



台中慈濟藥訊

*The Buddhist Tzuchi Taichung General Hospital
Drug Bulletin*

Vol. 03. No. 05

發行人：簡守信 總編輯：陳綺華 執行編輯：臨床藥學組
電話：(04) 36060666-4029 傳真：(04) 25362258
◆ 2012年10月號【雙月刊】◆

目 錄

衛教專欄：兒童肺炎的診斷與治療.....	p.02
中醫園地：廚房必需品「薑」.....	p.06
藥品異動資訊.....	p.11
全民健保藥品給付相關規定異動.....	p.12

家庭藥師
Family Pharmacist



兒童肺炎的診斷與治療

馬安誼 藥師 撰稿 李宜准 醫師 審閱

摘要

本文摘譯自：George H. Mccracken JR, MD. Diagnosis and management of pneumonia in children. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2000;19: Vol. 19, No. 9 924-8

背景：診斷兒童罹患社區型肺炎 (CAP) 之病因學及治療所面臨之挑戰，並探討兒童是如何受到感染。

微生物學診斷：大約 1/3 到 2/3 的肺炎案例依據組織培養、抗原偵測及血清學特殊技術可歸因於特異病因學。研究結果顯示，微生物致病當中最重要之菌種為肺炎雙球菌，該菌種主要導致孩童及嬰兒罹患肺炎。病毒病因學流行率逐漸降低，而黴漿菌及披衣菌感染隨著兒童年齡增長，流行率逐漸攀升。

經驗療法：關於致病原明確的資訊很少可取得，肺炎的治療多為經驗療法。抗生素治療輕度疾病，及門診病患且可能為病毒感染的病人可暫不施行。大部分的準則建議初期治療給予口服 amoxicillin 或 amoxicillin/clavulanate，或當病人住院時以靜脈注射 amoxicillin/clavulanate 或 cefuroxime。在 2000 年 5 月，疾病管制局之工作小組指出，口服 β -lactams 包含 cefuroxime axetil，amoxicillin 及 amoxicillin/clavulanate 對感染社區型肺炎的非臥床成人及兒童，為第一線治療中最適當的選擇。結論：新的診斷技術，如肺炎雙球菌血清學及聚合鏈反應可改善判定兒童感染肺炎之病因學。因現今技術非普遍可取得，經驗療法是必須的。致力於新的疾病介入策略、診斷工具、療法及疫苗，對未來的疾病控管都是有所助益的。

一. 前言

肺炎相關的致死率在 penicillin 引進後就逐年降低^{1,2}。然而，肺炎，尤其是當與流行性感感冒同時感染時，在 1997 年仍造成 8 萬 6 千人死亡³。肺炎在美國依舊是最常因感染而死亡的疾病⁴，且在健康照護及社福系統中造成龐大的開銷⁵。肺炎挑戰臨床醫師其病因學診斷及治療。此份報告描述這些挑戰及兒童受到如何受到感染。

二. 微生物學診斷

一般兒童呼吸道感染性疾病，肺炎是最難依據微生物診斷來判定受何種病原感染。對臨床醫師來說，估計約 1/3 肺炎案例可由組織培養、抗原偵測和血清學特殊技術歸因於特異病因學⁶。在一個針對歐洲兒童研究中，研究人員 Ruuskane 及 Mertsola⁷ 的檢測發現，約 20% 至 60% 的肺炎案例，可依據實驗室檢測確定病原。

三. 病因

當確認微生物導致兒童感染肺炎，肺炎雙球菌被認為是最常致病的細菌病原，而呼吸融合病毒則為最常造成感染的病毒病原。一個在芬蘭由 Juven et al 執行三年的研究中⁸，他對 254 位罹患社區型肺炎的住院兒童，使用不同的研究法，包含血清源檢測，聚合鏈反應，進行致病原因的檢測，檢測結果如表格一，受到病毒感染，細菌感染及細菌伴隨病毒感染分別為 62%，53% 及 30%。從確定的病因來看，肺炎雙球菌佔了 37%，呼吸道融合病毒佔了 29% 及鼻病毒佔了 24%。鼻病毒在傳統上並不認為是兒童下呼吸道感染中的病原菌，但在部分案例，鼻病毒容易造成細菌的二度感染。



表格一．罹患社區型肺炎的住院病人之病因⁸

年紀(歲)	N	病毒病因	細菌病因	混合感染	總共*
小於2歲	108	80%	47%	34%	93%
2到5歲	84	58%	56%	33%	81%
大於5歲	62	37%	58%	19%	76%
合計	254	62%	53%	30%	85%

* 所有病因偵測

Juven et al 的研究中，病毒感染發生率會隨著年齡提升逐漸減少，然而細菌感染在不同年齡間的分布則是近乎相當。在小於2歲，2到5歲及大於5歲的兒童中，因病毒感染的機率分別為80%、58%及37% (表格一)。相對的受細菌感染的機率分別為47%、56%及58%。

在芬蘭⁹及美國¹⁰的研究，24%至33%的嬰兒及大於四歲的兒童受到肺炎雙球菌，肺炎黴漿菌，及肺炎披衣菌感染的機率，比5到9歲，10到16歲及更年輕病人還大 (參照表格二)。如同 Juven et al 的研究，顯示出病毒感染會隨著年齡的增加而減少。

表格二 兩份研究報告中，罹患社區型肺炎的門診病人病因學^{9, 10}

病患年齡	城市	肺炎雙球菌	肺炎黴漿菌	肺炎披衣菌	病毒
0到4歲	芬蘭	24*	4	1	37
	德州	33	6	3	28
5到9歲	芬蘭	36	30	13	21
	德州	14	7	9	10
10到16歲	芬蘭	31	51	35	4
	德州	29	14	14	0

* 結果中的病患百分比

在麻州 11(n=420) 與及肯塔基州 12(n=260) 也同樣發現，肺炎黴漿菌及肺炎披衣菌會隨著年齡增長，感染機率也會提升。在麻州與肯塔基州罹患肺炎雙球菌，且小於五歲的兒童的比率分別為15%和23%，而大於五歲的兒童分別佔了43%和28% (參表格三)。在麻州與肯塔基州受肺炎披衣菌感染，且小於五歲的兒童則佔了9%及23%，而大於五歲的兒童則佔了21%及31%。在美國的這兩個實驗皆在不同地點，不同時間及使用不同病原偵測技術所操作的。

從這些研究可發現，肺炎雙球菌為嬰幼兒最容易導致感染肺炎的細菌病原。資料也顯示隨著年齡增長，病毒病因會逐漸降低，而黴漿菌及披衣菌的感染會逐漸升高，在青少年之中更為明顯。在這些研究中，金黃色葡萄球菌，卡他莫拉式菌，及 group A 及 B 的鏈球菌很少是造成細菌感染的病原。

要判定肺炎黴漿菌及肺炎披衣菌在肺炎病因中的角色，可用血清學及聚合鏈反應這兩種主要方式來檢測。聚合鏈反應通常於血清學檢測呈現陰性時使用。

表格三

比較有關罹患 CAP 門診病人的研究：肺炎披衣菌及肺炎黴漿菌的角色^{11, 12}

	肺炎披衣菌		肺炎黴漿菌	
	麻州	肯他基州	麻州	肯塔基州
小於5歲	9*	23	15	23
大於5歲	21	31	43	28
合計	18.6	29.2	29.5	26.5

* 結果中肺炎病患百分比



四．臨床表徵

肺炎的臨床表徵是形形色色的。社區型肺炎有幾個特定的症狀，如忽然發熱、呼吸急促及咳嗽。兒童罹患社區型肺炎的症狀學，目前還沒有系統性研究整理。聽診時，呼吸急促伴隨著尖銳的肺泡音（如囉音），在診斷上認為是肺炎，儘管得到肺炎的兒童並不常聽見囉音，尤其是脫水的兒童。而受到病毒或黴漿菌感染肺炎的兒童常會出現喘息聲⁷

Ruuskanen 及 Mertsola⁷ 注意到了，呼吸急促是最好的方法來分辨下呼吸道感染或上呼吸道感染。世界衛生安全組織的準則定義，在開發中的國家其肺炎的臨床診斷著重在呼吸急促及肺塌陷，且為最佳指標¹³ 世界衛生安全組織定義，嬰兒及小於一歲的兒童，每分鐘呼吸大於 50 次為呼吸急促，而一歲以上的兒童每分鐘呼吸大於 40 次為呼吸急促。呼吸急促亦為氣喘及支氣管炎的臨床表徵。

X 光照射結果。肺炎的臨床表徵不僅多樣化，而且又和其他呼吸道感染疾病十分相似，因此胸部 X 光檢驗常用來確認肺部的浸潤處。

五．流行病學因素

在美國，呼吸道融合病毒及流感病毒的感染高峰期是在秋冬之際，然而細菌性肺炎則少受到季節影響。

六．實驗室檢測

非侵入性的檢查通常用來檢測肺炎的致病原。侵入性的檢查則多在對抗生素療法反應不佳的住院病人身上實施。嬰兒及幼童較少會用痰液檢察來確認患有細菌性感染的致病原。檢體及鼻咽處的組織培養也不可能正確確認致病因素。另一方面，鼻咽處黏膜可使用抗原偵測及組織培養來確認呼吸道的病毒致病原。但出現在上呼吸道的病毒並不一定代表它是導致肺炎的因素。病毒感染有可能之後也會導致下呼吸道二度受細菌感染。

對重度疾病的患者，支氣管鏡檢法可直接檢視下呼吸道及收集檢體（支氣管肺泡灌洗術），以此來作特定檢體的染色檢查。經氣管抽吸術及經皮胸腔肺部穿刺則很少在兒童身上實行。

胸腔穿刺可用來判定是否積液或膿胸。若有膿胸，則可斷定受細菌感染，透過膿液引流手術這樣便可減短治療的療程及疾病的嚴重度。只有積液，通常引流手術並非必要性的。當積液已造成隔間且症狀已嚴重影響肺擴張或影響呼吸，就需要接受引流手術。影像輔助式胸腔手術可改善膿胸的臨床症狀並加快復原。

七．經驗性療法

使用或暫緩抗生素療法。導致感染的致病原因眾多且又不易確定⁷，因此治療多為經驗性療法。儘管有人認為難以確定病人是否受到細菌感染，然抗生素是在肺炎中必須使用的療程，不過也有其他人認為，在輕度疾病的患者且疑似受病毒感染是不需使用抗生素¹³。

專家們建議細菌性肺炎的抗生素使用都不大相同。然而大部分的準則多建議一開始口服 amoxicillin 或 penicillin 或者在住院病人給予靜脈注射 cefuroxime。對罹患肺炎門診病人，病人通常會給予 amoxicillin，但若病人對 penicillin 有抗藥性或感染了肺炎披衣菌或肺炎黴漿菌，則可靜派注射 β -lactam 藥物、給予巨環類抗生素或兩者都予以使用。

在過去幾年有三個不同的研究¹⁰⁻¹² 顯示 amoxicillin 或 amoxicillin/clavulanate 與巨環類抗生素，如 azithromycin 及 clarithromycin 的療效。結果顯示這些療法間的效果相近，都有著良好的復原速度。

對 penicillin 有抗藥性的肺炎雙球菌的經驗性療法。有研究比較，對 penicillin 有感受性的肺炎雙球菌及以抗藥性的肺炎雙球菌之間，使用 β -lactam 藥物的效果如何。而結果皆顯



示靜脈注射 penicillin 或 cephalosporin，對有 penicillin 抗藥性的肺炎感染也有一定的療效。

在 2000 年 5 月，疾病管制局之工作小組指出¹⁴口服 β -lactam 藥物包含 cefuroxime axetil、amoxicillin 及 amoxicillin/clavulanate 對於罹患社區型肺炎的門診病患是合宜的第一線療法。儘管巨環類藥物對成人來說也算適宜，但對於五歲以下的兒童是不合適的。而 Doxycycline，有廣泛的抗菌範圍，且可用於治療非典型致病原的感染，對成人來說也是恰當的一線療法，但在小於八歲以下的兒童也不建議使用。

肺炎雙球菌共價疫苗。肺炎雙球菌共價疫苗可有效降低下呼吸道感染，尤其是針對受到具抗藥性細菌的感染。肺炎雙球菌共價疫苗在兒童於第 2、4 及 6 月大時施打，在第 12 個月時顯示出降低 33% 罹患肺炎¹⁵

八. 結論

新的診斷科技，如肺炎雙球菌血清學及聚合鏈反應都顯著的改善，有關兒童罹患肺炎的微生物病因學。因為這些檢測都非常容易實行的，因此經驗性療法是必須的。致力於研發新的醫療介入策略、診斷工具、療法及疫苗對於未來控管這個疾病都是有所助益的。

九. 參考文獻

1. Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. *JAMA* 1999;281:61–6.
2. Dowell SF, Kupronis BA, Zell ER, et al. Mortality from pneumonia in children in the United States, 1939 through 1996. *N Engl J Med* 2000;342:1399–407.
3. Deaths: Final data for 1997. National Center For Health Statistics. *Vital Health Stat Series No. 47(19)*, 1999.
4. Mossad SB. Underused options for preventing and treating influenza. *Cleveland Clin J Med*

1999;66:19–23.

5. Winter JG. The scope of lower respiratory tract infection. *1991; 19(Suppl 7):S359–64.*
6. McCracken GH. Etiology and treatment of pneumonia. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:273–7.
7. Ruuskanen O, Mertsola J. Childhood community-acquired pneumonia. *Semin Respir Infect* 1999;14:163–72.
8. Juven T, Mertsola J, Waris M, et al. Etiology of community acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:293–8.
9. Heiskanen-Kosma T, Korppi M, Jokinen C, et al. Etiology of childhood pneumonia: serologic results of a prospective, population-based study. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:986–91.
10. Wubbel L, Muniz L, Ahmed A, et al. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J* 1998;18:98–104.
11. Harris JS, Kolokathis A, Campbell M, et al. Safety and efficacy of azithromycin in the treatment of community acquired pneumonia in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:865–71.
12. Block S, Hedrick J, Hammerschlag M, et al. *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in pediatric community-acquired pneumonia: comparative efficacy and safety of clarithromycin vs. erythromycin ethylsuccinate. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:471–7.
- 13 The WHO Young Infants Study Group. Serious infections in young infants in developing countries: rationale for a multicenter study. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18(10 Suppl):S4–7.
- 14 Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH, et al. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance. *Arch Intern Med* 2000;160:1399–408.
- 15 Black S, Shinefield H, Fireman B, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:187–95



廚房必需品「薑」

何永奕 藥師 撰稿 廖振羽 醫師 校稿

壹、前言

薑 Ginger，為薑科 Zingiberaceae 植物薑 *Zingiber officinale* Rosc 的根莖，鮮品或乾燥使用，具特殊芳香和辣味¹。本草綱目記載：「薑辛而不葷，去邪避惡，生痰、熟食，醋、醬、糟、鹽和蜜煎調和，無不宜之，可蔬可和，可果可藥，其利博矣。」文中的「可蔬」，指的是嫩薑脆嫩，可醃漬成小菜食用。「可和」，指的是薑可作烹飪菜餚的調味料，能去除魚肉等腥味，並可提升菜餚美味，是廚房必備的調味香料。「可果」，是指薑能加工成各種零食，如薑糖、蜜餞等。「可藥」，則說薑具有一定的藥效。因此，薑不僅是香料，而且是集食用到藥用為一體的高用途蔬菜²。

貳、薑的主要成分

薑的化學成分複雜，除了澱粉、蛋白質、絲氨酸、甘氨酸等營養成分外，主要藥理成分為揮發油、薑辣素（或稱生薑醇）及二苯基庚烷三大類。其中揮發油是芳香味的主要來源，有薑醇 zingiberol、薑烯 zingiberene、芳樟醇 Linalool、沒藥烯 bisabolene、水芹烯 phellandrene、和 d-龍腦 d-borneol 等。辣味成分則包含薑辣素 gingerols 及薑油（薑烯酚 shogaol 與薑酮 zingerone）³⁻⁴。其中含量最多，也是主要藥理活性成分為 6-gingerol 及 6-shogaol（圖 1）。薑辣素具熱不安定性，長期存放或經炮製加熱後，易脫水生成油狀、辣味成分的薑烯酚與結晶性辣味成分的薑酮⁵⁻⁶。此三者之混合物，同時也是抗暈、止嘔的有效成分。因薑辣素 gingerols 具興奮血管運動中樞、健胃、助消化的效用，故薑辣素含量低的薑類製品，如炮薑，在藥性上便無辛散之氣，多以止血、溫中、止瀉為主用，幾乎無解表、發汗與止嘔的功效⁷⁻⁸。

參、食用薑的區別

薑在食用上，隨時令不同，有老嫩子母之別⁹。秋分之前長成者，莖皮薄、肉質柔嫩多汁，略帶紫色，鬚根處多泛紅暈，稱為「嫩薑」，又叫做紫薑、紫芽薑、紫嫩薑或子薑。霜降之後長成者，其纖維變粗、變多，含水量減少，相對辛辣味增強，稱為「老薑」，故《宋史 晏敦復傳》有云：「沉吾薑桂之性，到老愈辣。」而做為種薑繁殖之用的老薑，又稱薑母¹⁰。

肆、藥用薑的區別

說到薑的藥用價值，古今中外都有記載，如印度，從阿育吠陀（Ayurveda）時期開始，就廣泛地被當作祛風劑使用¹¹。而我國歷代本草典籍也早有記載薑的臨床療效。然而，不同的薑製品，由於成分比例不同，藥效也不盡相同。就中藥炮製方式與臨床藥效而言（圖 2）¹²：

(1)「生薑」- 為薑去掉莖葉、鬚根，新鮮使用。性溫、味辛，具發汗解表、溫中止嘔，祛痰、解毒等功效。多用於風寒感冒，或雨淋、水浸之後引起的怕冷、發熱、腹部冷痛等症。薑亦為止嘔要藥，可單獨使用，治療胃寒嘔吐；配合半夏、竹茹、黃連等同用，可治胃熱嘔吐。由於生薑可緩



解生半夏、生天南星之毒所引起的喉、舌紅腫或麻木等症。故在炮製時，常和生薑一同炮制，以減除毒性¹³。

(2)「生薑皮」- 生薑浸水刮取生薑皮曬乾而得。其性涼、味辛，行水消腫。治療水腫初起，小便不利，並具有止汗作用。

(3)「生薑汁」- 生薑洗淨後，絞爛取汁。其性溫、味辛，具化痰、止嘔的功效，主要用於噁心、嘔吐及咳嗽、痰多等症，一般用量為三至十滴，沖服。可配合冬瓜皮、桑白皮等同用。一般用量為五分至一錢五分，煎服。

(4)「乾薑」- 生薑曬乾或烘乾而得。表面灰棕色或淡黃棕色。切面黃白色，有明顯的筋脈小點，略帶粉性。有特異香氣，味辛辣，而性大熱。具溫中散寒，回陽通脈，溫肺化飲的功效。多用於肺寒咳嗽、痰飲咳喘（如小青龍湯），肢冷脈微、回陽救逆（如四逆湯），以及脾胃虛寒之脘腹冷痛，大便溏薄（如大建中湯、理中丸）。乾薑若做藥引，能引血分藥（當歸）入血分、氣分藥（黃耆）入氣分；入肺經則利肺氣，入腎經則燥下濕，入肝經則引血藥生血。

(5)「煨（音ㄨㄞ）薑」- 生薑片用6~7層草紙包裹，水中浸透，置熱火灰中煨至紙色焦黃既得。味辛而性溫平。煨薑是去生薑的散性，乾薑的燥性，可和中止嘔，治胃寒，泄瀉、泛酸及產婦風寒感冒等症¹⁴。

(6)「炮薑」- 將乾薑切斷後，用武火急炒至表面發泡、鼓起，呈焦黃色，內部則呈黃褐色，氣香，味辛辣。薑一經炒過，辛辣感及刺激性降低，溫性反增。具溫中散寒，止血的功效。多用於脾胃虛寒、腹痛吐瀉、吐衄（ㄋㄨㄛˋ）、崩漏、陽虛失血。主治產後血虛身熱、裡寒吐血、便血等症。如用於脾胃虛寒之腹痛、腹瀉的附子理中丸，治脾胃虛寒便血的艾葉丸。

(7)「薑炭」- 炮薑進一步武火清炒，使表面焦黑，內部焦黃，具炭味，微苦而澀，不具辛味稱之。然而其溫經作用弱於炮薑，固澀止血作用強於炮薑，常用於虛寒引起的吐血、崩漏、便血等出血症，但須配合補氣、補血藥同用¹⁵。

伍、臨床應用中常出現的混用、代用現象

綜上所述，薑的炮製方法不同，功效也就不同，故臨床應用時不能混用、代用。

(1) 薑汁與生薑：一般認為生用主發散，熟用主和中，因為生薑在煎煮加熱過程中，揮發油有所散失，影響其發散功效。因此在用於風寒感冒發汗時，適合選用榨取的生薑汁¹⁶。

(2) 生薑與乾薑：由於生薑鮮品不易保存，配方時如遇缺藥，通常有藥劑人員會隨意用乾薑代替生薑。但生薑辛溫，主散，長於風寒感冒發汗、和中止嘔；而乾薑辛而大熱，主守，長於溫中回陽，故不可代用。

(3) 炮薑與薑炭：炮薑用的是炒黃法，薑炭用的是炒炭法。加工的標準不同，性味功能也各有不同。《得配本草》有記載：“入溫中藥，炮用。入止血藥，炒炭用。”

(4) 炮薑與煨薑：由於炮和煨的加工方法不同，致使炮薑和煨薑的功能應用也不同。炮薑有止血功效，適用於虛寒性出血如便血。而煨薑則不適用於此症¹⁷。

陸、國外對薑的科學研究

現代醫學證明薑具有止吐、強心、殺菌抗炎、抗動暈病等功效。對消化系統疾病、心血管疾病、



腫瘤、癌症等都有一定的防治作用。如丹麥學者研究指出生薑能預防噁心和暈車的功效¹⁸⁻¹⁹。澳洲學者指出，薑所含的薑醇類化合物，可抑制血小板的凝集，減低血液的黏稠度，保持血液循環暢順，有效預防心血管疾病²⁰⁻²¹。美國臨床研究指出，薑醇類具有抗炎效果，薑萃取物可以減輕關節疼痛。另外研究發現，薑所含的薑辣素進入腎上腺髓質部份後，可促進腎上腺素的分泌，從而刺激血液循環，使身體暖和，改善婦女虛寒體質，調節經痛症候群²²。在歐美，已有些專家或婦產科醫師向孕婦推薦，服用薑膠囊去對抗害喜現象，而且不會影響胎兒²³⁻²⁴。

柒、食薑須知

- (1) 薑最好不要服用過量，李時珍說，多吃「少志，少智，傷心氣」。
- (2) 薑雖無毒，刺激性高，胃弱或患有十二指腸潰瘍者、孕婦，少量食用。
- (3) 痔瘡病患不可同時食用薑與酒，否則容易使痔瘡復發。
- (4) 眼睛乾澀、易長青春痘、肝病患者，或是喉嚨不舒服的人，最好不要食用生薑。
- (5) 在批發市場，偶有不法商人利用硫磺水處理老薑，使其顏色更加鮮豔亮黃，利於銷售，表皮看上去非常光滑，像打過蠟一樣。購買時應注意。(圖 3)

捌、參考文獻

1. Afzal, M., Al-Hadidi, D., Menon, M., Pesek, J., Dhimi, M.S., 2001. Ginger: an ethnomedical, chemical and pharmacological review. *Drug Metab. Drug Interact.* 18, 159–190.
2. Langner, E., Greifenberg, S., Gruenwald, J., 1998. Ginger: history and use. *Adv. Ther.* 15, 25–44.
3. Wohlmuth, H., Leach, D.N., Smith, M.K., Myers, S.P., 2005. Gingerol content of diploid and tetraploid clones of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe). *J. Agric. Food Chem.* 53, 5772–5778.
4. Jolad, S.D., Lantz, R.C., Solyon, A.M., Chen, G.J., Bates, R.B., Timmermann, B.N., 2004. Fresh organically grown ginger (*Zingiber officinale*): composition and effects on LPS-induced PGE2 production. *Phytochemistry* 65, 1937–1954.
5. He, X., Matthew, W.B., Lian, L. and Lin, L. (1998). High-performance liquid chromatography-electrospray mass spectrometric analysis of pungent constituents of ginger. *J. Chromatogr.*, 796(2):327-334.
6. Zhang, X., Iwaoka, W.T., Huang, A.S., Nakamoto, S.T. and Wong, R. (1994). Gingerol decreases after processing and storage of ginger. *J. Food Sci.*, 59(6):1338-1343.
7. Bhattarai, S., Tran, V.H. and Duke, C.C. (2001). The stability of gingerol and shogaol in aqueous solutions. *J. Pharm. Sci.*, 90(10):1658-1663.
8. 藥師觀點 - 從中藥藥理淺談「薑」張慶新藥師 耕莘藥訊
9. 薑養生之道 劉佳雯 郭詩憲 輔英醫訊 Vol. 58
10. Wang, W.H., Wang, Z.M., 2005. Studies of commonly used traditional medicine-ginger. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi.* 30, 1569–1573.
11. 中藥炮製學 張賢哲、蔡春花 2003.02
12. 常用中藥炮製新釋及應用 苗明三 2003.10



13. 清·吳瑭·溫病條辨 [M]·北京：人民衛生出版社·1963
14. 清·吳瑭·吳鞠通醫案 [M] 北京：中國中醫藥出版社·1998·31
15. 薑的不同炮製品及臨床應用 梁瑞紅 陝西中醫 2011 年第 32 卷第 3 期
16. 藥用姜研究進展 吳建華 張麗君 陝西中醫學院學報 Vol.25.No.1.2002.1
17. Caroline Smith, Caroline Crowther, Kristyn Willson, et al. A Randomized Controlled Trial of ginger to Treat Nausea and Vomiting in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103(4): 639-645
18. 曹祚煥 生薑抗運動病的研究進展 中國藥學雜誌 1993, 28(9):531
19. Mamoru S, Atsushi I, Kazunori Y, Kazuhiko S, Masaki A, Eikichi H. Pharmacological studies on ginger. I. Pharmacological action of pungent constituents, 6-gingerol and 6-shogaol. *J. Pharmacobiol. Dyn* 7: 836-848, 1984.
20. Kobayashi M, Shoji N. Ohizumi, Y., Gingerol, a novel cardiotoxic agent, activates the Ca²⁺-pumping ATPase in skeletal and cardiac sarcoplasmic reticulum. *Biochim. Biophys. Acta* 903:96-102, 1987.
21. Guh JH, Ko FN, Jong TT, Teng CM, Antiplatelet effect of gingerol isolated from *Zingiber officinale*. *J. Pharm. Pharmacol* 47: 329-332, 1995.
22. Kim EC, Min JK, Kim TY, Lee SJ, Yang HO, Han S, Kim YM, Kwon YG. 6-Gingerol, a pungent ingredient of ginger, inhibits angiogenesis in vitro and in vivo. *Biochem. Biophys. Res. Commun*, 335: 300-308, 2005.
23. Young HY, Luo, YL, Cheng HY, Hsieh WC. Analgesic and anti-inflammatory activities of 6-gingerol. *J. Ethnopharmacol* 96: 207-210, 2005.

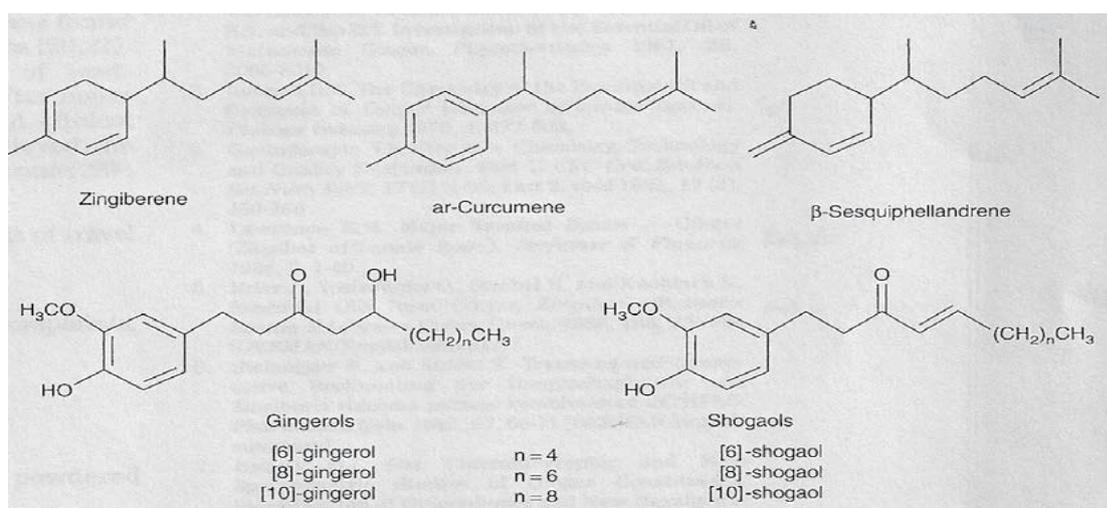


圖 1 薑之相關化合物結構





圖 2 薑及其炮製品



圖 3 鮮薑 (左) ; 硫磺燻製之薑 (右)



藥品異動資訊

101年8月-101年9月

新增品項

藥名	適應症	健保價	藥品外觀
Factor V III 250 IU/bt (Beriate P®)	先天及後天缺乏第八凝血因子。	4475 元	
Sildenafil 20mg/ tab(Revatio®)	肺動脈高血壓 (WHO GROUP I) 之治療以改善運動能力。	256 元	
Tacrolimus 1mg/cap (Prograf®)	肝、腎移植之第一線用藥或肝、腎移植 Cyclosporine 無效之第二線用藥；心臟移植之第二線用藥。	114 元	
Gliclazide MR 60mg/ tab(Kludone® MR)	治療經飲食、運動及體重控制後，仍無法達到適當的血糖控制之成人非胰島素依賴型糖尿病 (Type 2)。	4.54 元	
Mycostatin 0.5MU/ cap (Nystatin®)	白色念珠菌所引起之口腔、皮膚及腸內感染。	3.1 元	
Clostridium Butyricum Miyairi 40mg/g/pk (Miyarisan BM®)	緩解輕度腹瀉、腹痛及便秘、整腸 (調整排便)、軟便。	自費	
Levofloxacin 眼 藥水 25mg/5ml/ bot(Cravit®)	外眼部細菌性感染症。	141 元	

停用品項

藥名	適應症	健保價
Gliclazide MR 30mg/ tab(Kludone® MR)	治療經飲食、運動及體重控制後，仍無法達到適當的血糖控制之成人非胰島素依賴型糖尿病 (Type 2)。	2.75 元
Nystatin 2.4MU/24ml/ bo t(Mycostatin)	治療由白色念珠菌所引起之口腔、皮膚及腸內諸感染。	98 元
Norfloxacin 眼 藥水 0.3% 5ml/ bt(Baccidal®)	砂眼，結膜炎，膜炎，眼瞼炎，麥粒腫，淚囊炎，虹彩炎，術後感染症。	116 元



全民健保藥品給付相關規定異動 (101 年 8 月)

修正給付規定

一、抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

Sorafenib Tosylate 200mg/tab(Nexavar)

1. 晚期腎細胞癌部分：

- (1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon -alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。
- (2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor,TKI) 。
- (3) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。

2. 晚期肝細胞癌部分：

- (1) 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之晚期肝細胞癌，並符合下列條件之一：
 - I . 肝外轉移 (遠端轉移或肝外淋巴結侵犯) 的 Child-Pugh A class 患者。
 - II . 大血管侵犯 (腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左 / 右靜脈第一分支) 的 Child-Pugh A class 患者。
- (2) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。

全民健保藥品給付相關規定異動 (101 年 9 月)

修正給付規定

一、抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

Docetaxel 20mg/ml/vial(Taxotere)

1. 乳癌：

- (1) 局部晚期或轉移性乳癌。
- (2) 與 anthracycline 合併使用於腋下淋巴結轉移之早期乳癌之術後輔助性化學治療。
- (3) 早期乳癌手術後，經診斷為三陰性反應且無淋巴轉移的病人，得作為與 cyclophosphamide 併用 doxorubicin 的化學輔助療法。

2. 非小細胞肺癌：局部晚期或轉移性非小細胞肺癌。

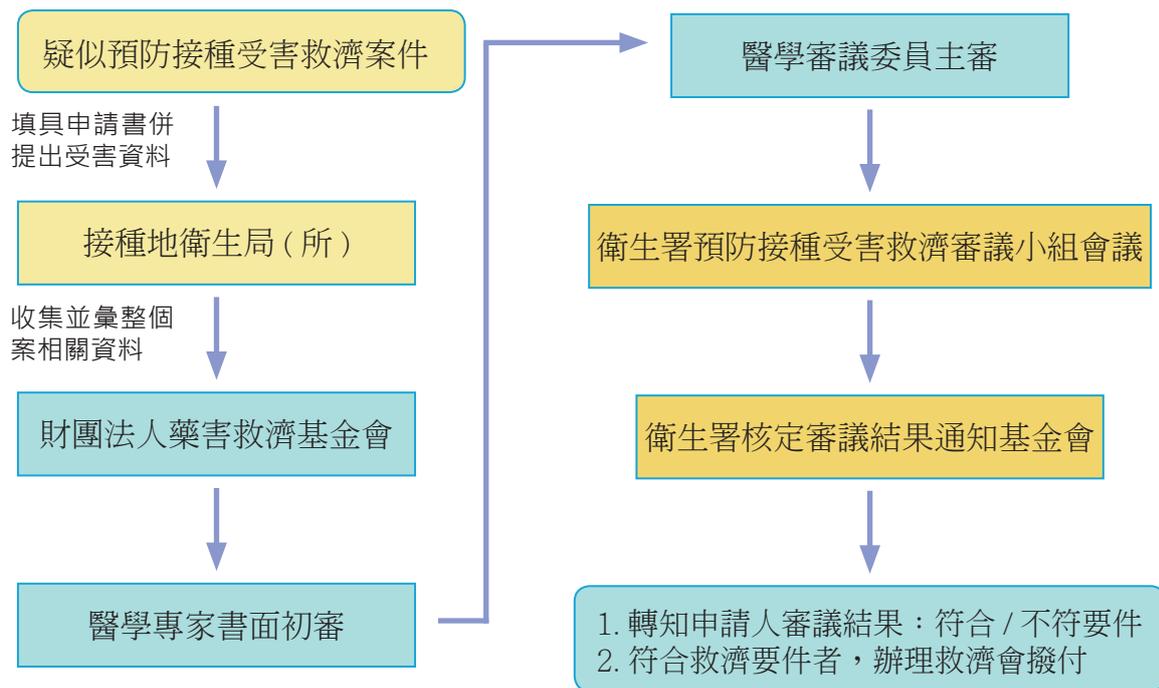
3. 前列腺癌：於荷爾蒙治療失敗之轉移性前列腺癌。

4. 頭頸癌：限局部晚期且無遠端轉移之頭頸部鱗狀細胞癌且無法手術切除者，與 cisplatin 及 5-fluorouracil 併用，作為放射治療前的引導治療，限使用 4 個療程。



- ◆提醒醫療人員，若發現疑似藥品不良反應時，請立即通報本院藥物不良反應小組。Ext：4029
- ◆凡是遵照醫師處方或藥師指示下，使用合法藥物，卻發生嚴重的藥物副作用（也可稱為藥害），符合條文者都可以提出藥害救濟的申請。藥害救濟諮詢專線：02-2358-4097

疫苗接種受害救濟申請流程



藥害救濟法

修正日期民國 100 年 05 月 04 日

第 13 條有下列各款情事之一者，不得申請藥害救濟：

- 一、有事實足以認定藥害之產生應由藥害受害人、藥物製造業者或輸入業者、醫師或其他之人負其責任。
- 二、本法施行前已發見之藥害。
- 三、因接受預防接種而受害，而得依其他法令獲得救濟。
- 四、同一原因事實已獲賠償或補償。但不含人身保險給付在內。
- 五、藥物不良反應未達死亡、障礙或嚴重疾病之程度。
- 六、因急救使用超量藥物致生損害。
- 七、因使用試驗用藥物而受害。
- 八、未依藥物許可證所載之適應症或效能而為藥物之使用。但符合當時醫學原理及用藥適當性者，不在此限。
- 九、常見且可預期之藥物不良反應。
- 十、其他經主管機關公告之情形。

