

冠心病、急性脑血管疾病 及老年人颅脑损伤的 处理方案



人民军医出版社



冠心病、急性脑血管疾病 及老年人颅脑损伤的处理方案

GUANXINBING JEXINGNAOXUEGUANJIBING
JI LAONIANREN LUNAO SUHANG DE CHULIFANGAN

方案编写组 编

人民军医出版社

1987年·北京

内 容 提 要

本书是由北京协和医院、北京医院、解放军总医院、阜外医院等长期从事医疗保健工作的著名专家、教授编写，曾在一些医疗保健单位使用，对做好心血管疾病及老年人颅脑损伤的急救处理起到了积极的作用。本书包括冠心病的处理方案；急性脑血管疾病的处理方案；老年人颅脑损伤的处理方案等三部分。文字简炼，措施具体、实用，可供干部保健、急救、基层医疗部门的医护人员使用。

冠心病、急性脑血管疾病及老年人 颅脑损伤的处理方案

方案编写组 编

人民军医出版社出版

(北京市复兴路22号甲3号)

新华书店北京发行所发行

北京市孙中印刷厂印刷

开本：787×1092毫米^{1/32}·印张：2·字数：39千字

1987年5月第1版 1987年5月第1次印刷

印数1—20,000

统一书号：14281·087 定价：0.45元

〔科技新书目：149—098②〕

ISBN 7-80020-012-4/R·12

前 言

今年五月，我们邀请解放军总医院黄宛，阜外医院陶寿琪、陈在嘉、刘力生，北京协和医院方圻，北京医院陶桓乐、钱貽简、周尚珏、刘梓荣等心血管专家，对《冠心病的处理方案》进行了第八次修订。又邀请解放军总医院黄克维、罗毅，北京医院王新德、蒋景文等神经内科专家，对《急性脑血管病、老年人颅脑损伤处理方案》进行了第四次修订。

我们感到此《方案》比较实用，现付印，供广大医务工作者在工作中使用、参考。因时间、水平所限，《方案》中可能有不当之处，望批评、指正。

编 者

1986.10 北京

目 录

冠心病的处理方案

一、心绞痛	(1)
(一)发作时的处理	(1)
(二)稳定型心绞痛防止发作和平时治疗	(1)
(三)不稳定型心绞痛的治疗	(2)
(四)变异型心绞痛或自发型心绞痛的治疗	(3)
二、急性心肌梗塞	(3)
三、心力衰竭	(5)
(一)慢性心力衰竭	(5)
(二)急性左心衰竭及其并发症	(7)
四、心律失常	(8)
(一)早搏	(8)
(二)阵发性心动过速	(9)
(三)心房颤动	(11)
(四)心房扑动	(13)
(五)房室传导阻滞	(13)
五、心脏骤停	(15)
六、结束语	(19)

急性脑血管疾病的处理方案

一、脑血管出血性病损 (脑出血、蛛网膜下腔出血、 小脑出血等)	(20)
(一)脑出血的急性期处理	(20)
(二)蛛网膜下腔出血的急性期处理	(26)

(三) 小脑出血的急性期处理·····	(26)
二、脑血管梗塞性病变(脑血栓形成和脑栓塞等)·····	(27)
(一) 急性期的治疗·····	(27)
(二) 康复期的治疗·····	(31)
(三) 预防复发·····	(31)
三、脑供血不足的处理·····	(32)

老年人颅脑损伤的处理方案

一、颅脑损伤的检查及诊断要点·····	(34)
二、颅脑损伤的治疗·····	(35)
附录1 药名对照表·····	(37)
附录2 《冠心病的处理方案》常用药物一览表·····	(41)
附录3 《急性脑血管、老年人颅脑损伤处理方案》 常用药物一览表·····	(50)

冠心病的处理方案

一、心绞痛

(一) 发作时的处理

当心绞痛发作时，应立即坐下或平卧休息并舌下含硝酸甘油片 (Nitroglycerin) 0.3 (半片) ~ 0.6mg (1片)。注意在发作缓解前不要咽下。有条件时可吸氧。应争取尽早做心电图检查，以便明确情况。

(二) 稳定型心绞痛防止发作和平时治疗

1. 经常有心绞痛发作，可较长期服用硝异山梨醇 (消心痛, Isosorbide Dinitrate, Corodil, Nitrol) 5~10 mg, 每日3~4次, 需要时可加至每次20mg。亦可试用作用时间长的硝酸甘油如礼顿片 (Nitrong), 每片2.6mg, 每8小时服用1片。心率较快者可口服地尔硫革 (硫氮革酮, Diltiazem, Herbesser) 30~60mg, 每日3~4次。如心率较慢且血压偏高, 则可服用或加用硝苯吡啶 (硝苯吡啶, 心痛定, Nifedipine) 5~10mg, 每日3~4次。亦可在皮肤上涂硝酸甘油油膏 (Nitroglycerin ointment) 或其它经皮肤吸收的硝酸甘油制剂 [Nitradisc (glyceryltrinitrate), Nitroderm TTS5等], 每12~24小时换贴1剂。

2. 在估计有可能引起心绞痛发作情况下 (如紧张的活动), 可预先口含硝异山梨醇 (消心痛) 2.5~5mg或口服芬

那露 (Chlormezanone, Fenarol) 0.1~0.2g加硝异山梨醇5~10mg, 为临时预防发作用。

3. 在病情平稳时, 为使硝基类药物疗效更满意, 可暂时停用硝基类药物, 数周后根据情况再决定是否恢复使用硝基类药物。

4. 对硝基类药物疗效不满意, 尤其是心率快或有早搏易诱发心绞痛情况下, 可加用或改用 β -阻滞剂阿替洛尔 (氨酰心安, Atenolol), 其对心率快及有支气管炎的患者更合适, 开始可用6.25mg, 每日2次。以后根据症状, 心率情况逐渐增加剂量, 一般可用到25mg, 每日2次。服用 β -阻滞剂期间要特别注意血压、脉搏和心功能情况。长期服用 β -阻滞剂者, 停用前应逐渐减量, 以免发生停药综合症。

(三) 不稳定型心绞痛的治疗

不稳定型心绞痛是近日来发生的心绞痛, 或原为稳定型心绞痛, 近日来疼痛更为频繁、加重, 疼痛时间加长。应立即停止工作, 争取入院诊治。除服用硝酸甘油类药物外, 加用或改用硝苯啶5~10mg, 每日3~4次。或地尔硫革, 每天总量不宜超过240mg, 并密切观察血压, 心率和心电图的变化。如心绞痛发作有明显的劳累性因素, 可加用 β -阻滞剂。如无禁忌证, 可考虑使用肝素 (Heparin) 抗凝治疗, 每次6,250u (50mg) 皮下注射, 每12小时1次。如心绞痛仍发作频繁或加重时, 特别是发生在休息时的心绞痛者, 可静脉滴注硝酸甘油 (硝酸甘油1mg加入5%葡萄糖溶液100ml中, 开始每分钟8滴, 根据血压及症状可增加至25~50滴/分)。应尽可能住院并做心电图监测, 测血清酶, 并加强护理和严密观察, 直到症状解除或缓解后再取消监护。总之, 不稳定型心绞痛易发展为明确的心肌梗塞。即使无典型ST-T改变及

血清酶改变，也应按小灶型心肌梗塞处理，不容忽视。要严格掌握不稳定型心绞痛的诊断，在确定诊断后应及时处理。

(四) 变异型心绞痛或自发型心绞痛的治疗

这种类型心绞痛的特征是没有诱因，在睡眠中或休息时发作，发作时有明显的ST段压低（或抬高）。治疗主要用硝酸苯啶及地尔硫革，剂量同前。为立即控制发作，可用硝酸甘油。

二、急性心肌梗塞

(一) 急性心肌梗塞一旦发生，根据病情轻重决定抢救措施和移动时间及处所。应立即卧床休息、吸氧。保持患者精神镇定，周围环境安静。争取即时做心电图并进行心电图监测（第一次做心电图应做18个导联，即常规12个导联加上 V_7 、 V_8 、 V_9 、 V_{3R} 、 V_{4R} 、 V_{5R} ，并且要在患者心前区标出固定的位置，便于以后在同一位置按放心前电极宜于比较），同时建立静脉滴注通道并做好心脏复苏的准备。

(二) 为预防室性心律失常，在心肌梗塞发作后立即臀部肌注利多卡因（Lidocaine）150~200mg。如有条件，则静脉注射。先推注50mg，5分钟后再推注50mg，此后根据情况可用静脉滴注维持。有休克及Ⅰ~Ⅲ度房室传导阻滞者，则暂不用。如心率缓慢（低于60次/分），或平时心率在60次/分左右（发病后低于50次/分），血压下降，则按心率缓慢和血压降低程度肌注阿托品（Atropine）0.5~1.0mg。

(三) 止痛剂：肌肉注射哌替啶（杜冷丁，Pethidine，Dolantin）50~75mg，如疼痛反复发作，则可静脉滴注硝

酸甘油（方法、剂量同）

（四）严密观察血压、心律和心率，连续监测心电图，定时记录全导心电图并准备好除颤起搏器等抢救器材。

（五）如无抗凝治疗禁忌症，按病情需要可进行抗凝治疗。

（六）急性心肌梗塞伴休克或低血压的处理：

1. 如收缩压低于90mmHg，或原有高血压者较平时降低80mmHg以上，或血压下降未到以上程度而有休克症状和体征时，需要根据当时具体情况采取以下处理：

（1）如出大汗并有反复呕吐，估计血容量不足而无肺瘀血征象者，则应静脉输液并保持通道。

（2）如血压较原来明显下降或收缩压已降至80mmHg以下，则应立即用多巴胺（Dopamine）20mg或多巴酚丁胺（Dobutamine）25mg。必要时加用间羟胺（阿拉明，Metaraminol, Aramine）10mg，溶于5~10%葡萄糖液100ml内作静脉滴注，同时可滴注氢可的松（Hydrocortisone）100mg。血压突然下降或迅速下降者，应先将间羟胺5~10mg溶于葡萄糖溶液20ml内，直接缓慢静脉推注。密切观察血压，血压回升至110~120mmHg时，即改用静脉滴注给药。切忌因推注速度过快，引起血压过高。

（3）如多巴胺（0.6mg/分）、多巴酚丁胺（0.6mg/分）或间羟胺（0.3mg/分）用到一定浓度与滴速而无效，可改用去甲肾上腺素（Noradrenaline）1.0mg溶于100ml液体中，同时加酚妥拉明（Phentolamine, Regitine）5~10mg作静脉滴注。

（4）如考虑到血容量不足者，可在严密观察下缓慢滴注低分子右旋糖酐（Dextran 40）或羟乙基淀粉（706代血浆）；

Hydroxyethylamy1) 250ml (均应先做皮试)。

2. 作血气分析(全套)。休克较重或用以上升压药物不能较快见效者,可静脉滴注4~5%碳酸氢钠(Sodium Bicarbonate) 100~200ml或克分子乳酸钠(Sodium Lactate) 60~100ml。以后参照pH值等测定结果再考虑加用量,同时应注意电解质变化。

(七) 心律失常、急性心力衰竭时的处理见后。

(八) 使用抗生素以预防和控制感染。

(九) 保持大小便通畅。避免大便时过于用力。大便困难时,可在肛门内插入导尿管15~20cm,注入开塞露20~40ml以助排便。

(十) 饮食宜清淡,易消化。每餐进食不能过饱,并适当限制食盐的摄入量。

三、心力衰竭

(一) 慢性心力衰竭

1. 适当的休息和足够的睡眠:应根据心衰的程度安排工作、休息和睡眠时间。在长时间持续工作中,每3~4小时后应有短时间的休息。应尽可能避免紧张,在连续工作几天之后,安排一定的休息时间。睡眠是较好的休息,每天应保持充足的睡眠时间。此外,日常生活及工作中动作不宜过快,脑力、体力或户外活动都宜适度。

2. 饮食:应进易消化、清淡又能保证足够热量富于营养的食物。尽可能按时进餐,防止过于饥饿或过饱。注意尽量减少动物脂肪。

3. 定期检查:血压、心律、心率及心肺检查,即使没有

明显症状，也应定期测血压及做心电图检查（2~3个月）。

4. 强心药物的使用：应选用一种口服洋地黄制剂，如地高辛(Digoxin)。每天服1片(0.25mg)或根据患者具体情况决定每天服用的剂量，定时对服药剂量进行观察和调整。老年人或有肾功能不全者或同时服胺碘达隆(乙胺碘呋酮; Amiodarone)，应适当减量。必要时行血液地高辛浓度测定作为调整剂量的参考，并注意肾功能和电解质。服药期间要密切注意脉率和心律，定期复查心电图，如心率明显减慢或服药后出现室性早搏，或有不同程度的房室传导阻滞时，应及时做心电图明确性质，及时停用洋地黄制剂或对治疗采取必要的调整。

5. 利尿剂等：若使用强心药还不能满意地控制心衰，或因心率过缓等原因不适于用洋地黄制剂者，除注意保证足够的休息外，则应选用或加用利尿剂，如氯噻嗪类或呋喃苯胺酸(速尿)。第一天可服双氢氯噻嗪(Dihydrochlorothiazide) 12.5mg加氨苯喋啶(Triamterene) 50mg，起床后一次服用。如上述剂量利尿效果不显时，可将双氢氯噻嗪加到25~50mg，氨苯喋啶100mg。也可改用呋喃苯胺酸(速尿, Furosemide, Lasix) 20~40mg，一次口服。为了避免反复利尿丢钾，可以口服螺内酯(安体舒通; Spironolactone, Antisterone) 20mg，每天3次或氨苯喋啶每天100mg，两者合用时适当减量。服利尿剂期间，注意电解质情况。

6. 心衰控制不满意者，可服用血管扩张剂，如硝异山梨醇5mg，每日4次开始，可根据情况逐渐加量。亦可敷用硝酸甘油油膏，每晚1次。或哌唑嗪(Prazosin)，开始0.5mg，1日3次，视病情可逐步加至5mg，1日3次。或卡托

普利（甲硫丙脯酸，Captopril）开始6.25mg，每日3次，以后可逐渐增至每天150mg。

（二）急性左心衰竭及其并发症

1. 半卧位或坐位。

2. 给氧，采用半开放式的或面罩或双腔鼻管给氧。必要时通过20~25%酒精吸氧，一次连续用20分钟，间歇使用。

3. 肌肉注射哌替啶（杜冷丁）50mg。如血压偏低，则需慎用或适当减量。

4. 速效利尿剂：若呼吸急促，双肺有湿性罗音，即时使用呋喃苯胺酸（速尿）20~40mg，静脉内推注。

5. 血管扩张剂：可降低左心负荷，以改进血液动力学和消除症状，对于伴有高血压的急性左心衰患者，可首选硝普钠（Sodium Nitroprusside）静脉滴注。其浓度为：开始5mg/100ml，以25μg/分滴入。在严密监测血压的情况下，可视患者反应逐渐增至100~150μg/分。有的急性左心衰患者，血压急剧升高至200/100mmHg以上，则硝普钠滴速应稍快，以使血压尽快降至平时水平。

6. 洋地黄制剂的应用：未用过洋地黄类制剂的患者，特别是伴有房颤或房扑，心室率较快者，可先静脉注射毛花甙C（西地兰，Lanatoside C, Cedilanfd）0.4mg。2~4小时后，可酌情再次静脉注射0.2~0.4mg；对正在服用洋地黄类药物者（如地高辛），如当时无条件静脉注射，可先加服地高辛0.25mg。若有条件，可先静脉注射毛花甙C 0.2~0.4mg。隔2~3小时，如心率仍快（110~120次/分）又确无洋地黄毒性反应者，可再次静脉注射0.2mg。毛花甙C静脉注射时，都必须稀释于5~25%葡萄糖溶液内，亦可经三通管

或静脉滴器小壶的侧孔加入。如为急性心肌梗塞并发急性左心衰竭，则洋地黄制剂的用量宜小。

7. 加压给氧：如肺水肿极为严重，即使采用了上述措施，症状仍无明显改善者，应立即采用气管插管加压给氧。

8. 氨茶硷 (Aminophylline) 等药物的使用：主要用于伴有明显哮喘的患者。可根据呼吸、血压情况，在滴瓶内加入5%葡萄糖100~200ml和注明静脉用的氨茶硷 0.25g 或甘油茶硷 (喘定; Neothylline) 0.25g，同时用氢可的松 50mg，缓慢静脉滴注。若情况紧急，尚无静脉给药条件时，则可肌肉注射甘油茶硷 0.25g。

9. 抗生素：左心衰竭时易伴发肺部感染，应尽早选用广谱有效的抗生素。

10. 严重的左心衰合并休克：按照上述的1~9条处理心衰，同时要注意对休克的处理（方法同于急性心肌梗塞合并休克处理）。

11. 严重左心衰合并休克及心律失常：在积极治疗心衰和休克的同时，按心律失常节内的方法处理。

四、心律失常

(一) 早搏

1. 如在一般情况下出现偶发的室性或房性早搏，而患者无自觉症状，可暂不治疗，密切观察。如为频发的房性早搏，可用洋地黄或单用奎尼丁 (Quinidine) 0.2g，每日3~4次。室性早搏可口服美西律 (慢心律; Mexiletine)，首次200mg，2小时后再服200mg，以后每8小时口服 100~200mg，每日总量不超过600mg为宜。如不能控制，则尽早改用

普罗帕酮(心律平, Propafenone, 商品名为 Rytmonorm)或胺碘达隆。前者100~150mg, 每天3次(每天用量不超过600mg); 后者第1~5日, 每天0.6mg, 当心率减慢约10次/分后, 可将剂量减至每天0.4g, 以后根据病情逐步减少用量。如近日正在用较大的洋地黄类药物时出现室早, 特别是多源性者, 应暂停服用洋地黄制剂观察是否为洋地黄影响。

2. 在急性心肌梗塞过程中出现室性早搏时, 应立即静脉注射利多卡因50mg(半分钟到1分钟内), 接着静脉内滴注, 每100ml葡萄糖液内加入利多卡因100~200mg, 每分钟滴入1~3mg。按需调整滴速与浓度, 至早搏消失或减少后, 逐渐减少滴速与浓度, 在维持1~2天后停用。

无效时加用或改用美西律, 首次100~200mg 稀释于10~20ml的液体中, 静脉内缓慢注射。然后静脉内滴注1~4mg/分, 控制后继续滴注1~2小时, 同时可口服100mg。其后改为口服, 每6~8小时1次, 100~200mg。根据病情也可考虑同时口服胺碘达隆, 剂量及用法同前。或可口服普罗帕酮(心律平)100~200mg, 每日3次。

(二) 阵发性心动过速

尽快做心电图以确定心动过速的性质并测血压。血压过低者(收缩压低于90mmHg或高血压者较平时降低80mmHg以上)应立即采取措施以提高血压[参阅二、(六)、1]。

1. 室上性(房性、交界性)心动过速

(1) 静脉内注射毛花甙C。近日未用过洋地黄类制剂者, 第一次给0.4~0.6mg。2~3小时后, 如发作未控制, 可再给0.2~0.4mg(均稀释于5~25%葡萄糖液内), 必要时2小时后再给0.2mg。已用维持量洋地黄类制剂者, 第一次

用毛花甙C 0.2~0.4mg。需要时，2~3小时后再给 0.2mg。

(2) 如病情需要尽快纠正而又无明显心衰，或用毛花甙C无效者，可选用下列药物之一：

维拉帕米（异搏定，Isoptin）5~10mg稀释于 5~25%葡萄糖 10ml内，在心电图监测下缓慢静脉注射。如恢复窦性心律，立即停止注射。凡近期内用过 β -阻滞剂者禁用。

胺碘达隆300mg稀释在100ml生理盐水或5%葡萄糖液中，30分钟内滴完。

(3) 以上药物无效时，口服奎尼丁，每2小时1次，每次0.2g，到发作停止为止；但1天内最多给 5~6次。

2. 室性心动过速：

(1) 密切观察血压与心电图。尽快建立静脉通道准备输液。血压过低者立即采取措施提高与维持血压（参阅二、

（六）1）。准备好除颤起搏器，并做好心肺复苏的准备。

(2) 首先经三通管静脉内缓慢注入（1分钟）利多卡因 50~100mg，观察5分钟。如心律未纠正，每5分钟给 50mg，直至心律纠正或总量达 250mg（5mg/kg 体重）为止。如发作得到控制，可接着在每 100ml 液体中加入利多卡因 100~200mg，静脉内滴注。每分钟 1~3mg，以防止复发。亦可在密切观察血压与心电图的情况下，静脉内缓慢注入美西律或普罗帕酮。美西律第一次 100~200mg，如心律未纠正，继续静脉滴注 1~4mg/分。注意血压，心电图示波观察有无心动过缓或房室传导阻滞。急性心肌梗塞心功能不全，普罗帕酮用量一般应较小，可首次给 35mg，小壶滴入或稀释于 20ml 液体中静脉注射。如 1 小时内无效，可再给 1 次。

(3) 如上述药物无效时，不应过多再试用其它药物。

拮立即在安定 (Diazepam) 静脉注射起作用后进行直流电同步心律转复。电量按不同除颤器用100~300焦耳(方法见房颤一节)。

(4) 如心律紊乱及停用利多卡因或美西律、普罗帕酮后,可口服维持量美西律,剂量同前。

(5) 如室性心动过速疑为洋地黄毒性反应所致,宜先(静脉内注射苯妥英纳(大仑丁, Phenytoin, Dilantin),先在5~6分钟内注入150mg(以注射用水稀释至10ml),如血压下降或其他不良反应而心律尚未纠正,隔5分钟后,可再注入100mg(3~5分钟内),总量一般不超过500mg。无效时再使用利多卡因及补钾。在此情况下非必要时尽量避免电转复。

(6) 室速(或频发室早)并发高度或完全性房室传导阻滞者,应尽早使用临时导管起搏器及电转复。可静注苯妥英或溴苄胺托西酸盐(溴苄胺, Bretylium Tosylate) 250mg以控制发作。此时,特别是没有按装起搏器条件时,不宜先使用利多卡因、普鲁卡因胺(Procainamide)与奎尼丁亦需谨慎使用。

如未用起搏器,为防止室速反复发作,在Ⅰ度房室传导阻滞时可试用阿托品。Ⅱ度房室传导阻滞时可在密切观察下谨慎试用异丙肾上腺素(Isoprenaline)静脉滴注(方法见房室传导阻滞一节)。

(7) 对于扭转型室速,如Q-T延长者,则应用异丙肾上腺素0.05mg稀释于100ml液体中静脉滴注;如Q-T不延长者,则应用维拉帕米5mg稀释后静注。扭转型室速如果发作时间较长,则应按心脏骤停处理。

(三) 心房颤动