

# 常用急救药品的使用

急诊用药有自身的特点:如果所选药物对病人本身有潜在的不良反应,但是符合抢救生命的紧急需要,可暂不考虑药物今后的不良影响;急诊用药多不允许临床医师等待病原学的培养结果或血药水平的监测结果来指导用药,一般情况下只要掌握合理用药方案即可;鉴于病情的特殊性,急诊用药多选择作用迅速、易于监测生理和/或副作用及代谢快速的静脉注射药。急诊用药的给药方式包括舌下给药、口服给药、直肠内给药、肺部给药、经皮给药、注射给药等。

## 心肺复苏用药

### 肾上腺素

肾上腺素直接作用于肾上腺素的 $\alpha$ 、 $\beta$ 受体,产生强烈快速而短暂的兴奋 $\alpha$ 和 $\beta$ 效应。小剂量时心排血量增加,血压升高, $\beta_2$ 受体兴奋可降低血管阻力,松弛支气管平滑肌,解除支气管痉挛;大剂量时 $\alpha$ 受体兴奋,血压升高,冠状血管灌注增加,使停搏的心脏复跳。不良反应为可引起惊厥、面色苍白、震颤、心悸、烦躁、头痛、血压升高、心律失常甚至心室颤动等反应。

#### 注意

肾上腺素不宜与碱性药物、强心苷类、维生素C、氨茶碱、氯化钾等配伍;在酸性环境中作用降低,与碱性药物混合后失效。患有器质性心脏病、高血压病、动脉硬化、糖尿病等疾病者禁用。气管内给药量比静脉给药量大10倍。

### 去甲肾上腺素

去甲肾上腺素主要激动 $\alpha$ 受体,对 $\beta$ 受体激动作用很弱,且有很强的血管收缩作用,使全身小动脉与小静脉收缩,外周阻力增大,血压上升。适应证为过敏性、神经性、心源性休克及扩血管药无效时的感染性休克,也可用于上消化道出血,但出血性休克禁用。

使用方法:6毫克,加入5%葡萄糖溶液50毫升(微量泵);

#### 注意

慎用疾病:高血压病、动脉硬化、糖尿病、甲状腺功能亢进症、闭塞性脉管炎、血栓病及无尿病人慎用。

### 碳酸氢钠

适应证:代谢性酸中毒,重度代谢性酸中毒应静脉滴注;碱化尿液,防止血红蛋白在肾小管沉积引起肾衰;治疗胃酸过多引起

起的症状;对某些药物中毒有非特异性治疗作用,如巴比妥类、水杨酸类药物及甲醇中毒;复苏时间长、高血钾、高血镁、高血钙。

使用方法:最好稀释成1.5%的等张液给药,酌情使用至pH(酸碱度)达7.25即可(0.3×体重(千克)×碱缺失量)。

#### 注意

必须建立畅通气道后给药;不能与血管活性药物放在同一静脉通道内;禁用于吞食强酸中毒时洗胃。出现下列情况时慎用:少尿或无尿;钠潴留并有水肿时,如肝硬化、充血性心力衰竭、肾功能不全;原发性高血压,因钠负荷增加可加重病情;严重呼吸功能衰竭。

### 阿托品

药理作用:消除迷走神经对心脏的抑制作用,消除传导阻滞,使心率增快;能解除平滑肌的痉挛,抑制腺体分泌,兴奋呼吸中枢,具有松弛内脏平滑肌及扩瞳的作用。适应证为用于迷走神经反射和阿斯综合征所致心跳骤

停;可用于电复律后的心动过缓;治疗各种缓慢性心律失常;抢救感染性休克;有机磷农药中毒的急救;平滑肌痉挛性疼痛;扩瞳。

使用方法:0.01~0.02毫克/千克,皮下或静脉推注(最大剂量0.03~0.05毫克/千克;单剂:婴幼儿不超过0.3毫克,儿童不超过0.5毫克,青少年不超过1毫克)。有机磷中毒时1~5毫克/次,根据中毒程度,采用肌肉注射、皮下注射或静脉推注,达到阿托品化后逐步减量。气管内给药比静脉给药大两至三倍。

#### 注意

青光眼、前列腺肥大者禁用。不良反应为口干、眩晕、瞳孔散大、皮肤潮红、心率加快、兴奋、烦躁、惊厥。静脉注射时速度宜慢,注意观察有无过量及中毒。对老年人要观察有无便秘和尿量。滴眼时要压迫内眦,以免流入鼻内。

## 抗心律失常药

使用抗心律失常药物时,首先应熟悉各种药物的药理作用,利用反映药物吸收、分布、代谢及排泄的药代动力学参数,可调整用药时间及频次。注意抗心律失常药物的致心律失常作用,用药时间不宜长。多数药物都有负性肌力作用。多数药物静脉推注时需要缓慢注射(8~10分钟),除了ATP(三磷酸腺苷)。

### 三磷酸腺苷

三磷酸腺苷是一种内源性嘌呤核苷,可减慢房室结传导,半衰期(指药物消耗一半所需时间)小于10秒钟。适应证:室上性心动过速。

用法:0.1毫克/千克,快速静脉推注,无效者,在3分钟再给一次,每次按0.05~0.1毫克/千克递增,直至最大剂量0.25~0.3毫克/千克。

#### 注意

0.1毫克/千克快速推入后,再快速推入氯化钠溶液2~5毫升,以防腺苷在到达心脏前在红细胞内分解。老年人、有心动过缓及房室传导阻滞病史者慎用。

### 利多卡因

药理作用:作用在心室肌,降低心室肌兴奋性,提高致颤阈值,延长有效不应期,抑制心肌传导自律性。适应证为频发室性早搏,室性心动过速,心室颤动。

1.5毫克/千克/次(一般用50~100毫克/次),必要时每5分钟后重复一两次。静滴时取100毫克加入5%葡萄糖注射液100~200毫升中静滴,滴速1~2毫升/分钟。总量<300毫克。

使用方法:缓慢静注1~

#### 注意

1.气管内给药量比静脉给药量大两至三倍。  
2.QRS波(正常心电图幅度最大的波群)增宽的室性逸搏伴心动过缓者禁用。  
3.不良反应主要为头晕、嗜睡、感觉异常、肌颤等,超量可引起惊厥、昏迷及呼吸抑制等。偶见低血压、心动过缓、传导阻滞等心脏毒性症状。

### 胺碘酮

药理作用:胺碘酮属于Ⅲ类抗心律失常药,延长心肌细胞三相动作电位,无负性肌力作用。适应证为治疗严重的室性及室上性心律失常。

使用方法:静脉注射,150毫克,加入10毫升液体中,10分钟给入,然后1毫克/千克应

用6小时;0.5毫克/千克维持给药,必要时可追加150毫克。  
口服法:用于需要维持给药或单独口服给药的患者,常于第一天或静注的同时给600毫克×7天或1200毫克×4天,然后100~400毫克维持给药。

#### 注意

1.不宜用于尖端扭转型室速,严重室性心动过缓及房室传导阻滞。  
2.室性心动过缓和QT间期延长是其治疗作用,不应视为停药指征。

### 心律平(普罗帕酮)

药理作用:心律平对细胞膜有直接稳定作用,能降低动作电位最大上升速率及轻度延长动作电位时间和有效不应期,用于预防和治疗各种室性及室上性心律失常,也可用于预激综合征合并的心律失常。

使用方法:静脉注射,70毫克,10分钟给入。如果无效,20分钟后可重复,也可2毫克/分钟静脉滴注。

不良反应:恶心、呕吐、眩晕,个别病人会血压下降、加重心力衰竭。

(郑州颐和医院供稿)



## 补阳还五汤治疗中风

李帅

中风是由于正气亏虚,饮食、情志、劳倦内伤等引起气逆血乱,产生风、火、痰、瘀,导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外,以突然半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩或不语、偏身麻木为主要临床表现的病证。根据脑髓神经受损程度的不同,有中经络、中脏腑之分,有相应的临床表现。本病多见于中老年人,四季皆可发病,但以冬春两季最为多见。

王某,男,65岁,中风后遗症3个月,现症状右侧肢体活动无力,言语迟钝,记忆力减退,头晕头懵,夜间少寐,面色苍白,全身乏力,口角流涎,活动后稍心慌、心悸、纳差,腹胀,大便溏,舌质暗淡,舌边有齿痕,舌下脉络有瘀暗,伸舌稍左偏,脉沉弱。发病时血压升高,现门诊测血压140/88毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)左右。既往有慢性胃炎、冠心病。神经系统检查:左侧肢体肌力、肌张力正常,左巴氏征阴性;右侧下肢肌力3级,右侧上肢肌力2级,肌张力3级,右巴氏征阳性。头颅CT检查:双侧基底节区、左侧颞叶、枕叶脑梗死;脑白质脱髓鞘;脑萎缩。证属脾胃亏虚,正气不足,气血运行不畅,瘀血阻络。治以益气通络,宁心安神,活血化痰。

补阳还五汤加味:黄芪30克,茯苓15克,党参12克,焦白术12克,赤芍药10克,川芎10克,当归尾12克,地龙6克,红花12克,丹参20克,石菖蒲12克,牡蛎20克。1天一剂,水煎服,分早晚两次服用,每次200毫升。治疗1周后右侧下肢肌力3级,右侧上肢肌力3级,肌张力3级,右巴氏征阳性。口舌歪斜有所好转,言语不利,大便可。继续服用以上方药2周,患者可下床活动锻炼,右下肢肌力3级,右下肢肌力3级,肌张力2级。患者仍口角歪斜,言语不利,但患者精神明显好转,饮食正常,大小便正常。患者坚持锻炼,家属并给予帮助其康复理疗。嘱患者继续口服上述中药,治疗5周,患者精神好,饮食尚佳,言语不利好转,偶有迟滞现象,面色红润,患者右下肢肌力4级,右下肢肌力4级,肌张力1级,右巴氏征弱阳性。继续守方,再加水蛭3克,治疗2周,患者症状明显减轻。患者食欲正常,血压一直正常,患者不愿意再继续口服中药。家属每天帮助患者进行康复训练,行走活动有力,头晕头懵明显减轻,寐可,大小便正常。但患者仍留有一定的肢体障碍,言语有时迟滞,口角流涎明显好转。

治疗中风后遗症一般常用清代医家王清任的补阳还五汤加味(出自《医林改错》)。他认为,瘀血阻窍,元神受损,血瘀阻滞经脉,气不能到达四肢。本方多重用黄芪以大补脾胃之元气,使气旺则血行,瘀去络自通。当归尾活血养血,又化痰而不伤血,同时配以赤芍药、川芎、红花,以助当归尾活血化痰,加入地龙以助通经活络。另外,根据患者流涎、不寐等症状,给予党参、茯苓、焦白术,以化湿补脾胃之气,又可安神。石菖蒲以化湿行脾胃之气,去湿浊,利痰涎,又具有安心神之功。牡蛎既可以宁心神,又可健脑,改善脑循环。丹参具有活血化痰、养血安神之功效。现代药理学研究表明,该方具有扩张血管、增加脑血流量、改善脑部血液循环、改善脑部缺氧、降低血脂及改善血液流变性的作用,有助于促进患者神经功能恢复,提高其生活质量。

(作者供职于郸城县中医院)

## 蒲公英可灭幽门螺杆菌

丁小翠翠



幽门螺杆菌常常生存于人体的胃部及十二指肠的各区域,是引起各种胃部不适症状的常见原因。人体感染该菌后常会引起嗝气、泛酸、恶心、呕吐,以及上腹部饱胀不适、胃部隐痛等症状。目前,多通过吹气试验来检测是否存在幽门螺杆菌的感染。

河南中医药大学著名消化内科专家张照兰教授指出,运用中医辨证思维治疗胃部疾病时,针对伴有幽门螺杆菌的情况,可以用蒲公英、铁树叶等中草药来专门杀灭幽门螺杆菌,疗效突出。

蒲公英,性甘、寒,是天然的抗生素并且不伤脾胃,几乎没有副作用,是消灭幽门螺杆菌的好药。铁树叶,性甘、酸,凡是苦寒的皆容易伤胃,但是甘寒的药不仅可以养胃,还可以同时杀灭细菌。自古以来就有铁树叶治疗胃部肿瘤、胃部糜烂的记载。如《纲目拾遗》记载有“铁树叶治一切心胃及气痛。”它既能消炎止痛又能活血,无论是胃部糜烂,还是胃部肿瘤,皆可大量使用铁树叶,一般用量在30克左右。

张照兰指出,运用中药治疗幽门螺杆菌感染导致的胃部疾病,不仅能够有效消灭幽门螺杆菌感染,还可以调畅胃部气机,迅速改善症状。

蒲公英,性甘、寒,是天然的抗生素并且不伤脾胃,几乎没有副作用,是消灭幽门螺杆菌的好药。

(作者供职于河南省中医院)

本版图片均为资料图片

## 征稿

《乡医课堂》旨在给基层医务人员提供较为基础的、具有实用性的医学知识,更加注重实践操作,内容涉及安全用药、经验分享、答疑释惑等方面,主要栏目有“1+1”《慢病防治》《抛砖引玉》《合理用药》《老药新用》等,期待大家投稿!

联系人:刘静娜,邮箱:570342417@qq.com,联系电话:0371-85967338。

## 抛砖引玉



## 治疗打嗝的中医方法

膈的痉挛引起嗝气,俗称“打嗝”,是各种消化道疾病常见的症状之一。打嗝是胃中气体上出咽喉所发出的声音,其声长而缓,古代称为噎气。

从中医来讲,打嗝为气逆、胃失和降的表现。治疗该病应针对病因,或是疏肝理气,或是补脾消食,并且加上降逆止呕的药物,如丁香、柿蒂等。

在临床上,打嗝可分为两类,一类是热症打嗝,另一类是寒症打嗝。

热症打嗝可用:柿蒂50克,

钩藤40克,白芍药35克,地龙25克,橘皮25克,竹茹25克,麦冬35克,半夏15克,生石膏40克,全蝎8克,甘草10克,水煎服,每日一剂,连服3~5剂。

病例:李某,女,33岁,城镇环卫工人,2017年7月发病,每日打嗝频作,影响饮食和休息,曾服用中西药治疗无效,前来就诊。症见:嗝声洪亮,口臭烦渴,喜冷饮,小便短赤,大便便秘,舌苔黄,脉滑数。经诊断为热症打嗝。治法:清热熄风,舒郁理气。服用上方4剂,病即痊愈。

寒症打嗝可用:柿蒂50克,人参50克(或党参50克),丁香10克,干姜10克,吴茱萸10克,半夏10克,橘红25克,炙甘草10克,水煎服,每日一剂,连服3~5剂。

病例:王某,男,42岁,煤矿工人,2017年5月发病。一个月来打嗝不止,得热则解,得寒愈甚。食欲减少,口不渴,舌苔白润,脉迟缓。经诊断为寒症打嗝。治法:祛寒理气,和胃降逆。服用上方5剂,症状消失。

(贾宗昌)