

· 临床经验 ·

# 消化系统肿瘤术后胃肠功能紊乱的中医治疗策略

沈洋 胡凯文

**【摘要】** 对消化系统肿瘤患者术后四种常见并发症:术后恶心呕吐、术后腹泻、术后胃瘫、术后肠麻痹进行中医“理”“法”“方药”的深入分析,提出中气升降失常和气机太过不及的中医病机、恢复气机及中药内服外治相结合的治疗特色,通过中药内服联合中药保留灌肠、中药膏剂外敷、针灸配合治疗作为该病的突破口,为围手术期患者康复提供了一种起效更快、疗效更好、安全性高、更易于被接受的治疗方法,以期为中医药在肿瘤术后的治疗研究提供借鉴。

**【关键词】** 肿瘤术后; 胃肠功能紊乱; 康复; 中医; 治疗策略

**【中图分类号】** R242 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.12.030

全球恶性肿瘤的发病率近年呈持续升高趋势,中国的消化系统肿瘤发病率及病死率高于全球平均水平,特别是食管癌、胃癌、结直肠癌、胰腺癌、原发性肝癌等发病率均在恶性肿瘤中位居前列,根治术给早期消化道肿瘤患者带来福音<sup>[1]</sup>,但是术后胃肠道功能紊乱作为常见的围手术期并发症<sup>[2]</sup>,给患者带来痛苦。术后胃肠道功能紊乱(postoperative gastrointestinal disorder, PGD)是指胸腹部手术后不能及时恢复的消化系统功能障碍,常见于腹部肿瘤术后<sup>[3]</sup>,主要包括四个方面<sup>[4]</sup>:术后恶心呕吐、术后腹泻、术后功能性胃排空障碍(术后胃瘫)、术后功能性肠排空障碍(术后肠麻痹)。

PGD 的发病机理非常复杂,由于手术创伤、麻醉方式、术后应激及全身状况等因素的影响,术后胃肠激素紊乱、神经系统失衡,胃肠功能会不同程度遭受抑制,造成胃肠蠕动缺乏协调性。现代医学对于 PGD 的治疗主要采用对症处理,治疗措施包括静脉使用大量的液体治疗,以达到预定的增加心输出量的目的,可以改善内脏灌注;使用促进胃肠道动力的药物、放置胃管进行胃肠减压、避免术后早期进食进水、吸氧、纠正水电解质和酸碱失衡、预防感染、解除痉挛状态、止痛、使用促胃肠动力药及相关激素,但仍然缺乏针对胃肠功能障碍的主动干预措施。这些措施旨在降低 PGD 的发

生率,但是临床效果有限。

术后胃肠功能恢复的快慢是决定术后能否迅速痊愈的必要组成部分。在中医“脾胃学说”指导下,经过大量的临床实践证实,围手术期采用中医药方法可促进胃肠功能恢复,疗效满意,现报告如下。

## 1 术后胃肠功能紊乱的中医之“理”

现代医家对术后胃肠功能紊乱病因病机的认识主要集中在脉络受损、气滞血瘀和手术创伤致脾胃脏器受损,府剑英等<sup>[5]</sup>认为手术损伤脉络,术中出血,术后陈积留滞,使中焦气机郁结而致胃瘫。朱太平等<sup>[6]</sup>根据现代手术操作原理提出:手术造成胃瘫的原因除了金刃所伤,耗伤气血,脉络脏腑受损外,手术过程中的暴露冲洗等操作使寒邪入胃,水停为饮使胃失和降也是其病机所在。术后肠腑功能失常而导致胃瘫,水饮、糟粕、气滞血瘀等内邪阻滞肠腑而导致肠麻痹。蔡晓刚<sup>[7]</sup>认为手术耗伤正气,首先影响的是肝主疏泄的功能,造成气机不利,通降失常,进而导致脾胃失于运化,肠道传导失司,属于中医学“肝木横犯脾土”的病机。当代医家认为术后单纯恶心呕吐在于脾胃虚弱,外邪侵犯脾胃,胃气上逆,如彭秀晴等<sup>[8]</sup>提出,手术过程中存在诸多因素,属于外邪,外邪侵犯脾胃,使脾胃受损,运化失权,升降失调,胃气上逆,而成恶心呕吐。术后腹泻病因病机的讨论主要集中在湿不运和肠道失固,《内经》云“湿盛则濡”,刘政军<sup>[9]</sup>认为正气内虚是许多消化系统恶性肿瘤患者的根本发病原因,而手术进一步加重正虚,脾胃虚损,水湿运化不利而生濡泄。曹波等<sup>[10]</sup>认为肿瘤患者正气内虚,手术耗伤气血,肠道正气不足,失于固摄,而致腹泻,加之水谷不化,中气下陷、肾阳不足等原因,终成滑脱,将使病情危急。笔者认为,对于以上当代医家的观点应该综合归纳,抽丝剥茧,消化道肿瘤不离人体中焦脾胃,而一切影响脾胃气机升降的原因都可以导致术后胃肠功能紊乱。所以,追本溯源,中气升降失常和气机太过、不及才是本病的根本病机,具体分析如下。

基金项目: 2013 年北京市科委重大项目(D131100002213003); 北京中医药大学中西医结合肿瘤治疗协同创新中心(2013-XTX-05)

作者单位: 100029 北京中医药大学第二临床医学院[沈洋(博士研究生)]; 北京中医药大学东方医院肿瘤科(胡凯文)

作者简介: 沈洋(1986-), 2014 级在读博士研究生。研究方向: 中西医结合防治肿瘤。E-mail: doctor\_alex@163.com

通讯作者: 胡凯文(1964-), 博士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 中国生命关怀协会副会长, 中华中医药学会肿瘤专业委员会副主任委员, 中华冷冻治疗学会副主任委员, 北京中医药学会肿瘤专业委员会副主任委员, 中国宋庆龄基金会理事, 世界中医药学会联合会肿瘤专业委员会理事。研究方向: 中西医结合防治肿瘤。E-mail: kaiwenh@163.com

### 1.1 中气升降失常

笔者认为:中气者,土也,在人为脾胃,为天地人身初始之气。中气运转,则生两仪(阴阳),阴阳升降,三才(三焦)成形<sup>[1]</sup>。故曰:“土者,生万物而法天地。”由于贲门到阑门(胃、小肠)属中焦为太阴脾和阳明胃所主,中焦脾胃主腐熟通降、生清降浊。阑门到魄门属下焦,为阳明大肠所主,主传导,主通降糟粕。阴阳者,升降之枢纽,其中太阴脾胃主升,阳明胃肠主降,三焦者,升降之道路也,胃降则上焦火金下潜,脾升则下焦水木升腾,中焦脾胃运转,则上下交通。所以人的整个生命活动是以中气(脾胃)为根,阴阳(太阴、阳明)为本,三焦为道;阴阳、三焦、五脏六腑之功能,皆是中气的变化,皆是土枢四象的表现。而中气(一气)周流不畅,则变生诸病。在术后胃肠功能紊乱病因病机方面,中气的升降出入决定了该病的发生、发展、转归和预后。

### 1.2 气机太过、不及

术后人体气机的“太过”与“不及”产生了术后胃肠功能紊乱的四大并发症,即恶性呕吐、腹泻、胃瘫、肠麻痹。气的运动形式多种多样,但不外归纳为升、降、出、入四种。故《素问·六微旨大论篇》曰:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。故非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏。是以升降出入,无器不有。”然而,气机只有符合规律的升、降、出、入运动,保持相对协调平衡状态下,才能发挥其维持人体生命的作用。气机失衡会影响到人体气机的平衡协调运动,导致“气机不畅”或“气机失调”的病理病变,从而出现手术后胃肠功能的紊乱。比如气机在某些局部发生郁滞不通,升降出入受阻,气的运动不及,脾胃阳气不及(功能受限),从而出现胃瘫和肠麻痹;气的上升运动太过,可以产生术后恶性呕吐;气的上升运动不及或下降运动太过,出现术后腹泻。

## 2 术后胃肠功能紊乱的中医之“法”

### 2.1 明确病机,区别不同

笔者认为对于消化系统恶性肿瘤术后胃肠功能紊乱辨证,首先应区别于普通外科患者。普通外科患者,多为青壮年,身体强实,正气充足,脏腑机能健全,体内的主要邪毒为手术所致气滞血瘀,治疗时以攻邪为主即可;而肿瘤病人以中老年人居多,脏腑机能减退,加之肿瘤消耗,正气不足,阳气渐衰,加之手术损伤,虽然可能存在手术所致气滞血瘀及肿瘤所致热毒、湿阻、寒凝等内邪残留体内,治疗时不可一味采用攻伐之法,应注意扶正、温阳等治疗。

### 2.2 全身辨证结合局部辨证

局部辨证与全身辨证相结合是笔者治疗该病的又一特色。本病患者病性虚实夹杂,本虚标实,全身表现多与其正虚相关,而局部表现则多与病灶局部所存在的邪实相关。如胃瘫患者术后可见盗汗或自汗、乏力、发热等气阴两虚、阴虚火旺、湿热内阻等全身表现;局部则可有痞满、胀痛、喜温恶寒,甚至恶心呕吐等局部虚寒气滞瘀阻症状。相反,若不对局部与全身进行分开辨证,就容易出现虚实混淆的情况,在

治疗立法时攻邪与扶正左右为难,邪实不祛,症状不消,疾病难愈,而患者已是正气大虚,对于不能进食的患者更是后天乏源,攻邪又恐伤正,简单地攻补齐下则可能出现治疗缺乏针对性,起效慢甚至药物作用相互抵消等与立法组方原意相违背的情况。

### 2.3 恢复气机升降

本病的病位主要在中焦脾胃,但是由于术后情志失调导致肝失疏泄,所以条达肝气和理顺脾胃之气升降是治疗的重点。其病因病机是在患消化系统肿瘤以后,正虚的基础上受到手术进一步耗伤,脾胃虚弱是其疾病关键,是疾病之本,而脾胃升降功能失常为标为实,术后胃瘫、术后肠麻痹辨证以脾虚不运、升降失常为主,主要表现为虚性证候,治法是恢复脾阳,而术后恶心呕吐及术后腹泻则以平胃降逆与升提气机为主要治法,主要表现为实性证候。

## 3 术后胃肠功能紊乱的中医之“方药”

在中气升降失常、气机太过、不及的“理”与恢复气机升降、全身辨证结合局部辨证的“法”的指导下,遣方用药的关键是根据病种,选择中药给药途径。笔者治疗本病的主要方法分为内治法和外治法,内治法主要包括中药的口服、胃管或营养管灌注等,外治法以中药灌肠、中药膏剂外敷、针灸推拿等。

### 3.1 术后恶心呕吐及术后腹泻以内治为主

内治是中医治疗中运用较为广泛的治疗手段,除了口服外还有经肠内营养管滴注等手段,对于术后恶心呕吐与术后腹泻的患者可用中药内服的方法。术后恶心呕吐以降逆止呕为主,“降”是主题,但不能直接降,需要把上逆的胃气向周围分散,该类患者往往以全身脾胃虚弱,局部胃气上逆为主,因此内治立法为运化脾胃,平冲降逆,常用旋覆代赭汤合平胃散作为底方,随症加减,常用药:党参、白术、茯苓、薏苡仁、大腹皮、莱菔子、旋覆花、代赭石等。

腹泻常见辨证可分为寒泻和热泻,但消化道肿瘤术后腹泻以胃肠传导功能太过为主要表现,主要病机为脾虚不固,其主要矛盾在于本虚,多属于阴盛阳虚的特点,偏于寒泻。由于术后免疫力低下,功能不足,要扶助胃肠功能,立法应以补脾固涩为主。肿瘤患者多为老年人,天癸将尽,肾阳不足,加之手术损伤脾胃阳气,因此往往辨证为脾肾虚寒,此类患者临床表现多有清晨腹泻,腰膝酸软,肢冷,神疲乏力,因此,常以小建中汤合四神丸加减作为基础方,同时配合干姜、细辛等温热中药以加强局部温里散寒之功。

### 3.2 术后胃瘫及肠麻痹以外治为主

术后病人存在禁食水或因胃肠功能紊乱不能配合服药,故对术后胃瘫和术后肠麻痹的患者大多不能接受内服汤药治疗。而中药外治法是采用外敷、涂擦、灌肠等方法使药物通过穴位、鼻腔、肠道、阴道、关节等人体局部的皮肤、黏膜进入体内,达到更直接的治疗作用;《黄帝内经》“病生于筋,治之以熨引”;清朝外治大师徐灵胎提出:“若其病既有定处,在皮肤筋骨之间,可按而得者,用膏药贴之,闭塞其气,使药

物从毛孔而如腠理,通经达络,或提而出之,或攻而散之,较服药尤有力。”术后胃瘫及肠麻痹以脾阳不足为主,运脾通阳即是补脾。大量的临床观察显示,通过中药外治后,多数患者可在术后 7 到 14 天恢复胃肠功能。

**3.2.1 中药保留灌肠** 中药保留灌肠是指通过直接灌肠或肛门滴注的方式,使中药汤剂进入患者直肠。具体方法为:将药物浓煎至 100 mL 后,控制温度为 39 ~ 41℃,使用去除针头的输液器进行肛门滴注,插入肛管深度约 15 ~ 20 cm,灌肠结束后嘱患者先采取左侧卧位,继而右侧卧位,最后平卧约 30 分钟后坐起,以使药物在肠道内尽可能散布,尽量让药物在肠道内保留药物 1 小时以上后排出,以保证药液在肠道内的充分吸收。

笔者的临床使用体会是:灌肠药物不会经过胃肠吻合口,有利于其愈合,并能够减轻胃肠道负荷,避免中药对胃黏膜的刺激作用,而且能对胃肠道神经系统内的化学感受器和药理感受器产生刺激,促使肠道蠕动,产生自主性排便,排气反应加速术后肠道功能的恢复。灌肠方药较为灵活,常以调胃承气汤为基本方,随症加减。正虚者用党参、茯苓、白术、黄芪等健脾益气;腹胀明显者可加香附、柴胡、莱菔子等行气通腑;气滞常用芳香行气之品如:木香、沉香、枳实、厚朴等;血瘀患者则多用活血破血之力较强的虫类药物如穿山甲、全蝎、蜈蚣等;伴恶心呕吐可加旋覆花、代赭石、竹茹、生姜等降气化痰止呕;舌苔厚腻脾虚湿盛者可加豆蔻、砂仁、苍术等;内有郁热可加黄芩、黄连、栀子等。

**3.2.2 中药膏剂外敷** 中药外敷治疗是将中药方制成特殊的制剂贴敷于病灶局部或特殊穴位的治疗方法。临床应用的心得:药物对穴位局部的刺激通过疏通经络、调理气血的作用起到特殊的治疗效果;作用直接,起效快,操作简便;防止口服药物加重胃肠负担。左明焕等<sup>[12]</sup>采用中医外治法治疗肿瘤术后胃瘫综合征 65 例,先将艾条点燃后于上脘、中脘及神阙穴施灸 5 分钟,待局部皮肤温热后将外敷药物敷于以上穴位,再于外敷处施灸 15 分钟,结果总有效率 96.92%,平均胃肠功能恢复时间为(13.21±6.27)天。

外敷治疗具体方法是将既定的方药研磨成粉或直接选用配方颗粒<sup>[13]</sup>,每次以普通药勺取 2 满勺,以适量黄酒、醋、蜂蜜、姜汁调成糊状后均匀涂于 10 cm×10 cm 医用贴膜上,再将贴膜贴敷于患者目标穴位或者局部皮肤。每次贴敷根据患者自身情况保留 2 ~ 3 小时后揭下,每天 1 ~ 2 次。以黄酒、醋、蜂蜜以及姜汁作为调和剂,主要因为酒性发散,作为亲和力较强的有机溶剂有助于药剂的调和,选择食醋调和既能能够增进疗效又能帮助调理诸药;生姜辛温,归脾胃经,能降逆止呕,以姜汁作为调和剂即能促进药物透皮吸收,又能帮助药物引经直达脾胃,其自身降逆止呕之功又能起到治疗作用;由于蜂蜜具有一定的黏性,使用蜂蜜还有助于药物与皮肤更好地贴合,促进药物吸收。而此四者均为生活中常备之品,便于获取,成本较低又对人体无害,有利于患者出院后继续自助治疗。

在外敷药物的选择方面,《本草问答》言:“香善走,故透

达经络脏腑而无所不到。”因此外敷药须用易透皮吸收的药,如行气药、活血药、虫类等,芳香药味,能够透过皮肤、黏膜吸收是中药外治得以开展的前提,直接影响疗效。根据归经选药:外敷常常是贴敷于特定穴位,选择一些归脾胃肠经的药物,循经直达病所,如肉桂归脾、肾、心经;陈皮归脾、肺经;半夏归脾、胃、肺经;吴茱萸归脾、胃、肝、肾经;川椒归脾、胃、肾经等。辨证选药:以“通”为用的中药:温阳(川椒、干姜、丁香、肉桂、吴茱萸)、行气(木香、槟榔、香附、枳实、枳壳、厚朴)、化瘀(乳香、没药、延胡索)、祛痰化湿(半夏、陈皮);以“降”为顺的中药,如枳实、代赭石、旋覆花等,并且应慎用柴胡、葛根、升麻、苍耳子、蝉蜕、紫苏叶等升提之品。外敷穴位常选用神阙、上脘、中脘、下脘。

### 3.3 针灸作为辅助疗法可运用于胃肠功能紊乱四症

针灸疗法主要包括普通针刺治疗、耳穴治疗、温针灸、穴位注射、艾灸。汪洋等<sup>[14]</sup>将 22 例术后胃瘫综合征患者按随机对照原则分为中西医结合治疗组和单纯西医治疗组,中西医结合治疗组在西医常规治疗的基础上,予以中医针灸治疗,3 个疗程后中西医结合治疗组总有效率(90.91%)远优于单纯西医治疗组(45.45%)。灸法主要是借助灸火的热力给人体以温热性刺激,通过经络腧穴的作用以达到防治疾病目的的一种方法。灸法作用于人体可起到温经散寒、扶阳固脱、消癥散结等作用,孙华<sup>[15]</sup>将 17 例胃肠功能紊乱病人随机分为两组,结果温针灸组优于常规针刺组。穴位注射是基于中医经络腧穴理论和西医药理将西药注射液注射于特定穴位的治疗方法,将针灸与西药的作用相结合共同起效,李艳等<sup>[16]</sup>将 33 例胃癌手术后胃肠功能紊乱患者随机分成两组,结果治疗组肠鸣音恢复时间和胃功能恢复时间均短于对照组。通过辨证使用针刺艾灸,可在药物配合治疗的同时,调整全身气机,使气机升降有常,使患者尽快康复。

## 4 结语

综上,消化系统肿瘤术后胃肠功能紊乱属于中医“脾胃病”范畴,由于患者身患肿瘤而正气不足,加上术中金刃伤其胃肠结构,脾胃功能受限,局部实邪盘踞,需要以恢复中土升降出入枢纽的功能为最终治疗目标。笔者认为四症的病机属于升降无序和纳运失司,术后腹泻多属太阴不升、清阳下陷,术后呕吐常为阳明不降、浊阴上犯,术后胃瘫及肠麻痹为升降不足、纳运无力、病邪留聚。以中药内服外治相结合、全身局部辨证相统一,泻其“太过”与补其“不及”的治法相补充。通过中药保留灌肠、中药膏剂外敷、针灸配合治疗的全过程,以中医外治作为该病的突破口,为患者提供了一种起效更快、疗效更好、安全性高、更易于被接受的治疗方法,使中医药治疗优势在消化系统肿瘤患者术后胃肠功能紊乱方面得以体现。

## 参 考 文 献

- [1] 中华中医药学会. 临床诊疗指南肿瘤分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:183-448.



- [2] 奚晓华,杨刚. 腹部手术后胃肠功能障碍的现代概念[J]. 吉林医学,2013,34(1):127-130.
- [3] 谢虹桥,张卓军,吴雄辉,等. 腹部肿瘤术后胃功能性排空障碍的诊断和治疗[J]. 中华肿瘤防治杂志,2009,16(17):1344-1345.
- [4] Kehlet H. Postoperative ileus[J]. Gut,2000,47(S4):85.
- [5] 府剑英,熊佩华,梁瑾. 腹部手术后胃瘫综合征的中西医结合疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(12):1708-1710.
- [6] 朱太平,朱彦昭. 中西医结合治疗腹部手术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(12):78.
- [7] 蔡晓刚. 针刺治疗术后肠梗阻 1 例[J]. 上海针灸杂志,2011,(12):861.
- [8] 彭秀晴,董素婷,王书霞,等. 无创穴位刺激防治术后恶心呕吐的临床观察[J]. 中国全科医学,2010,13(13):1472-1473.
- [9] 刘政军. 补中益气丸联合易蒙停治疗大肠癌术后腹泻的临床疗效[J]. 中国医药指南,2014,(19):327-328.
- [10] 曹波,李志,邓文玲,等. 真人养脏汤加减治疗结肠癌术后腹泻疗效观察[J]. 中国全科医学,2011,14(9):1025-1027.
- [11] 吴雄志. 中医脾胃病学[M]. 北京:中国古籍出版社,2001:3-4.
- [12] 左明焕,姜敏,孙韬,等. 中医外治法治疗肿瘤术后胃瘫综合征 65 例临床观察[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版),2012,19(6):41-42.
- [13] 蔡凌畅. 消化系统恶性肿瘤术后胃肠功能紊乱的中医理论研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
- [14] 汪洋,杨海明,刘莹露,等. 针灸治疗术后胃瘫综合征 22 例的临床观察[J]. 针灸临床杂志,2013,29(11):10-13.
- [15] 孙华. 温针灸在术后胃瘫治疗中的作用[J]. 针灸临床杂志,2003,19(6):40-42.
- [16] 李艳,范晓萍,郭雄波,等. 穴位注射治疗胃手术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 中国全科医学,2014,17(1):113-114.

(收稿日期:2015-07-11)

(本文编辑:董历华)

## · 中医护理 ·

### 《伤寒论》中服药护理对中药临床疗效的影响

张乃丽 何怡 穆兰澄

**【摘要】**《伤寒论》不仅是中医药学的经典巨著,同时也是古代中医护理学的先驱。其中的中医护理学思想贯穿整个中医治疗过程中,为保证中药治病的安全、有效起到了“保驾护航”的作用。本文对《伤寒论》中涉及服药护理方面的内容进行了分析和总结,结果发现选择适宜的服药时间、合理的服药频次和适当的饮食调护对增强中药的临床疗效、减少中药不良反应起着重要的作用。通过《伤寒论》中药服药护理对临床疗效影响的分析和总结,为现代中医药护理的不断提高和完善提供参考。

**【关键词】** 伤寒论; 中药; 服药方法; 服药护理

**【中图分类号】** R248 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.12.031

《伤寒论》不仅是中医药学的经典巨著,同时也是古代中医护理学的先驱。《伤寒论》中的中医护理学思想贯穿整个中医治疗过程中,为保证中药治病的安全、有效,起到了“保驾护航”的作用。《伤寒论》对中医服药护理,从服药方法到用药后的饮食护理,都进行了详细的叙述,这些护理学思想对现代中医临床治疗效果具有重要意义;对现代中医临床护理的规范化、合理化提供了历史的依据。现就《伤寒论》的服药护理与药物疗效的关系予以简述。

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院肛肠科(张乃丽),综合科(何怡),药剂科(穆兰澄)

作者简介:张乃丽(1970-),女,本科,主管护师。研究方向:中医临床护理。E-mail:13381261602@163.com

通讯作者:穆兰澄(1963-),女,本科,副主任药师。研究方向:临床中药学。E-mail:mulancheng0@sohu.com

#### 1 选择适宜的服药时间,增强疗效减少副作用

现代研究表明服药时间、次数和人体的生物节律关系密切。刘丹娜等<sup>[1]</sup>参考了有关文献和资料,结合临床用药效果,分析了人体生物节律与时辰药理学的关系,指出依据人体的生物节律性,药物具有最佳的服药时间,这一结论为临床选择最佳服药时间提供了依据。比如人体血压在上午9~11点为高峰值,夜间入睡后则下降到一天中的最低点,所以,降血压药宜早晨服,且一般只需白天用药。中国古代也认识到了药效与服药时间的重要关系。《神农本草经》中有“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”等的记载。科学的服药方法可以增强临床疗效、减少药物副作用的发生。《伤寒论》依据不同的治病药剂选择了不同的服药时间。