

目 錄

Contents

反覆性毛囊型濕疹之中醫治療一例 藍一程、姜智釗·····	05
Recurrent Follicular Eczema Treated with Chinese Herbal Medicine: A Case Report Yi-Cheng Lan, Chih-Chao Chiang	
中醫對失智患者認知功能與行為症狀的影響：臨床觀察性研究 謝旭東、林舜穀·····	25
The Effects of Traditional Chinese Medicine on Cognitive Function and Behavioral Symptoms in Dementia Patients: A Clinical Observational Study Hsu-Tung Hsieh, Shun-Ku Lin	
日治時期韓國韓醫學教育研究之初探-以醫學講習所為例 張文禎、郭世芳、殷揚智、林昭庚·····	55
Research on Traditional Korean Medicine Education during the Japanese Colonial Period Moon-Jung Chang , Shi-Fang Kuo, Yang-Chih Yin, Jaung-Geng Lin	
日治時期韓國與臺灣醫生規則之研究比較 張文禎、郭世芳、殷揚智、林昭庚·····	79
A study on the rules of Euisaeng in Korea and Taiwan during the Japanese colonial period Moon-Jung Chang , Shi-Fang Kuo, Yang-Chih Yin, Jaung-Geng Lin	
稿約·····	103
通訊課程試題·····	106

反覆性毛囊型濕疹之中醫治療一例

藍一程¹，姜智釗²³⁴

¹ 內壠風澤中醫診所

² 埔心風澤中醫診所

³ 社團法人桃園市中醫師公會

⁴ 長庚科技大學保健營養系

摘要 Abstract

濕疹為一常見皮膚疾患，以搔癢為主要表現，依病程區分為急性、亞急性、慢性濕疹，可伴隨紅腫、水泡、丘疹、斑塊、鱗屑或結痂，甚至苔癬化病灶。本臨床案例報告一位 22 歲男性患者，自 13 歲起全身不定處發搔癢紅色皮膚病灶，西醫皮膚科診所診斷為毛囊型濕疹 (follicular eczema)，使用類固醇藥物等治療多年，改善有限，反覆發作，輾轉至本中醫院所求治，望診見散布性紅色丘疹、糜爛、與色素沉著等分布左前臂、頸部、右大腿、胸背，經四診合參中醫診斷為「血風瘡」，給予消風散、龍膽瀉肝湯等方劑加減，治療約 3 個月，癢疹狀況有明顯改善，症狀趨於穩定。

關鍵詞：濕疹、皮膚炎、毛囊型濕疹、血風瘡、中醫

前言

在皮膚科門診中，濕疹患者佔比約 10%至 30%，濕疹泛指各式皮膚發炎之統稱，臨床常見之異位性皮膚炎、過敏性皮膚炎、刺激性接觸性皮膚炎、脂漏性皮膚炎、錢幣狀濕疹等皆屬於濕疹之範疇，在顯微鏡下則可觀察到表皮細胞間水腫、發炎細胞浸潤、角化過度等病灶。中醫常視此類皮膚疾病為「瘡」、「風」、「癬」，辯證普遍認為與風、濕、熱、血瘀、血虛最為相關。本臨床案例報告一位 22 歲男性，自 13 歲起全身不定處發搔癢紅色皮膚病灶，中西醫治療病情仍反覆，常

於夏日或悶熱環境而加重。民國 110 年 12 月當兵時病情嚴重，輾轉至本中醫院所診治之歷程，分析患者皮膚癢疹的病因病機與中藥方劑治療成效評估。

病例資料

一、基本資料

- (一) 姓名：薛○○
- (二) 性別：男性
- (三) 年齡：22 歲
- (四) 生日：民國 89 年 3 月
- (五) 職業：軍人(退伍)，現職手搖飲店廚房員工
- (六) 婚姻：未婚
- (七) 病歷號碼：250XX
- (八) 籍貫：桃園市中壢區
- (九) 初診日期：111 年 3 月 14 日
- (十) 問診日期：111 年 3 月 14 日

二、主訴：全身不定部位搔癢紅疹反覆 9 年。

三、現病史

此 22 歲男性病患自 13 歲起不定時、不定部位出現搔癢紅色皮膚病灶，尤其夏季環境悶熱時加重，西醫曾懷疑異位性皮膚炎，後診斷為毛囊型濕疹 (follicular eczema)，給予外用類固醇藥膏、口服抗組織胺後症狀較緩，但天熱流汗時皮疹反覆，亦曾至他院中醫治療，稍有改善。110 年 12 月當兵入伍後症狀加重，重新使用西藥膏數周仍改善有限，初診時類固醇藥膏、口服抗組織胺已停藥超過 1 個月，目前頸部、胸、背、四肢搔癢紅色皮膚病灶非對稱分布，左前臂紅色丘疹多與毛囊重疊，頸部、右大腿、胸背紅色丘疹伴隨糜爛，色素沉著，搔癢夜晚加重而影響睡眠。皮膚病灶初起於左前臂，前後軀幹、右下肢亦發，輾轉於 111 年 3 月 14 日至本院中醫門診。將上述現病史以 LQQOPRERA 整理如下：

(一) Location：四肢、頸、胸、背皮疹成群、非對稱分布。

- (二) Quality：左前臂紅色丘疹多與毛囊重疊分布，頸部、右大腿、胸背散布紅色丘疹、糜爛、與色素沉著。
- (三) Quantity：反覆發作，搔癢一陣一陣，難以忍受，夜晚較顯，不自覺搔抓，影響睡眠。
- (四) Onset：自 13 歲起不定時發作。110 年 12 月當兵時再次發作，初起左上肢紅色丘疹，軀幹、右下肢後發。
- (五) Precipitation factors：夏日、環境悶熱。
- (六) Exaggerating factors：流汗多、夜晚加重。
- (七) Relieving factors：外用類固醇藥膏、口服中、西藥。
- (八) Accompanying symptoms：嚴重搔癢、淺眠多夢。

四、個人史

- (一) 居住：桃園市中壢區。
- (二) 工作軍人(剛退伍)、現職手搖飲店廚房員工。
- (三) 抽菸喝酒：香菸兩日 1 包，無喝酒。
- (四) 過敏史：自述無氣喘、無過敏性鼻炎。
- (五) 飲食嗜好：葷食，嗜甜，每日 5 杯含糖冷飲，日飲純水量 650 ml。

五、過去病史：無已知過去病史、無慢性疾病。

六、家族史：無已知家族病史。

七、診察

(一) 中醫四診

1. 望診

- (1) 整體：意識清楚、有神。可自行表達、行動。體格中等 (身高：164 公分，體重：63 公斤；BMI = 23.4)。
- (2) 局部：皮膚見成群搔癢紅色丘疹、紅斑、斑塊、伴隨糜爛和色素沉著分布四肢、頸、胸背。左前臂有數個針尖至豌豆大小的丘疹，多與毛囊重疊分布 (圖 1)。評估本病患濕疹的影響範圍和嚴重度仿照 scoring atopic dermatitis (SCORAD) 評分為 43.9，各細項評分如下：

- A. Area : head and neck (9% body surface area, BSA): 25%, upper limbs (left, 9% BSA): 75%, lower limbs (right, 18% BSA): 50%, anterior trunk (18% BSA): 25%, back (18% BSA): 25%
- B. Intensity : redness 2, swelling 1, oozing/crusting 1, scratch marks 1, skin thickening 1, dryness 1
- C. Subjective symptoms : itch 7, sleeplessness 7
calculated by <https://scorad.corti.li/>



圖 1. 檢查結果有數個針尖至豌豆大小的毛囊型丘疹分佈在左前臂。此外，胸背部、頸部和右大腿也有許多紅斑、斑塊、糜爛和色素沉著。

- (3) 舌診：111/3/14 初診正處新冠疫情嚴峻期間，故無拍攝舌診照片，初診舌診「診察結果」描述：舌質偏紅，舌尖紅，舌尖朱點，苔白厚膩。後續舌診變化不大，於 111/7/17 疫情趨緩時進行攝像記錄，111/7/17 舌診描述：舌質淡紅，舌形偏胖，舌尖稍紅，舌尖朱點，苔白厚膩，根稍有裂 (圖 2)。



圖 2. 111/7/17 舌診紀錄

2. 聞診

- (1) 聲音：語音清晰有力，無咳嗽。
(2) 味道：無特殊氣味，自覺口臭。

3. 問診

- (1) 全身：不怕冷、不怕熱，多汗，自覺晨起面腿浮腫感。
(2) 情志：工作壓力、易煩躁。
(3) 睡眠：晚睡，淺眠多夢，搔癢影響睡眠 (睡眠時間 1:30-10:00)。
(4) 頭項：頸搔癢紅色皮膚病灶。
(5) 五官
A. 眼：無不適。
B. 耳：無不適。
C. 鼻：鼻塞。
D. 口：自覺口臭。
E. 咽：無不適。

- (6) 胸部：搔癢紅色皮膚病灶。
(7) 腹部：胃酸上逆偶發，無腹脹腹痛。食慾一般。
(8) 二便：大便一日一行，成形。小便無不適。
(9) 腰背：搔癢紅色皮膚病灶。
(10) 四肢：搔癢紅色皮膚病灶。

4. 切診

- (1) 切診：雙側脈弦。
(2) 觸診：皮膚病灶粗糙、無特殊寒熱、無疼痛感。

(二) 理學檢查：無特殊理學檢查。

八、實驗室檢查及特殊檢查：無特殊實驗室檢查。

九、整體回顧

此 22 歲男性剛退伍，目前為手搖飲店廚房員工。患者自述 13 歲起，身上不定部位出現搔癢紅色皮膚病灶，西醫判斷為毛囊型濕疹，經西藥內服、外用藥物治療多年，亦曾至他院中醫治療，症狀稍能緩解，但每到夏季症狀加重。110 年 12 月當兵時環境悶熱，皮膚症狀加重，自覺西藥使用改善不大，皮疹初發於左上肢，後續發於軀幹、右下肢，因搔癢難耐於 111 年 3 月 14

日至內壢風澤中醫看診。初診時紅色毛囊丘疹不對稱分布於頸部、胸背、上下肢，主要病灶於左前臂紅色丘疹，多與毛囊重疊，伴隨糜爛和色素沉著，嚴重搔癢會影響睡眠。

患者體格中等，意識正常，語音清晰，無特殊氣味，平時不怕冷、不怕熱。他抱怨容易流汗，自覺晨起面部、大腿較浮腫感，也感受工作壓力大、心情容易煩躁，另有鼻塞和胃酸上逆偶發，還自覺口臭。患者大便一日一行，成形，食慾一般但嗜食甜（每5杯含糖冷飲），日飲純水量約650ml，菸兩日一包。患者習慣晚睡，睡眠時間為1:30-10:00，淺眠多夢（圖3）。初診切診結果顯示雙側脈弦，觸診感受皮膚粗糙。舌診觀察舌質偏紅，舌尖紅，舌尖朱點，苔白厚膩。

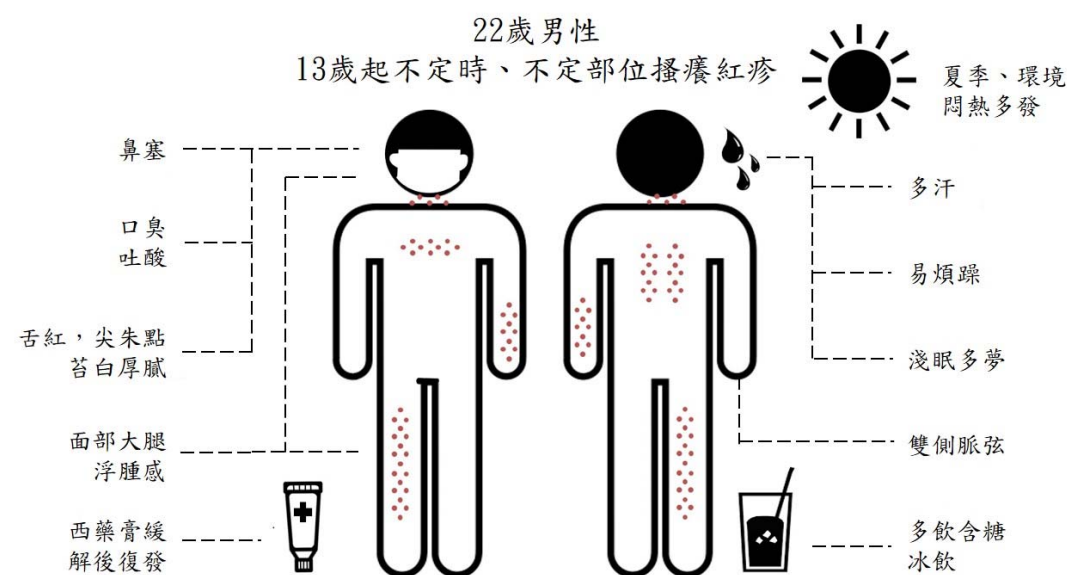


圖 3. 整體回顧示意圖

十、時序圖

根據初診資料，將重要症狀變化整理為時序圖（圖4）。

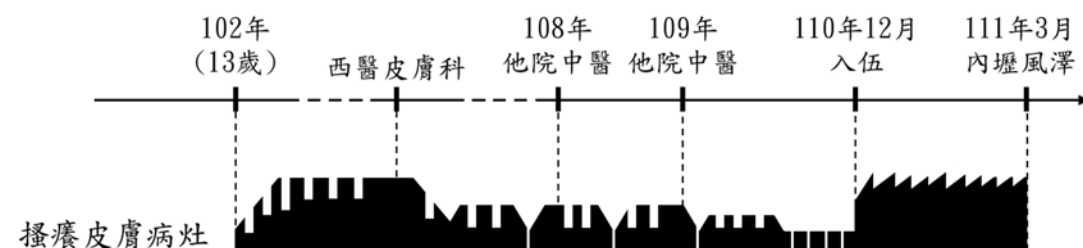


圖 4. 時序圖

十一、中醫分析

(一) 臟腑病機四大要素

1. 病因

(1) 內因

七情：煩躁、工作壓力。

(2) 外因

六淫：風熱濕。

(3) 不內外因

飲食：多飲冰冷，嗜甜。

多汗。

2. 病位

(1) 中醫病位：皮毛、肝、脾、肺、心。

(2) 西醫病位：皮膚。

3. 病性

(1) 主症

皮膚搔癢紅色皮膚病灶反覆9年，成群搔癢紅色丘疹、紅斑、斑塊、伴隨糜爛和色素沉著分布四肢、頸、胸背。左前臂有數個針尖至豌豆大小的丘疹，多與毛囊重疊分布。雙側脈弦。舌質偏紅，舌尖紅，舌尖朱點，苔白厚膩。

(2) 次症

多汗、自覺浮腫感、鼻塞、胃酸上逆、自覺口臭、淺眠多夢。

4. 病勢

此22歲男性，自13歲起皮膚不定部位搔癢紅色皮膚病灶，經西醫治療症狀稍緩，但症狀反覆。初診時以左臂紅色毛囊丘疹病灶為主。毛囊在中醫古籍有汗孔，玄府、鬼門等名稱，汗孔配合肺宣發，使衛氣與氣血津液輸布溫養皮毛、其開合散閉以調節體溫。患者皮膚搔癢發紅，癢者屬風、紅者屬熱，推測應為風熱之邪所致，患者皮膚病症至夏季加重加上容易出汗，根據《諸病源候論》：「風熱之氣，先從皮毛入於肺。」應為夏日風熱外邪犯肺，邪熱鬱蒸惡化皮疹，風熱盛引起腠理開，逼津外泄故見患者汗出多。患者工作之軍營與飲料店廚房

都有環境悶熱的問題，濕熱進一步加重風熱之邪而加劇皮膚搔癢、發紅，也見相應之舌尖色紅和苔膩。

風熱鬱滯於肺，又肺開竅於鼻，外邪閉塞鼻竅，則引起患者鼻塞症狀。

初診時患者表示容易煩躁和工作壓力大，長期情志不暢，會影響肝氣，導致氣機不順，久鬱則易化火。《類證治裁·肝氣》提到：「肝木性升散，不受遏鬱，鬱則經氣逆，為噯，為脹，為嘔吐，……，且相火附木，木鬱則化火，為吞酸脅痛。」肝火進一步造成胃氣不和，胃火上衝，而有吐酸、自覺口臭等症狀。另外，患者肝氣疏泄功能失常，脈氣不和，則呈現雙側弦脈。

病患每日工作時會飲用約五杯含糖冷飲，多食膏粱厚味影響脾運化功能，脾失健運，濕熱內蘊脾胃，水積不化，加上台灣夏季氣候濕熱多雨、相對濕度高，患者烹煮飲料工作環境又悶熱潮濕，而讓患者自覺晨起面部、大腿浮腫感，並於舌體中央脾胃區呈現白厚膩苔。

綜合上述，患者受犯環境風濕熱外邪，加上情志壓力、飲食不節，影響肺、肝、脾三臟腑，其皮膚症狀應有部分肇因於肝脾濕熱外受，合併風熱犯肺。《朱士宗·中醫外科學》提到：「肝脾二經，濕熱外受，風邪襲於皮膚，鬱於肺經，血風瘡遍身皆生…」，故將此例病患皮疹歸於「血風瘡」範疇。

十二、《素問·至真要大論》提到：「諸痛癢瘡皆屬於心」，又心主血脈，已知患者病症反覆多年，病多入血分，耗血生火，心火旺進而內擾心神，加上皮膚搔癢不舒，導致淺眠多夢；血熱內生，在皮膚表現為糜爛、血痂，心火旺則在舌尖心肺區呈現色紅、朱點。「汗為心液」患者出汗過多，耗傷心血，加重瘡瘍病灶，汗孔開闔失司，氣血不利；汗水內含物質刺激皮膚，疹多發於汗孔，故以毛囊型濕疹表現。

十三、總體來說，患者的皮膚病症應為「血風瘡」，導因於「肝脾濕熱，風熱鬱肺，心火熱入血分」，治則當以「清熱利濕，祛風止癢，清心涼血」為主。

十四、病因病機圖

將初診問診資料與臟腑病機四大要素整理病因病機如圖 5。

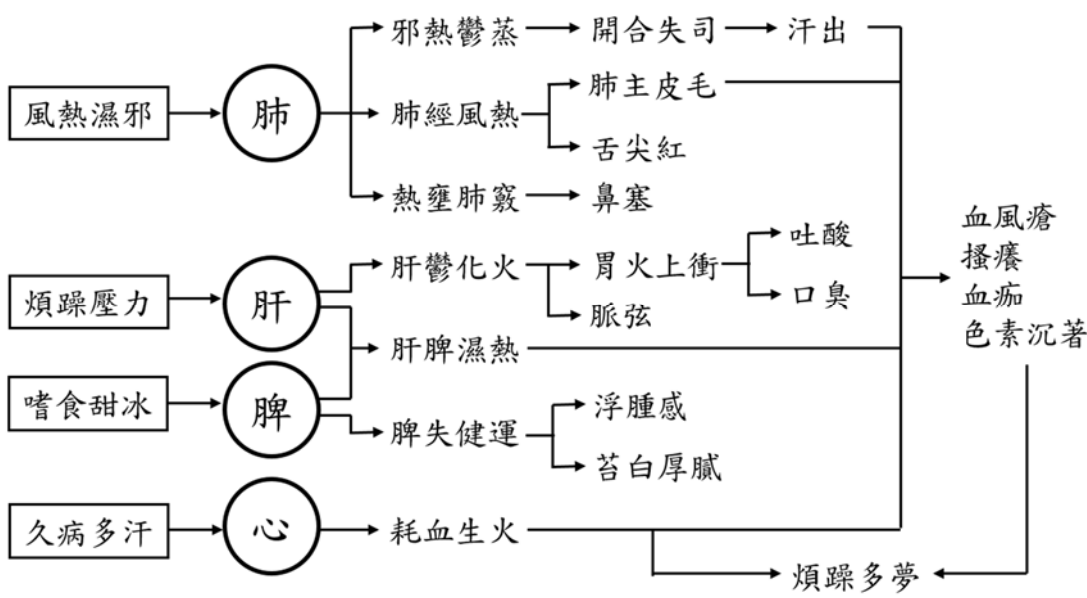


圖 5. 病因病機圖

(一) 診斷

1. 中醫診斷

血風瘡

證型：肝脾濕熱，風熱鬱肺，心火熱入血分。

2. 西醫診斷

毛囊型濕疹 follicular eczema

(二) 法

清熱利濕，祛風止癢、清心涼血。

(三) 方藥

將初診口服科學中藥整理如表 1。

表 1. 初診用藥

方藥	劑量(g/day)	功效
消風散	5.0	清熱燥濕，養血祛風
龍膽瀉肝湯	3.0	瀉肝膽實火，清利濕熱
白蘚皮	1.5	清熱燥濕，祛風解毒
刺蒺藜	1.5	平肝疏肝，祛風明目

連翹	1.0	清心瀉火，疏散風熱
紫草	1.0	涼血活血，解毒透疹
白茅根	1.0	涼血止血，清熱利尿
薏苡仁	1.0	健脾利濕，清熱排膿
分三次服，午晚飯後、睡前使用，14 日。 衛教患者針對粗糙乾燥處勤擦乳液，病灶處減少碰水。		

(四) 結果

追蹤診療紀錄：將結果與後續追蹤紀錄整理如表 2。

表 2. 追蹤診療紀錄表

日期	症狀	藥	治療思路	照片記錄
111/3/24	全身紅色皮膚病灶減少，左手腕紅丘疹減少但仍有，晚間癢醒，未服藥 3 小時發癢，程度減。舌淡紅，尖紅，白厚膩苔。脈浮弦數。	前方去除刺蒺藜，增量連翹至 1.5g，加入夜交藤 1.0g，分三次服，午晚飯後，睡前使用，14 日。	舌尖紅較明顯，推測心火較盛，將連翹增量；近日有夜間癢醒症狀，加入夜交藤，安神祛風止癢。	
111/4/9	左手腕紅丘疹減少但仍有，晚間癢醒減少，偶有水泡，近日天氣變化，無意識搔抓較重。舌淡紅，舌尖紅，白厚膩苔減少。脈弦稍短。	前方增量消風散至 5.5g，紫草、白茅根減量至 0.6g，分三次服，午晚飯後，睡前使用，14 日。	紅丘疹較少，顏色變淡，將紫草、白茅根等血分藥劑量降低；加強消風散劑量至 5.5g，針對無意識搔抓。	

111/4/24	全身紅色皮膚病灶減少，左手腕紅丘疹減少，手腕皮膚粗糙部位搔癢，搔癢小水泡加重，晚間癢醒減少。舌淡紅，舌尖紅，白厚膩苔。脈弦滑。	前方去龍膽瀉肝湯，加甘露消毒丹 3.5g，刺蒺藜 1.5g，玄參 1.0g，甘草 0.5g，分三次服，午晚飯後，睡前使用，14 日。紫雲膏，外用，一日數次，膚乾燥使用。	紅丘疹減少，但有新生小水泡，推測熱象較緩而濕象增，且患者多食甜飲，推測脾濕為主，將清肝膽下焦濕熱之龍膽瀉肝湯，改成甘露消毒丹，化濁利濕，清熱解毒；針對粗糙皮損，加入玄參滋陰清熱，並同時紫雲膏外用潤肌止癢。	
111/5/8	服藥症狀穩定。	守主方治療。		
111/5/29	服藥症狀穩定	守主方治療。		

112/7/27 近日追蹤	皮膚相對穩定，患者自行減藥，1日1-2包中藥搭配紫雲膏，紅丘疹只在特別炎熱，工作多汗悶熱偶發，範圍小，輕微搔癢，可忍受，一至兩天紅丘疹可消。 舌淡紅，白厚膩苔。脈弦滑。	守主方治療。	皮膚相對穩定，推測熱象仍有但較初診時輕微，但患者舌脈診仍以濕重為主，持續以祛濕清熱治療。	
------------------	---	--------	--	---

亦將後續追蹤症狀變化時序圖繪製如圖 6。

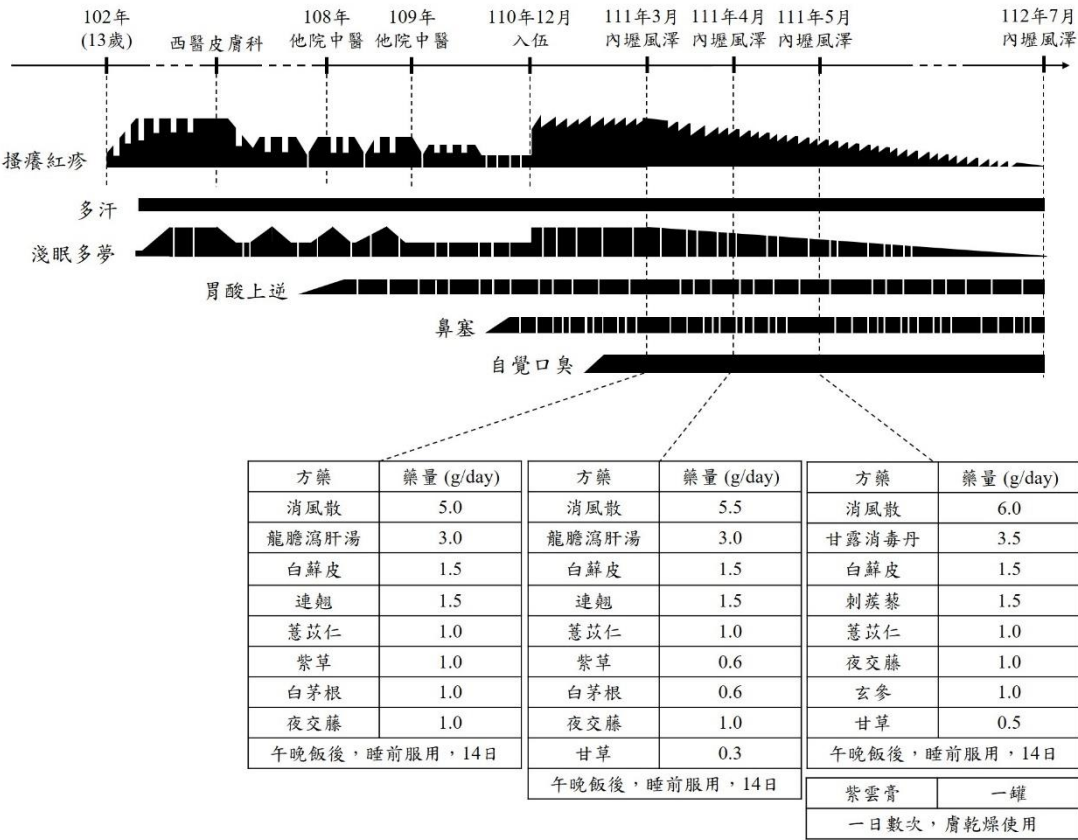


圖 6. 追蹤症狀變化時序圖

單純中藥治療後 111/5/29 之 SCORAD：22.75，各細項評分如下 (圖 7)：

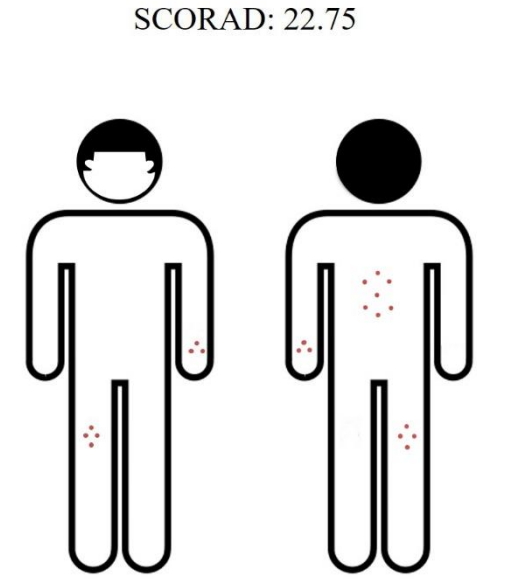


圖 7. 單純中藥治療後之 SCORAD

1. Area：upper limbs (left, 9% BSA): 25%, lower limbs (right, 18% BSA): 25%, back (18% BSA): 25%
2. Intensity：redness 1, swelling 1, oozing/crusting 0, scratch marks 1, skin thickening1, dryness 1
3. Subjective symptoms：itch 2, sleeplessness 1
calculated by <https://scorad.corti.li>

討論

- 一、濕疹現代醫學簡介
- 患者經西醫診斷為「毛囊型濕疹」，毛囊型濕疹為一病灶表現特別在毛囊的濕疹類型，臨床上常見反覆性、成群毛囊丘疹，丘疹呈現頂部平坦，伴隨嚴重程度不一的搔癢，屬於一種急性或慢性皮膚的反覆發炎反應。顯微鏡下能看到毛囊型濕疹的毛囊上段部位有海綿狀皮膚發炎 (spongiotic dermatitis)。文獻指出毛囊型濕疹之第一線治療為保濕，並於急性期給予 2 至 4 周外用類固醇，但文獻指出其對低強度類固醇反應不佳¹。
- 二、濕疹之中醫典籍紀錄
- 中醫典籍對於濕疹描述多以瘡、風、癬為主。依照本患者症

狀，較符合「血風瘡」之診斷。朱士宗醫師曾於《中醫外科學》中提到血風瘡屬遍身皆生，多由「肝脾兩經，濕熱外受，風邪襲於皮膚，鬱於肺經」。發病初期如粟米，搔癢無度，抓破浸淫成片，煩躁口渴。其搔癢日輕夜盛，治療建議「消風散」，外敷「雄黃解毒散」。

病症日久風邪鬱在肌膚，耗血生火，搔癢倍增，夜不得寐，撓破津血，心煩大便乾燥，咽乾不渴，屬火燥血熱，朱士宗醫師建議使用「地黃飲」，外擦「黃連膏」、「潤肌膏」合用。遇到年久紫黑堅硬者，屬氣血不行，可用針砭去黑血，外敷「雄黃解毒散」，忌椒酒雞鵝動風等物²。

目前「消風散」仍廣泛被用在各式濕疹治療，依照健保資料庫資料，消風散於異位性皮膚炎治療使用率約佔 3 成，為其最常見中醫治療用方³。本例患者亦以消風散作為治療主方，將其相關研究整理於討論四。「雄黃解毒散」包含雄黃 1 兩、白礬 4 兩、寒水石（煨）1.5 兩，與「地黃飲」目前臨床上沒有看到相似之科學中藥；「黃連膏」內容為黃連、當歸尾、生地、黃柏、薑黃；「潤肌膏」則與現今紫雲膏雷同，同樣由當歸、紫草、麻油製作而成。有關中醫外科部分，部分文獻提出刺絡放血⁴、穴位埋線⁵、甚至走罐療法⁶合併消風散治療皮膚疾病，期盼未來有更多相關之研究。

三、濕疹的名中醫證治經驗

本案例治療模式以「消風散」為主、「龍膽瀉肝湯」為輔，急性期酌加「清熱利濕」、「祛風止癢」、「清心涼血」單味藥物，慢性期則加入「滋陰潤燥」藥物。為求精進，搜尋名中醫使用相似用藥之證治經驗整理如下，希望提供醫者臨床使用或學者相關研究參考：

(一) 急性濕疹

1. 朱仁康的「皮炎方」：白虎湯合犀角地黃湯，加銀花、連翹、竹葉。全方以清營涼血、瀉熱化毒為主⁷。
2. 金起鳳的「龍蚤清滲湯」：龍膽瀉肝湯加減，去柴胡、澤瀉、當歸、車前子、木通，加蚤休、牡丹皮、赤芍、白蘚皮、滑石、地膚子、苦參。全方清熱利濕、涼血解毒，佐以祛風止癢⁷。

(二) 慢性濕疹

1. 朱仁康的「滋陰除濕湯」：生地、元參、丹參、當歸、茯苓、澤瀉、地膚子、蛇床子。此方設計針對陰虛戀濕，滲液日久，陰傷血耗，皮膚乾燥，脫屑發癢，舌紅苔少之患者⁷。
2. 吳炫璋的「地黃飲子加減方」：地黃飲子去何首烏、紅花，加六一散、稀莨草、薏苡仁。此方養血息風、除濕止癢⁸。

四、濕疹與消風散之現代研究

中醫使用消風散治療皮膚疾病頻率很高，搜尋近代消風散用於皮膚疾病相關之實驗結果整理如下：

- (一) 鄭慧滿等⁹利用消風散針對 71 位反覆異位性皮膚炎患者進行隨機雙盲研究，口服消風散 8 周的組別在皮損嚴重度、紅色皮膚病灶、皮損範圍、搔癢睡眠等項目有顯著意義的進步，且療效在藥物介入停止後 4 周仍有顯著意義的維持。
- (二) 武亦閣等^{10,11}利用老鼠研究，灌餵消風散能導致急性濕疹模型之老鼠血清中 CD4⁺、IgE、IL-17 含量下降，IL-4 含量上升。另外，濕熱蘊膚型老鼠灌服消風散後，其經皮散失水分顯著下降、角質含水量上升。綜合上述實驗結果，消風散在濕疹治療上應是透過調節免疫功能，進而改善皮膚狀況。
- (三) 王海亮等¹²統整近年藥理研究，分析消風散主要藥材荊芥、防風、地黃、當歸、甘草，具有抗發炎、止癢、抗過敏等作用。
- (四) 孫夢涵等¹³分析消風散單味中藥現代藥理，認為荊芥、防風、蟬蛻、牛蒡子、苦參為該方主要發揮止癢效果的藥物。
- (五) Sun MH 等¹⁴灌餵消風散給濕疹誘發之老鼠模型，觀察老鼠搔癢行為，並將皮膚組織進行顯微鏡、mRNA 表現量等實驗，發現給予消風散之老鼠組別在皮膚厚度、transient receptor potential ankyrin 1, transient receptor potential vanilloid 1, transient receptor potential cation channel subfamily V member 4，皆較灌食食鹽水對照組有統計上意義之改變，推測消風散藉由調節皮膚離子通道蛋白達到止癢效果。

五、濕疹與龍膽瀉肝湯之現代研究

本案例使用龍膽瀉肝湯輔佐消風散治療，因此搜尋龍膽瀉肝湯相關文獻，目前資料庫結果該方多用於帶狀疱疹¹⁵與子宮內膜異位症¹⁶。呂金洋等¹⁷提出龍膽瀉肝湯合消風散治療肛門搔癢的想法，設計隨機分配研究，收案 65 位肛門搔癢患者，經過兩周實驗結果顯示龍膽瀉肝湯合消風散在肛周搔癢、皮損好轉有效率均有統計上的意義，顯示應為濕疹治療上有效方劑組合。

六、甜食與濕疹關聯性

本例患者每日五杯含糖冷飲，中醫理論認為多食膏粱厚味影響脾胃功能，脾虛濕盛則以皮膚濕疹、水泡、搔抓組織液作為表現。因此，我們針對甜食與皮膚疾病關聯性搜尋資料庫，發現 Cibrian D et al.¹⁸ 曾指出皮膚細胞上具有與葡萄糖相關的 glucose transporter 1 (GLUT1)，其表現量與皮膚嚴重程度評分 psoriasis area and severity index (PASI)、表皮層厚度、發炎細胞密度、微細血管密度呈現正相關。另外，這篇研究也提出抑制 GLUT1 表現能有效減少發炎細胞浸潤，而限制葡萄糖攝取亦能有效減輕皮膚發炎。

七、壓力與濕疹關聯性

患者容易感受煩躁與壓力，中醫普遍認為情志壓力導致肝的疏泄失常，進而久鬱化火，火熱氣滯都讓濕疹惡化，因而搜尋近代研究探索其關聯性，結果顯示 Pondeljak N et al.¹⁹ 統整指出壓力與許多皮膚發炎相關症狀有關。其認為皮膚為一周邊神經內分泌器官，推側壓力藉由作用於下視丘-腦下垂體-腎上腺軸，而影響交感神經系統，和增加 Th2 表現，故造成皮膚發炎反應。該研究亦發現使用精神科藥物、心理治療都能對壓力導致之皮膚症狀有正向影響。

八、天熱汗水與濕疹關聯性

本案例流汗多且於環境悶熱濕疹加重，Soni R et al.²⁰ 研究指出炎熱天氣與汗水為濕疹的成因之一，其可能原因有：汗水溶出衣物中未被洗淨的清潔劑，造成皮膚刺激、汗水中的水分破壞皮膚的保護層、汗液中包含免疫調節物質 proteolytic enzymes, urea, lactate, histamine, cytokines IL-1, IL-8 等誘發皮膚發炎。此外，汗液中含 antimicrobial peptides (例如：dermicidin, cathelicidin) 等對皮膚而言亦屬刺激物。

九、衛教

根據上述資料統整，相關血風瘡患者的衛教內容應該包含使用保濕乳液、降低含糖飲食、保持心情愉悅、準備毛巾擦汗，減少汗水在皮膚上停留的時間，避免皮膚受到汗水與汗水相關刺激物之影響。

十、結語

22 歲男性患者，自 13 歲起全身不定處發搔癢紅色皮膚病灶，中西醫治療病情仍反覆，常於夏日或悶熱環境而加重。民國 110 年 12 月當兵時病情嚴重，輾轉至本中醫院所，診斷為肝脾濕熱，風熱鬱肺，心火熱入血分的血風瘡，故給予消風散、龍膽瀉肝湯等方劑加減，配合紫雲膏，單純中醫治療約 3 個月，瘡疹明顯改善，後續症狀追蹤穩定 (圖 8)。

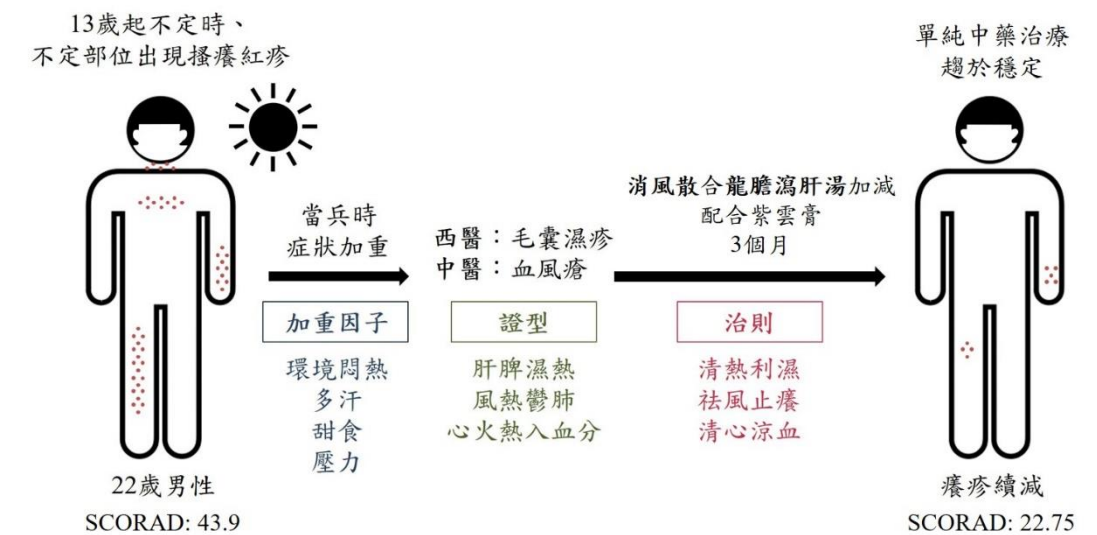


圖 8. 總結圖

1. Weingarten M, Silverberg N. Follicular eczema and accentuation: a survey of published data. *J Am Acad Dermatol*. 2022 Oct; 87(4): 860-862.
2. 朱士宗主編：中醫外科學，正中書局，1995；157。
3. Chen YC, Lin YH, Hu S, Chen HY. Characteristics of traditional Chinese medicine users and prescription analysis for pediatric atopic dermatitis: a population-based study. *BMC Complement Altern Med*. 2016 Jun 8; 16: 173.
4. 周策，張福蓉，王栩苒，周麗君，郭靜，刺絡放血療法聯合消風散治療血虛風燥型慢性蕁麻疹的臨床觀察，中華中醫藥雜誌，2016，31(4)；1496-1498。
5. 李泓瑩，消風散加減聯合穴位埋線治療慢性蕁麻疹風熱證的臨床研究，雲南中醫藥大學，2022 (網路出版)。
6. 謝佳芯，陳楚敏，郭孝雨，冼麗檸，汪夢情，眭道順，複方消風散聯合背部走罐療法治療風熱型慢性蕁麻疹的療效觀察，廣州中醫藥大學學報，2022。
7. 王品等：國家級名老中醫中醫驗方，天蠍座製作出版。2014；頁 157-163。
8. 施純全召集：中醫皮膚科臨床治療經驗集，台北市中醫公會編印。2005；頁 97-112。
9. Cheng HM, Chiang LC, Jan YM, Chen GW, Li TC. The efficacy and safety of a Chinese herbal product (Xiao-Feng-San) for the treatment of refractory atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int Arch Allergy Immunol*. 2011; 155(2): 141-148.
10. 武亦閣，賀乙，範麗娜，許可，孫世嬌，周光，消風散及其拆方對急性濕疹模型豚鼠表皮通透屏障功能障礙的影響，中醫雜誌，2022 (14)；13。
11. 範麗娜，武亦閣，賀乙，許可，賀晉，孫世嬌，周光，消風散對濕熱蘊膚型表皮通透屏障功能障礙調控機制研究，四川中醫，2021，39(7)；43-44。
12. 王海亮，李長慧，劉慶楠，唐鵬，景瑛，《外科正宗》消風散治療皮膚病研究進展，中國中醫藥現代遠程教育，2018，16(17)；151-154。
13. 孫夢涵，唐宗湘，袁曉琳，《外科正宗》消風散止癢作用的研究進展，中國實驗方劑學雜誌，2019，25(18)；206-213。
14. Sun MH, Yuan XL, Tang ZX. Inhibitory effect of XiaoFeng powder on pruritus in AEW mice and its mechanism. *Acta Neuropharmacologica*, 2019; 118.
15. 林家琳，曾子澄，陳朝宗，龍膽瀉肝湯治療帶狀皰疹之病例報告，中醫內科醫學雜誌，2018，16(2)；71-81。
16. 謝瓊慧，邱亭，吳宜潔，由子宮內膜異位症病案一例探討龍膽瀉肝湯對血清 CA-125 指數之影響，中醫藥研究論叢，2022，25(4)；59-69。
17. 呂金洋，王強，仁春利，龍膽瀉肝湯合消風散治療肛門搔癢的臨床觀察，世界最新醫學信息文摘，2019 年 92 期。
18. Cibrian D, de la Fuente H, Sánchez-Madrid F. Metabolic pathways that control skin homeostasis and inflammation. *Trends Mol Med*. 2020 Nov; 26(11): 975-986.
19. Pondeljak N, Lugović-Mihić L. Stress-induced interaction of skin immune cells, hormones, and neurotransmitters. *Clin Ther*. 2020 May; 42(5): 757-770.
20. Soni R, Lokhande AJ, D'souza P. Atypical presentation of sweat dermatitis with review of literature. *Indian Dermatol Online J* 2019; 10: 698-703.

Recurrent Follicular Eczema Treated with Chinese Herbal Medicine: A Case Report

Yi-Cheng Lan¹、Chih-Chao Chiang^{2,3,4}

¹Neili FengZe Chinese Medicine Clinic

²Puxin FengZe Chinese Medicine Clinic

³Taoyuan City Chinese Medical Association,

⁴Department of Nutrition and Health Sciences, Chang Gung University of Science and Technology

Abstract

Eczema is a common skin condition which causes itchiness as the main manifestation. It can be divided into acute, subacute and chronic stage according to the course of the disease. It can be accompanied by the redness, blisters, papules, plaques, scales or crusts, and even lichenified lesions. We present a case of a 22-year-old male patient who has had itchy red rashes all over his body since he was 13 years old. Follicular eczema was diagnosed by a Western dermatology clinic and was treated with topical corticosteroids for many years, with limited improvement and relapsed. He turned to our traditional Chinese medicine clinic for treatment. There were scattered red papules, erythemata, plaques, erosions, and pigmentation distributed on the left forearm, neck, right thigh, chest and back. The syndrome was classified as "血風瘡 Xie-Feng-Chuang", we gave the patient Xiao-Feng-San and Long-Dan-Xie-gan-Tang as main prescriptions. After about 3 months of treatment, the itchy condition was significantly improved and the symptoms became stable.

Key words: eczema, dermatitis, follicular eczema, itching eruption due to blood-heat or wind-heat, Chinese medicine

中醫對失智患者認知功能與行為症狀的影響： 臨床觀察性研究

謝旭東¹、林舜毅^{1,2,3}

¹臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科

²國立陽明交通大學傳統醫藥研究所

³臺北市立大學

中文摘要

失智症是一種進行性神經退行性疾病，以認知功能逐漸退化為特徵，常伴隨顯著的行為心理症狀(BPSD)，如焦慮、躁動及抑鬱，對患者生活品質及照護者心理健康造成挑戰。目前，傳統西醫療法雖能控制症狀，但長期使用可能引發副作用。中醫療法以其整體治療特性和低副作用逐漸應用於失智症患者的綜合治療。然而，其對認知功能、行為症狀及生活品質的具體影響仍需更多研究驗證。

本研究採用單臂開放標籤觀察性設計，納入 548 名失智症患者（65 至 90 歲），包括不同類型及嚴重程度的失智症患者，接受 9 個月中醫綜合治療。干預措施包括個性化中藥方劑（以補腎益智為主）、針灸及耳穴敷貼。使用簡易精神狀態檢查（Mini-Mental State Examination, MMSE），神經精神症狀量表（Neuropsychiatric Inventory, NPI），阿茲海默症行為病徵評估量表（Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD），歐洲生活品質視覺類比量表（EuroQol Visual Analogue Scale, EQ-VAS）等量表評估患者的認知功能、行為心理症狀及生活品質，並記錄照護者負擔的變化。數據分析採用重複測量變異數分析。

治療後，患者神經精神症狀量表(NPI)分數從 49.8 下降至 39.9 ($P < 0.0001$)，焦慮、幻覺、躁動及攻擊性行為顯著改善 ($P < 0.01$)。生活品質視覺類比量表(EQ-VAS)分數從 49.3 提升至 52.5 ($P < 0.0001$)，且在治療結束後持續穩定。MMSE 評分從 15.7 下降至 14.2。此外，照護者負擔顯著減輕，患者睡眠質量及情緒穩定性均提升。未記錄嚴重不良事件，顯示治療安全性良好。

中醫綜合治療能有效改善失智症患者的行為心理症狀及生活品質，並減輕

照護者負擔，但在提升認知功能方面的效果有限。本研究支持中醫療法在失智症患者照護中的價值，尤其是針灸和中藥的聯合應用，可能通過調節神經炎症和改善腦部血流發揮作用。未來需進一步進行多中心隨機對照試驗以驗證其療效及作用機制。

關鍵字：失智症、中醫治療、認知功能、行為心理症狀、生活品質、針灸

前言

失智症是一種進行性神經退行性疾病，其主要特徵為認知功能下降、行為心理症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）以及日常生活活動能力的減退。隨著疾病進展，失智症患者的生活品質逐漸惡化，並給照護者帶來沉重的負擔。現有的治療方法以改善症狀為主，但對疾病的進程影響有限，且藥物治療往往伴隨副作用，使得患者和家庭對非藥物療法的需求日益增加。

中醫傳統療法在改善失智症患者的認知功能與行為心理症狀方面具有顯著的潛力，其涵蓋中藥、針灸及艾灸等多種療法。Nogami 等（2023 年）針對加味歸脾湯進行的多中心隨機對照研究表明，該藥方不僅能顯著改善阿茲海默症患者的精神行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD），還能提升患者的正向情緒，這對於減輕護理者負擔及降低患者住院風險具有重要意義。研究中，治療組的神經精神症狀評估量表(Neuropsychiatric Inventory - Nursing Home version, NPI-NH)分數在治療後均顯著改善（ $P < 0.001$ ），而對照組則無明顯變化，這強調了中藥在 BPSD 治療中的潛在優勢^[1]。同樣地，Mizukami 等（2009 年）對抑肝散（TJ-54）的研究顯示，其在改善精神行為症狀方面同樣具有顯著療效，特別是在減少妄想、幻覺、焦慮和煩躁等症狀方面表現突出，且未觀察到嚴重的不良反應，顯示出該療法的安全性^[2]。

針對血管性失智症(Vascular Dementia, VD)，多項系統綜述與統合分析進一步支持了中醫療法的有效性和安全性。Jiang 等（2022 年）的研究強調，艾灸在提升血管性失智症患者的長谷川氏失智症量表（Hasegawa's Dementia Scale, HDS）、簡短智能狀態檢查(Mini-Mental State Examination, MMSE)及日常生活活動能力(Activities of Daily Living, ADL)方面效果顯著，與傳統治療相比，艾灸療法顯示出更高的臨床有效率，且未報告顯著的不良事件，顯示其應用價值^[3]。Chen 等（2022 年）的系統綜述與統合分析進一步驗證了針灸療法的效果，結果顯示針灸能顯著改善患者的認知功能（包括長谷川氏失智症量表及簡短智能狀態檢查分數），並降低自評憂鬱量表(self-rating depression scale, SDS)得分（ $P < 0.05$ ），表明針灸在血管性失智症患者的分型治療中具有特異性優勢^[4]。此外，Huo 等（2024 年）通過網絡統合分析發現，不同針灸療法對改善中風後認知障礙與失智患者的日常生活能力及認知功能均具有顯著效果，尤其是針刺與常規治療相結合的方案在提升療效方面更為顯著^[5]。

在阿茲海默症患者中，Jia 等（2017 年）的隨機對照研究探討了針灸療法與西藥 Donepezil 聯合應用的效果，結果顯示，針灸在改善患者的認知功能（阿茲海默症評估量表－認知分量表 Alzheimer's Disease Assessment Scale－Cognitive Subscale, ADAS-cog 分數上升）及整體臨床狀況（臨床整體印象變化量表－照護者加總版本 Clinician's Interview-Based Impression of Change Plus Caregiver Input, CIBIC-Plus 分數改善）方面的療效優於單純的藥物治療，並且針灸組的副作用發生率更低，顯示出其良好的安全性與耐受性^[6]。對於血管性失智症的中藥治療，Hu 等（2022 年）指出，健腦益智湯聯合西藥 Donepezil 在改善患者簡短智能狀態檢查及長谷川氏失智症量表分數、提升抗氧化能力（如超氧化物歧化酶（Superoxide Dismutase level, SOD 水平）及降低氧化壓力標誌物（如脂質過氧化產物－丙二醛 Malondialdehyde, MDA 水平）方面均具有積極作用，顯示其在綜合治療中的潛力^[6]。

此外，Shi 等（2015 年）的研究探討了針灸對輕度至中度失智患者的效果。研究顯示，接受針灸治療的患者在認知功能及日常生活活動能力上均有顯著改善，但對患者的健康相關生活質量（HRQoL）影響有限，表明針灸對特定症狀的改善更具針對性，而非全方位治療^[7]。這些結果與 Huo 等（2024 年）的研究結論一致，進一步支持了針灸在針對性提升認知功能方面的價值^[5]。

然而，儘管現有證據支持中醫療法對失智症患者的潛在療效，但大多數研究採用隨機對照試驗設計，強調療法與對照組間的比較，對於不同嚴重程度失智症患者接受中醫綜合療法後的單獨療效研究相對較少。此外，針對患者的生活品質改善及其與認知功能、行為症狀之間的關聯性仍缺乏深入探討。

基於此，本研究旨在採用單臂的開放標籤觀察性設計，探討中醫綜合治療對不同嚴重程度失智症患者在認知功能、行為症狀及生活品質方面的影響。此研究將納入各階段失智症患者，通過一組受試者的縱向觀察，分析中醫療法在多層面改善患者症狀的效果，並為未來的臨床應用和相關機制研究提供依據。

方法

研究設計

本研究為單臂的開放標籤觀察性研究，旨在探討中醫治療對不同嚴重程度失智症患者認知功能、行為症狀及生活品質的影響。研究採用單一組別設計，不設對照組，所有參與者均接受中醫綜合治療，並在特定時間點進行療效評估，以全面了解干預措施在實際臨床環境中的效果與安全性。

研究對象為經診斷確認的各種失智症患者，篩選標準涵蓋多重條件，包括年齡、病史及排除混雜因素的要求。治療期間，每位患者均接受頭皮針為主的針灸治療，並根據患者的中醫證型及失智症分型個性化選取配穴。同時，部分患者根據其症狀需求，輔以耳穴敷貼及中藥治療，以提高療效。治療的頻次及持續時間均根據臨床常規設計，每周針灸 1 至 3 次，並分別在 3 個月、6 個月及 9 個月進行重複測量，以評估持續效果。

本研究於台北市立聯合醫院執行，研究期間為民國 112 年至 113 年，並已通過人體研究倫理審查委員會審核，許可書案號為 TCHIRB-11202008。參與治療之中醫師共計 5 位，協助評估的研究助理 2 位，負責量表施測與評估的研究人員包括中醫師及專職研究助理，皆接受過專業訓練，內容涵蓋各項量表的評估方法、撰寫方式與分數計算標準。

失智病患

本研究的參與者為因各種不同嚴重程度的失智症而至中醫門診求診的患者，篩選對象主要涵蓋年齡在 65 歲以上且經醫學診斷確認患有失智症的中老年患者，以確保研究對象的適切性與結果的代表性。在納入條件方面，選取那些能接受針灸或其他中醫治療方式的患者，並確保其具有穩定的照護支持，以便能夠配合治療與隨訪。此外，患者需具備完整的病史記錄，並接受認知功能相關量表的評估，包含臨床失智評估量表（Clinical Dementia Rating, CDR）和簡易心智狀態量表（MMSE），以便確定失智症的分型及其嚴重程度。

排除條件則設定為，除憂鬱症外的其他老年精神疾病患者，包括思覺失調症、雙相情感障礙等影響神經認知功能的疾病，避免其對研究結果造成混淆。年齡小於 65 歲的年輕型失智症患者同樣被排除，考量其病理及治療需求可能顯著不同於一般老年失智症。此外，藥物引起的繼發性失智症患者也不列入研究範

圍，因其病因與干預目標主要集中於原發病的治療，與本研究探討的中醫干預效益無直接關聯。對於合併嚴重身體疾病的患者，例如晚期癌症或末期器官衰竭等無法配合治療的狀況，也將被排除，以確保干預效果的可靠性與觀察數據的穩定性。

透過上述納入與排除條件，本研究在確保參與者群體的異質性最低的同時，提升研究的內部效度，使結果更能準確反映中醫治療對失智症患者的療效與影響。

中醫治療

本研究針對失智症患者的治療以頭皮針為主要干預手段，並結合不同穴位的精準選取，以提升療效。頭皮針作為治療失智症的重要方式，具有多重優勢。首先，頭皮針能直接刺激腦部神經，臨床試驗已證實其在提升認知能力、維持生活自理能力方面的顯著效果，而動物實驗則發現其能促進腦細胞活化及改善腦部血液循環。其次，頭皮針能根據不同失智分型選取特定穴位，如針對血管性失智症患者以運動區為主，額顳葉失智症患者則強調神庭穴與本神穴。此外，頭皮針的安全性高，頭骨的保護減少了大出血及重要器官損傷的風險，治療後患者可立即恢復正常活動，且副作用如肌肉無力或酸脹感少見。

針對不同類型的失智症，穴位選擇具有針對性。典型的阿茲海默症患者，常選用百會與四神聰穴，這組穴位有助於提升認知與記憶能力，並改善行走與平衡功能。額顳葉失智症患者則側重於前額部的神庭、本神，以及必要時加上印堂與太陽穴，這些穴位能有效抑制幻覺、焦慮、激動等精神與行為症狀，特別是在情緒失控時發揮穩定作用。對於血管性失智症患者，針灸運動區以改善肢體運動能力為主，若伴隨偏癱症狀，則會結合患側肢體的針刺加強療效。而針對帕金森氏症相關的失智症患者，則會加入舞蹈震顫控制區，緩解肢體顫抖、小碎步與僵硬等症狀，同時輔以百會與四神聰穴以提升認知功能。對於語言或聽力障礙明顯的患者，尤其是額顳葉失智症，則會針刺耳部上方的語言與聽覺相關區域。

治療過程中，對於疼痛感較敏感的患者，會採用逐步增加穴位的策略，初期以百會及四神聰為主，逐次加入其他頭皮穴位，幫助患者適應針感。此外，當病程進展至中重度，患者認知功能下降並伴隨情緒不穩時，會加強電針治療，使用 20Hz 左右的低頻電流，逐漸增加至患者能感受到跳動感的強度，藉此強化針刺的療效。對於完全無法接受針灸的患者，耳穴敷貼成為替代選擇。耳穴敷貼使

用無痛磁珠貼於神門、心點及皮質下點，可有效改善患者的睡眠與情緒，增加治療的接受度。

針灸治療常配合中藥輔助，以達到最佳效果。例如智愛湯適用於各階段失智患者，能提升認知能力並緩解異常行為症狀，並根據患者症狀搭配其他方劑，如焦慮激動患者的抑肝散或憂鬱冷漠患者的麻黃附子細辛湯等。抗憂解鬱茶則以甘麥大棗湯為基礎，加入滋陰養液與補益元氣的藥材，特別適用於午後情緒波動明顯的患者，有助於改善黃昏症候群。寧心安神飲則針對中重度患者，調和心神，減輕患者的憂鬱與情緒平淡，並同時改善照護者的睡眠與壓力。

本研究中頭皮針及配合的中藥治療，根據不同失智症分型與患者的症狀特徵進行個性化設計，體現了中醫辨證施治的核心理念。同時，研究數據顯示，針灸配合中藥能顯著改善患者的認知功能與行為症狀，並提升整體生活品質，為失智症的綜合治療提供了科學依據。

在本研究中，中醫辨證施治由臨床醫師根據患者臨床表現與失智相關症狀加以判斷，並劃分為以下五種主要證型：

1. 肝陽上亢型：以情緒暴躁易怒、夜間失眠或頻繁起身遊走為主，常伴隨手足震顫及情緒激動。失智相關表現包括焦躁不安、攻擊性行為。主要辨證原則為肝陽亢盛、擾動心神。
2. 心氣衰弱型：多見心悸健忘、精神疲憊、氣短乏力，情緒低落甚至哭泣。失智相關表現為專注力不足、反應遲緩與日常生活依賴度增加。主要辨證原則為心氣不足、神明失養。
3. 心陰虛損型：以心慌不安、失眠焦慮、煩躁健忘為主，常伴口乾舌燥。失智相關表現包括夜間症狀加重（如黃昏症候群）、情緒敏感及記憶力下降。主要辨證原則為心陰不足、虛火擾神。
4. 痰瘀型：臨床表現為神情呆滯、語言遲緩、動作笨拙，伴有痰多脈滑。失智相關表現包括認知混亂、語言障礙，部分患者可見妄想或錯認。主要辨證原則為痰濁阻竅、瘀阻腦絡。
5. 腎虛型：常見於重度失智患者，表現為全身無力、腰膝痠軟、動作遲緩僵硬、記憶力明顯下降及聽力理解能力減退。失智相關表現包括學習新知困難、情緒淡漠與生活自理能力下降。主要辨證原則為腎精虧虛、腦髓失養。

在本研究中，針對失智症患者的治療採取中醫辨證施治原則，由臨床醫師根據患者的整體表現進行辨證，並依不同證型擬定治療方向與針灸配穴：

1. 肝陽上亢型：治療以平肝潛陽為主，常選取太衝、風池、行間、百會及

太溪穴，以疏肝平陽、滋腎益陰。

2. 心氣衰弱型：治療重點在益氣養心、調節精神，常用心俞、膻中、內關、神門及百會穴，以補益心氣、寧心安神；若氣虛致頭暈，則加足三里健脾益氣，並配太陽穴以引陽上行。
3. 心陰虛損型：治療原則為養陰清熱、安神定志，常用陰郄、神門、太溪、三陰交及照海穴，以滋陰養心、調和脾腎；若見心悸，可於心俞與膻中拔罐以增強養心作用。
4. 痰瘀型：治療以化痰行瘀、通竅開智為主，常用豐隆、合谷、足三里、內關及中脘穴，以化痰理氣、通絡開竅；若語言障礙顯著，則加廉泉與語言區。
5. 腎虛型：治療著重補腎益精、健腦安神，常取腎俞、太溪、關元、百會及三陰交穴，以補益腎氣、提升清陽。

本研究所採用之中醫治療策略，參考多篇具實證基礎之臨床研究與系統性文獻回顧設計，包括頭皮針與體針並用、電針刺激、耳穴敷貼與中藥合併應用^[6, 8]。針灸取穴依據血管性或退化性失智常見證型，包括肝陽上亢、痰濁蒙竅與腎精虧虛等辨證原則，並搭配頭皮針刺激運動區與記憶區，參考 Shi 等 (2014)^[9] 及 Wang 等 (2024)^[10] 針對失智與主觀認知障礙之隨機對照研究。中藥治療則依個別證型選用中藥處方藥，相關用藥策略與療效支持參考自 Changning Liu 等 (2023)^[11] 之網絡統合分析結果，顯示中藥單用或與西藥併用對 MMSE、ADAS-cog 及 ADL 評分具正向效果。此外，為整合情緒與行為症狀之非藥物介入策略，本研究亦參照 Yin 等 (2024)^[11] 對 BPSD 的統合分析，納入耳穴敷貼與個別化照護建議。上述文獻共同支持中醫整合療法可多層次改善失智症患者之認知功能、臨床狀態與生活品質。

評估量表

本研究為探討中醫對失智患者認知功能及行為症狀的影響，採用多項標準化量表進行綜合性評估，涵蓋患者在認知功能、情緒、行為症狀、照顧者負擔及生活品質等多層面的狀況。臨床失智評估量表 (CDR) 用於衡量失智的嚴重程度，透過評估記憶、定向感、問題解決能力、社會行為、個人護理能力、居家及嗜好等六大領域，綜合評定患者的功能狀態。認知功能測試採用簡易心智狀態量表 (MMSE)，藉由評估患者在注意力、記憶力、語言能力、計算能力及視空間

功能的表現，判定其認知功能的受損程度。情緒狀態則使用康乃爾失智者憂鬱量表 (The Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD)，針對失智患者的憂鬱情緒進行具體量化，涵蓋臨床症狀及患者的精神狀態評估^[12,13]。行為症狀方面採用簡短版神經精神量表 (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI-Q)^[14] 及失智症行為病理學量表 (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD)^[15]，分別對患者的精神行為症狀 (如幻覺、躁動、攻擊行為等) 進行定量分析，以揭示失智進展對行為症狀的影響。此外，透過照顧者負擔量表 (Caregiver Burden Inventory, CBI)^[16]，評估主要照顧者在時間負擔、情感壓力及角色壓力等方面的影響，進一步了解失智對家庭及社會的影響層面。最後，採用生活品質量表，結合視覺模擬評分量尺 (Visual Analogue Scale, VAS)，從個人主觀感受角度量化患者的生活品質，量尺以 0 至 100 分表示，分別代表生活品質最差與最佳的狀態。這些量表的綜合使用，確保本研究在觀察與量化中醫干預效果時具有科學性及系統性。

統計分析

本研究的統計分析分為描述性統計與推論性統計兩部分進行。治療前基本資料的描述性統計採用人數 (百分比) 及平均值 (標準差) 進行對比，以呈現患者在人口學特徵、病史及基線量表分數等方面的分布情況，提供群體特徵的全面描述。在推論性統計方面，為評估中醫治療對患者認知功能、行為症狀及生活品質的長期影響，針對治療前及治療後三個月、六個月和九個月的量表分數進行重複測量變異數分析 (repeated measures ANOVA)。此分析方法用於檢測隨時間的變化趨勢，並比較不同時點間的差異，評估治療效果的穩定性及持續性。統計分析使用專業統計軟體 medcalc 進行，顯著性水準設定為雙側檢定的 0.05，所有數據以平均值 (標準差) 或百分比形式呈現，以便清晰展示研究結果及解釋治療效果。

結果

接受中醫治療的失智病患

本研究對 548 名失智症患者進行了治療前的基本資料分析，依據臨床失智分期 (CDR) 分為 0.5、1、2、3 四個等級，進一步探討不同分期患者的性別、

分期（CDR）分為 0.5、1、2、3 四個等級，進一步探討不同分期患者的性別、教育程度、西藥使用情況、危險因子分布、中醫證型及相關量表指標之差異。

在性別分布上，女性比例最高，占總人數的 65.5%，其中以 CDR 0.5 患者的女性比例（73.7%）最高，隨著失智分期增加，女性比例略有下降。教育程度方面，受教育程度較高（高中及以上）者比例佔 56.7%，但大學及以上程度者比例相對較低，為 18.2%。值得注意的是，教育程度較低者（國小及以下）比例在各分期患者中變化不大，約為 9.5%。

在西藥使用上，Donepezil 為最常使用的藥物，使用率隨 CDR 分期增加而降低，由 0.5 分期的 63.2%下降至 3 分期的 20.0%。Galantamine 的使用率在 CDR 2 及 3 分期患者中增加，而 Rivastigmine 僅在 CDR 2 及 3 分期患者中使用，顯示其應用於較重度失智患者的傾向。

危險因子方面，高血壓（53.5%）與糖尿病（39.8%）為最常見的併發症，隨失智分期進展略有下降趨勢；慢性腎臟病在 CDR 1 分期比例最高（32.5%）；慢性阻塞性肺病在 CDR 3 分期比例最高（32.3%）；帕金森氏症比例在重度失智患者中（CDR 2 及 3）有顯著增加的趨勢。

在中醫辨證分型中，肝陽上亢型比例最高（30.1%），且在各分期中分布相近。心氣衰弱型在早期及重度失智患者中比例相對較高（21.1%及 20.0%）；而腎虛型則隨失智分期進展比例下降，CDR 3 分期僅 10.8%。

量表評估結果顯示，隨 CDR 分期加重，患者的認知功能（MMSE）顯著下降，NPI、BEHAVE-AD 及 CSDD 等行為及情緒量表分數則呈現逐步上升趨勢，反映出疾病進展對患者認知功能及行為症狀的嚴重影響。BMI 及血壓在各分期中變化不大，但年齡在輕度及重度失智患者中略高。

綜合分析顯示，隨失智程度加重，患者在性別分布、教育程度、藥物使用及危險因子分布上均呈現明顯差異。患者的中醫證型特徵與西醫量表評估結果密切相關，顯示中西醫結合治療可能需要針對不同分期患者進行個體化調控，以優化治療效果。

表格 1 接受中醫治療的失智病患治療前基本資料

CDR	0.5	1	2	3	總計
	人數(百分比)	人數(百分比)	人數(百分比)	人數(百分比)	人數(百分比)
總計	38(100.0%)	169(100.0%)	211(100.0%)	130(100.0%)	548(100.0%)

女	28(73.7%)	104(61.5%)	140(66.4%)	87(66.9%)	359(65.5%)
男	10(26.3%)	65(38.5%)	71(33.6%)	43(33.1%)	189(34.5%)
教育					
國小以下	4(10.5%)	15(8.9%)	20(9.5%)	13(10.0%)	52(9.5%)
中學以下	11(28.9%)	51(30.2%)	77(36.5%)	46(35.4%)	185(33.8%)
高中	15(39.5%)	63(37.3%)	82(38.9%)	51(39.2%)	211(38.5%)
大學或以上	8(21.1%)	40(23.7%)	32(15.2%)	20(15.4%)	100(18.2%)
服用西藥					
Donepezil	24(63.2%)	79(46.7%)	63(29.9%)	26(20.0%)	192(35.0%)
Galantamine	13(34.2%)	28(16.6%)	52(24.6%)	32(24.6%)	125(22.8%)
Memantine	12(31.6%)	31(18.3%)	66(31.3%)	25(19.2%)	134(24.5%)
Rivastigmine	0(0.0%)	0(0.0%)	46(21.8%)	33(25.4%)	79(14.4%)
危險因子					
慢性腎臟病	5(13.2%)	55(32.5%)	62(29.4%)	37(28.5%)	159(29.0%)
糖尿病	17(44.7%)	63(37.3%)	90(42.7%)	48(36.9%)	218(39.8%)
高血壓	25(65.8%)	96(56.8%)	112(53.1%)	60(46.2%)	293(53.5%)
高血脂	15(39.5%)	47(27.8%)	60(28.4%)	42(32.3%)	164(29.9%)
腦中風	8(21.1%)	35(20.7%)	34(16.1%)	21(16.2%)	98(17.9%)
帕金森氏症	3(7.9%)	14(8.3%)	26(12.3%)	17(13.1%)	60(10.9%)
心肌梗塞	5(13.2%)	16(9.5%)	19(9.0%)	7(5.4%)	47(8.6%)
心臟衰竭	2(5.3%)	20(11.8%)	18(8.5%)	12(9.2%)	52(9.5%)
慢性阻塞性肺病	8(21.1%)	40(23.7%)	55(26.1%)	42(32.3%)	145(26.5%)
憂鬱	13(34.2%)	54(32.0%)	62(29.4%)	44(33.8%)	173(31.6%)
失眠	20(52.6%)	76(45.0%)	101(47.9%)	64(49.2%)	261(47.6%)
腦部外傷	7(18.4%)	26(15.4%)	35(16.6%)	20(15.4%)	88(16.1%)
抽菸	9(23.7%)	35(20.7%)	40(19.0%)	22(16.9%)	106(19.3%)
喝酒	7(18.4%)	36(21.3%)	42(19.9%)	29(22.3%)	114(20.8%)
中醫證型					
肝陽上亢型	8(21.1%)	52(30.8%)	65(30.8%)	40(30.8%)	165(30.1%)
心氣衰弱型	8(21.1%)	26(15.4%)	36(17.1%)	26(20.0%)	96(17.5%)
心陰虛損型	10(26.3%)	40(23.7%)	39(18.5%)	30(23.1%)	119(21.7%)
痰瘀型	5(13.2%)	25(14.8%)	36(17.1%)	20(15.4%)	86(15.7%)

腎虛型	7(18.4%)	26(15.4%)	35(16.6%)	14(10.8%)	82(15.0%)
CDR	0.5	1	2	3	總計
	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)
治療前 MMSE	28.0(1.6)	22.6(1.7)	14.7(2.8)	4.9(3.0)	15.7(7.7)
治療前 NPI	6.7(4.4)	27.5(7.5)	81.3(24.8)	40.2(12.3)	49.8(31.3)
治療前 BEHAVE-AD	7.6(4.0)	23.1(6.1)	63.5(18.7)	32.7(9.2)	39.8(23.5)
治療前 CSDD	4.5(3.0)	10.7(5.7)	24.7(11.6)	14.6(6.9)	16.6(11.0)
治療前 CBI	9.2(3.8)	21.1(5.4)	53.9(15.1)	29.6(7.8)	34.9(19.0)
治療前 EQ VAS	81.1(5.4)	60.5(6.2)	40.4(6.2)	39.8(5.7)	49.3(14.0)
BMI	24.3(1.2)	24.0(1.2)	24.1(1.3)	24.0(1.2)	24.1(1.2)
針灸次數	49.0(16.0)	49.7(15.9)	51.6(15.4)	54.4(15.3)	51.5(15.7)
收縮壓	131.2(13.3)	130.2(14.1)	128.3(14.4)	126.5(14.7)	128.7(14.4)
舒張壓	79.6(15.8)	77.6(17.1)	75.5(18.1)	73.5(16.7)	76.0(17.4)
脈搏率	79.2(17.7)	81.0(17.8)	81.2(18.7)	78.9(17.0)	80.5(17.9)
年齡	76.5(9.1)	74.5(9.2)	74.9(9.2)	76.4(9.6)	75.2(9.3)

簡短認知功能測試 (Mini-Mental State Examination, MMSE)

在本研究中，透過簡短認知功能測試 (MMSE) 評估失智患者於接受中醫治療前及治療後三個月、六個月、九個月的認知功能變化，並使用 repeated ANOVA 進行統計分析，結果顯示認知功能呈現顯著下降趨勢。線性趨勢分析結果顯示，隨著時間的推移，MMSE 分數呈現顯著下降 ($t = -17.7825, DF = 547, P < 0.0001$)，而二次與三次趨勢分析則無顯著性 ($P > 0.05$)，表明主要變化呈線性。

MMSE 分數的平均值由治療前的 15.7007 (95% CI：15.0526 至 16.3489) 逐步下降至治療後九個月的 14.2518 (95% CI：13.6049 至 14.8988)。配對比較顯示，治療前與治療後三個月、六個月及九個月的 MMSE 分數差異均具有統計學意義 ($P < 0.0001$)。具體而言，MMSE_1 與 MMSE_2 的平均差異為 0.535 (95% CI：0.410 至 0.659)，MMSE_1 與 MMSE_4 的差異更為明顯，達到 1.449 (95% CI：1.237 至 1.660)。此外，治療後的各階段間亦有顯著差異，MMSE_2

MMSE_4 的差異為 0.462 (95% CI：0.337 至 0.587)，均達顯著水準 ($P < 0.0001$)。

整體結果顯示，在治療期間失智患者的認知功能雖逐步下降，但主要呈線性變化，可能與疾病的自然進展相關。中醫干預可能在部分階段延緩了認知功能下降的速率，需進一步探討干預效果與病程進展的相關性。

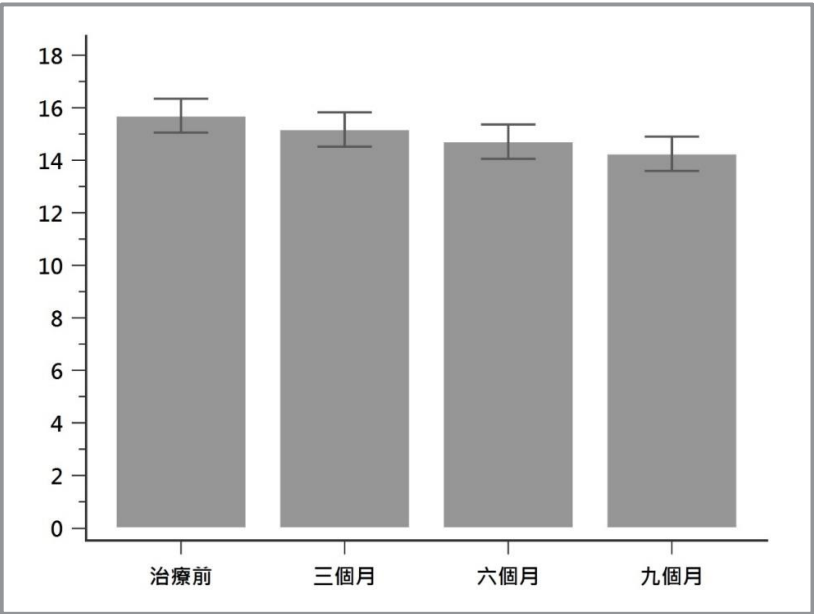


圖 1 認知功能測試(Mini-Mental State Examination) 治療前後比較

康乃爾失智者憂鬱量表(The Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD)

在本研究中，使用康乃爾失智者憂鬱量表 (CSDD) 評估失智患者於接受中醫治療前及治療後三個月、六個月、九個月的憂鬱症狀變化，透過 repeated ANOVA 進行統計分析，結果顯示患者憂鬱症狀隨時間顯著改善。趨勢分析中，線性趨勢顯著 ($t = -7.7770$, $DF = 547$, $P < 0.0001$)，而二次與三次趨勢無顯著性 ($P > 0.05$)，表明憂鬱症狀改善的主要趨勢為線性下降。

CSDD 分數的平均值從治療前的 16.5931 (95% CI: 15.6698 至 17.5163) 逐步下降至治療後九個月的 14.6898 (95% CI: 13.8968 至 15.4828)，呈現穩定下降趨勢。配對比較結果顯示，治療前與各後續時間點的分數差異均具有統計學意義 ($P < 0.0001$)。具體而言，治療前 (CSDD_1) 與治療後三個月 (CSDD_2) 的平均差異為 0.641 (95% CI: 0.393 至 0.888)，與九個月 (CSDD_4) 的差異達到 1.903 (95% CI: 1.257 至 2.550)。此外，治療後各時間點間也有顯著差異，例如三個月 (CSDD_2) 與六個月 (CSDD_3) 的平均差異為 0.666 (95% CI: 0.404 至 0.928)，六個月與九個月 (CSDD_4) 的差異為 0.597 (95% CI: 0.349 至 0.845)，均達顯著水準。

整體結果表明，接受中醫治療的失智患者憂鬱症狀隨時間顯著改善，並且改善的趨勢以線性下降為主。這顯示中醫干預可能對減輕失智患者的憂鬱症狀具有持續性效果，為進一步探討干預機制提供了基礎。

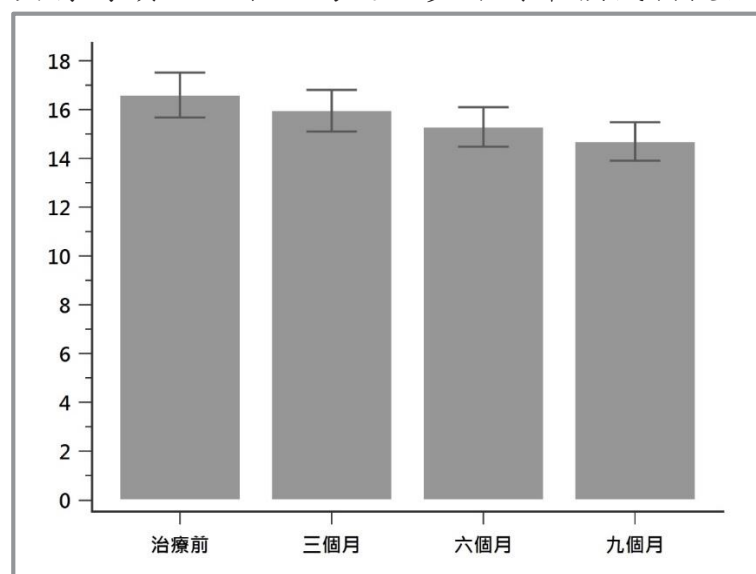


圖 2 康乃爾失智者憂鬱量表(The Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD) 治療前後比較

簡短版神經精神量表(Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI)

本研究以簡短版神經精神量表 (NPI) 評估失智患者於接受中醫治療前及治療後三個月、六個月、九個月的神經精神症狀變化，並使用 repeated ANOVA 進行統計分析，結果顯示患者的神經精神症狀隨時間顯著改善，且變化趨勢包含線性、二次及三次成分。趨勢分析顯示，線性趨勢高度顯著 ($t = -14.4178$, $DF = 547$, $P < 0.0001$)，二次趨勢也顯著 ($t = 5.4056$, $P < 0.0001$)，三次趨勢略有顯著性 ($t = -3.3888$, $P = 0.0008$)，表明改善過程可能伴隨非線性變化。

NPI 分數從治療前的 49.7737 (95% CI: 47.1489 至 52.3985) 逐步下降至治療後九個月的 39.8650 (95% CI: 37.4035 至 42.3264)。配對比較結果顯示，治療前與各後續時間點的分數差異均具有高度統計學意義 ($P < 0.0001$)。具體而言，治療前 (NPI_1) 與治療後三個月 (NPI_2) 的平均差異為 4.547 (95% CI: 3.506 至 5.588)，而治療前與九個月 (NPI_4) 的差異更達 9.909 (95% CI: 8.082 至 11.735)。在治療後各階段，三個月 (NPI_2) 與六個月 (NPI_3) 的平均差異為 2.792 (95% CI: 2.180 至 3.404)，六個月與九個月 (NPI_4) 的差異為 2.569 (95% CI: 1.968 至 3.171)，顯示持續改善。

整體結果表明，失智患者在接受中醫治療後的神經精神症狀有顯著改善，且改善趨勢不僅呈現穩定下降的線性變化，還可能存在隨時間進展的非線性動態特徵。此研究支持中醫干預對改善失智患者神經精神症狀的潛在益處，為未來探索具體作用機制提供了科學基礎。

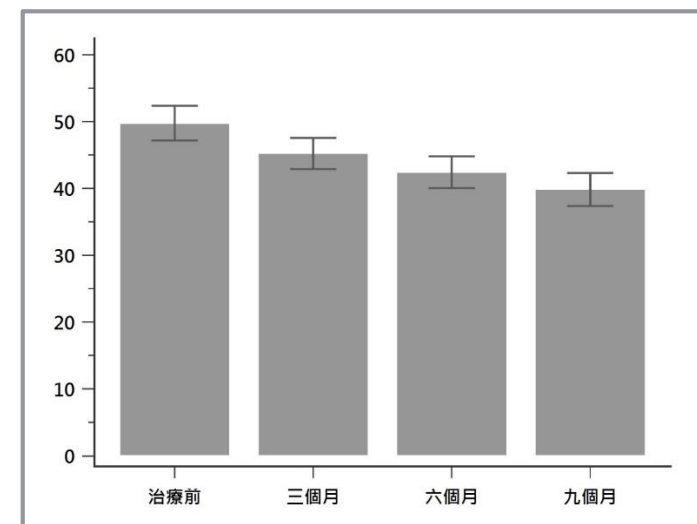


圖 3 簡短版神經精神量表(Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI) 治療前後比較

失智症行為病理學量表(Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD)

本研究以失智症行為病理學量表 (BEHAVE-AD) 評估失智患者接受中醫治療前及治療後三個月、六個月、九個月的行為病理學變化，採用 repeated ANOVA 進行統計分析。趨勢分析結果顯示，BEHAVE-AD 分數隨時間顯著改善，且呈現線性、二次及三次趨勢的顯著變化。線性趨勢高度顯著 ($t = -15.4474$, $DF = 547$, $P < 0.0001$)，二次趨勢 ($t = 6.2935$, $P < 0.0001$) 和三次趨勢 ($t = -6.5695$, $P < 0.0001$) 也達到顯著水準，表明症狀改善具有一定的非線性特徵。

BEHAVE-AD 分數平均值由治療前的 39.8431 (95% CI: 37.8713 至 41.8148) 逐步下降至治療後九個月的 34.8558 (95% CI: 32.9993 至 36.7124)，顯示行為病理症狀隨時間穩定改善。配對比較結果顯示，治療前 (BEHAVE-AD_1) 與治療後各時間點的分數差異均具有顯著性。例如，治療前與治療後三個月 (BEHAVE-AD_2) 的平均差異為 2.447 (95% CI: 1.970 至 2.924)，與九個月 (BEHAVE-AD_4) 的差異達到 4.987 (95% CI: 4.143 至 5.831)。治療後各階段之間也有顯著差異，例如三個月與六個月 (BEHAVE-AD_3) 的平均差異為 1.181 (95% CI: 0.886 至 1.476)，六個月與九個月的差異為 1.359 (95% CI: 1.070 至 1.649)。

整體結果顯示，接受中醫治療的失智患者在行為病理學症狀方面有顯著且持續的改善，改善趨勢不僅呈線性下降，還存在非線性特徵，可能反映症狀緩解的複雜動態過程。這些結果支持中醫干預在改善失智症患者行為症狀中的潛在價值，並為後續機制研究提供了實證基礎。

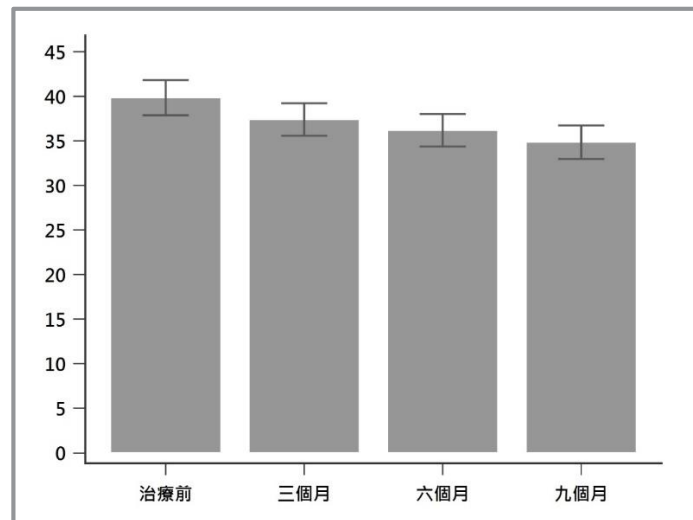


圖 4 失智症行為病理學量表(Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) 治療前後比較

照顧者負擔量表(Caregiver Burden Inventory, CBI)

本研究以照顧者負擔量表 (CBI) 評估失智患者接受中醫治療前及治療後三個月、六個月、九個月的照顧者負擔變化，採用 repeated ANOVA 進行統計分析。趨勢分析顯示，CBI 分數隨時間顯著下降，線性趨勢高度顯著 ($t = -20.7014$, $DF = 547$, $P < 0.0001$)，而二次及三次趨勢均未達顯著水準 ($P > 0.05$)，表明照顧者負擔主要呈現穩定的線性下降趨勢。

CBI 分數的平均值從治療前的 34.9325 (95% CI: 33.3343 至 36.5306) 逐步下降至治療後九個月的 29.6204 (95% CI: 27.9560 至 31.2848)，顯示中醫治療期間照顧者負擔隨著時間顯著降低。配對比較進一步確認了治療前與各後續時間點之間的分數差異均具有高度統計學意義 ($P < 0.0001$)。具體而言，治療前 (CBI_1) 與三個月 (CBI_2) 的平均差異為 1.735 (95% CI: 1.429 至 2.042)，與九個月 (CBI_4) 的差異達到 5.312 (95% CI: 4.635 至 5.989)。治療後各階段之間也顯示出顯著差異，例如三個月 (CBI_2) 與六個月 (CBI_3) 的平均差異為 1.719 (95% CI: 1.421 至 2.017)，六個月與九個月 (CBI_4) 的差異為 1.858 (95% CI: 1.552 至 2.163)。

整體結果表明，接受中醫治療的失智患者其主要照顧者的負擔隨時間顯著減輕，改善趨勢主要為穩定的線性下降，可能與患者神經精神症狀和行為改善相關。本研究為中醫干預在減輕失智患者照顧者負擔的潛在價值提供了實證支持，並為進一步探討干預效應的機制奠定基礎。

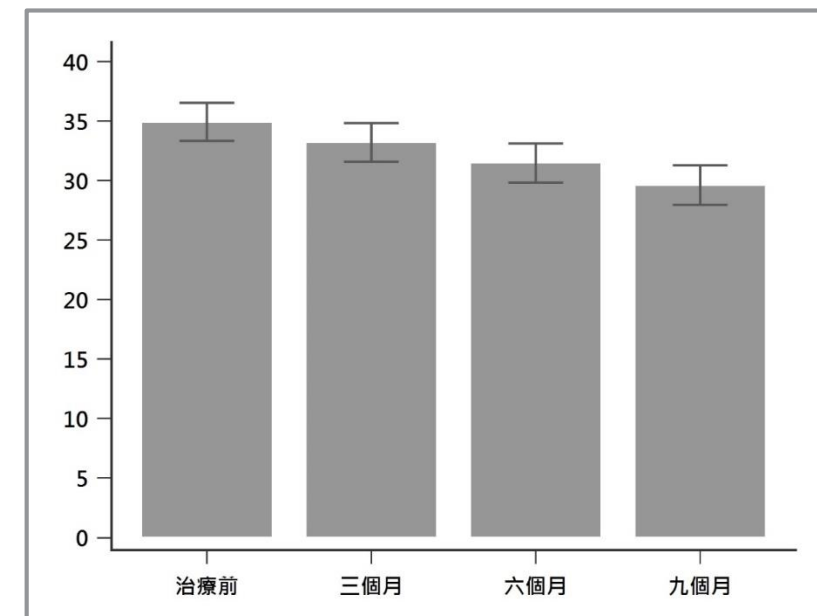


圖 5 照顧者負擔量表(Caregiver Burden Inventory, CBI) 治療前後比較

視覺類比生活品質量表(EQ-VAS)

本研究以視覺類比生活品質量表 (EQ-VAS) 評估失智患者在接受中醫治療前及治療後三個月、六個月、九個月的生活品質變化，採用 repeated ANOVA 進行統計分析。趨勢分析結果顯示，EQ-VAS 分數隨時間顯著提升，線性趨勢高度顯著 ($t = 10.5385$, $DF = 547$, $P < 0.0001$)，而二次與三次趨勢均未達顯著水準 ($P > 0.05$)，表明生活品質改善主要呈現穩定的線性上升趨勢。

EQ-VAS 平均分數從治療前的 49.2646 (95% CI: 48.0869 至 50.4423) 逐步增加至治療後九個月的 52.5474 (95% CI: 51.2703 至 53.8246)，顯示患者的主觀生活品質隨時間顯著改善。配對比較結果進一步確認了治療前與後各時間點的分數差異均具有統計學意義 ($P < 0.0001$)。具體而言，治療前 (EQ-VAS_1) 與三個月 (EQ-VAS_2) 的平均差異為 -1.073 (95% CI: -1.394 至 -0.752)，與九個月 (EQ-VAS_4) 的差異達到 -3.283 (95% CI: -4.098 至 -2.468)。治療後各階段之間的比較亦顯示顯著差異，例如三個月 (EQ-VAS_2) 與六個月 (EQ-VAS_3) 的平均差異為 -1.060 (95% CI: -1.400 至 -0.720)，六個月與九個月 (EQ-VAS_4) 的差異為 -1.150 (95% CI: -1.473 至 -0.826)。

整體結果表明，接受中醫治療的失智患者生活品質在治療過程中顯著提升，且改善趨勢主要為穩定的線性增長。這些結果顯示，中醫干預可能對提升失智患者的主觀生活品質具有顯著效益，為未來進一步探索其干預機制提供了實證支持。

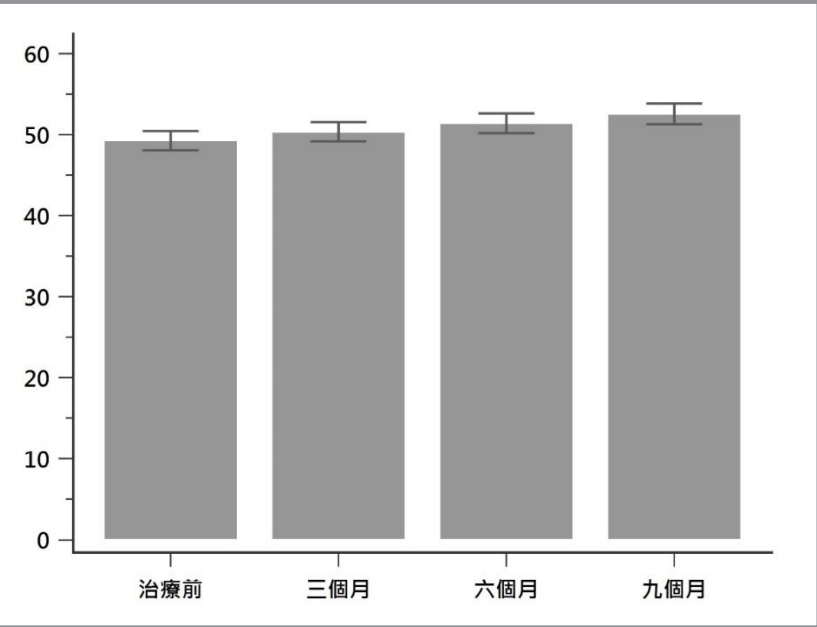


圖 6 視覺類比生活品質量表(EQ-VAS)治療前後比較

在依據失智嚴重程度進行分層分析後，我們觀察到中醫治療對不同族群的影響呈現差異化。輕度認知障礙患者 (CDR=0.5) 在九個月追蹤期間，MMSE 平均僅下降約 2 分，顯示認知功能維持相對穩定；同時 CSDD 與 NPI 分數始終維持在低值，未見明顯惡化，BEHAVE-AD 與 CBI 亦呈現小幅下降，而 EQ-VAS 分數逐步上升，顯示生活品質改善。輕度失智症患者 (CDR=1) 在 MMSE 上出現約 1.5 分的下降，但 CSDD、NPI 及 BEHAVE-AD 分數逐步下降，反映情緒症狀與行為心理症狀獲得緩解，EQ-VAS 也有持續上升的趨勢。中度失智症患者 (CDR=2) 在九個月內 MMSE 顯著下降，但其 CSDD、NPI 與 BEHAVE-AD 分數則呈現明顯改善，CBI 亦顯示照顧者負擔減輕，顯示中醫治療雖無法阻止認知退化，但可有效改善行為與情緒問題。重度失智症患者 (CDR=3) 則表現為 MMSE 持續下降、NPI 與 BEHAVE-AD 分數維持高值，但隨治療呈現輕度下降，CBI 顯示照護負擔仍重但亦有逐步改善，而 EQ-VAS 小幅上升，顯示即使在病程後期，中醫治療對情緒調節與生活品質仍具支持性作用。詳細數據請見附錄表 S1-S6。

附錄 (Supplementary Data)

表 S1. 不同病程階段的簡短認知功能測試 (Mini-Mental State Examination, MMSE) 分數變化

時間點	輕度認知障礙	輕度失智症	中度失智症	重度失智症
治療前	28.03 (0.26)	22.57 (0.13)	14.65 (0.19)	4.87 (0.27)
三個月	27.34 (0.29)	22.03 (0.15)	14.13 (0.21)	4.37 (0.27)
六個月	26.66 (0.35)	21.55 (0.18)	13.64 (0.22)	4.07 (0.27)
九個月	26.08 (0.41)	21.04 (0.20)	13.16 (0.23)	3.74 (0.26)

表 S2. 不同病程階段的康乃爾失智者憂鬱量表(The Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD)分數變化

時間點	輕度認知障礙	輕度失智症	中度失智症	重度失智症
治療前	4.53 (0.49)	10.69 (0.44)	24.75 (0.80)	14.55 (0.60)
三個月	4.24 (0.44)	9.87 (0.37)	24.19 (0.72)	13.92 (0.50)
六個月	4.39 (0.51)	9.20 (0.31)	23.59 (0.65)	12.91 (0.46)
九個月	4.11 (0.55)	8.66 (0.32)	23.07 (0.60)	12.03 (0.46)

表 S3. 不同病程階段的簡短版神經精神量表 (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI)分數變化

時間點	輕度認知障礙	輕度失智症	中度失智症	重度失智症
治療前	6.68 (0.71)	27.46 (0.58)	81.32 (1.70)	40.17 (1.08)
三個月	6.00 (1.02)	25.32 (0.74)	73.49 (1.43)	36.70 (1.21)
六個月	6.61 (1.50)	22.77 (1.04)	70.02 (1.45)	33.70 (1.46)
九個月	7.89 (2.03)	20.85 (1.35)	66.56 (1.51)	30.60 (1.73)

表 S4. 不同病程階段的失智症行為病理學量表(Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD)分數變化

時間點	輕度認知障礙	輕度失智症	中度失智症	重度失智症
治療前	7.61 (0.64)	23.15 (0.47)	63.45 (1.29)	32.65 (0.81)
三個月	6.29 (0.77)	21.78 (0.51)	59.58 (1.06)	30.78 (0.87)
六個月	6.18 (0.91)	20.80 (0.61)	58.30 (1.06)	29.19 (0.95)
九個月	5.82 (1.08)	19.59 (0.72)	56.83 (1.08)	27.52 (1.06)

表 S5. 不同病程階段的照顧者負擔量表(Caregiver Burden Inventory, CBI)分數變化

時間點	輕度認知障礙	輕度失智症	中度失智症	重度失智症
治療前	9.24 (0.61)	21.13 (0.41)	53.92 (1.04)	29.56 (0.68)
三個月	6.82 (0.74)	19.46 (0.46)	52.32 (1.03)	27.72 (0.72)
六個月	5.92 (0.82)	17.77 (0.51)	50.68 (1.06)	25.61 (0.77)
九個月	5.21 (0.89)	15.82 (0.61)	48.92 (1.10)	23.38 (0.83)

表 S6. 不同病程階段的 視覺類比生活品質量表(EQ-VAS)分數變化

時間點	輕度認知障礙	輕度失智症	中度失智症	重度失智症
治療前	81.08 (0.88)	60.47 (0.47)	40.38 (0.43)	39.82 (0.50)
三個月	81.84 (1.00)	61.15 (0.51)	41.54 (0.46)	41.35 (0.56)
六個月	82.89 (1.22)	61.97 (0.63)	42.69 (0.54)	42.58 (0.67)
九個月	83.71 (1.43)	62.72 (0.75)	44.11 (0.65)	43.91 (0.78)

討論

主要研究發現

本研究共納入 548 位失智症病患，主要發現顯示，中醫綜合療法對失智症患者的行為症狀及生活品質均具有顯著改善效果。在行為症狀方面，神經精神量表（NPI）分數在治療後從 49.8 顯著下降至 39.9（ $P < 0.0001$ ），特別是焦慮和情緒不穩症狀的改善尤為明顯。在生活品質方面，患者的視覺類比量表（EQ-VAS）分數顯著上升，從治療前的 49.3 提升至治療後的 52.5（ $P < 0.0001$ ）。這些結果支持中醫干預在提升失智症患者多層面健康狀態中的潛力，特別是在改善情緒、行為和生活滿意度方面效果顯著。

結果討論

本研究通過單臂開放標籤觀察性設計，探討了中醫綜合治療在不同嚴重程度失智症患者中的臨床效果。結果顯示，中醫療法對精神行為症狀及生活品質具有顯著的改善作用，並進一步支持中醫干預作為失智症整體治療的重要補充手段。

首先，在精神行為症狀的治療方面，本研究顯示患者 NPI 得分顯著下降，特別是在改善焦慮、躁動及情緒不穩等方面成效顯著。Nogami 等（2023）的研究同樣證實，加味歸脾湯對阿茲海默症患者的精神行為症狀具有顯著改善作用，並能提升患者的正向情緒，這可能與中藥的調節神經內分泌功能相關。同樣地，Mizukami 等（2009）針對抑肝散的研究發現，該藥物能有效緩解失智患者的妄想、幻覺和易怒等症狀，而不會產生顯著副作用。此外，Huo 等（2024）的網絡統合分析表明，針灸結合其他中醫療法能顯著降低失智患者的憂鬱量表分數，這進一步證實了中醫療法在行為症狀治療中的潛力。

此外，本研究在生活品質提升方面的結果亦值得關注。患者的 EQ-VAS 分數在治療後呈穩定上升趨勢，並顯著改善患者的主觀生活滿意度。Li 等（2023）的研究表明，針灸結合益腎類中藥能顯著提升輕度認知障礙患者的 MoCA 及 MMSE 分數，同時對生活品質產生積極影響。同時，Rodriguez-Mansilla 等（2013）指出，耳穴療法能顯著改善失智患者的行為異常及睡眠問題，並提升其參與日常活動的積極性，這與本研究綜合中醫療法在提升患者生活品質方面的觀察一致。

雖然本研究結果強調了中醫療法的有效性，但仍需考慮若干限制。首先，由於本研究採用單組設計，缺乏對照組，可能無法完全排除自然病程、生活環境或其他非干預因素對結果的影響。此外，患者樣本的異質性可能導致某些干預效果的局限性。例如，Jeong 等（2021）的研究指出，針灸結合神經反饋訓練在輕度認知障礙患者中的效果明顯，但對於更高嚴重程度的失智症患者是否同樣適用尚需更多證據支持。

此外，Zhang 等（2018）對動物模型的系統綜述表明，針灸對氧化應激及神經炎症的調節作用可能是改善血管性失智症認知功能的機制之一，這與 Wen 等（2023）針對針灸在動物模型中降低炎症因子（如 IL-1 β 、TNF- α ）的研究結論一致。然而，動物實驗結果與臨床應用之間仍存在差距，需謹慎解讀並在未來研究中進一步驗證。

本研究中，受試者於九個月追蹤期間 MMSE 分數平均下降約 1.5 分，較部分既往研究結果為快。先前的真實世界研究顯示，中醫治療患者在 12 個月僅下降約 0.21 分，24 個月下降 1.489 分，低於未接受治療者的退化幅度（Weng 等，2024）；而 Donepezil 長期試驗報告則指出，已使用藥物的患者在 12 個月平均下降約 1 分，24 個月下降約 2 分（Arai 等，2018）。此外，文獻亦指出阿茲海默症的自然病程中，MMSE 每年可下降約 2.8 分（Burbach 等，1999）。綜合比較，本研究中觀察到的下降幅度雖高於部分中醫介入研究，但仍低於自然病程推估值。可能原因包括：本研究受試者涵蓋不同嚴重程度的失智症患者，基線狀況差異較大；部分患者合併多重共病與西藥使用，可能影響認知評估結果；以及本研究觀察期為 3、6、9 個月，與多數採 12 或 24 個月為單位的研究存在方法學差異。上述因素均可能解釋 MMSE 分數下降速率與其他研究的差異，顯示未來研究需進一步控制病程、藥物使用與共病等混雜因子，以更準確評估中醫治療對失智患者認知退化的影響。

本研究的結果顯示，中醫綜合療法對失智症患者的行為症狀與生活品質有明顯改善效果，這與既往文獻的觀察結果相呼應。例如，Nogami 等（2023）及 Mizukami 等（2009）的隨機對照試驗均指出，中藥方劑能顯著改善患者的行為與心理症狀，而本研究在真實世界臨床環境中同樣觀察到類似的療效。此外，針灸相關的隨機試驗與系統性綜述也指出，針灸能提升患者認知功能並改善日常生活活動能力，顯示中醫介入在多層面均具臨床價值。本研究中患者的 EQ-VAS 與 NPI 分數改善趨勢，與前述文獻一致，支持中醫治療可在失智症照護中提供重要補充。

值得注意的是，本研究採用單臂開放標籤觀察性設計，與隨機對照試驗有所不同。此設計的特點在於能更貼近臨床真實環境，允許涵蓋不同嚴重程度與多樣共病的患者，進一步呈現治療效果的外部效度。雖然缺乏對照組限制了解釋的嚴謹性，但此設計能反映中醫在日常醫療現場的實際應用情境，提供寶貴的真實世界數據（real-world data, RWD）。這一點對於中醫臨床研究尤為重要，因為中醫治療常強調辨證論治與個體化處方，隨機試驗雖能確立療效，但往往難以完全呈現中醫在實務中面對的多樣化患者狀態。

因此，本研究的結果不僅補充了既有隨機試驗的發現，還提供了真實世界中中醫介入的臨床證據，對於評估中醫療法在失智症長期照護中的可行性與價值具有參考意義。未來研究仍需透過多中心隨機對照試驗進一步驗證療效，但現階段的觀察結果已能支持中醫綜合療法在改善失智症患者行為心理症狀與生活品質方面的臨床應用潛力。換言之，中醫治療可有效減輕失智症患者的症狀，並提升照護品質與生活品質，此一臨床意義可作為整合照護與長期照護場域中輔助治療策略的重要參考。

本研究的分層分析進一步揭示中醫治療在不同失智病程階段的潛在價值。對輕度認知障礙與輕度失智症患者而言，中醫介入能延緩認知退化並穩定情緒，與既往隨機對照試驗與真實世界研究報告中「中醫可延緩失智退化」的結論一致。這一族群的患者在 EQ-VAS 生活品質上呈現顯著提升，說明中醫治療可能透過改善睡眠、情緒與身心調節，間接延緩疾病帶來的功能性惡化。中度失智症患者的結果顯示，雖然認知功能下降速度較快，但其行為與心理症狀有顯著改善，照顧者負擔同步下降，反映中醫治療在此階段的主要臨床價值是「減輕症狀與提升照護品質」。至於重度失智症患者，雖然認知功能下降已屬不可逆進程，但在中醫治療下仍能觀察到 NPI、BEHAVE-AD 與 CBI 的逐步下降，以及 EQ-VAS 的上升，顯示即便在晚期階段，中醫治療依然能透過舒緩情緒、改善行為心理症狀與減輕照護壓力，為患者及家屬帶來實際益處。

這些發現凸顯中醫辨證論治的核心優勢，即依病程不同階段給予個體化治療，從而在不同嚴重程度的失智症患者中發揮不同層面的作用：早期強調延緩病程與提升生活品質，中期聚焦於控制行為心理症狀與減輕照護壓力，晚期則提供舒緩與支持性治療。此結果補充了隨機對照試驗多著重單一指標療效的不足，展現中醫治療在真實世界失智症照護中的多面向價值。未來若能結合多中心隨機對照試驗與大規模真實世界資料庫研究，將可進一步釐清中醫介入在不同失智階段的最佳策略與長期效益。

研究限制

本研究也存在若干限制。首先，由於缺乏對照組，本研究無法完全排除患者自然病程、生活環境改善或其他潛在干預措施對結果的影響。此外，參與者的異質性可能導致某些干預效果在不同患者群體中的表現不一致，例如不同類型的失智症（阿茲海默症、血管性失智症等）可能對中醫療法的反應有所不同。因此，未來研究應考慮採用更高質量的隨機對照設計，並進一步細化對不同失智類型患者的干預效果分析。

在本研究中，認知功能的追蹤評估採每三個月進行一次，雖能較即時掌握變化趨勢，但需考量反覆測驗所帶來之練習效應干擾。過去文獻指出，練習效應係指受試者因反覆接觸相同或相似的認知任務而表現改善，非完全反映真實的能力進步，特別是在未失智或輕度認知障礙者中尤為明顯（Goldberg 等，2015）。其研究指出，六至十二個月內進行三次測評時，合併認知指標的練習效應效應值可達 0.25，對試驗結果構成潛在混淆。此外，Collie 等（2003）亦指出，即便在一天內進行多次電腦化測驗，也可觀察到顯著的練習效應，尤其集中於首次與第二次施測之間，後續次數改善幅度則較小，顯示學習與熟悉性效應迅速發生。本研究雖未採用減少練習效應的策略，如前測預練習（massed practice）、使用干擾性高或策略性低之測驗工具，或設計等效但不相同之替代版本（alternate forms），但我們已將此一限制納入討論，作為後續研究調整測驗設計與統計模型的重要參考，亦建議未來相關研究可採用配對設計或增設平行組，進一步釐清干擾效應所造成之偏誤。需特別說明的是，練習效應主要影響認知功能評估工具（如 MMSE、MoCA 與 CDR），而對於 NPI、BEHAVE-AD、CSDD、CBI 與 EQ-VAS 等評估行為心理症狀、照護者負擔及生活品質的量表影響相對有限，因此本研究在解讀認知功能變化時較需保守，但行為症狀與生活品質改善結果受練習效應干擾的可能性較低。

此外，在本研究中，我們需承認另一項限制，即未針對受試者使用抗憂鬱劑、抗精神病藥物及安眠藥等精神藥物進行進一步的分類與分析。雖然我們有記錄失智症相關治療藥物（如 cholinesterase inhibitors 與 memantine）的使用情況，但缺乏對其他可能影響情緒與行為症狀評估之藥物的完整資料，無法完全排除其對 CSDD 與 NPI 等量表結果所造成的潛在干擾。因此，本研究的行為與心理症狀改善效果需謹慎解讀。我們已將此點列入研究限制，並建議未來研究應更完整收集並分析患者使用各類精神藥物的情況，以更精確評估中醫介入對失智症

患者行為及心理症狀的獨立效果。

結論

本研究結果為中醫綜合療法在失智症治療中的應用提供了初步證據，特別是在行為心理症狀減輕及生活品質提升方面具有重要意義。同時，本研究也為未來相關研究提供了設計參考，例如在更大樣本量及多中心隨機對照試驗中，進一步探索中醫治療在不同失智類型及階段的應用效果及其潛在機制。通過深入研究，中醫綜合療法有望成為失智症治療的重要補充手段，為患者及其家庭提供更加全面的照護方案。整體而言，本研究凸顯中醫治療在減輕症狀、提升照護品質與改善生活品質方面的實際貢獻。

參考文獻

1. Nogami T, Iwasaki K, Kimura H, Higashi T, Arai M, Butler JP, Fujii M, Sasaki H: Traditional Chinese medicine Jia Wei Gui Pi Tang improves behavioural and psychological symptoms of dementia and favourable positive emotions in patients. *Psychogeriatrics* 2023, 23(3):503–511.
2. Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, Tanaka K, Sonohara K, Nakai R, Yamaguchi K, Hanyu H, Kanaya K, Takao T et al: A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the treatment of the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009, 12(2):191–199.
3. Jiang X, Lu T, Dong Y, Shi J, Duan M, Zhang X: Effectiveness and safety of moxibustion for vascular dementia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2022, 101(26):e29804.
4. Chen Y, Wang H, Sun Z, Su X, Qin R, Li J, Sun W: Effectiveness of acupuncture for patients with vascular dementia: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2022, 70:102857.
5. Huo L, Zhao M, Wang Z, Zhang L, Fu K, Zhang X: A network meta-analysis of different acupuncture therapy in the treatment of poststroke cognitive impairment and dementia. *Medicine (Baltimore)* 2024, 103(43):e40233.
6. Jia Y, Zhang X, Yu J, Han J, Yu T, Shi J, Zhao L, Nie K: Acupuncture for patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med* 2017, 17(1):556.
7. Shi GX, Li QQ, Yang BF, Liu Y, Guan LP, Wu MM, Wang LP, Liu CZ: Acupuncture for Vascular Dementia: A Pragmatic Randomized Clinical Trial.

- ScientificWorldJournal 2015, 2015:161439.
8. Zhou S, Dong L, He Y, Xiao H: Acupuncture plus Herbal Medicine for Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Chin Med* 2017, 45(7):1327–1344.
 9. Shi GX, Liu CZ, Guan W, Wang ZK, Wang L, Xiao C, Li ZG, Li QQ, Wang LP: Effects of acupuncture on Chinese medicine syndromes of vascular dementia. *Chin J Integr Med* 2014, 20(9):661–666.
 10. Wang X, Zhou H, Yan CQ, Shi GX, Zhou P, Huo JW, Yang JW, Zhang YN, Wang L, Cao Y et al: Cognitive and Hippocampal Changes in Older Adults With Subjective Cognitive Decline After Acupuncture Intervention. *Am J Geriatr Psychiatry* 2024, 32(8):1014–1027.
 11. Liu C, Zhang L, Li Y, Li M, Han H, Wang K: Traditional Chinese Patent Medicine in the Treatment of Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Am J Chin Med* 2023, 51(3):517–546.
 12. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, Lai Y, Treister V, Thompson Y, Schneider R et al: Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *Bmj* 2021, 372:n532.
 13. Park SH, Cho YS: Predictive validity of the Cornell Scale for depression in dementia among older adults with and without dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2022, 310:114445.
 14. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky ST: Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000, 12(2):233–239.
 15. Cortés N, Andrade V, Maccioni RB: Behavioral and Neuropsychiatric Disorders in Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis* 2018, 63(3):899–910.
 16. Kim B, Noh GO, Kim K: Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatr* 2021, 21(1):160.
 17. Li N, Li O, Sha Z, Wang Y, Li Z, Li Y, Zhang J, Zhao Z, Xu S, Xu J: Efficacy and Safety of Acupuncture Combined with Yishen Granule in Elderly Adults with Mild Cognitive Impairment: A Multicenter, Randomized Controlled Trial. *Altern Ther Health Med* 2023, 29(6):340–349.
 18. Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza MV, Varela-Donoso E, Montanero-Fernández J, Jiménez-Palomares M, Garrido-Ardila EM: Ear therapy and massage therapy in the elderly with dementia: a pilot study. *J Tradit Chin Med* 2013, 33(4):461–467.
 19. Jeong JH, Jung C, Kim J, Kim JY, Kim HS, Park YC, Lee JH, Jung IC: Investigation of combined treatment of acupuncture and neurofeedback for improving cognitive function in mild neurocognitive disorder: A randomized, assessor-blind, pilot study. *Medicine (Baltimore)* 2021, 100(37):e27218.
 20. Zhang ZY, Liu Z, Deng HH, Chen Q: Effects of acupuncture on vascular dementia (VD) animal models: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* 2018, 18(1):302.
 21. Wen Q, Hong X, He K, Liu B, Li M: Can acupuncture reverse oxidative stress and neuroinflammatory damage in animal models of vascular dementia?: A preclinical systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2023, 102(23):e33989.
 22. Weng YX, Yang CC, Hsu WC, Kuo RN: Effects of traditional Chinese medicine on outcomes and costs of dementia care: results from a retrospective real-world study. *Aging Clin Exp Res* 2024, 36(1):204.
 23. Arai H, Hashimoto N, Sumitomo K, Takase T, Ishii M: Disease state changes and safety of long-term donepezil hydrochloride administration in patients with Alzheimer's disease: Japan-Great Outcome of Long-term trial with Donepezil (J-GOLD). *Psychogeriatrics* 2018, 18(5):402–411.
 24. Burback D, Molnar FJ, St John P, Man-Son-Hing M: Key methodological features of randomized controlled trials of Alzheimer's disease therapy. Minimal clinically important difference, sample size and trial duration. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999, 10(6):534–540.
 25. Goldberg TE, Harvey PD, Wesnes KA, Snyder PJ, Schneider LS: Practice effects due to serial cognitive assessment: Implications for preclinical Alzheimer's disease randomized controlled trials. *Alzheimers Dement (Amst)* 2015, 1(1):103–111.
 26. Collie A, Maruff P, Darby DG, McStephen M: The effects of practice on the cognitive test performance of neurologically normal individuals assessed at brief test-retest intervals. *J Int Neuropsychol Soc* 2003, 9(3):419–428.

The Effects of Traditional Chinese Medicine on Cognitive Function and Behavioral Symptoms in Dementia Patients: A Clinical Observational Study

Hsu-Tung Hsieh¹, Shun-Ku Lin^{1,2,3}

¹Department of Chinese Medicine, Renai Branch, Taipei City Hospital

²Institute of Traditional Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University

³University of Taipei

Abstract

Dementia is a progressive neurodegenerative disease characterized by cognitive decline and often accompanied by significant behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), such as anxiety, agitation, and depression, posing challenges to patients' quality of life and the mental health of their caregivers. While conventional Western medicine can manage symptoms, long-term use may lead to notable side effects. Traditional Chinese medicine (TCM), with its holistic approach and low side effects, has increasingly been applied to the comprehensive treatment of dementia. However, further studies are needed to verify its specific effects on cognitive function, behavioral symptoms, and quality of life.

This study employed a single-arm, open-label observational design, enrolling 548 dementia patients aged 65 to 90 years, including various types and severities of dementia. Patients underwent nine months of comprehensive TCM treatment, including personalized herbal prescriptions (primarily focusing on kidney-tonifying and cognition-enhancing effects), acupuncture, and auricular acupressure. Standardized scales such as the Mini-Mental State Examination (MMSE), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD), and EuroQol Visual Analogue Scale (EQ-VAS) were used to evaluate cognitive function, behavioral and psychological symptoms, and

quality of life. Changes in caregiver burden were also recorded. Statistical analysis was performed using repeated-measures ANOVA.

After treatment, NPI scores significantly decreased from 49.8 to 39.9 ($P < 0.0001$), with notable improvements in anxiety, hallucinations, agitation, and aggressive behavior ($P < 0.01$). EQ-VAS scores increased from 49.3 to 52.5 ($P < 0.0001$) and remained stable after treatment. MMSE scores declined from 15.7 to 14.2. Additionally, caregiver burden was significantly reduced, with improvements in patients' sleep quality and emotional stability. No severe adverse events were reported, demonstrating good safety and tolerability.

Comprehensive TCM treatment effectively alleviates behavioral and psychological symptoms and improves the quality of life for dementia patients, while its effects on cognitive function are limited. This study highlights the value of TCM, especially the combined use of acupuncture and herbal medicine, which may exert effects by modulating neuroinflammation and improving cerebral blood flow. Further multi-center randomized controlled trials are needed to validate its efficacy and explore underlying mechanisms.

Keywords: Dementia, Traditional Chinese Medicine, Cognitive Function, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), Quality of Life, Acupuncture, Herbal Medicine, Alzheimer's Disease, Caregiver Burden

日治時期韓國韓醫學教育研究之初探- 以醫學講習所為例

張文禎¹，郭世芳²，殷揚智³，林昭庚⁴

¹ 中國醫藥大學中醫學系研究所

² 郭世芳中醫診所

³ 國立中興大學歷史所

⁴ 中國醫藥大學中醫學院

摘要

本文研究日治時期韓國¹韓醫學教育及考核制度。韓國傳統醫學經過日治時期受到醫療制度與教育上很大的變化，且當時傳入新西洋醫學之傳播，使韓國傳統醫學界有了極大壓力，不得不有著被淘汰而需繼續生存且更要發展傳統醫學的使命感。在教育方面，當時並無官方設立之韓醫專門學校，使傳統醫學教育缺乏制度性支持。在此背景下，「醫學講習所」成為培育韓醫學者及醫生的重要機構，其課程內容兼含韓醫理論與西洋醫學知識，呈現出知識並行與過渡期融合的特徵，反映出日治時期韓醫學教育的特殊樣態。本文整理並介紹「醫

¹（一）古代「三韓」概念時間區間：約於西元前後至四世紀左右，「韓國」之「韓」字，最早可追溯至古代朝鮮半島南部之「三韓」：馬韓、辰韓、弁韓。此時之「韓」並非現代民族國家概念，而係部落聯盟與地域文化共同體之稱呼。
韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈三韓〉，取自：<https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0026922>（檢索日期：2026 年 5 月 20 日）。
（二）大韓帝國時期:於 1897 年至 1910 年。
1897 年，高宗稱帝並改國號為「大韓帝國」（대한제국），此為近代「韓國」作為正式國號之開始。
韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈大韓帝國〉，取自：<https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0015187>（檢索日期：2026 年 5 月 20 日）。
（三）現代「韓國」時期:於 1948 年至今。1948 年，大韓民國（대한민국）成立，簡稱「韓國」。

學講習所」的課程相關內容並且研究日治時期醫生考核制度及醫生教育制度。

關鍵詞：日治時期韓國韓醫學教育、日治時期韓醫醫學講習所、日治時期醫生考核制度、日治時期醫生教育制度

前言

大韓帝國²於 1905 年所創立的同濟醫學校，主導由官方制定的韓醫學相關教育，但相當可惜的是營運三年後即閉校，後來日治時期並沒有任何由官方的韓醫學教育，相較之下於 1910 年朝鮮³總督府醫院設立附屬醫學講習所⁴教導欲培養西洋醫師⁵，當然其目的是為了治療於朝鮮總督府工作的日本員工、家族及

培養西洋醫師⁵，當然其目的是為了治療於朝鮮總督府工作的日本員工、家族及日本居民，並不是為了醫治當時殖民地之朝鮮人民，因此還是有其必要教育及培養西洋醫師。相反地，雖然朝鮮總督府認為不需要設立官方韓醫醫院或學校來培育傳統醫學施術者醫生⁶，但因醫師人數、醫療設備及西洋藥品的不足，並無法全面充分解決全民醫療問題，亦不能忽視當時醫生們所負責大多數老百姓的醫療行為的重要性，所以只好制定醫生法規來認可傳統醫學行業，不過對於韓醫學教育上並沒有官方認定的教育制度或學校機構，只能藉由醫生本身利用某些醫學機構如大韓醫學會或朝鮮醫師研究會等來進一步研習工作上所需求的西洋醫學。問題是施術傳統醫學的醫生為何需要學習西洋醫學？有關醫師免許方針的案件⁷解釋，醫生主要以漢方為主施術，也就是執行醫療業務範圍可包含西洋醫療，即醫生主要業務是施術漢方醫學並亦可施術西洋醫學，所以當時醫生除了需研習原本的傳統韓國醫學之外，也需要學習新醫學，即西洋醫學。再者因為欲取得限年醫生免許證，要求須應通過考試才能合格順利取得相關證照，但是考試試題皆不是傳統醫學而是與西洋醫學多所關聯，如此才促使醫生不得不進一步研究學習西洋相關醫學知識。當醫生若需要進一步學習西醫，卻存在著學習管道找尋問題，因欲將新醫學領域透過自我研習是件困難且不可能的事情，而是需要藉由相關醫學教育機構的幫助，但是朝鮮總督府只有制定醫生規則法規，而無特定針對醫生設立官方學習機構，因此只能透過有心人士協力開設一種私立教育機構「講習所」來傳授醫生傳統醫學及西洋醫學知識。

一、公認醫學講習所

為延續同濟醫學校之教育理念，朝鮮最早設立之講習所，為 1908 年 2 月由洪鐘哲、李海盛、趙炳瑾等人共同創辦之「東醫學講習所」。其後，該校於 1912 年 10 月改名為「公認醫學講習所」，修業年限訂為三年，每學年招收學生約三十餘人。課程內容兼具東洋醫學與西洋醫學，並另設有

⁵ 日治時期之「醫師」，係指接受西洋醫學教育並取得官方醫師免許之近代醫療從業人員。韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈醫師〉，取自：https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0043244（檢索日期：2026 年 5 月 22 日）。

⁶ 於日治時期朝鮮醫療制度中，「醫生」之概念具有殖民法制轉型意義。日本殖民政府引入近代西洋醫學制度後，傳統社會中的「醫生」，開始被區分為：合法取得免許之醫師以及未具官方資格之傳統醫者，即「醫生」。此種轉變反映殖民政府透過醫療法制重新界定醫療合法性。韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈醫生〉，取自：https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0043255（檢索日期：2026 年 5 月 22 日）。

⁷ 醫藥講習會編：〈有關醫師免許方針的案件〉，《平壤：醫藥月報》，1916 年 2 月 1 日。

² 「大韓帝國」（대한제국）正式存在時間為：1897 年 10 月 12 日至 1910 年 8 月 29 日。其間共歷時約十三年。1897 年，朝鮮國王高宗於漢城（今首爾）稱帝，改國號為「大韓帝國」，藉此宣示脫離清朝宗藩體制，建立獨立自主之近代國家。至 1910 年，日本與韓國簽訂《韓日併合條約》後，大韓帝國正式滅亡，朝鮮半島進入日本殖民統治時期。

注:朝鮮國王高宗，本名為李熙(이희)，朝鮮高宗為朝鮮王朝末代國王，亦是大韓帝國開國皇帝，對韓國近代史具有極重要地位。其統治時期正值列強進入東亞、日本勢力擴張以及朝鮮近代化改革的重要轉折期，因此在研究日治時期韓醫制度形成之前提背景時，高宗之生平與政治改革具有重要歷史意義。

韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈大韓帝國〉，取自：https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0015187（檢索日期：2026 年 5 月 20 日）。

³ 歷史上所稱之朝鮮，於韓國史研究中，多指：（一）「朝鮮王朝」（조선왕조）:其建立時間為 1392 年，結束時間為 1897 年。由李成桂建立，正式國號為「朝鮮」，史學上通常稱為「朝鮮王朝」或「李氏朝鮮」。1897 年高宗稱帝後，國號改為「大韓帝國」，朝鮮王朝正式結束。（二）日治時期「朝鮮」:1910 年日本併吞韓國後，日本殖民政府仍以「朝鮮」稱呼朝鮮半島，並設置「朝鮮總督府」。因此，在日治時期文獻中，「朝鮮」多作為日本殖民地名稱使用。注:李成桂(이성계)，出生年份:1335 年 10 月 27 日。李成桂原為高麗末期武將，後於 1392 年推翻高麗王朝，建立朝鮮王朝，成為朝鮮太祖。其以儒教作為國家統治核心，逐步建立中央集權官僚制度。李成桂所建立之朝鮮王朝，對後來韓國政治、教育及醫療制度之形成具有深遠影響，韓醫制度亦於此一時期逐漸發展並制度化。

韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈朝鮮〉，取自：https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0051904（檢索日期：2026 年 5 月 20 日）。

⁴1916 年 4 月升格為京城醫學專門學校。Lee,ChungHo：《日帝暗黑期醫師教育史》（首爾：國學資料院，2011），頁 136。

⁵ 日治時期之「醫師」，係指接受西洋醫學教育並取得官方醫師免許之近代醫療從業人員。韓國學中央研究院：《韓國民族文化大百科事典》，〈醫師〉，取自：https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0043244（檢索日期：2026 年

就課程內容而言，講習所之授課類型可大致區分為三類：第一類為東醫學，第二類為西醫學（亦稱新醫學），第三類則為東西醫學綜合課程。東醫學課程主要包括臟腑學、經絡學、脈學、傷寒學、雜病學、小兒科學及四象醫學等內容；西醫學課程則涵蓋解剖學、生理學、病理學、診斷學，以及眼耳鼻咽喉科學等現代醫學基礎知識；至於東西醫學綜合課程，則以外科學、婦人科學、產科學及藥物學為主，尤以此類課程最受重視，其教學方式乃從傳統醫學與近代醫學雙重視角進行講授，展現出融合醫學教育之特色。

學年	第一學年		第二學年		第三學年	
科目及時數	時數	課程	時數	科目及時數	時數	課程
修身	1	修身要旨	1	修身	1	修身要旨
國語	3	會話、作文	3	國語	3	會話、作文
算術	2	珠算、算術	2	算術	2	珠算、算術
理科	2	物理、化學	-	理科	2	物理、化學
臟腑、經絡學	4	東醫學	-	臟腑、經絡學	4	東醫學
脈學	2	東醫學	2	脈學	2	東醫學
解剖、生理學	4	西醫學	-	解剖、生理學	4	西醫學
病理學	-	-	3	病理學	-	-
傷寒學	3	東醫學	2	傷寒學	3	東醫學
雜病學	3	東醫學	2	雜病學	3	東醫學
診斷學	-	-	2	診斷學	-	-
外科學	-	-	2	外科學	-	-
婦人、產科學	-	-	-	婦人、產科學	-	-
小兒科學	-	-	-	小兒科學	-	-
藥物學	-	-	2	藥物學	-	-
眼耳鼻咽喉科	-	-	-	眼耳鼻咽喉科	-	-

				科		
內科學	-	-	3	內科學	-	-
四象學	-	-	-	四象學	-	-
計	24		24	計	24	

此外，從日本殖民統治之角度觀察，講習所教育亦受到殖民地教育政策之影響。當時殖民政府所推行之教育方針，特別強調精神教育與語言教育，因此課程中納入「修身」與「國語（日語）」等科目，並於三年修業期間持續實施國語會話與作文訓練，以培養學生之日語運用能力及殖民統治下之文化適應能力。

公認醫學講習所教科課程及每週教授時數表

學年		第一學年	第二學年	第三學年
時數	時數	時數	時數	時數
教科目	時數	課程	課程	課程
修身	一	修身要旨	一	全
國語	三	會話作文	三	全
算術	二	珠算算術	二	全
理科	二	物理化學	二	全
臟腑、經絡學	四	醫學	二	全
解剖、生理學	二	醫學	二	全
病理學	四	新醫學	三	全
傷寒學	三	東醫學	二	全
雜病學	三	東醫學	二	全
診斷學	三	東醫學	二	全
外科學	二	新醫學	三	全
婦人、產科學	二	新醫學東醫學	三	全
小兒科學	二	新醫學東醫學	三	全
藥物學	二	新醫學東醫學	三	全
眼耳鼻喉科	二	新醫學東醫學	三	全
內科學	三	醫學	二	全
四象學	二	東醫學	二	全
計	二四	二四	二四	二四

(此에依는 月報을編輯하고修身國語算術을編入치안하오)

圖 1. 公認醫學講習所課程及每週時數⁸

總之，公認醫學講習所採三年制學制，各學年每週授課時數均為 24 小時，顯示其課程規劃已具備相當完整之制度性架構。從課程安排觀察，第一學年主要以東醫學基礎理論為核心，內容包括臟腑學、經絡學、脈學、傷寒學及雜病學等，旨在奠定學生傳統醫學理論基礎；第二學年則逐步增加西醫學相關課程，如病理學、診斷學及內科學等，反映教育內容由基礎理論逐漸轉向近代醫學知識之導入；至第三學年，西醫學課程進一步

⁸ 東西醫學報社：〈凡例：附講習所課程表〉，《韓國：東西醫學報社》，1916年，頁2。

朝向專門化發展，如眼耳鼻咽喉科學及婦人科、產科學等，同時增設東醫學之小兒科學與四象醫學課程，顯示高年級教育已朝向臨床應用與專業分科之方向發展。此外，若從全學年共通課程加以分析，可發現除「修身」及「國語（會話、作文）」等殖民地教育科目持續存在外，「傷寒學」與「雜病學」亦連續三年列為必修課程。此一課程安排顯示，儘管講習所之設立背景受到日本殖民教育政策影響，並納入一定程度之語言與精神教育內容，然其醫學教育核心仍未脫離傳統醫學之傳承目的。換言之，公認醫學講習所並非單純以西洋醫學取代既有醫學體系，而是在維持東醫學主體性的基礎上，逐步吸納近代西洋醫學知識，形成兼具「傳統延續」與「近代轉型」雙重特徵之教育模式。

公認醫學講習所的所長為洪鐘哲，負責講習所營運所需要的一切經費問題，另外教科書等印刷品費用則由趙炳瑾來負責，至於講課方面講師們無收取講課費用，不過因於 1919 年洪鐘哲的逝世導致公認醫學講習所營運終止。

漢醫學講師群有洪鐘哲、金永勳、朴義敬，羅錫璣，金熙敬等人。

西醫學講師群有劉秉泌，金守鉉、金台鎮、李光鐘等人。⁹

除課程制度外，公認醫學講習所之營運模式與師資構成，亦反映出近代韓醫界自我組織與改革之特徵。講習所所長由洪鐘哲擔任，並負責講習所營運所需之主要經費；教材與相關印刷品之費用，則由趙炳瑾負責支應。至於授課方面，講師群皆以無償方式參與教學，顯示講習所之設立與運作，具有濃厚之民間自主性與韓醫界自發性改革之性質。然而，隨著 1919 年洪鐘哲逝世，失去主要經費支持與核心領導者後，公認醫學講習所亦隨之停止運作。就師資組成而言，講習所講師可分為東醫學與西醫學兩大類。東醫學講師主要包括洪鐘哲、金永勳、朴義敬、羅錫璣及金熙敬等人；西醫學講師則包括劉秉泌、金守鉉、金台鎮及李光鐘等。此種東、西醫師共同授課之模式，不僅展現出講習所兼容並蓄之教育特色，也反映韓醫界試圖透過制度化教育吸納西洋醫學知識之努力。此外，公認醫學講習所之重要歷史意義，亦在於其積極推動韓醫學之改革，並主動接納近代西洋醫學知識，其中尤以解剖學之接受最具代表性。1918 年，洪鐘哲與趙炳瑾等人於講習所內購置兔隻，並聘請外部醫師進行解剖示範與見習，藉以推動解剖學教育。解剖學作為近代西洋醫學之基礎學科，不僅是現代醫學知識體系之核心，更被視為區別傳統醫學與近代醫學的重要標誌。當時

韓醫界所面臨之主要批評之一，即為「不諳人體解剖而難以建立科學化醫學知識體系」，因此，公認醫學講習所主動導入解剖學教育，象徵韓醫界對近代醫學知識體系之重新認識與積極回應。此種思想轉變，亦可見於洪鐘哲所著《經絡學》一書之內容。該書於「人體形」章節中，已收錄人體內臟解剖圖，顯示當時韓醫學者已逐步接受西方解剖學觀念，並嘗試將其納入既有之醫學知識體系之中。此不僅代表韓醫學知識結構之調整，更反映出近代韓醫在面對西洋醫學衝擊下，所展現之適應與轉型能力。

二、東西醫學研究會附屬醫學講習院

東西醫學研究會雖成立於 1917 年，然其以全國性醫生團體名義正式獲得朝鮮總督府認可，則是在 1921 年 11 月。取得官方許可後，東西醫學研究會逐步擴展其組織規模與業務內容，包括於各道設立地方支會、定期舉辦講習會，以及發行月刊雜誌等，¹⁰顯示其組織功能已由單純之醫生團體，逐漸發展為兼具學術研究、教育推廣與職業組織功能之近代醫學團體。在教育事業方面，東西醫學研究會設立「附屬醫學講習院」，其主要目的在於培養韓醫後進，並建立較具制度性之醫學教育體系。就學制而言，講習院分為預科與本科兩階段，其中預科修業年限為二年，本科修業年限為一年；預科與本科學生名額各為六十名，顯示其招生規模較先前民間講習所更為擴大，反映出當時韓醫教育需求之提升。講習院採學期制運作，每學年分為兩學期：第一學期自四月至七月，第二學期自九月至十二月。此種制度化之學年安排，已逐漸接近近代學校教育體系之模式，顯示韓醫教育由早期講習所形式，逐步邁向正式化與制度化發展。其具體課程內容、每週授課時數及講師配置如下所示。

表 2. 東西醫學研究會附屬醫學講習院課程及每週時數¹¹

科目	預科（每週時數）	本科（每週時數）
醫學入門	3	-
本草	3	1
針灸大成	3	-
脈經	2	2

⁹ Kang,Yeon-Suk 等十四人：《醫史學》，頁 252。

¹⁰ 黃永遠：《日帝下朝鮮韓醫界與韓醫學的殖民地的近代》，頁 175。

¹¹ Kang,Yeon-Suk 等十四人：《醫史學》，頁 254。

解剖	2	1
生理	2	1
病理	1	1
傳染病	2	-
針灸	-	1
傷寒	-	2
雜病	-	2
臟腑	-	2
運氣	-	2
婦小	-	1
外科	-	1
應急法（急救法）	-	1
合計	18	18

由表 2 可知，東西醫學研究會附屬醫學講習院採預科與本科之二階段學制，其中預科修業二年，本科修業一年，各階段每週授課時數均為十八小時。從課程內容觀察，預科教育主要以東醫學基礎知識為主，包括醫學入門、本草學及《針灸大成》等傳統醫學核心課程，目的在於奠定學生之韓醫理論基礎；進入本科後，則延續本草與針灸等傳統醫學內容，同時進一步深化傷寒學、雜病學、臟腑學及運氣學等進階東醫學課程，顯示其教育核心仍以傳統韓醫學知識之傳承為主體。另一方面，西醫學相關課程如解剖學、生理學與病理學，則橫跨預科與本科三年課程，顯示講習院對近代醫學基礎知識之重視。尤其於本科階段，更增設婦小科學、外科學及應急法（急救法）等具臨床實務性質之課程，反映其教育目的已不僅止於理論傳授，而逐漸朝向臨床應用與實務能力培養之方向發展。若將其與公認醫學講習所之課程內容相比，可發現兩者之共同點，皆採取東醫學與西醫學並行之教學模式，顯示近代韓醫教育已普遍接受「東西醫並修」之教育理念。然而，東西醫學研究會附屬醫學講習院之課程中，新增「傳染病學」與「應急法（急救法）」等科目，則展現出更鮮明之時代特徵。此一課程變化，與當時日本殖民政府所推動之公共衛生政策密切相關。二十世紀初期，朝鮮社會頻繁面臨傳染病流行問題，而殖民政府亦逐漸將疾病防治與公共衛生納入統治政策核心。由於有限之西醫人力難以全面負擔殖民地人民之健康管理，醫生遂被納入公共衛生體系之輔助角色，因而促使韓醫教育開始導入傳染病學相關知識。此外，第一次世界大戰後，日本帝國對防疫制度與急救醫療之重

視亦明顯提升，進而影響講習院課程設計，使「應急法」成為近代韓醫教育中新出現的重要科目。由此可見，東西醫學研究會附屬醫學講習院之課程設計，不僅反映韓醫界主動吸收西洋醫學知識之趨勢，更顯示其教育內容已開始回應殖民統治下之社會醫療需求與公共衛生政策。關於師資結構而言，東西醫學研究會附屬醫學講習院同樣採取東、西醫講師共同授課之模式。東醫學講師主要包括金永勳、金海秀、金東薰、李承烈、李仁宅及李乙雨等人；西醫學講師則包括高用直、孔伴魯及都殷珪等人。相較於早期公認醫學講習所之師資配置，東西醫學研究會附屬醫學講習院之講師陣容更為制度化且規模更大，顯示其教育組織已由個別醫生主導之民間教育形式，逐步轉向團體化與制度化發展。東、西醫講師共同授課之安排，不僅體現「東西醫並修」之教育理念，更反映出當時韓醫界對西洋醫學知識之態度，已由早期被動接受逐漸轉變為主動吸收與制度性整合。換言之，附屬醫學講習院不僅是韓醫後繼人才培育之場所，更成為近代韓醫學知識重構與專業認同形成的重要教育空間。

三、京畿道立醫生講習所

京畿道立醫生講習所之設立背景，與前述民間性質之講習所有明顯差異，其成立不僅反映韓醫界對醫生傳承問題之憂慮，更與日本帝國於戰時體制下之殖民醫療政策密切相關。1937 年中日戰爭爆發後，日本帝國逐步進入全面戰爭體制，為支援對外軍事擴張，亟需大量軍醫投入前線。然而，若大規模徵調既有醫師投入軍事體系，勢必造成後方醫療人力不足之問題。基於此，日本殖民政府開始思考如何補充地方醫療資源，尤其是在農村及偏遠地區之醫療空缺，進而重新重視「醫生」作為基層醫療補充人力之功能。然而，從制度發展角度而言，醫生制度本身卻面臨存廢危機。日本殖民政府於 1913 年制定《醫生規則》時，其原意係因西醫醫療資源不足，且短期內無法全面滿足殖民地民眾醫療需求，故不得不承認傳統醫學從業者之合法地位，以作為醫療體系之補充。然而，隨著近代醫學教育機構之建立與西醫師數量逐漸增加，朝鮮總督府遂認為未來可由受過正式西醫教育之醫師全面取代醫生，並計畫於 1940 年前後逐步廢止醫生制度。此一政策方向，引發韓醫界高度憂慮。一方面，依 1913 年制度取得資格之「永年醫生」逐漸高齡化，至 1930 年代多數已相繼去世；另一方面，若缺乏新的教育與培訓制度，醫生之專業傳承將面臨中斷，甚至可能導致整體韓醫醫療人力之消失。因此，東西醫藥研究會積極倡議建立新的醫生培育機制，以維持韓醫界之延續性。

生補足京畿道內三百餘處「無醫村」(即缺乏醫療服務之村落)之基層醫療需求。由於當時京畿道衛生科長對傳統醫學持較為開放之態度，此提議最終獲得京畿道知事批准，並於1937年4月正式設立京畿道立醫生講習所。值得注意的是，京畿道立醫生講習所雖名義上屬於官方設立之道立教育機構，為朝鮮殖民時期首個由官方主導設立之醫生培訓機構，但其實際運作仍高度依賴韓醫界力量。講習所之課程規劃與教學工作，主要由東西醫藥研究會幹部無償擔任，連部分營運經費亦由研究會負責，顯示官方與民間合作之特殊性。

在教育制度方面，京畿道立醫生講習所每年招收約三十至五十名學生，修業年限為一至二年。課程內容同樣採取「東西醫並修」模式，可分為韓醫學與西洋醫學兩大類。韓醫學課程包括傷寒學、雜病學、脈學、婦人科學、小兒科學、針灸學、漢方藥物學及漢方總論等；西洋醫學課程則包括生理學、解剖學、診斷學、藥理學及衛生法規等。學生畢業後可取得「限地免許」，並被派遣至京畿道內無醫村從事基層醫療工作。截至1944年，京畿道立醫生講習所共培育約二百五十名醫生，其歷史意義主要體現在兩個層面：第一，其為朝鮮醫生教育史上首個由殖民政府正式主導設立之官方講習所，象徵醫生教育由民間自主模式進一步邁向官方制度化；第二，其大規模培育醫生人力，有效補充戰時殖民地之基層醫療需求，顯示傳統醫學在日本殖民醫療體系中，已由「被動容許」逐漸轉變為「政策性利用」之角色。

四、考核制度

醫生考試制度為日本殖民政府管理與規範醫生的重要制度之一，其主要目的在於透過統一考核程序，確認醫生是否具備基本醫療知識與執業能力。依規定，醫生考試原則上每年舉行兩次，分別於春季與秋季辦理，其考試之實施、試題命題及閱卷程序，皆由各地區警察局負責執行，顯示殖民政府將醫療人員管理納入警察行政體系之中，以強化對醫療活動之監督與控制。就考試形式而言，醫生考試分為筆試與口試兩部分，惟口試是否實施，得依實際情況予以省略。考試科目主要包括三大範疇：第一，疾病、症狀及其療法；第二，解剖學與生理學概要；第三，法定傳染病之症狀、療法及消毒方法。¹² 從考試內容可見，醫生考試雖以傳統醫學從業者為主要對象，但其知識要求已明顯納入近代西洋醫學之基礎內容，特別是解剖學、生理學及傳染病學等科目，反映殖民政府欲藉由考試制度推動醫生之近代化轉

型。在命題制度方面，試題通常由警察局委託公醫或囑託醫負責命題。值得注意的是，考試初期試題中之疾病名稱多採西洋醫學術語；然而，自1918年起，朝鮮總督府警務總監部開始要求試題改以漢方醫學名稱出題。此一變化顯示，殖民政府在制度管理上，逐漸承認傳統醫學語言體系之實用性，並試圖在行政管理與傳統醫學知識之間取得某種平衡。就評分制度而言，考生完成筆試後，其答案卷先由地方警察局進行初步閱卷，並連同相關附錄文件一併送交總督府警務總監部衛生課複核。各科成績以十分為滿分，總分須達六十分以上方可視為合格；若任一科目未達十分，或總分低於六十分，則判定為不及格。此種標準化評分方式，反映出日本殖民政府試圖以近代官僚制度管理傳統醫療人員之特徵。然而，醫生取得執照並不意味教育之終止。相反地，殖民政府仍持續要求醫生接受後續教育與再評估，其形式包括「教養」、「講究」、「講話」及「講習」等多種再教育活動。¹³ 醫生制度並非一次性資格認證，而是一套持續性的專業監督機制。透過考試與再教育制度之結合，日本殖民政府得以在承認傳統醫學存在之同時，持續將其納入近代國家醫療管理體系之中，進而達到制度控制與醫療治理之目的。

關於考試內容，日治時期限年醫生考試呈現出明顯之「西醫化」特徵。雖然醫生制度原本係以傳統醫學從業者為主要管理對象，然而其考試內容卻大幅偏向西洋醫學知識之測驗，顯示殖民政府試圖透過考試制度，引導醫生逐步朝向近代醫學知識體系轉型。以1917年5月京畿道警務部所舉辦之醫生考試為例，其試題內容包括「記述猩紅熱」、「記述亞細亞虎列刺(霍亂)」、「記述麻疹之療法」、「記述副睪丸炎之症狀及療法」以及「記述黴瘡與梅毒之療法」等五項，全部皆以西洋醫學疾病分類及其治療方法為核心，主要測驗考生對近代醫學疾病知識之理解與應用能力。上述試題中並未出現任何與傳統醫學理論相關之內容，例如臟腑學、經絡學、脈診學或傷寒學等韓醫核心知識皆未被納入考試範圍。此一現象說明，殖民政府雖在制度上承認醫生之合法性，但在考核標準上，卻明顯以西洋醫學知識作為評價醫生專業能力之主要依據。

¹² 國家紀錄院：醫生試驗施行內規制定。取自：<http://www.archives.go.kr> (民國114年5月2日檢索)

¹³ Park, Ji Hyun: 《有關殖民地期醫生的殖民權力的統治技術及戰略》，(韓國：高麗大學校韓國史學科博士論文，2018)，頁78。

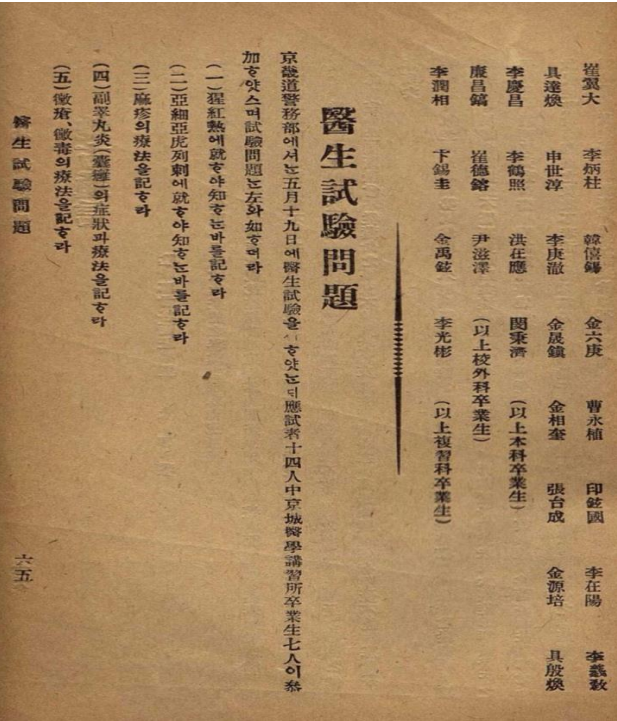


圖 2. 醫生試驗問題¹⁴

由於醫生考試內容多以西洋醫學知識為主，且試題難度偏高，即使具備多年臨床經驗之傳統醫學從業者，亦未必能順利通過考試。此一現象顯示，醫生考試並非單純針對既有臨床能力之檢驗，而更傾向於測驗考生是否具備近代西洋醫學知識。因此，考試制度實際上成為殖民政府篩選與限制醫生資格的重要工具。為進一步觀察其考試內容，本文節錄 1927 年與 1928 年部分醫生考試試題如下：

表 3. 醫生考試試題內容（1927–1928）¹⁵

年度	所在地	試題內容
1927	黃海道	記述猩紅熱的症狀、療法及消毒方法。 答下列疾病的症狀及療法。 1) 急性肺炎 2)子宮的腫瘤 3)大腿骨的骨
1928	平安南道	痘瘡的感染路徑及症狀。 坐骨神經痛的症狀及療法。 支氣管氣喘症狀及療法。

¹⁴ 東西醫學報社：〈醫生試驗問題〉《韓國：東西醫學報社》，1917 年 6 月 1 日，頁 65。

¹⁵ 黃永遠：《日帝下朝鮮韓醫界與韓醫學的殖民地的近代》，頁 81。

		肝臟的位置 機能。 構成胸廓的骨名稱。 急性腸炎的症狀及療法。
--	--	---------------------------------------

由表 3 可見，雖然醫生考試由各地方行政道分別負責辦理，但其試題內容具有高度一致性，主要集中於西洋醫學範疇，包括解剖學、生理學、內科學及外科學等內容。其中，傳染病相關知識尤受重視，幾乎各次考試皆包含傳染病症狀、療法、預防及消毒方法等試題，顯示殖民政府將公共衛生與疾病防治視為醫生制度管理之核心目標。由於考試內容偏重西醫學知識，使整體錄取率長期維持於低水平。1920 年至 1927 年間部分行政區醫生考試合格率如下：

表 4. 醫生考試合格率（1920–1927）¹⁶

考試日期	所屬道	主管機關	考生人數	合格人數	合格率
1920 年 10 月 5 日	慶北	慶北各警察署	32	4	12.5%
1921 年 5 月 10 日	江原	安邊各警察署	8	1	12.5%
1926 年 9 月 20 日	忠南	江景警察署	14	1	7.1%
1927 年 6 月 6 日	慶南	慶南道衛生課	34	5	14.7%

由表 4 可知，1920 年至 1927 年間各地醫生考試合格率普遍偏低，多數未超過 15%，顯示醫生考試具有相當高之難度。即使部分考生已具備多年臨床經驗，仍難以通過考試，甚至被迫以「藥種商」名義從事醫療相關工作，以維持生計。從制度層面而言，由警察署或衛生課主導之醫生考試，以西洋醫學為核心命題方向，實際上形成兩項重要效果：其一，透過提高考試門檻，限制新醫生免許之發放數量，以達到控制醫療人力之目的；其二，藉由考試內容之設計，迫使傳統醫學從業者必須主動學習西洋醫學知識，進而改變其知識結構與醫療實踐方式。然而當時官方並未設置專門培育醫生之公立教育機構，因此多數考生若欲準備醫生考試，僅能依賴民間講習所接受教育，其中以公認醫學講習所最具代表性。即便如此，完成講習所之東西醫學課程，亦不必然保證能順利通過考試，進一步反映出醫生考試制度本

身所具有之高度篩選性與排除性。

表 5. 公認講習所畢業生人數¹⁷

屆別	畢業年月	畢業生人數	免許證數
第一屆	1912 年 4 月	17	12
第二屆	1914 年 3 月	5	1
第三屆	1915 年 3 月	12	3
第四屆	1916 年 3 月	49	5

由表 5 可知，公認醫學講習所畢業生雖接受完整之東西醫學教育，然其取得醫生免許之比例並不穩定，且整體呈現下降趨勢。1912 年第一屆畢業生共 17 人，其中 12 人順利取得醫生執照，取得率達 70.6%；然而，自第二屆起錄取情形明顯下降，1914 年僅 20.0%，1915 年為 25.0%，至 1916 年第四屆時，雖畢業生人數增至 49 人，但最終僅有 5 人通過考試，取得率僅為 10.2%。

此一變化顯示，完成講習所教育並不同於能順利取得醫生資格，亦即民間教育機構所提供之專業訓練，尚不足以完全滿足殖民政府之考試要求。尤其 1916 年前後，朝鮮總督府開始要求提高醫生考試標準，進一步強化西洋醫學知識之測驗內容，使考試難度明顯提升，進而導致合格率大幅下降。

西紀 1947 7.30
01859
國立圖書

本講習所沿革略記
位置。明治四十一年一月十日洪鍾哲李海盛趙鍾璵三氏發起於京城中部寺洞八條二戶開設立於大正元年十月一日改稱九十國統一戶元普光學校跡金修理移轉於大正四年十月十日於德宮에서 遷徙使用至大正四年四月時以龍洞十五番地に移轉大正五年一月十九日於善洞五十七番地全鮮醫學會館內 遷移大正九年四月一日現在善洞百番地遷移於此
教科目。經授。東醫科對西醫科疊并教授其校具物品及消耗費洪鍾哲氏致書印刷及紙物金趙炳璵氏 氏分擔이러니明治四十四年四月에至時一般經費洪鍾哲氏가專擔하고事情에便한西醫科教授를 停止하였다本年一月로始하여移轉一層擴張하고東西醫學科教科目別表外制定한다
講習所公認。大正二年五月二十日設立者洪鍾哲氏의命義로醫學講習所로公認을承한다

計	第四回	第三回	第二回	第一回	卒業回數	卒業年月日	卒業生數	醫生免許數	實習者數	備考
	日大正五年三月	日大正四年三月	日大正三年三月	明治四十五年四月日			一七	一二	二三	現今回第五回講習生五
九二	四九	一二	五					一	一七	八
二一	五	三							二五	
一二五	六〇	二五								

圖 3. 公認講習所畢業生人數¹⁸

五、醫生教養制度

依據《醫生規則》之規定，醫生於取得執照後，即可依法從事醫療行為。然而，殖民政府在實際管理過程中發現，部分醫生於執業過程中仍存在若干問題，例如進行具高度風險之醫療處置、採用帶有迷信性質之治療方法，或因不當使用西藥而導致病患死亡等情形。此外，部分醫生對傳染病相關知識掌握不足，未能及時進行疾病辨識、通報與預防，進而影響殖民地公共衛生之管理成效。在此背景下，朝鮮總督府認為，僅透過醫生資格考試與執照制度，尚不足以有效監督醫生之執業品質，故有必要建立後續教育與持續管理機制，以矯正醫生既有之「廢習」（即不合近代醫療規範之舊有醫療習慣）。基於此目的，總督府於 1916 年 2 月正式頒布《醫生教養¹⁹內規》，²⁰作為醫生教養制度之制度依據。所謂「醫生教養」，其核心目的並非重新授予醫療資格，而是透過持續性的教育與監督，提升醫生之專業能力與近代醫學知識，並使其醫療行為符合殖民政府所建構之現代醫療標準。換言

¹⁸ 東西醫學報社：〈本講習所沿革略記〉，《韓國：東西醫學報社》，1916 年。

¹⁹ 教養意思為再教育，當時文獻內所顯示的教養、講習、講話、講究都指再教育的意思。

²⁰ 國家紀錄院：醫生教養內規。取自：<http://www.archives.go.kr>（民國 114 年 4 月 26 日檢索）

¹⁷ 東西醫學報社：〈本講習所沿革略記〉，《韓國：東西醫學報社》，1916 年。

之，醫生教養制度乃是醫生考試制度之延伸，標誌著日本殖民政府對醫生管理，已由「資格審查」進一步發展為「持續性專業監督」之治理模式。

醫生教養內規

- 第一條 醫生教養目的為將業務上必要的知識及相關法規教授來矯正危險性治療法及其他醫事相關的廢習。
- 第二條 醫生教養項目的規定大概如下；

一 生理學及衛生學大概意思。

二 一般傳染病及地方病的特徵及其預防法。

三 消毒藥的種類及其應用。

四 醫生規則藥品使用方法及傳染病預防相關的法規。

五 種痘術、急救法、繃帶法及其他簡易的技術。

六 針對針灸術的注意。

七 迷信的療法及危險性療法的矯正。
- 第三條 對於醫生教養特別注意的事項；

一 教材採用大致上對漢方醫適當的範圍內，並且盡量避免理論，重點置於實地的指導。

二 法規是主要將業務上日常注意的事項講習。

三 勿隨意賦予西洋醫術的知識或誘導西藥的使用。

四 技術上主要是矯正歷來的弊風，唯教習限於會發生危險性的事項。
- 第四條 警務部長要下達醫生教養實行的區域、順序、其他必要事項給警務署長、警務署事務、憲兵分隊、憲兵分遣所。
- 第五條 醫生教養為由警務署長來實施。醫生教養期間為十日以內定於適宜的時候。
- 第六條 關於醫生教養講師為以警察官、公醫、囑託警察醫及警察醫委託充當業務。警察署長可對前項以外的人委託講師。
- 第七條 醫生要自付受教養的一切費用。
- 第八條 警察署長施行醫生教養時每次都要向警務部長報告以下事項；

一 教養場所及期間。

二 教養科目。

三 講師的官職、姓名及分擔科目。

四 教養醫生的住所姓名。

五 成績及其他參考事項。
- 第九條 警務部長需要向警務總長報告管內的醫生教養計畫及實施成績。

表 6.《醫生教養內規》主要內容

條文	主要內容
第一條	明定醫生教養目的，在於教授執業所需知識與相關法規，以矯正危險性治療方法及既有醫療陋習。
第二條	規定教養內容，包括生理學、衛生學、傳染病防治、消毒法、法規、種痘術、急救法、繃帶法及針灸注意事項等。
第三條	強調教養應以實務指導為主，避免過度理論化，並限制西洋醫術知識之授與及西藥使用之鼓勵。
第四至五條	規定由警務系統負責執行，教養期間以十日內為原則。
第六條	講師由警察官、公醫、囑託警察醫等擔任，必要時得委託其他專業人士。
第七條	規定受訓醫生須自行負擔教養相關費用。
第八至九條	建立報告制度，要求地方警察署及警務部逐級向上呈報教養實施情況與成果。

由《醫生教養內規》內容可知，醫生教養制度之設立目的，並非重新授予醫療資格，而是透過持續性的再教育制度，矯正傳統醫學從業者既有之醫療習慣與執業方式，使其符合殖民政府所認定之近代醫療標準。其核心目標，在於將醫生納入國家持續監督體系之中，以提升基層醫療品質並強化公共衛生管理。第二條所規定之教養內容，多集中於生理學、衛生學、傳染病防治、消毒法及急救法等近代公共衛生知識，顯示殖民政府對醫生之期待，已不僅止於傳統疾病治療者，而是希望其成為地方公共衛生政策之執行者，協助殖民政府完成基層防疫與疾病管理任務。然而，第三條之規定亦顯示出制度上的矛盾性。一方面，內規要求醫生接受近代醫學與衛生知識教育；另一方面，又明確指出「勿隨意賦予西洋醫術知識或誘導西藥之使用」，並強調教學應限制於「漢方醫適當範圍」之內。此一規定反映殖民政府對醫生制度之基本定位：並非將醫生培養為正式西醫師，而是將其定位為「受限的傳統醫療從業者」，使其在不挑戰西醫專業權威之前提下，補充基層醫療不足。此外，由第四條至第九條可見，醫生教養制度完全由警察行政系統主導，從教養區域之劃分、講師安排、實施期間，到成績考核與成果報告，皆由警察署及警務部負責執行。此顯示醫生教養並非單純之教育活動，而是殖民政府透過警察權力對傳統醫療人員進行持續管理與監督的重要治理手段。



圖 4. 醫生教養內規²¹



圖 4-1 醫生教養內規(續)

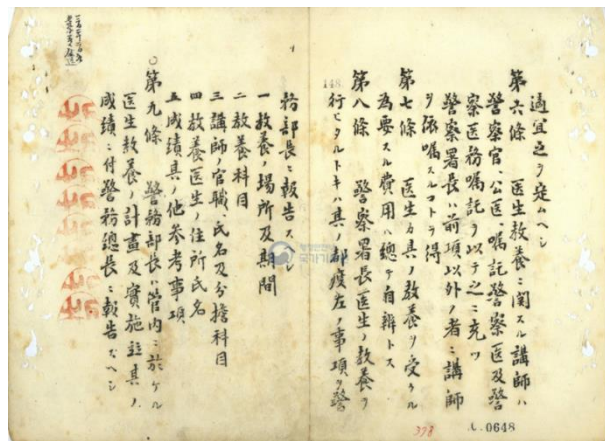


圖 4-2 醫生教養內規(續)

事實上，自《醫生規則》公布後，各地方行政機關即已陸續針對醫生實施再教育活動，其名稱包括「醫生講演」、「醫生講話」及「醫生講習會」等。然而，由於各地在教育內容、實施期間、主管單位及講師安排等方面皆缺乏統一標準，導致醫生再教育呈現高度地方化與零散化之現象，難以形成一致性的管理效果。基於此，朝鮮總督府於 1916 年頒布《醫生教養內規》，其主要目的即在於建立全國統一之醫生再教育制度，以提升行政管理效率並強化制度控制。該內規首先明確規範醫生教養之目的與內容，強調透過生理學、衛生學、傳染病預防及相關法規教育，以矯正醫療過程中可能發生之危險性行為，防止藥物濫用、醫療事故及傳染病擴散，顯示其核心目標與殖民政府公共衛生政策密切相關。在制度執行層面，醫生教養由地方警察署長負責實施，教育期間原則上限定於十日以內；講師則主要由警察官、公醫及囑託警察醫等官方醫療與警察人員擔任。由此可見，醫生教養制度雖名為「教育」，其實際上仍由警察行政系統主導，反映出殖民政府將醫療管理納入警察治理體系之特徵。此外，為進一步細化制度執行方式，總督府於 1916 年 3 月 27 日另頒《醫生教養內規實施心得》，針對教養實施細節作出更明確規範。該細則中附有「講習證」與「醫生教養成績表」等標準化文件格式，顯示醫生教養制度已逐步建立完整之行政管理流程。

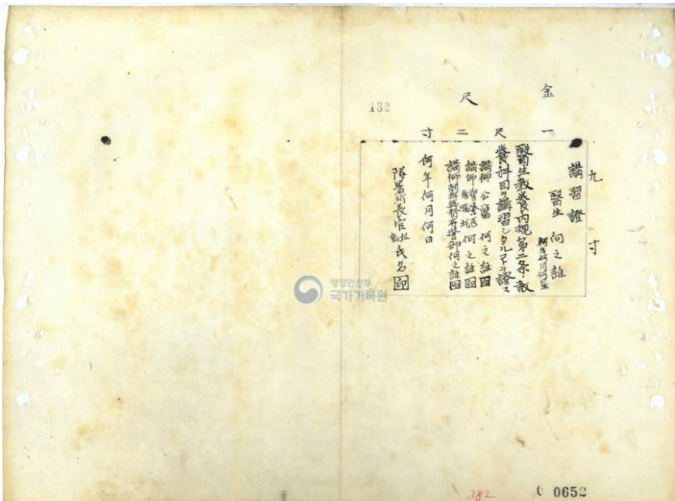


圖 5. 講習證²²

「講習證」係醫生完成規定課程後所核發之正式證明文件，用以證明受訓者已完成《醫生教養內規》第二條所規定之教養科目與講習內容。依據規

²¹ [韓] 國立中央圖書館：醫生教養內規。取自:<http://www.nl.go.kr>。（民 113 年 3 月 22 日檢索）

²² [韓] 國立中央圖書館：醫生教養內規實施心得。取自:<http://www.nl.go.kr>。（民 113 年 3 月 22 日檢索）

定，其尺寸為長一尺二寸、寬九寸，顯示殖民政府對於醫生教養制度之行政文件已建立標準化格式，反映其制度化與官僚化之特徵。就內容而言，講習證須記載受訓醫生之姓名、受教日期、講習科目名稱，以及各科講師之印章等資訊；講師主要由公醫、警察署相關醫療職務人員等擔任。此類文件不僅作為醫生完成再教育之證明，更具備行政管理與身份確認之功能，象徵醫生已被正式納入殖民政府持續監督之醫療管理體系之中。從制度意義來看，「講習證」之設置顯示醫生教養制度並非單純之臨時性教育措施，而是透過標準化證明文件、固定課程內容及官方認證程序，建立一套可被記錄、追蹤與管理之持續性教育制度。

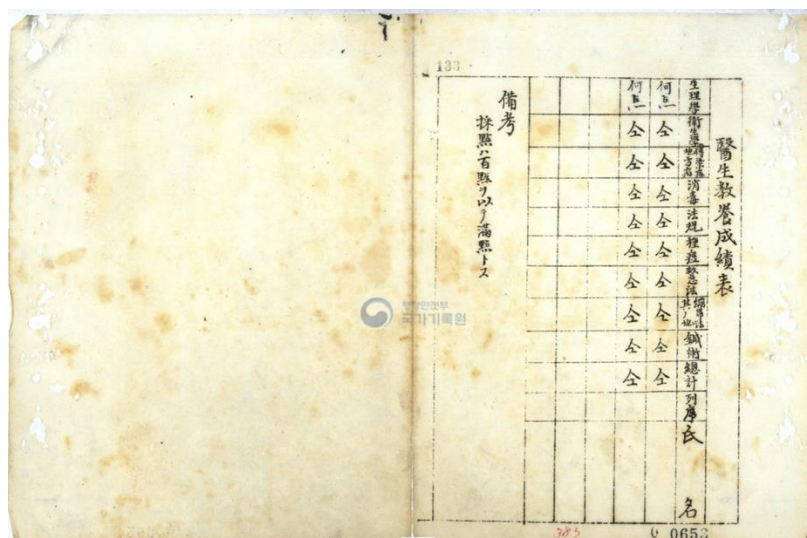


圖 6. 醫生教養成績表²³

另一方面，「醫生教養成績表」則顯示教養制度已導入具體評量機制。其評分內容包括生理學、衛生學、傳染病與地方病、消毒法、相關法規、種痘術、急救法及針術等科目，各科以一百分為滿分進行評定。此一制度設計表明，醫生教養並非單純之形式性教育，而是透過教育、考核與行政紀錄相結合之方式，形成一套完整之再教育監督體系。綜合而言，1916 年《醫生教養內規》及其施行細則之制定，標誌著醫生再教育由地方性、臨時性措施，轉變為全國性、制度化之管理模式。此不僅強化了殖民政府對醫生之持續監督，也進一步將傳統醫療人員納入近代國家治理與公共衛生體系之中。

結語

日治時期韓醫學教育上並無官方認定的教育制度或學校機構，而私立教育機構「醫學講習所」傳授醫生傳統醫學及西洋醫學知識。其中有代表性的機構為「公認醫學講習所」「東西醫學研究會附屬醫學講習院」「京畿道立醫生講習所」。講習所課程內容都含有東醫學及西醫學科目，因此除了增進醫學知識目的以外亦可準備醫生考試。不過因醫生考試試題大多數與西洋醫學知識相關，且有著相當難度，導致不易取得醫生執照。「醫生教養內規」於 1916 年發布，制定相關項目以便於管理全國的醫生再教育問題，醫生教養的實施目的及教育內容為避免發生醫治上的問題，從生理學到公共衛生學及傳染病預防等，透過該醫生再教育欲防止醫藥誤用及預防醫療事故發生及傳染病的蔓延等目的。日治時期韓國韓醫教育制度之發展，對臺灣醫療史與傳統醫學制度研究具有重要參考價值，其意義不僅限於韓國本身之醫療近代化歷程，更反映日本殖民政府如何透過醫療教育制度重塑殖民地醫療秩序。若將其置於臺灣殖民醫療史脈絡下觀察，則可發現臺灣與朝鮮皆為日本帝國重要殖民地，兩地在醫療制度、醫師資格管理與傳統醫學政策上，具有高度相似之殖民統治邏輯。因此，探討日治時期韓醫教育制度，不僅有助於理解韓醫制度之變遷，同時亦能深化對日治時期臺灣中醫政策與殖民醫療治理之認識。

參考文獻

1. 金斗鐘：《韓國醫學史》（韓國：探求堂，1966）。
2. Kang, Yeon-Suk 等十四人：《醫史學》（韓國：大星醫學社，2023）。
3. Park youn jae: 〈日治初期的醫學教育機構的整備及臨床醫師的養成〉（韓國：Korean J Med Hist 13:164-191 June 2004）。
4. 金南一：〈日帝時代韓醫學的學術傾向-以醫書刊行為主〉（韓國：Korean J Med Hist 15:77-105 June 2006）。
5. Huang young won: 〈日治時期韓醫學教育及傳統韓醫學的變貌〉（韓國：Korean J. Med Hist 27:1-48 April 2018）。
6. Jung ji hun: 〈日帝時代韓醫學的學術傾向-以韓醫學雜誌為主〉（韓國：韓國醫史學會誌 Vol. 17 No.1）。
7. Lee hyeon il: 〈The Establishment and management of the Public medical college〉（韓國：韓國獨立運動史研究 Vol.42）。
8. Shin Dongwon: 〈1910 年代日帝的保健醫療政策〉，《韓國文化》30(2002)，頁

²³ 〔韓〕國立中央圖書館：醫生教養內規實施心得。取自：<http://www.nl.go.kr>。（民 113 年 3 月 22 日檢索）

- 336。
9. 黃永遠：〈日帝下朝鮮韓醫界與韓醫學的殖民地的近代〉，〈韓國：高麗大學校韓國史學科博士論文，2018〉，頁 294。
 10. Shin dong won: 〈朝鮮總督府的韓醫學政策〉(韓國：Korean J Med Hist 12. 110–128 Dec 2003)。
 11. Park youn jae: 〈日治的韓醫學政策及朝鮮統治〉(韓國：Korean J Med Hist 17:7586 June 2008)。
 12. Park ji hyun: 〈The Governing Strategy and Technologies of the Colonial Powers Surrounding Uisaeng in the Japanese Colonial Period〉(韓國：韓國醫史學會誌 2022)。
 13. Park hun pyeng：〈Review on Local Medical Cadets in Joseon Dynasty〉，《THE JOURNAL OF KOREAN MEDICAL HISTORY》VOL. 29, No. 1(2016)，頁 1。
 14. 林昭庚、陳光偉、周佩琪所著：《日治時期（西元 1895~1945）の臺灣中醫》（台北：國立中醫藥研究所，2011）。
 15. 張加昇，蘇奕彰：〈日治時期前臺灣醫療發展之探討〉(臺灣：J Chin Med Special. Edition (2) 309-320, 2014)。
 16. 殷揚智：〈從十九世紀華南鼠疫論兩岸三地中（漢）醫治則之研究〉，〈台中：中國醫藥大學中醫學系博士論文，2022〉，頁 6。
 17. 濱野鐘太郎編：《朝鮮醫藥法典》(京城：帝國地方行政學會朝鮮本部，1924)，頁 6-8。
 18. 金南一：〈韓國儒醫的活動〉(韓國醫史學會誌 第 20 卷 第 2 號)
 19. Lee chung ho：《日帝暗黒期醫師教育史》(韓國：國學資料院，2011)。
 20. 金容辰：〈關於近代韓國韓醫學的發展及其教育的研究〉(韓國醫史學會誌 第 21 卷 第 2 號)

Research on Traditional Korean Medicine Education during the Japanese Colonial Period

Moon-Jung Chang¹, Shi-Fang Kuo², Yang-Chih Yin³, Jaung-Geng Lin⁴

¹ Graduate Institute of Chinese Medicine, China Medical University

² Kuo Shi-Fang Chinese Medicine Clinic

³ Department of History, National Chung Hsing University

⁴ School of Chinese Medicine, China Medical University

Abstract

This study examines the education and evaluation systems of traditional Korean medicine during the Japanese colonial period. Korean traditional medicine underwent significant changes in both medical systems and education during this time. The introduction and spread of Western medicine placed considerable pressure on the traditional medical community, creating a sense of urgency to survive potential marginalization while also continuing to develop and preserve traditional practices. In terms of education, there were no official schools specifically established for traditional Korean medicine, resulting in a lack of institutional support. Within this context, the “Medical Training Institutes” became important institutions for cultivating scholars and practitioners of traditional Korean medicine. Their curricula incorporated both traditional Korean medical theories and Western medical knowledge, demonstrating a coexistence and transitional integration of different knowledge systems. This reflects the unique characteristics of traditional Korean medical education during the colonial period.

This paper compiles and introduces the curriculum-related content of these “Medical Training Institutes,” and examines the Euisaeng examination and training systems during the Japanese colonial era.

Keywords: Education of Traditional Korean Medicine during the Japanese Colonial Period, Medical Training Institutes for Traditional Korean Medicine during the Japanese Colonial Period, Euisaeng Examination System during the Japanese

Colonial Period, Euisaeng Training System during the Japanese Colonial Period

日治時期韓國與臺灣醫生規則之研究比較

張文禎¹，郭世芳²，殷揚智³，林昭庚⁴

¹ 中國醫藥大學中醫學系研究所

² 郭世芳中醫診所

³ 國立中興大學歷史所

⁴ 中國醫藥大學中醫學院

摘要

本研究以日治時期韓國與臺灣之「醫生規則」為研究對象，探討日本殖民統治下兩地傳統醫療管理制度之形成與演變。本文所稱之「醫生」，係指當時從事傳統韓醫醫療活動之醫療從業者。研究目的在於透過比較韓國與臺灣醫生規則之制度內容、立法背景及行政管理方式，進一步分析兩地殖民醫療政策之異同，以及日本政府如何將傳統醫療納入近代殖民醫療體系之中。

本研究主要採用歷史文獻分析與醫療法規研究方法，透過「臺灣醫生免許規則」、「朝鮮醫生規則」及相關官報、行政命令與醫療制度資料之整理與比較，考察兩地醫生制度之制度形成過程及其歷史脈絡。研究結果顯示，韓國之醫生規則制度與臺灣早期所施行之醫生免許制度具有高度關聯性，且臺灣醫生制度之實施經驗，極可能成為後來韓國醫生規則制定之重要參考依據。

此外，韓國與臺灣兩地在醫生免許證發放制度上亦存在顯著差異。臺灣於1901年漢醫考試結束後，實際上已不再持續發放新的醫生免許證；相較之下，韓國於日治時期則持續以「限時免許」形式核發醫生免許，使既有韓醫從業者得以在一定條件下延續其合法執業資格。此種制度差異，反映日本殖民政府於韓國與臺灣採取不同之傳統醫療統治策略，亦顯示韓國韓醫制度於殖民統治下具有不同於臺灣之歷史發展特徵。

關鍵詞：日治時期醫生制度、韓國醫生規則、臺灣醫生免許規則、醫生免許證

前言

韓國自1910年8月29日至1945年8月15日期間，處於日本殖民統治之下。本論文主要探討日治時期韓醫學之發展概況，內容涵蓋韓醫醫療政策、醫學機構及醫學教育制度等層面，藉以深入觀察與分析當時韓醫學所面臨之歷史處境，並探討其在日本殖民統治之下，究竟呈現衰退、停滯，抑或轉型與發展等不

同面向之變化。關於時代名稱之使用，韓國學界一般多以「日帝強占期」¹ 稱呼 1910 年至 1945 年間日本統治韓國之 35 年歷史，以凸顯日本殖民統治之強制性與侵略性；然而，相較之下，臺灣學界則普遍使用「日治時期」一詞作為該段歷史時期之通稱。基於本論文之研究脈絡與書寫慣例，本文仍採用「日治時期」作為主要用語。此外，本論文所稱之「韓醫學」，係指韓國之傳統醫學。韓國傳統醫學自古以來曾被稱為「醫學」、「東醫學」及「漢醫學」等；其後，隨著 1986 年韓國「醫療法」之修訂，正式將「漢醫學」之名稱改稱為「韓醫學」，相關稱謂亦同步調整，如「漢醫師」、「漢藥」及「漢醫院」分別更名為「韓醫師」、「韓藥」及「韓醫院」。因此，為統一本文之論述用語，凡涉及日治時期韓國之傳統醫學者，本文概以「韓醫學」稱之。

研究方法

本文研究資料的來源除了韓醫學專書以外，並利用網路搜尋韓醫學相關的搜尋引擎如韓國韓醫學研究所、韓國學術誌引用索引、學術 contents 平台、學術研究情報服務網站、韓國醫學論文 data base 網站、中國期刊全文數據庫、華藝線上圖書館、臺灣博碩士論文知識加值系統等主要搜尋韓國及台灣常用的醫學學術網站收集期刊論文、學術碩博士論文、政府官報、報社新聞、醫家著作等。本文研究方法主要以文獻回顧方式探討，使用以韓醫、日帝強占、日治、日據等關鍵詞來搜尋相關資料庫，將收集到的相關論文學術雜誌資料閱讀並整理。

一、臺灣醫生免許規則

日本殖民政府於 1901 年 7 月 23 日公布「臺灣醫生免許規則」，正式建立臺灣傳統醫療從業者之免許制度。依據該規則，同年由各地方廳舉行漢方醫生檢定考試，以考核傳統醫療從業者之資格；至翌年春季，各地陸續開始核發「漢醫執照」，標誌著臺灣漢醫正式納入殖民醫療行政體系之管理範圍。值得注意的是，臺灣漢醫免許制度在行政管理上具有相當完整之紀錄制度。其免許證內容詳細記載持證者之姓名、本籍地、居住地、開業場所、免許證編號、開業年月日、免許核發日期、停止執業年月日、核發免許之地方廳，以及死亡或失蹤日期與附註事項等資訊。由此可見，日本殖民政府對臺灣漢醫之管理，不僅著重於資格審查，更透過完整之行政登錄制度，加強對傳統醫療從業者之長期監督與控制。² 「臺灣醫生免許規則」之公布時間較韓國《醫生規則》早約十二年，顯示日本殖民政府在治理韓國醫療制度

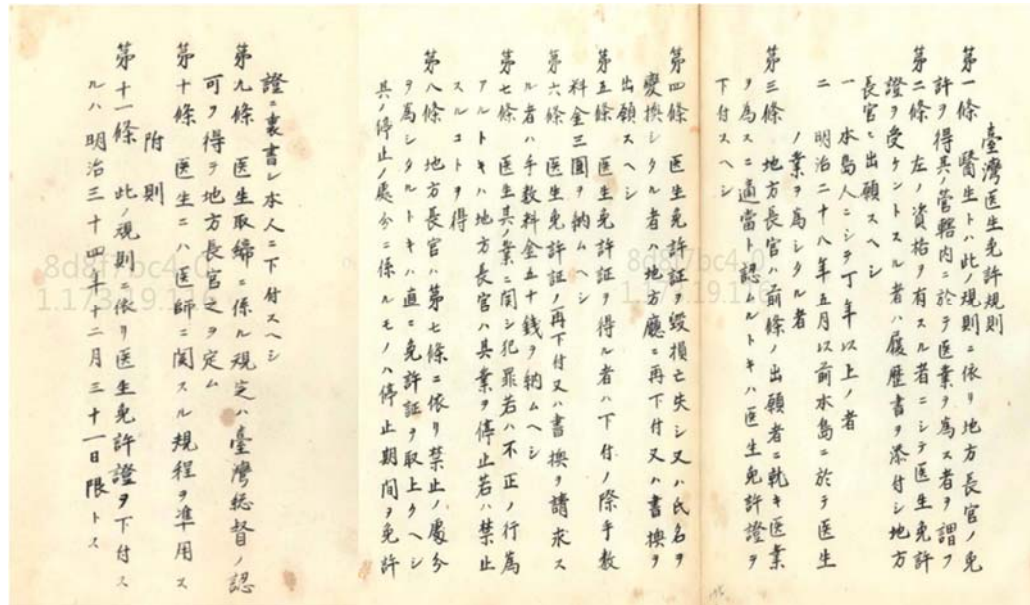
時，極有可能參考其在臺灣之殖民治理經驗，並將臺灣既有之醫療管理模式作為制定韓國《醫生規則》之重要制度依據與政策方向。換言之，臺灣可視為日本殖民醫療政策之先行試驗場，而韓國醫生制度之建立，某種程度上乃延續並調整自臺灣既有制度框架而來。以下將就「臺灣醫生免許規則」之主要內容加以說明，以作為後續比較韓、臺兩地醫生制度之基礎。

臺灣醫生免許規則

- 第一條 醫生稱為依據此規則須取得地方長官所發執照，其管轄內從事醫業者。
- 第二條 欲取得醫生執照者，須檢附履歷書向地方長官提出申請。
 - 1.其資格為丁年（滿二十歲）以上之本島人
 - 2.明治二十八年五月前於本島從事醫業者
- 第三條 前條申請者中，地方長官認為適合從事醫業的人發給醫生免許證。
- 第四條 將醫生免許證毀損遺失或姓名變更者需再檢附資料申請更改免許證。
- 第五條 醫生免許證取得者需付手續費三圓。
- 第六條 再申請醫生免許證者需付手續費五十錢。
- 第七條 醫生於其醫業上若有犯罪或從事不法行為，地方長官得停止或禁止其業。
- 第八條 依據第七條地方長官禁業處置時可取回免許證，停業處置時將停止期間記載在免許證裡，交付給本人。
- 第九條 醫生取締相關的規定，獲得臺灣總督認可後，地方長官制定。
- 第十條 對於醫生可準用屬於醫師的規定。
- 附則
- 第十一條 依據此規則發給醫生免許證限制至明治三十四年十二月三十一日為止。

¹ 日帝強占期：韓國民族文化大百科辭典。取自 <https://encykorea.aks.ac.kr>（民）114 年 2 月 26 日檢索）。

² 林照庚、陳光偉、周珮琪：《日治時期之臺灣中醫》，頁 294。

圖 1. 臺灣醫生免許規則³

在近代東亞殖民醫療制度之比較研究中，「臺灣醫生免許規則」常被視為日治初期醫療法制建構的重要案例之一。該規則之制定時間較韓國相關醫師制度早約十二年以上，因此在醫療制度史之發展脈絡中，具有一定之先行性意義，並可作為理解殖民地醫事管制模式形成過程之參照。就制度內容而言，該規則首先於第一條明確界定醫師之法律身分，規定醫師係指取得地方長官所核發執照，並於其管轄區域內從事醫療業務者。此一定義顯示醫師資格並非基於專業團體之自律認定，而係直接依附於殖民地行政權限之授予。其次，第二條及第三條則規範醫師之資格要件，明定申請人須年滿二十歲以上之本島人，且對於該規則施行以前已於本島從事醫療業務者，如經地方長官認定其具備相當條件，則得核發執照。此種過渡性規定一方面反映既有醫療實務之延續性，另一方面亦顯示殖民政府在制度建立初期，對既存醫療人力之吸納與再編策略。此外，第七條進一步規定醫師之懲戒機制，明定醫師於執業過程中若涉及犯罪或其他不法行為，地方長官得命其停業或禁止執業。此一制度安排顯示醫師執業之監督與懲戒權限，集中於地方行政機關，亦反映殖民統治下醫療專業權力尚未制度化分離之特徵。

³ 「臺灣醫生免許規則（府令第四七號）並二同上二關シ各醫院長へ通達」（1901-05-16），〈明治三十四年臺灣總督府公文類纂甲種永久保存第五卷文書外交衛生〉，《臺灣總督府檔案・總督府公文類纂》，國史館臺灣文獻館，典藏號：00000584025。

值得注意者，該規則公布後，臺灣於 1901 年底進一步舉辦漢醫師考試，顯示官方已逐步將傳統漢醫納入考試與資格認證體系之中。此一發展不僅標誌醫療管制範圍之擴張，亦反映殖民政府試圖透過制度化手段整合本地傳統醫療人員，使其納入可管理之行政體系之歷史過程。

依照〈臺灣醫生免許規則〉發布後舉行了臺灣第一次，也是最後一次的漢醫師考試，該次考試應考者 2,126 人。考試及格者 1,097 人，另外，有很多在地方上行醫日久剖有聲望，則未經考試給於執照者 650 人，考試不及格給予補考取得執照者計 156 人，總共合計 1,903 人，這些領證漢醫，在地方上執行醫療業務，受到地區的限定，不得跨區執業，若有遷徙須向當地警察官署辦理登記。⁴

由此可知，臺灣於 1901 年舉行了唯一一次的「漢醫執照」考試，若未通過執照考試的人員，也有能夠補考的機會，另外也有給予一些具有功名聲望的漢醫不需經過考試而發予醫生免許證。當時漢醫考試並非總督府主管機關舉辦，而是由各廳舉行，考生應試要自行準備筆硯，考試科目視各廳的不同有所不同的題目，例如臺中縣彰化辦務署在 1901 年 9 月 21 日舉辦醫生證書考試，應考題目為：試申論臺灣醫生之種類與學術是否相同？何謂五臟？何謂傷寒？臺中縣下個辦務署所在地為何？；枋橋在 1901 年 11 月 29 日舉辦醫生考試，考前講解行醫之道，考試題目為：驚風症狀與治法、論痢病症候與治法，考生照各考題發揮，但某病用某藥不須名列，只需以湯頭藥方回復。⁵ 由考題內容觀之，該次醫生考試顯然以傳統漢醫內科知識為主要範疇，相關試題多集中於內科辨證、傳統醫理及既有醫籍知識等面向。此一出題取向，使得具備豐富經典訓練與臨床經驗之儒醫相對占有優勢，對於熟悉傳統醫學知識體系者而言，通過該考試門檻並非極為困難。然而，對於醫療知識基礎較為薄弱，或未接受系統性漢醫訓練之應試者而言，則未必能順利通過此一考試制度。

因此，在初次考試結果中，無論是正式錄取並取得執業許可證之醫生人數，或是基於聲望而獲得免試核發執照者之數量，均未達到總督府原先所規劃之名額。此一落差顯示制度設計與實際人力供給之間存在明顯不一致之情形。為補足既定醫生名額之不足，總督府遂有必要進一步辦理補充性考試，以填補人數缺口，作為行政上之調整措施。

⁴ 殷揚智：〈從十九世紀華南鼠疫論兩岸三地中（漢）醫治則之研究〉（中國醫藥大學中醫學系博士論文，2022），頁 161。

⁵ 殷揚智：〈從十九世紀華南鼠疫論兩岸三地中（漢）醫治則之研究〉，頁 161-162。

此外，就醫生人數之變化而言，據統計顯示，至明治 30 年（1897）年底為止，臺灣醫療人員中包含西醫 24 人、漢醫 1,046 人。其中漢醫又可細分為「良醫」（博通醫書、精研方脈者）、「儒醫」（習醫書之儒者）、「世醫」（繼承祖傳秘方與診療技術者）以及「時醫」（跟隨行醫世家習得部分治病方法者）等不同類型。進入日治時期之後，由於醫生資格採取有限且具排他性之執照發放制度，且僅於初期進行一次性之醫生資格認定，使得臺灣醫生人數呈現逐年遞減之趨勢。據統計，自明治 35 年（1902 年）最高達 1,903 人之後，至昭和 9 年（1934 年）時，僅餘 256 人。相對地，醫師（西式醫療體系之執業者）人數則呈現持續增加之趨勢，從明治 30 年（1897 年）之 165 人，逐步成長至昭和 9 年（1934 年）之 1,549 人。⁶ 此一變化顯示，殖民醫療制度之推行，不僅重新界定醫療專業之合法性與資格結構，亦對傳統漢醫群體之制度性存續造成顯著影響。

二、韓國醫生規則

相較於臺灣，韓國之傳統醫療管理制度建立得較晚。「醫生」一詞，原為「醫學生徒」之簡稱，其歷史涵義隨時代演變而有所不同。自高麗以後，「醫生」一詞已不再僅指醫學學習者，而逐漸延伸為醫療從業人員之泛稱。至日治時期，「醫生」則專指從事傳統醫學之醫療人員，其定位明顯低於以西洋醫學為主之「醫師」，帶有殖民制度下階層化與貶抑性質之意味。就其職務內容而言，醫生主要從事傳統醫學診療活動，包括針灸、湯藥處方及其他韓醫治療方式；除提供一般民眾日常醫療服務外，亦負責部分基層醫療行政工作，如醫療相關文件之發放及種痘接種等業務。由於當時朝鮮整體醫療環境仍相當不足，醫生在基層醫療服務中具有不可替代之重要功能，成為一般民眾最主要之醫療提供者。然而，醫生之診療與治療方法主要仍以傳統醫學理論為基礎，與以西洋醫學為核心之近代醫療制度存在明顯差異，因此在制度整合上，難以完全融入日本所主導之西醫體系。對殖民政府而言，如何管理、監督並逐步同化此一龐大的傳統醫療群體，遂成為醫療政策的重要課題。自 1910 年 8 月 29 日《韓日併合條約》簽訂後，日本正式吞併朝鮮並全面掌握統治權，隨即開始於政治、社會及醫療等各領域建立殖民統治制度。韓醫界亦受到直接影響，其中與醫生制度相關之重要法令，即為朝鮮總督府於 1913 年 11 月 15 日公布之《醫生規則》，並自 1914 年 1 月 1 日起正式施行，成為日治時期管理韓醫從業人員之核心法規。

日治時期，韓國與臺灣同樣處於日本殖民統治之下。面對兩地原有之傳統醫療體系，日本殖民政府皆制定並施行與「醫生」相關之管理制度與法規，以達到將傳統醫療納入近代殖民醫療行政體系之目的。雖然韓國與臺灣在制度設計與實際執行上仍存在若干差異，然其政策核心皆在於透過法律規範，重新界定傳統醫療從業者之資格、權限與執業範圍，進而強化殖民政府對醫療領域之控制。因此，為理解日治時期韓國韓醫制度之形成與發展，首先有必要介紹朝鮮總督府所頒布之《醫生規則》全文內容，以作為後續分析之基礎。

朝鮮總督府令 第 102 號

醫生規則

第一條 醫生稱為依據本法令取得免許證施術醫業的人。

第二條 符合下列資格的人，要取得免許證，須檢附履歷書及民籍謄本、抄本，自本法令施行三個月內向警務總長申請。

1. 二十歲以上的朝鮮人

2. 本法令施行前在朝鮮二年以上醫業從事者

前項申請者當中認為適合從事醫業者，可發給醫生免許證。

第三條 醫生變更本籍、姓名，或免許證的毀損遺失時需於十五天內再更改或再申請免許證。若發現了原遺失的醫生免許證時，立即向警務總長提出。

第四條 醫生免許證申請者須繳納收入印紙手續費三圓，更換醫生免許證再申請者須繳納五十錢，這兩類手續費皆不退還。

第五條 醫生受罰禁錮或更甚的刑法者、行醫有不正行為者、身體精神異常卻仍行醫者，可下令取消免許證或停業。

前項受到處置者，若認為其所述原因已中止（已受過刑罰）或狀況已改善時可再申請免許證。

第六條 受到前條第一項處罰者要三日內向警務總長交出醫生免許證。

受到停業者要交出免許證，證裡面記載停業要旨，期滿後可退還。

第七條 醫師規則第七條至第十四條、第十八條至第二十條規定可適用於醫生，但其規定中朝鮮總督改記為警務總長。

第八條 下列符合者二百圓以下的罰金或科料（法律上的罰金）處罰。

1. 無免許或違反醫業停止處罰而施行醫業者

2. 符合第三條、第六條第一項規定違反者。

依據第七條，違反本令醫師規則規定者，適用醫師規則的罰則。

附則

⁶ 國史館臺灣文獻館：臺灣日治時期醫師、醫生之別。取自：<https://www.th.gov.tw>。（民 113 年 3 月 30 日檢索）

本令大正三年一月一日施行。

醫生就是三年以上修習醫業的朝鮮人，認為適當者附給五年以內期限，給予醫生免許。

欲受前項免許者，可添附民籍謄本及有醫生證明的修業履歷書來申請。但因免許期限滿了而繼續申請時，可只添附免許證申請。

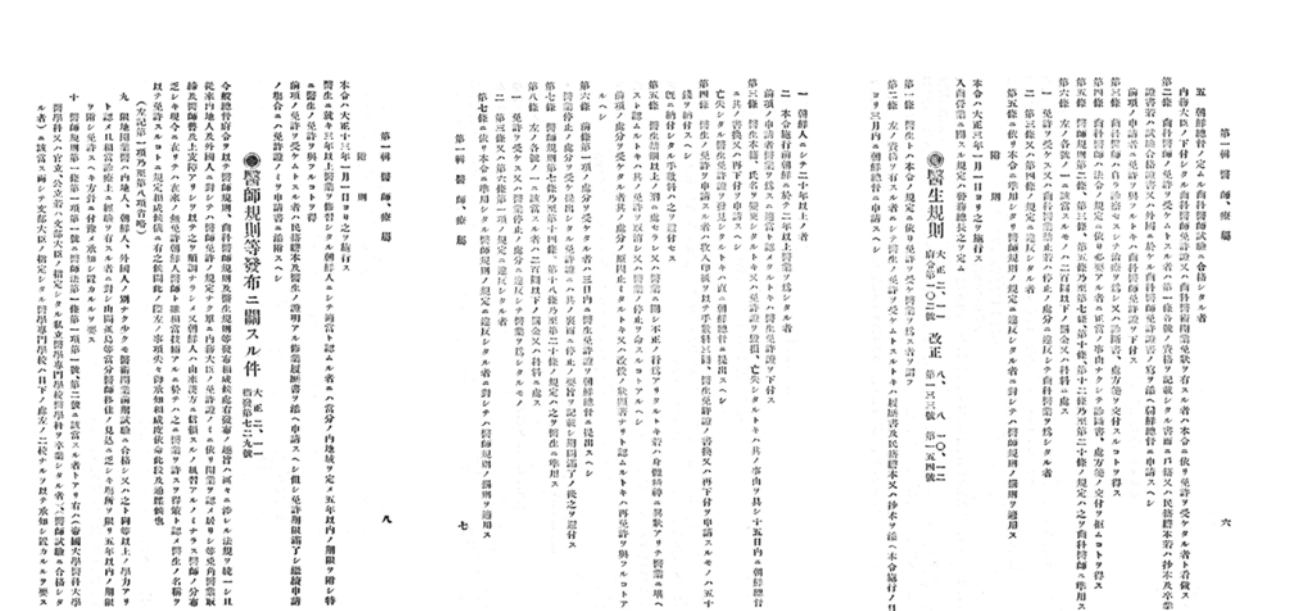


圖 2. 韓國醫生規則⁷

《醫生規則》之主要內容，在於建立日治時期韓國傳統醫療從業者之法律定位與免許制度。依據該規則，「醫生」係指取得醫生免許證 並得以從事醫療施術者，其取得免許之方式主要可分為兩類：第一類為年滿二十歲，且於法令施行前已有二年以上醫業從事經驗者，得於規定期限內申請醫生免許；第二類則為修習醫學三年以上者，須經考試合格後，始得取得具有期限限制之「限年醫生」免許。

從制度意義而言，《醫生規則》首次以法律形式將韓國傳統醫療從業者統一命名為「醫生」，使其與接受西洋醫學教育之「醫師」有所區隔。此種命名方式，實際上隱含殖民政府對傳統醫療從業者之階層化定位，反映出將韓醫置於低於西醫之制度性地位。另一方面，透過免許制度之建立，日本殖民政府亦得以控制傳統醫療從業者之數量與執業資格，進而限制韓醫學之自主發展空間。

其中，屬於第一類資格者，必須於法令施行後三個月內提出申請；凡於期限內完成申請者，皆可取得永久有效之醫生免許（即「永年醫生」）。根據統計，最終取得「永年免許」者共有 5,813 名。由於此類免許主要採申請制，並未經過統一考試或專業能力審核，因此持證者在醫學知識、臨床技術及學術背景上呈現明顯差異。若進一步觀察當時韓醫從業者之社會背景，大致可分為三類：其一為「儒醫」，其多具有士人、政治家或學者身分，主要從事韓醫理論研究與醫學著述，診療活動多屬義診性質，並不以醫療收入為主要生計；其二為「醫員」，即以臨床診療與治療病患為主要職業之醫療從業者；其三則為「藥商」，主要從事藥材採集、製備與買賣等藥業活動。在「永年免許」申請者中，以醫員與藥商為主，占多數；相對而言，重視學術研究與醫學理論之儒醫，申請免許者較少。此一現象導致取得醫生免許者之專業背景與醫療能力差異甚大，不僅造成臨床療效良莠不齊，亦使其在學術研究與醫學發展上的貢獻呈現顯著差距。

值得注意的是，將「醫生」一詞特定用以指稱韓醫醫療從業人員，正是始於《醫生規則》之制定。換言之，「醫生」作為日治時期韓醫從業者之法定名稱，乃是在殖民醫療制度建構過程中被正式確立。另一方面，依據《醫生規則》附則之規定，殖民政府亦建立「限年醫生」與「限地醫生」制度，使日本官方得以依據各地區醫療需求，隨時由地方行政機關核發醫生免許，以補充基層醫療人力之不足。此制度雖在表面上具有補充醫療資源之功能，實際上亦反映出殖民政府透過免許制度靈活調控韓醫從業人數與分布之政策意圖。此外，作為醫療從業者，醫生之執業行為亦受到法律與倫理之雙重規範。依據《醫生規則》第五條之規定，凡有刑事犯罪紀錄、醫療行為不正，或因身心障礙而被認定不適合繼續執業者，其醫生免許得被撤銷或勒令停業。雖然受刑期滿或停業處分結束後，依法仍可再次申請免許，然由此可見，殖民政府對醫生之管理標準相對嚴格，顯示其認為醫療工作攸關人民生命安全，故必須透過制度化之監督機制，以確保醫療從業者之專業能力與道德操守。

⁷ 濱野鐘太郎編：《朝鮮醫藥法典》（京城：帝國地方行政學會朝鮮本部，1924），頁 6-8。

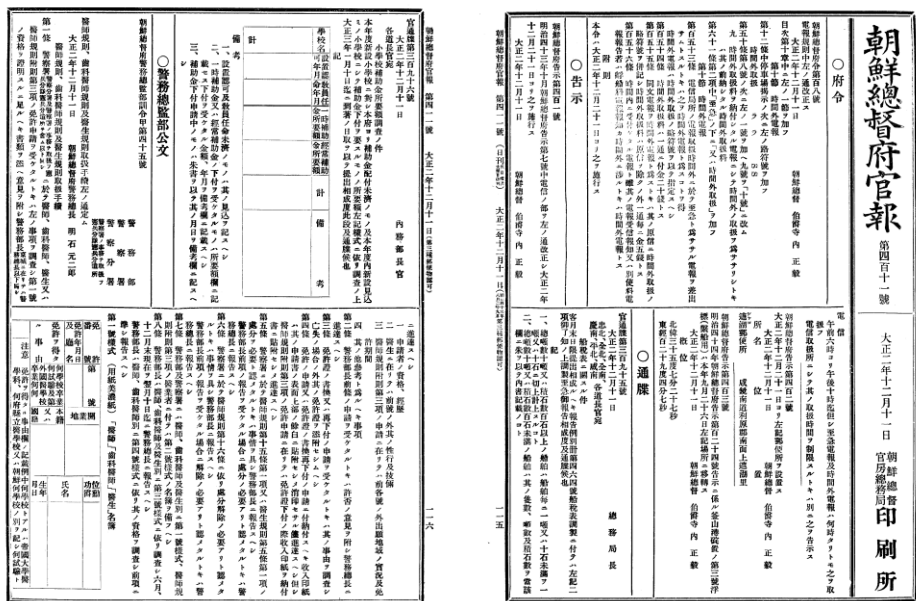


圖 3. 朝鮮總督府官報⁸-醫生規則取扱手續

《醫生規則》係朝鮮總督府於 1913 年所頒布之醫療管理法規，其目的在於將韓國傳統醫療從業者納入殖民地行政體系之中，以便進行資格審查、登錄及監督管理。該規則之制定，並非基於傳統韓醫制度之保存與發展，而是日本殖民統治下醫療制度再編之一環。朝鮮總督府藉由建立「醫生」制度，承認既存韓醫從業者之有限合法性，同時亦透過免許制度、警察行政管理及業務限制等方式，逐步將韓醫置於殖民醫療秩序之下。根據《醫生規則》內容，欲取得醫生資格者，須向警察機關提出申請，並經由警務總監部審查後核發免許證。申請人除需提出既往從事醫療之證明外，亦須接受其經歷、技術及人格之調查。由此可知，醫生制度之核心目的，不僅在於醫療技術之認定，更具有殖民統治下社會控制與人口管理之性質。此外，《醫生規則》亦明定醫生若違反相關規定，警務機關得命其停業或撤銷免許，顯示韓醫從業者已被正式納入警察行政監督體系之中。1913 年 12 月 11 日公布於《朝鮮總督府官報》第 412 號之〈醫師規則、齒科醫師規則及醫生規則取扱手續〉，則進一步具體規範醫生免許申請、資格調查、名簿登錄及免許證發給等行政程序。該文件除規定申請流程外，亦附有「醫生免

許證」及「醫生名簿」等樣式，反映朝鮮總督府已建立相當制度化之管理架構。尤其值得注意者，醫生資格審查並非由醫學教育機構負責，而係透過警察行政系統執行，顯示殖民政府對韓醫之管理，本質上更偏向治安與統治層面，而非醫療專業自治。整體而言，《醫生規則》之實施，雖使部分韓醫從業者得以取得合法執業資格，但同時亦象徵傳統韓醫自主地位之喪失。韓醫不再作為獨立醫療體系存在，而是被納入日本殖民醫療制度之附屬架構之中。此種制度性轉變，不僅影響日治時期韓醫之發展方向，亦對近代韓醫制度形成產生深遠影響。

在日治時期之殖民醫療制度比較中，臺灣與韓國皆曾先後施行醫生相關規則，作為近代醫療資格制度化之核心機制。然而，兩地制度在執業資格取得方式、考試內容及法規結構上，均呈現出明顯差異。就資格取得制度而言，臺灣方面可經由免試方式取得執業許可證者僅約六百五十人，此一制度性安排在功能上近似於韓國制度中之永久免許證。然而，相較之下，韓國當時取得永久免許證之醫生人數達五千餘人，顯示韓國在免試授權之範圍與規模上顯著高於臺灣。相對而言，臺灣制度下多數醫生係透過考試取得執業資格，而非以免試方式直接核發執照，此一差異反映兩地在醫療專業資格認定上採取不同之制度取向。其次，在考試內容方面，臺灣醫生考試主要以傳統漢醫內科知識為核心，偏重於既有醫理體系與臨床經驗之評估；而韓國醫生考試則以西洋醫學知識為主要內容，顯示其制度設計更傾向於導入近代西醫學之專業標準。此一差異不僅反映兩地醫療知識體系之轉換速度不同，亦顯示殖民政府對於既有醫療傳統之態度存在制度性分歧。再者，就法規結構之比較而言，韓國醫生規則在制度設計上亦可見承襲並調整臺灣醫生免許規則之痕跡。例如，韓國醫生規則第四條內容即整合臺灣醫生免許規則第五條與第六條之規範架構；此外，韓國規則第七條與第八條，亦係在臺灣醫生規則第十條「醫生準用醫師相關規定」之基礎上，進一步加以具體化與細部規範化。此一現象顯示臺灣醫療法制在一定程度上對韓國相關制度之形成具有參照與制度移植之作用。

當時在韓國與臺灣皆發佈執行醫生規則，兩國的醫生規則比較之下，顯然發現是由臺灣的醫生規則更近一步發展成韓國的醫生規則，如韓國醫生規則第四條為綜合臺灣醫生規則的第五第六條項的內容；韓國的第七第八條項為將臺灣醫生規則「第十條對於醫生可準用屬於醫師」的內容更具體細部描述。韓國醫生規則「第七條醫師規則第七條至第十四條、第十八條至第二十條規定可適用於醫生」，第七條主要內容為將醫師規則部分內容擷取至醫生規則，所被擷取的醫師規則內容描述出若有任何執業變動時，

⁸ 〈醫師規則、齒科醫師規則及醫生規則取扱手續左ノ通定ム〉，《朝鮮總督府官報》第 412 號，大正 2 年 12 月

11 日警務總監部公文，1913 年 12 月 11 日。

如醫師免許證的處理、診斷書等各種醫業相關文書的交付、藥劑交付時的措施等項目，會再一併擴充並加入至醫生的權限及醫業業務的範圍中。其診察患者或交付診斷書、檢按書、死產證書等的醫療行本為專屬於醫療人的權限，此是漢藥種商所不能做的醫療行為，即亦是給予醫生一部分的醫師權限及業務來提升醫生的地位及經濟上的收入。

與臺灣醫生規則之發展相較，臺灣方面自 1901 年以後即未再持續核發醫生免許證，顯示其醫療資格制度逐漸轉向封閉化與既有持證者之存續管理。相對而言，朝鮮地區之醫生免許制度則以「限時免許」之形式持續發行，使醫療資格在一定條件下仍保有延續性與再授予之可能。此一差異之形成，部分肇因於 1913 年前後日本本土所興起之漢方醫學復興運動，該運動對殖民地醫療政策產生一定程度之影響，使得原本針對漢方醫療之壓抑性政策出現相對緩和之調整趨勢，進而反映於朝鮮醫生免許制度之運作方式上。然而，即便採取「限年免許」之形式，其核發仍具有嚴格之限制條件。依當時制度設計，總督府衛生課長曾指示各地警察署，須對申請者之醫術能力與行醫經歷進行詳細調查，不得輕易核發限時醫生執業證照。此一規範顯示，「限年免許」制度雖保留一定程度之開放性，但在實務運作上仍以嚴格審查與行政控管為其核心原則。

表 1. 韓國與臺灣醫生規則比較

項目	韓國醫生	臺灣醫生
免許申請資格	永年免許：年滿二十歲以上之朝鮮人，且於本法令施行前已在朝鮮從事醫業滿二年以上者。	年滿二十歲以上之臺灣人，且於本規則施行前已在臺灣從事醫業者。
	限年免許：修習醫業滿三年以上之朝鮮人，經認定適當者，得給予五年以內期限之醫生免許。	
頒發者	警務總長	地方長官
免許期限	永年免許：無期限	無期限
	限年免許：五年(自 1920 年 3 月 4 日起改為三年)	
申請期限	永年免許：1914 年 1 月 1 日至 1914 年 3 月 31 日	1901 年 7 月 23 日至 1901 年 12 月 31 日

由表 1 之比較可知，韓國與臺灣在醫生免許制度之設計上，雖同屬殖民地醫療資格制度之一環，但在資格認定方式、行政權限配置以及制度運作邏輯上，呈現出顯著差異。首先，就申請資格而言，兩地均以年齡限制與既有醫業從事經驗作為基本門檻，顯示殖民政府在制度初期仍需依賴既存漢醫人力資源，以維持基層醫療體系之運作。然而，韓國制度除「永年免許」外，另設有「限年免許」機制，並以修習醫業年限作為篩選條件，反映其在醫療人力制度上具有較高程度之彈性與分層設計；相對而言，臺灣制度則僅採單一免許類型，制度結構較為單純。其次，在行政權限配置方面，韓國醫生免許之核發機關為警務總長，而臺灣則由地方長官負責。此一差異顯示韓國制度更傾向於中央警察行政體系之統合管理，而臺灣則維持較為地方分權之行政運作模式，反映兩地殖民統治在行政架構安排上之不同取向。再者，就制度時效性而言，韓國除「永年免許」外，另設有期限性之「限年免許」制度，且於 1920 年後進一步縮短其有效年限，顯示其對醫療資格之管理具有動態調整與逐步緊縮之趨勢。相較之下，臺灣醫生免許則以單一申請期間為限，且核發後不再進行制度性更新，呈現出較為一次性且封閉式之制度特徵。綜上所述，韓國醫生免許制度在結構上較具層次性與彈性調整機制，而臺灣制度則偏向一次性認定與靜態管理。此一差異不僅反映兩地殖民醫療政策之不同治理策略，亦顯示其在醫療專業制度化過程中所採取之制度設計路徑存在明顯分歧。

三、韓國「永年醫生」與「限年醫生」

醫生規則是 1914 年 1 月 1 日起生效，規定於三個月內可申請「永年免許」，但是因為醫生規則的制定消息傳播得不廣泛，再來沒有得到韓醫界的信賴而申請者並不踴躍。「限年免許」是依據醫生規則附則第二項，讓更多醫生受到法律認定而施行正當的醫療服務。不過，要領取「限年免許」證須再經過醫生考試制度，因沒有公立韓醫學教育機構，再加上大多以西洋醫學為主的考題，所以其實不易通過考試測驗，且若如期順利通過考試而取得免許證，亦難達到韓醫學的所需的知識水準要求。依據免許的不同分類將醫生可分為「永年醫生」及「限年醫生」，接下來討論此兩大類醫生的相似或差異點。

(一)、「永年醫生」

依據朝鮮總督府令第 102 號《醫生規則》第二條規定，其適用對象限於年滿二十歲以上，且於本法令施行前已在朝鮮從事醫業達二年以上之朝鮮人。欲申請者，須於本法令施行後三個月內向警務

總長提出申請，經審查認定適合從事醫業者，始得核發醫生免許證；持有此類免許之醫生，即稱為「永年醫生」。

根據《醫生規則》附則第一項，本法自 1914 年 1 月 1 日起施行，實際上僅有至 1914 年 4 月以前提出申請者，方具備取得「永年醫生」資格之可能。⁹由於申請期間僅短短三個月，許多韓醫從業者可能未能及時知悉該法令之公布與施行，因此申請者人數相對有限。然而，一旦取得「永年免許」，便可終身使用，無須再行更新，此為其與「限年免許」制度最重要之差異；相較之下，「限年醫生」則必須於五年期限屆滿前再次申請更新醫生免許。就「永年免許」之核發時程而言，朝鮮總督府對「永年免許」之發給工作，直至 1915 年初方告完成。¹⁰永年免許制度實施初期，究竟何種背景之人士會申請永年免許？針對此一問題，可先回溯日本統治以前之大韓帝國時期。當時大韓帝國設有所謂「典醫」，其為隸屬太醫院、具最高地位之醫學官僚。由相關史料可知，典醫出身者似乎多數皆申請永年免許，並成為「永年醫生」。就太醫院之制度沿革而言，1894 年（高宗 31 年）官制改革時，於內醫院設置「提舉」與「太醫」等職位；翌年，即 1895 年 5 月，再次修訂宮內府官制，將「內醫院」改稱為「典醫司」，並將其隸屬於侍從院之下。其後，大韓帝國再度修訂官制，於 1897 年 1 月將典醫司改稱為「太醫院」，並設置都提調 1 人、卿 1 人、少卿 1 人、典醫 3 人、典醫補 5 人及主事 2 人等職位。1905 年 3 月，依據敕令第 126 號，再次修訂太醫院官制，改設都提調 1 人、卿 1 人、副卿 1 人、典醫 10 人及製藥師 1 人；此外，1903 年另增設技師一職。至 1910 年以後，太醫院則改編為「李王職典醫局」。當時王室醫療主要由具有韓醫（漢醫）背景之典醫負責。然而，自 1885 年美國人 Horace Newton Allen（Allen, H. N.）創設王立醫院後，於該院任職之美國女性醫師，已開始以宮內府囑託醫之身分出入宮廷。1902 年 1 月，德國女性醫師富士彥亦曾受聘擔任宮廷醫師，至 1905 年 4 月返國；其後，宮廷又聘請日本女性醫師高橋裕子，並曾有英國女性醫師赴任。此外，日本籍醫師小山善、鈴木兼之助等人之姓名亦可見於《官報》相關記錄。另據隆熙年間醫學校教官安商浩以囑託醫身分

出入宮廷之記載，可知當時宮廷內部除傳統韓醫療法外，亦已開始並行採用西洋醫學治療方式。¹¹大韓帝國典醫出身之「永年醫生」共有 25 名，分別為：崔錫胤（38 號）、李洵宰（62 號）、洪在皞（71 號）、皮相德（72 號）、李海盛（77 號）、崔奎憲（97 號）、金鍾九（101 號）、李鶴浩（113 號）、李峻奎（115 號）、李圭瑛（129 號）、崔邦麟（166 號）、李海昌（178 號）、高一鉉（181 號）、裴碩鍾（192 號）、金昌有（427 號）、張容駿（876 號）、盧駒榮（1471 號）、李命倫（1476 號）、沈永錫（1818 號）、方啓榮（3652 號）、魯炳憲（3752 號）、朴準承（3961 號）、金東錫（3962 號）、徐丙孝（4580 號）及洪哲普（5317 號）。在典醫群體中，確認於 1914 年以後仍然在世者共有 27 名；其中，除以西醫身分活動之內鍼醫李濟奎與曾任郡守之內醫玄燦鳳之外，其餘 25 名皆可於「永年醫生」名簿中獲得確認。換言之，大韓帝國典醫於《醫生規則》公布後，普遍積極參與醫生免許之申請與取得。¹²此外，除大韓帝國典醫出身之韓醫學者成為「永年醫生」之外，具有儒醫身分之韓醫學者亦曾申請永年免許。然而，由於典醫與儒醫出身之韓醫學者，相較於以醫業維生者或藥種商，其人數原本即相對較少，因此在永年免許制度實施初期，申請永年免許並取得「永年醫生」資格者之總體人數亦相對有限。

至於最初取得「永年醫生」免許者究竟為何人，目前尚難以直接確認。現存之「永年醫生」名簿雖保留部分醫生之免許號碼與姓名資料，然其原始名簿並未完整保存，且相關史料之取得亦受到一定限制，因此無法直接確認免許第 1 號持有者之具體身分。不過，筆者查閱《朝鮮總督府官報》後發現，1914 年 1 月刊載之內容主要為《醫生規則》之施行事項，而實際關於「醫生免許」之個別核發名單，則自同年 2 月起始見於官報。因此，若欲追溯最早取得「永年醫生」免許者，應以 1914 年 2 月 13 日《朝鮮總督府官報》第 460 號所刊載之「醫生及入齒營業免許」欄，作為目前最早可供確認之官方史料依據。

⁹ Hun-Pyeng Park：〈A Study on Yeongnyeon-cuisaeng under Japanese Occupation〉，《THE JOURNAL OF KOREAN MEDICAL HISTORY》VOL. 29, No. 1(2016)，頁 38。

¹⁰ 黃永遠：《日帝下朝鮮韓醫界與韓醫學的殖民地的近代》，頁 78。

¹¹ 金斗鐘：《韓國醫學史》，頁 510-512。

¹² Hun-Pyeng Park：〈A Study on Yeongnyeon-cuisaeng under Japanese Occupation〉，《THE JOURNAL OF KOREAN MEDICAL HISTORY》VOL. 29, No. 1(2016)，頁 41。

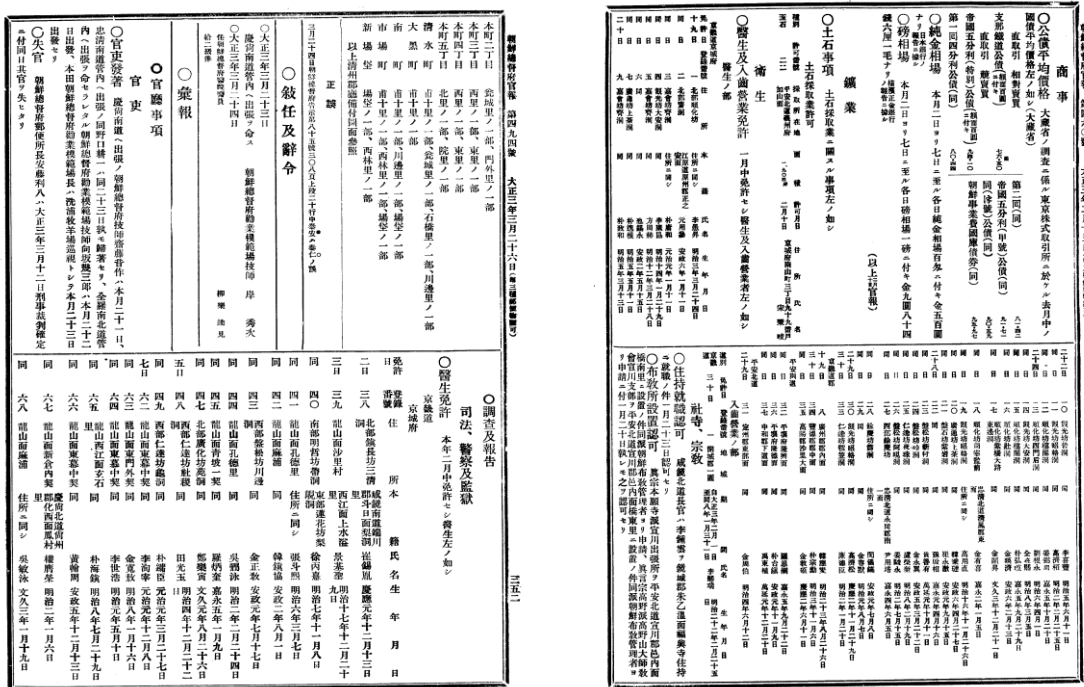


圖 2-6、《朝鮮總督府官報》之「醫生及入齒營業免許」與「醫生免許」¹³

醫生於《官報》之「醫生免許」欄中記載，係自京畿道京城府開始，依各地區免許核發日期，按順序逐次登載。其登載內容主要包括免許日期、登錄號碼、住所、籍貫、姓名及出生年月日等資訊。其後，隨著「限年醫生」與「限地醫業」制度之實施，記錄內容亦增列免許地域及免許期間等項目。

例如，1914 年 2 月 13 日《朝鮮總督府官報》第 460 號所刊載之「醫生及入齒營業免許」欄中，可見獲得免許證者包括李愚昇、元用參、朴庸和、李康協、方周赫、池錫永、朴逸根、朴致和、李喜豐、高濟栢、姜弼周、劉根永、全在熙、朴弘瑾、金暎濟、金顯昇、金有喜、高用直、韓秉璉、崔永澈、張殷相、黃善有、金永翼、盧榮奎、姜駿永、尹用培、閔儀鎬、金容默、高濟松、廉德臣、韓應燮、朴宗勳、金教碩、羅思網、朴台鎮、禹東植、金周伯及李熙瑞等人。然而，值得注意的是，其登錄號碼之排列並未呈現完全連續之狀態，例如第 7 號之後接續為第 9 號，第 30 號之後則為第 33 號。針對此一現象，Hun-Pyeng Park 於〈A Study on Yeongnyeon-euisaeng under

Japanese Occupation〉一文中曾提出相關解釋：

然而，在初次核發免許時，亦可發現相當多未明確記載免許期限之案例，但實際上仍屬於「限年醫生」。其判斷依據在於，該類醫生於繳回免許時，其理由記載為「期限滿了」，或可於《官報》中確認其曾獲核發「繼續免許」，由此可判定其屬於「限年醫生」。另有部分案例雖未見期限屆滿或免許更新之相關記錄，然若其前後號碼中，同一地區之醫生皆屬「限年醫生」，則亦可推定其為「限年醫生」。此類資料缺漏，推測與《朝鮮總督府官報》記錄之遺漏有關。筆者於檢閱《朝鮮總督府官報》過程中，即發現相當數量之記錄脫漏與誤載等問題。

進一步而言，「永年醫生」與「限年醫生」之免許號碼何以呈現交錯混雜之現象？其原因應與免許申請日期與實際核發日期之間存在時間差有關，且在核發過程中，行政機關往往以同一地區為單位，集中辦理並連續編列免許號碼，因此造成兩類醫生號碼交錯排列之現象。此種申請與核發之時間落差，可由相關史料中輕易觀察到。尤其就「永年醫生」而言，依《醫生規則》規定，申請者必須於法令施行日（1914 年 1 月 1 日）起三個月內提出申請，然其免許核發作業並未於同年完成，而是持續延伸至 1915 年。¹⁴

由此可知，Hun-Pyeng Park 認為，其主要原因應與免許申請日期與實際核發日期之間存在時間差有關，且行政機關於核發過程中，係以同一地區為單位連續編列免許號碼，因此造成「永年醫生」與「限年醫生」之免許號碼呈現交錯排列之現象。然而，筆者認為，《醫生規則》既已自 1914 年 1 月起正式施行，則依據 1914 年 2 月 13 日《朝鮮總督府官報》所刊載之「醫生及入齒營業免許」名單，排列於免許號碼首位者，應可視為最初取得「永年醫生」免許者。據此判斷，李愚昇即為最早取得「永年醫生」免許之人物。根據《官報》記載，其住所為京畿道北區順化坊，出生於明治三年（1870 年）3 月 24 日，取得免許時年 44 歲，免許核發日期則為 1914 年 1 月 19 日。

值得注意的是，李愚昇不僅為日治時期之醫生，亦為參與三一運動¹⁵之抗日人士。據每日申報 1919 年 8 月 23 日之報導，其因參與

¹³〔韓〕國立中央圖書館：《朝鮮總督府官報》之〈醫生免許〉，1914 年 2 月 13 日 460 號及 1914 年 03 月 26 日 494 號。取自：<http://www.nl.go.kr>。（民 114 年 1 月 15 日檢索）

¹⁴ Hun-Pyeng Park：〈A Study on Yeongnyeon-euisaeng under Japanese Occupation〉，《THE JOURNAL OF KOREAN MEDICAL HISTORY》VOL. 29, No. 1(2016)，頁 34。

¹⁵〔韓〕Encyclopedia of Korean Culture：三一運動。

咸鏡南道長津郡津南面之獨立萬歲運動，經京城覆審法院判處懲役四年。由此可見，李愚昇除從事醫業活動外，亦積極投入韓國之抗日獨立運動。

京城覆審法院對長津郡津南面獨立萬歲運動相關者41名做出如下判決：判處懲役四年者為韓永泰、韓冕珏、李愚昇、明時澤；判處懲役六個月以上、二年以下者為朴進寬、尹福民、韓啓維、朴國斗、崔安在、金尚洛、韓昌赫、李炳燦、崔熙泳、韓夏鏞、尹明根、李漢根、元李突、全金突、韓昌順、曹喜昌、李益鉉、杜乙慶、李成夏、韓厚運、韓熙珉、李奎淵、金亮洙、韓厚萬、金泰烈、沈有先、韓泰濟、金昌深、金冕淑、崔正夏、朴珉淵、韓承豐、金鍾禹、金正淳、韓昌龍、金炳權及嚴俊燮。¹⁶

由於當時多數醫生之相關資料相當有限，《官報》中通常僅記載其免許號碼、姓名、住所等基本資訊，李愚昇亦不例外，其公開可考之生平事蹟與醫療活動資料相對匱乏，相關研究亦不易深入。然而，根據每日申報1919年8月23日之報導，李愚昇因參與三一運動而遭判處懲役四年。雖然同案其他涉案者多被判處六個月以上、二年以下之刑期，然李愚昇卻被判處四年徒刑，由此可推知，其不僅為一名醫生，亦可能為該次獨立運動中具有重要影響力之核心人物。

此外，1914年3月26日《朝鮮總督府官報》所刊載之「醫生免許」欄中，亦可見獲得免許者如崔錫胤、景基聖、徐丙憲、張斗熙、韓鎮協、金正教、吳弼泳、羅炳奎、鄭樂寅、田光玉、朴鏞臣、李洵宰、金寬教、李世浩、朴海鎮、黃翰周、權膺榮及吳敏泳等人。與1914年2月《官報》所載資料相同，其登錄號碼之排列亦未呈現完全連續之狀態，例如第49號之後即跳至第62號。造成此一現象之原因，推測可能與免許申請日期與實際核發日期之間存在時間差有關，亦可能因行政機關以同一地區為單位連續編列免許號碼，或因《官報》記錄遺漏等因素所致。

(二)、「限年醫生」

「限年醫生」一詞，係指持有「限年免許」之醫生。依據朝鮮總督府令第102號《醫生規則》附則第二項規定：「修習醫業三年以上之朝鮮人，經認定為適當者，得附以五年以內之期限，授予醫生免許。」因此，「限年醫生」若欲持續行醫，必須於免許期限屆滿前重新申請更新，其執業資格具有明確之時效性與再認定性。就制度運作而言，「限年醫生」之免許期限於初期原則上以五年為一循環進行更新，其後亦曾調整為三年，例如自1920年3月4日起，更新週期縮短為三年，而1920年以後新取得之「限年免許」，亦多核發三年期限之執照，此一制度延續至1946年為止。由此可見，「限年醫生」之免許期限並非固定不變，而係隨制度發展逐步調整，其由五年縮短為三年之變化，可能與醫療資源配置及醫業活動地區之政策調整具有一定關聯。此外，初期「限年醫生」之醫業地區原則上並無特別限制；然而，依據1921年12月朝鮮總督府令第154號之規定，開始實施醫業地區限制制度，自1922年起轉變為「限地醫生」制度，即僅於醫療資源不足之地區，在確有醫師需求之情況下始得授予醫生免許。此一制度轉變，使醫生之執業空間受到明確地理限制，亦進一步導致整體醫生人數呈現逐步減少之趨勢。

表 2. 「永年醫生」與「限年醫生」比較

項目	永年醫生	限年醫生
資格條件	年滿二十歲以上之朝鮮人，且於本法令施行前已在朝鮮從事醫業滿二年以上者	修習醫業滿三年以上之朝鮮人
領取免許方法	申請制	考試制
免許期限	無期限	五年(自1920年3月4日起改為三年)
申請期限	永年免許申請期間為1914年1月1日至1914年3月31日	無固定申請期限

兩者之間最主要之差異在於醫生免許之取得方式。「永年醫生」僅需於規定期間內提出申請，即可取得執業執照；相較之下，「限年醫生」則必須通過考試程序，始得取得醫生免許，顯示其在資格認定

取自: <https://encykorea.aks.ac.kr/Article/E0026772>。(民114年1月18日檢索)。三一運動係指以1919年3月1日為起點所爆發之全民族性獨立萬歲運動。此次運動於全國各地廣泛展開，參與者涵蓋社會各階層，不僅引起國際社會之高度關注，促使世界對韓民族之認識產生轉變，亦進一步促成大韓民國臨時政府於中國上海之成立。

¹⁶ [韓] Database of Korean History: 《每日申報》，1919年8月23日。

取自: <https://db.history.go.kr/modern/level.do>。(民114年1月20日檢索)

上具有較高之審查門檻。就申請期間而言，「永年醫生」之申請僅限於制度施行初期之特定期間內（約三個月），申請期間結束後即不再受理；反之，「限年醫生」則不設固定申請期限，於制度運作期間內可依相關規定持續申請。然而，在制度效力方面，「永年醫生」之執照一經核發即具永久效力；相對而言，「限年醫生」雖無申請期間之限制，但其執照具有期限性，通常以五年為一循環，並於 1920 年後調整為三年更新一次。由此可見，兩種制度分別在「取得方式」與「效力期間」上形成互補性結構，反映出當時醫生資格制度在開放性與管制性之間的不同制度設計取向。

結語

臺灣的醫生規則於 1901 年 7 月 23 日公布，而韓國於 1913 年 11 月 15 日發布醫生規則，於 1914 年 1 月 1 日起實行該法令，顯然韓國醫生規則為由臺灣的醫生規則基礎，更進一步擴大發展的結果，但是該時期的傳統醫學業者無法成為醫療上的主流。韓國臺灣兩國的醫生免許證的申請期限顯然不同，臺灣的醫生免許證申請期限為大約半年的期間；韓國的醫生免許證申請期限為三個月，不過有分類為「永年免許」及「限年免許」，其中「限年免許」沒有申請期限，此為與臺灣有差異之處。免許期限方面來看，臺灣並無免許證效期方面的制約，相對於韓國另外特別制定制度訂為「限年免許」，其免許證效期有三至五年。韓國醫生規則「第七條醫師規則第七條至第十四條、第十八條至第二十條規定可適用於醫生」，將臺灣醫生規則「第十條對於醫生可準用屬於醫師」更具體細部描述，此是臺灣醫生規則中所沒有提及之處。此外，值得進一步思考的問題是：日本殖民政府為何對韓國與臺灣採取不同的傳統醫療政策？雖然兩地同樣處於日本殖民統治之下，且皆建立了「醫生規則」制度，但其制度內容與實施方式卻呈現出明顯差異。臺灣方面，自 1901 年醫生免許制度建立後，即未再持續發放新的醫生免許證，制度逐漸走向封閉化與自然淘汰；相對而言，韓國則持續透過「限年免許」制度核發醫生免許，使韓醫從業者得以在一定條件下繼續合法執業。此種差異，並非單純制度設計不同，而是反映日本殖民政府對兩地所採取之不同統治策略。首先，韓國傳統韓醫體系之社會基礎與影響力明顯較臺灣更為深厚。韓醫長期與儒學知識階層結合，部分韓醫甚至具有士人與地方知識階層身分，因此日本殖民政府若全面廢除韓醫制度，容易引起社會反彈與統治阻力。相較之下，臺灣在清代晚期以後，地方醫療體系較為分散，日本亦較早導入近代西洋醫療行政，因此得以採取較快速之制度替代方式。其次，朝鮮半島地理範圍廣大，偏遠地區醫療資源不足，西洋醫師人數長期無法滿足基層醫療需求，因此日本殖民政府仍

必須依賴既有韓醫群體維持地方醫療運作。故韓國後來發展出「限年醫生」與「限地醫生」制度，其本質上具有補充殖民地基層醫療人力之功能。反觀臺灣，由於地理範圍較小，加上日本較早建立近代衛生與警察醫療系統，因此對傳統漢醫之依賴程度相對較低。再者，1910 年代以後，日本本土逐漸出現漢方醫學復興運動，也在一定程度上影響朝鮮醫療政策，使韓醫制度未完全遭到廢除，而是採取有限承認與行政管理並行之方式。然而，無論韓國或臺灣，其核心目的皆非真正扶植傳統醫學，而是將傳統醫療納入殖民統治秩序與警察行政管理之中，以達成殖民治理與社會控制之目的。綜合而言，日本對韓國與臺灣採取不同醫療政策，乃是基於兩地社會結構、醫療需求、傳統醫學勢力以及殖民統治策略之差異所形成。雖然制度形式有所不同，但其本質皆反映日本殖民政府透過近代法規與行政權力，逐步重組並控制傳統醫療體系之歷史過程。

參考文獻

1. 金斗鐘：《韓國醫學史》（韓國：探求堂，1966）。
2. Kang, Yeon-Suk 等十四人：《醫史學》（韓國：大星醫學社，2023）。
3. Shin Dongwon：〈1910 年代日帝的保健醫療政策〉，《韓國文化》30(2002)，頁 336。
4. 黃永遠：〈日帝下朝鮮韓醫界與韓醫學的殖民地的近代〉，（韓國：高麗大學校韓國史學科博士論文，2018），頁 294。
5. Shin dong won: 〈朝鮮總督府的韓醫學政策〉（韓國：Korean J Med Hist 12. 110–128 Dec 2003）。
6. Huang young won: 〈日治時期韓醫學教育及傳統韓醫學的變貌〉（韓國：Korean J. Med Hist 27:1-48 April 2018）。
7. Park youn jae: 〈日治的韓醫學政策及朝鮮統治〉（韓國：Korean J Med Hist 17:75-86 June 2008）。
8. Park ji hyun: 〈The Governing Strategy and Technologies of the Colonial Powers Surrounding Uisaeng in the Japanese Colonial Period〉（韓國：韓國醫史學會誌 2022）。
9. Park hun pyeng：〈Review on Local Medical Cadets in Joseon Dynasty〉，《THE JOURNAL OF KOREAN MEDICAL HISTORY》VOL. 29, No. 1(2016)，頁 1。
10. Park hun pyeng：〈A Study on Yeongnyeong-euisaeng under Japanese Occupation〉，《THE JOURNAL OF KOREAN MEDICAL HISTORY》VOL. 29, No. 1(2016)，頁 38。
11. 林昭庚、陳光偉、周佩琪所著：《日治時期（西元 1895~1945）の臺灣中醫》

A study on the rules of Euisaeng in Korea and Taiwan during the Japanese colonial period

Moon-Jung Chang¹, Shi-Fang Kuo², Yang-Chih Yin³, Jaung-Geng Lin⁴

¹ Graduate Institute of Chinese Medicine, China Medical University

² Kuo Shi-Fang Chinese Medicine Clinic

³ Department of History, National Chung Hsing University

⁴ School of Chinese Medicine, China Medical University

Abstract

This study compares the regulations governing practitioners of medicine in Korea and Taiwan, also known as Euisaeng, during the Japanese colonial period. The research aims to explore whether the medical systems of these two Japanese-colonized nations shared similarities due to common governance and legal frameworks imposed by the colonial regime. This research methodology involves the study and analysis of various historical documents and medical regulations.

A comparative analysis of the two systems reveals that Korea's Euisaeng regulations were, in many ways, modeled on Taiwan's earlier system. However, a notable divergence lies in licensing practices: Taiwan ceased issuing new medical licenses after 1901, whereas Korea continued to grant time-limited Euisaeng licenses beyond that date. This marks a significant regulatory difference between the two colonies.

Keywords: Japanese colonial period Euisaeng system, Korean Euisaeng rules, Taiwan Euisaeng license rules, Euisaeng license certificate

- (台北：國立中醫藥研究所，2011)。
12. 張加昇，蘇奕彰：〈日治時期前臺灣醫療發展之探討〉(臺灣：J Chin Med Special. Edition (2) 309-320, 2014)。
 13. 殷揚智：〈從十九世紀華南鼠疫論兩岸三地中(漢)醫治則之研究〉(台中：中國醫藥大學中醫學系博士論文，2022)，頁6。
 14. 濱野鐘太郎編：《朝鮮醫藥法典》(京城：帝國地方行政學會朝鮮本部，1924)，頁6-8。
 15. Park youn jae: 〈日治初期的醫學教育機構的整備及臨床醫師的養成〉(韓國：Korean J Med Hist 13:164-191 June 2004)。
 16. Lee chung ho：《日帝暗黒期醫師教育史》(韓國：國學資料院，2011)。
 17. 金容辰：〈關於近代韓國韓醫學的發展及其教育的研究〉(韓國醫史學會誌 第21卷 第2號)
 18. 〔韓〕國立中央圖書館：醫師規則。取自：<http://www.nl.go.kr>。(民113年3月15日檢索)
 19. 「臺灣醫生免許規則(府令第四七號)並二同上ニ關シ各醫院長へ通達」(1901-05-16)，〈明治三十四年臺灣總督府公文類纂甲種永久保存第五卷文書外交衛生〉，《臺灣總督府檔案・總督府公文類纂》，國史館臺灣文獻館，典藏號：00000584025。
 20. 國史館臺灣文獻館：臺灣日治時期醫師、醫生之別。取自：<https://www.th.gov.tw>。(民113年3月30日檢索)
 21. 日帝強占期：韓國民族文化大百科辭典。取自 <https://encykorea.aks.ac.kr>(民114年2月26日檢索)。

《台灣中醫醫學雜誌》稿約

西元2024年07月修訂

本雜誌為以研究中醫藥學與實証醫學精神為核心的純學術性刊物，收錄有關醫經醫史、中醫藥基礎理論、醫學教育、臨床診治思維等研究領域之學術論著及臨床病例報告，以未曾刊載於其他刊物者為限。收錄論文種類包括(1)原著論文(Original Articles)、(2)病例報告(Case Reports)、(3)醫經醫史類論文、(4)讀者意見(Letters to the Editor)、(5)中醫專書或另類醫學評論(Book Reviews / Comments on CAM)、(6)社論(Editorials)及(7)回顧性論文(Review Articles)等(後兩類論文由總編輯邀稿)。

一、投稿文件要求：

(一)文稿請以電腦繕打，中文請使用標楷體，英文使用Times New Roman(以上皆為14號字)，行距為2倍行高(Double space)，紙張大小為A4，版面設定為上：3 cm/下：2 cm/左右：2 cm，並於文章中插入行號及頁碼。投稿時請提供全文之Microsoft Word(*.doc)與PDF檔。

(二)文稿內容格式要求，並請依以下各點次序編排：

1. 首頁(Title page)：應自成一個檔案，內容應包括題目(英文40字以內，中文20字以內；英文字首皆大寫)、所有作者中英文全名(英文名以姓前名後書寫)服務單位；另加註通訊作者之聯絡電話、通訊處及電子郵件信箱。並請註明：「本論文部分或全部內容並未投稿至其他期刊」。
2. 摘要(Abstract)：文稿應求精簡，並附加關鍵詞(Key words)6個以內(中文關鍵詞以頓號區隔；英文以逗號區隔)。中文摘要以500字為限，英文則不超過300字。中文稿件另附加英文摘要於末頁(若為英文請附中文摘要)。
3. 本文(Text)：依序包括摘要、前言、材料與方法、結果及討論等部份。
 - (1)原著論文(Original Articles)：為具原創性之研究論述，作者不應超過6人(多中心之臨床試驗及整合型研究不在此限)。
 - (2)病例報告(Case Reports)：內容應含前言、病例闡述(病歷、臨床表徵，但勿洩漏病患身分)、治療之方法與過程，結果與討論。作者不應超過5人，參考文獻不超過20篇。此外應含病患之「同意聲明」(Consent，病患應允發表病例報告與不涉隱私的相關圖像的同意聲明。本雜誌不接受欠缺同意聲明之病例報告。若病患已身故，須經病患的至親同意發表。未成年病患須經病患的父母或法定監護人同意。)
 - (3)文內如需分段或分條敘述者，其符號中文稿請依一、(一)、1、(1)、A、(A)、a、(a)……次序採用，英文稿請依I、(I)、1、(1)、A、(A)、a、(a)……次序採用；須加註腳處以指定符號註明之，依次為*、**、***……；a、b、c、d……等。
 - (4)縮寫詞(Abbreviations)：除了已知常用的縮寫詞，所有的縮寫詞應於首次提到時標註全名。
4. 參考文獻(References)：在本文引用時須加註角碼，並按引用的先後順序詳列於

本文之後，不需重覆繕打。文獻作者應全部列出，不可用等人或*et al.*表示。雜誌縮寫應以Index Medicus刊載為準。徵引資料來自網頁者，需加註來源網址。參考文獻書寫範例如下：（依作者、題目、發表刊物名稱縮寫、年份、期數、頁數等依次寫明，以上使用12號字）

(1) Lebrech D, Poynard T, Hillon P, Benhamou JP. Propranolol for prevention of recurrent gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis: a controlled study. *N Engl J Med*. 1981; 305: 1371-4.

(2) Huang TK. Fuzi. In: A handbook of the composition and pharmacology of common Chinese drugs. Beijing: Chinese Medicine Technology Press, 1994; 921-8.

(3) 田應昌，鄒筑良：試論肝硬化的治療思路，貴陽中醫學院學報，1999；21：7-9。台62 灣中醫醫學雜誌 第9卷・第3期 2010

(4) 行政院衛生署：中華民國九十四年死因統計結果摘要，台灣地區主要死亡原因，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表1.xls>。

(5) 顏正華：中藥學（上），知音出版社，台北，1998；367-70。

(6) 焦樹德：用藥心得十講，人民衛生出版社，北京，1999；202-4。

(7) 陰健、郭力弓：中藥現代研究與臨床應用，學苑出版社，北京，1994；391-400。

5. 圖片（Figures）：引用時在內文中以「圖1」標示。圖之說明列於圖之下方，圖片之內容需清晰，若內含文字，則文字大小至少為10號字，並附上可進行排版修正之原始檔案。若為相片，解析度至少需在300 dpi以上，並標名比例尺寸，並請另外提供電子檔。

6. 表格（Tables）：引用時在內文中以「表1」標示。表之說明列於表之上方，請以Word軟體中之「表格」功能製表，表中文字大小至少為10號字。

7. 惠稿所有專有名詞依教育部頒定或國立編譯館新編各科名詞為依據。度量單位（Units of Measure）使用公制單位（International System of Units（SI））之標準符號，如：cm、mm、μm、L、dL、mL、kg、g、mg、μg、ng、pg、ppm、pH、%、℃、min、hr等。數字請使用阿拉伯字（英文字首除外）表示。

（三）醫經醫史類論文，請注意稿約如下：

1. 以中英文稿件為主，中文專著及研究討論以五千字至三萬字為原則（含摘要、註解），書評以三千字左右為限，英文稿以10頁至30頁打字稿為佳。譯稿以學術名著為限，且須附註解。
2. 來稿內容包括：中英文篇名、摘要（如同上列摘要要求）、關鍵詞及論文（若為英文請附中文摘要）。
3. 本刊不負責來稿內容之版權問題（如譯文、圖表及長引文等），請作者事先取得版權持有者之同意，改寫自學位論文者須加註明。
4. 文稿內容格式請另注意以下各點：

- （1）格式：文件格式為A4，並以兩倍行高為字行間距。
- （2）字形字體：正文用新細明體、引文用標楷體（以上皆為14號字）。

（3）請用新式標點符號。「」用於平常引號，『』用於引號內之引號，《》用於書刊，〈〉用於論文及篇名。在行文中，書名和篇名連用時，省略篇名號，如《靈樞・天年篇》。若為英文，書名請用斜體，篇名請用“ ”。日文翻譯成中文，行文時亦請一併改用中文新式標點符號。

（4）文章中若有年代，請儘量使用國字，其後以括號附註西元年代，並以阿拉伯數字表示。例如：漢武帝建元元年（140BC）、蔣渭水（1891-1931AD）。

5. 獨立引文每行低三格，並加「」表示。

6. 圖表應註明出處，引用時以「圖1」、「表1」標示。

7. 引用注釋之體例，請依下列格式：

（1）引用專書：作者：《書名》（出版資料），卷冊，頁碼。

【例一】〔漢〕應劭撰，王利器注：《風俗通義校注》（台北：漢京文化事業有限公司，1983），卷10，頁480。

【例二】林昭庚、鄺良：《針灸醫學史》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁114。

（2）引用原版、影印版或重校版古籍，應注明版本與卷頁。

【例一】〔清〕楊時泰：《本草述鉤元》（上海：科技衛生出版社，1958，崑陵涵雅堂本），卷5，頁38。

【例二】〔魏〕王弼著，樓宇烈校釋：《老子周易王弼注校釋》（臺北：華正書局，1983），上編，頁45。

（3）引用論文—作者：〈篇名〉，《刊名》卷期（年），頁碼。

【期刊】孫永顯：〈《醫心方》中的經脈圖〉，《中華醫史雜誌》31.3（2001），頁175。

【論文集】李建民：〈先秦兩漢病因觀及變遷〉，《從醫療看中國史》（臺北：聯經出版事業公司，2008），頁45-75。

【學位論文】王敏弘：《黃帝內經有關神的研究》（臺中：中國醫藥學院中國醫學研究所博士論文，1995），頁20。

（4）引用報紙—作者：〈篇名〉，《書報名》版名或版次，刊出日期。

【例一】梁啟超：〈我的病與協和醫院〉，《晨報》副刊，1926年6月2日。

（5）徵引資料來自網頁者，需加註來源網址。

【例一】行政院衛生署：中華民國九十四年死因統計結果摘要，台灣地區主要死亡原因，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表1.xls>。

（6）引用西文專書、論文亦同前頁所述範例。

【例一】Huang TK. Fuzi. In: A handbook of the composition and pharmacology of common Chinese drugs. Beijing: Chinese Medicine Technology Press, 1994: 921-8.

二、投稿方式及流程說明：

本雜誌為提升投稿論文之處理效率，縮短論文自投稿至刊登之時程，投稿一律採線上投稿，

台灣中醫醫學雜誌 2026 年第 23 卷第 1 期試題

是非題：

- () 1. 中醫典籍對濕疹描述多以瘡、風、癬為主，根據朱士宗《中醫外科學》中血風瘡的描述，認為多由「心肺兩經，濕熱外受，風邪襲於皮膚，鬱於肺經」。
- () 2. 臺灣醫生免許規則於 1901 年公布，其施行時間較韓國《醫生規則》早約十二年。
- () 3. 日治時期韓國的醫生免許制度與臺灣相同，皆在初期核發後即停止發放新的醫生免許證。
- () 4. 公認醫學講習所的課程內容同時包含東醫學與西洋醫學，展現出東西醫並修的教育特色。
- () 5. 日治時期醫生考試主要測驗傳統韓醫理論，如臟腑學、經絡學與四象醫學等內容。

選擇題：

- () 1. 依照反覆性毛囊型濕疹相關研究，下列何者與濕疹有相關聯性？
(A) 壓力 (B) 汗水 (C) 甜食 (D) 以上皆是
- () 2. 依照反覆性毛囊型濕疹討論近代消風散相關實驗結果，下列何者錯誤？
(A) 針對反覆異位性皮膚炎患者隨機雙盲研究，口服消風散 8 周組別在皮損嚴重度、紅疹、皮損範圍、搔癢睡眠等項目有顯著意義的進步
(B) 消風散中荊芥、防風、地黃、當歸、甘草，研究分析具有抗發炎、抗過敏等作用
(C) 消風散推測有調節皮膚離子通道蛋白功能達到止癢效果
(D) 消風散單味中藥現代藥理研究，其中荊芥、防風、蟬蛻、地膚子、苦參為該方主要發揮止癢效果的藥物
- () 3. 中醫對失智患者認知功能與行為症狀的影響本研究主要使用哪一項量表評估認知功能？
(A) EQ-VAS (B) MMSE (C) NPI (D) CBI
- () 4. 中醫對失智患者認知功能與行為症狀的影響，經中醫治療後，下列哪一項結果呈現顯著改善？
(A) MMSE 認知功能分數明顯上升 (B) NPI 神經精神症狀分數下降
(C) 患者年齡下降 (D) BMI 顯著增加
- () 5. 中醫對失智患者認知功能與行為症狀的影響本研究發現中醫治療對失智症患者最明顯的幫助為何？
(A) 完全恢復認知功能 (B) 根治失智症
(C) 改善行為心理症狀與生活品質 (D) 消除所有共病疾病



通訊繼續教育申請書

- 申請人：期別：第二十三卷・第一期
- 診所名稱：身分證字號：
- 住址：連絡電話：
- 積分生效日期：115 年 8 月 1 日劃撥日期：年 月 日
1. 依中醫師參加學術活動或繼續教育評分計點辦法規定。(每期 2 積分，申請費 200 元)
 2. 郵局劃撥：請至郵局填寫劃撥單，費用 200 元，帳號：19267209，戶名：中華民國中醫師公會全國聯合會，「通訊欄」請註明：雜誌 23-1 (註：同診所或是多位醫師可將費用合併繳交，但須於劃撥單通訊欄註明清楚)
 3. 線上轉帳：限網路郵局，費用 200 元，請將轉帳畫面 (註明申請人姓名) E-mail 至中醫師全聯會信箱，若是他人代為轉帳，請加註「申請人姓名及他人姓名」資料，以便核對。
 4. 線上作答：請以手機掃描 QR CODE (右上角)，填寫試題及個人資料，或至中醫師公會全聯會網站作答，網址：<http://www.twtm.tw> (路徑：首頁/學術專區/)。
 5. 紙本作答：請閱讀課程內容，填寫「通訊繼續教育申請書」，連同劃撥收據影本，傳真、郵寄、或將掃描檔 E-mail 至中醫師公會全聯會。中醫師公會全聯會地址：22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2，電話：(02)2959-4939 分機 18 傳真：(02)2959-2499，E-mail：tw.tm@msa.hinet.net。
 6. 本期通訊繼續教育申請書於 115 年 10 月 31 日截止收件。