

痰热清注射液与其他药物的配伍禁忌及其防治

周耀辉 朱丽萍

(江西省丰城市人民医院 丰城 331100)

关键词:痰热清;喹诺酮类药物;配伍禁忌;综述

中图分类号:R 969.3

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.065

痰热清注射液是由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘制成的中药注射剂,具有清热、解毒、化痰的功效,用于风湿肺热属痰热阻肺证,证见发热、咳嗽、咯痰不爽、口渴、舌红、苔黄等,可用于急性支气管炎、急性肺炎(早期)出现的上述症状。该药虽然上市时间不长,但近几年临床应用却很广,临床与抗生素联合用药也比较常见。随着有关痰热清注射液因配伍引发的不良反应报告增多,其配伍禁忌逐渐引起临床重视。现将近年临床上痰热清注射液与其他药物配伍禁忌研究的文献综述如下。

1 与喹诺酮类药物的配伍禁忌

1.1 与左氧氟沙星 目前痰热清注射液与左氧氟沙星两者合用比较常见,在临床上有一定的疗效。但两者联合应用时发现在输液管内出现液体反应的现象。赵斐报道^[1]将痰热清注射液 20 mL+5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注,可乐必妥(左氧氟沙星氯化钠注射液)500 mL 静脉滴注,发现不分前后顺序静脉滴注痰热清注射液、可乐必妥注射液,更换药液 1 min 内,输液管内可见明显的乳糜状浑浊及絮状物,即换药液及液器,未出现此现象。王霞云等发现并报道^[2]痰热清注射液 20 mL+5%葡萄糖注射液 250 mL 与左氧氟沙星注射液 0.4 g+生理盐水

250 mL 混合产生小块状晶体。

1.2 与培氟沙星 郑爱珠等发现并报道^[3]痰热清注射液 20 mL+5%葡萄糖注射液输液完后,接用甲磺酸培氟沙星时,输液器墨菲滴管中立即出现乳白色浑浊,摇动后不会消失,且越来越多的浑浊沉积在输液管中。当即换输液器及 0.9%氯化钠 100 mL 继续输液,输完后接换甲磺酸培氟沙星,未再出现乳白色浑浊。整个过程密切观察患者,也未发生头晕、恶心等不适。

1.3 与加替沙星 邓响报道^[4]注射完痰热清注射液后,在更换加替沙星注射液时,输液器内立即出现白色浑浊物,立即更换纯生理盐水,排除白色浑浊物,冲洗干净输液器后再换上加替沙星注射液,未出现此现象。

1.4 与洛美沙星 门冬氨酸洛美沙星注射液与痰热清注射液在治疗呼吸系统疾病中常联合应用。金英爱发现并报道^[5],用生理盐水 20 mL 将门冬氨酸洛美沙星注射液稀释,抽取 5 mL 加入痰热清注射液中,即出现黄色絮状沉淀,加热无变化。

1.5 与依诺沙星 谷凯恺报道^[6]将葡萄糖依诺沙星 1 支(0.2 g)加入到 100 mL 5%葡萄糖注射液中,抽取 2 mL 溶液后再抽取痰热清注射液 2 mg,针管内

[3]张瑞华,焦增绵,马丽红.慢性充血性心力衰竭的中医辨证论治[J].中国医药学报,2002,17(7):440-441
[4]张元.浅谈“心衰”的临证辨治[J].湖南中医药导报,2004,10(6):24-25
[5]刘建民,张忠群,周振界.中医辨证治疗慢性心力衰竭 182 例临床观察[J].国医论坛,2002,17(3):20-21
[6]缙建华.强心汤治疗心力衰竭 46 例[J].陕西中医,2001,22(2):70-71
[7]王艳霞,张艳,胡晓虹.强心汤治疗慢性心衰临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2007,10(25):10-12
[8]王敏生.温阳强心汤治疗慢性心衰 30 例[J].实用中医内科杂志,2005,19(6):557
[9]冯辉,王晓东,罗新民.强心口服液治疗慢性心力衰竭 56 例分析[J].中医药学刊,2003,21(11):1 960
[10]付蓉,杨冬花.益心汤治疗慢性心力衰竭 96 例[J].新中医,2006,38(9):9
[11]吴常玉,柳晓萍.补阳还五汤加加减治疗慢性心衰 102 例临床观察[J].医学信息,2010,23(10):1 633-1 634
[12]邹旭,刘泽银,林晓忠.暖心胶囊治疗慢性心衰气虚血瘀证 50 例临床观察[J].江苏中医药,2006,27(3):34-35
[13]钟乐,张艳,礼海,等.强心通脉颗粒治疗气虚血瘀型慢性心衰 60 例分析[J].世界中西医结合杂志,2009,4(8):561-563
[14]张志勇,王桂平.益气活血汤治疗缺血性心脏病心力衰竭观察[J].北京中医,2000,22(2):39-40

[15]蔺汝光.温阳益气活血法治疗慢性心力衰竭 32 例[J].江苏中医,2001,22(6):22
[16]唐剑林.益气活血利水法配西药治疗充血性心力衰竭 48 例[J].陕西中医,2005,26(11):1 135-1 136
[17]陈跃飞,张晓江,罗仕德.加味葶苈大枣桑白皮汤治疗心力衰竭临床观察[J].中国中医急症,2007,16(6):637-638
[18]徐琰,丁字伟,金赛飞.益气温阳泻肺利水治疗慢性充血性心力衰竭[J].辽宁中医杂志,2003,7(7):30
[19]郑军.温阳利水法治疗慢性心力衰竭 48 例[J].陕西中医,2005,26(2):102-103
[20]张铭熙.温阳利水活血法改善慢性心衰患者生存质量的临床研究[J].中华中医药学刊,2007,2(2):25
[21]陈勇.加味真武汤治疗慢性心衰 50 例临床观察[J].光明中医,2006,21(7):34-36
[22]王雪梅,潘宗秋,杨亚波.“痰瘀互阻”理论用于难治性心力衰竭的临床观察[J].中国实用医药,2010,5(31):176-177
[23]陈继红,韩轶,冉亚军.宁心通痹胶囊结合康复治疗对痰瘀互阻型心力衰竭的疗效分析[J].中国现代医药杂志,2010,12(5):9-11
[24]张万义,邱云卿,张万芬.升补宗气法治疗老年慢性充血性心力衰竭疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2004,24(1):43

(收稿日期:2011-02-12)

立即出现咖啡色豆腐样沉淀物,放置 24 h 后沉淀物不溶解。

1.6 与氟罗沙星 金燕等在临床中发现并报道^[7],痰热清注射液与千安乐(氟罗沙星)混合立即出现红色浑浊物。

2 与氨基糖苷类药物的配伍禁忌

2.1 与奈替米星 临床上应用奈替米星 100 mL 及 5%葡萄糖 150 mL 加痰热清注射液 10 mL 静脉滴注,奈替米星滴完后续以痰热清注射液输注时,发现输液管路中出现淡黄色絮状及片状沉淀物^[8]。

2.2 与依替米星 杨灵霞报道^[9]用 20 mL 一次性注射器 1 支,先抽取痰热清 2 mL,继续抽取硫酸依替米星氯化钠注射液,注射器内立即出现白色絮状物,静置 5 min 后,为米汤样浑浊物,改用玻璃注射器做上述实验,结果相同。

2.3 与阿米卡星 冯丽梅等通过临床应用发现^[10],阿米卡星注射液 0.4 g 加入 5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉输注后续接痰热清 20 mL 加入 5%葡萄糖注射液 250 mL 后,输液管内出现褐黄色的浑浊絮状物,于是立即停止输液,更换输液器,给予 5%葡萄糖注射液 100 mL 冲管,并观察患者,做好解释工作,未发生不良反应。

3 与其他药物的配伍禁忌

3.1 与克林霉素 玉顺子等报道^[11],痰热清注射液 10 mL 加入 0.9%氯化钠 500 mL 中,摇匀,盐酸克林霉素 0.3 g 用 0.9%氯化钠溶解后加入到痰热清溶液后立即出现浑浊,并有红棕色沉淀生成,pH 值无明显变化。

3.2 与头孢吡肟 杜静发现^[12]将 5%葡萄糖 100 mL+痰热清 5 mL 静脉输入,并给予头孢吡肟 0.5 g 入壶静点,入壶时壶内出现浑浊,立即更换输液器并给予 5%葡萄糖 10 mL 输入,无浑浊出现。

3.3 与阿奇霉素 齐艳丽等^[13]用生理盐水溶解阿奇霉素,使浓度为 0.041 g/mL,取 5 mL 一次性注射器分别抽取 1、2、3 mL 于 3 个试管中,然后再抽取痰热清注射液 3、2、1 mL 分别置于 1、2、3 mL 阿奇霉素的试管中。3 个试管随之出现絮状或片状沉淀物,静止 30 min 后,沉淀物不消失,渐变为深褐色。

3.4 与维生素 B₆ 王燕菊临床中发现^[14],静脉滴注痰热清注射液,输注完毕换配有维生素 B₆ 的药物时,在输液器墨菲滴管内立即出现浑浊现象,立即更换输液器,用生理盐水冲洗干净重新输注,未出现浑浊现象。因疑存在药物配伍禁忌,进行以下试验:取 1 支 10 mL 注射器抽取痰热清注射液 5 mL,与 5 mL 维生素 B₆ 注射液混合后立即出现浑浊现象,说明痰热清注射液与维生素 B₆ 存在配伍禁忌。

3.5 与西咪替丁 方香淑等报道^[15]痰热清注射液 10 mL 加入生理盐水 250 mL 中,再取西咪替丁 0.2 g 从墨菲氏管内滴入,管内立即出现浑浊的咖啡色

絮状物。

3.6 与果糖二磷酸钠 陈苗等报道^[16]在临床配药中发现果糖二磷酸钠 100 mL、5%葡萄糖 250 mL+痰热清注射液 30 mL 静脉滴注,两种药液输入顺序更换,均见输液管中液体出现浑浊现象。

3.7 与 10%葡萄糖注射液 伍冬梅等报道^[17]10%葡萄糖注射液(pH<3.5)中加入痰热清注射液时,立即产生浑浊。

3.8 与凯西莱 祝学敏报道临床工作中发现^[18],凯西莱(用 0.9%氯化钠注射液或 5%~10%葡萄糖注射液作输液)与痰热清注射液 20 mL+5%葡萄糖 500 mL,输完一种药更换另一种药时,输液管内有黄褐色浑浊和大片的絮状物,并且堵塞过滤器。

3.9 与葡萄糖酸钙注射液 周太荣报道^[19],输入葡萄糖酸钙注射液 10 mL+5%葡萄糖 100 mL 与痰热清注射液 20 mL+生理盐水 250 mL,接瓶后立即出现浑浊,随即呈现白色絮状物,摇动后不消失。

3.10 与沐舒坦 沐舒坦的主要成分为盐酸氨溴索,pH=5。武满生在临床中发现并报道^[20],沐舒坦注射液与痰热清注射液混合后产生灰白色沉淀物。

4 讨论

综上所述,临床上应用痰热清注射液时,与多种喹诺酮类药物、氨基糖苷类药物以及克林霉素、头孢吡肟、阿奇霉素等存在配伍禁忌。痰热清注射液是由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘制成的中药注射剂,临床应用以 5%葡萄糖注射液稀释后静滴最为常见,由于中药注射液成分复杂,受提取工艺的影响,在与多种药物混合后 pH 值发生改变,产生不溶于水的新成分或发生氧化还原反应而产生沉淀或浑浊。由于中药注射液的品种逐渐增多,但中药注射液说明书的配伍禁忌很少,痰热清注射液说明书中也未提到与以上药物的配伍禁忌。因此每种药物在使用前除了详细查看说明书,还要掌握药物的有关知识,用药后观察一段时间,一旦出现变色、浑浊、沉淀,应立即停止输液,更换输液管及输液,安慰患者,消除紧张情绪,并通知医生做相应检查,观察患者有无不良反应的发生。保留换下的液体、输液管,以备检测;记录配伍禁忌反应药物的名称、厂家、生产日期、批号,及时上报。同时药师在处方审核时应应对每个患者的静脉用药进行评估,判断液体间是否存在配伍禁忌。根据病情、输液原则和配伍禁忌合理安排输液顺序,对有可能出现配伍禁忌的药物,及时提醒临床注意。护士是药物治疗的執行者,也是用药前后的监护人。护士应掌握一定的药物配伍禁忌知识,对配伍的两种药物和连续输入的两种药物间都应该考虑到禁忌,配药时细心观察,及时掌握药物性能和作用,及时发现药物反应,采取有效紧急措施。更换输液后观察 5 min,尤其是两个药相遇时观察有无反应,患者有无不适

感,发现异常及时关闭调节器,更换输液管。配药时严格无菌操作,防止污染,严格按顺序配药,防止配伍禁忌带来的不良反应。为安全使用痰热清注射液,主张单独使有,若要与其他注射剂配伍,应注意有无配伍禁忌,以免发生输液反应。

参考文献

[1]赵斐.痰热清注射液与可乐必妥注射液存在配伍禁忌[J].海峡药学,2009,12(10):199
[2]王霞云,胡晓岚.注射用左氧氟沙星水针与痰热清注射液之间存在配伍禁忌[J].护理研究,2009,23(11):3 093
[3]郑爱珠,黄文秀.痰热清与甲磺酸培氟沙星注射液存在配伍禁忌的报告[J].药物与临床,2010,19(12):185
[4]邓响.注射用加替沙星与痰热清存在配伍禁忌[J].护理实践与研究,2008,5(3):67
[5]金英爱.注射用门冬氨酸洛美沙星与痰热清注射液存在配伍禁忌[J].山东医药,2009,49(11):49
[6]谷凯恺.痰热清与葡萄糖依诺沙星存在配伍禁忌[J].护理实践与研究,2008,5(3):5
[7]金燕,崔英姬,田宇.痰热清与千安乐的配伍禁忌[J].中国实用护理杂志,2006,22(6):8
[8]巴合藏,姜红,刘超英,等.奈替米星与痰热清存在配伍禁忌[J].临床误诊误治,2007,20(12):87
[9]杨灵霞.痰热清与硫酸依替米星氯化钠注射液存在配伍禁忌[J].护

理研究,2008,22(12):3 349
[10] 冯丽梅. 痰热清与阿米卡星之间存在配伍禁忌 [J]. 全科护理, 2008,6(10B):2 726
[11]玉顺子,刁继红.痰热清注射液与克林霉素存在配伍禁忌[J].山东医药,2010,50(27):80
[12]杜静.痰热清与头孢吡肟存在配伍禁忌[J].护理实践与研究,2007,4(5):95
[13]齐艳丽,汪明清.注射用阿奇霉素与痰热清存在配伍禁忌[J].护理学报,2009,16(13):22
[14]王艳菊.痰热清注射液与维生素 B₆ 存在配伍禁忌[J].山东医药,2009,49(46):61
[15]方香淑,刘心路,付强.痰热清注射液与注射用西咪替丁之间存在配伍禁忌[J].现代护理,2006,12(13):1 218
[16]陈苗,张熊丽.注射用果糖二磷酸钠与痰热清之间存在配伍禁忌[J].护理学报,2007,14(7):10
[17]伍冬梅,罗柳荣.痰热清注射液与 10%葡萄糖注射液的配伍禁忌[J].临床合理用药,2010,3(12):15
[18] 祝学敏. 凯西莱与痰热清存在配伍禁忌 [J]. 中国误诊学杂志, 2006,6(22):4 505
[19]周太荣.痰热清与葡萄糖酸钙注射液存在配伍禁忌[J].齐鲁护理杂志,2009,15(23):30
[20]武满生,沐舒坦与痰热清存在配伍禁忌[J].中国实用护理杂志,2006,22(7):76

(收稿日期: 2011-03-01)

(上接第 89 页)

表 4 毕业生最缺乏的能力 %

医疗机 构级别	调查 人数	最缺乏能力(构成比)							其他*
		专业知识	实际操作	协调沟通	外语能力	政治素质	电脑应用		
省级	84	14.3	42.8	32.1	3.6	6.0	0.0	0.0	1.2
市级	283	12.0	46.6	30.4	3.5	5.6	0.7	1.1	
县级	70	10.0	64.3	21.4	1.4	1.4	0.0	1.4	
乡级	29	0.0	86.2	10.3	3.4	0.0	0.0	0.0	
合计	466	11.4	51.1	28.1	3.2	4.7	0.4	1.1	

注:* 其他能力有专业定位能力、学习能力。

2.3.3 毕业生最需加强的课程 被调查者中认为毕业生需加强的课程依次是技能训练、职业道德、专业基础等;此外,少数人认为毕业生还需加强沟通技巧等课程的学习。各级医疗机构的调查结果基本一致。见表 5。

表 5 毕业生需加强的课程 %

医疗机 构级别	调查 人数	需加强的课程							其他*
		职业道德	法律法规	人文修养	专业基础	专业	技能训练		
省级	84	69.0	28.6	50.0	31.0	16.7	71.4	1.2	
市级	283	58.6	26.8	37.1	50.9	33.6	72.8	0.7	
县级	70	42.8	40.0	38.6	41.4	34.3	90.0	1.4	
乡级	29	58.6	34.5	10.3	13.8	20.7	86.2	0.0	
合计	466	58.2	29.6	38.0	43.6	29.8	76.0	0.8	
排序		2	6	4	3	5	1	7	

注:* 其他需加强的有沟通技巧。

3 讨论

3.1 医疗机构对高职院校毕业生的职业素质需求有所提高 目前医疗机构对卫生技术专业毕业生的学历有了更高的要求,主要以大专学历为主,其次是本科,中专学历的需求明显减少;此外,市级、省级等级别较高的医疗机构已经有向硕士等更高学历的需求倾向。这说明随着医疗技术的不断发展和人才培养水平的不断提高,医疗机构对未来的卫生技术专业毕业生学历有了更高的要求。在对毕业生最需具备能力的研究中发现,除了基本的专业知识和实际操作能力之外,医疗机构对协调沟通、政

治素质、团队合作等一些综合职业素质能力提出了要求,这对我们未来的职业教育提出了新的要求,就是除了培养学生的技能水平,还应重视综合素质的培养,以满足新形势下社会对高素质技能型人才的需要。

3.2 高职院校毕业生的职业素质有待提高 绝大多数医疗机构对毕业生的思想品德、知识结构、能力结构等表示基本满意或满意,其中县级医疗机构满意度最高,市级医疗机构满意度最低。分析其原因,可能与卫生人力资源分配的不合理有关,说明县级医疗机构就业的毕业生的学历及职业素质与该级别医疗机构的卫生服务需求相适应,而市级医疗机构人力资源分配相对不太合理。目前高职院校毕业生最缺乏实际操作、协调沟通等能力;而最需加强的课程就是技能训练,此外,职业道德、专业基础、沟通技巧等课程也需要加强。说明职业技能仍然是卫生技术人员培养的核心能力,但同时也不能忽视其他综合素质的教育。

3.3 建议加强高职院校学生的素质教育 2006 年《关于全面提高高等职业教育教学质量的若干意见》文件中强调:“高等职业院校要加强学生的素质教育,强化学生的职业道德,明确培养目标。要针对高等职业院校学生的特点,培养学生的社会适应性,教育学生树立终身学习理念,提高学习能力,学会交流沟通和团队协作,提高学生的实践能力、创造能力、就业能力和创业能力,培养德智体美全面发展的社会主义建设者和接班人。”这一重要指导思想,把素质教育提升到了高职教育工作的重要位置。只有实现素质教育,才能培养出高素质技能型卫生技术人才,满足全社会对卫生服务的需求。

(收稿日期: 2011-05-09)