

(2)瀉劑。在膽管型膽汁性肝硬變，使用鹽類瀉劑，如 Epsom 鹽（硫酸鎂），每星期兩次，每次15克，可減少發病的次數。

(3)止癢劑。停止使用膽汁製劑。輕症者給以 phenolated calamine lotion 外搽，蘇打浴，氨基茶鹼，抗組織胺。重症者，夜間給以氯醛或副醛，使能安眠。遇頑固之搔癢症，可於皮下注射酒石酸麥角胺（ergotamine tartrate）（0.5—1毫）。

(4)鎮靜劑。此類肝硬變之病者，使用嗎啡時，多有抑制呼吸之危險，倘必須使用巴比士類製劑，亦須特別小心從事。

(5)補血劑。內服鐵劑（適用於低量血色素小細胞性貧血），初以小量。於巨細胞性貧血，試以肝膏，維生素 B₁₂ 或葉酸。倘俱無效果，則當輸血。

(6)抗菌劑。青黴素及鏈黴素多不易達到膽道，雖然如此，試用者仍不乏人。晚近已證明金黴素於此類病中之效力較佳。

併發症之治療

腹水，浮腫，胃或食道之曲張靜脈出血，皆係此類肝硬化之晚期表現。肝性昏迷（膽血病），為其末期之徵象，治療之法，與其他肝硬變併發症同。

細胆管性肝硬變 Cholangiolitic Cirrhosis

在臨床上，此病與胆管性肝硬變不易判別，使用胆囊顯影術，亦不易達到目的。有時須行剖腹探索，發現無肝臟外胆道梗阻者，始可確定診斷。

內科治療

維護營養，減除如搔癢的痛苦，使腹水及胆血病延遲發生。

1. 休息。

2. 飲食。缺乏營養，并非此病之原因，但仍應維持適當之營養。每日須蛋白質 100 克，炭水物 300 克，脂肪 100 克。

3. 營養補助劑。有如胆管性肝硬變中所述者。

4. 藥物治療。利胆劑，鹽類瀉劑，胆鹽等，俱不適用。設法減輕搔癢，但不可試用麥角胺治療，因多危險。

嗎啡亦屬禁忌，有時，可試用巴比士劑。

併發症之治療

腹水及浮腫，皆在後期發現，亦不易治療，有時使進淡食，每日允給食鹽一克，并給利尿劑，使水腫稍退，以節省若干次之腹腔穿刺術。發生胆血病

時，即末期之來臨，可試以葡萄糖液及維生素B之注射，或爲之輸血。此時使用金徽素，亦有能稍稍奏效者。

倘遇來自胃或食道曲張靜脈之出血，可試以食道栓塞法，或須外科處置。

門靜脈性肝硬變 Portal Cirrhosis

Richard D. Eckhardt 氏療法

內 科 處 理

治療原理 飲食治療勝於藥物。醫師，病者及其家屬，必須努力合作處理。

應禁忌及須注意之事項

酒類及對肝臟有毒之藥劑，如砒劑及辛可芬（Cinchophen）劑，皆須禁忌。

麻醉劑及鎮靜劑，在萬不得已的情況下，僅允應用極小之量。

休息

飲食及其補助品 可允給脂肪類食品。酵母（每日30—45克），維生素B複合劑，肝膏製劑。倘不能口服食品者，應用管飼法。或用靜脈進飼法。

併發症之治療

腹水及浮腫

限制食鹽及其他鈉鹽，腹水壓迫呼吸太急時，爲之穿刺放水。倘小便太少，可用汞劑利尿，（每日靜脈或肌內注射2c.c.，連用4—5天。）每日口服氯化銨三次，每次1—3克，亦可增加尿量。

出血

往往可以危及生命，應多次輸血，并注射維生素K。

肝昏迷

輸血，化學療劑及抗生素劑，預防枝氣管肺炎及嚥下性肺炎。管飼或靜脈進飼。

預 後

不良。各種併發症，多可危及生命，病者家屬必須隨時注意。

小兒腸胃外液體療法

Parenteral Fluid Therapy in Children

Nelson K. Ordway 氏療法

俞汝憲譯

治療之原則

腸胃外液體療法，除用爲補償經口攝入之不足外，其目的在保持正常之需要量，補充不正常的損失，及補償先前存在之缺乏。成人腸胃外液體療法所適用之基本原則，同樣亦適用於小兒。因小兒身體之大小頗不相同，故吾人常以體重來計算他的液體需要量，即以每磅（450克）體重計算之。小兒之年齡愈大則基礎代謝率越低，大約小兒每磅體重爲25卡，而在年輕之成人每磅體重僅約12卡，此即指示小兒所需要之食物及水份，其量實較成人爲大也。

此處所述之療法，乃係假定病人之心臟的及腎臟的功能均係正常爲前提，而病人此時亦尚有正常的水化作用及正常的酸鹼平衡。在治療灼傷範圍廣泛之病人，則不適用此種原則。本篇所引用之方案，主要爲對嬰孩及年幼之小兒而言。較大兒童之液體需要量，比較爲小，且已接近成人之需要量矣。

腸胃外液體療法之期間若不超過48小時以外，則在此短促之時間，可不必考慮其熱量之輸入。但若所需之期間較長，則每日輸入之液體中，必須包括足量之葡萄糖，以期接近基礎代謝之需要。此點對於嬰兒尤爲重要。此種溶液必須爲高滲的（hypertonic），且不宜作皮下注射。此等溶液亦可能刺激微小之靜脈，而引起該血管之閉塞，結果遏止血流，且可能將輸入之液體外滲於靜脈周圍之組織中。

除出最初之矯治其脫水外，病人所需液體之維持量，補充量及補償量均宜每日估計之，俾能以此爲根據於其後之24小時期間給與之。實施時可將各種混用溶液混合一處，並在24小時治療時間之全部或大部期間緩緩輸給病人。

輸入路徑

靜脈輸入法爲主要的輸入途徑，理由如下：（1）液體輸入迅速，（2）可作長期之持續輸入，（3）可以輸入血液，血漿，水解蛋白質及高滲的溶液等。磷

重脫水病人之最初治療，此法亦為唯一可靠的方法。溶液可用推進法或持續滴液法輸入之。用持續滴液法一般最為令人滿意，但需經常注意其輸入之速度。輸入之速度在嬰孩通常須較緩慢，此種緩慢之速度頗不易維持。因若每分鐘相差一滴，則每小時可相差約三錢，而每日相差即達75錢矣。

在嬰孩中最容易注射的表面靜脈位於顱頂蓋，腕，及踝部。普通的醫師稍經練習，即能熟諳地用一短的，尖銳的，斜面短的22至25號針頭刺入此等微小靜脈中並停留於此。切開靜脈及穿刺骨髓，通常並無必要，對於嚴重脫水嬰孩之有血管虛脫者，最初自宜採用此法作急救治療之用。輸入之部位，每48小時宜更換一處。

皮下輸入法適用於少量之等滲溶液持續的或間歇的給用。雖然加用 hyaluronidase（一種溶粘液之酵素）於皮下灌注有加速吸收之效用，但在嚴重脫水之嬰孩，其最初治療，不能依賴此種技術。

注射用溶液

1. 0.9%氯化鈉 溶於水中即成『生理食鹽水』，可作皮下注射之用。0.9%氯化鈉溶於5%葡萄糖中為高滲溶液，僅適用於靜脈注射。

2. 葡萄糖水溶液 5%溶液近似等滲溶液，可用作皮下注射。10%溶液則為高滲溶液，必須靜脈注射。

3. 0.45%氯化鈉溶於2.5%葡萄糖溶液中，則為等滲溶液。乃用等量之0.9%氯化鈉水溶液及5%葡萄糖水溶液混合而成者。

4. 鈉-鉀-葡萄糖 此為以同量之等滲氯化鈉溶液(0.9%)，等滲氯化鉀溶液(1.15%)及等滲葡萄糖溶液(5%)混合而成，配製時可用如下處方：

氯化鈉	3.0
氯化鉀	4.0
葡萄糖	17.0
蒸餾水	加至 1000.0

葡萄糖溶液需在給用前混合，如在此後所述者。

關於腸胃外給用鉀之注意

用含有鉀之溶液作為注射時，可能發生危險，蓋鉀離子對心臟有毒性作用故也。因此鉀之應用必須限於不飲食已超過二日的病人。每日之需要量，應儘可能在24小時內平均分配，決不要在12小時以內給用完畢。

鉀之腸胃外給與法，僅於有正常腎臟機能而能充分排泄之病人，始可用之。
 鉀之腸胃外給與法禁用於脫水之病人；在初次治療脫水後，必須俟病人已能排泄，始可給用。鉀之中毒在臨床上所表現者為淡漠，循環虛脫及心動過緩；若懷疑已有中毒現象時，應小心的靜脈注射10%之葡萄糖酸鈣10毫，隨即迅速靜脈輸入10%葡萄糖溶液（每磅〔450克〕體重10至20毫）以治之。

正常含水小兒之腸胃外維持量

若在二日以內某小兒唯一之液體輸入為腸胃外之輸入，則在此情況下，可用下述溶液于24小時內給與之：

單獨作為維持的溶液

（每日每磅〔450克〕體重所需之毫）

0.9%氯化鈉水溶液 5毫（總量不超過400毫）

5%葡萄糖水溶液 50毫（總量不超過1500毫）

此種溶液可用以作皮下或靜脈注射。此中並不含鉀，熱量亦缺，故在延長期間之給用時，宜用下列溶液代替之：

少鉀之維持溶液

（每日每磅〔450克〕體重所需之毫）

鈉-鉀-葡萄糖水溶液 15毫（總量不超過1000毫）

10%葡萄糖水溶液 45毫（總量不超過1000毫）

此種溶液必須靜脈注射，但若10%之葡萄糖用5%代替時，亦可作為皮下注射之用。

用腸胃外液體療法以維持液體的小兒，可以因不正常之機轉（如大量出汗）而需要另外的液體去補充所損失的食鹽及水份。在每24小時之開始期間可用足量的液體（0.45%氯化鈉溶於2.5%之葡萄糖中）加入於每日之維持溶液中，藉以維持充分的水化作用。（每磅〔450克〕體重需要20毫或更多）。

脫水小兒之處置

脫水時主要之缺乏為水及氯化鈉儲量之減低。嚴重脫水之最初液體療法，為設法補充此種缺乏，並使腎臟恢復其機能：

嚴重脫水時之最初療法——靜脈注射

階段	液 體	體重每磅(450 克)需要之 數量	注射時間
1	含0.45%氯化鈉之 2.5 % 葡萄糖溶液	20 呿	30至60分鐘
2	含檸檬酸鈉之全血	10 呿	30至60分鐘
3	含0.45%氯化鈉之 2.5 % 葡萄糖溶液	30 呿	3 至 4 小時

若脫水嚴重，則迅速之治療最為重要；任何延遲均足致命。一俟治療開始，即宜抽血測定血型及舉行交互配合法，而以第一階段之液體開始作靜脈輸入。在第二階段中所述之輸血係用於嬰孩中作為預防休克之用者。若在已發生休克後再行輸血，則深恐太晚矣。若無全血，可用等量之血漿代替之。

第二階段在年長兒童及脫水不嚴重之嬰兒可以省去不用。對於此種病例可從容的給用其他液體。症狀輕微之病例，只須皮下注射第一階段之液體，作為唯一的腸胃外液體療法，已為足夠。

渡過第三階段之後，多數嬰兒已能接受口服多種電解物之混合溶液。若嬰兒拒絕口服液體或口服液體為禁忌時，則治療可用簡單的維持溶液，或皮下注射或靜脈注射繼續之。若預期腸胃外液體療法尚須延長，則在每24小時之期間內可靜脈注射如下的溶液：

多鉀之維持溶液

(每日每磅〔450克〕體重所需之呿)

鈉-鉀-葡萄糖	30 呿 (總量不超過2000呿)
10%葡萄糖水溶液	40 呿 (總量不超過1500呿)

此種溶液含有足量之鉀，可藉以逐漸補充鉀離子之缺乏；而此種缺乏，固為在嚴重脫水及(或)嘔吐之病例內所常見者。若用 5 %葡萄糖溶液代替10%，則此種溶液可用以作皮下注射。

不能迅速消除腹瀉的嬰兒，若欲維持其適當的水化作用，可用足量含有 0.45%氯化鈉之 2.5%葡萄糖補充其損失。各個病例所需的總量極為不同，每日每磅(450克)體重之所需自20至100呿不等。算出之總量須於每24小時之開始時加入於多鉀之維持溶液中輸入之。

小兒因嘔吐而繼續損失液體者，宜用 Wangensteen 氏吸引器吸出胃腸內

之液體，並小心的測量吸出液，而以同量之下列溶液加入於每日輸入液中一同輸入：

用以糾正因嘔吐或用 Wangensteen 氏吸引法所失液體之補充溶液

鈉-鉀-葡萄糖	} 等量
0.9%氯化鈉水溶液	
5%葡萄糖水溶液	

預先估計在每24小時中用吸引器吸出的液體之多少，並用幾乎相等的速率去補充此種損失，頗為重要。所吸出液體之總量極為不同，但在嬰孩，每日每磅體重可加入20毫，在長大之小兒每磅體重加入10毫於基本的輸入液中，作為任意規定的數量，直至能測定真實的排泄量為止。因為用吸引法所損失的液體可以大大的超過此量，故其排泄量必須常時檢定之，庶能在需要時可迅速的加入補充之液體量。

血液，血漿及水解蛋白質之應用

每日之攝入量可用下法補充之：用血漿或全血時，每磅(450克)體重用五至10毫，(以熱力計大約等於5%葡萄糖)，用5%水解蛋白質溶於5%葡萄糖中時，則每磅體重用10至20毫(以熱力計等於10%葡萄糖)補充之。因此種液體含有食鹽，故須減去0.9%氯化鈉之攝入量，其量等於所用血漿之全部；所用全血之三分之二，及所用之水解蛋白質之三分之一。此種溶液當然必須分別給用，不要混合於每日之輸入液中。必須記得使用混合血漿(pooled plasma)可能發生同種血清肝炎。水解蛋白質溶液對於靜脈有刺激，且輸入必須緩慢，否則可以引起發熱反應。

酸鹼失衡之治療

假如病人一旦已能重新排尿，則因嘔吐，腹瀉或糖尿病所致之脫水及酸中毒，例能用輸入足量的水與氯化鈉，而獲矯正；蓋此時腎臟機能已恢復其功能也。此等病例，極少需要給服鹼類，如六分之一克分子乳酸鈉溶液。此種溶液僅可在有可靠的化驗室始可用之，其主要的功用或可分為三類：①在最初治療嚴重之糖尿病酸中毒時，可用每磅(450克)體重10毫之克分子乳酸鈉，代替等量之0.45%氯化鈉在2.5%葡萄糖中(第一及第三階段)；②在繼續腹瀉時可以補充鈉之損失，以每磅體重10至20毫加入於每日之輸入液中；③治療起因於腎臟之酸中毒。用鹼性溶液治療酸中毒之出發點不甚正確，因為它

主要為治療病人血清中之二氧化碳，而非病人本身，故其結果有時可發生鹼中毒及手足搐搦。用鹼類療法無論如何不宜使血清中二氧化碳含量高於每立含 20 千分之一克分子 (Millimols) (即每 100 毫升含 45 容量之二氧化碳)。

因上部腸梗阻 (例如肥厚性幽門狹窄) 所致嘔吐所發生之鹼中毒，常伴有身體中鉀之缺乏，故需使身體中鉀之儲量同至正常始可矯治之。在機體內此種調整進行緩慢，需用多鉀之維持溶液充分地補充鉀之總量，同時並須阻止鉀之續繼大量損失。當嬰孩血清中二氧化碳含量高於每立 40 千分之一克分子 (每 100 毫升含 90 容量) 時，可在每日之輸入液中加入每磅體重一毫之 10% 氯化鈣溶液，以避免手足搐搦。

治療之評價

足量的液體療法，表示於臨床上者為好的皮膚張力及潤澤的黏膜。過量之液體，特別是鹽水，結果可發生水腫，且在幼嬰並可增加血液之容積，而招致急性充血性衰竭。若液體輸入量不足，則發生脫水之症狀。糖尿指示需要減少葡萄糖之輸入量。即使還需要繼續的作腸胃外液體之補充，但也應竭力設法儘可能的及早經口餵食。

用腸胃外液體療法長期維持病人，實際上必須常時測定血清中二氧化碳及氯化物之含量。當水化作用充分，腎臟功能正常，且並無酮病 (醋酮尿) 時，血清中二氧化碳 (每立中之千分之一克分子) 及血清中氯化物 (每立中所含濃度) 之和約為 120 至 130。若總和超過此數，即指示需要增加水分 (即葡萄糖溶液) 或減少氯化鈉之謂。若其和低於 120，則指示需要更多之氯化鈉。若無嚴重之肺部疾患，高二氧化碳及低氯化物之數值通常指示鹼中毒，而需用鉀療法逐漸矯治之。持續的低二氧化碳及高氯化物之數值指示需要鹼療法，如在前節所述者。此種對於血清中二氧化碳及氯化物不正常之解釋，必須病人無脫水時始能認為有效。僅僅根據血清中二氧化碳及氯化物水平之計算，而不顧其他有關因素，試圖補償鈉或氯化物之缺乏，可能發生損害，故不能用。

消化性潰瘍 Peptic Ulcer

Sara M. Jordan 氏療法

俞汝憲譯

消化性潰瘍可以位於食管、胃、十二指腸或空腸（手術後）。診斷多由病史及 X 光線之檢查結果而決定。

無併發病的潰瘍（計畫甲）

醫院內治療21日。完全臥床休息17日，其餘之四日可起床。

膳食

第一日。自上午七時至下午七時可於麥芽乳，牛乳或牛乳與乳酪各種流質中任擇一種飲之，每小時飲90毫（三兩）。

第二日至第七日。可逐日增加一頓食物，待至第七日則自上午八時起至下午六時止，已加至每二小時用一頓食物。

每餐中可用之食物。麥糊、黃粥、牛乳土司、柔軟的煮蛋土司、牛乳雞蛋糕、白帽蛋糕（floating island）、嘩呢拉香精或巧克力牛乳粉凍布丁（blanc mange puddings）、薄片土司（Melba toast）、奶油及果醬、菠菜泥乳酪湯、胡蘿蔔、豌豆、南瓜。

在第十七日 三頓正餐外在早餐及晚餐之間每小時飲牛乳及乳酪90毫（三兩）。中午吃肉及蔬菜，晚餐吃溫柔易消化的食物。不宜吃的食物包括：油煎食物，濃厚脂肪，一切豬肉及豬肉做的食物（爐烤豬豬肉除外），一切糕餅類及用奶油或豬油做的餅或布丁，一切生菜及水果（熱水沖淡之橘汁除外，可在早餐前半小時飲之，若患便秘，可在每飯前半小時飲之）。蔬菜中宜除去任何形式之番茄，卷心菜，蘿蔔，玉蜀黍。一切可吃的蔬菜必須先做成菜泥。不宜吃的還有一切蜜餞，硬殼果，調味品（但可用適量的食鹽）及輔佐食品如橄欖，醃漬品等。

早餐及中餐宜豐富，晚餐宜輕柔。在晚餐後不宜飲食。餐時規定在：七時，十二時，六時；或八時，一時，七時。

禁絕煙草。

藥物療法

氫氧化鋁 (Amphojel 或 Creamalin)，自上午七時半至下午七時半，每小時服四錢 (1 英錢) 或半片。在下午八時，八時半及九時各服同量。

鎮痙劑：每日三次，每次口服顛茄酊 0.61 錢 (10 量滴)，或一合成製劑，如脫孳散痙 (Trasentine)，每日三次，每次一片，或用下述合劑，每日三次，每次二錢 ($\frac{1}{2}$ 英錢)：

苯乙基巴比土酸鈉 2.00 克

顛茄酊 20.00 錢

薄荷水 加至 240.00 錢

有時可在下午四時及九時半吸出胃液，檢驗其中和作用，並作胃液分析。

不要服輕瀉劑。必要時可用 90 錢 (三兩) 油作保留的灌腸劑及一至三英升鹽水灌腸。

出院後六至 12 月之常規療法與門診病人之常規相同。出院後二月再作詳細檢查。(間期病史，X 光線透視及胃液分析)

若醫院內治療不可能時，則可門診。其方案如醫院內治療計劃之最後四口內所述者相同。

潰瘍之有梗阻合併症者 (計畫乙)

醫院內治療之最初四日，插入鼻管並留置原處，藉以交替的喂食及吸出。在白天中每小時經由鼻管喂以牛乳，麥芽牛乳，氨基酸及 Amphojel (每次總量為 90 錢 (三兩))。喂後夾住鼻管半小時。以後之半小時則行吸出。若攝入量逐漸超出吸出量，則病人被認為易治者，在三四日後可繼續用內科療法 (如在計劃甲中所設計者)。若吸出量繼續不減，則病人宜作手術治療。

潰瘍有大量出血之合併症者 (計畫丙)

最初之 48 至 72 小時不准經口飲食，以後若無繼續出血之徵象時，始可喂食。每四小時用硫酸嗎啡 10 至 15 粒 ($\frac{1}{2}$ 至 1 喱) 或可待因 30 粒 ($\frac{1}{2}$ 喱)。每日二次靜脈輸入葡萄糖及鹽水，必要時可輸血。

初次喂食 30 錢 (1 兩) 水及麥芽乳或用水做的濾過的麥糊乳酪，以後每小時食之。第二日之喂食可將麥芽乳及濾過的麥糊增至 90 錢 (三兩)，以後逐漸改變到計劃甲中所述者。

注 意

用計劃甲治療胃潰瘍僅於初次發現時用之，以後宜小心的檢查其完全的癒合。再發性胃潰瘍因其有惡性病變之可能，宜手術治療之。

穿孔之潰瘍宜立即用手術治療。

★

★

★

★

治療潰瘍之最新藥物 (Julian R. Ruffin 氏)

1. Enterogastrone 係腸粘膜之浸出質。據報告對於預防犬之潰瘍（實驗的）有效。但臨床上的試驗，經口服及注射此等製劑均無滿意的效果，根據今日所有之材料，殆無特殊價值可言。

2. Banthine 為一有效驗的抗胆素藥物 (Anticholinergic drug)，有與阿託品類似之作用。在動物及人體中之試驗，指示有顯著減低胃動力，延遲胃出空及減少胃分泌與酸度之功效。根據報告，用以治療潰瘍時，可每六小時口服 100 毫克，證明有效。禁忌證：(a) 有顯著幽門梗阻的病例。(b) 攝護腺肥大患者。要決定該藥治療潰瘍之真實價值究竟如何，似尚有待。