



临床医学专业用书

临床常见病 诊断要点与

处方用药



主编 陈利昌

LINCHUANG CHANGJIANBING
ZHENDUAN YAODIAN YU
CHUFANG YONGYAO

 郑州大学出版社



临床医学专业用书

临床常见病 诊断要点与



处方用药

主编 陈利昌

LINCHUANG CHANGJIANBING
ZHENDUAN YAO DIAN YU
CHUFANG YONGYAO



郑州大学出版社

郑州

图书在版编目(CIP)数据

临床常见病诊断要点与处方用药/陈利昌主编. —郑州:
郑州大学出版社, 2014. 8

ISBN 978-7-5645-1907-0

I. ①临… II. ①陈… III. ①常见病-诊疗②常见病-用药法
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 149612 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人: 王 锋

全国新华书店经销

河南旺高印务有限公司印制

开本: 710 mm×1 010 mm 1/16

印张: 18.25

字数: 273 千字

版次: 2014 年 8 月第 1 版

邮政编码: 450052

发行电话: 0371-66966070

印次: 2014 年 8 月第 1 次印刷

书号: ISBN 978-7-5645-1907-0 定价: 42.00 元

本书如有印装质量问题, 由本社负责调换

前言

PREFACE

“工欲善其事，必先利其器”，足够的医学知识、临床经验和正确的临床思维模式，是成为好医生的必备条件。当今医学技术迅猛发展，新理论、新技术、新方法不断应用于临床，以及医学模式和人们观念的转变、人口老龄化及疾病谱的变化，患者对医疗卫生服务的需求不断提高，给临床医生提出了更高的要求。所以，临床医生只有不断“充电”，才能更好地为人民的健康服务。为此，我们编写了这本《临床常见病诊断要点与处方用药》，既反映临床常见病的诊断要点与思维方式，也介绍了常见病治疗处方与用药，供临床医生阅读参考。

本书每个章节主要包括【诊断要点】【鉴别诊断】【治疗思路】【处方用药】等方面的内容，反映出诊断、治疗疾病的思路与流程和主要处理措施。【诊断要点】主要介绍“症状”“体征”“辅助检查”等，突出特征性症状和体征；【鉴别诊断】反映的是鉴别要点，主要症状的对比鉴别，这在临床上是难点，往往也被忽略，在此强调这个思路的重要性；【治疗思路】和【处方用药】是治疗原则的演示，某种程度上也是治疗原则的细化，对有些疾病的治疗列出“处方举例”，相同的处方或类似的处方则从略。其实，临床上对每个疾病的处理所涉及的知识远不止于此，但这几个方面具有提纲挈领的作用，旨在帮助读者执简就繁。

“德不近佛者不可以为医，才不近仙者不可以为医”这是外科之父裘法祖的至理名言。生死攸关的大事，“如临深渊，如履薄冰”一点也不为过。医者，其修远兮。

由于本人水平有限，书中难免有错漏之处，敬请各位专家、读者指正，便于积累、完善。

编者

2014年3月

目 录

CONTENTS

第一章 呼吸系统疾病	1
第一节 慢性支气管炎	1
第二节 慢性肺源性心脏病	5
第三节 支气管哮喘	8
第四节 肺炎球菌性肺炎	14
第五节 肺结核	17
第六节 慢性呼吸衰竭	22

第二章 循环系统疾病	27
第一节 心力衰竭	27
第二节 心律失常	40
第三节 原发性高血压	50
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	57
第五节 风湿性心瓣膜病	67

第三章 消化系统疾病	78
第一节 胃炎	78
第二节 消化性溃疡	82
第三节 肝硬化	86
第四节 急性胰腺炎	92
第五节 上消化道大量出血	96

第四章 泌尿系统疾病	101
第一节 尿路感染	101

第二节	慢性肾小球肾炎	106
第三节	慢性肾功能不全	107
第五章	血液系统疾病	114
第一节	缺铁性贫血	114
第二节	再生障碍性贫血	117
第三节	白血病	121
第六章	内分泌及代谢性疾病	136
第一节	糖尿病	136
第二节	甲状腺功能亢进症	151
第三节	痛风	158
第七章	风湿病	163
第一节	系统性红斑狼疮	163
第二节	类风湿性关节炎	167
第八章	神经系统疾病	172
第一节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经炎	172
第二节	急性脑血管疾病	175
第三节	癫痫	194
第九章	常见肿瘤疾病	201
第一节	肺癌	201
第二节	胃癌	204
第三节	原发性肝癌	207
第四节	食管癌	210
第五节	大肠癌	213
第六节	乳腺癌	217

第十章	理化因素所致疾病	221
第一节	中毒总论	221
第二节	急性有机磷杀虫剂中毒	225
第三节	急性一氧化碳中毒	229
第四节	中暑	231
第五节	镇静催眠药中毒	233
第十一章	传染病	238
第一节	概述	238
第二节	病毒性肝炎	244
第三节	艾滋病	255
第四节	疟疾	258
第十二章	常见精神疾病	264
第一节	精神分裂症	264
第二节	抑郁症	270
第三节	焦虑症	273
第十三章	心肺脑复苏	277
第一节	概述	277
第二节	复苏	278

CHAPTER 1

第一章

呼吸系统疾病

第一节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支)临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征,病情若缓慢进展,常并发阻塞性肺气肿,甚至肺动脉高压、肺源性心脏病,尤以老年人多见。

诊断要点

根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续3个月,连续两年或以上,并排除其他心、肺疾患(如肺结核、尘肺、哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病、心力衰竭等)时,做出初步诊断。

(一) 症状

多缓慢起病,病程较长,反复急性发作而加重,主要症状有慢性咳嗽、咳痰、喘息。开始症状轻微,如吸烟、接触有害气体、过度劳累、气候变冷或感冒后,则引起急性发作或加重。或由上呼吸道感染迁延不愈,演变发展为慢支。到夏天气候转暖时多可自然缓解。

1. 咳嗽 咳嗽严重程度视病情而定,一般晨间咳嗽较重,白天较轻,晚间睡前有阵咳或排痰。

2. 咳痰 常以清晨排痰较多,痰液一般为白色黏液或浆液泡沫性,偶尔可带血。急性发作伴有细菌感染时,则变为黏液脓性,咳嗽和痰量亦随之增

加。若有严重而反复咯血,提示严重的肺部疾病,如肿瘤。

3. 喘息或气急 喘息性慢支有支气管痉挛,可引起喘息,常伴有哮鸣音。早期无气急现象。

(二) 体征

本病早期可能没有任何异常体征。急性发作期可有散在的干、湿性啰音,多在背部及肺底部,咳嗽后可减少或消失。啰音的多寡或部位不一定。喘息型者可听到哮鸣音及呼气延长,而且不易完全消失。并发肺气肿时有肺气肿体征。

(三) 临床分型、分期

1. 分型 一般分为单纯型和喘息型两型。单纯型的主要表现为咳嗽、咳痰;喘息型者除有咳嗽、咳痰外尚有喘息,伴有哮鸣音,喘息在阵咳时加剧,睡眠时明显。

2. 分期 按病情进展可分为三期:

(1) 急性发作期 指在1周内出现脓性或黏液脓性痰,痰量明显增加,或伴有发热等炎症表现,或“咳”、“痰”、“喘”等症状任何一项明显加剧。

(2) 慢性迁延期 指有不同程度的“咳”、“痰”、“喘”症状迁延1个月以上者。

(3) 临床缓解期 经治疗或临床缓解,症状基本消失或偶有轻微咳嗽,少量痰液,保持两个月以上者。

(四) 辅助检查

1. X射线检查 早期可无异常。病变反复发作,引起支气管管壁增厚,细支气管或肺泡间质炎症细胞浸润或纤维化,可见两肺纹理增粗、紊乱,呈网状或条索状、斑点状阴影,以下肺野较明显。

2. 呼吸功能检查 早期常无异常。发展到气道狭窄或有阻塞时,就有阻塞性通气功能障碍的肺功能表现,如第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值减少($<70\%$),最大通气量减少($<$ 预计值的 80%);流速-容量曲线减低更为明显。

3. 血液检查 慢支急性发作期或并发肺部感染时,可见白细胞计数及中性粒细胞增多。喘息型者嗜酸性粒细胞可增多。缓解期多无变化。

4. 痰液检查 涂片或培养可见肺炎球菌、流感嗜血杆菌、甲型链球菌及奈瑟球菌等。涂片中可见大量中性粒细胞、已破坏的杯状细胞。喘息型者常见较多的嗜酸性粒细胞。



鉴别诊断

慢性支气管炎须与下列疾病相鉴别：

1. 支气管哮喘 哮喘常于幼年或青年突然起病，一般无慢性咳嗽、咳痰史，以发作性哮喘为特征。发作时两肺布满哮鸣音，缓解后可无症状。常有个人或家族过敏性疾病史，喘息型慢支多见于中、老年，一般以咳嗽、咳痰伴发喘息及哮鸣音为主要症状，感染控制后症状多可缓解，但肺部可听到哮鸣音。典型病例不难区别。

2. 支气管扩张 具有咳嗽、咳痰反复发作的特点，合并感染时有大量脓痰，或有反复和多、少不等的咯血史。肺部以湿性啰音为主，多位于一侧且固定在下肺。可有杵状指（趾）。X 射线检查常见下肺纹理粗乱或呈卷发状。支气管造影或 CT 可以鉴别。

3. 肺结核 肺结核患者多有结核中毒症状或局部症状（如发热、乏力、盗汗、消瘦、咯血等）。经 X 射线检查和痰结核菌检查可以明确诊断。

4. 肺癌 患者年龄常在 40 岁以上，特别是有多年吸烟史，发生刺激性咳嗽，常有反复发生或持续的痰血，或者慢性咳嗽性质发生改变。X 射线检查可发现有块状阴影或结节状影或阻塞性肺炎。查痰脱落细胞经纤支镜活检一般可明确诊断。

5. 硅肺及其他尘肺 有粉尘和职业接触史。X 射线检查肺部可见结节，肺门阴影扩大及网状纹理增多，可做出诊断。



治疗思路

针对慢支的病因、在急性发作期和慢性迁延期应以控制感染和祛痰、镇咳为主。伴发喘息时，应予解痉平喘的治疗。对临床缓解期宜加强锻炼，增强体质，提高机体抵抗力，预防复发为主。

Rx 处方用药

1. 控制感染 视感染的主要致病菌和严重程度或根据病原菌药敏选用抗生素。轻者可口服,较重患者用肌肉注射或静脉滴注抗生素。常用的有青霉素、头孢菌素类、阿奇霉素等抗生素,能单独应用窄谱抗生素应尽量避免使用广谱抗生素,以免二重感染或产生耐药菌株。处方举例:

※ 青霉素 480 万 U	静脉滴注 每日 2 次
生理盐水 250 mL	

※ 头孢拉定 2.0 g	静脉滴注 每日 2 次
生理盐水 250 mL	

※ 阿奇霉素 0.5 g	静脉滴注 每日 1 次
生理盐水 500 mL	

2. 祛痰、镇咳 对急性发作期患者在抗感染治疗的同时,应用祛痰、镇咳药物,以改善症状。迁延期病人尤应坚持用药,以求消除症状。常用药物有氯化铵合剂、溴己新、维静宁等。中成药止咳也有一定效果。对老年体弱无力咳嗽者或痰量较多者,应以祛痰为主,协助排痰,畅通呼吸道。应避免应用强的镇咳剂,如可待因等,以免抑制中枢及加重呼吸道阻塞和炎症,导致病情恶化。处方举例:

※ 氯化铵合剂 100 mg 口服 每日 3 次

※ 氨溴索 30 mg 口服 每日 3 次

※ 溴己新(必嗽平) 16 mg 口服 每日 3 次

※ 维静宁(咳必清) 25 mg 口服 每日 3 次

3. 解痉、平喘 常选用氨茶碱、特布他林(terbutaline)茶碱缓释片等口服。若气道舒张剂使用后气道仍有持续阻塞,可使用糖皮质激素,如泼尼松 20~40 mg/d。处方举例:

※ 氨茶碱 0.1 g 口服 每日 3 次

※ 茶碱缓释片 0.1 g 口服 每日 2 次

※ 特布他林(间羟舒喘灵,博利康尼) 2.5 mg 口服 每日 3 次

4. 气雾疗法 生理盐水气雾化吸入或加溴己新,可稀释气管内的分泌物,有利排痰。痰液黏稠不易咳出,目前超声雾化吸入有一定帮助,如用

沙丁胺醇(salbutamol、舒喘灵)等吸入剂。处方举例:

※ 沙丁胺醇气雾剂 1~2 喷 吸入 必要时

※ 特布他林气雾剂 1~2 喷 吸入 必要时

第二节 慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病是由于肺、胸廓或肺动脉血管慢性病变所致的肺循环阻力增加、肺动脉高压、进而使右心肥厚、扩大,甚至发生右心衰竭的心脏病。患病年龄多在 40 岁以上,急性发作以冬、春季多见。



诊断要点

根据患者有慢支、肺气肿、其他肺胸疾病或肺血管病变,逐渐出现脉动高压、右心室增大或右心功能不全表现,结合心电图、X 射线表现,超声心动图、肺功能或其他检查,同时排出其他心脏病,可以做出诊断。

(一) 肺、心功能代偿期

本期主要肺动脉瓣区可有第二心音亢进,提示有肺动脉高压。三尖瓣区出现收缩期杂音或剑突下示心脏搏动,多提示有右心肥厚、扩大,但无心衰。常有慢阻肺的表现。如慢性咳嗽、咳痰、气急,活动后可感心悸、呼吸困难、乏力和劳动耐力下降。体检可有明显肺气肿征,听诊多有呼吸音减弱,偶尔有干、湿性啰音,下肢轻微浮肿。

(二) 肺、心功能失代偿期

本期临床主要表现以呼吸衰竭为主,有或无心力衰竭。

1. 呼吸衰竭 多发生缺氧和二氧化碳潴留,临床表现详见本章第六节慢性呼吸衰竭。

2. 心力衰竭 以右心衰竭为主(详见第二章心力衰竭)。

(三) 辅助检查

1. X 射线检查 肺动脉高压征象,如右下肺动脉干扩张,其横径 ≥ 15 mm;其横径与气管横径之比值 ≥ 1.07 ;肺动脉段明显突出或其高度 ≥ 3 mm;右心

室增大征,皆为诊断肺心病的主要依据。

2. 心电图检查 电轴右偏,额面平均电轴 $\geq +90^\circ$,重度顺时针向转位, $RV_1+SV_5 \geq 1.05 \text{ mV}$ 及肺型P波为主要的诊断条件。

3. 超声心动图检查 右心室流出道内径($\geq 30 \text{ mm}$),右心室内径($\geq 20 \text{ mm}$),右心室前壁的厚度,左、右心室内径的比值(<2),右肺动脉内径或肺动脉干及右心房增大等指标,对于诊断肺心病有重要的价值。

4. 血气分析 肺心病肺功能失代偿期可出现低氧血症或合并高碳酸血症,当 $\text{PaO}_2 < 8.0 \text{ kPa}$ (60 mmHg)、 $\text{PaCO}_2 > 6.6 \text{ kPa}$ (50 mmHg)时表示有呼吸衰竭。



鉴别诊断

本病须与下列疾病相鉴别:

1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病) 肺心病与冠心病均多见于老年人,冠心病有典型的心绞痛、心肌梗死的病史或心电图表现,左心衰竭为主,有高血压病、高脂血症、糖尿病史,无慢性咳嗽、咳痰史。X射线胸片及心电图检查呈左心室肥厚为主的征象,无肺动脉高压征象。

2. 风湿性心瓣膜病 风湿性心脏病三尖瓣疾患应与肺心病的相对三尖瓣关闭不全相鉴别。前者往往有风湿性关节炎和心肌炎的病史,有其他瓣膜如二尖瓣、主动脉瓣病变,X射线、心电图、超声心动图可以鉴别。

3. 原发性心肌病 本病多为全心增大,无慢性咳嗽、咳痰病史,无肺动脉高压的X射线表现。

Rx 处方用药

(一) 急性加重期

1. 控制感染 应根据痰菌培养及药物敏感试验选择抗生素。在还没有培养结果前,根据感染的环境及经验选用抗生素。院外感染以革兰氏阳性菌占多数;院内感染则以革兰氏阴性菌为主。或选用二者兼顾的抗生素。常用的有青霉素类、氨基糖苷类、喹诺酮类及头孢类抗生素。处方举例:

※ 青霉素 240 万 U

生理盐水 250 mL

静脉滴注 每日2次

※ 头孢他啶(复达欣)2.0 g	静脉滴注 每日2次
生理盐水 250 mL	

2. 通畅呼吸道,纠正缺氧和二氧化碳潴留。

3. 控制心力衰竭 肺心病患者一般在积极控制感染,改善呼吸功能后心力衰竭便能得到改善。患者尿量增多,浮肿消退,肿大的肝缩小、压痛消失。无须加用利尿剂,但对上述治疗后不能缓解的较重患者可适当选用利尿、强心或血管扩张药等治疗。

(1) 利尿剂 可减轻右心负荷,消除浮肿。原则上宜小剂量、间歇给药。如氢氯噻嗪、氨苯蝶啶等。重度而急需行利尿的病人可用呋塞米(速尿)20 mg 肌肉注射或口服。利尿剂应用后出现低钾、低氯性碱中毒,使痰液黏稠不易排痰和血液浓缩,应注意预防。处方举例:

※ 氢氯噻嗪 25 mg 口服 每日3次

※ 氨苯蝶啶 50~100 mg 口服 每日3次

※ 呋塞米(速尿)20 mg 肌肉注射 每日1次

(2) 强心剂 肺心病患者多存在慢性缺氧及感染,对洋地黄类药物耐受性很低,疗效较差,且易发生心律失常,这与处理一般心力衰竭有所不同。强心剂的剂量宜小,一般约为常规剂量的1/2或2/3量,同时选用作用快、排泄快的强心剂,如毒毛花苷K 0.125~0.25 mg,或毛花苷C(西地兰)0.2~0.4 mg 加入10%葡萄糖注射液内缓慢静脉注射。用药前应注意纠正缺氧,纠正电解质紊乱,特别注意低钾血症,以免发生洋地黄中毒。处方举例:

※ 毒毛花苷K 0.125~0.25 mg	立即 缓慢静脉注射
50%葡萄糖注射液 20 mL	

※ 毛花苷C(西地兰)0.2~0.4 mg	立即 缓慢静脉注射
50%葡萄糖注射液 20 mL	

(3) 血管扩张剂的应用 血管扩张剂可以适当减轻心脏前、后负荷,降低心肌耗氧量,增加心肌收缩力,对部分顽固性心力衰竭有一定效果,是否对降低肺动脉高压有疗效,目前尚无定论。

(二) 缓解期

积极预防感染,增强患者的免疫功能,去除诱发因素,减少或避免急性

加重期的发生,是避免病情恶化的重点。

第三节 支气管哮喘

支气管哮喘主要表现为反复发作的伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难,可自行或治疗后缓解。半数在12岁以前发病,成人男、女患病率大致相同。约20%的患者有家族史。



诊断要点

根据有反复发作的哮喘史,发作时有带哮鸣音的呼气性呼吸困难,可自行缓解或支气管解痉剂得以缓解等特征,以及典型的急性发作症状和体征,除外可造成气喘或呼吸困难的其他疾病,可以做出诊断,但过敏原常不明确。

(一) 症状

多数患者有明显的过敏原接触史。发作前常有鼻痒、连续喷嚏、干咳等黏膜过敏先兆。继之出现伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难,胸闷被迫采取坐位,严重时出现发绀。持续数分钟至数小时或更长时间。可自行缓解或治疗后缓解。有些青少年其哮喘症状表现为运动时出现胸闷和呼吸困难(运动性哮喘)。

(二) 体征

胸部呈过度充气状态,有广泛的哮鸣音,呼气延长。心率增快、奇脉、胸腹反常运动和发绀常出现在严重哮喘中。

(三) 辅助检查

1. 血液常规检查 发作时可有嗜酸性粒细胞增高。如并发感染可有白细胞总数增高,分类中性粒细胞比例增高。

2. 痰液检查 涂片在显微镜下可见较多的嗜酸粒细胞退化形成的尖棱结晶、黏液栓和透明的哮喘珠。如合并呼吸道细菌感染,痰涂片革兰氏染色、细菌培养可找到病原菌。

3. 呼吸功能检查 在哮喘发作时有关呼气流速的全部指标均显著下降,一秒钟用力呼气量(FEV_1)、一秒钟用力呼气量占用力肺活量比值($FEV_1/FVC\%$)、最大呼气中期流速(MMFR)、25%与50%肺活量时的最大呼气流量(MEF25%与MEF50%)以及呼气流速峰值(PEF)均减少。缓解期可逐渐恢复。

4. 血气分析 哮喘发作时如有缺氧,可有 PaO_2 降低,由于过度通气可使 $PaCO_2$ 下降,pH值上升,表现呼吸性碱中毒。如重症哮喘,气道阻塞加重,可使 CO_2 潴留, $PaCO_2$ 上升,表现呼吸性酸中毒。如缺氧明显,可合并代谢性酸中毒。

5. 胸部X射线检查 哮喘发作时可见两肺透亮度增加,呈过度充气状态;在缓解期多无明显异常。如并发呼吸道感染,可见肺纹理增加及炎性浸润阴影等相应的X射线表现。



鉴别诊断

本病须与下列疾病相鉴别。

1. 心源性哮喘 心源性哮喘常见于左心心力衰竭,发作时的症状与哮喘相似,咳嗽,常咳出粉红色泡沫痰,两肺可闻广泛的水泡音和哮鸣音,左心界扩大,心率增快,心尖部可闻奔马律。

2. 喘息型慢性支气管炎 多见于中老年人,有慢性咳嗽史,喘息长年存在,有加重期。有肺气肿体征,两肺常可闻及水泡音。

3. 支气管肺癌 肺癌的呼吸困难及哮鸣症状进行性加重,常无诱因,咳嗽可有血痰,痰中可找到癌细胞,胸部X射线摄片、CT或MRI检查或纤维支气管镜检查常可明确诊断。



治疗思路

防治原则包括消除病因、控制急性发作、巩固治疗、改善肺功能、防止复发、提高病人的生活质量。根据病情,因人而异,采取综合措施。

Rx 处方用药

(一) 消除病因

应避免或消除引起哮喘发作的变应原和其他非特异性刺激,去除各种诱发因素。

(二) 控制急性发作

哮喘发作时应兼顾解痉、抗炎、去除气道黏液栓,保持呼吸道通畅,防止继发感染。一般可单用或联用下列药物。

1. β 肾上腺素能受体激动剂 β 肾上腺素能受体激动剂有极强的支气管舒张作用。该类物质主要通过兴奋 β 受体,激发腺苷酸环化酶,增加 cAMP 的合成,提高细胞内 cAMP 的浓度,舒张支气管平滑肌,稳定肥大细胞膜。异丙肾上腺素等对 α 、 β_1 和 β_2 受体有多种效应,目前已逐渐被 β_2 受体兴奋剂所代替。常用的 β_2 受体兴奋剂有沙丁胺醇(salbutamol)、特布他林(terbutaline)、氯丙那林(chlorprenaline);奥西那林(orciprenaline);丙卡特罗(procaterol)等。这些药物可在数分钟内起效,缓解症状迅速,可持续 3 ~ 6 h;久用可使 β_2 受体敏感性降低,可使气道高反应性加重,可能是近些年来哮喘死亡率增加的原因之一。目前多用吸入法,可达高浓度的吸入气道,作用迅速,全身副作用小。此外,少数患者可有头痛、头晕、心悸、手指颤抖等副作用,停药或坚持一段时间用药后可消失;也有耐药性产生,停药 1 ~ 2 周后可恢复敏感性。处方举例:

※ 沙丁胺醇气雾剂(喘乐宁气雾剂) 1~2 喷 必要时

※ 特布他林(博利康尼)2.5 mg 口服 每日 2 次

※ 氯丙那林 10 mg 口服 每日 3 次

※ 奥西那林 10 mg 口服 每日 3 次

2. 茶碱类药物 传统认为,茶碱是通过抑制磷酸二酯酶(PDE),减少 cAMP 的水解而起作用。氨茶碱临床常用口服量为 0.1 g,每日 3 次,多数人达不到有效血浆浓度。0.25 g 加入 10% 葡萄糖注射液 20 ~ 40 mL 缓慢静脉注射,如果过快或浓度过大可造成严重心律失常,甚至死亡。氨茶碱每日总量一般不超过 0.75 g 为宜。口服茶碱缓释片或氨茶碱控释片的血浆茶碱半