chinese medicinal drugs, a general review. Am J Chin Med. 2003; 31(2):163-169。

45. Gupta D, Jalali M, Wells A, Dasgupta A. Drug-herb interactions, unexpected suppression of free Danshen concentrations by salicylate. J Clin Lab Anal. 2002;16(6):290-294.

46. 黃兆勝; 中藥學, 初版, 2006, 文光圖書有限公司。

47. 謝鳴; 方劑學, 初版, 2006, 文光圖書有限公司。



附件一 問卷效度與信度檢定審查專家名單與專業背景資料

編號	姓名	單位	職稱	專業領域
1	林國瑞	中國醫藥大學中西結合 研究所	所長	中西醫學
2	林聖興	中國醫藥大學附設醫院	主治醫師	中西醫學
3	謝雲忠	中國醫藥大學附設醫院 中藥局	中藥局 主任	中醫學
4	郭皓然	成功大學醫學院臨床醫 學研究所教授	教授	流行病學、 生物統計
5	賴振榕	中國醫藥大學附設醫院 藥劑部	西藥局 主任	西藥臨床藥 學
6	陳緋娜	中國醫藥大學醫學系	助理教授	生物統計
7	杜惠娟	中國醫藥大學附設醫院	護理長	病人諮商、 面談
8	張淑貞	中國醫藥大學醫學系	副教授 藥師	中西藥學

附件二 病例追蹤調查成員

單位	姓名	備註
中國醫藥大學中西所	林國瑞所長	督導
中國醫藥大學藥學系	張淑貞副教授	督導
中國醫藥大學附設醫院	林聖興醫師	督導
中國醫藥大學附設醫院	杜惠娟護理長	督導
醫學系四年級	陳旻玉	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	郭純如	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	楊季儒	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	陳嘉烜	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	廖婉任	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	李雅筑	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	鐘明偉	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	黃喜慶	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	魏峰偉	病歷追蹤調查訪問員
醫學系四年級	邱暄雅	病歷追蹤調查訪問員
醫學系三年級	黃馨蟬	病歷追蹤調查訪問員
二藥學系二年級	陳世明	病歷追蹤調查訪問員
二藥學系三年級	吳俊慧	病歷回診、追蹤調查訪問員
二藥學系四年級	董昌憲	病歷追蹤調查訪問員
二藥學系四年級	吳坤達	病歷追蹤調查訪問員
二藥學系四年級	槽博凱	病歷追蹤調查訪問員
二藥學系五年級	蔡杰倫	病歷追蹤調查訪問員
藥師	賴建豪	病歷追蹤調查訪問員
藥師	王郁棋	病歷追蹤調查訪問員
藥師	陳振源	病歷追蹤調查訪問員
藥師	游培琪	病歷追蹤調查訪問員
藥師	劉鳳樟	病歷追蹤中西藥檢視
中藥所	謝宗穎	病歷追蹤中西藥檢視

醫管所	謝佳玲	病歷追蹤調查訪問員
醫管所	方嘉敏	病歷追蹤調查訪問員
醫管所	邱靖婷	病歷追蹤調查訪問員
藥妝三	陳顛峰	病歷追蹤調查訪問員
藥妝三	林倉裕	病歷追蹤調查訪問員
藥妝三	魏碧瑩	病歷追蹤調查訪問員
護理系三年級	郭虹君	病歷追蹤調查訪問員
中西所	楊秋樺	問卷整理、建檔

附件三 問卷訪問員訓練營課程表

94/06/27	活動內容	94/07/12	活動內容
9:00~10:00	計畫內容之簡介 主講人:張淑貞	9:00~10:00	計畫內容之簡介 主講人:張淑貞
10:10~11:20	問卷內容之簡介 主講人:林國瑞	10:10~11:20	問卷內容之簡介 主講人:林國瑞
11:00~12:00	問卷內容紀錄 主講人:張淑貞	11:00~12:00	問卷內容紀錄 主講人:張淑貞
12:00~13:00	午餐時間	12:00~13:00	午餐時間
13:00~15:00	醫院診間實地演練 主講人:林國瑞 杜惠娟	13:00~15:00	醫院診間實地演練 主講人:林國瑞 杜惠娟
15:00~17:00	訪談示範、分組演練	15:00~17:00	訪談示範、分組演練