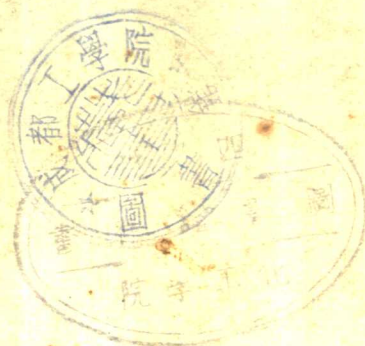


133777

基本館藏

兒科診斷及治療提要

錢 康 齡 校 閱 鄧 俠 進 譯



新 醫 書 局 出 版

472
/7128

133777

41753

兒科診斷及治療提要

錢康齡校閱 鄧俠進譯

新醫書局出版

E. M. H. Al'en
Aids to Diagnosis and Treatment
of Children Diseases

8th. edition

兒科診斷及治療提要

書號：0062

校閱者	錢康齡
譯者	鄧俠進
出版者	新醫書局 杭州馬市街醫園弄四號
發行者	新醫書局 上海漢口路六二七號 北京宣內大街八五號
代表人	韓學川
印刷者	新醫印刷廠 杭州肅儀巷二四號



(字數：175,000)

一九五一年一月初版

6,001—8,000

一九五三年六月三版

定價人民幣一萬二千五百元

自序

兒童是國家之新細胞，未來之主人翁，兒童之健康與國家之強弱，關係密切，故兒童保健問題須十分注意，自不待言。既往我國兒童患病率與死亡率之高，殊足驚人，此乃由於國人長期受反動勢力之統治，忽略兒童保健事業之重要性所致。解放以還，人民政府對醫藥衛生極為重視，尤其對兒童保健事業更為關心，並提倡“預防為主，治療為輔”之工作方針，此後我國兒童之患病率及死亡率，必可大為減低。

關於中文兒科醫書，坊間為數頗少，而簡明扼要者，尤不多見。F.M.B. Allen 氏第八版小兒疾病之診斷及治療提要(*Aids to Diagnosis and Treatment of Children Diseases*)一書對初生兒衛生，兒童營養，疾病之病因，症狀，徵候，鑑別診斷，治療及預防等，均有扼要簡明之敘述，適合醫學生及衛生工作人員之參考。余有見及此，乃將其譯成中文。

惟此書於課餘之暇譯成，其中筆誤之處，自不能免，至文字之未能工鍊，尤深負歉，敬希海內醫學先進不吝賜教是幸。

此書所載醫學名詞之譯名，大都依照新醫辭典為準。

又此書蒙錢康齡先生校譯，付印時蒙余秀女士校對，特此敬致謝忱。

公元一九五〇年九月

鄧俠進序於南昌江西省立醫學專科學校

兒科診斷及治療目錄

第一章 初生兒之護理1

初生兒	1
初生兒窒息	3
初生兒外傷	5
產傷麻痺	6
顱內出血	8
初生兒出血	9
初生兒膿毒病	11
初生兒黃疸	13
有核赤血球過多症	14

第二章 嬰兒的哺養16

乳的組織	16
人乳哺養	17
人乳哺養的困難	19
人工哺養	20

第三章 未成熟嬰兒25

第四章 維生素29

第五章 佝僂病，痙攣素質

，環血病31

佝僂病31

痙攣素質(嬰兒性手足搐搦)
.....35

嬰兒環血病36

第六章 消化系統疾病39

口 炎39

嬰兒嘔吐41

先天性肥大型幽門狹窄44

嬰兒腹瀉46

嬰兒慢性腹瀉48

兒童的慢性腹瀉49

粥樣瀉51

便 祕53

腸寄生蟲55

腹部結核59

腸套疊61

先天性特發性結腸擴張症62

直腸脫垂63

闌尾炎64

腹膜炎66

肝臟疾病67

傳染性肝炎(卡他性黃疸)67

尿無胆色性黃疸67

肝硬變68

第七章 上呼吸道的疾病69

急性扁桃腺炎，急性鼻咽炎

.....69

慢性扁桃體炎，慢性鼻咽炎

.....71

‘扁桃體及腺樣組織’71

先天性喉鳴73

蟬鳴性喉炎74

蟬鳴性喉痙攣75

第八章 呼吸系統的疾病77

枝氣管炎77

慢性枝氣管炎78

枝氣管肺炎79

大葉性肺炎81

肺纖維性變及枝氣管擴張84

氣 喘85

胸腔內結核病87

急性粟粒形結核病89

肺結核90

漿液性胸膜炎92

膿 胸93

第九章 循環系統疾病95

心包炎及心包滲出液95

急性心內膜炎96

兒童期的心臟損害98

先天性心臟病100

第十章 風濕病及舞蹈病 103

風濕病103

幼年性風濕病104

風濕病症候105

舞蹈病112

第十一章 特殊的熱病	116
麻疹	116
風疹	119
猩紅熱	120
白喉	126
百日咳	130
水痘	134
天花	135
牛痘	137
流行性腮腺炎	138
傷寒	140
淋巴腺熱(傳染性單核白血球增多症)	142
急性脊髓灰白質炎	144
流行性腦炎	146
第十二章 神經系統的疾病	148
搖擺	148
症候性顫抖	148
癱瘓	150
夜抽及步蹣	151
痙攣, 習性痙攣	153
腦膜炎	154
結核性腦膜炎	154
腦脊髓熱	156
腦底後腦膜炎	158
膿毒性腦膜炎	159
紅腫病多發性神經炎	160
腦積水	161
大腦性兩側癱瘓	163
嬰兒性偏癱	165
多發性神經炎, 毒性神經炎	167
神經炎性進行性肌萎縮	168
脊髓性進行性肌萎縮	168
蒙古人樣愚鈍	169
克汀病	170
第十三章 肌肉的疾病	172
肌病(肌營養不良)	172

假性肥大型肌營養不良	172
攸字氏幼年性肌營養不良	173
顏面肩胛肱骨肌營養不良	174
第十四章 泌尿生殖系疾病	175
遺尿	175
官能性蛋白尿	176
腎臟炎	179
急性腎臟炎	180
亞急性腎臟炎(實質性腎臟炎)	182
急性間質性(氮質血性)腎炎	184
腎盂腎炎(腎盂炎)	185
第十五章 血液病	188
嬰兒性脾性貧血	188
白血病	189
骨髓性白血病	190
急性骨髓母細胞性白血病	190
淋巴性白血病	191
營養性貧血	192
紫癜	193
自發性血小板減少症	193
症候性紫癜	193
第十六章 兒童期梅毒	195
後天性梅毒	195
先天性梅毒	195
附錄	202
胃灌洗術	204
輸食法	204
鼻飼法	205
感官的發育	205
各年齡之脈搏及呼吸率表	207
乳齒生長時間表	207
恆齒生長時間表	207
出疹期	208
疾病的潛伏期	208
隔離期	208
劑量與年齡的比例	210
合劑	210

兒科診斷及治療

Aids To Diagnosis And Treatment

Of Diseases Of Children

鄧俠進譯 錢康齡校訂

第一章

初生兒之護理

初生兒

(*The Newborn Infant*)

【分娩時嬰兒的護理】——良好的產科醫師在胎兒分娩時，對母體及嬰兒是二者兼顧。胎循環窘迫之徵必須注意，胎兒的娩出亦應力求自然，以避免外傷的危險。頭產出後，口腔及眼睛應以無菌毛織物吸取，用酸洗劑揩抹；口腔中的粘液宜用無菌紗布纏裹於手指以擦去。

【臍帶】——正常分娩後二或三分鐘，臍帶動脈搏動停止時，應在離臍部一英寸作二結紮，在此二結紮間切斷臍帶。在嬰兒與母體分離以前，應以無菌及溫暖之絨布包裹嬰兒，以免受涼。呼吸若不能自動開始，必須速行窒息的治療。

割斷臍帶有時需更為迅速，如嬰兒受嚴重之震盪或受過分之暴露。不論採用何法，嬰兒必須裹於毛織物及絨毯中，置於籃或箱內及以熱水袋保溫或增高室內溫度。注意熱水袋勿直接觸及皮膚，以防灼傷。此外母親亦應留意觀察嬰兒以保證呼吸已經持續。

【嬰兒的診察】——俟產科醫師對母體健康認為滿意，嬰兒之物理診察應即施行。視診及觸診可察知先天性異常，例如兔唇，副耳廓，指趾增多，骨結構的畸形或缺如等。當嬰兒啼哭時，可測知其臍是否完整，以指頭插入直腸可知肛門及大腸開展之狀態。先天性心雜音在初次檢查時常不能察覺，但聽診却不可省略。空氣進入兩側肺部的情形必須注意。顫部觸診可察知 疝門過大或其他異常。

【沐浴】——胎兒皮脂應以毛織物吸取滅菌橄欖油輕輕揩去。在最初數天，應用溫橄欖油揩身以代替沐浴。臍帶應以無菌紗布敷料包裹，用單層 2½ 英寸寬的繃帶固定。眼睛睜開後即刻滴入 1% 硝酸銀溶液二滴，繼以水沖洗；對陰道內傳染的可疑性較少者亦可用 10% 弱蛋白銀溶液點眼。

【哺養】——母親及嬰兒應讓其休息 12 小時，難產婦應休息 24 小時，才可哺乳。在此間隔期中，應給以無菌水解湯，可用匙或滴管授與嬰兒。當嬰兒初次哺乳時可得到少許初乳，在以後 24 小時內應每六小時哺乳一次，再後 24 小時每四小時哺乳一次，在第三天應每三小時哺乳一次，以後兩三個月內皆如此。

【每日攝生】——每次哺乳後，所用尿布已潮濕時應予更換，因嬰兒在哺乳時或哺乳後常有排便。每日揩身必須施行，用溫橄欖油或用多脂肥皂水浴，此法對皮膚的損害較少且無須將嬰兒完全暴露；除非沐浴及揩身是無菌的，否則將發生臍部傳染。頸部、腋窩部及鼠蹊部之皮膚皺襞須撒以精細及不溶解的撒粉劑，但在生殖器及會陰應塗滅菌白油脂或銻氧膏。

耳、鼻及口腔應勿涉及且無須用方法使其潔淨，蓋天然分泌作用已足有潔淨作用。

【育嬰室】——室宜寬大，空氣流通，取朝南方位。在第一天，室

溫度應為 70°F ，以後逐漸減低至 65°F 。壁爐雖可用，但水汀及電熱更使室內有足量的通氣。空氣勿太乾燥，須維持室中相當的濕度。相對濕度最好是 65，切勿低於 60，蓋濕度低於 60 時，則嬰兒因濕度降低的比例而消失體液，此時須補充體中的水分以克服之。

未成熟胎兒及生活力弱的胎兒至少於六週內不應抱至戶外，除非氣候情況特別良好。在夏季，健康而成熟的嬰兒於第一週末可置於戶外避風的陽台上，但在氣候不佳時須在室內生活三週或三週以上。

【衣服】——嬰兒的體溫調節機械作用常處於不利的地位，尤其在出生後數天內的變化更大，故衣服必須溫暖，同時要注意衣服的寬鬆且不要妨礙嬰兒的自然運動。臍癒合後便無須再用腹帶，以法蘭絨製成的繃帶纏紮腹部應予除去，因其壓緊腹部的運動及發生不舒適的溫暖且不合衛生。

細麻布，棉織或絲織的柔軟夾胸背心適於作貼肉底衣，其上應加穿一件毛織有袖短襖衣。育嬰室內可穿一件長而寬鬆合宜之罩衣。需要在戶內亦可加穿一件毛織上衣。在戶外可加穿毛織物，小兒車的溫度以熱水袋維持之。

小兒臥床不應置於有風處，被褥必須輕鬆，一或二張毛毯及一張棉絨褥便已充足。枕宜堅實，或省略不用。軟枕切不可用，因嬰兒已會旋轉，恐怕軟枕埋沒頭部而致窒息。

初 生 兒 窒 息

(*Asphyxia Neonatorum*)

胎兒分娩前，呼吸窘迫係由於胎盤早期剝離或臍帶盤絞，壓迫或絞結而起。胎兒呼吸窘迫的徵象顯明，應催速分娩。

分娩時或分娩後發生的呼吸窘迫最爲常見，乃由於吸入粘液，血液或胎糞堵塞呼吸道所致；但可能由於腦部受傷之結果合併顱內出血，肺擴張不全，或有少數病例係由於先天性心缺損而引起。母體的過分施用手術前藥療法（Pre-medication）後，例如施用巴比土酸鹽，尤爲要緊者如麻醉性質藥皆能遏制胎兒呼吸中樞，足以妨害呼吸的開始。

下呼吸道堵塞可能發生於咽、喉或大、中或小枝氣管。隨發生堵塞的部位，相當於該處的肺即起肺擴張不全。

【通常將窒息分爲二型】——青色窒息及蒼白窒息——但必須明瞭此二種可併合，爲供臨床上的識別起見，故將其命名爲二種不同的病症。在青色窒息；嬰兒紫藍，顏面腫脹，眼結合膜充血，口唇發藍，皮膚呈泥土色。心跳慢而有力，臍血管充實而緊張。四肢靜止，但肌肉之緊張力及皮膚知覺存在。呼吸作用微弱，但無初生兒自然的粗大哭聲。

蒼白色窒息是外科休克（Surgical shock）主要的一種。顏貌及口唇蒼白，四肢藍色，肌肉的緊張力及反應興奮性消失，括約肌弛緩，胎糞從肛門漏出。呼吸活動甚弱，偶而發生攣蹙性喘息，雖在呼吸開始後亦易再發。

治療——胎兒產出後應即割斷臍帶，將胎兒包裹於溫暖絨布中。人工呼吸法不應施行，因有發生內臟破裂的危險。儘可能除淨呼吸道的粘液爲最要；將粘液從口腔及咽頭除去，倘此法尚不足以暢通氣道，可用一柔軟的橡皮導管通過喉頭，由是引出粘液，若有廣大的肺擴張不全，應檢查肺部以確定之。俟上氣道潔淨後，用外界的刺激便足以引起呼吸；但大多數病例需用復蘇劑（Nikethamide, nicamide, coramine）作皮下注射。吸入混合氣體（氧 95%，二氧化碳 5%）對本病有效，有些病例可因而活命。對曾過分或不慎施用手術前藥療法者，應以山梗菜素（Atracurium）或可拉明（Coramine）注射，甚至每二小時一次，用以興奮呼吸中樞。

應保持嬰兒之溫暖，儘可能減少搬動，且須持續觀察數小時，直至正常呼吸活動完全確實爲止。在下呼吸道堵塞的病例，應將嬰兒睡臥的床脚墊高，使頭部低下，嬰兒應向健側臥。

先天性肺擴張不全 *Congenital Atelectasis*——自分娩時便有肺擴張不全的存在及合併呼吸道堵塞者，通常係由於嬰兒未熟及衰弱。本症乃因肋骨的彈性，嬰兒的吸氣作用微弱，不足以使肺膨脹反而加重。此等病例的主要症狀係全身性興奮如同呼吸窘迫。

初 生 兒 外 傷

(*Injuries In The Newborn*)

【胎頭水腫塊 *Caput Succedaneum*】——大多數顛頂產式(*Vertex presentation*)分娩的嬰兒，其顛頂尖端部有一腫瘤，此腫瘤僅有甚微的波動，壓之不留壓痕，其範圍不能因骨縫合而決定，初呈淡藍紅色。常有二個腫瘤存在，一爲原發性者其形成如所敘述。一爲續發性者由於頭部前旋轉發生後的延遲分娩所致。約經數天腫瘤徐徐消退，無須任何治療。

【頭顱血腫 *Cephalhaematoma*】——本症乃在顛頂蓋上有一腫瘤，係由於血液滲出於某一顛骨的骨膜下而起。其發生頭血腫乃在骨膜下血管已被傷及處，乃因延長生產或產鉗壓迫所致之後果。

出生後不久，便可發現腫瘤，一或二天內可能增大。腫瘤之範圍可由被犯顛骨的縫合而決定之。腫瘤無熱亦無壓痛，在血塊未機化前其波動仍可證明。腫瘤之邊緣變堅實，界限明顯，似有骨之缺損，但無搏動，此可與腦膨出(*Encephalocele*)相鑑別。通常須經 2—8 週始被吸收，血腫周圍堅實，滲出液爲骨縫所限止，可能存在更爲長久。

本症易與胎頭水腫塊鑑別；須記牛腦膨出係發生於骨縫合線，最常見於枕骨部，壓之則一部或全部復位。腦膨出的腫瘤是半透明的且與腦脊髓系統相連，可因啼哭時增加張力而證明之。

治療——局部外用蒸發性藥液，試驗吸引術應禁止。

【胸鎖乳突肌血腫 Haematoma of the Sternomastoid】——分娩時因胎兒頭及頸部旋轉而惹起胸鎖乳突肌纖維全部或一部撕裂，所幸發生完全撕裂者並不多見。

出生數天後可見患側頸部腫起，但常在數週後被母親發現在胸鎖乳突肌範圍內有一小而圓形如胡桃大的堅實腫瘤。此乃由於血塊在肌鞘內發生機化，此塊無須治療經數週徐徐消散。

在此種年齡患頸部淋巴腺炎者甚罕，用輕微的觸診可察知腫瘤與肌肉的關係。

若胸鎖乳突肌係部份破裂則毋須焦急，用按摩及輕微的操作，通常可保證能獲得肌肉的正常官能。然在嬰兒熟睡使其臥向健側亦是良好的方法，此種體位可使肌肉弛緩。倘肌肉全部撕裂，將發生斜頸，須行外科治療，但按摩及伸展患部肌肉亦可防止高度的變形。

產傷麻痺

(Obstetrical Paralysis)

1. 面神經麻痺——因施行產鉗術鉗身壓迫面神經所致，或壓迫莖乳孔 (Stylo mastoid foramen) 出口處的神經而起。

因其發生於面神經核的下方，故有神經核下損害的特殊症候。一側顏面無運動，患側的頰部仍保持平滑，前額部亦不起皺。患嬰啼哭時可見其口角向健側下牽，患側的眼仍張開，舌及顎不被侵害，故吮吸力不

受影響，實際上亦常是如此。通常在三週間便可復原，但有時須經六週。無須特別的治療，惟須注意眼結膜，因眼球肌肉麻痺失去清潔作用。

2. 臂神經麻痺——本症有時亦稱為 Erb's 麻痺。由於分娩時臂神經叢受傷，上部脊髓較下部脊髓更常受損傷。主要原因是軀幹旋轉，軀幹與頭部在不同的平面上，當頭部尚固定於骨盆內時軀幹彎曲及旋轉而引起。可能因臀產式時娩出肩部或迅速娩出手臂而發生。本症亦可能因肋骨頭壓迫神經叢或在腋窩用力牽引因手指或鉤的壓迫神經叢而起。

第五，六頸神經根被侵犯，支配三角肌，肱二頭肌，肱前肌及前臂旋後肌的神經均受侵犯。結果肢體弛緩下垂，上臂內轉，前臂旋前，腕及指關節屈曲。

本病的預後應常戒備，因其復原可能不完全。通常在三週後病勢改善，且經過可達六個月。在脊髓索損害較大的重症患者則肌肉萎縮而起變性。吾人是如此臆斷即能自然治癒而損傷輕微，其主要症狀係因神經鞘內的滲出而起的輕症患者，神經纖維僅有少數的損害。

本症容易診斷，但亦有困難處，即鎖骨骨折或肋骨脫臼，尤其當分娩時曾併用暴力者。

治療——治療的目的在使麻痺肌肉休息，並將臂伸展，肘彎曲，腕及手指伸展。在初生兒欲施用一連於軀幹之直角夾板則甚困難，但在最初之三或四週通常可將其肘部縛於床頭，於是前臂伸展且三角肌亦弛緩。倘經三四週後，仍無良好結果，則因嬰兒自然的發育更可使用夾板。

3. Klumpke 氏麻痺——下臂神經叢麻痺較上部脊髓索麻痺為少見。本症發生的原因與上述者相似，但被侵害的神經係第八頸神經及第一胸神經，故疾患主要限局於正中神經及尺神經。

顱內出血

(*Intracranial Haemorrhage*)

出血可能發生於顱內各種解剖上的位置，甚至在腦內或腦室。在腦的外硬膜與骨間可能有出血（顱內血腫），蜘蛛膜下或硬膜下亦可能有出血。蜘蛛膜下出血常發現於屍體解剖，較之硬膜出血尤其硬膜下出血更無臨床重要性。硬膜下出血時硬膜斷裂，血液由裂孔流至顱凹或在枕葉上；小腦幕下葉可能破裂，此種病者其血液流蔽小腦及髓質進至小腦延髓池。

硬膜下出血可能是因滯產或難產的結果。有許多病例係因誤用產鉗或用力牽引胎兒而起。顱內出血多見於未成熟胎兒，此乃因骨盆內組織強直及嬰兒血管本身的構造脆弱之故。急產即突然娩出嬰兒常合併全腦多發性出血。新生兒出血亦有發生顱內出血者，且常常為其他健康嬰兒出血發生的說明。若干專家認為高度靜脈鬱血合併窒息引起腦水腫，毛細管滲透或大出血，但此種理論並不確實。

疑似有顱內出血存在的症狀最初不能斷定，通常發現嬰兒全然拒絕飲食，表情焦急，同時頭部急轉運動，眼睛向側方運動，時常啼哭暗示顱內壓增加，可能發生嘔吐，由於血管運動中樞遭受異常刺激而致膚色蒼白。

小腦幕上出血在第一天伴有煩躁不安且因顱內壓增高，四肢肌肉顫搖，顫搖變得更為廣泛而嬰兒強直及搖擺，甚至發生角弓反張。

若出血發生於小腦幕下，便有安靜及病性嗜眠，不規則呼吸，強直及角弓反張更為顯著，但額門却不隆起。

本病在早期甚難診斷，但由嬰兒身體不安可以疑之。腰椎穿刺可見血染性脊髓液。初生兒呼吸增加可能是由於窒息，肺擴張不全或肺炎；

然而有少數腦膜炎病例乃合併大腸桿菌敗血病。初生兒出血的存在可由出血及凝血時間延長而證明之。

預後不良，僅有少數病者能復原，大多數均於第一週末以前死亡，倘能苟活者大都罹患痙攣性截癱（Spastic paraplegia），癱瘓或精神障礙等。

治療——腰椎穿刺可作診斷且可察知增高的顱內壓。Vitamin K, Kapon 或 Synkavit 3 mgm. 作肌肉注射，每隔六小時注射一次，以保持血中含有足量的凝血酵素元。患者必須安靜，住室應暗，鎮靜劑如溴化物及氯醛亦有效，滴無菌水入患者之口中解渴。

有時亦可發現疑似顱內出血的症狀，其實係由於外傷性腦水腫所致者，可用 10% 葡萄糖鈣（Calcium gluconate）溶液 5c.c. 肌肉注射。對一切顱內壓增高的病例，用飽和硫酸鎂溶液 30c.c. 注入直腸，每隔四小時一次有助於本症的減輕。

初 生 兒 出 血

（*Haemorrhage Neonatorum*）

初生兒出血的患病率在百分之二以下，乃由於血中凝血酵素元的含量過低所致，其原因目前尚未完全明瞭，但母體中維生素 K（Vitamin K）的製造及貯藏對本病似有關係，且維生素 K 於出生前移轉於嬰兒。嬰兒血液的出血及凝血時間延長是本病的特點。

初生兒出血與血友病無關，因其僅發生於生後的最初數天。男女嬰兒均可患之，無遺傳性或家族性，以後無復發的趨勢。

出血係漸漸開始，有時發生於生後的第一天，但常見於第二天，第三天或第四天；本症係毛細管血液不斷滲出，且不受普通止血劑，腎上

腺素或燒灼術治療的影響，出血可能發生於不同的地位：——

1. 臍出血——血液從臍蒂中滲出甚為顯明，蓋臍部之敷料為之濕透。維生素 K 注射（3mgm. 製成溶液每隔八小時一次）或內服（每三小時服八滴）通常便能控制出血。

2. 胃出血——胃出血的最主要症狀乃嬰兒吐出已分解的血液或鮮血，顏色為咖啡褐色以至鮮紅色。出血症候若不立即治療則以後出血與嘔吐不可避免。

3. 腸出血（初生兒黑糞症）——此乃特別危險的出血部位，蓋嬰兒能因此而消失大量血液流入消化道中，直至排出大量黑糞時才被懷疑。無經驗的母親或保姆也許不充分了解出血發生的危險，直至以後排黑糞且合併嬰兒的體力虧損時才注意。於嬰兒第二或第三次排便後，未施行治療以前，嬰兒處於危險的狀態中，此時常須施行輸血——需要枸橼酸血 40cc.——並加入維生素 K。

4. 顱內出血——如前所述，多數顱內出血的病例可用出血素質以說明之。若出血發生於顱內，其症狀極似由於器械外傷或難產而起之顱內出血，藉出血時間及凝血時間的測定便可診斷，一切顱內出血的病例均可施行初生兒出血之治療。

在生後第五天出血常自然治癒，但每隔相當時候又出血者，此種嬰兒欲其生存實不可能，故對出血的主要症候施行治療甚為重要；施行治療後預後良好。對臍及胃出血的患者尤為佳良。顱內出血的預後因出血的部位及滲出血液而使神經官能紊亂的情形而不同。初生兒黑糞症却不如是安全，須更有力的治療，因在外表上有出血徵象以前可能已有若干血液消失於腸中。

治療——止血劑及收斂劑均無作用，因缺乏凝血酵素元所致，然外科療法以求止血亦屬無效。在維生素 K 的應用前，肌肉或靜脈內注射血

液 15—20cc. 亦能止血。需要輸血時用適宜的 Bateman 氏針頭行點滴輸血法，將血液輸入腿部的靜脈或骨髓中。將血注入矢狀竇中不無危險，必須技術精練者始可爲之，且僅可施行於危急的病例。一般而論，肌肉內注射血液 15—20cc. 以添補維生素 K 的作用是爲得策。

初 生 兒 膿 毒 病

(*Sepsis Neonatorum*)

例行死後檢查可察知一件煩惱的事實，即初生兒膿毒傳染的發病數視爲初生兒致死原因較一般所知者更爲普遍。

【臍株】——消化及呼吸道是傳染進入最主要的門徑，但有少數病例敗血病的發生係病原菌經皮膚傳染的結果。主要的素因係初生兒對傳染的抵抗力甚薄弱。

分娩時嬰兒吸入或咽下傳染性液體可能引起傳染，但更爲常見者，病原菌的得來係由於衣服，傍人或育嬰室。傍人在戶外所穿的衣服上應加穿一件長衣或醫生護士用的制服，應戴口罩將口鼻遮蓋以免存在於鼻咽腔中的細菌傳染於嬰兒。侍者及嬰兒的個人衛生應嚴格注意。在配製嬰兒食料時清潔的習慣必須養成。現今已知普通存在於室內的塵埃有病原菌，但特別危險者爲地板、法蘭絨、牆壁、窗櫺等。

有敗血病存在時的一般症狀爲皮膚蒼白，體重減輕，脫水，無食欲，啼哭，黃疸，嘔吐及下痢。體溫一般升高，但亦可能有敗血病的存在而體溫正常者。有時發生牙關緊閉 (Trismus)，可能與破傷風誤診，此乃嬰兒全身搖動的症狀，而不一定係中樞神經系的受侵害，可能是由於毒素的吸收所致。

局部的症狀及病徵可由呼吸，胃腸及皮膚系統證明之。