

医师进修丛书

381663

实用肺结核病治疗学

(第二版)

吳紹青 顧愷時 主編



上海科学技术出版社

实用肺~~結核病~~疗学

(第二版)

吳紹青 顾愷时 主編

上海科学技术出版社

630183

内 容 提 要

本书分为内科和外科两个部分,共35章,约50万字,并有插图190余幅。内科19章,除简要叙述了肺结核病治疗的今后发展趋势、临床处理大纲和治疗原则外,还着重介绍了各类型肺结核病的病理变化、临床表现和治疗方法。外科16章,分别论述了如何选择手术病例、手术前后的处理、各种手术的适应证和禁忌证,以及每一手术的详细而具体的操作步骤。

此外,本书还附有“农村防痨”一篇,共7章,约8万余字。主要是根据农村条件,介绍了在肺结核病防治上的一些具体做法。

本书取材以临床实用为主,理论联系实际,叙述简明扼要,系统连贯,可供一般内、外科医师及肺科专业医师在业务上的学习和参考。

实用肺结核病治疗学

(第二版)

吴绍青 顾愷时 主编

上海科学技术出版社出版 (上海瑞金二路450号)
上海市书刊出版业营业许可证出 093 号

上海市印刷三厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 787×1092 1/18 印张 24 插页 5 排版字数 662,000

(原广协、上卫版共印 15,700 册, 1955 年 11 月第 1 版)

1962 年 2 月第 1 版印 5,000 册

1966 年 8 月第 2 版 1966 年 8 月第 1 次印刷

印数 1—5,000

统一书号 14119·19 定价(科六) 3.70 元

二 版 序

本书自 1953 年出版以来至今已逾十年。1955 年曾經修訂再版过一次,当时的目的是希望將較新的肺結核病治疗的技术介紹給讀者,以冀能赶上时代的要求。此次再版也是本着这一意图进行的。从本书的出版到日前为止的十余年中,科学是不断向前发展的,在肺結核病治疗的領域里也有不少改变,有些旧的观点和方法亦已废弛不用,同时則出现了不少新的见解和技术,其中有的已应用于临床,也有的尚不够成熟,还須作进一步的研究。根据我們近十年来累积的經驗,并参照近代医疗的成就,在此次再版中,我們尽量删除日前已不用、或极少用的某些治疗方法,而将认为有临床实用价值的新方法尽可能补入,对于日前还不够成熟、但今后有发展前途的某些方法,亦作了适当的介紹。

本着上述的精神,我們在本版中删除了原有的藥物雾化吸入疗法、气管滴入法及空洞穿刺法、体育疗法、膈神經压榨术、胸膜外人工气胸与胸膜填塞术、胸腔鏡检查与胸膜腔內粘連烙断术等章,增加了以下各章:肺結核治疗中皮质激素类药物的应用、集体检查发现的肺結核病治疗問題、結核性脑膜炎(因常为急性粟粒型肺結核的并发症,故列入)、肺結核病的急症处理、重症肺結核的內科治疗、肺結核病外科治疗概述、肺功能測驗对胸外科手术的配合、术前的准备与术后的处理、支气管切断縫合术、肺切除后残腔的处理、支气管胸膜瘻的預防及治疗、重症肺結核的外科治疗以及肺功能的鍛炼等。肺切除术在前版分为三章,为了便于内容的連貫,現将其归納为一章。其他各章虽标题仍旧,但内容均已作了必要的修改。

近年来由于肺結核病全愈指标严格和医疗质量的提高,因而我們对疗法的“疗”字的使用也采取了审慎的态度。譬如在前版中所列的“基本疗法”、“精神疗法”等章,本版均已改为“空气、阳光、营养和休息”、“精神因素对肺結核病人的影响”等,皆是基于这一原因。

在前版中我們为求符合治疗学的“学”字要求,曾作了一些理論上的补充,在本版中由于新增的課題較多,理論上的充实自必也适当地扩大,这是希望治疗观点能建立在理論基础上,因为只有如此,对疗法的运用才能灵活掌握,此点我們在 1955 年的再版中已有所說明。本版所涉及的理論只是从治疗的角度出发,与此无关或关系不大的一概从略,以符合本书“实用”的意图。

肺結核病的內科和外科治疗各章在前版中是混合編排的,为便于查閱起见,在本版中我們將內科疗法各章列为第一部,外科疗法各章列为第二部,同时在安排上还适当地照顾到它們的連貫性。

以上各点是这次再版的一些改进。應該特別說明的是,在編写本版的过程中,

1955.4/05

徐昌文医师除编写本人的部分外，并对其它部分的编审和核校等工作曾给予大力协助。在此谨表谢意。

当本版付印之际，正值卫生工作转向农村的高潮。结核病工作当然也是其中的一部分。为响应这一伟大的号召，我们特增编了“农村防痨”七章，就农村结核病的发现、诊断、治疗和预防、宣教等问题加以阐述，借供开展农村防痨工作时的参考。在编写中，我们也尽量考虑到内容的介绍能符合农村实际情况，以便医务工作者在进行防痨具体工作时能有所帮助。

尽管编者们在本版中作了一番努力，但因限于我们的水平，肯定缺点还是很多。我们怀着虚心学习的态度，敬希读者们多多指正，是幸。

吴绍青 顾愷时

1986年2月

新 一 版 序

本书自刊出两年以来,我們曾收到某些讀者来信。这些来信給我們很大的鼓励,有的提供了宝贵的意见,使这次的再版得有一些改进,有的謬承嘉勉,使我們提高了对編写本书所原抱宗旨的信心。我們愿在此謹表示衷心的感谢。

这次再版,我們增加了一些内容。这些内容主要有两种性质。一种是有关理論性的,如:肺結核病临床处理大綱,十类型肺結核病治疗的原则,以及全愈、随訪、复发在治疗上的意义等問題。希望通过这些选题,对肺結核病治疗的理論,可以多表达一些意见。另一种是几种疗法的介紹,如:药物雾化吸入疗法,气管滴入疗法,肺空洞穿刺疗法,結核性自发气胸的疗法,异烟醯胺与异烟肼合并疗法,以及骨膜外塑胶球填塞法等。其它如药物治疗、药物治疗綜合論述、結核性脓胸的疗法、胸腔外科麻醉术等章,皆作了重点的修改和充实。原来的外科疗法总論,經整理和充实后,现改称肺結核空洞的处理。結核性胸膜炎积液的疗法,亦加以修改和充实,并使之独立另成一章。其余各章皆有不等程度的增修。原来肺截除第三部分的手术各論一章,在本版中除图表仍保留外,其余有关手术操作的叙述,尽量删去,以求内容的比重取得适当。

由于本书此次内容的大量补充和修改,虽不能說全部推陈出新,但却与前版有着不少区别;同时对于本书原名实用肺結核病治疗学的“学”字,我們做得不够,因此,在这次又增加了几个理論性的专题,希望临床实用方面能与必須有的理論基础相結合。

肺結核病的治疗問題,可以从多方面去看它。此可于肺結核病临床处理大綱、十类型肺結核病治疗的原则,以及肺結核空洞的处理三章中见之。在这三章中可能在某些方面有些重复。但是我們认为这些不可避免的重叠是必要的,并且可以发生殊途同归的意义,希望使治疗的观点,在不同的角度上,可以能趋向一致。

本书所列各种疗法,其适应指征皆各有其一定的限度。有的限度相当宽松,如基本疗法;有的限度极为狭窄,如空洞穿刺法。在这两种极端之間,就有許多不等限度的适应。只有病例的适当选择和操作技巧的熟练,才能使每一种疗法发生其应有的作用。在考量采取某种疗法时,我們主张:与其机械式的套用,毋宁原則性的灵活掌握!这点我們已在肺結核病临床处理大綱及药物治疗綜合論述两章中一再強調。

目前有些医学名詞尚不够統一,本书亦可能存在这样的缺点,不过我們曾尽量地避免。凡用萎陷疗法的名詞者,系指人工气胸;松弛疗法者,系指人工气腹及膈神經麻痹术;压縮疗法者,系指胸郭改形、骨膜外塑胶球填塞及胸膜外人工气胸等术;截除手术者,系指肺楔形、肺段、肺叶或一肺等截除术。

本版虽經过我們一度修改和充实,肯定的缺点还是很多。我們誠懇地希望讀者提出批評,指出书中的缺点,使肺結核病治疗的知識,可以不断地提高,以配合日益增长人民保健事业的要求。也只有这样,才能使科学的車輪随着祖国建設事业,向前推进!

吳紹青 1955年2月

初 版 序

在結核病的工作中，防与治存在着密切連带的关系。預防加强，医疗的要求亦随之提高；两者决不可也不能单独孤立的。自1950年中央卫生部頒布了“預防为主，医疗为輔”的方針后，无形中提高了結核病預防的重要性。因此，随之而带来的，就是医疗要求的提高。这个要求普遍存在，并在不断地增长扩大中；尤其是当国家經濟建設的开始，对于危害人民健康最大最常见的結核病之必須加以控制，更重視了医疗的要求和它的迫切性。我們自知能力有限，決不敢說能滿足这个要求，但是认为医疗部门是整个結核病預防工作中一个不可缺少的环节。为着加强今后防癆工作的发展，配合医疗方面的要求，为着建立本国医学，配合国家建設的需要起见，我們怀着勇气，就各人一点的专长，将肺結核病各种疗法，分別編写成册，与讀者见面。

編写本书的精神，是采“实用”为宗旨。因此，不必要的理論叙述和不适用的治疗方法，均尽量不提；未經科学証实有疗效的标新立异法，亦不述及。我們的希望是将近代肺結核病治疗已成熟的經驗，精要地作一綜合介紹，以求达到临床实用的目的。

有关肺結核病治疗的书籍，在国内尚无专册刊出；虽然在文献中有些散在的专题論述，但是东鳞西爪，缺少系統性和綜合性的介紹。为弥补这个缺憾，我們將主要密切而有关的問題連系并綜合起来，以求能达到本題范围内的全面性。在內科疗法部分中，除特种疗法分別論述外，特包括精神疗法和复原疗法；这样不仅对于临床知識上能有些帮助，同时对于了解病人的心理及加强疗养院的专业工作，亦能发生一些作用。在外科疗法部分，我們为求达到实用的要求起见，对于手术的步驟和技术的操作，叙述較為詳尽；这样对于有志胸腔外科医师，可能帮助更大。我們认为肺結核病的治疗工作，为內外科医师共同的任务。这种趋势和要求，正在日益增长中，本书外科疗法部分的写出，也就是希望能配合这样的趋势和要求。

同样地，支气管內膜結核，支气管鏡检查，以及胸腔手术麻醉，皆因与治疗上有密切关系，也分別写出。通常这些題目，由于个别的特殊性，是各个孤立的，很少发生連带关系；为着讀者的便利，我們一并列入。

对于本书的刊出，我們所抱的希望是：国内結核病工作者以及肺科同道們在肺結核病的治疗問題上，能或多或少地取得一个共同意見，在临床实用以及病例处理各方面，不至于意見过于分歧。这是我們所抱的希望，可能希望大，而成就小，但是我們愿本着这个精神，存着虚心学习的态度，作个开端。

本书的缺点一定很多，譬如名詞的采用未能一致标准化，前后的題目缺少連貫性，文字的叙述未必能表达尽意，等等；諸如此类的缺点，在所难免。倘有遺漏和錯誤之处，非常抱歉，尚希我結核病医务工作者和肺科同道們，多多指正和批評，是幸。

吳紹青 1953年7月

目 录

I. 內科部分

吳紹青 主編

第 1 章 概論	1	二、鏈霉素	34
一、結核病治疗的历史演变	1	三、异烟肼及其衍化物	38
二、肺結核病治疗的今后趋势	3	四、对氨基水杨酸	44
第 2 章 肺結核病临床处理大綱	6	五、圓絲氨酸	46
一、概述	6	六、卡那霉素	47
二、四期病理变化及其临床意义	6	七、乙硫异烟胺	49
（一）浸潤或进展期的临床处理	7	八、吡嗪醯胺	49
（二）溶解或播散期的临床处理	7	九、紫霉素	50
（三）吸收或好轉期的临床处理	8	十、氨硫脲	52
（四）硬結或鈣化期的临床处理	8	十一、土霉素	53
第 3 章 十类型肺結核病治疗的原則	10	十二、总结	54
一、概述	10	第 7 章 肺結核病治疗中皮质激素类药	
二、原发綜合征	10	物的应用	59
三、支气管淋巴結結核	11	一、概述	59
四、急性粟粒型肺結核	12	二、皮质激素类药物的药理生理作用	59
五、亚急性及慢性血行播散型肺結核	12	三、适应証	61
六、局灶型肺結核	13	四、剂量、疗程及副作用	63
七、浸潤型肺結核	13	第 8 章 人工气胸和人工气腹疗法	67
八、干酪性肺炎	15	一、概述	67
九、慢性纤维空洞型肺結核	16	二、适应証	68
十、肺硬变	18	三、禁忌証	69
十一、胸膜炎	18	四、技术操作	70
第 4 章 空气、阳光、营养和休息	19	五、人工气胸、气腹的維持和停止	73
一、概述	19	六、人工气胸、气腹的并发症	76
二、空气和阳光	19	第 9 章 集体检查发现的肺結核病治疗	
三、营养	20	問題	79
四、休息	22	一、概述	79
第 5 章 对症疗法	26	二、病变的性质	79
一、概述	26	三、化学疗法	81
二、症状的处理	26	四、工作和生活上的安排的問題	82
第 6 章 化学疗法	28	第 10 章 肺結核空洞的临床意义	84
一、概述	30	一、概述	84

二、空洞的形成和性质	84	第 15 章 結核性脑膜炎	120
三、空洞与引流支气管	87	一、概述	120
四、空洞的愈合	88	二、病理变化	120
五、空洞不闭合的原因	91	三、发病机理	121
六、結語	92	四、临床表现	121
第 11 章 支气管結核病	91	五、诊断与鉴别诊断	122
一、概述	91	六、预后	124
二、病理	91	七、治疗	125
三、感染途径	95	第 16 章 肺結核病的急症处理	127
四、诊断	95	一、肺結核咯血	127
五、支气管結核对肺結核治疗的影响	97	二、自发性气胸	130
六、治疗	97	三、急性呼吸衰竭	133
第 12 章 結核性胸膜炎和脓胸	99	第 17 章 重症肺結核的内科治疗	137
一、結核性胸膜炎的成因	99	一、重症肺結核的概念	137
二、症状和诊断	99	二、重症肺結核的形成	137
三、治疗	100	三、重症肺結核的治疗	138
四、結核性脓胸	102	第 18 章 精神因素对肺結核病人的影响	140
第 13 章 原发性肺結核病	104	一、肺結核与精神病	140
一、概述	104	二、精神创伤对肺結核的发病与恶化	142
二、結核感染的演变	105	三、肺結核病程阶段中的心理问题	148
三、原发性肺結核病的类型	106	四、精神治疗的原则	145
四、诊断	109	第 19 章 全愈、随访、复发在治疗上的意义	147
五、治疗	113	一、概述	147
第 14 章 粟粒性肺結核病	116	二、全愈在治疗上的意义	147
一、結核的血行播散	116	三、随访在治疗上的意义	148
二、病理	116	四、复发在治疗上的意义	149
三、临床表现	117		
四、诊断	117		
五、治疗	118		

II. 外科部分

顾德时 主编

第 20 章 肺結核病外科治疗概述	151	第 22 章 肺功能測驗对胸外科手术的配合	183
一、外科治疗的种类	151	一、手术前后的肺功能常规检查	183
二、存在的问题和今后的发展	156	二、胸外科手术对肺功能的影响	185
第 21 章 肺結核病外科治疗的病例选择	158	三、胸外科术后并发症对通气功能的影响	187
一、病灶性质	158	四、肺功能对肺切除术适应的指征	188
二、結核菌的耐药性与手术問題	176	五、胸外科手术前后对肺功能的维护	189
三、病员的選擇	177	第 23 章 支气管鏡检查术	191
四、手术的选择	179		

一、在肺科临床应用上的意义·····	191	三、手术后并发症·····	284
二、支气管镜检查的禁忌证·····	192	第30章 肺切除术 ·····	286
三、支气管镜检查时间的选择·····	192	一、历史·····	286
四、检查前病人的准备·····	192	二、手术适应证·····	286
五、支气管镜检查术的麻醉问题·····	193	三、切除范围·····	288
六、支气管镜检查的操作技术·····	195	四、病例选择·····	289
七、支气管镜检查所见·····	200	五、手术后并发症·····	290
八、检查后的处理·····	202	六、手术步骤·····	292
九、支气管镜检查的并发症·····	202	七、全肺切除术·····	300
第24章 术前的准备与术后的处理 ·····	201	八、肺叶切除术·····	304
一、术前准备·····	204	九、肺段切除术·····	308
二、术后处理·····	205	十、双侧同期肺切除术·····	312
第25章 肺结核手术治疗时的麻醉 ·····	211	十一、手术结果·····	313
一、病人估计与术前准备·····	211	第31章 肺切除后残腔的处理 ·····	321
二、麻醉的掌握和并发症的预防·····	217	一、概述·····	321
第26章 胸廓成形术 ·····	226	二、胸内残腔的预防·····	324
一、历史·····	226	三、胸内残腔的治疗·····	326
二、病例的选择·····	227	第32章 支气管胸膜瘘的预防及治疗 ·····	335
三、手术的要点·····	230	一、概述·····	335
四、手术的步骤·····	235	二、肺切除术后支气管胸膜瘘发生的 基本原因·····	335
五、手术后的处理·····	242	三、症状及诊断·····	337
六、胸廓成形术适应范围的推广·····	245	四、治疗·····	339
七、手术的结果·····	247	五、预防·····	342
八、胸廓成形术对心、肺功能的影响·····	249	第33章 结核性脓胸的外科治疗 ·····	344
第27章 骨膜外置胶球充填术 ·····	252	一、概述·····	344
一、概述·····	252	二、病因·····	344
二、手术的优、缺点·····	252	三、病理·····	345
三、手术适应证和禁忌证·····	254	四、临床症状和诊断·····	345
四、手术步骤·····	255	五、治疗·····	346
五、手术结果·····	259	六、治疗结果·····	357
六、骨膜外隙晚期感染及其处理·····	263	第34章 重症肺结核的外科疗法 ·····	359
第28章 支气管切断缝合术 ·····	268	一、概述·····	359
一、概述·····	268	二、手术病例的选择·····	359
二、病理生理·····	269	三、手术前检查和准备·····	360
三、手术适应证和禁忌证·····	270	四、手术操作·····	361
四、手术操作·····	271	五、重症肺结核切除术后并发症的预 防和处理·····	361
五、手术并发症及预防·····	275	六、手术结果·····	371
六、初步临床观察·····	275	第35章 呼吸功能的锻炼 ·····	375
第29章 空洞引流术 ·····	282	一、胸腔积液及胸膜增厚的呼吸功能	
一、概述和适应范围·····	282		
二、手术方法·····	283		

鍛炼.....	375	呼吸功能鍛炼.....	380
二、支气管扩张、毁损肺及肺气肿的		三、外科手术的呼吸功能鍛炼.....	384

附 篇 农 村 防 痨

崔祥廣 編

緒言	391	(三) 大叶性肺炎	404
第 1 章 結核菌感染的临床意义	392	(四) 支气管扩张症	404
一、結核菌	392	(五) 肺脓肿	405
二、感染与发病的区别	392	(六) 肺癌	405
三、結核菌素試驗方法	393	二、咯血和呕血的區別	406
四、結核菌素的反应	394	第 5 章 肺結核病的治疗	407
五、結核菌素試驗在病例发现上的作 用	394	一、概述	407
六、感染率在流行病学上的意义	395	二、治疗场所	407
第 2 章 查痰在诊断肺結核病上的 作用	396	三、休息和营养問題	407
涂片查痰法	396	四、用药問題	408
第 3 章 肺結核症状在发现病例上的 意义	398	五、制菌药的选择	408
一、概述	398	六、人工气腹疗法的地位	410
二、肺結核病的症状	398	第 6 章 結核病的預防	412
三、詢問病史对诊断肺結核病的帮助	400	一、防痨的宣传教育	412
四、体格检查	401	二、痰的处理和消毒	413
第 4 章 肺結核病的鉴别诊断	403	三、隔离	414
一、概述	403	第 7 章 卡介苗接种	415
(一) 上呼吸道感染	403	一、概述	415
(二) 慢性支气管炎和肺气肿	403	二、接种卡介苗要否先作結素試驗	415
		三、卡介苗接种方法	416
		四、卡介苗接种时注意事項	417
		五、卡介苗的防痨作用	418

第1章 概 論

一、結核病治疗的历史演变

据文献記載，在埃及河掘出的“木乃伊”骷髏中，发现有脊骨結核的迹象，証明早在公元前五千年的时候，結核病已經存在。我国医史中有关結核病的最早記載，則有《內經》所載“虛癆”之症。东汉张仲景在他的《金匱要略》中，有“虛勞”和“马刀挟瘰”的名称。前者系描述慢性肺結核病，后者是指腋下及頸淋巴結核的肿大。张氏能将肺結核和淋巴結核两者密切联系，并能认为是同一虛勞之証，已足征他的临床观察能力。此点已早 Laennec 所倡說的一元論一千余年了。崔知拂（七世紀）在他的《崔氏別录》中記載有“骨蒸”、“传尸”、“尸疰”、“伏連”，以及“劳极”等名称，拿我們目前結核知識来理解，系指急性或奔马式的肺結核病，并含有高度传染性及预后不良的意义。欧洲医家所称“消耗病”和中国医家所称“虛勞”和“虛損”皆有同样的意义。以上所述的各种名称，对于肺結核病只有一个共同症候群的形容而已，病原性的診斷尚談不上。尽管这些名称不同，但是所描写的却是一回事。

十五世紀当欧洲文艺复兴的时候，科学研究和实验工作漸被重視，但对于結核病的認識仍非常渺茫。在十七世紀，法国医家 Francis Sylvius (1650) 首先在死于“癆病”的尸体中，发现顆粒状組織病变；他称之为“結核”。于是“癆”与“結核”的名称产生了联系和統一的意义，也可以說：由抽象的理解，轉到病理形态的闡明。病理学是临床医学的基础，在这方面繼續有贡献者頗不乏人，其中較突出者为法国 Lennec (1819) 和德国 Auenbrugger (1761) 等；他們將結核病的病理形态和临床表现結合起来，为結核病学知識打下了初步的基础。但是对于結核病的传染性和病因仍不明确。当时医家大都以为結核病是“自然而生”的，并且是有遗传性的。虽然早在 1546 年 Frascatorius 曾倡說过：“癆病是可以传染的，并且这个传染物是一种人眼所不能见的虫。”这种理論为“自然而生”和“遗传”的信念所压倒，未得到当时医家的重視；直至 1865 年 Villemin 用动物做了接种試驗，才科学地証明了結核病的传染性。可是对传染的病原，仍无正确認識，有些学者以为結核病的形成系人体系統受到某种“毒素”的作用所致。自 1870 年 Pasteur 发明細菌学說后，医家对于細菌致病的思想就加强了。1882 年 Koch 发现了結核杆菌，从此乃糾正了以前所认为的結核病是遗传的、自然而生的以及毒素侵袭的等等不正确的思想，并奠定了結核病学的科学基础。

在中国医学史上，关于“癆虫”之說，起源于 1340 年前，由不具体的、抽象的“病死之气”，逐漸演变到具体的、有形态的“尸虫”和“无辜”的理論。所以結核病的传染性和細菌的观点，也同样地在中国医家思想中經過一番探討的，但缺少实验的証明。

数千年来結核病的治疗,是随着科学的进展而演变的。因为药无特效,所以方法之多不胜枚举;有的轰动一时,轉瞬就被淘汰掉了。惟有 Hippocrates 的新鲜空气、休养及营养之說,垂二千余年,仍为今日結核病的基本疗法。在中医方面倡导这一說者亦不乏人。明初(十四世紀)葛乾孙曾指出营养、止血、清补及鎮靜,对治疗虛劳之重要性。明朝李梴对肺結核的治疗云:“患此疾者或入山林,或居靜室,清心靜坐,……专意保养,节食戒欲,庶乎病可断根,若不遵此禁忌,服药不效。”这些說法与我們今日对結核病人所劝說关于休养的一套,其意义毫无二致。其他民間丹方以及当时医家所采取各种疗法之多,不一而足,例如航海、騎马游猎、水浴、无盐饮食以及大自然生活方式等。采取这一类的疗法,大都由于当时医家的思想,认为結核病是一种“耗伤病”,即中医所謂“虛癆”,所以采取一些身体鍛炼方法,以补“真元”之不足。及至病理学稍为明朗之后,医家乃重視药物疗法,先后应用砒、碘、鈣、木鱉油、金属等剂,以求药物所发生的作用,能导致局部病灶的愈合;但这些企图均未获成功。

近百年前,在 Koch 尚未发现結核杆菌以前,排泄疗法,如用泻药、吐剂、灌肠、放血等,盛行一时。采取这一类的排泄疗法,是因为当时医家认为結核病是由于“毒素侵袭”所造成;为欲排除这种毒素,乃不惜用种种剧烈排泄方法,以求达到治疗的目的。这种錯誤观点当然經不起科学的考驗,不久也就被淘汰掉了。自 Koch 发现結核杆菌以后,有些人曾试图从免疫学方面来治疗結核病,如: Koch 氏結核菌素、血清以及活結核菌苗等(卡介苗接种作为預防之用,不在此范畴內),但因这些疗法无甚效果,而逐漸消沉下去,不复为医家所重視。

在药物疗法方面,开始能稍有疗效者,为 1938 年之磺剂(Sulphonamides),以及 1943 年之普洛咪唑(Promizole),嗣以毒性过强未能广泛使用。这是药物对于結核病有效治疗的开始。其后,1944 年之鏈霉素及氨硫脲,1946 年之对氨基水杨酸,以及 1951 年之异烟肼相继发现,可說是药物疗法对于結核病又带来了新的希望和光輝。

肺結核病不仅是内科病,同时在某种情况下,也需用外科手术。胸腔外科手术是在十八世紀的初叶开始萌芽;当时因醚药尚未发明,消毒和細菌化脓的学理尚不了解(大都以烙鉄代替),呼吸生理的知識亦极为幼稚,所以当时的外科手术无异为野蛮式的宰割,因而在手术完毕后,病人往往因窒息而死。迨至 1820 年,Carson 研究了肺脏的生理,証明肺脏有弹性,于是发明人工气胸以治疗肺結核病,但因病例的选择不当,两例均归失败。1888 年 Forlanini 复使用于肺結核病人,成績良好,从此人工气胸才被广泛地应用。肺結核病采用外科手术治疗者,实起始于十九世紀的末叶,如 Mosler(1884)的空洞穿刺术,Cerenville(1895)的胸郭成形术, Tuffier(1891)的肺叶切除术及胸膜外气胸术;在二十世紀的初年,則有 Friedrich(1908)的胸膜粘連切断术, Stuertzt(1911)的膈神經麻痹术,以及 Jacobous(1912)的胸膜粘連烙断术等等。这些手术疗法在开始的阶段,附带所产生的合并症及手术危险性相当高。近二十余年来,胸腔外科手术的改进有了惊人的发展,手术的死亡率亦有显著的降低。这种成就就是由于多方面的因素結合而成的,如:气管醚麻醉术的应用、肺生理功能知識

的提高、抗菌素和抗結核药物的配合使用,以及手术技巧的改进等等。手术治疗的演变,与药物疗法相似,有些曾轰动一时,但不久即成明日黄花,如斜角肌切断术、傍脊椎神經封閉法、油胸,以及开放式胸膜粘連切断等,现在均已淘汰。还有些手术疗法尚在逐渐被淘汰中。这样的演变,将随着科学的进步,繼續不断地进行。

二、肺結核病治疗的今后趋势

从1882年 Koch 发现結核杆菌后八十多年来,結核病学有不少新的发展,值得引起注意的,总结有如下三点:(一)預防医学之重視;(二)抗結核药物的发现;(三)胸腔外科手术的改进。这三类情况虽然是一些方法上的改进,但却影响結核病的工作很大;欲推测今后治疗的趋势,只能在这些现有的基础上,展望将来,而不能拿以往的历史过程,来衡量今后的发展。茲就以上三点分別說明如下。

(一) 預防医学之重視

結核病既是一种慢性传染病,則預防之重要已很显然。1950年中央卫生部所頒布的“預防为主”的卫生方針,虽不专指結核病而言,无疑地已决定了防痨工作的重要性。有預防为主的方針,必須有較高的医疗质量相配合。預防愈加强,医疗的要求愈加重。譬如拿病例搜寻这项工作而論,发现的病例愈多,医疗的任务也就愈大。預防医学与临床医学在結核病方面要想密切結合,必須滿足三項要求:健康检查、查出必治、治必彻底。在制菌药物未发明之前,結核病治疗的彻底性是有限度的,所以死亡率高,复发率也高。自1949年鏈霉素发现,继之以对氨基水杨酸和异烟肼用于临床以来,結核病的流行起了根本变化。不仅死亡率大大下降,而且患病率也稍有降低。近年来由于药物疗法在技术上日漸提高,以及預防医学不断的改进,感染率也逐漸降低。正由于結核菌散布于人群中稀少了,所以結核病的感染率和发病率預計今后还将繼續降低,以至有接近消灭的趋势。这在抗結核药未发明之前,是不可想象的。这說明物质經濟和生活水平固然对結核病有重大影响,但药物能直接杀菌、制菌,关系极大;因为有效的药疗不仅提高全愈率、降低复发率,而且还大大降低病人的排菌率,从而减少了結核病的传染源。这样就打断了結核病流行的循环性。

药疗的缺点是結核菌可能对药物产生耐药性。一旦耐药性形成后,一方面增加了医疗上的困难,延长全愈時間,另一方面又助长疾病的流行,使患病率不能下降;因此死亡率虽显著降低,而患病人数却未减少,这就不能完全达到控制流行病的要求。为糾正这一傾向,关键在于推行合理药疗,使結核菌尚未产生耐药性,或者耐药性尚未充分形成之前,痰菌即可轉阴。对耐药性已成立的复治病例宜加强次类药的使用,并适当地配以外科疗法以及一切其他有效的防痨措施。

(二) 抗結核药物的发现

由于治疗方法历年来有了不断的改进,結核病的疗效可扼要地分为三个时期。

1. 在1930年以前,結核病的治疗总是以大自然的环境、新鮮空气和阳光、休息和营养为主。疗程需时甚长,动辄数年,甚至終身。Brown 所說的“一朝之癆,即終身之癆”,充分地表达了这一情况。疗效至多不过25%左右,死亡率甚高,因而結核病有“白癆”的称号。Myers (1949) 說:“以往中度和重度肺結核病人,无论采何种治疗,在10年內有70~80%的死亡。”疗效的考核以症状消失为依据,但病灶中結核菌仍然是存在的,所以复发率极高。少数全愈病例之所以能控制結核菌者,是全靠机体免疫力达成的。

2. 自1930至1950年这段时期,結核病的疗效显著地提高到40%左右,病死率相应减低;治疗方法除休息和营养外,一般以萎陷疗效为主,人工气胸、人工气腹和胸郭成形术等风行一时。疗效的机制是在机体免疫的基础上,以物理性萎陷来促进病灶的愈合。細菌在一定程度上可被控制,但并未完全肃清,所以复发率虽較单纯休养疗法为低,但还是不可避免的;医家均认为結核病灶的愈合不是生物性的。

3. 从1950年起結核病的治疗进入了药物治疗时期。鏈霉素、对氨基水杨酸和异烟肼相继問世,疗效的机制是通过药物在机体免疫的基础上直接产生杀菌、制菌的作用。天然疗养和萎陷疗法虽然未被摒弃,但所占比重远較以往为小,这样就为不住院治疗提供了极大方便。近年来由于用药技术的提高,疗效一般可超过90%,最高者竟达100%,同时复发率也降低到1~3%,甚至到零,因而对消灭結核病带来了新的希望。

由于結核菌有耐药的特性,可削弱药物的制菌作用,因此必須繼續不断地寻找新药。药物的制菌能力必須經過以下三个程序的証明:(1)在試管中药物有制菌作用。除作对照試驗外,还須与异烟肼比較。这是药物制菌力的初步考核,意义不大,因为它不是生物与生物之間的試驗。(2)药物試用于动物是鉴定制菌力較可靠的方法,除作对照試驗外,还应以异烟肼作同样的对比。制菌力的强弱以致病指数来衡量。如制菌作用能超过50%,則証明不是偶然现象,同时又无明显毒性反应者,即可試用于临床。(3)以新药作临床試用时,也应以另一組作对比。疗效的考核不应以症状消失为满足,而应以病灶愈合和痰菌阴轉为依据。痰菌阴轉的标准为:濃縮涂片連續三次阴性,和每月培养一次、連續三次阴性。这一标准如能严格执行,对彻底治愈和防止复发均有极大保障。

(三) 胸腔外科手术的改进

肺結核病是一种局限于肺部的系統性疾病,肺部的病变又有各种不同的性质。概括地說,可分为可复原与不可复原的两种;这两种的界限有时又不能截然划清,因此在临床处理上,內外科医师必須密切合作,共同选择一种合理的疗法,实有必要。为此,有两点值得注意。

1. 絕大多数肺結核病人,无论肺部的情况如何,总是先就診于肺內科医师;如发现有适应外科手术的某些情况,而医师未能及时請求外科会诊,則可能因时间的耽擱,而错过了手术的机会。因此,我們决不应因循拖延,存在侥幸心理,等待一切方法

試用无效,再去請求外科会診,这就可能错过了时机而使手术成为禁忌。

2. 施行外科手术的原则性要求是:如何付以較小的手术代价,而达到治愈的目的。所謂較小的代价,就是事先应考虑到手术的安全度如何,和肺功能的损失如何;如果得不偿失,則宁可不做手术。治疗的目的,除了治愈局部病灶外,还須考虑到手术后是否会发生并发症和复发的可能;如果这些可能性和当大,則应放弃手术。这一系列原则性的問題,內外科医师在未决定手术前必須共同慎重考量。有經驗的医师不仅善于選擇手术,同时亦善于避免和拒絕不必要的手术。

近数年来,胸腔外科手术在操作和技巧上,有了高度的成熟,以往手术的死亡率是28~30%,现在已降至1~5%。在一个有經驗的胸腔外科医师手中,肺叶切除术的危險性,并不高于压縮疗法(如胸郭成形术);而肺之部分切除,对于病灶的治愈比較彻底,萎陷疗法和压縮疗法是純靠病灶本身的愈合,治愈的彻底性就比较差。根据这个理解,有两个問題值得注意:(1)空洞既可以用切除术使其消失,为何还要用萎陷或压縮疗法来关闭空洞呢?(2)空洞所占的面积一般并不大,何以不就其所占的范围作楔形切除,而必須采取压縮疗法(如胸郭成形术),使空洞附近大部分正常肺組織遭受到不必要的压縮,造成功能损失呢?无疑地,肺結核病外科手术疗法,目前正是往解决这个問題的方向发展的,今后的趋势将更会加强。在切除术开始的阶段,曾有若干人抱反对的态度,认为結核病是一种系統病,局部切除不能解决整体問題,这种看法是有其一定道理的;不过局限于一隅不可复原的病灶,如不切除,也是对整体健康的严重威胁。經過二十余年的經驗及适应証之善于選擇,这种反对手术的論調也逐漸消沉下去了。尤其是从制菌药物应用以来,手术的安全性已大大提高;凡是需外科手术的病例,大都先作了6~10个月药物疗法的准备,这样就提高了病灶的局限性,而使結核菌的数量大为减少。因此,不仅手术后病灶扩散的可能性不大,而且复发的可能性也大大降低。当前在各种外科疗法中,切除术之所以占主要地位,正是这个原因。

——吳紹青——

第2章 肺結核病临床处理大綱

一、概 述

每个肺結核病例,都有一定的病变发展过程,这个过程自始至终是在不断地变化着。在某个阶段变化較快,在另一阶段又較慢,到了最后病灶稳定的阶段,变化就終止。这是結核病直綫发展的一个过程。但是医师于初次診治所接触的,只是这种过程中橫切面的一幕;因此他所遇见的病灶也是形形色色、多式多样的:哪一种有临床重要性而需要治疗,哪一种又不需要治疗,或者需要治疗而希望达到什么要求;休息与活动是否有一个范围;諸如此类一些临床处理問題,都要在病理过程中,得到正确的印象和一些原則性的治疗目标。本章所論述的,就是希望能达到这个要求。然而,实际上每个病案的临床处理,并不能完全包括在本大綱之內,因此必須根据三类資料,方能切合实际。这三类資料是:(1)症状;(2)病灶性质;(3)曾否发现結核菌,以及实验检查的情况。本章仅就病灶的情况拟出临床处理大綱,闡述一般性的原則和总的精神,这样有助于明确治疗的目标和要求,而使实际临床工作可以迅速地得到一个輪廓;具体内容和細节,則应根据每个病案的情况,和上面所說的必备資料而定。

二、四期病理变化及其临床意义

临床处理大綱是在病理变化的基础上拟訂的。病理特征为决定治疗的主要依据。为了将各种不同性质的病灶有系統地归納起来,作者根据我国当前仍沿用着肺結核病苏联分类法中的四期病理变化,作为归納的范围,以便凭該四期进行临床处理时有理論上的联系,从而取得原則性的掌握,而不是机械式的套用。此四期为:(1)浸潤或进展期;(2)溶解或播散期;(3)吸收或好轉期;(4)硬結或鈣化期。茲按临床上的意义,說明病变发展在每个不同阶段应有的治疗观点。首先必須明了这四个期之列出,只是四个范围而已,每个范围有它主要的特征,此一范围与彼一范围之界限是逐渐改变的,有时难以明确地划清,这就往往使医师們在临床处理上产生了意见分歧,和见仁见智的差别;不仅如此,就是医师本人有时也会对同一病灶的审定,发生前后矛盾的看法。只要有結核病存在,这样的分歧意见也就难完全避免,不过如果我們普遍提高了对結核病的認識,那末这些分歧意见不会太大。因为經常存在的临床上一些爭执問題,大都是由这些似是而非、分界不明的病灶所引起的。

肺結核病往往是多灶性的,母灶尚未愈合,新的子灶又出现。这样,就产生病灶的进度不齐,病变分期的界限相互重叠,有参差不齐、先后不一的演变现象。組織的