



本期內容：1. 異位性皮膚炎治療藥物新選擇

蕭語荷 / 趙娉婷 藥師

2. 外用製劑 - 暖宮液介紹

劉羿楷 / 涂慶業 藥師

異位性皮膚炎治療藥物新選擇

～ 蕭語荷 藥師 / 趙娉婷 藥師 ～

前 言

異位性皮膚炎 atopic dermatitis (AD) 通稱為濕疹，是一個慢性發炎性皮膚疾病，特徵是乾燥的皮膚與重複出現的濕疹伴隨強烈搔癢感。受先天基因遺傳亦或後天環境因素影響，導致皮膚屏障受損乾燥，易受環境因子刺激引起經 Th2 細胞路徑的第二型免疫反應，發炎介質爆發、導致搔癢，搔抓，皮膚被破壞得更嚴重，易發生皮膚感染，惡性循環，反覆發生使得皮膚變厚或苔蘚化。AD 與氣喘和過敏性鼻炎同屬 IgE-mediated 的過敏反應，同時出現的機率大。不同年齡層皆可能發生，嬰兒的主要表現為濕疹患部多在臉頰與軀幹、孩童在臉頰與關節凹折處、大人則在頸部、手掌、關節凹折處等。病情若控制不佳，不僅影響患者日常基本作息更可能造成情緒低落。

治療的目的在於改善皮膚屏障因缺損而造成的失調，以減少搔癢、降低發炎發生，讓疾病獲得控制、找回生活品質。

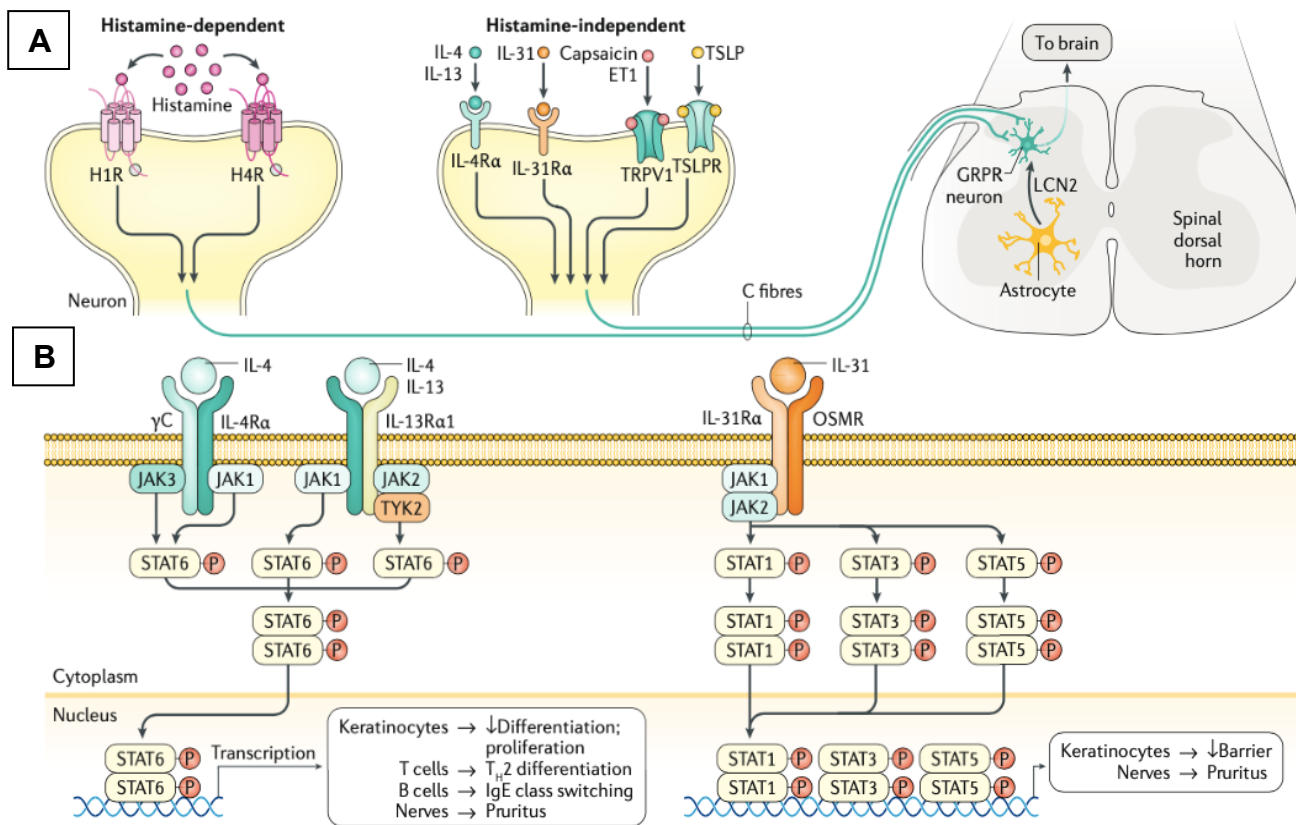
致病機轉

基因遺傳是最大的致病風險因子。約 10%~40% AD 病人的表皮聚絲蛋白 FLG (filaggrin) 基因突變影響 FLG 的表現，聚絲蛋白對皮膚角質層的結構和功能至關重要，角

質層提供物理屏障、是抵禦環境、病原體和過敏原的第一道防線，且與皮膚含水量平衡攸關。聚絲蛋白的主要代謝物會與鈉離子和氯離子、尿素和乳酸鹽一起形成天然保濕因子 NMF (natural moisturizing factor)，NMF 在皮膚 pH 值、水合作用、紫外線防護和表皮屏障的完整性扮演重要角色。然並不是所有病人皆為 FLG 基因突變影響，也並非具 FLG 基因突變者皆會發生 AD，對於 AD 的致病因素仍存在一大部分的未知待探索。

由於皮膚屏障功能受損，外來過敏原易於進入皮膚，再加上環境因子(如溫、濕度變化、化學刺激物、壓力等)的誘發，alarmins 如 IL-1 β 、IL-25、IL-33、thymic stromal lymphopoietin (TSLP) 的釋放活化樹突狀表皮細胞並啟動 TH2 cell 主導的免疫反應。活化的 TH2 cell 釋放 IL-4 和 IL-13、促進 B cell IgE class switching 並產生抗原特異性 IgE 分子，IL-4 和 IL-13 與各自受體結合後活化 TYK2、JAK1、JAK2、JAK3 並磷酸化 STAT1、STAT3、STAT5、STAT6，免疫訊息得以傳遞複製，與此同時，表現有 histamine H4 接受器的 eosinophils 也出現在受損的皮膚。(參見圖一 B)。Histamine 和 IL-33、TSLP、TH2 cell 產生的細胞激素與皮膚的感覺神經元結合，由 C fibres 將訊息傳遞至脊髓背角，transcription 3 (STAT3)-dependent reactive astrocytes 產生 lipocalin 2 (LCN2)，LCN2 啟

圖一：第二型免疫反應細胞激素與癢的訊息傳遞於異位性皮膚炎



Ref: Weidinger S, Beck LA, Bieber T, Kabashima K, Irvine AD. Atopic dermatitis. Nat Rev Dis Primers. 2018 Jun 21;4(1):1. doi: 10.1038/s41572-018-0001-z. PMID: 29930242

動具 gastrin-releasing peptide receptor (GRPR) 的神經元的癢癢處理路徑，造成搔癢。當 astrocytes 長期處於反應狀態，便導致惱人的慢性癢癢。(參見圖一 A)

治療方法

影響異位性皮膚炎AD治療的因素眾多，需要合併修復皮膚屏障、抗發炎、止癢和抗微生物製劑多管齊下。2020年台灣皮膚科醫學會更新了治療共識，建議採取三線的治療方式；

※ 第一線治療：

潤膚劑、局部皮質類固醇 TCS(Topical corticosteroids)、抗組織胺、與治療相關性的病人衛教。

※ 第二線治療：

局部鈣調磷酸酶抑制劑 TCIs(Topical calcinurin inhibitors)、短期使用高劑量全身性皮質類固醇、光照療法、局部和全身性抗生素。

※ 第三線治療：

全身性免疫調節劑、抗菌劑、替代藥物。

一、基礎治療：保濕劑

由於異位性皮膚炎 AD 特徵是皮膚屏障功能的受損，可以促進角質層含水量(保濕)以及減緩水分蒸發(阻隔)的潤膚劑，對於治療控制至為重要。使用皮膚潤膚保濕劑，是 AD 第一線治療，患者每日最基本的保養日程。由於患者皮膚乾燥，易引起搔癢、進而演變成皮膚發炎，為了避免引起搔抓的惡性循環，最重要的就是要做好皮膚保濕，維持皮膚的含水量與完整性。規律使用潤膚劑可以減少發作次數、延後復發、減少類固醇的需求。建議可於清潔沐浴後，輕拭微乾，讓皮膚保有一些水分，緊接著在患部塗抹適量保濕劑；一天中覺得皮膚乾燥時便可以補充。保濕劑選擇個人覺得適用、無添加人工香精色素的即可，目前並無可信證據顯示任何產品優於其他者。

除了基本的保濕潤膚外，可以將治療簡單分為局部治療(參見表一)與全身性治療。

表一：異位性皮膚炎局部治療分類

局部類固醇 TCS Topical corticosteroids	局部免疫抑制劑	
第一線抗發炎治療，發作時依情況適時外用塗抹。	TCI Topical calcinurin inhibitor	PDE-4 inhibitor Phosphodiesterase 4
	由抑制 phosphorylase enzyme calcineurin 進而抑制表皮 T cell 的活化增生	抑制細胞內醇 cAMP-專一 3',5'-cyclic PDE 4，提高 cAMP 活性使得會促進發炎的細胞激素產出減少
	◇ Tacrolimus ointment 0.03% 適用於成人、青少年與 2 歲以上兒童 ◇ Tacrolimus ointment 0.1% 適用於成人與青少年 ≥16 歲 ◇ Pimecrolimus cream 第二線使用於 > 3 個月兒童、青少年及成人之短期及間歇性長期治療	◇ Crisaborole ointment 適用於患有輕度至中度異位性皮膚炎的成人，及 > 3 個月兒科的外用治療
	TCI 相較於 TCS 可用在比較敏感部位的皮膚	

二、局部治療

局部類固醇 TCS 製劑通常於急性發作時使用，短期且適當的塗抹於患部，可減少局部的副作用。非類固醇類的選擇則有局部免疫抑制劑，局部鈣調節磷酸酶抑制劑 TCIs；Tacrolimus ointment 與 Pimecrolimus cream 具有抗發炎及免疫調節作用，適用於急、慢性及維持性的治療，對於類固醇治療反應不佳、類固醇引起皮膚萎縮，或較薄而敏感的皮膚部位，如臉部、生殖器、肛門、皮膚皺褶處。2021 年又新增加小分子藥 Crisaborole cream 磷酸二酯酶 PDE-4 (Phosphodiesterase 4) 抑制劑的選擇，治療使用中至重度程度 3 個月大以上病人，藉由分解環磷酸腺苷 cAMP 調控皮膚發炎反應，解除癢感。局部免疫抑制劑可搭配局部類固醇使用以減少類固醇的用量，也可以單獨使用於不適用局部類固醇的患者。

三、全身性治療

通常輕度的 AD 治療是使用 TCS、TCI，若是中度的話可以選擇照光治療。當疾病嚴重程度指標分數較高(例如 SCORAD 綜合嚴重評估量表 > 50)，對局部治療、光照療法反應不佳、難治型病人就需要全身性藥物治療。傳統的全身性藥物治療，包含口服類固醇與口服全身免疫性抑制劑；而免疫抑制劑的起

始效用需要一段時間，也有一些較難耐受的副作用，讓訂定治療方案時有些兩難。

近幾年來因生物製劑與口服標靶小分子藥物的出現又為治療中、重度異位性皮膚炎治療帶來新曙光與更加多元的選擇。常見治療的選用分類：

1. 照光治療：使用 NB-UVB 或是中劑量 UVA1 紫外光照射皮膚調控免疫、抗發炎和止癢。光照療法兒童雖不禁用，但因長期安全性未明，一般較少使用。
2. 抗組織胺：當 TCS、潤膚劑效果不足，加用以控制搔癢症狀，但無支持治療證據。
3. 口服類固醇：用於急性發作期短期使用。
4. 口服免疫調節抑制劑如，Cyclosporin、Methotrexate、Azathioprine。(參見表二)
5. 生物製劑 Dupilumab 注射劑為抑制 IL-4/IL-13 訊息傳導的 IL-4Rα 的單株抗體，核准用於治療成人及 6 個月以上兒童的中至重度 AD 患者。(參見表三)
6. 口服標靶小分子藥物：包含 Baricitinib、Upadacitinib、Abrocitinib，其作用較快，可於數天內感受癢感減低與病灶的改善；口服錠劑，一天服用一次即可，讓不便於進行照光治療、注射給藥、不適用或全身性口服免疫抑制劑效果不佳的病患有更方便的新選擇。

表二:口服免疫調節抑制劑

學名	Cyclosporin (CsA)	Methotrexate (MTX)	Azathioprine (AZA)
作用機轉	Calcineurin 抑制劑, 抑制 T cell 活化增生	葉酸代謝拮抗劑、抑制 DNA 合成	代謝物 6-MP 之代謝物嵌入 DNA 並抑制其合成
建議劑量	核准適應症 成人 ≥ 16 歲及孩童 2.5-5 mg/kg/天, 分為二次使用	未核准適應症 off-label 成人初始 5-15 mg/週, 最大劑量 25 mg/週 孩童 0.3-0.4 mg/kg/週, 最大劑量 25mg/週	未核准適應症 off-label 成人/孩童 1-3 mg/kg/天
反應時間	1~2 週	8~12 週	8~12 週
副作用	血清肌肝酸上升、血壓上升	噁心、疲勞、肝臟指數上升、骨髓抑制	腸胃不適、肝毒性、骨髓抑制
監測數值	全血球計數、肝腎功能、血壓	全血球計數、肝腎功能、慢性感染	全血球計數、肝腎功能、慢性感染

表三: 台灣目前核准用於治療異位性皮膚炎之生物製劑

學名	Dupilumab (商品名 Dupixent 杜避炎注射劑)												
作用機轉	IL-4Ra 拮抗劑, 屬於 IgG4 亞群之人類單株抗體, 會與 IL-4Ra 次單位結合而能抑制 IL-4 及 IL-13 的訊號傳遞, 阻斷 IL-4 及 IL-13 所誘發的發炎反應。												
適應症	異位性皮膚炎、氣喘、慢性鼻竇炎合併鼻息肉 異位性皮膚炎: 治療患有中至重度異位性皮膚炎且對局部處方治療控制不佳或不適合使用該療法的成人病人及 6 個月以上的兒童病人。可併用或不併用局部皮質類固醇治療。												
劑量、頻率	皮下注射投予 成人: 建議起始劑量 600mg, 維持劑量 300mg QOW。 兒童(6 個月-5 歲): 5 ~ <15kg: 200mg Q4W, 15 ~ <30kg: 300mg Q4W。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>體重</th> <th>起始劑量</th> <th>維持劑量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 ~ < 30kg</td> <td>600mg</td> <td>300mg Q4W</td> </tr> <tr> <td>30 ~ < 60kg</td> <td>400mg</td> <td>200mg Q2W</td> </tr> <tr> <td>≥ 60kg</td> <td>600mg</td> <td>300mg Q2W</td> </tr> </tbody> </table> 併用局部治療: 可併用或不併用局部皮質類固醇治療。亦可併用 TCI, 但應限用於臉部、頸部、腹股溝及會陰部等特殊患部。	體重	起始劑量	維持劑量	15 ~ < 30kg	600mg	300mg Q4W	30 ~ < 60kg	400mg	200mg Q2W	≥ 60kg	600mg	300mg Q2W
體重	起始劑量	維持劑量											
15 ~ < 30kg	600mg	300mg Q4W											
30 ~ < 60kg	400mg	200mg Q2W											
≥ 60kg	600mg	300mg Q2W											
特殊族群	腎臟功能不全、肝臟功能不全: 尚無正式研究。 兒童族群: 6 個月以下異位性皮膚炎兒童病人的安全性及療效尚未建立。 懷孕/哺乳: 造成的影響, 目前不得而知。當考量臨床需求與風險。												
不良反應、副作用	過敏反應、注射部位反應、結膜炎、眼瞼炎、口腔皰疹、角膜炎、眼睛癢、單純皰疹病毒感染、乾眼症、口腔疼痛、牙痛、關節痛、嗜酸性白血球增多症。												
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 接受起始劑量為 600/400 毫克時, 兩劑 300/200 毫克應分別注射於不同部位。 ✧ 應皮下注射於大腿或腹部, 但不得注射於肚臍周圍 5 公分以內的範圍。若由照護者為病人注射, 亦可注射於上臂。 ✧ 開始治療前, 應考慮按照當前接種指南之建議, 完成所有適齡的疫苗接種。接受治療的病人應避免接種活性疫苗。 												
健保給付規範	<ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(6 個月完整療程), 或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性重度之異位性皮膚炎患者。 2. 需經事前審查核准後使用。 劑量: <ul style="list-style-type: none"> ✧ 體重 ≥ 60kg: 起始劑量 600mg, 之後每隔 1 週注射 300mg 一次, 於 16 週時評估, 至少有 EASI 50 療效方可使用。 ✧ 體重 < 60kg: 起始劑量 400mg, 之後每隔 1 週注射 200mg 一次, 於 16 週時評估, 至少有 EASI 50 療效方可使用。 												

表四：台灣目前核准用於治療異位性皮膚炎之口服標靶小分子藥物

學名	Baricitinib	Upadacitinib	Abrocitinib
商品名	Olumiant® 愛滅炎膜衣錠	Rinvoq® 銳虎持續性藥效錠	Cibinqo® 喜績果膜衣錠
作用機轉	JAK1 及 JAK2 選擇性與可逆性抑制劑	選擇性和可逆的 JAK1 抑制劑; JAK1、JAK2 高於 JAK3	JAK1 選擇性抑制劑; JAK1 高於 JAK2、JAK3
	JAKs 為細胞內酵素，可傳遞來自細胞膜上細胞激素或生長因子受體交互作用所產生之訊息，進而影響造血作用與免疫細胞功能。JAK 可將訊息傳導及轉錄活化因子(STAT)磷酸化及活化，而 STAT 可調節包括基因表現在內的細胞內活性。JAK 抑制劑調控 JAK 的訊息傳遞路徑，防止 STAT 發生磷酸化與活化。異位性皮膚炎的病因主要由促發炎細胞激素 (包括 IL-4、IL-13、IL-22、TSLP、IL-31 及 IFN- γ) 經 JAK1、2 路徑傳遞訊號。抑制 JAK1、2，可減少訊號傳遞，改善異位性皮膚炎表徵和症狀(包括慢性濕疹性皮膚病灶及搔癢)。		
適應症	異位性皮膚炎:治療適合接受全身性治療的中度至重度異位性皮膚炎之成人病人。 類風濕性關節炎、圓禿	異位性皮膚炎:治療患有中度至重度異位性皮膚炎，適合全身性療法的成人及 12 歲(含)以上青少年。 潰瘍性結腸炎、類風濕性關節炎、乾癬性關節炎、僵直性脊椎炎	適用於治療 12 歲以上患有中度至重度異位性皮膚炎且適合接受全身性治療的病人。
AD 劑量、頻率	建議劑量： 成人：4 mg 每日一次。 ≥ 75 歲或具有慢性或復發型感染病史：每日一次 2 mg。 當達到疾病穩定控制，且適合劑量調降，應考慮採用每日一次 2 mg。 *治療 8 週後仍無治療益處證據，則應考慮中止治療。	成人：15 mg 或 30 mg，每日一次。 ≥ 65 歲：每日一次 15 mg。 維持治療應考慮使用最低有效劑量。 青少年 12-17 歲 ≥ 40kg，15 mg 每日一次。	成人：200mg 或 100 mg 每日一次。 ≥ 65 歲、12-17 歲，以及其他有較高風險發生副作用或無法耐受不良反應者：起始劑量 100mg 每日一次。每日最大劑量為 200mg。達到疾病控制後可考慮調降劑量。 *經 24 週治療，沒有顯示治療效益，則應考慮停止治療。
	併用局部外用療法: 可以單獨使用或與外用類固醇併用。對於不適合塗抹 TCS 的區域，外用 TCI 可用於敏感性區域，例如臉部、頸部、易摩擦部位及生殖器部位。		
AD 特殊族群	腎臟功能不全 eGFR 30-60 ml/min：每日一次 2mg < 30 ml/min，不建議使用	15-< 30 mL/min：每日一次 15mg < 15 mL/min：不建議使用	30-< 60 mL/min：每日一次 100mg 或 50mg。 <30 mL/min 起始劑量 50mg 每日一次。每日最大劑量 100mg
	重度肝臟功能不全 不建議使用	Child-Pugh C 不建議使用	Child-Pugh C 不可使用
	兒童族群 目前尚未確立用於 0 至 18 歲的兒童及青少年的安全性和療效。目前無相關資料。	< 40kg 青少年及 0 至未滿 12 歲兒童的安全性及有效性尚未確立。	未滿 12 歲兒童安全性及療效尚未確立，目前尚無資料。
	懷孕/哺乳 禁用	懷孕：可能對胚胎胎兒造成傷害。具生育能力的女性病人於治療期間，以及最後一劑藥物後 4 週應使用有效的避孕措施。 哺乳：治療期間以及最後一劑用藥後 6 天不宜哺乳。	懷孕/哺乳 禁用

(接續表四)	Baricitinib	Upadacitinib	Abrocitinib
不良反應、副作用	腸胃道疾病、LDL 膽固醇升高、上呼吸道感染、ALT 升高、頭痛、單純疱疹、尿道感染、CPK 升高、嗜中性球減少症、血小板增多症。	腸胃道疾病、LDL 膽固醇升高、上呼吸道感染、ALT 升高、頭痛、單純疱疹、嗜中性球減少。	噁心、頭痛、痤瘡、單純疱疹、血肌酸磷酸激酶增加、嘔吐、頭暈和上腹痛。最常見的嚴重不良反應為感染。
注意事項	<p>錠劑應整粒吞服。不應剝半、攪碎或咀嚼。隨餐或不隨餐服用均可。</p> <p>血液異常值：血小板計數 $< 150 \times 10^3/\text{mm}^3$、ALC $< 0.5 \times 10^3/\text{mm}^3$、ANC $< 1 \times 10^3/\text{mm}^3$ 或血紅素數值 $< 8 \text{ g/dL}$，則不得開始或應暫時中斷治療。另應在治療開始後 4 週以及隨後監測全血球計數。</p> <p>感染：在開始治療前，應篩檢病人是否患有肺結核。有活動性肺結核的病人不應使用。治療期間與治療後，應密切監測病人是否出現感染徵兆與症狀。如果病人發生嚴重或伺機性感染，則中斷治療。</p> <p>病毒再活化：如果病人發生帶狀疱疹，應中斷治療，直到症狀解除。開始治療前和在治療期間，應根據臨床指引篩檢病毒性肝炎並監測有無再活化。若疑似有藥物誘發的肝損傷，應中斷治療。</p> <p>疫苗接種：即將治療前或治療期間，不建議使用活性減毒疫苗。建議治療前，按照現行的免疫接種規範提供病人最新之免疫防護力。</p> <p>心血管不良事件、血栓：JAK 抑制劑可能具有更高主要心血管事件、更高血栓發生率，當病人出現心肌梗塞或中風症狀或血栓症狀時應立即進行評估，停用藥品。</p> <p>胃腸道穿孔：對於胃腸道穿孔風險可能提高的病人(例如曾有憩室炎病史或正在使用 NSAID 的病人)，使用時應小心謹慎。</p> <p>免疫抑制藥品：與其他強效免疫抑制劑如 azathioprine、cyclosporine、tacrolimus 和生物製劑 DMARD 或其他 JAK 抑制劑的合併使用尚未進行臨床研究評估，因此不建議併用。</p>		
監測	全血球計數、肝腎功能、血脂、CPK 肌酸磷酸激酶(治療 4 週後監測之後每 3 個月監測一次)		
健保規範	給付異位性皮膚炎	<p>1. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(6 個月完整療程)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性治療之全身慢性重度之異位性皮膚炎患者。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>劑量：EASI 16~20 限每日使用 15mg。18 歲以上，且 EASI 20 以上者，每日 30mg。</p>	目前無健保給付

結 語

異位性皮膚炎 AD 被定義為皮膚屏障缺陷的慢性皮膚疾病，治療成效需要多方面的介入，包括日常的照護與避免誘發發作的措施、病患、照顧者的衛教及藥物治療。

台灣皮膚科醫學會也建立了異位性皮膚炎診療共識，對其診斷、治療與用藥有更明確的指引。藥物治療上，除傳統抗組織胺、類固醇、免疫抑制劑、鈣調磷酸酶抑制劑，再加上近來核准治療使用磷酸二酯酶 PDE4 抑制劑、生物製劑與 JAK 抑制劑的選擇，另還有其他

標靶藥物與生物製劑在進行臨床試驗。並不是所有病患都需要生物製劑或小分子標靶藥物，傳統治療有多數病患多能獲得良好的效果。最重要的是生活中盡量避免接觸過敏原、養成保濕習慣、必要時予以藥物治療、並適當調適心情，改善自體免疫過激、讓疾病與生活平衡共存。

參考資料

1. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations
2. Taiwanese Dermatological Association Consensus for the Management of Atopic Dermatitis: A 2020 Update
3. Taiwan Guideline for Pediatric Atopic Dermatitis: 2021
4. 衛生福利部食品藥物管理署藥品仿單查詢平台

外用製劑-暖宮液介紹

～ 劉羿楷 藥師 / 涂慶業 藥師 ～

前 言

『經痛』又稱生理痛，現代醫學將之分為原發性及次發性兩大類。原發性經痛是年輕女性普遍的問題，主因是月經來時，子宮會分泌前列腺素，誘發子宮收縮，以便經血排出；前列腺素除了使子宮收縮，還能促進腸蠕動導致腹瀉，促進胃部收縮而出現噁心想吐，也有一部分的人會引發頭部血管不正常的收縮與擴張而造成頭痛等經期症狀。次發性經痛屬器官上的病徵造成的經痛，以年紀較大的女性發生的機率較高；造成次發性經痛最常見的原因是子宮肌腺症、子宮內膜異位，其他還有子宮肌瘤、子宮或卵巢的腫瘤、子宮息肉、先天性畸形等。

中醫將造成經痛的原因分為兩大類：一、不通則痛：氣血運行路徑受阻、循環不順暢造成經痛；常見於體質有肝氣鬱滯型、血瘀型、寒濕凝滯型、濕熱蘊結型。二、不榮則痛：氣血來源不足、滋潤濡養不夠而造成經痛；常見於體質有氣血兩虛型、衝任虛寒型、肝腎陰虛型。為協助面臨經痛困擾的女性，本院自行研製外用製劑 - 暖宮液，具活血化瘀、行氣止痛，可用於暖宮散寒、治療痛經的外用藥劑。暖宮液可以促進氣血循環，化瘀止痛，是針對「不通則痛」類型的經痛做治療。

擦劑製作原理

本院暖宮液擦劑，設計製作理念與原理；**定義**：擦劑系指藥物用乙醇、油或適當的溶劑為分散劑製成的溶液、乳狀液或懸浮液，供予無破損皮膚擦揉的液體製劑。有鎮痛、保護和對抗刺激的作用。

概念：將藥材提取物、藥材細粉或揮發性藥物，採用適宜溶劑製成澄清或混懸的外用液體製劑。稠度視其性質而異。

源流：擦劑最初出現於出土自馬王堆漢墓的古醫方《五十二病方》，為天然藥物製劑，即利用自然界中常見的某種藥物不加炮製僅稍作加工後直接使用，為人類早期對天然藥物的一種使

用方法。後又於晉朝葛洪《肘後備急方》，書中提到：「蔓荊子三分，附子二枚，生用並碎之，二物以酒七升和。」。擦劑在晉朝已發展到用溶劑製備，後來隨著工藝不斷進步，逐漸發展到現在的外用液體製劑。

應用：擦劑含有的分散劑隨其作用不同而有所區別。用於鎮痛和抗刺激的擦劑多用乙醇或二甲基亞砜(Dimethyl sulfoxide, DMSO)稀釋液為溶劑，有利於藥物的穿透。保護性擦劑多用油為分散媒，具有潤滑作用，使皮膚不易乾燥，並有清除鱗屑痂皮的作用。乳劑型則有潤滑作用，能軟化皮膚而有利於藥物穿透。

藥物組成

暖宮液促進氣血循環，化瘀止痛的效果，藉於所含的主要成分：

一、樹脂(Resin)：存在植物組織的樹脂道中，當植物體受傷會分泌，暴露空氣後乾燥形成一種無定形的固體或半固體物質。主要組成有易揮發性的萜烯類物質，而具特殊的味道，受熱時軟化而後變為液體，具有黏性。單樹脂類樹脂一般不含或含微量揮發油、樹膠及芳香酸，通常又可分為 1) 酸樹脂：主成分樹脂酸，如松香。2) 酯樹脂：主成分樹脂酯，如楓香脂、血竭。3) 混合樹脂：無明顯主成分，如洋乳香。樹脂大多與揮發油、樹膠、芳香酸等混合存在，與揮發油混合而成稱為油樹脂，如松油脂、加拿大油樹脂；與樹膠混合稱為膠樹脂，如藤黃；與芳香酸混合稱為香樹脂，如安息香、蘇合香；與揮發油和樹膠混合存在稱為油膠樹脂，如乳香、沒藥、阿魏。

1. 血竭：原名麒麟竭，始載於《雷公炮炙論》，宋以前所用的為龍舌蘭科龍血樹屬植物木部的樹脂，稱木血竭，目前市售品多為進口的棕櫚科植物麒麟竭 *Daemonorops draco* (Willd.) Blume 的樹脂。血竭藥材略呈扁圓四方形，大小重量不一。表面暗紅或黑紅色，有光澤。質硬脆易碎，研粉為血紅色。化學成分主要含血竭紅素、血竭素，去甲基血竭紅素，去甲基血

竭素；性味，據《綱目》記載：「甘、鹹、平，無毒」。功效：「金瘡血出，止痛生肉，敷一切惡瘡疥癬，久不合」。歸心、肝經。現代藥理研究，具有抗炎、抑菌、抗血栓作用等。

2. 乳香：始載於《別錄》，為橄欖科植物卡氏乳香樹 *Boswellia carterii* Birdw. 及其同屬植物樹皮部滲出的油膠樹脂。呈類球形或淚滴狀顆粒，或不規則小塊狀，半透明。質堅脆，斷面蠟樣。氣芳香、味極苦，嚼之軟化成膠塊。以淡黃色、顆粒狀、半透明、無砂石樹皮等雜質、粉末黏手、氣芳香者為佳。化學成分含樹脂 60%~70%，主要為游離 α, β -乳香脂酸 33%，結合乳香脂酸 1.5%，乳香樹脂烴 33%。性味，據《醫林纂要·藥性》記載：「苦、鹹、辛，溫」。歸心、肝、脾經。功效據《綱目》記載：「消癰疽諸毒，托裡護心，活血定痛伸筋」；《日華子》則記載：「煎膏，止痛長肉」。現代藥理研究指出，具有抗胃、十二指腸潰瘍、抗炎、細胞及體液免疫抑制、降膽固醇、鎮痛作用等。

3. 沒藥：見於《藥性論》，為橄欖科植物沒藥樹 *Commiphora myrrha* Engl. 或哈地丁樹 *C. molmol* Engl. 及同屬植物樹皮部滲出的油膠樹脂。呈不規則顆粒狀或黏結成團塊。氣香而特異，味極苦，嚼時黏牙。以塊大、棕紅色、香氣濃、雜質少者為佳。含樹脂 25%~35%，其中難溶於乙醚部分含 α 及 β 罕沒藥酸，可溶於乙醚中含 α, β 及 γ 沒藥酸，沒藥尼酸， α 及 β 罕沒藥酚，含揮發油 2.5%~9%，在空氣中易樹脂化，主要含丁香油酚 (eugenol)，間甲苯酚，含樹膠約 57%~65%。性味，據《開寶本草》記載：「味苦，平」。歸心、肝、脾經。功效據《開寶本草》記載：「主破血止痛，療金瘡、杖瘡，諸惡瘡。」另《綱目》記載：「散血消腫，定痛生肌。」現代藥理指出，具有降血脂、收斂、抗炎、鎮痛與退熱、抗菌作用等。

二、活血止痛類藥材：

1. 細辛：馬兜鈴科多年生草本植物北細辛 (*Asarum heterotropides* Fr. Schmidt var. *mandshuricum* (Maxim.) Kitag.)、漢城細辛 (*Asarum sieboldii* Miq. var. *seoulense* Nakai) 或華細辛 (*Asarum sieboldii* Miq.) 的全草。前兩種習稱「細辛」，主產於遼寧、吉林、黑龍江；華細辛產於陝西等地。夏秋採收，陰乾生用。性味辛，溫。歸心、肺、肝、腎經。功效祛風散寒，通竅，止痛，溫肺化飲。臨床應用於 a. 感冒風寒、發熱惡寒、頭痛身痛、鼻塞等症。b. 頭

痛、齒痛、風濕痺痛。c. 痰多咳嗽。藥理性含揮發油，主要成分甲基丁香油酚，尚含黃樟醚、N-異丁基十二碳四烯胺及消旋去甲烏藥鹼等；消旋去甲烏藥鹼有強心、擴張血管、鬆弛平滑肌、增強脂代謝及升高血糖等廣泛作用。

2. 延胡索：罌粟科多年生草本植物延胡索 (*Corydalis yanhusuo* W. T. Wang) 的塊莖。夏初莖葉枯萎時採挖，去鬚根置沸水中煮至恰無白心取出，曬乾。切厚片或搗碎，生用；或醋炙用。性味辛、苦，溫。歸肝、脾、心經。功效：活血，行氣，止痛。主治據《本草綱目》：「延胡索，能行血中氣滯，氣中血滯，故專治一身上下諸痛。」主要用於氣血瘀滯諸痛證。辛散溫通，止痛作用優良，無論何種痛證，均可配伍應用。藥理性有鎮痛、鎮靜、催眠與安定作用，尚有輕度中樞性鎮嘔及降低體溫的作用。

3. 白芥子：十字花科一年生或越年生草本植物白芥 (*Sinapis alba* L.) 的種子。夏末秋初，果實成熟時採全株，曬乾打下種子。生用或炒用。性味辛，溫。歸肺、胃經。功效：溫肺化痰，利氣散結。主治據《本草綱目》：「利氣豁痰，除寒暖中，散腫止痛。治喘嗽反胃，痺木腳氣，筋骨腰節諸痛。」用於寒痰喘咳，懸飲等。辛溫走散，利氣機，通經絡，化寒痰，逐飲邪，善治「皮裡膜外之痰」。現代藥理研究含芥子甙、芥子鹼、芥子酶等。芥子甙水解產物有較強的刺激作用，可致充血、發泡。白芥子內服可催吐、祛痰；水浸劑對皮膚真菌有抑制作用。

4. 艾葉：菊科多年生草本植物艾 (*Artemisia argyi* Levl. et Vant.) 的葉。以湖北蕪州產者為佳，稱蕪艾。春夏間花未開時採摘，曬乾生用或炒炭用。搗絨為艾絨，為灸法的主要用料。性味：苦、辛，溫。歸肝、脾、腎經。功效：溫經止血，散寒調經，安胎。主治據《別錄》：「灸百病。可作煎，止下痢、吐血、下部匿瘡，婦人漏血。利陰氣，生肌肉，辟風寒，使人有子。」用於虛寒出血，尤宜于崩漏。艾葉能溫經止血暖宮。常配阿膠、地黃等同用，如膠艾湯。也可用於血熱出血，如四生丸，是防其寒涼太過而留瘀，且可加強止血之效。藥理研究含揮發油，桉油素，萜品烯醇-4， β -石竹烯等。艾葉油吸入與異丙腎上腺素平喘作用相近，且有明顯鎮咳及祛痰作用。

三、揮發性藥材：

1. 水楊酸甲酯 (Methyl salicylate)：又名冬青油，由冬青樹提煉。藥用方面主要作為外用局部發

赤劑，常用於消腫、止痛，但因有影響血液中鐵離子活動相關的副作用，現在鮮少用於內服藥。其局部刺激作用，可促進局部血液循環，外用或局部塗擦產生皮膚血管擴張、膚色發紅等刺激反應，並反射性地影響相應部位的皮膚、肌肉、神經及關節，從而起到消腫、消炎和鎮痛作用，亦有止癢之效。可用於扭傷、挫傷、腰痛、肌肉痛、神經痛、搔癢。

2. 丁香油：為桃金娘科植物丁香 *Syzygium aromaticum* (L.) Merr. Et L.M.Perry 之乾燥花蕾(公丁香)經蒸餾所得的揮發油(古代多為母丁香所榨出之油)。淡黃或無色的澄明油狀物。置空氣中或貯存日久，則漸濃厚而色變棕黃。《綱目拾遺》：「味甘辛，性大熱」。主成分為丁香油酚(Eugenol)，有局部麻醉止痛作用。

3. 肉桂油：樟科植物肉桂 *Cinnamomum cassia* (L.) J. Presl 的乾燥枝、葉經水蒸氣蒸餾得到的揮發油。黃色或黃棕色的澄清液體，有肉桂特異香氣，味甜、辛，置空氣中或存放日久，色漸變深，質漸濃稠。肉桂樹皮所含揮發油中90%是反式桂皮醛。外用散瘀血、促進血液循環，使皮膚回溫，緊實皮膚組織，四肢、身體舒暢，改善水分滯留。除能活絡筋骨、散瘀血，還具有鎮靜、鎮痛、解熱、抗驚厥、調節中樞神經系統的作用，以及可提高白血球及血小板數。它還具有體外抗真菌作用，對皮膚真菌有一定抑菌和殺菌作用。

基 劑

暖宮液考量增加局部效果，調製基劑組成：

1. 丙三醇：又稱甘油(Glycerin)，無色、無味，具黏稠性、防腐性、吸濕性，對皮膚、黏膜有滋潤作用，被廣泛運用於製藥領域，能使藥物滯留於患處而延長藥物局部療效。
2. 聚乙二醇 PEG (Polyethylene glycol)：屬於水溶性基質，由天然或合成的高分子水溶性物質組成。PEG 不揮發，不水解，不易發霉，性質穩定，無毒性，對皮膚無刺激性及致敏性。因具強吸濕性，對皮膚病灶面的水性分泌物有吸著作用。吸濕性強的缺點是當夏季溫度高時，容易部分液化，且長期使用可引起皮膚乾燥。藥物從 PEG 中擴散至皮膚表面較快，但僅有較小的透皮吸收作用。不同季節的溫度與濕度對此類基劑的稠度影響很大，以 PEG 作為基劑調

整適宜的組成比例將液狀和固體混合使用，以得到滿意的結果。

使用方法與時機

暖宮液用前先搖勻，非經期時，每日塗抹下腹一次，於經期間，一天四次塗抹於下腹。另外也可塗抹於肩頸、腰部等經前或經期不適位置。塗抹後可搭配暖暖包使用。

注意事項

暖宮液雖是一種不良反應較少的中藥外用製劑，使用上仍有以下幾點應注意事項：

1. 外用藥，禁止內服。
2. 切勿接觸眼睛、口腔等黏膜處。皮膚破潰或感染處禁用。
3. 貯存應避免高溫，藥品性狀發生改變時禁止使用。並遠離兒童。
4. 不宜長期、大面積使用，使用後若出現皮膚過敏應停止使用，嚴重者應盡速至醫院就診。
5. 對類似藥物過敏者禁用，過敏體質者應慎用。

結 語

經痛，乃氣血運行路徑受阻、循環不順暢造成，因此運用活血化瘀藥搭配局部麻醉鎮靜的揮發性藥材來做治療。中醫理論認為：「痛者不通，通者不痛」，如果人體的經絡不通，就會開始出現一系列的病痛表現。暖宮液在此扮演著「內病外治」的角色，藥物有效成分經由皮膚的吸收入腠理，通過經絡直達病所，而發揮治療的作用。

參考資料

1. 中華本草，上海科學技術出版社，第 8 冊：P.455-458；第 5 冊：P.17-21，P.26-29。
2. 臺北市立聯合醫院忠孝院區，其他醫療衛教中醫科，女孩子每月一次的夢魘~經痛~。
3. 中國醫藥大學附設醫院，中醫婦科張尹人醫師，跟止痛藥說掰掰中醫治療經痛不再來，202107。
4. 中國醫藥大學附設醫院中藥行動藥典。
5. 臺灣中藥典第四版。衛生福利部，2022。