

1951版第一部重要增補

吳軼羣譯

阿米巴病

非痢疾型（無症狀型）

用下列口服藥物治療，在70—80%病例內有效。

第一 表

常用於結腸阿米巴病之藥品

碘嘧啶 每日三次，每次一克（四丸），連服7—8日。此藥德名藥特靈。

二碘嘧啶 每日三次，每次0.84克（四片），連服21日。

卡爾巴松 每日二次，每次250 釐，連用10日。

Aldersone 不可用！

Milibis (bismuth glycolylarsenilate) 。此藥毒性較卡爾巴松為小。

每日三次，每次500 釐（二片），連服8日，或每次250 釐，連服20—30日。

吐根素 每日體重每公斤用一釐，連用4—6日。

雙磷酸氯化喹啉 (Chloroquine) 每日二次，每次0.5克（二片），連服二日。然後每日二次，每次0.25克，連服14—20日。

金 徽 素 研究尚未告一段落。

小兒：每日每公斤用20釐，連服五日。

成人：每日2—3克，連用14—20日。

Bacitracin （一種新抗生素） 研究尚未告一段落。

每日40,000—250,000單位，共用20日。

一般言之，無症狀型阿米巴痢疾（又名非痢疾型阿米巴病）之治療宜用二碘嘧啶 (Diodoquin) 開始。

抗生素中金徽素的有效率約在65—70%左右，Bacitracin 大致與之相仿。
• Terramycin （土徽素）雖亦對赤痢變形虫有效，惟研究尚未告一段落。

對於頑固性病例宜用青黴素與磺胺化合物加入上述藥物作為聯合療法。
雙磷酰氯化喹啉為治療肝阿米巴病之最佳藥物，用量見第一表。

布氏桿菌病

金黴素 此藥能使傳染布氏流產桿菌即地中海熱多形菌患者之症狀迅速減輕，熱度降低，腫脹縮小，以及使其血菌症消失，效果堪稱滿意。對於由 *Brucella suis* 引起之傳染，則此藥雖曾應用於少數病例證明有效，但結論有待。

土黴素 在急性布氏桿菌病例內之即現效果，與金黴素相埒。最後之斷論尙待研究。

水 痘

對於續發性皮膚傳染除其他通用之軟膏外，金黴素軟膏亦有效，惟須防病人對此藥發生敏感性。若續發性傳染範圍過大，則宜用充足劑量之金黴素口服，或充足劑量之青黴素肌肉注射。

普 通 感 冒

抗組織胺藥之應用，最近已甚為流行。惟據有經驗學者仔細試驗之結果，亦不可過於濫用。在有變態反應性成分之感冒，可每四小時給與該藥25—50毫。
◦有些抗組織胺藥物有鎮靜作用，例如苯那局利兒，則最好於晚上臨睡前服之。
◦倘病人仍欲從事日常工作，則有倦眠作用的抗組織胺藥物不宜於日間服用。

白 喉

血清感受過敏

應用馬血清前，必須每次用皮內或眼測驗法測驗病人之敏感性。倘反應為陽性，則最初只可注射0.1毫，以後每隔15分鐘注射一次，同時將劑量增至0.2毫，0.5毫，1.0毫，最後則增至5.0毫或其他所需之劑量。倘用某一劑量後發生全身反應，則次一劑量不可增加，以後增加時亦宜謹慎從事，不可將劑量增加太快。注射血清時宜隨時準備1:1000之腎上腺素於消毒注射管內，以便發生緊急狀態時可以隨時注射0.5—1.5毫於皮下以應急。

對於帶菌者之處理

帶菌者宜用充足之青黴素加以治療；每二小時注射20,000—25,000單位，連用一星期。用青黴素口服時，可每隔八小時服100,000—150,000單位一次。

但是這種療法，只在病人痊癒後用細菌培養法屢次發現有毒力之白喉桿菌時始有適應。

在白喉之急性期，因屢有或恐有其他球菌之混合傳染，故除血清外，同時尚須加用青黴素治療。而在喉白喉或部位更在其下之白喉，則因常有枝氣管性肺炎發生之故，青黴素療法有絕對適應。

細菌性痢疾

除金黴素與氯黴素外，新近發明之土黴素 (Tetramycin hydrochloride) 亦頗有效力。

條蟲病

阿的平。最近三四年來在臨床上試用阿的平治療條蟲病頗收成效。本藥宜在清晨空腹時服用。服藥前夕最好用格老伯氏鹽 (Glauber salt) 將所有停留胃腸內之殘渣瀉清。用法：阿的平 0.5—1.0 克 (即 5—10 片) 與同量小蘇打一次服下。小蘇打 (即重碳酸鈉) 之作用為減輕噁心和嘔吐。服藥二小時後服格勞伯氏鹽為瀉劑。用此方法通常可將被染為番紅花顏色 (Saffron) 之條蟲全部瀉出，連同其頭部在內。倘醫者能注意用瀉藥將腸內之阿的平一次瀉清，以及設法防止嘔吐，則用此法幾可得到 100 % 的驅蟲成績。此藥之毒性，較馬棉樹脂油遠小。

瘧疾

各種治療劑的劑量表

(以效力大小為次序)

藥 品	藥片含量	充分治療所需劑量——克	所需治療日期
Camoquin	0.2 克	0.6	1
氯 化 喹 啉 Chloroquine 即 Aralen	0.25 克	診斷確定即服 1.0, 六小時後服 0.5, 以後二日各 0.5,	3
阿 的 平	0.1 克	強力治療後，每日三次。總量 3 克。	7
Paludrine (Chlorquanide)	0.1 克	每日二次或三次。總量 3 克	10
奎 寧	0.6 克	25.0	10—14

藥物療法

Camoquin 本品為最近發明之治瘧劑，化學名 4(3'-diethylamino-methyl-r'-hydroxyanilino)-7-chloroquinoline dihydrochloride dihydrate，其效力似為諸藥之冠。惟目前研究尚未作一結束，市上亦尚無商售品出賣。本品只須口服一次或只需服藥一日，即可收全效。

Paludrine 化學名 N_1 -p-chlorophenyl N_5 -isopropyl biguanide acetate。生效甚緩，且主要作用於瘧疾原蟲之分裂型，故用以治療時須於最初24—48小時給予阿的平，氯化喹啉或奎寧等加以幫助。又瘧疾原蟲頗易產生抗藥性，此為本品之另一缺點。但用此藥抑制瘧疾之發作或在事前預防瘧疾，則仍有其特殊之地位；用法：每日100—300麪或每星期300—500麪。

腦膜炎

流行性感胃腦膜炎

多由一種革蘭氏陰性之流行感冒嗜血桿菌 (hemophilus influenzae) (B型最多) 引起，常見於三歲以下之兒童，早期治療有莫大之意義。

特效療法 1. 病程短於一星期，且無昏迷或驚厥之輕症。磺胺嘧啶口服，初次四克，以後每四小時服一克，至血與腦脊液無菌及解熱後十日為止。小兒用量：初次體重每公斤用60麪，以後每四小時體重每公斤用20麪，日夜不停。倘病人不能口服，可用靜脈注射替代之。除磺胺嘧啶外，同時尚宜於金徽素，氯徽素或鏈徽素等抗生素中選擇一種同時給予之以加強其效力。聯合療法宜繼續至退熱及培養基上無細菌發育後至少十日。金徽素與氯徽素之效力似較佳，惟用鏈徽素所收集之經驗則較為廣泛。

金徽素 (膠囊一粒含藥2.0麪) 最初每隔二小時服一次共三次，以後每六小時服一次，日夜不停，劑量均為500麪。嬰兒與小兒：體重每公斤用10麪為初劑量，先服三次，每隔二小時服一次，以後每六小時服一次，劑量相同。

靜脈注射：此外，發病後之最初五日除金徽素之口服外，尚宜另用含有 Sodium glycinate 為緩衝劑之金徽素200麪溶於5%葡萄糖20ml內靜脈注射，每日二次。不可用金徽素鞘內注射！嬰兒與小兒之注射用量：體重每公斤用1麪，每日二次。倘病人不能耐受口服，亦可單用靜脈注射，惟每日應加為四次。

氯徽素 口服量：初用體重每公斤20麪之劑量連服三次，每隔一小時一次

，以後用同劑量每隔四小時服一次，連用五日。此後則改為每八小時服一次，每次一克，至少續用一星期。

硫酸鏈黴素 (Streptomycin sulfate)。成人：鏈黴素鹽基0.5克肌內注射，每四小時一次。小兒：每六小時一次，每次體重每公斤十釐。在起病後之最初四日尚須作鞘內注射，劑量：三歲以下小兒每日25釐，較大小兒每日50釐。

2. 病程超過一週以上並有驚厥或昏睡之重症。除磺胺化合物，抗生素之聯合療法外，尚須加用特異性血清。

B 型感冒嗜血桿菌家兔血清。倘於腦脊液塗抹片中發現多形的革蘭氏陰性細菌，則宜先用所謂細菌被膜腫脹試驗確證其為B 型桿菌。法用脊液一滴與 B 型流行感冒嗜血桿菌抗菌血清一滴混和後再加入美藍少許。倘發現細菌被膜腫脹，則B 型流行感冒嗜血桿菌之傳染得以確定，並得以特種免疫血清治療之。注射前宜先用血清一滴滴結膜囊內測驗病人對血清之敏感性。

先用免疫血清之初劑量（即用抗體氮質 Antibody nitrogen 100 釐）加入生理鹽水內於四小時內徐徐輸入靜脈，在最初一小時內速度宜極緩。接着在第二個四小時內再以同樣方法給予另外 100 釐的抗體氮質。第二次注射完畢後二至四小時可取血液用鹽水稀釋七倍後，再度舉行被膜腫脹試驗。倘試驗為陰性，則以後只須再用 100 釐肌內注射一次即可。

非特效療法

乳突炎與竇炎等須用適當療法加以治療。惟病人可能仍在休克狀態中，故大規模之外科手術不宜舉行。在流行性感冒腦膜炎內常有行施氧療法及輸血的需要。有時傳染表面上雖似消失，但仍留下若干中樞神經系統損害之遺跡。因此等殘留症狀可由於硬膜下積水所致，所以有時須用外科療法。聾瞎之後發病，在目前有效療法之下已不常見。

由其他革蘭氏陰性細菌引起之腦膜炎

療法與上節所述者相同。普通宜用磺胺嘧啶，鏈黴素與金黴素或氯黴素施行聯合療法。由綠膿桿菌引起的，用上述療法不生效應之腦膜炎，今日能用新抗生素 Polymyxin 治癒之。惟因此藥有若干毒性，所以尚未准許供給一般應用。

肺炎球菌腦膜炎

原發者只佔20%，餘者均為身體其他部位肺炎雙球菌傳染之併發症。

特效療法。每四小時注射青黴素 G 2,000,000 單位之巨量，須用至病人退熱與培養無菌方可停止。以後可小心的減低其劑量，在體溫完全正常及培養無菌以後，至少尚須用藥一星期。此外尚須同時用磺胺嘧啶之口服或注射法協助治療（劑量與用法見上）。倘脊髓液正常後病人仍繼續昏睡，則宜考慮病人對青黴素或磺胺化合物是否具有敏感性的問題，或則這種昏睡是否由於腦內併發症如腦膿腫所引起。

青黴素或磺胺嘧啶倘因其種原因不能使用時，可用金黴素代之，口服或注射均可。今日已無屢次作脊椎穿刺之必要。

肺炎球菌腦膜炎之預後，自發明青黴素後較前已有甚大之進步。

由其他革蘭氏陽性細菌引起的膿性腦膜炎，其療法與肺炎球菌腦膜炎相同。

猩 紅 熱

較重症猩紅熱。如果使用水溶性結晶體青黴素，則初次可用 100,000 單位肌內注射，以後每隔 12 小時一次，每次 200,000 單位，共用五日後將劑量減半，再用三日。其他療法與 1950 版譯本相同。

敗血症猩紅熱。用結晶體青黴素治療時，初次用 300,000 單位肌內注射。以後則改為 100,000 單位，每隔六小時注射一次，至估計可以保證當前病例準可痊愈為止，但至少不得少於七日。此後則漸漸將劑量減少，又經七日後完全停藥。餘同 1950 版。

破 傷 風

抗生素。對於本病之經過不生影響。因注射此類藥品時可以引起搖擺發作，以及細菌常有顯著之抗藥性，所以就是用以預防肺炎亦不值得介紹。

但若已有肺部傳染發生，則吾人之立場自然不同，此時宜用金黴素口服或靜脈注射加以治療。此藥效力頗佳，惟易引起嘔吐是其缺點。若原來創口或肺部發生其他併發傳染，則宜根據細菌檢查之結果，選擇適當之抗生素治之。

伐 愛 爾 氏 病

敗血症狀期（最初 3—7 日）

特效療法 根據初步報告，以金黴素之效力最佳，青黴素次之。在病勢沉重之病人，可用金黴素 100—300 毫加入鹽水 500 毫升內徐徐靜脈輸入作為初次劑

量。同時用一克口服，或用胃導管注入。以後每隔四至六小時服一次；每次一克，待臨床上有顯著進步後改予小量。青黴素在沉重病例內可用為輔助藥，在輕症病例內則可單獨應用以代金黴素。用法：第一日用硬脂酸鉍普魯卡因青黴素 1,200,000 單位肌內注射，以後則每日注射 600,000 單位，用至臨床上有決定性進步為止。輸入恢復期病人之全血，血漿或血清 100—500 毫可有奇效。若無恢復期血液或其成分可得，可用 30—60 毫之高度免疫性馬血清代之。惟事前宜試驗病人對馬血清之敏感性，必要時先施行脫敏感療法。磺胺化合物與砒劑禁用。

百 日 咳

抗 生 素 療 法

鏈黴素。見 1950 版譯文。

金黴素，氯黴素與土黴素 (Terramycin)。三藥在試驗管中對百日咳嗜血桿菌均有效，對於實驗性百日咳亦能發揮其效力。目前在臨床方面雖已有初步報告，惟結論尙有待於未來之研究。