

第五部 消化系疾病

司汝南 俞汝憲 吳軼羣 分譯

目 錄

闌尾炎	第 1 頁
膽囊炎與膽石	第 9 頁
肝硬化	第 12 頁
慢性潰瘍性結腸炎	第 13 頁
便秘	第 22 頁
腹瀉	第 26 頁
消化道憩室	第 31 頁
肛門裂	第 32 頁
肛門瘻	第 33 頁
胃炎	第 36 頁
痔	第 39 頁
肝炎	第 47 頁
迴腸炎（及局限性迴腸炎）	第 49 頁
腸梗阻（以下俞汝憲譯）	第 53 頁
成人腸胃外的液體療法	第 56 頁
巨結腸（原發性）	第 60 頁
胰腺炎	第 62 頁
消化性潰瘍	第 70 頁
肛門瘙癢症	第 74 頁
胃腫瘤（以下吳軼羣譯）	第 76 頁
腸腫瘤	第 82 頁

闌尾炎

Appendicitis

Warren H. Cole 氏療法

一般思考

一般說來，闌尾炎在診斷確定後，若病人願意施行手術治療，便該立即施行闌尾切除術，此已成為近代重要的法則。但亦有少數例外，且待下文討論。倘症狀輕微和隱顯不定以致診斷難於確定者，其手術之施行應待臨床觀察。吾人應當着重聲明者，即急性闌尾炎之有白血球增加者占病例中百分之九十。雖缺少白血球時不能斷言即無急性闌尾炎存在，但若除白血球之增加外同時兼有腹痛及其他症狀，即為腹腔患有炎症之徵，往往仍以決定施用手術治療為宜。

闌尾炎施行手術的重要指徵為右下腹部疼痛及該部腹肌痙攣。但在初診時往往有百分之廿以上的病人不在右下腹部感到疼痛，其疼痛多在上腹部或在臍部四週。待六小時或八小時後，疼痛始漸漸集中於右下腹部。未獲確定診斷之前不宜用麻醉劑。在急性闌尾炎施行手術之前亦不可用灌腸法。

Clarence Dennis 氏療法

應付闌尾炎的最安全的方法是在其未曾破裂之前即行切除手術。所以早期獲得確切之診斷實非常重要。華根司汀及賓威二氏 (Wagensteen 及 Bower) 觀察破裂的及壞死的闌尾，多半由於闌尾腔之上部完全被閉塞。闌尾炎之症狀較輕而其腔間通閉塞者，則其閉塞的原因多半由於闌尾環狀肌之痙攣所引起。

如上所述，則闌尾切除術之施行當遠較昔日所期待者為早。如馬發氏 (J. B. Murphy) 昔日必待有疼痛，惡心嘔吐，及體溫上升時始行切除手術者，今則在右下腹部感到疼痛或按壓痛時即當施行。有無全腹疼痛，發熱，惡心或嘔吐等，皆毋須計及。故闌尾切除術在診斷確定後即應施行，惟於按壓時感有塊質者則須待研究。灌腸應避免。

Keith S. Grimson 氏療法

若有下述情形，即應施行闌尾切除術：病人在數小時至四十八小時內右下

腹部感到疼痛，同時有惡心，嘔吐，直腸或陰道周圍感到壓痛，白血球增多，及體溫微升時等等。急性發炎的闌尾無論破裂與否，皆為救急手術。除發現有膿腫外，皆應即施手術。惟於施行麻醉及救急手術前一小時內，當視情況之需要不時再作物理性檢查及試驗室化驗。通常在檢驗進行之時即宜先用胃吸引管吸除胃液，在靜脈內注射生理鹽水，及注射化學療劑或抗生物質進行治療。禁忌灌腸。

急性闌尾炎

Warren H. Cole 氏療法

選擇麻醉劑之意見，目前尚未一致。除年老者之外，脊髓麻醉皆可感到滿意。作者本人則喜用環丙烷（cyclopropane）及枯拉拉（curare）。

手術前之準備當視病況如何而定。倘已有嘔吐，應在收進病人之時即為靜脈內注射5%葡萄糖或以5%葡萄糖加入0.9%氯化鈉溶液內。通常不待注射至够量的水份與電解物到達平衡之前，即當施行手術，因在手術中途仍可做此工作。唯病人於二日後始就醫而水份損失太多者，則為避免手術時之危險計，應當在手術前由靜脈內充分注入鹽水。血壓下降者當行輸血。

未破裂的闌尾炎在手術後不須用胃腸吸引器。倘已破裂或有破裂的症狀，則於麻醉施行前以胃吸管（Levin tube）自鼻腔插入胃部。放置時間約為一到六天，視腹膜炎之症狀而定。

倘診斷確定為闌尾炎，則用馬克學內氏切開（Mc Burney incision）。倘診斷不能完全確定而疑有胃穿孔或急性胆囊炎時，則自腹直肌右沿切開。

Clarence Dennis 氏療法

對於臨床上失水的病人（成人60公斤），須在靜脈內注入0.9%的氯化鈉溶液1000毫及5%的葡萄糖1000毫。倘為十歲以內的兒童，其注射量可用該兒童體重的5%。倘臨床上無失水現象，則不須輸入液體。倘有嘔吐現象則用胃液吸出法。

手術前之鎮靜劑

其為體重60公斤或較重的年青病人，則在手術前皮下注射嗎啡15毫及氫溴酸莨菪（scopolamine hydrobromide）0.3毫。

體重較輕而年小的病人，嗎啡之量當根據體重酌量減少，年老者亦如此。六十歲以上之病人，寧捨嗎啡而用可待因60粒。兒童到十六歲者嗎啡用量可高至15粒。

除前列腺病者（prostatism）外，不用導尿管。

麻醉之選擇

脊髓麻醉，在第二或第三腰椎間隙注入。

成人用旁妥加因（pantocaine）1粒（10粒），硫酸麻黃素（ephedrine sulfate）溶液1粒（50粒）及10%的葡萄糖一粒的混合液，注射速度約為5—6秒鐘。

十六歲以下之兒童，用量照年齡遞減。

在五六歲之兒童用伯兒氏混合劑（Baird's mixture）靜脈內注射（即每粒含枯拉拉—curare 五單位及每粒含旁妥他兒—pentothal 25粒的混合液）。同時用一氧化氮即笑氣混氧吸入或用氧混以環煙丙烷（cyclopropane）吸入。

倘用全身麻醉法，最好在手術前先用鼻腔插入胃吸器（Wangensteen suction）。該器須在手術後聽到有正常之腹音及將胃管夾緊二小時病人仍能耐受時始可取去。

Keith S. Grimson 氏療法

具有典型症狀者

麻醉時用乙烷（ethylene）或環煙丙烷（cyclopropane）或輔以醚或枯拉拉（curare）但有時亦用脊髓麻醉法。

症狀不典型者；只有急性腹部症而無普遍性腹膜炎者。

症狀疑似其他疾病者，如按壓痛在上腹部而疑為胆囊炎在下腹部而疑為卵巢附件炎，或疑似腸狹窄或其他之腹部炎症時，均仍有闌尾炎的可能性。其手術前之準備有如上述（見第二頁 Warren H. Cole 氏療法）外，並須使病人仰臥行X光檢查及肛門直腸鏡檢查等。倘有休克（shock）現象，則應輸血。麻醉已如上述，在此情形下往往多用脊髓持續麻醉法。

手術後之照料

Warren H. Cole 氏療法

在未破裂的闌尾炎

飲食及護理

在手術後之24小時內，倘病人惡心停止，可酌量進以流質飲食。牛乳除外。此後即迅增其食量，72小時中須恢復尋常膳食。施行手術12—24小時後，強勸病人起床散步（先用人相助）。其後每日必須散步。不作灌腸。有習慣性便秘的病人倘在手術後四五天內不感腹內有腸動作，試用皂液灌腸。

水份給與

不拘何種闌尾炎，其水份之給予，分量上並無硬性規定，往往以每日能有尿量800到1400毫為準。達此尿量所應給予的水份每日約為2500或3200毫。倘病人有嘔吐腹瀉或口液吸出太多等情形，則水份之給予應當增加。最初24小時內給予5%葡萄糖2500毫（其中1000毫應為0.9%之氯化鈉）。

尿 停 滯

倘有尿停滯，可使病人到廁所便溺因為這樣常能使小便自通，不須用導尿管。倘必須用導尿法，初時亦不須用化學刺激劑（如磺胺嘧啶），惟多次應用導尿法者，則須酌給化學刺激劑。

Clarence Dennis 氏療法

在病人臥床而未能行動之前，可不進飲食。既能行動後可進流質或軟質飲食。為預防腸塞絞痛（ileus）計，應使病人及早離床行動。惟必須手術者在施行手術期間小心避免暴力拖曳內臟，及早離床方能辦到。

鎮 靜

半數以上的病人往往不能鎮靜，可用地美露（demerol）50—75毫克皮下注射一二次。

脊髓性頭痛（Spinal Headachē）

在手術後起床的最初4天到6天中，有少數的病人感覺嚴重頭痛。此時應使該病人平臥床上。

尿 的 停 滯

盡量避免用導尿法，可使病人到廁所便溺，倘能同時使自來水流入便槽，往往即能奏效。如為必須用導尿法者，則當在嚴格無菌條件下施行之。為避免繼發膀胱炎計，應於該法施行後之每12—24小時內給予1克磺胺嘧啶（sulfadiazine），並囑多飲水，直至彼能自動排尿為止。

手術後的腸塞絞痛(Postoperative Ileus)

手術期間倘能留心避免觸傷內臟或腹壁，往往可無此慮。如果手術時雖小心從事而仍然有腸塞絞痛，可使病人離床步行數百呎，以護士扶助而行，往往多可奏效。倘試行此法仍不見效，則自鼻腔插入胃吸管，同時由靜脈內注射水分如生理鹽水等，或用肛門滴入法。法用10號導尿管插入肛門2—3吋，以溫水每分鐘滴入30點，在間歇期間，仍囑病人試行走動。

Keith S. Grimson 氏療法

在麻醉劑的藥性過去後即及早囑病人離床。作腸胃外的液體注入，並應用化學療劑或抗生素劑。（體溫正常後始可停止使用）

已破裂或已穿孔的闌尾

Warren H. Cole 氏療法

破裂後只有局限性腹膜炎的病例

倘臨床上發現有腹膜炎，則用胃內容吸引術（48至72小時以上）以減少腹內的壓力，同時每日靜脈內注射5%的葡萄糖液2500呎（其中1000呎的液體可以改用0.9%的氯化鈉溶液但不宜超出此數）。吾人有時仍須超過此2500呎的量，此當視胃內吸出量之多少為準。（用以補充因胃吸引術所損失的液體！）為補足體內蛋白質的需要計，每日應用一氨基酸液(amino acid)一瓶加入注射。

若闌尾發生穿孔，則須每日於肌肉內注射六次青黴素，總量每日至少為400,000單位。同時每日注射鏈黴素2克，分數次注射。如此注射3—5天之久。倘發現有腹膜炎或創傷傳染，則以上述之劑量連續注射至傳染消失後3—4天為止。倘僅具創傷傳染，而在培養中已不見大腸桿菌，則在治療第五天後可停用鏈黴素。作者凡遇穿孔的闌尾，則在腹膜腔內放入5克的酞噻胺噻唑(sulfathalidine)尤以不擬用鏈黴素者更須用此法。

※ 安眠 用嗎啡10呎或地美露50—75呎皮下注射，每夜一二次，在手術後之一兩夜尤不可省。拔去胃吸管之12小時內僅允給飲水數口。

在拔去胃吸管後之24小時內給與液體，但不給牛乳。第二日可酌量給予全流質食物，此後即很快地增加到尋常的飲食。

普遍性腹膜炎

倘初見病人時已發現有普遍性腹膜炎，吾人仍應勸其施行手術治療。不過在手術之前可以允許一些時間輸入液體。倘已有嘔吐則由靜脈內注入2500—3000坪的葡萄糖（5%）及氯化鈉（0.9%）溶液。有時更須輸血500坪。每日注射青黴素及鏈黴素，尤以青黴素之量可增至前述用量兩倍，即每日至少須用800,000單位。

行手術後所用之胃腸吸出術及靜脈液體注射法須繼續多日，待腹膜炎現象消失時始停止。為安眠計須於夜間用嗎啡或地美露。在腹膜炎消失有把握時始允病人離床行動。

Clarence Dennis 氏療法

因穿孔而發生局限的或普遍的腹膜炎時，可用相同之療法。須用胃液吸出管之時甚少。除縫合創口之外亦不用引流法（drainage）。通常利用橡皮導管注入腹腔200,000單位的青黴素，（溶於0.9%氯化鈉20坪），注射畢出導尿管，閉合創口。每三小時在肌肉內注射25,000單位青黴素，待體溫正常後始停止使用。

偶然可以看見一個腹膜炎業已普遍化之稀少病例，其高熱，嘔吐，失水及腹部漲大等現象。吾人應多注意血的化學變化，及設法供給充份水份，同時須輸血和作胃液吸出法等等，此類工作在手術前實行之。即在此類的病人亦仍以施行全部縫合及早期離床為原則。每三小時注射青黴素100,000單位。

倘對診斷尚有其他懷疑時或病人係一嬰孩，則應在腹直肌之右沿切開，縫合時用不被吸收的線，亦不用引流法。

Keith S. Grimson 氏療法

症狀不典型者的處置

急性腹部疾患具有普遍性腹膜炎而缺乏局限徵象者往往發生於嬰兒或老年人。

以血漿預防或治療休克（shock），待血壓及脈搏恢復正常後再選用麻醉劑及開始手術。倘已見有腹膜炎，則用胃液吸出法及小腸插管法（small intestine intubation）。靜脈內注入水分及營養劑須較其他病例的時間為長。不宜早

日離床，但不可用斜坡臥式 (Fowler's position)。須使病人在床上常常轉側並使兩腿行伸縮運動。

闌尾的膿瘍

Warren H. Cole 氏療法

倘見病人在右腹下部有硬質而診斷爲闌尾的膿瘍時，其治療方法與上述者不同。近年臨床經驗已證明有四分之三的膿瘍可因保守治療 (conservative treatment) 而痊癒。外部按壓時如發現硬質消失，則此硬質消失可由於發炎之網膜或其附近腸曲炎塊的吸收，或係由膿瘍破潰而入腸曲所致，宜立即用胃液吸出，靜脈輸入液體，青黴素 (每日 400,000 單位) 及鏈黴素 (每日 1.5—2.0 克) 等治療。吾人必須每日注意膿瘍有無破裂，傳染有無向周圍散佈。倘有此類併合症發生，則應即時採用手術療法。其他需要施手術的指徵，如硬塊在治療數日後未見減小，亦不宜多待時日。將膿瘍切開引流後，其他之治療如用胃液吸出法供給液體抗生素等皆如上述。

Clarence Dennis 氏療法

如病者就醫太遲，往往於下腹部可按觸到塊質 (mass)，或作直腸檢查亦可發現。

此類疾患用保守治療法時死亡率爲零，故宜採用。所能按及的塊質多係腸曲浮腫或爲腸系網膜與腸之粘連，並不一定有膿液存在，故亦不須用引流法。惟該病人倘連續 3 天有高熱達 102°F. 以上者或其白血球計數常在 14000 以上者，則此皆爲塊質化膿之表示，必須使用腹膜外引流法 (自開始即因塊質採用保守治療者或已施行闌尾切除手術之後者，俱可發生化膿性的塊質)。引流時可在腹股溝韌帶之近旁切開，或在陰道內子宮頸之後部切開，由直腸內之切開最好捨棄不用，惟於直腸內獨有顯著之波動塊質者，亦可試用直腸切開引流法。

未切除之闌尾，待塊質消失及健康恢復後四星期，再施行切除手術，因在此時粘着之部份多已吸收，手術大爲簡單。

Keith S. Grimson 氏療法

無普遍性腹膜炎明證的闌尾膿瘍皆用保守治療法。倘有暫時的粘着性梗阻，可用導管插入小腸內吸液。該膿瘍或則自行消散或則自動地穿入盲腸，或穿

入乙形結腸之下部或穿入直腸之內。倘因膿瘍局部破裂產生腹膜炎或中毒症狀，則應作切開引流法。

慢性闌尾炎

Warren H. Cole 氏療法

有許多醫家以常常發作而症狀溫和的闌尾炎稱為慢性闌尾炎，實屬錯誤，因該處並無真實性的慢性發炎。此種症狀多來自回歸性（recurrence）發炎或為闌尾腔被閉塞所致，故稱為回歸性闌尾炎較為適當。其發作之症狀溫和，不似有腹膜炎時之嚴重。局部疼痛及按壓痛，常為持續性質但伴有腹肌痙攣之時甚少。此種病狀頗能與便秘，大小腸炎及腰脊或骨盆內之病誤診。若闌尾的嫌疑甚大，便應施行切除術。其手術和割治尚未穿孔的闌尾相同，惟此處在手術前可行灌腸法。

Clarence Dennis 氏療法

近來常有爭論慢性闌尾炎存在之問題者，本文姑置不論。有些病人的闌尾由於粘膜下新生了很多的纖維性組織所以長期被局部堵塞。在此類病人中常易一再發生急性闌尾炎，並且一次比一次厲害。因此凡遇時常發生右下腹部疼痛及其他闌尾炎嫌疑症狀但經詳細身體和X光檢查不能發現其他疾病者，應及早施行切除手術。

Keith S. Grimson 氏療法

除網膜淋巴腺炎之一再復發或闌尾炎之曾用保守療法者外，病理家所稱為慢性闌尾炎均不能用闌尾截除以減其症狀，故在臨床上作此診斷是很危險的。病家常為其病痛求診於內科，神經科，女病人往往求診於婦科醫師，但很少為之剖腹探索者。倘吾人行剖腹探索，當用橫切開或腹直肌切開法。倘所生疼痛有使病人病廢之虞，且病變的器官又遍尋不獲，則須考慮將腹腔神經節及腸系膜上神經節施行切除（此為近代正在試行的辦法）。

胆囊炎及胆囊結石

Cholecystitis And Cholelithiasis

J. Edward Berk 氏療法

急性胆囊炎

一旦發現急性胆囊炎病徵，便應該即時送病人入醫院，以使用下述方法給予治療並隨時觀察其演變。

倘懷疑胆囊有穿孔或即將穿孔的現象，即須用外科手術治療，不可拖延。

手術之準備

1. 靜脈內注射生理鹽水，5%葡萄糖液，或水溶性蛋白質之5%葡萄糖液，以恢復液體與化學平衡。

2. 查驗病人血型並作交互配合 (crossmatching)，以備手術時或手術後輸血之用。普通用500cc的血以期克服缺氧症 (anoxia) 及使循環正常。

3. 每二小時肌肉內注射水溶結晶性青黴素十萬單位，同時每六小時注射鏈黴素0.5克。倘腹膜炎特別嚴重並範圍廣闊，則青黴素每次劑量須增到200,000單位以上，鏈黴素增到每四小時注射0.5克。

手術

最適宜的手術為胆囊切除術 (cholecystectomy)。同時探索或不探索輸胆總管 (視病歷及手術時所見為斷)。若臨床情況僅許做胆囊造瘻術 (cholecystostomy)，則在恢復期間當注意下列數點：

1. 用胆管攝影術檢查有無結石及輸胆總管有無阻塞及其大小如何。

2. 倘有結石等情形，當繼施胆囊切除術 (斟酌情形行輸胆總管探索術)。此繼行之手術 (secondary operation) 通常在病人未離院前施行之。倘病人年齡高，具有嚴重的心臟及血管疾病或其他不能施行手術之疾患，則繼行之手術即不舉行。

保守療法

倘病人於初見時無胆囊穿孔或將近穿孔的現象，則可用保守療法如下：

1. 活動方面：絕對臥床休息。

2. 飲食方面：在廿四小時內或在惡心及嘔吐未停止前，各種自口腔輸入之飲食皆應停止。

3. 藥物方面：

a. 有嚴重疼痛者，皮下注射硫酸嗎啡15毫克及硫酸阿托品0.4毫克。

b. 具不嚴重疼痛者——皮下注射怕怕非林(Papaverin)60毫克及硫酸阿托品0.4毫克，同時要用硝酸五烷吸入法 (inhalation of amyl nitrite) 或舌下用0.6毫克硝酸甘油酯含片。

c. 開始時於肌肉內同時注射水溶結晶青黴素10萬單位及水懸浮狀普魯卡因青黴素30萬單位，以後只用後者，每十二小時一次。同時每十二小時注射二氫鏈黴素0.5克。此種抗生劑之應用目的在使壞死組織內之細菌停止發育。倘已發現腹膜炎，則停用普魯卡因青黴素而用水溶青黴素及二氫鏈黴素如在已穿孔或行將穿孔病例內所為。

4. 特別照料：

a. 局部用電墊或熱水袋或用溫電法。

b. 為達到主要的營養及血內化學成份之平衡計，應於靜脈內注射生理鹽水，含5%葡萄糖的生理鹽水，5%葡萄糖的蒸餾水溶液或5%葡萄糖液之含水溶性蛋白素者，其注射量以每24小時所獲之尿量達1500毫為準。

c. 體溫，脈息及呼吸每二小時記錄一次。

d. 腹部每二小時檢查一次，注意按壓痛感之變化，腹肌強直之變化及用按壓可以觸及之塊狀物之變化。

5. 研究事項：

a. 入院時作全部血液檢驗。白血球計數及白血球分類則須每十二小時重複檢驗一次。

b. 入院時檢驗全部血清內的胆紅質，血糖，血內尿素氮質，血漿氯化物及血液的二氧化碳結合能力 (carbon dioxide combining power)。視情形之需要可一再檢驗。

c. 醫者倘感到需要時，可作一心動電流圖 (ECG)。

d. 用腹部X光攝影法檢查，希望在右腹上部發現不透明的結石。

手術治療

倘起病24至36小時內體溫及脈息繼續上升，局部發炎情況增重，白血球計數亦顯著增加，則手術治療不應多事延遲。手術方法有如在急性穿孔性胆囊炎所述者。

其他保守療法

倘於24至36小時中體溫脈息及白血球計數俱向下降，腹部症狀亦減輕，臨床症狀又見起色，則注意下述的數種保守療法：

1. 活動方面：病人必須臥床休息，待體溫及白血球正常，發炎現象消失，腹部按壓痛消失，按壓觸及的硬塊亦不存在時，始可離床行動。
2. 飲食方面：先進以溫茶水，繼以清蛋白水（albumin water）；粥類，肉湯，肉凍，乳餅及以脂肪少而蛋白質及碳水化合物較豐的食品，例如脫脂乳粉和入脫脂牛乳。
3. 藥物方面：
 - a. 每日服多種維生素丸二次，其中含維生素A.C.D及各種維生素B。
 - b. 每日皮下注射 K 種維生素10粒。
4. 診斷方面的探討：最切要者為胆囊攝影，胆道的排泄情形（bile drainage），肝機能試驗，胰臟機能試驗及凝血酶元（prothrombin）的檢定。以上諸試驗方法，須待發炎狀況大部或全部消失時始停用。

手術

診斷確定後則行胆囊切除術，此當在離院前施行之。惟肥胖之病人可先囑出院，待體重減輕後施行之。其他如年老或有嚴重心臟病，血管病或對手術有禁忌症者不可作割除胆囊之嘗試。

慢性胆囊炎

倘慢性胆囊炎之診斷已屬無疑，且證明有胆結石或有常常復發的胆絞痛（biliary colic），則應就外科治療。倘病人年齡過高及體質衰弱，或病人拒絕手術或診斷尚未完全確定，則宜應用內科療法。

內科的照料

1. 活動方面：病人可以毋須臥床，准許每日行輕度體操，惟不可使腹部多受振動及過度彎曲。

2. 飲食方面：少給油脂，多給蛋白質及炭水化合物。睡前不進食。

a. 全部熱力單位的攝取須適合於病人的理想體重（非實際體重）。

b. 每餐不可過量，尤以晚餐為最要。

c. 為補充蛋白質之不足計，可進食脫脂乳粉120克或脫脂牛乳 1000 毫。

3. 藥物方面：

a. 每日給多種維生素丸。

b. 顛茄酒酊，通常每飯前及睡前服0.3毫。以後每日加0.06毫，至達病人的最大忍受度為止。

c. 睡前服吧必士酸鈉（butabarbital sodium）50毫。

d. 倘有便秘發生，則每日給植物膠粘體製劑（mucilaginous preparation 在腸道內脹大而生通便作用的藥物）4.0 克，服後飲水一大杯。

外科手術治療

1. 胆囊切除術（cholecystectomy）。手術時視病者的病歷及剖腹時之發現，用以決定是否需要同時施行總胆管之探索術。

2. 胆囊造瘻術（cholecystostomy）。並除去胆石。此法年老者亦可施行，尤宜於具有黃疸及併發胰臟炎者。

肝 臟 硬 化

Cirrhosis Of The Liver

Richard B. Capps 氏療法

無特效療法。治療可就家中行之。

飲食方面：增高熱力單位（high caloric），大量維生素，大量蛋白質，大量炭水化合物，中量的油脂（蛋白質125，炭水化合物300，油脂80）。

飲食的補充，每日服多種維生素丸二次，內含有乙種 20 毫，菸鹼鹽酸 100 毫。同時每日給甲硫氨基醋酸（methionine）3 克，分三次內服，但其價值尚難確定。

化學方面：不拘何種方式之酒類皆應禁止，其他有毒性之藥物及磺胺製劑（sulfadugs）皆應禁用。

休息：所有嚴重肝臟硬化的病人或具有凡登白氏反應（van den Bergh

reaction) 表示有活動性病變者，皆應試行臥床休息一至兩個月。此後則繼以普通休息法（不限於臥床）。

傳染方面：根除所有的繼發性傳染，檢驗大便有無痢疾變形蟲。倘對此有所懷疑，或得悉病者曾居熱帶或溫帶，則給予吡喹酮（每日60毫繼續八天），同時給予恩歐仿（vioform每日三次，每次0.25克，連續十天）。倘能見效，則當每月重複一次，連續治療四個月。

腹瀉（大便稀散）：給予葉酸（folic acid）內服，每日三次，每次5毫。倘不見效，則試用肝精（每瓶內含1至5單位）每星期兩次，每次3毫，注射於肌肉內，待見效後，則每星期注射一次。

腹水（Ascites）：淡食，每日用氯化銨（ammonium chloride）3克，同時用汞製利尿劑。倘上法無效，則用放液穿刺術。若發現血中白蛋白過少，則於靜脈內每日注射兩次無鹽的血清白蛋白25克（salt-free serum albumin），待血清白蛋白於血中達到正常後，則改為每星期25克或視情況以為增減。

貧血：倘血色素太少，則用鐵劑，如係巨赤血球的貧血，則試用肝精。倘兩者俱不見效，則須輸血。

慢性潰瘍性結腸炎

Colitis, Chronic Ulcerative

J. Arnold Bargen 氏療法

血栓潰瘍性（thrombo-ulcerative）結腸炎，皆發源於直腸之最遠端（distal），從此處再向近口端（oral）蔓延。

一 般 思 考

此問題往往需要內外科的精密合作。近來對於此病的治療，較昔日為有望。吾人今日不應追求此疾的根治，只能設法控制其病徵。

治療須根據下列三點：（一）大腸內是否有傳染性疾病。（二）腸內是否沒有複雜疾病。（三）是否具有外科的適應症。

內 科 照 料

倘無併發症如新生物，息肉（polyposis），腸狹窄，直腸週圍膿瘍，腸

穿孔或胃臟結石等，皆適用內科療法。

休息方面

在急性發炎時期須臥床休息，待熱度退盡始可漸漸恢復動作。爲使腸能休息起見，應使用腸胃外營養法而摒棄口服法。慢性病者，雖無熱度，仍以休息爲要，惟不必臥床而須使作輕微的動作（有如閱讀書報，短距離的散步及精神消遣等）。最重要者爲病人須具有忍耐力，不屈及樂觀的心情。

飲食方面

太嚴格地限制食物，將使病者對繼發性傳染的抵抗能力減低。故當（一）提病者食慾，（二）給予無渣質之食物，使大部份食物在胃及小腸內即能吸收。

當在急性時期宜給與富有營養而量少之濃縮食物。在較嚴重病例僅給流質，在極重病例則只准靜脈內注射葡萄糖液及在皮下注射生理鹽水。

一般說來（一）食物須無刺激性（二）少渣質（三）有足量的熱量（四）易吸收。

少渣質的食物如下：少脂肪的肉類，米飯，白麵包，糖，煮爛穀類，煮熟雞蛋，奶油，及乳酪，各種蛋白質，各種維生素（如水果汁，酵母，乳油，麥芽及濃縮魚肝油等）。但牛乳並非少渣質者。

倘病人住院治療，初時給與十分柔軟的食物，以後逐漸增加到尋常足量的食物（蛋白質 140 克，熱力 3400 單位）。忌用調味品如芥子醬，醋，及濃味醬油等。

維生素方面

通常用以補充食物中之不足（但不能治療本病！）。倘有下列情況者，得大量給予維生素：

周圍神經炎（Peripheral neuritis）。給與大量維生素 B₁。

維生素 A 缺乏。給與大量維生素 A（每日可給至 100,000 單位）。

維生素 C 缺乏。每日用維生素 C 片 200—300 毫。

大量出血。用維生素 K 油劑（口服 6—9 個膠囊）或用 menadione 65 靜脈內注射即可見效。

維生素 B 複合劑糖漿可增加食慾。

菌苗療法（Vaccine）

用取自病人直腸潰瘍內之鏈球菌製造自身菌苗（auto-vaccine）注射於

皮下，每三天或每五天一次，連用數月。開始劑量爲0.1毫，每次增加0.1毫，總量增到1.5左右。如此者三四輪迴，迄症狀消失後爲止。以後數年內有時亦偶然再行重復注射一療程。

護理方面

勸病人住院臥床休息，放棄憂慮及興奮實爲最要。保持溫暖，給予足量水分。腹部用熱濕敷。適當的精神療法。每日通便。使睡眠充足與精神安定愉快。

藥劑方面

對症治療的藥品有如下述：

苯乙基巴比士酸 (phenobarbital) 30毫，每日三四次。

除味鴉片酊 (deodorized tincture of opium)。每日二三次，每次5—10滴 (0.3—0.6毫)，連用數日。倘須再用，應休息數日。

鴉片 (7%) 5—10滴，滴於溫水內於飯後服下，連用一星期。

磺胺劑 (Sulfonamides) 連用二星期，休息一星期後再續用二星期。

Azosulfamide (neoprontosil 新百浪多息) 每日服4—6克。

酞磺胺噻唑 Phthalylsulfathiazole (sulfathalidine) 每日8—16克，兒童酌減。

尤共用新百浪多息時，須常常檢驗赤白血球及血色素。但在未見中毒前，往往先發生貧血。

磺胺嘧啶 往往在急性炎症時用之，但須早期應用。劑量以能使100毫血中含12—15毫爲標準。

Salazopyrin 此爲治結腸炎之作用最可靠的藥品，尤以伴發關節炎及皮膚化膿症者爲最顯著。

青黴素 對於急性發熱之病例用10,000—100,000單位，每三小時注射於肌肉內，往往有顯著效果。惟口服或自肛門內注入則無效。

鏈黴素 效力遠遜青黴素，在學理上言亦無使用價值。

金黴素 Aureomycin能抑制腸內所有的細菌，在某些病例可見相當好果。

施 氮

用BLB面具 (一種特製的施氮面具) 輸入100%的氮，對高熱，速脈及紺紫(cyanosis)等血毒症狀(toxemia)之病人有效。

輸 血

有下列病情之一者即可給予輸血：（一）膿毒症（二）貧血及失血後之衰弱（三）血內蛋白質貧乏（四）久病後之一般衰弱。

二次到五次之少量輸血（每次 150—250 坵）較一次之大量輸血（500 坵）為佳。故每隔三四天，小量輸血一次，其功能往往超出一般意料之外。

注洗術及滴入術（Irrigation and Instillation）

倘肛門周圍有傳染（漏管），用溫熱生理鹽水注洗，可感舒適。

倘病變限於直腸及乙狀結腸局部，則用鋸粉，或砂土的膠凝體滴注，頗有治療價值。在睡前用溫熱薄質魚肝油 30—90 坵滴入，可得更好效果。

倘遇大量出血，則用澱粉 90—120 克製成薄糊（可和以鴉片粉 65 坵）滴入直腸。

根除傳染病灶（Removal of Foci of Infection）

在病情緩解或靜息期，應根除所知之傳染病灶。

腸胃外的液體給與

在脫水狀態下為使其水份，礦鹽及營養得到平衡，應選用下列之一的補充液體。

1. 生理鹽水（0.9% 氯化鈉）

2. 修改的林高氏液（modified Ringers solution）

氯化鈉 9 克

氯化鈣 0.24 克

氯化鉀 0.42 克

重碳酸鈉 0.2 克

三複蒸溜水 1000 坵

3. 十二指腸補償液 Duodenal replacement formula (D.R.)

氯化鈉 7.00 克

氯化鉀 0.90 克

氯化鈣 0.34 克

氯化鎂 0.28 克

三複蒸溜水 1000 坵

4. 哈德門氏液（Hartmans solution）