



- 本期內容：
- | | |
|--------------------------------|------------|
| 1. 脂漏性皮膚炎與 Spironolactone 治療關係 | 賴奕妃/趙娉婷 藥師 |
| 2. 黃斑部病變 | 洪銘揚/林家鳳 藥師 |
| 3. 還你一覺好眠~棗仁好眠飲 | 范嵐瑛/涂慶業 藥師 |

脂漏性皮膚炎與 Spironolactone 治療關係

～賴奕妃藥師/ 藥師～

前言

脂漏性皮膚炎 SD (Seborrheic Dermatitis) 是一種慢性且反復發作的發炎性鱗屑性丘疹樣皮膚疾病，其特徵有發紅及脫屑，主要發生於皮脂腺活躍部位。雖然其確切病因尚未完全闡明，但研究顯示，通常與壓力、免疫系統異常、皮脂分泌過多及皮膚芽孢菌，特別是馬拉色菌(Malassezia)的過度生長有密切相關。

類固醇、抗真菌藥物及含鋅洗劑等是常用的傳統治療方式，但長期使用這些藥物可能會帶來不良反應。因此，探索新的治療選項，如 Spironolactone 成為一種新方向。

脂漏性皮膚炎簡介

臨床上，脂漏性皮膚炎 SD 的主要症狀包括紅斑、脫屑、搔癢和油膩感。病灶常見於頭皮、臉部(尤其是眉毛、鼻翼、耳後)、前胸、背部、四肢皺褶處、腹股溝及腿部。而其病理機轉可能涉及皮脂腺分泌增加、皮膚屏障功能受損以及免疫反應異常有關。(參見表一)

※ 脂漏性皮膚炎的病理機轉

脂漏性皮膚炎 SD 的病理機轉複雜且多層次，涉及多種因素的相互作用。可能誘發的相關因素：

1. 皮脂腺分泌過多：SD 的發生與皮脂腺的活性有密切相關。一般來說，雄激素會刺激皮脂腺分泌增加，而過多的皮脂可能促進馬拉色菌 Malassezia 的生長。皮脂腺分泌過多不僅提供了微生物生長的環境，還可能導致毛囊口的阻塞，進一步誘發炎反應。
2. 黴菌屬的馬拉色菌 Malassezia 過度增殖：SD 的形成與皮膚芽孢菌的過量繁殖有著密不可分的關係。雖然這種酵母菌是皮膚的正常菌群，但在 SD 患者中，其數量和活性會有顯著的增加。由於患者 δ -6 飽和酵素功能受損，導致必需脂肪酸比例失衡(C18:1 含量上升而 C18:2 減少)。這種脂肪酸的代謝異常為馬拉色菌的增殖提供了有利環境，因這些物質可能破壞皮膚屏障功能，並刺激免疫系統，誘發發炎反應，加重疾病進程。
3. 遺傳因素：具體遺傳機制尚不明確，但具有家族聚集性。遺傳因素可能影響皮脂腺分泌、免疫調節或皮膚屏障功能，增加發病風險。通常男性比女性更易罹病，且某些神經疾病(如帕金森氏症、中風和癲癇)和唐氏症患者的脂漏性皮膚炎發病率也更高。

表一：脂漏性皮膚炎的分類

SD 類型	特 徵	好 發 處	表 現
花瓣狀	在毛囊周圍形成紅棕色囊泡和丘疹，伴隨油膩鱗屑	臉部、頭皮	較為常見
蛇皮狀	皮膚呈乾燥粗糙的外觀，並伴隨菱形或多角形的鱗屑，形似魚鱗或蛇皮	四肢、軀幹	較少見

4. 免疫系統失衡：免疫系統的過度反應和調節不良被認為是脂漏性皮膚炎的重要病理機轉之一。在患者受影響的皮膚中，往往可觀察到發炎細胞的浸潤，如 T 細胞和樹突狀細胞，這些細胞釋放的細胞因子(如白介素 IL-1、IL-6 和腫瘤壞死因子 TNF- α)可加重炎症反應。同時，馬拉色菌可能誘發特異性的免疫反應，進而導致免疫系統失衡或加重其症狀。有研究顯示，後天免疫缺乏症候群 AIDS 患者的脂漏性皮膚炎發病率明顯偏高，這說明免疫功能的異常在 SD 形成過程中扮演著重要角色。

5. 環境因素：氣候變化和季節交替期間會顯著影響脂漏性皮膚炎的發作和病情。寒冷乾燥的天氣可能加劇皮膚屏障的損傷。

6. 生活型態：熬夜、精神壓力大、情緒緊張，以及不良生活習慣如抽菸、喝酒，或喜好刺激性食物(如甜食、油炸食品、辛辣食物)，都可能誘發脂漏性皮膚炎的發作。其中，心理壓力可能透過影響內分泌系統，進一步干擾皮脂分泌和免疫反應，從而加劇病情。此外，不均衡的飲食習慣可能導致營養缺乏，如核黃素 Riboflavin、維生素 B6、菸鹼酸 Niacin、鋅，以及必需脂肪酸等不足，這些營養素缺乏也會增加罹患的風險。因此，維持良好的生活作息和均衡的飲食，對預防 SD 有其必要性。

脂漏性皮膚炎 藥物治療

脂漏性皮膚炎 SD 的治療方法，傳統上主要著重於降低發炎反應、抑制微生物的過度繁殖和減少皮脂的分泌。常見的治療包括，類固醇藥物、鈣調磷酸酶抑制劑、抗真菌藥物以及外用藥物等選擇種類：

1. 類固醇藥物：局部類固醇或含類固醇的洗劑是 SD 的標準治療之一。它們能迅速減輕炎

症，緩解紅腫和瘙癢症狀。然而，長期使用類固醇製劑可能導致皮膚萎縮、毛細血管擴張和激素依賴性皮炎等副作用。因此，在控制症狀後應逐漸調整減量使用。

2. 鈣調磷酸酶抑制劑(Calcineurin inhibitors)：此類藥品，如 tacrolimus、crisaborole、pimecrolimus 透過抑制免疫反應、緩解發炎反應及減少皮膚過度的角化現象，為患者提供一個安全、有效的治療選擇，尤其是對於有長期治療需求或傳統療法反應不佳者。相較與類固醇，不會引發皮膚萎縮的情形。

3. 抗黴菌藥物：藉由抑制真菌過度增生來控制病情，從而減少由其引起的發炎和角化異常，最終改善症狀並促進皮膚健康。常被使用於治療 SD 的藥物有 Ketoconazole、Ciclopirox 和 Selenium sulfide。對於重度或反覆發作的患者，單獨使用這些抗真菌藥物效果有限，通常需要與類固醇、保濕劑合併治療使用，才能達到更好的治療效果。

4. 外用藥劑：使用含鋅 zinc 洗劑有助於減緩表皮的新陳代謝，如減少頭皮屑的生成；同時抑制馬拉色菌的生長。另外，水楊酸、焦油洗劑等也有助於減少頭皮屑和改善頭皮狀況。通常外用藥劑的效果只能維持一段時間，須要持續使用來避免病情的反覆或惡化。

這些傳統治療方法雖能有效控制 SD 症狀，但長期使用時可能帶來副作用的發生，因此存在一定的限制。再者，有些患者對現有療法反應不佳，這使得探索像 Spironolactone 的新治療方法顯得至關重要。

Spironolactone 臨床應用

Spironolactone 是一種非選擇性醛固酮受體拮抗劑，廣泛應用於治療高血壓、充血性

心衰竭和原發性醛固酮增多症等疾病。主要作用機轉分成以下三種：

一、醛固酮拮抗作用 (aldosterone antagonists)：通過競爭性抑制醛固酮受體，減少鈉的重吸收和鉀的排泄，從而起到利尿作用。

二、抗雄激素作用 (androgen antagonists)：抑制睾酮 (testosterone) 轉化為雙氫睾酮 (dihydrotestosterone)，減少雄性素在皮脂腺的活性，從而降低皮脂分泌。

三、抗發炎作用：通過阻斷礦物性皮質素 (特別是醛固酮)，進而減少因礦物性皮質素引起的心血管損傷和發炎反應。

Spironolactone 應用於脂漏性皮膚炎的治療，是針對過量皮脂和發炎反應導致 SD 的重要因素，透過此兩個主要作用機轉來改善這些症狀：首先，它的抗雄激素作用能夠有效地減少皮脂腺的活性，從而降低皮脂分泌；其次，Spironolactone 具有抗炎作用，藉由阻斷礦物性皮質素，減少發炎反應。臨床研究顯示，口服 Spironolactone 可顯著改善 SD 女性患者的病情，但對男性患者的使用應更為謹慎，因可能會干擾性激素的平衡。Spironolactone 治療脂漏性皮膚炎 SD 的口服起始劑量為每日 25-50 mg，再依據患者的反應進行調整。治療過程中，長期使用可能是必要的，應定期監測腎功能和血鉀濃度。外用製劑的使用一般建議每日使用 1-2 次，局部塗抹於患處，改善皮膚狀況。當然治療時也可能產生副作用，以下列出常見的一些不良反應。這些症狀通常可以監控，且隨著治療的進行，許多症狀會逐漸減輕或消失。

1. 高鉀血症：由於 Spironolactone 減少鉀的排除，長期使用可能導致高鉀血症，需定期監測血鉀濃度。
2. 男性女乳症：因抗雄激素作用關係，部分患者 (尤其是男性) 可能出現乳房疼痛或增生的情形。
3. 胃腸道不適：如噁心、嘔吐、腹瀉等。
4. 月經不調：女性患者可能會出現月經不規律，通常為荷爾蒙的變化所導致。
5. 頭痛與暈眩：初始治療時，部分患者可能產生頭痛或輕微暈眩情形。
6. 過敏反應：儘管不常見，仍有患者出現過敏反應。

總體來說，Spironolactone 不僅在心血管治療領域有重要應用，還因其抗雄激素和抗發炎作用特性而在脂漏性皮膚炎等皮膚疾病治療中也展現了顯著的效果。

結 語

脂漏性皮膚炎 SD 的病理機轉多元且複雜，涵蓋皮脂腺活性、免疫異常、微生物失衡以及遺傳與環境等因素。深入理解這些機轉有助於推動治療方案的進步。

Spironolactone 作為一種多功能藥物，在 SD 的治療中展現了廣泛的應用前景。其透過減少皮脂分泌、抑制發炎反應，為患者提供了另一種治療的新選擇。然而，為了更清楚了解其療效及安全性，尤其是針對不同性別和年齡層患者的應用，仍需要更多的臨床試驗和長期研究去仔細監測患者的副作用，並根據臨床反應調整治療方案，從而確保最佳的治療效果和患者安全。若透過這些研究的實證，Spironolactone 有望在脂漏性皮膚炎治療中成為一種關鍵的輔助用藥。

參考資料

1. Dreno, B. et al. (2018). "Seborrheic Dermatitis: Clinical Features, Pathogenesis, and Management Options." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*.
2. Gupta AK, Madzia SE, Batra R: Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2004; 208: 89-93.
3. Dessinioti, C. et al. (2013). "Malassezia species and Seborrheic Dermatitis." *Journal of Dermatological Science*.
4. Kastarinen, H. et al. (2017). "A Randomized, Double-Blind Trial of Spironolactone in Seborrheic Dermatitis Treatment." *International Journal of Dermatology*.
5. Akamatsu H, Zouboulis ChC, Orfanos CE: Spironolactone directly inhibits proliferation of cultured human facial sebocytes and acts antagonistically to testosterone and 5-alpha-dihydrotestosterone in vitro. *J Invest Dermatol* 1993;100:660-662.
6. Ayatollahi A, Samadi A, Bahmanjahromi A, Robati RM. Efficacy and safety of topical spironolactone 5% cream in the treatment of acne: A pilot study. *Health Sci Rep*. 2021 Jul 1;4(3):e317.

黃斑部病變 Macular Degeneration

～ 洪銘揚/林家鳳 藥師 ～

前言

黃斑部(Macula)位於眼球最內層的視網膜中心，中心凹折是視力最敏銳的部位，是負責中心視覺的關鍵區。黃斑部病變(Macular Degeneration)是一種影響黃斑部的眼部慢性疾病，導致中央視力的喪失。此病變與年齡有高度相關，老化會使組織漸損傷及長期光線照射累積氧化傷害的退化；這種氧化傷害對老化具加成作用，會加速黃斑部的損傷，故年長者特別容易罹患「年齡相關性黃斑部病變」(Age-Related Macular Degeneration, AMD)。

臨床分類

黃斑部病變依照是否產生脈絡膜新生血管，分為乾性和濕性兩種類型；(圖一)

一、乾性病變(Atrophic AMD)：未形成脈絡膜新生血管，主要成因是年齡的增長，使視網膜後方蓄積黃白色顆粒沉積物，稱為「結節」(Drusen)，會讓視網膜的細胞無法吸取足夠的氧氣與養分，進而損傷感光細胞，造成黃斑部退化。疾病進展速度較為緩和，佔所有年齡相關性黃斑部病變約 85-90%。

二、濕性病變(Exudative AMD)：黃斑部下方的脈絡膜血管異常增生，形成脈絡膜新生血管，這些血管破裂導致組織液與血液滲透，產生黃斑部水腫與受損。濕性 AMD 僅佔黃斑部病變約 10~15%，但其病情惡化速度快，若未能及時治療，視力可能在短時間內迅速惡化；

臨床症狀與表現

超過 90% 案例的視力喪失是由此類型造成。

黃斑部病變不會導致完全失明，因黃斑部負責中央視覺功能，只有中央視力會受到影響，週邊視覺仍可維持，不受影響。

早期黃斑部病變患者多數並沒有特殊明顯症狀，視力也仍維持正常。初期患者陳述有夜間駕駛困難和適應昏暗的燈光條件困難(暗適應緩慢)；如餐廳的昏暗光線，看菜單有困難，在明亮的日光下走進室內時看不清楚、短暫看不見，早上醒來視線出現黑影或模糊(中心暗點)。隨著病情進展，患者注意到的症狀常是視力品質的逐漸或突然變化，逐步進展至喪失看清物體的能力甚至物體的形狀顯得扭曲、直線看起來波浪形或彎曲也失去清晰的色覺、視野中心的黑暗或空白區域。

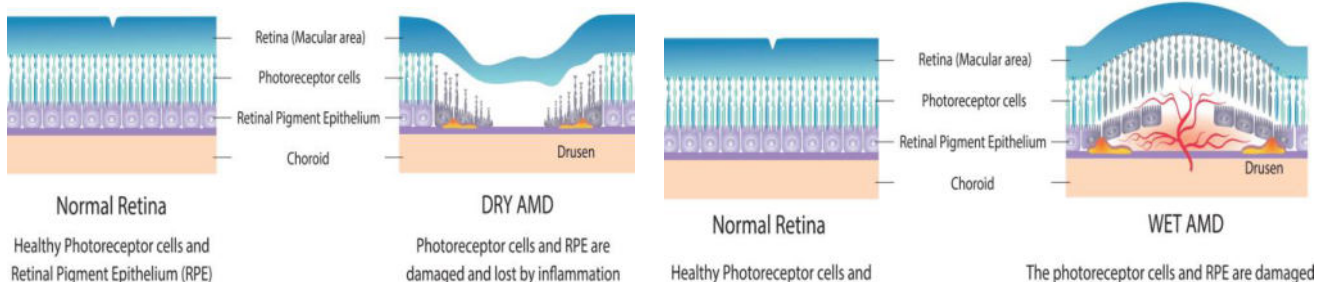


成因

黃斑部病變的主要成因，常見者；

※ 老化：年齡是最主要的危險因子。隨著年紀

圖一：黃斑部病變分類：乾性和濕性類型



增長，視網膜下方脂質與代謝物堆積，影響營養與氧氣供給，導致細胞的退化與功能受損。

※遺傳：某些基因(如 CFH)變異已被證實會增加罹病風險，若有家族病史者，需特別留意並定期眼科檢查。

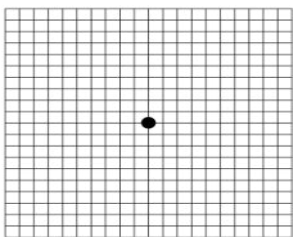
※不良生活習慣：吸菸、長期暴露陽光、飲食不均衡等，可能加速黃斑部退化。

※全身性疾病：心血管疾病、高血壓、糖尿病等慢性病，影響眼部血液循環與微血管功能，增加黃斑部組織受損風險，也是老年性黃斑部病變的重要危險因子。

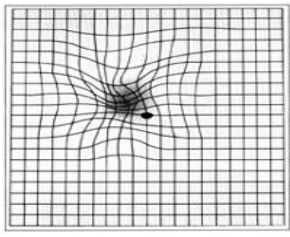
診 斷

最簡單實用的視覺自我檢測方式為 Amsler Grid 方格紙測試。正常視力的人會看到格線筆直、對稱，但黃斑部病變患者會發現某線條或某個區域是歪曲、浮動或空白狀況，代表感光細胞的異常或位移造成。使用遮單眼，兩眼分開個別檢測，若有異常建議在第一時間找眼科醫師詳細檢查。

正常人視野所見



黃斑部病變視野所見



臨床診斷時，眼科醫師運用裂隙燈與散瞳檢查，觀察視網膜黃斑部的變化，以判別乾性或濕性特徵的黃斑部病變：

※乾性 AMD 在散瞳檢查可看到視網膜黃斑硬化症 (drusen)，視網膜色素上皮層 PRE (retinal pigment epithelium) 有集中 (focal) 或較大範圍區域性的萎縮，以及視網膜下色素上皮層的結塊情形。

※濕性 AMD 以散瞳檢查可發現視網膜下有液體和出血的情形，黃斑部區域出現灰綠色變色。出現有視網膜下出血或灰綠色變色新生血管膜，常為濕性 AMD 的指標。此類型病人需要進一步做螢光血管造影 FAG (Fluorescein angiography) 檢查或循血綠眼底血管攝影 ICG (Indocyanine green angiography)，另外以光學同位斷層掃描

OCT (Optical coherence tomography) 來鑑定視網膜下液體、水腫或黃斑部結構改變，是濕性 AMD 很重要的鑑別診斷檢查。這類型患者需要眼科醫師緊急進行全面評估和適當的治療，穩定視力，避免失明。

治療處置方法

依據乾性與濕性病變不同類型，治療策略亦有所不同：

一、乾性病變(Atrophic AMD)

目前並無任何對乾性 AMD 有效的治療方式，由於氧化的損害是一個導致黃斑部變性的理論，因此抗氧化劑被認為應該可以減少光線吸收過程中產生自由基的效應，從而預防對視網膜的細胞傷害，一個針對老年眼疾研究 AREDS (Age-related eye disease study)，使用抗氧化劑維生素 C 500 mg、維生素 E 400 IU、β胡蘿蔔素(carotene) 15 mg、鋅 (zinc oxide) 80mg 與銅(cupric oxide) 2 mg，顯示抗氧化劑以及鋅的治療對有一定程度的乾性病變 AMD 較有助益。

二、濕性病變(exudative AMD)

濕性 AMD 也可採用“AREDS”配方治療。此病變類型多數是因血管異常所致，治療選擇透過破壞視網膜中的異常血管或阻止新生血管形成來發揮作用，其治療方法包括：

- (1) 雷射光凝固療法 TLP (thermal laser photocoagulation): 利用高能量雷射直接對網膜下新生血管燒灼摧毀，但因非選擇性，對治療部位常產生全層視網膜的破壞，使得相對應的視野產生立即永久性的視力喪失。此療法只能針對視網膜黃斑部中心凹旁(juxtafoveal)及中心凹外(extrafoveal)的脈絡膜新生血管膜有良好療效，不適合視網膜黃斑部中心凹下(subfoveal)脈絡膜新生血管膜，以避免雷射治療後立即性中心視野嚴重缺損。
- (2) 經瞳孔紅外線熱療法 TTT (transpupillary thermotherapy): 採用波長 810 nm 的二極體紅外線雷射，經過瞳孔將雷射的熱能輸送到脈絡膜和視網膜色素細胞層，緩慢的使黃斑部中心凹下脈絡膜新生血管膜的溫度升高，達到封閉脈絡膜新生血管膜的目的。利用較低之雷射能量，能減少對正常組織的傷害，而達成對新生血管之治療。

表一：抗血管內皮細胞生長因子 Anti-VEGF*					
學名	bevacizumab	ranibizumab	aflibercept,	faricimab	Brolucizumab
商品名	癌思停 AVASTIN	樂舒晴 LUCENTIS	采視明 Eylea	羅氏萌 VABYSMO	倍優視 Beovu
含量	100 mg/4 mL/VI	10 mg/mL, 1.65 mg/0.165mL/syringe	4 mg/0.1 mL/VI	6mg/0.05mL/VI	19.8mg/0.165 mL/syringe
適應症	眼內注射：仿單適應症外使用 (Off-label use)	(1) 治療血管新生型 (濕性) 年齡相關性黃斑部退化病變。 (3) 治療視網膜靜脈阻塞 (分支或中央視網膜靜脈 BRVO 或 CRVO** 續發黃斑部水腫所導致的視力損害。 (4) 治療脈絡膜血管新生 CNV# 所導致的視力損害。 (5) 治療中或重度非增殖性糖尿病視網膜病變 NPDR## 及增殖性糖尿病視網膜病變 PDR\$。	(2) 治療糖尿病引起黃斑部水腫所導致的視力損害。 (3) 治療視網膜靜脈阻塞 (分支或中央視網膜靜脈; BRVO 或 CRVO) 續發黃斑部水腫所導致的視力損害。 (4) 治療病理性近視 (pathological myopia, PM) 續發的脈絡膜血管新生 CNV 所導致之視力損害。	(3) 視網膜靜脈阻塞 (RVO) 續發的黃斑部水腫	
血管新生型黃斑部病變劑量	1.25 mg 每 4-6 周	0.5mg 每 4 周	起始劑量第 1-3 劑: 2mg 每 4 周 維持劑量第 4 劑 (含) 後: 2mg 每 8 周 治療一年後 2mg 每 4-12 周	起始劑量第 1-4 劑: 6 mg 每 4 周 維持劑量 -無疾病活動性病 人: 6 mg 每 16 周 -有疾病活動性病 人: 6 mg 每 8-12 周	起始劑量第 1-3 劑: 6mg 每 4 周 維持劑量第 4 劑 (含) 後: 6mg 每 8-12 周 治療間隔頻率不應短於 8 週

*Anti-VEGF, Anti-vascular endothelial growth factor; ** BRVO or CRVO, branch or central retinal vein occlusion; # CNV, choroidal neovascularization; ##NPDR, non-proliferative diabetic retinopathy; \$PDR, proliferative diabetic retinopathy

(3) 光動力學治療法 PDT (photodynamic therapy): 這種治療方法過去很常見，但現在僅用於服用 VEGF 抑制劑效果不佳的患者。經手臂靜脈注射光敏感劑 verteporfin (Visudyne®)，藥物會與黃斑部下面脈絡膜新生血管壁的異常內皮細胞結合，再以一種非熱性低強度的雷射照射到眼睛，使 verteporfin 活化，選擇性地破壞脈絡膜新生血管，而不會傷害周圍健康的視網膜組織。

(4) 玻璃體內注射-血管生長因子 VEGF (vascular endothelial growth factor) 抑制劑: 新近濕性老年性黃斑部病變的治療方法，即於眼球玻璃體內注射 VEGF 抑制劑。臨床上有令人驚豔的成效，副作用方面則包括由於

須多次眼球內注射，有約低於 1% 的患者出現眼內炎。(參見表一)

注意事項

黃斑部病變的風險與年齡有關，早期預防和定期檢查對視力的保持至關重要。如果你有家族史或其他風險因素，應更加注意眼睛的健康，及時發現及早治療。

1. 定期眼科檢查: 早期症狀可能不明顯，因此定期檢查非常重要，尤其是 50 歲以上的人，應該每年進行一次全面的眼科檢查。
2. 注意視力變化: 任何視力的變化，如中央視力模糊、物體變形或失真，平時可藉由使用

Amsler 格子自我檢測，若早期發現有助於減緩疾病進程。

3. 健康飲食：富含抗氧化劑、維他命 C、E、鋅和 omega-3 脂肪酸的飲食有助於減緩黃斑部病變的發展，多吃深色蔬菜和富含 Omega-3 的魚類有益於眼睛健康。

4. 戒煙：吸煙是黃斑部病變的風險因素之一，戒煙有助於降低發展此疾病的風險。

5. 避免紫外線傷害：過度曝曬增加黃斑部病變風險，佩戴防紫外線太陽眼鏡保護眼睛。

6. 控制健康狀況：高血壓和高膽固醇等慢性疾病也會增加黃斑部病變的風險，應積極控制這些疾病。

結 語

黃斑部病變造成視力模糊或中央視力喪失，直接影響日常生活中的許多活動，如閱讀、

駕駛等。雖然目前尚無治癒方法。但藉由對於其病因的了解及治療方式不斷進步，現今已可以有效地減緩病情進展，讓患者能夠保留長期的視力，以維持正常的日常生活。

參考資料

1. Age-related macular degeneration. Robyn H Guymier, Thomas G Campbell www.thelancet.com Vol 401 April 29, 2023
2. Kierstan Boyd. (n.d.). <https://www.aao.org/eye-health/diseases/amd-macular-degeneration>
3. Demetrios G vavvas, MD, Phd. (2025). Age-Related Macular Degeneration. Uptodate
4. Macular Degeneration. (n.d.). American Optometric Association. <https://www.aoa.org/healthy-eyes/eye-and-vision-conditions/macular-degeneration?sso=y>
5. American Macular Degeneration Foundation
6. 中國醫藥大學附設醫院老年性黃斑部病變衛教單
7. 臺北市立聯合醫院藥訊-老年性黃斑部病變之治療
8. 亞洲大學附設醫院老年性黃斑部病變衛教資訊

還你一覺好眠~棗仁好眠飲

~ 范嵐瑛/涂慶業 藥師 ~

前 言

睡眠是維持生命之必要條件，依中醫的陰陽觀點，「夙興」和「夜寐」正是人體陰陽平衡的體現，《類證治裁·不寐論治》：「陽氣自動而之靜則寐，陰氣自靜而之動則寤。」說明陽入陰則眠，陽出陰時便轉醒；然而陰陽並非絕對，在睡眠活動中仍會有作夢的階段，又稱快速動眼期 REM (rapid eye movement)，屬於陰陽互生之陰中有陽的概念；一旦陰陽失去了平衡，便可能產生失眠的症狀，長期可能影響生理功能，出現認知、記憶方面的障礙，也可能導致心血管疾病、糖尿病等發生，因此良好的睡眠品質是擁有健康生活的一項必要因素。

失眠病理機轉

失眠在中醫記載，包括「不寐」、「目不瞑」、「眠不得」、「不得臥」等，然其證型

多樣，不可一概而論，應以臟腑、虛實來辨證論治；以臟腑作為區分如《素問·逆調論》記載有「胃不和，則臥不安。」，《傷寒論》：「少陰病，得之二三日以上，心中煩，不得臥，黃連阿膠湯主之。」；以虛實作為辨證如《金匱要略》：「虛勞虛煩，不得眠，酸棗仁湯主之。」，《靈樞》中則記載「老者之氣血衰，其肌肉枯，氣道澀，五藏之氣相搏，其營氣衰少而衛氣內伐，故晝不精，夜不瞑。」，可見失眠與五臟功能氣機皆可能相關。根據《中醫睡眠醫學》，將失眠以虛、實作辨證區分成 9 個證候類型，虛證多屬陰血不足、心失所養，包括心脾兩虛證、心膽氣虛證及心腎不交證等；實證多為熱盛擾心、擾亂心神，包括肝鬱化火證、痰熱內擾證、陰虛火旺證、胃氣失和證、瘀血內阻證、心火熾盛證。現代醫學則依據臨床徵狀區分為入睡困難型、睡眠維持困難型及早醒型或三者混合型；評估指標可採用國際上通用的阿森斯失眠量表、匹斯堡睡眠品質量表 PSQI 及失眠症臨床觀察調查 SPIEGEL 量表。現代病理認

為失眠通常伴隨著以下生理變化發生：5-HT 水平下降，DA 和 NE 水平上升，促炎細胞因子 IL-1 β 、IL-6、IL-8 等過度分泌，抑炎細胞因子 IL-4、IL-10 的表達受到抑制；氨基酸上神經傳導物質谷氨酸含量降低；皮質激素 ACTH 和 COR 水平上升，血清食慾素含量和下丘腦食慾素受體 2 抗體 OX2R 表達水平升高；腸道菌群則有失衡現象，有益菌相對豐度下降，致病菌相對豐度上升。

藥品及藥理介紹

本院“棗仁好眠飲”是由酸棗仁湯、百合生地黃湯加上茯神所組成，《金匱要略》記載中酸棗仁湯是治療虛勞、虛煩不得眠的主方，能補血養肝，清熱安神；百合生地黃湯則是治療百合病的正治方，能滋陰清熱，養心潤肺。百合病似於現代神經症，如焦慮症、憂鬱症、神經衰弱等疾病，也通常伴隨失眠困擾，故兩方合用相輔相成，且有研究證實對失眠效果尤佳；方義分別簡介如下：

A. 酸棗仁湯：組成為酸棗仁、茯苓、知母、川芎、甘草

1) 君藥：酸棗仁為鼠李科植物酸棗 *Ziziphus jujuba* Mill. var. *spinosa* (Bunge) Hu ex H. F. Chou 的乾燥成熟種子。性味：甘、酸，平。歸心、肝、膽經。功效能安神養心、斂汗生津。

《神農本草經》記載：主治心腹寒熱，邪結氣，四肢酸疼濕痺。久服安五臟。《名醫別錄》記載：主治煩心不得眠，臍上下痛，血轉，久泄，虛汗，煩渴，補中，益肝氣，堅筋骨，助陰氣，令人肥健。【失眠應用】滋陰養心。

2) 臣藥：茯苓、知母二味藥：

茯苓為多孔菌科真菌茯苓 *Wolfiporia extensa*(Peck)Ginns(*Poria cocos* (Schwein.) F.A. Wolf 的乾燥菌核。性味：甘、淡，平。歸心、肺、脾、腎經。功效能利水滲濕，益脾和胃、寧心安神。《神農本草經》記載：主胸脅逆氣。憂志，驚邪恐悸，心下結痛，寒熱，煩滿，咳逆，止口焦舌乾，利小便。久服安魂魄養神。【失眠應用】利水滲濕。

知母為百合科植物知母 *Anemarrhena asphodeloides* Bunge 的乾燥根莖。性味苦、甘，寒。歸肺、胃、腎經。功效：清熱瀉火、潤燥。《神農本草經》記載：主治消渴，熱中，除邪氣，肢體浮腫，下水，補不足，益氣。《名

醫別錄》記載：主治傷寒久瘧煩熱，肋下邪氣，脇中惡，及風汗內疸，多服令人泄。【失眠應用】清熱瀉火。

3) 佐藥：川芎為繖形科植物川芎 *Ligusticum chuanxiong* Hort. 的乾燥根莖。性味辛，溫。歸肝、膽、心包經。功效能活血行氣，祛風止痛。

《神農本草經》記載：主治中風入腦頭痛，寒痺，筋攣緩急，金創，婦人血閉無子。《名醫別錄》記載：主除腦中冷動，面上游風去來，目淚出，多涕唾，忽忽如醉，諸寒冷氣，心腹堅痛，中惡，卒急腫痛，溫中內寒。【失眠應用】活血化瘀。

4) 使藥：甘草為豆科植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、脹果甘草 *G. inflata* Bat. 或光果甘草 *G. glabra* L. 的乾燥根及根莖。性味甘、平。歸心、肺、脾、胃經。功效能補脾和胃益氣，潤肺止咳祛痰，緩急止痛，緩和藥性，調和諸藥。《神農本草經》記載：主治五臟六腑寒熱邪氣，堅筋骨，長肌肉，倍力，金瘡腫，解毒。《名醫別錄》記載：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。【失眠應用】補氣和胃。

B. 百合地黃湯：組成百合、生地黃

1. 百合為百合科植物卷丹 *Lilium lancifolium* Thunb.、百合 *L. brownii* F.E. Brown var. *viridulum* Baker 或細葉百合 *L. pumilum* DC. 的乾燥鱗莖之肉質鱗葉。性味甘、微寒。歸肺、心經。功效能潤肺止咳，清心安神。《神農本草經》記載：主治邪氣腹脹，心痛，利大、小便，補中益氣。《名醫別錄》記載：主除浮腫，臃脹，痞滿，寒熱，通身疼痛，及乳難喉痺腫，止涕淚。【失眠應用】養心潤肺。

2. 生地黃為玄參科植物地黃 *Rehmannia glutinosa* Libosch 的乾燥塊根。性味甘、苦，寒。歸心、肝、腎、小腸經。功效能清熱生津、涼血，止血。《神農本草經》記載：主治折跌，絕筋，傷中，逐血痺，填骨髓，長肌肉。作湯除寒熱積聚，除痺。生者尤良。《名醫別錄》記載：大寒。主治婦人崩中血不止，及產後血上薄心、悶絕，傷身、胎動、下血，胎不落，墮墜，宛折，瘀血，留血，衄血，吐血，皆搗飲之。【失眠應用】清熱涼血。

C. 茯神：為茯苓的乾燥菌核中間抱有松根的部分。性味甘、淡，平。入心、肺、脾、腎。功效能寧心、安神、利濕。《名醫別錄》記載：

止消渴，好唾，大腹淋瀝，膈中痰水，水腫淋結，開胸府，調藏氣，伐腎邪，長陰，益氣力，保神守中，其有根者，名茯神。療風眩，風虛，五勞，口乾。止驚悸，多恚怒，善忘。開心益智，養精神。【失眠應用】寧心安神。

“棗仁好眠飲”全方中酸棗仁養心陰，益肝血，寧心安神；茯苓、茯神利水滲濕，健脾安神，暢通三焦、助陽入陰；百合潤養心肺，清心除煩；知母、地黃滋陰降火，涼血清熱；川芎祛風止痛，活血行氣，補血而不滯血，能升散上行頭目；甘草和中緩急、調和諸藥。兩方酸收辛散並用，相反相成，具養血調肝之妙用。現代研究顯示酸棗仁湯影響胺基酸代謝通路，調節腸道菌群，促進短鏈脂肪酸的產生；湯中主要涉及應用的 6 種失眠證型(陰虛火旺、肝腎虧虛、心腎不交、心膽俱虛、心脾兩虛、肝鬱化火)，針對治療陰虛火旺失眠的機轉主要為促使 NO 含量增加，促進 DA 及 5-HT 的釋放，抑制 HPA 軸及發炎反應等。另外，也有研究證實其透過增加腦組織單胺類神經傳導物質 NE 和 5-HT 的含量，而明顯改善慢性壓力大鼠的興趣喪失、活動能力下降等精神運動性憂鬱症狀。而酸棗仁含有的揮發油可在體內醃化轉化成內源性睡眠誘導物油醃胺 OLA，進而改善慢波睡眠，誘導生理性睡眠。其中君藥酸棗仁和臣藥茯苓、知母所含的多醣類和黃酮類成分對抗焦慮也有一定協同作用。百合地黃湯則可降低 DA 水平，升高腦幹和海馬的 5-HT 水平；降低血清中 Glu/GABA 比值。

適應症及注意事項

百合地黃湯具有滋陰清熱功效，與酸棗仁湯配伍使用，有效緩解失眠患者陰虛內熱以及夜不能寐的症狀。故“棗仁好眠飲”具養血安神、清熱除煩之功效，臨床上可應用於失眠、健忘、疲倦、心悸、盜汗及暈眩等症候；此藥飲為本院中藥製劑，須經中醫師處方後使用。

結 語

依據中醫學理論，失眠症狀主要由心、肝、脾、胃、腎等功能異常所致，患者多存在情志內傷、憂思過度、飲食無規律現象；治療應滋

補心肝、生氣血、清虛熱。本院製劑“棗仁好眠飲”合用百合地黃湯與酸棗仁湯。百合地黃湯中百合氣味甘寒，入心肺二經，有清心安神、保肺益氣之功，用之清肺熱；生地甘寒入心經，能養脈涼血，用之滋陰降火。兩藥合用可清脈中鬱熱而安定心神。酸棗仁湯主治肝陰不足、心血虧虛所致心煩失眠。方中酸棗仁以養肝陰；茯苓、甘草以寧心安神；知母清虛熱，川芎理血疏肝，共奏養陰清熱、安神寧心之效。

中醫講求辨證論治，證型不同藥方使用也相對不同，根據病程也可能出現異病同治或同病異治的情況，醫師須依據診斷進行處方運用。我們想要擁有健康的身體、充足的精、氣、神，就必須要有良好的睡眠，除了培養良好的生活習慣外，可同時採用一些輔助方式，像是針灸、推拿、耳穴壓豆、泡腳、氣功及認知治療等，都是日常生活中可以多加運用的方法。此外，睡前避免激烈運動及使用 3C 產品，飲食避免過於油膩、產氣及含有咖啡因的食物，多補充色胺酸、維生素 B 群、鈣、鎂等營養素，都能讓我們擁有良好的睡眠品質，一覺好眠到天亮。

參考資料

1. 劉仲傑，台北醫學院 睡眠醫學專題 我們都是這樣睡著的 綠杏雜誌 1998 年 3 月 第 52 期
2. 李佳偉，劉丹，任沛鑒 中醫頑固性失眠的研究進展 中醫學 2024 年 7 月第 13 卷第 7 期第 1472-1476 頁
3. 中醫中醫科學院失眠症中醫臨床實踐指南課題組 《失眠中醫臨床實踐指南》(WHO/WPO)世界睡眠醫學雜誌 2016 年 2 月第 3 卷第 1 期
4. 王玉，楊雪，夏鵬飛等，酸棗仁湯化學成分、藥理作用、臨床應用的研究進展及質量標志物的預測分析 中國中藥雜誌 2020 年 6 月第 45 卷 第 12 期
5. 李夢華，百合地黃湯合酸棗仁湯對失眠模型大鼠下丘腦中 5-HT 和 NE 影響研究 中醫臨床研究 2016 年 第 8 卷 第 28 期 10-12
6. 高定一，由經典名方〔酸棗仁湯〕淺析失眠之重要治療標的 北市中醫會刊 2015 年 3 月 第 21 卷 第 1 期 59-62
7. 衛生福利部 台灣中藥典 第四版 2021 年 9 月
8. 石曉雨，陳麗萍，李文斌等，經典名方防治失眠的研究進展 中南大學學報(醫學版)2023 年 10 月 第 48 卷 第 10 期 1494-150
9. 陳超 中醫藥治療失眠的研究進展 中醫學 2023 年 10 月 第 12 卷 第 10 期 2798-2803
10. 嚴鋒，王克儉 百合地黃湯合酸棗仁湯加味治療老年失眠 58 例 時珍國醫國藥 2003 年第 14 卷 第 12