

遠離菸害

～ 邱惠雯 藥師 ～

前 言

吸菸者為什麼會想吸菸？

藥理學家說，菸草中的尼古丁會刺激中樞神經，兼具多重藥理作用，具有成癮性。心理學家則認為，吸菸是一種習慣，不斷練習而累積的行為。其實不管是成癮還是習慣，菸在不知不覺中都會影響吸菸者的情緒、吸菸者的思考，進而控制了吸菸者的生活。

吸菸會增加 1. 心臟血管疾病；2. 呼吸道疾病；3. 肺癌與其他癌症的危險性。吸菸是致癌的主因之一，菸草中含有超過 4,000 種的化學物質，至少有 60 種已知的致癌物，主要引致癌症的物質來自焦油，所有癌症死亡人口中，有 30% 和吸菸有關。依據國家衛生研究院發表的本土研究資料，我們耳熟能詳的常見癌症，還有慢性疾病，如高血壓、心臟病、腦血管疾病、糖尿病、呼吸器官、消化道及腎臟疾病等，皆與吸菸有相關性。若能夠戒菸，則可以降低罹患及死於癌症的風險，雖然會因每個人的菸齡和菸量有所差異，但其效益會隨著戒菸期間越長而增加；即使是已罹癌的吸菸者，戒菸都能降低罹患第二種癌症的機率。

吸菸對身體的影響

吸菸時會吸入大量的尼古丁(Nicotine)、一氧化碳與菸焦油。平均一根菸會吸收 1-3 mg 的尼古丁，吸收後對人體產生致病性。尼古丁是一種 ganglionic stimulant 會與分佈在中樞神經、週邊自主神經節、神經肌肉接點的接受器 nicotinic acetylcholine receptor 結合產生各種作用；在心血管方面，尼古丁會收縮血管、加快心跳、升高血壓；在腸胃道，尼古丁會促進腸胃蠕動，造成噁心、嘔吐、腹瀉等；在周邊神經，尼古丁會短暫興奮隨後抑制自主神經節；在中樞神經，尼古丁會作用在中腦邊緣路徑 (mesolimbic pathway)，促進多巴胺 (dopamine) 的釋放及其作用，與快感和菸癮的

產生有關。尼古丁的興奮作用類似 cocaine 或 amphetamine，但強度較弱。

戒菸的好處

吸菸者只要開始停止吸菸，體內的尼古丁、一氧化碳與菸焦油就開始排出，不再堆積。因此戒菸後就可以發覺深陷吸菸的傷害，並體驗戒菸短、中及長期不同的好處。戒菸的三大好處與效益：(見表一)

第一、短期(1 星期)的好處：開始感受空氣清新、食物美味，身上不再有菸臭味。

第二、中期(1 個月)的好處：循環系統、呼吸系統疾病減少，皮膚顯得光澤有彈性。

第三、長期(3 個月以上)的好處：中風及癌症之危險性大為降低，減緩老化、讓生活更自在。

從臨床研究證實吸菸者戒菸後，不僅降低自身菸害的危險性，同時也減少身邊吸二手菸者相關的心臟血管疾病與肺癌的危險性。小孩避免暴露在吸二手菸的環境中，也有較低的氣喘發作、肺部感染和中耳炎感染的危險。懷孕期有吸菸的孕婦較戒菸的孕婦，其所出生的嬰兒較容易發生幼兒的猝死症。吸菸對生育的影響包括降低生育力、減低胎兒生長，以及增加子宮外孕與自發性流產的危險。

戒菸的藥物

尼古丁因為生理及心理的人體作用，戒菸初期可能出現戒斷症狀，包括暴躁易怒、焦慮、憂鬱沮喪、難以集中注意力、不安、心跳減慢、食慾或體重增加。為達到戒菸的成功，可以藉由不同藥物的協助。(參見表二)

戒菸藥物主要分為尼古丁製劑及非尼古丁口服藥物兩大類。

一、 尼古丁製劑：

尼古丁製劑的戒菸原理，是給予戒菸者比抽菸劑量為低的尼古丁，以緩解尼古丁的戒斷症狀，減少對尼古丁的渴求，使能以較穩定的

情緒，專心致力於行為的改變。目前可以使用

表一：戒菸的多種效益

短期效益

20 分鐘	心跳及血壓恢復正常
8 小時	血液中的尼古丁和一氧化碳濃度減半，氧氣濃度回到正常值
24 小時	一氧化碳排除，肺部開始清除痰液及菸品殘渣
48 小時	體內無殘存尼古丁，味覺和嗅覺改善。肺功能改善，呼吸變得容易多了

長期效益

2-12 週	血液循環大幅改善
3-9 個月	減少咳嗽、哮喘等呼吸問題，肺功能增加 10 %
1 年	心臟病發作機會減半
5 年	中風率降低至與非吸菸者相同
10 年	肺癌發生機會減半
15 年	心臟病發作機率和非吸菸者相同

懷孕前或

懷孕初期 降低生出體重不足嬰兒危險性

3 個月

的劑型，包括口嚼錠、貼片、鼻噴劑、吸入劑，屬於指示級用藥，於醫師、藥師的指示下便可以使用。若是非尼古丁的戒菸藥物，必須經由醫師開立處方後才可使用。

1. 尼古丁經皮吸收貼片(淨菸貼片、克菸貼片)

經皮吸收貼片劑型可穩定持續釋放出尼古丁，維持血中平穩的尼古丁濃度，貼上後約 8 至 10 小時才能達到血中最高濃度，2 至 3 天後達穩定血中濃度。

貼片療程：採階梯式遞減劑量的療程，一般為 8 週。使用方法是每天貼一片，每日應換貼不同的位置。最好在腰部以上，頸部以下毛髮較稀少之處，通常貼於上臂或肩膀。

貼片使用的副作用主要是局部皮膚刺激與失眠。缺點是尼古丁釋放緩慢，渴求香菸時無法調整劑量。

2. 尼古丁口嚼錠(尼古清)

尼古丁口嚼錠，有 2 mg、4 mg 兩種劑量，使用方式是菸癮來時緩慢咬 15 下，出現辛辣味道，將嚼錠放在臉頰與牙齦中間，三分鐘後味道變淡，再慢慢地咬 15 下如此重複，每粒可持續 30 分鐘。作用維持時間短(約 2 小時)，

一天要定期多次投予。副作用有口腔刺激，下頷關節酸痛，胃部不適，打嗝。口嚼錠使用時，茶、咖啡、牛乳、可樂、果汁等酸性飲料要等 15 分鐘後才可使用，以免影響藥物的吸收。

口嚼錠療程：治療期 12 週，剛開始要每 1-2 小時定時嚼一顆，四周後可視情況遞減用量(每週減 1~2 顆)，最後才能改成需要時投藥。

3. 尼古丁口腔吸入劑

口腔吸入劑型由口腔及咽喉的黏膜吸收尼古丁，約 20 分鐘後達到最高血中濃度，屬於緩釋劑型，不會像吸菸一樣使血中尼古丁濃度快速上升。副作用有口腔及喉嚨刺激，咳嗽。適合極度行為依賴的吸菸者。

口腔吸入劑療程：治療期 3-6 個月，每藥匣含 10 mg，可釋出 4 mg 尼古丁蒸氣，在密集抽吸之下，人體最多可吸收 2 mg。一般每天使用 6-12 個藥匣量，四周之後漸次減少每日的用量。

4. 尼古丁鼻噴劑

鼻噴劑經由鼻腔黏膜吸收，使用後約 5 至 10 分鐘即可達到最高血中濃度，其血中濃度的變化最接近吸菸，所以置換的效果最好，缺點是較易造成依賴性，且對鼻腔刺激性大。

鼻噴劑療程：1-2 劑/小時，一劑為每鼻孔各噴 0.5 mg，共 1 mg，每日最高劑量為 32 mg。使用 6-8 週後，每 4-6 週遞減劑量一次，不建議使用超過 6 個月。

不同的尼古丁製劑其效果可截長補短，故長效的貼片可與其他短效劑型合併使用，但應注意勿造成尼古丁過量。尼古丁置換療法的禁忌症為不穩定性心絞痛或近期心肌梗塞。對於青少年是否適合使用戒菸藥物目前並無確切數據，因其菸齡較短，使用尼古丁藥物前應先確認其尼古丁成癮度，以免增加其尼古丁耐受度及依賴性。

二、非尼古丁製劑：

1. 耐菸盼 Bupropion (Zyban®)

耐菸盼 Bupropion (Zyban®) 150mg/tab 原為一種非典型的抗憂鬱劑，具抑制神經再吸收與增加正腎上腺素及多巴胺(norepinephrine and dopamine)的藥理作用，後來研究發現有戒菸的效果，核准治療尼古丁依賴症，作為戒菸之輔助。但 Zyban®的戒菸作用和抗憂鬱的效果是互相獨立的。Zyban®可拮抗尼古丁乙醯膽鹼接受體，減少尼古丁的加強作用，使吸菸

者無法享受吸菸的快感。有一項臨床試驗顯示 bupropion 合併尼古丁貼片使用，其效果比單獨使用尼古丁貼片好。為期一年的戒菸研究報告 Zyban[®] 效用為尼古丁貼片的二倍強，戒菸率單獨使用者各是 30.3% 與 16.4%，若 Zyban[®] 與尼古丁貼片併用者，其戒菸率可以提高至

35.5%，對體重增加較少。

耐菸盼 Zyban[®] 療程：於戒菸前一週開始投藥，起始劑量是每日 150 mg，服用 3 天；然後增加到每日 150 mg 2 次，每次間隔至少 8 小時的時間，至少必須維持治療 7 週；治療期

表二：戒菸藥物建議表

藥品	治療地位	劑量	治療期	建議/監測參數	實證等級
Bupropion SR ^{a,b}	第 1 線	口服劑量調整至 150 mg bid / 天	3 - 6 個月	併用口服 bupropion 與 nicotine 貼片，應監測低血壓的產生。	A1
Clonidine ^{b,c}	第 2 線	作用劑量調整 0.2 - 0.75 mg / 天	6 - 12 個月	監測血壓、電解質、血脂、尿酸、腎功能、血液常規檢查	B2
Nicotine polacrilex (gum) ^a	第 1 線	初始劑量：隨吸煙齡調整 2 - 4 mg q 1 - 8 小時	12 週	治療期間定期監測心跳和血壓	A1
Nicotine inhaler ^a	第 1 線	24 - 64 mg / 天	3 - 6 個月	治療期間定期監測心跳和血壓。	A1
Nicotine nasal spray ^a	第 1 線	8 - 40 mg / 天	14 週	治療期間定期監測心跳和血壓	A1
Nicotine patch ^a	第 1 線	初始劑量：隨吸煙齡調整 7 - 21 mg / 天局部貼用	6 週	治療期間定期監測心跳和血壓	A1
Nortriptyline ^{b,c}	第 2 線	口服劑量調整 75 - 100 mg / 天	6 - 12 個月	注意口乾、視力模糊、便秘的副作用，副作用與劑量高低有關。	B2
Varenicline ^b	第 1 線	口服劑量調整至 1 mg bid / 天	3 - 6 個月	監測腎功能，尤其是老年人。 劑量調整：Clcr < 30 ml/min, Max. 0.5 mg bid ; HD Max. 0.5 mg qd / 天 副作用：噁心、頭痛、失眠與用藥劑量有關。	A1

^a Nicotine 替代治療可以合併各種 nicotine 的不同製劑 and/or bupropion 以增加戒菸成功率。

^b 勿任意的突然停藥，劑量調整需逐漸調增或調減藥量。

^c FDA 尚未核准 clonidine 與 nortriptyline 使用於戒菸治療的適應症。

^d Strength of recommendations, evidence to support recommendation: A, good; B, moderate; C, poor.

Quality of evidence: 1, evidence from more than 1 properly randomized, controlled trial; 2, evidence from more than 1 well-designed clinical trial with randomization, from cohort or case-controlled analytic studies or multiple time series; or dramatic results from uncontrolled experiments.

可至六個月。

耐菸盼 Zyban[®]用藥後於肝臟由 CYP2B6 代謝為主要代謝產物 hydroxybupropion，血中最高濃度出現於 3 小時(持續錠為 7 小時)。嚴重肝功能不良者，血中最高濃度會延遲出現在 19 小時。主要的副作用有口乾、失眠與頭痛。注意事項：不建議睡前使用，禁用於癲癇患者、饑餓症或厭食症病史者，且不可併用與單胺氧化酶抑制劑或其他抗憂鬱劑。

行政院衛生署於 99 年 8 月 9 日公告註銷門診戒菸治療服務計畫補助之戒菸藥品「耐煙盼持續性藥效錠 150 公絲」之藥物許可證，100 年 6 月 1 日起，新增「威博雋持續性藥效錠 (Wellbutrin Sustained-Release Tablets 150 mg)」藥品，其適應症包含治療尼古丁依賴性，作為戒菸之輔助。

2. Varenicline (Champix[®])戒必適—有 0.5mg 與 1 mg 兩種規格劑型

戒必適 Champix[®]為 $\alpha_4\beta_2$ 尼古丁乙醯膽鹼受體亞型的選擇性部分致效劑 (a partial $\alpha_4\beta_2$ nicotinic acetylcholine receptor agonist)，阻擋尼古丁和受體結合，也會刺激神經中樞邊緣多巴胺系統，使人體得到與吸菸產生相同的快感。

戒必適 Champix[®]療程：於戒菸前一週開始投藥，前 3 天每日一次 0.5 mg，第 4 到 7 天增加到每日 0.5 mg 2 次，第 8 天之後可增加到每日 2 次，每次劑量 1 mg，一般治療需維持 12 週。主要的副作用是噁心和失眠。注意事

項：不建議用於 18 歲以下患者，腎衰竭病人需減量使用。

結 論

衛生署推出的「二代戒菸治療試辦計畫」已在今年三月上路，北市衛生局指出，二代戒菸上路後，戒菸用藥費用從自費改為比照健保用藥，每次看診民眾只須給付最高 200 元部分負擔，整個療程起碼省 8000 元以上。

不論是何種藥物，對於戒菸者來說都只是一種輔助性的療法，如果只想要借助藥物來達到戒菸的目的，是很難完全戒菸成功，內心的調適與決心的建立，家人朋友的支持，加上適當運動與均衡的營養，這些才是成功戒菸的不二法門，再加上專業醫療人員從旁協助，輔以藥物治療，不但可以減少戒斷症狀造成的不舒服，也可以提高戒菸的成功率。

參考文獻

1. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. 8ed. 2010
2. 國民健康局門診戒菸治療管理中心。
3. 台灣菸草與健康圖鑑，聯合醫學基金會溫啟邦，2004。
4. 台灣菸害防制年報，2010。
5. 戒菸之藥物治療，台北榮民總醫院家庭醫學部劉瑞瑤醫師，2004。
6. 耐煙盼持續性藥效錠藥品仿單。

乾眼症於中西醫之治療

～ 王梅英 藥師 ～

前 言

一般通稱的乾眼症(Dry eye)，醫學上的病名是為淚液薄膜不足。乾眼症一直被認為是老化的現象，因水份缺乏和蒸發過度，只是作一般眼科的問題治療。2007 年國際乾眼病研究會最新定義：『乾眼症是一多種因素的眼淚和眼表面疾病，導致不適的症狀，視覺障礙，淚膜不

穩定和有潛在性損害眼球表面。通常它伴隨著淚膜的滲透壓增加和眼表面的發炎。』使得乾眼症治療從以往人工淚液潤滑眼睛，轉為抗發炎藥物的治療方式，產生很大的改變與進展。

西醫於乾眼症治療已有新的發展，若配合中醫的治療，結合中、西醫合併治療亦替患有乾眼症之苦的病患，帶來治癒的新契機。

乾眼症的致病原因

乾眼症主要的致病成因是眼淚功能單元 (Lacrimal functional unit; LFU) 運作失常，而導致於淚膜組成的改變。一般常見的危險因子包括老化、女性、全身性疾病(如，糖尿病、帕金森氏症)、荷爾蒙變化(主要是降低雄性激素)、全身性用藥(如，antihistamines、anticholinergics、estrogens、isotretinoin、amiodarone、nicotinic acid、selective serotonin receptor antagonists)、配戴隱形眼鏡、眼睛用藥(含防腐劑)、營養缺乏(如，缺乏維生素 A)、降低 corneal sensation、Ophthalmic surgery (尤其 corneal refractive surgery)、環境太乾燥。

LFU 包括眼球表面、淚腺及相關神經迴路、負責調控淚液分泌，以維持眼球表面功能環境。任何部分出問題都可能引起整個 LFU 運作失常，導致發炎而引發乾眼症。

一、病理生理學：

正常的眼球表面功能需要有：

1. 眼板腺體於眼瞼邊緣分泌各種油脂，防止淚水的蒸發。
2. 杯狀細胞分泌黏液來潤滑，作為淚水載體。
3. 淚水分泌水份、電解質、蛋白質，提供營養並保護眼球表面。

LFU 若要保持生理的平衡狀態，需要有二個重要機制：

- 一、要有血液中雄性激素 (androgens) 提供「發炎保護傘」。
- 二、要有具免疫警覺性的 T 細胞，在淚腺中巡邏，找出有問題的地方，例如發炎。

正常狀態下 LFU 的 T 淋巴球在離開淚腺到局部淋巴結時，會進行計畫性死亡。但發炎時，淚腺和眼球表面的上皮細胞釋放抗原，結合到 T 淋巴球，阻止其計畫死亡並進而激活且製造細胞激素 (cytokines)。而這些 cytokines 會吸引更多的 T 細胞進行入結膜，導致 LFU 呈現慢性發炎及上皮細胞計畫性的死亡。雄性激素的抗發炎特性，可以阻止發炎反應的發生；但是當年齡越增長(例如，停經婦女)或服用抗雄性激素藥物，使體內雄性激素的濃度下降，因而減低其抑制發炎的功能。免疫活性升高使 LFU 功能失常，導致淚膜組成變得不穩定，容易受外力破壞而引發乾眼症。

正常淚膜的組成有三層：最外層是油脂層，由眼板腺分泌，阻止淚水蒸發；中間是水液層，由淚腺、副淚腺分泌，負責濕潤角膜、結膜，稀釋有害物質，及供給氧氣、維生素 A，與其他營養給眼球表面；水液層亦含有抗細菌蛋白與生長因子，維護角膜完整，調節細胞功能。最內層是粘液層。

罹患慢性乾眼症之病患，淚膜的組成有幾種特徵：

1. 較低的抗細菌蛋白 (lactoferrin, lysozyme) 濃度。
2. 較高發炎物質 (IL-1, TNF- α)。
3. 杯狀細胞減少而有較低的可溶性黏液，使淚膜黏稠度受到破壞較高的電解質 (Na)，使淚液滲透壓增加。

乾眼症的分類與治療

淚液功能失調症候群或稱慢性乾眼症，特徵是異常的淚膜組成及過低的淚液量，起因通常是發炎性的反應。根據不同的自覺症狀、臨床表現的嚴重程度可分為 4 種等級。依等級不同各有不同治療。(如表列)

如果是中度到嚴重症狀的病患，有些患者提供藥物治療後，也只能暫時性的緩解眼睛的不適感。目前以免疫抑制劑 cyclosporine 可以抑制細胞的激活，因而可以預防角膜、結膜，以及淚腺的發炎與損傷。以眼用藥水 0.05% cyclosporine 治療的用法是每 12 小時一次，每次 1 滴。長期使用後很少嚴重副作用發生，雖然曾有案例發生灼熱感、刺痛感、結膜充血等。研究報告以 0.05% cyclosporine 治療 3 年，病患血液中也偵測不到藥物的濃度，顯示使用此眼藥水不會產生全身性的毒性問題。另外，慢性乾眼症屬慢性病理特性，所以必須長期持續的用藥；少部份的病患出現偶發性副作用，就必須暫時停藥，但這些副作用可以併用類固醇或 ketorolac 減輕。事實上，相較於單獨使用 cyclosporine，併用 ketorolac 與 cyclosporine 治療後，確實有顯著提高眼睛的舒適感。

中醫治療乾眼症

中醫認為五臟六腑之精氣皆上注於目，而五臟中的肝開竅於目，故以肝和眼睛關係最密

切。而肝血與腎水的充足與否，直接影響決定眼睛的滋潤。

乾眼症屬於中醫白澀症、乾澀昏花症的範疇。中醫理論認為，肝開竅於目，淚為肝之液；肝藏血，津血同源，陰血不足，則津液無以化

杏仁開上焦肺氣，氣化則濕亦化；白薏仁芳香苦辛，行氣化濕；薏苡仁甘淡，滲利濕熱；半夏、厚朴行氣散滿除濕；茯苓、竹葉、車前子、菊花健脾利濕清熱；甘草調和諸藥，達養陰、宣上、暢中、滲下之目的，諸症自解。

表：乾眼症分級、症狀與治療

分級	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
嚴重程度	輕微~中度	中度~嚴重	嚴重	嚴重
臨床症狀	乾澀、癢、異物感	視力模糊、輕微角膜、結膜染色	角膜炎 明顯角膜染色	明顯角膜染色或侵蝕、結膜結疤
治療方法	水份攝取 人工淚液 過敏眼藥水	人工淚液 眼用類固醇 Cyclosporine	Tetracycline 淚管塞	口服抗發炎藥或Cyclosporine、Acetylcysteine、手術。

生，故兩目乾澀。且加上現今環境污染、手術等外界刺激，可傷及眼部脈絡，使津液不能潤澤眼精。且久視傷血，血虛則津虧淚少，眼睛失去潤澤就會出現乾澀、異物感、灼熱感、眼睛紅、癢、畏光、視力模糊、視力下降等症狀。氣血長久不能潤養雙眼，甚至會血絡閉阻，滋潤無源，以致目失血養。

中醫如何治療乾眼症？

中醫認為乾眼症與肺、肝、腎關係密切，肝、腎陰虛、肝之陰液不足是其發病主因，肺失宣降、燥傷肺陰而不能上榮於目，是其發病的重要誘發因素。所以從肺、肝、腎辨證施治入手，全身調節，內服外用相結合，以滋陰潤燥、益氣生津、提高免疫功能為目的。

中醫辨證論治有以下類型：

1. 肺陰不足型：

中醫稱結膜為白睛，屬五輪中的氣輪，內應於肺。若肺陰虛，陰虛生內熱，虛火上炎，耗傷津液。此型多發於較年輕者，多因長期疲勞，用眼過度所致。治療方法主要以養陰清熱潤燥為首要。例如處方：清燥救肺湯加減。處方中麥門冬、生地黃、阿膠、石斛潤肺滋陰；西洋參、甘草益氣生津；桑葉、石膏清肺熱；杏仁、枇杷葉、鬱金宣肺理氣。

2. 陰虛濕熱型：

多發于中年女性，多因素體陰虛，脾失健運所致。治療方法主要以養陰清利濕熱為首要。例如處方：養陰清肺湯合三仁湯加減。處方中生地黃、玄參、麥門冬、白芍養陰生津；

3. 氣陰兩虛型：

氣陰兩虛以老年體弱者為多，因元氣不足或久病生虛而致。治療方法主要以養陰益氣、滋補肝腎為首要。例如處方：四君子湯合杞菊地黃丸加減。處方中西洋參補氣養陰生津；白朮健脾益氣；生熟地黃滋腎填精；山茱萸養肝腎；山藥補益脾腎之陰；茯苓健脾滲濕，以助山藥之益脾；澤瀉清瀉腎火，防熟地黃之滋膩；牡丹皮可清肝腎之熱，以制山茱萸之溫。加枸杞子、菊花更增養陰明目之效；當歸、白芍可養血和營。

乾眼症治療除了內服中藥外，針灸更是治療多種眼疾的一項利器，藉由針灸或按摩刺激打通眼睛周邊經絡與睛明、攢竹、承泣、絲竹空、四白等穴位，可快速達到放鬆眼球睫狀肌、刺激淚液分泌，有效改善乾眼症等諸項不適感。

結 論

當然眼睛的保護最重要的就是要正常之生活型態、睡眠充足、不熬夜，建議應儘量在夜晚 11 點前休息，讓肝、膽經能休養生息，才能滋養五臟與美麗的明眸。

參考文獻

1. 李淑慧(2010). 乾眼症的治療新趨勢中華民國眼科醫學會雜誌. 49 卷 3 期, 306-311。

2. 中國醫藥大學附設醫院 中醫常備藥品手冊(第六版)
3. Behrens A, Doyle JJ, Stern L, et al. Dysfunctional tear syndrome: a Delphi

- approach to treatment recommendations. *Cornea*. 2006;25(8):900-907
4. 生藥學

杜仲的炮製與臨床運用

～陳婉宜 藥師～

前 言

杜仲為常用中藥之一，別名思仙、扯絲皮、思仲、思棉皮、玉絲皮等。《本草綱目》：“昔有杜仲服此得道，因以名之。思仲、思仙皆由此義。其皮有銀絲如綿，故曰木棉。”其他如絲棉皮、扯絲皮等是因為木皮折斷後有白絲而得名。杜仲始載於《神農本草經》列為上品，¹屬於補益藥中的補陽藥，可以溫補人體陽氣，而腎陽是一身陽氣的根本，陽氣足能溫煦其他臟腑，以消除或改善全身的陽虛症狀。杜仲功效是補肝腎、強筋骨、安胎，舉凡腰膝痠痛的症狀，大多會在處方中酌加含杜仲的方劑或配伍杜仲。^{2,3}

基原、成分與效用

杜仲是杜仲科落葉喬木植物杜仲 (*Eucommia ulmoides* Oliv.) 的乾燥樹皮。³主產四川、雲南、貴州、湖北等地。4~6月剝取，刮去粗皮，曬乾。性味甘，溫。歸肝、腎經。²成分主要含杜仲膠(gutta-percha)為硬質膠；木質素及苷類：如松脂醇二-β-D-葡萄糖苷(pinoresinol-di-β-D-glucoside)；環烯醚萜類：杜仲醇苷(eucommioside)、桃葉珊瑚苷(aucubin)、京尼平(genoip)、京尼平苷(genoiposide)；酚類化合物：氯原酸(chlorogenic acid)等。其中松脂醇二-β-D-葡萄糖苷(pinoresinol-di-β-D-glucoside)能使血管平滑肌舒張，達到降低血壓的作用；桃葉珊瑚苷及京尼平具有抗腫瘤活性；酚類化合物中的氯原酸(chlorogenic acid)可對抗多種格蘭氏陰性腸道細菌，及多種皮膚真菌，另外還有鎮靜、鎮痛、強心、利尿、降膽固醇(可能與減少膽固醇的吸收有關)、增強免疫力、抗發炎(抑制血清性腳腫、降低嗜酸性顆粒白血球)等作用。³

炮製方法與比較

杜仲飲片大多切成 5 cm 左右方塊或 3 mm 左右寬細絲，生用或鹽水炙用。杜仲幾種不同炮製方法的比較如下：

1. 傳統炒法：將杜仲絲(片)用鹽水拌潤(每 100 g 藥材用 2 g 食鹽，適量水拌潤)，文火炒至斷絲，表面呈焦黑色。
2. 砂炒法：先將淨杜仲切成 5 cm 左右方塊，用鹽水拌勻(每 100 g 藥材用 2 g 食鹽，加適量水拌勻)、燻潤。將淨河砂置鍋內，武火加熱至翻動時較滑利、輕鬆感(約 200~300°C)時，加入潤好的鹽杜仲，快速翻炒約 10 分鐘，至內表面燙成起泡(斷絲為止)，外表面呈焦褐色時，取出，篩去河砂，放涼。
3. 烘製法：取杜仲絲置於烘箱內，平鋪在不鏽鋼方盤中(厚約 4 cm)，進行加熱，待溫度升至 80°C 左右，保溫一小時，翻動去濕後繼續升溫至 100°C 左右，直至斷絲、表面呈棕褐色為止，取出，放涼。⁸

杜仲炒後硬性橡膠類被破壞，有效成分容易被煎出，因此降壓作用炒杜仲大於生杜仲，煎劑大於酹劑。⁴三種不同炮製方法的損耗率：傳統炒法 40.0%；砂炒法 16.5%；烘製法 14.5%。用活性炭吸附法測定杜仲生品和 3 種炮製品中，桃葉珊瑚苷(aucubin)粗品含量：傳統炒法 0.080%；砂炒法 0.102%；烘製法 0.106%；生品 0.060%。因此砂炒法和烘製法中損耗率均大大低於傳統炮製法，且經砂炒法和烘製法炮製後的杜仲有效成分(桃葉珊瑚苷粗品)含量增加，將原藥材利用率提高了約 20%，這解決杜仲資源的日趨匱乏具有很大的助益。⁸

臨床運用

一般杜仲用於肝腎不足的腰膝酸痛，筋骨無力及陽痿，尿頻等症。如：

1. 補肝腎，強筋骨，可治肝腎不足的腰膝痠痛和足膝無力等，常配補骨脂、胡桃肉，如《局方》青娥丸；用於肝腎虧虛，精血不足而陽萎、尿頻、小便餘瀝等，可與山萸肉、菟絲子、覆盆子等同用或溫陽益腎的鹿角、附子、肉桂，填精補血的熟地、當歸、枸杞同用，如《景岳全書》右歸丸；風寒濕痹、肝腎虧損、肢節疼痛、伸屈不利等，可配伍祛風溼、活血通絡的獨活、秦艽、當歸等合用，如《千金要方》獨活寄生湯。
2. 下元虛冷的妊娠下血，胎動不安，或習慣性流產等。能補肝腎，固經安胎。治胎動腰痛欲墜，如《聖濟總錄》杜仲丸，單用杜仲煮棗肉為丸內服，亦可配伍續斷、菟絲子、阿膠、桑寄生、山藥、熟地等增加補腎固冲的作用。
3. 現代臨床用於高血壓症，有顯著降血壓作用。如肝腎不足，可配伍桑寄生、枸杞、何首烏等；肝火偏亢者，可與夏枯草、牛膝、黃芩等配伍。^{1,2}
4. 骨傷科的應用：無論腎虛、風濕、寒濕、濕熱、血瘀所致腰部疼痛；風寒濕三氣雜至的痹証；治療各種急慢性筋傷，特別是腰部及下肢的創傷；治療創傷後期及後遺症，臨床多配伍牛膝、續斷、五加皮等；筋脈攣急、創口不癒或肢體萎弱；黃元禦《玉揪藥解》中提到杜仲可去關節濕淫；陸清潔《清宮方(傷科)》中的"蠲痹湯"是治療骨節疼痛的要藥；治療骨質增生《中華臨床中藥學》用於治療肥大性脊椎炎、頸椎病、增生性關節炎、骨刺等；預防骨質疏鬆方面的作用也極為顯著。¹⁰

續斷與杜仲均可補肝腎，治療腰膝酸痛，因此常配伍應用，兩者的差別在於，杜仲偏入腎經氣分⁶，善走經絡關節之中，⁹補益效果較大，補而不走，可強筋骨、降血壓；續斷偏入腎經血分，⁶在於筋節氣血之間，⁹補益效果不及杜仲，補而善走，通血脈、消腫散瘀作用大，因此可以續筋接骨、補續血脈、生肌止痛。因此杜仲治療腎虛腰痛無力；續斷治療筋骨折

傷。臨床常用方劑中，包含有杜仲或續斷的有：《景岳全書》右歸丸、《千金要方》獨活寄生湯、《局方》青娥丸、《聖濟總錄》杜仲丸、《婦人良方》三痹湯等。^{5,6}

藥膳

杜仲也可以加入在日常生活飲食中當藥膳，如：

1. 杜仲酒：取杜仲 30 克以白酒 1 斤浸 7 天即可飲用。1 天 2-3 次，每次 10-20 ml。可治療高血壓、勞損腰痛。
2. 杜仲羊腎湯：杜仲刮去粗皮，以油炸到酥黃，取杜仲 30 克以適量的水煎出藥液，豬或羊腎 2 個切薄片，加入藥液中煮沸 3-5 分鐘，加適量椒、鹽調味，空腹時吃肉和喝湯。對腎虛腰痛有效。
3. 杜仲燉豬肚：杜仲 30 克，豬肚 250 克，一起煮到豬肚熟爛時取出杜仲，加適當調味料，即可食用。用於腎虛腰痛、陽痿、小便頻數。⁷

結語

雖然杜仲善於治療筋骨方面的疾病，運用非常廣泛，但臨床應用上必須辨證論治，不可濫用，以免造成不必要的不良反應，建議陰虛火旺者慎用。³腎虛火熾者，不宜用，如果必需使用，可配伍黃柏、知母等《本草經疏》。精血燥者，不宜多用《雷公炮製藥性解》。¹⁰

參考文獻

1. 中華本草編輯委員會。中華本草(第 2 冊)。上海：上海科學技術出版社，1998；P 458-P462。
2. 唐德才等。中藥學。上海：上海中醫藥大學出版社，2003：P306；P 316-P317。
3. 謝文聰、童承福、郭昭麟。輕鬆認識中藥。臺中：中國醫藥大學，2008：P53-P54。
4. 張賢哲、蔡貴花。中藥炮製學。臺中：中國醫藥學院出版組，1984：P362。
5. 張樹生、王芝蘭。中藥臨床鑑用指述。北京：中醫古籍出版社，1989：P312。
6. 李世滄。臨床常用中藥方劑手冊。台中：弘祥出版社，1991：P283。

-
7. 彭銘泉等。中國藥膳學。北京：人民衛生出版社，1996：P223。
 8. 趙冬霞、劉志慶、李 欽。杜仲幾種不同炮製方法的比較，河南大學學報（醫學版），2011：第30卷(第8期)：P245-P246。
 9. 呂景山。施今墨藥對(3版)。北京：人民軍醫出版社，2010：P165-P166。
 10. 張金昕。杜仲和續斷在骨傷科中的應用，陝西中醫學院學報，2009年01月第32卷(第1期)：P74-P75。