

目 錄

瘧疾	1
瘧疾的現代治療	15
日本住血吸蟲病	27
細菌性赤痢	42
阿米巴性赤痢	50
霍亂	56
下痢潰瘍	68
傷寒	74
副傷寒	90
回歸熱	91
斑疹傷寒	95
麻瘋	102
登革熱	108
白蛉熱	111
黑熱病	113
B 型流行性腦炎	124
恙蟲病	126
鼠咬症	130
鉤蟲病	132
十二指腸薑片蟲病	137
分枝單蟲病	141
肺絛蟲病	145
血絲蟲症	149

蛇毒中毒	156
熱帶性腹瀉	163
中暑	167
脚氣	173
膀胱結石	179
幾種多發病醫療方案	181

瘧疾 Malaria

【別名】Paludism, 寒熱病, 擺子, 脾寒, 瘧氣, 瘧疾

【病原體】瘧疾 Malaria 爲惡濁空氣(瘧氣)之意, 昔時以爲係吸入沼澤腐敗所產生之氣體而生。1880年法國軍醫 Laveran 於瘧疾患者之血中, 發現瘧原虫 *Malaria Plasmodium*, 且迭經證明, 確定爲此病之病原體。本症分佈全球, 以熱帶及亞熱帶爲多, 溫帶則以間日瘧爲普遍。瘧原虫可分下列四種

(1) 間日瘧原虫 *Plasmodium Vivax* 爲間日瘧之病原。

(2) 四日瘧原虫 *Plasmodium Malariae* 爲四日瘧之病原。

(3) 惡性瘧原虫 *Plasmodium Falciparum* 爲惡性瘧之病原。

(4) 卵圓瘧原虫 *Plasmodium Ovale* 乃一種輕型間日瘧之病原, 見於非洲及東俄羅斯。

瘧原虫之生活史: 當瘧蚊 (*Anopheles* 屬, 約有七種, 有瘧疾傳播力者, 限於雌性) 吮吸人體血液時, 放其涎液中之生殖性芽胞 Sporozoites 進入組織內, 約十日則可見其依附紅血球之表面, 初作環型 Ring Form, 漸次增大, 發育成變形虫型 Amoeboid Form 遂進入赤血球中, 三日後, 核質反復分裂, 形成玫瑰花形之分裂原虫 Rosette Form or Schizont 內含許多個裂體性芽胞 Merozoite。破赤血球后, 裂體性芽胞即入血流中, 其中約有90%均被身體各處之網狀內皮細胞破壞, 約有10%則進入別一赤血球, 重複上述之發育。此種循環繁殖曰無性生殖 Asexual reproduction 或裂體性生殖 Schizogony。間日瘧循環一次爲48小時, 四日瘧爲72小時, 惡性瘧則爲24—48小時。此與瘧疾之發作時間相符合。裂體性芽胞在體內又另取一途徑, 分別發育而成為雌性生殖體 Macrogametocytes, 及雄性生殖體 Microgametocytes。當瘧蚊吮吸患者血液時, 則血液中之雌性及雄性生殖體即藉此進入蚊體內, 至其胃, 雌性生殖體發生鞭毛, 成爲小配偶子 Microgametes,

雌性生殖體成熟後成爲大配偶子 Macrogametes，大小配偶子結合而成
孕蟲 Oocinete，孕蟲長大爲接合子 Zygotes。接合子竄入胃壁外層漿液
膜下，成爲卵囊 Oocyst。漸次長大，此卵囊即行破裂，放出許多錐
狀之生殖細胞，此錐狀芽胞一部分入蚊之血液腺中，準備放出。原
蟲在蚊體內之繁殖稱 Sexual reproduction 曰芽胞性增殖 Sporogony。

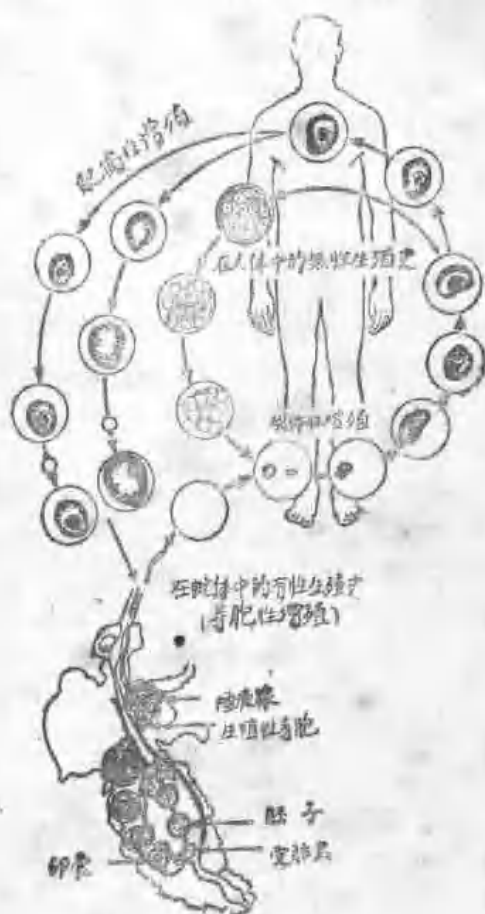
瘧疾之紅血球外型：當瘧疾退熱時，常不能自循環血中覓得瘧
原蟲，於應用奎寧成瘧漸平等藥後亦然。但經數週或數月之後，此種
瘧原蟲又可於循環血中發現，對於此種異常之潛伏性，遂稱適當之解
釋，據 Shute 氏謂，當瘧蚊將錐狀芽胞射入皮膚，其進入血中者僅一
部分，另一部分則可在皮膚中停留甚長時間，當血中之原蟲因藥物之
作用而死滅時，皮內之原蟲仍不受藥物之影響，可於相當時間之後，
再行入血，造成發作。又據 Raffaele (1937) 及 Brug (1940) 之研究
，認爲瘧原蟲可於人體之脾、肝、腎及微血管等各處之網狀細胞內，
形成另一種生殖循環，謂之「紅血球外循環」，此種循環於烏瘧原蟲
早已證明，在烏之微血管內皮細胞中，發現有不含色素之分裂原蟲
Schizonte 存在。據最近之報告，在人體內亦已獲得證明云。

【症狀】 一般瘧狀 有發冷、發熱、脾腫、及貧血之三大主徵。

(一) 潛伏期：間日瘧 10—20 日，四日瘧 12—25 日 惡性瘧 5—12
日，然有經過甚長始發作者。多因受涼、濕氣、過勞、受驚等精神興
奮、外傷、游泳、酗酒、日射、X 光照射及預防注射等而誘發。可有
疲倦、頭痛、腰痛、關節痛、脾臟部疼痛、失眠等前驅症。

(二) 瘧疾之發作，突發惡寒戰慄，甚至有惡心嘔吐，脈搏緊張，
呼吸頻數，皮膚蒼白厥冷（寒戰期）經半至一小時，體溫昇高至攝
氏四〇度，（此時瘧原蟲剛入紅血球）後皮膚潮紅灼熱，結膜充血，
呼吸急促，脈搏增速，頭痛，腰痛，四肢痛，脾部痛，嘔吐下瀉。
重症可發生輕痺，多發於小孩。小便中之 Urobilin Urobilinogen 可陽
性，密度持續四小時至六小時 發熱期。繼而大汗淋漓，體溫急速下
降，而達常溫或常溫以下，遂症狀減輕，患者自覺爽快 發汗期 Swe
ating stage) 間日瘧隔日發作一次，四日瘧兩日發作一次，惡性瘧之

瘧疾原蟲的生活史



發作，殊無一定，多為每天發熱者。

(三) 其他症狀

(1) 熱性斑疹——間日瘧及四日瘧較多見惡性瘧少見。

(2) 脾臟腫大——脾臟腫大佔有90%有時伴發疼痛或壓迫感，肝臟腫大。

(3) 皮膚——常因多次發作而貧血蒼白，黃疸。眼球結膜常呈輕度黃疸 (Subicteric)。

(4) 血像——續發性貧血現象，血色素減低，紅血球大小不同，形狀不一，幼稚性紅血球出現。發作期通常白血球減少血，康氏反應及Formalin試驗可呈陽性。

(四) 特別型

A. 混合傳染——兩種以上瘧疾混合傳染，或同時傳染其他疾病，如傷寒，副傷寒，流行性感胃，回腸熱，斑疹傷寒，痢疾，肺炎，及肺結核等，常有之。

B. 惡性瘧疾 (Malignant tertian, Subtertian, Estivo-autumn,)

惡性瘧疾的症狀頗不規則，因此診斷較困難。常見到發熱，脾肝腫大，貧血等症狀。頭痛發汗，食慾不振，寒戰，便秘，黃疸也是較常見的症狀。在臨床症狀方面可分以下三種：

(1) 急性期症狀——發病驟急，畏寒或寒戰（幾十分至數小時），繼在 39°C 以上高熱，第一星期多每日發熱 (83%)，伴有大汗，少數則為每日之間歇熱，最高體溫可達 40°C 以上持續 3—4—7—8 小時，不等到出汗期熱就開始退。多數的病例未完全退熱，而繼續發燒，至第二星期中熱度漸趨間歇或弛。型十日以上，有的逐漸的退熱。

(2) 慢性期症狀——其發熱的間歇性週期性極不規則。患者常以貧血為主訴，或自訴頭昏，眩暈，心跳，腳重，氣促，食慾不振，倦怠無力感等。或覺得腹中有一塊狀物以致上腹部膨脹感，他隨不舒適，精神頹廢等，都是為脾肝腫大的原故。有的體溫正常，有的時常發作。用不足量的撲瘧劑或治療不適當所致。患者面容消瘦，皮膚枯黃。

精神萎靡，浮腫等，即是急性惡液質症狀。

(3) 惡性發作——沒有預兆而突然引起沉重，危險的病狀。未經妥當治療時忽入昏迷狀態，發作時往往有譫語，神經錯亂，人事不省，飲食不能，大小便失禁，以致嚴重的衰竭而在一兩日內即告死亡。有的伴有嚴重的失水與酸血症現象。此發作詳細可分為如下各型：

a. 敗血症型——有多數原蟲侵入主要血管內，因此心臟衰弱而死亡。呈敗血症樣症狀。

b. 腦型——末梢血管內原蟲並較少。發病有突發的有逐漸的。症狀不定，患者感覺頭痛逐漸增加，很少或沒有發熱就進入昏迷狀態，或無預兆的，也好像沒有甚麼原因而體溫逐漸升高到攝氏42度。這些病狀可發生於數小時內，因此很快死亡。有些病例中突然發生躁狂，或其他精神症狀。所以初期常有被誤診為喝醉酒的。腦型瘧疾因其中樞神經系統血液供給發生廣泛的紊亂，所以發生各種各樣的症狀。在兒童中抽搐是常見的。腦脊液並無經常的或有意義的變化。有的腦壓極度升高，在這種病例重度的行體引流是一個很重要的治療。

c. 昏迷型——因瘧原蟲入腦微血管，或因阻塞而後，瘧原蟲死滅很多，並放出多量的毒素，作用於腦髓所致，因此為腦型瘧之一型。發作時體溫常很低，脈搏細速，昏迷時間長短不一，與腦型，敗血症型同樣預後不良。死亡率約32%。

d. 寒冷型——它的體溫在平溫以下為特點。因為人的胃腸及其他腹部的臟器血管受侵犯。通常有深重的虛脫及致命的衰竭，皮膚是顯著的寒冷但體內有高熱。有的很快就發生高度的溶血性貧血。有的伴有致命的腹瀉等。

e. 霍亂型——有嘔吐，腹瀉，失水等霍亂樣病狀。

f. 痢疾型——水瀉便或血便，輕度裏急後重，胃部不適等類似痢疾的病狀。在便血中也可找到瘧原蟲。

g. 傷寒型——體溫甚高，脈搏細小頻數，有時妄譫妄，結合膜充血。咽部有壓痛，胸部醬疹，白血球減少等。

h. 神經型——神經系統的一部份受到損害，可引起偏癱，失語症

，大小便失禁，神經痛，神經炎（視神經炎）等。

i. 腎型 — 水腫，腹水，腎臟有壓痛，尿量減少，檢尿時可發現蛋白和紅白血球圓柱，並有發冷發熱，乃由於惡性病原蟲作用於腎小球引起炎症所致。為預後較好的一型。

，心臟型 — 急性心腦衰弱，因原蟲堵塞冠狀動脈而起，可發生心部絞痛，急劇死亡。

k. 睾丸型 — 睾丸紅腫，孕婦易發生早產及小產。

【經過】 瘧疾雖不經治療，亦可於發作十數次後，自己停止，祇有小部分自己痊癒，大部分則成慢性瘧疾，治療不完善者，亦可成慢性，常因感冒精神過勞等而復發。常覺惡寒戰慄，發熱繼續而無定型，脾臟腫大，可至下腹部，重者肝臟腫大，貧血極甚，皮膚結膜呈黃疸現象，心臟有貧血性雜音，後常合併胃腸炎、氣管支炎、及慢性腎臟炎，腦部液體死亡者不少，輕症則於每年夏秋季節復發一二次，自覺及他覺症狀均甚輕微。

間日遭受雙重傳染時，稱重複間日瘧，每日均發熱，四日遭受雙重傳染，稱重複四日瘧，發熱二日，間隔一日。其受三重傳染者，稱三重四日瘧，天天發熱。

【診斷】 臨床診斷：有定時及定型發作及脾肝腫大則已略可診定。但無定型發作者，或重複感染者及其他型的瘧疾混合感染患者不易診斷但脾肝之所見診斷上較重要。60—70%的患者在尿中出現 Urobilin Urobilinogen，特別急性者此現象顯著。尿中的 indican 慢性期比急性期出現率較大，康氏反應及福馬林反應陽性。

（一）細菌免疫學的診斷，檢出瘧原蟲才能確診瘧疾。平常是檢查血中的瘧原蟲。但已服奎寧預防者，經過治療者，慢性患者不易檢出。可疑有瘧疾但又檢查不出病原體可用如下誘發法。按每體重一公斤行副腎素 0.01mg 皮下注射，後20—60分間採血檢查。或用0.5 c.c. 傷寒疫苗靜脈注射。檢血時如果緊要檢出原蟲的目的時可作厚層標本，行集菌法後，作薄層標本檢查原蟲節類及血液像。

染色血膜上的瘧原蟲的特點

特 點	惡性瘧蟲	間日瘧蟲	卵圓瘧蟲	三日瘧蟲
被傳染的紅血球脹大	—	+	±	—
被傳染的紅血球不脹大	+	—	±	+
被傳染的紅血球 圓形 邊緣有皺縮	—	—	+	—
被傳染的紅血球，退色	—	+	+	—
被傳染的紅血球，許弗納氏 點	—	+	+	—
被傳染的紅血球，毛勒氏 點	+	—	—	—
被傳染的紅血球中有幾個瘧 原蟲	+	很少見	—	—
瘧原蟲，週圍血液裏有各種 形態	—	+	+	+
瘧原蟲，環狀體大而粗	—	+	+	+
瘧原蟲，有兩個染色質點	+	很少見	—	—
瘧原蟲，線狀體	+	很少見	—	—
瘧原蟲，帶狀體	—	—	+	+
瘧原蟲，新月形生殖原蟲，	+	—	—	—
裂體性芽胞的數目	8—24	12—24	8—12	6—12

※並非一定不變如果看到有提示性或診斷價值。

(1) 厚層標本——爲了簡易迅速的檢查原蟲的存在，不能作精密的檢查。塗抹較厚的血液標本，不固定，使用稀釋 Giemsa 氏液染色，其液被低滲而引起赤血球溶血成爲透明狀態，此因只可見被染色的原蟲。但這個方法因血球完全破壞，原蟲像血中的殘渣存在於血中，所以不易發現。健康赤血球比被寄生的赤血球對物理的刺激抵抗力較弱。人用適當的溶血劑時，健康赤血球破壞只留下未破壞的被寄生的赤血球，即厚層標本自然乾燥后用10%酒精，或5%Formalin 食鹽水浸十五分，不水洗作 Giemsa 液染色，這種染色的標本很好看。

(2) 集菌法：把其他血液成分破壞除去，只留原蟲而提高其檢出率的一個方法。只能看出原蟲不能鑑別原蟲種類。檢查血液加枸橼酸鈉液，輕輕的遠心沉澱除去上層的血小板及白血球，再加酒精溶血，行強力遠心的沉澱，染色其沉澱。

(3) 薄層標本：與一般塗抹標本同樣作塗抹，Giemsa 染色檢查。

(4) 穿刺液檢查：血中檢不出原蟲時有時在肝脾，骨髓可檢出原蟲，在行胸骨穿刺檢查較安全。

(5) 血清反應：因爲瘧疾患者的血清較健康血清失去安定性，利用此性檢查血清，與黑熱病的血清膠化反應不同。

Henry 反應——(不是發癢反應)患者血清0.2c.c，弱鹼性蒸餾水1.5c.c，0.5%福馬林水0.1c.c.以上混合假置後放置二小時後發生沉澱可由擴大鏡判定，有沉澱爲陽性。

Costa 反應——與上述原理同樣檢查血清的不安定性。2%奴佛卡因食鹽水1.5c.c；2.5%枸橼酸鈉液三滴，以上混合液放於尖底的遠心沉澱管中加三滴可檢血液出後遠心沉澱，再加一滴福爾馬林原液十至二十分後生成白色濁濁者爲陽性。這個反應比 Henry 反應確實，Costa 反應陰性者很少再發。以上血清反應，只有幫助診斷無確定性。

試驗治療——找不到瘧原蟲，可參酌臨床症狀，試用奎寧，模稜母星，癉甾平等，若見體溫降，血色素增加，肝臟縮小，則可作爲治

級上之診定。

【預防】 此次在太平洋及印緬作戰之軍隊，多以瘧疾不作症狀抑制，使作戰之官兵不生症狀。其用量如下：每日晚飯片服 0.1 瓦，每星期六次（總量每星期 0.6 瓦）。在某戰區每日晚飯服 0.05 瓦第七日服 0.1 瓦，瘧疾平總量每星期 0.4 瓦。並應注意個人與公共衛生設施。

【治療】（一）特效治療——

（1）瘧疾平（Atebrine）用量為 0.2 瓦，每六小時一次，共五次，服用時，以一瓦之重碳酸鈉溶液，以 200—300c.c. 之水送服，或用同量之糖茶及果汁亦可。以後續用 0.1 瓦，每日三次，飯後服用，共六日（總劑量七日為 2.8 瓦）。

瘧疾治療劑的作用表

（一 無效，+ 稍有效，++ 有效，+++ 極有效）

藥 名 熱 型 別		奎 寧 (Quinin)	瘧疾平及 哥羅奎 (Chloroquin)	模盧母星及 Pentaquin	模 魯 奎 (Paludrin)
間 日 熱	無性生殖體 (Schizont)	++	+++	—	+++
	有性生殖體 (Gamet)	+	++	+++	+++
四 日 熱	無性生殖體	++	+++	—	+++
	有性生殖體	—	++	+++	+++
惡 性 發 熱	無性生殖體	++	+++	—	+++
	有性生殖體	—	—	+++	+++

（2）奎寧（Quinine）之用量，1.0 瓦，每日三次飯後服用。

兩日，繼以0.6瓦，每日三次，飯後服用，連服五日。（總劑量七日為十六瓦）。

(3) 撲癩母星 (Plasmoquin) 本品對惡性瘧之生殖原虫效力最佳，對其他各型瘧疾之生殖原虫及分殖原虫，亦有效力，但對惡性瘧之分殖原虫無效。故本品單獨應用，甚為不宜，本品現「僅於減少間日瘧之復發，及消滅惡性瘧生殖原虫」二目的下應用之，民間誤認本品為最佳之抗瘧藥以致流於濫用。此種錯誤觀念，必須改正。病者須予住院，用法：每日奎寧2瓦，與 Plasmoquin Naphtholate 0.04瓦，同時服下，一連十四日，上述劑量可三次服之。撲癩母星不可與瘧滌平同服，因二者可相互增加其毒性。故當必須應用瘧滌平之病例，不妨先用瘧滌平劑量之瘧滌平治療一週，隨後再繼投以撲癩母星3—7日，每日0.03—0.04瓦。如發現有中毒現象，應即停止服用。撲癩母星最顯著之中毒症狀：為皮膚及粘膜呈紫藍色，並可有腹痛、惡心、嘔吐、頭痛、眩暈、昏睡、血尿、黃疸。其發生急性黃色肝萎縮者甚罕，但一旦發生該症則極危險。

(4) 因病者昏睡或嘔吐而不能口服時，須用一般方法處理嘔吐症狀，避免固體食物，飲以蘇打水。如嘔吐不止，則以百分之五葡萄糖，生理食鹽水行靜脈注射，劑量200至400西西，必要時則重複行之。又可用點滴輸入法，每分鐘五十滴，葡萄糖液用此法輸入時，可於每25瓦之葡萄糖中加上，Thiamine Hydrochloride一瓦。

(5) 鰐型瘧疾：其症狀甚為急驟，如原蟲尚未查出。但症狀可疑時，亦應開始治療，奎寧溶液行靜脈注射最佳，瘧滌平行肌肉注射，其效力亦相等。(a) 以瘧滌平0.2瓦溶於5西西之蒸溜水內，注射於兩側臀肌內（總量為0.4瓦），如情況需要，則六至六小時後再以0.2瓦之量，重複注射一次，及病者能口服時，則再與以0.2瓦，口服量，於四十八小時中總劑量為1.0瓦，以後每次0.1瓦，每日三次，共服五日（七日總量2.8瓦）。

(b) 以重鹽酸奎寧0.6瓦，溶於300—400西西，消毒生理鹽水內（最少亦須200西西），行靜脈注射，速度愈慢愈佳，如因情況需

要，在六至八小時後重覆注射之。及至病者能口服時，則再照標準劑量之糖准平或奎寧（c）如能同時應用氧氣及亞硝酸戊烷之吸入，則尤佳。（d）靜脈注射副腎素0.5西西，放出腦脊液10—30西西，靜脈注射血漿及10%葡萄糖液500西西。

（6）撲魯麥（Paludrine）為英國新近發明之抗瘧新藥，對惡性瘧疾之劑量為0.1瓦，每日三次共十日。或0.1瓦，每日兩次，共十四日。或主張以0.2—0.3瓦之劑量，每日兩次，服五天至七天，間日瘧之劑量為0.1至0.4瓦，一次即可使症狀消失。連續服十日時則使復發率減少，對四日瘧之劑量更可減少為0.05瓦，每日兩次。

（7）哥羅奎（Chloroquine SN7618）：為美國發明之新抗瘧藥。預防劑量：每週0.3瓦。廣用於西南太平洋，効力甚佳，治療劑量：首二日每日0.6瓦，次二日每日0.3瓦，無皮膚着色之弊。

（8）Pentaquine（SN13276）每次0.01與瓦0.3瓦之奎寧同服，每四小時一次，連用十四日。

（二）一般治療

（1）令病者臥床，飲大量液體，二十四小時內須達三至四公升，必要時，得以生理鹽水行靜脈注射。寒戰時，可用熱水袋及毛毯保持其溫暖，高熱時，用冷擦法或冰袋（不可與以解熱劑）。惡性瘧疾，尤應加意護理，注意腦症狀及循環系衰竭症狀。

（2）發作症狀及血內含有原蟲之患者，應臥於有紗窗之病房，或蚊帳內。

（3）病者在恢復期應與以富維他命飲食，及硫酸亞鐵0.6瓦每日三次，飯後服用。至少兩星期。

（三）各型瘧疾的治療

（A）間日與四日熱之治療——這兩種瘧疾症狀控制極為容易，難以控制其復發。採用奎寧類藥物控制其熱發作外，加用撲魯麥星期的藥物控制其復發。這兩種的藥品適當配合為此種瘧疾之標準療法。

（1）奎寧與 Pentaquine 兩週療法——每次前者0.3，與後者

0.01內服，第一日每四小時一次，共計六次。以後每日三次，連服兩星期。此法副作用不大再發率也小。

(2) 奎寧與撲癩母星一週療法——每次前者 0.3，後者 0.01內服。第一日每四小時一次，共計六次。以後每日三次，連服一星期。

(3) 瘧疾平與撲癩母星前後二藥療法——第一日用前者（瘧疾平）之一日量 0.6，三次飯後分服。以後每次 0.1 每日三次連服一星期；停藥兩天後改用撲癩母星，每次 0.01，每日三次，連服五天。

(4) 哥羅奎與Pentaquine前後療法——用前者（又名 Aralen）1.0為第一日第一劑，經六—八小時服 0.5為第二劑。第二—三日各於晨起服 0.5；三日中祇須服四次，總量 2.5瓦。停藥四天後改用 Pentaquine，每次 0.01，一日三次連服一星期。

(5) 撲魯索 Paludrine 療法第一日服二次，每次 0.1—0.2，即可控制發作以後每月任擇一日服藥一次，連服數個月，可防止復發。

(B) 惡性瘧疾之治療 如採用瘧疾平或哥羅奎之治療後，停藥數天，再用小量之 Pentaquine 或撲癩母星，或單獨用撲魯索也可以完全根治，不再復發。

(1) 瘧疾平與 Pentaquine 或撲癩母星前後療法 第一日用前者 0.2，每四小時一次，二四小時內總量 1.0瓦。以後六日，每日三次，每次 0.1飯後服。停藥兩天後服 Pentaquine 或撲癩母星，每日兩次，每次 0.01—連服五天。停藥兩日，再用瘧疾平一星期，每日三次，每次 0.1飯後服。

(2) 哥羅奎與 Pentaquine 或撲癩母星前後療法 第一日第一劑服哥羅奎 1.0 經六—八小時再服 0.5，第二日及第三日各服 0.5，停藥四日，改用 Pentaquine 或撲癩母星每日兩次，每次 0.01 連服五天。

(3) 撲魯索療法——每日二次，每次 0.1—0.2 連用二星

期。投藥法以內服為原則因注射不能增加顯著的功效。但嘔吐腹瀉或人事不省可採用。用肌肉注射較安全。

(三)慢性瘧疾及瘧疾性惡液質法——用以上種種療法外，投鐵、亞砷酸強壯劑、行溫浴、水治療法。脾臟用電氣療法或行摘出術。Ascoli氏主張對慢性瘧疾患者注射小量的副腎素，連續注射，可使脾臟縮小，促進貧血的恢復。其方法是第一日1/100gm，後1/90、1/80、1/70——1/30gm，每日漸次增加量到1/20gm，然繼續行同量注射如果脾還不縮小，且患者身體容許時，可增加到一日量1/10—1/50gm並繼續二〇日間，這個療法對保持瘧原蟲者効少，應和其他療法併用。末梢血管中不見瘧原蟲的陳舊性脾腫，用本法可縮小之。

【瘧疾之護理】瘧疾之病人惡寒戰慄時宜臥於床上用綽毯，或被子蓋好，身體四圍放熱水袋，室內溫度宜較高，以便保暖。出汗期應隨時將皮膚擦乾。如患者不惡心、嘔吐可給溫茶水等飲料。有時用芥子泥糊於上腹部。一般患者症狀較輕的，注意於發作後不久，雖能工作或步行等，然應使患者臥床安靜，到瘧原蟲被殺滅，而不再發作為止。特別對營養狀態不佳之人多加注意。繼續發高熱。頭痛劇烈者則與安替匹林、非拿昔丁等外，並置冰囊於頭部。投與驅瘧劑時必須遵守時間，且親手給患者送到口腔裏，不應把一藥包交給患者，因奎寧很苦，患者常厭惡服，而收藏或拋掉不但藥品浪費而且疾病不易癒。投與奎寧期間要注意中毒症狀，特別時常看有無蠟油樣黑褐色之血色素尿，警惕黑水熱的發生，如有黑水熱可隨時立即停止奎寧投與請醫生診察，對黑水熱患者必須絕對安靜臥床，每日應給2000c.c.——6000c.c.液體，每日須保持1200c.c.——1500c.c.之尿量喝水多少應由尿量決定，每四小時須使膀胱有尿排清，必要時行導尿。有患者的口服瘧疾平後刺激胃腸產生上腹部疼痛、惡心、嘔吐、和腹瀉，但將與食物或很甜的糖水同時服下可將此等副作用解除大半。須當心觀察病人，並檢查每次小便，注意血色蛋白尿的復發。

黑水熱 Blackwater fever

【概念・原因】 是瘧疾最危險的合併症之一，其特點：是令人疲倦的寒戰，大量的嘔吐，早發的黃疸，尿變黑紅色或黑色及發展很快的貧血。主要是急性血管內溶血的結果，所引起的血色蛋白尿而致本症的發生，與服用奎寧有關。特別是長期不規則的服用，受涼、喝酒過多也是促成本症發生的因素。多與慢性惡性瘧併存，本地人比較少，在發作期內能找到原蟲的只有50—70%。多見於服用多量奎寧之患者，且多由於投與奎寧而誘發本病。

【症狀】 定形的症狀是在服奎寧1—5—6小時突然以寒戰發高熱患者覺有頭痛、背痛、嘔吐、下痢，在2—3小時即已發生黃疸。最特有的是尿之變化，因尿中含多量之血色素外是醬油樣黑褐色，脾肝有顯著之腫脹及壓痛，重症者陷於心機不全，呼吸困難，意識渾濁，終於死亡。轉症在數小時後諸症狀減退，復常態。

【預後】 如無特別治療，尿液容易成酸性。這是產生尿管阻塞因素之一，因此引起腎機能衰竭，繼而連續的嘔吐、打噎，血中尿素的增加，小便量減少，都是不好的徵狀。一次發作之後，好像易有二次發作。死亡率25—50%。

【療法】 1. 奎寧之使用即刻停止。絕對安靜臥床就地治療，不移動病人為佳。

2. 禁用酒精類，因有害於心臟、肝臟、腎臟等。

3. 給大量水分；如牛乳、淡茶、鹹類、鹽類、糖水。每日給2000—6000c.c.水分。

4. 對嘔吐或衰弱，貧血甚劇之病人用食鹽水作皮下，靜脈內注射或灌腸。

5. 必要時注射 Digitalis, Cardiazol 與強心劑。

6. 發生中毒雖經給大量水分，尿量減少或無尿時則行 Alkali 療法，經口或靜注重曹。最近有人主張 Vitamin-C 極有效用。

7. 輸血 因瘧疾血球崩壞很劇烈，所以輸全血是有好處的。

8. Cholesterol 1gm 口服每四小時一次。

9. 在病危時可使用氧氣吸入。（銘熙編譯）

瘧疾的現代治療 張昌紹

夏秋之交，正是瘧疾盛行的季節。從內地出來的人，談到瘧疾，立刻感覺到它的嚴重性。沿海一帶，向來對於此病，彷彿傷風咳嗽，不很重視。但是這次戰事裏面，因人口的急劇移動，特種的比較難治的瘧疾，可能自滇緬路和太平洋羣島帶到這裏，漸漸會猖獗起來，給臨床帶一個治療的上難題。其次，在這次大戰裏面，由於奎寧產量佔全世界十分之九以上的爪哇淪陷敵手，抗瘧藥來源斷絕，盟國科學家乃奮起努力於抗瘧藥的研究，其規模之大，範圍之廣，史無前例。即舉美國一國而論，在這幾年裏面，作抗瘧研究的化學藥品，有一萬四千種之多。數年來收穫殊豐，成績斐然。不僅新型藥物，如英之白樂君（Paludrine），美之氯化喹啉（Chloroquine）與五烷喹啉（Pentamquine）等，出而問世，並且原有抗瘧藥——阿的平（Atebrine）的藥理治療學尚有新的發現，在其用法上有新的改良。最後，時至今日，世間上有不少人仍信奉本世紀初年Nocht與 Ziemann 等過去瘧疾權威所提倡的長期間斷療法，亦有認為伯拉母因（Plasmoquine）係惡性瘧特效藥。此種觀念不僅錯誤，並且也不無危險，因此在本文裏面，作者除介紹新的抗瘧藥物和新的治療方法外，也希望能夠掃除這種遺留的錯誤觀念。

一、瘧原蟲生活史與抗瘧藥的作用

瘧原蟲（Plasmodia）的生活史極為複雜，與人類有關係的大概有四期：（1）生殖性芽胞（Sporozoite），（2）紅血球外型（Exoerythrocytic Form），（3）分瓣原蟲（Schizont），及（4）生殖原蟲（Gametocyte）。

自瘧蚊傳到人體的是生殖性芽胞，這種原蟲並不使人產生任何不舒服的症狀，這就是瘧疾潛伏期的開始，生殖性芽胞在人體的某種組