

第四部重要增補

根據 1952 年原版

吳軼羣譯

溶血性貧血

腦下垂體的副腎皮質促進素（前譯副腎皮質激動素）ACTH。。在不少病例，本品能減少其反常抗體的含量，因此能使溶血現象至少暫時進入緩解期。劑量每日通常用 80—240 毫克肌肉注射。用量必須充分，使其達至中毒的程度，否則難期獲得有效的作用。在絕大多數病例，無論其性質是屬於特發性或症狀性溶血性貧血，用本品或副腎皮質素（Cortisone）均能迅速獲得緩解。副腎皮質素的口服，特宜用作維持療法，惟劑量必須用至約為副腎皮質促進素的雙倍，始能獲得大致相同的效果。

惡性貧血

我們最初分離出來的維生素 B₁₂ 現在曉得它只是所謂鈷胺化合物內的一種。觀於鈷胺化合物的命名即可知其化學結構中含有鈷原子。不過原來的維生素 B₁₂ 此外尚含有氰簇，故又名氰鈷胺（Cyanocobalamin）。其他從自然界中分離出來的鈷胺化合物或維生素 B₁₂ 包括維生素 B_{12a}, B_{12c}, B_{12d} 等，其治療作用皆與氰鈷胺類似。

從前用以計算肝注射劑抗惡性貧血效力的單位今日已棄置不用，而改用其中所含氰鈷胺的含量作計算標準。從前所用肝注射劑有兩種，一種為精製，一種為粗製的肝注射劑。現在規定精製品肝劑一毫升的 B₁₂ 的作用，應相當於氰鈷胺 10—20 微克，粗製品一毫升的 B₁₂ 作用，應相當於氰鈷胺 1—2 微克。用於口服的肝及胃製劑，則仍依舊法用單位計算。

特殊療法

維生素 B₁₂ 及肝浸膏對嚴重復發的治療。開始時治療最好給予結晶性維生素 B₁₂（即氰鈷胺）10—20 微克或同等效力的維生素 B₁₂ 濃縮劑或同等效力的肝

注射劑，每日一次連續一星期。第二及第三星期改為每星期三次，以後每星期二次，至紅血球的形態及計算達至正常範圍為止。

胎性有核赤血球症

A. S. Wiener 與 I. B. Wexler 氏療法

換血輸血的技術

筆者年來已不用全血輸血而改用純淨赤血球輸血，因用後法可以避免將大量檸檬酸鈉及富於黏合素（Conglutinin）的成人血漿注入嬰兒體內而發生危險。此外用純淨赤血球輸血所需的時間亦較短（只需20—25分鐘，全血輸血則需90分鐘）。每一嬰兒約需純淨赤血球浮游液（紅血球容積值0.72—0.75）125—150毫升。此種純淨紅血球係從新鮮抽取的血液製成。嬰兒的放血量與輸入的赤血球液相等。

輸血的進行及手術（靜脈注射與動脈切開）見1950年版及1951年增補。在開始輸血之前，先用100單位肝素（又譯肝臟脂）溶於生理鹽水一毫升內通過插入靜脈的套管注入，然後切開動脈（見1950年版及1951年增補）。待從動脈瀉出血液30毫升後，乃開始注入純淨赤血球的浮游液。輸入的速度初時須比瀉血微速，使其在瀉血總量達90毫升時輸入的容積適與瀉出血液的容積相等。從此時起至輸血完畢止，輸入的速度宜與輸出相同。輸入及瀉出的血液普通約為125—150毫升。輸血後在創口繫以緊密綳帶以防出血，每小時肌肉注射青黴素100,000單位共48小時以防感染。需要時置嬰兒於保溫箱，並給以持續的氧氣療法。餵乳可照常規。從前謂從母乳內可以吸收抗體而增加嬰兒有核赤血球症的嚴重性，目前根據新的研究已證明不確。

所用純淨赤血球浮游液的數量，應以嬰兒的赤血球容積值為轉移。在實際上，亦可用血紅素量為根據：血紅素在15克以上者只需赤血球浮游液125毫升；如血紅素只有7克，則至少須用赤血球浮游液150毫升。用此數量的純淨赤血球輸血，可將嬰兒的赤血球換去50—90%，甚至換去90%以上。

據吾等的經驗，用換血輸血法後，已使胎性有核赤血球症的直接死亡率從50%降至15%以下，並能將其神經方面的後發病減少。

何杰金氏病

Lloyd F. Craver 氏療法

吾人目前相信（臨床與尸體觀察亦支持此說）此病雖非在全數，但亦在大多數病例內係先從一個處所出發，然後向他處蔓延散布。因此吾人不難以此為根據，樹立一個一般的治療方針，即謂在病之早期，病變尙局限於一狹小處所時，可以有手術徹底根治之機會，及至晚期則只能用姑息療法。現將此病分為三個階段討論其療法：

1. 早期、嚴格局限化病型。

2. 正在開始蔓延、但比較還限於局部的病型，例如縱隔障內有一塊質，在一側或兩側鎖骨上部有增大淋巴結，但無足以證明有其他遠處散佈的全身徵候的病例。

3. 全身有散播的病型。

對於第一類病型應採取積極進攻的截除療法，以期獲得根治或至少獲得長期的控制。對於第二類病型，上述積極療法可能將之長期控制，有時甚至可以獲得顯然的完全緩解。治療第三類病型時則只能採取姑息療法如在白血病例內所為。想要絕對精確估計病灶的範圍，和預言腫瘤攻擊性的程度，實在是不可能的，我們應該事先明白此點。有人根據活組織檢查的結果，把它分為亞肉芽腫(Paragranuloma)，肉芽腫和肉瘤等三種類型，但以此為根據也不可能毫無錯誤地一致斷言其預後，在臨床上觀察腫瘤對於治療的早期反應和觀察腫瘤在最初一二月或數月內的經過情形，倒反而可以獲一比較可靠的預後指示。

比較有效的療法為（1）射線，主要是愛克司光射線療法（200—250 千伏特，但下至50，上至5000千伏特亦可用），（2）適當病例可用手術療法，（3）氮芥或類似化合物如HN₂與Triethylene melamine。腦下垂體的副腎皮質促進素與副腎的皮質素的效果則遠遜。在病人的護理上應注意弗使疲勞；避免呼吸道及其他感染，給予足夠的營養與維生素；輸血；有合併感染時給予抗生素，對於原因不明的發熱亦然。

早期局限化病型

假如某一病例尙在嚴格局限化、可用外科手術全部截除之早期，例如病變生於頸之一側，患部亦不太大時，則用外科手術將之全部截除作為初步療法可能為一合理的處置。不過這種辦法目前尚有爭議。手術後應儘速將手術境界之全部用極強的惟尙不致於引起局部過分及有害的損害之愛克司光射線照射之。這種補充的治療步驟是必要的，因為我們相信，手術對於截除可見的腫塊是很

有用的，可是本病的浸潤特質却包含一種危機，就是手術者不可能完全避免不遺漏一些浸潤組織沒有割去而成為將來復發的種子。而手術後照射療法的目的，正在將這種危險的根苗撲滅。

倘若病變是嚴格局限化的，則在理論上講似乎沒有使病人接受⁹⁹芥(HN₂)或其他作用於全身的藥物治療的適應。

因為外科根除療法的應用，目前尚無穩固之基礎，所以對於早期局限化病例吾人亦可選用強度的照射療法。其所需的劑量尚難精密規定，可是大概需要接近皮膚的最大耐受力（用所謂高電壓愛克司光射線 200—400 弗打）。照射時應該注意準確地包括全部病變在內，同時儘可能避免傷及喉，氣管，食管或患部在其他部位時之正常鄰近組織。

頸。頸似為表面看來顯然嚴格局限化病型之主要所在地。在這裏，我們可有幾分把握相信如果病變表面像是早期，則實際也不會相差很遠，尤其當病變發生於頸之上半部之時為然。塊節發現於頸基底部，發現於胸導管或胸副導管附近，發現於腋部，縱隔障或腹腔溝時，吾人即宜永遠考慮到它可能只是病變外露的一部分而患部病變本身的範圍可能遠較此為大。倘經過細心檢查，除此孤立性節塊外於此等處所不能發覺其他病變，則亦可採取上述將腫塊截除之措置，不過如果腫塊在縱隔障時則我們很難希望用外科手術的將之真正全部截除。於此、外科手術或只能限於活體組織的摘取或至多亦只能切除節塊的若干部分而已。

胃 腸 管

倘某一胃腸管的何杰氏病顯明地局限於一處而為外科醫師所切除，而此外科醫師又相信已將病變全部截去，則手術後的照射療法有否價值，尚為一討論未決之問題。雖然在理論上講，吾人最好似乎亦宜和對待頸部何杰氏病一樣給予手術後之愛克司光線照射療法，但是因為在胃腸道很難精確將手術境界置於照射之下，以及此外還有發生愛克司光線對於腸粘膜的特殊損害和射線病的危險，所以一般均傾向無限期採取繼續嚴密觀察的政策，希望此病例就此“外科治癒”，一面却隨時準備一有新的損害出現即加以治療。

局 部 型

在本病的蔓延尚限於鄰近部位的第二階段，例如病變限於縱隔障以及一側或兩側的鎖骨上部位時，有時仍可採用相當富於攻擊性的療法，或則單用照

射，或則在第一次，或在首二次或四次照射之同時，採用氮芥的靜脈注射作為聯合療法；或則吾人先作二至四日的氮芥治程，然後隨即或相距數日至兩星期繼以一照射療程。一般情形下，此等病例對於一設計適當的愛克司光治程反應甚好。例如一個兼有縱隔障及兩側鎖骨上與頸部結節的病人即可應用 250 千弗打的愛克司光加以照射：照射縱隔障用 70 厘米的光靶皮膚距離，照射頸部用 50 厘米的光靶皮膚距離，開始時用 100—200r（空氣中！）的劑量，並可在某一日從一縱隔障的前側進路及一個頸部進路照射，另一日則換一縱隔障的後側進路及另一頸部進路照射之，如此輪換不已，直至四處所接受的射線總量在 3—5 星期內各達 2000r（有時亦可視全身及局部反應如何略多或略少）為止。此種 $2000r \times 4$ 的劑量，若在作過一氮芥治程之後給予之可能帶有若干危險性，因為有時可發生白血球減少以及其他血液學上的抑制。對於這種顯明限局於縱隔障及頸部的何杰金氏病患者，有少數病例經用愛克司光照射療法後，曾獲全部緩解至 15 年或 15 年以上之久。但是氮芥的單獨應用却没有這種能耐，這似乎是業已確定的事實。

對於氮芥的應用吾人亦不宜粗枝大葉從事。亦如對於其他各種新療法，不可避免地有一部分醫師隨便遇着一個病例，也不問其病變範圍如何便聯想到氮芥療法。吾人不可抱着要把氮芥完全代替愛克司光照射的想法，因為每公斤體重用 0.4 毫克氮芥的早期療效可以說是約與 300r 的全身照射的效力相等；顯然，一個相等於 300r 全身照射的作用，不只是一個相當巨大的全身作用，而對局部言，則其作用又非常不够，不能使節塊產生持續的消退。

在適當病例亦可施行外科手術剝離巨大的節塊，或用之將對照射療法業已不生效應的頑固性硬結性節塊切除。

全身化病型

在此病業已或多或少全身化的第三階段，尤其當病人已有顯著病徵如發熱，夜汗，瘙癢，咳嗽時，氮芥的應用可使緩解的來到較用愛克司光照射為快。對此等病例的治療目的就如對白血病一樣，只是採取各種可能的姑息療法，以使病人獲得最可能的長期舒適而已。

少數病人雖有廣佈的損害，但損害的體積甚小，可能只有少數或毫無病訴。任何攻擊性療法，無論是用氮芥抑用愛克司光施行，對於此等病例均無好

處，並能引起若干災害。所以吾人最好暫時靜待一時期，待症狀出現後始設法改善病人的狀態。倘欲對此等病例試行治療，則療法宜較為保守，例如對於某些比較突出的或位於要害處之損害加以有限制的愛克司光線照射；如有五六處此等損害準備治療，每一損害可用 300—400r（空氣）的劑量分次給予。其次吾人亦可給予一氮芥的保守治程，每日用 0.1—0.2 毫克/公斤體重的劑量，總量約為 0.4—0.5 毫克/公斤。

用程度不強的愛克司光線全身照射，如 0.8—1.6r/小時，10—20r/一日，總量 75—125r 的劑量，在若干病例內有時似乎能獲出乎意料之姑息效果與緩解期的延長，但在其他病例則又出乎意料地失敗，並且似乎反而使症狀增劇。

大多數全身化的何杰金氏病患者均有許多需要緩解的症候。吾人應該時常對於比較重要的深在部位的損害如縱隔障，肺門，腹內，骨內以及神經內的損害加以注意，隨時搜索有否足以致命因此亟需治療的損害存在，不可只對外圍結節給予過分的注意。此外，何杰金氏病可以有許多嚴重的合併症，如同種血清肝炎，由肝內何杰金氏病所引起的黃疸，後天性溶血性貧血，脾官能過旺，結核，澱粉樣變性病，鰐口瘡，串狀膿母菌病（*Torulosis*）等亦須加以適當的處理。

TEM

除了現已常用的氮芥外，目前尚有一比較新的，其結構、效能均與氮芥相似的化合物可用，此即 Triethylene melamine 或縮寫為 TEM。靜脈注射的劑量為每日三毫克，共用兩日為一治程，口服的劑量通常為每日 2.5—5 毫克。此物對胃腸管與造血器官的毒性頗大與氮芥同，故用時宜予小心。晚期何杰金氏病患者給予 TEM 時可一次給予五毫克的藥片二至三片，令其每日晨間服半片至一片，服藥後至少一小時不可進食。病人每隔七日至十日須來覆診一次，以後用法如何，則根據所得效果，其對胃腸管之毒性以及血球計算之結果決定之。倘病人耐受力良好，白血球亦無下降，則可給予病人另外兩片藥片，令其每日續服半片至一片。此藥最大的優點為能用口服法獲得與氮芥相似的功效。用上述劑量注射時，所引起的嘔心與嘔吐現象通常較口服為輕，但嘔心嘔吐的傾向之存在則比較為長。對於全身癢癢之緩解，注射有時似較口服為有效。

腦下垂體的副腎皮質促進素與副腎的皮質素對全身化的何杰金氏病亦有暫

時的姑息效果，但迄今仍不能成爲一種獨立的可供選用的治療劑，對於早期或中間型病例尤其不宜採用。

白 血 病

腦下垂體的副腎皮質促進素與副腎的皮質素。目前已證明副腎皮質促進素與副腎皮質素可以引起白血病之緩解，通常爲部分的，但約在20—65%的病例內有時亦可獲得幾乎完全的緩解。副腎皮質促進素可用肌肉注射，每六小時20—50毫克，或用連續滴液法注入靜脈，24小時15—25毫克；副腎皮質素可給予每日50—200毫克口服。實際所用之劑量視療效或視是否產生皮質功能過旺爲轉移。應用此等物質時，白血病緩解之發生可能比用葉酸對抗者爲快，其療效持續的時間，長短不一。在實際上，亦曾應用上述各種不同之藥物包括葉酸對抗者對急性白血病作聯合療法。

真性赤血球增多症

1950年版所述的第一例病人的以後經過如下：1950年8月1日血色素82%，1951年6月1日血色素95%。在整個六月中曾每日給予病婦R48 (beta-naphthyl di-2-chloroethylamine) 200毫克，但在1951年8月1日血色素仍升至100%，因此此在八月四日復給予透射性磷五個千分之一居里靜脈注射。

第二例病人的此後經過如下：1951年6月1日血色素80%，1951年8月1日血色素78%。