

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.08.006

脾胃病患者的临床药嘱

秦金燕¹, 赵迎盼², 王凤云², 曾恩锦³, 李夏¹, 唐旭东⁴✉

1. 北京中医药大学研究生院, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 中国中医科学院西苑医院; 3. 湖南中医药高等专科学校; 4. 中国中医科学院

摘要 药嘱是中医临床合理运用中药并保证疗效的关键, 在治疗脾胃系统疾病中尤为重要。基于临床常规药嘱, 将中医病因病机与西医生理病理等有机结合提出了脾胃系统疾病的临床药嘱观点, 从药物煎煮方法及特殊处理、服药时间、服药方法及饮食宜忌四个方面进行总结, 以期对于提高中药治疗脾胃病的疗效具有一定的临床指导价值。

关键词 临床药嘱; 脾胃病; 合理用药

药嘱是药师对患者临床用药的指示, 包括药物剂型、剂量、服药时间、服药禁忌等内容^[1]。早在《神农本草经》中就有关于中药药嘱的描述, 该书对于药物的药性、配伍、剂型、药量与饮食宜忌均有较为系统全面的阐述^[2], 如“病在胸膈以上者, 先食后服药; 病在心腹以下者, 先服药而后食; 病在四肢血脉者, 宜空腹而在旦; 病在骨髓者, 宜饱满而在夜”, 指出不同疾病其服药的时间不同。东汉张仲景传承和发展了《神农本草经》的药嘱内容, 在《伤寒杂病论》形成了更为系统的中药药嘱, 对后世临床实践具有重要指导意义。《医学源流论》云“病人之愈不愈, 不但方必中病, 方虽中病, 而服之不得法, 则非特无功, 反而有害, 此不可不知也”, 可见正确的服药方法对疾病转归的重要性。由于中药复方中药物煎煮方法的多样性、不同医家流派对药物服用方法见解不同等特点, 在临床上中医师为确保中药治疗的疗效, 有必要向患者详细交代药嘱, 是现今开展中医临床服务的重要依据和临床合理应用中药不可或缺的一部分。

《医述·药略》云“药留于胃, 则从容分布, 升者循经, 降者入腑”, 药物进入人体后, 先停留于胃, 后基于药性的升降属性及脾胃运化而到达各脏腑经络发挥作用, 现代研究亦表明大多数中药的代谢部位主要在胃肠道^[3], 故脾胃功能的强弱在

药物的吸收以及后续疗效中起到了极其关键的作用。基于此, 结合合理的煎煮方法、服药时间、饮食配合等药嘱, 既可在以邪实为主的疾病早期助药祛邪提高药效, 又可在以正虚为主的疾病中晚期防药液伤及脾胃、增加脾胃负担影响药效, 故而药嘱对于脾胃系统疾病康复显得愈加重要。

1 煎煮方法及特殊处理

脾胃病多病程较长, 病势较缓, 且位属中焦, 其煎煮方法与一般内科疾患无明显不同, 但由于脾胃病理、生理特点致使其用药与其他系统有所区别而出现一些煎煮时需特殊处理的药物, 虽此类药物的煎煮方法为临床中医师所熟知, 然常因忽视对患者的交代导致患者错煎而降低药效。

1.1 芳香淡渗祛湿药之特殊煎煮

《临证指南医案》言“脾胃体用各异, 太阴湿土, 得阳始运; 阳明燥土, 得阴自安, 以脾喜刚燥, 胃喜柔润也。”生理上脾为太阴湿土, 喜燥恶湿, 胃为阳明燥土, 喜润恶燥, 两者燥湿相济, 相反相成。如若因外感、内伤等因素致其生理功能失常, 燥湿不调, 则会出现一系列脾胃系症状。脾为生痰之源, 贪食生冷易损伤脾阳助生脾湿, 然胃腑喜润恶燥, 祛湿亦防伤胃阴, 故临床常用芳香化湿及淡渗利湿之法。

芳香化湿法中常砂仁、白豆蔻合用, 两药芳香醒脾、辛温化湿而不燥烈, 具有化湿醒脾、行气温中的作用。《医述·药略》曰“凡用砂仁、豆蔻、丁香之类, 皆须打碎, 迟后入药, 煎数沸即起, 久

✉ 通讯作者: txdy@sina.com

煎香气消散,是以效少”,砂仁、豆蔻气味芳香、药性轻散,久煎会使其药效减低,且现代研究证明挥发油类成分是两者重要的化学成分也是其主要有效成分^[4],所以宜后下防煎煮时间过长使其有效成分挥发,同时有研究发现两者的煎煮时间以 1 ~ 5 min 为宜^[5]。

淡渗利湿法的常用药有茯苓、车前子等,其中车前子需特殊煎煮。车前子,味甘,具有利水湿、分清浊而止泻之功,临床常取其“利小便以实大便”之效治疗湿盛引起的泄泻。唐代《外台秘要·卷第三十八·疗石淋状如碎沙石下者方》云“车前子(二斤,以绢囊盛)上一味,以水八升,煮取三升,经宿空腹服之,即石下”^[6],同时现代研究发现多糖是车前子的活性成分亦是黏液质类成分,包煎可避免黏液质浓度过大阻碍复方中其他活性成分的溶出和糊化引起的糊锅^[7],故临床使用需包煎。

1.2 祛胃腑实邪药之特殊煎煮

胃为阳土,为多气多血之腑,易于热化,且久病入络,临床以胃腑热盛、胃络瘀阻等实证多见。对于病程较久而兼见胃脘部疼痛不适、舌黯者,常于方中合入失笑散。失笑散具有活血祛瘀、散结止痛之效,由蒲黄、五灵脂二药组成。蒲黄颗粒细小,质地轻浮,若不包煎会浮于液面不能充分煎煮致使复方中有效成分溶出减少,煮沸时容易溢过煎锅,煎煮完毕后也难以过滤药汁,故需包煎^[8],且研究发现蒲黄以双层无纺布袋 1/4 装量包煎最为适宜^[9]。五灵脂为鼯鼠的排泄物,为防止污染药液,亦需包煎。

情志不畅可致肝失疏泄,肝气郁滞,郁而化热,继而肝火犯胃引起反酸、烧心等症状,临床常用乌贝散合金丸加减清泻肝胃之火、制酸止痛治之。乌贝散中之乌贼骨,其味咸、涩,性温,归脾、肾经,具有收敛之功,能制酸止痛,临床上轻症反酸、烧心用 30 g 入煎剂疗效甚佳。乌贼骨质地坚硬,有效成分不易煎出,所以要打碎先煎 20 ~ 40 min^[10]。

2 服用时间

《汤液本草》言“药气与食气不欲相逢,食气消则服药,药气消则进食,所谓食前食后盖有义在其中也。”脾胃疾病的服药时间是药物发挥疗效的基石,临证时以胃肠动力、消化节律、药物特性及患者脾胃病理特点等为基础,因病制宜、因证制

宜、因症制宜选择服药时间,以防机体拒药。

2.1 常规服用时间

正常生理状态下,由于所摄入食物的物理性状和化学组成的不同,胃排空时间也不同,通常消化周期时间为 4 ~ 6 h,其中消化期、消化间期时间约各占一半,大部分食物可于饭后 2 h 从胃内排空,故对于一般患者要求其在饭后 2 h 左右服用汤药,使药气与食气不逢,不影响人体正常的节律并有益于食物与药物的消化吸收。

2.2 特殊服用时间

2.2.1 因病制宜 中医和西医是在不同社会文化背景下发展起来的两种医学体系,在应对疾病方面各有所长,且两种体系在某些方面可以互补,中西医结合治疗脾胃系统疾病疗效甚佳。胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是临床常见的消化系统疾病,属于中医学“食管瘕”“吐酸病”“嘈杂”等范畴,其西医治疗存在部分患者效果不明显、停药后复发率高及需长期服药、患者依从性差等问题,同时研究^[11]发现,中西医结合治疗该病的临床总有效率、胃镜镜下总有效率、胃镜镜下治愈率皆高于西药治疗,对主要症状反酸、烧心的改善、总体症状胸痛等的缓解及停药 6 个月后复发率的降低方面皆优于西药治疗。临床常用中药汤剂联合睡前服用小剂量 H₂ 受体拮抗剂(H₂RA)如法莫替丁治之,汤剂控制白天症状的同时在睡前加服具有短程抑酸作用的 H₂RA,可减少夜间酸突破发生及避免长期服用质子泵抑制剂(Proton-pumpinhibitor, PPI)带来的一系列副作用,常用于 GERD 的 PPI 降阶梯治疗及临床症状较轻者。

2.2.2 因证制宜 由于大多数食物会对中药的吸收产生影响,餐前胃处于空虚状态,有利于药物进入胃肠道吸收,故临床上脾胃虚弱者以空腹服用为佳,若同时伴有火热、痰湿等实邪或胃失和降出现呕吐、呃逆者则不宜空腹服用,以防药液影响餐后胃肠动力而加重原有症状。

脾主运化,凡外感内伤皆可伤脾,脾虚运化失司,水湿内生,则形成脾虚湿阻之证;脾虚失于升清,继而胃不降浊、气机阻滞中焦,形成脾虚气滞之证。现代研究^[12]表明脾虚湿阻型患者较健康者胃排空延迟显著。故脾虚湿阻及脾虚气滞者宜餐后 1 ~ 1.5 h 服药以防药物影响胃排空,同时选用补脾温中、芳香化湿、行气化湿类药物以健中温化降胃气,达到助消化、促进胃排空之效。

2.2.3 因症制宜 对于兼有失眠的患者选择服药

时间亦很重要,该类患者宜在睡前 0.5~1 h 服用汤药,这样既不会打破人体正常消化节律也利于药物起效调节人体之阴阳、发挥安眠作用。若患者餐后饱胀不适者,宜餐后 0.5~1 h 服药以促进消化。

2.2.4 病证结合 《医学正传》言“夫嘈杂之为证也,似饥不饥,似痛不痛,而有懊恼不自宁之状者是也。其证或兼暖气,或兼痞满,或兼恶心,渐至胃脘作痛。”“嘈杂”是脾胃系统早期病证,以脘中饥嘈、或作或止为主要表现,病机多为肝胃郁热、胃热亢盛,该类患者要求其空腹服用汤药,且以上午 10:30、下午 15:30 为佳,此时服药以达到清热和胃制酸的作用,亦是预防性服药的体现。

胃下垂患者多脾胃虚弱,餐后难以排空食物,应待食物排除部分后再服用药物促进排空,亦须餐后 1~1.5 h 服用汤药,特别瘦弱之人则须餐后 1.5~2.5 h 再服药,必要时浓煎、减少药液量以防影响胃排空,并通过药物促进分泌与蠕动以提升下次进餐前的饥饿感与食欲。

2.2.5 证症结合 当今社会节奏快、生活压力大,熬夜现象十分普遍,肝肾亏虚者亦屡见不鲜,临床可见午后体倦疲乏等症,此类患者宜餐后 1~2 h 服药以助肝肾之阴精改善症状,若同时伴有餐后胃脘撑胀者,可于餐后配合服用理气化湿类中成药以促进消化,待胃排空后再给予补益肝肾类汤药。

3 服用方法

3.1 温服药液,合脾胃之性

《备急千金要方》提出“凡服汤欲得稍热服之,即易消下不吐,若冷则呕吐不下,若太热即破人咽喉,务在用意。”汤药过热易烫伤口腔及咽喉,过冷则会损伤脾胃之阳致脾胃失和、发生呕吐,而温服使得药液与人体温度相宜、与脾胃之性相和,利于药力通行。

3.2 日二服为常,视病情加减

统计发现《伤寒论》中每日二、三服的方剂数占总数的 84%^[3]。在现代为方便患者提高其依从性,临床上汤药多为每日 2 次口服;而某些特殊病症如呕吐,则应少量频服以保证药量药效,诚如《温病调辨·上焦篇》所云“病重者约二时一服,日三服,夜一服。轻者三时一服,日二服,夜一服。病不解者。再作服”。对于临床以脾胃运化功能下降为主要表现的胃下垂及餐后胃脘撑胀的患者常建议其餐后服用汤药(即每日 3 次口服)以助脾胃受纳腐熟水谷防饮食积滞。

3.3 药量适中,少亦为补

服用汤液计量亦是需要与患者着重交代的药嘱之一。研究^[4]发现,在有明确方药记载内服经方中有汤剂 200 首,其中单次服用剂量以每服 1 升(约相当于现代 200 ml)最为常见,并常根据方药特点灵活变动。基于此,后世中药煎煮方法常取 200 ml 为宜。对于患脾胃疾病者药液量多可增加其脾胃运化负担,不利于消化排空,且此时减少药量等于补益脾胃,所以脾胃虚弱、脾虚湿阻者及胃下垂患者以每服 100 ml 为宜。

4 明饮食忌宜,饥饱得中

《金匱要略》言“所食之味,有与病相宜,有与身相害,若得宜则益体,害者成疾,以此致危,例皆难疗。”患病期间的饮食宜忌是健后天脾胃、正人体之气从而驱邪外出使身体趋于康复的重要部分。

《伤寒论》中有禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物的对服药饮食禁忌的描述,这些可作为服用汤剂忌口的总纲。由于患者患病时多脾胃功能低下,因此宜饮食清淡,寒热得当,容易消化,否则会加重病情或诱发其他疾病。《千金药方》言“饮食以时,饥饱得中”,饮食亦强调以纳受适度为宜,不可过饥或过饱。

基于脾胃常见病的不同特点又给予不同的饮食嘱托。胃下垂属于中医学“胃缓”范畴,该病与体质瘦弱有一定关系,故除药物治疗外,通过饮食调适使患者体重增加是疾病向愈的前提。应重视三餐质量,可适量多食,饮食以优质易消化为原则,宜富含优质蛋白及微生物,动物蛋白与植物蛋白需兼顾,以细软为佳,忌油炸烧烤食品及生冷刺激食物,不宜过饱,睡前 45 min 或餐后 4.5~5 h 后可少量加餐,以此调节饮食、食量,增加体重,促进病情恢复^[5]。肠易激综合征属于中医学“泄泻”“便秘”等范畴,目前其发病机制未完全阐明,食物不耐受可能为其病因之一^[6],如乳糖不耐受,故应避免已明确的可以引起症状的食物,避免小麦、黑麦、豆类、苹果、梨等富含多元醇的食物,便秘型肠易激综合征则可适当多食高膳食纤维类食物。溃疡性结肠炎是消化系统难治性疾病,发病迁延难愈,属于中医学“肠痛”“便血”等范畴,饮食管理是该病长期管理中的关键一环,急性活动期予流质或半流饮食为宜,病情好转后改为高蛋白、易消化的软食,避免辛辣、生冷食物对肠道的

刺激,减少肠道感染机会。

5 结语

“药嘱”是属于中医药治疗中不可分割的一部分,是诊疗过程中保证疗效的重要一环。《医学正传》中有“肠胃为市,无物不受,无物不包”的记载,饮食水谷以及药物等均须经过胃肠道,由脾胃运化吸收,才能进入人体参与新陈代谢,进而发挥药效。《辨证录·内伤门》中又有“论理既感寒热,自宜用热药以祛寒,用寒药以散热;然而用寒用热之药,必皆先入于胃,胃既空虚,寒热相战,必以胃为战场矣,胃弱何能堪乎”的论述,提示脾胃虚弱不仅会影响到药物的代谢以及吸收,反而会增加胃肠的负担,从而渐伤脾胃,是以脾胃病中医医师尤不可忽视临床药嘱。其中以正确的煎煮方法为前提,且根据自身用药特点加倍注意需特殊煎煮的药物以确保其有效成分充分煎出,如砂仁与白豆蔻需后下;适宜的服药时间为保证药效的基石,常规服药时间为饭后 2 h 左右,同时需根据具体病情“三因制宜”地灵活选择服药时间,如餐后胃脘痞胀者应餐后 1 h 即服用以助消化,脾胃虚弱及嘈杂者宜空腹服用等;恰当的服用方法为通往疾病向愈之路的阶梯,其中又以服用药液量为首要,脾胃虚弱或脾虚湿阻者宜浓煎后每服 100 ml,若服用常规的 200 ml 则会加重脾胃运化负担、愈伤脾胃;适当的饮食配合为提高疗效的最后助力,总体宜饮食清淡,寒热得当,容易消化,饮食量以自我适宜为度。

参考文献

- [1] 刘童,翟华强,张田,等.《伤寒论》中药药嘱初步分析[J].中国中药杂志,2015,40(4):744-748.

Medication Advices for Spleen and Stomach Diseases

QIN Jinyan¹, ZHAO Yingpan², WANG Fengyun², ZENG Enjin³, LI Xia¹, TANG Xudong⁴

1. Graduate School, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029; 2. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3. Hunan Traditional Chinese Medicine College; 4. China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT Medication advices help to use Chinese herbal medicine rationally and thus to ensure the clinical effects especially in treating spleen and stomach diseases. Based on the etiology and pathogenesis from traditional Chinese medicine as well as physiology and pathology from Western medicine, this paper summarized the characteristics of medication advices in spleen and stomach diseases from the following parts: routine and special herbal preparation method, medication time, administration way and indications and contraindications. It is expected to provide certain guidance for better use of Chinese herbal medicine in spleen and stomach diseases.

Keywords clinical medication advices; spleen and stomach diseases; rational medication

(收稿日期: 2020-08-08; 修回日期: 2020-12-25)

编辑: 侯建春

- [2] 刘童. 中药药嘱的历史源流与规范化研究初探 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [3] 邱峰. 浅谈中药成分体内代谢研究 [J]. 国际药学研究杂志, 2010, 37(5): 321-328.
- [4] 咸魁锋, 尹虹. 豆蔻属植物化学成分和药理作用研究进展 [J]. 天然产物研究与开发, 2019, 31(10): 1831-1836.
- [5] 聂安政, 高梅梅, 朱春胜, 等. 中药特殊煎法的探讨与思考(二): 后下 [J]. 中草药, 2018, 49(13): 3158.
- [6] 张瑞贤, 杨华, 张卫, 等. 古代汤剂的文献学研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(10): 794-799.
- [7] 聂安政, 高梅梅, 朱春胜, 等. 中药特殊煎法的探讨与思考(三): 包煎 [J]. 中草药, 2019, 50(3): 767-768.
- [8] 赵海峰, 邵阿利, 张润哲. 需特殊方法煎煮中药的化学原理 [J]. 陕西中医函授, 1993(5): 20-21.
- [9] 施崇精, 程中琴, 刘小妹, 等. 方差分析法优选生蒲黄包煎袋及其提取液热稳定性考察 [J]. 中国医院药学杂志, 2018, 38(9): 952-957.
- [10] 聂安政, 朱春胜, 张冰. 中药特殊煎法的探讨与思考(一): 先煎 [J]. 中草药, 2018, 49(7): 1719.
- [11] 时昭红, 付丽鹤, 赵蕾, 等. 不同证型功能性消化不良患者胃容受性及胃排空功能差异的临床研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(6): 565-569.
- [12] 刘银荣. 中西医联合治疗胃食管反流病的 Meta 分析 [D]. 南宁: 广西中医药大学, 2016.
- [13] 王博峰. 基于经方本原煎服方法的方药临床用量控制研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [14] 傅延龄, 宋文杰, 范佳佳. 张仲景方药剂量控制方法 [J]. 北京中医药, 2017, 36(6): 488.
- [15] 车慧, 卞立群, 唐旭东. 唐旭东运用膏方调治胃下垂临床经验撷萃 [J]. 中医药导报, 2020, 26(2): 131.
- [16] 中国肠易激综合征专家共识意见(2015 年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2016, 36(5): 299-312.