

浅谈中药的临床合理应用

郑璐璐¹, 杨艳红², 张贵君^{1*}

1. 北京中医药大学 中药学院, 北京 100102

2. 天津药物研究院药业有限责任公司, 天津 300193

摘要: 目前全球范围内不合理用药现象都很严重。我国的药品不良反应中有 10%~30% 是源于不合理用药引起的, 可见合理用药以保证患者用药安全是医药工作者的职责, 也是亟待解决的问题。从中药的临床应用各环节入手, 涉及辨明品种、选择适当的炮制品、严格遵循用药剂量、煎煮方法和服用方法要适宜、中西药配伍要得当以及中药师调配和发药要细心等方面, 探讨在临床使用中药过程中必须注意的问题, 并分析了不合理用药的原因, 希望引起医师、药师和患者的关注, 为临床上合理使用中药提供参考。

关键词: 中药; 药品不良反应; 临床用药; 用药安全

中图分类号: R285.6; R969.3

文献标志码: A

文章编号: 1674-5515(2011)04-0251-05

Discussion on reasonable application of Chinese materia medica in clinic

ZHENG Lu-lu¹, YANG Yan-hong², ZHANG Gui-jun¹

1. School of Chinese Materia Medica, Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100102, China

2. Tianjin Institute of Pharmaceutical Research Pharmaceutical Responsible Co., Ltd., Tianjin 300193, China

Abstract: The appearance of unreasonable and inappropriate application of drugs is very serious in the world at present. There are 10%–30% adverse drug reaction (ADR) originated from unfair use drugs in our country, so reasonable and appropriate application of Chinese materia medica (CMM) in order to guarantee patients using drug safety is the responsibility of medical workers and a problem which must be solved. This article investigates the issue to be concerned on CMM clinical appropriate application from every link, involving distinguishing varieties, choosing reasonable processed products, following dose strictly, using available methods for decocting and taking, proper combination compatibility of CMM and pharmaceutical chemicals, and making up a prescription or sending drugs carefully, analyzes the factors and reasons for inappropriate application of drugs, and hope to attract doctors, pharmacists, and patients with providing a rational reference about the clinical application of CMM.

Key words: Chinese materia medica (CMM); adverse drug reaction (ADR); clinical medication; using drug safely

根据世界卫生组织 (WHO) 的统计, 全球有 1/3 的患者不是死于疾病本身, 而是死于不合理用药^[1]。不合理用药的现象在我国也很严重, 2005 年的不合理用药占用药者的 10%~30%^[2]。这不仅造成了药品资源的浪费, 而且加重患者的经济负担^[3], 这个问题已成为影响国民健康的重要因素, 因此保证临床合理用药成为许多国家卫生改革的重要目标。2010 年 2 月 7 日, 卫生部发布了我国首部《中国国家处方集》以指导临床合理用药, 保障患者用药安全^[4]。但是, 该处方集主要针对化学药品与生物制品类, 对中药的临床合理应用缺少明确的指导。

中药是中医临床治病的主要武器, 目前我国还有为数众多的民众在使用。由于中药的来源广泛、成分复杂, 使用不得当, 不仅无效, 或可僨事^[5]。因此, 合理使用中药、保证临床用药安全是医疗和保健市场当前亟待解决的问题^[6]。合理用药的生物学标准是安全、有效; 经济用药包括投药和剂量准确、对症使用、用药对象适宜、无禁忌证、不良反应小。药品在有效性、安全性、稳定性明确的前提下, 同时具备实用性、经济性; 药品的用法和疗程要适当; 药品调配及提供给患者的用药信息应准确无误; 患者依从性良好^[7]。对于中药来说, 除此

收稿日期: 2011-01-19

作者简介: 郑璐璐 (1984—), 女, 硕士研究生, 研究方向为中药药效组分及药效组分质量评价体系研究。E-mail: lulu_zheng@126.com

*通讯作者 张贵君 (1954—), 男, 教授、博士研究生导师, 研究方向为中药鉴定方法学、中药药效组分及药效组分质量评价体系研究。

Tel: (010)84738624 E-mail: guijunzhang@163.com

以外还要注意药物的品质特征和配伍等。笔者认为中药的临床合理应用包括辨明品种、选择适当炮制品、严格遵循用药剂量、煎煮方法和服用方法要适宜、中西药配伍要得当以及药师调配和发药要细心等方面。本文从临床用药的各环节探讨使用中药需注意的问题,希望为临床上合理应用中药提供参考。

1 辨明品种

中药材的品种混乱现象比较普遍,常用中药材中已知有约 300 味品种混乱。如各地以金钱草为名的药材就有广金钱草、小金钱草、江苏金钱草和江西金钱草等;金银花有山银花等 5 种不同植物的花和花蕾;贯众(绵马贯众)有紫萁贯众、峨嵋蕨贯众、荚果蕨贯众、狗脊贯众等;地丁有紫花地丁、甜地丁、苦地丁和广地丁等;白头翁药材来源有数种之多^[8];神曲的配伍组分不同,制法上各地区也有较大差异。在北方易混的品种主要有:北豆根和山豆根、五加皮和香加皮、石菖蒲和节菖蒲、桑寄生和槲寄生^[9]。中药材品种的混乱导致了中医处方使用的饮片经常与患者实际应该使用的不符。特别是医药分管以来,很多中医师对现在药店所售中药质量要求和品种并不十分清楚,他们在组方用药时也很少考虑到由于品种因素而影响疗效,只是一味按传统规定品种的疗效和主治使用,也就是说大多数中医师已经默认了中药品种中替代使用的事实。中药品种的不同和质量差异必然会对疗效产生影响,甚至产生完全不同的功效。由此可见,辨明中药品种是临床合理用药的基础。

中药材还有同名异物的现象,如白附子和禹白附、南五加皮和北五加皮、南沙参和北沙参、被称为“草河车”的蚤休和拳参等,如果来源不同的药材被当作同一种药材混淆使用,必将对疗效产生重大影响,甚至引起严重的不良反应。为了保证临床用药有效与安全,必须依据药品标准弄清楚药品和药材的品种,要深刻认识到不同的中药品种其药性和功效的差异是必然的。中药管理人员要把好药品管理关,保证中药的质量,中药的国家标准如果能够努力做到一药一名、一药一种、一药一量,对于保证中药质量、提高中药的管理水平是有益的,也是中医药发展过程中的重大课题^[10]。

2 选择适当的炮制品

中药配伍的原料是炮制品(饮片),从某种意义上来说饮片是中药使用的起点。炮制的目的是使药材转变成具有药效的饮片,同一个物种的不同部位

可以做不同的药材,同一药材的不同炮制品是功效不同的中药。目前,国家药品标准中炮制品(饮片)尚未统一、规范,有待完善。各地的炮制工艺相差较大,而且由于中医药研究与应用的脱节,导致临床用药不分药材和饮片,加之处方配伍缺少现代科学理论的检验,常出现不良反应。张振凌等^[11]对《河南省中药炮制规范》中处方规定的 100 种常用中药的使用情况进行了调查,结果 56% 中医临床人员习惯应用生品。特别是一些常用的饮片生熟品的药效差别很大,如麸炒山药、麸炒白芍、麸炒苍术(或米泔水炒)、炒山楂、炒川楝子(或麸炒)、炒麦芽、麸炒枳壳、炒酸枣仁、醋炙五灵脂、麸炒僵蚕、炒神曲(或麸炒),造成饮片生熟品混用的原因主要是对中药基原的定位偏差和中药基本理论、基本知识的缺乏。

药材炮制品的性味功能各异,处方用药还涉及药对、配伍等问题,与不同的中药配伍其临床主治有明显的差异,可见选择合理的炮制品尤为重要。宋代《证类本草》中就曾记载有:生卷柏破血,炙卷柏止血;生蒲黄破血消肿,炒蒲黄补血止血;生苋苈主泻,炒苋苈止冷痢、主齿痛。元代《汤液本草》中有“干姜慢火炮、本性辛,及见火候稍苦,故止而不移,所以能治里寒”的理论。《十药神书》中提出多种中药制炭后可以止血,而生品则无此作用或作用较弱。明代《本草蒙筌》中有黄芪“生用治痛疽,蜜制补虚”的记载。《本草纲目》中认为牛膝“欲下行则生用,滋补则焙用,或酒拌蒸过用”。《炮制大法》中有白矾“生用解毒,煅用生肌”。清代《本草通玄》中有诃子“生用清金行气,煨熟则能温胃固肠”的理论。以上说明中药材炮制后的性味和归经发生了变化,是不能混淆或代用的^[12-13]。炮制后改变性味的还有:生莱菔子和炒莱菔子生升熟降、生何首乌与制何首乌生泻熟补、生地黄与熟地黄生凉熟温等^[14]。炮制后归经变化的有木香、葛根、甘草、荆芥、首乌等^[15]。可见中医师需要了解不同中药饮片在功效上的差异,以便更好地应用于临床。

3 严格遵循用药剂量

中药的剂量在临床用药中虽没有化学药的那么严格,但在历代医药著作记载中都是言之凿凿,剂量是保证中药安全性和有效性的标尺,不可妄用。苏佩清等^[16]列举 30 味中药的剂量与功用的关系,认为山楂使用 6 g 则祛瘀力强, 15~30 g 则消炎利

胆,大剂量治疗慢性胆囊炎效果好;桑白皮 6~9 g 有退热作用,若用至 15 g 则有利尿轻泻作用;玉竹常用剂量对气血两虚者有补益作用,而使用 40 g 则治疗中风所致偏瘫失语等;枳壳 6~10 g 主要用于暖气、肝胃功能失调导致的气滞,而使用 50~100 g 可治疗胃下垂、子宫脱垂、疝气,作用显著且无不良反应。目前,大多数中医师在用药时远远超出药品标准规定的剂量范围。周李刚^[17]对浙江省桐庐县中医院 2006—2008 年的 3 600 张中药处方进行分析发现:3 年的超剂量处方比例分别为 59.3%、62.75%、66.17%,有逐年上升的趋势。原因是大多数中医师认为中药栽培品的疗效远远不及野生品,使用相同剂量的栽培品很难达到与野生品相同的药到病除的结果,却忽视了超剂量用药同时不良反应增加的事实。

4 煎煮和服药方法要适宜

4.1 煎药时间视药性而定

不同的中药煎煮时间不同,解表、芳香类中药煮沸后 10~15 min 即可;补益药文火煎 30~60 min;制川乌、制附子等宜先煎。汤剂一般煎煮两次,每次 30 min,合并两次滤液即可。如果煎煮时间不到,或者煎煮次数不到,都会影响药效。

4.2 服药方法按要求

中药的服药时间也有要求,病在腰下饭前服,如治肠胃病、肝肾虚的中药;病在胃上饭后服,如治胃脘、心肺、胸膈以上病症及对胃肠有刺激的中药;治脾或攻下中药餐间服,如治脾胃及攻下的中药宜在两餐间服用;驱虫、滋补药空腹服,如人参、使君子等;补心安神药睡前服,如天麻、磁石等。另外还有温、热、冷、顿服,如补益药宜温服,解表祛寒药宜热服,重病、胃肠病、活血化瘀药宜顿服,咽喉病、呕吐宜频服,贵重药如阿胶、麝香等宜烊化后冲服。这些问题临床医生必须按照不同的病症叮嘱病人按照要求煎药、服药以提高疗效,同时降低不良反应。

5 中西药配伍要得当

近代名医张锡纯的“石膏阿司匹林汤”为中西药合用开创了先河,临床提倡的中西医结合疗法使得中西医配伍联用日益增多。中西药联用对中药临床疗效的影响非常重要,它既可提高疗效,也可造成不良反应,应从“医”和“药”两方面充分考虑。但是由于现在出现药物不良反应现象严重的中药注射剂,如刺五加、鱼腥草、葛根素和双黄连注射液

等,大多数都是西医在使用,所以中西药联合应用中出现的问题更值得我们关注!

5.1 联用协同增效

香连丸与广谱抗生增效剂甲氧苄氨嘧啶联用后,其抗菌活性增强 16 倍;丹参针剂与脑活素合用,对老年功能性失眠的治愈率是对照组的 2.96 倍;朱尚峰等^[18]采用脑蛋白水解物联合血塞通、银杏叶片、通心络胶囊治疗脑梗死恢复期患者,总有效率 91.11%,明显高于单独用药;张继红等^[19]采用曲安奈德局部注射联合中药汤剂口服治疗口腔扁平苔藓,总有效率 85.3%,疗效良好且可降患者唾液中 TNF- α 水平。

5.2 联用降低疗效

穿琥宁注射液与地塞米松在同一输液瓶配伍输注可致小儿过敏性休克^[20]。石膏、明矾、磁石、石决明等组成的中药不宜与四环素、大环内酯类抗菌素配伍,以免形成难溶化合物或络合物而影响吸收、降低疗效;含柴胡、旋覆花、桑叶、槐花、槐角、山楂、侧柏叶等中药的汤剂和中成药不宜与碳酸钙、维丁胶性钙、硫酸镁、硫酸亚铁、氢氧化铝和碳酸铋类药合用,以免形成络合物降低疗效;含蛋白质及其水解产物的中成药(如珍珠丸、清热解毒丸、牛黄消毒丸等)不宜与小檗碱同服,其所含的蛋白质等成分可拮抗小檗碱的抗菌作用,降低其抗痢疾杆菌的疗效^[21]。

5.3 增加毒性、诱发药源性疾病

安茶碱不能与川贝母同用以免中毒;复方甘草片与强心苷类药物配伍易导致心脏对强心苷的敏感而引起中毒;含硫化汞的朱砂安神丸、磁朱丸等不宜与溴化物、碘化物、硫酸亚铁、亚硝酸盐同服,以免产生有毒的溴化汞、碘化汞导致药源性肠炎;六神丸与感冒通合用可导致急性肺水肿;藿香正气水、远志酊、缬草酊、国公酒、人参补酒、虎骨壮骨酒等含乙醇类的中药不宜与苯巴比妥、苯妥英钠、降血糖药、降糖灵、胰岛素、活血药同服,乙醇能增加肝脏药酶的活性,使上述化学药在体内代谢增强、半衰期缩短、毒性加剧。

5.4 加重并发症

鹿茸、甘草有糖皮质激素样成分,与刺激胃黏膜的阿司匹林等水杨酸衍生物合用,可加剧和诱发消化性溃疡。桃仁、苦杏仁、白果仁不能与甲喹酮、地西洋等催眠镇静类化学药合用,否则会抑制呼吸中枢、损害肝功能。

5.5 影响酶的代谢与活性

麻黄碱与呋喃唑酮、格列本脲等单胺氧化酶抑制剂同用,会使去甲肾上腺素神经末梢递质的释放增加,导致血压骤升,甚至出现高血压危象。神曲、麦芽、淡豆豉等中药与抗生素同用,可破坏酶的作用,影响疗效。

5.6 引起沉淀或过敏反应

青霉素注射液与含有板蓝根、当归、穿心莲等的注射液同用会增加过敏反应危险性,与复方黄连素、双黄连注射液配伍时易产生致敏原而发生过敏反应。

5.7 避免重复用药

有些复方制剂中含有单方中的成分,如消渴丸中含有格列本脲,如果与后者合用则属于重复用药,即使按照说明的剂量也会使格列本脲超量。速效救心丸与硝苯地平、硝酸异山梨酯合用,感冒退热颗粒与感冒通合用等都有不同程度的重复用药。

6 中药师调配和发药要细心

在推进临床合理用药过程中,中药师的作用不容忽视,他们是连接患者与医生的纽带,并发挥着积极的指导作用。

6.1 保证药品质量

中药饮片的品种多、来源广,容易出现误用问题,不仅达不到治疗效果,甚至导致中毒事件发生,如以大叶柴胡当柴胡用导致多起中毒事件。与合成药相比,中药质量控制的难度更大,其根本原因是质量标准与临床疗效脱节,因此中药师应严把药品质量关。即使出厂合格的药品因储存不当而发霉、生虫、潮解、风化最终变质,也会影响临床疗效和用药安全,所以应从采购、验收入库以及储藏保管各个环节严把质量关,以保证中药材与中成药质量。

6.2 处方审核

《处方管理办法》赋予药师对处方用药适宜性进行审核的职责,这就要求中药师认真审核每一张处方,尤其注意是否有超剂量用药、配伍禁忌、妊娠禁忌、重复用药等问题,以保证患者的用药安全。

6.3 准确调剂

由于中药饮片的特殊性,容易出现剂量不准、漏药、发错药等问题,这都会影响疗效和用药安全。如误将生蒲黄当蒲黄炭调配给孕妇,就会导致患者出血甚至滑胎。因此需要中药师细心调剂,认真复核,尽量避免人为的差错。

6.4 强化安全用药教育

6.4.1 正确看待补益药和毒性药 药物不应以价格高低分质量,而应以达到治疗目的为标准,在使用中药时尤其要注意这一点。一百多年前,郑钦安在《医法圆通》中指出:“病之当服,附子、大黄、砒霜,皆是至宝。病之不当服,参、芪、茸、枸杞,都是砒霜。”随着生活水平的提高,人们对于自身保健需求日益增加,因此更需要医生、药师给以正确的指导,合理选用补益中药、合理使用 OTC 中成药。

6.4.2 详述医嘱、耐心讲解 中药因药性不同、剂型各异,给药途径也有差异,为了保证疗效,必须告知患者正确的服药方法。如治疗失眠的中药应临睡前服用,曾有患者投诉白天服用治疗失眠的药物后出现头昏欲睡的症状,这其实是用法错误造成的。在对患者进行用药交待时需要特别注意是外用还是内服药,内服药需要饭前服还是饭后服,服用几次,是否需要药引等,这些与药效的发挥和用药安全有密切关系的因素,更要向患者详细说明。

6.4.3 关注药物不良反应 药学工作者需要向公众宣传合理用药知识和药物不良反应知识,当患者用药后出现异常变化向医生或药师讲述时,应引起重视并详细了解情况,及时停用引起不良反应的药物,避免伤害继续加重。

7 结语

中药是经过几千年临床验证的药物,在规定的用法、用量基础上对症使用,其疗效毋庸置疑。但是,只有通过临床的合理使用才能真正达到治疗疾病的目的。中药的合理使用贯穿着从处方、调配、发药到患者拿回家里使用的每一个环节,需要广大中医师和中药师的通力合作,只有重视每一个细节安全合理使用中药,才能保证中药的疗效与安全。

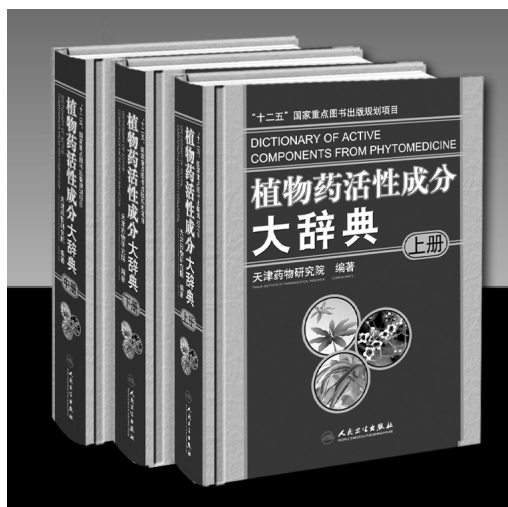
目前,中医药受到一些人的质疑。作为中药工作者,应该以实际行动推动中医药事业的发展,首先应尽力解决中药品种及中药质量标准与临床疗效不相关的问题,促进中医药在医疗保健中更好地发挥作用。

参考文献

- [1] 王建影. 专家评述我国合理用药现状 II [J]. 中国社区医师: 综合版, 2005, 7(16): 37.
- [2] 田丽娟, 于培明. 我国不合理用药原因分析及对策探讨 [J]. 中国药房, 2005, 16(16): 1204-1206.
- [3] 卢美娇. 基层医院开展中药临床药效评价的思路 [J]. 中草药, 2006, 37(12): 1913-1914.
- [4] 张 骁. 合理用药有了“国家标准”首部《中国国家处

- 方集》发布 [J]. 中国制药信息, 2010, 26(9): 39-40.
- [5] 郑虎占. 用中医药理论指导临床合理用药 [J]. 中国执业药师, 2005, 10: 21-23.
- [6] 周 玮, 李玉芝. 影响医院中药制剂质量的因素 [J]. 中草药, 2000, 31(4): 317-318.
- [7] 李 芳, 李模勇. 临床合理用药研究进展 [J]. 现代医药卫生, 2009, 25(3): 410-412.
- [8] 黄 辉. 试论中药品种混乱的根本原因 [J]. 基层中药杂志, 2002, 16(2): 54-55.
- [9] 张新华, 韩克忠. 北方地区容易混用的中药品种 [J]. 光明中医, 2010, 25(5): 882-883.
- [10] 郑虎占. 影响中药疗效的因素探讨 [J]. 中医杂志, 2008, 49(10): 934-936.
- [11] 张振凌, 张本山, 李根林, 等. 常用中药炮制品临床应用情况调查 [J]. 时珍国医国药, 2001, 12(1): 61.
- [12] 钟凌云, 孙莹莹, 龚千锋. 炮制影响黄连药性研究现状及展望 [J]. 中草药, 2010, 41(2): 323-325.
- [13] 曾建国. 基于鲜药材的中药现代炮制技术 [J]. 中草药, 2009, 40(1): 1-5.
- [14] 周友红. 中药炮制品的临床研究 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(12): 93-94.
- [15] 石 瑞. 浅析中药归经与炮制 [J]. 陕西中医, 2010, 31(3): 357.
- [16] 苏佩清, 任建素. 中药剂量临床应用 [J]. 承德医学院学报, 1995, 12(4): 345-346.
- [17] 周李刚. 浅谈《药典》对中药剂量的规定 [J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(9): 684-685.
- [18] 朱尚峰, 张 千, 金跃春. 脑蛋白水解物联合中药对脑梗死稳定期 [J]. 山东医药, 2010, 50(28): 101-102.
- [19] 张继红, 李瑞平, 李慧琴. 曲安奈德局部注射联合中药口服治疗口腔扁平苔藓疗效观察 [J]. 山东医药, 2010, 50(30): 76-77.
- [20] 黄庆华, 朱立琴, 赵晓红. 中药注射液临床应用的常见问题 [J]. 天津药学, 2008, 20(2): 25-27.
- [21] 贺 峰. 几种常见中西药在临床中不合理配伍的探讨 [J]. 中国新医学论坛, 2008, 11(8): 63-64.

“十二五”国家重点图书出版规划项目《植物药活性成分大辞典》即将出版



植物中的活性成分是植物药发挥疗效的物质基础,植物活性成分研究是阐释植物药的生物活性、临床疗效和毒性的必要手段,也是新药发现和创制的可行途径,更是中药药效物质基础研究、质量控制以及配伍合理性及作用规律研究的前提和基础。近些年来,随着国际上植物化学以及天然药物化学学科的迅速发展,大量的植物活性成分被研究和报道,形成大量、丰富的植物活性成分研究的信息源。但是,这些资料作为原始文献散在于成千上万的中外学术期刊上,不能满足读者对植物活性成分的系统了解、方便查阅和迅速掌握的需要。

天津药物研究院在国家科技部和原国家医药管理局新药管理办公室支持下,在建立“植物活性成分数据库”的基础上,组织科研人员经过几年的艰苦努力编纂了大型工具书《植物药活性成分大辞典》。

本套书分上、中、下共3册,共收载植物活性成分8719个,约700万字。正文中每个活性成分包含英文正名、中文正名、异名、化

学名、结构式、分子式和相对分子质量、理化性状(晶型、熔点、溶解性、旋光、紫外、红外、质谱、氢谱和碳谱)、植物来源、生物活性等内容。并于下册正文后附有3种索引——植物药活性成分中文名、植物药活性成分英文名和植物拉丁学名索引。

全书涵盖大量国内外专业期刊的翔实数据,内容丰富、信息量大,具有反映和体现信息趋时、简便实用的特色;编者在注重数据科学性、系统性的同时,着眼于全球药物研发前沿需求和我国市场实际应用的结合,为新药研究人员选题、立项、准确评价成果提供快速、简便、有效的检索途径,为植物药的开发、利用提供疗效优异、结构独特的活性分子或先导化合物。

该书已批准列入“十二五”国家重点图书出版规划项目,将于2011年8月由人民卫生出版社出版发行,大16开精装本,预计每套定价650元。