

434147

4/47

循環器病篇

內 科 學

循 環 器 病 篇

第一章 心臟病 *Krankheiten des Herzens.*

第一節 器質的心臟病 *Organische Herzkrankheiten.*

壹 心內膜炎 *Kr. des Endocards*

一、急性心內膜炎 *Endocarditis acuta*

急性心內膜炎者心臟內膜因細菌或毒素之作用發生炎症之謂也因症狀之輕重及病理解剖上之變化得分為贅瘤性及潰瘍性兩種；

一贅瘤性心內膜炎 *E. verrucosa (E. simplex, E. rheumatica)*；

原因 恒續發於外傷及諸種急性病尤以續發於急性關節癱麻質斯為多次為續發於肺炎猩紅熱天花麻疹淋病口峽炎或續發於慢性腎炎肺結核癌腫等。

病理解剖 心內膜因細菌或毒素之沈著而發炎血液遂凝固於該部構成贅瘤狀之結節初僅粟大漸達豌豆大此種結節主發生於僧帽瓣次大動脈瓣除先天性心內膜炎之外罕有發生於肺動脈瓣及三尖瓣者結節之成分初期僅為血小板紅白血球及少量纖維素若一旦脫離瓣膜則從血流而至各臟器形成栓塞 *Embolre* 瓣膜上之結節經過相當時日者因血毒之新生及結締織之增殖其一部或全部起組織化 *Orgnisa-*

姚志鳳

368768

北平大學醫學院本三四內科講義

tion 成堅硬之結締織瓣膜因之肥厚萎縮或癒著結果發生機能障礙結節從此向癒或又復發生再發性心內膜炎 E. recurrens 是也。

症候 自覺症爲心悸亢進心臟部疼痛及壓迫感等體溫往往上升間有不發熱者脈搏不論發熱之有無概頻數而軟間或不整理學症候無定如贅瘤性病變發生於僧帽瓣則於心尖部得聞收縮期雜音終致肺動脈第二音亢進右心室肥大擴張病變如不在僧帽瓣而在大動脈瓣則於右側第二肋間或第三肋骨胸骨上或胸骨左緣第三肋間聽得擴張期雜音終致左心室肥大擴張呈疾脈 Pulsus celer 病變限局於三尖瓣則於三尖瓣聽診部得聞收縮期雜音於頸靜脈得見陽性靜脈搏動 Positive Venenpuls 病變如在肺動脈瓣則於胸骨左緣第二肋間得聞擴張期雜音但臨症上三尖瓣與肺動脈瓣之病變殊不多觀耳。

合併症 最多者爲各臟器之栓塞 Embolie。

診斷 初期殊難緣無固有之症候也後期爲根據瓣膜障礙如心尖部得聞收縮期雜音肺動脈第二音亢進等而定診斷。

預後 概良自發病後經四至八星期漸退心臟擴張之度亦漸減從此日就痊癒但瓣膜若留障礙則終生不治且有種種危險

二·潰瘍性心內膜炎 E. ulcerosa E. maligna E. septica

原因 原因與前者同所異者爲感染之細菌數量及毒力

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

較前者強大故經過預後均惡不似前者之簡單而易於向癒病原以連鎖狀球菌葡萄狀球菌肺炎雙球菌為最多次為淋菌流行性感菌白喉菌傷寒菌等。

病理解剖 為瓣膜上迅速發生廣汎性壞死與化膿性浸潤其結果成潰瘍潰瘍表面附着含有細菌之凝血因是極易續發傳染性栓塞或膿毒症。

症候及診斷 症候分全身症栓塞症局部症三種全身症甚為複雜有呈傷寒型 typhose Form 者症狀宛如傷寒為患高熱無慾譫妄舌有灰黃或灰褐色苔腹部膨脹往往呈脾腫蓄癆疹腹瀉與傷寒不同之點為 Widel 氏反應陰性及常兼患栓塞症候耳有呈間歇熱型 Intermittierende Form 者以惡寒戰慄發高熱數小時後發汗下降如是反復且脾腫著明易誤診為瘧疾唯血液中不能發見 Malaria plasmodien 服規寧無效若本病現瓣膜障礙或呈栓塞症候則兩者可確實判別矣又有呈化膿型 eitrige Form 者為患惡寒戰慄發熱各臟器先起炎症繼以化膿之謂也。

栓塞症者瓣膜上之含菌性凝着物脫離瓣膜後由血行送至各臟器而發生栓塞性顆粒膿瘍及化膿性硬塞 Embolische hämiliare Abszess und eitrige infarkt 是也此種現象於診斷上甚為重要主現於皮膚口腔粘膜結膜及網膜於皮膚上為發生多數帽針頭至豌豆大之紅斑較皮面稍隆起其中央有化膿點有時且成潰瘍此種紅斑於下肢尤多於口腔粘膜結膜得見溢血斑於眼底網膜得見出血病竈。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

局部症候爲於心臟部得聞收縮期心雜音間或聽得擴張期心雜音且得證明心臟擴張。

經過 極爲迅速有自發病至死不逾三日者間或荏苒數月所謂遷延性心內膜炎 *E. lenta* 但亦難期治癒死因爲全身衰弱化膿及腦髓血管遭巨大堵塞。

療法 最重要者爲安臥休息心臟置水囊於心臟部防便秘攝食富滋養易消化之食品（如牛乳雞卵肉汁等）謀營養之增進如現心機能衰弱投 *Camphor dep.*（一次0.05）*Caff-ain Natrio-benzoic*（一次.2）*Strychin, nitric.*（一次0.001）等興奮劑撲滅病原菌之目的塗擦 *Silbersalbe (Crede)*（日一二次每用二三克）或注射 0.5—1.0% *Kollargol* 或 *Elektra-rgol* 於皮下或靜脈內（每次5—10cc）高熱時投 *Chinin, Pyramidon* 等心臟部有疼痛壓迫等不快感時用少量 *Codein, Pantopon* 等失眠時行水治療法或投 *Natr, Brom, Veronal, Adamon* 等對症療法。

二、心臟瓣膜病 *Klappenfehler des Herzens.*

（一）後天性瓣膜病 *Erworbene Klappenfehler*

原因 後天性瓣膜病爲心臟病中習見之症發生原因雖有種種然其主因爲心內膜炎及動脈硬化症次爲局部之外傷過勞大動脈或心室之狹窄或因瓣膜發生種種腫瘍（*Cumma* 脂肪腫纖維腫肉腫）然甚罕見也發病年齡以 15—30 歲間爲多老人之瓣膜病概因動脈硬化症小兒甚少。

病理解剖 有兩種變化爲心臟瓣膜閉鎖不全 *Insuffiz-*

北平大學醫學院本三四內科講義

lenz der Herzklappen — 爲瓣膜孔狹窄 Stenoserer Klappenostien 蓋瓣膜組織因心內膜炎或動脈硬化症等之病變起結締織增殖肥厚石灰變性萎縮或因病變之結果瓣膜發生穿孔破裂或互相癒着膠索短縮或斷裂等使瓣膜不能充分閉鎖或使瓣膜孔狹小也此兩種變化往往併發於一種瓣膜若多數瓣膜同時發生是種變化者謂之合併性瓣膜病 Kombinerter Klappenfehler。

瓣膜無上記病變因乳嘴肌之機能不充分或因心臟內腔病的擴張時所發生之瓣膜閉鎖不全謂之比較瓣膜閉鎖不全 Relative Klappeninsuffizienz 臨症上之證候則與眞性瓣膜閉鎖不全無異也。

後天性瓣膜病概發生於左心瓣膜即僧帽瓣及大動脈瓣就中尤以僧帽瓣閉鎖不全爲夥大動脈瓣閉鎖不全次之。

(1) 僧帽瓣閉鎖不全 Insuffizienz der Valvula mitralis, Mitralinsuffizienz.

病理：僧帽瓣之機能爲當左心室收縮時則閉鎖以阻血液從心室向心房逆流者也故僧帽瓣而患閉鎖不全則於左心室收縮時其中血液之一部當向心房逆流因是由左心室輸逆於大動脈中之血量遂失去一部全身血量當亦減少然於心肌未弱時營爲一種代償機能 Kompensation 於擴張期則收容較普通時尤多量之血液於收縮期則用比普通時尤大之力輸送與普通時等量之血液於大動脈。

左心房於心室收縮時既須收容由肺靜脈流來之血液（

北平大學醫學院本三四內科講義

生理的) 又須同時收容由心室逆流而來之血液(病理的) 且須將此大量之血液送入心室故左心房不得不用比較平時尤大之收縮力因此關係在僧帽瓣閉鎖不全之際左心室與左心房不得不肥大擴張。

因上述之關係左心房內之血壓比較平時增高故有礙從肺靜脈向左心房流入血液之進行以致肺靜脈鬱血鬱血漸蔓及肺毛細血管終達肺動脈因之由肺動脈至左心房間之血行蒙阻碍左心室遂不克充滿但右心室於代償機能健在時當努力除去此阻碍故於收縮時用比較平時尤大之收縮力輸送與平時相等量之血液於左心室其結果右心室亦不免起肥大矣。

因代償機能之存在故大循環系內之血液分布狀態以及血壓等殆與健康者無異亦無何等著明之病像若心肌之動力一旦因過勞等原因而萎頓(收縮不全)則喪失上記之代償機能而陷於所謂代償機障碍 Dekompensation (Kompensationsstoerung) 於是遂發生全身靜脈鬱血 Zyanose 水腫鬱血肝等症候。

症候 左心室呈肥大擴張若肥大擴張之程度甚劇則心尖搏動轉位於左側乳線外其搏動為廣汎扛舉性右心室如肥大亦甚著則全心臟部呈廣汎性搏動尤於胸骨下部至心尖部間之搏動最顯於心窩部及第二肋間胸骨左緣往往亦得見搏動。

尖心部於收縮期得觸知震顫 Schwirren 所謂貓喘 K-

北平大學醫學院本三四內科講義

·Izenschuurren 撓骨脈搏於代償機能存在時殆無異常至代償機能障礙時因大動脈系血量之減少脈搏小而軟且往不規則。

心濁音界向左方及上方擴大右方常超出胸骨右緣。

聽診爲於心尖部得聞收縮期雜音肺動脈第二音強盛。

患者因肺循環之鬱血易患氣管枝加答兒痰中往往含心臟瓣膜細胞 Herzfehlerzellen 及血線運動時覺呼吸困難。

X光線像爲心臟呈圓球形左側第二弓（肺動脈）往往膨隆。

代償機能一旦發生障礙則心臟濁音向左右擴大肺動脈第二音減弱皮膚呈蒼白 Zyanose 且帶輕度之黃疸肝腫尿量減少現皮下水腫腹水等心機能不全症候。

診斷 爲據心濁音向左方擴大心尖搏動向左方轉位搏動爲廣汎扛舉性於心尖部得聞收縮期雜音肺動脈第二音強盛等代償機能之障礙則由脈搏全身鬱血症候等判斷但心尖部之收縮期雜於發熱及高度貧血等時亦得聞之唯發熱貧血時肺動脈第二音決不强盛且不克觸知貓喘。

(2) 僧帽瓣孔狹窄 Stenose des Ostium venosum sinistrum, Mitralstenose.

病理 僧帽瓣孔狹窄則左心室於擴張期時由心房流來之血液蒙重大之抵抗不能盡量流入心室結果左心房起鬱血心房欲免除此鬱血則非用強力不可因是心房壁遂肥大然心房之收縮於心室擴張之後方開始故此種代償機能不克充分

北平大學醫學院本三四內科講義

補救血行障礙左心房仍不免鬱血而鬱血漸漫延於肺循環於是右心室亦不免常含多量之血液最後亦起肥大如代償機能障礙則右心室肥大擴張左心室因所得血量太少反起萎縮但合併閉鎖不全等時則左室亦起肥大總之僧帽瓣孔狹窄之血行障礙比諸閉鎖不全為劇右室之肥大亦較顯著。

症候 視診為心臟部隆起右方心窩部及頸靜脈得見搏動心尖搏動向左下方轉位觸診為於心尖部得觸知收縮期前或擴張期振顫 Praesystolisches oder Diastolisches Schwirren 此振顫常比僧帽瓣閉鎖不全者為尤著聽診上不獲聽得雜音時已得證明故診斷上頗重視脈搏於代償機能障礙時軟而小且不整打診在代償機能存在時無甚變化若有僅微的障礙心濁界即向右方擴大超出胸骨右緣左界亦稍擴大聽診為於心尖部或於心尖部之左傍得聞擴張期雜音肺動脈第二音強盛。

僧帽瓣孔狹窄時之雜音日常遭遇者為於心室全擴張期均可聽得斯時第二心音或聽得或被雜音所掩完全不聞然有僅於擴張之初與末期方聽得雜音於中間期殆不聞即聽得亦甚幽微者又有於擴張期之將終方聞雜音者又或於心尖部完全不聞雜音祇聽得第二心音之分裂者。

肺鬱血之程度甚於僧帽瓣閉鎖不全故患者稍事運動即感呼吸困難脈搏頻數易發汗顏面蒼白兩頰鼻翼口唇常帶 Zyanose 且此等部分之小靜脈管常擴張頸靜脈亦呈鬱血時感疲倦眩暈。

診斷 注意觸診打診聽診概不致錯誤。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

(3) 大動脈瓣閉鎖不全 Aorteninsuffizienz.

病理 大動脈瓣爲左心室與大動脈間之半月狀瓣膜其機能爲當心室收縮後將欲擴張之瞬間即行閉鎖以防血液流歸心室者也故大動脈瓣而患閉鎖不全則心室擴張時大動脈內血液之一部流歸心室心室之動作既非常不經濟動脈系內之血量亦告不足機能上欲矯正此弊故心室於收縮時遂用比較健康時更大之力俾大動脈可獲得充分之血量其結果左心室起肥大擴張但此種代償機能如一旦喪失則左心室起鬱血左心房蒙其影響而擴張更進則肺循環亦起鬱血若左心室擴張過甚則誘起僧帽瓣之比較的閉鎖不全。

症候 視診爲心臟部隆起心尖搏動向外下方轉位其高度者竟達左腋窩線第七或第八肋間其搏動之性質爲扛舉性廣汎性觸診除心尖部得觸知心臟收縮期之搏動外往往另觸得一種繼續於第二心音後之衝動打診爲心濁音向左侧擴大如左心房擴張甚劇時則濁音界尙向上方擴大左心室若擴張甚著則心臟勢必向右方移轉心濁音且向右方擴大聽診爲於大動脈瓣口聽得擴張期雜音其性質如灌水 *giessend* 如颯鳴 *Sausend* 于胸骨左側第三肋間或胸骨中央部尤明顯概於全擴張期均可聽得致第二音幽微或竟不聞心尖部於心臟擴張期將終之瞬間常得聞一種幽微之雜音所謂 *Flint* 氏雜音

橈骨動脈搏呈疾脈 *P. celer* 硬軟 *P. durus* 及大脈 *P. magnus* 但因種種原因而異一爲大動脈瓣閉鎖不全之程度

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

愈甚則愈顯著二與心臟收縮力有密切之關係心力衰弱則速脈不著故於代償機能障礙時此等搏脈即消失三爲於血管壁弛緩時則著明血管患硬變則不甚顯。

得見末稍動脈之搏動(如頸動脈顛顛動脈眼底動脈等)頸動脈之搏動如非常強盛則患者頭部每於搏動時爲仰後運動是謂 Musset 氏現象此外各臟器如軟口蓋，肝，脾，腎，陰莖等往往亦呈搏動此現象若達毛細血管則呈毛細管搏動謂之 Quinckescher Kapillarpuls 且於各動脈上得證明雜音於頸動脈可聽得收縮期頸動脈雜音 *systolisches Karotidengeräusch* 於橈骨尺骨動脈上可聽得脈管音於股動脈上可聽得擴張期與縮期兩音是謂 *Traubescher Doppelton in der Kruralarterie* 若於聽診時稍用力壓股動脈且可聽得兩種雜音所謂 *Duroziezsche Doppelgeräusche*。

自覺症與一般症狀爲心悸亢進面色蒼白時患眩暈耳鳴失神易患鼻網膜腦出血有時患狹心症 *Angina pectoris* 及心臟性喘息 *Asthma Cardiale* 尿中常含蛋白質間有圓錐。

診斷 爲根據大動脈聽診部有擴張期雜音左心室肥大擴張末稍動脈之變化等疾脈雖見之於發熱貧血鉛中毒 *Morbus Basedowi* 等但是等病於心臟部不聞擴張期雜音及缺如心濁音之變化既診定本病後尙須根究其原因施行 *Wasserman* 氏反應。

(4) 大動脈瓣孔狹窄 *Aortenstenose*,

姚志烈

北平大學醫學院本三四內科講義

病理 大動脈孔狹窄則血液由左心室流入大動脈時蒙極大抵抗故左心室漸起肥大擴張心室收縮時血液須通過狹窄部故發生收縮期的雜音又因血液通過狹窄部需時頗長而動脈系仍不得充分之血量故脈搏遲而小。

症候 視診爲心臟部隆起心尖搏動向左下方轉位搏動甚微觸診爲橈骨動脈緩慢而小所謂遲脈 *P. tardus* 小脈 *P. minimus* 於右側第二肋間得觸知收縮期貓喘打診爲心濁音向左下方增大聽診爲於胸骨右緣第二肋間得聞強且糙之收縮期雜音且常傳達至頸動脈大動脈第二音極弱或竟不聞患者面色蒼白且易起腦貧血等症候。

診斷 爲據大動脈聽診部之收縮期雜音及遲脈。

(5) 三尖瓣閉鎖不全 *Trikuspidalinsuffizienz*.

病理 單純性三尖瓣閉鎖不全爲罕見之症大多與僧帽瓣病合併蓋僧帽瓣病之結果右心室起高度之肥大擴張三尖瓣口周圍之肌肉不克充分收縮三尖瓣自身雖無變化亦起閉鎖不全形成比較的閉鎖不全 *relative Insuffizienz* 三尖瓣而患閉鎖不全則右心室收縮時血液逆流入右心房其結果右心室心房擴張大循環系之靜脈起高度鬱血。

症候 心濁音向右方擴大胸骨右側及心窩部得見搏動頸靜脈肝臟等起高度之鬱血得見陽性靜脈搏動 *Positiver Venenpuls* 診斷上頗爲重視脈搏細小而慢於胸骨下端即三尖瓣聽診部得聞收縮期雜音肺動脈第二音幽微。

(6) 三尖瓣孔狹窄 *Trikuspidalstenose*.

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

本病爲極不常見之症主症爲心濁音向右方擴張大動脈系鬱血三尖瓣聽診部可聞擴張期或收縮期前雜音。

(7) 肺動脈瓣閉鎖不全 Pulmonalinsuffizienz.

本病於後天性心臟瓣膜病中殊屬罕有主症爲心濁音向右方擴大胸骨左緣第二肋間於擴張期得觸知貓喘可聞擴張期雜音。

(8) 肺動脈孔狹窄 Pulmonalstenose.

本病始爲先天性疾病主症爲高度呼吸困難皮膚結膜紫藍色四肢厥冷心濁音向右方擴大心尖搏動微弱肺動脈聽診部得聞收縮期雜音觸之感貓喘樣震顫患者之指趾末端往往肥大如槌所謂鼓槌指 Trommelschlägerfinger。

(9) 合併性瓣膜病 Kombiniertes Klappenfehler.

(一) 僧帽瓣閉鎖不全兼狹窄 Mitralinsuffizienz mit Stenose ;

理學虛候爲心濁音向左右兩方擴大心尖部得聞收縮期及擴張期雜音得觸知收縮期前或擴張期震顫肺動脈第二音強盛。

(二) 大動脈閉鎖不全兼僧帽瓣閉鎖不全 Aorteninsuffizienz mit Mitralinsuffizienz ;

主症爲心濁音向左方及上方擴大於大動脈聽診部得聞擴張期雜音於心尖部得聞收縮期雜音期時大動脈閉鎖不全之特症脈疾往往不著明緣既兼僧帽瓣閉鎖不全則左心室收縮時室內血液之一部流歸心房大動脈內所得血量不足左心

姚志感

北平大學醫學院本三四內科講義

室收縮力亦減故也。

(三)僧帽瓣閉鎖不全兼三尖瓣閉鎖不全 *Mitralinsuffizienz mit Trikuspidalinsuffizienz* ;

主症爲心濁音向右方擴大第二肺動脈音消失於三尖瓣聽診部得聞收縮期雜音頸靜脈得見陽性搏動此外呈僧帽瓣閉鎖不全之症候。

後天性心臟瓣膜病之經過及預後； 心臟瓣膜病非藥石可以治癒故預後不得謂之良但患者苟保養有方不再有何等害因可長時維持其代償機能不致驟然發生危險總之預後之良否繫於下記諸要點。

(一)瓣膜病之種類； 瓣膜病中以大動脈瓣閉鎖不全爲最危然心臟肥大擴張適中無汎發性動脈硬化身體精神不患過勞則代償機能可維持多年如冠狀動脈及大動脈根部已起硬化或患狹心症心臟性喘息等症狀者預後極惡往往因勞力或冠狀動脈分枝之閉鎖而突然致死大動脈孔狹窄較前者爲少且患者常爲中年或老年人代償機能大概充足故危險略少僧帽瓣病較大動脈閉鎖不全爲佳代償機能多能維持二三十年雖心臟非常肥大往往無何等病苦僧帽瓣孔狹窄較閉鎖不全爲險緣易起腦動脈栓塞症等也。

(二)心肌之健否； 如有心肌炎心臟硬結或心肌有廣汎性硬化症者較心肌健全者之預後爲不良。

(三)全身之健否； 如患肥胖病急性熱性病慢性呼吸器病酒精中毒等預後亦凶。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

(四)男女； 男較女爲危蓋男子易過勞心身且冠狀動脈易罹病變女子雖有懷孕分娩等但經驗上尙不甚緊要也。

(五)衛生狀態； 精神身體過勞房事過度暴飲飽食等均爲催殘代償機能陷頹後於惡境之原因。

療法 (一)代償機能存在時之療法；對於心臟無投藥之必要惟以愛護心臟不使疲憊俾免代償機發生障礙爲主旨故凡過勞精神肉體之事均須禁止日常爲輕度之運動謀充分之睡眠患失眠者投 Medinal (0.3—0.5) Bromural, Acalin 等催眠劑食物須擇易於消化乏刺激性不易醱酵與生氣體者如米飯粥麵牛乳卵豆腐馬鈴薯百合菠菜白菜青莢豆魚類餅干香蕉蘋果葡萄等每食弗過量晚餐尤忌飽飲料以淡茶果汁牛乳及少許葡萄酒等爲宜但一日量不得過千五百乃至二千cc 患者若爲肥胖者須限制食物中之脂肪及含水炭素量戒過度之安閒若爲羸瘦者則宜攝食稍多之脂肪與含水炭素患貧血者投鉄劑規寧等每晨須排便因便秘易增高血壓誘起腦出血血栓剝離狹心症之發作等爲害非淺也欲疏通大便每晨可飲涼開水牛乳或水果如無効則於空腹時服 Mag, sulf, Sal, Carol, fact, 一茶匙或一食匙如仍不奏効則投 Rad. Rhei (0.3—0.5) Extrakt, Cascar, sagrad, fluid, (1.0—3.0) 居處宜擇空氣新鮮氣候溫暖之海濱沐浴固不必禁止唯浴水不可過熱時間不宜太久耳。

(二)代償機能障礙時之療法；詳心臟衰弱。

(二)先天性心臟瓣膜病 Angeborene Herzklappen-

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

mföhler:

原因 先天性心臟瓣膜病之真因殊難確知遺傳兩親徵毒懷孕時母氏遭外傷精神感動感染關節僵麻質斯等恐爲胎兒發病因。

先天性瓣膜病之小兒往往合併其他畸形（如兔唇贅指指趾癒着）聾啞及精神發育異常等。

病理解剖 先天性瓣膜病概發生於右心尤以肺動脈瓣障礙爲夥且常合併心臟之畸形如 Defekt des Septum ventriculorum, Offenbleiben des Ductus Botalli Offenbleiben des Foramen ovale, Transposition der grossen Gefaesse 及心臟位置異常等但是等畸形於解剖上頗饒興味在臨症上不易診斷茲將最多觀之肺動脈瓣口狹窄 Pulmonalstenose 記錄於下：

全身症候爲生後皮膚粘膜尤以口唇指趾末端等部呈著明紫藍色故一名先天性紫藍症 Cyanosis congenita 於號啼寒冷過勞時尤著四肢常厥冷年齡漸長指趾末端漸肥大如鼓槌易罹凍傷與炎症精神遲鈍時患窒息失神等發作患兒常畏寒不喜嬉戲蓋稍事運動即患心悸亢進呼吸促迫也脈搏概乏緊張而小呼吸器往往發生加答兒尤易罹結核。

局部症候爲於肺動脈口部聽得收縮期雜音肺動脈第二音幽微或缺如心尖第一音不明右心室肥大擴張同時有心室中隔缺損者則雜音傳達至大動脈及頸動脈若合併 Botalli 氏管開放則胸骨左側心濁音之上方呈長方形之濁音部然是

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

等畸形之合併頗不易證明也。

預後 本病無治癒之望死因爲全身鬱血心肌衰弱及合併症之肺結核。

療法 避過勞感冒謀榮養之增進爲適度之運動對於窒息失神行酸素吸入。

貳 心肌病 *Krankheiten des Herzmuskels.*

一、急性心肌炎 *Myocarditis acuta.*

原因 本病恒續發於諸種傳染病如白喉急性關節僂麻質斯傷寒猩紅熱麻疹天花淋症敗血症口峽炎流行性感胃等故一名傳染病性心肌炎 *Die infectiose Myocarditis* 又或續發於內膜炎心囊炎。

病理解剖 心肌間質起細胞浸潤纖維起脂變蠟樣及空胞性等退行變性其甚者竟消失肌纖維之一部分是種病變初僅現於一小局部病勢進行則呈廣汎性與此接近之心內膜心囊往往亦發炎所謂全心臟炎 *Pankarditis* 是也病症就癒則細胞之浸潤殆全被吸收不留痕跡或遺心肌間質之肥厚而癒唯消失之肌纖維因無再生機能僅由疎鬆富血管之結締織補充日後血管漸少成堅硬之結締織形成心肌炎性硬結 *Myokarditische Schwielen*。

症候及診斷 自覺症爲倦怠發熱無慾 *Apathie* 呼吸困難心臟部壓迫感及疼痛發作或作惡嘔吐如急速起肝鬱血則肝臟部患劇痛。

他覺症候爲面色蒼白精神不安脈搏軟小頻數往往不規

北平大學醫學院本三四內科講義

則心臟濁音概向左方擴大偶有向右方擴大者心音微弱常於心尖部得聞收縮期雜音若心臟漸行衰弱則肝臟腫大尿量減少比重增高尿中含蛋白質得證明 Urobilinogen, Urobilin 反應及全身水腫等症候。

經過及預後 本病之經過及預後概速而不良或因心臟衰弱或因血管運動神經麻痺而致死或轉成慢性心肌炎者。

療法 以安靜心臟爲主旨故須絕對安臥置冰袋於心臟部精神不安者投臭素劑對於心臟衰弱血管運動神經麻痺爲投 Caffein, Campher, Strychni, nitric, Hexeton (肌肉內注射用青色靜脈內用褐色瓶) 及酒精性飲料。

二、慢性心肌炎 Myocarditis chronica

原因 本病由急性症遷延不治而成或因鉛酒精煙精咖啡等慢性中毒 (中毒性心肌炎 Toxische M.) 或因白喉傷寒猩紅熱天花敗血症淋症黴毒疔疾關節肌肉癱麻質等傳染病後 (傳染性心肌炎 Infektiöses M.) 或因心囊炎心內膜炎之波及 (傳播性心肌炎 Fortgepflanzte M.) 此外有因外傷及原因不明而發生者。

病理解剖 爲心肌間質起圓形細胞浸潤肌纖維起實質變性是種變化之好發部位爲心尖次爲左心室後壁概不犯冠狀動脈間質之變化進行則心肌呈廣汎性硬化 Diffuse Sklerose 謂之硬化性心肌炎 Myocarditis sclerosa 又名纖維性間質性心肌炎 M. interstitialis fibrosa。

症候 自覺症往往甚微或覺心搏不整心臟部疼痛胸部

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

壓感呼吸促延眩暈頭痛等他覺症初亦甚少僅脈搏軟小不規則有呈頻數者有呈遲脈者心音不純心尖部有時聽得收縮期雜音病勢漸進則心濁音向左方間或向右方擴大終致發生心臟衰弱及全身鬱血症狀如鬱血性氣管枝炎鬱血肺肝，尿及下肢浮腫四肢末端呈紫藍色等殆無熱若患發熱而非因氣管枝炎或其他原因則爲心肌炎再發之徵。

診斷 據心搏動不整不規則小脈心音不純而無冠狀動脈硬化症之症候等。

預後 不良。

療法 平時保護心臟避過勞疏通大便禁煙酒若起心臟衰弱則絕對安臥投強心利尿等劑。

三、心臟徵毒 Syphilis des Herzens Herzlues.

原因 爲遺傳徵毒及後天性徵毒因後天性而發者概爲第三期徵毒於感染後二載以上發病^{20-40j.}之男子占多數。

病理解剖 心肌尤以 Hiss 氏束發生一至數個之 Gummi 或呈汎發性間質性心肌炎且常蔓延於冠狀動脈心內膜心囊或竟波及大動脈之內板最後蔓延至瓣膜。

症候 輕症於生前無何等症狀重症呈心臟衰弱症候病變若犯冠狀動脈則起狹心症及心臟性喘息如犯瓣膜則呈瓣膜障礙之症候。

診斷 爲據既往症 Wassermann 氏反應他臟器(骨皮膚，肝等)之徵毒變性。

預後 初期尚可挽救進行者不易樂觀。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

療法 呈心臟衰弱症候時先謀恢復然後施行驅黴療法
Antisymphilischer Knr。

四、脂肪心 Das sogenannte Fettheiz.

原因及病理 所謂脂肪心恒爲肥胖病之部分症候然其原因並非完全因心肌之脂變及心室內蓄積脂肪實緣心肌之發育薄弱與肥大之體軀處於不平等地位同時又因橫膈膜之上昇遂易陷於機能不全且患肥胖病者往往兼患冠狀動脈及全身動脈硬化與血壓亢進是以呈種種障礙也此外解剖上常得見心肌之弛緩易破壞。

症候 自覺症爲於精神興奮身體運動時覺心悸亢進呼吸促迫其甚者即安靜時亦如此且常患眩暈失神若冠狀動脈已患硬化者於夜間往往突然現喘息或狹心症之發作。

他覺症爲脈搏微弱不規且遲心搏動不整心濁音擴大病症進行則呈心臟衰弱之徵終致全身鬱血。

診斷 不易確實往往僅爲推測的緣本病無固有症候也。

預後 不可輕視因患者多自持其肥胖不善珍衛又因常合併冠狀動脈硬化症等易陷於不易挽救之心臟衰弱也。

療法 對於尙未發現心臟衰弱之患者施脫脂療法 Entfettung 此法之主旨爲減少食物中之含水炭素及脂肪量而不減少維持體蛋白之蛋白量飲水量除食物中含有者之外一日不得過一公升每日動靜有時勿過於勞逸沐炭酸浴服沃度劑如已現心臟衰弱之徵當先強其心固不俟言。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

五、冠狀動脈病 Krankheiten der Coronararterien

原因 爲動脈硬化及徽毒。

病理解剖 冠狀動脈爲分佈於心壁司心肌之榮養者故冠狀動脈而病則心肌隨之。

硬化或徽毒常發生於左側冠狀動脈起始部罕有發生於右側者故受該側冠狀動脈支配之隔壁 Septum 及左側心尖部因榮養不足肌纖維起壞死性軟化而補以疎鬆結締織其結果成結締織性硬結。

Bindegewebige Schwiele 硬結病竈如多數融合則心壁因之菲薄構成心臟動脈瘤 Herzanuerysma 若遇過用腹壓劇烈運動精神過勞等突然起心臟破裂 Herzruptur 而死。

症候 大多數不呈何等症狀而漸陷於慢性心臟衰弱或呈下記兩種特徵者。

(1) 狹心症 Angina pectoris ; 爲胸部突然發作疼痛間或於疼痛之先腕部腳部有異常感覺或精神不寧等前兆其疼痛之性質輕者僅如壓迫重者如絞裂如穿刺如切如燒等疼痛時有瀕死之感因是不敢營呼吸避談話運動爲一定之體位而求該疼痛部之安靜面色蒼白冷汗四肢厥冷或流涎嘔吐或竟失神疼痛之部位概爲心臟部尤以心臟基部爲多罕有於心尖者基部之疼痛常向各方面放散經左臂內側傳至肘關節或指端者爲尤多次爲傳播於頸部下顎部及頭部或向後方傳播於背部肩胛部又或向下方蔓延於胃部陰部發作之持續爲

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

數秒數分鐘久則約一小時次數亦無定或頻發或偶一發作或因一次劇甚之發作而致死感冒精神興奮肉體過勞烟酒等常爲發作之誘因發作中之他覺症爲心搏動不整心濁音擴大心音微弱脈搏小而軟或頻數或緩慢。

(2) 心臟性喘息 *Asthma cardiale* ; 與氣管枝喘息似亦爲於夜半突然起呼吸困難窒息感紫藍色等發作太久則發肺水腫與氣管枝喘息不同之點爲發作中脈搏概頻數軟小不規則肺臟理學症候甚輕而得証明心濁音擴大咯痰無特有成分如發肺水腫則有漿液血性痰肺部呈水腫症候。

療法 對於冠狀動脈硬化爲投沃度製劑注意衛生法對於繼毒施驅繼療法狹心症發作時之療法爲置冰囊於心臟部四肢行熱浴命嗅 *Amylium nitrosum* (用酒精或 *Chloroform* 等分稀釋液二三滴滴於棉紗或手巾上而嗅之) 或頓服 *Nitroglycerin* 十滴 (將 *Nitroglycerin* 0.01 溶解於酒精 10.0 中) 概可輕快苦痛如發作劇烈有虛脫之危險時注射樟腦咖啡因 *Digalen* 等發作中止後投 *Diuretin* (日約用 30) *Eustenin* 等以防再發同時禁載刺品疏通大便嚴守肉體精神之安靜喘息發作之療法爲注射嗎啡, *Pantopon* *Papaverin hydrochloric*, (0.03) 或頓服 *Natr, nitrosum* (0.1--0.2) 同時併用強心劑如每晚發作則於就眠前頓服 *Codein phosphoric*, (0.02) *Dionin* (0.01) 等晚餐少食。

六、(心機能不全) *Herzinsuffizienz*

(心臟衰弱 *Herzschwache*)

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

分急性慢性兩種：

(一) 急性心臟不全 Akute Herzinsuffizienz.

因原：主因為血管運動神經衰弱 Vasomotorenschwäche 結果續發心臟衰弱之謂也發病原因為傷寒白喉肺炎流行性感胃發疹傷寒等急性傳染病 Chloroform Chloral, Hydrat, 之中毒震盪症大失血身體過勞等。

病理 全身血管衰失緊張血液積滯於諸內臟皮膚肌肉缺乏血液即流入於心臟內之血量亦甚少血壓因是下降循環因是緩慢終致心臟失其機能而停止搏動所謂心臟麻痺 Herzlaehmung是也。

症候 自覺症為高度之衰弱感心窩部覺苦悶呼吸感困難他覺症為脈搏頻數細小不整血壓下降四肢厥冷面色蒼白偶呈紫藍色體溫常降至平溫以下心臟濁音擴大得聞微弱收縮期雜音肝腫脹疼痛如再惡化則脈搏愈頻數終致心臟功能消失而起肺水腫。

預後 不能樂觀。

療法 以鼓舞血管及心臟機能為主旨注射樟腦, Hexeton Strophantin (0.1% 液 $\frac{1}{2}$ cc) Caffein, Natriibenzois, Adrenalin (0.2—0.5cc) Strychni, nitric, (0.1% 液0.5—1.0) 等於皮下肌內靜脈內飲以濃茶咖啡葡萄酒等因失血而致血管運動神經衰弱者注射生理食鹽水 Binger 氏液濃厚葡萄糖液於靜脈內同時用象皮管結縛四肢如有呼吸困難則上半身宜高施行灌腸對於肺水腫用芥子泥包纏胸部施瀉

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

血法 Aderlass 以紓危急。

(二)慢性心機能不全 Chronische Herzinsuffizienz,

原因 (一)心肌病如心肌炎蠟毒脂肪心冠狀動脈硬化以及全身營養障礙時之心肌衰弱。

(二)心肌過勞如瓣膜病慢性呼吸氣病全身動脈硬化慢性腎炎過勞過飲等。

(三)機械的障礙如心囊癒着脊柱後彎兼側彎等。

(四)中毒如酒精咖啡烟草等吸飲過度。

病理解剖 心臟概弛緩擴張且常得證明其原因病變於全身得見鬱血現象如皮膚水腫肋膜腔心囊腹膜腔內積有帶綠黃色透明之漏出液大靜脈及心臟尤於右心房室內得滿盛血液與凝血肺臟呈鬱血性加答兒經過相當時日者色呈褐赤因肺泡間結締織之增殖質頗硬所謂褐色硬化肺 Braune Induration der Lunge 氣管枝粘膜炎紅腫而有分泌物肝臟容積增大含血甚多剖而視之得見中心靜脈擴大所謂紫藍色肉豆蔻肝 cyanotische Muscatnussleber 如經過頗久則因結締織之增殖萎縮起肝硬化表面不平紫藍色硬化肝 cyanotische Induration der Leber 是也腎臟之變化殆與肝臟同亦為容增大色呈紫藍 Nierencyanose 經過久者起硬化 (cyanotische Induration der Niere) 輸尿管亦腫脹充血脾臟之變化較輕唯質甚硬胃腸粘膜炎呈暗紅色腫脹富粘液胰腺充滿靜脈血增生結締織硬腦膜竇內含血甚多腦脊髓液增量腦表面及皮質上之靜脈怒脹呈浮腫。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

症候 自覺症爲心臟部感壓迫疼痛惡心悸亢進呼吸困難夜眠不寧及全身倦怠等於勞累精神肉體時尤甚病勢漸進則患耳鳴重聽眩暈頭重等。

他覺症候 (一)局部症候爲心運動增速搏動不整初期僅發現於精神興奮肉體勞累飽食飲酒等時及至日後雖安靜時亦然脈搏小軟頻數不規則心尖搏動微弱不易觸知心濁音向左右擴大心音幽微第一音往往不純常雜以奔馬性調節 Galopprrhythmus。

(二)全身症候即鬱血症候就中皮膚水腫爲初期症候之初僅現於足踝足背及下腿或薦骨部但靜臥後往往可消心肌衰弱之度日增則水腫非惟不易消失且蔓延於大腿腹部胸部及顏面成全身水腫 Anasarca 心囊陰囊肪膜腔等均蓄積漏出液同時皮膚粘膜如口唇頰部鼻尖耳殼指趾末端呈紫藍色而厥冷患者不克平臥恆爲端坐呼吸 Orthopnoe 尿量減少但病初夜間尿量反多所謂夜尿 Nykturie 色呈暗紅比重增高反應呈強酸性富鹽類往往含蛋白質與硝子圓壩同時有氣管枝炎之症候痰中含心臟瓣膜病細胞 Herzfehlerzellen 有時呈喘息樣呼吸困難之發作肝臟腫大而硬故右季肋部及心窩部恆覺壓迫鬱血如波及門脈系則影響及於胃腸脾腹膜患食慾不振胃部膨脹噯氣嘔吐鼓腸便秘或腹瀉又常發生痔疾脾臟腫而硬腹膜漏出漿液(腹水)又因肝機能之障礙檢尿 Urobilinogen 反應陽性 Urobilin 增量鞏膜皮膚現輕度黃疸咽頭鼻腔常患加答兒眼球突出此外如鼻子宮等往往出血

北平大學醫學院本三四內科講義

且易併發肺炎丹毒褥瘡等。

經過 施以合理療法雖可挽救於垂危然原因不克剷除仍當再發終不免於死亡。

診斷 根據上記症候不難診定但須更進一步求確定其原因。

療法 原因療法以剷除原因謀根本治療爲主旨例如治療氣管枝炎肺氣腫用驅黴療法治黴毒行脫脂療法減輕肥胖病等是也。

對症療法爲休息心肌恢復心力以救目前危急爲主旨欲休息心肌務必使精神肉體絕對安靜睡眠充足如患興奮失眠可投臭素劑及催眠劑如 Ad.lin Bromural, Medinal (0.3—0.5) 等。食物擇流動或半流動體不易發酵無戟刺激性者爲宜每次少量晚餐尤忌多食限制食鹽及飲料量如水腫甚劇則行 Karell 氏乾燥食療法即日飲牛乳四次每次二百 cc, 此外於午前十時食雞卵一枚午後六時給麵包少許疏通大便忌烟酒。

求恢復心力爲投強心劑斯時最有效者厥唯毛地黃葉 *Foliadigitalis* 蓋本品之適當量有戟刺心肌心神經節細胞與迷走神經之作用而使脈搏緩慢延長擴張期強旺心收縮充實脈容量獲得心動作之復歸正常況同時又作用於全身血管使內臟血管收縮皮膚肌肉腦腎之血管擴張俾血壓不呈異常全身血液分佈狀態亦恢復常態故毛地黃對於慢性心機能不全得奏良效也。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

毛地黃之用法及用量； 毛地黃葉中所含之有效成分爲 Digitoxin, Digitalein, Gitalein 三種 Glycosid 而 Digitoxin 不溶於水 Digitalein 可溶於熱水 Gitalin 易溶於冷水遇熱水則破壞故將毛地黃葉製成散劑投與患者最爲合理而有效但因 Digitolin, Gitin 等石鹼素對於消化器之戟刺過劇普通製爲浸劑以供患者而浸劑中祇含 Digitalein 與 Gitalin 之一部分而已且不耐久往往於二十四小時內已減去效力之半尤於夏季爲然。

用量以發生效力爲限度普通一日量用 0.5—0.8 用 18 0.0 之溫水製成浸劑加入糖漿等命於一日內分服如患者之胃粘膜仍不堪其戟刺則改爲灌腸劑或坐藥應用於腸管繼續用至全量達三一四克時須停止一二星期防 Kumulative Wirkung 蓄積作用者毛地黃之急性中毒病狀也其主症爲食慾不振惡心便秘或腹瀉眩暈頭痛眼花黃視青視幻覺錯覺遲脈體溫下降終陷於虛脫。

毛地黃之作用並非繼續甚久停服後往往心機能又復衰弱故吾人可每日投少量(0.5—0.1)連用數星期或數月(Chronische Digitalistherapie) 得長時維持心機能且不易起蓄積作用法至妥善。

毛地黃葉之缺點及製劑； 毛地黃葉對於心機能不全雖有上記良好作用但有極大之缺點二一爲本品之有效成分極易變化因栽培保存等之失宜效力即非常薄弱二則本品奏效甚慢非經二十四小時以上不克發現作用故難以救急Eoko

北平大學醫學院本三四內科講義

氏之檢定毛地黃葉末 *Folia digitalis pulverata titrata* 者爲補救第一缺點之品下記各種製劑則奏效迅速足供急需；

Digalen (Cloetta) 內服一日量 1.0—3.0 如連用則一日量以 1.0 爲限注射每次 0.5—1.0 日數次。

Digifolin (Ciba) 內服一日量 0.6 連用一日量 0.2 注射每次 1.0cc 日數次。

Digipuratum (Knoll) 第一日服四錠第二第三日各服三錠第四日後每日服一或二錠全量達二十五錠爲止注射每次 0.5—1.0cc 日可數次。

Digitamin (鹽野義) 日服 1.5—3.0 注射每次 0.5—1.0 此等製劑之優點爲不甚害胃腸效力均等奏效較速其餘尙有多種茲不贅。

毛地黃之代用品：爲 *Tinctura Strophanti* (作用與毛地黃似亦爲增高血壓減少脈搏數其優點爲不使血管縮小故對於動脈硬化者亦可使用作用之發現極速其消失亦速故無蓄積作用以之代毛地黃或與毛地黃併用殊佳內服量成人一日 0.5—1.0。靜脈注射奏效猶確斯時概用 *Strophantin Boeringer* 每次注射 0.1% 液之 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ cc。於靜脈內約經十數分鐘即減輕紫藍色脈搏數自覺亦感輕快効力可繼續二三日在此二三日中尿量增加水腫減少如欲繼續維持其効力每隔二三日注射一次計達三四次後須即中止而代以 *Tinctura Strophanti* 或毛地黃或其他強心劑之內服本品雖有上述偉效唯因爲極端鼓舞心臟之劑如用之不當反招危險故

北平大學醫學院本三四內科講義

須注意下記四端(一)曾用過毛地黃者非經過二星期以上不可注射本品(二)注射量以少爲貴每次以 $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ c.c. 爲限(三)注射間隔須在四十八小時以上(四)急性心內膜炎心肌炎大動脈瘤心臟已陷於高度衰弱時須禁忌。

Cymarín (Bayer)；強心作用與毛地黃相若無蓄積作用而有利尿作用於毛地黃咖啡因等無效時用之往往有良效內服每次一銖(0.0003)日服二三次注射初用 0.5cc 翌日起 1cc 日一次爲限注射肌內或靜脈內。

強心劑除上記外於急性心機能不全療法下所述各種強心興奮劑亦常不可缺固不待言。

水腫劇甚時除強心劑外可兼用利尿劑如 Diuretin (一日2—3.0) Agulin Theocin (一日0.3—0.5) Calomel (一日0.5) Euphyllin (一日0.3—0.5) 如未合併腎炎腸炎者可注射 Novasurol (Royer) 0.5—1.0 於肌內或靜脈內一星期注射一二次能奏利尿之效如水腫仍不能消則行皮膚排水 Hautdra nage 於嚴重消毒之下插 Curschmann 氏皮膚套管針 Hauttroikart 於上腿外側皮下以排泄水分。

心機能恢復後試行深呼吸散步屈伸運動按摩溫浴(35—36°C)等以鍛鍊心肌。

第二節 心搏動之機能障礙

Funktionelle Störungen der

Herzaktion

壹、心搏動數之異常

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

Anomalie der Frequenz der
Herzaktion

一、心悸亢進（脈搏頻數症）Tachycaidie

心悸亢進者心臟搏動數非常增加脈搏隨之頻數之謂也生理的見之於身體勞累後感情興奮及病後恢復期等病的心悸亢進因下記原因而發生：

- （一）發熱。
 - （二）貧血。
 - （三）心臟衰弱。
 - （四）迷走神經麻痺（腦底腦膜炎之後期淋巴腺肥大等）。
 - （五）甲狀腺機能亢進（例如 Basedow 氏病）。
 - （六）心臟神經症。
 - （七）中毒（急性 Atropin 慢性尼可癮中毒等）。
- 診斷 不難惟須同時診定其原因。
- 療法 爲治癒其原因病。

二、心搏動徐緩（脈搏徐緩症）Bradycardie

生理的見之於老人飢餓時及產後病的原因如下：

- （一）迷走神經中樞之興奮（例如第一期腦底腦膜炎腦出血腦腫瘍腦震盪及急性傳染病分離後）。
- （二）末梢性迷走神經興奮（如頸部腫瘍縱隔膜腫瘍心囊炎等）。
- （三）全身衰弱（如大出血後食管及幽門狹窄時之饑餓

)。

(四) 心臟神經症。

(五) 中毒(如黃疽尿毒症毛地黃鉛中毒等)。

(六) 反射性心搏動緩慢(例如患胃潰瘍胃癌膽石症腸寄生蟲三叉神經痛等)。

(七) 器質的心臟病(如大動脈口狹窄冠狀動脈硬化脂肪心等)。

療法 爲診定其原因而施原因療法。

三、發作性心悸亢進 Paroxysmale Tachycardie.

心臟疾走症 D.s Herzjagen.

原因 爲突然患心悸亢進繼續二三分鐘至數日即元復其原因有時完全不明但多數見之於賦有神經質者如神經衰弱 Hysterie 癲癇及偏頭痛等患者器質的神經病如腦脊髓膜炎腦腫瘍等間或亦患此症。

精神興奮房事過度煙草茶咖啡之濫用亦爲原因之一器質的心臟病就中猶以冠狀動脈硬化症心肌炎心囊炎恒因胃腸膨脹便秘等而誘起發作性心悸亢進此外有因胃腸肝腎子宮卵巢等病反射的誘起本病者。

患者男多於女年齡概在春機發動期後。

症候 爲突然發作心悸脈搏每分鐘達百四十至百五十至其甚者達二百或三百至同時胸部壓感及苦悶有時且感疼痛面色蒼白呈恐怕憂愁狀呼吸促迫口唇指趾現紫藍色如繼

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

續稍久則呈靜脈鬱血症狀（如頸靜脈怒脹搏動肝腫大皮膚浮腫等）發作中血壓下降心音短而銳如胎兒心音（Embryocardie）但調節 Rhythmus 正常若發作甚久則心濁音向右方擴大發作約歷一二分鐘間或一二日其將消失也或先起噁氣嘔吐或放屁排便或排泄多量水樣稀薄尿經二三次之發作後概癒然有荏苒數年或致終生不治者發作之間隔或數日一次或年餘一次殆無一定。

診斷 若得觀察發作中之症狀則不難。

預後 概良然其原因若為器質的心臟病則不易樂觀。

療法 發作時須絕對安靜仰臥置冰囊於心臟部壓迫眼球或頸部迷走神經有時能制止之靜脈內注射 Strophantin 或規寧劑或注射少量麻醉劑於皮下發作停止後如能根本治療原因病最佳否則可繼續投與臭素劑禁煙茶之濫用以防再發。

貳、心搏動不整 unregelmässigkeit der Herzaktion 調節障礙 Störungen der Rhythmus.

心搏動不整有下記數種雖可根據心音之聽診與脈搏之觸診得知其種類之大概若欲確實判斷須藉脈波計或電氣心動圖之檢查。

一、變換性調節 Wechselnder Rhythmus

變換性調節者心搏動於短時間內變換其疾徐之謂也概因靜脈竇結節 sinusnoten 上戟刺生成 Reizbildung 之不

北平大學醫學院本三四內科講義

按常規故又名靜脈竇性調節不整 Sinusarrhythmia 臨症上習見者為呼吸性調節不整 Respiratorische Arrhythmie 於呼吸時心動遲脈搏緩吸氣時反是猶於深呼吸時為顯而易見所謂呼吸性不整脈 Pulsus irregularis respiratorius 此現象往往見之於健康小兒 juvenile A. 毫無病的異義服或用毛地黃劑過久或患心肌炎肺炎後間或患此但均非嚴重之事故無庸醫治即運動操作亦不必加以限制也。

二、期外收縮性調節不整

Extrasystolische Arrhythmie

此症為心搏動不整中最多者因心肌之興奮性病的增高於靜脈竇結節以外之心臟部如心室心房間或房室間束 Atrioventrikuläre Bündel 發生異常戟刺以致心臟於正當收縮期外加入異常收縮心搏動因是紊亂也。

原因 (一)因器質的心臟病如僧帽瓣孔狹窄大動脈瓣閉鎖不全心肌炎等(二)見之於神經質(三)因諸種毒素作用如煙草茶咖啡之濫用癩麻質新肺炎傷寒白喉及應用毛地黃劑過久(四)為消化障礙血壓上昇等。本病不論男女老幼均有患之者惟五十以上男子之較少年及婦女為猶多。

症候及診斷 異常戟刺若發源於心室者謂心室性期外收縮 Ventrikuläre Extrasystole 心室因異常戟刺之發生收縮過早其次之正當收縮反而消失蓋心肌適在無反應期 refraktäre Phase 也因是須俟至再下次正常戟刺之到來方起正常收縮故期外收縮與正常收縮之間有長時之間歇所謂

北平大學醫學院本三四內科講義

代償的休息時 *Kompensatorische Pause* 爲本病之特徵由時間計算期外收縮與其前後兩正常收縮之距離時間適二倍於正常兩收縮之距離時間。

心室性期外收縮若其收縮力甚弱不克達到末稍動脈則吾人於橈骨動脈上不能觸知此期外之脈搏所謂無脈心搏動 *Frustrane Herzkontraktion* 易誤認爲脈搏緩徐症然注意心音數及心尖搏動數當能區別也如期外收縮力頗強則觸診上得證明二聯脈 *pulsus bigeminus* 即於橈骨動脈上即得觸知一正常脈搏繼續又觸得一微弱之脈搏其後則有長時之休息如心室頻發異常收縮則得證明三聯脈 *P. trigeminus* 四聯脈 *P. quadrigeminus*。

異常戟刺發生於心房者謂心房性期外收縮 *Vurikulare B.* 心房中發生之期外收縮概無何等障礙可傳達至心室故心室亦隨之收縮因是心房心室均於正常收縮之前先起期外收縮繼續於期外收縮後之休息時較正常收縮後之休息時稍爲長久蓋由心房發生之異常戟刺一方面傳達至心室正起收縮時一方面反對的傳達至靜脈竇而使正常戟刺發生上蒙障礙不能即將戟刺傳達至心房心室也然與前記心室性期外收縮異并非代償休息時心房性期外收縮前後之正常兩收縮之相距時間不及普通兩收縮間相距時間之二倍。

異常戟刺發生自房室間束者謂之房室性期外收縮 *At-rioventrikulaere Extrasystole* 爲罕有之症茲不贅。

患期外收縮者或毫無自覺症或苦心悸亢進或於心肌代

北平大學醫學院本三四內科講義

償休息時自覺脈搏停止胸內苦悶眩暈者及至經過休息時後又覺胸廓衝突之感如期外收縮於短時間內頻發則患者往往發生恐怖觀念四肢厥冷發汗等。

預後 繫於原因病因器質的心臟病而發生者不可忽觀。

療法 治療原因病禁煙草茶咖啡對於神經質者繼續投臭素劑如期外收縮頻發可試用規寧或 Strychni, nitric, 日用0.001) 之少量。

三、心房顫動 Vorhofflimmern.

心房顫動者心房不發生正常之戟刺而各部發生無數之異常戟刺致起夥多不規則之小收縮一分鐘達四百至六百次其一部分傳達於心室心搏動遂失其本來之調節完全陷於無秩序之狀態所謂心臟亂動 Delirium Cordis 斯時脈搏常不整故本病一名恒久性不規則脈 Pulsus irregularis perpetuus

原因 爲癩麻質斯僧帽瓣孔狹窄心肌變性心囊炎動脈硬化症萎縮腎及心臟衰弱等不論男女老幼均有患本病者。

症候 患本病後除脈搏不規則外全無苦痛者有之或自覺胸部頸部起疾速搏動及心搏動之不規則或感呼吸困難胸痛紫藍色因右心房概起高度之鬱血故常呈陽性靜脈搏動橈骨脈搏呈恒久性不規則初期脈搏數尙不見增多重症時則頻數。

診斷 爲據不規則脈脈搏數與心音數不一致若欲確診

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

須檢查電氣心動圖斯時缺如心房固有之收縮(P)而代以無數微細之顫動爲本病之特徵。

預後 欲判本病預後之良否須詳察既往症及現在有無心臟擴張瓣膜障礙腎臟病等又須檢查心室搏動數之多少凡一分鐘達百二十次者預後不良如達百四十至百六十次者更險惡矣三須注意對於治療之反應能獲效果否然心房顫動常爲心肌有極重障礙之徵故預後均不可忽視雖有患本病後能生存甚久者但可認爲罕有之例。

療法 治療要旨爲減少心搏動故務須安靜如靜臥後心搏動仍在百次以上則投毛地黃劑俟心搏動一分鐘僅六十至八十次時終止投藥惟仍須繼續安靜觀察經過毛地黃劑之外可用規寧或 Chinidi, Sulfuric, (日用 0.2 漸增至日用 1.0 六七日後停止) 等亦均爲下降心肌興奮性減少戟刺之發生使心搏動復歸正常之劑也。

四、心房振動 Vorhofflattern

原因 本病爲比較罕有之症患者以老年男子占多數常與心肌炎動脈硬化症合併關節痲質斯徵毒痛風等似爲本病之原因。

症候 心房振動者心房不爲正常收縮而因一定部位發生異常戟刺於一分鐘內起二百至四百次收縮之謂也特徵爲每常合併心臟傳達障礙 Herzblock 即心房雖頻起收縮心室罕有隨之亦起收縮者緣心房內之戟刺非完全傳達至心室不過將其中半數或三分之一或四分之一傳達至心室耳例如心

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

房收縮數一分鐘爲四百次心收縮僅二百 ($\frac{1}{2}$) 或百三十次 ($\frac{3}{4}$) 或百次 ($\frac{1}{4}$) 而已本病於短時間內發作即止者甚少概繼續數月或數年發作時之症狀因心室搏動數之多少及心肌抵抗力之強弱而異普通無顯着症候僅於勞動後覺心悸疲勞如心肌衰弱者則呈鬱血水腫等症候如心室搏動與心房搏動同數一分鐘達三百次之多則爲險兆斯時患者往往陷於人事不省若不能於短時間內消失殆無恢復之望。

診斷 老年人心室收縮繼續每分鐘在百三十次以上者即可疑及本病但心室收縮數不甚多者非描寫電氣心動圖不能判斷也。

預後 繫於心肌之障礙程度及對於治療之反應。

療法 投毛地黃劑。

五、心臟傳達障礙又名房室分離 Herzblock, Dissoziation

原因 心臟傳達障礙者心室於心房收縮後遲遲不即起收縮或竟不起收縮之狀態也輕者乃因發熱濫用毛地黃劑及迷走神經戟刺狀態等而發現重症概因 His 氏索之病變如 Gumma 結核硬結心肌炎性病竈等以致傳達中斷。

症候及診斷 輕症僅爲心室收縮距心房收縮之時間甚長斯時描寫之靜脈波爲 A—C 間之距離延長電氣心動圖則爲 P 與 R 間之相距亦甚長如兩者相距更延長則呈房室收縮脫落 Ventrikelsystoleausfall 即心房收縮兩次心室方收縮一次心房與心室收縮數之比爲 2 : 1, 是等現象謂之部

桃志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

分的房室分離 *Partieller Herzblock* 傳達障礙如更高度則數次之心房收縮不克傳至心室或竟傳達中斷心室完全不隨心房起收縮自動的 *Automatisch* 另營收縮但一分鐘僅三四十次左右是種狀態謂之完全的房室分離 *Totaler Herzblock* 斯時脈搏僅三四十次或以下往往因循環之一時中斷致起皮色蒼白腦膈血眩暈人事不省或呈癲癇樣痙攣狀態 *Status epilepticus* 所謂 *Adams-Stokossche Symptomenkomplex* 是也痙攣發作或突然而起或先覺脈搏漸緩頭痛異常感覺等前驅症聽診上有時得聞微弱之心房收縮音與緩慢之心室收縮音。

預後 原因病之能否治及心肌抵抗力之強弱有莫大關係重症者更不能樂觀。

療法 絕對安靜施原因療法人事不省時行酸素吸入注射 *Strophantin*, *Atropin*, *sulfuric*, 等。

六、交換脈 *Pulsus alternans*

交換脈者左心室雖按規收縮但每次之收縮力大小不均以致血管內所獲血量亦多少互異之狀態也此症見之於心搏動亢進尤於發作性心悸亢進症為顯著無重大意義若見之於心搏動正常範圍以內則為心肌過勞或中毒等心臟頹於衰弱之現象（腎炎狹心症血壓亢進症心肌炎肺炎濫用毛地黃劑等）。

症候及診斷 為脈搏大小交替與二連脈似惟缺如代償休息時本病原無何等候症所患者為原因病耳。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

預後 因濫用毛地黃或發作性心悸亢進症而起者預後尚不惡其他則難於樂觀。

療法 精神肉體務須安靜休養心肌同時謀治癥其原因病。

第三節 神經性心臟病 Nervöse Herzleiden

心臟神經症 Herzneurose

心臟無器質的病變因下記原因而患心臟部違和及搏動異常者謂神經性心臟病又曰心臟神經症。

原因 (一)神經病素因後天性神經衰弱及 Hysterieo

(二)精神肉體之過勞。

(三)精神繼續感動失眠。

(四)生殖機能障礙如房事過度，手淫，春機發動，妊娠，分娩，月經閉止等。

(五)全身衰弱(重病後)。

(六)反射的原因如鼻粘膜病胃腸障礙(消化不良膨脹便秘)生殖器病等。

(七)烟草茶咖啡等之濫用。

症候 主爲自覺患發作性心悸或心跳，或慢心臟部感壓迫或疼痛往往末稍動脈呈搏動四肢厥冷感覺異常眩暈呼吸促迫等是種發作或祇數秒數分鐘或繼續至數小時發作之次數無定興奮及各種精神感動爲誘因他覺症候爲脈搏頻數一分鐘往往達 90 - 140 至易因精神影響而變換其性質血壓

北平大學醫學院本三四內科講義

亦易變動且常合併心室性期外收縮或呼吸性脈搏不整心臟部於發作時得證明強且頻數之心搏動間或爲緩慢之心搏動有時得聞收縮期雜音此外他覺不克証明心臟肥大擴張等症候亦無紫藍色浮腫鬱血尿肝腫大等心機能不全症候。

診斷 爲據全無器質病變而有神經質現象且患者之陳述往往誇大其辭與他覺症不甚符合等但須詳察其經過方可確定診斷因肺尖結核初期心肌炎冠狀動脈硬化症等均與本病相似也。

療法 診斷確定後可說明心臟完全無器質變化以慰患者勸休養肉體精神除去害因疏通大便忌戟刺激性食物強健神經之目的行空氣浴日光浴水浴電光浴夜睡須充足日間爲適中之運動如散步體操藥劑爲投臭素劑砒素劑規寧等如毛地黃等強心劑決無應用之必要心悸劇烈時須靜臥心臟部置冰囊或熱水袋四肢熱浴投鎮靜劑。

第二章 心囊病 *Erkrankungen des Herz-deutels,*

一、心囊炎 *Pericarditis.*

原因 續發於關節僂麻質斯爲最多次爲結核又次爲隣接部炎症之波及（如心內膜炎心肌炎肺炎肋膜炎胸骨肋骨之 *Karies* 等。）急性傳染病如猩紅熱敗血症傷寒淋症等血液病如壞血病出血性紫斑等心囊病如心囊徵毒癌腫肉種胞蟲等及慢性腎炎亦均爲續發心囊炎之原因但非習見耳。

原發性心囊炎之原因爲外傷及感冒然後者恐眞因仍屬

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

於結核感冒不過爲誘因耳。

病理解剖 炎症概從心囊之淺層始表面遂失光澤附有纖維素以致粗糙不平是謂乾性心囊炎 *P. sicca* 又名纖維素性心囊炎 *P. fibrinosa* 及至滲出液體積蓄於心囊內時謂之濕性心囊炎 *P. humida* 又稱滲出性心囊炎 *P. exsudativa* 液體稍透明呈黃色者謂漿液性心囊炎 *P. serosa* 膿狀者謂化膿性心囊炎 *P. purulenta* 帶血液者謂出血性心囊炎 *P. haemorrhagica* 化膿性心囊炎如起腐敗性分解者謂腐敗性心囊炎 *P. putrida* 心囊內之滲出液量往往達一二公升與心囊接近之心肌常起脂變與圓形細胞浸潤等。

心囊炎除化膿性及腐敗性者之外概可痊癒唯纖維素沉着過多則易留心囊癭着症若炎症波及心囊外面則成心囊外板炎 *P. externa*。

症候 一般症候並無特別現像有感胸骨後部刺痛者有覺心悸者有患胸部壓迫感或輕度之狹心症樣發作者又則呈呼吸促迫紫藍色者或起喘息者及至血行障礙達高度時則呈呼吸困難肝部緊張疼痛消化困難卒倒精神異常等。

理學症候 於乾性心囊炎爲聽得心囊炎性摩擦音 *Perikardiale Reibegerae useli* 初期於心基底部胸骨左緣最易聽得日後於他部亦可聽得摩擦甚劇時且可觸知如貓喘此種摩擦音與心臟瓣膜病時之雜音(即心內性雜音)之不同點(一)爲比心內性雜音粗糙(二)爲表在性其音調爲抓把性 *Kratzend* (三)心囊性摩擦音與心臟之收縮或擴張不一致或於收

北平大學醫學院本三四內科講義

縮擴張兩期之間聽得或完全爲持續性(四)心囊性摩擦音不似心內性雜音之傳播於各方概存在於心濁音之範圍內尤以心基底部爲顯著(五)心囊性摩擦音因體位之變換而異其高低直立前俯則高仰臥則低或竟消失(六)心囊性摩擦音於吸氣時音呼氣時低以上六點殆足證明爲非心內性雜音心囊炎就癒或蓄積多量滲出液或發生癒着則摩擦音消失。

滲出性心囊炎之主症爲心濁音向上下左右擴大左界超過心尖濁音全部恒呈三角形 Dreiecksform 其尖端在上基底在下經過若久液量漸增則心尖搏動次第消失心音甚幽微非命患者前俯不克明瞭聽得左肺下葉呈無氣狀 *Urube* 氏半月狀窩縮小有時因炎症波及肋膜而發左側肋膜炎若壓食管則起嚔下困難若壓左側間或右側回歸神經則該神經麻痺而現聲音嘶啞視診爲心臟部隆起如心臟部前胸壁顯現浮腫時常爲化膿性心囊炎之証。

脈搏稍頻數有時不規則有時且得見奇脈 *Pulsus paradoxus* 奇脈者於深吸氣時小或缺如於呼氣時則大體溫或上昇者或不發熱例如原因爲腎炎關節僂麻質斯者概無熱原因爲結核者殆必發熱且繼續甚久。

經過 患心囊炎後概先呈脈搏頻數不規則及發熱等症候數日後方發現局部理學症候然一般症候與理學症候同時發現者亦非絕無理學症候症中最先發現者爲心囊性摩擦音其次爲滲出液之蓄積原因爲關節僂麻質斯腎臟炎敗血症或爲化膿性心囊炎則滲出液之增加極速反是結核性心囊炎則

北平大學醫學院本三四內科講義

增加甚緩滲出液增加則摩擦音消失但有時仍存在漿液性或血性滲出液之量若非甚多可不行穿刺術往往能自然吸收經數星期而癒滲出液既吸收後未必再可聽得摩擦音滲出液如大量而不施穿刺術則因心臟不得擴張往往突然致死。

診斷 重要根據爲心囊性摩擦音與心濁音界之增大心囊性摩擦音首須與心內性雜音鑑別次須與肋膜心囊摩擦音區別所謂肋膜心囊摩擦音者即接近心囊部之肋膜發生纖維素炎性症與心囊互相摩擦時之雜音也故其地位與音之性質均與心囊性摩擦音似然肋膜心囊摩擦音與呼吸有密切關係若停止呼吸此音即不聞心囊性摩擦音則否若命患者暫時保持深吸氣態度如爲心囊性摩擦音當更高肋膜心囊摩擦音當即消失。

心觸音之增大固易誤診爲心臟擴張然心囊炎時之心觸音增大有下記四特點苟加以注意不難區別也(一)心囊炎時增大之心觸音界呈三角形(二)觸音左界常超出心尖搏動部(三)心搏動甚弱或竟不能觸知(四)心音幽微不明瞭。

欲確知心囊內滲出液之性質當施試驗穿刺但由原因症之種類殆可推測滲出液之性質例如因關節僂麻質斯腎炎結核而起者常爲漿液性或出血性因敗血症者大多數屬化膿性。

預後 死亡數頗多化膿性心囊炎尤惡因關節僂麻質斯而起者預後最佳因結核或腎臟性心囊炎次之原因病之輕重合併症之有無亦有莫大關係。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

療法 預防關節僂麻質斯及結核可間接防止本病若已患心囊炎首須絕對安靜充分安眠注意營養如心臟未現衰弱時須攝食多量滋養品如心臟已現衰弱則食物不可過量疏通排便有心悸等自覺症候則置冰囊或冷却管於心臟部或於心臟部置水蛭或吸角等亦可減輕自覺症如心囊炎而起於僂麻質斯者投 *Natr, salicylic* 或 *Aspisin* 等有減輕疼痛之効乾性心囊炎而無心肌衰弱之症候時投 *Desoct. cortex chinae* (4.0) *Tinct. chinae composita* (3.0~1.0) 等強壯劑若其原因爲腎炎壞血病關節僂麻質斯或慢性心臟病者因心肌易陷於衰弱當投毛地黃劑但失其應用時期則毫無効果故當於心肌衰弱尙未發現即脈搏尙未不規則呼吸困難紫藍色亦未現時使用方獲奏効心臟衰弱已呈高度時則投其他強心興奮劑酒精飲料樟腦咖啡因等。

滲出性心囊炎而其液體之性質爲漿液或漿液血性時塗布 *Tinct. jodi* *Jodvasogen. Jothion* 等於局部內服 *Kali, jodati* 或 *Diuretin, Theocin* 或 *Calomel* 等以期滲出液之吸收排泄如滲出液多量於生命上有直接危險時或液量雖不多而無吸收希望時則施行心囊穿刺術 *Perikardialpunktion*。

漿液性及漿液血性滲出液由穿刺術得充分排泄但化膿性者須行心囊切開術 *Perikardiotomie*。凡於施穿刺等手術之前後當投毛地黃劑或其他強心劑俾心動活潑免貽心囊癒着症。

北平大學醫學院本三四內科講義

心囊穿刺法：先行試驗穿刺所用器械祇需 Pravaz'sche Spritze 穿刺部爲左側乳線外或內方第五或第六肋間注射器及穿刺部須嚴重消毒然後吾人用消毒之左手示指固定皮膚用右手執注射器將針尖由下向上漸次刺入先穿過胸壁及肋膜次覺有僅微之抗抵而達心囊內於是牽引注射器之吸子則滲出液當流入注射筒內斯時針尖切忌深入自胸壁至心囊平均約 2cm 由試驗穿刺所得之滲出液爲漿液性或漿液血性則吾人遂實行心囊穿刺法及與穿刺部均與試驗穿刺時同器械則用 Curschmann's Troikart 惟斯時應注意之事項（一）穿刺針須徐徐刺入萬勿猛進排泄液體須緩勿急（二）針尖不可刺及心臟故於心搏動部及摩擦音部不可穿刺（三）內乳動脈在胸骨緣外方約一橫指故該部不可刺（四）肋間神經血管沿骨肋下緣分布故穿刺針須從肋骨上緣刺入（五）取出液若係出血性者一見不易於血液區別斯時應須先測定患者血液之血色素量而與取出液之血色素量比較當可判別。

由試驗穿刺取出之液體如爲化膿性或腐敗性則中止施行穿刺法而行心囊切開術於距胸骨左緣三至四 cm 之處切開肋間或切除第五或第六肋軟骨再切開心囊直接排膿腐敗性者於排膿後尙須用滅菌生理鹽水洗滌。

二、心囊癒着症 *Synechia pericardii*

原因及病理解剖 爲心囊炎之結果心囊兩葉之一部或全部起癒着其全部癒着者謂心囊癒合 *Obliteration Pericardi-*

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

dii 斯時心囊若仍柔軟得隨心臟擴張則患者無所苦亦無何等症候若心囊完全變為堅硬之結締織則心臟被包圍固定於其中不克營擴張期之擴大遂發生種種障礙。

心囊外板炎之結果往往誘起縱膈膜心囊炎 *Mediastino-pericarditis* 致大動脈管及靜脈管癒着於縱膈膜腔內或心囊固定於前胸壁或脊柱。

症候及診斷 輕症時毫無症候若心臟被堅硬結締織所包圍則因不克營擴張期之擴大呈鬱血現象有時腹水之症候甚著易誤診為肝硬變 Pick 氏所謂心囊炎性假性肝硬化症 *Pericarditische Pseudolebercirrhose* 心臟所見為心濁音縮小搏動及心音幽微脈搏不規則往往呈奇脈 *Pulsus paradoxu* 吸氣時頸靜脈腫脹若心臟固定於胸廓或脊柱則於心尖部或心基底部或胸骨下端或肋骨之脊柱附近部於心收縮時得見陷凹打診時不克証明心臟肺緣之移動。

預後 不良。

療法 如心肌尚未衰弱則施行手術療法即心臟與胸壁癒着則切除左側第四五六肋骨之一部俾心動不受障礙若心臟被堅硬之結締織包圍則試行剝離法。

三、心囊水腫 *Hydropericard*

原因及病理解剖 心囊內貯蓄濾出液時謂之心囊水腫為全身水腫之部分症候罕有原發性者於高度水腫時（一公升以上）心囊菲薄而擴大心臟被壓縮小呈機能障礙左肺被排擠轉位。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

症候及診斷 症候與濕性心囊炎同惟缺如心囊性摩擦音常同時現心肌衰弱症候患者覺呼吸困難心窩部苦悶。

預後 本病之原因病概屬險症况本病又易起心肌衰弱故預後凶險。

療法 原因療法最爲緊要對症爲謀強心利尿故應投毛地黃劑 Diuretin, Liq, kali, acet, 等心臟類於麻痺時注射樟腦劑咖啡因劑心囊內如有大量漏出液應施心囊穿刺術。

四、心囊血腫 Haemopericard.

原因及病理解剖 心囊內蓄積血液之症也原因爲外傷(心臟刺傷槍創等)心臟破裂大動脈瘤破裂肺動脈及冠狀動脈破裂等。

症候及預後 爲心濁音突然增大心搏動及心音幽微或竟消失同時呈內出血之症候往往因失血及心臟麻痺而致死。

療法 心臟部置冰囊注射 Ergotin (0.1—0.4) Extr, secal, Cernti, „Bombelon”(0.2—0.5) Secacornin (0.5—1.0) 或血清白阿膠 Clauden (2—4.0) 等謀止血同時注射樟腦咖啡因等。

五、心囊氣腫 Pneumopericard

原因及病理解剖 外傷化膿性心囊炎之分解或因肺臟等含氣臟器向心囊穿孔解剖所見爲心囊膨脹內含氣體且常兼有漿液性血性或膿性液體所謂心囊水氣腫 Hydropneumo

北平大學醫學院本三四內科講義

pericardio.

症候及診斷 命患者起坐前屈上半身方得証明心濁音若仰臥則心濁音消失而代以鑛性音 Metallklang 心音亦帶鑛性如心囊有瘻管囊內氣體與外方交通則打診爲破壺音心囊水氣腫時得聞鑛性振水音打診音因體位而異如坐位則上部呈鑛性音下部呈濁音仰臥則全心臟部呈鑛性音。

預後 險惡。

療法 完全對症施穿刺術排泄心囊內之氣體。

第三章 血管病 Krankheiten der Gefaesse.

一、動脈硬化症 Arteriosklerose,

原因 動脈硬化症之主因爲血管過勞血壓之無定及諸種毒素或毒物之作用詳言之有下列諸原因；

1. 肉體及精神之長時過勞。
2. 原發性萎縮腎。
3. 黴毒。
4. 大動脈瓣口閉鎖不全及僧帽瓣口狹窄。
5. 煙精鉛中毒及茶咖啡酒精飲料之濫用。
6. 急性傳染病如瘧疾傷寒關節癱麻質斯白喉猩紅熱等。
7. 肥胖病痛風糖尿病等體質病。
8. 遺傳關係。

發病年齡以45—50歲爲最多然如子宮卵巢等部或原因爲血壓過高者往往於40歲以前即發病患者以男子爲多。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

病理解剖 初期動脈內膜起結締織增殖而肥厚小動脈因是狹窄或竟致閉塞所謂閉塞性動脈內膜炎 *Endoarteritis obliterans* 大血管爲不正形膨隆管腔廣狹不平等故名畸形性動脈內膜炎 *F. deformans* 日後往往起退行病變因增殖之組織陷於脂肪性壞死而呈糜爛狀所謂粉瘤樣變性 *Atheromatose* (脂肪 *cholesterin*) 若病勢更進則表面崩潰內膜留物質缺損所謂粉瘤性潰瘍 *atheromatoeses Geschwur* 表面發生血空動脈中膜與外膜常相繼起退行病變中膜主起石灰化喪失彈力外膜爲起圓形細胞浸潤。

上記變化或範圍甚廣所謂廣汎性動脈硬化症 *Diffuse A.* 見之於四肢及內臟動脈等或爲限局性病竈所謂結節性或曰限局性動脈硬化症 *Nodoese od, circumscripta A.* 見之於大動脈冠狀動脈腦動脈等。

上記變化如限局於大的動脈之一小部分則循環上不致蒙重大障礙若係廣汎性則血管因喪失彈力呈硬化與擴張易於破裂或構成動脈瘤小動脈內腔如狹窄或閉塞則該血管支配下之血行被杜絕於腦則起軟化於四肢末梢部往往起壞疽。

症候 一般症候爲皮膚缺彈力性富皺紋肌肉暨臟器易起萎縮骨質菲薄易折斷橈骨顛顛等末梢動脈往往肥厚擴張脈搏緩慢而硬精神衰頹等局部症候得分下記數種；

大動脈硬化症 *Aortensklerose*；殆無自覺症他覺爲血壓並不上昇而大動脈第二音繼續亢進有時於大動脈聽診

北平大學醫學院本三四內科講義

部得聞收縮期雜音間或於胸骨上部之右緣得証明廣約三 cm 之輕濁音左右橈骨脈搏呈不同脈 Pulsus differens X 光線檢查得証明大動脈之延長。

冠狀動脈硬化症 Koronarsklerose；詳冠狀動脈病。

腹部動脈硬化則呈胃腸症候其症狀得分三種；

1. Angina abdominis (上腹痛 Epigastralgie) 爲胃囊毫無障礙而患發作性壓擊性疼痛先自心窩部起患者覺該部如遭打撲如紋裂同時覺胃部呈不愉快之搏動疼痛且向心臟部或以上肢肩胛部放散致胸部苦悶面色蒼白旋感眩暈。

此種疼痛之發作與食物之量及性質概無關係與胃之空虛飽滿亦無大關係因過勞過飽而誘起發作發作中或嘔吐便秘或覺便意。

2. Arteriosklerotische Leibweh 爲於胃部覺壓迫或燒灼或穿刺等輕度之疼痛間或放散於背胸諸部。

3. Dyspraxia intermittens angiosklerotica intestinalis (血管硬化症性間歇性腸運動困難) 爲於食後 3—6 小時即腸內消化最盛時突然患腹部劇痛先起於臍部及結腸一帶旋小腸上行結腸橫行結腸起鼓腸盲腸部有壓痛但蠕動並不亢進於發作中恒有噯氣嘔吐及便秘發作後尙貽鼓腸及腹部膨滿感是種發作往往每日發作若減少食量則疼痛之程度較輕主因爲上腸間膜動脈之硬化。

腦動脈硬化症爲呈神經衰弱症之現象發生於五十至六十歲之老人主症爲頭重眩暈耳鳴記憶力減退理解力減少意

北平大學醫學院本三四內科講義

志薄弱等漸次變換其精神的個人性或顯現發揚興奮或抑鬱苦悶易患腦出血如腦動脈起閉塞性動脈內膜炎則呈腦軟化症。

腎臟動脈硬化則發生動脈硬化症性萎縮腎 *arteriosklerotische Schrumpfniere* 血壓上昇心臟尤以左心室起肥大重症時且患心機能不全尿中含蛋白質圍堵眼底呈網膜炎漸次進行則呈尿毒症又往往起狹心症心臟性喘息。

四肢末稍動脈硬化症往往無何等症候然亦有呈顯明之症候如動脈硬化症性壞疽 *arteriosklerotische Gangraen* 即指趾等以輕微之外傷爲誘因初呈蒼白厥冷漸呈褐色黑色終致與健康部脫離下肢之動脈硬化症有呈間歇性跛行 *Claudicatio intermittens (Intermittierendes Hinken)* 即動脈硬化症性步行困難 *Dysbasia angiosklerotikra* 者患者於休息時毫無障礙若繼續步行五至十分鐘或半小時則一腳或兩腳患知覺異常疼痛腓腸部及上部起緊張及痛感皮色蒼白而厥冷或呈紫藍色有時反感溫暖而潮紅次第舉足困難不克再繼續步行如暫時休息則諸症若失又可步行如常故其步行困難爲間歇性發作發作中之他覺症候爲足背動脈後脛骨動脈膝關節動脈股動脈等之搏動甚微或完全不爲搏動足部寒冷血管壁堅硬呈蛇行狀。

療法 首要者爲食餌療法 *Diaettherapie* 節制飲食量忌載刺激性食品與飲料過熱之飲食物及炭酸水等亦宜禁忌蛋白質與肉類不宜多食故以牛乳蔬菜食 *Lakto-vegetabilis-*

北平大學醫學院本三四內科講義

he Diaet 或卵牛乳蔬菜食 Ovo-lakto-vegetabilische Diaet 爲最佳。

精神肉體不可過勞每夜須熟睡八小時若尙感疲倦可再午睡一二小時大便須通暢日宜一二次。

藥品以沃度劑 Iodpraeparate 爲最佳緣有減少血液粘稠性 Viscositaet (一說謂能擴張末稍血管) 故對於動脈硬化症狹心症因冠狀動脈硬化而起之輕症心肌衰弱或腦動脈硬化症等均有相當效果但並非能直接除去動脈硬化症之病變僅爲一種對症效果而已。

沃度劑中普通應用最廣者爲 Kali, jodat; Natr. jodat; 用量宜少連用至三四星期停一二星期如是克免 Iodismus 恐害胃管則伍以 Natr. bicarbon, 欲防沃度疹則伍用 Liq.

Kali, arsenicosi 對於沃度有特異質者用量尤須少或用沃度製劑中之 Sajodin (一日量 4—6.0) Iodipin, (10% 液 15—50.0) Iodostarin (1.5—6.0) Iodglidin (1—2.0) Eustenin (1.5—5.0) 或將 Iothion 製成 10% Vaseline-albe 每日塗擦於皮膚等副作用均甚少利於連用。

沃度劑外如 Vasotonin (0.5—1.0 注射皮下一星期二次) Telatuten (1.0 注射靜脈內一星期二三次) Nitroscleran 及 Animasa (日服 3—6 錠) 等均爲下降血壓擴張血管之劑似可試用。

對於腹部動脈硬化症之療注除用沃度劑外尤須減少食量以減腸管負擔便秘時設緩下劑 (Phenolphthalein 0.1—0.)

北平大學醫學院本三四內科講義

5 Laxatol (0.4—0.6)。

腎臟動脈硬化血壓上昇時投 Iodpraeparate 及 Diuretin, Theorin (0.3—0.6) 等如心肌衰弱時投強心劑。

腦動脈硬化症爲禁煙酒避精神興奮過勞疏通大便投臭素劑及沃度劑失眠者每晚行足溫浴或冷水摩擦投安眠劑 Medinal (0.3—0.5) Veronal 或 Codein 等或通平流電於頭部。

對於四肢動脈硬化症爲避寒冷與緊縛行他動或自動運動按摩 Massage, 電光浴等如已發生壞疽則行外科手術 (Amputation)。

二、 徵毒性大動脈炎 Aortitis luetica,

原因 爲第三期徵毒發病年齡以 35—50 歲爲最多。

病理解剖 外膜及中膜起細胞浸潤構成肉芽組織繼以結締織之增殖或構成 Gumma 中膜之變化尤顯著致彈力纖維消失該局部菲薄呈凹凸不平癩痕狀且發生微細之皺紋因之對於血壓之抵抗力甚弱易構成動脈瘤故本病一各徵毒性大動脈中膜炎 Mesaortitis syphilitica 內膜起增殖性炎症但其增殖平等不起石灰沈着及粉瘤性壞死得與動脈硬化區別。

上記病變常限局於大動脈起始部及胸部大動脈結果該動脈弛緩擴張或延長或膨大如瘤。

症候 本病恒於不知不覺間進行自覺爲胸部苦悶呼吸困難胸骨上後部發生灼熱或疼痛常向左肩左膊放散疼痛發

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

作由運動而起或休息時亦發現體溫往往上昇。

他覺症候爲血壓並不上昇而大動脈第二音亢進且爲有響性有時於大動脈聽診部尙得聞收縮期雜音胸骨上呈濁音或得見搏動 Wassermann 氏反應殆必陽性 X 光線檢查爲大動脈擴大延長而又彎曲若發生動脈瘤則呈動脈瘤症候此外患者往往併發神經徵毒症如脊髓癆腦 徵毒等。

療法 驅徵療法。

三、大動脈瘤 Aneurysma aortae,

原因 主爲徵毒次爲動脈硬化症然動脈硬化之症原因亦常爲徵毒故本病與徵毒實有直接與間接之關係其他爲酒精中毒痛風外傷等。

發病年齡爲 35—50 歲男子較女子約多五倍。

病理解剖 動脈瘤者動脈管發生局部性擴張之謂也動脈管壁之一部分因徵毒性或硬化性病變減少抵抗力遇血壓亢進之機會遂釀成囊狀(囊狀動脈瘤 sackfoermiges Aneurysma) 或紡錘狀(紡錘狀動脈瘤 spindelfoermiges A.) 之擴張其大小自豌豆大至兒頭大發生部位爲胸部大動脈尤以上行大動脈爲最多次爲大動脈弓罕有發生於下行大動脈者。

瘤之內部因血流緩慢及動脈內膜之病變故發生許多血栓積成層狀瘤附近之神經與瘤壁癒着故瘤日漸增大則神經被牽引而爲發生疼痛之原因若壓迫或牽引迷走回歸交感神經則是等神經起麻痺若壓迫氣管枝食管等則是等臟器起狹窄症候。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

動脈瘤之特異點爲硬如骨組織亦能破壞殆盡故大動脈瘤常直接隆起於胸廓皮下也。

動脈瘤之最後結果爲破裂向周圍組織內出血斯時瘤內血栓若多尙有暫時止血之希望。

症候及診斷 初爲潛行性 *schleichend* 無何種症候日久方有種種自覺症即胸部壓迫苦悶心悸胸骨上端患疼痛且向頸肩胛上肢放散氣管氣管枝被壓則呈呼吸困難若食管胃被壓則起噁下困難嘔吐等。

他覺症候於上行大動脈瘤及大動脈弓動脈瘤 *Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus aortae* 時視診爲於胸骨柄部及第一第二肋間腔得見搏動於該部得觸知搏動其性質爲四周性 *allseitig* 若用手指插入胸骨上窩 *Yugulum* 更能觸知瘤之搏動如瘤腫漸大破壞胸骨肋骨而隆起於皮下則吾人於胸廓上部極易發見搏動性之腫瘍打診爲於胸骨柄及第一第二肋間腔得證明濁音（上行大動脈瘤在右側弓部動脈瘤及下行大動脈瘤在左側）聽診爲於濁音部得聞心音且常聽得收縮期雜音有時尙聽得擴張期雜音。

心臟因大動脈之延長而向下方轉位心尖搏動轉位於左乳線外第五肋間下若無合併症則無雜音亦不起肥大。

X 光線檢查甚爲必要往往藉此可下早期診斷上行大動脈瘤時爲右側第一弓部呈隆起大動脈弓部動脈瘤則於左側等一弓部呈隆起下行大動脈瘤則較弓部者爲抵隆起部呈四周性搏動但瘤內血栓若極多或頸部狹小流入血液不多時

北平大學醫學院本三四內科講義

搏動不甚顯。

患上行大動脈瘤時全身末稍動脈脈搏比心尖搏動遲弓部動脈瘤若發生於無名動脈與左側總頸動脈之中間部則右側頸動脈及右側橈骨動脈脈搏與心尖搏動一致左側頸動脈左側橈骨動脈及兩側股動脈之搏動較心尖搏動為緩慢瘤若生於左總頸動脈與左鎖骨下動脈之間則左右頸動脈及右側橈骨動脈脈搏與心尖搏動一致左側橈骨脈搏及兩側股動脈脈搏較心尖搏動為晚在此種狀態下患者之左右橈骨動脈脈搏於時間上既不一致其大小亦異所謂左右不等脈 Pulsusdifferens。

大動脈弓部動脈瘤若與氣管或左側氣管枝癒着則於心臟收縮及擴張時得見喉頭向上下兩方運動所謂 Oliver-Candarellische Symptom 輕度時視診不易明瞭可命患者仰首吾人以示拇兩指挾其喉頭稍向左上方壓迫頗易觸知喉頭之上下運動。

大動脈瘤如壓食管則呈嚥下困難若壓氣管氣管枝則患呼吸困難若壓左側回歸神經則該側神經起麻痺喉頭鏡所見為左側聲帶於發音時不動（聲帶屍體位 Kadaverstellung der Stimmbänder）聲音嘶啞麻痺之程度若輕或麻痺後已經過相當時日則聲音嘶啞不甚顯著蓋健側聲帶於發音時常超過正中線與麻痺側聲帶接近故也。

大動脈瘤而壓迫交感神經則該側瞳孔散大其後縮小故左右兩瞳孔常呈不同症（Anisokarie）壓迫頸部上膊神經肋

北平大學醫學院本三四內科講義

間神經則患上膊神經肋間神經痛壓迫運動神經則上肢呈運動麻痺。

據上記諸現象診斷固不難確定但於初期或動脈瘤而發生於大動脈弓之凹側則不易診斷緣觸打聽診均無著變橈骨脈搏亦常缺左右不同之症主症僅爲回歸神經麻痺與 Oliver-cu-rderelli 氏症候耳故斯時非顯 X 光線檢查不克診定。

與本病相似者爲胸部腫瘍（淋巴腺肉腫甲狀腺腫巨大胸腺等）然胸部腫瘍之搏動非四周性聽診不易聽得心音與雜音。

經過及預後 大動脈瘤之經過平均爲 $\frac{1}{2}$ —2 年殆不能治癒故預後甚凶死因爲飢餓窒息腦血塞動脈瘤之破裂等胸中破裂爲占最多數其破裂也則各處呈出血現象例如向氣管氣管枝破則患大咯血向食管破則吐血向胃腸破則便血向心囊破則心臟運動立即蒙障礙而停止或向胸廓壁外方破裂。

療法 目的爲除去助長動脈瘤發育之動機鞏固瘤壁希勿再增大與破裂故患者之肉體精神均須絕對安靜疏通大便禁飽食牛飲忌酒茶咖啡及一切刺戟性食物冷水浴與房事等尤須嚴禁瘤部攔冰囊若瘤已隆起則施保護繃帶。

注射 10 滅菌阿膠液於皮下（10—20—40.0）期胸內血液之凝固有徵毒之既往者行驅徵療法內服藥投沃度劑。

（此外爲對症療法呼吸困難胸痛等時用麻醉劑。）

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

四、血壓亢進症（高血壓症）Hypertonie,
Hypertension.

血壓爲血管內之液體壓而與血管壁一定之緊張者也健康者之最大血壓 *Maximaler Blutdruck* 爲 100—120mm Hg 最小血壓 *Minimaler B.* 爲 60—80. mmHg. 兩者之相差（脈壓 *Pulsdruck*）爲 35—50mm Hg。

血壓超過正常之數謂血壓亢進一時性者乃因肉體精神之過勞興奮飽食茶咖啡酒等之飲用神經衰弱偏頭痛脊髓勞發作等病的血壓亢進爲鉛煙精中毒腎炎萎縮腎血管硬化症大動脈瓣閉鎖不全紅血球增多症攝護腺肥大時之尿閉及原發性血壓亢進症。

原發性血壓亢進症者初無動脈硬化症腎病亦無其他原因而血壓上昇故爲一種獨立病 *E.* Frankel 氏稱謂自發性血壓亢進，*essentielle Hypertonie* *F.* Munk 氏名之曰真性血壓亢進，*genuine Hypertouie*，其原因尙未確定然與遺傳痛風糖尿病喘息月經閉止等似有關係。自發性血壓亢進之症候及診斷 年齡在 35—45 左右之患者最大血壓上昇至 160—200mmHg. 初期最小血壓僅 60—80mm Hg 故脈壓較大患者榮養體格頗佳或爲中風質左心室概肥大動脈第二音亢進但不若動脈硬化症時之高調亦無動脈硬化症之種種症候尿中無蛋白即有亦甚微且稍事安靜容易消失腎機能檢查毫無障礙。

自覺症爲胸部壓感性悸呼吸困難頭重頭痛眩暈失眠鼓

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

腸精神興奮或抑鬱以及生殖器機能障礙等然全無自覺症者有之。

由上記他覺症吾人可斷定爲自發性血壓亢進然末期則不易與動脈硬化症及腎性血壓亢進鑒別矣。

療法 禁精神肉體之過勞減少肉食節制飲料量及鹽量忌酒煙茶及一切戟刺性食物主食蔬菜疏通大便。

藥品用沃度劑臭素劑 Diuretin, Calcium-diuretin (一日量 1.5—3.0) Anlmasa 及 Telatuten 等。

循環器疾病篇終

內科學

血液病篇

一、貧血 Anaemie, Blutarmut

貧血分續發性與特發性兩大種；

甲、續發性貧血 Sekundäre Anaemie

又曰症候性貧血 Symptomatische A.

原因 (一)慢性臟器病；如慢性胃腸病腎臟病肺結核
癌腫慢性肝脾病等。

(二)傳染病；如慢性瘧疾黴毒敗血症傷寒症等。

(三)慢性中毒；如鉛水銀砒素嗎啡等。

(四)失血；如外傷。分娩胃腸出血咯血衄血痔出血月
經過多腸寄生蟲（十二指腸蟲線蟲）等。

(五)失液；如糖尿病遺精慢性下痢長時授乳化膿房事
過度等。

(六)生活狀態不良；如居室湫隘缺新鮮空氣與日光榮
養不足運動不足精神過勞憂慮悲哀等。

症候 分急性與慢性兩種；

急性貧血；主症為突然皮膚粘膜呈蒼白色脈搏頻數且
小而軟同時患眩暈頭痛耳鳴眼花口渴惡心嘔吐瀉瀉嗜眠昏
睡及呼吸困難體溫下降。

血液所見 Blutbefund；為紅血球與血色素量之減少血
液富水分（所謂水血症 Hydraemie）紅血球蒼白變形得見

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

多形紅血球 Poikilocyten 大小紅血球 Makro-u Mikrocyten
多染性紅血球 Polychromatophile Erythrocyten 及正常有核
紅血球 Normoblasten 等病的紅血球且得見中性多核白血
球 Polynuklaere neutrophile Leukocyten 之一時性增加。

慢性貧血：爲皮膚粘膜漸呈蒼白精神肉體易感疲憊患
耳鳴眼花頭暈四肢厥冷畏寒易染感冒凍瘡脈搏頻數而微心
悸亢進呼吸促迫唇舌乾燥消化不良胃痛薦骨部足踝部往往
現浮腫便秘尿清色淡有時含微量蛋白質如血液於體內被破
壞時則尿成暗色 Urobilin 及 Urobilinogen 反應呈強陽性糞
中 Urobilin 之含量亦增心濁音稍增大心尖部得聞收縮期
雜音內頸靜脈下端常得聞獨樂音 Nonnensausen。

血液所見同前血色素較紅血球更減少故 $Faerbeindex < 1$ 。

診斷 據上記症候固甚易判斷但須詳檢其原因俾決定
治療方針。

預後 急性續發性貧血之預後須視失血量之多寡於短
時間內喪失全血量 $\frac{1}{3}$ 以上概爲致死之轉歸出血後血液再生
之遲速及全身障礙之恢復恒與出血量之多寡健康營養之如
何及年齡之大小有密切關係。

慢性貧血之預後關於其原因之能否除去。

療法 後述。

乙、特發性貧血 Idiopathische Anaemie.

(一) 進行性惡性貧血 Progressive
Pernicioese Anaemie.

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

Biermersche Anaemie.

原因 本病爲漸次進行不易停止終致死亡之貧血症原因雖尙未確定恐因毒物之作用及腸寄生蟲（廣節裂頭絲蟲 *Bothriocephalus latus*）等致體內血液破壞 *Blutzerfall* 之程度甚強同時血液再生 *Blutregeneration* 不足以補償使然患者以中年女子爲多男子較少老人小兒殊罕。

病理解剖 全身諸臟器呈高度貧血脂變與出血心肝脾尤顯胃粘膜炎必萎縮脾肝細胞內沈着鐵分長管狀骨骨髓呈紅色含多數有核紅血球 *Erythroblasten* 爲骨髓增生之狀態。

症候 爲潛行性 *Schleichend* 於不知不覺間發生與進行故又名潛行性惡性貧血 *Kryptogenetische pernicioose A.* 初呈一般貧血症候食慾減退有時且起下痢斯時舌尖部往往患創傷等異常感及至貧血甚著時皮膚粘膜炎非唯蒼白如蠟且帶黃綠色皮下脂肪則不見瘦削故一見如患浮腫脈搏頻數呼吸促迫體溫常上昇至 38—39 度爲弛張型或爲稽留型舌概平滑尖端常發生小水泡或粘膜炎下脚踝部現浮腫心濁音往往擴大得聞收縮期雜音有時且得聞擴張期雜音脾臟輕度腫脹惟諸淋巴腺不腫經過中概現出血症（如鼻網膜子宮出血等）胃液分泌缺如四肢胸骨等長管骨患疼痛壓痛精神遲鈍易疲憊失眠神經方面往往呈運動失調 *Ataxie* 視神經炎 *Babinski* 氏拇趾現象下脚知覺異常知覺脫失等症狀尿中含微量蛋白質 *Urobilinogen* 反應陽性糞中含多量 *Urobilin*。

血液所見 血液稀薄血色淺淡富水分比重輕紅血球數

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

減少至平時之 $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{6}$ 或血色素亦減少但與紅血球比較反增加故 F. I. >1 往往為 1.2 - 1.5 紅血球失常態有多形紅血球 Poikilocyten 小血球 Mikro 一大血球 Makrocyten 尋常有核紅血球 Normoblasten 巨大有核紅血球 Megaloblasten 多染性紅血球 Polychromatophile Erythrocyten 等多核白血球減少淋巴球不減或反增血小板亦常減少。

診斷：為據臨症上之症候與血液所見初期不易與續發性貧血鑑別須詳檢原因與觀察經過。

萎黃病無網膜出血紅血球雖略減少但與血色素比較不顯 F. I. <1 鐵劑得奏效等可與本病區別。

白血病之主症為白血球增加紅血球極少變化假性白血病為脾臟肥大極著淋巴腺腫脹亦極明顯故與本病異。

經過及預後：經過為慢性進行性雖有一時中止進行但旋即轉惡全經過為三月至三年死因為心臟衰弱腦出血等預後惡。

療法 後述。

(二) 萎黃病 Chlorosis, Bleichsucht.

原因：本病為妙齡女子 (14 - 20 歲) 發生之特發性貧血症與他種貧血相異之點為紅血球不甚減而血色素則極少真因尚未明瞭據 Noorden 氏謂因卵巢等內分泌腺之障礙致血液再生機能薄弱云。

誘因為營養不足居室不衛生肉體精神過勞精神感動 (思鄉憂憤失戀) 手淫等。

姚志凱

北平大學醫學院本三四內科講義

症候 於成年期 Pubertæt 漸次發現患倦怠冷感嗜眠呼吸短促心悸皮膚粘膜蒼白而帶綠色皮下脂肪之沈着則甚佳心窩部患壓感食後胃痛噯氣食慾不振往往患異嗜症 Pica 喜酸味或種種異常物品（如生豆生米香灰白粉泥土等）大便乾結小便概如常月經量少或停止或患月經困難 Dysmenorrhoe 卵巢痛 Ovaralgie 白帶 Fluor albus。神經症狀爲頭痛偏頭痛神經痛情緒浮動 Stimmungslibilitæt 或興奮或抑鬱且往往患耳鳴眩暈失神此外常爲一過性皮膚潮紅及足部浮腫體溫概正常間或患輕熱呼吸頻數脈搏弱而頻易變動心濁音擴大心尖及肺動脈口得聞收縮期雜音頸靜脈得聞獨樂音脾臟有時腫大。

血液所見 血色淡比重稍減凝固性增加血小板亦增加紅血球蒼白其數如常或略減出現多形紅血球多染性紅血球重症且現有核紅血球顆粒狀紅血球血色素極爲減少常減至 50—20% 故 $H I > 1$ 白血球殆無變化。

合併症 神經衰弱 Hysterie 胃潰瘍下肢靜脈血栓肺結核等。

診斷 據年齡及血液所見而定診斷與初期肺結核似但肺結核患者脂肪發育不良有發熱咳嗽盜汗肺尖打診時感抵抗呼吸音弱呼氣粗糙服鐵劑乏効檢痰有結核菌與妊娠初期似然由血液所見局部檢查可區別。

預後 可治癒惟易再發且須注意合併症。

貧血之療法 續發性貧血之治療首須剷除原因例如患

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

寄生蟲則施驅蟲療法有黴毒則施驅黴療法因內外大出血時之急性貧血一方須迅速根治其原因一方當使患者安臥設法維持其體溫飲以Wein, Brandy, Cognac, 熱茶咖啡等注射樟腦咖啡因毛地黃 Adrenalin 等製劑鼓舞心機能同時給充分之飲料以補水分之缺乏頭部宜低以防腦貧血如患者因強度之失血致心身不安或患呼吸促迫困難時可投少量麻醉劑。

由上記方法如仍不能除去險象時應迅速輸送多量水分於體內以補救血液之缺乏與恢復血行斯時為注射滅菌生理的鹽水於皮下或靜脈內注入量須視失血之程度與患者之年齡而定靜脈內注射成人普通每次 200—400—800—1000cc 皮下注射成人普通每次 800—1500cc 小兒則以20—100cc 為度靜脈內注射奏效速而無痛但操作較難且須注意空氣栓塞等危險皮下注射不免感疼痛但操作簡便又少危險。

點滴灌腸 Tropfenklystier 亦為輸送液體於體內之良法先施行清潔洗腸後由點滴調節器每分鐘約滴六七十滴之微溫淨水或生理鹽水于腸管內（二三小時約可輸送 $\frac{1}{2}$ —1 公升）。

輸血法 Bluttransfusion 有種種普通用非凝固性血液輸血法即由健康者之靜脈內採取血液 200—500cc 置於已滅菌消毒能容 500cc 之 cMeterglas 內（該器內面須先用 10% 枸橼酸鈉液潤濕）加入 10% 枸橼酸鈉液 10—20cc 充分混和後用注射器注入於患者之靜脈內此法非僅可應用於急性失血即慢性貧血惡性貧血血友病衰弱等亦可應用惟須注意

北平大學醫學院本三四內科講義

者：

(一)給血者須健康而無黴毒結核瘧疾等傳染病。

(二)注射時須防空氣栓塞及急性心臟擴張故注射百克之血液應需時五分鐘。

(三)注意過敏症 *Anaphilaxie* 故於輸血前當詢問曾否受過血清療法。

(四)給血者與受血者之血液間須無凝集及溶血現象故於實行輸血法之前務必檢查兩者之血液發生凝集反應與否。

檢查凝集反應之法有數種最簡便者厥維 *Nurnberger* 氏三滴法即用 *Leukozytenpipette* 吸取 10 枸橼酸鈉液受血者及給血者之血液各一滴置於載物玻璃片上充分混和後經數分鐘用顯微鏡檢查斯時凝集反應若為陰性則血球平等分布陽性反應則血球堆積一處。

以後再行輸血時給血者及受血者雖屬前人仍須檢查凝集反應緣輸血後有發生同種凝集素及同種溶血素 *Isoagglutinin und Isohaemolysin* 也。

慢性貧血及特發性貧血之一般療法於輕症時每日應行適當運動以促進血機能重症者宜安靜居於光線充足空氣新鮮之地紅血球數非常減少者應移居高山 (距海拔 1500—2000 Meter) 俾紅血球增加食物須澤富於蛋白質及鐵分者故肉類與新鮮蔬菜之混合食為最佳如食慾減退則投稀鹽酸苦味醇規那醇 *Ektr. Condurango fluidum (3—6.0) Pepsin.*

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

saccharatum (0.6—1.5) Orexin, tannicum (0.8—1.0) 等
健胃劑便秘時投緩下劑。

貧血之治療藥爲砒素劑與鐵劑砒素劑之少量爲戟刺造
血臟器增加紅血球及血色素之新生機能但用之太過久則起
中毒反破壞血球而起貧血須注意也常用者內服爲 *Liq. Ka*
li. arsenic. (極量一日 1.5 約三十滴) 一日三或四滴每
隔二日增一或二滴漸增至一日量二十滴爲止 *Arsenpille* (*Pilulae asiaticae*) 每服一丸日服三次可漸增加至日服十五
丸爲止 *Elarson* (Bayer) 每服一錠可增至日服九錠皮下注
射用 *Natr. Cacodylicum* (0.02—0.04) *Solarson* (Bayer)
(隔日 1c.c.) 等。

鐵劑對於貧血症尤以萎黃病爲不可缺之品蓋鐵劑非惟
爲補助血色素生成上重要之材料並能戟刺造血臟器促進血
球及血色素之新生不論有機無機均有此作用但鐵劑皆有制
止腸蠕動之作用服後易患便秘故須與蘆薈 *Mag. usta* 等
伍用又因與單甯酸爲配合禁忌故服時須忌茶紅葡萄酒等單
寧化合物鐵劑中常用者爲 *Ferrum reductm* (0.2—2.0)
Ferrisulfuricum Pilulae feratae (Bluadii 每日六至九丸)
Syrupiferri iodati (10—20.0) *Tinct. ferri pomati*
(1—6.0) *Ferrose* (10—30) *Haematogen* (15—50.0)
Haematopan (三一六食匙) 等。

二、多血病又名紅血球增多症

Polycythaemia oder Erythraemia

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

原因 不明爲一種獨立慢性病患者概爲 35-55 歲之強壯者。

病理解剖 骨髓因紅血球新生之強旺呈紅色脾肝常肥大且於肝脾等臟器得見新生之紅血球。

症候 爲患煩熱頭痛眩暈發作耳鳴左季肋下部重感壓痛便秘是等自覺症因氣候溫暖室溫過高而增劇患者面色及粘膜常呈紅色與紫藍色近似但無呼吸困難之現象體格頗健往往爲中風質脾臟常腫大觸之覺甚硬表面平滑血壓正常謂之巨脾性紅血球增多症 *Megalosplenische Polycythaemie* 即 *Vaquez's Krankheit* 然有不呈脾腫而呈血壓亢進者是謂血壓亢進性紅血球增多症 *hypertonische Polycythaemie* 即 *Gaisbock's Krankheit* 此種患者之心臟常呈中等度肥大皮膚鼻腔齒齦子宮等有時起自發性出血。

肝臟概稍大但無黃疸尿中含少許蛋白及圓嚙 *Urobilin* 與 *Urobilinogen* 反應陽性有時發生動脈硬化症性萎縮腎。

血液所見爲血液濃厚凝固時間短縮紅血球增加至千萬或以上血色素稍增然與紅血球比則少故 $E. L. < 1$ 得見尋常有核紅血球小紅血球多染色性紅血球等白血球數正常或稍增血小板稍增多。

經過 慢性諸症時輕時重或因腦出血腦栓塞間或因胃腸出血而死。

診斷 根據紅血球數增加及脾腫然須與續發性紅血球

增多症區別。

療法 投大量砒素及沃度加里食物須淡薄節制食鹽
(牛乳蔬菜食) 試用 X 光線照射長管狀骨及脾臟重症時施瀉
血取出血液 2-400 cc 得暫輕快最後之方法為摘脾。

三、白血病 Leukaemie.

原因 白血病為骨髓淋巴腺脾臟等全部造血臟器之疾病以致血中白血球數繼續增多之症也分骨髓性 Myeloide Form 及淋巴性 lymphatische Form 兩種真因不明徵毒瘧疾慢性赤痢傷寒白喉身體精神之過勞妊娠中毒等為誘因似有遺傳關係中年男子占多數小兒亦常患之。

(一) 骨髓性白血病 Myeloide Leukaemie.

病理解剖 主要變化為骨髓及脾臟骨髓因骨髓細胞 Myelocyten 造骨髓細胞 Myeloblasten 之增生致消失固有之脂肪細胞骨髓細胞之形狀與平時者略有不同或核形不正或於同一細胞內含有酸性及中性嗜好顆粒且骨髓上常得見有核紅血球之增生因之骨髓於肉眼上即呈灰白紅色軟泥狀脾臟腫大淋巴濾胞消失脾實質內亦如骨髓有多數骨髓細胞造骨髓蓋胞白血球有核紅血球等。

骨髓性白血病分急性及慢性兩種

(甲) 急性骨髓性白血病 akute myeloide Leukämie.

原因 不明是否傳染亦未確定血液及臟器中常得見連鎖狀球菌患者概為小兒。

症候 發病概突然以惡寒或戰慄而發高熱患嘔吐頭痛

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

四肢關節疼痛口腔粘膜炎時患潰瘍性病變口峽起壞疽性口峽炎 Gangraenose Angina 同時口腔齒齦鼻腔腸管子宮皮膚眼底等患出血皮膚粘膜炎呈顯明之蒼白色脾腫不顯或竟不克觸知。

血液所見爲白血球之增加但不甚著所增加者主爲 Myeloblasten, Promyelocyten 而 Eosinophile 及 Mastmyelocyten 則甚少紅血球數略減往往現尋常有核紅血球及巨大有核紅血球。

經過 迅速於數日至數星期中因失血或敗血症而死。

預後 凶險。

(乙)慢性骨髓性白血病 *chronische myeloide Leukaemie*.

原因 不明爲白血病中最多之症。

症候 發病極爲緩慢最初之自覺症爲倦怠胃部膨滿及壓感左季肋部覺刺痛患消化障礙頭痛胸骨脊柱大腿疼痛於運動後覺心悸呼吸困難皮膚粘膜炎漸蒼白且帶黃色易出血如鼻血齒齦胃腸網膜腦出血海棉體內若發生血栓則陰莖呈疼痛性勃起所謂陰莖強直 Priapismus 就中鼻出血尤爲初期習見之症皮下內臟往往有白血球浸潤之硬結節。

他覺症候中最重要者爲脾腫常占居腹部之大半觸診上硬而表面平滑若起硬塞則劇痛於脾臟部得聞摩擦音肝臟亦常腫脹得能觸知脈搏概小而頻數於病勢進行時常有不規則之發熱淋巴腺不現腫脹間或於極期如鼠蹊部腋窩頸部等淋巴腺呈腫脹但軟而不痛不與皮膚癒着試敲打胸骨則患劇痛

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

大便概如常尿中含多量尿酸有煉瓦色沈澱 *Ziegelmehlsediment* 有時且含蛋白質尿圓穉等。

血液所見爲白血球數常增至十餘萬二十餘萬或竟達五十萬所增者爲中性顆粒白血球 *Eosin* 嗜好細胞肥胖細胞 *Mastzellen* 同時有多數造骨髓細胞 *Myeloblasten* 骨髓細胞 *Myelocyten* 而淋巴球則不見增此種現象爲骨髓性白血病之特徵紅血球數略爲減少重症時減少至二三百萬得見有核紅血球血色素初無大變化漸次減少至 40—60% 若合併重症出血則患高度貧血血小板普通增加。

經過 大多數爲慢性經過時輕快時增惡漸次進行全經過爲二至四年死因爲貧血惡液質大出血或因合併肺結核於經過中若轉成急性型則速死或感染傷寒症流行性感冒丹毒敗血症等則血液中之白血球數一時可減少脾腫及一切全身症狀亦暫時輕快但旋復舊態。

(二) 淋巴性白血病 *Lymphatische Leukaemie*。

病理解剖 主要病變爲淋巴腺及全身各部淋巴腺樣組織之增殖例如胃腸等之孤立淋巴結節或 *Peyer* 氏團集淋巴結節 *Noduli lymphatici solitarii* od. *N. L. aggregati, Peyerii*。非常增殖尤以急性淋巴性白血病爲著明此外如脾骨髓肝腎心等呈淋巴球之彌蔓性或限局性浸潤故臨症上之主症爲淋巴腺腫脹及血液中淋巴球之增多本病亦分急性及慢性兩種

(甲) 急性淋巴性白血病 *Akute lymphatische Leukaemie*。

症候 本病以小兒爲多發病甚速患頭痛倦怠四肢疼痛

北平大學醫學院本三四內科講義

發熱有時先發症候爲眩暈嘔吐失眠鼻出血或先起頸痛咳嗽側胸刺痛或腹瀉等皮膚現蒼白齒齦腫脹出血咽頭扁桃腺亦腫脹起壞疽性變化其附近淋巴腺腫大而有壓痛全身骨幹擊之均感疼痛頸部鼠蹊部淋巴腺腫而不痛脾臟雖肥大但決不似骨髓性白血病時之巨大發熱無一定型有時達四十度以上尿中概含蛋白圓環。

血液所見爲白血球增至十餘萬乃至數十萬所增者主爲淋巴球約占全數之90% 尤以大淋巴球 *Grosse Lymphocyten* 爲多或爲小淋巴球 *Kleine Lymphocyten* 紅血球數減少且出現大小紅血球有核多染性血球有時且得見巨大有核紅血球。

經過 普通數星期至一二月亦有數日即死者。

(乙) 慢性淋巴性白血病 *Chronische lymphatische Leukaemie*.

症候 爲比較罕有之症初爲潛行性漸感全身倦怠疲勞因僅微之體動即患心悸呼吸促迫皮膚粘膜呈蒼白色同時頸腺腋窩腺鼠蹊腺等相繼腫脹如豌豆大胡桃大互相融合則如鷄卵大或以上但不與皮膚及皮下組織癒著且決不化膿故觸之爲活動之硬塊斯時扁桃腺亦常腫脹脾肝肥大質硬表面平滑但脾之肥大決不似慢性骨髓性白血病之劇甚普通僅超出左季肋三四橫指而已皮膚粘膜內臟等均易出血尤以後期爲劇尿中之尿酸 *Xantain*, *Hypoxanthin* 非常增加初無熱病勢漸進則發輕度弛張熱。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

血液所見爲白血球增至十餘萬乃至數十萬所增者爲淋巴球尤以小淋巴球 *Kleine Lymphocyten* 爲著有時則爲大淋巴球他種白血球並不增或反減少紅血球與血色素初略減少至末期則呈高度貧血。

經過 雖爲慢性然全經過比諸骨髓性白血病爲短常因貧血及惡液質而死。

白血病之診斷

爲根據病狀與血液所見急性者往往不易診斷骨髓性白血病與淋巴性白血病之不同點前者爲脾腫非常高度淋巴腺之腫脹輕微後者則相反況血液所見前者爲骨髓細胞之增加後者爲淋巴細胞之增加惟造骨髓細胞 *Myeloblasten* 與大淋巴球 *Grosse Lymphocyten* 于形態上兩者極似非應用 *Oxydase-reaktion* 不易區別。

Oxydase-reaktion ;

(1) 將血液爲塗抹標本于 *Formalin* 或 *Osmiumsaure* 蒸氣上固定。

(2) 置于 1.0% *D-Naphtholoesung* 中浸三分鐘。

(3) 即用 1.0% *Dimethylparaphenylendiamin* 液染色數分鐘。

(4) 用 *Glycerin* 封鎖鏡檢。

骨髓性細胞因有特異酸化作用由上記兩種試藥合成 *Indophenolblau* 呈暗青色是謂 *Oxydase-reaktion* 陽性淋巴球則呈陰性。

北平大學醫學院本三四內科講義

鑑別診斷

1. 白血球增多症 *Leukocytose* 爲一時性白血球增多且所增者概爲正常白血球。

2. 腺病 *Skrofulose* 雖呈貧血淋巴腺腫但白血球不見增加。

3. 假性白血病 *Pseudoleukaemie* 脾腫腺腫貧血等現象與白血病似但無白血病之血液所見。

白血病之療法 用 X 光線照射脾臟初頗有效能使脾腫縮小血液恢復常態減輕自覺症但停止照射則再犯藥劑爲用砒素劑鐵劑亦僅爲一時之効驗或投 *Benzol* 本品之効力與 X 光線似每次用 0.5 加入同量 *Ol. clovar* 裝入膠囊供內服日服 4—6 次連用至四星期須停止否則起中毒現象而致死。

一般療法爲注意榮養謀肉體精神之安靜對於各部出血須講止血處置。

四、假性白血病 *Pseudoleukaemie*

假性白血病者一切症狀與白血病似而無白血病之血液所見包括下記數種疾病之總名也。

(一) 淋巴性假性白血病 *Lymphatische Pseudoleukaemie* 又名淋巴性非白血病 *Lymphatische Aleukaemie*。

原因 不明患者概爲 20—40 歲之男子。

病理解剖 與淋巴性白血病同。

症候 本病與淋巴性白血病似患貧血出血素質頸部腋

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

窩鼠蹊部等淋巴腺腫脹脾肝往往肥大惟血液所見不呈異常全白血球數正常僅呈比較的淋巴球增多症 *Relative Lymphocytose* 經過中突然轉成淋巴性白血病者有之反是淋巴性白血病經適當之治療白血球數一時復歸正常而轉成本病者亦有之。

經過 急性或時輕時劇為慢性經過。

診斷 據淋巴系統之增殖而血液所見僅為比較的淋巴球增多症。

預後 惡死因為高度惡液質出血全身衰弱心臟衰弱。

療法 與白血病同。

(二) 惡性淋巴肉芽腫 *Malignes Granulom* 一名 *Hodgkinsche Krankheit*,

原因 不明患者概為 15—30 歲之男子。

病理解剖 為身體各部之淋巴腺腫脹且轉移于諸臟器腫腺之主成分為肉芽細胞淋巴球白血球及少數血管等且往往有巨大細胞 *Riesenzellen* 但決不起乾酪變性。

症候 普通頸部淋巴腺先起腫脹致兩側顎下頤下側頸鎖骨上窩等淋巴腺累累腫大面貌擁腫腺之大小自拇指頭大至鷄卵大軟者俱彈力性硬者頗堅並不與周圍組織癒着且無痛亦決不軟化或潰破。

頸部淋巴腺腫脹後如腋窩鼠蹊部股部縱膈膜腹膜等各部淋巴腺亦相繼腫脹呈同樣之變化轉移於肺臟等肝脾亦恒腫脹。

北平大學醫學院本三四內科講義

全身症候於初期爲有輕熱爾後常爲慢性再歸熱 *chronischer Rückfallfieber* 末期呈消耗性熱型營養狀態初無障礙腺腫漸大漸亦不良起貧血羸瘦呈壓迫症候如靜脈鬱血黃疸浮腫腹水神經痛呼吸困難嚥下困難腹瀉痔瘡等終因衰弱而死然有於數年間毫無著症者。

血液像爲呈中性色素嗜好性白血球增多症 *neutrophile Leukocytose Eosin* 嗜好細胞常增加淋巴球數減少於病勢增惡時 *Eosin* 嗜好細胞減少或消失日後漸呈續發性貧血。

檢尿得證明 *Diazoreaktion* 強陽性後期 *Urobilinogenreaktion* 亦呈陽性。

經過 通普爲慢性荏苒數年但縱膈膜內之腺腫若甚大壓迫心臟等主要臟器則經過頗速。

診斷 爲據連綿之腺腫與血液所見。

預後 不良。

療法 內服或注射砒素施 X光線照射得阻止病勢之進行。

(三) 多發性骨髓腫 *multiple Myelom* 又名 *Kahlersche Krankheit*.

原因 不明爲罕有之老人病。

病理解剖 管狀骨脊柱頭蓋骨肋骨等骨髓發生多數灰白色腫瘍其組織成分爲骨髓細胞淋巴球 *Erythroblasten* 等。

北平大學醫學院本三四內科講義

症候及診斷 初期概患神經痛肋骨脊柱頭蓋骨等患壓痛漸次進行則罹患骨隆起且痛往往起自發性骨折 Spontanfraktur 腫瘍常轉移至脾肝腎等內臟尿中恒含 Bence-Jones'scher Eiweisskörper 由骨髓腫產生之特別物質也診斷上甚為重視檢查法為將患者之尿熱至 46—50 度則起蛋白溼濁至 50—70 度則凝固過此則溶解冷後又復凝固而得與他種蛋白尿區別。(普通蛋白於 70—80 度方凝固) 血液像除貧血外無特別所見。

經過及預後 $\frac{1}{2}$ -2 年不治之症也因高度惡液質而死。

療法 對症而已。

(四) Morbus Banti, Bantische Krankheit,

原因 不明患者概為中年男子。

病理解剖 為脾臟腫大鬱血增殖間質結締組織細胞萎縮或消失肝臟續發硬化其結果壓迫門脈管枝而起腹水。

症候 主症為貧血脾腫肝硬化腹水全經過可分三期

(Banti) 第一期患脾腫與貧血紅血球及血色素減少淋巴球增多此期之經過甚久常在 3—5 年而入第二期即移行期 Uebergangsstadium 斯時脾腫貧血之程度漸深尿量減少至一公升左右尿中 Urobilin 增量此期之繼續為二三月至一年入第三期起肝硬化症與腹水斯時貧血益劇兼患發熱往往於 $\frac{1}{2}$ -1 年內死亡此外之主症為出血性素質患鼻出血吐血便血等。

血液所見為紅血球及血色素之減少白血球數不增或反

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

減少。

診斷 爲據高度脾腫及貧血而無白血病之血液像漸次續發肝硬化症及腹水。

末期雖不易與肝臟硬化症區別然詳察發病之狀態及高度脾腫而得斷定。

預後 不可樂觀死因爲出血及自己中毒或其他合併症。

療法 注意營養投鐵劑砒素劑於早期剷出脾臟 (Splenektomie) 有偉効。

(五) 大細胞性巨脾腫 Grosszellige Splenomegalie, Gauchersche Krankheit 又名家族性特發性脾腫 Familiäre Splenomegalie,

原因 不明爲不常遭遇之家族性疾患。

病理解剖 爲全造血系統之病惟脾臟之變化尤顯著脾臟極大而硬濾胞消失發生許多白色斑點成自有小圓核之大細胞故有大細胞性巨脾腫之稱肝骨髓淋巴腺內雖亦發生是種大細胞但爲數甚少。

症候 脾臟漸次腫大有壓痛及自發痛如無脾臟周圍炎則表面平滑日久肝臟亦腫但普通無腹水顏面尤以眼鼻周圍及項部兩手等皮膚呈褐黃色淋巴腺腫不甚著概無熱而易出汗末期皮膚粘膜炎出血上下大腿骨端患疼痛。

血液所見殆無異常後期呈白血球減少症與輕度貧血有時得見骨髓細胞。

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

經過及預後 經過甚慢常荏苒 10-30 年初期患者無所苦日後因高度惡液質而死。

診斷 據慢性經過脾肝腫大皮膚黃褐色及血液所見。

療法 注意營養投砒素劑應用 X 光線照射脾臟。

五、出血性素質 Haemorrhagische Diathese

出血性素質者為皮膚粘膜內臟易於出血之總稱也臨症上分兩種一為續發於惡性貧血白血病敗血症天花猩紅熱麻疹傷寒等病所謂症候性出血性素質 Symptomatische haemorrhagische Diathese 於茲無庸贅述一為原因尚未明瞭之特發性出血性素質 Idiopathische haemorrhagische Diathese 有下記兩種：

一、紫斑病 Purpura, Blutfleckenkrankheit,

原因 不明恐因細菌毒素之作用致毛細管壁蒙障血液中小板減少不易凝固患者年齡 15-30 歲為最多。

症候

(一) 單純性紫斑病 Purpura simplex,

為紫斑病中之最輕症主症僅為皮膚出血其大小有種種曰點狀 Petechien 曰線狀 Vibices 曰皮下溢血 Ekchymose 發現部位為下肢伸展側軀幹上肢往往得免患者面色蒼白但無苦痛間或患全身倦怠輕熱胃症候血液像殆正常約經二三星期而癒。

(二) 癩麻質斯性紫斑病 Purpura rheumatica,

概先患食慾不振倦怠等前驅症一二日後起肌肉關節痛

姚志鳳

北平大學醫學院本三四內科講義

疼及腫脹同時現皮膚出血其現象與單純性者同關節之腫痛以膝及足關節為最多有時患微熱皮膚粘膜蒼白血液像正常或僅呈紅血球及血色素之減少經過二三星期亦即痊癒。

(三) 出血性紫斑病 · P, hemorrhagica, Morbus maculosus Werhofii,

為紫斑病中之重症患者多屬婦女其發病突然或於發病前數小時或一二日患倦怠食慾不振惡心嘔吐眩暈等前驅症繼現本病之特徵皮膚粘膜及內臟出血如鼻血，齒齦出血，吐血便血血尿子宮出血等且有患網膜出血一般症候甚重顏面蒼白精神朦朧膽妄無慾但常無熱間或體溫為不定型之上昇脾肝概腫脹。

血液所見為紅血球血色素血小板之減少凝固時間延長經過中時癒時劇常荏苒數年於潛伏期Rumpel-Leede's Zeichen 呈強陽性於診斷上甚為重要。

(四) 腸性紫斑病 Purpura abdominalis, Henochsche Purpura,

皮膚出血關節腫脹之外患強度之胃腸出血且常起劇烈腸疝痛有時且患出血性腎炎有因大出而死者但血液像概正常。

(五) 電擊性紫斑病 Purpura fulminans

為急性經過終致死亡之出血素質患高熱神經症狀皮膚出血蔓延全身血斑為左右對側發生恒不犯粘膜概於數小時內死亡。

北平大學醫學院本三四內科講義

療法 安靜汁重營養使麻質斯性紫斑病投 Natr. Salicylic, 對於出血普通用下記各種止血劑止血後治貧血。

Calcium chloratum 內服一日量 2—4.0 靜內注射 3—10% 液 20—40 c.c.

Calcium lacticum 內服一日量 2—5.0

Natrium chloratum 內服一日量 10—30 靜脈注射 5—10% 液 10—20 cc.

Gelaten alba 內服一日量 10—20.0 皮下注射 10% 液 20—40 cc.

pepton (1—5% 內服 10 cc 皮下注射 5% 液 10 cc.)

Coagulen 內服 3—4 錠或注射于皮下、肌內。

Clauden 內服 4—8 錠皮下或肌內注射 5% 液 4—8 cc.

Serum 5.0—10.0 cc 注射於皮下。

二、血友病 Haemophilie

原因 遺傳患病者概為男子婦女僅為遺傳之媒介而不患本病。

症候 本病之特徵為因輕微之創傷即流血不止例如初生兒之臍部創傷成人之拔牙針刺或小手術等即起大出血不易制止或竟因是致死又往往為自發性出血如鼻血口腔齒齦出血胃腸出血關節(膝足)出血等。

血液所見普通正常有時因出血之結果呈貧血現象血小板不見減少惟血液之凝固性極遲蓋血液中 Fibrinogengehalt 雖正常凝固酵素 Thrombokinese 則甚為減少也。

預後 不良往往於生後不久即因大出血而死輕症者至四五十歲時漸失其出血素質。

療法 預防為謹防外傷禁止與血友病系統之婦人結婚

北平大學醫學院本三四內科講義

對於出血時局部行止血法注射止血劑或健康人(馬)血清於皮下。

六、發作性血色素尿 (1868 Popper)

Paroxysmale Hæmoglobinurie,

原因 爲先天或後天徵毒誘因爲氣候寒冷故一名寒冷血色素尿 *Kaelte Hæmoglobinurie* 感冒過勞精神興奮等。

症候 主症爲發作性排泄血色素尿於發作前概先患惡寒戰慄高熱四肢疼痛頭痛惡心嘔吐等患者面色蒼白肝脾腫大排泄之尿呈血色或如紅葡萄酒含蛋白質少許用分光鏡 *Spektroskop* 檢驗現血色素特有之吸收線發現於 D 與 E 之間或發現於 C 與 D 之間。

將尿暫時靜置於玻璃杯內則析出褐色或褐紅色之沈澱用顯微鏡檢查不見紅血球或僅見褪色之血球所謂血球陰影 *Bultschatten* 發作中血壓增高血液所見爲 *Eosin* 嗜好細胞淋巴球及血色素均減少紅血球蒼白色。

發作之繼續爲數小時至數日唯尿中蛋白則於發作後數日內尙繼續存在。

診斷 發作中不難診定於間歇時可人工使之發作即結紮患者之一指浸置於冰水中約經二三十分鐘後移置於微溫水使之暖溫而檢查該手指之血液則見血清呈寶石樣紅 *rubinrot* 紅血球僅爲形骸或將患者之一足浸于冷水中經半小時得見發作一二小時後方恢復而吾人籍此可診斷。

關於本病發作之說明據 *Meyer und Emmerich* 兩氏之

姚志鳳

北平大學醫學院第三四內科講義

研究謂患者血液中含有自家溶血素 Autolysin 亦成自媒介體 Amboceptor 與補體 Komplement 其媒介體于低溫時方與紅血球結合于體溫時由補體之結合而起溶血現象。

療法 預防爲避感冒與過勞強壯身體鍛鍊皮膚之抵抗力驅療法雖有減少發作之効但不易根治于發作中投興奮劑。

血液病篇終

