

1951年版第二部重要增補

吳軼羣譯

急性中耳炎

早期或漿液性期

特效療法 倘中度發熱與鼓膜脹滿徵象持續超過24小時以上，即為施行特效療法之指徵。於此，青黴素為最佳之抗生素。劑量：結晶體青黴素 G100,000—200,000單位肌肉注射，每日二次。倘因病人對青黴素有敏感性不能使用，則可口服金黴素以代之；每隔四小時一次，每次500釐，日夜不停。小兒照比例遞減。若有惡心與嘔吐，可用小量阿託品制止之。

局部療法 每三四小時用 Auralgan 5—10滴滴入外耳道。

外科療法 倘膨脹的鼓膜凸出更甚，或疼痛不止，或發現已開始化膿，則宜用鼓膜切開術加以處置。

化膿期

局部療法——外科療法

須迅速施行鼓膜切開術不可耽擱。

青黴素為最佳的藥物，惟用量須大：水溶性結晶體青黴素 G 300,000單位肌肉注射，每日二次，至少連用十日。若能同時應用金黴素則更佳。

金黴素 0.5克口服，每四小時一次。熱度退至正常後尚須續服24小時。

磺胺嘧啶。今日已不多用。劑量：初次4克，以後每四小時一克，日夜不停。

急性耳突炎

抗生素療法。水溶性結晶體青黴素 G 200,000—300,000單位肌肉注射，每日兩次。抗力較高之葡萄球菌所需劑量亦較大：300,000—600,000單位，每日二次。青黴素宜續用至開刀後一星期為止。

金黴素。本品與青黴素聯合應用，目下已為一種通行之療法。劑量：500

匙口服，每四小時一次，並須在整個手術期間與手術後期間保持給藥。

扁桃體周圍膿腫

抗 生 療 法

青黴素為最佳之療法（參閱1950年版）。

金黴素。倘病人不願注射，或對青黴素有敏感性，則金黴素目前已成為通俗之口服代替品。劑量：0.25—0.50克，每六小時一次（成人）。此藥有時可以引起噁心，嘔吐，腹瀉與直腸之燒灼感等是其缺點。

另有數種新抗生素如氯黴素，土黴素（Terramycin）等目前正在試驗之中。

枝氣管炎，流行性感冒，濾過性毒

咽炎，發熱性卡他

本節所論之各種疾病通常於48小時後即自行退熱，而有顯著之症狀進步。磺胺化合物，青黴素，金黴素，氯黴素或土黴素（Terramycin）等在此等病例內不宜濫用。只在熱度不退，一般狀態惡化，有發生肺炎嫌疑之病例，方有應用抗菌療法之適應。最佳之藥物為金黴素與土黴素。用法：每六小時一次，每次0.5克口服，持續至解熱後48小時為止。

倘患者為老年人，或有心力衰竭，枝氣管性氣喘，肺氣腫或其他嚴重衰弱疾患病史之人，亦宜迅速用上述抗菌療法加以治療。

肺 炎

肺炎球菌肺炎

土黴素療法。Terramycin Therapy。效力與金黴素類似，用量亦同。

磺胺化合物之療效不及青黴素，金黴素及土黴素等三種抗生素。磺胺化合物中又以磺胺嘧啶，磺胺甲噻唑（Sulfamerazine）及磺胺噻唑為佳。

弗利蘭德氏桿菌肺炎

對於病勢嚴重之疾患，迅速施行金黴素或鏈黴素與磺胺嘧啶之聯合療法或用金黴素與鏈黴素之聯合療法則更為有效。金黴素用量請參考肺炎球菌肺炎療法。青黴素對本病無效。

氯黴素與土黴素在試驗管內所示之制菌力雖與金黴素相等，但因口服不能

達有效濃度，而目前又無注射劑可用，所以多不能獲得充分之療效。

葡萄球菌肺炎

對青黴素有頑抗性的葡萄球菌病例，用金黴素治療大多數均能見效。惟治療須用大量：每三四小時服0.5克，或每六小時服一克。靜脈注射則用500釐混懸於葡萄糖溶液與/或生理食鹽水中，每12小時一次。

用氣黴素，土黴素治療本病，文獻上報告尚不多見。治療時可用與金黴素大略相同之劑量。

流行性感嗜血桿菌肺炎

金黴素為治療本病最佳之藥物。小兒量：每日體重每公斤用100釐，成人量：每日用三至四克。氣黴素，土黴素亦同樣有效。

鏈黴素效力亦佳。小兒量：每六小時用0.25克肌內注射；成人量：每六小時0.5克肌內注射。

肺 膿 腫

抗生素之口服。目前均主除青黴素療法外，同時尚宜用金黴素或氣黴素口服，用量為每六小時0.5克。二藥對於各種革蘭氏陽性與陰性細菌有廣泛之適應範圍，並能通過肋膜在胸積液內達至有效濃度。

酵素擴創術 (Enzymatic Debridement)。Tillet氏與其同儕於1950年報告用制鏈球菌激動酵素 (Streptokinase) 與制鏈球菌抑制酵素 (Streptodornase) 注入胸腔作為『酵素擴創術』以治療肋膜炎及其類似狀態之研究。用此方法，可使胸膜滲出液稀薄與增厚的肋膜變薄，因此前途頗有展望。惟吾人目前尚宜靜待最近將來之發展，然後始能確認此法在膿胸治療上所佔之地位。

肺 結 核

急性結核病

粟粒形結核病

鏈黴素。診斷確定後，宜迅速用鏈黴素治療。以體重計算，小兒每日每磅須用25—40釐之劑量，連用三月至六月。倘在未達六月之前，症狀已有顯著之進步，則於六個月期限之內的其餘時間，可將每日劑量減至體重每磅用鏈黴素10—20釐。每日劑量可用等量分二次或三次注射。成人於治療開始時之一至二星期內，多用鏈黴素二克分為兩次注射，此後則每日只須用藥一克便可。本

病爲一種嚴重的症候，所以初時宜用大量以挽回頹勢。鏈黴素亦可用對氨基柳酸（para-aminosalicylic acid即派斯（PAS）助療，藉以阻緩結核菌對鏈黴素產生抗性。

輔助療法。鏈黴素停用後尚須嚴格臥床休息多月。全身化的粟粒形結核症從前爲一種死亡率極高之險症。雖然鏈黴素在頗多病例內能抑制此病之進行，以及目前已有不少若不用鏈黴素即必然死亡之病人已能繼續生存，但嚴格言之，吾人今日却仍然不知是否能有真正痊癒之病例。有些表面上似乎治癒之病例，但其診斷都不甚確切，所以不能作爲範例視之。

大葉性結核性肺炎

用臥床休息與壓縮療法治療本病照例失敗。反之，鏈黴素對於本型肺結核則有抑制之功，尤其與派斯聯合使用時功效更爲顯著，但却不能完全治癒之。然將病變抑制到相當程度後，頗有利於其他療法（如壓縮療法）之進行。

小範圍之結核性肺炎可起因於局部蔓延及老病灶之轉移或起源於血行傳佈。此類病灶對於鏈黴素（與或不與派斯合用）的反應甚好。至少限度就其暫時性的效力而言是非常良好的。

急性渗出型肺結核：就其本質上言，此病實在是一種結核性肺炎，多由於枝氣管性傳佈而起。有時在二三期前用X光檢查，肺部尚無任何結核病變之痕跡，但二三期後則症象非常顯明。此型肺結核對於鏈黴素之反應亦屬良好，至少暫時的。倘用鏈黴素與靜臥法尚不能發揮理想的效力，則如果病勢已被遏制至相當的程度，則雖病變仍在急性時期，亦不妨開始試用一種壓縮療法。

慢性肺結核

正確診斷對於治療之重要性：本型結核幾永遠繼發於初發型肺結核之後，故事前對結核菌素必有陽性反應。治療上有否良好成就，與病期之辨識及病灶之最近進展情形有關。因此之故，所以治療方法常大大地爲診斷所左右。覓取正確診斷最理想之方法，爲有系統地定期替病人施行結核菌素試驗。倘試驗結果爲陰性，則宜立即爲之作肺部之X光檢查。以後並須定期施行重驗。這是吾人所能辦到的用以區別初發性與續發型之惟一辦法。例如結核菌素反應正在變爲陽性或在其後一月左右所發現之結核病灶，即幾乎全數爲初發病變，而在反應已變陽性後之數月，數年以至數十年內所出現的結核則皆永遠爲此病之再發型。用此方法，如果一個再發型病灶發展得較爲巨大及深濃時，即不難用X

光檢查方法發現之，而正確辨識其為再感染（reinfection）。並且因為及時用 X 光檢查之故，這種病變多半在疾病尚未變為有傳染性以及尚未產生病徵之前即被發現。這一點是有異常重大的意義的。

假如吾人不照上述方法進行其診斷，那末情形便困難得多了。譬如這時病人因為已有症狀才來求治，或則一個從外表看來似乎無病之人因為體格檢查之故來作一次胸部之 X 光檢查而發現肺部有可疑的陰影，那末如果確定它是結核病變的話，這時便很難分別這個陰影是初發還是續發病灶了。此時吾人第一個迫切的課題便是要問，這個陰影所代表的是那一種性質之結核損害？其次，它現在的穩定情形如何？它是否處於靜息之狀態已久？或者它是新近才發生的病灶，不過現已靜止和安穩？或者相反的，它是一種活動性病灶而正在消散或在進行之中？這種判別或決定需要數星期或多月精細之檢查和觀察，這種觀察工作當然相當麻煩，但是它我們不遵循上述改良檢查方法（指有規律的應用結核菌素檢查）的結果！總之，對於肺結核的處置來說，這種判斷的重要性是無與倫比的。

活動性慢性肺結核的診斷確定後，我們無法預知何種病例可以毋須治療而痊癒，何種病例則將不停地作間歇性的惡化。所以我們只有把握一個原則：凡是活動性的病例均須加以治療。

藥物療法：過去所用的許多藥物療法如砒劑，銻劑，金劑與汞劑等，今日大部已被放棄。鈣劑療法只於有血鈣過少之病例尚有若干利益。魚肝油因富於維生素（甲種與丁種）今日自然不妨仍然令病人進服。惟木鱉油（creosot）與碘劑則用之無益。

許多磺胺化合物與抗生素證明對結核病無效。有三種（Sulfones）商品名普洛命 promin，普洛密坐 promizole 與 diasone）則雖在實驗上對結核菌有抑制作用，但於人類之結核菌則證明其效力不足。惟繼續研究却是值得提倡的。

新近有數種藥物證明對結核病有效，計有雙氫鏈黴素，對氫柳酸，新黴素（Neomycin），土黴素（Terramycin），結核安（Semicarbazones 即 TBI）等。其中似以鏈黴素與對氫柳酸的效力最佳。

鏈黴素。除惡化迅速的急性結核病變外，通常每日只須用鏈黴素一克作肌肉注射，或一次或分次注射均可。治療時間須持續 42—90 天。

鏈黴素不能由胃腸道被足量的吸收，故口服之效力不佳。鏈黴素療法最大

的缺點厥為抗藥菌種之產生。此種菌種不但使該有關病人本身之治療發生困難，並且能遺傳給其後代，致使他人之沾染此抗藥性的後代菌種者，對鏈黴素亦有頑抗性。故鏈黴素不宜濫用於能用普通方法治療之輕症，亦不宜應用於老年人之患有慢性晚期肺結核者。反應最好的肺結核病型為新近發生的廣泛的滲出性病例，無論其病變正在進行與否。症狀之進步在療程開始不久後即可顯現，惟 X 光照片上之進步，則須待很久之後，甚至須在停藥之後方能察覺。

鏈黴素並不能治愈結核病，但對於機體的抗抵機構大有幫助。用本品後能使其他有效療法（壓縮療法）得以提早舉行，甚至前此無法進行治療之病例，用鏈黴素後有時竟能獲得這種可能性。所以關於這點，臨床上的意義也是非常重大的。

喉，氣管與枝氣管內結核損害久為肺結核之嚴重併發症，從前對之幾乎束手無策。今日發現此類結核病灶對鏈黴素之效應頗佳，因此使此類病人痊愈之希望大為增進。鏈黴素對於肺組織本身之空洞並不能使其癒合，但由於上述枝氣管病灶阻塞所引起之空洞則常能因該病灶痊愈之故，使其顯著減小或完全消失。倘所用鏈黴素之療法強而有力，則通常於治療尚在進行之際即見痰液減少，熱度下降，食慾增加，體重進步。

對氨柳酸（PAS）。所能生效之肺結核病型與鏈黴素同。服法：每日 10—15 克分數次口服，連服 90—150 日或更較此為長。服時用粉劑，膠囊丸，藥片或腸溶性衣丸皆可。有人服藥後有顯著胃刺激，故以服用腸溶性衣片或腸溶性衣丸為佳。對氨柳酸之效力並不優於鏈黴素，所以並非是它的替代品。只有在鏈黴素因某種原因（過敏性，抗藥性，毒性副作用）不能應用時，方可以對氨柳酸代用。

聯合療法：對氨柳酸為鏈黴素良好之輔助藥，聯合療法之效力通常較單用一藥為佳。而其最大的優點則為對氨柳酸能抑制或顯著地遲延對鏈黴素有抗藥性結核菌種之產生，因此可使後者之作用大為延長。

目前對鏈黴素發明另外一種給藥法，即所謂間歇給藥法者是也。法於每隔日給予鏈黴素 1—2 克，連用 1—4 月。其在臨床上與 X 光上所得結果並不遜於每日給予 1—2 克之病例。其優點為毒性反應較少，結核菌產生抗藥性之速度亦減緩。目前正在試用一種與對氨柳酸（12 克）合用的鏈黴素間歇給藥法，以期將產生抗藥菌種之速度再加延遲。