

急性傳染病的豫後及治療

醫學博士 村山達三 原著
醫學博士 阿部實

趙力之 編譯

中美圖書局印行

1953

版權所有★不准翻印

1953年4月 初版

急性傳染病的豫後及治療

原著者：村 山 達 三
阿 部 寶
編譯者：趙 力 之
出版者：中 美 圖 書 局
發行 上海南京東路一六〇號
印刷者：百樂祥記印刷所
上海牯嶺路十九號

定價 7,500 元

53(1-2000)

譯 者 序

流行性“乙型”腦炎，爲急性傳染病中之最劇烈的一種，美帝在朝鮮展開細菌戰之後，曾投下帶有此種流行性“乙型”腦炎的病菌蟲類。在一般醫書雜誌，罕有專欄的詳盡介紹，本書除對傷寒等具有詳盡記載外，特將流行性“乙型”腦炎，加以明晰的闡述。故將本書翻譯出版，以供臨床醫師，及反對細菌戰的醫務工作者們的研究與參考。

本書承蒙松井一夫醫師的指教及李齊川先生的幫助，謹誌謝忱。

趙力之識

1953.4.於上海

目 次

第一章	傷寒、副傷寒	1
第1節	豫後及死亡	1
第2節	死因	8
第3節	致死率	10
第4節	治療的概要	11
第5節	看護及處置	12
第6節	食餌療法及化學療法	14
第7節	對於每個症候及併發症的療法	20
第8節	出院	35
第二章	斑疹傷寒	37
第1節	豫後及死亡	37
第2節	治療	8
第三章	霍亂	42
第1節	豫後及死亡	42
第2節	治療	43
第四章	鼠疫	45
第1節	豫後及死亡	45
第2節	治療	46

第五章	天花	46
第1節	豫後及死亡	46
第2節	治療	47
第六章	痢疾	48
第1節	豫後	48
第2節	細菌性痢疾的化學療法	51
第3節	細菌性痢疾的血清療法	55
第4節	細菌性痢疾的對症療法	56
第5節	疫痢的療法	60
第6節	阿米巴痢疾的療法	63
第7節	痢疾的看護及食餌療法	66
第七章	白喉	67
第1節	豫後	67
第2節	血清療法	69
第3節	局部療法	71
第4節	看護及對症療法	71
第5節	後麻痺的療法	74
第6節	白喉排菌者的治療	74
第7節	血清過敏症的豫防和治療	75
第八章	猩紅熱	77
第1節	豫後	77
第2節	療法的概要	78
第3節	血清療法	79

第4節 化學療法及對症療法.....80

第5節 看護.....83

第九章 流行性腦脊髓膜炎.....84

第1節 豫後.....84

第2節 血清療法.....87

第3節 化學療法.....89

第4節 對症療法及看護.....99

第十章 流行性“乙型”腦炎.....101

第1節 豫後.....101

第2節 治療的概要.....103

第3節 對症療法及看護.....103

急性傳染病的豫後及治療

第一章 傷寒，副傷寒

第1節 豫後及死亡

一般當治療的時候，應豫先完全明瞭疾病的本態，症狀，經過，自不待言。尤其對於豫後更應徹底熟悉，藉作治療的指針亦屬必然。傷寒的豫後是根據內外種種要點而決定的。有在最初呈輕症，以後經過轉成急激惡化的，又有陷於病危症狀後，突然如從長夜惡夢中睡醒一般，即漸趨恢復的。

因此，關於本病的豫後，大都很難決定，即或留有幾分餘裕，有時連豫後的概況，也不能決定的仍屬不少。就以同一患者而言，其豫後在每週都有很大變化的。若不經數次反復診察，祇憑診察之日所見到的症狀，來判斷豫後的時候，須更加慎重。這是因為本病有種種想不到的突發症狀，以致很難判斷的緣故。換句話說，在事實上患者至完全以至痊癒出院為止，這期間中，是不知道會突然發生什麼樣症狀的。所以根據每日症狀判斷豫後，祇可認為附有條件的豫後而已。

在決定豫後的時候，須要綜合內外種種要點，對音況症狀及各個症狀周密精細檢查，並參酌其他要點再下判斷。

普通睡下的傷寒菌量越少，當然症狀越發緩和。除與平常的生活狀況及體質有很大關係外，又由於在潛伏期，或病初的調養失當，故均影響豫後不良，換句話說，診斷的時間越長，則給予不良的影響越大，相反

斷診的越早，則影嚮越好。

根據流行的性質，有時重症較多，但也有相反的時候。如有肺結核，糖尿病，或心臟疾病，腎炎，肝臟及其他等疾病而罹患傷寒者，則受不良影嚮。其他如散步型者，及診斷住院較遲者，或在戰地服務者，豫後大多不良。

好飲酒的人豫後不良，對肥滿長大者不利，尤其對於肥胖的人更加不利，而對於瘦人反到有利，其他對於體質異常的人影嚮亦不好。普通曾經過傷寒豫防接種的人，若罹患時，大多取良好轉歸，然在潛伏期經豫防接種的人，則往往陷於病重狀態者很多。

治療的適當與否，對豫後頗有影嚮固不待言。從病初就受到適當周到的治療，則影嚮豫後良好。以年齡來說，一歲至五歲大多不良，但由六歲至15歲大致良好，由16歲起，年齡越增，則越多不良，至40歲以上死亡者居多。以性別來說，女性稍有幾分良好，然在日本的妙齡婦人往往變為重症。對於好婦易起早產，流產，以致母體惡化。判斷豫後上最重要的為昏迷症狀，可由觀察全身狀態，面貌，顏色，眼光，皮膚顏色，體位等而決定，此外醫師在最初診察患者時，可先對患者的豫後作一個豫想，都在一見之間，可知這位患者，或許不要緊，或許恢復的希望稍有問題。

如上所述，一般在最初認為輕症的可變為重症，而又有非常嚴重的重症，突然即恢復健康的，因此在通常患者詢問他的豫後的時候，就假使是輕症，也應避免斷言豫後的情況。

面部呈局部性潮紅者，乃為強烈中毒症狀的象徵，且腹瀉患者居多。此又有為腸出血的前驅症狀的。鼻孔變為黑色或煤色者，豫後良好的顯為稀有。有在鼻尖的中心，或附近呈黃色症者，此為疾病的末期症。

狀，震盪無力乃為惡徵，甚至眼現象者更為不良，且可引起角膜潰瘍，故須注意。在觀察音況症狀時，首須檢查中毒症狀。中毒或染毒症狀是在神經系，消化器系，循環系，及其他地方出現。一般來說，或無中毒症狀，或中毒症狀輕微時，豫後良好，但有時即無中毒症狀，亦有突然發生腸出血，或其他種種危險症狀的。茲將各種症狀及合併症敘述如下：

熱——本症的熱度最高普通在40.5度以下，41度以上者不良。熱度經過比較低的患者可認為輕症。但老人或衰弱者無發生高熱的體力，故稱無力性傷寒，這種傷寒反到可憂。高熱在40度以上呈稽留者，尤其是長久連續稽留熱的人或早晚之差，祇在五分鐘以內，仍連續高熱者乃為重症，早晚之差越多則豫後越發良好。有時發生過高熱，又有時稽留熱突然急降，因此可引起腸出血或腸穿孔，以後發生虛脫現象故須加以注意。然亦有熱度呈假下降的時候，此時並無特別異常所見，熱度立刻又恢復舊位，故對預後沒有影響。對再燃者豫後上須要關心的時候較多，相反的再發者則預後良好，然亦有例外。又有熱型並不緩慢，呈參差高低不同者，有時或因某種合併症而陷入病危狀態，但這種現象在副傷寒A則不然，其他對呈遷延熱型者亦須注意。

循環系——脈性乃為最簡單而最容易判斷預後的重要所見。本病的特徵是脈搏數較發熱徐緩，但在熱經過中始終繼續徐脈者乃為良徵。成人男子脈數在120—130以上大多為重症，又有脈數與日俱增的，例如遷延現象在溫度表上稍有出現亦須加以警戒，脈搏到150—160的人當歸屬於凶徵，但一般小兒或婦人脈數比較多，而且與豫後並無關係。於發熱後脈數卻突然反而變多，若熱曲線與脈曲線相互交叉，所謂形成「死的十字」者，最為可怕。但是亦有一度交叉後，再反對交叉，互相連

緩的時候，呈這種現象者雖屬於重症，可是這種交叉其豫後未必不良。脈搏細小頻數不正緊張均屬惡徵，相反呈強大，徐緩者乃為良徵。心音普通亢盛，但呈幽微心音的人乃為心臟衰弱的象徵，大動脈音低弱者及脈搏結滯者均屬惡徵，從來對這種人的豫後頗有顧慮，例外的就是對12—13以下小兒的豫後並無影響。呈強烈青色症，脈搏如縷頻數者，乃為接近死期象徵。

呈重復脈者對豫後無大關係。又在恢復期，小兒或婦人的脈搏連續呈頻數者居多。一般稱此為傷寒後的頻脈，故對預後影響不大，在日本呈肢靜脈栓塞者，豫後並無不良。普通定型傷寒的血壓，至第二週以後，比較急激下降，然在舊例中隨病勢的進行越發下降，若在高度的循環障礙時，當投與強心血管劑後，最高血壓亦可一時上昇，然對最低血壓則完全不能改善，在接近死期時，最高血壓亦呈急速下降。

不論原發性心臟衰弱，或由於血管麻痺的心臟衰弱，其最高血壓均急速下降，脈壓減少，為豫後上不良的象徵。

赤血球沈降速度——一般隨病勢的進行而漸次促進，通常在弛張期呈最高值。在豫後不良例中，不問有無合併症，無促進的現象，或促進並不顯明。然當有熱時赤血球沈降速度必須趨向進行性的促進之際，却突然反而轉為遲延者此乃意味着病症惡化。

血液像——如所週知傷寒主要呈固有血液像，由於嗜中性細胞減少，故呈白血球減少症，或呈嗜中性細胞消失及減少現象。嗜中性細胞減少是在發病兩三日之後，有時或由第一週開始，在有熱期中則連續發作，比較在病的初期細胞核並向左方移動。如這樣的血液像，是在病愈的情況下最為顯著。

通常肺炎、腮腺炎等是可引起白血球增多症的，當與傷寒併發時，白血球也同樣的漸次增多。因此與白血球增多等合併症無關，若依舊呈減少症狀時則表示豫後不良。又有淋巴球與嗜中性細胞略向反對方面趨於消長，在第二週以後始行增加，並時常與淋巴球呈交叉現象者，但至第三週以後，淋巴球若無增多現象時，乃為恢復困難的明證。豫後當屬不良。在重症例中可見到漿細胞，或骨髓細胞的時候居多。又在病狀嚴重時，嗜中性細胞內，中毒性顆粒呈顯著增加，一般均根據這種顆粒的增加程度，來判斷豫後的良否。

病勢越重，血小板減少程度越強，且恢復正常亦較遲緩。如第二週在10萬以下者，至第三週後仍無增加機緣乃為重症，在經過同時減少至5萬以下者豫後不良，若進行輸血，或實施剝膜療法，仍不見增加或減少者，乃屬絕對不良。

神經系——神經症狀強烈，過於躁妄的人乃屬惡徵。呈躁妄且帶有過敏性的人，更為惡徵。連續不安不眠者，亦屬惡徵。聽力減退的人却屬良徵者居多。陷於癡呆狀者雖不致嗜眠但呈幽之現象者乃屬良徵。呈躁躍動的人亦屬重症症狀。

撮空摸牀為最惡徵的一種，這種病例雖然很少，但筆者經驗過曾經治癒的病例。大小便失禁雖然亦屬惡徵，但也有治癒的。呈頸部強直或克匿格氏現象乃為惡徵，患傷寒菌性腦膜炎。在其漿液性，或化膿性腦脊液液中如證明存在傷寒菌者，則豫後絕對不良。呈假性腦膜炎傷合豫後有良好的。小兒患假性腦膜炎豫後良好者較多。又因其他原因而死亡者在死亡前三二日即出現假性腦膜炎症狀者居多，此種現象即是死的前驅症狀，故在判定豫後上甚為重要。

不安，輾轉反側，躁狂狀，昏睡等乃屬惡徵，連續打嗝乃為不良象徵，但其中也有呈頑固打嗝2—3日，或一個禮拜後，即行治癒的。後胎症如精神障礙等大致均可復原。

消化器系——自古以來，舌亦與脈同樣，在判定豫後上佔重要地位，舌頭呈強度乾燥者，豫後可慮，乾燥後再呈濕潤現象者豫後良好。水瀉的豫後暗淡者居多。嚥下困難者豫後不良。

連續頑固嘔吐者一向豫後暗淡者居多，但由於補充維他命，其中也有一部可以治癒的。又有起始食慾即不被侵犯者，豫後良好。腹瀉一日數次或長久連續者，豫後不良。

腸出血——在日本較其他國家，併發腸出血的致死率較高，根據駒込醫院或本所醫院的經驗達43.8%，在其他國家，Osra氏報告為10%，Shutt Muller氏報告為2—30%，Rebamista氏報告為38.0%，但在腸出血死亡中，直接由於出血而致死亡者尚少，均根據其他重大併發症，與腸出血之逐漸增加，而決定豫後。在少數例中，經腸出血後，腦症或數腸即逐漸良好，體溫下降，脈搏轉佳，這種情況好像出血，可促進治癒一樣，然因血次數越多者則一般豫後越為不良。

次數	1	2	3	4	5	6—10	11次以上
死亡率	23.7	43.7	61.1	62.5	66.7	66.7	66.8

在傷寒的病例中有23.76%是因腸出血死亡的。腸出血後立刻死亡者雖多，但也有變為全身衰弱形態而死亡者，根據性別觀察，則男子豫後不良，以年齡觀察壯年者及老年者豫後不良，小兒比較良好，但由思慮過度給死亡率急遽增加。

腸穿孔——目前豫後非常不良，即使加以外科的治療，能獲良好

結果者也很少。在日本因此病而死亡者較少，祇不過佔死亡之全數中 6.65%。

泌尿器系——尿量繼續減少者為惡徵，排泄變性血色蛋白尿者雖少，但有呈此現象者實屬極惡徵候。膀胱卡他或腎盂炎經過拖長者，有時可使患者陷於身體衰弱。對於出血性腎炎或血尿須加注意。

皮膚——有時存在無數蓄膿疹或極少數蓄膿疹，這些蓄膿疹，雖無輕重比例，但出現過多時均屬重症。有呈輕症或重病褥瘡者，重者豫後不良。1920年駒込醫院在81例中有39例死亡，1922年在58例中 18 例死亡，但在死亡者中均存有其他重大合併症。

呈汗疹者在豫後上為良徵，但在死亡前也有出現汗疹的，尤易於在腹部等處出現，此時汗疹已融合在一起，且多較普通汗疹大，出現這種汗疹，豫後當然不良。在死前出冷汗者也很多。在心窩部等處出現出血斑者，屬於惡徵，對結肛局部注射部位溢血現象，是無何可顧慮的。

浮腫的成因種種不一，對腎病腳氣，心臟衰弱等的豫後，均須注意。

出現高度黃疸，並帶有菌敗血症時，乃為沈重病症，也有因肝臟膿瘍而出現的，對輕度者在判斷豫後上無特別注意事項。對出血性傷寒的豫後，則頗感危懼，但由於輸血或補充維他命等，一部的豫後亦可轉為良好。

腳氣——由於今日の治療及其他處置的進步，故重症，尤其是衝心性重症，已非常減少。在 1921年，1922年，1923年本病因腳氣死亡者佔 8.0%，由此可知腳氣乃為使豫後變為暗淡的主要因素，然時至今日，已不必再為此顧慮了。

皇慘悴者，從來豫後大多不良，但除一部由於消化器缺乏消化液及

與結核合併者外，現在已大抵明瞭是由於營養失調所致，故在豫後上，已達顯著光明的境地。

當與肺結核併發時，豫後上並不致於陷於暗淡，根據情況各有不同，有潛伏性過長者，以致治療被延遲的，又有漸次呈促進現象的，或在傷寒的極期，進展至粟粒結核，由於剖檢始發現的，又有很少恢復期延遲，似乎恢復健康，突然即轉為粟粒結核的。

傷寒菌——本身發生的敗血症，亦可使豫後暗淡。一般在兩毫升血液中，可檢出傷寒菌集至200個以上者，雖屬不良，但此與發病日很有關係，若在病的早期，即或數字更多，亦有特別取良好經過的，這種傾向，尤以小兒最為顯明。

妊娠——1922年在18例中死亡者佔18.7%，流產佔27.7%，即三分之一均係流產，在1921年，1922年，1923年，由於妊娠而死亡者佔1.38%。

再發與再燃不同，一般豫後良好，1920年在57人中有7人死亡，1922年在75人中有9人死亡。

生成凝集素者不良，豫後亦有惡化的，在死前凝集價有忽然下降的。重氮反應與熱度下降無關，繼續呈陽性場合乃危險的象徵。又有一旦變為陰性的重氮反應，又再度出現，或連續呈此種現象者，則豫後頗為可慮。

第2節 死因

不論對傷寒或副傷寒的死亡者，查究其死因一事，乃為治療上藉以參考的重要事項。然查明真正的死因是很不容易的，茲將1931年大久保

醫院及1937年本所醫院的死亡者，合算成一百人，歸納臨床上的死因如下：

腸出血	27 (31) %
心臟衰弱及嚴重的中毒症狀	14 %
肺炎	10 (14) %
傷寒菌敗血症	8 %
腸穿孔	8 %
全身衰弱	8 %
流產，產褥熱等	6 %
大傷寒	5 %
忽然死亡	3 %
腳氣	2 (5) %
假性腦膜炎	2 %

括弧內的數字，是指腸出血以外，帶有腳氣，肺炎或肥胖病等病症，因此這個數字可認為包括腸出血，或其他原因，以及原因不明者的總括數字。在肺炎項中的數字亦同樣，除肺炎外包括腳氣，腸出血，或真正原因不明者在內。

死亡的日期，大多在第三週或第四週死亡。至第五週及第六週者，並非安全，亦達相當的死亡數，亦有早者在第一週，或晚者在第四週死亡的，至第三週由於腸出血死亡者居多，在第四週由於腸穿孔者居多，腳氣大多在最初即行死亡。強烈的中毒症狀，並引起心臟衰弱者，比較於初期死亡者居多。

突然死亡——傷寒患者的直接死亡原因，種種不一，其中有時有突

然死亡的，故須加以注意。這種死亡原因，主要可歸為心腦的急性變化，亦有因心肌梗塞，腦形成栓塞，脾臟破裂，胆囊穿孔，腸穿孔，或副腎機能停止等原因，以致突然死亡的。

第3節 致死率

(1) 傷寒——在日本近年來佔15%內外，不祇在日本的大都市傳染病醫院的致死率高，就在歐美也是一樣的，這由於診定的時間過遲，或重症患者住院的過多所造成的。約在20年前，日本的某大都市死亡率約佔40%，這主要由於隱蔽重症，或收留將近死亡的患者住院所致。

年齡對致死率的影響，以5歲以下小兒較多，15歲以下最少，由15歲以上順次致死率增高。對性別上無大影響，在西洋人約佔10%，日本則較佔多數。這是由於衛生教育的不充分，衛生設備不完全，輕症傷寒的呈報不徹底，或隱蔽不報，以及診定前空費時間，及其他根據流行的性質等所致。根據櫻田氏報告仙台市傳染病醫院的致死率已經降低至5%，顯示了最優良的成績。在本所醫院1937年佔17%，1934年佔19%，1935年佔15.0%，1938年佔14%，平均三個年佔15.7%，然1940年佔12%。

(2) 副傷寒A型及B型。

由1938年至1939年調查本所醫院收容的副傷寒患者165名中，(副傷寒A 97名副傷寒B 128名)無一例死亡的。

又根據阿達醫院某年的成績，A型54例中佔3.70%死亡，B型無死亡。希必那氏報告2100患者中，B型佔2%，4000患者中患A型死亡者約等於B型的4倍或5倍。

根據我們的經驗，當然B型有幾分較高，總之不論A型或B型均可看成1—3%，或在此數字前後。

東京市在1944年曾大流行A型副傷寒，死亡率佔2%左右。

第4節 治療的概要

如所周知，本病呈多種多樣的經過，除呈普通經過者外，所謂呈異常型者實為不少。在治療時，因輕症或通常型者的症狀不斷的變化，有最初認為輕症，而轉移至重症的時候，故須要在周密的注意下，加以適當的處置。

本病的病狀有變化很厲害的，又有突然發作意外的併發症，及有時緩慢地出現的，因此必須周密的注意，作有勁的對策。即在一且解熱後，亦不能看做本病業經完全治癒，更何況如使用藥劑的一時解熱，或由於假性虛脫的解熱，則更不能認為完全治癒了。總之患者在出院為止，是可能發生種種病狀的。

對於本病的治療，除應當將本病的病理，以及病理解剖學的變化，與症狀的推移經過，牢記於心上，促進患者自然治癒外，其他可使用食餌療法，及投與氯黴素進行化學治療。（請參照本章第6節）

最好由早期進行適當治療。可能迅速進行確實診斷，若早一日進行治療與診斷，則對豫後上可早一日發生好的影響。且可將患者導向迅速而正確的治療軌道。

其次須使患者，對於病菌不可減低抵抗力，儘可能使患者處於優良的地位。除盡力不使傷寒菌，副傷寒菌，再作第二次傳染外，且應該照著自然的經過，助成自然治癒，乃為治療本病主要的着眼點。對於時常突