

[10]谢建林,林明宝,侯琦. 核转录因子 Nrf2 与肺部炎症疾病研究进展[J]. 药学报, 2015, 50(9): 1080-1087.

[11]刘晓燕,戴爱国,胡瑞成,等. 慢性阻塞性肺疾病大鼠转录因子 KLF2 对 Nrf2 调控  $\gamma$ -GCS 表达的影响[J]. 中国应用生理学杂志, 2012, 02: 173-178+195.

[12]Zheng JP, Kang J, Huang SG, et al. effect of carbocysteine on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (peace study): a randomised placebo-controlled study[J]. Lancet, 2008, 371(9629): 2013-2018.

[13]Tse HN, Raiteri L, Wong KY, et al. High-dose N-acetylcysteine in stable COPD: the 1-year, double-blind, randomized, placebo-controlled HIACE study [J].

Chest, 2013, 144(1): 106-118.

[14]Wu W, Patel KB, Booth JL, et al. cigarette smoke extract suppresses the RIG-I-initiated innate immune response to influenza virus in the human lung[J]. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol, 2011, 300(6): L821-830.

[15]Malhotra D, Thimmulappa RK, Mercado N, et al. denitrosylation of hdac2 by targeting nrf2 restores glucocorticosteroid sensitivity in macrophages from copd patients[J]. Clin Invest, 2011, 121(11): 4289-4302.

作者简介:

方庭正 (1982-), 男, 主治医师, 主要从事慢性阻塞性肺疾病研究。

## 关于中医药临床学科教材中 增列《临床中药成方制剂学》的几点思考

郎森艳 李葆青 邱模炎 (通讯作者)

(中国中医科学院望京医院 北京 100102)

**【摘要】**随着我国科学技术的发展, 中医药学现代化也让中药成方制剂在各治疗领域发挥着重要作用。如何应用好中药成方制剂, 发挥其最佳的临床疗效, 很大程度上取决于临床医生辨证用药的准确性, 以及熟练掌握中药成方制剂的处方组成及其配伍特点, 正确把握用法用量。目前我国中医院校还未见《临床中药成方制剂学》这样的综合性教材, 该教材的应用有利于学生毕业及独立临证处方之前对大量的中药成方制剂有较为深刻的辩证应用体会, 为学生们进一步成长为合格的临床医生奠定扎实的基础, 建议在中医药临床学科教材中增列《中药成方制剂学》, 以填补《方剂学》专业知识的空白, 有利于推动临床方剂学学科建设。

**【关键词】** 中医药; 教材; 中药成方制剂; 思考

**【中图分类号】** R28

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1673-5293 (2017) 04-0326-02

**【Abstract】** With the development of science and technology in China, Chinese Patent Medicine is playing an increasingly important role in clinical practice because of the modernization of TCM. It is doctors' ability that determines whether they can maximize the clinical effect of Chinese Patent Medicine, which includes accuracy of prescribing according to syndrome differentiation, mastering of ingredients, cooperation, and directions of Chinese Patent Medicine. At present, there is no comprehensive textbook on the Science of Chinese Patent Medicine which is able to prepare students with deep understanding of the use of Chinese Patent Medicine before graduation. To lay a solid foundation for students' clinical career, this paper suggests that Science of Chinese Patent Medicine should be enlisted as one of the textbooks of clinical TCM major. This will not only supplement the knowledge of formulas of TCM but also promote the development of the discipline of formulas of TCM.

**【Key Word】** TCM; Textbooks; Chinese Patent Medicine; Thinking

随着中医药教育的发展, 近些年来中医药临床学科教材得到不断更新, 教材质量不断提高。学生通过教材获取知识, 教师通过教材传道、授业、解惑, 教材的教学内容建设在教学中直接关系人才培养、能力培养以及智能开发等。但是不可否认, 目前中医药教材仍然不能满足广大教师和学生的需要。就此关于中医药临床学科教材中增列中药成方制剂学, 笔者谈谈几点思考。

### 1 对中药成方制剂的认识

中药成方制剂又称为中成药。中成药是指以中药材为原料, 在中医药理论指导下, 经过制剂加工制成多种不同剂型的中药制品, 其中主要包括丸、膏、丹、散等各种剂型。是经过我国历代医药学家的千百年来的医疗实践和创造, 而总结的有效方剂的精华<sup>[1]</sup>。中药成方制剂是炮制加工后, 制成一定剂型, 标有处方组成, 功能主治, 用法用量, 配伍禁忌等, 便于患者直接使用的中药制剂。可以看出, 中药成方制剂是将中药材制成便于携带、服用、贮存、运输的剂型, 使其具有方便、疗效好、用量少、副作用较小、便于管理、有科学的规范标准等优点, 使其广泛在临床上加以应用。

近年来, 科学技术的不断发展, 极大地促进了中药事业的进步, 中药成方制剂过去“作坊”式的生产模式早已被摒弃, 运用现代科学技术, 更多的新设备、新辅料、新工艺在中成药制作生产方面广泛应用, 越来越多的新剂型被研究开发出来, 新制剂被制备生产, 中药制备领域的落后的面貌焕然一新, 中药制备技术整体上有明显提高, 从而确保中药成方制剂的质量及疗效的稳定性, 为中药产业现代化, 能冷静面对国际市场竞争, 打下了扎实基础。同时中医药学现代化也让中药成方制剂在各治疗领域发挥着重要作用。

### 2 中药成方制剂与临床紧密结合

中药成方制剂的正确应用, 给中医理、法、方、药有机结合原则和临床辩证论治使用成方制剂带来巨大影响。中成药由于其疗效明确, 使用、携带便捷, 同时在国家政府的大力支持下, 因此, 在整个医药市场中, 中成药所占比例也在不断增加; 在临床一线上, 中成药使用比率也越来越大。但是, 由于中成药与常规化学药品由于其构成的不同, 需要医师具有相关中医理论基础, 在辩证论治的基础上才能准确使用, 或者辨病辩证结合用药<sup>[2]</sup>。在临床实践过程中, 如果相关中医基础理论知识不完善, 不了解中药成方制剂的成分, 尤其是某些含有西药成分的中成药, 因此, 用药不合理、规范的现象就很容易发生, 轻则药品药效下降, 治疗效果不佳; 重则患者的生命健康会受到威胁。

#### 2.1 中药成方制剂临床应用应遵循原则

2.1.1 辨证辨病结合用药原则: 辨证用药是指在中医理论的指导下, 进行正确的辨证, 确定治疗原则, 采用最佳的治疗药物。例如, 六神丸具有清热解毒、消炎止痛的功效, 因此其对由实热引起的咽喉肿痛效果好, 治疗阴虚火旺导致的咽喉肿痛疗效不佳; 六神丸与感冒通联合用药有可能引起急性肺水肿, 因此治疗感冒引起的咽喉肿痛时应慎用<sup>[2]</sup>。

2.1.2 用法用量准确原则: 不论中药成方制剂的服用方法、时间还是用量, 都需要严格遵守相关法规及说明书的规定。虽然在辨病辩证的基础上, 选出恰当的药品, 但因其错误的用法用量, 也可能达不到预定治疗效果甚至会产生严重的不良反应。例如, 蟾蜍是六神丸其中一味药, 因蟾蜍性温、有毒, 过量使用可出现中毒反应。在临床实践中, 我们应着重关注中药成方制剂, 尤其是含有有毒成分的中成药的用法用量, 因其安全范围较小, 易引起中毒反应, 用药剂量需要严格控制。

2.1.3 诊断与用药相关性原则: 是指所开列的药物的功能主治与临床辩证辨

病是否相关, 是否具有超说明书用药。比如, 采用人参健脾片治疗血小块减少症; 胚宝胶囊治疗腹痛、肠粘连; 参芪片治疗颈椎病、胸痛等不合理应用<sup>[3]</sup>。

2.1.4 中药成方制剂联合使用原则: 中药的联合用药过程中应该遵循“药效互补、增效减毒”原则。因此, 中药成方制剂中具有功效一样或基本一样的不宜联用, 不能重复使用含有毒药材的药物, 联合用药时应考虑各组成成分有无相互作用或者存在配合禁忌。对中药成方制剂在联合用药过程中的隐性十九畏、十八反应特别注意。例如, 小儿化滞散中含有牵牛子, 小儿消积丸中含有巴豆, 牵牛子与巴豆都具有泻下作用, 两者联合使用时具有协同作用, 加重胃肠黏膜损伤, 使机体免疫力降低。

2.1.5 中西药联合使用原则: 即中西药在联合用药过程中应不存在禁忌配伍或者产生毒副作用, 中西药品中具有类似副作用不宜联用。此类不合理用药的情况是临床上最易被忽视的情况之一, 可使得药效降低治疗效果不佳甚至会增加毒性反应产生严重毒副作用。例如, 在临床上, 存在治疗咽炎时采用牛黄解毒片和左氧氟沙星胶囊联合使用的情况, 由于牛黄解毒片中含有石膏、牛黄两种成分, 硫酸钙是石膏主要成分, 牛黄的成分中有钙盐及胆红素, 两者在体内分解后可产生钙离子, 左氧氟沙星可与钙离子形成络合物, 使药品的溶解度降低, 从而影响左氧氟沙星在胃肠道的吸收, 明显降低该药在体内各个系统内的浓度, 左氧氟沙星的药效降低。

在临床上运用中药成方制剂过程中必须在中医理论指导下, 遵循以上用药原则, 准确辨证用药才能发挥其最佳的临床疗效。因此, 临床医生必须能够熟练掌握中药成方制剂的处方组成及其配伍特点, 正确把握其用法用量, 才能准确地选择应用药物。

#### 2.2 中药成方制剂在临床中存在的问题分析

2.2.1 辨证与用药不符: 中医辨证是中医医师在临床认识疾病的过程, 是指导中医临床工作的基本原则。中药成方制剂在临床运用时必须根据其辩证的结果, 选择相应的治疗原则。无论是辩证不准确还是治疗原则选择不恰当, 都不会具有好的治疗效果, 还很可能有不良反应产生。从目前临床运用情况来看, 医师常常按照西药的使用方式来使用中药成方制剂, 不进行辩证, 仅仅依据说明书来使用药品, 不遵循中医的治疗原则。例如, 对于在临床上诊断为感冒、咳嗽的患者, 多数临床医生并不会对该患者进行辩证, 是否是由外感引起的, 是否是外感风热, 一概采用清热解毒口服液、双黄连口服液、维 C 银翘片等药物治疗, 简单的认为具有清热解毒功效的中成药和抗生素或者抗病毒药品一样来运用。但是, 由于此类药品的主要成分均具有疏散风热、清热的功效, 对于因外感风热引起的感冒、咳嗽者则较为适宜, 但对于由风寒或体虚外感引起的感冒、咳嗽者, 并不能起到治疗效果, 还会引起病情加重, 甚至会产生变证从而危及患者生命。

2.2.2 联合用药不当: 由于中成药是复方制剂, 有多种中草药材构成, 其中所含成分多种多样, 药理作用也极其复杂, 与其他药物联合使用时会使药理作用更加复杂, 尤其是与西药合用时。目前在临床上, 中西药联合用药的情况很多见, 如果联合使用合理, 能够起到扬长避短, 加强药物的协同作用, 更好的发挥药物治疗效果, 使患者病情恢复更加有利, 但如果不当的联合使用, 不仅会降低治疗效果, 还会出现严重不良反应。例如, 临床上像定喘丸、大活络丹、再造丸等中成药中均含有麻黄, 与痢特灵、苯乙肼等单胺氧化酶抑制剂联合使用时, 麻黄中主要成分为麻黄碱, 其可以增加多巴胺、肾上腺素等神经递质分泌, 但单胺氧化酶抑制剂可使这类神经递质灭活减少, 在双重作用下, 造成多巴胺、肾上腺素等神经递质在体内大量蓄积增加, 从而出现恶心呕吐、腹痛腹泻、头痛, 甚至会出现

现呼吸困难、心率加快等严重不良反应,还有高血压危象的现象发生。又如像安神丸、七珍丹等中成药一样含有朱砂的中成药方制剂,与含碘或碘的西药共同应用时,朱砂的主要成分是硫化汞,在胃肠道中,硫化汞可与碘或碘产生有刺激性的碘化汞或碘化汞,引起腹痛、腹泻,出现赤痢样大便的症状,产生药源性肠炎。

2.2.3 重复用药:不能准确掌握中成药方制剂的成分,就会加大重复用药发生的可能性。因此,在开具中成药方制剂的处方时,临床医师应避免重复开具具有同种药物成分或者同种类型药物。例如,对具有心血管疾病的患者,同时开具丹七片和复方丹参滴丸的处方,但是,这两种药品都同时具有丹参、三七这两种中药成分,就会产生重复用药。如由患者辨证为脾肾阳虚证,使用附桂地黄胶囊和右归丸进行治疗,附桂地黄胶囊和右归丸都具有温肾补阳的功效,且同时就有肉桂、附子两种中药成分,从而加大肉桂、附子的用量,且附子有毒,重复使用有可能增加不良反应发生率。

由于患者病情复杂具有多种兼证,需要同时使用多种药物治疗,存在中西药、多种中成药等联合使用,能够全面掌握中成药方制剂的组成及相关配伍禁忌等知识,在联合用药过程中就会减少因不合理或错误用药带来的不良反应,对患者的生命健康负责<sup>[3]</sup>。

### 3 医学院校学生对中成药方制剂的认识

中成药方制剂是中国中药产业甚至医药产业的重要组成部分,然而,有资料表明,中成药方制剂不合理使用现象十分突出。据《医师报》2007 年的一项统计报道:在综合医院有 60% 医生使用中成药方制剂,但合理使用的只有 40%。合理使用中成药方制剂,直接关系到患者的健康和生命安全,也关系到民众对于中成药方制剂的信心以及中成药方制剂事业能否持续发展。因此,提出中成药方制剂合理使用要从医学生入手更为重要。

作为临床医学生在大学期间,对中成药方制剂的了解更只是停留在查看药品说明书,以及临床带教教师的经验传承,并未涉及到药物的作用机制、毒理作用、服用方法、药用剂量、不良反应、禁忌配伍、特殊人群比如儿童的用药指南,对中成药方制剂在临床上的应用与出现问题不甚了解,对指导患者正确使用中成药方制剂等方面存在认知盲区,难以改变患者的一些错误观点,提高患者的用药水平。

### 4 中医药临床学科教材中增列《临床中成药方制剂学》的意义与课程要点

将《临床中成药方制剂学》列入教材中,将对学生进行全面系统的讲解,同时由临床医师作为主讲教师将会针对在临床正确运用中成药方制剂的同时,不断强调辨证施治是中医治疗疾病的指导原则,中成药方制剂是在中医理论指导下组方制成的,在临床中使用中成药方制剂时必须要进行辨证,以防犯“虚虚实实”之误,要使“辨证施治”的观念始终贯穿于中成药方制剂的临床使用中<sup>[4]</sup>。开设课程后将按照以下课程要点实施教学:

(1) 进行系统的讲授中成药方制剂的临床合理使用、相互作用、药物的不良反应等方面,从而使得医学生在临床见习或实习过程中对中成药的应用、临床效果有更加直观的认识;重点强调辨证论治在临床工作中的重要性,加强中医医学生的中医临床思维,能够在以后的临床工作中通过四诊合参明确疾病诊断,同

时,依据三因制宜治疗原则,针对患者的个体差异性选择最佳治疗方案,做到诊断与临床用药相符,从而保障准确恰当的运用中成药方制剂。

(2) 加强对中成药方制剂的功能、主治、适用范围以及不良反应进行全面授课,同时利用临床教师丰富的临床用药经验与案例,对患者的临床诊断、用药方案、预后等进行详细解读,从而,解决临床用药中遇到的棘手问题,促进临床合理用药。

(3) 指导医学生对中成药方制剂的最新进展和相关循证评价能够清晰的了解,同时能够掌握相关中成药方制剂的临床运用特点,对中成药方制剂的适应症和用法用量进行准确掌握,加强中成药方制剂合理用药;在教学过程中应涉及到并要求学生能够清晰了解药品的作用机制、毒理作用、服用方法、药用剂量、不良反应、禁忌配伍、特殊人群比如儿童的用药指南等。正确引导学生对中成药方制剂的认识,提高医学生今后在临床的用药水平。

中成药方制剂学用于本科生阶段教育,便于学生进入临床阶段的见习与实习,在学生们毕业及独立临证处方之前就对大量的中成药方制剂有较为深刻的辨证应用体会,作为传统方剂学的有利补充的中成药方制剂,在突出中医辨证用药理法特色的同时,注意与现代药理学、临床医学相结合,从临床用药的实际出发,把中医辨证与西医辨病有机地结合起来,不仅利于实习及见习期间的医学生系统学习,深刻体会,同时也可作为临床医生安全合理使用中成药方制剂的必备参考书,也为学生们进一步成长为合格的临床医生奠定扎实的基础。

总之,临床医学生需加强对中成药方制剂基本知识的学习,在今后临床工作中运用中成药方制剂时,必须在中医基础理论指导下,准确进行辨证施治,充分了解中成药的药物组成、主治功效、适用范围、用法用量、禁忌配伍、不良反应等特点,避免错误、盲目用药,防止在临床运用时中成药方制剂的应用不合理,提高中成药的临床疗效,降低药物的不良反应的发生,促进中成药方制剂的健康发展,从而,优化在临床应用的中成药方制剂,提升疾病诊治有效性<sup>[5]</sup>,以填补《方剂学》专业知识的空白,有利于推动临床方剂学学科建设。

### 参考文献:

- [1]吕爱平,王丽颖.加强中成药合理使用的建议[J].中国中药杂志,2011,10(9):2762-2763.
- [2]齐永刚.我院开展中成药处方点评工作的实践与探讨[J].中医药管理杂志,2011,19(2):1582-159.
- [3]潘继勤.中成药在临床应用中存在的问题及对策[J].中国实用医药,2014,27(9):186-187.
- [4]刘燕平,黄岑汉.对中医教材建设的思考[J].广西中医药大学学报,2013,16(4):102-103.
- [5]李爽,纪佳.谈合理使用中成药[J].中医中药,2011,18(12):102-104.

### 通讯作者:

邱模炎,(1964 年 12 月),男,医学博士,主任医师,肾脏病的临床与基础研究。

# 缺血性脑血管病治疗中瑞舒伐他汀与阿托伐他汀的应用效果对比分析

杨仕良

(广西梧州市人民医院 广西梧州 543000)

**【摘要】目的:**探究缺血性脑血管病患者通过瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗后取得的临床成效。**方法:**选取我院 2014 年 1 月-2016 年 6 月入院的缺血性脑血管病患者 80 例,依随机分组标准分为观察组(40 人)和对照组(40 人)。对照组治疗方法为阿托伐他汀治疗,观察组为瑞舒伐他汀治疗。从临床治疗有效率、不良反应发生及生存质量状况三方面入手,针对相关内容进行分析。**结果:**对照组治疗总有效率(75%)比观察组(95%)低( $P<0.05$ );针对不良反应发生情况,观察组发生率(7.5%)与对照组发生率(5%)相比无明显差异( $P>0.05$ );在生存质量方面,观察组患者各项指标得分均比对照组高( $P<0.05$ )。**结论:**缺血性脑血管病患者通过瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗相比,能够有效提高治疗效果,且患者生存质量显著改善,但两者不良反应发生率均较低,值得在临床予以推广应用。

**【关键词】**缺血性脑血管病;瑞舒伐他汀;阿托伐他汀

**【中图分类号】**R743.3 **【文献标识码】**C **【文章编号】**1673-5293(2017)04-0327-02

缺血性脑血管病是指由于脑血管一条或多条狭窄、闭塞或血栓形成引起的局部脑组织供血不足,出现功能障碍的疾病<sup>[1]</sup>,严重威胁患者生命健康,必须加强对缺血性脑血管病患者的有效治疗。本文为探究缺血性脑血管病患者通过瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗后取得的临床成效,现选取我院 2014 年 1 月-2016 年 6 月入院的缺血性脑血管病患者 80 例作为本次研究对象,特进行如下报告。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院 2014 年 1 月-2016 年 6 月入院的缺血性脑血管病患者 80 例确定为研究资料,依据随机分组标准分为观察组(40 人)和对照组(40 人),其中 23 人和 17 人分别为观察组男性和女性患者人数,年龄最小 55 岁,最大 75 岁,( $65\pm 2.1$ ) 岁为平均年龄,病程最短 2 年,最长 4 年,( $3.0\pm 1.3$ ) 年为平均病程;25 人、15 人分别为对照组男性和女性患者人数,年龄最小 60 岁,最大 80 岁,( $70\pm 2.5$ ) 岁为平均年龄,病程最短 1 年,最长 4 年,( $2.5\pm 1.1$ ) 年为平均病程。在一般资料,包括年龄、性别、病程等方面,两组患者区别不显著( $P>0.05$ ),可以实施相关研究。

### 1.2 临床诊断标准

1.2.1 纳入标准 (1) 两组患者均经脑 MRI 及脑 CT 等检查确诊为缺血性脑血管病;(2) 所有患者均获得知情同意,同时签订患者知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1) 严重心、脑血管疾病,恶性肿瘤患者;(2) 肝、肾功能不全者;(3) 代谢紊乱、药物过敏者;(4) 精神障碍性疾病患者;(5) 哺乳期及妊娠者。

1.3 治疗方法 两组均进行常规基础治疗,例如:静脉补液,维持水、电解

质、酸碱平衡;抗生素抗感染及消肿利尿治疗等,在此基础上,给予对照组患者阿托伐他汀(生产厂家:常州四药制药有限公司,国药准字:H10950085)口服治疗,该品用药剂量为每次 20mg,一天治疗 1 次。观察组患者运用瑞舒伐他汀(生产厂家:北京百奥药业有限责任公司,国药准字:H20061308)口服治疗,该品用药剂量为每次 10mg,一天治疗 1 次。对两组患者同时治疗 1 个月时间。

1.4 观察项目和指标 (1) 比较两组患者临床效果,其判定标准<sup>[2]</sup>为:显效为患者无病残情况发生,脑神经损伤轻微;有效为患者病残情况可能发生,脑神经损伤得到有效控制;无效为患者有病残情况发生,脑神经损伤,病情加重。(2) 比较两组不良反应发生情况。(3) 对两组生存质量状况进行对比。

1.5 统计学方法 统计分析资料一般运用 SPSS18.0 系统软件;【n(%)] 表示计数资料,同时实施相应检测时通过  $\chi^2$  进行;有统计学意义时一般运用  $P<0.05$  表示;( $\bar{x}\pm s$ ) 表示为计量资料,同时实施检测时通过 t 进行。

### 2 结果

2.1 治疗效果情况两组患者进行比较 对照组治疗总有效率(75%)比观察组总有效率(95%)低( $P<0.05$ ),存在一定统计学意义,结果情况见表 1。

表 1 在治疗效果方面两组患者进行对比【n(%)]

| 组别       | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率         |
|----------|----|----|----|----|--------------|
| 观察组      | 40 | 31 | 7  | 2  | 95.0%(38/40) |
| 对照组      | 40 | 22 | 8  | 10 | 75.0%(30/40) |
| $\chi^2$ |    |    |    |    | 6.275        |
| P        |    |    |    |    | <0.05        |