

第四部 血液與脾臟疾患

李賢峯 吳軼羣 分譯

目 錄

貧血（急性失血）.....	第 1 頁
再生障礙性貧血.....	第 2 頁
癌腫性貧血.....	第 3 頁
慢性鐵質缺乏性貧血.....	第 4 頁
有核赤血球性貧血.....	第 5 頁
溶血性貧血.....	第 7 頁
惡性貧血.....	第 9 頁
巨赤血球性貧血.....	第 12 頁
鏹狀細胞貧血.....	第 13 頁
班替氏病.....	第 16 頁
胎性有核赤血球症.....	第 17 頁
粒狀白血球缺乏症.....	第 23 頁
血友病.....	第 24 頁
新生兒出血性疾病.....	第 26 頁
何杰金氏病.....	第 27 頁
淋巴肉瘤.....	第 28 頁
白血病.....	第 29 頁
多發性骨髓瘤.....	第 31 頁
眞性赤血球增多症（以上李賢峯譯）.....	第 31 頁
紫癜性狀態.....	第 36 頁
脾大症（以上吳軼羣譯）.....	第 48 頁

貧血(急性失血)

Anemia (Acute Blood Loss)

Willis Fowler氏方法

急性期 (Acute Stage)

急性失血之最初現象爲休克及血容量突然降低，故應針對此種症狀迅速加以治療。

1. 止血，若完全止血不可能，即盡其可能的控制其一部分的出血。
2. 使血容量恢復正常。

輸 血 法

恢復血容量最有效方法爲輸入全血。所用之量，宜能控制休克及缺氧狀態。呼吸困難、缺氧狀態、不安、速脈、出汗、蒼白、及血壓降低爲輸血之明確的適應證。紺紫 (cyanosis) 在此種情形下爲特別不吉之兆。

若全血輸血法不能立刻辦到，可靜脈輸入其他液體例如：

- (1) 血清或血漿。
- (2) 5%或10%葡萄糖溶液。
- (3) 生理食鹽水。

復原期 (Recovery Stage)

此種患者並不缺乏鐵質，或其他必需之物質，且其血球計數及血色素即使不用特殊治療，亦將逐漸恢復到正常水平。不過在此種情形下，施用鐵劑證明可以促進復原的速度，雖此種用藥對完全復原並非必要。

特殊鐵劑療法 (Specific iron treatment)

(參閱「慢性鐵質缺乏貧血症」)

1. 硫酸亞鐵 (Ferrous sulfate) 每日三次，每次一片，每片含0.3克(5噀)內服有效，但對腸胃道有刺激。
2. 還元鐵 (Reduced iron) (膠囊或片劑) 每日三次，每次0.5克(7½噀)。
3. 膠體鐵化合物 (Colloidal iron compound) (Ferrocol, Mulford Colloid Laboratories, Philadelphia) 每日三次，每次一片含0.3克(5噀)。此

藥有效，對腸胃道少刺激。

此等藥物，應在進食時或飯後即刻服用，故在飽腹時服之較空腹爲佳。

由急性出血到復原，常爲迅速及完全的。使血色素及紅血球水平回復至正常所需之時間，視失血之總量，輸入血液之總數及個人體質而定，因血色素生成之速度，各人大不相同。

再生障礙性貧血

Anemia, aplastic

Stacy R. Mettier 氏方法

全血輸血法

合理的施用輸血法，是治療再生障礙性貧血之主要方法。在著者經驗中，用此方法有一病人之生命已維持一年，另一病人二年，第三個病人則已超過五年，該患者至今仍在繼續治療中。

施行的方法

輸血須保持一定的頻度以求病人安適及防止病人遭受血的帶氧力減低的痛苦。假使有適應，儘可能每週輸入500c.c.全血或純赤血球 (cell mass) 一次。若紅血球破壞較慢，可每三至四週輸血一次。現在大多數團體裏，此種療法，多利用血庫，獲血甚快而價值較低。

利用此種方法去維持生命，其理由是雙重的：第一點，患者可以繼續從事有用的職業，第二點，有希望可以發生自發性症狀減輕，其骨髓可能再產生赤細胞送入一般血液循環。

其他方法

雙硫代甘油 (BAL) (是dimercapnol 的別名，它是路易氏毒氣的解毒特藥)。貧血之由若干毒性物質如砷 (arsenic) 引起者，應用 BAL 去解除此種對身體有破壞性的物質，可有若干價值。

鐵質：口服鐵劑，對於因出血而患貧血之病人，可能有輕微效力。

通常無價值之療法

粗製肝膏或其精製品，對再生障礙性貧血，皆無價值。小牛肝，戊烷髓核

酸 (pentnucleotide)，骨髓及各種大量維生素皆經試用，但無裨益。脾臟切除 (splenectomy) 對患者亦無任何裨益。

已知對骨髓有害的藥品，應避免處方。

癌 腫 性 貧 血

Anemia Due To Cancer

Stacy R. Mettier 氏方法

因在大多數病例中，貧血之與癌有關者，皆因在骨髓內有轉移性 (metastasis) 損害所致，其療法幾乎完全限於原發性疾病的治療。

輔助療法 (Supportive Treatment)

對病人最好的輔助療法，是輸入全血。此外宜應用適當藥物減輕其疼痛，並當心護理，避免褥瘡的發生。

照射 (Irradiation)

有些排擠和消耗骨髓的癌腫病例，應用愛克司光照射可減輕貧血，特別對慢性髓細胞性白血病，可能對多發性骨髓瘤，殊為有益。

肝 膏

有時巨赤血球貧血可能與胃癌有關。用適量之肝膏或維生素乙₁₂，可因網織血球 (reticulocyte) 之反應而使赤血球和血色素充分增加。

手術 (Operation)

由於失血而發生之貧血，如在大腸或腎癌病人中所見者，採取腫瘤切除術後，症狀可以暫時減輕。

慢性鐵質缺乏性貧血

Anemia (Chronic Iron deficiency)

Willis Fowler 氏方法

慢性出血性貧血，妊娠婦的低色素性貧血 (hypochromic anemia)，特發低色素性貧血 (idiopathic hypochromic anemia)，萎黃病 (chlorosis)，及小細胞低色素性貧血，(microcytic hypochromic anemia)，皆由於鐵質缺乏所致。此種缺乏，可由各種不同之情形發生，但所有這些病例，其治療基本上是一樣的，即為服用足量的無機鐵鹽類。病人應吃充分富於營養之食物，但不需要特殊飲食。藥用鐵鹽類，可補充鐵質的需要。

鐵質的利用情形

1. 鐵質是由胃及上部腸道所吸收的。
2. 可溶性鹽類 (一) 較易吸收 (二) 所含之鐵質較為有效 (三) 比不溶性鐵鹽類刺激性較大。
3. 亞鐵鹽類 (Ferrous salts) 比高鐵 (ferric) 鹽類為更有效。
4. 所有鐵鹽類，對腸胃均有若干刺激，故有些病人對於這些製劑的任何一種，都不能很好的耐受。
5. 鐵劑應在進食時或在飯後立即服用，因飽腹較空腹可減少刺激。
6. 胃酸缺乏，影響鐵劑吸收。患者有此併發症時，感應可能比較遲緩，或者需要更大一些的鐵劑量。
7. 本病對鐵劑感應是迅速的，對網織血球之感應較在惡性貧血中所見者為少。網織血球產生之最高點常在十四天以後。

各種鐵劑之比較

還原鐵 (Ferrum reductum)：每日三次，每次0.5克 (7½ 哩)。極難溶解——不易吸收——含鐵量高——刺激較可溶性者為少。

檸檬酸鐵銨 (Iron and ammonium citrate)：0.5克 (7½ 哩) 膠囊劑，每日三次每次一或二膠囊；極易溶解——可能有刺激——必須在飯時或飯後服之。

硫酸亞鐵 (Ferrous sulfate) : 每日三次，每次0.2克 (3喱) 或0.3克 (5喱) 衣丸，吸收快而有效，假使病人有耐藥性的話，是非常有效的一種鐵劑。可刺激腸胃道。

碳酸亞鐵 (Ferrous Carbonate) : 0.3克 (5喱) 衣丸，每餐服三丸，為不易溶解，少刺激，相當有效的一種鐵劑。

膠性鐵化合物 : 0.3克 (5喱) 衣丸，每日三次，每次一至二丸，餐時服。對於血色素之再生及血清中鐵質之增加，與其他製劑相等，對腸胃道則比任何鐵質製劑耐藥性都好。

附註：著者現正應用此種鐵劑，因為它的刺激最少。

對 嬰 兒 劑 量

檸檬酸鐵鉍在六個月以下嬰兒，每日服2%溶液4坭，六個月至十二個月每日服8坭加入於小孩之牛乳，水果汁，穀類或其他食物中。

對較大兒童劑量

檸檬酸鐵鉍，每日三次，每次10%溶液4坭在進食或進飲料時服下。

有核赤血球性貧血 Anemia, Erythroblastic Salvatore P. Lucia 氏方法

有核赤血球貧血 (地中海貧血 Mediterranean anemia) 是一種先天性種族的及家庭的疾病，特點是脾腫大，低色素性貧血，在週圍血流中存在着有核赤血球。骨髓內有增殖及作用紊亂。最後引起頭顱骨及顏面軟組織外貌上的變化，及扁平骨與長骨在X光線照片中之特殊變化。

一 般 療 法

告知個人衛生的重要，可能時盡力使其對傳染病有人工免疫力。

新陳代謝的和膳食的需要

給予適宜之完備膳食，內含比較難發酵的炭水化合物與多量蛋白質，三種維生素及複合乙種維生素，並每日補給甲種維生素 25,000 單位及丁種 1,000 單

位。

液體需要

勸導攝取足量液體，不要限制氯化鈉。但若有肝炎或早期硬化現象及有浮腫（由於肝臟病變或心血管機能障礙時引起的）則應限制之。

排泄機能之處理

控制不時併發的及間發性的腹瀉。腹瀉時可服次沒食子酸鉍（bismuth subgallate）每日二次，每次0.3克（5哩）。需要時，用小量的複方樟腦浸膏加入等量的鉍乳以茶匙服之。

對於便秘，可以服用小量礦物油。

特殊治療方法

此病無特殊療法。在治療此種疾病時，脾截除術曾被提倡當作姑息療法，但余不主用。脾截除術可引起有核赤血球不停的流入循環，但對貧血無任何顯著之改進。脾截除後可引起繼發性胸腔及腹腔內淋巴結之增殖。而那些沿着腸系膜軸之淋巴結隨後也轉變為血淋巴結(hemolymph nodes)。

症狀療法

減輕症狀及防止併發病。

輸血

因貧血常隨溶血性危象（由輕性呼吸道及其他感染誘發）發生，這種病例要輸入新鮮全血。輸血必須恢復赤血球計數及血色素值，使之達到能使每個病人感覺舒適之水平。不必企圖使血球升到正常價值，因為輸入之血液最多不能活到一百廿天以上。同時病人習慣了低氧的供應，若忽然把赤血球提得太高，生理上的改變所引起之帶氧量之顯著變化，將促使患者容易產生氣悶的感覺。

放射療法

深度X光照射脾臟及長骨，其價值尚有疑問，最多只是暫時的減輕而已。

無益的療法

鐵劑化合物的應用，沒有適應。肝臟物質，脾髓浸膏，腎上腺皮質浸膏，血漿及細胞浸膏，粗製胰腺，女性素物質及戊烷糖核酸(Pentose nucleotide)均曾試用，但無效果。

預防療法

對於兒童之患有核赤血球貧血因間發性傳染而產生進行性貧血者，宜用輸血以防後發病 (sequelae) 如缺氧血 (anoxemia)，心臟擴張，繼發性肺炎及死亡等。

供給富於鈣質之飲食，並用含有丁種維生素之磷酸雙鈣補充之，每日二次，每次1克（在起身及就寢時服之）。設法促進骨的石灰性變及防止繼發性骨質疏鬆 (osteoporosis) 及病理性骨折。

溶血性貧血

Anemia, hemolytic

William Dameshek 氏方法

急性

主要的療法是（1）小心選擇後輸入新鮮全血（2）脾截除術。

輸血

病人必須輸血，事先應小心的作交互配合法 (cross matching)，最好應用 Landsteiner 氏之試管法（試驗宜於攝氏37度舉行）。通常是輸入500毫的血。應當小心觀察患者是否有反應，此種反應雖然小心作了交互配合法但仍有發生。若輸入全血發生反應時，可改用純紅血球，或者最好將紅血球懸浮於生理食鹽水內洗過後輸入，常能使病人耐受。

脾截除術

診斷一旦確定後，應立刻考慮宜否施行脾截除術。若輸血二次至四次後症狀有減輕且患者的血球計數保持不變或增加，則不需要施行脾截除術。但若血球計數仍繼續減低則猶豫是不適當的，脾截除術必須施行。患者在準備行脾截除術時，應用血液或液體輸入及作症狀療法。脾截除術的手術須迅速，故須選擇對此手術有經驗的外科醫師施行之。

先天性或遺傳性溶血性貧血

此種比較輕微之病例無需特殊治療。雖然，即使在極輕例子，一旦診斷確定後，脾截除術仍須慎重考慮。

脾 截 除 術

必須考慮的理由有二：（1）在所有病例中有60%至80%會因此產生膽石及膽囊疾病，（2）在病程之任何時間中，甚至在極輕微病例，可發見溶血性危象（hemolytic crisis）。此種溶血性危象，時常危害人的生命，因此著者近年來勸告甚至極輕微病例亦宜施行脾截除術。若此種手術施行於兒童時期，則常見顯著之生長發育，及顯著舒適感。此種舒適感，在成人施行此種手術後，亦能感覺之。

溶 血 性 危 象

在慢性疾病的過程中，溶血性危象時有發生。其治療是使患者完全在床上休息，給予液體和給與小心配合的血液輸血。脾截除術應立加考慮。當患者之體溫及脈搏率恢復至正常水平時，可施行手術，通常需要等待一至三日和輸血三至四次。在非常緊急情形下，可施行緊急脾截除術，但此遠不如在施術前先減輕患者的溶血性休克，並將體溫及脈搏率降下後，再行手術來得安全。

後天性溶血性貧血

後天性溶血性貧血之治療，大部分視其溶血之原因而定。

傳染病 假使溶血性貧血是由於傳染病如鏈球菌或魏爾溪（Welch）氏桿菌傳染，則對於此種傳染，須用各種特殊方法治療之。當此種傳染治愈時，溶血現象通常亦將消滅。對於溶血性貧血有關之瘧疾或巴氏桿形體病（bartonellosis）以及黃熱病亦給以同樣的處置。

因化學藥品而引起者 化學藥品如磺胺嘧啶及退熱藥所引起之溶血性貧血，最好用輸血法治療之，同時患者宜除去一切所用之化學藥品。

脾作用過度（Hypersplenic） 脾作用過度的溶血性貧血，若同時有白血球減少及血小板減少與在循環血液內不見抗體，則在應用脾截除術治療後常得良好結果。發現在某種慢性淋巴白血病或各種淋巴瘤病例內的症狀性溶血性貧血，普通在治療方面是沒有辦法的。在有些例子中，特別當溶血的成分為貧血之顯著原因時，脾截除術可以加以考慮。

自體免疫法（Auto-immunization）：大部分急性和亞急性溶血性貧血的特發性（idiopathic）病例中，體內常有自體（auto-）抗體的存在，指示患者的紅血球是被一種特殊的自體免疫機構所損傷及破壞。這種事實很為重要。在溶血性貧血的每一病例中，我們應該去尋覓這種不正常的抗體，因為它們的存

在，可改變診斷，豫後及治療。我們主張應用牛蛋白素稀釋劑，作為此種試驗，及用柯柏氏 (coombs) 抗球蛋白試驗凝集素作為常規手續。當有異常抗體，特別是冷赤血球凝集素 (Cold hemagglutinins) 存在時，雖用交互配合法去發現牠也是困難的，此即表示所有交互配合法之測定須在解養箱溫度下舉行。當發見冷赤血球凝集素時，輸血應當特別注意，例如應用熱水袋在血瓶的週圍保持血液之溫度。在此情形下，所有血液的冷却應當避免。

手術療法

後天獲得的溶血性貧血，若經過三至四次輸血證明無效時，應施行脾切除術。不過我們却要明白，特別當異常抗體存在時此種手術可能不會成功，或僅成功一部分。可是經過輸血後，大約有50%病例得到完全恢復。那些在施行脾切除術後，在血清中仍有抗體之病人，易致復發。此種在脾切除術後發生的溶血性貧血之復發，最好用輸血法治療之。輸入洗滌過的赤血球可能挽救病人生命。假使並無抗體存在，宜考慮再度施行手術以切除可能存在的副脾。

若患者為婦女，亦應記着卵巢囊腫或腫瘤的可能性，應當考慮作骨盤探索術及切除任何異常的塊質。

惡性貧血

Anemia, Pernicious

Frank H. Bethell 氏療法

一般的思考

這是一種原因不明的疾病，可能由於一種永久性新陳代謝缺陷所致。其特殊療法是採取一種所謂償還式的療法 (replacement type of treatment)，並須終其身繼續治療之。

惡性貧血所損害的器官有三個系統，即血生成方面，神經系方面，以及胃腸方面。不拘那一個系統受損而發生惡性貧血，皆可以肝精及 B₁₂ 治療，並可獲滿意的效果。乾燥的胃臟製劑亦同樣可用，惟病者腸胃吸收能力各異，故對於口服藥劑，其效力當難預料。至於葉酸劑 (folic acid)，則對於惡性貧血的神經系病變，效力極微，甚或有害，尤其用大量葉酸時，往往反能傷害病者

的健康。

精製肝精之所以能治療惡性貧血者多因其含有維生素B₁₂之故。此種物質除肝內有存在外已能自許多微生物（如Streptomyces griseus）滋長的產物中分析而出。臨床經驗已經證明，維生素B₁₂之於惡性貧血可能做到完全的償還療法作用。

現代所用的維生素B₁₂係純粹的水溶性結晶複合物。一個兆分克的純物質究竟等於幾個抗惡性貧血注射單位，計算方法尚未完全訂定。據說一個美國藥典單位（I U.S.P.）相當於0.75—1.0兆分克（即百萬分之一克= $\frac{1}{1000000}$ 克，或千分之一、毫= $\frac{1}{1000}$ 毫）的維生素B₁₂。

維生素B₁₂之口服所需的劑量遠高於注射者，且口服之功效既不一致又不易預計，故目前僅使用注射製劑。最近見到報告，復發的惡性貧血用口服十二指腸粘膜乾膏與維生素B₁₂治療可獲令人滿意的療效。用此類製劑作為Castles intrinsic Factor的來源希望於不久將來即可應用。

特 殊 療 法

維生素 B₁₂ 及肝浸膏

嚴重復發病例 給予10兆分克（micrograms）的維生素B₁₂的結晶或15個美國藥典單位的B₁₂或用15個美國藥典單位的精製肝浸膏，由肌內注入。第一星期中每日一次，第二第三星期內隔日一次，此後每星期內注射兩次，迄血像達到正常為止。（以血球的形態及計數為標準。）

維持療法 喝病者在每一固定期間作血像檢查。每隔兩週肌內注射10兆分克的B₁₂或15個美國藥典單位的B₁₂或用精製肝浸膏15個美國藥典單位。

脊髓後索與側索疾患（Posterolateral column disease） 用上述劑量作一再的注射，每次注射應相隔一星期。

口服肝浸膏或乾燥的胃劑

若患者症狀並不嚴重可用口服以代注射。

1.每日給予兩個美國藥典口服單位，待血像正常後每日改為一個單位以維持其健康。

2.限用美國藥典抗貧血劑諮詢委員會評定過的製劑。各藥廠出品中所稱的一個美國藥典口服單位所含之劑量各有不同。吾人給予此類藥劑時應根據標明

的單位。

葉 酸

治療惡性貧血時，葉酸適應的範圍甚為狹小。

1. 在復發時期每日劑量為10—15毫克。血像正常後須繼續維持病人健康時，每日給予5—10毫克。
2. 很少應用肌肉注射法，因口服與注射之功效大體相仿。
3. 肝浸膏與葉酸合用是不合理的。因這兩種藥劑之需要量不同其排泄率亦各別。

4. 葉酸不可給予具有神經系疾病的患者。每次使用葉酸時應精密地觀察其神經系方面的表現。一旦見有異狀，即應停用葉酸而以大量之肝浸膏代之。

其 他 療 法

1. 除用精製肝浸膏及維生素B₁₂之外不需其他療法。
2. 飲食方面應富於動物蛋白質，如肉類雞蛋及牛乳等。油脂的供應宜多加限制。
3. 只在嚴重貧血而呈緊急狀況時或具有嚴重的併發症時才需要行輸血手術以作緊急處理。
4. 普通不用鐵劑。惟惡性貧血之女性患者，在經絕期前以鐵劑為助療劑多數有益。
5. 在病症和緩之初，患有消化不良並有下瀉時，可於每餐時給予鹽酸1—2瓖（美國藥典之稀溶液），和水內服。但此法並無特效價值，故於病症和緩之後即可停服。

一 般 處 置

1. 改正飲食使其合乎營養之標準，多用蛋白質，少用油脂。
2. 繼續長期使用補充性的維生素往往得不到利益。
3. 使用肝劑，維生素B₁₂或胃臟製劑可完全阻止脊髓病之繼續進行。
4. 為增進病者肢體機能的進步起見，可使病者作有目標的體操和各種肌肉訓練。
5. 頑固而持久的便秘最好利用植物性輕瀉劑治療（美鼠李皮 — cascara sagrada, 番瀉葉 — senna, 蘆薈 — aloes.）

6.若係廣大骨髓變質的病者，則須特別注意避免褥瘡或糞塊阻塞及泌尿系之傳染。

7.吾人應切記惡性貧血患者對於胃癌之易感性有顯著之增高。

巨赤血球性貧血

Anemia, Macrocytic

Frank H. Bethell 氏療法

巨赤血球性貧血與惡性貧血病相同，皆有造赤血巨細胞（megaloblast）的增生性旺盛而使正常赤血球的生成低落的特點。其治療亦採取償還式的療法（replacement therapy）。惟其不同之點，即此種貧血可能探求到病因，這種原因有時會定期自癒或能用藥物矯正之。

營養的缺乏

巨赤血球貧血往往為許多營養缺乏綜合病徵內之一種病徵。多因缺乏高價蛋白質及維生素B的複合劑（vitamine B complex），致使消化失常並侵害腸道正常的蠕動，因此發生有如斯潑盧（sprue），特發性脂肪下痢（idiopathic steatorrhea）及乳糜瀉（celiac disease）的疾病。其治療之法除給予基本所需要之營養物外更須特別精緻的飲食及其他輔佐療法（此章不能詳述）

葉 酸

對於斯潑盧（sprue）及大部份的營養性巨赤血球貧血（包括所謂妊娠的惡性貧血），每日給予葉酸10毫內服往往可使血像正常。在特發性脂肪下痢病人，則葉酸之效用多不能預言。一般說來，以葉酸治療斯潑盧或營養性巨赤血球貧血，其效力往往超過肝浸膏或維生素B₁₂或至少與之相等。

肝 浸 膏

在此種疾患，口服肝浸膏及注射粗製肝浸膏可能比精製及濃縮者更有效力。

胃或腸的異常狀態

於胃腸手術後（如胃或腸切除術；捷徑吻合術）或患胃或腸的瘻管時往往可以發生巨赤血球貧血。對於胃切除術後之貧血，口服葉酸或注射肝劑皆可同樣奏效。惟於腸吸收力減低時，寧捨棄葉酸而用肝劑。

慢性肝病

慢性肝臟疾病中，往往伴發巨赤血球貧血，以葉酸或肝浸膏治療多稱無效。然不妨試用此等藥物作為治療之補助劑。吾人如提高其飲食中之蛋白質及碳水化合物，並加乾燥啤酒酵母（每日50—75克）及胆素（choline）以為輔助（每日2—6克），則病者的血像多能改善。

維生素 B₁₂

B₁₂ 對於斯潑盧及營養性巨赤血球貧血有促進生血作用。但對於妊娠及產褥中之惡性貧血多無效。在嬰兒營養性巨赤血球貧血病例中亦有無效者。此類病者試以葉酸治療可獲相當的療效。

鑷狀細胞貧血

Anemia, Sickle Cell

急性溶血危象期 Acute Hemolytic Crisis

Roy R. Kracke 氏療法

對於鑷狀細胞貧血無特效療法，亦無法制止其進行。目前所施用的治療僅以使病者安然渡過危險期為目的，或試行設法防止危象期之發生。治療期間希望病者能住院。

輸血

若血色素降低到最低水平或血色素值降落太快時，為保持充份的血色素濃度以維生存起見，應即輸血。惟輸血往往具有嚴重的反應，雖經嚴格的驗血及配合工作亦難避免。故在一再的輸血手術之前，必須仔細檢驗病人的猴血型因子（Rh）。

鐵劑

鐵劑，肝劑及其他抗貧血製劑在急性時期皆無治療價值。惟硫酸亞鐵（ferrous sulfate）用於危象期之後，可促使血像正常。普通用量每日1克。

其他治療方法

危象期間常常伴發嚴重的疼痛，此時須引用鎮靜劑，甚或用麻醉劑。從前所鼓吹而為人所擁護的脾臟切除術，近已證明無多價值。

在腹部危象期可使用熱灌腸，冷噴浴，或冷擦浴以增加內臟血液的供應。

Travis Winsor 氏療法

1. 臥床休息（便溺時可至盥洗室）。
2. 所飲水分及菓汁之量以每日24小時內之尿量能達到1000毫以上為準，惟每日經口所飲之量不可超過3500毫。
3. 若有嘔吐，可每日給予小量的，含脂肪不多的清淡飲食六次。倘無嘔吐則可供應大量蛋白質及炭水化合物，並囑多吃富於維生素的食品。
4. 對於疼痛及腹部不適，可於皮下注射硫酸嗎啡16毫，每四小時重複一次。或每四小時用可待因32毫。腹部用熱水袋。倘用嗎啡或可待因時則於睡前應給予鎂乳30毫內服，以暢大便。
5. 在正常的室溫和在正常的體溫下檢定血型及 Rh 因子並作交互配合法。
6. 每日須檢定血色素及黃疸指數。輸血前檢驗尿中血色素。
7. 每日輸給 350 毫 Rh 陰性的血液，待檢得每 100 毫血液中的血色素達到 15 克為止。
8. 輸血工作應徐緩，每次約須二小時之久。一旦發現反應即應中止。輸血後須連續檢驗尿內血色素六次。

慢性期或病徵緩和期

Chronic Stage or Remission

Roy R. Kracke 氏療法

飲 食

若病症已趨緩和，應給予大量的蛋白質及富於鹽類的食物，對於貧苦的病者可囑購用脫脂奶粉。

鐵 劑

如遇低色素性貧血病者（hypochromic anemia）可每日給予硫酸亞鐵0.9克。

預 防

儘可能地使病者避免各種化膿性的傳染，因此種傳染往往能誘發急性溶血

的危機。這種病人常患頑固難治的慢性下腿潰瘍。凡能使其週圍組織的血流舒暢和能輸給充份的氧及營養料的方法均宜使用。

年齡較長的病者復發之機會較少，其症狀亦較緩和。

Travis Winsor 氏療法

1. 注意一般營養，需要適當的休息及充分的日光。
2. 有疼痛時每四小時給予0.6克醋柳酸 (acetylsalicylic acid) 。
3. 每兩個月檢定血色素含量一次。倘在100毫升血液中的血色素量低於 10 克時則須輸血。
4. 充分注意口腔齒牙的衛生，酌情給予雙氧水之類的藥劑漱口。
5. 選擇多坐不須活動的職業。
6. 保持下腿清潔並避免受傷。有潰瘍者每日換藥時敷以 1 % 白降汞軟膏 (ammoniated mercury ointment) 。
7. 充分接種免疫。
8. 願結婚者，須避孕。男方有鎌狀赤血球貧血時更不可生育。

併發症

充血性心力衰竭 倘100毫升血液中之血色素少於10克時，應為病人輸血。輸血手術須徐緩，所用之血為浮懸10%葡萄糖溶液內的濃密紅血球。淡食，少用含鈉的調味品及藥劑。每隔日給予腸溶膠囊裝氯化銨片，每二小時服兩片，每片 0.5 克 (隨時停服)。於服氯化銨之日由靜脈或肌肉內注射汞劑 (Mercury drin) 1—2 毫。對於未曾使用毛地黃劑之成年病人，使一次口服狄吉安克辛—digitoxin 1.2 毫 (每片含量0.2毫) 以後每日服 0.1 毫。倘發生惡心嘔吐或脈搏降低到七十以下時即停服三天。遇有呼吸困難者為之輸氧 (面具施氧)。

肺炎或其他傳染病 每三小時由肌肉或靜脈內注射青黴素25,000單位，待體溫接近正常或達到正常後方可停用。對於此種體質之病者最好不用磺醯胺劑。

體溫增高 倘發熱繼續三星期不退，當懷疑有亞急性細菌性心內膜炎的併發症 (subacute bacterial endocarditis)。應每日做血液培養，連續五日。

嘔吐及右上腹部疼痛 當懷疑為胆囊結石。倘經 X 光或胆囊造像攝影術而確定為胆石者，待急性症狀消退後施行胆囊切除術。

妊娠或外科手術 手術或分娩之前先行輸血，使其每 100 耗血中的血色素達到 15 克爲止。行手術時避免使用具有還原性的麻醉劑如一氧化氮即笑氣（nitrous oxide）。其他如醚（ether），戊硫巴比士鈉（pentothal sodium），或脊椎麻醉皆較爲適宜。精巧的麻醉技術亦頗爲重要。行麻醉術時必須保持空氣道（airways）之暢通無阻。

倘發現華氏血清反應（Wassermann reaction）爲陽性，即用驅梅毒療法。定期檢查肺部結核情況。

無價值的療法

脾臟切除術，脾臟浸膏，口服或注射用肝劑，豬胃素（Ventriculin），鹽酸或大量的維生素均無治療價值。

班 替 氏 病

Banti's Disease

Stacy R. Mettier 氏療法

班替氏病所具之低色素貧血症狀可以鐵劑治療。硫酸亞鐵的效力頗能使人滿意。每日四次，每次服 0.2 克之片劑一片。

輸 血

由於靜脈曲張（varix）破裂而引起之緊急失血，可用輸血治之。倘出血之情況嚴重，往往需要一再的輸血，以恢復其必需的血量，並用以克服休克（shock）。

肝浸膏或其他補血劑在此種貧血的治療中無價值可言。

飲 食

飲食方面應含有豐富的蛋白質，以體重每廷計，至少需要 1.5 克，再佐以富於維生素的食品或用多種維生素製劑。病人倘能常常注意營養，則可避免發生肝機能不全，因患班替氏病者最易招致肝機能不全症。

脾 切 除 術

脾切除術久爲醫界所倡導，此種手術可阻止病症之演進，甚至有能因此手術而告痊癒者。其所以能減輕病症及使其痊癒之原理可分別敘述如下：（一）切除腫大的脾臟，即可解除其所引起的各種壓迫症狀，使病者感到輕快。不但