

第十二部重要增補

根據 1952 年原版

吳軼羣譯

腦 膿 腫

急性非化膿性腦炎 倘感染播散至腦的診斷業經確立，便必須立即開始用大量抗生素加以治療。青黴素須用 100,000 單位肌肉注射每三小時一次，鏈黴素則用 500 毫克，每六小時注射一次。此外同時尚須用金黴素或氯黴素的足量內服。氯黴素之初劑量須用 750 毫克。

用此方法，有時可能將感染根治使其不致演變成爲腦膿腫。此時所有炎症變化均全部消退。抗生療法須繼續至一切反常病徵全部消失後的第七日。

在此時間，有時須作充氣腦愛克司光攝影法以研究是否仍有完全靜止的膿腫的存在，因爲一個須用外科手術除去之膿腫可能在臨床上因爲經用抗生療法而完全靜止，但以後有機會時又復重燃。

由此觀之，則抗生素療法一方面固然可使尚未形成膿腫的腦炎消散，另一方面有時亦能使已生成膿腫的症狀消失。惟因後者膿腫依然存在，故必須用充氣腦愛克司光攝影術發現之，俾能用外科手術加以治療。

醇 中 毒

震顫性譫妄的治療 12. 副腎皮質素最近亦被若干學者應用於震顫性譫妄而獲得良好之成績。惟此種療法目前尚在實驗階段。

戒酒藥療法 (Antabuse therapy) (須住院)

倘無身體上或精神病學上的禁忌以及病人業已戒絕飲酒或含酒精的飲料，且不用副醛業已三日，此時可照下述方式給予戒酒藥 (Antabuse 化學名 tetra-ethylthiuram disulfid)

第一日	2.0 克
第二日	1.5 克

第三日	1.0克
第四日以後	0.5克

第四日可給予病人1兩威士忌（whisky）。視病人的反應如何，以後即以此為根據將戒酒藥的劑量再度酌減。第八日又給予病人威士忌一兩，倘有必要，此時可再次將戒酒藥的劑量減低。

倘戒酒藥、酒精的反應太大，病人可能需要給予氧氣。此外尚可給予丙種維生素或興奮劑（副腎素或可拉明）之靜脈注射。

此後，病人即作為門診病人繼續治療，並為施行心理療法一如未用戒酒藥治療之病人。

灼性神經痛

腦下垂體的副腎皮質促進素與副腎的皮質素證明對若干病例具有良好的效果。在對其副作用採取充分警覺及防備措置之下，此等內泌素必須應用比較巨大的劑量，副腎皮質促進素每十二小時用 20—40 單位（毫克）；副腎皮質素用100—200毫克，或注射或口服。

如果一個凝肩（“凍結之肩” frozen shoulder）的病例需要在麻醉下用手操作使之活動，則在操作後給予副腎皮質促進素或副腎皮質素可有助於肩關節機能的恢復，於心理療法幫助之下，並能防止黏着的復生。

急性舞蹈病

腦下垂體的副腎皮質促進素對此病的治療似有相當良好的展望，雖然在現階段就吾人知識所及一般尚宜限於嚴重的頑固病例。最良度的劑量目前尚未確知，普通十歲的小孩可每日給予100—120毫克，分四次注射，每六小時一次。四日後將劑量減少20毫克，再過五至七日又減少20毫克。此後劑量的減少則視病童的病情而定，最後終於減至每日20毫克。整個療程定為三至六星期。當然，對於副腎皮質促進素常見的副作用，吾人必須隨時加以警惕。

癲 癇

抗癲癇藥物的聯合應用。

因二苯乙內醯脲鈉的鎮靜作用極微，故最適宜於與苯乙基巴比土酸，甲氧苯乙基乙內醯脲（Mysantoin）或溴化物聯合應用。尤其在這些藥物內的一種

不能有效地控制的癲癇發作，或單用二苯乙內醯苯鈉的有效劑量而產生中毒症狀時，吾人均可採用這種聯合療法。此等藥物聯合應用時的劑量如何，須以每一病人的耐受力為依據試出之。倘某一病人同時患有癲癇小發作與大發作或意識運動性發作，則須同時服用三甲雙酮 (Tridione) 或對甲雙酮 (Paradione, Paramethadione, 每膠囊含藥 0.3 克) 與二苯乙基內醯苯鈉，苯乙基巴比土酸或甲苯乙基內醯苯鈉。

耳病性眩暈

M. Atkinson 氏療法

急性發作時的療法

沒有很大的把握。教病人「睡在床上，靜待發作的過去」實較任何其他辦法為可靠。無住院必要。倘醫生想做一些積極的處置，則下述療法可用：

(一) 血管收縮型耳病性眩暈而兼有嘔吐者 對於這種病型口服法不會生效是顯而易見的。菸鹼酸的注射倘能及早給予，有時可縮短發作，否則可給予一種巴比土酸劑如蘆米那 0.12 克口服。嗎啡及其衍化物因有增加嘔吐的傾向不宜給予。

(二) 血管舒張型耳病性眩暈之無嘔吐者 商售品摩賽德 Mosidal (亦為一種巴比土酸衍化物) 證明頗能控制此型耳病性眩暈之發作，與核黃素合用時尤然。服用時可給予此藥一片 (150 毫克) 與核黃素 20 毫克同服，如有必要，一小時後得重復之。如證明有效則此後可每隔四小時給藥一次，直至發作停止。

對於此型耳病性眩暈抗組織胺藥物 Dramamine 有時據說亦頗有效。但據作者的經驗，其功效較摩賽德為遜。

多數性硬化

假定血管收縮或血栓為病變基礎的藥物療法。

敗血凝素 因為有人認為靜脈血栓為多數性硬化的原因，故今日各方正在試用敗血凝素防止本病之進展。但是如果主治醫不能每星期屢次檢查凝血原酵素時間以及隨時準備應付泌尿道以及其他組織出血等合併症，則此種療法是不安全的。在臨床上，吾人尚不能證明應用此藥後能阻止本病之繼續進展。

腦下垂體的副腎皮質促進素與副腎的皮質素目前亦正在試用之中。