

撫順衛生

FUSHUN WEI SHENG

第 六 輯

(結核病專輯)

撫 順 市 衛 生 局

中華醫學會撫順市支會

編 印

1964

前 言

从我市結核病分科学会年会論文中选出部分材料，并选录部分曾参加1964年沈阳地区性結核病学术會議的資料汇集而成。由于編輯時間仓促，水平有限，錯誤之处，在所难免，望多多批評指正。

目 录

1、654例肺外結核的調查分析 梁承昭 房家业	1
2、100例胸膜肥厚患者的肺功能观察(摘要) 李春富	5
3、异菸肼抗癆肼引起的多发性神經炎导致肢体攣縮3例报告 赵德胤 于素梅 柳健林	7
4、154例老年人肺結核統計分析(摘要) 朴昌南 孟 光	15
5、17例肺結核空洞滴入疗法的远期疗效观察 高志远	17
6、輕症肺結核采用工作单用异菸肼治疗60例疗效观察 王德厚	21
7、356例肺結核患者死亡分析 閔世昌 王志祥	24
8、保泰松治疗肺結核发烧26例临床观察(摘要) 张卫业 郭珍珠 孔庆蓮 刘玉华	25
9、166例肺結核患者的肺功能观察 赵德胤 于灵源	26
10、116例肺結核病人复工后恶化原因分析 高国忠 李国斌 王德厚	30
11、83例成人支气管淋巴結結核临床分析(摘要) 郭荣标	33
12、新生儿皮內法与皮上法接种卡介苗的效果及合併症的初步研究 房家业 賀法智 梁承昭 梁增岐	34
13、不作結素試驗直接划痕法接种卡介苗的研究(着重对机体安全性的观察) 房家业 梁承昭 許家耀 张恒福 賀法智	39
14、406名肺結核病人接触者的患病情况調查分析(摘要) 楊玉富	43
15、血清粘蛋白测定对肺結核的临床估价 郭珍珠 张卫业 王英林 孔庆蓮 刘玉华 王英林 滿志多	44
16、用尿素作抗酸菌浮游集菌消化液 許振儒 薛瑞华	50
17、胸膜腔积液糖定量的诊断价值 明旭清 刘鑫华 丁玉珠	52
18、120株結核菌耐葯情况調查报告 許振儒	54

654例肺外結核的調查分析*

撫順市結核病防治院 梁承昭 房家業

本文分析的654例肺外結核，系撫順某綜合醫院自1960年1月至1963年12月四年間所收治的住院患者，作者等查閱手頭文獻，國內尚無較系統的肺外結核的報導。為了探討肺外結核的患病頻率，全面了解結核病的流行情況，借以指導正個防治工作，今將調查結果加以初步整理和分析，希予指正。

材 料

全部病例均为該院病案管理登記的病人，依据病卡逐年逐例进行核对，选例标准是：

- 1、病案完整，有正個臨床系統觀察及治療結局者。
- 2、依据臨床、X線、手術治療、病理、實驗室等檢查，已確定診斷者。
- 3、除外再次入院病例。

按上述标准，附合要求者共654例，即1960年136例（20.8%），1961年102例（15.6%），1962年211例（32.2%），1963年205例（31.4%）。

肺外結核的分类，目前尚无統一标准，为了便于分析，参考有关教科书⁽¹⁻³⁾，归納为气管支气管結核、結核性腦膜炎、結核性心包炎、腸結核、結核性皮膚炎、泌尿及生殖器結核、骨—關節結核、皮膚結核、周圍淋巴結核、眼及附屬器結核等十类。由于气管支气管結核、眼及附屬器結核病例較少，又常为併发，可能未引起病人注意，因而多无住院治疗者，其余八类均按上述分类进行分析。

結 果

654例肺外結核中，結核性腦膜炎223例（34.1%），周圍淋巴結核80例（12.2%），骨—關節結核91例（其中包括冷脓肿10例）、（13.9%），結核性心包炎33例（5.1%），結核性皮膚炎94例（14.3%），腸結核60

*本文参加1964年沈阳地区性結核病学术會議

例(9.2%), 泌尿及生殖器結核70例(10.7%), 皮肤結核3例(0.5%)。其各占之比重, 以結核性脑膜炎为最高, 結核性腹膜炎次之, 最低为皮肤結核。儿童結核性脑膜炎占儿科病人的0.74%(141/19,872); 骨—关节結核占外科病人的0.78%(91/11,741); 結核性心包炎占内科病人的0.23%(33/14,191), 接近叶根耀氏⁽⁴⁾报告的0.24%, 較阮景純氏⁽⁵⁾报告的0.5%为低, 結核性腹膜炎佔内科病人的0.66%(94/14,130), 与李宗明氏⁽⁶⁾报告的0.44%接近。本市报告的6,54例肺外結核, 为該院内科、外科、儿科总住院病人的1.4%(654/46,069)。

本組病例的逐年患病序位, 看来虽結核性脑膜炎居于首位, 但似有逐年下降的趋势; 結核性腹膜炎的序位, 較前亦似有后移的傾向(見表1)。

年度与序位的关系

(表一)

年 度 序 位		1960	1961	1962	1963
第一位	病 別	結核性脑膜炎	"	"	"
	% (P值)	46.3	41.1 (P>5)	32.7 (P>5)	23.9 (P<5)
第二位	病 別	結核性腹膜炎	"	骨—关节結核	周围淋巴結結核
	%	14.7	16.6	17.7	16.1
第三位	病 別	骨关节結核	腸 結 核	周 围 淋 巴 結 結 核	骨关节結核
	%	11.0	12.7	14.2	14.1
第四位	病 別	周 围 淋 巴 結 結 核	骨关节結核	結核性腹膜炎	結核性腹膜炎
	%	10.1	10.7	13.7	14.1
第五位	病 別	腸 結 核	泌尿及生殖器 結 結 核	泌 尿 及 生 殖 器 結 結 核	腸 結 核
	%	8.1	10.7	12.3	12.2

654例肺外結核患者中, 男性316例(48.3%), 女性338例(51.7%), 女稍高于男, 但二者差异不大。年令以21—30岁較多占32.0%, 其中結核性脑膜炎、結核性腹膜炎、周围淋巴結結核为多見, 共118例占該年令組的56.4%; 其次为0—10岁組占24.9%, 結核性脑膜炎为多見, 占該年令組的62.8%, 这

一点已为国内各家所公认；再次为31—40岁組占17.7%，60岁以上很少仅占2.1%。654例中，最小者不足周岁，最长者70岁。

年龄与患病的关系：从分析中看到，0—10岁組多患結核性脑膜炎，占該年令組的62.8%；21—30岁組以骨—关节結核与結核性腹膜炎較多，分別占31.9%及42.6%，前者低于于培礼氏⁽⁷⁾报告的43.5%，后者較李宗明氏⁽⁶⁾报告的30.9%为高，附合 Khar⁽⁸⁾认为20—30岁之間患者居多、女多于男的規律。

职业与患病的关系：654例中以工人居多占31.0%，其次为家务占25.1%，技职人員与学生各占12.7%及5.8%，农民較少只占1.7%，儿童为23.7%，这可能与該院收治的对象有关。

本組病例的治疗結局，除皮肤結核、周围淋巴結結核等83例临床轉归良好外，其余571例中，临床治愈者159例(27.8%)，显著进步者249例(43.7%)，有62例无变化(10.8%)，尚有101例死亡(17.7%)。(具体情况見表2)

571例肺外結核治疗轉归

(表2)

	結核性 脑膜炎		骨—关节 結核		結核性 心包炎		結核性 皮肤炎		腸結核		泌尿及生 殖器結核	
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
临床治愈	42	18.8	36	49.0	11	33.3	29	30.8	18	30.0	23	32.9
显著进步	68	30.5	44	48.4	17	51.5	52	55.4	31	51.7	37	52.9
无变化	30	13.5	8	8.3	4	12.1	8	8.5	4	6.7	8	11.4
死亡	83	35.2	3	3.3	1	3.1	5	5.3	7	11.6	2	2.8
計	223	100.0	91	100.0	33	100.0	94	100.0	60	100.0	70	100.0

討 論

肺外結核是全身結核感染的續发性局部表現，严重的損害病人的健康，虽然国内尚无此类报导，但在抗結核藥物問世以来，以及外科治疗的进步，毫无疑问，肺外結核的治疗效果会有提高，死亡率明显下降。按本文历年肺外結核患病动态，仍以結核性脑膜炎为多，患病年度的序位仍占首位。各家一致认为，本病兇险，其癒后轉归常与早期诊断，合理彻底的应用化学疗法，有着密切的因果关系，由于結核性脑膜炎的患病率已有逐渐下降的趋势，以1960年与1963年相比，則减少22.4%，($P < 5\%$)，

从年度与序位的关系,亦由1960年的46.3%下降到23.9%。这可能由于卡介苗的有效推行,尤以新生儿介苗接种质量的提高,直接影响儿童结核性脑膜炎的患病在逐年减少。但从正个肺外结核的患病与性别、年龄的关系看,结核性脑膜炎仍以儿童最为突出:0—10岁组为62.8%。结核性皮肤膜炎和骨—关节结核,则以21—30岁之青壮年为最多,又女多于男,这完全附合肺结核主要侵犯青壮年的规律。

本组病例达到临床治愈者仅为27.6%,而病死率却为17.7%。结核性脑膜炎临床治愈率为18.8%,而病死率为35.2%,高于周萍生氏⁽⁹⁾报告16.5%的一倍,但低于费益纯氏等⁽¹⁰⁾报告的18.8%。骨—关节结核临床治愈率为40%而病死率为3.3%,在抗结核物广泛应用以前的病死率为25—30%⁽¹¹⁾,1950年以后,病死率降至2—12%。结核性心包炎临床治愈为33.3%,病死率为3.1%,显著低于F ka, Ebert、二氏⁽¹²⁾报告的42.8%及 Schaeffer 氏⁽¹²⁾报告的30.8,这与抗结核药物问世后的充分应用及心脏外科的进步有直接关系。结核性皮肤膜炎治愈率为30.8%,而病死率为5.3%,较付正凯氏⁽¹³⁾报告的治愈率71.1%为低,其病死率又较付正凯氏报告的2.2%高。因此,肺外结核的治疗结局和转归问题,仍是正个防痨工作上一个关键性的重大问题,大力开展肺外结核的防治工作,是我们十分必要的迫切任务。

小 结

①本文报告654例肺外结核四年来流行动态和类型分析,结核性脑膜炎仍居其他肺外结核之首位。

②患病与年龄、性别的关系,以0—10岁组患结核性脑膜炎较多,21—30岁组患结核性皮肤膜炎较多,并女多于男,基本附合肺结核主要侵犯青壮年的规律。

③病人的治疗结局和转归,尚不够满意,平均病死率高达17.7%,必须加强肺外结核的防治工作。

参 考 文 献

- 1、上海市结核病科进修讲议:肺外结核,300,1960。
- 2、辽宁省结核病防治院:结核病学讲议,肺外结核,327,1958。
- 3、结核病医师手册:肺外结核,200—285,1955。
- 4、叶根耀等:结核性心包炎的诊断和预后,中华结核病科杂志,5:195。

1957.

5、阮景純：結核性皮膚炎22例的臨床分析，中華結核病科雜誌，5：203，

1957.

6、李宗明等：結核性皮膚炎601例的臨床觀察，中華結核病科雜誌，3—18

6，1957.

7、于培禮等：骨與關節結核及其治療，遼寧省結核病防治工作經驗匯編，

161，1960.

8、北京結核病研究所：結核病學，結核性皮膚炎，493，1964.

9、周萍生等：1958—1962年11例青年與成人結核性腦膜炎的治療遠期療效分析，全國結核病學術會議，學術論文文摘匯編，47，1963.

10、費益能等：成人結核性腦膜炎異菸肼、鏈霉素并用療法61例隨訪報告，中華結核病科雜誌，2—112，1959.

11、北京結核病研究所：結核病學，骨—關節結核，518，1964.

12、北京結核病研究所：結核病學，結核性包炎，486，1964.

13、付正凱等：288例結核性皮膚炎的臨床觀察，7(2)：115，1959.

(本文承撫順礦務局醫院統計室、遼寧省結核病防治院趙式巽醫師協助統計，致以謝意)。

100例胸膜肥厚患者的肺功能觀察

(摘要)

撫順市結核病防治院 李春富

于1963年—1964年兩年間，我們給患有單純性結核性胸膜炎遺有胸膜肥厚的患者100人，做了肺功能測驗，以了解胸膜肥厚對肺功能的影響。測驗對象：男性67人女性33人；職員38人，學生8人，家屬16人，一般工人38人。

胸膜肥厚范围以X线后前位胸片为准:

- 一、輕度組: 肺頂水平以下有粘連、胸膜肥厚和肋骨輔轆者。
- 二、中度組: 第5肋外帶上緣水平以下胸膜肥厚, 肋骨輔轆, 脊柱变形和縱膈移位者。
- 三、高度組: 肥厚范围至第二前肋外帶上緣水平以下, 其余条件同中等度。
- 四、双側組膈角粘連及胸膜肥厚者。

測 驗 結 果

各組的通气功能改变:

依据胸膜肥厚范围分 I、II、III、IV 組, 男、女两性各組測定的結果, 肺活量占予計值的減低均大于最大通气量占予計值的減低, 而第一秒。時間肺活量呈递增式的改变; 其程度与胸膜肥厚范围大小成正比。如以气速指数公式計算, 則不論肥厚范围大小, 各組平均气速指数均大于 1。进一步分析每个病人限制性通气功能改变的比值, 其中有 82 例大于 1, 而小于 1 的仅 18 例, 在輕度組 29 例中有 9 例 (31%) 小于 1, 而高度組中仅有 1 例 (5.5%) 小于 1, 說明限制性通气功能障碍, 是随胸膜肥厚范围的大小而逐漸加重的。

結 語

1、遺有胸膜肥厚者不論范围大小、皆影响肺脏的通气功能; 肥厚范围越广泛, 肺功能減損的程度越明显。

2、气速值数有 82% 大于 1, 而高度組 18 例中 17 例大于 1, 可見胸膜肥厚主要表現为限制性通气功能障碍。

3、肺活量, 最大通气量的实测值及予計值的百分比, 随胸膜肥厚范围的扩大而遞減, 但時間肺活量随胸膜肥厚的扩大而递增。

4、由于胸膜肥厚, 限制了胸廓呼吸运动的幅度, 是影响通气功能障碍最重要的动力因素。測得的結果証实, 各組間通气功能障碍的程度, 均有明显的差异。

異菸肼抗癆肼引起的多数性神經 炎导致肢体挛縮 3 例报告

撫順市結核病防治院 赵德胤 于素梅 柳健林

自异菸肼应用于临床以来，由其引起多数性神經炎的報告已非罕見，但由此神經炎导致Dupuytren氏挛縮或肢体挛縮者文献却很少报导。笔者收集手头文献，仅見在王氏⁽¹⁾、藤森氏⁽²⁾的报导中提到导致Dupuytren氏挛縮(Contracture)一簡称D.C.一或肢体挛縮者，R. A. Hines有3例D.C.一及雷諾氏現象的报导、川上氏有1例有关末梢麻木感不断增强向肢体扩展、乏力、手指屈曲、指尖疼痛持物困难、不能起立行走等描述的报导、T. P. Biehl氏还有5例关于异菸肼神經炎症状持續一年似后产生肌肉挛縮的报导、以及河盛氏对下肢挛縮及强直性痙攣各一例的記載。抗癆肼是否会引起神經炎或挛縮，尚未見报告。61年以来，我們在应用异菸肼鏈霉素及抗癆肼治疗中发现了3例病人发生神經炎导致产生肢体挛縮者，报告如下，望指正。

病 例 介 紹

例一，患者王某(住院号1930)男，58岁，工人，未婚。患肺結核2年，近2个月咳嗽、发热、咯痰臭痰，臥床不起，于61年3月20日入院。既往史、家族史无特記。入院检查：发育中等，营养极不佳，神志清晰，慢性病容，体温38°C，脈搏102次/分，血压100/60毫米汞柱；头頸正常，皮肤无黃色，右胸上部塌陷，心界不大，肺有散在干湿鳴，腹部肝脾未捫及，四肢及神經系統无特殊。化驗：紅細胞275万，血紅蛋白44%，白細胞2750，中性82%，巴淋18%，血沉35毫米(潘氏法一小时，以下同)，肝功能碘反应(卅)、麝油10单位、麝絮(一)、脑絮(一)，血清总蛋白7.0克，白蛋白2.55克，球蛋白4.55克，尿便化驗正常，痰結核菌(+)。胸部X綫所見：气管右移，右侧肋間隙变窄，右肺全野斑片影，有三处透明区，下一透明內有液平面；左肺上中野呈斑点状影。

临床诊断：慢性纖維空洞型肺結核，合并继发感染。

入院后，每日給予口服异菸肼300毫克，肌注鏈霉素1.0克及青霉素治疗。

攣縮症状：患者于上述治疗第27日时出現四肢末端麻木感，停异菸肼投V.B₁ 每日60毫克（因无药只投三天，同样原因未投V.C, V.B₆），3周后投抗癆肼每日300—600毫克。自停异菸肼症状无減輕，且向肢体扩展，4个月后四肢运动受限持續約5个月；后又停抗癆肼，改服异菸肼2月；下肢出現屈曲攣縮（从出現症状起約11个月）。右下肢伸展只达150°，左下肢为130°，同时左手无名指、小指、手掌及右足趾、足蹠屈肌亦呈攣縮。手指变形，手掌凹陷伸不平，不能屈曲握拳；右足趾向足心卷曲攣縮，硬固畸形，功能丧失，終至不能起立，持物困难；指趾根部无結节形成。繼之停异菸肼，又投抗癆肼一月及其后投异菸肼半年余，未見攣縮增重。药源解决后投V.B₁（60毫克/日）2月，肢体攣縮減輕，手足畸形未变。63年10月10日肺病变显著吸收出院。出院时肢体攣縮解除，功能恢复，惜左手、右足畸形及功能状态无改善。4个月后随访，患例手足所見与出院时相同，且仍有麻木感及肌肉萎縮，无疼痛，冷温覺正常。手足X綫骨象：見右手2、3指第一节及左手第3、4掌骨骨刺形成，中指尖骨质凹凸不平，足骨质未見异常。

例二，患者徐某（住院号3408），男，32岁工人。患肺結核10年，以咯血二次于63年1月20日入院。既往及家族史无特殊記載。入院检查：发育中等，营养欠佳，神志清晰，体温37.5℃，脈搏120次/分血压110/90毫米汞柱；头颈部正常，右胸場陷，肺有散在干鳴，腹部四肢及神經无特殊。化驗：紅細胞382万，血紅蛋白75%，白細胞5750，分属在正常范围内，血沉37毫米；肝功能碘反应（+），麝浊8单位、麝絮（++）、脑絮（++）；尿正常，便蛔虫卵（+）；痰結核菌（+）。胸部X綫所見：气管右移，右肺全野片斑影，上野有一透明区，左肺上野有巨大及中等透明区各一，中下野呈現增殖性病变。

临床诊断：慢性纖維空洞型肺結核，合并肺大泡。

入院予每口服异菸肼300毫克，肌注鏈霉素1.0治疗。但顧及肝功損害，于上述治疗一月后停异菸肼，改投抗癆肼每日300毫克及土霉素2.0治疗。約4个月后，四肢末端出現麻木感及灼熱疼，并伴有食后恶心、呕吐及腹瀉，便呈糊状，肤亂輕度膨胀，經投V.B₁治疗半月疼痛消失。患者营养不断恶化，虽增投V.B₁至95毫克，病情仍不見好轉，約一个半月后（63.5.29），患者突然精神失常，大声喊叫不合作，

在2小时后恢复，但大便秘，言語迟鈍；5日后陷入昏迷状态，血压下降（80/50），大小便失禁，全身抽搐一次约20分钟，腰椎穿刺脑脊髓液正常。查本体反射正常，皮肤有色素沉着，左足跟，足背及大腿根部出现三处红班，后形成水泡。诊断糙皮病。停抗癆肝改投酵母片1·5克/日及V.B5(无菸酸)，治疗一月后、患者意識完全恢复。

挛縮症状：患者在精神症状恢复后，仍诉手足麻木、疼痛、乏力、两手震顫、握力減弱、手指伸屈受限不能持物，四肢漸呈挛縮（出現症状、起約3个月），下肢伸展120°，皮肤角化脫屑，肌肉萎縮不能起立，上肢挛縮較輕。2个月后复查病變重化，又改投异菸肝一月，挛縮重見增重，下肢伸展只达90°，上肢160°，两手指屈曲挛縮；停异菸肝2月后，上肢挛縮近全解除，除右手示指余皆能伸展，但屈曲仍受限不能握拳，下肢伸展恢复至160°，但仍诉麻木乏力、疼痛、足趾不能触地。5个月后上肢及手指伸屈自由，下肢挛縮近解除，麻木疼痛等症狀未減輕。指趾皮肤无結节形成。两手錢X骨象：見掌指骨有对称性骨质稀疏透亮。至写文章时(64·6)患者仍在住院治疗中，一般状态有显著改善。

例二，患者刘其（住院号3051），男性，25岁，职员。2月前患肺結核抗癆治疗不見好轉，于62年7月6日入院。入院前曾每日服异菸肝300—600毫克，肌注鏈霉素1·0治疗，約2周后在两足趾尖出現麻木感、針刺样疼痛，很快症狀扩展及膝。入院检查：发育中等，营养极不佳，神志清晰，急重病容，体温38°C，脈搏120次/分，血压120/80毫米汞柱。头頸正常，心界不大，左肺叩診浊音，上野听診有干状音及湿鳴，腹部肝脾未触及，两下肢膝盖以下皮肤过敏，肢体运动正常。化验：紅細胞330万，血色蛋白60%，血細胞9·000，中性87%，淋巴13%，血沉35毫米。肝功能正常。血清电解质：氯560毫克%，鈉240毫克%，鉀24毫克%。尿检：蛋白(+)白細胞(++)；便检正常；痰結核菌(+)。胸部X綫所見：左肺一致性高度致密陰形，1野可見浓淡病變；右肺上中野呈粗大網織狀陰形。

臨床診斷：干酪性肺炎、合并左側胸膜胞厚，多数性神經炎。

挛縮症状：入院后由于病情严重，仍授予每日口服异菸肝300毫克，肌注鏈霉素1·0，同时配用V.B1 50毫克、V.B6 60毫克治疗。一个月后虽疼痛消失，但麻木感仍存在，且下肢及两足趾漸呈屈曲挛縮（从出現症狀起約3个月，皮肤营养障碍。7个月后下肢伸展只达90°—110°，遂停异菸肝改投抗癆肝每日300毫克，对烟

柳酸 6·0；一个月后攣縮減輕，伸展可至 140° — 150° ，惜足趾已屈曲攣縮硬固，功能喪失，麻木感仍存但無疼痛。趾根部終無結節形成。其後又服異菸肼5個月，直至因結核病惡化于63年12月23日死亡時，攣縮末見增重。

討 論

根據氏Hines描述的D.C.及雷諾氏現象，本組見到的攣縮雖類似D.C.但在某些地方又不盡相同，這可能象藤森氏認為的“可能系另一種D.C.的另一種臨床表現”。是1831年首由Dupuytren氏報告提出，記載稱病變累及手部，起病時手掌鈍痛、及有麻木感及灼熱疼，指根部有對稱性結節形成，右手多患；各指發生攣縮的頻度並順序為無名指、小指、中指、示指及拇指，無名指與小指並發多於無名指與中指。此病多合併痛風、變形性關節炎、風濕傾向及糖尿病。男性高齡多患且與遺傳因素及手工勞動有關。但筆者觀察其攣縮有如下個特點：

- 1、攣縮侵及部位較廣泛；
- 2、攣縮是在有典型症狀（長絨型、手套型）、的神經炎經過中發生的，與異菸肼抗癆病有關；
- 3、均系結核患者，其中高齡一人、青壯年各一人，但無Dupuytren氏所述的合併症及遺傳因素；
- 4、指、趾根部均無結節形成；
- 5、經過V.B₁ V.B₆治療肢體攣縮有改善；
- 6、手足屈曲攣縮硬固畸形；

關於攣縮的成因問題，Maurev氏⁽²⁾提到D.C.的成因有外傷說、先天說、神經說、內分泌說、傳染疾患說、素質體質說和其他等原因。至於本組攣縮成因，由於我們觀察的不夠周密，尚難以斷然肯定，但認為至少不能除外神經說（末梢神經障礙）及糙皮病二種病因。

本組攣縮都是在較晚期發生的，這點與張氏⁽³⁾提到的“神經炎常可發生屈肌攣縮而形成畸形”之點相符。各例臨床經過，也頗似川上氏觀察到的“由異菸肼引起多數性神經炎導致手指及下肢攣縮，終致不能起立及持物困難”的病例。藤森氏認為在結核患者所見到的現象，有二種產生途徑：①結核—使用異菸肼—多數性神經炎—D.C.；②合併症。關於前一途徑經該氏多次研究後，又認為祇是有可能性。惜本組攣縮的產生，經觀

察似与异菸肼或抗癆肼引起的神經炎頗有密切的临床关系，故笔者认为攣縮的产生还是符合前一途径的。

本文例二于63年5月前后的一段病程，基本符合糙皮病诊断，异菸肼可引糙皮病已見文献报告⁽⁴⁾，惟此例糙皮病是在服抗癆肼期間发生的。糙皮病是D.C.病因⁽²⁾也是神經炎病因⁽³⁾。故此例攣縮的产生，是否可归納为如下途径：

結核—使用抗癆肼— $\begin{matrix} \text{多数性神經炎} \\ \text{糙皮病} \end{matrix}$ —攣縮。

有关結核中毒病因問題，在本組观察之病例較易除外，因攣縮均继发于神經炎。当然在临床工作中，亦偶可見到根本无神經炎症状的重症結核患者下肢发生攣縮，这是否与結核中毒或其他某种病因有关，尚待研究。

关于异菸肼神經炎产生攣縮的机制，Hines氏认为是对上肢交感神經反射性的刺激引起血管障碍所致，結合本組病例是否可用同样的机制来解释下肢产生的攣縮，尚待进一步探索。

綜合上述，认为本組病例与 Biehl及Hines 二氏报导頗具相同之点，現列表比較如下：

病 例 比

		Bi ehl		Hines		
				例 1	例 2	例 3
年 令, 性 别		61岁、男		61岁、男	63岁、男	48岁、男
診 断		急性粟粒肺結核		重症肺結核	肺結核(重症)	肺 結 核
初 期 症 状		手指麻木、肿胀		手足剧疼	两腕无力, 麻木感(一)疼痛(一)	手足麻痛
用异菸肼至出現 症 状 期 間		4 个 月		2 个 月	2 个 月	5 周
出 現 症 状 时 况	并 用 药 (日)	对氨柳酸, 鏈霉素 1.0—2.0		鏈霉素1.0, 2次/周	对氨柳酸12.0	鏈霉素1.0, 2次/周
	异菸肼剂量 (日)	0.3—0.6—1.2 —0.6—0.3		0.2—0.5	0.3	0.3
	异菸肼总量 (克)	60		18	18	10
症 状 过		握力減弱, 手节 运动受限, 腱反 射減弱, 定向力 消失, 硬固性攣縮, 全身痙攣, 昏睡 发热死亡。		手足疼痛 肿 胀 屈曲攣縮。	手指硬固, 屈曲攣縮, 知覺鈍麻, 手部皮肤冷感, 发紺。	3个月后手皮 肤营养障碍, 冷感、发紺手 指硬固攣縮。
治 效 疗 果		(原文不清)无效, 氯化鉀(80) Pyridoxine 1000毫克肌注		停异菸肼稍輕快 水楊酸剂 副 木 物理疗法		停异菸肼10日 症状未減, pyridoxine 100毫克 (日)无效
合 并 症		脑 症 状		精 神 病	动脉硬化症(伴 心房纖顫), 肺 气肿(严重)	
其 他				手X綫象呈风 湿性关节炎初 期象		手X綫骨象呈 瀰漫性骨质疏 松(輕度)

較 表

藤 森	本 文 著 者		
	例 1	例 2	例 3
54岁、男	58岁、男	32岁、男	25岁、男
中度肺結核 指根部节形成，麻木感(-)，疼痛(+)	慢性纖維空洞型肺結核 指端麻木，疼痛(-)，結节(-)	慢性纖維空洞型肺結核 肢端麻木、灼热痛，結节(-)	干酪性肺炎 趾尖麻木、疼痛、結节(-)
2年9个月	27日	4个月	2周
鏈霉素1.0, 2次/周 对氨柳酸10.0	鏈霉素1.0	鏈霉素0.3	鏈霉素1.0
0.4 (10毫克/公斤)	0.3	抗癆肼0.3	0.3~0.6
350	8.1	鏈霉素36	4.5~9.0
屈曲攣縮 冷感(±) 发紺	4个月后体运动受限、攣縮手足屈曲攣縮、硬固畸形。	肢体攣縮，手振，顫，握力減弱、屈曲攣縮，皮肤营养障碍，消化系及精神神經症状。	下肢攣縮，足趾屈曲攣縮、硬固、皮肤营养障碍。
停异菸肼 V.B ₁ V.B ₂ V.B ₆	无 效	投肢V.B ₁ 体攣縮解除，但手足攣縮无效，麻木、(+)、疼痛(-)	投V.B ₁ V.B ₆ 后攣縮減輕，疼痛(-)麻木(+)
梅毒		糙 皮 病	
变形性脊椎症			
手X綫各指中节 骨肥厚	手X綫象見少数指掌骨骨刺形成、足骨质无异常	X綫象两手掌指呈对称性骨质稀疏透亮	

有关神經炎的治疗及后遺症問題，有的(2·5)曾报导V.B₁ V.B₆有予防及治疗神經炎之作用，但本組三例在治疗中，例一于神經炎晚期投V.B₁ 2个月，余2例均及时授予V.B₁ (11—17个月)，V.B₆ (7—9个月)，但麻木感与疼痛等后遺症等持續1年6个月乃至近3年之久未癒，且例一、例三2例并遺有手足畸形。故我們觉得对神經炎疗效是不滿意的，这可能由下述原因促成：

1、患者长期高热营养极差，体内V.B属类本已不足，于神經炎发生之后又未断然停止使用异菸肼(或抗癆肼)类药物，致使体内V.B₁ V.B₆ 益見不足，終未得到改善之故。

2、治疗用V.B₁ 剂量远为不足。

3、本組病例亦可能是属于投V.B₁ V.B₆ 根本无效的所謂“难治性神經炎”病例。

根据有关文資料分析认为，在服异菸肼时，最好能配用以减少神經炎的发生率。治疗重症患者的神經炎时，如能投与大剂量的，V.B₁ V.B₆ 可能有所裨益。Biehl氏在报否中亦曾提及：对每日服异菸肼(20毫克/公斤)的20名患者治疗中，并同时每日投 pyridoxine 50—450毫克，观察10周，无一例发生神經炎。其次，我們感到对进行性或难治性神經炎在未癒前，最好避免再用异菸肼或投新近制剂維生素的B₁ 衍生物四氫呋喃基二硫代硫酸(Thiamine tetrahydrofurfuryl disulfate elinewineF) 治疗之。

小 結

1、本文报告了3例由异菸肼抗癆肼引起的多数性神經炎导致肢体攣縮的病例，其临床表现类似，但又不尽相同。通过观察，初步归納六个特点。

2、对产生攣縮的原因进行了初步分析，认为符合神經說，而且是由异癆肼或抗癆肼引起的神經炎或糙皮病所致。

3、結合本文資料，对神經炎的治疗予以簡要討論。

参 考 文 献

1、R.A.Hines (王家斌摘譯)：异菸肼引起的周围神經炎呈杜波特留氏攣縮及雷諾氏現象，中华結核病科杂志，2、93、1956。

2、藤森岳夫：結核患者におけるINH末梢神經炎とデエビトラン攣縮发现过程についての再検討，肺疾患研究の进步，32：127—136，昭和37年(1992)。

3、張源昌：多数性神經炎，实用內科学，第5版，807頁，人民卫生出版社，