

第二部重要增補

根據 1952 年 原 版

吳 軼 羣 譯

急 性 中 耳 炎

金黴素與土黴素爲目前治療急性中耳炎最適宜的藥物，二者用量相同。在耳痛劇烈而有發熱的病例，或在中耳炎爲上呼吸道急性感染合併症的病例，可每隔六小時取金黴素（或土黴素）0.5 克，調入冷牛乳半杯內飲服（成人與較大兒童）。對於較小兒童則按照其體重給予每公斤體重30—40毫克的劑量，每六小時一次。治療期限爲三日至五日。

竇 炎

竇炎通常由對於青黴素，金黴素與土黴素有效的革蘭氏陰性球菌所引起，故即用此等抗生素治療之。惟因今日隱於鼻及竇腔內的病原菌對青黴素已獲得若干抗藥性，青黴素的用量宜較前此稍大。

溶血性鏈球菌咽喉炎

抗生素療法 青黴素，金黴素，土黴素對本病經過皆有良好影響，其中又似乎以後二者較優，惟相差程度不大。經此三種抗生素治療後，恢復期中的帶菌者有顯著的減少，並能預防交互傳染與化膿性合併症。

治療鏈球菌感染最重要的環節，爲預防發生風濕熱。根據統計，本病大約有3—5%有風濕熱爲其併發症。目前業經確定，如能用足量的青黴素或金黴素治療其急性期，是可能防止風濕熱的發生的。無論用上述何種抗生素，治療日程至少不能少於五日。

非正型肺炎（濾毒性肺炎）

抗生素療法 土黴素亦有效。用法：初服二克，以後每六小時一克，連用

五日至六日。可能發生胃腸管不適的副作用。

膿 胸 症

內科的胸膜剝脫法

將 Streptokinase 與 Streptodorase 兩種酵素混合可以溶解纖維蛋白素及凝塊（使厚膿液化）。取此混合溶液滴入胸腔後，胸腔內滲出物與纖維蛋白素即可為之溶解，因此使胸腔內感染地區較易『處置潔淨』，吸膿時亦較易將胸腔內積膿抽取乾淨並使抗生素可在胸腔內自由散佈，因而揮發更好的效用。此等酵素注入胸腔內的劑量平均為五毫升（kinase 200,000 單位與 dornase 50,000 單位），但須視胸腔化膿面積的大小為轉移。如膿胸尚未局限化，可於吸膿後將酵素注入此吸膿之處，不必另換位置，否則如已局限化，則須從多處注入。注射酵素後 12—24 小時可重新作胸腔穿刺術吸液。有時在一至二日後，可能有再度注入酵素的必要。重注酵素的頻度視胸膜歷時之久暫亦即胸膜沉積物的厚薄而定。作過此種酵素黏連分離法後，局部滲出液恆有增加，初時並往往有膿液的增厚。所以屢次注入酵素的結果，滲出液可能比以前變為更多與更為渾濁。惟將酵素療法停止後，滲出液即逐漸減少並變為漿液性。若感覺已無穿刺吸液的必要，酵素的胸腔內注射即可停止。酵素注入往往引起發熱反應，但程度並不嚴重，只須用普通症候療法應付之。

肺 結 核

急性粟粒性結核病

普羅米佐 (Promizole) 與鏈黴素的聯合療法。此種療法對於小兒粟粒性結核有效。普羅米佐的劑量為每日 0.5—1.5 克，分為等份每六小時服一次。倘不發生毒性作用，劑量可漸漸增加，使血液水平達至每 100 毫升含藥 1—3 毫克。此種水平有時每日只須用藥 0.375 克即可獲得，有時却須用藥至八克之多。與口服普羅米佐的同時，可每日肌肉注射鏈黴素一克，分為一次或兩次注射，連用 180 日。鏈黴素停止後普羅米佐的服用仍然繼續。

慢性肺結核

鏈黴素的間斷療法 鏈黴素間斷療法為每三日給藥 1—2 克，連用一至四月，其在臨床上與愛克司光學上所見的結果，並不比每日給藥 1—2 克的病例為

遜。此法除能節省鏈黴素與注射手續外，且有毒性較少與減緩結核菌產生抗藥性的優點。

對於非粟粒性肺結核的最新療法為每三日肌肉注射鏈黴素 1—2 克與每日口服對氨柳酸 12 克共 120 日的聯合療法。在 120 日之治療期中至少在治程完畢之後的六個月中，病情恆有顯著的進步。在上述期限內吾人未見結核桿菌對鏈黴素或對氨柳酸發生抗藥性。因此在這種治療方式之下，鏈黴素與對氨柳酸或亦可應用於進展業已深重的慢性肺結核病例作為長期療法而使病人蒙受其利。

另一種間斷性聯合療法為每三日肌肉注射鏈黴素 1—2 克，每三日口服對氨柳酸 12 克。此法所得效果，幾與上法（每三日注射鏈黴素，每日口服對氨柳酸）同等優越。不過有少數病例於用藥 100 日後，結核桿菌中即有迅速產生對鏈黴素的抗藥性者。但對於某些不能耐受每日口服 12 克對氨柳酸的患者，後一種間斷性聯合療法自亦有其地位。無論如何，此法總比單用鏈黴素或單用對氨柳酸治療 120 日者為佳。