

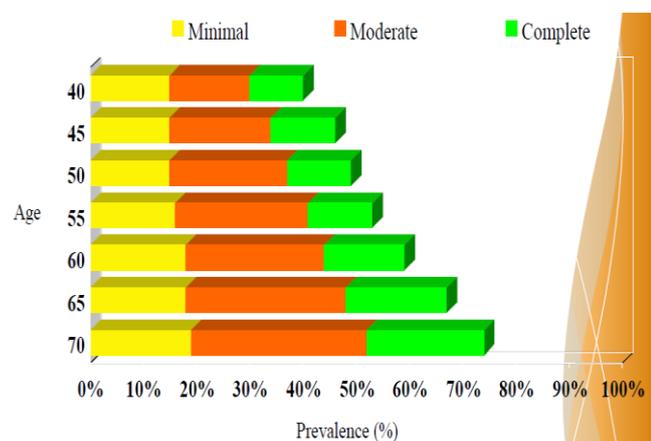
男性性功能障礙治療用藥

~ 蕭勝元 藥師 ~

前言

性功能障礙包含了性慾、射精、勃起功能障礙等，其中以勃起功能障礙佔男性性功能障礙門診病患的大宗。根據統計，約有兩千至三千萬的美國男性有勃起功能障礙，40~70 歲男性中約 52% 有此問題。

勃起功能障礙 (Erectile Dysfunction) 的定義為：無法或維持足夠的勃起硬度來進行性行為。



圖一: The Journal of Urology. January 1994.

勃起的生理機轉

當性刺激發生時，會促使自律神經釋放傳導物質(主要為 NO)，造成血管內平滑肌的放鬆，進而增加血流量，導致海綿體的膨大及充血。另外海綿體膨大會壓迫白膜下靜脈叢，使靜脈血液回流暫時受阻。

上述血管的平滑肌鬆弛是藉由神經傳導物質一氧化氮進入平滑肌細胞，刺激 guanylatecyclase 產生 cyclic guanosine monophosphate(cGMP)，cGMP 會刺激 specific protein kinase 造成細胞內鈣離子濃度下降，平滑肌鬆弛。從勃起狀態回復到鬆弛的過程中，cGMP 會被 phosphodiesterase type 5(PDE5)所分解，所以抑制 phosphodiesterase 能增加細胞內 cGMP 的濃度，維持勃起。

勃起障礙的原因

老化：性功能會隨著年齡增長而退化，這是正常老化會產生的現象。

精神性疾病：常見的精神性因素包括對自己表現焦慮、夫妻間關係緊張、另外憂鬱症及精神分裂患者除了勃起功能障礙外，還可能合併有性慾減低的問題。

藥物：抗精神病藥、抗憂鬱症藥及中樞性降血壓藥如 methyldopa 及 β -blocker(propranolol)、利尿劑如 thiazide，spironolactone 易引起勃起功能障礙。

系統性疾病：最常見為糖尿病、高血壓及慢性腎衰竭。糖尿病除了引響末梢微血管外，神經病變也會減少神經傳導物質(ex:NO)的產生。高血壓並不是直接造成勃起障礙的因子，造成動脈硬化及周邊血管病變也會阻礙海綿體的充血。慢性腎衰竭會減少雄性素生成、血管功能障礙、自律及體神經病變。

	國際勃起功能指數 (international index of erectile dysfunction)					
	0	1	2	3	4	5
1. 您對於自己能勃起，且能維持勃起狀態有多大信心?	沒有性行為	非常低	低	中度	有信心	信心滿滿
2. 您嘗試性交時，陰莖勃起的堅硬度可以讓您順利進入女性陰道嗎?	沒有性行為	完全或幾乎不可以	少數幾次可以	一半左右可以	多數可以	幾乎每次都可以
3. 性交中，未射精前您可以維持陰莖的堅硬度嗎?	沒有性行為	完全或幾乎不可以	少數幾次可以	一半左右可以	多數可以	幾乎每次都可以
4. 從性交開始到結束，您覺得維持陰莖勃起很困難嗎?	沒有性行為	極度困難	非常困難	困難	有點困難	不困難
5. 您對自己性交時的整體表現滿意嗎?	沒有性行為	極度不滿意	只有少數幾次滿意	一半左右滿意	大多數滿意	幾乎每次都滿意

圖二: 台灣性功能障礙諮詢暨訓練委員會提供，若分數總和小於或等於 21 分即可能有勃起功能障礙，另外抽血檢驗由血糖、糖化血色素、血脂肪、腎功能來排除系統性疾病，或進一步由內分泌檢驗雄性素、泌乳激素、甲狀腺功能等。

藥物治療

包括雄性素、PDE5 抑制劑、adrenergic-receptor 抑制劑、經尿道及海綿體注

射藥物(Alprostadil)。目前台灣合法上市且在使用的有雄性素及 PDE5 抑制劑。其他因副作用大且臨床接受度低以及效果有限,故並不使用,茲簡介如下:

1. 海綿體注射藥物 Alprostadil (Caverject)

建議使用 27 至 30 號針頭直接做海綿體注射,用量需在醫生監督下依病人情況做調整,不推薦使用大於 60mcg 的劑量。目前只提供自費使用,副作用為勃起時間過久、勃起疼痛、海綿體纖維化等。

2. 雄性素

雄性素有分為口服、肌肉注射及經皮吸收等劑型,但因為有更有有效的藥物出現,故現多用於性腺功能低下患者。

口服類雄性素: Methyltestosterone 會造成肝臟首度效應,肝毒性較強。

Testosterone undecanoate 經腸道淋巴管吸收,肝毒性較低。

肌肉注射: Nebido(耐必多)效果最長,每 10-14 星期注射一次,注射時疼痛感較強烈,需緩慢注射。

經皮吸收: Androgel(昂斯妥)用法為每日塗抹方便使用,不會產生肝臟首度效應,體內濃度在安全範圍內副作用小。

一般而言,口服的效果較肌肉注射或經皮吸收差且易有肝毒性。另外雄性素能刺激攝護腺增生,故攝護腺癌及攝護腺肥大的患者不可使用。

3. PDE5 抑制劑

PDE5-inhibitor 會減少細胞內 cGMP 的代謝,使其濃度提高,進而放鬆平滑肌使勃起功能提高,現為治療 ED 首選藥物。目前市面上使用在治療勃起功能障礙的 PDE5 抑制劑有三種。

A、Sildenafil (Viagra 威爾鋼 50mg/100mg)

需要前一小時使用,服用劑量為 25mg-100mg,根據嚴重程度及年齡來判斷使用劑量大小。原本用在治療心絞痛,但與 PDE5 的親和力較心臟收縮力有關的 PDE3 強 4000 倍以上,故後來改為用在治療勃起功能障礙方面。

禁忌症為有在同時使用硝化甘油類及有機硝酸鹽的降壓藥患者不可同時併用,否則會加強降血壓的作用。還有與 α -blocker 類(ex:

doxazocin) 偶而會有姿態性低血壓產生,建議從低劑量開始使用並注意預防姿態性低血壓的情況。

另外,Viagra 由肝臟 CYP450 代謝,故與 CYP3A4 抑制劑藥物併用時,使全身暴露在高濃度的 Sildenafil,因此 VIAGRA 的服用劑量必須配合身體的耐受度而予以降低。

當 VIAGRA 與高脂肪食物一起服用時,其吸收速率會減慢,達到最高血中濃度的時間平均延遲 60 分鐘,最高血中濃度平均也降低了 29%。故通常會建議空腹使用 Viagra。

B、Vardenafil (Levitra 樂威壯 5mg/10mg/20mg)

需要前半小時至一小時使用,服用劑量為 10mg-20mg,每天最高劑量不超過 20mg。由於老年患者(大於 65 歲)的肝臟清除率會下降,故老年患者的起始劑量建議為 5mg。

由於跟 Viagra 為同類藥物,故併用 α -blocker(doxazocin)也有可能導致姿態性低血壓,必須等 α -blocker 治療達到穩定狀態後,再從最低劑量開始使用。與 CYP3A4 抑制劑併用時,最高劑量也不可超過 5mg。

禁忌症: 重度肝功能不全、末期腎臟疾病者、低血壓最近曾有中風或心肌梗塞(過去 6 個月內)、不穩定型心絞痛以及色素性視網膜炎。

C、Tadalafil (Cialis 犀利士 5mg/10mg/20mg)

用在勃起功能障礙方面目前有兩種治療方法,一種在需要前半小時至 12 小時使用,每次劑量為 10-20mg,另一種為每日使用 5mg。兩種都能達到治療效果。

另外 Cialis 犀利士也能用來治療 BPH&LUTS (良性攝護腺增生 & 下泌尿道症候群), BPH&LUTS 即是指排尿困難、尿液細弱,有時會中斷,分好幾次才能解完、排尿後會有滴滴答答的餘滴、常會尿急致無法控制而流出、小便後仍覺尿急等症狀,常用藥物有 α -blocker (Tamsulosin)、5 α -reductase inhibitor (Finasteride 及 Dutasteride),還有 Cialis 每日型 5mg。

若病患同時有勃起障礙及攝護腺增生的問題,即可用 Cialis 5mg QD daily 的方式治

療。此為目前唯一通過衛生署核可的治療方式。

Sildenafil、Valdenafil 在達最高血中濃度及半衰期方面都相當類似，Tadalafil 則較慢持續時間也較長。Sildenafil 會因食物降低吸收其吸收速率，最高血中濃度也會降低約 29%，故服用前須空腹，另兩種受影響程度較低。

Sildenafil 和 Valdenafil 對視網膜上的 PDE-6 親和性高，故有時會有視力模糊的現象發生。Tadalafil 則會作用在肌肉的 PDE-11 上，有時會有肌肉疼痛的副作用。

另外犀利士 5mg 每日錠是目前唯一通過衛生署核准可持續天天服用的 PDE5-I 藥物。優點是長期使用可以改善內皮細胞的功能，副作用發生率可能較低，對於已經診斷必須使用 PDE5-I 來治療性功能障礙的病人，如果病人要求的是恢復更“自然”的性行為，而每日錠使用可打破原本吃藥才能性行為的預期焦慮。

表二 Sildenafil、Vardenafil 及 Tadalafil 之比較

	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
血漿達到最高濃度的中位時間	60分鐘	40-60分鐘	120分鐘
半衰期(小時)	3-4小時	4-5小時	17.5小時
食物交互作用	與高脂食物有交互作用，影響藥物吸收；與低脂食物也可能有交互作用	在高脂食物延遲藥物至最高濃度的時間，但不會影響其吸收	無
酒精影響	無	無	無
與 α blocker 並用	不建議	禁忌	不建議

4. Premature Ejaculation 藥物治療

對於性功能障礙的另一大原因早發性射精，目前已經有衛生署核可的治療藥物出現。

(1) Priligy 必利勁 (Dapoxetine)

用於治療年齡 18-64 歲且符合下列所有條件的早發性射精(Premature Ejaculation)男性：

A、陰道內射精潛伏時間(IELT) 短於兩分鐘

B、難以控制射精，在性行為插入之前、當時或不久後經過輕微刺激，發生持續或復發性射精。

C、因為早發性射精而導致病人明顯沮喪，建議劑量為 30 毫克，在性行為之前約 1 至 3 小時視需要使用。建議服用頻率

最多一天一次。Priligy 可和食物一起或單獨服用。

藉由抑制血清素的回收，達到增加血清素的作用，延緩射精的時間，其藥理作用類似選擇性血清素再回收抑制劑(SSRI)抗憂鬱劑。在體內作用以及清除的時間較快，因此無抗憂鬱效果，因此 Dapoxetine 不像其他類似機轉的抗憂鬱劑(EX:SSRI)容易造成性功能障礙。

但 SSRI 常見副作用比如噁心、頭暈、頭暈目眩、心悸、無力、意識模糊和發汗等還是會發生。

結 論

近年來，由於 PDE5 抑制劑的出現以及對勃起生理的了解，治療上已較過去容易，但產生性功能障礙的原因可能相當複雜及多重的，故在診斷時應由病史、身體各項檢查數據來判斷其真正源頭，若初期治療效果不佳，應轉診至專門門診來進行更詳盡的檢查治療。

參考文獻

1. 各勃起功能用藥 Viagra、Cialis、Levitra、Priligy 仿單
2. Fazio L, Brock G: Erectile dysfunction: management update. CMAJ 200; 170:1429-37.
3. Lue TF: Drug therapy: erectile dysfunction. N Engl J Med 2000; 342:1802-13.
4. American association of clinical endocrinologists medical guideline for clinical practice for the evaluation and treatment of male sexual dysfunction: a couples problem- 2003 update. Endocr Pract. 2003;9:78-95.
5. American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revision, DSM-IVTR, 2000
6. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation
7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB: impotence and its medical and psychosocial correlates: result of The Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;151:54-61.

阿滋海默症精神行為症狀的 藥物治療

～陳素靜藥師～

前言

阿滋海默症(Alzheimer's disease, AD) 是一種典型的老年性疾病[1]，其發生在年齡 60 歲以前的機率較少，然隨著年齡的增長其發生率(incidence)和盛行率(prevalence)呈倍數方式增加；因此在年齡 60 歲以上老人阿滋海默症的全球盛行率約為 5%-7%，其中以拉丁美洲較高，發病率在 8.5%；撒哈拉以南非洲區域(sub-Saharan African)的發病率僅 2%-4%。根據估計，截至 2030 將會有 65.7 百萬的人口，而這個比例預計每 20 年增加一倍，到了 2050 年則預計會增加至 115.4 百萬的人口[2]

臨床特徵

年紀大為阿茲海默症主要的危險因子及特徵，主要症狀為記憶障礙(memory impairment)和認知能力衰退(cognitive decline)等神經精神症狀。隨著疾病的進展其神經精神症狀，如精神疾患(psychosis)、攻擊性(aggression)、激躁不安(agitation)、憂鬱症(depression)，和行為障礙(behavioural disturbance)等逐漸惡化，以致影響病人的生活品質，更造成照護者精神上的嚴重壓力[3]，其中尤以病人激躁不安(agitation)的行為上影響為甚，故以下滋就病人激躁不安(agitation)的藥物治療上作一概要的摘述。

非典型抗精神病藥物 (atypical antipsychotic drugs)

非典型抗精神病藥物如 olanzapine、quetiapine、risperidone 等，經常被廣泛用於阿滋海默症的情緒精神病症狀或嚴重的激動，然其整體治療的效益尚無法確定，其治療效果僅

具中等強度的證據[4]。但在藥物治療後所造成的嚴重副作用，包括認知能力的降低，增加中風和死亡的風險等問題，似乎抵銷了藥物在治療上的效益[5-7]。研究顯示，阿滋海默症患者的死亡率上升，與非典型抗精神病藥物的行為症狀治療的使用上相關[7]，美國食品藥物管理局(FDA)也因此發出用藥安全警訊。然在引起中風的風險上，由於目前臨床研究的結果不一致，故還有些爭議。

儘管非典型抗精神病藥物，被認為是對阿滋海默症的神經精神症狀治療上是有效的，然而受限於研究上的方法學，故目前僅有 6 至 12 周短期使用的研究，並沒有可靠的長期臨床研究證據，支持其可使用更長的治療時間。儘管如此，實際上病人經常維持使用非典型抗精神病藥物更長的時間。

在非典型抗精神病藥物的使用中，以 risperidone 和 olanzapine 的療效上，是目前被認為證據力最強的兩個藥物[8]。因此，建議在治療上，應有固定的時間間隔，嘗試停止使用抗精神病藥物，以評估及避免持續治療所帶來的副作用和復發的風險[9]。

膽鹼酶抑制劑 (Cholinesterase inhibitor)

Rivastigmine 主要用於治療輕度至中度之阿滋海默症。然而其在病人認知和日常生活活動上的改善，僅有些微的改善程度。在副作用上會有明顯的噁心，嘔吐，厭食和頭痛等副作用，若與食物併服則可改善噁心的情形。關於在阿滋海默症的情緒精神病症狀或激動的使用上，在一個小型隨機臨床研究顯示，rivastigmine 和非典型抗精神病藥物 quetiapine，與對照組安慰劑相比，改善程度上並無明顯的

差異[10]。

Benzodiazepine(BZD) 的治療角色

苯二氮平類(BZD)藥物並不建議使用於輕度阿滋海默症之精神行為症狀的治療，因為除了 BZD 並無法提供 24 小時持續性的作用外[11]。BZD 的副作用包括不斷惡化的步態不穩、反常的激動(paradoxical agitation)和可能的身體依賴性(physical dependence)等，限制了 BZD 其臨床上在阿滋海默症激動的長期使用。因此，BZD 在阿滋海默症的精神行為症狀的使用，建議限用於短暫的焦慮性事件[12]，故而半衰期較短的苯二氮平類藥物為首選的藥品。

抗憂鬱藥物 (Antidepressants)

在選擇性血清素再回收抑制劑(Selective serotonin-reuptake inhibitors, SSRIs)中，以 citalopram 可用於治療阿滋海默症的激動和妄想(paranoia)，像是因語言表達困難所引起的情緒障礙，每日給藥劑量為 10 - 20 mg。研究顯示每日劑量 30mg 持續使用 3 周，可獲得不錯的治療效果，然而相對於安慰組，在 citalopram 組則有較大的副作用如發燒、腹瀉和食欲減退(anorexia)等，並且有明顯的 QT interval (QTc)延長的情形[13]。因此美國 FDA 及英國 MHRA 皆有對此不良反應發出警訊。基於安全性的考量，英國 MHRA 在對於 65 歲以上的老人，還是建議使用每日 20mg 的劑量。

在考量臨床藥效出現的時間點上，有些時候會在初期幾周與抗精神病藥，如 quetiapine 合併使用。Citalopram 在使用上應避免用於有心律不整風險的病人，如先天性 QT 延長的病人、低血鉀、低血鎂和心臟病等；若病人有持續性的 QT >500 ms 的情形，則應停止使用 Citalopram。

抗癲癇藥物 (Anticonvulsants)

這類藥品如 oxcarbazepine、topiramate 和 gabapentin 等有些小型的臨床研究顯示，其可用於治療阿滋海默症的神經精神症狀的治療，

然其治療效益尚有疑慮。也由於這類藥物在臨床神經精神症狀的運用上，容易有多重用藥(polypharmacy)上的交互作用和副作用的問題，故須謹慎評估其臨床上的使用[14]。

NMDA receptor antagonist

Memantine 為一低到中等親和力、非競爭性 NMDA 受體拮抗劑，與 NMDA 受體操縱陽離子通道(NMDA receptor-operated cation channels)結合。其在結構和藥理學上與現有治療阿滋海默症的藥物不同。可能藉由阻斷 glutamate 的作用（主要的中樞興奮性神經遞物質），來調節 NMDA 受體。不影響可逆性 acetylcholinesterase 藥物的抑制作用[15]。

對於中重度阿滋海默失智症的病人，在認知、行為和日常生活活動的能力上，可能有些微的益處。研究分析 2,308 位病人的治療中，顯示 Memantine 的使用有較低比率的激動情緒發生(7.7% versus 9.3%, OR 0.78; 95% CI 0.61-0.99, P = 0.04)[16]

結 論

從目前的研究證據顯示，建議首先嘗試非藥物干預措施（包括心理社會心理諮詢、人際管理和環境管理）；再考慮短期使用且副作用較少的藥物。

在藥物治療的選擇上，如抗精神病藥物(antipsychotics)、抗憂鬱藥物(antidepressants)、抗癲癇藥物(anticonvulsants)、膽鹼酯酶抑制劑(cholinesterase inhibitors)和 memantine[17]等，視個別病人的情況選擇藥物。抗精神病藥物(antipsychotics)不論短期或長期治療的使用上都可能增加住院或死亡的風險[18]。研究顯示發生嚴重副作用(定義為服藥後 30 天內住院或死亡)的風險，男性比女性高[19]，故在臨床的應用上需審慎評估藥物治療的效益。

參考文獻

1. Braak, H. and E. Braak, Frequency of stages of Alzheimer-related lesions in different age categories. *Neurobiol Aging*, 1997. 18(4): p. 351-7.

2. Prince, M., et al., The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*, 2013. 9(1): p. 63-75 e2.
3. Iavarone, A., et al., Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2014. 10: p. 1407-13.
4. Lee, P.E., et al., Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ*, 2004. 329(7457): p. 75.
5. Schneider, L.S., et al., Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 2006. 355(15): p. 1525-38.
6. Atypical antipsychotics in the elderly. *Med Lett Drugs Ther*, 2005. 47(1214): p. 61-2.
7. Kuehn, B.M., FDA warns antipsychotic drugs may be risky for elderly. *JAMA*, 2005. 293(20): p. 2462.
8. Sink, K.M., K.F. Holden, and K. Yaffe, Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*, 2005. 293(5): p. 596-608.
9. Declercq, T., et al., Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 3: p. CD007726.
10. Ballard, C., et al., Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*, 2005. 330(7496): p. 874.
11. Meehan, K.M., et al., Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology*, 2002. 26(4): p. 494-504.
12. Borson, S. and M.A. Raskind, Clinical features and pharmacologic treatment of behavioral symptoms of Alzheimer's disease. *Neurology*, 1997. 48(5 Suppl 6): p. S17-24.
13. Underwood, B.R. and C. Fox, Citalopram decreases agitation in the context of Alzheimer's disease, but at doses higher than those commonly prescribed and at the expense of side effects. *Evidence Based Medicine*, 2014.
14. Amann, B., et al., Anticonvulsants in the treatment of aggression in the demented elderly: an update. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2009. 5(1): p. 14.
15. Memantine. DynaMed.
16. McShane, R., A. Areosa Sastre, and N. Minakaran, Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(2): p. CD003154.
17. Gauthier, S., et al., Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 2010. 22(3): p. 346-72.
18. Rochon, P.A., et al., Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med*, 2008. 168(10): p. 1090-6.
19. Rochon, P.A., et al., Older men with dementia are at greater risk than women of serious events after initiating antipsychotic therapy. *J Am Geriatr Soc*, 2013. 61(1): p. 55-61.

失眠的中藥調理

～張美玲藥師～

前言

有些人會因內心的掛慮或興奮，在神經能量耗弱時，易造成身心靈的協調失衡及睡眠障礙，因此失眠症的原因有 1.環境的改變。2.心理負擔或衝擊過大。3.慢性疾病、鬱病、精神疾病等。4.過度的感覺刺激。5.服用含興奮劑的食品或藥物等。

一般失眠的症狀是，躺在床上不易入睡，或睡後易醒，或時睡時醒，醒後難以再睡，甚至徹夜不眠等。

為什麼會失眠？

失眠屬中醫“不寐”的範疇。《靈樞·寒熱病》認為：“陽氣盛則瞋目，陰氣盛則瞑目”¹；《景岳全書·不寐》將本證分為有邪與無邪兩種，認為：“有邪者多實證，無邪者多虛證”¹，無邪是指：“思慮勞倦驚恐憂疑，及並不勞累常多失眠者，歸屬為真陰精血不足，造成陰陽不協調，而神有不安的現象，這兒的神應是指大腦的思考、心智等。”有邪者又分外邪、內邪：“外邪造成的失眠如傷寒、傷風、瘧疾等，內邪造成的失眠如飲食、忿怒、痰、火、水氣等”此外還有“飲濃茶、有心事不寐者，是傷到心氣造成失眠。”不寐的中醫病機，“寐本乎陰，神其主也，神安則寐，神不安則不寐^[1]。

在《不寐論治》中指出：“無邪而不寐者，宜以養營氣為主治”¹，因血氣恢復運行良好則諸證自退，若治療不當，造成元神俱竭則難治。”“有邪而不寐者，去其邪而神自安也。”¹即有疾病者，只要治好疾病，失眠的現象自然會消失（在此不討論有疾病的失眠）。

失眠的辯證論治

中醫對睡眠障礙，在辯證論治下有許多不同的診治方法。心火偏亢、陰血不足所致的心煩神亂、失眠多夢、怔忡驚悸等，以安神丸加減，以鎮靜安神、瀉火養陰；若精神疲倦、四肢乏力、多夢失眠，以歸脾丸加減施治，能有效益氣養血、補心益脾；而心腎失調所導致的怔忡、夜寐多夢、易健忘盜汗，則以柏子養心丸加減，以養心安神、補腎滋陰。不寐原因多，主要病機為心肝脾腎的陰陽失調，氣血失和，以致心神失養或心神被擾，如表 1。

失眠的病機與治法

失眠的病機症狀不同，治法處方也異，應鑑別分明：

1.(原文)虛勞虛煩不得眠，酸棗仁湯主之²，屬內傷虛勞，肝陰不足虛熱內升引起。而梔子豉湯主治陽明病誤治，其病機為外感傷寒，餘熱未盡，熱擾心神所致，症狀除虛煩不得眠外，尚有“反覆顛倒，心中懊農”症狀²酸棗仁湯長於養肝血，適用於肝血不足，陰虛陽亢的心悸、失眠之證^[3]。

2.具滋養安神方有：酸棗仁湯、天王補心丹、甘麥大棗湯。天王補心丹能滋陰養血、補心安神可用於陰虛不寐、心悸神疲等。甘麥大棗湯能養心安神，和中緩急，適用於臟躁證。³其能安定大腦神經，連失戀的都可治，更能舒緩壓力。

3.(原文)少陰病，得知二三日以上，心中煩，不得臥，黃連阿膠主之。⁴梔子豉湯證為餘熱擾於胸膈，而腎水不虛，其舌苔多見黃白，並有反覆顛倒、心中懊農、胸中窒、心中結痛等見證；治宜宣鬱清熱。黃連阿膠湯證為陰虛陽亢，舌質不但紅降，而且乾燥乏津，治宜滋陰清熱降火，如表 2^[4]。

安神的藥物

具鎮靜安神為主要功效的藥物，稱為安神藥。心臟神，主神明，為精神思維活動的所在；肝臟魂，主疏泄，如肝氣鬱結，失於疏泄排除鬱悶，也會影響神志活動。所以歸心、肝二經多[6]。

安神藥分為重鎮安神藥（礦物類：硃砂、琥珀、磁石多用於實證）和養心安神藥（植物類：酸棗仁、柏子仁、靈芝、遠志多用於虛證）虛證多見眩暈，心悸，虛煩不眠，健忘等。實證多見躁動不安，警惕失眠，目赤口苦等。本類藥為治標之品，故不可久服，應中病即止。現代研究，安神藥具有鎮靜、催眠、抗驚厥等作用[6]。

中藥介紹

1. 酸棗仁為鼠李科植物酸棗的乾燥成熟種子。明代《本草蒙筌》“多眠膽實有熱，生研末，不眠膽虛有寒，炒作散”的論述[5]。目前各地治療失眠均炒熟用。本品炒後較香、質脆易煎出有效成分，能增強功效。但不可久炒，防油枯而失效[5]。
2. 柏子仁為柏科植物側柏的乾燥成熟種仁。有生用、炒用、製霜用。新鮮者養心安神，潤腸通便。炒用、製霜可去油，免滑腸致瀉，用於便溏而心神不安患者[5]。
3. 磁石為氧化物類礦物尖晶石族磁鐵礦石，主含四氧化三鐵（ Fe_3O_4 ），有鎮靜，補血作用。生磁石偏於平肝潛陽，煨醋淬後酥脆易粉碎和煎出有效成分[6]。
4. 夜交藤為蓼科植物何首烏的藤莖。能養心安神，通絡祛風[6]。
5. 茯苓為多孔菌科真菌茯苓的菌核。寄生於松樹根旁而生者稱茯苓，利水除濕，能健脾補中，寧心安神：心脾兩虛，氣血不足之心神不寧，多與黃耆當歸、遠志同用，如歸脾湯。茯神為抱松

根而生者，長於寧心安神，可用於失眠多夢驚悸等症[6]。

6. 合歡皮為豆科落葉喬木植物合歡的乾燥樹皮。善解肝鬱而安神。如忿怒憂鬱，虛煩不安健忘失眠，尚有和血消腫止痛的功效[6]。

7. 龍骨，為古代哺乳動物如三趾馬、犀、鹿、牛、象類等的骨骼化石。入心、肝經。本品質體沉重、黏澀（舔之粘舌）。本品功專平肝潛陽、鎮靜安神，用於治療肝腎陰虛，肝陽上亢所引起的頭暈、頭脹、目眩、煩躁等症；又治神志不安、心悸、失眠，以及驚癇、癲狂等証。煨後入藥，功專收斂固澀，用於治療遺精、滑泄、久瀉脫肛、崩漏、帶下、自汗、盜汗等症。另外，還可吸濕斂瘡，用於治療濕疹癢疹，以及瘡瘍潰後久不癒合者。也可用於治療咯血，而煩躁不安者[6]。

8. 牡蠣，為牡蠣科動物長牡蠣的貝殼。入肝、腎經。能平肝潛陽，用於治療陰虛陽亢所引起的煩躁不安、心神不寧、心悸怔忡、失眠、頭暈目眩、耳鳴等症；又能軟堅散結，用於治療痰火鬱結所致的瘰癧、癭瘤等[6]。

9. 琥珀為松科松屬植物的樹脂，埋地下經年久轉化而成。具有定驚安神、活血散瘀，利尿通淋的作用[6]。

10. 遠志為遠志科多年生草本植物遠志的乾燥根。有寧心安神、祛痰開竅、消癰腫的作用等[6]。

11. 靈芝為多孔菌科植物紫芝、赤芝的全株。有養心安神、祛痰、止咳、強壯補氣養血的作用等[6]。

紫石英為礦石類，能鎮心平肝以定驚。石決明為貝殼類，有清熱涼肝、鎮靜的作用[6]。容易驚嚇、緊張，柏子仁、酸棗仁、介殼類藥物都可用；會出現精神激動、亢奮，就要用潛陽的藥，龍骨、牡蠣、石決明、珍珠母、龍齒等。

結論

1. 血清素（serotonin）是一種神經傳導物質，能讓人放鬆、愉悅，鎮定神經而容易入眠。大腦製造血清素的重要原料

是色胺酸。人體無法合成，必須從食物中獲得，如牛奶、優酪乳、五穀雜糧（小米、大豆、堅果類）、蛋、肉類、海藻、香蕉等食物，都含有豐富的色胺酸。

2.因生存壓力，很多人睡不著就很在意，甚至借助安眠藥，久服安眠藥又副作用多。應解除心裏煩惱，消除顧慮和恐懼，以免形成重複性的沉思或胡思亂想而影響晚上睡眠，為什麼不能想些快樂的事。

3.睡前靜態運動可提高新陳代謝率，穩定情緒，幫助睡眠的改善。

4.睡前不喝濃茶、咖啡，酒，少思考。養成良好的生活習慣，

5.在睡前二小時針灸，助眠效果好。

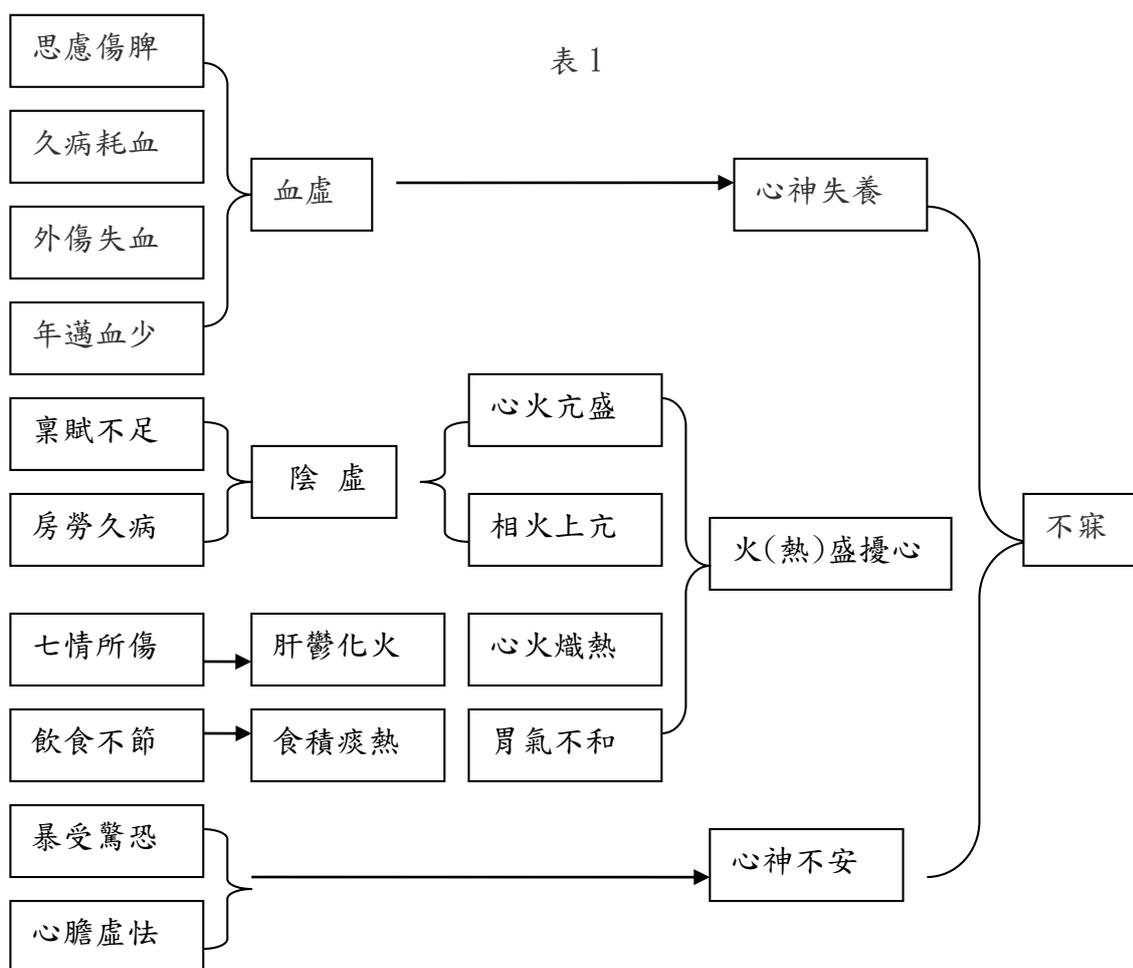
6.食醋含有豐富的有機酸，可促進糖的代謝，並使肌肉中的乳酸和丙酮酸分解，可解除疲勞以助眠。

7.中醫在治病的原則是辨證論治，也許會同病異治或異病同治。以上的資料僅供參考，若要治療失眠，請一定要找中醫師診斷。不要自己當醫師尋藥方。

參考文獻

1. 張伯臾 內科學 台北：知音出版社 1997：P216～P223。
2. 李克光 金匱要略 台北：知音出版社 1999：P171～P172。
3. 王綿之·許濟群 方劑學 台北：知音出版社 2101：P320。
4. 李培生 傷寒論 台北：知音出版社 1999：P467～P470、P275～277。
5. 徐楚江 中藥炮製學 上海：上海科學技術出版社 1999：P49～P50、P177～P178。
6. 顏正華 中藥學 台北：知音出版社 1994：P664～P677。

表 1



分 類	主 症	治 法	主 方
心火熾盛	心煩不寐，躁擾不安，口乾舌燥，小便短赤。	清瀉心火，安神寧心。	硃砂安神丸加黃芩、梔子、連翹
肝鬱化火	急躁易怒、多夢 頭暈頭脹、口苦	清肝瀉火，鎮心安神。	龍膽瀉肝湯加減
痰熱內擾	胸悶心煩，噯氣吞酸，頭重目眩	化痰清熱。和中安神。	溫膽湯加味
胃氣失和	胸悶噯氣，脘腹脹滿、不寐	和胃健脾，除積熱	半夏秫米湯
陰虛火旺	心悸心煩、不寐腰痠足軟，舌紅	滋陰降火，交通心腎，清心安神	六味地黃丸合黃連阿膠湯
心脾兩虛	多夢易醒，心悸健忘，神疲食少	補益心脾，養心安神	歸脾湯
心膽氣虛	多夢易驚。膽怯心悸	益氣續驚，安神定志	安神定志丸合酸棗仁湯