

实用肺結核病治疗学

吳紹青 主編

上海衛生出版社

再 版 序

本書自刊出兩年以來，我們曾收到某些讀者來信。這些來信給我們很大的鼓勵，有的提供了寶貴意見，使這次的再版得有一些改進，有的鑒承嘉勉，使我們對編寫本書所原抱的宗旨提高了信心。我們願在此謹表示衷心的謝意。

在這次再版中，我們增加了一些內容。這些內容主要有兩種性質；一種是有關理論性的，如：肺結核病臨床處理大綱，十類型肺結核病治療的原則，粟粒性肺結核的療法，以及痊癒、隨訪、復發在治療上的意義等問題。希望通過這些選題，對肺結核病治療的理論，可以多表達一些意見。新加內容的另一種性質，是幾種療法的介紹，如：藥物霧化吸入療法，氣管滴入療法，肺空洞穿刺療法，結核性自發氣胸的療法，異菸鹽胺與異菸肼合併療法以及骨膜外塑膠球填塞法等。其它各章如：藥物療法，藥物療法綜合論述，結核性膿胸的療法以及胸腔外科麻醉術等，皆作了重點的修改和充實。原來的外科療法總論一章，經重加整理和充實後，現改稱肺結核空洞的處理。結核性胸膜炎積液的療法，亦加以修改和充實，並使之獨立另成一章。其餘各章皆有不等程度的增修。原來肺截除第三部分的手術各論一章，在本版中除圖表仍保留外，其餘有關手術操作的敘述，儘量刪去，以求內容的比重取得適當。

由於本書此次內容的大量補充和修改，雖不能說全部推陳出新，但却與前版有着不少區別；同時對於本書原名實用肺結核病治療學的“學”字，我們做得不夠，因此，在這次再版時我們增加了幾個理論性的專題，希望臨床實用方面能與必須有的理論基礎相結合。

肺結核病的治療問題，可以從多方面去看它。此可於肺結核病臨床處理大綱，十類型肺結核病治療的原則，以及肺結核空洞的處理三章中見之。在這三章中可能在某些方面有些重複。但是我們認為這些不可避免的重複是必要的，並且可以發生殊途同歸的意義，希望使治

療的觀點，在不同的角度上，可能趨向一致。

本書所列各種療法，其適應指徵皆各有其一定的限度。有的限度相當寬鬆，如基本療法；有的限度極為狹窄，如空洞穿刺法。在這兩種極端之間，就有許多不等限度的適應。只有病例的適當選擇和操作技巧的熟練，才能使每一種療法發生其應有的作用。在考量採取某種療法時，我們主張：與其機械式的套用，毋寧原則性的靈活掌握！這點我們已在肺結核病臨床處理大綱及藥物療法綜合論述兩章中一再強調。

目前有些醫學名詞尚不夠統一，分明所理解的是一回事，但是所採用的名詞却有不同。這樣的缺點本書亦所難免，不過我們曾儘量地避免。凡用萎陷療法的名詞者，係指人工氣胸；鬆弛療法者，係指人工氣腹及膈神經麻痺術；壓縮療法者，係指胸廓改形術，骨膜外塑膠球填塞，及胸膜外人工氣胸等術；截除手術者，係指肺楔形、肺段、肺葉或一肺等截除術。

本版雖經過我們一度修改和充實，肯定的缺點還是很多。我們誠懇地希望讀者不客氣地提出批評，指出書中的缺點，使肺結核病治療的知識，可以不斷地提高，以配合日益增長人民保健事業的要求。也只有這樣，才能使科學的車輪追隨着祖國建設事業，向前推進！

吳紹青

一九五五年二月

初 版 序

在結核病的工作中，防與治存在着密切連帶的關係。預防加強，醫療的要求亦隨之提高；兩者決不可也不能單獨孤立的。自 1950 年中央衛生部頒佈了「預防為主，醫療為輔」的方針後，無形中提高了結核病預防的重要性。因此，隨之而帶來的，就是醫療要求的提高。這個要求普遍存在，並在不斷地增長擴大中；尤其是當國家經濟建設的開始，對於危害人民健康最大最常見的結核病之必須加以控制，更重視了醫療的要求和它的迫切性。我們自知能力有限，決不敢說能滿足這個要求，但是認為醫療部門是整個結核病預防工作中一個不可缺少的環節。為着加強今後防癆工作的發展，配合醫療方面的要求；為着建立本國醫學，配合國家建設的需要起見，我們懷着勇氣，就各人一點的專長，將肺結核病各種療法，分別編寫成冊，與讀者見面。

編寫本書的精神，是採「實用」為宗旨。因此，不必要的理論敘述，儘量免避；陳腐不適用的治療方法，儘量不提；標新立異的療法，未經科學證實確有療效者，亦不述及。我們的希望是將近代肺結核病治療已成熟的經驗，精簡扼要地，作一個綜合介紹，以求達到臨床實用的目的。

有關肺結核病治療的書籍，在國內尚無專冊刊出；雖然在文獻中有些散在的專題論述，但是東鱗西爪，缺少系統性和綜合性的介紹。為彌補這個缺憾，我們將主要密切而有關的問題連系並綜合起來，以求能達到本題範圍內的全面性。在內科療法部份中，除特種療法分別論述外，特包括精神療法和復原療法；這樣不僅對於臨床知識上能有些幫助，同時對於了解病人的心理及加強療養院的專業工作，亦能發生一些作用。在外科療法部分，我們為求達到實用的要求起見，對於手術的步驟和技術的操作，敘述較為詳盡；這樣對於有志胸腔外科醫師，可能幫助更大。我們認為肺結核病的治療工作，為內外科醫師共同的任務。這種趨勢和要求，正在日益增長中，本書外科療法部分的

寫出，也就是希望能配合這樣的趨勢和要求。

同樣地，枝氣管內膜結核，枝氣管鏡檢查，以及胸腔手術麻醉，皆因與治療上有密切的關係，也分別寫出。通常這些題目，由於個別的特殊性，是各個孤立的，很少發生連帶關係；爲着讀者的便利，我們一併列入。

對於本書的刊出，我們所抱的希望是：國內結核病工作以及肺科同道們在肺結核病的治療問題上，能或多或少地，取得一個共同意見，在臨床實用以及病例處理各方面，不至於意見過於分歧。這是我們所抱的希望，可能希望大，而成就小，但是我們願本着這個精神，存着虛心學習的態度，作個開端。

本書的缺點一定很多，譬如名詞的採用未能一致標準化，前後的題目缺少連貫性，文字的敘述未必能表達盡意，以及標點符號未必使用得當；諸如此類的缺點，在所難免。倘有遺漏和錯誤之處，非常抱歉，倘希我結核病醫務工作者和肺科同道們，多多指正和批評，是幸。

吳紹青

一九五三年七月

目 錄

第一章 概論

(吳紹青)

- 第一節 結核病治療的歷史演變..... 1
- 第二節 肺結核病治療的今後趨勢..... 4

第二章 肺結核病臨床處理大綱

(吳紹青)

- 第一節 概述.....10
- 第二節 四期病理變化及其臨床意義.....11
- 第三節 浸潤或進展期的臨床處理.....12
- 第四節 溶解或播散期的臨床處理.....12
- 第五節 吸收或好轉期的臨床處理.....13
- 第六節 硬結或鈣化期的臨床處理.....14

第三章 十類型肺結核病治療的原則

(吳紹青)

- 第一節 概述.....16
- 第二節 原發綜合徵.....17
- 第三節 枝氣管淋巴結結核.....18
- 第四節 急性粟粒型肺結核.....19
- 第五節 亞急性及慢性血行播散型肺結核.....19

第六節	局灶型肺結核	20
第七節	浸潤型肺結核	23
第八節	乾酪性肺炎	24
第九節	慢性纖維空洞型肺結核	24
第十節	肺硬變	27
第十一節	胸膜炎	28

第四章 基本療法

(李德洪)

第一節	概述	29
第二節	休息	31
第三節	營養	39
第四節	空氣日光和水治療	44
第五節	身體的鍛鍊	46

第五章 對症療法

(李德洪)

第一節	概述	48
第二節	症狀的處理	48

第六章 藥物治療

(吳紹青·李德洪)

第一節	概述	53
第二節	鏈黴素	56
第三節	對氨柳酸	63
第四節	氨硫脲	67
第五節	異菸肼	69
第六節	異菸醯胺與異菸肼合併療法	78

第七章 藥物療法綜合論述

(吳紹青)

第一節	概述	80
第二節	藥物的選擇	80
第三節	病灶的適應徵	82

第 四 節	抗藥性的問題·····	83
第 五 節	人體抵抗力的潛在性·····	87
第 六 節	促腎上腺皮質激素與結核病的關係·····	88

第八章 藥物霧化吸入療法,氣管滴入 療法及肺空洞穿刺療法 (孫忠亮)

第 一 節	概述·····	90
第 二 節	藥物霧化吸入療法·····	90
第 三 節	氣管滴入療法·····	91
第 四 節	肺空洞穿刺療法·····	94
第 五 節	氣管滴入與空洞穿刺療法的效果與病例選擇·····	95

第九章 精神療法 (夏鎮夷)···97

第十章 體育療法 (李德洪)

第 一 節	概述·····	105
第 二 節	理論基礎·····	106
第 三 節	適應徵和禁忌徵·····	107
第 四 節	實施原則·····	109
第 五 節	設計·····	110
第 六 節	繼續或停止醫療體育的指標·····	112

第十一章 復原療法 (汪 士)

第 一 節	概述·····	114
第 二 節	休息與活動相結合的階段·····	115
第 三 節	療養院內復原治療的組織·····	117
第 四 節	過渡階段的復原治療·····	118
第 五 節	過渡階段復原療法的幾種組織形式·····	118
第 六 節	工作能力的測定及工作的調度·····	121

第十二章 急性粟粒型結核病療法 (李德洪)

第一節	概述	125
第二節	症狀和診斷	126
第三節	治療	128

第十三章 結核性胸膜炎 (徐昌文·周廣仁)

第一節	結核性胸膜炎的成因	130
第二節	症狀和診斷	131
第三節	治療	131

第十四章 肺結核空洞的處理 (徐昌文)

第一節	概述	136
第二節	空洞在臨床上的意義	136
第三節	空洞的形成和演變	137
第四節	空洞的分類	138
第五節	空洞的癒合	143
第六節	空洞的治療	144

第十五章 結核性自發性氣胸的治療 (孫忠亮)

第一節	概述	151
第二節	結核性自發性氣胸	151
第三節	治療	153

第十六章 枝氣管內膜結核病 (孫忠亮) 155

第十七章 枝氣管鏡檢查術 (穆瑞芬)

第一節	概述	161
第二節	手術前的準備工作	161
第三節	麻醉方法	162
第四節	檢查技術	163
第五節	肺結核病員的枝氣管鏡檢查	169

第十八章 人工氣胸療法 (周廣仁)

第一節	概述	174
第二節	人工氣胸療法的作用機理	175
第三節	適應徵和禁忌徵	175
第四節	技術操作	178
第五節	人工氣胸術的併發症和處理方法	183
第六節	人工氣胸療法的維持	186

第十九章 胸腔鏡檢查與胸膜內 粘連烙斷術 (顧愷時)

第一節	概述	190
第二節	粘連種類	190
第三節	粘連的部位	191
第四節	手術方法	192
第五節	治療的結果	195
第六節	手術後的併發症	195

第二十章 人工氣腹療法 (周廣仁)

第一節	概述	198
第二節	適應徵和禁忌徵	199
第三節	技術操作	201
第四節	人工氣腹療法的併發症及其處理方法	203
第五節	人工氣腹療法的維持和停止	206

第二十一章 膈神經手術 (顧愷時)

第一節	概述	210
第二節	膈神經麻痺後產生的變化	210
第三節	手術方法	212

第四節 併發症·····	216
--------------	-----

第二十二章 肺結核病手術前應有的檢查

(徐昌文)

第一節 檢查項目·····	218
第二節 肺功能·····	219
第三節 手術療法的禁忌徵·····	226

第二十三章 胸膜外人工氣胸與胸膜外

填塞術

(邱少陵)

第一節 概述·····	228
第二節 手術的優缺點及其結果·····	228
第三節 病例的選擇·····	229
第四節 手術的方法·····	230
第五節 術後空隙的處理·····	232
第六節 手術後的併發症·····	234

第二十四章 骨膜外塑膠球填塞術

(顧愷時)

第一節 概述·····	237
第二節 手術的優缺點·····	238
第三節 手術的適應徵與禁忌徵·····	239
第四節 手術方法·····	240
第五節 手術的結果·····	241
第六節 手術後的併發症·····	242

第二十五章 胸廓改形術

(顧愷時)

第一節 歷史·····	243
第二節 病例的選擇·····	244

第三節	手術的要點	247
第四節	手術的步驟	250
第五節	手術後的處理	257
第六節	手術的結果	259
第七節	手術後的併發症	259

第二十六章 空洞引流術 (陳兆昌)

第一節	概述和適應範圍	263
第二節	手術方法	264
第三節	手術後併發症	266

第二十七章 肺切除術(一) (顧愷時)

第一節	歷史	268
第二節	手術的適應徵	268
第三節	病例的選擇	272
第四節	手術後的結果	273
第五節	併發症	274

第二十八章 肺切除術(二) (顧愷時)

第一節	位置與麻醉	278
第二節	器械及縫線	279
第三節	切口與顯露	280
第四節	切除的範圍	281
第五節	肺門組織的處理	282
第六節	胸腔的縫合	285
第七節	手術後的處理	286
第八節	手術後的胸廓改形術	289

第二十九章 肺切除術(三) (顧愷時)

第一節	右側全肺切除術	291
-----	---------	-----

第二節	左側全肺切除術	292
第三節	右肺上葉切除術	294
第四節	右肺中葉切除術	295
第五節	右肺下葉切除術	295
第六節	左肺上葉切除術	297
第七節	左肺下葉切除術	298
第八節	肺局部切除術	298

第三十章 結核性膿胸的外科療法 (蘇應衡)

第一節	概述	300
第二節	手術的選擇	300
第三節	手術的操作	302
第四節	手術治療的結果	309

第三十一章 痊癒、隨訪、復發在治療上的意義 (吳紹青)

第一節	概述	311
第二節	痊癒在治療上的意義	311
第三節	隨訪在治療上的意義	313
第四節	復發在治療上的意義	315

第三十二章 胸腔外科麻醉術(一) (吳珏)

第一節	事前準備	318
第二節	麻醉術	323

第三十三章 胸腔外科麻醉術(二) (吳珏)

第一節	麻醉時注意事項	328
第二節	事後處理	336

第一章

概論

第一節 結核病治療的歷史演變

在上古未開化的時代，有許多疾病，因人類知識缺乏，遇不易理解的事物，有時委諸天命和鬼神的謬說，結核病即是其中的一例。迨至公元前 370 年的光景，希臘醫師希伯克拉底氏[⊖]首先創用「癆」字，否認「天譴」或「神怒」之說。據巴爾特氏[⊖]的記載，在埃及河掘出的「木乃伊」骷髏中，發現有脊骨結核的跡象，證明早在公元前五千年的光景，結核病已經存在。中國醫史中有關結核病的最早記載，則有內經所載「虛癆」之症。東漢張仲景在他的金匱要略中，有「虛勞」和「馬刀挾瘰」的名稱。前者係描述慢性肺結核病，後者是指腋下及頸淋巴結核的腫大。張氏能將肺結核和淋巴結核兩者混為一談，并能認為是同一虛勞之證，足徵他的臨床觀察能力。此點已早賴納克氏[⊗]所倡說的一元論一千餘年了。崔知拂（七世紀）在他的崔氏別錄中記載有「骨蒸」，「傳尸」，「尸疰」，「伏連」，以及「勞極」等名稱，拿我們目前結核知識來理解，係指急性或奔馬式的肺結核病，並含有高度傳染性及預後不良的意義。歐州醫家所稱「消耗病」和中國醫家所稱「虛勞」和「虛損」皆有同樣的意義。以上所述的各種名稱，對於肺結核病只有一個共同症候羣的形容而已，病原性的診斷尚談不上。儘管這些名稱不同，但是所描寫的却是一回事。

十五世紀當歐洲文藝復興的時候，科學開始萌芽；研究和實驗工作漸被重視，隨之醫學研究亦漸放光明，但對於結核病學非常渺茫，開始認識結核病的時期是在十七世紀，當時法國醫家雪爾弗氏[⊗]（1650）

⊖ Hippocrates ⊖ Bartel ⊖ Laennec ⊗ Francis Sylvius

在死於「癆病」的尸體中，發現顆粒狀組織病變；他稱之為「結核」。於是「癆」與「結核」發生了聯繫和統一的意義，也可以說：由抽象的理解，轉到具體的事實。病理學是臨床醫學的基礎，在這方面繼續有貢獻者頗不乏人，其中較突出者為法國醫家賴納克氏（1819）和德人歐恩佈格氏[⊖]（1761）等；他們將結核病的病理知識和臨床醫學結合起來，打下了結核病學的良好基礎；在這二、三百年中結核病學是開始光明的時期。

雖然病理和臨床的知識有了若干基礎，但是結核病的傳染性和病因尚不明確。當時醫家大都以為結核病是「自然而生的」，並且有遺傳性的。雖然早在1546年福司卡托瑞司氏[⊖]曾倡說過：「癆病是可以傳染的，並且這個傳染物是人眼所不能見的一種蟲」。這種理論為「自然而生的」和「遺傳」的信念所壓倒，未得到當時醫家的重視；直至1865年魏爾明氏[⊖]用動物接種的試驗，才證明了結核病的傳染性。雖然結核病的傳染性證明確實，但仍不知傳染的病原為何物；當時也有些學者以為人體系統遭受某種「毒素」的關係，而引起結核病的形成。自1870年巴士德氏[⊗]發明細菌學說後，醫家對於細菌致病的思想就加強了。1882年柯赫氏[⊕]之發見結核桿菌，糾正了以前所認為遺傳的、自然而生的、以及毒素侵襲的等等不正確的思想；如此奠定了結核病學的科學基礎。

在中國醫學史上，關於「癆蟲」之說，起源於1340年之前，由不具體的、抽象的「病死之氣」，逐漸演變到具體的、有形態的「尸蟲」和「無辜」的理論。所以結核病的傳染性和細菌的觀點，也同樣地在中國醫家思想中，經過一番探討，但缺少實驗的證明。

數千年來結核病的治療，是隨着科學的進展而改變的。因為藥無特效，所以方法之多不勝枚舉，有的轟動一時，轉瞬就被淘汰掉了，惟有希伯克拉底氏的新鮮空氣、休養及營養之說，垂二千餘年，經過時代的考驗，整然不動，構成今日結核病基本療法的柱石。在中醫方面倡導這一說者亦不乏人，明初（十四世紀）葛乾孫氏指出：營養，

⊖ Auenbrugger

⊖ Frascatorius

⊖ Villemin

⊗ Pasteur

⊕ Koch

止血，清補及鎮靜，對治療虛勞之重要。明朝李梴對肺結核的治療云：『患此疾者或入山林，或居靜室，清心靜坐，常焚香叩齒，專意保養，節食戒慾，庶乎病可斷根，若不遵此禁忌，服藥不效。』這些說法與我們今日對結核病人所勸說關於休養的一套，其意義可說毫無二致。其它民間丹方以及當時醫家所採取各種療法不一而足，如：航海，騎馬遊獵，水浴，以及無鹽飲食等大自然生活方式。採取這一類的療法，大都由於當時醫家的思想，認結核病為『耗傷病』，即中醫所謂『虛癆』；所以採取一些身體鍛鍊方法，以補『真元』之不足。及至病理學稍為明朗之後，醫家乃重視藥物療法如：砒、碘、鈣、木餉油、金屬等劑，以求藥物所發生的作用，能達到局部病灶的癒合；這些企圖又歸失敗。

近在百年前的光景，在柯氏尚未發現結核桿菌以前，排洩療法盛行一時，如：瀉藥、吐劑、灌腸、放血等法。採取這一類的排洩療法，是由當時醫家認為結核病是由於『毒素侵襲』所造成；為欲排除這種毒素，所以不惜用種種劇烈排洩方法，來求達治療的目的。這種錯誤觀點當然經不起科學的考驗，不久也就被淘汰掉了。自柯氏發現結核桿菌以後，曾有些人從免疫學方面來治療結核病，如：柯氏結核菌素、血清以及活結核菌苗等，（卡介苗接種作為預防作用，不在此範疇之內），這些療法亦逐漸消沉下去，不復為醫家所重視。

在藥物療法方面，開始能稍有療效者，為1938年之氫劑，以及1943年之普洛米坐，嗣以毒性過強未能廣泛使用。這是藥物對於結核病有效治療的一個起端。1944年之鏈黴素及氨硫脲，1946年之對氨柳酸，以及1951年之異菸肼之相繼發現，可說是藥物療法對於結核病又帶來了新的希望和光輝。

肺結核病不僅是內科病，同時在某種情況下，亦需用外科手術；這點亦為古人所理解到的。譬如希氏遠在公元前三、四百年的時候，曾用豬膀胱塞入結核病者的胸腔，成果如何，雖未見詳細記載，但相信必遭失敗，因生理學及外科手術消毒知識缺乏，決不會有良好結果，其意義未始非壓縮療法之一種。胸腔外科手術是在十八世紀的初葉開始萌芽；當時因醚藥尚未發明，消毒和細菌化膿的學理尚不明瞭

(大都以烙鐵代替)，呼吸生理的知識極為幼稚，所以外科手術無異野蠻式的宰割，手術完畢後，病員往往因窒息而死。迨至 1820 年卡而孫氏[⊖]研究肺臟生理，證明有彈力性，發明人工氣胸以治療肺結核病，由於病例的選擇不當，兩例均歸失敗。1888 年福來尼尼氏[⊖]復使用於肺結核病員，成績良好，從此才廣泛地應用。肺結核病採用外科手術治療者，實起始於十九世紀的末葉，如：慕司樂氏[⊖] (1884) 施行空洞穿刺術，賽仁飛氏[⊖] (1885) 開始胸廓改形術，杜飛耶氏[⊖] (1891) 開始肺葉截除術及胸膜外氣胸術；在二十世紀的開始，則有費德赫氏[⊖] (1908) 作胸膜粘連截斷術，司徒資氏[⊖] (1911) 之膈神經麻痺術，以及傑柯勃氏[⊖] (1912) 之胸膜粘連烙斷術等等。這些手術療法在開始的階段，附帶所產生的合併症及手術危險性相當高。近二十餘年來，胸腔外科手術的改進有驚人的發展，手術的死亡率亦有顯著的降落。這種成就是由於多方面的因素結合而成的，如：氣管醚麻醉術，肺生理功能的知識提高，抗生素和抗癆藥物配合的使用，以及手術技巧的改進等等。手術治療的演變，與藥物療法相似，有些曾轟動一時者，不久已成為明日黃花，如：斜角肌切斷術，傍脊椎神經封閉法，油胸，以及開放式胸膜粘連切斷等，現在均被淘汰掉了。還有些手術療法尚在淘汰中；這樣的演變，將隨着科學的進步，繼續不斷地進行。

第二節 肺結核病治療的今後趨勢

從 1882 年柯赫氏發明結核桿菌後七十餘年來，結核病學並無重大的發現，所值得注意的，則可歸納以下三點：(1) 預防醫學之重視，(2) 鏈黴素和其它藥物的發現，(3) 胸腔外科手術的改進。這三類情況雖然是一些方法上的改進，但却影響結核病的工作很大；欲推測今後治療的趨勢，只能在這些現有的基礎上，展望將來，而不能拿以往的歷史過程，來衡量今後的發展。茲就以上三點分別說明如下：

一、預防醫學的趨勢

結核病既是一種傳染病，則防癆之發展，為今後必然的趨勢。1950

⊖ James Carson
⊖ Tuffier

⊖ Forlanini
⊖ Friedrich

⊖ Mosler
⊖ Stuertz

⊖ Cerenville
⊖ Jacobeus