

临床常见用药误区解析丛书

神经科

常见用药误区解析

主编 李玲 魏慈 董艳红

资深临床药学和医学专家通力合作

“典型病例” 直击现实中的用药误区

“用药分析” 阐释用药误区导致的后果

“药师提示” 临床用药误区的妙招

“药物的合理选择” 谏言临床用药优选方案



临床常见用药误区解析丛书

神经科常见 用药误区解析

 中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书为临床常见用药误区解析丛书之一。本书共 15 章, 书中介绍了神经科临床常用药物相关基础知识, 包括各种常见药物的适应证、禁忌证、用法用量、不良反应、注意事项等内容; 重点结合典型临床实例, 从药物的选择、用药剂量、用药时间、联合用药、使用方法、溶媒、配伍、与饮食搭配等多个方面阐述了临床应用中存在的用药误区, 并作了详尽的用药分析, 给出了改进方法。内容新颖而实用, 准确而客观。本书会是神经科医师、临床药师及护理人员工作中的好帮手。

图书在版编目 (CIP) 数据

神经科常见用药误区解析 / 李玲等主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2010. 10

(临床常见用药误区解析丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 4635 - 9

I. ①神… II. ①李… III. 神经系统疾病 - 用药法 IV. ①R741.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 050050 号

美术编辑 张 璐

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 710 × 1020mm $\frac{1}{16}$

印张 20

字数 328 千字

版次 2010 年 10 月第 1 版

印次 2010 年 10 月第 1 次印刷

印刷 三河市华新科达彩色印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 4635 - 9

定价 32.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

药物是防治疾病、保障人类健康的重要武器,是临床治疗疾病最基本、应用最为广泛的手段。大多数医务人员对于一种药物能治疗哪些疾病或某种疾病可用哪些药物治疗,也许是比较熟悉的;然而,一种药物不能用于哪些患者或不能与哪些药物合用、有哪些不良反应和注意事项却往往被忽略,因此也就造成了使用中的误区。当前,药物误用或滥用的现象普遍存在。这个问题不解决,不仅会增加患者与社会的经济负担,而且还会延误治疗,造成不良后果,严重者甚至导致死亡。

临床如何合理用药,避免用药误区,不仅是关系到整个医药卫生行业的大事,更是关系到全社会民众身体健康的大问题,应当引起医药学界的高度重视。为此,我社在国家食品药品监督管理局的领导下,组织全国有经验的临床药学和医学专家编写了这套《临床常见用药误区解析丛书》,旨在更好地指导临床用药,帮助医务人员增强合理用药意识,避免用药误区。

本丛书按临床科室分为心血管科、呼吸科、消化科、神经科、血液科、儿科、内分泌科、肿瘤科、妇产科及骨科 10 个分册。在内容上,本丛书不同于以往的药学图书,变单调的理论讲述为理论知识与临床病例紧密结合,其中,“用药误区”版块是重点,“典型病例”、“用药分析”、“药师提示”及“药物的合理选择”是精髓。相信会对临床医师、药师、护理人员全面了解药物常识、获得实用的临床用药知识、避免用药误区有很好的启发或帮助。

本丛书的编写人员均为工作在一线的临床药师和医师,他们有着丰富的药物学知识和临床经验,本着严谨求实的态度,为丛书的编写做了大量的资料搜集、整理和论证工作,付出了很多心血,在此表示感谢。囿于编写时间有限,丛书中的疏漏及错误之处在所难免,欢迎批评指正,并恳请谅解。



目 录 CONTENTS

第一章 总论	(1)
一、不合理用药的表现	(1)
二、导致不合理用药的因素	(2)
三、不合理用药的后果	(3)
第二章 脑代谢脑保护药的临床应用与误区	(6)
第一节 概述	(6)
第二节 常用药物	(7)
吡硫醇 (7) 甲氯芬酯 (8) 吡拉西坦 (9) 茴拉西坦 (11)	
奥拉西坦 (13) γ -氨基酪酸 (14) 胞磷胆碱 (15) 小牛血去	
蛋白提取物 (16) 阿米三嗪-罗巴新 (19) 双氢麦角碱 (20)	
长春西丁 (22) 单唾液酸四己糖神经节苷脂 (23) 艾地	
苯醌 (24)	
第三节 脑代谢脑保护药的合理选择	(24)
第三章 中枢兴奋药的临床应用与误区	(26)
第一节 概述	(26)
第二节 常用药物	(26)
尼可刹米 (26) 多沙普仑 (28) 贝美格 (30) 戊四氮 (31)	
二甲弗林 (32) 洛贝林 (32) 士的宁 (34) 一叶萩碱 (35)	
哌甲酯 (36) 苯甲酸钠/咖啡因 (37) 苯丙胺 (37)	
第三节 中枢兴奋药的合理选择	(39)
第四章 镇静、催眠及抗焦虑药的临床应用与误区	(41)
第一节 概述	(41)



第二节 常用药物	(42)
一、苯二氮䓬类	(42)
地西泮 (42) 氯硝西泮 (46) 硝西泮 (48) 阿普唑仑 (48)	
劳拉西泮 (51) 氟西泮 (53) 艾司唑仑 (55) 咪达唑仑 (56)	
三唑仑 (57)	
二、苯二氮䓬类拮抗剂	(58)
氟马西尼 (58)	
三、巴比妥酸盐类	(60)
苯巴比妥 (60) 异戊巴比妥 (62) 司可巴比妥 (64)	
四、其他镇静、催眠及抗焦虑药	(65)
佐匹克隆 (65) 唑吡坦 (66) 扎来普隆 (68) 丁螺环	
酮 (69) 水合氯醛 (70)	
第三节 镇静、催眠及抗焦虑药的合理选择	(72)

第五章 镇痛药的临床应用与误区

(75)

第一节 概述	(75)
第二节 常用药物	(76)
一、阿片受体激动剂	(76)
吗啡 (76) 哌替啶 (80) 芬太尼 (83) 舒芬太尼 (86) 丁丙	
诺啡 (88) 二氢埃托啡 (89) 羟考酮 (91) 曲马朵 (93) 可	
待因 (95)	
二、非麻醉性镇痛药	(98)
麦角胺 (98) 氢麦角胺 (100) 麦角胺咖啡因 (100) 佐米曲普	
坦 (101) 舒马普坦 (103) 苯噻啶 (104) 氯唑沙宗 (105)	
乙哌立松 (106)	
三、阿片受体拮抗剂	(107)
纳洛酮 (107) 纳曲酮 (109) 烯丙吗啡 (110) 纳美芬 (111)	
第三节 镇痛药的合理选择	(112)

第六章 治疗缺血性脑血管疾病药物的临床应用与误区 ...

(115)

第一节 概述	(115)
第二节 常用药物	(116)
一、抗血小板药	(116)



阿司匹林 (116)	奥扎格雷 (121)	双嘧达莫 (123)	噻氯吡啶 (124)	氯吡格雷 (126)	西洛他唑 (127)	阿昔单抗 (128)	替罗非班 (128)	依替非巴肽 (131)	吲哚布芬 (132)
二、抗凝血药	(133)								
肝素钠 (133)	达肝素钠 (135)	华法林钠 (137)							
三、溶栓药	(141)								
尿激酶 (141)	阿替普酶 (143)	瑞替普酶 (144)							
四、降解纤维蛋白药	(145)								
巴曲酶 (145)	去纤酶 (146)	纤溶酶 (147)							
五、氧自由基清除剂	(148)								
丁苯酞 (148)	依达拉奉 (149)								
六、脑血管扩张药	(150)								
尼莫地平 (150)	尤瑞克林 (153)	法舒地尔 (155)	前列地尔 (157)	氟桂利嗪 (159)	尼麦角林 (162)	己酮可可碱 (163)			
丁咯地尔 (164)	倍他司汀 (165)								
七、降颅压药	(167)								
甘露醇 (167)	甘油/果糖/氯化钠 (170)	β -七叶皂苷 (171)							
布美他尼 (174)									
第三节 治疗缺血性脑血管疾病药物的合理选择	(176)								
第七章 抗癫痫药的临床应用与误区	(181)								
第一节 概述	(181)								
第二节 常用药物	(182)								
一、用于强直-阵挛性发作及部分发作的药物	(182)								
苯妥英钠 (182)	卡马西平 (185)	奥卡西平 (188)	加巴喷丁 (189)	氯己烯酸 (191)	非尔氨酯 (192)	扑米酮 (194)	托吡酯 (196)		
二、广谱抗癫痫药	(197)								
丙戊酸钠 (197)	拉莫三嗪 (199)	唑尼沙胺 (200)	氯巴占 (201)	左乙拉西坦 (203)					
三、用于失神性发作的药物	(204)								
乙琥胺 (204)									
第三节 抗癫痫药的合理选择	(205)								



第八章 抗震颤麻痹药的临床应用与误区 (208)

第一节 概述 (208)

第二节 常用药物 (209)

一、左旋多巴与 DDC 抑制剂 (209)

左旋多巴 (209) 左旋多巴/卡比多巴 (212) 左旋多巴/苄丝肼 (213)

二、抗胆碱能药物 (215)

苯海索 (215) 丙环定 (218) 苯扎托品 (219) 金刚烷胺 (220) 美金刚 (222)

三、儿茶酚-氧位-甲基转移酶抑制剂 (224)

恩他卡朋 (224) 托卡朋 (225)

四、多巴受体激动剂 (227)

溴隐亭 (227) 培高利特 (229) 双氢麦角隐亭 (230) 吡贝地尔 (231) 普拉克索 (233) 罗匹尼罗 (234) 罗替戈汀 (235)

五、选择性单胺氧化酶 B 抑制剂 (235)

司来吉兰 (235) 雷沙吉兰 (237)

第三节 抗震颤麻痹药的合理选择 (237)

第九章 抗阿尔茨海默病药物的临床应用与误区 (239)

第一节 概述 (239)

第二节 常用药物 (240)

多奈哌齐 (240) 重酒石酸卡巴拉汀 (241) 石杉碱甲 (243) 美金刚 (243) 二氢麦角碱 (245) 尼麦角林 (247) 尼莫地平 (248)

第三节 抗阿尔茨海默病药物的合理选择 (250)

第十章 治疗运动神经元病药物的临床应用与误区 (252)

第一节 概述 (252)

第二节 常用药物 (253)

利鲁唑 (253)

第三节 治疗运动神经元病药物的合理选择 (255)



第十一章 拟胆碱药的临床应用与误区	(257)
第一节 概述	(257)
第二节 常用药物	(258)
一、胆碱能受体激动药	(258)
氯乙酰胆碱 (258) 卡巴胆碱 (258) 毛果芸香碱 (259) 氯贝胆碱 (262)	
二、抗胆碱酯酶药	(263)
新斯的明 (263) 溴吡斯的明 (264) 溴地斯的明 (266) 安贝氯铵 (266) 毒扁豆碱 (267) 加兰他敏 (268) 二氢加兰他敏 (269) 依酚氯铵 (269)	
第三节 拟胆碱药的合理选择	(271)
第十二章 抗胆碱药的临床应用与误区	(274)
第一节 概述	(274)
第二节 常用药物	(274)
阿托品 (274) 东莨菪碱 (279) 丁溴东莨菪碱 (281) 山莨菪碱 (283) 樟柳碱 (286) 格隆溴铵 (287) 颠茄 (288)	
第三节 抗胆碱药的合理选择	(290)
第十三章 肾上腺激素的临床应用与误区	(291)
甲泼尼龙 (291)	
第十四章 免疫球蛋白的临床应用与误区	(295)
第十五章 肉毒毒素的临床应用与误区	(299)



第一章 总 论

药物是一把双刃剑，它能治病也能致病。随着药物的广泛使用，药源性疾病对人类健康的危害也越来越大，理性看待药源性疾病，充分了解药物性质、不良反应、相互作用和禁忌证，合理使用药物是降低药物不良反应危害的重要前提。

随着我国经济的腾飞，医药科技事业也随之蓬勃发展，目前研制出的新药不断推向临床，临床医师用药趋向复杂，联合用药已成当今的时尚，然而，联合用药是否考虑到各种药物的理化性质、配伍是否恰当会直接影响药物的治疗目的。因各种药物都有其固有的独特作用和代谢途径，联合用药不仅产生协同，还会产生拮抗作用，不仅影响药物作用的强度，有时还会改变药物作用的性质。因此，做好临床合理用药、走出误区是临床医师和药剂人员共同的责任。为了人类的生存和健康，必须正视临床不合理用药的现状。当前临床不合理用药已成为威胁患者健康的杀手。国家药品不良反应监测中心指出：目前，药品临床使用环节普遍存在超适应证用药、超剂量用药、超浓度给药、不合理联合用药、不遵守操作规程、静脉给药速度过快等问题。因此，临床用药的安全合理性是一个值得思考的问题。以下就不合理用药的表现、导致因素及产生的后果进行叙述。

一、不合理用药的表现

目前我国临床用药普遍存在的问题很多，归纳起来有以下几种表现。

①有病症未得到治疗：患者患有需要进行药物治疗的疾病或症状，但没有得到治疗，包括得不到药物和因误诊而未给予需要的药物。

②选用药物不当：指患者存在用药病症，但选用的药物不对症，对特殊患者有用药禁忌或者合并用药配伍失当等。临床上，以抗生素药物的滥用最为严重。往往是有了症状，既不管是否由细菌感染引起，也不管病原菌的种类，一律统统首选强效、广谱抗生素，而忽视抗生素选用的基本原则，即首选药物一定考虑细菌对药物的敏感性。

③用药不足：包括剂量太小和疗程不足，多发生在因畏惧药物不良反应、预防用药或以为病情减轻而过早停药的情况



下。④用药过量或过分：给患者使用了对症的药物，但剂量过大或者时间过长；给轻症患者用重药，联合用药过多等。⑤不适当的合并用药：未根据治疗需要和药物特性设计合理的给药方案，不必要或不适当的使用多种药物。⑥无适应证用药：患者并不存在需要进行药物治疗的疾病或不适，医生安慰性给患者开药，患者保险性用药。⑦不必要地使用价格昂贵的药品：例如单纯为了提高医疗单位的经济收入而给患者开大处方，开价格昂贵的进口药。⑧给药时间、间隔、途径不适当。⑨重复给药：包括多名医生给同一患者开相同的药物，并用含有相同活性成分的复方制剂和单方药物，或者提前续开药方。总之，凡属人为因素造成的非安全、有效、经济、适当的用药都是不合理用药。

二、导致不合理用药的因素

由于医药学领域的快速发展，用于临床治疗的新药特药日渐增多，给临床医生安全合理使用药品带来一定难度。临床医生对有些新药特药的功能主治、不良反应及个体化的用法用量无法及时准确地熟悉并掌握，以致在使用过程中出现诸如用法用量不当的情形。这主要是由于医务人员对药品了解不够透彻、信息缺乏造成的。

临床用药涉及到诊断、开方、配方、给药及服药各个方面，涉及到医生、药师、护士、患者及家属乃至社会各有关人员。

1. 医师因素 医师是疾病诊断和治疗的主要责任者，掌握着是否用药和如何用药的决定权，即只有具有法定资格的医师才有处方权。因此，临床用药不合理，医师有不可推卸的责任。医生个人的医药知识、临床用药经验、药物信息掌握程度、职业道德、工作作风、服务态度，都会影响其药物治疗决策和开处方行为，导致不合理用药。

2. 药师因素 药师在整个临床用药过程中是药品的提供者和合理用药的监督者。药师对不合理用药的责任主要有：调配处方时审方不严；对患者的正确用药指导不力；缺乏与医护人员的密切协作与信息交流。

3. 护士因素 护理人员负责给药操作，住院患者口服药品也经护士之手发给患者。给药环节发生的问题也会造成不合理用药。例如，未正确执行医嘱，使用了失效的药品，临床观察、监测、报告不力，给药过程操作不规范等。

4. 患者因素 患者积极配合治疗，遵照医嘱正确服药是保证合理用药



的另一个关键因素。患者不遵守医生制定的药物治疗方案的行为称为患者不依从性 (non-compliance)。患者不依从的原因主要有：对药物疗效期望过高；理解、记忆偏差；不能耐受药物不良反应；经济承受能力不足；滥用药物等。

5. 药物因素 药物本身的作用是客观存在的，无合理与不合理的问题，关键是药物的一些特性容易造成不合理用药。因药物固有的性质导致的不合理用药往往是错综复杂的，归纳起来主要有以下几个方面。

(1) 药物的作用和使用因人而异。用规定的常用剂量，患者获得的疗效可能各不相同。而严重的药物不良反应往往是个别现象，只发生在极少数患者身上。有些患者对某些药品会产生严重的过敏反应，甚至危及生命。

(2) 多药并用使药物不良相互作用发生几率增加。药物相互作用分成体外相互作用（又称药物配伍禁忌）和体内相互作用。前者主要是由药物之间的理化反应、药物与赋形剂之间的相互作用造成的。后者主要包括药动学方面的相互作用和药效学方面的相互作用。药动学方面的相互作用，可以影响合并使用的其他药物的吸收、分布、代谢和排泄，使受影响药物毒性增强或疗效减弱。药效学方面的相互作用一方面指生理活性的相互作用，疗效增强或拮抗；另一方面指药物作用部位的相互作用，如竞争受体或靶位、增敏受体、改变作用部位递质酶的活力等。

6. 社会因素 主要是药品营销过程中的促销活动、广告宣传以及经济利益驱动等。

三、不合理用药的后果

不合理用药必然导致不良的后果，这些不良后果有些是单方面的，有些是综合性的，有些程度轻，有些后果严重，主要有以下几个方面。

1. 延误疾病治疗 用药不对症、给药剂量不足、疗程偏短、合并使用药理作用相互拮抗的药物等不合理用药，直接影响到药物治疗的有效性，轻者降低疗效，重者加重病情，延误最佳治疗时机，或导致治疗失效。不适当的合并用药，最常见的情况就是干扰其中一种或几种药物的体内归宿，有的药物抑制其他药物的胃肠道吸收，降低其生物利用度；有的药物通过提高代谢酶的活力，加速其他药物的代谢，降低有效血药浓度。滥用抗微生物药物，极易使病原微生物产生耐药性，降低治疗效果。更为严重



的是破坏了人类生存微环境的和谐，人为制造出危害人类生命而无法有效对抗的顽敌。

2. 浪费医药资源 不合理用药可造成药品乃至医药资源（物资、资金和人力）有形和无形的浪费。有形的浪费是显而易见的不合理消耗，如无病用药、多开不服、重复给药和无必要的合并使用多种药物。无形的浪费往往容易被医药人员和患者忽视。处置药物不良反应和药源性疾病，要增加医药资源的耗费。

3. 产生药物不良反应甚至药源性疾病 ①药物不良反应是指药物在正常的人用剂量下，用于疾病的预防、诊断、治疗或调节生理功能时发生的有害或非期望的反应，包括毒性反应、后遗效应、过敏反应等。②药源性疾病是指人类在治疗用药或诊断用药过程中，因药物或者药物相互作用所引起的与治疗目的无关的不良反应，致使机体某一个或几个器官或某一处或几处局部组织产生功能性或器质性损害而出现各种临床症状；包括药物正常用法用量情况下所产生的不良反应，也包括因超量、超时、误服、错用以及不正常使用药物所引起的疾病。

4. 酿成药疗事故 因用药不当所造成的医疗事故，称为药疗事故。不合理用药所造成的不良后果被称为事故的，一方面是发生了严重的甚至是不可逆的损害，如致残、致死；另一方面是涉及到人为的责任。

综上所述，我国不合理用药主要是诊断不明，选药不对，用药配伍错误；其次是剂量不准确，过大或不足，疗程过长或过短，剂型选用不当，违反禁忌证等。要想避免这些不合理用药情况，必须依靠全体医护药剂人员的共同努力，药师参与临床用药、搞好用药咨询也是十分必要的。国内有人估计，在疾病的治疗中，75%的疗效是靠药物治疗获得的。在诊断明确的情况下，如何选择药物和使用药物，关键在于医师处方配伍合理，剂量准确，药师严格审校调配，发药准确无误，护士正确的使用配伍。只有这样才能使药物发挥最大的疗效，避免或减少不良反应，这既是医师的职责，也是药师的职责，也是现代化医院药学发展管理的趋势。

神经系统疾病是临床多发病和常见病，主要有药物治疗、脑血管介入治疗、手术治疗等，其中药物治疗占大多数。随着临床医学技术的快速发展，临床上的新药层出不穷，用于神经系统疾病治疗的药物也日益增多。但同时，临床上不合理的用药现象也随之出现。不合理用药不仅影响疾病的治疗效果，而且增加患者的负担，增加药源性疾病的发生率。特别是老



年人为神经系统疾病高发人群，截至 2007 年末，我国 65 岁以上的老年人约 1.06 亿，已占到总人口的 8.1%。各脏器的生理功能减退和多种共患疾病，使老年人药物治疗方案复杂，容易发生药物不良反应等。因此，重视神经系统疾病的在不同人群的合理用药，具有重要的临床意义。世界卫生组织合理用药的标准是：患者接受到适宜的、调配正确的药物，患者用药剂量准确、用法时间疗程正确，药物质量安全有效、价格可接受并保证供应。

以下在各章节按药物作用机制着重阐明神经科常用药物的临床应用原则和经验，在内容上，力求新颖而实用，理论知识和临床病例相结合。药物分述部分言简意赅，药物的合理选用和病例分析部分是重点，力求准确、客观、循证。

(李玲)



第二章 脑代谢脑保护药的 临床应用与误区

第一节 概 述

脑代谢脑保护药是指通过影响脑组织代谢来改善脑功能、保护脑组织免受损伤、减少脑功能丧失的药物。本类药物均能透过血-脑屏障,进入脑组织,通过促进或参与某类物质(如核酸、卵磷脂、蛋白质及神经传递等)的生物合成、调节脑细胞的代谢、增加对氧的利用等途径,发挥保护脑组织、改善脑功能的作用。此类药物作用于脑代谢的不同环节,各种药物的药理作用、作用机制、临床应用、不良反应及注意事项不尽相同。

本章主要讲述以吡拉西坦为代表的一类健脑益智药,包括阿米三嗪-萝巴新、茴拉西坦、奥拉西坦、艾地苯醌、吡硫醇等药物。脑血管扩张药也具有恢复大脑功能的作用,如尼莫地平、氟桂利嗪等将在第六章讲述。

微量元素是指人体内含量极少但又是正常生理生化过程所必需的元素,当机体缺乏这些微量元素时,可引起各种不同的疾病状态。近年来研究证明,动脉粥样硬化的发生、痴呆、神经行为异常等可能与微量元素的缺乏有关,给予患者补充微量元素可以改善临床症状。由于在脑血管病的治疗中,微量元素不作为常规,因此本章不再具体介绍。

改善脑代谢的目的是促进那些丧失了功能和濒临死亡的脑细胞逐步恢复功能。但是,对于在急性期已经破坏了的神经细胞,应用改善脑代谢的药物是无效的。目前对于智能损害疾病,如阿尔茨海默病(AD)、脑血管病所致痴呆(VD)等无特效治疗,重点在于护理和维持治疗。应注意患者饮食、营养、水电解质平衡;鼓励适当活动,并辅以药物治疗,有利于增进一般健康状况和改善睡眠;预防感染,尤其肺和尿道感染。



第二节 常用药物

吡硫醇 (Pyritinol)

【别名】脑复新，盐酸吡硫醇，安舒脑。

【分类】化学：维生素 B₆ 的衍生物。治疗学：神经营养药。妊娠分类：X。

【适应证】主要用于脑血管疾病如老年痴呆、脑震荡综合征、脑炎及脑膜炎后遗症、脑动脉硬化、智力发育不良等，可改善头痛、头晕、失眠、记忆力减退等症状。

【用法与用量】

1. 口服给药 成人每次 100 ~ 200mg，每天 3 次。儿童每次 100mg，每天 3 次。

2. 静脉注射或滴注 每次 200 ~ 400mg，每日 1 次。临用前，用适量注射用水溶解稀释后，加入 5% 或 10% 葡萄糖注射液 500 ~ 1000ml 中，静脉滴注。

【禁忌与慎用】对本品过敏者禁用。哺乳期妇女、肝功能不全、糖尿病患者慎用。因动物实验有引起第二代动物唇裂的倾向，故孕妇慎用。

【不良反应】偶可引起皮疹、恶心、头痛、头晕、眩晕等，注射部位出现静脉炎、疼痛，停药后可消失。

【注意事项】本药不能快速静脉注射。静脉滴注速度也不宜过快，一旦过量，应给予对症和支持治疗。

【联合用药】尚不明确。



用药误区

【不合理的配伍】

1. 抗病毒类药物、注射用葛根素与盐酸吡硫醇注射剂之间有配伍禁忌。无论何种溶剂、稀释程度如何，阿昔洛韦、注射用葛根素与盐酸吡硫醇之间均出现白色混浊沉淀现象，应避免同时使用。如病情需要，输入这两种药物之间，应用生理盐水冲管或输入其他药液，也可更换输液管，以保证安全。



用药。

2. 盐酸吡硫醇与维生素 C 配伍生成沉淀，两者呈配伍禁忌。

甲氯芬酯 (Meclofenoxate)

【别名】速尿丁，氯酯醒，亚奋，健脑素。

【分类】治疗学：中枢兴奋药。

【适应证】用于各种痴呆、儿童遗尿症、外伤性昏迷、意识障碍、老年性精神病、乙醇中毒、一氧化碳中毒等。

【用法与用量】

1. 口服给药 口服，0.1g~0.2g/次，每日3~4次，至少服1周，最大剂量可达每日1.5g。儿童每次0.01g，每日3次。

2. 肌肉注射 ①常规剂量：每次0.25g，每日1~3次。②成人昏迷状态：每次0.25g，每2h1次。③新生儿缺氧症：每次60mg，每2h1次。

3. 静脉滴注 每次0.25g，每日1~3次。

【禁忌与慎用】对本药过敏、精神过度兴奋患者、有锥体外系症状患者及有明显炎症者禁用。高血压患者慎用。

【不良反应】有兴奋、失眠、倦怠、恶心、呕吐、胃痛、胃部不适、头痛、血压波动及注射部位血管疼痛等不良反应。

【注意事项】

1. 本品水溶液易水解，应在肌肉注射或静脉滴注前现配现用。

2. 为避免失眠，通常每日上午给药。

【联合用药】

1. 盐酸甲氯芬酯和灯盏花注射液联合治疗急性脑梗死，是安全有效的，值得临床关注。

2. 联合应用盐酸甲氯芬酯胶囊与石杉碱甲片能较明显改善轻中度血管性痴呆患者痴呆症状及脑卒中后神经功能缺损，并对脑卒中后所致的尿失禁有明显改善，不良反应少，是治疗血管性痴呆较佳的治疗方案。



用药误区

【不合理的配伍】盐酸甲氯芬酯与诺新康注射液配伍时出现浑浊、沉淀，呈配伍禁忌。