



- 本期內容： 1. 子宮內膜異位症的藥物治療 洪于茹 / 趙娉婷 藥師
2. 旋覆代赭石湯介紹 石鎰安 / 涂慶業 藥師

子宮內膜異位症的藥物治療

～ 洪于茹 藥師 ～

前 言

子宮內膜異位症 EMs (Endometriosis) 是生育年齡婦女常見的疾病。全球大約有 10% 的育齡女性患有 EMs。所謂的「異位」就是指原本在子宮裡面的內膜組織移位到了子宮外面的地方。子宮內膜細胞移位生長在卵巢俗稱為「巧克力囊腫」、生長在子宮肌層稱為「子宮肌腺症」。子宮內膜生長在子宮外的原因至今還是不清楚，理論上大致可以分以下幾種因素：經血逆行、遺傳基因突變、異常免疫反應、血液及淋巴液傳播。藥物治療是子宮內膜異位症管理的重要部分，可以幫助緩解症狀、減少病灶的生長，並提高患者的生活品質。

臨床症狀表現與診斷

子宮內膜異位症 EMs 的臨床症狀和表現因患者而異，常見的症狀包括痛經、性交疼痛、骨盆腔疼痛、腹瀉、排尿及排便困難、下背痛或腹痛，甚至不孕症。據統計子宮內膜異位症影響 10-15% 的育齡婦女，患有 EMs 的女性中有 30-50% 患有不孕症。在患有不孕症的女性中，約有 25-50% 有子宮內膜異位症。

子宮內膜異位症的檢查方式有臨床症狀主訴、觸診、超音波檢查、抽血檢驗 CA-125 數值、腹腔鏡檢查(這是唯一能確定診斷的檢查)。

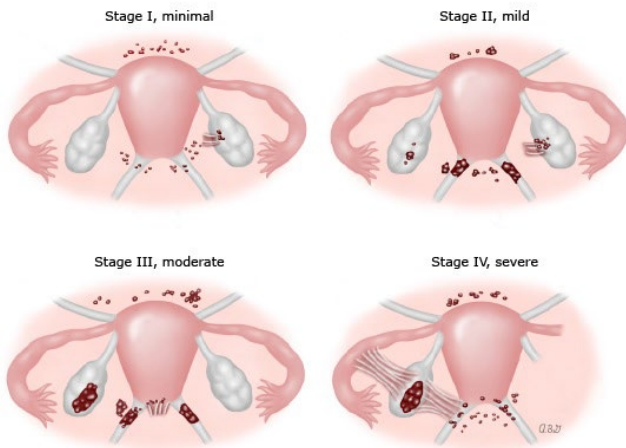
依照目前美國生殖醫學會 ASRM (American Society for Reproductive Medicine)，經由腹腔鏡手術清楚看到子宮內膜異位的各種狀況，依子宮內膜異位病灶的大小、深淺及骨盆腔局部沾黏的程度記點給分，將疾病症狀分為四個期別輕微、輕度、中度、重度的疾病分期：(參見圖一)

- ※ 第一期(輕微；1-5 分)：表淺的在腹腔、骨盆腔，且無明顯沾黏。自然懷孕機率不變，跟常人相同。
- ※ 第二期(輕度；6-15 分)：或深或淺的附著於腹腔、骨盆腔、兩側卵巢、子宮後穹隆處，不存在明顯的沾黏。自然懷孕機率為 70%。
- ※ 第三期(中度；16-40 分)：多個包括淺表和深層侵入性的。輸卵管周圍和卵巢周圍粘連可能會很明顯。自然懷孕機率為 40-50%。
- ※ 第四期(嚴重；大於 40 分)：多個淺表和深層侵入性的，包括大的卵巢子宮內膜異位瘤，通常存在薄膜狀和緻密的粘連。自然懷孕機率小於 30%，但經過治療可以提升至 40%。

此分級方式主要作為外科手術的紀錄標準。分級的程度雖然未必跟臨床症狀的嚴重程度有相關聯，但是對於評估不孕症的治療跟預後有幫助。其他檢查如抽血、超音波、電腦斷層甚至核磁共振，是無法做出正確的分級與診斷。此分期法的優點是內容全面、客觀，但臨

床上尚難普遍推廣。根據目前專家共識，醫師

圖一：子宮內膜異位症分期表現



Original figure modified for this publication. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fertil Steril 1997; 67:817. Illustration used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

只要透過臨床症狀、超音波檢查等，就能先給予預防性的治療。

治療方法

一般而言，子宮內膜異位症的治療有兩種方式：藥物治療及手術治療。

一、手術治療：主要以腹腔鏡手術為主，手術分成保守性手術、根除性手術。

1. 保守性手術以處理病灶或神經阻斷為主，仍然保留子宮且兩側卵巢、輸卵管至少保留一側，開刀後子宮內膜異位症復發機率約落在10~30%之間。

2. 根除性手術則是將重要生殖器官卵巢、輸卵管、子宮切除，一般適用於停經後以及保守性手術無效，且未打算生育者。

二、藥物治療：仍為治療子宮內膜異位症的優先選項。

子宮內膜異位症是一個慢性且和雌激素相關的疾病。治療的方向為減少雌激素的分泌、抑制排卵的功能，來改善痛經、經血過多及抑制新的子宮內膜組織增生。歐洲生殖醫學會ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) 2014年指引，指出子宮內膜異位症相關疼痛症狀治療，如賀爾蒙避孕藥、黃體素(progestagens 及 anti-progestagens)、性腺激素釋放素促效劑GnRH-a (gonadotropin-releasing hormone

agonist)及芳香環轉化酶抑制劑(aromatase inhibitor)在臨床使用上，並無證據支持任一種治療比其他種類更佳，治療決定應個人化，建議臨床醫師在選擇荷爾蒙治療時以考量病人偏好、副作用、療效、費用及可行性等因素。

藥物的治療對於大部分的症狀緩解都有效果，但停藥後的復發率高，5年的復發率約有20%。因此藥物的使用應該要超過3個月並持續使用到停經或者是計畫懷孕。藥物的治療分別為疼痛及不孕症兩方面，傳統消炎止痛藥、荷爾蒙類藥物；荷爾蒙類藥物又分有針劑、口服、子宮內投藥系統(黃體素避孕器)採取不同投予方式。(參見表二)

子宮內膜異位症的治療藥物主要分成下列幾大類：

※第一線用藥

1. 口服非類固醇消炎藥 NSAIDs：

NSAIDs 於需要時，用來緩解子宮內膜異位症引起的疼痛。作用是阻止前列腺素的釋放，前列腺素是導致一般疼痛跟經痛的最主要化學物質之一。在經期前的一到兩天開始服用最能防止前列腺素的產生，從而減輕經痛。但需要一定的時間和多次的使用才能有效的緩解疼痛，此類藥物並不會縮小或阻止子宮內膜異位組織的生長，通常與荷爾蒙療法合併治療。

常見的 NSAIDs 藥物有：Diclofenac、Ibuprofen、Naproxen、mefenamic acid；使用時最常見的副作用有胃腸道不適、腎臟問題、高血壓惡化。而 COX-2 抑制劑有研究報告可能延遲排卵，若有受孕計畫時就避免使用。

2. 口服複方避孕藥

以低劑量雌激素與黃體素取代身體中高量的荷爾蒙，可以抑制卵巢分泌雌激素，降低雌激素作用、抑制排卵，如此可控制病情不再擴展，降低痛經。高劑量的雌激素(> 0.05 mg)容易產生噁心、嘔吐、血栓的副作用，傳統的黃體素也因其有雄性素活性所以有油脂分泌過多、粉刺、水腫等副作用。因此新一代避孕藥調整含量採用低劑量的雌激素(≤ 0.035 mg)搭配 drospirenone (DRSP)或 cyproterone acetate (CPA)兩種具有抗雄性化作用的黃體素，相較先前幾代的口服避孕藥較不會有油脂分泌過多、粉刺、水腫、體重增加等副作用。雖然新一代藥物雌激素含量較低，以及黃體素的副作用較少的好處，但口服避孕藥仍有可能產生嘔吐、噁心、乳房壓痛、胃腸不適、出現不規則子宮

出血的副作用。

激素的低下，所以比較明顯的副作用是更年期

表二：子宮內膜異位症疼痛治療藥物

藥品分類	藥品名稱	藥品作用	常見副作用
口服複方避孕藥	Ethinyl estradiol + Drospirenone (DRSP)	阻斷雌激素的生成和排卵。	噁心、嘔吐、乳房疼痛、血管性頭痛。
	Ethinyl estradiol + Cyproterone acetate (CPA)		
黃體素	Dienogest	黃體素過多的內分泌環境會造成雌激素低下，使子宮內膜組織開始蛻膜化，接著導致子宮內膜異位病灶的萎縮。	頭痛、乳房不適、痤瘡、情緒低落、經期出血型態改變、水腫。
	Norethindrone acetate		
	Medroxyprogesterone acetate		
	Levonorgestrel		
雄性素衍生荷爾蒙	Danazol	抑制腦下垂體性腺激素，而抑制子宮內膜異位組織的生長。	長青春痘、體重增加、水腫、毛髮油膩。 Gestrinone 的副作用較 Danazol 不明顯。
	Gestrinon		
性腺荷爾蒙刺激劑類似劑 GnRHa (GnRH analogs)	GnRH 促效劑	Goserelin acetate	抑制腦下垂體功能，進而抑制卵巢濾泡生長與分泌雌激素的作用，造成低雌激素狀態，使異位的子宮內膜組織萎縮。負回饋使得性腺荷爾蒙濃度降低。
		Leuprorelin	
		Triptorelin acetate	
	GnRH 拮抗劑	Elagolix	

※第二線用藥

3. GnRHa (Gonadotropin-releasing hormone analogs) 性腺荷爾蒙刺激劑類似劑：包括 GnRH "agonists" 跟 GnRH "antagonists"，都可以抑制腦下垂體分泌性腺激素的功能，黃體生成素(luteinizing hormone, LH)和濾泡刺激劑(follicle -stimulating hormone, FSH)濃度降低，因而導致男性睪固酮(testosterone)或女性雌二醇(estradiol)血中濃度降至如同手術去勢後的濃度，進而抑制異位的子宮內膜組織生長減少使其萎縮變小。此種治療有效減輕 80% 以上的子宮內膜異位症患者的疼痛。由於造成雌

症狀，包含熱潮紅、盜汗、失眠、心悸、陰道乾澀、情緒低落、甚至骨質流失等現象。有嚴重更年期副作用時可再補充雌激素治療(加回療法, add-back therapy)。根據研究顯示，血中雌激素濃度(estradiol)維持在 30-45 pg/ml 既可抑制子宮內膜異位病灶的生長也不會造成低雌激素和低骨密度等副作用。

(1) GnRH 促效劑(agonists)：

GnRH 促效劑與 GnRH 受體結合，初始階段會刺激下視丘釋放 FSH、LH，但長時間使用下會產生負回饋。接受這個藥物治療後，體內會出現假性停經的症狀，所以也簡稱為「停經

針」。用藥選擇上有下列品項；

- i. Goserelin acetate (Zoladex[®], 諾雷德)皮下注射 3.6 mg/Syringe 一個月一劑。
- ii. Leuprorelin (Leuplin-depot[®], 柳菩林)皮下注射, 分為 3.75mg/Syringe 一個月一劑, 跟三個月一劑 11.25mg/Syringe。
- iii. Triptorelin acetate (Diphereline[®], 達菲林)肌肉注射, 分為 3.75mg/Vial 一個月一劑, 跟三個月一劑 11.25mg/Vial。

原則上使用 GnRH 促效劑治療, 子宮內膜異位症之治療期至少 3 個月, 最多 6 個月。

(2) GnRH 拮抗劑 (antagonists):

GnRH 拮抗劑作用模式與促效劑完全相反。拮抗劑不會有 FSH 及 LH 分泌急速增加 flare-up 及之後的負回饋 down-regulation。它直接與 GnRH 競爭位在腦下垂體的性腺刺激細胞的細胞膜上接受體。一旦拮抗劑佔據了接受體, 大約在 8 小時內, 血中 FSH 及 LH 分泌濃度就明顯下降; 而且這種競爭性地抑制 FSH、LH 分泌作用程度可隨拮抗劑所使用的劑量而改變。

4. 雄性素 (Androgen) 衍生荷爾蒙: 可以抑制腦下垂體分泌性腺激素的功能, 減少卵巢雌激素的製造與分泌, 因此有抑制子宮內膜異位細胞生長的效果。此類選擇用藥有;

(1) Danazol (Kodazol[®], 可達娜):

Danazol 200 mg/Cap 可抑制腦下垂體性腺激素以及直接抑制子宮內膜異位症組織的生長。依病情調整劑量, 輕度: 每日 200-400mg; 中至重度: 每日 800mg 分早、晚 2 次服用, 持續給藥 3-6 個月, 治療常見的副作用包括體重增加、多毛、皮膚較油膩、長青春痘、抽筋等。停藥 60-90 天才可以恢復排卵跟月經週期, 需等待較長時間才可以進行懷孕計畫。

(2) Gestrinone (Gestrin[®], 佑汝):

Gestrinone 2.5 mg/Cap 為一種類雄性荷爾蒙的衍生物, 與黃體素受體的結合強, 主要的作用機制是抑制腦下垂體分泌促性腺激素的功能, 進而減少卵巢雌激素的製造與分泌, 降低異位子宮內膜組織的增生, 並透過黃體素受體直接抑制異位子宮內膜組織的生長。Gestrin[®] 有輕微抑制卵巢雌激素的製造與分泌, 但仍維持血中雌激素濃度在 30~80 pg/ml 之間, 因此不會引起骨質疏鬆症。每顆膠囊含量 2.5 mg 的 Gestrinone 體內的代謝很慢, 藥物濃度半衰期長達 28 小時, 因此每週僅需服藥 2

次, 每次服用 1 粒。於月經週期的第一天服用第一顆, 三天後服用第二顆, 此後於每週的相同二天, 且最好於相同時間服用。用於子宮內膜異位症的療程需連續治療 6 個月。投藥治療 2 個月後, 85-95% 的女性會有無月經的現象, 也就是說, 對出血的控制效果相當好。而停藥後, 大約 18~36 天後會恢復月經週期。對骨盆腔疼痛、經痛、及性交疼痛的緩解效果也相當不錯。副作用跟 Danazol 相似有長青春痘、體重增加、水腫、毛髮油膩, 但較不明顯。

5. 黃體素 (progesterone): 抑制子宮內膜細胞的生長, 同時抑制腦下垂體促性腺激素和卵巢荷爾蒙的分泌, 降低子宮內膜過度增生。

(1) Dienogest (Visanne[®], 異位寧):

Dienogest 2mg/Tab 為正孕酮 progestins 衍生物, 但不具有雄性激素的活性, 反而有抗雄性激素的活性, 約為 cyproterone acetate 的三分之一活性。Dienogest 會與人類子宮的黃體素受體結合, 相對親和力僅約黃體素的 10%; 儘管與黃體素受體的親和力較低, 但在體內仍可產生強效的黃體素作用。在活體內不具有明顯的雄性激素、礦物性皮質素或糖皮質素活性。Dienogest 對子宮內膜異位症的作用來自於減少內源性雌二醇, 因此抑制了雌二醇對於子宮內膜的滋養作用。造成雌激素低下、黃體素過多的內分泌環境, 使子宮內膜組織開始蛻膜化, 接著導致子宮內膜異位病灶的萎縮。

(2) Norethisterone acetate (Norina[®], 諾莉娜):

Norina[®] 5 mg/Tab 治療自月經週期的第 5 天開始, 每天 2 次, 每次 5 mg。如果出現點狀出血, 則增加為每天 2 次, 每次 10 mg。當出血停止時再恢復到先前的劑量。治療期間至少 4-6 個月。治療期間不會發生排卵和月經。荷爾蒙治療停止後會出現消退性出血。

(3) Medroxyprogesterone acetate:

可以選用口服與注射治療的方式 Medroxyprogesterone 5mg/Tab 每日 3 次口服 10mg 持續 6 個月, 以及長效型黃體素針劑 Depot Medroxyprogesterone acetate 150mg 每三個月皮下注射, 療效與 leuprolide 相當, 對於經痛、骨盆腔疼痛有改善效果。

(4) Levonorgestrel-releasing intrauterine device (簡稱 LNG-IUD) 子宮內黃體素投藥同時也是藥物型的子宮內避孕器 (Mirena[®], 蜜蕊娜):

含有合成黃體素, 藉由避孕器表面緩慢釋放黃體素, 抑制雌激素對子宮內膜異位細胞的

刺激，來抑制子宮內膜異位症的生長。裝置初期三到六個月會出現少量不規則點狀出血，直到黃體素使子宮內膜整體變薄，就不會有不正常出血。但巨大的子宮肌腺症合併有嚴重的子宮大量出血者並不適合使用，因為月經出血量大，容易將避孕器沖出體外。

4. 芳香環轉化酶抑制劑(aromatase inhibitor)

此類藥物治療較新，尚未經 FDA 核准用在子宮內膜異位症，目前只有少數小型研究顯示具有療效，並且需要與口服避孕藥、黃體素或 GnRH 促效劑併用，避免多囊性卵巢炎發生。

結 語

子宮內膜異位症是雌激素依賴型的慢性發炎性疾病，需要終身管理。美國生殖醫學會的子宮內膜異位症治療指引特別指出「子宮內膜異位症必需被視為一種需要訂定妥善使用藥物治療並避免反覆手術的長期治療計劃的慢性疾病」，由此可見藥物對於子宮內膜異位症的治療，具有絕對重要的地位。治療方案應根據患者的病情和醫生的建議進行個別化調整，如何最大限度的使用藥物進行治療並且避免重複手術，甚至針對狀況量身打造一套最適合的個別化治療計畫也是很很重要的一環。

參考資料

1. Endometriosis: Pathogenesis, epidemiology,

and clinical impact (UpToDate)
 2. Endometriosis: Treatment of pelvic pain(UpToDate)
 3. Endometriosis: Clinical features, evaluation, and diagnosis(UpToDate)
 4. Endometriosis: Treatment of infertility in females(UpToDate)
 5. 台灣子宮內膜異位症學會 (Taiwan Endometriosis Society)
 6. Patient education: Endometriosis (Beyond the Basics) (UpToDate)
 7. William D. Schaff M.D., Sandra Ann Carson M.D., Anthony Luciano M.D., Doug Ross M.D., Agneta Bergqvist M.D. (2016) Subcutaneous injection of depot medroxyprogesterone acetate compared with leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain
 8. 異位寧(Visanne)、諾莉娜(Norina)藥品仿單
 9. Secosan, C., Balulescu, L., Brasoveanu, S., Balint, O., Pirtea, P., Dorin, G., & Pirtea, L. (2020). Endometriosis in Menopause-Renewed Attention on a Controversial Disease. Diagnostics (Basel, Switzerland), 10(3), 134.
 10. Ezzati M, Carr BR. Elagolix, a novel, oral bioavailable GnRH antagonist under investigation for the treatment of endometriosis-related pain. Womens Health(Lond) 2015; 11(1): 19-28.
 11. Melis GB, Neri M, Corda V, et al. Overview of elagolix for the treatment of endometriosis. Expert Opin Drug Metab Toxic 2016; 12(5): 581-8.
 12. 藥學雜誌電子報 143 期、145 期

旋覆代赭石湯介紹

～ 石鎰安 涂慶業 藥師 ～

前 言

旋覆代赭石湯出自於傷寒雜病論，方歌中寫道，「旋覆代赭用人參，半夏薑甘大棗臨，重以鎮逆咸軟痞，痞硬噫氣力能禁」。在醫方集解中也有提到，用來主治傷寒發汗，若吐若下，解後心下痞鞭，噫氣不除。組成中含有旋覆花，即金沸草三兩、代赭石一兩、人參二兩、甘草三兩、半夏半升、生薑五兩、大棗十二枚。

方義中提到，此足陽明藥也。成氏曰：鞭則氣堅，旋覆之鹹以軟痞鞭，怯則氣浮，代赭之重以鎮虛逆，辛者散也。生薑之辛以散虛痞，甘者緩也。人參甘草大棗之甘以補胃弱。代赭色赤體重，又能養陰血，止反胃。

本院採購之濃縮中藥「旋覆代赭石湯」供應廠商更改代赭石炮製方法為醋製後，藥品顏色因此從深紅色變為棕黃色，外觀色澤改變，藥師對此味方劑製程變更的重視，而選此主題探討，以維護藥材品質與治療療效。

藥材組成介紹

旋覆代赭石湯主要的藥材組成，於下說明它們的基原、性味歸經、功效主治。

一、代赭石

首先來介紹代赭石，代赭石是氧化物類礦物剛玉族赤鐵礦，主含三氧化二鐵 (Fe₂O₃)。主產陝西、廣東、河北等地。苦，寒。歸肝、心經。主要用於治療嘔吐，呃逆，噫氣等證。代赭石重鎮降逆，可降上逆之胃氣而止嘔、止呃、止噫。故用治胃氣上逆之嘔吐、呃逆、噫氣不止等症，常與旋覆花、半夏、生薑等配伍，如旋覆代赭石湯。

代赭石炮製方法主要有三種。第一種為單純除去雜質；第二種是砸碎後使用水飛法；第三種是醋製，取乾淨代赭石，砸碎，將淨藥材燒至紅透時，立即投入醋內淬酥(如不酥，可反覆鍛淬酥)，取出，乾燥，打碎或研粉；每代赭石 100kg，用醋 30kg。現代研究發現，比較了代赭石炮製前、後含砷量的變化。結果表明，鍛代赭石砷的含量減少，且鍛後質地鬆脆，易於有效成分的溶出，認為鍛代赭石中砷的含量，應作為一個質量指標。此外，代赭石主含三氧化二鐵，經實驗表明，其水煎液中測不出亞鐵鹽。將代赭石於不同的酸液中，以不同的煎煮時間煎煮，測定各煎液中的亞鐵鹽含量，結果顯示代赭石作為血分藥入藥時，用 pH3 的酸性水溶液煎煮 3 小時為宜。

在化學觀點上，代赭石主要成分是 (Fe₂O₃)，為鐵鏽主要的成分。醋酸的化學式為 (CH₃COOH)，兩者相互反映的方程式為 $Fe_2O_3 + 6CH_3COOH \rightarrow 2(CH_3COO)_3Fe + 3H_2O$ 。鐵鏽溶解，溶液變黃，生成醋酸鐵，因此代赭石經醋製後，變為黃色，屬正常反應。臨床應用方面，用於噫氣、呃逆、嘔吐等症。本品有重鎮降逆的功效，用治噯氣不舒、呃逆、嘔吐，常與旋覆花、半夏、生薑等藥配合應用。以及用於吐血、衄血等症；能除血熱而止血，用於吐血、衄血，常與芍藥、地黃等藥配合應用。此外，又可取其重鎮降逆的功效，用於氣逆喘息的症候。虛喘可配合黨參、山茱萸、山藥等藥；實喘可配合蘇子等藥同用。

二、旋覆花

旋覆花為菊科多年生草本植物旋覆花 (*Inula japonica* Thunb.) 或歐亞旋覆 (*I.*

Britannica L.) 的頭狀花序。主產於河南、河北、江蘇、浙江、安徽等地。夏、秋二季花開時採收，除去雜質，陰乾或曬乾。生用或蜜炙用。苦、辛、鹹，微溫。歸肺、胃經。功效為降氣化痰，降逆止嘔。主治方面用於咳喘痰多及痰飲蓄結胸膈痞滿等。

旋覆花苦降辛開，化痰下氣。降氣化痰而平喘咳，化痰消痞利水而除痞滿。治寒痰咳喘，配蘇子、半夏；若屬痰熱者，則配桑白皮、瓜蒌以清熱化痰；若頑痰膠結，胸中滿悶者，則配海浮石、海蛤殼等以化痰軟堅。也能用於噫氣，嘔吐。旋覆花不僅降肺氣，又善降胃氣而止嘔噫。治痰濁中阻，胃氣上逆而噫氣嘔吐，胃脘痞鞭者，配代赭石、半夏、生薑等，如旋覆代赭湯。此外，還可用於胸脅痛，因有活血通絡之功，常配香附等同用，如香附旋覆花湯。

三、人參

人參屬於五加科，甘、微苦，微溫。歸心、肺、脾經。功效為大補元氣，補脾益肺，生津，安神。本品為五加科多年生草本植物人參 (*Panax ginseng* C. A. Mey.) 的根。主產吉林、遼寧、黑龍江。野生者名「山參」；栽培者稱「園參」。於秋季採挖。園參一般栽培 6~7 年後收穫。鮮參洗淨後乾燥者稱「生曬參」；蒸製後乾燥者稱「紅參」；水燙浸糖後乾燥者稱「糖參」或「白參」；加工斷下的細根稱「參鬚」。山參經曬乾，稱「生曬山參」。切片或研粉用。性狀方面，為多年生草本，高達 60 cm。根莖短，直立，每年增生一節，通稱蘆頭，有時其上生一至數條不定根。主根粗壯，肉質，圓柱形，多斜生，下部有分枝，外皮淡黃色。莖直立，單一，不分枝，光滑無毛，掌狀複葉輪生莖端，通常一年生者(指播種第二年)生 1 片三出複葉，二年生者生一片五出複葉，三年生者生二片五出複葉，以後每年遞增一葉，最多可達 6 片複葉。複葉有長柄，小葉片多為 5 枚，偶為 3 枚，基部的一對較小，中片 3 片幾等大，橢圓形至長橢圓形或微呈倒卵形，長 4~5 cm，寬 2~6.5 cm，先端漸尖，基部楔形下延，邊緣有細鋸齒，上面延脈有稀疏剛毛。傘形花序單獨頂生，總花根長 7~20 cm，花小，多數，小花梗細，長約 5 mm；苞片小，線狀披針形；花萼 5，齒狀；花瓣 5，淡黃綠色，卵形，先端鈍；雄蕊 5，花絲短，花藥長圓形；子房下位，2 室，花柱上部 2 裂，花盤杯狀。核果漿果狀，扁球形，直徑 9~5 mm，熟時鮮紅色。種子 2 粒，半圓

形，乳白色。花期6~7月，果期7~9月。

人參用於氣虛欲脫，脈微欲絕的重危證候，無論因於大失血、大吐瀉或久病、大病所致者，單用人參大量濃煎服，即有大補元氣，復脈固脫之效，如獨參湯。近年報道，獨參湯可用於心力衰竭，心原性休克。如兼見四肢逆冷，陽氣衰微者，可配附子以益氣回陽，即參附湯；若兼見汗多口渴，氣陰兩傷者，可配麥冬、五味子以益氣斂陰，即生脈散。

四、半夏

半夏為天南星科多年生草本植物半夏 (*Pinellia ternata* (Thunb.) Breit.) 的塊莖。辛，溫。有毒。歸脾、胃、肺經。中國大部分地區均有。主產於四川、湖北、江蘇、安徽等地。夏、秋莖葉茂盛時採挖，除去外皮及鬚根，曬乾，為生半夏，一般用薑汁、明礬製過入藥。

半夏主要功效為燥濕化痰，降逆止嘔，消痞散結；外用消腫止痛。現代藥理方面，含谷甾醇及葡萄糖甙，多種氨基酸和揮發油，皂甙，辛辣性醇類，膽鹼，左旋麻黃鹼等生物鹼及少量脂肪、澱粉等。對咳嗽中樞有鎮靜作用，可解除支氣管痙攣，並使支氣管分泌減少而有鎮咳祛痰作用；可抑制嘔吐中樞而止嘔；所含葡萄糖醛酸的衍化物，有顯著的解毒作用；半夏對小鼠有明顯的抗早孕作用，煎劑可降低兔眼內壓。

五、生薑

生薑為薑科多年生草本植物薑 (*Zingiber officinale* Rosc.) 的根莖。辛，溫，歸肺、脾、胃經。用於發汗解表，溫中止嘔，溫肺止咳。各地均產。秋冬二季採挖，除去鬚根，切片生用。

主治方面，用於風寒感冒。能發汗解表，祛風散寒，但作用較弱，故適用於風寒感冒輕證，可單煎加紅糖服，或配蔥白煎服，或加入其他辛溫解表劑中，作輔藥使用，以增發汗解表之力，如桂枝湯等方劑。也能用於胃寒嘔吐。生薑溫胃散寒，和中降逆，止嘔功良，故有「嘔家聖藥」之稱，畏寒嘔吐者，配半夏，即小半夏湯；若胃熱嘔吐者，可配黃連、竹茹等同用。某些止嘔藥用薑汁製過，能增強止嘔作用，如薑半夏、薑竹茹等。更能用於風寒咳嗽。辛溫發散，能溫肺散寒化痰止嘔，故可用治風寒客肺，痰多咳嗽，惡寒頭痛者，每與杏仁、紫蘇、陳皮、半夏等藥同用，如杏蘇二陳湯。此外，生薑能解半夏、天南星及魚蟹毒。現代藥理方

面，所含揮發油主要為薑醇、薑烯、水芹烯、檸檬醛、芳香醇、甲基庚烯酮、壬醛、 α -龍腦等，尚含辣味成分薑辣素；能促進消化液分泌，增進飲食作用；鎮吐、鎮痛、抗炎消腫作用；醇提物能興奮血管、運動中樞、呼吸中樞、心臟；正常人嚼生薑，可升高血壓；對傷寒桿菌、霍亂弧菌、堊色毛黴菌、陰道滴蟲均有不同程度的抑殺作用。

臨床運用

旋覆代赭湯是張仲景所著《傷寒論》方，主治汗、吐、下後表已解而中氣受傷，痰濕不化，胃氣因虛而上逆，以致心下痞硬，噫氣不除之證。方中以旋覆花之下氣滌痰，代赭石之重鎮降逆為主藥，佐黨參、甘草益氣養胃，半夏、生薑化痰降逆，大棗調脾胃益中氣。此方不僅應用外感熱病後痰濁中阻，虛氣上逆之症，內傷雜病中如反胃嘔吐、呃逆、腕痛、痞脹、噫氣、痰飲、哮喘、梅核氣等症，由於中氣虛弱，痰濕偏勝，肝氣上逆者，隨證加減使用，亦多有效。此外，如肝氣肝陽並亢的高血壓、眩暈、胸脅痛、心悸怔驚等症；肝氣入絡而致腰痛不能俯仰；吐血、衄血而見肝經氣火上逆者，以及妊娠嘔吐，常選用旋覆花、代赭石二味為主，辨證施治，每獲良效。具體加減運用簡述於下：

(一)、腸胃道疾病，如潰瘍病、神經性胃痛、胃神經官能症、胃擴張、幽門痙攣等症，其病機如由脾胃中氣虛衰，痰濕內阻，肝氣上逆者，每多有噫氣、腹脹、腕痛、嘔惡等症候。如見畏寒便溏納減、苔白膩、脈濡軟、氣短、乏力者，可在本方中加入白朮、桂枝，如見水飲上逆、泛吐清水痰涎者，再加吳茱萸、茯苓、澤瀉；如見苔黃舌質紅，口苦脈弦等偏熱證候者，加左金丸、瓜蒌、竹茹，就是旋覆代赭湯合小陷胸湯之意。如辨證系胃陰不足，肝氣有餘者，脈多弦細，舌質多紅而少苔，可於本方中除去薑，加石斛、麥冬、料豆、白芍等養胃陰柔肝降逆；若兼見大便乾結成粒狀，2、3日或4、5日才得一行，此乃血虛腸燥，可加入生當歸、生赤芍、火麻仁、栝蒌仁等養血潤腸，不宜用苦寒攻下之劑，以圖一時之快，而使陰液更耗。

(二)、老年慢性痰飲，哮喘之症，每多脾胃中氣素虛，痰濕內勝，如辨證兼見肝氣偏亢，肺失清肅，餘常以蘇子降氣湯與本方同用，以臻益

氣平喘降逆化痰之功。

(三)、梅核氣多由肝氣偏亢，痰濕內停所致，可用本方加入蘇梗、川厚朴、陳皮、茯苓；其證也有肝陰虛而肝氣有餘者，則除生薑、半夏，加入石斛、白芍、料豆、蒺藜、竹茹、佛手等。

(四)、頭脹、頭痛、眩暈、耳鳴等症，辨證如係肝氣挾肝陽並亢，可在滋陰柔肝潛陽藥中，參用旋覆花、代赭石二味。如兼噫氣上逆者用之更驗。高血壓而兼見上述症狀者，亦可在平肝潛陽藥中，加入代赭石、牛膝，以收鎮逆潛降之功。耳源性眩暈，餘亦常用代赭石配伍蒺藜、料豆衣、磁石、杞子、珍珠母等，如有痰熱見證者配合溫膽湯施治，每獲良效。

(五)、吐血、咳血、衄血，每因肝經氣火上升而絡損血溢不復，其症多見胸脅引痛，面紅火升、煩躁易怒，不寐心悸，脈形弦細而數，舌質偏紅，可用旋覆花、代赭石二味配合生地、芍藥、旱蓮草、茜草、女貞子、藕節、茅根滋腎涵肝、清肺寧絡、化瘀止血之品。正如朱丹溪氏所說：“上升之氣都從肝出。”蓋氣為血帥，血隨氣行，止血當先順氣，順氣當先鎮降肝氣之衝逆，旋覆花、代赭石能下氣鎮逆平肝止血，其所以為治血症之要藥，其理即在此。

(六)、心悸怔忡不寐等症，如由於心陰不足、肝氣肝陽兩亢者，常用甘麥大棗湯，或補心丹中加入旋覆、代赭二味，如證見心氣心陽衰而沖氣上逆者，則於桂枝甘草龍骨牡蠣湯中參用旋覆代赭湯，藥後如見矢氣頻轉，則症狀每亦隨之緩解。

(七)、妊娠嘔吐不止，常於養血安胎和胃之劑中加入旋覆花、代赭石，以鎮逆止吐，偏於熱者再加黃芩、竹茹，偏於寒者加桂枝、生薑。按方書所載，妊娠忌用赭石，而赭石雖屬鎮降之品，其作用在於平肝氣之衝逆，於胎胞無損，且具有補血作用。

(八)、病後或高年呃逆不止，每見氣陰兩虛，胃氣因虛而上逆，可用旋覆花、代赭石二味加入黨參、石斛、白芍、甘草、刀豆、柿蒂等藥中。

如見胃氣虛而挾有痰濕者，則用旋覆代赭湯加刀豆、柿蒂、茯苓、陳皮、枳殼等，偏寒者再加丁香、桂枝，偏熱者再加左金丸、竹茹。

(九)、慢性肝炎如見噯氣脅痛之證，可於調攝脾胃疏肝和絡活血之劑中加入旋覆花、代赭石以治，效果良好。

(十)、肝氣入絡而致突然腰痛不能俯仰轉側，其病機每因腎氣本虛，隨著咳嗽或後，肝氣竄絡，如用活血行瘀利氣止痛之劑不效，可用旋覆、代赭二味加入枸杞子、杜仲、川續斷、狗脊等補益肝腎，桃仁、白芥子、當歸、赤芍、製乳香沒藥活血利氣，每獲效果。

結 語

綱目云：病解後痞鞭噯氣，不下利者，用此湯，下利者，生薑瀉心湯；活人云：有旋覆代赭證，或欬逆氣虛者，先服四逆湯，胃寒者，先服理中湯，後服此湯為良。；周揚俊曰：予每借之以治反胃噎食，氣逆不降者，神效。現代醫學認為本方增強胃的蠕動與排空。主要用於胃神經官能症、慢性胃炎、潰瘍病、幽門不完全性梗阻，胃氣虛弱，痰濁內阻，見胃脘痞悶，噯氣頻作，吐涎沫者。

從現代藥理方法來探討傳統中藥的過程，其實非常有趣。以前從未想過中藥的代赭石，在日常生活中竟然是常見的鐵鏽呢？

參考資料

1. 汪昂. (1992). 醫方集解 (2nd ed.). 志遠書局.
2. 張仲景. (1993). 傷寒論 表解分析講義 (5th ed.). 志遠書局.
3. 朱世增. (1989). 奇方醫話 (2nd ed.). 遼寧大學出版社.
4. 衛生福利部. (2018). 臺灣中藥典(3rd ed.). 洪記印刷