



- 本期內容：
1. 慢性咳嗽治療
  2. 早產兒呼吸窘迫 RDS 治療
  3. 天王補心丹發隱

張簡如雅/趙娉婷藥師  
張運佳 / 趙娉婷藥師  
陳彥孝 / 涂慶業藥師

## 慢性咳嗽治療

～ 張簡如雅/趙娉婷 藥師 ～

### 前 言

咳嗽是當呼吸道受到刺激時常見的生理自我保護的反射行為，不僅可以防止異物進入，亦能將呼吸道分泌物排出。咳嗽依據症狀持續時間可分類為急性、亞急性與慢性；急性咳嗽定義為持續 3 週的時間；亞急性咳嗽持續長達 3-8 週；慢性咳嗽則持續超過 8 週時間。因此當成人咳嗽持續 8 週以上，兒童維持 4 週以上，且有復發及緩解反覆過程就稱為慢性咳嗽。全球成人的慢性咳嗽盛行率為 10%-12%，主要以中年人為主，常見於 50-70 歲間，女性比男性更容易發生。慢性咳嗽造成患者噁心、嘔吐、睡眠中斷、尿失禁及社交困難等情形，需要謹慎待之。

### 咳嗽機制

咳嗽作用方式分成中樞神經作用區(CNS Targets)與呼吸道神經作用區(Airway Nerve Targets) (參見圖示)。

### 慢性咳嗽常見病因

臨床上，造成慢性咳嗽較常見的病因可分成以下幾種，若患者具有多重病因，則需要詳細評估才能正確對症下藥。

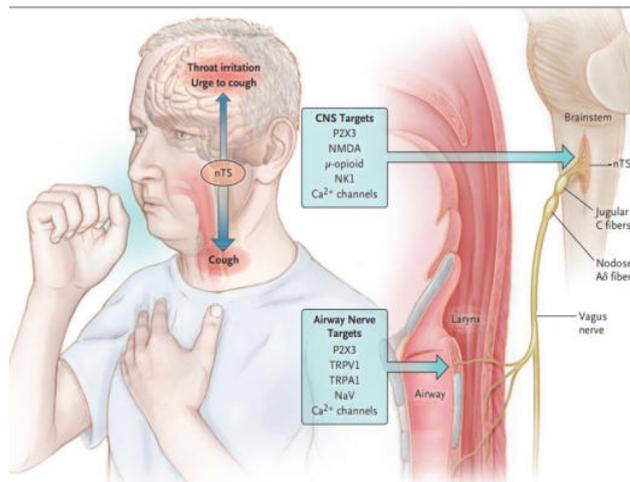
1. 變異性氣喘咳嗽 cough variant asthma 與非氣喘性嗜酸性支氣管炎 Nonasthmatic eosinophilic bronchitis：

當病人的肺功能測試正常，無典型氣喘的喘鳴聲，卻有支氣管收縮的情形為氣喘性咳嗽。至於非氣喘性嗜酸性支氣管炎則無典型氣喘具有的支氣管收縮或咳嗽受體的過度反應，藉由痰液中嗜酸性細胞濃度(>3%)、呼氣中一氧化氮分率(FeNO)或血液中嗜酸性細胞量來區別診斷。

2. 胃食道逆流性 gastroesophageal reflux 咳嗽：

目前沒有相關臨床技術可做檢測，只能以咽喉是否有鵝卵石狀的病變或聲帶僅後面一帶發炎與病人的主述來判斷是否為此型慢性咳嗽，

圖：咳嗽作用方式



除了胃食道逆流外，食道-咽喉逆流亦可能為病因，另外非酸性液體和氣體逆流也可能為病因。

3. 上呼吸道咳嗽症候群 Upper airway cough syndrome (鼻涕倒流症候群)：

當鼻黏膜過度分泌的黏液累積在鼻腔，形成鼻涕，導致鼻塞、鼻炎或鼻竇炎，甚至向下流到咽喉，感覺喉嚨癢、喉嚨有痰，而經常咳嗽。這類咳嗽的特徵是間歇性短暫的咳嗽，常見於夜間或季節轉換時。通常只要治療鼻炎，咳嗽就會改善。

4. 醫源性咳嗽 iatrogenic cough：

醫師處方的治療用藥也可能導致咳嗽及加重咳嗽，應告知醫師加以確認及處置；

※ 血管張力素轉換酶抑制劑(angiotensin-converting enzyme inhibitors)：服用 ACEI 患者約有 15-20%引起慢性咳嗽；通常在初始使用一週內發生，有延遲達六個月後發作，徵狀表現為喉嚨癢感、沙啞或發癢不適感。一般於停藥 1-4 天可改善，但也有需長達 4 週的時間。將此類藥物換成血管張力素 II 拮抗劑類即可改善。

※ 鈣離子通道拮抗劑 CCB(Calcium channel blockers) 及 雙磷酸鹽類 (bisphosphonates)：因加重胃食道逆流疾病，而導致咳嗽的增加。

※ 青光眼治療藥物：Latanoprost 可能會刺激咳嗽受體，Timolol 則可能引起氣管收縮，導致咳嗽。

5. 其他疾病導致的咳嗽：

左心室衰竭、肺部疾病、甲狀腺低下、耳鼻喉科疾病(鼻息肉、外耳道疾病)、食道憩室、心因性咳嗽(自律神經失調)、良性氣管腫瘤與慢性感染症等。

6. 不明原因：部分慢性咳嗽患者經過各類檢查仍找不出原因，目前認為跟異常神經傳導相關。

評估方式

慢性咳嗽可以藉由以下步驟加以評估；

※ 步驟一：先確認病人病史並做常規檢查是否有氣喘、鼻涕倒流、胃食道逆流或肺部相關疾病，再針對狀況治療。同時確認患者用藥是否有致咳嗽的藥品、生活習慣(抽菸、喝酒等)或環境因素(煙霧、微粒)。

※ 步驟二：若咳嗽依然持續，需做胸部 X 光來確認是否有肺部病變的問題。

※ 步驟三：若咳嗽仍然持續，就要進一步做精密的檢查，例如：上消化道內視鏡查、氣喘誘發檢查與肺功能檢查、痰抹片培養、過敏誘發檢查等

※ 步驟四：若可能原因均排除，但仍無法找到咳嗽原因，只能就神經元過度敏感方向去處理。

治療藥物

慢性咳嗽藥物治療選擇，依照藥理機制分為兩大類別；非鴉片類止咳劑與鴉片類止咳劑，以下分別介紹；

一、非鴉片類止咳劑：

※ Dextromethorphan：

作用於 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受體上，為最常用的非鴉片類止咳藥，針對慢性咳嗽族群，成人建議使用緩慢釋放劑型 60mg，一日兩次。此成分無須依照肝腎功能調整，安全性極高，副作用並不常見，但還是可能發生，如：嗜睡、暈眩、腸胃不適、頭痛、發疹等。而藥物交互作用要注意使用高劑量 dextromethorphan 與單胺氧化酶(MAO) 抑制劑、選擇性血清素再攝取抑制劑(SSRIs)、血清素和去甲腎上腺素再攝取抑制劑(SNRIs)或 triptans 類併用時可能會發生血清素症候群(Serotonin syndrome)，包括高燒、躁動、反射亢進、顫抖、瞳孔放大、腹瀉、肌肉僵硬及癲癇，如有正在服用這幾類藥物，建議看診時能主動告知醫師以利評估。

※ Benzonatate：

為一非麻醉性口服止咳劑，經由麻醉呼吸道、肺部、胸肋膜上的張力(stretch)或咳嗽感受器，進而減弱周邊作用活性，從起始處減少咳嗽的反射；也透過延髓中樞機轉抑制咳嗽反射的傳遞。Benzonatate 已上市 20 年以上，使用時不須依照肝腎功能調整劑量，唯一要注意的是此藥需要整顆吞服，避免造成咽喉麻痺不適，常與 dextromethorphan 或 guaifenesin 併用。成人常用劑量為 100-200 mg TID，兒童則建議 10 歲以上使用，劑量和成人相同。

### ※ Guaifenesin :

藉由降低氣道痰液的黏度與咳嗽反射的敏感性來減少咳嗽的頻率，並促進分泌物的清除。此藥不須依照肝腎功能調整劑量，常見成人使用劑量 600-1200 mg Q12H，兒童使用方面，美國兒科協會(AAP) 和美國 FDA 建議 2 歲以上兒童使用，依體重調整劑量。

### ※ Gabapentin :

雖為 GABA 衍生物，但對 GABA 受體不具親和力，也不影響 GABA 的代謝。結合電位調控鈣離子通道的  $\alpha 2\delta$  (alpha 2-delta) 次單元後，透過抑制中樞神經系統的興奮性神經傳導物質釋放，達到控制癲癇、慢性神經疼痛或咳嗽的效果，目前在控制慢性咳嗽尚無大型研究文獻，屬仿單標示外使用 (off-label use)。

### ※ Pregabalin :

作用方式同 Gabapentin，結合  $\alpha 2\delta$  次單元後抑制興奮性物質釋放達到療效，主要臨床用途為治療帶狀疱疹、糖尿病周邊神經病變或脊髓損傷所引起的神經痛、成人局部癲癇的輔助治療及纖維肌痛。在治療慢性咳嗽方面亦為仿單標示外使用 (off-label use)。

### ※ P2X3 antagonists :

近期藥物治療研究的重點方向，藉由結合分佈在呼吸道感覺神經纖維上 P2X3 受體來降低呼吸道神經元(例如：迷走神經)的敏感性來緩解咳嗽，目前市面上有 Gefapixant 和 Sivopixant，前者常用劑量為 45mg BID，後者為 150mg QD，這類藥物常見副作用為味覺障礙，兩者相比 Sivopixant 較不會有味覺障礙的問題。

## 二、鴉片類止咳藥物：

### ※ Codeine :

Codeine 屬鴉片類止痛藥，它為一前驅物，在肝臟中代謝為 Morphine，而僅存 Morphine 六分之一的止痛效用；另外透過直接抑制延髓的咳嗽反射具有鎮咳作用，當患者使用了非鴉片類止咳劑效果不佳時的首選鎮咳藥物。成人常見的起始劑量為 30mg Q4H 或 Q6H，可視情況調整至 60mg。常見副作用：嗜睡和便秘，高齡者須慎防跌倒危險。2 歲以下兒童不適合使用，2-12 歲兒童依體重調整劑量，哺乳及懷孕婦女不建議使用。另外，此藥主要經過 CYP 2D6、3A4 代謝，許多藥物亦經由這些酵素代謝，所以需要注意藥物相關交互作用。

除了服用咳嗽藥物外，亦須針對造成慢性咳嗽的病因加以控制；氣喘性咳嗽患者，以控制好氣喘為目標，伴隨支氣管擴張藥物、口服類固醇、短效類固醇吸入劑或其他複方吸入劑的治療。逆流性咳嗽患者，雖現無大型研究證實，但仍先以減少胃食道逆流為治療方針，除了生活習慣的調整(戒菸酒、減少精緻澱粉或飲料甜食、餐後 2 小時內不平躺等)，使用胃酸抑制劑、促進蠕動與幫助消化用藥，療程約 3 到 6 個月，如未改善，少數患者可能需要手術介入治療。而上呼吸道咳嗽症候群，以治療鼻涕倒流和痰液為首要目標，主要使用祛痰藥、抗組織胺、短期的抗鼻充血藥物或長期類固醇鼻噴劑來控制，選用抗組織胺配合治療，須注意常見副作用頭暈、嗜睡。依照個別病人需求作適當用藥選擇，治療以一週來做效果評估。

## 結 語

慢性咳嗽在生活中極為常見，也是門診常見呼吸道疾病主訴，醫師需藉由仔細詢問病史與臨床檢查來對症下藥，藥師則依照醫師開立的處方評估藥物的適應症、合理性與交互作用。在醫療各團隊合作下，對咳嗽的機轉掌握度愈來愈高後，相信未來會有更多針對神經調節咳嗽藥物上市來造福受此症狀困擾的患者。

## 參考資料

1. 中國醫藥大學附設醫院慢性咳嗽衛教單張
2. Evaluation and treatment of subacute and chronic cough in adults. UpToDate
3. Causes and epidemiology of subacute and chronic cough in adults. UpToDate
4. Gabapentin、Pregabalin 藥品仿單
5. Jaclyn A. Smith, M.B., Ch.B., Ph.D., and Ashley Woodcock, M.D. Chronic Cough. The New England Journal of Medicine 375:16 October 20, 2016 7.1544:1551.
6. 陳信如,謝為忠,賴賢勇,莊宜庭 慢性 COVID-19 咳嗽：機轉與治療策略, 內科學誌 2024 : 35 : 106-116
7. 郭炳宏醫師 成人慢性咳嗽的診斷與治療, 台大醫網 vol.208 · 2023 年 3 月, 10:12
8. 高尚志醫師 慢性咳嗽與 COPD 之鑑別診斷, 台北公會醫師會刊 2012 年第 56 卷第 8 期, 29:36

# 早產兒呼吸窘迫(Respiratory Distress Syndrome)治療

~ 張運佳/趙娉婷 藥師 ~

## 前 言

社會型態的演化，晚婚、晚育、環境壓力、人工生殖技術、醫療的進步等，全球早產兒的比率逐年增加，根據國民健康署 112 年統計平均每 10 名新生兒，就有 1 名是早產兒(10.87%)，而低出生體重(體重低於 2500g)比率佔 10.94%。早產被定義為妊娠未滿 37 週，少於 259 天發生的分娩，主要的風險因子包含：具婦產科的病史(子宮異常、子宮頸手術、具早產史)、母體條件與孕婦健康狀況(高齡、妊娠間隔短、孕前體重過輕、營養、子宮狀況不佳、長工時高壓力等。

早產兒的死亡率與出生體重和妊娠週齡(Gestational age, GA)呈負相關，極度早產(Extremely Preterm) 嬰兒 GA < 28 週的死亡率最高，約有 25%，而 GA ≤ 25 週的嬰兒死亡率則高達 50%。若以出生體重區分 112 年台灣出生體重通報 < 1500g 之嬰兒死產率為 52.45%。這些早產兒的常見死亡原因，包括呼吸窘迫症候群、感染、先天性異常、腦室內出血與壞死性小腸結腸炎。本文將介紹早產兒呼吸窘迫症候群 RDS (Respiratory Distress Syndrome) 相關用藥及治療。

## 早產兒呼吸窘迫症候群介紹

早產兒呼吸窘迫症候群 RDS 過去又稱為透明膜症(Hyaline Membrane Disease)。RDS 的臨床表現主要是肺功能異常和低血氧。主要原因為早產表面張力素生成不足的發展障礙，多在出生後的最初幾分鐘或幾小時內出現症狀：呼吸急促、鼻翼煽動、肋下回縮，且常因右到左的肺內和肺外血液分流而導致紫紺的發生。診斷方式主要透過新生兒出生臨床呼吸症狀與胸部影像學檢查結果。目前針對早產風險之孕婦於產前可使用皮質類固醇(Betamethasone、

Dexamethasone)以加速胎兒肺臟成熟，根據胎齡的不同，此項方式介入約可以減少約 60% RDS 的發生。而當早產兒出生後仍發生呼吸窘迫時，除呼吸器的輔助治療之外，補充表面張力素為一項重要的治療方式。

### \*表面張力素(Surfactant):

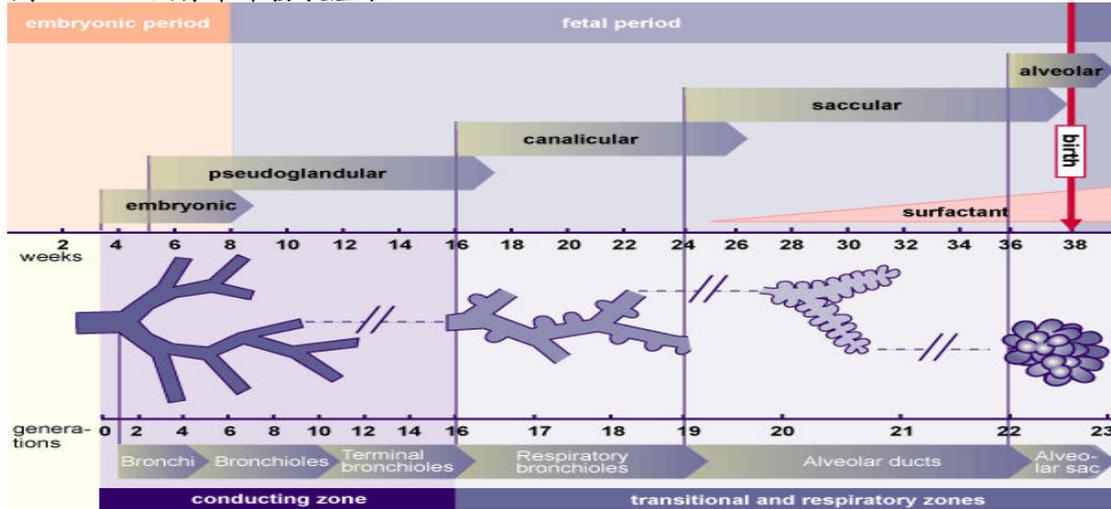
表面張力素為磷脂質混合物(主要含 50% 飽合 磷 脂 醯 膽 鹼 saturated phosphatidylcholine)用來降低肺泡表面張力。當表面張力素缺乏時，肺泡在具高表面張力情況下，會使肺泡無法膨脹，導致肺不張甚至塌陷的問題，而影響肺容量。內生性的表面張力素約於妊娠週齡 24 週時可於羊水中檢測出，且於 36 週時才完全分泌足以維持肺部功能(參見圖一)。早產兒相對於足月之新生兒僅有 1/10 之內生性表面張力素含量，也因此呼吸窘迫症多見於早產兒發生。表面張力素蛋白具有相當多型態分有 A、B、C、D，並各自具不同用途與功能(參如表一)，然而對於呼吸功能最重要的成分為 Phosphatidylcholine、Surfactant protein B(SP-B) 與 Surfactant protein C(SP-C)。

目前所使用的表面張力素具有兩種型態：合成與天然。合成的表面張力素僅含有磷脂質，不含有表面張力素蛋白，2012 年由美國 FDA 核准上市的 Lucinactant 即為合成表面張力素。天然表面張力素則由動物中取得，如：Bovactant、Calfactant、Poractant alfa、Beractant 等，而天然型表面張力素如：Calfactant 或 Poractant alfa 又優於加工的天然表面張力素 Beractant。

表一：表面張力素蛋白型態性質與功能

蛋白型態	性質與功能
SP-A	親水性。調節肺表面張力素、腎小管髓鞘的生長、免疫力
SP-B	疏水性。腎小管髓鞘的生長、促進肺表面張力素的活性與發展
SP-C	促進表面張力素的擴散與活性
SP-D	細菌性調理作用

圖一、妊娠期肺部發展歷程



以下介紹目前台灣使用的表面張力素品項：  
 一、Beractant (Survanta<sup>®</sup> 中文名: 守肺佳氣管吸入懸浮液)

此品屬加工的天然表面張力素，主要為牛肺剝碎之萃提取物，添加 Dipalmitoyl Phosphatidylcholine 和混合磷脂質。給藥方式以氣管內管給藥，將藥量分為 2-4 等份分次利用姿勢變換給藥(圖二)。其預防與治療的給藥時間不盡相同，預防劑量盡量於出生後 15 分鐘內給予；治療劑量於 X 光或臨床診斷確認新生兒罹患 RDS 後，第一劑最好於出生 8 小時內給藥。每次劑量建議 4 mL/kg (100mg/kg)，出生後 48 小時內最多使用 4 個劑量，每次劑量間隔不可低於六小時。常見不良反應多與投藥過程有關；如短暫心搏徐緩、血氧飽合降低現象。

二、Poractant alfa (Curosurf<sup>®</sup> 中文名: 凱適福氣管吸入懸液劑)

其取自豬肺臟萃取的表面張力素。建議預防劑量盡量於出生後 15 分鐘內給予

100-200mg/kg (1.25-2.5mL/kg/dose)；診斷為 RDS 後，儘速開始治療，劑量投予一劑 100-200 mg/kg/dose (1.25-2.5 mL/kg/dose)。如果 RDS 仍然是嬰兒呼吸狀態持續不佳或惡化的原因時，可約每 12 小時額外再投予 100mg/kg/doses (最高總量為 300-400 mg/kg)。投予方式同樣需以氣管內管給藥，將藥量分為二等份利用姿勢變換給藥。副作用報告含少見 ( $\geq 1/1,000$  至  $< 1/100$ ) 的敗血症、顱內出血、氣胸等。

### 藥物介紹與差異比較

Beractant 與 Poractant alfa 健保用藥規範: 自 113 年 9 月 1 日 Poractant alfa 正式納入全民健康保險給付，提供給早產兒一大福音。Beractant 與 Poractant alfa 用於新生兒(包含早產兒)因表面張力素不足引起的呼吸窘迫症候群。並需符合下列治療條件之一: (1) 需使用非

圖二、1. Beractant 以 4 等份分次利用姿勢變換給藥



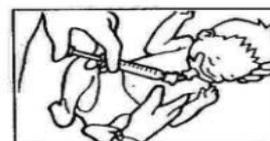
1. 嬰兒的頭和身體稍微向下傾斜，頭轉向右側



2. 頭和身體稍微向下傾斜，頭轉向左側



3. 頭和身體稍微向上傾斜，頭轉向右側



4. 頭和身體稍微向上傾斜，頭轉向左側

侵襲性陽壓呼吸治療且氧氣(FiO<sub>2</sub>)設定於30%以上者。(2)使用侵襲性呼吸輔助器者。使用時機：Survanta<sup>®</sup>於出生後48小時內最多使用4劑量，第一劑量建議在出生後8小時內使用；Curosurf<sup>®</sup>起始劑量最多使用200 mg/kg，重複劑量以每12小時，可額外再給予最高兩次100 mg/kg的重複劑量(最高總量400 mg/kg)。特別注意：Survanta<sup>®</sup>與Curosurf<sup>®</sup>藥品不得併用。

至於Beractant與Poractant alfa兩種表面張力素存在那些臨床使用差異呢？過去已有兩篇RCT研究關於此兩種成分的比較與分析，統整如下闡述：

※藥品性質差異性：

Poractant alfa相較Beractant具有更高比例的極性脂質(磷脂質)，本身即可降低更多表面張力。此外，Poractant alfa中SP-B含量較高；Beractant具有較多SP-C含量。而主要SP-B對表面活性劑的作用有顯著效用，因此有研究通過添加SP-B以改善Beractant的活性效用。較高的極性脂質和SP-B的組合可解釋Poractant alfa相較於Beractant具更快的反應。此成分的差異在RCT研究上呈現，使用Poractant alfa早產兒後續相對FiO<sub>2</sub>(給氧分率)需求量減少有相關。

※臨床效益比較：

2004年由Ramanathan R.等人的前瞻性隨機雙盲試驗研究，研究中分三組，分別介入Poractant alfa 200mg/kg、100mg/kg與beractant 100mg/kg於RDS的早產兒。研究指出Poractant alfa使用組無論高、低起始劑量相較於Beractant需要的FiO<sub>2</sub>較低。且在連續性監測發現給予初始治療後2.5小時，Poractant alfa組相較於Beractant組需要的FiO<sub>2</sub>顯著降低。而2005年Malloy等人同樣進行Poractant alfa 200mg/kg與Beractant 100mg/kg組比較研究，也顯示接受Poractant alfa治療的RDS嬰兒在最初48小時內的FiO<sub>2</sub>需求量顯著降低( $p=0.018$ )。

此外，針對重複投藥次數進行分析，僅使用一劑即可成功治療中以Poractant alfa 200mg/kg為佳，而使用Poractant alfa組別皆優於Beractant；反之使用兩劑以上的比例則以Beractant組較高。

長期研究是以治療後，追蹤受孕後年齡PCA (postconceptional age)36週時的死亡率比較，Poractant alfa 200 mg/kg組顯著相較於

Beractant 組低( $p=0.034$ )，此外也低於100 mg/kg組( $p=0.046$ )；然而Poractant alfa 100 mg/kg組相較於Beractant組並無顯著差異。

※安全性比較：

Ramanathan R.研究在整體293名嬰兒或270名妊娠週數 $\leq 32$ 週出生的嬰兒，針對可能不良事件發生，如：產生氣漏、動脈導管未閉、壞死性小腸結腸炎、肺出血、需要高頻通氣搶救、III級腦室內出血、機械通氣時間以及28天需氧量的發生率在三組之間沒有顯著差異。

Malloy等人研究顯示，接受Poractant alfa組出現顯著的動脈導管未閉比接受Beractant組少( $p=0.02$ )，較不需額外接受動脈導管閉合治療(Indomethacin)。綜合上述研究顯示，Poractant alfa在使用上相較於Beractant並無較高的不良反應風險因子。

## 結 語

過去我們在電視上看到「巴掌兒童」、「小腳丫」等早產兒新聞，隨著醫療技術的進步台灣已在24週以上的早產兒有更高的存活率，積極介入治療提高存活率及降低後遺症。透過表面張力素的使用確實緩解早產兒呼吸窘迫的症狀，並避免後續支氣管肺發育不全的發生，目前健保皆已通過了Poractant alfa與Beractant的相關給付，期望帶給早產兒更好的守護與支持。

## 參考資料

1. 中華民國112年出生通報統計年報。衛生福利部國民健康署編印
2. <https://embryology.ch/old/anglais/rrespiratory/phasen07.html>
3. Pediatric Pharmacotherapy, Second Edition
4. Ramanathan R, Rasmussen MR, Gerstmann DR, Finer N, Sekar K, North American Study G. A randomized, multicenter masked comparison trial of poractant alfa (Curosurf) versus beractant (Survanta) in the treatment of respiratory distress syndrome in preterm infants. American journal of perinatology 2004; 21(3): 109-119.
5. Malloy CA, Nicoski P, Muraskas JK. A randomized trial comparing beractant and poractant treatment in neonatal respiratory distress syndrome. Acta paediatrica 2005; 94(6): 779-784.
6. Sabzevari F, Eslamian M, Karami Robati F, Bahmanbijari B, Daei Parizi Z, Jamali Z. Comparison of the efficacy of two natural surfactants (BERAKSURF and BLES) in the treatment of respiratory distress syndrome among preterm neonates. BMC Pediatr. 2023 Dec 1;23(1):608
7. Survanta 仿單、Curosurf 仿單

# 天王補心丹發隱

～ 陳彥孝/涂慶業 藥師 ～

## 前 言

歷代中醫院校方劑學中天王補心丹皆選自《攝生秘剖》或明朝《校注婦人良方》，惟直到上世紀 80 年代後期，敦煌研究者發現收藏在英國的唐人寫本佛經的末尾有一段題目為「毗沙門天王奉宣和尚神妙補心丸方」的文字，其中記錄了具體的配方和《攝生秘剖》中天王補心丹配方基本一致。這是此方子存世的最早記錄，亦是大部分學者認為其方名的來源。

唐代高僧道宣律祖(西元 596-667)，佛教律宗南山宗的創始人，相傳他晚年，每日在王殿中誦經念佛，不舍晝夜，因此過度勞心成疾，未完夙願。四大天王之一的毗沙門天王念其講經勞心，故在夢中授予此方，專於補心，名為「天王補心丹」。後來，道宣律祖將此方公諸於世，凡勞心之人，盡可服用。在醫學文獻上記載本方：「寧心保神，益血固精，壯力強志，令人不忘。清三焦，化痰涎，祛煩熱，除驚悸，療咽乾，育養心神。」

## 作用原理

心藏神、肝藏魂，人體神志的變化與心、肝二臟的功能活動有密切關係。「驚者平之」(《素問至真要大論》)、「重可去怯」(《証類本草》)、「虛者補之」(《素問至真要大論》)是安神方的立法依據。凡能安定神志，以治療心神不寧病症為主要功用的藥物稱為安神藥。

安神藥多入心、肝二經，以安神藥為主組成，用於治療心神不安、心悸怔忡、失眠多夢及驚風、癲癇、癲狂等症的方劑稱為安神方。分為重鎮安神方和養心安神方，如表一。

天王補心丹歸為養心安神方，具滋陰清熱，補心安神功效，主治，陰虛血少，神志不安証，心悸怔忡，虛煩失眠，神疲健忘，或夢遺，手足心熱，口舌生瘡，大便乾結，舌紅少苔，脈細而數。

表一：安神藥類別

分類	性能	功效	主治
重鎮安神方	質重性降	取其重則能鎮，重可去怯的作用	多用於實證，症見心神不安，心悸怔忡，煩躁易怒，驚癇癲狂等
養心安神方	質潤性補	取其補心養肝的作用	適用於虛症，見心肝失養所致的虛煩不眠，心悸怔忡，健忘多夢等証

## 現代應用

內經曰：「心者，君主之官，神明出焉；神明受傷則主不明而十二官危。」故從心論治藥多入心，是眾多醫家對此組方的共識。

天王補心丹為滋陰養血，補心安神的代表方劑。主要針對陰虧血少，心腎不足而設。只要病機表現符合其適應症便可加減應用，體現了中醫辨證論治，同病異治，異病同治的精髓。

### 一、神經系統疾病

1. 神經衰弱：為神經系統衰弱而無器質損害的功能性疾病。多見於腦力勞動者。以精神易興奮，腦力易疲乏為主要特徵。腦功能衰弱症狀為主要臨床表現。辨治方法：腎虛腎水不能上濟於心，心腎不相交。

2. 精神分裂症：陰虛火旺型症歸屬於中醫學「狂病」範圍。主要表現為突發性暴怒，精神興奮，意志活動增強等。治療應以滋陰降火，益氣補心為主。

3. 失眠：天王補心丹加減治療老年人失眠有較好的療效。治療頑固性失眠症有醫者將西藥與中藥組方結合從而得到了更好的療效。此方治療婦女更年期綜合症，失眠症屬陰虛火旺者效果良好，作用持久，短期復發率低。

4. 焦慮症：為中醫神志病中狂證、鬱證的一種，

治療上往往從心論治。此方在焦慮症療效和改善神經功能缺損狀況上有明顯效果，且無明顯不良反應。

5. 抑鬱症、眩暈、老年癡呆、譫妄：天王補心丹治療能達到良好的效果，對於譫妄則不會出現神智淡漠或嗜睡等西藥不良反應。

二、循環系統疾病

心陰以滋養心神，心陰和調則心神既守藏於內又主持於外。尤其是心陰和調則心陽不亢從而保持陰平陽秘。對心血管疾病(心絞痛、心律失常、心肌炎、心力衰竭等)，亦可辨證施治。

三、內分泌系統疾病

1. 糖尿病性心肌病：天王補心丹加味治療氣陰兩虛型糖尿病性心肌病病人療效明顯。

2. 甲狀腺功能亢進：甲狀腺激素過多引起的甲狀腺毒症。類似於中醫學的「癭」病，證型多為陰虛火旺證；多數由飲食、情志、體質因素致氣、痰、火、瘀並存。多數患者病程進展多由實轉虛。甲亢患者機體長時間處於高代謝狀態使心功能受到影響，故臨床多以心悸怔忡為主要表現，但究其根本還是心肝陰虛。天王補心丹能緩解症狀，同時標本兼治。

3. 更年期綜合症、多囊卵巢綜合症不孕、月經後期：使用加減方治療能達到明顯效果。

組成藥物介紹

天王補心丹組成含人參、茯苓、玄參、丹參、桔梗、遠志、五味子、當歸、麥門冬、天門冬、柏子仁、酸棗仁、生地黃。配伍要點為標本兼治，心腎兩治，以補養陰血為主。其配伍意義詳列於(表二)，功效分別介紹如下：

1. 人參：五加科植物人參 *Panax ginseng* C. A. Mey. 的乾燥根(栽培品)。性平、味甘、微苦，微溫。歸心、肺、脾經。功效為大補元氣，複脈固脫，補脾益肺，生津止渴，安神益智。用於體虛欲脫，肢冷脈微，脾虛食少，肺虛喘咳，津傷口渴，內熱消渴，久病虛羸，驚悸失眠，陽痿宮冷；心力衰竭，心原性休克。
2. 茯苓：多孔菌科真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw.) Wolf 的乾燥菌核。性味甘、淡，平。歸心、脾、腎經。功效滲濕利水，健脾和胃，寧心安神，小便不利，水腫脹滿，痰飲咳逆，嘔吐，脾虛食少，泄瀉，心悸不安，失眠健忘，遺精白濁。

表二：天王補心丹配伍意義

分類	藥名	功效
君	生地黃	滋陰養血，治病求本
臣	麥門冬 天門冬 玄參	滋陰清熱
	柏子仁 酸棗仁	養心安神
	當歸	補血養心
佐	人參	益氣寧心
	五味子	斂心安神
	茯苓 遠志	寧心安神
	丹參	涼血清心
	朱砂	鎮心安神
使	桔梗	載藥上行入胸

3. 玄參：玄參科植物玄參 *Scrophularia ningpoensis* Hensl. 的乾燥根。性味甘、苦、鹹，微寒。歸肺、胃、腎經。功效清熱涼血，瀉火解毒，滋陰。用於溫邪入營，內陷心包，溫毒發斑，熱病傷陰，舌絳煩渴，津傷便秘，骨蒸勞嗽，目赤，咽痛，瘰癧、白喉、癰腫瘡毒。
4. 丹參：唇形科植物丹參 *Salvia miltiorrhiza* Bge. 的乾燥根及根莖。性味苦，微寒。歸心、肝經。功效為活血調經，祛瘀止痛，涼血消癰，清心除煩，養血安神。主治月經不調，經閉痛經，症瘕積聚，胸腹刺痛，熱痹疼痛，瘡瘍腫痛，心煩不眠，肝脾腫大，心絞痛。
5. 桔梗：桔梗科植物桔梗 *Platycodon grandiflorum* (Jacq.) A. DC. 的乾燥根。性味苦、辛，平。歸肺經。功效為宣肺，祛痰，利咽，排膿，利五臟，補氣血，補五勞，養氣。主治咳嗽痰多，咽喉腫痛，肺癰吐膿，胸滿脅痛，痢疾腹痛，口舌生瘡，目赤腫痛，小便癃閉。
6. 遠志：遠志科植物遠志 *Polygala tenuifolia* Willd. 或卵葉遠志 *Polygala sibirica* L. 的乾燥根。性味苦、辛，微溫。功效安神益智，祛痰，消腫。用於心腎不交引起失眠多夢，健忘驚悸，神志恍惚，咳痰不爽，瘡瘍腫毒，乳房腫痛。
7. 當歸：傘形科植物當歸 *Angelica sinensis* (Oliv.) Diels 的乾燥根。性味甘、辛，溫。歸肝、心、脾經。功效為補血活血，調經止痛，潤腸通便。用於血虛萎黃，眩暈心悸，月經不調，經閉痛經，虛寒腹痛，腸燥便秘，風濕痹痛，

跌撲損傷，癰疽瘡瘍。

8. 五味子：木蘭科植物五味子 *Schisandra chinensis* (Turcz.) Baill. 的乾燥成熟果實。性味酸、甘，溫。歸肺、心、腎經。功效為收斂固澀，益氣生津，補腎寧心。用於久嗽虛喘，夢遺滑精，遺尿尿頻，久瀉不止，自汗，盜汗，津傷口渴，短氣脈虛，內熱消渴，心悸失眠。

9. 麥冬：百合科植物麥冬 *Ophiopogon japonicus* (Thunb.) Ker-Gawl. 的乾燥塊根。性味甘、微苦，涼。歸心、肺、胃經。功效為滋陰生津，潤肺止咳，清心除煩。主治熱病傷津，心煩，口渴，咽乾肺熱，咳嗽，肺結核。

10. 天門冬：百合科植物天門冬 *Asparagus cochinchinensis* (Lour.) Merr. 的乾燥塊根。性味甘、苦、寒。歸肺、胃經。功效為養陰清熱，潤燥生津。主治肺結核，支氣管炎，白喉，百日咳，口燥咽乾，熱病口渴，糖尿病，大便燥結。

11. 柏子仁：柏科植物側柏 *Platycladus orientalis* (L.) Franco 的乾燥成熟種仁。性味甘，平。入心、肝、腎經。功效養心安神，潤腸通便。用於虛煩不眠，心悸怔忡，腸燥便秘等症。

12. 酸棗仁：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、脾、肝、膽經。功效為養心補肝，寧心安神，斂汗，生津。用於慮煩不眠，驚悸多夢，體虛多汗，津傷口渴。

13. 地黃：玄參科植物地黃 *Rehmannia glutinosa* Libosch. 的新鮮或乾燥塊根。性味分述如下：鮮地黃乃甘、苦，寒。生地黃乃甘，寒。熟地黃乃甘，微溫。生地黃歸心、肝、腎經。熟地黃歸肝、腎經。功效為鮮地黃清熱生津，涼血止血；生地黃清熱涼血，養陰生津；熟地黃滋陰補血，益精填髓。可用于陰虛發熱，消渴，吐血，衄血，血崩，月經不調，胎動不安，陰傷便秘等症。

### 臨床運用建議

辨證要點：以心悸失眠，手足心熱，舌紅少苔，脈細數為証治要點。

使用宜忌：本方滋陰藥較多，脾胃虛弱者慎服用。忌胡荽、大蒜、蘿蔔、魚腥、燒酒。加減變化：失眠較重者，可酌加龍骨、磁石等以增其安神之功。

表三：安神方功用表

分類	方名	功效	主治
重鎮安神	朱砂安神丸	重鎮安神，瀉火養陰	心火亢盛，陰血不足證
養心安神	酸棗仁湯	養血安神，清熱除煩	肝血不足，虛煩不眠證
	天王補心丹	滋陰養血，補心安神	陰虧血少，心悸失眠之證

安神藥方劑在臨床應用時應根據不同的病因病機選擇適宜的安神方藥，並做相應的配伍。安神類方比較見(表三)。

### 結語

天王補心丹為中醫安神劑，具有滋陰清熱、養血安神之效。方中生地黃滋腎陰、養心血，玄參、天冬、麥冬滋陰清熱、補水制火。酸棗仁、柏子仁養心安神。五味子酸收斂心氣、引神入舍。當歸、丹參調理氣血，使諸藥滋而不膩，補而不滯，共為佐藥，標本兼治。全方配伍，藥味雖多，但組方精準，功效卓著，用於治療思慮過度、怔忡健忘，臨床應用十分廣泛。

### 參考資料

1. 臺北市立聯合醫院藥訊，110年11月第200期。
2. 中醫藥學院，中藥方劑圖像數據庫，安神劑。<https://library.hkbu.edu.hk/>
3. <https://www.ntdtv.com/b5/2022/09/21/a103533328.html>
4. <http://m.fodizi.tw/qt/qita/26287.html>
5. <https://maitiriya888.pixnet.net/blog/post/459999238>
6. [https://read01.com/azm82kK.html#google\\_vignette](https://read01.com/azm82kK.html#google_vignette) 壹讀雜誌
7. 苗小玲，心病證治規律及配伍用藥，中醫學報. 2019, (02)。
8. 趙宏廷，天王補心丹的現代應用，光明中醫. 2013, (09)。
9. 凌玲，神經衰弱癥從腎論治，吉林中醫藥. 2004, (04)。
10. 吳雷、朱桂東、徐偉杰，天王補心湯治療陰虛火旺型精神分裂癥48例，浙江中醫雜誌. 2018, (09)。
11. 劉昕月、崔鵬，天王補心丹論治心肝陰虛型甲狀腺功能亢進癥的理論依據，臨床合理用藥. 2024, (10)。
12. 印光法師，印光法師文鈔，卷四，清蓮出版社，1999。
13. 王憲齡，中醫方藥學，人民軍醫出版社，2006。
14. 肖金海，天王補心丹基礎研究與臨床應用進展，醫學理論與實踐，2019年第32卷第4期。
15. 張泰、楊楠、康琳，天王補心丹的臨床和藥理研究進展，中西醫結合心腦血管病雜誌，2019年9月第17卷第18期