

# 青春痘的治療與藥物

～ 林宜靜 藥師 ～

## 前言

青春痘(Acne vulgaris)又稱痤瘡、面皰對於很多人來說應該是一個擺脫不掉的困擾，雖然好發於青春期被叫做「青春痘」，可是很多已經脫離青春期的成人仍然有這種煩惱。痤瘡對生命並沒有威脅性，但卻常造成心理及人際關係的衝擊，因此需要妥善的處置治療。

## 成因

痤瘡最常見以臉部為主，其他好發部位有頸部、前胸、背部及上臂等皮脂腺分佈多的地方，發生的致病原因有內、外許多因素，目前尚未完全清楚，主要可分為以下四項：1. 毛囊的皮脂腺分泌旺盛，產生過多的油脂 2. 毛囊角質化異常，堆積阻塞毛孔 3. 毛囊內痤瘡桿菌(*Propionibacterium acnes*)又稱痤瘡丙酸桿菌、初油酸桿菌)增生 4. 毛囊附近皮膚發炎反應，誘因包括：遺傳、壓力、環境和飲食。過去研究也發現，人體內的雄性素(androgen)過度分泌時，會促進皮脂腺與角質化過度增生，造成油脂分泌與角質脫落增生也是痤瘡探討的成因。

痤瘡病灶類別可大致分為非發炎性痤瘡與發炎性痤瘡。非發炎性就是一般俗稱的粉刺(comedones)，若是發炎性則依嚴重程度區分為輕度、中度和重度的痤瘡。病灶型態呈現，最先形成細小粉刺，而累積大量皮脂，毛囊擴大和過度角質化後構成開放型或封閉型粉刺，致使毛囊環境改變，因此痤瘡桿菌能在此毛囊內增殖，藉由痤瘡桿菌和毛囊內發炎調節物質的產生，活化主要的發炎細胞 CD4 T 細胞和巨噬細胞，形成發炎反應，出現了丘疹、膿皰、結節、囊腫等痤瘡樣貌。

## 治療與處置方法

痤瘡的治療通常根據其發生部位與嚴重程

度來決定治療方式，分為外用藥品給予局部治療和口服藥物的全身性治療。若是輕微的痤瘡患者，可以單獨使用外用藥品，對於中等嚴重度以上的病灶患者，則須同時使用口服藥物，一般口服藥物的治療時間須要維持三至六個月或半年以上。

## 藥品介紹

痤瘡就不同的成因而擇取適宜的局部外用藥和口服藥物加以治療，常見藥品介紹於此。

### 一、外用藥品類

#### 1. A 酸局部外用(Topical retinoid)

局部塗抹 A 酸可減少細微粉刺的形成與抑制粉刺的成熟，促進毛囊角質的正常化，輕微的殺菌和抑制發炎反應，是治療痤瘡的核心藥物，除了用於粉刺型痤瘡，也和其他類藥物合併使用治療不同型態的痤瘡。局部外用 A 酸衍生自維生素 A，包括三種活性成分 Tretinoin、Adapalene 與 Tazarotene 的不同含量與不同劑型藥品。每一 A 酸與不同的 A 酸接受器(retinoic acid receptors)結合；Tretinoin 結合於 alpha、beta 和 gamma；Adapalene 與 Tazarotene 具選擇結合在 beta 和 gamma 位置，而呈現出不同的效力、效用及藥物耐受性。雖然有一些研究顯示 Tazarotene 效用較 Adapalene 與 Tretinoin 好，而 Adapalene 比 Tretinoin 耐受性佳，但這些研究都是在不同試驗中，使用不同濃度和配方的結果，因此目前仍缺乏直接效用比較的實證，證明使用那一種局部 A 酸療效最好。A 酸局部外用可以加強其他局部外用藥的治療效用外，更可以在口服 A 酸停用後，接續使用以維持除痘效果。A 酸的治療常因為副作用而局限其治療的使用；常見的副作用是皮膚乾燥、燒灼感、刺激性及光感性，建議於晚上塗抹，白天要防曬，假使皮膚會刺激、脫皮乾裂時，要停用數天，等皮膚恢復正常後，再繼續使用。

#### 2. 過氧化苯(Benzoyl peroxide)

過氧化苯具有抗菌作用，減少痤瘡桿菌，

降低游離脂肪酸的濃度，並減少粉刺的形成；有效預防細菌的抗藥性，而建議使用於局部或口服抗生素治療的病人。因為它沒有辦法改變皮脂分泌或細胞脫落的情況，常在停用時，痤瘡又會復發。用藥時需注意可能產生刺激性及接觸性皮膚炎，日曬會增加皮膚刺激感，也容易在使用過氧化苯的皮膚留下色素沉澱，所以應在夜間塗抹使用。另外，此藥具有漂白作用，使用時，應當避免接觸到衣物或頭髮上，以免造成脫色或變色。

合併治療時，因過氧化苯會使外用 A 酸氧化，而降低 A 酸藥物活性，因此建議需要分開在不同的時間使用，才不會影響到治療效果。

3. 外用抗生素：

抗生素可以口服也可以局部外用，目的是清除毛囊的痤瘡桿菌，直接外用塗抹於患部，產生殺菌效用，避免因痤瘡桿菌的增生聚積所引起的發炎反應。目前常使用的局部抗生素包括 Clindamycin、Erythromycin 及 Tetracycline 外用製劑，但是外用抗生素單獨使用的效果不佳，建議搭配外用 A 酸或是過氧化苯一起使用於中度以上嚴重程度的痤瘡，這些抗生素較建議與過氧化苯合併外用使用，除增加治療效

果，也有降低抗菌菌種的產生。

4. 杜鵑花酸 (Azelaic acid)

可促使毛細孔角化現象正常化，比較不會有毛孔角化阻塞，還可以抗菌與抗發炎。對於粉刺性痤瘡有療效，適用於敏感性皮膚或曬傷性色素沉澱的暗沉皮膚。懷孕用藥分級屬 B 級，對於懷孕婦女仍可使用。

5. 硫磺製劑 (Sulfur preparations)：

單獨使用硫磺製劑或合併使用間苯二酚 (Resorcinol) 可以軟化皮膚角質、另外也具有殺菌的作用。

6. 水楊酸 (Salicylic acid)

水楊酸具有抗菌、軟化、溶解及剝離角質層的作用，常用來改善角質化異常的現象。

二、口服藥品類

1. 口服抗生素

口服抗生素具有殺菌和抗發炎的作用，比起外用抗生素能夠更快的發揮效果，不過也容易造成全身性的副作用，像是腸胃道不適、色素沉澱、光敏感性及肝功能異常，通常是中度或是重度的痤瘡病人才會考慮使用口服抗生素。口服抗生素不可使用於懷孕期間，這些藥物也會減輕避孕藥的效果，用藥時請確實遵照

表：痤瘡治療用藥

	輕 度	中 度	重 度
首選用藥	過氧化苯或外用 A 酸 (retinoid) - OR - (外用合併治療) * 過氧化苯+外用抗生素 或 * 外用 A 酸+過氧化苯 或 * 外用 A 酸+過氧化苯+外用抗生素	(外用合併治療) * 過氧化苯+外用抗生素 或 * 外用 A 酸+過氧化苯 或 * 外用 A 酸+過氧化苯+外用抗生素 - OR - 口服抗生素+外用 A 酸+過氧化苯 - OR - 口服抗生素+外用 A 酸+過氧化苯+外用抗生素	口服抗生素 + (外用合併治療) * 過氧化苯+外用抗生素 或 * 外用 A 酸+過氧化苯 或 * 外用 A 酸+過氧化苯+外用抗生素 - OR - 口服異維 A 酸 (isotretinoin)
替代用藥	增加外用 A 酸或過氧化苯 - OR - 其他的 A 酸 - OR - 外用 dapsone	其他組合療法 - OR - 其他口服抗生素 - OR - 增加口服避孕藥或口服 spironolactone (女性) - OR - 口服異維 A 酸	其他口服抗生素 - OR - 增加口服避孕藥或口服 spironolactone (女性) - OR - 口服異維 A 酸

醫師處方與指示。常用於中度至嚴重度痤瘡合併治療的抗生素以四環黴素類為第一線選擇。Tetracyclin 需空腹時服用，勿同時併服制酸劑或鐵劑，以免螯合物的形成而失效；Doxycyclin 和 Minocyclin 有較好的治療成效。若不適用四環素類時則可改用 Erythromycin、Baktar、Amoxicillin 與 Cephalexin。

## 2. 口服異維 A 酸 (Oral isotretinoin)

口服 A 酸對於所有痤瘡的成因都有效果，是全效型的痤瘡治療藥品，單一使用效果就很明顯，不過因為副作用多通常是重度的痤瘡才會使用，其副作用包括皮膚乾燥、口角炎、眼睛乾燥、肌肉疼痛、光敏感性等，這些副作用在停藥之後都可以陸續獲得改善，但有一嚴重副作用是不可逆的，就是懷孕婦女的致畸胎性，因此懷孕婦女嚴禁使用口服異維 A 酸。Tretinoin 和 adapalene 懷孕用藥分級屬 C 級，而 Tazarotene 屬 X 級，因此女性患者在 A 酸治療前，應該要告知懷孕的相關危險性。

## 3. 荷爾蒙療法

荷爾蒙療法作用機轉是抑制體內的雄性素，減少皮脂腺分泌過多的油脂。例如使用口服避孕藥抑制雄性素或是 Spirolactone 的抗雄性素特性，此種方式適合油脂分泌旺盛的婦女，作為替代性痤瘡治療，但男性並不建議。

## 討 論

關於治療痤瘡的藥物中，抗生素的抗藥性慢慢被重視，僅單獨口服或單用外用抗生素不適用於痤瘡的治療，也要避免不同種類抗生素口服與外用的合併治療，這種方式並沒有加成作用效果，反而增加抗生素抗藥性的產生。口服抗生素的使用，建議在第六到八週評估其療效，並且整個療程不超過三個月。

另外，口服 A 酸的安全性問題也是需要加以注意，接受口服 A 酸的婦女，建議在使用前一個月到使用後至少一個月的治療期間，進行嚴格的避孕與每個月驗孕檢查，而所有接受口服 A 酸治療的患者，建議每三個月抽血檢查血脂肪與肝功能。

## 注意事項

痤瘡有多重的形成因素，非藥物性治療的

日常生活作息也需要配合應用上，這些日常的注意事項如：

1. 使用溫水與刺激性小的清潔用品。
2. 避免擠、摳痘痘，減少分泌物產生，造成感染並留下疤痕。
3. 可接受適量日曬，但是記得塗上水性防曬乳液，而且注意避免流太多汗。
4. 均衡飲食有助於維持皮膚的健康。目前尚無足夠的證據證明食物會使痤瘡惡化。然而，最好還是避免食用可能會引發痤瘡的食物。
5. 保持輕鬆的心情，因為緊張與壓力也是促使痤瘡發生的因素。

## 結 語

痤瘡的症狀有急性與慢性的不同狀態，非專屬於青春期的皮膚病症，常見會一再發生，反覆出現的一種長期慢性疾病。由於痤瘡發生期長，很少能夠完全治癒，所以需要長時間的治療與控制，經由良好的持續治療可以控制新病灶的發展，使症狀減輕、減少永久性疤痕產生，而免於影響個人心理層面與社交的生活品質。除了配合醫師的治療療程，耐心使用藥物治療之外，擁有充足的睡眠、保持輕鬆的心情、均衡的飲食及保持皮膚的清潔等，都有助於改善痤瘡的效用。

## 參考資料

1. UpToDate: Treatment of acne vulgaris [http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acne-vulgaris?source=search\\_result&search=acne+treatment&selectedTitle=1~150#](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acne-vulgaris?source=search_result&search=acne+treatment&selectedTitle=1~150#)
2. 家庭醫學與基層醫療期刊-尋常性痤瘡治病機轉與治療新觀念 [https://www.tafm.org.tw/ehc-tafm/s/w/ebook/people\\_other/journalContent/759](https://www.tafm.org.tw/ehc-tafm/s/w/ebook/people_other/journalContent/759)
3. 微生物資料 - 菌種介紹 <file:///D:/My%20Documents/Downloads/P6.htm>
4. MIMS Pharmacy Taiwan 2012-Acne
5. 皮膚科王修含醫師部落格 <http://www.skin168.net/2013/09/acne.html>
6. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. Journal of the American Academy of Dermatology Vol 74, Issue 5, May 2016, Pages 945-973.e33 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.037>
7. 藥品仿單

# 認識乾眼症與治療

～ 林冠好 藥師～

## 前言

乾眼症 (Dry eye syndrome, Keratoconjunctivitis sicca)指的是眼睛淚液分泌量不足或淚液過度蒸發，造成淚液無法適當保持眼球表面的濕潤所造成的。根據統計，乾眼症的盛行率約為 15-20%，以往好發於老年人，然而科技的進步，影響了大眾的生活習慣及工作環境，空氣污染日益嚴重；長時間待在空調環境下；隨時面對著 3C 產品，使眼睛不斷地受到刺激，造成眼睛長時間過於乾澀，導致視力模糊、刺痛感、怕光等眼睛不適的現象，說是現代人的文明病一點也不為過。

乾眼症也可能是全身免疫性疾病的一種症狀表現，臨床上也有因眼瞼腺炎及紅斑性狼瘡、關節炎等自體免疫疾病所衍生的淚液分泌不足而引起的乾眼症；藥物也可能會誘發乾眼症，如抗潰瘍、抗憂鬱、降血壓、抗心律不整及抗組織胺等藥物，也會造成乾眼症。

## 臨床症狀與表現

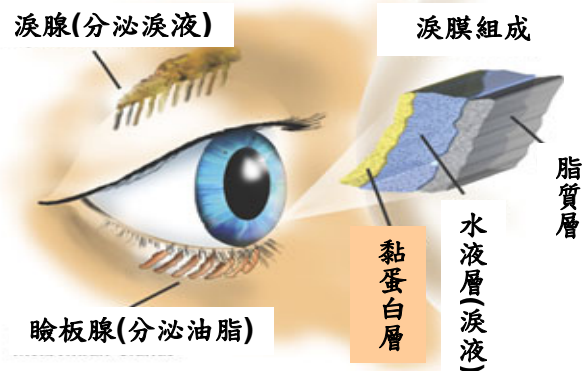
乾眼症的影響幅度很廣，從輕微的不舒服到嚴重至失明都有可能。要了解乾眼症，得先認識眼睛最外層的淚膜(Tear film)。淚膜為覆蓋眼球表面厚約 9 $\mu$ m 的液體薄膜，結構由內而外分為三層：

### 一. 黏蛋白層(mucin layer)

覆蓋於角膜上皮表面，為淚膜的內層，此層最薄，為 0.02~0.05 $\mu$ m。主要由結膜上皮杯狀細胞分泌，部分由主淚腺分泌。粘液呈半固體狀態，具有高度的親水性，在角膜上皮層和淚膜的水液層間形成親水界面，讓淚水容易附著在角膜上，承擔營養、保護角膜及平滑角膜表面的作用。

### 二. 水液層(aqueous layer)

水液層由主、副淚腺細胞分泌，厚度為 6~7 $\mu$ m 是三層結構中最厚的一層。主要由水、無機鹽、有機物、免疫球蛋白、溶菌酶等組成。這些物質可抗菌以維持眼球環境的平衡，保護



角膜以維持清晰的視力，同時可潤滑眼球，稀釋及清除眼部的代謝產物，並提供角膜上皮細胞氧氣及養分。

### 三. 脂質層(lipid layer)

覆蓋在眼球最外層，由眼瞼的皮脂腺所分泌，厚度為 0.1~0.2  $\mu$ m。在正常體溫下呈液態可延緩水液層的蒸發。

乾眼症的患者若此三層結構中任一層出現問題，皆可引起淚膜的不穩定，進而可能會有不同的乾眼症症狀，這由受損的是哪一層淚膜而決定。如果組成淚膜的成份分泌不足，或是太快蒸散掉，就會造成乾眼症。而評估乾眼症除了醫師詳細詢問病史外，也需藉助一些試驗檢查作為診斷工具。

### 1. 淚液分泌檢驗(The Schirmer's test)

檢查水液層的常用測試；用特製紙條夾在下眼瞼的外側 1/3 處，紙條被淚液沾濕後會變色，閉眼夾 5 分鐘後測量紙條被淚液沾濕的長度，可得到淚液的分泌量。正常一般在 10-15mm 以上，若淚液只沾濕 5mm 以內，則為水液層缺乏。

### 2. 淚膜破裂時間(Fluorescein dye test)

當眼睛睜大時，淚膜蒸發乾時會出現黑色乾燥區域，在從睜眼睛到出現黑色斑點的這段時間，稱之為「淚膜破裂時間」。測試時會用沾有螢光素紙條點下眼瞼的結膜囊，在裂隙燈下用鈷藍光看角膜表面，從最後一次瞬目開始計時，到角膜表面的螢光素薄膜出現第一個黑色破裂為止。乾眼症病人淚膜出現黑色乾燥區域的時間比正常人提早許多，通常會少於 10 秒鐘的測試時間。



**乾眼症治療的藥物劑型選擇**

劑型	適用對象 (嚴重度)	效果
藥水	1 級、2 級	使用時較無不適感，但留存在眼球的時間較短，若需頻繁使用，建議宜選擇不含防腐劑者
凝膠	2 級、3 級	有助人工淚液停留眼球的時間，但用後常造成 10 至 30 分鐘視力不穩定，多建議於較不需要使用眼力時或睡前使用
藥膏	3 級、4 級	保水、保濕的效果最好，但較黏稠，點後視力暫時不穩定的情況較明顯，多建議於較不需要使用眼力時或睡前使用
植入劑	3 級、4 級	每天使用一顆，放於結膜下方慢慢釋出，保水、保濕的效果最好，但放置不易且較黏稠，視力模糊情況較明顯

3. 螢光染色(Fluorescein staining): 可染出壞死細胞及黏液，分辨乾眼症輕重。
4. 冷光源透照法(Tear scope):  
以冷光源測量脂質層的厚薄及分佈狀態。
5. 免疫學檢驗  
用於檢測是否因自體免疫疾病引起乾眼症的病人。檢驗項目包括 antinuclear、anti-Ro 和 anti-La 抗體，若懷疑是修格連氏症候群 (Sjögren's syndrome)，則需要更進一步做唾液腺或淚腺切片檢查。

乾眼症常見的症狀，包括眼睛乾澀、容易疲倦、想睡、會癢、有異物感、痛灼熱感，眼皮緊繃沉重、分泌物黏稠，怕風、畏光，對外界刺激很敏感，暫時性視力模糊；有時眼睛太乾、基本淚液不足反而刺激反射性淚液分泌而造成常常流眼淚之症狀；較嚴重者眼睛會紅、腫、充血、角質化，長期刺激下會造成角結膜病變，影響視力。

**治療處置方法**

治療乾眼症必須先了解引發的原因，並依嚴重程度接受治療與追蹤，才能達到長期且穩定的治療效果。而自體免疫疾病引起的乾眼症，若患者能控制好病情，則多半可以經由治療與調整生活作息，使症狀獲得改善。在治療方面，因淚膜分泌不足造成的乾眼症，若淚腺組織仍有功能但水液層不足，則補充人工淚液，或使用口服膽鹼激素促進劑 Pilocarpine 或 Cevimeline 來增加淚液分泌。若為脂質層引起，則應注意眼瞼清潔，必要時可服用四環素 (Tetracycline) 減少局部發炎，提高油脂腺功能，但須持續治療好幾週才能見效。若為黏蛋白層或免疫問題所引起，則可用環孢靈素

(Cyclosporine A) 來增加杯狀細胞的數目。乾眼症有一大部份與發炎有關，則可給予類固醇降低發炎反應，避免乾眼進一步惡化。

臨床上乾眼症的診斷及治療，根據症狀的嚴重程度分成四個等級，分別有其治療方式：

※ 第 1 級：屬輕度乾眼症

眼部檢查結果呈現為淚膜不穩定(淚膜破裂時間 < 10 秒)及輕度結膜染劑著色。症狀非常輕微時不需治療，可使用含防腐劑的人工淚液。建議改變生活習慣，消除環境的影響，避免使用會造成乾眼的藥物、控制過敏必要時可使用抗過敏眼藥水，以及調整飲食補充 Omega-3 脂肪酸。

※ 第 2 級：呈現中度至重度症狀

眼部檢查結果為淚液膜不穩定、中度結膜染劑著色、角膜週邊有點狀角膜上皮缺損，可能產生些微視覺變化。治療建議使用不含防腐劑的人工淚液或凝膠、局部環孢靈素眼藥水、局部類固醇眼藥水或促淚液分泌藥物。

※ 第 3 級：呈現重度症狀

檢查結果為淚液膜不穩定、重度結膜染劑著色、角膜中央有點狀角膜上皮缺損或絲狀沾黏物合併角膜炎。除原有的二級治療外，如有必要，可再加上口服四環黴素、自體血清或使用淚管栓塞術。

※ 第 4 級：重度症狀併有合併症

眼睛檢查結果呈現淚液膜不穩定、重度結膜染劑著色、結膜結疤、角膜糜爛或潰瘍，併發症嚴重影響視力。除了原有治療，像是環孢靈素、保濕護目鏡外，使用局部 Vitamin A 藥水，必要時需加上口服免疫抑制劑或 acetylcysteine。對於內科療法成效不彰的病患，甚至進行手術做眼瞼縫合(Tarsorrhaphy)、羊膜移植 (amniotic membrane transplantation, AMT)，避免進一步惡化。

## 藥品介紹

乾眼症的治療藥物，依照嚴重程度選擇適宜的用藥種類，劑型的選擇上也依循不同的嚴重程度選擇以發揮治療控制效果，其中包括有；(參見列表)

### 1. 人工淚液

人工淚液除了提供潤濕功能、加添水分等功能外，尚有稀釋發炎物質、降低淚液滲透壓等效用，因此為乾眼症病患最常使用的療法。如果對防腐劑過敏或使用頻率較高，建議改用不含防腐劑的人工淚液。

### 2. 自體血清

血清的酸鹼值與淚液相同，也不含防腐劑，此外也富含眼球表面所需要的生長因子、細胞激素、蛋白質、脂肪、電解質、免疫蛋白、維生素等，因此可用以治療嚴重的乾眼症。每次製備後的血清可以冷凍保存 3-6 個月，每隔固定時間，再從冰箱取出來點用，但務必注意使用後，要馬上放回冷藏庫保存及避免污染。

### 3. 黏液溶解劑 Acetylcysteine

Acetylcysteine 是黏液溶解劑，局部使用時，可以減少眼球表面絲狀黏生物、黏液、或黏液斑塊的形成。

### 4. 抗發炎療法

眼球表面的發炎反應也會造成乾眼症狀，因此局部使用類固醇或 Cyclosporine (Restasis<sup>®</sup>) 眼用藥水也是治療的另一方式。Restasis<sup>®</sup> 於 2006 年獲得衛生署核准上市，是目前市面上所有乾眼症藥物治療中，唯一通過美國 FDA 審核，證實其對淚液分泌量有增加效果的藥物，可減低眼球表面的炎症反應，國外的研究指出，使用半年至一年眼用乳劑，可治癒或改善七成以上的乾眼症。

### 5. 抗生素類

口服四環黴素或其相關藥物如 Doxycycline，對於眼瞼板發炎，尤其有酒糟鼻體質的病患特別有效。然而這類的病患最好能夠同時注意眼瞼清潔和熱療法輔助。局部維他命 A 藥膏可於睡前使用，但效果仍具爭議。

## 注意事項

乾眼症患者護眼注意事項建議；

- ※ 正常的生活型態，睡眠充足，不熬夜。
- ※ 均衡的飲食，少吃刺激性的食物，多吃富含維生素 A、C、E 的水果及食物。
- ※ 改變用眼習慣，定時休息，建議每隔 50 分鐘，休息 5~10 分鐘，注意眨眼次數及幅度。
- ※ 注重眼部清潔，並減少隱形眼鏡的配戴時間，若有需要，可養成熱敷的習慣。
- ※ 勿亂口服藥物，尤其是安眠藥及鎮靜劑，如有需要服用需與醫師討論，儘量減低劑量。
- ※ 眼球表面的疾病，如角膜、結膜及眼瞼有發炎、敏感、受傷或病變需要與眼科醫師合作積極治療。

## 結語

眼睛是靈魂之窗，隨著時代進步，每天用眼的時間較以往增加許多，又加上長時間且近距離使用科技產品，甚至於通宵熬夜，大量增加眼睛的負擔；再者，生活緊張、太過專注於工作，以致眨眼次數過少，加上室內空調太過乾燥，使得淚液分泌不足、滋潤度降低，造成雙眼乾澀、發紅、不適，甚至引起細菌感染。淚液雖僅是薄薄的一層，卻扮演著讓眼部舒適、健康、視力清晰的重要角色。雖然乾眼症只要配合醫師點用眼藥水、改變生活型態，一般眼部健康不會有大礙；但少數嚴重乾眼症患者仍有可能導致角膜潰瘍而危及視力，因此不可不慎！因此若眼睛有不適情形時，應找眼科醫師檢查並配合治療，切莫自行亂使用眼藥水。

## 參考資料

1. [http://www.visionassociatesri.com/dry\\_eyes.html](http://www.visionassociatesri.com/dry_eyes.html)
2. <http://depart.femh.org.tw/oph/oph/ch/MedicalTeam-Cornea2-1.html>
3. Wilson SE, Stulting RD. Agreement of Physician Treatment Practices with the International Task Force Guidelines for Diagnosis and Treatment of Dry Eye Disease. *Cornea*. 2007;26:284-289.
4. The Epidemiology of Dry Eye Disease: Report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007) Elisabeth M. Messmer.
5. The Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Dry Eye Disease. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 71-82

# 中藥外用散劑之金黃散

～ 蔡炎璋 藥師 ～

## 前 言

『散劑』是古老的劑型之一，最早在《黃帝內經》中已有散劑的記載，散者散也，去急病用之。依據中華藥典第七版記載：散劑係供內服或外用之一種製劑，係由藥品或化學品之粉末混合而成。因散劑比表面積較大，因而具有易分散、奏效快的特點。也由於藥物粉碎後比表面積較大，故其嗅味、刺激性、吸濕性及化學反應性等也相應地增加，使部分藥物易起變化，揮發性成分易散失。故一些腐蝕性強及受潮變質的藥物，不宜配成散劑；散劑一般應乾燥、疏鬆、混合均勻、色澤一致，劑量型散劑其裝量差異限度，應符合臺灣藥典規定。

## 何謂外用散劑？

中藥散劑有內服和外用兩種，散劑因製法簡便，劑量可隨症增減，故內服細末可用水、茶、米湯或酒沖服；外用則能產生一定的機械性保護作用，研成極細末，可撒於皮膚或黏膜或吹入口、耳、鼻等體內腔道，如痲子粉、三黃粉、吹喉散等；或如七白散用清水、酒、蜜、蛋清等調敷於患處，以促進皮膚新陳代謝，抑制黑色素生成，增強皮膚機能；另外，有抗炎、鎮痛的效果，也可減輕局部疼痛、水腫、滲出物過多的外用散劑：如意金黃散主要作用為清熱解毒，除濕散瘀，消腫止痛，用在跌打損傷、灼燒疼痛，或熱毒瘀滯肌膚所致瘡瘍腫痛、丹毒流注，症見局部肌膚有紅、腫、熱、痛者，故適用於癰瘍、疔腫、乳癰、丹毒、漆瘡、燙傷、跌撲損傷等。

## 外用散劑製作方法

一般內服散劑的顆粒粗細度應通過 80～100 目篩，用於消化道潰瘍病為 120 目篩，充分發揮其治療和保護潰瘍面的作用；兒科和外用散劑為 120 目篩；眼用散劑則應通過 200 目篩。散劑的製備流程下列幾項重要步驟：

### 1. 粉碎與過篩：

藥物借機械力將大塊固體物質碎成規定細

度與篩析，應按藥物本身性質及臨床用藥要求，採適宜的粉碎方法粉碎，並過篩得細粉備用。

### 2. 混合：

使多種固體粉末相互交叉分散的過程。通過此操作散劑中各藥物混合均勻，色澤一致。分別有研磨混合法、攪拌混合法和過篩混合法；小量製備多採用先研磨再過篩的方式混合；大量製備則採攪拌、過篩及先攪拌再過篩的方式混合。散劑中常用混合方法及操作要點：

#### ※ 打底套色法：

此法為中藥丸劑、散劑中對藥粉進行混合的經驗方法。是將少的、色深的藥粉先放入研鉢中作為基礎，即為「打底」，然後將量多的、色淺的藥粉逐漸分次加入到研鉢中，輕研混勻，即是「套色」，直至全部藥粉混勻。

#### ※ 等量遞增法：

通常兩種藥物物理狀態和粉末粗細均相似且數量相當便易於混勻，若有比例量相差懸殊，則不易混勻。此時應採用「等量遞增法」，即先將量小的組成與等量的量大組成混勻，再加入與混合物等量的量大組成再混勻，如此進行至量大的組分加完並混合均勻。此法耗時少，效果好，是混合操作的重要技術。研磨混合過程中應注意：①應先在研鉢中加少許量大的組分，以飽和研鉢表面(用藥粉填滿研鉢表面縫隙)，避免因量小組分被研鉢吸附的損失。②當藥物的堆密度相差較大時，應將「輕」者先置於研鉢中，再加等量「重」者研勻，如此配研混勻，避免輕者上浮飛揚，重者沉於底部致使輕重粉末不能被混勻。

### 3. 分劑量：

係指將混合均勻的散劑，按照所需劑量分成相等重量份數的操作。根據散劑的性質和數量的不同可選用以下方法：

#### ※ 目測法：

先稱取 10 份總量的散劑，目測約分成 10 等份。此法簡便易行，適於小量配製，但誤差較大。毒性藥或貴重藥物散劑不宜使用此法。

#### ※ 重量法：

按規定用手秤或天平逐包稱量，以求劑量準確，含毒性藥或貴重藥物散劑常用此法。

#### ※ 容量法：

目前應用最多的分劑量法，適用於一般散劑分劑量，方便，效率高，且誤差較小；分量應注

意粉末特性並保持鏟粉條件一致，以減少誤差。

4. 包裝：

散劑的比表面積較大，易吸濕、結塊，甚至變色、分解，從而影響療效及服用。因此應選用適宜的包裝材料和貯藏條件以延緩吸濕。貯藏的環境應陰涼乾燥，且應分類保存，定期檢查效期。

**如意金黃散藥物組成**

金黃散源自《外科正宗》配伍組成含有；

**\* 蒼朮 (芳香化濕藥)**

性味歸經：辛苦溫。入脾、胃經。功效：燥濕健脾，去風濕，明目。主治：脾濕困引起的運化失調，食慾不振，嘔惡煩悶，腹脹泄瀉，風寒夾濕表證，關節肢體疼痛，雀目，兩目昏澀。為祛濕重要藥物。

**\* 黃柏 (清熱燥濕藥)**

性味歸經：苦寒。入腎、膀胱經。功效：清熱燥濕，瀉火解毒，清退虛熱。主治：骨蒸勞熱，盜汗，遺精，黃疸，熱痢，尿閉，淋濁，帶下，熱淋，濕疹，燒傷，足膝腫痛，癰腫瘡瘍等症。

**\* 大黃 (攻下藥)**

性味歸經：苦寒。入脾、胃、肝、心、大腸經。功效：瀉熱通腸，瀉火，清熱解毒，活血祛瘀破積，利水，清化濕熱。外敷清火消腫。主治：腸胃實熱積滯，血分實熱、頭痛、目赤、咽痛、口瘡，熱性出血，熱毒瘡瘍，跌打損傷，水腫。外敷癰腫瘡毒，水火燙傷。主要用於瀉熱、消炎。

**\* 白芷 (辛溫解表藥)**

性味歸經：辛溫。入肺、胃、大腸經。功效：解表，頭面諸痛疾，祛風除濕，通竅止痛，消腫排膿，活血止血。主治：外感風邪，頭痛，鼻塞，鼻淵疼痛，眉棱骨痛，牙痛，風濕痹痛，皮膚風濕搔癢，瘡瘍腫毒。

**\* 厚朴 (芳香化濕藥)**

性味歸經：苦辛溫。入脾、胃、大腸經。功效：行氣，消積，燥濕，溫中下氣，消痰平喘。主治：脾胃氣滯、脘腹脹滿，腹痛，反胃嘔吐，泄瀉下痢。為行氣除脹和止瀉的重要藥物。

**\* 陳皮 (理氣藥)**

藥材分為「廣陳皮」和「陳皮」。性味歸經：辛苦溫。入脾、肺經。功效：理氣健脾，燥濕化痰。主治：消化不良，胸腹脹滿，氣逆不舒，嘔吐腹瀉，咳嗽多痰。

**\* 薑黃 (活血祛瘀藥)**

性味歸經：辛苦溫。入肝、脾經。功效：行氣破瘀，通經止痛，健胃利膽。主治：腹中氣脹，

癥瘕積聚，肩臂痹痛，外傷瘀血腫痛等症。主要用於治療風濕痹痛，在行血鎮痛上有其特長。

**\* 天花粉 (清熱瀉火藥)**

性味歸經：甘苦酸寒。入肺、胃、大腸經。功效：生津止渴，潤燥化痰，清熱解毒，消腫排膿，抗腫瘤。主治：熱病傷津口渴，肺熱咳嗽，咽喉腫痛，胃熱傷陰，糖尿病，乳癰，瘡癤紅腫不潰等症。

**\* 甘草 (補氣藥)**

性味歸經：甘平。入心、肺、脾、胃經。功效：補脾益氣，清熱解毒，祛痰止咳，緩急止痛及調和諸藥。主治：脾胃虛弱、心悸氣短、咳嗽痰多、脘腹攣急疼痛、癰腫瘡毒，緩解諸藥毒性、烈性，調和藥性等。

**\* 天南星 (化痰藥)**

性味歸經：苦辛溫有毒。入肝、脾、肺經。功效：祛風鎮痙，燥濕化痰，散結消腫，緩和鎮痛。主治：中風痰壅，風痰眩暈，濕痰咳喘。驚癇，因破傷風引起的抽風痙攣等症。近年來試用於治療腫瘤，作為輔助藥。外敷消腫痛。

**結 語**

中藥外用散劑具有的特點是 1. 粉碎比表面積大、易分散、起效快；2. 覆蓋面大，具保護、收斂等作用；3. 製備簡單，劑量易於控制；4. 儲存、攜帶、運輸較方便等，因此廣為採用。但於製作過程中需注意原藥材在粉碎前，應低溫或高溫乾燥，但不得烘焦。對於輕質藥粉與重質藥粉、固體藥粉與液體藥、大量藥粉與小量藥粉的混合，必須混合均勻，以免影響品質。本文介紹之金黃散因含有生天南星為外敷用藥，不可內服，皮膚有傷口也不宜使用。

**參考資料**

1. 中華藥典第七版，中華藥典第七版編修委員會，行政院衛生署食品藥物管理局出版，2011.10
2. 臺灣中藥典第二版，衛生署臺灣中藥典編修委員會，行政院衛生署編印，2013.1.
3. 中藥藥劑學第二版，張兆旺，中國中醫藥出版社，2007.3
4. 中國醫藥大學附設醫院中醫常備藥品手冊(第七版)，中國醫藥大學附設醫院藥劑部主編，中國醫藥大學附設醫院中藥藥事委員會發行，2013.6