

康氏现代治疗学

世界医学名著译丛

Conn's Current Therapy 1991

孙昌淑 郑法雷 译

XUEYUANCHUBANSHE

CUNN'S CURRENT THERAPY

主编 ROBERT E. RAKEL, M.D.

世界医学名著

美国 W. B. SAUNDER'S COMPANY 出版

康氏现代治疗学

(第 43 版译本)

孙昌淑 郑法雷 主译



A0098228



学苑出版社

特约责任编辑:孔昭育
联络编辑:郭强
排版:刘国红 曹立群 杨秀薇 贺焱
责任编辑:张翔

《康氏现代治疗学》第43版中文本经 W. B. SAUNDER'S COMPANY 授权

(京)新登字151号

康氏现代治疗学

原著主编:Robert E. Rakel
主译:孙昌淑 郑法雷
出版发行:学苑出版社 邮政编码:100032
社址:北京市西城区成方街33号
排版:北京成功信息处理有限公司
印刷:北京交通印务实业公司印刷
经销:各地新华书店
开本:787×1092 1/16
印张:60.25 字数:2070千字
版次:1993年6月北京第1版
1993年8月北京第1次印刷
ISBN 7-5077-0509-9/R·83
定价:50元(平装)
55元(精装)

学苑版图书印、装错误可随时退换。

序

Howard Conn 最初编写的《现代治疗学》于 1949 年出版之后,立即受到广大临床医生的热烈欢迎。原因是这本书合简要的内科学与诊治手册于一体。临床医生既可很方便地查到对症、对病、对急救的各种新药物、新治疗措施,又可核对患者的临床病象、药物的剂量、各种检验数值。1949 年起每年都出一本新版的《现代治疗学》,至 1991 年已出至第 43 版,始终未断,而且只是更新内容,篇幅尽量不增大。自五十年代起这本书已成为临床医生,特别是内科医生、全科医生案头必有的医书。经过 40 余年的考验,本书成了最有权权威性的临床医学手册。

近年医学发展很快,治疗学可说是日新月异。本书第 43 版于 1991 年出版,主编 Robert E. Rakel 在序言中指出:“今年这一版本中有 75% 以上的材料是完全新写的,而保留的部分也都经过彻底的修改,使之符合时宜。”参加第 43 版编写的共 357 名作者,绝大多数是美国学者,但亦有加拿大、欧洲、亚洲、拉丁美洲的作者。这本治疗学称为《现代治疗学》确是名副其实。

我高兴地看到孙昌淑和郑法雷教授主译,以具有高级职称为主的五十余位医师参加翻译,把这本书的第 43 版(1991 年)译成了中文。无疑这个译本对我国临床医生、医学院校的高年级学生更新知识会起到很大的作用,从而也有利于提高医疗质量。

谨向在医药卫生战线上工作的同志们推荐这个译本。

吴阶平

声 明

本书的各位作者、编辑和出版人都尽了极大的努力，以保证书中所推荐的药物剂量是准确的，并且和当前官方所接受的标准是一致的。

然而，确实也有这样的情况：由于临床经验不断积累和实验研究持续进行，药物剂量表也随时在变。这在新近介绍的产品中最可能发生。

所以我们主张您在确定剂量时，核对一下厂家的建议，特别是您要服用的或要开方的药是您偶尔采用的或有一段时间没有用过的。

出版人

序 言

《康氏现代治疗学》第 43 版仍然继承已故的主编霍华德·康 (Howard Conn) 于 1949 年确立的传统。每年出一新版本,由各个领域的权威专家推荐的新作者提供最新的资料。今年这一版本中有 75% 以上的材料是完全新写的,而保留的部分也都经过彻底的修改,使之符合时宜。

考虑到经前综合征在文献和报刊中受到普遍关注,所以本版把它作为新课题列入书中。

我们的宗旨是为开业医生解决在临床实践中经常遇到的问题提供最新的权威性的参考资料。本书的作者都是各种疾病的专家,他们把自己所发现的效果最好的药物和疗法推荐给临床医生,使他们在面对大量的可以选用的药物和疗法时,不致难以抉择。他们所推荐的药物和疗法常常都是以他们自己的丰富经验或最新的研究为基础的,可能尚未在传统的文献中报道过。

桑德斯 (Saunders) 公司的编辑人员都是这方面的专家,因此最终出版的书是简明易读的。本书的目的是给繁忙的临床医生提供诊治病人时遇到的特殊问题以圆满的答案。

在这里,我要对本版的各位编辑和桑德斯公司的高级医学编辑约翰·戴森 (John Dyson) 致以感激之忱。此外,我还要铭谢我的编辑助理罗克西·卡迪 (Roxy Cuddy) 和我系的药学家伯利·卡特 (Barry Carter) 和卢森达·米勒 (Lucinda Miller),他们对本书中每种药物推荐的准确性进行了检查。

ROBERT E. RAKEL, M. D.

译者前言

《康氏现代治疗学》(CONN'S CURRENT THERAPY)一书是1949年由美国著名医学教授霍华德·康(Howard Conn)博士主编首次出版的。四十多年来,该书一直由世界闻名的W. B. 桑德斯(Saunders)出版公司以每年修订一次的更新速度连续再版,在美、英、加、澳、日等国发行。本书的大多数撰稿人是美国和其它国家各著名医学院校的权威专家。因此,本书的宗旨是将反映医学上最新进展的和世界上最先进的治疗方法介绍给读者。

《康氏现代治疗学》1991年版是该书的第43版。由美国贝勒医学院副院长罗伯特·雷克尔(Robert Rakel)博士主编。书中介绍了临床多种疾病(约360种)的最新疗法,不仅涉及内科各系统的疾病,而且包括神经科、精神科、妇产科、皮肤科、变态反应科、急诊科等诸多方面。为临床处理常见病和疑难病提供了先进而可靠的治疗方案;并对各种疾病的病因学、发病机理、流行病学和诊断要点也作了简要的说明。本书作者还根据临床经验和近几年的文献报告,向临床医生推荐疗效最佳的药物,对改进临床治疗有重要的参考价值。有鉴于此,译者决定将这一医学巨著译成中文,介绍给我国的广大读者。这是近四十多年来第一部有关治疗学的医学名著中译本。

《康氏现代治疗学》的编写方法亦颇具特色,标题醒目,便于查阅。这本书不仅可作为临床医生、临床药学工作者的必备参考书,也可供医药院校的教师和学生阅读参考。对城乡广大基层医务工作者,本书也具有很好的指导作用和参考价值。在翻译过程中,我们除校勘了原书中的个别错误外,并将全部英制和旧制计量单位换算成我国法定的国际标准计量单位制。

为了将本书译成中文,北京协和医院、首都医学院、北京友谊医院、北京佑安医院、北京妇产医院、北京积水潭医院的几十位专家、教授付出了辛勤的劳动,克服了许多困难。学苑出版社特约编审孔昭育教授对译文进行了深入细致、一丝不苟的审阅加工,全体译者对此至为感激。对学苑出版社立意向我国广大读者介绍世界医学名著,我们极为欣赏。译者对本书责任编辑郭强同志近两年来不辞辛苦的组织协调工作深表谢意。

译者

1992

《康氏现代治疗学》第43版译者名单

主 译:孙昌淑 郑法雷

分章负责人:(按每章先后为序)

- I 孙昌淑(首都医学院)
- II 谭永康(北京佑安医院)
- III 孙继文(首都医学院)
- IV 王子时(北京协和医院) 朱文玲(北京协和医院)
- V 张伯龙(北京协和医院)
- VI 丁鼎武(首都医学院)
- VII 李学旺(北京协和学院)
- VIII 戴为信(北京协和学院) 向红丁(北京协和医院)
- IX 郑法雷(北京协和学院)
- X 谭永康(北京佑安医院)
- XI 叶世泰(北京协和学院)
- XII 俞宝田(北京协和学院)
- XIII 潘映辐(北京友谊医院)
- XIV 于孟学(北京协和学院)
- XV 吴连方(北京妇产医院)
- XVI 李舜伟(北京协和学院)
- XVII 张明良(北京积水潭学院) 邵孝铨(北京协和医院)
- 附录 孙昌淑(首都医学院)

译校者名单(以姓氏笔划为序)

丁 强	丁鼎武	于学忠	于孟学	马俐儒	王子时
王乃佐	王玉琪	王 仲	王宝星	王宝玺	王建明
文昭明	孙昌淑	孙继文	兰文恒	叶世泰	朱文玲
向红丁	李汉忠	李学旺	李焕更	李舜伟	李 静
苏纯信	吴连方	杨 军	杨凤池	杨树云	张月明
张伯龙	张明良	张雪雯	张丽华	肖 峰	严晓伟
汪 青	陈文珍	陈晓瑞	孟宗樵	邵孝铨	郑法雷
周玉淑	姜秀春	俞宝田	秦 梅	袁 方	倪道凤
黄醒华	黄 婷	常 青	康献平	韩桂芬	谭永康
谭如玉	潘映辐	魏 镜	戴为信		

总 目 录

I .	诊断前的症状处理.....	(1)
II .	传染病	(30)
III .	呼吸系统.....	(111)
IV .	心血管系统.....	(157)
V .	血液和脾脏.....	(245)
VI .	消化系统.....	(349)
VII .	代谢性疾病.....	(417)
VIII .	内分泌系统.....	(474)
IX .	泌尿生殖系统疾病.....	(514)
X .	性传播疾病.....	(557)
XI .	变态反应疾病.....	(566)
XII .	皮肤病.....	(588)
X III .	神经系统.....	(655)
X IV .	运动系统疾病.....	(731)
X V .	妇产科.....	(754)
X VI .	精神障碍.....	(832)
X VII .	物理和化学损伤.....	(861)
附录.....		(911)

目 录

I. 诊断前的症状处理

疼痛	(1)
恶心和呕吐	(4)
胀气和消化不良	(8)
急性感染性腹泻	(10)
便秘	(13)
发热	(15)
咳嗽	(17)
声嘶和喉炎	(19)
失眠	(24)
瘙痒	(26)
耳鸣	(28)

II. 传染病

人类免疫缺陷病毒感染的处理	(30)
阿米巴病	(36)
菌血症	(38)
布氏杆菌病	(42)
水痘与带状疱疹	(44)
霍乱	(46)
白喉	(49)
食物中毒性疾病	(52)
厌氧菌及引起坏死的感染 (包括气 性坏疽)	(53)
流行性感冒	(58)
利什曼病	(61)
麻风 (汉森氏病)	(62)

疟疾	(66)
细菌性脑膜炎	(72)
传染性单核细胞增多症	(77)
流行性腮腺炎	(79)
鼠疫	(80)
鹦鹉热 (鸟疫、饲鸟病)	(81)
Q 热	(82)
狂犬病	(83)
鼠咬热	(85)
回归热	(87)
风湿热	(88)
莱姆病 (莱姆疏螺旋体病)	(89)
落矶山斑疹热	(92)
风疹	(94)
麻疹	(96)
破伤风	(97)
弓形体病	(99)
旋毛虫病	(102)
土拉菌病	(103)
沙门氏菌病	(104)
伤寒	(106)
斑疹伤寒	(107)
百日咳	(109)

III. 呼吸系统

急性呼吸衰竭	(111)
肺不张	(114)
慢性阻塞性肺疾患	(116)
原发性肺癌	(119)

球孢子菌病	(123)	铁缺乏	(247)
组织胞浆菌病	(125)	自身免疫性溶血性贫血	(249)
芽生菌病	(127)	非免疫性溶血性贫血	(253)
胸腔积水和积液	(130)	恶性贫血与其他巨幼细胞性贫血	(256)
原发性肺脓肿	(130)	地中海贫血	(260)
中耳炎	(131)	镰状细胞病	(264)
细菌性肺炎	(133)	中性粒细胞减少症	(268)
病毒性呼吸系感染	(137)	胎儿和新生儿溶血性疾病	(272)
病毒性及支原菌性肺炎	(138)	血友病和血管性血友病 (Von Willebrand's	
军团病	(140)	disease)	(277)
肺栓塞	(142)	血小板介导的出血性疾病	(282)
肉样瘤病	(146)	弥散性血管内凝血	(286)
矽肺	(147)	血栓性血小板减少性紫癜	(288)
过敏反应性局限性肺炎	(149)	血色病	(289)
副鼻窦炎	(150)	霍奇金病: 化学治疗	(291)
链球菌性咽炎	(152)	霍奇金病: 放射治疗	(293)
结核病及其他分支杆菌病	(154)	成人急性白血病	(296)

IV. 心血管系统

获得性主动脉疾病	(157)
心绞痛	(159)
心脏骤停	(165)
心房颤动	(170)
过早搏动	(173)
心脏阻滞	(177)
心动过速	(180)
先天性心脏病	(185)
二尖瓣脱垂	(189)
充血性心力衰竭	(192)
感染性心内膜炎	(195)
高血压	(202)
急性心肌梗塞	(215)
心肌梗塞后康复治疗	(236)
心包炎	(239)
周围动脉疾病	(241)
下肢深静脉血栓形成	(242)

V. 血液和脾脏

再生障碍性贫血	(245)
---------------	-------

铁缺乏	(247)
自身免疫性溶血性贫血	(249)
非免疫性溶血性贫血	(253)
恶性贫血与其他巨幼细胞性贫血	(256)
地中海贫血	(260)
镰状细胞病	(264)
中性粒细胞减少症	(268)
胎儿和新生儿溶血性疾病	(272)
血友病和血管性血友病 (Von Willebrand's	
disease)	(277)
血小板介导的出血性疾病	(282)
弥散性血管内凝血	(286)
血栓性血小板减少性紫癜	(288)
血色病	(289)
霍奇金病: 化学治疗	(291)
霍奇金病: 放射治疗	(293)
成人急性白血病	(296)
儿童急性白血病	(300)
慢性白血病	(305)
非霍奇金淋巴瘤	(314)
皮肤 T 细胞淋巴瘤 (蕈样霉菌病和 Sézary	
综合征)	(319)
多发性骨髓瘤	(324)
真性红细胞增多症	(327)
卟啉病	(331)
血液成分的治疗性应用	(336)
输血的副作用	(341)

VI. 消化系统

食道静脉曲张出血	(349)
胆囊炎及胆石症	(352)
肝硬变	(354)
咽下困难及食道梗阻	(357)
消化道憩室	(363)
溃疡性结肠炎	(367)
克隆(Crohn)氏病	(372)
激惹性肠综合征	(375)
痔疮、肛裂和肛门脓肿及瘻管	(376)
胃炎	(379)

急性及慢性病毒性肝炎	(382)
吸收不良综合征	(388)
急性胰腺炎	(395)
慢性胰腺炎	(399)
消化性溃疡	(401)
胃肿瘤	(407)
结肠及直肠肿瘤	(408)
肠寄生虫	(410)

VII. 代谢性疾病

脚气病	(417)
成年人糖尿病	(419)
青少年糖尿病	(424)
高尿酸血症与痛风	(431)
高脂蛋白血症	(434)
肥胖	(440)
糙皮病	(447)
佝偻病和骨软化症	(447)
坏血病和维生素 C 缺乏	(454)
维生素 K 缺乏	(455)
骨质疏松	(456)
变形性骨炎 (佩吉特氏病)	(459)
成人完全肠道外营养 (TPN)	(461)
婴儿和儿童的肠道外液体疗法	(467)

VIII. 内分泌系统

肢端肥大症	(474)
肾上腺皮质功能减退症	(476)
皮质醇增多症	(479)
尿崩症	(484)
甲状腺肿	(486)
甲状旁腺功能亢进和甲状旁腺功能减退症	(488)
垂体功能减退症	(490)
高泌乳素血症	(493)
甲状腺功能减低	(496)
甲状腺功能亢进	(499)
甲状腺癌	(503)

嗜铬细胞瘤	(506)
甲状腺炎	(512)

IX. 泌尿生殖系统疾病

男性细菌性泌尿道感染	(514)
女性细菌性泌尿道感染	(516)
女性小儿的泌尿道感染	(520)
小儿遗尿症	(522)
尿失禁	(523)
附睾炎	(524)
肾小球疾病	(525)
肾盂肾炎	(530)
泌尿生殖系创伤	(531)
良性前列腺肥大	(534)
前列腺炎	(537)
急性肾功能衰竭	(539)
慢性肾功能衰竭	(542)
泌尿生殖系的恶性肿瘤	(547)
男性尿道狭窄	(551)
肾结石	(553)

X. 性传播疾病

软性下疳	(557)
淋病	(558)
非淋球菌性尿道炎	(561)
腹股沟肉芽肿 (杜诺凡氏病)	(561)
性病性淋巴肉芽肿	(562)
梅毒	(562)

XI. 变态反应疾病

过敏性休克与血清病	(566)
青少年和成人哮喘	(569)
儿童哮喘	(576)
气传变应原所致过敏性鼻炎	(581)
药物变态反应	(584)
昆虫螫咬变态反应	(586)

XII. 皮肤病

寻常痤疮和酒渣鼻	(588)
毛发疾病	(589)
皮肤癌	(592)
丘疹鳞屑性皮肤病	(595)
结缔组织病: 红斑狼疮、皮炎和 硬皮病	(598)
皮肤血管炎	(600)
甲疾病	(602)
瘢痕疙瘩	(605)
寻常疣	(606)
痣和黑色素瘤	(608)
恶性前期损害	(611)
细菌性皮肤病	(616)
病毒性皮肤病	(617)
皮肤寄生虫病	(620)
皮肤真菌病	(621)
口腔疾病	(625)
淤积性皮炎和淤积性溃疡	(630)
压力性溃疡	(632)
异位性皮炎	(634)
固定性红斑	(636)
大疱病	(637)
接触性皮炎	(640)
妊娠期皮肤病	(641)
肛门与外阴瘙痒	(644)
荨麻疹	(644)
色素性疾病	(646)
职业性皮炎	(649)
日晒伤与光敏感	(651)

XIII. 神经系统

脑脓肿	(655)
阿尔茨海默氏病	(657)
原发性脑内出血	(658)
缺血性脑血管病	(660)

卒中病人的康复	(663)
青年和成年人癫痫症	(665)
婴儿和儿童癫痫	(670)
头痛	(674)
阵发性眩晕	(683)
美尼尔氏病	(687)
病毒性脑膜脑炎	(689)
雷耶氏综合征	(690)
多发性硬化	(691)
重症肌无力	(695)
三叉神经痛	(701)
视神经炎	(703)
青光眼	(704)
急性面部麻痹	(706)
帕金森氏病	(708)
外周神经病	(713)
成人急性头部外伤	(720)
儿童急性头部外伤	(724)
脑肿瘤	(727)

XIV. 运动系统疾病

类风湿关节炎	(731)
幼年型类风湿关节炎	(735)
强直性脊柱炎	(739)
颞下颌疾患	(741)
纤维织炎、滑囊炎和腱炎	(743)
骨性关节炎	(744)
风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎	(748)
骨髓炎	(749)
常见的运动损伤	(752)

XV. 妇产科

产前保健	(754)
流产	(760)
异位妊娠	(763)
晚期妊娠阴道出血	(763)
妊娠高血压病	(766)
产科麻醉	(768)

产后保健	(773)	神经性贪食症	(842)
新生儿复苏	(774)	谵妄	(844)
高危新生儿的保健	(778)	情感性精神障碍	(845)
正常新生儿喂养	(789)	精神分裂症	(854)
乳房疾病	(793)	惊恐障碍和广场恐怖症	(859)
子宫内膜异位症	(796)		
功能障碍性子宫出血	(798)		
闭经	(800)		
痛经	(803)		
经前期综合征	(804)		
绝经	(807)		
女阴阴道炎	(810)		
中毒性休克综合征	(812)		
沙眼衣原体感染	(815)		
盆腔炎症性疾病	(816)		
子宫平滑肌瘤	(818)		
子宫内膜癌	(819)		
子宫颈癌	(821)		
外阴肿瘤	(822)		
妇产科血栓性静脉炎	(827)		
计划生育	(829)		

XVI. 精神障碍

酒精中毒	(832)	烧伤	(861)
麻醉剂中毒	(836)	寒冷导致的失调	(864)
焦虑性障碍	(839)	由热导致的失调	(866)
		蜘蛛和蝎子螫伤	(869)
		蛇咬伤	(871)
		急性中毒	(873)

XVII. 物理和化学损伤

附录

一、有临床意义的检验数值	(911)
二、血液学参考值	(912)
三、血液、血浆和血清参考值	(914)
四、尿液参考值	(916)
五、治疗药物控制参考值	(918)
六、毒理学参考值	(919)
七、脑脊髓液参考值	(919)
八、精液参考值	(920)
九、粪便参考值	(920)
参考文献	(920)

I. 诊断前的症状处理

疼痛

C. STRATTON HILL, JR, M. D.

国际疼痛研究协会给疼痛下定义为“与实际或潜在组织损伤有关的,或由于这些损伤而产生的不适感。”临床上还把疼痛分为急性和慢性两种。由组织损伤引起的疼痛主要见于外伤和急性疾病过程。慢性疼痛也与进行性疼痛的内科疾病有关,如风湿性关节炎。内科疾病有组织损伤的因素,但出现疼痛的地方并不一定显示疼痛的原因。这就是所谓的慢性疼痛综合征。

疼痛还可按神经系统是否受损而进行分类。认识这一分类很重要,因为源于受损的神经或神经系统的疼痛有明显的特征,其治疗效果与正常的或完整的神经系统引起的疼痛不同。由神经损伤引起的疼痛叫作神经性疼痛或传入神经性阻滞疼痛。医生更喜欢用前一个词,因为神经性疼痛有神经功能异常的含义。由于交感神经系统的不断传入,神经疾病疼痛会永远存在,因此需要对这个系统进行针对消除或阻断输入的治疗,例如施行交感神经阻滞术或切除术。正常神经系统中由组织损伤引起的疼痛叫作感受损伤疼痛。

急性疼痛

病因学

设法确定任何一种疼痛的病因是重要的,因为治疗的目的是去除或制止其诱因。急性疼痛对人体起着警告的作用,说明体内存在着对其完整性或生存的危险或威胁。急性和慢性疼痛的主要区别之一是急性疼痛对诊断有重要意义,而慢性疼痛则不然。确定急性疼痛因往往比较容易。其病因包括机械创伤、化学刺激、灼烧、组织压迫,如局部缺血、中空内脏器官或血管急性扩张以及平滑肌痉挛。所幸现代技术能在短时间内对这些症状进行诊断。由于多数疾病都能医治,所

以疼痛便可很快缓解。

急性疼痛可在慢性疼痛病症(如癌症)期间发作。由转移性疾病引起的一块椎骨的萎缩、内脏破裂或肠梗阻,可加重已患有慢性疼痛的癌症病人的疼痛。这种急性疼痛要在治疗慢性疼痛的同时分别治疗,如果能消除这种附加疼痛的诱因或用其它方法治疗,就应该采用上述的方法进行。然而,如果治疗不能迅速的解除疼痛(例如用放疗医治脊椎萎缩),那么就要求能暂时缓解疼痛,而且通常要服用止痛药。止痛药的选择要根据疼痛的强弱和疼痛是属于感受损伤的,还是神经疾病的。常用的非麻醉和麻醉止痛药对感受损伤疼痛通常是有效的。而使用抗抑郁药和抗惊厥药治疗神经疾病疼痛效果较好,但往往不能迅速缓解疼痛,因而使疼痛转为慢性的,所需剂量也不一定直接与疼痛强度有联系。

假如正在使用麻醉止痛药以减轻原来的慢性疼痛,那么有必要增加药量。所用药量应比控制无慢性疼痛的急性疼痛所用的量还要大。医生应果断地给病人大剂量,因为麻醉药没有“到顶的效果”。然而,如果正用一种非麻醉药治疗原来的慢性疼痛,那么就有必要换用一种更强的止痛药,通常用麻醉药。理由是高于所给药量(到顶的效果)的非麻醉药效果较差,而且大量非麻醉药有毒性作用。在联合使用麻醉药和非麻醉药时(如:Percocet、羟二氢可待因酮[percodan]、Tylox),必须牢牢记住,每次增加麻醉药的剂量时,也要相应地增加非麻醉药的剂量。非麻醉药的中毒剂量有时是无意之中达到的。

治疗

【一般原则】 治疗疼痛的理想途径是根除疼痛或消除其诱因。如果病情适合,通过外科手术可迅速解除疼痛。其它一些方法奏效较慢,但同样也能减轻疼痛。例如,用热裹法、超声波和电刺激治疗肌肉痉挛,需要几天至几周时间疼痛才能缓解。治疗损伤或其它自限性的,产生疼痛的内科疾病的重点应该放在物理疗法上,这比药物治疗更为有效。药物治疗只应作为对其它物理疗法的一种辅助手段。

医生常常谈起他们对病人感到失望。这些病人为减轻疼痛而开始药物治疗，但过了医生认为足够的的一段时间之后，疼痛仍未减轻，他们便坚持继续用原来用过的药。医生特别关心的是治疗计划中是否有治疗良性疾病（如背的下部痛）的麻醉药。这种病的病因学可能不清楚，因为缺乏客观的，可表明身体或实验室检查方面的异常。这种问题可以很容易地解决，方法是对疼痛起因作出正确的诊断，并采用适当的物理治疗方法。此外，医生还应一开始就询问病人有关疼痛的过程及其结果。最初的评估应该包括寻找线索，从中看出病人为了不愿说出的动机而在陈述病情时有所保留，如为一次事故或工伤要素取赔款。

【非药物治疗】 在这里讨论非药物方法治疗急性疼痛（列在表 1-1 中）的指征或这种方法的并发症，是超出了文章的范围的。其实，这些方法在治疗急性疼痛时不受限制，而且对急性和慢性疼痛及良性和恶性疾病都适应，同时还再次强调确定疼痛病因和制定适当的治疗方法的必要性。

通常，非药物治疗有其特殊的指征，应由理疗医生、麻醉医生、精神病医生、心理学家、理疗学家提供，而且往往在多学科疼痛门诊部进行综合治疗。

【药物治疗】 扑热息痛、非类固醇类消炎药（NSAIDs，包括阿斯匹林）和鸦片制剂（麻醉剂）是治疗疼痛的有效药物。因为急性疼痛最常见的是感受伤害疼痛，所以这些药物的疗效是令人满意的，与预想的结果一致。药物的选择应根据疼痛的程度决定。疼痛程度分为轻度，中度和重度三个等级。

非类固醇类药物的推荐剂量取决于处方的特定药物。这些药有最佳效果，超过规定药量的这一限度也不可能有额外的效果。另一方面，麻醉药没有最佳效果，建议的药量应只作为适当减轻疼痛的标准。实际上严重疾病，如急性肾绞痛和镰状细胞危象的疼痛可能非常严重，所以减轻疼痛所需药量远远超出推荐的药量。疼痛对镇痛药的止痛效果及对呼吸的镇静作用有天然

的拮抗性，因此在治疗这些严重疼痛时，考虑其药量的大小几乎没有实际意义。治疗的最终目的是减轻疼痛，而不是药量的大小。但是给病人增加药量时务必谨慎，因为，为了减轻疼痛的超量给药能引起潜在的，麻醉药所特有的严重副作用。

慢性疼痛

病因学

慢性疼痛一般分为良性和恶性两类。良性疼痛可能与慢性疼痛疾病有关。慢性疼痛疾病中感受伤害或组织损伤是明显的，例如类风湿性关节炎或退行性关节炎。骨质疏松症、镰状细胞疾病，糖尿病患者的神经疾病。慢性疼痛疾病中也可能没有能辨别的疾病过程，如腰背疼和所谓的慢性疼痛综合征。恶性疼痛是与癌有关系的那种疼痛。癌症病人的疼痛可能是由肿瘤本身、肿瘤治疗或无关的良性疼痛疾病引起的。由肿瘤引起的恶性疼痛常常与感受伤害（或组织损伤），诸如肿瘤侵害神经成分和软组织成分、骨损坏等有关。癌症治疗继发的疼痛常常是由神经疾病引起的，因为象外科治疗、放射治疗和化学治疗都损伤神经或神经组织。治疗方案应根据病人所受疼痛的类型而定，因此再次表明了确定疼痛病因的重要意义。

心理学方面

急性疼痛和慢性疼痛之间的一个主要区别是慢性疼痛的经历所诱发的消极情绪，包括不安、沮丧、恐惧、灰心、生气、孤独、失落感、不合群等等。在良性和恶性两种慢性疼痛疾病中，这种复杂经历的心理方面可能占很重要的地位，因此必须医治消极情绪才能充分控制疼痛，即使感受伤害或神经疾病因素可以得到很好的控制。此外，由于没有认识到消极情绪的作用常常会导致对疼痛的不适当的治疗，譬如对忧郁症病人，医生可能会增加止痛药的剂量而不去医治其压抑感，而后者才是更为适合的治疗。病人经常用疼痛这个词来表达被扰乱了的情绪方面的不适感，因此医生应警惕病人用这个词表达他们不能理解的情绪方面的感受，或者把这说成是更为综合的、复杂的叫做受折磨的情绪问题。

治疗

【良性的、疼痛的内科疾病】 与治疗急性疼

表 1-1 控制急性疼痛的非药物疗法

肌肉、关节等损伤的物理疗法
经皮肤的电神经刺激作用和其它电刺激技术
针刺法
认识和行为技术
催眠和自我催眠
松弛
指导意象化和精神分散
生物反馈
行为改变
神经阻滞

痛一样,治疗慢性的,良性的内科疾病(如类风湿性关节炎和血管性头痛)的疼痛诱因是必要的。可用已知的有效的(或至少部分有效的)药物和其它的治疗方式进行。这种疗法成功的程度会决定还需多少专门针对疼痛的治疗才能达到最适度的疼痛缓解。

在对潜在疾病治疗未能减轻疼痛时,就有必要对疼痛本身进行治疗。非药物治疗方法(如表1-1所示)也许有效。这一方法应作为最初的方法。然而,有些方法,如针刺和经皮肤电刺激在相当多的病人身上效果并不好,那么这时就必须用止痛药了。和急性疼痛一样,应根据疼痛的强烈程度以及疼痛是感受伤害还是神经疾病来选择药物。

治疗感受伤害疼痛使用象阿斯匹林、醋氨酚、非类固醇等非麻醉药,可以缓解轻度到中度的疼痛。如果这些药不能止痛,就应该使用麻醉止痛药。例如,大多数情况下用血管收缩药、 β 肾上腺素能的阻滞药、钙通道阻滞药或其它疗法,可以控制血管性头痛和偏头痛。然而,这种病人常有“突发”头痛,“突发”头痛只对麻醉药有反应。缓解这样的头痛应使用适量麻醉药,但这个量往往超过“推荐”药量。而且不应把病人当作街上吸毒成瘾者对待。至于用麻醉药治疗慢性的良性疼痛疾病这个问题,存在着文化的和社会的偏见,尽管病人只把这种药作为缓解疼痛的手段,也避开这种偏见。当然这是不公正的。疼痛的减轻常常是指病人作为社会上有生产能力的、独立的成员与没有生产能力的、依赖他人的成员之间的差别。长期服用麻醉药与吸毒成瘾并非同义词。药物依赖和吸毒成瘾是不同的社会存在。

治疗病因不明的慢性的、良性的疼痛疾病要用特殊的检测方法。医生对病人疼痛诱因的最初评估很可能决定治疗的成败。或许医生所能起的最重要的作用,也是最有可能使治疗成功的一个作用便是帮助病人了解他自己疾病的性质。另一方面,假如治疗方法使病人觉得是简单草率的,那么医生和病人之间很可能是充满紧张与对抗情绪的。在这里讨论医生处理这个问题可能使用的多种方法,是超出了本文的范围的。但一般地说,疼痛的心理原因应是调查首要焦点。这并不意味着疼痛是人想象出来的。想象的疼痛不可能存在。疼痛这种疾病应被认为是合乎情理的,而且病人应受到重视。然而由于这种病经常有心理上的原因,有很大的危险使病人从心理上依赖药物(对药上瘾),所以不论是对心理起特殊作用的药,还是镇痛药,只有在他们有明显的指征时,才可给他们开处方。非药物疗法(见表1-1)适合治疗这种慢性疾病。

【恶性疼痛疾病】 不幸的是,大量癌症病人的最初治疗都不成功,估计他们当中80%—90%的病人由于病情进展而只好经受疼痛。最后,非药物治疗也失

败了,而为了减轻疼痛,必须用强烈的麻醉药了。医学文献中许多资料都指出了对这些病人的不适合的疗法。因此,我们把这一节的重点放在恶性疼痛的药物治上。当然非药物方法开始可能是成功的,应该采用,而且确实还可作为强烈麻醉药的辅助治疗继续发挥作用。

【肿瘤引起的疼痛】 在大多数例子中,与肿瘤有关的疼痛是感受伤害疼痛,发生在肿瘤对疼痛敏感部位的侵犯或压迫之后。非麻醉止痛药和非类固醇类药物对缓解轻度和中度疼痛是有效的。此外,这些药与麻醉药联合使用很有效,而且联合使用似乎比单独使用止痛药的累积效果更好。非类固醇类药物和麻醉止痛药联合使用在治疗骨痛中是很重要的。因为单独用麻醉药对这种类型的疼痛不能提供最适度的缓解。

麻醉药分为纯促效药或促效/拮抗药。后一类药物既能产生麻醉药特有的促效效果,也可产生拮抗效果,即使之逆转。表1-2列出了这两类药物,纯促效药几乎有100%的促效活性,而促效/拮抗药有明显的促效活性,同时也有大量的拮抗活性。这两种药型差异的实际临床意义是:由于拮抗活性有可能引起节制(脱瘾)反应,所以不应给一个正在使用纯促效药而且可能有生理依赖性的病人连续服用促效/拮抗药。对纯促效药没有生理依赖性的病人不能交替使用纯促效药和促效/拮抗药,因为病人会经历一种不愉快的心理感受,同时止痛效果也较差。

纯促效能使慢性疼痛得到最好的治疗。对全世界的贫医院以及普通医院和家庭病床的研究,说明了吗啡是治疗慢性疼痛的首选药。口服吗啡很有效,而且由于它可以各种剂量服用,所以大多数病人都能接受。正如前面所讨论的,麻醉药的推荐药量很少作为治疗慢性疼痛的标准,因为所需药量应根据疼痛的严重程度而定。考虑慢性疼痛的治疗就和考虑用胰岛素治疗糖尿病一样方便。治疗糖尿病没有预先定好的“推荐”或“标准”的胰岛素药量。胰岛素的适当剂量就是能控制糖尿病的那个量。同样,也没有预先定好的“推荐”或“标准”的吗啡药量。吗啡的适当剂量也就是能控制疼痛的那个量。

这里要重申一下,疼痛对止痛药以及鸦片制剂的呼吸抑制效果有天然拮抗性,因而面对未减轻的疼痛,病人不可能因麻醉药而发生严重的并发症。

【癌症治疗引起的疼痛】 与癌症治疗有关的疼痛主要是由于神经受到损伤,因此,这种疼痛是神经性疼痛。表1-3概述了神经性疼痛的临床特征。患者病史中区别神经性疼痛和感受伤害疼痛的主要特征是疼痛在损伤发生后推迟发作,而且在没有明显地进行着的刺激的情况下疼痛还继续。另外,必然引起神经损伤的创伤似乎无足轻重,例如外科手术中切断了一根