

# 中药临床应用“禁”“忌”“慎”禁忌用语的认知现状研究<sup>△</sup>

姜皓\*, 张晓朦, 张冰#, 林志健, 萨日娜, 张丹, 吕锦涛(北京中医药大学中药学院, 北京 100029)

中图分类号 R28 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2021)03-0358-06

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2021.03.18

**摘要** 目的:了解临床对中药应用“禁”“忌”“慎”禁忌用语的认知现状,为规范中药“禁”“忌”“慎”的内涵与合理应用提供参考。方法:基于“知识-态度-行为”理论,并结合文献调研和临床实际分别设计医师/药师版问卷和患者版问卷。通过“腾讯问卷”平台,采用线上不记名的方式分别向全国32个省(市、自治区)的近300家医疗机构发放医师/药师版问卷800份,向全国范围内使用过中药的大众患者发放患者版问卷800份。对回收问卷分别从认知度、关注度和行为力3个维度进行降维处理后,采取10分制评估临床对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的认知、关注、行为等情况。结果:医师/药师版问卷共收回703份,其中有效问卷638份,回收率为87.9%,有效率为90.8%,Cronbach alpha系数为0.90;患者版问卷共收回644份,其中有效问卷621份,回收率为80.5%,有效率为96.4%。医师、药师对中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语的认知度评分为(7.94±1.21)分,患者的认知度评分为(5.64±1.54)分;医生、药师对上述用语的关注度评分为(9.47±1.15)分(与认知度评分的斯皮尔曼Rho相关系数为0.077,  $P>0.05$ ),行为力评分为(7.01±1.71)分(与认知度评分的斯皮尔曼Rho相关系数为-0.021,  $P>0.05$ );患者的行为力评分为(7.43±1.72)分(与认知度评分的斯皮尔曼Rho相关系数为0.233,  $P<0.01$ )。中医药教材(89.2%)、培训会议(66.5%)及本草方书(58.2%)是医师、药师学习上述禁忌用语知识的主要途径;医务人员(74.2%)和网络(52.5%)是患者了解上述禁忌用语的主要途径。结论:医师、药师和患者对中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语的关注度均较高,而认知度与行为力较低。中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语的认知界定较为模糊,相应的临床实践行为缺失,有待建立中医药领域的临床专家共识并积极宣传、推广,提高中药临床合理使用水平。

**关键词** 中药;临床应用;禁忌用语;认知;关注度;行为力

## Study on the Cognitive Status Quo of “Prohibiting” “Avoiding” “Using Caution” in the Clinical Application of TCM

JIANG Hao, ZHANG Xiaomeng, ZHANG Bing, LIN Zhijian, SA Rina, ZHANG Dan, LYU Jintao (School of TCM, Beijing University of TCM, Beijing 100029, China)

**ABSTRACT** **OBJECTIVE:** To understand the current status of clinical understanding of “prohibiting” “avoiding” “using caution” in the application of TCM, and to provide reference for standardizing the connotation and rational application of “prohibiting” “avoiding” “using caution” of TCM. **METHODS:** Based on the theory of “knowledge-attitude-behavior”, doctor-pharmacist questionnaires and patient questionnaires were designed on the basis of literature research and clinical practice. Through the “Tencent questionnaire” platform, 800 doctor-pharmacist questionnaires were distributed to nearly 300 medical institutions from 32 provinces (cities, autonomous regions) and 800 patient questionnaires were distributed to public patients who had used TCM nationwide by anonymous online method. After dimensionality reduction of the questionnaire from three dimensions of cognition, attention and behavior, the cognition, attention and behavior of “prohibiting” “avoiding” “using caution” in the application of TCM were evaluated by 10 points system. **RESULTS:** A total of 703 doctor-pharmacist questionnaires were collected, including 638 valid questionnaires with recovery rate of 87.9% and effective rate of 90.8%; Cronbach alpha coefficient was 0.90. A total of 644 patient questionnaires were collected, including 621 valid questionnaires with recovery rate of 80.5% and effective rate of 96.4%. The cognition score of doctors and pharmacists to the terms of “prohibiting” “avoiding” “using caution” in clinical application of TCM was (7.94 ± 1.21), and that of patients was (5.64 ± 1.54). The score of doctors and pharmacists’ attention to the above terms was (9.47 ± 1.15) (Spearman Rho correlation coefficient with cognition score was 0.077,  $P>0.05$ ), and the score of behavioral ability of patients was (7.01 ± 1.71) (Spearman Rho correlation coefficient with cognition score was -0.021,  $P>0.05$ ). The score of behavior ability was (7.43 ± 1.72) (Spearman Rho correlation coefficient with cognition score was 0.233,  $P<0.01$ ). TCM textbooks (89.2%), training meetings (66.5%) and herbal prescriptions (58.2%) were the main ways for doctors and pharmacists to learn the above taboos. Medical staff (74.2%) and internet (52.5%)

<sup>△</sup> 基金项目:中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者项目;第三批国家“万人计划”教学名师项目

\* 硕士研究生。研究方向:中药药物警戒与安全合理用药。E-mail:jianghtcm@163.com

# 通信作者:教授,博士生导师,博士。研究方向:中药药物警戒与安全合理用药。E-mail:zhangbing6@263.net

were the main ways for patients to understand the above taboos. CONCLUSIONS: Doctors, pharmacists and patients pay more attention to the terms of “prohibiting” “avoiding” “using caution” in the clinical application of TCM, but their cognition and executive power were low. Clinical cognition of “prohibiting” “avoiding” “using caution” in the application of TCM is relatively vague, and the corresponding clinical practice behavior is lacking. It is yet to establish clinical specialist consensus in the field of TCM and publicize it actively to improve the level of clinical rational drug use.

**KEYWORDS** TCM; Clinical application; Taboos; Cognition; Attention; Execution power

“禁”“忌”“慎”作为中药禁忌用语,不仅常见于传统中医古籍之中,而且广泛出现在《中国药典》、药品说明书以及中药学教材上。但是,由于中药应用“禁”“忌”“慎”的含义存在交叉,描述范围界定不够明确,医师、药师和患者对三者的认知也含糊不清,导致“禁”“忌”“慎”用语在临床的使用较为混乱,增加了临床用药的不确定性与潜在风险,不利于中药的安全应用<sup>[1]</sup>。因此,挖掘中药应用“禁”“忌”“慎”认知问题之关键、规范其临床认识,已成为亟待解决的临床问题。鉴于此,本研究以中药应用“禁”“忌”“慎”用语的认知情况为切入点,对医师、药师及患者开展问卷调查,了解临床对“禁”“忌”“慎”用语的内容含义与评判因素的认知现状,分析有关临床问题,并提出相应的对策与建议,助力“禁”“忌”“慎”用语的规范研究,为临床合理用药提供参考,从而保证患者使用中药的安全性及有效性。

## 1 资料与方法

### 1.1 调查对象

选择全国范围内使用过中药的大众患者、开具过中药处方的医师和指导过中药应用的药师为调查对象。

### 1.2 调研设计

1.2.1 调研方式 在2020年1月至8月期间,通过“腾讯问卷”平台,采用线上不记名的方式向全国32个省(市、自治区)的近300家医疗机构发放医师/药师版问卷800份,向全国范围内使用过中药的大众患者发放患者版问卷800份(由各地医疗机构的医师、药师以及招募的大学生志愿者协助发放;问卷中设计了“是否使用过中药”的问题,以保证患者使用过中药)。

1.2.2 问卷设计 基于“知识-态度-行为”(Knowledge-Attitude-Practice, KAP)理论<sup>[2]</sup>,结合文献调研与临床实际情况,设计形成“医师/药师版问卷”与“患者版问卷”,题型涉及单选题、多选题、排序题及打分题,旨在全面了解临床对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的认知、关注、行为等情况。问卷的调查项目和调查内容详见表1。

1.2.3 降维分析 合并同类题目,形成认知度、关注度和行为力等3个维度,以便直观清晰地展示问卷调查结果。每个维度均采用10分制评估(根据单选题与多选题回答的正确性,每题给予0~10分的评分,最后以加和的

表1 问卷的调查项目和调查内容

Tab 1 The item and content of the questionnaires

| 调查项目 | 调查内容   |                                   |
|------|--|-----------------------------------|
|      | 医师/药师版问卷   | 患者版问卷                             |
| 基本信息 | 性别、年龄、学历、工作省市、单位级别、专业背景、工作年限等                            | 性别、年龄、学历、职业、居住地、户口                |
| 认知状况 | 中药应用“禁”“忌”“慎”用语的内容与含义,以及在评判“禁”“忌”“慎”用语中药物、机体、临床用药等因素的重要性 | 中药应用“禁”“忌”“慎”用语的内容与含义,考虑角度等       |
| 关注状况 | 中药应用“禁”“忌”“慎”用语的临床重要性、区分必要性和意义                           | 对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的关注程度             |
| 行为状况 | 在处方点评、饮食问题等实际工作中对中药“禁”“忌”“慎”用语的区分情况与了解途径                 | 中药应用“禁”“忌”“慎”用语的了解途径,以及对患者用药行为的影响 |

总分除以该维度下题目总数得到最终得分),最终得分的分值越高则代表认知水平越高、关注程度越高或行为力越强。认知度:从内容、影响因素以及考虑角度和含义3个方面评估调查者对用药“禁”“忌”“慎”的认知水平。关注度:依照主观上对用药“禁”“忌”“慎”用语的需求性与积极性来评估关注程度。行为力:根据用药行为是否符合用药“禁”“忌”“慎”的基本认识,或是否产生用药风险来评估行为力。同时,针对目前尚未存在标准或形成共识的用药“禁”“忌”“慎”用语的部分内容,单列争议度来评估争议大小,如“禁”“忌”“慎”的评判因素。而评判因素的争议度是指对该因素重要程度的争议大小。其中,重要程度以均值( $\bar{x}$ )和满分率(评估该评判指标为满分的人数/评估该指标的总人数 $\times 100\%$ )作为衡量指标,争议大小以变异系数(变异系数 $> 0.25$ ,则认为争议较大或分歧较大)为衡量指标<sup>[3]</sup>。需要注意的是,医师/药师版问卷与患者版问卷的题目有差异,不能直接比较两个群体的认知度、关注度、行为力等。

1.2.4 问卷筛选标准 以真实性、准确性、完整性为原则对回收的问卷进行筛选,以保证问卷的有效性。具体筛选标准:①答题选项之间的协调性,如针对重复题目的回答是否一致等;②答题时间长短的适度性,如单份问卷的填写时长是否远低于所有问卷的平均时长;③答题者是否为国内的医师、药师、患者等目标人群。

1.2.5 统计学分析 采用SPSS 25.0统计学软件进行数据分析。计数资料以频数和构成比描述,采用皮尔逊系数或费皮尔曼系数进行相关性分析,差异性分析采用独

立样本  $t$  检验、单因素方差分析等参数检验或  $\chi^2$  检验等非参数检验。 $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。量表型问卷(医师/药师版问卷)通过计算 Cronbach alpha 系数评估其可信度。

## 2 结果

### 2.1 问卷回收的基本情况

医师/药师版问卷共收回 703 份,其中有效问卷 638 份,回收率为 87.9%,有效率为 90.8%;患者版问卷共收回 644 份,其中有效问卷 621 份,回收率为 80.5%,有效率为 96.4%。医师/药师版问卷的 Cronbach alpha 系数为 0.90,表明信度较好<sup>[4]</sup>。

### 2.2 受访医师、药师及患者的基本情况

2.2.1 医师、药师的基本情况 参与本次调研的医师、药师来自黑龙江省、北京市、山东省、陕西省、甘肃省、四川省、河北省、河南省、内蒙古自治区、广东省、贵州省、浙江省、吉林省、山西省、重庆市、辽宁省、福建省、江苏省、安徽省、天津市、广西壮族自治区、湖北省、青海省、湖南省、云南省、江西省、宁夏回族自治区、西藏自治区和新疆维吾尔自治区等 29 个省(市、自治区),覆盖了 277 家医疗机构(医疗机构涉及从基层医院到三级甲等医院、专科医院到综合医院等不同类别)。在纳入统计的 638 位受访医师、药师中,89.9% 具有药学专业背景、10.1% 具有医学专业。在具有药学专业背景的人中,多为药品调剂和临床药学岗位的从业人员,并且其中具有中药专业背景的人数约为具有西药专业背景人数的 3 倍;在具有医学专业背景的人中,具有中医专业背景的人数最多(约占 50%),明显多于具有西医专业和中西医结合专业背景的人数。在性别方面,女性占比为 71.9%,远高于男性。在年龄、学历、工作年限和职称方面,78.4% 的人年龄为 26~50 岁,81.4% 的人学历为大学本科或硕士,80.6% 的人工作年限为 0~20 年,74.3% 的人技术职称为初级或中级。

2.2.2 患者的基本情况 参与本次调研的患者来自 32 个省(市、自治区或特别行政区),除了医师/药师版问卷所涉及的 29 个地区外,还包括了海南省、上海市与澳门特别行政区。在纳入统计的 621 位受访患者中,女性占比为 56.8%,多于男性;城镇户口的人数占比为 55.22%,多于农村户口人数;职业以在校学生、普通职员(如办公室、写字楼工作人员)和专业人员(如律师、记者、老师等)为主,合计占比为 55.4%;72.7% 的人年龄为 21~50 岁,67.8% 的人学历为大专及以上。

### 2.3 受访医师、药师及患者对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的认知状况

2.3.1 医师、药师的认知状况 受访医师和药师对中药

应用“禁”“忌”“慎”用语的认知度评分为(7.94 ± 1.21)分。在纳入统计的 638 位受访医师、药师中,13.8% 的人表示部分或完全不了解中药应用过程中的“禁”“忌”“慎”用语,且认知度在不同单位级别和不同学历层次的受访者之间的差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。在含义上,86.1% 的人认为“禁”“忌”“慎”用语的基本内涵各不相同;89.5% 的人认为“禁”“忌”“慎”的界定实质为用药风险;77.1% 的人认为“禁”“忌”“慎”在禁忌程度与描述范围上不同;在大黄、雄黄、白术等临床用药示例中,医师和药师对其同种“禁”“忌”“慎”用语描述的认知差异明显,具体结果见表 2(表中题型为多选题)。在内容上,超过 40% 的人不将地域、时令、疗程、煎煮、证候等作为“禁”“忌”“慎”的关注点。在考虑角度上,95.6% 的人认为关键角度是安全,其次是疗效与成本。关于评判指标的重要程度及争议大小,在药物因素中,有毒无毒、毒理作用及主治功效最为重要,五味、归经及升降浮沉的争议最大;在患者因素中,特殊人群、过敏体质或过敏史及病理状态最为重要,性别、精神因素及年龄的争议最大;在临床用药因素中,对证情况、中药配伍及用药剂量最为重要,合用化学药、给药途径及用药疗程的争议最大。评判指标的重要程度以及争议大小结果见表 3。

表 2 受访医师、药师及患者对示例中药“禁”“忌”“慎”用语含义的认知情况

Tab 2 The cognition of surveyed doctors, pharmacists and patients to the meanings of “prohibiting” “avoiding” “using caution” for the example TCM

| 调查内容               | 题目选项        | 医师/药师版问卷 |       | 患者版问卷 |       |
|--------------------|-------------|----------|-------|-------|-------|
|                    |             | 频次       | 构成比,% | 频次    | 构成比,% |
| 大黄“月经期慎用”中“慎”的含义   | 不能服用        | 25       | 3.9   | 108   | 17.4  |
|                    | 在医师或药师指导下使用 | 550      | 86.2  | 401   | 64.6  |
|                    | 小心使用        | 321      | 50.3  | 195   | 31.4  |
|                    | 能不用则不用      | 249      | 39.0  | 282   | 45.4  |
|                    | 疗效低下        | 2        | 0.3   | 24    | 3.9   |
| 雄黄“孕妇禁用”中“禁”的含义    | 其他          | 5        | 0.8   | 9     | 1.4   |
|                    | 所有孕妇不可使用    | 592      | 92.8  | 506   | 81.5  |
|                    | 部分孕妇不可使用    | 35       | 5.5   | 77    | 12.4  |
|                    | 谨慎使用        | 50       | 7.8   | 121   | 19.5  |
|                    | 可能没有疗效      | 11       | 1.7   | 18    | 2.9   |
| 白术“气滞胀满者忌用”中“忌”的含义 | 其他          | 10       | 1.6   | 17    | 2.7   |
|                    | 不能用         | 184      | 28.8  | 239   | 38.5  |
|                    | 少用          | 84       | 13.2  | 124   | 20.0  |
|                    | 避免使用        | 501      | 78.5  | 368   | 59.3  |
|                    | 疗效不好        | 58       | 9.1   | 55    | 8.9   |
|                    | 其他          | 6        | 0.9   | 15    | 2.4   |

2.3.2 患者的认知状况 受访患者的认知度得分为(5.64 ± 1.54)分。在纳入统计的 621 位受访患者中,10.1% 的人表示不知道中药应用过程中有“禁”“忌”“慎”的说法,且认知度在不同年龄、学历层次、户口以及职业

表3 受访医师和药师对中药应用“禁”“忌”“慎”用语评判指标的认知情况

Tab 3 Doctors and pharmacists' cognition to the evaluation indicators of "prohibiting" "avoiding" "using caution" in the application of TCM

| 调查项目     | 评判指标          | 最终得分( $\bar{x} \pm s$ ) | 变异系数        | 满分率, % |
|----------|---------------|-------------------------|-------------|--------|
| 药物因素     | 有毒无毒          | 4.70 ± 0.81             | 0.172       | 82.9   |
|          | 适应证(主治功效)     | 4.52 ± 0.86             | 0.190       | 68.7   |
|          | 毒理作用          | 4.61 ± 0.88             | 0.191       | 77.3   |
|          | 临床不良反应报道      | 4.37 ± 0.91             | 0.209       | 58.0   |
|          | 药理作用          | 4.42 ± 0.93             | 0.210       | 62.5   |
|          | 历代医学家安全用药经验   | 4.18 ± 0.95             | 0.227       | 45.6   |
|          | 治疗窗           | 4.17 ± 1.00             | 0.241       | 48.0   |
|          | 个人用药经验        | 3.69 ± 1.03             | 0.278       | 23.7   |
|          | 四气(寒、热、温、凉)   | 4.07 ± 1.09             | 0.267       | 47.0   |
|          | 升降浮沉          | 3.96 ± 1.13             | 0.284       | 41.5   |
|          | 归经            | 3.95 ± 1.15             | 0.291       | 42.8   |
|          | 五味(酸、苦、甘、辛、咸) | 3.76 ± 1.16             | 0.308       | 33.5   |
|          | 患者因素          | 精神因素                    | 2.44 ± 1.25 | 0.511  |
| 病理状态     |               | 4.86 ± 1.42             | 0.291       | 16.5   |
| 特殊人群     |               | 5.82 ± 1.50             | 0.257       | 45.5   |
| 遗传因素     |               | 3.53 ± 1.57             | 0.444       | 1.1    |
| 性别       |               | 2.48 ± 1.77             | 0.714       | 1.9    |
| 年龄       |               | 4.01 ± 1.85             | 0.462       | 17.4   |
| 过敏体质或过敏史 |               | 4.86 ± 1.86             | 0.383       | 17.4   |
| 用药因素     | 用药疗程          | 2.40 ± 1.22             | 0.506       | 1.1    |
|          | 用药剂量          | 3.83 ± 1.23             | 0.321       | 6.3    |
|          | 中药配伍          | 4.24 ± 1.54             | 0.363       | 22.4   |
|          | 对证情况          | 4.60 ± 1.63             | 0.355       | 47.8   |
|          | 给药途径          | 3.25 ± 1.67             | 0.514       | 16.1   |
|          | 合用化学药         | 2.68 ± 1.70             | 0.636       | 6.3    |

的受访者之间的差异具有统计学差异( $P < 0.05$ )。在内容上,超过50%的人不了解中药不宜长时间服用、中药合用可能产生不良影响以及中药存在病证禁忌;9.2%的人认为在中药给药途径中口服比外用更为安全;78.3%的人认为没有疾病,也可服用中药。在含义上,认为“禁”与“忌”、“禁”与“慎”、“忌”与“慎”用语含义相同的人分别占34.8%、19.0%、23.0%,还有14.7%的人认为“禁”“忌”“慎”用语含义均没有差别。在对示例中药的“禁”“忌”“慎”用语含义的理解上,以及在考虑中药用药过程中“禁”“忌”“慎”的影响因素或角度时,患者的认知存在明显差异与局限,具体结果见表2、表4(表中题型为多选题)。

## 2.4 受访医师、药师及患者对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的关注和行为状况

2.4.1 医师、药师的关注和行为状况 受访医师和药师对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的关注度评分为(9.47 ± 1.15)分,与认知度评分的斯皮尔曼 Rho 相关系数为0.077( $P > 0.05$ )。在纳入统计的638位受访医师、药师中,99.1%的人认为区分“禁”“忌”“慎”用语具有必要性,且超过80%的人表示实现区分后对个人临床工作帮助

表4 受访患者对中药应用“禁”“忌”“慎”用语影响因素的认知情况

Tab 4 Patients' cognition to the factors affecting "prohibiting" "avoiding" "using caution" in the application of TCM

| 调查要点           | 频次  | 构成比, % |
|----------------|-----|--------|
| 是否对证           | 426 | 68.6   |
| 是否有毒           | 237 | 38.2   |
| 是否产生不良反应       | 415 | 66.8   |
| 是否为特殊人群        | 377 | 60.7   |
| 心理状态是否良好       | 80  | 12.9   |
| 给药途径是否恰当       | 214 | 34.5   |
| 价格是否昂贵         | 90  | 14.5   |
| 体质量是否偏低        | 73  | 11.8   |
| 剂量是否过大         | 240 | 38.6   |
| 疗程是否过长         | 189 | 30.4   |
| 是否产生依赖性        | 210 | 33.8   |
| 中药配伍或与西药合用是否合适 | 273 | 44.0   |

很大。医师和药师对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的行为力评分为(7.01 ± 1.71)分,与认知度评分的斯皮尔曼 Rho 相关系数为-0.021( $P > 0.05$ ),与关注度评分的斯皮尔曼 Rho 相关系数为0.189( $P < 0.01$ )。在纳入统计的638位受访医师、药师中,仅30.4%的人在处方点评区分“禁”“忌”“慎”用语;且在针对饮食问题开展用药教育时,62.4%的人仅作常规告知,不作任何“禁”“忌”“慎”的区分或针对性嘱咐。

2.4.2 患者的关注和行为状况 受访患者对中药应用“禁”“忌”“慎”的行为力评分为(7.43 ± 1.72)分,与认知度评分的斯皮尔曼 Rho 相关系数为0.233( $P < 0.01$ )。在纳入统计的621位受访患者中,7.7%的人不会阅读药品说明书,超过10%的人会略过“注意事项”和“有效期”,超过20%的人会略过“不良反应”,超过30%的人会略过“药品相互作用”“贮藏”“性状”等。在服药前,关于药物的“禁”“忌”“慎”问题,88.9%的人会咨询医师或药师。在服药时,若能判断说明书上描述的“禁”“忌”“慎”情况与自身实际相符,39.6%的人会继续服用(8.7%)或根据具体描述决定是否服用(30.9%);若不能判断,则有56.7%的人会继续服用(14.8%)或根据具体描述决定(41.9%)。

## 2.5 受访医师、药师及患者了解中药应用“禁”“忌”“慎”用语的途径

中医药教材(89.2%)、培训会议(66.5%)及本草方书(58.2%)是受访医师和药师学习中药应用“禁”“忌”“慎”知识的主要途径;同时,超过90%的受访医师或药师表示现有资料只能解决不到75%的中药临床“禁”“忌”“慎”问题。而受访患者的了解途径主要为医务人员(74.2%)和网络(52.5%),其次分别为书籍>电视>

广播>报纸/非医务人员>其他。

### 3 讨论

#### 3.1 中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语的认知现状分析

受访医师和药师对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的认知模糊,虽然整体的认知度评分较高,但以具体示例中药调研时发现,其认知是不清楚的,这与其行为力较低是相符的。从含义内容上,超过85%的医师和药师虽然认为“禁”“忌”“慎”用语各不相同,但具体理解具有差异性与多元性,如大黄“月经期慎用”的“慎”主要存在3种理解;超过40%的医师和药师忽视地域、时令、煎煮等方面对用药“禁”“忌”“慎”的影响;“禁”“忌”“慎”用语界限不明,包括其实质为用药风险的高低存在争议,且三者差异是否为描述范围、禁忌程度等亦不明确。从评判指标看,评价“禁”“忌”“慎”的标准不明:从宏观角度看,对安全性评价指标的异议少,而对疗效与成本指标的意见不一;从具体因素看,25种因素中12种因素的变异系数大于0.25,分歧大,且包括对证情况、中药配伍、是否过敏体质等重要因素。

无论从整体认知度还是从基本含义与示例中药的认识来看,受访患者对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的认知都极为混乱,如超过90%的患者认为“禁”“忌”“慎”三者或其中两者的含义是一致的,表明其对“禁”“忌”“慎”的区分力很低。患者从“禁”“忌”“慎”角度考虑中药使用时,仅有60%~70%的人从病证、不良反应、特殊人群考虑,而从毒性、剂量、疗程、中西药联用等其他因素来权衡的人均不到50%,可见其对“禁”“忌”“慎”的考虑过于片面。

大多数受访医师和药师虽然肯定了区分“禁”“忌”“慎”用语的必要性,认可了实现区分后的重要临床意义,但超过一半的人在临床实际工作中无法做到准确区分。大部分患者尽管会通过医务人员关注中药“禁”“忌”“慎”的有关问题,但实际用药过程中仍有相当一部分人会忽视风险继续服药。

#### 3.2 中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语认知模糊的原因分析

原因一:传统对“禁”“忌”“慎”用语的认知多元,容易混淆。本草方书等古籍中虽有“禁”“忌”“慎”用语的程度区分及相关表述等,但多属于原则性阐述,过泛过滥,较为模糊,不利于医务人员准确理解“禁”“忌”“慎”用语的含义<sup>[6]</sup>。临床医务工作者可能由于阅读的古籍不同,对“禁”“忌”“慎”用语产生不同理解。同时,中医用药与其传承流派密切相关,不同流派治疗特定疾病的主张不同,对毒性峻烈药的用法用量也差别较大。例如郑钦安创建的火神派,用药注重温扶阳气,擅用附子、肉

桂、干姜等辛热药,剂量大,常为一般用量的几倍<sup>[6]</sup>。

原因二:古今对“禁”“忌”“慎”用语的认知存在差异。传统用药禁忌在现代常用的安全评价方法下未显现出风险,而古代认为无毒的药物在现代临床应用中却暴露出毒性,给临床用药“禁”“忌”“慎”的评判增加了困难。例如对于“十八反”中的乌头类中药与白及,唐代孙思邈云:“草石相反,使人迷乱,力甚刀剑”<sup>[7]</sup>,金元四大家之一李杲言:“共则害时”等<sup>[8]</sup>。而在现代研究中,张腾等<sup>[9]</sup>以小鼠死亡率为指标,将生川乌与白及的醇提物按不同配伍比例给药,结果发现其无明显毒性变化规律;张琦<sup>[10]</sup>以双酯型生物碱含量为指标,研究发现制川乌配伍白及后的毒性低于制川乌单煎液。再如,何首乌被传统中医认为是无毒之品,生者可解毒消痈,制者可补肝肾、益精血、乌须发,被视为滋补佳品,但现代研究发现何首乌具有肝损伤作用<sup>[11]</sup>。

原因三:专业背景对“禁”“忌”“慎”用语的认知有影响。对于专业背景为医学与药学或中医药与非中医药的人,其临床用药决策考量“禁”“忌”“慎”时有差异。医师和药师由于知识结构与临床经验的不同,可能导致对同一用药条件下中药的“禁”“忌”“慎”判断不一致<sup>[12]</sup>。非中医药专业背景的医务人员,往往没有掌握中医药理论或者全面认识中药药性功效,自身对中药的“禁”“忌”“慎”信息了解较片面,无法灵活地在不同用药条件下合理应用中药或解决具体的“禁”“忌”“慎”用药问题,难以切实保证患者的安全与健康。

原因四:医疗机构不够重视“禁”“忌”“慎”用语的区分。医院对医师选药或药师审方无“禁”“忌”“慎”使用的要求,这会造成他们在遣药组方、处方点评、用药教育等实际工作中对“禁”“忌”“慎”用药的实践出现明显差异,或无法体现“禁”“忌”“慎”的区分。例如临床对患者进行用药告知时,对于“禁”“忌”“慎”的区分不够清楚,多采取“不能用”或“少用”等一概而论的方式告诫患者服药过程中应当注意的安全问题,这不仅可能会降低患者的依从性,而且还可能增加患者的用药风险<sup>[13-14]</sup>。

原因五:患者的用药安全意识较为薄弱,忽视了用药风险。患者不了解用药可能存在的风险及危害,缺乏用药安全意识,自我用药过度自信。部分患者用药前不阅读药品说明书、不咨询药物“禁”“忌”“慎”情况,甚至在了解到服用该药可能的不良后果却仍继续服用。2018年中国药学会发布的“公众十大用药误区”中提到,“药疗凭经验”“追求疗效滥用药”“不良反应易忽视”“服药禁忌难做到”等是公众在日常生活中常见的不合理用药行为<sup>[15]</sup>。

原因六:媒体对“禁”“忌”“慎”用语的宣传力度不

足。媒体已成为患者了解“禁”“忌”“慎”用药知识的主要途径之一,同时也是患者产生认知偏差或错误的源头<sup>[16]</sup>。其一,网络医药信息庞杂,患者难以甄别与理解;其二,当前安全用药科普工作更侧重于化学药,对中药使用关注较少;其三,缺乏专业的中药安全用药信息的宣传,网络科普力量薄弱。

### 3.3 提高中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语认知水平的对策与建议

建议规范中药临床应用“禁”“忌”“慎”用语,建立临床专家共识。明确“禁”“忌”“慎”用语的含义特征与描述范围,形成中医药领域内的临床专家共识,是达成医师、药师以及患者对“禁”“忌”“慎”用语共识的基础。为解决由于现有权威资料对“禁”“忌”“慎”用语缺乏阐释与界定、古今禁忌用语多样以及医师、药师和社会大众对用语的认知矛盾等所可能引发的安全问题,有必要考证中药应用“禁”“忌”“慎”用语的源流,定义其内涵与外延,提炼其评判要素,从而建立认可度高、质量可靠的“禁”“忌”“慎”用语共识或指南,纠正错误认识,提高大众对“禁”“忌”“慎”用语的认知水平,规范“禁”“忌”“慎”用语的相关临床实践行为,从而控制并降低临床用药风险。

积极宣传、推广中药应用“禁”“忌”“慎”用语共识,普及社会医药大众。“禁”“忌”“慎”用语共识建立后,不应仅作为团体标准或者指导性文件以供需要的人查阅,而应进一步开展有效的培训、宣传与推广。第一,从临床贴合度、可靠性以及可操作性等方面完成共识的论证后,政府或行业应积极在医疗机构与社会群体中给予指导与推荐。第二,应面向各级医院以及基层卫生服务所中使用中药的医务人员,基于共识的内容开展培训并组织考核;必要时,医疗机构应建立起规章制度以调动或保证医务人员按照共识要求严格执行。第三,应组织医疗平台向公众宣传“禁”“忌”“慎”用语共识中的通识内容,并就此指导患者如何阅读说明书中的有关内容以及如何用药。

## 4 结语

医师、药师和患者虽然对中药应用“禁”“忌”“慎”用语的关注度较高,但局限于认知的模糊与混乱,无法在用药过程中完成“禁”“忌”“慎”的有关实践,这也埋下了巨大的用药安全隐患。这有待建立共识性的内涵与标准,形成术语规范,完善中医药禁忌理论,以保障临床安全用药。另外,由于本研究问卷的发放采用非完全随机

方式,导致部分省、市之间的样本数量差异较为明显,结果的代表性存在一定不足,还有待后期开展更广泛、系统的调研,来进一步修正和完善本次调研结果。

## 参考文献

- [1] 缪睿,郭海萍,王虹,等.中国药典2015年版妊娠哺乳期禁忌相关中成药整理及思考[J].中国现代应用药学,2016,33(5):618-623.
- [2] 郭红丽,张葆鑫.基于知识-态度-行为(KAP)的巴彦淖尔市儿童监护人安全健康用药认知现状及影响因素分析[J].中国健康教育,2020,36(8):762-767.
- [3] 楚尧娟,尹钊,梁艳,等.利用Delphi法和层次分析法构建医院药师核心能力的指标体系[J].中国医院药学杂志,2019,39(11):1198-1202.
- [4] 陈厚涛,姜志德.退耕农户生态建设意愿与行为分析:基于安塞和米脂的调研数据[J].中国农业大学学报,2013,18(4):224-231.
- [5] 杨环,范欣生,陶静.古代本草文献中禁忌用语的考察[J].中华医史杂志,2011,41(4):204-207.
- [6] 李宁.从中医流派发展探讨火神派与扶阳学说[J].湖南中医杂志,2014,30(12):116-117.
- [7] 孙思邈.备急千金要方[M].鲁兆麟,张丽莎,王浩,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:9.
- [8] 李东垣.珍珠囊补遗药性赋[M].伍悦,点校.北京:学苑出版社,2011:116.
- [9] 张腾,庄朋伟,赖晓艺,等.“半蒺藜及攻乌”反药配伍组合的急性毒性研究[J].中草药,2013,44(17):2442-2445.
- [10] 张琦.十八反“半蒺藜及攻乌”物质基础及毒性研究[D].吉林:长春中医药大学,2010.
- [11] 马宁辉,陈依,许陈思涵,等.何首乌相关肝损伤研究进展[J].中国中药杂志,2020,45(15):3594-3602.
- [12] 胡芬,陈文.浅谈西医不合理使用中成药的现状及其解决对策[J].海峡药学,2018,30(10):256-258.
- [13] 王斌,张健.药师参与药物治疗管理中出院带药宣教探索与实践[J].中国药房,2018,29(2):268-271.
- [14] 常育,方宇.基于KAP分析的我国临床药理学现状及策略研究[J].中国执业药师,2015,12(10):27-31.
- [15] 中国药学会发布“2018年公众十大用药误区”[J].中国药理学杂志,2018,53(21):1868.
- [16] 洪兰,叶佩芸,叶桦.基于医药专业人员视角下的面向公众合理用药宣传现状调查[J].中国药事,2015,29(6):655-659.

(收稿日期:2020-10-28 修回日期:2020-12-28)

(编辑:林 静)