

142379

医药卫生科学技术资料选集

(内部资料·注意保存)

第 二 集

广西僮族自治区卫生厅编印

一九五九年十月

前 言

今年以来，在各級党委的正确领导下，我区的医药卫生技术革命运动和科学研究工作已經蓬勃地开展起来，特別是在学习了党八届八中全会的公报和決議以后，全区医务人员鼓起了更大的革命干劲，使运动不断进入新的高潮。因此，无数的发明創造和科学研究成果象雨后春笋一样湧現出来。为了使这些研究成果能更好地为当前的除害灭病和科学研究服务，进而促进我区工农业生产更大的跃进，为此，我們特选择了部分資料編印成册，以資交流經驗，促进今后科技工作进一步开展和提高医学科学水平等方面，起到“拋磚引玉”的作用。

选集中的各篇資料，由于观察時間較短，病例也不多，許多东西尚欠成熟，急待我們进一步深入去研究和作長期艰苦的努力。因此，目前这些資料我們只作为医药卫生單位內部資料交流，希各地各單位医务工作者在实际运用过程中，加以整理和进一步提高。

本集資料付印時間比較仓促，搜集資料还欠全面，同时在編审工作上，由于水平有限，經驗欠缺，錯漏在所难免，悬請各地同仁多給我們提出宝贵的意見，以便今后改进。

广西僮族自治区卫生厅

1959年10月

目 录

結 核 类

气管滴入治疗肺結核 456 例的近期疗效初步总结	(1)
肺結核局部疗法 90 例临床分析	(9)
大蒜辣素气管注射治疗肺結核的观察简介	(17)
白果酸气管滴入治疗肺結核初步观察简介	(19)
一面桃花 (Rhizoma Trphonii) 治疗五例肺結核的临床观察初步分析	(20)
用黄连素、大蒜液雾化治疗支气管内膜結核临床观察	(28)
用对氨柳酸钠溶液静点滴治疗活动性肺結核的疗效初步总结	(24)
介绍气管滴入疗法的操作方法	(27)
中药同春合剂治疗肺結核初步探讨	(28)
同春合剂治疗肺外結核临床初步报告	(33)
疗肺膏治疗肺結核病的总结	(35)
中药白蛤散治疗肺結核病之疗效报告	(37)
冬虫草合剂治疗肺結核三例初步报导	(38)
中药二冬二母湯及鉄破湯治疗結核病的初步总结	(39)
中药三黄片治疗浸潤型肺結核的初步体会	(42)
穿洋箭合剂治疗肺結核	(43)
針灸治疗肺結核 81 例初步总结报告	(47)
气功疗法治疗肺結核 18 例临床观察效果及經絡变化	(48)
針刺捻轉法应用于胸科手术麻醉的初步观察	(52)
結核杆菌快速培养一些体会	(56)
关于肺結核病人家庭訪視的重要性	(58)
柳州市对街道及公共场所地面痰液的調查报告	(60)

麻 风 类

中药“平南方”治疗麻风病 103 例临床观察报告	(62)
中药“东兰方”治疗麻风病 23 例观察报告	(70)
中药“岑溪方”治疗麻风病 12 例观察报告	(78)
麻瘋反应性睪丸、副睪炎与精索封閉疗法	(83)
表皮麻风菌素	(86)

性 病 类

土茯苓合剂治疗梅毒疗效报告	(90)
五虎平西丹及五虎平西丹加用土茯苓合剂治疗晚期潛伏梅毒疗效报告	(95)
祖傳秘方“小搜毒丸”治疗梅毒的經驗介绍	(100)

結核類

气管滴入治疗肺結核456例的近期疗效初步总结

广西僮族自治区肺結核研究組

肺結核病历史悠久，分布范围也很广泛，对人类的威胁很大，自化学疗法开始治疗后，取得了一定效果，但对某些結核病，例如結核性空洞的治疗仍感到困难，單用給药方法与一般卫生营养疗法很难使空洞閉合，外科疗法虽然在治疗上开辟了新的道路，但外科手术仍受一定的适应范围所限制，不能普遍采用，且手术給病員是一个痛苦，在物力财力方面也有很大的损失。

解放以来由于党的正确领导，我区結核病防治工作，取得了很大成績。国务院于1958年审定的十二年科学发展规划中規定在全国范围内三至五年控制結核病的傳播，十年或更短的时间內，基本消灭結核病，这是党和人民給予我們光荣而艰巨的任务。肺結核的治疗方法甚多，但經支气管内进行藥物点滴的治疗自1951年3月 Beruhrd 氏借支气管造影法，进行支气管内藥物滴入后，同年国内朱尔梅氏等亦进行同法治疗，疗效甚高；最近青島工人疗养院采用了全身疗法外，并合并局部給药点滴法，不論何种类型空洞及浸潤性病灶，均以气管点滴治疗都获得了惊人效果，且对某些病例于短期内获得了全愈，而且对慢性纖維性空洞肺結核和堅壁空洞，亦取得了卓越疗效，从而推翻了过去認為这种病例无法治疗的錯誤論点，这在結核病的治疗上，是个重大的革新和創举；为此，区卫生厅于今年五月間，在区内派了四名結核科医师到青島短期学习回来后，区卫生厅又召开了区結核病研究組代表會議，六月初，在全区范围内及时推广青島的先进經驗，在我区内普遍应用这种疗法，形成了全身与局部相結合的综合内科治疗肺結核的高潮。本文是本研究組綜合区内各医院三个月来的治疗总结进行分析，我們認為疗效是显著的，但由于观察時間太短，有些病例是在八月份才开始治疗的，故虽在三月中共进行了約700例的治疗，但本文仅就进行了10次以上点滴治疗的及材料較完全的作总结分析，共456例。

資料分析

(一) 病例选择：

本文456例，大部分为住院治疗，小部分为門診治疗，均在三个月內的治疗观察，点滴次数最少的10次，最多的90次，每天点滴一次，但也有开始时仅隔天一次。病程最短的二年，最長的17年，且均接受过抗痨藥物的治疗，其病灶或空洞不能达到吸收或閉合。年龄最大的60岁，最小的18岁。

1) 性別分組：456例中，男性382例，占83.7%，女性74例，占16.3%。

2) 病型分类：浸潤性肺結核最多394例，占86.4%。慢性纖維空洞肺結核48例占10.5%，血型播散型肺結核10例，占2.2%，胸膜炎2例占0.44%，干酪性肺炎1例占0.21%，支气管淋巴結核1例，占0.21%。

(表一)

选择病型例数与百分率对照表

病 型	例 数	百 分 率
浸 潤 型	394	86.4%
慢 性 纖 維 性 空 洞	48	10.5%
血 行 播 散 型	10	2.1%
胸 膜 炎	2	0.4%
干 酪 性 肺 炎	1	0.2%
支 气 管 淋 巴 結 核	1	0.2%
合 計	456	100 %

3) 空洞性質分类: 456例中有空洞者371例, 其中: 薄壁空洞173例, 占46.6%, 坚壁空洞104例, 占28.03%, 纖維空洞71例占19.1%, 蜂窝空洞23例, 占6.1%。

(表二)

各类空洞例数与百分比对照表

空 洞 性 質	例 数	百 分 率
薄 壁 空 洞	173	46.6 %
坚 壁 空 洞	104	28.03%
纖 維 空 洞	71	19.1 %
蜂 窩 空 洞	23	6.1 %
合 計	371	100 %

4) 临床方面的选择: 456例中18例曾进行过胸廓改形术, 3例曾进行过一侧上肺肺切除术, 其余病例的选择, 除硬结病灶, 范围小的轻之吸收病灶和有中毒症状明显, 如体温在38°C上下或剧烈咳嗽, 或大咯血停止未超过二周以上以及中等度咯血和高度肺气肿, 肺原性心脏病例外, 均作为选择治疗对象。

(二) 治疗前准备:

点滴前均作慎重准备, 首先进行透视病灶, 观察空洞定位, 过期照片在二个月以上者, 均需拍片, 在二个月以内透视下认为病灶有改变亦从新照片, 必要时为了正确定位拍侧面片, 对治疗效果有怀疑者行溴水造影, 并作痰菌检查, 部分病例并进行支气管镜检查。点滴过程中半个月透视一次, 二个月照片一次, 以作疗效观察依据。

(三) 药物的应用:

我们对药物的使用标准, 因缺乏全面的耐药性测验, 只能凭过去该病例所使用的那种药品较少, 就采用该种药品作为点滴治疗, 而每种药品所应用的例数, 因过去没有详细记录, 所以

在各药品的分别治疗效果方面无法对比。我們所应用的药品用量及方法有下列几种：（均为每次用量）

- 1) 3.5——5% 雷米封10——15西西。
- 2) 3.5——5% 雷米封加重碳酸鈉10西西。
- 3) 3.5——5% 雷米封加鏈霉素0.25克，共10西西。
- 4) 0.5——1% 白芨10西西加雷米封350——500毫克。
- 5) 0.5——1% 白芨15西西加雷米封350——500毫克。
- 6) 0.1——5% 黃連素10西西加雷米封350——500毫克。
- 7) 鏈霉素0.25——0.5克10西西。
- 8) 白果酸0.04。
- 9) 大蒜辣素1.5。
- 10) 雷米封300——500毫克加鏈霉素0.5克。
- 11) 2%白芨10西西加雷米封300——500毫克。
- 12) 2——5%雷米封10西西加0.5%黃連素1西西。
- 13) 3——5%雷米封10西西加大蒜辣素0.2——0.4西西。

（四）临床观察：

1) 体温：

点滴对体温的改变不大，在456例的观察中，89%体温仍屬正常，仅有小部分在点滴后数小时内体温略微上升，但時間短暫，即恢复正常。玉林專区医院发现7例在开始1——7次点滴中，体温經微上升，但坚持續滴，即見体温下降；柳川結核病防治院发现部分病例滴后发烧，减低震度后，立即恢复正常，这很可能为药物的反应及濃度有关系。

2) 咳嗽，咯痰及其他症狀的观察：

点滴初期，一般病人有輕度咳嗽，痰量略增，一般經十多次点滴后，咳嗽痰量逐漸减少，以至消失。这些現象可能为药物作用关系，柳州結核病防治院有5例于点滴过程中頻繁咳嗽，但仍繼續滴用至20——40次后，有显著好轉，其中一例达到完全消失。此外，少数病例，头晕，食欲减退，胸悶，气促，四肢麻木。玉林專区医院1例慢性纖維性空洞点滴18天后，咯大血，2例痰中帶血，平桂職工医院亦发现2例痰中帶血幾天，經停止給药痰血消失，1例注射后有皮下血肿，此可能与操作技术有关。

3) 体重：

456例經過治疗后，体重增加、减少、不变的均有。柳州結核病院所进行的90例治疗中，体重增加的28例，占31.1%，減輕的47例，占50.2%，不变者15例，占18.7%，体重的增加与能与天气炎热有关。因此，点滴对体重的增減，我們認為尚无多大的影响。

4) 痰菌变化：

經点滴后，阴轉率很高，456例中，原为阳性的219例，占疗后阴轉的135例，阴轉率为61.6%，原为阴性的237例，治疗后变为阳性的30例，阳轉率为12.6%，原为阳仍阳，原为阴仍阴的占25.8%，从这統計，可明显看出阴轉率很高。（表三）

(表三)

經治疗后痰菌的变化

陽 轉 陰	陰 轉 陽	不 變
61.6%	12.6%	25.8%

从桂林地区点滴的172例中，經点滴后，痰菌的阴轉率更高，占82.6%，痰菌減少者占4.3%，无变化者占13%。(表四)

(表四) 桂林地区172例中46例原为痰菌阳性經点滴后痰菌变化比例表

滴 药 次 数	原痰菌	陰 轉 者		減 少 者		无 变 化	
	陽性病例	例 數	%	例 數	%	例 數	%
10—15	20	20	100%				
16—30	8	6	75%			2	25%
31—45	8	6	75%	2	25%		
46—60	7	6	86%			1	14.3%
61—75							
76—90							
90以上	3					3	100%
合 計	46	38	82.6%	2	4.3%	6	13%

但痰菌的变化与所应用的藥物不同，所得的痰菌变化又有不同，柳州結核病防治院90例的点滴分析中，結果应用異菸肼加鏈霉素的一組其阴轉率最高，其次系異菸肼加白芨及異菸肼加黃連素的一組。(表五)

(表五) 柳州結核病院应用各种不同藥物点滴痰菌变化表(90例)

藥物組	痰菌变化 例數 平均点滴數	平 均 藥 物 点 滴 次 數			
		原陰仍陰	原陽轉陰	原陽仍陽	原陰轉陽
雷米封加白芨	22	7	6	7	2
雷米封加黃連素	29	12	6	9	2
鏈 霉 素	14	6	4	4	0
雷米封加鏈霉素	21	8	7	6	0
雷米封加大蒜液	4	0	1	2	1
合 計	90	33	24	28	5

5) 血沉的变化:

点滴后,一般血沉都降低,但也有少部分人升高的,例如梧州专区所进行的39例分种中,点滴后,降低的28例,占71.8%,不变的7例,占17.9%,升高的4例,占10%,其中7例由原来的25毫米汞柱升至65毫米汞柱。(表六)

(表六) 梧州专区39例点滴后血沉的变化

降 低		升 高		不 变	
例 数	百 分 比	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比
28	71.8%	4	10%	7	17.9%

6) 病灶疗效分析:

456例的治疗后,均经X光胸片证明绝大部分吸收及显著吸收,少部分恶化。(表七)

(表七) 456例点滴后病灶变化情况

吸 收		显 著 吸 收		不 变		恶 化	
例 数	百 分 比	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比
243	53%	58	12.7%	130	28%	25	5.5%

7) 空洞变化:

456例中原有空洞的371例,经点滴后,空洞绝大部分缩小或闭合,或不变,很小部分病例空洞扩大。(表八)

(表八) 371例点滴后空洞的变化比较表

缩 小		闭 合		不 变		扩 大	
例 数	百 分 比	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比
128	34.5%	110	29.6%	122	32.9%	11	3%

若以各类空洞分别点滴治疗后,观察其空洞变化的百分率大致相同,亦见空洞缩小者占绝大多数,不变者次之,闭合者又次之,扩大的为极少数。(表九)

(表九) 南宁地区123例各类型空洞平均点滴次数及空洞变化情况

空洞性质	例数	療 效								
		平均滴入次数	空洞闭合	%	空洞缩小	%	不变	%	恶化	%
纖維空洞	16	43	1	6.25	6	31.25	9	6.25		
坚壁空洞	40	50.3	8	20	16	40	14	35	2	5
蜂窝空洞	5	37.4	1	20	2	40	1	20	1	20
薄壁空洞	62	33.6	8	11.1	32	51.6	19	30.6	3	4.9
合 計	123	41	18	14.63%	56	46.34%	43	35.77%	6	3.26%

討 論

解放以來數年中，本區應用抗癆藥物點滴支氣管空洞已有不少病例，柳州結核病防治院曾于1954年及1956年分別整理總結，療效肯定，最近學習青島的先進點滴方法後，我區又于今年六月初重新開始這種治療，于短短三個月中，已給約700名肺結核患者點滴治療，本文單就456例進行分析，我們認為效果滿意，應予更大力推廣。

（一）機制問題：

肺結核的治療應用內服或注射的方法給藥，肯定有一定的成績，尤其新鮮病灶，更為明顯，但對結核性空洞療效甚微，甚至無效，應用支氣管藥物點滴法治療結核性空洞可取得驚人效果。內服或注射方法時，因藥液要借淋巴和血液的運送達到肺部病灶，才能發揮作用，但因肺空洞形成已久，其周圍已形成纖維及結締組織，空洞周圍的血管已發生了病理的改變，故藥液能進入空洞內的為量甚少，且空洞內有類脂體干酪酸性物質，就更減低了藥物的效用，故內服與注射對肺結核空洞療效較差。我們認為經支氣管直接給藥點滴肺空洞或非空洞的肺結核可收更高的療效，因為我們所用的點滴藥品異菸肼200——500毫克或鏈霉素0.5克，直接作用于病灶，其有效抑菌濃度已超過試管中有效抑菌濃度的20~50萬倍，董德長氏認為呼吸道直接給藥其作用較其他方法給藥強5~20倍。

假如有支氣管內膜結核，點滴藥液可使炎症減輕，消退或癒合，從而使支氣管引流通暢，空洞內干酪物質與分泌物易于排出，以後藥液就更易于進入空洞內直接作用于細菌，而使空洞閉合，病灶吸收，在我們所點滴的例子中，有些初期咳嗽痰量增多，菌會由陰轉陽，以後繼而陰轉，痰量及咳嗽就減少，甚至消失，但在整個治療過程中X綫都在表明病灶漸吸收好轉，空洞全閉合就是這個机理。

（二）療效問題：

1. 空洞性質影響療效：

對於新病灶與新形成空洞點滴效果較滿意，若為多數纖維組織形成的堅壁空洞，其療效較差勢必要更長的時間及更多次的點滴。青島工人療養院的報告，薄壁空洞的閉合率為100%（平均點滴每例37次），堅壁空洞療效達95%（平均每例點滴66.9次），我們南寧地區123例薄壁空洞閉合率為64.5%（平均每例點滴33.6次），堅壁空洞為60%（平均每例點滴50.3次），這都說明薄壁空洞的療效較高，但是與青島的成績相比較尚差很遠，可能是點滴時體位不夠正確的關係，南寧地區的纖維性空洞治癒率為43.7%，蜂窩性空洞為60%。

2. 非空洞病灶的療效：

根據柳州結核病防治院90例中有11例浸潤性無空洞肺結核經治療後9例明顯吸收其好轉率為81.8%，因此，我們認為無空洞的病灶其療效也很高。

3. 不同藥物點滴的療效：

朱爾梅氏的報告單用鏈霉素點滴的閉合率最高占70%，次為雷米封占69%，柳州結核病防治院應用不同藥物的點滴結果亦為應用鏈霉素的閉合率最好占57.1%，對空洞周圍病灶的吸收率為78.6%，雷米封加白芨的療效次之，空洞的閉合率為50%，空洞周圍病灶的吸收率為81%。

4. 痰菌的变化:

456例的点滴后因支气管引流暢通, 痰菌阴轉率很高, 占61.6%, 阴轉阳占12.6%, 这些病例可能与支气管內膜結核尚未得到应有治疗的效果。

(三) 付作用問題:

点滴过程中, 一般病例經過尚好, 但有少数病例发热、胸悶、咳嗽、食欲不振、痰血等付作用发生, 发热多在最初几次点滴时数小时后发生, 体温有暫升38°C左右, 但時間短暫, 数小时后, 即退至正常, 但有少数病例数天的低燒, 仍繼續滴用, 体温退至正常。一些病例經減低給药濃度体温即退至正常, 因此我們認為短暫的低燒为藥物之反应而非病灶恶化之指征, 胸悶气促多数系用異菸肼合并黃連素发生于肺部呼吸功能不良之病例。柳州結核病防治院90例的治疗中发生周圍神經炎的者为应用雷米封合并黃連素点滴的病例, 个别病例若繼續使用, 則重者可出現陣发性深部刺痛, Biche及Vilter二氏認為異菸肼可使組織內維生素B₆儲藏量減少所引起, 若及时投以維生素B₆症狀就逐漸消失。服用維生素B₁及菸鹼胺也得同样效果。我們曾有11例中除二例比較重的改用他药点滴外, 其余較輕者給予維生素B₆內服一律續用, 其症狀消失未見再发。

(四) 討論問題:

此总结經過大会充分的討論, 全体代表一致認為气管点滴疗法操作簡便, 效果良好, 是非常值得重視的, 必須大力推广, 因而决定了如下气管点滴治疗方案:

一、病灶定位問題:

通过X光透視和胸部平片, 必要时側位片, 来进行定位, 以求准确。

二、臥床体位問題:

1. 病灶在右肺上叶 尖支肺段 右侧臥35° 臀高15°~20° (約15~18cm)
2. 病灶在右肺上叶 后支肺段 右侧臥35° 臀高12°~15° (約12~15cm)
3. 病灶在右肺上叶 前支肺段 右侧臥125° (半俯臥位) 头低臀高12~15cm
4. 病灶在右肺中叶 右支肺段 右侧臥90° 头高30°
5. 病灶在右肺中叶 前支肺段 右侧臥35° (半俯臥位) 头高30°
6. 病灶在右肺下叶 尖支肺段 右侧臥20° 臀高7~10cm 头高7~10cm
7. 病灶在左肺上叶时, 臀高15°左傾45°~90°, 其余左侧各支段与右肺相同。

总之, 空洞应处于体位最低处, 無論空洞在任何位置, 头部应垫高7——10公分, 以免药液逆流。

8. 如过多发性空洞, 病灶广泛空洞位于数个肺段时, 臥位宜采取90°側臥位, 臀高約5°待治疗4——5周后, 根据透視病灶情况再确诊未閉合空洞的正确位置, 糾正体位后繼續治疗, 如遇双侧空洞应交替同时进行治疗。

三、治疗藥物品种及量、濃度等問題:

1. 異菸肼3——6%; 2. 鏈霉素0.25——0.5克; 3. 3——6%異菸肼加鏈霉素0.25——0.5克; 4. 異菸肼300——600毫克加1——2%白芨; 5. 異菸肼300——600毫克加0.5——1%黃連素; 6. 白果酸0.04克 (溶于10毫升生理鹽水中); 7. 大蒜辣素0.2——1.5毫升加生理鹽水10毫升; 8. 300——600毫克異菸肼加大蒜辣素0.2——1.5毫升。

以上藥物均溶于生理鹽水10毫升中为一次剂量。

如遇病灶广泛有多发空洞或巨大空洞，呼吸功能不良者，开始时适用小量，以后逐渐增加至10毫升为止。

四、适应症問題：

- 1.各类型肺結核尤其对大片浸潤性病灶为有效，空洞不論它的洞齡和性質均可使用。
- 2.支气管內膜結核。
- 3.結核球，以形成不久，快要溶解者为有效。

五、禁忌症問題：

- 1.中毒症狀显著，如有发热、咯血停止未超过二周以上者；
- 2.支气管擴張性空洞；
- 3.肺原性心脏病；
- 4.肺气肿等。

六、診治常規：

1.檢查常規：① X光方面：每半个月透視一次，每两个月照平片一次，特殊者例外；②痰菌：每10天檢一次，三次阴轉則进行濃縮法檢查；③血沉、体重，每月檢查一次。

2.治疗常規：①原則上每日一次，每星期六次，星期日休息；②疗程，視病灶性質、病齡、好轉情况等作決定，不作硬性規定；③巩固次数，病灶吸收好轉，或空洞閉合后，为了巩固成績，原則上繼續滴入30——60次。

3.全身療法：配合局部同时进行，采用抗癆藥作全身治疗。

七、反应事例：

在治疗开始或治疗过程中，可能有发生下列反应，应找出原因和及时处理：

1.发热，2.咳嗽增加，3.痰血，4.咯血，5.显著体倦，6.食欲不振，7.手足麻木，8.藥物反应，9.胸悶，10其他。

八、反应处理原則：

視反应性質、程度、原因等作下列不同处理：

1.暫停滴入，2.減低濃度，減少藥量，3.更換藥品，4.对症治疗，5.放棄使用。

九、附注：

气 管 点 滴 治 疗 統 計 表

姓名_____ 年齡_____ 性別_____ 职业_____ 住址_____ 工作單位_____

住院（門診）_____ X光号_____ 患病年数_____ 空洞存在時間_____

个月曾用I、N、H_____ 克（_____ 个月）P、A、S_____ 克（_____ 个月）S、M_____ 克

（_____ 个月）人工气胸、腹_____ 个月 抗药性I、N、H S、M

滴入療法前診斷_____ 合并症_____

1.治疗方法19_____ 年_____ 月_____ 日开始滴入_____ 次数：每天_____ 次共_____ 次

住院

門診

先住院后門診

配合藥物	H N H	P、A、S	S、M	中 藥	其 他	滴入藥物			
剂 量						剂 量			
時 間						時 間			

附注：配合藥物即全身療法（內服或注射）

時間系指点滴起止日期

2. 症狀变化:

前 后	症狀	發熱	咯血	咳嗽	痰量	胸悶	血沉	手足麻	痰 菌		體量	其 他
									濃縮	培養		
點 滴 前												
點 滴 中												
點 滴 后												

痰菌在滴入 次后阴轉

3. X綫变化: 用何种方法确定空洞閉合。平片、前凸片、分层片、碘水滴入, 胸膜肥厚、縱隔移位、橫膈提高、胸間腔变窄

部 位		療 效	治 療 前	治 療 后	攝 片 結 果
病 灶 范 圍					顯著吸收、進步、不变、惡化、播散
空 洞	部 位				
	、 大 小 (厘 米)				空洞流入 次后縮小
	空 洞 性 質				滴入 次后消失
	空洞周圍浸潤情况				滴入 次后不变
附 記					

停止滴入日期: 19 年 月 日, 停止原因:

4. 并发支气管內膜結合部位 紅腫 潰瘍 結节 瘰癧
年 月 日 院医师 (簽 字)

肺結核局部疗法90例临床分析

柳州結核病防治院

肺結核历史悠久, 分布范围广泛, 对人类威胁性大, 在化学藥物問世之前, 处理仅是一般卫生营养疗法, 应用化学藥物疗法之后, 虽开辟了新的治疗途径, 疗效也大大提高了。但对某些病例, 如肺結核空洞却仍感棘手, 單用給药方法与一般卫生营养疗法难以閉合, 对患者生命是个重大威胁, 因为空洞为結核菌繁殖之处, 随时可以趋向惡化播散, 其預后极度不良, 根据 Jammauz Jruolsau Series 氏^①对肺結核空洞病例統計, 空洞如不及时处理, 有35%在五年內死亡。其空洞越大, 其預后更坏, 由此, 肺結核空洞对患者危害性是如何重大。所以結核病医务工作者異常重視, 近十多年来, 采用外科手术切除, 但外科手术亦有一定适应之范围, 亦非所有結核病均可切除, 因此某些病例失去手术时机, 而内科保守疗法对不能恢复之病例, 只有采用一般卫生营养疗法, 听循其自然演变。使病人帶病延年, 在这种不可逆性的概念下, 造成了病人不可弥补的痛苦, 造成国家巨大損失。

1951年3月Beru hard 氏藉支气管造影法, 以抗癆藥物注入气管內治疗肺結核空洞获得很

快的閉合。同年，國內朱爾梅氏等亦進行抗癆藥物氣管點滴，同樣獲得高度療效，因此在肺結核空洞治療上又跨進了一步。

青島工人療養院醫務工作者除以全身療法外，並以合併局部給藥，不論何種類型空洞以及浸潤病灶，均以氣管點滴治療都獲得卓越療效，且對某些病例在短期內獲得全癒。而且對慢性纖維空洞型肺結核和厚壁空洞亦取得了驚人療效，從而推翻了過去認為慢性纖維空洞型肺結核以及厚壁空洞不能治癒的論點。在結核病治療上是個新的巨大的革新。因而引起了從事結核病臨床醫師的興趣。

我院在黨的正確領導下，自1954年開始此項治療，幾年以來，陸續治療一些病例，也收到了一定的療效。但由於以往對空洞點滴體位不夠準確，因此療效不高。我院自從今年五月學習青島工人療養院點滴方法之後，於1959年六月開始普遍開展局部給藥，前後共計90例；因時間太短，僅有三個月，只能作療期中的觀察，不能全面說明療效。

資 料

一、病例選擇與治療：

（一）病例選擇：

本文90例均係住院病人，其患病時間最長者十七年，最短期二年，且均受過長期抗癆藥物治療，其病灶或空洞不能達到吸收或閉合。90例中之年齡最大者55歲，最輕者18歲，平均年齡為31歲。性別：男性82名，女性8名，有浸潤性肺結核吸收期20名，浸潤期45名，慢性纖維空洞型肺結核吸收期8名，浸潤期7名，其中合併胸膜肥厚，縱隔移位，胸廓變形者17名，經過上肺葉切除2例，除硬結病灶，範圍小的，輕之吸收病灶和有中毒症狀，如體溫在38°上下者，或劇烈咳嗽，或有大量咯血停止未超過二週以上，以及中等度咯血和高度肺氣腫，肺原性心臟病例外，均作為治療對象。

（二）治療前之準備：

點滴前均作了慎重準備，首先進行透視病灶，觀察空洞定位，近期照片，在二個月以上者，均須拍片，在二個月以內，透視下認為病灶有改變亦重新照片。必要時為了正確作痰菌檢查。點滴過程中，半个月透視一次，二個月照片一次，以作療效考核依據。

（三）藥物選擇：

我們對藥物使用的標準，因缺乏全面耐藥性測驗，只能憑過去使用那種藥較少者採用那種藥作為點滴治療，每次10C.C，每天1次，使用之藥物，我們分為5組，裨作治療效果之比較。

第一組：0.5克鏈霉素

第二組：0.5克鏈霉素+異菸肼300——500mg

第三組：2%白蠟10C.C+異菸肼300——500mg

第四組：2——5%異菸肼10C.C+黃連素1C.C.

第五組：3——5%異菸肼10C.C+大蒜辣素0.2——0.4C.C

二、臨床觀察：

（一）體溫：

點滴對體溫改變不大，在90例中有89%體溫仍屬正常，僅有小部份在點滴後數小時有體溫略升現象。但經過短時間則均恢復正常，我們臨床觀察到另有部分病例，在初期幾次反復點滴，

反复发热，又有部分將药液浓度减低，不再发热，这可能与药物反应有关。

(二)咳嗽，咯痰：

点滴初期一般病人有轻度咳嗽，痰量增加，十多次之后，咳嗽及痰量逐渐减少，以致消失。这些现象，可能系药物作用关系，其中有5例点滴有频繁剧咳，大量咳嗽，经过点滴20—40次后有显著好转，还有一例症状完全消失。

(三)体重：

90例中经过治疗后，体重增加的有28例，占31.1%，减轻的47例，占50.2%，不变者15例，占18.7%。

(四)血沉：

表一 血沉改变

血 沉		例 数	%
原 增 速	仍增速	12	13.3
	减慢仍不正常	15	16.7
	减至正常	20	22.2
原 正 常	仍正常	35	38.9
	增 速	8	8.9
共 計		90	100.0

90例中原来增速者47例，点滴后35例有不同程度下降，下降率为38.9%，其中降至正常的20例，占22.2%，原正常者43例，其中增速的有8例，占8.9%。

(五)痰菌：

表二 不同药物点滴后痰菌变化表

药 物 组	痰 菌 变 化 平均点滴数 例 数	平均点滴次数55次			
		原陰仍陰	原陽轉陰	原陽仍陽	原陰轉陽
雷+白	22	7	6	7	2
雷+黄	29	12	6	9	2
鏈	14	6	4	4	0
雷+鏈	21	8	7	6	0
雷+大	4	0	1	2	1
合 計	90	33	24	28	5

附注：①雷——雷朱封②白——白芨③黄——黄連素④鏈——鏈霉素⑤大——大蒜辣素

从表二中可以看出90例经过治疗后，阴轉24例，占26.7%，阳轉5例，占5.5%，但药物组不同亦有所不同，異菸肼加鏈霉素組阴轉率最高，其次系異菸肼加白芨及異菸肼加黄連素組。

(六)类型疗效分析：

表三

肺結核类型与期的疗效表

療效 期 別 類 型		平均点滴次數			
		55次			
		浸潤性肺結核		慢性纖維型肺結核	
		吸收期	浸潤期	吸收期	浸潤期
治療前		30(例)	45	8	7
治療后	吸 收	21	32	4	2
	不 变	5	11	4	4
	惡 化	4	2		1
有 效 率		70.5%		40%	

90例中有浸潤性肺結核70例，經過平均点滴55次后，有53例吸收，吸收好轉率为62.4%，16例不变，占30.6%，6例惡化，占7%。

慢性纖維空洞型肺結核15例，經過同样点滴次數后，有6例吸收，吸收好轉率占40%，8例不变，占53.4%，一例惡化，占6.6%，据此，我們認為浸潤性肺結核与慢性纖維空洞性肺結核均有疗效，但浸潤性肺結核之疗效比慢性纖維空洞型肺結核疗效大，这主要由于慢性纖維空洞型肺結核病例中多数合併有胸膜肥厚或縱膈移位，正常之支气管常被牽引移位，药液难以按原定体位流入，同时慢性纖維空洞型肺結核，有多数纖維增生，治疗時間亦需較久，而我們治疗時間很短，不能說明其疗效不高。

(七) 肺結核期疗效:

90例中吸收期38例，經過平均55次点滴治疗有25例吸收，占65.8%，惡化4例，占10.5%，9例不变，占23.7%，浸潤期52例，經過平均55次点滴有34例吸收，占65.4%，有3例惡化，占5.8%，有15例不变，占28.8%。

由上面数字，可知吸收期与浸潤期的疗效，兩者几乎相等，但吸收病灶惡化率比浸潤期病灶高出一倍，其原因由于我們病例少，時間短，有待今后进一步观察。

(八) 不同藥物对空洞的疗效:

表四 不同藥物空洞点滴疗效表

藥 物 \ 療 效 期		平均点滴數	点滴次數	空 洞 變 化				周圍病灶變化		
				閉合	縮小	不變	擴大	吸收	不變	惡化
雷十白	16	46	61	50%	25%	25%	——	81.1%	6.3%	12.6%
雷十鏈	18		55	11.1%	33.3%	55.6%	——	55.6%	44.4%	——
雷十黃	27		50	25.9%	25.9%	48.2%	——	63%	33.3%	3.7%
鏈	14		46	57.1%	14.2%	28.9%	——	78.6%	21.5%	——
雷十大	4		18	——	25%	75%	——	——	50%	50%
總 計	79									

从表四可見雷米封加白芨，鏈霉素等兩組对空洞閉合及其周圍病灶吸收均較好，其次雷米封加大蒜，因例數太少，尙不能說明其療效高低。

(九) 不同藥物对浸潤病灶療效：

表五

不同藥物浸潤病灶（无空洞）点滴療效表

藥 物	療 效 例 數	平均 点滴 次數	点 滴 次 數	浸 潤 性 病 灶 變 化		
				吸 收	不 變	惡 化
雷+白	6	65	71	83.3%	16.7%	—
雷+鏈	3		64	100%	—	—
雷+黃	2		60	100%	—	—
鏈	—		—	—	—	—
雷+大	—		—	—	—	—
總 計	11					

表5可見，11例浸潤无空洞病灶，經過平均点滴65次后，均获得療效。

(十) 不同部位之空洞療效：

表六

不同部位的空洞療效表

肺 葉 空 洞 性 質			空 洞 消 失	空 洞 縮 小	空 洞 不 變	空 洞 增 大	例 數
上 葉	右	尖	40%	20%	40%	—	5
		后	27%	31%	42%	—	33
		前	67%	—	33%	—	3
	左	尖+后	23%	26%	51%	—	31
		前	100%	—	0%	—	1
中 葉	右	內	50%	—	50%	—	2
	左	上后	—	100%	—	—	1
下 葉	右	前底	100%	—	—	—	1
	左	尖段	50%	—	50%	—	2
總 計							79

从表六，可以看出空洞位置与療效无明显关系，79例中右上叶后段33例，左上叶尖后段31例，其療效相近，朱尔梅氏^②也認為空洞位置与療效无多大关系。万氏^③报告其各肺叶之空洞閉合率完全相等。我們認為，藥物对空洞位置与療效无关，滴入成功与否，关键在于采取体位是否正确，藥物是否流入病灶，以及滴入停留時間長短与藥物是否咳出等因素有关。

(六十一) 不同性質空洞療效:

表七

不同性質的空洞療效表

空洞性質	例數	治療後果				閉合率	有效率
		閉合	縮小	不變	惡化		
纖維空洞	7	1	0	6	0	14.3%	14.3%
厚壁空洞	15	6	3	6	0	40%	60%
薄壁空洞	55	18	17	20	0	32.7%	63.6%
多開空洞	2	0	0	2	0	0%	0%
合計	79	25	20	34	0	31.6%	56.9%
附注: 平均点滴55次							

79例中薄壁空洞與原壁空洞之療效比纖維空洞高四倍，其主要原因是：空洞壁一般較堅厚，同時多數伴有胸膜肥厚，縱膈移位，以致支氣管變位，不易按所規定之體位而流入，此外多數病人長期服藥，可能對抗癆藥物產生不同程度的耐藥性，而且我們点滴時間很短，次數不多，可能尚未達到應有療效。

討 論

一、機制:

內服或注射抗癆藥物對肺結核治療已經肯定了有其良好效果，不論是浸潤病灶或干酪病灶。尤其對新鮮病灶更為明顯，但對結核空洞其療效不高，甚或無效，根據統計僅有35%達到閉合，我們都知道，內服或注射藥物，要作用於肺部病灶，須借淋巴血液運送到病灶部分，才能發揮作用，而且一般空洞均有其特殊病理改變，尤其形成時間較久之空洞，其周圍形成纖維及結締組織，其周圍血管已發生病理改變，其血管末梢部分形成慢性炎症和血栓形成。因此藥液進入空洞內為量甚少，同時空洞內含有類脂體干酪酸性物質，更會減低藥物有效作用。所以內服或注射往往經過長時間仍不能達到空洞閉合目的。抗癆化學藥物，配合全身療法進行氣管注入，對病灶的吸收和空洞的閉合獲得顯著療效，其所以發生高度療效，我們推測認為：

(一) 在試驗管中，鏈霉素每毫升含有1微克之濃度，異菸肼每毫升含有0.05——0.1微克之濃度，即可抑制結核菌之生長，異菸肼每毫升含有10微克，就有殺菌作用。當每次氣管注入之藥液到達肺泡或空洞內，異菸肼300——500毫克，或鏈霉素0.5克，超過試管中有效制菌之濃度達30——50%倍，這樣高濃度之藥液，到達局部病灶或空洞內，其發生制菌力量勢必更為強大。

本文90例中，其患病時間長者達17年之久，短者亦達二年，均度過長期抗癆藥物之治療，其病灶或空洞均未收到滿意療效。我們90例氣管点滴結合內服給藥，其中浸潤性肺結核75例，平均每例点滴55次，有效率達70.5%慢性纖維空洞有效率達40%，由此看出，在短短期內均收到良好效果。這說明：除全身療法外，同時局部給藥有其重大意義。

(二) 如果支氣管內膜有炎症或潰瘍，通過点滴後，可以減輕，或消退，潰瘍可以愈合，之後，空洞與支氣管間引流變為更通暢，分泌物及空洞內之干酪物質易于排出，空洞內壓