

XIANDAI ZHIYE YISHI LINCHUANG JINJISHI YONGDA QUAN

现代执业医师

临床禁忌

实用大全

◎ 本书编委会 编



中国教育出版社

第四十八章 燥 证

【概述】

燥证多指由于各种原因引起体内津液不足，精血枯竭，或津液不能正常输布，脏腑、组织、器官、毛窍失于濡养，而出现口干咽燥、鼻干唇裂、干咳无痰、两目干涩、皮肤干燥脱屑、毛发干枯、肌肉瘦削、便干尿少等诸多临床表现的一类病证。既可独立成病，亦可出现在温病后期、肺痿、痉证、痿证、消渴等多种病证发生、发展过程中。主要涉及西医学急性咽喉炎、支气管炎、干燥性鼻炎、干燥性角膜炎、萎缩性胃炎、干燥综合征、鱼鳞病、银屑病、干燥性阴道炎、放疗后综合征、糖尿病等疾病。

【诊断注意事项】

1. 忌不分病因 根据致燥的不同原因分为外感与内伤两大类：外感燥证，起病急骤，与季节、气候变化密切相关，常见于秋季，多由外感燥邪或外邪化燥所致，首先累及肺脏；内伤燥证：多见于慢性消耗性病证，起病缓慢，病程缠绵，往往在阴虚的基础上燥化而成。

2. 忌不分单发与多发、原发与继发：首先应区分是单纯的燥证还是其他病证发展过程中的病理反应，是单脏腑发病，还是多脏器受累。

(1) 单纯燥证多表现为某一脏腑病变：如：急性咽喉炎、支气管炎可出现咽干，萎缩性胃炎可表现为口干，干燥性鼻炎表现为鼻干，干燥性角膜炎表现为眼干，鱼鳞病、银屑病表现为皮肤干燥等。

(2) 同时具有几个脏器受损的表现常提示系统性疾病，典型病症为原发性干燥综合征，可以同时出现口干、鼻干、眼干、皮肤干燥、瘙痒，女性可见阴道干燥。确诊需做免疫指标的检查：ANA、 α -DNA，ENA，Ig、泪腺、唾液腺功能的测定及病理学检查，必要时可行腮腺造影。明确诊断为干燥综合征的患者，伴有局部或全身淋巴结肿大，有肺、肾、肝、脾、肌肉等累及，外周血白细胞减少， γ 球蛋白增高，病理检查浸润细胞呈多行性，可见大小淋巴细胞、浆细胞和组织细胞，持续数年，病程良性，称假性淋巴瘤。其中部分病人可转化为恶性淋巴瘤，干燥综合征合并淋巴瘤的发生率较正常人群高 44 倍，且多为非何杰金氏淋巴瘤。临床上需引起重视，避免漏诊、误诊。由于本病临床表现及血清学检查多变化，约 30% 患者不具有口、眼干燥症状，有时以某系统为突出表现，如肾小管酸中毒、慢性胰腺炎、结节红斑等，临床中忌只满足于症状学诊断，而忽略了引起这些症状的病因探讨。高球蛋白血症在干燥综合征中颇为多见，由于它常常引起麝香草酚浊度和絮状试验异常，而这两项指标又被片面理解为肝炎所特有的异常，以致有 1/4 患者被误诊为慢性肝炎，也有因球蛋白增高而致血沉增快误诊为结核、肿瘤等，长期按此治疗，造成患者巨大的精神与经济负担。另外，对于口干、多饮，多食，皮肤干燥、瘙痒伴体重下降的患者应警惕糖尿病的存在，可查空腹、餐后血糖以明确诊断。

(3) 对于口、眼干燥局部症状轻微,而全身症状明显者,还应考虑继发性干燥综合征。此病常伴发于某一结缔组织病,如类风湿性关节炎,系统性红斑狼疮,混合性结缔组织病(MCTD),结节性多动脉炎,全身表现千变万化,比原发性干燥综合征更易被漏诊。除上述原发性干燥综合征的相关检查外,还需着重检查 RF、狼疮细胞、抗磷脂抗体、补体、肌酶谱等,以明确具体伴发何种结缔组织病。

3. 忌不分轻重程度 轻度燥证:可见两目不适,灼热而痒,少泪,偶有瞬目,津少咽干,口角轻微溃疡,唇红而干,阴道干涩不适,皮肤干燥起屑。中度燥证:可见两目不适,灼热而痒痛可忍,少泪而干涩,频繁瞬目,津少咽干,口角溃疡,起皱如揭,唇赤而干。阴道干燥,皮肤干燥有裂。重度燥证:眼内异物不适感,灼热而痒痛难忍,无泪,频繁瞬目,津少眼咽干,口角溃疡,起皱如皴裂,唇干,阴道干燥。皮肤干燥多裂。临诊中应分清程度,详加辨证,以利预后判断。

【临床操作禁忌】

1. 忌不注重细节 口腔干燥轻度病变往往被忽视,舌红干裂溃疡,咀嚼、吞咽困难,牙齿呈粉末状或小块破碎脱落,口唇、口角干裂、口臭,均应细致检查。眼部干燥、痒痛,有异物烧灼感,视物模糊,畏光者应详细检查有无角膜混浊、糜烂和溃疡,泪腺肿大,必要时请专科医师会诊。对确诊为干燥综合征的病人查体中应注意检查腮腺、淋巴结和脾脏。一旦发现腮腺肿大、淋巴结肿大和脾肿大,应高度警惕淋巴瘤的存在。

2. 忌不注重实验室检查 对一些猖獗性龋齿、腮腺反复肿大,眼睑有反复化脓性感染、眼眵有稠密分泌物、非感染性器官损害应进行血清有关自身抗体的筛选检查,进而做有关泪腺、唾液腺功能的检查。

3. 忌不细致交代病情 粘膜活检、淋巴结活检均为创伤性检查,需向患者及家属讲明以上检查的必要性及危险性,希望得到理解,避免引起医疗纠纷,增加医患矛盾。

【治疗处方禁忌】

1. 病因治疗禁忌 重视原发病的治疗,口干、皮肤干燥由于血糖高糖尿病引起者应积极控制血糖,用口服降糖药,必要时皮下注射胰岛素。干燥综合征伴低钾性周期麻痹者以静脉补钾为主,平稳后可改用口服的钾盐片。有的需终身服用,避免低血钾再次发生。对合并有中枢神经损害,肾小球肾炎,间质性肺炎,严重肌炎者可考虑应用肾上腺皮质激素。剂量与其他结缔组织病相同。免疫抑制剂如环磷酰胺等因副作用较多,宜慎用。出现恶性淋巴瘤应积极联合抗淋巴瘤的化学治疗。

2. 对症治疗禁忌 干燥性角膜炎可给人工泪液以减轻角膜损伤,睡眠前涂抹眼药膏以保护角膜,外出遇刮风天气可戴风镜。口干症状缓解较为困难,可经常用液体湿润口腔,柠檬酸、枸橼酸漱口刺激唾液分泌,必嗽平具有粘液溶解作用,可减轻口、眼干燥。鼻腔干燥者可用生理盐水滴鼻。皮肤干燥可适当涂一些润肤剂如硅霜。伴关节疼痛者可应用非甾体抗炎药:布洛芬、消炎痛等。

3. 中药治疗禁忌 外燥宜清宣润燥,内燥宜滋阴润燥,燥热用凉润,寒燥用温润。津伤化燥者宜甘寒升津滋润以生其阴液,津液不布者宜辛润通结布津,辛润机制赖其辛味行散之功,宣肺驱邪,散饮化痰,行气除滞,疏通腠理,布津行血而实现。邪盛而燥者,驱邪为

先，邪祛则津复。正虚而燥者，扶正为本，津复则燥除。燥证的病机本质，结合临床实际分析，主要为机体津液不足及津液敷布障碍两方面，不能统以润法治之，避免“头痛医头，脚痛医脚，见燥润燥”的片面治疗。

【医嘱禁忌】

1. 忌不注意卫生宣教 需向患者讲清楚保持口腔清洁、卫生的重要性，餐后清除牙齿缝中的食物残渣，勤漱口，减少龋齿及口腔继发感染的发生。

2. 忌用含抗胆碱能作用的药物如 654-2，阿托品等，此类药物可加重干燥的症状。

3. 忌不重视预防感染 干燥性角膜炎极易继发细菌、真菌、病毒感染，而出现角膜混浊、糜烂和溃疡，一旦发生，应积极用抗生素治疗。

4. 不强调饮食调节 避免过冷过热食物，忌食干、辛辣刺激食品，常用甘寒、清淡、柔养之品，进软食、流食、易消化食物，停止吸烟、饮酒。

第四十九章 头 痛

【概述】

头痛是指全头和头部某一局部的疼痛感。头痛是临床上常见的自觉症状，可单独出现，亦可出现于许多急慢性疾病的过程中。主要涉及西医学的偏头痛、丛集性头痛、紧张性头痛、颅内占位性疾病、感染中毒性疾病、头颅外伤、高血压、急性脑血管疾病、精神源性头痛及五官科疾病引起的头痛等。

大多数头痛是非器质性疾病，常常只是紧张或疲劳的反应，但有时也是颅内严重器质性疾病的信号。

【诊断注意事项】

头痛病因很多，可由颅内、颅外局部病变引起，也可由全身性疾病引起。虽然大多数头痛是非器质性疾病，但临证时必须详细采集病史及体格检查，并进行有针对性的辅助检查，以明确引起头痛的原因，不要轻易作出功能性或心因性头痛的诊断，以免贻误病情。

1. 忌不分头痛与眩晕 头痛和眩晕病位皆在脑，都是患者的自觉症状，有时可同时出现，临证时必须根据何者为主来确立诊断，以头痛甚而兼有眩晕者可诊为头痛。

2. 忌不辨外感头痛与内伤头痛 头痛病因多端，但不外乎外感与内伤两大类。外感头痛一般发病较急，痛势较剧，痛无休止，常表现为掣痛、跳痛、胀痛、灼痛，多伴有恶寒、发热、身痛、咽痛等症；内伤头痛一般起病缓慢，痛势较缓，时作时止，遇劳加重，常表现为隐痛、空痛、昏痛。

3. 忌不辨疼痛性质 胀痛伴风热表证者为风热头痛；绌急引痛伴畏风恶寒者为风寒头痛；头痛如裹伴重坠感，遇阴雨加重者为湿浊头痛；刺痛、钝痛，痛处固定者，多为瘀血头痛；胀痛剧烈，面红目赤者，多为肝火头痛；胀痛、跳痛伴眩晕者常为肝阳头痛；痛势绵绵，心悸气短，遇劳加重者多为血虚头痛；空痛伴腰酸耳鸣者多为肾虚头痛。

4. 忌不辨头痛部位 太阳经头痛在后头部，下连于项；阳明经头痛，多在前额部、眉棱处；少阳经头痛多在头之两侧；厥阴经头痛多在巅顶部位；太阴、少阴经头痛，常为全头疼痛。

5. 忌不考虑发病形式 急性头痛应考虑脑出血、蛛网膜下腔出血、高血压脑病、颅内感染及各种中毒一发热性疾病。应根据伴发症状监测血压、进行头颅CT、腰椎穿刺检查，及早确诊，以免贻误病情。慢性头痛应考虑颅内占位性病变、高血压、头颅外伤后头痛、紧张性头痛、五官科疾病继发的头痛、精神源性头痛如神经衰弱、癔病、抑郁等。反复发作性头痛大多为偏头痛、丛集性头痛、癫痫性头痛等，一般以前两者居多，但应做脑电图检查，以除外癫痫性头痛的可能。

6. 忌不考虑其他科疾病引起头痛的可能 内科医师在诊断头痛时，容易忽视其他科疾

病引起的头痛。眼部急性炎症如虹膜炎、球后视神经炎、青光眼均可引起头痛,进行眼部及眼底检查及眼压测定有助诊断。鼻炎、鼻窦炎、鼻咽部肿瘤可发生头痛,患者常有鼻塞、脓涕、鼻衄史,应考虑局部检查及X线、CT等检查。急性中耳炎、急性外耳道炎可出现一侧头痛,一般有明显耳痛,耳科检查有异常发现。颈椎骨性关节炎除颈部不适外,可出现后头部疼痛。女性患者在月经期或经期前后可出现急性头痛或不典型的偏头痛,因此,对反复发作头痛的女性患者,应询问月经情况。

7. 忌忽视药物所致的头痛 在分析头痛的原因时,往往从各种疾病来考虑,而忽视药物所致的头痛。血管扩张药如硝酸盐类、亚硝酸盐类容易引起头痛,其他多种药物均可能出现头痛的反应或副作用。对于无明显头痛史及头痛原因的患者,应询问患者的服药情况及头痛出现的时间,二者是否有关,可换药或停药观察。

8. 忌不及时判断头痛的重症、危症 头痛有时是颅内严重器质性疾病的信号,必须立即作出正确的诊断。如果出现剧烈头痛,随即出现神昏不语或谵语如狂,或颈项强直,或手足青冷至节,皆为头痛之重症、危症。就西医而言,亦可根据伴发的症状、体征来初步判断有无颅内严重疾病的可能,再进行有针对性的辅助检查以及时作出正确的诊断。

(1) 急性头痛伴有发热、脑膜刺激征:多种发热性疾病可出现中毒-发热性头痛,一般在体温升高时头痛加剧,如急性头痛伴有发热,并出现脑膜刺激征,则应及时进行腰椎穿刺检查,判断有无急性脑膜炎。

(2) 突发剧烈头痛伴恶心、呕吐、意识障碍:突发剧烈头痛伴恶心、呕吐、意识障碍,应考虑脑出血、蛛网膜下腔出血、高血压脑病。脑出血患者可出现剧烈头痛、恶心、呕吐、意识障碍,亦可不伴意识障碍或逐渐出现意识障碍,一般同时伴有脑膜刺激征和局灶神经体征;蛛网膜下腔出血可出现剧烈头痛、恶心、呕吐、意识障碍及脑膜刺激征,但偏瘫发生率少,一般在30%以下,多为轻瘫,借助CT检查及腰椎穿刺有助于诊断及鉴别。高血压脑病在剧烈头痛、恶心、呕吐的同时,可伴有不同程度的意识障碍,并可出现四肢抽搐、视力障碍、黑蒙,舒张压常持续在130mmHg以上,尿常规可见蛋白尿、血尿、管型尿。高血压脑病亦可出现偏瘫、失语、偏身感觉障碍,但一般较轻或为一过性,高血压性脑出血患者血压亦可明显升高,但局灶神经体征重,可借助CT检查对二者进行鉴别。

(3) 急性剧烈头痛伴视力障碍:应考虑急性青光眼和高血压脑病,两者均可出现剧烈头痛、呕吐、视力障碍。急性青光眼引起的头痛常在患眼周围,在转动眼球时头痛加重,并可出现虹视现象(看灯光时周围出现彩色环),一般有明显的睫状体充血、瞳孔散大、眼压增高;高血压脑病可出现视力减退、黑蒙,但一般头痛部位广泛,可出现不同程度的意识障碍、四肢抽搐。通过发病时的伴发症状、血压及眼睛局部检查可将二者区别。

(4) 慢性头痛进行性加重:应考虑脑瘤及慢性硬脑膜下血肿。约30%左右的脑瘤病人以头痛为主要主诉,一般呈持续性头痛、进行性加重,后期可出现颅压增高,咳嗽、用力排便等诱因可引起头痛剧烈加重,亦可出现局灶神经体征、视力减退、精神障碍等;慢性硬脑膜下血肿的特点是头部有明显的外伤史,起初可无明显症状,或仅有轻微头痛、头晕,一般于伤后2~3个月逐渐出现头痛加重、恶心、呕吐,亦可出现局灶神经体征、视力减退、精神障碍等。通过病史并借助脑部CT检查有助于二者的诊断及鉴别。

【临床操作禁忌】

1. 忌体格检查不详细 功能性头痛一般阳性体征少或无阳性体征,通过详细的体格检查,有助于发现引起头痛的各种器质性疾病,以便进一步作有针对性的辅助检查。

(1) 注重神经系统体征:头痛患者出现神经系统体征,一般提示颅内严重器质性疾病,因此,在体格检查时,要注重神经系统的检查。出现典型的体征一般不容易漏诊,如急性头痛出现脑膜刺激征,应考虑颅内感染及出血;慢性进行性加重的头痛,后期出现颈抵抗、局灶神经体征,应考虑脑瘤及慢性硬脑膜下血肿的可能。但由于颅内病变部位及大小不同,出现的局灶神经体征及程度亦不同,有时可能仅影响到某一对颅神经,因此,对局灶神经体征的检查要充分、细致,以免遗漏体征。另外,在进行神经系统检查时,要根据不同的病情有所侧重,如对头痛伴意识障碍的患者,局灶神经体征检查不能合作,应注意有无脑膜刺激征、锥体束征及生理反射的变化;对脑出血或蛛网膜下腔出血的患者,脑膜刺激征的出现可能有一定时间,应注意定期观察;老年人由于脑萎缩,在颅内感染或出血时,有时脑膜刺激征较轻或不出现,应注意患者的意识、精神状态及局灶神经体征的检查。

(2) 注意头面五官局部体征:头面五官局部检查是内科医师容易疏忽的地方,五官科疾病引起的头痛,一般有相应的局部体征,如眼结膜的充血、瞳孔的改变、眼肌的麻痹、耳鼻道的异常分泌物等。鼻咽癌一般容易向颈部淋巴结转移,应注意局部淋巴结的检查。发现局部异常的体征时,应请相关科协助,辅助器械检查,以免漏诊。

2. 忌不明确腰椎穿刺检查的适应证、禁忌证及注意事项

(1) 适应证:对于头痛患者,在诊断上考虑有颅内感染、蛛网膜下腔出血时,可考虑腰椎穿刺检查,以助明确诊断。

(2) 禁忌证:主要有颅内压明显升高者;穿刺局部有感染或有脊柱结核、脊柱炎症者;败血症、全身感染患者;颅腔及附近器官有感染者;休克、衰弱及垂危者;诊断已明确,穿刺不能提供更多信息者。

(3) 注意事项:主要有:在完成全面体检尤其是神经系统检查前绝不能作腰穿;不安、躁动、不合作者,可在镇静下进行;颅内压升高者,可在腰穿前快滴 20%甘露醇,以降颅压;穿刺中出现脑疝症状时(瞳孔散大、意识不清、呼吸深慢),应停止放液,并向椎管内注入生理盐水 10~20 毫升,或快滴 20%甘露醇 250 毫升;术后去枕平卧 4~6 小时;腰穿后,尤其是颅压升高者,术后 12~24 小时内应注意观察患者的意识、呼吸、血压、脉搏、瞳孔、肢体运动变化,注意可能发生的并发症:脑疝、颅内占位病变的压迫症状加重、低颅压综合征;对适应证和禁忌证应权衡得失,若疑为脑膜炎,即使有败血症亦应考虑腰穿。

【治疗处方禁忌】

对于头痛的辨证治疗,《景岳全书·头痛》指出:“凡诊头痛,当先审久暂,次辨表里。暂痛者,必因邪气,久痛者,必兼元气”,“暂痛有表邪者,此风寒外袭于经也,治宜升散,最忌清降;有里邪者,此三阳之火炽于内也,治宜清降,最忌升散”,“暂痛者,当重邪气;久痛者,当重元气”。由于头痛病情复杂,治疗时需分清虚实主次,找其主因,并根据病机的虚实兼夹,进行治疗。

1. 外感头痛 外感头痛多因起居不慎,坐卧当风,风邪上犯所致。风邪是外感头痛的

主要病因，但风邪多夹寒、夹热、夹湿为病。在辨治外感头痛时，不仅要区分外邪的性质，而且要明确邪客的部位。治疗外感头痛，多配伍祛风药物，但风药偏燥，性升走散，对于气血亏虚、阴虚阳亢体质者，应慎用或注意用药剂量的时间，以免伤正。

风寒头痛：多为风寒循太阳经上犯，用川芎茶调散疏风散寒、通络止痛，效果较好，临床应用本方，常忽视茶叶在本方中的作用，本方取茶叶之清上降下之性，既可上清头目，又能兼制诸药的温燥升散，使升中有降，效果更好。方中细辛有毒，可引起呼吸运动减弱、呼吸麻痹，并对心肌有直接抑制作用，用量不宜过大，一般不宜超过3克，若寒邪重，头痛剧烈，遇寒加重，需加重细辛剂量以温经散寒止痛时，应注意观察用药后的反应。若寒邪客于厥阴经，以巅顶痛甚、干呕吐涎、甚则四肢厥冷者，则选用吴茱萸汤温散厥阴寒邪较为适宜。若寒犯少阴，出现头痛、背寒畏冷、脉沉细者，治疗又当选用麻黄附子细辛汤温散少阴寒邪为宜。因此，外感风寒头痛，应注意审因论治、分经治疗。

风热头痛：常用芩芷石膏汤疏风清热止痛，方中羌活、藁本虽有止痛之效，但因其性偏于温燥，若热甚者用之不宜；若热甚伤津，更不能一味疏风清热，宜配伍花粉、芦根等养阴生津之品。若为头痛剧烈如劈、头面起核的“雷头风”，多为风热邪毒上犯所致，在疏风清热止痛时，更应注意清热解毒，方选清震散、普济消毒饮较为适宜。

风湿头痛：治疗以祛风胜湿止痛为要，如羌活胜湿汤用之较宜。外湿容易困遏脾胃，如出现胸闷纳呆便溏时，应注意配伍健脾燥湿之品，此时仅祛风燥湿而忽视健脾助运，难以奏效。对于夏季外感头痛，应注意暑湿头痛与风湿头痛的区别，如为暑湿头痛，治疗宜用黄连香薷饮加荷叶、竹叶、佩兰等以清暑化湿，误用祛风胜湿辛温之品，更易助热伤津，使湿邪滞留难解。

2. 内伤头痛 内伤头痛有虚有实，或虚实夹杂，其发病与肝脾肾三脏关系密切，治疗时应明确病变所在脏腑及气血阴阳虚实程度，抓住主因，分清标本。

肝火、肝阳头痛：内伤头痛从肝论治，多见于肝火、肝阳上扰，两者引起的症状有相似之处，治疗时应分清肝火、肝阳之别，肝火宜清宜降、肝阳宜平宜潜。同时，忌清肝平肝而忽视养肝柔肝。肝火炽盛易耗伤阴津，龙胆草、夏枯草等清肝泻火之品易苦燥伤阴，治疗时宜配伍养阴柔肝之品如白芍、枸杞子等；肝阳上亢多见于阴虚不能制阳，应注意滋阴以潜阳，概用平肝镇肝之法，则阴虚之本不复，虚亢之阳难平。

肾虚、血虚头痛：治疗或滋补肾阴、或温补肾阳、或养血调血，在选方用药时，忌过于堆砌滋补之品，以免滋腻碍脾。在配伍引经止痛药时应适量，过量则易温燥耗伤阴血。

痰浊头痛：头痛从痰浊论治，忌不分清痰湿、痰热、风痰而选方用药。痰湿头痛，当健脾燥湿化痰，如误用或过用寒凉清化痰热之品，则易伤脾胃；痰热头痛，又当苦寒清化痰热，误用或过用温燥之品，则易助热伤津；风痰头痛，化痰之时注意配伍熄风药物如天麻、钩藤、白蒺藜以及同时具有化痰、熄风功效的药物如天南星、僵蚕、白附子等较为适宜。在治疗头痛的常用化痰药中，生半夏、生南星有毒，一般不用于内服，内服时应炮制，常规剂量不超过10克。

瘀血头痛：以活血化瘀为原则，同时应根据瘀血的成因进行治疗，或温经活血、或化痰活血、或益气活血、或行气活血，单纯活血化瘀而不考虑瘀血的成因，难以取得较好的疗效。有出血或出血倾向的患者如脑出血引起的头痛、女性月经期头痛，应注意活血化瘀药物的用量，忌用破血之品。

3. 危重头痛患者，忌不及时使用西药治疗 中医药对头痛的治疗有较好的疗效，但临床上应具体分析，对于一些危重疾病引起的头痛，单纯用中药治疗可能难以在很短的时间内控制缓解病情，因此，在用中药治疗的同时，应及时考虑西医西药的治疗处理，以免贻误病情，使病情加重。如颅内出血、炎症导致颅内压升高引起的头痛，应及时考虑脱水、降颅压治疗；高血压脑病引起的急性剧烈头痛，应及时静脉使用降压药物；颅内肿瘤引起的头痛，应考虑放疗、化疗及外科治疗的可能。

4. 忌不注重病因治疗 头痛的治疗原则是针对病因治疗，辅以对症治疗。尤其是对于急性头痛患者，应首先迅速查明原因，及时治疗原发疾病，其次才考虑根据不同的病因采取不同的对症治疗方法，如在未查明原因前就给予止痛、镇痛治疗，有时不但止痛效果不好，还常常容易掩盖一些严重的颅内疾病，使疾病得不到及时确诊及有效的治疗而加重病情、危及生命。

5. 忌不结合病因、病情选择对症药物 引起头痛的原发疾病很多，在明确及治疗原发疾病的同时，可酌情止痛对症治疗。止痛药物很多，选择时要参照病因及疼痛的程度来选择药物，而不是随意用药。

(1) 应根据疼痛的程度用药：一般轻度疼痛患者可选用各种解热镇痛药物，如阿司匹林、去痛片、安痛定等，对有消化性溃疡及有出血倾向的患者禁用本类药物；中度疼痛患者可选用较强的解热镇痛药物如速克痛及镇痛药物如颅痛定等，不宜使用麻醉类镇痛药物，镇痛药物一般有依赖性，对于慢性及反复发作的头痛患者，不宜久用，使用时一定要严格控制剂量。重度疼痛患者在一般镇痛无效时，可考虑使用麻醉类镇痛药物，但必须严格遵照麻醉药品管理条例，一旦疼痛减轻或消失应及早停药。

(2) 应结合病因对症治疗：对于丛集性头痛，发作时用镇痛安定类药物效果不好，给予2%利多卡因滴鼻、面罩给氧、英格明皮下注射等方法止痛效果较好。对于颅内高压引起的头痛，关键在于脱水降颅压，可使头痛缓解，必要时可酌情腰穿放出少量脑脊液，可使头痛迅速缓解，随意使用止痛药物效果不好并容易掩盖病情，吗啡类镇痛药物可使颅内压进一步升高，更不宜使用。对于脑脊液压力明显降低引起的头痛，可腰椎穿刺注入生理盐水10~30ml，恢复正常颅压，缓解头痛。一些功能性疾病引起的头痛，选择镇静治疗、暗示性治疗、针刺治疗等方法可缓解头痛，可避免反复使用镇痛药物的副反应。

6. 忌危重头痛不注意生命体征的监测：对于危重头痛患者，应注意血压、呼吸、脉搏、体温、意识状态等生命体征的监测，观察病情变化，及时正确处理。

【医嘱禁忌】

忌不注意生活调摄。饮食起居不合理、紧张疲劳常常是一些头痛的病因或诱因，不注意生活调摄而仅仅依赖药物治疗往往难以见效甚至无效。

1. 饮食起居 应生活起居有规律，合理安排工作与休息，不宜过劳，避免用脑过度，饮食富有营养且多样化，不宜过食油腻、辛辣、刺激性食物，戒除烟酒，如有明显饮食诱因的患者（如高酪氨酸饮食、酒精类饮料等可诱发偏头痛），须停止服用有关饮食。起居环境宜安静明畅，偏头痛急性发作时，应在安静避光的环境内休息。低颅内压性头痛，取头低卧位休息有利于头痛缓解。颅内高压性头痛、经期性头痛应适当限制饮水量，而颅内低压性头痛则应注意多饮水。

2. 情绪调节 紧张、抑郁、焦虑等情绪因素与偏头痛、紧张性头痛、外伤后头痛等关系密切，因此，应保持心情舒畅，避免精神刺激，可适当对患者进行一些精神、心理治疗。
3. 适当运动 适当运动对缓解体力、脑力疲劳，缓解精神紧张引起的头痛有一定帮助

第五十章 痹 病

痹病是指邪气痹阻关节、肌肉、筋骨，气血运行不畅引起的以疼痛、麻木、酸重、僵硬、肿胀、活动不利为主要表现的一组病症。多数情况下，痹病是一种独立的病证，有时也是一些疾病的伴随症状。痹病主要涉及西医学风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、银屑病性关节炎、系统性红斑狼疮、成人 still 病、Reiter 综合征、肩周炎、骨关节病等疾病。

【诊断注意事项】

1. 中医诊断注意事项

(1) 忌不辨寒热阴阳：痹病首先应辨寒盛热盛、属阴属阳。寒盛者关节多冷痛，遇寒痛甚，遇热痛减；热盛者身热、汗出、口渴，关节红肿热痛；寒盛者属阴，热盛者属阳。但关节疾病多病情复杂，初始多病情单一易辨，稍久即邪气错综转化，更应细辨寒热之多少，阴阳之盛衰。

(2) 忌不辨痹病特点：肢体关节疼痛，游走无定处，关节肿胀忽起忽消，具备风邪善行数变之特点为风痹；痛处固定不移，疼痛剧烈，拘急挛缩，得热痛减，遇寒痛甚，痛处不红不热，符合寒邪凝滞收引等特点，是为痛痹；关节肿胀、僵硬、重着、麻木不仁、活动后僵硬略减，表现出湿邪重着、粘腻的特点，属于着痹；关节灼热掀红，肿胀疼痛，痛不可触，恶热而喜凉，得冷则舒，多为热郁于内，热痹是也。

(3) 忌不辨病程长短：病程短者相对病情单纯，病邪较单一，以邪实为主，正虚不甚。如风寒合邪、风热侵袭、寒湿相伴、湿热互结；病程长者，多病情复杂，邪气错综，或失治误治，延误病情，或邪踞日久，相互转化，或病久邪气痼结，阴阳虚损，常正虚为本，邪实为标。

(4) 忌不辨轻重缓急：轻者单关节或少关节受累，疼痛、肿胀不甚，对活动影响不大；重者多关节甚或全身关节累及，红肿疼痛明显，甚至不能起床活动，或伴发热、恶寒、多汗等症；缓者起病隐袭，病程较长，病情逐渐加重，或缠绵难愈，但不影响生活；急者起病突然，短期内进行性加重，常伴高热寒战，甚或昏迷抽搐，也可累及其他脏腑器官，导致生命危险，预后不良。

(5) 忌不辨兼夹证候：痹病之初，多以邪实为主，或风盛、寒盛，或湿聚、热壅，稍久即影响体内气血运行，耗伤正气，常易夹痰、夹瘀、夹虚，故应细辨。挟痰者关节肿胀、固定、畸形，或关节周围有结节、痰核；挟瘀者多关节痛甚，痛如锥刺，唇面紫暗，肢端青紫，舌有瘀斑；气虚者乏力、多汗、心悸、气短；血虚者面色无华，肢体麻木，少寐多梦，舌质黯淡；阳虚者恶寒喜暖，四末冰冷，脉沉细涩；肝肾不足者腰膝酸软无力，脊柱畸形，目涩、齿脱，尺脉沉弱。

(6) 忌不辨变证、逆证：痹病大部分患者病情缓慢发展，逐渐加重，关节时肿时消，疼

痛时作多与天气、居住环境、过劳、活动不当等有关；也有一部分病人发病突然，病情进展快，关节肿痛几乎无缓解过程，迅速致残；甚或病邪逐渐深入，由经络而至脏腑，内舍其所合，产生相应脏腑的病变，转成痰饮、水肿、喘咳、心悸、惊厥等变证。

2. 西医诊断注意事项 西医诊断主要依靠临床症状和实验室检查，而且免疫系统疾病多为系统性、弥漫性，影响和累及全身多个系统，所以在诊断过程中，不仅要重点突出，而且要细致全面，充分重视实验室检查数据。

(1) 忌不突出主症：风湿性疾病多以关节肿痛为主症，所以诊断过程中一定要注意关节肿痛的特点，详细询问发病部位、疼痛特点，对称性还是非对称性、大关节还是小关节、外周关节还是中轴关节，急性起病还是慢性起病，加重因素是什么，结合病史、家族史，综合分析判断。

四肢小关节对称性关节病变多见于类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、银屑病性关节炎；外周大关节病变多见于风湿性、骨关节炎、Reiter 综合征、儿童类风湿（JRA）。

单关节病变提示细菌性关节炎、急性痛风性关节炎；多关节病变多见于弥漫性结缔组织病、血清阴性脊柱关节病、淋球菌性关节炎、全身性骨关节炎等。

感染性关节炎、痛风性关节炎、风湿热、Still 病多侵犯外周关节；而强直性脊柱炎、Reiter 综合征、银屑病性关节炎则常常侵犯中轴关节。

急性关节痛常见于急性感染性关节炎、风湿性疾病、变态反应性关节炎、代谢障碍性急性关节炎、关节周围疾病引起的关节痛等；慢性关节痛则常见于慢性感染性关节炎、自身免疫性慢性关节炎等。

关节痛与天气变化有关，阴雨或寒冷天气加重，应注意风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎等；夜间疼痛应注意痛风性关节炎、结核性关节炎、骨性关节炎等。

男性多见强直性脊柱炎，女性多见类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮，儿童多发生 JRA、JAS（儿童型强直性脊柱炎）、风湿热，中青年多发成人 Still 病，老人多见骨性关节炎，体弱者多见结核性关节炎。

很多关节病变有阳性家族史，如类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、银屑病性关节炎等，诊断时一定要详细询问家族遗传史，注意作有关基因遗传的血液学检查，如 HLAB₂₇、HLA-DR₄ 等。

(2) 忌不重视伴随症状：

1) 局部症状：局部伴随症状有晨僵、关节畸形与活动障碍和肌肉萎缩。晨僵是指晨起活动前或休息一段时间后关节的僵硬感。晨僵程度较轻者仅几分钟，一般不超过半小时，重者超过 1 小时甚至数小时。非炎症性关节病晨僵时间短，程度轻；全身免疫性结缔组织病则晨僵明显，程度较重。另外，关节晨僵应与神经系统疾病引起的僵硬状态相鉴别。

急性关节炎病程短，发作时局部关节红肿热痛，活动障碍，急性期过后常不遗留关节畸形，如风湿热、急性痛风等，而反复发作的慢性关节炎后期由于关节囊增生肥厚、韧带钙化、骨质吸收、破坏或增生、关节融合等，导致关节畸形和功能丧失，如强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、银屑病性关节炎等。

多发性肌炎和皮肌炎由于肌肉受累可引起持续性肌肉萎缩，而关节病变时由于关节疼痛肿胀、活动障碍，晚期加之关节畸形、缺乏活动及神经营养障碍，可引起局部肌肉废用性萎缩。

2) 全身症状: 发热是风湿性疾病最常见的全身伴随症状之一, 也是疾病活动的重要指标之一。从热程上来讲, 有短期急性发热, 也有长期发热; 有高热, 也有低热; 热型也大多不定, 可以是间歇热、弛张热、稽留热, 也可以长期低热。

皮疹与皮损也很常见, 有的以皮疹为首发, 有的与发热同时出现, 热退皮疹随之消失。皮疹表现多种多样, 有红色丘疹、斑丘疹、网状青斑、结节性红斑、蝶形红斑、盘状红斑、环形红斑、银屑病样皮损或脓疱样皮损等; 部位有特征性出现在面部或阴部的, 也有散在出现于躯干、四肢、手掌、足底的, 临床可借此鉴别诊断。

另外, 还要仔细观察全身淋巴结、口腔粘膜、外阴以及全身各个系统受累情况, 因为风湿性疾病是全身性系统性疾病, 所以全身伴随症状应是诊断的重要方面之一, 理应引起重视。

(3) 忌不重视化验检查: 实验室检查在风湿病的诊治过程中具有非常重要的作用, 可以协助诊断, 了解疾病的活动情况, 还可以判断疾病的预后。

抗自身抗体、类风湿因子、抗链球菌溶血素 O 是风湿性疾病的非常重要的检查, 是某些疾病诊断的特征性指标。免疫球蛋白、补体、狼疮细胞等检查可以协助诊断、判定疗效, 血沉、C 反应蛋白是急性时相反应物, 是表明疾病活动性和观察疗效的可靠指标。

X 线检查可以提供关节疾病的重要诊断依据, 可以对疾病进行分期, 以便于临床选用合适的治疗方法, 对于治疗前后的疗效观察也可以提供客观、可靠的指标。所以, X 线对风湿性疾病的诊断、治疗和预后的判断都非常重要, 是十分必要的检查手段。

CT 检查可以发现普通 X 线难以发现的病变, 其敏感度优于普通 X 线 10~25 倍, 能较好的显示骨内外、骨髓腔和关节周围结构, CT 不能完全替代 X 线, 两者可以相互补充。MRI 是一种安全性较好的无创检查, 适于判断软骨、韧带和骨髓组织的情况。

关节镜可以直接观察滑膜、软骨半月板和韧带情况, 可以取滑膜病理活检, 为诊断提供病理依据。通过关节穿刺术收集滑液, 对滑液的成分、细胞种类和理化特性进行分析, 是关节炎鉴别诊断重要的方法之一, 尤其是对感染性或晶体性关节炎有助于确定诊断; 对疑为感染性或化脓性关节炎的滑液, 应进行滑液培养, 可做出确切诊断。

【临床操作禁忌】

1. 忌不突出重点

(1) 痹病的病变部位多在关节, 所以关节的检查要仔细。视诊时看关节有无皮肤焮红、肿胀, 局限还是弥散, 各个方向有无受限。触诊时沿关节间隙仔细触压, 检查有无积液、压痛和滑膜增厚感, 有无局部皮温增高或降低, 被动活动有无疼痛。关节活动度的检查也很重要, 每个关节各有其功能, 有各自的活动方位、角度和范围。

(2) 检查时一定要认真仔细。除望诊、触诊, 必要时还需叩诊, 如发现有肌肉萎缩或肢体长度有差异时, 一定要用皮尺测量, 关节活动度检查要规范。

(3) 检查要轻柔, 要一边检查一边注意患者的反应, 因为病人关节肌肉疼痛, 活动受限, 检查会在一定程度上增加患者的痛苦, 许多病人病程较长, 可能会出现骨质疏松, 关节融合, 用力过猛会造成骨折等意外。

2. 忌不仔细、全面 痹病大多见于西医学免疫性疾病, 这类疾病多有系统性损害, 除关节、肌肉的疼痛、肿胀、活动受限之外, 还可侵犯皮肤、骨骼、血管、眼以及心、肺、肾

等内脏器官,所以检查要仔细,可以借助仪器进行检查如:X线、超声心动、肺功能检测等。也可多个相关科室密切协助,如眼科检眼底及虹膜、睫状体,骨科做关节镜,皮肤科进行皮肤、血管活检,肾内科做肾活检等等,以免延误病情。

3. 忌不规范操作 为了明确诊断和与相似疾病鉴别,根据病情,临床需选择某些特殊检查,如关节穿刺抽取滑液、关节镜检查等。有些检查具有一定的创伤性,一定要取得病人的同意和积极配合,掌握其适应证,严格遵守操作规程。行关节穿刺前让病人取合理、舒适体位,讲明操作过程,排除其顾虑和恐惧心理。确定恰当的穿刺点,一般以关节伸侧为宜,防止损伤局部的神经、血管。穿刺成功,抽取滑液后迅速拔出针头,用无菌棉球加压止血数分钟后包扎。滑液标本要及时送检,避免污染而影响检查结果。怀疑晶体性关节炎时,不能用草酸盐作滑液标本抗凝剂。因为有可能形成人为的草酸盐结晶;作白细胞计数时不能用醋酸稀释,醋酸可使粘多糖凝固从而影响白细胞计数造成检查结果不准确。关节镜能够直接观察到滑膜、软骨、半月板及韧带,还可在镜视下行关节腔内手术,但它毕竟是有创检查,应严格掌握适应证和禁忌证。

【治疗处方禁忌】

1. 非甾体抗炎药应用注意事项 非甾体抗炎药具有解热、镇痛、消炎作用,是风湿病患者的一线药物,分为水杨酸类、丙酸类、灭酸类、乙酸类、喜康类、吡唑酮类等几大类,主要是通过抑制环氧化酶(COX)的合成,减少体内前列腺素合成而起作用。使用目的是为了控制炎症和缓解疼痛,但它不能阻止疾病的进展。非甾体抗炎药副作用较多,临床应用是需注意观察不良反应的程度,及时停药,严格掌握禁忌证。

(1) 近期胃肠道出血、消化性溃疡活动期禁用:非甾体抗炎药消化道反应很常见,主要表现上腹部不适、恶心呕吐、烧心泛酸,甚至出现消化道出血、穿孔等急症。如在用药过程中出现黑便、呕血等情况,应立即停药,并给予止血、保护胃粘膜等处理,防止病情加重。所以在用药时,要注意大便色、质的变化,经常查大便常规和潜血,及早发现,及时处理。

(2) 对阿司匹林或其他非甾体抗炎药过敏、患过敏性疾病、过敏体质者应禁用或慎用:非甾体抗炎药可引起过敏性皮疹或其他过敏反应,严重者可引起哮喘和过敏性休克,所以临床应提高警惕,如遇上述情况,应立即抢救。

(3) 非甾体抗炎药对肾脏有一定损害,可引起尿蛋白、管型和红细胞,极少数病人出现急性间质性肾炎、肾病综合征;另外,该类物质引起肾脏血流灌注减少,加重肾衰,故肾功能不全者应禁用,对老年人和已患肾病者也应慎用。

(4) 非甾体抗炎药可引起肝功能损害,出现转氨酶升高、黄疸、恶心、呕吐等临床症状,剂量过大可引起肝昏迷甚至死亡,故肝功能不全者禁用。

(5) 非甾体抗炎药可抑制造血系统,引起粒细胞减少,偶可诱发再障,所以,血细胞减少者应禁用或慎用。较大剂量的水杨酸制剂可抑制血小板聚集,降低粘附能力,延长出血时间,在并发血管病变时往往可诱发严重的出血,所以,高龄患者、有心脑血管宿疾者应禁用或慎用。此类药物可增加抗凝血药物的抗凝血作用,联合用药时需减量以防止大出血;凝血功能障碍或手术前患者应慎用或禁用水杨酸类药物。

(6) 有些非甾体抗炎药可产生轻微的神经系统副反应,如头晕、头痛、失眠、耳鸣、感觉异常等,急性中毒时还可出现惊厥、谵妄、甚至昏迷等严重情况。

(7) 高血压、充血性心衰者慎用。饮酒前后不能服用该类药物。孕妇和哺乳期妇女不能使用。

非甾体抗炎药的副作用有些与剂量无关,如过敏;大部分副作用与长期大量用药和不注意既往病史有关,如肝肾功能损害、血细胞减少等。一般剂量下,短期内使用还是相对比较安全的。

2. 慢作用药物使用注意事项 慢作用药物又称疾病缓解药,实际上是一些化学结构不同的免疫抑制剂,通过调节机体的免疫功能,达到缓解病情的目的。这类药物通常起效慢,疗程长,通常停药数月后才出现“反跳”现象,治疗后患者的血沉、血浆蛋白、血浆粘度和类风湿因子等与病情相关的指标常常有不同程度地改善,与一般的抗炎药物相比,它们更多地影响疾病的基本过程,所以称为疾病缓解药。根据对免疫调节的作用不同,可以分为免疫抑制剂(如糖皮质激素、环磷酰胺、环孢素 A、氨甲蝶呤、硫唑嘌呤等)、免疫增强剂(如卡介苗、左旋咪唑、胸腺肽、干扰素等)、双向免疫调节剂(如人参、黄芪、当归、白芍、杜仲等中草药)及其他类(如金盐、D-青霉胺、柳氮磺胺吡啶、抗疟药等)。

上述药物除免疫增强剂和具有双向免疫调节作用的中草药外,其他两类不良反应都很大,临床需格外注意。

(1) 注意适应证与禁忌证:在选择免疫抑制剂时应尽可能选择仅作用于免疫反应某个环节的药物以提高疗效,减少毒副作用;尽可能选择疗效确实的制剂,仔细考虑给药方案,制订适当的疗程、剂量和给药方法,如糖皮质激素治疗类风湿性关节炎应使用小剂量、短疗程;环磷酰胺治疗系统性红斑狼疮宜大剂量间歇给药;嘌呤类、嘧啶类则以小剂量间歇给药为宜;也可根据不同免疫抑制剂影响的不同环节联合用药,发挥药物互补作用,增强疗效,但不能随意联合,如环磷酰胺与 5-氟尿嘧啶联合或硫唑嘌呤与别嘌呤醇联合非但不能提高疗效,反而会降低疗效,增加毒性。另外,免疫抑制剂毒性都较大,除常见的抑制免疫功能、诱发感染、消化道反应、脱发、皮炎等副作用外,骨髓抑制、肝毒性、肾毒性、神经毒性也很常见,还可影响生育、诱发肿瘤和致畸。临床应用时应注意选择适应证,避免禁忌证。

(2) 注意药物的用法用量和停药指征:此类药物由于干扰免疫系统,副作用明显,所以用法用量不同于一般药物,多从小剂量开始,逐渐加量或间歇给药,达到治疗量或一定的总量,则改为维持量或逐渐减量;如 3~6 个月无效,则应停药,有效则应维持 2 年左右。如需口服,多在餐后,以减少胃肠道副反应。

(3) 注意毒副反应与预防方法:此类药物副反应发生率高,涉及多个系统,胃肠道反应、肝肾功能损害、心脏毒性、骨髓抑制、神经系统损害、免疫功能下降、过敏等都很常见。另外有些药物有特殊的注意事项,如青霉胺用药前需做青霉素皮试,阳性者禁用,长期应用需与维生素 B₆ 同服以减轻毒副反应。长期大量应用氯喹,应特别注意其眼毒性(视网膜病变和角膜沉着症等),总剂量达 100 克时应换药,静脉推注可引起心脏毒性,应避免静脉给药。用氨甲蝶呤大剂量静脉冲击治疗时,在冲击后 24 小时给予甲酰四氢叶酸,以克服氨甲蝶呤诱导的叶酸代谢阻断和骨髓毒性。环磷酰胺毒性较大,骨髓抑制明显而常见,与剂量相关,及时停药可以恢复;粒细胞数量可以作为监测骨髓抑制的指标;另外此药还可影响生育,导致无精子或卵巢功能紊乱,妊娠禁用。

(4) 注意药物之间的相互作用:青霉胺不宜与保泰松、金盐、抗疟药、硫唑嘌呤、左旋咪唑合用,补铁患者慎用。

氯喹不宜与保泰松合用,易引起过敏性皮炎;与氯丙嗪等有肝损害的药物合用可加重肝脏负担。

甲氨蝶呤不宜与水杨酸、磺胺嘧啶、双氢克尿噻、苯巴比妥、氯霉素合用,因两者竞争结合血浆蛋白,可使游离 MTX 血浓度升高;另外丙磺舒、水杨酸、保泰松还可减少肾小管对 MTX 的排泄,可增加其毒性,故不宜合用。

环磷酰胺、硫唑嘌呤、6-巯基嘌呤不宜与别嘌呤醇合用。

环孢素 A 不宜与氨基糖苷类抗生素、酮康唑、西咪替丁、地尔硫革、非甾体类抗炎药合用。

(5) 注意用药期间的观察指标:应用以上药物需密切观察血常规、尿常规、肝肾功能与心电图,尤其注意粒细胞与血小板计数。氯喹对角膜与视网膜有损害,用前应先做眼部的详细检查,排除原有病变,长期服用时每 3~6 个月定期做眼科检查,60 岁以上的老年人更应注意。

3. 激素应用注意事项 糖皮质激素常用于治疗类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、风湿性多肌痛症、多发性肌炎和皮肌炎等多种风湿性疾病。但用激素治疗风湿病,由于不同病种、不同患者、不同病期均可影响治疗效果,所以很难制订统一的标准和适应证。应用激素的目的是取得最好的疗效和最低的毒副反应。

决定用激素之前应重点考虑几个问题:①激素对该病的基本疗效评价;②确定给药途径和给药方案;③有无禁忌证和不利因素,如高血压、糖尿病、溃疡病、结核病、慢性感染、骨质疏松、青光眼、神经精神系统疾病等;④是否联合应用其他抗风湿药物等。

目前常用的给药方案有持续大剂量方案、激素冲击方案、持续小剂量方案、隔日给药方案、关节内注射等。

应用激素后应注意的主要问题:

(1) 使用小剂量激素(泼尼松 < 7.5 毫克或氢化可的松 < 20 毫克)很少引起毒副作用,但如超出此剂量,尤其是长程治疗,几乎不可避免地会出现毒副反应,甚至出现严重毒副反应或并发症。常见的毒副反应有:诱发或加重感染和溃疡、骨质疏松和自发性骨折、无菌性骨坏死、药源性肾上腺皮质功能亢进以及月经紊乱等。

(2) 大剂量长期应用激素可引起肾上腺皮质萎缩,HPA 轴反应抑制,突然停药会出现撤药反应或撤药危象,有些患者在停药很长时间后,在遇到感染、手术或其他应激情况时,才出现撤药危象,更应引起注意。预防撤药危象的方法就是有计划地逐渐减量。

(3) 病情控制后,应根据不同情况、激素应用的剂量大小、时间长短和减量中的具体反应逐步实施减量。减量不当会使病情复发,前功尽弃,该停不停也会增加毒性,于病情不利。

(4) 关节腔内注射激素,一般均使用长效制剂,可以缓解关节疼痛,防止关节早期挛缩,减少关节腔积液,保护关节生理功能。但关节腔给药前一定要确认关节腔内无细菌感染,操作时避免注入肌腱内,否则会引起肌腱断裂。半年内同一关节腔注射不超过 3 次。

4. 中药治疗禁忌

(1) 辨证论治用药禁忌:痹病临床多分为风邪偏胜的行痹,寒邪偏胜的痛痹,湿邪偏胜的着痹,热邪偏胜的热痹和气血两虚肝肾不足的久痹进行论治。行痹以祛风通络为主,佐以散寒除湿,以防风汤、羌活胜湿汤加减化裁;痛痹以温经散寒为主,佐以祛风胜湿,以乌头

汤加减化裁；着痹以除湿通络为主，佐以祛风散寒，以薏苡仁汤加减化裁；热痹以清热通络为主，佐以祛风除湿，用白虎加桂枝汤加减；久痹正虚邪未尽，以补气养血、补益肝肾为主，佐以祛风散寒、除湿通络，用独活寄生汤加减。《内经》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”行痹、寒痹、着痹、热痹，虽邪各有偏胜但均兼夹他邪，故行痹不能一味祛风，风燥之品多耗血伤津，也应配伍除湿散寒养血之品；痛痹不能只知温阳散寒，温热过度则化火伤阴，应适当配伍祛风除湿补元气之味；着痹不应单纯祛湿，也应配合祛风散寒、健脾扶正药物；热痹多为风寒湿邪郁久化热，或素体阳胜，从阳化热，亦不能见热只顾清热，应配伍祛风除湿之品，还应适当佐以温药散寒，否则易寒凉伤胃，且凉遏冰伏，邪郁不易祛。正如李中梓《医宗必读·痹》所言：“治行痹者，散风为主，御寒利湿仍不可废，大抵参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也。治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大热不能释其凝寒之害也。治着痹者，利湿为主，祛风散寒亦不可缺，大抵参以补脾补气之剂，盖土强可以胜湿，而气足自无顽麻也”。医者当谨记前人教诲。

(2) 配伍禁忌：

1) 扶正祛邪配伍：痹病初期外感六淫之邪，邪气旺盛，正气不衰，治疗应以祛邪为主，佐以扶正。祛邪之法根据风寒湿热之偏胜，风者散之，寒者热之，湿者祛之，热者清之，痰者化之，瘀者通之，少佐补气养血补益肝肾等扶正之品；虽言病初正气不衰，但常谓：“邪之所凑，其气必虚”，即使体质壮实，则当病之时，正气应怠，少量扶正之品一则鼓舞正气，与邪相争，二则使祛邪药物不致伤正。晚期因病邪缠绵入里，肝肾虚损，气血暗伤，当以益气养血、补益肝肾、强筋壮骨为主，佐以祛邪通络之品。

2) 配伍化痰祛瘀通络药物：痹病初期多因邪气瘀滞经脉导致气血流通不畅，祛邪即可祛瘀，少佐养血活血之品，即可利于祛邪，防止伤正，又可通行血脉；中期邪瘀并存，且日久生痰，痰阻脉络，加重瘀血，应祛邪、化痰、化瘀并重；晚期邪与痰瘀互结，一般活血药物难以奏效，多需虫类药物效专力宏，攻冲走窜，通络搜剔。

3) 适当运用引经药物：痹病为全身性疾病，发病部位不一，有时在肩背，有时在颈项，有时在腰脊，有时在四肢，治疗应根据发病部位和所属经络，少佐引经药物以提高疗效，如肩背部用片姜黄，颈项部用葛根、羌活，腰脊部用狗脊、独活，上肢用桑枝、桂枝，下肢用杜仲、川断等。

4) 相反、相畏与妊娠禁忌：治痹常用药物川乌、附子反半夏、藜芦反诸参与细辛、芍药。“本草明言十八反”，临床应尽量避免。但古人也有运用相反药物进行配伍的，如青州白丸子用生川乌配生半夏。如病情确实需要，应在有经验的医师指导下慎重应用，否则尽量不用。十九畏中人参畏五灵脂，肉桂畏赤石脂，川草乌畏犀角，郁金畏丁香，以上相互配伍，降低或丧失功效，也应避免。另外，妊娠期间，乌头、附子、肉桂、土鳖虫、桃仁、红花等应禁用或慎用。

5) 某些疾病慎用的药物：合并高血压、冠心病、甲亢者禁用麻黄，体质虚弱、自汗明显或用洋地黄者慎用麻黄；阴虚有热、血证、肺燥者慎用半夏。

6) 发病之初禁用攻下、收敛、峻补等方法，风寒湿痹未化热时，慎用苦寒、酸寒药物。

(3) 有毒药物用药禁忌：痹病常用药物很多都有小毒，有的甚至有剧毒，但临床为了取得较好的疗效又必须要用，所以要求临床医师一定要谨慎。首先要辨证准确，应该用、必须用时才用；第二要掌握好剂量，不要超过安全剂量，有的药物治疗量和中毒量很接近，所以