

西塞爾內科學

第六冊

消化系統疾病之部

陳超常主譯

余啓順譯

龍門

印

新加坡

西塞爾內科學

A TEXTBOOK OF MEDICINE

Russell L. Cecil

第六冊

消化系統疾病之部

陳超常主譯

余啓順譯

龍門聯合書局印行

西塞爾內科學

A TEXTBOOK OF MEDICINE

RUSSELL L. CECIL

Seventh & Eighth Editions, 1947-1951

W. B. Saunders Co.



總發行

分銷

各埠
路
大
商
場
一

天津分局
西安分局
上海分局
大馬路
308
217

中文西塞爾內科學編譯委員會

校閱者

薛邦祺 錢 惠 俞松文

陳悅書 駱慧惜 鍾學禮

顧綏嶽 陶學煦 崔祥璜

蕭文炳

譯 者 的 話

西塞爾內科學是部巨著，自 1927 年出版以來，始終風行不衰，它不僅是內科醫師的寶庫，而且是攻讀臨床醫學者的坦道。大家知道本書是集合有名臨床醫師著作的大成，而且每隔三年左右必有一番取新棄舊的增訂，凡新的學識與新的技術莫不廣被搜羅，所以它始終是在不斷地進步着。

自從我們讀了全書與着手翻譯的時候，覺得本書的優點不僅止乎此，最值得提出的地方，就是它樹立了現代臨床醫學的“規範”；無論在那篇文章中，都可看到他們對於一個病例是如何認真的依照規範去做，不怕厭煩，反覆研究；對於病因的確定，更不知經過多少的檢驗。這種做法，使人讀了以後，知道今日臨床醫學的進步，決不是偶然的事。

多年來國內很有幾本內科學出版，主要的經緯，都是從國外內科學書上摘來，再參考一些自己收集的材料，就冠以某某內科學，這樣做法，在某一種立場上，也許有它的理由，尤其在談到流行病學、非用國內材料的時候，更是如此；所可惜的，我國自有醫院以來，雖有百餘年歷史，可是能夠依照臨床規範去做，合於邏輯而記載完備的臨床病例，確實不多，自己手頭上並沒有正確數字可資參攷，貿貿然靠了臆測寫下一些數字，事實上這些數字往往和實際情形適得其反，在這種情形下寫出的書本，我想還不如率直譯出一部名著來得妥當，希望將來有人能夠出本完全用國內可靠材料寫成的中華內科學，那時候西塞爾譯本的任務就可告一段落了。

西塞爾內科學這本書非常龐大，我們除已將傳染病之部、營養素缺乏病及新陳代謝病之部譯出以餉讀者外，今又出版消化系統疾病之部。這裏得慎重聲明一點：就是在譯者依照原書第七版（1947）譯完本部之後，第八版（1951）適亦抵滬，此部內容雖變動不多，譯者仍從頭至尾校閱一遍，並作了若干必要的修改。因此本部譯文，實係由原書第七、第八兩版中合譯而成，目錄編排方面，譯者亦參照第八版重新整理，讀者閱後，自將有耳目一新之

感。中譯本自第七冊（呼吸系統疾病及腎臟病之部）起，將完全照第八版譯出。每次譯稿完成以後，都請中文西塞爾內科學編譯委員會委員、臨床專家國立上海醫學院諸教授分章校閱一過，予以指正不少，附此誌謝。又譯者現正自傳染病之部起詳行校閱新舊版，並正編譯“增補篇”中，一俟完成，當即付梓以餉讀者。本書於匆忙中譯成，當有未盡妥善之處，尙祈海內專家惠予指正爲幸。

陳超常 一九五一年七月

目 錄

消化系統疾病之部

第 一 章	引 言	181
-------	-----	-----

口腔、唾液腺、及咽部之疾病

第 二 章	口腔疾病	184
第 三 章	齒齦、舌、唇、及牙齒疾病	191
第 四 章	唾液腺之疾病	197
第 五 章	咽部疾病	202

食管之疾病

第 六 章	食管疾病	206
-------	------	-----

胃 之 疾 病

第 七 章	先天性異常	212
	幽門肥大性狹窄	213
	憩室	215
	橫膈疝脫	215
	胃內異物	216
第 八 章	胃機能紊亂	216
	感覺紊亂	216
	運動紊亂	220
	分泌紊亂	222
第 九 章	非特殊性胃炎	224
	急性胃炎	224
	酒精性胃炎	225
	慢性胃炎	225

第 十 章	特殊性胃炎.....	228
	腐蝕型胃炎.....	228
	蜂窩織炎型胃炎.....	228
	硬固型或硬化性胃炎.....	228
	胃臟梅毒.....	229
	胃臟結核病.....	230
	淋巴肉芽腫.....	230
	胃之稀有感染.....	230
第 十 一 章	胃贅瘤.....	231
	間葉性腫瘤.....	231
	上皮性腫瘤.....	232
	良性粘膜性贅瘤.....	232
	胃癌.....	233
第 十 二 章	消化性潰瘍.....	247

腸 之 疾 病

第 十 三 章	十二指腸之疾病.....	279
第 十 四 章	內臟下垂.....	281
第 十 五 章	腹瀉.....	281
第 十 六 章	便秘.....	283
第 十 七 章	結腸過敏.....	285
第 十 八 章	結腸擴張.....	292
第 十 九 章	腸憩室.....	294
第 二 十 章	非特殊之潰瘍性結腸炎.....	296
第 二 十 一 章	局部性迴腸炎.....	301
第 二 十 二 章	闌尾炎.....	306
第 二 十 三 章	腸阻塞.....	313
第 二 十 四 章	腸贅瘤.....	329
第 二 十 五 章	腸系膜疾病.....	337

肝 之 疾 病

第二十六章	引言.....	343
第二十七章	黃疸.....	344

	阻塞性黃疸·····	348
	肝原性黃疸·····	352
	急性傳染性肝炎·····	353
	非傳染性肝原性黃疸(中毒性肝炎)·····	358
	急性黃色肝萎縮·····	360
	亞急性黃色肝萎縮·····	361
	無胆色尿性黃疸·····	361
	滯留性黃疸·····	362
	溶血性黃疸·····	363
第二十八章	肝臟的循環紊亂·····	366
	肝的被動性充血·····	367
	充血性(心病性)肝硬化·····	368
	門靜脈血栓形成·····	370
	肝靜脈血栓形成·····	371
第二十九章	肝硬化·····	372
	雷內克氏硬化·····	372
	着色性肝硬化·····	378
	肝豆狀核變性·····	379
	胆汁性硬化·····	379
	1. 阻塞性胆汁性硬化·····	379
	2. 胆管炎性胆汁性硬化·····	381
	壞死後的硬化·····	382
	充血性(心病性)硬化·····	383
	梅毒性硬化·····	383
	寄生動物性硬化·····	384
第三十章	肝之膿腫·····	385
	變形蟲性肝膿腫·····	385
	化膿性肝膿腫·····	385
第三十一章	肝之贅瘤·····	386
	原發性肝癌·····	386
	繼發性肝癌·····	388
	肝的良性贅瘤·····	390
第三十二章	肝囊腫·····	390

第三十三章	肝之變性疾病.....	390
	脂肪肝.....	391
	肝澱粉樣變.....	392

胆囊及胆道之疾病

第三十四章	引言.....	394
第三十五章	胆石病.....	396
第三十六章	胆囊炎.....	410
第三十七章	化膿性胆管炎.....	415
第三十八章	胆囊和胆道的癌腫.....	416
第三十九章	胆道的先天性畸形.....	419

胰 腺 之 疾 病

第四十章	引言.....	420
第四十一章	胰腺炎.....	423
	急性胰腺炎.....	423
	慢性胰腺炎.....	427
第四十二章	胰腺囊腫.....	429
第四十三章	胰腺腫瘤.....	431

腹 膜 疾 病

第四十四章	引言.....	434
第四十五章	急性腹膜炎.....	435
第四十六章	原發性腹膜炎.....	444
第四十七章	慢性腹膜炎.....	445
第四十八章	畸形和腫瘤.....	446
第四十九章	腹水.....	447

西塞爾內科學

消化系統疾病之部

第一章 引言

消化道疾病所以發生得很多，一方面固由於消化器官原發性機質病病發數之高，而更重要的，是由於反射性或機能性紊亂之多使然。譬如說，胃腸症狀可能是猩紅熱、顱內腫瘤、肺結核、精神神經病或老年抑鬱症等病的初發或顯著徵象。因此，要想把胃腸學由普通內科學分出來，是件辦不到的事。不過在這領域裏面，新的發展既極重要又極迅速，因此專業化一事，已屬相當的必要甚至於適宜了。不過，最初接觸大批消化病的人，總是普通的開業醫師，因此他們理應好好了解這些學術上的進展才對。機質病 (Organic disease) 裏面，包括所有的病型：傳染病、寄生蟲病、中毒、營養素缺乏病、代謝異常、良性及惡性贅瘤，以及其他。而所謂“機能性” (Functional) 疾患者，雖較難捉摸，却不見得比上一種病的真實性少了些。一般而論，它們的病源或係“反射性”，或係“中毒性”，或係“情緒性”，或係“精神性”。上面雖已下了病名和定義，但要吹毛求疵是很容易的。要解釋我所講的許多意思，恐怕還是舉幾個簡單的例子為最好。例如顱內腫瘤所引起的惡心及嘔吐，病源顯然是中樞性的；懷孕後的惡心及嘔吐，雖可能和內分泌及情緒因素有關，但恐究屬於反射性質；吐根所致之嘔吐、蓖麻油所致之腹瀉，雖顯然可歸咎於特殊的外來刺激物，却俱屬“機能性”；因恐怖所致之腹瀉，似純屬情緒所致。恐怖、焦慮、緊張及內心衝突等慢性狀態所伴發的胃腸症狀，名目衆多，光怪陸離，它們所具的胃腸症狀縱不相同，却總免不掉有胃腸症狀。臨床方面，常常發現“機能性”及“機質性”病同時存在。所以在消化道疾病中，關於“機能性疾病”和“機質性疾病”之間的相互關係呀，機能性疾病成為機質性疾病的原因呀（例如消化性潰瘍或潰瘍性結腸炎），

祇要醫師們高興的話，特別容易引起辯論。在治療時，機能性有時可完全（或幾乎完全）不必介意；不過通常却相當重要，時而還要佔到極重要的地位。“機質性”之可被忽略的機會，亦不在少數。開業醫師的問題是在決定病人患病的原因，而後治愈之。可能的話，還應設法防止將來的疾患。

消化道疾病的檢查法，與內科學中通常的檢查法相同。首要者厥為正確病史的獲得。這裏所說的正確病史，應該包括：(1)分析急性病襲所特有的痛苦，或慢性病的訴述以及它和正常生活（諸如進食、通便習慣、月經周期、運動等）的關係；(2)詢問其他器官及系統的機能，食慾及體重；(3)患者對於他的工作、家庭及社會關係是否適應——總之，不僅患者的症狀，就是患者本身、他的環境，以及他在情緒上對於環境的適應等等，都得詳細探討。體格檢查固然重要，但有時却不及病史。

各種實驗室檢查可能亦屬重要。完全檢查所不能免的，包括梅毒血清試驗，紅血球和白血球計數，血色素測定和尿液分析。這還不夠，因為有許多症狀及發現，或需像下面所列的種種檢查：脊髓液的研究；腎臟機能的慎重估測；用化學方法測定血清中的各種內含物，諸如二氧化碳含量、pH 值、氯化物、葡萄糖、尿素氮、胆礫、胆紅質、或蛋白質含量；以及考查血清內是否有特殊抗體（諸如對於痢疾桿菌或馬爾地熱桿菌者）存在的試驗。這些試驗的費用頗大；所以要把它們作為常規來檢查，是既無必要又不聰明的。爲了要知道什麼時候去做這些檢查，並且爲了要適當地了解並解釋既得之檢查結果起見，判斷與學識實屬必需。這句斷語亦可適用於和消化道關係更屬密切的種種分析。譬如知道了胃是否在分泌胃酸，則祇對於下列兩病的診斷有些幫助，因為像後面所說的兩種情形，是極難遇到的：(1)患惡性貧血而無胃酸缺乏現象，(2)既有良性潰瘍又有胃酸缺乏。不過如果拿胃酸分泌的變化作為消化不良症狀的原因的話，那就錯了。組織胺試驗簡單易行，在某些病例中，可作為胃腸檢查的常規來做。和這類似的，是糞便內有無隱血的試驗，它們會提供胃腸有贅瘤的證據，或否定不確的診斷。對於素食三日後所排出之糞便作一聯苯胺試驗* (Benzidine test)，既簡易而又實

* 譯者註：於冰醋酸之聯苯胺飽和溶液中加等容積 3 % 的過氧化氫及 1 c.c. 的標本。現藍色者表示有血。

用。疑爲寄生蟲病之病例，應仔細用顯微鏡檢查其糞便，尤其是對於內服硫酸鎂後所排出的，惟須不含鋇、鉍或油類始可。在鏡檢引流十二指腸所得的十二指腸內含物中，可能找到梨形鞭毛蟲，但通常在糞便內亦可尋獲。由十二指腸引流法所得的其他結論，價值可疑。

肝臟機能的試驗很多，其中有的一無價值，有的有些幫助，却沒有一種是完全可以滿意的。各種染料方法所得的結果，常大致可以表示體內胆紅質留滯的情形。根據肝細胞內代謝機能所做的許多試驗，略具價值，諸如馬尿酸試驗和葡萄糖及奶糖（分解乳糖）耐量等。循環血漿之成份，常發現有變化，這些變化，可能表示肝機能的損壞，諸如凝血酶元含量的降低，胆礫內酯份量的降低，不得歸咎於蛋白質喪失的血漿白蛋白降低等現象。膠體金及磷脂絮狀試驗，顯然是依據肝細胞代謝紊亂所致之血清球蛋白定量變化一事實。

X 射線檢查對於消化道疾病的診斷，無疑是最重要的方法。熟練者利用最佳設備，所得結果自然十分準確；而生手使用不完善之設備，當然就大不可靠。錯誤的發生，一則是易有偽陽性診斷，二則是不能發現損害之所在。由於方法本身有它的限制，因此有些錯誤是可以發生的。因此我們亟需更多、更熟練的 X 射線專家，以及更好的器械。現代的粘膜減痛技術〔以 X 射線瞄準暴光，得到所謂“點狀照片”而利用之〕，大大地改進了食管、胃臟、十二指腸和小腸的檢查。對結腸的空氣及鋇餐所攝之“雙重對照”（Double contrast）照片，可精密顯出該器官粘膜的微細變化。這許多經過改良的方法，功效卓著；惟須由熟手施行；並需設法使它們到處能被利用才好。臨床醫師，却須負最後責任，因此必須仔細研究所有的證據才對。總之，對於病人有連續或輕或重的陳訴時，X 射線檢查（尤其對消化道的上部）罕可省略。胆囊攝影及鋇質灌腸兩法，雖屬重要，恐究非主要之常規手續。

內鏡檢查法是直接檢查內部器官的惟一非外科方法。它們在供給客觀證據方面，效用僅次於 X 射線。其中以食管鏡檢爲最困難，且係最危險之手術，必要時須由熟手施行。胃臟鏡檢利用可屈曲之器械〔與特勒（Schindler）所發明〕，比較安全，然解釋其觀察所得之結果時可能很困難，故亦祇應由訓練有素者施行。直腸鏡檢比較安全，稍有訓練者即可應用，且

具有偉大之價值。直腸及直腸乙狀結腸的良性和惡性贅瘤性損害，很是普通，常爲指檢所不及，X射線亦或難予證實。直腸鏡檢所見的變形蟲痢疾、非特殊性潰瘍性結腸炎及花柳性淋巴病，常饒有特徵。腹膜鏡是最新穎的內鏡，在熟手掌握下，對有些選擇出來的病例似頗具價值。

治療胃腸系統慢性疾患的人，應永遠記住二件事情：(1)因消化道贅瘤而死者，多於因任何其他系統的贅瘤而死者（一年中，因消化道及腹膜癌腫而死者，佔所有癌腫死亡率之百分之四十七），(2)這許多人裏面，如能及早診斷而早期施行手術的話，則很多人可以防患於未然。

口腔、唾液腺、及咽部之疾病

第二章 口腔疾病

(Diseases of the Mouth)

傳染病 某些特殊傳染病，伴有特具之口腔損害。譬如在麻疹出疹以前，雙頰及兩唇裏面的粘膜上有繞以紅暈的微小白點（科潑力克氏斑點）。患猩紅熱時，病人白色舌苔中有腫大之蕈狀乳頭突出，作猩紅色，形成所謂楊梅舌（或草莓舌）者。

患天花疹及水痘時，恆可於唇、舌、腮及頰之內側發現有水泡存在。傷寒病例之百分之七左右，咽門上有小潰瘍出現。

梅毒。梅毒之任何一期，口腔粘膜俱可被累及。唇或舌之初期下疳，乃一遲鈍無痛之潰瘍，有浸潤性基底，癒合後稍留畸形。第二期中，咽喉部充血，舌、口腔頰表面及唇之上均有粘膜斑。口角部則有濕疣出現。到了病的晚期，舌背中部之下，有深在之梅毒瘤開始出現，繼起破裂，形成鑿緣銳利之潰瘍。舌部常起萎縮，較正常者平滑而堅硬，而舌之後表面上，可摸到平滑萎縮的飛耳庶氏部。唇之梅毒瘤與皮膚上的相似；硬腭上的梅毒瘤可使骨組織壞死並穿孔，且可能有皸裂及其癢痕自唇部蔓延開來。

結核病的傳染，乃由於牛乳、結核菌性痰，或由面部之尋常狼瘡蔓延而成。其損害多見於唇上、舌邊及軟腭上。初時突然有黃色小結，繼而潰爛，

逐漸增大。潰瘍周圍，常有少許極小的小結存在，分泌物稀薄而染有血液，且含結核桿菌。此潰瘍癒合得很是緩慢。鏈黴素具有療效。

雅司病和梅毒不同，很少侵襲口腔粘膜，不過這病的典型梅毒樣損害，易於唇、鼻周圍瀰漫生長。毀形性鼻咽炎易成毀壞性潰瘍病變，初僅累及軟腭，繼則侵累鼻、唇，甚至眼瞼。這兩病都是由同一病原體所引起，療法亦同。

組織漿細胞過多症 (Histoplasmosis)* 係一全身進行性疾病，患者舌、唇或咽部常起潰爛，可能被誤認為癌腫。一般而論，此時尚有其他器官之病累及全身性淋巴腺病。診斷在乎潰瘍之活體檢視（即生物切片）。

鼻芽胞蟲病 (Rhinosporidiosis) 係感染鼻芽胞蟲 (*Rhinosporidium seeberi*, 藻菌之一) 所致。患病後，咽、唇、鼻和眼瞼上生出小葉性塊狀物，似一巨大之雞冠，偶亦見於外生殖器及皮膚上。此等塊狀物必須澈底切除，最好用電烙術。土法治療係用石灰及煙草混合物敷塗，據稱有效。

鼻粘膜利什曼病 (Espundia) 乃美洲利什曼病之第三期。先在口腔粘膜形成潰瘍，繼使軟骨及骨組織破壞而成畸形。可能發生增生現象，致鼻唇周圍有小葉性塊狀物產生。皮膚型祕魯疣 (*Verruca peruviana*) 之發生於粘膜上者，和皮膚上所見者一樣的多。此等紅色疣樣的瘤腫，到後來常起潰爛。口蹄疫乃由牛類傳染所致，患病時粘膜上所生之疹子，與皮膚上所出者一樣的多，口腔內之水泡，不久變為淺的潰瘍，數日內即癒合，不生瘢痕。皮膚型麻風幾皆侵及口腔，唇及咽部亦難免，斑疹及結節乃常見之臨床徵象。釀母菌病亦可侵害口腔，如累及肺時，多無生存之望。

口炎 卡他性口炎 (Catarrhal stomatitis)。本病之發生，乃由於消化性紊亂、食物過熱或調味過重之外傷，以及吸烟過度所致。齒齦、口腔頰及唇部，紅腫而有壓痛。舌有苔，唾液分泌增多，且有口臭。嬰兒拒絕食物，或有低熱及腹瀉現象。本病共歷 3-7 日。應時常用輕度防腐性漱口水漱口，嬰兒則用棉花球蘸後輕洗之。

* 譯者註：本病係一網狀內皮系統病，由黴菌 *Histoplasma capsulatum* 所引起。特徵為：肝、脾腫大，貧血及白血球減少。亦稱網狀內皮系統細胞黴菌病 (*Reticulo-endothelial cytomycosis*)。患者恆告死亡。

瀰泡性口炎 (Aphthous stomatitis)。本病亦稱單純泡疹 (Herpes simplex)，熱症水泡 (Fever blister) 或口癰 (Canker)，乃病因不明之急性無免疫力的炎症。人體有傳染病如肺炎、流行性腦膜炎、瘧疾；或消化性紊亂及月經期中，特多發生。本病時常發生於某些家庭、青春期及婦女中間。患病時，有單獨或成羣的小水泡出現於唇部、鼻唇襞、舌部下面、或齒槽突之基底部。其發生於口內者，隨即破裂而形成直徑為1-3毫米之潰瘍，上面覆有黃色滲出液，周圍有充血帶。其他病徵尚有局部疼痛、唾液增加、輕度口臭。通常在5-10天內即見癒合。局部治療可用輕度防腐性漱口水漱口，忌用硝酸銀等腐蝕劑。牛痘疫苗可預防口癰之再發——即用多次壓迫法行四次接種，每次間隔期為二週，惟種後如果發的話，應待消退後再行繼續。

潰爛性口炎 (Ulcerative stomatitis)。本病並不普通，見於四歲以上之兒童或救濟所及監獄中之成人。齦齒及齒石 (Tartar) 的積聚，使局部失去活力，故常為本病病因；而救濟所內本病之所以流行，很可能是營養不足所造成。

本病常發生於下門齒或臼齒外側，起初齒齦紅腫，手稍擠之即出血。發炎區繼即壞死，潰瘍沿齒齦之游離緣蔓延，及乎口腔頰及舌之下側，其上覆有黃色粘性腐肉。附近淋巴腺腫大壓痛，唾液顯然增加，舌有苔，且稍腫脹，呼吸有腐臭氣。最重的病例，潰瘍可延至齒槽突，致牙齒脫落、骨質壞死。少數兒童病例，往往發展成走馬疳。照歐司勒說，“還可能出現粘膜炎，致被誤斷為麻疹”。

病重須有充足之食物，包括維生素在內。最好是用涼的液體或柔軟食物，必要時得用灌食法餵予之。齦齒及壞死之骨質必須拔除，並須時常用1:8000之過錳酸鉀液漱口。潰瘍處可用硝酸銀腐蝕之。

壞疽性口炎 (Gangrenous stomatitis)。本病亦被稱為走馬疳 (Noma) 或口頰壞疽 (Cancrum oris)。2-5歲的孱弱兒童，常在某種傳染病後發生本病。要言之，本病乃迅速蔓延的一種壞疽。

最早徵象為呼吸奇臭。口腔頰表面、齒齦或唇之內側上，發現有一小潰瘍，為灰白或黑色腐肉所被蓋，腐肉作深廣之蔓延。在極短的時期內，頰面皮膚堅硬而作紅色，局部緊張，最後呈黑色而穿破。這壞疽旋使顏面一

側之一大塊組織發生壞死，並且侵襲舌、腭及齒齦等部。疼痛及發熱雖不顯著，惟病童迅即衰竭，5-10 天內即可死亡。恢復的少數病例，還有顯著之畸形。併發症方面，有枝氣管肺炎、肺膿腫及嚴重之腹瀉。

本病須及早治療，法用電烙術澈底切除有壞疽之部份。惟亦有單用雙氧水或紅汞即足控制本病者。病童如果恢復，則可使用顏面修補術整容。壞疽區中曾培養出白喉桿菌，故此菌一經發現，即應注射大劑量之抗毒素。

梭形螺旋體病 (Fusospirochetosis)。本病亦稱為潰瘍膜性口炎 (Ulceromembranous stomatitis) 或戰壕口炎 (Trench mouth)，乃由梭形桿菌及奮森氏螺旋體所致之齒齦感染。典型病例，塗抹標本中充滿了這些病原體。

本病見之於軍隊中，惟以前所見者，不及第二次世界大戰中之流行。本病和飲食或膿漏無關。無齒者並不發生齒齦部之感染。本病是否有接觸傳染力，尚有疑問，惟據報告稱：本病有過流行及死亡發生。

此病乃一急性感染，伴有發熱、食慾缺乏、倦怠及急痛等現象。呼吸發臭，頸及頰下淋巴腺腫大，齒齦腫脹、易於出血。齒齦初作紅色，隨後呈紫色，最後為一污膜所覆蓋。腭、口腔頰及舌上可能有斑點出現，扁桃體被侵襲次數之多，與齒齦之被侵害者相若。

治療藥物，以青黴素為最佳——24 小時內即能使症狀消退，約於數日內即能使口腔清潔。局部可用拭子或醫用滴管浸吸每 c.c. 500 單位的青黴素塗搽之，每天四次，或用小棉花團浸後嵌入牙齒亦可。每次治療可用 5 c.c. 左右，同時可取鹽水或雙氧水，甚至效力已屬微弱的青黴素溶液作為清潔口腔之漱口劑。據報告，如果每兩小時取 10,000 單位作肌內注射，連續達 10-12 次的話，結果同樣良好。凡過去有膿漏或結石甚多者，俱需注意牙齒衛生。

寄生性口炎 (亦稱鵝口瘡) [Parasitic stomatitis (Thrush)]。本病係由黴菌鵝口瘡菌 (亦稱白色絲狀菌，乃絲狀菌目 *Hyphomycetes* 中之一種) 所引起。孱弱嬰兒、口腔粘膜因劇烈擦洗而遭損傷者、或患口炎的人，口腔內易患本病。成人在嚴重傳染病後或慢性疾病之晚期內，偶亦發生本病。

嬰兒患病後，拒絕哺乳或難於吞嚥。可發生腹瀉，臀部有刺激現象。口