

肺結核病治療指徵

丰

中國防癆協會總會編著

一九五五年七月

肺結核病治療指徵

序

肺結核病蘇聯分類法是目下比較最科學、最全面、最符合臨床實際要求的一個分類法。它反映出結核病是一個全身性疾病，機體與外界環境的統一性的觀點，更重要的是它貫徹預防為主的精。本會為了推行這一先進的分類法，曾於 1953 年聯合中華醫學會總會的放射學會和結核病科學會編寫了“肺結核病臨床類型”一書，作為學習材料，在統一肺結核病診斷上起了一定的作用。

為了進一步幫助大家將這個分類法應用到實際臨床治療工作中去，我們決定編寫一本關於肺結核病治療的指徵。本會於 1954 年 3 月，在中央衛生部的領導與支持下，召開了編審專業會議；邀請中華醫學會總會及各地分會的結核病科學會、放射學會、外科學會、兒科學會以及本會各地區有關專家和代表出席，對肺結核病的治療進行了反復討論和縝密的研究，訂定每個類型的治療原則；並從全國各地選送來的 285 份病例中精選出典型病例 66 份，作為基本材料；又組織編寫小組，根據會議的決定負責整理、編寫出這本“肺結核病治療指徵”。

本書的基本內容是根據肺結核病臨床類型，用實際的病例，在診斷與治療相結合的基礎上，指明每個類型、每個病期的治療原則和方法；列舉每個病例的病史、X 綫所見、診斷、治療的經過和所得的療效，並依照所訂定的原則對各病例的原治療方法加以討論。

肺結核病的治療方法是隨着醫學科學的發展而改進，不是一成不變的；每個患者都各有其具體的、個別的情況，因此我們願意着重提出：此書祇可供為臨床上學習的參考，決不宜機械地搬用。本書雖然是集體編寫的，且經過多次的討論、研究、修改，但是由於大家學習蘇聯先進經驗還正在開始階段，認識不深，經驗不足，可能會有錯誤的，希望讀者對其中不妥當之處提出批評和指正。

最後，我們對出席編審專業會議的全体專家和代表以及參加編寫工作的同志們致以衷心的感謝。

中國防癆協會總會

1955 年 7 月 1 日

目 錄

序		
上篇 總論		
第一章	結核病的整体觀點	1
第二章	衛生營養療法	3
	一、休息療法	3
	二、空氣療法	4
	三、醫療体育	4
	四、營養療法	5
	五、保護性醫療制及精神療法	6
第三章	脫敏療法	8
	一、非特異性脫敏療法	8
	二、特異性脫敏療法	9
第四章	肺結核病的藥物療法	10
	一、鏈黴素	10
	二、異菸肼	12
	三、对氨柳酸	13
	四、氨硫脲	14
第五章	肺結核病的对症療法	15
第六章	人工氣腹術	17
第七章	人工氣胸術	19
第八章	肺結核病的外科療法	22
	一、膈神經麻痺術	22
	二、胸腔鏡檢查及胸膜內粘連烙斷術	23
	三、胸膜外人工氣胸術	23
	四、胸廓改形術	23
	五、肺切除術	24
	六、空洞引流術	25

	七、結核性膿胸的外科手術療法的原则.....	25
第九章	肺結核病的处理標準	27
	一、处理的根据.....	27
	二、处理項目.....	27
	三、处理標準.....	28

下篇 各論

第一章	原發綜合徵.....	31
	一、概述.....	31
	二、治療原則.....	31
	三、臨床治療方法.....	32
	病例 1 (衛生营养療法).....	33
	病例 2 (鏈黴素、对氨柳酸).....	35
	病例 3 (鏈黴素、異菸肼、对氨柳酸).....	38
	病例 4 (鏈黴素).....	40
	病例 5 (鏈黴素、对氨柳酸、氨硫脲).....	43
第二章	枝氣管淋巴結結核	45
	一、概述.....	45
	二、治療原則.....	45
	三、臨床治療方法.....	45
	病例 1 (鏈黴素).....	46
	病例 2 (鏈黴素).....	48
	病例 3 (衛生营养療法).....	51
	病例 4 (鏈黴素、異菸肼、对氨柳酸).....	52
	病例 5 (鏈黴素、異菸肼、对氨柳酸).....	54
第三章	急性粟粒型肺結核	56
	一、概述.....	56
	二、治療原則.....	56
	三、臨床治療方法.....	56
	病例 1 (鏈黴素).....	58
	病例 2 (鏈黴素、对氨柳酸).....	60
	病例 3 (鏈黴素、異菸肼).....	62

.....	病例 4 (鏈黴素、異菸肼)	65
第四章	亞急性及慢性血行播散型肺結核	68
.....	一、概述	68
.....	二、治療原則	68
.....	三、臨床治療方法	68
.....	病例 1 (鏈黴素、異菸肼)	70
.....	病例 2 (鏈黴素)	72
.....	病例 3 (鏈黴素、氨硫脲、人工氣腹、膈神經麻痺術)	74
.....	病例 4 (鏈黴素、異菸肼)	76
.....	病例 5 (鏈黴素、对氨柳酸)	78
第五章	局灶型肺結核	80
.....	一、概述及治療原則	80
.....	二、臨床治療方法	80
.....	病例 1 (未治療)	81
.....	病例 2 (未治療)	83
.....	病例 3 (休息一月，未用藥物治療)	84
第六章	浸潤型肺結核	86
.....	一、概述	86
.....	二、治療原則	86
.....	三、臨床治療方法	87
.....	病例 1 (未治療)	90
.....	病例 2 (照常工作、短期異菸肼)	92
.....	病例 3 (異菸肼)	94
.....	病例 4 (異菸肼)	96
.....	病例 5 (異菸肼)	98
.....	病例 6 (鏈黴素間歇療法、異菸肼)	100
.....	病例 7 (鏈黴素、異菸肼)	102
.....	病例 8 (鏈黴素、異菸肼)	104
.....	病例 9 (鏈黴素間歇療法、異菸肼)	107
.....	病例 10 (鏈黴素、異菸肼)	109
.....	病例 11 (鏈黴素間歇療法、異菸肼)	111
.....	病例 12 (鏈黴素間歇療法、異菸肼)	113

病例 13 (異菸胂, 对氨柳酸, 鏈黴素氣管滴入)	115
病例 14 (胰島素治療糖尿病, 鏈黴素, 後改用異菸胂)	117
病例 15 (人工氣胸)	119
病例 16 (人工氣胸)	121
病例 17 (人工氣胸)	123
病例 18 (異菸胂, 人工氣腹, 小量鏈黴素)	125
病例 19 (人工氣腹, 膈神經麻痺術, 鏈黴素間歇療法)	127
病例 20 (人工氣腹, 膈神經麻痺術)	129
病例 21 (人工氣腹, 对氨柳酸)	131
病例 22 (小量鏈黴素, 人工氣腹)	133
病例 23 (鏈黴素, 異菸胂, 人工氣腹)	135
病例 24 (人工氣腹)	137
病例 25 (異菸胂, 膈神經麻痺術)	139
病例 26 (異菸胂, 膈神經麻痺術)	141
病例 27 (胸廓改形術)	143
病例 28 (肺葉切除術)	145
病例 29 (肺葉切除術)	147
病例 30 (肺葉切除術)	149
第七章 乾酪性肺炎	152
一、概 述	152
二、治療原則	152
三、臨床治療方法	152
病例 1 (鏈黴素, 以後人工氣腹)	154
病例 2 (鏈黴素, 異菸胂, 对氨柳酸)	156
第八章 慢性纖維空洞型肺結核	158
一、概 述	158
二、治 療 原 則	158
三、臨床治療方法	158
病例 1 (異菸胂, 对氨柳酸)	160
病例 2 (胸廓改形術)	162
病例 3 (胸廓改形術)	164
第九章 肺硬變	166

一、概述·····	166
二、治療原則·····	166
三、臨床治療方法·····	166
病例 1 (衛生營養療法)·····	167
病例 2 (衛生營養療法)·····	168
第十章 胸膜炎 ·····	169
一、概述·····	169
二、治療原則·····	169
三、臨床治療方法·····	169
病例 1 (鏈黴素)·····	171
病例 2 (小量鏈黴素、異菸胂,抽水)·····	173
病例 3 (異菸胂,抽水,以後肺部發生病灶,故用鏈黴素)·····	175
膿胸病例 1 (抽膿,洗滌,胸腔內注射对氨柳酸、鏈黴素) ·····	178
膿胸病例 2 (胸膜剝離術)·····	180
膿胸病例 3 (胸膜內胸廓改形術)·····	182
膿胸病例 4 (胸膜剝離術)·····	184

上 篇 總 論

第一章 結核病的整體觀點

肺結核病，與其他各種疾病相同，是一個整體性的疾患。

巴甫洛夫指出：「人體是一個完整的、統一的機體，不但身體內各器官系統互相聯系、互相約制着，同時身體與外界環境也是互相有聯系的。通過了身體內部的，以及身體與外界條件的聯系與約制，生命現象藉此完成」。

巴氏又指出：「中樞神經系統是身體一切活動的管理者及支配者。它的高級部分——大腦皮層——調節着身體的一切機能，並且保證身體與外界經常不斷的互相作用」。

神經系統是身體裏調節各部分的主要裝置。因此人體對各種傳染病的防禦過程中，神經系統起着重要的作用。肺結核病決不是單獨的呼吸系統的疾病，整個的身體及神經系統，也一定或多或少的受到疾病的影響。神經系統的變化，可以真實的反映到各種器官的構造和活動上去。各器官構造的機能變化，又能影響到全身，特別是影響到肺臟。肺內的結核病灶可以成為結核菌往其他器官播散的發源地。

蘇聯的許多學者們證明了，在結核感染的初期就已經出現了全身機能障礙的症狀。雅賀尼斯（Яхнис）氏發現在原發感染後的第四星期中，受染者出現了自覺症狀如食慾不振、面色蒼白、發熱不退等。而且這些症狀出現得比結核菌素的陽轉還要早些。拉布與氏也證明在受到原發感染後尚未出現結核菌素陽性反應之前的過敏前期的兒童中，有 50—80% 有頭痛、食慾不振、疲倦、心跳加快、興奮性增高、睡眠不良等症狀。除去這些機能障礙以外，機體的生物免疫方面也有明顯的改變。此外在結核感染的初期，往往可以觀察到過敏性的病變，即患者可以發生結節性紅斑、泡性角膜結膜炎、結核樣多發性關節炎。以上這些機能障礙及組織的變化，主要是與結核菌對神經系統的作用分不開的。

基西里（Кисель）氏在慢性結核中毒症時，發現結核菌素首先對神經系統，然後又對機體發育及生長過程有重要的影響。此外許多研究兒童結核病的工作者們都有這樣一致的印象，即患結核病的兒童的精神方面和神經系統都呈現一系列的變化，雖然這些變化不太嚴重，幾乎完全是機能性的。

嚴重的肺結核病和其他系統的結核病患者的中樞或末梢神經系統形成炎性變化，營養不良和變性。包特金（Боткин）氏指出在肺結核及淋巴結結核中，縱膈障神經發生損傷。史切夫加（Штефко）氏發現胸部迷走神經幹的發炎。帕夫林器也夫（Паврентьев）氏等在患原發性及續發性結核的兒童及成人中，發現心臟神經、喉頭神經、植物性神經節、脊髓和大腦各部有顯明的組織學的病變。由

於以上所述，我們知道肺結核患者呈現了中樞神經系統方面的各種機能障礙，以及末梢軀體神經及植物神經的損害症狀。

除去神經系統可以發現機能及組織學上的改變外，往往可以觀察到甲狀腺功能增高或減低的症狀，胰島及腎上腺的功能不全，性腺機能失調，新陳代謝障礙，缺氧等呼吸功能不全及心臟血管系統的障礙等現象。

由於許多實驗研究，證明了結核菌對神經系統的影響。在臨床生理方面的觀察，也證實了全部疾病的症狀，主要是因機能障礙所起引的。所以在結核病的發病、發展過程中及結局的演變中，中樞神經系統的主導作用是更加明顯的了。

內外環境對於肺結核病的影響：

基於以上所述，我們知道結核病是一個全身性的疾病。在結核病的發病、過程及結局的經過中，大腦皮層起主導作用，而神經系統的功能則決定於身體內在條件及外在環境的影響。

有些職業常常是結核病發病的準備基礎。根據英國的統計，金屬磨工、採石工、翻砂工、鑄工、及從事其他有機會吸入大量礦物灰塵而易患矽肺的工人，如果患了肺結核病，其死亡率要比一般人高。在美國工資不同的工人的結核病死亡率亦有差別，熟練工人比半熟練工人少三倍，比不熟練工人少十一倍。此外受奴役的人們，生活條件不好，無醫藥照顧的人們，結核病的患病率及死亡率也高，例如美國黑人因受不平等待遇的關係，結核病比白人多6—7倍。

生活條件對於結核病的發生和死亡有很大關係，住宅污穢、陰暗、潮濕、擁擠、食物缺乏、營養不良，可使人體對於結核病的抵抗力降低。

身體的內在條件，對於結核病也有很大的關係，如糖尿病的病人由於新陳代謝的紊亂，使結核病的經過變為嚴重。急性傳染病也可以成為結核病的發展或再發誘因，麻疹、百日咳、屢次發生的感冒都能促成結核病的發展。精神的創傷、悲哀、不快、煩悶也是使結核病發病及惡化的原因。此外精神的緊張，對於結核病的經過亦有影響，在蘇聯衛國戰爭時，拉維奇塞爾包氏在列寧格勒觀察了31,000人，許多士兵因精神上遭受嚴重刺激，使肺結核病的原發感染與續發感染病變的分界綫模糊起來，有些已靜止的原發感染病灶，再發時不呈續發性感染的病變，而仍呈現了原發感染的現象。經過研究後，證明了在續發的經過中又使原發病灶惡化起來。

身體內部條件與外界環境對於結核病有如此密切的關係，在治療結核病時應改善內在條件與外界環境，恢復神經系統的功能，使身體的抵抗力增強，這是非常重要的。

肺結核病既然是一個全身性的疾患，在治療時，首先應該改善神經系統的功能狀態及外界環境，就是在衛生營養療法的基礎上，配合使用對症療法、藥物療法、萎陷療法、手術療法，以促使病變的治愈，即是在治療過程中，應當造成良好的養病環境，使患者心情愉快，充分利用物理因素，豐富合理的營養，適當配合的動靜療法，以及合理的使用各種治療方法，這樣才能使神經系統功能恢復正常，改善外界環境條件，以臻疾病的早日治愈。

第二章 衛生營養療法

肺結核病的發生及經過，決定於感染的輕重、身體抵抗力的強弱、外界環境的好壞、神經系統的功能狀態等。所以在治療肺結核病時，應同時注意到以上各項因素，最主要的是利用各種方法以改善患者的生活條件，提高身體的抵抗力，幫助消除對發病有利的因素，以協助身體與結核病作鬥爭。

提高患者身體抵抗力的首要方法是適當的執行衛生營養療法，不僅在養病時要遵守執行，治愈後，為防止病變的惡化及再發，在相當的時間內也要遵守適當的生活規律。

衛生營養療法的基本精神是以整個人體為對象，其主要意義是提高患者對結核病的抵抗力。提高抵抗力的方法是：

1. 合理的生活制度，改善外在環境條件。
2. 空氣療法，刺激及恢復病人的神經系統功能。
3. 合理配合的營養，增加病人的抵抗力。
4. 鍛鍊身體，提高抵抗力，防止病變的再發及恢復患者的勞動能力。
5. 醫療性保護制，對大腦因病變而產生的興奮起保護抑制作用的精神療法。

衛生營養療法是肺結核病的基本療法。使用藥物療法、萎陷療法、手術療法時、也是不應忽略掉基本的衛生營養療法。為使這些療法獲得更好的效果，在衛生營養療法的基礎上開展這些療法，是非常必要的。

一、休息療法

身體對結核病的抵抗力的大小，取決於身體的生理過程。這些生理過程就是呼吸、消化、新陳代謝和神經系統的狀態。而患者的生理過程，又是依照他的生活情況、安靜、運動、自然物理等因素而改變的。

依照患者的病型、病期，中毒症狀的有無，代償機能的情形，病變發展的趨勢，將休息療法分為：

1. 絕對休息——有高熱及明顯的中毒症狀、代償機能失調，病變在繼續發展的階段的患者；高度衰弱的患者；有大量咯血的患者；胸腔外科手術後的最初幾天內的患者；併發有自發性氣胸的患者，應絕對安靜臥床，大小便也應在床上，有必要時吃飯也須要喂。

絕對休息的時間不應過長，當病變開始靜止，體溫降低，自覺症狀改善，咯血停止二週左右，則改用完全休息的生活方式。

2. 完全休息——活動性肺結核病患者，代償機能不全，有中度中毒症狀者；小咯血患者止血一週以上者或大咯血患者止血二週以上者；初入院一週以內的患者，為觀察其情形，以決定治療及處理方針者，應採用完全休息。患者在此期內應臥床休息，飲食可起坐吃用，大小便可以下床，在醫師的許可下可以在床上起坐，最初由五分鐘開始，逐漸增加起坐時間，最多不得超過半小時。在此階

段內患者可以閱讀書報，每日閱讀時間不應超過一小時。

3. 部分休息——患者經過治療後，中毒症狀消失，代償機能輕度不全或代償機能接近正常者；病變在吸收期內的患者，應採用部分休息，患者每日臥床時間為5—6小時，可以參加初級組醫療體育，開始進行鍛鍊，每日可以閱讀書報，以二小時為度。

4. 輕度休息——患者已無中毒現象，代償機能良好，病變已基本穩定；已行醫療體育初級組而無異狀的患者，或部分休息已經過一二個月者，改用輕度休息。患者每日臥床時間為三小時可進行中級組及高級組醫療體育，每日閱讀時間以三小時為限。

5. 半日工作半日休息——患者經過輕度休息後，全無異常反應者，可以開始做半日工作、半日休息。如曾施行醫療體育者，可以繼續進行。未經醫療體育鍛鍊的患者，早晨可以開始作廣播體操，但每日中午應睡午覺。

完全休息、部分休息、輕度休息的患者，為減少其養病期中的枯燥起見，可以聽無線電廣播，作些小的手工（如編織等工作）以調節其精神。條件許可時，部分休息及輕度休息的患者，可以參加拔草，澆花，種花，飼養家畜等工作。

二、空氣療法

新鮮空氣能改善呼吸功能，增加細胞營養，促進新陳代謝作用。由於新鮮空氣的刺激，可使機體的內呼吸及外呼吸作用得到改善，使氣管及上部呼吸道的分泌增加使痰易於排出，能刺激循環及消化系統，能興奮神經系統，並使睡眠改善。

所有的肺結核病患者幾乎都有缺氧現象，僅在程度上有不同而已，故都需要新鮮空氣。

空氣療法的實行原則，是使病室內晝夜能保持空氣的流通。在這種情況下，應注意的是避免外面進來的空氣直接吹到衰弱的及有嚴重中毒症狀的患者們的身上，最好是開放上方橫窗，進行空氣交換。

對於一般情況良好的患者，除保持室內晝夜空氣的交換，使他們長期居住於通風良好的環境下外，每天要有一定的時間讓他們在院中樹蔭下或廊下，無日光直晒之處進行空氣療法。實行室外空氣療法的原則，是使患者在逐漸適應的情況下進行。按照他們的具體情況，由每日15分鐘開始，逐漸增加，直到除去夜間外長期在室外生活。

三、醫療體育

巴甫洛夫的高級神經活動學說指出：「機體是相互聯系協調的器官的統一體，和內在環境及外界環境有密切的聯系。同時機體內部的特性與外界環境的平衡看作為機體與外界不斷的適應，而在這一平衡中起主導作用的是神經系統」。因此在治療疾病時，鞏固與強化神經系統的功能是必要的。

在結核病的過程中，由於毒素的作用，使機體功能發生變化。整個神經系統，由於疾病的侵襲，發生自輕度的功能障礙一直到嚴重的神經病理性改變。此外內分泌系統、心臟血管系統及呼吸系

統等也發生機能障礙。

醫療體育是一種積極療法，有系統的使用這種療法，對於人體的生理過程發生全面的影響，使機體強壯，給神經系統以良好的影響，改變患者的精神狀態，改善血液及淋巴系統循環，減退鬱血，加速血液循環，減少缺氧情況，改善內呼吸及外呼吸作用，促進細胞及組織的代謝作用，提高網狀內皮系的功能，以增強機體的抵抗力，減少疾病的惡化及再發的可能性。通過鍛鍊，肌肉緊張力及彈性可以增強，病人對勞動的耐久力得以增加。故經過體療後，由於新陳代謝的生理過程得到改善，患者有體重增加、食慾增進、體溫正常、盜汗咳嗽吐痰減少、精神好轉、睡眠良好等自覺症狀的改善。

醫療體育一定要在醫護人員嚴格監督下進行。凡是病變不處在惡化情況下皆可考慮醫療體育。在實行過程中，應按照常規作定期的體格檢查、化驗室檢查、X線透視及照片檢查，以免因選擇病例不適當而使病變惡化。

醫療體育的具體執行方法，病案的選擇，注意事項及醫療體育實行後的效果及反應等，請參閱「結核病防治工作參考資料」第46至62頁。（中國防癆協會總會印行）

四、營養療法

肺結核病是一個長期的消耗性疾病，在治療過程中，營養問題更佔重要地位，合理的營養可使神經系統及新陳代謝恢復正常。此外營養又可增加免疫能力、增加對結核病的抵抗力。肺結核病患者的營養問題，應以量、質、食慾等各方面來考慮。

量的方面：肺結核病患者所需熱量應按其中毒現象、消化系統的功能、體重及原來的營養狀況有所不同。按照我國肺結核病患者的體重，在不發熱、無明顯中毒症狀，每日每公斤體重所需的熱量以40—50卡來計算，每日約需熱量2000—3000卡。

高熱及有明顯中毒症狀臥床的患者，由於發熱而使胃腸功能減低，消化功能不良，每日的總熱量可以稍低一些，每日約需2000—2500卡。

質的方面：按肺結核病患者所需的營養成分，進行分配。

蛋白質——重症的結核病患者因發熱而使新陳代謝增加，消耗了體內的蛋白質，同時患者的食慾不振，食量減退，消化系統機能發生障礙而影響了蛋白質的吸收。此外肝臟的脂肪變性，肝功能不正常也影響了蛋白質的代謝。所以患者常有血漿的白蛋白減少。高蛋白的飲食不僅能補償蛋白質的缺乏，並還能改進肝臟的功能，增加身體的抵抗力。

肺結核病患者應攝取動物性蛋白質及植物性蛋白質，每日所需的蛋白質的量是每公斤體重給與1.0—1.5克。

醣——肺結核病患者的醣類代謝是有障礙的，肝的醣元減少。過量的醣在體內不能完全利用，其中間產物對結核菌的生長繁殖是有利的，故應適當的限制醣類的量，每日不超過400克。

脂肪——肺結核病患者的肝功能有障礙，高脂肪飲食對他們是不適合的，同時脂肪過多，油膩過甚亦可影響食慾，過多的脂肪往往不能吸收，容易引起腹瀉，故每日以80—100克為宜。

維生素——肺結核病患者有維生素缺乏現象，故維生素的補給，是特別重要的事。一般成人每日約需維生素甲 3000—5000 國際單位，維生素乙-2.0—2.5 毫克，核黃素 2.0 毫克，尼克酸 18 毫克，維生素丙 75—100 毫克，維生素丁 500—700 國際單位。

以上維生素的供給，應以由食物中攝取為原則，故在調配食譜時應注意此點。除非嚴重病人不能由食物中攝取者外，飲食正常者不需用維生素製劑口服或注射。

礦物質——鈣能使血管內皮細胞緊密，有防止滲出作用的發生，同時也有脫敏作用，鐵為補充血色蛋白質的來源。磷有促進肌肉及神經系統的作用，故此等礦物質的補充應在食譜內一併分配。

除了上述的質量問題以外，患者的食慾問題亦應加以考慮。如果患者無明顯中毒症狀而有食思不振時，輕微的散步，常可使食慾好轉，但如有中毒症狀時則應令他們在飯前靜臥，同時可以投與增進食慾的藥劑。

飲食的烹調，菜色的諧調，食具的美觀清潔，用飯時精神愉快，皆可刺激食慾。要避免患者因嗜好不同而造成偏食的習慣。

一般無發熱及中毒象徵的患者可用普通飲食，發熱及胃納不佳的人，根據實際情況可給與軟飯或半流質飯。如患者下午發熱上午不發熱，則應在不發熱的時間，食慾良好的時間，使其多吃一些。

五、保護性醫療制及精神療法

肺結核病除影響到患者的神經系統，發生一系列的病理改變外，對於精神狀態也有影響。有些患者表現了悲觀、失望、消極、自認為病已無治癒的可能，喪失了對疾病鬥爭的信心。在臨床現象上患者表現了食思不振、失眠等一系列精神不振的情況。

過去由於魏爾嘯細胞病理學觀點的影響，醫師們在治療肺結核病時只重視了局部而忽略了全身的治療，尤其是忽略了精神療法。同時又因過去不正確的衛生宣教工作，把結核病說成不治之症，死亡率的龐大驚人，在人們的心理中還留下恐怖、懼怕的思想，以為得結核病後即是死亡的信號。人們的腦中存在有既往的不健康宣傳所引起的不正確看法，所以當我們遇到肺結核病患者時，在告訴他正患有結核病時，一定要注意我們的言語態度。除掉告訴他的病變外，同時解釋結核病的本態是什麼，他現在所處的情況，要採用什麼樣的療養方式及治療方法，才可以獲得疾病的康復，同時更要注意到答覆他的疑問，以消除病人的不正確看法及顧慮，更應鼓勵他使其能够接受我們的處理意見，每個醫師必須掌握高級神經活動學說，通過第二信號系統，消除病人的顧慮。

沙莫依洛維契氏在「心理創傷與結核病」中提到「在某些臨床，健康人過去雖在肺部存在潛伏性的結核感染，但並不影響他們的健康與勞動，而在長期精神痛苦的折磨下，可使疾病暴發」。由此可見，精神的影響對於肺結核病的關係是很重要的。我們日常的臨床工作中，也能清楚的看到，患者在養病中精神愉快者，病變的恢復較快。反之，精神有負擔的人，其疾病恢復往往是要拖延時日的。我們把結核病的精神治療，分為四個時期。在這四個時期中患者的精神狀況，有莫大的關係。

1. 發病時期——許多患者在病變發生以前，均有精神受到創傷或精神不正常的歷史。結核菌侵入人體未必一定引起結核病變，結核病的發病與否是和神經系統對結核菌的反應有關的，如果正

值神經系統不安定，精神受刺激時則易於發病。

2. 診斷時期——由於既往不正確的宣傳，人們仍存在着恐怖心理，認為肺結核病是不能治癒的疾病，所以當患者聽到自己患有肺結核病時，精神上的打擊是在所難免的。患者深知結核病是一種長期經過的疾患，要長期才有治癒的希望，同時在治療期間要放棄學習、工作、改變生活方式，有時還有許多社會問題及經濟問題同時存在，因此在醫師宣佈診斷時必須慎重，務使患者瞭解肺結核病是可以治癒的，使其建立信心及樂觀主義的養病態度，確立與結核病作鬥爭的意志，教育他養病是人民及國家給他的一個任務。

3. 治療時期——在整個治療過程中，要經常掌握患者的思想情況，隨時鼓勵與安慰患者，鞏固對治療的信心。在某些症狀發生時要向病員解釋明白，減少患者思想負擔。使用萎陷治療及手術治療時，應向患者說明目的，千萬不可因他不按醫師的決定來作，而對他說不作此種治療即不能治癒的話，如果他在不得已情況下接受後，而施行後又因併發症的出現或因其他原因以致治療不能成功時，患者精神上可遭受很大的打擊。

4. 復原時期——當病變好轉時，患者需要體力活動與鍛鍊，這時患者往往存在着活動後病勢再發，或者怕出院後不能有醫護人員的照顧而發生依賴的心理。存在着這樣心理的人，雖然病已治好，但心理的矛盾並未獲得解除。在此階段中應說明道理，解除他的顧慮，使其能成為心理健康的人而恢復勞動。

精神治療較其他療法尚難作好，應一開始即進行教育，同時醫師應以真誠熱心，對患者熱愛的態度，使他建立起對疾病鬥爭的信心，在不誇大、不隱瞞、實事求是的原則下進行說服教育解釋以消除患者在休養及治療過程中的顧慮。

第三章 脫 敏 療 法

局部病灶的結核菌及其產物刺激末梢神經感受器官，傳導至大腦皮層，使其產生興奮。刺激若長久存在，能使人體的神經機能及身體反應能力失調，呈現過度興奮。過度興奮傳導至全身，形成了敏感性增高的反應。用結核菌素作試驗時則呈強陽性反應。原發綜合徵及慢性經過的原發綜合徵由於乾酪性枝氣管淋巴結炎的存在，長期不斷的刺激，傳導至中樞神經，發生興奮重疊現象，故呈敏感性增高。在續發時，由於人體免疫力的產生，使敏感性受到相當抑制。人體在免疫機體的防禦功能保護下，雖有傳至中樞神經的刺激，但是一般呈現了普通的敏感反應。敏感增高表示機體長期接受大量刺激的結果，也就是機體抵抗力減低及高級神經系統功能障礙及失調的表示。

此外大腦皮層下中樞，因中樞神經系統功能失調，也發生功能障礙。患者有過高的敏感性發生，長期不斷連續的刺激，使大腦皮層由過度興奮而轉入阻抑狀態，則更加深了大腦皮層功能的損害及皮層下中樞功能的紊亂，使病變繼續惡化。所以及時地減低敏感性的繼續增高，使神經系統，尤其是高級神經系統，脫離過度興奮，使其功能恢復正常，以防止病變惡化及復發。脫敏療法的意義即在於此。

脫敏療法可分為非特異性的，及特異性的兩種。

一、非特異性脫敏療法

溴劑，咖啡鹼，氯化鈣，維生素乙，維生素丙等。

1. 溴劑能恢復有障礙的高級神經活動的能力。別特歐娃確定了溴劑能增高阻抑，同時也否認了已往認為溴劑能降低神經系統的興奮性。溴劑能調整高級神經的活動的能力，恢復其不正常的機能，增高全身生活力。當大腦機能活動減少時，應用溴劑有使其完全恢復活動能力及使消失的反射作用復原的功效。溴劑之目的，在於降低敏感性的增高，而不是完全消滅敏感性。

使用方法——在使用時應檢查神經型的強弱，神經型弱者，給以小量，神經型強者給以中量及大量。如無效時，應減少劑量。溴劑可內服或靜脈注射。內服分為三次，注射則每日一次。

小量：每日內服 0.5 克，注射 0.25 克。

中量：每日內服 0.5—1.0 克，注射 0.3—0.5 克。

大量：每日內服 1.0 克以上，注射 0.5 克以上。

2. 咖啡鹼——與溴劑合用或交換使用，有時在溴劑不生效果時，改用咖啡鹼，或加用咖啡鹼反而有效。溴劑與咖啡鹼合併使用，能使反應性恢復正常。

使用方法——皮下注射，每日一次，0.05—0.1—0.25 克，或內服同量一日三次分服，可以連續使用 1—3 星期。

3. 氯化鈣——鈣能減少血管滲透，促進炎症的吸收，使炎症消失。此外尚能使興奮增強的細胞

穩定下來，減少對中樞神經的刺激，降低增高的敏感性。

使用方法——用 0.25% 氯化鈣作肌肉注射，每日一次，開始用 0.5 毫升，第二天增到 1.0 毫升，第三天用 1.5 毫升，第四天起用 2.0 毫升，以後不再增加藥量，持續注射一個月，為一療程。如有功效或需要時，在停止一週後，再用第二療程。最好是與溴劑同時應用，功效較明顯。

4. 維生素乙，維生素丙——維生素乙對身體中的乙醯胆素的代謝機能有影響。在變態反應中，有胆素反應過程存在，因此維生素乙對人體的變態反應，也發揮其作用。

維生素丙經證明有使結核菌素反應復原功效。

使用方法——按一般使用方法內服或注射。

二、特異性脫敏療法

是用舊結核菌素的方法。原發綜合徵，原發綜合徵的慢性經過及漿膜炎的患者有高度敏感，在敏感狀態有逐漸下降而未趨於正常時，可用結核菌素來作脫敏之用。枝氣管淋巴結結核，如乾酪性變不太劇烈者，也可應用。肺內病灶的周圍炎症或浸潤不廣泛而處於好轉期者，結核性泡性角膜結膜炎也可使用。但是病變處於急性進展或處於敏感性特別增高情況時，不能應用。如廣泛性播散性肺結核，浸潤型肺結核的進展期，原發綜合徵處於敏感繼續增高者，慢性纖維空洞型肺結核有咯血者，及病變處於有中毒症狀和身體過度衰弱者，不能使用。

本法需由在有經驗的醫師主持下使用，在療程中如略有一點不良反應或病灶有惡化時，應即縮小用量或停用。

結核菌素脫敏法是由微量開始，使用後如無反應可繼續增加劑量，由 1: 100,000,000 或 1: 1,000,000,000 稀釋液開始。因稀釋度很小，含結核菌素的量極少，故每次需要新配製的液體，由 0.15 毫升作皮下注射，每隔三日注射一次，如無不良反應，（局部病灶及全身反應），則可逐漸增加劑量。全部療程為 7—10 月。

第四章 肺結核病的藥物療法

藥物療法，是利用無機性物質，有機性物質，及生物原有的有機物質，以達到治療疾病的目的。

在很早以前有人企圖利用無機物質及有機物質來治療結核病。例如無機物質中曾經被利用過的有鈣、碘、砒，金製劑也曾利用過一個時期。但由於無機物質對於結核病的治療并無效果，故先後均為人所放棄。金製劑雖然稍有成效，但由於對腎臟的刺激太大，同時價格又太昂貴，故未能繼續在臨床上應用。1937年砒劑的普羅明（Promin），翌年的代阿宗（Diazone）以及1943年發現的普羅米坐（Promizole），由於用量相當大方能顯示一些效果，同時對於人體的毒性作用大，故雖有少數臨床試用報告外，並未能展開大量的使用。

鏈黴素發明以後，學者們為尋求對於革蘭氏染色的陰性菌屬的治療藥物，終於發明了鏈黴素。鏈黴素對於結核菌有抑制生長的作用。

此後對結核菌有抑制作用的化學藥物，相繼發現的有：對氨基柳酸，氨基硫脲，異菸肼。由於這些藥物的作用都是抑制細菌的繁殖，並且長期應用又有發生抗藥性及中毒作用的缺點，故到目前為止，我們尚無一個治療結核病的特效藥品。雖然如此，這些藥物對於結核病的治療能起到一定作用，故在肺結核病的治療上仍佔有相當重要的地位。

這些藥物的共同特性是對於新鮮的結核病變，能收到一定的效果，但對於慢性結核病，治療效果是不够滿意的。現在僅僅依靠藥物療法來解決治療問題是不可能的，所以在利用藥品的同時，常與萎陷療法併用，或者是在用藥物療法俟病變收到一定治療效果後再開始萎陷療法。藥物療法應用在胸腔外科手術的前後，減少了手術後的併發症，因而就提高及鞏固了手術療法的效果。

鏈黴素與異菸肼在使用一個階段後，容易使結核菌發生抗藥性，故在應用上受到了一定的限制。採用二種藥物的合併應用，或採用間歇療法，對於延緩及防止抗藥性的發生，能起一定的作用的。

在這裏我們應當提出來的是既往對於藥物療法作用的錯誤認識，過去認為藥物療法的作用是藥物與病原菌直接接觸的效果，所以認為藥物的制菌力最強烈，其效果最良。這種觀點是不正確的，已為蘇聯的學者們所推翻。藥物在人體的治療效果，不僅僅是藥物抑制細菌的結果，藥物通過了人體末梢的神經感受器反射至中樞神經系統起主導作用的大腦皮層，改造人體的生理狀態，以增強人體的生理防禦機能。

一、鏈 黴 素

鏈黴素是夏茲、佈汲及瓦克斯曼三氏在1944年從灰色鏈絲菌培養液中所提出來的抗生素。對於革蘭氏染色陰性桿菌及抗酸桿菌有作用。

夏茲、佈汲及瓦克斯曼三氏根據試管實驗，最初認為鏈黴素是有殺菌作用的。以後其他學者在