

循证急诊常用中成药物的辨证应用(二)

王焕秀¹ 张海芳² 王一茗³ 王广伟⁴ 张蓓蕾⁵ 刘吉伟⁶ 高社光⁷ 王永春⁷ 王桂荣⁷

(1. 冀中能源峰集团总医院, 河北 邯郸 056200; 2. 邯郸市紧急救援指挥中心, 河北 邯郸 056002; 3. 邯郸明仁医院, 河北 邯郸 056006; 4. 石家庄市中医院, 河北 石家庄 050081; 5. 河北中医学院, 河北 邯郸 050200; 6. 石家庄医学高等专科学校, 河北 石家庄 050599; 7. 邯郸市中医院, 河北 邯郸 05600)

感冒一般指上呼吸道感染,是包括鼻腔、咽或喉部卡他性炎症的总称,多呈自限性,全年皆可发病,但冬春季较多。感冒大约 90% 属于病毒性,不必使用抗菌药物;大约 10% 属于细菌性。流行性感(流感)患者抗菌药物应用时间应在患者发病 5 d 以后、发热 4 d 以后,经综合治疗无好转时再使用。感冒按中医辨证可分为:① 流感(舌赤或苔黄)。② 风寒感冒(舌苔薄白)。③ 风热感冒(舌红苔微黄)。④ 表里双感(舌赤或苔微黄)。⑤ 体虚感冒(舌苔薄白干燥)。临床治疗感冒西医应急治标,中医则应辨证治本,中西医结合优势互补,才可提高疾病的治愈率^[1-3]。

2 急诊感冒类药物

2.1 双黄连合剂

2.1.1 功效:疏风解表、清热解毒;含金银花、黄芩、连翘等。主要用于治疗流行性感、肺炎。主要药物的常规联用药物及相互作用机制和配伍分析见表 1。

2.1.2 临床评价:① 治疗小儿急性上呼吸道感染 27 例,显效 25 例,有效 2 例,有效率 100%^[13]。② 口服液治疗细菌

性呼吸道感染 25 例,痊愈 15 例,显效 7 例,有效 3 例,总有效率 88%^[14]。

2.2 复方板蓝根颗粒

2.2.1 功效:清热解毒、凉血利咽;含板蓝根、大青叶等;主要用于风热感冒、咽喉肿痛、温病发热。主要药物的常规联用药物及相互作用机制和配伍分析见表 2。

2.2.2 板蓝根颗粒临床评价:① 治疗病毒性心肌炎 133 例,患者服药后自觉症状消失,各种检查基本正常,有效率为 93.20%^[16]。② 对甲型流感病毒、腮腺炎病毒等有抑制作用;对金黄色葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、甲型链球菌、肺炎双球菌、流感杆菌均有抑制作用^[3]。

2.3 九味羌活丸

2.3.1 功效:疏风解表、散寒除湿;主要含黄芩、川芎、地黄、甘草、细辛等;主要用于风寒感冒、关节痛、头痛、肌纤维炎、颜面神经麻痹、落枕等疾病。主要药物的常规联用药物及相互作用机制和配伍分析见表 3。

2.3.2 九味羌活丸临床评价:① 治疗因外感风寒湿邪、内

表 1 双黄连合剂与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制及配伍分析
抗生素(头孢拉定、环丙沙星等)	双黄连合剂中的黄芩、金银花可增强抗菌药物疗效,减少其毒副作用 ^[4] ,提倡合用
阿莫西林	双黄连合剂中的金银花、黄芩可增强对耐药金黄色葡萄球菌的抑制作用 ^[5-6] ,提倡合用
红霉素	双黄连合剂中的金银花可减弱红霉素的杀菌作用 ^[7] ,避免合用
多西环素	双黄连合剂中金银花可增加多西环素排泄,降低药效,不提倡合用
磺胺类药物 (复方新诺明、磺胺嘧啶)	双黄连合剂中金银花的绿原酸易使磺胺类药物析出结晶而致结晶尿,尿血,尿闭等,避免合用
左氧氟沙星	双黄连合剂中黄芩可降低左氧氟沙星的肾脏排泄 ^[8] ,合用应延长其给药间隔时间
呋喃妥因、利福平、消炎痛	双黄连合剂中的金银花可加重联用药物对肾脏的毒性,避免合用
地高辛	双黄连合剂中的金银花可使地高辛药效降低;黄芩与联用药物合用易发生洋地黄中毒 ^[9] ,避免合用
甲氧氯普胺(胃复安)	双黄连合剂中的金银花与联用药物合用产生药理性拮抗 ^[10] ,避免合用
乳酶生	双黄连合剂中的黄芩、金银花可导致乳酶生的作用降低或丧失 ^[4] ,避免合用
含金属离子药物	双黄连合剂中的黄芩可改变联用药物物理的化性质,降低其疗效 ^[11] ,避免合用
降糖药(阿卡波糖、二甲双胍)	双黄连合剂中的黄芩与联用药物可产生药理性拮抗 ^[10] ,避免合用
维生素 B1、C、E、氯丙嗪	双黄连合剂中的金银花与联用药物合用可影响联用药物疗效,避免合用
维生素 B12、灰黄霉素	双黄连合剂中的黄芩可延长联用药物在肠道内停留时间,有利于吸收,提高疗效 ^[11-12] ,提倡合用
碳酸氢钠	金银花与联用药物合用可发生中和反应,使其药效降低或失效,避免合用

表 2 复方板蓝根颗粒与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制及配伍分析
抗菌药物(头孢类、磺胺类)	板蓝根与抗菌药物有协同作用,可增强抗菌效果 ^[4,12] ,提倡合用
阿莫西林	板蓝根可增加阿莫西林的过敏概率 ^[15] ,应谨慎合用
抗病毒性肝炎药物(拉米夫定片、联苯双酯)	板蓝根与联用药物治疗病毒性肝炎时有协同作用 ^[10] ,提倡合用

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2016.06.033

基金项目:河北省中医药科研计划项目(2015275)

通讯作者:王永春, Email: 13313308869@163.com

有温热所致的牙痛 27 例,治愈 25 例,无效 2 例,总有效率 92.59%^[30]。② 治疗风寒感冒 120 例,有效 112 例^[31]。

2.4 玉屏风颗粒

2.4.1 功效:益气固表、祛风止汗;含黄芪、白术、防风等;主要用于体虚感冒,症见表虚不固,自汗恶风,面色苍白。主要药物的常规联用药物及相互作用机制和配伍分析见表 4。

2.4.2 临床评价:① 治疗小儿反复呼吸道感染 50 例,显效 30 例,有效 14 例,无效 6 例,总有效率 88.00%^[34]。② 治疗小儿扁桃体炎急性发作 20 例,显效 10 例,有效 7 例,无效 3 例,有效率 85.00%^[35]。③ 治疗变应性喉炎 32 例,显效 21 例,有效 7 例,无效 4 例,总有效率 87.50%^[36]。

2.5 通心络胶囊

2.5.1 功效:益气活血、通络止痛;含人参、赤芍、蜈蚣、酸枣

仁、冰片等;主要用于冠心病、心绞痛、缺血性脑卒中,与左旋多巴合用可延缓帕金森病的进展。主要药物的常规联用药物及相互作用机制和配伍分析见表 5。

2.5.2 临床评价:① 治疗冠心病心绞痛 342 例,总有效率 96.49%^[37]。② 治疗短暂性脑缺血发作 60 例,基本治愈 19 例,显效 36 例,无效 5 例,有效率 91.67%^[38]。③ 联合左旋多巴治疗帕金森病 60 例,可延缓其病情进展^[39]。

2.6 防风通圣丸

2.6.1 功效:解表通里、清热解毒;含薄荷、麻黄、大黄、栀子、滑石、桔梗、石膏、川芎、当归、白芍、黄芩、甘草、连翘等;主要用于表里双感型上呼吸道感染,症状恶寒、壮热、头痛咽干、小便赤黄、大便秘结。主要药物的常规联用药物及相互作用机制和配伍分析见表 6。

表 3 九味羌活丸与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制及配伍分析
抗菌药物(头孢拉定、环丙沙星等)	九味羌活丸中的黄芩可增强抗菌药物的疗效,减少其毒副作用 ^[17] ,提倡合用
阿莫西林	九味羌活丸中的黄芩可增加阿莫西林对耐药金黄色葡萄球菌的抗菌作用 ^[18] ,提倡合用
红霉素	九味羌活丸中的川芎成分中的阿魏酸可减弱红霉素的杀菌作用,不提倡合用
多西环素、异烟肼	九味羌活丸中的川芎与联用药物合用易形成络合物,降低溶解度,影响吸收,降低疗效,应避免合用
磺胺类药物(复方新诺明、柳氮磺胺吡啶等)	九味羌活丸中的川芎与联用药物合用易使联用药物析出结晶而致结晶尿、血尿 ^[7] ,应避免合用
左氧氟沙星	九味羌活丸中的黄芩可降低左氧氟沙星的肾脏排泄 ^[11] ,合用应延长其给药间隔时间
呋喃妥因、消炎痛	九味羌活丸中的甘草与联用药物合用可降低胃肠道反应 ^[4] ;川芎与联用药物合用会加重对肾脏的毒性,应谨慎合用
利福平、灰黄霉素	九味羌活丸中的黄芩可提高联用药物的疗效 ^[19] ,提倡合用
奎宁、麻黄素、阿托品	九味羌活丸中的甘草与联用药物合用易产生沉淀,影响吸收,应避免合用
阿司匹林	九味羌活丸中的甘草与阿司匹林可导致消化道溃疡,甚至引起消化道出血 ^[20] ,地黄与阿司匹林合用有协同作用,既可发汗退热,又可清热生津 ^[21] ,应谨慎合用
苯巴比妥	九味羌活丸中的细辛可增强苯巴比妥的镇静作用,引起毒性反应 ^[22] ,应避免合用
尼莫地平	九味羌活丸中的川芎可增加尼莫地平的生物利用度 ^[2] ,应适度减少其用量
利尿药(呋塞米、氢氯噻嗪等)	九味羌活丸中的甘草与联用药物合用可发生药源性毒性 ^[23-24] ,应避免合用
地高辛	九味羌活丸中的黄芩与地高辛合用易发生洋地黄中毒 ^[25] ;川芎可增强地高辛的作用和毒性;甘草中有保钠排钾作用,可使心脏对地高辛的敏感性增高,可能导致其中毒 ^[20] ,应谨慎合用
多索茶碱	九味羌活丸中的川芎可降低多索茶碱的生物利用度,影响疗效 ^[2] ,不提倡合用
氨茶碱	九味羌活丸中的甘草可促进氨茶碱代谢,使其作用降低 ^[20] ,必要时可增加氨茶碱用量
谷丙胺	九味羌活丸中的甘草与谷丙胺合用治疗胃、十二指肠溃疡,有利于病变局部的调节 ^[26] ,提倡合用
乳酶生	九味羌活丸中的黄芩可使乳酶生的作用降低或丧失 ^[17] ,应避免合用
排钾利尿药(氢氯噻嗪)	九味羌活丸中的甘草与联用药物合用易导致低血钾 ^[24] ,应避免合用
抗凝药物(华法林)	九味羌活丸中的川芎与联用药物合用可增加出血倾向 ^[27] ,应避免合用
泼尼松、氯化可的松	九味羌活丸中甘草的糖皮质激素样作用可降低甲泼尼龙的清除速率,增加其血药浓度 ^[24] ,应谨慎合用,必要时减少联用药物用量
降糖药(甲苯磺丁脲、降糖灵等)	九味羌活丸中的黄芩与联用药物可产生药理性拮抗 ^[28] ;甘草的糖皮质激素样作用可升高血糖,降低联用药物的降糖作用 ^[1,19,24] ,应避免合用
环孢素	九味羌活丸中的甘草可诱导肝药酶而降低环孢素的生物利用度,避免合用
甲氨蝶呤	九味羌活丸中的甘草可减少甲氨蝶呤的胆汁排泄,增强其药效,可以合用
含金属离子药物	九味羌活丸中的黄芩可改变联用药物理化性质,降低其疗效 ^[19] ,应避免合用
磷酸盐(磷酸氢化喹啉、可待因)	九味羌活丸中的川芎与联用药物合用易产生沉淀,降低疗效,应避免合用
硫酸盐(硫酸亚铁、甲苯磺丁脲)	
维生素 B12、灰黄霉素	九味羌活丸中的黄芩可延长联用药物在肠道内的停留时间,有利于吸收,提高疗效 ^[29] ,提倡合用
酸性药物(对氨基水杨酸钠、胃蛋白酶等)	九味羌活丸中的甘草与联用药物合用发生水解反应,导致甘草中的皂苷失效 ^[24] ,应避免合用
碱性药物(氢氧化铝、氨茶碱、呋喃坦啶)	九味羌活丸中的川芎与联用药物合用可发生中和反应,使联用药物的药效降低或消失,应避免合用
内消瘰疬丸、乳癖消颗粒(均含海藻)	九味羌活丸中甘草与联用药物中的海藻属“十八反”,禁忌合用

表 4 玉屏风颗粒与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制和配伍分析
格列齐特(达美康)	玉屏风颗粒中黄芪可增加降糖药降糖效果,防止糖尿病并发症 ^[32] ,提倡合用
化疗药(环磷酰胺、硫嘌呤、维 A 酸、甲氨蝶呤)	玉屏风颗粒中黄芪可减少化疗药引起的白细胞减少等不良反应 ^[33] ,提倡合用

表 5 通心络胶囊与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制及配伍分析
利福平	通心络胶囊中冰片的药引作用可改善联用药物的吸收,提高疗效 ^[8] ,提倡合用
阿司匹林	通心络胶囊中人参可使联用药物作用增强,毒性增加,应谨慎合用
左旋多巴、卡比多巴	通心络胶囊与联用药物合用可延缓帕金森病的进展 ^[39] 。提倡合用
地高辛	通心络胶囊中人参与联用药物合用,药效累加,毒性增强 ^[9] ,应谨慎合用
糖皮质激素(地塞米松、泼尼松)	通心络胶囊中人参可减少联用药物的不良反应,提倡合用
降糖药(二甲双胍、阿卡波糖)	通心络胶囊中人参的糖皮质激素样作用可升高血糖,降低联用药物效果 ^[40] ,应避免合用
小金丸、少腹逐瘀丸、平消胶囊(均含五灵脂)	通心络胶囊中人参参与联用药物中的五灵脂属“十九畏”,禁忌合用

表 6 防风通圣丸与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制及配伍分析
抗菌药物(头孢拉定、环丙沙星等)	防风通圣丸中的黄芩可增强抗菌药物的疗效,减少其毒副作用 ^[6] ,提倡合用
阿莫西林	防风通圣丸中的当归可增加阿莫西林过敏发生的概率 ^[28] ;黄芩可增加阿莫西林对耐药金葡菌的抗菌作用 ^[41] ;麻黄与联用药物合用于细菌性肺炎有协同作用 ^[42] ,应谨慎合用
红霉素	防风通圣丸中的当归、川芎可减弱红霉素的杀菌作用,应避免合用
多西环素	防风通圣丸中的滑石与联用药物合用易形成络合物 ^[18] ,影响其吸收(间隔 3 h 以上服用则影响不大),应谨慎合用
异烟肼、利福平、大环内酯类	防风通圣丸中的石膏、滑石、川芎、当归与联用药物合用易形成络合物,降低其溶解度,影响吸收,降低疗效 ^[11,25,29] ,应避免合用
新霉素、土霉素	防风通圣丸中大黄与联用药物合用可影响其作用 ^[43] ,应避免合用
磺胺类药物	防风通圣丸中的当归、川芎、白芍易使联用药物析出结晶而致结晶尿、血尿 ^[29] ;大黄与联用药物合用可导致肝内磺胺积累,严重者导致中毒性肝炎 ^[21] ,应避免合用
左氧氟沙星	防风通圣丸中的黄芩可降低左氧氟沙星的肾脏排泄 ^[8] ,合用应延长其给药间隔时间
呋喃妥因	防风通圣丸中的甘草与联用药物合用可降低胃肠道反应 ^[20] ,提倡合用
利福平、消炎痛	防风通圣丸中的川芎、白芍、当归与联用药物合用会加重肾脏毒性,避免合用
痢特灵	防风通圣丸中的麻黄与痢特灵合用可升高血压,出现高血压危象 ^[2] ,禁忌合用
奎宁、麻黄素、阿托品	防风通圣丸中的甘草与联用药物合用易产生沉淀,影响吸收,避免合用
灰黄霉素	防风通圣丸中的黄芩可提高联用药物的疗效 ^[11] ,提倡合用
阿司匹林	防风通圣丸中的地黄与联用药物合用有协同作用,既能发汗退热,又能清热生津 ^[42] ;甘草与联用药物合用可能导致消化道溃疡,甚至引起消化道出血 ^[22] ,川芎、白芍、当归与联用药物合用会加重肾脏毒性,应避免合用
左旋多巴、毛果芸香碱	防风通圣丸中的大黄与联用药物合用增加对消化道黏膜的损害 ^[24] ,应避免合用
镇静催眠药	服用镇静催眠药治疗失眠期间避免使用含中枢兴奋作用的麻黄药物 ^[20,44]
单胺氧化酶抑制剂(优降宁)、痢特灵、甲基苄肼、闷可乐、环苯丙胺、利血平	联用药物可增强防风通圣丸麻黄的拟交感作用,引起恶心、呕吐、腹痛、呼吸困难、运动失调,甚至高血压危象或脑出血 ^[18,25,45-46] ,应避免合用
可待因、吗啡	防风通圣丸中大黄可增强联用药物的呼吸抑制作用 ^[47] ,应谨慎合用
硝酸甘油、硝酸异山梨酯	防风通圣丸中薄荷与联用药物合用可发生氧化还原反应,降低联用药物疗效 ^[22] ,应避免合用
尼莫地平	防风通圣丸中川芎可增加尼莫地平的生物利用度 ^[23] ,应谨慎合用,减少其用量
复方降压片、降压灵、胍乙啶	防风通圣丸中的麻黄与联用药物同服可产生明显的拮抗作用 ^[21,25] ,禁忌合用
甲基多巴	联用药物可降低防风通圣丸中麻黄碱的作用 ^[20,25] ,不提倡合用
利尿药	防风通圣丸中甘草与联用药物合用可发生药源性毒性 ^[22,48] ,应避免合用
地高辛	防风通圣丸中甘草的糖皮质激素样保钠排钾作用,可使心脏对地高辛的敏感性增高,可能导致其中毒 ^[22] ;麻黄增加地高辛对心脏的毒性,引起心律失常 ^[40] ;黄芩与联用药物合用易发生洋地黄中毒;大黄与联用药物合用药效累加,毒性增强;栀子与联用药物合用可导致地高辛药效降低 ^[9] ;石膏、当归、川芎、白芍可增强地高辛的作用和毒性 ^[22] ,应避免合用
氨茶碱	防风通圣丸中的麻黄与联用药物合用可增加毒性 2 ~ 3 倍 ^[25] ;桔梗与联用药物合用增强止咳平喘疗效 ^[42] ;甘草可促进氨茶碱的代谢,使其作用降低 ^[22] ,应避免合用
多索茶碱	防风通圣丸中的川芎、当归可降低多索茶碱的生物利用度,影响疗效 ^[23] ,不提倡合用
胃复安	防风通圣丸中的芍药与联用药物合用可产生药理性拮抗 ^[49] ,禁忌合用
谷丙胺	防风通圣丸中的甘草与联用药物合用治疗胃、十二指肠溃疡,有利于病变局部的调节 ^[5] ,提倡合用
乳酶生	防风通圣丸中的黄芩可导致乳酶生的作用降低或丧失 ^[4] ,避免合用
华法林、双香豆素、保泰松	防风通圣丸中川芎、当归与联用药物合用可增加出血倾向 ^[50] ,避免合用
氯化泼尼松	防风通圣丸中滑石、石膏与联用药物合用易生成难溶物质,显著降低联用药物的生物利用度,避免合用
泼尼松、氯化可的松	防风通圣丸中甘草的糖皮质激素样作用可降低泼尼松清除速率,增加其血药浓度 ^[22] ,谨慎合用,必要时减少联用药物用量
降糖药(二甲双胍、阿卡波糖、格列本脲等)	防风通圣丸中黄芩与联用药物可产生药理性拮抗 ^[10] ;大黄可影响血糖;甘草的糖皮质激素样作用可升高血糖,降低联用药物效果 ^[10-11,22,44] ,应避免合用

续表 6 防风通圣丸与联用药物的作用机制及配伍分析

联用药物	相互作用机制及配伍分析
甲硝唑	防风通圣丸中麻黄与联用药物合用易引起高血压 ^[48] ,应谨慎合用
喜树碱	防风通圣丸中麻黄可增强喜树碱疗效,减少喜树碱的不良反 ^[51] ,提倡合用
化疗药(环磷酰胺、巯嘌呤、维 A 酸)	防风通圣丸中当归可减少化疗药引起的白细胞减少等不良反应 ^[33] ,提倡合用
环孢素	防风通圣丸中甘草可诱导肝药酶而降低联用药物的生物利用度,不提倡合用
甲氨蝶呤	防风通圣丸中甘草可减少联用药物的胆汁排泄,增强其药效,可以合用
磷酸盐(磷酸氢化喹啉、可待因)	防风通圣丸中石膏、川芎、当归、白芍与联用药物合用易产生沉淀,降低疗效,应避免合用
硫酸盐(硫酸亚铁、甲苯磺丁脲)	
含金属离子药物	防风通圣丸中黄芩可改变联用药物理化性质,降低其疗效 ^[11] ,应避免合用
酶制剂(多酶片、胃酶、胰酶)	防风通圣丸中大黄与酶制剂形成氢键缔合物,避免合用
维生素 B6	防风通圣丸中大黄与联用药物合用易形成络合物,影响疗效 ^[29] ,应避免合用
维生素 C、烟酸、谷氨酸	防风通圣丸中大黄、石膏、滑石可使联用药物分解降效,应避免合用
维生素 B12、灰黄霉素	防风通圣丸中黄芩可延长联用药物在肠道内停留时间,有利于吸收、提高疗效 ^[12] ,提倡合用
维生素 B2	维生素 B2 可降低防风通圣丸中大黄的抗菌作用 ^[40] ,不提倡合用
维生素 B1、制霉菌素、林可霉素片、麻黄素、黄连素、奎宁	防风通圣丸中大黄与联用药物合用易产生沉淀,影响吸收 ^[20-21,24,27] ,应避免合用
苯海拉明	防风通圣丸中麻黄与苯海拉明产生药理性拮抗 ^[51] ,禁忌合用
酸性药物(对氨基水杨酸钠、胃蛋白酶)	防风通圣丸中桔梗、甘草与联用药物合用易发生水解反应,导致皂苷失效 ^[22] ,应避免合用
氢氧化铝、碳酸氢钠等碱性药物	防风通圣丸中蒽醌类药物大黄在碱性环境中容易被氧化 ^[24] ;川芎、白芍、当归与联用药物合用可发生中和反应,使联用药物的药效降低或消失;应避免合用
内消瘰疬丸、乳癖消颗粒(均含海藻)	防风通圣丸中甘草与联用药物中海藻属“十八反”,禁忌合用

2.6.2 临床评价:① 治疗上呼吸道感染 216 例,显效率 55.67%,总有效率 93.10%^[52]。② 治疗面部痤疮 46 例,总有效率 98%^[53]。

3 不合理处方分析

依据邯郸市和另外 7 家大中小城市医院门诊处方及文献统计,共计中成药与西药合用处方 56 365 张,其中不合理处方 9 495 张,占总数的 16.85%,表明中西药的合理使用尚存在不足^[23,40,48,54]。

综上所述,① 中成药的联合使用,当疾病复杂,一种中成药不能满足所有证候时,可以联合应用两种以上中成药,但应遵循药效互补及增效减毒原则。② 中成药与西药无明显禁忌的,可以联合应用;给药途径相同的,应间隔时间使用。③ 另外应避免不良反应及副作用相似的中成药联用。④ 临床上中成药与西药联合应用应引起足够重视,以保证用药的安全和疗效。

参考文献

[1] 王永春,王一茗,张海芳,等.循证急诊常用中成药的辨证应用(一)[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(2):217-221.

[2] 陈新谦,金有豫,汤光.新编药物学[M].17版.北京:人民卫生出版社,2011.

[3] 梅全喜.新编中成药合理应用手册[M].北京:人民卫生出版社,2012.

[4] 袁洪文.中西药合用的优势和存在的问题与对策[J].世界中医药,2013,8(7):820-822.

[5] 吴楠.中西药合用的临床疗效分析[J].长春中医药大学学报,2009,25(1):31-32.

[6] 李俐,李永堂,周志华.中西药合理配伍与禁忌[J].实用中医药杂志,2013,29(7):591-592.

[7] 李湘来.中西药物配伍禁忌分析[J].中国当代医药,2010,17(26):84-85.

[8] 王宇博.中西药配伍的研究进展[J].按摩与康复医学(下旬刊),2011,2(10):46.

[9] 詹华.洋地黄类强心苷药物与中药合用的配伍禁忌[J].湖北中医杂志,2013,35(3):74-75.

[10] 葛艾雪.中西药配伍的药理研究分析[J].北方药学,2012,9(10):64-65.

[11] 黄福量.浅谈常见中西药合用的相互作用[J].中国现代药物

应用,2013,7(15):137-138.

[12] 杭树娥,候雄琴.浅谈中西药合用的相互作用[J].基层医学论坛,2013,17(19):2534-2535.

[13] 周丽.双黄连口服液治疗小儿急性上呼吸道感染疗效观察[J].广西医科大学学报,2000,17(4):737.

[14] 黄学莲.双黄连口服液治疗细菌性呼吸道的疗效与安全性观察[J].辽宁中医杂志,2008,35(8):1204.

[15] 王一娜.中西药配伍常见问题分析[J].黑龙江科技信息,2011,38(10):13.

[16] 马维勇,陆仁英,许帆.复方板蓝根颗粒治疗病毒性心肌炎的疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2003,11(3):135-138.

[17] 钟利国,鲁昌宇.莲花清瘟胶囊联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,7(13):46.

[18] 王艳.中西药不合理联用的表现与情况分析[J].中国当代医药,2011,18(8):96-97.

[19] 张曼.中西药合用对药动学与药效学影响的研究概况[J].医学综述,2012,18(24):4212-4215.

[20] 张宜勇.中西药配伍使用的合理性分析与药理分析[J].亚太传统医药,2011,7(8):179-180.

[21] 李琼.常用中西药物的配伍禁忌[J].现代中医药,2007,27(5):59.

[22] 林桦.中西药联用与配伍禁忌[J].海峡药学,2009,21(8):172-174.

[23] 梁晓春.中西药联合使用的安全性及有效性研究势在必行[J].中国临床医生,2014,42(6):1-4.

[24] 白小莹.中西药配伍禁忌[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(10):39.

[25] 张玲.浅析几种中西药合用的配伍禁忌[J].基层医学论坛,2010,14(25):850-851.

[26] 廖国庆.基于临床视角的中西药配伍禁忌及相互作用[J].中国医药指南,2013,11(14):286-287.

[27] 李静.中西药合用配伍禁忌分析[J].中医药管理杂志,2007,15(11):872-873.

[28] 王青松.中西药合用配伍禁忌[J].浙江中医药大学学报,2008,32(5):676,678.

[29] 宋兴发,高山,孙安国.中西药配伍禁忌的探讨[J].海峡药学,2009,21(11):194-196.

[30] 徐仁.九味羌活汤治疗外感牙痛 27 例[J].四川中医,2003,21(5):71.

[31] 李锦开,梅全喜,董玉珍.现代中成药手册[M].北京:中国中医药出版社,2001:50.

[32] 蒙莫珂,邓羽明.试论中西药并用的合理性和配伍禁忌[J].中国临床医生杂志,2007,35(3):62-63.

[33] 刘效军.浅谈中西药合理联合应用分析[J].医学信息,2014,24(3):283.

[34] 胡智芬,熊辉.玉屏风散颗粒治疗小儿反复呼吸道感染 100 例疗效观察[J].中国伤残医学,2010,18(1):164-165.

- [35] 朱广红. 玉屏风散治疗小儿慢性扁桃体炎急性发作疗效观察[J]. 山东医药, 2010, 50(5): 62.
- [36] 唐向荣, 刘华. 玉屏风颗粒治疗变应性喉炎 32 例疗效观察[J]. 山东医药, 2010, 50(33): 15.
- [37] 徐贵成, 高荣林, 吴以岭, 等. 通心络胶囊治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(7): 414-416.
- [38] 王宏伟. 通心络治疗短暂性脑缺血发作的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(3): 122-123.
- [39] 沈涌, 罗烈岚. 通心络胶囊、六味地黄丸与美多巴合用治疗帕金森病[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(2): 197-198.
- [40] 金善姬. 浅谈中西药联合应用的利与弊[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(14): 2226-2227.
- [41] 李静. 中西药合用配伍禁忌[J]. 临床合理用药杂志, 2009, 2(21): 54-55.
- [42] 许晶. 浅谈临床中西药的配伍与应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(12): 47-48.
- [43] 杨国堂, 张继广. 浅谈中成药与西药合并用药[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(3): 316.
- [44] 林衍生, 姚添兴. 中西药不合理配伍分析[J]. 海峡药学, 2014, 26(5): 92-93.
- [45] 徐兵, 陈梅. 中西药联用的不良反应[J]. 首都医药, 2009, 16(24): 20-21.
- [46] 赫记超, 周芳, 张经纬, 等. 中西药相互作用的药代动力学机制研究进展[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2014, 19(4): 470-476.
- [47] 齐伟红, 刘桂红, 鲁永良, 等. 几种中西药合用的配伍禁忌[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(7): 167-168.
- [48] 党晓英, 柴图亚. 中西药不合理联用分析[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(13): 12.
- [49] 郭华亮. 这些中药和西药不可同服[J]. 家庭医药, 2014, (1): 49.
- [50] 韩清泉. 中西药配伍应用的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(19): 666-667.
- [51] 韩云国, 王惠陵, 康和利. 中西药配伍的临床应用[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(8): 955-956.
- [52] 王硕, 赵婷, 齐文升, 等. 防风通圣颗粒治疗上呼吸道感染的随机对照观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(10): 1328-1331.
- [53] 李爱萍. 防风通圣丸(散)治疗面部痤疮[J]. 河南中医, 2003, 23(11): 54.
- [54] 王咏春, 李和平, 孙建锋, 等. 开展临床药学咨询的必要性[J]. 中级医刊, 1990, 25(10): 43-44.

(续完)

(收稿日期: 2015-10-29)

(本文编辑: 邸美仙 李银平)

· 急危重症护理 ·

脊柱手术压疮的防治体会

李红峰 吴慧辉

(宁夏回族自治区人民医院手术室, 宁夏回族自治区 银川 750021)

机体的局部组织受到长期压迫, 影响了正常的血液循环, 组织得不到充足的营养, 导致皮肤的正常功能丢失即可发生压疮, 组织的破损和坏死为其主要表现, 也叫压力性溃疡, 可发生于术后几小时至 6 d 内, 其中以术后 1~3 d 最多见。脊柱手术由于手术体位特殊、手术时间长, 是术中压疮发生的高危人群^[1]。了解压疮的发病原因及防治对减少此类疾病的发生至关重要。

1 压疮的发病原因及机制

压疮的发生与感染、温度、活动受限及皮肤组织营养不良有关^[2]。压疮的产生机制为: 机体皮肤对外界抵抗力降低, 皮肤的角质层与手术床、手术单之间的摩擦, 削弱了皮肤角质层的屏障功能, 手术结束后被压迫部位组织的再灌注损伤等^[3]。对于是体型过于肥胖或过于消瘦患者压疮发生的危险性增加, 而脊柱损失或脊柱病变累积脊神经损伤的患者, 因运动及神经活力降低甚至丧失, 影响了患者的感觉功能, 机体的保护性反射迟钝或消失, 当局部受到压迫后发生皮肤及皮下组织的缺血、缺氧的机会增加, 导致了压疮的发生。

2 压疮的预防措施

实施有效的预防措施对降低手术压疮的发生至关重要, 包括增强医护人员对压疮的防护意识, 加强压疮护理质量的管理^[4]、建立风险评估, 术前访视时应用压疮危险因素评估量表对患者进行评估^[5], 术中依据分值做好防护措施。特别是为有脊柱手术高压疮风险的患者提供个性化的护理, 本院对脊柱后路手术患者采用常用体位 - 俯卧位, 采用特殊的护理, 如患者用马蹄形头托固定头部, 避免眼球受压进而压

迫视网膜导致失眠, 双臂向上呈自然弯曲放于头架两侧, 于俯卧位各支撑点用海绵垫以缓解局部压力^[6], 通过在压疮好发部位贴上保护性敷帖缓解局部压力^[7]、选择适宜的手术床垫、保持手术床单位平整、干燥, 术中严密观察及时发现压疮的危险因素, 及时予以处理, 可以降低手术压疮的发生率^[8]。如患者已发生压疮, 护理人员应详细记录压疮的发生部位、分期及疮面大小, 同时要定期追踪观察压疮转归情况, 分析并加以改进提高压疮防治措施。

总之, 由于脊柱手术的特殊性, 术中易形成压疮, 增加了护理的难度, 了解压疮的发病原因及机制, 了解导致压疮发生的危险因素, 术前需要进行合理评估, 术中实施有效、个性化的护理干预对降低脊柱手术压疮发生率起到关键作用。

参考文献

- [1] Schoonhoven L, Defloor T, Grypdonck MH. Incidence of pressure ulcers due to surgery[J]. J Clin Nurs, 2002, 11(4): 479-487.
- [2] 中华医学会重症医学分会. 危重患者营养支持指导意见(草案)[J]. 中华危重病急救医学, 2006, 18(10): 582-590.
- [3] Struck AT, Hogg N, Thomas JP, et al. Nitric oxide donor compounds inhibit the toxicity of oxidized low-density lipoprotein to endothelial cells[J]. FEBS Lett, 1995, 361(2-3): 291-294.
- [4] 郑碧霞, 彭雅君. 建立专业小组实施压疮管理[J]. 中国护理管理, 2008, 8(10): 34-36.
- [5] 薛小玲, 刘慧, 景秀琛, 等. 3 种评估表预测压疮效果的比较研究[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(4): 241-243.
- [6] 李红峰, 彦文娟. 脊柱后路手术患者的体位护理[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(3): 134.
- [7] 陈圆圆, 孙谋, 赵叶, 等. 自制压疮贴在脓毒症患者压疮护理中的应用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(5): 307-308.
- [8] 蒋琪霞, 管晓萍, 苏纯音, 等. 综合性医院压疮现患率多中心联合调研[J]. 中国护理管理, 2013, 13(1): 26-30.

(收稿日期: 2016-10-21)

(本文编辑: 邸美仙)

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2016.06.034

通讯作者: 李红峰, Email: 1298498380@qq.com