

抗憂鬱劑使用

～詹壁瑋藥師～

前言

根據中研院生物醫學科學研究所調查台灣 1990 到 2010 年「常見精神疾病」的盛行率，以憂鬱症和焦慮症為主。經分析發現，台灣常見的精神疾病盛行率，從 1990 年的 11.5% 上升至 2010 年的 23.8%，成長了 1 倍，成長趨勢也與同時期的全國失業率、離婚率、自殺率長期走勢相符合。

然而因為憂鬱引起的社會問題也不容忽視。本文將依據國內憂鬱症治療指引及抗憂鬱劑的第一線用藥與其適用情況作簡短介紹，並簡介各類型抗憂鬱劑不建議使用的族群、併用療法以及 Escitalopram 特殊使用時機。

憂鬱症分類探討

一、Bipolar depression(雙極性情感異常，鬱型)

因為罹患 Bipolar depression 的病人容易發生 mania (躁症) 的風險，所以併用「情緒穩定劑：lithium or lamotrigine」可預防 mania 的發生。故其第一線用藥以情緒穩定劑(例如：lithium 或 lamotrigine) 併用抗憂鬱劑 (例如：SSRI 或 bupropion) 為主。

二、Psychotic depression (精神病型的憂鬱症)

此類病患以抗憂鬱劑併用非典型抗精神病藥如 Risperidone、Quetiapine 作為臨床第一線用藥。

三、Agitated Depression (焦慮抑鬱症、坐立不安型的憂鬱症)

此類病患以鎮靜型抗憂鬱劑如 Mirtazapine 作為臨床第一線用藥。

四、Depression with psychomotor retardation (遲緩型的憂鬱症)

因為此類病人大多缺乏 Norepinephrine，所以可選用 NRI (具 NE reuptake inhibitor：Bupropion、Venlafaxine) 或 SSRI，作為此類病患之第一線用藥。

五、

抗憂鬱劑第一線用藥與其適用情況

“Venlafaxine 或 TCA” 可用於治療糖尿病引起的神經病變疼痛，以及其他慢性疼痛以及因憂鬱引起偏頭痛等的鎮痛作用[1]，故當病患合併有疼痛問題，可作為優先考慮用藥。2008 年 JAMA 期刊的一篇研究報告指出，在前三個月內曾有中風 (在中風後 3 個月中) 的 50 歲到 90 歲成人受試者服用抗憂鬱劑 Escitalopram (利普能，Lexapro®) 和安慰劑 (糖錠)；在治療的 12 個月期間，安慰劑組患者較抗憂鬱劑立普能組有 4.5 倍的機率得到憂鬱症，所以 Escitalopram 對於預防中風後憂鬱症有顯著的效能[2]。對於中風後預防憂鬱症發生的第一線抗憂鬱劑，建議可選用 SSRI 中的 Escitalopram。當病人同時罹患心臟疾病，則建議選用 Nontricyclic antidepressants，如 Mirtazapine (屬於：四環類)、Venlafaxine (屬於：異環類)、SSRIs、Bupropion [3]。

抗憂鬱劑的併用療法

一、Mirtazapine 30 mg/天 併用 Venlafaxine

225 mg/天

(連續併用 3 個月以上)

根據發表在 2010 年美國一般精神醫學期刊(American Journal of Psychiatry)的雙盲比較研究指出，Mirtazapine 併用 fluoxetine、venlafaxine 或 bupropion，比單用 fluoxetine 更有效治療重度憂鬱症(major depressive disorder, MDD)且耐受良好。其中以 Mirtazapine 併用 Venlafaxine 表現最佳[4]。故對於重度憂鬱症(MDD)病人可達到最高的症狀緩解率。

二、Escitalopram 10mg/day 併用 Bupropion SR 150 mg/day

使用 Escitalopram 併用 Bupropion SR 連續 12 週對於慢性或復發型重鬱症 (recurrent MDD) 病人可達到有效的症狀控制並具有良好耐受性。療程開始第一週給予 Escitalopram 10 mg/day，第二週再給予 Bupropion SR 150 mg/day，連續併用 12 週；治療期間，最大劑量 Escitalopram 20 mg/day、Bupropion-SR 400 mg/day [5]。故慢性或復發型重鬱症 (recurrent MDD) 病人可達到有效的症狀控制並具有良好耐受性。

Escitalopram 特殊使用時機

一、對於中風後的非憂鬱症病人

每天服用 5-10 mg 低劑量的

Escitalopram，連續 12 個月之後，可作為中風後的重建輔助治療。

【預期效益】

根據刊載於 2010 年 2 月”一般精神醫學誌(Archives of General Psychiatry)” [6]文獻指出：無論針對出血性或缺血性中風之後 3 個月內的病人，每天服用 5-10 mg 的 Escitalopram，連續 12 個月之後，可作為中風後的重建輔助治療。

主要在於可促進中風之後的認知功能恢復，尤其改善文字和視覺記憶的功能。此外可促進神經可塑性，所以有效改善或輔助恢復自

發性動作與認知恢復程度。

二、對於更年期婦女(無憂鬱症)

根據發表在 2011 年 1 月 19 日美國醫學會期刊的一項新研究結果指出，與安慰劑相比，針對使用賀爾蒙治療有危險因素考量的更年期婦女，每天服用 10 mg Escitalopram，連續 2 個月之後，可顯著減少絕經期 (指自最後一次月經期或雙側卵巢切除術後 12 個月或以上者) 發生熱潮紅(hot flash)頻率和嚴重程度 [7]。

抗憂鬱劑使用時注意事項

一、Amitriptyline

1.與 SSRIs、SNRI 相比較，不建議用於老年人。且避免用於併患青光眼、尿液滯留的憂鬱症病人。

2.不適用於體重過重的焦慮、憂鬱病人。

二、Venlafaxine

不適用於原本有高血壓、心血管疾病的憂鬱症病人。

三、Mirtazapine

不適用於體重過重的憂鬱症病人。

四、Bupropion SR

禁用於罹患貪食症、神經性厭食症、癲癇病史的病人。

五、Paroxetine

1.避免用於體重過重、肥胖的憂鬱症病人。

2.較不建議用於「不適合使用具抗膽鹼作用的藥品」的病人，例如：老年人、青光眼、尿液滯留的病人。

六、Escitalopram

病人處於癲癇症狀、躁動症狀時，應停用 Escitalopram。

國內憂鬱症治療指引

依據台北市憂鬱症共同照護網與憂鬱症治療指引，將治療步驟分成 4 階段：

一、Stage 1：以單一治療為主

1. 藥物治療：首選藥物有 SSRIs、SNRI、mirtazapine、trazodone、Bupropion SR、moclobemide。
 2. 心理治療。
- 二、Stage 2：仍以單一治療為主，若藥效不佳，則須換藥
- 換藥 (switch)：為與治療步驟一的藥物轉換成不同藥理分類的抗憂鬱劑為原則，但可接受不同 SSRI 之間的互換。
1. 藥物治療：SSRIs、SNRI、mirtazapine、trazodone、Bupropion SR、moclobemide、TCA。
 2. 心理治療。
- 三、Stage 3：合併治療 (combination therapy)
1. 合併兩種抗憂鬱藥：TCA + SSRI，Bupropion SR + SSRI，或 Antidepressant + Antipsychotic。
 2. 藥物治療加上心理治療。
- 四、Stage 4：電痙攣治療 (electroconvulsive therapy, ECT)
- 適應症包括：高自殺危險性、嚴重或是慢性之憂鬱症、精神病性憂鬱症、身體狀況不佳、懷孕婦女。
5. Stewart, Jonathan W. M.D., Mcgrath, Patrick J. M.D. : *Does Dual Antidepressant Therapy as Initial Treatment Hasten and Increase Remission from Depression?* *Journal of Psychiatric Practice* 2008;14:271 – 280
 6. Jorge RE1, Acion L, Moser D, et al : Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(2):187-196
 7. Ellen W. Freeman, PhD; Katherine A. Guthrie, PhD; Bette Caan, DrPH, et al : Efficacy of Escitalopram for Hot Flashes in Healthy Menopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2011;305(3):267-274.

參考文獻

1. Kurt Kroenke M.D., Robert L. : Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5[suppl 7]:19 – 26
2. Robinson RG1, Jorge RE, Moser DJ, et al : Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2008 May 28;299(20):2391-2400.
3. J. John Mann M.D. : The Medical Management of Depression. *N Engl J Med* 2005;353:1819-34
4. Boyarsky BK, Haque W, Rouleau MR, et al : Combination of Antidepressant

上消化道出血處置概論

～ 陳素靜 藥師 ～

前 言

上消化道出血常見於罹患有消化性潰瘍的患者，而絕大多數的消化性潰瘍出血會自行停止，僅少數高風險的病人會發生復發性出血 (recurrent hemorrhage)，需進一步藉由內視鏡處理與治療，以減少復發性出血的風險[1]。若內視鏡治療失敗，則可能需再進一步經由血管攝影(angiography)或手術的介入。

消化道出血之風險評估

上消化道出血最常見的病因，有消化性潰瘍(Peptic ulcers disease)、食道靜脈曲張(Esophagogastric varices)、糜爛性胃炎(Erosive gastritis)、食道炎(Esophagitis)、馬魏氏症候群(Mallory-Weiss syndrome)、血管異常增生(Angiodysplasia)、腫瘤、Dieulafoy 病變(Dieulafoy's lesion)等等因子。透過上消化道內視鏡(Esophagogastric duodenoscopy)以作為出血原因之釐清及再出血風險的評估，也是上消化道出血之首選標準診斷和治療工具[2]，故建議於上消化道出血 24 小時內執行處置。

在評估病人出血持續的時間，以及是否有再出血的風險是很重要的，故首先檢視病人的用藥史中是否有 NSAIDs、aspirin、anticoagulants 及 antiplatelet agents 等藥品並暫時停止服用，以減少病人再出血的風險。再者了解病人是否有酗酒(alcohol abuse)的情形、是否有上消化道出血、肝臟疾病及凝血功能障礙(coagulopathy)等等病史。Rockall score 和 Blatchford score 是最被廣泛使用的兩個評分系統。其中 Rockall score 主要的評估因子有年

齡、有無休克、有無出血病變，以及合併症的位置等，其得分的範圍從 0 到 11[3]。

Blatchford score 的評估因子有尿素氮(BUN)、血色素(Hb)、收縮壓(Systolic BP)、心跳速率每分鐘有無大於 100 下、有無黑便情形，是否發生暈厥的情形、有無肝臟疾病及心臟衰竭等等危險因子，其得分範圍從 0 到 23。作為檢視哪些患者需積極的臨床處置介入，如急性非靜脈曲張性上消化道出血 (acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, UGIB)。一般而言，這兩種評估系統的敏感度(sensitivity)，以 Blatchford score 評估系統比 Rockall score 評估系統為高[4]。

在藉由內視鏡作為病人再出血風險比例的評估及預測如表一。此外由於腸道內的積血，一般約需 3 日才能完全排盡，故不宜以黑便作為作為繼續出血的指標，若病人反覆嘔血、黑便的次數增多，以及血色素、紅血球、血比容等數值持續下降，網織紅細胞(reticulocyte)計數持續增高等情形，則應考慮病人發生持續出血或再出血的情形。

臨床處置

密切監測病人的呼吸、生命徵象、心律(cardiac rhythm)以及尿量等臨床症狀，以及注意放置鼻胃管後的輸出量(output)等，以維持穩定的血行動力學。若病人有發生低血壓的情形時，可快速地給予輸注等滲性晶體溶液(fluid resuscitation)，如給予生理食鹽水(normal saline)或乳酸林格氏液(Lactated Ringer's solution) 500 mL 輸注 30 分鐘。

當內科治療失敗的靜脈曲張大量出血患者，可暫時使用氣囊壓迫止血來壓迫食道或

胃賁門的靜脈曲張來達到止血的效果，一旦出血點止住，就應儘快將氣球放鬆，以避免因壓迫過久反而造成食道黏膜潰爛或壞死。對於出血點無法確定且持續出血的病患，可藉由血管攝影或核子醫學檢查協助尋找出血的位置進而治療。當內科療法無法止血或持續出血超過 48 小時，24 小時內輸血量超過 1500ml 或反覆出血併有低血壓、休克等情形發生時，即應照會外科醫師以手術方式來進行止血。

藥物治療

在藥物的治療方面，若有懷疑或已知的嚴重上消化道出血，會先緊急給予氫離子幫浦阻斷劑(proton pump inhibitor, PPI)，如一天兩次 Esomeprazole 40 mg 或 Pantoprazole 40 mg 等靜脈輸注。

若為已知或懷疑食道胃靜脈曲張破裂出血(esophagogastric variceal bleeding)和/或是肝硬化的病人，則於內視鏡治療前後，48~72hr 短期給予 Octreotide (100 μ g iv bolus then 25-90 μ g/hr iv infusion) 或 Vasopressin (如 Pitressin (20U/ml/Amp) 100u in D5W250ml, iv drip, start dose 0.2-0.4u/min 或 Glypressin 2mg iv bolus over 5min, then 1mg iv q6h)。並給予口服 sucralfate 來保護結紮或硬化治療後所產生的潰瘍。

通常有 20% 肝硬化病人，容易因消化道出血發生細菌性感染的風險，而這些患者於住院期間約有 50% 的病人容易有再發性的感染問題，因此會增加這類患者的死亡率。故必要時可考慮投予抗生素的治療，如 Ceftriaxone、Augmentin[®] (Amoxicillin-clavulanate) 或 Quinolone 等藥物。

在多個臨床試驗中，評估肝硬化患者在住院治療出血方面，預防性抗生素使用的療效評估，結果顯示感染性併發症的比例整體下降，因而可能降低病人的死亡率。此外抗生素也可能減少食道靜脈曲張破裂出血的患者，發生復

發性出血的風險。綜上而論，目前的證據顯示，在肝硬化患者有出現急性上消化道出血時，應給予預防性抗生素的使用[5]，會有較佳的臨床治療成效。

抑制胃酸藥物(Acid suppression)

在氫離子幫浦阻斷劑(PPI)的使用上，臨床證據顯示，主要是應用 PPI 可提高胃酸的 pH 值大於 6 以上，可以穩定血液凝塊以達到止血的效果，以改善臨床治療的結果[6, 7]。因此，氫離子幫浦阻斷劑通常被廣泛地使用於消化性潰瘍出血的患者。

研究結果顯示，在胃食道逆流(GERD)和胃腸道出血(GI bleeding)的患者，對於其胃腸道潰瘍的癒合程度上，與 PPIs 相比，組織胺受體拮抗劑(histamine-2 receptor antagonists, H2-RAs)是屬於一個較不具療效而且是容易快速產生耐受性(tachyphylaxis)的藥物，也因此而限制了 H2-RAs 在這類患者的長期維持治療，或是高劑量靜脈給藥的臨床使用。此外在成本效果分析(Cost Effectiveness Analysis, CEA)的研究中顯示，與安慰劑或 H2RA 相比，使用 PPI 的治療，可降低高危險群患者其消化性潰瘍出血後的死亡率，並可降低再出血的風險比率和手術介入的處置[8]。

氫離子幫浦阻斷劑的治療劑量 (High-dose vs low-dose proton pump inhibitors)

在應用 PPI 高劑量的臨床使用評估方面，通常上消化道出血在作內視鏡之前，每天早晚給予靜脈注射氫離子幫浦阻斷劑，以作為出血時的初始治療。在統合性分析(Meta-analyses)之隨機試驗的研究，高劑量氫離子幫浦阻斷劑(先給予 80 mg bolus 接著以每小時 8 mg 持續性的劑量輸注的給藥，與中劑量 PPI 間歇性給藥的治療方式相比，結果顯示兩者之間並無顯著性的差異。因此，PPI 在上消化道出血的使用劑量上，可建議每日兩次的給藥即可[9]。

Wu, L.C., et al.(2010)等人統合性分析(Meta-analysis)的研究，針對高危險群患者(指消化性潰瘍病人併有動脈噴血、滲血、可見血管未有出血或黏附血管壁之血栓等)，其再出血風險的分析結果亦顯示高劑量的PPI持續性靜脈輸注(Omeprazole or Pantoprazole 80 mg iv bolus, 8 mg/h infusion × 3 d)並不優於低劑量PPI之靜脈給藥(Omeprazole or Pantoprazole 40 mg iv bolus qd-q12h × 3 d)，其 odds ratio 為 1.091 (95% CI: 0.777-1.532)[10]。總體而言，目前對於PPI高劑量或低劑量的使用，尚無嚴謹且充分的證據證明其優劣[11]。

促進胃腸道蠕動藥物(Prokinetic drug)

臨床上促進胃腸道蠕動的藥物(Prokinetic drug)如 Erythromycin 和 Metoclopramide 等，被使用於急性上消化道出血，主要是透過清除血液、血塊和食物殘渣等目的，以改善胃在內視鏡下的能見度。其中 Erythromycin 的合理劑量為，於內視鏡檢前 30-90 分鐘，以 3 mg/kg 的劑量，靜脈輸注約 20 至 30 分鐘[12]。

抗纖維蛋白溶解劑

Tranexamic acid 是屬於抑制纖維蛋白溶解的藥物(antifibrinolytic agent)，主要藉由抑制纖維蛋白溶解的作用來減少出血，以作為治療粘膜或皮膚出血之單一或輔助性療法[13]。其給藥的劑量為 10 mg/kg 每 8 小時靜脈給藥，或 20 mg/kg 每 8 小時口服給藥。Tranexamic acid 的給藥雖然可減少約三分之一的創傷患者輸血的比例，然其在對於發生血栓性栓塞的事件上，則具有不確定性的風險，如心肌梗塞(RR=0.68, 95%CI:0.43 -1.09; P=0.11)、中風(RR=1.14, 95%CI: 0.65- 2.00; P=0.65)、深層靜脈栓塞(RR=0.86, 95% CI: 0.53 - 1.39; P=0.54)和肺栓塞(RR=0.61, 95%CI: 0.25 - 1.47; P=0.27)等栓塞事件[14]。

最近在考科藍文獻系統性回顧(Cochrane.

Database of Systematic Reviews, CDSR)中納入 1973 年至 2011 年隨機對照試驗的研究分析，在評估 Tranexamic acid 對於上消化道出血時的反應顯示，與安慰劑相比，Tranexamic acid 的使用可降低患者的死亡率(RR= 0.60, 95% CI: 0.42 - 0.87; P value = 0.007; I² = 0%)，以及再出血的比率(RR= 0.80, 95% CI: 0.64 - 1.00; P value= 0.07; I² = 49%)；另在減少手術出血的風險上，則有些許效果(fixed-effect meta-analysis；RR= 0.73, 95% CI: 0.56-0.95)，但這效果並不具統計上的顯著差異(random-effects meta-analysis；RR= 0.61, 95% CI: 0.35 -1.04; P value =0.07)。

另有研究指出 Tranexamic acid 的使用，相對於 antiulcer drugs (lansoprazole or cimetidine)而言，並沒有任何明確的益處或害處[15]。因此，相較於使用氫離子幫浦阻斷劑(PPI)及內視鏡在上消化道出血的處置上而言，tranexamic acid 似乎顯得較無明確的治療角色[5]。

結論

上消化道出血的臨床表現主要取決於出血量和出血的速度，是而出血部位的判斷及出血嚴重程度的評估，進而採取積極止血措施是非常重要的。

參考文獻

1. Katschinski, B., et al., *Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding*. Dig Dis Sci, 1994. **39**(4): p. 706-12.
2. Enestvedt, B.K., et al., *An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium*. Gastrointest Endosc, 2008. **67**(3): p. 422-9.
3. Rockall, T.A., et al., *Risk assessment after acute upper gastrointestinal*

- haemorrhage. *Gut*, 1996. **38**(3): p. 316-21.
4. Chen, I.C., et al., *Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding*. *Am J Emerg Med*, 2007. **25**(7): p. 774-9.
 5. *Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults*. UpToDate, Accessed Dec 9, 2014.
 6. Leontiadis, G.I., V.K. Sharma, and C.W. Howden, *Systematic review and meta-analysis of proton pump inhibitor therapy in peptic ulcer bleeding*. *BMJ*, 2005. **330**(7491): p. 568.
 7. Lin, H.J., et al., *A prospective randomized comparative trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcer after successful endoscopic therapy*. *Arch Intern Med*, 1998. **158**(1): p. 54-8.
 8. Leontiadis, G.I., et al., *Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding*. *Health Technol Assess*, 2007. **11**(51): p. iii-iv, 1-164.
 9. Barkun, A.N., et al., *International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding*. *Ann Intern Med*, 2010. **152**(2): p. 101-13.
 10. Wu, L.C., et al., *High-dose vs low-dose proton pump inhibitors for upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis*. *World J Gastroenterol*, 2010. **16**(20): p. 2558-65.
 11. Neumann, I., et al., *Comparison of different regimens of proton pump inhibitors for acute peptic ulcer bleeding*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. **6**: p. CD007999.
 12. Barkun, A.N., et al., *Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis*. *Gastrointest Endosc*, 2010. **72**(6): p. 1138-45.
 13. Franchini, M., E.J. Falavero, and G. Lippi, *Mild hemophilia A*. *J Thromb Haemost*, 2010. **8**(3): p. 421-32.
 14. Ker, K., et al., *Effect of tranexamic acid on surgical bleeding: systematic review and cumulative meta-analysis*. Vol. 344. 2012.
 15. Bennett, C., et al., *Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014. **11**: p. CD006640.

表一、復發性消化性潰瘍出血的風險預測

(Endoscopic predictors of recurrent peptic ulcer hemorrhage)

Endoscopic stigmata of recent hemorrhage	Prevalence (%)	Risk of rebleeding on medical management (%)
Active arterial bleeding (Forrest Ia)	10	90
Oozing without visible vessel (Forrest Ib)	10	10 to 20
Non-bleeding visible vessel (Forrest IIa)	25	50
Adherent clot (Forrest IIb)	10	25 to 30
Flat spot (Forrest IIc)	10	7 to 10
Clean ulcer base (Forrest III)	35	3 to 5

資料來源：UpToDate

吹喉散-本院自製散劑的介紹

～涂慶業 藥師～

前 言

吹喉散為本院自製散劑，具有清熱解毒，消腫止痛之功能，藥材組成包括：玄明粉、兒茶、黃柏、青黛、梅片、甘草等，常用於咽喉腫痛、乳蛾、牙疳出血、乾咳、牙齦腫痛、口腔糜爛、鵝口瘡等病症有很好的療效，故吹喉散在中醫耳鼻喉科應用廣泛，本文謹就吹喉散的出處、組成、藥材種類作論述。

吹喉散的本草記載

以“吹喉散”之名搜尋歷代本草書籍記載，其中以“吹喉散”為名的方劑有25個方，包括：太平惠民和劑局方、楊氏家藏方、咽喉經驗秘傳、醫方類聚、外科方外奇方、萬氏家抄方、仙拈集、尤氏喉科秘書、普濟方、雞峰、經驗廣集、醫學正傳、魯府禁方、焦氏喉科枕秘、魏氏家藏方、直指、局方、回春、痘學真傳、奇方類編、古今醫鑒等本草書籍；其他尚有以類似名稱記載者如：神聖吹喉散、雞蘇吹喉散、神效吹喉散、珠黃吹喉散、千金吹喉散、萬應吹喉散等，這些方劑所記載之主治雖都以咽喉腫痛等相似的病症治療為主，組成藥物卻大不相同，與本院之吹喉散亦顯然有別。

吹喉散的藥物組成

考歷代本草書籍所記載吹喉散之藥材組成，藥味最少為楊氏家藏方(消、甘草末)及普濟方(明礬、膽礬)，最多為外科方外奇方(珍珠末、青黛、犀黃、月石、麝香、兒茶、梅

片、血竭、熊膽、山豆根、去油乳香、沒藥)，其他如太平惠民和劑局方(蒲黃、盆消、青黛)，咽喉經驗秘傳(青黛、山豆根、芒消、冰片、硼砂、明礬、牛黃)、醫方類聚(青黛、盆消、僵蠶、甘草)、外科方外奇方(青黛、龍腦、薄荷、雄黃、兒茶、梅片、月石、珍珠、犀黃)、萬氏家抄方(黃柏、硼砂、孩兒茶、朱砂、寒水石、冰片)、仙拈集(冰片、朱砂、珍珠、枯礬、硼砂、孩兒茶、龍骨、寒水石)、尤氏喉科秘書(梅礬、薄荷、兒茶、乳石、甘草、火消、硼砂、冰片)、雞峰(銅綠、膽礬、白僵蠶、朴消)、經驗廣集(黑棗、五倍子、象貝)、醫學正傳(膽礬、巴豆、朴消、銅青、輕粉、青黛)、魯府禁方(豬膽、枯礬、茄柴灰及牙消、硼砂、雄黃、僵蠶、冰片等二方)、焦氏喉科枕秘(人中白、硼砂、青黛、五倍子、冰片、杉木炭、六一散)、魏氏家藏方(硼砂、龍腦、青黛、馬牙消、白礬、生膽礬、消石、白僵蠶)、直指(訶子、黃芩、膽礬、明礬、牛蒡子、甘草、薄荷)、局方(蒲黃、盆消、青黛)、回春(膽礬、白礬、朴消、片腦、山豆根、辰砂、雞內金)、痘學真傳(珍珠、西牛黃、冰片、青黛、人中白、薄荷、孩兒茶)、奇方類編(冰片、僵蠶、硼砂、牙消)、古今醫鑒(壁錢、枯白礬、髮灰)等；因與本院自製吹喉散(玄明粉、兒茶、黃柏、青黛、梅片、甘草)之藥材組成不盡相同，故主治雖都以咽喉的病症為主，功效顯有不同，故不可混為一談，本院自製吹喉散之藥味介紹如下：

中藥介紹

1. **兒茶**：即孩兒茶，始載於《飲膳正要》，《綱目》收載於土部，名烏爹泥。為豆科植物兒茶 *Acacia catechu* (L.) willd，及茜草

科兒茶鉤藤 *Uncaria gambir* Roxb. 心材或去皮枝幹煎製濃縮而成的乾燥浸膏，已知成分含兒茶鞣酸(catechu-tannic acid)、兒茶素(catehin)

，表兒茶素(epicatechin)，還含有粘液質、脂肪油、蠟及樹膠等；性味據《飲膳正要》記載：“甘苦。微寒，無毒。”

《綱目》則記載：“苦澀，平，無毒。”

功效據《綱目》記載：“塗金瘡，一切諸瘡，生肌定痛，止血，收濕。”現代藥理研究具有抗病原微生物作用，此外對病毒及某些真菌也有顯著抑制作用。

2. **冰片**：最早以龍腦香之名稱，記載于唐《新修本草》中，為龍腦香科的植物龍腦香樹 *Dryobalanops aromatics* Gaertn.f. 的樹脂經蒸餾昇華析出的天然結晶性化合物，大者成片狀若梅花瓣，《綱目》云：“以白瑩如冰、及作梅花片者為良，故俗呼為冰片腦，或云梅花腦”，主要含右旋龍腦(d-borneol)，而人工合成冰片(又稱“機片”)主要含消旋龍腦(borneol)；據《新修本草》記載：“味辛、苦，微寒，無毒”。其功效據《綱目》記載能“通諸竅，散鬱火”。又據《醫林纂要，藥性》記載能“生肌止痛”。現代藥理研究具有抗炎作用、抗菌作用及某些止痛和防腐作用。
3. **元明粉**：又名玄明粉、風化消，在歷代本草中記載，一般為芒硝以蘿蔔、甘草汁等製過所得重結晶，經風化而成者為“玄明粉”；以蘿蔔汁製過所得重結晶，經風化而成者為“風化硝”。現今則視玄明粉與風化硝為一物，為硫酸鹽類芒硝族礦物無水芒硝或芒硝經風化的乾燥品(主含無水硫酸鈉(Na_2SO_4))。味辛、鹹，性寒。歸胃、大腸經，其功效據《日華子》記載：“明目，退隔上虛熱，消腫毒。”又據《本草正》記載：“降心火，祛胃熱，消痰涎，平傷寒實熱狂躁。去胸腸臟腑宿滯癥瘕，通大便秘結，陰火疼痛，亦消癰疽腫毒。”；治咽喉腫

痛，口舌生瘡，常配冰片、硼砂等研末吹患處，如(外科正宗)冰硼散。

4. **青黛**：為爵床科植物馬藍(*Baphicacanthus cusia* Brem.)、蓼科植物蓼藍(*Polygonum tinctorium* Ait.)、豆科植物木藍(*Indigofera tinctoria* L.)、十字花科植物菘藍(*Isatis indigotica* Fort.)的葉或莖葉經加工製得的乾燥粉末；含主成分靛玉紅(indirubin)，靛藍(indigo)、異靛藍(isoindigo)等，據《開寶本草》記載：“味鹹，寒，無毒。主解諸藥毒，小兒諸熱，驚痛發熱，天行頭痛寒熱，並水研服之。亦摩敷熱瘡、惡腫、金瘡、下血、蛇犬等毒。”體外試驗證明青黛煎劑對金黃色葡萄球菌、炭疽桿菌、志賀痢疾桿菌、霍亂弧菌等具有抗菌作用。青黛中分離得到色胺酮，對多種皮膚病真菌有抑菌作用。
5. **甘草**：甘草為豆科多年生草本植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、光果甘草 *G. glabra* L.及脹果甘草 *G. inflata* Batal. 的乾燥根及根莖。主要含三萜皂苷成分：甘草甜素(glycyrrhizin)-甘草的甜味成分、烏拉爾甘草皂苷(uralsaponin)和甘草皂苷(licoricesap-onin)及黃酮類成分甘草貳苷(liquiritin)、異甘草苷(isoliquiritin)和甘草多糖(glycyrrigan)等，現代藥理研究具有抗病毒及抗菌作用、腎上腺皮質激素樣作用、抗炎作用及對免疫系統功能的調節作用。味甘，性平，入心、肺、胃經。甘草生品者(生甘草、粉甘草)入藥，能瀉火解毒、潤肺祛痰止咳，用於治療癰疽瘡瘍、咽喉腫痛，以及藥物、食物中毒，咳嗽氣喘等症；蜜炙後入藥，能益氣補中、緩急止痛、緩和藥性，用於治療心氣不足、心悸怔忡、脈結代、脾胃虛弱，氣血不足、倦怠無力，以及腹中攣急疼痛等症。
6. **黃柏**：最早記載於《本經》，原名“檟木”，列為上品，為芸香科植物黃檗

(*Phellodend*

-*ron amurense* Rupr.及黃皮樹 *P.chinense*

Schneid.的樹皮。性寒，味苦。主含小檗鹼 (berberine)，並含巴馬亭 (palmatine) 藥根鹼 (jatrorrhizine)、黃柏鹼

(phellodendrine) 等成分，現代藥理研究對葡萄球菌抑制作用最強，對痢疾桿菌、白喉桿菌、肺炎桿菌、腦膜炎球菌和鏈球菌有較強的殺菌作用，對福氏、宋內、志賀及施氏痢疾桿菌均有較強的抑制作用，多種致病性皮膚真菌有抑制作用。據《中華本草》記載：功能清熱燥濕，瀉火解毒。主治濕熱痢疾、泄。黃疸，夢遺、淋濁、帶下，骨蒸勞熱，痿躄，以及口舌生瘡，目赤腫痛，癰疽瘡毒，皮膚濕疹。

結論

臺灣的海島型氣候潮溼，皮膚潰爛疾病極為常見，故皮膚傷口易變化，應隨時注意，小心處理。吹喉散以具有消炎、殺菌、消腫、褪癢、止血功效的中藥材經本院製劑室加工製成微小細粒的粉劑，除對因感冒、火氣大、過敏、嘶啞、麻辣等刺激性食物..等原因，引起咽喉炎(喉嚨痛)、口腔炎、口疳潰爛(爛嘴角)，造成嘴破、口腔潰爛等有良好功效外，

據臨床使用經驗，對於日常生活中不慎造成的刀傷、擦傷、燙傷、皮膚潰爛等表淺性外傷，使用吹喉散噴敷傷口並包紮避水，能達到消炎解毒、殺菌、消腫、止痛、止血、褪癢，使傷口癒合等作用，效果良好。

參考文獻

- 1 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。
- 2 (http://www.zysj.com.cn/zhongyaofang/yaofang_c/chuihousan.html#46674) “中醫世家”網頁。
- 3 中華本草 國家中醫藥管理局中華本草編委會 上海科學技術出版社出版 1999.9。
- 4 中藥大辭典(第2版) 南京中醫藥大學 上海科學技術出版社 2006.3。
- 5 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。
- 6 中華人民共和國藥典一部(2010版) 中國醫藥科技出版社 國家藥典委員會 2010.1