

口服 C 型肝炎新藥探討

～ 陳啟祥 藥師 ～

前 言

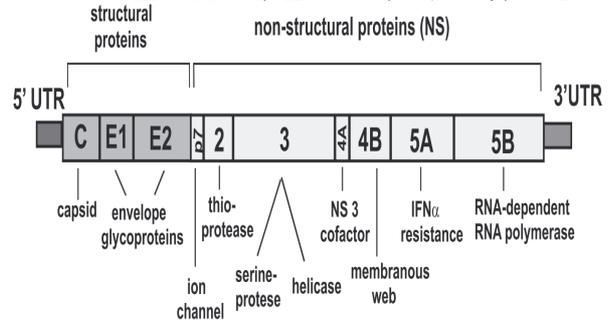
肝炎素有台灣國病之稱，在台灣普及率相當高，根據疾管局統計，台灣 C 型肝炎(Hepatitis C，簡稱 HCV)的感染率約為 4%，高於全球平均值 2%。C 型肝炎病毒急性感染後約 70%-80% 會演變成慢性肝炎，慢性 C 型肝炎患者，約 5%-20% 於 20-30 年間可能演變為肝硬化(Cirrhosis)，約 1%-5% 死於慢性肝炎的併發症即肝硬化與肝癌 (Hepatocellular carcinoma)。在民國 103 年公布的我國十大死因之中，慢性肝病及肝硬化排名第九，惡性腫瘤中的肝及肝內膽管癌，則排名癌症第二名，由此可見治療 C 型肝炎的重要性。

以往治療 C 型肝炎多採用注射干擾素併用口服 Ribavirin，但因為嚴重的副作用如白血球低下，嚴重類流感症狀，貧血等，導致許多病人因無法耐受而中斷療程。2011 年起美國 FDA 核准了 Boceprevir 以及 Telaprevir 口服直接抗病毒藥品(Direct-acting antiviral, DAA)之後，陸續又有多種全口服抗病毒藥問世，更為 C 型肝炎的治療帶來了無限希望。本文以本院目前所進用的 Harvoni、Sovaldi 與 Daklinza+Sunvepra 三種口服 C 型肝炎抗病毒藥品與傳統的治療方法來加以介紹。

病毒簡介

C 型肝炎病毒屬黃熱病毒科(Flaviviridae)肝炎病毒屬(Hepacivirus)，是單股 RNA 病毒帶有一段正性-正股 RNA (positive-sense) 作為其遺傳物質。轉譯後含量約為 3000 個胺基酸的蛋白質，其基因組在宿主細胞與病毒的蛋白酶作用後切割成特殊的病毒蛋白質，包括 3 個結構性蛋白質(C, E1, E2)，7 個非結構性蛋白質(P7, NS2, NS3, NS4, NS5) (參見圖一)。C 型肝炎病毒在人體內每日病毒產生數量 > 10¹⁰-10¹² 個病毒/天，並且因為以 RNA 為模板進行複製，缺乏 DNA 校正機制，突變率較高，因此難以製作出預防疫苗。

圖一：C 型肝炎病毒基因結構與蛋白質功能



C 型肝炎 RNA 病毒直徑大小為 55 nm ~ 65 nm，具有脂質外套，目前已知有 6 種(1-6) 主要不同基因型和約 100 個次要基因亞型。

流行病學

根據 2016 年 WHO 世界衛生組織統計，全球 C 肝病毒感染者約在 150-200 百萬人間，約為 2% 左右。基因型 1 的感染個案最多，約占全球個案的 46.2%，其中三分之一集中在東亞，基因型 3 的個案次之，約占 30.1%。基因型 2、4 與 6 約占 22.8%，而基因型 5 的個案最少。(參見表一)

台灣 C 型肝炎病毒基因型分佈近似於日本，以亞型 1b 為主，約占 50%-70%，其次為 2a。研究顯示北部基因型 1b 約占 58%-73%、基因型 2a 約占 7.4%-16.5%；南部基因型 1b 約占 48%-64.3%、2a 約占 35%-41%。台灣肝病防治基金會就民國 100 年到 104 年做的統計發現，C 肝患者的罹患率約為 4.2%，其中尤以雲嘉南地區 7.3% 最高，其次為東部 6%，高屏地區 5.4%。主要傳播途徑為體液傳染，如輸血，共用針頭，性行為等等。

臨床徵狀

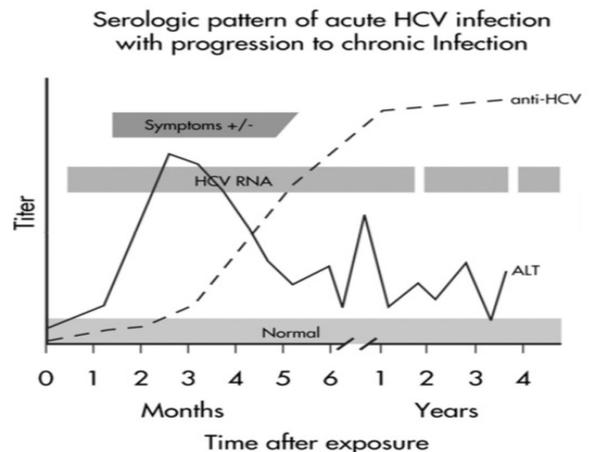
C 型肝炎的感染潛伏期平均為 6 至 9 週，大多是輕微或無症狀的感染，臨床表現包括不明顯的厭食、噁心、嘔吐、腹部不適、全身倦怠與緩慢發作黃疸或致命性嚴重度的猛爆性肝

表一：全球各地 HCV 基因型分佈

基因型	亞型	分佈
1	a	廣佈於北歐和美國，與毒品濫用有關。
	b	廣佈於全世界，是最常見的基因型，分佈於日本、台灣、南歐和東歐，感染者通常較為年長，主要起因於輸血、接種疫苗以及過去 30-70 年來濫用毒品的共用針頭傳染所致。 *日本約有 73% 的病人是被 1b 所感染。 *台灣約有 50-70% 的病人是被所 1b 感染。
2	a、b	地中海國家及遠東地區(如:日本)。
	c	較常發生於北義大利。
3	a	最常見於歐洲國家的毒品濫用者。
4	a	較常發生在中東、埃及、中非，
		與傳統療法(如:Biharzia injections 日本)有關。
5	a	主要發生在南非。
6	a	在香港、越南、印尼等東南亞國家，以及澳洲廣為流行。

炎症狀。血清中 C 型肝炎病毒核糖核酸(HCV-RNA)於感染後 1-3 週內開始可偵測得到，血清抗體 anti-HCV 則需於感染 2-12 週才出現。部份受感染者會自然痊癒，血液中測不到 HCV-RNA，常見肝臟丙胺酸轉胺酵素(ALT; Alanine aminotransferase)指數異常上升，亦會恢復至正常數值。不過約有 70%-80% 的病人轉變成慢性感染，亦即在感染 6 個月後血液中仍偵測得到 C 型肝炎病毒，ALT 肝功能指數隨時間波動或間歇性恢復正常情形。(參見圖二)。而後 20-30 年間大約有 10%-20% 的這些感染者會進展成肝硬化，其中每年約有 1%-4% 併發肝癌的風險。

圖二: HCV-RNA 與 ALT 於 C 型肝炎病毒急性轉慢性感染的血液檢驗變化



治療方式進展

C 型肝炎以往多採用注射併用口服藥物的治療方式，由於嚴重藥物副作用的發生，而影響治療成效。自口服直接抗病毒藥 DAA；Boceprevir 以及 Telaprevir 核准，接著又有全口服抗病毒藥上市，為 C 型肝炎的治療帶來更多的選擇；

(一)、干擾素(Interferon)合併 Ribavirin

目前 C 型肝炎的標準治療組合為長效干擾素(PegInterferon)+ Ribavirin (雷巴威林)，注射干擾素直接抑制病毒複製，活化增強免疫系統以對抗病毒，並輔以口服藥 Ribavirin 抑制病毒複製。(參見表二)

但根據研究統計顯示，基因第 1 型 C 肝病對於長效型干擾素與 Ribavirin 合併治療的反應率為 29%-52%，基因第 2 或第 3 型治療

表二：慢性 C 型肝炎治療的建議

基因型	療程(周)	劑量	
		長效型干擾素 (每週一次·皮下注射)	雷巴威林 (每日口服)
第 1 型	48	180µg PegIFN-α-2a	1000 mg(< 75 kg)
			1200 mg(> 75 kg)
		1.5µg/kg PegIFN-α-2b	800 mg(< 65 kg)
第 4-6 型			1000 mg(65-85 kg)
			1200 mg(85-105 kg)
			1400 mg(> 105 kg)
第 2/3 型	24	180µg PegIFN-α-2a	800 mg (all)
			800 mg(< 65 kg)
		1.5µg/kg PegIFN-α-2b	1000 mg(65-85 kg)
		1200 mg(> 85 kg)	

的反應率為 79%-84%。而在台灣的感染主要是以 1b 型為主(50%)或第 2 型(40%)，所以治療率並不佳。目前健保核准治療，依 Viral Kinetics 區分療程為：(參見表三)

表三：C 型肝炎治療的病毒反應

快速病毒學反應 (RVR*)	治療 4 週後，血清中檢測不到 C 肝病毒核糖核酸 (HCV RNA) 量 (病毒量 < 50IU/mL)，就是已經達到快速病毒學反應。
早期病毒學反應 (EVR**)	治療 12 週後，定量檢測 HCV RNA 量，病毒量已經變為原病毒量的百分之一(100 倍)以下或檢測不到 HCV RNA 時，即表示已達到早期病毒學反應。 ※治療無法達到早期病毒學反應(EVR)的患者，通常無法達到持續病毒學反應(SVR)，可以考慮中止治療。
治療終止病毒學反應(ETVR#)	在治療結束時，當下無檢測到 C 肝病毒的核糖核酸。
持續病毒學反應 (SVR##)	治療結束後 24 週，仍然無法從血清中檢驗出 HCV RNA 時，就可以判定已經達到持續病毒學反應，也就是病毒學上的：『治癒』。

*RVR: Rapid virologic response; **EVR: Early virologic response; #ETVR End of treatment virologic response; ##SVR: Sustained virologic response

- (1) 有快速病毒反應 RVR (Rapid virologic response)者，給付治療不超過 24 週。
- (2) 無 RVR，但有早期病毒學反應 EVR (Early virologic response)者，給付治療 48 週。
- (3) 到第 12 週未到 EVR 者，應中止治療，治療期間不超過 16 週。
- (4) 第一次治療 24 週後復發者，可以給予第二次治療，給付不超過 48 週。

(二)、口服直接抗 C 型肝炎病毒作用藥物 (Direct acting antiviral agents, DAAs)

隨著生物科技的進步，現今已研發出針對病毒結構中的非結構蛋白為標靶的藥物，達到病毒無法複製進而抑制病毒的生長。目前上市的藥物有抑制 NS5A、NS5B、NS3/4A；(DAAs 藥品作用機轉可參見圖三與表四)

(1) Sovaldi® (索華迪)：

Sofosbuvir 是一個前驅藥物，經由體內肝細胞可將其活化代謝成抑制 C 型肝炎病毒 NS5B 聚合酶的活性產物，進而影響 C 型肝炎病毒的複製。在基因型 1、4 型 C 型肝炎需合併干擾素與 Ribavirin 使用，基因型 2、3 型 C 型肝炎可單獨合併 Ribavirin 使用，在治療統計上，C 型肝炎 1、4、5、6 型併用干擾素與 Ribavirin，初次使用或是曾使用過干擾素與 Ribavirin 治療的病患，治療 12-24 週後 SVR 都可達到 90%以上，而 C 型肝炎 2、3 型的患者使用 Sofosbuvir 併用 Ribavirin 在初次治療的狀況下 SVR 可幾乎達到 100%。但因為併用干擾素與 Ribavirin 使用，副作用仍是用藥的選擇考量之一。

(2) Harvoni® (夏奉寧)複方劑：

Sofosbuvir 合併 Ledipasvir，作用在 NS5B 及 NS5A 聚合酶上，對 C 型肝炎病毒基因型

1-6 型都有效果，Harvoni 為複方劑型，每顆含量 Ledipasvir 90mg and Sofosbuvir 400mg，每天使用一錠，療程為 12 週。根據研究顯示，包括首次治療，或接受過干擾素併用 Ribavirin 治療過，或有肝硬化之 C 型肝炎病毒基因第 1 型患者，治療後的 SVR 可達 98-100%。

(3) Daklinza (坦克干)+Sunvepra (速威干)：

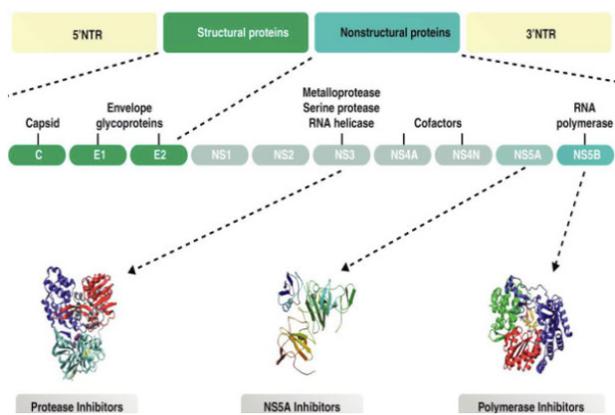
合併 Daclatasvir 與 Asunaprevir 使用此類藥品作用機轉於抑制 C 型肝炎病毒 NS5A 及 NS3/4A 聚合酶，根據日本研究，用來治療 C 型肝炎病毒基因型 1b 的患者，每天口服一次 Daclatasvir 60mg 與 Asunaprevir 100mg 二次，治療 24 週 SVR 可達 84.7%以上。

治療注意事項

口服直接抗病毒藥物 DAAs 的 C 型肝炎治療研究顯示，相較於傳統干擾素及 Ribavirin 無嚴重的藥物副作用(參見表五)，而且治療成功機率超過 90%。相關的治療注意事項，衛生福利部食品藥物管理署 TFDA 根據 DAAs 上市前臨床試驗及上市後通報資料，發布藥物安全警訊提醒 Asunaprevir 和 Dasabuvir 有潛在肝臟毒性、導致肝臟衰竭潛在風險。禁止用於中度或重度肝功能不全(Child Pugh B 或 C 分級)；曾經感染 B 型肝炎患者於接受 DAAs 治療後，可能發生 B 型肝炎病毒再活化之風險。

另外，藥品交互作用的安全性有 Harvoni® (Ledipasvir/Sofosbuvir)、Sofosbuvir 合併 Daclatasvir 與抗心律不整藥 Amiodarone 併用，可能發生嚴重心跳速率減慢。其他需注意的用藥交互作用有質子幫浦抑制劑、高血壓、降血脂、抗生素及抗癲癇藥物等。

圖三：C 型肝炎全口服 DAA 藥品作用機轉圖



表四：C 型肝炎全口服 DAA 藥品

商品名/中文名	頻率	學名/規格	抑制結構蛋白
Daklinza 坦克干	QD	Daclatasvir 60mg	NS5A
Harvoni 夏奉寧 (複方)	QD	Ledipasvir 90mg	NS5A
		Sofosbuvir 400mg	NS5B
Sovaldi 索華迪	QD	Sofosbuvir 400mg	NS5B 可併用干擾素， Ribavirin 治療
Sunvepra 速威干	BID	Asunaprevir 100mg	NS3/4A

表五：C 肝治療藥物副作用

干擾素(注射)	類似重感冒症狀 (發燒、畏寒、肌肉痠痛、頭痛、疲倦)、腸胃症狀(食慾不振、噁心、腹瀉)、白血球、血小板數量降低、骨髓抑制、掉髮、精神症狀(焦慮、煩躁、失眠、疲倦)、誘發自體抗體
Ribavirin	溶血性貧血、貧血、致畸胎(治療中及停藥後 6 個月至一年內需避孕)、皮膚疹、腸胃症狀(食慾不振、噁心)、頭痛、疲倦
Sovaldi® (Sofosbuvir 400mg/Tab) Harvoni® (Ledipasvir 90mg and Sofosbuvir 400mg/Tab)	疲倦、頭痛
Daklinza+Sunvepra Daklinza® (Daclatasvir 60mg/Tab) + Sunvepra® (Asunaprevir 100mg/Cap)	皮膚乾燥、疲倦、頭痛、下痢

結 論

新一代的口服抗病毒藥品的問世，不僅大大提高 C 型肝炎的治癒率，副作用方面也比傳統治療方式減輕了不少。2015 年 9 月世界衛生組織 WHO 與世界肝炎聯盟 WHA 於蘇格蘭舉辦世界肝炎高峰會，並發布格拉斯哥宣言 (Glasgow Declaration on Hepatitis)，設定在 2030 年前能夠完成三項目標；1. 慢性 B 型肝炎和 C 型肝炎的新病例減少 90%。2. B 型肝炎和 C 型肝炎導致的死亡數減少 65%。3. 慢性 B 型肝炎和 C 型肝炎感染且適合治療者的治療率達到 80%。

目前病友若需使用口服抗病毒藥品，需自費或經由醫院專案進口，藥費所費不貲。好消息是衛福部宣佈在 2017 年將 C 型肝炎口服抗病毒藥品納入健保給付，期望屆時能夠全方面的治癒 C 型肝炎，以根除肝病是“國病”的稱號。

參考資料

- 唐蘊慧，簡姿娟，謝東呈：弘光學報 61 期，01-25；C 型肝炎病毒感染之細胞生物學、免疫控制及治療
- 宋瑞樓，陳定信，廖運範。肝癌，肝硬化與肝癌，一版，台北市：橘井文化，2006；233-266
- 謝佩真，郭行道，卓文春，廖永樑，林靖南：內科學誌 2009；20：309-319；C 型肝炎病毒基因分型及其臨床重要性
- 劉俊人，許景盛，高嘉宏：內科學誌 2012；23：383-391；慢性 C 型肝炎治療的新進展：從干擾素到直接抗病毒藥物
- 蔡毓洲，蔡青陽：內科學誌 2016；27：13-18；慢性 C 型肝炎治療之新進展
- 梁高誌，吳芝瑩：藥學雜誌第三十卷第四期，第 121 冊，44-47；嶄新抗 C 型肝炎口服藥 Sofosbuvir
- 謝思民：愛之關懷 92 期 013-022；C 型肝炎治療的新選擇 Sovaldi® (Sofosbuvir) 及 Harvoni® (Ledipasvir plus Sofosbuvir) 之介紹
- 沈柏榕，劉秀真，陳怡樺，陳玉瑩：長庚藥學學報 vol.22 No3. 2015：01-03；簡介 C 型肝炎藥品的新發展
- WHO 世界衛生組織
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
- 台灣肝病防治基金會 www.liver.org.tw/index.php
- 衛生福利部疾病管制局 www.cdc.gov.tw/professional

晚期前列腺癌的治療

～ 羅伊玲 藥師 ～

前 言

國人的十大死因以慢性疾病為主，而自1982年起，惡性腫瘤就已居於首位。根據最新衛生福利部的統計資料顯示，104年前列腺癌(Prostate Cancer)列為十大癌症死因的第六名。與西方國家相比，雖然亞洲男性前列腺癌的發生率與死亡率較低，但隨著飲食習慣的改變和人口的老化，前列腺癌的發生率也有逐步上升的趨勢。台灣每年約有將近5,000位的新個案，其中八成為局限性癌症，癌細胞尚未轉移到遠處器官。

前列腺腫瘤的症狀依著侷限於器官內或侵犯和轉移其他組織情形，約分為四期的嚴重程度。通常來講，第一期到第三期都有痊癒的可能，而產生於前列腺內的癌細胞，通常以很慢的速度生長，尤其是在年長患者裡，可能永遠也不會發生問題；但不同的階段也會有明顯的區別。多數患者通常要等到晚期才會察覺到罹患前列腺癌，因此本篇特別將治療的描述著重在晚期的病變部分。

由於晚期前列腺癌多半具有轉移的情形，無法以手術或是定點放射線治療根除，因此自1980年代以來發現使用手術或是藥物達成去勢(castration)的效果後，前列腺仍會受到腎上腺所分泌之雄激素的影響，荷爾蒙合併療法便成為最主要之治療方式。然而對於合併療法在晚期前列腺癌的治療地位尚無法下定論。

臨床症狀與表現

前列腺癌(攝護腺癌)是最常發生於男性的非皮膚惡性腫瘤，好發年齡在60~75歲之間，是一種前列腺細胞不正常增生的疾病。早期通常沒有特殊症狀，亦可能有類似攝護腺肥大症的泌尿道阻塞或刺激症狀，造成排尿困難或微弱、次數頻密(於晚間更多)，排尿時刺痛、帶血，甚至出現尿瀦留、尿失禁。如果已經轉移，有病患一開始即以骨轉移表現，此時可能導致腰背、盆骨及大腿骨位置持續疼痛、病理性骨

折、貧血、或脊髓壓迫、下肢癱瘓等。經常第一個徵兆是背痛、臀部痛和骨盆痛，但此時癌細胞已經擴散到骨骼了。

治療處置方法

這些年來，前列腺癌的治療手段和治療方法都在迅速發展，手術治療、放射治療、化學治療、標靶治療、荷爾蒙治療等，這些新技術都在幫助前列腺癌患者走向健康或者延長生命，增加存活率。至於如何選擇治療方式，則取決於病人的年齡、預期壽命、健康狀況、是否適合進行手術、腫瘤分期、是否具有轉移性、疾病的預後以及病人的偏好。

身體內95%的雄激素來自於睪丸的睪固酮(Testosterone)。睪固酮是維持正常、健康前列腺上皮細胞所必需的物質，但它同時也是一個發展成前列腺癌的先決條件。雄激素被認為能夠藉由結合在前列腺癌細胞的雄激素受體，進而促進癌細胞的生長。藥物的作用便是根據這個原理，以降低人體內血中睪固酮的濃度，而進一步抑制癌細胞的生長。

雄激素阻斷療法(Androgen deprivation therapy, ADT)是現今前列腺癌治療的最主要方式，此法可藉由手術(又稱為外科去勢)或是藥物(又稱為內科去勢)治療來達成。由於藥物在投予的方便性，以及病人對於手術的接受度仍有所考量；因此比起手術，口服藥物在晚期前列腺癌的雄激素阻斷療法當中，佔有相當重要的地位。

藥品介紹

前列腺癌的藥物治療方式，目前是以促性腺激素釋放荷爾蒙致效劑(Gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH agonist)，又稱作促黃體素釋放荷爾蒙致效劑(Luteinizing hormone-releasing hormone agonist, LHRH agonist)，以及抗雄激素藥物(Antiandrogen)所引領的荷爾蒙療法

為主。對於某些荷爾蒙失效的病人，例如攝護腺特定抗原 PSA(Prostate-specific antigen)指數迅速上升，則考慮再作化學治療。常見攝護腺癌的化療藥物首選為 Mitoxantrone 或 Novantrone，若仍未見病情有所改善，則會改使用副作用較高的 Docetaxel 或 Taxotere，通常需要配合在荷爾蒙治療停止後的 1-4 個月後才會開始。

一、促性腺激素釋放荷爾蒙致效劑：

此類藥品包含 Leuprolide 和 Goserelin 可以作用在腦下垂體前葉，往下調控 GnRH 受體，進而降低促黃體素(Luteinizing hormone, LH)的釋放、減少睪固酮的生成。歐洲泌尿科協會指引指出，GnRH 致效劑得以成為應用在前列腺癌標準療法的幾個理由如下：

1. 具有潛在的可逆性而且能使用間歇性雄激素阻斷(Intermittent androgen deprivation, IAD)的方式作為治療。
2. 可以避免因為外科去勢(Orchiectomy 睪丸切除術)所產生的生理和心理不適。
3. 和 Diethylstilbestrol 相比具有較低的心臟毒性風險。
4. 具有相當的腫瘤治療效果。

然而 GnRH 致效劑在使用的初期會暫時性地導致睪固酮增加，此時可能加重轉移性前列腺癌的惡化，如骨頭疼痛和膀胱阻塞等。因此須仔細評估病人的情況是否適合使用，或是併用抗雄激素藥物(Antiandrogen)來減輕此副作用。

二、抗雄激素藥物：

又稱做雄激素受體阻斷劑(Androgen receptor antagonist)，藉由與前列腺細胞上的雄激素受體結合，達到阻斷雄激素的作用。依照其結構分為固醇類(如 Cyproterone)及非固醇類(如 Flutamide、Bicalutamide、Nilutamide)。除了由睪丸所分泌的睪固酮之外，從腎上腺分泌的去氫皮質酮(Dehydroepiandrosterone, DHEA)和雄烯二酮(Androstenedione)也會刺激前列腺癌細胞的增生。由於抗雄激素藥物不影響血中睪固酮的濃度，即無法達成去勢的效果，因此並不作為第一線療法使用。但其受體阻斷的作用可以預防 GnRH 致效劑的副作用及加強雄激素阻斷療法的效果。因此使用手術或是藥物的去勢療法，再利用抗雄激素藥物抑制源自腎上腺的雄激素與前列腺癌細胞的雄激素受體結合，也許可以更有效地阻斷前列腺癌的惡化。

三、合併雄激素阻斷法：

1990 年代已有相當多隨機分派試驗和統合分析試著去評估其效益。然而它的治療地位一直未被確立，原因在於並非所有的研究都指出合併療法一定比單一療法較好，再者因仍須考量合併療法下，會比單一療法可能帶來更多的副作用。不過可以得知的是，似乎合併使用固醇類相較於非固醇類的抗雄激素藥物有著較差的存活率。

注意事項

雄激素阻斷療法常見的副作用有體重減輕、疲勞、男性女乳症、熱潮紅及性慾低下。然而其所引起的性腺低下症，已被證實與骨密度的流失有關，使得骨折的風險成為使用此法須要考量的事情。

關於骨密度的流失作用，在開始治療的 6-12 個月內快速發生，之後便慢慢減緩。另外需注意 Mitoxantrone 與 Docetaxel 會產生白血球減少的症狀，使用此類藥品治療的患者應經常性地監測全血球數目。

結語

近來晚期攝護腺癌治療在臨床上已有較大的進展。一方面是新的化療藥物與早期化療介入的新趨勢，另一方面則在荷爾蒙治療藥物上有了更新的強效藥物可以選擇。至於如何將這些新的治療方式找到最佳的組合，達到有效大幅增加病人的存活率，將是未來發展的一大亮點。

參考資料

1. 104 年國人死因統計結果
2. 攝護腺癌臨床診療指引 http://english.nhri.org.tw/NHRI_ADM/userfiles/file/tcog/2010prostatepg.pdf
3. 台灣攝護腺癌防治協會。男人看不見的敵人——攝護腺癌。初版，台北市：原水文化出版，2008 年。
4. 中華民國癌症希望協會，《希望之路~面對攝護腺癌》手冊
5. 國家衛生研究院，攝護腺(攝護腺)癌診治共識，2003。

眩暈症-西醫徵候與中醫治療

～ 王仁豐 藥師 ～

前言

眩暈，是一種常見之症狀，幾乎人人或多或少都有過的經驗。小至搖頭晃腦、搭乘交通工具、壓力大、情緒緊張；大至因生理、心理病變造成：內耳失衡、神經發炎、內分泌失調、血壓血糖、焦慮或恐慌，都有可能發生眩暈的情況。雖然眩暈並無造成生命立即上的危險，但其發作時之暈轉、平衡失態，常伴隨的噁心、嘔吐、傾倒等症狀，尤其是突發性與反覆性的發生，都對病患帶來極大的壓力和恐慌，並在日常生活、工作及社交都會造成負擔。甚至誘發病患產生緊張、恐懼和焦慮情緒，更促使眩暈發作頻率增多、加重，給後續治療帶來更大困難。

眩暈症狀分類

經統計，五到六成的人都曾發生過眩暈的情形。當症狀發生後，約有 60% 病患於安靜黑暗環境、避免頭部轉動、靜臥休息、睡眠後，會有一定程度之緩解及改善。若其後無法恢復，或病情加劇，需就醫接受治療者，則約占 30%。而分析就醫病患中，約有 25%~40% 的病患，在其治療期間至緩解，仍是未明示之眩暈症，也代表在醫療處置上，除了症狀緩解治療外，病患自身修復能力亦是一重點因素。

眩暈症依西醫徵候分析有：(參見表列)

- 一、心因性眩暈：常見於情緒緊張、工作或生活壓力大、長期失眠、精神方面疾病如焦慮症、恐慌症、憂鬱症等。
- 二、良性陣發性頭位眩暈：耳石脫位症
- 三、內耳疾病：內耳神經退化、耳內淋巴失衡、突發性聽覺障礙、瀰漫性中耳炎、梅尼爾氏症、前庭神經炎。
- 四、偏頭痛型眩暈：自律神經失調、癲癇、內分泌失衡、血液循環問題。
- 五、腦內疾病：基底動脈瘤、腦梗塞、腦傷、腦中風、缺氧。
- 六、其他生理因素：貧血、心血管疾病、高血糖、高血脂、遺傳。

眩暈在中醫藥的治療

中醫主眩暈病因機制在頭竅，發病原因極為複雜，主要與肝、脾、腎的陰陽偏盛偏衰有

密切關係。中藥的治療以補肝、腎、去痰濕、補氣血等方劑加以調和，通常較長時間服用的治療效果較好，而且長期服用下，更有預防眩暈再發生的效用。今於下文介紹常用的方劑；

※ 真武湯

來源出處：傷寒卒病論。功效：溫腎陽，利水氣。主治：脾腎陽虛、水氣內停證、小便不利、四肢沈重疼痛、腹痛下痢、或肢體浮腫、苔白不渴、脈沈。太陽病、發汗、汗出不解、其人仍發熱，心下悸、頭眩、身瞤動、振振欲擗地。用量製法：茯苓、芍藥各 3 兩；白朮 2 兩；生薑 3 兩；附子(炮，去皮，破八片)1 枚，以水八升煮取三升，去滓，溫服七合。日三服。說明：此方作用於因眩暈和心悸導致全身顫抖，無法站立。用真武湯來治療眩暈，病患診視上須具備陽虛水飲的特點，也就是表徵為精神不振，面色黃暗，倦臥欲寐，畏寒，下肢冰冷，舌淡胖，脈象無力。【西醫徵候搭配】可用於梅尼爾氏症、交感神經低下、甲狀腺功能低下、血液循環不好、腦傷、憂鬱症、高血壓—所造成之眩暈。

※ 半夏白朮天麻湯

來源出處：醫學心悟。功效：補脾胃，化痰濕，定虛風。主治脾胃虛弱，痰濕內阻，虛風上擾，致成痰厥頭痛，證見頭痛如裂，目眩頭暈，胸脘煩悶，噁心嘔吐，痰唾稠粘，氣短懶言，四肢厥冷，不得安臥，舌苔白膩，脈弦滑。製法用量：半夏(湯洗七次)、麥芽各 1.5 錢；神麴(炒)、白朮(炒)各 1 錢；蒼朮(泔浸)、人參、黃耆(蜜炙)、橘皮、茯苓、澤瀉、天麻各 5 分；乾薑 3 分；黃蘗(酒洗)2 分。煎服。說明：此方是用於營養狀況好，較肥胖，膚色油膩黃暗，舌苔厚膩的病患。對病徵多變，眩昏、噁心、嘔吐感重的情形，尤其可用。此方以半夏、天麻為主，還有白朮、茯苓等，不僅可以鎮痛止眩，還能調和胃腸、利尿等，特別是有浮腫傾向，或消化系統功能低下的病患，其發生的頭痛眩暈更可一起調養。【西醫徵候搭配】可用於偏頭痛型眩暈、前庭神經炎、年長者之神經退化與失調、血液循環不好、貧血、心血管疾病、高血糖、高血脂—所造成之眩暈。

※ 苓桂朮甘湯

來源出處：傷寒卒病論。功效：溫陽健脾，利水滲濕。主治：痰飲病，胸脅支滿，頭眩心悸，短氣而咳，舌淡苔白膩，脈弦滑。製法用量：茯苓 4 兩；桂枝(去皮) 3 兩；白朮 2 兩；甘草(炙) 2 兩，以水六升煮取三升，去滓，分溫三服。說明：此方為傷寒卒病論中的利水安神方，常用於體型偏瘦，皮膚白，運動量較少，容易出冷汗，對疼痛、寒冷較敏感的病患。病患主訴為眩暈、動悸，診視皮膚體溫較低，清敲胃有振水音，吃少喝多但小便少之情況。【西

醫徵候搭配】可用於梅尼爾氏症、前庭神經炎、瀰漫性中耳炎、心血管疾病、缺氧—所造成之眩暈。

結語

相傳名畫家梵谷生前就一直為眩暈、耳鳴所苦，並在難耐症狀時割下左耳解除痛苦，足見罹症病患的辛苦。眩暈是一種症狀表現，其背後代表著某種潛在疾病，因此出現眩暈發作，應找相關醫師診療，若屬反覆再發性者，也可嘗試以傳統中醫藥的療法，或許可協助解除眩暈的相關問題。

表：眩暈徵候群

分類	發生症狀	生理因素	治療方向
心因性眩暈 壓力、精神疾病	* 平常眩暈不明顯，原疾病症狀發作時，增加及加重眩暈不適，待情緒穩定或藥物控制，眩暈症狀可減輕及消失。此類病患於睡眠中很少有眩暈情況。	* 情緒的波動造成，誘發生理上之血管劇烈收縮及擴張，造成腦內及內耳血液循環障礙。	* 自我照護：情緒、飲食與生活調整，遵醫囑用藥。 * 藥物治療：抗組織胺、鎮靜安眠、精神疾病藥物。 * 醫師處置：對症用藥、情緒穩定劑。
良性陣發性頭位眩暈	* 耳石脫位症。一般正常活動並無異狀，但某一方向、姿勢及動作，或頭部轉動時，發生短暫(約數 10 秒)、頻率多。復發率高，但病患可在無治療之情況下改善。	* 附著在半規管神經脊上的小顆粒，因震盪而脫離所依附的神經細胞。其半規管內不定性滑動，造成內耳淋巴失衡。	* 自我照護：充足睡眠、規律生活、配合舒適姿勢，頭部緩慢轉動，可加速痊癒。 * 藥物使用：抗組織胺劑、止吐劑。 * 醫師處置：耳石復位術。
梅尼爾氏症	* 眩暈反覆發作，症狀持續 30 分鐘以上。感覺耳內有異物、雜音，伴隨耳鳴。症狀緩解後眩暈感消失，耳鳴消失。	* 內耳淋巴水腫，此腫脹壓迫聽覺細胞，產生不正常放電，因而有耳鳴、頭昏、眩暈症狀。若不經治療會造成聽力受損。	* 自我照護：清淡飲食、禁菸酒、咖啡等刺激性食物。 * 藥物：利尿劑、抗組織胺劑、止吐劑。 * 手術：內耳神經截斷術、迷走神經阻斷、耳淋巴減壓術。
前庭神經炎	* 持續性眩暈，不會因姿勢、動作改變而減輕。病患常發現近幾周有感冒情況。經治療後症狀會漸漸改善，復發率低。	* 細菌或病毒經由外耳部或耳咽管進入內耳前庭區，產生神經發炎。常見於呼吸道感染病毒。痊癒後不影響聽力及平衡。	* 自我照護：生活規律、增強免疫力、聽力檢查、內耳冷熱平衡檢查。 * 藥物使用：抗組織胺劑、鎮靜劑、血循劑、止吐劑。 * 醫師處置：治療上呼吸道疾病。
偏頭痛型眩暈	* 常發生於幼兒、年輕女性身上，為陣發性眩暈，約於 30 分鐘內可緩解，有時眩暈前後會有頭痛症狀產生。	* 腦內或內耳附近血管發生痙攣收縮，產生電位誘發頭痛、眩暈症狀。	* 自我照護：多休息，少攝取乳酪、巧克力、牛奶等食物製品，及芸香科水果。 * 藥物：血循劑、血管擴張劑、內分泌治療劑、抗癲癇劑。 * 手術：迷走神經阻斷術。
腦內疾病	* 除眩暈外，可能也併有部分症狀：昏睡、聽力減退、單或雙側肢體無力、說話障礙、臉部麻痺、流口水、視力受損、突發性昏厥。	* 因腫瘤或血塊壓迫血管、神經，導致不正常的收縮及電位，誘發眩暈症狀。	* 自我照護：搭配醫療儀器檢查，找出致病原因。 * 藥物：抗血小板凝結劑、血循劑、血管擴張劑。 * 醫師處置：檢視病情，作藥物治療或外科手術。