



# 台中慈濟藥訊

Taichung Tzuchi Hospital  
Drug Bulletin

Vol. 12, No. 02

發行人：簡守信 總編輯：陳綺華 執行編輯：藥學部臨床藥學科  
電話：(04) 36060666-4029 傳真：(04) 25362258  
◆ 2021 年 04 月號 【雙月刊】◆

## 目 錄

|   |      |
|---|------|
| 醫藥專欄：口服維生素 D 對五歲以下兒童生長線形和其他健康情況的影響..... | p.02 |
| 醫藥專欄：中藥在輕症 COVID-19 的治療.....            | p.07 |
| 全民健保藥品給付相關規定異動.....                     | p.12 |

**家庭藥師**  
Family Pharmacist



## 口服維生素 D 對五歲以下兒童生長線形和其他健康情況的影響

李庭逸 藥師 撰稿

### 前言

根據世界銀行 (2020 年) 及世界衛生組織 (2016 年) 的統計，全球目前仍面臨五歲以下兒童健康營養不良的問題，2015 年約 590 萬位五歲以下兒童死亡中，大部分可歸因於營養不良。

營養不良是五歲以下兒童發育遲緩中常見的情況，根據世界衛生組織 (2019 年) 統計全球有 1.49 億人發育遲緩。幼年期發育遲緩的婦女往往會造成下一代身體、心理和在經濟方面的發展較為弱勢。孕產婦營養不良可能導致嬰兒早產 (胎齡小於 32 週) 或出生體重低 (小於 2500 克)<sup>[1]</sup>。

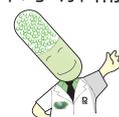
發育遲緩定義為低於世界衛生組織參考標準 (依年齡的相對身高) 的兩個以上標準差 (SD)<sup>[1]</sup>，因此，研究常使用生長曲線 (Linear growth ; Length /height) 和依年齡的相對身高 (Length /height-for-age z-score ; L / HAZ) 以便更好地評估。

維生素 D 是人體不可或缺的營養素，其會影響人體中的鈣和骨骼的發展，近年來也有許多研究關於其在代謝疾病、癌症方面的影響，由此可知維生素 D 在生理上扮演著重要的角色。人體大部分的維生素 D 是藉由日光的曝曬取得，也可藉由少部分食物攝取如藻油、部分深海魚類 (例如：如鱈魚、鮭魚、鮪魚)、蛋黃、乳酪、起士等。依照美國國家醫學科學院和美國兒科學會的建議，嬰兒必須每日補充維生素 D 400 IU，1~18 歲兒童須每日補充維生素 D 600 IU，才可達到每日所需量，且建議血清中維生素 D 濃度標準如下表 (表一)<sup>[3,4]</sup>。

表一：血清中維生素 D 濃度標準

|           |  |
|-----------|--|
| 維生素 D 充足  | 20 至 100 ng / mL ( 50 至 250 nmol / L ) |
| 維生素 D 不足  | 12 至 20 ng / mL ( 30 至 50 nmol / L )   |
| 維生素 D 缺乏症 | <12 ng / mL ( <30 nmol / L )           |

在美國有 15% 兒童維生素 D 缺乏<sup>[2]</sup>，若長時間缺乏會影響骨骼的發展，這可能導致發育遲緩，因此需要進一步評估補充維生素 D 是否可以改善營養不良、發育遲緩的問題。但現有的文獻未對五歲以下的兒童進行系統性的研究，因此本文章想探討透過補充微量營養素 (例如：維生素 D) 對於發育遲緩是否有改善的關連性，研究人員搜尋補充維生素 D 作為預防和改善兒童發育遲緩的相關研究，並對其做系統性文獻回顧分析來了解補充維生



素 D 對於五歲以下的兒童的生長曲線及其他健康情況的影響。

## 文獻探討

研究人員搜尋 75 項研究 ( 187 份報告 ; 12,122 名參與者 ) 其中有 64 項研究 ( 169 份報告 ; 10,854 名參與者 ) 符合研究項目的條件並對其進行系統性文獻回顧分析。大多數納入的研究是在印度、美國和加拿大進行。

此次分析主要分成三個部分：

- (1) 維生素 D 與安慰劑比較
- (2) 高劑量維生素 D 與低劑量維生素 D 比較
- (3) 高劑量維生素 D 加微量營養素與低劑量維生素 D 加微量營養素比較

在比較中納入了生長曲線、依年齡的相對身高、發育遲緩和不良反應 ( 例如：高鈣尿症、高鈣血症 ) 相關的評估。根據 2017 年台灣內科醫學會的資料：高鈣尿症定義為 24 小時尿鈣總排出量 > 250 mg，高鈣血症定義為血清總鈣濃度超過 10.5 mg/dl。

### 維生素 D 與安慰劑比較：( 見表二 )

與安慰劑相比，五歲以下兒童補充維生素 D ( 每天 200 至 2000 IU 劑量；實驗期間累積最多服用 300,000 IU ) 會使生長曲線平均上升 0.66 公分，但在統計學上無意義 ( 平均差 ( MD ) 0.66，95% 信賴區間 ( CI ) -0.37 至 1.68 )；可以提升依年齡的相對身高 0.11 單位 ( L / HAZ ) ( MD 0.11，95% CI 0.001 至 0.22 )；有降低發育遲緩的風險一成 ( 風險比 ( RR ) 0.90，95% CI 0.80 至 1.01 )。

就不良反應而言，補充維生素 D 可能會導致高鈣尿症的風險為 2.03 倍，但在統計學上沒有意義，因為個體之間的差異太大 ( RR 2.03，95% CI 0.28 to 14.67 )；補充維生素 D 對於高鈣血症的發生率比較安慰劑低兩成左右，但是證據等級低因此不建議採納 ( RR 0.82，95% CI 0.35 至 1.90 )。

表二：維生素 D 與安慰劑比較<sup>[1]</sup>

|   | 結果比較                 |                       | 風險比<br>(95%CI) | 參與人數<br>( 論文 )    | 證據等級<br>(GRAED) | 評論                          |
|---|----------------------|-----------------------|----------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|
|   | 安慰劑或<br>無干預          | 維生素 D                 |                |                   |                 |                             |
| 生長曲線<br>(length/height)<br>單位：公分<br>期間：平均 6.3<br>個月 | 平均身高<br>為 62.7<br>公分 | 平均身高<br>為 63.36<br>公分 | -              | 240 人<br>(3 RCTs) | 低               | 兩項研究顯示生長曲線上升，而一項研究發現生長曲線下降。 |



|                              |                 |                 |                     |                |     |  |
|------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|----------------|-----|--|
| 年齡的相對身高 (L / HAZ) 期間：6 個月    | L / HAZ 為 -1.95 | L / HAZ 為 -1.84 | -                   | 1258 人 (1 RCT) | 中等  | 使用維生素 D 可以提高 L/HAZ 0.11 單位               |
| 發育遲緩 定義：L / HAZ < -2 期間：6 個月 | 490 人 / 千人      | 441 人 / 千人      | 0.90 (0.80 - 1.01)  | 1247 (1 RCT)   | 中等  | 使用維生素 D 可以降低發育遲緩的風險一成                    |
| 不良反應 高鈣尿症 期間：平均 6.5 個月       | 29 人 / 千人       | 60 人 / 千人       | 2.03 (0.28 - 14.67) | 68 (2 RCTs)    | 高   | 使用維生素 D 的族群高鈣尿症的風險提高 2.03 倍              |
| 不良反應 高鈣血症 期間：平均 7.5 個月       | 124 人 / 千人      | 101 人 / 千人      | 0.82 (0.35 - 1.90)  | 367 (2 RCTs)   | 非常低 | 使用維生素 D 的族群高鈣血症的發生風險比安慰劑低，但是證據等級低因此不建議採納 |

高劑量維生素 D 與低劑量維生素 D 比較：( 見表三 )

與高劑量的維生素 D ( 每天 200 至 6000 IU; 實驗期間累積最多服用 600,000 IU ) 相比低劑量的維生素 D ( 每天 100 至 1000 IU; 實驗期間累積最多服用 300,000 IU ) 對生長曲線發現高劑量的平均高了 1 公分，但在統計學上無意義，( MD 1.00，95% CI -2.22 至 0.21 )；對年齡的相對身高提升 0.4 單位 L / HAZ，但在統計學上無意義 ( MD 0.40，95 CI-0.06 至 0.86% )。研究中沒有評估發育遲緩。

關於不良事件，高劑量的維生素 D 補充劑與低劑量的高鈣尿症 ( RR 1.16，95% CI 1.00 至 1.35 ) 或高鈣血症相比 ( RR 1.39，95% CI 0.89 to 2.18 ) 都有較高的風險。

表三：高劑量維生素 D 與低劑量維生素 D 比較<sup>[1]</sup>

|   | 結果比較            |                | 風險比 (95%CI)        | 參與人數 ( 論文 )    | 證據等級 (GRAED) | 評論  |
|---|-----------------|----------------|--------------------|----------------|--------------|---|
|   | 低劑量             | 高劑量            |                    |                |              |   |
| 生長曲線 (length/height) 單位：公分 期間：平均 4.2 個月 | 平均身高為 57.8 公分   | 平均身高為 56.8 公分  | -                  | 283 人 (5 RCTs) | 非常低          | 兩項研究顯示生長曲線增加，而三項研究發現下降。                   |
| 年齡的相對身高 (L / HAZ) 期間：7 個月               | L / HAZ 為 -0.35 | L / HAZ 為 0.05 | -                  | 105 人 (2 RCTs) | 低            | 使用高劑量維生素 D 可以提升 0.4 單位 L / HAZ，但在統計學上不具意義 |
| 不良反應 高鈣尿症 期間：平均 3.9 個月                  | 276 人 / 千人      | 320 人 / 千人     | 1.16 (1.00 - 1.35) | 554 (6 RCTs)   | 低            | 使用高劑量維生素 D 在高鈣尿症的風險提高 1.16 倍              |



|                                 |              |              |                       |                 |   |                                     |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------|---|-------------------------------------|
| 不良反應<br>高鈣血症<br>期間：平均 8.6<br>個月 | 64 人 /<br>千人 | 88 人 /<br>千人 | 1.39<br>(0.89 – 2.18) | 968<br>(5 RCTs) | 低 | 使用高劑量維生素<br>D 在高鈣血症的風<br>險提高 1.39 倍 |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------|---|-------------------------------------|

高劑量維生素 D 加微量營養素 ) 與低劑量維生素 D 加微量營養素比較 : ( 見表四 )

使用高劑量的維生素 D ( 每天 400 至 2000 IU , 實驗期間累積最多服用 300,000 IU ) 和微量營養素與較低劑量 ( 每天 200 至 2000 IU , 實驗期間累積最多服用 90,000 IU ) 和微量營養素 , 微量營養素包含礦物質 , 如鈣和磷、多種維生素 , 其中鈣的補充量為每日每公斤 90~120mg、磷為每日每公斤 44~75mg , 兩組相比發現使用高劑量維生素 D 的生長曲線高了 0.6 公分 , 但在統計學上無意義 ( MD 0.60 , 95% CI -3.33 至 4.53 ) 。沒有研究評估年齡的相對身高或發育遲緩。

就不良事件而言 , 使用高劑量維生素 D 和微量營養素與低劑量維生素 D 相同微量營養素相比 , 在高鈣尿症的發生率幾乎沒有差別 ( RR 1.00 , 95% CI 0.06 至 15.48 ) , 使用高劑量維生素 D 和微量營養素與低劑量維生素 D 相同微量營養素相比 , 在高鈣血症的人數每千人多 153 人 , 但風險比卻相同 ( RR 1.00 , 95% CI 0.90 至 1.11 ) 。

有四項研究測量了高磷酸血症 , 三項研究測量了腎結石 , 但沒有明確的紀錄 , 因此未列在結果的比較中。

表四：高劑量維生素 D 加微量營養素與低劑量維生素 D 加微量營養素比較<sup>[1]</sup>

|  | 結果比較                 |                      | 風險比<br>(95%CI)         | 參與人數<br>( 論文 )  | 證據等級<br>(GRAED) | 評論  |
|--|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------|-----------------|---|
|  | 低劑量                  | 高劑量                  |                        |                 |                 |   |
| 生長曲線<br>(length/height)<br>單位：公分<br>期間：平均 3 個<br>月 | 平均身高<br>為 49.2<br>公分 | 平均身高<br>為 49.8<br>公分 | -                      | 25 人<br>(1 RCT) | 中等              | 高劑量組的生長<br>曲線比低劑量組<br>高了 0.6 公分                             |
| 不良反應<br>高鈣尿症<br>期間：平均 3 個<br>月                     | 23 人 / 千<br>人        | 23 人 / 千<br>人        | 1.00<br>(0.06 – 15.48) | 86<br>(1 RCT)   | 低               | 不論使用低劑量<br>或高劑量維生素<br>D , 在高鈣尿症的<br>風險沒有差異                  |
| 不良反應<br>高鈣血症<br>期間：平均 2.2<br>個月                    | 145 人 /<br>千人        | 298 人 /<br>千人        | 1.00<br>(0.9 – 1.11)   | 126<br>(2 RCTs) | 中等              | 使用高劑量維生<br>D 在高鈣血症的<br>人數比低劑量組<br>每千人多 153 人 ,<br>但風險比卻相同 , |



## 結論

此次納入的研究在干預參數方面的異質性大及偏差很高，每個研究證據等級有所不同，這些因素影響了我們對補充維生素 D 在生長方面結果的可信度。在實驗結果顯示與安慰劑相比，補充維生素 D 對生長曲線、發育遲緩的結果都有改善。但是，在高鈣尿症的風險上升兩成左右，在高鈣血症的風險降低兩成左右，皆無統計學上意義。而在年齡的相對身高 (L / HAZ) 方面略有增加。此外，高劑量與較低劑量的維生素 D 相比，不論有或沒有微量營養素，補充維生素 D 對生長曲線、L / HAZ、發育遲緩皆有改善，在高鈣尿或高鈣血症的風險也較高，但在統計學上都無意義。因此建議進行長期 (數月至數年) 且設計完善的大規模研究，以確立補充維生素 D 是否會影響 5 歲以下兒童的成長。

此次研究中發現補充維生素 D 對年齡的相對身高 (L / HAZ) 略有增加，根據台灣的情況，要藉由日曬來獲得每日所需的維生素 D 必須於上午 10 點到下午 3 點這個時段在沒有遮蔽、不擦防曬的情形下，露出臉部、脖子和手臂曬 30 分鐘左右才能獲得每日所需的維生素 D，此外若長期曝曬於強烈的陽光下也會提高罹患皮膚癌的風險，因此還是會建議能夠補充維生素 D 來達到每日所需的維生素 D。根據 2020 年衛生福利部國民健康署「國人膳食營養素參考攝取量」第八版：1 – 50 歲的人每日維生素 D 建議量為 400 IU、50 歲以上為 600 IU，而每日最大量一歲以下為 600 IU、其他為 2000 IU。此外發育遲緩也可藉由改變生活型態來改善，像是均衡的飲食、多運動、充足的睡眠。

## 參考資料：

1. Samantha L Huey, Nina Acharya, Ashley Silver, et al. Effects of oral vitamin D supplementation on linear growth and other health outcomes among children under five years of age, Cochrane Database Syst Rev . 2020 Dec 8;12:CD012875.
2. Willis JA, Scott RS, Darlow BA, et al. Seasonality of birth and onset of clinical disease in children and adolescents (0-19 years) with type 1 diabetes mellitus in Canterbury, New Zealand. J Pediatr Endocrinol Metab 2002; 15:645.
3. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. National Academy Press, Washington, DC 2010. Available at: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13050](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=13050). (Accessed on December 14, 2010).
4. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Pediatrics 2012; 130:e1424.



## 中藥在輕症 COVID-19 的治療

張雅媛 藥師 撰稿

### 前言

2019 年 11 月在武漢發現了嚴重急性呼吸系統症狀冠狀病毒 2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2) 所引起之呼吸道感染，之後此疾病在世界各地擴展迅速，2020 年 2 月被世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 定名為 2019 冠狀病毒疾病 (coronavirus disease 2019, COVID-19)，在台灣則被稱為嚴重特殊傳染性肺炎。截至目前為止已在全球感染 1.08 億的人，並造成 239 萬人死亡。<sup>[1]</sup>

而在西醫的藥物治療中，針對 COVID-19 的藥品除了 Hydroxychloroquine 已被排除使用外，建議使用的藥品包含 Dexamethasone、Remdesivir 或 tocilizumab 等藥<sup>[2]</sup>，實際上能針對 COVID-19 治療的藥品並不多，大部分也不建議使用在輕症患者，因此出現常規西藥合併中藥的治療也就不意外了。實際上有研究顯示，以常規西醫治療並輔以中醫，紀錄患者臨床症狀並記錄臨床症狀消失的時間，病程有縮短的跡象，說明在輕症 COVID-19 的治療中也許中藥是個可以嘗試的路徑。<sup>[3]</sup>

### 臨床症狀

COVID-19 潛伏期約 14 天，大多在暴露於病原後的四到五天發病。在美國的資料中，相關症狀包含：咳嗽 50%，發燒 (>38°C) 43%，肌肉痠痛 36%，頭痛 34%，呼吸困難 29%，咽喉痛 20%，腹瀉 19%，噁心嘔吐 12%，其他相關症狀包含味覺嗅覺喪失、消化道症狀、失眠、結膜炎及腹部疼痛少於 10%。值得注意的是有資料指出在發病初期，發燒並沒有想像中常見，紐約對超過 5000 名因 COVID-19 住院治療的患者的研究中，只有 31% 的患者在入院陳述時有發燒的症狀，而雖然味覺嗅覺異常總比率看起來很低，在義大利輕度 COVID-19 患者的調查資料中，卻有 64% 回報此症狀。亦有皮膚症狀，某些年輕患者末梢手指會出現紅紫色小結節。

在中國疾病預防控制中心包括 44,500 例確診的報告中，疾病的嚴重程度比例如下：輕度疾病（無或輕度肺炎，這裡包含了在大陸中醫指引中的輕症和中症）81%，嚴重疾病（例如呼吸困難，缺氧或在 24 至 48 小時內影像學檢查中受損肺部 > 50%）佔 14%，嚴重疾病（如呼吸衰竭，休克或多器官功能障礙）的報告率為 5%，總病死率為 2.3%；在非嚴重病例中沒有死亡報告。<sup>[4]</sup>



## 中藥方劑的使用

在中醫症型的鑑別上，COVID-19 患者症型表現為濕邪鬱肺或邪熱壅肺，輕症發熱以中低熱為主，症狀包含咳嗽、肌肉痠痛、疲勞乏力，咳痰多為白痰，舌象多為紅舌，多微薄白膩苔，雖然對於病機分析各家有所差異，但基本上都同意患者有「濕」，發病在衛分及氣分階段，部分入營分。<sup>[5]</sup>

輕中症可以以補中益氣湯與玉屏風散來扶正氣虛，在 20 人的小型回顧研究裡，有醫家將病機辨為肺衛氣虛，疫毒內襲，以玉屏風散為主體的自擬方冠陽方治療。方中包含了黃耆 30 g、白朮 10 g、防風 10 g、土茯苓 10 g、蘆根 10 g、蒼朮 10 g、忍冬藤 10 g、甘草 5 g。<sup>[6]</sup> 亦可以銀翹散來解肺衛之邪，銀翹散具辛涼透表與清熱解毒之功效。若是濕熱蘊肺，可使用桑菊飲合桑白皮以宣肺利濕，桑菊飲主要功效為疏風散熱與宣肺止咳，可緩解咳嗽症狀並減少痰液之產生，痰液過多積滿肺腔乃至無法順利換氣，為 COVID-19 患者最早被發現之共同致死症狀。寒濕鬱肺可使用小青龍湯或射干麻黃湯以溫肺化飲。而呼吸困難者可以用瀉白散治療。<sup>[6,7]</sup>

而 COVID-19 病症相似於明代吳又可所著的《瘟疫論》中之伏氣溫疫—膜原證的臨床表現，因此輕中症亦可考慮用其方達原飲，通達三焦鬱竭之邪。方中含檳榔、厚朴、草果仁、知母、白芍、黃芩、甘草，以前三者破邪外出，知母、白芍、黃芩滋陰清熱，制前三藥之燥烈之氣，並以甘草和中。<sup>[7,8]</sup>

而 2020 年發表在 *Pharmacological Research* 的研究，提出了蓮花清瘟方，作為預防和治療的用藥。分別由來自麻杏石甘湯的麻黃、杏仁、石膏和甘草，以及來自銀翹散的連翹、金銀花和薄荷所構成，並額外加入了大黃、紅景天、板藍根、綿麻貫眾、魚腥草和廣藿香等中藥。研究中顯著對抗 SARS-CoV-2 的活性，並抑制其病毒複製，降低促發炎的細胞因子。臨床上提高了症狀的恢復率，縮短恢復時間以及改善肺部異常，而比較多的不良反應是 ALT (Alanine Amino Transferase) 的升高，此藥目前仍須更多的研究，因為在功效上，目前尚未進行雙盲測試。<sup>[10]</sup>

而其他預防方式包含了使用香囊、薰洗以及茶飲。其中茶飲的部分，花蓮慈濟醫院發表了中醫藥複方「淨斯本草飲」，成分為麥冬、魚腥草、艾草、桔梗、魚針草、紫蘇、菊花及甘草等八種藥，在阻斷病毒棘蛋白與人體細胞接受器 (ACE2) 的結合實驗上，表現較澳洲複方及大陸蓮花清瘟膠囊佳，此方抑制病毒的蛋白酶，進而抑制病毒穿透。其他的茶飲用藥還包含了蘆根，和忍冬及桔梗一樣針對肺部，另外還有白朮、黃耆、大棗、薑亦有被作為針對脾胃預防的茶飲使用。<sup>[11]</sup>

在治療指引裡，大陸在「新型冠狀病毒肺炎診療方案 (試行第八版)」中推薦中西



醫結合治療 COVID-19 時使用清肺排毒湯，不論是在輕中重症的患者皆可使用。基礎方劑為麻黃 9g、炙甘草 6g、杏仁 9g、生石膏 15-30g (先煎)、桂枝 9g、澤瀉 9g、豬苓 9g、白朮 9g、茯苓 15g、柴胡 16g、黃芩 6g、薑半夏 9g、生薑 9g、紫菀 9g、款冬花 9g、細辛 6g、山藥 12g、枳實 6g、陳皮 6g、藿香 9g。服藥完可加服大米湯半碗，舌乾津液虧虛者可多服至一碗。

「清肺排毒湯」是由四個方構成，由麻杏甘石湯清肺為君，五苓散利水為臣，小柴胡湯和解清熱為佐，射干麻黃湯為使，化解寒濕入肺的喘咳，並另外加入山藥、枳實、陳皮、藿香，環繞脾胃症狀而設。<sup>[7,8,12]</sup>

而在輕症患者此指引將其分為兩型，一是寒濕鬱肺者，出現發熱、乏力、全身痠痛、咳痰、嘔吐、大便黏膩不爽，舌質淡胖齒痕或淡紅，苔白厚腐膩或白膩，脈濡或滑。用寒濕疫方，生麻黃 6g、生石膏 15g、杏仁 9g、羌活 15g、葶藶子 15g、貫眾 9g、地龍 15g、徐長卿 15g、藿香 15g、佩蘭 9g、蒼朮 15g、茯苓 45g、生白朮 30g、焦三仙各 9g、厚朴 15g、焦檳榔 9g、煨草果 9g、生薑 15g。

二是濕熱蘊肺者，低熱或不發熱，微惡寒，乏力，頭身困重，肌肉痠痛，乾咳痰少，咽痛，口乾不欲多飲，或伴有胸悶脘痞，無汗或汗出不暢，或見嘔噁納呆，便溏或大便黏滯不爽。舌淡紅，苔白厚膩或薄黃，脈滑數或濡。用檳榔 10g、草果 10g、厚朴 10g、知母 10g、黃芩 10g、柴胡 10g、赤芍 10g、連翹 15g、青蒿 10g (後下)、蒼朮 10g、大青葉 10g、生甘草 5g。<sup>[12]</sup>

而在台灣衛生福利部國家中醫藥研究所《新型冠狀病毒病中醫臨床分期治療指引》公告中，則是建議在輕症對象水煎藥使用一天三次，包含了魚腥草五錢、板藍根五錢、荊芥三錢、防風二錢、桑葉三錢、黃芩三錢、全瓜蒌五錢、厚朴三錢、薄荷三錢、炙甘草二錢。

濃縮中藥處方的部分則建議單日量 5g 一天三次，板藍根 1.5g、魚腥草 3.0g、黃芩 1.5g、全瓜蒌 2.0g、荊芥 1.0g、防風 1.0g、桑葉 1.5g、厚朴 1.5g、薄荷 1.0g、甘草 1.0g。此方劑以漢代《傷寒雜病論》為主，明清溫病醫家分期治療方藥為輔，以及 2003 年中醫治療 SARS 經驗為基礎，並參考 COVID-19 國際學術論文。<sup>[13]</sup>

以下是針對 COVID-19 患者治療方劑的整理，輕症患者主要還是以扶正正氣跟解表的方劑為主，大陸指引是注重祛濕的多重方劑組合，台灣指引則多了 SARS 的相關用藥。

| 方劑   |       | 組成                       | 主治 <sup>[14]</sup>        |
|------|-------|--------------------------|---------------------------|
| 補氣   | 補中益氣湯 | 黃耆、炙甘草、人參、當歸、陳皮、升麻、柴胡、白朮 | 脾胃氣虛，中氣下陷，發熱自汗，舌質淡，脈虛軟無力。 |
| 固表止汗 | 玉屏風散  | 防風、黃耆、白朮                 | 表虛衛氣不固。惡風自汗，苔白，脈虛軟。       |



|                   |          |   |                                   |
|-------------------|----------|---|-----------------------------------|
| 辛溫解表              | 小青龍湯     | 麻黃(去節)、桂枝、乾薑、細辛、半夏、五味子、白芍、炙甘草                                       | 外感風寒，痰飲內停。惡寒發熱，無汗，苔白滑，咳喘。         |
| 辛涼解表              | 桑菊飲      | 桑葉、菊花、薄荷、杏仁、連翹、桔梗、蘆根、甘草   | 風溫初起。咳嗽，身熱不甚，口微渴。                 |
|                   | 銀翹散      | 銀花、連翹、荊芥、豆豉、薄荷、竹葉、蘆根、牛蒡子、桔梗、甘草                                      | 溫病初起。發熱無汗，頭痛咽痛，舌尖紅，苔薄白或薄黃，脈浮數。    |
|                   | 麻杏甘石湯    | 麻黃(去節)、杏仁、炙甘草、石膏  | 外感風邪。身熱，咳逆氣急，鼻煽，口渴，苔白或黃，脈浮數。      |
| 清臟腑熱              | 瀉白散      | 地骨皮、桑白皮(炒)、炙甘草、粳米   | 肺熱咳嗽氣喘，發熱日晡尤甚，舌紅苔黃，脈細數。           |
| 祛濕                | 達原飲      | 檳榔、厚朴、草果仁、知母、白芍、黃芩、甘草   | 憎寒壯熱，發無定時，頭痛身疼，胸悶泛惡，舌邊紅，苔垢膩，脈弦數者。 |
| 新型冠狀病毒肺炎診療方案      | 清肺排毒湯    | 麻黃、炙甘草、杏仁、生石膏(先煎)、桂枝、澤瀉、豬苓、白朮、茯苓、柴胡、黃芩、薑半夏、生薑、紫菀、款冬花、細辛、山藥、枳實、陳皮、藿香 |                                   |
|                   | 輕症(寒濕鬱肺) | 麻黃、生石膏、杏仁、羌活、葶藶子、貫眾、地龍、徐長卿、藿香、佩蘭、蒼朮、茯苓、生白朮、焦三仙、厚朴、焦檳榔、煨草果、生薑        |                                   |
|                   | 輕症(濕熱蘊肺) | 檳榔、草果、厚朴、知母、黃芩、柴胡、赤芍、連翹、青蒿(後下)、蒼朮、大青葉、甘草                            |                                   |
| 新型冠狀病毒病中醫臨床分期治療指引 | 輕症       | 魚腥草、板藍根、荊芥、防風、桑葉、黃芩、全瓜蒌、厚朴、薄荷、炙甘草                                   |                                   |

## 結語

COVID-19 已在全球肆虐一年多，嚴峻的疫情迫使人們必須尋找更多的方法來解救患者。目前 COVID-19 的中藥治療，不論是「氣陰兩虛，濕毒內蘊」還是「邪伏膜原」，大多都不脫有濕，而這也和此病起源地氣候相關聯，而輕症患者除了需要除去外邪外，也需要扶正正氣。而台灣注重在清熱解毒，中醫藥從不同角度切入，雖病機病因判斷不同，興許能為人們的健康帶來助力。

## 文獻資料

1. Johns Hopkins CSSE，衛福部疾管署。COVID-19 全球疫情地圖。取自 <https://covid-19.nchc.org.tw/>。統計至 2021 年 2 月 14 日。
2. Arthur Y Kim, MD, FIDSA. Rajesh T Gandhi, MD, FIDSA. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in hospitalized adults. [Uptodate] Feb 26, 2021. Accessed Mar 7, 2021.
3. 钱玉军，王延菊，颜波等人。中西医结合治疗轻症型新冠肺炎的临床疗效探究。智慧健康 2020;6:70-



72。DOI:10.19335。

4. Kenneth McIntosh, MD Section. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Clinical features. [Uptodate] Dec 17, 2020. Accessed February 14, 2021.
5. 卢幼然, 王玉光, 焦以庆等人。新型冠状病毒肺炎中医证治研究进展。中医杂志 2020;61:1846-1850。DOI: 10.13288。
6. 夏德椿, 詹凯丞, 黄岱琳等人。傳統中醫藥於對抗新冠病毒之角色與重要性。J Int Chin West Med 2020;22(2):1-10。
7. 黃靖鈞, 吳孟珊, 陳忠仁。結合中西醫理論探討新冠肺炎的病程進展及治療展望。TJ TCM. 2020;23(2):93-116。DOI:10.6516。
8. 許詠棠, 蔡金川, 洪裕強。新型冠状病毒肺炎中醫瘟疫試治。中醫內科醫學雜誌 18(2):12-33。
9. 余瑞宁, 范金茹, 周静等人。“冠阳方”治疗新型冠状病毒肺炎的回顾性研究及其应用前景。亚太传统医药 2021;17:55-56。DOI:10.11954。
10. Hu K, Guan WJ, Bi Y, et al. Efficacy and safety of Lianhuaqingwen capsules, a repurposed Chinese herb, in patients with coronavirus disease 2019: A multicenter, prospective, randomized controlled trial. Phytomedicine : International Journal of Phytotherapy and Phytopharmacology, May 16, 2020. DOI:10.1016
11. Ren W, Liang P, Ma Y, et al. Research progress of traditional Chinese medicine against COVID-19. Biomedicine & Pharmacotherapy = Biomedecine & Pharmacotherapie, Feb 03 2021, 137:111310-111310.
12. 中华人民共和国国家中医药管理局。新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第八版)。2020年8月18日。
13. 衛生福利部國家中醫藥研究所。《新型冠状病毒病中醫臨床分期治療指引》公告。<https://www.nricm.edu.tw/p/406-1000-6141,r11.php?Lang=zh-tw>。2020年6月1日修訂。
14. 阮時寶, 俞宜年。中醫處方手冊: 基礎與應用。台北市: 合記, 2003。頁 218-234。



# 全民健保藥品給付相關規定異動(110年01月)

## 修正後給付規定

公告主旨：自 110 年 02 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Abiraterone ( Zytiga )

Enzalutamide ( Xtandi )

Capecitabine ( Xeloda )

Trastuzumab emtansine ( Kadcylla )

Lapatinib ( Tykerb )

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

一、 Abiraterone ( Zytiga )

1. 與雄性素去除療法及 prednisone 或 prednisolone 併用，治療具高風險的荷爾蒙敏感性轉移性前列腺癌 (mHSPC) 新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC) 的成年男性 (ECOG 分數須 $\leq$  1)。高風險需符合下列三項條件中至少兩項：( 略 )
2. -3.( 略 )
4. 須經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。
  - (1)、申請時需檢附病理報告、使用雄性素去除療法紀錄及系列 PSA 和睪固酮數據。
  - (2)、再申請時若 PSA 值下降未超過治療前的 50% 以上，則需停藥。
  - (3)、下降達最低值後之持續追蹤出現 PSA 較最低值上升 50% 以上且 PSA  $\geq$  2ng/ml，則需停藥，但影像學證據尚無疾病進展者，可以繼續使用。



- (4)、用於治療具高風險的荷爾蒙敏感性轉移性前列腺癌 (mHSPC) 新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC) 的成年男性，總療程以 24 個月為上限。
- (5)、去勢抗性前列腺癌 (CRPC) 病患若於化學治療前先使用過 abiraterone，當化學治療失敗後不得再申請使用 abiraterone。
- (6)、使用 abiraterone 治療之荷爾蒙敏感性轉移性前列腺癌 (mHSPC) 新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC) 病患，若病情惡化為轉移性去勢抗性前列腺癌 (CRPC)，不得再申請使用 abiraterone。

5. -6.( 略 )

## 二、Eribulin ( Halaven )

### 1. 轉移性乳癌：

- (1)、用於治療轉移性乳癌患者且先前曾接受過 anthracycline 和 taxane 兩種針對轉移性乳癌之化學治療輔助性治療。
- (2)、每 3 個療程需進行療效評估，病歷應留存評估紀錄，無疾病惡化方可繼續使用。
- (3)、Eribulin 與 ixabepilone 用於治療上述之轉移性乳癌患者時，僅得擇一使用，且不得互換 ( eribulin 限用於未曾使用過 ixabepilone 之病患 )。

### 2. 脂肪肉瘤：( 略 )

## 三、Capecitabine ( Xeloda )

1. Capecitabine 與 docetaxel 併用於治療對 anthracycline 化學治療無效之局部晚期或轉移性乳癌病患。
2. ~~單獨用於對 taxanes 及 anthracycline 化學治療無效~~或無法使用 anthracycline 治療之局部晚期或轉移性乳癌病患。用於局部晚期或轉移性乳癌，需符合下列條件之  
一：



- (1)、Capecitabine 單獨用於無法接受 anthracycline 治療者。
- (2)、Capecitabine 合併 ixabepilone 用於對 taxane 有抗藥性且無法接受 anthracycline 治療者。
- (3)、Capecitabine 單獨或合併 ixabepilone 用於對 taxane 及 anthracycline 治療無效者。

3. -5.(略)

#### 四、Trastuzumab emtansine (Kadcyla)

1. 限單獨使用於 HER2 過度表現 (IHC3+ 或 FISH+) 之轉移性乳癌患者作為二線治療，且同時符合下列情形：
  - (1)、之前分別接受過 trastuzumab 與一種 taxane 藥物治療，或其合併療法，或 pertuzumab 與 trastuzumab 與一種 taxane 藥物治療。
  - (2)、之前已經接受過轉移性癌症治療，或在輔助療法治療期間或完成治療後 6 個月內癌症復發。
  - (3)、合併有主要臟器 (不包含骨及軟組織) 轉移。
2. 經事前審查核准後使用，核准後每 12 週須檢附療效評估資料再次申請，若疾病有惡化情形即不應再行申請，每位病人至多給付 10 個月 (13 個療程為上限)。
3. Trastuzumab emtansine 和 lapatinib 僅能擇一使用，不得互換。

#### 五、Lapatinib (Tykerb)

1. 與 capecitabine 併用，使用於曾接受 anthracycline, taxane 以及 trastuzumab 治療後病況惡化之轉移性乳癌併有腦部轉移，且為 HER2 過度表現 (IHC3+ 或 FISH+) 患者。



2. 每 3 個月需進行療效評估，病歷應留存評估紀錄，無疾病惡化方可繼續使用。
3. Lapatinib 和 trastuzumab emtansine 僅能擇一使用，不得互換。



# 全民健保藥品給付相關規定異動(110年03月)

## 修正後給付規定

公告主旨：自 110 年 03 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Abiraterone ( Zytiga )

Enzalutamide ( Xtandi )

Dabrafenib ( Tafinlar )、Trametinib ( Mekinist )

Vemurafenib ( Zelboraf )

Polysaccharides of Astragalus membranaceus ( PG2 Lyo. Injection )

Galcanezumab ( Emgality )、Botox

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

一、 Abiraterone ( Zytiga )

1. 與雄性素去除療法及 prednisone 或 prednisolone 併用，治療新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC) 的成年男性 (ECOG 分數須 $\leq 1$ )。高風險需符合下列三項條件中至少兩項：( 略 )
2. -3.( 略 )
4. 須經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。
  - (1)、申請時需檢附病理報告、使用雄性素去除療法紀錄及系列 PSA 和睪固酮數據。
  - (2)、再申請時若 PSA 值下降未超過治療前的 50% 以上，則需停藥。
  - (3)、下降達最低值後之持續追蹤出現 PSA 較最低值上升 50% 以上且 PSA  $\geq 2\text{ng/ml}$ ，則需停藥，但影像學證據尚無疾病進展者，可以繼續使用。



- (4)、用於治療新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC) 的成年男性，總療程以 24 個月為上限。
  - (5)、去勢抗性前列腺癌 (CRPC) 病患若於化學治療前先使用過 abiraterone，當化學治療失敗後不得再申請使用 abiraterone。
  - (6)、使用 abiraterone 治療之新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC) 病患，若病情惡化為轉移性去勢抗性前列腺癌 (CRPC)，不得再申請使用 abiraterone。
5. 本品用於治療 mCSPC 時，與 apalutamide 僅能擇一使用，且不可互換。但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者，不在此限。
  6. 本品與 enzalutamide 僅能擇一使用，且不可互換。但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者，不在此限。
  7. 本品與 radium-223 dichloride 不得合併使用。

## 二、 Enzalutamide ( Xtandi )

1. 治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌 (mCRPC)，且在雄性素去除療法失敗後屬無症狀或輕度症狀 (ECOG 分數 0 或 1)，未曾接受化學治療者：(略)
2. -4.(略)
5. 去勢抗性前列腺癌 (CRPC) 病患若先前使用過 apalutamide 治療，後續不得申請使用 enzalutamide。
6. 本品與 abiraterone 僅能擇一使用，且不可互換。但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者，不在此限。
7. 本品與 radium-223 dichloride 不得合併使用。

## 三、 Dabrafenib ( Tafinlar )、Trametinib ( Mekinist )



1. Dabrafenib 和 trametinib 併用於治療 BRAF V600 突變陽性 ECOG $\leq$  2 且罹患無法切除 ( 第III C 期 ) 或轉移性 ( 第IV期 ) 黑色素瘤之病人 :
  - (1)、需經事前審查核准後使用，每次申請療程以 3 個月為限，如發現病情惡化應停止使用。
  - (2)、再申請時應檢附前次治療結果評估資料。
  
2. Dabrafenib 和 trametinib 併用於 BRAF V600 突變陽性且完全切除之第三期黑色素瘤病人術後輔助治療 :
  - (1)、需經事前審查核准後使用，每次申請療程以 6 個月為限，如發現病情惡化應停止使用。
  - (2)、限用 1 年。
  
3. 本品 (dabrafenib 併用 trametinib 之治療組合 ) 與 vemurafenib 僅能擇一使用，除因耐受性不良，不得互換。

#### 四、Vemurafenib ( Zelboraf )

1. 用於治療 BRAF V600 突變陽性 **WHO 體能狀態  $\leq$  2** ECOG $\leq$  2 且罹患無法切除 ( 第 III C 期 ) 或轉移性 ( 第IV期 ) 黑色素瘤之病人。
2. 需經事前審查核准後使用，每次申請療程以三個月為限，如發現病情惡化應停止使用。再申請應檢附前次治療結果評估資料。
3. 本品與 dabrafenib ( 併用 trametinib ) 僅能擇一使用，除因耐受性不良，不得互換。

#### 代謝及營養劑 Metabolic & nutrient agents

- 一、Polysaccharides of Astragalus membranaceus ( PG2 Lyo. Injection ) : 使用本藥品應符合下列各條件 :

1. 限用於第四期因疾病進展導致中重度疲憊之乳癌成人患者 ( 不含住院安寧療護病患 )。



2. 臨床上需符合 ICD-10 診斷標準，病歷上應詳細記載疲憊分數 $\geq 4$ (BFI-T 或 VAS)，經其他處置無效之中重度癌因性疲憊症患者。
3. ECOG 需為 0-2 之患者。
4. 每位病人終生給付 6 支為上限。
5. 需經事前審查核准後使用。

## 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

### 一、Galcanezumab ( Emgality ) 慢性偏頭痛之預防性治療：

1. 需經事前審查核准後使用。
2. 限神經內科或神經外科專科醫師診斷處方，並不得攜回注射。
3. 需符合慢性偏頭痛診斷：至少有 3 個月時間，每個月 $\geq 15$  天，每次持續 4 小時以上，且其中符合偏頭痛診斷的發作每個月 $\geq 8$  天。
4. 患者需經 3 種 ( 含 ) 以上偏頭痛預防用藥物 ( 依據台灣頭痛學會發表之慢性偏頭痛預防性藥物治療準則之建議用藥，至少包括 topiramate ) 治療無顯著療效，或無法忍受其副作用
5. 第一次注射 240mg ( 連續兩次皮下注射，每次 120mg) 做為負荷劑量 (loading dose)，之後每月皮下注射 120 mg 的劑量。
6. 首次申請給付 3 個月療程共 4 支，3 個月療程治療之後，評估每月頭痛天數，需比治療前降低 50% 以上，方可持續給付。
7. 接續得申請 3 個月療程，每月施打一次。療程完畢後半年內不得再次申請。
8. 若病況再度符合慢性偏頭痛診斷，得再次申請 3 個月療程時，需於病歷記錄治療後相關臨床資料，包括頭痛天數。
9. 不得與 Botox 併用。



## 二、Botox

1. -6.(略)

7. 慢性偏頭痛之預防性治療

(1)、-(9).(略)

(10)、不得與 galcanezumab 併用。

