


中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

骨伤科 分册

总主编 / 何清湖 周 慎
主 编 / 卢 敏 主 审 / 姚共和

 湖南科学技术出版社



中西医临床用药手册

《中西医结合临床用药手册》编写组 编

骨伤科 分册

总主编：王德明 副主编：王德明
编委：王德明 王德明 王德明 王德明

人民卫生出版社



中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

骨伤科 分册

总主编 / 何清湖 周 慎

主 编 / 卢 敏

主 审 / 姚共和

副主编 / 杨少锋 谢心军 孙绍裘 吴官保

编 者 / (以姓氏笔画为序)

丁建辉	邓 博	卢 敏	朱付平	刘 勇	刘振云
刘新辉	孙绍裘	余 健	何 东	李卫宁	吴官保
杨少锋	张 波	姚晓勃	郭彦涛	聂 颖	徐 红
徐永贵	龚志贤	曹寅生	谢 娜	谢心军	董克芳
戴致波					

图书在版编目 (C I P) 数据

中西医临床用药手册. 骨伤科分册 / 何清湖, 周慎
总主编; 卢敏主编. — 长沙: 湖南科学技术出版社,
2010. 1

ISBN 978-7-5357-5984-9

I. ①中… II. ①何… ②周… ③卢… III. ①临床药
学—手册②骨损伤—用药法—手册 IV. ①R97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 003156 号

中西医临床用药手册 骨伤科分册

总主编: 何清湖 周慎

主 编: 卢敏

主 审: 姚共和

策划编辑: 邹海心

文字编辑: 唐艳辉

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731-84375808

印 刷: 长沙化勘印刷有限公司

(印装质量问题请直接与原厂联系)

厂 址: 长沙市青园路 4 号

邮 编: 410004

出版日期: 2010 年 3 月第 1 版第 1 次

开 本: 850mm×1168mm 1/32

印 张: 7.25

字 数: 228000

书 号: ISBN 978-7-5357-5984-9

定 价: 18.00 元

(版权所有·翻印必究)

《中西医临床用药手册》编委会

审 定：陈可冀 陈士奎 王 阶 蔡光先 尤昭玲

总主编：何清湖 周 慎

编 委：（以姓氏笔画为序）

马昌发	王大进	王云启	毛定安	兰红勤	卢 敏
田道法	任基浩	刘志军	孙绍裘	朱 伟	李 明
李元聪	李双杰	李东芳	李志英	李勇华	李慧芳
杨少锋	杨志波	杨建萍	肖 坚	旷惠桃	旷燕飞
吴官保	宋炜熙	陈兰玲	陈舒华	陈新宇	张宏耕
张志勇	张宝林	周德生	孟 琼	岳少杰	范伏元
姚小磊	胡 淳	胡随瑜	贺菊乔	赵国荣	席建元
秦裕辉	彭春辉	彭清华	蒋益兰	谢心军	谢民强
詹运开	雷 磊	熊 焰	蔡 美	谭元生	潘 博
潘敏求	黎月恒	魏湘铭			

学术秘书：刘朝圣

第一步，开展临床研究，摸索中西药结合应用的经验，证实其疗效，总结中西药结合应用的思路与方法。具体表现为三点：

一是辨证与辨病用药相结合。中医更注重辨证，着眼于整体，把人本身的阴阳失调和外部环境结合起来，强调因人、因时、因地制宜，用药时侧重平衡阴阳，调理气血，以调动机体内在抗病修复能力，但对病的局部往往重视不够；西医注重疾病诊断，注重病因、病理形态和病理生理的改变，治疗时往往注重局部病变而忽视整体。辨病与辨证相结合，既明确疾病的基本矛盾，又了解疾病各阶段的主要矛盾，这是中西药合理使用的前提。

二是发挥中西医药理论对临床应用的指导作用。用西医药理指导中药应用有时是不恰当的。如小檗碱（黄连素）能消炎，但临床用于肠炎有时无效，这是因为肠炎属中医“泄泻”范畴，泄泻的辨证有寒热虚实，黄连及其小檗碱只适用于湿热泄泻，对于虚寒泄泻非但无效，反而有害。同样，用中医药理论指导西药应用也不恰当。如目前市场上可供选择使用的抗高血压药物有60余种，可分为利尿药、 β 受体阻滞药、钙拮抗药、血管紧张素转化酶抑制药、血管紧张素II受体阻滞药、 α 受体阻滞药、血管扩张药、交感神经阻滞药等。临床必须弄清患者的高血压类型及发病机制，合理选用降压药，笼统地应用一种降压药治疗高血压，疗效不理想。这就需要临床医师既要掌握中医药基本理论，又要掌握现代医药基本理论，才能发挥中西药结合的优势。

三是发挥中西药各自优势，取长补短。如病毒感染，选用既对“证”而又有良好抗病毒作用的中药为主治疗，必要时辅以西药对“症”处理。恶性肿瘤患者采用化学药物治疗（简称化疗）和放射治疗（简称放疗）的同时，辅以扶正祛邪中药，以增强机体免疫力，减轻化疗、放疗的不良反应，促进机体康复。急性心肌梗死患者，救治以西药为主、中药为辅，或单用西药；而康复治疗则以中药为主、西药为辅，或单用中药。

第二步，加强传统中药理论研究，这是实现中药现代化的关

第一步，开展临床研究，摸索中西药结合应用的经验，证实其疗效，总结中西药结合应用的思路与方法。具体表现为三点：

一是辨证与辨病用药相结合。中医更注重辨证，着眼于整体，把人本身的阴阳失调和外部环境结合起来，强调因人、因时、因地制宜，用药时侧重平衡阴阳，调理气血，以调动机体内在抗病修复能力，但对病的局部往往重视不够；西医注重疾病诊断，注重病因、病理形态和病理生理的改变，治疗时往往注重局部病变而忽视整体。辨病与辨证相结合，既明确疾病的基本矛盾，又了解疾病各阶段的主要矛盾，这是中西药合理使用的前提。

二是发挥中西医药理论对临床应用的指导作用。用西医药理指导中药应用有时是不恰当的。如小檗碱（黄连素）能消炎，但临床用于肠炎有时无效，这是因为肠炎属中医“泄泻”范畴，泄泻的辨证有寒热虚实，黄连及其小檗碱只适用于湿热泄泻，对于虚寒泄泻非但无效，反而有害。同样，用中医药理论指导西药应用也不恰当。如目前市场上可供选择使用的抗高血压药物有60余种，可分为利尿药、 β 受体阻滞药、钙拮抗药、血管紧张素转化酶抑制药、血管紧张素II受体阻滞药、 α 受体阻滞药、血管扩张药、交感神经阻滞药等。临床必须弄清患者的高血压类型及发病机制，合理选用降压药，笼统地应用一种降压药治疗高血压，疗效不理想。这就需要临床医师既要掌握中医药基本理论，又要掌握现代医药基本理论，才能发挥中西药结合的优势。

三是发挥中西药各自优势，取长补短。如病毒感染，选用既对“证”而又有良好抗病毒作用的中药为主治疗，必要时辅以西药对“症”处理。恶性肿瘤患者采用化学药物治疗（简称化疗）和放射治疗（简称放疗）的同时，辅以扶正祛邪中药，以增强机体免疫力，减轻化疗、放疗的不良反应，促进机体康复。急性心肌梗死患者，救治以西药为主、中药为辅，或单用西药；而康复治疗则以中药为主、西药为辅，或单用中药。

第二步，加强传统中药理论研究，这是实现中药现代化的关

键课题，也是构建中西药结合体系的前提条件。千百年来传统中药理论一直指导着临床用药，是中医药理论的精华部分。而传统中药理论又是最难实现现代化的部分。如用提取分离方法研究中药物质基础，其提取的成分未必全是有效成分，须经药理实验证明其有效性；即使证实属于有效成分，还必须体现中药药性理论中的四气五味、归经、升降浮沉、功效之间的联系，方可使用。进一步说，每一味中药性味、归经各有不同，按“君、臣、佐、使”组成的复方又千差万别，如何体现这些理论在物质基础、药效、质量控制及作用机制等方面的差异，体现中药化学成分的定性定量与药效间的相互关联，获得安全、有效、均匀、稳定的中药规范和标准，都需要加强研究。

第三步，中西药理学理论、方法互相渗透、互相融合，形成具有独特优势的中西药结合体系。将中西药理学体系中各分支学科进行对比不难发现，除基础理论的差异性较大以外，其他分支学科具有较强的互通性。如药理学与中药药理学、中药化学与药物化学、中药制剂学与药剂学、中药药材学与生药学等，由于中药学的一些分支学科相对年轻，一般都借鉴了现代药学的研究方法。由于中药学研究对象更复杂，研究方法也需要更综合、更前沿。

西医临床用药与中医临床用药各有特色与优势，自成体系。总体来说，西医用药重在辨病，而中医用药重在辨证；西医用药重在局部，针对性较强，而中医用药重在整体，协调性较强；西医用药以化学药物为主体，而中医用药以自然药物为主体。如何在临床上将两种用药方法相互结合，以取长补短，优势互补，提高临床疗效，降低不良反应，使患者达到最大治疗效果，是我国医学界、特别是中西医结合医学应努力探索的主体问题。受国家中医药管理局安排，由湖南中医药大学作为牵头业务单位，负责组织全国 30 余家中西医结合重点医疗单位和重点专科，完成“中西医结合优势单病种诊疗规范”课题的研究，借此课题研究的同时，我们与湖南科学技术出版社协商，编纂了《中西医临床用药手册》丛书，旨在为各科临床医师提供一套系统的中西医临

床用药指导丛书。

《中西医临床用药手册》丛书以临床用药为主体内容，突出中西医结合的特色，包括临床用药的总体思路、方案和具体方法，以及临床结合用药的注意事项，尽量做到每部书稿思路清楚，方法具体、详细，科学、规范，强调先进性和实用性。

丛书以临床学科设子书书名，以类病为章，以单病种为节。节下设无题概述、用药思路、西医常规用药方案、西医特殊用药方案、中医辨证治疗方选、名医用药经验方选、中药成药用药方案和注意事项。

1. 无题概述 简述该病基本概念、分类、发病率、临床特点、西医基本病因病理；另段简述中医相应病名（含国家标准病名、中医传统病名）、病因病机。

2. 用药思路 分析本病中、西医临床用药的特色、优势与不足，概述中西医临床用药的目的、基本思路和原则。要求分析客观，思路清楚，具有指导意义。

3. 西医常规用药方案 介绍本病西医常规用药的方案，具体分类设置标题，根据具体病种不同而定，要求分类（分题）科学合理，切合临床实际。用药方法介绍，药名、剂量规范，具体、详细，易于使用。

4. 西医特殊用药方案 介绍本病特殊人群、特殊病情、合并病症等临床特殊情况的用药方案。

5. 中医辨证治疗方选 介绍本病中医常见证型以及各证的主症、治法、方药和加减等。

6. 名医用药经验方选 介绍现代名老中医对本病独特的用药经验和方法（包括具体处方）。

7. 中药成药用药方案 介绍本病有针对性的中成药处方和用法。包含中成药名、处方组成、功能主治、用法用量（含使用注意）。

8. 注意事项 介绍本病中西医临床用药的使用注意事项。

本丛书的编纂是在中国中西医结合学会的指导下，由湖南省

中西医结合学会和湖南中医药大学具体负责组织完成，各分册主编多由湖南省中西医结合学会各专业委员会主任委员担任。虽然我们抱着“锐意创新，敢为人先”的精神并用极大的热情去做这么大的一个工程，但由于学识水平有限，时间较紧，加上中西医结合本身是一个创新性的学科，对其学科内涵以及研究的思路与方法，还有许多值得商榷的地方，且“仁者见仁，智者见智”，我们也就权当抛砖引玉，希望各位读者能多提宝贵意见，以便再版时进一步修订与完善！同时，对陈可冀院士、陈士奎教授、王阶教授、蔡光先教授、尤昭玲教授对本丛书的审定表示衷心的感谢！

何清湖

2009年5月

编写说明

在骨伤科医疗临床实践工作中,应用药物治疗骨伤科各种疾病占有相当大的比重。医师通常根据疾病类型、致病菌种类、个人经验等选用西药或中药治疗。随着现代医学水平的提高及新药种类的增加,治疗骨伤科疾病的西药层出不穷,中药治疗骨伤科疾病的疗效亦有目共睹,中西医结合应用药物治疗的情况日趋普遍。本书编纂的目的为骨伤科医师提供比较系统的中西医结合临床用药指导,以发挥中西医结合的优势,取长补短,提高临床疗效。

本书选取骨伤科常见病、多发病,分析该病中西医结合临床用药特色、优势与不足,介绍西医常规用药、特殊用药方案和中医辨证治疗方选,专列现代名老中医用药经验,并且根据《中华人民共和国药典》(2005年版)、《中华人民共和国卫生部药品标准》,介绍该病有针对性的中成药处方和用法。因本书限于介绍药物治疗,故手术、手法、理疗、针灸等治疗方法简述或不予介绍。

药物治疗骨伤科疾病的研究,目前还处于发展阶段,不少问题尚需深入研究,现在的一些认识可能带有片面性甚至错误,有待今后提高和更正。

本书引用的有关内容,有不少是医药界同道、前辈的宝贵经验,他们从事过的大量研究工作,为本书的编写提供了丰富资料,在此谨表示诚挚的谢意。

本书的出版和编著,得到了湖南中医药大学附属一医院、附属二医院骨伤科的大力支持,在此衷心感谢。

由于水平所限,不足之处难以避免,敬请读者指正。

卢敏

2009年5月

目 录

第一章 急性创伤	(1)
第一节 创伤性休克	(1)
第二节 筋膜间隔综合征	(7)
第三节 脂肪栓塞综合征	(11)
第四节 下肢深静脉栓塞	(17)
第五节 周围神经损伤	(22)
第六节 软组织扭伤和挫伤	(28)
第七节 骨折	(33)
第八节 关节脱位	(43)
第二章 运动系统慢性损伤	(47)
第一节 肩关节周围炎	(47)
第二节 肱骨外上髁炎	(53)
第三节 腕管综合征	(56)
第四节 滑囊炎	(58)
第五节 腱鞘炎	(61)
第六节 跟痛症	(64)
第七节 股骨头缺血性坏死	(66)
第八节 胫骨结节骨软骨病	(77)
第九节 落枕	(80)
第十节 第3腰椎横突综合征	(83)
第十一节 梨状肌综合征	(87)
第三章 颈、腰椎退行性疾病	(91)
第一节 颈椎病	(91)
第二节 腰椎间盘突出症	(99)
第三节 腰椎管狭窄症	(106)
第四节 腰椎滑脱	(113)
第四章 骨与关节化脓性感染	(118)
第一节 急性化脓性骨髓炎	(118)

第二节	慢性化脓性骨髓炎·····	(125)
第三节	骨脓肿·····	(127)
第四节	硬化性骨髓炎·····	(131)
第五节	化脓性关节炎·····	(137)
第五章	非化脓性关节炎·····	(143)
第一节	骨关节炎·····	(143)
第二节	强直性脊柱炎·····	(150)
第三节	类风湿性关节炎·····	(157)
第四节	痛风性关节炎·····	(162)
第六章	骨关节结核·····	(169)
第七章	代谢性骨病·····	(174)
	骨质疏松症·····	(174)
第八章	骨肿瘤·····	(180)
第一节	骨瘤·····	(180)
第二节	骨样骨瘤·····	(182)
第三节	骨软骨瘤·····	(183)
第四节	内生软骨瘤·····	(184)
第五节	骨肉瘤·····	(185)
第六节	软骨肉瘤·····	(197)
第七节	骨纤维肉瘤·····	(202)
第八节	转移性骨肿瘤·····	(204)
第九节	骨囊肿·····	(209)
第十节	骨纤维异样增殖症·····	(212)

第一章 急性创伤

第一节 创伤性休克

休克是机体受到不同的致病因素强烈侵袭，如严重损伤、感染、大出血、过敏以及心脏功能不全等，使有效循环血量锐减而引起微循环障碍，造成全身组织、器官氧合血液灌注不足，以及由此而继发的细胞缺氧和一系列代谢障碍的综合征。其典型的临床症状是血压下降、脉细数无力、四肢湿冷、呼吸浅数、尿量减少、意识障碍等。

创伤性休克是由于机体遭受严重创伤、重要脏器损伤等造成大出血或血浆丢失，使有效循环血量锐减。除此之外，尚因剧烈疼痛、恐惧，加上组织破坏后分解产物的释放和吸收等因素可加重休克的过程。因此，创伤性休克较失血性休克病因病理复杂得多，其器官衰竭并发症发生率亦高于单纯的失血性休克，在治疗时应注意密切观察和及时防治。

引起休克的原始发病因素虽有所不同，但有效循环量的锐减却是它们的共同点。创伤性休克多因严重损伤，使血浆或全血丧失至体外，加上损伤部位的出血、水肿和渗出到组织间隙的体液不能参与循环，可使循环血量大减。又因受伤组织逐渐坏死或分解，产生具有血管抑制作用的蛋白分解产物，如组胺、蛋白酶等，引起微血管扩张和管壁通透性增加，也使有效血量进一步减少，组织更加缺血、缺氧。

微循环障碍是休克的基本发病环节，近年来对休克机制的研究已由微循环水平进入到细胞、亚细胞和分子水平。休克的主要病理生理表现为，因严重广泛组织血流灌注不足而致细胞损伤、代谢障碍、凝血功能失常，乃至后期发展为多器官功能严重不全。

创伤性休克属于中医脱症的范畴，系由损伤使血液及津液大量耗损，而致本元不固，形成气随血脱、气随液泄的病变。

用药思路

1. 用药时应避免肝肾功能损害，维护肝肾功能，不仅对挤压伤、多处伤、烧伤极为重要，而且有利于机体对水分、电解质、酸碱度的调节。急性

肾衰竭的基本原因是缺血和肾毒物质的作用。为此，在扩容的基础上，可选用 β_2 受体（如小剂量多巴胺、普萘洛尔）或普鲁卡因（配成合剂静脉滴注）以增加肾灌注，用呋塞米或者依他尼酸增加尿量，用碳酸氢钠使尿碱化，以利创伤后形成物质排出。中医运用利尿药。

2. 头部伤、烧伤、腹部伤等可能并发症应激性溃疡出血。除了限制饮食以外，必要时可用胃管减压，并取出胃液鉴定出血和滴定酸度，考虑选用制酸药，以降低出血率。可运用护胃止血类中药。

3. 休克可使创伤并发感染率增高，感染可加重休克。故必须重视感染的防治，不仅应早期开始用抗生素，而且要妥善处理创伤局部。可使用清热解毒类中药方剂。

西医常规用药方案

1. 及时补充血容量 有效血容量的减少是创伤性休克病理变化的最基本因素，因此治疗中要优先考虑。而血容量的判断迄今还没有既能运用于临床，而又能完全准确地测量的方法。目前临床多根据临床的综合表现、动脉压、尿量、中心静脉压等项作为有效循环血容量是否充足的判断依据。

创伤性休克多以失血为主，也有一定程度的细胞外液减少，应以输血为主，但在急救时，如输血条件有困难，可先输入胶体溶液以维持血容量。临床主要根据失血量的多少和休克的严重程度安排输液计划，常用的胶体溶液有中分子或低分子右旋糖酐，用量不宜超过 1000 mL，低分子右旋糖酐用量过多有出血倾向。在失血量大的情况下则要继续输血和补充细胞外液，可用乳酸钠林格液，一般以输入以后血细胞比容不低于 20%~30% 为宜。补充量视缺血及失液情况而定。

2. 维持电解质和酸碱平衡 创伤性休克时电解质变化较复杂，一般受以下几个因素的影响：包括组织细胞损害的范围和程度，溶血与否，酸碱平衡失调情况，治疗措施，药物使用，胃肠道及肾功能情况。

治疗时可根据不同情况，每日测定 1~2 次血电解质含量，以作为补充和限制的依据。

创伤性休克时，组织的低灌注状态是酸中毒的基本原因。以此解决酸中毒最根本的方法是改善微循环的灌注状态，并保持肾功能的健全。

治疗酸中毒时，可按下列公式计算所需的碱性缓冲液：

$[\text{正常二氧化碳结合力}(\text{mmol/L}) - \text{测得的二氧化碳结合力}(\text{mmol/L})] \times 0.3 \times \text{体重} = \text{所需碱性缓冲液的毫克当量数}$ 。正常的二氧化碳结合力一般以

27 mmol/L计算。临床上常按公式计算先输入半量，以后根据情况以及化验再决定是否继续应用。

3. 维护及恢复心、肺、肾功能

(1) 心脏功能的维持：

1) 心律的控制：

①心动过速：是休克患者机体的代偿反应，也是休克发生的早期征象，改善低血容量是改善心率并增加心排血量的有效措施，当大量快速输血液，出现中心静脉压增高而心排血量不足时，可应用少量洋地黄类药物。一般常用毛花苷C，首次量0.4 mg，以后每4~6小时补加0.2~0.4 mg，每日总量不超过1.2 mg，以50%葡萄糖注射液20~40 mL稀释后缓注。

②窦性心动过缓：除非心率慢于40次/min以下，才会使心排血量有所降低。过缓时，可静脉注射阿托品1~2 mL或异丙肾上腺素1~2 mL加入5%或10%葡萄糖注射液200 mL内静脉滴注。

2) 心律失常：须根据心电图诊断。治疗主要消除病因、给氧、纠正电解质紊乱。

3) 增加心肌收缩力：

①输液：在创伤性休克时，患者中心静脉压正常或降低，静脉输入大量液体以增加心排血量，但应严密防止肺水肿发生。

② β 肾上腺素类药物：常用异丙肾上腺素，5~10 $\mu\text{g}/\text{min}$ ，输入后能明显增加心脏收缩力，但往往也增加心肌耗氧量和心室应激性。

③生脉注射液：生脉注射液20 mL加5%或10%葡萄糖注射液200~500 mL静脉滴注。

(2) 肺功能的维护：

1) 给氧：在呼吸困难，缺氧情况下，氧分压低于70 mmHg以下时，应给氧，氧流量5~8 L/min（用鼻管或面罩法给氧），吸入35%~40%的氧，使氧分压达60~80 mmHg。

以上方法无效，应采用简易呼吸器、麻醉机辅助通气以达到充分给氧，使动脉氧分压达到70~90 mmHg、动脉二氧化碳分压在30~50 mmHg，若无条件做血气分析，可用潮气量10~15 mL/kg，呼吸次数12~18次/min，以后视病情做必要调整。同时要注意吸入气的湿化，以防痰变干稠，可配用雾化疗法。雾化液的配制： α 糜蛋白酶5 mg，异丙肾上腺素1 mg，庆大霉素4万U，地塞米松2 mg，加蒸馏水至250 mL。

2) 药物治疗：尼可刹米（可拉明）0.25~0.5 g，肌内注射，或缓慢

(1~2分钟)静脉注射。山梗菜碱(洛贝林)3~10 mg 肌内注射或缓慢(1~2分钟)静脉注射。二甲弗林8 mg 肌内注射或8~16 mg 缓慢(1~2分钟)静脉注射。以上诸药均可加入液体中,按需要配成不同浓度滴注,维持呼吸功能。

(3) 肾功能的维护:

1) 补液及纠正休克:对严重休克者,应放留置导尿管,准确记录每小时尿量。若低血容量及低血压可采用快速输液提高心室充盈压力,以恢复血压纠正休克。

2) 适当的利尿药:休克时由于肾血流灌注不足和存在一定程度的水、钠潴留,以及脑及全身水肿,应及时采用脱水利尿药。

①甘露醇:用20%甘露醇溶液125~250 mL,在30分钟内静脉注射,使尿量从每小时20 mL以下提高到40 mL以上,必要时可于6小时后重复使用,但每日总量不能超过500 mL。

②呋塞米:每次40~100 mg 静脉滴注,一般每日总量不超过400~600 mg。但在肺水肿、脑水肿患者,每日总量可达2~3 g。

③利尿合剂:由普鲁卡因0.5~1.5 g,维生素C 1.0~3.0 g,氨茶碱0.125~0.25 g,10%葡萄糖注射液500 mL或甘露醇250 mL配制,静脉滴注。

西医特殊用药方案

1. 创伤初期应避免止痛药,必须在明确诊断的情况下使用,以免掩盖病情,延误治疗。至于创伤对神经的强烈刺激,可使用哌替啶等镇痛药,但应避免呼吸中枢受药物抑制。如使用盐酸哌替啶,肌内注射25~100 mg/次,必要时3~6次/d。

2. 有时可使用普鲁卡因或利多卡因实行神经封闭术,如颈交感神经与迷走神经封闭术。

3. 预防应激性溃疡药物 严重创伤可引起应激性溃疡致消化道大出血,使用H₂受体阻断药、抑制胃酸分泌,可起到预防作用。西咪替丁:0.4 g+0.9%氯化钠注射液100 mL,静脉滴注1~2次/d。雷尼替丁:0.05 g+0.9%氯化钠注射液100 mL,静脉滴注,1~3次/d。

中医辨证治疗方选

1. 虚证