

1951年版第七部重要增補

吳 軼 羣 譯

肢端肥大病

內 泌 素 療 法

女性素與睪丸酮可能均有抑制腦下垂體生長素分泌過盛之功。無論對於男性或女性病人，士的女性醇（stilbestrol）均為最合理的藥物。此藥每日劑量通常用1—5甌，惟稍稍多給亦可。男性病人用女性素治療時，每日宜同時給予丙酸睪丸酮 25 甌以抵消女性素的女化作用。有人主張每日用甲基睪丸酮（methyl testosterone）50 甌口服代替注射，惟此法是否能獲所期效果，尚為疑問。倘擬用睪丸酮小丸植入法抵消女性素的女化作用，則作者之意，以為須用每丸含睪丸酮75甌之小丸六個，每隔3—4月植入一次方可。女性素療法在肢端肥大症治療上的地位，尚待作最後之評價。用此療法時，有時竟能使垂體腺瘤的體積繼續增大，而引起視力喪失的後果。所以應用士的女性醇的經過中，必須時常檢查視野。

反之，若吾人使用睪丸酮，則無論在實驗動物或病人方面，均不致有使垂體增大之虞，所以較用士的女性醇為安全。倘肢端肥大病之病人有倦怠，無力等現象，則用睪丸酮亦有良好的效果；初時可試用甲基睪丸酮或游離睪丸酮（free testosterone）30—50 甌含頰內化解讓其吸收。倘此法無效，則須改用丙酸睪丸酮或混懸於油劑內的游離睪丸酮之注射給予之。每週的總量，須達 100—200 甌，可分次給予之。

各種療法之評價

在可能範圍內將腦下垂體腺瘤用 X 光照射與用手術割除，為治療肢端肥大病之最理想的療法。其他療法則尚待繼續之發展和研究。因肢端肥大症隨時可以發生併發症，無法預測，故病人必須置於定期監視之下常常加以檢查。

慢性副腎機能不全

維持療法

1. 醋酸除氧皮質酮療法 (譯文見1950年版第五頁。)

2. 醋酸可敵森 (Cortisone acetate) 與副腎皮質浸膏 (Adrenal Cortical Extracts) 療法。

倘除醋酸除氧皮質酮外尚加用可敵森或副腎之全部浸膏治療，則大多數病人均覺較單用前藥為佳。在大規模之研究中，病人中且有約20%之病例必須用此附加療法方能充分控制。此外，在營養不足之時期，例如在急性傳染病期中，此種療法且為不可缺少者。施行這種輔佐療法時，可給予醋酸可敵森（商售品名 Cortone, Merck & Co.）12.5—25 毫肌內注射，每日一次，或用水溶性副腎浸膏10 毫或 Upjohn 出售的 Lipo-Adrenal Cortex 二毫肌內注射，每日二次。用 Lipo-Adrenal Cortex 時宜同時給予腸溶性氯化鈉製劑3—5 克內服。若治療時用可敵森 (Cortisone) 時則除氯化鈉外，通常尚須同時給予除氧皮質酮（每日1—3 毫）藉以調節鈉之平衡。大約在最近將來即將有口服之醋酸可敵森丸（每丸含藥25 毫）供應，可用之作爲輔助療法（每日二次，每次12.5 毫即半片）。

治療充分與否，可用腦電動圖檢查獲知之。倘治療見效，則阿狄森病例內常見的徐緩波型即變為較快的近於正常的波型。於少數病例內亦可用利尿情形作為標準。如果治療見效，則小便之排泄亦將逐漸接近正常。惟吾人必須注意的，即用可敵森治療時，同時尚須給予除氧皮質酮與 / 或氯化鈉以使電解質有充分之調節，並用以預防病人脫水或甚至發生虛脫。

在急性傳染病中，於施行手術之前，以及在任何長期勞頓之後，每日必須同時給予醋酸可敵森100—200 毫以及醋酸除氧皮質酮3—10 毫，以維持內泌素之平衡。

侏 儒 畸 形

E Kost Shelton 氏療法

腦垂體機能減退性侏儒

1. 譯文見1950年版第10頁。

2. 增補：因為替女性病人用睾丸酮治療時，常能發生男性化現象，所以我們曾經着手研究過許多材料，想製出一種仍有發育作用但無男性化潛性的物質。

。作者曾試用一種名爲 Testololactone 之物質，但此物顯然不具刺激發育之作用。另一製劑名 Methyl androstenediol 者則在動物實驗中獲有成績，不久即可在臨床方面加以覆驗。

取丙酸睾丸酮與安息香酸女性雙葯 (estradiol benzoate) 以 20:1 之比例應用於女性病人時，今日在臨床上似有若干證據，表示前者男性化之副作用極微。但因性素的終端受器繁多，因此治療任何一個女孩時，皆宜在整個治療期間加以密切之注意。

甲狀腺機能亢進

Elmer C. Bartels 氏療法

原發性甲狀腺機能亢進早期輕症

對於僅具輕度甲狀腺腫大的早期原發性甲狀腺機能亢進，可以先用碘劑或抗甲狀腺藥物試治一個時期，以期獲得一段緩解時期。但此時必須對病人說明，這種努力不過是一種試驗性質，其結果如何殊難預言——如所用者爲碘劑，則有時雖尚在治療進行之際，亦不能阻止症狀之繼續惡化；如所用爲抗甲狀腺藥物，則治療時雖能將疾患控制，但停藥後又可復發。同樣，甲狀腺之腫大亦然，雖在治療期間或在停藥之後仍可繼續增大。

碘劑療法

通常均用盧戈氏溶液 (Lugol's Solution)，每日 10 滴溶溫開水半杯內服。服用一月後，可爲病人覆驗新陳代謝。倘代謝恢復正常而所有甲狀腺機能亢進的病徵亦全歸消失，則此後宜將碘劑繼續服用，惟每月對病人加以覆查而已。倘病人一直保持舒適，則於治療六月後可將碘劑停服。停藥後之三至四月尚宜隨時觀察，注意有否機能亢進復發。倘服用碘劑後代謝率一直超過正常，則此病例繼續用碘劑治療恐不能期待良好效果。此時宜放棄此項療法。

抗甲狀腺療法 (Antithyroid therapy)

丙烷硫氧嘧啶 (Propylthiouracil) 爲目前各種抗甲狀腺藥物中之反應最少者 (Methylmercaptoimidazole 反應更少，可用以代替丙烷硫氧嘧啶。劑量：每日 20—30 毫)。其用量爲每日 200 毫：上午八時 100 毫，下午八時 100 毫。用藥時醫生宜順帶告知病人服用此藥後可能發生的反應，如發熱，皮疹，咽喉炎等。倘發覺這種反應時，須立即通知醫生。此時醫生宜替病人檢查白血球

與分類計數，每隔二至三星期一次，或較此更勤。發熱與血液變化則為停藥之指徵。惟在單有發熱之場合，則宜先試行將用量減低，同時並給予抗組織胺藥物加以處置，待無效後方始停藥。

開始用丙烷硫氧嘧啶治療二至三星期後，即須為病人測驗其基礎代謝率，並仔細研究症狀有否進步。倘進步甚微，則可繼續使用丙烷硫氧嘧啶之全量（每日200甌）若干時期。惟在症狀有顯著進步時，例如基礎代謝率降低；體重增加；脈搏減少以及一般健康狀態進步等，則宜將每日劑量減至100甌。此後再觀察3—4週，待發現基礎代謝率低至正常，各種甲狀腺機能現象亦歸消失後，即將用量調整至一種維持劑量。此種劑量普通每日約在50—100甌之間。用此維持劑量再經六月，然後停止之。於停藥後1—3月內繼續觀察病人，注意有否復發或疾病已進入緩解期。如發覺有症狀復發，即須再度用丙烷硫氧嘧啶（每日200甌）與碘劑（每日十滴）之聯合療法加以控制，並同時施行甲狀腺之次全性截除術（subtotal thyroidectomy）。

施行甲狀腺截除後之復發病例，亦可用上述治療輕度甲狀腺機能亢進之同樣療法處置之。

原發性甲狀腺機能亢進的嚴重病例

較上述輕症較重或有中度至巨大甲狀腺腫之病例，一般均認為須用次全性甲狀腺截除術治療。但此等病人事先亦宜用丙烷硫氧嘧啶與盧戈氏溶液治療一段時期，以期使其基礎代謝率降至正常，及使所有甲狀腺機能亢進之症狀與病徵均歸消失。倘同時有心臟機能減退及精神病（psychosis）存在，亦宜加以適當的處置，使其恢復代償與正常。所需準備時間的多寡，可以從代謝率增高的程度大約求出之。據吾人之經驗，大概基礎代謝率每增百分之一，即多需一日之準備時間。例如基礎代謝率增加49，則須七星期之時間，以使其恢復正常。倘前此曾給以碘劑，或同時有甲狀腺腫大，則所需時間較長。

手術前療法¹

每日給予丙烷硫氧嘧啶 200—400 甌（上午八時及下午八時各服一半）。毒性作用較重之病例內宜用300—400甌之大劑量。倘用藥後症狀有顯著進步，則在手術前一週停止之。盧戈氏溶液則常於治療後期之三星期開始給予，每日於中午時服十滴。

除上述專效療法外，尚宜注意給予病人充分之休息，豐富的尤其富於蛋白

質的營養。咖啡，茶葉，酒類，煙草則宜禁止。此外，宜告知病人如有毒性反應及不利的病徵發現，即須迅速通知醫生。白血球與分類計數須每隔2—3星期舉行一次。

處於或迫近甲狀腺危象 (thyroid crisis) 之病人，治療開始時即宜給予盧戈氏溶液與丙烷硫氧嘧啶。盧戈氏溶液之最初劑量須用靜脈注射法給予之（加30滴於含有5%葡萄糖之生理食鹽水內），以後則用每日三次，每次十滴之內服法。丙烷硫氧嘧啶每日給200—400釐（上午八時服100—200釐；下午八時再100—200釐）。盧戈氏溶液服用七日後停藥，待開刀前三星期再服。惟此次用量則減為每日一次的10滴，於中午時服，一直服至施行手術。

有機能亢進之甲狀腺腫

本症內亦用丙烷硫氧嘧啶作為開刀前準備。用量：每日300—400釐，於上午八時服150—200釐，下午八時再服150—200釐。對於此種病例，基礎代謝率每升高百分之一即需要二日之準備及治療時間方能使其恢復正常。例如基礎代謝率為正45%時，則其所需的準備治療時間為三月。同時應使病人有充分之休息，豐富之營養以及需要禁用咖啡，茶，酒，煙草等。伴有心臟病之病人，則在基礎代謝恢復正常後，尚須用持續劑量（每日200釐）治療一個時期，以期在手術之前，設法治療心臟使其機能恢復正常。

用丙烷硫氧嘧啶治療時，其應注意之事項與上述者相同，例如有反應時須通知醫生，每隔2—3星期檢查白血球計數與分類計算一次等等。

其他指示

1. 小兒適用同樣之治療計劃，惟抗甲狀腺藥物之劑量應依照年齡與體重遞減。

2. 妊婦亦適用同樣治療計劃——惟治療須避免過於積極。在施行甲狀腺截除術之病例，手術後宜每日給予盧戈氏溶液五滴，甲狀腺乾粉30釐（ $\frac{1}{2}$ 噐）以迄分娩。因為甲狀腺割除後，母體可能發生甲狀腺機能衰竭現象，故宜用盧戈氏溶液加以保護也。若妊娠已有晚期，則最好延遲至分娩後開刀，而代以維持療法。

3. 在一般病人於施行手術後，碘或丙烷硫氧嘧啶即宜停用。

4. 所有病人皆可門診治療，惟甲狀腺機能亢進嚴重以及有心臟病或其他疾患之人，則治療之早期宜在家或住醫院休息。施行甲狀腺截除之病人，令其於

開刀前一日前來住院。住院約需5—6日。

5. 抗甲狀腺療法宜由一內科專門醫師，尤其對於內分泌具有特別興趣者執行。內科醫師與外科醫師之間應保持密切之合作。

甲狀腺機能遲鈍

尋常性粘液性水腫

併發症

副腎腺機能衰竭。粘液性水腫病例中之副腎機能往往減退，尤以其中可用小便中之 17-ketosteroids 測量之成份爲然。副腎的電解質調節機能受到障礙之時則較少。其用甲狀腺所施之療法與無併發症之粘液性水腫病例相同。用甲狀腺治療後，17-ketosteroids 仍然保持其降低之水準不見進步，而電解質則可逐漸恢復正常。

垂體的粘液性水腫

副腎皮質激動素(ACTH)與可敵森(Cortisone)目前正被用以治療本病之副腎皮質機能不全。ACTH之效力較可敵森爲佳。給予ACTH後(於二星期內每日給與100 尅，或於較長時間內每日給以較小之分量)可使鈉之留滯增加，17-ketosteroids 和還原性之 Steroids 之排泄增進，以及使病人之臨床症狀進步。

西 蒙 氏 病

性腺內分泌療法

睪丸酮製劑對於女性病人之應用

由於睪丸酮有合成作用，所以有時可應用於女性西蒙氏病患者之有惡液質者。劑量：每日5—10 尅之甲燒睪丸酮舌含片置舌下含服。惟用此藥時須注意男性化現象如粉刺，多毛，聲帶低腔化，陰蒂肥大等。減低睪丸酮之用量，即可將此等副作用控制。

惡性甲狀腺腫瘤

乳頭狀癌之管理

1. 今日可以用透射性碘破壞原發性腫瘤開刀後留下之殘遺及其轉移。