

北部某醫學中心執行急症中醫針灸 會診經驗分享

王宏銘¹、周彥瑤¹、蔡維德²、陳光偉¹、孫茂峰^{1,3,*}

¹ 馬偕紀念醫院中醫部，台北，臺灣

² 馬偕紀念醫院急診醫學部，台北，臺灣

³ 中國醫藥大學中醫學院，台中，臺灣

衛生福利部健保署自 107 年度起通過「中醫急症處置試辦計畫」；本項計畫在實證基礎、中醫界共識及急診專科醫學會的指導下主要針對九大項適應症；希望藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。本院於 2019 年 1 月正式開始承辦中醫急症處置計畫，本文即是將目前收案狀況及作業流程做一介紹。從收案結果來看，以眩暈、急腹症和軟組織疼痛為前三主要的收案族群，而癌症疼痛、骨骼關節痛症、經痛三種適應症皆無收案患者。

作業流程建議以中醫師主動搜尋有無合適之會診患者，再和急診醫師討論是否接受治療；以檢傷分級 3-5 級的患者為主要的收案對象；且中醫相關醫護人員完成所有輔助醫療行為（含針灸後起針及棄針），避免急診護理人員作業流程不熟悉造成中醫相關處置的醫療風險。此外，規劃住院醫師至急診單位接受專科受訓增強雙方交流，熟悉急診常見疾病或症狀的認識，從而提供相關有效的中醫輔助醫療，也讓急診單位更加了解和熟悉中醫。

關鍵字：針灸、急症、作業流程、中醫急症處置計畫

* 通訊作者：孫茂峰，馬偕紀念醫院中醫部，地址：10491 台北市中山區中山北路二段 92 號，電話：(02)2543-3535 ext. 3210，Email：billwang00015@gmail.com

109 年 2 月 27 日受理，109 年 7 月 22 日接受刊載

前言

中醫歷經了千年的歷史，在和疾病對抗的過程中得到了許多寶貴的經驗，醫者藉由砭石、針灸、中藥等治療方式，形成中醫獨特的理論體系。其中黃帝內經就將某些急症冠以「卒」、「暴」，如「卒中」、「卒心痛」、「暴厥」等，表示當時對於急性病症的嚴重性和突發性有了充分的認識。傷寒論則開創了急症辨證論治的先河，以六經辨證來治療急性熱病、厥逆等常見急症，如急下存陰的承氣類方劑治療陽明腑實和三陰急下；回陽救逆法的四逆湯類方劑治療亡陽危症，至今仍指導著臨床急症的救治。晉代葛洪的《肘後救急方》則是首次以急診手冊的形式論述常見急症的應急處理 [1]，拓寬了急症範圍，記載了多種給藥途徑，共有薰洗、敷貼、佩帶等各種外用方 346 首，更創立了腸吻合術 [2]。明代吳又可的《瘟疫論》為瘟疫寫出詳盡的病因學，指出瘟疫是多種異氣的一種，邪自口鼻入於膜原，首創疏利膜原與消毒毒的治則，創立達原飲一方，尤為卓越。其後更有葉天士的《溫熱論》、薛雪的《濕熱條辨》、吳瑭的《溫病條辨》，將溫病學說的病因病機和治法做了詳細的探討，尤其提出溫病高熱、抽風、昏迷、斑疹、厥脫的急救治療 [3]。以上可見中醫急症的基礎理論，從開端、扎根到發展，歷經無數醫家的補充和突破，藉由這些前人的經驗，足以顯示出中醫急診醫學具有很大的發展及前景。

面對急症儘管中醫有許多不同的治療方式，包含藥物、針灸、薰洗、敷貼、刮痧等治法，但其中仍以針灸最受到世界各國所關注和發展。針灸是中醫最常執行之醫療處置之一，聯合國世界衛生組織（WHO）在 1979

年認可 43 種針灸適應證，到了 1996 年針灸適應證更增為 64 種 [4]，顯示針灸治療逐漸全球化及普及化。針灸具有適應症廣、療效明確、經濟安全、操作方便等優點，此外，針灸介入可避免經腸胃道吸收的優點，避免了中西藥交互作用的可能性，已有許多研究證實針灸對於原發性痛經 [5]、三叉神經痛 [6]、牙痛 [7]、急性下背痛 [8]、中風後遺症 [9] 均有療效。

台灣隨著各大醫學中心和區域醫院增設中醫科部和中西醫合作的逐漸普及化，中醫能介入的會診患者數量大增，如今接受針灸治療已不限於門診病人，其中在急診介入的相關治療模式也逐漸為大家所探索，包含 Liu YT 等人於急診以針灸治療急性下背痛的研究 [10]；Chiu CW 等人則發表急診以針灸治療眩暈的研究 [11]；Tsai SL 等人則是針對急診兒科患者以針灸和耳針來治療各式急性痛症 [12]；Cohen MM 等人是以針灸治療急診部門的各式急性痛症 [13]。綜上所述，已有越來越多的研究指出針灸能夠於某些特定的急症治療上發揮功能。

台灣於 2018 年 5 月正式啟動全民健康保險中醫急症處置計畫，主要針對眩暈、急腹症（腸阻塞）、胸悶胸痛心悸、軟組織疼痛、經痛、偏頭痛、癌症疼痛、骨骼關節相關痛症、腦中風（出血性中風 ICH score=0；阻塞性中風 NIHSS<6）共九大項適應症。主要目的為藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。然計畫推行至今，目前仍無一較為合適之流程讓中醫部門和急診部門有所依循，儘管急診以針灸治療特定疾病的文獻已有許多資料可供搜尋參考，然本院於 2019 年 1 月正式開始承辦中醫急症處置計畫前，亦無相關急

診會診針灸治療流程建置之文獻可供制訂參考，故本文謹就目前的收案狀況，以及本院的急診會診中醫的作業流程做一簡單的敘述，供醫界參考。

材料與方法

1. 急診會診針灸治療作業流程建立

由於本院於 2019 年 1 月正式開始承辦計畫前並無相關急診會診針灸治療流程之相關文獻可供制訂參考，故本院起初於 107 年 10 月 23 日至中國醫藥大學附設醫院參訪急診會診之針灸治療流程。並於 107 年 11 月 16 日召開急診針灸流程處置會議，召集急診部門和中醫部針傷科之部門主任及主治醫師初步商討流程建置事宜，並於 107 年 11 月 28 日再次召開會議，邀請全民健康保險中醫急症處置計畫之總召集人 - 孫茂峰醫師與會提供意見討論。於 107 年 12 月 19 日再次召集急診部門和中醫部門之醫師確立流程設置。流程建構前期所遭遇之問題和相應處置於討論會再進一步論述。

2. 急診會診針灸治療作業流程

中醫急症介入處置計畫之適用範圍及收案條件：符合下列疾病適應症之急診病人，

經急診主治醫師評估可由中醫介入處置，且徵詢病人同意者。包含眩暈、急腹症（腸阻塞）、胸悶胸痛心悸、軟組織疼痛、經痛、偏頭痛、癌症疼痛、骨骼關節相關痛症、腦中風（出血性中風 ICH score=0；阻塞性中風 NIHSS<6）共九大項適應症。患者只要持有健保卡具健保被保險人身分，並符合收案病種，即可接受中醫急診會診治療，基於醫療人力上的考量，本院區之中醫會診時段為週一至週五之早上九點至下午五點，排班表如表一，提供服務包含針灸和傷科手法治療為主，並無開立藥物。

本科部之急診會診針灸治療作業流程如下：先由中醫部之住院醫師至急診篩選合適此計畫之病人（以檢傷 3-5 及患者為主），再和輪班之急診專科醫師和中醫部主治醫師進一步評估為可收案，由住院醫師向家屬及病人給予針灸注意事項說明，並簽立針灸侵入性治療之同意書，及進行針灸前測。急診會診病人經中醫部主治醫師看完診後，決定針灸穴位並開立針灸處方簽，再由主治醫師進行針刺並報針數給住院醫師，由兩方一起確認針數是否一致，按照部位（頭、臉、頸、左右手、胸腹、腰背、左右腿）分別記錄於針傷治療照護記錄單（圖一）上，再將中醫

表一 中醫部門之急診會診排班表

		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
8:00~12:30	主治醫師	A	C	C	E	B
	住院醫師	甲	甲	丙	丙	乙
12:31~17:00	主治醫師	B	D	E	A	D
	住院醫師	乙	乙	甲	甲	丙



針傷治療照護記錄單

姓名：	<input type="checkbox"/> 男
病歷號碼：	<input type="checkbox"/> 女
床號：	年齡

一、治療前：

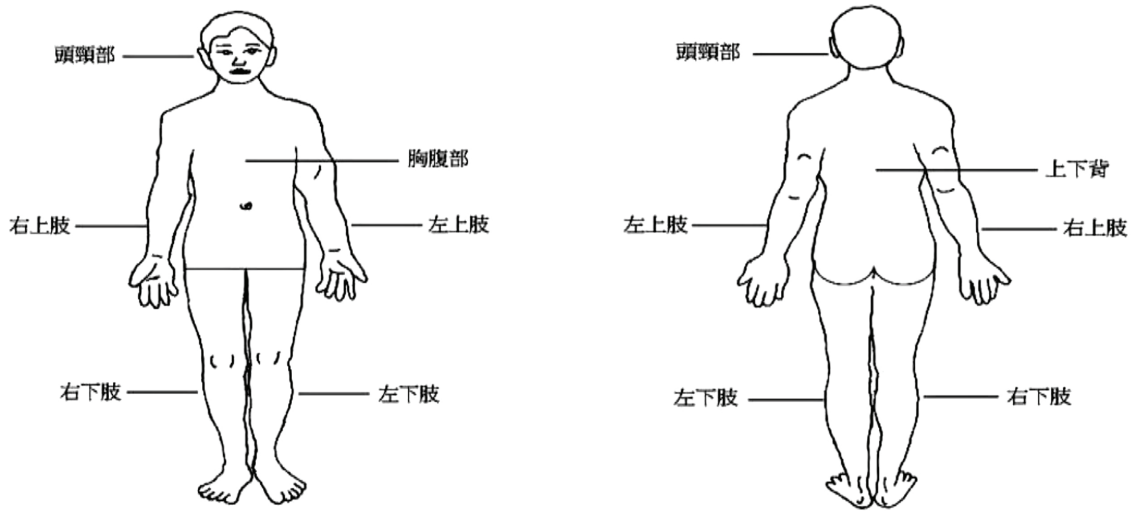
1. 跌倒評估：符合以下任一項即提供防跌措施

年齡 ≥ 85 歲 ≤ 5 歲 使用輔具 步態不穩 意識障礙 身障/行動不便

2. 暈針評估：無異常 暈針史 空腹 睡眠不足 體能耗弱 情緒不穩

3. 皮膚評估：完整 紅腫 紅疹 水泡 其他

二、治療中：(於下表記錄)



施針總數：_____ 取針總數 _____ 病人檢查後簽名：_____

三、治療後：(發生異常反應需書寫特殊狀況記錄)

1. 護理指導：預防跌倒 針灸治療後注意事項(初診)

2. 無特殊異常

3. 異常反應：暈針 血腫 滯針 斷針 氣胸 燙傷 遺漏帶針

特殊狀況記錄：_____

醫師簽名：_____ 護理人員簽名 _____

圖一 針傷治療照護紀錄單

治療照護記錄單放置於床旁，待治療結束後由出針人員（住院醫師）執行出針，並進行

後測。本院患者於收案治療後皆會建議患者出院後再至中醫門診進行追蹤治療，並提供

預約掛號的服務，以利追蹤患者後續之改善情形。前後側除腦中風患者之外皆以 VAS 作為前後測之評估，腦中風前後側則記錄 NIHSS 分數、Coma scale 和四肢之肌力。以上流程統整如圖二。

結果

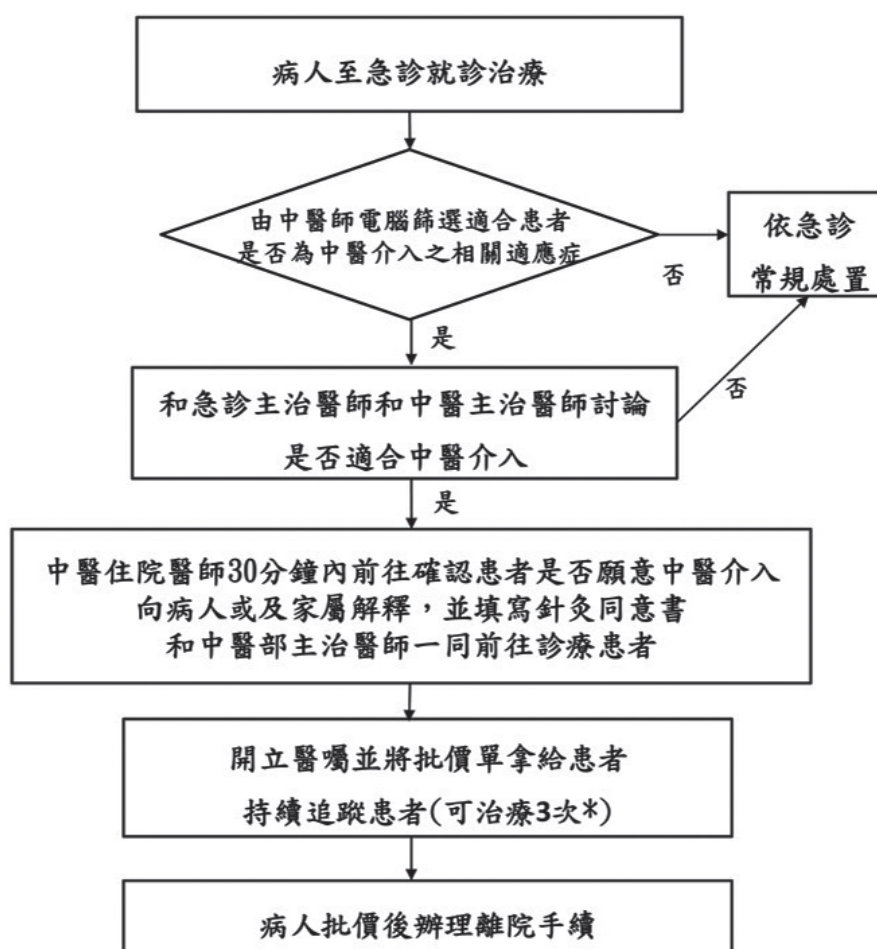
1. 流程建立過程中每次修正的問題點及修正處

107 年 10 月 23 日至中國醫藥大學附設醫

院參訪急診會診之針灸治療流程。

107 年 11 月 16 日召開急診針灸流程處置會議，召集急診部門和中醫部針傷科之部門主任及主治醫師初步商討流程建置事宜：會議中急診部門提到：中醫和急診的輪班制度並非同步，在發會診前還需考量目前有無提供中醫會診服務的問題。另外也提出只有九種病種適應症符合此計畫之費用補助，對於急診專科醫師來說不便記憶。

會議決議：有別於一般急診會診模式，改採中醫住院醫師主動搜尋有無合適之會診



圖二 急診會診針灸治療作業流程圖

* 註：根據中華民國中醫師公會全國聯合會所公告之「全民健康保險中醫急症處置計畫」，每一個案於該次急診入院期間，「中醫急症處置費」以申報三次為上限，即單次急診就診期間，中醫急症會診最多可治療處置並申報三次。

患者，再和急診醫師以及中醫主治醫師共同討論，若病情穩定合適接受治療，才進行針灸流程的相關作業。

107年11月28日再次召開會議，急診部門提請討論：急重症都有相應的標準作業流程圖依序處置，都有限制的時間內完成該做的處置及治療，儘管符合適應症會診中醫，仍可能拖延到標準處置。且急診護理人員並無接受相關中醫護理之訓練，對於中醫針刺護理技術相對陌生，無法提供較為完善的照護。

會議決議：擬訂以檢傷分級3-5級的患者為主要的收案對象，讓病情穩定的急診留觀病人能盡速改善病情離院；採用中醫部主治醫師和住院醫師一同前往診療病患，住院醫師於施治後留於急診護理站等候取針以避免護理人員作業流程不熟悉造成針刺的醫療風險。

2. 收案結果

本統計以本院中醫部和急診部為收案地點，時間由民國108年1月1日至108年10月31日為止，此期間所有急診會診之患者均列入研究紀錄，並統計病人之主要診斷、與病人之年齡性別、以及針灸前後的VAS評估數值。

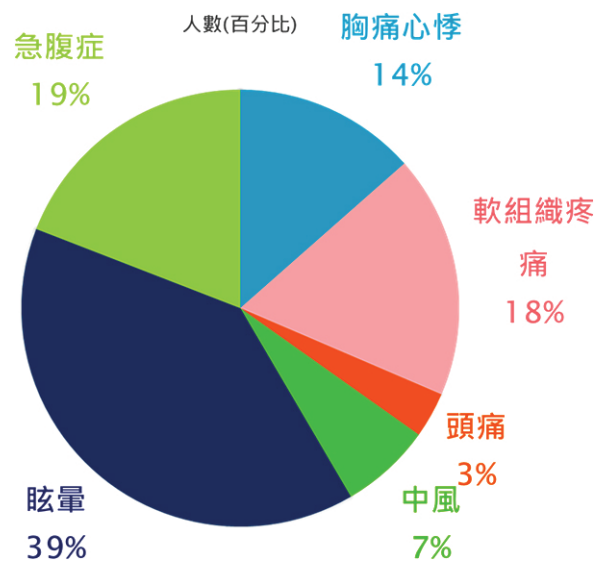
從民國108年1月1日至民國108年10月31日為止，中醫住院醫師主動初步篩選急診留觀區中合適「中醫急症處置試辦計畫」收案條件之會診患者共有602筆，經由中醫部門之主治醫師和急診部門醫師討論後，合適收案的共有124筆，其中患者確定同意接受治療並實際收案的共有89筆，患者確定同意針刺介入治療比例為72%，其中患者不同意治療原因，24筆為從無接受過針灸治療，11筆為症狀已改善許多不想接受治療。中醫

急診會診之總收案患者數為89人。其中共43名男性患者，46名女性患者，綜合平均收案年齡為52歲。

從收案病種類型來看（表二、圖三），胸悶胸痛心悸類型共收案12名（佔全部收案比例的14%）、軟組織疼痛收案共16名（佔全部收案比例的18%），頭痛類型收案共3名（佔全部收案比例的3%）、中風類型收案共6名（佔全部收案比例的7%）、眩暈類型共收案35名（佔全部收案比例的39%）、急腹症收案共17名（佔全部收案比例的19%）。

表二 各疾病適應症之收案人數

疾 病	人數 (89)
胸痛胸悶心悸	12
軟組織疼痛	16
頭痛	3
中風	6
眩暈	35
急腹症	17



圖三 各疾病適應症之收案百分比

平均介入前 VAS (Visual Analogue Scale) 為 5.88，平均介入後 VAS 為 3.09。

六位收案中風患者中，GCS score (Glasgow Coma Scale) 治療前平均為 15，治療後平均為 15；NIHSS score 治療前平均為 4.17，治療後平均為 4.0，患側上肢肌力 (muscle power) 治療前平均為 4.33，治療後平均為 4.33，患側下肢肌力治療前平均為 4.17，治療後平均為 4.33。

急診會診針灸治療之針灸不適反應及嚴重併發症統計如表三。收案期間治療患者並無大量出血、暈針、永久性神經損傷、休克等情形。

表三 急診會診針灸治療之針灸不適反應及嚴重併發症：

嚴重併發症	次數
大量出血	0
永久神經損傷	0
暈針	0
休克	0

討論

1. 收案類型

收案期間中醫住院醫師主動初步篩選急診留觀區中合適之會診患者共有 602 筆，然經雙方醫師討論後合適收案的僅 124 筆，而實際收案的共有 89 筆，患者確定同意針灸介入治療比例為 72%，實際收案和中醫住院醫師初步篩選的比例偏低為 15%，探討原因包含：

1. 部分檢驗檢查尚未完全呈現結果，急診醫師認為仍需進一步觀察。

2. 患者因科別需求將轉院區至其他分院，轉院後無法進一步提供針灸治療和追蹤病況。
3. 患者於留觀區症狀已改善許多即將出院。
4. 急診和中醫的會診合作仍屬於初期較不熟悉的情形，醫師於收案的挑選較為保守。

從收案結果來看，以眩暈、急腹症和軟組織疼痛為前三主要收案族群，臨床上周邊型眩暈確實是十分常見的急診病症，患者多半在排除中樞性眩暈後就接受治療並於急診留觀區觀察症狀，是非常適合中醫介入來協助減輕急診壅塞和滯留於急診觀察區的情形。軟組織疼痛和急腹症（腸阻塞）一樣是急診常見的病症，對於疼痛緩解以及脹氣不適感的排除中醫確實有改善的效果。中風類型的患者理應占其中重要一部分，但本院截至 108 年 10 月底僅收案 6 名，主因在於本院的神經內外科病房位於其他院區，病人若於本院確診為中風後，需轉送至其他院區進一步治療，而目前他院區並無設置中醫部，患者往往需快速的進行轉院區的治療，因此不適合於本院接受針灸治療。而此計畫的癌症疼痛、骨骼關節相關痛症、經痛三種適應症本院皆無收案患者，其原因可能為骨骼關節痛症多為骨折患者，需會診骨科醫師進行評估和石膏固定，西醫多半認為針灸不需第一時間介入，待後續離院持續照護介入較適宜；本院婦產科急診和內科急診不同，有額外劃分，且是由婦產科醫師所診療，因此並非主要收案對象；癌症疼痛則多半於收入病房治療後再提供進一步會診服務。

2. 流程建構前期所遭遇之問題和相應處置

本文章之重點在討論中醫急症會診之流程建構，在和西醫急診科部的建構討論期間，

發現以下的問題：

1. 急診醫師在醫院扮演十分重要的分流角色，將病情嚴重的病患根據疾病的類型轉往各個次專領域，使病人接受最妥善的治療，將病情相對穩定的患者做緊急的處理，使其盡速改善病情回門診追蹤以避免醫療資源浪費。因此主動會診各個次專科是急診醫師較為熟悉的操作流程；然而中醫並非急診醫師所熟悉的專科領域，許多西醫師於在學過程並沒有接觸過類似的課程，對於中醫相對陌生，在第一線忙碌的急診環境中，要想到同步會診中醫診治並不容易達成。此外，中醫和急診的輪班制度並非同步，目前急診的中醫會診的時段安排並無晚上以及凌晨時段，使急診醫師在發出會診前還需考量目前時段有無提供中醫會診服務的問題。
2. 此中醫急症處置計畫是依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理，在病種適應症中只有上述的九種病種有符合此計畫之費用補助，對於急診專科醫師來說不便記憶，尤其在繁忙的工作環境中，要能立即想到何種病症符合計畫的適應症是較為困難的。
3. 許多急重症都有相應的標準作業流程圖依序處置，以中風來說，都有限制的時間內完成電腦斷層，以及時間內完成判讀，給予治療，會診神經內外科團隊，在如此分秒必爭的時刻，儘管是符合計畫的適應症會診中醫，仍有可能拖延到標準作業流程圖程序。
4. 急診護理人員工作繁忙，並沒有額外的時間能協助中醫團隊做計針、取針的相關護理作業；且急診護理人員並無接受相關中醫護理之訓練，對於中醫針刺護理技術相

對陌生，無法提供較為完善的照護。

基於上述的問題，我們因應採取了以下的措施，以完善中醫急症會診之流程建構：

1. 針對上述之第一點和第二點，由於中醫師對於此急症處置計劃較為了解，且對於針灸適應症患者的選取較為熟悉，因此並非採用以往急診醫師會診當科的方式，而是以中醫住院醫師主動搜尋有無合適之會診患者，再和急診醫師以及中醫主治醫師共同討論，若病情穩定合適接受治療，才進行針灸流程的相關作業。如此既能避免急診醫師對於適應症的不熟悉，也免除急診醫師在發出中醫會診前還需考量該時段有無提供中醫會診服務的問題。
2. 針對急重症標準作業流程的問題，由於本計畫之主要目的為「減輕急診壅塞及病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區」。因此在和急診相關單位討論後，擬訂以檢傷分級 3-5 級的患者為主要的收案對象，讓病情穩定的急診留觀病人能盡速改善病情離院，避免急診留觀區的滯留，讓留觀區能提供給真正需要進一步診治的患者更好的照護品質。
3. 針對急診護理人員中醫針刺作業流程相對陌生的問題，採用中醫部主治醫師和住院醫師一同前往診療病患，住院醫師於施治後留於急診護理站等候取針，由住院醫師完成取針和棄針動作，既能第一時間處理患者針灸期間相關不適的問題，又能避免護理人員作業流程不熟悉造成針刺的醫療風險。

3. 增進部門間互動

面對中醫相對陌生的急診部門，如何加強認識和相互交流是非常重要的環節，由於治療大多以針灸為主，本部門規劃針傷科資

深住院醫師（R3-R4）至急診單位接受專科受訓半年的方式來增強雙方交流，和急診受訓醫師相同的受訓排班，並在急診主治醫師的指導監督下，進行急診的專科訓練和基本的處置，此外也定期參與急診住院醫師的教學課程、學術活動、以及院外的BLS教學宣導，加強對於急診的認識，也同時在互相交流學習中，讓急診單位更加了解和熟悉中醫。

4. 文獻資料探討

在急診會診業務執行收案的期間，於文獻資料查到一篇 2019 年 4 月由 Burns JR 等人刊登的研究 [14]：2017 年共於急診收案 379 名患者接受針灸治療，文中提到了急診針灸介入的流程，和本篇文章所建置的急診處置流程十分相似，在此提供給讀者參考：

急診針灸治療之工作流程：

1. 病患到達急診後，由急診護理師做檢傷分類。檢傷分級（1-5），1 表示最高嚴重性。
2. 急診系統顯示患者之就醫主訴和檢傷分級。透過急診系統，急診針灸師根據患者就診原因和檢傷分級來確定患者是否合適接受針灸治療，以檢傷 3-5 級患者為主要收案對象。
3. 如果急診針灸師確定患者合適針灸，和急診主治醫師做進一步討論。
4. 若急診主治醫師同意急診針灸師後，針灸師會連絡患者並告知針灸的療效和操作方式。主治醫師會告知患者針灸治療不需收取任何費用。
5. 如果患者同意接受針灸治療，請患者於針刺治療同意書簽名。
6. 簽立同意書後，患者會被轉送至一特定針灸治療區域，此區域包含 6 張躺椅和一名護理師照護。
7. 此治療區域旁邊有一個私人房間供針灸師

對患者的主要不適和其他症狀進行評估。針灸前後都有評估數值，包含疼痛（1-10）、壓力（1-10）、焦慮（1-10）、噁心（1-10）。

8. 針灸師執行針灸操作，並記錄針刺針數和針刺之部位，留針 20-30 分鐘。針刺治療和病人資料都記錄在電子資訊系統中。
9. 提供給所有患者可以至何處找到後續針灸服務的訊息。

此流程和本院的中醫急症處置計畫流程之建置流程十分相似，不同之處在於此針灸師為急診部門所聘用的員工，因此和本院採用跨科部的會診治療有所差異，但文中提到的特定針灸治療區域，包含 6 張躺椅及專屬的護理師，是值得我們所效法學習的。

5. 未來改善方向

本處置計畫於 108 年 1 月才在本院正式啟動，在未來仍有許多可以進一步改善的方向，包含以下項目：

1. 目前由於本院空間大小之限制，急診並無獨立規劃出的中醫治療空間，若能有專屬之區域供患者接受中醫治療，且能規劃完善的床位傳送的機制，更能讓患者在治療過程中得到最佳的照護品質。
2. 本計畫目前並無提供藥物介入的範疇，內科病症若單獨的使用針灸治療恐力有未逮，許多急性病症需要中藥藥物的介入，如傷寒論中提及的陽明急下症，或是少陰三急下症，都是屬於內科藥物治療急重症的寶貴經驗，未來若能有中藥藥物介入，或許更能增強中醫於急症醫療的應用。
3. 中醫和急診科部的合作並不僅止於會診收案治療，若能進一步定期針對病案舉行中西醫急診案例共同研討會，以及專題研討

會，讓相互的交流更加頻繁，更能讓急診的醫師了解中醫，更易掌握急診中合適中醫介入之患者；也能讓中醫部門資歷較淺的住院醫師能夠加強對於急重症的處置，增強臨床治療的技術。

4. 累積一定數量之收案患者後，可進一步的分析研究資料，針對急診的中醫介入進行發表研究論文，除了臨床業務之外，更能加強研究領域，成為醫院的特色醫療。

結論

隨著越來越多中醫介入輔助治療急症的臨床研究發表，中醫於急診的角色在未來勢必會更加受到重視。因此，規劃完整且合適於中醫和急診部門互相溝通的流程，是須要詳細規劃的，從 VAS 介入前後可發現平均從 5.88 改善至 3.09，顯示針灸介入治療確實能達到一定程度之改善，然本文謹就本院區的急診會診建置流程提供給讀者參考，未來可再朝向統計各急診病種的針灸介入治療效果，以及患者留院時間和同日急診又返診的統計，以更明確的評估中醫介入急症處置的療效。也期待未來有更多醫院的中醫科部投入急診輔助治療領域。

參考文獻

1. 陳佑邦、王永炎主編，中醫急診醫學，福建科學技術出版社，福州，pp. 2，1997。
2. 姜樹民，淺談中醫急診醫學。中國中醫急症。2009；18(12): 1933-1934。
3. 陳佑邦、王永炎主編，中醫急診醫學，福建科學技術出版社，福州，pp. 3，1997。
4. 林昭庚、李德茂、孫茂峰、許昇峰、陳必誠，新編彩圖針灸學，知音出版社，台北 pp. 1，2010。
5. Liu T, Yu JN, Cao BY, Peng YY, Chen YP, Zhang L. Acupuncture for Primary Dysmenorrhea: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Altern. Ther. Health Med.*, 2017; 23(7):pii: AT5435.
6. Ichida MC, Zemuner M, Hosomi J, Pai HJ, Teixeira MJ, de Siqueira JTT, et al. Acupuncture treatment for idiopathic trigeminal neuralgia: A longitudinal case-control double blinded study. *Chin. J. Integr. Med.*, 2017; 23(11):829-836.
7. Grillo CM, Wada RS, da Luz Rosário de Sousa M. Acupuncture in the management of acute dental pain. *J. Acupunct. Meridian Stud.*, 2014; 7(2):65-70.
8. Liu LL, Lu J, Ma HF. Clinical Trials for Treatment of Acute Lumbar Sprain by Acupuncture Stimulation of "Yaotong" and Local Ashi-points in Combination with Patients' Lumbar Movement. *Zhen Ci Yan Jiu.*, 2017; 42(1):72-75.
9. Ye Q, Xie Y, Shi J, Xu Z, Ou A, Xu N. Systematic Review on Acupuncture for Treatment of Dysphagia after Stroke. *Evid. Based Complement Alternat. Med.*, 2017; 2017:6421852.
10. Liu YT, Chiu CW, Chang CF, Lee TC, Chen CY, Chang SC, et. al. Efficacy and Safety of Acupuncture for Acute Low Back Pain in Emergency Department: A Pilot Cohort Study. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 2015; 2015:179731.
11. Chiu CW, Lee TC, Hsu PC, Chen CY, Chang SC, Chiang JY, et. al. Efficacy and safety of acupuncture for dizziness and vertigo in emergency department: a pilot cohort study. *BMC Complement Altern. Med.*, 2015; 15:173.

12. Tsai SL, Reynoso E, Shin DW, Tsung JW. Acupuncture as a Nonpharmacologic Treatment for Pain in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr. Emerg. Care.*, 2018; PEC.1619.
13. Cohen MM, Smit V, Andrianopoulos N, Ben-Meir M, Taylor DM, Parker SJ, et. al. Acupuncture for analgesia in the emergency department: a multicentre, randomised, equivalence and non-inferiority trial. *Med. J. Aust.*, 2017; 206(11): 494-499.
14. Burns JR, Kram JJF, Xiong V, Stark Casadont JM, Mullen TA, Conway N, et.al. Utilization of Acupuncture Services in the Emergency Department Setting: A Quality Improvement Study. *J. Patient Cent. Res. Rev.*, 2019; 6(2):172-178.

Original Article

An Experience of Consultation for Acupuncture in the Emergency Department of a Medical Center in Northern Taiwan

Hung-Ming Wang¹, Yen-Jung Chou¹, Wei-De Tsai², Guang-Wei Chen¹, Mao-Feng Sun^{1,3,*}

¹Department of Chinese Medicine, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

²Department of Emergency Medicine, Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

³School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

The Health Insurance Department of the Ministry of Health and Welfare has passed the "Traditional Chinese Medicine Emergency Treatment Pilot Program" since 2018. This program is mainly targeted at nine major indications under the guidance of empirical foundation, consensus of the Chinese medical community, and the Emergency Specialist Medical Association. The purpose of this plan is reducing the congestion in the emergency department and readmission rate by using TCM strategy. Our hospital formally started a TCM emergency treatment plan in January 2019. This article is mainly focus on introducing the standard operating procedure and case collection situation. According to the result, dizziness, acute abdominal syndrome and soft tissue pain were the three mainly recruited types. Patients with cancer pain, skeletal and joint pain, and dysmenorrhea were not included in our study.

Our operation procedure suggests that the Chinese physician should actively search for suitable patients for consultation, and then discuss with the emergency physician whether to receive acupuncture treatment; patients with triaged grades 3-5 are the main targets; the members of the TCM department complete the needle removal and needle abandonment actions to avoid the medical risks of acupuncture caused by unfamiliar operation procedures. In addition, arranging TCM residents to go to the emergency unit to receive ER specialist training to enhance communication between the two departments and improve the knowledge of emergency medicine. Moreover, facilitating the collaboration between ER and TCM department.

Key words: acupuncture, emergency room, operation procedure, TCM emergency treatment plan.

*Correspondence author: Mao-Feng Sun, School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University. No. 92, Sec. 2, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City 10449, Taiwan (R.O.C.), Tel: (02)2543-3535 ext. 3210, Email: billwang00015@gmail.com