

的合理应用。

(三) 医院检验科应常规地开展细菌学检查, 使用前尽量作药敏试验, 有针对性的选用最敏感品种治疗, 避免无效治疗。

(四) 设立临床药理学实验室, 开展临床治疗药物监测, 特别对一些毒性较大的品种, 应做血药浓度测定, 协助医生选好抗生素。

(五) 严格控制抗生素预防性使用, 手术病人术前 0.5~1h 应用, 术后无感染指征应即时停药, 未感染时疗程应在 2d 内。内科“诊断不明”、“待查”的病人要严格控制抗生素的使用, 减少药源性疾病的发生。

(六) 合理选用有针对性抗生素品种。根据病原菌有针对性的选用抗生素。如对革兰氏阳性菌首选青霉素、第三代氨基糖甙类抗生素、大环内脂类、第一代头孢菌素等; 革兰氏阴性杆菌多选用氨基糖甙类, 第二、三代头孢菌素。除此之外还应考虑药物在人体的分布与感染部位的关系。胃肠道疾病应选用口服易吸收、肠道浓度高的药物, 如黄连素、制霉菌素、肝素肽等药物, 脑组织选用氯霉素或大剂量青霉素, 因为氯霉素进入脑组织的浓度为血清浓度的 33~100%, 青霉素为 10~30%, 但大剂量时亦能达到治疗目的。林可霉素和氟林可霉素在骨组织中浓度高, 因此对这种抗生素敏感的细菌引起的骨髓炎有效。有列腺疾病可选用前列腺浓度高的红霉素、先锋必、头孢噻肟治疗, 胆道感染时选用氨苄青霉素、庆大霉素, 可取得较好疗效。

(七) 合理应用减少抗生素的毒副作用。各种抗生素都有它的作用机制, 抗菌谱、药代

动力学参数、用法、用量、毒副作用, 医药人员都应熟练掌握, 减少盲目性。如常用的青霉素为细菌繁殖期杀菌剂, 半衰期可达 0.5~1h, 但对敏感菌的最低抑菌浓度低, 有效时间常达 4~6h, 这就决定了青霉素的治疗原则是间歇、高浓度、快速治疗。其单位对小儿门诊处方分析, 发现使用剂量和时间都普遍剂量小和用药时间不足, 结果使疗程延长, 造成细菌产生抗药性, 建议小儿使用剂量最好按公斤体重计算。另外还应考虑患者的全身状况、肝肾功能, 合理给药。

(八) 业务领导、药剂科、临床医生齐抓共管, 定期对抗生素使用情况做认真检查, 把发现问题, 在一定规模的会议上相互通报与学习, 逐渐做到抗生素的合理使用。

参考文献

- [1] 刘屏, 等. 我院门诊处方中抗菌药物使用研究. 中国药房, 1995;6(2):23
- [2] 黄祥, 等. 药物不良反应与抗菌素的应用. 中国药房, 1994;5(1):29
- [3] 孙昕, 等. 136 位住院病人使用抗菌药物调查. 中国医院药学杂志, 1994;14(2):65
- [4] 张莉莉, 等. 我院抗菌药物用药调查分析. 中国药房, 1995;6(3):20
- [5] 潘涵清, 等. 我院抗感染药物消耗与药敏试验现状分析. 中国医院药学杂志, 1996;16(4):153
- [6] 杜青云, 等. 抗生素滥用与医院内感染. 中国药房, 1996;7(6):279
- [7] 高玉友, 等. 静脉输注大剂量青霉素 G 钠盐引起神经毒性反应. 现代应用药学, 1994;11(4):58
- [8] 范玉田, 等. 大剂量青霉素 G 静滴后出现严重中枢神经系统反应 2 例报告. 中国药学杂志, 1992;27(9):527
- [9] 朱培德, 等. 上海嘉定中心医院对 219 例不良反应分析. 中国医院药学杂志, 1994;14(11):491

浅析中西药合理配伍及配伍禁忌

刘安祥

(解放军第 289 医院 山西侯马 043013)

近年来, 中西药配合应用治疗疾病, 已成为临床治疗的重要手段。配伍合理, 可取长

补短,产生协同增效作用,减少药物的用量和毒副作用。但也有一些中西药配伍应用后,出现了疗效降低或增加毒性的现象。因此在中西药的配伍中,既要重视有益的配伍,又要防止配伍不当给病人造成痛苦和危害。笔者就临床上常见的中西药合理配伍及配伍禁忌加以浅析。

一、合理配伍

合理配伍是指药物合用时得到药效增强,毒副作用减轻等效果。

(一)相互协同,增强疗效 如中药清热解毒注射液(鱼腥草、二花藤、板蓝根、蒲公英、芦根等)配合青霉素治疗慢性肺心病急性发作,有效率达 93.3%,显效率 73.3% 优于抗生素对照组且减少了抗生素的毒副作用。还有报道,二花可提高青霉素对耐药金黄色葡萄球菌的抗菌作用。解毒消炎丸(蟾酥、朱砂、公丁香等)可使异烟肼治疗肺结核的疗效明显增加。元胡可使阿托品的止痛效果明显加强。

(二)相互制约,降低毒性 充分利用治疗作用,最低限度地避免和降低毒副作用,是中西药组方的又一特点。如复方氟脲嘧啶片中 5-氟脲嘧啶和环磷酰胺虽有骨髓抑制和胃肠道反应等毒副作用,但与白细胞增生药鲨肝醇配伍后,血象较稳定,再配合中药海螵蛸、白芨等药,其胃肠道反应较少。有谓以灵芝、鸡血藤、千金藤、刺五加等分别与环磷酰胺、5-氟脲嘧啶等抗癌药合用,均可使白细胞减少毒副反应降低。

(三)取长补短,延长药效 中西药合用,可延长药效。如:“舒心散冲剂”临床治疗冠心病心绞痛,有效率达 87%。处方中心可定为扩冠药,作用时间短暂,三七、赤芍、郁金活血化瘀,行气止痛,作用时间较长,诸药配伍可延长有效期。

(四)减少剂量,缩短疗程 中西药并用,剂量可相应减少如:由珍珠层粉、野菊花、梗米、盐酸可乐宁、双氢克尿塞组成的“珍珠菊

压片”,若以常用量每次 1 片,tid 计算,盐酸可乐宁比单用剂量减少 30%。

二、配伍禁忌

配伍禁忌是指中西药合用时发生的疗效降低,毒副作用增强等不良反应。

(一)药物化学性配伍禁忌 中药如石膏、海螵蛸、牡蛎、龙骨及其各种制剂均含 Ca^{2+} ,磁石、代赭石及其制剂含 Fe^{2+} ,明矾含 Al^{3+} ,若与四环素族抗菌素合用会产生螯合反应而降低药效,应避免配伍。

(二)药物物理性配伍禁忌 如甘草及其制剂含甘草酸,易与多元环碱性较强的生物碱如奎宁、麻黄素、利血平等药产生沉淀使体内吸收减少而降低疗效。

(三)药理性配伍禁忌 如麻黄、麻杏石甘汤若与优降宁、苯乙肼等合用,由于优降宁等药抑制了单胺氧化酶而使肾上腺能神经末梢贮存的递质灭活受阻,而麻黄等药的升压作用较显著加强,可导致高血压危象。又如乳酶生若与有抗菌作用的黄连、黄柏、或黄连素片等药合用可使乳酶生的作用降低。

三、不宜与部分西药合用的中成药

中西药物的联合应用、常可提高疗效,但配用不当,不仅延误治疗,而且促使疾病恶化。

(一)复方甘草片不宜与阿司匹林合用,因甘草含甘草酸,在体内经某些酶作用可水解成甘草次酸和葡萄糖醛酸。甘草次酸有类似肾上腺皮质激素的作用,而阿司匹林对胃粘膜有刺激作用,可促使消化道溃疡的发生率增加,甚至可引起消化道出血。二药合用可能引起出血加剧现象。

(二)牛黄解毒片不宜与四环素族药合用,因四环素族类的分子结构中含有酰胺基和多个酚羟基,为 Ca 、 Al 等多价阳离子的螯合剂。牛黄解毒片含有石膏可与此类药形成不溶性的螯合物,阻止胃肠道对此类药的吸收。因此二药合用会降低药效。

(三)复方甘草片不宜与强心甙类药物合

用,因甘草经水解后生成甘草次酸,甘草次酸具有去氧皮质酮样作用能“保钠排钾”使体内钾离子减少,导致心脏对强心甙的敏感而引起中毒。

(四)平喘片、哮喘冲剂等均有麻黄不宜与异烟肼合用,二者合用可增加异烟肼的毒

性。苦味健胃类中成药如加服糖浆剂或矫味剂,会将苦味成药的药效降低。

总之,中西药合用在临床应用中,由于各种因素,确实存在不少不合理现象。我们应遵循中西药各方的科学理论,合理地选用中西药配伍应用。

应注意处方中常用药品的合理配伍

李生全

(贵州省军区门诊部药房 贵阳 550002)

摘要 根据 96 年度我部处方统计分析,发现一些处方中常用药品配伍存在一些问题。笔者的目的在于使医师和药师能共同的把好合理用药这一关。达到提高处方质量,确切有效地为患者消除、减少痛苦。

关键词 处方药;配伍不合理

一、抗心律失常药

1. 心得安与异博定同用,两药均有钙通道阻滞作用,两药均对心脏有抑制,并用时心脏抑制效应加强,可引起心跳骤停,心得安的半衰期长,因此用心得安后的 2wk 内不能用异博定。

2. 心得安与硝苯吡啶合用,会导致心力衰竭和血压过低。

3. 心得安与氯丙嗪合用,由于心得安代谢受阻加剧对心血管的抑制,可致严重低血压。

二、消化系统药物

1. 胃蛋白酶与胃舒平合用,由于胃舒平的制酸作用使胃蛋白酶的活性降低。

2. 乳酶生与矽炭银合用,因矽炭银的吸附和杀菌作用,使乳酶生的活乳酸杆菌被杀灭而失效。

3. 乳酶生与黄连素合用,因黄连素可抑制乳酸菌。故不宜同时服用。

4. 西咪替丁与胃复安合用。胃复安使西咪替丁的吸收减少导致西咪替丁效力降低。

5. 胃复安与阿托品合用其作用相互抵消。

三、四环素类药物

1. 四环素与氨茶碱合用,由于氨茶碱的半衰期延长,血浓度可高于正常而致中毒,有出现心律失常,癫痫发作等的危险。

2. 四环素与青霉素合用,由于四环素抑制细菌细胞分裂而降低青霉素的抗菌效果。

3. 四环素与强的松合用,易继发真菌性伪膜型肠炎。

4. 四环素与碳酸氢钠合用,因胃中 pH 值升高而降低四环素的溶解性致使作用效力下降。

四、其它药物

1. 氨茶碱与潘生丁合用,因氨茶碱可减弱甚至消除潘生丁的扩张冠脉作用,故两药不可并用。

2. 氨茶碱与 VitB₁ 合用两药为理化配伍禁忌,不宜同服。

3. 安乃近与氯丙嗪合用,因两药各从不同环节降低体温作用,使降温作用增强,可导致严重的体温降低, (下转第 312 页)