

# 胃食道靜脈曲張出血之治療藥物

~ 黃瑩瑀 藥師 ~

## 前 言

近年來行政院衛生署公佈的國人十大死因中，肝癌、肝硬化與慢性肝炎皆名列其中。因此慢性肝病一直對國人健康造成重大的威脅。而胃食道靜脈曲張（Gastroesophageal Varices）出血，則是肝硬化患者常見，且可能致命的併發症。

胃食道靜脈曲張的形成是因為靜脈血管像長水泡一般形成一顆顆的小球狀，又稱為胃食道靜脈瘤。胃食道靜脈曲張的出血，可能因為血流增加、血管壓力過大或是胃酸侵襲、食物摩擦靜脈曲張處，導致血管破裂出血，而出血症狀幾乎沒有前兆可察覺，故急性出血往往來勢洶洶，需要緊急就醫處置。

## 病因學與流行病學

胃食道靜脈曲張導因於肝臟硬化所併發的門脈高壓（Portal Hypertension）。肝硬化使得肝臟血流阻力增加，肝門靜脈壓力因此上升，發展為門脈高壓，而高壓下的血液回流至胃食道的靜脈使其產生曲張。

一般而言，當肝門靜脈壓力等於或大於 10 毫米汞柱時，就有可能發展出胃食道靜脈曲張。若門脈與肝靜脈之間的壓力差高達 10~12 毫米汞柱時，胃食道靜脈曲張就容易破裂造成出血。胃食道靜脈曲張出血的致死率和再出血率與肝硬化疾病嚴重程度成正比。若使用 Child-Pugh Score 結合膽紅素、白蛋白、凝血酶原時間延長秒數、肝昏迷和腹水的各項監測評估下，肝功能指標為 C 級者，胃食道靜脈曲張出血的死亡率可高達 70%；整體而言，出血六週內的死亡率約近 20%，其中 40% 為自發性出血。

肝硬化的患者在診斷確立之初，即有近乎三分之一的患者已有胃食道靜脈曲張的現象，其餘的患者每年也有 5~8% 的比例可能會產生胃食道靜脈曲張。在胃食道靜脈曲張診斷確立

的第一年內有 30% 的病患會靜脈曲張破裂出血，而出血後一年內再次復發的機率高達 80%。

## 臨床表現與治療

胃食道靜脈曲張出血時，血液可能逆行向上而口吐鮮血，也可能向下經腸胃道形成血便、瀝青便排出。以內視鏡進行鏡檢時可發現食道或胃壁出現靜脈瘤、紅色癍痕、櫻桃紅點（cherry red spots）的現象。

胃食道靜脈曲張在治療上可分為出血期的治療與預防出血兩個方向。

急性胃食道靜脈曲張出血時，應立即送醫，在緊急給予輸血、預防性的抗生素等等，穩定生命徵象後，接續的處置可以分為藥物治療與非藥物治療。在非藥物治療方面可以選擇內視鏡治療（硬化治療術與內視鏡結紮術）或是外科手術治療（經頸靜脈肝門脈系統靜脈引流術，TIPS; Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt）。內視鏡治療採用的方式僅將出血點止住，無法改善門脈高壓，故再出血的機率高，但對於急性期止血有良好的效果，高達 90% 的患者能成功止血。外科分流術 TIPS 能改善曲張血管的壓力，有較低的再出血率，但外科手術風險高。

臨床藥物治療方面有血管加壓素（Vasopressin）及其類似物，即 Terlipressin；或體抑素 Somatostatin 及其類似物 Octreotide。血管加壓素使血管縮收，減少臟器血流以達到止血目的；體抑素及其類似物則經由抑制具血管活性激素的製造而降低臟器血流量而止血。

預防胃食道靜脈曲張出血的藥物以非選擇性  $\beta$ -阻斷劑為首選，如 Propanolol、Nadolol。非選擇性  $\beta$ -阻斷劑能降低心臟血流輸出與心搏，間接使臟器血流減少而降低肝門靜脈壓差，減緩胃食道靜脈曲張的惡化。非選擇性  $\beta$ -阻斷劑應由低劑量開始逐步向上調整劑量，直到心跳速率減少 25%，但不可低於每分鐘 55 次。少部分病患對於非選擇性  $\beta$ -阻斷劑可能無

效，可以考慮併用硝酸鹽類血管擴張劑以降低門脈高壓。但硝酸鹽類僅適用於較輕微肝硬化患者(Child-Pugh 為 A 級)，且不可單獨使用。

### 急性出血之治療藥物

目前應用於胃食道靜脈曲張急性出血期的常見藥物有 Vasopressin (Pitressin<sup>®</sup>)、Terlipressin (Glypressin<sup>®</sup>)、Octreotide (Sandostatin<sup>®</sup>)。

#### ※ Vasopressin (Pitressin<sup>®</sup>)

為一血管加壓素，也稱抗利尿激素，是一種多肽激素，作用於 Vasopressin 1(V1)與 Vasopressin 2 (V2)接受器上。當其作用於胃腸道平滑肌的 V1 接受器時，會使臟器與腸繫膜的血管收縮，減少血流而達止血效果。此藥品於胃食道靜脈曲張出血時初步止血可達到 60-80%止血率，但不影響死亡率。臨床使用上，因其藥效短，於胃食道靜脈曲張出血使用時，應稀釋後以靜脈滴注方式持續給藥。初始劑量為 0.2U/min，需逐步增加劑量(每小時增加 0.2U/min)至 0.4-1U/min，使用十二小時後，視臨床症狀可逐步減低劑量。給藥後常見的副作用是心臟、腦部、週邊組織的血管收縮

導致組織缺血，故需謹慎使用，密切評估病人變化。其優點是價格較經濟，缺點是使用不便且副作用較大。

#### ※ Terlipressin (Glypressin<sup>®</sup>)

半合成的 Vasopressin 類似物，可有效降低胃食道靜脈壓與肝門靜脈壓，減少肝臟與脾臟血流，但對動脈壓影響較小。有文獻指出 Terlipressin 可降低胃食道靜脈曲張出血死亡率，於胃食道靜脈曲張止血效果與 Octreotide 相當。Terlipressin 於體內可穩定而緩慢釋放活性物 Lypressin，故藥效較長，不需靜脈持續滴注給藥。在臨床使用上，先給予起始劑量 2 mg 後每 4-6 小時靜脈注射 1-2 mg 即可，約使用 24-36 小時即有明顯止血效果，不建議使用超過 3 天。Terlipressin 與 Vasopressin 相較，因其血管加壓與抗利尿的作用較小，故副作用相對較小，但用於患有心血管疾病或腎臟疾病的患者仍需謹慎使用。此藥的優點是給藥方便且副作用較小，缺點是價格較昂貴。

#### ※ Octreotide (Sandostatin<sup>®</sup>)

Octreotide 是體抑素(somatostatin)的類似物，於體內抑制生長激素、胃泌素、升糖素、胰島素等激素的分泌。降低肝門靜脈壓力的機轉未明，推測是與抑制具血管活性激素的分泌有關。在臨床使用上，因藥效短，故使用於胃

表一：藥品比較表

學名	Vasopressin	Terlipressin	Octreotide
商品名	Pitressin	Glypressin	Sandostatin / Octide
劑型規格	20U/ml/Amp	1mg/Vial	0.1mg/1ml/Amp
適應症	* Esophageal varices bleeding * Diabetes insipidus * Postoperative abdominal distention	* Bleeding esophageal varices	* Esophageal varices bleeding * Acromegaly * Carcinoid tumors
作用時間	20~40 mins	10 hrs	100 mins
副作用	Increased blood pressure, cardiac arrest, abdominal cramps, urticaria, bronchial constriction, tremor	Abdominal cramps, headache, transient blanching, increase in arterial blood pressure	Diarrhea, nausea, abdominal discomfort, headache, arrhythmias, hyper- or hypoglycemia, edema, sinus bradycardia
健保規範	無	無	於胃食道靜脈曲張出血，最長以三天為原則。
健保價格	363 元/AMP	1802 元/AMP	495/440 元/AMP
治療費用	約 23958 元/course	約 36040~46852 元/course	約 18315/16280 元/course

食道靜脈曲張出血時應稀釋後以靜脈滴注方式持續給藥，以每小時 25 微克的劑量持續給予三至五天；若出血未獲得控制，可將劑量調整至每小時 50 微克。有文獻指出 Octreotide 與 Vasopressin 相較，Octreotide 有較佳的止血效果與較少的副作用。(藥物比較如表一)。

### 結 語

胃食道靜脈曲張急性出血為一臨床急症，在過去早期就造成高的死亡率與再復發率，所幸醫療的進步，目前已有許多方式可治療與預防出血，但所有的治療選擇中何者最為理想目前尚無定論，故應考慮相對的治療效益與可行性、安全性、醫療費用，而選擇適合的治療方式。至於手術或內視鏡與藥物合併治療的效益，目前在文獻上仍眾說紛紜。在藥物治療方面，Vasopressin (Pitressin®)、Terlipressin (Glypressin®) 及 Octreotide (Sandostatin®) 已廣泛應用於此。我們應依據藥物的臨床效益、藥物副作用、投藥方便性、藥物經濟效益加以選擇。

### 參考文獻

1. Drug Facts and Comparisons 2008
2. Hepatology :a textbook of liver disease 4<sup>th</sup> 2003.
3. Ioannou G; Doust J; Rockey DC Terlipressin for acute esophageal variceal hemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD002147
4. G D'Amico, LLP Pagliaro, GGPI Pietrosi, IITA Tarantino. Emergency sclerotherapy versus medical interventions for bleeding oesophageal varices in cirrhotic patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD002233. DOI: 10.1002/14651858.CD002233.
5. P. Dite ; D. Labrecque ; Michael Fried ; A. Gangl World Gastroenterology Organisation practice guideline : Esophageal varices. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):824
6. de Franchis R. Somatostatin, somatostatin analogues and other vasoactive drugs in the treatment of bleeding oesophageal varices. Dig Liver Dis. 2004 Feb;36 Suppl 1:S93-100.
- 7.

## 口服糖尿病藥物的新選擇

### - Januvia

~ 臺北分院 張泰華 藥師 ~

~ 臺中總院 謝家興 藥師 ~

型糖尿病最新治療準則，建議提早使用胰島素，有助於糖尿病的正面治療。

2007 年 Januvia® 上市，讓口服藥物多了

新的選擇，根據臨床實驗結果，此藥物的降血糖效果與其他藥物差不多，相較於其他藥的優點是較不易增加體重、也不易產生低血糖的副作用。2009 年 3 月起，健保局已將此藥品納入健保的給付，對於糖尿病患者來說，真不啻是個佳音！

### 前 言

自 1987 年以來，糖尿病直居國人十大死因第五位；2002 年起，更躍居至第四位，維持至今。糖尿病的治療除了飲食及運動的控制之外，口服糖尿病藥物及注射胰島素仍是治療的主軸。基於方便性及順從性的考量，又以口服藥物最為病患所接受。然而，口服藥物長期使用之後可能因為耐受性等因素，導致必須改用胰島素注射來治療。因此，2006 年美國糖尿病學會(America Diabetes Association)修正第 2

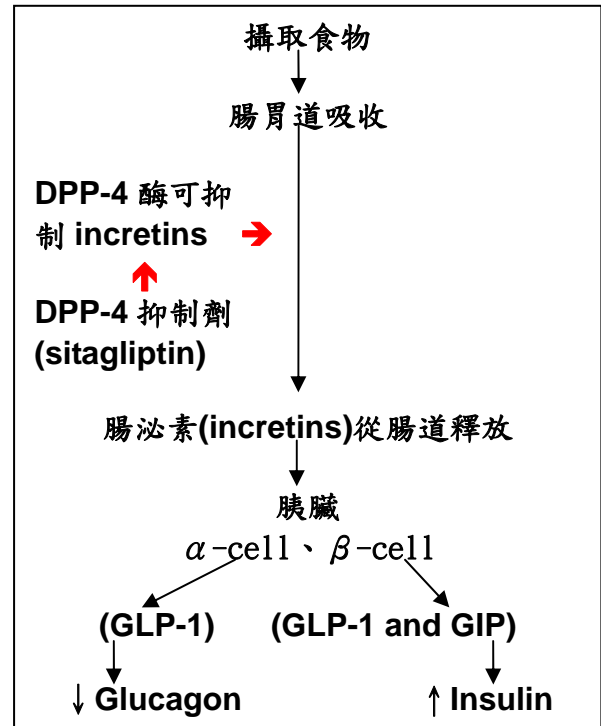
### 治療分類與機轉

Januvia® (sitagliptin phosphate)是具有高度選擇性的口服 DPP-4 (dipeptidyl peptidase 4)酶抑制劑，用於治療第二型糖尿病。DPP-4 抑制劑乃是一種腸泌素(incretin)增強劑類的藥物。透過抑制 DPP-4 酶的作用，可提高兩種已知的活性腸泌素激素的濃度，即 GLP-1 (glucagonlike peptide-1)與 GIP (glucose-dependent insulintropic polypeptide)。當血糖濃度正常或升高時，GLP-1 與 GIP 會提高胰臟細胞合成及釋出胰島素(insulin)的作用。GLP-1 也會降低胰臟細胞的昇糖素(glucagon)分泌作用，進而降低肝臟的葡萄糖生成作用。GLP-1 刺激胰島素釋出與抑制 glucagon 分泌的作用在血糖濃度偏低時並不會出現。當葡萄糖濃度升高超過正常範圍時，GLP-1 與 GIP 的胰島素分泌刺激作用都會隨之增強。因此，GLP-1 並不會減弱身體在低血糖的情況下所產生的正常 glucagon 反應。此機轉並不同於在 sulfonylureas 中所見的機轉；sulfonylureas 在葡萄糖濃度偏低的情況下也會刺激胰島素釋出，致使第二型糖尿病患者和正常人發生誘發性低血糖。而 Sitagliptin 在治療濃度下並不會抑制 DPP-8 或 DPP-9 這些密切相關的酶。Sitagliptin 的化學結構與藥理作用都不同於 GLP-1 類似物、胰島素、sulfonylureas 或 meglitinides、biguanides、過氧化小體增生活化接受體(peroxisome proliferator-activated receptor gamma；PPAR $\gamma$ )促動劑、葡萄糖苷酶抑制劑及 amylin 類似物。

## 臨床研究

單一療法臨床研究：共有 1,262 位第二型糖尿病患者曾參與兩項評估 Januvia®單一療法之療效與安全性的雙盲安慰劑對照研究，其中一項為 18 週研究，另一項為 24 週研究。這些血糖控制不良(glycosylated hemoglobin, HbA1c 值為 7%至 10%)的患者經隨機分組後，分別接受每日一次 100 毫克或 200 毫克之 Januvia®或安慰劑的治療。和安慰劑相比較，每日使用 100 毫克的 Januvia®治療時可使 HbA1c、飯前血糖值 FPG (fasting plasma glucose)及飯後 2 小時血糖值 PPG (postprandial glucose)獲得明顯的改善。另

外，每日 200 毫克之劑量的降血糖效果並未優於每日 100 毫克的劑量。Januvia®對於血脂評估指標的影響和安慰劑相當。在這兩項研究中，使用 Januvia®治療之患者的體重皆未較基礎值增加，而使用安慰劑的患者則有小幅減輕



的現象。使用 Januvia®治療之患者中的低血糖發生率和使用安慰劑者相當。

在合併療法方面：不論是與 Metformin 的初始合併治療或是嚴重高血糖的合併治療，其降血糖效果都比單獨使用 Metformin 的效果更明顯。

在以 Glipizide 作為活性藥物對照之研究中，兩者相對於 HbA1c 基礎值的降低程度皆為 0.67%，由此可見這兩種藥物的療效彼此相當，但 Januvia®治療組中的低血糖發生率 (4.9%)明顯低於 glipizide 組(32.0%)。使用 Januvia®治療之患者的體重有明顯較基礎值減輕的現象，而使用 glipizide 治療之患者的體重則有明顯增加的現象(分別為-1.5 公斤與+1.1 公斤)。

在與 Pioglitazone 合併治療研究中，和安慰劑加 pioglitazone 相比較，Januvia®與 pioglitazone 併用可使 HbA1C 與 FPG 獲得明顯的改善。HbA1c 方面的改善效果並不會因 HbA1c 基礎值、先前的抗高血糖治療、性別、年齡、種族、BMI (body mass index)基礎值、診斷出罹患糖尿病後所經過的時間、出現代謝

症候群、胰島素抗性(HOMA-IR)或胰島素分泌(HOMA- $\beta$ )的評估指標而受到影響。使用Januvia<sup>®</sup>治療的患者，和使用安慰劑的患者相比較，三酸甘油脂有略為降低的現象。在體重變化方面，Januvia<sup>®</sup>治療組與安慰劑組之間並

治療。其建議劑量為每日一次 100 公絲，可單獨使用或與 metformin 等其他糖尿病藥物一起使用。由於 Januvia<sup>®</sup>經代謝後有 79%以原型自腎臟排除，因此用藥劑量需考量腎臟功能 creatinine clearance(CrCl)加以調整(詳見表)。

劑量調整參考表

Stage	CrCl	Recommend
Mild renal impairment	≥ 50 mL/min (serum creatinine 男性 ≤ 1.7 or 女性 1.5 mg/dL)	100mg once daily (adjustment dosage is not necessary)
Moderate renal insufficiency	30-50 mL/min (serum creatinine 男性 1.7-3 or 女性 1.5-2.5 mg/dL)	50 mg orally once daily
Severe renal insufficiency	< 30 mL/min (serum creatinine 男性 > 3 or 女性 > 2.5 mg/dL)	25 mg orally once daily
End-stage renal disease	hemodialysis or peritoneal dialysis	25 mg orally once daily (the dose can be administered regardless of the timing of hemodialysis)

無任何明顯差異。

與 Glimepiride 或與 Glimepiride 加 Metformin 的合併治療中，和安慰劑相比較，Januvia<sup>®</sup>可使 HbA1C 與 FPG 獲得明顯的改善。在整體研究對象中，HbA1c 相對於基礎值之降低程度和安慰劑相比較的差異為 -0.74%，FPG 則為 -20.1 mg/dL。HbA1c 方面的改善效果並不會因性別、年齡、種族、BMI 基礎值、診斷出罹患糖尿病後所經過的時間、出現代謝症候群、或胰島素抗性(HOMA-IR)或胰島素分泌(HOMA- $\beta$ )的評估指標而受到影響。和使用安慰劑組的患者相比較，使用 Januvia<sup>®</sup>治療之患者，他們的體重有略為增加的現象。

另外，FDA (Food and Drug Administration) 當初審核 Januvia<sup>®</sup> 時有提及到，Januvia<sup>®</sup> 所抑制的 DPP-4 屬於免疫因子之一，是否會影響人體免疫？關於這一點，藥廠後續進行了猴子得的動物試驗，在猴子體內注射 1000 倍 DPP-4 抑制劑的測試，結果並無明顯免疫能力下降的情形發生，於是 FDA 通過其上市許可。

## 結 語

Januvia<sup>®</sup> 的核准適應症為第 2 型糖尿病的

肝功能不全輕至中度，Child-Pugh score 7-9 者，不需調整劑量；目前臨床上尚未建立使用於嚴重肝功能不全，Child-Pugh score > 9 的用藥經驗。

對 18 歲以下小兒病患的安全性及有效性尚未獲得確立，因此不建議用於 18 歲以下患者。動物生殖研究顯示並不具致畸性，懷孕分級雖列為 B 級，但目前並無適當且完整的孕婦研究，因此和其它口服降血糖藥物一樣，懷孕期間並不建議使用。

Januvia<sup>®</sup> 目前並沒有明顯的藥物交互作用產生，且較不易增加體重、也不易產生低血糖的副作用，唯獨新藥的藥費較高且限自費使用，因而用藥比例較低；但隨著三月起納入健保給付之後，相信 Januvia<sup>®</sup> 將會正式成為治療糖尿病的新武器。

## 參考文獻

1. 林婉婷、林志六。近期核准新藥 Januvia, Sebivo, Adacel 的簡介。台灣醫界雜誌 2008；Vol.51, No.3：118-119。
2. 佳糖維 膜衣錠。Available at <http://www.mims.com/Page.aspx?menuid=mnq&brief=false&lang=NE>。Accessed March, 2009。
3. 台灣糖尿病防治推動現況與展望。Available at

[http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNET/Portal/Them\\_Show.aspx?Subject=200712250014&Class=2&No=200712250083](http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNET/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250014&Class=2&No=200712250083)。Accessed March, 2009。

4. Herman GA et al. J Clin Endocrinol Metab

2006;91:4612-9.

5. Aschner P, Kipnes MS, Lunceford JK, Sanchez M, Mickel C, Williams-Herman DE, for the Sitagliptin Study 021 Group. Diabetes Care. 2006;29:2632-2637.

# 橘核與荔枝核 ~ 來自渾身是寶的水果

~ 黃義時 藥師 ~

## 前 言

臺灣是水果王國，一年四季都能享受各種甜美的滋味，但一般人在吃了水果常吃的部位後，即把其他部分丟棄，很少想到水果的其他部位有療效，可供為中藥使用。其實常吃的水果當中例如橘子、荔枝、龍眼、柿子、枇杷等，它們的果皮、種仁、葉子、果實分別可加工炮製成常用的中藥；中藥所用的陳皮、廣陳皮、橘紅、橘核、荔枝殼、荔枝核、龍眼肉、柿餅、柿霜、枇杷葉等，即是由以上的水果各有用的部位所製成。今就柑橘和荔枝的種仁，簡述橘核與荔枝核在中醫藥上的應用。

## 簡 介

### 一、橘核 (*Citri reticulatae Semen*)

【別名】桔核，始載於《日華子本草》又名橘子仁，橘子核，橘仁，橘米。

【來源】芸香科 (*Rutaceae*)。柑桔 *Citrus reticulata* Blanco 的種子。另外其果皮亦可入藥為常用的陳皮。

【形態特徵】常綠喬木，高 3~4 公尺。葉互生，葉柄長 0.5~1.5cm 葉片披針形或橢圓狀披針形，長 4~11cm，寬 2~4cm，先端漸尖，花白色或粉紅色。

【產地】福橘，分布江南各地；朱橘，分布江南各地；同屬近緣植物亦供藥用，有溫州蜜橘 (*C. unshiu* MARCOR.)，分布浙江；黃岩蜜 (*C. Subcompressa* TANAKA)，分布浙江；天台蜜橘 (*C.*

*succosa* TANAKA)，分布浙江；乳橘 (*C. kinokuni* TANAKA)，分布江西、浙江；甜橘 (*C. ponki* TANAKA)，分布廣東。

秋冬收集食後種子洗淨曬乾或烘乾

【藥材性狀】種子略呈卵形長約 1.0 公分寬約 0.5 公分。

【化學成分】含脂肪油蛋白質、黃柏內酯等。

【性味】味苦，性溫。

【功能】理氣，散結，止痛，消腫。

【主治】虛寒疝氣，睪丸腫痛，乳房結塊，小腸氣痛，腰痛。

【用法用量】10~20 公克/日，水煎服，或入丸散用；科學中藥：0.5~2.0 公克/日。可依病症與體質酌量增減使用量。

### 二、荔枝核 *Litchi chinensis* Sonn.

【來源】荔枝核，始載於《本草衍義》。為無患子科荔枝屬植物荔枝樹 *Litchi chinensis* Sonn. 的種子。另外根、果肉(假種皮)及果皮(果殼)亦可入藥。

【別名】大荔仁、荔仁、荔支、麗支、勒荔。

【概述】荔枝是中國特有的珍貴水果。"荔枝"兩字出自西漢，而栽培時代始於秦漢、盛於唐宋，至今已有二、三千年的歷史。為什麼叫"荔枝"呢？據宋應《上林賦·扶南記》說："此木結實時，枝弱而蒂牢，不可摘取，必以刀斧剝取其枝，故以為名"。荔枝是無患子科常綠果樹。果實心臟形或圓形，果皮具有多數鱗斑狀突起，顏色鮮紅，紫紅、青綠或青白色，果肉新鮮時，呈半透明的凝脂狀，細嫩多汁，味甜清香味美芳香，生食特別優良。

【形態特徵】

常綠喬木，高8~20公尺。莖上多分枝，灰色；小枝圓柱形，有白色小斑點和微柔毛。雙數羽狀複葉互生，連葉柄長10~25cm；小葉2~4對，對生，具柄，葉片披針形或矩圓狀披針形，長6~15cm，寬2~4cm，先端漸尖，基部楔形而稍偏斜，全緣、上面深綠色，有光澤，下面粉綠。春季開綠白色或淡黃色小花，圓錐花序，花雜性。核果球形或卵形，果皮暗紅色，有小瘤狀突起。種子外被白色，肉質、多汁、甘甜的假種皮，易與核分離。種子矩圓形，褐色至黑紅

色，有光澤。

【生境分布】栽培的果樹，分布中南部。中國福建、廣西、廣東、四川及雲南東南部。臺灣中南部。

【採集加工】6~7月(夏秋)果實成熟時採收，曬乾備用。

#### 【藥材性狀】

本品長橢圓形，略扁，長2-2.5厘米，徑0.6—1.7厘米。表面棕紅或棕紫色，光滑，有縱皺紋，一端有黃白色種臍，質堅硬，內有二片肥厚子葉，灰黃色，質亦堅實。氣微，味淡而澀。球形、紅色，有多數尖銳的疣狀突起。

#### 【化學成分】

種子含 L- $\alpha$ -亞甲基環丙基-甘氨酸(L--(methyl-enecyclopropyl)-glycine)及無色矢車菊素(leucocyanidin)。假種皮(荔枝肉)含蔗糖、葡萄糖、蛋白質、脂肪、維生素C及檸檬酸等有機酸。

#### 【藥理作用】

1. 荔枝核的乾浸膏製成的水溶液對大鼠四氧嘧啶性糖尿病有明顯的降血糖作用。
2. 荔枝核乾浸膏毒性很小，按20g/kg給小鼠灌胃，連續給藥三天，未見小鼠死亡。
3. 如給飢餓24小時的小白鼠皮下注射L- $\alpha$ -亞甲基環丙基-甘氨酸(L--(methyl-enecyclopropyl)-glycine)60~400毫克/公斤，可使血糖下降，肝糖元含量亦顯著降低。

【性味】核：甘、微苦、澀，溫。

【功能】理氣止痛，祛寒散滯。

【主治】寒疝腹痛，睪丸腫痛；肝氣鬱滯，胃脘久痛；氣滯血瘀經前或產後腹痛。

【用法用量】內服：荔枝核9~15克(5~10枚)，入水煎湯或入丸散。燒存性研末或浸酒。外用：搗敷或燒存性研末撒。

## 臨床用途

### 【橘核的配伍應用】

1. 可用於癰病，卵核腫痛，偏有大小，或堅硬如石或引臍腹絞痛，甚則成潰爛，可與川棟子、小茴香、荔枝核、木通等配伍使用。
2. 在臨床已可治療急性乳腺炎。口服或外敷均可。用橘核研細末以25%酒精或白酒調濕，外敷炎症處，藥乾後即換，毒血症狀嚴重者可加服橘核煎酒（橘核一兩加白酒一兩，再加水200毫升煎至100毫升），日3次，每次20毫升，治療急性乳腺炎49例有良效。（譚忠孝.橘子仁治療急性乳腺炎.中華外科雜誌）。
3. 《本草彙言》曰：橘核疏肝，散逆氣，下寒疝之藥也。今研究證明本品含蛋白質脂肪油其苦味成份為黃柏內酯和闌米林等。
4. 《本草經疏》曰：因其味苦溫而下氣，所以能入腎與膀胱，可用於因寒所生之病，婦人瘕疝、小腹攻疼，腰膝重滯，氣逆淋滯等。

### 【荔枝核的配伍應用】

1. 荔枝核能祛除寒邪，行散滯氣，有止痛之功。善治厥陰肝經寒凝氣滯之疝腹痛，睪丸腫痛；常與小茴香、吳茱萸、橘核等配伍應用。如《北京市中藥成方選集》（疝氣內消丸）。
2. 若證屬肝經實火，濕熱下注之睪丸腫痛或陰囊紅腫者，可配伍龍膽草山梔子、大黃、川棟子等藥同用。
3. 本品具有疏肝理氣、溫散行滯之功。治肝氣鬱滯、胃脘久痛，可配伍木香、延胡索、川棟子等，以行氣止痛。治婦人氣滯血瘀之經前或產後腹痛等證，可配伍香附，以疏肝止痛。如《校注婦人良方.卷七》（蠲痛散）。
4. 胃痛、睪丸腫痛：荔枝核配橘核焙焦為末，開水衝服（《滇南本草》）。

## 柑橘和荔枝的特性

柑橘性甘，可解宿醉止焦渴多吃會生聚痰氣。

1. 整橘：凡乳房腫脹疼痛可用整個橘子燒炙瓦二片覆至焦黑，磨成細末，配合黃酒吞服。
2. 橘皮：有生津解悶，運脾調胃，化痰降火，降毒安神的功用。
3. 橘核：藥性入肝臟，可治腰痛癩疝之症。
4. 橘絡：消痰、活血、治逆於肺的衝氣。
5. 橘葉：可治乳病脅痛、消腫驅毒，散胸臆逆氣。
6. 橘餅：可治咳化痰，暖肺驅寒，醒酒消食。

荔枝十分嬌嫩，極易腐敗，因此，常用人工乾製法製成荔枝乾。荔枝不但好吃而且含有多量的蛋白質、果糖、蔗糖、脂肪、維生素 A、B、C 和果酸、檸檬酸等多種成分，還含有多種氨基酸，食之對人體有益。它性溫味甘，有補精髓、養肝血、止煩渴、益顏、理氣、止痛之功效。荔枝核和花都可入藥，核煎水服，可散寒祛濕，行血氣，治胃寒和胃氣痛。花煮瘦肉可治療糖尿病，功效良好。

荔枝雖好吃不宜多食，有的人多食幾個覺得燥熱、喉嚨上火、咳嗽，過食還可得荔枝病。荔枝病就是低血糖病，荔枝果裡的糖為果糖，這種糖進入人體後，很快進入血液，因此糖比葡萄糖難以吸收，只有依靠肝臟一係列轉化酶的催化，把果糖變成葡萄糖後，才變成糖元貯存，可供身體利用，如果過食，大量堆積於胃裡，加上荔枝的水分可以引起食慾不振和消化不良，這樣引起低血糖症，出現飢餓、口渴、惡心、頭暈、眼花、心慌、出汗、面色蒼白、皮膚冰冷，嚴重會發生昏迷，呼吸不規律、血壓下降、以及呼吸困難，導致死亡。本品因為是栽培果樹，所以品系較多，台灣一般黑葉種較受歡迎，因為肉多子小而甜。

## 現代研究

小腸氣即疝氣，英文稱為 hernia，是因腹壁有天生缺憾或因腹壁有弱點肌肉較薄，以致腹內器官沿腹壁弱點而凸出腹外。【中藥輔助療法】某些中藥能理氣，幫助血氣運行，若疝氣發作或疼痛時或平時要幫助小腸蠕動，可用荔枝核與橘核來達到目的。

荔枝核是辛苦疏泄，有疏肝理氣、行氣散結、散寒止痛之功，用在治寒疝疼痛，請以六味地黃丸與小茴香、吳茱萸、橘核等藥加減使

用，依上藥來配合。每一療程以七日為主，吃完七日後要停藥一週，然後再繼續下一療程，一直到覺得有效果時為止。唯一根治小腸氣之方法是施用外科手術縫補腹壁弱點，手術後並不會影響生育，事實上患小腸氣者雖然多數發覺有陰囊腫脹，其實與生殖器官完全無關，手術後亦不會影響生育能力。

常喝橘核荔枝飲，膽結石不上身。直徑較大的膽結石，震波碎石及手術取出是較佳的選擇，如果顆粒較小，在上述治療之外，其實也可試試中醫療法。膽結石又名「膽石症」，是一種常見的疾病，可分原發於膽囊及膽道系統的兩種結石，其形成原因相當複雜，比如膽液瘀積、膽鹽濃度及酸鹼度變化、體內代謝機能改變都是。膽結石通常發生在年逾四旬的中老年人，且隨年齡增加而上揚，其中又以糖尿病患、肥胖者、精神緊張者、脂肪肝患者、肝硬化患者及膽道寄生蟲感染者較易罹患。

就中醫的角度而言，膽結石屬於肝膽鬱結兼濕熱內蘊的一種疾患。膽腑功能以疏泄通降為順，如果肝膽鬱結或中焦濕熱滯結，膽汁排泄失常，膽氣鬱結久了，就可能硬化為石。導致膽結石的病因有二，一是肝氣鬱結，情志抑鬱，或是暴怒傷肝，肝失調達，致使疏泄不利，氣阻絡痺而成；二是肝膽濕熱，外邪內侵，或飲食不調，致使濕熱的邪蘊結於肝膽，再侵犯到腸胃，終至脾胃運化障礙致病。膽結石可分濕熱型、氣滯型及熱毒型等三大類型，中醫治療悉依臨床證狀不同而異。濕熱型以清熱利濕，通裡攻下為治療主軸，可取加減大柴胡湯，合併龍膽瀉肝湯加木香、枳殼、鬱金、大黃、茵陳等方。氣滯型以疏肝利膽理氣為引，治療以越鞠丸或四逆散加木香、大黃等為主。熱毒型則應清熱解毒，通下排石，方劑是犀角地黃湯或安宮牛黃丸。

一般人若不想被膽結石纏上，不妨平時多喝些「橘核荔枝飲」。這帖可舒肝理氣、止痛的方劑，取橘核、荔枝核各 20 公克、陳皮 10 公克及紅棗 2 粒，加 3 碗水煎煮 20 分鐘後，放涼當茶飲用。

## 參考書目：

1. 顏正華主編：中藥學，知音出版社出版，2001
2. 孫孝洪編著：中醫治療學原理，知音出版社出版，2002
3. 中華民國行政院衛生署編印：中華中藥典，行政院衛生署中醫藥委員會出版，台北，2004



4. 謝文聰主編：輕鬆認識中藥，中國醫藥大學，2008
5. 馬有度，叢林，李慶升主編：中醫精華淺說，知因仲景叢書；11，知音出版社出版，2004
6. 全聯會中藥研究發展委員會編著：臨床常用中藥方劑手冊，中華民國藥師公會全國聯合會發行，1991。