

慢性腎臟疾病的用藥選擇(下)

～ 翁婕瑜 藥師 ～

《承接上期》

若已使用上述藥物後仍無法妥善控制血壓時，可再加入長效型的 calcium channel blockers (CCBs)；倘若病人有狹心症、心衰竭、心律不整，則可使用低劑量 β -blocker 取代。另外，當對 ACEIs 與 ARBs 皆無法耐受時，CCBs 中的 non-dihydropyridine 類藥物 (diltiazem、verapamil) 也可當作降低蛋白尿的第二線選擇用藥。

※ 接著可再加入的治療藥物，若脈搏 ≥ 84 次/分鐘，可用低劑量 β -blocker 或 α/β -blocker；若脈搏 < 84 次/分鐘則可改為加入與先前已使用不同類的 CCBs。惟需注意的是，老年人及傳導異常的患者應避免使用 β -blocker 及 non-dihydropyridine CCBs。

※ 最後，還可再加入長效 α -blocker、中樞性 α -agonist、血管擴張劑 vasodilator 來控制尚未能達成治療目標的血壓值，其中，前兩種藥物不應併用，以免造成嚴重心搏過緩。

上述乃 DKD 患者的高血壓用藥，接著介紹單獨只有高血壓的 CKD 患者用藥，大多與 DKD 相似。此類病人蛋白尿及 GFR 降低的問題較 DKD 族群嚴重，ACEIs 或 ARBs 仍為首選藥物，因為兩者皆可降低腎小球內壓力，而兩者併用的爭議如前述。Non-dihydropyridine CCBs 可延緩腎功能降低的速度，且對於降低蛋白尿的劑量不需比降血壓高，不像 ACEIs。在利尿劑方面，雖然一般常用於治療 CKD 患者液體超負荷和高血壓的問題，但對於蛋白尿的惡化沒有明顯證據有腎臟保護的作用。其他降壓藥 (如： β -blocker、vasodilator) 也可用在 CKD 病患來控制血壓。

除了藥物治療，低蛋白的飲食對延緩腎功能降低也有助益，NKF 建議若 $GFR < 25 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ，每日蛋白攝取量應小於 0.6 克；若如此控制不能維持病人足夠營養，則可調升至每日 0.75 克。

參、高血脂 Hyperlipidemia

CKD 患者不論是否有蛋白尿，建議降血脂治療用藥為 HMG-CoA reductase 抑制劑及

gemfibrozil。治療主要目標為降低動脈粥樣硬化的風險。其他額外的治療藥物還有：cholestyramine、carnitine、魚油(fish oil)，當然還是需要藉着運動來改善。

參、其他須注意的用藥

除了常用於 CKD 相關疾病的上述藥物外，也可能因其他疾病而需要其他用藥，於下列出需注意調整劑量的藥物，當用於腎功能不佳的病患時應多留意是否需調整使用劑量。

- 抗生素類：除 cloxacillin、clindamycin、metronidazole、macrolides 外，其他抗生素均需調整劑量。
- 降血壓藥：atenolol、nadolol、ACEIs
- 強心藥：digoxin、sotalol
- 利尿劑類：病人的 $\text{CrCl} < 30 \text{ mL/min}$ 應避免使用保鉀利尿劑。
- 降血脂藥物：statins、benafibrate、clofibrate、fenofibrate。
- Narcotics：codeine、meperidine。
- 抗精神病藥物：lithium、chloral hydrate、gabapentin、trazodone、paroxetine、primidone、topiramate、vigabatrin。
- 其他類：allopurinol、colchicine、histamine-2 receptor antagonists、diclofenac、ketorolac、terbutaline。

結 語

面對 CKD 患者所需治療的多種藥物、繁複的注意事項及監測數值等，除了應注意是否出現腎病的症狀—泡(泡泡尿)、水(身體、眼周是否水腫)、高(高血壓)、貧(貧血症狀)、倦(是否常感到疲倦)，尤其是高危險族群，最後可以採用下列簡單的指引步驟來檢視治療環節，為病人的用藥安全把關。

1. 注意病史，並定期身體檢查—包括目前的處方及非處方用藥、過敏史、是否有喝酒習慣。身體檢查如：身高、體重，姿態變換時的心跳、脈搏、血壓情形，是否有水腫、腹水現象等。

2. 測量 Scr 估算清除率，評估腎臟功能不全的程度。
3. 檢視所有用藥，確保用藥都是治療需要。若需加入新藥也應有適當的適應症，並評估潛在的藥物交互作用。
4. 選擇低腎臟毒性的藥物，例如須使用胺基配醣體抗生素 aminoglycosides 治療時，可改用 fluoroquinolones 或第三、第四代的 cephalosporins；若必須用胺基配醣體抗生素，則可選用 gentamicin、tobramycin 及 amikacin。
5. 決定適當的負載劑量 (loading doses)，一般與正常人劑量相同。
6. 選擇維持治療方式，調整用藥劑量。依據資料庫建議調整用藥，不論是降低劑量或延長給藥間隔時間。
7. 如果可以的話，還可監測藥物濃度，如：Vancomycin。

8. 最後，不斷重複評估用藥的必要性及治療效果，及監測腎臟功能以調整適當用藥，避免造成進一步的腎功能損害。

參考文獻

1. http://enews.nhri.org.tw/enews_list_new2_more.php?volume_idx=259&showx=showarticle&article_idx=6529 國家衛生研究院 探討因慢性腎臟性疾病而死亡的重要性
2. 國家衛生研究院電子報 第 259 期,2008.
3. <http://www.health99.doh.gov.tw/TXT/PreciousLifeZone/print.aspx?TopIcNo=606&DS=1-life> 行政院衛生署國民健康局
4. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 7th/8th Edition.
5. <http://www.kidney.org/> National Kidney Foundation's (NKF) Kidney Dialysis Outcomes and Quality Initiative (K/DOQI)
6. <http://www.tsn.org.tw/> 台灣腎臟醫學會
7. <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/166/4/473.pdf>

懷孕期與哺乳期的疼痛處置考量

～ 廖婉任 藥師 ～

前 言

根據統有高達 90% 懷孕的婦女曾服用過藥物，且懷孕前期服用過止痛藥者佔 5~10%，後期使用者更多，可見在懷孕或哺乳期接觸止痛藥品是很常見的事情。一般而言，新生兒產生畸形的機率約 2%，其中原因大多為先天異常及基因突變，藥品所佔比例約其中的 2%。

即使止痛藥被廣泛的使用，因無法直接試驗，所以藥物對孕期影響的研究資訊仍有限。在動物實驗中，潛在性的致畸性或致癌性，或多少藥物會穿透進入乳汁，皆會被研究，但仍與人類孕期影響有所出入，故動物研究之結果仍為參考用。評估懷孕及哺乳期間藥品影響造成的風險及利益，需謹慎使用藥品，且已有明確證據會傷害胎兒的必須避免。

以前並沒有特別注意到孕婦用藥的風險性，直到兩個著名的歷史事件發生，才讓世人意識到孕期用藥的重要性。事件一：1956~1960 年 Thalidomide 用途為孕期止吐，造成海豹肢型嬰兒的嚴重副作用；事件二：

1940~1971 年 DES(Diethylstilbestrol)用途為高危險妊娠(流產、早產、子癩前症)，造成嚴重副作用女嬰子宮頸、陰道、子宮發育不全。

懷孕期的胚胎發展

懷孕各時期胚胎發展對於外界，包含藥物的影響程度皆不同，懷孕用藥分級可參見(表一)，故需要了解胚胎發展狀況來評估藥物使用的風險。

根據胚胎發展的情形，胚胎前期及胚胎時期對藥品的影響較為明顯，且風險較大。(請見圖一)。再者懷孕後期，即將臨盆前，藥品使用則為影響胎兒器官生長程度，至於出生後藥物的影響主要為母親哺乳的情況。

針對懷孕及哺乳期的疼痛用藥考量，從以下臨床的案例，就各種不同狀況來探討。

案例一：計劃懷孕的女性

主訴：一年前因交通意外造成腰椎傷害，持續夜間躺臥時的疼痛，從下背部到腳趾皆會疼痛；在近脊椎部分，輕觸也會有疼痛情形，必

表一：懷孕用藥分級

分級	定義	用藥情形
A	針對孕婦所做的研究中,有足夠的證據證明用於懷孕初期及後期皆不會造成胎兒之危害。	大致安全
B	動物實驗證實對胎兒無害但缺乏足夠的孕婦實驗;或動物實驗有副作用報告,但孕婦實驗無法證明對懷孕初期及後期之胎兒有害。	大致安全
C	動物實驗顯示對胎兒有害但缺乏控制良好的孕婦實驗;或缺乏動物實驗或孕婦實驗數據。	酌情使用
D	已有實驗證實對人類胎兒之危害;但緊急或必要時權衡利害之使用仍可接受。	衡量利弊
X	動物實驗及/或孕婦實驗已證實對胎兒有害,且使用後其危害明顯大於其益處。	禁用

須服用止痛藥來緩解。

用藥處方：Amitriptyline 10mg 睡前使用

Diclofenac 100mg 早、晚各一次

Codeine 30~60mg Q6H 需要時用

諮詢問題：先生擔心太太預備懷孕，藥品會影響胎兒，是否可以繼續使用上述藥品？

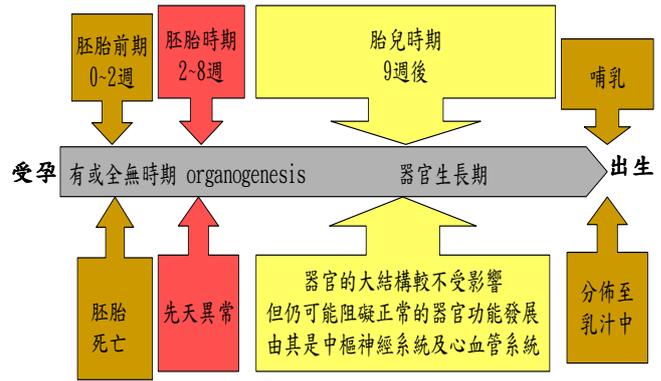
解決方案：

1. 優先考慮其他治療方法，徵詢其他疼痛照護專業建議，包括復健、疼痛、骨、婦科醫師及藥師等。藉由物理治療、積極性方式或手術，降低或免除對藥品的依賴。即使藥物治療是唯一方法，在即將懷孕和懷孕期間需要重新審視藥品的種類、劑量、服藥間隔。
2. 給予患者及家屬建議前，先了解造成疼痛的型態屬於非癌症慢性神經性(neuropathic)疼痛的特性。跟家屬解釋的部分，包括藥物可能造成的風險，藥品沒有保證絕對安全，也沒有必要捨棄全部藥品不用，再重新檢視目前用藥是否有需更動。

用藥建議：

- ※ Amitriptyline—屬於三環抗憂鬱藥品，沒有明顯的證據顯示此藥會造成懷孕早期的畸形，可以繼續使用。
- ※ Diclofenac—建議停用。NSAIDs 短期使用，對肌肉骨骼或創傷後有益，若沒有明顯發炎現象，不建議長期使用。此類藥品不會造成畸胎，但不利於胚胎著床，因阻斷前列腺素(prostaglandins)作用造成流產，對懷孕後期造成問題多，應停止使用。建議可嘗試以 Acetaminophen 取代。

圖一：



※ Codeine—許多孕婦用藥報告，認為對懷孕初期胎兒是安全的。此個案可繼續用藥(最高劑量 240mg/天)，並衛教如何調整飲食，降低便秘的副作用。注意是否有肝臟酵素的缺乏使 codeine 無法完全去甲基化，代謝其活性代謝物及 morphine；若屬酵素高速代謝者，則因高血漿濃度之故，而易產生副作用，如：鎮靜、嗜睡、便秘、新生兒憂鬱。

替代方案：

- ※ Oxycodone 5~15mg 可依病情需要，重複劑量—藥效較強，較少便秘的副作用。
- ※ Tramadol 400~600mg/天—急性及神經性疼痛都有效。不具呼吸抑制作用，常見副作用噁心嘔吐。但避免用於有痙攣發作危險(如，子癇(前)症)，或服用增加腦中樞 serotonin 藥物的孕婦。

案例二：目前已懷 33 週，懷孕後期的孕婦

主訴：背部有嚴重刺痛感及下墜感，並且已影響正常生活，讓她無法照顧其他孩子。若採坐姿及四肢趴地，較能緩解疼痛感。

諮詢需求：有什麼方法可以改善疼痛症狀？

解決方案：

1. 了解病患疼痛種類：
懷孕期間由於荷爾蒙鬆弛素和黃體素的增加，造成恥骨聯合處分離，為懷孕中與懷孕後常見因改變骨盆與身體相對位置造成的疼痛症狀。經產婦或孕期時體重增加過多者情況更劇烈。懷孕期間重量的增加，亦使骨盆腔與腰椎承受壓力及張力，而懷孕後期骨盆前傾、腰椎向後位移、胸椎與頸椎曲度改變的狀況更為明顯，故常造成身體不適、疼痛的感覺。
2. 非藥物性治療為優先建議：
在計畫懷孕前做好預防措施，有疼痛病史者易加重症狀，徹底治療及復健身體疼痛的症狀。在懷孕期間減低腰椎及骨盆腔的負擔，避

提重物及體重控制，適當與適合的運動，增強肌肉的支撐能力，維持正確的姿勢，以保持脊柱的自然位置；充足的休息，避免持續性的壓迫；疼痛狀況若輕微，可先考慮一些舒緩作用，例如：冷敷、熱敷、針灸、電療。

3. 短暫使用藥品減緩症狀：

Acetaminophen 在懷孕各期皆可使用，暫時解除疼痛不適症狀。Aspirin 可選用，但避免長期使用，曾有新生兒體重過輕或胎兒顱內出血的報告。Tramadol 研究數據不多，可短暫使用，長期使用下會有戒斷症狀。

※ 衡量使用 opioid 類止痛藥的必要性—是否利大於弊

Opioid 類止痛藥使用需謹慎，其分子量小，極易穿過胎盤到達胎兒，胎兒或新生兒的肝腎功能尚未成熟，影響程度評估困難；藥物副作用多，常見副作用：便秘、呼吸抑制、噁心嘔吐、鎮靜或嗜睡、身心的依賴，皆為需要考慮的重點。曾有研究報告造成胎兒死亡率提高，新生兒出現中樞神經系統興奮，包括肌張力增加、過動及吸吮動作不協調狀況的提高。若需使用，以選擇短效者且短暫使用為佳，並注意追蹤胎兒或新生兒狀態。

1. 避免使用非類固醇抗炎藥 NSAIDs

懷孕各期皆應盡量避免使用 NSAIDs，因阻礙前列腺素誘導子宮肌細胞鈣的形成和細胞膜穿流量，以及肌纖維膜鈣的釋放作用，可導致延長分娩和延遲生產。懷孕後期前列腺素抑制作用，影響腎功能以致羊水過少，提早胎兒主動脈導管閉鎖(patent ductus arteriosus, PDA)，造成新生兒肺高壓與顱內出血。COX-2 抑制劑目前尚無足夠證據，也須避免使用。

案例三：懷孕 33 週計畫剖腹產並哺乳的孕婦

主訴：曾因自然分娩失敗而緊急剖腹產的經驗，此次胎兒比之前大，所以也安排剖腹產。諮詢問題：

1. 上回因產後的前 1~2 天非常疼痛不適，這次不想再有同樣狀況的經驗。
2. 家中年長女性告訴她，使用強力的止痛藥，無法哺乳。她不想提供配方奶，對於使用止痛藥有哺乳上的疑慮。

解決方案：

1. 資訊提供關於剖腹產術後止痛方法，解除產婦前次不佳的剖腹產經驗。

※ 說明術後止痛的優點—剖腹產後的止痛目的為提供良好術後品質，將疼痛控制在可忍

受的程度內，降低壓力賀爾蒙的分泌，加速組織復原、穩定血壓及增加泌乳量；產婦也不會因預期性疼痛造成心情的緊張，減少呼吸道的併發症；疼痛控制可增加產婦術後下床走動及變換姿勢意願，促進腸胃道功能恢復，調整授乳初期姿勢，增加哺乳成功率。

※ 依狀況決定止痛方法—傳統方法為口服、肌肉或靜脈注射止痛藥；新的選擇方法即病患自控式止痛(Patient-controlled analgesia, PCA) (參見表二)，依疼痛程度和止痛需求設定安全範圍，再由患者自行按壓機器的方法止痛；硬脊膜外導管止痛(Epidural analgesia)，利用腰椎麻醉的導管給藥，劑量最小，最不會影響到哺乳的新生兒。

※ 哺乳期用藥對新生兒的影響—綜觀而言：絕大部份的藥物對哺乳是安全的。(參見表三)

I. 藥物進入乳汁的考量因素：

口服吸收程度、蛋白結合度(結合度高者較不易進入乳汁)、酸鹼性及離子化程度(乳汁偏酸)、脂溶性(選擇脂溶性低)、半衰期(短效者，較不易蓄積)、分子大小(大者不易進入乳汁)，各項因素考量後，可知藥物要進入到乳汁有重重關卡，若非已有明確危害新生兒之資訊，絕大部分的藥物可視為相對安全。

II. 加強哺乳婦哺乳期間用藥原則觀念：

一般民眾無法全盤了解藥物的專業知識，但可告知常用安全的觀念，像是兒科常用處方之藥物，表示對幼兒相對安全，此類極適合使用；相同成分之藥品，若有外用劑型則優先使用，局不使用可減少口服或注射產生的全身性問題；老藥使用經驗及資料充足，比新藥可靠；避免使用長效劑型或複方藥，減少蓄積作用及多種藥品交互作用；服藥前先哺乳，或避開血中濃度高峰期哺乳。

結 語

懷孕是女性人生中重要的階段，腹中胎兒如此的脆弱及寶貝，受到外界各種影響甚巨。身為藥師所能給予的藥學專業照護不應僅僅只是單看藥物的各項數據，對於孕婦及哺乳婦的用藥更應該注意加上孕期週數及其影響層面的考量，並非否定所有藥物使用就是最好的方法，而且謹慎觀察及考慮藥物的利害關係，再對症下藥，提供盡可能的資訊給予患者，作多方面的選擇。

表二：自控式止痛組成藥物

作用	藥物	特色
腰椎硬膜外腔阻斷	Ropivacaine	新型局部麻醉劑。低脂溶性、毒性低、耐受性大。作用時間快 10~20 分鐘，作用時間長。可阻斷感覺及運動神經，只適用於硬脊外麻醉。偶有低血壓、心跳遲緩、噁心、暫時性感覺異常的副作用。
	Bupivacaine	長效型局部麻醉劑。高脂溶性、毒性大、術後恢復慢。作用時間慢，持續性高 3~9 小時。運動神經阻斷作用較強。使用不慎會引起休克或痙攣。
脊髓阻斷	Morphine	作用於中樞神經與平滑肌。副作用：呼吸抑制、血壓下降、噁心嘔吐、便秘
	Meperidine	作用時間較短 2~4 小時，適合產婦用。副作用：頭暈、噁心嘔吐、便秘
	Dropridol	鎮靜、安神、強效抗吐、血管擴張。副作用：低血壓、心跳減緩、噁心嘔吐、便秘

表三：常見藥物對懷孕及哺乳之影響

藥品	懷孕期的建議	哺乳期的建議
Acetaminophen	Compatible throughout	Compatible
Aspirin	Avoid at conception and avoid chronic high doses during pregnancy	Potential toxicity
Indomethacin	Avoid at conception during first 10 week of gestation, and after 32 week of gestation	Compatible
Ibuprofen、Naproxen	As indomethacin	
Ketoprofen、Ketorolac		
Celecoxib		
Tramadol	Probably avoid in the first trimester, but there after low risk (neonatal abstinence syndrome is possible)	Limited data, Probably compatible
Morphine	Compatible, but possible neonatal depression at birth and abstinence syndrome with third-trimester use	Probably compatible
Codeine	As morphine, but less effective	
Pethidine (meperidine)	As morphine, but use alternative opioids if possible	Compatible, but use alternative opioids
Methadone	As morphine	Probably compatible
Oxycodone		
Amitriptyline	Low risk throughout	Limited data, potential toxicity
Carbamazepine	Compatible if used for epilepsy, but preferably avoid (risk of malformations)	Compatible
Gabapentin	Limited evidence suggests low risk	No data-probably compatible
Pregabalin	Insufficient data	
Ketamine	Low risk throughout	
Clonidine	Probably avoid in the first trimester	Probably compatible
Bupivacaine	Low risk throughout	
Ropivacaine	Compatible throughout	
Lidocaine (lignocaine)	Compatible	

傷寒論中的藥物煎煮與炮製法

～ 涂慶業 藥師 ～

前 言

《傷寒論》是我國第一部集理、法、方、藥於一體的中醫著作，論中確立了六經辨證的理論體系，被譽為“方書之祖”，全文雖僅 13,404 字、398 條條文，然其用精煉文筆將各經治則、兼證、禁法等一一囊括，其用藥 92 味藥、立

方 112 首，不僅組方法度嚴謹，用量精準，且張仲景對各類湯劑之煎藥方法蘊藏精奧，每張方的方後注中均明確指出了藥物的煎煮方法，用水多少升，煎取多少升，何藥需先煎，何藥得後下等都一一做了說明，以示後人法度。

反觀現今的煎藥早已失卻古人精旨，對藥物的煎煮過程皆趨於常規化，千方一法，多採

取“加水淹過兩指，武火加熱沸騰，文火慢煎30分鐘”，先煎與後下均依常法，服藥方法亦是每日一劑，早中晚分服，對服藥後的病情觀察，則瞭解甚微；汗後何時止、瀉後何時停，更不知聞問，臨床療效自然是大打折扣。其他如四逆湯與通脈四逆湯、小承氣湯與厚朴三物湯等，為用藥劑量比例不同而療效不同的典型實例，現今醫師處方用藥，常改變經方之配伍劑量比例，在一定程度上破壞了經方配伍用藥的嚴謹性，從而也影響療效。

傷寒論的藥物煎煮法

一、煎藥方法

在《傷寒論》關於藥物煎煮法的文字中，“沸”字共出現27次之多，如麻沸湯、沸湯、微沸、一二沸、再沸等；沸的意思是沸騰，指藥物煎煮過程中，液體被加熱到沸騰的狀態；“沸”還可作為一個計算單位名稱，如《傷寒論》云：“以水五升，先煮麻黃一二沸”；“先煮大黃取二升，去滓，內芒硝，煮一兩沸”。《傷寒論》和《金匱要略》中以“沸”作為計算單位的文字有一沸、再沸、一二沸、三沸、三五沸、五六沸、七沸等。

然而藥物煎煮過程中藥液沸騰的次數是如何計算？是指煎煮次數，還是反映煎煮時間長短的單位？據研究，可能是採用藥罐離火的方式控制藥液的沸騰次數，這一種特殊的藥物煎煮方法，使藥液較長時間維持在85~100℃的溫度範圍，而不是維持在100℃的沸點水準，如此既能滿足提取藥物有效成分對溫度的要求，也能減少水分的揮發，從而減少藥物揮發性物質伴隨水分揮發的流失，且這種煎煮方法還能夠避免藥液的水分過快過多揮發帶來的濃縮，因在過濾之前，藥液如果過多過快的濃縮，會因為藥液的濃度越高，藥物中有效物質向藥液的轉移越困難，而不利於藥物有效成分的提取，且藥液濃度越高，過濾以後在藥渣裡殘留的有效成分也越多；此外，這種藉由離火控制火力的煎煮方法也在一定程度上延長煎煮時間，從而有助於增加藥物有效成分的提取。如在《傷寒論》和《金匱要略》中，麻黃多要求先煮，或“先煮麻黃，減二升”，或“先煮麻黃一二沸”，此一二沸可按10~20分鐘計算。

二、去滓重煎法

去滓重煎法是指將藥物加一定量的溶劑後

置於火上加溫煮沸至一定時間後去滓取得藥液，而後將所得藥液重新置於火上加溫煮沸，使其容量減少，藥液濃度提高的方法，即現代製劑工藝所謂的濃縮。《傷寒論》中小柴胡湯、柴胡桂枝乾薑湯、大柴胡湯、半夏瀉心湯、生薑瀉心湯、甘草瀉心湯及旋覆代赭湯在煎煮時便採用了去滓重煎法。

三、浸漬法

指將藥物用沸水浸泡一定時間，然後絞滓取液的特殊方法，這種方法在《傷寒論》中特用於大黃黃連瀉心湯的取液及附子瀉心湯中三黃的取液。《傷寒論》大黃黃連瀉心湯證乃無形之邪熱阻於心下，致使氣機痞塞之熱痞證，所以大黃黃連瀉心湯之用在於清熱而不在苦泄，而以麻沸湯浸漬者，僅得其無形之氣，不重其有形之味，是取其氣味俱薄，不大瀉下也。

四、煎煮時間

有關煎藥時間，大部分方劑是藉由觀察耗水量(加水量與煎劑量之差)來掌握諸方藥煎煮時間的長短。如桂枝加桂湯“以水七升，煮取三升”耗水量為四升；新加湯“以水一斗，煮取二升”，耗水量為八升，說明後者煎煮時間較長，炙甘草湯“以清酒七升，水八升，先煮八味，取三升”，顯然亦屬久煎。再者，凡有粳米的方劑，煎煮時間以煮米熟為度，白虎湯、白虎湯加人參湯、桃花湯皆是。

煎藥的溶劑與輔料

一、煎藥溶劑

《傷寒論》對方藥煎煮時所用溶劑的選擇是很有講究的，具體有麻沸湯、甘瀾水、潦水、清漿水及苦酒之別。

1. 麻沸湯：

開水欲開之時，表面沸騰如麻點時取用，名麻沸湯。水經煮沸，其性主溫主升主散，仲景療傷寒心下痞之大黃黃芩黃連瀉心湯，附子瀉心湯中大黃、黃芩、黃連等苦寒之藥，皆用麻沸湯漬之須臾絞汁而不煎，取其氣之輕揚，不欲其味之重濁，以利清上部無形邪熱。

2. 甘瀾水：

《傷寒論》云：“作甘瀾水法：取水二斗，置大盆內，以杓揚之，水上有珠子五六千顆相逐，取用之。”李時珍云：“水性本鹹而體重，勞之則甘而輕，取其不助腎氣而益脾胃也。可見，製作甘瀾水的目的，是為了取其清揚而不

助水邪之性。

3. 潦水：

即地面流動的雨水而非井水、泉水等地下水，其性偏於輕薄。《傷寒論》方藥中的麻黃連翹赤小豆湯以潦水作為溶劑，即取其可除濕卻不助濕之意。

4. 清漿水：

清·吳儀洛《傷寒分經》云：“清漿水，一名酸漿水，炊粟米熟，投冷水中，浸五六日，味酢生花，色類漿，故名，若浸至敗者，害人。其性涼善走，能調中宣氣，通關開胃，解煩渴，化滯物。”由此敘述可見，清漿水性涼而善走，具有清熱除煩、通關開胃、生津消食的作用。

5. 苦酒：

即米醋，《傷寒論》少陰咽痛之苦酒湯以其為溶劑來煎藥者，因為苦酒味苦酸，可消瘡腫，斂瘡面，活血行瘀止痛，因此本方以苦酒作為溶劑來輔助半夏辛開苦泄，加強該方滌痰斂瘡的作用。

二、煎藥輔料

輔料即以利於藥物的充分釋出，而在中藥的炮制、加工及煎煮過程中所加入除藥物、溶劑之外的其他固體或液體物質。《傷寒論》方藥煎煮時所加的輔料有清酒、白蜜等。

1. 清酒：

指釀酒未曾蒸餾的自然澄清液，《傷寒論》中之炙甘草湯、當歸四逆加吳茱萸生薑湯在煎煮時均加清酒為輔料。清酒其性辛溫，易入血分而更增溫行之力。據現代研究報導，在中藥的煎煮過程中加酒久煎，有利於藥物有效成分的充分釋出，並且久煎可去清酒峻猛之性，而取其溫通之功。

2. 白蜜：

即甘潤，益氣補中，調和諸藥。《傷寒論》方藥中的大陷胸丸在煎煮過程中用白蜜作輔料，目的是取其解毒、調和、補中之功，以減緩甘遂峻猛之性，使攻下不致太猛，而緩緩發揮作用，達到峻藥緩攻、以攻為和的目的。

湯劑的服藥次數

中藥湯劑的每日服藥次數與其療效有著密切聯繫，通常包括以下3種方式：

1. 頓服：

指將每劑中藥飲片所煎藥液1次服完的方法，此法量大力峻、作用迅速，適用於病情危

急重症，如《傷寒論》中治療心、腎陽虛急症的乾薑附子湯；此外，這種服用方法還適用於服用藥物烈性者，如逐水峻劑十棗湯，因其易耗傷人體正氣，故病去即止，1日只宜服1劑。

2. 分服：

是指在1日內，將每劑中藥飲片所煎的藥液分成幾次服完的方法，其目的在於使藥物在服用期間，維持適宜的體內濃度，持續發揮其療效。根據病情需要、藥物性質和患者個人體質等因素，採用1日2次、1日3次、1日4次等多種服用方法。目前臨床中藥湯劑多採用1日2次或3次的服用方法。

3. 頻服：

指將1日內每劑中藥飲片所煎的藥液少量多次服用的方法。此法適用於藥液刺激性強，而患者胃氣虛弱不勝藥力者，可減輕藥液對胃的刺激，減輕嘔吐、噁心等副作用；適用於咽喉及食道部位病變的患者，使藥物在局部停留，持續地發揮藥效，如治療咽痛的半夏湯，以及治療胃病的黃連湯等。

藥物的炮製方法

1. 洗：

乃指將藥物用水沖洗。《傷寒論》中要求“洗”的藥物主要有半夏、吳茱萸、大黃等，其目的是“洗”去毒副作用。《傷寒論》中18方有半夏，其中17方用洗。半夏有毒，使用之前要洗，而且要“湯”洗。“以湯洗十數度”就是要求用熱水反複泡洗，將半夏的“隙涎”除掉，直至水液清澈；吳茱萸湯中注明吳茱萸應水洗，湯洗七遍，其目的主要在於減弱其苦味，減輕患者服後不適感；另，《傷寒論》15首用大黃的方劑中，有4首注明“洗”並要求用酒水洗。生大黃氣味重濁，走而不守，直達下焦，瀉下作用峻烈，易傷胃氣。現代研究證明酒製大黃後，不僅使瀉下、沉降之力緩和，還減弱其寒氣，免於寒傷中氣。

2. 煮：

將藥物放入鍋內加水同煮的方法。降低毒性，以煮法最為理想，有“水煮三沸，百毒具消”之說。《傷寒論》中水煮藥物炮製法大多述于方後注中，如麻黃湯方注曰“先煮取麻黃減一升，去上沫”桂枝芍藥加蜀漆龍骨牡蠣湯方注曰“先煮蜀漆，減一升”，茵陳蒿湯方注曰“先煮茵陳，減六升”。仲景在論中明確指出：麻黃“生則

令人煩，汗出不可止”。說明麻黃生用有“煩”和“出汗不止”的副作用，用時“皆先煮數沸”，便可除去其副作用；而現代研究證明茵陳中的揮發油易刺激胃腸黏膜引起噁心等證，煮後可破壞部分揮發油，緩解其對胃腸黏膜的刺激。

3. 熬：

仲景之“熬”，語出《傷寒論》抵當湯、白散、十棗湯、瓜蒂散等方注中，深究仲景言“熬”字，即現代之“炒”。宋·陳彭年《廣韻》以熬訓“炒”。《說文解字》曰：“熬，乾煎也。從火熬聲。”漢·揚雄《方言》卷七云：“熬，火乾也。凡以火而乾五穀之類，自山而東，齊楚以往，謂之熬。”可知“熬”有乾煎、火乾、焦乾之義，熬藥，就是把藥物炒乾或烤乾。在成書于秦漢之際的《神農本草經》《傷寒論》等醫籍中，在許多藥物之後，如芫花、水蛭、虻蟲等藥後，往往注有“熬令赤色”、“熬令黃色”，甚至“熬黑”等語，應是指“火乾”、“炒乾”而言。

4. 炮：

指將藥物埋在灰火中，“炮”到焦黑，《傷寒論》中要求“炮”的藥物有附子、烏頭、天雄等，如桂枝加附子湯方中注明附子“炮，去皮，破八片”，附子瀉心湯方中注明附子“炮，去皮，破，別煮取汁”。附子炮用，意在去其毒性並緩和藥力。烏頭、天雄與附子屬同類大毒之品，均須“炮以制毒”。

5. 漬：

《說文解字》漬“漚也”，“謂浸漬也”，漬之於浸，程度有別。兩者都是用水處理藥物，漬指用少量水將藥物濕潤，讓水分逐漸滲透入內，浸指將藥物沉沒于水中；仲景認為，將藥物用酒、苦酒(醋)浸漬，可以改變藥物的性質，增強藥物的療效。除苦酒漬烏梅外，《傷寒論》凡取大黃活血破瘀者，均以酒浸後入煎，酒味辛香升散，酒製後，可增強大黃活血化瘀的作用，還可以酒溫烈之性，制大黃苦寒之偏，除大黃苦寒敗胃之弊。

6. 炙：

指藥物加入液體輔料後，用文火炒乾，或邊炒邊加液體輔料，直至炒乾。《傷寒論》中注明“炙”的藥物，如炙甘草湯方中的甘草“炙”，大承氣湯方中的厚朴“炙，去皮”、枳實“炙”等。仲景之“炙”，主要指蜜炙，《傷寒論》中有68方用甘草，只有甘草湯、桔梗湯中用生品，餘皆炙用。可見仲景用甘草以蜜炙，旨在用蜜之溫和以調補之。

7. 蒸：

將藥物加輔料或不加輔料裝入蒸製容器內隔水加熱至一定程度的炮製方法，《傷寒論》中明確要求“蒸”的藥物有地黃、大黃、烏梅，仲景認為生涼熟溫，生瀉熟補，具體表現在對藥物的蒸製上。

8. 煨：

煨指將藥物埋在尚有餘燼的灰火中，緩慢令熟之意。如訶梨勒散方要求訶梨勒“煨”，《醫林纂要》認為“訶子(訶梨勒)酸苦澀，補斂肺氣，止瀉收脫，……生以上行肺，煨以斂大腸”，故訶梨勒煨用，不僅便於製散，更專取其澀腸固脫之效。

結 語

《傷寒論》是我國最早將理論與實際結合的臨床診療專書，書中記載的方劑，藥物配伍精煉，主治明確，如麻黃湯、桂枝湯、柴胡湯、白虎湯、青龍湯、麻杏石甘湯等著名方劑，經過千百年臨床實驗，都證實有較高的療效，並為中醫方劑學提供了發展的依據，後來不少藥方都是從它發展變化而來，故後人尊稱張仲景為方劑學之始祖。而湯劑的煎煮是一個看似簡單卻又十分複雜的問題，由於藥物及病情的差異，所採取的煎煮方法也有不同，煎煮方法是否得宜，對療效有很大的影響，故李時珍指出：“凡服湯藥，雖品物專精，修治如法，而煎藥者魯莽造次，水火不良，火候失度，則藥亦無功”，臨床上雖辨證正確、用藥精良，若不能正確煎煮藥物，則很難收到療效，甚或是延誤病情，故徐靈胎亦曰“煎藥之法，最宜深究，藥之效不效，全在乎此”，實為吾輩從事中藥業務者所當深思慎行。

參考文獻

1. 王竹蘭，肖相如 《傷寒論》湯劑加水量與劑量的關係 遼寧中醫雜誌 2010，37(3)。
2. 張琦，華浩明 《傷寒論》湯劑及其與現代湯劑用量的比較研究 河南中醫雜誌 2010，30(3)。
3. 徐靜，張慧，傅延齡 《傷寒論》《金匱要略》藥物煎煮法中“沸”字探析 中醫雜誌 2012，53(19)。
4. 任紅豔 《傷寒論》方藥煎法淺談 甘肅中醫學院學報 2008，25(3)。
5. 程京豔 中藥湯劑的服法與療效 中國藥業 2012，21(14)。
6. 袁國卿 張仲景中藥炮製學術思想探析 中國中藥雜誌 2010，35(6)。