

中華醫學會——近代醫學叢書之六

「內科近展」

梅毒處理法

原著者

O. W. Clark

編譯者

余新恩

出版者

中華醫學會

一九四八年十二月十五月初版

Acknowledgment

The publication of this pamphlet is made possible
with the special fund granted by the
World Health Organization

本冊得以出版問世
係得世界衛生組織之援助
特此誌謝

Chinese Medical Association
December 15, 1948

Series No. 6

The Management of Syphilis

原 書

Veterans Administration Technical Bulletin

TB 10—24

Washington 25, D. C.

June 24, 1948

梅毒處理法

一 引言

甲、美國國立衛生院梅毒研究組業已施行一健全分工合作之研究，以求得利用青黴素處理梅毒之最有效方法。此研究係繼續前此在戰時已經開始之工作，因其時研究結果由於青黴素製造成份之屢經改變而作廢。自一九四六年七月後，研究所用之青黴素皆為結晶體G，並用以作不同程序治療之效力比較，再與砒劑及鉍劑合用之結果比較。青黴素油及青黴素蜂蟻之功效現亦在研究，若能證明兩皆具有同樣之效力，則嗣後用在門診治療梅毒上顯有利益。

乙、當此研究完結時，將首次得有充分之統計根據，以求一治療梅毒之最有效方法。但此尙需時日。茲因各醫院需要改進及統一治療之手續，乃有本報告之出版。本冊並不能認為最後之結論，但在目前確為對於該題之代表作。

丙、本報告除去神經梅毒不論，祇述及梅毒之總處理法。神經梅毒處理法將另行報告。

二 病案之分類

甲、為治療起見，將循用下列之診斷分類：

(1) 初期梅毒

甲、血清陰性。

乙、血清陽性。

(2) 二期梅毒

甲、梅毒，第二期。

乙、梅毒，第二期，復發性（註出復發種類）。



- (3) 梅毒，潛伏期，早期（感染後四年以下）。
 - (4) 梅毒，潛伏期，晚期（感染後四年或四年以上）。
 - (5) 三期梅毒，粘膜炎。
 - (6) 三期梅毒，骨性。
 - (7) 三期梅毒，眼性。（除眼神經萎縮外）。
 - (8) 三期梅毒，內臟性（除心血管性外）。
 - (9) 三期梅毒，心血管性，動脈瘤性（註出部位）。
 - (10) 三期梅毒，心血管性，主動脈反流。
 - (11) 三期梅毒，心血管性，主動脈炎（無併發症）。
 - (12) 三期梅毒，神經梅毒性。
 - (13) 梅毒，種類不明。
 - (14) 先天梅毒（包括所有現象）。
 - (15) 非梅毒，假陽性血清。
- 乙、若病案影響數種系統，如心血管及中樞神經系統，則所有診斷分類均需列入。

三 診斷

甲、除非梅毒診斷確已證實，否則不即治療。若用暗視野映光法找到梅毒螺旋體，則為一確證，即須立予治療。若祇有血清試驗為陽性而無其他臨床上之現象或梅毒病歷，則不一定為感染之證據。因有化驗技術不同，錯誤，及生物上之假反應等，各皆能使血清檢驗報告成為陽性，雖則並無梅毒可言。生物上之假陽性，常能在患瘰癧，急性感染，發熱，單核白血球增多症或在天花及其他預防注射後發生。用一組血清重覆定量試驗，或可能區別真梅毒及假陽性反應。在初期梅毒中，此濃度趨向增高或保持高度，但在假陽性反應中，則趨向自發性之減低以至成為陰性。對於可疑之病案，或將觀察數星期甚至數個月之久，始能得到最後之結論。

乙、目前以康氏沈澱試驗及乏色曼氏反應爲標準血清試驗。康氏沈澱定量試驗在可能中應予施用，尤其用於初期梅毒治後之觀察，及區別梅毒與假陽性反應時。脊髓液檢查包括細胞計數，蛋白質定量試驗，補體結合試驗（用一〇〇，〇〇五，〇〇二五，及〇〇一之脊髓液），及膠體試驗（金，安息香或乳香）

丙、下列爲診斷各種梅毒之基本標準

(1)

(甲) 梅毒，初期，血清陰性。下疳暗視野映光檢查應找到梅毒螺旋體。初次血清檢查及由第四至第六治療日中之第二次血清檢查應皆爲陰性。若重複檢查爲陽性，則此病案應列爲血清陽性之初期梅毒而加以治療。

(乙) 梅毒，初期，血清陽性。下疳暗視野映光檢查找到梅毒螺旋體，初次血清檢查有疑問或爲陽性。若初次血清檢查爲陰性，但其在治療期中將成爲陽性。若屢次暗視野映光檢查爲陰性（或須抽取淋巴腺以尋找螺旋體），則其診斷要能有重複陽性之血清試驗，尤其在定量試驗中其濃度增加，或者血清試驗是由陰性重複變爲陽性。

(2)

(甲) 梅毒，二期。具有一個或以上之臨床病徵。（普通發疹，粘膜炎，扁平濕疣，普通淋巴腺肥腫，禿髮，喉炎，骨膜炎等）。血清檢查重復爲陽性。須設法用暗視野映光由皮膚及粘膜處找到梅毒螺旋體。

(乙) 梅毒，二期，復發。其診斷端賴在前次治療完畢後或在治療期間發見復發之現象。復發種類或爲臨床的（感染，有粘膜或皮膚損害，神經，眼，骨，或內臟），或爲血清的。血清的復發，在本報告中將詳述之。

(3) 及 (4)

梅毒，潛伏期。血清檢查重復爲陽性，無臨床上之徵象，脊髓液正常。須詳細檢查有無心血管性梅毒及有無生物上假陽性之可能。若感染時期少過於四年，則其診斷爲早期潛伏期。若超過四年，則斷爲晚期潛伏期。若不悉感染時期，而病者不到二十六歲，普通即類別爲早期潛伏期。

(5) 梅毒，三期，粘膜炎。有樹膠樣腫，潰瘍性或非潰瘍性皮膚或粘膜損害。血清檢查重復爲陽性。

(6) 梅毒，三期，骨性。有晚期之骨或關節損害。血清檢查重復爲陽性。病理上的演變爲骨髓炎，骨膜炎或關節炎。

- (7) 梅毒，三期，眼性。有限之損害。血清檢查重復為陽性。病理上的演變為虹膜炎，眼色素膜炎，角膜炎，角膜炎，或脈絡膜炎。
- (8) 梅毒，三期，內臟性，有內臟損害。血清檢查重復為陽性。其損害為肝炎，肝硬化，胃樹膠樣腫，或其他非心血管性者。
- (9) 梅毒，三期，心血管性動脈瘤。有囊狀動脈瘤，普通為主動脈瘤。血清檢查重復為陽性。
- (10) 梅毒，三期，心血管性，主動脈反流。有主動脈瓣閉鎖不全。血清檢查重復為陽性。
- (11) 梅毒，三期，心血管性，主動脈炎（無併發症。）有主動脈炎之現象及病徵與X光上之變化。血清檢查重復為陽性。
- (12) 梅毒，三期，神經梅毒性。診斷標準另行報告。
- (13) 梅毒，種類不明。此屬於某些潛伏期梅毒，其詳細檢查尤其脊髓液檢查因事故而未能完成。
- (14) 梅毒，先天性。具有特徵及嬰童時期之梅毒病歷。血清檢查重復為陽性。其最常見之活動損害為間質性角膜炎。
- (15) 非梅毒，假陽性血清，此診斷用於某些病案之具有陽性血清，但無梅毒病史，臨床證據或其他化驗之發見。

四 治療程序

梅毒治療在本報告中祇用青黴素，氧化砷（碼吩腫），及次柳酸鈹油。九一四，六〇六，及礦阿斯凡納明鈹將不採用。青黴素係用水性或生理鹽水劑，肌肉注射於臀之上外象限或三角肌中，左右輪流注射。青黴素溶液須新鮮配製，至少一日一次，不用時係藏於冰箱內。

甲、程序甲——共用青黴素三，〇〇〇，〇〇〇單位，分六十次，每次五〇，〇〇〇單位，日夜每三小時注射一次，共須七天半。

乙、程序乙——共用青黴素六，〇〇〇，〇〇〇單位，分二〇次，每次五〇，〇〇〇單位，日夜每三小時注射一次，共須十五天。

丙、程序丙——共注射氧化砷四十次，次柳酸鈹油十六次，共須二十六星期，分排如下：

星期

治療

一至五

氧化砷每星期二次，鉍每星期一次。

六至十

氧化砷每星期二次。

十一至十六

鉍每星期一次。

十七至二十一

氧化砷每星期二次。

二十二至二十六

氧化砷每星期二次，鉍每星期一次。

劑量：氧化砷（福斯帥）平均劑量為六〇公絲，最小為五〇公絲，最大七〇公絲，依體重多少而定。
次柳酸鉍油：平均劑量為〇・二克，含於一・五西西之油懸體內。

五 治療程序之應用

梅毒期

治療應用程序

初期，血清陰性

程序甲

初期，血清陽性

程序乙

二期

程序乙

二期，復發（除神經性的）

程序乙及丙

潛伏期（早期）

程序乙

潛伏期（晚期）

程序乙

三期，粘膜炎性。

程序乙

三期，骨性

程序乙

三期，眼性

程序乙

三期，內臟

程序乙

三期，心血管性
三期，神經性
種類不明
先天性

程序乙
另論
程序乙
程序乙

大半之病案依此程序治療甚為圓滿，間有少數在臨牀上之反應或不圓滿，如此則可由主治者給予補充治療（如加青黴素或砷或鈹劑）。

六 治療發生之毒性反應

所用藥劑皆需妥當製備者，並防其腐損。注射前尤其在用氧化砷時，應詢問病者前次注射後有無反應。如有則最好停止使用。以後能否再用，應徵求專家意見。若用青黴素與氧化砷聯合劑，則前者仍可繼續使用。

甲、氧化砷——普通為輕微之反應如惡心，嘔吐，腹瀉及頭痛。先可減少用量，若反應持續而轉劇則應放棄使用。嚴重之反應為紅斑，於第九日發見，癢熱，癢疹，黃疸，血性惡病質（紫癱，粒性白血球缺乏症，再生障礙性貧血）及神經性反應（出血腦病，周圍神經炎），應立即及永久停用氧化砷，並積極治療反應。在有嚴重系統性之反應時，下列治療甚有價值：靜脈注射百分之五葡萄糖溶液；高蛋白質，高碳水化合物，低脂肪食物；補充維生素尤其維生素乙；輸血；如為粒性白血球缺乏症及再生障礙性貧血，應給一組青黴素治療以掃除細菌之感染。若反應能致命傷（腦病，黃疸，剝脫皮膚炎及血性惡病質），迅用 BAL (British Anti-Lewisite) 或可挽救。

乙、次柳酸鈹油——如謹慎使用，可減少局部反應，如硬塊，膿腫，動脈及靜脈栓塞。其他反應殊不多見，除非為口炎，但若注意口腔衛生，則可防免。當口炎發生時，鈹劑應即停止，同時對於口腔應即予適宜治療。

丙、青黴素——最普遍之反應為療法休克，在治療之二十四小時內發熱，梅毒損害加重，並有頭痛，疲乏，發冷及虛弱徵狀。此種反應認為有利，蓋藉此能大量毀滅梅毒損害及血液中之螺旋體，而多半亦見諸於初期及二期梅毒中。此種反應亦並非為間隔或停止青黴素治療之指徵。普通在二十四至三十六小時內，反應自行減退，其症狀祇需用可的因或醋鹽水楊

酸即可消失。其他反應殊少發生，亦極輕微，如治療終結時之發熱，風疹塊，及其他輕微之皮膚發疹，腸胃症狀等。此種反應不足以停止治療，除非為嚴重之風疹塊或血管神經性水腫影響及於呼吸系上部。注射腎上腺素或口服 Benadryl 藥丸（五十公絲），每三四小時一次，日服四五次，即能管制風疹塊等，俾青黴素治療得以完成。有時換用另一藥品或即可以制止之。

七 治療後之觀察

治療後之有定期觀察甚為重要，尤其為初期及二期梅毒，以決定是否已告痊癒。

甲、臨床及血清之觀察——所有病案應作身體檢查以視有無臨床上復發之證據。治療終結後之頭十二個月內，每月應作血清檢查一次（定量檢查尤佳）。第二十二個月內改為每二月檢查一次。此後五年內每六個月檢查一次。

乙、骨髓液檢查——所有初期及二期梅毒病案，其有良好成績者，經觀察六個月後應作一詳細骨髓液檢查。當所有病案發生臨床上及血清上之復發徵象時，應即作一骨髓液檢查，不計治療後之間隔時日。

八 病案反應良好其治療後之臨床及血清步程

甲、初期及二期梅毒——

(1) 臨床步程：初期及二期損害之治愈速率不同。迨至青黴素治療終結時，小型之下疳及粘膜炎及發疹等尋常亦即可痊癒。大的潰瘍性下疳及濕疣等在青黴素治療終結後一至三星期內，或尙未能完全痊癒。

(2) 血清步程：青黴素治療終結後，血清並不立即變為陰性，時且背道而行。例如血清陰性之初期病案常變為陽性，而在治療終結時血清為陽性者其濃度更為增高。治療之獲得陰性，其時間長短不定。大半病案之變為陰性恆在治療後第二至第四個月。總之，初次濃度愈高，其變為陰性所需之時間亦愈長。青黴素治療後，通常梅毒損害即告痊癒，故血清之步程將認為對病案進展一最敏感之指數。

(3) 復發緊急時期：最常見於治療後之第三至第九個月，雖則偶有較此更早或更晚者。

乙、潛伏期梅毒——

(1) 臨床步程：因病者未有損害發見，對於痊愈之步程，遂亦無從觀察。

(2) 血清步程：與初期及二期梅毒之步程類同，尤其是初期潛伏期梅毒。反之，病者若有長時期之潛伏性梅毒，則常顯示血清之反拗，其反應亦無下降之趨勢。

丙、三期梅毒——

(1) 臨床步程：樹膠樣腫損害普通經青黴素治療後痊愈甚速，雖則蔓延及深處之潰瘍損害在治療終結數星期後或尙未能痊愈。骨，眼及內臟損害亦有如此同樣情形。主治者應決定其最後結果是否圓滿，抑或尙須給以補充治療。

(2) 血清步程，同潛伏期梅毒。血清反應不能斷定病者之治療結果。惟有臨床步程乃為決定成功之一最重要指點也。

丁、三期梅毒，心血管性（各類）——

(1) 臨床步程：因治療不能確實改變心血管系統上之病理變化，故其進步常為症狀的；同時或能延長病者之生命，使其損害之進展得以停止。

(2) 血清步程：亦同潛伏期梅毒。

戊、三期梅毒，神經性梅毒（各類）——

另行報告之。

、先天性梅毒——

(1) 臨床步程：其間質性角膜炎之反應快緩不同，但鮮有迅速而完全者，故或需補充治療以謀圓滿結果。

(2) 血清步程：同潛伏期梅毒。

九 治療失敗之定義

可分下列數類：

甲、感染復發——

粘膜或皮膚之梅毒損害發見，尤其在口喉及肛門生殖器部。應設法用暗視野映光找出螺旋體以明診斷。若此項檢查爲「無」，則應重復作血清定量試驗；如爲復發，其濃度將逐次增高，或保持高濃度而無下降趨勢。

乙、血清復發——

血清復發之表現爲血清定量試驗之濃度增高，但前此曾有下降之趨向。另一表現爲試驗之由陰性轉變爲持久之陽性。血清復發常亦同時有感染或其他種之臨床復發現象。其診斷應能在同一化驗室中有三至四星期持續增長濃度之證明。

丙、血清耐性——

血清耐性在初期及二期梅毒之表現爲其濃度定量試驗未能在治療後六個月內急遽下降。雖此中或有些許差別，但無持續逐漸下降至陰性者。惟此情形不常見於初期及二期梅毒；但若一旦發生，應認爲治療上之失敗。此現象較常見於潛伏期，三期，及先天性梅毒。除非有臨床上失敗之證據，否則不足以言重復治療。

丁、神經性復發——

最普通種類爲症狀的神經性梅毒，有不正常脊髓液之表象，但無其他臨床證據。神經性復發時或發生爲急性梅毒腦膜炎；有頭痛，眩暈，發熱，及頸項硬直現象。在暴發性病案中，昏迷能迅速發生。其診斷應用脊髓液檢查證實之。

戊、眼性復發——

眼性復發可發生爲虹膜炎，普通爲一面；或發生爲眼視神經炎，神經視網膜炎，一面或兩面。後二者具有頭痛，眼花及失明現象。

己、骨性復發——

骨性復發之徵象爲劇烈疼痛，常在長骨間；如在腦骨，則有劇烈之頭痛。局部觸痛常爲急性，可用X光以助診斷。

庚、治療抗性——

青黴素治療終結後，若損害未能痊愈，而螺旋體並亦繼續存在，此種現象則鮮見於初期梅毒。有數種較大之下疳，其治療反應頗爲遲緩，但不能即認爲有治療抗性，除非暗視野映光檢查繼續找到螺旋體之存在。

辛、內臟復發——

肝炎，黃疸及其他種內臟復發雖在青黴素治療後未見發生，但仍宜加以注意。

十 治療失敗之處理

- 甲、處理神經性復發另行報告。
- 乙、所有其他各種治療失敗，將以程序乙繼以程序丙治之。
- 丙、病案之對於程序乙及丙治療而仍無圓滿反應者，應介紹至專家處再行治療。



41

809006

41
809006