

S 实用 内科医嘱手册

hiyongneikeyizhushou



胡品津 任 明 主编

中国协和医科大学出版社

- ← 一、呼吸系统疾病
- ← 二、循环系统疾病
- ← 三、消化系统疾病
- ← 四、泌尿系统疾病
- ← 五、血液系统疾病
- ← 六、内分泌系统和代谢疾病
- ← 七、结缔组织病和风湿病
- ← 八、理化因素所致疾病
- ← 九、传染性疾病
- ← 十、神经系统疾病
- ← 十一、临床护理
- ← 十二、病人膳食

ISBN 7-81072-529-7



9 787810 725293 >

ISBN 7-81072-529-7/R · 524

定价：20.00元

更多相关资源请访问 <http://www.klrs999.cn/> hbtmyx 制作

实用内科医嘱手册

胡品津 任 明 主编

编委名单（以姓氏笔画为序）

任 明	吕洁梅	李志坚	张 孔
陈幼明	杨岫岩	荆小莉	胡品津
姚 斌	唐安丽	盛文利	梁柳琴
彭爱华			

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用内科医嘱手册 / 胡品津, 任明主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.6

ISBN 7-81072-529-7

I. 实… II. 胡… III. 内科-医嘱-手册
IV. R5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 044189 号

实用内科医嘱手册

主 编: 胡品津 任 明
责任编辑: 李春宇 赵瑞芹

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787×960 毫米 1/32 开
印 张: 11.625
字 数: 200 千字
版 次: 2004 年 7 月第一版 2004 年 7 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 20.00 元

ISBN 7-81072-529-7/R·524

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

内科学是临床医学的重要组成部分，是临床各学科的基础。内科医嘱的书写反映了临床医生诊断疾病、处理疾病的能力，是日常临床工作中极其重要的环节。一个医生知识面是否广，诊断、鉴别诊断是否恰当，处理是否及时，用药是否正确合理等，都可以从医嘱中反映出来。

鉴于此，我们组织中山大学附属一院、附属三院的有关专家编写了这本《实用内科医嘱手册》。本手册以第5版《内科学》、《传染病学》、《神经病学》为蓝本，在总结各位编者多年来积累的较丰富的临床诊治经验和教学经验的基础上，结合国内外近年来大内科诊治领域最新研究成果编写而成。

本手册内容新颖，系统全面，重点突出，强调实用。每个病种按轻重缓急列出主要诊疗程序，在绝大多数医嘱下面均有“注”，重点介绍诊治原则和依据，以及特殊医嘱等，以便根据病人具体情况，开出适当的医嘱，并将容易被人忽略的临床护理和病人膳食专门列出编写。因此，既可作为医学院校实习医师的工具书，又可作为年轻医师的临床参考书。

鉴于参加编写的人员较多，所从事的专业各不相同，书中可能存在一些缺点甚至错误，有待广大读者批评指正。

胡品津 任 明
于中山大学附属第一医院
2004 年 5 月

目 录

一、呼吸系统疾病

1. 急性上呼吸道感染 (1)
2. 急性气管 - 支气管炎 (2)
3. 慢性支气管炎急性发作、慢性阻塞性
肺气肿 (3)
4. 慢性肺源性心脏病急性加重 (5)
5. 支气管哮喘发作 (7)
6. 呼吸衰竭 (慢性呼吸衰竭急性加重、
急性呼吸衰竭) (10)
7. 支气管扩张 (含大咯血) (13)
8. 肺炎球菌肺炎 (含感染性休克) (15)
9. 葡萄球菌肺炎 (18)
10. 肺炎克雷白杆菌肺炎 (19)
11. 绿脓杆菌肺炎 (20)
12. 流感嗜血杆菌肺炎 (22)
13. 军团菌肺炎 (23)
14. 肺炎支原体肺炎 (24)
15. 肺炎衣原体肺炎 (24)
16. 病毒性肺炎 (25)
17. 肺念珠菌病 (27)

18. 肺曲菌病·····	(28)
19. 放射性肺炎·····	(29)
20. 肺脓肿·····	(30)
21. 肺结核·····	(32)
22. 结核性渗出性胸膜炎·····	(34)
23. 特发性肺纤维化·····	(35)
24. 慢性嗜酸性粒细胞性肺炎·····	(37)
25. 结节病·····	(39)
26. 原发性支气管肺癌·····	(40)
27. 自发性气胸·····	(42)
28. 睡眠-呼吸暂停综合征·····	(44)
29. 肺血栓栓塞 (PET) ·····	(46)
30. 急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) ·····	(49)

二、循环系统疾病

1. 慢性心力衰竭·····	(51)
2. 急性左心衰·····	(54)
3. 窦性心动过速·····	(56)
4. 窦性心动过缓·····	(57)
5. 病态窦房结综合征·····	(58)
6. 房性期前收缩·····	(59)
7. 室性期前收缩·····	(60)
8. 心房颤动·····	(62)
9. 预激综合征·····	(63)
10. 阵发性室上性心动过速·····	(64)

11. 室性心动过速	(66)
12. 房室传导阻滞	(69)
13. 原发性高血压	(71)
14. 心绞痛	(75)
15. 心肌梗死	(77)
16. 风湿热	(82)
17. 经皮二尖瓣、肺动脉瓣球囊成形术	(83)
18. 自体瓣膜心内膜炎	(84)
19. 人工瓣膜心内膜炎	(86)
20. 扩张型心肌病	(87)
21. 肥厚型心肌病	(89)
22. 限制型心肌病	(90)
23. 梅毒性心血管病	(91)
24. 雷诺综合征	(93)
25. 血栓性静脉炎	(94)
26. 闭塞性周围动脉粥样硬化	(95)
27. 高脂血症	(97)

三、消化系统疾病

1. 胃食管反流病	(98)
2. 贲门失弛缓症	(99)
3. 食管癌	(100)
4. 慢性胃炎	(101)
5. 消化性溃疡	(102)
6. 消化性溃疡合并出血	(104)

4 实用内科医属手册

7. 消化性溃疡合并幽门梗阻	(105)
8. 胃癌	(106)
9. 肠结核	(107)
10. Crohn 病	(108)
11. 溃疡性结肠炎	(110)
12. 假膜性肠炎	(111)
13. 大肠癌	(112)
14. 功能性消化不良	(113)
15. 肠易激综合征	(114)
16. 肝硬化	(115)
17. 肝硬化并发食管静脉曲张破裂出血	(116)
18. 肝硬化合并肝性脑病	(118)
19. 原发性肝癌	(119)
20. 脂肪肝	(121)
21. 酒精性肝病	(122)
22. 原发性胆汁性肝硬化	(123)
23. 肝脓肿	(124)
24. 急性胆囊炎	(125)
25. 胆道蛔虫症	(126)
26. 硬化性胆管炎	(127)
27. 急性胰腺炎	(128)
28. 慢性胰腺炎	(129)
29. 胰腺癌	(130)
30. 结核性腹膜炎	(131)

四、泌尿系统疾病

1. 急性肾小球肾炎 (133)
2. 急进性肾小球肾炎 (134)
3. 慢性肾小球肾炎 (136)
4. 肾病综合征 (138)
5. IgA 肾病 (140)
6. 急性间质性肾炎 (142)
7. 慢性间质性肾炎 (143)
8. 急性肾盂肾炎 (144)
9. 慢性肾盂肾炎 (145)
10. 膀胱炎 (146)
11. 肾小管性酸中毒 (147)
12. 急性肾衰竭 (148)
13. 慢性肾衰竭 (149)

五、血液系统疾病

1. 缺铁性贫血 (151)
2. 巨幼细胞贫血 (153)
3. 再生障碍性贫血 (154)
4. 葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症
(G-6-PD 缺乏症) (156)
5. 球蛋白生成障碍性贫血 (地中海贫血,
血红蛋白病) (157)

6 实用内科医属手册

6. 自身免疫性溶血性贫血	(159)
7. 阵发性睡眠性血红蛋白病	(161)
8. 白细胞减少和粒细胞缺乏症	(163)
9. 急性白血病	(164)
10. 慢性粒细胞白血病	(170)
11. 慢性淋巴细胞白血病	(172)
12. 霍奇金淋巴瘤	(175)
13. 非霍奇金淋巴瘤 (NHL)	(177)
14. 多发性骨髓瘤	(179)
15. 恶性组织细胞病	(182)
16. 真性红细胞增多症	(184)
17. 原发性血小板增多症	(185)
18. 过敏性紫癜	(187)
19. 特发性血小板减少性紫癜 (ITP)	(188)
20. 血友病	(189)

六、内分泌系统和代谢疾病

1. 垂体瘤	(191)
2. 巨人症和肢端肥大症	(192)
3. 腺垂体功能减退症	(194)
4. 生长激素缺乏性侏儒症	(197)
5. 尿崩症	(198)
6. 单纯性甲状腺肿	(200)
7. 甲状腺功能亢进症	(201)
8. 甲状腺功能减退症	(204)

9. 亚急性甲状腺炎	(206)
10. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(207)
11. 库欣综合征	(208)
12. 原发性醛固酮增多症	(211)
13. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(213)
14. 嗜铬细胞瘤	(215)
15. 原发性甲状旁腺功能亢进症	(217)
16. 糖尿病	(218)
17. 糖尿病酮症酸中毒	(220)
18. 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(222)
19. 痛风	(223)
20. 骨质疏松症	(224)

七、结缔组织病和风湿病

1. 类风湿关节炎	(226)
2. 强直性脊柱炎	(228)
3. 系统性红斑狼疮	(229)
4. 大动脉炎	(231)
5. 结节性多动脉炎	(232)
6. 变应性肉芽肿血管炎	(233)
7. Wegener (韦格纳) 肉芽肿	(233)
8. 白塞病	(234)
9. 系统性硬化病	(235)
10. 炎性肌病 (多发性肌炎, 皮肌炎)	(236)
11. 干燥综合征	(237)

12. 成人 Still 病..... (238)
13. 结节性脂膜炎..... (239)
14. 混合性结缔组织病..... (240)

八、理化因素所致疾病

1. 有机磷农药中毒..... (241)
2. 氨基甲酸酯类杀虫药中毒..... (243)
3. 拟除虫菊酯类杀虫药中毒..... (244)
4. 杀虫脒中毒..... (245)
5. 杀鼠剂中毒..... (246)
6. 急性一氧化碳中毒..... (247)
7. 氰化物中毒..... (249)
8. 铅中毒..... (250)
9. 汞中毒..... (252)
10. 苯中毒..... (253)
11. 四氯化碳中毒..... (254)
12. 镇静催眠药中毒..... (255)
13. 乙醇中毒..... (257)
14. 甲醇中毒..... (258)
15. 亚硝酸盐中毒..... (259)
16. 强酸类中毒..... (260)
17. 强碱类中毒..... (261)
18. 毒蛇咬伤中毒..... (262)
19. 鱼胆中毒..... (263)
20. 毒蕈中毒..... (264)

21. 中暑	(265)
22. 冻僵	(267)
23. 淹溺	(268)
24. 电击	(269)
25. 晕动病	(270)
26. 减压病	(271)
27. 高原病	(272)

九、传染性疾病

1. 病毒性肝炎	(274)
2. 流行性乙型脑炎 (简称乙脑)	(276)
3. 脊髓灰质炎	(278)
4. 狂犬病	(279)
5. 麻疹	(279)
6. 水痘和带状疱疹	(280)
7. 流行性出血热	(281)
8. 获得性免疫缺陷综合征 (艾滋病)	(283)
9. 流行性腮腺炎	(285)
10. 传染性单核细胞增多症 (传单)	(286)
11. 登革热	(287)
12. 恙虫病	(288)
13. 伤寒	(288)
14. 败血症	(290)
15. 感染性休克	(292)
16. 细菌性痢疾	(293)

17. 霍乱	(294)
18. 流行性脑脊髓膜炎 (流脑)	(296)
19. 钩端螺旋体病 (简称钩体病)	(297)
20. 梅毒	(298)
21. 疟疾	(301)
22. 华支睾吸虫病	(302)
23. 丝虫病	(302)
24. 钩虫病	(303)
25. 肠绦虫病	(304)
26. 囊尾蚴病	(305)

十、神经系统疾病

1. 三叉神经痛	(307)
2. 坐骨神经痛	(308)
3. 面神经炎	(309)
4. 格林-巴利综合征 (GBS)	(310)
5. 急性脊髓炎	(311)
6. 脊髓空洞症	(312)
7. 脊髓压迫症	(313)
8. 癫痫	(314)
9. 短暂性脑缺血发作 (TIA)	(316)
10. 脑出血	(317)
11. 蛛网膜下腔出血 (SAH)	(319)
12. 脑梗死	(321)
13. 震颤麻痹	(323)

14. 重症肌无力 (MG)	(324)
15. 进行性肌营养不良	(325)
16. 低钾性周期性麻痹	(326)
17. 偏头痛	(327)
18. 多发性硬化	(328)
19. 肝豆状核变性	(329)
20. 新隐球菌脑膜炎	(330)

十一、临床护理

(一) 内科一般护理常规	(332)
(二) 分级护理	(334)
(三) 特殊护理	(337)

十二、病人膳食

(一) 基本饮食	(344)
(二) 治疗饮食	(346)

一、呼吸系统疾病

1. 急性上呼吸道感染

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普通饮食或半流质饮食	胸部 X 线检查
利巴韦林(病毒唑)100mg 3次/日	咽拭子细菌培养加药敏试验
或吗啉胍(病毒灵)200mg 3次/日	病毒分离
溴己新 16mg 3次/日	血清病毒抗原检测
或其他祛痰药	物理降温(冰敷、酒精擦浴)
维生素 C 0.2g 3次/日	乙酰氨基酚(扑热息痛)0.5g 口服
复合维生素 B 2片 3次/日	或其他退热药(高热仍未退时)

注：(1) 急性上呼吸道感染多数是由病毒引起，目前尚无理想成熟的抗病毒治疗药，可选用广谱抗病毒药利巴韦林、吗啉胍等，因可影响早期胎儿的发育，孕妇禁用。中药银翘散、桑菊饮、抗病毒口服液等有一定的防治效果，可考虑选用。

(2) 急性上呼吸道感染可由细菌引起，如细菌性咽炎、扁桃体炎，亦可并发细菌性感染，如细菌性鼻

窦炎、中耳炎、气管-支气管炎，表现有高热，见脓性分泌物，脓痰等，血常规白细胞及中性粒细胞升高并核左移等，此时抗菌药物治疗，可选用青霉素类（需做青霉素皮试）、第1代头孢菌素、大环内酯类、氟喹诺酮类等，如氨苄西林 0.5g，3次/日，或罗红霉素 0.15g，2次/日，或左旋氧氟沙星 0.2g，2~3次/日。轻症口服，重症宜静脉滴注。

(3) 高热、出汗多时应适当补充水分和电解质，如 5% GNS 500~1000ml 或平衡盐溶液（林格液）静脉滴注。

2. 急性气管-支气管炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普通饮食或半流质饮食	胸部 X 线检查
羟氨苄青霉素 0.5g 3次/日 (青霉素皮试)	咽拭子细菌培养加药物敏感试验
溴己新 16mg 3次/日	痰细菌培养并药物敏感试验
或其他祛痰药	
复合维生素 B 2片 3次/日	

注：(1) 急性气管-支气管炎由细菌引起时应使用抗菌药物治疗，可选用青霉素类（需做青霉素皮试）、大环内酯类、氟喹诺酮类等，当有病原菌阳性结

果时再根据病原菌药物敏感试验适当调整。轻症一般口服用药，病情较重时，肌注或静脉滴注用药为宜。

(2) 对症治疗 气道痉挛时可选用茶碱类，如氨茶碱 0.1~0.2g，3 次/日；或 β_2 肾上腺素能受体激动剂，如丙卡特罗（美普清）25~50 μ g，2 次/日；或特布他林（博利康尼）2.5mg，3 次/日。高热时应物理降温，必要时应用解热镇痛药。痰不易咳出时，可超声雾化吸入化痰药，如 0.2% 溴己新溶液 2ml，雾化吸入，2~3 次/日。

3. 慢性支气管炎急性发作、慢性阻塞性肺气肿

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级或二级护理 半流质饮食 吸氧（必要时） 青霉素 80 万 U 肌注 2 次/日 （青霉素皮试） 或 0.9% NS 150ml / 静脉滴注 青霉素 240 万 U / 2 次/日 （青霉素皮试） 氨茶碱 0.2g 3 次/日 溴己新（必嗽平）16mg 3 次/日 或 0.2% 溴己新溶液 2ml 雾化吸入 2~3 次/日或其他祛痰药	血常规 胸部 X 线检查 痰细菌培养并药物敏感试验 肺功能检查 动脉血气分析

注：(1) 抗感染药物治疗可选用青霉素类（需做青霉素皮试）、头孢菌素类、喹诺酮类、大环内酯类等，轻症可口服或肌注用药，重症则宜静脉滴注，头孢菌素可选用第一、二代，如头孢拉定（先锋霉素 VI）2~3g，静脉滴注，2次/日；喹诺酮类可选用环丙沙星或氧氟沙星 0.2g，静脉滴注，2次/日；大环内酯类可选用红霉素 1.5g/d，静脉滴注。待药物敏感试验明确后调整用药。混合感染时应联合用药。

(2) 气道解痉：除应用茶碱类外，可选用 β_2 肾上腺素能受体激动药，如丙卡特罗（美普清 25~50 μ g，2次/日；或肾上腺素能受体激动药气雾剂吸入，如沙丁胺醇气雾剂吸入，3~4次/日，1~2揪/次。痉挛严重时，可予 5% GS 20~40 ml 加入氨茶碱 0.25g（5~6mg/kg）作首剂（负荷量）缓慢静脉注射，时间不可少于 20 分钟，随之以 0.4~0.6mg/（kg·h）作维持量加入 5% GS 500ml 中静脉滴注维持，病情稳定后，则改为口服茶碱缓释（控释）剂型，如舒弗美 0.2g，每 12 小时 1 次；或以 0.5% 沙丁胺醇（舒喘灵）吸入液 1~2ml（每毫升含 5mg）雾化吸入（亦可加适量生理盐水），3~4 次/日，病情稳定后，改为口服剂型。

4. 慢性肺源性心脏病急性加重

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级或二级护理	血常规
半流质饮食	肝、肾功能检查
呼吸、血压、心电、血氧饱和度监测	血清钠、钾、氯检查
持续低流量吸氧	动脉血气分析
0.9% NS 150ml / 静脉滴注	胸部 X 线检查(必要时床边)
青霉素 240 万 U / 2 次/日	心电图、超声心动图检查
(青霉素皮试)	痰细菌培养并药物敏感试验
5% GS 150ml / 静脉滴注	痰真菌培养并药物敏感试验
丁胺卡那霉素 0.2g / 2 次/日	
溴己新 16mg 3 次/日	
或其他祛痰药	
氨茶碱 0.1-0.2g 3 次/日	
氢氯噻嗪 (HCT) 25mg 2-3 次/日	
或其他利尿剂	

注：(1) 抗感染治疗 肺部感染是引起慢性肺心病急性加重的常见主要原因，抗感染药物常应用青霉素类、头孢菌素类、喹诺酮类、氨基糖苷类等。由于院外感染以革兰阳性菌为主，院内感染则以革兰阴性菌为主，而混合感染亦常见，因此可兼顾二者而联合用药。应用氨基糖苷类应密切观察肾毒性。有痰细菌

培养阳性结果时，再按药物敏感试验调整用药。继发或合并二重感染时，可选用氟康唑（flucanazole）200～400mg/d，一次口服，或同等剂量静脉滴注。

（2）呼吸衰竭的治疗 出现呼吸衰竭时，参见呼吸衰竭的治疗内容。

（3）心力衰竭 当口服利尿剂改善心衰不明显时，可应用：①呋塞米（速尿 Lasix）20～40mg 加 5%GS 20ml 静脉注射，尿量多时，适当补充钾盐，如 10%氯化钾 10ml，3 次/d；②西地兰 0.2mg 加 5%GS 20ml 静脉注射，必要时每 1～2h 再静脉注射 0.2mg。血管扩张药有一定减轻心脏前后负荷的作用，必要时可适当应用。

（4）营养支持治疗 慢性肺心病人由于摄入不足，消耗增加，多有营养不良。应予加强营养支持。总热量至少为每日 30kcal/kg。可选用葡萄糖、氨基酸、脂肪乳等静脉滴注。糖的过多摄入可增加二氧化碳产生量，增加呼吸功，应予避免。

5. 支气管哮喘发作

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级或二级护理 半流质饮食 呼吸、血压、心电、血氧饱和度监测 吸氧(必要时) 舒弗美(茶碱) 0.2g 2次/日 或葆乐辉 0.4g 1次/晚 (亦可0.2g口服,每晚1次,或0.2g 2次/日) 沙丁胺醇气雾剂(喘乐宁气雾剂) 1~2揿/次 3~4次/日 或控释沙丁胺醇(volmax 全特灵) 8mg 每12小时1次 或丙卡特罗(mepitn,美普清) 25~50 μ g,2次/日 5%GS 500ml / 静脉滴注 氨苄青霉素 4~6g / 1次/日 (青霉素皮试) 或5%GS 500ml / 静脉滴注 头孢拉定4~6g / 1次/日 泼尼松10mg 3次/日 溴己新16mg 3次/日 或其他祛痰药。	血常规 血嗜酸性粒细胞计数 血清IgE测定 血清钾、钠、氯检查 动脉血气分析 痰细菌培养并药物敏感试验 胸部X线检查

注：(1) 支气管扩张药的应用 哮喘轻、中度发作时，可给予支气管扩张剂雾化吸入，或配合口服。当重度发作，严重持续时，主张气道解痉药首选静脉用药，可供参考方案：①茶碱：可予 5%GS 20~40ml 加氨茶碱 0.25g (5~6mg/kg) 作首剂（负荷量）缓慢静脉注射，随之吸烟者予 0.6mg/(kg·h)，不吸烟者予 0.4~0.5mg/(kg·h) 作维持量加入 5%GS 500ml 静脉滴注维持。由于茶碱的有效剂量与中毒剂量较接近，个体吸收代谢可能存在较大差异，应密切注意毒副作用，有条件最好行茶碱血药浓度监测，做到剂量个体化。一般每日不超过 1g 是安全剂量；② β_2 肾上腺素能受体激动剂：病情严重不能作气雾吸入者，予 0.5%沙丁胺醇液 1~2ml（每毫升含 5mg）或加适量生理盐水雾化吸入，3~4 次/日，亦可以 1~2ml 加生理盐水 100ml（每毫升含 50~100 μ g）以 1~2mg/h 连续吸入；静脉内给药则以沙丁胺醇 0.5mg 皮下注射后，再以其 1mg 加生理盐水 100ml 于 30~60min 滴完，可 6~8h 重复 1 次；③糖皮质激素：严重的哮喘发作，尤其对支气管扩张剂反应欠佳时，早期静脉给予糖皮质激素十分重要，可起到逆转病情，挽救危重生命的作用。首选甲基强的松龙或氢化可的松，初始剂量分别为 1~2mg/kg 和 4mg/kg 静脉注射，维持剂量分别为 0.5~1mg/kg 和 3mg/kg，每 4~6h 1 次，以维持一个“应激状态”水平；或以地塞米松 5~10mg 静脉推注，继以 4~6 小时一次，每日总量 20~40mg。静脉推注糖皮质激素 2~3 日后，病情稳定则改为口服

并减量，最终以吸入剂型作维持。上述三类药物可以酌情联合应用，以尽快缓解严重发作症状。

(2) 维持水、电解质及酸碱平衡 哮喘发作时，由于呼吸加快、感染发热、不能进食等，常伴有不同程度的失水和电解质紊乱，在充分考虑心肺功能的基础上及时适当补充水、电解质显得十分重要，这种“水化”治疗也有利于排痰，一般每日补液量 2000 ~ 3000 ml 左右，酸中毒时应适当补充 5% 碳酸氢钠溶液。

(3) 酮替酚、白三烯受体阻断剂都有一定的哮喘防治作用，可以配合应用，以减少其他药物的应用剂量和副作用。一般酮替酚 1mg，2 次/日，扎鲁司特 (zafirlukast) 20mg，2 次/日，孟鲁司特 (montelukast) 10mg，1 次/日。

(4) 重症哮喘经气道解痉药、糖皮质激素、氧疗、充分补液等积极治疗无效时，应考虑尽快予以人工机械通气。其指征为：①呼吸、心跳停止；②严重意识障碍、昏迷；③严重的缺氧和二氧化碳潴留， $\text{PaO}_2 < 7.98\text{kPa}$ (60mmHg)， $\text{PaCO}_2 > 6.67\text{kPa}$ (50mmHg)。

6. 呼吸衰竭 (慢性呼吸衰竭急性加重、急性呼吸衰竭)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理	血常规
半流质饮食(必要时停留胃管全流饮食)	肝、肾功能检查
呼吸、血压、心电、血氧饱和度监测	血清钾、钠、氯检查
吸氧	动脉血气分析
记24小时出入量	痰细菌培养并药物敏感试验
0.9% NS 100ml / 静脉 头孢曲松(ceftriaxone) / 滴注 1~2g / 2次/日	痰真菌培养并药物敏感试验
或0.9% NS 100ml / 静脉 头孢他啶(ceftazidime) / 滴注 1~2g / 2次/日	5% GS 20ml / 静脉缓慢注射 氨茶碱 0.25g / (不少于20分钟)
0.5%沙丁胺醇吸入液1~2ml气雾吸入 3次/日	5% GS 500ml / 静脉滴注维持 氨茶碱 0.5g / (0.4~0.5mg/(kg·h))
溴己新16mg 3次/日	5% GS 20ml / 静脉 尼克刹米(可拉明)1~2支 / 注射
或其他祛痰药	5% GS 500ml / 静脉滴注维持 尼克刹米8~12支 / 20滴/分

注(1) 氧疗 急性呼吸衰竭严重缺氧可引起死亡,应立即高浓度吸氧,待病情稳定后,将吸氧浓度

调至可纠正缺氧的最低水平。超过 24 小时的长时间高浓度给氧 ($\geq 60\%$) 可致氧中毒和急性呼吸窘迫综合征的发生。慢性阻塞性肺病急性呼衰时, 因通气不足, 氧疗过度可抑制通气, 导致 PaCO_2 进一步升高, 应予低浓度吸氧 ($1 \sim 2\text{L/min}$)。

(2) 呼吸衰竭时, 必须尽快保持呼吸道通畅 祛痰可口服和结合雾化吸入, 解除气道痉挛除用茶碱、 β_2 肾上腺素能受体激动剂外, 可联合应用糖皮质激素, 尤其支气管哮喘者, 如甲基泼尼松龙 0.5mg/kg 静脉注射, 6h 1 次, 或地塞米松 $5 \sim 10\text{mg}$ 静脉推注, $6 \sim 8\text{h/次}$, 症状缓解后酌情减量至停药, 不可骤然停药, 以免病情反跳。

(3) 慢性呼吸衰竭急性加重 这是临床最为常见的主要呼吸衰竭类型, 诱发因素主要为肺部感染。即使非感染因素诱发, 呼吸衰竭也很快会发生继发性肺部感染, 尤其是实行人工通气者, 因此积极防治是重要措施之一, 一般选用广谱高效的第三代头孢如头孢曲松、头孢他啶 (后者尤适用于绿脓杆菌感染), 以及氟喹诺酮类、哌拉西林 (氧哌嗪青霉素) 等。

(4) 呼吸衰竭时 应用呼吸兴奋剂主要作用为兴奋呼吸中枢, 增加呼吸频率, 以改善肺泡通气量, 因此需要在气道已解痉通畅的基础上应用。呼吸兴奋剂一般作用短暂, 耐药发生较快, 副作用有惊厥、血压升高、呼吸肌疲劳、机体耗氧量增加等。因此, 必须维持应用, 做到用量合理, 防止盲目加大剂量, 对已有呼吸肌疲劳者尤应小心慎用。主要应用于嗜睡、昏

迷等此类患者，尤其适用于呼吸中枢抑制药（如安眠药中毒）所致的呼吸衰竭。尼可刹米能直接兴奋呼吸中枢，也可刺激颈动脉体和主动脉体化学感受器，反射性地兴奋呼吸中枢，使呼吸加深加快，并提高呼吸中枢对二氧化碳的敏感性，临床应用最广，对肺心病呼吸衰竭和吗啡引起的呼吸抑制效果尤好，最宜静脉注射，成人 0.25 ~ 0.5g/次，可据病情再用。洛贝林对呼吸中枢无直接兴奋作用，具烟碱样作用，可刺激颈动脉体和主动脉体感受器，反射性兴奋呼吸中枢，成人 3 ~ 10mg/次皮下或肌肉注射，亦可 3 ~ 6mg 缓慢静脉注射，必要时每隔 30 分钟给药 1 次。

(5) 维持水、电解质和酸碱平衡 根据心肺功能状态量出为人，适量补充，纠正酸碱失衡。呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒时，补充碱 5% 碳酸氢钠 (ml) = [正常 HCO_3^- (mmol/L) - 测得 HCO_3^- (mmol/L)] $\times 0.5 \times$ 体重 (kg)，或一次先给予 5% 碳酸氢钠 100 ~ 150ml 静脉滴注，使 pH 升高至 7.25 左右即可。不宜急于将 pH 值调至正常范围，以免加重二氧化碳潴留。代谢性碱中毒时，当 pH > 7.45，而且 $\text{PaCO}_2 \leq 60\text{mmHg}$ 时，可考虑使用碳酸酐酶抑制剂如乙酰唑胺（醋唑酰胺）0.25g，口服，每日 1 ~ 2 次。

(6) 上述处理方案适合于慢性呼吸衰竭急性加重（急性失代偿）和急性呼吸衰竭。如病情仍未能逆转应及时尽快应用人工机械通气。

7. 支气管扩张 (含大咯血)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食 体位引流 3次/日 氨苄西林(或阿莫西林) 0.5g 4次/日 (青霉素皮试) 甲硝唑 0.2~0.4g 3次/日 氨茶碱 0.1~0.2g 3次/日 溴己新(必嗽平) 16mg 3次/日 或其他祛痰药	血常规 痰细菌培养并药物药敏试验 痰厌氧菌培养并药物药敏试验 胸部 X 线检查 胸部 CT(必要时) 纤维支气管镜吸痰、冲洗 局部滴入抗生素

注：(1) 全身抗感染用药 支气管扩张抗感染一般选用青霉素类、喹诺酮类、大环内酯类。轻症可口服或肌注，重症则需静脉滴注。重症特别是假单胞菌属细菌感染，治疗常需联合用药，如第三代头孢菌素联合氨基糖苷类。合并厌氧菌感染联合应用甲硝唑，可口服 0.2~0.4g，3 次/日，静脉给药首次剂量 15mg/kg，维持剂量 15mg/kg，每 8~12 小时静脉滴注 1 次，或 800mg，1 次/日，孕妇禁用（动物试验中有致突变作用）。

(2) 局部抗感染用药 经纤维支气管镜用生理盐水冲洗吸痰后，病变局部滴入抗生素。

(3) 手术治疗 反复感染或大咯血患者，心肺功

能允许时，如病变局限于一叶或一侧肺，应考虑手术治疗。

(4) 大咯血的治疗 咯血是支气管扩张的常见症状，少量咯血一般不致严重后果，大咯血则可威胁生命、窒息致死。大咯血很难有一个量的绝对规定，一般认为，每日咯血量 $\leq 100\text{ml}$ 为小量咯血，每日咯血量 $\geq 500\text{ml}$ 则为大咯血，介于两者之间则为中量咯血。也有认为，凡是威胁生命的咯血则可视为“大咯血”，因此建议一次咯血量 $\geq 100\text{ml}$ ，或一日咯血量 $\geq 300\text{ml}$ 则为大咯血。临床医生应抓住大咯血的本质，决不可拘泥于数量上的斤斤计较。大咯血一般应采取患侧卧位，以减少出血，避免出血流向健侧。对烦躁不安、无呼吸功能不全时，可口服地西洋 2.5mg ，每日3次，或地西洋 10mg 肌注，剧咳可给予可待因 (codeine) $15 \sim 30\text{mg}$ ，口服，应注意中枢镇咳药抑制呼吸中枢不利排痰的副作用。止血可用：①血管升压素： $5 \sim 10\text{U}$ 加 $5\% \text{GS } 20 \sim 40\text{ml}$ 缓慢静脉注射 ($5 \sim 10$ 分钟)，继以 $10 \sim 20\text{U}$ 加 $5\% \text{GS } 500\text{ml}$ 静脉滴注维持。一日最大量有用至 $40 \sim 60\text{U}$ 。由于可致毛细血管和小动脉收缩，降低肺循环压力，有显著的止血效果，但不适用于高血压、心脏病、肺心病、心力衰竭、孕妇等患者；②普鲁卡因 (procaine)：扩张血管而降低肺循环压力，用于垂体后叶素禁忌者，用前需皮试。可 $150 \sim 300\text{mg}$ 加 $5\% \text{GS } 500\text{ml}$ 缓慢滴注， $1 \sim 2$ 次/日，见效减量；或 50mg 加 $5\% \text{GS } 40\text{ml}$ 缓慢静脉注射， $1 \sim 2$ 次/日，或 $4 \sim 6$ 小时 1 次；③酚妥拉明 (phento-

lamine): 可降低全身血管阻力, 使回心血量减少, 肺血管血流向躯体而起“内放血”作用; 其血管扩张作用亦可降低肺动脉压和肺毛细血管楔压, 减少肺血流量。可 10mg 加 5% GS 500ml 静脉滴注, 1 次/日, 连用 5~7 日; ④氨基己酸 (EACA) 和氨甲苯酸 (对羧基苯胺, PAMBA) 抑制纤维蛋白溶解而止血, 效果不如上述药物显著。可用 EACA 6.0g 加 5% GS 250ml 静脉滴注, 2 次/日, 或 PAMBA 100~200mg 加 5% GS 40ml 静脉注射, 2 次/日; 或 PAMBA 200mg 加 5% GS 500ml 静脉滴注。

8. 肺炎球菌肺炎 (含感染性休克)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普食或半流质饮食	痰细菌培养并药物敏感试验
吸氧 (低氧血症时)	肝、肾功能检查 (必要时)
青霉素 80 万 U 肌注 3 次/日 (青霉素皮试)	动脉血气分析 (必要时)
溴己新 16mg 3 次/日	胸部 X 线检查
或其他祛痰药	物理降温 (冰敷或酒精擦浴)
维生素 C 0.2g 3 次/日	乙酰氨基酚 (扑热息痛) 0.5g 口服 或其他退热药 (高热仍未退时)

注: (1) 抗感染首选青霉素治疗 轻症: 每日 80 万 U 肌注 2~3 次/日; 中症: 每日 480 万 U 静脉滴

注；重症：每日1000万U~3000万U静脉滴注。亦可选用第1、2代头孢菌素，4~6g/d，分2次静脉滴注。青霉素过敏者，可选用环丙沙星或氧氟沙星，每日0.4g，分2次静脉滴注，或选用红霉素，每日1.5g，静脉滴注。抗感染疗程一般为5~7日，或热退后3日停药。对有支气管扩张、慢性支气管炎等慢性肺部基础病的年老体弱患者，可停用静脉用药后改为口服，适当维持多日。应在抗菌药物治疗前，做痰细菌培养加药物敏感试验，以明确病原，进一步指导抗菌药物的选用。

(2) 并发败血症、感染性休克的处理 其临床表现为高热或体温不升、血压下降、四肢厥冷、多汗、口唇发绀、皮肤黏膜出血点，以及累及多脏器、多系统其功能受损的相应表现。①除应用大剂量青霉素外，可联合用药，兼顾革兰阳性和阴性细菌，如第2、3代头孢菌素联合丁胺卡那霉素或氟喹诺酮类；②纠正循环障碍：补充血容量可视具体情况选用低分子右旋糖酐、平衡盐溶液、全血、血浆等。最好作中心静脉压监测而决定用量，原则是缺多少，补多少，注意预防肺水肿、脑水肿发生。中心静脉压正常为0.49~1.18kPa (50~120mmH₂O)，小于0.49kPa (50mmH₂O)为血容量不足， ≥ 0.98 kPa (100mmH₂O)输液量应慎重。血容量已补足依据：收缩压 ≥ 11.9 kPa (90mmHg)，脉压 ≥ 3.99 kPa (30mmHg)，脉搏 ≤ 100 次/分，尿量 ≥ 30 ml/h，血红蛋白、血细胞比容恢复至基础水平。输液不宜过快，以免发生心力衰

竭。血管活性物质的应用：血管收缩药间羟胺（aramine，阿拉明）作用于 α_2 受体，略加强心肌收缩力，升压可靠，维持时间较长，常规剂量应用安全而不易引起肾皮质受损，可以 15 ~ 100mg 加入 5% GS 或生理盐水 500ml 中静脉滴注，紧急情况下可先静脉推注 0.5 ~ 5mg 后静脉滴注维持，视血压情况调整剂量及滴速。血管扩张药多巴胺（dopamine）作用于 β_1 受体，加强心肌收缩力，增加心排出量，一般剂量不影响心率；作用于 α 受体，可选择性地收缩皮肤、骨骼肌血管；作用于多巴胺受体，可舒张内脏血管，小剂量 [0.5 ~ 2 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$]，中剂量 [2 ~ 10 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$] 主要直接兴奋 β_1 受体，大剂量 [10 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$] 主要兴奋 α 受体，减少肾血流，收缩压、舒张压均升高，一般以 20mg 加入 5% GS 200 ~ 300ml 静脉滴注，开始每分钟 20 滴左右 (75 ~ 100 $\mu\text{g}/\text{min}$)，以后可视血压情况加快滴速或加大浓度，最大剂量不得 $\geq 500 \mu\text{g}/\text{min}$ 。应用原则为，血压过低，扩容不能即时进行，可选用血管收缩剂，提高血压，以保持重要脏器的血供；血管扩张药必须在充分扩容的基础上应用；两药相辅相成，可适当联合用药；避免骤然减量、停药，以防血压反跳下降。糖皮质激素的应用：糖皮质激素具有抗炎作用，可以抑制多种炎症反应，其抗毒作用可提高机体的应激能力，改善全身中毒症状，可用氢化可的松每日 10 ~ 20mg 静脉滴注，一般应用 3 ~ 5 日。

(3) 纠正水、电解质和酸碱失衡：代谢性酸中毒

最为常见，可适当补充 5% 碳酸氢钠，并维持 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 等的正常水平。

9. 葡萄球菌肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普通饮食或半流质饮食	胸部 X 线检查
吸氧（必要时）	痰细菌培养并药物敏感试验
青霉素 80 万 U 肌注 4 次/日 （青霉素皮试）	血细菌培养并药物敏感试验 （必要时）
或苯唑青霉素 1g 肌注 4 次/日 （青霉素皮试）	动脉血气分析（必要时）
或邻氯青霉素 0.5~1.0g 肌注 4 次/日 （青霉素皮试）	
溴己新（必嗽平）16mg 3 次/日	
或其他祛痰药	

注：（1）院外感染的金黄色葡萄球菌通常仍可选用青霉素治疗，但一般应大于常规剂量，轻症 320 万 U/d，重症需 1000~2000 万 U/d，分 4 次肌注或静脉滴注。近些年来，出现了耐甲氧西林金葡菌株（MR-SA），尤其是院内感染更为多见，此时应选用耐青霉素酶的半合成青霉素，如苯唑青霉素（新青霉素 II，

oxacillin)、邻氯青霉素(氯唑青霉素, cloxacillin), 亦可选用第3代头孢菌素如头孢噻酚、头孢哌酮与氨基糖苷类如丁胺卡那霉素或喹诺酮类如环丙沙星、氧氟沙星等联用。万古霉素对 MRSA 疗效优, 目前尚未发现耐菌株, 应作为首选, 但有耳毒性和轻微肾毒性, 重症感染用药应以静脉滴注为宜。

(2) 金黄色葡萄球菌肺炎的疗程, 无并发症者至少需两周, 有空洞性病灶或脓胸者疗程需4~6周; 继发于心内膜炎(静脉吸毒常见)者疗程需6周甚至更长。

(3) 住院病人一旦发生金黄色葡萄球菌肺炎应当予以隔离, 医护人员诊查病人要洗手并严格器械消毒, 预防交叉感染。

10. 肺炎克雷白杆菌肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
半流质饮食	肝、肾功能、血清钾、钠、氯检查
吸氧(必要时)	痰细菌培养并药物敏感试验
5%GS 100ml / 静脉滴注	动脉血气分析(必要时)
头孢孟多 1.0~2.0g / 4次/日	胸部X线检查
5%GS 100ml / 静脉滴注	
丁胺卡那霉素 0.2~0.4g / 2次/日	
溴己新 16mg 3次/日	
或其他祛痰药	

注：(1) 抗感染治疗原则上选用第二代头孢菌素（如头孢孟多）或第三代头孢菌素（如头孢噻肟钠、头孢他啶），亦可选用氧哌嗪青霉素 4~8g/d（需青霉素皮试）加氨基糖苷类如丁胺卡那霉素，成人 7.5mg/kg，每 12 小时 1 次，每日总量不能大于 1.5g，轻症可以 0.2g，2 次/日，应警惕肾毒性。有细菌药物敏感试验结果后再适当调整用药。喹诺酮类也有疗效，可供选用。抗感染治疗宜静脉滴注，疗程应不少于 2 周，有空洞或合并脓胸时疗程应 4~6 周，甚至更长。

(2) 本病早期可出现休克，治疗可参照感染性休克内容。

11. 绿脓杆菌肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理 半流质饮食 吸氧（必要时） 5%GS 100ml / 静脉滴注 头孢他啶 1.0~2.0g 4 次/日 5%GS 100ml / 静脉滴注 丁胺卡那霉素 0.2~0.4g 2 次/日 溴己新 16mg 3 次/日 或其他化痰药	血常规 肝、肾功能、血清钾、钠、氯检查 动脉血气分析（必要时） 痰真菌培养并药物敏感试验 痰细菌培养并药物敏感试验 胸部 X 线检查

注：(1) 目前对绿脓杆菌有效的抗菌药物有如下三类：① β -内酰胺类，抗菌活性较高的有头孢他啶、头孢哌酮、哌拉西林（氧哌嗪青霉素）、亚胺培南-西拉司丁钠（亚胺硫霉素-西拉司丁钠）、美罗培南等；②氨基糖苷类：抗菌活性较好的有丁胺卡那霉素、妥布霉素；③氟喹诺酮类：环丙沙星、氧氟沙星均有一定的抗菌活性。经验治疗多主张前两类药物联合应用，重症则主张亚胺培南-西拉司丁钠（0.5g，每8小时1次，或1g，2次/日，静脉滴注）联合丁胺卡那霉素治疗。氨基糖苷类有一定的肾耳毒性，老年人或已有肾功能减退者慎用，并应适当减量。抗感染治疗强调长疗程，一般2周左右。

(2) 本病多见于老年人和有免疫功能障碍、建立人工气道及有严重基础疾病的患者，故在抗感染的同时应加强全身支持疗法和提高免疫功能。对于重症感染者提倡配合应用丙种免疫球蛋白200~300mg/（kg·d），静脉滴注，连用3天。

(3) 合并真菌感染（尤其是较长时间应用亚胺培南-西拉司丁钠几乎难以避免）需联合抗真菌治疗。

12. 流感嗜血杆菌肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级或二级护理 普通饮食或半流质饮食 吸氧(必要时) 5%GS 250ml / 静脉滴注 氨苄青霉素 2~3g 4次/日 (青霉素皮试) 或5%GS 100ml / 静脉滴注 头孢他啶 1.0~2.0g 2次/日 溴己新 16mg 3次/日 或其他祛痰药	血常规 肝、肾功能,血清钾、钠、氯检查 痰细菌培养并药物敏感试验 动脉血气分析(必要时) 胸部X线检查

注:(1)于20世纪80年代发现流感嗜血杆菌部分菌株产生 β -内酰胺酶以来,鉴于对氨苄青霉素耐药日趋增加,因此有主张应用第三代头孢菌素头孢他啶、头孢噻肟钠等治疗流感嗜血杆菌肺炎。

(2)革兰阴性杆菌肺炎的治疗,均应采用大剂量、长疗程的原则。

13. 军团菌肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理	血常规
半流质饮食	肝、肾功能，血清钾、钠、氯检查
吸氧（必要时）	动脉血气分析（必要时）
5%GS 250ml / 静脉滴注	胸部 X 线检查
红霉素 0.25~0.5g 4 次/日	支气管抽吸物（或胸液、支气管肺 泡灌洗液）Giemsa 染色
利福平 0.45~0.6g 1 次/日	间接免疫荧光抗体检测
溴己新 16mg 3 次/日	血清试管沉集试验
或其他祛痰药	血清微量凝集试验
	尿液 ELISA 军团菌细菌可溶性抗原 检测
	（以上病原的检测可视条件选择）

注：（1）红霉素为军团菌肺炎的首选用药。克拉霉素（clarithromycin）对军团菌肺炎也有良好的疗效，而副作用较红霉素轻，临床可以选用。青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类等对本病无效。

（2）疗程一般 2~3 周，初始 5~7 天宜静脉滴注，病情缓解后改为口服。对免疫功能低下患者、出现肺空洞、肺脓疡患者，疗程应不少于 3~4 周。

14. 肺炎支原体肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食 红霉素 0.5g 4次/日 溴己新 16mg 3次/日 或其他祛痰药	血常规 痰肺炎支原体抗原检测 血凝集试验 血清支原体 IgM 抗体检测 血清链球菌 MG 凝集试验 胸部 X 线检查

注：红霉素是肺炎支原体治疗的首选药物，近些年来新面世的一些大环内酯类药物疗效较好，且副反应较红霉素轻，临床可考虑选用，如罗红霉素 0.15g，2次/日；阿奇霉素 0.5g，1次/日，连用 3 天。

15. 肺炎衣原体肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级 护理 普通饮食 四环素 0.5g 4次/日 溴己新 16mg 3次/日 或其他祛痰药	血常规 胸部 X 线检查 支气管分泌物(或支气管肺泡灌 洗液)衣原体分离 衣原体单克隆免疫荧光抗体染色 聚合酶链反应(PCR)衣原体 DNA 检测 血清衣原体 IgM、IgG 抗体测定

注：(1) 衣原体为细胞内缓慢生长的病原体，抗衣原体治疗药物必须细胞穿透性良好，均能作用于分裂细胞和非分裂细胞。四环素、红霉素均为有效的理想药物，以四环素最佳，作为首选，后者可供儿童、孕妇及哺乳妇女使用。

(2) 肺炎支原体肺炎需作长期加强治疗，一般以2周作为一个疗程；老年患者或合并胸腔积液者需2个疗程以上的治疗。如无禁忌证，仍应考虑以四环素作为第二疗程的首选药。

(3) 血清衣原体 IgM 出现于急性感染第2~4周、IgG 出现于急性感染第6~8周。

16. 病毒性肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食或半流质饮食 吸氧（必要时） 5% GS 250ml / 静脉滴注 利巴韦林 300mg / 2次/日 5% GS 500ml / 静脉滴注 维生素 C 1~2g / 1次/日 溴己新 16mg 3次/日 或其他祛痰药	血常规 胸部 X 线检查 支气管分泌物病毒培养分离 免疫荧光病毒抗原检测 酶联免疫吸附试验（ELISA） 及酶标组化病原抗原检测

注：(1) 利巴韦林（病毒唑）具有广谱抗病毒作用，包括病毒性肺炎常见的致病病毒呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒、流感病毒等，应早期应用。口服 100 ~ 200mg，3 次/日；肌注或静脉滴注 10 ~ 15mg/ (kg·d)，分两次应用；亦可 50 ~ 100mg 的注射剂加入 10 ~ 20ml 生理盐水中超声雾化吸入，连用 5 ~ 7 天。

(2) 阿昔洛韦（无环鸟苷）也是广谱、强效和起效快的抗病毒药，尤其适用于免疫缺陷或免疫抑制者如器官移植术后，用法：5mg/kg，静脉滴注，3 次/日，连用 7 天。

(3) 金刚烷胺（金刚胺）为人工合成胺类抗病毒药，可阻止病毒进入人体细胞及有退热作用，常用于流感病毒等感染，成人剂量每次 100mg，2 次/日，连用 3 ~ 5 天。

(4) 抗病毒药早期应用方能发挥作用，应强调早期治疗。

(5) 中药大青叶、板蓝根、贯众、银花、菊花等及抗病毒口服液、清开灵等均有一定的抗病毒作用，可配合应用。

17. 肺念珠菌病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食或半流质饮食 氟康唑 0.2g 1次/日 或氟康唑 0.2g 静脉滴注 1次/日 或 5%GS 1000ml / 避光静脉 二性霉素 B 1~40mg / 缓慢滴注	血常规 肝、肾功能, 血清钾、钠、 氯检查 痰涂片找真菌 痰真菌培养并药物敏感试验 胸部 X 线检查

注: (1) 诊断肺念珠菌病要求连续 3 次以上痰培养有白色念珠菌生长, 且要排除寄生于咽喉的污染菌。因此, 留痰标本应先用 3% 过氧化氢溶液 (双氧水) 漱口, 弃前两口痰后取痰标本立即送检。

(2) 肺念珠菌肺炎的治疗, 首先应去除诸如广谱抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂等的应用、体内留置导管等诱因, 一般轻症病情可因此而好转。重症者应及时应用抗真菌治疗。

(3) 氟康唑为广谱抗真菌药, 对深部真菌感染疗效较好, 可口服或静脉滴注。重症者用量为 400mg/d, 宜静脉滴注。二性霉素 B 疗效虽好, 但毒性反应大, 表现为肝肾损害、心律不齐、头痛、消化道不适、寒战、发热等, 并非理想的安全用药, 可先以 1mg 或每日 0.1mg/kg 溶于 5% GS 避光缓慢静脉滴注, 然后逐

日增加 5 ~ 10mg, 至每日 30 ~ 40mg, 维持治疗 1 ~ 3 个月, 总剂量 1 ~ 2g。

(4) 合并有细菌感染时, 应选用敏感的抗生素治疗。

18. 肺曲菌病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普通饮食或半流质饮食	肝、肾功能、血清钾、钠、氯检查
5% GS 1000ml	纤维支气管镜取痰、灌洗液、
二性霉素 B 1 ~ 40mg	组织活检霉菌培养
避光静脉缓慢滴注	血清 IgE 测定
1次/日	嗜酸性粒细胞绝对值计数
或 氟胞嘧啶 (5-FC) 1g 3次/日	曲菌特异性沉淀素测定
	曲菌浸出液皮内试验

注: (1) 痰培养曲菌一般无临床意义, 从支气管深部取痰获阳性结果, 结合临床资料, 如原有免疫抑制病人, 常可作出诊断。活体组织学或组织培养有助诊断。

(2) 肺曲菌病应用二性霉素 B 的治疗可参照念珠菌肺炎治疗内容。变态反应性曲菌病临床有支气管哮喘表现, 可予泼尼松 (强的松) 30 ~ 40mg/d, 口服。

(3) 肺曲菌病抗真菌药物治疗无效, 反复大咯

血、合并感染时应考虑手术，切除病灶。

(4) 合并有细菌感染时，应选用敏感的抗生素治疗。

19. 放射性肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食或半流质饮食 吸氧（必要时） 左旋氧氟沙星 0.2g 2次/日 或其他抗感染药物治疗 氨茶碱 0.1~0.2g 3次/日 溴己新（必嗽平）16mg 3次/日 或其他祛痰药 泼尼松 10mg 3次/日 复合维生素 B 2片 3次/日	血常规 痰细菌培养并药物药敏试验 胸部 X 线检查

注：(1) 放射性肺炎是胸部肿瘤放射治疗后导致肺损害的不良结果，其严重程度与放射治疗本身的诸多因素和患者的反应密切相关，预防是首位的主要措施，包括严格掌握照射野、时间、剂量等，尤其是年老体弱和有肺部基础疾病等耐受差者，更应小心。一旦发生放射性肺炎，应及时停止放射治疗。

(2) 放射性肺炎主要是对症治疗，包括祛痰、止

咳、气道解痉等。抗生素可用于防治继发性感染。糖皮质激素可减轻放射性肺炎的渗出，从而减轻气急症状，可口服泼尼松，开始可以30~40mg/d，以后逐渐减量至10mg维持，全程约3~6周，需注意糖皮质激素的副作用。

20. 肺脓肿

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普通饮食	肝、肾功能检查
体位引流 2~3次/日	痰细菌培养并药物药敏试验
5% GS 100ml / 静脉滴注	痰厌氧菌培养并药物敏感试验
青霉素 240~480万U 2~3次/日	血细菌培养并药物敏感试验
(青霉素皮试)	(疑血源性肺脓肿时)
甲硝唑 0.5g 静脉滴注 2~3次/日	胸部X线检查
溴己新(必嗽平) 16mg 3次/日	胸部CT(必要时)
或其他祛痰药	纤维支气管镜灌洗、脓液吸引、局部注入抗生素
	脓液细菌涂片、细菌培养并药物敏感试验(脓胸时)
	10%亚甲蓝 5ml 胸腔内注入(疑支气管胸膜瘘时)
	氯化钠溶液500ml(或2%碳酸氢钠500ml)脓腔冲洗(脓胸时)

注：(1) 肺脓肿抗感染首选青霉素静脉滴注，对厌氧菌和革兰阳性球菌等需氧菌效果均佳。体温正常后可改为肌注。青霉素过敏或耐药时，可选林可霉素 1.8~3.0g/d，分 2~3 次静脉滴注，其可致假膜性肠炎，应予注意。血源性肺脓肿多为金黄色葡萄球菌感染，易对青霉素耐药，可选用耐青霉素酶的半合成青霉素如苯唑青霉素 6~12g/d，分 3 次静脉滴注，并可联合应用氨基糖苷类。考虑或已明确为耐药金黄色葡萄球菌（MRSA）时，应选用万古霉素，1~2g/d，分 2 次静脉滴注。以上抗感染治疗疗程一般 8~12 周，直至临床症状完全消失，胸部 X 线检查脓肿及炎症消失，仅残留条索纤维病灶。

(2) 体位引流或纤维支气管镜检查时，应注意大量脓液溢出，造成窒息。纤维支气管镜灌洗时，可用庆大霉素 8~16 万 U 加生理盐水 100~150ml 分多次边注入，边吸引，术毕再注入庆大霉素 8 万 U；或可用其他抗生素，如头孢拉定 0.5g 加生理盐水 100ml 冲洗注入。视情况可每周 2~3 次。

(3) 合并脓胸、支气管胸膜瘘时，应予抽吸、切开引流排脓。抽吸、引排的脓液应做细菌涂片、细菌培养并药物敏感试验等。无支气管胸膜瘘存在的脓胸，局部冲洗后可注入抗生素。

(4) 肺脓肿病程超过 3 个月，表现为厚壁空洞，或有致命性大咯血以及伴有脓胸、支气管胸膜瘘经抽吸冲洗疗效不佳时，均应考虑外科手术治疗。

21. 肺结核

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普通饮食或半流饮食	肝、肾功能检查
异烟肼(H) 300mg 1次/日	血红细胞沉降率检查
利福平(R) 0.45~0.6g 1次/日	血清抗结核抗体检查
吡嗪酰胺(Z) 0.5g 3次/日	痰涂片找结核杆菌(连续3次以上)
链霉素(S) 0.5~1.0g 肌注 1次/日	结素纯蛋白衍化物(PPD)试验
维生素C 0.2g 3次/日	纤维支气管镜检查(必要时)
维生素B ₁ 10mg 3次/日	胸部X线检查
	胸部CT(必要时)

注：(1) 抗结核初治病人主要采取如下短程化疗方案 ①前2个月强化期用链霉素（或乙胺丁醇）、异烟肼、利福平及吡嗪酰胺，后4个月继用异烟肼、利福平，以2S(E)HRZ/4HR表示。链霉素的应用，成人每日肌肉注射1.0g，50岁以上或肾功能减退者用0.5~0.75g。利福平的应用，体重≤50kg者，0.45g/d，体重>50kg者，0.6g/d，早餐前或餐后2小时顿服；②亦可在巩固期隔日用药（即每周用药3次），以2S(E)HRZ/4H₃R₃表示（右下角数字表示每周用药次数）；③亦可全程间歇用药，以2S₃(E₃)H₃R₃Z₃/4H₃R₃表示。抗结核治疗还可应用如下标准

方案：①2HSP (E) /10HP (E) (P 为对氨基水杨酸钠)；②1HS/11H₂S₂。

(2) 复治病人 常与初治不合理、结核菌继发耐药有关，应以痰菌的消长为主，X线胸片所见为辅，作为耐药的参考指标。对于规则用药未达6个月者，考虑大部分病人仍对原方案用药敏感，可参照原方案用药治疗，合理化疗临床治愈后复发者，亦可选用原方案治疗。对慢性排菌病人，待行耐药测定后，选用敏感药物治疗。喹诺酮类药对结核杆菌有低效杀菌作用，与其他抗结核药联用杀菌作用增强，可以考虑选用，其中氧氟沙星的药代动力学优于环丙沙星，而左旋氧氟沙星与氧氟沙星相比作用更强（细胞内、外杀菌活力为氧氟沙星的2倍），可以每次0.2g，2次/日。喹诺酮类药与其他抗结核菌药之间无交叉耐药，但该类药之间则存在完全性交叉耐药，应予以注意。

(3) 咯血可参照支气管扩张咯血的处理。

(4) 对大于3cm的结核球尤与肺癌难以鉴别、复治的单侧纤维厚壁空洞、长期内科治疗痰菌未能转阴、单侧毁损肺伴支气管扩张、已丧失肺功能并反复咯血或继发感染者，可考虑肺叶或单侧肺全切除。

(5) 糖皮质激素的应用 干酪样肺炎、急性粟粒性肺结核、结核性脑膜炎、有高热等严重的结核中毒症状、结核性渗出性胸膜炎存在大量胸腔积液时，在尽早应用抗结核药物治疗的同时加用糖皮质激素15~20mg/d，分3~4次服，待症状减轻后，逐步减量，一般用药6~8周。

22. 结核性渗出性胸膜炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理	血常规
普通饮食或半流饮食	肝、肾功能检查
异烟肼(H) 300mg 1次/日	血红细胞沉降率检查
利福平(R) 0.45~0.6g 1次/日	血清抗结核抗体检查
吡嗪酰胺(Z) 0.5g 3次/日	血清乳酸脱氢酶(LDH)测定
链霉素(S) 0.5~1.0g 肌注 1次/日	痰涂片找结核杆菌
维生素 C 0.2g 3次/日	结素纯蛋白衍化物(PPD)试验
维生素 B ₁ 10mg 3次/日	纤维支气管镜检查(必要时)
	胸部 X 线检查
	胸部 CT(必要时)
	胸膜活检病理检查
	抽胸腔积液
	胸腔积液常规
	胸腔积液 LDH 测定
	胸腔积液癌胚抗原(CEA)测定
	胸腔积液腺苷脱氨酶(ADA)测定

注：(1) 抗结核治疗相关内容可参照肺结核治疗内容。

(2) 大量研究资料表明，积极抽排胸腔积液能有效降低胸膜增厚的发生率。少量积液可在 B 超导向下作诊断性穿刺抽液，而中等量以上积液应积极尽早

抽液，每周 2~3 次，直至积液完全消失为止，一般 3~5 次即可达到消失。每次抽液不宜超过 1000ml，以免突发纵隔摆动引起急性循环衰竭，以及胸腔内压骤减发生复张后急性肺水肿。发生胸膜反应（头晕、面色苍白、血压下降等）时应立即停止操作，让病人平卧，必要时给予吸氧、皮下注射 0.1% 肾上腺素 0.5ml 等处理。

(3) 合并结核性脓胸时，其诊断及局部冲洗参照肺脓肿合并脓胸的相关内容。

(4) 支气管胸膜瘘、慢性结核性脓胸时，需考虑外科手术治疗。

23. 特发性肺纤维化

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普通饮食	血红细胞沉降率检查
吸氧（必要时）	血清免疫球蛋白、抗核抗体、类风湿因子测定
泼尼松 10~20mg 3次/日	动脉血气分析
氨茶碱 0.1~0.2g 3次/日	肺功能检查
溴己新 16mg 3次/日	胸部 X 线检查
或其他祛痰药	胸部 CT（必要时）
	纤维支气管镜肺活检
	支气管肺泡灌洗
	胸腔镜肺活检（必要时）

注：(1) 糖皮质激素的应用 本病目前以糖皮质激素治疗为主，一般常规初始剂量为 $40 \sim 60\text{mg/d}$ 或 $1\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，待临床症状改善，胸部 X 线阴影表现已不能再吸收时，可逐步减量至 $30 \sim 40\text{mg/d}$ ，维持 4 ~ 8 周后，再每周每次减 5mg ，至 20mg/d 时，每周减 2.5mg ，待减至 10mg/d 时，维持服用 1 年甚至更长。急进型或病情进展凶险时，可用糖皮质激素冲击治疗，如甲基泼尼松 $500 \sim 1000\text{mg/d}$ ，静脉注射，3 ~ 5 天病情稳定后，才改为口服。

(2) 糖皮质激素治疗 2 ~ 3 周，如无病情改善的客观根据，即应迅速减至维持量，联用细胞毒性药物，或单独应用后者。可供选用的药物：①环磷酰胺 (CTX) $100 \sim 150\text{mg/d}$ ，口服；或 400mg 静脉注射，每周 1 次；或 200mg 静脉注射，每周 2 次。继续用药应以白细胞总数不低于 $4 \times 10^9/\text{L}$ 作参考指标。疗程视病变反应而定，总用量可用至 $8 \sim 12\text{g}$ ；②甲氨蝶呤 10mg ，每周 1 次，口服。

24. 慢性嗜酸性粒细胞性肺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普通饮食	血红细胞沉降率检查
泼尼松 10~15mg 3次/日	血嗜酸性粒细胞绝对计数检查
氨茶碱 0.1~0.2g 3次/日	痰常规
溴己新 16mg 3次/日	痰查曲菌菌丝
或其他祛痰药	痰真菌培养
	晚上抽血查微丝蚴
	粪便浓集法查虫卵
	血清 IgE、IgM、IgG 测定
	血清曲菌沉淀抗体测定
	曲菌皮试
	胸部 X 线检查

注：慢性嗜酸性粒细胞性肺炎包括单纯型、哮喘型、热带型等。治疗除主要应用糖皮质激素外，还应结合各自不同的致病原因作出相应的对因治疗。

(1) 单纯型 为寄生虫和药物引起，常见的寄生虫有蛔虫、钩虫、丝虫、圆丝虫、旋毛虫、鞭虫、阿米巴、肝吸虫、血吸虫等；常见的药物有阿司匹林、乙酰水杨酸、磺胺、青霉素、氨甲蝶呤等。因此，治疗上前者主要是驱虫，后者主要是寻找和停用引起过

敏的药物。临床症状显著者才服用糖皮质激素，一旦症状控制，肺部阴影消失，即可停药。

(2) 哮喘型 主要为曲菌引起，故有过敏性支气管肺曲菌病之称，也可由真菌孢子、花粉、药物和烟雾引起，表现为反复的哮喘发作。糖皮质激素需用至哮喘症状缓解、肺部阴影消失后，才逐渐减量并适当维持，平喘药的结合应用可参照支气管哮喘的治疗内容。真菌感染时应给予抗真菌药物治疗。

(3) 热带型 为感染丝虫后引起的过敏反应。除应用糖皮质激素改善症状外，丝虫的治疗首选海群生，6~8 mg/d，分2~3次服，连服10~14日。亦可选用卡巴肿，400~600mg/d，分2~3次服，10天为一疗程，必要时停用10天再用第二疗程。

25. 结节病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级 或三级护理 普通饮食 泼尼松 30~60mg 晨8时顿服 复合维生素 B 2片 3次/日	血常规 血清蛋白电泳 血钙、血尿酸、血碱性磷酸酶、 血清血管紧张素(SACE)测定 血清白介素-2受体(IL-2R)测定 血清可溶性白介素-2受体(sIL-2R)测定 结核菌素试验 结节病抗原(Kveim)试验 支气管肺泡灌洗液检查 纤维支气管镜肺活检 CT(或B超)导向下经皮肺活检(必要时) 开胸肺活检及纵隔淋巴结活检(必要时) 胸部X线检查 胸部CT(必要时) ^{67}Ga (^{67}Ga)肺扫描 浅表淋巴结活检

注：(1) 结节病目前尚未有根治性的治疗药物，糖皮质激素被认为是首选治疗药，它可抑制肉芽肿性炎症的进一步发展，迅速消除肺部浸润及减少肺纤维化，对眼部损害、肺功能损害以及肝、脾、关节、心肌、神经、皮肤等多脏器损害均有减轻和缓解作用。糖皮质激素应用4~6周后应逐步减量至15~30mg/d，维持量为5~10mg/d，疗程1年或更长。治疗过程中，

主要应复查胸部 X 线检查、SACE、肺功能等以明确疗效,无效时则应停药,并选用氨甲蝶呤、硫唑嘌呤等治疗。为减轻糖皮质激素长期服用的副作用,可试用丙酸倍氯松气雾剂治疗肺内结节病,剂量为每次 600~1200 μg , 2 次/日;对 II、III 期患者其可全部或部分代替口服糖皮质激素,可初始 2~3 个月以气雾剂吸入,联用口服适量泼尼松,以减少口服用量,此后停用口服用药,经观察如仅用气雾剂吸入能维持疗效,则以气雾剂吸入作维持治疗。

(2) 维生素 D 可引起血钙、尿钙、血尿素增高,应列为禁忌。

26. 原发性支气管肺癌

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普通饮食	血清 CEA 测定
吸氧(必要时)	痰找癌细胞
复合维生素 B 2 片 3 次/日	胸部 X 线检查
氨茶碱 0.1~0.2g 3 次/日	胸部 CT(必要时)
溴己新 16mg 3 次/日	胸部磁共振(MRI)显像(必要时)
或其他祛痰药	胸部正电子发射体层扫描(PET)
多抗甲素 5~10mg 3 次/日	(必要时)
	纤维支气管镜支气管肺活检
	CT 导向肺穿刺活检
	开胸肺活检(必要时)

注：(1) 肺癌的治疗应根据癌细胞组织学分类，结合病变部位、有否转移及全身状况，合理选择手术治疗、化疗、局部治疗等，具体方案请参考肿瘤学有关内容。

(2) 合并细菌感染时，可选择敏感的抗生素治疗。

(3) 合并胸腔积液时，应抽排胸腔积液，并可注入化疗药物，5~7天1次，共3~5次。下列药物可供胸内注入：丝裂霉素（MMC）每次6~8mg，或顺铂（PDD）每次60~80mg，均应先溶解于生理盐水后再注入，并注意药物副作用。

(4) 免疫增强剂可作为术后、化疗、放疗的辅助治疗，可选用多抗甲素长期服用，亦可用左旋咪唑，每日150~250mg（或2.5mg/kg），分2~3次服，连用3天，间隔11天再行下一疗程；或可选用中医中药，辨证施治。

27. 自发性气胸

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级或二级护理	血常规、血型
普通饮食	胸部 X 线检查
卧床休息	胸部 CT (必要时)
吸氧 (40% 以下)	心电图检查
呼吸、血压、脉搏、心电、血氧 饱和度监测 (必要时)	动脉血气分析
气胸胸膜腔内闭式引流 (必要时结合负压吸引)	气胸胸膜腔内压测定 (应用人工气胸箱)
青霉素 80 万 U 肌注 2 次/日 (青霉素皮试)	气胸胸膜腔穿刺排气 (肺压缩 < 20% 的闭合性气胸)
或选用其他抗感染药物	气胸胸膜腔内置管引流 (肺压缩 > 20% 及张力性气胸)

注：(1) 气胸的治疗主要包括保守治疗与排气治疗。如肺压缩 < 20% 且为闭合性，可保守治疗，一般 7~10 天可自行吸收痊愈，但如患者年龄大，有慢性阻塞性肺病史，出现呼吸困难，此时原则上不主张采用保守治疗。对肺压缩 > 20% 的闭合性气胸，应予胸膜腔穿刺排气，可每日或隔日一次，每次量不宜超过 1L，以免引起肺复张后急性肺水肿的发生。对肺压缩 > 20% 的交通性气胸、张力性气胸，应及时予行胸膜腔闭式引流，反复发生的气胸也首选胸膜腔内闭式引

流。置管位置通常选择锁骨中线第二肋间，有脓胸和胸腔积液时，通常选择腋后线第7~9肋间，或腋中线6~7肋间，一般不宜背部插管。闭式引流排气不宜过快，以免引起急性肺水肿的发生。当胸腔闭式引流持续一周以上仍有气泡溢出，应加用负压吸引，为避免过大的负压吸引对肺的损伤，吸引压力一般以 $-0.29 \sim -1.37\text{kPa}$ ($-3 \sim -14\text{cmH}_2\text{O}$)为宜。

(2) 并发症的处理 ①血气胸：当出血量大，表现为血性引流液其量大于 100ml/h ，血红蛋白、血压进行性下降，除紧急适当输血外，应尽早考虑外科手术治疗。②脓气胸：常见于金黄色葡萄球菌、肺炎克雷白杆菌、绿脓杆菌、结核杆菌以及多种厌氧杆菌所致的肺炎、肺脓肿、干酪性肺炎，亦常伴支气管胸膜瘘，可参照有关内容选用全身抗感染药物治疗及局部治疗；③纵隔、皮下气肿：一般经较高浓度的吸氧有利于其吸收，当其影响呼吸循环时，可用注射器抽气、排气，如在胸骨上窝穿刺排气或切开排气。

(3) 胸膜粘连术 对于该术的应用目前尚有不同的认识，一般认为有如下的适应证可供参考：①复发性气胸；②有双侧气胸史；③证实有肺大疱；④肺功能不全，不能耐受胸外科手术。粘连剂的选择：四环素每次 $0.5 \sim 1.0\text{g}$ ，滑石粉每次 $2.0 \sim 4.0\text{g}$ ，多西环素（强力霉素）每次 $30 \sim 50\text{mg}$ ，氮芥每次 0.4mg/kg ，卡介苗每次 $75 \sim 150\text{mg}$ 等。一般应在闭式引流管内无气泡溢出、每日胸液量小于 60ml 的情况下，注入而易产生粘连效果。注射前 $15 \sim 30$ 分钟应向胸腔内注入

适量的普鲁卡因或利多卡因，以产生局部麻醉，减轻胸痛。注药后还应关闭引流管 6 小时，不断变换体位，以尽可能使胸膜腔内各个部位均能接触到粘连剂。

(4) 外科手术治疗适应证 开放性气胸、慢性气胸、复发性气胸。胸腔镜下微创手术的开展更易为病人所接受。

28. 睡眠-呼吸暂停综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级或二级护理	血常规
普通饮食	血清脂质、血尿酸、血糖测定
持续低流量吸氧	动脉血气分析
氨茶碱 0.1~0.2g 3次/日	心电图检查
或甲羟孕酮 20mg 1~3次/日	胸部 X 线检查
或乙酰唑胺 125~250mg 睡前服	多导睡眠图检查
体外膈肌起搏 1~2次/日	动态血压监测
	耳鼻喉科会诊

注：(1) 内科治疗 睡眠-呼吸暂停综合征的内科治疗主要包括：①高血压、心脑血管疾病、肥胖症等相关内科疾病的治疗；②药物治疗：茶碱对脑干受损导致的呼吸暂停可能有效；甲羟孕酮（安宫黄体酮）可兴奋呼吸中枢，减少中枢性呼吸暂停，长期应

用，必须注意对男女性激素水平影响的严重副作用；乙酰唑胺增加颈动脉体活动，亦可刺激呼吸，减少呼吸暂停，必要时可每天2~4次；抗抑郁药普罗替林、氯丙咪嗪，可抑制快速眼动睡眠，改善此时出现的呼吸暂停，但由于口干、尿潴留、心律紊乱等的副作用而限制了其临床应用；③持续气道正压（CPAP）通气治疗：对病情严重的患者，吸氧并结合CPAP通气治疗较为理想有效，输送的正压范围为2~20cmH₂O（0.2~2kPa），有经验认为，10cmH₂O（1kPa）的压力较为适宜，易为患者所接受。此外因膈肌疲劳引起的呼吸暂停，可用膈肌起搏治疗。控制体重，戒烟酒，勿饱食（尤其睡前），尽量避免应用安眠镇静药，侧卧位等均有助改善睡眠呼吸暂停。

（2）外科治疗 上呼吸道阻塞的患者可行外科手术治疗，如增生肥大的扁桃腺切除及咽成形术、下颌骨前移术等。

29. 肺血栓栓塞 (PET)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理	血常规
半流质饮食	肝、肾功能检查
吸氧	血乳酸脱氢酶(LDH)、肌酸磷酸激酶(CPK)测定
血压、脉搏、呼吸、心电、血氧饱和度监测	可溶性纤维蛋白复合物(SFC)测定
绝对卧床休息	凝血酶原时间、凝血酶时间测定
5%GS 100ml / 静脉滴注	动脉血气分析
青霉素 480万 U / 2~3次/日	胸部 X 线检查(需连续观察)
(青霉素皮试)	胸部 CT
或其他抗感染药物治疗	肺通气/灌注显像
果导片 2片 晚上服	肺动脉造影(CPA)(必要时)
或其他通便药	(对症治疗、抗凝治疗及溶栓治疗见下说明)

注：(1) 对症治疗 ①解除疼痛：剧烈胸痛时可用哌替啶 50~100mg 肌注或吗啡 5~10mg 皮下注射(休克者禁用)，必要时 1~2 小时后再注射一次，以后每 4~6 小时可重复使用，需警惕药物呼吸抑制的副作用；轻症则应用可待因或罂粟碱 30~60mg 肌肉注射或口服；②减低迷走神经兴奋性，防止肺动脉和冠状动脉反射性痉挛；可予阿托品 0.5~1mg 静脉注射，或 654-2 10~20mg 肌肉注射，必要时可 1~4 小时后重复使用；③缓解支气管痉挛：可予氨茶碱

0.25g 加 5%GS 40ml 静脉缓慢推注，或配合应用糖皮质激素，如地塞米松 10mg 静脉注射；④控制心力衰竭和心律失常：可予毒毛花苷 K 0.25mg 或西地兰 0.4~0.8mg 加入 5%GS 40ml 静脉内注射，以控制心力衰竭。心律失常的处理参阅心血管疾病相应内容。

(2) 抗休克治疗 有条件应首先应床边应用漂浮导管监测中心静脉压，以指导治疗。扩容应输入胶体液或晶体液。由于右旋糖酐既可扩容又可抗凝及促进栓子溶解和降低血小板活性，故应作为主选药。血管活性药可用多巴胺、阿拉明等，具体应用方法参照感染性休克治疗的有关内容。

(3) 肝素抗凝治疗 适用于巨大栓塞者。可供选用方案：①持续静脉内输液：初始负荷剂量 10000~20000IU 静脉内冲入，2~4 小时后以输液泵控制每小时滴入 1000IU，总剂量为 25000IU/d；②间歇静脉注射：每 4 小时 5000IU 或每 6 小时 7500IU 静脉注射，总剂量为 30000IU/d。静脉滴注可将肝素加入 5%GS 或生理盐水中。每次用药前半小时应测凝血时间或凝血活酶时间，治疗期间应使凝血时间控制于用药前对照值的 2~2.5 倍；亦应经常复查血小板，当血小板 $<50 \times 10^9/L$ 时应停用肝素。疗程 7~10 日。症状缓解后与口服抗凝药同用，如联用华法林 5~10mg/d，使凝血酶原时间延长达正常对照的 1~1.5 倍时，则停用肝素，仅以口服药维持。口服药一般需 3~5 天才发挥作用，口服维持治疗需 3~6 个月。

(4) 溶栓治疗 主要应用于肺血管阻塞达 50%

以上，或伴有低血压的大块型栓塞病人。当体内纤维蛋白溶解酶原已被耗尽时，溶栓便不能发挥作用。因此溶栓治疗应在 PET 发生 5 日内进行才能疗效满意。可供选择的方案：①链激酶：初始负荷剂量 25 万 IU 溶于 5% GS 或生理盐水 100ml 中静脉滴注 30 分钟，以后以每小时 10 万 IU 连续静脉滴注 24 小时。滴速宜慢，可同时加入氢化可的松 100mg 或地塞米松 5mg 以防治链激酶引起的寒战、发热等反应；②尿激酶：初始负荷剂量 4400IU/kg，10 分钟静脉注射完，随后以 4400IU/(kg·h) 静脉滴注，连用 12~24 小时；③重组组织型纤维蛋白溶解酶原激活剂 (rt-pA)：40~80mg 持续静脉滴注，2 小时滴完。该药溶栓快捷安全，但价格昂贵。

(5) 药物性预防 可用肠溶衣阿司匹林每日 1 次，50~300mg；双嘧达莫（潘生丁）每次 25~50mg，2 次/日。

30. 急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理 停留胃管鼻饲饮食 记24小时出入量 呼吸、血压、脉搏、心电、血氧饱和度监测 肺毛细血管楔压(PCWP)监测(必要时) 面罩吸氧(轻症) 机械通气(重症) 5%GS 100ml / 静脉滴注 头孢他啶 2.0g / 2次/日 或亚胺培南-西拉司丁钠 1.0g 静脉滴注 2次/日 或其他抗感染药联合应用	血常规 尿常规 肝、肾功能,血钾、钠、氯检查 动脉血气分析 心电图检查(床边) 痰细菌培养并药物敏感试验 血细菌培养并药物敏感试验 胸部X线检查(床边) Swan-Ganz 导管放置(必要时)

注:(1) 控制感染 控制感染为 ARDS 的重要治疗原则之一。严重的感染不但是 ARDS 首位高危因素,而且是高病死率的主要原因,应努力找寻感染源及病原体,严格各项无菌操作,尽量减少不必要的血管、尿道等插管,以最大限度切断各种感染途径。宜选用广谱抗生素治疗,必要时应联合用药。有药物敏感试验结果后再参考调整用药。

(2) 维持体液平衡 在血压稳定状态下, 出入液体量宜轻度负平衡, 每天负 500ml 左右为宜。由于 ARDS 早期毛细血管通透性增强, 可使胶体渗漏至肺间质, 不利于间质液的回收, 故此时一般不宜输胶体液。

(3) 糖皮质激素的应用 一般不主张常规应用糖皮质激素防治 ARDS。对多发性长骨和骨盆骨折、脂肪栓塞等, 早期短程应用糖皮质激素有利于病情的控制, 可用甲基泼尼松龙 80mg/d 或地塞米松 20~40mg/d 静脉滴注, 时间不宜超过 3 天。此时强调早期应用糖皮质激素治疗十分必要, 否则一旦渗透性损害形成, 则难以取效。

(4) 加强营养支持: ARDS 时机体处于高代谢状态, 耗能增加, 应合理加强营养支持, 可参照有关内容。最好尽量经胃肠道补充, 以减少因肠道外营养所致潜在感染的危险性, 同时由于提供了肠黏膜的基本营养, 也有利于维持肠道黏膜防御功能的完整性, 避免肠道细菌及其毒性产物进入门静脉循环。

(张 孔)

二、循环系统疾病

1. 慢性心力衰竭

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
低盐饮食	电解质检查
持续低流量吸氧	肝、肾功能检查
记24小时出入量	超声心动图检查
血压监测(必要时)	核素心脏血池显像(必要时)
心电监测(必要时)	肝脏、腹腔积液腹部 B 超(必要时)
地高辛 0.125 ~ 0.25mg 1次/日	告病重
氢氯噻嗪(双氢克尿塞) 25mg 2次/日	呋塞米20 ~ 60mg 静脉注射(必要时)
或呋塞米 20mg 2次/日	10% 葡萄糖液20ml / (必要时)
螺内酯(安体舒通)20mg 3次/日	毛花苷丙 0.2 ~ 0.4mg / 静脉注射 即刻
或10%氯化钾10ml 3次/日	5% 葡萄糖液 500ml / (必要时)
卡托普利6.25 ~ 25mg 2次/日	NG(硝酸甘油)25mg 静脉滴注2 ~ 3天 或硝普钠25mg 据血压调整滴数

续 表

长期医嘱	临时医嘱
美托洛尔6.25~12.5mg 2次/日 硝酸异山梨醇5~10mg 3次/日 或5-单硝酸异山梨醇酯 20mg 2次/日	

注：(1) 病因治疗 可用药物、介入及手术治疗改善心肌缺血；控制血压；心脏瓣膜置换等。去除诱发因素，控制感染，避免过度体力活动和精神应激，纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，控制钠盐摄入，调整心率及心律失常等。

(2) 若无禁忌证，所有心力衰竭的病人都应使用ACEI，无症状或症状轻微的病人可单用ACEI，小剂量开始。已有肾功能不全者慎用ACEI，伴中重度双侧肾动脉狭窄或孤立肾动脉狭窄的患者禁用ACEI。

(3) 症状较明显的病人应首选利尿剂以控制肺淤血或消除水肿，一般从小剂量开始，效果欠佳时逐渐加大剂量，常用利尿剂有氢氯噻嗪（双氢克尿塞），呋塞米（速尿），螺内酯（安体舒通）。一旦利尿剂有效，多于数日内出现体重减轻、症状改善，注意低血钾。病情稳定后可考虑加用洋地黄制剂，如地高辛。

(4) 症状较重的病人宜联合应用ACEI、利尿剂

和洋地黄制剂。

(5) 病情非常严重及顽固性心衰的病人应予强化治疗，除联合应用 ACEI、利尿剂和洋地黄制剂外，尚可考虑经静脉使用硝普钠及其他血管扩张剂、多巴酚丁胺和磷酸二酯酶抑制剂等。

(6) 钙通道阻断剂在冠心病和高血压所致心力衰竭的早期可考虑应用，但因其负性肌力作用可使病情恶化，应用时要注意密切观察病情变化，且不宜应用于症状严重的病人。

(7) 对于扩张型心肌病或缺血性心肌病合并慢性心力衰竭或交感神经活性明显增高者，待心衰情况稳定后，可应用 β 受体阻断剂，从小剂量开始谨慎试用，逐渐增加剂量，适量维持。

(8) 非洋地黄类正性肌力药物，多巴胺、多巴酚丁胺和磷酸二酯酶抑制剂仅在重症心力衰竭时短期静脉应用。不能作为一线药物。

2. 急性左心衰

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	X线(胸片)检查
一级护理	心电图检查
低盐饮食	电解质检查
高流量吸氧	告病重
坐位(双腿下垂)或 半卧位	吗啡 5~10mg 静脉推注(可重复)
记24小时出入量	呋塞米(速尿) 20~60mg 静脉注射 (4小时可重复)
测血压	10%葡萄糖液 20ml / 静脉注射
心电监测	毛花苷丙 0.4mg / (2小时可重复)
螺内酯(安体舒通) 20mg 3次/日或 10%氯化钾 10ml 3次/日	5%葡萄糖液 500ml / NG(硝酸甘油) 25mg / 静脉滴注 或硝普钠 25mg / 据血压调整滴数 5%葡萄糖液 20ml / 氨茶碱 0.25g / 缓慢静脉注射

注：(1) 迅速有效地纠正缺氧，一般可予高流量鼻导管给氧，对病情较严重者可采用面罩麻醉机加压给氧。

(2) 吗啡是治疗急性肺水肿最为有效的药物，可予吗啡 5~10 mg 静脉注射，必要时可每 15 min 重复 1 次，共 2~3 次。病情若不十分危急时可予 5~10 mg 皮下或肌肉注射，每 3~4 h 重复 1 次。对高龄、支

气管哮喘、昏迷、严重肺部病变、呼吸抑制、心动过缓或房室传导阻滞者慎用。对吗啡有禁忌或不能耐受者，可考虑应用哌替啶。

(3) 静脉滴注硝酸甘油，起始剂量 $10\mu\text{g}/\text{min}$ ，在密切监测血压的同时每 5 min 增加 $5\sim 10\mu\text{g}/\text{min}$ ，直至症状缓解，或达到 $200\mu\text{g}/\text{min}$ ，或收缩压降至 12kPa (90mmHg) 以下。症状缓解后继续以有效剂量维持，病情稳定后逐渐减量至停用。对高血压性心脏病引起的肺水肿应用硝普钠静脉滴注效果更好。用法与用量似硝酸甘油。注意突然停药可能引起反跳，同时应避免连续长时间用药（最好不超 24 小时），以免造成氰化物中毒。此外，也可应用硝酸异山梨醇或酚妥拉明等血管扩张剂。伴低血压的肺水肿患者，宜先静脉滴注多巴胺 $2\sim 10\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ，保持收缩压在 13.3kPa (100mmHg) 左右，然后再开始应用血管扩张剂。

(4) 洋地黄制剂一般选用毛花苷丙或毒毛花苷 K 等快速制剂静脉注射。对 1 周内未用过洋地黄制剂者首剂可予毛花苷丙 $0.4\sim 0.8\text{mg}$ ，或毒毛花苷 K 0.25mg ；1 周内用过洋地黄者则宜从小剂量开始。必须特别注意的是，对急性肺水肿应当先用利尿剂，然后再用洋地黄制剂或其他正性肌力药物，否则可能反而加重肺淤血和肺水肿。

(5) 非洋地黄类正性肌力药物 对可能有洋地黄过量或中毒，或使用洋地黄制剂有禁忌证者，可选用多巴胺、多巴酚丁胺、磷酸二酯酶抑制剂（氨力农及

米力农) 等药物。

(6) 急性心肌梗死 24 小时内以及二尖瓣狭窄所致肺水肿不宜用洋地黄制剂。

3. 窦性心动过速

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
二级或三级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查
心电监测 (必要时)	血沉、抗“O”检查
美托洛尔 25 ~ 50mg 2 次/日	血总 T_3 、 T_4 、TSH 检查
	血 AST、CPK 和 LDH 及同工酶检查

注：(1) 一般不需治疗，治疗主要是针对病因，常见的病因为发热、低血压、缺氧、心功能不全、贫血、甲状腺功能亢进和心肌炎。

(2) 必要时可应用镇静剂或 β 受体阻断剂。心功能不全者用洋地黄制剂如地高辛。

4. 窦性心动过缓

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
二级或三级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查
心电监测	24 小时动态心电图检查
阿托品 0.3~0.6mg 3 次/日 (必要时)	食管调搏检查
	血 T_3 、 T_4 、TSH 检查
	血 AST、CPK 和 LDH 及同工酶检查
	5% 葡萄糖液 500ml / (必要时)
	异丙肾上腺素 1mg / 静脉滴注

注：(1) 若心率不低于每分钟 50 次，一般不引起症状，不需治疗，避免应用影响心率的药物，如抗心律失常药物。

(2) 若心率低于 40 次/分，伴心绞痛、心功能不全或中枢神经系统功能障碍，可用阿托品、麻黄碱或含服异丙肾上腺素以提高心率，症状明显用异丙肾上腺素 0.5~1mg 加于 500ml 葡萄糖液中静脉滴注。

(3) 但器质性心脏病引起的窦性心动过缓者药物治疗效果差，对一过性心动过缓病人可安装临时心脏起搏器治疗，不可逆者安装永久性心脏起搏器治疗。

5. 病态窦房结综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
普通饮食	血沉、抗“O”检查
心电监测	血钾、血脂、肝肾功检查
阿托品 0.3mg 3次/日 (必要时)	电解质检查
或麻黄碱 25mg 3次/日	24 小时动态心电图检查
	食管调搏
	阿托品激发试验
	血 AST、CPK 和 LDH 及同工酶检查
	5% 葡萄糖液 500ml / (必要时)
	异丙肾上腺素 1mg / 静脉滴注
	安装临时或永久心脏起搏器 (必要时)

注：(1) 对不伴快速性心律失常的患者，可试用阿托品、异丙肾上腺素以提高心率。异丙肾上腺素对冠心病患者可能加重心肌缺血。

(2) 慢快综合征者避免使用抗快速心律失常药物，否则加重缓慢心律失常出现危险。禁用可能减慢心率的药物如降压药，抗心律失常药，强心药， β 肾上腺素能阻断剂及钙通道阻断剂等。心房颤动或心房扑动发作时，不宜进行电复律。

(3) 心动过缓，窦性停搏，出现或可能出现血流

动力学影响需安装人工心脏起搏器。一过性病变或紧急情况下，安装临时人工心脏起搏器，经皮静脉穿刺送入起搏导管，留置于右心室心尖部（偶有在右心房临时起搏）进行起搏。临时起搏时间一般 1~2 周，不超过 1 个月；对不可逆或有潜在危险的患者则应考虑安置永久心脏起搏器。最好选用心房起搏（AAI）或频率应答式起搏器，在此基础上用抗心律失常药控制快速性心律失常。对部分双结病变患者安装全自动型双腔起搏器（DDD）。

6. 房性期前收缩

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查
心电监测（必要时）	24 小时动态心电图检查
美托洛尔 25mg 3 次/日	血沉、抗“O”检查
或维拉帕米 40~80mg 3 次/日	血 T ₃ 、T ₄ 、TSH 检查
	血 AST、CPK 和 LDH 及同工酶检查

注：（1）无器质性心脏病基础的期前收缩，大多不需特殊治疗。有症状者宜解除顾虑，由于紧张过度、情绪激动或运动诱发的期前收缩可试用镇静剂和 β 受体阻断剂。

(2) 频繁发作，症状明显或伴有器质性心脏病者，宜尽快找出期前收缩发作的病因和诱因，消除诱因，同时正确识别其潜在致命可能，积极治疗病因和对症治疗。

(3) 房性期前收缩去除诱因并选用下列药物治疗：① β 肾上腺素能受体阻断剂，如美托洛尔 25 ~ 50mg，2 次/日口服；②维拉帕米 40 ~ 80mg，3 ~ 4 次/日，以上两类药物对低血压和心力衰竭者忌用；③洋地黄类，适用于伴心力衰竭而非洋地黄所致的房性期前收缩，常用地高辛 0.25mg，1 次/日；④奎尼丁可先试用 0.1g，以后 0.2g，3 ~ 4 次/日口服；⑤苯妥英钠 0.1g，3 次/日；⑥胺碘酮 0.2g，3 次/日，1 周后渐减量 0.1 ~ 0.2g，1 次/日。房室交界处性期前收缩治疗与房性期前收缩相同，若无效，可试用治疗室性期前收缩的药物。

7. 室性期前收缩

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查
心电监测（必要时）	24 小时心电图检查
胺碘酮 0.2g 3 次/日	利多卡因 100mg 静脉注射
10% 氯化钾 10ml 3 次/日	5% 葡萄糖液 500ml /（必要时）
	利多卡因 1000mg / 静脉滴注

注：(1) 室性期前收缩则多选用作用于心室的 I 类和 III 类药。可用胺碘酮 0.2g，3 次/日，1 周后渐减量 0.1~0.2g，1 次/日。有潜在致命危险的室性期前收缩常需紧急静脉给药，以 I b 类药物为首选。急性心肌梗死初期常首选静脉应用利多卡因。心肌梗死后若无禁忌，则常用 β 阻断剂治疗。原发或继发性 QT 间期延长综合征患者，禁用 III 类药，原发性 QT 间期延长综合征患者可选用 β 阻滞剂、苯妥英钠或卡马西平。继发性者去除病因，宜用异丙肾上腺素或心房或心室起搏治疗。

(2) 室上性心律失常用普罗帕酮、莫雷西嗪，室性心律失常用普罗帕酮、莫雷西嗪、美西律治疗，具有一定疗效，未发现严重心脏事件，但用药过程中仍需密切随访监测其效果及可能产生的不良反应，对有心功能不全者尤需谨慎。

(3) 对洋地黄中毒引起的室性期前收缩，除停药外，静脉注射苯妥英钠或静脉滴注氯化钾常常有效。低钾引起的期前收缩，应积极去除原因，纠正低血钾。补钾以口服较安全，常用氯化钾，3~6g/d，病情重或不能口服时则静滴氯化钾，常用浓度为 5% 葡萄糖液 1000ml 中加入 10% 氯化钾 20~30ml。每小时尿量少于 30ml 者，补钾应慎重或暂不补钾。

8. 心房颤动

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查
吸氧 (必要时)	24 小时心电图
心电监测 (必要时)	10% 葡萄糖液 20ml / (必要时)
地高辛 0.125 ~ 0.25mg	毛花苷丙 0.2 ~ 0.4mg / 静脉注射
1 次/日	即刻
或美托洛尔 25mg 2 次/日	或 10% 葡萄糖液 20ml / (必要时)
胺碘酮 0.2g 3 次/日	维拉帕米 5mg / 静脉注射
阿司匹林 100 ~ 325mg	即刻
1 次/日	
或华法林 2 ~ 3mg 1 次/日	

注 (1) 持久性心房颤动和持续性心房颤动病人用洋地黄制剂和 β 受体阻断剂减慢心室率。心功能不全者用洋地黄制剂。地高辛是相当有效的常用口服药物, 根据心率调整用药量, 心率快则增加药量, 心率慢则减少药量, 使心率维持在 70 ~ 90 次/分。地高辛要长期应用, 曾经发生过地高辛中毒者, 在中毒完全恢复后, 只要病情需要, 仍然可继续应用。无心功能不全者可用美托洛尔。

(2) 阵发性心房颤动和慢性持续性心房颤动病人

可用胺碘酮或普罗帕酮转律和维持窦律，胺碘酮 200mg，每天 3 次，转律后可改为 200mg，每天 1 次维持，心功能不全者首选应用。普罗帕酮每天 3 次，每次 150mg。

(3) 持久性及持续性心房颤动病人有较高的栓塞发生率，特别是既往有栓塞病史、超声诊断左心房内血栓、严重二尖瓣狭窄、接受人工心脏瓣膜置换术者均属高危患者。无心脏病史、年龄在 60 岁以下者属低危患者。对于高危患者，一般主张给予长期抗凝药物（长效阿司匹林每日 325mg 或华法林），应用华法林要注意检测凝血功能，国际标准比值维持在 2~3。低危病者则不必长期应用。

9. 预激综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查

注：(1) 预激本身不需特殊治疗。并发室上性心动过速时，治疗同一般室上性心动过速。并发心房颤动或心房扑动时，如心室率快伴循环障碍者，宜尽快采用同步直流电复律。

(2) 利多卡因、普鲁卡因胺、普罗帕酮及胺碘酮

有减慢旁路传导的作用,可使心室率减慢或使心房颤动和心房扑动转复为窦性心律。

(3) 洋地黄加速旁路传导,维拉帕米和普萘洛尔减慢房室结内传导,都可能使心室率明显增快,甚至发展成心室颤动,因而不宜使用。

(4) 若预激综合征合并室上性心动过速或心房颤动、心房扑动发作频繁,首选经导管心内电生理检查确定旁路部位后射频消融治疗,以达到根治效果。不能射频治疗者,应用上述抗心律失常药物长期口服预防发作。

10. 阵发性室上性心动过速

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级护理	心电图检查
半流质饮食	电解质
心电监测	10% 葡萄糖液 20ml /
吸氧	普罗帕酮 70mg / 静脉注射 即刻
维拉帕米 40 ~ 80mg 3 次/日	或 10% 葡萄糖液 20ml /
或美托洛尔 25mg 3 次/日	维拉帕米 5mg / 静脉注射 即刻
地西泮(安定) 2.5mg 3 次/日	或 10% 葡萄糖液 20ml /
	毛花苷丙 0.2 ~ 0.4mg / 静脉注射 即刻
	或 10% 葡萄糖液 20ml /
	三磷酸腺苷 5mg / 静脉注射 即刻
	食管心房调搏 (必要时治疗或检查)
	经导管射频消融 (必要时)

注(1)发作时可先采用刺激迷走神经的方法包括：①刺激腭垂诱发恶心呕吐；②深吸气后屏气，再用力做呼气动作（Valsalva法）或深呼气后屏气，再用力做吸气动作（Muller法）；③颈动脉窦按摩，按摩前应听颈动脉，如有杂音不宜按摩。病人取仰卧位以免发生昏厥。先按摩右侧约10分钟，如无效则按摩左侧，且不可两侧同时按摩，以免引起脑缺血。颈动脉窦按摩的同时，做Valsalva动作可能提高疗效。如单用药物治疗无效，加做颈动脉窦按摩则可使心动过速终止；④压迫眼球：病人取平卧位，闭眼并向下看，用拇指在一侧眶下适度压迫眼球上部，每次10秒，重压眼球可引起视网膜剥离，对青光眼或高度近视者禁忌。

(2)发作时药物治疗 无心力衰竭者首选维拉帕米5mg稀释后缓慢静注，无效时可追加，一般总量不超过15mg，或普罗帕酮（心律平）70mg稀释后缓慢静推，室上性心动过速无终止，再给70mg。有心力衰竭者首选西地兰，首剂0.4mg，稀释后缓慢静注，无效时2小时后追加0.2mg，24小时总量不超过1.2mg。快速静注ATP 20mg可终止室上性心动过速，但老年人及病窦综合征患者禁用。

(3)发作时伴有血流动力学障碍或上述方法无效时可选用同步直流电复律 能量在100~200焦耳为宜，但洋地黄中毒所致的心动过速及有低血钾患者不宜用电复律治疗。也可用食管心房调搏终止心动过速。

(4) 根治 经导管射频消融,是目前治疗室上性心动过速反复发作的首选治疗。能有效根治阵发性室上性心动过速,在电生理标测基础上,进行心内膜导管射频消融或手术阻断折返径路,达到彻底治疗。

11. 室性心动过速

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 一级护理 半流质饮食 心电、血压监护 吸氧	心电图检查 电解质检查 血气分析 告病重 食管心房调搏(必要时治疗或检查) 10%葡萄糖液 20ml / 利多卡因 100mg / 静脉注射 即刻 10%葡萄糖液 500ml / 利多卡因 500~1000mg / 静脉点滴 维持 10%葡萄糖液 20ml / 普罗帕酮 70mg / 静脉注射 即刻 或 10%葡萄糖液 20ml / 胺碘酮 150mg / 静脉注射 即刻 或 10%葡萄糖液 500ml / 胺碘酮 450mg / 静脉滴注 维持 或同步直流电复律 150~250W/s 即刻经导管射 频消融(必要时)

注：(1) 急性发作的药物治疗 ①利多卡因特别适用于心肌梗死病人，利多卡因给药浓度过多，可能产生神经系统副作用，如嗜睡、乏力、震颤、抽搐等；②胺碘酮起效慢，半衰期长，特别适用于伴有心功能受损的病人；③普罗帕酮静脉点滴，对室性心动过速有较好的效果。但有比较明显的负性肌力作用和负性传导作用，应避免用于心功能不全和有冠心病的病人；④苯妥英钠 150 - 250mg 溶于注射用水 20ml 中缓慢静注，必要 5 ~ 10 分钟后再予 100mg，适用于洋地黄中毒所致者；⑤ β 受体阻断剂对运动或窦率快速伴有交感张力过高状况时易发的室性心动过速可能控制其发作，常用 β 受体阻断剂有美托洛尔、抗心律失常药分类及作用见表 2-1。普萘洛尔、阿替洛尔等。当上述各种药物无疗效时可以合并用药。

(2) 电学疗法 同步直流电复律；病情危急时，在利多卡因 1 ~ 2 剂无效后立即应用同步直流电复律；若出现严重血液动力学障碍的室性心动过速，必须立即直流电转复，不宜先试用抗心律失常药物。也可单独或与药物合用经食管或直接心腔内心脏起搏，可经程序刺激、超速起搏或短阵猝发刺激终止心动过速。

(3) 预防复发 发作终止后，可选用能够控制发作的药物口服，以防止复发。特发性室性心动过速，可用射频导管法消融根治。器质性心脏病者并发持续性室速并引起血液动力学障碍者安装埋藏式心律转复除颤器 (ICD)。

(4) 先天性 Q-T 间期延长综合征下的尖端扭转

型室性心动过速 (TDP) 用电转复治疗只能暂时奏效, 大剂量 β 受体阻断剂效果较好, 急性治疗可静脉给予, 美托洛尔 5mg 稀释后静推, 5 ~ 10 分后可重复, 总量不超过 15mg。也可 25% 硫酸镁 20ml 加入 5% ~ 10% 葡萄糖 100ml 中以 20 ~ 25 滴/分的速度静脉滴注, 过 6 ~ 8 小时还可重复应用。 β 受体阻断剂长期口服有预防作用。常用的抗心律失常药物效果如利多卡因并不满意, I、III 类药可能加重 Q-T 的延长, 所以一般避免使用。若 TDP 发作与心动过缓有关, 起搏器治疗有效。以上治疗仍反复发作可进行胸部交感神经节切除或置入 ICD 治疗。

(5) 获得性 TDP 首先给予硫酸镁 2g 稀释至 40ml 缓慢静推, 然后 25% 硫酸镁 20ml 加入 5% ~ 10% 葡萄糖 100ml 中以 5 ~ 25 滴/分的速度静脉滴注。静滴异丙肾上腺素, 静脉滴注 2 ~ 8 $\mu\text{g}/\text{min}$, 开始小剂量, 每 5 分左右增多 1 μg 。异丙肾上腺素的副作用是加快窦性心律, 诱发室性期前收缩, 扩张周围血管使血压下降及增加心肌耗氧量。因此在用药期间要监测血压、心电图。补钾、补镁, 伴有低血钾时可用静脉滴注稀释后的氯化钾, 可以减轻发作。其他原因引起者若有一定危险需长期抗心律失常药治疗者, 可置入 ICD 治疗。可用 Ib 类药, 小电能复律。禁用 Ia、Ic、III 类药。

(6) 多形性室性心动过速伴正常 Q-T 间期 禁用异丙肾上腺素, 可用 I、III 类药。

表 2-1 抗心律失常药分类及作用

分类	I类 钠通道阻断剂			II类 β 受体 阻断剂	III类	IV类	其他
	a	b	c				
主要作用	抑制快钠内流,减缓传导			交感阻滞	延长除极	钙通道阻滞	
	中度	轻度	显著				
	延长	除极作用 缩短	很少作用				
药物	奎尼丁	利多卡因	普罗帕酮	美托洛尔	胺碘酮	维拉帕米	洋地黄
	普鲁卡因胺	苯妥英钠	英卡胺	普萘洛尔	溴苄胺	地尔硫草	钾盐
	双异丙吡胺	莫雷西嗪 (乙吗噻嗪)	氟卡尼 (氟卡胺)	比索洛尔	索他洛尔		异丙肾 上腺素
	缓脉灵	美西律					三磷酸 腺苷

12. 房室传导阻滞

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	胸部 X 线检查
一级或二级护理	心电图检查
普通饮食	电解质检查
心电监测	24 小时动态心电图检查
阿托品 0.3~0.6mg	食管调搏
3 次/日 (必要时)	血沉、抗“O”

续 表

长期医嘱	临时医嘱
	血 AST、CPK 和 LDH 及同工酶 5% 葡萄糖液 500ml / (必要时) 异丙肾上腺素 1mg / 静脉滴注 安装临时或永久心脏起搏器 (必要时)

注：(1) 可以先试行给以异丙肾上腺素静脉滴注，异丙肾上腺素可以提高逸搏频率，但也可能诱发室性搏动。阿托品静脉注射可能改善房室结传导，但对希氏束及其远端阻滞者加快了窦性心率，加重了传导阻滞部位的承受，反而减少了房室间的传导。

(2) 急性心肌炎或心肌缺血可以试用静脉氢化可的松或氟美松，可能帮助消除传导部位的水肿。若是滴注 2~3 天无效则不宜长时间应用。

(3) 对希氏束以下的阻滞者，病人心室率慢，心电不稳定，心功能不良，应安装永久性人工心脏起搏器治疗。

(3) 急性或新近出现三度房室传导阻滞者常常伴有明显的症状，病人可能随时发生晕厥等。应立即经静脉临时人工心脏起搏器治疗，极少经食管起搏治疗。

13. 原发性高血压

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 一级或二级护理 低盐低脂普通饮食 氢氯噻嗪 25mg 2~3 次/日 螺内酯 (安体舒通) 20mg 3 次/日 或呋喃噻帕胺 2.5mg 1 次/日 长效硝苯地平 30mg 1 次/日 或美托洛尔 25mg 2 次/日 或卡托普利 12.5mg 3 次/日	24 小时动态血压检查 胸部 X 线检查 心电图检查 电解质、肝肾功能检查 血脂、血糖检查 眼底检查 血尿酸、尿蛋白检查 24 小时尿 VMA 测定 超声心动图检查 肾素、血管紧张素 II、去甲肾上腺素检查 24 小时尿醛固酮、血浆醛固酮测定 24 小时尿 17-羟类固醇、17-酮类固醇测定 5% 葡萄糖液 500ml / (必要时) 硝酸甘油 25mg / 静脉滴注

注: (1) 治疗原则 ①采用综合治疗措施, 绝大多数需长期药物治疗; ②降压选择要因人而异, 选用一线 (轻、中度) 或多种降压药 (重度和并发症), 降压要有效、平稳、持久、副作用小; ③高血压急症

应迅速有效治疗，防止严重并发症。

(2) 常用一线降压药物 归为六大类：利尿剂、 β 受体阻断剂、钙通道阻断剂、血管紧张素转化酶(ACE)抑制剂、 α 受体阻断剂、血管紧张素Ⅱ受体阻断剂。根据不同患者特点可单用或联合应用各类降压药。

(3) 利尿剂 适用于轻、中度高血压，尤其适用于老年人收缩期高血压及心力衰竭伴高血压治疗。应用时注意低血钾，应用噻嗪类（如氢氯噻嗪即双氢克尿塞）较普遍，但痛风者禁用，袢利尿剂（如呋塞米）较多用于肾功能不全者。

(4) β 受体阻断剂 主要适用于轻、中度高血压，尤其是心率较快的合并冠心病的高血压患者。哮喘、房室传导阻滞及严重心力衰竭者慎用。常用药有美托洛尔、卡维地洛。

(5) 钙通道阻断剂，二氢吡啶（硝苯地平）缓释片及释控片。

(6) 血管紧张素转化酶抑制剂 适用于伴有心力衰竭，糖尿病左室肥大，心肌梗死。常见副作用：干咳。常用药有卡托普利、依拉普利、雷米普利等。

(7) 血管紧张素Ⅱ受体阻断剂 适应证与 ACEI 相同，但无咳嗽，降压平稳，氯沙坦（科素亚）50mg 每天1次、缬沙坦（代文）80mg/d。

(8) α 受体阻断剂 用选择性 α 受体阻断剂，对血糖、血脂代谢无副作用，但可出现直立性低血压。

高血压危象

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	告病重
一级护理	胸部 X 线检查
低盐低脂半流质饮食	心电图检查
绝对卧床休息	电解质检查
吸氧	肾功能检查
测血压每 2 小时 1 次	血脂、血糖检查
或血压、心电监护	眼底检查
地西洋 5~10mg 3 次/日	肾素、血管紧张素 II、去甲肾上腺素 检查
	5% 葡萄糖液 500ml / 避光
	硝普钠 25~50mg / 静滴
	或 5% 葡萄糖液 500ml /
	硝酸甘油 25mg / 静滴
	或生理盐水 20ml /
	乌拉地尔 25mg / 缓慢静注
	5% 葡萄糖液 500ml /
	乌拉地尔 50~150mg / 静滴

注：(1) 迅速降压 一般以静脉用药为宜，在应用速效降压药的过程中，要仔细观察血压下降的速度和幅度，防止血压下降超过脑循环自动调节限度。一般来说，应将患者血压降至 160/100 mmHg 安全范围内或根据治疗前血压水平使收缩压下降 50~80 mmHg (1mmHg = 0.133 kPa)，舒张压下降 30~50 mmHg 为宜。

若血压下降大于基线水平的 40%，可出现脑血流低灌注的症状，因此并不要求把血压降至正常水平。

(2) 临床常用降压药注意 ①硝普钠起效快，作用消失亦快，30 分钟内可使血压下降到理想水平。若药物滴注超过 6 小时应重新配制，连续静滴时间不宜超过 72 小时；②硝酸甘油静滴，连续用 24 ~ 48h，长时间应用产生耐药性，可间歇 8 小时以上应用。尤适用于合并冠心病和心力衰竭者。

(3) 肾上腺素能受体阻断剂 ①乌拉地尔（压宁定），可用于伴肾功能不全者，也可用于伴脑卒中者；②酚妥拉明适用于血液循环中儿茶酚胺升高引起的高血压危象，如嗜铬细胞瘤、冠心病者慎用；③拉贝洛尔（柳胺苄心定），适用于高血压伴心绞痛和心肌梗死者，对慢性肾功能不全者无不良影响，亦适用于主动脉夹层分离患者。血压降低之同时不减少脑血流量，所以亦可用于脑卒中。伴哮喘、心动过缓、房室传导阻滞者禁用。

14. 心绞痛

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	24小时动态心电图
一级或二级护理	心电图检查
低盐低脂普通饮食	电解质、肝肾功能检查
吸氧	血脂、血糖检查
心电监测	超声心动图检查
美托洛尔 25mg 2次/日	冠状动脉造影
5-单硝酸异山梨醇酯 20mg 2次/日	活动平板试验
地尔硫草 30mg 3次/日	心肌酶检查(特别 CK-MB)
或长效硝苯地平 30mg 1次/日	肌钙蛋白复合物
乙酰水杨酸肠溶片 50~150mg 1次/日	硝酸甘油 0.3~0.6mg 舌下含服 (发作时)
氯吡格雷 75mg 1次/日	5%葡萄糖液 500ml / (必要时)
低分子肝素 0.4ml 皮下注射 2次/日(必要时)	NG(硝酸甘油) 25mg 静滴1~2天
辛伐他汀 20~40mg 1次/晚	或硝普钠25mg 据血压调整滴数
	经皮冠状动脉介入干预(必要时)

注：(1) 硝酸甘油最常见的副作用为头痛，部分病人可因严重头痛需停药。最严重的副作用是伴随的低血压。使用硝酸酯类药必须间歇给药，才能保持抗缺血作用，不会产生耐药性。硝酸甘油持续静脉滴注的时限为 24~48 小时，在停药后 8~12 小时硝酸甘油的疗效通常恢复。

(2) 心功能不全，房室传导阻滞，严重的慢性阻塞性肺疾病或哮喘病，不宜使用 β 受体阻断剂。长期应用者不宜骤然停用 β 受体阻断剂，应逐渐减量。变异型心绞痛以血管痉挛为主，使用 β 受体阻断剂 α 受体张力相对提高，加重痉挛发作，不宜应用。

(3) 不能耐受硝酸酯类和 β 受体阻断剂的病人，以及变异型心绞痛的病人选用钙通道阻断剂。应优先选择维拉帕米和地尔硫草。

(4) 不稳定型心绞痛抗血栓治疗须遵循下述原则：①应当迅速开始抗血小板治疗，一旦出现症状，马上给予阿司匹林并持续用药；②对阿司匹林过敏或胃肠道疾患不能耐受阿司匹林的住院治疗病人，应当使用氯吡格雷；③对于早期非介入治疗住院病人，氯吡格雷加阿司匹林应当尽快给予，至少1个月并持续9个月；④行经皮冠状动脉介入干预治疗的患者，应给予氯吡格雷至少1个月并持续9个月。治疗不稳定性心绞痛时，低分子肝素加阿司匹林明显优于普通肝素加阿司匹林或单用阿司匹林。

(5) 调脂降脂药的作用除了主要表现全面调脂、降脂外，尚有改善内皮功能，减少炎症反应，稳定斑块，抑制脂质氧化，改善糖耐量，减少血小板聚集。一般情况下不主张他汀类药物与 β 类药物联合应用。以胆固醇(TC)升高为主的高脂血症，先予他汀类，TC达标后如甘油三酯(TG)未达标，可停用他汀类药物并予 β 类药物降低TG。应从小剂量开始，严密观察不良反应，并检测肝功能和肌酶，可避免肝功能

受损及肌病的发生。

15. 心肌梗死

无严重并发症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	24小时动态心电图监测
一级护理	心电图检查
低盐低脂半流质饮食	电解质、肝肾功能检查
吸氧	血脂、血糖检查
卧床休息	冠状动脉造影
心电、血压监测	心肌酶检查(AST、CPK、LDL、CK-MB)
记出入量	检查
地西洋 2.5mg 3次/日	肌钙蛋白复合物检查
美托洛尔 25mg 2次/日	告病重
5-单硝酸异山梨醇酯	出凝血时间、血小板计数、凝血酶原时
20mg 2次/日	间检查
阿司匹林肠溶片	硝酸甘油 0.3~0.6mg 舌下含服
50~150mg 1次/日	(疼痛时)
氯吡格雷 75mg 1次/日	吗啡5~10mg 皮下注射即刻
卡托普利 6.25mg	或哌替啶 50~100mg 肌注或皮下注射
2次/日	即刻
	5%葡萄糖液500ml
	NG(硝酸甘油) 25mg/ 静脉滴注1~2天
	或硝普钠 25mg 据血压调整滴数
	经皮冠状动脉介入干预(PCI)(必要时)
	5% GNS 100ml / 静滴
	尿激酶 50万~150万 U/ (30分钟)即
	或链激酶 150万 U(皮试)(无禁忌证)

注：(1) 急性心肌梗死者一般卧床休息 1 周并心电图、血压、呼吸监测。少吃多餐，进食易消化食物，保持大便通畅，避免患者情绪紧张，尽早用药消除疼痛。第二周适当下床活动，减少并发症。

(2) 血管再通，缩小梗死范围，对 S-T 段抬高的急性心肌梗死，若无禁忌证应在起病 12 小时内，采用溶解血栓疗法。禁忌证主要包括出血或出血倾向、夹层动脉瘤、血压 $> 160/100\text{mmHg}$ 、严重肝肾功能障碍。溶栓者定时检查心肌酶谱和全套心电图，观察其改变以便判断疗效。

(3) 急性心肌梗死初期病情不稳定，应保持一条静脉输液通路，每日输液量 $< 1500\text{ml}$ ，可用心肌营养液，如维生素 C、辅酶 A、极化液等。无禁忌证，早期应用 β 受体阻断剂。钙通道阻断剂有负性肌力作用早期慎用。可用卡托普利降低心力衰竭的发生率，从小剂量开始。

(4) 急性心肌梗死患者出现以下情况可直接行 PCI：在 S-T 段抬高或新出现 LBBB 的 AMI 患者，缺血症状发生 ≤ 12 小时，或症状持续存在 > 12 小时；S-T 段抬高、Q 波或新发生 LBBB 的 AMI，并且发生心源性休克 36 小时以内的病人，年龄 < 75 岁；有静脉溶栓治疗禁忌证的患者。

伴心律失常

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	电解质
一级护理	24 小时动态心电图监测
低盐低脂半流质饮食	25% 葡萄糖液 20ml / 静脉注射 即
吸氧	阿托品 1mg / (伴心动过缓)
卧床休息	安装临时心脏起搏器 (伴心动过缓,
心电、血压监测	必要时)
记出入量	25% 葡萄糖液 20ml / 静脉注射 即
阿托品 0.3mg 3 次/日	利多卡因 / (伴室性心律失常)
(伴心动过缓)	500 ~ 1000mg
胺碘酮 0.2g 1 ~ 3 次/日	5% 葡萄糖液 500ml / 静脉滴注维持
或美西律 0.2g 3 次/日	利多卡因 / (伴室性心律失常)
(伴室性心律失常)	500 ~ 1000mg

注: (1) 严重心动过缓, 如心率 $< 45\text{bpm}$, II 度 II 型或高度及完全性房室传导阻滞, 出现症状或影响泵功能, 用药不能缓解, 需安装临时心脏起搏器。

(2) 室性心律失常用利多卡因控制, 先静脉注射, 尔后静脉滴注维持; 若不能控制, 5 ~ 10 分钟后可再次静脉注射 1 ~ 2 次, 总量不超 300mg。仍无效可改用普罗帕酮、胺碘酮, 病情稳定后可改为口服。

(3) 发生心室颤动时, 尽快采用非同步直流电除颤, 室性心动过速药物疗效不满意应尽早用同步直流电复律。

(4) 房性期前收缩或室上性期前收缩一般不需特

殊治疗，期前收缩频发出现或出现室上性心动过速可静脉给小量去乙酰毛花苷丙或口服地高辛，无心力衰竭者可试用维拉帕米或普萘洛尔。

伴低血压或休克

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	5%葡萄糖液 500ml / 静脉滴注 即刻
一级护理或特护	多巴胺 50~100mg
低盐低脂半流质饮食	间羟胺 50~100mg
吸氧	或 5%葡萄糖液 500ml / 静脉滴注 即刻
半卧位	多巴酚丁胺 50~150mg
绝对卧床休息	低分子右旋糖酐 500ml 静脉滴注 即刻
心电、血压监测	右心漂浮导管血流动力学监测
记出入量	

注：(1) 补充血容量，使中心静脉压上升 $> 18\text{cmH}_2\text{O}$ ，肺毛细血管楔压 $> 15 \sim 18\text{mmHg}$ ，则应停止。右心室心肌梗死时中心静脉压升高则未必是补充血容量的禁忌。

(2) 补充血容量后，肺毛细血管楔压和心排血量正常时，提示血管阻力不足，可用升压药。而肺毛细血管楔压高，心排血量低，四肢厥冷，可应用血管扩张药，如硝普钠、硝酸甘油。

(3) 严重者可用主动脉内球囊反搏或急诊经皮冠状动脉球囊成形术 (PTCA)。

伴心力衰竭

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	吗啡 5mg 静脉注射 即刻(可重复)
一级护理	5%葡萄糖液 500ml / 静脉滴注 即刻
低盐低脂流质饮食	硝酸甘油 25mg
吸氧	呋塞米 20~60mg 静脉注射
半卧位	右心漂浮导管血流动力学监测
绝对卧床休息	告病重
心电、血压监测	
记出入量	
10%氯化钾 10ml	
2~3次/日	

注：(1) 急性心肌梗死伴心力衰竭者，应首选利尿剂和血管扩张剂，洋地黄制剂可能引起室性心律失常宜慎用，尤其在心肌梗死的最初3天内。

(2) 硝酸甘油适用于各种原因尤其是急性心肌梗死(AMI)所致的急性左心衰竭，静脉滴注硝酸甘油时应经常测量血压和心率，逐渐增加剂量，从4滴/分开始，每5~10分增加1~2滴/分，使收缩压大于90mmHg。最好进行有创血流动力学监测。硝酸甘油禁忌证为AMI合并低血压(收缩压 $\leq$ 90mmHg)或心动过速(心率 $>$ 100次/分)。下壁心肌梗死者应小心静滴硝酸甘油。右心室梗死者更应小心静滴硝酸甘油，这类病人依赖足够的右心室前负荷以维持心排出量，

使用硝酸酯类时可有严重的低血压。

16. 风湿热

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 二级护理 普通饮食 半卧位 青霉素 80 万 U 肌注 2 次/日 (皮试) 泼尼松 10mg 3 次/日 (心脏炎) 或地塞米松 2.25~3mg 2 次/日 阿司匹林 1~1.5g 3~4 次/日 (关节炎)	超声心动图检查 心电图检查 血沉、抗“O”检查 抗 DNA 酶 B 检查 C 反应蛋白检查 咽拭子细菌培养 血清蛋白电泳

注：(1) 青霉素疗程 2 周，对青霉素过敏者改红霉素 0.5g，4 次/日，共 10 天。

(2) 抗风湿治疗总疗程为 2~3 月，泼尼松治疗待急性期炎症症状和体征基本消失后（一般需 1~3 周），每 5~7 天逐渐递减 5~10mg，减至每日 5~10mg 维持，此时可加乙酰水杨酸肠溶片（阿司匹林）防止反弹。严重者可静脉应用氢化可的松或地塞米松，症状缓解（3~5 天）后改服泼尼松。

(3) 乙酰水杨酸肠溶片剂量减半，维持 8~12 周，不能耐受水杨酸制剂者，可用安乃近 0.5~1.0g，4 次/日；保泰松 0.1~0.2g，3 次/日；或氨基比林 0.4~0.5g，4 次/日，但均可引起白细胞减少。

(4) 对风心病预防应积极预防 β -溶血性链球菌感染、风湿活动及感染性心内膜炎。30 岁以下的病人, 可给予长效青霉素 120 万 U 肌注, 每月 1 次, 若对青霉素过敏, 可改用磺胺类或其他抗生素。

17. 经皮二尖瓣、肺动脉瓣球囊成形术

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	超声心动图检查 (二尖瓣评分)
二级护理	食管超声心动图 (心房血栓) 检查
普通饮食	心电图检查
半卧位	血沉抗“O”检查
	抗 DNA 酶 B 检查
	胸部 X 线检查

注: (1) 目前, 二尖瓣球囊成形术已发展成为一项成熟的治疗二尖瓣狭窄的方法, 基本上替代了外科闭式分离术。适应证为: ①心功能 II ~ III 级; ②以瓣膜狭窄为主, 且以瓣叶间粘连、融合、瓣叶不增厚或轻度增厚, 无钙化; ③瓣膜附属结构腱索或乳头肌无明显病变; ④二尖瓣狭窄口面积在 $0.8 \sim 1.2\text{cm}^2$ 为宜; ⑤左心房内径 $< 50\text{mm}$, 房内无血栓。其禁忌证为: ①近期有风湿活动, 或感染性心内膜炎未完全控制; ②二尖瓣口面积 $< 0.8\text{cm}^2$; ③肺动脉高压, 反复右心衰竭, 不能完全控制, 心功能 IV 级; ④腱索或乳

头肌有病变存在；⑤有动脉栓塞的病史。手术要求超声心动图瓣膜形态积分 <8 分，二尖瓣口面积 $0.5 \sim 1.5 \text{ cm}^2$ ，左心房血栓抗凝治疗后血栓消失，栓塞存在但食管超声心动图未发现左心房血栓。可合并轻度以下的二尖瓣反流。无风湿活动及血栓存在，无中度及中度以上的二尖瓣反流。

(2) 肺动脉瓣狭窄球囊手术指征：轻中度肺动脉瓣狭窄瓣膜型及混合型跨瓣压力阶差 $\geq 30\text{mmHg}$ 或右室收缩压高者宜作手术。

(3) 术前停用洋地黄、 β 受体阻断剂及口服抗凝药。

18. 自体瓣膜心内膜炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	血培养
一级护理	超声心动图检查
普通饮食	胸片 X 线检查
半卧位	心电图检查
青霉素 1000-2000U 单位 / 静脉滴注	血常规
10% 葡萄糖 1000ml	尿常规
或 10% 葡萄糖 20ml / 静注	肾功能检查
苯唑西林 2g / 1 次/4 小时	血沉检查
链霉素 0.5g 2 次/日	血清丙种球蛋白检查
丙磺舒 0.5g 3~4 次/日	免疫复合物沉淀试验

注：(1) 为了提高血培养的阳性率，需注意以下几点：①尽量在抗生素应用前做血培养，一般在 24 ~ 48 小时内连续培养 3 ~ 5 次，每次抽血量 10ml 或更多；②对已经开始抗生素治疗患者，可将标本用培养基稀释 20 倍或应用可以灭活抗生素的培养基；③所有血培养标本均做需氧及厌氧培养，有条件者应做真菌培养；④培养基量要充分，培养时间要长，不少于 3 周。

(2) 抗生素治疗原则 ①尽早治疗，在连续血培养 3 ~ 5 次后即开始试验治疗，根据临床特点及可能的感染途径，选择可能有效的抗生素进行经验性治疗；②用杀菌剂，由于要消灭包裹赘生物内部的细菌，必须选择既能杀菌又能穿透赘生物的抗生素如青霉素、链霉素、先锋霉素、万古霉素等；③剂量足够，为了彻底杀灭赘生物与血循环中的病原微生物，抗生素的剂量必须达到血清有效杀菌浓度的 6 ~ 8 倍以上；④疗程要够，一般需 4 ~ 6 周（在有效抗生素治疗下），对抗生素敏感性差的细菌或有并发症的顽固病例可延长至 8 周。

(3) 致病菌不明确者， β -内酰胺环类抗生素（青霉素、头孢菌素）和氨基糖苷类抗菌素（链霉素、卡那霉素、庆大霉素）联合应用对大多数细菌有杀灭作用。头孢菌素抗菌范围较广，对青霉素有耐药性者亦可选用此类抗生素。丙磺舒以减慢青霉素由肾脏排泄，可使青霉素浓度提高 4 倍，对无明显肾功能损害者，可予以丙磺舒。革兰阴性杆菌感染，亦可选用头孢菌素。真菌感染可用二性霉素，首次 10mg 加入液

体中静脉滴注，后每次增加 5~10mg/d，直到 0.5~1mg/(kg·d)，总剂量达 3.0g，共 6 周。

(4) 自体瓣膜心内膜炎 (IE) 单纯抗生素治疗，由 IE 及其并发症引起的死亡率为 75%~80%，经手术治疗后的死亡率平均为 12%，明显低于非手术治疗者。IE 的手术指征：①瓣膜穿孔，破裂，腱索离断，发生难治性急性心力衰竭；②虽经抗生素积极治疗但仍有持续发热，难以控制感染；③超声检查显示赘生物 $\geq 10\text{mm}$ ，有随时可能发生脱落导致栓塞征象者；④并发细菌性动脉瘤破裂或四肢大动脉栓塞；⑤先天性心脏病发生感染性心内膜炎。

19. 人工瓣膜心内膜炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 一级护理 普通饮食 半卧位 万古霉素 0.5~1g 静脉注射，2次/日 (青霉素耐药) (>6周) 或 10%葡萄糖 20ml / 静脉注射 苯唑西林 2g / 1次/4小时 利福平 300mg 3次/日 (>6周) 庆大霉素 1.0mg/kg 肌注或静注 2次/日 (2周)	血培养 超声心动图检查 食管超声心动图检查 MRI 心电图检查 血常规 血沉检查 胸部 X 线检查 告病重

注：(1) 本病难以治愈。应在自体瓣膜心内膜炎用药基础上，将疗程延长为 6~8 周。人工瓣膜 IE 的手术死亡率虽仍高达 25%，但手术治疗后的生存者，其生活质量和远期预后仍优于单纯抗生素治疗者。因此，只要 IE 患者有手术指征，均应在抗感染的基础上积极考虑手术治疗。

(2) 瓣膜再置换术的明确适应证为：①除外抗生素对链球菌敏感的感染外的其他病原菌感染；②出现新的杂音，可能瓣膜穿孔、破裂，腱索离断；③因瓣膜功能不全致中或重度心力衰竭；④急性瓣膜阻塞；⑤X 线透视发现人工瓣膜不稳定；⑥新发生的心脏传导阻滞。

20. 扩张型心肌病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	肝功能测定
一级或二级护理	肾功能测定
低盐饮食	心肌酶谱检查
记 24 小时出入量	心电图检查
地高辛 0.125~0.25mg	24 小时动态心电图检查
1 次/日	超声心动图检查
卡托普利 6.25~12.5mg	胸部 X 线检查
2~3 次/日	腹部 B 超检查
氢氯噻嗪 25mg 2 次/日	呋塞米 20~60mg 静脉注射

续 表

长期医嘱	临时医嘱
或呋塞米 20mg 2次/日	(4小时可重复)
螺内酯 20mg 3次/日	10%葡萄糖液 20ml / 静脉注射
或 10%氯化钾 10ml 3次/日	毛花苷丙 0.4mg / (2小时可重复)
美托洛尔 6.25 ~ 12.5mg 2次/日	5%葡萄糖液 500ml /
硝酸异山梨醇 5 ~ 10mg 3次/日	NG(硝酸甘油) 25mg / 静脉滴注
或 5-单硝酸异山梨醇酯 20mg 2次/日	或硝普钠 25mg / 据血压调整滴数

注：(1) 休息和饮食是极其重要的基础治疗。强调低盐而非无盐。严格限制腌制品，在心功能不全发作期，还要少食多餐，食用易消化的蔬菜等食物，不宜食过多荤菜。

(2) 尿量的多少是利尿剂使用的疗效反应。另外，还应使病人保持良好的排便习惯，保持大便通畅，避免加重心脏负担。

(3) 应尽量避免过多的输液量，减轻心脏负担。

(4) 本病心肌损害广泛，对洋地黄的耐受性差，易致洋地黄过量中毒，在使用过程中，须严格掌握剂量。可用其他种类正性肌力药物包括儿茶酚胺类及非洋地黄、非儿茶酚胺类。

(5) 在洋地黄、利尿剂治疗的同时，选用 β 受体阻断剂、钙通道阻断剂、血管扩张剂及血管紧张素转

换酶（ACE）抑制剂等，从小量开始，视症状、体征调整用量，长期口服。

（6）一些重症晚期患者，可在以上药物应用基础上，植入 DDD 型起搏器。

21. 肥厚型心肌病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	血常规
一级或二级护理	胸部 X 线检查
普通饮食	心电图检查
美托洛尔 6.25 ~ 50mg 2 次/日	24 小时心电图检查
维拉帕米 40mg 3 次/日	超声心动图检查
或地尔硫草 30mg 3 次/日	心导管检查（必要时）
	心内膜心肌活检（必要时）

注：（1）对病人进行生活指导，提醒病人避免过重的活动或屏气等，可减少猝死的发生。应尽量减少感染的发生，以免诱发心力衰竭及严重心律失常，有必要对病人及家属进行追踪观察。

（2）治疗原则为弛缓肥厚的心肌，防止心动过速及维持正常窦性心律，减轻左心室流出道狭窄和抗室性心律失常。

（3）避免使用增加心肌收缩力及减轻心脏后负荷的药物。

(4) 早期推荐使用 β 受体阻断剂，晚期认为其不能减少心律失常，也不影响预后。常用口服药物：美托洛尔，从小剂量开始，一般以6.25mg，每日1~2次，逐步增至最大耐受量。普萘洛尔，开始每日3~4次，一次5~10mg，逐步增大剂量，以改善症状又不引起低血压，可达每天60~90mg左右。

(5) 钙通道阻断剂较适用于本病，既减弱心肌收缩又有利于舒张功能改善，还能控制心律失常。

(6) 重症梗阻性患者或药物治疗效果不佳可做介入或手术治疗，植入DDD型起搏器，射频消融或切除肥厚的室间隔心肌。

22. 限制型心肌病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	血常规
二级或一级护理	胸部X线检查
低盐饮食	心电图检查
地高辛 0.25mg 1次/日	超声心动图检查
氢氯噻嗪 25mg 3次/日	心导管检查（必要时）
卡托普利 12.5mg 3次/日	左心室造影
	心内膜心肌活检（必要时）

注：(1) 本病预后较差，只能对症治疗。心力衰竭对常规治疗反应不佳，往往成为难治性心力衰竭。

难治性心力衰竭的治疗见前心衰竭。

(2) 栓塞并发症较多,可考虑使用抗凝药物。

(3) 近年用手术剥离增厚的心内膜,收到较好效果。肝硬化出现前可做心脏移植。

23. 梅毒性心血管病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	超声心动图检查
二级护理	胸部 X 线检查
普通饮食	CT 和 MRI
青霉素 80 万 U 1 次/日	心电图检查
肌注(皮试)	血常规
或头孢噻肟 0.5~1 克	非特异梅毒血清学检查
1 次/日 肌注	[性病研究实验室试验(VDRL)]
泼尼松(prednisone)	快速血浆反应素环状卡片试验(RPR)
10mg 3~4 次/日	不加热血清反应素(USR)
	特异性梅毒血清学检查]
	[FTA-ABS(荧光螺旋体抗体吸附试验)]
	TPHA(梅毒螺旋体血凝试验)
	TPI(密螺旋体活动抑制试验)]

注:(1) 青霉素是有效的杀灭梅毒螺旋体的药物。由于梅毒螺旋体生活周期较长,故需维持有效浓度 10 天以上方能有效治疗,10 日为一疗程。晚期梅毒或疑有神经系统并发症者,疗程应在 15 日以上。

也可采用长效青霉素 G240 万 U 位，每周肌注 1 次，共 3 周。

(2) 在用青霉素治疗梅毒时，应注意可能出现赫氏反应，患者可出现发热、头痛或关节酸痛等，部分可出现心绞痛加重甚至猝死。临床上可在前几天内加服泼尼松。或先用小剂量青霉素做试验性治疗，即先用青霉素 1 万 U/d，分 2~3 次肌注，经 2~3 日，如无明显症状或心电图改变，可逐渐于 1 周内加量至 80 万 U/d。

(3) 对青霉素过敏者，可选用头孢噻啉 0.5~1g/d 肌注，共 10 天；或红霉素 2g/d，分 4 次口服，20~30 天为一疗程；或四环素 2g/d，分 4 次服，疗程 14 天。

(4) 疗效观察包括症状好转及 VDRL 的效价在 12~24 个月内减低 4 倍以上。

(5) 晚期梅毒的心血管受累不会因治疗梅毒而好转。如合并严重主动脉瓣关闭不全，可根据需要行主动脉瓣置换术。动脉瘤可根据情况切除或缝叠术。严重冠状动脉口狭窄者可行旁路移植术等。

24. 雷诺综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 二级护理 普通饮食 盐酸妥拉苏林 25~50mg 3次/日 硝苯吡啶 10~20mg 3次/日 哌唑嗪 1~3mg 3次/日	超声心动图检查 胸部 X 线检查 CT 和 MRI 心电图检查 冷水试验 握拳试验 指温恢复时间测定 (光电容积描记法)

注：(1) 本病是阵发性肢端小动脉痉挛性疾病，以发作性指（趾）缺血为特征，双侧肢端皮肤由白变紫变红，随后转暖，常伴有搏动性疼痛，一般持续 10 余分钟。可为寒冷或精神刺激所诱发。可分为原发性和继发性两类。发作间期体检可完全正常。发作期间除肤色改变外，脉搏正常。

(2) 激发试验 ①冷水试验：将指（趾）浸于 4℃ 冷水 1 分钟可激发上述典型发作；②握拳试验：两手握拳 1 分钟后，于弯曲状态下松开手指，也可出现上述变化。

(3) 继发雷诺综合征 可见于：①结缔组织病；②血液病；③神经血管机制紊乱；④药物影响，如 β

受体阻断剂、麦角、避孕药等；⑤阻塞性动脉病变；⑥环境及其他因素，如冻伤、震动损伤；⑦原发性肺动脉高压等。对继发性雷诺综合征应积极治疗基础疾病。

25. 血栓性静脉炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	超声心动图检查
二级护理	胸部 X 线检查
普通饮食	静脉压测定
吲哚美辛（消炎痛） 25mg 3 次/日（浅静脉炎）	血管超声检查
阿司匹林 150mg 1 次/日	放射性核素检查
或华法林 3mg 1 次/日	深静脉造影
	出凝血时间、凝血酶原时间检查

注：（1）血栓性深静脉炎治疗的主要目的是预防肺栓塞，尤其是早期。溶栓治疗：适于早期（血栓形成 3 天以内）或合并肺栓塞时。可选用尿激酶或链激酶静脉注射。抗凝治疗：防治血栓增大。可选用肝素静脉注射 5000~10000U，之后以 1000~1500U/h 持续静脉滴注，使凝血时间维持在正常的 2 倍。1 周后开始使用华法林，与肝素重叠应用 4~5 天，调整剂量使凝血酶原时间长于对照值 4~7 秒。急性近端深静脉血栓形成抗凝治疗至少持续 6~12 个月。对复发性

或恶性肿瘤等高凝状态不能消除的病例，抗凝持续时间可无限制。内科治疗无效可行静脉血栓摘除术或 Fogarty 导管取栓术。因出血倾向而不能抗凝治疗者，可考虑经皮下行腔静脉滤器植入。

(2) 血栓性浅静脉炎有自限性，适当治疗可促进恢复。一般治疗：卧床休息，抬高患肢，局部制动。药物治疗：使用非甾体类抗炎药物，如吲哚美辛 25mg，3 次/日；阿司匹林 150mg，1 次/日。如大隐静脉或小隐静脉靠近股静脉或腘静脉，或经上述治疗浅表静脉炎仍然向近端延伸，应进行抗凝治疗。

26. 闭塞性周围动脉粥样硬化

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 二级或三级护理 糖尿病低脂饮食 己酮可可碱 400mg 3 次/日 阿司匹林 50mg 1 次/日	血脂、血糖、心电图检查 行走试验 患肢抬高及下垂试验 节段性血压测量 活动平板负荷试验 脉搏容积描记 Doppler 血流速率曲线分析 患肢动脉造影 患肢磁共振成像（必要时）

注：(1) 限制体力活动，卧床休息时应保持患肢低于水平面 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 稍下垂的位置，并避免直接受

热；戒烟（吸烟可导致血管痉挛）；应做有规律的运动；患者应在指导下行走，走到引起跛行痛的距离，然而停止行走并休息到症状缓解。然后，重新行走，运动时间每次约为 30~45 分，每周 ≥ 4 次。

(2) 药物治疗对肢体动脉狭窄所引起的缺血症状疗效不佳，尤其是血管扩张剂，已证明对缺血性肢痛无效。口服己酮可可碱可延长患肢运动时间和增加红细胞变形能力，降低血黏度。阿司匹林对防止四肢动脉闭塞性病变的进展有效，但不能提高患者的运动耐受能力。噻氯匹定也可抑制血小板聚集。

(3) 对于缺血性症状急剧加重，伴有严重静息痛，有产生溃疡或坏疽可能者，或由于职业的需要必须消除症状者，可行血管重建术。包括导管介入治疗和手术治疗。导管介入治疗方法有：①经皮血管腔内成形术（PTA）；②激光血管成形术；③支架植入，一般是在施行上述治疗措施后，防止再度狭窄而植入支架。手术治疗即血管旁路移植，其效果取决于狭窄的部位、范围和患者的一般情况。

(4) 抗凝治疗一般用于旁路术或 PTA 术后，通常用华法林治疗，其用法和剂量参照“心肌梗死”一节。

27. 高脂血症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	血脂测定
三级或二级护理	脂蛋白电泳
低脂饮食	眼底检查
辛伐他汀 20mg 1次/晚	腹部B超(肝、胆)
或非诺贝特 200mg 1次/晚	

注：(1) 调脂药物主要为以下两类：①他汀类药物，每日1次，阿伐他汀10~80mg(常用10mg)，辛伐他汀5~40mg(常用20mg)，普伐他汀10~40mg(常用20mg)，氟伐他汀10~40mg；②贝特类，非诺贝特每次0.1g，3次/日；吉非贝齐每次0.6g，2次/日。

(2) 他汀类药物与贝特类药物宜晚上睡前服用，一般情况下不主张他汀类药物与贝特类药物联合应用。以胆固醇和低密度脂蛋白升高者为主的高脂血症，宜用他汀类药物，以甘油三酯升高及高密度脂蛋白降低为主者，用贝特类药物较好。

(3) 严重肝功能不全者禁用，用药时严密观察不良反应，并检测肝功能和肌酶，以避免少数人出现肝功能受损及肌病的发生。

(唐安丽)

三、消化系统疾病

1. 胃食管反流病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级护理 软食 西沙必利 5mg 3次/日 奥美拉唑 20mg 1次/日	胃镜检查 24小时 pH 监测

注：(1) 为减少卧位反流可抬高床头，避免进食降低食管下端括约肌（LES）压的食物，如高脂肪、巧克力、咖啡、浓茶等，避免应用降低 LES 压的药物，注意减少一切影响腹压增高的因素，如肥胖、便秘、紧束腰带等。

(2) 对有典型反流症状而内镜检查阴性者可用诊断性治疗（如奥美拉唑 20mg，每日 2 次，连用 7 天），如有明显效果，可诊断为非糜烂性反流病（NERD）。

(3) 胃食管反流病（GERD）的药物治有 H_2 受体阻断剂、促胃肠动力药、质子泵抑制剂（PPI）、抗

酸药。 H_2 受体阻断剂和促胃肠动力药疗效相似，适用于轻中度病人。抗酸药用于症状轻、间歇发作的病人，PPI适用于重症病人。GERD的治疗分递增和递减治疗，目前倾向于递减治疗，即先用PPI，后改为 H_2 受体阻断剂和促胃肠动力药，一般疗程6~8周。

(4) GERD有慢性复发倾向，可根据需要给予持续维持、间断维持或按需治疗；

(5) 抗反流手术包括胃底折叠术、射频治疗、内镜下食管远端黏膜缝合术等。其指征为：

①有并发症病人；②不能忍受长期服药病人；③反流症状严重病人。

2. 贲门失弛缓症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 半流软食 硝苯地平 10mg 3次/日	血常规+血型检查 凝血3项检查 食管吞钡摄片 食管测压 胃镜检查 X线下气囊扩张术（必要时）

注：(1) 病人宜少食多餐，避免刺激性饮食。

(2) 如药物无效，应行X线下气囊扩张术或探条扩张，如症状反复，可重复行扩张治疗。注意防止

出血和食管穿孔。

(3) 手术治疗以食管下端肌层切开术最常用。食管过度扩张, 食管在膈裂孔处纤维增生严重或食管下端重度收缩者, 宜做贲门和食管下端切除和重建术。

3. 食管癌

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 半流质或软食 胃肠道外营养 (必要时)	血常规 + 血型检查 血肝肾功能检查 血电解质检查 胸部 X 线检查 心电图检查 食管 X 线钡餐 食管黏膜脱落细胞检查 (必要时)

注: (1) 食管中下段癌如能切除, 应首选手术治疗。

(2) 放射治疗主要适用于上段食管癌和不能切除的中下段食管癌。钴⁶⁰治疗的总剂量为 30 ~ 40Gy, 分 15 ~ 25 次给予。术前放疗可使肿块缩小, 提高手术切除率和存活率。

(3) 化疗多作为手术后辅助治疗措施, 单独使用效果差。多用联合化疗, 单一药物效果差, 氟尿嘧啶 (5-FU)、丝裂霉素 (MMC)、阿霉素 (ADM) 为较

常使用的组合。例如,

5-FU $600\text{mg}/\text{m}^2$ / 静滴 1次/周, 第1、2、5、6周
5% GNS 1000ml

(维持8小时); ADM $30\text{mg}/\text{m}^2$ / 静注 1次/4周,
NS 40ml

第1、5周; MMC $6\sim 8\text{mg}/\text{m}^2$ / 静注 1次/8周。每8
周1次, 用4次。
NS 40ml

4. 慢性胃炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 软食 多潘立酮 10mg 3次/日 硫糖铝 1.0g 3次/日	大便隐血检查 血常规 血清促胃液素检查 血清 VitB_{12} 检查 胃镜及活组织检查 (含 Hp 检测) X线钡餐 (较少采用)

注: (1) 慢性胃炎病人应避免刺激性食物, 戒烟酒, 停药非甾体类抗炎药。

(2) 如有胆汁反流, 可用铝碳酸镁; 疼痛、反酸症状明显时, 可按消化性溃疡处理。

(3) 胃体胃炎有恶性贫血时, 可注射或口服维生素 B_{12} 。

(4) 对胃黏膜萎缩、肠化、不典型增生及有胃癌家族史的慢性胃炎 Hp 阳性病人，应予根除 Hp 治疗，具体根除方案见消化性溃疡。

(5) 对胃黏膜萎缩、肠化、不典型增生，可予维生素、胃复春及抗氧化维生素，定期复查内镜并活检。对重度不典型增生宜考虑行手术治疗。

5. 消化性溃疡

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级或二级护理	血常规、血型检查
半流质或软食	大便潜血检查
奥美拉唑 20mg 2次/日	乙肝两对半检查
克拉霉素 0.5g 2次/日	血清促胃液素测定（必要时）
阿莫西林 1.0g 2次/日	胃镜（包括胃黏膜幽门螺杆菌检查）
	X线钡餐（必要时）
	肝胆胰 B 超检查

注：(1) 活动期宜少食多餐，避免进食刺激性食物，戒烟酒。避免过度劳累和精神紧张。

(2) 对 Hp 阳性病人，宜行根除 Hp 治疗，选用质子泵抑制剂（PPI）奥美拉唑、兰索拉唑、潘托拉唑、雷贝拉唑之一，或胶体次枸橼酸铋；阿莫西林（或四环素）、克拉霉素、甲硝唑之两种，分两次服，服用 1 周。Hp 对甲硝唑耐药率正在迅速上升，呋喃唑酮抗

Hp 作用强, Hp 不易产生耐药, 可用呋喃唑酮替代甲硝唑, 剂量为 200mg/d, 分两次服。可用 H_2 -RA 替代 PPI, 以降低费用, 但疗效有所降低。初治失败者, 可用 PPI、铋剂加两种抗菌药物的四联疗法。

(3) 根除 Hp 治疗后, 疗效高而溃疡面积不大时, 可不再用抑制剂。若根除方案疗效较低、溃疡面积较大、病人症状未缓解或近期有出血等并发症史, 应考虑继续用抑酸药 2~4 周。对 Hp 阴性的溃疡, 可服 H_2 -RA 或 PPI, DU 疗程 4~6 周, GU 为 6~8 周, 是否进行维持治疗, 应根据溃疡复发频率、病人年龄、吸烟、服用 NSAID、溃疡并发症史、合并其他严重疾病等危险因素综合考虑后决定。

(4) 病人有上腹饱胀、胆汁反流等情况, 可适当选用胃动力药。为提高溃疡愈合质量, 可适当选用胃黏膜保护剂, 如施维舒 (selbex) 等。

(5) 如有下列情况, 可考虑外科手术治疗: ①急性穿孔; ②大量或反复出血, 内科治疗无效; ③器质性幽门梗阻; ④胃溃疡癌变或癌变不能排除。

6. 消化性溃疡合并出血

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理 禁食 记 24 小时出入量 监测血压、脉搏 奥美拉唑 40mg 静注 2 次/日 5% GNS 1000ml / 10% 氯化钾 30ml / 静滴 1 次/日 10% GS 1000ml / 10% 氯化钾 30ml / 静滴 1 次/日	血常规 + 血型检查 交叉配血、输浓缩红细胞 大便隐血或呕吐物隐血检查 肾功能检查 血电解质检查 急诊胃镜及内镜下止血 选择性腹腔动脉造影 外科治疗（必要时）

注：（1）抗休克、积极补充血容量应放在一切治疗的首位。

（2）保持呼吸道通畅，避免呕血时引起窒息，必要时吸氧及心电监护。

（3）下列情况为紧急输血指征：①病人体位改变出现晕厥、血压下降和心跳加快；②收缩压低于 90-mmHg（或较基础压下降 25%）；③血红蛋白低于 70g，输血量根据周围循环血流动力学及贫血情况而定。

（4）出血 24 ~ 48 小时内行急诊内镜检查，如发现活动性出血或血管裸露的溃疡，应在其周围注射 1/

10000 肾上腺素，或激光、热探头、微波及钛血管夹止血。

(5) 对药物及内镜止血疗效不佳者，应及时行外科手术。

7. 消化性溃疡合并幽门梗阻

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 禁食或溃疡流质饮食 奥美拉唑 40mg 静注 2次/日 5%GNS 1000ml / 静滴 1次/日 10%氯化钾 30ml / 10%GS 1000ml / 静滴 1次/日 10%氯化钾 30ml /	血常规 血电解质检查 生理盐水洗胃 胃镜检查

注：(1) 溃疡急性发作可因炎症水肿和幽门痉挛引起暂时性梗阻，可随炎症好转而缓解，病人呕吐发酵酸性宿食，不含胆汁，常发生营养不良和体重减轻。需注意排除癌性幽门梗阻。

(2) 应注意纠正水和电解质失衡，特别是低氯低钾碱中毒，注意静脉营养补充。

(3) 经抑酸补液数天后，若洗胃后潴留量 < 200ml/d，为功能性幽门梗阻，不需手术；若 > 200ml/

d, 提示为器质性幽门梗阻, 需手术治疗。

8. 胃 癌

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 半流质或软食 静脉营养	血常规 粪便隐血检查 血肝肾功能、电解质检查 血清癌胚抗原 (CEA) 检查 胸部 X 线检查、心电图检查 胃镜 (包括活检) X 线钡餐 超声胃镜 (必要时) 检查 上腹部 CT (必要时)

注: (1) 手术是惟一有可能根治胃癌的手段。对早期胃癌, 虽然可以内镜下电灼、激光或剥离活检切除, 胃部分切除仍属首选。对进展期癌, 如未发现远处转移, 应尽可能手术切除。

(2) 化学治疗用以辅助手术治疗, 在术前、术中及术后使用。一般早期胃癌术后不进行化疗, 中晚期癌手术切除者在术后 4 周给予化疗, 共进行 6 次化疗。

(3) 未做根治性切除或不能施行手术者, 可试用联合化疗。

特殊治疗医嘱

一、MF 方案

丝裂霉素 (MMC) 6 ~ 8mg 静滴, 1 次/周

替加氟 (FT-207) 20mg 3 次/天 口服

二、FAM 方案

氟尿嘧啶 (5-FU) 400 ~ 600mg/m² 静滴 1 次/周

丝裂霉素 (MMC) 10mg/m² 静滴 1 次/周

阿霉素 (ADM) 30 ~ 40mg/m² 静滴 第 1、4 周
各 1 次

三、FAMeC 方案

FAM 中 MMC 用亚硝脲类 (MeCCNU) 替代,
125mg/m² 1 次/日 口服

9. 肠 结 核

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普食	粪便常规
静脉营养 (必要时)	血沉检查
异烟肼 0.3g 1 次/日	肝功能、肾功能检查
利福平 0.45g 1 次/日	结核菌素试验
吡嗪酰胺 0.5g 3 次/日	肠镜检查
链霉素 0.75g 肌注 1 次/日	X 线钡餐检查
	钡灌肠 (必要时)

注：(1) 如有肾功损害或过敏可停用链霉素，改用乙胺丁醇口服，四药联合用 2 个月，继以异烟肼、利福平联合治疗，疗程 6~9 月，有时根据病情可延长至 12 个月。

(2) 肠结核病人腹痛可适当选用抗胆碱药物。

(3) 肠结核外科手术适应证：急性肠穿孔、完全性肠梗阻、肠出血经积极治疗未能止血。

10. Crohn 病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
高营养低渣饮食	大便隐血检查
水杨酸柳氮磺胺吡啶 1g 4 次/天	粪便细菌培养
泼尼松 40mg/d	血沉检查
	肝功能检查
	X 线钡餐
	肠镜检查
	钡剂灌肠（必要时）
	胃镜（必要时）检查

注 (1) 急性活动期给予叶酸、维生素 B₁₂ 等多种维生素。要素饮食（完全胃肠内营养）在补充营养同时，还能控制病变的活动，适用于无局部并发症的小肠 Crohn 病。严重营养不良、肠痿及短肠综合征者可

给予静脉高营养（胃肠外营养），适当输血、血浆和白蛋白。

（2）合并感染者给予环丙沙星、甲硝唑等抗菌药物。

（3）柳氮磺胺吡啶对控制轻中型病人的活动性有效，但主要适用于病变局限在结肠者，每日4~6g分次服用，病情缓解后逐渐减量，1~2g/d，分次服用，维持1~2年。美沙拉嗪对回肠、结肠病变均有效，目前已有口服、栓剂及灌肠剂，副作用少，适用于不耐受柳氮磺胺吡啶者，但价格较贵。

（4）糖皮质激素控制病情活动最有效，泼尼松40mg/d，病情缓解后逐渐减量停用。严重者需静脉应用氢化可的松200~300mg或地塞米松10mg，病情缓解后改泼尼松或泼尼松龙口服。

（5）免疫抑制剂适用于对糖皮质激素依赖或糖皮质激素疗效不佳的病人。硫唑嘌呤2mg/(kg.d)或巯嘌呤1.5mg/(kg.d)，该药起效时间约需3~6月，维持用药1~2年。

（6）手术适应证：完全性肠梗阻、急性穿孔或不能控制的大出血、瘻管合并脓肿或内科治疗失败的瘻管。

11. 溃疡性结肠炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规+血型
高蛋白少渣饮食	大便常规
输注白蛋白	粪便细菌培养(连续3天)
胃肠外营养(必要时)	血沉检查
水杨酸柳氮磺胺吡啶 1.0g 4次/日	C反应蛋白检查
或美沙拉嗪 1.0g 4次/日	肝功能、电解质检查
	结肠镜检查
	钡剂灌肠
	输血(必要时)

注：(1) 饮食、感染、情绪对病情及复发有影响，应予注意。病情严重者禁食；有继发感染者，应予静脉用抗生素，合用甲硝唑对厌氧菌感染有效。

(2) 对腹痛腹泻的治疗，使用抗胆碱药或止泻药宜慎重，在重症病人有诱发中毒性结肠扩张的危险，此时钡灌肠检查也应暂缓。

(3) 柳氮磺胺吡啶(SASP)适用于轻中型或重型经糖皮质激素治疗已有缓解者。病情缓解后逐渐减量，维持量1~2g/d，分次口服，维持1~2年，如柳氮磺胺吡啶不耐受，可改用美沙拉嗪。直肠有病变者可选用5-氨基水杨酸栓剂及灌肠剂。

(4) 对氨基水杨酸制剂疗效不佳者可予泼尼松 40mg/d 口服，暴发性及重型病人应予静脉应用地塞米松或氢化可的松，病情缓解后改为泼尼松口服并逐渐减量。

(5) 糖皮质激素疗效不佳或对糖皮质激素依赖的慢性活动期的病人，可考虑加用硫唑嘌呤或巯嘌呤。

(6) 紧急手术指征 并发大出血、肠穿孔、重型病人合并中毒性结肠扩张经积极内科治疗无效者。择期手术指征：并发结肠癌变，慢性活动性病例内科治疗效果不佳，或不能耐受糖皮质激素者。手术采用全结肠切除及剥离直肠黏膜和黏膜下层，即回肠肛门小袋吻合术。

12. 假膜性肠炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理或一级护理	血常规
禁食或低脂流质	大便常规
静脉营养	大便难辨梭状芽胞杆菌培养
输血浆、白蛋白	血电解质检查
万古霉素 0.5g 3次/日	肝功能检查
甲硝唑 0.4g 3次/日	腹部X线平片检查
双歧杆菌（与抗生素分开服用）	结肠镜（必要时）检查

注：（1）确诊伪膜性肠炎，应立即停用所有抗

菌药。

(2) 注意纠正电解质及酸碱失衡。

(3) 万古霉素、甲硝唑口服疗程为 7~14 天，应注意防止病情反复。

(4) 如病情严重，内科治疗无效，而病变主要在结肠，或并发明显肠梗阻、中毒性结肠扩张，可考虑行结肠切除或回肠造瘘术。

13. 大肠癌

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 半流质或软食 静脉营养	血常规 + 血型 粪便隐血检查 血清癌胚抗原检查 血肝肾功能检查 心电图 胸部 X 线检查 结肠镜或超声肠镜检查 X 线钡剂灌肠 (必要时) 腹部 CT (必要时)

注：(1) 对大肠癌应尽可能行外科手术切除。对有广泛癌转移者，如病变肠段已不能切除，可进行造瘘等姑息手术。

(2) 结肠腺瘤癌变和黏膜内癌可在结肠镜下行高频电凝切除，如癌未累及基底部则不需手术，如累及

基底部则需手术切除，术后应定期复查结肠镜，首次宜在术后3个月进行。

(3) 早期癌根治后一般不需化疗，目前化疗主要用于：①术前或术中，以利于肿瘤切除并减少其扩散机会。②对于 Dukes C 期结肠癌（有局部淋巴结转移）和 Dukes B 期直肠癌（穿透肌层至浆膜），为防止切除不彻底，术后予以化疗。③对于晚期不能切除或已有远处转移的大肠癌，作为姑息治疗，化疗首选氟尿嘧啶，联合长春新碱、亚硝脲类等，宜在术后4~6周进行，维持1年。

(4) 放射治疗多用于直肠癌有局部淋巴结转移或肿瘤体积较大，与盆腔器官粘连，术前放疗有助于切除肿瘤，防止扩散。

14. 功能性消化不良

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级护理	血常规
软食	尿常规
雷尼替丁 0.15g 2次/日	粪便隐血检查
或法莫替丁 20mg 2次/日	血肝肾功能检查
多潘立酮 10mg 3次/日	血糖检查
或西沙必利 5~10mg 3次/日	血沉检查
	胃镜检查
	肝胆胰B超

注：(1) 避免进食可诱发症状的食物，戒烟酒，避免服用非甾体类抗炎药。注意心理治疗，伴有精神症状时，适当给予镇静药及抗抑郁、焦虑药。

(2) 抑酸药 H_2 受体阻断剂不能缓解上腹痛者，可改用质子泵抑制剂。促胃肠动力药可与抑酸药合用，对上腹胀疗效不佳者，可考虑多潘立酮和西沙必利或莫沙必利联合使用。

(3) 对于症状顽固的有 Hp 感染的功能性消化不良病人，可试用根除 Hp 治疗。

15. 肠易激综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级护理 普食 匹维溴铵 50mg 3次/日 或奥替溴铵 40mg 3次/日	血常规，尿常规 粪便隐血 粪便细菌培养 血沉检查 钡剂灌肠 结肠镜检查

注：(1) 避免诱发症状的食物，如乳制品、虾蟹等，高纤维食物有助改善便秘。

(2) 一般腹泻可使用吸附止泻药思密达，严重腹泻可短期使用洛哌丁胺或复方地芬诺酯。

(3) 便秘常用容积性泻药如欧车前制剂或甲基纤

纤维素，渗透性泻剂如聚乙二醇（PEG4000）、乳果糖。最近报道 5-HT₄ 受体部分激动剂替加色罗（tegaserod）对改善便秘、腹痛、腹胀有效，适用于便秘型肠易激综合征。

（4）对腹痛症状重及伴有精神症状者可使用抗抑郁药，如选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂。匹维溴铵或奥替溴铵疗效不佳可考虑加倍使用。症状顽固，经一般治疗和药物治疗无效可考虑心理行为治疗，如心理治疗、认知治疗、催眠疗法、生物反馈等。

（5）肠道菌群调节药双歧杆菌、乳酸杆菌，据报道对腹泻、腹胀、便秘有效。

16. 肝硬化

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 低盐软食 螺内酯 40mg 3次/日 呋塞米 20mg 3次/日 复方维生素 B 2粒 3次/日 支链氨基酸 250ml 静滴 1次/日 10%GS 500ml 10%氯化钾 10ml 维生素 C 2.0g 肝太乐 0.6g 定期输注白蛋白、血浆	血常规、尿常规 乙肝两对半检查 肝功能，肝炎系列检查 蛋白电泳检查 AFP 检查 凝血酶原时间检查 腹腔积液常规 腹腔积液细菌培养 肝胆脾 B 超 胃镜检查 上腹 CT（必要时） 肝穿刺（必要时）

注：(1) 如为乙肝大三阳传染性较强，应采取消毒隔离措施

(2) 病人应禁酒，避免粗糙坚硬食物，禁用损肝药物。若出现肝功能显著损害或有肝性脑病先兆，应限制或禁食蛋白质。

(3) 大量腹腔积液治疗可试用大量放腹腔积液加输注白蛋白或腹水浓缩回输。

(4) 如肝功能损害出现黄疸，可加用甘草甜素、门冬氨酸钾镁及还原性谷胱甘肽静脉点滴；

(5) 如并发自发性腹膜炎和败血症，应早期足量联合应用抗菌药，如第3代头孢菌素及喹诺酮类，根据治疗反应和细菌培养结果调整抗菌药，用药时间不宜少于2周。

17. 肝硬化并发食管静脉曲张破裂出血

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理	血常规+血型检查
禁食	肝功能、肾功能检查
记24小时出入量	血氨检查
监测血压脉搏、神志	AFP检查
心电监护（必要时）	血电解质检查
奥美拉唑 40mg 静注2次/日	凝血酶原时间检查
	交叉配血输浓缩红细胞或新鲜全血
5%CS 1000ml	急诊胃镜检查

续 表

长期医嘱	临时医嘱
施他宁 6mg 24 小时滴完 或 5%GS 1000ml 奥曲肽 0.6mg 或 1.2mg 24 小时滴完 5%GNS1000ml / 静滴 1 次/日 10%氯化钾 30ml /	内镜下曲张静脉套扎治疗 或硬化剂注射治疗

注：(1) 病人应卧床，保持呼吸道通畅，防止呕血时血液吸入气道引起窒息，必要时吸氧。

(2) 积极补充血容量，在等待输血过程中，可先输葡萄糖盐水或平衡盐溶液，注意避免输液过快引起肺水肿。

(3) 药物止血还可用血管升压素 $0.2 \sim 0.4\text{U/min}$ 持续静滴，只有达到此剂量才能发挥止血效果。为预防此药不良反应，临床上多用硝酸甘油静脉滴注，此药还有协同降低门脉压作用，可根据血压调整剂量及滴速。

(4) 内镜下套扎曲张食管静脉或注射硬化剂可在急诊胃镜检查同时进行，并可作为预防再出血的开始。对胃底静脉曲张出血，可在内镜下注射组织胶。

(5) 对于药物不能止血者，可考虑用三腔二囊管暂时压迫止血，应防止窒息及压迫过久导致黏膜坏死。

(6) 大量出血，经药物、内镜及气囊压迫治疗未能止血时，如肝功情况允许，可考虑外科手术。有条件时可进行经颈静脉肝内门体分流术，此法尤其适用于准备做肝移植者。

(7) 应积极预防肝性脑病，如病人凝血酶原时间延长明显，可适当输注凝血酶原复合物。如病人出现黄疸及腹腔积液，予以对症支持治疗。

(8) 病人止血后，可予普萘洛尔及单硝基异山梨酯口服以预防曲张静脉再出血。

18. 肝硬化合并肝性脑病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理	血氨检查
禁食或低蛋白饮食	血电解质检查
乳果糖 10g 3次/日	肝功能检查
支链氨基酸 250ml 静滴 1次/日	脑电图(必要时)检查
10% GS 250ml / 精氨酸 20g 静滴 1次/日	生理盐水或稀醋酸液灌肠
5% GS 500ml / 门冬氨酸鸟氨酸 40-60ml 静滴 1次/日	
5% GS 500ml / 10% 氯化钾 15ml 静滴 1次/日	

注：(1) 注意消除诱因，如控制感染和消化道出血，避免大量利尿和放腹腔积液，纠正电解质和酸碱

平衡失调，避免高蛋白饮食，慎用镇静催眠药，可用抗组胺药异丙嗪、氯苯那敏（扑尔敏）代替。

（2）饮食宜逐渐过渡，神志清楚后，逐渐增加蛋白质，最好给植物蛋白。

（3）口服诺氟沙星、甲硝唑等抑制肠道细菌生长。

（4）保持呼吸道通畅，必要时吸氧。注意防止脑水肿。

（5）人工肝可清除血氨、胆红素等毒性物质，对肝性脑病有一定疗效，并可为肝移植创造条件。肝移植是治疗肝性脑病的最终治疗方法，如成功，病人病情可得到显著改善。

19. 原发性肝癌

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理或 二级护理 软食 云芝多糖 2 粒，3 次/日	血常规、血型检查 肝肾功能检查 AFP 检查 凝血酶原时间检查 肝胆 B 超检查 胸部 X 线检查 上腹部 CT

注：(1) 有手术指征者应及时进行手术探查，手术适应证为：①诊断明确，估计病变局限于一叶或半肝者。②肝功能良好，无明显黄疸、腹腔积液或远处转移。③心肺肾功能良好，能耐受手术者。

(2) 如剖腹探查发现肿瘤已不适于切除，可考虑术中肝动脉插管化疗，还可考虑做肝动脉结扎或门静脉分支结扎，部分病人可获得二次手术切除机会。

(3) 肝动脉栓塞化疗 (TAE) 是肝癌非手术疗法的首选。将抗肿瘤药和碘化油混合后注入肝动脉，发挥持久抗肿瘤作用。一般每 4~6 周重复 1 次，经 2~5 次治疗，许多病人肝癌明显缩小，可进行手术切除。阿霉素 (ADM)、顺铂 (DDP)、替加氟 (FT-207) 对肝癌疗效较好。

(4) 经皮穿刺乙醇注射疗法，对较小的肝癌可能有根治效果。

(5) 肝动脉内注射¹³¹I-碘化油或放射性核素标记的单克隆抗体或其他导向物质做导向内放射治疗，疗效可显著提高。

(6) 中药与放疗、化疗合用，可能提高疗效。

(7) 在手术切除或化疗放疗后，应用生物免疫治疗可巩固和增强疗效，如干扰素、肿瘤坏死因子 (TNF)、白介素 2 (IL-2)。

(8) 如肝癌结节破裂，应考虑肝动脉结扎、大网膜包裹填塞或紧急肝动脉栓塞。对不能承受手术者，只能做输血、补液、止血等对症处理。

20. 脂肪肝

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血糖、血脂检查
低脂饮食	肝功能检查
维生素 E 50mg 3次/日	凝血酶原时间检查
维生素 C 0.2 3次/日	肝 B 超检查
必需磷脂 2粒 3次/日	肝 CT (必要时)
	肝穿刺活检

注：(1) 肝组织活检为确诊脂肪肝的依据。多数病人 B 超检查可作出诊断，少数病人需借助 CT 检查作出诊断。

(2) 应积极治疗原发病和去除病因。如戒酒、控制体重，控制糖尿病，避免使用和接触各种损肝药物及毒物。

(3) 如病人转氨酶升高，可对症使用护肝、降酶药物。

(4) 如病人血脂升高，而肝功无明显异常，可选择应用降脂药物，如他汀类降脂药。

21. 酒精性肝病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	肝功能检查
低脂饮食	血脂检查
维生素 E 50mg 3次/日	乙肝两对半, 肝炎系列检查
复合维生素 B 2粒 3次/日	肝胆脾 B 超
维生素 C 1粒 3次/日	肝穿刺活检 (必要时)
必需磷脂 2粒 3次/日	

注: (1) 酒精性肝病表现为三种形式: 酒精性脂肪肝、酒精性肝炎和酒精性肝硬化。

(2) 酒精性肝病的治疗最重要的措施是戒酒, 如发生戒酒综合征 (表现为谵妄、震颤), 可给予氯氮草 (利眠宁)。

(3) 酒精性脂肪肝无特殊治疗, 戒酒后可逐渐恢复。

(4) 酒精性肝炎除补充多种维生素外, 还应根据肝功能情况给予护肝及对症支持治疗。轻中度酒精性肝炎可试用糖皮质激素。

(5) 酒精性肝硬化的治疗同病毒性肝炎肝硬化。

22. 原发性胆汁性肝硬化

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规, 尿常规
低脂饮食	肝功能检查
维生素 K ₁ 10mg 肌注 2次/日	血脂检查
维生素 AD 2粒 3次/日	血清蛋白电泳
维生素 E 50mg 3次/日	免疫球蛋白检查
熊去氧胆酸 0.15g 3次/日	抗线粒体抗体检查
泼尼松口服 (必要时)	肝穿刺活检

注: (1) 原发性胆汁性肝硬化无特效治疗, 主要是对症和支持疗法。

(2) 泼尼松可用于黄疸明显者, 每天 30 ~ 40mg 口服, 部分病人可减轻黄疸, 然后逐渐减量, 但对组织学无改善。故不需要长期使用。还可试用免疫抑制剂如环孢菌素、硫唑嘌呤等。

(3) 晚期病人可考虑肝移植术, 可显著提高病人生存率。

23. 肝脓肿

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规、血型检查
高蛋白饮食	大便找阿米巴
输清蛋白	肝功能检查
输血（必要时）	血生化检查
头孢哌酮 2.0g 静注 2次/日	肝胆B超检查
甲硝唑 100ml 静滴 3次/日	肝穿刺
氧氟沙星 0.2g 静滴 2次/日	脓液细菌培养
	脓液找阿米巴

注：（1）应首先保证脓液引流通畅，可在超声波引导下反复多次抽脓，如：①脓液粘稠或坏死组织较多妨碍穿刺引流；②脓肿已穿破胸膜腔；③多发性脓肿穿刺引流困难；④脓肿位置特殊，穿刺易伤及邻近器官；⑤脓肿穿破入腹腔或邻近内脏而引流不畅。此时应考虑外科引流，手术方法有：①闭式引流；②切开引流；③肝叶切除或肝部分切除。

（2）抗生素选择要依据肝脓肿的病因、脓液细菌培养及药敏结果而定，兼顾革兰阳性及阴性菌，对需氧及厌氧菌均有效的药物，要求用足量，先静脉给药，以后可改口服。

（3）给予输血、输清蛋白等营养支持疗法。

(4) 如为阿米巴肝脓肿, 选用甲硝唑 1.2g/d, 疗程 2-3 周, 治疗后期加用口服甲硝唑以减少复发可能, 部分疗效不佳者可换用氯喹治疗。

24. 急性胆囊炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 禁食或低脂流质饮食 头孢哌酮 2g 静注 2次/日 5% GS 500ml / 静滴 1次/日 阿米卡星 0.4g / 10% GS 1000ml / 5% GNS 500ml / 静滴 1次/日 10% 氯化钾 40ml /	血常规 血清淀粉酶检查 肝功能检查 血培养 + 药敏(必要时)检查 心电图检查 肝胆胰 B 超检查 上腹 CT(必要时)

注: (1) 对胆绞痛严重者, 可给予山莨菪碱 (654-2)、罗通定 (颅通定)、哌替啶等肌注。

(2) 抗生素使用可先按经验给药, 然后根据血及胆汁培养及药敏结果调整;

(3) 急性胆囊炎手术指征: ① 胆囊坏疽及穿孔, 并发腹膜炎时; ② 急性胆囊炎反复发作; ③ 经积极内科治疗, 病情仍继续发展, 根据局部粘连情况, 决定是否选用胆囊切除术; 对病变严重不能耐受胆囊切

除者，可先行胆囊造瘘术，待病情稳定后，再行胆囊切除术。

(4) 如合并胆管结石、胆管炎，可考虑行经 ER-CP 作内引流、鼻胆管引流、或乳头肌切开引流取石。

25. 胆道蛔虫症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
硫酸镁 5~10g, 3 次/日	大便找虫卵
甲苯咪唑 2 粒 1 次/日(连服2天)	十二指肠引流液找虫卵
或肠虫清 2 粒 1 次/日(连服2天)	肝胆 B 超检查
抗生素防治感染(必要时)	山莨菪碱 (654-2) 10mg 肌注
	罗通定 60mg 肌注
	或哌替啶 50~100mg 肌注

注：(1) 急性期不宜驱虫治疗，疼痛发作时也可口服食醋，因蛔虫喜碱厌酸。

(2) 如合并发热、白细胞计数升高及肝胆系感染，应酌情选用抗生素治疗。

(3) 急性发作时，如十二指肠镜检查发现蛔虫尚未全部进入胆道，可将其钳夹取出。如已并发急性胆管炎，可将乳头肌切开，并作鼻胆管引流。

(4) 非手术治疗无效者，伴有结石或胆道出血、穿孔，化脓性胆管炎伴中毒性休克者，应及时手术治疗。

26. 硬化性胆管炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规、血型检查
低脂饮食	肝功能检查
熊去氧胆酸 0.15g 3次/日	凝血3项检查
消胆胺 4.0g 3次/日	抗线粒体抗体检查
维生素AD 2粒 3次/日	免疫5项检查
维生素K ₁ 20mg / 5%GS 500ml	肝胆胰脾B超检查
静滴 1次/日	内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)

注：(1) 病人黄疸严重可试用糖皮质激素口服或静脉给药，部分病人有效，黄疸控制后渐减量，长期应用并不能改善预后。对激素无效病人可考虑使用免疫抑制剂，如硫唑嘌呤 $2\sim 3\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，皮肤瘙痒可对症给予抗过敏药。

(2) ERCP可帮助确诊，并根据情况考虑是否需行乳头切开术以及放置胆道支架内引流。如合并胆管结石，可行ERCP取石术。

(3) 合并感染者，给予抗生素，部分病人黄疸严重可考虑预防性给药以防治胆道感染。

(4) 对于症状明显，内科疗效不佳的病人或继发肝硬化门脉高压者，可考虑适时行肝移植术。

27. 急性胰腺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理或二级护理 禁食 监测呼吸、脉搏、血压及腹部体征 记 24 小时出入量 奥美拉唑 40mg 静注 2 次/日 氧氟沙星 0.2 静滴 2 次/日 头孢噻肟 2.0 静注 2 次/日 甲硝唑 0.2 静滴 2 次/日 10% GS 1000ml / 静滴 维持 24 小时 奥曲肽 0.6mg / 1 次/日 10% GNS 1000ml 10% 氯化钾 30ml 维生素 B6 0.4g 维生素 C 4.0g	血常规、血型检查 血、尿淀粉酶检查 肝肾功能检查 血生化检查 (包括血钙) 血气分析 (必要时) 心电图检查 胸部 X 线检查 肝胆胰 B 超检查 穿刺液培养药敏试验 上腹部 CT (必要时) ERCP (必要时)

注: (1) 急性胰腺炎应注意密切观察生命体征、腹部情况及血白细胞、血钙、血淀粉酶、血气变化, 必要时急诊作胸腹 X 线及 CT 检查。

(2) 如为重症胰腺炎, 应积极补充血容量, 必要时测定中心静脉压以调整补液量及速度。给予白蛋白、血浆, 并早期给予全胃肠外营养支持治疗, 应注意钙等电解质的补充。

(3) 疼痛剧烈者可予罗通定、曲马多或哌替啶肌肉注射。长期应用抗生素应注意防治真菌感染。

(4) 对呕吐、腹胀明显者，可予胃肠减压，可静脉滴注前列腺素改善胰腺微血管通透性。

(5) 对大量腹腔积液或急性肾功能衰竭者，可行腹膜透析。对糖尿病者给予胰岛素，对呼吸衰竭者给予吸氧等监护治疗。对其他并发症给予相应治疗。

(6) 对胆源性胰腺炎、胆道结石梗阻者，可行内镜下 Oddi 括约肌切开并作胆道引流。假性囊肿可在 B 超下穿刺引流。

(7) 外科手术适应证：①诊断不明与其他急腹症如胃肠穿孔难于鉴别；②重症胰腺炎内科治疗无效；③胰腺炎并发脓肿、肠麻痹坏死；④胆源性胰腺炎、胆道梗阻需手术解除梗阻。

28. 慢性胰腺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
低脂饮食	血淀粉酶检查
胰酶(得每通) 2片 3次/日(餐中服)	血浆胰岛素 C 肽检查
法莫替丁 20mg 2次/日	胰多肽试验
金施尔康 1片 1次/日	肝胆胰 B 超检查
维生素 AD 2片 3次/日	磁共振胰胆管造影(MRCP)
	ERCP(必要时)
	超声内镜(必要时)检查

注：(1) 应积极去除病因，如戒酒、治疗胆道疾病。

(2) 如病人腹痛应合理应用镇痛药，对顽固性疼痛行腹腔神经丛阻滞术。

(3) 合并糖尿病者可予胰岛素治疗，营养不良者可予要素饮食或全胃肠外营养。

(4) 外科手术适应证① 内科治疗不能缓解腹痛；② 合并胰腺假性囊肿；③ 不能排除胰腺癌；④ 瘘管形成者；⑤ 胰腺肿大压迫胆总管引起黄疸者；⑥ 有脾静脉血栓形成和门脉高压症引起出血者。

29. 胰腺癌

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
低脂高蛋白饮食	尿常规检查
得每通 2片 3次/日(餐中服)	血清淀粉酶检查
	糖链抗原 19-9 检查
5%GS 500ml / 静滴 1次/日	肝功能检查
VitK ₁ 20mg	肝胆胰 B 超检查
	胰腺 CT
静脉营养	ERCP (必要时)
	经皮肝穿刺胆道造影 (必要时)
	超声内镜检查
	B 超定位下胰穿刺活检

注：(1) 应争取早期手术切除癌肿，如胰头、十二指肠切除（whipple）手术。

(2) 不能切除者为减轻黄疸可行胆囊或胆总管空肠吻合术，或内镜下放置胰管支架作内引流术。

(3) 晚期或手术前后病人可进行化疗。可用氟尿嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，阿霉素 $30\text{mg}/\text{m}^2$ ，第 1、5 周静脉注射，丝裂霉素 $10\text{mg}/\text{m}^2$ 第 1 周静脉注射。部分病人可行放疗。

(4) 顽固性腹痛可作腹腔神经丛切除术，或 50% 乙醇腹腔神经丛注射，也可硬膜外应用麻醉药。

30. 结核性腹膜炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普食	血沉、肝功能检查
异烟肼 0.3g 1次/日	结核菌素试验
利福平 0.45g 1次/日	腹部 B 超检查
吡嗪酰胺 0.5g 1次/日	腹部 X 线检查
链霉素 0.75g im 1次/日	X 线钡餐
	腹穿腹腔积液检查
	腹腔镜检查（必要时）

注：(1) 病人如链霉素过敏或不耐受，可改用乙胺丁醇，四药联合用 2 个月，继以异烟肼、利福平联

合治疗 6~9 个月。对粘连性或干酪性，由于大量纤维增生，药物不宜进入病灶达到有效浓度，故应加强抗结核药的联合应用，并适当延长疗程，腹膜广泛粘连者禁忌腹腔镜检查。

(2) 有大量腹腔积液者，可适当放腹腔积液，并使用利尿剂。有严重毒血症者，在抗结核治疗同时可短期使用糖皮质激素，如泼尼松 20~30 mg/d 症状控制后逐渐减量停用。

(3) 手术适应证① 并发完全性肠梗阻，或不完全性慢性肠梗阻内科治疗无效；② 肠穿孔引起急性腹膜炎；③ 肠痿经久不愈；④ 本病和腹内肿瘤或某些急腹症不能鉴别时，可考虑剖腹探查。

(任 明 胡品津)

四、泌尿系统疾病

1. 急性肾小球肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规、血型检查
二级护理	尿常规检查
记 24 小时尿量	大便常规检查
限制水、钠摄入	生化 11 项检查
青霉素 80 万 U 肌注	免疫 7 项检查
2 次/日 (皮试)	补体 5 项检查
呋塞米 20mg 3 次/日	风湿 10 项检查
氢氯噻嗪 25mg 3 次/日	风湿 3 项检查
	双肾 B 超检查
	咽部或皮肤细菌培养
	肾脏组织活体检查 (必要时)

注：(1) 症状重者应卧床休息，待水肿消退、肉眼血尿消失、血压正常方可下床活动。同时进食易消化和富含维生素的饮食。出现肾功能不全时，应限制蛋白质的摄入。

(2) 对于出现少尿性急性肾功能衰竭、严重而又难以纠正的高钾血症和心力衰竭的病人应予以透析治疗。

2. 急进性肾小球肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规、血型检查
一级或二级护理	尿常规检查
严格限制水、钠摄入	大便常规检查
记24小时尿量	生化11项检查
测血压 2次/日	免疫7项检查
泼尼松 50mg 早晨顿服	补体5项检查
环磷酰胺 0.2g 隔日静注	风湿3项检查
双嘧达莫 200mg 3次/日	风湿10项检查
肝素 0.5万U 静注	血清抗基底膜(CBM)抗体测定
1次/日	冷球蛋白测定
	抗中性粒细胞胞质抗体测定(ANCA)
	尿纤维蛋白降解产物(FDP)检查
	溶血10项检查
	双肾B超检查
	肾脏组织活体检查
	甲基泼尼松龙 0.5~1.0g 静滴
	连续3日

注：早期诊断和及时“强化治疗”是提高 RPGN 治疗成功的关键。

(1) 肾上腺皮质激素冲击治疗 首选甲基泼尼松龙 [10~30mg/(kg·d), 缓慢静脉滴注] 冲击治疗, 连续3日。间隔3~5天后, 可重复1个疗程, 总共2~3个疗程。继以口服泼尼松 [1~1.5mg/(kg·d)] 和静脉注

射环磷酰胺每次 0.2 ~ 0.4g, 隔日静脉注射, 总量 < 150mg/kg。泼尼松连服 8 周, 以后缓慢减量 (每 1 ~ 2 周递减 5mg), 减至 0.5mg/(kg·d) 时, 可改为隔日晨顿服, 维持 3 ~ 6 月, 然后继续减量至停药。

(2) 联合免疫抑制疗法 应用泼尼松 1 ~ 1.5mg/(kg·d), 连用 8 周后逐渐减量, 同时辅以细胞毒药物如环磷酰胺或硫唑嘌呤, 剂量与肾病综合征相同。也可静脉注射环磷酰胺 (0.5 ~ 1.0g/m² 体表面积, 每月 1 次, 连续 6 次) 加甲基泼尼松龙冲击治疗 (0.5 ~ 1.0g/d, 连续 3 天) 随后口服泼尼松 [1 ~ 1.5mg/(kg·d)] 8 周, 再逐渐减量。

(3) 四联疗法 包括激素 (泼尼松)、细胞毒药物 (如环磷酰胺)、抗凝 (肝素) 及抗血小板集聚药物 (如潘生丁 400 ~ 600mg/d, 连用 3 月 ~ 1 年)。其中泼尼松和免疫抑制剂的用量同前, 一般肝素用量为 0.5 ~ 1 万 U/d, 维持凝血酶原时间延长至正常的 2 倍为宜。使用过程中应注意抗凝剂引起的出血等副作用。

(4) 血浆置换 主要用于: ①伴有肺出血的 Good - pasture 综合征; ②早期抗 GBM 抗体介导的急进性肾小球肾炎。每日或隔日置换 2 ~ 4L。同时应联合使用激素和细胞毒药物。血浆置换对于 I 型和 II 型均有较好的疗效, 但需早期施行, 即肌酐 < 530μmol/L 时开始治疗则多数病人有效。

(5) 对症处理 包括降压、控制感染和纠正水、电解质酸碱平衡紊乱等。

(6) 肾功能替代治疗 对于治疗无效而进入终末

期肾脏病的患者,应予以透析治疗。急性期病人血肌酐 $> 530 \mu\text{mol/L}$ 者,也应尽快予以透析治疗,为免疫抑制治疗提供保障。病情稳定,血循环抗 GBM 抗体阴性者,可考虑肾移植。

3. 慢性肾小球肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规
二级护理	尿常规
高热量优质低蛋白饮食	大便常规检查
测血压 2次/日	24小时尿蛋白定量
记24小时尿量	乙肝两对半检查
维生素E 50mg 3次/日	肝炎系列检查
α -酮酸(开同) 4g 3次/日	生化11项检查
尿毒清 1包 3次/日	肝功能12项检查
力蜚能 0.15 1次/日	免疫7项检查
叶酸 10mg 3次/日	补体5项检查
钙尔奇D 0.6 1次/日	风湿3项检查
氯沙坦(科素亚) 50mg 1次/日	风湿10项检查
硝苯地平 10mg 3次/日	血管炎4项检查
	凝血3项检查
	尿圆盘电泳检查
	尿红细胞位相检查
	双肾B超检查
	肾脏组织活体检查(必要时)

注:(1) 患者宜进优质低蛋白饮食[每日0.6~

1.0g/(kg.d)], 同时控制饮食中磷的摄入。在进食低蛋白饮食时, 应适当增加碳水化合物的摄入以满足机体生理代谢所需要的热量, 防止负氮平衡。

(2) 可在低蛋白饮食 2 周后使用必需氨基酸或 α -酮酸 [0.1~0.2g/(kg.d)]。极低蛋白饮食者, 应适当增加必需氨基酸或 α -酮酸的摄入 (8~12g/d)。

(3) 积极控制高血压 治疗原则: ①力争把血压控制在理想水平: 蛋白尿 ≥ 1 g/d, 血压应控制在 125/75mmHg 以下; 尿蛋白 < 1.0 g/d, 血压控制可放宽到 130/80mmHg 以下; ②选用能延缓肾功能恶化, 具有肾脏保护作用的降压药如血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) (卡托普利 12.5~50mg/次, 每 8 小时 1 次) 或血管紧张素转换酶受体抑制剂 (ARB), 但肾功能不全患者应用 ACEI, ARB 要防治高血钾, 血肌酐大于 $350\mu\text{mol/L}$ 的非透析治疗患者则不宜再应用。也可选用钙离子拮抗剂 (如硝苯地平 10~20mg/次, 每天 3 次), 或其他降压药如 β 受体阻断剂、 α -受体阻断剂、血管扩张剂及利尿剂等。肾功能较差时, 噻嗪类利尿剂无效或较差, 应改用袢利尿剂。

(4) 应预防感染, 防止水、电解质和酸碱平衡紊乱, 避免使用肾毒性药物。

4. 肾病综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规
二级护理	尿常规
限制水、钠摄入	大便常规检查
优质蛋白饮食	24 小时尿蛋白定量检查
记 24 小时尿量	生化 11 项检查
测血压 2 次/日	肝功能 12 项检查
泼尼松 50mg 早晨顿服	乙肝两对半检查
维生素 E 50mg 3 次/日	肝炎系列检查
钙尔奇 D 0.6 1 次/日	血脂 6 项检查
味塞米 20mg 3 次/日	免疫 7 项检查
螺内酯 20mg 3 次/日	补体 5 项检查
辛伐他汀 20mg 1 次/日	风湿 10 项检查
抵克力得 0.25 1 次/日	风湿 3 项检查
双嘧达莫 100mg 3 次/日	血管炎 4 项检查
福辛普利 10mg 1 次/日	凝血 3 项检查
法莫替丁 20mg 2 次/日 (必要时)	尿圆盘电泳检查
	双肾 B 超检查
	肾脏组织活检

注：(1) 肾病综合征患者应注意休息，减少外界接触和预防感染。病情稳定者适当活动是必需的，以防止静脉血栓形成。

(2) 肾病综合征病人摄入高蛋白饮食会导致蛋白尿的增加，加重肾小球的损害，因此不主张进高蛋白

饮食。

(3) 一般病人在使用激素后，经过限制水、盐的摄入可达到利尿目的。对于水肿明显，限制水钠后仍不能消肿者可适当选用利尿剂。白蛋白多用于低血容量或利尿剂抵抗的病人。由于静脉使用白蛋白可增加肾小球滤过率和肾小管上皮细胞损害，故非必要时不宜多用。

(4) 糖皮质激素和细胞毒药物仍然是治疗肾病综合征的主要药物 ①糖皮质激素的使用原则为剂量要足（每日 $1.0 \sim 1.5\text{mg/kg}$ 体重），疗程要足够长（连用 8 周），减药要慢（每 1~2 周减 10%）；②烷化剂主要用于“激素依赖型”或“激素无效型”，协同激素治疗。临床多使用环磷酰胺，其剂量为每日 $100 \sim 200\text{mg}$ ，分次口服或 200mg ，隔日静脉注射，总量不超过 150mg/kg 体重。使用过程中应定期观察血常规和肝功能；③环孢菌素 A 可用于激素不敏感或激素依赖的肾病综合征患者，首剂为每日 $3 \sim 5\text{mg/kg}$ ，然后根据血环孢菌素 A 浓度进行调整。一般疗程为 6 个月。但停用环孢菌素 A 后易复发且长期使用有肝肾毒性；④酶酚酸酯（MMF）是一种新型有效的免疫抑制剂，主要是抑制 T、B 淋巴细胞增殖。可用于激素抵抗的肾病综合征，推荐的剂量 $1.5 \sim 2.0\text{g/d}$ ，其确切的临床疗效还需更多的临床资料证实。

(5) 降脂治疗 高脂血症可加速肾小球疾病的发展，增加心、脑血管疾病的发生率，因此应积极治疗。常用的药物有：①3-羟基-3-甲基戊二酸单酰

辅酶 A (HMGCoA) 还原酶抑制剂: 美降脂 (20 ~ 60mg/d) 和舒降脂 (20 ~ 40mg/d), 疗程为 6 ~ 12 周;
 ②纤维酸类药物: 非诺贝特 (100mg/次, 每天 3 次) 和吉非罗齐 (300 ~ 600mg/次, 每天 2 次); ③丙丁酚 (0.5g/次, 每天 2 次)。

(6) 抗凝治疗。当血浆白蛋白低于 20g/L 时应常规使用抗凝剂。至于肾病综合征病人是否需要长期使用抗凝剂尚需更多临床资料的证实。

5. IgA 肾病

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规
二级护理	尿常规
优质蛋白饮食	大便常规检查
记 24 小时尿量	尿红细胞位相检查
测血压 1 次/日	24 小时尿蛋白定量检查
百令 (冬虫草) 胶囊 4# 3 次/日	生化 11 项检查
维生素 E 50mg 3 次/日	肝功能 12 项检查
抵克力得 0.25g 1 次/日	血脂 6 项检查
双嘧达莫 50mg 3 次/日	免疫 7 项检查
福辛普利 10mg 1 次/日	补体 5 项检查
	血管炎 4 项检查
	凝血 3 项检查
	尿圆盘电泳
	双肾 B 超检查
	肾脏组织活检

注：(1) 本病的预后差异较大，治疗需根据病理改变和临床表现具体决定。对于以血尿为主要表现的IgA 肾病患者，目前尚无有效的治疗方法。

(2) 对有上呼吸道感染的患者，应选用无肾毒性的抗生素控制上呼吸道感染，如青霉素 80 万 U，肌注，2 次/日。对于反复上呼吸道感染后发作性肉眼血尿或镜下血尿的患者，控制急性感染后，可考虑摘除扁桃腺。

(3) 肾病综合征者，选用激素和细胞毒药物（详见肾病综合征节）。

(4) 有新月体形成者，根据新月体的数量进行相应处理。

(5) 有高血压的患者，除了控制高血压外，应适当限制饮食中蛋白质和磷的摄入。有慢性肾功能不全者，按慢性肾功能衰竭处理。

6. 急性间质性肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规
二级护理	尿常规
优质蛋白饮食	尿嗜酸性粒细胞计数
计 24 小时尿量	24 小时尿蛋白定量检查
测血压 1 次/日	肾小管 5 项检查
维生素 E 50mg 3 次/日	尿渗透压测定
泼尼松 30~60mg 1 次/日	尿 pH 值测定
	生化 11 项检查
	血气分析
	双肾 B 超检查
	肾脏组织活检 (必要时)

注：(1) 对于原因不明的急性肾功能衰竭，必须高度注意间质性肾炎的可能。尿液分析异常是诊断间质性肾炎的第一线索，尿中嗜酸性粒细胞增多为诊断的有用指标。

(2) 急性间质性肾炎的治疗主要是寻找和去除病因。对药物引起的急性间质性肾炎应立即停用引起过敏的药物；引起感染者则应积极控制感染，清除感染灶。

(3) 短时和大剂量使用糖皮质激素 (30~60mg/d) 可能促进药物等所引起的间质性肾炎患者肾功能的恢复。个别报道使用大剂量甲基泼尼松龙取得良好

效果。至于感染引起的间质性肾炎是否使用激素尚有争议。

(4) 多饮水和利尿对于药物的排除有一定的效果。急性肾功能衰竭患者可先行透析疗法,以获得进一步治疗的时间。

7. 慢性间质性肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科常规护理	血常规
二级护理	尿液常规
高热量优质低蛋白饮食	尿渗透压测定
记 24 小时尿量	尿 pH 值测定
测血压 2 次/日	24 小时尿蛋白定量检查
维生素 E 50mg 3 次/日	尿 NH_4^+ 、 HCO_3^- 测定
开 同 4g 3 次/日	尿钠、钾、钙、磷测定
尿毒清 1 包 3 次/日	尿糖、氨基酸测定
力蜚能 0.15g 1 次/日	生化 11 项
叶 酸 10mg 3 次/日	血气分析
罗盖全 0.25 μg 1 次/日	血钠、钾、氯、钙、磷测定
氯沙坦 50mg 1 次/日	双肾 B 超、核素扫描
硝苯地平 10mg 3 次/日	静脉肾盂或逆行性造影
(肾功能不全)	肾脏组织活检(必要时)

注:(1)慢性间质性肾炎多为可治性,因而早期诊断和及时治疗非常重要。

(2) 去除原发病因是治疗慢性间质性肾炎的关键。药物引起者，尽快停用有关药物；毒物所致者尽快脱离接触有关毒物；梗阻所致者应及时解除梗阻；感染所致者，应及时控制感染。同时应适当增加水分的摄入，维持尿量在 2000ml/d 以上，增加药物和毒物等的排泄。

(3) 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱 肾小管-间质病变常有水、电解质和酸碱平衡紊乱，因此，应根据具体情况进行纠正。

(4) 控制高血压 合并高血压的患者可应用血管紧张素转换酶抑制剂或钙通道阻滞剂控制。

(5) 肾功能替代治疗 出现慢性肾功能损害时，可按慢性肾功能衰竭处理，进行透析治疗。肾功能损害不可逆转者，病情稳定后可考虑肾移植。

8. 急性肾盂肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 氨苄青霉素 2g 静脉注射 每8~12小时1次(皮试) (或头孢三嗪1~2g 每12小时1次) 碳酸氢钠 1.0 2次/日	血常规 尿常规 中段尿培养+药物敏感试验 (连续3天) 尿真菌培养+药物敏感试验 尿沉渣找抗酸杆菌(必要时) 双肾 B 超检查

注：(1)多饮水、勤排尿(2~3小时排尿1次)。

(2)抗菌药物疗程为2周。

(3)轻型非复杂性急性肾盂肾炎可给予口服左旋氧氟沙星 0.3g, 2次/日。

(4)如有发热时,可酌情给予退热药物。

(5)急性肾盂肾炎复发时,首先应寻找易感染或复杂因素,给予纠正;其次用敏感抗生素治疗4~6周;必要时可给予长程低剂量抑菌治疗:复方磺胺甲噁唑1片,或氧氟沙星100~200mg,每晚临睡前排尿后服1次,疗程6月~2年。

9. 慢性肾盂肾炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规
普通饮食	尿常规
复方磺胺甲噁唑1片(或氧氟沙星100~200mg),每晚临睡前排尿后口服1次	中段尿培养+药物敏感试验
	尿真菌培养+药物敏感试验
	尿沉渣找抗酸杆菌(必要时)
	血清肌酐、尿素氮测定
	肾小管功能测定
	双肾B超检查
	腹部X线平片或静脉肾盂造影
	双肾CT(必要时)

注：(1) 多饮水，定期排空膀胱，睡前排尿。

(2) 长程低剂量抑菌治疗的疗程应在1年以上，可将抗生素定期交替使用以防耐药。

(3) 若有急性症状发作时，治疗方法同急性肾盂肾炎的治疗。

(4) 如有尿路梗阻表现，可考虑外科手术治疗。

10. 膀胱炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级护理	血常规
普通饮食	尿常规
左旋氧氟沙星 0.3g 2次/日	中段尿培养+药物敏感试验检查
碳酸氢钠 1.0g 2次/日	肾脏B超检查(必要时)

注：(1) 多饮水，勤排尿(2~3小时排尿1次)。

(2) 中段尿培养必须在抗菌药物治疗前进行，有可能存在泌尿系统复杂因素的患者需连续3天进行中段尿培养。

(3) 抗菌药物的疗程为3天，在男性患者、孕妇、复杂性尿路感染，或拟诊为肾盂肾炎者均不宜用单剂疗法或3天疗法。

(4) 停用抗菌药物7天后，嘱患者再进行中段尿培养。①结果如为阴性，说明患者的膀胱炎已治愈，如有可能，应嘱患者1个月后再来复诊1次；②如培

养结果为阳性，且为同样的致病菌，则表示尿路感染复发，应给予 14 天抗菌药物的常规疗程，可按致病菌的药物敏感试验选用抗菌药物。

11. 肾小管性酸中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级或二级护理 普通饮食 碳酸氢钠 1.0g 3~4 次/日	血常规 尿常规 血清钠、钾、钙、磷测定 血二氧化碳结合力测定 尿钙、磷测定 血醛固酮测定（必要时）

注：（1）饮食方面以普食为主，如为重症近端肾小管酸中毒（Ⅱ型）患者，可进低钠饮食。如为高血钾型肾小管酸中毒（Ⅳ型）患者则应进低钾饮食。

（2）补碱疗法应用注意事项：①远端肾小管酸中毒（Ⅰ型）常用枸橼酸钾（如 10% 枸橼酸钾 10~20ml，3~4 次/日）；②Ⅱ型患者补碱应用碳酸氢钠且用量要大（6~12g/天）。

（3）对于Ⅳ型患者应积极降低高血钾，可口服离子交换树脂，并口服利尿剂呋塞米（20~40mg，2~3 次/日）。如出现严重高血钾（ $>6.5\text{mmol/L}$ ）时应及时进行透析治疗。

(4) 对于 I 型患者中已经出现骨病而无肾钙化的患者, 可酌情试用钙剂及骨化三醇 (罗盖全, Rocaltrol) 治疗。

12. 急性肾衰竭

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理 高热量优质蛋白饮食 记 24 小时出入量 呋塞米 100~500mg 静脉滴注 1~2 次/日 血液透析 (必要时)	血常规 + 血型检查 尿常规 血清肌酐、尿素氮测定 尿肌酐测定 血清钾、钠、钙测定 血二氧化碳结合力测定 尿渗透压测定 肾活检 肾脏 B 超检查 腹部 X 线检查 肾脏 CT (必要时) 逆行肾盂造影或静脉肾盂造影 (必要时)

注: (1) 去除致病因素, 控制原发病。保持血压和血流动力学稳定; 肾后性急性肾功能衰竭应积极解除梗阻因素。

(2) 密切监测出入量、生命体征、电解质、酸碱平衡、血清肌酐、尿素氮的变化。

(3) 积极防治高钾血症: ①严格限制高钾食物、

药物和库存血的使用,积极控制感染,纠正酸中毒;②胰岛素加入25%或50%的高渗葡萄糖中静脉滴注,胰岛素与葡萄糖的比例为1U:3~5g;③静脉注射或滴注5%NaHCO₃ 60~100ml;④静脉注射10%葡萄糖酸钙10~20ml;⑤上述处理无效,可进行透析治疗。

(4)积极纠正酸中毒,若血浆碳酸氢根<15mmol/L时,可予5%NaHCO₃ 100~250ml静脉滴注,严重酸中毒或上述治疗无效,可进行透析治疗。

(5)积极治疗和预防感染,使用无肾毒性的抗生素。

13. 慢性肾衰竭

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 优质低蛋白、低磷饮食 [0.6g/(kg·d)] 测血压1~2次/日 记24小时尿量 尿毒清 5~10g 3~4次/日 开同 4~6片 3次/日 罗盖全 0.25μg 1次/日 透析治疗	血常规+血型检查 尿常规 血清肌酐、尿素氮测定 尿肌酐测定 血清钾、钠、钙、磷测定 血二氧化碳结合力测定 尿渗透压测定 肾脏B超检查 腹部X线平片检查 肾脏CT(必要时) 逆行肾盂造影或静脉肾盂造影 (必要时)

注：(1) 治疗原发病或寻找可逆因素并加以治疗。

(2) 饮食的蛋白量为 $0.6 \sim 0.8\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，能量应为 $30 \sim 35\text{kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，以优质蛋白、淀粉为主，避免食用动物内脏和某些含磷高的饮料。

(3) 定期监测水、电解质和酸碱平衡情况，发现有异常应立即纠正（处理可参照急性肾功能衰竭）。

(4) 如合并有高血压，首先应限水限钠，同时可予利尿剂（呋塞米 $20 \sim 40\text{mg}$ ， $2 \sim 3$ 次/日，必要时可加大剂量或静脉注射）；如效果欠佳，可加用其他抗高血压药物。

(5) 如有贫血，可口服补充铁剂（力蜚能 $0.15 \sim 0.3\text{g}$ ，1 次/日），叶酸（ $10 \sim 20\text{mg}$ ，3 次/日）；皮下注射促红细胞生成素（利血宝或罗可曼 $80 \sim 120\text{U}/(\text{kg} \cdot \text{w})$ ，分 $2 \sim 3$ 次给药）。

(6) 如有高磷血症，可予碳酸钙（ $3 \sim 10\text{g}/\text{d}$ ）、氢氧化铝凝胶（ $10 \sim 20\text{ml}$ ， $2 \sim 3$ 次/日），使用氢氧化铝凝胶时应注意铝中毒。

(7) 透析治疗前应为维持透析建立通路，血液透析应建立动静脉内瘘，腹膜透析应植入 Tenckhoff 管。

（李志坚）

五、血液系统疾病

1. 缺铁性贫血

长期医嘱	临时医嘱
内科常规三级或二级护理 普食或软食 硫酸亚铁 0.3g 3次/日	血常规（特别注意红细胞形态，MCV、MCHC）、血型检查、网织红细胞计数 尿常规检查 大便潜血、大便寄生虫卵检查 血清铁蛋白检查 血清铁、转铁蛋白饱和度检查 骨髓穿刺或活检（铁染色） 全消化道钡餐，钡灌肠检查 胃镜、肠镜（必要时）检查 肝、脾、胆、胰、腹膜后淋巴结 B 超检查

注：（1）口服铁剂经济、安全，是治疗缺铁性贫血的首选方法。治疗剂量应以铁剂的口服片中的元素铁计算用量。成人患者每天口服元素铁 150 ~ 200mg。常用铁剂见表 5-1。

表 5-1 常用铁剂

制 剂	规 格	含铁量 (%)	用 法
硫酸亚铁	0.3g/片	20	0.3g 3次/d
富力马酸亚铁	0.2g/片	33	0.2g 3次/d
葡萄糖酸亚铁	0.3g/片	12	0.3g 3次/d
枸橼酸铁铵	0.5g10%溶液	20	0.5g 3次/d
右旋糖酐铁	25mg/片 2ml 注射剂	35	0.1g 1次/d 肌注
琥珀酸亚铁	0.1g/片	35	0.1g 3次/d
多糖铁复合物(力蜚能)	150mg/胶囊	46	0.15g 1~2次/d
福乃得(为硫酸亚铁控释片 加多种维生素)		20	1片/d
血宝(为硫酸亚铁、铜、当 归、黄芪、白术)		20	2片 3次/d

(2) 口服铁剂副作用主要有恶心、上腹部不适、腹泻、便秘等，为减少反应可从小剂量开始，逐渐增加药量。如反应仍大可考虑在餐后口服或改注射。

(3) 影响铁吸收的因素：①过多的谷类、牛奶、咖啡、茶叶；②药物钙、镁、磷酸盐、鞣酸等使铁盐沉淀，妨碍铁的吸收，应避免。

(4) 治疗有效者网织红细胞在用药 5~7 天达高峰。血红蛋白于两周后上升，1~2 月后可恢复正常。在血红蛋白完全正常后，仍需继续补充铁剂 3~6 个月，或待血清铁蛋白 $> 50\mu\text{g/L}$ 后再停药。

(5) 胃肠外补充铁剂(用药总剂量)计算方法:
 所需补充铁(mg) = $[150 - \text{患者 Hb(g/L)}] \times \text{体重(kg)} \times 0.33$ 。首次注射量为 50mg, 如无不良反应, 第 2 次可增加到 100mg。以后每周 2~3 次, 直到总量注射完。

(6) 病因治疗中特别注意: ①妇科疾病致月经过多者应及时诊治妇科疾病; ②肿瘤性疾病及时请相关科诊治肿瘤性疾病; ③注意卫生宣传教育: 重视合理的饮食结构, 不偏食。寄生虫病(特别是钩虫病)要及时治疗; ④及时治疗各种致缺铁慢性疾病。

2. 巨幼细胞贫血

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	血常规(特别注意 Hb、MCV、MCHC)检查
普食或软食	血型、网织红细胞检查
维生素 B ₁₂ 500 μ g 肌内注射	大便常规检查
1~2 次/日	血清壁细胞抗体检测
叶酸 10~20mg 3 次/日	血清内因子抗体检测
	甲状腺抗体检查
	血清叶酸、B ₁₂ 测定

注: (1) 叶酸缺乏的常见原因是摄入量不足, 告诉患者蔬菜和食物烹煮不要过度。酗酒、慢性酒精性肝硬化也会使叶酸摄入不足。

(2) 妊娠及哺乳期妇女, 婴幼儿生长及青少年发育期叶酸需要量增加应适当补充。

(3) 空肠手术, 热带性腹泻, 麦胶肠病及乳糜泻, 以及服用药物(磺胺药、抗癫痫药、乙胺嘧啶、三甲氧苄氨嘧啶等)吸收利用障碍因素的去除。

(4) 对于老年人或绝对素食者应改变饮食习惯以纠正维生素 B_{12} 摄取不足。

(5) 萎缩性胃炎和内因子抗体存在或回肠疾病, 盲肠综合征, 寄生虫感染者维生素 B_{12} 吸收障碍, 除补充 B_{12} , 同时应治疗上述疾病。

3. 再生障碍性贫血

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 半流质或软食 利血生 20mg 3次/日 碳酸锂 0.25g 3次/日 雄激素 康力龙2mg 3次/日 雄激素 安雄 40mg 3次/日 (以上两种任选一种) 环孢菌素 A 4~6mg/(kg·d) 分3次或2次口服 补血的中药	血常规、血型检查、网织红细胞计数 肝功能检查 乙肝两对半检查 胸部 X 线检查 肝、胆、脾、胰 B 超检查 骨髓穿刺涂片和骨髓活检 外周血 $CD3^+$ $CD4^+$ / $CD8^+$ 检测 骨髓 $CD34^+$ 检测 骨髓造血细胞集落培养: 粒-单细胞 (CFU-GM), 红细胞(CFU-E); 巨 粒细胞(CFU-Meg)

注：(1) 避免应用对骨髓造血有抑制的药物。

(2) $plt < 20 \times 10^9/L$ 的病人，密切注意有否出血倾向，及时输注血小板浓缩悬液，以防脑、内脏出血。若同时合并有感染者，应用静脉输注丙种球蛋白 $200 \sim 400mg/(kg \cdot d)$ 连续 $3 \sim 5$ 天。同时选用适当的抗生素（根据经验及药敏）、抗真菌、抗病毒药，积极治疗感染。

(3) 对于 $Hb < 50g/L$ ，应及时输注同血型浓缩红细胞，以 Hb 保持在 $> 70g/L$ 为宜。

(4) 由于治疗再生障碍性贫血药物治疗时间长，注意定期检验肝、肾功能（转氨酶和黄疸指数未超正常 2 倍者，暂不停药，但雄激素和环孢菌素 A 减量并积极护肝治疗）。

(5) 抗淋巴细胞球蛋白（ALG）或抗胸腺球蛋白（ATG）以及白介素-3（IL-3）视患者经济条件和全身情况选用，并严密观察上述药物的不良反应，及时处理。

(6) 重型（急性）再生障碍性贫血，一经确诊，有条件者（有 HLA 配型全相合供者和一定的经济能力）及时行异基因造血干细胞移植。

4. 葡萄糖-6-磷酸脱氢酶 缺乏症 (G-6-PD 缺乏症)

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二级或一级护理	血常规、血型检查、网织红细胞计数
半流质或普通饮食	尿常规检查
VitE 100mg 3次/日	肝、肾功能检查
碳酸氢钠 1.0g 3次/日	血 K^+ 、 Na^+ 、 HCO_3^- 含量
	高铁血红蛋白还原试验
	荧光斑点试验
	G-6-PD 活性定量测定
	肝、胆、脾 B 超检查

注：(1) 避免食用蚕豆，避免应用诱发溶血的药物（如甲苯胺蓝、抗疟药、解热镇痛药、磺胺类药等）。

(2) 积极治疗感染（如病毒性肝炎、流感、肺炎等）。

(3) 急性溶血发作时，纠正水、电解质酸碱平衡（酸中毒、高钾血症），输注足够液体，适当碱化尿液，如不能口服则应静脉滴注 5% 碳酸氢钠 125 ~ 250ml（视病情，2 ~ 3 次/日），防止肾功能衰竭。

(4) 输注浓缩红细胞，使 Hb100 ~ 110g/L 为宜。有严重贫血或溶血危象时，输注 G-6-PD 正常的红细胞。

5. 球蛋白生成障碍性贫血 (地中海贫血, 血红蛋白病)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级或二级 软食或普通饮食 叶酸 10mg 3次/日 VitB ₁₂ 10mg 3次/日 VitE 50mg 3次/日 VitC 0.1g 2次/日 阿魏酸钠 50~100mg 3次/日	血常规、血型检查, 网织红细胞计 数, 红细胞形态检查 尿常规 肝功能检查 红细胞渗透脆性试验 血红蛋白检测 (包括 HbA ₂ , HbF、 血红蛋白电泳) 红细胞包涵体检测 骨髓象 双手掌、颅骨 X 线检查

注: (1) 输血 ①轻型病例无需治疗, 若合并感染, 可适当输血; ②重型病例: 严重贫血患儿需定期输注浓缩红细胞, 维持血红蛋白 100g/L 以上 (适用于幼儿, 防止脸部特征性改变)。逐年应用红细胞单采技术分离幼红细胞输注给贫血患儿, 延长输血间隔时间, 减少输血次数, 减轻体内铁的负荷。

(2) 抑制肠道铁的吸收, 改善心功能。

(3) 铁螯合剂应用 为避免或减轻因长期反复输血所致的继发性血色症, 而用铁螯合剂以促进铁的排

泄。去铁胺 (deferroxamine, Desferal, DFO) (当血清铁 $> 35.8 \mu\text{mol/L}$, 血清铁蛋白 $> 500 \mu\text{mol/L}$ 时应用) 有如下两种作用: ① DFO $20 \sim 40 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 携带式微量输液泵皮下持续输注 $8 \sim 12$ 小时, 每周 5 天。如无微量输液泵时可按 $20 \sim 50 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 肌注或静脉滴注, 每周 5 天; ② 冲击输注: 用于体内已发生铁超负荷者, DFO $80 \sim 100 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 静脉滴注, 速度为 $5 \sim 15 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$, 连用 $3 \sim 5$ 天。

(4) 脾切除术 指征: ① 每年输血量 $> 250 \text{ml/kg}$; ② 脾功能亢进: 如较长时间白细胞计数 $< 3.0 \times 10^9/\text{L}$, 血小板计数 $< 100 \times 10^9/\text{L}$; ③ 巨脾致压迫症状。

(5) 大部分脾动脉栓塞术或脾动脉结扎术 凡有脾切除手术指征者均可选择。特别是因体弱不能耐受手术或学龄前儿童, 防止脾切除后暴发感染时可选择。

(6) 异基因造血干细胞移植或基因调控、基因替代治疗是此类疾病治疗的方向。

6. 自身免疫性溶血性贫血

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级或一级护理 半流质或软饭 泼尼松 30mg 2次/日 丹那唑 0.2g 3次/日 雷尼替丁 0.15g 2次/日	血常规、血型检查、网织红细胞计数 尿常规检查 尿含铁血黄素检测 肝功能（包括总胆红素，直接、间接胆红素定量）检查 直接抗人球蛋白试验（或间接抗人球蛋白试验） 自身抗体的血型抗原特异性测定 冷凝集素试验 冷热溶血试验 血清康-华反应 抗核抗体、抗 ds-DNA 抗体检测 免疫循环复合物测定 C ₃ C ₄ 检测 IgG、IgA、IgM 测定 抗 SM 抗体检测，抗 SS-A、抗 SS-B 检测 骨髓象检查 腹部 B 超检查：肝、胆、脾、腹膜后淋巴结，胰周，肠系膜淋巴结

注：（1）自身免疫性溶血性贫血（AIHA）分原发与继发。在诊断为原发性 AIHA 前要排除结缔组织

病，造血系统肿瘤（淋巴瘤、慢淋、骨髓瘤）、某些感染（支原体肺炎、传单），溃疡性结肠炎、某些药物史等继发性病变。

(2) 肾上腺皮质激素是治疗 AIHA 首选药物，原则上开始剂量要足 [泼尼松 $1 \sim 1.5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$]，减量不宜太快，维持时间长。

(3) 重症者开始即用地塞米松 $10 \sim 20\text{mg}/\text{d}$ 或氢化可的松 $100 \sim 200\text{mg}/\text{d}$ ，静滴数日（一般 $5 \sim 7$ 日）后改泼尼松口服，待溶血停止，红细胞和血红蛋白恢复正常，每周减 5mg ，减至每日量达 30mg 时，每 $1 \sim 2$ 周减 2.5mg ，至小剂量维持至少 $3 \sim 6$ 个月。如治疗 3 周无反应，及时更改治疗方案。

免疫抑制剂，单激素治疗不能缓解或泼尼松维持量 $> 10\text{mg}/\text{d}$ 。常用药物：环磷酰胺 $1.5 \sim 2.0\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ；硫唑嘌呤 $1.5 \sim 2.5\text{mg}/\text{d}$ ；长春新碱 $1 \sim 2\text{mg}$ 静注或静滴每周 1 次，持续 $4 \sim 6$ 周。环孢菌素 A，为一种新型免疫抑制剂，剂量 $4 \sim 6\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，溶血控制逐渐减量，维持有效血浓度 $200 \sim 300\mu\text{g}$ 。

(4) 大剂量丙种球蛋白 用于难治性危重患者。剂量 $400 \sim 1000\text{mg}/\text{kg}$ ，静脉输注，连续 $3 \sim 5$ 天。

(5) 输血 仅适于溶血危象，安静卧床仍有缺氧所致中枢神经系统症状及心律不齐时，以及重度贫血短期内有可能危及生命时。输注洗涤红细胞，每次 $100 \sim 200\text{ml}$ 为宜。不主张输至 $\text{Hb} > 80\text{g}/\text{L}$ 。

(6) 血浆置换疗法 一般每次换出量为 $1.5 \sim 1.9\text{L}$ ，每周 2 次。本方法疗效快，但无根治作用。且

需要一定的设备（分离机），大量的血浆和清蛋白，价格昂贵，仅用于严重患者。

(7) 对于冷抗体型 AIHA（冷凝集素综合征，阵发性冷性血红蛋白尿），以保暖和支持疗法为主，继发性者注意治疗原发病。

7. 阵发性睡眠性血红蛋白尿

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理	血常规、血型、网织红细胞检查
软饭或普通饮食	尿常规，尿含铁血黄素检测
禁食酸性食物或药物	血浆游离血红蛋白，结合球蛋白检查
VitE 100mg 3次/日	肝功检查（包括转氨酶、黄疸常规）
碳酸氢钠 1.0g 3次/日	酸溶血（Ham）试验
丹那唑 0.2g 2次/日	糖水溶血、热溶血试验
地塞米松 10~15mg/d 静滴	补体溶血敏感试验
	蛇毒因子溶血试验
	骨髓象检查
	X线胸片检查
	腹部B超（肝、胆、脾）检查
	红细胞 D55 CD59 检测

注：(1) 本病除同种异基造血干细胞移植，目前无特效治疗方法。

(2) 针对性治疗：

1) 控制血红蛋白尿发作 ①祛除诱因：禁服用

维生素 C、阿司匹林类、苯巴比妥、磺胺类药。有感染者积极治疗控制感染。注意勿过度疲劳。慎用铁剂；②肾上腺皮质激素不可长期大量维持，也不主张作为预防溶血之用。激素治疗 1~2 个月无效停药。无效时加用小剂量苯丁酸氢芥、环磷酰胺、6-巯基嘌呤；③输血：重度贫血或心脏有扩大者，输注洗涤红细胞或冷冻红细胞。

2) 慢性贫血期治疗 ①雄激素 司坦唑 2mg, 3 次/日，或用丹那唑 200mg, 1~2 次/日，连用 3~4 个月或更长。若用 8 周无效则停用。适用于伴有骨髓增生低下的 AA-PNH 综合征或 PNH 不发作。注意定期检查肝功能；②抗氧化剂，保护细胞膜：除维生素外，还可用亚硝酸钠、硒力康、阿魏酸等；③叶酸 10mg, 3 次/日。

(3) 有下列并发症发生，需对应处理 ①胆石症：手术会诱发溶血。需注意适当的术前术后处理。应矫正贫血，避免脱水或有损肝脏及可激活补体的麻醉剂；②血栓形成：肢体浅静脉栓塞，大多不需特殊处理。深部血栓大多需用抗凝治疗；③肾功能衰竭：注意补液、导尿、碱化尿液，避免低血压等防止急、慢性肾功能衰竭的发生。如发生则按肾功能衰竭选择透析疗法。

8. 白细胞减少和粒细胞缺乏症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 半流质或软食 碳酸锂 0.25g 3次/日 利血生 20mg 3次/日 VitB ₁₂ 10mg 3次/日	血常规、中性粒细胞计数 末梢血涂片白细胞分类 骨髓象检查 肾上腺素试验 氢化可的松试验 骨髓 CFU - GM 培养 中性粒细胞特异抗体检测 DFP 标记粒细胞测定

注：(1) 去除病因 导致粒细胞减少或缺乏的病因有药物、化学毒物、放射辐射，自身免疫系统疾病，感染（包括病毒、细菌、原虫等），骨髓浸润等。尽可能寻找到病因，能去除的应去除之。

(2) 防治感染 轻度粒细胞减少者不需特别防治。中度减少感染几率增加，应密切观察。但不主张预防应用抗生素。重度减少或粒细胞缺乏应无菌隔离，应进入层流病室。有发热常提示感染存在，应行血、尿、痰、咽拭子细菌培养及药敏试验。在培养结果不明前，先经验性选用有效抗生素：第3代头孢与氨基糖苷类联合或亚胺培南联合氨基糖苷类。抗生素剂量宜大。经抗生素治疗3~4天，病因仍未找到，

且发热仍未退，应重复细菌培养及真菌培养，并更换抗生素。

(3) 细胞生长刺激因子 rhGM-CSF 和 rhG-CSF $5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 皮下注射。粒细胞数 $1.0 \times 10^9/\text{L}$ 左右停药。主要用于粒细胞缺乏或中度减少并发感染者。注意副作用。

9. 急性白血病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理	血常规、血型、外周血片白细胞分类
半流质或软食	骨髓象检查
口腔护理 2次/日	白血病细胞免疫分型检测：(CD19、CD7、
肛周护理 2次/日	CD33、CD13、HLA-DR、MPO)
别嘌醇 0.1g 3次/日	pHi 检测
	PML/RAR α 检测
	血尿酸检查
	中性粒细胞 NAP 积分检测
	肝、肾功能检测
	尿常规检查
	腹部 B 超(肝、胆、脾、腹膜后淋巴结)检查
	X 线检查

注：(1) 防治感染 ①病房清洁、消毒，最好住层流病房；②如发热，体温持续 $> 38.5^{\circ}\text{C}$ ，提示感染存在，应做血、尿、痰、咽拭子细菌培养及药敏，根

据药敏提示选择药物，在病原菌无结果前，先经验性选择有效的抗生素：丁胺卡那联合一种第 2、3 代喹诺酮；丁胺卡那联合一种第 3 代头孢菌素；丁胺卡那联合亚胺培南（泰能、美平、倍能）；如上述抗感染药物应用 72 小时仍未见效，考虑是否存在 MRSA 感染或真菌感染。前者首选万古霉素 1g 溶于 5% 葡萄糖液 250 ~ 300ml 静滴，每 12 小时 1 次。经验性抗真菌治疗：一般在正规抗菌治疗 6 天后进行。氟康唑 0.2g 静滴，1 次/日，首日加倍。亦可选用二性霉素 B 或其脂质体，从小剂量开始，逐渐增大剂量，最大剂量每天不超过 1mg/kg；③对于严重感染，机体抵抗力差患者，静脉输注丙种球蛋白 5 ~ 10g/d，连续 3 ~ 5 日；④化疗后，对中性粒细胞 $< 0.5 \times 10^9/L$ 的患者，选用重组粒 - 单系或粒系细胞刺激因子（GM - CSF 或 G - CSF）， $200\mu g/(m^2 \cdot d)$ 或 $5\mu g/(kg \cdot d)$ 皮下注射，直至中性粒细胞上升至 $1.0 \times 10^9/L$ 止。有助于缩短粒细胞缺乏期，减少感染的发生。

（2）纠正贫血、控制出血 当患者血红蛋白 $< 60g/L$ 时，输注浓缩红细胞或全血。当血小板 $< 20 \times 10^9/L$ 时又有出血表现，应输注浓缩血小板悬液。若出血为弥散性血管内凝血（DIC）所致，应及时按 DIC 诊治（详见 DIC 部分）。若鼻腔局部出血可填塞或吸收性明胶海绵止血。

（3）化疗 目的是尽快达到完全缓解（CR）。此阶段治疗称为诱导缓解。联合化疗是目前诱导缓解的主要方法。此阶段依白血病分类不同，选择不同的化

疗方案。CR 后体内仍残留有白血病细胞，还必须继续治疗（缓解后巩固维持治疗）。此阶段的治疗还包括中枢神经系统白血病的防治。

1) 急性非淋巴细胞白血病 (AML) DA_{3+7} 方案为经典方案。具体用量：柔红霉素 (DNR) $45\text{mg}/\text{m}^2$ ，静脉注射，第 1~3 天；阿糖胞苷 (Ara-c) $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注或静滴每 12 小时 1 次，或 $200\text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 静脉滴注，第 1~7 天。有认为 Ara-c 持续静脉滴注较分次静脉滴注效果好。在此方案中，DNR 现用蒽环类中的去甲氧柔红霉素 (IDA) 组成 IA_{3+7} 方案，IDA $10\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1~3 天，Ara-c 用法用量不变，疗效较 DA 方案好，一疗程 CR 率显著，目前认为 IA 方案为诱导缓解治疗急非淋最佳方案，可惜价格昂贵。国内的高三尖杉酯碱 (HHT) 与 Ara-c 组合成 HA 方案：HHT $4 \sim 6\text{mg}/\text{d}$ ，静脉滴注第 1~5 或第 7 天，Ara-c 剂量同 DA 方案，完全缓解率为 65%。

米托蒽醌 (MIT) $10\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉滴注，第 1~3 天，Ara-c 用量同 DA 方案，组成 MA 方案。阿克拉霉素 (阿柔比星 ACM-A) 或多柔比星 $20 \sim 40\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注第 1~3 天，Ara-c 用量同 DA 方案，组成 AA 方案，疗效与 DA 相似，而心脏毒性较少为其优点。特别是 M_4 、 M_5 亚型采用 MA 方案为优。在上述方案的基础上，加依托泊苷 (Vp-16)，总完全缓解率与 DA 方案无显著差异，但第一疗程完全缓解率高。

缓解后的巩固治疗：采用一些与原诱导方案无交叉耐药的新方案连同原诱导缓解方案交替或反复序贯

治疗。如 DA、HA、MA、IA 方案交替使用，亦可用大、中剂量 Ara-c (HD-Ara-c, ID-Ara-c) 单用或联合蒽环类、MIT、Vp-16、胺苯吡啶 (M-AMSA) 等药进行序贯治疗。通常第一年每月 1 次，第二年每两月 1 次，第三年每 3 个月 1 次。亦有学者认为完全缓解后继续巩固强化至少 6 个疗程。长期治疗并不能明显延长患者的无病生存，反而降低生活质量。

难治和复发 AML 的治疗：目前多采用 HD/ID-Ara-c 联合另一种或两种化疗药组成新的方案：① HD/ID-Ara-c + MIT；② HD/ID-Ara-c + IDA；③ HD/ID-Ara-c + M-AMSA；④ HD/ID-Ara-c + Vp-16。HD-Ara-c 剂量为 $3\text{g}/\text{m}^2$ ，静脉滴注，每 12 小时 1 次，共 6 次或 12 次。ID-Ara-c 剂量为 $0.5 \sim 1\text{g}/\text{m}^2$ ，静脉滴注，每 12 小时 1 次，连续 5 天。HD-Ara-c 毒性作用大，早期死亡率高。国内有学者认为，根据国人身体具体条件，以 ID-Ara-c 为宜。氟达拉滨 (fludarabine, FAMP) 与 Ara-c 或其他化疗药物联合有协同作用，具体方案：FAMP + Ara-c、FAMP + MIT、FAMA + IDA。FAMA 剂量为 $25\text{mg}/\text{m}^2$ ，静脉注射，连续 5 天。

急性早幼粒细胞白血病 (APL, M_3) 的治疗：APL 的诱导缓解：维 A 酸 (ATRA) 是维生素 A 的衍生物，通过细胞受体发挥作用，属诱导分化剂。ATRA 剂量 $45\text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，分 3 次口服，连续用至完全缓解，通常达完全缓解的时间为 30 ~ 60 天。服药后一般第 3 ~ 4 天白细胞开始上升，第 7 ~ 14 天达高峰，

升高幅度为原水平 6~7 倍，甚至 20 倍。以后白细胞又逐渐恢复正常。ATRA 的不良反应一般较轻；皮肤、口唇干燥，头痛，骨、关节酸痛，阴囊皮炎，恶心呕吐及肝功能损害，少数有水肿。上述不良反应多能耐受，不影响治疗。应引起注意的是，在 ATRA 的治疗过程中，部分患者可出现白细胞增高数十倍，当白细胞超过 $100 \times 10^9/L$ ，可发生高白细胞综合征，严重者出现发热，呼吸困难，肺渗出性病变，胸腔或心包积液，体重增加，低血压，肾功能不全等维 A 酸综合征（RAS）。为防治 RAS，APL 治疗前：①白细胞低于 $4.0 \times 10^9/L$ ，可单用 ATRA；②白细胞正常（ $4.0 \sim 10 \times 10^9/L$ ），ATRA 与小剂量 HHT 1mg/d 或小剂量 Ara-c15-20mg/d 联合使用；③白细胞 $10 \times 10^9/L$ 以上，ATRA 与标准 DA 或 HA 方案联合；④减少 ATRA 剂量为 10~20mg/d。当 RAS 已出现：①未用化疗的加化疗方案；②减量或停用 ATRA；③地塞米松 10mg 静脉滴注，每 12 小时 1 次，连续 3 天；④白细胞显著增高，可先用羟基脲或白细胞单采清除术。

APL 的凋亡治疗：0.1% As_2O_3 液 10ml 稀释于 5% 的葡萄糖（或 0.9% 生理盐水溶液 250-500ml）静脉滴注，持续 3~4 小时，每天 1 次，28 天为一疗程。间隔 7~10 天再行第二疗程。副作用：心、肝、肾损害，消化道症状，皮疹，皮肤色素沉着，手足麻木，颜面及下肢水肿，胸腔或腹腔积液。轻者可减量继续使用，重者应停药。 As_2O_3 适用于：① APL 初治者；② APL 经 ATRA 和（或）联合化疗难治或复发者；③

不能耐受 ATRA 或联合化疗的 APL; ④APL 或 CR 后巩固维持治疗。AS₂O₃ 不宜于 APL 患者本身已有肝、肾功能障碍或用 AS₂O₃ 巩固治疗中复发者。

2) 急性淋巴细胞白血病 (ALL) 的治疗

诱导缓解治疗: 在 Vp 方案 (VCR 2mg, 静注, 每周 1 次, 共 4 周; 泼尼松 40~60mg/d, 共 4 周, 长疗程) 基础上联合 DNR 及左旋门冬酰胺酶 (L-ASP) 组成 VDLP 方案。VP 同上, DNR45mg/m², 静注, 第 1~3 天, L-ASP 5000U/m², 皮试阴性后, 静滴注, 每天或隔天 1 次。于第 16 天开始至 28 天。注意 L-ASP 过敏反应及血糖升高和胰腺炎等副作用。有将 VDLP 方案中的 VCR 改为长春酰胺 (VDS), 可减少手足麻木的不良反应。将 DNR 改为 IDA 或加用甲氨蝶呤 (MTX), 环磷酰胺 (CTX), 完全缓解率无明显差别。此外将 Vp-16, HD/ID-Ara-c, 大剂量 MTX (HD-MTX) 也被广泛用于 ALL 的诱导缓解治疗。

缓解后巩固治疗: 目前多主张 6 个疗程联合、强化治疗为巩固治疗。HD/ID-Ara-c 或 HD/ID-MTX 为好。HD/ID-Ara-c 剂量为 1~3g/m², 每 12 小时 1 次, 持续静脉滴注, 3 天为一疗程。HD/ID-MTX 剂量为 0.5~3g/m², 24h 持续静脉滴注, 停药后 12 小时, 四氢叶酸钙剂量为 MTX 的 10%~15%。1、3、5 疗程方案以上述方案巩固, 2、4、6 疗程以诱导缓解方案或 VP 基础上加 MIT 与 Vp-16 (剂量同 AML 的治疗方案)。巩固强化主要不良反应为骨髓抑制, 必须给予有力的支持和对症治疗。

维持治疗：经强化巩固治疗后，继续进行维持治疗。维持治疗无统一方案，多数患者倾向于用较低剂量化疗药物维持，常用药物有：MTX、6-MP，也可用CTX、Ara-c、VCR、泼尼松等，通常3~5年。

中枢神经系统白血病的防治：造血干细胞移植详见专著。

10. 慢性粒细胞白血病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理或一级护理	血常规、血型检查、外周血片白细胞分类
普通饮食	肝功12项检查
羟基脲 1.0g 3次/日	生化11项检查
别嘌醇 0.1g 3次/日	血尿酸检查
干扰素 300万U 皮下注射 隔日1次	骨髓穿刺涂片或活检检查
扑热息痛 0.5g 注干扰素前 15分钟服	中性粒细胞碱性磷酸酶 (NAP) 检测
	染色体核型分析
	染色体 (Ph) 检测
	基因检测 Bcr/abl
	p53 基因检测
	免疫表型：CD15、CD11b (慢性期)、CD34、CD33、HLA-DR (加速期/急粒变)、CD10、CD19、CD20 (急淋变) 检测
	腹部B超检查或上腹部CT

注：(1) 慢性期当外周血白细胞计数 $> 200 \times 10^9/L$ 或血小板计数 $> 1000 \times 10^9/L$ 而出现高黏滞血症时，采用血细胞分离机，清除过高的白细胞和血小板以减轻瘤负荷。

(2) 羟基脲初始剂量每天 $1.0 \sim 6.0g$ ，分 $2 \sim 3$ 次口服。待外周血白细胞下降至开始治疗时白细胞总数一半时，羟基脲减半。维持量每天 $0.5 \sim 1.0g$ ，服药期间每周查血细胞计数 $1 \sim 2$ 次。根据白细胞计数即时调整剂量。羟基脲是治疗慢粒慢性期首选药，但不能防止急变。适用于慢性期治疗的药物还有白消安(马利兰)、二溴甘露醇、6-巯基嘌呤、6-鸟嘌呤、甲氨蝶呤、脱甲氧柔红霉素等口服。

(3) 干扰素用于治疗慢粒主要是 α 干扰素。干扰素的疗效与应用剂量及用药时间密切相关。慢性期早期即应用，其完全缓解率、Ph 抑制百分率和 3 年无病存活率均明显优于单用化疗。注意干扰素的副作用。

(4) 慢粒加速期治疗 ①若慢性期以马利兰治疗者，此期可改用羟基脲，其剂量 $2.0 \sim 4.0g/d$ ，分 $2 \sim 3$ 次口服；②若慢性期已用羟基脲者，此期可增大羟基脲剂量控制症状；③羟基脲加 6-巯基嘌呤或甲氨蝶呤。

(5) 慢粒急变期 按急性白血病治疗。

(6) 慢粒慢性期发生阴茎异常勃起时处理 其发生率 $1\% \sim 2\%$ 。快速、有效改善的方法：①迅速清除外周血显著增多的白细胞和血小板；②鞘内注射：甲氨蝶呤 $10mg$ + 地塞米松 $10mg$ 或阿糖胞苷 $50mg$ + 地塞米松 $10mg$ ，隔天 1 次，一般 $2 \sim 3$ 次可控制症状。

(7) 较新的治疗方法 ① STI571 (格列卫, gleevec), 特异性抑制 bcr/abl 形成过程中的酪氨酸激酶活性达到治疗效果; ② 亚砷酸 (三氧化二砷) 用于治疗慢粒是近两年较热门的话题。

(8) 异基因造血干细胞移植是到目前已知根治的方法。随着移植技术的改进和完善, 移植相关的并发症和死亡率逐渐减少。对于慢粒患者年龄 < 55 岁者应努力寻找 HLA 配型相合的供者 (有血缘关系的家庭成员或非血缘关系供者) 接受造血干细胞移植。主张慢粒于发病 1 年内慢性期进行移植治疗, 若病情进入加速期疗效和预后差。

11. 慢性淋巴细胞白血病

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级护理或一级护理 普通饮食或半流质饮食 苯丁酸氮芥 2mg 2~3次/日	血常规、血型检查、外周血片白细胞分类 肝功能、血免疫球蛋白测定 血尿酸检查 Coombs 试验 骨髓穿刺涂片或活检 淋巴结活检 免疫表型: HLA - DR, CD19, SmIg, CD20, CD21, CD22, CD37, CD5 胸部 X 线检查 (肺、肺门纵隔) 腹部 B 超 (肝、脾、腹膜后淋巴结, 肠系膜、胰周、脾门等淋巴结) 检查

注：(1) 慢淋诊断成立，还应进行病情分期。常用分期法 Rai 和 Binet。

(2) 对于早期 (Rai 0, Binet A) 不予治疗，观察病情进展与否，治疗的目的是控制疾病进展，减少慢淋相关并发症产生，提高患者生存质量。适宜的治疗时机、药物和治疗方案选择是临床治疗的关键。

(3) 出现下列情况应予以治疗 ①进行性消瘦，发热，乏力；②贫血，血小板减少进行性加重；③低丙种球蛋白血症导致反复感染；④出现免疫性溶血性贫血；⑤明显淋巴结肿大 ($\geq 9 \sim 10\text{cm}$)；⑥巨脾或脾大伴脾功能亢进；⑦淋巴细胞计数 $\geq 150 \times 10^9/\text{L}$ 并发高黏滞血症；⑧慢淋晚期 (Rai III、IV, Binet C)；⑨具有预后不良因素：弥漫性骨髓浸润，淋巴细胞倍增时间 < 12 个月，p53 基因异常，多种复杂的细胞遗传改变。

(4) 苯丁酸氮芥具体用法 ①小剂量连续给药： $0.1 \sim 0.2\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，口服，持续 2~3 周，根据外周血淋巴细胞计数调整剂量，维持治疗 6~12 个月；②间断给药： $0.2 \sim 0.4\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，口服连续 4 天，每 4 周重复 1 次；③大剂量： $15\text{mg}/\text{d}$ ，分次口服，直至缓解，随后给予 5~15mg，每周 2 次维持。苯丁酸氮芥的主要副作用是骨髓抑制，感染，胃肠道反应，肝、肾损害。

(5) 糖皮质激素 伴 combs (+) 的免疫性溶血性贫血的慢淋患者或疾病进展期，泼尼松 $1 \sim 1.5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，分次口服 3~4 周，若无效则在 1~2 周内停

药。有效者每周递减 25% 剂量。

(6) 慢淋进展期 伴明显症状的 Rai II 期、III/IV 或 Binet C, 可选用下列多药联合化疗方案: ① COP (CTX $300\text{mg}/\text{m}^2 \times 5$ 天, VCR $1 \sim 2\text{mg} \times 1$ 天, 泼尼松龙 $50 \sim 100\text{mg} \times 5$ 天); ② CHOP (CTX $300\text{mg}/\text{m}^2 \times 5$ 天, 多柔比星 $25\text{mg}/\text{m}^2 \times 1$ 天, VCR $1 \sim 2\text{mg} \times 1$ 天, 泼尼松龙 $40\text{mg}/\text{m}^2 \times 5$ 天)。③ CAP (CTX $300\text{mg}/\text{m}^2 \times 5$ 天, 多柔比星 $25\text{mg}/\text{m}^2 \times 1$ 天, 泼尼松龙 $40\text{mg}/\text{m}^2 \times 5$ 天)。④ ACE (Ara-c $1 \sim 2\text{g}/\text{m}^2 \times 2$ 天, 顺铂 $3 \sim 5\text{mg}/\text{m}^2 \times 2$ 天, Vp-16 $100\text{mg}/\text{m}^2 \times 2$ 天)。上述方案一般每月 1 次共 6 疗程, 对治疗有效者配合予 6 疗程巩固治疗。

(7) 干扰素 对晚期慢淋无效。但可明显减少 50% ~ 70% 早期患者淋巴细胞数。

(8) 对有低丙种球蛋白血症易反复感染者, 静脉输注免疫球蛋白 ($400\text{mg}/\text{kg}$), 每 3 ~ 4 周 1 次。但这种治疗价格昂贵。

(9) 有白细胞高黏滞血症者, 以血细胞分离机清除过高的淋巴细胞。

(10) 淋巴结肿大出现压迫症状或巨脾, 可选择局部放射治疗。

(11) 氟达拉滨 $25 \sim 30\text{mg}/\text{m}^2 \times 5$ 天, 静脉滴注, 每 4 周重复 1 次共 4 ~ 6 疗程。完全缓解率 70% (初治者)。不良反应是骨髓抑制和免疫抑制。

(12) 2-CDA (cladribine) $0.1\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 静脉注射 7 天, 每 4 周重复 1 次至完全缓解。或 $10\text{mg}/\text{m}^2$, 口服 5 天, 每月 1 次。有较强的骨髓抑制和免疫

抑制。

(13) 利妥昔单抗 (rituximab, mabthera[®]) 375mg/m² 静脉滴注, 每月 1 次, 共 4 次, 或与氟达拉滨联合 (即每疗程氟达拉滨用药前, 先静滴 rituximab 1 次)。有效率可达 90%。

利妥昔单抗的不良反应是: 寒战、发热、皮疹、头痛, 严重者支气管痉挛, 血管性水肿。每次应用前给予抗过敏药 (苯海拉明) 和地塞米松静脉滴注。

12. 霍奇金淋巴瘤

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级护理 或一级护理 普通饮食或软食	血常规、血型检查、嗜酸性粒细胞计数 血 Coombs 试验 骨髓涂片或活检 胸部、纵隔、肺门 X 线检查 腹部 B 超 (肝、脾、腹膜后淋巴结, 肠系膜淋巴结) 检查 淋巴结病理活检 (浅表或腹腔淋巴结) B 超指引下肝或脾穿刺活检 胸部 CT (必要时) 腹部 CT (必要时) 胃肠道钡餐 (必要时) 血清乳酸脱氢酶, 血清碱性磷酸酶检查

注:

(1) 放射治疗 ①局部照射：作为联合程序疗法的一部分；②亚全淋巴结照射：适于 a. I a、II a 不伴纵隔巨大肿物或主动脉旁淋巴结受侵犯。组织学为小淋巴细胞为主型或结节硬化型，年龄小于 40 岁者；b. 作为联合程序疗法的一部分；③全淋巴照射：适于：a. 纵隔肿块大或主动脉旁淋巴结受侵犯或组织学淋巴细胞消减型 I a、II a；b. I b、II b。

(2) 化学治疗 不适于放疗 (Ib、IIb 及 III、IV 期) 者；在紧急情况下需迅速解除压迫症状 (心包积液，上腔静脉受压，气管受压)；弥补局部放疗不足。最常用化疗方案：①MOPP：方案氮芥 $6\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天，第 8 天；长春新碱 (O) $1.4\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天，第 8 天；丙卡巴肼 (P) $100\text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 口服第 1 ~ 14 天，泼尼松 (P) $40\text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 口服第 1 ~ 14 天。14 天为一疗程。如将氮芥改为环磷酰胺 $600\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天，第 8 天，即为 COPP 方案。泼尼松仅用于第 1、4 疗程。每 4 周重复 1 次，通常给 6 个疗程以上；②ABVD 方案：多柔比星 (A) $25\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天，第 14 天；博来霉素 (B) $10\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天，第 14 天。长春碱 (V) $6\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天，第 14 天。达卡巴肼 (D) $375\text{mg}/\text{m}^2$ 静滴，第 1 天，第 14 天。每 4 周重复 1 次，至少 6 个疗程。其他尚有众多治疗方案详见血液肿瘤专著。

(3) 支持治疗 晚期患者有贫血、白细胞减少或血小板减少，酌情输注浓缩红细胞，浓缩血小板。粒细胞缺乏使用 G-CSF。化疗中应注意保护心、肝、

肾功能。

(4) 并发上腔静脉阻塞、胸腔积液、心包积液、骨髓受压等应在化疗基础上抽除积液或加大糖皮质激素剂量或受压部位放疗。并发感染应用抗生素治疗。

(5) 干细胞移植详见血液病专著。

13. 非霍奇金淋巴瘤 (NHL)

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级护理 或一级护理 普通饮食或软食	血常规、血型检查 肝、肾功能检测 胸部 X 线检查 (包括肺门、纵隔) 胸部 CT (必要时) 腹部 B 超 (肝、脾、腹腔淋巴结、腹膜后淋巴结) 检查 腹部 CT (必要时) 上消化道钡餐 (必要时) 钡灌肠检查 (必要时) 骨髓涂片或活检 组织病理活检 (淋巴结、肝、脾及全身侵犯部位)

注: (1) 放疗 ①适于低度恶性的 NHL (小细胞型、滤泡型、混合型); ② I、II 期中度恶性 NHL (胸椎 NHL, 韦氏咽环 NHL), 局部放疗后再联合化疗; ③ III、IV 期局部巨大肿块、在联合化疗基础上加

局部放疗；④作为联合程序疗法的一部分，适于几乎所有的 NHL 患者。

(2) 联合化疗 - 治疗 NHL 的主要措施。常用联合化疗方案：①CHOP 为初治的标准方案：环磷酰胺 (C) $750\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；多柔比星 (H) $50\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；长春新碱 (O) $1.4\text{mg}/\text{m}^2$ (最高 2mg) 静注，第 1 天；泼尼松 (P) $100\text{mg}/\text{d}$ 口服，第 1~5 天。每 3 周重复 1 次。共 6~8 疗程第二疗程疗效不明显者应改换方案)；②COP-BLAM 方案：环磷酰胺 (C) $400\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；长春新碱 (O) $1.4\text{mg}/\text{m}^2$ (最高 2mg) 静注，第 1 天；丙卡巴肼 (P) $100\text{mg}/\text{m}^2$ 口服，第 1~10 天；博来霉素 (B) $15\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 14 天；多柔比星 (A) $40\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；泼尼松 (P) $40\text{mg}/\text{m}^2$ 口服，第 1~10 天。每 3 周重复 1 次。

③M-BACOD 方案：甲氨蝶呤 (M) $3000\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 15 天，亚叶酸钙剂量为甲氨蝶呤 10%，在 MTX 后 24 小时分次静注或口服。博来霉素 (B) $4\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；多柔比星 (A) $45\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；环磷酰胺 (C) $600\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；长春新碱 (O) $1.4\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；地塞米松 (D) $6\text{mg}/\text{m}^2$ 口服第 1~5 天。每 4 周为一周期。NHL 化疗方案众多 (特别对于难治及复发患者)，请参照有关淋巴瘤专著。

(3) 手术治疗 原发于扁桃腺、胃、小肠、脾、肾等部位 NHL 只要具备手术条件，应采取手术治疗。

部分病人可治愈。如病变已扩散或隐匿病灶，于术后加联合化疗。

(4) 支持治疗 并发症治疗同霍奇金淋巴瘤。

(5) 干扰素 干扰素 $2 \times 10^6 \text{ U/m}^2$ 皮下注射，每周3次，连续12个月或更长。适于低度恶性的Ⅲ、Ⅳ期 NHL；皮肤 T 细胞 NHL，与化疗合用或作为化疗缓解后的维持治疗。

(6) 干细胞移植 详见血液专著。

14. 多发性骨髓瘤

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级护理或一级护理	血、尿常规，血型检查
卧硬板床(有胸、腰椎病损者)	尿本周蛋白检测
普通饮食	尿蛋白免疫固定电泳
双嘧达莫 25mg 3次/日	血清蛋白电泳
血栓通 2片 3次/日	血清免疫球蛋白检测
	血清蛋白免疫固定电泳
	血钙、血磷、血尿酸检测
	血尿素氮、血肌酐测定
	血沉降率检查
	血 β_2 -微球蛋白检测
	血清乳酸脱氢酶检查
	血清 IL-6 测定及 IL-6 受体检测
	骨髓涂片或活检
	头颅骨、胸肋骨、胸、腰椎、骨盆 X 线检查
	免疫分型检测: CD20、CD21、CD56、 CD117、CD38、CD49、CD54、CD138

注：(1) 化疗 如下方案可供选择。①MP 方案：美法仑 $0.15\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 或 $8\sim 10\text{mg}/\text{d}$ ，口服 $4\sim 7$ 天，泼尼松 $60\text{mg}/\text{d}$ ，口服 7 天，间歇 $4\sim 6$ 周重复 1 次，一般 $6\sim 12$ 疗程。此方案可明显提高中位生存期（由 17 个月 $\rightarrow$ 54 个月）。但完全缓解率与 5 年生存率均低；②VAD 方案：长春新碱 $0.5\text{mg}/\text{d}$ ，静脉滴注，持续 4 小时，第 $1\sim 4$ 天。多柔比星 $10\text{mg}/\text{d}$ ，静注或静脉滴注，第 $1\sim 4$ 天。地塞米松 $20\sim 40\text{mg}/\text{d}$ ，口服或静脉滴注，第 $1\sim 4$ 天，第 3 周重复 1 次。间歇 $4\sim 5$ 周重复一疗程；③ M_2 方案：美法仑 $0.1\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，口服，第 $1\sim 7$ 天，环磷酰胺 $10\text{mg}/\text{kg}$ ，静注，第 1 天，长春新碱 $1\sim 2\text{mg}$ ，静注，第 21 天，泼尼松 $60\text{mg}/\text{d}$ ，口服，第 $1\sim 7$ 天，卡氮介（BCNU） $0.5\sim 1.0\text{mg}/\text{kg}$ ，静注，第 1 天，或氯乙环己亚硝脲（CCNU） $1\sim 2\text{mg}/\text{kg}$ ，口服，第 1 天，间歇 $5\sim 6$ 周重复 1 次；④COMP 方案即改良的 M_2 方案：美法仑 $6\sim 8\text{mg}$ ，口服，第 $1\sim 5$ 天，泼尼松 $60\text{mg}/\text{m}^2\cdot\text{d}$ ，第 $1\sim 5$ 天，长春新碱 1.4mg ，静注，第 1 天，环磷酰胺 $10\text{mg}/\text{kg}$ ，静注，第 1 天，间歇 $5\sim 6$ 周重复一次，疗效同 M_2 方案；⑤VACD 方案：在 VAD 方案上加环磷酰胺 $400\sim 800\text{mg}$ ，静注，第 1 天；⑥VAED 方案：在 VAD 方案上加 V_p $16.50\sim 100\text{mg}/\text{d}$ ，第 $1\sim 3$ 或 5 天；⑦对于难治，复发性多发性骨髓瘤可选用 VIDM 方案：I 为去甲基柔红霉素， $5\sim 10\text{mg}/\text{d}$ ，静注第 $1\sim 3$ 天，M 为白消安（马利兰） $16\text{mg}/\text{d}$ ，连续 4 天。VD 同 VAD 方案用量。该方案对骨髓抑制明显，注意白细胞严重减

少所致感染的发生；⑧大、中剂量美法仑 $100 \sim 140\text{mg/m}^2$ ，静脉滴注或口服。骨髓抑制严重，目前主要用于干细胞移植预处理。

(2) 干扰素- α (IFN- α) 干扰素 $(3 \sim 5) \times 10^6\text{U}$ ，皮下注射，每周3次。临床实验证明，可维持多发性骨髓瘤经化疗后的巩固疗效。

(3) 对症支持治疗 ①高钙血症：补液利尿加速钙排泄。补液量由身体状态而定，一般每日补液 $3000 \sim 4000\text{ml}$ ，紧急情况下应先补给生理盐水，输注生理盐水 $1000 \sim 2000\text{ml}$ ，可静脉推注利尿剂。降钙素 $50 \sim 100\mu$ 肌注，每 $6 \sim 12$ 小时1次。依地酸二钠 (EDTA-2Na) 用于严重高钙血症而肾功能正常者。常用量 $1 \sim 3\text{g}$ 以葡萄糖溶液稀释后静脉注射或滴注。二磷酸盐类，用于经大量补液利尿，24小时内血钙不显著降低者。双氯甲烷二磷酸二钠 $3 \sim 5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，加入 0.9% 500ml 生理盐水中4小时内滴注，连续2天。或帕米磷酸钠 60mg 加入 0.9% 生理盐水 50ml 静滴注 ($4 \sim 6$ 小时)；②高黏滞血症：血浆置换疗法是快速有效减少M蛋白的有效方法，有条件者视病情决定置换次数与置换量。

(4) 大剂量化疗或放疗 + 自体造血干细胞支持。

(5) 非清髓性造血干细胞移植 (详见血液专著)。

15. 恶性组织细胞病

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规一级护理 半流或流质饮食	血常规、血型检查、外周血片白细胞分类 尿常规检查 肝、肾功能检查 血尿黄疸常规检查 骨髓涂片或活检 淋巴结活检 脾、胃或皮肤活检 NPM/ALK 融合基因检测 血清 LDH、AKP 测定 血浆 APTT、PT、TT 测定 胸部 X 线检查 腹部 B 超（肝、脾、肝门、脾门、 胰周淋巴结、肠系膜淋巴结、腹 膜后淋巴结）检查 钡灌肠或结肠镜检查

注：到目前，本病尚无理想的治疗方法。随着支持治疗和化疗新药及新的联合方案应用，疗效有了明显的改进。

（1）化疗 ① COP 方案：环磷酰胺（CTX） $750\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天，长春新碱（VCR） 1.5 mg/

m^2 ，静注，第1天，泼尼松 $50 \sim 100 \text{ mg/}(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，口服，第1~5天。适用于外周血白细胞和血小板计数很低，不能耐受强化疗患者或老年患者；②CHOP方案是目前治疗恶组患者首选方案。CTX 750 mg/m^2 ，静注，第1天，阿霉素 $40 \sim 60 \text{ mg/m}^2$ ，静注，第1天，VCR 1.5 mg/m^2 ，静注，第1天，泼尼松 $50 \sim 100 \text{ mg/}(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，口服，第1~5天；③CHOP+甲氨蝶呤(MTX)：在CHOP方案疗程的第10天 MTX 1.0 g/m^2 ，静脉滴注，24小时后给四氢叶酸解救，其剂量是MTX剂量的5%~10%，分次口服或静注；④CVBP方案：CCNU 100 mg/m^2 ，口服，第1天，VCR 1.5 mg/m^2 ，静注，第1天，博来霉素 6 mg/m^2 ，静注，第1天，泼尼松 $50 \text{ mg/}(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，口服，第1~5天；⑤VPMP方案：VM-26 100 mg/m^2 ，静注，第1天，氮芥 5 mg/m^2 ，静注，第1天，丙卡马肼 $100 \text{ mg/}(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，口服，第1~7天，泼尼松 $40 \text{ mg/}(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，口服，第1~14天。

(2) 支持治疗 ①血小板计数 $< 20 \times 10^9/\text{L}$ ，输注浓缩血小板悬液；②血红蛋白 $< 60 \text{ g/L}$ 及时输注同血型浓缩红细胞，使患者血红蛋白维持 $> 80 \text{ g/L}$ ；③肝转氨酶高，黄疸明显的应积极护肝；④有感染者及时应用抗生素治疗感染。

(3) 放射治疗 如在充分化疗的基础上，局部病变仍较明显时，可考虑病变局部放疗。

16. 真性红细胞增多症

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级护理或一级护理 普通饮食或半流质饮食 血栓通 2片 3次/日 丹参片 3片 3次/日 阿司匹林(肠溶片) 50mg 每晚1次	血常规(包括血细胞比容)检查 外周血中性粒细胞碱酸检查 磷酸酶积分测定 红细胞容量测定(核素标记法) 全血容量检查 动脉血氧饱和度检查 血清 EPO 测定 血尿酸检查 血、尿组胺检测 腹部 B 超(肝、脾)检查 骨髓涂片形态学或活检 X 线钡餐或纤维胃镜检查

注：(1) 在确诊真性红细胞增多症前应除外相对和继发性红细胞增多。

(2) 静脉放血 每次 300~500ml (老年及有心血管疾病者放血应慎重，每次不超过 300ml)，可每隔 1~3 天放 1 次。至红细胞减少至 $6.0 \times 10^{12}/L$ 或血细胞比容下降到 45% 以下，停止放血。有条件应使用血细胞分离机单采红细胞清除。无论静脉放血或分离机单采，在放出红细胞的同时应补充相应体积的生理盐水或代血浆。

(3) 化疗 羟基脲 0.5~1.0g 口服，3 次/日，注

意血象改变。还可选用白消安(马利兰)、苯丁酸氮芥、环磷酰胺等。国内首创应用三尖杉碱(1~4mg/d, 静脉滴注), 连续14天。注意血象变化。

(4) ^{32}P 放疗 对长期应用化疗控制病情无效者, 可用本方法。

(5) 干扰素- α , 可联合化疗选用。每次剂量为 $3 \times 10^6 \text{U}$, 皮下注射每周2~3次。有血栓, 出血, 顽固性皮肤瘙痒或脾区疼痛时选用。

(6) 有瘙痒时加用抗组胺药。高尿酸血症口服别嘌呤醇。并发消化性溃疡时加用 H_2 受体阻断剂。并发脑血栓时按脑血管意外治疗。

17. 原发性血小板增多症

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规二级护理或一级护理	血、尿常规检查
普食	出血时间测定
羟基脲 0.5~1.0g 3次/日	血块收缩试验检查
双嘧达莫 25mg 3次/日	凝血酶原消耗时间测定
血栓通 2片 3次/日	凝血酶时间测定
阿司匹林(肠溶) 50mg 1次/晚	激活的部分凝血活酶时间测定
	血小板功能(粘附、聚集)试验
	骨髓涂片或活检
	血尿酸、血清酸性磷酸酶检查
	血乳酸脱氢酶检测
	中性粒细胞碱性磷酸酶测定
	腹部B超(肝、脾)检查

注：(1) 治疗的目的是使血小板减少至正常或接近正常，预防血栓或出血的发生。

(2) 骨髓抑制性药物羟基脲是目前最常见的首选药。以减少血小板到 $400 \times 10^9/L$ ，白细胞计数不低于 $3.5 \times 10^9/L$ 为目的，视血象调整羟基脲剂量。注意药物副作用。其他骨髓抑制药：白消安（马利兰）2mg，2~3次/日，待血小板减少到治疗时的一半时，剂量也相应减少一半，血小板正常时停药或改小量维持。苯丁酸氮芥 $0.1 \sim 0.15mg/(kg \cdot d)$ ，分2~3次口服，环磷酰胺 $50 \sim 10mg/d$ ，分1~2次口服。

(3) Anagrelide 这是一种较新的治疗原发血小板增多症药物。主要抑制巨核细胞成熟达到减少血小板生成。初始剂量 $0.5mg$ ，2~4次/日，常用剂量为 $2.0 \sim 2.5mg/d$ ，分次口服。该药对白细胞无影响。副作用：水钠潴留，血压变化，头痛，胃肠道反应。个别可出现充血性心力衰竭或心律失常。该药长期应用未发现致肿瘤。

(4) 干扰素- α 每次 $(3 \sim 5) \times 10^6 U$ ，皮下注射，每周3次。

(5) 有血栓形成者用抗凝剂（肝素或双香豆素类）或丹参注射液 $20 \sim 30mg$ 加入5%GS 250ml 静脉滴注，每天1次。14天为一疗程。

(6) 血小板单采术 适用于血小板计数大于 $1000 \times 10^9/L$ ，为迅速减少血小板数，避免血栓形成与出血等并发症发生的一种对症治疗措施。

18. 过敏性紫癜

长期医嘱	临时医嘱
按内科常规二级护理或一级护理 软食或半流质饮食 VitC 0.2g 3次/日 葡萄糖酸钙 0.5g 3次/日 非那根 25mg 1次/日 息斯敏 10mg 2次/日 西咪替丁(甲氰咪胍) 0.4g 3次/日	血常规检查、嗜酸性粒细胞计数 尿常规、大便潜血检查 ESR、ASO 检查 肾功能(尿素氮、肌酐)检查

注：(1) 除去可能的致敏原(包括感染、驱虫治疗、某些可疑的食物或药物、花粉等)。

(2) 注意卧床休息(发作期)，可加快症状消失。

(3) 肾上腺皮质激素适用于关节型、腹型，对皮肤型疗效不明显。泼尼松 $1 \sim 1.5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 口服，连用 $3 \sim 4$ 周或紫癜消失逐渐停药。

(4) 环磷酰胺、硫唑嘌呤、苯丁酸氮芥、环孢菌素 A、免疫抑制剂，适用于反复发作，病情难控制，肾上腺皮质激素治疗无效或肾型患者。免疫抑制剂可与肾上腺皮质激素合用。

(5) 腹痛显著者可皮下注射或静滴阿托品、山莨菪碱。肠穿孔或肠套叠及时手术治疗。

(6) 紫癜肾治疗 轻症者每周查尿常规，有水

肿，尿少酌情利尿；急性肾炎综合征、肾病综合征，皮质激素、免疫抑制剂、抗凝剂联合治疗；急进性肾炎，病理检查肾小球有新月体形成者，甲基泼尼松龙冲击治疗（详见泌尿系统）。

19. 特发性血小板减少性紫癜（ITP）

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规一级护理或二级护理	血常规，血型检查
软食	出血时间 DIC 检查
泼尼松 50~75mg 1次/日 或分2次口服	血小板膜糖蛋白（GP）Ⅱb/Ⅲa 检查
法莫替丁（高舒达） 20mg 2次/日	PAIgG, PAIgA, PAIgM, PAC ₃ 检查
	骨髓穿刺涂片或活检
	抗SM, 抗SS-A, 抗SS-B, 抗ANA, 抗ds-DNA 检测
	腹部B超（必要时）检查
	胸部X线检查（必要时）

注：（1）肾上腺皮质激素 可静脉滴注（急性型或血小板计数 $< 20 \times 10^9/L$ ，需尽快提升血小板时）。病情急者可用甲基泼尼松龙 1.0~0.5g/d 冲击，静脉滴注，连续3天减半量又3日后改口服。泼尼松按 1~1.5mg/（kg·d），口服4~6周或血小板计数升至正常后，每1~2周减5mg，至30~25mg/d时，每1~2周减2.5mg，至维持量后逐渐停药。

（2）血小板浓缩悬液 15~30U/次静脉滴注，适

用血小板 $< 10 \times 10^9/L$ ，有危险出血者。

(3) 大剂量免疫球蛋白 (HDIg) 400 ~ 1000mg/(kg·d)，静脉输注，连续 3 ~ 5 日，配合血小板输注是紧急救治的最有效方法。

(4) 免疫抑制剂 ①长春新碱 (VCR): 1.5 ~ 2mg 加入生理盐水或等渗葡萄糖液静脉点滴持续 6h，每周 1 次，可 4 ~ 6 周。注意末梢神经炎的副作用；②达那唑 (danazol): 200mg，3 次/日，口服，有效后逐渐减量至 50mg ~ 100mg/d 维持。注意雄激素样副作用；③环磷酰胺: 1 ~ 3mg/(kg·d) 分次口服，或 400 ~ 600mg 静注，每 3 ~ 4 周 1 次。注意胃肠道反应和骨髓抑制，不育等副作用。

(5) 难治性 ITP 的治疗和脾切除治疗详见血液病专著。

20. 血友病

长期医嘱	临时医嘱
按内科护理常规一级护理 普通饮食或流质饮食 达那唑 200mg 3 次/日	血常规、血型检查 凝血时间、凝血酶原消耗试验 激活部分凝血活酶时间 (APTT) 凝血酶原时间测定 FⅧ测定 FⅨ FⅪ测定 FⅧ: C 定性及定量测定 VWF ₂ Ag 测定 基因诊断

注：(1) 替代治疗 ①FⅧ浓缩制剂（抗血友病球蛋白）剂量 $20 \sim 30\text{U/kg}$ 或所需 FⅧ量 = $(\text{kg} \times 40 \div 2)$ ，每隔 12 小时静脉滴注 1 次，轻度出血者 24 小时静滴 1 次；②血浆冷沉淀 $8 \sim 12\text{U}$ 静脉滴注，每隔 12 小时 1 次；③新鲜血浆，新鲜冰冻血浆或新鲜全血。

(2) 药物治疗 ①1-脱氨基-8-精氨加压素 (DDAVP) $0.3\mu\text{g/kg}$ ，生理盐水稀释后 30 分钟内静脉滴注完毕；②泼尼松 $40 \sim 60\text{mg/d}$ ，口服，不超过 14 天；③达那唑 (danazol) 200mg ，3 次/日。

(3) 局部止血 皮肤浅表伤口出血可用压迫止血。鼻腔出血可用凝血酶、止血海绵等加压止血。拔牙后出血不止可用含 FⅧ的粘贴物覆盖拔牙后伤口表面。关节腔出血或深部出血（血肿），切勿穿刺，可局部冰敷。

(彭爱华)

六、内分泌系统和代谢疾病

1. 垂体瘤

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食	生化检查 血 ACTH 检查 血皮质醇 (OAM, 8AM) 检查 24 小时尿游离皮质醇检查 游离甲功 3 项 (FT ₃ , FT ₄ , TSH) 检查 性激素检查 血生长激素 (GH) 测定 24 小时尿 GH (必要时) 检查 眼科会诊 (眼底检查 + 视野测定) 头颅 X 线检查 (正侧位) 垂体 CT 或 MRI (必要时)

注：(1) 生化检查应包括电解质及血糖检查，性激素检查应包括 LH、FSH、PRL。

(2) 除对症与支持治疗外，应根据垂体瘤类型、大小、有无压迫症状及压迫程度、肿瘤是否分泌激素及其对药物的反应性等综合决定治疗方法。一般来说，除 PRL 瘤一般首先采用药物治疗外，所有垂体

瘤均宜及早手术摘除肿瘤。鞍内肿瘤一般采用经蝶窦显微外科手术切除微腺瘤，对于大腺瘤向鞍上及鞍外生长者，要考虑开颅手术切除。无论何种手术，多数不易达到完全切除肿瘤的目的，术后常需辅以放疗或药物治疗。放射治疗适用于手术切除不彻底或可能复发的垂体瘤及原发性或转移性癌病例。年老体弱不适于手术者也可采用。对 PRL 瘤，可选用溴隐亭 1.25mg, qd (睡前或进餐时与食物同服)，以后视具体情况增至 5.0 ~ 7.5mg/d，分 2 ~ 3 次口服。但需长期服药，否则易复发。

(3) 伴有垂体功能减退者，给予适当的激素替代治疗（见腺垂体功能减退症）。

2. 巨人症和肢端肥大症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 测血压 2 次/日	血脂 6 项检查 OGTT 检查 骨代谢 8 项检查 血 ACTH 检查 血皮质醇 (OAM, 8AM) 检查 24 小时尿游离皮质醇检查 游离甲功 3 项 (FT ₃ , FT ₄ , TSH) 检查 性激素检查 血 GH 检查

续表

长期医嘱	临时医嘱
	血清胰岛素生长因子 (IGF-1) 测定 24 小时尿 GH (必要时) 检查 眼科会诊 (眼底检查 + 视野测定) 心电图检查 超声心动图检查 腹部 B 超 头颅 X 线检查 (正侧位) 垂体 CT 或 MRI (必要时)

注: (1) 必要时可行高糖抑制试验 口服葡萄糖 100g 后 GH 不能降低到正常值, 却反而升高。

(2) 若患者有关节痛, 可行相关关节的 X 线检查。

(3) 若垂体未见明显病变, 应注意根据临床提示寻找垂体外原因。

(4) 首选手术治疗 经蝶窦手术或经颅底手术。术后基础血浆 GH 应 $< 5 \mu\text{g/L}$, 葡萄糖负荷后血浆 GH 应 $< 2 \mu\text{g/L}$ 可作为治愈标准。放射治疗作为术后仍有残余肿瘤的辅助治疗。可在术后、放疗尚未达效前应用药物治疗: 溴隐亭, 剂量一般偏大, 20 ~ 40mg/d, 分 3 次口服。奥曲肽, 100 μg , 1 日 3 次, 皮下注射, 以后根据血 GH 浓度、临床症状、病人耐受性逐渐增加剂量, 一般每 4 周增加 50 ~ 100 μg , 最大总剂量不超过每天 1.5mg。

(5) 本病衰退期并发垂体前叶功能减退,需用相应激素替代治疗。

(6) 异位 GHRH 综合征的治疗是针对有关肿瘤的手术或化疗。

3. 腺垂体功能减退症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 测血压 2次/日	血、尿常规检查 大便常规检查 生化 11 项检查 血 ACTH 检查 血皮质醇 (0AM, 8AM) 检查 24 小时尿游离皮质醇检查 24 小时尿 17-羟、17-酮皮质激素检查 游离甲功 3 项 (FT ₃ , FT ₄ , TSH) 检查 性激素检查 血 GH 检查 24 小时尿 GH (必要时) 检查 眼科会诊 (眼底检查 + 视野测定) 心电图检查 X 线胸片 (正侧位) 检查 垂体 CT 或 MRI

注: (1) 患者宜进食高热量、高蛋白及富含维生素膳食。

(2) 兴奋试验有助于了解相应靶腺激素的储备性

及反应性，可明确病变部位（下丘脑或垂体），包括 LHRH 兴奋试验、TRH 兴奋试验、CRH 兴奋试验、GHRH 兴奋试验，必要时可做。

(3) 激素替代治疗必须因人而异。肾上腺皮质激素：最为重要，且应先于甲状腺激素的补充。以氢化可的松为首选，剂量应视病情轻重个体化，每日 20 ~ 30mg，也可口服泼尼松 5 ~ 7.5mg，可在早餐后一次顿服，或上午 8 时服 2/3 量，下午 2 时服 1/3 量。应激情况下如感染、外伤、手术等，应适当增加剂量。甲状腺激素：需在补充肾上腺皮质激素后使用，并从小剂量开始，干甲状腺片 20 ~ 40mg 或 L-甲状腺素 25 ~ 50 μ g，每天 1 次；每 1 ~ 2 周逐渐增加剂量，至维持剂量，即干甲状腺片每天 40 ~ 120mg，L-甲状腺素每天 50 ~ 150 μ g。服药过程应根据病人临床情况及血清 T_3 、 T_4 水平调整剂量，血清 TSH 水平不能作为调整甲状腺激素替代剂量的指标。在增加甲状腺激素剂量过程中，应注意相应调整皮质激素用量，以免加重肾上腺皮质功能不全。性腺激素：女性：①育龄妇女有闭经者，可采用人工周期治疗。每次月经第一天起每晚口服己烯雌酚 0.25 ~ 1mg，连续 24 日，第 20 ~ 24 日，每日加肌注黄体酮 10 ~ 20mg，连续 5 日，或口服甲羟孕酮 5 ~ 10mg/d，连续 5 ~ 7 日，停药后月经来潮；②对有生育要求的妇女需诱发排卵，若病变部位在下丘脑，可应用克罗米芬；病变在垂体本身者，可联合应用人绝经期促性腺激素（hMG）和人绒毛膜促性腺激素（HCG）；③卵巢和肾上腺来源的雄

性激素均缺乏的妇女，可用庚酸睾酮 25 ~ 50mg，每 4 ~ 8 周肌注 1 次。男性：①可肌注丙酸睾酮，每次 25 ~ 50mg，每周 2 次；或十一酸睾酮 40mg，每日 3 次口服；②对有生育要求者需恢复精子生成，若病变部位在下丘脑，使用促性腺激素释放激素 (GnRH)；病变在垂体本身者，可联合应用 hMG 和 HCG。除儿童垂体性侏儒症外。一般不必应用人生长激素。

(4) 病因治疗主要为垂体瘤的治疗，见垂体瘤章。

(5) 危象处理：首先给予静脉注射 50% 葡萄糖 40 ~ 60ml 以抢救低血糖，继而补充葡萄糖盐水，每 500 ~ 1000ml 中加入氢化可的松 50 ~ 100mg 静脉滴注，以解除急性肾上腺功能减退危象。必要时补充 L- 甲状腺素、血管活性物质等，低血容量者可补充血浆、白蛋白或全血。给氧，保温，抗感染。禁用或慎用麻醉剂、镇静药、催眠药或降糖药。

4. 生长激素缺乏性侏儒症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 HGH 0.5 ~ 0.7U/(kg·w), 分6~7次 口服	血清 GH 测定 (基础) 血清睾酮、雌二醇、 T_3 、 T_4 测定 尿 17-羟、17-酮皮质激素测定 血清 FSH、LH、TSH、ACTH、GH、 PRL 测定 生长激素 (GH) 激发试验 生长激素释放素 (GHRH) 兴奋试验 视野检查 X线摄片查骨龄 头颅鞍区 CT 或 MRI 成像

注：(1) 生长激素 (GH) 激发试验可采用胰岛素 (普通胰岛素 0.1 ~ 0.15U/kg 静脉注射)、精氨酸 (0.5g/kg 生理盐水稀释为 10% 的浓度静滴)、左旋多巴 (10mg/kg, 最大量 500mg 口服)、可乐定 (0.075 ~ 0.15mg/m² 体表面积口服) 等药物, 在试验的 0、15、30、45、60、75、90、105、120、150、180 分钟留取血标本查血清 GH (放免法), 激发峰值均低于 5 μ g/L 为缺乏, 5 ~ 10 μ g/L 为部分缺乏, 超过 10 μ g/L 则可排除此病。

(2) 还可行生长激素释放素 (GHRH) 兴奋试验来鉴别生长激素缺乏性侏儒症为垂体性或下丘脑性。

兴奋后血清 GH 峰值 $> 5\text{ng/ml}$ 为下丘脑性, $< 5\text{ng/ml}$ 为垂体性。

(3) 除采用基因重组人生长激素 (HGH) 制剂外, 还可使用人工合成的同化激素, 如临床上常用苯丙酸诺龙 (nandrolone phenylpropionate) 可在 12 岁以上患者小量间歇应用, $10 \sim 12.5\text{mg}$ 肌肉注射, 每周 1 次, 疗程 1 年。还可使用人绒毛膜促性腺素 (HCG) 可促使黄体的形成与分泌, 促进睾丸间质分泌睾酮, 适用于已达青春发育期、经上述治疗身高不再增长者, 每次 $500 \sim 1000\text{U}$, 肌肉注射, 每周 2~3 次, 每 2~3 个月为一疗程, 间歇 2~3 个月可反复应用 1~2 年。使用时注意过早应用可致骨骼融合, 影响生长, 以及男孩乳腺发育。

(4) 继发性 GH 缺乏症应针对原发病进行治疗。

5. 尿崩症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 记 24 小时出入量	尿常规检查 生化 11 项检查 眼底检查 + 视野测定 头颅 X 线检查 (正侧位) 垂体 CT 或 MRI (必要时) 禁水加压试验

注: (1) 生化 11 项包括电解质、肾功能及血渗

透压检查。

(2) 禁水加压试验 禁水前测体重、血压、尿量、尿比重，禁水 8~12 小时，禁水期间每 1 小时排尿 1 次，测尿量、尿比重、尿渗透压、体重、血压。如患者排尿较多、体重下降 3%~5% 或血压明显下降，应立即停止试验，让患者饮水。禁水一定时间，当尿渗透压达到高峰平顶，即连续两次尿渗透压之差 $< 30\text{mmol/L}$ ，而继续禁水尿渗透压不再增加时，抽血测血浆渗透压，然后皮下注射加压素 5 U，注射后 1 小时和 2 小时测尿渗透压。正常人及精神性多饮者禁水后体重、血压、血渗透压变化不大，尿量逐渐减少，尿比重升高，多超过 1.020，尿渗透压多超过 800 mOsm/kg ，注射水剂加压素后，尿渗透压不能进一步明显上升（不超过 5%），有时甚而下降。尿崩症患者禁水后尿量仍多，尿比重一般不超过 1.010，尿渗透压不超过血浆渗透压。部分尿崩症禁水后尿比重轻度上升，可达 1.015，但小于 1.020，尿渗透压可稍超过血渗透压，但常 $< 600\text{ mOsm/kg}$ ，仍低于正常人。注射水剂加压素后尿渗透压可继续上升（较前上升 $> 9\%$ ）。肾性尿崩症禁水后尿液不能浓缩，注射加压素后仍无反应。

(3) 治疗上应注意补充足量的水分，药物治疗可用激素替代疗法 垂体加压素 5~10U，皮下注射，3~6 小时 1 次（主要用于脑损伤或手术时出现的尿崩症；或弥凝（去氨加压素）0.1g，每日 2~3 次；也可用抗利尿药物：氢氯噻嗪 25mg，每日 2~3 次；卡

马西平 0.2g, 每日 2~3 次; 氯磺丙脲 0.2g, 每日清晨口服 1 次。

(4) 继发性尿崩症应尽量治疗其原发病。

(5) 妊娠时, 天然抗利尿激素代谢清除增快, 血管升压素影响子宫收缩, 其他口服药可能有致畸作用, 故妊娠合并尿崩症时宜选用去氨加压素, 方法与非妊娠时相似。

6. 单纯性甲状腺肿

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 L-T ₄ 25~50 μ g 1次/日	游离甲功 3 项 (FT ₃ , FT ₄ , TSH) 检查 TRAb 检查 TGAb, TMAb 检查 甲状腺 B 超检查 心电图检查 甲状腺摄 ¹³¹ I 率检查 甲状腺 ⁹⁹ Tc 扫描

注: (1) 由缺碘导致的地方性甲状腺肿需多进食含碘丰富的食物, 注意补充碘盐。而成年人特别是结节性甲状腺肿患者应避免大剂量碘治疗, 以免诱发碘甲亢。

(2) 多数患者可用甲状腺激素 (TH) 治疗, 应从小剂量 25~50 μ g, 开始每天 1 次, 每 2~3 周增加

25 μ g/d, 维持量约为 75 ~ 150 μ g/d, 老年人应酌减, 以免加重心脏负担。

(3) 病程长的多结节性甲状腺肿患者, 应做 TRH 兴奋试验, 如 TSH 反应降低或无反应, 提示结节已有自主功能, 不宜用 TH 治疗。

(4) 手术治疗的指征包括: ①甲状腺肿大出现压迫症状而药物治疗无改善; ②疑有甲状腺结节癌变。术后常需要 TH 替代治疗。

7. 甲状腺功能亢进症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 戒碘饮食 测血压 2 次/日 他巴唑 10mg 3 次/日 或 (PTU 100mg 3 次/日)	游离甲功 3 项 (FT ₃ , FT ₄ , TSH) 检查 TRAb TGAb, TMAb 检查 血钾测定 甲状腺 B 超检查 心电图检查 心脏彩色 B 超 + 心功能检查 眼科会诊 (测突眼度) 甲状腺摄 ¹³¹ I 率测定 甲状腺 ⁹⁹ Tc 扫描

注: (1) 甲状腺功能亢进症的治疗可包括药物治疗、放射性碘治疗及手术治疗三种, 其中以药物治疗应用最广。抗甲状腺药物主要有硫脲类和咪唑类, 硫

腺类主要是丙基硫氧嘧啶 (PTU)，咪唑类主要为甲巯咪唑 (他巴唑)。适应证为病情轻、甲状腺呈轻至中度肿大者；年龄在 20 岁以下，或孕妇、年迈体弱，或合并严重心、肝、肾疾病等而不宜手术者；术前准备；甲状腺次全切除术后复发而不宜用¹³¹I 者；作为放射性¹³¹I 治疗前后的辅助治疗。

(2) 抗甲状腺药物治疗分初治期、减量期及维持期，按病情轻重决定剂量。初治期：MTU 或 PTU 300 ~ 450mg/d，也可用他巴唑或卡比马唑 30 ~ 40mg/d，分 2 ~ 3 次口服。症状缓解或血甲状腺素恢复正常时可减量，每 2 ~ 4 周减量一次，MTU 或 PTU 每次减 50 ~ 100mg，他巴唑或卡比马唑每次减 5 ~ 10mg，待症状完全消除，体征明显好转时再减至最小维持量。维持量一般为 MTU 或 PTU 50 ~ 100mg/d，他巴唑或卡比马唑 5 ~ 10 mg/d，维持期一般 1.5 ~ 2 年。

(3) 用药过程中应注意药物副作用，主要为粒细胞减少，严重时可致粒细胞缺乏症，一旦出现应考虑停药，并密切观察病情，并用升白细胞药。此外，还可出现药疹，轻症只需使用抗组胺药，如皮疹加重则需停药。另外，初治期还可加用 β 受体阻断剂改善症状，如选用普萘洛尔 10 ~ 40mg，每日 3 ~ 4 次，或用选择性 β_1 受体阻断剂。

(4) 放射性¹³¹I 治疗适应证 ①中度甲亢、年龄在 25 岁以上者；②对抗甲状腺药有过敏等反应而不能继续使用，或长期治疗无效，或治疗后复发者；③合并心、肝、肾等疾病不宜手术，或术后复发，或不

愿手术者；④某些高功能结节者；⑤非自身免疫性家族性毒性甲状腺肿者。禁忌证为①妊娠、哺乳期妇女；②年龄在25岁以下者；③严重心、肾、肝功能衰竭或活动性肺结核者；④外周血白细胞计数在 $3 \times 10^9/L$ 以下或中性粒细胞计数低于 $1.5 \times 10^9/L$ 者；⑤重症浸润性突眼症；⑥甲状腺危象；⑦甲状腺不能摄碘者。使用该治疗方法需注意并发甲状腺功能减退，一旦发生需用甲状腺素替代治疗。其他并发症还有放射性甲状腺炎，极少数还会出现突眼恶化。

(5) 手术治疗需行甲状腺次全切除术适应证 ①中、重度甲亢，长期治疗无效，停药后复发，或不愿长期服药者；②甲状腺巨大，有压迫症状者；③胸骨后甲状腺肿伴甲亢者；④结节性甲状腺肿伴甲亢者。禁忌证为：①较重或发展较快的浸润性突眼者；②合并较重心、肝、肾疾病，不能耐受手术者；③妊娠早期（第3个月前）及晚期（第6个月后）；④轻症可用药物治疗者。术前需用抗甲状腺药物充分治疗至症状控制，心率 < 80 次/分， T_3 、 T_4 正常。术前7~10天前开始加服复方碘口服溶液，每次3~5滴，每日3次，可减少术中出血。

(6) 甲状腺危象一旦发生须积极抢救 ①抑制TH合成。首选PTU 600mg，口服或经胃管注入。无PTU时也可用他巴唑；②抑制TH释放，加用复方碘口服溶液，首剂30~60滴，以后每6~8小时5~10滴，一般使用3~7日停药，还可使用碳酸锂；③抑制组织 T_4 转换为 T_3 和（或）抑制 T_3 与细胞受体结合，

可加用 β 受体阻断剂或糖皮质激素；④降低血TH浓度，可采用血液透析、血浆置换及腹膜透析等方法；⑤支持治疗，监护心、肾、脑功能，迅速纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，补充热量及多种维生素；⑥对症治疗，供氧、防治感染，高热者给予物理降温，必要时加用退热药。待危象控制后应选择适当的甲亢治疗方案，预防危象再次发生。

8. 甲状腺功能减退症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 普通饮食 监测血压2次/日 L-T ₄ 25-50 μ g 1次/日	血常规 血沉检查 血糖、血脂测定 血清FT ₃ 、FT ₄ 、TSH测定 甲状腺摄 ¹³¹ I率测定 TRH兴奋试验 血清TGAb、TPOAb测定 X线胸片检查 心电图检查 垂体CT或MRI

注：(1) 诊断须在确定甲减的基础上鉴定病变部位在甲状腺、垂体还是下丘脑，尽可能做出病因诊断。TRH兴奋试验可以确定原发性甲减、垂体性甲减或下丘脑性甲减。试验中患者不进食，抽血测TSH

作对照值，然后以标准剂量的 TRH $400\mu\text{g}$ 溶于生理盐水 2~4ml 中，快速静脉注射，注射后 30、60、90 分钟分别取血测 TSH。如血 TSH 不升高提示为垂体性甲减，延迟升高为下丘脑性甲减，如血 TSH 基值已高，注射后更高则考虑为原发性甲减。

(2) 不论何种原因的甲减，如非暂时性，均需要终身使用甲状腺素替代治疗。首选左旋甲状腺素 (L-T_4)，起始剂量为 25~50 μg ，晨间一次空腹口服。以后根据血清 TSH 测定情况渐增加剂量，每 2~3 个月增加 12.5 $\mu\text{g}/\text{d}$ ，维持量为 75~150 $\mu\text{g}/\text{d}$ 。注意替代用量需个体化，遇有青春发育、应激、腹泻、妊娠、吸收不良或使用某些药物如糖皮质激素时需加大剂量。长期替代治疗者，尤其是老年人，需注意体重及心功能，防止替代甲状腺素过量

(3) 病情严重者可出现黏液水肿昏迷，处理应即刻补充甲状腺素，严重者静脉注射 L-T_3 ，首次 40~120 μg ，以后每 6 小时 5~15 μg ，至患者清醒后改为口服；或首次静注 L-T_4 100~200 μg ，以后每日注射 50 μg ，至患者清醒后改为口服。也可使用 T_3 片剂每次 20~30 μg ，每 4~6 小时 1 次经胃管给药，至患者清醒后改为口服。同时注意保温、供氧、保持呼吸道畅通。氢化可的松 200~300mg 静脉滴注，待患者清醒及血压稳定后减量。补液，5%~10% 葡萄糖生理盐水每日 500~1000ml 缓慢静脉滴注，并监测水、电解质酸碱平衡、血 T_3 、 T_4 、氢化可的松及尿量和血压

等。控制感染，抢救休克、昏迷并加强护理。

(4) 需针对病因进行预防及治疗，对地方性缺碘者要采用碘化食盐治疗，由药物引起者，应注意及时调整剂量或停用。如为垂体肿瘤则需手术或放、化疗治疗肿瘤。

9. 亚急性甲状腺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 戒碘饮食 阿司匹林 0.5g 3次/日 (或消炎痛 25mg 3次/日)	血常规、血型检查 血沉(ESR)检查 血清 FT_3 、 FT_4 、TSH测定 甲状腺摄 ^{131}I 率测定 血清 TCAb、TPOAb测定 甲状腺B超检查

注：(1) 如症状较重可加用泼尼松 20~40mg/d，早晨顿服或分次口服，使用1~2周后可渐减量，每1~2周减量5mg，总疗程1~2个月。

(2) 如心悸、多汗、震颤、神经过敏等甲状腺中毒症状明显可行对症治疗，加用普萘洛尔 10~20mg，3次/日。必要时还可加用各种镇静剂如地西泮 2.5~5mg，3次/日或5~10mg睡前服用。忌用抗甲状腺药物。

(3) 服用非甾体类抗炎药可有胃肠道副作用，必要时可加用制酸剂或胃黏膜保护剂，可用雷尼替丁

0.15g, 2次/日。

(4) 部分患者可有一过性甲状腺功能减退, 症状明显可使用甲状腺激素替代治疗, 左旋甲状腺素 ($L-T_4$) 50 $\mu\text{g}/\text{d}$ 起始, 根据症状调整剂量, 可增至 100 ~ 150 $\mu\text{g}/\text{d}$ 。治疗期间定期复查甲状腺功能。出现永久性甲状腺功能减退者要长期替代治疗。

10. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食	血常规、血型检查 血沉检查 血清 FT_3 、 FT_4 、TSH 测定 血清 TMAb、TGAb 检查 血清甲状腺球蛋白 (TG) 定量检查 甲状腺摄 ^{131}I 率测定 甲状腺放射性核素扫描检查 甲状腺细针穿刺活检 (必要时)

注: (1) 早期患者症状不明显者可不给予药物治疗, 随访观察。出现亚临床甲减应使用甲状腺素治疗, 左旋甲状腺素 ($L-T_4$) 25 ~ 50 $\mu\text{g}/\text{d}$ 起始, 根据症状渐增至 100 ~ 150 $\mu\text{g}/\text{d}$ 维持量, 分次口服。有甲减症状者必须用替代治疗, 疗程一般 1 ~ 2 年, 有时需终身服用。

(2) 如出现一过性甲状腺毒症者仅需给普萘洛尔 10~20mg, 3 次/日, 不宜用抗甲状腺药, 以免黏液性水肿的发生。

(3) 如甲状腺短期内增大伴明显疼痛或压迫症状时, 可短期应用糖皮质激素, 泼尼松 30mg/d, 分次口服, 症状缓解后递减, 可用 1~2 个月, 病情稳定后停药。

(4) 如有压迫症状经药物治疗后甲状腺不缩小或疑有甲状腺癌者, 可考虑手术治疗, 术后补充甲状腺制剂。

11. 库欣综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或 三级护理 普通饮食	血常规、血型检查 血钠、钾、血糖、CO ₂ 测定 尿 17-羟、17-酮皮质激素测定 尿游离皮质醇 (UFC) 测定 血浆皮质醇测定 8am, 4pm, 12pm 血浆 ACTH 测定 午夜 1mg 地塞米松抑制试验 (试验当日 8am 测血皮质醇作为对照, 12pm 服地塞米松 1mg, 次晨 8am 再测血皮质醇作为抑制值) 小、大剂量地塞米松抑制试验

续 表

长期医嘱	临时医嘱
	(试验前2日各收集24小时尿测游离皮质醇并于第三日晨测血皮质醇作对照,第三日从8am起服地塞米松0.75mg, q8h, 连服2日, 第五日地塞米松剂量加大为2mg, q6h, 连服2日。试验日留24小时尿游离皮质醇并于第五、第七日晨8am抽血测血皮质醇作抑制值) 胸部X线检查 肾上腺B超检查(或CT、MRI检查) 蝶鞍CT扫描或MRI显像

注:(1)应根据不同的病因选择合适的治疗方案。

(2) Cushing 病微腺瘤首选经蝶窦垂体切除术,大腺瘤可做开颅手术治疗,如不能做垂体手术可行一侧肾上腺全切,另一侧行肾上腺大部分切除或全切术,术后作垂体放疗,必要时还可作双侧肾上腺切除术。

(3) 肾上腺腺瘤可进行手术切除,肾上腺腺癌尽可能早期行手术治疗,已有转移者可使用肾上腺皮质激素合成阻断药,术后均可能长期使用氢化可的松,每日20~30mg,或可的松25~37.5mg口服治疗,并随肾上腺功能逐步恢复而减量至停药。不依赖ACTH小结节性的大结节性双侧肾上腺增生,可作双侧肾上腺

腺切除术。术后长期激素替代治疗。

(4) 异位 ACTH 综合征应治疗原发性癌肿，可采用手术、放化疗，不能根治的仍需用肾上腺皮质激素合成阻断药。酮康唑每日 400 ~ 1600mg，分 3 ~ 4 次口服，需定期检测肝功能。美替拉酮每日 2 ~ 6g，分 3 ~ 4 次口服，最大剂量每日 4 ~ 6g。氨基导眠能每日 500mg 起始，分 4 次口服，渐增量至每日 1 ~ 2g。

(5) 手术前后的处理 手术前 12 小时及 2 小时各注射醋酸可的松 50mg，手术时静滴氢化可的松 100 ~ 200mg，切除肿瘤或肾上腺后加快滴速，当日总量为 200 ~ 300mg，同时肌肉注射醋酸可的松每 6 小时 50mg，其后二、三日减为每 8 小时 1 次，四、五日减为 12 小时 1 次，每次 50mg 肌肉注射，必要时静脉点滴氢化可的松，其后糖皮质激素渐改为口服维持量，剂量和疗程应个体化。

12. 原发性醛固酮增多症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 低钠饮食 (测立卧位醛固酮激发试验前 7 天应钠、钾平衡饮食) 螺内酯 40~60mg 4 次/日	血常规、血型检查 尿常规检查 血钠、钾、肌酐、空腹血糖、CO ₂ 结合力测定 24 小时尿钠、钾测定 24 小时尿醛固酮定量测定 肾素、血管紧张素 II 测定 立卧位醛固酮激发试验 尿 17-羟、17-酮皮质类固醇测定 尿游离皮质醇 (UFC) 测定 血浆皮质醇测定 8am, 4pm, 12pm 12 导联心电图检查 胸部 X 线检查 肾上腺 B 超检查 (或 CT, MRI)

注: (1) 首先应确定原发性醛固酮增多症的病因, 然后根据不同的病因选择合适的治疗方案。

(2) 可根据高血压、低血钾的程度、醛固酮水平、立卧位试验的结果结合影像学检查结果鉴别醛固酮瘤及特发性醛固酮增多症, 对临床表现较轻而影像学检查阴性的原发性醛固酮增多症还可行地塞米松抑制试验明确是否为糖皮质激素可治性醛固酮增多症。

(3) 醛固酮瘤者可采用手术切除根治，原发性肾上腺增生可行肾上腺大部分切除术或单侧肾上腺切除术。特发性醛固酮增多症者采用药物螺内酯治疗为主。长期大量应用可有男性乳房发育、阳痿、女性月经不调等副作用。可改为氨苯蝶啶（每日 150 ~ 300mg，分次口服）或阿米洛利（每日 20 ~ 40mg，分次口服）。必要时还可加用降压药控制血压，可选用钙通道阻断剂或血管紧张素转换酶抑制剂。而糖皮质激素可治性醛固酮增多症则采用生理量的地塞米松治疗，每日 0.75mg 8am 及 0.375mg 4pm 口服。

(4) 手术治疗前必须低钠饮食及口服螺内酯术前准备，必要时配合其他降压药物，待血压下降，血钾正常时，药物减至维持量（每日 40 ~ 120mg）时才可手术。术前 1 日使用醋酸可的松 100mg 肌注，术中静脉滴注 100 ~ 300mg 氢化可的松，术后逐步减量，1 周后停药。

13. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 高糖高蛋白饮食（至少摄入 8~10g食盐） 氢化可的松 20mg 8am 10mg 4pm	血常规，血型检查 尿常规检查 血钠、钾、钙、磷、肌酐、空腹血 糖、CO ₂ 结合力测定 尿 17-羟、17-酮皮质激素测定 尿游离皮质醇（UFC）测定 血浆皮质醇测定 8am, 4pm, 12pm 血浆 ACTH 测定 ACTH 兴奋试验（静脉或肌注 □ 1-24 ACTH 0.25mg, 注射前、 注射后 30、60 分钟抽血测血浆 皮质醇和醛固酮） 12 导联心电图检查 胸部 X 线检查 腹部 B 超检查 肾上腺 CT 或 MRI

注：（1）明确诊断后应教育患者，使其了解该病将终身使用肾上腺皮质激素替代补充，并随身携带疾病介绍卡片。

（2）多数患者在服用生理剂量氢化可的松及充分摄盐后可控制病情，但部分患者仍有头晕、乏力症状则需加用盐皮质激素，可每日口服 9 α -氟氢可的松

(0.05 ~ 0.1mg 8am), 或选用去氧皮质酮油剂(DOCA)肌注, 每日1~2mg。若在外科手术或应激状态下则需加量补充糖皮质激素, 每日氢化可的松用量100~300mg, 手术后可每日渐减量1/3~1/2至维持量。用药过程中可根据患者的食欲、体重、血压、血钾等情况调整药物。

(3) 在感染、创伤、手术、分娩、过劳、大量出汗、呕吐、腹泻、失水或突然中断治疗等应激情况下, 容易出现肾上腺危象, 应积极抢救。首先应积极补液, 包括生理盐水每日2000~3000ml, 葡萄糖液根据血糖情况补充, 立即静注氢化可的松100mg, 以后每6小时加入补液中静滴100mg, 最初24小时总量400mg, 第2、3天可减量至300mg, 分次静滴。如病情好转则继续减量, 如患者恢复饮食则可改为口服, 剂量减至50~60mg以下时则加用9 α -氟氢可的松, 在积极抢救的同时, 仍应注意治疗及纠正感染等诱因。

(4) 治疗上还应针对病因, 如有活动性结核应积极给予抗结核治疗。

14. 嗜铬细胞瘤

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 低钠饮食 血压监测 酚苄明 10mg 2次/日	血常规、血型检查 尿常规检查 血钠、钾、钙、磷、肌酐、空腹 血糖、CO ₂ 结合力测定 24 小时尿 VMA 测定×2 次 血压高于 170/110mmHg 测 2 小时 尿 VMA/Cr 血压超过 170/110mmHg 行酚妥拉 明试验 (试验时静脉注射酚妥拉明 1~5mg, 每1/2分钟或1分钟测 量血压, 如2~3分钟内血压 下降超过35/25mmHg 并持续3 ~5分钟以上为阳性) 胰升糖素试验 (先行冷加压试验作对照, 试验 时注射胰升糖素 1mg, 血压 上升超过冷加压时血压最高 值 20/10mmHg 或血压上升大 于 60/40mmHg 并持续 5 分钟 以上为阳性) 12 导联心电图检查 胸部 X 线检查 腹部 B 超检查 肾上腺 CT 或 MRI ¹³¹ I-间碘苄胍 (MIBG) 扫描

注：(1) 诊断不明确时，患者可行药理试验进一步确定。如为持续性高血压且血压达到或超过 170/110mmHg 可行酚妥拉明试验，如为发作性血压升高者可在发作时血压超过 170/110 mmHg 也可行此试验。如为疑似病例但一直等不到发作可行胰升糖素试验。

(2) 如用一般影像学方法未能确定肿瘤部位可进行¹³¹I-间碘苄胍 (MIBG) 扫描，显示儿茶酚胺的肿瘤及转移病灶。

(3) 嗜铬细胞瘤一经明确诊断可手术治疗，术中术后应密切监测血压。治疗前应用酚苄明口服控制血压后可手术，一般用药需 2 周以上。如患者有心动过速还可加用 β 受体阻断剂普萘洛尔 10~20mg，每日 3 次，注意应在应用 α 受体阻断剂之后使用。也可采用选择性 α_1 受体阻断剂哌唑嗪，首剂 0.5~1mg，每日 3~4 次，可根据血压情况调节剂量。

(4) 出现高血压危象时应积极抢救，立即静脉缓慢注射酚妥拉明 1~5mg，同时密切监测血压，当血压下降至 160/100mmHg 左右时即应停止注射，继之以 10~15mg 溶于 5% 葡萄糖生理盐水 500ml 中缓慢静脉滴注。

(5) 恶性嗜铬细胞瘤者可使用肾上腺素能阻断剂做对症治疗，还可用酪氨酸氢化酶抑制剂 α -甲基间酪氨酸或¹³¹I-间碘苄胍治疗。

15. 原发性甲状旁腺功能亢进症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或三级护理 普通饮食	血常规、血型检查 血清总钙、游离钙、血磷测定 尿钙、磷测定 血清甲状旁腺素 (PTH) 测定 血清碱性磷酸酶测定 磷清除率测定 肾小管磷重吸收率测定 皮质醇抑制试验 (必要时) (泼尼松 30mg/d, 连服 10 日, 再复查血钙) 骨骼 X 线检查 颈部 B 超检查 颈部、纵隔 CT 扫描 (必要时) 腹部 (双肾、输尿管) B 超检查

注: (1) 皮质醇抑制试验可以将本病与其他原因引起的高钙血症如结节病、多发性骨髓瘤、维生素 D 中毒及乳碱综合征鉴别。

(2) 外科手术是惟一有确切治疗效果的措施。术后如有手足搐搦等低血钙表现可静脉注射 10% 的葡萄糖酸钙 10ml, 必要时可重复使用, 还可加用维生素 D 制剂, 如有低镁血症也应同时纠正。

(3) 有手术禁忌者可使用西咪替丁, 300mg, 每

日3次。但注意停药后可出现血PTH反跳升高。

(4) 患者有时可出现高钙危象, 应紧急处理。可静脉滴注大量生理盐水, 每日4~6L, 给予呋塞米40~60mg 静脉注射促使尿钙排出, 同时注意补充镁、钾, 紧急情况下可行血液透析降低血钙。还可使用降钙素, 2~8U/(kg·d) 皮下或肌肉注射。

16. 糖尿病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 糖尿病饮食 1800kJ/d, 按 1/5, 2/5, 2/5 三餐分配 自测四段尿糖 测血压 2次/日 美吡哒 10mg 2次/日 格华止 0.5g 3次/日 诺和灵-N 6单位 10pm 皮下注射	微量血糖 (CBG) 检测一次 次日4时测 CBG 生化11项检查 餐后2小时血糖检查 血脂6项检查 糖化血红蛋白检查 GAD、IAA测定 空腹胰岛素检查 胰高血糖素C肽释放试验 尿常规检查 尿微量白蛋白排泄率×2次 24小时尿蛋白定量(必要时) 肌电图检查 腹部B超检查 双下肢动脉彩色多普勒(必要时)检查 眼科会诊

注：(1) 四段尿糖 (9pm~7am, 7am~11am, 11am~5pm, 5pm~9pm) 可粗略反映空腹、早中晚三餐负荷后血糖的平均水平，但需注意肾糖阈变化的影响；四点微量血糖 (CBG) 是指空腹及三餐后 2 小时指尖毛细血管血糖，对于精细调节降糖药 (特别是胰岛素) 具有重要的参考价值，对于脆性糖尿病或初用胰岛素泵控制血糖的患者还需监测七点 CBG，即三餐前及餐后 2 小时加晚 10pmCBG (用泵者 10pm 改为 3am)。对于出现不明原因早晨空腹高血糖者，还可自晚 10pm 至此晨 6am 每 2 小时监测 CBG 1 次。CBG 仅能用于患者进行自我监测血糖，不能用于疾病诊断。

(2) 空腹胰岛素在非糖尿病人群 (包括 IGT) 可较好地反映胰岛素抵抗的程度，而在糖尿病人群，因同时存在胰岛素分泌的缺乏，不能反映其胰岛素抵抗的实际情况。C 肽不受肝脏酶的灭能，仅受肾脏作用而排泄，半寿期较长，且不受外源胰岛素的影响，因此能反映胰岛素的分泌水平。胰高血糖素可通过邻分泌作用刺激胰岛素释放，1mg 胰高血糖素静脉注射，注射前及注射后 6 分钟抽血测血清 C 肽浓度，可分别反映胰岛素分泌的基础及贮备状态。正常人空腹 C 肽为 $1.0 \pm 0.23 \mu\text{g/ml}$ ，空腹 $< 0.4 \mu\text{g/ml}$ ，6 min $< 0.6 \mu\text{g/ml}$ ，反映胰岛素分泌严重缺乏，如 1 型糖尿病及 2 型糖尿病严重高血糖毒性作用的情况，是反映胰岛素分泌功能的指标，不能作为分型手段。空腹血糖 $> 12 \text{ mmol/L}$ 时暂不做该项检查，因有加重病情的危险；嗜铬细胞瘤继发高糖血症患者，该试验有诱发高血压

危象的可能。

(3) 尿微量白蛋白排泄率 (AER) 是反映早期糖尿病肾损害的敏感指标, 并可根据 AER 结果进行分期, 正常人 $AER < 10 \mu g/min$, $20 < AER < 200 \mu g/min$ 表明患者已有早期糖尿病肾病 (Ⅲ期), $AER > 200 \mu g/min$ 称为临床蛋白尿 (Ⅳ期), 此时可测定 24 小时尿蛋白定量以估计每日蛋白质的丢失量。

17. 糖尿病酮症酸中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理 监测血压、脉搏、呼吸、神志、瞳孔 1次/2小时 监测中心静脉压 4小时1次 (若已建立通道) 记24小时尿量 NS 20ml / 静脉注射 罗氏芬 / 2.0g 1次/日	血常规 尿常规 生化 11项检查 CBG 1次 双管补液 (或建立锁骨下静脉穿刺通道) NS 1000ml 2小时内补入 NS 500ml / 静滴 10% KCl 15ml / 静滴 NS 500ml / 静滴 诺和灵 R 50U / 16滴/分

注: (1) 糖尿病酮症酸中毒是严重的内科急症, 密切监测生命体征及尿量、血糖、电解质情况是抢救患者的基本措施和指导治疗的重要手段。对于病情严

重的患者，一般要求每1小时测CBG1次，每2小时测生化11项1次，若有条件检测血酮水平，也应每2小时检测1次，每日测尿常规1~2次以观察尿酮情况。

(2) 补液是抢救糖尿病酮症酸中毒的首要措施，如无心力衰竭，一般需用大量生理盐水进行快速补液，在首先2小时迅速补入1000~2000 ml，从第2至第6小时再输入1000~2000 ml，第1个24小时输液总量约4000~5000 ml，严重失水者可达6000~8000 ml，若存在严重低血压休克情况，还应输入胶体如血浆等。

(3) 小剂量速效胰岛素治疗糖尿病酮症酸中毒的有效性及安全性已广泛地为临床医生所认可，50 U胰岛素加入500 ml生理盐水中，以每分钟16滴速度静脉滴注，相当于每小时进入体内的胰岛素剂量为6U。若血糖升高显著，可给予首剂静脉负荷10~20 U，监测血糖下降速度，以每小时3.9~6.1 mmol/L为宜。当血糖降至13.9 mmol/L时，改输5%葡萄糖，并按每3~4 g葡萄糖加入1U胰岛素。患者神志清晰、能进食后可逐步恢复皮下胰岛素注射方案。

(4) 糖尿病酮症酸中毒一般通过补充液体及胰岛素后可纠正酸中毒，无需积极补碱，否则容易并发脑水肿和严重低钾血症。补碱指征：血pH<7.1，或碳酸氢根<5 mmol/L（相当于CO₂结合力4.5~6.7 mmol/L）。大量补液、纠正酸中毒及应用胰岛素后可使机体低血钾情况进一步恶化，是导致患者死亡的重要原因之一，因此只要有尿，正常血钾或低血钾患者

均需在开始治疗时就补充氯化钾。

(5) 感染是诱发和加重糖尿病酮症酸中毒的原因, 需应用广谱抗生素预防及控制感染。

18. 高渗性非酮症糖尿病昏迷

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规一级护理 监测血压、脉搏、呼吸、神志、瞳孔 1次/2小时 监测中心静脉压 4小时1次 记24小时尿量 NS 20ml / 静注 罗氏芬 2.0g / 1次/日	血常规 尿常规 生化 11项检查 CBG 1次检查 立即执行 建立锁骨下静脉穿刺通道 NS 1000ml 2小时内补入 NS 500ml / 静滴 10% KCl 15ml / 静滴 NS 500ml / 静滴 诺和灵 R 50U / 16滴/分

注: (1) 高渗性非酮症糖尿病昏迷抢救原则及措施与糖尿病酮症酸中毒相近。由于发病者多为老年人, 而纠正高渗状态需要补充更多含盐液体, 因此若有条件应监测中心静脉压以防发生心力衰竭。有报道经胃肠道补充部分盐水可取得良好效果, 且较为安全。

(2) 一般应先补充生理盐水, 若输注 1000~2000 ml 生理盐水后血浆渗透压 $> 350 \text{ mmol/L}$, 血钠 $> 155 \text{ mmol/L}$, 可考虑静滴 0.45% 或 0.6% 低渗盐溶液。

(3) 小剂量胰岛素治疗方案同糖尿病酮症酸中毒，因高血糖是维持患者血容量的重要因素，故血糖不宜降得过快过低，当血糖下降至 16.7mmol/L ，可静滴 5% 葡萄糖加速效胰岛素（按 $3 \sim 4\text{g}$ 葡萄糖加入 1 U 胰岛素计算）。

19. 痛 风

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理 低嘌呤饮食 别嘌呤醇 0.1g 3次/日 痛风利仙 25mg 1次/日 碳酸氢钠 1.0g 3次/日	血常规检查 生化 11 项检查 血尿酸检查 24 小时尿尿酸检查 受累关节 X 线检查 腹部 X 线检查 + 静脉肾盂造影 双肾 B 超检查

注：(1) 体内尿酸主要来源于富含嘌呤的食物，无论是急性发作期或间歇及慢性期，均应注意避免动物内脏、鱼虾、豌豆等高嘌呤食物，嘱多喝水、戒酒、服用碱性药物。

(2) 别嘌呤醇是抑制尿酸合成药，痛风利仙（苯溴马隆）为促进尿酸排泄药，两者可合用或单独使用，后者在内生肌酐清除率 $< 30\text{ml/min}$ 时无效，有尿路结石及每日尿酸排出量 $> 3.57\text{mmol}$ 以上时不宜使用。

(3) 终止痛风引起的急性关节炎发作最有效的药物是秋水仙碱，可用于诊断性治疗，一般给予 0.5 mg/h 或 1mg/2h，一日总量 4~8 mg，持续 24~48 小时，或在出现胃肠道症状前停止使用；治疗无效者，不可再用，应改用非甾体类抗炎药，如尼美舒利、蔡普生等。急性发作期促进尿酸排泄及抑制尿酸合成药可暂缓应用。

20. 骨质疏松症

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级护理	24 小时尿钙、磷测定
普通饮食	尿羟脯氨酸测定
钙尔奇 D 1 粒 1 次/日	血钙、磷检查
罗盖全 0.25 μ g 1 次/日	血清碱性磷酸酶测定
密钙息 50U 肌内注射 1 次/2 日	甲状旁腺素检查
皮试 ()	骨密度测定 (双能 X 线吸收法)
	受累部位 (骨痛或骨折) X 线检查

注：(1) 骨质疏松症是骨吸收过多或骨形成不足所致全身骨量减少的结果，尿钙、磷及尿羟脯氨酸排出增多是反映骨吸收的简便易行的方法；血清碱性磷酸酶 (ALP) 是检测骨形成的常用指标，ALP 升高是骨转换增加的结果。

(2) 骨密度测定是早期诊断骨质疏松的敏感手段，骨量减少 10% 即可显示，当 X 线摄片显示骨质

疏松时，骨矿物常已减少 30% ~ 50% 以上。

(3) 诊断原发性骨质疏松症前必须先除外继发性因素，尤其是年轻患者，如甲状旁腺功能亢进症，可测血清甲状旁腺素浓度，必要时进行甲状旁腺 CT 或放射核素显像等检查。

(4) 骨质疏松症治疗的根本措施是抑制骨吸收、促进骨形成及补充骨形成所需原料（元素钙）。对绝经后未服用雌激素和所有年龄 > 65 岁者，元素钙每日摄入量为 1500 mg，接受雌激素治疗者为 1000 mg。钙尔奇 D 含 600 mg 碳酸钙及 125 U 活性维生素 D₃，加上充足的含钙饮食及光照等，可单独用于预防骨质疏松症；罗盖全是 1,25 - (OH)₂D₃，与钙剂合用可加强疗效。

(5) 密钙息为鲑鱼降钙素，可抑制骨吸收，对缓解因骨质疏松引起的骨痛疗效显著，适用于不能用雌激素替代治疗的女性和男性骨质疏松患者，个别患者会产生过敏反应，用药前应皮试。二膦酸盐亦能有效地抑制骨吸收，缓解骨痛，宜于清晨空腹服药，并喝下一大杯水，服药后 30 分钟内不宜卧床，否则易引起食管炎；另外钙剂可影响二膦酸盐的吸收，故两药不应同时服用。

(6) 雌激素主要用于治疗绝经期和女性老年性骨质疏松，绝经后尽早服用，效果较好，宜尽可能选用天然雌激素以最低有效剂量长期服用，如雌二醇 1 ~ 2 mg/d。

(许 雯 陈小华 黄知敏 姚 斌)

七、结缔组织病和风湿病

1. 类风湿关节炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级或二级护理 普通饮食 双氯芬酸 25mg 3次/日 甲氨蝶呤 10mg 1次/周	血、尿常规 大便常规检查 血沉(ESR)检查 C反应蛋白(CRP)检查 类风湿因子(RF)检查 ANA、dsDNA检查 抗ENA抗体谱检查 补体检查 双手关节X线检查 胸部X线检查

注：(1) 急性期要注意休息、关节制动，恢复期要进行关节功能锻炼、物理治疗。

(2) 非甾体类抗炎药(NSAID) 可选用非倾向性COX抑制剂如布洛芬、萘普生、双氯芬酸、吲哚美辛等；COX-2倾向性抑制剂如萘丁美酮、美洛昔康等；COX-2特异性抑制剂如罗非昔布、塞来昔布。

不宜同时服用两种 NSAID。上述各种药物至少需服用 2 周方能判断其疗效，效果不明显者可改用另一种 NSAID。

(3) 慢作用抗风湿药 明确诊断后应尽早采用本类药物一种或一种以上与 NSAID 联合应用。常用的有甲氨蝶呤、柳氮磺胺吡啶、雷公藤总苷、抗疟药、金制剂、青霉胺、硫唑嘌呤、来氟米特等。国内外常用两种或两种以上慢作用药物联合应用，如甲氨蝶呤与柳氮磺胺吡啶、甲氨蝶呤与羟氯喹等两种药物的联合，以及甲氨蝶呤、柳氮磺胺吡啶与羟氯喹三种药物的联合。甲氨蝶呤是治疗本病的首选药，并且是联合治疗方案中的基础药，用法：每周 10 ~ 15mg。

(4) 糖皮质激素 每日泼尼松量不宜超过 10mg，并逐渐以 NSAID 代替。严重血管炎时可采用大剂量泼尼松，每日每公斤体重 1 ~ 2mg，病情控制后应适时减量，不宜长期大量使用。

(5) 外科手术治疗 包括关节置换和滑膜切除手术。

2. 强直性脊柱炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规三级或二级护理 普通饮食 双氯芬酸 25mg 3次/日 柳氮磺吡啶 0.5g 3次/日	血、尿常规检查 大便常规检查 血沉 (ESR) 检查 C 反应蛋白 (CRP) 检查 免疫球蛋白 (IgG、IgM、IgA) 检查 HLA-B ₂₇ 检查 骨盆 X 线检查 腰椎 X 线检查 髋髂关节 CT (必要时) 髋髂关节 MRI (必要时)

注：(1) 鼓励患者适当锻炼，注意立、坐、卧正确姿势，宜睡硬板床、低枕，避免过度运动和激烈运动。

(2) 非甾体类抗炎药 (NSAID) 详见类风湿关节炎。

(3) 慢作用抗风湿药 已证明抗疟药、金制剂、青霉胺、硫唑嘌呤等对本病无效。可选用甲氨蝶呤、柳氮磺胺吡啶、雷公藤总苷等。

(4) 糖皮质激素 每日泼尼松量不宜超过 10 mg，并逐渐以 NSAID 代替。

(5) 外科手术治疗 主要用于髋关节僵直和脊柱

严重畸形的晚期患者。

3. 系统性红斑狼疮

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日（按病情 确定剂量） 羟氯喹 0.2g 2次/日 双嘧达莫 25mg 3次/日	血、尿常规检查 血沉（ESR）检查 C反应蛋白（CRP）检查 ANA、dsDNA 检查 抗 ENA 抗体谱检查 免疫球蛋白（IgG、IgM、IgA）检查 补体（C ₃ 、C ₄ 、CH ₅₀ ）检查 抗心磷脂抗体 IgG、IgM 检查 C-ANCA、P-ANCA 检查 狼疮带试验（必要时） 肾活检（必要时）

注：（1）加强宣传教育 避免各种对 SLE 不利因素，如过敏原、阳光等紫外线光照射等。

（2）轻型 SLE 的治疗 可用非甾体类抗炎药控制关节炎；羟氯喹 200mg，每日 1~2 次控制皮疹和减轻光敏感。也可加用小剂量激素，必要时可考虑使用硫唑嘌呤、甲氨蝶呤等免疫抑制剂。

（3）重型 SLE 的治疗 ①糖皮质激素：是治疗 SLE 的基础药。泼尼松剂量 1mg/kg，每日 1 次，病情稳定后 2 周或疗程 8 周内，开始以每 1~2 周减 10%

的速度缓慢减量，减至每日泼尼松 0.5mg/kg 后，减药速度可按病情适当调慢，病情稳定后尽可能过渡到隔日 1 次给药，如果病情允许，维持治疗的激素剂量，泼尼松每日不超过 10mg；②环磷酰胺：是目前治疗重症 SLE 最有效的药物之一。标准的环磷酰胺冲击疗法是：0.5~1.0g/m² 体表面积，加入生理盐水中静脉滴注，每月 1 次。多数病人 6~12 个月可以缓解病情。也有学者主张每 2 周冲击治疗 1 次。治疗时应根据病人的具体情况，掌握好剂量和冲击间隔期。注意避免导致白细胞过低，一般要求白细胞低谷不小于 $3.0 \times 10^9/L$ ；③硫唑嘌呤：对浆膜炎、血液系统、皮疹等有较好的疗效。每日口服 50~150 mg；④甲氨蝶呤：主要用于关节炎、肌炎、浆膜炎、皮肤损害为主的 SLE；⑤雷公藤总苷：10~20 mg，每日 3 次，注意性腺毒性；⑥环孢菌素：用于足够剂量和疗程的环磷酰胺仍不能控制病情的顽固性 SLE。每日剂量 3~5mg/kg，分 2 次口服。

(4) 狼疮危象的治疗 ①甲基泼尼松龙冲击疗法 剂量 0.5~1.0 g，加入 5% 葡萄糖 250ml，缓慢静脉滴注 1~2h，每日 1 次，连续 3 天为一个疗程，疗程间隔期 5 天以上，间隔期和冲击后需每日口服泼尼松 0.5~1mg/kg。甲基泼尼松龙冲击疗法必须与环磷酰胺冲击疗法配合使用；②静脉输注大剂量人体免疫球蛋白。用法：每日剂量 0.4g/kg 体重，静脉滴注，连续 5 天为一个疗程。

4. 大动脉炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日 甲氨蝶呤 10mg 1次/周 阿司匹林 100mg 1次/日	血、尿常规检查 血沉 (ESR) 检查 C 反应蛋白 (CRP) 检查 血清蛋白电泳检查 胸部 X 线检查 心电图检查 眼底检查 血管彩色多普勒检查 血管造影 (必要时)

注：(1) 糖皮质激素 是治疗大动脉炎的首选药。一般每日泼尼松 0.5 ~ 1mg/kg，6 ~ 8 周后或疾病活动控制后 2 周逐渐减量，最后每日剂量以不超过 10mg 的小剂量维持，维持治疗阶段尽量改为隔日用药。

(2) 免疫抑制剂 常用甲氨蝶呤，每周 1 次，剂量为 10 ~ 25mg。备选药物包括环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

(3) 阿司匹林 主要用于抑制血栓素，预防血管出现更多的栓塞。

(4) 对症治疗 包括扩血管、降血压等。

(5) 对缓解期、慢性期患者可以考虑外科手术治

疗，包括血管成形术等。

5. 结节性多动脉炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日 环磷酰胺 100 mg 1次/日	血、尿常规检查 血沉（ESR）检查 C反应蛋白（CRP）检查 血清蛋白电泳 乙肝两对半检查 P-ANCA、C-ANCA 检查 血管造影（必要时）

注：（1）糖皮质激素 一般每日泼尼松 0.5 ~ 1mg/kg，6 ~ 8 周后或疾病活动控制后 2 周逐渐减量，最后每日剂量以不超过 10mg 的小剂量维持，维持治疗阶段尽量改为隔日用药。急性危重者可予甲基泼尼松龙冲击治疗。

（2）免疫抑制剂 口服环磷酰胺，每日 2mg/kg，待症状好转后可以逐渐减量并用维持剂量。也可试用环磷酰胺冲击治疗，或用甲氨蝶呤等。

（3）对症治疗 包括扩血管、降血压等。

6. 变应性肉芽肿血管炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日 环磷酰胺 100mg 1次/日	血、尿常规检查 血沉(ESR)检查 C反应蛋白(CRP)检查 P-ANCA、C-ANCA检查 胸部X线检查 病变组织活检(必要时)

注：(1) 糖皮质激素 每日泼尼松 1mg/kg，6~8 周后逐渐减量。对病情进展快，有重要器官受累时，可予甲基泼尼松龙冲击治疗。

(2) 免疫抑制剂 环磷酰胺每日 2mg/kg，待症状好转后可以逐渐减量并用维持剂量。

7. Wegener (韦格纳) 肉芽肿

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日 环磷酰胺 100mg 1次/日	血、尿常规检查 血沉(ESR)检查 C反应蛋白(CRP)检查 免疫球蛋白(IgG、IgM、IgA)检查 P-ANCA、C-ANCA检查 胸部X线检查 病变组织活检

注：(1) 糖皮质激素 大多数病人采用大剂量激素疗法，每日泼尼松 1mg/kg，6~8 周或疾病好转后 2 周逐渐减量。对于危重的病人，如严重的肺部病变或急进性肾小球肾炎，需要采用甲基泼尼松龙冲击治疗，每日 0.5~1g，连用 3 天，然后按大剂量激素疗法。

(2) 环磷酰胺 每日 2mg/kg。环磷酰胺要求较长的疗程，一般要求在疾病完全缓解后至少 1 年才开始缓慢减量。也可用环磷酰胺冲击治疗。

(3) 甲氨蝶呤 每周一次，剂量为 10~25mg。主要用于轻型的病例或在缓解期替代环磷酰胺做为维持治疗。

(4) 抗生素的治疗 对伴有呼吸道感染的患者，应积极抗感染治疗。

8. 白塞病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 10mg 1次/日 甲氨蝶呤 10mg 1次/周	血、尿常规检查 血沉 (ESR) 检查 C 反应蛋白 (CRP) 检查 血清蛋白电泳 病理活检

注：(1) 寻找病因和治疗原发病 如结核感染，

要积极抗结核治疗。

(2) 糖皮质激素 一般用小剂量激素（泼尼松每日不超过 10mg）。对神经白血病或危重病人，可用甲基泼尼松龙冲击治疗，每日 0.5~1g，连用 3 天。

(3) 甲氨蝶呤 每周 1 次，剂量为 10~25mg。

(4) 糖皮质激素制剂的局部应用 口腔溃疡者可涂抹油膏；眼药水或眼药膏对轻型的前葡萄膜炎有一定的疗效。

(5) 有动脉瘤者结合临床实际情况可考虑手术切除。

9. 系统性硬化病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 25mg 1次/日 甲氨蝶呤 10mg 1次/周	血、尿常规检查 血沉（ESR）检查 C反应蛋白（CRP）检查 ANA、dsDNA 检查 抗 ENA 抗体谱检查 免疫球蛋白（IgG、IgM、IgA）检查 补体（C ₃ 、C ₄ 、CH ₅₀ ）检查 胸部 X 线检查 皮肤组织病理检查

注：(1) 注意保暖，避免劳累和精神紧张。

(2) 糖皮质激素 中等剂量糖皮质激素（每日泼

尼松 0.5mg/kg) 对减轻炎症和水肿有效。

(3) 免疫抑制剂 可选用甲氨蝶呤、环磷酰胺、硫唑嘌呤、环孢菌素 A 等。

(4) 非甾体类抗炎药 主要用于关节炎和肌痛。

(5) 对症治疗 血管抗张剂、钙通道阻断剂可用于雷诺现象。

10. 炎性肌病 (多发性肌炎、皮肌炎)

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日 甲氨蝶呤 10mg 1次/周	血、尿常规检查 血沉 (ESR) 检查 C反应蛋白 (CRP) 检查 血清肌酶谱检查 ANA, dsDNA 检查 抗 ENA 抗体谱检查 肌电图检查 肌活检

注: (1) 急性期必须卧床休息, 可适当进行肢体被动运动防止肌肉挛缩。慢性患者可做适当锻炼, 结合按摩、推拿等方法以防止肌肉萎缩及挛缩。

(2) 糖皮质激素 为本病的首选药物。每日泼尼松 1mg/kg, 6~8 周后逐渐减量。对于病情较严重的病人, 需要采用甲基泼尼松龙冲击治疗, 每日 0.5~1g, 连用 3 天。

(3) 免疫抑制剂 常用甲氨蝶呤，每周 1 次，剂量为 10~25 mg。备选药物包括环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

(4) 抗疟药 羟氯喹 200mg，每日 1~2 次，对皮炎的皮疹有一定的疗效。

11. 干燥综合征

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 10 mg 1 次/日 甲氨蝶呤 10mg 1 次/周	血、尿常规检查 血沉 (ESR) 检查 C 反应蛋白 (CRP) 检查 ANA、dsDNA 检查 抗 ENA 抗体谱检查 免疫球蛋白 (IgG、IgM、IgA) 检查 补体 (C ₃ 、C ₄ 、CH ₅₀) 检查

注：(1) 局部治疗 对眼干可用人工泪液；口干可用人工唾液。

(2) 系统性治疗 对于有内脏损害者，可用糖皮质激素：每日泼尼松 1mg/kg，6~8 周后逐渐减量。免疫抑制剂：常用甲氨蝶呤，每周 1 次，剂量为 10~25mg。备选药物包括环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

12. 成人 Still 病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 甲氨蝶呤 10mg 1次/周 泼尼松 30mg 1次/日	血、尿常规检查 血沉 (ESR) 检查 C 反应蛋白 (CRP) 检查 血清铁蛋白检查 类风湿因子检查 ANA、dsDNA 检查 抗 ENA 抗体谱检查 免疫球蛋白 (IgG、IgM、IgA) 检查 补体 (C ₃ 、C ₄ 、CH ₅₀) 检查 骨髓检查 血培养

注：(1) 抗生素的应用 在积极寻找感染原因的同时，应用足量的广谱抗生素。

(2) 糖皮质激素 一般每日泼尼松 0.5 ~ 1mg/kg，6 ~ 8 周后或疾病活动控制后 2 周逐渐减量，最后每日剂量以不超过 10mg 的小剂量维持，维持治疗阶段尽量改为隔日用药。

(3) 免疫抑制剂 常用甲氨蝶呤，每周 1 次，剂量为 10 ~ 25mg。

13. 结节性脂膜炎

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 50mg 1次/日	血、尿常规检查 血沉(ESR)检查 C反应蛋白(CRP)检查 免疫球蛋白(IgG、IgM、IgA)检查 补体(C ₃ 、C ₄ 、CH ₅₀)检查

注：(1) 一般性治疗 急性期应卧床休息，补充足够的热量、蛋白质和维生素，加强对症支持治疗，必要时予非甾体类抗炎药。

(2) 去除病因 停用可疑的致敏药物；治疗原发病，如胰腺炎等；去除体内感染灶。

(3) 糖皮质激素 是目前疗效最肯定的药物。每日泼尼松 1mg/kg，6~8 周后逐渐减量。对于病情较严重的病人，需要采用甲基泼尼松龙冲击治疗，每日 0.5~1g，连用 3 天。

(4) 免疫抑制剂 可选用硫唑嘌呤、环磷酰胺、环孢菌素 A 等。

14. 混合性结缔组织病

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规二级或一级护理 普通饮食 泼尼松 25mg 1次/日 甲氨蝶呤 10mg 1次/周	血、尿常规检查 血沉(ESR)检查 C反应蛋白(CRP)检查 免疫球蛋白(IgG、IgM、IgA)检查 补体(C ₃ 、C ₄ 、CH ₅₀)检查 ANA、dsDNA检查 抗ENA抗体谱检查 抗心磷脂抗体IgG、IgM检查 C-ANCA、P-ANCA检查 胸部X线检查

注：(1) 糖皮质激素 一般每日泼尼松 0.5~1mg/kg，6~8周后或疾病活动控制后2周逐渐减量，最后每日剂量以不超过10mg的小剂量维持，维持治疗阶段尽量改为隔日用药。急性危重者可予甲基泼尼松龙冲击治疗。

(2) 免疫抑制剂 常用甲氨蝶呤，每周1次，剂量为10~15mg。备选药物包括环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

(3) 抗疟药 羟氯喹 200mg，每日1~2次对皮疹有一定的疗效。

(梁柳琴 杨岫岩)

八、理化因素所致疾病

1. 有机磷农药中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 半流质饮食或禁食 病重（必要时） 吸氧 吸痰（必要时） 记 24 小时出入量 呼吸、神志、瞳孔、心率监护 监护室治疗（必要时）	血常规、血型检查 全血胆碱酯酶活力测定 尿有机磷农药分解产物测定 血、胃内容物和大便排泄物有机磷检测 血气分析 肝、肾功能检查 血电解质检查 心电图检查 脱离中毒现场，脱去污染衣物 清水或肥皂水冲洗污染部位 生理盐水冲洗眼部（必要时） 催吐和反复洗胃（口服中毒者） 硫酸镁 30g 溶于 20ml 水口服导泻 特效解毒药（具体用法见表 8-1） 10% 氯化钾 10ml 10% 葡萄糖液 500ml

静滴

注：(1) 有机磷农药中毒病情分轻度中毒（血胆碱酯酶活力降至 70% ~ 50%）、中度中毒（血胆碱酯酶活力降至 50% ~ 30%）、重度中毒（血胆碱酯酶活力降至 30% 以下）。

(2) 处理有机磷农药中毒应迅速清除毒物，立即给予足量特效解毒剂。胆碱酯酶复活剂与阿托品两药合用理想。常用特效解毒剂及其剂量见表 8-1。

表 8-1 有机磷农药中毒特效药治疗

药名	轻度中毒	中度中毒	重度中毒
阿托品	1 ~ 2mg 皮下注射，每 1 ~ 2 小时 1 次；阿托品化后，0.5mg 皮下注射，每 8 小时 1 次	立即 2 ~ 4mg 静脉注射，以后每半小时 1 次 1 ~ 2mg 静脉注射；阿托品化后，0.5 ~ 1mg 皮下注射，每 4 ~ 6 小时 1 次	立即 3 ~ 10mg 静脉注射，以后每 10 ~ 30 分钟 1 次，2 ~ 5mg 静脉注射，阿托品化后，0.5 ~ 1mg 皮下注射，每 2 ~ 6 小时 1 次
氯磷定	0.25 ~ 0.5g 肌肉注射，必要时 2 小时后重复 1 次	首次 0.5 ~ 0.75g 肌肉注射；以后每 2 小时 1 次，0.5g 肌肉注射，共 3 次	当次 0.75 ~ 1g 稀释后缓慢静脉注射，半小时后重复 1 次；以后每小时 1 次，0.25g 静脉滴注，6 小时后如病情显著好转可停药
碘解磷定	0.4g 稀释后缓慢静脉注射，必要时 2 小时后重复 1 次	首次 0.8 ~ 1.2g 缓慢静脉注射；以后每小时 1 次，0.4g 静脉滴注，共 4 ~ 6 次	当次 1.2 ~ 1.6g 稀释后缓慢静脉注射，半小时后视情况重复 1 次；以后每小时 1 次，0.4g 静脉滴注，6 小时后如病情好转可停药

(3) 阿托品应尽早用药，首次足量，反复给药，特别是病情较重者或乐果中毒者持续给药时间应酌情延长。中毒症状缓解后逐步减少解毒药用量，直至症状消失后停药，一般至少观察 3~7 天。

(4) 阿托品化表现：神志恢复，颜面潮红，皮肤干燥、口干、结膜充血、瞳孔扩大、心率加快、肺部啰音消失。如出现谵妄、烦躁不安、幻觉、抽搐、昏迷、心动过速、尿潴留和高热等症状，应考虑阿托品中毒。停用阿托品。

(5) 危重病人要保持呼吸道通畅，必要时气管插管或气管切开，特别重视防治肺水肿、脑水肿、呼吸衰竭等并发症，加强支持治疗，积极预防感染。重度中毒病人经抢救治疗病情仍不见好转、昏迷者，可选用输血疗法或血液灌流。

2. 氨基甲酸酯类杀虫药中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 半流质或流质饮食 吸氧（必要时） 病重（必要时） 维生素 C 1g 辅酶 A 100 单位 三磷酸苷 40mg 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	血液胆碱酯酶活性测定 尿中氨基甲酸酯类代谢物测定 心电图检查 脱离中毒现场，脱去污染衣服 清水清洗皮肤或毛发污染部位 2%碳酸氢钠 洗胃 50%硫酸镁 30ml 导泻 阿托品 1mg 肌肉注射

注：(1) 氨基甲酸酯类杀虫药与轻度有机磷中毒相似，但一般较轻，不必阿托品化，一般不使用胆碱酯酶复能剂，经输液治疗一般 24 小时内可恢复。

(2) 重度中毒多昏迷、脑水肿、肺水肿、呼吸衰竭，应及时处理并发症。

3. 拟除虫菊酯类杀虫药中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 半流质或流质饮食 病重（必要时） 吸氧（必要时） 维生素 C 3g 维生素 B ₆ 200mg 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	尿拟菊酯、二溴酸测定 心电图检查 脑电图检查（必要时） 肌电图检查（必要时） 脱离中毒现场，脱去污染衣服 肥皂水清洗皮肤或毛发污染部位 2% 碳酸氢钠液 洗胃 50% 硫酸镁 30ml 胃管注入导泻 地西洋 5mg 静注（惊厥、抽搐时）

注：(1) 拟除虫菊酯类杀虫药无特效解毒剂，应适当补液，对症治疗，以促进毒物排泄及解毒。

(2) 与有机磷农药混用发生中毒时，宜先用阿托品和胆碱酯酶复能剂抢救有机磷农药中毒。

4. 杀虫脒中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 流质饮食 吸氧（必要时） 尿常规 1次/日 心脏监护（必要时） 维生素 C 3g 维生素 B ₆ 200mg 10%葡萄糖溶液 500ml	尿常规检查 肝、肾功能检查 血电解质检查 血高铁血红蛋白检查 血清单胺氧化酶检查 尿杀虫脒或对氯邻甲苯胺检查 心电图检查 脱离现场，脱去污衣 肥皂水清洗污染皮肤 2%碳酸氢钠液洗胃 洗毕硫酸钠 20g 由胃管注入 亚甲蓝（美蓝） 40mg 25%葡萄糖液 40ml 5%碳酸氢钠 150ml 膀胱炎患者）

注：（1）杀虫脒中毒以意识障碍、发绀及出血性膀胱炎为主要表现的全身中毒症状和体征，应积极输液及利尿，尽快排除代谢产物。

（2）轻度高铁血红蛋白血症可用大剂量维生素 C 和葡萄糖作为还原剂应用。

（3）重症病人应对症治疗及防治感染，维持水、电解质酸碱平衡。

5. 杀鼠剂中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一级或二级护理 流质饮食或停留胃管鼻饲 病重（必要时） 吸氧 血压、脉搏、呼吸监护（必要时） 记 24 小时出入量 维生素 C 3g 维生素 B ₆ 200mg 10% 氯化钾液 10ml 10% 葡萄糖溶液 500ml 5% 葡萄糖氯化钠注射液 1000ml 静脉滴注 1 次/日	血、尿常规、血型检查 肝、肾功能检查 血电解质检查 心电图检查 血液、尿液、胃液或呕吐 物毒物分析 催吐 温水洗胃 硫酸钠 20g 导泻

注：（1）杀鼠剂常由误食、自杀或投毒导致中毒，应尽快催吐，洗胃，导泻，同时给予输液、利尿以促进毒物排泄，保护肝脏和心脏、肾脏功能，对症支持治疗。积极预防肺水肿及急性肾功能衰竭等，危重患者进行血液灌流或血液透析、腹膜透析。

（2）毒物成分明确要解毒治疗或用特效药治疗。
 ①氟乙酰胺又名敌蚜胺、氟素儿，属高毒类。解毒给予乙酰胺（解氟灵）肌注，每次 2.5～5g，2～4 次/日，危重病人一次可给 5～10g，一般连用 5～7 天。抽搐患者给予巴比妥类镇静治疗；②安妥中毒又称 α

- 萘硫脲，对人类低毒。目前无特效解毒剂，半胱氨酸可能降低硫脲衍生物的毒性，可用 0.2g 加 10% 葡萄糖溶液 20ml 稀释后静注，1~2 次/日。注意洗胃、导泻禁用碱性液体，禁食脂肪；③敌鼠中毒属中等毒类。主要肌注或静注维生素 K₁ 每次 10~20mg，2~3 次/日，严重者可加大剂量连续治疗数天。失血较多者可输入新鲜血液或静滴凝血酶复合物。早期应用肾上腺皮质激素、维生素 C；④灭鼠优中毒早期给烟酰胺，200~400mg 加入 10% 葡萄糖液 250ml 静滴，每日 1~2 次。

6. 急性一氧化碳中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 半流质饮食或鼻饲 病重 保持呼吸道通畅，高流量吸氧 气管插管呼吸机维持呼吸（必要时） 高压氧治疗 1 次/日（必要时） 冰袋或冰帽（必要时） 细胞色素 C 30mg 三磷酸苷 40mg 辅酶 A 200U 10% 葡萄糖溶液 500ml	血碳氧血红蛋白（COHb）检查 血气分析 心电图检查 脑电图检查（必要时） 眼底检查 头部 CT 检查（必要时） 脱离现场，移至空气新鲜处 放血 300~400 ml（必要时） 输新鲜全血 200ml（必要时） 血浆置换（必要时） 细胞色素 C 皮肤过敏实验

续 表

长期医嘱		临时医嘱
维生素 C 4g	静脉滴注 1 次/日	
维生素 B ₆ 200mg		
5% 葡萄糖溶液 500ml		
胞二磷胆碱 500mg	静脉滴注 1 次/日	
葡萄糖氯化钠注射液 500ml		
地塞米松 10mg	静脉滴注 1 次/日	
5% 葡萄糖溶液 500ml		
20 %甘露醇 250ml	静脉快速滴注, 2 次/日	
呋塞米 20mg 静注		
1 次/日		

注: (1) 急性一氧化碳中毒治疗原则, 撤离有毒场所, 尽快供氧。

(2) 防治脑水肿, 改善脑组织代谢, 防治并发症及后遗症。

(3) 危重患者注意预防感染。

7. 氰化物中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理	尿硫氰酸盐检测
半流质饮食或鼻饲	脱离现场,移至空气新鲜处
吸氧	亚硝酸异戊酯 2支 放在手帕中压碎
口唇、指甲、皮肤黏膜观察	立即吸入
神志、呼吸监护	3%亚硝酸钠溶液 20ml
维生素C 2g	立即静脉注射
10%葡萄糖溶液 500ml	25%硫代硫酸钠 30ml
静脉注射 1次/日	同一针头再注入
	温水洗胃
	洗毕硫酸亚铁溶液 一汤匙灌服
	地塞米松 10mg
	5%葡萄糖溶液 500ml/静脉滴注(必要时)

注:(1)无亚硝酸钠药物时,可用美蓝 10mg/kg,静脉注射,效果较差。

(2)近年新药 4-二甲基氨基苯酚(4-DMAP)应用临床,效价高、作用快、副作用小。①轻度中毒病人可口服 4-DMAP 1片(180mg)及对氨基苯丙酮(PAPP) 1片(90mg),20分钟左右症状缓解;②中度中毒病人可立即肌内注射 10% 4-DMAP 2ml(200mg);③重度中毒病人立即肌内注射 10% 4-DMAP 2ml,同时并用 25%~50%硫代硫酸钠 20ml 静脉注射,以加强解毒效果;④症状缓解较慢或中毒症状再出现,可在 1 小时后再肌内注射 10% 4-DMAP

1ml (100mg), 3 小时左右发绀消退。使用 4-DMAP 后严禁再用亚硝酸钠类药物。

(3) 有机钴化合物(依地酸二钴、组氨酸钴、谷氨酸钴等)也是氰的一种有效解毒剂。

依地酸二钴已用于临床。用法为 1.5% 10~20 ml (2.5~5mg/kg) 溶于 50% 葡萄糖液 40ml, 缓慢静脉注射, 后再静脉注射 25% 硫代硫酸钠 25~50ml, 以加强解毒效果。

8. 铅中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 高钙半流质饮食或鼻饲 依地酸二钠钙 1g 10% 葡萄糖溶液 250ml 静脉滴注 1 次/日 10% 葡萄糖酸钙 10ml 50% 葡萄糖溶液 50ml 三磷酸苷 40mg 辅酶 A 200U 维生素 C 4g 10% 葡萄糖溶液 500ml	血常规 血铅、尿铅检测 尿粪卟啉 (CPU) 检测 血红细胞 δ -氨基- γ -酮戊酸 脱水酶 (ALAD) 检查 血红细胞游离原卟啉 (FEP) 检查 血红细胞锌原卟啉 (ZPP) 检查 血网织红细胞计数 血嗜碱性点彩红细胞检查 肝、肾功能检查 血电解质检查 2% 硫酸钠溶液洗胃 硫酸钠 20g 导泻 阿托品 1mg 肌肉注射 (腹绞痛时) 安定 10mg 肌肉注射 (抽搐时)

注：(1) 依地酸二钠钙 ($\text{EDTACa} - \text{Na}_2$) 上述用法或者 $0.25 \sim 0.5\text{g}$ 肌肉注射，2次/日，连用3天，停用4天为一疗程。根据病情及尿铅排出情况决定需否进行下一疗程，一般用药2~4疗程。

(2) 其他驱铅药物 ①二乙烯三胺五乙酸三钠钙 (促排灵, $\text{ETPA} - \text{CaNa}_3$)， $0.5 \sim 1\text{g/d}$ ，静脉滴注或肌肉注射，疗程与 $\text{EDTA Ca} - \text{Na}_2$ 相同；②二巯基丁二酸钠 (Na DMS) 每次 1g 缓慢静脉注射，疗程与 $\text{EDTA Ca} - \text{Na}_2$ 相同；③青霉胺 1.0g/d ，分3~4口服，连用1~2天，也可连用3天，停药4天为一疗程，共三个疗程。用药前做青霉素皮试。

(3) 急性铅脑病驱铅 该病多见儿童，采用二巯丙醇 (BAL) 和 $\text{EDTA Ca} - \text{Na}_2$ 联合治疗。 BAL 4mg/kg ，4~6小时/次，肌肉注射； $\text{EDTA Ca} - \text{Na}_2$ 12.5mg/kg ，2次/日，5%葡萄糖溶液中滴注或肌肉注射。两药同时用3~5天，以后改用青霉胺6月。严重病例可用肾上腺皮质激素及对症治疗。

9. 汞中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理	尿汞、血汞测定
流质饮食	血常规、尿常规
病重(必要时)	肝功能、肾功能检查
记24小时出入量	血电解质检查
血压、心电、呼吸监护(必要时)	心电图检查
二巯基丁二钠 1g 静注	2%碳酸氢钠溶液 含漱(经口中毒)
注射用水 20ml	眼部2%硼酸溶液 冲洗(眼损伤)
葡萄糖氯化钠注射液 1500ml	3%硫代硫酸钠溶液 湿敷皮损处
静滴 1次/日	2%碳酸氢钠溶液 洗胃
维生素C 3g	口服牛奶或鸡蛋清 200ml
维生素B ₆ 200mg 静滴	50%硫酸镁 40ml 导泻
10%葡萄糖溶液 1次/日	二巯基丁二钠 2g 静注
500ml	注射用水 20ml (首剂)

注：(1) 2%碳酸氢钠溶液洗胃最好在15分钟内进行，以免过迟穿孔。

(2) 二巯基丁二钠疗程2~3周。

(3) 其他驱汞药物 ①二巯丙磺钠，每次5mg/kg，肌注或静注，第一日每4~6小时1次，第二日2~3次，以后每日1~2次，共5~7日；②青霉胺用法同“铅中毒”。

(4) 在急性中毒治疗过程中应注意水、电解质和酸碱平衡并纠正休克。如出现急性肾功能衰竭对症处理并避免应用驱汞药物，及早进行血液透析或血液

灌洗，此时可配合使用驱汞药物。

10. 苯中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二或三级护理 半流质饮食 呼吸情况监护 吸氧 维生素 C 4g 维生素 B ₆ 200mg 葡醛内酯 0.5g 10% 葡萄糖溶液 500ml 细胞色素 C 30mg 三磷酸苷 40mg 辅酶 A 200U 10% 葡萄糖溶液 500ml	血常规 骨髓象（必要时）检查 血苯浓度测定 尿酚测定 肝功能、肾功能检查 血电解质检查 心电图检查 胸部 X 线检查 脱离中毒现场，吸入新鲜空气 2% 碳酸氢钠 洗胃（口服中毒者） 细胞色素 C 皮试

注：（1）急性苯中毒注意呼吸抑制，禁用肾上腺素。

（2）注意防治脑水肿。

（3）慢性苯中毒主要损害造血系统，对症处理。

11. 四氯化碳中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二或三级护理 半流质饮食或普通饮食 呼吸情况监护 吸氧 维生素 C 4g 维生素 B ₆ 200mg 葡醛内酯 0.5g 10% 葡萄糖溶液 500ml 细胞色素 C 30mg 三磷酸苷 40mg 辅酶 A 200U 10% 葡萄糖溶液 500ml 维生素 B ₁ 200mg 肌注 2次/日	血常规、尿常规 心电图检查 肝功能、肾功能检查 血电解质检查 脱离中毒环境，移至新鲜空气处 液体石蜡油或植物油 100ml 口服后洗胃 (口服中毒者) 细胞色素 C 皮试

注：(1) 四氯化碳中毒主要对神经系统及肝肾有损害，应对症处理。

(2) 必要时可行血液透析或腹膜透析。

12. 镇静催眠药中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二或一级护理 普通饮食或鼻饲 心脏、呼吸、血压监护 保持气道通畅，必要时气管插管吸氧 注意翻身保暖 记 24 小时出入量 5% 葡萄糖溶液 500ml 静脉滴注 1 次/日 0.9% 生理盐水 500ml 静脉滴注 1 次/日 维生素 C 4g 维生素 B ₆ 200mg 葡萄糖内酯 0.5g 10% 葡萄糖溶液 500ml 细胞色素 C 30mg 三磷酸苷 40mg 辅酶 A 200U 10% 葡萄糖溶液 500ml	血常规、血型检查 尿常规检查 心电图检查 肝功能、肾功能检查 血糖、电解质检查 动脉血气分析 胃内容物、尿、血液毒物测定 1:5000 高锰酸钾溶液或温盐水反复洗胃 硫酸钠 30g 导泻 加入药用活性炭 10g 吸附肠内毒物 5% 碳酸氢钠 200ml 静脉滴注 呋塞米 40mg 生理盐水 20ml 纳洛酮 0.4mg 生理盐水 20ml 血液灌流 细胞色素 C 皮试

注：(1) 巴比妥类药物中毒无特效解毒药。

(2) 氟马西尼是苯二氮草类阻断剂，0.2mg 缓慢

静注，必要时可重复注射，总量可达 2mg。

(3) 吩噻嗪类药物中毒无特效解毒药。中枢神经系统抑制较重时可用苯丙胺、苯甲酸钠咖啡因等。如昏迷可用哌甲酯（利他林）40 ~ 100 mg 肌注，必要时每半小时至 1 小时重复应用，直至苏醒。如有震颤麻痹综合征可选用苯海索（安坦）、东莨菪碱等。如肌肉痉挛及张力障碍，可用苯海拉明 25 ~ 50mg 口服或 20 ~ 40mg 肌注。应积极补液，以提高血压。必要时可考虑间羟胺、去氧肾上腺素（新福林）等升压药。用利多卡因纠正心律不齐，最为适当。

(4) 除上述治疗措施外，重症病人要注意保护肾功能，维持体内水、电解质和酸碱平衡，积极预防感染，并给予支持治疗。昏迷病人抢救 48 小时仍无明显好转或摄入致死量毒物，病情危重并急性肾功能衰竭者应透析治疗。

13. 乙醇中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二或一级护理 流质或鼻饲 保持呼吸道通畅,必要时气管插管 注意保暖 心电、血压、血氧监测 5%葡萄糖盐水 1500ml 静脉滴注	血清乙醇浓度(必要时)测定 血清电解质浓度测定 动脉血气分析 血糖检查 肝功能检查 心电图检查 催吐洗胃 地西洋 5mg 肌注(烦躁或过度兴奋者) 维生素 B ₁ 100mg 肌内注射 维生素 B ₆ 100mg 肌内注射 烟酰胺 100mg 肌内注射 正规胰岛素 6U / 50%葡萄糖 50ml / 静脉注射 纳洛酮 0.4mg / 5%葡萄糖溶液 40ml / 静注(必要时并可重复应用) 透析疗法 (血液或腹膜透析)

注:(1)轻症酒精中毒毋需特殊处理。

(2)中毒症状较重者要对症处理及支持治疗,预防感染。极严重病例,血液乙醇含量 $>109\text{mmol/L}$ 或同时服用甲醇时,昏迷并有心、肝、脑、肾病变者可

行腹膜透析或血液透析。

14. 甲醇中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 高蛋白及高糖流质饮食或鼻饲 呼吸心脏血压监护 吸氧 20%甘露醇 250ml 静滴 2次/日 地塞米松 10mg 维生素 B ₆ 200mg 10%葡萄糖溶液 500ml 呋塞米 20mg 静注 2次/日 维生素 B ₁ 10mg 口服 3次/日 维生素 B ₁₂ 10mg 口服 3次/日 叶酸 10mg 口服, 3次/日 双眼戴眼罩避光	血甲醇(胃内容物、残余毒物、尿液) 血甲酸(胃内容物、残余毒物、尿液) 血糖、血酮测定 肝功能检查 尿常规 二氧化碳结合力 眼底检查 头部 CT 催吐或1%碳酸氢钠洗胃 硫酸钠 30g 加水200ml 导泻 5%碳酸氢钠溶液 250ml 静脉滴注(根据血气调整剂量) 血液透析或腹膜透析(必要时)

注:(1) 注意纠正酸中毒。

(2) 乙醇可竞争性抑制甲醇在体内的代谢, 减少甲醇代谢物的产生, 但国内很少应用。

(3) 血液透析指征 ①血液甲醇 $> 15.6\text{mmol/L}$ 或甲酸 $> 4.34\text{mmol/L}$; ②严重代谢酸中毒; ③视力严重

障碍或视乳头、视网膜水肿。

15. 亚硝酸盐中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二或三级护理 普通饮食 观察皮肤、黏膜发绀情况 吸氧(必要时) 维生素 C 3g 10%葡萄糖溶液 500ml 细胞色素 C 30mg 三磷酸苷 40mg 辅酶 A 200U 10%葡萄糖溶液 500ml 静脉滴注 1次/日 静脉滴注 1次/日	血高铁血红蛋白监测 心电图检查 催吐或温水洗胃(口服中毒者) 美蓝 50mg 5%葡萄糖溶液 20ml 维生素 C 2.0g 50%葡萄糖溶液 40ml 细胞色素 C 皮试 缓慢 静注 缓慢 静注

注：(1) 美蓝成人剂量每次 1~2mg/kg 加入 5% 葡萄糖溶液中于 5 分钟内缓慢静注，必要时 2~4 小时重复，每次不超过 0.2g，每日不超过 0.6g。口服剂量为每次 2~5mg/kg，4 小时后可重复给药。也可选用甲苯胺蓝，每次 5mg/kg，4 小时可重复给药。

(2) 补液、对症及支持治疗。严重病例可输新鲜血。

16. 强酸类中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二或三级护理 流质饮食 吸氧 气管插管或气管切开(必要时) 泼尼松 10mg 3次/日(服酸后次日) 5%葡萄糖盐水 1000ml 静脉滴注 1/6mol/L 乳酸钠 500ml 静脉滴注 维生素 C 3g 维生素 B ₆ 200mg 10%氯化钾 10ml 10%葡萄糖溶液 500ml 静脉滴注 1次/日	血常规 肝功能、肾功能检查 血电解质检查 立即脱离现场,脱去污染衣服 10%的氢氧化铝凝胶或 生蛋清 60ml 调牛奶 200ml 再服植物油 200ml(口服中毒者) 4%碳酸氢钠溶液洗涤皮肤紧接着 清水冲洗皮肤(皮肤烧灼者) 生理盐水彻底冲洗眼睛后 可的松眼药水与 新霉素眼药水交替滴眼(眼睛损伤者)

注:(1)泼尼松口服共两周。如不能口服可用氢化可的松 200~400mg,或地塞米松 10~20mg 静滴,一般用 3~5 天逐渐减量至停药。肺水肿时可加量使用。

(2)除上述处理外,根据临床中毒情况如休克则输血,注射右旋糖酐。

(3)铬酸中毒用硫代硫酸钠注射,氢氟酸或草酸

中毒用 10% 葡萄糖酸钙注射。

(4) 适当给予补液、止痛治疗，维持水电解质平衡、预防感染及营养支持等对症处理。

(5) 如有消化道穿孔或食管狭窄者应及早考虑手术治疗。

17. 强碱类中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 流质饮食或停留胃管鼻饲 吸氧（必要时） 病重（必要时） 维生素 C 3g 维生素 B ₆ 200mg 10% 氯化钾 10ml 10% 葡萄糖溶液 500ml 5% 葡萄糖盐水 500ml 静脉滴注 1 次/日	血常规 血电解质检查 大便常规检查 肾功能、肝功能检查 严禁洗胃（误服者） 口服果汁或稀释的食醋或 1% 醋酸溶液 100~200ml（误服者、碳酸盐中毒禁用） 大量清水冲洗皮肤后涂磺胺嘧啶银（皮肤烧伤者） 生理盐水冲洗眼睛（眼睛烧伤者） 10% 葡萄糖酸钙 10ml 静注 50% 葡萄糖溶液 40ml（抽搐者）

注：对症治疗见强酸治疗节。

18. 毒蛇咬伤中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一级或二级护理 普食或停留胃管 病重吸氧 气管插管人工呼吸(必要时) 心脏、血压、呼吸、血氧监测 24小时尿量监测 新斯的明 0.5mg 肌注 2次/日(神经毒蛇咬伤者) 低分子右旋糖酐 500ml 静滴 1次/日 地塞米松 20mg 5%葡萄糖溶液 500ml 静滴 1次/日 维生素C 2g 三磷酸腺苷 40mg 辅酶A 200U 正规胰岛素 6U 10%葡萄糖溶液 500ml 静滴 1次/日 广东蛇药 5片 口服 3次/日 青霉素 80万U 肌注 3次/日	血常规、血型检查 尿常规 凝血3项检查 血浆鱼精蛋白副凝(3P)试验 心电图检查 血气分析检查 肾功能检查 血电解质检查 血清或尿液酶联免疫吸附试验(ELISA) 测定特异性蛇毒抗原 普鲁卡因皮试 破伤风抗毒素皮试 抗蛇毒血清皮试 青霉素皮试 患肢伤口上方的近心端一个关节以上环行缚扎,每15分钟放松1次 立即沿牙痕做“一”字形切口 并冲洗及吸毒清创 胰蛋白酶 2000~5000U 0.25%~0.5%普鲁卡因 稀释局部环封 地塞米松 5mg 10%葡萄糖 20ml 单价特异抗蛇毒血清 1支 5%葡萄糖盐水 250ml 缓慢点滴 破伤风抗毒素 1500U 肌注 静注 立即

注：(1) 不同毒蛇其蛇毒成分不同，国产抗蛇毒血清及其一次注射量为：抗蝮蛇毒血清 8000U；抗五步蛇毒血清 10000U；抗银环蛇毒血清 10000U；抗金环蛇毒血清 5000U；抗蝰蛇毒血清 5000U；抗眼镜蛇毒血清 10000U，5% 葡萄糖盐水 250ml 或 500ml 中缓慢静滴。病情严重者可重复一次剂量 3~4 天。如无同种单价血清，可选用多价血清，但疗效略差。

(2) 病情严重发生呼吸衰竭、休克、急性肾功能衰竭或弥散性血管内凝血应积极抢救治疗。

19. 鱼胆中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 半流质饮食或流质饮食 病重通知（必要时） 记 24 小时出入量 地塞米松 10mg 5% 葡萄糖溶液 500ml 静滴 2 次/日 维生素 C 4g 维生素 B ₆ 200mg 10% 氯化钾 10ml 10% 葡萄糖溶液中 500ml	血常规 尿常规 大便常规检查 肝功能、肾功能检查 电解质检查 心电图检查 1:2000 高锰酸钾液 彻底洗胃 药用炭悬液 40g 及 50% 硫酸镁 50ml 洗胃后胃管注入

注：(1) 鱼胆中毒病人早期出现呕吐、腹痛、腹

泻等对症治疗及补充液体。

(2) 糖皮质激素宜早期短程使用。

(3) 肝肾功能损害时, 应积极护肝治疗及早期透析治疗。

20. 毒蕈中毒

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 半流质饮食或流质饮食 吸氧(必要时) 病重(必要时) 阿托品 1mg 皮下注射 3-4次/日(含毒蕈碱中毒, 剂量可调) 地塞米松 10mg 5%葡萄糖溶液 500ml 静滴 2次/日(溶血或重症) 5%二巯基丙磺酸钠 5ml 肌肉注射 2次/日 维生素C 4g 维生素B ₆ 200mg 10%氯化钾 10ml 10%葡萄糖溶液中 500ml 辅酶A 200U 三磷酸苷 40mg 葡醛内酯 0.5g 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	毒蕈鉴定 血常规、血型检查 尿常规 大便常规检查 肝功能、肾功能检查 血电解质检查 凝血3项检查 血3P实验检查 溶血10项检查 腹部B超(必要时)检查 1:5000高锰酸钾溶液彻底洗胃 50%硫酸镁 100ml 导泻 后导入活性炭或鞣酸 配输同型新鲜血 200ml (溶血明显者)

注: (1) 蕈俗称蘑菇, 为高等真菌。其中毒临床

表现为以下几种类型：①急性胃肠炎型；②中毒性肝炎型；③神经精神型；④溶血型。

(2) 治疗应积极补液、纠正酸中毒、维持水电解质平衡，同时根据临床不同中毒类型对症处理。

(3) 中毒病人吐泻后，常有一“假愈期”，其后出现严重肝肾损害和严重神经系统症状，应积极预防治疗。

(4) 5%二巯基丙磺酸钠 5~7 天为一疗程。也可用二巯丁二钠 0.5~1g 稀释后静注，每 6 小时 1 次，首剂加倍，症状好转后改为每日 2 次，5~7 天为一疗程。

21. 中 暑

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一或二级护理 普通饮食或鼻饲流质饮食 吸氧 连续监测体温、血压、呼吸 记 24 小时出入量 维生素 C 2g 维生素 B ₆ 200mg 5% 葡萄糖盐水 1000ml 静滴 1 次/日 10% 氯化钾 10ml 生理盐水 500ml 静滴 1 次/日	血常规 尿常规 心电图检查 血清电解质检查 肝功能、肾功能（必要时）检查 尿肌酸（必要时）检查 血气分析 凝血 3 项 头颅 CT（必要时） 转移患者至阴凉通风处静卧 凉盐水或清凉饮料口服

续 表

长期医嘱	临时医嘱
	冰水或酒精擦浴（高热时） 冰袋置于头颈部、腋下、腹股沟处 （高热必要时） 患者浸浴 4℃ 水中至肛温降至 38.5℃ 转移至室温（高热必要时） 冰盐水胃或直肠灌洗 氯丙嗪 25mg 5% 葡萄糖盐水 500ml
	1-2 小时内 静滴（高热）

注：（1）轻症中暑一般经降温治疗可在数小时内缓解。

（2）重症中暑可表现为中暑高热、中暑衰竭和中暑痉挛。降温同时应给予补液、补充维生素 C 和维生素 B。

（3）昏迷病人要保持呼吸道通畅，必要时气管内插管。

（4）脑水肿和颅压增高者静脉输注甘露醇 1~2g/kg，15~20 分钟输毕。

（5）有癫痫发作者，可静脉输注地西洋。

（6）心力衰竭、心律失常和代谢性酸中毒对症治疗。心力衰竭合并肾功能衰竭有高血钾时，避免用洋地黄。低血压时可输注生理盐水或乳酸林格液，必要时静脉输注异丙肾上腺素提高血压。勿用血管收缩剂，以防影响皮肤散热。

(7) 肝衰竭和急性肾功能衰竭可行血液透析或腹膜透析治疗。

(8) 弥散性血管内凝血详见相关章节。

22. 冻 僵

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一级或二级护理	血常规
普食或放置鼻导管鼻饲温热半流饮食	尿常规
保持呼吸道通畅	心电图检查
气管内插管或气管切开（必要时）	血清电解质检查
心率、血压、呼吸监测	肝功能、肾功能（必要时）检查
吸入加热湿化氧气（45℃）	脑电图（必要时）检查
停留尿管，计24小时尿量	血气分析（必要时）
理疗（必要时）	小心搬动患者至温暖处
维生素 B ₁ 100mg	脱去湿冷衣服鞋袜
肌注 1次/日	干燥毛毯或被褥包裹
辅酶 A 200U	热风或热水袋温暖全身
三磷酸苷 40mg	或置患者于40~44℃水浴
维生素 C 2g	复温速度为1~2℃/h（必要时）
葡萄糖氯化钠注射液 500ml	40~42℃生理盐水胃、直肠灌洗升温
加温静滴 1次/日	血液透析或腹膜透析复温（必要时）
	40~42℃生理盐水 500ml
	静脉滴注
	50%葡萄糖 25ml
	纳洛酮 0.4mg
	静脉推注

注：(1) 深度冻僵不易与死亡区别，在未获得有

确切的死亡证据前，应积极心肺复苏治疗。

(2) 心室颤动时可用电除颤，一般忌用盐酸肾上腺素。

(3) 积极纠正缺氧、血液浓缩、电解质紊乱，预防肺水肿、血栓形成、继发感染、脑水肿和肾功能衰竭等并发症。

23. 淹 溺

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二级或一级护理 禁食或鼻饲流质饮食 病危 记 24 小时出入量 吸氧 心电监护 青霉素 80 万 U 肌注 3 次/日 地塞米松 10mg 维生素 C 2g 维生素 B ₆ 200mg 10%氯化钾 10ml 5%葡萄糖溶液中 500ml 静滴 1 次/日 辅酶 A 200U 三磷酸苷 40mg 葡萄糖内酯 0.5g 葡萄糖氯化钠注射液 500ml 静滴 1 次/日	立即清除口、鼻中的污泥、杂草 迅速置患者于抢救者屈膝的大腿上 头部向下，按压背部倒水 心、肺复苏术(心跳、呼吸停止者) 血常规 尿常规 血电解质检查 血气分析检查 心电图检查 凝血 3 项检查(必要时) 肾功能(必要时)检查 X 线胸片(必要时)检查 气管插管(必要时) 呼吸机间断正压呼吸或呼气末期正 压呼吸 (呼吸停止时) 青霉素皮试 5%碳酸氢钠 100ml 静滴

注：(1) 积极防治脑水肿、肺水肿、急性呼吸窘迫征和控制溶血反应。纠正水和电解质、酸碱平衡紊乱。

(2) 必要时淡水溺水者，可输 3% 高渗氯化钠溶液；海水溺水者，可输入 5% 葡萄糖溶液或低分子右旋糖酐、血浆。

24. 电 击

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一级护理 暂禁食或鼻饲半流饮食 病重 心脏、呼吸、血压监护 吸氧 停留尿管，记 24 小时尿量 青霉素 80 万 U 肌注 3 次/日 维生素 C 2g 维生素 B ₆ 200mg 10% 氯化钾 10ml 10% 葡萄糖溶液中 500ml 静滴 1 次/日 辅酶 A 200U 三磷腺苷 40mg 葡醛内酯 0.5g 葡萄糖氯化钠注射液 500ml 静滴 1 次/日 乳酸林格液 500ml 静脉滴注	立即切断电源或用 木棒、竹竿等绝缘物使患者脱离 电源 立即胸外心脏按摩（心脏停搏时） 口对口呼吸或气管插管（呼吸停 止时） 电除颤（心室颤动时） 血常规 尿常规 心电图检查 血电解质检查 肝功能、肾功能（必要时）检查 清创术 破伤风抗毒素皮试（必要时） 破伤风抗毒素 3000U 肌注（必 要时） 5% 碳酸氢钠 100ml 静脉滴注 （必要时） 青霉素皮试

注：(1) 抢救电击伤患者必须立即脱离电源，但抢救者注意保护自己。心脏呼吸停止患者现场立即进行心肺复苏术是挽救患者生命的关键。

(2) 电击伤患者常有“假死”，心肺复苏术需坚持进行数小时，直至复苏成功或出现尸僵。

(3) 患者发生心室细颤可先用 1:1000 肾上腺素心内注射，使细颤动波转为粗大，再用电除颤，有利于恢复窦性节律。如患者尚未发生心室颤动则忌用肾上腺素和异丙肾上腺素。

(4) 抢救过程中注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。防治脑水肿、急性肾功能衰竭。

(5) 及时处理电灼伤创面和各种外科情况。应用有效抗生素预防感染。

25. 晕动病

长期医嘱	临时医嘱
内科常规二级护理 半流质饮食 盐酸美克洛嗪（敏可静） 25mg, 1次/日 口服	血常规 血电解质（必要时）检查 患者闭目仰卧，保持环境安静、通风 甲氧氯普胺 10mg 肌内注射（呕吐严重 重者） 地西洋 10mg 肌注（必要时）

注1：(1) 易患本病者，平时应加强体育锻炼。

(2) 在旅行前 1 小时先服用抗晕动药物一次剂量，可减轻症状或避免发病。

(3) 抗晕动药物还可选用东莨菪碱 0.3 ~ 0.6mg，3 次/日；茶苯海明（晕海宁）25 ~ 50mg，3 次/日；盐酸倍他司汀（抗眩啉）4 ~ 8mg，3 次/日等。

(4) 呕吐不止，明显脱水者应予补液治疗。

26. 减压病

长期医嘱	临时医嘱
常规内科一级或二级护理 半流质饮食 吸氧 高压舱或高压氧舱加压治疗	血常规 心电图检查 脑电图检查 眼底检查 胸 X 线检查 股骨、胫骨及肱骨 X 线检查 （包括肩、髋及膝关节）

注：(1) 加压治疗是减压病治疗的根本措施。加压过程分三个阶段：①加压：增加压力的大小需根据症状消失及原作业的工作压力等来决定。升压速度每增加 1 个大气压用 1 ~ 1.5 分钟时间；②稳压：急性减压病在症状消失后，高压下停满 30 分钟可开始减压；慢性者可适当延长稳压时间；③减压：缓慢减压（共需 13 ~ 39 小时）。

(2) 严重病例应配合药物治疗，可选用低分子右

旋糖酐、血浆和生理盐水以及肾上腺皮质激素、小剂量阿司匹林等对症治疗。

(3) 有报道潜水员出水后迅速饮 50 度白酒 75 ~ 100g 可治疗急性减压病。

27. 高原病

长期医嘱	临时医嘱
内科常规一级或二级护理	血常规
高碳水化合物饮食	尿常规
高流量吸氧或面罩吸氧	血气分析检查
乙酰唑胺 0.25g 口服 3 次/日	心电图检查
泼尼松 10mg 口服 2 次/日	胸部 X 线检查
氨茶碱 0.1mg 口服 3 次/日	肺功能检查
地西洋 2.5mg 口服 1 次/每晚	停止继续登高

注：(1) 我国学者划分高原病为急性高原病（包括下面前三种）和慢性高原病两大类。

(2) 急性高原反应轻者 1 ~ 2 周可自愈，较重者可给予吸氧和药物治疗，转运患者到低海拔处，下降 300m 症状可明显改善。

(3) 高原肺水肿者，降低肺动脉压是治疗关键。
①吸氧流量 6 ~ 8L/min；②绝对卧床或半坐卧位，保暖，有条件可用便携式高压气囊治疗；③吸氧无效者立即转至海拔较低处；④不能立即转运者，舌下含化或口服硝苯地平，氨茶碱 0.25g 溶于 50% 葡萄糖溶液

40ml 缓慢静注，地塞米松 10mg 稀释后缓慢静注；⑤有呼吸和心力衰竭时，应立即对症治疗。不要用利尿剂、硝酸甘油治疗。有心房颤动时，可用洋地黄和抗血小板药物；⑥防止上呼吸道感染。

(4) 高原脑水肿者除加大吸氧，立即转移患者至海拔较低处外，处理同一般脑水肿，可给地塞米松、甘露醇和利尿剂治疗。昏迷患者注意保持气道通畅，必要时气管内插管。

(5) 慢性高原病：①尽可能转移到海平面地区居住；②夜间低流量吸氧；③乙酰唑胺 0.25g ~ 0.5g，口服，3 ~ 4 次/日，10 天为一疗程，注意尿多时补钾；④必要时静脉放血治疗。

(荆小莉)

九、传染性疾病

1. 病毒性肝炎

长期医嘱	临时医嘱
病毒性肝炎护理常规	血常规、血型检查
半流质或软食	肝炎标志物检测
维生素 C 0.2g 3次/日	肝功能检查
复合维生素 B 2片 3次/日	肝、胆、脾 B超检查
肝泰乐 0.2g 3次/日	肾功能检查(必要时)
还原型谷胱甘肽 1.2g 静滴 1次/日	凝血功能检测(必要时)
联苯双酯或垂盆草口服	胃镜(必要时)检查
	X线钡餐(必要时)

注：(1) 病毒性肝炎隔离期 甲型自发病之日起3周；乙型肝炎急性期最好隔离至 HBsAg 转阴，恢复期不转阴者按 HBsAg 携带者处理。丙型肝炎急性期隔离至病情稳定；丁型肝炎同乙型肝炎；戊型肝炎自发病之日起3周。

(2) 重型肝炎患者应绝对卧床休息，尽可能减少饮食中的蛋白质，静脉输注入血浆白蛋白或新鲜血浆，防治出血、肝性脑病、继发感染、急性肾功能不

全，促进肝细胞再生。对于晚期肝硬化及肝衰竭经内科积极治疗无效者，可尽早考虑肝移植手术治疗。

(3) 淤胆型肝炎可试用泼尼松 40 ~ 60mg/d 口服或静脉滴注地塞米松 10 ~ 20mg/d，2 周后如血清胆红素显著下降，则逐步减量，如不显效时应停药做进一步检查，以排除肝外梗阻性黄疸。

(4) 乙型肝炎抗病毒治疗使用干扰素的指征 ① HBV 在活动性复制中；② 肝炎处于活动期；③ HBV DNA 血浓度低；④ 抗 HBcIgM 阳性。剂量为每次 500 万 U，隔日皮下或肌肉注射，疗程 6 个月 ~ 1 年。急性丙型肝炎应用干扰素抗病毒可取得较高疗效，剂量为每次 300 万 U，隔日皮下或肌肉注射，疗程为 3 ~ 6 个月。慢性丙型肝炎抗病毒疗程应延长至 6 个月 ~ 1 年，同时加用利巴韦林 800 ~ 1000 mg/d 口服。开始使用干扰素前应先做详细体检和化验检查，疗程第一、二周要密切观察不良反应，以后每月复查肝功能和血常规。血白细胞减少时应给予升白细胞药物。肝硬化失代偿期为禁忌证。

拉米夫定 (lamivudine, 3TC, TM) 100mg/d，口服，约 2 周内平均血清 HBV DNA 水下降 90% 以上，疗程 12 个月或以上，长期用药可使 HBV DNA 发生 YMDD 变异而产生耐药性，出现 HBV DNA 反跳。停药后大部分病人在 4 周内 HBV DNA 恢复至治疗前水平，约 10% ~ 15% 患者停药后出现肝功能受损加重现象。

2. 流行性乙型脑炎 (简称乙脑)

长期医嘱	临时医嘱
乙脑护理常规 半流质或软食 20%甘露醇 静脉滴注 (必要时) 口腔清洁护理	血常规、血型检查 脑脊液常规、生化检查 特异性 IgM 抗体测定 病毒分离 (必要时) 颅脑 CT 检查 (必要时)

注: (1) 于防蚊房内隔离至体温正常为止。

(2) 病人应住院治疗, 室温宜控制在 30°C 以下, 昏迷的病人要注意口腔清洁, 定时翻身、侧卧、拍背、吸痰, 保持皮肤清洁, 防止褥疮发生。重症患者应输液, 成人每日 $1500 \sim 2000\text{ml}$, 并酌情补钾, 纠正酸中毒, 但输液量不宜过多, 以防止脑水肿, 昏迷者可予鼻饲。

(3) 高热的处理 采用物理降温为主, 药物降温为辅, 同时降低室温, 使肛温控制在 38°C 左右, 包括冰敷、酒精擦浴、冷盐水灌肠等。药物可用 50% 安乃近滴鼻, 伴抽搐者可用亚冬眠疗法 (氯丙嗪和异丙嗪每次各 $0.5 \sim 1\text{mg/kg}$ 肌肉注射, 每 $4 \sim 6\text{h}$ 1 次), 配合物理降温, 用药过程中要保持呼吸道通畅。

(4) 惊厥或抽搐的处理 去除病因及镇静止痛。

①脑水肿者以 20% 甘露醇静脉滴注或静脉推注 (20

~30 min 内), 每次 1~2g/kg, 每 4~6h 可重复应用, 有脑疝危象者可合用肾上腺皮质激素、呋塞米、50% 高渗葡萄糖液注射; ②呼吸道堵塞者应保持呼吸道通畅, 吸氧, 必要时行气管切开, 加压呼吸; ③高热者以物理降温为主; ④脑实质病变者以应用镇静剂为主, 首选地西泮, 成人每次 10~20mg, 小儿 0.1~0.3mg/kg (每次不超过 10mg), 稀释后肌内注射或缓慢静脉注射。或水合氯醛鼻饲或灌肠, 成人每次 0.2~0.5g, 小儿每次 100mg/岁 (每次不超过 1g), 必要时可用阿米妥钠或亚冬眠疗法。

(5) 呼吸衰竭的处理 针对原因给予相应的治疗: ①由脑水肿所致者给予脱水剂; ②中枢性呼吸衰竭者给予呼吸兴奋剂, 首选山梗菜碱, 成人每次 3~6 mg, 小儿每次 0.15~0.2 mg/kg, 静脉注射或静滴, 并给予高频呼吸器治疗; ③呼吸道堵塞者应清理梗阻, 保持呼吸道通畅, 必要时行气管切开; ④改善微循环, 减轻脑水肿, 可用血管扩张剂东莨菪碱, 成人每次 0.3~0.5 mg, 小儿每次 0.02~0.03 mg/kg, 稀释于葡萄糖液静注, 15~30 分钟可重复使用。

(6) 恢复期及后遗症 以功能训练为主, 可用理疗、针灸、按摩、体疗、高压氧等治疗。

3. 脊髓灰质炎

长期医嘱	临时医嘱
脊髓灰质炎护理常规 半流质或软食 吸氧	血常规、血沉检查 脑脊液常规、生化检查 病毒分离 血、脑脊液特异性抗体测定

注：(1) 自发病之日起隔离 40 天，第 1 周为呼吸道及消化道隔离，第 2 周以后为消化道隔离。

(2) 急性期中前驱期及瘫痪前期应卧床休息，尽量避免外界的刺激及损伤，减少瘫痪的发生；保证足够的液体量、电解质和热量；病情严重者可短期使用肾上腺皮质激素；烦躁不安、发热及肌肉疼痛剧烈者，可用镇静、解热及止痛剂。瘫痪期应做好瘫痪肢体的护理，避免刺激及受压，保持功能体位；应用维生素 C 及能量合剂；瘫痪停止进展后，应用加兰他敏及地巴唑，以促进神经肌肉的传导；呼吸中枢瘫痪时必须保持呼吸道通畅，必要时行气管切开及人工呼吸器治疗，应用呼吸兴奋剂，并注意水、电解质及酸碱平衡，保证维持重要器官功能；呼吸肌瘫痪严重时，亦需使用人工呼吸器治疗。

(3) 恢复期及后遗症期以针灸、按摩及理疗等为主，以促进瘫痪肌肉的功能恢复。严重后遗症致畸形者可考虑行畸形矫正术。

4. 狂犬病

长期医嘱	临时医嘱
狂犬病护理常规 半流质或软食	血常规检查 脑脊液常规、生化检查 病原体分离 狂犬病毒抗原、抗体测定

注：(1) 病程中均需单室严格隔离，尽量保证病房安静，减少光、风、声、水等刺激。

(2) 保证足够的水、电解质及营养物质的供给，加强监护，以对症治疗为主，保持重要器官功能。

(3) α -干扰素、阿糖腺苷、转移因子和大剂量人抗狂犬病免疫球蛋白治疗均告失败，其病死率达100%。

5. 麻疹

长期医嘱	临时医嘱
麻疹护理常规 半流质或软食 口腔清洁	血常规 病原体分离 血清抗体测定 X线胸片检查（必要时） 血心肌酶检测（必要时）

注：(1) 隔离期自发病之日起至退疹时或出疹后 5 日，伴有呼吸道并发症者应延长至出疹后 10 日。

(2) 卧床休息，保持口腔清洁卫生，多饮水，给予易消化和营养丰富饮食。

(3) 以对症治疗为主。高热者可酌情使用小剂量退热剂，咳嗽者用祛痰止咳药；并发支气管肺炎者给予抗菌治疗，常先用青霉素 G，每日 3~5 万 U/kg 治疗，肌注或静注，再参考痰菌药敏选用抗菌药物；并发心肌炎者应注意心力衰竭发生，重症者同时用肾上腺皮质激素可保护心肌、减轻高热中毒症状，氢化可的松每日 5~10mg/kg 静滴，2~3 天好转后即停用。并发脑炎者参考流行性乙型脑炎治疗。

6. 水痘和带状疱疹

长期医嘱	临时医嘱
水痘、带状疱疹常规护理 半流质或软食 阿昔洛韦 1g 静滴 每 8h 1 次 维生素 B ₁₂ 1mg 肌注 1 次/日	血常规 疱疹刮片检查 病毒分离 血清抗体测定 病毒 DNA 检测（必要时）

注：(1) 隔离至水痘疱疹完全结痂为止，但不得少于发病后 14 日，带状疱疹不必隔离。

(2) 水痘急性期应卧床休息，给予足够的水分和

营养,保持皮肤清洁,炉甘石洗剂可用于皮肤瘙痒者,疱疹破裂可涂甲紫(龙胆紫)或抗生素软膏,维生素 B₁₂可促进皮疹干燥结痂。带状疱疹者可适当用镇静剂、止痛剂等。

(3) 抗病毒治疗首选阿昔洛韦,10~20mg/kg 静滴,每8h 1次,疗程7~10天,阿糖腺苷不及阿昔洛韦安全有效。早期使用 α -干扰素能较快抑制皮疹发展,加速病情恢复。

(4) 预防并发症 预防皮肤继发感染、脑炎等。

7. 流行性出血热

长期医嘱	临时医嘱
流行性出血热常规护理 流质或半流质 利巴韦林 1g 静滴 1次/日 记24h出入量 测血压、呼吸、体温 4次/日	血常规、异型淋巴细胞检查 尿常规 大便潜血检查 血尿素氮、肌酐检查 血钾、钠、氯、钙检查 凝血功能检测 血气分析(必要时) 特异性抗原、抗体测定 肝功能检查 心电图(必要时)检查 胸部X线检查(必要时) 肾脏B超检查

注：(1) 隔离 10 日。

(2) 抗病毒治疗应早期使用，于发病 4 日以内患者用利巴韦林治疗，疗程 3~5 天。

(3) 发热期治疗原则 控制感染、减轻外渗、改善中毒症状和预防弥散性血管内凝血 (DIC)。降低血管通透性可给予路丁、维生素 C 等；中毒症状重者可给予地塞米松 5~10mg 静滴；呕吐频繁者给予灭吐灵 10mg 肌注或多潘立酮 10mg 口服；低分子右旋糖酐或丹参注射液以降低血液黏滞性，防治 DIC。

(4) 低血压休克期治疗原则 积极补充血容量，纠正酸中毒，改善微循环功能。宜尽快补足血容量，争取 4 小时内血压稳定，晶胶体结合补给。代谢性酸中毒时给予 5% 碳酸氢钠溶液，根据二氧化碳结合力分次补充，同时具扩容作用。经补液、纠正酸中毒后血压仍不稳定者可应用血管活性药物，如多巴胺，同时也可应用地塞米松。

(5) 少尿期治疗原则 稳定机体内环境，促进利尿、导泻，透析治疗。肾实质损害所致少尿应严格控制输入量，每日补液量为前一日尿量和呕吐量加 500~700 ml，主要给予碳酸氢钠及高渗葡萄糖溶液，少尿初期可应用 20% 甘露醇 125 ml 静滴，以减轻肾间质水肿。常用利尿药物为呋塞米，可从少量开始，逐步加大剂量至 100~300mg/次，直接静注，4~6 小时重复 1 次。高血容量综合征和高血钾可进行导泻，必要时也可用放血疗法及透析疗法。

(6) 多尿期治疗原则 维持水和电解质平衡，防

治继发感染，忌用对肾有毒性作用的抗菌药物。

(7) 并发症治疗 出现消化道出血、中枢神经系统并发症、心力衰竭肺水肿、ARDS、自发性肾破裂等应给予相应的治疗。

8. 获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）

长期医嘱	临时医嘱
艾滋病护理常规 普通饮食或半流质饮食 齐多夫定 500mg/d 拉米夫定 150mg/d 沙奎那韦 800mg/d 维生素 B ₁₂ 0.1g 3次/日 叶酸 10mg 3次/日	血常规、尿常规 T 细胞绝对计数 CD4/CD8 检查 血尿素氮、肌酐检查 艾滋病毒抗原、抗体测定 胸部 X 线检查 痰培养（必要时） CD4 ⁺ T 淋巴细胞计数 HIV-DNA 定量测定

注：(1) HIV 感染者及病人均应隔离至病毒或 p24 核心蛋白从血液中消失。

(2) 直到现在艾滋病尚无特效治疗方法，实践证明早期抗病毒治疗可缓解病情，减少机会性感染和肿瘤，预防或延缓艾滋病相关疾病的发生。

(3) 抗 HIV 药物分三大类 ①核苷类逆转录酶抑制剂：齐多夫定（AZT）、双脱氧胞苷、双脱氧肌苷、拉米夫定、司他夫定；②蛋白酶抑制剂：沙奎那

韦、英地那韦、奈非那韦、利托那韦；③非核苷类逆转录酶抑制剂：奈非雷平、loviride、delavirdin。

鉴于仅用一种抗病毒药物易诱发 HIV 的突变，并产生耐药性，因而目前主张联合用药，常用三联或四联，即三类药物的联合或两种核苷类抑制剂和一种非核苷类抑制剂的联合，两种蛋白酶抑制剂和一种核苷类抑制剂以及两种核苷类抑制剂和一种蛋白酶抑制剂。联合治疗的疗程是 HIV-RNA 达到检测水平以下后，继而用两种药物持续终生治疗。

(4) 关于抗病毒治疗的时机 不论 CD4⁺T 细胞计数如何，当外周血 HIV 负荷量达 1000~10000 拷贝/ml 以上时就应进行抗病毒治疗。无症状病人 CD4⁺T 细胞计数低于 $0.5 \times 10^9/L$ 和有症状者均应开始抗病毒治疗。

(5) 免疫治疗 基因重组 IL-2 与抗病毒药物同时应用对改善免疫功能是有益的。

(6) 并发症治疗 ①卡氏肺孢子虫肺炎：戊烷咪每日 4mg/kg，肌注或静滴，2 周为一疗程；复方磺胺甲噁唑，每次 3 片，每日 2 次口服；②卡氏肉瘤：AZT 与 α -干扰素联合治疗；博来霉素 10mg/m²、长春新碱 2mg/m²、阿霉素 20mg/m² 联合化疗；③隐孢子虫感染：螺旋霉素每日 2g；④弓形虫病：螺旋霉素或克林霉素每日 0.6~1.2g，常与乙胺嘧啶联合或交替应用；⑤巨细胞病毒感染：更昔洛韦；⑥隐球菌脑膜炎：氟康唑或二性霉素 B。

(7) 支持及对症治疗 包括输血及营养支持疗

法，补充维生素特别是 B_{12} 和叶酸。

9. 流行性腮腺炎

长期医嘱	临时医嘱
流行性腮腺炎常规护理	血常规、尿常规
半流质或流质饮食	血清、尿液淀粉酶测定
口腔清洁	脑脊液检查
利巴韦林 1g 静注 1次/日	腮腺病毒抗原测定

注：（1）隔离至腮腺肿大完全消退，约 3 周左右。

（2）卧床休息，给予流质或半流质饮食，避免酸性饮料，注意口腔卫生。头痛和腮腺胀痛可应用镇痛剂，睾丸胀痛可用棉花垫和丁字带托起。对重症或并发脑膜脑炎、心肌炎患者可应用地塞米松。颅压高者给予甘露醇静注。

（3）抗病毒治疗 发病早期可试用利巴韦林每日 1g，儿童 15mg/kg 静滴，疗程 5~7 天。

10. 传染性单核细胞增多症 (传单)

长期医嘱	临时医嘱
传单常规护理 半流质或流质饮食 口腔清洁护理	血常规、异型淋巴细胞检查 嗜异凝集试验 EBV 抗体测定 EBV - DNA 检测

注：(1) 急性期病人应呼吸道隔离，鼻咽分泌物应消毒处理。

(2) 本病多为自限性，预后良好，抗病毒治疗疗效不确切，以对症治疗为主。

(3) 急性期卧床休息，有肝损伤时按病毒性肝炎对症治疗，合并感染时可应用抗菌药物。重症患者应用短疗程肾上腺皮质激素，发生脾破裂时应及时手术治疗。

11. 登革热

长期医嘱	临时医嘱
登革热常规护理 半流质或流质饮食 口腔清洁	血常规、异型淋巴细胞检查 尿常规 大便潜血检查 脑脊液检查（必要时） 肝功能检查 血清补体结合试验 病毒分离

注：（1）于有防蚊设备的病室中隔离至起病后 7 日。

（2）登革热常为自限性，以对症治疗为主，急性期应卧床休息，给予半流质或流质饮食，注意口腔和皮肤清洁，保持大便通畅。

（3）严重毒血症患者应用短疗程小剂量肾上腺皮质激素。登革热出血患者除常规使用止血药物外，还可输入新鲜全血或血小板。登革休克综合征患者按休克治疗。

12. 恙虫病

长期医嘱	临时医嘱
恙虫病常规护理 半流质饮食 氯霉素 2g/d 口服或静滴	血常规 外斐反应 病原体分离

注：(1) 患者不必隔离，接触者不需检疫。

(2) 氯霉素有特效，服药后体温大多在 1~3 天内下降至正常，剂量为成人每日 2g，儿童每日 25~40mg/kg，4 次分服，重症者可静滴，退热后剂量减半，再用 7~10 天。多西环素（强力霉素）、罗红霉素亦有较好效果。

13. 伤寒

长期医嘱	临时医嘱
伤寒常规护理 半流质或半流质饮食 氧氟沙星 0.2g 3 次/日	血常规、嗜酸性粒细胞计数 肥达反应 血培养 大便潜血检查 肝功能检查 心电图、心肌酶检查（必要时） 腹部 X 线检查（必要时） 胸部 X 线检查（必要时）

注：(1) 临床症状消失后 5 日起间歇送粪便培养，2 次阴性解除隔离，无培养条件时体温正常 15 日解除隔离。

(2) 注意观察体温、脉搏、血压、腹部情况及大便性状的变化，发热期可给予流质或半流质饮食，饮食恢复必循序渐进，不当者有可能诱发肠出血、肠穿孔。给予足够的水分、热量，保证水、电解质平衡。

(3) 高热者以物理降温为主，不宜用大量退热药以免虚脱；毒血症状严重者在足量、有效的抗菌治疗同时可短疗程使用肾上腺皮质激素，腹胀者慎用，以免诱发肠穿孔或肠出血。

(4) 病原治疗首选喹诺酮类，如氧氟沙星、左旋氧氟沙星、环丙沙星，其抗菌谱广、杀菌作用强，对伤寒沙门菌（包括耐氯霉素株）均有强大的抗菌作用，药敏率高。氯霉素治疗期间应密切观察血象的变化，注意粒细胞减少症的发生，偶有血小板减少、再生障碍性贫血、中毒性精神病。头孢菌素类由于价格昂贵，一般不作为首选用药。

(5) 并发症的治疗 ①肠出血：严格卧床休息，禁食，严密观察血压、脉搏、神志变化及便血情况，注意水、电解质平衡，给予止血剂，适量输入新鲜全血，必要时可考虑手术处理；②肠穿孔：禁食，胃肠减压，维持水、电解质平衡，加强抗菌药物治疗，视具体情况及时手术治疗；③中毒性心肌炎：在足量有效抗菌药物治疗下应用肾上腺皮质激素；改善心肌营养；必要时应用小剂量洋地黄制剂。

(6) 慢性带菌者的治疗 常用氨苄西林与丙磺舒联合治疗, 氨苄西林每日 3~6g, 分次口服, 丙磺舒每日 1~1.5g, 疗程 4~6 周; 或复方磺胺甲噁唑, 每日 2 次, 每次 2 片, 疗程 1~3 个月; 或氧氟沙星每日 2 次, 每次 300mg, 疗程 6 周。内科治疗效果不佳时, 合并胆道炎症、胆石症者, 可考虑手术切除胆囊。

14. 败血症

长期医嘱	临时医嘱
败血症常规护理 流质或半流质饮食 测血压、脉搏、体温、呼吸 记 24 小时出入量 口腔清洁 抗菌药物	血常规 血培养 + 药敏试验 尿常规 骨髓培养 + 药敏试验 积液培养 (必要时) 鲎溶解物试验 X 线检查 B 超检查

注: (1) 败血症一经诊断, 在未获得病原学结果之前即应根据情况给予抗菌药物治疗, 以后再根据病原菌种类和药敏试验结果调整给药方案。一般采用两种有效抗菌药物联合, 应选用杀菌剂, 剂量要大, 静脉给药, 疗程宜较长, 一般 3 周以上, 或在体温下降至正常、临床症状消失后继续用药 7~10 天。①病原

菌不能确定时须选用兼顾革兰阴性杆菌和革兰阳性球菌抗菌药物的联合；②葡萄球菌败血症首选苯唑西林或氯唑西林，也可选用头孢噻吩或头孢唑啉，联合利福平抗菌治疗。对耐甲氧西林金葡菌（MRSA）及耐甲氧西林的菌株（MRSE）败血症可选用万古霉素（或去甲万古霉素）与磷霉素、氨基糖苷类或利福平的联合应用；③链球菌败血症：A、B组溶血性链球菌通常对青霉素敏感，也可选用第1代头孢菌素、红霉素与林可霉素等；肺炎链球菌的治疗同溶血性链球菌；肠球菌常对多种抗生素耐药，首选青霉素或氨苄西林与氨基糖苷类联合，或万古霉素联合氨基糖苷类，或泰能；④革兰阴性菌败血症：大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌等肠杆菌科细菌对氯霉素、氨苄西林等普遍耐药，临床上可选用哌拉西林、第2或第3代头孢菌素与庆大霉素或阿米卡星联合应用，铜绿假单胞菌等假单胞菌及不动杆菌属多数为院内感染，可根据药敏选用头孢他啶或头孢哌酮，联合庆大霉素或阿米卡星；⑤厌氧菌败血症首先要清除病灶以改变厌氧环境，抗菌药物可选用甲硝唑、氯霉素、克林霉素、头孢西丁、泰能；⑥真菌性败血症可选用二性霉素B、氟康唑、伊曲康唑、5-氟胞嘧啶等。

（2）治疗局部感染病灶及原发病 化脓性病灶行切开引流或穿刺引流；胆道或泌尿道感染合并有梗阻者应给予手术治疗。

（3）其他治疗 适量营养、补充维生素、维持水、电解质平衡，必要时给予输血、血浆、蛋白质、

人血清免疫球蛋白等。

15. 感染性休克

长期医嘱	临时医嘱
感染性休克常规护理 流质或半流质饮食 测血压、脉搏、体温、呼吸 记 24 小时出入量 心电监护 口腔清洁 抗菌药物	血常规、尿常规 细菌培养 + 药敏试验 肾功能、肝功能检查 血电解质测定 血气分析 心肌酶检查 凝血溶解物试验 有关 DIC 的检查 (必要时) 心电图检查 (必要时) X 线检查 (必要时)

注：(1) 病因治疗 根据临床表现、原发病灶的情况等推断最可能的病因，选用强有力的、抗菌谱广的杀菌剂进行治疗，待药敏结果调整治疗方案。建议大剂量、静脉给药、联合用药。

(2) 抗休克治疗 包括补充血容量、纠正酸中毒、血管活性药物的应用、维护重要脏器功能、肾上腺皮质激素的应用等。

16. 细菌性痢疾

长期医嘱	临时医嘱
细菌性痢疾常规护理 流质或半流质饮食 诺氟沙星 0.2g 4次/日	血常规 大便常规 大便培养+药敏试验

注：(1) 消化道隔离至急性期症状消失，连续两次粪便培养阴性为止。

(2) 急性菌痢 ①少渣饮食，注意水、电解质、酸碱平衡，对症治疗；②病原治疗：近年来对四环素、氯霉素、磺胺及呋喃唑酮等药的耐药率达70%~100%，许多地区耐药菌株呈现多重耐药。喹诺酮类有强的杀菌作用，对耐药菌株有较好疗效，口服后可完全吸收，是目前治疗菌痢较理想的药物，诺氟沙星成人每次0.2~0.4g，每日4次口服，小儿每日20~40mg/kg，分3~4次服用，疗程5~7天；环丙沙星、左旋氧氟沙星等喹诺酮类可静脉给药。本类药物因影响骨骼发育，故孕妇、儿童及哺乳期妇女不宜使用；复方磺胺甲噁唑（SMZ-TMP）成人每次2片，每日2次，儿童酌减。

(3) 慢性菌痢 ①采用全身治疗及对症治疗，调节肠道正常菌群，并积极治疗并存的慢性疾病；②根据药敏选用2种不同类型的抗菌药物，长疗程重复1

~3个疗程。亦可用药物保留灌肠疗法，0.5%卡那霉素或0.3%小檗碱（黄连素）或5%大蒜素液，每次100~200ml，每晚1次，疗程10~14天，如有效可重复使用。

(4) 中毒性菌痢 本型病势凶险，应及时采用综合治疗措施抢救。①注意观察病情及血压、脉搏、呼吸、瞳孔的变化情况，给予降温镇静、抗休克治疗、防治脑水肿及呼吸衰竭；②应用有效的抗菌药物静脉滴注，环丙沙星0.2~0.4g，每日2次，或左旋氧氟沙星，或头孢噻肟每日4~6g，分两次加入葡萄糖液内静脉滴注。

17. 霍 乱

长期医嘱	临时医嘱
霍乱常规护理 流质饮食或禁食 记24小时出入量 心电监护 诺氟沙星 0.2g 3次/日	血常规 大便常规 粪便涂片检查 粪便细菌培养 血生化检查

注：(1) 霍乱治疗原则 ①按肠道传染病隔离患者于腹泻停止后6日，隔日送大便培养1次，连续3次阴性解除隔离；②按病人呕吐情况给予流质或禁食；③静脉或口服补液并纠正电解质；④对症治疗，

辅以抗菌药物或抑制肠道分泌药物。

(2) 补液 是治疗霍乱的关键环节，原则是早期、快速、足量、先盐后糖、先快后慢、适时补碱、及时补钾，输液总量应包括纠正脱水量和维持量。①口服补液配方为 1000ml 内含葡萄糖 22g、NaCl 3.5g、 NaHCO_3 2.5g、KCl 1.5g，或为葡萄糖 24g、NaCl 4g、 NaHCO_3 3.5g、枸橼酸钾 2.5g；②静脉补液的种类有 541 液、腹泻治疗液、2:1 溶液及林格乳酸液等。

(3) 输液量及速度 ①轻度失水补液量 3000 ~ 4000ml/d，以口服补液为主；②中度失水输液量 4000 ~ 8000ml/d，成人在最初 2 小时内快速静脉输入 2000 ~ 3000ml，待血压、脉搏恢复正常后以 541 溶液按 5 ~ 10ml/min 速度维持，好转后改口服补液；③重度失水输液量 8000 ~ 12000ml/d，先按 40 ~ 80ml/min 速度输液，半小时后按 20 ~ 30ml/min 速度直至休克纠正；④儿童患者其粪便含钠量较低而含钾量较高，失水严重，发展快，易发生低血糖昏迷、脑水肿和低血钾症，应及时纠正失水和补充钾盐。轻度失水按 100 ~ 150ml/ (kg·d)；中度失水 150 ~ 200ml/ (kg·d)；重度失水 200 ~ 250ml/ (kg·d) 补液。速度最初 15 分钟内 4 岁以上儿童为 20 ~ 30ml/min，婴幼儿为 10ml/min；⑤注意补钾及纠正酸碱平衡紊乱。

(4) 抗菌药物能减少腹泻量，缩短吐泻期及排菌期，多西环素成人 0.2g，每日 2 次，小儿 6mg/ (kg·d)，分 2 次口服，连服 3 天。四环素成人 0.5g，每日 4 次；环丙沙星 0.25 ~ 0.5g，每日 2 次；诺氟沙星

0.2g, 每日3次, 可选其一治疗。

18. 流行性脑脊髓膜炎 (流脑)

长期医嘱	临时医嘱
流脑常规护理 流质或半流质饮食 测血压, 脉搏, 呼吸, 体温, 瞳孔 口腔清洁 青霉素 20~40万 U/(kg·d) 分次静滴(皮试)	血常规 脑脊液常规、生化检查 血、脑脊液细菌培养+ 药敏, 涂片找病原体 特异性抗原抗体测定 微溶解物试验(必要时)

注: (1) 呼吸道隔离至症状消失3日, 但不少于发病后1周。

(2) 一般治疗 早期诊断, 就地住院隔离, 密切监护, 保证足够液体量及电解质, 预防并发症。高热者给予物理降温及应用退热药物。

(3) 病原治疗: 首选青霉素, 成人每日20万 U/kg, 儿童20~40万 U/kg, 分次加入5%葡萄糖内静滴, 疗程5~7天。氯霉素成人每日2~3g, 儿童50mg/kg, 分次加入葡萄糖内静滴, 症状好转后改为口服。头孢噻肟或头孢曲松成人2g, 小儿50mg/kg, 静滴每6h 1次。磺胺类由于耐药菌株增加已少用或不用。

(4) 休克型流脑应尽早应用有效抗菌药物, 并按

感染性休克治疗。脑膜脑炎型流脑应尽早应用有效抗菌药物，防治脑水肿、脑疝，保持呼吸道通畅，必要时应用呼吸兴奋剂及人工呼吸器。

19. 钩端螺旋体病（简称钩体病）

长期医嘱	临时医嘱
钩体病常规护理 半流质饮食 记 24 小时出入量 青霉素 160 万 U/日 静滴（皮试）	血常规 尿常规 血培养检查 钩体显凝试验 肝、肾功能检测

注：（1）隔离至治愈。

（2）病原治疗 钩端螺旋体对青霉素高度敏感，迄今无耐药株出现。为尽可能避免诱发赫克斯海墨耳（Herxheimer）反应而加重病情，建议青霉素首剂 40 万 U 肌注，病情重者可 2h 后追加 40 万 U，每日总量 160~240 万 U。对青霉素过敏者，可应用庆大霉素、四环素、多西环素、白霉素、头孢菌素等。

（3）对症治疗 黄疸出血型可给予维生素 K 注射，每日 40mg，重型病例加用肾上腺皮质激素。肾功能不全者注意水、电解质及酸碱平衡，必要时采用透析治疗。肺弥漫性出血型给予适当镇静剂及大剂量氯化可的松配合抗菌药物抢救患者。

(4) 后发症的治疗 无需抗菌药物。对影响较大的眼葡萄膜炎、脑动脉炎等可酌情应用肾上腺皮质激素以缓解病情。

20. 梅 毒

长期医嘱	临时医嘱
梅毒护理常规 普通饮食 隔离 苋星青霉素 G (皮试) 盐酸四环素或红霉素或多西环素 (对 PG 过敏者)	血常规 暗视野显微镜检查 血清不加热的反应素玻片试验 (USR 试验) 梅毒螺旋体血凝试验 (TPHA 试验) 脑脊液常规、生化检查 (必要时) 脑脊液性病研究实验室试验 (VDRL 试验) (必要时) 心电图检查 (必要时) 心脏彩超检查 (必要时)

注: (1) 早期梅毒 (包括一期、二期及早期潜伏梅毒) 传染性强破坏性小; 晚期梅毒 (三期皮肤、黏膜、骨骼梅毒, 病期超过两年的潜伏梅毒及二期复发梅毒) 破坏性大传染性小。

(2) 梅毒明确诊断后, 越早治疗, 效果越好。治疗要求规则、足量, 治疗后要定期追踪观察。早期梅毒要求症状消失, 尽快消除传染性, 血清阴转, 预防复发和发生晚期梅毒。晚期梅毒要求症状消失, 不一

定要求血清阴转。治疗开始时（以早期梅毒常见）要注意避免发生吉-海（Jarish-Herxheimer）反应，此现象多于首次用药后数小时至24小时发生，病人出现头痛、肌痛、皮肤风团等急性发热反应。为避免此反应，对神经梅毒及心血管梅毒可以在开始注射青霉素前1天起口服泼尼松5mg，每日4次，连服3天。治疗期间禁止性交。

（3）病原治疗 ①早期梅毒治疗用苄星青霉素G240万U，分两侧臀部肌注，每周1次，共2~3次；或普鲁卡因青霉素G，80万U，每日1次，肌注，连续10~15天，总量800~1200万U。对青霉素过敏者可选用盐酸四环素或红霉素，0.5g，每日4次，口服，连续15天；或多西环素0.1g，每日2次，口服，连续15天；②晚期梅毒治疗用苄星青霉素G240万U，每周1次，肌注，共3次。或普鲁卡因青霉素G80万U，每日1次，肌注，连续15天，也可考虑给第二个疗程，疗程间休药2周。青霉素过敏者，选用盐酸四环素或红霉素500mg，每日4次，口服，连续30天；或多西环素100mg，每日2次，口服，连用30天；③心血管梅毒应住院治疗，如有心力衰竭，应予以控制后，再开始抗梅治疗。首日用水剂青霉素G10万U肌注1次，次日用10万U，每日2次，肌注；第三天20万U，每日2次，肌注；自第四天起用普鲁卡因青霉素G，80万U，肌注，连续15天，共两个疗程（或更多），疗程间休药2周。不允许用苄星青霉素。青霉素过敏者，选用可选用盐酸四环素或红

霉素 500mg，每日 4 次，口服，连服 30 天。或多西环素 100mg，每日 2 次，口服，连用 30 天；④神经梅毒治疗应用水剂青霉素 G，每日 1200 ~ 2400 万 U，静脉滴注，连续 10 ~ 14 天。对青霉素过敏者，可选用多西环素或红霉素，剂量同早期梅毒，疗程为 30 天；⑤妊娠梅毒根据孕妇梅毒的分期不同，采用相应的青霉素方案进行治疗，用法及剂量与同期其他梅毒患者相同。妊娠初、末 3 个月各进行一个疗程。禁服四环素、多西环素。对青霉素过敏者，只选用红霉素治疗。但其所生婴儿应用青霉素补治；⑥早期先天梅毒：脑脊液异常者选用水剂青霉素 G 或普鲁卡因青霉素 G。脑脊液正常者选用长效西林。如无条件检查脑脊液者，可按脑脊液异常者进行治疗。

(4) 梅毒治疗后的随访 ①早期梅毒治疗后第一年每 3 月复查 1 次，以后每半年复查 1 次，连续 2 ~ 3 年。如有血清或症状复发应加倍治疗。若梅毒血清反应持久不降应行神经系统检查，以便发现早期无症状的神经梅毒；②妊娠梅毒治疗后，分娩前 3 月每月复查梅毒血清反应，分娩后观察同上，但其所生婴儿要观察到血清反应阴性为止，如发现异常，应立即进行治疗。

21. 疟疾

长期医嘱	临时医嘱
疟疾常规护理 半流质饮食 测体温 氯喹 总量 2.5g 伯氨喹 39.6mg 1次/日	血常规 血涂片找病原体 骨髓涂片找疟原虫（必要时）

注：（1）病愈后疟原虫检查阴性解除隔离。

（2）抗疟原虫治疗 ①对氯喹敏感的疟疾发作治疗：磷酸氯喹 1g 口服，6～8h 后再服 0.5g，第二、三日再各服 0.5g，3 日总量 2.5g。磷酸伯氨喹 39.6mg 紧接控制发作药物后口服，每日 1 次，连服 8 天；②耐氯喹疟疾发作的治疗：甲氟喹口服 750mg，1 次顿服；磷酸咯萘啶第一日 0.4g，分 2 次口服，第二、三日各 0.4g 顿服，总量 1.2g；青蒿琥酯第一日 100mg 顿服，第二至五日 50mg，每日 2 次，总量 600mg；③凶险型疟疾发作的治疗：氯喹或奎宁或磷酸咯萘啶或青蒿琥酯静脉给药治疗。

（3）脑型疟疾应及时给予脱水治疗，监测血糖，应用低分子右旋糖酐对改善微血管堵塞有一定帮助，肾上腺皮质激素疗效不确切。

22. 华支睾吸虫病

长期医嘱	临时医嘱
华支睾吸虫病常规护理 普通饮食 吡喹酮 总量 90 ~ 150mg/kg	血常规 大便虫卵计数

注：(1) 患者不必隔离。

(2) 吡喹酮是首选治疗药物，15 ~ 25mg/kg，每日3次，连服2日（总剂量90 ~ 150mg/kg），少数病例有头痛、乏力、腹痛、腹泻等副作用。丙硫苯咪唑治疗华支睾吸虫病亦有较好效果。

(3) 重度感染者应加强营养，纠正贫血，保护肝脏。对急性胆囊炎、胆石症、胆总管炎或胆道梗阻者应手术治疗，术后驱虫治疗。

23. 丝虫病

长期医嘱	临时医嘱
丝虫病常规护理 普通饮食 乙胺嗪 总量 4.2g	血常规 血液微丝蚴检查 乳糜尿试验 皮内试验（必要时） 血清抗原、抗体测定（必要时）

注：(1) 病原治疗 首选乙胺嗪，成人每日 0.6g，分 3 次服，连服 7 天，总剂量 4.2g；血中微丝蚴多、体质好的成人患者可每天午后服 1.5g，连服 2 天；或每次 0.75g，每天 2 次，连服 2 天；或每天 1.0g，连服 3 天，总剂量 3.0g；亦可小剂量长疗程法，每周 1 次，每次 0.5g，连服 7 周，总剂量 3.5g。服药期间可有发热、关节酸痛、皮疹、淋巴管炎、淋巴结肿痛等。严重心、肝、肾疾病、活动性肺结核、急性传染病、妊娠 3 个月以内或 8 个月以上妇女及月经期妇女，乙胺嗪治疗应暂缓或禁忌。呋喃嘧酮对成虫和微丝蚴均有杀灭作用，每日 20mg/kg，分 2~3 次口服，连用 7 天。治愈丝虫病须在数年内多次反复治疗。

(2) 对症治疗 ①淋巴管炎与淋巴结炎可口服解热镇痛剂，有继发感染者加用抗菌药物；②乳糜尿：发作时应卧床休息，少食脂肪，多饮水，药物治疗效果不满意。顽固性乳糜尿患者宜手术治疗；③象皮肿与淋巴水肿可采用显微外科手术治疗。

24. 钩虫病

长期医嘱	临时医嘱
钩虫病常规护理	血常规
普通饮食	骨髓细胞学检查
阿苯达唑 0.4g 1次/日	大便常规+隐血试验
硫酸亚铁 0.3g 3次/日	大便涂片钩虫卵计数
维生素 C 0.2g 3次/日	

注：(1) 钩蚋皮炎可用左旋咪唑涂肤剂或 15% 阿苯达唑软膏每日 2~3 次。皮炎广泛者可口服阿苯达唑。

(2) 驱虫治疗 苯咪唑类药物具有杀死成虫和虫卵的作用，阿苯达唑 400mg，每日 1 次，连服 2~3 天。或甲苯达唑 200mg，每日 1 次，连服 3 天，儿童与成人剂量相同，少数病人可有短暂的头昏、腹痛、恶心等药物不良反应。噻嘧啶成人剂量每次 500mg，儿童按 10mg/kg 计算，每日 1 次，连服 2~3 天。

(3) 对症治疗 纠正贫血可口服硫酸亚铁 0.3g，每日 3 次，加服维生素 C 有利于铁剂吸收，疗程 2 个月。严重贫血者给予少量输血。

25. 肠绦虫病

长期医嘱	临时医嘱
绦虫病常规护理 普通饮食 甲苯达唑 0.3g 2次/日	粪便找虫卵 + 妊娠节片

注：主要为驱虫治疗 ①吡喹酮：驱猪肉或牛肉绦虫按 15~20mg/kg，短膜壳绦虫按 25mg/kg，顿服；②甲苯达唑：300mg，每日 2 次，疗程 3 天，不良反应少。

26. 囊尾蚴病

长期医嘱	临时医嘱
囊尾幼病常规护理 普食或半流质饮食 吡喹酮 总量 120~180mg/kg 或阿苯达唑 9~10mg/kg 2次/日	血常规 脑脊液常规+生化检查 X线检查 颅脑 CT 或 MRI 检查(必要时)

注：(1) 病原治疗 首选阿苯达唑，每日 18~20mg/kg，分 2 次服用，疗程 10 天，脑型患者需 2~3 个疗程，每疗程间隔 14~21 天。吡喹酮每日 40~60mg/kg，分 3 次口服，连续 3 天，总剂量为 120~180mg/kg，必要时 2~3 个月重复一疗程，副作用较阿苯达唑发生率高。

(2) 对症治疗 有颅内高压者给予甘露醇加地塞米松 5~10 mg，连续 3 日后才开始病原治疗。疗程内亦可常规应用地塞米松和甘露醇，以防止药物不良反应的发生。癫痫发作者可选用地西泮、异戊巴比妥钠、苯妥英钠等药物。发生过敏性休克者及早用 0.1% 肾上腺素 1mg，皮下注射，同时用氢化可的松静滴。

(3) 治疗中注意事项 ①必须住院治疗，皮肤型囊尾蚴病患者因可能有潜在的脑囊尾蚴病，治疗中也可能出现较剧烈的不良反应或脑症状，严重者可发生

脑疝；②癫痫频发或颅内高压者，需先降颅压治疗，必要时行脑室引流减压术后方能进行药物治疗；③眼囊尾蚴病禁止杀虫治疗，因活虫被杀死后引起的炎症反应会加重视力障碍，甚至失明，必须先行手术治疗；④有脑室孔堵塞者，药物治疗时局部炎症反应会加重脑室孔堵塞，宜先行手术治疗；⑤有痴呆、幻觉和性格改变的晚期患者，疗效差，且易发生严重反应，尤其主张阿苯达唑治疗。

(陈幼明)

十、神经系统疾病

1. 三叉神经痛

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规三级护理 普通饮食 卡马西平 0.2g 3次/日 维生素 B ₁₂ 500μg 1次/日 肌注	血常规 肝、肾功能检查

注：(1) 发作期尽可能避免触及“扳机点”。

(2) 原发性三叉神经痛首选药物治疗 ①抗痫药物：卡马西平，首次 0.1g 口服，2 次/日，以后每日增加 0.1g，直至有效，最大剂量为 1.0~1.2g/d；疼痛停止之后逐渐减量，找出最小有效维持量，一般为 0.6~0.8g/d；苯妥英钠，0.1g 口服，3 次/日；使用抗痫药物需定期检查肝肾功能，并注意部分病人可有过敏反应；②若二者无效可试用氯硝安定；③大剂量维生素 B₁₂ 肌内注射；④氯苯氨丁酸可试用；⑤哌米清文献报道在它药无效时可以试用。

(3) 服药无效者可以选择 封闭疗法，使用无水

酒精，甘油封闭神经分支或半月神经节；经皮半月神经节射频电凝疗法；手术治疗。

2. 坐骨神经痛

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规三级护理 普通饮食 消炎痛 25mg 3次/日 卡马西平 0.2g 3次/日 复方血栓通 2片 3次/日 三B针 2ml 1次/日 肌注	血常规 肝功能检查 腰椎正侧位片检查 腰椎 CT 或 MRI (必要时) 脊髓造影 (必要时)

注：(1) 非手术治疗 急性期需卧硬板床休息，使用止痛剂，配合使用改善血循环药物和神经营养药物。也可配合理疗、按摩、推拿和针灸。疗效不佳者可用皮质激素硬膜外注射。

(2) 手术治疗 经严格非手术治疗无效或慢性复发病例可考虑手术治疗。

3. 面神经炎

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规三级护理 普通饮食 泼尼松 30mg 晨顿服 三 B 针 2ml 1 次/日 肌注 复方血栓通 2 片 3 次/日 氢氧化铝凝胶 10ml 3 次/日 10% 氯化钾口服液 10ml 3 次/日	血常规 血钾、血糖检查 面神经传导速度检查 颅脑 CT (必要时)

注：(1) 急性期尽早使用一个疗程皮质类固醇激素治疗。可用地塞米松 10~15mg/d, 7~10 天；或服用泼尼松，初剂量 1mg/(kg·d)，顿服，连续 5 天，以后逐渐减量，注意血压，血糖，血钾，预防胃溃疡；维生素 B 族药物可促进髓鞘的恢复；氯苯氨丁酸可改善局部血液循环，消除水肿，从小剂量开始逐渐加量。如系带状疱疹感染引起可口服无环鸟苷。

(2) 理疗 急性期在茎乳孔附近红外线照射或局部热敷；恢复期可做碘离子透入疗法，针刺或电针治疗。

(3) 康复治疗 尽早开始自我功能锻炼，并辅以面部肌肉按摩。

(4) 手术治疗 病后两年仍未恢复者可考虑手术治疗。

(5) 注意预防眼部合并症。

4. 格林-巴利综合征 (GBS)

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规一级护理	血常规
普通饮食	肝、肾功能检查
注意呼吸 吸痰 P, r, n	血钾、血钙检查
地塞米松针 20mg 加入盐水 静滴	脑脊液检查
三 B 针 2ml 1 次/日 肌注	心电图检查
胞二磷胆碱 0.5g 1 次/日 肌注	肌电图检查
复方血栓通 2 片 3 次/日	腓肠神经活检 (必要时)
10% KCl 10ml 3 次/日	血气分析 (必要时)
雷尼替丁 0.2g 2 次/日	

注：(1) 辅助呼吸 呼吸肌麻痹是 GBS 的主要危险因素，需密切观察患者的呼吸困难程度，出现缺氧症状，血气分析动脉氧分压低于 70mmHg，应及早使用呼吸器。注意呼吸器的护理工作，如有无漏气，及时吸痰等。

(2) 对症治疗 ①重症患者入院后进行持续心电监护；②出现高血压可用小剂量 β 受体阻滞剂；低血压可补充胶体液。

(3) 病因治疗 ①血浆交换，可除去血浆中致病因子及抗体成分；严重感染，心功能不全和凝血系统疾病患者禁忌使用；②可使用免疫球蛋白；③早期试

用皮质类固醇激素可能有效。

(4) 预防长期卧床的并发症 ①坠积性肺炎和脓毒血症可用广谱抗生素；②预防褥疮，保持床单平整，勤翻身；③预防深静脉血栓形成及并发肺栓塞，抬高患肢或穿弹力袜；④早期进行肢体被动活动预防挛缩，用夹板防止足下垂；⑤尿潴留者下腹部按摩，针灸，无效则留置尿管导尿，便秘者可用番泻叶或肥皂水灌肠；一旦出现肠梗阻迹象应禁食，并给予胃肠动力药；⑥疼痛可用非阿片类镇痛药；⑦焦虑和抑郁可用百忧解，并辅以心理治疗。

(5) 及早进行康复治疗 被动和主动运动，针灸，按摩，理疗和步态训练。

5. 急性脊髓炎

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规一级护理 普通饮食 保持呼吸道通畅 吸痰 P, r, n 地塞米松针 20mg 加入盐水 静滴 三 B 针 2ml 肌注 每天 1 次 胞二磷胆碱 0.5g 肌注 每天 1 次 复方血栓通 2 片 3 次/日 10% KCl 10ml 3 次/日 雷尼替丁 0.2g 2 次/日	血常规 肝、肾功能检查 脑脊液检查 脊柱 X 线检查 脊髓 MRI

注：(1) 药物治疗 ①皮质类固醇激素 急性期可采用大剂量甲基强的松龙短程冲击疗法，疗程为3~5天，也可用地塞米松10~20mg 1次/日静滴，10天为一个疗程；使用上述两药后，可改用强的松口服。注意激素的副作用；②免疫球蛋白一个疗程；③抗生素防治泌尿道或呼吸道感染；④维生素B族，血管扩张药如丹参，神经营养药如ATP，胞二磷胆碱； α 甲基酪氨酸预防出血性坏死。

(2) 康复治疗应早期进行。

(3) 护理极为重要，预防并发症，促进功能恢复。

6. 脊髓空洞症

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 普通饮食 布洛芬 0.2g 3次/日 VitB ₁ 100mg 1次/日肌注 VitB ₁₂ 500 μ g 1次/日肌注	脑脊液检查 膝关节X线检查（必要时） 脊柱X线检查 脊髓CT、MRI 脊髓造影（必要时）

注：(1) 目前尚无特效疗法，对症处理可给予镇痛剂、B族维生素、ATP、辅酶A、肌苷；疼痛消失者应防止外伤、烫伤或冻伤；防止关节挛缩辅助被动练习，按摩，和针刺疗法。

(2) 对空洞较大,伴有椎管梗阻和颈枕区畸形及小脑扁桃体下疝者可考虑手术治疗。

7. 脊髓压迫症

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 普通饮食 VitB ₁ 100mg 1次/日肌注 VitB ₁₂ 500μg 1次/日肌注	脑脊液检查 脊柱 X 线检查 脊髓 CT、MRI 脊髓造影

注:(1) 治疗原则是尽快去除脊髓受压的病因,能手术者应及早进行。急性压迫者应力争起病 6 小时内手术减压。

(2) 硬脊膜外脓肿应紧急手术并给予足量抗生素,脊柱结核在行根治术的同时进行抗结核治疗。

(3) 恶性肿瘤或转移瘤可酌情进行手术,术后进行放疗或化疗,不宜手术者可进行放疗或化疗。

(4) 康复治疗和功能锻炼;长期卧床者防止肺炎,褥疮等并发症。

8. 癲 癇

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理	血常规
普通饮食	血糖、血清电解质检查
丙戊酸钠 0.2g 3次/日（必要时）	肝功能、肾功能检查
卡马西平 0.2g 3次/日（必要时）	脑电图检查
苯妥英钠 0.1g 3次/日（必要时）	头颅 CT 或 MRI
	数字减影血管造影（DSA）（必要时）

注：（1）避免疲劳，缺睡，饥饿，便秘，饮酒，情绪波动等诱发因素。

（2）药物治疗 首次发作病因不明不宜过早用药，应等到下次发作再决定用药。病因明确者应依病因治疗，如颅内定位手术治疗，低血糖或低血钙等代谢紊乱需要加以调整。

（3）用药应采取个体化原则。儿童要按照体重计算药量，婴幼儿因代谢较快，剂量较儿童大。提倡单药，长期坚持服用。小剂量起始，逐渐增量，找到最小维持治疗量；减药和停药遵循缓慢和逐渐减量原则；换药应在第一种药逐渐减量的同时逐渐增加第二种药。孕妇用药慎重。

(4) 根据发作类型选择抗癫痫药物 (AEDs)

如部分性发作,全面性强直-阵挛发作和肌强直可选用卡马西平,成人首次 200mg/d,维持量 600 ~ 2000mg/d,儿童 10 ~ 40mg/ (kg·d),或苯妥英钠,成人起始剂量 200mg/d,维持量 300 ~ 500mg/d,儿童 4 ~ 12mg/ (kg·d),难治性部分性发作可试用妥泰;失神小发作,肌阵挛性发作可选用丙戊酸钠,成人起始量 500mg/d,维持量 100 ~ 300mg/d,儿童 10 ~ 70mg/ (kg·d) 或乙琥胺,成人起始量 500mg/d,维持量 750 ~ 1500mg/d,儿童剂量 10 ~ 75mg/ (kg·d); 婴儿痉挛症可选用 ACTH 和泼尼松等。

(5) AEDs 的不良反应 以剂量相关性不良反应最常见,多为暂时性,缓慢减量即可减少。

(6) 手术治疗 患者长期正规单药治疗或先后使用两种 AEDs 达到最大耐受剂量以及经过一次正规的联合治疗仍无效者可考虑手术治疗。难治性部分性发作最宜手术治疗,且为疗效最好的一种。

(7) 癫痫持续状态,可选用地西洋静脉注射,发作控制后立即使用长效 AEDs。防止脑水肿可给予甘露醇快速静脉滴注;注意纠正水、电解质酸碱失衡。

9. 短暂性脑缺血发作 (TIA)

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规一级护理 低盐低脂饮食 阿司匹林 100mg qd 低分子肝素 4000IU 2次/日 皮下注射 (必要时)	血常规 血糖、血脂、糖耐量 (必要时) 检查 血沉检查 肝功能检查 凝血酶原时间、出血时间检查 胸部 X 线检查 头颅 CT 心电图、心脏彩超检查

注: (1) 病因治疗 病因明确者尽可能针对病因治疗, 如高血压病人控制血压 $< 140/90\text{mmHg}$, 有效控制糖尿病, 高血脂, 心律失常都很重要。

(2) 预防性药物治疗 抗血小板聚集剂可减少微栓子发生, 减少短暂性脑缺血发作复发, 可选阿司匹林、噻氯匹定; 抗凝药对频繁发作的, 尤其对颈内动脉系统短暂性脑缺血发作疗效好, 如肝素、低分子肝素、华法林均可选用; 中医中药如丹参、水蛭; 血管扩张药如低分子右旋糖酐。

(3) 脑保护剂对频繁发作的短暂性脑缺血发作, 神经影像学检查显示有缺血或梗死病灶者可给予钙阻断剂如尼莫地平、西比灵。

10. 脑出血

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规一级护理	血常规 尿常规 大便潜血检查
低盐低脂饮食	血糖 血脂 糖耐量检查
20%甘露醇 125ml 每8~12小时1次 静滴	肝功能 肾功能检查
[根据病人病情选用,参见注(3)]	凝血酶原时间 出血时间 检查
呋塞米40mg 每8~12小时1次 静注	头颅 CT
[根据病人病情选用,参见注(3)]	心电图检查
10%血清白蛋白 50ml 1次/日 静滴	DSA 检查(必要时)
[根据病人病情选用,参见注(3)]	脑脊液检查(必要时)
西咪替丁 0.2~0.4g/d 1次/日 静滴	

注:(1)保持安静,卧床休息,减少探视。严密观察生命体征,瞳孔和意识变化。保持呼吸道通畅。加强护理,保持肢体功能位。

(2)注意水、电解质平衡和营养,补液量可以按尿量加 50ml,若有高热,消化道丢失可适当增加;每日补钠,补钾,防止低钠血症,加重脑水肿。

(3)积极控制脑水肿,降低颅内压是急性期治疗重要环节。可选用甘露醇疗程 7~10 天(冠心病、心肌梗死、心力衰竭和肾功能衰竭者慎用);利尿剂速尿较常用,与甘露醇合用增强脱水效果;症状较轻或重症病情好转期可以静脉滴注甘油,注意滴速不可过

快，用量适中；10%血清白蛋白静脉滴注对低蛋白血症的病人更适用，可以提高胶体渗透压；病情危重者早期短时期使用地塞米松可降低毛细血管通透性，维持血脑屏障，但要注意激素的副作用。

(4) 并发症的防治 ①发病早期病情较轻的患者若无感染证据可不使用抗生素，合并意识障碍的老年人易并发肺部感染或者因尿潴留或导尿等易合并尿路感染可给予预防性抗生素治疗；②可用 H_2 受体阻断剂预防应激性溃疡发生如西咪替丁（甲氰咪胍），一旦消化道出血可给予止血剂，并防止呕血时引起窒息，同时应补液维持血容量；③限水、补钠缓慢纠正稀释性低钠血症；④频繁痫性发作患者可使用地西泮或者苯妥英钠控制发作；⑤中枢性高热宜先物理降温，效不佳者可用多巴胺能受体激动剂如溴隐亭；⑥勤翻身，被动活动或者抬高瘫痪肢可预防下肢深静脉血栓形成，若已形成给予低分子肝素皮下注射，每日2次。

(5) 发病初期的高血压是对颅内压升高的脑血管自动调节反应，通常可不使用降压药，尤利血平等强降压药。急性期后若颅内压不高而血压持续升高者应系统抗高血压治疗。根据患者的年龄，病前有无高血压，病后血压情况将血压控制在较理想范围防止再出血。

(6) 外科治疗适应证 无心、肝、肾等重要脏器明显功能障碍患者可考虑：①脑出血病人逐渐出现颅内压增高伴脑干受压的体征；②小脑半球出血的血肿 $> 15\text{ml}$ ，蚓部血肿 $> 6\text{ml}$ ，血肿破入第四脑室或脑池

受压消失，出现脑干受压症状或急性阻塞性脑积水征象者；③脑室出血致梗死性脑积水；④年轻患者脑叶或壳核中至大量出血（ $>40\sim 50\text{ml}$ ），或有明确的血管病灶（如动脉瘤、动静脉畸形和海绵状血管瘤）。脑桥出血一般不宜手术。

(7) 康复治疗应在患者生命体征平稳、病情稳定、停止进展时尽早进行。

(8) 其他 溶栓治疗并发脑出血或凝血功能障碍可用鱼精蛋白治疗；血小板功能异常者输入血小板；抗血小板药物引起的脑出血停药即可；高血压动脉粥样硬化，脑血管畸形等引起的多发性出血进行病因治疗；不稳定脑出血与血压过高，长期大量饮酒或发病后不适宜的搬动有关，应密切检测，及时复查 CT，加强治疗措施。

11. 蛛网膜下腔出血 (SAH)

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规一级护理 低盐低脂饮食 绝对卧床休息 4 周 20% 甘露醇 125ml 每 8~12 小时 1 次 静滴 [根据病人病情选用, 参见注(3)] 呋塞米 40mg 每 8~12 小时 静注 [根据 病人病情选用, 参见注(3)]	血常规 肝 肾功能检查 凝血酶原时间 出血时 间检查 头颅 CT 头颅 MRI + MRA (必要 时) DSA

续 表

长期医嘱	临时医嘱
10% 血清白蛋白 50ml 1次/日 静滴 [根据病人病情选用, 参见注(3)] 西咪替丁 0.2~0.4g/d 1次/日 静滴 6-氨基己酸 12g 加盐水 1次/日 静滴 尼莫地平 20~40mg 3次/日	脑脊液检查(必要时)

注: (1) 就地诊治, 尽可能避免搬动。

(2) 患者应住院治疗及监护, 须绝对卧床 4~6 周, 头部稍抬高, 房间保持安静, 舒适和暗光, 避免任何可以引起血压和颅内压升高的诱因, 如用力排便, 咳嗽, 打喷嚏情绪激动和劳累等。注意营养支持, 补等渗晶体液防止低钠血症和低血容量。

(3) SAH 可以引起脑水肿, 颅内压升高, 严重者出现脑疝, 应积极脱水降颅压。可用 20% 甘露醇、呋塞米、白蛋白等。

(4) 使用抗纤维蛋白溶解药抑制纤维蛋白溶解酶原形成, 推迟血块溶解, 防止再出血的发生。常用 6-氨基己酸、止血芳酸、止血环酸、维生素 K₃ 等。

(5) 使用钙通道阻断剂防治脑血管痉挛, 常用尼莫地平、西比灵、尼膜同等。

(6) 其他 头痛引起躁动不安者适当给予止痛镇静剂, 如地西洋、苯巴比妥; 血压高者适当降压, 多用 MgSO₄, 硝酸甘油, 不宜使用神经节阻断剂。

(7) 手术治疗应在发病后 24~72 小时内进行, 通常推荐动脉瘤大、病变分级较轻的患者早期手术。

12. 脑梗死

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规一级护理 普通饮食 尿激酶 25~50 万 U 加葡萄糖 静 滴〔根据病情, 见注(1)〕 低分子肝素 4000IU 皮下注射〔根 据病情, 见注(2)〕 阿司匹林(肠溶) 100mg 1次/日 尼莫地平 20~40mg 1次/日 口服	血常规 血糖 血清电解质检 查 肝功能 肾功能检查 凝血酶原时间 出血时间检查 头颅 CT、MRI DSA 检查 心电图检查 心电监护 脑脊液检查

注: (1) 超早期溶栓常用尿激酶、链激酶或 t-PA 溶解血栓, 恢复梗死区血流灌注, 抢救缺血半暗带。适用于: ①年龄 < 75 岁; ②无意识障碍, 椎-基底动脉系统血栓形成者昏迷较深也可考虑; ③发病 6 小时内, 进展性卒中可延长至 12 小时; ④治疗前收缩压 < 200mmHg 或舒张压 < 120mmHg; ⑤CT 排除颅内出血, 且本次病灶的低密度梗死灶尚未出现, 证明为超早期; ⑥排除 TIA; ⑦无出血性疾病及出血素质; ⑧患者或家属同意。注意梗死灶继发出血, 再闭塞等并发症。

(2) 抗凝治疗防止血栓扩展和新血栓形成, 常用

药有低分子肝素及华法林等，可用于进展性卒中，溶栓后短期应用防止再闭塞。治疗期间注意检测凝血功能，还需准备维生素 K，硫酸鱼精蛋白等拮抗剂。

(3) 可选择降纤酶、蚓激酶等降解血中纤维蛋白原，增强纤溶活性，抑制血栓形成。抗血小板聚集剂不可于溶栓、抗凝治疗同时使用。

(4) 脑保护治疗可选用钙离子通道阻断剂，抗兴奋性氨基酸递质，自由基清除剂（维生素 E 和 C，过氧化物歧化酶等）和亚低温治疗。神经营养剂急性期应避免选择影响能量代谢的种类。

(5) 维持呼吸道通畅，给予适当抗生素防治肺炎、尿路感染和褥疮；卧床病人可给予低分子肝素预防肺栓塞和深静脉血栓形成。心电监护，发病后 24 ~ 48 小时血压 $> 200/120\text{mmHg}$ 宜适当降压。保持水电解质平衡。脑水肿者使用 20% 甘露醇，或呋塞米降颅压。

(6) 外科治疗对急性脑梗死病人，有脑疝迹象者有一定疗效。

(7) 尽早进行康复治疗，增进神经功能恢复，降低致残率。

(8) 抗血小板聚集剂对缺血性脑卒中有肯定的预防效果。

13. 震颤麻痹

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理	血常规 血糖 血脂检查
普通饮食	肝功能 肾功能检查
美多巴 62.5 ~ 125mg 2次/日 口服	血清铜检查
溴隐亭 7.5 ~ 15mg 口服	头颅 CT、MRI
丙炔苯丙胺 2.5 ~ 5mg 2次/日 口服	脑脊液高香草酸 (HVA) 检查
安坦 1 ~ 2mg 3次/日 口服	

注：(1) 疾病早期无需特殊治疗，应鼓励患者多做主动锻炼；若疾病影响日常生活和工作能力则需药物治疗。

(2) 药物治疗方案个体化，从小剂量开始，缓慢递增，找到最小维持剂量。常用药有：①复方左旋多巴，标准片有美多巴、心宁美；控释片有息宁控释片、美多巴液体动力平衡系统；水溶片有弥散型美多巴。根据病情选择合适的剂型。如伴有症状波动者选择控释型，有清晨运动不能，吞咽障碍者选择水溶片；②多巴受体激动剂，主张和复方左旋多巴合用，有溴隐亭、培高利特等；③单胺氧化酶 B 抑制剂：丙炔苯丙胺，与复方左旋多巴合用有肯定的协同作用，宜早、中午服用，以免引起失眠；④抗胆碱能药，如安坦、开马君。青光眼、前列腺增生患者和老

年患者禁用；⑤金刚烷胺，可促进多巴胺在神经末梢的释放，肾功能不全、癫痫、胃溃疡、肝病患者慎用，孕妇禁用；⑥儿茶4酚-氧位-甲基转移酶抑制剂，如答是美和柯丹，用药期间应检测肝功能。

(3) 外科治疗适应证 药物治疗失效，不能耐受或出现运动障碍的患者。

(4) 康复治疗 包括语音语调的锻炼，面部肌肉的锻炼，手部、四肢及躯干的锻炼，松弛呼吸肌锻炼，步态平衡锻炼以及姿势恢复锻炼等。

14. 重症肌无力 (MG)

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规-一级护理 普通饮食 吡啶斯的明 60mg 每4小时1次 泼尼松 60~80mg/d 隔日1次	血常规 尿常规 脑脊液检查 胸腺 CT 肌电图检查 血清乙酰胆碱受体抗体检查

注：(1) 使用抗胆碱酯酶药物减少乙酰胆碱降解量，常用新斯的明、吡啶斯的明、安贝氯胺等，其毒蕈碱样作用可以预先给予阿托品缓解。

(2) 病因治疗 ①肾上腺皮质激素类：对所有年龄的中重度病人尤40岁以上者有效，常与抗胆碱酯酶药合用。常用于胸腺切除术的术前准备及术后过渡

期。推荐使用大剂量递减隔日疗法。若不能缓解或反复发生危象可试用大剂量甲基泼尼松龙冲击疗法。须注意摄入高蛋白、低糖，并补充含钾丰富的饮食，必要时补钙及制酸药防止骨质疏松和胃溃疡发生；②免疫抑制剂：激素治疗半年内无改善应考虑选用硫唑嘌呤。注意骨髓抑制和感染易感性，应定期检查血象。

(3) 胸腺切除 全身型 MG 患者多适合做胸腺切除。症状严重者不宜手术治疗，会增加死亡率。术前服用肾上腺皮质激素类药物，或血浆置换避免或改善术后呼吸危象。术后疗效常需数月或数年显现，所以此法并非应激治疗。

(4) 危象处理 一旦发生危象，出现呼吸肌麻痹，应立即气管切开，用人工呼吸器辅助呼吸。停用抗胆碱酯酶药，免疫球蛋白连续静脉滴注 5 日。保持呼吸道通畅，防止肺不张和肺部感染等并发症。

15. 进行性肌营养不良

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 普通饮食 三 B 针 2ml 1 次/日 肌注 肌生 2ml 1 次/日 肌注	血常规 尿常规 尿肌酸 肌酐检查 血清肌酶谱(CK, LDH, GOT, GTP) 心电图。肌电图检查

注：(1) 迄今为止尚无特效治疗。以一般支持疗

法为主，如增加营养，适当锻炼，患者尽可能从事日常活动，但应避免过劳，防止继发感染。

(2) 药物治疗可用：①三磷酸腺苷、肌苷、甘氨酸、核苷酸、苯丙酸诺龙等；②别嘌呤醇，治疗过程中定期检查白细胞，若低于 $3 \times 10^9/L$ 则停用。

16. 低钾性周期性麻痹

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 普通饮食 10%氯化钾 10ml 3次/日	血常规 尿常规 血钾、血钠、血钙检查 肝功能 肾功能检查 心电图、肌电图检查 血 T_3 、 T_4 测定

注：(1) 避免饱餐，酗酒，过劳，受凉，剧烈运动，寒冷，感染，创伤，情绪激动等诱因。

(2) 治疗 ①低血钾型周期性瘫痪，平时少食多餐，高钾低钠饮食；急性发作时可顿服 10% 氯化钾或 10% 枸橼酸钾 20 ~ 50ml，24 小时内再分次口服，总量 10g；病情好转后逐渐减量，一般不用静脉给药，以免发生高血钾；重症患者口服与静脉给药结合；甲亢性周期性瘫痪应积极治疗甲亢，可预防发作；预防性治疗，首选碳酸酐酶抑制剂乙酰唑胺或螺内酯口服；②高血钾型周期性瘫痪，高碳水化合物饮

食；发作轻者无需治疗，较重者可用 10% 葡萄糖酸钙或氯化钙 10~20ml 静脉滴注，或 10% 葡萄糖 500ml 加胰岛素 10~20U 静脉滴注，也可用呋塞米排钾；预防发作首选乙酰唑胺或氢氯噻嗪（双氢克尿塞）；预感发生可吸入 β 肾上腺受体阻断剂 butamol；③正常血钾型周期性瘫痪，每日服用食盐 10~15g，必要时用氯化钠静脉滴注；避免进食含钾过多的食物，如肉类、香蕉等；治疗和预防发作方法和高血钾型相同。

17. 偏头痛

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规三级护理	血常规
普通饮食	血脂检查
对乙酰氨基酚 0.5~1.0g 1次/日 [根据病情选用，见注 (2)]	肝功能、肾功能检查
阿司匹林 0.6~1.0g [根据病情选用，见注 (2)]	DSA 检查
酒石酸二氢麦角胺 0.25~1.0mg 1次/日 肌注 [根据病情选用，见注 (2)]	头颅 CT、MRI
尼莫地平 40mg 3次/日	

注：(1) 在光线较暗的房间休息，避免情绪波动；不服用血管扩张剂或利血平类药物；注意保暖；慎服含酪胺的食物，如奶酪，红酒和巧克力。

(2) 发作期治疗 ①轻、中度头痛若无禁忌证可

选用对乙酰氨基酚，或非类固醇类抗炎药，如阿司匹林、布洛芬，亦可选用握克丁胶囊；中、重度头痛首选麦角衍生物，如酒石酸二氢麦角胺、麦角胺，或曲普坦类如舒马普坦；重度头痛选酒石酸二氢麦角胺、阿片类药，如哌替啶，或神经安定剂如氯丙嗪；②症状治疗：伴严重恶心、呕吐者可给予小剂量奋乃静；眩晕或头昏者可给予眩晕停或东莨菪碱等治疗。

(3) 预防性治疗 发作频繁而持续，严重影响正常生活和工作，每月达3天以上或以往发作伴有脑梗死者应给予预防性治疗。① β 受体阻断剂，如普萘洛尔；②钙通道阻断剂，如尼莫地平；③抗组胺药物，如赛庚啶；④麦角衍生物，如麦角胺；⑤其他药，如抗惊厥药，曲普坦类等。

18. 多发性硬化

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 普通饮食 甲基泼尼松龙 1000mg 加糖水 1次/日 静滴 β -干扰素 8×10^6 U 皮下注射 (根据病情选用) 免疫球蛋白 10g 1次/日 静滴 (根据病情选用)	血常规、尿常规 肝功能、肾功能检查 脑脊液检查 头颅CT、MRI 视觉、脑干听觉、体感 诱发电位检查

注：(1) 保证足够卧床休息，避免疲劳，情绪激

动和受凉。

(2) 复发-缓解型 ①肾上腺皮质激素类, 主张大剂量短程疗法。常用甲基泼尼松龙 3~5 天; 泼尼松 80mg 起始口服, 1 周后逐渐减量; ACTH 80U/d 起始口服, 1 周后逐渐减量; 地塞米松; ② β -干扰素, 可以增强患者免疫细胞的抑制功能; ③硫唑嘌呤, 可降低复发率; ④免疫球蛋白 (Ig) 可持续使用 3~5 个月。

(3) 进展型 选用氨甲蝶呤、环磷酰胺、环孢菌素 A。

(4) 对症治疗 疲劳可口服盐酸金刚烷胺或苯异妥英; 间断使用氯化氨基甲酸酯甲基胆碱可用于治疗尿潴留和普鲁本辛治疗尿频、尿急; 严重尿潴留间断插管, 严重便秘间断灌肠; 严重痉挛性截瘫和大腿痛性屈肌痉挛可鞘内注射氯苯氨丁酸; 严重姿势性震颤可用异烟酸和吡哆醇并用。

19. 肝豆状核变性

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 低铜饮食 D-青霉胺 1~1.5g (儿童 20mg/kg) 分 3 次口服 青霉素皮试 硫化钾 20~40mg 每日 3 次	血常规、尿常规, 尿铜检查 血清铜, 铜蓝蛋白, 铜氧化酶活性检查 裂隙灯下看角膜 K-F 环 肝功能、肾功能检查 手部 X 线检查 头颅 CT、MRI

注：(1) 低铜饮食 避免食用过多含铜多的食物，如坚果类、巧克力、香菇、贝类、螺类、各种动物肝和血；高氨基酸、高蛋白饮食可以促进尿铜排泄；避免使用铜制餐具和炊具。

(2) 药物治疗 D-青霉胺为首选，可与血液和组织中过量的游离铜络合从尿中排出，需终身服用；服用前需要做青霉素皮试，皮试阴性方可服用；锌剂可通过竞争机制抑制铜的吸收，导致粪铜排泄增加；硫化钾可使铜在肠道形成不溶性硫化铜排出；二巯基丁二酸钠可与铜离子结合形成硫醇化合物经尿排出。

(3) 对症治疗 肌强直及震颤者可用安坦、多巴胺；精神症状明显者用抗精神病药，智力减退者可用促智药；严重脾功能亢进者可切脾。

(4) 手术治疗 各种治疗均无效时可考虑肝移植。

20. 新隐球菌脑膜炎

长期医嘱	临时医嘱
神经内科护理常规二级护理 普通饮食 二性霉素 B 1~5mg/d 加葡萄糖溶液静滴 氟康唑 200~400mg/d 口服	血常规 肝功能、肾功能检查 肺部 X 线检查 脑脊液检查 头颅 CT 或 MRI

注：(1) 抗真菌治疗 ①二性霉素 B 成人首次 1

~ 5mg/d, 以后根据情况适当加量, 最大剂量 40mg/d, 总剂量 1 ~ 2g。主张和氟康唑或 5 - 氟胞嘧啶联合治疗; ② 氟康唑, 对隐球菌有特效; 疗程一般为 6 ~ 12 个月; ③ 5 - 氟尿嘧啶, 与二性霉素合用可增强疗效, 单药效差, 且易产生耐药性。

(2) 对症及全身支持疗法 颅内压升高者降颅压; 注意水、电解质平衡; 注意全身营养, 全面护理, 防治肺部和泌尿系统感染。

(盛文利)

十一、临床护理

(一) 内科一般护理常规

1. 入院护理常规

(1) 病区护士接到病人入院通知后, 根据病情需要为病人准备好病床单位, 必要时备抢救物品。

(2) 热情接待病人, 病情允许时为病人称体重。尽快将病人安置在病房, 向病人介绍病室环境, 住院制度 (探访制度、卫生制度、请假制度、作息制度、陪护制度、物品安全制度等), 讲解床头对讲机使用, 派发住院须知, 并嘱病人签写请假须知并贴在病历内, 通知责任护士与主管医生。

(3) 检查入院病历是否完整, 填写入院时间、楣栏, 填写住院病人一览表、床头卡、病室日志、入院登记本。

(4) 急、危重病人入院时, 先协助医生进行抢救、治疗, 然后填写各种表格。

(5) 医生开出医嘱后, 按医嘱录入电脑, 核对后发送, 打印工作单。

2. 内科护理常规

(1) 按入院护理常规。

(2) 按级别护理。

(3) 入院前 3 天每日测体温、脉搏、呼吸 4 次,

3天内无发热则改为每日1次，高热时按高热护理常规。

(4) 按医嘱给予适当的饮食。

(5) 每日记录大便次数。

(6) 入院时测血压1次，称体重1次，以后每周称体重1次（重病人不能起床者应在体温表栏填“卧床”）。

(7) 入院后按医嘱送验血常规，次晨留大、小便。

(8) 对危重病人应常帮助变换体位，保持皮肤清洁，必要时加用气垫床，保护受压皮肤，以防褥疮发生。

(9) 病情有变化时，应即通知医生，并准备好急救器械，协助医生抢救。

3. 出院护理常规

(1) 提前一天向病人做出院健康指导。

(2) 医生开出院医嘱后，将出院带药输入电脑，打印处方，打印出院通知书，将未用的药或检查单退费，交医援部送住院处结账，出院通知书经住院处盖印后送回病房，护士把出院通知书交病人或家属，通知其到住院处办理出院手续，告诉病人办妥出院手续后到药房取药。

(3) 将门诊病历交回病人，检查病人单位的被服是否齐全，各项手续完毕后送病人出院。

(4) 病人出院后，用红笔在体温表40~42℃之间相应的时间内竖写出院时间，将病人有关卡片取

出，填写出院日志表。在护理病历上写出院小结及出院指导，并在护理记录上写出院交班记录。

(5) 通知工人，清洁单位用物，按常规做清洁消毒，如属传染病或死亡病人，则需进行终末消毒。

(二) 分级护理

根据病人病情开具护理等级医嘱，级别分为特级护理及一、二、三级护理，并作出标志（一级护理为红色，二级护理为蓝色，三级护理可不设标志）。

1. 特级护理

(1) 护理对象

- 1) 危重病人，随时需要抢救，如监护室的病人。
- 2) 各种复杂的大手术后或新开展的大手术后，如肝、肾移植、骨髓移植术后。
- 3) 各种严重外伤以及脑水肿。

(2) 护理措施

1) 设专人护理，备齐急救药物、器材，随时准备抢救。

2) 制定并严格实施护理计划，设特别护理记录单。

3) 根据病情严密观察病情变化，进行床边心电图监护，有异常时及时通知医生处理。

4) 保持呼吸道通畅，头偏一侧，有活动义齿者应取下，交家人保管。

5) 保持各种管道通畅（吸氧管、胃管、尿管、静脉滴注管等）。

6) 加强全身营养，定时喂水、喂食，并记录出

入量。

7) 防褥疮及坠积性肺炎, 每 2 小时翻身拍背 1 次, 设翻身卡, 做好登记。保护皮肤清洁, 每日进行口腔护理, 使用气垫床。加床栏。

2. 一级护理

(1) 护理对象

1) 病情重或危重, 需要严格卧床休息, 生活不能自理者。

2) 高热、昏迷、心、肝、肾、呼吸功能衰竭、休克、极度衰弱者。

3) 瘫痪、惊厥、晚期肿瘤病人。

4) 各种原因所致的急性失血及内出血病人。

(2) 护理措施

1) 严格卧床休息, 给予帮助解决生活上的各种要求。

2) 注意身心两方面的变化, 了解心理需求, 做好身心整体护理。

3) 严格观察病情变化, 每 15 ~ 30 分钟巡视病人 1 次, 一般每日测量体温、脉搏、呼吸、血压 4 次。特殊需要时按医嘱增加次数。

4) 根据病情制定并实施护理计划, 观察用药后的反应及效果。做好各项护理记录。

5) 加强基础护理, 注意皮肤清洁, 防止发生合并症。一般每日或隔日擦浴 1 次, 自己不能翻身者每 2 小时协助翻身拍背 1 次, 预防褥疮发生。口腔护理每日 1 ~ 2 次。

6) 加强营养, 鼓励病人进食, 做好饮食护理。

3. 二级护理

(1) 护理对象

1) 急性重症症状消失, 病情稳定, 生活尚未完全自理者。

2) 慢性病不宜过多活动或年老体弱者。

(2) 护理措施

1) 卧床休息, 根据病人情况, 可做适当活动。

2) 注意观察病情及特殊治疗、用药后反应和效果, 一般 1~2 小时巡视 1 次。

3) 每日测量体温、脉搏、呼吸 1~2 次。

4) 做好基础护理, 协助翻身, 加强口腔、皮肤的护理, 防止发生并发症。

5) 给予生活上必要的照顾, 如协助洗脸、擦身、送饭、递送便器等。

6) 了解心理需求, 给予必要的协助。

7) 协助功能锻炼, 给病人进行卫生科普知识宣传教育及保健咨询指导。

4. 三级护理

(1) 护理对象

1) 一般慢性疾病, 轻症, 术前检查阶段的病人。

2) 各种疾病即将出院病人。

3) 可以下床活动, 生活可以自理者。

(2) 护理措施

1) 每日测量体温、脉搏、呼吸 1~2 次, 掌握病人的病情及心理情况。

2) 每日巡视 2~3 次。

3) 督促遵守院规, 保证休息, 注意病人饮食, 做到班班巡视。

4) 给病人进行卫生科普知识宣传教育及保健咨询指导。

(三) 特殊护理

1. 发热的护理

(1) 监测体温变化, 每 4 小时测量体温 1 次直至退热后 72 小时。

(2) 降低体温 可选用物理降温或药物降温, 局部冷疗采用冷毛巾、冰袋, 也可全身采用温水擦浴、酒精擦浴方式, 达到降温目的。应用降温措施后 30 分钟测量体温并记录。

(3) 加强病情观察 注意病人呼吸、脉搏和血压的变化, 有无头痛, 意识障碍等伴随症状, 观察病人皮肤颜色与温度。

(4) 及时补充营养和水分 给予病人易消化的高热量、高蛋白以及高维生素的流质或半流质饮食, 指导患者多饮水, 一天摄入水分约 3000ml 为宜。

(5) 评估病人有无脱水情况, 必要时按医嘱补液。

(6) 使病人舒适 高热者应绝对卧床休息, 低热者适当休息。保持空气流通, 环境安静。注意口腔清洁, 预防口腔感染。及时擦干汗液, 及时更换汗湿衣服, 应穿宽松、棉质衣服。

(7) 做好安全护理 对高热伴头晕或谵妄者要加

床栏保护，专人陪护。

(8) 做好心理护理 注意病人身心变化，多巡视解答病人疑问，解除顾虑。

2. 疼痛的护理

(1) 评估病人疼痛的部位、性质、持续时间与程度。

(2) 止痛措施 首先应减少或消除引起疼痛的原因，解除疼痛刺激源。其次是按医嘱给予药物止痛。第三是物理止痛，可采用理疗、按摩、针灸及推拿等方法，也可用冷、热疗法。但注意，不明原因的疼痛不能随意使用止痛剂，以免掩盖病情；冷疗法禁用于局部组织血液循环不良、水肿部位、深部有化脓灶、心前区、足底、枕后、耳郭；热疗法禁用于未明原因的腹痛、扭伤、挫伤后 48 小时内、有出血性疾病者、治疗部位有移植金属物、鼻周围三角区感染化脓者。

(3) 评估疼痛的伴随症状 如发热、恶心、呕吐、焦虑不安等，观察血压、脉搏及呼吸变化，注意有无休克症状。发现情况及时通知医生。

(4) 指导病人减轻疼痛的方法，保持环境的安静，避免情绪刺激，减少焦虑。

3. 休克的护理

(1) 迅速评估休克的潜在原因 如血容量不足性休克、心源性休克、感染性休克、过敏性休克等。

(2) 保持呼吸道通畅，清除呼吸道分泌物，立即供给氧气。病人卧床，宜取头抬高，脚抬高位，以改善呼吸及有利于静脉回流。

(3) 迅速建立静脉通道,按医嘱给予输血、升压药、强心剂或加速补液等。

(4) 监测血压、脉搏、体温及呼吸变化,血压维持在 $90 \sim 120/60 \sim 80\text{mmHg}$ 为宜。记录每小时尿量,尿量应为 30ml/h 为宜。若尿量小于 20ml/h ,提示有肾血流量不足,应加快补液,有条件者监测中心静脉压。注意皮肤颜色及温度。

(5) 监测血清电解质等变化,维持酸碱平衡。

(6) 高热时及时采用物理降温,低体温时注意保暖,但不宜使用热水袋,以免皮肤血管扩张而影响重要器官的血流量。

(7) 尽快去除休克的原因,并针对病因治疗。

(8) 保持环境安静,减少患者焦虑。

(9) 保持皮肤清洁及口腔的清洁,每日进行口腔护理及床上浴。

(10) 休克纠正后,注意补液速度,防止发生肺水肿。

4. 昏迷的护理

(1) 保持呼吸道通畅,定时清除气道分泌物,准备气管切开或插管用物。

(2) 加强病情观察,定时监测体温、血压、脉搏、呼吸变化。

(3) 维持水、电解质的平衡,记录 24 小时出入量,按医嘱给予输液或鼻管饲,以补充必需营养及水分。

(4) 给予适当的肢体活动以促进血液循环,保持

肢体于正常功能位置，预防垂足等发生。

(5) 保持病人清洁舒适，预防感染，每日特殊口腔护理两次，床上浴 1 次，会阴冲洗两次，每 2 小时协助翻身受压部位。使用气垫床。宜给予停留尿管，避免尿液经常刺激肛周而引起皮肤感染或褥疮。

(6) 对病人眼睑不能闭合者，须保护眼睛，按医嘱涂上眼药膏，并加盖消毒盐水纱布，预防角膜受感染或损害。

(7) 宜给病人头部抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，预防脑水肿。做好安全护理，取下活动义齿，床旁备开口器、压舌板、舌钳，加床栏。烦躁不安者经家属同意后四肢给予适当约束。

5. 褥疮护理

(1) 评估患者褥疮发生的危险因素，如营养不良，痛觉消失，消瘦，水肿，长期卧床，大小便失禁，意识障碍，老年人骨折等。

(2) 有上述危险因素者，使用气垫床，每 2 小时翻身按摩受压部位，注意翻身技巧，避免拖、拉、推等动作。消瘦明显者，可用酒精进行局部按摩，以促进局部血液循环。坐椅病人每小时更换体位。

(3) 保持患者皮肤清洁、舒适。每日淋浴或床上浴，大小便失禁者在肛周皮肤涂擦保护剂。保持床单整洁平整。皮肤干燥者，可用小量润滑剂予以保护。

(4) 给予充足的营养增强抗病能力。

(5) 根据褥疮的不同分期分别进行护理

1) 淤血红润期 予增强翻身次数，去除致病原

因，改善局部血液循环，加强营养。

2) 炎症浸润期 小水疱防止破裂感染，大水疱可在无菌操作下用注射器抽出疱内液体，外涂消毒液，再以无菌敷料包扎。

3) 浅度溃疡期 每日用生理盐水清洗伤口，后予红外线灯照射疮面 15 ~ 20 分钟，每日 2 次，再以局部使用抗生素，最后以无菌敷料覆盖。

4) 坏死溃疡期 协助医师去除坏死组织，用生理盐水清洗疮面，后予红外线灯照射疮面 15 ~ 20 分钟，每日 2 次，再根据疮面分泌物培养结果，选择抗生素局部用药，再盖以无菌敷料。

6. 水肿的护理

(1) 评估患者水肿的原因与发生部位。如为局部性水肿，多由炎症、过敏、淋巴炎、静脉栓塞或局部淋巴循环障碍所形成。如为全身性水肿，多见于心源性、肾性、肝性、内分泌性等。

(2) 每日测量体重，腹腔积液患者每日测腹围，记录 24 小时出入量。

(3) 监测生命体征变化，注意有无水、电解质失衡情况。

(4) 提供病人舒适姿势与安静环境。如肺水肿与腹腔积液时，一般给予坐位或半坐卧位，以利呼吸，下肢水肿时，宜抬高下肢以利静脉回流。

(5) 饮食护理。应限制盐及水分摄入，若血浆蛋白低时可给予高蛋白饮食，但急性肾炎所致水肿及有尿毒症之前驱症状时，应予以优质低蛋白饮食，肝昏迷

时要禁蛋白饮食。

(6) 做好皮肤护理。水肿患者易出现皮肤感染与皮损，所以必须做好皮肤清洁，定时更换受压部位，避免局部长时间受压，衣服、鞋选择宽松柔软，避免不良刺激。

(7) 指导患者了解水肿的原因、预防措施、饮食控制及相关运动等。

7. 腹泻的护理

(1) 评估腹泻的原因与诱因 常见腹泻原因有感染性、渗透性、功能紊乱性腹泻等。

(2) 观察大便的量、性状、排便次数及颜色并记录。观察腹泻的伴随症状如腹痛、腹胀、恶心、呕吐等。

(3) 严重腹泻时，按医嘱予禁食并给予静脉补液。好转后采用渐进式饮食如从禁食→流质→半流→普通饮食过渡。轻症者宜给予高蛋白、高热量、易消化的低渣饮食，避免刺激性食物。

(4) 观察病情变化，注意病人有无全身水、电解质平衡紊乱，观察皮肤弹性，有无脱水征，或患者有无全身软弱无力等低钾表现，及时通知医生处理。

(5) 保护皮肤。由于频繁的排便易造成肛周皮肤刺激、擦伤，引起感染，故指导患者每次便后均以温水清洗，并可用锌氧油等外涂肛周以保护皮肤。

8. 瘫痪的护理

(1) 评估瘫痪的情况，辨别是中枢性瘫痪还是周围性瘫痪，有无呼吸肌瘫痪等严重情况。

(2) 预防坠积性肺炎及肺内感染，每2小时翻身拍背1次，协助排痰。

(3) 加强个人清洁，每日床上浴或淋浴。每日口腔护理2次。保持肛周、会阴皮肤清洁，防褥疮。

(4) 有排尿困难或尿失禁者，宜停留尿管，并根据尿管材料定时更换尿管，每3天更换引流袋。

(5) 长期停留尿管者，每日2次用1:5000呋喃西林250ml冲洗膀胱。定期进行小便常规检查。

(6) 预防肠胀及便秘。指导病人养成定时排便习惯，鼓励多喝水，多吃蔬菜水果。3天以上无大便者，可服缓泻剂，用开塞露或清洁灌肠等治疗。

(7) 做好安全护理。感觉减退或消失的肢体，取暖时热水袋温度不可大于50℃，并经常变换部位，防烫伤肢体。常规加床栏。

(8) 协助和训练病人对瘫痪肢体进行主动及被动活动，防止肌肉痉挛、萎缩及肢体畸形，应保持患肢在功能位置，防止足下垂。每日按摩、理疗或针灸肢体，促进局部血液循环。

(9) 做好心理护理，鼓励家属参与照顾病人。

(吕洁梅)

十二、病人膳食

(一) 基本饮食

1. 普通饮食

(1) 适用对象 不需限制饮食者，消化道功能正常、无发热病人、疾病恢复期病人及产妇等均可采用。

(2) 膳食原则 ①与正常人饮食相同，为平衡膳食；②对油炸及不易消化的食物，以及有强烈辛辣刺激的调味品等少用为宜；③每日进食三餐。按比例分配，早餐占 20% ~ 30%，中餐 40%，晚餐 30% ~ 50%。所需营养素应达到我国推荐膳食营养素供给量需求，即成人总热量为 2200 ~ 2600kcal/d (1kcal = 4.175kJ)，蛋白质 70 ~ 90g/d，脂肪 60 ~ 70g/d，碳水化合物 450g/d，水分 2500ml，以及丰富的维生素和矿物质。

2. 软食

(1) 适用对象 低热病人，消化不良病人，肠道疾病，如伤寒、痢疾、急性肠炎等恢复期病人，口腔有疾病或咀嚼不便的老年人，以及 3 ~ 4 岁的幼儿。

(2) 膳食原则 ①介于半流质到普通饮食中间的一种饮食。食物要易于消化，便于咀嚼，因此一切食物烹调时都要切碎、炖烂、煮烂；②不食油炸的食

物，少食含粗纤维的蔬菜，忌食强烈辛辣的调味品；③长期进食软饭的病人，因蔬菜都是切碎煮软，维生素损失较多，所以要注意补充。多食维生素 C 含量丰富的食物，如番茄、新鲜水果、青菜等；④每日所需营养素应达到或接近我国推荐膳食营养素供给量需求，饮食更需鲜美可口，每日三餐，每天总热量 2000 ~ 5000kcal。

(3) 食物举例 烂面条，软米饭，切碎的肉类，煮烂的蔬菜等。

3. 半流质饮食

(1) 适用对象 中度发热，身体虚弱，有较严重消化道疾病，如腹泻，咀嚼吞咽困难，施行手术后病人，以及刚分娩的产妇等。

(2) 膳食原则 ①较软饭更为细软，呈半流质状态的食物，而且易消化、易咀嚼，含纤维少而营养较高；②制备半流质时，应少用或完全不用强烈的调味品。禁用食物有油脂多或油煎炸的食物、多纤维食物以及辛辣调味品等；③少量多餐，每日五至六餐。全天热量在 1500 ~ 2000 kcal 之间，蛋白质达到正常需要量；④对伤寒、痢疾病人及肠道手术后病人，不能进食含纤维及胀气的食物，如蔬菜、生水果等；痢疾病人不能进食牛奶、豆浆及过甜的食品。

(3) 食物举例 大米粥、小米粥、牛奶、菜汁、果汁等。

4. 流质饮食

(1) 适用对象：高热，危重病人，口咽部疾病或

咀嚼吞咽困难，急性消化道炎症，大手术后的病人等。

(2) 膳食原则 ①食物为液体或易于溶化为液体类；②每天总热量 1000 kcal，每 2~3 小时进食一次，每日 6~7 次，每次 200~250ml，每日总量 2000 ml 左右，通常辅以肠外营养；③凡痢疾病人及腹部手术病人，为避免胀气，应避免进食牛奶、豆浆及过甜的液体；④凡鼻饲流质，忌用蛋花汤、浓米汤，以免管道堵塞；⑤此类饮食所供热量及营养素均不充足，只能短期采用。

(3) 膳食举例：米汤、豆浆、牛奶、果汁等。

(二) 治疗饮食

1. 高蛋白膳食

(1) 适用对象 高代谢性疾病，如甲亢、结核、贫血、癌症及烧伤病人，营养不良、手术前后病人，某些肝、肾病病人低蛋白血症等。

(2) 膳食原则 ①每日蛋白质供应 100~120g；②采用富有动物性蛋白质的食物，如鸡、鸭、鱼、肉、蛋、牛奶等，也可采用富含优质植物蛋白的食物，如黄豆及黄豆制品等；③可在正餐中加一份全荤菜，或采用加餐办法于两餐中间加点心。

2. 低蛋白膳食

(1) 适用对象 肝昏迷前驱期，慢性肾炎、尿毒症、氮质血症病人。

(2) 膳食原则 ①每日摄入的蛋白质不超过 40g；②多进食蔬菜、水果等高维生素的食物；③应

在蛋白质定量范围内适当选用优质低蛋白，如牛奶、鸡蛋。

3. 高纤维膳食

(1) 适用对象 习惯性便秘，或误食异物需刺激肠道蠕动使异物排出等病人。冠心病、高脂血症、糖尿病等病人均提倡用高纤维饮食。

(2) 膳食原则 ①膳食纤维 30g/d，采用含纤维多的食物，如韭菜、芹菜、黄豆芽等及水果，或玉米、番薯等粗粮；②清早饮水，可刺激肠道蠕动；蜂蜜、浓糖水、果酱、豆类等产气食物也能刺激肠道蠕动。

4. 低纤维少渣膳食

(1) 适用对象 胃、十二指肠溃疡恢复期，食管胃底静脉曲张，腹泻、伤寒、痢疾、慢性肠炎、肛门肿瘤、咽喉部及消化道手术等病人。

(2) 膳食原则 ①全天膳食纤维低于 4g；②所有食物应切小剁碎、煮烂，蔬菜做成泥浆；③食物需质地细软、少渣滓、少粗纤维、无刺激性，便于咀嚼和吞咽；④禁用脂肪过多的食物，如肥肉、油煎炸的食物。

5. 无渣膳食

(1) 适用对象 严重食管、胃底静脉曲张者，严重腹泻、痢疾等。

(2) 膳食原则 ①选择在消化后留下极少渣滓的食物，如鸡蛋、鱼、豆浆、豆腐脑及少量牛奶；②不宜采用肉类、菜泥、果泥等。

6. 低盐膳食

(1) 适用对象 适用于心血管疾病、慢性肾炎、尿毒症、肝硬化腹腔积液、水肿等病人。

(2) 膳食原则 ① 每日食盐含量不超过 2g (或酱油 10ml), 钠小于 1500mg/d; ② 禁止食用腌制的食品, 如咸肉、香肠、咸蛋、皮蛋、酱菜等; ③ 禁用辛辣的食物及调味品。

7. 无盐膳食

(1) 适用对象 心力衰竭, 肝硬化严重腹腔积液, 急慢性肾功能衰竭少尿及无尿者。

(2) 膳食原则 ① 全天钠小于 700mg; ② 禁用食盐和一切含盐食物。

8. 低脂膳食

(1) 适用对象 适用于冠心病、动脉粥样硬化、高脂血症、胰腺炎、慢性肝炎、肝硬化、肥胖症等病人。低脂膳食包括低脂肪饮食和低胆固醇饮食。

(2) 膳食原则 ① 低脂肪饮食: 每日脂肪量限于 40g 以下, 全天烹调油小于 20g; 禁用油炸物、肥肉、猪油及含脂肪多的点心; 可选用脱脂奶或肉汤去油, 忌用油脂糕饼、奶油糖果、果仁等。② 低胆固醇饮食: 胆固醇每日限制在 300mg 内; 以大米、小麦、蔬菜、水果为主; 对含胆固醇的食物, 如动物内脏、蛋黄、脑等应尽量少用; 不宜用动物油, 宜用植物油。

9. 管饲饮食

(1) 适用对象 昏迷、精神失常拒食、不宜从口进食的病人。

(2) 膳食原则 ①每日总热量 1500 ~ 2000kcal, 每日 5 ~ 6 次, 每次 200 ~ 300ml。要素饮食采用持续滴入法, 每小时 50ml, 温度 38℃; ②各种营养素需充分, 食谱需保持平衡。常用食物有混合奶、混合粉、稠米汤、蔬菜汁。混合奶是以牛奶为主配制的流质饮食; ③要素膳(元素膳)是一种营养素齐全, 不需要消化或稍经消化后就可以吸收的无渣膳食, 它是采用氨基酸、短肽等作为蛋白质来源, 葡萄糖、蔗糖或糊精作为热能来源。另外, 还含有矿物质、微量元素、维生素及脂肪酸。

10. 要素饮食

(1) 适用对象 消化道痿、外科大手术后、严重创伤、短肠综合征、重症胰腺炎、肿瘤及严重营养不良。

(2) 膳食原则 要素膳含有人体所需全部营养成分, 包括游离氨基酸、单糖、主要脂肪酸、维生素、无机盐类等。配制组成有: 糊精、葡萄糖、大豆粉、全蛋粉、大豆水解氨基酸、明胶水解氨基酸、复方维生素、矿物微量元素及少许芋粉、可可粉等。所含热量可达 1kcal/ml。供给时根据病情、身高、体重及一般状态等具体计算供给的热量; ②可口服、鼻饲、胃或空肠置管滴入, 也可作为正常饮食外的附加营养; ③口服法每日 4 ~ 6 次, 按病情下医嘱。饮用时, 要多喝水, 因为要素膳是高渗饮料; ④滴入法时, 开始速度要慢, 不宜超过每分钟 40 滴, 以后视病人耐受情况, 逐渐增加至 60 ~ 80 滴, 两餐之间应加水 100 ~

150ml, 避免引起高渗性脱水。输入温度以 38℃ 为宜。

11. 溃疡膳食

(1) 适用对象 胃溃疡、十二指肠溃疡及消化道出血病人。

(2) 膳食原则 ①止血后宜多采用牛奶、豆浆, 以中和胃酸, 禁用浓肉汤、浓茶、酒类; ②少食多餐, 饮食不宜过酸、过冷或过热; ③根据病情好转程度, 其需要量逐步由少至多, 如由流质→半量少渣半流→少渣半流→少渣软食。

12. 低嘌呤膳食

(1) 适用对象 痛风、高尿酸血症、尿酸性结石病人。

(2) 膳食原则 ①正常人饮食含嘌呤量为 600 ~ 1200mg, 痛风症者应减少到 150mg; ②结合病情适当限制热量, 热量供给一般为 1500 ~ 1800kcal; 体重最好低于理想体重 10% ~ 15%, 但体重不宜降低过快; ③限制蛋白质, 每日每公斤体重 0.8g, 选用的优质蛋白质应选用不含或少含核蛋白的奶类、鸡蛋、干酪等; ④以谷类和蔬菜为主, 多吃水果、碱性食物及含维生素 B₁ 和维生素 C 丰富的食物; ⑤忌饮酒、浓茶、咖啡等辛辣食物及刺激性调味品, 禁食肝、肾、沙丁鱼等含嘌呤量高的食物。

13. 糖尿病膳食

(1) 适用对象 糖尿病病人。

(2) 膳食原则 每天至少应有三餐, 早、中、晚分别占整日的 1/5、2/5、2/5, 或 1/3、1/3、1/3。一般

情况下不随意加减，主食应严格控制，副食可不必控制过严，若出现低血糖或体力突然增加时，可根据情况适当增量。

(3) 保持饮食均衡 每天的食谱要尽量包括四类基本食物，即谷类、蔬菜、肉和奶。

(4) 应该遵循少食多餐的原则，以保持血糖的平稳。

(5) 少用煎炸的烹调方式及减少吃动物的脂肪，烹调时用植物油，味道以清淡为主。

(6) 如用含淀粉高的根茎类（如马铃薯、芋头、莲藕等）作蔬菜，则应从全天主食中减去相应量的主食。

(7) 水果应根据病情食用，一般应在全天的碳水化合物总量范围内使用。如香蕉、西瓜、梨子等含糖量高的水果不宜多食。如病情控制不满意时应暂时不食用。

(8) 总的热量摄入（即全天食物数量）按标准体重及活动强度计算。主、副食确定及计算方法：①标准体重计算：标准体重（kg）= 身高（cm）- 105，年龄超过 40 岁者则为：身高 - 100，在 $\pm 10\%$ 范围内为正常，如少于为偏瘦，大于为偏胖；②热量标准：要根据标准体重、体型及活动量计算所需热量。偏瘦者要适当增加热量以恢复正常体重，超重者减少热量以减轻体重。正常热量供给为 30kcal/kg 体重（标准体重）。一般成人休息者：每日 25 ~ 30kcal/kg；轻体力劳动者：每日 30 ~ 35kcal/kg；重体力劳动者：每日

35~40kcal/kg。其中蛋白质标准为每日 0.8~1.2g/kg, 儿童、孕妇、乳母、营养不良或有消耗性疾病者可增至每日每公斤体重 1.2~1.5g。脂肪标准为每日 0.6~1.0g/kg, 其余部分由碳水化合物补充, 三餐按 1/5、2/5、2/5 或各 1/3 分配; ③主副食量的确定: 算主副食量时一般以三大供热营养素所占比例来算。一般碳水化合物约占总热量的 50%~60%, 蛋白质约占总热量的 12%~18%, 脂肪量不宜过高, 以小于总热量 30% 为宜。一般粮食中含碳水化合物 75%, 蛋白质 8%; 一般肉类含蛋白质 16%; 蛋类含蛋白质 14%。

14. 尿毒症饮食

(1) 适应对象 尿毒症病人。

(2) 膳食原则 ①热量供应每日约需 30kcal/kg 体重, 消瘦或肥胖者酌情予以加减。最好选用含蛋白质低的食物如土豆、白薯、南瓜、粉丝等作为热量的主要来源。另外, 除了一日三餐基本饮食以外, 还可以在上下午或晚上 8 时各加点心一次; ②每日蛋白质的摄入量应根据病人的肾功能情况来决定, 可以内生肌酐清除率及尿素氮的含量来决定。一般每日应限制在 20~30g, 且要求 60% 以上的蛋白质必须是富含必需氨基酸的优质蛋白 (即高生物价优质蛋白), 如鸡蛋、瘦肉和牛奶等。严格控制植物蛋白的摄入, 如黄豆、花生、油豆腐等; ③采用低脂饮食, 在烹调上可采用植物油; ④磷的摄入应控制在 600mg/d 以下; ⑤尿毒症病人若无少尿、水肿、高血压和心力衰竭等情

况，不必严格限制食盐及水的摄入，以防低钠血症的发生而使肾血流减少，加重尿毒症病情。如有上述情况者，应严格限制水、盐的摄入；⑥如尿量在1000ml以上者，不需控制食物中钾的含量；当出现高血钾和尿量在1000ml以下者，则应控制食物内钾的含量；⑦尿毒症常有低钙血症，故饮食中应采用高钙食物，如海带、虾米、芝麻、海参、紫菜等；⑧尿毒症饮食中的食物应富含B族维生素、维生素C、活性维生素D和叶酸，而维生素A对肾脏有毒性，不宜补充；⑨尿毒症病人如开始血液透析或腹膜透析治疗时，应予以透析时的饮食指导。

15. 特殊饮食

(1) 高钙饮食 选用100g含钙量在100mg以上的食物，如乳类、黄豆、豆腐、苋菜、紫菜、虾米皮等。每日供钙2g以下。

(2) 低钙饮食 选用100g含钙量在100mg以下的食物，如肉、鸡、鸭、萝卜、藕、马铃薯、粉丝等。每日供给钙150mg以下。

(3) 高磷饮食 选用100g含磷量在200mg以上的食物，如小米、绿豆、肉、鱼、内脏、紫菜、花生等。

(4) 低磷饮食 选用100g含磷量在100mg以下的食物，如白薯、马铃薯、萝卜、藕、瓜果等。

(5) 高钾饮食 选用100g含钾量在200mg以上的食物，如菠菜、菜花、马铃薯、红枣、冬菇、紫菜、肉、内脏、鱼、水果等。每日供钾4g以上。

(6) 低钾饮食 选用 100g 含钾量在 100mg 以上的食物，如蛋、藕粉、凉粉、南瓜、甘蔗等。每日供钾 500mg 以下。

(7) 高铁饮食 选用动物内脏、蛋黄、菠菜、芹菜、苋菜、西红柿、海带、木耳等。每日供铁 25mg 以上。

(吕洁梅)

敬告读者

本书中介绍的药物剂量和用法是作者根据当前医疗观点和临床经验慎重制定的，并保持与通用标准的一致，编校人员也尽了最大努力来保证书中所荐药物剂量的准确。

但是，必须强调的是，临床医生开出的每一个医嘱都必须以自己的理论知识、临床实践为基础，以高度的责任心对病人负责。首先，必须在诊断明确无误的情况下，才能开出相应医嘱，在诊断不明确的情况下，应进一步检查明确诊断，必要时请示上级医师或会诊，甚至在严密观察下进行试验性治疗，且勿想当然的开出医嘱。其次，必须在对患者个体差异、对药物的敏感性、药物之间的相互作用、病情发展的多样性和多种疾病并存的可能性等多种因素综合考虑之下，慎重严谨的开列医嘱。第三，随着今后医学科学的发展和临床经验的累积，临床上对某些疾病的认识和治疗方案，对某些药物的用法、用量都有可能随之改变，临床医生务必要随时关注、随时改进，以理论联系实际的作风对病人的生命健康负责。

本书列举的药物用法和用量主要供基层临床医师作参考，并且主要是针对诊断明确的疾病的典型病

人。读者在选用药物时，还应该认真研读药品说明书中所列出的该药品适应证、禁忌证、用法、用量、副作用等，并参考国家药典等权威著作，务必杜绝所开医嘱在某些情况下治疗效果不明显甚至出现某些副作用的情况。

中国协和医科大学出版社