

# 猝睡症與治療藥物

～ 翁若雯 藥師 ～

## 前 言

猝睡症(Narcolepsy)在西元 1862 年即被發現，但直至西元 1876 年才被命名而有『猝睡症』之詞；意指中樞神經對睡眠和清醒的控制出了問題，在清醒時會突然進入睡眠，在睡眠時又會部分清醒。

## 流行病學

造成日間過度睡意的病因很多，最常見的是睡眠呼吸中止，其次就是猝睡症。猝睡症伴有猝倒的病人患病率估計每 10 萬人有 25 至 50 個患者，且無性別差異。

這種疾病通常開始於在十幾歲和二十出頭，但也有於 5 歲前或 40 歲後發病，症狀表現可能會在發病前幾年逐年惡化並持續一生。

## 臨床表徵

猝睡症常見的臨床症狀，包括有白天過度睡意、猝倒、睡眠麻痺與入睡前幻覺。只有三分之一的病人會同時有這四個症狀，所以如果只有過度睡意的病人，也應該考慮其是否有猝睡症的可能。

### 一、日間過度睡意(excessive sleepiness)

所有猝睡症病人都會有習慣性的過度睡意，他們雖沒有比正常人睡超過 24 小時，但卻比正常人更容易入睡，而且是在不適當的時間。有些病人過度睡意的程度，嚴重到在要打瞌睡前，感覺到小警告，即所謂的睡眠衝擊。

過度睡意會造成複視、看東西模糊不清、會有自動的行為(像是開車經過交流道前幾分鐘是沒有記憶的)。相較於睡眠呼吸中止或是其他睡眠障礙的過度睡意，猝睡症的過度睡意通常在短暫的打盹後會獲得短暫的改善，而且患者在早上喚醒時會感覺精神充沛。

### 二、入睡前幻覺(hypnagogic hallucination)

入睡前幻覺是強烈的、使人驚嚇的，會發

生在要進入睡眠之前或是在快要醒來的時後。這並不是精神疾病，而可能是病人正介乎於快速動眼期似夢似醒之間的混淆情境中。

### 三、睡眠麻痺(sleep paralysis)

睡眠麻痺是病人在覺醒時突然在一兩秒內完全無法移動，通常會伴隨著入睡前幻覺或是窒息的感覺(由於呼吸肌肉受影響而輕微地減少呼吸的量)，即是一般所說的「鬼壓床」。

### 四、猝倒(cataplexy)

猝倒是由情緒引起的短暫肌肉無力癱軟，通常是強烈且正向的情緒(如大笑、興奮)，但也有些個案是因為生氣或悲痛引起。這種肌肉無力的情形多發生在局部，如臉部、頸部和膝部，較嚴重的情形則是左右對稱的肌肉無力及完全的倒地。

猝倒與昏厥或癲癇發作的區別，是發生時間常小於二分鐘，病人是有知覺且清醒。相較於睡眠麻痺的區別，是猝倒發生在強烈情緒反應時，而睡眠麻痺則是發生在醒來時。

### 五、失眠

患者在夜晚睡覺時常會不自主的醒來及困難的入睡。這意即反應出患者對於睡眠及清醒之過渡期的門檻是很低的。

## 診 斷

疑似猝睡症的患者應有詳盡的病史、身體檢查及神經系統檢查，來排除其他原因的嗜睡(例如，睡眠不足、睡眠呼吸中止症)。2005 年國際睡眠障礙分類標準 ICSD II (International Classification of Sleep Disorder II)：

- (1) 睡眠異常(Dyssomnia)：例如失眠、嗜睡症、睡眠呼吸中止等，令患者無法入睡或持續安定睡眠的異常狀況。
- (2) 異睡症(Parasomnias)：睡眠與清醒之間的半睡醒異常狀況，例如夢遊、磨牙、噩夢驚醒(夢魘)等。
- (3) 與精神、神經及其他健康問題相關的睡眠障礙。
- (4) 其他睡眠異常。例如睡眠週期失調、打鼾、

疾病或病原引起的昏睡病等。

檢查項目包含；整夜的夜間多頻睡眠檢查 (nocturnal polysomnogram, PSG) 檢查，之後隔日的多次入睡潛伏期間測試 (multiple sleep latency test, MSLT)。受檢期間刺激性及精神藥物須停藥一個禮拜，抗憂鬱藥物則須停藥三個禮拜。

睡眠多相儀 (polysomnogram) 檢查：

檢查項目	檢查意義
腦電波 (EEG)	腦波是否有異常放電，睡眠深淺度
眼動圖 (EOM)	睡眠深淺度
心電圖 (EKG)	心跳次數，自律神經之活動性
血氧濃度 (O <sub>2</sub> )	血中氧氣之飽和度
下顎肌電圖 (Chin EMG)	睡眠時之下顎緊張度及是否會磨牙
空氣流動圖 (Air flow)	睡眠時之呼吸流動量
胸部呼吸表	呼吸時胸部之活動量
腹部呼吸表	呼吸時腹部之活動量
全身活動圖	睡眠時身體之姿勢顯示圖
肢體肌電圖 (Limb EMG)	肢體肌肉之抽蓄程度

特殊問卷評估表應用史丹福嗜睡評量表 SSS (Stanford sleepiness scale) 和愛普沃斯嗜睡量表 ESS (Epworth Sleepiness Scale)。如 ESS 是用來評斷主觀上過度睡意嚴重程度的有效工具，未經治療的猝睡症患者通常分數可以高達 15 分。計分法共有八項評量，由 0 到 3 分，總分以滿分 24 分表示最差的情況，零分表示最佳的情況。

ESS 量表評分法：

0 = 從未      2 = 中等(一半以上)  
1 = 很少      3 = 高頻率(幾乎都會)

不同情況	打瞌睡或睡著頻率			
坐著閱讀時	0	1	2	3
坐著閱讀時	0	1	2	3
看電視時	0	1	2	3
在公眾場合安靜坐著	0	1	2	3
坐車連續超過一小時	0	1	2	3
在下午躺下休息時	0	1	2	3
坐著與人交談時	0	1	2	3
午餐後安靜坐著時(沒喝酒)	0	1	2	3
開車遇塞車停下數分鐘時	0	1	2	3

**總分**

ESS 嗜睡量表分數定義：  
總分 8 分以下為正常；8-10 分是灰色地帶；10-12 分是輕微嗜睡；12 分以上是嗜睡。

雖然 PSG 檢查有可能會都是正常的結

果，但是猝睡症的患者在開始睡眠時進入 REM 的時間會在 20 分鐘左右，而正常人卻需要 80~100 分鐘才會進入 REM 時期，而接續作的 MSLT 一般正常人需要 10~15 分鐘才能入睡，而猝睡症病人卻能在 5 分鐘內就進入睡眠。研究報告中顯示前一夜睡眠至少有 6 小時，MSLT 之平均入睡潛伏期需小於或等於 8 分鐘，並需至少有兩次或以上的入睡出現之快速動眼睡眠 (Sleep-onset REM periods, SOREMP)，且經由 PSG 排除為其他睡眠障礙者即可診斷為猝睡症。然而 MSLT 有其使用限制：

- (1) 至少需要 6 個小時的睡眠。
- (2) 有 20% 至 30% 的誤判率。
- (3) 對老年人較無鑑別度。
- (4) SOREMS 有可能發生在其他睡眠疾病。
- (5) 無法停用抑制 REM 的藥物 (像是抗憂鬱劑、其他刺激劑)

**治 療**

猝睡症的治療，除藉由臨床症狀的評估檢查、睡眠記錄和檢驗、特殊問卷調查，還需配合非藥物及藥物的控制方式：

一、非藥物的治療：

- (1) 避免造成嗜睡的藥物
- (2) 適當的小睡及正常(衛生)的生活作息
- (3) 社會的心理支持

二、藥物的治療：

(I) 治療日間過度睡意的藥物

- ※ Methylphenidate 10mg/T (商品名 Ritalin；中文名利他能錠) 屬第三級管制用藥；孕婦用藥分級 C 級；適應症：過動兒症候群、發作性嗜睡症；劑量：成人 30-60mg；小孩約 50mg，每日一次，建議飯前服用。副作用：食慾降低、口齒不清、坐立不安。禁忌及其他注意事項：
1. 治療初期會發生神經質和失眠，但會隨時間而減輕，然而可能需要減低劑量。
  2. 最後一劑給藥不得遲於臨睡前 4~5 小時。建議每日下午六點前服用當日最後一次劑量，以減少失眠之發生。
  3. 遵照處方按時服藥，勿自行增、減劑量，突然停藥可能會影響病情。
  4. 治療期間，固定監測血壓、體重，在長期治療期間，定期做血球計數。

5. 避免過度飲食含高 Tyramine 食物 (如乳酪、啤酒等), 會過度升高血壓。
  6. 有高血壓、藥物依賴性、酗酒習慣及孕婦應小心使用。
  7. 逐漸停藥以避免嚴重抑鬱症狀或精神病行為發生。
- ※ Modafinil 200mg/T (商品名 Provigil; 中文名普衛醒錠)屬第四級管制用藥; 孕婦用藥分級 C 級; 適應症: 改善猝睡症患者的日間過度睡眠症狀。其促醒機轉尚不知, 即使藥理作用並不與擬交感胺相同, 仍具有類似擬交感神經劑, 如 amphetamine 及 methylphenidate。劑量: 成人 200-400mg 一日一次或分次, 建議早上服藥; <16 歲不建議使用, >16 歲用量同成人。副作用: 頭痛、噁心、焦慮不安、疲倦、失眠。禁忌及其他注意事項:
1. 服藥雖能改善, 但不能根除嗜睡; 除非醫師評估允許, 否則仍應避免開車或操作危險器械。
  2. 治療期間及中斷後一個月內, 會降低口服避孕藥的效果, 建議併用其他避孕方式。
  3. 全民健康保險給付規定: (96/2/1)
- 3.1- 限猝睡症患者有日間過度睡眠症狀, 且使用 methylphenidate 無效或無法忍受其副作用時使用。
  - 3.2- 猝睡症之診斷需符 2005 年國際睡眠障礙分類標準(International Classification of Sleep Disorder II, ICSD II), 且夜間多頻睡眠檢查(nocturnal Polysomnography, PSG)和之後隔日之日間多次入睡睡眠檢查(Multiple Sleep Latency Test, MSLT)需顯示前一夜睡眠至少有 6 小時, MSLT 之平均入睡潛伏期(sleep latency)需小於或等於 8 分鐘, 並需至少有兩次或以上的入睡出現之快速動眼睡眠(Sleep-onset REM periods (SOREMP))。
  - 3.3- 日間過度睡眠持續至少 3 個月以上, 應有客觀評估, 如成人的愛普沃斯嗜睡量表 ESS (Epworth sleepiness Scale)需高於 9 分, 或兒童青少年日間嗜睡量表 PDSS (Pediatric daytime sleepiness Scale)或史丹福嗜睡評量表 SSS (Stanford sleepiness scale), 且需排除阻塞性睡眠呼吸障礙(obstructive sleep apnea)、週期性下肢抽動(Periodic leg movement

disorder)和睡眠相位後移症候群(Delayed sleep phase syndrome)等造成日間過度睡眠之可能性。

- 3.4- 限有睡眠實驗室之醫院之神經內科、精神科、胸腔內科、耳鼻喉科專科醫師使用。
  - 3.5- 經事前審查核准後使用。首次申請時需檢附以下資料: 1) 病歷紀錄 2) ICSD II 診斷 3) PSG 報告 4) MSLT 報告 5) 日間過度睡眠量表, 如 ESS、PDSS、SSS 等。使用後每 3-6 個月施測日間過量睡眠症狀量表 ESS、或 PDSS、SSS, 以評估療效。
  - 3.6- 使用期程: 第一次申請獲准 1 年後, 需重新進行 MSLT 檢查以評估客觀療效, 並同時檢附過去 1 年之 ESS 或 PDSS、SSS。連續 2 年申請, 如病人服藥順從性高, 且藥效確定, 則可每次核准 3 年。否則仍需每年申請 1 次, 若 ESS 或 MSLT 其中之一顯示療效不佳, 應即停用。
  - 3.7- 限制每日最大劑量 200mg。
- (II) 治療猝倒的藥物, 有兩大類;
- A) 抑制 REM 的藥物:
    - 抗憂鬱藥 SSRI/SNRI: venlafaxine、atomoxetine、fluoxetine 與三環抗憂鬱藥: imipramine。
  - B) 增加 REM sleep 3 和 4 的藥物:
    - Gamma hydroxybutyrate (GHB)

---

## 結 語

---

雖然, 猝睡症的病因尚未完全清楚, 但在診斷上已可提供高度可靠性的參考指標。罹患猝睡症也不至於危急性命, 但確可能影響病人的生活品質與求學和工作的表現, 甚至影響其社交生活。儘管無法完全根治此疾病, 但藉由長期持續藥物的症狀緩解控制, 再配合行為治療, 輔以生活作息和規律睡眠時間的調整, 即可降低猝睡症對病人正常生活的影響, 進而改善病人的生活品質及安全顧慮。

## 參考文獻

1. <http://61.66.117.8/DrugNET/BookInfo/DrugQuery.aspx>
2. <http://www.uptodate.com/contents/search>
3. Ritalin 仿單
4. Provigil 仿單

# 藥物引起的發作現象 (Drug-induced Seizures)

～ 呂琬薰 藥師 ～

## 前 言

藥物引起的“發作”(seizures)多為嚴重的神經傷害事件，要是沒有及時的診斷及治療很容易造成永久性的神經病變，所以正確的辨識藥物引起的發作徵兆並給予快速有效的治療是很重要的。

## 誘發因素與機轉

雖然很多藥物都有可能引起發作，但因為情形罕見，也就難以去判定藥物引起發作的真正原因。所以臨床上很多事件的發生都僅是單一個案或流行病學上的研究。

多數人認為這和藥物使用過量有關，但有些病患即使沒有發作的病史或危險因子，在治療劑量下也會引起不可預期的發作。另外，突然停止治療中的藥物也會引起發作，如抗癲癇藥物和中樞神經鎮靜劑(Benzodiazepines; BZDs)引起發作可能就和戒斷有關。

引起發作的原因不外乎為神經元的過度放電，但目前沒有明確的機轉能指出造成神經元過度的活化主因，當然原因也可能不只一種。表一列有引起發作有較明確機轉的藥物。

## 臨床表徵與診斷

腦電波儀 EEG (Electroencephalography) 為發作時最好的診斷工具，因為它可偵測出不正常的神經電位活性，但使用 EEG 的困難點在於發作多為很短暫；另外則在於如何分辨是藥物引起的發作，和其他因素引起的發作。

因為發作總是很短暫，且不可預期，要能發掘及判斷不同表徵的發作(從意識的改變到全身不自主的肌肉運動)有它一定的困難度，除非照護者、臨床醫師或護理師隨時警覺防備，

不然發作的情形很容易被忽略。若藥物是最主  
表一：發作誘發之藥物及其機轉

藥物	機轉
Bupropion、TCAs Maprotiline	Increase noradrenergic activity
Isoniazid、 Theophylline	Disruption of pyridoxine metabolism
Carbapenams、 Penicillines	GABA antagonist
Phenothiazines	Dopamine antagonist activity
Meperidine (metabolite: normeperidine)	Accumulation of metabolite, with CNS excitation activity.
Clozapine	Anticholinergic activity and reduced affinity for striatal dopaminergic receptors
Cyclosporine	Direct neurotoxin
Fluoroquinolones	Displacement of GABA from receptors

要的誘因，還要能夠如何正確的判斷和診斷出此發作是否為藥物引起的發作問題。

## 可能引起發作之藥物

可能引起發作的藥物，依報告研究分類有止痛藥、麻醉藥、抗生素、抗憂鬱藥、抗精神病藥與抗腫瘤藥等：

### 一、止痛藥類 Analgesics

Tramadol 為非成癮性的止痛藥，有報告指出在 190 件中毒中引起 13.7% 的人發作；另一則報告也指出有 84% 的人在服了中毒劑量的 24 小時內發作。上述發作的情形多處於中毒劑量或是長期慢性使用，但是癲癇的病人在治療劑量使用下，也是有可能引起發作。

### 二、麻醉劑 Anesthetics

Propofol 使用於治療難治性的癲癇重積狀態(status epilepticus)時，有數個報告指出約有

24%~40%的人曾面臨過發作。

Sevoflurane 誘發發作和其濃度相關，100%的人在最小肺泡濃度為 1.5 時會發作。

### 三、抗生素類 Antibiotics

Carbapenems 類；單獨使用 Imipenem 的人有 0.9% 面臨發作，併用其他抗生素時機率為 2%~3%。有一報告指出，使用 Imipenem 治療細菌性腦膜炎的病童 28% 有發生發作，而使用 Meropenem 的比例則為 12%。

### 四、抗憂鬱藥 Antidepressants

急診中有超過 40% 的人為服用過量的三環抗憂鬱藥 TCAs 而引起的發作，且大部份為強直性發作(tonic-clonic seizures)，少部分有癲癇病史者為局部性發作(partial seizures)。

將近有 2% 的人為服用過量的 SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors) 而引起發作，有的甚至在治療劑量下也會引起發作。其中發生機率較高的有 Maprotiline、Amoxapine、Bupropion，有癲癇病史的人要盡量避開這些藥物。如 Bupropion 與使用劑量相關，低劑量時發生機率為 0.5%~1.0%，當劑量提高為 400mg/day 時發生機率提升為 2%~4%。而較不容易引起發作的 SSRIs 有 Trazodone、Fluoxetine、Fluvoxamine。

### 五、抗精神病藥 Antipsychotic drugs

Chlorpromazine 所引起發作的機率約為 2.1%，若同時併用其他抗精神病藥，更會增加其發作的風險性。其發作誘發與劑量相關，小於 200mg/day 約 0.3%；200mg~900mg/day 約 0.7%；劑量大於 900mg/day 則高達 9%。

Clozapine 引起發作的機率約為 10%，但同樣也和劑量相關，劑量小於 300mg/day 有 1%，用量加倍大於 900mg/day 就有 4%。

### 六、抗腫瘤藥類 Antineoplastic agents

將近有 13% 的腫瘤病人曾經歷過發作，小朋友的機率更高。密集接受化療的病人，尤其伴有肝腎功能疾病，或是使用高劑量的抗腫瘤藥物病患，其發作的情形也很常見。

## 高危險族群

藥物在治療劑量下，即可能引起發作的就要避免使用於有癲癇或是曾發作的病患，但非絕對不能使用，若有治療上的考量仍以治療為優先。肝腎功能不良的病人，因為藥物容易蓄積的關係，也屬較有風險的一群。另外，疾病

或感染症影響了腦血管障蔽(Blood- Brain Barrier; BBB)而導致過多的藥物進入中樞神經也會引起發作。甚至有些藥物因導致低血糖或低血鈉情形者也容易引起發作。

抗癲癇藥物若選擇不當也會引起發作，尤其是青少年型肌抽躍性癲癇 (Juvenile myoclonic epilepsy; JME)，首選藥為 Depakine，若使用 Carbamazepine 和 Oxcarbazepine 就會加重 JME 的病情。所以正確的診斷和用藥選擇非常重要。另外，有報告指出不當的中斷抗癲癇藥物也會引起發作，像是 Carbamazepine、Oxcarbazepine、Phenobarbital、Phenytoin、Felbamate 和 BZDs，嚴重者可能導致出現癲癇重積狀態。

藥物的血中濃度過高也會引起發作，Phenytoin 藥物血中濃度 > 30 mcg/ml 時或 Carbamazepine、Oxcarbazepine 引起的低血鈉亦會導致發作。Fluoroquinolones(FQs)引起的發作比較少見，可發生於癲癇、神經外傷或缺氧的病人，尤其常在併用 NSAIDs 時更明顯。服用 Carbapenem 所引起的發作，最常見於腎功能不好或是腦血管障蔽能力較低的病患；而使用 Theophylline 引起的發作，不論大人或小孩在任何劑量下都有可能發生。

## 致病率和致死率

藥物引起的發作多為短暫的單一事件，且致病率和致死率也很低。只是當病人發作時可能會跌倒或是受傷，甚至在開車時造成車禍而危及他人性命。當發作變成嚴重無法控制或持續延長的發作下，可能造成永久性的神經傷害，以致無法恢復。

## 預防與處置

由於藥物誘導發生的發作機轉是很多樣的，所以也很難有一個既定的方式去預防。臨床上可從下列幾點多注意防範：

1. 處方中診斷有癲癇或發作病史的病人，就要小心注意。
2. 肝腎功能不佳的病人，其用藥的劑量則應適當的調整或監測。
3. 麻醉劑 Sevoflurane 使用時，可併用 NO 或先預防性給予 BZDs、Narcotics，或將最小

肺泡濃度控制在 1.5 以下來預防。

4. 抗癲癇藥延遲停止使用的時間越長，也可以減少戒斷而引起的發作(需要 1~2 個月以上)，除非發生危及生命的嚴重副作用時，則就須立即停藥。
5. Penicillins 和 Carbapenems 用於腎功能不好的病人，建議劑量調整以降低發作風險。
6. 癲癇病史的病人使用 Antipsychotics、FQs 及 hydroxychloroquine，則要小心使用。

因為藥物引發發作的機轉大不相同，治療方針僅能循個別化。通常先找出引起發作的藥物給予停藥，或是協助慢慢減量至停藥。

急性發作時先給予 BZDs 如 Lorazepam、Diazepam 藉以有效快速的控制，接著給予 Phenytoin 控制持久發作的情形。遇有難控制的情況 BZDs 和 Phenytoin 的劑量都是可以重複給予，或短效的 Barbiturates、全身性麻醉藥也可給予，若還是控制不佳(很少數)可以給予大劑量 BZDs 或考慮其他抗癲癇藥。

BZDs 對預防 Carbapenem 引起的發作很有效，因為它會加強 GABA 的活性；也可治療 TCAs 引起的發作，但 Phenytoin 就不行，除了效力不佳外，還會加強三環類藥物可能導致

的心律失常問題。不過 BZDs 就不能用於 Theophylline 的發作，可選用 Barbiturates 的 Phenobarbital 或 Pentobarbital 負荷劑量 5~15mg/kg，可以接著再給予相同的負荷劑量直到發作結束。但要特別小心的是 Barbiturates 其呼吸及心臟方面的副作用。

若是抗腫瘤藥物引起的發作，則先考慮調整化學治療藥的治療組合(regimen)。

## 衛教及處置

藥物引起的發作情境，常為罕見且短暫，臨床上往往無法全面兼顧，衛教到每位使用可能引起發作藥物的病人，反而是那些已經處於高危險的族群需要預防給予衛教。照護者需懂得急救、預防處置及保護病人受傷害的方法；試著保持呼吸道暢通、維持方向感、防止病患咬舌、束縛帶的使用、紀錄發作時間，若發作超過 10 分鐘以上，就需送急診治療。

最後，有癲癇病史的病人要小心使用那些可能引起發作的藥物，甚至非處方藥物或中草藥，也勿擅自停用癲癇藥物以降低發作的可能。

# 荊芥—風病、血病、瘡家聖藥

～ 郭文誠 藥師 ～

## 前 言

荊芥在中藥學分類上被歸為解表藥，傳統經驗認為，荊芥為風病、血病和瘡家的要藥。荊芥為唇形科一年生草本植物荊芥 (*Schizonepeta tenuifolia* Briq.) 的乾燥帶花穗的莖枝或花穗(荊芥穗)。炒黑後稱為黑荊芥或荊芥炭。為臨床常用中藥，性溫、味辛，生品具有祛風解表、宣毒透疹、散瘀止血之功效。主治風寒感冒、咽喉腫痛及多種皮膚病，為中醫臨床常用藥物。荊芥炒炭後專功止血，可用於吐血、衄血、便血、崩漏、產後血暈等。

## 基原、成分與效用

今將荊芥之基原、成分與效用加以詳述；

### 一、本草考察

荊芥一名假蘇，先載於《神農本草經》<sup>[1]</sup>“假蘇，味辛溫。主寒熱，鼠瘻，癩癧生瘡，破結聚氣，下瘀血，除濕痺，一名鼠蕘，生川澤，列為中品。”直到《吳普本草》中才開始有“荊芥”一名。李時珍曰：“按吳普本草云，假蘇一名荊芥。”因此，歷代本草多以假蘇作為正名，如《本草經集注》、《唐本草》、《本草拾遺》、《證類本草》、《本草圖經》、《本草綱目》和《植物名實圖考》等。以荊芥作為正名的有《本草蒙荃》、《救荒本草》、《本草原始》、《本草品匯精要》和《本草從新》等明、清時期的本草。現代著作以荊芥為藥材正名。

### 二、產地

荊芥在我國分佈廣泛，臨床上多應用栽培品。河北的安國和浙江的蕭山都是歷史悠久的荊芥栽培基地。2005 年版《中國藥典(一部)》<sup>[2]</sup>中所收載的荊芥為裂葉荊芥屬植物荊芥

*Schizonepeta tenuifolia* Briq. 荊芥為一年生草本，高 60~100 cm；具有強烈香氣，莖直立，四棱形，上部分多枝，基部棕紫色，全株被灰白色短柔毛；花期 7~9 月，果期 9~11 月；生長於山坡路旁或山谷、林緣，海拔在 540~2700 m 之間；多栽培，亦有野生；分佈於黑龍江、遼寧、河北、山西、陝西、甘肅、青海、河南、四川、貴州等地，江蘇、浙江、福建、雲南等地亦有栽培。另外，《中華本草》還收載了裂葉荊芥屬的多裂葉荊芥 *Schizonepeta multifida* (L.) Briq. [*Nepeta multifida* L.]，分佈於東北及內蒙古、河北、山西、陝西等地。<sup>[3]</sup>

三、成分

荊芥的主要成分有揮發油、單萜苷、黃酮、有機酸、三萜、甾醇類等。2005 年版《中國藥典(一部)》<sup>[2]</sup>規定本品含揮發油含量不得低於 0.60% mL/g，胡薄荷酮(pulegone)為指標性成分。從荊芥穗中分離得到 10 個化合物，分別鑒定為木犀草素(Luteolin)、芹菜素(Apigenin)、反式桂皮酸(trans-Cinnamic acid)、β-谷甾醇(Sitosterol)、橙皮苷(Hesperidin)、熊果酸(Ursolic Acid)、3-羥基-4(8)-烯-p-薄荷烷-3(9)-內酯(3-hydroxy-4(8)-en e-p-menthane-3(9)-lactone)、日本檉苷(Tilianin)、橙皮素-7-o-葡萄糖苷(Hesperetin-Glucosidas)和 Schizonepetosides B，其中化合物 tilianin 和橙皮素-7-o-葡萄糖苷為首次從荊芥穗中分得。<sup>[4]</sup>

炮製方法與比較

荊芥生品辛苦而溫，具發散解表作用，可用於感冒、頭痛、麻疹、風疹、咽喉不利、瘡瘍初起<sup>[5]</sup>。荊芥炒後辛散作用減弱，有祛風理血的作用，可用於婦人產後血暈，如華佗愈風散可治療產後血暈、頭暈目眩<sup>[6]</sup>。荊芥炒炭後辛散作用變得極弱，主要用於止血。例如，用人參、黃耆、當歸、荊芥炭、薑炭配伍治療產後血暈，療效神奇，方中用荊芥炭引血歸經<sup>[7]</sup>。

現代荊芥入藥的炮製品有很多種，包括全荊芥、荊芥穗、炒荊芥、荊芥炭、荊芥穗炭、醋荊芥、蜜荊芥。有研究對荊芥生品及不同炮製品進行了品質考察，發現炮製前後橙皮苷和揮發油的含量差異較大，整理後如下<sup>[8]</sup>：

荊芥橙皮苷含量差異：如下表 (mg/g)

	荊芥飲片	炒荊芥	荊芥炭
橙皮苷	1.30	1.24	0.23
揮發油	0.44	0.38	0.06

荊芥穗橙皮苷含量差異：如下表： (mg/g)

	荊芥穗	炒荊芥穗	荊芥穗炭
橙皮苷	1.85	1.90	0.48
揮發油	0.48	0.40	0.10

所以炒製後荊芥的揮發油與橙皮苷的含量均會降，臨床應用時應選擇何種炮製品宜斟酌。

藥理作用與臨床運用

藥理作用報告顯示，荊芥穗中的黃酮、tilianin、橙皮素-7-o-葡萄糖苷、熊果酸、β-谷甾醇、桂皮酸、木犀草素和橙皮苷可抑制流感病毒唾液酸酶的活性和抑制膜融合作用，具有抗炎、鎮痛、抗 H1N1 病毒作用，且對 A 型流感病毒感染的小鼠具有一定的保護作用<sup>[9]</sup>。荊芥穗提取物芹菜素有解痙、抗胃潰瘍作用。荊芥穗炒炭對於理血止血有較好的作用，可用於多種出血症。臨床應用，常見使用於：

※ 蕁麻疹(Urticaria)

蕁麻疹俗稱風團、風疹塊(與風疹名稱相似，但卻非同一疾病)是皮膚黏膜較為常見的過敏性疾病，主要是皮膚黏膜暫時性血管通透性增加而發生的局限性水腫，即風團。風團可以伴有明顯的劇烈瘙癢和搔抓。

荊芥穗發散力較荊芥強，更長於祛風，應用於發汗解表，使風邪從汗而解。現代藥理研究證實，荊芥可增強皮膚的血液循環，增加汗腺分泌，有抑菌、抗炎作用；荊芥穗尚有明顯的抗補體作用。臨床上應用荊芥穗以“汗法”治療蕁麻疹，經由臨床實驗，療效顯著<sup>[10]</sup>。

※ 腸病毒(Enterovirus)

腸病毒是一種主要生長於腸道的 RNA 病毒，雖然名為腸病毒，在人類卻很少出現腸道的病狀。有學者用方劑：連翹 7g，金銀花 8g，桔梗 6g，荊芥穗 5g，淡豆豉 4g，薄荷 5g，竹葉 4g，甘草 3g，牛蒡子 7g，治療手足口病 50 例，治癒率 72%，總有效率 98%<sup>[11]</sup>。荊芥穗所含成分有抗炎抑菌，抗病毒的活性，與諸藥合用，共奏疏風透風、清熱解毒之功效。

※ 玫瑰糠疹(Pityriasis rosea)

為常見的炎症性皮膚病，好發於軀幹和四肢近端大小不等，數目不定玫瑰色斑片，其上

有糖狀鱗屑，本病有自限性，一般持續 6~8 周而自癒。但也有經久不癒的情況，由於很多患者延誤治療後容易遺留難看的色素沉著，應及早治療。中醫認為該病是因血熱內蘊，外受風邪所致腠理閉塞，鬱久化熱傷陰生燥所導致。荊芥穗可抗炎、抗病毒，疏風清熱，止癢透疹，促進皮疹消退，縮短病情。

#### ※ 水痘(varicella; chickenpox)

一種由水痘-帶狀皰疹病毒(varicella-zoster virus)引起的急性傳染病，屬於帶狀皰疹，一年四季可發病，尤以冬春季常見。主要通過飛沫傳染，具有高度的傳染性。趙蓉等結合中西醫用 Acyclovir 注射與銀翹散加減治療成人水痘 67 例。結果治癒達 100%，且中西醫結合治療退熱時間與治癒時間明顯縮短<sup>[12]</sup>。現代藥理研究表明荊芥穗有明顯的抗病毒作用，可增加皮膚血液循環，增加汗腺分泌，有微弱解熱作用，故治療水痘有一定療效。

#### ※ 流行性腮腺炎(Mumps)

由流行性腮腺炎病毒所引起，屬於急性病毒性疾病。大陸學者等運用中西醫結合治療流行性腮腺炎 87 例，結果治癒 84 例，占 97.7%<sup>[13]</sup>。荊芥穗的抗病毒作用結合諸藥與西藥共同作用，能有效治療流行性腮腺炎。

#### ※ 鼻竇炎(Nasosinusitis)

上頤竇、篩竇、額竇和蝶竇的粘膜發炎統稱為鼻竇炎。鼻竇炎是鼻竇粘膜的非特異性炎症，為一種鼻科常見多發病。荊芥穗辛性微溫，善發表散風，芳香氣烈，疏風清熱，開竅達鬱，具有抗炎、抗病毒的作用，因此疏風止痛、排膿通竅，可有效治療鼻竇炎。

#### ※ 咳嗽變異性哮喘(Cough type asthma)

咳嗽性哮喘，又稱咳嗽變異性哮喘，是指以慢性咳嗽為主要或惟一臨床表現的一種特殊類型哮喘。在支氣管哮喘開始發病時，大約有 5%~6% 是以持續性咳嗽為主要癥狀，多發生在夜間或凌晨，常為刺激性咳嗽，此時往往被誤診為支氣管炎。中醫認為該病多由外感而發，因調治不當，使肺失宣降，氣滯津凝，致使病情纏綿難癒而轉為哮喘。大陸學者用中藥方：炙麻黃 12g，桔梗 20g，黃芩、紫蘇子、旋覆花、蟬蛻、荊芥穗各 10g，麥冬、橘絡各 15g，黃連 3g，隨證加減治療 20 例咳嗽變異性哮喘患者取得很好的療效<sup>[14]</sup>。本方中以荊芥穗疏散在表之邪為輔，諸藥配合宣降肺氣，清熱祛痰，通過抗菌消炎、緩解支氣管痙攣等作用對咳嗽

變異性哮喘有較好的治療作用。

#### ※ 崩漏、出血(metrorrhagia and metrostaxis)

《景岳全書》舉元煎(黃耆，黨參，焦白朮，炙升麻，炙甘草，馬齒莧，益母草，仙鶴草，生蒲黃，炒荊芥穗，龍骨，牡蠣)加味治療崩漏出血有顯著效果；用補腎調經湯(山藥，當歸，石蓮，川斷，菟絲子，炒杜仲，椿根白皮，炒荊芥穗，柴胡，熟地，升麻，煅牡蠣、烏賊骨，阿膠(烱化)，炙甘草)配性激素治療功能失調性子宮出血也有顯著效果；另用當歸湯治療習慣性流產 2 例得明顯療效。炒荊芥穗止血“入血分”，養血理血，配合諸藥補氣攝血，涼血止血，活血化瘀，在治療婦科崩漏等出血疾病方面已取得很好的效果<sup>[15]</sup>

### 結語

荊芥穗芳香氣烈，質輕，效用較荊芥強，祛風解表、理血止血之功更甚。現代化學研究已發現荊芥穗中含有多種化合物，現代藥理實驗也證明其成分有良好的抗病毒、抗炎、鎮痛的作用，早已成為抗病毒方劑中最常用的中藥之一，但臨床上較少單獨使用，多與其他藥物配伍使用，由上述的一些現代研究來證實荊芥無愧於《本草備藥》所說的「是風病、血病、瘡家聖藥」的稱號。

#### 參考文獻

1. 魏·吳普·神農本草經[M].北京:人民衛生出版社, 1963:p77.
2. 國家藥典委員會·中華人民共和國藥典(一部)[M].北京:化學工業出版社, 2005:p160.
3. 國家中醫藥管理局《中華本草》編委會·中華本草[M].上海:上海科學, 技術出版社, 1998: [1]p675.
4. 胡峻, 石任兵, 張援虎等, 荊芥穗化學成分研究[J].北京中醫藥, 大學學報, 2006, 29(1):p38-40.
5. 龔千鋒·中藥炮製學[M].北京:中國中醫藥出版社, 2003:p131.
6. 宋·陳自明·校注婦人良方[M].北京:人民衛生出版社, 1965:p428.
7. 清·傅山·傅青主女科[M].上海:上海衛生出版社, 1958:p80-81.
8. 左美玲·荊芥生品及不同炮製品的品質考察[J].中國藥業, 2009, 18(2):p26-27.
9. 彭勇, 梁少偉, 李文魁, 等·國外抗流感病毒研究近況 [J]. 國外醫學·植物藥分冊, 1999, 14(1):p7-9.
10. 白正學·單味荊芥穗治療蕁麻疹體會 [J]. 中國鄉村醫藥雜誌, 2006, 13(7):p48.
11. 甄玉珍·銀翹散治療手足口病 50 例 [J]. 河北中醫, 2009, 31(1):p127.
12. 趙蓉, 陳大蓉·中西醫結合治療成人水痘臨床觀察 [J]. 實用中醫藥雜誌, 2008, 24(1):p36.
13. 魏潔, 王莉, 李慧·中西醫結合治療流行性腮腺炎 [J]. 吉林, 中醫藥, 1999, 17(3):p38.



- 
14. 鄭玉瓊，羅卡琳，賈波·中西醫結合治療咳嗽變異性哮喘 20 例療效觀察 [J]·新中醫，2006，38(11):p50-51。
15. 高志芹·當歸湯治療習慣性流產 2 例 [J]·黑龍江醫藥科學，2000，23(2):p68。