

第一部重要增補

根據 1952 年 原 版

吳 軼 羣 譯

阿米巴病 (H.H-Anderson 氏療法)

腸 阿 米 巴 病

治療的目的爲將腸腔與組織內的變形蟲肅清。此目的可用內服下列藥物之一種或一種以上的聯合療法達到之。

1. 卡爾巴松 (Carbarsone)。每日三次，每次0.25克（即藥片一片或膠囊一粒）口服，連服十日。

2. 慰歐仿 (Vioform, 即氯碘羰嗪諾琳)。每日四次，每次一片（0.25克）口服，連服十日。

3. 硫卡爾巴松 (Thiocarbarsone)。每日三次，每次腸溶性衣丸一顆（50毫克）口服，連服十日。

4. 土黴素 (Terramycin)。每日三次，每次0.25克口服，連服十日。

卡爾巴松與硫卡爾巴松均砒劑，不能同時應用。吾人可取其中之一口服十日，休息十日，再口服十日，休息十日；如此連作二三療程。在間歇期內可服慰歐仿或土黴素，惟此二藥不可超過二療程。

在完畢此整個治療後一星期，應每隔一日檢查大便一次，連驗三次。以後每隔一月再同樣檢查三次，至少連續三月（大便檢查總數爲十二次）。倘大便爲陰性，可不需繼續治療，否則宜選取上表內前此未用的藥物再施一有效療程。

倘在第二次治療完畢之後，仍有症狀與體徵，應考慮有否其他病因的可能。惟無論如何，今日已不宜再用吐根素。

除土黴素外，其他抗生素尙無證明對阿米巴有特效者。惟 "Fumagillin" 則似乎對之有直接的撲滅作用，不過目前尙在試驗之中。

肝阿米巴病

氯奎因 (Chloroquine) 爲治療阿米巴肝炎的最佳藥物，已大部將鹽酸吐根素排擠而取代其地位。倘已產生肝膿腫，須用吸液法排膿，開放性排膿法是禁忌的 (Oschner 氏)。

氯奎因用法爲：最初二日每日服 0.6 克，以後每日服 0.3 克，連服二星期。此藥在臨床上奏效甚爲迅速。因肝阿米巴病例中照例不能在大便內發現阿米巴蟲，氯奎因此種療效有時可有診斷上的價值。

倘同時尚有腸阿米巴病伴同存在，則氯奎因單獨不能肅清該病例內的感染，此時宜同時應用上述對腸阿米巴有效的藥物加以治療。

只有在急性、爆發性肝阿米巴病例始允採用鹽酸吐根素，但劑量每日亦不可超過 0.065 克，普通用作皮下或肌肉注射，連用七日至十日。注意心跳率與血壓！如心跳率增加，血壓下降，即宜停藥。巨大的吐根素劑量可在心動電流圖內引起 T 波抑低及其他異常變化。

布氏桿菌病

金徽素 甚爲有效。用法：每六小時一次，每次 0.5 克口服，共服二至三星期，小兒照比例酌減。爲避免噁心，胃內灼痛等副作用，以飽腹時服用爲宜。氫氧化鋁乳膠體能阻礙金徽素之吸收，不可用以企圖減低此等副作用。目前亦有主張將金徽素與鏈徽素合用者，據謂其效果更佳云。

水 痘

水痘有時可發生難受的瘙癢，給予抗組織胺藥物如 Chlor-trimeton，每日二次，每次四毫克，頗能迅速奏效。

白 喉

對馬血清的過敏性

試驗病人對馬血清有否過敏性的方法有二，一爲皮內法，一爲眼反應法。皮內法乃將用生理鹽水稀釋的血清 (1:100) 0.1 毫升 (即每) 注入皮內。如病人有過敏性，則在 5—20 分鐘之內注射處小丘即迅速擴大形成蕁麻疹，周圍繞以紅暈。反應厲害時，並可有假足從中心丘疹伸出。與用稀釋血清試驗之同時，

並須用 0.1 毫升之生理鹽水作對照試驗。眼反應法對於血清過敏性的指示比上法才為可靠，惜應用於兒童時，常因後者啼哭出淚使結合膜發紅以致反應不易判明，是其缺點。此法乃用 1:10 之生理鹽水稀釋血清一滴滴於一眼的結合膜，他側之眼則不滴血清藉資對照。倘試眼於三十分鐘後有發癢，流淚，發紅等現象，則為該病人對馬血清有過敏性之表示。在作上述兩種試驗時，必須置備一裝有 1:1000 腎上腺素溶液 0.5 至 1.0 毫升之注射器在旁，以備發生反應時緊急取用。

* 抗毒素的用法。皮內試驗與眼反應法均呈陰性時，可為病人注射血清，毋庸猶豫。倘上述反應雖為陰性，但病人有任何過敏性反應的歷史，則最好先注射抗毒血清 0.1—0.5 毫升，靜候二十分鐘，以察看是否發生反應。如無不良反應，可將擬用血清之總量，分為四至六等分，每隔半小時注射一次，至全量完畢為止。在無過敏性的兒童，全量亦可一次注完。

從前認為沒有將血清靜脈注射之必要。但是最近發覺抗毒血清於肌肉注射後，非經過 48 小時，病人血液內抗體不能達到最大濃度，因此我們如覺白喉病情嚴重，常將最後注入的 1000 單位，直接注入靜脈。如果在肌肉注射血清後三十至六十分鐘並無不良反應發生，則此種靜脈注射之危險性亦甚少。血清注射處最好選在大腿之較低部位，以期一旦出現反應時，可用止血帶在其上方紮緊，以阻止血清之繼續進入體循環。

倘某一病人的皮內試驗，與眼反應法呈陽性或可疑的反應，則血清之注射，宜照下法進行。眼反應呈強陽性時，抗毒血清注射的危險性最大。對於此種病人靜脈注射絕對不可施行。倘此時有其他畜類之血清（非馬血清）可用，自屬最為安全。但即無其他畜類之抗毒血清可得，如白喉病況嚴重，血清療法亦宜照舊進行，惟此時必須試用脫敏感法將擬用血清分為多次逐次增加注入之：初次注射時宜將抗毒血清稀釋為 1:100,000，且其劑量不可超過 0.1 毫升，施行皮下注射。倘三十分鐘後不示任何反應，可施行第二次注射，劑量倍前。如此每隔三十分鐘注射一次，至將抗毒血清全數注射完畢為止。在某些病例，即使注射劑量極小，有時亦可引起嚴重反應。如無其他畜類的白喉抗毒血清可得，則此時只有放棄血清療法。有人提議每次注射血清之後立即注射腎上腺素，但著者覺此法鮮介紹價值。只皮內試驗法呈陽性或兩種試驗法反應可疑者，亦須用脫敏感法。不過對於此種病人初劑量可略較 0.1 毫升（亦 1:100,000 稀釋的抗

毒血清)爲大,劑量增加的進度,普通亦可較快。如無裝有腎上腺素溶液的注射器置備在旁可以立即應用,則千萬不可隨便注射即屬極小劑量的白喉抗毒素,以免發生危險。

抗毒素的用量。下面是我們此地醫院通用的白喉抗毒素劑量表:

治療白喉所用抗毒素劑量表

輕 症	中 等 症	重 症	險 惡 症
白喉假膜局限一側扁桃體上的小地區,或只限於鼻孔。	白喉侵患兩側或侵患一側扁桃體,但連同其附近咽門柱或窩襺前後柱在內者。	白喉假膜侵及懸壺垂,軟齶或鼻咽,或中等症遷延未進行治療者。	假膜廣泛,毒性現象甚重,粘膜與皮膚出血,頸部腫起者。
5,000—10,000 單位	20,000—40,000 單位	40,000—60,000 單位	60,000—100,000 單位

血清反應。倘於注射血清的當時或注射完畢不久後,立即產生血清反應,可用止血帶緊綁注射側的大腿,地位自須在注射處的上方。上畢止血帶後,隨即迅速爲病人(成人)注射1:1000的腎上腺素0.5—1.0毫升(反應嚴重時並須靜脈注射),小兒按年齡遞減。倘發生腰痛、腹痛、尋麻疹、哮喘、呼吸困難、發紺或虛脫等現象,即宜迅速注射腎上腺素。必要時,此藥並可再度給予之。有時甚至需要施行人工呼吸。發生虛脫時,可用治療休克的通行療法治療之。

與白喉病人接觸後的預防療法。已接受白喉自動性免疫注射(明礬沉澱類毒素)的小兒在和活動性白喉病人接觸後,最好再度爲之注射一次白喉類毒素作爲“增強劑量”(Booster dose)以資保護。此外在第一星期內至少爲病人作呼吸道的白喉桿菌培養檢查二次。如發覺有白喉桿菌出現,宜立即注射青黴素。(吾人今日已知青黴素對活動性白喉病例的病情經過雖不發生影響,但對帶菌者呼吸道內白喉桿菌的撲滅却非常有效)。前此未曾接受白喉自動性免疫的成人與小兒,在與白喉病人接觸後,可爲注射1000—5000單位的白喉抗毒素(事前用皮內與眼試驗法測驗病人的過敏性!)。此劑量通常能保護病人不致沾染此病。

細菌性痢疾

據最近報告，對細菌性痢疾的治療，以土黴素及金黴素最為有效。磺胺化合物中，則以磺胺嘧啶為最佳的藥物，雖然一般人均喜用磺胺胍或丁二酸磺胺嘧啶治療本病。

蟯 蟲 病

根據最近的研究，土黴素可能為對蟯蟲有效的治療劑。從前德國拜耳藥廠出品的盧比山 (Lubisan—*m*-butoxyphenyl diethyl Carbamate) 亦為一種對蟯蟲頗為安全的驅蟲藥，惟其效力較龍胆紫略遜。

倘病孩太小不能嚥藥，則只有用灌腸療法。灌腸液只用生理鹽水或普通冷開水即可，每日於晚間作稽留灌腸一次，至少連續23日。灌腸療法的效率較龍胆紫療法為遜。

鞭 蟲 感 染

Willard H. Wright 氏療法

對於人類鞭蟲究否有致病性，各家意見迄今仍未一致，惟以作者的經驗，則無論在成人或小孩，重鞭蟲感染是能引起一定的症狀的。

療法：1. 山道年與甘汞。每日用等量（按年齡用8—65毫克）山道年與甘汞口服，連續7—10日。此法頗屬安全，需要時得重複之。2. 如不用上法，則服六烷雷鎖辛亦可，劑量與驅蛔蟲時所用者相同。必要時可每隔一星期重複一次，共二次至三次。3. 鹽酸吐根素口服。此法尚在試驗階段，據謂效力較上二法為佳。此藥必須裝於特製的腸溶性衣丸內服，劑量每日0.2克，連服四天。其反應甚大，可發生噁心、嘔吐、含有血液粘液與腸粘膜碎屑的泄瀉等嚴重現象，不宜輕易試用

條 蟲 病

除棉馬樹脂油與阿的平外，尚有二藥近來亦被用以驅除條蟲。1. 氯奎因 (Chloroquine—前譯氯化喹啉)。起初二日每日二次，每次0.5克，以後每日一次，每次0.5克，至前後總量達八克為止（古巴某學者用以驅除短小條蟲，甚為有效）。2. 六烷雷鎖辛（請參閱鉤蟲病的療法）。

有中度至重症心、肝、腎病的患者，不宜服用驅條蟲藥物，對於胃腸病患

者以及對於太老，太幼的病人，妊娠後期的孕婦亦然。飲酒在用驅蟲藥時亦應為禁忌。

鼠 咬 熱

此病對青黴素與金黴素的反應皆異常良好，砒劑治療應予放棄。青黴素最好用普魯卡因青黴素的水混懸液，每日300,000單位，連用七日，油劑與單基硬脂酸鋁青黴素不可用。金黴素每六時給予一次，每次0.5克口服，日夜不停，連續七天。每次服藥時飲牛乳一杯，可減少噁心反應。如本病經治療後又重新復發，可再度用同量的青黴素或金黴素治療之，時間至少四日。

猩 紅 熱

Louis Weinstein 氏療法

漬 極 療 法

抗毒素。輕症毋須應用抗毒素。在毒血現象嚴重的病例，則須給予馬血清抗毒素或給予由混和血漿製成的、含有大量抗致紅疹性毒素抗體的丙種球蛋白。馬血清抗毒素的劑量為50,000—100,000單位（肌肉注射），注射前宜用眼試驗法與皮內試驗法探試病人對馬血清的過敏性（見本年度關於白喉的重要增補）。最近的究研證明含有富豐抗致紅疹性毒素抗體的丙種球蛋白對於猩紅熱各種毒性併發症及其紅疹的消失甚為有效。通用劑量為體重每公斤肌肉注射0.1毫升，總量通常為10—20毫升，惟亦有用至60毫升者。讀者宜知猩紅熱抗毒血清與丙種球蛋白只能對毒性現象發生效力，對咽部的局所病灶則均無顯效；而青黴素與磺胺化合物則恰與相反，對病原菌鏈球菌有效，對毒性現象則不能有所影響。

磺胺化合物。雖乙種溶血性鏈球菌對於磺胺嘧啶與磺胺甲基嘧啶（前譯磺胺吡達嗪）均有感受性，但二藥對猩紅熱治療的價值則頗可懷疑。至少，二者的治療效力是不及青黴素的。加以在第二次世界大戰期間，曾在乙種溶血性鏈球菌中發現過對磺胺化合物有抗藥性的菌株，以致此類藥物在猩紅熱的一般應用上價值大減。

青黴素。青黴素（注射或口服）對猩紅熱的療效異常顯著。它不但能將該病各種臨床上或細菌學上的現象迅速清除，治療充分時且幾於能完全預防便不生任何化膿性合併症。青黴素的用法有下列數種：1. 普魯卡因青黴素肌肉注

射，每日一次，每次300,000—600,000單位，連續7—10日。2.結晶性青黴素G水溶液肌肉注射，每次200,000單位，每隔12小時一次，亦連續7—10日。3.青黴素口服。每次內服含青黴素G150,000單位的片劑（片內含碳酸鈣作爲緩衝劑）一片，每八小時一次，連服7—10日。此法所得效果，與每三小時注射一次，每次15,000單位青黴素無異。4.每隔12小時口服青黴素250,000單位，此法證明亦完全有效。惟口服時，必須嚴格規定投藥時間與進食時間的關係：服藥後至少須有半小時不進食，服藥前至少須有二小時半未進食。投藥時限亦甚爲重要，其少於七日者治療即欠充分而有使局部病灶（細菌學與臨症上的）復發或發生合併症之虞。

完成治療後的追蹤觀察。病人出院後須追蹤觀察四至五星期，以期及時發現有否風濕熱或血管球腎炎爲其晚期合併症。每次診察時均須詢查病人有無關節痛及其他風濕熱之表現以及心動電流圖及小便的反常發現。

用青黴素預防猩紅熱。與猩紅熱患者接觸過的人，可用青黴素預防，甚爲有效：每隔八小時口服青黴素100,000單位，連服三日至五日。此外，自用充分青黴素劑量治療猩紅熱的急性病例後，恢復期病人中的帶菌者之數目已大爲減少（因經青黴素治療後患者的鏈球菌均爲所肅清）。此點對於防治猩紅熱的散布，在公共衛生學上的意義頗爲重要。至於用磺胺嘧啶對猩紅熱作大規模的預防療法，則因今日已發現有抗拒該藥的乙種溶血性鏈球菌株的出現，已爲一種須予考慮的辦法。

傷 寒

氯 黴 素 特 效 療 法

1. Vernon Knight 氏法。體重每公斤每日用60毫克（每膠丸含250毫克）至解熱與症狀消失爲止（通常於用藥3—6日後即能達此目的）。此後劑量減爲體重每公斤每日用30毫克，至治療時限總數達十四日爲止。據此則一個體重七十公斤的成人初時每日將用到4.2克（等於膠丸17枚）的劑量，減少後的劑量爲每日2.1克（膠丸8枚）。一個25公斤的小兒初時每日需用1.5克（膠丸6枚），以後則減爲0.75克（膠丸三枚）。此每日的總劑量可分爲三等份，每隔八小時服一次。

2. Rober T. Parker 氏法。1.口服初劑量體重每公斤50毫克，以後每六

小時0.75克或每八小時1.0克，至解熱後二日，然後將劑量減低為每六小時0.5克。投藥時限前後共為十四日。2. 間隔投藥法。口服初劑量體重每公斤50毫克，以後每八小時一次，每次1.0克，連服五日。此後停藥五日，再如上法投藥五日。據謂用本法後復發的病例較少。

小兒用量減半。市上現有每粒50毫克的膠丸出售。對於昏迷病人，可將氯黴素浮懸於生理鹽水內用胃管輸入。

大多數病人於服藥36—48小時後，傷寒的毒性現象即行消失，3—4日後即屆熱退期。只有極少數病例，見效不與上述者一致，此時宜測定氯黴素的血內水平，以確定其吸收情形。

氯黴素的副作用甚少，只偶有泄瀉，噁心，嘔吐等現象。貧血，粒性白血球缺乏症雖不多見，然用氯黴素治療時最好作血球計數，血色數等檢查監視之。

斑 疹 傷 寒

土黴素 1. 口服。膠囊有50;100;250毫克三種。目前暫定劑量為初次二克，以後每三小時250毫克，至解熱後12小時為止，治療日期大約須延長至2—3日。2. 靜脈注射。有250;500毫克兩種小瓶，宜用生理鹽水，5%的葡萄糖溶液或蒸餾水加以稀釋，使每20毫升溶液含土黴素100毫克。暫定劑量為每八小時500毫克。一俟病人能口服後，注射療法即宜停止。目前尚無肌肉注射劑可用。

伐愛爾氏病(螺旋體性黃疸)

金黴素。初次劑量二克，以後每八小時一克口服或每四小時0.5克口服。前後共連用12—14日。昏迷病人用靜脈注射，每四小時100毫克（加入生理鹽水或蒸餾水內）。

雅 司 病 (Yaws)

Elmer H Loughlin 氏療法

雅司病為一種螺旋體病。治療目的為將身體內的螺旋體完全肅清或將體表損害內的螺旋體肅清，損害治愈。

下述抗生素法可將雅司病控制或至少能在初期雅司病內將其於臨床上治愈。因為許多有雅司病的地方，其他如瘧疾等能引起假生物反應的疾病亦有流行，所以目前的血清試驗不能用以評價抗生素法對於雅司病的反應與效果。在

未有更為可靠的專門試驗法發現之前，吾人只能暫時應用“臨床上的治療”的名詞。

在早期雅司病例中，如所用青黴素或砒劑之劑量不足，該病可能在治療後不到數月即行復發。有時在經過一長達多月至多年的潛藏期後，並能出現晚期或第三期的畸形性與破壞性損害。初期雅司病之獲充分治療者因免疫性的發展遲緩，可能發生再感染，尤易從尚在潰爛而未愈合之初期病害獲得再感染。每一治療雅司病的醫療隊，無論目的為醫療抑根絕此病，最重要的任務均為將所有各種雅司病一律加以治療，無論它是早期與有可見的傳染的雅司病也好，沒有顯著損害的暫時潛伏的早期雅司病也好，或者是晚期，尤其是第三期具有無痛潰瘍（這種潰瘍亦有相當數目含有螺旋體，故具有傳染性）的雅司病也好。所以對於雅司病不能施行一次劑量的療法。

早期雅司病包括初期病害即母雅司疹（Mother yaw），與第二期病害即雅司瘤（Frambesiomas）和足底損害（Crab yaws）。晚期雅司病則包括第三期的破壞性與招致變形的損害如樹膠腫、毀斷性鼻咽炎（Gangosa），骨骨膜炎，指趾炎，無痛的表面潰瘍，以及成骨性鼻骨膜炎等。

早期雅司病的抗生素療法

混懸於單基硬脂酸鈣的普魯卡因青黴素（2%重量/容積）劑量。

五歲以下的小兒：600,000 單位肌肉注射，每72 小時一次，共四次，總量 2,400,000單位。

五歲至十歲小孩：900,000 單位肌肉注射，每72 小時一次，共四次，總量 3,600,000單位。

十歲以上小兒及成人：1,200,000單位肌肉注射，每72小時一次，共四次，總量4,800,000單位。

土黴素劑量

五歲以下的小兒：每日用一次劑量一克，連服五日。總劑量五克。

五至十歲的小兒：每日服一次劑量一克半，連服五日。總劑量7.5克。

十歲以上小兒及成人：每日一次劑量二克。連服五日。總劑量十克。

金黴素劑量與土黴素同。

早期雅司病的潰瘍性初期病害對治療的反應遲緩，尤其對普魯卡因青黴素，但用土黴素口服與同品局部應用的聯合療法則頗為有效。足底損害對土黴素療法的見效亦快。倘損害已潰爛，則除口服外宜輔以土黴素的局部應用。

晚期雅司病的抗生素療法

用於早期雅司病的抗生素劑量，亦足使許多晚期病例獲得充分的治療而控制之。但在無痛的潰瘍，樹膠腫與骨骨髓炎等損害，則可能需要增加一至二次的附加療程。這種情形尤其在採用混懸於單基硬脂酸鈣的普魯卡因青黴素療法中見之，此時常有用土黴素局部療法加以輔助的必要。用土黴素時，只須用一至二療程即能將此等損害治愈，其他損害控制。由晚期雅司病所產生的變形及殘廢損害，為一嚴重的經濟問題，而在各種文獻中，恰很少看見關於此類問題的報告，殊為遺憾。其實同時用土黴素作全身與局部療法，亦可控制此類損害的進行，在許多病例內甚至可使其病況進步。

附 記

過去兩年我們用抗生素治療的病例在 200,000 名以上，其中並無一例發生嚴重反應或過敏現象。我們因此以為在未發明比抗生素更為有效而無毒的口服砒製劑前，在根治或控制雅司病的課題上仍以繼續採用抗生素為宜。