

第五部重要增補

根據1952年原版

吳軼羣譯

急性胆囊炎與胆囊結石

許多病例內急性胆囊炎的發生均有胆痙痛爲其先導。因此在所有一切胆痙痛病例，均須在發作終了數小時後檢查有否急性炎症徵候的存在。如有此等徵候存在，即必須立即將病人住入醫院，以期在此作嚴密的臨床觀察，並着手治療及施行其他措置。在另一方面，亦有某些急性胆囊炎病例並無胆痙痛爲其先導，或則遲至數日之後始來就醫。對於急性胆囊炎疾患，其惟一根治療法只有施行手術。但對於何時施行手術，則目下有兩種觀點不同的學派；一派主張立即施行手術，另一派則主張先用保守療法，然後選擇適當時間施行手術。兩種學派均持有相當的論據。其實吾人的治療計劃，主要的乃受病人就醫的遲早所左右。對於起病後72小時內就醫的病人，一般均主張早期施行手術。於此時間可施行胆囊切除術。

關於開刀時間的決定，有兩種事實必須注意。1.想根據病人的自覺症候去推測腹內的實際病變是很困難的；2.胆囊壞疽與穿孔恰與疾病歷時長短成正比例。總之每一病例均宜個別考慮和處理，而急性胆囊炎之爲一種嚴重的病症，則永遠不應忽視。

保守療法

如果胆囊尙無穿孔，亦無面臨穿孔的體徵存在，宜採取保守療法（詳見1952年版）。倘在保守療法的最初24—48小時的經過中，病人的脈搏與白血球計數均停止於原狀不再進行或有下降的趨勢，而病人的一般狀態亦有進步，腹部體徵靜止或不顯著，則此時可繼續採取保守療法。

待病人恢復相當良好與起床數日後，可爲詳細檢查並施行胆囊切除術。手術時根據病歷與臨床檢查所得決定是否爲施行總胆管的偵察手術。上述事項與

手術可在病人出院前施行之，但亦可移至病人恢復其體重後舉行。在某些病例，甚至在此保守療法與病況有顯然滿意進步之後，亦只能作胆囊切開術。在另一方面，有時亦可因病人的年齡過大，體力過弱，或患有嚴重心血管損害以及其他狀態等開始時即只能行胆囊切開術，或甚至不能勝任任何外科手術。

肝 硬 化

F. W. Hoffbauer 氏療法

肝硬化的原因很多，是肝臟組織發生結構上的變化，而以纖維性變為其最突出之特點。此病的自然經過有極大的不同。目前此病尚無法根治，但往往能遏止其進行。對於任何合理的治療計劃最重要的是先查明其病因，以及察知病變此時正處於何種階段。

各種類型的肝硬化中，以慢性嗜酒病例對治療的反應最好。對此等病人，當其肥大肝臟中的脂肪浸潤成分遠較纖維變性成分為多的時期，常可用高熱量飲食與戒絕飲酒的方法獲得特異的進步。其實在此階段，慢性酒癖之治療，較之硬化的治療尤為重要。倘病人能健飯，則此期的肝硬化症自能好轉。惟欲阻止病人患重酒癖及其不良的飲食習慣，頗屬困難。

肝硬化亦能出現於不飲酒及在出現於營養狀態良好之人。此等病人肝臟的脂肪浸潤不甚顯著。除血色沉着病，續發性胆汁性肝硬化與由寄生蟲侵入引起的肝硬化外，此類肝硬化的病因不明。在若干病例，慢性濾毒性肝炎可能是其原因。對於此類肝硬化，飲食療法雖亦重要，但其效果絕不能與酒癖一類病例相比擬。此類病例的治療，主要的只為保護病人使勿受有害物質與環境之侵犯，例如傳染，毒素，化學品與麻醉藥之侵犯，外科手術，急性失血以及過度的體力勞動等均能給予病人不利的影響。肝硬化患者的健康常處於一種不穩定的地位，其被減少的肝臟儲備力實在是一種嚴重的障礙。

飲食 宜用一種含有豐富蛋白質與一種有足夠脂肪能將膳食烹調可口的飲食（炭水化合物 300—400 克，蛋白質 100 克，脂肪 80—100 克）。倘上面介紹的蛋白質分量果真能為病人所食用，則補充蛋白質的藥品如胆素與甲硫胺酸（Methionine）的給予無此必要。濃維生素製劑常被給予此等病人作為治療的藥物。它們的應用亦未可厚非，至少在心理上講。病人需要鼓勵與安慰，而單只飲食的安排，是不能滿足病人的迫切求治的心理。

藥物 嗎啡是危險的，不可應用於肝硬化病人。在未知病人的耐受力前，所有一切鎮靜藥與麻醉藥均宜減少其劑量給予之。酒類禁飲。

休息 對於各種肝硬化病型，均宜限制其體力活動。慢性活動性肝硬化患者以及任何類型的代償不全性肝硬化病例均有臥床休息的必要。

傳染 對於一切可能存在的感染宜細心檢查，並加以有強有力的治療。慢性肺疾患及慢性胃腸疾患如阿米巴病或非特殊性潰瘍性結腸炎之存在對於硬化肝臟的影響是不利的。

腹水 大多數病例內可用嚴格限制食鹽攝入至每日一克的方法將腹水控制。這種限制往往須持續多月之久，因此實為醫生與病人雙方堅毅力的考驗。即使食鹽的限制只能將腹液穿刺術的時間推遲，此種努力也是值得堅決推行的。利尿劑的效力雖較心臟病例中為遜，但往往亦甚有益，對於體內鈉鹽經由小便的排洩尤然。但因此也可以發生過度的鹽缺乏以及酸毒症，這是不可不知的。能交換游子的樹脂的應用，似能比嚴格限制食鹽的奏效稍大，但此類物質的採用，却能允許攝入較多的鹽。惟樹脂亦不可胡亂應用，以免發生嚴重的電解質平衡紊亂以及嚴重的鉀缺乏。有人試用食鹽貧乏的人體血清為靜脈輸注，以控制腹水，其效果一般的已使人失望。網膜固定術等一類外科手術價值很少或根本無效。

胃腸出血 通常為胃或食管的血管曲張破裂或潰爛所致。需用輸血急救。此外可取一能讓胃管通過的、不能擴張的食管填塞置入食管以為局部止血之用。維生素K與葡萄糖之靜脈注射可作為支助療法。勿用嗎啡及其他抑制藥物！外科療法如脾臟切除術，門靜脈—腔靜脈吻合術，曲張靜脈的結紮或注射術，以及胃切除術等，目前均在考驗之中，其價值尚待究研。

肝性病昏迷 此為肝硬化已臨終末階段的表示。嗎啡及其他抑制性藥物之應用，往往為肝性病昏迷的誘發原因。出血與感染治療之遲延，有時亦為誘發昏迷之原因。在昏迷業已存在或即將來臨時，用金徽素加以治療（每24小時用二克，通常需用靜脈注射）有時似頗有效。某些病人可能因之至少暫時的恢復知覺。葡萄糖的靜脈注射與維生素乙集團的給予頗為重要。菸鹼胺鹽的靜脈輸注（每十二小時250毫克）有時偶然亦甚有效。

慢性潰瘍性結腸炎

腦下垂體的副腎皮質促進素 (ACTH) 與副腎的皮質素 副腎皮質促進素證明對於此病的療效微小。此物有時雖能抑低病人的體溫與脈搏，但大便的次數與直腸鏡檢所見則毫無進步。必須注意，用此物治療時，有時可能發生腸穿孔而在體溫與脈率上不示絲毫凶惡變化。著者本人對副腎皮質素無足夠經驗，惟覺如欲採用此二藥之一，則用副腎皮質促進素似較安全。

肝 炎 (急性)

J. R. Reece 氏療法

約有80—90%的急性肝炎病例可以不需多少治療而自行痊癒，但其餘10—20%則發生合併症，或留下後遺病。因此，積極的療法也是不可厚非的。

急性肝炎可分為四期

1. 病情上趨期 包括黃疸前期與黃疸上行期，粗略講來與起病至肝損害高峯期之間的間期相當。此期的潛在性危險甚大，蓋因雖輕症病人有時亦可突然轉變而示急性肝功能不全，並繼續進行不已以至發生昏迷而死亡，事先並無預兆。

2. 病情下降期 包括病情好轉的開始與臨床症狀完全消失之間的一段時期。此期亦含有若干潛在危險，因隨時可以有較之病情上趨期還要嚴重之復發。

3. 臨床徵狀不顯但病變仍有活動性的恢復期 這是指臨床徵狀業已消退，但肝機能檢查却仍示顯著障礙的時期。此種情況的認識頗為重要，因活動性肝機能障礙一日不消失，則長此有重新復發與遷延不癒的危險。單憑臨床症狀判斷肝炎之癒否，有時是可以發生錯誤的，有時臨床與實驗室檢查均無異狀，但肝活組織檢視却能發現肝炎尚在持續活動，故活體檢視有時亦是需要的。

4. 痊癒期 在此期內，臨床上與實驗室檢查均不能發現任何肝臟方面的損害。

病勢上趨期的療法

1. 住醫院 因有上述潛在危險，故無論病情輕重均以住醫院治療為宜。
2. 檢查 須作全部血球計數，小便的常規分析，全部性的，與即現的直接血清胆紅素反應，腦磷脂—胆脂醇凝絮試驗，麝香草酚濁度試驗與麝香草酚凝絮試驗，鹼性磷酸鹽酵素以及尿內尿胆質原與尿胆質的測驗等。

3. 完全的臥床休息

4. 營養治療 食慾完全缺乏並有嘔心與嘔吐時期的療法

①食物與飲料只於病人有此要求時給予之，不可強制給予。

②每日靜脈注射15%的葡萄糖1000毫升，內加鹽酸硫胺 100 毫克，菸鹼醯胺100毫克，核黃素20毫克，抗皮炎素（維乙六素）50 毫克，抗壞血酸（維生素丙）100毫克，與維生素K30毫克。

③如上述液體不足，不夠補充機體所損失的水份（小便，嘔吐，不察覺的水份損失），可算出其不足之數而以同份量的10—15%葡萄糖溶液補充之。葡萄糖溶液的濃度可視病人尚能進食多少熱量而增減。

④倘此病期延續長久，而腎臟機能未生障礙，可加取水解蛋白質1000毫升注入靜脈作為每日輸入液體的一部分。

5. 嚴重厭食的病期 克服以後的療法 可用少食多餐的辦法令病人進食，並逐漸加至每公斤體重35卡路里的標準。脂肪（限於食物內的脂肪如牛乳，黃油，蛋類等），蛋白質與炭水化合物對於每公斤體重的比例宜大約1，1.5與5克。多種維生素的合劑與維生素 K（每日三次，每次5—10 毫克）亦宜每日給予之。

6. 預防結腸鬱滯 用硫酸鎂 5—15 克，一日二次飯前服的方法預防結腸的鬱滯。

7. 特殊療法 倘病勢極為嚴篤，或病人有長期營養缺乏，則宜給下述藥物。

- a. 維生素 B₁₂ 50 微克與粗製肝膏三毫升肌肉注射，每日一次或隔日一次。
- b. 每日口服或注射維生素K（口服20毫克，注射10毫克）
- c. 甲硫氨酸（Methionin）每日三至五次，每次一克。
- d. 倘病情上升期有繼續進行的趨勢，宜考慮服用金黴素，每次 0.5 克，每六小時一次。口服不耐時，可用其稀釋溶液經靜脈給予之，每十小二時0.5克。

肝病性昏迷與昏迷前期的治療

大致與病情上升期同，惟稍作如下的修改。

1. 用10—15%的葡萄糖溶液持續注入靜脈。此外，每日尚加入鹽酸硫胺 500 毫克，菸鹼醯胺 500 毫克，三種維生素 1000 毫克，核黃素 20 毫克，維乙六素 50 毫克與維生素 K30 毫克。

2. 靜脈注入金黴素，每十二小時0.5—1.0克。
3. 每日注入2.5%的甲硫氨酸（溶於葡萄糖溶液內）100毫升。
4. 每四至八小時肌肉注射300,000單位青黴素以預防感染。
4. 持續用面罩或鼻導管施氧。倘口腔、咽及肺內的分泌液過多，可常常轉動病人使其處於適當的呼吸位置。必要時且需用氣管切開術以保證肺臟的充分充氣及供給機體足夠之氧，以免發生嚴重的缺氧危機。
6. 每日至少輸血 250 毫克以預防發生出血的傾向及支助循環之維持。倘已發生大出血，宜立即輸入足量的全血急救之。
7. 倘血壓持續處於低下的水平，須考慮副腎皮質全浸出液的應用。
8. 小心維持液體與電解質的平衡。
9. 食管的曲張靜脈有嚴重出血時，食管填塞有時有救命的意義。
10. 倘有腎機能不全（通常為腎單位下部型）在存在，需要小心控制體液及電解質的平衡。對於此種合併症，有時用人工腎或換血輸血法證明頗有價值。
11. 在此急症時期，病人須有護士及醫生常川在旁照料，俾能隨時採取特殊的醫療措置。

病情下降期的治療

倘病情上趨期的情況嚴重或發生某種合併症，則上述病情上趨期的療法應予繼續。否則可作如下之更動：

1. 如進食已能供給充分的營養，靜脈注射即予停止。
2. 嚴格之臥床休息應繼續至胆紅素降至二毫克時為止。以後如肝機能檢查的陽性程度繼續減退而肝臟的壓痛亦完全消失，則可允許病人每日清晨，下午，晚上各起床一小時。
3. 起床不久後，如病人能在家中獲得充分之醫藥照顧，即可令其出院。

臨床徵狀不顯的活動期的療法

如有任何一種肝檢查法保持陽性反應或肝臟壓痛未消失，即隨時有復發或蛻變成爲慢性肝炎的危險。因爲經過上述療法後，此期病人往往不示任何症狀與體徵，只有實驗室的檢查能發覺肝臟病變的持續活動化。胆紅質退至正常後，最可靠的肝檢查法爲各種凝絮試驗，麝四溴酞鈉排泄與尿內的尿胆質原檢查法等。倘肝病變有明證尚在活動，則病情下降期的療法應予繼續。上述肝試驗法只呈弱陽性時，病人可在家中走廊下散步，但早晨和下午仍須各仰面臥床休

息二小時。在此時期宜每星期作一次實驗室檢查，以期發現體力活動過度對於病肝的不良影響。

臨床徵狀不顯的活動期內復原遲延不進步時的療法

1. 倘此期歷時長久（一月以上）或肝試驗反應的陽性程度增加，則宜觀其活動性的程度如何，重新採取病情上趨期或病情下降期的療法。

2. 重新檢討各種診斷性檢查，研究是否有其他狀態聯合存在。肝活體檢視亦應予利用。

3. 用每次 500 毫克，每日四次的金黴素內服作一為時三至四星期的治程往往有益。惟若出現嚴重的不耐現象，即立速停藥。

4. 倘弱陽性反應持續長時期，可小心考慮令病人增加體力活動，同時當然須用適當的實驗室檢查加以監視。倘不見發生不利的作用，此種體力活動可予繼續或擴大其範圍。

金黴素療法的適應

根據目前經驗，金黴素在下列狀態下可能有用：

1. 有特種感染如阿米巴病之存在時。
2. 病情上趨期內病情的嚴重程度不斷進展（包括肝性病昏迷）時。
3. 病情下降期過度延長，例如黃疸不肯繼續減退至正常時。
4. 臨床徵狀不顯的活動期過分延長時。
5. 有復發的跡象時。

據目前所知，金黴素（每日二克）至少須給予 2—4 星期。發生副作用時宜立予停藥。在用金黴素治療之過程中，必須同時給予維生素 K。

腦下垂體的副腎皮質促進素（ACTH）之給予

此藥對於急性肝炎的治療似有良好影響，用法如下：置 ACTH 20 毫克於 5—10% 葡萄糖溶液中於 12 小時內輸入靜脈，連用二日。以後每日用同樣方法靜脈輸入五毫克或用同劑量肌肉注射每六小時一次，至胆紅素回復正常為止。在用 ACTH 治療時間，嚴格限制食鹽每日不可超過一克，同時並用青黴素預防可能同時存在的感染（在不用金黴素時）。對於金黴素的禁忌證自然亦宜考慮周詳。

預防肝炎瀆毒的傳播

1. 宜採取對傳染的預防措置，正如預防其他任何一種胃腸傳染病然。同時

並宜採取措施以防病毒從血液傳播，至黃疸消失為止。

2. 對於會與病人密切接觸之人應為之注射丙種球蛋白（體重每磅用0.01—0.06毫升肌肉注射）。

實驗室的追蹤檢查

肝炎後期的實驗室追蹤檢查，目前已認為與梅毒的實驗室追蹤檢查同樣重要。大約有 0.5% 的病例顯示持續的肝臟障礙，此等障礙有時只能用某數種特殊的肝檢查與肝活體檢視法始能發現之。但大多數病例（約為95%）則可無需實驗室的幫助而加以有效的管理。可惜因為慢性肝炎的嚴重性以及吾人無法事先預料其究將出現與否，通常有作規模廣泛的臨床及實驗室追蹤觀察的必要。此等病例的早期發現對其預後有很有利的影響，因為否則吾人將可能過早地令病人脫離醫生的監視，以致增加其轉變成為慢性肝炎的可能性也。