



本期內容： 1. 注意力不足過動症的藥物治療
2. 養肝保肝方藥 - 甘之飲

周祐寧/蔡佩青 藥師
陳勇勳/涂慶業 藥師

注意力不足過動症的藥物治療

～ 周祐寧、蔡佩青藥師 ～

前 言

「注意力不足過動症」(Attention Deficit Hyperactive Disorder, 簡稱為 ADHD), 俗稱「過動兒」, 是最常見的兒童精神疾病, 屬於生理疾病, 主要影響病童行為、學習、認知、情緒及社交功能。患童通常不自知, 需仰賴照顧者與師長從旁觀察並及早就醫, 雖然隨著青少年時期大腦功能持續發展, ADHD 部分症狀會逐漸減輕。在學習與行為培養的重要時期, 需早期、長期持續治療追蹤, 有助於孩童正常且健全的身心發展。

流行病學

根據「美國精神醫學會」(American Psychiatric Association, APA)於2013年發行的精神疾病診斷和統計手冊第五版 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th ed)統計, 大約5%的兒童和2.5%的成人患有 ADHD。衛福部2023年10月統計資料指出台灣 ADHD 盛行率為9.02%, 這其中只有1.62%的人曾接受醫療診斷, 甚至僅有1%的人完成全面的治療, 顯示 ADHD 台灣的未就醫率明顯偏高。診斷為 ADHD 的男、女童比例約3:1, 主要原因在男童的症狀多屬於衝動和過動, 而女童則更傾向表現注意力不集中的型態, 使得女童容易被忽略, 進而延遲就醫時機。如果不及時進行適當的介入和治療, 將

會增加未來共病症風險, 包括: 物質濫用、意外傷害、精神疾病共病(焦慮、憂鬱)、睡眠障礙、犯罪等行為問題。

致病原因

過動症 ADHD 的成因多樣且複雜, 目前尚無定論, 可能的原因包括, 神經及化學性因素和環境因素, 當中所探討的內容有;

- 一、神經及化學性因素
 1. 神經傳導物質異常: ADHD 患者大腦多巴胺和正腎上腺素分泌異常, 較一般人低, 導致無法篩選有效訊息進入大腦, 難以集中注意力, 缺乏控制行為能力, 造成衝動和過動的症狀。
 2. 腦部結構異常: 這些患者的前額葉皮質神經功能異常, 活性明顯低於正常人。
 3. 腦組織器質性損害: 懷孕期間受到病毒感染、腦部損傷, 如細菌感染或外傷導致腦部缺氧。
 4. 遺傳: ADHD 患者 78.8% 來自於遺傳, 高度遺傳的特性, 群聚在家族不同世代中。
- 二、環境因素
 1. 母親懷孕期間酗酒、抽煙、吸毒
 2. 早產、出生體重過輕(<1500g)
 3. 有毒物質(農藥、飲食、鉛中毒)
 4. 維生素缺乏
 5. 微量元素缺乏如(鐵、鋅、鎂、錳)
 6. 發育過程損傷(癲癇、腦炎)

表一：注意力不足過動症 DSM-5 診斷標準

A1 注意力不足	A2 過動及衝動
(1) 時常無法注意到小細節，或容易粗心犯錯 (2) 工作或遊戲活動中難以保持專注 (3) 和別人說話時，常無法專心 (4) 無法完成任務(非故意違抗或不了解指示) (5) 缺乏組織能力 (6) 經常逃避、抗拒需要持續專注力的工作 (7) 經常遺失工作或活動所需的東西(作業、筆) (8) 容易受外界的刺激而分散注意力 (9) 日常生活中常忘東忘西(做家事、赴約)	(1) 坐立不安，輕拍手腳，身體扭動 (2) 經常離席、坐不住(教室、辦公室) (3) 經常在教室等不適當的場合亂跑、攀爬 (4) 經常無法安靜地玩耍或參與休閒活動 (5) 經常像馬達一樣不停地動 (6) 話多(不間斷持續說話) (7) 經常在問題尚未講解完前便搶答 (8) 經常難以等待(如排隊或須輪流的地方) (9) 經常打斷或干擾他人進行的活動
A. 6 種以上注意力不足或過動及衝動症狀，且持續 6 個月以上，即有可能是注意力不足過動症患者。(青少年和成人滿 17 歲以上至少需有 5 項症狀) B. 症狀開始的年齡小於 12 歲 C. 在兩種或多情境下發生(例如：家裡、學校、工作場所) D. 干擾或降低社交、學業、工作品質 E. 排除其他身體疾病或精神疾患(例如：精神分裂、情緒障礙、焦慮症、解離症、人格障礙、物質中毒或戒斷)	
同時符合 A.B.C.D.E 可診斷為 ADHD 若過去 6 個月同時符合 A1 和 A2 屬於混合型 若過去 6 個月符合 A1 屬於注意力不足型 若過去 6 個月符合 A2 屬於過動/衝動型	

臨床症狀及診斷

根據第五版精神疾病診斷與統計手冊 DSM-5，依症狀將 ADHD 分成三種類型：(1) 注意力不足型；(2) 過動/衝動型；(3) 混合型，診斷標準詳列，如表一，大部分患有 ADHD 的兒童及青少年屬於混合型。由於兒童精神疾病症狀多變且類似，因此除上述診斷標準外，還需要藉由師長、照護者和兒童本人的報告及行為觀察記錄資料，最終由臨床醫師綜合相關資訊和檢測結果，才能做出正確的診斷。

藥物治療

藥物治療能夠減少大多數 ADHD 患者的核心症狀。在西元 2000 年，美國國家精神衛生研究院和教育部共同主持一項大型「多元化治療模式研究」，由六個中心共同研究，探討何種治療方式能有效幫助 ADHD 孩童，該研究將 579 名 7-9 歲的 ADHD 孩童分為四組，接受不同的治療方式，分別為「單用行為治療組」、

「單用藥物治療組」、「藥物和行為合併治療組」、「例行性社區照護組」，追蹤 14 個月後發現，在 ADHD 核心症狀控制效果，「單用藥物治療組」及「合併治療組」明顯優於其他組別，因此在治療 ADHD 的核心症狀方面，藥物不可或缺，希望能夠有效控制症狀、改善學業問題以及增進人際關係。當孩童(六歲以上)被診斷為 ADHD 時，應盡早開始使用藥物治療，加上家長與學校老師相互配合達到有效治療。ADHD 治療藥物可分為五類：中樞興奮劑、選擇性正腎上腺素再回收抑制劑、三環抗憂鬱劑、正腎上腺素-多巴胺再吸收抑制劑以及 $\alpha 2$ -腎上腺素促效劑，於下就各類別用藥治療特性加以說明；

一、中樞興奮劑(CNS stimulants)：

Methylphenidate(MPH)為治療 ADHD 的第一線治療藥物，它被列為三級管制藥品，是弱效中樞神經興奮劑，主要機轉為阻斷正腎上腺素(norepinephrine)及多巴胺(dopamine)被再吸收到突觸前神經細胞，增加這些單胺類的釋放到神經細胞外，以改善 ADHD 症狀。MPH 為消旋混合物，由 d-methylphenidate(d-MPH) 和 l-methylphenidate(l-MPH) 1:1 混合而成，藥

理活性 d-MPH 遠大於 l-MPH⁷，不受食物影響，經腸胃道吸收良好，與血漿蛋白的結合率低，具高親脂性，因此很容易到達大腦內，平均達到最高血中濃度(C_{max})只需 1-2 小時，作用時間可維持約 4 小時，藥物半衰期 T_{1/2} 為兩小時，由於半衰期短效，以致臨床治療不便維持長效作用，進而研發出合併製劑長效型 ER (extended release) 和短效型 IR (immediate release) 的 MPH 特殊劑型，能兼具快速產生藥效和作用時間長的兩大特點，提升服藥順從性。

目前台灣衛福部核准的控釋劑型產品有

MPH-OROS[®]、 MPH-SODAS[®]、 MPH-ORADUR[®]，三者和短效型 MPH 製劑。這些藥物相關釋放組合及作用時間比較如表二。接下來介紹各個藥品的特色與轉換使用方法；

(1) MPH-OROS[®]：Concerta[®]專思達長效錠專利滲透泵型控釋系統 OROS8(Osmotic-controlled release oral system) 以傳統錠劑為外型，有快速釋放型藥物為外衣，和具有滲透性的三層內核所組成，其中兩層為藥物，另一層則是推藥層。此種錠劑的尾端有一個精密雷射孔洞，在有水的環境下(如腸胃道)，藥物外衣

表二: Methylphenidate 藥物製劑比較表

藥品名稱	Concerta [®]		Ritalin LA [®]	Methydur [®]	Ritalin-IR
規格	18mg	36mg	20mg	22mg	10mg
劑型專利	OROS [®]		SODAS [®]	ORADUR [®]	
藥物組成	IR 22% 及 ER 78%		IR 50% 及 ER 50%	IR 18% 及 ER 82%	IR 100 %
作用時間	10-12 小時		6-8 小時	8-12 小時	4 小時
達最高血中濃度時間(T _{max})	6-10 小時		T _{max1} 1-3 小時 T _{max2} 5-8 小時	3-6 小時	1-2 小時
半衰期(T _{1/2})	3.5 小時		3-4 小時	6-7 小時	2 小時
兒童每日劑量(QD)	起始劑量 18 mg 最大劑量 72 mg (<12 歲 54 mg)		起始劑量 10 mg 最大劑量 40 mg	起始劑量 22 mg 最大劑量 44 mg	起始劑量 5 mg QD 或 BID 最大劑量 60 mg (一日總量)
成人每日劑量(QD)	起始劑量 18-36 mg 最大劑量 72mg		起始劑量 20mg 最大劑量 60mg	起始劑量 22mg 最大劑量 44mg	起始劑量 20-30 mg(BID-TID) 最大劑量:60mg (一日總量)
治療特性	1.起始作用慢，需搭配 MPH-IR 2.作用時間長，適合長時間學習		起始作用快	相較 Concerta [®] 起始作用快及吸收程度大	1. 作用快、短效、服藥次數頻繁 2. 較不影響食慾及睡眠
注意事項	不可咀嚼、剝半或磨粉		可將膠囊打開，服用膠囊內藥粒	不可咀嚼、剝半或磨粉	最後劑量應於下午六點前服用
副作用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 噁心、食慾不振、失眠、心悸 (短期且可逆，可透過停藥或調整服藥時間和劑量改善) ◆ 生長抑制 (可適當給予藥物假期改善此副作用) ◆ 周邊血管病變(手指或腳趾感到麻木、疼痛)，不明原因出現傷口需盡快就醫 				
禁忌症	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對 Methylphenidate 或其他賦形劑過敏者 2. 焦慮、緊張、精神激動、甲狀腺官能亢進 3. 患有心臟血管疾病的患者 4. 服用 MAOI 藥物或停藥兩週內患者 5. 青光眼、嗜鉻細胞瘤 6. 診斷為杜萊德氏 (Tourette's) 症之病患或有此家族病史的病人 				

短效型 IR (immediate release), 長效型 ER (extended release)

會在 1 小時內溶離，以提供起始劑量的 MPH，當水份進到內核，推藥層膨脹時，在接下來的 6-7 小時，會讓內層的 MPH 慢慢通過雷射孔洞釋放出去，達到一天一次的藥效，可以減少 MPH-IR 一天服藥三次時，藥物濃度在血液中產生的波動現象。以腹部 X 光檢查下可看見錠劑，藥品外殼會隨糞便排除。由於作用時間較長，可能引起食慾不振或失眠副作用。原本已經使用 MPH-IR 之病人，若想轉換成 Concerta® 治療，建議調整方式如下；

MPH 原每日劑量 (BID 或 TID)	Concerta® 建議起始劑量(QD)
5 mg	18mg
10 mg	36mg
15 mg	54mg
20 mg	72mg

(2) MPH-SODAS®: Ritalin LA® 利長能持續性藥效膠囊 SODAS(Spheroidal Oral Drug Absorption System) 持續性藥效膠囊內的圓粒，有 50% 為快速釋放型圓粒，藥效會在 1 小時內作用，50% 為腸溶包覆的延遲釋放型圓粒，可在服藥 4 小時後，才將藥物釋放出來，達到與服用二次總劑量相同之 MPH-IR 相近的血中藥物濃度曲線，不僅有起始作用快的優勢，也延長吸收時間。此外 Ritalin LA® 可將膠囊打開，將藥物撒在少量食物上(蘋果泥)一起服用，配合無法吞服膠囊患者使用的方便性，但不可研磨、咀嚼或切割藥粒，破壞圓粒腸溶劑型，也不可與食物一同加熱。對於原本已使用 MPH-IR 之病人想轉換成 Ritalin LA® 的藥物建議劑量調整方式為；

MPH 原每日劑量 (BID)	Ritalin LA® 建議起始劑量(QD)
5 mg	10mg
10 mg	20mg
15 mg	30mg
20 mg	40mg

(3) MPH-ORADUR®: Methydrur® 思有得持續性藥效膠囊 ORADUR® 為半固體凝膠劑型技術，膠囊外包覆 18% MPH-IR 膜衣層，服藥後於 2 小時內達到有效血中濃度 6 ng/ml，內層為 82% MPH 存在於半固體凝膠控釋基質中，在給藥的 3-6 小時內達到最高血中濃度 Cmax 8-10 ng/ml，效果可持續 8-12 小時，給藥 6 小時後，藥物濃度將持續下降，配合孩童放學時間，

降低晚上失眠副作用，但部份族群可能會發生中午食慾較低、影響午睡的狀況。Methydrur® 44mg 和 Concerta® 36mg 相比有較快的吸收速率與較大的吸收程度。

二、選擇性正腎上腺素再回收抑制劑 SNRI (Selective norepinephrine reuptake inhibitor)

(1) Atomoxetine (Apo -Atomoxetine® 中文名: 安保思定) 非中樞神經興奮劑，為治療 ADHD 的第二線用藥，因沒有濫用風險，不被列為管制藥品，藥理機轉為選擇性正腎上腺素再回收抑制劑，口服吸收良好，幾乎不受食物影響，提高前額葉皮質區的正腎上腺素，可改善記憶力及注意力。其作用時間長且療效藉由逐漸累積的穩定之血中濃度達到其效果，需要持續服用 2-4 週後才會開始出現療效，故服用此藥時，不宜使用藥物假期方式，隨意停止用藥，而影響治療。Atomoxetine 對於有藥物濫用問題的兒童(≥ 6 歲)及青少年、不適用 MPH、不自主抽搐或合併妥瑞氏症和情緒障礙患者較適合。Atomoxetine 用藥建議及劑量調整參見表三。給藥時，須整粒膠囊吞服，可與食物併服或空腹服用，注意膠囊不可打開，會對眼睛造成刺激。常見副作用為噁心嘔吐、腸胃不適，可與食物併服來緩解症狀，曾有肝毒性不良反應，應密切觀察肝功能，少數患者會出現自殺想法，須持續觀察是否有異常的情緒變化。

(2) Viloxazine (Qelbree®) 於 2021 年 4 月 FDA 核可治療 ADHD 的新藥，亦為選擇性正腎上腺素再回收抑制劑，用於治療 6 至 17 歲患者。經臨床試驗證實，其作用迅速，給藥一週後，注意力不集中和過動症狀都有改善。但目前台灣尚未上市。

三、三環抗憂鬱劑 TCAs (Tricyclic Antidepressants)

研究指出三環抗憂鬱劑 imipramine、desipramine、nortriptyline 用於治療 ADHD 具有效用，為第三線的治療用藥選擇。但目前未被 FDA 核可，其利用抑制正腎上腺素和血清素的再回收，來改善 ADHD 的焦慮、憂鬱合併症。治療之前需評估患者的心血管病史(頭暈、心悸、心律不整)和家族史(心臟病)，副作用包含抗膽鹼作用(如口乾、便秘、尿滯留)、疲勞和癲癇閾值降低。突然停藥，可能造成戒斷不適症狀，若要停用，應遵從醫囑慢慢調減劑量；可能引起自殺傾向，服用過量會致命，須謹慎使用。

表三: Atomoxetine 治療建議劑量

	孩童、青少年(<70 公斤)	孩童、青少年、成人(>70 公斤)
用藥頻率	QD 或 BID	
急性期總劑量	起始劑量: 0.5 mg/kg/day 三日後可調至 1.2 mg/kg/day	起始劑量: 40 mg/day 三日後可調至 80-100 mg/day
每日最大劑量(2-4 週後)	1.4 mg/kg 或 100 mg (以較低劑量為準)	100 mg
持續治療劑量	1.2-1.8 mg/kg/day	
肝功能不全	Child-Pugh Class B: 一般劑量的 50% Child-Pugh Class C: 一般劑量的 25%	
併用 CYP2D6 強抑制劑* 或 CYP2D6 代謝緩慢	起始劑量: 0.5 mg/kg/day 四週後只可增至 1.2 mg/kg/day	起始劑量: 40mg/day 四週後只可增至 80 mg/day

* CYP2D6 強抑制劑如 paroxetine、fluoxetine 及 quinidine

四、正腎上腺素-多巴胺再吸收抑制劑 NDRI (Norepinephrine and dopamine reuptake inhibitor):

Bupropion 是一種抗憂鬱藥，可阻斷正腎上腺素和多巴胺再回收，當作 ADHD 第二線治療用藥，但 FDA 未核准此適應症治療。針對 6 歲以上兒童及青少年，初始劑量為 1.5-3 mg/kg/day，單一劑量不超過 150mg，每日最大劑量為 6mg/kg/day 或 300mg/day，不良反應包括煩躁、厭食、失眠、抽搐和癲癇閾值降低 (>450mg/天)。為避免副作用發生，建議從小劑量開始治療，再慢慢調增到有效治療劑量。Bupropion 可能誘發嚴重癲癇發生，禁用於有癲癇及進食障礙病史孩童。

ADHD 治療使用 Bupropion 相較於中樞神經興奮劑 MPH，對於食慾抑制與藥物濫用情況

影響較為低，而比較與三環抗憂鬱劑具有更多的興奮作用。

五、 α 2-腎上腺素促效劑(α 2- Adrenergic agonist):

Clonidine 為 α 2 接受器腎上腺素刺激劑，可增加腦前葉的血流，加強記憶力及執行力，可減少病人的干擾行為、控制躁動情況和改善失眠。緩釋型 α 2 接受器腎上腺素刺激劑，FDA 已核可作為 ADHD 單一療法或中樞興奮劑藥物的輔助療法，其治療劑量調整參見表四。Clonidine 作為第三線治療用藥選擇，適用於使用 MPH 或 atomoxetine 效果不佳或有不耐受其治療副作用、併有妥瑞症候群患者或 ADHD 主要表現症狀為衝動者。臨床治療上，需服用至兩週後才可看得見症狀改善；常見的副作用有鎮靜、低血壓、便秘等。Clonidine 刺激腦幹接

表四: Clonidine IR 及 Clonidine ER 治療 ADHD 兒童(6 歲以上)及青少年建議劑量

Clonidine IR			
體 重	27 - 40.5 公斤	40.5 - 45 公斤	大於 45 公斤
起始劑量	0.05 mg HS		0.1mg HS
每 2-3 天上調藥量*	0.05 mg/day		0.1mg/day
每日最高劑量	0.2mg	0.3 mg	0.4 mg
停止治療**	1 - 2 週內逐漸減量		
Clonidine ER			
起始劑量	0.1 mg HS		
每 7 天上調藥量	0.1 mg/day		
每日最高劑量	0.4 mg		
停止治療**	每 3-7 天逐漸減量 每日減少劑量 \leq 0.1mg		

*可以增加頻率 BID, TID, QID 依序往上調整

**停藥時需逐漸減量，以免發生低血壓或血壓反彈性升高

受器，導致降低中樞交感神經作用，進而降低末梢血管阻力、腎臟血管阻力、血壓與心跳，建議使用時應監測血壓及心跳。治療開始及停藥時，都需慢慢調升或調降劑量，避免血壓突發性的改變，若突然中斷停藥，可能導致反彈性高血壓、脈搏速率增加、焦躁、頭痛、震顫的戒斷徵候群症狀。

結 語

注意力不足過動症 ADHD 源發自孩童時期，包括注意力不足、過動、和衝動三大症狀群的神經發展疾病，顯著影響孩童日常生活和學習功能。經各國大規模長時間研究，證實適當的治療將可降低疾病造成的功能損害和未來與 ADHD 相關的風險。

從注意力不足過動症 ADHD 研究證實藥物是治療的首選，尤其是中樞興奮劑第一線用藥，搭配選擇性正腎上腺素再回收抑制劑、三環抗憂鬱劑、正腎上腺素-多巴胺再吸收抑制劑、 $\alpha 2$ -腎上腺素促效劑各類作用機轉藥物和多種劑型的選擇，以滿足不同類型病人的治療需求。除藥物之外，行為治療、親子溝通及學校輔導都是治療 ADHD 重要的一環，須相互配合才能將藥物治療發揮到最大效果。

參考資料

1. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition
2. 衛生福利部心理健康司。ADHD 衛教懶人包。
3. 台灣兒童青少年精神醫學會。注意力不足過動症資料網。
4. Uptodate : Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis
5. 涂怡安、徐如維、黃凱琳、劉慕恩、陳牧宏(2017)。注意力不足過動症：診斷與治療之現今概況。臨床醫學月刊，79(3)，154-157。
6. 台灣兒童青少年精神醫學會。注意力不足過動症教師手冊。
7. Ritalin IR[®]仿單, Concerta[®]仿單, Ritalin LA[®]仿單
8. Maldonado R. Comparison of the pharmacokinetics and clinical efficacy of new extended-release formulations of methylphenidate. Expert opinion on drug metabolism & toxicology 2013; 9(8): 1001-1014.
9. Methydrur[®]仿單, 安保思定膠囊仿單
10. Uptodate : Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents
11. Uptodate : Clonidine : Pediatric drug information

養肝保肝方藥-甘之飲

~ 陳勇勳/涂慶業 藥師 ~

前 言

肝臟是人體最重要的化學工廠，解毒、排毒、儲存、合成、轉化等都在肝臟進行；而肝臟卻是個沉默的器官，很多肝硬化、肝癌患者往往在肝病初期並無明顯症狀，等發現不適時通常已經較為嚴重。「肝病」長久以來一直是台灣人的「國病」，這與我們的飲食習慣、生活習慣、喝酒文化、工作壓力、遺傳等因素有關。肝臟是一個能自我修復的器官，前提是必須提供充足的營養素，才能讓肝細胞修復。因此，平時就要有「護肝」的觀念，良好肝功能才能讓你擁有彩色人生。「甘之飲」即是本院研發針對現代人晚睡、晚起、熬夜加班、睡眠不足、

久坐少動、應酬喝酒及高油高鹽、高糖飲食文化造成肝臟負擔，導致肝功能受損後的保養方，以及用來幫助肝臟移植後，病人恢復肝功能的院方自製方劑。

作用原理

《素問·靈蘭秘典論》說：「肝者，將軍之官，謀慮出焉。」肝的主要生理功能，主疏泄和主藏血。生理特性是主升主動，喜條達而惡抑鬱，故稱之為「剛臟」。其疏泄作用能調暢全身氣機，使臟腑經絡的運行通暢無阻。肝功能失常，即肝失疏泄，抑鬱傷肝、肝氣不舒，肝氣鬱結等會產生不同的病理變化及臨床表癥；

“甘之飲”具有滋補肝腎，養陰潤肺，清新除煩，通經止痛，兼補中益氣，清熱解毒等功效，對於虛煩燥火、氣陰不足、病後體虛、神疲乏力者有很好的效果。

組成藥物介紹

“甘之飲”的各種組成藥物，以及藥材各別的功效介紹如下：

- 一、女貞子：木犀科 *Oleaceae* 植物女貞 *Ligustrum lucidum* W.T.Aiton 之乾燥成熟果實。可補肝腎陰，強腰膝，烏鬚明目。用於眩暈耳鳴，腰膝酸軟，鬚髮早白，目暗不明，內熱消渴、骨蒸潮熱。1.《本經》：味苦、平。主補中，安五臟，養精神，除百疾。2.《本草拾遺》：補腰腳令健，枝葉燒灰淋取汁，塗白癩風。亦可作稠煎傳之。3.《本草綱目》：女貞實乃上品無毒妙藥，而古方罕知用者，何也？《典求》云：女貞木乃少陰之精，故冬不落葉，觀此，則其益腎之功，尤可推矣。
- 二、枸杞子：茄科 *Solanaceae* 植物枸杞 *Lycium chinense* Mill. 或寧夏枸杞 *Lycium barbarum* L. 之乾燥成熟果實。可滋補肝腎，益精明目。用於肝腎陰虧、腰膝酸軟、頭暈、健忘、目眩、目昏多淚、消渴、遺精。1.《本經》：味苦，寒。主治五內邪氣，熱中，消渴，周痺。久服堅筋骨。2.《別錄》：根大寒，子微寒，無毒。主治風濕，下胸肋氣，客熱頭痛，補內傷，大勞、噓吸，堅筋骨，強陰，利大小腸。久服耐寒暑。3.《藥性論》：味甘，平。能補益精津諸不足，易顏色，變白，明目，安神，令人長壽。
- 三、麥門冬：百合科 *Liliaceae* 植物麥冬 *Ophiopogon japonicus* (Thunb.) Ker Gawl. 之乾燥塊根。可養陰潤肺、益胃生津、清心除煩。用於熱病傷津、心煩、口渴、咽乾肺熱、咳嗽、肺結核。1.《本經》：味甘，平。主治心腹結氣，傷中，傷飽，胃絡脈絕，羸瘦，短氣。2.《別錄》：微寒，無毒。主治身重目黃，心下支滿，虛勞、客熱，口乾、燥渴，止嘔吐，愈痿蹶，強陰，益精，消穀調中，保神，定肺氣，安五臟，令人肥健，美顏色，有子。3.《藥性論》：能治熱毒，止煩渴，主大水，面目肢節浮腫，下水，治肺痿吐膿，主泄精，療心腹結氣，身黑目黃，心下苦支滿，虛勞客熱。
- 四、南五味子：木蘭科 *Magnoliaceae* 植物華中五味子 *Schisandra sphenanthera* Rehder &

- E.H.Wilson 的乾燥成熟果實。可斂肺滋腎，生津斂汗，澀精止瀉、寧心安神。用於久嗽虛喘，夢遺滑精，遺尿尿頻，久瀉不止，自汗，盜汗，津傷口渴，短氣脈虛，內熱消渴，心悸失眠。
- 1.《本經》：味酸，溫。主益氣，咳逆上氣，勞傷羸瘦，補不足，強陰，益男子精。2.《名醫別錄》：無毒。主養五藏，除熱，生陰中肌。3.《藥性論》：能治中下氣，止嘔逆，補諸虛勞，令人體悅澤，除熱氣。病人虛而有氣兼嗽加用之。
- 五、大棗：鼠李科 *Rhamnaceae* 植物棗 *Ziziphus jujuba* Mill. 之乾燥成熟果實。可補中益氣，養血安神，緩和藥性。1.《本經》：味甘，平。主治心腹邪氣，安中，養脾，助十二經，平胃氣，通九竅，補少氣少津，身中不足，大驚，四肢重，和百藥。2.《別錄》：無毒。補中益氣，強力，除煩悶，治心下懸、腸澀。3.《日華子本草》：潤心肺，止嗽，補五藏。治虛勞，損，除腸胃癖氣，和光粉燒，治疔痢。
- 六、黃耆：豆科 *Leguminosae* 植物蒙古黃耆 *Astragalus membranaceus* (Fisch.) Bge. var. *mongholicus* (Bge.) Hsiao 或膜莢黃耆 *A. membranaceus* (Fisch.) Bunge 之乾燥根。可補氣升陽，益衛固表，利水消腫，托瘡生肌。用於氣虛乏力，食少便溏，中氣下陷，久瀉脫肛，便血崩漏，表虛自汗，癰疽難潰，久潰不斂，血虛萎黃，內熱消渴。1.《神農本草經》：味甘，微溫。主治癰疽，久敗瘡排膿止痛，大風癩疾，五痔，鼠瘻，補虛，小兒百病。2.《名醫別錄》：無毒。主治婦人子藏風邪氣，逐五藏間惡血，補丈夫虛損，五勞羸瘦，止渴，腹痛泄利，益氣，利陰氣。3.《藥性論》：治發背，內補，主虛喘，腎衰耳聾，療寒熱。
- 七、生甘草：豆科 *Leguminosae* 植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、脹果甘草 *G. inflata* Batalin 或光果甘草 *G. glabra* L. 之乾燥根及根莖。可益氣補中，清熱解毒，祛痰止咳，緩急止痛，調和藥性。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》：味甘，平。主治五臟六腑寒熱邪氣，堅筋骨，長肌肉，倍力，金瘡腫，解毒。2.《名醫別錄》：無毒。主溫中，下氣，煩滿，短氣，傷藏，咳嗽，止渴，通經脈，利血氣，解百藥毒，為九土之精，安和七十二種石，一千二百種草。3.《藥性論》：諸藥眾中為君。治七十二種乳石毒，解一千二百般草木毒，調和使諸藥

有功，故號國老之名矣。主腹中冷痛，治驚癇，除腹脹滿，補益五藏，制諸藥毒，養腎氣內傷，令人陰痿。

八、西洋參：五加科 *Araliaceae* 植物西洋參 *Panax quinquefolius* L. 之乾燥根。可補氣養陰，清火生津。用於氣虛陰虧，內熱，咳喘痰血，虛熱煩倦，消渴，口燥咽乾。1.《從新》：補肺降火，生津液，除煩倦。虛而有火者相宜。2.《本草綱目拾遺》：《藥性考》：洋參似遼參之白皮泡丁，味類人參，惟性寒，宜糯米飯上蒸用，甘苦，補陰退熱。薑製，益元扶正氣。3.《本草分經》：苦、寒，微甘。補肺降火，虛而有火者宜之。

九、薑黃：薑科 *Zingiberaceae* 植物薑黃 *Curcuma longa* L. 之乾燥根莖。可活血行氣，通經止痛。用於胸脅刺痛，閉經，症瘕，風濕肩臂疼痛，跌撲腫痛。1.《本草拾遺》：味辛，溫，無毒，色黃，主破血，下氣，溫不寒。鬱金味苦，寒，色赤，主馬熱病。2.《日華子本草》：熱，無毒。治癥瘕血塊，癰腫，通月經，治扑損瘀血，消腫毒，止暴風痛冷氣，下食。3.《開寶本草》：味辛、苦，大寒，無毒。主心腹結積、疰忤，下氣破血，除風熱，消癰腫，功力烈於鬱金。

十、陳皮：芸香科 *Rutaceae* 植物橘 *Citrus reticulata* Bl. 及其栽培變種的乾燥成熟陳年果皮。中藥材分為「廣陳皮」和「陳皮」。可理氣健脾，燥濕化痰。用於胸脘脹滿，食少吐瀉，咳嗽痰多。1.《本經》：氣味苦辛平無毒，主治胸中痰熱，逆氣，水穀。久服去臭，下氣通神。2.《藥性論》：臣，味苦，辛。能治胸膈間氣，開胃，主氣痢，消痰涎，治上氣咳嗽。3.《日華子本草》：苦，微毒。治遊風，熱毒。風疹，惡瘡，疥癩，小兒壯熱，并煎湯浸洗。桔皮，暖，消痰止咳，破症瘕痞癖。

十一、蒲公英：菊科 *Compositae* 植物蒲公英 *Taraxacum mongolicum* Hand.-Mazz.、臺灣蒲公英 *Taraxacum formosanum* Kitam. 或同屬植物之乾燥全草。可清熱解毒，消癰散結，利濕通淋。用於上呼吸道感染，眼結膜炎，流行性腮腺炎，高血糖，乳癰腫痛，胃炎，痢疾，肝炎，膽囊炎，急性闌尾炎，泌尿系感染，盆腔炎，癰癤疔瘡，咽炎，治急性乳腺炎，淋巴腺炎，療癰，疔毒瘡腫，急性結膜炎，感冒發熱，急性扁桃體炎，急性支氣管炎、尿路感染。1.《開寶本草》：味甘，平，無毒。主婦人乳癰

腫，水煮汁飲之，及封之，立消。2.《本草圖經》：治惡刺方，出《千金方》。其序云：邈以貞觀五年七月十五日夜，以左手中指背觸著庭木，至曉遂患痛不可忍。經十日，痛日深，瘡日高大，色如熟小豆色。常聞書者論有此方，遂用治之。手下則愈，痛則除，瘡亦即瘥，未十日而平復如故。3.《本草衍義補遺》：屬土。開黃花似菊花，化熱毒，消惡腫結核有奇功。味甘，解食毒，散滯氣，可入陽明太陰經。

十二、紅景天：景天科 *Crassulaceae* 植物大花紅景天 *Rhodiola crenulata* (Hook.f. & Thomson) H. Ohba 之乾燥根及根莖。益氣活血，通脈平喘。用於氣虛血瘀，胸痹心痛，中風偏癱，倦怠氣喘。1.《本經》將紅景天列為藥中上品，服用紅景天輕身益氣，不老延年，無毒多服，久服不傷人。能補腎，理氣養血，主治週身乏力、胸悶等；還具有活血止血、清肺止咳、解熱，並止帶下的功效。2.《四部醫典》：言其「性平、味澀、善潤肺、能補腎、理氣養血。主治週身乏力、胸悶、噁心、體虛等症」。3.《本草綱目》：「紅景天，本經上品，祛邪惡氣，補諸不足」是「已知補益藥中所罕見」。

適應症及使用注意事項

“甘之飲”臨床應用於滋補肝腎，養陰潤肺，清新除煩，通經止痛，兼補中益氣，清熱解毒等功效，對於虛煩燥火、氣陰不足、病後體虛、神疲乏力者有很好的效果；本品為中藥製劑使用時須經中醫師處方。

結語

“護肝”要從生活習慣做起，包括：1.適當休息及睡眠，尤其是晚上 11 點到凌晨 3 點，是肝膽排毒重要的時間；2.遠離不必要的藥物和毒素，如高溫烹調食物、人工添加物、來路不明的中草藥、塑膠容器、空氣汙染等；3.戒菸、戒酒；4.適度有氧運動；5.定期追蹤，尤其是 B 肝、C 肝帶原者，一定要接受治療，控制好肝炎病毒的數量，並且定期追蹤，才能減少肝臟發炎的情況。

參考資料

1. 翟艷會，北沙參的臨床應用及其用量探究
長春中醫藥大學學報 2022年第38卷第11期。
2. 劉陽陽，生地黃與熟地黃補血與免疫調節作用研究
中藥材 2022年第45卷第8期。
3. 代雪，白芍總苷在皮膚科的應用進展
皮膚病與性病 2020年第42卷第3期。
4. 張敏，枸杞子及其有效成分的藥理作用研究進展
藥物評價研究 2023年第46卷第7期。
5. 馬小麗，美容要“內養”，養顏先養肝中醫健康養生
2023年4月。
6. 張偉，重構本草—生地黃
吉林中醫藥 2024年3月第44卷第3期
7. 張穎，烏梅肉的藥用沿革及現代研究進展
中國中醫雜誌 第48卷第14期
8. 魏江霞，當歸不同藥用部位的本草考證、化學成分、藥理作用研究概況
中華中醫藥學刊 2024-02-01
9. 王國璋，補血美容是龍眼保健醫苑
藥食同源 2018年第1期
10. 甘寧峰，談損美性疾病從肝脾論治
時珍國醫國藥 2007年第18卷第5期
11. 楊苗苗，藥食兩用話百合
家庭醫學(上) 2023.10 第39頁