

第二部 呼吸系統病目錄

吳 軼 羣 譯

急性中耳炎.....	第 1 頁
急性乳突炎.....	第 2 頁
竇炎.....	第 4 頁
溶血性鏈球菌咽喉炎.....	第 8 頁
扁桃體周圍膿腫.....	第 9 頁
枝氣管炎，流行性感冒，濾過性毒咽炎，發熱性卡他。.....	第 11 頁
枝氣管擴張.....	第 11 頁
肺炎.....	第 14 頁
非正型性肺炎.....	第 18 頁
肺栓塞.....	第 19 頁
膿胸症.....	第 22 頁
肋膜炎.....	第 23 頁
石末沈着病.....	第 24 頁
肺膿腫.....	第 25 頁
肺結核.....	第 27 頁
肺癌.....	第 47 頁

急性中耳炎

Acute Otitis Media

Lawrence R. Boies 氏療法

總 提

治療急性中耳炎時，應該首先詳細檢查鼓膜，觀察有否發熱或其他全身症狀，考慮起病已有若干時日，然後決定療法。不宜在電話中囑咐病人，叫他們買點磺胺化合物一類藥物或青黴素藥片自服。普通開業醫師和小兒科醫師似乎都患了這種錯誤。

體溫上升不超過100°F.（華氏溫度表一百度）沒有併發症的輕症急性中耳炎，熱度常迅速下降。這種病例，不需要用磺胺類藥物或青黴素治療。這些有效的藥物，應該留待嚴重有潛性危險之病例中應用。

每個急性中耳炎治療時和事後之繼續觀察，和病人之聽力測驗，很是重要。就是在輕症的感染，中耳內也往往有滲出液長期殘留，因此在中耳內引起永久性的變化。現在有許多耳科專家都漸漸感覺到，從前對於外科排液法使用於某些中耳炎的重要性過於漠視。現在大家才知道用中耳排液法（同時用青黴素和磺胺化合物聯合治療），常常可使炎症迅速消散，使正常的聽覺迅速恢復。

特效療法 (Specific Therapy)

青黴素：青黴素為治療急性中耳炎最適宜之藥物。中耳炎若為上呼吸道急性傳染病的併發症而有劇烈之耳痛時，在年齡較大的兒童或成人，應給以每六小時一次，每次 150,000 單位之結晶性青黴素G 水溶液肌肉注射，至少五天。此種情形下，病人最好住院治療。對於嬰兒與幼兒每次用 50,000 至 100,000 單位，便夠用。有的學者計算小兒的體重給藥，體重每公斤每日給以10,000 單位，用此總量，每六小時注射一次，日夜不停。但是因為青黴素的毒性不大，又因假如用量不足，甚易使細菌發生抗藥性，所以也有人歡喜用較大劑量。

在不甚嚴重的病例：

1. 用結晶性青黴素G水溶液肌肉注射，每 12 小時一次，每次 100,000 至 200,000 單位，或用

2. 結晶性普魯卡因青黴素G油劑300,000單位肌肉注射，每24小時一次；或
3. 用有緩衝劑保護之結晶性青黴素G鉀鹽藥片 50,000 至 100,000 單位（即一片至二片）內服，每三小時一次，日夜不停。進食與飲水宜限於服藥後一小時半。

磺胺嘧啶：若無從獲得青黴素，或病人對之有過敏性（不甚常見）則磺胺嘧啶為磺胺化合物中治療此病最適宜之藥物。成人初量用四公分，以後每四小時服一公分，日夜不停。嬰兒與幼兒可以體重每公斤（2.2磅）用磺胺嘧啶0.1克計算（算至50公斤為止）為初次劑量，其後每四小時服一次每次服初劑量六分之一，日夜不停。臨床上現象消失後尚宜用上述劑量之半繼續服用一星期。

外科療法：若症狀不於起病後24小時內迅速消失，則宜施行鼓膜切開術。若症狀雖已減退但鼓膜充血現象消散遲緩，即謂若炎症發生已有數日，鼓膜之界線仍不可辨，或聽覺不見進步，則外科的鼓膜切開術亦有必要。

鼓膜切開後，宜用特製的鑷子，夾消毒棉花拭淨外耳道。發熱期間，應臥床靜息，靜臥時最好採取一種位置，使耳內滲出物容易流出。

症 狀 療 法

普通急性中耳炎病例之耳痛，均能用局部滴藥如2%的石炭酸甘油和市售藥 auralgan 制止。後一種藥品因不致引起脫皮現象，故較石炭酸為優。用時將此藥液加溫至與體溫相同，然後滴五至十滴於痛耳之外耳道。滴藥後病人宜採取臥位，使病耳佔身體最高之位置。每隔二小時滴藥一次，繼續至耳痛消失為止。

局部應用乾熱（電熱墊，熱燈泡，熱水袋）可使患部舒適。鎮痛劑如醋柳酸，小量可代因有時亦須採用。

急 性 乳 突 炎

Acute Mastoiditis

Lawrence R. Boies 氏療法

在任何一個嚴重的急性化膿性中耳炎病例，在起病後數小時內，大概均有若干程度的乳突炎發生。在感染嚴重的病例，中耳的外科排液法與足量的青黴

素或磺胺嘧啶的聯合治療，似為保證避免炎症蔓延至乳突部之最好辦法。

青 黴 素

青黴素或磺胺嘧啶療法宜趁早開始（詳急性中耳炎療法）。若熱度退清，耳痛消失，分泌物的分量減少，並有日就乾燥的趨勢，即為炎症已被克服之徵。反之，則發熱與疼痛持續，鼓房（antrum mastoideum），乳突尖端或乳突導血管（emissary vein）有觸痛，耳內繼續有大量膿性分泌物流出。若用愛克司光檢查，有經驗之專家，可以辨出乳突之構造，乳突小房分佈情形以及乳突小房石灰脫落與融合之狀態等。此外，研究病人之聽覺，對於疾病進展之認識，有時亦有若干幫助。

外科手術的適應證

若發生冷顫或類似敗血症之熱型，或有劇烈之耳痛，或持續頭痛，或有面神經麻痺或有大量膿液分泌和乳突小房融合現象，即有考慮作外科處置必要。

即使病狀好轉，青黴素或磺胺嘧啶治療仍須繼續至分泌液停止與體溫恢復正常後一星期為止。

鏈黴素 (Streptomycin)

若青黴素或磺胺嘧啶無效，同時並知引起中耳炎的細菌，用鏈黴素治療有效，可用後者治理之，其法如下：

成人：每三小時注射0.3公分，日夜不停。

小兒：40公斤以下之小兒，體重每公斤用0.02公分的鏈黴素治療。40公斤以上小兒，用量與成人同。

若用鏈黴素後有毒性現象發生，尤其耳聾與眩暈，則鏈黴素宜立即停用。在普通病例用藥最好不要超過十日。

金黴素 (Aureomycin)

若引起急性中耳炎與乳突炎之微生體對於青黴素或磺胺嘧啶有頑抗力，亦可試用金黴素，其地位且較鏈黴素為優。此藥的優點為能用以內服，毋須注射。劑量每六小時0.5克，日夜不停。其缺點為有時能引起噁心和嘔吐，腹瀉和直腸燒灼感等。同時，此藥較青黴素，磺胺嘧啶或鏈黴素價格遠為昂貴。

竇 炎

Sinus Infection

F. Johnson Putney 氏療法

總 提

要維持鼻孔與竇口通路和排洩情形暢通，同時不可損害鼻孔和竇的機能。

用 藥

(1) 宜用沒有刺激之藥物。(2) 鼻腔局部用藥宜用性質溫和的。(3) 不可處方用含油類基底的滴鼻劑，用生理食鹽水為基底溶液較為合宜。(4) 勸告病人切勿長期應用滴鼻劑。如果長期使用，有些滴鼻藥（例如 *privine*——此藥呈強大的擬副交感神經性作用，其血管收縮作用與腎上腺素相當而較久），能引起化學性的鼻膜炎。下列處方可使鼻膜充血消散：

硫酸麻黃素 25 毫（ $\frac{1}{2}$ 哩）

苯乙基巴比土酸 30 毫（ $\frac{1}{4}$ 哩）

用法：每日三次，每次一膠丸

(5) 蛋白銀溶液如弱蛋白銀 (*argyrol*)，即使應用極節省，對於鼻膜之刺激仍然太大。(6) 磺胺化合物的溶液，單獨或與血管收縮劑聯合應用於局部，可以增加鼻黏膜與竇黏膜之充血現象，並常有使病人對磺胺化合物產生過敏性的傾向。(7) 青黴素的局部應用，雖不妨礙鼻與竇之機能，但對細菌感染亦少效力，並可能引起病人對此藥的過敏性。

鼻吸引術 (Suction)

有時需用特別的鼻吸液法以除去鼻內過稠之分泌液及使竇口暢通。(1) 永遠不可使用鼻腔全部吸引法 (*mass nasal suction*)，因此法能引起竇與竇口顯著的繼發性反應而使其阻塞。(2) 使用小套管施行點吸引法 (*spot suction*)。用此法頗易將鼻內分泌物，尤其竇口周圍的分泌物吸清，同時亦不致增加發炎的程度與腫脹。

鼻腔灌洗法 (Nasal douches)

鼻腔灌洗法有將細菌感染送到附近竇及耳內的危險，故不宜用。

愛克司光療法 (Roöntgen therapy)

愛克司光療法並無特別優點。在竇炎的急性期，用此法可以減輕耳痛。但若設法使竇的排液暢通亦可止痛。在次急性期小量愛克司光療法可以加速炎症的消散。在慢性期則愛克司光療法完全無益。

化學與抗生素療法

若急性竇炎為用磺胺化合物，青黴素或鏈黴素可以生效之微生物所引起，則此等藥物之應用，可以縮短治程，減少併發症，和減少外科療法的需要。即使外科療法仍有必要，亦可使其規模縮小。通常情形下，病原菌多屬革蘭氏陽性的球菌，青黴素對之頗有療效。由凝固酵素陽性的葡萄球菌 (coagulase-positive staphylococci) 所引起之竇炎，對於青黴素之反應最佳。

由細菌引起之竇炎，有時歷時頗久。在此等病例內竇壁骨與黏膜均變為厚而且硬，有纖維性變，原來富於血管之黏膜，多為瘢痕所代替。雖對於磺胺化合物，青黴素或鏈黴素有效之細菌在病灶中仍有存在，但用此等藥劑施行全身療法，却不能使病情顯著改善。有時在治療時，雖亦能獲暫時之好轉，但用藥一停，症狀即恢復原狀。青黴素局部之應用，較之全身用法並無優點。青黴素氣溶噴霧吸入法 (aerosol inhalation) 之價值如何，尙待證明。

外科療法

在決定施行外科上徹底割治手術以前，宜先努力試用其他療法（內科或小外科手術），以恢復患部之機能。同時吾人宜避免有損鼻及竇機能之外科手術。鼻腔內畸形，若不引起阻塞或影響分泌物之排泄，不宜開刀割治。簡單之手術，例如對於很大的鼻甲施行人工不全骨折術，息肉的割除，或施行鼻內黏膜下切除術，以清除鼻中道之壅塞等，在許多情形下，可以達到減輕症狀之目的。徹底性割治手術，應留待竇黏膜已發生不能復原病理變化的病例中施行。

併發症 (Complications)

眼眶蜂窩織炎

早期——青黴素，每三小時50,000單位，連用五日至七日，普通病例可用此法治癒。若有波動病徵，切開排膿可以加速痊癒的過程。除非慢性竇炎已無法用其他方法使其痊癒，通常無須施行大規模的手術。

視神經炎與球後視神經炎 (Optic Neuritis and Retrobulbar Neuritis)

第一須檢查除竇炎外有無其他原因。若鼻竇組中後一組竇炎為其原因，可用手術將患病副竇內的黏膜全部剝出。磺胺化合物與青黴素對視神經炎無效。

顱骨骨髓炎

若有任何一處示波動病徵，需要從外面切開排膿。青黴素的肌肉注射，每三小時50,000單位，連續14日，常可將早期的顱骨骨髓炎病例治癒。若炎症開始消退，仍宜繼續使用青黴素，至體溫恢復正常及排泄液停止為止。有時須用好幾個青黴素療程。在決定施行根治手術前，事先宜澈底試用青黴素療法。若骨髓炎已靜息，而根本的竇炎疾患雖用青黴素與充分的引液療法仍然不能撲滅其活動性時，則竇炎之手術療法恐有必要。

竇炎的積極療法 (Active Treatment)

早 期

續發於呼吸道傳染之後，或發生於游泳後，或發生於大氣壓力突然變遷之時。症狀：急性發炎與浮腫。

一般療法：若有發熱宜令病人靜臥。內服硫酸可待因30毫（ $\frac{1}{2}$ 英厘），與醋柳0.6克（10噐）合用，每四小時一次，用至疼痛消失為止。睡前用息可納（seconal）或任補他（nembutal）90噐使病人安息。患部施熱與水蒸汽的吸入常能使病人減輕痛苦。培養病原菌，作為治療指針。

局部療法：使換氣無礙及鼻與竇之間排液暢通。用新辛內弗林（neo-synephine）（ $\frac{1}{4}$ %）滴鼻，每三小時一次，每次滴入左右鼻孔各三滴，連用一星期。滴時使病人將頭伸直，作成後仰的姿式，以便藥水容易流入，而增加排液的暢通。同時可內服硫酸麻黃素25噐（ $\frac{3}{4}$ %）與苯乙基巴比士30噐（ $\frac{1}{4}$ %）輔助之，每四小時一次，至換氣暢通為止。在鼻腔內施行局部療法時，不宜粗魯從事。用浸於鹽酸新辛內弗林（ $\frac{1}{4}$ %）或浸於硫酸杜阿明（tuamine sulfate，此藥具強大的擬交感神經作用，目前專作吸入或點鼻之用，以收縮鼻黏膜血管而奏收斂之效）1%溶液內之棉花小拭子塗抹竇口周圍，若鼻中道為腫脹之黏膜緊密阻塞，用一可以屈曲之小鑷子，夾上浸有上述溶液之棉花，伸入腫脹部分塗抹。

化學與抗生素療法：許多早期病例，不必用特效療法，只要用普通保守療

法，即可痊癒。若炎症消散遲緩，可視病原菌之種類與感受性，選用磺胺嘧啶，青黴素或鏈黴素以治之。磺胺嘧啶的內服初劑量爲三克（45 粒），以後每次一克（15 粒），每四小時一次，同時服用等量之重碳酸鈉，連服 7 日至 14 日。青黴素用肌肉注射，每次 50,000 單位，每三小時一次，至炎症消散爲止（醫院內用的辦法）。若病人未住院，可用普魯卡因青黴素 300,000 單位代替，每 24 小時只須注射一次，或每日二次，每次肌肉注射普通青黴素 100,000 單位，至痊癒爲止（7—14 日）若用鏈黴素治療，可每日給與一克之劑量，連用 7—14 日。

急性炎症消散期的療法 (Resolving Acute Phases)

此期有流膿及有機械性堵塞。

局部療法：用點吸引法除去濃厚的膿液。用生理食鹽水注洗竇腔以清除其內容而使排液暢通。用青黴素局部點滴竇腔並無流弊，但效力不確。對於鼻黏膜用新辛內弗林 $\frac{1}{2}\%$ 或杜阿明 1% 之溶液收斂有良效。

急性炎症消散期的化學與抗生素療法完全與急性期同。

外科療法：若有一或數個竇口有解剖學上的阻塞（高度偏斜之鼻中隔，息肉的肥厚與囊腫形的鼻甲，某種善性的腫瘤等）須用手術矯正之。

慢性期鼻炎的療法

症狀：有歷時甚久的流膿。

局部療法：用點吸引法或用新辛內弗林（ $\frac{1}{2}\%$ ）或杜阿明（1%）溶液施行 Proetz 氏變位法使換氣與排液之情形改善。用青黴素或磺胺化合物的溶液局部治療通常無效。

化學與抗生素療法：若用青黴素全身療法，症狀常見暫時改善，惟停藥後症狀立即復現。磺胺化合物的全身療法亦少療效。

外科療法：用外科療法治療慢性鼻炎時，最好儘先試用比較保守的手術。竇口之鼻內阻塞應先行除去。施行鼻腔內竇切開術可使慢性上頤竇炎的排液暢通，並使損壞之竇黏膜有再生之機會。澈底的根剷手術應留待黏膜病變業已不能復原之病例施行。施行手術療法時，若能同時應用青黴素的全身療法，則痊癒的經過更速。

溶血性鏈球菌咽喉炎

Hemolytic Streptococcal Sore Throat

Lowell A. Rantz 氏療法

此病爲一種由溶血性鏈球菌引起之呼吸道感染，其現象爲咽喉痛，滲出性扁桃體炎，咽炎與有觸痛的前頸淋巴腺炎等。某些病例亦能發生皮疹。必須能够用咽喉抹液培養出很多的溶血性鏈球菌，診斷才能算是確定。

制菌療法 (Antibacterial Therapy)

在試驗管中，引起這種呼吸感染的溶血性鏈球菌對於青黴素與磺胺化合物之抗菌作用甚爲敏感，但在實用上，磺胺化合物對於此病的化膿性併發症有時雖有療效，但卻從未能變更此溶血性鏈球菌感染本身之過程，故磺胺化合物對於此疾未被採用。

若用青黴素治療，鼻咽腔內溶血性鏈球菌即迅速從細菌簇消失不見，臨床症狀亦有多少改善。鑑於試驗管內實驗及青黴素對於咽喉菌簇中溶血性鏈球菌的效力，吾人本應期待治療有驚人效果，但實際上嚴格之研究不能證實此點。

輕症 (Mild Cases)

體溫最高不超過華氏表101度（攝氏表 38.5 度），咽喉炎不重。宜令病人靜臥至體溫恢復正常後24小時始行離床。膳食宜用淡薄的或流質的視咽喉痛的程度而定。每日應供給流體1500呎。勿用瀉藥或強迫飲水過多。關於局部療法可用溫熱食鹽水注洗咽喉，其法如下：令病人溶解平常食鹽二湯匙於4呎倫（960 呎）極熱之水，盛入連接有小型直腸灌注管之灌洗器內，然後將上身與頭部前俯，用此熱溶液向後咽壁注洗，腳旁先置一盆，溶液注洗後即從口內流出，滴入盆內，不致嚥吞入腹。用此方法能使病人舒適，較用鎮痛藥爲可靠。熱鹽水含漱雖亦可用，但功效不如。對於病人的全身不適可用醋柳酸 0.6 克（10 喱）單用或加入可代因15 呎（4 喱），每三小時一次，減輕之。

若病史上無傷寒質斯熱的經歷，可以毋須應用青黴素（見下），磺胺化合物亦不宜濫用。只有在發生化膿性併發症而青黴素不能應用（或因藥品無從獲得或因病人對青黴素有過敏性）情形之下，始許採用磺胺一類藥物。

重症 (Severe Cases)

最高體溫超過 101°F (38.5°C , 即攝氏表 38.5° 度), 或有咽喉劇痛與嚥下困難, 或小兒在四歲以下證明確係鏈球菌感染者均屬重症, 一般療法與輕症同。

特效療法: 最好用普魯卡因青黴素的水混懸液 (aqueous suspension) 300,000單位肌肉注射, 每日一次, 連用五日 (參考附註)

其次亦可用含2%單硬脂酸鋁的普魯卡因青黴素油劑 (Procaine penicillin in oil with 2% aluminum monostearate) 300,000單位肌肉注射, 隔日一次連用三針 (參考附註)。若上述療法因某種原因難以辦到, 可選用結晶性青黴素鈉片內服, 用法: 每日五次, 每次服含100,000單位藥片一片, 按照下列時間吞服: 早餐, 中餐, 晚餐前三十分鐘, 上午10, 下午2句鐘各一片 (參考附註)。此法最適用於小兒。青黴素之內服法用於成人, 效果不甚可靠。

若用青黴素治療的時間過短, 常有臨床症狀復發之弊。

附註: 患呼吸道溶血性鏈球菌感染之後, 某些病例內常有發生癱瘓質斯熱和其他類似疾患的可能性, 過去曾患癱瘓質斯熱之病人, 這種傾向更大, 此時宜用青黴素療法以防止之。上述方法, 任擇其一。治療時間至少7日, 最好10日。用此方法, 有時確能預防癱瘓質斯熱的發生。

化膿性併發症

溶血性鏈球菌咽喉痛之化膿性併發症如中耳炎, 竇炎與化膿性頸部淋巴腺炎, 在病之早期即可發生, 尤以幼兒為然。這些併發症, 用青黴素治療甚為有效, 但治療時間宜長, 至少須持續七日 (參考第二頁與第八頁)。

扁桃體周圍膿腫

Peritonsillar Abscess

Lawrence R. Boies 氏療法

症狀療法

輕症病例用醋柳酸0.6公分 (10 喱), 每三至四小時一次止痛有效。但在重症病例則須用可代因 0.03 克 ($\frac{1}{2}$ 喱) 配合, 有時且有皮下注射嗎啡必要。

患側外頸部持續用熱濕布裹法, 可使病人較為舒適, 有時殆亦有使炎症消

散加速或使其局限化之功。用 1/4 或半伽倫 (946—1852 毫) 熱鹽水洗咽喉亦為一有效的輔助療法。此法宜每二小時施行一次。含漱法若能屢次施行亦有效，但含漱時一次宜用熱鹽湯三杯，每二小時一次。

特效療法

青黴素為最適宜之藥物，每六小時 150,000 單位肌肉注射。青黴素製劑最好用結晶性青黴素 G 的水溶液。治療須持續到紅腫消散後為止。

除青黴素外，磺胺噻唑亦為適宜之藥物。成人初次用 3—4 克內服，以後每 4 小時服一克。小兒初劑量為體重每公斤用 0.1 克，以後每四小時一次，每次服初劑量之半，日夜不停。

外科療法

若能及早用上述方法治療，則因化膿而需用外科療法的病例頗少。

若發現懸雍垂 (uvula) 與軟腭有顯著的腫脹，扁桃體向中線脹大，則必已有膿腫形成。牙關鎖閉與高熱之持續，亦為膿腫形成的重要指徵。

治療上可切開排膿，例有奇效。有時上述嚴重病徵發生後 24 小時之內，即有施行手術的適應。

切開時宜用銳利小刀或內障刀施行。切開部位應選在扁桃體上小窩附近凸出最甚之處。有時若能用手指摸出波動，此處即為着刀之處。在通常情形下，可通過懸雍垂基底劃一水面平行線，再從舌腭弓邊緣劃一直線與前線作直角交叉，交叉點即為適宜於引流之處。手術施行前用 10% 的古柯鹼將患側蝶腭神經節 (Sphenopalatine ganglion) 及用表面麻醉法將患部的軟組織麻醉，能使病人易於張嘴，並減少開刀後之痛楚。患部切開後，宜迅速用止血蠟塞入創口，然後將口緊閉，俾使膿液流出。創口擴開之大小，以能暢通排膿為度。通常情形下，切口後必有大量膿液流出，只在數分鐘內病人即覺鬆適萬分。若第一切口有足夠之寬大，需要行第二切口之時甚少。開刀後，繼續施用熱含漱法。即至炎症開始消散，仍宜繼續二三日。若恐以後有復發傾向，可考慮施行扁桃體剔除術，但不宜在膿瘍痊愈未及一月時施行此術。

為小兒施行膿腫切開術時需用全身麻醉法。施術時若將病孩頭部降低與用足夠的吸引術吸膿，則全身麻醉法對於小兒之危險性亦不大。

枝氣管炎 流行性感冒 濾過 性毒咽炎 發熱性卡他

Bronchitis, Influenza, viral Pharyngitis
Febrile Catarrh

Lowell A. Rantz 氏療法

本節包括一羣歷時甚暫之良性呼吸道感染，病原為濾過性毒，但其中只有少數已經確切認明。本病各個病例內的病徵不同，有的單有咽喉痛，有的則只有咳嗽為其突出病徵。

一般性的調治法

此病無特效療法。宜將窗戶關閉保持室內溫暖。靜臥須繼續至體溫恢復正常後48小時為止。膳食用淡薄的。每日飲水1500毫。不可令病人服瀉藥，亦不可強迫飲水過多。若咽喉痛劇烈，用熱鹽水含漱，每小時一次。輕度至中等度咳嗽可內服硫酸或磷酸可代因15毫（ $\frac{1}{2}$ 喱）鎮定之，每四小時一次。若咳嗽劇烈，室內宜置一蒸水壺以增加空氣之濕度。可代因內服量可增至30毫（ $\frac{1}{2}$ 喱），每四小時一次。注意：咳嗽係肺部自然祛痰機構，不可完全加以抑制。咳嗽糖漿之含刺激胃黏膜物質者常無多大效力，不宜應用。

本病不宜用磺胺化合物與青黴素治療，因為此等藥物並不能影響本病之經過。但若一旦發生細菌性併發症，則宜用適當的化學治療劑或抗生素治療之。

枝 氣 管 擴 張

Bronchiectasis

Martin G. Sokoloff 氏療法

內 科 療 法

枝氣管擴張為一種不能矯正的病理變化，故內科療法充其量亦只能為姑息的。內科療法的任務為使全身康健狀態好轉和呼吸道症狀減輕。

若病人有甚重的全身不適，最好使其靜臥。靜臥不但能休養體力，亦可減

輕咳嗽。

膳食宜用容易消化同時富於維生素和高熱量的食物。若能另外加給維生素製劑作為輔助療法則更佳。

氣候對於此病本身並無多大影響，但有許多病人自覺在乾燥地帶較為舒適。溫和氣候亦可減低呼吸道急性炎症的病發數，這點對於常有此種傾向的枝氣管擴張病人亦不無裨益。

順位排液法

順位排液法可幫助病人將積聚枝氣管內之分泌物排出，尤其對於患下肺葉枝氣管擴張之病人尤為有益。其法乃使頭部及上身位置低於身體其他部分，並可用數種方法實行之，時間之久暫視情形而定。最簡單及應用最廣的辦法為用磚石墊高腳端床脚。在診所內治療走診病人時可令病人將下身臥於床上，將腰部枕床沿上使上身下垂頭蓋着地。如此常可有效的將分泌液排出。試用此法不久後，病人即漸漸獲得經驗，得知何種位置對於渠之排痰最為有利。若有枝氣管分泌液滯積指徵，此種引流法每日至少施行二次。清晨起床前與臨睡時各施行一次最為有效。保持此種姿勢15或20分鐘通常足使分泌物達到容易咳出之處。枝氣管擴張劑與祛痰劑可與順位排液法相輔並用，但使用時間不宜過久。

枝氣管鏡吸痰法 (Bronchoscopic Aspirations)

其他療法

患部過大不適於開刀之病人，應用枝氣管鏡相隔若干時間重複吸痰可以減輕病人不少的痛苦。即在早期病例，如不擬為病人開刀，亦可用此法治療。

用高滲性食鹽溶液灌洗枝氣管，或用碘油劑滴注枝氣管，菌苗療法，愛克司光療法等均曾試用於枝氣管擴張症。但其效力未被公認，今日已為其他有效方法所排擠。

抗生素療法

各種抗生素為治療枝氣管擴張有價值的輔助劑。但因對於枝氣管內的器官性病變無持久效果，故其用處亦甚為有限。但對於治療枝氣管擴張病例內常易發生之急性枝氣管感染，則此等藥劑有重要之意義；應用抗生素治療後病人的熱度即行低退，一般狀態改善，咳嗽減輕，排痰輕易，痰液內之惡味亦逐漸消失。兩側患部廣泛，不能施行部分截除術的病例，若能定期的應用青黴素治療，亦可使局部症狀進步及使病人度一種比較鬆適之生活。切除術施行前後，亦

宜使用抗生素療法。青黴素與鏈黴素，或各個單獨使用，或二者聯合使用均可。對於累加性急性傳染，有時用金黴素治療有效。若用上述其他抗生素無效，可試用金黴素加以治療。

青黴素：枝氣管擴張症若能同時應用青黴素噴霧吸入與肌肉注射療法，則其成效最佳。噴霧時應用手用球形噴霧器或普通青黴素粉末吸入器均可，但二者對於枝氣管擴張均非十分有效。手用球形噴霧器應用不便，對於頻繁與長期的使用不甚適宜。普通吸入器會捲起青黴素的粗粒，使其停落於氣管及枝氣管黏膜之上而不易達到細枝氣管，所以也不是一種理想的器具。

所以若欲在枝氣管擴張病例用青黴素作局部療法，最好應用氧氣氣溶噴霧法。其法乃置氧氣於高壓之下使其噴出。噴出之氧氣，因在高壓之下噴射極快，而於其經過周圍的空氣中發生負性的壓力。利用一特殊裝置可以使青黴素溶液變成極細的粒滴，被此高速度的氧氣帶出。病人可以將此氣溶的青黴素微粒，一直吸到微小的枝氣管。應用氧氣使青黴素噴霧之器具各藥廠均有出售，用法甚為方便。青黴素噴霧液的製法：溶解50,000單位青黴素於等滲氯化鈉溶液一耗內。每日用此容積噴霧四五次，連用一至三星期。必要時噴霧劑量每次可增至100,000單位，即謂需用溶液1.5或2.0耗。噴霧用溶液不一定用青黴素粉劑，亦可用青黴素藥片（每片含50,000單位）一二片製成，應用時甚為方便。

此外尚須每日肌肉注射普魯卡因青黴素300,000單位為噴霧療法之輔助。

鏈黴素：若病灶中的微生物對青黴素有抗藥力，則鏈黴素之應用甚有價值。用此藥作吸入療法時，可用50—100廷溶解於等滲氯化鈉溶液一耗內，每日用此分量作噴霧吸入三四次。吸入療法期內，尚宜每日肌肉注射鏈黴素0.5克一次或二次，以為噴霧療法的幫助。

外科療法

若不能確認何種細菌為主要病原菌，即宜儘先採用上述兩種抗生素的聯合療法，用青黴素與鏈黴素各500,000單位（鏈黴素500,000單位=0.5克）溶解於滅菌蒸餾水或鹽水10耗內，每日用2或2.5耗作噴霧吸入，每日四五次。

用手術將患肺肺葉或患病的數個肺葉剷除，可將某些病人完全與持久治癒。若患部只佔一個肺葉，則患部之剷除，今日已為一種相當簡易手術。就是患部廣泛的病人，若其一般狀態許可亦可為之施行一只肺的剷除術不必猶豫遲延。

。即使兩側有廣泛患部，施行手術療法對於病人可能仍有幫助。此等病例可以用手術切除肺葉內患病最甚之部份。施行手術後有時可使症狀減輕甚多。

胸腔外科近年來異常進步，其結果為肺部分截除術之死亡率銳行減低。手術的死亡率因為手術範圍有大小以及基本病變不同而有很大的差異。所以各家的統計數字亦顯有不同。據最近的統計，近來在枝氣管擴張病例中所施行的肺葉切除術，其死亡率只有1—3%。即使在一側性枝氣管擴張病例中施行一只肺切除術，目前亦相當安全，在適當的病例，開刀後效果且甚為良好。

肺 炎

Pneumonia

Harry F. Dowling 氏療法

一 般 療 法

令病人絕對靜臥，平臥或採取半坐式均可。避免一切足使病人疲勞的動作，儘可能的使病人休息與睡眠。不宜使病人受寒冷的侵襲，但在另一方面亦須給與適量的新鮮空氣。

待體溫，脈搏，呼吸降至正常，以及各種病徵均已消失後，病人方可漸漸恢復體力動作。

飲食：每日飲水宜增至3000毫。為此原因，膳食的大部分有給與流質的必要。膳食宜為含有多量炭水化物和高熱量的清淡飲食。

症狀療法 (Symptomatic Treatment)

咳 嗽

因咳嗽能擾亂病人的安息與增加胸痛，故宜用鎮咳藥減輕之，例如用可代因30—60毫（ $\frac{1}{2}$ —1 哩）內服或皮下注射。小兒依年齡遞減。

劇烈的胸痛 (Severe Pleural Pain)

胸痛有時甚為劇烈，必須用2%的普魯卡因2—6毫在痛部與脊柱間作皮下注射，將肋間神經遮斷止痛。止痛之效力約可持續數小時。此法較用橡皮膏或綑帶緊縛胸部為優。

若注射後未能將神經完全遮斷，恐須用可代因 30—60 毫（ $\frac{1}{2}$ —1 哩）或嗎啡 8—10 毫（ $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ 哩）幫助止痛。但嗎啡的用量不宜過大，亦不宜常規地加以應用，應用時尤不宜使呼吸為之抑制過甚。

腹部膨脹 (Abdominal Distention)

如發現腹部脹氣的最初跡象，即須用直腸管伸入直腸，同時在腹部用電熱墊或用松節油熱電法治療。若用此法後氣脹仍然不退，可以在皮下注射垂體加壓劑 (pitressin) 0.5—1.0 毫（ $7\frac{1}{2}$ —15 量滴）以增加腸的蠕動。有時吸入 95% 的氧氣對於腹氣之平復頗有幫助。

缺氧狀態或發紺 (Anoxia or Cyanosis)

若發現氧氣缺乏的最初跡象，宜立即應用施氧法治療之。

施氧療法。鼻導管法 (Nasal catheter)

取一頭端有孔 3—6 枚之第十號導管（法國號數），將其頭端用油液潤滑，然後伸入鼻孔。伸入時管之頭端宜剛好達到鼻咽腔後壁之下少許。另用橡皮膏將導管外端固定於上唇。

氧氣未被吸入之前，宜通過一貯水裝置使其潤濕。若預定每分鐘放出氧氣 4 公升，則吸入氣體中的氧含量約為 33%；若放氧 8 公升，則約為 42%。若將導管頭端繼續下伸達到口咽腔，則雖氧氣流速不變，但氧的含量却可因此增加。

密閉帳篷施氧法 (Closed tent)：施氧時若能利用完全透明的帳篷，即可減輕病人似被禁錮之感覺。應用帳篷施氧法亦可使吸入空氣之含氧量增至 40—60% 或更多。但此種器具頗易損壞必須屢屢加以檢查。

施氧面具 (Oxygen mask)：若每分鐘放出 4 公升的氧氣則用 BLB 面具 (Boothby, Lovelace 與 Bulbulian 的出品) 能供給含氧濃度約 60% 之氣體。若每分鐘放出氧氣 7—8 公升，則濃度可達 100%。割度面具 (Meter mask) (Barach 與 Eckman 出品) 可供給含氧 100% 之氣體，並能隨意將濃度調整於任何程度。

有的病人不能忍受面具，此時宜採用別種方法施氧。

心力衰竭 (Heart Failure)

此種情形只在先前有心臟病時始有發生。真正的充血性心力衰竭需用傳統的有效療法。吾人不宜刻板的常規應用毛地黃，因為如此不但無益而且有害。

腹 瀉

可用少量鴉片製劑制止之。

呃 逆

呼吸於一密封之紙袋內以增加吸入空氣中二氧化碳的濃度，用以制止呃逆。
或於一密封之器具內吸入二氧化碳與氧氣之混合氣體亦可。

肺炎雙球菌肺炎

青黴素療法：對於肺炎雙球菌肺炎，青黴素為最適宜之治療劑。診斷確定後宜立即開始治療（治療前亦宜採血和收集痰液作細菌培養和亞族鑑定）。

劑量：青黴素G水溶液25,000單位肌肉注射，每三小時一次，日夜不停，或普魯卡因青黴素300,000單位肌肉注射，每日二次，或口服青黴素藥片100,000單位，每三小時一次，日夜不停。

青黴素療法必須繼續至體溫降至華氏表100度以下後三日，並無併發症時始可停止。若體溫復升或有其他復發現象，青黴素療法宜立即重新施行。

若24小時後病狀不好轉或肺炎擴展至其他肺葉或發生一種化膿性併發症，則水溶性青黴素之劑量宜增至100,000單位一次，肌肉注射，每日三次，或普魯卡因青黴素600,000單位每日二次。此等情形下不宜用青黴素內服法治療。

金黴素療法

金黴素的效力與青黴素相等，故可代替應用。若病人對青黴素有過敏性，金黴素為最適宜之藥物。

劑量：每六小時500毫克內服日夜不停。若服藥後發現稀薄的大便可由顯茄酞止之。牛乳或鹼類藥物可以制止由金黴素引起的噁心或嘔吐。金黴素之治療宜繼續至體溫降至100°F以下後三日為止。若體溫再度上升或有其他復發之指示，金黴素療法宜從新開始。

磺胺化合物療法

若欲應用磺胺化合物為治療劑，或因某種原因不能應用青黴素與金黴素，則最好選用磺胺噻唑，磺胺甲噻唑或磺胺嘧啶。磺胺噻唑的劑量：

成人：初劑量為6克（90粒）內服，以後每四小時一克，日夜不停。

小兒：初劑量體重每磅用30粒（½粒）內服，以後體重每磅用60粒（1粒），分為六劑，每四小時服一劑。

磺胺嘧啶的用量與磺胺噻唑劑量相同。磺胺甲噻唑（Sulfamerazine）初劑量為3克（45粒）內服，以後每六小時一次，每次一克（15粒）。