

容健材
廖锡麟 主编
李作汉

江苏
科学技术
出版社

新编 实用 临床 用药

指

南

新编实用临床用药指南

主 编 容健材 廖锡麟 李作汉



江苏科学技术出版社

(苏)新登字第 002 号

新编实用临床用药指南

容健材 廖锡麟 李作汉 主编

出版发行:江苏科学技术出版社

经 销:江苏省新华书店

印 刷:南京铁道医学院印刷厂

开本 787×1092 毫米 1/16 印张 48.75 字数 1,200,000

1994 年 1 月第 1 版 1994 年 1 月第 1 次印刷

印数 1—3,000 册

ISBN 7—5345—1703—6

R·273

定价:28.00 元

责任编辑 王 烈

我社图书如有印装质量问题,可随时向承印厂调换

前 言

本书是一本疾病治疗用药的专著,是中西医临床治疗用药的汇总,是一本药理学、药物学、临床治疗学及中西医紧密结合的临床治疗用药综合性参考书。本书具有以下特点:

1. 收录的疾病较系统、较全面:全书共十八章,收录各系统 400 多种疾病的治疗用药,包括内科危重症、传染病、呼吸系统疾病、泌尿系统疾病、内分泌腺疾病、血液病、变态反应性疾病和结缔组织疾病、神经内科疾病、精神疾病、妇科疾病、性病(包括艾滋病)、营养缺乏疾病、恶性肿瘤、其它疾病及口腔科用药、眼科用药、耳鼻喉科用药、皮肤科用药、抗菌药物的临床应用等。诊断要点简明扼要,治疗措施详细,包括专家的一些临床用药经验及国内外报道的临床用药经验。

2. 收录的药物较全面:本书收录的西药中,既有目前仍有治疗作用的老药(包括老药新用途),也较系统的收录了大量新药(包括最近国内外上市的新药),内容包括药理作用特点、疗效、适应证、用法与用量、不良反应及应用注意点等,可为临床安全有效合理用药提供可靠的理论依据和实践经验,无疑可给予临床医师治疗用药多方面的参考和选择。

3. 收录了历来报道的大量中草药单方、验方、中成药、辨证论治的中医方剂及部分疾病的食疗方法,可为临床广泛开展中西医结合、提高治愈率提供可靠的中药药理和临床疗效的依据。尤其适用于广大农村医师用药参考。亦可适用于家庭用药参考。

4. 本书一律采用国家新的法定计量单位, Kg=千克(公斤); g=克; mg=毫克; μ g=微克; L=升; ml=毫升; mmol=毫摩尔; μ mol=微摩尔; IU=国际单位; u=单位; 0.133KPa=1mmHg; Ci=居里(放射性活度); mCi=毫居里; μ Ci=微居里。

由于我们的水平有限,书中不妥之处,希望读者批评指正。

编者

1994年1月

目 录

第一章 内科危重症	(1)	二、阿米巴病	.....	(81)
第一节 心脏骤停	.....	急性阿米巴痢疾	.....	(81)
第二节 呼吸衰竭	.....	慢性阿米巴痢疾	.....	(82)
一、中枢性呼吸衰竭	.....	阿米巴肝脓肿	.....	(82)
二、外周性呼吸衰竭	.....	常用抗阿米巴病药物	.....	(83)
第三节 急性肾功能衰竭	.....	三、伤寒	.....	(87)
第四节 脑水肿	.....	四、副伤寒	.....	(91)
第五节 肺水肿	.....	五、霍乱与副霍乱	.....	(91)
第六节 弥漫性血管内凝血	.....	六、脊髓灰质炎(小儿麻痹症)	.....	(93)
第七节 休克	.....	七、病毒性肝炎	.....	(95)
一、过敏性休克	.....	八、肠梨形鞭毛虫病	.....	(122)
二、心源性休克	.....	第二节 呼吸道传染病	.....	(122)
三、创伤性休克	.....	一、流行性感冒(流感)	.....	(122)
四、出血性休克	.....	二、普通感冒(伤风)	.....	(126)
五、感染性休克	.....	三、麻疹	.....	(126)
第八节 惊厥	.....	四、猩红热	.....	(127)
第九节 急性中毒	.....	五、白喉	.....	(129)
一、铅中毒	.....	六、百日咳	.....	(131)
二、汞中毒	.....	七、流行性腮腺炎	.....	(135)
三、锰中毒	.....	八、流行性脑脊髓膜炎(流脑)	.....	(138)
四、氰化物中毒	.....	第三节 节肢动物媒介传染病	.....	(140)
五、有机磷酸酯类中毒与解救	.....	一、流行性乙型脑炎(乙脑)	.....	(140)
六、肉毒中毒	.....	二、斑疹伤寒	.....	(144)
七、野蘑菇中毒	.....	三、回归热	.....	(145)
八、河豚鱼中毒	.....	四、疟疾	.....	(146)
九、亚硝酸盐中毒	.....	五、黑热病	.....	(151)
十、巴比妥类药物急性中毒	.....	第四节 动物性传染病	.....	(152)
十一、一氧化碳中毒	.....	一、布氏杆菌病	.....	(152)
十二、乙醇(酒精)中毒	.....	二、鼠疫	.....	(153)
十三、毒蛇咬伤	.....	三、钩端螺旋体病	.....	(154)
十四、可解蜈蚣毒、蜂、蝎螫伤的中草药	.....	四、狂犬病	.....	(156)
.....	.....	五、炭疽病	.....	(156)
.....	.....	六、流行性出血热	.....	(157)
第十节 中暑	.....	第五节 结核病	.....	(163)
.....	.....	一、肺结核	.....	(163)
.....	.....	二、颈淋巴结核	.....	(173)
.....	.....	三、结核性脊膜脊髓炎	.....	(175)
.....	.....	四、结核性脑膜炎	.....	(175)
.....	.....	五、结核性胸膜炎	.....	(176)
第二章 传染病	(76)			
第一节 消化道传染病	.....		
一、细菌性痢疾(菌痢)	.....		
急性菌痢(典型、非典型)	.....		
急性中毒型菌痢	.....		
慢性菌痢	.....		

六、结核性腹膜炎	(177)
七、肠结核	(178)
八、肾结核	(178)
九、结核性瘵管	(179)
第六节 麻风病	(180)
第七节 霉菌病	(184)
一、浅表霉菌病	(184)
二、念珠菌病	(186)
皮肤、粘膜型念珠菌病	(186)
内脏型念珠菌病	(187)
三、肺念珠菌病	(188)
四、肺隐球菌病	(189)
五、隐球菌性脑膜炎	(190)
六、曲菌病	(191)
七、肺放线菌病	(192)
八、盆腔放线菌病	(192)
第八节 蠕虫病	(192)
一、蛔虫病	(192)
常用的驱蛔虫药物	(192)
胆道蛔虫症	(194)
蛔虫性肠梗阻	(196)
二、钩虫病	(198)
三、蛲虫病	(200)
四、绦虫病	(201)
五、丝虫病	(202)
六、血吸虫病	(204)
七、肺吸虫病	(212)
八、肝吸虫病	(213)
九、姜片虫病	(214)
第九节 其它	(214)
一、破伤风	(214)
二、传染性单核细胞增多症	(216)
第三章 呼吸系统疾病	(218)
第一节 慢性支气管炎	(218)
第二节 支气管哮喘	(225)
第三节 肺炎	(235)
一、肺炎球菌肺炎	(235)
二、中毒性肺炎	(236)
三、肺炎杆菌肺炎	(238)
四、肺炎支原体肺炎	(239)
第四节 肺脓肿	(240)
第五节 急性扁桃体炎	(240)
第四章 心血管系统疾病	(243)

第一节 冠心病	(243)
第二节 心绞痛	(256)
(一)稳定型心绞痛	(256)
(二)变异型心绞痛	(260)
(三)不稳定型心绞痛	(265)
第三节 心肌梗塞	(266)
第四节 心律失常	(275)
一、窦性心律失常	(275)
(一)窦性心动过速	(275)
(二)窦性心动过缓	(276)
(三)窦性心律不齐	(276)
(四)病态窦房结综合征	(276)
二、过早搏动	(277)
三、阵发性室上性心动过速	(278)
四、阵发性室性心动过速	(281)
五、心房扑动与心房颤动	(285)
六、完全性房室传导阻滞	(287)
七、预激综合征	(288)
八、病态窦房结综合征	(288)
九、强心甙中毒引起的心律失常	(289)
第五节 心力衰竭	(291)
第六节 高血压病	(305)
第七节 感染性心内膜炎	(319)
第八节 病毒性心肌炎	(321)
第九节 风湿热	(324)
第十节 风湿性心瓣膜病	(329)
第十一节 慢性肺源性心脏病	(330)
第十二节 心包炎	(333)
第五章 消化系统疾病	(334)
第一节 急性胃肠炎	(334)
第二节 慢性胃炎	(334)
第三节 消化性溃疡	(336)
第四节 上消化道出血	(350)
第五节 急性胆囊炎	(352)
第六节 胆石症	(353)
第七节 黄疸	(356)
第八节 急性胰腺炎	(357)
第九节 急性腹膜炎	(359)
第十节 急性出血性坏死性肠炎	(360)
第十一节 慢性非特异性溃疡性结肠炎	(362)
第十二节 肠梗阻	(363)
第十三节 胃肠神经官能症	(364)
第十四节 腹泻	(365)

第十五节 便秘	(368)	三、荨麻疹	(446)
第十六节 急性阑尾炎	(371)	第二节 结缔组织疾病	(449)
第十七节 痔疮	(373)	一、类风湿性关节炎	(449)
第六章 泌尿系统疾病	(375)	二、系统性红斑狼疮	(454)
第一节 急性肾小球肾炎	(375)	三、硬皮病	(457)
第二节 慢性肾小球肾炎	(379)	第十章 神经内科疾病	(458)
第三节 肾病综合征	(384)	第一节 周围神经疾病	(458)
第四节 肾盂肾炎	(392)	一、三叉神经痛	(458)
第五节 肾石病	(394)	二、面神经炎	(459)
第六节 慢性肾功能衰竭(尿毒症)	(398)	三、面肌痉挛	(460)
第七章 内分泌腺疾病	(402)	四、内耳眩晕病(美尼尔病)	(461)
第一节 急性肾上腺皮质机能减退症	(402)	五、前庭神经元炎	(465)
第二节 慢性肾上腺皮质机能减退症	(402)	六、舌咽神经痛	(465)
第三节 皮质醇增多症(柯兴综合征)	(404)	七、格林-巴利综合征(感染性多发性神经根炎)	(465)
第四节 甲状腺机能亢进症(甲亢)	(405)	八、多发性周围神经病	(466)
第五节 甲状腺机能减退症	(408)	九、桡神经麻痹	(467)
第六节 慢性淋巴性甲状腺炎	(409)	十、正中神经麻痹	(467)
第七节 糖尿病	(409)	十一、尺神经麻痹	(467)
第八节 糖尿病酮症酸中毒及昏迷	(417)	十二、腕管综合症	(468)
第九节 自发性血糖过低症	(418)	十三、臂丛神经痛	(468)
第十节 尿崩症	(419)	十四、枕神经痛	(468)
第八章 血液病	(421)	十五、肋间神经痛	(469)
第一节 贫血	(421)	十六、坐骨神经痛	(469)
一、缺铁性贫血	(421)	十七、腓总神经麻痹	(471)
二、巨幼细胞性贫血	(423)	十八、股外侧皮神经炎	(471)
三、再生障碍性贫血	(423)	十九、灼性神经痛	(471)
四、溶血性贫血	(426)	二十、残肢痛、幻肢痛	(472)
第二节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(427)	第二节 植物神经疾病	(473)
第三节 出血性疾病	(432)	一、血管性头痛	(473)
一、血小板减少性紫癜	(432)	二、红斑性肢痛症	(477)
二、过敏性紫癜	(436)	三、雷诺病	(477)
三、血友病	(437)	四、原发性直立性低血压	(479)
第四节 输血反应	(439)	五、多汗症	(480)
[附] 输液反应	(441)	六、面偏侧萎缩症	(480)
第九章 变态反应性疾病与结缔组织疾病	(445)	第三节 脊髓疾病	(480)
第一节 变态反应性疾病	(445)	一、急性脊髓炎	(480)
一、血清病	(445)	二、急性化脓性脊髓炎	(481)
二、药物性皮炎(药疹)	(445)	三、脊髓蛛网膜炎	(481)
		四、脊髓空洞症	(482)
		五、脊髓亚急性联合变性	(482)
		第四节 脑血管疾病	(482)
		一、脑动脉硬化症	(482)
		二、高血压脑病	(488)

三、短暂性脑缺血发作	(489)	四、糖原沉积病	(524)
四、脑血栓形成	(490)	五、粘多糖病	(525)
五、脑栓塞	(495)	六、类脂质沉积病	(525)
六、腔隙性脑梗塞	(497)	(一)家族性黑朦性痴呆	(525)
七、颅内静脉和静脉窦血栓形成	(497)	(二)脑苷脂沉积病	(525)
八、高血压性脑出血	(498)	(三)神经鞘磷脂沉积病	(526)
九、原发性蛛网膜下腔出血	(502)	(四)异染性白质性脑病	(526)
第五节 中枢神经系统感染性疾病	(503)	(五)遗传性共济失调性多发性神经炎	(526)
一、急性单纯疱疹病毒性脑炎	(503)	七、苯丙酮酸尿症	(526)
二、散发性病毒性脑炎	(504)	第十节 癫痫与发作性睡病	(527)
三、病毒性脑膜炎	(505)	一、癫痫	(527)
四、亚急性硬化性全脑炎	(505)	(一)癫痫大发作的治疗	(527)
五、革兰阳性球菌性脑膜炎	(506)	(二)小发作的治疗	(530)
六、流感杆菌脑膜炎	(506)	(三)婴儿痉挛症(West 综合征)的治疗	(532)
七、亚急性海绵状脑病	(506)	(四)局限性发作的治疗	(532)
八、进行性多灶性白质脑病	(507)	(五)精神运动性发作的治疗	(532)
九、脑蛛网膜炎	(507)	(六)癫痫持续状态的治疗	(533)
十、脑型血吸虫病	(508)	(七)抗癫痫药物的治疗原则	(535)
十一、脑型肺吸虫病	(508)	(八)抗癫痫药物的合理选择	(536)
十二、脑囊虫病	(509)	二、发作性睡病	(537)
十三、脑包虫病	(509)	第十一节 神经-肌肉接头及肌肉疾病	(538)
十四、脑型疟疾	(509)	一、重症肌无力	(538)
十五、神经梅毒	(510)	二、周期性麻痹	(542)
第六节 锥体外系疾病	(510)	(一)低血钾性周期性麻痹	(542)
一、震颤麻痹(帕金森病)	(510)	(二)高血钾性周期性麻痹	(543)
二、小舞蹈病	(514)	(三)正常血钾性周期性麻痹	(544)
三、遗传性慢性舞蹈病(亨丁顿舞蹈病)	(515)	三、进行性肌营养不良症	(544)
四、肝豆状核变性	(516)	四、多发性肌炎	(545)
五、痉挛性斜颈	(517)	五、肌强直综合征	(546)
六、扭转痉挛	(517)	六、腓肌萎缩症	(547)
七、手足徐动症	(518)	第十二节 脑震荡	(548)
第七节 脱髓鞘性疾病	(518)	第十一章 精神疾病	(549)
一、多发性硬化	(518)	第一节 精神分裂症	(549)
二、视神经脊髓炎	(520)	第二节 情感性(心境)障碍	(560)
三、急性播散性脑脊髓炎	(520)	一、躁狂症	(560)
四、弥漫性轴周性脑炎	(520)	二、抑郁症	(560)
五、脑白质营养不良	(521)	第三节 神经症	(568)
第八节 运动神经元疾病	(521)	一、神经衰弱	(568)
肌萎缩性侧索硬化	(521)	二、癔症	(572)
第九节 遗传性疾病	(522)	三、焦虑性神经症	(573)
一、遗传性共济失调	(522)	四、强迫性神经症	(576)
二、结节性硬化	(523)		
三、脑-面血管瘤病	(523)		

五、恐怖性神经症.....	(576)	第五节 外阴阴道念珠菌病.....	(626)
六、疑病性神经症.....	(576)	第六节 念珠菌性龟头炎.....	(627)
七、抑郁性神经症.....	(577)	第七节 沙眼衣原体感染.....	(627)
第四节 老年期精神疾病及药物治疗 ...	(577)	第八节 腹股沟肉芽肿.....	(628)
一、老年期使用抗精神病药物的注意事项		第九节 软下疳.....	(628)
.....	(577)	第十节 尖锐湿疣.....	(628)
二、老年期躁狂症.....	(577)	第十四章 营养缺乏疾病	(630)
三、老年期抑郁症.....	(577)	第一节 蛋白质缺乏症.....	(630)
四、老年期神经症.....	(578)	第二节 维生素 A 缺乏病	(631)
五、老年性痴呆.....	(578)	第三节 维生素 B ₁ 缺乏病	(632)
第五节 儿童期抗精神病药物的应用与多动症		第四节 维生素 B ₂ 缺乏病	(633)
.....	(579)	第五节 烟酸缺乏病.....	(633)
一、儿童期抗精神病药物治疗的原则	(579)	第六节 泛酸缺乏病.....	(634)
.....	(579)	第七节 维生素 C 缺乏病.....	(634)
二、儿童多动症.....	(579)	第八节 维生素 D 缺乏病.....	(634)
第十二章 妇科疾病	(582)	第九节 维生素 K 缺乏病	(635)
第一节 妊娠高血压综合征.....	(582)	第十五章 恶性肿瘤	(637)
一、妊娠水肿	(582)	第一节 恶性肿瘤的化学疗法	(637)
二、妊娠高血压	(582)	一、常用的抗恶性肿瘤药物	(637)
三、先兆子痫	(584)	[附]其它具有抗癌作用的药物 ...	(649)
四、子痫	(586)	二、常见的恶性肿瘤化学治疗方案 ...	(653)
第二节 产后出血.....	(586)	[附]常见的恶性肿瘤化学药物的选择 ...	(659)
第三节 羊水栓塞.....	(588)	三、抗恶性肿瘤药物的应用原则	(660)
第四节 月经失调.....	(589)	四、临床常用的化疗方法	(661)
一、功能性子宫出血	(589)	第二节 肿瘤的免疫疗法.....	(663)
二、闭经	(593)	第三节 抗恶性肿瘤转移疗法.....	(667)
三、痛经	(594)	第四节 肿瘤细胞逆转疗法.....	(667)
四、更年期综合征	(596)	第十六章 其它疾病	(668)
第五节 子宫颈糜烂.....	(597)	第一节 痛风.....	(668)
第六节 盆腔炎.....	(599)	第二节 大骨节病.....	(670)
一、急性盆腔炎	(599)	第三节 淹溺.....	(671)
二、慢性盆腔炎	(599)	第四节 触电.....	(672)
第七节 阴道炎.....	(600)	第五节 厌食症.....	(673)
一、老年性阴道炎	(600)	第六节 贪食症.....	(674)
二、非特异性阴道炎	(601)	第七节 遗尿症.....	(674)
第八节 不孕症.....	(601)	第十七章 口腔科、眼科、耳鼻喉科、皮肤科用药	(676)
[附]男性不育症治疗.....	(603)	第一节 口腔科用药.....	(676)
第九节 妇产科用药.....	(603)	一、用于拔牙的局部麻醉剂	(676)
第十三章 性病	(615)	二、用于防龋脱敏的制剂	(676)
第一节 梅毒.....	(615)	三、用于消毒、消炎的制剂.....	(676)
第二节 淋病.....	(619)		
第三节 艾滋病.....	(621)		
第四节 滴虫病.....	(624)		

四、用于牙髓的制剂	(680)	五、银屑病(牛皮癣)用药	(710)
五、用于牙痛的制剂	(684)	六、白癜风用药	(712)
六、粘膜腐蚀剂	(684)	七、疣的用药	(713)
七、口腔矫形用材料	(685)	八、带状疱疹用药	(714)
第二节 眼科用药	(691)	九、瘙痒症用药	(714)
一、散瞳、验光的药物	(691)	十、下肢溃疡用药	(715)
二、青光眼治疗药物	(692)	十一、冻伤与冻疮用药	(716)
三、白内障的治疗药物	(695)	十二、秃发与斑秃用药	(718)
四、眼科抗菌、抗病毒、消炎药物	(696)	十三、其它皮肤病用药	(719)
五、用于治疗视网膜、视神经病变的药物	(700)		
六、眼科表面麻醉药	(700)	第十八章 抗菌药物的临床应用	
七、用于眼部化学药品伤害的药物	(701)	.....	(722)
八、其它眼用药物	(701)	一、抗菌药物的临床应用选择	(722)
第三节 耳鼻喉科用药	(702)	二、细菌性脑膜炎的治疗	(743)
一、耳部常用药	(702)	三、感染性心内膜炎的治疗	(745)
二、鼻部常用药	(703)	四、呼吸道感染的治疗	(745)
三、喉部常用药	(704)	五、肠道感染的治疗	(748)
第四节 皮肤科用药	(706)	六、胆道感染的治疗	(748)
一、皮炎用药	(706)	七、尿路感染的治疗	(752)
二、湿疹用药	(708)	[附]前列腺炎的治疗	(761)
三、痤疮用药	(708)	八、败血症的治疗	(762)
四、疥疮用药	(709)	九、肝肾功能减退时的抗菌药物应用	(767)

第一章 内科危重症

第一节 心脏骤停

心脏骤停一般指原来身体尚好的人,突然发生非预料的心跳停止。心脏骤停后,便因循环骤停而产生脉搏消失、意识丧失、呼吸停止等临床死亡表现。心脏骤停的原因很多,如电击伤、溺水、窒息、严重创伤、各种休克、诊疗操作、手术及麻醉意外、高血钾、低血钾、严重酸中毒、器质性心脏病及某些药物中毒(如洋地黄类、奎尼丁、氟喹、奎宁、酒石酸锑钾、安眠药、苯妥英钠、利多卡因、心得安、氨茶碱、氯化钙等)等。心脏骤停是临床上最紧急的情况,必须立即现场抢救。在心脏骤停的抢救中,应把好心脏复苏、呼吸复苏、脑水肿的防治及酸中毒的纠正等四个方面。

一、心脏复苏

心脏复苏包括心前区叩击、胸外心脏按压、开胸心脏按压、心脏复苏药物的应用等。

(一) 第一线心脏骤停复苏药物

系指为促进自主心跳的恢复而紧急使用的药物。

1. 肾上腺素:本品通过兴奋心肌 β_1 受体而提高心肌的兴奋性,具有加强心肌收缩力、加快心率、加速传导、扩张冠脉、增加冠脉血流量和心输出量、血压升高等作用。本品具有强烈兴奋窦房结正位起搏点的作用,为心跳骤停复苏的首选药,为一种临床常用的强心剂。主要用于溺水、电击、麻醉意外、药物中毒及疾病引起的心脏骤停。在人工呼吸、心脏按摩的同时,采用胸腔内注射(0.1%肾上腺素注射液1ml加生理盐水10ml稀释);若隔1~2分钟后未见心脏复跳,可重复进行注射;必要时可加大剂量,每次注射3~5ml。还可气管内滴注(尤其在有插管时)。必须强调指出,应用肾上腺素强心时,心肌能量可迅速耗竭,必须给以充分的能量:①50%葡萄糖溶液60~100ml静注;②能量合剂:含三磷酸腺苷20mg、辅酶A50u、细胞色素C15mg、普通胰岛素12u、维生素C1000mg、维生素B₆50mg、25%葡萄糖溶液200ml等静脉滴注,每日1~2次,效果更好。过去认为触电的病人应禁用肾上腺素,这是因为触电主要危害是造成室颤,而肾上腺素亦易引起室颤。但是,当心肌处于很细小的纤维颤动即俗称“细颤”的情况下,用电除颤往往不易成功,待变成“粗颤”即心肌纤维颤动很明显后,电除颤容易收效。一个停搏的心脏当出现很明显的心肌纤维颤动,积极采用其它抢救措施,亦有可能变为心脏搏动以致恢复正常心律。所以,当触电的心肌处于“细颤”的情况下应用肾上腺素的“致颤”作用,可以帮助心脏复跳,达到复苏目的。但是,在病人有心跳或心律失常甚至已有明显室颤(粗颤)的情况下,不应使用肾上腺素,以免加重心脏负担,引起心律失常,甚至造成心脏停搏。

2. 异丙基肾上腺素:本品是一种强效 β_1 受体兴奋药,对心肌具有较强的兴奋作用,可使心肌收缩力加强,心率加快,传导加速,冠脉扩张,冠脉血流量和心输出量增加,收缩压升高;扩张全身血管,改善微循环;扩张肺血管及支气管平滑肌,改善气体交换;扩张肾血管,增加肾血流量,增加尿量。多用于完全性房室传导阻滞及心脏骤停。但本品对心脏骤停复苏作用不如肾上腺素,且心跳恢复后血压不易维持。治疗量时,由于收缩压升高,而舒张压下降,故脉压变宽,平均血压不变或稍低;大剂量时因舒张压下降过多,平均血压明显下降;剂量过大,可引起血压骤

降,甚至引起突然死亡;其对心脏窦房结正位起搏点兴奋较强,易引起心动过速,易增加心肌耗氧量,不少病例使用本品于心脏复苏后常并发一短阵室性或室上性心动过速,甚至室颤,尤其在用量过大或反复用药时。本品可配合肾上腺素、去甲肾上腺素、阿拉明、阿托品等使用。可用于锑剂中毒、溺水等各种原因引起的心脏骤停,特别适用于锑剂中毒引起的急性心源性脑缺血综合征、房室传导阻滞等情况。以0.05%异丙基肾上腺素注射液2ml(含1mg)心室腔内注射,1~2分钟后若无效时可重复注射,可重复多次。

3. **阿托品**:本品能阻断M-胆碱受体,解除迷走神经对心脏的抑制作用,可解除因迷走神经过度兴奋所引起的心动过缓和传导阻滞,恢复窦性节律较好,可使心率加快,传导加速,但对心力无影响,因心力以交感神经支配占优势之故。适用于因迷走神经过度兴奋(如溺水、锑剂中毒、胸、腹部手术时等)所致的心脏骤停。当迷走神经过度兴奋时,一方面可使心脏骤停,另一方面可反射性引起肺末梢单位广泛收缩与关闭,致通气或换气机能障碍。阿托品具有兴奋呼吸中枢作用,同时可阻断迷走神经作用,使心率加快,肺末梢单位松弛开放,有利于气体交换的进行,并能解除脑及肺部微血管痉挛,改善微循环,增加重要组织器官的供氧量;因此对迷走神经过度兴奋引起的心脏骤停(即循环骤停),尤其是溺水者,给予阿托品尤为重要。对其它原因所引起的心脏骤停,其作用不如肾上腺素、异丙基肾上腺素等药物,因此,临床上多与其它药物配合或交替使用,常用于心跳已经恢复但心率缓慢并伴有心律不齐时。常用量为1mg/次,心室腔内注射,亦可重复应用,必要时也可加大剂量。对于溺水者的循环骤停,开始可给阿托品2~5mg静注,以后改为1~2mg,每5~15分钟1次,待自主呼吸恢复和稳定后,逐渐减量与停药。

4. **新三联针**:系肾上腺素1mg、阿托品1mg、利多卡因100mg(无利多卡因可用普鲁卡因300mg代替)的混合液。其作用:①肾上腺素是临床常用的强心剂,加强心肌收缩力、兴奋窦房结节律、加速传导较好。②阿托品能解除迷走神经对心脏的抑制作用,恢复窦性节律较好;并具有兴奋呼吸中枢、解除迷走神经对肺末梢单位广泛性收缩和关闭作用,利于自主呼吸的恢复。③利多卡因100mg情况下,不会抑制心肌收缩力,而且具有对抗室性心律失常,如室性心动过速、室颤等,可除颤对抗室性心律,也可防止肾上腺素所致的室性心律失常。新三联针较老三联针优越之处:①心肌耗量较低;②具有除颤作用(心室颤动是循环骤停的一种类型,又是心脏停搏的复苏过程中常常出现的心律失常的一种),有利于窦性节律的恢复;③对心肌的损害较轻。据称对心脏复苏较好。

5. **氯化钙**:钙离子能直接兴奋心肌,加强心肌收缩力和紧张度,延长心肌收缩期,对心脏停搏或伴有心肌极度扩张者有效。本品比较适用于大量输血等原因引起心脏扩大、心肌张力严重降低而致的心脏骤停,可以收到较好的复苏效果(当输血太快、太久、输血量太大时,一方面可使心脏充血扩大,另一方面过量的枸橼酸钠在血浆中氧化来不及,就可与血浆中的游离钙络合成难解离而可溶的结合钙,使游离钙减少,可导致心肌收缩无力甚至心脏骤停)。但是本品可使心室颤动变得更顽固。因此,在抢救心脏骤停时不是首选药,只有当应用其它药物使心跳已经恢复,而心脏仍松软无力或血压不升时,才可考虑使用适量的钙剂,往往可收到效果。可用10%氯化钙注射液3~5ml/次,心室腔内注射,或10~20ml/次静脉注射。本品不存在安全剂量,有报告小剂量注射亦有造成心脏再度停跳;快速静脉推注可使心脏停跳于收缩期,甚至引起突然死亡。本品具有刺激性,静注漏出血管外可引起组织坏死,亦可致血管内血凝块的形成,与洋地黄有协同作用,可致严重心律失常,使心跳停搏于收缩期甚至死亡。故对疑有洋地黄中毒者应列为禁忌。

6. **葡萄糖酸钙**:过去认为其离子作用很弱,不适用于心脏复苏时使用。近年来 Bull 等经实

验检测证实,不论是氯化钙还是葡萄糖酸钙用于心脏复苏时,它们的离子化同样迅速和有效,且用量相等。

7. 碳酸氢钠:酸中毒是心脏骤停后不可避免的并发症。心脏骤停导致循环骤停,体内严重缺氧造成代谢障碍,产生代谢性酸中毒(主要是细胞内的酸中毒);同时由于 CO_2 不能从肺呼出,而形成呼吸性酸中毒。酸中毒时血浆蛋白结合钙减少,而游离钙增加,心肌的兴奋性降低,如酸中毒不及时纠正,心跳则不易恢复。碳酸氢钠纠正酸中毒作用迅速而有效,使血液pH值升高形成轻度碱血症,使血浆蛋白结合钙增加,而游离钙减少,因而增加心肌的兴奋性,有利于心跳的恢复,使心率加快;钠离子可提高心肌的动作电位,有助于心肌收缩力的恢复;此外,可增强除颤治疗的效果。可作为心脏骤停的常规用药。目前应用最广、效果好的碱性药为5%碳酸氢钠溶液,首次静注100ml,继以200ml静滴;一般每心跳停止10分钟,需给100~200ml。但是,碳酸氢钠中和酸后生成的碳酸需以 CO_2 的形式经肺呼出。必须在持续有效的心脏按压和充分通气的前提下作用。否则,因 CO_2 不能及时、充分的由肺排出,反而引起高碳酸血症,使动脉血二氧化碳分压和渗透压的增高,使 CO_2 迅速进入细胞内,加重细胞内酸中毒,心跳难以恢复;同时, CO_2 可迅速透过血脑屏障,使脑组织 CO_2 堆积,可进一步抑制呼吸机能,甚至出现呼吸突然停止。5%的碳酸氢钠溶液的渗透浓度是正常血浆的4倍,过量的输入则使血浆渗透压显著升高,从而可导致细胞脱水、坏死及血栓形成等,对脑复苏不利;可致低血钾性心律失常、高血钠症,导致细胞内脱水,使血容量扩大,对心肺功能减退患者,可诱发心力衰竭和肺水肿。除紧急时使用外,宜在血气分析等检测指导下进行。对有充血性心力衰竭、急慢性肾功能衰竭、低血钾患者不宜用。实践证明在重危病例的抢救过程中,大剂量应用高渗碳酸氢钠静滴并非安全。

8. 乳酸钠:本品进入体内后需经肝代谢转变为碳酸氢钠后才能发挥纠正酸中毒作用,此转变过程需要1~2小时,所以其纠酸作用缓慢而温和;在心脏骤停缺氧时,常伴有乳酸血症和肝功能受损,故乳酸钠的纠酸作用较差。故在心脏骤停复苏时不常采用。本品可纠正高血钾症,其钠离子可对抗心肌抑制,其乳酸经肝脏转化成肝糖原供应能量,有人认为本品心室腔内注射可以迅速改变心脏附近的pH值,可纠正心脏的酸中毒,并能供应心肌能量。对高血钾、普鲁卡因酰胺、奎尼丁等所致的心脏骤停者,仍以选用乳酸钠为宜。常用11.2%乳酸钠溶液20~40ml,不加稀释心室腔内注射,或60~100ml,不加稀释静脉推注,继之以200~250ml静滴。一般估计心跳停止5分钟需给11.2%乳酸钠溶液75ml,如心跳不恢复,则每5~10分钟可重复1次。但大剂量给药须注意肺水肿的发生(其不良反应及应用注意点参阅感染性休克一节)。

9. 三羟甲基氨基甲烷(THAM):本品系一种不含钠碱性较强的有机胺。既可纠正代谢性酸中毒,又可纠正呼吸性酸中毒,可纠正细胞内、外酸中毒,增加心肌的兴奋性,有助于心跳恢复,在心室纤颤时能促进除颤作用;尚有渗透性利尿作用。但本品可加重呼吸抑制,引起低血压和高血钾,减少血浆游离钙引起抽搐,抑制组织的氧化磷酸化,加重已缺氧细胞的损害,故在心脏骤停复苏中不常采用。因其不含钠,故适用于伴有水肿限钠的心脏骤停患者。常用剂量为7.2%THAM10~20ml,心室腔内注射(其不良反应及应用注意点参阅感染性休克一节)。

10. 利多卡因:本品是一个治疗各种室性心律失常安全、速效、高效的首选药。能降低心肌应激性,提高室颤阈,对顽固性室颤有效。对窦房结不产生抑制;治疗量时不影响心肌收缩力,不减少心输出量,也不降低血压;静注后15~60秒钟即可生效,5分钟内达高峰,维持10~15分钟,排泄快,无蓄积性,可重复用药,安全性大。在无法确定心跳骤停,在无心电图监测及电击除颤器时,为促进心脏复跳,可试用本品作盲目除颤;对心室颤动患者,在无电击除颤器的情况

下,或电击除颤未成功、或除颤后心室颤动又反复发作时,可用本品除颤。常用100mg作心室腔内或静脉注射;继之以静滴1~4mg/分钟,1小时内累计量不宜超过300mg。推注过快或剂量过大,可致心肌抑制、低血压、抽搐及呼吸停止。本品对心室停搏者无效。

11. 溴苄胺:本品为近年推荐用于心脏骤停复苏的第一线药物,具有强大的抗室颤作用,可提高心室致颤阈3倍以上,故有“化学除颤剂”之称,同时又具有加强心肌收缩力和改善房室传导的特点。临床上主要用于其它药或电击除颤无效的室颤或室性心动过速,可转为窦性心律。溴苄胺与除颤器合用,可迅速而持久地控制心室颤动。在没有除颤器设备的单位,若患者发生室颤时,可静注溴苄胺和配合胸外心脏按摩可奏效。其作用缓慢而持久,故在预防心肌梗塞引起的室颤的疗效比利多卡因好。常用量200mg/次,作静脉或心室腔内注射,(静注在10分钟内注完),20~30分钟见效,2~3小时作用达高峰,作用可维持6~12小时。若1次注射无效,必要时可在4~6小时后重复注射1次。静注奏效后可改为肌注250mg/6小时,逐渐减为8~12小时1次。本品可引起血压下降、头痛、头晕、鼻塞、弱视、排尿困难、腮腺痛等。使用时注意血压并尽可能用心电图监护。

12. 药物除颤:心脏骤停的复苏过程中常常出现心室颤动。心室颤动的除颤方法包括药物除颤和电击除颤。药物除颤方法:①对颤动波细者,先变细颤为粗颤,然后转换心律:主要方法是心室腔内注入0.1%肾上腺素1mg或3.6%三羟甲基氨基甲烷20~40ml,即可使细颤变为粗颤,然后再用利多卡因或溴苄胺等转复心律。②对颤动波粗者,可直接用利多卡因100mg心室腔内注射除颤。亦可用溴苄胺200mg,静脉注射或心室腔内注射,与除颤器合用或配合胸外心脏按摩可奏效。或用阿托品1mg加1%普鲁卡因2~5ml作心室腔内注射除颤。

(二) 第二线心脏骤停复苏药物

系指在自主心跳恢复以后,为促使心、肺、脑功能完全恢复所采用的药物。

1. 多巴胺(3-羟酪胺):本品常作为纠正心脏复跳后低血压的首选药(其作用、用量、用法、不良反应及应用注意点参阅感染性休克一节)。

2. 阿拉明(间羟胺):本品常与多巴胺合用于纠正心脏复跳后的低血压(其作用、用量、用法、不良反应及应用注意点参阅感染性休克一节)。

3. 多巴酚丁胺:本品系一种新型心肌收缩能药,对心脏复苏的疗效可能优于多巴胺。其加强心肌收缩力的作用较洋地黄强、快而短,增加心输出量,收缩压升高,且很少引起血管收缩和心律失常。尤其适用于心输出量低且左心室充盈压高的急性心力衰竭。本品在血浆中的半衰期为2分钟,故需采用持续静脉滴注,其滴速为2.5~10 μ g/kg·分,10~15分钟达稳定的血浆浓度,停止滴注后血浆浓度很快下降。

4. 毒毛旋花子甙K:本品强心作用强、快速、短时。静注约5~10分钟起效,0.5~2小时达高峰,作用维持约6小时,作用完全消失需1~3天。用于心脏骤停复苏后心肌收缩无力所致的低血压较为理想。一般可先给予0.25mg加入5%葡萄糖溶液20ml中,缓慢静脉注射,必要时于4~6小时后再注射0.125mg。

5. 西地兰(毛花甙丙):本品强心作用强、快、短。静注后约10~30分钟起效,1~2小时达高峰,作用维持1~1.5天,作用完全消失需要3~6天。本品抑制房室传导和减慢心率作用较毒毛旋花子甙K强。用于心脏骤停复苏后心肌收缩无力所致的低血压,对伴有心动过速时更为适用。首剂0.4mg加入5%葡萄糖溶液20ml中,缓慢静脉注射,必要时4~6小时后再注射0.2~0.4mg。

6. 山莨菪碱(654-2):本品为国内提倡用于心肺复苏的药物。能扩张血管,可使小动脉、小

静脉及微动脉、微静脉扩张,从而解除血管痉挛,增加重要组织器官的血液灌流量,改善微循环,对纠正微循环衰竭较理想。由于血管扩张,外周阻力下降,改善心脏的泵血功能,使心输出量增加,回心血量亦增加,在补充足血容量的前提下,血压可回升。由于肺血管扩张,肺微循环改善,肺动脉压降低,可减轻肺水肿,改善肺功能。用于心脏骤停复苏后微血管痉挛所致的低血压及肺水肿。本品不易透过血脑屏障,中枢兴奋作用很弱(无兴奋呼吸中枢作用),故目前常用本品代替阿托品来治疗微循环衰竭(大剂量阿托品易产生中枢兴奋中毒症状)。用法:10~20mg/次静注,每15~20分钟重复注射1次。有口干、面红、散瞳、视力模糊、心悸、排尿困难等。脑出血急性期及青光眼患者忌用。

7. 东莨菪碱:本品为国内提倡用于心肺复苏的药物。本品作用与山莨菪碱相似,能扩张血管,改善微循环,改善心肺功能,增加回心血量和心输出量,增加尿量。对中枢具有明显的镇静作用,兴奋呼吸中枢作用较阿托品强。用于心脏骤停复苏后微血管痉挛所致的低血压,在补充足血容量的前提下应用,可使血压回升。常用量为0.02~0.04mg/kg,次,用5~10%葡萄糖溶液20ml稀释后静注,必要时可隔20~30分钟1次,总量高达6.3mg。可有嗜睡、口干、视力模糊、心动过速、体温升高等。青光眼和脑出血急性期患者忌用。

二、呼吸复苏

对心脏骤停致循环骤停者的呼吸复苏,以口对口人工呼吸、人工加压呼吸效果最好,常常在脑水肿和酸中毒获得充分治疗后自主呼吸迅速恢复。对呼吸兴奋药要酌情使用,对循环骤停致呼吸衰竭患者,在心脏复苏尚未成功之前一般不宜用,以免脑细胞缺氧加重;心脏复苏已成功,自主呼吸已恢复但尚不健全患者是应用呼吸兴奋药的最好指征;心脏复苏已成功,但自主呼吸迟迟不恢复者,通常是呼吸中枢处于超限抑制或有更重要的损害(或脑水肿未纠正),呼吸兴奋药不应作为治疗的主要手段。只有当患者之心脏情况及血压相当稳定、脑水肿和酸中毒已较好获得纠正方可试用较大剂量的呼吸兴奋药冲击之;若仍无效,应隔4~8小时后再试行冲击。长期无效的应用呼吸兴奋药,不仅无益反而有害。常用的呼吸兴奋药有苯甲酸钠咖啡因、尼可刹米、洛贝林、回苏灵等。对于循环呼吸衰竭患者应首选苯甲酸钠咖啡因或与尼可刹米交替作用(参阅呼吸衰竭一节)。

三、脑复苏

脑组织遭受缺氧性损害最为突出而严重,循环骤停后脑损害的临床表现,轻重不一。轻度脑损害可出现浅昏迷、燥动、定向力丧失、震颤、多灶性肌阵挛,瞳孔及眼球运动一般无明显改变或进行性改变,不一定伴有严重的颅内压增高,可出现代谢性呼吸增快。以上改变多属代谢性脑损害,自主呼吸约在半小时以内恢复,而意识约在几小时内恢复,且无神经系统损伤之后遗症。重度脑损害可出现持续昏迷达数日至十余日、高热、惊厥、偏瘫或交叉性瘫痪、瞳孔明显固定散大、或见瞳孔缩小如针尖大而伴有中枢性高热、眼球结膜水肿与充血、张力增高与眼球外突、有严重的颅内压增高(脑水肿)、失语、失明、麻痹、痴呆、癫痫等,对各种深浅刺激毫无反应。示存在局灶性或多灶性脑损害。

对重度脑损害的防治主要包括:①低温疗法;②脱水疗法;③肾上腺皮质激素的应用;④抗凝疗法;⑤高压氧舱疗法;⑥镇静剂的应用;⑦催醒疗法等脑复苏措施。

(一)低温疗法

低温疗法对脑细胞具有保护性作用,可阻止脑细胞损害的进一步发展,为受损脑细胞恢复

创造条件。低温疗法的作用机理：①降低脑代谢，降低脑耗氧量及血流量，提高脑细胞对缺氧的耐受力。实验证明，体温每降低1℃，脑组织的耗氧量和血流量平均降低6.7%；若将体温降至33℃左右，脑组织的耗氧量和血流量可降低约35%；若降温至30℃，脑细胞的耗氧量可降低42%。②降低颅内压。体温每降低1℃，颅内压平均下降5.5%，使脑组织体积缩小，若体温维持在33℃时，脑体积可缩小1/3左右。③防止或减轻脑损害后的反应性高热，减轻受损害脑细胞的负担。当心肺复苏后脑灌注恢复时，脑氧代谢率可增加200%，若不阻断这恶性循环，势必加重脑内酸中毒及缺氧，促使器质性脑损害的发生。器质性脑损害常发生在循环恢复后的30~60分钟。所以在心脏复苏成功后应立即以最快的速度进行低温疗法。至少应维持48小时以上（因心脏骤停所致的缺氧性脑水肿，其高峰常在24~48小时或72小时后才逐渐下降），一般应持续5~7天。据国内报道，坚持7~12天左右之长时间低温疗法，取得严重缺氧性脑损害复苏成功的报道已数十例。其降温方法如下：

1. 头部冰帽重点降温：低温疗法时应重点采用冰帽、冰槽或冰袋等置于头部、颈侧，进行头部局部持续降温。这种低温疗法对绝大多数循环骤停者是必要的。实验表明，脑温降至28℃时才能起到降低脑代谢、保护脑组织的作用；脑温高于31℃时，脑电活动反有增加现象；低于26℃时，又易伴发心律失常。一般肛温比脑温高4℃左右，当肛温或食道温度降至30℃~32℃时，脑温可为25℃~28℃左右。故低温疗法要求维持体温在31℃~33℃（肛温），这样既可达到降低脑代谢、保护脑组织的作用，又可减少低温对心脏的不利影响。对于循环骤停时间短暂，复苏迅速，患者的神态及各种功能恢复良好者，一般仅采用头、颈部局部降温即可，可不进行全身降温疗法。因为全身低温疗法易引起各种并发症如感染、心室颤动等，因此有时会得不偿失。

2. 体表冰袋降温法：于患者颈侧、腋下、腰旁、腹股沟、腘窝等处放置冰、水各半的冰袋，头部置于冰槽内。或用冰水毛巾湿敷全身，用酒精加冰水擦浴全身，并用电扇加快散热等方法。

3. 体内冰（冷）水降温：可采用冰水灌肠或冷水洗胃等方法。冷水洗胃常用4℃的生理盐水，每次注入250ml左右，在体内保持5~10分钟后，抽出并重新注入冷水，直至达低温要求。

在复苏中主要采用头部降温的方法，是国内最为倡用的一种有效脑复苏措施，只有在其达不到低温要求的深度时，方采用体表或体内降温方法予以辅助。

4. 人工冬眠疗法：在低温疗法过程中，一般患者可不给予冬眠药物。但是，出现下列情况应配合冬眠药物：①在低温状态下出现寒颤反应（此时的耗氧量反较降温前增加105%，应及时处理）；②血循环机能不全，出现四肢冷紫、血压偏低或下降，尿量减少甚至无尿；③出现脑缺氧、脑水肿病征等。一般可用氯丙嗪25mg、异丙嗪50mg，肌肉注射，或静脉滴注，其后酌情而定；若系进行人工冬眠疗法，应于每6~8小时重复上述剂量1次。在使用冬眠合剂时要注意心脏功能和血压（参阅感染性休克一节）。在未行机械通气时，杜冷丁及其它呼吸抑制药物应慎用。氟哌啶阻滞 α 受体作用较轻，亦可降低脑耗氧量，用药后颅内压可降低26%左右，其作用时间较长，在行长时间降温时可选用。

（二）脱水疗法

脱水疗法不仅可减轻及消除脑水肿，同时亦可终止或阻滞脑水肿所引起的恶性循环，常常在脑水肿获得充分治疗后自主呼吸迅速恢复（自主呼吸不出现多系脑水肿所致），实为脑复苏的一项重要措施。一般主张在心脏复跳后立即开始。脱水疗法行之有效的办法是给予高渗性脱水剂和强效利尿剂，如甘露醇、山梨醇、速尿、利尿酸、浓缩血浆或白蛋白等（其作用、剂量、用法、不良反应及应用注意点参阅脑水肿一节）。循环骤停后，脑水肿可于数小时内发生，一般在2~3日达高峰，以后逐渐减退和消失。因此，在最初2~3日尤其是第1~2日，脱水剂用量要

大,间隔时间应短,一般主张每6小时脱水1次。以后可将间歇时间延长,每日2~3次。原则上脱水疗法应维持5~7日。

(三)肾上腺皮质激素的应用

肾上腺糖皮质激素对脑缺氧所致的脑水肿具有良好的作用。其不仅可降低毛细血管的通透性,从而减轻脑水肿;而且,大剂量时还具有加强心肌收缩力、改善微循环、降温、利尿及保护缺氧脑细胞作用。目前认为,脑完全性缺血后,脑细胞外钾离子浓度可能超出30~40mmol/L,从而诱发局部血管痉挛并造成各区域间血液灌注量的差别,是脑复苏常遭失败的原因之一。肾上腺糖皮质激素具有降低血钾作用,并有稳定细胞膜作用,阻止具有毁极状态和血管收缩作用的钾向细胞外移动,从而产生保护脑细胞的作用。地塞米松由于其抗炎作用较氢化可的松强25倍,且水、钠潴留的副作用极微,几乎接近0,尤其适用于脑水肿的治疗;应用剂量需大,10~20mg/次,每日2~3次,静注或静滴,连续应用5~7日。氢化可的松500~1000mg/日,分次静滴,但本品水、钠潴留较明显,故应用时需加用其它脱水剂。

(四)抗凝疗法

当循环骤停时间较长或休克时间较久、低温疗法时,在微循环内可能有血栓形成,常使病情恶化,是造成脑微循环功能障碍的主要原因之一。故有主张早期应用抗凝疗法,一般认为在循环骤停后30分钟内进行。给予肝素6250~12500u/次,静脉滴注,每6~8小时1次,维持2~5日,同时,静脉滴注低分子量右旋糖酐500~1000ml,每日1次。肝素和右旋糖酐都具有抗血小板聚集和降低血液粘稠度作用,两者合用产生协同的抗凝作用(其作用、不良反应及应用注意点参阅弥漫性血管内凝血一节)。

(五)高压氧舱疗法

高压氧舱疗法最主要的作用是可增加机体血氧含量,从而最有效地纠正组织缺氧状态。文献报道,在2~3个大气压下呼吸纯氧,可使脑血流量减少19~25%,颅内压降低36~50%,脑耗氧量降低30~40%,脑组织氧分压及血浆物理溶解氧量显著增加,血氧有效弥散亦大为增加。故高压氧既具有提高脑组织的氧分压并降低耗氧量,又降低颅内压的双重作用。有利于改善全身尤其是脑组织的缺氧状态,从而打断脑缺血、缺氧、脑水肿及颅内压增高形成的恶性循环,促进脑功能的复苏,并有利于防治心衰及肺水肿的发生,促进昏迷者苏醒。

(六)镇静剂的应用

在复苏过程中,由于循环骤停所致的脑缺氧、脑水肿的形成,患者常出现抽搐或痉挛发作,这不仅可使机体耗氧量增加,更为重要的是影响气体交换量,甚至发生呼吸暂停。从而加重脑缺氧,进而使脑水肿更为严重。因此,必须加以适当处理。一般可选用氯丙嗪25~50mg肌注、10%水合氯醛20ml肛管注入、安定10~20mg肌注、苯妥英钠250mg静注(每分钟50mg,必要时可每隔4~6小时肌注1次),或利眠宁20~50mg肌注。

(七)催醒疗法

系指在病人脑缺氧被纠正后,皮层抑制状态开始解除阶段,采用兴奋脑的药物,以促使意识尽快恢复的疗法。在病人出现听力恢复征象时使用最好。不宜过早采用,否则反而可加重脑损害及意识障碍程度。

1. 克脑迷(抗利痛, AET):本品在体内能释放出具有活性的巯基而促进脑细胞代谢,能迅速恢复因外伤受损的脑细胞功能,并有对抗中枢抑制药的作用。用于脑缺氧等引起的昏迷。用法:1g加入5~10%葡萄糖溶液500ml中静滴,以40滴/分钟的速度缓慢滴入,每日1次。9~