



- 本期內容：
1. 認識藥物口服劑型
  2. 癲癇重積症之藥物治療
  3. 能逍遙忘憂的婦科湯劑-逍遙湯

吳秉峰 藥師  
蘇靖惠 藥師  
沈虹/涂慶業 藥師

## 認識藥物口服劑型

～ 吳秉峰 藥師 ～

### 前 言

“藥物”為以任何型式物質進入，應用到人體內可改變人體的生化功能，進而改變其生理過程。其中有效成分是藥物的一種或多種生物化學反應之活性成分(即純淨未稀釋/未切割)。至今，藥物不僅用於治療疾病，還用於診斷與預防。醫療人員必須了解藥物的各種劑型設計與傳送系統之差異，方能制訂病人的治療策略。特別在臨床上更要考慮適當的藥物劑型(dose form)，來滿足病人的臨床需求。

### 藥物傳送系統

“藥物傳送系統”(Drug delivery systems)在醫療上的定義，包括：

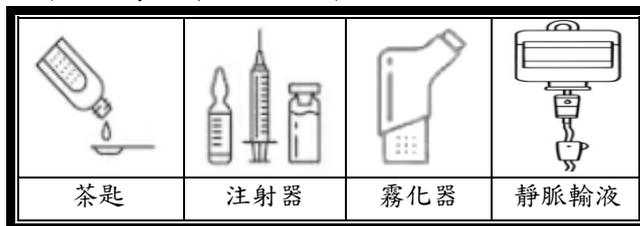
- ※用於傳送藥物的設備，例如茶匙，注射器，霧化器，靜脈輸液與幫浦。(參見圖一)
- ※影響藥物傳送的劑型特徵，例如膠囊上的塗層可抵抗胃酸的分解，進而使膠囊將藥物釋放到腸道中。
- ※將藥物傳送到體內各部位的方法，例如硝酸甘油藥物，用於治療心絞痛(心臟血液供應突然減少，引發胸部和左臂疼痛)；藉由擴張血管作用，從而增加心臟的血液供應並降低血壓；常見為舌下錠，作用快，在短時間內(約30分鐘)釋放其活性成分。

藥物根據其特性與給藥方式，會發展出不

同的傳輸系統，藥物傳送系統的選擇，取決於許多因素的考量，包括：

- 有效成分與數量
- 傳送方式
- 傳送路線
- 傳送速度
- 傳送時間
- 傳送目標

圖一：傳送藥物的設備



### 口服給藥途徑

藥物口服劑型的設計是藉由胃腸道的吸收，再進一步引發全身性作用。口服劑優點有方便使用，給藥接受度高；此途徑的缺點包括作用較慢，吸收度不規則，胃酸的破壞，以及不適用於高分子量藥物。口服劑型的種類分為液體(溶液劑，懸浮劑，醃劑和糖漿劑)，與固體(錠劑，膠囊劑，粉末劑，顆粒劑)。說明如圖二所示。

### 各類藥品劑型說明

藥物口服劑型可由兩個部分構成，具治療藥效的活性藥品成分與不具治療功能的賦形劑

圖二：藥物口服劑型的種類



組合製成。因應藥物本身的特性，加上不同賦形劑的應用，便研發出多種的口服劑型，提供於臨床治療的需求，常見的劑型有：

(1) **溶液劑(Solution)**：兩種或多種成分的混合物，形成均一分散單相。與固體劑型相比，溶液吸收更快，對胃腸道粘膜的刺激較小。缺點包括微生物污染以及活性成分的水解。在口服溶液劑中可能會使用多種添加劑，包括緩衝劑、調味劑，抗氧化劑和防腐劑。它為新生兒和吞嚥困難病人提供了方便的藥物給藥方式。

(2) **懸浮劑(Suspension)**：不溶性藥物顆粒在水性液體介質中的粗分散體，通常直徑  $>1\mu\text{m}$ 。可運用在不溶性或難溶性藥物，或是需要在胃腸道中存在細分形式來使用。除上述用於溶液的賦形劑外，懸浮液還包括有表面活性劑和增稠劑。表面活性劑可潤濕固體顆粒，確保顆粒容易分散在整個液體中；增稠劑降低了顆粒沉降到容器底部的速度。

(3) **醃劑(Elixir)**：用於苦味或噁心藥物的甜味劑，通常為水-醇溶液；水-醇特性允許在一定範圍內將水溶性和醇溶性物質分佈在溶液中。

(4) **糖漿劑(Syrup)**：是含或不含調味劑和水溶性藥物的糖或糖替代品的濃水溶液。最常使用的是蔗糖，通常含有 60-80%。內含助溶劑、增溶劑、增稠劑或穩定劑。

(5) **錠劑(Tablet)**：通過壓製產生的固體劑型，可包含一種或多種活性成分以及其他的藥理成分。這些成分包括稀釋劑、粘合劑(促進錠劑中材料的粘附)、潤滑劑(使錠劑具有光澤)、崩散劑(幫助分解成分)、增溶劑(保持溶液中的成分或幫助成分進入體內的溶液)、著色劑和塗料。錠劑有明顯的味道，通常加入調味劑。

另外，膜衣錠的膜衣設計用於保護錠劑中

成分的穩定性、改善外觀、風味或使易於吞嚥，或設計藥物緩慢釋放，使藥效持續或延遲。

錠劑的物理和化學穩定性通常優於液體劑型，但主要缺點有起始效果較慢，因為需要先進入胃腸道，經過崩解與溶解後，透過腸壁來吸收，如遇水溶性或吸收度較差的藥物，其生體可用率亦較低，甚至某些藥物可能引起局部胃腸道粘膜之刺激。

(6) **膠囊劑(Capsule)**：通常由明膠製成，並填充有活性成分和賦形劑，內含有一種或多種藥理惰性的填充劑或稀釋劑，可能還包含崩解劑、增溶劑、防腐劑、著色劑。

膠囊劑設計上有兩種常見的類型：用於固體填充劑的硬明膠膠囊和液體填充或半固體填充劑的軟明膠膠囊。明膠軟膠囊適合於水溶性較差的藥物，由於它們可提供良好的胃腸道藥物釋放和吸收能力，故價格上會比錠劑貴些，同時也具有一些優點，例如：藥物粒徑的一致性，掩蓋活性成分的氣味，並具避光性。

(7) **粉末劑(Powder)**：使用藥物粉末與其他粉末狀賦形劑混合所產生，粉末比液體劑具有更好的化學穩定性，並且比錠劑或膠囊劑在溶解時更快。由於溶解速率較快，相對在吸收程度上亦較好。但與其他劑型相比，粉劑的味道會更明顯。

(8) **顆粒劑(Granule)**：是一種由粉末顆粒組成的劑型，這些粉末顆粒已聚集形成較大的團塊，直徑通常為 2-4 毫米。製粒過程可改善儲存或給藥過程中粒徑的分離缺點(即在溶解和吸收之前先解聚)，可保持投予劑量的精確性。

### 注意事項與衛教資訊

大多數藥劑沒有塗層(coating)。塗層可以掩蓋錠劑的苦味，並防止在胃中破壞，或延遲藥物進入腸道的釋放。常見的膜衣錠劑設計包括：糖衣，薄膜或腸溶衣。

※ **糖衣錠(Sugar-coated tablet, SCT)**含有一層糖，可以保護藥物並改善外觀和風味。糖衣的設計通常可改善其味道並增進病人服藥的依從性，但缺點是它會增加錠劑體積，使得更難以吞嚥。

※ **薄膜衣錠(Film-coated tablet, FCT)**外層包含一層聚合物膜(一種非常大分子的物質)，該聚合物可溶於水或不溶於水；薄膜衣比糖衣

更薄，重量更輕，製造成本亦較低，藉由外觀的著色來增加吸引度。

### 特殊劑型與臨床應用

※ **腸溶錠**(Enteric-coated tablet, ECT)可用於易被胃酸破壞的藥物，因為這類藥物可能會刺激食道或胃，或者在腸道中更好吸收。特殊劑型的設計在於抵抗胃液的酸性 pH 破壞，並在達到小腸或大腸較高 pH 時釋放活性成分，特別在有嚴重胃腸道發炎的病人上使用。以下表一為院內藥物品項：

表一：院內藥物：腸溶劑品項

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>腸溶劑型：對酸不安定性，易受胃酸破壞而失效</b>        |  |
| Aspirin 100mg/Cap                   |  |
| Aspirin 25mg+Dipyridamole 200mg/Cap |  |
| Duloxetine 30mg/Cap                 |  |
| Esomeprazole 40mg/Tab               |  |
| Mesalazine 500mg/Tab                |  |
| Pancrelipase 280mg/Cap              |  |
| Rabeprazole 20mg/Tab                |  |
| Sulfasalazine 500mg/Tab             |  |

※ **緩釋藥物**(Controlled-release medication)的設計，在於調節藥物從錠劑釋放到體內的

表二：院內緩釋劑型藥物品項

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>緩釋劑型：如破壞原有劑型，將喪失藥物長效作用，導致劑量全部釋出，引起不良反應。</b> |                                      |
| Alendronate 70 mg+Colecalciferol 140mcg/Tab    | Nifedipine 30mg/Tab                  |
| Bupropion XL150mg/Tab                          | Oxybutynin E.R 5mg/Tab               |
| Carbamazepine Slow-Release 200mg/Tab           | Paliperidone 3mg/Tab                 |
| Diclofenac SR. 75mg/Tab                        | Paliperidone 9mg/Tab                 |
| Diltiazem 90mg/Tab                             | Pentoxifylline 400mg/Tab             |
| Doxazosin 4mg/Tab                              | PraMipexole P.R. 0.375mg/Tab         |
| Felodipine 5mg/Tab                             | PRAMIPEXOLEP.R. 1.5mg/T              |
| FLUVASTATIN XL 80mg/Tab                        | QUETIAPINE XR 200mg/Tab              |
| Hydromorphone 8mg/Tab                          | Ropinirole Prolonged Release 4mg/Tab |
| L-dopa 100mg+Benserazide 25mg/Tab              | Theophylline 125mg/Cap               |
| MethylPheNidate 20mg/Cap                       | Theophylline 200mg/Cap               |
| METHYLPHENIDATE ER 18mg/Tab                    | Tramadol 100mg/Tab                   |
| MethylPhenidate ER 36mg/Tab                    | VALPROATE SODIUM 500mg/Tab           |
| Morphine Sulphate 60mg/Cap                     | VENLAFAXINE 75mg/Cap                 |
| MORPHINESULPHATE 30mg/Tab                      | Venlafaxine SR 75mg/Cap              |

速率。這樣的劑型可以改變活性藥物的溶解或釋放速率，提供優於常規劑型的治療優勢，但是不能剝半或磨碎。院內藥物品項列於表二。

### 結語

本次分享藥物口服劑型主題，除了要考慮病人臨床上實際需求外，也要了解每種口服劑型在藥物動力學上的差異性，提高個別療效，以減少副作用為目標，進而增進病人服藥之依從性，如此方能充份發揮各種口服劑型的優勢，共同維護病人之用藥安全。所以在服用藥物之前，一定要看清楚用藥指示，如有任何疑問，請隨時諮詢醫師或藥師。

### 參考資料

1. Jannes van der Merwe, Jan Steenekamp, Dewald Steyn and Josias Hamman. The Role of Functional Excipients in Solid Oral Dosage Forms to Overcome Poor Drug Dissolution and Bioavailability. *Pharmaceutics* 2020, 12, 393.
2. *Drugs, Dose Forms, and Delivery Systems*. Chapter 3, 47-73.
3. 中國醫藥大學附設醫院西藥處方集 14 版
4. 中國醫藥大學附設醫院藥品查詢系統
5. 藥物仿單

# 癲癇重積症之藥物治療

～ 蘇靖惠 藥師 ～

## 前 言

重積性癲癇 SE (Status Epilepticus) 是相對常見的神經系統急症，若未及時治療可能造成腦部損傷甚至死亡。重積性癲癇依發作的型態分為全身抽搐性 GCSE (generalized convulsive status epilepticus) 及非抽搐性 NCSE (non-convulsive status epilepticus)，其中又以全身抽搐性癲癇重積症為最常見且最為嚴重。

全身抽搐性癲癇 GCSE 的定義為(1)持續癲癇發作時間超過5分鐘或(2)連續反覆的癲癇發作，且兩次發作期間病患的意識未完全恢復至發作前的狀態，且一旦病患連續發作期間超過30分鐘，造成長期併發症的機率會大幅的增加，以下會對GCSE的病因、治療流程及藥物作介紹。

## 病 因 學

癲癇發作的詳細機轉不甚明確，通常認為與興奮性(例如：glutamate, calcium, sodium, substance P, and neurokinin B)及抑制性(例如：GABA, adenosine, potassium, neuropeptide Y, opioid peptides and galanin)神經傳導物質失衡有關，一般當單次、短暫(小於5分鐘)的大發作後，癲癇的閾值會提升並讓大腦恢復正常的抑制機制，防止再次過度興奮發生，但當癲癇發作次數過於緊密或刺激癲癇的因素疊加會破壞大腦的自我保護機制，使癲癇發作變成持續、無法停止而形成癲癇重積症。

成人及孩童造成GCSE的原因有些差別，以剛出生的新生兒來說，若母親是藥物成癮者，新生兒可能會因為出生後產生藥物戒斷而引起癲癇發作，另外維生素B6缺乏也是造成新生兒發生GCSE的主要原因，可以藉由注射pyridoxine(50-100mg)來緩解，急性腦病及代謝紊亂是小於一歲兒童常見造成GCSE的原因，而發燒及病毒感染為大於一歲

表一：成人發生 GCSE 常見病因

|  |
|--|
| 腦部結構受損：腦中風、腦創傷、蜘蛛膜下腔出血或腦缺氧、感染(腦炎、腦膜炎或腦膿瘍)、腦部腫瘤   |
| 抗癲癇藥物順從性不佳：癲癇病人突然中斷藥物使用或血中藥物濃度低於治療範圍   |
| 酒精或鎮靜藥物(Barbiturates, Benzodiazepines)戒斷症狀   |
| 代謝異常：低血糖、高血糖、肝性腦病變、尿毒症、低血鈉、低血鈣或低血鎂或敗血症   |
| 使用降低癲癇閾值的藥物<br>Theophylline, imipenem, 高劑量 penicillin G, cefepime, quinolone antibiotics, metronidazole, isoniazid, tricyclic antidepressants, bupropion, lithium, clozapine, flumazenil, cyclosporine, lidocaine, bupivacaine |
| 自體免疫性腦炎(Autoimmune encephalitis)，以抗體攻擊電閘門性鉀離子通道及 NMDA 受體為最常見。  |

兒童發生GCSE的常見原因。成人常見造成GCSE的原因包括腦血管疾病、藥物或酒精戒斷、抗癲癇藥物服藥順從性不佳或藥物濃度不足等(參見表一)，當病患發生GCSE時，除了抗癲癇藥物的治療，也需要檢視造成發生GCSE的病因給予排除及治療。

## 治 療

全身抽搐性癲癇GCSE治療目標，短期為1.立即終止所有臨床上及電神經學上的癲癇發作，2.沒有明顯的副作用發生及3.降低反覆發作，長期目標則為降低或避免產生抗藥性的癲癇或影響生活品質的神經系統後遺症。GCSE依循連續發作的時間，將其分為四個治療階段：(一) 0-5分鐘為穩定期，(二) 5-20分鐘為初始治療階段，(三) 20-40分鐘為第二治療階段(四) 40-60分鐘及以上為第三治療階段(參見表二)。

| 時間       | 階段     |                  | 定義                                   |
|----------|--------|------------------|--------------------------------------|
| 0-5 分鐘   | 穩定期    | Impending GCSE   | 開始發生抽搐性的癲癇發作                         |
| 5-20 分鐘  | 初始治療階段 |                  |                                      |
| 20-40 分鐘 | 第二治療階段 | Established GCSE | 癲癇發作持續 > 20 分鐘或 20 分鐘內反覆發作且意識未恢復原本狀態 |
| 40-60 分鐘 | 第三治療階段 | Refractory GCSE  | 已使用兩種抗癲癇藥物,但仍持續有癲癇發作                 |
| >24 小時   |        | Supra-refractory | 當接受麻醉後 24 小時仍有癲癇發作或在降低麻醉劑量期間再度發生 SE  |

(一) 穩定期(0-5分鐘)

1. 首要監測生命徵象並保持穩定的血循環動力學、呼吸狀態,必要時須給予氧氣面罩或考慮插管。
2. 建立靜脈注射管路以方便後續給予藥物治療。
3. 監測血糖,低血糖造成 GCSE 的機率相對不高,但當血糖值 <60mg/dL 時應立即注射 glucose: 成人給予 50mL 50% dextrose solution, 兒童 >2 歲給予 2mL/kg 25% dextrose solution, <2 歲給予 4mL/kg 12.5% dextrose solution。若病患有酗酒習慣需考慮 Wernicke's encephalopathy 於注射 glucose 前應給予 IV thiamine 100mg。
4. 監測血中電解質(包含鈣、鎂、磷)、全血球計數及肝腎功能。
5. 有發燒情形必須積極退燒,尤其在小兒病患高燒是引起 GCSE 常見原因。
6. 若病患有長期服用抗癲癇藥物需審視服藥順從性,並監測藥物血中濃度。
7. 懷疑有中樞神經感染,需進行血液培養及腰椎穿刺,盡早給予經驗性抗生素治療。
8. 即使已無癲癇發作的臨床症狀,腦部可能仍有不正常放電情形,對於意識沒有完全恢復的病人應進行腦波 EEG 檢查。

(二) 初始治療階段(5-20 分鐘)

第一線治療的藥物為 BZD (Benzodiazepines)類,若病人有靜脈注射管路可以選擇 IV lorazepam 或 IV diazepam, 二者的差別在於 diazepam 相對 lorazepam 有較高的脂溶性較快速的分布到中樞系統,但也因為脂溶性高會快速地再分佈到脂肪中導致在中樞系統內的半衰期較短,lorazepam 雖然到達中樞系統所需時間較

長,但再分布的比率小、半衰期較長,跟 BZD 受體的親和力也較 diazepam 高,所以能有較長的抗癲癇效果。輸注給藥時應注意的是 lorazepam 及 diazepam 製劑中都含有 propylene glycol(PG)助溶劑,若輸注時間太快可能導致心律不整或低血壓,在大劑量或長時間輸注下可能產生 PG 的毒性,如高滲透壓、代謝性酸中毒、近端腎小管壞死的不良反應。當病人沒有靜脈注射管路或為院外送急診的病人,應考慮 IM midazolam,相較於前述兩者其水溶性較高且半衰期極短,但肌肉注射有較好的吸收率,是無靜脈注射管路時的首選藥物(參見表三)。

| 藥物        | 單次劑量  |
|-----------|---|
| Lorazepam | IV: 0.1 mg/kg/dose, max 4 mg/dose, 輸注速率 < 2 mg/min      |
| Diazepam  | IV: 0.15-0.2 mg/kg/dose, max 10mg/dose, 輸注速率 < 5 mg/min |
| Midazolam | IM: 體重 > 40kg 給予 10mg, < 40kg 給予 5mg                    |

三種藥物可視病人癲癇控制狀況,5 分鐘後無法控制可再給一個劑量。

(三) 第二治療階段(20-40 分鐘)

第一線藥物使用後仍無法有效控制癲癇發作時,則需考慮第二線較長效的藥物治療,包括 phenytoin, valproate, levetiracetam, lacosamide 或 phenobarbital。Phenytoin 半衰期約 20-36 小時,比較 BZD 及 phenobarbital 不容易造成低血壓及鎮靜,phenytoin 酸鹼值 pH 高、偏鹼性容易造成注射部位疼痛、血管炎或組織壞死,稀釋濃度應低於 5 mg/mL 並且使用 0.9% Sodium Chloride 稀釋,若使用含有葡萄糖溶液稀釋

會使注射液產生細小結晶。此外 phenytoin 因產生基因相關的嚴重皮膚副作用及藥物-藥物的交互作用，在治療選擇上有較多用藥限制。近期的治療指引建議在第一線 BZD 類藥物無法控制癲癇後可選擇 IV valproate 及 IV levetiracetam，兩者與 phenytoin 在控制癲癇的效果相近，但與 phenytoin、BZD、phenobarbital 相較，不會影響血壓、心律或呼吸狀態，也較無鎮靜效果；不過 valproate 因代謝作用關係可能引起肝毒性或高血氨性腦病變，對於有肝臟疾病的病人須謹慎使用。levetiracetam 不經由肝臟代謝，藥物的交互作用較少且使用上也較無禁忌症，對於有肝臟疾病的病患是較合適的選擇。在 2016 年美國癲癇學會出版的治療指引中曾建議可使用 IV phenobarbital 作為第一線的替代藥物，可以有效的抑制發作，高劑量給予時幾乎能抑制各類型的癲癇，不過因為吸收慢，比 BZD 造成低血壓及呼吸抑制的機率高，且半衰期長達 87-100 小時以致延長鎮靜效果，侷限了 phenobarbital 作為第一線的藥物選擇；從近期的研究及治療指引建議可做為 phenytoin、valproate、levetiracetam 無法使用或皆治療失敗時的藥物選擇。(參見表四)

(四) 第三治療階段(40-60 分鐘)- 頑固重積階段 Refractory Status

病患接受 BZD 藥物及單次第二治療階段藥物後仍無法停止癲癇發作，此時已進入頑固重積階段，此時死亡率會大幅提升且腦部傷害及產生神經系統併發症的機率也提高，在此階段建議給予病人麻醉以減少腦部不正常的放電及活動，給予麻醉前要先確保病人已接受插管且呼吸狀態平穩，並建議使用連續性腦波監測 EEG 來確定癲癇控制效果。麻醉藥物的使用建議，包含 midazolam、

propofol、pentobarbital、thiopental，可以根據病患本身疾病狀態、藥物特性及副作用來選擇適合的麻醉藥品，給予藥物起始劑量後，再依據癲癇控制情況調整維持劑量，並建議即使癲癇發作已停止仍需維持麻醉劑量至少 24 小時後，再進行劑量調降的計畫。(參見表五)。

表五:第三治療階段 - Refractory Status

| 藥物名稱          | 起始劑量                       | 維持劑量             |
|---------------|----------------------------|------------------|
| Midazolam     | 0.2mg/kg IV, bolus 2mg/min | 0.05-0.1mg/kg/hr |
| Propofol      | 1-2mg/kg IV, bolus >5 min  | 0.3-4mg/kg/hr    |
| Pentobarbital | 5mg/kg IV>10 min           | 1-5mg/kg/hr      |
| Thiopental    | 3-5mg/kg IV bolus          | 3-5mg/kg/hr      |

(五) 極頑固重積狀態 Super- Refractory Status

若病患接受全身麻醉24小時後仍無法讓癲癇發作完全停止，或是在調降麻醉劑量期間又再度癲癇發作，此時即稱病人進入極頑固重積狀態，癲癇發作的時間越長會導致中樞系統抑制性的GABA受體減少、興奮性的NMDA受體增加，這或許是導致第一、二線藥物治療失效的原因之一，有許多研究發現 ketamine 能抑制NMDA受體，或許可作為當麻醉藥物無法有效控制癲癇的治療選項。使用 ketamine 的優點是能提升血壓、心跳及心輸出量，若病人的血循動力不穩定會有幫助，但 ketamine 也有可能造成幻覺、眼壓及腦壓升高使用上仍需注意，常用起始劑量為 3 mg/kg 並根據病患狀況調整維持劑量 1-10 mg/kg/hr。除此之外，免疫治療或低溫

表四:第二治療階段(Second-therapy Phase)

| 藥名  | 單次劑量                                       | 給藥注意事項  |
|---|--|---|
| Phenytoin                                 | 20mg/kg, max:2g/dose                       | 輸注速率 < 50mg/min；若為老年或有心臟病史病患，輸注速率減半為 25mg/min |
| Levetiracetam                             | 1000-3000mg IV or 60mg/kg, max:4500mg/dose | 輸注時間 >15 分鐘                                   |
| Valproate                                 | 40mg/kg, max:3000mg/dose                   | 輸注速率可達 10mg/kg/min                            |
| 上列藥物單次劑量仍無法在期間內控制癲癇發作，可考慮再加上列另一種藥物或下列替代藥物 |  |   |
| Phenobarbital                             | 15-20mg/kg/dose                            | 輸注速率為 30-50mg/min，最高 < 100mg/min              |
| Lacosamide                                | 200-400mg/dose                             | 輸注時間 >15 分鐘                                   |

療法雖無強烈證據支持但仍可作為治療 super-refractory SE 的治療選項。

## 結 語

癲癇重積症 SE 是一神經學急症，如果不立即治療控制可能提高腦部損傷及死亡機率；若癲癇持續發作超過五分鐘或連續反覆發作，且兩次發作期間內意識未恢復至原本狀態即定義為癲癇重積症。SE 治療須同時監測生命徵象、呼吸狀態、血液生化、神經學影像檢查，以排除可能導致癲癇發作的病因。第一階段治療首選 BZD 類藥物治療，包括 IV lorazepam、diazepam 或 IM midazolam，當給予 BZD 類藥物後癲癇無法停止就需考慮加上抗癲癇藥物包含 levetiracetam、valproate、phenytoin、phenobarbital 或 lacosamide；若病患接受第二階段治療仍無法控制癲癇，則定義為頑固重積階段，建議加入麻醉藥物進行全身麻醉，這類用藥包含 midazolam、propofol、

pentobarbital 或 thiopental sodium。接受麻醉後仍無法控制的癲癇，還可考慮 ketamine 或其他治療方法(例如：免疫治療、低溫療法)。

## 參考資料

1. 2012 Neurocritical Care Society, Guideline for Evaluation and Management of Status Epilepticus
2. 2016 American Epilepsy Society, Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults
3. 2020 The Walton Centre, Status Epilepticus Guideline
4. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 11e; Chapter 74. Status Epilepticus
5. UpToDate, Convulsive status epilepticus in adults: Classification, clinical features, and diagnosis
6. UpToDate, Convulsive status epilepticus in adults: Treatment and prognosis

# 能逍遙忘憂的婦科湯劑-逍遙湯

～ 沈虹/涂慶業 藥師 ～

## 前 言

莊子《逍遙遊》主張萬物各任其性，不受外物所累，即可逍遙自在；在中醫藥方劑中也有一帖名方稱「逍遙散」。逍遙散出自於宋代《太平惠民和劑局方》卷九，「治婦人諸疾」篇，所治為血虛勞倦，五心煩熱，肢體疼痛，頭目昏重，心忪頰赤，口燥咽乾，發熱盜汗，減食嗜臥，及血熱相搏，月水不調，臍腹脹痛，寒熱如瘧。又療室女血弱陰虛，榮衛不和，痰嗽潮熱，肌體羸瘦，漸成骨蒸。由上述可知宋朝此方最初用於婦科虛勞有熱，病機大致為血不足又陰虛久而化熱，導致血熱相搏；到清代顧錫《銀海指南》內多處提到逍遙散臨床應用，如文中所述「凡肝膽兩經鬱火，以致脅痛頭眩，或胃脘當心而痛，或肩胛絆痛，或時眼赤痛，連及太陽，婦人鬱怒傷肝，致血妄行，赤白淫閉，沙淋崩濁等症，俱宜此方(局方的逍遙散)

加減治之。」這邊臨床病機可見擴展應用到「肝鬱」方面。至今台灣中藥典200基礎方，逍遙散的效能為疏肝解鬱、養血健脾，適應證血虛勞倦、頭目昏重、月經不調、神疲食少、榮衛不和，此方主要用在脾虛肝鬱上，即血虛、脾弱和肝鬱情況就符合使用此方。

何以逍遙散會和婦科息息相關？古時婦女礙於禮教規範，情志長期壓抑，又出門就診不易，因此宋朝《和劑局方》類似成藥處方集，以消搖散又或逍遙散命之，其中「消」可為陽動冰消，雖耗但不竭其本，意思是這帖藥不會過度耗損身體機能，如同太陽出來冰消融，但不改其仍為水的本質；而「搖」指如舟行水搖，雖動但不傷其內，藥物調整生理功能而不造成機體損傷，整體而言表達此方安全性高及藥性多屬溫和；另一說是指服用此方後，原本氣機阻滯，脾弱消化機能不佳且肝失條達，疏泄鬱阻可改善人就逍遙自適。

婦科目前臨床應用逍遙散，不論是經期期間經痛、腹痛；經期前幾日的乳房脹痛不適；情志怫鬱不舒、頭暈目眩、神疲食少，這都和中醫肝生理功能產生障礙密切相關，又或更年期症候群，常感疲倦，身體溫度自覺偶時冷又偶時熱，也可能是一下不熱一下很熱，如同潮水，謂之潮熱，晚上虛熱盜汗導致失眠，內心有種莫名驚恐感為之心鬆，因為內有虛熱，臉頰顴邊會紅，手足掌心熱烘烘情況等，以柴胡、薄荷較輕劑量可疏肝解鬱，調暢氣機，當歸補血養血，芍藥劑量偏大，佐以甘草可以解除因肝鬱氣滯造成的經脈攣急的脹痛，又苓、朮、草為健脾胃四君子湯化裁，用在肝氣鬱結木不疏土所致消化機能失常。

本院自製的逍遙湯，是由中醫師依據更年期婦女常見症狀以逍遙散為基礎，加減化裁研發製作的中藥液包，提供臨床治療應用。

### 基原、性狀、功效主治

逍遙湯組成藥物有白芍、柴胡、薄荷、甘草、夜交藤、鉤藤、山梔子、炒酸棗仁、牡丹皮、甜菊葉其功效分別介紹如下：

1. 白芍：為毛茛科多年生草本植物芍藥 *Paeonia lactiflora* Pall. 的根。性狀為根圓柱形，粗細較均勻，大多順直。質堅實而重，不易折斷，斷面灰白色或微帶棕色，角質樣，木部有放射狀紋理。氣微，味微苦而酸。以根粗長勻直、皮色光潔、質堅實、斷面粉白色、粉性大、無白心或裂斷痕者為佳。功效能平肝止痛，養血調經，斂陰止汗。用於頭痛眩暈，脅痛，腹痛，四肢攣痛，血虛萎黃，月經不調，自汗，盜汗。

①《本經》：“主邪氣腹痛，除血痺，破堅積，治寒熱疝瘕，止痛，利小便，益氣。”②《別錄》：“通順血脈，緩中，散惡血，逐賊血，去水氣，利膀胱、大小腸，消癰腫，治時行寒熱，中惡腹痛，腰痛。”③《藥性論》：“治肺邪氣，腹中疝痛，血氣積聚，通宣臟腑擁氣，治邪痛敗血，主時疾骨熱，強五臟，補腎氣，治心腹堅脹，婦人血閉不通，消瘀血，能蝕膿。”

2. 柴胡：為繖形科多年生草本植物柴胡 *Bupleurum chinensis* DC (北柴胡) 和狹葉柴胡 *B. scorznerifolium* Willd (南柴胡) 的根或全草。質硬脆，易折斷，斷面較平坦，淡棕色，形成層環色略深。氣微香，有油腥氣。以根粗

長、無莖苗、鬚根少者為佳。功效能和解表裡，疏肝，升陽。用於寒熱往來，胸滿脅痛，口苦耳聾，頭痛目眩，瘧疾，下利脫肛，月經不調，子宮下垂。①《本經》：“主心腹腸胃中結氣，飲食積聚，寒熱邪氣，推陳致新。”②《別錄》：“除傷寒心下煩熱，諸痰熱結實，胸中邪逆，五藏間遊氣，大腸停積，水脹，及濕痺拘攣。亦可作浴湯。”③《藥性論》：“治熱勞骨節煩疼，熱氣，肩背疼痛，宣暢血氣，勞乏羸瘦；主下氣消食，主時疾內外熱不解，單煮服。”

3. 薄荷：為唇形科薄荷屬植物薄荷 *Mentha haplocalyx* Briq. 及同屬近緣植物之乾燥地上部分。揉搓後有特殘香氣，味辛、涼。以葉多、色綠、氣味濃者為佳。功效能宣散風熱。清頭目，透疹。用於風熱感冒，風溫初起，頭痛，目赤，喉痺，口瘡，風疹，麻疹，胸脅脹悶。

①《藥性論》：“去憤氣，發毒汗，破血止痢，通利關節。”②《千金·食治》：“卻腎氣，令人口氣香潔。主辟邪毒，除勞弊。”③《唐本草》：“主賊風，發汗。(治)惡氣腹脹滿。霍亂。宿食不消，下氣。”

4. 甘草：為豆科植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、脹果甘草 *G. Bat.* 或光果甘草 *G. glabra* L. 的乾燥根及根莖。甘草根呈長圓柱形，表面紅棕色、暗棕色或灰褐色，有明顯的皺紋、溝紋及橫長皮孔，並有稀疏的細根痕，以皮細緊、色紅棕、質堅實、斷面色黃白、粉性足者為佳。功效能補脾益氣，清熱解毒，祛痰止咳，緩急止痛，調和諸藥。用於脾胃虛弱，倦怠乏力，心悸氣短，咳嗽痰多，脘腹、四肢攣急疼痛，癰腫瘡毒，緩解藥物毒性、烈性。①《本經》：“主五臟六府寒熱邪氣，堅筋骨，長肌肉，倍力，金瘡腫，解毒。”②《別錄》：“溫中下氣，煩滿短氣，傷臟咳嗽，止渴，通經脈，利血氣，解百藥毒。”③《藥性論》：“主腹中冷痛，治驚癇，除腹脹滿；補益五臟；制諸藥毒；養腎氣內傷，令人陰不痿；主婦人血瀝腰痛；虛而多熱；加而用之。”

5. 夜交藤(即首烏藤)：蓼科植物何首烏 *Polygonum multiflorum* Thunb. 之乾燥藤莖。藤莖長圓柱形，表面棕紅色或棕褐色，粗糙，有明顯扭曲的縱皺紋及細小圓形皮孔。質脆，易折斷，斷面皮部棕紅色，木部淡黃色，導管

孔明顯，中央為白色疏鬆的髓部。氣無，味微苦、澀。以枝條粗壯、均勻、外皮棕紅色者為佳。功效養心，安神，通絡，祛風。用於失眠，勞傷，多汗，血虛身痛，癰疽，瘰癧，風瘡疥癬。①《綱目》："風瘡疥癬作癢，煎湯洗浴。"

②《本草再新》："補中氣，行經絡，通血脈，治勞傷。"③《本草正義》："治夜少安寐。"

6. 鉤藤：為茜草科植物鉤藤 *Uncaria rhynchophylla* (Miq.) Jacks.、大葉鉤藤 *U. macrophylla* Wall.、毛鉤藤 *U. hirsuta* Havil.、華鉤藤 *U. sinensis* (Oliv.) Havil. 的乾燥帶鉤莖枝。莖枝圓柱形或類方柱形。表面紅棕色至紫棕色或棕褐色，對生兩個向下彎曲的鉤或僅一側有鉤，均以質堅、色紅褐或棕褐、有鉤者為佳。功效能清熱平肝，息風定驚。用於頭痛眩暈，感冒夾驚，驚癇抽搐，妊娠子癇；高血壓。①《別錄》："主小兒寒熱，驚癇。"②《藥性論》："主小兒驚啼，癩癧熱壅。"③《日華子本草》："治客忤胎風。"

7. 山梔子：為茜草科植物梔子 *Gardenia jasminoides* Ellis 的乾燥成熟果實。果實倒卵形、橢圓形或長橢圓形。表面紅棕色或紅黃色，微有光澤，種子多數，扁橢圓形或扁矩圓形，聚成球狀團塊，棕紅色，氣微，味微酸苦。以皮薄、飽滿、色紅黃者為佳。功效能瀉火除煩，清熱利尿，涼血解毒。用於熱病心煩，黃疸尿赤，血淋澀痛，血熱吐衄，目赤腫痛，火毒瘡瘍；外治扭挫傷痛。①《本經》："主五內邪氣，胃中熱氣，面赤，酒皰皴鼻，白癩，赤癩，瘡瘍。"②《本草經集注》："解躑躅毒。"③《別錄》："療目熱亦痛，胸心、大小腸大熱，心中煩悶，胃中熱氣。"

8. 炒酸棗仁：為鼠李科植物酸棗 *Ziziphus jujuba* Mill. var. *spinosa* (Bunge) Hu ex HFChou 的乾燥成熟種子。種子扁圓形或扁橢圓形。表面紫紅色或紫褐色，平滑有光澤，種皮較脆，胚乳白色，子葉兩片，淺黃色，富油性。氣微、味淡。以粒大、飽滿、有光澤、外皮紅棕色、種仁色黃白者為佳。炮製：炒酸棗仁炒後種皮鼓起開裂，易於粉碎和煎出；同時炒製能起到殺酶保苷的作用。其作用與生酸棗仁相近，養心安神作用強於生酸棗仁。功效能補肝，寧心，斂汗，生津。用於虛煩不眠，驚悸

多夢，體虛多汗，津傷口渴。①《本經》："主心腹寒熱，邪結氣聚，四肢酸疼，濕痺。"②《別錄》："主煩心不得眠，臍上下痛，血轉久洩，虛汗煩渴，補中，益肝氣，堅筋骨，助陰氣，令人肥健。"③《藥性論》："主筋骨風，炒末作湯服之。"

9. 牡丹皮：為毛茛科植物牡丹 *Paeonia suffruticosa* Andr. 的乾燥根皮。根皮呈筒狀、半筒狀或破碎成片狀，有縱剖開的裂隙，兩面多向內捲曲。外表面灰褐色或紫褐色，粗皮脫落處顯粉紅色，內表面棕色或淡灰黃色，有細縱紋，常見發亮的銀星（牡丹酚結晶）。質硬而脆，易折斷，斷面較平坦，顯粉性。有特殊濃厚香氣，味微苦涼，嚼之發澀，稍有麻舌感。功效能清熱涼血，活血化瘀。用於溫毒發斑，吐血衄血，夜熱早涼，無汗骨蒸，經閉痛經，癰腫瘡毒，跌撲傷痛。①《本經》："主寒熱，中風痙瘓、瘕、驚癇邪氣，除症堅瘀血留舍腸胃，安五臟，療癰瘡。"②《別錄》："除時氣頭痛，客熱五勞，勞氣頭腰痛，風噤，癩疾。"③《藥性論》："治冷氣，散諸痛，治女子經脈不通，血瀝腰疼。"

10. 甜菊葉：為菊科植物甜葉菊 *Sterua rebaudiana* (Bertoni) Hemsl. 的葉。多破碎或皺縮，草綠色，完整的葉片展平後呈倒卵形至寬披針形；薄革質，質脆易碎。氣微，味極甜。功效能生津止渴；降血壓。用於消渴；高血壓病。①《新華本草綱要》：有降低血糖和降血壓作用，沖開水泡飲，治糖尿病。國外民間用葉及莖泡茶飲，作為口服避孕藥。

## 結 語

中醫認為女性在接近停經期前後，是腎氣漸衰，天癸（月經）將竭的徵兆。特別是腎主性與生殖功能，這都和腎中所藏精氣有密切關係。天癸屬於陰精，天癸漸竭，雌激素下降，腎陰便開始出現不足現象。當腎的陰陽失調，影響到五臟六腑，尤其是心、肝、脾，進而造成全身的諸多症狀，在傳統中醫稱為經斷前後諸證，此時容易會有氣血陰陽不調和的現象出現。“急則治其標”，中醫調理更年期症候群主要的方向為症狀治療，與調整不穩定的體質：

如偏寒偏熱、氣虛或血虛等，用較為平和的中藥，調整身體五臟六腑的氣血陰陽平衡，待身體可適應雌激素缺乏的狀況後，便可停止治療。大部份的婦女在面臨更年期時，常會因荷爾蒙變化而有體質的改變，出現肝腎陰虧或陰虛火旺的表現，因此要盡量避免進補與油炸辛辣的飲食習慣，因為進補與燥熱的食物，會加重潮熱盜汗與失眠的問題。

更年期是女性正常生理的轉變過程之一，原本不須過於擔心。不過由於現代女性的社會角色較為特殊且多重，加上生活環境與工作壓力等因素，當生理上感受到荷爾蒙功能的驟失，意味著體內正處於陰陽失衡，臟腑氣血失調的狀態，導致情緒很容易受到外界事物和環境的影響，變化較多，起伏不定。如何讓更年期伴隨的症狀減緩，安穩度過這個時期，是主要的治療目標。逍遙湯藥性不寒不熱，不散不

斂。為調肝理脾健胃良劑。它不僅能治內科由於肝鬱氣滯、脾失運化所致的各種病症，而且還對婦產科由於肝脾失調所致的月經病、帶下病、妊娠病、產後病和其它婦科雜症等均有較好的療效。

### 參考資料

1. 台灣中藥典第三版 行政院衛生署編印。
2. 中華本草 上海科學技術出版社。
3. 中藥大辭典 南京中醫藥大學編著
4. 中國藥典 2005 第二版。
5. 更年期後 10 多年睡不好中藥「逍遙湯」改善睡眠-中國醫藥大學新竹附設醫院中醫科醫師沈俐伶。
6. 逍遙散古今探驪-毛德西 河南省中醫院
7. 如何快樂的度過更年期-蔡真真醫師