



本期內容：1. 發熱性感染相關性癲癇症候群介紹
2. 藥酒同源方藥 - 宏壽百歲液

陳冠吟/吳秉峰 藥師
施穎嵐/涂慶業 藥師

發熱性感染相關性癲癇症候群(febrile infection-related epilepsy syndrome)介紹

～ 陳冠吟/吳秉峰 藥師 ～

前 言

發熱性感染相關性癲癇症候群 FIRES (Febrile Infection - Related Epilepsy Syndrome) 是小兒神經科的一種嚴重性神經疾病，特徵是由發燒感染引發不明原因的難治性癲癇狀態，經於 2018 年提出的共識定義、臨床表徵與預後，而漸漸明確。國際抗癲癇聯盟 ILAE(International League Against Epilepsy) 將其分類為兒童時期開始出現進行性神經功能惡化的癲癇症候群。然而這種極為罕見疾病(百萬分之一)的病因仍未明，有效的治療研究仍持續發展中，主要還是以控制癲癇症狀為主。

FIRES 發作時非常難治，需要靜脈注射大劑量的抗癲癇藥，以巴比妥類(Barbiturates)為主，其他併發症的治療，包括呼吸抑制及藥物過敏，因而導致控制癲癇發作更加困難。除了傳統的抗癲癇治療外，替代療法正在逐步開發，生酮飲食可降低抽搐並提高預後的智力。此外，中樞神經系統的發炎細胞因子過度產生已被證明與 FIRES 的病因有密切相關，故發展出新興的療法，包括免疫調節療法和抗細胞激素治療(Anti-Cytokine Therapy)。

流行病學

FIRES 是最嚴重的癲癇性腦病變之一，因

有癲癇發作即為難治且頻繁，通常幾週內會發生全腦萎縮，且與不良結果有關。其好發於男性，且主要是學齡前或 4-9 歲的學齡孩童，發病前通常健康狀況良好，沒有特定季節及遺傳相關性。

病態生理或機轉

FIRES 的病理機轉尚不清楚，與熱敏性癲癇相關的基因突變，或是感染引起的腦病變和癲癇持續狀態相關的基因都無關連性，可能是由發炎或自體免疫機制引起。然而 FIRES 兒童的血清和腦脊髓液中促炎細胞因子和趨化因子都有偏高。在 Sakuma 等人針對 AERRPS 兒科病例發炎介質的研究發現，腦脊髓液中的下列因子 Proinflammatory cytokines (IL-6), macrophage migration inhibitory factor (MIF) and chemokines (CXCL10 and IL-8) 會選擇性上升，而大多的 T 細胞相關細胞激素會維持不變，這些提供了 AERRPS 發病機轉的證據，腦脊髓液中的細胞激素和趨化因子變化會比血清中顯著，且主要發炎在中樞神經系統。

發病的早期，中樞神經系統的免疫系統強烈活化，導致腦脊髓液中的促發炎細胞因子及趨化因子(Pro-Inflammatory Cytokines and Chemokines)異常增加，產生發炎反應。一般來說，上述反應與傳統性腦炎較相關，而研究發現 FIRES 則與基因型 IL1RN 有關，可透過

腦部的 MRI 檢測其非個異性的海馬異常，情況嚴重時，丘腦及基底層都會出現異常訊號。

診 斷

FIRES 可分急、慢性二階段，急性期開始為持續 1-12 週的癲癇發作，然後是慢性期，其特徵是每 2-4 週密集出現單一型和多型性持續難治性癲癇發作。臨床檢查的目的在於確認難治性癲癇的持續狀態，腦電圖(EEG)可顯示兩個大腦半球的陣發性癲癇異常狀態或整個大腦的慢波。再者透過腦部磁振造影(MRI)掃描，用以排除與難治性癲癇持續狀態相關的結構異常。FIRES 急性期患者，因自體免疫疾病發作，在 MRI 上雙側屏狀核會出現病灶。而慢性期患者(大於 6 個月)，約 50% 病例 MRI 會出現雙側內側顳葉萎縮及 T2 高訊號。腦室周圍蛋白質的局部異常訊號，顯示病灶範圍變廣且臨床結果差。

最後透過腦脊髓液及血液檢查，來排除感染、發炎和自體免疫疾病，某些情況，可額外測試來確認癲癇持續狀態是否與遺傳或代謝性疾病有關。

臨床表現

FIRES 是急性發作的慢性神經系統疾病，但沒有感染性的腦炎。發作前會先出現非特異性發燒，最常見是健康個體的上呼吸道感染或腸胃炎，經過 24 小時到兩週潛伏期後，癲癇發作會快速且頻繁增加，導致難治性叢集性癲癇發作，發作可以是簡單運動性，複雜性局部或繼發性全身性癲癇，癲癇表現為臉部周邊局部肌陣攣。FIRES 的急性高峰期兒童，可能兩週內每天癲癇發作數百次。由於癲癇發作會持續幾天至數個月的時間，發作期間意識受損，故必須注射大劑量的抗癲癇藥物，且執行重症的人工呼吸器照護。

發病後早期症狀進展較慢，較少出現呼吸循環功能不全，反而是因為長時間靜脈注射巴比妥類藥物，引起心肺抑制，或是麻痺性腸阻塞導致的腸道營養困難。另外極少數可能伴隨 Cytokines 風暴而產生全身性發炎反應症候群。急性期時，醫師會根據腦波檢查來調整抗癲癇藥物，嚴重狀態下，可能出現間歇性癲癇發作，

導致週期性放電，因此必須持續監測腦波圖。降溫治療(退燒)，可抑制癲癇，降低癲癇狀態惡化，亦可減少強烈的發炎反應。

治療方針

FIRES 治療深具挑戰，由於是罕見疾病，能夠提供的參考文獻證據局限於病例報告、少數系列案例報告或個人觀察。目前專家的共識為儘早正確診斷，即早治療可以改善預後。FIRES 發作急性期，用藥建議參考如(表一)。除了典型的抗癲癇用藥控制外，對於抗癲癇藥物治療反映不佳的病童需要配合其他的治療加以控制。主要相關的治療方法包括：

(1) 抗癲癇藥物治療

由於 FIRES 的癲癇發作極為難治，從臨床經驗使用 GABA(gamma-aminobutyric-acid) 作用類藥物；巴比妥類 Barbiturates: phenobarbital 或苯二氮平類藥物 BZD(benzodiazepines): Lorazepam、Midazolam 多數能有效控制。巴比妥類通常會使用於針對苯二氮平類 BZD 治療無效或需要高劑量者，若使用高劑量時仍無法控制癲癇症狀，則需要使用吸入性的麻醉藥。在上述情急狀況下，不可避免會產生心、肺抑制狀況，因此需要仰賴呼吸器與升壓藥支持，及提供靜脈營養注射。然而長時間高劑量使用巴比妥類藥物，可能導致不良反應外，亦會造成預後不佳，故須注意治療療程設定，儘可能縮短給藥時間。併用其他抗癲癇藥物治療，可以減少巴比妥類藥物使用劑量，例如靜脈注射 Lidocaine、Fosphenytoin、Levetiracetam，口服藥物 Topiramate、Potassium bromide 都是有效。本院常用治療 FIRES 藥品如(表二)。

治療時有關的不良反應有藥物引起的肝功能不佳，急性期也可能出現多重藥物引起的神經性心律不整。另外，常見不良反應是藥物過敏，若是藥物性皮疹通常在停藥後能緩解，過敏反應也可能伴隨發燒，需要加以釐清並停藥，且有案例因藥物過敏反應，而產生休克及腎衰竭等多重器官衰竭，導致整體狀況持續惡化，因此在治療 FIRES 需特別注意藥物過敏症候群產生。

(2) 新興療法

高劑量的靜脈注射巴比妥類藥物、抗癲癇藥及免疫調節劑，在發病後一週會達到控制，

表一: FIRES 發作急性期, 用藥建議參考

治療選項

優先選項 (GABAergic, acidosis or, ketosis)

首先選擇

- Phenobarbital: 高劑量注射 1 × 10 mg/kg >15 min, 接續 1 mg/kg/h, 之後可以每 6 h 增加 0.5 mg/kg/h 至最大劑量 3 mg/kg/h; 治療血中濃度維持 100–180 mg/L)並配合監測腦波 EEG 監測控制
- Sulthiame: 10–30 mg/kg/day (personal observations in several cases)
- Clobazam: 10–60 mg/day in status epilepticus
- Lorazepam: 轉換 midazolam 注射劑量, 改以 lorazepam 口服劑量, 一日分四次餵服
- Midazolam: 0.12–1.92 mg/kg/h in refractory status epilepticus
- Ketogenic diet

免疫治療 Immunotherapy 選擇

- Dexamethasone: 0.15–0.25 mg/kg 脊髓注射, 重複 4 次或每 1-6 週增加一次
- Tocilizumab: 8 or 12 mg/kg 每 2 週注射 4 劑, 持續 8 週, 或 4 mg/kg, 1 週後打第 2 劑
- 台灣無此藥 Anakinra: 2 × 5 mg/kg/day 皮下注射

參考選擇:無有效證據, 但系列案例呈現有效

- Cannabidiol: up to 25 mg/kg/day
- 體溫調控療法 Hypothermia

其他選擇:

- Ketamine: 2.5–10 mg/kg/h in *SRSE
- Chloral hydrate: 4–8 × 1000 mg/day (觀察案例)
- Levetiracetam: 50–60 mg/kg/day
- Lacosamide: 腸道餵食 10 mg/kg IV loading 或首次劑量用於初次 status epilepticus
- Perampanel: 4–12 mg/day
- Lidocaine、MgSO₄
- 吸入型麻醉藥:

=>成功案例:sevoflurane 合併血漿置換

=>失敗案例:isoflurane, 可能因神經毒性

- Electroconvulsive therapy
- Vagus nerve stimulation

*SRSE, super-refractory status epilepticus

然而療程會產生許多不良反應, 包括心臟疾病, 呼吸抑制及藥物過敏症候群。因此研究發展出其他新興療法, 包括生酮飲食和抗細胞激素藥物, 來減少相關併發症發生。

(3) 生酮飲食(Ketogenic diet)

生酮飲食療法在長期用於癲癇患者, 效果顯著。而近期文獻, 重新發現證明可有效控制頑固性癲癇。不僅減少癲癇發作, 更改善了預後的智力。

由於急性期, 口服攝取困難, 生酮飲食執行有挑戰性。在些許的案例中, 僅是靜脈輸液去除葡萄糖, 或是限制碳水化合物就可以顯著降低癲癇的發作。然而長期處於飢餓狀態, 是否影響預後仍未知, 亦有少數案例生酮飲食無效, 因此仍需要評估其適應症及禁忌症。

(4) 免疫調節治療 (Immunomodulatory treatment)

由於 FIRES 病因不明, 但基於神經發炎的相關性, 可使用免疫調節療法及皮質類固醇。有文獻證實, 靜脈注射免疫球蛋白(IVIG)和類固醇脈衝療法 (Methylprednisolone Pulse Therapy)對 FIRES 控制有效。機轉未明, 可能是抑制中樞神經系統中過多的細胞激素產生。

(5) 抗細胞激素療法(Anti-cytokine therapy)

動物研究發現癲癇發作與發炎細胞激素如 Interleukin-1 β (IL-1 β), IL-6, and TNF α 有密切相關, 可透過抑制其途徑來控制癲癇, 而 FIRES 會引起腦脊髓液的細胞激素增加。Anakinra 一種人類 IL-1 β 受體拮抗劑 (IL1RA), 透過降低細胞內抑制 IL1RA 亞型表

表二：本院常用治療FIRES藥品

| 藥理分類 | 藥品學名 | 劑型規格 | 常用小兒治療劑量 |
|-----------------|-------------------------|--|---|
| Barbiturates | Phenobarbital | 30mg/Tab | 12 歲以下 5-10mg/kg TID |
| | Phenobarbital | 100mg/mL/AMP | IV or IM 4-6 mg/kg QD for 7-10 days alternatively, 10-15 mg/kg QD |
| BZDs* | Midazolam | 15 mg/3 mL/AMP (5 mg/mL) | Bolus 0.03-0.5mg/kg Infusion: 0.02-1/2mg/kg/h |
| | Clobazam | 10 mg/tab | 2 歲以下兒童：0.5-1 mg/kg/day |
| | Lorazepam | 0.5 mg/Tab、2 mg/Tab 2 mg/mL/AMP | 0.05 mg/kg |
| | Diazepam | 2mg/Tab 10mg/2mL/AMP | 1-2.5 mg TID or QID 0.2-0.5 mg IV |
| | Clonazepam | 0.5mg/Tab、2mg/Tab | 0.1 to 0.2 mg/kg/day |
| Anticonvulsants | Phenytoin | 100mg/Tab | 5 mg/kg/day BID or TID |
| | | 250mg/5mL/AMP | 15 to 20 mg/kg IV |
| | Levetiracetam | 500 mg/Tab、ER 500 mg/Tab | 10 mg/kg BID |
| | | 100mg/mL 300 mL/Bot 500 mg/5mL/Vial | Max:30 mg/kg BID |
| | Valproic acid | 300 mg/Cap、500 mg/Tab | 30 mg/kg/day |
| Lacosamide | 100 mg/Tab、 | 1 mg/kg oral/IV BID | |
| | 200 mg/20mL/Vial | | |
| Topiramate | 25 mg/Tab、100 mg/Tab | 5-9 mg/kg day | |
| | XR:50 mg/Cap、100 mg/Cap | | |

* BZDs, Benzodiazepines XR: extended-release capsules

現減少，且抑制其活性，來降低 FIRES 的癲癇發作。FIRES 患者，腦脊髓液中的 IL-6 分子會明顯增加，因此可用 Tocilizumab，一種人類化抗 IL-6 接受體單株抗體，來抑制癲癇的惡化。這些治療的成功，證明了 FIRES 病理與發炎細胞因子的相關性。

預 後

FIRES 預後很差。癲癇發作頑固、持續時間長且難以控制。目前尚無治癒或有效的治療方法。與 FIRES 相關的急性期死亡率為 10%，慢性期為 13%。腦室周圍白質病變的等級愈高，神經系統的預後亦愈差。

結 語

現今，癲癇治療方法快速發展，然而發熱性感染相關性癲癇症候群 FIRES 仍是一種難

以治療且預後極差的罕見疾病，其疾病基礎及臨床研究較少，為了克服困難，透過許多研究來確定其臨床表徵，而新興的抗細胞激素療法，正鼓舞著臨床來對抗這難治的罕見疾病，期許未來有更多成功治療研究出現。

參考資料

1. Hiroshi Sakuma, Asako Horino, Ichiro Kuki. Neurocritical care and target immunotherapy for febrile infection-related epilepsy syndrome. Biomedical Journal 43 (2020) 205-210.
2. Wirrell EC, Nabbout R, Scheffer IE, Alsaadi T, Bogacz A, French JA, et al. Methodology for classification and definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: report of the ILAE task force on nosology and definitions. Epilepsia 2022; 63:1333-48.
3. Gopaul MT, Hanin A, Cespedes J, Pulluru Y, Kazazian K, van Baalen A, et al. The seasonality of new-onset refractory status epilepticus (NORSE). Epilepsia 2023.

4. Sakuma H, Tanuma N, Kuki I, Takahashi Y, Shiomi M, Hayashi M. Intrathecal overproduction of proinflammatory cytokines and chemokines in febrile infection-related refractory status epilepticus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86: 820-2.
5. Farias-Moeller R, Bartolini L, Staso K, Schreiber JM, Carpenter JL. Early ictal and interictal patterns in FIRES: The sparks before the blaze. *Epilepsia* 2017; 58(8): 1340-8. Lee HF, Chi CS. Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome (FIRES): Therapeutic complications, long-term neurological and neuroimaging follow-up. *Seizure* 2018 6; 56: 53-59.
6. Kam L. Hon1, Alexander K.C. Leung, and Alcy R. Torres. Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome (FIRES): An Overview of Treatment and Recent Patents. *Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery* 2018, 12, 128-135
7. Ferlisi M, Hocker S, Grade M, Trinkka E, Shorvon S. Preliminary results of the global audit of treatment of refractory status epilepticus. *Epilepsy Behav* 2015; 49: 318-2
8. Fox K, Wells ME, Tennison M, Vaughn B. Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome (FIRES): A literature review and case study. *Neurodiagn J* 2017; 57: 224-33.
9. Appenzeller S, Helbig I, Stephani U, Hausler M, Kluger G, Bungeoth M, et al. Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome (FIRES) is not caused by SCN1A, POLG, PCDH19 mutations, or rare copy number variations. *Dev Med Child Neurol* 2012; 54:1144-8.
10. Andreas van Baalen. Febrile infection-related epilepsy syndrome in childhood: A clinical review and practical approach. *Seizure: European Journal of Epilepsy* 111 (2023) 215–222.

藥酒同源方藥-宏壽百歲液

～ 施穎嵐/涂慶業 藥師 ～

前 言

藥酒為酒與中草藥相配製而成，通常指將動植物的全部或一部分(根、莖、葉、花、果實或內臟)及某些礦物質按一定比例浸泡在低濃度食用乙醇、白酒、黃酒、米酒或葡萄酒中，經一段時間再去除渣滓而成，另也可以發酵製得。酒與中藥相配伍可增藥性亦可助藥行，兩者相輔相成，可養生健體亦可治療疾病。藥酒具有製作簡單、便於存放、容易使用、可內服外敷、見效快且療效高等優點。中醫藥觀點認為，酒本身即為藥，《漢書·食貨志》中提到酒為百藥之長，《名醫別錄》將之列為中品：「酒，味苦，甘辛，大熱，有毒。主行藥勢，殺邪惡氣」，具有溫通血脈、升發陽氣、祛風散寒、宣散藥力等功效，善於走竄經絡，可引藥力直達病位，為歷代醫家所重視。

將酒與中醫藥作結合，發軔於先秦時代。最早的藥酒方記載來自於馬王堆漢墓出土的古醫書中，如《五十二病方》、《養生方》、《雜療方》等，其應用大致分為養生保健和疾病治療兩大類，治療範圍廣泛，涵蓋內科、外科、

皮膚科、婦科等，除功效外亦記述了釀製工藝及使用方式，有內服、外用、嗅吸(類似現代的芳香療法)，或將酒作為液體輔料來製劑。由此可見，酒劑之醫學應用至西漢時已有一定的經驗積累。明代李時珍所著《本草綱目》更是明言：「《本草》及諸書，並有治病釀酒諸方。今輯其簡要者，以備參考。藥品多者，不能盡錄。」其收載之酒方，可治瘧疾、虛損、風濕、中風、水腫、耳聾、腹中及產後瘀血等病症，有補虛益氣、強筋骨等保健功效，亦有外用之法：洗、薰、浴。

作用原理

本院製劑“宏壽百歲液”脫胎自民間良方周公百歲酒，市面上多部整理藥酒方的書中，如《中國藥酒配方大全》、《藥酒秘方大全》，大都將之歸類為養生保健藥酒，可祛病強身、延年益壽，針對體質虛弱者，增強免疫力，調和陰陽，使臟腑機能可正常運轉。宏壽百歲液由本院中醫師依臨床經驗，針對周公百歲酒做加減味而成，旨在養顏益壽、強身健體，具溫

筋補骨、調和氣血、舒暢經脈、祛風除溼、散寒止痛的功效，主治氣虛血弱、諸般風濕之症。

組成藥物介紹

宏壽百歲液中的組成豐富多元，取各種藥物配合藥味以酒泡製，其所含藥材及其具功效分別介紹如下：

1. 黨參：本品為桔梗科植物黨參 *Codonopsis pilosula* (Franch.) Nannf.、素花黨參 *C. pilosula* (Franch.) Nannf. var. *modesta* (Nannf.) L.T.Shen 或川黨參 *C. tangshen* Oliv.之乾燥根。甘，平。歸脾、肺經。可補中益氣，生津養血。
2. 白朮：本品為菊科植物白朮 *Atractylodes macrocephala* Koidz.之乾燥根莖。苦、甘，溫。歸脾、胃經。可補氣健脾，燥濕利水，止汗，安胎。
3. 麥門冬：本品為百合科植物麥門冬 *Ophiopogon japonicus* (Thunb.) Ker Gawl.之乾燥塊根。習稱「麥冬」。甘、微苦，微寒。歸心、肺、胃經。可滋陰潤肺，鎮咳祛痰，益胃生津，清心除煩藥。
4. 黃耆：本品為豆科植物蒙古黃耆 *Astragalus mongholicus* Bunge (*A. membranaceus* (Fisch.) Bunge var. *mongholicus* (Bunge) P.K.Hsiao)或膜莢黃耆 *A. membranaceus* (Fisch.) Bunge 之乾燥根。甘，微溫。歸肺、脾經。可補氣升陽，益衛固表，托毒生肌，利水退腫。
5. 陳皮：本品為芸香科植物橘 *Citrus reticulata* Blanco 及其栽培變種的乾燥成熟陳年果皮。苦、辛，溫。歸肺、脾經。可理氣，調中，燥濕，化痰。
6. 炒杜仲：本品為杜仲科植物杜仲 *Eucommia ulmoides* Oliv.之乾燥樹皮。甘，溫。歸肝、腎經。可補肝腎，壯筋骨，安胎。
7. 續斷：本品為續斷科植物川續斷 *Dipsacus inermis* Wall.之乾燥根。苦、辛，微溫。歸肝、腎經。補肝腎，行血脈，續筋骨。
8. 狗脊：本品為蚌殼蕨科植物金毛狗脊 *Cibotium barometz* (L.) J.Sm.之乾燥根莖。苦、甘，溫。歸肝、腎經。補肝腎，壯筋骨，祛風濕。
9. 懷牛膝：本品為苧科植物牛膝 *Achyranthes bidentata* Blume 之乾燥根。習稱「懷牛膝」。苦、酸，平。歸肝、腎經。活血祛瘀，通經，壯筋骨。
10. 炮附子：本品為毛茛科植物烏頭 *Aconitum carmichaelii* Debeaux 之乾燥子根。辛、甘，大熱；有毒。歸心、腎、脾經。回陽救逆，散寒止痛。
11. 秦艽：本品為龍膽科植物秦艽 *Gentiana macrophylla* Pall.、麻花秦艽 *G. straminea* Maxim.、粗莖秦艽 *G. crassicaulis* Duthie ex Burkill 或小秦艽 *G. dahurica* Fisch.之乾燥根。辛、苦，微寒。歸胃、肝、膽經。祛風濕，止痺痛，清虛熱。
12. 炙甘草：本品為豆科植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、脹果甘草 *G. inflata* Batalin 或光果甘草 *G. glabra* L.之乾燥根及根莖之蜜製品。甘，平。歸心、肺、脾、胃經。補脾和胃益氣，潤肺止咳祛痰，緩急止痛，緩和藥性，調和諸藥。
13. 砂仁：本品為薑科植物陽春砂 *Amomum villosum* Lour.、縮砂 *A. villosum* Lour. var. *xanthioides* (Wall. ex Baker) T.L.Wu & S.J.Chen 或海南砂 *A. longiligulare* T.L.Wu 之乾燥成熟果實。辛，溫。歸脾、胃、腎經。芳香健胃，理氣安胎溫中，行氣止痛止嘔。
14. 薑半夏：本品為天南星科植物半夏 *Pinellia ternata* (Thunb.) Makino 之乾燥塊莖去外皮之炮製品。辛、溫；有毒。歸脾、胃、肺經。燥濕化痰，降逆止嘔，消痞散結。
15. 山楂：本品為薔薇科植物山楂 *Crataegus pinnatifida* Bunge 或山里紅 *C. pinnatifida* Bunge var. *major* N.E.Br.之乾燥成熟果實。酸、甘，微溫。歸脾、胃、肝經。消食化積，活血祛瘀。
16. 山茱萸：本品為山茱萸科植物山茱萸 *Cornus officinalis* Siebold & Zucc.之乾燥成熟果肉。酸、澀，微溫。歸肝、腎經。補益肝腎，收斂固澀，澀精，止汗。
17. 枸杞子：本品為茄科植物枸杞 *Lycium chinense* Mill.或寧夏枸杞 *L. barbarum* L.之乾燥成熟果實。甘，平。歸肝、腎經。滋補肝腎，益精明目。
18. 生地黃：玄參科植物地黃 *Rehmannia glutinosa* Libosch.之乾燥塊根。乾燥習稱「生地黃」。甘、苦，寒。歸心、肝、腎、小腸經。清熱生津，涼血，止血。
19. 熟地黃：本品之基原同生地黃，為生地黃

- 炮製加工品。甘，微溫。歸肝、腎經。補血滋陰，益精填髓。
20. 南五味子：本品為木蘭科植物華中五味子 *Schisandra sphenanthera* Rehder & E.H.Wilson 的乾燥成熟果實。酸、甘，溫。歸肺、心、腎經。斂肺止咳，補腎澀精，止瀉，寧心安神，益氣生津，斂汗。
21. 川芎：本品為繖形科植物川芎 *Ligusticum chuanxiong* Hort.之乾燥根莖。辛，溫。歸肝、膽、心包經。活血行氣，祛風止痛。
22. 當歸：本品為繖形科植物當歸 *Angelica sinensis* (Oliv.) Diels 之乾燥根。甘、辛，溫。歸肝、心、脾經。補血和血，活血調經止痛，潤腸通便。
23. 防風：本品為繖形科植物防風 *Saposhnikovia divaricata* (Turcz.) Schischk.之乾燥根及根莖。辛、甘，微溫。歸膀胱、肝、脾經。祛風解表，勝濕止痛，解癭。
24. 獨活：本品為繖形科植物重齒毛當歸 *Angelica pubescens* Maxim. f. *biserrata* R.H.Shan & C.Q.Yuan 之乾燥根。辛、苦，溫。歸腎、膀胱經。祛風除濕，通痹止痛。
25. 桂枝：
本品為樟科植物肉桂 *Cinnamomum cassia* (L.) J.Presl 之乾燥嫩枝。辛、甘，溫。歸心、肺、膀胱經。發汗解肌，溫通經脈，助陽化氣，平衡降氣。
26. 黑棗：本品為鼠李科植物棗 *Ziziphus jujuba* Mill.之乾燥成熟果實加工品。甘，溫。歸脾、胃經。補中益氣，養血安神。
27. 米酒：酒為高粱、大麥、米、甘薯、玉米、葡萄等為原料釀製而成的飲料。凡酒類都含乙醇。甘、苦、辛，溫，有毒。入心、肝、肺、胃經。通血脈，行藥勢。

與周公百歲酒之比較

宏壽百歲液組成藥材中，將周公百歲酒之羌活換成獨活，去茯苓、茯苓、龜版膠，加杜仲、續斷、狗脊、懷牛膝、炮附子、秦艽、炙甘草、砂仁、薑半夏、山楂十味藥材。

羌活、獨活二活均可祛風勝濕止痛，羌活善走上焦，偏於行外而發散力強，可升散頭面風寒濕邪；而獨活升發之性較弱，偏於走裡而行經力勝，長於祛腰膝筋骨間風濕。宏壽百歲

液使用獨活，以其善下行而入裡，治下焦之風寒濕痺，臨床上針對病患常見之腰膝痠軟更有效。《黃帝內經》所謂「肝主筋」，「腎主骨」，「腰者腎之府」，肝腎虛弱則腰痛、膝腿痠軟無力，故加杜仲、續斷、狗脊、懷牛膝，增強補肝腎、強筋骨、壯腰膝之效。附子辛熱，可溫助腎陽，使人體有能量，又可逐寒燥濕，處理風寒濕三邪所致之氣血凝滯閉塞，如關節肌肉疼痛、筋骨麻木等。秦艽同樣可祛風利濕；山楂入血分，可行氣化瘀止痛。加入以上七味藥材主要加強溫筋補骨、舒暢經脈、祛風除濕、散寒止痛之效用。

再者，甘草為國老，有調和諸藥之功，可使補藥作用和緩持久而不驟，又配合黨參、白朮健脾益氣補虛。砂仁作為理氣藥，可行氣散寒，化濕和胃，以防脾胃虛寒而百病生，也避免滋補藥妨害消化、降低食慾之副作用。半夏可燥濕化痰，亦能健脾胃，脾胃為後天之本，氣血生化之源，脾胃好則氣血足。此三味針對脾胃虛弱來補強，配合原方組成，以達氣、血雙補之效。

藥酒之法律規範

目前台灣在法律上對藥酒的管理較籠統，大致分有三種；

- 一、依《藥事法》規定，為含酒精的內服藥劑，成分含中藥萃取物及胺基酸等，視為西藥，屬於醫師、藥師、藥劑生指示藥品，為食品藥物管理署負責管理，如維士比和保力達 B；
- 二、依《菸酒管理法》規定，摻有中藥之酒類，如符合衛生福利部所訂之中藥酒劑基準方，並取得乙類成藥藥證者，按藥品管理，由中醫藥司主管，如五加皮藥酒；
- 三、屬於「藥味再製酒」，以酒類管理，須課酒稅，如台酒的參茸酒。

衛福部依據《中國醫學大辭典》將周公百歲藥酒收入基準方中，藥廠可依此製造取得藥證。而本院所製的宏壽百歲液為周公百歲藥酒加減味而成，在法規上應歸屬於中藥酒劑，藥證由中醫藥司管理。

若臨床上有宏壽百歲液需求時，本院可經由中醫師開立處方取得使用。

使用注意事項

宏壽百歲液為藥酒，故使用上須注意諸多事項：正在發燒發炎者不宜使用、酒精過敏者禁用、孕婦及未滿 18 歲孩童禁用，若為高血壓、糖尿病、心臟病、肝腎疾病等慢性病患者應在醫師指導下服用。服用頻率為每天睡前一次，空腹服用 20 毫升，怕太過刺激可加水稀釋。裝置容器為棕色玻璃瓶，請存放陰涼處，避免陽光直射。

因酒精與多種中、西藥有交互作用，若有飲用本品，建議先告知醫師或藥師，並錯開服藥時間，以免影響藥效與療效。因宏壽百歲液含酒精成分，請勿在工作前、工作中及駕車前服用，避免飲酒發生意外。

藥酒不當使用之危害

酒的主要成分為乙醇，俗稱酒精，為常用有機溶劑，中藥許多成分皆易溶於乙醇。乙醇代謝生成乙醛，為宿醉之元兇，易引起臉紅、頭痛、心悸等不適。若空腹飲酒，耗盡體內糖原後，可能會有低血糖現象。而乙醇本身為中樞神經系統抑制劑，攝取過量會昏迷，甚至死亡，長期下來更會損害認知功能。大量飲酒和多項心血管疾病有關，如高血壓、心房顫動、心絞痛、動脈粥狀硬化和酒精性心肌病變等，亦會促使或加劇多種血液疾病，如白血球減少症、貧血、血小板減少、骨髓增生異常和急性白血病等，同時提高脂肪肝、肝硬化、肝癌的風險。長期大量飲酒還會造成慢性胃炎、胰臟炎、骨質疏鬆症等疾病，對生殖系統也有害。

中醫典籍及歷朝醫學家同樣再三提及飲酒過度之危害，《養生要集》述「酒者，能益人，亦能損人。若升量轉久，飲之失度，體氣使弱，精神侵昏。宜慎，無失節度。」，陶弘景明言「人飲之，使體弊神昏，是其有毒故也」，孟詵《食療本草》指出「久飲傷神損壽」，汪穎《食物本草》寫道「酒，人知戒早飲，而不知夜飲更甚，既醉既飽，睡而就枕，熱壅傷心傷目，夜氣收斂，酒以發之，亂其清明，勞其脾胃，停濕生瘡，動火助欲，因而以致病者多矣。」總而言之，古今中外對酒的看法，皆強調須節病治病未成，反而因多飲、久飲而一身病痛，制勿過度，藥酒亦同理，萬不可貪杯，以免防

得不償失。

結語

本院所製之宏壽百歲液，承自周公百歲酒之志，專注於補益氣血方面，臨床常用於早衰，腰膝痠軟，氣血衰弱，亡血失精，四肢無力，肢體麻木等諸疾病。老年人常服，亦能烏鬚黑髮。

雖說宏壽百歲液為祛病強身之藥酒，可做為平日保健養生之用，但藥即是毒，且個人體質殊異，並非人人皆適合，仍建議經中醫師辯證論治後，判斷是否對症、對身體有益、調適飲用量，再遵醫囑服用更為穩妥。

參考資料

1. 程爵棠 編著(2018) 中國藥酒配方大全 河南科學技術出版
2. 顧羽,何清湖,陳小平 & 朱嶸.(2023).馬王堆醫書中酒劑的醫學應用. 湖南中醫藥大學學報 (07),1268-1272. doi:CNKI:SUN:HNZX.0.2023-07-017.
3. 周然,柴智,樊慧杰 & 李艷榮.(2017) 藥酒的歷史沿革及現代發展與應用 中醫雜誌 (23),1989-1993. doi:10.13288/j.11-2166/r.2017.23.003.
4. 張鈺欣,姜婧,張雨菲,沈翊康,劉鐘陽 & 張保春.(2022).易水學派醫家運用獨活與羌活的特點探析. 環球中醫藥 (02),247-250. doi:CNKI:SUN:HQZY.0.2022-02-011.
5. 焦樹德 (2021)方劑心得十講人民衛生出版
6. Micromedex – ethanol 2024
7. Le Daré B, Lagente V, Gicquel T. Ethanol and its metabolites: update on toxicity, benefits, and focus on immunomodulatory effects. Drug Metab Rev. 2019 Nov;51(4):545-561. doi:10.1080/03602532.2019.1679169. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31646907.
8. 衛生福利部，台灣中藥典第四版，2021
9. 南京中醫藥大學 中藥大辭典 上海科學技術出版社；2006；3。