

上海市执业药师协会
第二军医大学药学院

组织编写

常见疾病的 药物治疗(I)



CHANGJIAN JIBING DE YAOWU ZHILIAO

名誉主编 王龙兴

主 编 姜远英 郑春元



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

上海市执业药师协会、第二军医大学药学院 组织编写

常见疾病的药物治疗 (I)

名誉主编 王龙兴

主 编 姜远英 郑春元

副主编 沈甫明 孙华君 吕 超

编 委 (按姓氏笔画排列)

王 彦	刘建国	刘 霞	孙华君
禹宝庆	陈世彩	李铁军	沈甫明
张旭魁	和 蕾	姜远英	杨 庆
蒋 红	谢和辉	谢渭芬	蔡国君

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见疾病的药物治疗(I)/姜远英、郑春元主编. —上海:
第二军医大学出版社, 2009. 6

ISBN 978 - 7 - 81060 - 602 - 8

I. 常... II. ①姜... ②郑... III. 常见病 - 药物治疗
IV. R453

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 083821 号

出 版 人 石进英

责任编辑 王 勇

常见疾病的药物治疗(I)

主 编 姜远英 郑春元

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021 - 65493093

全国各地新华书店经销

上海第二教育学院印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 10.5 字数: 194.4 千字

2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 81060 - 602 - 8/R • 552

定价: 23.00 元

序

常见疾病的药物治疗是一门科学,涉及到医学与药学。上海市执业药师协会和第二军医大学药学院组织力量编写了《常见疾病的药物治疗》一书。这本书区别于其他同类医学书籍的特点是,以药师、从业药师、执业药师为主要阅读对象,在简要介绍常见疾病的临床表现与诊断、病因与发病机制、治疗思路与原则的同时,把侧重点放在介绍治疗药物的种类、作用与不良反应,以及药物联用、长期使用时应注意的事项等方面,提醒人们科学用药、合理用药、安全用药。

上海现有一万多名执业药师、从业药师和药师。他们中大多数工作在药品生产和药品流通领域,还有的工作在医院药房。那些工作在药品零售商店和服务在医院药房咨询台的药师们,常常要回答购药者或患者提出的许许多多关于药物治疗与药物正确使用的问题,因此,必须做到博学广识。《常见疾病的药物治疗》一书可以为药师们“充电”提供有益而有效的帮助。

建设健康城市,是上海城市建设和管理的一项重要目标。建设健康城市,离不开健康教育和医学、药学知识的普及。生命是美好的。当生命遭到疾患与病魔袭击时,人们必然寻求医学与药学的帮助。《常见疾病的药物治疗》是一本普及医学与药学知识的书籍。市民们通过阅读这本书,也可以从中获益,提高对常见疾病药物治疗的知晓度,进而开阔治病康复的视野,提高维护健康的清醒度和促进健康的综合素质。

中共上海市卫生局局长 党委书记
上海市食品药品监督管理局

王龙兴

2009年6月

前 言

《常见疾病的药物治疗》是应上海市执业药师协会要求编写的一本给执业药师培训用的教材。全书分I、II两分册,包含了临床上各科常见的疾病,主要介绍了各种疾病的概况、病因和发病机制、临床表现和分类、诊断和鉴别诊断、治疗原则、药物治疗、生活保健和预防等方面的知识,当然重点是药物治疗。这样编写的目的是使读者先对疾病有个初步的认识,接着重点学习治疗疾病时药物选择和应用的相关知识,适合中初级医药工作者学习和参考。

在学习参考本教材时,要用发展的眼光看待书中的内容,避免教条主义的生搬硬套,要把书上的知识和具体的病人、具体的疾病、具体的药物结合起来,灵活运用。特别在涉及到药物的具体用法、剂量时,一定要结合实际,反复核对,避免因用药不当,给病人造成不必要的痛苦和损失。

本教材在编写过程中,得到了上海市执业药师协会和各位编者所在单位领导和同事的大力支持,也参考引用了国内外一些相关书籍和文献,在此一并表示诚挚谢意。

由于药物治疗涉及的专业知识面广,加之编写人员专业领域各不相同,行文风格有所差别,时间又仓促,书中不可避免存在不足之处,恳请同行专家及广大读者予以批评指正。

姜远英

2009年6月

目 录

第一章 常见症状与疾病的药物治疗	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 疼痛	(6)
第三节 咳嗽	(10)
第四节 便秘	(14)
第五节 腹泻	(17)
第二章 心脑血管疾病的药物治疗	(23)
第一节 高血压	(23)
第二节 心绞痛	(28)
第三节 心力衰竭	(32)
第四节 脑卒中	(37)
第三章 内分泌及代谢性疾病的药物治疗	(41)
第一节 糖尿病	(41)
第二节 甲状腺功能亢进症	(46)
第三节 甲状腺功能减退症	(50)
第四节 痛风	(52)
第四章 消化系统疾病的药物治疗	(57)
第一节 消化性溃疡	(57)
第二节 胃食管反流病	(61)
第三节 食管-胃底静脉曲张破裂出血	(67)
第四节 炎症性肠病	(71)
第五节 急性胰腺炎	(76)

第五章 呼吸系统疾病的药物治疗	(81)
第一节 急性上呼吸道感染	(81)
第二节 肺炎	(83)
第三节 支气管哮喘	(87)
第四节 慢性阻塞性肺病	(92)
第五节 肺结核	(95)
第六章 血液系统疾病的药物治疗	(101)
第一节 贫血	(101)
第二节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(105)
第三节 白血病	(109)
第七章 肾脏疾病的药物治疗	(117)
第一节 急性肾小球肾炎	(117)
第二节 慢性肾小球肾炎	(121)
第三节 肾病综合征	(124)
第四节 急性肾功能衰竭	(128)
第五节 慢性肾功能衰竭	(134)
第八章 精神神经系统疾病的药物治疗	(140)
第一节 帕金森病	(140)
第二节 老年痴呆症	(145)
第三节 精神分裂症	(149)
第四节 抑郁症	(155)

第一章 常见症状与疾病的药物治疗

第一节 发 热

1 概 况

各种原因引起的人体体温超过正常范围(一般口温高于 37°C , 肛温高于 37.5°C)或者一日内体温变化超过 1.2°C 时,称为发热(fever)。

正常人的体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,不同个体之间略有差异并且受内、外因素的影响而有波动。一日内,下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也略可升高,但波动范围一般不超过 1.2°C 。妇女月经前及妊娠期体温略高于正常。老年人因代谢率偏低,体温相对低于青壮年。另外,在高温环境下体温也可稍升高。

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热原(pyrogen)作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温就会升高,超出正常范围。发热是多种疾病的共同表现,必须寻找病因,并给予相应治疗。

2 病因与发病机制

在正常情况下,人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类。

2.1 感染性发热 各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。

2.2 非感染性发热 主要有以下几类原因:

(1) 无菌性坏死细胞的吸收:组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织坏死产物的吸收所致的无菌性炎症,常可引起发热,也称为吸收热。常见于物理或化学性损害如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等;因血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死;组织坏死与细胞破坏如白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

(2) 抗原-抗体反应:如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢疾病: 如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(4) 皮肤散热减少: 如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭等引起发热, 一般为低热。急性皮肤大面积晒伤、热灼伤可出现高热。

(5) 体温调节中枢功能失常: 中枢性发热。常见于: ①物理性因素如中暑; ②化学性因素如重度安眠药中毒; ③创伤性因素如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。高热、无汗是这类发热的特点。

(6) 自主神经功能紊乱: 多为低热, 属功能性发热, 常伴有自主神经功能紊乱的其他表现。常见的功能性低热有: ①原发性低热, 低热可持续数月甚至数年之久, 热型较规则, 体温波动范围较小。②感染后低热, 须与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶(如结核)活动或其他新感染所致的发热相区别。③夏季低热, 低热仅发生于夏季, 秋凉后自行退热, 连续数年后多可自愈。多见于幼儿, 且多见于营养不良或脑发育不全者。④生理性低热, 如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热, 月经前及妊娠初期也可有低热现象。

3 临床表现和分类

3.1 发热程度 按发热时体温的高低可分为低热($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等程度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热(41°C 以上)。

3.2 发热的临床过程及特点 发热的临床过程一般分为以下3个阶段:

(1) 体温上升期: 常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。体温上升有2种方式: ①骤升型, 体温在几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上, 常伴有寒战。小儿易发生惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。②缓升型, 体温逐渐上升, 在数日内达高峰, 多不伴寒战。如伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

(2) 高热期: 是指体温上升达高峰之后保持一定时间。持续时间的长短可因病因不同而有差异, 如疟疾可持续数小时, 大叶性肺炎、流行性感冒可持续数天, 伤寒则可为数周。在此期中, 寒战消失, 皮肤发红并有灼烧感, 呼吸加快、变深, 开始出汗并逐渐增多。

(3) 体温下降期: 随着病因的消除, 致热原的作用逐渐减弱或消失, 体温降至正常水平。此期表现为出汗多, 皮肤潮湿。体温下降有2种方式: ①骤降, 指体温于数小时内迅速下降至正常, 有时可略低于正常, 常伴有大汗淋漓。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应等。②渐降, 指体温在数天内逐渐降至正常, 如伤寒、风湿热等。

3.3 发热热程分级 热程在2~3周内者称为急性发热, 绝大多数由感染如病毒所致, 非感染性发热仅占少数, 如药物热、内分泌危象、溶血现象、血栓栓塞病、痛风、急性白

血病、中暑等。发热超过 2~3 周,体温超过 38℃ 以上者为长期原因不明热,主要是由感染性疾病、结缔组织血管性疾病、肿瘤性疾病所致。长期低热者体温在 37~38℃ 之间,持续 4 周以上。

4 诊断和鉴别诊断

将不同时间测得的发热者的体温数值记录在体温单上,再将各体温数值点连接起来形成体温曲线,该曲线的不同形态(形状)称为热型(fever type)。不同的病因所致发热的热型常不同。临床上常见的热型有以下几种:

(1) 稽留热: 体温恒定地维持在 39℃ 以上的高水平,达数天或数周,24 h 内体温波动范围不超过 1℃。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

(2) 弛张热: 体温常在 39℃ 以上,波动幅度大,24 h 内波动范围超过 2℃,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

(3) 间歇热: 体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续 1 d 至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 波状热: 体温逐渐上升达 39℃ 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于布氏杆菌病。

(5) 回归热: 体温急骤上升至 39℃ 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病等。

不规则热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

根据热型的不同有助于发热病因的诊断和鉴别诊断。但须注意: ①抗菌药物控制了感染,或因解热药或糖皮质激素的应用,可使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型;②热型也与个体反应的强弱有关,如老年人休克型肺炎时可仅有低热或无发热,而不具备肺炎的典型热型。

伴随症状也有助于疾病的鉴别诊断。寒战常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。结膜充血常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。单纯疱疹出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。淋巴结肿大常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。肝、脾肿大常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、黑热病、急性血吸虫病等。出血多见于重

症感染及某些急性传染病、斑疹伤寒、败血症等,也可见于某些血液病,如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。关节肿痛常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。皮疹常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。先发热后昏迷者常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等;先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

5 治疗原则

明确病因,针对病因治疗。除婴幼儿高热、高热谵妄或者高度怀疑为感染性发热外,不要轻易应用退热药物或抗菌药物治疗,以免改变原来的热型或其他临床表现,延误诊断和治疗。对疑为感染的急性发热,在必要检查和各种培养标本采集后,应用抗菌药物。物理降温仅作为对超高温的紧急降温措施,以温水、乙醇擦浴较常用。但不应采用冷水浴,因冷水浴可引起血管收缩而升高体温,寒冷引起的血压升高对血压偏高的人可能导致严重后果。

发热过高(腋下温度超过 39.5°C),婴幼儿易引起惊厥;发热较高(腋下温度超过 38°C)且伴有头痛、失眠、精神兴奋影响疾病治愈时;未能满意控制的长期发热或高热对机体消耗较大等情况,应考虑药物治疗。

6 药物治疗

6.1 药物类别与作用机制 控制发热常用非甾体类解热镇痛药。非甾体类解热镇痛药通过抑制中枢前列腺素 E 的合成和释放,抑制了前列腺素 E 介导的下丘脑内源性致热原的作用,使中枢温度调节恢复正常,但不会使体温低于正常值。这类药物对与发热无关的体温升高没有作用。

6.2 注意事项 了解复方解热镇痛药的成分,按相应症状选择适当药物;用量不宜过大,避免出现大汗、体温剧降、血压下降而致虚脱,年老体弱、3 个月以下婴儿、体温过高的患者尤应注意;连续用药时间不宜超过 1 周。

儿童常选择对乙酰氨基酚(acetaminophen),但可靠的临床研究数量太少,尚没有充分证据支持其有效性以及长于其他药物的优势。世界卫生组织的公报建议仅用于有明显不适的儿童。鉴于阿司匹林(aspirin)的使用可能与 Reye 综合征有关,但未见国内相关报道,为安全计,通常不用于儿童。老年人要注意双氯芬酸、对乙酰氨基酚等药物对肝、肾功能的损害,还应注意阿司匹林、布洛芬(ibuprofen)等具有加重胃及十二指肠溃疡的作用。孕妇、哺乳期妇女慎用。

有研究表明,儿童发热的退热治疗不一定改善其舒适感,甚至在严重感染时,可能增加病死率。有专家建议,解热药物不应常规给予发热儿童,应保留给有严重不适或高热的儿童。

6.3 常用治疗药物 非甾体解热镇痛类药物主要有对乙酰氨基酚、布洛芬、阿司匹林等。

(1) 对乙酰氨基酚: 用于退热时,成人口服,一次 0.25~0.5 g,一日 4 次,但不宜超过 2 g/d。退热疗程一般不超过 3 d。小儿口服每次 10~15 mg/kg,或者 1.5 g/m²,每 4~6 h 一次。12 岁以下小儿每 24 h 不超过 5 次量,疗程不超过 5 d。其口服剂型有片剂、胶囊、口服液、滴剂等,另外有注射剂、凝胶剂、栓剂等。本品对胃肠刺激小,一般不会引起胃肠出血。少数病例可发生粒细胞减少症、贫血、过敏性皮炎(如皮疹及瘙痒等)、肝炎或血小板减少症等。长期大量用药,尤其肾功能低下者,可出现肾绞痛或者急性肾功能衰竭,表现为少尿、尿毒症。长期饮酒或者应用肝酶诱导药物者,长期或超剂量服用本品可发生肝脏毒性反应。应定期检查其肝脏、肾脏功能以及血象。

(2) 阿司匹林: 用于退热时,成人口服,一次 0.3~0.6 g,一日 3 次。小儿每日 1.5 g/m²,分 4~6 次口服,或者每次 5~10 mg/kg,每 4~6 h 一次。活动性溃疡或者其他原因引起的消化道出血、血小板减少症、血友病者禁用。常见不良反应有恶心、呕吐;大剂量长期服用可加重或诱发溃疡病甚至出血,延长凝血酶原时间;严重肝损害、低凝血酶原血症、维生素 K 缺乏者避免使用;少数人可出现荨麻疹、血管神经性水肿、过敏性休克或哮喘,故对阿司匹林过敏者应避免使用。年老体弱或体温在 40℃ 以上者宜服用小剂量,以免大量出汗、体温骤降而引起虚脱。

(3) 布洛芬: 用于普通感冒或流行性感冒引起的发热。成人口服,一次 0.2 g,必要时每 4~6 h 一次。儿童 5 mg/kg,高热者 10 mg/kg,最大 40 mg/kg。对其他非甾体抗炎药过敏者及孕妇或哺乳期妇女禁用。少数患者可出现恶心、呕吐、胃烧灼感或轻度消化不良、胃肠道溃疡及出血、转氨酶升高、头痛、头晕、耳鸣、视物模糊、精神紧张、嗜睡、下肢水肿或体重骤增。60 岁以上、支气管哮喘、肝或肾功能不全、凝血机制或血小板功能障碍(如血友病)患者慎用。

(4) 吲哚美辛(indomethacin): 用于退热,一次 6.25~12.5 mg,一日不超过 3 次。儿童 1.5~2.5 mg/kg,分 3~4 次。常见有消化不良、胃痛、胃烧灼感、恶心、呕吐、腹痛、胃溃疡等,有时亦引起胃出血及穿孔、哮喘、血压下降及粒细胞减少。还可有头痛、再生障碍性贫血和变态反应等。活动性溃疡、癫痫及精神病史、非甾体解热镇痛药过敏者及孕妇禁用。本品可使出血时间延长,加重出血倾向,故血友病及其他出血性疾病患者慎用。本品

能导致水、钠潴留,故心功能不全及高血压等患者慎用。本品解热作用强,应防止大汗和虚脱,补充足量液体。为减少药物对胃肠道的刺激,宜饭后服用或与食物或制酸药同服。

(5) 双氯芬酸(diclofenac acid): 用于各种原因引起的发热。成人口服,一次25 mg,必要时一日3次,饭后吞服。儿童每日0.5~2 mg/kg,分次服用。主要为胃肠道反应,如胃部不适、恶心、呕吐及胃痛等。有消化性溃疡及对本品过敏者禁用。肝或肾功能不全者、孕妇及哺乳期妇女应慎用。

(6) 安乃近(metamizole sodium, analgin): 系氨基比林和亚硫酸钠相结合的化合物,作用机制与氨基比林相同。成人口服,一次0.25~0.5 g,需要时服,最多每日3次。小儿1~2 mg/kg,一日2~3次。可引起粒细胞减少症、荨麻疹、渗出性红斑等,亦可引起自身免疫性溶血性贫血、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、剥脱性皮炎、过敏性休克等。服用过量可引起大量出汗而虚脱。本品一般不作首选,仅用于急性高热、病情急重、其他解热药物无效的情况下的紧急退热。用药超过1周应检查血象。

7 生活保健和预防

发热时,应足量饮水,以保持体液平衡,避免内环境紊乱。经常适度体育锻炼,增强机体免疫力,预防感冒等疾病。及时接种有关疫苗可以增强免疫力,避免感染性疾病的发生。改善劳动环境,预防中暑等职业病。

第二节 疼 痛

1 概 况

疼痛是一种与组织损伤或潜在的损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体验,是一种伴有复杂情绪反应的不愉快的感觉,系大多数疾病共同具有的症状,是除了体温、脉搏、呼吸和血压之外的第五生命体征,也是临床最常见的主诉之一。特别是有些疾病引起的慢性疼痛,其本身不仅是一种症状,也已成为一种疾病,即所谓“痛症”。

疼痛就其生物学意义来讲是一种警戒信号,表示机体已经发生组织损伤或预示即将遭受损害而引起一系列防御反应。如果疼痛长期持续存在,便失去警戒信号的意义,而是对机体构成一种难以忍受的精神折磨,严重影响学习、工作、饮食和睡眠。当今世界1/3以上的人口遭受着持续或反复发作的疼痛的折磨,因此疼痛是医学和生物学中最富有挑战性的问题之一。

2 病因和发病机制

疼痛是由一定的刺激(伤害性刺激)作用于外周感受器(伤害性感受器)换能后转变成神经冲动(伤害性信息),循相应的感觉传入通路(伤害性传入通路)进入中枢神经系统,经脊髓、脑干、间脑中继后直到大脑边缘系统和大脑皮质,通过各级中枢整合后产生疼痛感觉和疼痛反应。

伤害性刺激引起疼痛反应,涉及整个机体,导致各系统的病理变化,包括心理情绪的异常。其反应机制包括:①疼痛冲动传导的扩散;②疼痛的投射反应,为应激反应产生逃避行为,在边缘系统出现心理情绪变化,在间脑投射则出现体液生化改变,从而产生一系列临床症状和体征。

3 临床表现和分类

目前临床上依据疼痛的病程长短(急性疼痛和慢性疼痛)、发生机制(伤害性、炎症性、神经性和神经官能症性疼痛)和患者的反应(适应性疼痛和适应不良性疼痛)等对疼痛进行分类,最常见的是将疼痛分为急性疼痛和慢性疼痛。

急性疼痛也称伤害感受性疼痛,有明确的病因,可为疾病或创伤所产生,持续时间较短,一般不超过3个月。常见的急性疼痛包括术后痛、组织损伤痛(如外伤、烧伤、烫伤等引起的疼痛)。

慢性疼痛可以有多种明确或不明确的病因,持续3个月或更长,可经数月至数年反复发作。临床常见的有慢性腰腿痛,如各种骨关节炎、创伤后畸形性疼痛,以及神经和神经根损伤性疼痛,如截肢后患肢痛、周围神经病理性疼痛,其中以三叉神经痛、带状疱疹后遗神经痛为多见。此外,中枢性疼痛、癌性疼痛也常见。

4 诊断和鉴别诊断

了解病史、明确诊断是成功治疗的前提。首先尽可能明确疼痛的病因和性质,如疼痛是由肿瘤、损伤、炎症、畸形等哪一种原因引起的;其次,明确疼痛患者的全身情况及其他伴发症,如有无肝、肾功能障碍,是否合并高血压、心脏病、肺气肿、糖尿病等;第三,明确病变的部位,有利于选择恰当的治疗方法,使疗效更确切。

疼痛的评定是在疼痛治疗前及过程中利用一定的方法测定和评价患者的疼痛强度和性质。目前国内外较为常用的定量方法包括视觉模拟评分法、口述描绘评分法、数字评分法、疼痛问卷表以及痛阈测定等。在临床工作中应根据每种疼痛的特点,选择最适合患者的方法。

5 治疗原则

病因明确的疼痛应按病因治疗,不能将癌痛误诊为一般疼痛,并避免在治疗中产生并发症,如肋间神经阻滞导致气胸的发生、硬膜外神经阻滞产生全脊麻等;对急救方法和措施应熟练掌握,对一切治疗操作做到规范有序;治疗后应认真观察,特别是对门诊患者要留有足够的时间观察,确保安全;对一些特殊治疗,如椎管内阻滞、神经毁损性治疗等应向患者及亲属充分告知并履行签字手续。必要时应进行综合治疗,包括药物治疗、痛点阻滞、介入治疗、物理治疗、手术治疗以及心理治疗、中医治疗等,做到扬长避短,从而使治疗效果更迅速、更完善。

6 药物治疗

6.1 阿片类药物 亦称麻醉性镇痛药。此类镇痛药是治疗重度疼痛的标准用药,可联合非阿片类镇痛药如非甾体抗炎药、 α_2 受体激动剂、NMDA受体拮抗药应用于患者自控镇痛。阿片类药物的给药途径多种多样,根据病情需要选用硬膜外、蛛网膜下隙、静脉、皮下、口服等方法。阿片类药物口服的等效剂量依次为吗啡10 mg、哌替啶100 mg、羟考酮7.5 mg、美沙酮10~20 mg、可待因80 mg、曲马多40 mg。芬太尼贴剂等常用以治疗癌痛。

吗啡(morphine)适用于急性剧痛,可缓解心肌梗死和左心衰竭以及心源性肺水肿的疼痛,其口服制剂用于癌痛。口服,成人常用量每次5~15 mg,每日15~60 mg;极量每次30 mg,每日100 mg;服用控释片宜从每12 h 10~20 mg开始,视镇痛效果调整剂量,必须整片吞服。皮下注射,成人常用量每次5~15 mg,每日15~40 mg;极量每次20 mg,每日60 mg。静脉注射,盐酸吗啡成人镇痛时常用量5~10 mg。可有心动过缓、低血压、支气管痉挛、喉痉挛、胆道痉挛、欣快、烦躁、尿潴留及瘙痒、荨麻疹等不良反应,连续应用3~5 d可产生耐药性,长期应用可成瘾。婴幼儿和老年人慎用;肾绞痛、胆绞痛者慎用,因可使疼痛加剧,必要时和阿托品合用。

盐酸哌替啶(pethidine)适用于急性剧痛,不主张用于慢性疼痛或癌痛的治疗。口服,成人常用量每次50~100 mg,每日200~400 mg;极量每次150 mg,每日600 mg;小儿按体重每次1.0~1.5 mg/kg。肌肉注射,成人常用量每次25~75 mg,每日100~400 mg;极量每次100 mg,每日600 mg。静脉注射,成人每次按体重以0.3 mg/kg为限。应用于胆、肾绞痛时须和阿托品合用,大剂量应用可产生中枢兴奋和惊厥。不可把药液注射到外周神经干附近,否则可产生局部麻醉(简称局麻)或神经阻滞。

6.2 局部麻醉药 选用低浓度局麻药,尽可能避免运动神经阻滞而阻断感觉神经

对疼痛刺激的传导,抑制或消除机体对疼痛刺激的应激反应。局麻药是临床上最常用于神经阻滞的药物,以0.5%~1%罗哌卡因、0.5%~0.75%布比卡因及1.5%~2%利多卡因为最常用。5%盐酸利多卡因贴剂(每贴含药700 mg)用于带状疱疹后神经痛的治疗已取得良好的疗效。

6.3 非甾体抗炎药 非甾体抗炎药是常用的中等强度镇痛药,多为口服给药,可有效缓解术后疼痛,降低术后患者对吗啡的用量,对自发性疼痛及功能性疼痛也有镇痛效果。所有非甾体抗炎药在治疗过程中的任何时候都可能出现胃肠道出血、溃疡和穿孔等不良反应,并可能使发生严重心血管血栓性不良事件、心肌梗死和中风的风险增加。常用的有阿司匹林、布洛芬、吲哚美辛等。

阿司匹林可缓解轻度或中度的疼痛,但不能治疗引起疼痛的病因,需同时应用其他药物对病因进行治疗。口服,成人常用量每次0.3~0.6 g,每日3次,必要时每4 h一次;小儿常用量每次按体重5~10 mg/kg,或每次每岁60 mg,必要时每4~6 h一次。常见有恶心、呕吐、上腹部不适或疼痛等胃肠道反应,可有哮喘、荨麻疹、血管神经性水肿或休克等变态反应,应特别警惕交叉过敏的可能性。与食物同服或用水冲服,或采用肠溶片,可减少对胃肠的刺激。

6.4 α_2 受体激动剂 硬膜外镇痛的同时单次注入可乐定(clonidine)2 μ g/kg 可达到良好镇痛效果,并有镇静、降压、减慢心率的作用,但有造成深度镇痛及血压下降的风险。小剂量可乐定(1 μ g/kg)可使局麻药的镇痛时间延长50%~100%。口服用于偏头痛、痛经等,每次0.025 mg,每日2~4次;极量每次0.6 mg,每日2.4 mg。

6.5 NMDA 受体拮抗药 NMDA受体拮抗药可延缓谷氨酸盐的释放。如口服氯胺酮(ketamine)50~75 mg,用于治疗对阿片类药不敏感的神经过理性和癌性疼痛疗效确切。氯胺酮是惟一具有镇痛作用的静脉全身麻醉(简称全麻)药。用于成人镇痛,先按体重静脉注射0.2~0.75 mg/kg,于2~3 min注完,而后每分钟按体重5~20 μ g/kg连续静脉滴注,也可按体重先肌肉注射2~4 mg/kg,而后静脉滴注。静脉注射切忌过快,短于60 s者易致呼吸暂停。

6.6 糖皮质激素 作为治疗慢性疼痛最常合用的药物之一,糖皮质激素的应用应遵循靶向用药、严格遵守适应证和禁忌证及避免长期应用的原则,尽量把糖皮质激素的作用局限在病变部位。局部注射在神经根病变、神经根损伤、周围神经病变、肌肉韧带损伤等治疗中具有确切而显著的镇痛效果,硬膜外腔注射对椎间盘突出或环撕裂引起的轴痛、髓核脱出或脊髓硬化等压迫引起的神经根病变、非压迫性炎症引起的脊神经根炎以及带状疱疹引起的疼痛等有一定效果。

6.7 抗抑郁药和抗惊厥药 阿米替林、加巴喷丁以及卡马西平等目前常用于神经病理性疼痛的治疗,有较好疗效。加巴喷丁(gabapentin)对带状疱疹后神经痛、糖尿病性周围神经病和脊髓损伤都有效,口服每日 900~1 800 mg,分 3 次服用。其用药剂量由临床效果决定,不由血药浓度决定,首次给药应在睡前服用,以减少不良反应。较常见的不良反应有共济失调、站立不稳、眼球震颤。

7 生活保健和预防

近来,以平衡镇痛方案或多模式互补方法从多个环节预防或治疗疼痛已成为疼痛治疗的新思路,其目的是使不同镇痛药或镇痛方法产生相加或协同作用,同时将不良反应降至最低。通过在伤害发生前预先给予镇痛处理即超前镇痛可减轻或阻止疼痛的发生,其理论基础是在外周神经及组织损伤之前预先阻止疼痛传入使中枢致敏不能发生。

第三节 咳 嗽

1 概 况

咳嗽(cough)是一种为清除气道内物质的突然爆发性呼气动作。咳嗽有利于清除呼吸道分泌物和有害因子,防止异物进入肺脏。但频繁剧烈的咳嗽严重影响患者的工作、生活。

慢性咳嗽(chronic cough)是指以咳嗽为主要或惟一症状,咳嗽时间等于或超过 8 周,胸部 X 线检查无明显异常。伴有明显的气促、呼吸困难、咳血、发热等症状或胸部 X 线检查发现明显的阴影、空洞、容积改变等病变者,则不属于慢性咳嗽,应归于其他原发疾病。

咳嗽是呼吸系统疾病的常见症状,几乎涉及呼吸系统的所有疾病。临床上咳嗽病因多,涉及面广,胸部影像学检查无明显异常的慢性咳嗽易被疏忽,常被误诊为“慢性支气管炎”或“支气管炎”。

2 病 因

咳嗽反射由感受器、传入神经、传出神经及延髓的咳嗽中枢等环节组成。疾病、异物或者化学物品对咳嗽反射弧的刺激引发咳嗽。