

最新實用治療學



上海醫學出版社

最新實用治療學

譯 者

吳軼羣 俞汝憲 司汝南

李賢峯 徐式民 姚際唐

上海醫學出版社

本書內容提要

本書係自美國 Conn 氏所編之 "Current Therapy" 一書譯出，全書共分十五章，其內容係根據三百餘位醫師之臨床經驗，分別敘述各科疾病之治療方法。因各人之經驗與見解不同，故於同一疾病，常有各種不同治療方法之敘述，以供我人之參考。

最新實用治療學

書號 2180 國產報紙本紙面精裝
開本 761×1066¹/₂ 印張 49.52
字數 1,213,000

原書名：Current Therapy

原書編者	美國 Howard F. Conn
原書版次	一九五〇年版
原出版者	Saunders Co.
譯者	吳軼羣 俞汝憲 司汝南 李賢峯 徐式民 姚際唐
出版者	上海醫學出版社 上海(5)中州路2號
發行者	上海醫學出版社 上海(5)中州路2號
印刷者	新光明記印刷所 上海(9)康定路162號

* 有 版 權 *

印數 1—1,000

1954年6月新1版—新1次印刷

(前醫藥世界出版社已印 5,500)

紙面精裝本新定價每冊 80,000 元

上海市書刊出版業營業許可證出 071 號

序

本書係從 Conn: Current Therapy 一書譯出，凡一百餘萬字，分別敘述近年來美國各科醫師之臨床經驗，雖為資本主義國家之產物，亦可以批判方式供作臨床參考之用。但所述用藥劑量似嫌太大，應用時必須特別注意。至於各章所述，亦有其偏廢之處，譯本在一九五一年發行初版，先後增訂兩次，茲當三版第二次付印之時，特略述一二，以例其餘：

(一)傳染病一章所述，雖已相當廣泛，但關於霍亂、鼠疫、麻瘋等病則付闕如，自須參考其他文獻，以補其缺。

(二)呼吸系統疾病一章內所述鼻竇炎、枝氣管炎、枝氣管擴張症等之治療方法，頗有見地。惟關於肺結核療法則偏重藥物，與蘇聯醫學之治療與調養並重者大有出入，不可不知。

(三)關於心血管系統疾患一章內所述心動節律之疾患、心傳導阻滯、心內膜炎以及風濕熱等之治療方法，可供參考。惟其所述之高血壓療法若以蘇聯先進醫學衡之，則其去巴甫洛夫氏之整體論者不免遠而且偏了。

(四)本書第五章對消化系疾病之治療有詳盡敘述，但是關於如何營養之道，則與我國人之生活方式完全不同，尚請讀者注意。

(五)我國南方人之患尿石症者甚多，每以外科方法治之，今書中第八章對此有內科療法，可供讀者參考。

(六)往昔之梅毒療法以砷及鉍之注射劑為主，但其副作用甚多，且非任何時期皆可應用，今書中第九章詳述青黴素療法之效用，頗可供讀者參考。

(七)近年來歐美文獻關於變態反應性疾病之脫敏感療法大見風行，本書第十章有詳盡之敘述，但所述治療之機轉，則與巴甫洛夫氏學說頗有出入，是有待於讀者之批判者。

再者，本書譯者雖力求譯文之信達，但因才力有限，不免尚有錯誤，尚祈讀者賜予指正。

第一部 傳染病

吳軼羣 譯

目 錄

阿米巴痢疾.....	第 1 頁
布氏桿菌病（浪形熱）.....	第 4 頁
水痘.....	第 8 頁
普通感冒.....	第 9 頁
登革熱.....	第 11 頁
白喉.....	第 13 頁
細菌性痢疾.....	第 16 頁
流行性胸壁痛.....	第 17 頁
食物中毒.....	第 17 頁
傳染性單核白血球增多症.....	第 19 頁
腸寄生蟲.....	第 20 頁
蛔蟲病.....	第 20 頁
鉤蟲病.....	第 20 頁
蟯蟲病.....	第 22 頁
圓蟲病.....	第 23 頁
條蟲病.....	第 23 頁
瘧疾.....	第 25 頁
麻疹.....	第 28 頁
腦膜炎雙球菌傳染.....	第 30 頁
流行性腮腺炎.....	第 35 頁
副傷寒.....	第 36 頁
急性脊髓灰白質炎.....	第 36 頁

鴉片病	第 43 頁
Q 地熱	第 44 頁
瘦咬病（瘋犬咬）	第 45 頁
鼠咬熱	第 46 頁
回歸熱	第 47 頁
落磯山斑疹熱	第 48 頁
風疹	第 50 頁
猩紅熱	第 51 頁
天花	第 57 頁
破傷風	第 59 頁
土拉倫斯菌病	第 62 頁
傷寒	第 63 頁
斑疹傷寒	第 65 頁
霍森志氏咽峽炎	第 66 頁
伐愛爾氏病（黃疽螺旋體病）	第 68 頁
百日咳（天哮喘）	第 70 頁
嬰兒自動免疫法	第 72 頁
黃熱病	第 73 頁

最新實用治療學

總目錄

第一部	傳染病	吳軼羣譯
第二部	呼吸系統病	吳軼羣譯
第三部	心血管系統之疾患	俞汝憲譯
第四部	血液與脾臟疾患	李賢峯 吳軼羣合譯
第五部	消化系疾病	司汝南 俞汝憲 吳軼羣合譯
第六部	新陳代謝障礙和營養病	徐式民譯
第七部	內分泌系統疾患	吳軼羣 俞汝憲 徐式民合譯
第八部	泌尿生殖系統疾病	吳軼羣譯
第九部	性病（花柳病）	姚際唐譯述 梁俊青校訂
第十部	變態反應性疾病	吳軼羣譯
第十一部	皮膚病	姚際唐譯述
第十二部	神經系統病	吳軼羣譯
第十三部	運動系統之疾患	俞汝憲譯
第十四部	產科及婦科疾病	司汝南 俞汝憲 徐式民合譯
第十五部	因物理的及化學的原因而起之疾病	俞汝憲譯
病名索引		

阿米巴痢疾

AMEBIASIS

Mitchell A. Spellberg 氏療法

阿米巴病的治療可以分爲兩種，即（1）腸感染型（intestinal form）與（2）腸外感染型（extraintestinal form）（即其他器官的阿米巴虫病）的治療。腸感染型的治療又分（a）無症狀型（或症狀輕微型）與（b）下痢型的治療。

腸型阿米巴感染

無病狀型（Asymptomatic Form）

無症狀型又稱帶虫狀態，無下痢，有時確無絲毫病徵。這種病人，腸內實在尚有病理變化，並非真正的帶虫者。如果不給以强有力的治療，有時可以危及病人的生命。

治療這期腸阿米巴病時，只要內服治療阿米巴藥物，即可奏效。

1. 二碘喹啉（Diodoquin）（5,7—二碘—8—羥基奎諾林）：片劑每片含藥0.21克。劑量：每日三次，每次三片（0.63克），連服二十日。本品殆爲此期腸阿米巴病最好的治療劑。

2. 碘碘喹啉（Chiniofon），7—碘—8—羥基奎諾林—5—疊亞硫酸（7—iodo—8—hydroxyquinoline—5— sulfonic acid），德名藥特靈（yatren），腸溶性衣片每片含0.25克。劑量：每日三次，每次四片，連服十日。有人抗議謂用此藥後，有時能產生腹瀉的副作用，腸溶性衣丸有時不易在胃腸中融解，故效力不十分準確。

3. 氯碘喹啉（Vioform）（5—氯—7—碘—8—羥基奎諾林）。白明膠囊丸每顆含藥0.25克。劑量：每日三次，每次一顆，連服十日。

4. 卡爾巴松 Carbarsone（化學名氮蠟氮胍）。每丸含藥0.25克。劑量：每日二次，每次一粒，連服十日。

上述任何藥物必須用畢—完全治程，若治程完畢後連續三次大便檢查中無

病原蟲，則此次治療即告一段落。但以後尚須繼續檢查，初時每月檢查大便一次，連續六月，再後則每半年一次，連續二年。若任何一次檢查發現陽性結果，便須用另外一種殺蟲劑完成一個療程。

下痢型 (Dysenteric Form)

1. 一般療法：臥床休息，少渣膳食，多飲水，必要時用注射法供給水分。

2. 症狀療法：用硫酸阿託品 0.6 甯 (1/2 哩) 醫治痙攣性腹痛。有時甚至要用雅片粉，劑量每日三次，每次 30 甯 (1/2 哩)，最多每次可用 65 甯 (1 哩)

3. 特效療法：皮下注射鹽酸吐根素 65 甯 (1 哩)，每日一次，連續 5—7 日。此藥能迅速止瀉，對於急性下痢型甚為有用。對於腸內感染之殺蟲效力則不甚可靠，故同時宜給以上述殺蟲藥之一作口服劑。

注意：吐根素為一種毒性藥物，用時宜採取下述預防措施：(1) 令病人絕對的臥床休息。(2) 每日替病人測量血壓，如果血壓急速下降，便應即時停藥。(3) 每四小時測脈一次。若心跳忽然加速，也有停藥之必要。(4) 用藥前攝製一張心動電流圖，用藥後每隔二日攝取一張。若心電圖上有顯著的變化，可能為心肌中毒的指徵。(5) 宜詳問病人有否覺得四肢疼痛，因牠也可能為中毒現象之一。

腸管外併發症 (肝臟疾患) Extraintestinal Complications (Hepatic Involvement)

肝膿腫 (Liver Abscess)

1. 鹽酸吐根素 65 甯 (1 哩) 皮下注射，每日一次，共十日。

2. 雙磷酸氯喹啉 (Chloroquine diphosphate) 即 7—氯—4—(4—二乙胺—1—甲氧丁胺) 喹啉，(7—chloro—4—(4—diethylamino—1—methyle butylamino)quinoline)。最近有人報告此藥對肝阿米巴病有效。據謂毒性甚輕。藥片每片含 0.25 克。劑量：每日四次，每次一片，連服兩日，以後每日二次，每次一片，續服 2—3 星期。

3. 吸膿：注射吐根素後，體溫普通於五日後恢復正常，此時可照下法穿刺吸膿。

a. 穿刺部位：

(1) 最敏感的壓痛點通常在第八與第十肋間隙中間與前腋窩線交切之

處。

(2) 若用X光側面或正面螢光透視或攝影法，發現膿腫在前面，或其壓痛最甚處在前面，可從肋骨弓邊緣下右側距劍狀突起 4—5 厘米處穿刺。

(3) 若膿腫在後，穿刺處應在第十二肋骨下方肋椎角之側。

b. 麻醉用1%之普魯卡因施行局部麻醉。

c. 吸液針用14或16號(14or16 gauge)，針長不可超過2½英寸，裝於20或50毫之盧耳氏(Luer)注射器上。穿刺時針頭的方向如下。

(1) 若穿刺處在前腋窩線，針頭宜針對中線，稍微偏向後上方。

(2) 若穿刺處為前面肋骨弓下方，針頭宜針對後側方並微微向上。

(3) 若穿刺處在後方，針頭宜對向側方，同時向前朝上。

注意：針頭抽出時若非已經達至皮下部位，針頭不宜變更方向，以免刺傷肝臟。穿刺宜由有經驗之醫師於嚴格滅菌狀態下施行之。

殺虫藥物之應用：除注射吐根素外，宜同時內服用一種殺虫藥。見上面腸內感染治療法。

內服殺虫劑的目的，在將所有寄生腸內的一切阿米巴虫殺死。即使大便為陰性時，亦宜執行。

繼續治療：若經過注射吐根素與吸膿療法後，再發熱，白血球增加與肝觸痛等現象再度復發，大概係因膿未完全吸淨之故，此時必須再施一次吐根素治療（每日 65 毫，共十日）及重新吸膿（與第一次吸膿時間應有二至三星期後的距離）如上述。

上述療法只適用於右肝葉膿腫（阿米巴肝膿腫事實上亦多在右側）。左側肝膿腫的患處穿刺不易，用吸液針吸膿時頗有危險，故寧可採取外科（手術）療法，多個（巨大）膿腫用穿刺吸液療法亦多無效。但有二個以上肝膿腫之病例，無論用何種療法，死亡率均甚高，雖然如此，仍可以用外科療法作最後一試。

阿米巴肝炎

療法和阿米巴肝膿腫相同，只不需吸膿。完畢吐根素一療程後（十日），阿米巴肝炎病人的體溫即可恢復正常不復上升。若體溫復升，即為肝內積膿甚多之指示，此時宜穿刺吸膿。在臨床上很難把即將化膿與業已化膿之病例區分，但注射吐根素十日後體溫仍然上升，即為肝內業已生膿的最好的憑據。

布氏桿菌病 (浪形熱)

Brucellosis (Undulant Fever)

C. Wesley Eisele 與 Norman B. Mc
Cullough 氏療法

診斷問題雖不在本書討論之列，但在考慮治療方法時，對於診斷上之困難與許多可能發生之錯誤亦不可不知。因為只有在正確之診斷基礎上才能建立健全的治療。如果診斷尚未十分確定，便不宜採用任何帶有潛伏性危險的療法。此外疫苗療法也同樣不宜輕易使用。因為如診斷不確實，用了疫苗以後，便不能再用血清試驗作診斷。這樣就要使診斷更加混亂而困難了。

對於此病，目前文獻上已提供了很多的治療方法。其中包括各種疫苗療法，許多染料與防腐劑之靜脈注射療法，砒劑和其他重金屬化合物療法，磺胺劑與抗生素療法。除了某幾種抗生素外，其他的療法都不見得有何確實效力，所以今日都已棄置不用了。因為本病的診斷非常困難（所以常常不免有許多大胆的妄測）其經過又是這樣複雜和變化莫測，所以一種新的藥物或療法的效果究竟如何，要下一個確定的斷語是和當困難的。譬如此病的一個急性加重期（acute episode），便常常可以不必經過一種專門療法忽然間症狀完全消失，如果此時剛巧使用了一種新的方法或藥物，自然就很容易誤會係這種藥物或方法的效果了。下述的療法，或於目前已在通用，或正在實驗研究之中。

鏈黴素與磺胺嘧啶的聯合療法

Ampacher, Pulaski, Eisele 與 Mc Cullough 諸氏證明許淺單用鏈黴素或磺胺嘧啶無效的。嚴重的，經過久長的布氏桿菌病敗血症，若用二藥加以聯合治療，可以使牠迅速痊癒，此事現已為多方承認。用此方法治療失敗或愈後復發的病例，只佔全數20%，且其中有些病例還實在是因為治療不充分或停藥過早的緣故。文獻中有兩個認為係屬布氏桿菌心內膜炎之病例亦係用此法治癒的。這點也可以證明這種療法的有效。因為心內膜炎病例以前一般都認為係屬絕症，差不多都要毫無例外迅速歸於死亡的。

因為有少數病例用此療法後，神經上示暴風雨性的嚴重藥物中毒現象，以致此種療法之應用受到某種限制。所以吾人主張這種療法應該留待真正危險的病例始行採用。因為這時候要挽救病人的生命，所以也就不惜冒一冒藥物中毒的危險了。新藥雙氫鏈黴素的毒性較小，所以在任何情形下，均以用此新藥為宜。

有人主張在應用雙氫鏈黴素前數日便開始用磺胺嘧啶治療，使用劑量宜使血內保持 10mg% 的濃度（普通日量六克，全日分服），數日後開始用硫酸雙氫鏈黴素，每日用二克（每六小時 0.5 克），至少連用 14 日。若耐受情形良好，鏈黴素注射完畢後，還要繼續服用磺胺嘧啶二星期。服藥時水分的攝取要充分，並宜設法使小便鹼性化。用此方法可以避免結晶體尿的發生。在整個治療時間內作嚴格的臥牀休息亦為有益和必要的輔助療法。

Huddleson 氏之磺胺嘧啶與輸血聯合療法

最近 Huddleson 在實驗室試驗管與動物試驗中證明磺胺嘧啶加上普通的輸血或輸入血漿療法對於布氏桿菌有很好的殺菌效力。氏認為此藥能與血中正常的抗體補體系統（antibody-complement system）合成一種非常有效之複合體。治療時血內之磺胺嘧啶含量不宜過高（1—3mg%），血液必須由康健之施血者供給，並須有新鮮正常之抗體。下述療法係由 Huddleson 氏所推薦，據謂甚為有效，實施時的程序如下：

最初 24 小時，令病人每四小時口服磺胺嘧啶 0.25 克（3 粒）（小兒每次服 1 粒）。在第一個 24 小時之末，輸入正常血漿（體重每磅用 2 克）或普通正常的血液（體重每磅用 3 克）。

輸血後繼續投以磺胺嘧啶七日。日量和服法與前次相同。在某些病例此後尚宜繼續投藥五日。但劑量則改為每日二次，每 12 小時一次，每次 0.5 克。

若於輸血後四日內病狀仍未見有起色或起色甚微時，則宜再施行第二次輸血。

上述療法手續簡單，費用亦不大，又相當的安全可靠，頂多在輸血時稍為帶點危險性。不過這種危險性在普通輸血時也是有的。我們應用這種療法時，常常舉行二次或二次以上的輸血，包括一次由各種血型混合製成的新鮮血漿（血漿粉並不合用）。在輸血前，我們照例替病人注射免疫球蛋白 2 克，用以預

防血清肝炎的發生。目前因為經驗還不多，所以這種新療法的效力究竟如何，還不能下一結論，但在某些病例，則似乎已有很可觀的效果。

氯黴素與金黴素

這兩種新的抗生素作用很相似。牠們能够控制的細菌種類也大致相同。對於布氏桿菌病，當時大家都非常樂觀，以為得到了兩種非常有效的藥物，其實二藥對於本病之治療，目前尚在實驗階段。在試驗管中，二藥對於布氏桿菌只有一種阻滯作用 (bakteriostatic)，牠的效率還不及磺胺嘧啶與鏈黴素聯合時所發揮的效力，所以吾人對於二藥奢望不宜太高。回憶磺胺劑與鏈黴素發現時，當時也有許多人過分樂觀，認為對於布氏桿菌病的治療有把握了。但是結果證明如果單用一藥，牠的效率實在很小。

墨西哥的 Spink et al 氏首先應用金黴素治療24例地中海熱，即見效果頗好，但氏報告中所提到也只限於這種即見效果，以後即未繼續研究。Bryer 氏等亦用金黴素治療 5 個病例，見有迅速退熱和減輕症狀效果。Knight 氏等用此藥治療四個急性一個慢性布氏桿菌病，急性病例均迅速見效，但以後有二例重新復發成為血菌症。一例之復發在治療停止後15日，治療時所用劑量為各病例中之最大者（每日 9.5 克共服七日）。在一個歷時已經兩年之慢性布氏桿菌病例用此藥後不見進步，氏等結論謂『布氏桿菌病之急性現象，驟然間自行鬆解之時甚多，所以欲對一種殺菌藥對於此病之治療價值下一斷語，實在非常困難。所以本報告中四個急性病例雖然用金黴素後急性現象立即消退，但只能認為係此藥或能有效之暗示，却不能就說牠一定有特效。』

Woodward 氏用氯黴素治療九個布氏桿菌病人。九個病人病徵都迅速減輕，但有兩個病人以後仍然復發。

吾人自己用金黴素及綠黴素治療布氏桿菌病之經驗雖不多，但覺牠們的效力並無特色。若是單用一種抗生素（金黴素或氯黴素），就是應用大量，也仍然可以失敗與復發。有一病人曾服氯黴素14日（總藥量21克），雖然他血內的藥量比在試驗管中用以抑制布氏桿菌之濃度高出10至20倍，但是在整個治療經過中每天替他作細菌培養，每天都為陽性。

兩種抗生素對布氏桿菌之有效劑量迄今未能確定。Spink et al 發現用氯黴素治療之病例中半數有毒性現象。服初劑量後12小時內通常都有體溫驟升，

某些病人且能發生休克類似狀態和血壓驟降，心動加速與心悸等。有時亦能發生嘔心嘔吐與腹瀉。氏主張第一日用較小之初劑量（0.1 克），嗣後漸漸增加，至第四日加至每日二克，用此劑量（二克）繼續十日。Bryer 氏等則持續用藥 14 日。Woodward 氏用氯黴素初劑量為體重每公斤用 50 毫，以後每三小時用 0.25 克（每日二克），至體溫正常後五日為止。

金黴素與雙氫鏈黴素之聯合療法

動物試驗中，Hollman 氏曾聯合應用鏈黴素與金黴素法抑制布氏桿菌感染。Herrel 與 Barber 二氏即根據此點用金黴素（每日三克）與雙氫鏈黴素（每日二克）的聯合療法治療四個病人，治療 14 日，似獲迅速之效果。吾等在試驗管中試用磺胺嘧啶，雙氫鏈黴素與金黴素抑制布氏桿菌，亦覺有良好效果。此後即試用此三藥作聯合療法治療一個病人，結果甚為圓滿。此病人前此曾先後試用各種療法如 Huddleson 氏的磺胺化合物輸血療法，氯黴素療法，金黴素療法及磺胺嘧啶與鏈黴素之聯合療法等，每次治療後均有復發。

菌苗療法 (Vaccine Therapy)

對於布氏桿菌病尤其慢性病例的治療，會有各種各色的菌苗及數不清之使用方法被探試用。但其效力，從未經適宜對照病例充分證明。有些病人用菌苗治療後病狀反而加重。用此療法偶然亦能達到脫敏感作用（desensitization）的目的。此時疾病雖繼續存在，但病人都感覺比較舒適。用菌苗後，血清診斷法可以在很久時間內（數月至數年）不能使用。

一 般 療 法

臥床休息：和其他嚴重的傳染病相同，臥床休息對於布氏桿菌病亦為一種重要的輔助療法。有許多病例並未用其他療法，只遵行了嚴格的臥床休息的原則，疾病便就此痊愈了。此後亦不進入慢性期和愈後復發。若能在病之早期嚴格執行臥床休息，似乎就可防止本病進入慢性期。就是在慢性病例，長期的臥床休息似乎也很有益處。

飲食：因病人常患食慾不振，所以應該特別注意他的營養。我們可以令病人服點多種維他命作為輔助療法。便秘也要加以調整。

輸血：嚴重之貧血宜用充分之鐵質和輸血治療之。

心理療法：病人情感方面之偏執，醫生要努力設法了解，不可加以疏忽。

併發症之治療：醫生宜隨時注意有否發生由此病本身所引起的局限化病灶。此種病灶常以併發症姿態出現，需要專家的治療。膿瘍或骨髓炎除內科治療外，尚需要外科療法。肝炎併發症不少，需要用膳食療法與脂肪親和性物質（lipotropic substances）治療，和其他原因之肝炎相同。眼併發症宜由有經驗之眼科醫生領導治療。

Perrin H. Long 氏療法

金黴素與氯黴素對於急性或慢性布氏桿菌病治療價值相同。急性病例用金黴素治療時，最初劑量應為體重每公斤用10毫，三次分服，每服隔一小時。此後第一星期內每日維持量應以體重每公斤用50毫計算，分為四服，每隔六小時一服。第二星期的治療劑量減半，亦分為四服，每六小時服一次。用氯黴素治療急性病例時，療法相同，惟初劑量應為體重每公斤用60毫。在第一治程完畢後之第三與第六月，最好再用二藥之一各作一次歷時三日之治程。

慢性布氏桿菌病之療法與急性病例相同，但在三與六月後之二個治程可以略去不用。用此二藥治療布氏桿菌病有卓越的效果。

水 痘

Chickenpox

Caroline A. Chandler 氏療法

對於水痘無特效藥，治療全為症狀療法。

除在侵入期偶有嘔心與嘔吐外，飲食不需任何限制。假如侵入期內病人有嘔心和嘔吐，便須叫他停進飲食，至這種現象消失為止。在同復正常飲食之前，可令病人先進點碎冰，冰水和菓汁等作為過渡的辦法。

水痘的患部可以發生搔癢。為防止搔傷患部致產生續發性傳染與皮膚瘢痕起見，我們必須作適當的局部療法。皮膚若不過分乾燥，可以用溶於1%石炭酸內之異極石洗劑 Calamine lotion with 1% phenol（異極石內含有不純粹的碳酸鋅）局部止癢。皮膚若有乾燥現象，便須改用含石炭酸的軟石蠟或市售

藥膏卡米托 (Calmito) 等。如果搔癢甚劇用上述方法仍然不能止癢，便只好求助於鎮靜藥。鎮靜藥中以苯乙基巴比土酸最爲有效（無論對於大人或小兒）。日間可服小量，夜間則必須加服安眠藥大量。睡眠時必須帶上潔白手套，以防將痘痂搔落。

輕微的續發性皮膚傳染，局部敷以銻汞藥膏常得滿意的成績。對於腐蝕化合物和青黴素的局部應用，我們必須考慮病人對於此等藥物有否過敏性，把牠和局部應用的效力互相比較，然後權衡輕重決定之。若續發性傳染的範圍廣泛，則必須用磺胺化合物（內服）或青黴素（肌肉注射）的全身療法治理之。

病人必須臥床休息至體溫恢復正常後24小時爲止。未脫痂前，病人禁止和對於水痘尙有感受性的健康人接觸，以免傳染他人。

普 通 感 冒

Common Cold

Yale Kneeland, Gr. 氏療法

普通感冒爲一種濾過毒所致的疾病。若無併發症，爲一種定期自愈病，無特效療法。

此病的主要療法爲（a）症狀的，（b）保護病人使不受續發性細菌傳染侵襲。

症狀療法 (Symptomatic Treatment)

市售所謂『傷風藥』可使全身症狀和咳嗽減輕，亦能將分泌物略爲減少。

阿司匹靈	0.3克 (5噐)
非那昔汀	0.12克 (2噐)
咖啡鹼	0.03克 (½噐)
可代因	0.015克 (¼噐)
服法：	每日三次或四次，每次膠囊一粒

另一止咳化痰，被認爲偶然亦有頓挫之效的處方如下：

可代因	0.015克 (¼噐)
罂粟鹼	0.015克 (¼噐)
服法：	每日三次，每次膠囊一粒。

對於此病尤其在後期的劇烈咳嗽，可用含有可代因的一水合二醇 (terpin hydrate) 甘香酒劑止之，每三小時服一茶匙（每茶匙內含可代因0.015克）。

有人認為在普通感冒初起時數小時內趕快服用抗組織胺藥物，可在很高的百分中收頓挫之效。但此說未被證實。據吾人的經驗，病人求醫從來沒有這樣早，所以頓挫療法也就無從進行。

在急性期，有人用血管收縮劑作為局部療法，但是這種方法最好不要使用。以後若分泌物濃厚，鼻呼吸被牠堵塞，這時才可以試用這種藥物作為滴鼻劑，但應用的次數不可過多，每日最多不可超過三次。至於應用的方法以使用吸入管吸入苯丙胺 (benzedrine) 較為方便。1%之麻黃素生理鹽水溶液對鼻膜比較沒有刺激，可為滴鼻劑或為噴霧吸入之用。

病人之保護

1. 病人發熱時需要臥床靜息（以一般而言，幼兒即無發熱亦宜臥床），即使是沒有熱度的感冒也最好留家靜養一二日，不宜外出。

2. 續發性細菌感染之預防與治療。

化學療法 (Chemotherapy)

沒有併發症的普通感冒，化學治療劑與抗生素不宜濫用。必須待至臨床上發現清晰的指徵（續發性細菌傳染！），此等藥劑方許採用。常見的續發性細菌傳染有：氣管枝氣管炎，中耳炎，滲出性咽炎，急性鼻炎等。

除非有特殊情形（病人對青黴素有過敏性或因其種關係不能施行注射），宜儘先採用青黴素，磺胺化合物為次選藥物。

用法：採用一種每瓶含普魯卡因青黴素 300,000 單位與結晶性青黴素 100,000 單位的製劑，每日 1 瓶。

若已經開始使用抗生素療法，則最好連續投藥四日或五日。

Clayton G. Loosi 氏療法

普通感冒為一種定期自癒病，故療法為症狀的，視病人的需要而定。

一般性的治療要點

1. 杜門不出，在家中靜養 48 至 72 小時（但不一定需要臥床），這樣可以加速痊癒的過程，預防併發症和防止傳染別人。

2. 飲食可自由，但通常情形下，最好令病人每日飲至 3000 毫的液體。