

剂；(5)皮肤损害：以荨麻疹为主，也可有剥脱性皮炎等严重情况，引起者为鱼腥草、丁公藤、入地金牛、板蓝根、丹皮酚、红花、穿心莲、丹参、栝蒌皮、花粉素、鹿茸精。此外还可有血尿、末梢神经炎、DIC、休克等。

致敏药物现已达50余种，其中单味药40种，复方针剂15种。肌肉注射占74.48%，静脉注射21.88%，穴位注射占2.08%。引起过敏性休克者55.13%，病死率14.0%。由于中药含多种大分子成分，故易致过敏性休克。65.04%病例发生在肌肉注射后15分钟，或在注药后10分钟死亡，静脉注射者常在用药过程中发生，2~3分钟死亡。土法制药，消毒不严密，存在杂质是发生过敏的重要原因。

救治方法：要及时催吐，彻底洗胃，导泻、灌肠，给甘草绿豆汤，以及中西医各种抢救休克措施。

必须彻底纠正“中草药药性平和，不过敏、无毒性”的传统的和不正确的观念，加强药品管理，提高警惕，谨慎用药，尽量避免使用不成熟的中草药注射剂，以防不测。

关于中西药联合应用

湖北省鄂州市第二医院 殷保元

中西药联合应用。清末有张锡纯之石膏阿斯匹林汤。时至今日，中西药联合组方剂日益增多，愈来愈受到重视。由于联用后，相互协同，增强疗效；相互制约，降低毒副作用，具有单用中药或西药所不及的优点。

一、取中西药理论之长。在中医辨证论治及西医辨病论治基础上，取两种医药学理论体系之长，即对病人作出诊断(辨病)，然后进行辨证。在此基础上选用中西药物。例如肿瘤患者化疗后，肿瘤缩小，但出现毒副作用，呈燥热伤津的阴虚内热或气阴两虚，即治以滋阴润燥清热或益气养阴而取效。

二、取中西药各自特性之长。5-Fu与环磷酰胺均为抗癌药，常产生胃肠道反应。后用白芨、海螵蛸粉配成复方制剂，不仅能止血消肿，还可以保护胃粘膜，防止严重消化道反应。

三、配伍禁忌及防止产生配伍禁忌的措施：(1)充分发挥中医“君臣佐使”，“相反相使”等配伍组方理论的作用。(2)西医药学以药理及药物理化性质为基础，注意药物间协同、拮抗及分解、沉淀、变色、以及生物利用度等。特别是含有鞣质的中药，易与很多药物形成沉淀，影响药物吸收，影响疗效。

中西药联用，不是中西药味简单的重叠堆砌，或

药效的机械相加，而是在各自医药学理论体系指导下，取两者之长进行配伍，应用于临床。

中西药联合应用的相互作用

徐永昭[△] 张树森[°] 王开贞^{*}

[△]大连医学院第一附属医院 [°]江西省赣州地区

五里亭医院 ^{*}山东省滨州卫生学校

近年来，随着中西医结合工作的深入发展，中西药联合应用日益普遍，有的甚至形成复方制剂，其目的是为了提疗效和减少毒副作用。但如应用不当，也可产生相反的效果。

一、影响药物吸收排泄：(1)黄芩、砂仁、木香、陈皮对肠管明显抑制，延长地高辛、维生素B₁₂、灰黄霉素在小肠上部停留时间，有利于吸收，提高疗效。(2)四环素族、异烟肼与含钙镁铝铁离子的羊脊、海螵蛸、赤石脂、滑石合用时可生成螯合物，不易被胃肠道吸收，降低利用度。(3)抗生素、麻黄素、颠茄酊、洋地黄、氨基比林、异烟肼、维生素B₁、硫酸亚铁与五倍子、诃子、地榆、虎杖、大黄合用，可与其中鞣质结合，失去活性，也难以吸收。(4)血余炭、艾叶炭、煅瓦楞有强大吸附力，可减少抗生素在胃肠道的吸收，不宜合用。(5)硼砂碱化尿液，增加青霉素、磺胺的排泄，使血浓度下降，但与四环素、红霉素合用则使吸收增加，血浓度上升、疗效增加；相反，五味子、山楂、乌梅可酸化尿液，使碱性的四环素、红霉素排泄增、疗效降，而与酸性的抗生素合用则吸收增加，血浓度上升，疗效增加。(6)茵陈有较强利胆作用，能增强灰黄霉素的溶解度，使在胃肠道吸收增强。

二、协同作用：(1)甘草与氢考在抗炎抗变态反应方面有协同作用，因甘草甜素有糖皮质激素样作用，并可抑制氢考在体内的代谢灭活，使其在血中浓度升高。(2)黄连、黄柏与四环素、痢特灵、磺胺脒治痢疾、细菌性腹泻有协同作用。(3)枳实与庆大霉素合用治胆道感染可提高其抗菌效果，因枳实能松弛胆道括约肌，有利于庆大霉素进入作用部位。(4)猪苓、泽泻和双氢克尿塞、速尿在利尿方面有协同作用。(5)银花能加强青霉素对耐药性金黄色葡萄球菌的抑制作用。(6)蒲公英与TMP合用可使疗效增强，对扁桃体炎、气管炎效佳。(7)谷丙胺与甘草、白芍、冰片治消化性溃疡有协同作用，已制成复方胃谷胺。(8)甘草与链霉素、碳酸钙治胃炎能增强疗效，已制成复方甘链片。(9)麻黄与青霉素在治疗细菌性肺炎时有协同作用。(10)复方丹参注射液加氯霉素可加