

抗癆

參 德 學

沈志明

沈乾一

鄭定竹

徐仲存

著

肺咳露



各大藥房均售

肺咳露不含鴉片成分之療咳糖漿

採用中西有效藥材，按照科學標準方法配製而成，功效卓著，絕無流弊，孕婦乳嬰皆可安然服用，並無禁忌。肺咳露適應於各種急性及慢性咳嗽，用以治療感冒傷風，支氣管炎等均有奇效，輕症初起宜立即服用，則可縮短治療過程並能防止嚴重變症，肺咳露對結核症咳嗽具有舒鬆排痰之功，藉可減輕病人痰塞氣悶，及咳嗽痛苦。

服量：照醫師所定，普通成人可服二茶匙每四、六、八、十、十二次，小兒減半，多服亦無妨害。

包裝：六液兩及十二液兩瓶裝

志衛公司出品

上海博物院路十四號

版 權 所 有

(版 初 月 一 年 十 三 國 民)

抗 癆

全 一 冊 實 價 二 元

著 者

劉 沈 沈 鄭 徐
德 志 乾 定 鄭
啓 明 一 竹 存

出 版 者

抗 癆 出 版 部

發 售 處

劉 德 啓 醫 師 診 所

上 海 四 摩 路 二 〇 四 號

抗癆目錄

一	本書著述之動機	一
二	健康人應如何防癆	五
三	呼吸器之解剖與生理	九
四	結核桿菌之性狀	一一
五	肺結核之病理學	一六
六	肺結核患者對於自己病狀應有之認識	二一
	1. 病歷	二二
	A. 家屬病歷	二三
	B. 既往病歷	二四
	C. 現在病歷	二七
	a. 全身症狀	二八
	b. 局部症狀	三五
2.	全身及局部檢驗	四六
a.	全身檢驗	四七

抗 癆 目 錄

二

- | | | | |
|----|----|-----------|----|
| 3. | b. | 局部檢驗 | 四九 |
| | | 愛克司光診查 | 五三 |
| | a. | 愛克司光透視 | 五五 |
| | b. | 愛克司光攝影 | 五六 |
| 4. | | 化驗室檢驗 | 六四 |
| | a. | 咯痰檢驗 | 六四 |
| | b. | 血液檢驗 | 六五 |
| | c. | 小便檢驗 | 六七 |
| | b. | 大便檢驗 | 六八 |
| 5. | | 診斷 | 六八 |
| 6. | | 治療 | 七二 |
| | | (一) 對症治療 | 七四 |
| | a. | 局部症狀 | 七四 |
| | b. | 全身症狀 | 七八 |
| | | (二) 根本治療 | 七九 |
| | a. | 人工氣胸 | 七九 |
| | | 一 人工氣胸之歷史 | 八〇 |

- 一 人工氣胸在醫療上之目的……………八〇
 - 二 受治後須達到之目的……………八一
 - 三 人工氣胸治療在臨床上施行之分類……………八二
 - 四 人工氣胸之適應症……………八三
 - 五 人工氣胸之禁忌症……………八四
 - 六 施行人工氣胸之手術與手續……………八五
 - 七 第一次人工氣胸之施行……………八六
 - 八 愛克司光透視……………八七
 - 九 受人工氣胸治療後康健之恢復……………八七
 - 十 受人工氣胸治療者應注意之點……………八九
 - 十一 人工氣胸治療期中之合併症……………九〇
 - 十二 胸廓成形術……………九一
 - 十三 橫膈膜神經摘出術……………九三
- (三) 輔佐治療……………九四
- a. 結核菌素……………九四
 - b. 維他命……………九七
 - c. 鈣劑……………九九

d. 補血劑

e. 輸血

(四) 病情與工作

a. 可全日工作者

b. 可半日工作者

c. 須往入醫院或療養院者

d. 可往鄉間療養者

(五) 其他療養

a. 空氣與日光

b. 營養

c. 清潔

d. 精神

7. 病愈後之攝護

七 肺結核之合併症

1. 結核性肋膜炎

2. 喉頭結核

3. 結核性腎臟炎

4.	結核性腦膜炎	一一九
5.	腹部結核症	一一〇

A 原發性腸結核

B	繼發性腸結核	一一一
---	--------	-----

a.	繼發性潰瘍性腸結核	一一二
----	-----------	-----

b.	繼發性肥大性腸結核	一一三
----	-----------	-----

c.	繼發性粟粒性腹膜炎	一一三
----	-----------	-----

C	結核性直腸炎	一一三
---	--------	-----

八	非結核性之肺病	一一四
---	---------	-----

1.	枝氣管炎枝氣管喘及肺氣腫	一一四
----	--------------	-----

2.	枝氣管擴大症	一一六
----	--------	-----

3.	肺炎	一一七
----	----	-----

4.	肺癆	一一八
----	----	-----

5.	肺癌	一二九
----	----	-----

九	肺結核與公共衛生	一三〇
---	----------	-----

十	診療報告	一三六
---	------	-----

1.	愛克司光檢查報告	一三六
----	----------	-----

抗 癆 目 錄

六

2. 防癆運動愛克司光檢查報告

一四〇

3. 人工氣胸治療統計

一四一

結 論

一四七

一 本書著述之動機

吾等在臨症時，常覺多數病者對於吾等所定之診斷與治療之方針，不能切實瞭解，致於診療上頗感困難。想凡屬臨床醫家，亦均有此同樣感覺也。有時在較有知識之病者，則常於診療上向醫者發問，或要求醫者介紹一相當之書籍閱讀，俾得明瞭吾等診斷與治療之意義。此時醫者亦每覺難於應付。因現今我國所有關於肺結核之書籍，其內容均甚膚淺，且不完備。蓋彼所言者，不外為病者應得新鮮之空氣與充足之日光，以及如何起居，如何飲食等之空泛言論。而對於最新最有効之壓縮療法（如人工氣胸治療等）以及愛克司光診查，在肺結核診斷上有何意義等重要問題，則均缺而不講。有時雖偶有述及，亦多語焉不詳。遂使醫者與病者無從參考。此實為我國肺結核書中之一大缺憾。吾等有鑒於此，遂有此書之作。本書敘述肺結核之病原、病理、診斷，以及適當之治療等，提要鉤元，言簡意賅。凡以前我國肺結核書中所有之缺憾，今均一一匡補。俾讀者對於肺結核一症，確能獲得切實之知識。而於短時間中，對於吾等診斷與治療上之意義，能獲得切實之瞭解，亦即以替代吾等臨症時之說明。

也。又此書在肺結核患者讀之，可自知其疾病之程度，以及如何謀正當之治療。在健康之人讀之，則可知對於肺結核如何行預防。

本書既旨在普及防癆與抗癆之知識，爰舉關於肺結核之診斷與治療上較重要之數點，述之於后，以告讀者。

1. 肺結核一症，有急性及慢性之分。惟不論急性與慢性，均以得早期診斷為是。因能得早期之診斷，即可獲早期之治療。其疾病之治愈，亦可事半功倍。此於患者可以減却許多無謂之痛苦，並可節省經濟。縮短療養時期。其治愈亦較有把握。此實為讀者最應認識之一點。

2. 最近對於肺結核之療治，已大有進步。非若以前之僅在醫院或療養院中行長期之療養，以及注重空氣日光飲食等。即足盡其能事。蓋今日之療治肺結核，除行長期療養及注重空氣日光飲食等姑息療法外，已有積極的、最新有效之壓縮療法。可以施行。此種治療，對於病者不但可以節省其治療之時間，並可節省其醫藥之費用。同時更可節省其分利之時間。惟欲達此療治之結果，須先有確切之診斷。同時並須注意病者之各種合併症。凡此種種，在醫者非具有相當之學識與經驗不可。故欲求肺結核之療治，得達美滿效果，最好由肺科專家主持之。庶不致誤。

惟在病家。則應知此等壓縮療法。乃治療肺結核之積極的有效方法。在吾等之經驗上。如能愈早診斷。愈早施行壓縮治療。其結果亦愈佳。切不可待疾病延誤至絕望之時而後施行。因此時雖屬有效之法。亦已無能為力矣。

3. 肺結核為一慢性之疾病。欲使其根本治愈。常須一年至五年之久。惟此種長期治療。不免使病者懷疑。如此長期。是否正當。此書對於此等長期療治之意義。解說甚明。讀之即可瞭解。使病者不致再對醫者發生懷疑。

4. 灌輸肺結核之常識與一般普通之人。即所以間接減少繆妄之醫療。因病者對於肺結核既已有相當之知識。醫者即不能以不正當之療法。以欺騙之。惟最新最有效之壓縮療法。必須由有相當學識與經驗之肺科專家行之。方能得美滿之效果。非每一臨床醫家。均能明悉而施行之也。在一般普通之醫者。當診療肺結核之時。均以打針服藥休養等對付病者。而病者亦以為如此已盡肺結核治療之能事。殊不知此種療法。已為二三十年前之陳舊療法。所謂姑息療法而已。於肺結核之根本治愈。殊無把握。最近自壓縮療法施用以來。在肺結核之治療上。不啻放一異彩。因其效果之確實。能使病者康健之恢復。得一保障。例如在開放性之肺結核患者。經施行

壓縮療法後，能使成爲關閉性之肺結核。換言之，在開放性之肺結核病者，其痰中含有結核桿菌，能散佈其病與他人及其自身，如行壓縮治療後，其痰中結核菌即可消失，而不致將其病傳染與他人及其自身，同時其病可由開放性而變成關閉性，由關閉性而達完全治愈，其效果之確實可靠，遠勝於以前之打針服藥休養等多多也。

有時病者經醫者之診查斷爲無病，此種診斷之重要，實與診斷爲有肺結核者相同，因有若干病者，深慮自己已有病，彼等常因無關緊要之症狀而廣事求醫診治，結果遂使其精神上與經濟上均蒙受重大之打擊，此等病者，吾等常有遭遇，殊屬不幸，故病者經醫者斷爲無病時，亦應表示相當之感佩，因如是可省去其不少冤枉之麻煩也，吾等又遇若干病者，來求診之時，並無何等疾病，如詢其以前診治經過，則滔滔所述，曾經注射或內服多種藥劑，或手執藥方成疊，試一檢視，則幾於各藥均經用過，此種不正當之醫療，實均因國人無醫學知識而有以造成之。

有時病者因未得正當之治療，以致疾病延誤至不治之境，此時醫者於診療上常感棘手，吾等對於此等病者，殊深憐惜，是皆因病者無肺結核之知識，不知早謀正當之治療，誤入歧途所致，惟希讀者鑒此覆轍，有以戒之。

又有一般病者，鑒於肺結核之可怖，常思求醫爲之預防，彼以爲世間必有一種藥物，經內服或注射後，可以預防肺結核，實則此乃妄想。蓋在今日之醫學上，尙無預防肺結核之藥發明也。若讀此書後，當不致再有此種愚昧之思想，而知採取正當之方法，如在平時謀適當之生活，與肺結核患者隔離，至有病狀時，卽投肺科專門醫師處診查，以謀相當之保障也。

二 健康人應如何防癆

健康爲人生莫大之幸福，然吾人生存於宇宙間，足以侵害吾人之健康與傷失吾人生命之事物甚多，故吾人欲常保康健，殊非易易。

欲思保持健康，須先明侵害健康之原因，醫學上除各種意外及傷害外，總括足以妨害健康及致死之原因有三。

1. 年老之天然體質衰亡，以及新陳代謝或內分泌之器質官能失常。
- 例如天然之老死，以及糖尿病，肝硬化，心臟衰弱等。

2. 病原菌及各種超顯微生體之侵襲。

例如各種傳染病，若猩紅熱，白喉，天花等。

3. 寄生蟲由口或皮膚之侵入。

例如蛔蟲，鈎蟲，瘧疾等。

結核一症，乃屬於上述第二項之一，為傳染病之一種，其病原為結核桿菌。

結核桿菌在普通空氣中，不克生長，必須得適當之溫度，水份，以及養料，方能生長與繁殖。在此適宜之條件下，人體（此外尚有牛家兔，天竺鼠等）為結核桿菌最善美之宿主。

宿主在生理上為保衛其生命與健康計，亦有相當之天然抗病力，由其生理之作用，能殺滅外來之病菌，不許其生長繁殖或減弱其侵襲之力。故宿主之健康與適當之保衛，足以抵抗病原微生物之侵襲。

宿主（指人類）應如何謀健康，如何行保衛，以收防癆之益，可注意下列各點。

1. 如何謀健康

應注意一般衛生法，俾造成健康之身體，以抵抗病菌之侵襲，其緊要之點有三。

A 休息

吾人爲避免身心之過勞，必須有相當之休息。年輕之人，每日至少須休息八小時。有時遇工作繁忙時，應設法以休息調劑之。又古語所謂「毋搖汝精，毋勞汝形」，此亦足以爲吾人修養身心之良言。

B 營養

飲食所以養身，故飲食物必須求其能滋養身體爲原則。惟價格高貴之食品，不一定富含滋養成份。此點不可不知。又世人每多視飲食爲日常無關緊要之例行公事，但求一飽，卽算了事，亦非所宜。故爲吾人健康着想，必須注意

- a. 飲食物須富於滋養料者。
- b. 良好之烹飪。
- c. 混合之飲食。
- d. 飲食物須富於維他命。
- e. 飲食之時間，須有一定。

C 清潔

個人之清潔最要者如勤沐浴常更衣此外如環境之清潔亦須注意房屋及陳設均以簡潔爲宜。

2. 如何行保衛

吾人雖有健康之身體可以減少病菌之侵襲然結核桿菌散佈頗廣隨時隨地有襲擊吾人之機會故實防不勝防。

惟吾人知結核桿菌散佈之來源大多數爲結核病人之咯痰其次爲大小便故對於此等散佈病菌之人應厲行

A 清潔 以減少病菌之藏匿與傳播。

B 消毒 如咯痰等之消毒以殺滅其病菌。

C 隔離 使患者與健康之人隔離以杜絕其疾病傳播之機會。

此外健康之人應少與結核病患者接觸患者之飲食食具及用具均須分開並須常行愛克司光肺部檢查以驗肺結核之有無如有肺結核之嫌疑時尤須即刻就醫診查因如是可得早期之診斷與

早期之治療。而收事半功倍之益。切不可因循延誤。至病人膏肓而始求醫。以致後悔莫及。

三 呼吸器之解剖與生理

呼吸器官可分二部。

1. 氣道（包括鼻咽、喉、氣管及枝氣管）
2. 肺臟

1. 氣道

鼻爲空氣進入肺臟之第一道門戶。空氣由前鼻孔經鼻道。進後鼻孔而入咽。咽位於口之後部。其下爲喉頭。喉頭居於氣管之上端。其上有會厭。當吾人呼吸或飲食時。會厭能將氣道及食道分隔。在喉頭之上頂。有懸壅垂（俗稱小舌頭）。其上舉時。能關閉後鼻孔。自喉頭往下爲氣管。氣管由軟骨圈連合而成。其內層之粘膜上皮。且有絨毛。其行動之方向向上。故當氣管內有分泌物或異物時。可藉絨毛

動作將其排出。由氣管向下分成二枝氣管。由枝氣管再發出多數之小枝氣管。直達肺臟。

2. 肺臟

在小氣管之終點。有無數之氣泡。名曰肺泡。由肺泡之集團。成爲肺葉。由肺葉之集合而成整個之肺臟。普通肺葉。大抵右三左二。且左肺較窄於右肺。此係避免心尖搏動之故。至於肺泡本身之組織。係由多數菲薄之細胞所合成。各細胞之間。有甚多之彈力纖維。故肺能隨呼吸而伸縮。在各肺泡之空隙處。有網狀之小血管。肺臟之外。有兩層薄膜包裹之。近肺之膜名曰臟胸膜。臟胸膜之外。附着於胸廓者。謂之頂胸膜。二膜合成一腔。即胸膜腔。腔中爲真空。但有少許粘液。使之濕潤滑澤。以免肺脹滿時與胸膜相摩擦。

空氣進入肺臟。僅有氣道一路。故肺所受之壓力。乃單面壓力。肺由被動地位隨胸腔之開展與收縮。以及橫隔膜之下降與上升。而脹縮。當胸腔由胸間肌肉之收縮。使肋骨舒張。以及橫隔膜下降。而放大時。肺亦隨之而膨脹。因此空氣遂被吸入肺。至胸腔由胸間肌肉舒張。使肋骨收縮。以及橫隔膜上升。而縮小時。肺亦隨之收縮。空氣即被壓而呼出肺外。故在呼吸時。胸廓及橫隔膜實爲主動。而肺臟僅被

動而已。

吾人既知呼吸現象僅在單面氣壓下行之。若胸腔有氣體進入。足使肺臟被壓。肺之呼吸暫告停止。而得局部之休養。所謂人工氣胸術。卽利用特殊之儀器。將空氣或氣體注入胸膜腔內。使病肺壓縮。而得局部之休息。以達治癒之目的。

呼吸之目的 呼吸之唯一目的。爲氣體交換。換言之。乃使空氣內之氧氣與血內之碳酸氣在肺中行交換是也。由此可將氧氣輸入血液而排除無用之碳酸氣於體外。故當吸氣時。吸空氣中氧氣入肺。呼氣時。碳酸氣由肺排出。又呼吸之動作。猶如脈搏。頗有規律。成人平均約每分鐘十六至二十次。與脈搏數約爲四與一之比。卽呼吸一次。脈搏四次是也。呼吸之次數與年齡亦有關係。幼年與老年之人。呼吸次數較多。又當運動及發熱之時。因體內需氧氣較多。其呼吸次數亦增加。至於氣急。乃呼吸次數異常增加之現象。

鼻呼吸與口呼吸 鼻具有窄狹之鼻道。吾人利用以行呼吸。在生理上之優點有二。

- (一) 空氣入鼻孔經窄狹鼻道之粘膜與之接觸。足使空氣溫暖濕潤而適宜於肺部。
- (二) 因鼻孔之粘膜與鼻毛。能將空氣中混入之塵埃等阻留。以保肺臟之清潔。倘鼻道一旦發

生阻礙。如有鼻茸。或扁桃腺腫大等時。則不得不以口呼吸代之。此時口腔與喉頭即覺不適。且能引起上呼吸道疾患。如喉頭炎及氣管炎等。

特種呼吸

(一) 咳嗽 咳嗽為氣管行清潔之一種運動。其動作由上皮氈毛震動增速。由是而將分泌物等掃上。同時由強有力之呼氣而使之排出。是謂咳嗽。

(二) 噴嚏 利用懸壘垂將後鼻孔關閉。然後用強力之呼氣將其衝開。因是而將鼻道中較多或較大之污物沖出。

四 結核桿菌之性狀

結核病係由結核桿菌所傳染。故為一種傳染疾病。惟世人每多認肺結核為一種先天性遺傳疾病。此蓋因子女與其患有肺結核之父母。密切接觸。終被傳染所致。故彼等遂認該病係由先天所遺傳。實則非也。如吾人能於小兒生後。即與其患肺結核之父母及其他肺結核患者。行妥善之隔離。自可避

免肺結核之侵襲。此可確信者也。又有認肺結核係工作過勞所致者。此亦未明肺結核病原之故。

1. 結核桿菌之形態

結核桿菌。爲細長之桿菌。稍形彎曲。如行特種染色時。則具有抗酸性。

下圖爲顯微鏡下所見之痰中結核桿菌之形態。其中紅色成桿狀者。卽爲結核桿菌。

2. 結核桿菌之分類

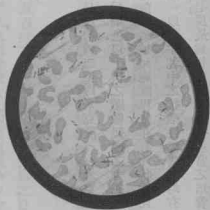
A 禽類結核桿菌。

B 牛類結核桿菌。

C 人類結核桿菌。

三種結核桿菌中。以禽類結核桿菌之毒性最小。僅對禽類致病。牛類結核桿菌。則於人亦有毒性。可以引起結核病。如由牛乳中混合結核桿菌。人飲之卽被傳染。其病由消化系進入是也。三種結核桿

抗 癆



結核桿菌圖

菌之主要區別，以行動物試驗，最爲準確。

3. 結核桿菌之來源

A 結核病者之咯痰及大小便等。

B 結核病牛之牛乳。

4. 結核桿菌之性質

A 結核桿菌爲細長之桿菌，略形彎曲，其長度約爲二至四米克隆（一米克隆爲千分之一公分），故普通肉眼不能見，必須先行染色，以千倍之顯微鏡視之，方能見得。

B 結核桿菌，具有抗酸性，惟抗酸性之細菌有多種，如麻瘋桿菌，亦有此特性，此外如無害之恥垢菌（寄生在生殖器陰部等處），以及牛乳中之抗酸性桿菌，亦均有抗酸性。

C 結核桿菌之發育，以溫度在攝氏三十七度最爲相宜，同時需要適當之培養基（營養細菌之物品）及水份，故在人體中，其發育最爲適宜，此外在其他動物體內如牛、天竺

鼠、兔等亦能生長，而使該動物罹結核症。故吾人在臨床上，每將結核桿菌接種於動物體內，以作結核病之試驗與研究，即因此故。

D 結核桿菌之殺滅法

吾人利用清潔之法，雖可減少細菌之數量，但不能杜絕細菌之存在，故欲達殺滅細菌之目的，其法有二。

a. 理學方法 利用燃燒及煮沸殺菌，最爲徹底，且又經濟，故衣服被褥用具等，均可施用此法。

b. 化學方法 利用消毒劑，如來沙而及百分之七十酒精等，以達消毒之目的。該消毒法，較爲緩慢，常須留置二十四小時之久，且所費較大，凡不能用理學方法消毒者，常用此法。如手部之消毒，常用火酒之拭擦，以及痰盂中放入稀釋之來沙而，以爲消毒是也。

E 結核桿菌之傳染途徑

a. 呼吸器爲最重要之傳染途徑。因結核桿菌之侵襲，泰半入肺臟，使病者惹起咳嗽與

咯痰。結核桿菌即混入痰沫中咯出。而再行佈散。因此凡與結核病者接觸。常有間接或直接傳染之可能。

b. 由消化系傳入者。乃飲患結核病牛之牛乳。經胃入腸部。使原發性結核發生於腸部。

此種傳染途徑。在中國尙少。在歐美則較多。因歐美人士。常飲牛乳故也。惟現今科學發達。細菌學闡明。而知嚴密防範。故在腸部之原發性結核。現幾絕跡。

在我國係共食制。如與結核病者共食。即有被傳染之機會。

五 肺結核之病理學

人體受細菌或異物侵入時。體內即發生抵抗力而起反應。此種反應。在初起時爲非特殊反應。即在細菌侵入之局部。漸覺有紅腫熱痛等現象。此時其局部在病理上有滲出物產生。中含紅血球。白血球。血清及纖維素。此即爲發炎之現象。

當結核桿菌侵入肺部時。亦有此同樣之反應。即初呈非特殊反應。而產生發炎現象。普通人稱之

爲肺炎或結核性肺炎。實卽爲肺結核之初發性肺炎。如是經一星期後。體內卽漸生特殊反應。此種反應。乃專爲對抗結核桿菌之反應。惟人體受結核桿菌之侵襲。常不止一次。在病理上言之。於初次傳染後。人體已有特殊反應及抵抗力產生。至二次傳染後。體內卽有特殊變遷。此種變遷。有下列數要點。茲分述如下。

1. 於初次傳染時。其始病者體內僅有非特殊之抵抗力。迨以後漸漸產生結核性之特殊抵抗力後。卽能將結核菌擊敗。其病遂癒。此種抵抗力。在今日尙不能將其分析而資應用。惟體內得此抵抗力。則可抵禦第二次或以後之結核再傳染而使之速愈。故於人體抗禦結核。最爲有功。法國遂有將B. C. G. (乃將結核桿菌反覆培養至三四年之久。使其成無毒性之結核桿菌) 給初生兒內服。使其起無病之初次傳染。而產生抵抗力。俾至再傳染時。卽可藉其所得之抵抗力以抵禦之。

2. 過敏性反應。吾人已知初次傳染。身體中在一星期內。爲非特殊反應。但一星期後。則漸生特殊反應。此卽表明人體在初次傳染後。對於結核桿菌之蛋白質。已有過敏性反應。故在第二次再有結核桿菌傳染時。體內因已有結核性過敏性反應。遂起特殊之反應。而加速摧毀結核之病竈。故其反應之力。亦較初次傳染爲強。同時局部之摧毀亦多。殺死結核桿菌之力亦大。因此病人所覺之症狀。亦必

較初次傳染時爲劇。

在初次傳染時，因無過敏性反應，故症狀甚微，患者每多忽略，惟至再傳染時，因其症狀急劇，病者常因此而求醫，此時醫者根據其症狀而研討其病理，即能知其爲肺結核之再傳染。

3. 初次傳染，大半在兒童時代，因其時無特殊之反應及過敏性反應，故病狀輕微，難於診斷，但其結果因種種關係而有不同。

A 視病兒對結核桿菌之抵抗力如何

B 細菌侵入之多少

C 傳染之次數

D 細菌之毒性

如病兒受傳染少而體況佳，則大抵可能自癒，且癒後肺部可不留痕跡，或至成人後行愛克司光檢查時，有石灰化之結核斑點而已，有少數之病者，則因受傳染多，且病原之毒性劇，則每趨惡化，侵入之結核菌，常早期散佈及全身，而成全身粟粒性結核及結核性腦膜炎，而危及生命。

4. 當結核初期傳染時，結核菌在肺部造成結核性初發性肺炎，同時藉淋巴系而入局部之淋

巴腺結，使之腫大，遂致鄰近肺門之淋巴腺，亦罹結核症。如其病情劇烈，疾病即可由淋巴結而竄入血流，釀成全身結核症，而危及生命。惟此種轉歸，尙屬稀少，大多數均成爲初期肺與淋巴腺結核而止。

此後結核桿菌，雖因禁於局部，然並不死亡，每待時而發。如遇病兒感染麻疹或急性傳染病時，則其初期結核，往往有再行爆發之可能。其結果大抵形成結核性枝氣管肺炎，而至不可收拾。或遇病兒環境不良，身體羸弱時，即得頸淋巴腺結核（瘰癧子頸），又病兒如遇外傷，使其局部成衰弱點，結核菌即乘隙襲擊而成骨結核（骨癆或穿骨流疽）。

5. 如初期肺門淋巴腺結核，至病兒年稍長時，再行發開，則又可進而爲慢性血道蔓延之結核症。其病竈多半在肺部，成肺結核，但亦可入腎臟而成腎結核，或入盲腸而成結核性盲腸肥大。

此等病者，大抵病狀極微，自信無結核症，待其病狀加劇而顯明時，始思投醫求治，然其病已嚴重，難於救治。此等患者，平時大都僅易於傷風與咳嗽，以爲其屬小病，而不思就醫，故均坐失早期診斷之機會，殊屬不幸。

及至發育時期，病兒常有發熱、微咳、精神不振、乏力倦怠，或有咯痰，或痰中帶血。此時病兒雖在發育期，然常不易長大，而體漸消瘦。若在女孩，則月經不來，或起停經，人漸消瘦。我國常稱之爲乾血癆。此

等患者。如能愈早診斷而治療。則結果愈佳。

以上所述。係得結核病初次傳染後。其結核菌借伏體內。以後再行復發之變遷。此等病者。雖病情輕微。然經診斷有結核病時。其治療不宜僅專對肺部。其全身狀況。亦應注意。惟能有早期診斷。則事半功倍。

患者得初次傳染後。進入社會。接觸之人較多。復有再傳染之可能。

如病者得再傳染後。因其體內曾遭初次傳染。而有相當之抵抗力及過敏性反應。故其症狀之表現亦急速。此時之症狀。猶如感冒性肺炎。例如高熱、咳嗽、胸痛等。迨四五日後。有咯痰。患者每自認為普通之重傷風。實則為肺結核進行之開始。普通醫者。亦常以為急性傳染病。而不注意其為肺結核。故此時應就肺癆專家診察。殊屬必要。其最重要之檢查。為行愛克司光檢查及咯痰檢驗。以確定之。此時在一至三星期內。其肺部常可透見有肺炎樣之黑影。且因其症狀急速。局部必起潰爛及壞死。故行咯痰檢查。常可發見肺組織纖維及結核桿菌。即可斷其為肺結核症無疑。若病者未得專家為之詳細診查。則常於二三星期內將肺內之潰爛壞死組織及痰膿咯出。而發熱驟降。漸行復原。惟經此時期。以後患者每因有二種現象。而再行求醫。

A 忽患吐血 醫者行愛克司光檢查時，發現其肺部已潰爛成空洞，如詳加詢問，則會有傷風咳嗽等結核再傳染之病歷，但以前未得診斷，此等病者，如能遵行專家之囑咐，行根本之治療，則十九可愈。

B 患者得重傷風後，經二星期，仍有咳嗽咯痰，且身體未全復原，自覺倦怠衰弱，故思求醫診治，此時醫者常可查出其肺部患有肺結核，但此等患者，非每人均能找得專門醫師，故常延誤至一月至三年後，始來求正確診斷，惟此時已屬過遲，有時病者已發熱頗高，聲音嘶啞，已由肺結核而併發有喉頭核結，是皆延誤不謀診治所致，故患者能愈早就醫，其預後亦愈佳。

六 肺結核患者對於自己病狀應有之認識

肺結核之可怖，深印在我人腦海中，致患是症者，腦經中莫不受重大之打擊，尤以在久病者，腦經中憂懼萬狀，有時雖遇一極微之症狀，病者即認為非常嚴重，岌岌不可終日，此種情形，其症狀雖無關緊要，然於精神上頗受打擊，故殊不利於病體。

有時醫者認爲嚴重之症狀，忠告病者，應如何療治，然病者對之，則不以爲意，或置醫生忠告於不顧，以致病情日重，喪失轉愈機會，亦非所宜。

又有一般病者，當醫生診察之時，每遺漏若干症狀而不訴述，彼以爲此等病狀，無關重要，殊不知疾病之癥結，卽在於此，此等錯誤，皆因病者對於自己病狀，未能認識之故。

本章今將肺結核有關之種種症狀，一一分述於后，俾病者對於自己之病狀，得一相當之認識，知何種病狀爲嚴重，何種病狀爲無妨，何種病狀因何而發生，何種病狀於疾病有何意義，庶可避免種種錯誤，而影響於疾病，且於就醫診治時，在診斷與治療上，亦有種種之便利。

1. 病歷

病歷者，疾病之經歷也，當醫者爲病家診病時，醫者每由病人所訴之病歷，而得診斷其爲何病，故醫者對於病歷，甚爲重視。

醫學上分病歷爲三類，卽家屬病歷，既往病歷，現在病歷是也，茲分述如下。

A 家屬病歷

肺結核衆皆知爲一傳染病。故凡與相處或接觸之人而有患肺結核者。卽有被傳染之可能。此醫學上所以視家屬病歷甚重要也。

我國爲大家庭制。家庭中人數複雜。飲食起居。閑家相共。肺結核之傳染。最爲可怕。尤其爲一般無症狀而痰中帶有結核菌之肺結核患者。潛雜其間。健康人咸不知防備。最易受其傳染。

家屬病歷中之最重要人物爲父母。因父母與子女相處最密。故父或母之患有肺結核者。最易傳及其子女。又母親與子女之接近更甚於父。故子女被母親傳染之機會亦更甚於父。父母之外。則爲兄弟姊妹。如有患肺結核者。每爲傳染之源。其次如伯叔及表兄弟姊妹較疏遠之家屬人員。甚至如家中之僕役或保姆等。亦均能傳佈肺結核。故在家屬病歷上。亦同屬重要。

此外小兒至入學後。更有同學及友伴。爲其傳染之源。此亦屬於家屬病歷範圍者也。

醫者如遇病者所述之症狀類似肺結核。而其家屬病歷中又有肺結核病之歷史者。則此病者已大有患肺結核之嫌疑。

B 既往病歷

既往病歷。即以前曾患過疾病之歷史。此點在普通人均不加注意。然在醫療上甚屬重要。因疾病之經過。往往有甚長之歷史。以前所患之病症。每與今日所患之疾病有關。茲就有關於肺結核之既往病歷述之。

病人在兒童時代之身體健康情形。每與以後疾病之進展有關。如以往身體常衰弱不健。可造成將來肺結核之素因。且其肺結核大抵由潛伏在體內之初期傳染結核而爆發。非新近侵入之結核也。在急性傳染病後（如麻疹、痢疾、猩紅熱等）如調理失當。以致身體羸弱。亦可促成潛伏性肺結核之爆發。

在兒童時代。往往不慎仆跌或撞擊。致傷其關節。或四肢等。此時家長多不以爲意。惟該兒體內如有潛伏性之初期傳染結核症。則常於二至六月後。在其損傷處。成爲結核症。其始在行走時。覺有酸痛。如有有智識之父母。常於此時領其小兒投醫。惟此時行愛克司光診查。往往亦不能斷定其是否爲結核症。迨日後特徵漸顯。而知其真爲骨結核矣。

有一般小兒其胃口雖佳然其發育與滋長甚慢且身體亦日形消瘦此等小兒身體上若無其他原因則大抵患有結核症。

在兒童時代如患頑固而不易治癒之皮膚病（狼瘡）此亦多與結核病有關。

在兒童時代患頸淋巴腺腫大症（俗名癩子頸）經相當時間每漸行消退而愈此即為結核病之根故以後遇該兒身體狀況欠佳時即可由其結核性病根而致成肺結核症。

女子於青春期刊行經後忽經閉者如無其他原因則往往為結核症之現象俗稱乾血癆是也。

兒童之腹部脹大如為腹水則其主要原因大概有二即除腸寄生蟲症外便為結核症。

凡發熱持續至三個月以上而不退往往有結核病之可疑因普通傳染病必無持續發熱至三個月以上也譬如傷寒症之發熱即遇復發亦決無如此之久但此等病人除發熱外自覺並無其他症狀醫者若能詳細考察其病歷而歸納診斷之則往往為結核症。

以前有無咯血亦屬重要問題痰中帶血對於肺部之關係甚少因於牙齒齒齦鼻喉等出血時每有痰中帶血之現象也若痰中混有血絲或血塊則除由上呼吸道而來外亦有由肺咯出之可能若將此種咯痰檢驗而有結核菌找得時則必為肺結核無疑滿口之咯血對於肺結核之關係最切但除肺

病原因外，尚有其他疾病，亦有滿口之吐血，茲分述於下。

- (一) 由口腔疾病而來者。於口腔有損傷發炎潰爛時見之。如行口腔檢查即可明晰。
- (二) 由胃病而來者。則除吐血外，尚有胃病之歷史。如吐酸、胃痛等，可資識別。
- (三) 由心臟疾病而來者。除大量吐血不止外，尚有心悸、心臟部覺有不適及水腫等症象。今吾人既知咯血非為肺病所專有，故應由醫生詳細檢查，以確定之。

肛門附近四周組織產生瘻管（痔瘻）之病變時，有出血、搔癢、疼痛，甚至有肛門發炎之症候。惟據醫學之經驗，如將其疾病組織摘出，作細菌檢驗，亦難找得結核桿菌。今按統計論之，則凡患痔瘻者，百分之八十五以上，均與結核病有關，且常為肺結核病之先導病症。

滲出性之肋膜炎，其病原幾全為結核性。按臨床上之經驗，有許多病者，於得肋膜炎六個月至二年後，診斷得有肺結核病者，其例甚多。此中關係，可分二類說明之。

(一) 病人先得肺結核，再併發肋膜炎。當該病人投醫時，其所訴述為胸部刺痛、咳嗽、發熱。醫者每診斷為肋膜炎而治療之，並未將肺結核症檢出。此蓋因其時在聽診上，肺結核病竈處發生之囉音，全被肋膜炎滲出液所阻隔。即在愛克司光透視時，其結核之斑點，亦被多量滲出液所覆蓋。故凡非專

家往往不免疏漏。且其時肺臟受滲出液壓縮。即將咯痰檢查。亦難檢出結核桿菌。此確屬診斷上最困難之一點。又吾人均知如爲單純性之肋膜炎。經正當治療至一月後。其各症狀大概可愈。惟愈後醫者應再行詳細檢查。以觀其有無結核症。乃最屬重要。

(二) 病人僅患肋膜炎。而診斷確有肺結核者。至其肋膜炎癒後六個月至二年間。其淋巴結中潛伏之結核。每可重行爆發而造成新的結核病竈。此時病人因新得肋膜炎後。其康健雖未恢復。而亦自以爲病後失調所致。或於肋膜炎後。容易傷風。此亦有新的結核症生成之可慮。若病人所得之結核病不多。而有相當之治療。則常可自癒。苟不自癒。以後則成肋膜炎後之纖維性肺結核症。或肋膜炎後之纖維性乾酪性肺結核症。此時醫者之治療。較爲艱難。幸其病變之進行。較他類肺結核症爲遲緩。且多爲一側者。此病之醫療雖屬艱難。但痊癒之望尙多。如其病變已延及他側(即兩肺均罹有肺結核)。則預後較爲嚴重。

C 現在病歷

現在病歷。即現時所有病症之情狀與經歷。其在疾病之診療上。尤屬重要。

病者通常因身體不適而去求醫。其當時所覺之不適，如咳嗽、吐血、發熱等，即大抵為現在症。

病者因知識關係，訴述病狀，往往毫無系統，或對於其不適之部位與名稱，每多分辨不清。醫之病者之訴述為腹痛，實則為胸膜炎之胸痛，一字之差，部位與名稱大異。

病者患病愈久，往往於中途加雜其他疾病。此時病狀複雜，病者在求醫之時，大抵隨意訴述，故其所述之病狀，有時實為其他一病，而非因此而來求醫之一症。又當疾病沉重之時，病狀亦大抵複雜。病者在訴述病狀之時，亦大抵混亂不清。此時醫者須留意而辨別之。

以前吾人對於肺結核症，認為祇有一種，並無切實之種類與輕重等之區別，即有之，亦惟第一期、第二期及第三期等之籠統區分。此殊不可為訓。今則於臨床上有時期、輕重、種類，及有無合併症之分。故須由醫者研討其病原、病歷，並根據病理經驗以診療之。

肺結核之病狀，甚為複雜，須分別而探討之。其大綱可分為全身與局部二類。吾人由是歸納而觀察之，即不難得知其疾病之情狀與治療之要領。

a 全身症狀

一 發熱 人為熱血動物之一。按熱血動物在健康時，有一定之體溫。如體溫超過一定之度數。

即爲發熱。

發熱大抵在患病時見之。此乃身體抵抗疾病之一種現象與反應。測量體溫可以體溫計測量之。體溫計一名寒暑表。通常有三種。即攝氏表、華氏表及列氏表是也。惟習慣上大抵用攝氏與華氏兩種。此外又有口腔體溫計及肛門體溫計之分。

正常體溫 人體在正常無病時之體溫謂之正常體溫。正常體溫爲攝氏三十七度。華氏九十八度。六。惟有時因種種關係有輕微之變動。每可達至攝氏三十七度二。且夜間之體溫每較晨間爲高。飯後亦較飯前爲高。又在日光照射及熱浴或運動後。體溫亦稍稍增高。然於短時中。即行恢復。故非病象。**發熱與熱型** 病理上之發熱。每可由攝氏三十七度餘。超過四十度。且可持續數日至數月之久。有時體溫亦能降低於正常體溫。則亦非良好現象。醫學上分別體溫爲五種。

(一) 三十六度以下 (脈搏甚速者) 虛脫

(二) 三十六度至三十七度 正常

(三) 三十七度一至三十八度半 微熱

(四) 三十八度半至三十九度半 高熱

(五)三十九度半至四十度半

劇熱

按熱度持續之稽留、弛張、與間歇等狀態，有時有一定之型。疾病中有若干病症有一定之熱型。故醫學上又有熱型之規定，其名如下。

- (一)稽留熱 熱度在三十八度以上，而持續升降不逾一度者。如傷寒、肺炎、肺結核等之發熱。
- (二)弛張熱 熱度時高時低，其升降常有一度以上之差。如是持續不退者。如天花、敗血症、肺結核等之發熱。

(三)間歇熱 熱度為發作性，惟其間常有無熱之間隔期。如瘧疾之發熱。

體溫計之使用法 以體溫計測量體溫，可於口腔、腋下及肛門等處行之。通常大抵大人於口腔測之，小兒及神智不清之病者，則於肛門內測之。其法即將體溫計用火酒棉花拭淨，再握於水銀柱之另一端，用力捍之，使水銀下降至水銀柱，然後置口腔或肛門內測之。口腔中須置於舌尖下，以舌壓於其上，緊閉兩唇，肛門內並須於水銀柱之一端塗以凡士林或洋蜜，以便滑潤而易於插入肛門。惟口內須用口腔體溫計，肛門內須用肛門體溫計。測量之時間，為一分至二分鐘。測定後取出視之，觀其水銀上升至何處，齊其刻度，即得其體溫之度數。惟有一點須注意者，即於飲食冷或熱之飲食物以及運動

後須越半小時始可測量體溫。否則即不準確。每次測量體溫均須如此。腋下測量體溫較不準確。茲從略。

體溫計之換算法
攝氏、華氏、列氏各表之換算法其法如下。

$$n^{\circ}\text{C} = 4/5n^{\circ}\text{R} = 9/5n^{\circ} + 32^{\circ}\text{F}$$

n = 代表數

° = 代表度數

C = 代表攝氏

R = 代表列氏

F = 代表華氏

如攝氏三十七度，合華氏，列氏各若干度，其算法如下：

$$37^{\circ}\text{C} = 4/5n^{\circ}\text{R}$$

$$\text{R} = 37^{\circ} \times 4/5$$

$$\text{R} = 28.8^{\circ} \text{ (列氏)}$$

$$37^{\circ}\text{C} = 9/5n^{\circ} + 32^{\circ}\text{F}$$

$$\text{F} = 37^{\circ} \times 9/5 + 32^{\circ}$$

$$\text{F} = 66.6^{\circ} + 32^{\circ}$$

$$\text{F} = 98.6^{\circ} \text{ (華氏)}$$

熱度之測量每日最好四次。其時間為上午八時、十二時、下午四時、八時。每次均應記載。以便醫者

觀察。

二 盜汗 汗由汗腺所分泌。其作用在維護體溫。蓋人體因不斷之燃燒。而體溫亦不絕增高。此時體溫如無發汗爲之放散。則人必因高熱而死。至於發汗之所以能減低體溫。全賴其蒸發作用。因液體欲成氣體。必需得相當之熱度而後可。此種現象。即謂之蒸發。汗之由皮膚外洩。亦需熱量以助其蒸發。由此觀之。肺結核病者之有盜汗。其原因爲體內發熱。其目的爲使其發熱降退。肺結核患者因有持久之發熱。故盜汗頻發。又結核性之發熱。常於午後漸行上升。故病人每訴有夜間盜汗。其次盜汗乃病後身體衰弱。或受毒素刺激所致。如人在極度虛脫時。常有冷汗淋漓之象。即爲其明證。有時生理方面之出汗。如夏天出汗較多。此一定之理。惟有時結核病者亦多認之爲盜汗。實屬誤會。善羞與驚懼時之神經性出汗。以及服退熱藥後之出汗。患者亦每有誤認爲盜汗者。此不可不辨認者也。

三 消瘦

消瘦爲肺結核患者所有之顯著現象。因肺結核患者每多食慾不振。飲食之量。因此

減少。身體內所得之養料。即不足以供給其消耗與營養。此爲消瘦之一因。此外持續不退之發熱。患者亦必日趨消瘦。因發熱爲消耗人體精力之一大原因。發熱持續不退。精力不斷消耗。此爲消瘦之二因。又據吾等臨床經驗。在腸結核之患者。消瘦最甚。因吾人飲食之物。經人體之消化作用後。其養份之吸

收。大部份在腸。惟腸結核之患者。其腸壁因有結核潰瘍。而腸粘膜又常受結核毒素之刺激。故腸在生理上。遂不得不鼓足其自衛之功能。增速腸之蠕動。冀以逐害物於體外。故食物至腸。即難以久留。勢必在短時間中被逐外出。夫食物既不能在腸中得相當時間之停留而消化之。腸即不克充分攝取其養料。以爲身體之需。又腸中結核病竈之廣泛者。甚至其病滿佈於腸。則其吸收養料之力更弱。此爲消瘦之三因。

四 食慾 人賴飲食物以生。能攝取充足之飲食物。身體始能臻健壯。故吾人在健康時。食慾大抵佳良。

在一切慢性及發熱之疾病。其食慾每多減退。此因疾病而礙及胃腸消化之故。

肺結核症。即爲發熱及慢性疾病。故患者往往食慾減退。其主因約有數端。

- (一) 調味不適。或飲食物之配製不良。
- (二) 飲食不節。(不規則之飲食。如飲食過飽及次數過多。或多食零食等。亦能影響食慾。)
- (三) 發熱。(因發熱而影響全身健康。同時食慾亦受其打擊。)
- (四) 劇咳。(刺激與震動過度。影響食慾。而致不良。)

- (五) 喉頭結核。(因其嚥下困難。或咽下疼痛。以致對於飲食發生恐懼。由恐懼而影響食慾。)
- (六) 腸結核。(由腸結核而致身體羸弱。由羸弱而致食慾減退。二者有互為因果之關係。)
- (七) 結核性腹膜炎。(因發熱及黏連物之牽引而生疼痛。或因此刺激而起嘔吐。由是間接與直接影響食慾。)

(八) 精神作用。如抑鬱。憂慮。悲哀等精神之感動。(精神之安甯與憂樂。影響於人體至大。故肺結核患者之精神作用。每能影響於食慾。)

五 脈搏 脈搏之次數。正常人每分鐘為六十至八十次。女高於男。與體溫成正比例。有時對於身體及精神之狀態。有密切關係。如運動及驚懼之時。可使脈搏增速。小兒之脈搏較成人為速。每分鐘常在一百次到一百四十次。醫者在臨診上對於按脈之意義。約有數端。

(一) 按脈時能知發熱與否。因脈搏常與體溫相並行。發熱時脈搏常增速。且因血管之緊張力增高。脈搏之力亦大。

(二) 藉以測知病者之體力。蓋微弱之脈。為其心臟搏動乏力。此即身體衰弱之表示。脈強而有

力。則為體况佳良之徵。

(三) 可知心臟之狀況。因有心臟病時，其脈搏往往不勻，或不規則。臨床上關於結核患者脈搏之變化，有須注意者約有四點。

(1) 久病者因心肌受結核菌毒素之侵襲，而起心肌障礙，其脈搏每多增速。又病人雖經相當休養，脈搏仍高而不降者，此乃身體過弱之表示。

(2) 脈搏雖高，經相當療養，而能恢復正常者，則常無妨。

(3) 病人之精神不寧與神經刺激，亦每可使脈搏增速。

(4) 如脈速持久不降，且與發熱度數之比例不符，如熱度下降而脈搏頻速，或反而繼長增高者，此可斷其預後不良。

b 局部症狀

一 咳嗽 咳嗽為呼吸道之一種清除與衛護運動。故凡呼吸道遇有分泌物或異物以及種種刺激之時，其神經即由反射作用而起咳嗽，以達其清除與衛護之目的。有時因鼻喉之不健全，如慢性鼻炎、扁桃腺疾患等，亦能引起咳嗽。

咳嗽之情形不同，臨床上可根據其情狀以斷其疾病。如一日僅咳三數次，而每次之咳甚劇，且常

持續至數分或十數分鐘之久。此大抵爲百日咳。

如晨起略有咳嗽數聲。或於晨間咳嗽較多。此因隔宿之痰積聚於氣管之內。至晨間必須排出。故生理上遂起咳嗽。以達清除目的。如咳嗽不多。有時並非疾病。

在肺結核病之咳嗽。除在晨間有咳外。終日均有間續之咳嗽。

咳嗽又有乾性與濕性之分。乾性者常爲咽喉或氣管蒙受刺激而起。在患肋膜炎時。亦可因反射作用而起咳嗽。又在神經性之病者。往往因細故而惹起乾咳。更有因習慣而作輕微之乾咳者。此皆因氣管中無分泌物也。

濕性者因呼吸道有分泌物。故咳時有痰。當其分泌物之量多時。病者往往能自覺氣管中分泌物。閣碌有聲。此與呼吸器疾病最有關係。肺結核之咳嗽。每多屬於此類。

二 咯痰 正常及健康之人。大抵無痰。但都市人民。因受空氣中塵埃之吸入。以及各種慢性刺激。如吸煙等。刺激其上呼吸道之粘膜而產生小量之咯痰。此外在上呼吸道。枝氣管。以及肺組織有疾病時。則其粘膜發生分泌。而經毳毛上皮之掃除作用。惹起咳嗽。由是而將分泌物咳出。而造成咯痰。故咯痰除一部份係因刺激而來外。餘均爲呼吸器疾患之重要徵候。（呼吸器疾患。非專指肺結核症。）

(一) 純粹粘液痰 其性質透明而粘稠，色白，有時混有灰黑色之塵埃，大都由口鼻咽喉而來，此常為正常之分泌，有時亦可由枝氣管而產生。

(二) 純粹膿樣痰 其性質濃厚而不透明，呈黃白色或黃色而成團狀，此因化膿性病竈穿孔而成，如肺膿瘍、肺結核之乾酪性病竈，此外亦可由化膿性之枝氣管炎（或稱枝氣管膿漏）而來，故此種咯痰於肺結核病學上頗有關係，欲診斷其為何病，可藉顯微鏡之檢查以辨別之。

(三) 粘液膿樣痰 為最常見之一種，多見於劇烈之枝氣管炎（在傷風咳嗽之末期最為多見）及肺結核症，二者主要之分別，則為由枝氣管發炎而來者，其粘液與膿常相混合，來自肺結核者，其膿常作團狀，四周圍以粘液，如吐入水中，則向下沉，此外大量之粘液膿樣痰，留置之可分成三層，下為膿塊，中為膿汁，上為粘液，此為枝氣管擴大症所特有之咯痰。

(四) 混有血絲或血塊之咯痰 大都因上呼吸道疾患時之局部充血，致微血管破損所致，與肺結核之關係較少。

(五) 純粹血液痰 其主因係由肺血管受潰爛變化破裂而起，常在肺結核症時見之，此外則有肺膿瘍、肺壞疽等亦見之。

(六) 臭味咯痰 爲肺壞疽及肺膿瘍潰爛穿孔之特徵。

(七) 鐵銹色之咯痰 乃大葉肺炎之特徵。

(八) 草綠色之咯痰 在急性乾酪性肺炎及肺結核症之有混合傳染時見之。

三 咯血 平時我人由口內吐出血液，其來源甚多，如喉、鼻、肺、胃等處有破損或病變之時，其發生之出血，均可由口吐出，惟普通人一遇吐血，卽以爲由肺而來，惶惶然疑有肺病，此實一無意識之舉動。

醫學上對於吐血，因病症之不同而有咯血與吐血之分，凡由肺而來者，謂之咯血，由胃而來者，謂之吐血，普通人統稱之爲吐血，實有未當，茲將咯血與吐血不同之要點，列之如次。

咯血（由肺而來）

(一) 由咳嗽而出。

(二) 有肺病之症狀。

(三) 血色鮮紅，有泡沫，不凝固，往往混

有咯痰成分。

吐血（由胃而來）

(一) 由嘔吐而出。

(二) 有胃病之症狀。

(三) 血色黯黑，無泡沫，常有凝固成塊，往往

混有食物成份。

胃出血之理論不在本書範圍內。故從略。茲僅就肺出血述之。

咯血非肺病專有之症狀。因有鼻與咽喉之疾患時。亦均有出血現象。而可由口吐出。惟此種吐血。常於痰中混有血絲或血塊。滿口之咯血則較少。當大量鼻出血或咽喉等處之靜脈小瘤破裂時。其出血可由鼻喉流入氣管。再由咳嗽吐出。而常與真正之肺出血相混。又如有心臟疾病時。其血液每鬱積於肺臟之小循環內。以後漸漸由肺咯出。亦每與因肺病而出血相混。

婦人之代償性月經。每現大量之鼻出血。其血亦可流至咽喉。由口吐出。是則為生理而非病理現象矣。

由肺病之咯血有下列數種。

(一) 肺結核 係由肺部血管受結核性病菌侵蝕破裂而起。故其咯血常為大量。而不易停止。此外尚有發熱咳嗽等肺結核之症象。如將其咯痰檢驗。則可找出結核桿菌。故吾人如吐鮮血一口以上。並有咳嗽。咯痰。發熱。及消瘦等之任何一症狀。即有患肺結核之嫌疑。應就醫妥為診查。

(二) 枝氣管擴大 乃枝氣管因病理變化而擴大。致將粘膜之血管破損。而起咯血。其咯血量亦多。並亦有發熱。咳嗽。消瘦等現象。故難與結核症區別。惟可根據其病歷及痰液檢驗有無結核桿菌。

發現而區分之。

(三) 肺壞疽及肺膿瘍 亦因肺部血管經潰蝕而起。惟其咯血中常含有特臭及膿樣之痰。

(四) 肺瘤腫 因瘤而微血管被侵毀壞。遂致出血。通常其咯血量大抵不多。每混於咯痰之中。有時亦可大量咯血。

四 胸痛 胸部之痛覺神經受刺激後傳導而覺痛。此為胸痛。肺臟因無痛覺神經。故肺臟無痛覺。惟一般病者。遇有胸痛。即疑為肺內有何病變。此實一最大之錯誤。因事實上縱使肺臟潰爛而成空洞。亦不覺有痛也。

與肺臟最接近之物為胸膜。胸膜佈有痛覺神經。故如刺傷胸膜。或胸膜發炎。則必發痛。且於深度呼吸時。其痛尤甚。此時如加以按壓。每能緩解其痛勢。在肺結核之患者。常因其有胸膜炎之併發症。而覺胸痛。

有時在食後常發疼痛。此係因胃病而起之胃痛。惟病者有時亦誤為胸痛。此外如胸肌神經炎。風濕性肋間神經痛等。均發生胸痛。故與肺結核症無關。

五 氣急 成人之呼吸數為每分鐘約十六次至二十次。與脈搏數之比例為一比四。如呼吸受

種種關係而增加其次數者，謂之氣急。

氣急之產生，其原因甚夥。大抵因人體氧氣缺乏，而碳酸氣增加，致人體細胞感覺氧氣不足。同時由碳酸氣之刺激呼吸中樞，遂致呼吸次數增加而造成氣急。故氣急原為人體攝收多量氧氣之一種代償工作。

氣急又有真性與假性之分，書之以便診斷。

假性氣急 乃呼吸之規律及次數不正常之謂。其原因並不基於氧氣之缺乏，而實由大腦受障礙或神經受刺激所致。此在臆躁症（歇司的里）患者，往往見之。

真性氣急 乃因人體組織有病理變化，致使體內氧氣不足而起之代償作用。例如

(A) 呼吸器疾患之氣急

- (一) 因呼吸道受阻後，空氣進入過少而產生氣急。如呼吸道狹窄，枝氣管疾患，枝氣管性哮喘。
- (二) 肺組織彈力消失，致呼吸時肺組織膨脹不全，收納氧氣減少而成。常於肺氣腫時見之。
- (三) 肺組織因病變而損壞，致呼吸面積縮小，氧氣之攝取不足。生理上遂不得不增進呼吸次數，以為代償。於是即成氣急。此大抵在吐血後肺之大量損壞，肺膨脹不全，及肺組織潰爛過多時見之。

又如胸痛過劇，病者因痛而不能深呼吸，遂致呼吸浮淺，亦猶呼吸面積縮小之理，而產生氣急。

(B) 呼吸器以外之臟器疾患之氣急

(一) 滲出性肋膜炎，有大量滲出液時，每將心臟壓迫而移位，尤以在左側者，最易發生氣急。

(二) 一切心臟疾患，因其瓣膜閉鎖不全，或至不能代償時，則血流緩慢，發生鬱積現象，此時體內碳酸氣積滯，刺激呼吸中樞，而產生心臟性氣急，或由心臟疾病因血液將肺臟血管充滿而起肺組織鬱積，由是而起機械性之呼吸阻礙，亦即產生氣急。

(三) 在發熱時，體內因需氧氣增多，亦可造成發熱性之氣急。

(四) 糖尿病發生酸中毒時，亦有劇甚氣急。

此外限局性之腦疾患，亦每因呼吸中樞受刺激而起腦性氣急。

(C) 藥物及中毒

一氧化炭、綠酸鉀、砒、溶血性細菌毒素等中毒時，每使組織內呼吸減少而產生氣急。

六 失音 聲音之病變，乃喉頭疾病之主要病徵，臨床上可分二種。

病者於發音時，聲音粗糙不純，其發生原因，乃聲帶浮腫，此常於普通之咽喉發炎，傷風咳嗽過多，或演說過度等時見之。又在初期之喉頭結核患者，若聲帶已受侵襲，病者亦有聲音嘶啞之象。

b 失音

因聲帶受潰瘍之影響，致空氣振盪時不能發音，此乃喉頭重篤疾病之結果。在晚期喉頭結核時，其聲帶佈有多數結核性潰瘍，以致病者發生失音。此外除喉頭疾病外，每因縱膈瘤腫及縱膈淋巴腺結核腫大等而壓迫縱膈回歸神經而使之失音。診斷時應詳細辨別之。

七 腹脹 腹部膨脹之疾病甚多，其主因不外為

(一) 病人經長期休養，而有慢性便秘者，此因大便不通，糞便積聚於腸而覺腹脹。

(二) 消化不良及胃病時，致腸內積氣而覺腹脹。

(三) 結核性腹膜炎，常有腹脹，如腹膜有黏連時，則除腹脹外，常兼有腹痛。

(四) 腹水症時，因腹部積水而覺腹脹。

八 大便 大便為食物經人體消化吸收後排棄之殘滓，正常人之排便，大抵有一定之次數，色

澤、性質及形狀，故臨床上因其次數、色澤、性質及形狀等之變化，可資疾病之診斷。普通大便之變化，約

有兩端。

(A) 便秘 此等患者大抵因腸蠕動之力減少致排出力緩遲遂成便秘如

(一) 常坐而工作者

(二) 久臥床第

(三) 在結核病者之便秘除長期休養缺少運動外尚有全身衰弱為其原因因全身衰弱時腸之蠕動力亦弱遂致排便力減弱而成便秘

(B) 腹瀉 其發生之原因大抵因腸蠕動力過劇之故如

(一) 因腸炎時腸內醱酵過甚以及神經蒙受刺激而起

(二) 慢性痢疾

(三) 患腸結核病時因結核菌侵襲腸粘膜而造成多數之潰瘍食物經病竈處即被迫急速驅過此乃人體之自衛作用其目的在使病變處減少物質之刺激故無形中腸蠕動即行增加由是而起

腹瀉

九 頭痛 頭痛為多數疾病之附帶症候如一切急性傳染病而有高熱時均有頭痛此外血壓

過高時，腦部血管，因痙攣而常起劇烈之頭痛，又用目力過度，大便不通，睡眠不足，神經刺激，以及副鼻腔疾患等，亦均有頭痛之發生。在結核性腦膜炎時之頭痛，其發生乃漸漸加劇，及至劇烈境地，繼則神志不清矣。

十 嘔吐 嘔吐之產生，由於嘔吐中樞受中樞性或反射性之刺激而成，故在臨床上對於嘔吐一症，實有分別，並有重要意義。

(A) 中樞性刺激之嘔吐，其原因為

(一) 服嘔吐藥後。

(二) 疾病毒素之作用，如在慢性腎臟炎及霍亂時。

(B) 反射性刺激之嘔吐，可由各種器官之刺激而產生，如

(一) 腦部之瘤腫，腦膜炎。

(二) 暈船時因耳部迷道變化，亦每起嘔吐。

(三) 胃病。

(四) 腹膜炎及腸阻塞時，亦有嘔吐。

十一 頸淋巴腺腫大 淋巴腺爲淋巴系統中之要塞，其作用在淋巴系統中，譬之爲防禦之堡壘。如一旦遇有妨礙身體之物輸入體內，至淋巴腺則堵襲而抵禦之。此時即現淋巴腺腫大。故在肺門淋巴腺有結核病時，因其強烈之病毒，越肺門淋巴腺而潛至附近之頸淋巴腺，該腺亦即堵襲而起抵禦。此時遂呈腫大。此外在扁桃腺疾病、口腔發炎，以及霍金森氏病時，亦均有頸淋巴腺之腫大。其理亦同。

十二 面色 病人之面色，在臨床上亦甚重要。茲就有關於肺結核者研討之。

肺結核患者，常有繼發性貧血。故其面色常呈蒼白。惟有時因有潮熱，其面色反呈紅潤。故每不能察知其貧血之程度。實則此爲病態的潮紅，而非健康之面色紅潤。此外因肺結核患者，其體內炭氧交換，每告障礙，而致面色發紫，呼吸短促。此皆因體內氧氣不足，血內炭酸氣增加之故。

2. 全身及局部檢驗

醫者在診病時，除由病者訴述自覺的症狀外，醫者尚須由主觀的立場，爲病者行全身與局部之

a 全身檢驗

(一) 發育 病人之發育狀況。每與疾病之診斷有關。如患腸寄生蟲病時。可使發育遲緩。內分泌方面如甲狀腺機能降低。生殖腺不發達。缺乏腦垂腺前葉素時之成人症。軟骨病之矮小發育。此等發育特殊者。體多不健。故易受結核菌之侵襲。

(二) 營養狀態 依據病人之營養狀態。亦可以助診斷。如營養不良。則顯消瘦。迅速之消瘦。常為急性傳染病之症候。如傷寒。痢疾等。此皆因稽留性發熱之消耗以及營養進納過少所致。如營養極度不良。乃惡液質疾病之症狀。如肺結核。毒瘤。以及重症糖尿病等。在肺結核症之營養不良。其原因不外為持久發熱之消耗。喉結核之食物進納困難。腸結核之營養物質吸收不全。如營養不良。達消瘦極度之時。則常現虛腫。

(三) 貧血 病人於大量咯血及胃出血後。因失血過多。遂致貧血。在重篤之疾病。常因毒素之刺激。致起繼發性貧血。如肺結核。惡瘤。敗血症時見之。在瘧疾則因瘧疾原蟲大量破壞紅血球。而致血球數量減少甚多。遂起貧血。有貧血之病者。檢查其面色。常不正常。而呈持續性之蒼白。甚者面色臘白。

但由面色上之觀察，僅能知其是否為貧血，而不能確知其貧血之程度。

(四) 氣急 生理上因運動過度或行動方停止時，常使呼吸次數增加，在表面上觀之，猶如氣急。但此種氣急，能於短時間內消失，故不能謂為氣急。在臨診之時，如病人行走方停，即行檢查，常易致錯誤。又神經性之病者，每因神經之刺激，亦能發生假性氣急。此亦須注意。至於真正之氣急，則因疾病而發生，其發作有急性與慢性之別。

(A) 急性發作之氣急

(a) 枝氣管哮喘

(b) 肺氣腫及枝氣管炎之發作

(c) 肺結核病之併發大量自生氣胸

(B) 慢性氣急

(a) 胸膜炎生水

(b) 心臟病至不能代償時

(c) 肺炎因胸痛或毒素刺激時

凡真性氣急之病人，在以平時更甚，故常端坐而呼吸。

(五)發紺 可由口唇及指甲處見之，其發生之原因，乃由體內碳酸氣過多，氧氣不足之故。如在心臟病至不能代償時，敗血或中毒性疾病，例如敗血症、肺炎、重篤之肺結核等，均可致氧氣減少，碳酸氣過多而呈發紺現象。臨床上常有氣急之併發。

b. 局部檢驗

唇 由口唇之色澤，可知病者之營養狀態以及血色如何。如唇乾燥而兼裂痕，則常因發熱之故。

牙 有無膿漏齦齒，因此種慢性發炎，常可影響其全身康健。

舌 正常之舌，呈鮮紅色，且滑潤。在發熱之初，其舌常乾燥而覆有厚苔。在消化不良，或大便不通，亦均有舌苔。此外如病者身體虛弱，不能取食較硬之食品時，亦有舌苔。

口腔 須觀察口腔內有無發炎，如口峽炎、齒齦炎等。重篤之肺結核病者，常有鵝口瘡發現，其預後常嚴重。

鼻 鼻塞與否，以及有無分泌物，於診療呼吸器病時，大有關係。因慢性鼻病，如鼻茸、鼻竇炎時，

每可影響於呼吸道也。

咽喉及扁桃腺，有無局部紅腫、流血、潰瘍、隱窩、白點、假膜等。

耳 有無出水化膿處。因耳與喉有歐氏管相通，二者有疾病時，可互相蔓延也。

頸部 有無淋巴腺腫大。在檢查時最屬重要，因其與肺結核症有關也。

胸部

(一) 視診 正常之胸廓，前後小，左右大，非正常者，約有下列各點。

(1) 有無脊柱彎屈症，因此可使胸部變形。

(3) 不正常之胸廓，如

1. 瓶形之胸廓，即胸廓向二側擴大，此常為肺氣腫之特徵。

2. 一側胸廓擴大，常可因肋膜炎滲出液，或縱隔瘤腫之膨脹而成。

3. 胸廓二側變狹，此種胸廓，具平長狹三種情形，對於肺結核最有關係，因此種發

育，實為身體衰弱之徵。

4. 胸廓一側變狹，此常因肋膜炎後之收縮，肺結核之硬變，大部之肺膨脹不全時

而造成。

(二) 觸診 可察知胸部淋巴腺有無腫大。心尖搏動之狀態如何。

(三) 打診 正常之肺組織。在打診時聲音清響。如肺部有浸潤。瘤腫。滲出液等時。則呈濁音。

(四) 聽診 正常之肺組織。在聽診時可聞得清明之呼吸音。若其處有病變。則聽診時聲音改變。此種聲音變化。甚為複雜。在有經驗之醫者。均能分析而辨別之。

腹部 正常之腹部微隆滿。隨呼吸運動而升降。在病理變化時。則情態改變。

1. 陷凹 在饑餓過甚。劇烈腹瀉。或消瘦時。均能使腹部陷凹。在腸絞痛及腦膜炎時。常因腸起收縮而使腹壁陷凹。在腸結核。乾性結核性腹膜炎時。亦有此種現象。

2. 膨脹 過於肥胖。則脂肪積貯腹壁。使腹部膨脹。妊娠時之腹部膨脹。此乃生理現象。至於非正常之膨脹。乃腹部有氣與水之關係。

(1) 因氣而產生之膨脹。除吞入氣體外。其少量者。如慢性腸炎。或腸醱酵過度。致產氣特多之時見之。大量之氣膨脹。則在腸不通症時見之。

(2) 因腹水所起之膨脹。如肝硬變。心臟病時見之。在結核性濕性腹膜炎時亦有之。

抗 癆

- (3) 硬塊 其發生原因頗多。
- (一) 肝或脾臟之腫大。
- (二) 大便乾結。
- (三) 腹部之瘤腫。
- (四) 腸系膜結核。
- (五) 妊娠時之子宮肥大。
- (4) 腹痛 腹痛之原因最多。如
 - (一) 急性胃腸炎。
 - (二) 月經來潮之腹痛。
 - (三) 盲腸炎。
 - (四) 腹膜炎(急性或結核性)。
 - (五) 腹部結石症之痛。
 - (六) 腸系膜淋巴腺結核。

(七) 腸結核。

(八) 骨盤疾病。

四肢

由四肢之檢查可知病者消瘦之情形如何。有無水鹽缺少之現象。因水鹽缺乏則四肢皮膚乾燥而失其彈性。此外有無水腫現象亦可察知。又如關節之運動情形。反射之機能如何。有無杵狀指以及骨結核之癥痕。

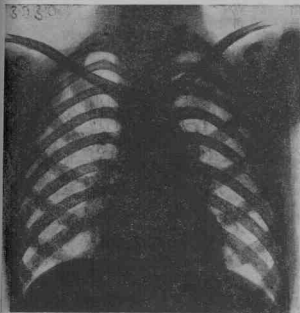
3. 愛克司光診查

愛克司光在診斷疾病上之重要。幾已為人所共知。尤以行肺部診查時。欲求其診斷確實。非有愛克司光不可。

愛克司光為何物。愛克司光為一種電子。經高壓之電力。將電子放射至鎢製成的一塊金屬面。由是而發生一種光。其光為愛克司光。惟人目所不能見。必須射在一影屏之上而成螢光。人目始能見之。此光除金屬外。其餘各種物質。均能透過。

吾人利用愛克司光能透過人體。且因人體各部組織之密度不同。其透過之光。亦隨其密性之程

度而呈現深淺不同之影。由影之表現，而可測知其透過物之情狀，遂利用之以為診察體內人目所不能見之物之工具。



一圖 正 常 心 肺 之 愛 克 司 光 攝 影

骨與心臟之組織較為緻密，故當愛克司光透過時，常呈一陰影，如行胸部愛克司光透視時，因肺臟之組織鬆弛而薄弱，且其內含有空氣，故愛克司光幾可完全透過，而不見肺影，其所表現之較深陰影，僅為心臟大血管與氣管以及肋骨而已。

正常之心肺 欲明有病之心肺，須先知正常之心肺。上列之圖，即為正常人之心肺。

健康之肺臟，愛克司光幾可完全

透過。已如上述。惟當肺部有炎腫潰爛等病變時。因其組織之密度增加。如以愛克司光透過之。其病變處即現較深之陰影。惟此種陰影。僅能示吾人其處有疾病及疾病之面積。而不能告人以所患何病。此須憑醫者之經驗。並根據病理之研究。區別而診斷之。據經驗所示。肺部各症。在愛克司光照視下。其所現影子之大小。密度。形狀。地位等。雖各有不同。然在有經驗之醫者。均能一一辨認而不誤。

臨床上對於重篤之肺結核症。固易於查出。然在病之輕微者。則每感困難。此時惟有利用愛克司光以診查之。故在臨床上。遇理學檢查所不能檢出之癥結。可以愛克司光助其診查。此所以愛克司光為診查肺病之最要工具。

一般人以為行愛克司光檢查。一次即足。其實有時須經多次連續之檢查。方能明悉其疾病之進展與變遷。至於檢查時期之間隔與所需之次數。則須由醫者視病情而定。

攝取愛克司光照片。亦復如是。有時須照數片。後始能有助於診斷。

愛克司光施用於診查上。可分二種。一為透視。二為攝影。各有其可取之長處。而分別應用。

a 愛克司光透視

檢查時使受檢者至一暗房內立於一能發光之影屏後。開啓愛克司光。其光即能穿透人體。呈現一活動之影於影屏之上。此時醫者即可觀察受檢者之體內情形。如行胸部檢查。在正常人所現心肺之狀態。則如圖一（見前）。

如有有病之人。則其癥結亦明顯呈現於影屏之上。如遇疾病之形狀性質及地位等有疑或有物障蔽於疾病之處。則可移動受檢者之身體。而明晰觀察之。此為透視之最大特點。攝片後即不能。且透視之費用。遠廉於攝影。故便於行普遍之檢查。遇透視有疑點或欲固定記錄以及定奪治療之時。則仍須攝影。以便研究與參攷。惟透視檢查。非有相當之經驗不可。故須由有經驗之醫者行之。方能準確。

b 愛克司光攝影

攝影之目的有五。

- 一 欲有固定之詳細記錄。
- 二 可助醫者診斷之決定。
- 三 病者有疑慮時。可攜片至他醫處研究。

四 經若干時日。如一月或數月。攝取愛克司光片一次者。可示吾人以疾病之進展。或較愈。或惡化。

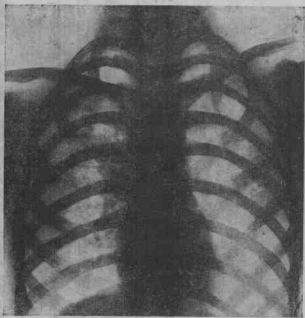
五 所攝之片。可以編號收藏。以資醫學上後學之研討與日後之檢查。

國人因經濟力困難。不能担负較多之醫藥費。故如愛克司光攝影太多。病人每不堪負擔。此時可酌量情形減少攝影。以透視代替之。

愛克司光片之觀察。亦非易事。因在臨床上。不僅欲觀察其有無疾病。且須研討其疾病之病原與種類。庶於施治時。易收功效。然此非一朝一夕所能成功。茲擇數片如下。以示其例。

抗

撈



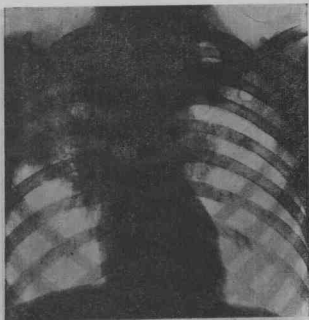
二圖 右側結核已成空洞

五八

得括其邊際之線則真
人皆不潔食而共積其

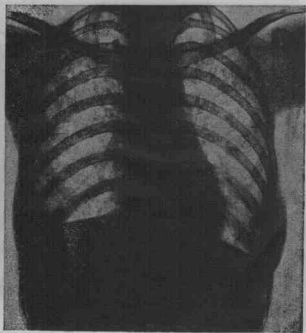
抗

癆



核結性癆潰側二 三圖

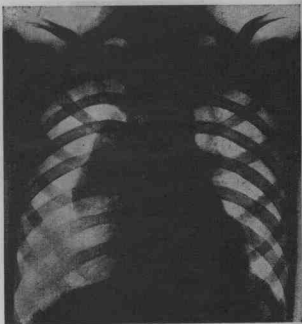
五九



核 結 性 粒 粟 四 圖

抗

癆

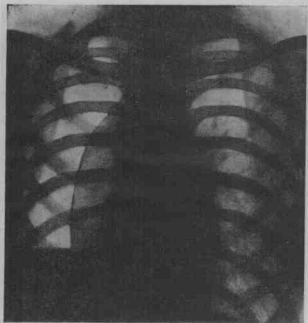


六一

胸氣工人側右五圖

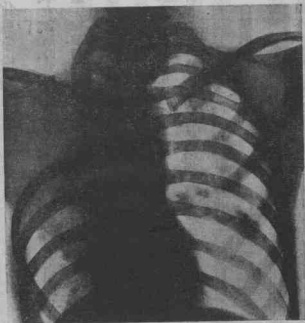
抗

癆



水生膜肋間期胸氣工人 六圖

六二



七圖 左側工人胸氣 右側胸廓形成術

4. 化驗室檢驗

科學的醫學，在診病時，為謀診斷精確計，除行各種檢驗外，更須助以化驗室之檢驗。茲就關於肺結核之一般化驗室檢驗，簡述如下。

a 咯痰檢驗

因傷風、烟及空氣之刺激所咯之痰，多半為口腔、鼻、喉部之分泌物。此種咯痰，乃輕輕咯出，而非藉咳嗽之作用而排出。故將咯痰作檢驗時，必須採取確由肺中所咯出之痰而檢驗之。在小兒，每不能將痰吐出而咽入胃內，至胃內積痰多時，則由嘔吐而排出，故其檢驗時，另有途徑。

一 肉眼觀察

由肉眼觀察咯痰之性質，可扶助診斷。如肺水腫之咯痰，乃白沫清水樣之痰，因其有被動性之水腫所發生，而非肺臟本身有病之故。在肺結核之咯痰，常呈粘液膿樣或純粹膿樣之痰，其多寡視病情及有無空洞而定。大量之咯痰，常在枝氣管擴大症時見之。如將其痰留置，可分成三層，上為粘液，中為

膿汁下爲膿塊，臭味之咯痰，多在肺膿瘍及肺壞疽時見之。鐵銹色之咯痰，爲肺炎之特徵。

二 顯微鏡檢驗

利用各種染色法，在顯微鏡下可鑑別各種桿菌，如結核桿菌、肺炎雙球菌、鏈球菌及流行性感
冒桿菌等。

在咯痰檢驗如找得結核桿菌，則爲陽性。如未找得，則爲陰性。唯一次之陰性，不能確證痰中絕無結核桿菌。常須反覆檢驗至十次時，如仍無結核桿菌發現者，則可安心。在治療中之病者，咯痰檢驗，每星期至少一次。惟結核桿菌發現之多少，常不能斷其病勢之輕重。故咯痰檢驗，在醫者但視其痰內有無結核桿菌以爲診斷，並不計其所含結核桿菌數之多寡也。若普通咯痰檢查不能達到目的時，則需將咯痰用集菌法檢驗之。如再不足，則先將咯痰作集菌法，繼則接種於天竺鼠體內，至四星期後，將其解剖而觀之，以定結核感染之有無，而定診斷，則最爲妥當。

b 血液檢驗

臨床上血液之檢驗，其慣例爲紅血球、白血球之計數，及其分類、血色素之定量，以及紅血球沉降

試驗是也。

一 紅血球計數

每一立方公厘之血液內，正常人約有紅血球四百五十萬至五百萬個，女子較少，有病變時，則其數可增可減。

二 白血球計數

健康人每一立方公厘內含白血球數六千至八千，在急性傳染之肺炎、肺結核之混合傳染，以及肺膿瘍等，則白血球數可增加，在傷寒、瘧疾、麻疹、感冒等則白血球數減少。

三 白血球之分類檢驗

正常人白血球之分類，其數如下。

多核白血球……………百分數六十五至七十

淋巴球……………百分數二十五至三十

單核細胞……………百分數五至八

嗜酸性白血球……………百分數一至二

在急性傳染病時，白血球數常增高，至痊癒時則減少，其分類上常為多核白血球之增多，在百日咳、肺結核病痊癒時，則往往為淋巴球之增高，而非多核白血球增高。

四 血色素定量

正常之血色素，男子為百分之九十至一百，女子為百分之八十至一百，小兒為百分之七十至八十，如身體有病或不健康時，血色素之百分數能減低。

五 紅血球沉降試驗

在肺結核病者，其紅血球沉降試驗常增速，惟此非肺結核專有之現象，由此種反覆之紅血球沉降試驗，可襄助結核病是否進行之診斷，並可為結核病預後之測驗，健康之血球沉降速度，男性第一小時約為二至六公厘，女性為四至十公厘，在月經及懷孕時，亦可增速。

c 小便檢驗

由小便之檢驗，可察知腎臟之情況，身體對於水份之平衡，物質交換之變化，心臟之機能，以及有無異物及病菌之存在，故小便在臨床上之檢驗，有助醫者對於疾病之診斷。

d 大便檢驗

在小兒每不知痰咯，常將痰咽下，故在此時如欲行咯痰結核桿菌檢驗，惟有採取其大便行之。此外在肺結核病者於慣例上亦須檢驗其大便，有無寄生蟲卵存在，及其他不消化之物質，以爲診療之助。

有時在開放性之肺結核患者，每因將咯痰咽下，故可於其大便中找得結核桿菌，惟不能作爲腸結核之診斷。

5. 診斷

醫療疾病，首重診斷，有準確之診斷，始能有準確之治療，故病人在求醫時，亦每知殷殷詢問醫者，此爲何病，彼亦希望醫者給其一診斷也。惟診斷一事，頗非容易，必須經相當時期，行種種之檢驗及觀察與研究，方能完成一診斷，故診察之時間愈長，其診斷亦愈確實，如當初診之時，醫者因病家之詢問，即給以診斷，其診斷每多不確，因在事實上實不可能也。

我國舊時醫學，類皆以疾病最顯著之症狀，作為病名與診斷。故當醫者為人診病時，僅須經病者訴述若干症狀，即可下診斷。故診斷甚易，惟此種診斷，實不可謂為診斷。

今日科學醫之診斷，須先問病歷，次則檢查病人，必要時復須助以愛克司光檢驗及種種化驗。如是綜合其所得結果，始能完成一診斷。故在初診之時，醫者之不能給病家以準確之診斷，即此之故。因即得其診斷，亦有錯誤之可能也。除非有確鑿之證據時，自屬例外。有時欲求診斷確實，病者必須住入醫院，因詳細之檢查及精切之觀察，非如此不可。

患病過久之病者，往往病情複雜，吾人可由其病歷中以診斷其原發病與併發病，又病人可於同時兼患數病，此時診斷與治療最難，醫者須分別而診斷之。

讀過上述各章，病者已可略知自己之病情，惟醫學精微，非有高深之學識與經驗，不能診治疾病。故病者切不可憑此書粗淺之知識，以作己病醫療之主張，須知此不過為灌輸讀者以一般醫學常識而已。因毫厘之差，輒闕生命，不可以不慎也。故病者仍須請醫師為之診治而聽從之。

人力有限，學問無邊，故世上決無萬能之士，醫者為謀其學能精切計，故有專治一科者，此實最有意義。故凡患肺病，經普通醫生診定後，最好再請肺科專家評定之，以求精確，而策萬全。

經病者之訴述與醫者之詢問而得之病歷。欲分別而歸納之。以定診斷。頗非容易。今略舉數例。以概其餘。

例一 病者身體本甚健康。忽然傷風咳嗽。發冷發熱。體溫升至華氏一〇一至一〇四度上下。呈稽留性熱型。起初咳時無痰。三四日後則有痰。迨一星期後。則痰成膿樣。發熱經五日至二星期之稽留而速降。同時有多量之膿痰咯出。此種情形。有類於膿泡之破裂。破裂後則熱降。其咳亦少。此時醫者每診斷為感冒。或肺炎等症。然在肺結核病理學上。患者有此種情形。大有患急性肺結核之可能。且其肺部已有空洞形成之嫌。如經驗痰而發現有結核桿菌。及經愛克司光檢查確實。則其診斷大抵為

纖維性乾酪性肺結核。

例二 起病緩慢。有咳。繼則發熱。病人自訴常有咳嗽。惟數日即愈。此種病人。大抵身體不甚強健。詢其家屬病歷。並有肺結核之歷史。

病者身體瘦弱。面色不良。食慾減退。其咯痰為黏液性而帶血。測其體溫。雖達攝氏三十八度。而患者每不自知其有發熱。此種患者。在肺結核診斷上。大抵為由

局部粟粒性纖維性肺結核而進入潰瘍性纖維性肺結核，或為纖維性乾酪性肺結核，兼有新自氣管散佈之粟粒性結核。

例三 病者身體康健，無咳嗽及其他症狀，而忽患咯血，如詳加詢問，則曾於一二月前有傷風，實即此已為結核病之傳染，病者因不投醫，或醫者未能診斷其為肺結核，而僅認為普通之流行性感冒而已。此次之有咯血發熱咳嗽，乃肺結核重發之表示，故在吐血後，其病竈常不止一處，此種患者，其診斷常為

纖維性乾酪性肺結核，兼有新的病竈發散處。

例四 起病緩慢，發熱時間較長，體漸消瘦，略有咳嗽，病者之年齡大抵在發育期，此病之診斷常為

慢性青春期肺結核。

例五 病人除消瘦發熱咳嗽等肺結核症狀外，近復忽然聲音嘶啞，甚至失音，此常為

潰瘍性纖維性肺結核，或為局部粟粒性纖維性肺結核而併發喉頭結核。

凡肺結核病者早期發生失音，其預後較劣。

6. 治療

在一般人之心目中，最好肺結核一症，能求得一特效之藥，一服即愈，省事省費，最爲快悅。故肺結核患者，莫不廣爲服藥，各處求醫，冀得一特效之藥，以愈其病，而結果無不大失所望。此無他，國人尙未切實瞭解肺結核一症，現尙無特效之藥也。

有人以爲肺結核病，既無特效之藥，則患肺結核後，遲早必死，遂抱消極觀念，聽天由命而待斃。此實愚妄可笑，殊不知肺結核雖無特效之藥，而今日醫學發達，對於肺結核一症，未嘗無有效之療法，如能求醫不誤，療治合法，肺結核亦可獲愈。經驗所示，實例俱在，均可復按者也。

按經驗所示，肺結核如能早期診斷，早期治療，結果大抵可愈。惟肺結核係一慢性疾病，其治療亦非數日之事，必須行長期之療治，且經治療後，其病是否已愈，可否工作，尙須由醫者爲之決定。據吾等之經驗，肺結核之完全治愈，其時期約須一至五年。

經醫者斷爲患有肺結核後，因其無特效之藥，故須使身心休養。以前吾人均以爲肺結核患者，須往公園散步，吸收新鮮空氣，或行相當之運動，此實爲過去之錯誤。近年來醫學進步，知肺結核患者，惟

有者重休養始能達治愈之目的。

近十年來我國對於治療肺結核亦已採用壓縮療法其目的即在使病肺得局部之休養此種局部休養可減短長期之臥床休息且可約束其病竈使結核菌不致因咳嗽而延至他肺有少數肺結核之靜止性空洞如病者身體強健並有特強之抗毒力而無甚多之滲出物時則休養得宜其空洞在二三月後每能自愈此吾等之經驗也。

肺結核之治療方法在醫學上按其性質言之共分三類。

(一) 對症治療 將不利於病體之症狀設法除去之以舒病者暫時之困厄使病者不致因不利之症狀而妨礙病體。

(二) 根本治療 在疾病上謀根本之解決以愈其病此有確效者也。

(三) 輔佐治療 用種種方法以輔助根本治療使其收效益宏或以促進病體之健康使其病得以轉愈。

此處所述各種療法其目的在使讀者明瞭正當治療常識並非謂病者可循是而自謀治療也。

(一) 對症治療

a 局部症狀

一 咳嗽

咳嗽乃人體天然之護衛動作。其目的在將氣管及肺內之分泌物及血膿等排出。故在治療咳嗽原則上。有時決不可將咳全止。因血膿鬱積在內。不得咳出。必有害身體。若病人因劇咳引起惡心。嘔吐。致食慾減退。睡眠不安。精神萎頓之時。則須以止咳劑使之安靜。止咳劑為鴉片類族製劑。乃有害之麻醉劑。吾人常用者。如科代因。故必須有醫生之吩咐。或指導時。方可施用。如為一種神經性之咳嗽。則任何咳嗽藥劑。均可使其停止。無須用麻醉劑。如因喉部發炎之刺激性咳嗽。則需治療其局部。咳嗽自止。

二 咯痰

痰之來源。為鼻。喉。氣管及肺。由鼻喉而來之痰。則與氣管及肺臟疾患無關。但治療其鼻喉部可矣。由氣管黏膜所分泌之黏液痰。其質黏稠而透明。大抵不含結核桿菌。肺結核患者之痰。係由氣管及肺

而來。其狀如膿。大抵含有結核桿菌。故有散佈結核病之可能。在治療上。因病者之痰。如不能咯出。則必使病者感覺不適。或生種種妨礙。故須用祛痰劑以祛除之。常用之祛痰劑。如氧化氫。碘化鉀。吐根等。惟普通人每以爲有一種藥物能將咯痰化去。俗稱之爲化痰劑。實則痰液無法將其化去。惟有將其稀釋而易於咯出。故化痰劑實卽祛痰劑也。

三 吐血

臨床上對於吐血。首需分別其爲胃出血。抑或肺出血。其由肺結核而起之吐血。如爲小量。乃係由血管滲出之小流血。故時有血咯出。大量之出血。則爲肺臟小血管破裂。常呈滿口之吐血。醫者在治療上。應注意病者之血液凝結力。故其治療方針。爲增速其血液凝結力。常用馬血清及鈣劑之注射。惟病者常因吐血而起恐懼。以致精神不寧。故在止血之原則上。其主要點在使病人能絕對安靜。一方面可使血管破裂處。易於癒合。並可免除病人因騷動而致血流高速而起大量咯血。同時在心部可置一冰袋。使心跳安靜。飲食則宜採用溫涼之流質。更助以針藥。以增加其血液凝結力。惟在事實上。治療吐血。往往不能立即使其停止。因積聚於肺臟內之血液。必須逐漸將其排出。故每達數日而仍有血吐出。但此無妨。待積血排盡後。則咯血亦止也。又在咯血時常有咳嗽。故須給以小量之止咳劑。以減少其咳嗽。

之震動而使血管破裂處易於癒合。但止咳劑切忌過強。否則淤血不易驅出。則菌苗居留其間。易致病。竈發開。此外常須給以鎮靜劑。使病者得以安靜。而助咯血之制止。

四 胸痛

胸痛大抵因肋膜發炎而起。每在咳嗽或深呼吸時覺痛。故治療上止咳即止其痛。局部治療可用敷藥劑。或短波電療。但此僅係治標而非治本。

五 氣急

氣急之治療。主在去其原因。如因重篤之肺結核。其中毒過深。肺部情形嚴重而起之氣急。則常無妙法。如因自生氣胸或肋膜炎滲出液。而將心及大血管移位所起者。則可將空氣或滲出液抽去。使心臟復位。氣急即平。

在肺氣腫及慢性枝氣管炎時之氣急。其原因在氣管痙攣。故須用藥物將氣管鬆弛。常應用之藥劑。為麻黃素。如氣急嚴重時。則需吸入氧氣以助之。

六 失音

失音係因聲帶發腫。或有結核性潰瘍而起。如僅聲帶紅腫。則病者苟能絕對停止談話。並減少其

咳嗽。則經相當之休息。常有恢復之望。如已有潰瘍。則大抵難於恢復其聲音。即幸恢復。亦呈聲音嘶啞。故其治療主爲使聲帶休息。局部可用薄荷油。使之濕潤舒適。有痛時。可用止痛劑。如高根等之局部噴射。

七 腹脹

因消化不良所起之腹脹。可用酵母製劑。使其發酵減少。因大便秘結而起者。可用無刺激之潤腸藥。如流動石鹽等。或施行灌腸亦可。如因腸內積氣過多。則可用獸血炭。或放入腸管。將氣放出。如係飲食不規則之腹脹。則調節其食物即可。惟結核性腹膜炎之腹脹。則治療上最爲棘手。實無良好之治法。

八 頭痛

因發熱而起者。可用退熱劑。如爲腦膜炎而起者。則治療上最屬困難。常須用麻醉劑。因失眠而起之頭痛。則用安眠藥有特效。

九 嘔吐

在嘔吐時。須停止飲食。其水份與滋養料。可以注射手續補給之。至嘔吐停止後。可給以少量之水。或口含冰塊。以減其惡心（嘔吐之前兆）。以後則可由流質而漸增至柔軟食物。如因腸閉塞。盲腸炎。

等而起之嘔吐，則須以外科方法解決之。至於因結核性腦膜炎及結核性腹膜炎而起之嘔吐，則無根本治療之法。

b 全身症狀

一 發熱

在肺結核病之發熱，乃結核性過敏性遇結核菌時而起之反應的表現。若病者起劇烈之病理變化及結核菌之增多，則結核菌毒素之產生亦多。此時其過敏性反應即高，而熱愈甚。故結核病之發熱，全為過敏性之反應。吾人治療肺結核之發熱，其基礎應為

(1) 休息 休息可減少結核菌毒素移入血液，故於發熱之肺結核患者，如有相當休息，每可使發熱減退。惟有若干病者，在未入醫院之前，發熱輕微。迨住院後，反發熱較高。此係病人在住院前，身體抵抗力衰弱，不能與疾病爭鬥，故無發熱之現象。迨住院後，經相當之養息，體力漸復，抵抗疾病之力亦增，故起發熱。惟再持續休息，使體力更健，而能戰勝疾病，則熱必漸退。

(2) 攝取足量之水份，可使毒素排洩，發熱亦退。

(3) 沐浴 利用水之溫寒作用。刺激神經。開洩毛孔。使皮膚呼吸佳良。同時因蒸發作用而放散人體之熱度。故可直接使熱度降低。

(4) 在發熱時。常須用退熱劑。使其熱度比較降退。以免病者因高熱而受危害。惟強迫驟降。常使病體不勝支持。而生危險。退熱劑中常用者。如水楊酸製劑。奎寧。霹藍米籐等。

二 盜汗

常在熱退時有之。惟其量有多寡。如盜汗頻發不已。手足發冷。狀近虛脫。此時之治療。不應專在盜汗。其全身狀態。亦應顧慮。普通盜汗之治療。可用酒精或白蘭地擦身。益以撲粉。藥物可用阿刀賓類之製劑。

此外食慾及消瘦之治療。主在去其原因。故不贅述。

(二) 根本治療

a 人工氣胸

人工氣胸係根據醫理所作成之氣胸。醫學上以爲治療疾病之用。

一 人工氣胸之歷史

一八三二年 James Haughton 氏曾注意一病勢沉重之肺結核患者。因有自生氣胸。而其病漸愈。始知氣胸有益於肺結核之治愈。一八八二年 Carlo Forlanini 氏始報告謂將空氣注入胸膜腔內。可以治療肺結核。惟尙未實行。至一九〇六年始有施行人工氣胸治療之病例報告。共計二十五人。此爲人工氣胸治療報告之鼻祖。在十餘年前。上海亦已有行人工氣胸。以治疾病。

人工氣胸之治療肺結核。確爲有效之方法。已由醫界所公認。其偶有失效者。則因醫界對於適應症之選擇不確。或經驗不足。與病勢過於沉重之故。此外則因肺以外尙有結核病症。如喉頭結核及腸結核等。以致不克獲得理想中之效果。

國人因醫學常識幼稚。患肺結核後。大抵不知循正當途徑。以謀治療。及至病勢沉重。始急而求救。遂請醫者施行人工氣胸療治。以冀萬一之效。殊不知人工氣胸之於肺結核。並非爲最後一着之消極療法。如至病勢過於嚴重之時。人工氣胸亦即無能爲力矣。

二 人工氣胸在醫療上之目的

(1) 使有病之肺停止動作，由是而得局部之休息，俾疾病漸愈。

(2) 減少肺部之緊張力，以利其疾病在生理上轉愈時之收縮。因人體遇有創傷，或潰瘍，在痊愈時，必有生理上之癥痕收縮，肺部患結核病時亦然。如經施行人工氣胸後，肺臟即減低其緊張力，同時其疾病點亦可得生理上收縮之便利。

(3) 有病之肺部，因被迫壓縮，空洞得以消失。

(4) 緩和淋巴之循環，使其減少運輸結核毒素入血之機會，由是全身病狀亦可隨之而愈。

(5) 病者經治療至痰中無結核菌後，可使其疾病不再散佈至身體其他部份，如喉及腸等，同時不再散佈至其餘的健全肺部份。

經施行人工氣胸後，須注意其臨床病狀，如發熱咳嗽等，是否逐日減除。按經驗所示，此等症狀，在行人工氣胸後，均漸漸消失。

如第一次施行人工氣胸後，患者發熱稍高，咳嗽與咯痰亦稍多，此因肺臟受壓縮而將結核毒素擠入血行，以及痰液被擠而出之故，以後即可漸漸轉愈，不必疑懼。

三 受治後須達到之目的

一般病者，在就醫時，其願望但求病狀消失，即已滿志，而醫者則不然，故對於受人工氣胸之患者，除臨床症狀消失外，尚須注意。

(1) 肺部空洞消失。

(2) 痰中無結核菌。

(3) 肺壓縮之狀況佳良。

(4) 有無病變，如生水，自生氣胸與縱膈之移位等。

四 人工氣胸治療在臨床上施行之分類

人工氣胸之施行，在臨床上按其病情之不同，而有施行一側或二側等之分別，且有一定之目的，如

(1) 一側人工氣胸 凡肺部病在一側，或有空洞，或無空洞，則於其有病之側，施行人工氣胸，此種病者，大抵可得治愈。

(2) 二側人工氣胸 肺部二側均有疾病，須二側同時施行人工氣胸，始能達治愈之目的。

(3) 一側人工氣胸一側行肋骨截除 肺之二側俱有病，一側可行人工氣胸，一側則不能行人

工氣胸者。

(4) 一側施行人工氣胸一側等待。肺部雖二側有病，惟一側疾病較多，一側疾病輕微，故可於較重之側行之。如病者痰內無結核菌，則其他一側可以觀察而等待之。因經驗上對於此種病者，常於一側施行人工氣胸後，他側亦能漸愈。

(5) 對壓作用。肺部有病之一側，不能施行人工氣胸，則於無病之一側行之，使其壓力對壓至有病之一側，如是亦能生效。

五 人工氣胸之適應症

(1) 肺結核經療養至三月以上而無效者，須行人工氣胸治療，惟最好在診斷確定後即行之，以免疾病發開。

(2) 病人因種種關係，如須入校讀書，或因經濟困難而須工作，或須遠行等，而不能行長期療養者，則可施行人工氣胸治療，最為萬全。因人工氣胸，可使其得局部之休養，由是而減少其所需全身體養之時期。

(3) 一側性之肺結核，最為相宜。

(4) 二側肺結核，亦可施行。

(5) 吐血之病者，亦可施行，惟最好先有一愛克司光片，俾得有所根據與研討，其注入之空氣量與需要施行之時期，應視病情而定。

(6) 病人在未施行人工氣胸前，因肺結核而起自生氣胸者，最好繼續為之施行人工氣胸。

(7) 滲出性肋膜炎之患者，亦可施行人工氣胸，其目的為

(一) 滲出液抽出後，病人之有不適者。

(二) 有肋膜炎之一側，兼有結核病者。

人工氣胸，在治療上之成效，有種種關係，以左右之，如對於病人之選擇，其病原是否易愈，以及有無其他合併症，是皆大有影響者也。

六 人工氣胸之禁忌症

(1) 有肺氣腫、氣喘，以及慢性枝氣管炎之患者。

(2) 有潰瘍性喉結核之患者。

(3) 有腸結核之患者。

(4) 除肺結核外，尚有其他疾病，如心臟病、腎臟病、糖尿病、以及吸鴉片者。

(5) 病人不能在施行人工氣胸之地，寓居二年以上者。

(6) 病人不能受人工氣胸治療持續至二年以上者，以及不能瞭解人工氣胸治療之真義者。

(7) 診斷不確之病者。

七 施行人工氣胸之手術與手續

施行人工氣胸之手術，頗為簡單，惟須辨別其適應症，最屬緊要。如遇非適應之症，則其效果不能確實，且多意外事變。至是病家即不免有醫者手術不靈或毫無效果之批評。

在施行人工氣胸時，病人對於醫者之信仰力，大有關係。如病家對於施術之醫者，十分信仰，則於施術時毫無恐懼，且亦不覺有何疼痛。在醫者亦易於施行。

吾等於施行人工氣胸術時，病家每以有無危險為問。此點頗難作答。因世間無萬全之事，所謂平地亦能起風波也。然在醫者總必盡其學問與經驗，為病者竭力披除危險，但不能保證絕無意外之事發生。

施行人工氣胸之器具，施行人工氣胸之器具，頗為簡單，其理即在利用天然水平之壓力，將空

氣壓注於胸膜腔內是也。惟器具必須有一測壓表（表中貯水，視其上下，以測壓力），以測驗胸膜腔內之正負壓力。故測壓表之作用，在測驗針頭是否刺在胸膜腔中，以及胸膜腔內負壓力為若干。人工氣胸之器具種類不一，惟其理則同，此則視醫者之慣用而採擇之。

八 第一次人工氣胸之施行

(1) 預備 須先確定診斷及定奪適應症，最好須有最近之愛克司光片，以為固定的根據。在施行十分鐘前，再行愛克司光透視一次。

(2) 局部用碘酒消毒，並注射麻藥，以免疼痛。

(3) 針刺入胸膜腔後，須先觀察測壓表之壓力，最好

吸氣時之壓力為 -8

呼氣時之壓力為 -4

測壓表有此表現之時，始可注入空氣。

(4) 第一次注入之空氣量，須視病人身體之大小與體況而定，大約自一百至三百西西。

(5) 間隔時期 起首數次，可間日行之，直至肺壓縮之情形至我所希望之程度為止，以後之

間隔，可視情形而漸漸延長。

九 愛克司光透視

在施行人工氣胸治療時，愛克司光透視最爲重要。在未注入前之透視，可觀察肺部情形如何。肺臟縮小多少，有空洞之受治患者，其空洞是否可見。此外有無黏連，其黏連是否妨礙空洞之縮小。縱膈有無移位，橫膈膜動作是否正常，以及胸膜腔間有無積水。有此愛克司光透視，可以免除危險，並可觀察受治者，是否達到治療目的。

遇有疑問或須有記錄之時，最好攝取愛克司光照片一張。

有時病者已受人工氣胸多次，惟因患他病，不能至醫師處施行人工氣胸，須由醫者至病人家中施行時，即不能行愛克司光透視。此時即不能不免去透視一二次，惟可藉聽診以測其空氣之有無，惜不能確知其空氣量之多少也。

十 受人工氣胸治療後康健之恢復

施行人工氣胸治療時，爲謀病者萬分安全及診斷準確計，病人應住入醫院，其時間之長短，則視病情而定。如無其他病變，則住院二星期即可。如有病變，則住院之時期，須視病情而定。

受治後症狀之恢復，全視病人能否妥善療養而定。其療養之地，不論醫院與家中均可。其療養方法，應詢問醫師。惟現在上海居民衆多，屋宇湫隘，於病體不甚相宜，故以在醫院療養爲佳。

貧困之病者，因不能完全休養而須工作者，則其疾病之恢復亦較緩。以下就症狀方面述之。

(1) 發熱 有熱之患者，經行人工氣胸治療後，其熱往往下降。惟有若干患者，在施行人工氣胸治療前，本無熱或有熱，至人工氣胸施行後，反有輕微之熱。此係肺部之結核菌毒素，經空氣之壓力，被擠入血流之中，以致發生微熱（滲出性者，其熱較高，纖維性者則較低）。惟此種發熱，並無妨礙，每於二三日內即可退去。

(2) 盜汗 盜汗之起因，在於發熱。經人工氣胸治療後，發熱既退，盜汗自亦消失。此外結核菌毒素之輸入身體減少，亦爲其一因。

(3) 體重 受人工氣胸治療後，因各種症狀減少，食慾由是佳良，食慾佳良，則體重自增。曾有一受人工氣胸治療之患者，於半年中，增至體重至五十磅之多。惟有時因體質關係，或有其他腸結核等病變，或無相當之休養，以及精神上不能得安靜之患者，則均有影響體重之加增。

(4) 咳嗽 受人工氣胸治療後，往往因肺臟之移動，以及滲出物之刺激肺部，故咳嗽加增。又肺

內之浸潤因受壓而擠力增加。由是而起咳嗽。惟此種咳嗽可於數日或數星期內減少。咳嗽多時可給以鎮咳劑以防病變之發生。以後肺部壓縮至習慣後即可無咳。

(5) 痰 咯痰經人工氣胸後肺部因受壓縮而將痰液擠出。故痰往往增多。惟以後即漸恢復。有時在未受人工氣胸治療前檢驗痰液無結核桿菌。至人工氣胸施行後反可檢得結核桿菌。此因肺受壓縮而將結核菌擠出之故。以後肺壓縮之狀況佳良。痰中即可無菌。又在人工氣胸未施行前菌數不多。在施行後反增加者其理亦同。

受人工氣胸後痰中結核菌消失之難易須疾病情（如滲出性纖維性）以及有無空洞等）及肺部壓縮情形而定。

十一 受人工氣胸治療者應注意之點

- (1) 須遵醫師之囑咐前往受施人工氣胸。不可延誤或間斷。
- (2) 病者無論有何症狀均須告知醫者以便研討。
- (3) 如患他種疾病。雖就治他醫亦須與施行人工氣胸之醫者共同商洽。
- (4) 須按規則測量體溫。

(5) 痰液檢驗最好每星期一次。

(6) 每二月攝取愛克司光照片一次。

(7) 隨時記錄體重。

(8) 人工氣胸治療之終止期須由醫者定奪。

(9) 除受人工氣胸治療外仍須有相當休養使其全身狀況良好則結果亦佳。

十二 人工氣胸治療中之合併症

經醫者認為可行人工氣胸治療之患者如醫者能照規則謹慎施行則危險絕少。

有時發生皮下氣腫此大概因病者身體瘦弱咳嗽過多空氣由肺竅入皮下所致此時病者或感疼痛惟無妨礙於三五日內即可消除。

自生氣胸為人工氣胸治療中常遇之事少量的自生氣胸絕無妨礙多量者可視需要而抽出其空氣。

滲出性肋膜炎亦為無礙之合併症據統計所示受人工氣胸治療之患者百分之四十發生滲出性肋膜炎肋膜炎滲出液之少者可自行吸收而乾滲出液之多者則須抽出之。

在臨床上，人工氣胸期間所生之滲出性肋膜炎，非惟無妨，有時反有裨益，如有空洞之患者，往往於發生滲出性肋膜炎後，而空洞消失，又患肋膜炎後，空氣之消失較慢，由是而可減少注入之次數，在病者與醫者，均覺省便也。

b 胸廓成形術（一名肋骨截除術）

此為外科手術之一，即將肋骨切除，而使胸廓下陷，以壓縮肺部病竈是也。其意義及目的，與人工氣胸相同，惟人工氣胸須持久施行，已如前述，而此術祇須施行一次，可使病肺有局部之長期休養。

切除肋骨之根數，須由愛克司光片或透視，按其疾病範圍之大小及空洞之地位而定。

醫者為病人之安全及康健計，切除肋骨，一次以三至四根為限，如須切除四根以上，則須於第一次切除後，休養二、三星期，再施行第二次之切除。

此種手術，雖屬外科範圍，然始終須由內科主治醫師及外科主治醫師互相負責合作，俾病者獲得健康。

此術在普通外科醫師雖可施行，然最好須由富有經驗之胸腔外科醫師行之，以策萬全。

一 胸廓成形術之適應症

此術大抵因肋膜與病肺黏連，無法施行人工氣胸治療，或行人工氣胸後，病肺不能得相當壓縮之時而施行之（即肺與肋膜有局部黏連之時），惟非每一人工氣胸治療失敗者，均可施行，吾等所認為適應之症，為

(1) 病在一側者（或有空洞，或無空洞者）

(2) 病在二側者，如一側病多，而已成空洞，他側之病，係由此側所傳佈，且其病非最近生成者（急性肺結核，須慎重等候），或恐他側之疾病將散佈而妨害此側者，則可於他側先施行人工氣胸，至相當時期後，再於此側施行肋骨切除。

(3) 病人不能受二三年之人工氣胸治療，如因有人事及地點之關係時（如不能在施行人工氣胸之地寓居二三年之久，或因求學經商等，而須往他處者），亦可施行此種手術，使彼再受他醫繼續診療，比較妥善。

二 胸廓成形術之禁忌症

(1) 醫療上認為施行外科手術，其結果危多於安之病者，如身體羸弱，臥床過久，病情過於沉

重之病者。

(2) 肺以外尚有他處結核症者。如腸結核、喉頭結核、腎臟結核等。

(3) 有慢性疾病者。如糖尿病、腎臟病、脊椎結核等。

三 胸廓成形術之結果

(1) 須將疾病處完全壓縮。此為最大之目的。

(2) 須痰中無結核菌。

(3) 臨床上病狀之逐漸轉佳。

(4) 按經驗所示。此種手術。其病變甚少。

四 結論

此種手術。並非肺結核症之最後治療方法。故仍須及時行之。切勿因循延誤。受術後之病者。仍須常請醫者行愛克司光之檢查及痰之檢驗。

c 橫膈膜神經摘出術

此亦爲外科手術之一。即將頸部橫膈膜神經鉗制或摘出。因此種神經主宰橫膈膜之動作。故如一經摘出。橫膈膜即鬆弛而上升。使胸腔之地位縮小。肺臟即被壓縮。其意義亦爲壓縮病竈之一法。此術大抵在無法施行人工氣胸治療時。或身體較弱而不能行外科大手術時。或因病竈之散漫。無法用胸廓成形術者。或病源在橫膈膜之上者。均可行之。惟神經摘出或鉗制後。橫膈膜僅能上升至二三寸。其壓縮之能力較小。故病者仍須有長期休養。以輔助之。

(三) 輔佐治療

a 結核菌素

人體受結核桿菌侵襲後。身體上在病理上發生二種變遷。一爲對結核菌漸生抵抗力。二爲對結核菌發生過敏性反應。

抵抗力之產生。於人體有益。過敏性反應之生成。則於人體有害。因由過敏性反應。能使局部組織毀壞。並起結核的全身反應。如發熱等症狀。而妨礙人體。

病菌侵入身體之數量輕微時，身體由自然之抗病力，能抵禦而克復之，使不成不治之病，且由此產生抵抗力。

Robert Koch 氏為最早發明結核菌素之人，當時彼謂已找得一物，可以治療結核病症，此物為結核菌素，惜其在理論上雖得相當成功，而施之於治療實際，則結果不等，故今多棄而不用。S. B. E. 為一種結核菌苗，係屬結核菌素之一種，已廣用於適應之病人，結果甚為佳良。

一 結核菌素在治療上之二原則

(1) 減低過敏性反應 病人因過敏性反應而起之各種症狀，如發熱等，於注射結核菌素後，因過敏性反應之減低，而症狀亦漸消失。

(2) 刺激病竈發生局部反應 如引起局部充血，而得治愈。

二 結核菌素注射後之反應有三

(1) 注射處之反應 注射之劑量輕微時，絕無反應，如劑量增至百分之一之濃度時，可發生局部小硬結，此時局處如不能將此硬結消散，可至化膿而潰穿，惟此種潰瘍，絕無危險，在數星期後，即可愈合。

(2) 病竈處之反應 結核菌素之注射，可刺激病竈而起充血。如注射之劑量增加過速時，則局部之充血反應亦高。如此可增加其局部病竈處結核菌素之活動而入血循環。由是刺激體溫中樞而發熱。此即全身反應是也。

三 結核菌素之治療

在施行結核菌素治療前，為明悉病者過敏性反應之程度起見，須先行一結核菌素反應試驗。以察病者過敏性反應之情形。

結核菌素之治療，須時六個月至十個月。因其注射之劑量，必須逐漸增加，始得減低體內之過敏性反應而不發生全身反應。

結核菌素之治療，如合法用之，在理論上與經驗上，俱屬絕對無害。

在治療期內，對於注射處，病竈處，以及全身病狀，均須同時注意。注射處有無硬塊，更須隨時留心，並須每日測量體溫四次。

結核菌素注射之劑量，須視其身體對於結核反應之情形而定。至於病竈局部之觀察，最好用愛克司光透視或攝影。每一個月至兩個月施行一次。

四 結核菌素治療之適應症

(1) 肺結核之病竈不多，且為纖維性者，其病竈在相當時期內並無變遷，此種病者，無須行人工氣胸及其他治療，可即採行結核菌素注射治療。

(2) 肺結核病者受相當之治療，經二個月至三個月，體溫不降，可行結核菌素注射治療，約在二個月中，自能見效。

(3) 受人工氣胸治療之病者，最好能同時注射結核菌素。

(4) 反復性眼炎，眼睛模糊而發紅，約每月反復一次，臨床上如無其他病因，可以證明，則大抵為結核性眼炎，可用結核菌素注射治療，功效最佳。

b 維他命

人體中除蛋白質、脂肪、炭水化合物、水、鹽類等養份外，尚需各種維他命。

維他命又名維生素，現經發明者，已有多種，在肺結核病所常用之維他命，為A B C D四種。

一 維他命A 為一種脂溶性物質，植物性食品如新鮮之蔬菜以及黃色之蔬菜中，均富含維

他命A.動物性食物。如肝。蛋黃。脂肪。奶油。魚肝油。均含有之。

維他命A.功能促進發育。強壯身體。提高人體抵抗力。預防各種傳染病。

人體中如缺乏維他命A.則能引起眼結膜乾燥症。或角膜軟化症。同時身體各器官。對於各種傳染病之抵抗力降低。且易受結核病之侵襲。

二 維他命B 多含於糠類。酵母。麥芽及豆類中。功能抵抗脚氣病及各種神經炎。促進發育。補益腸胃。

三 維他命C 多含於水菓及蔬菜中。功能抵抗壞血病。增加身體抵抗力。人體中如缺乏維他命C.即易受各種傳染病如肺結核等之侵襲。發生壞血症及出血性傾向之病。

當吾人患結核病時。身體中維他命C之消耗與需要加增。故須設法以補給之。

四 維他命D 多含於魚肝油。奶油。肝。腎中。功能助長發育。促進生長。調節體中礦物質之新陳代謝。督促骨質之堅固與成長。如體中維他命D缺乏。即能發生佝僂病及其類似之骨病。

綜上所述。讀者已可略知維他命於吾人之重要。故在肺結核之治療上。有相當輔助之功。

c 鈣劑

鈣質俗稱石灰質，爲人體細胞之基本要質。故吾人平日必須攝取適量之鈣質，以爲生活之需。鈣質對於人體之功用甚大，約述之，可分四點。

- 一 能興奮交感神經，尅制自動神經之過於興奮，故可治一切因體質感應過敏而起之病症。
 - 二 能和緩自律神經之過敏性興奮，故有解痙止攣之效。
 - 三 改善毛細管及各組織之滲出作用，故常用於一切炎症及滲出性疾患。
 - 四 能使血管收縮及促進血中纖維素之凝結，故可用以止血。
- 在肺結核之治療上，鈣劑之應用甚繁，即在病家，亦幾盡知。惟鈣劑之功，並非萬能，僅爲治療肺結

核病之一種輔佐治療而已。

當吾人爲肺結核患者行鈣劑靜脈注射時，病者每因體覺熱感而生誤會，以爲此係熱性藥物，不利於我病體。尤以患者在吐血之時，心理上每因其有熱感而生厭忌，殊未知此種熱感，完全爲一種生理與藥理之作用。一時體中覺有熱感，並不影響體溫。試於注射時，以體溫計測驗之，體溫並不因而而

增高也。故此種心理全屬錯誤。

d 補血劑

補血劑在治療上功能促進體內紅血球之增生及血色素之增加。間接以增進全身健康。惟非增加其血量。

補血劑最好用於恢復期之病人。以及病情較善之病者。則其收效較宏。如病者病情嚴重。或有高熱。即難見效。

補血藥品雖有多種。然其主要成份。則不外為砒。鐵。及肝臟抽出質等。

(一) 砒 少量之含砒化合物。能使全身營養狀態佳良。消化力改善。使蛋白質與脂肪之沉着增加。且能使紅骨髓增生紅血球。

(二) 鐵 食物中如牛肉。菠菜。雞卵黃。綠豆等。均含有鐵質。

紅血球中含鐵甚多。故鐵為構成血球之原素。吾人平常體內所需之鐵質。全由食物中所攝取。如病者有因新陳代謝障礙。而致由食物攝取之鐵質不足時。可直接以鐵質製劑補助之。

(三) 肝臟製劑 吾人於貧血時，除用砒鐵製劑以改善其貧血狀況外，尚可利用肝臟製劑，以治療之，使其紅血球及血色素之分量增生。

e 輸血

輸血為醫學上適應人體之需要，循醫學方法，輸入相當之血液於靜脈內之謂。最初輸血常應用於身體經大量出血之後，如因廣大創傷之出血或大量之吐血等，以後又用之於貧血之人。最近其應用之範圍，更形擴大，常用之以止血，或用以治療中毒性現象，消耗性疾病（如肺結核後期等），以及施行外科手術之前後等。

輸入之血液，係用人血，惟吾人之血型，各有不同，故於輸血前，其給血及受血之人，必須先行檢驗血型。

血型可分四種，為A型、B型、AB型及O型。吾人為謀減輕反應而策萬全計，最好受血之人，對於給血人之血液，採取相同之血型。

又對於給血者之身體，亦須經嚴格之檢查，如有無梅毒及瘧疾等，以免受血者傳得疾病。

輸血之功用，可分數點。

一 作為一種刺激素，使病體經輸血後而得一種刺激，由刺激而產生抵抗力，以消退病者之發熱及其他症狀之改善。

二 為直接之補血劑，當輸血後，雖其一小部份之血液毀滅，然大部份之血液生存，足以為病體之助。且於輸血後，因有直接刺激造血機關之作用，而使之大量造血，故輸血除可補充血液之成份外，尚可間接促進身體之造血。

三 由輸血而得止血之功。

四 由輸血而得種種抗病體，俾得對抗疾病，而利疾病之痊愈。

欲得輸血之效益，非經一次輸血，即能成功，故須視病情而繼續施行多次。

普通在第一次輸血，大抵輸入之量較小，以免病體不慣受而不克支持，以後可斟酌情形，增加其輸入之血量。

(四) 病情與工作

肺結核爲一慢性疾病。其療治亦須經較長之時日。在此較長之時日中。病者如能停止工作。完全靜養。於病體當然有益。惟有若干病情較輕之患者。因經濟關係。不能長期停業。以事休養。此等病人。醫者可量其病情。准予全日或半日之工作。一以維持其生活與事業。一以調正其精神。如是於治效上。反較勉強休養爲有益。惟有一般病者。因病情與治療上之關係。必須住在醫院或療養院。較爲妥善。亦有以往鄉間療養爲宜者。此種病情與工作之問題。在肺結核之療治上。頗爲重要。不可不一討論之。

a 可全日工作者

此等病者。大抵身體比較健康。經醫認爲可以恢復工作者。蓋病者在患病時。不僅身體上受得痛苦。同時在經濟與事業上。亦均受其打擊。此種情形。在肺結核患者。尤爲深切。故肺結核患者。不僅對於其疾病發生恐懼。同時更顧慮其經濟與事業。甚至病情並不嚴重。而因其經濟與事業之蒙受打擊。遂影響及於精神。以致身體上亦受重大之損礙。此等病者。如不使之工作。反而有害。故不如酌量其病情。准予恢復工作。以改善其心身。較爲妥善。

有時病者可以停止工作。惟因我國無相當之療養院。可供休養。若寓居家中。事實上又不能得休

養。此等病者，如病情較輕，即不如恢復其工作爲妥。

又有若干病人，醫者囑其在家休養，而病者不從，仍失其休養之本旨。此等病者，亦不如完全恢復其工作爲善。

可以全日工作之病者，除於痰中應無結核菌外，其病情上尙須適合下列各種條件。

(1) 病者無進行性之肺結核，並已經相當時期之休養，可以全日工作。

(2) 肺部僅有纖維性，而較硬化之斑點，除行愛克司光診查可以檢出外，別無其他病狀。在治療上，亦無須行人工氣胸之治療。此種患者，亦可全日工作，惟爲慎重起見，須

一 每兩月行愛克司光檢查一次。

二 行結核菌苗注射治療。

(3) 一側性之肺結核，已經人工氣胸治療而情形良好，可以繼續工作，惟須注意

一 須繼續受人工氣胸治療。

二 身體之狀況能勝任其工作者。

三 經濟困難，不能行休養者。

(4) 人工氣胸之治療已終止，疾病已愈，可以全日工作，惟須

一 時常至醫師處行愛克司光檢查，每兩月一次。

二 如有與肺病有關之症狀發生，須即就醫診治。

(5) 已行胸廓成形術（切除肋骨）者，可全日工作，惟須

一 常行咯痰檢驗，以觀其有無結核菌。

二 每兩月行愛克司光檢查一次。

b 可半日工作者

病情較重，然體况能勝任半日工作者，此種半日工作，可稍慰病者對於經濟與事業上之顧慮。可行半日工作之先決條件，當然須痰中無結核菌，此外行半日工作者，其意義為

(1) 已受人工氣胸治療，因經濟關係而須工作，則先行半日工作，以為能否勝任全日工作之試驗。

(2) 兩側受人工氣胸治療者。

- (3) 兩側性肺結核，一側受人工氣胸治療，另一側則須加以觀察，故僅可行半日之工作。
- (4) 有肋膜腔間積水而無熱之患者，可行半日工作。

c 須住入醫院或療養院者

病者之住入醫院或療養院，在療養與隔離上，有種種之利益。我國因醫學未臻發達，國人知識幼稚，對於寓居醫院或療養之意義，每多未能認識，故於疾病之防治上，殊多障礙。

國人對於投住醫院，其着想有二：一為因病而去療養，在醫院中比較上醫護便利，此尙屬正當。惟有一般病者，則因病勢嚴重，在家醫治無效，不得已而投住醫院，以爲一試。此則全屬錯誤。蓋此種謬誤心理，殊失却投住醫院之真意。

夫醫院爲治病之所，且爲養病之地，並非爲病情過重而送去待斃之處。此點必須認明。

在肺結核患者之投住醫院，其目的爲謀診斷與治療。如經診斷認爲可行人工氣胸治療，以及他種手術治療者，即須於醫院中行之。此外爲避免將疾病傳染於家中其他健康之人起見，則投住醫院，以便隔離，最爲萬全。

患者受人工氣胸治療後，並無相當進步，仍應繼續住居醫院。
病者痰中有結核菌，空洞尙未縮小，亦應居住醫院。
病者如有病變，或在肺以外尙有疾病之人，均應繼續住院。

d 可往鄉間療養者

- (1) 病人須轉換環境時，或須往鄉間工作與生活者。
- (2) 不須醫生每日診視之病者，可往鄉間療養。惟病者須有療養肺病之常識，其重要之點，應由醫者規定而指示之。

(3) 肺部疾病不多，而身體之體況不甚佳良者。

(4) 無相當之療養院可收容時。

(5) 經濟困難之病者，以及病勢沉重，在醫術上無特別方法可施者。

(五) 其他療養

a 空氣與日光

一 空氣

人不能脫離空氣而生，亦猶魚之不能離水，故空氣之於人，關係至為密切。

普通人對於空氣，往往重視太過，尤以在肺結核患者，對於空氣之講究，更形注重。然授之事實，實無須如是之嚴重。

夫空氣無論何處均佳，惟須注意其通暢與否而已。

吾人對於空氣應有之認識，為

(1) 空氣中之成份，泰半為氮氣，五分之一為氧氣，少許為碳酸氣，如不在工廠及多人聚集之所，或閉塞之屋宇內，其空氣之成份，均適於吾人之生活與健康，不必多事苛求。

(2) 空氣之氣壓，在天氣晴朗時低，陰雨時較高，此因空氣中所含水份之多寡關係，常人在天氣陰雨時，因氣壓高而感不適，故高氣壓不利於病人，肺結核患者，以居留於乾燥之空氣中為宜，北方空氣乾燥，較宜於肺結核患者。

(3) 空氣之溫度宜不冷不熱。以溫和為適宜。肺結核患者宜較冷之空氣。

(4) 空氣務須流通。如室中熱度及水份高。空氣且不流通。人即感覺不適。故病房中宜開窗。使空氣流通。以利病體。惟不宜使病者直接當風。

(5) 空氣中如發生濁氣。大抵為空氣不流通之故。此可使人不適。並不利於病者。

高山因有樹木。樹木能調和空氣之溫度及水份。且有風之流動。故高山空氣。確較陸地城市為佳。以前患肺病者。均願往山上療養。其目的即為其有良好之空氣。惟如寓居高山。密閉門窗。空氣亦即穢濁。仍無益於病體也。

今日科學發達。醫療尤見進步。對於肺結核已有積極可靠的手術療法。至於以前的消極的而無把握之高山療養等。現已無重要之價值。而不復重視之矣。

病者如能在家療養。而真切認識空氣於吾人之利害。則趨利除弊。亦等於往山療養。

二 日光

日光為動植物生命之源。且能予動植物以健康。試觀生長在陰暗處之植物。瘦弱萎黃。毫無生氣。而生長在日光能直射之處。則枝葉蒼健。繁榮滋長。與彼生長於陰暗處者。顯有分別。此足證日光在動

植物生命上力量之偉大。

日光能予人以熱。此於吾人生活上。亦有相當裨益。日光中有一種紫外線。功能殺菌。且為吾人健康上所必需。近代醫學上。已利用之以治病。

日光對於肺結核骨結核最有裨益。此幾為人所共知。惟用不適宜。反可使疾病惡化。

b 營養

營養即生物攝取飲食物。以養育其身體之謂。人類之飲食物。雖品類萬千。然其最重要之養份。歸納之。則不外為

(1) 蛋白質 蛋白質為構成人體細胞之基本物質。且為補償細胞之代謝。以及生長身體之要品。食物中含蛋白質最富者。為雞蛋。肉類。牛乳。魚類等。

(2) 脂肪 脂肪為人體中最要之燃料。能維護我人之體溫。其來源為食品中動植物之油質。人體中積儲脂肪最多之處。在皮下。

(3) 炭水化合物 亦為身體之燃料。功能引導脂肪之代謝。身體中積存炭水化合物之處。首

為肝臟。次為肌肉。其來源為米、麵包、山芋、洋番薯等富含澱粉質之食物。

(4) 水 此為身體細胞生命之源。

(5) 鹽類 即各種礦物質。如鈉、鈣、鎂、磷、硫、鐵等。

(6) 維生素 即維他命。其中又分 A B C D 等。於人體各有特殊之功用。

吾人平日攝取之飲食。必須有上述種種之養份。始能使人體發育滋長與康健。如有缺乏。身體即起不健或竟發生病變。

惟每一食物中。不能包含上述各種養份而不缺。故吾人欲謀身體之養分完善。最好採用混合食物。即同時攝取數種食品。以保其養份之完備。

健康人每日三餐即足。然在病者最好採用多餐少食制。即增加其餐數。而減少其每餐之食量。故以每二小時飲食一次最宜。如為重病之人。則以攝取流質及柔軟之食品為宜。

烹飪及選擇食物之時。應注意其對於病人是否易於消化。

飲食之物。應擇其適合於胃口者。各人胃口不同。不可勉強違反。故應注意其習慣。

食物所以養身。故在飲食之原則上。應擇其富於滋養料之物品而食之。惟貴重之食品。不一定富

有滋養料。故醉心於山珍海味而薄視粗糲之食物者。應速猛醒。

我國人有一最大之弊病。卽一旦染疾。不問其爲何病。卽厲行忌口。此實一極大之錯誤。譬之腎臟炎之患者。應禁食蛋白質及鹽。又對於某種蛋白質起過敏性之人。則應忌食某種蛋白質。此乃正當之忌口。然對於他種食品。則毋須禁忌。若肺結核患者。卽絕對不宜忌口。

吾等常遇若十肺結核患者。每因忌口而影響病體。有時肺部之病情。並不嚴重。惟因忌食。而致身體羸弱。甚至骨瘦如柴。誠屬可嘆。故肺結核患者。應多攝取富於滋養料及維他命之食物。蓋患者得充足之養份。病體卽臻健壯。堪與病魔搏鬥。此不言可喻也。

食物入體後。必須經生理上之一般消化及吸收作用。其養份始能攝入人體。而資營養。惟有時因身體之不健全。對於食物不能營完全之消化與吸收。故食物雖入人體。而不能爲身體營養之用。例如腸結核之患者。雖得食物之養料。因不能吸收而卽排出。仍如未食相等。故胃口雖好。而仍消瘦。此種患者。須另謀方法補救。其最善之法。卽爲利用打針。將各種重要物質注入體內。以補其腸部吸收之不足。如各種補血劑。維他命劑。葡萄糖等之注射。以及輸血是也。

患病之人。大抵因發熱中毒等而胃口敗壞。如肺結核之患者。常因持續之發熱而影響胃口。又或

因結核菌毒素輸入血液，影響全身健康，胃口亦由是而敗壞，此時如能去其疾病，胃口自開。

c 清潔

污穢能致人疾病，人皆知之，故欲謀身體之舒適健康，不可不注重清潔。

清潔之範圍，不僅對於身體，即於吾人之環境，亦須力謀清潔，茲分數點述之如下。

- (1) 環境 即環繞吾人之境地，例如房屋、門窗、圍庭、房間中之陳設、用具等皆屬之，應力求其簡單、清潔、整齊，使病者目之所接，胸襟舒暢，如有足以沾染塵埃污穢空氣之物品，必須棄除之。

- (2) 衣服 衣被宜常洗滌與更換，並須常置日光下曝曬。

- (3) 身體 應常沐浴，國人大多數除夏季外，不常沐浴，此實最不衛生，因我人之皮膚，不僅以保護身體，並兼營呼吸，如有污垢積儲毛孔，即有妨礙皮膚之呼吸，且污垢滿身，能使人不適，並能致成疾病，故應常沐浴而清潔之。

d 精神

精神能左右疾病之輕重。此已爲不易之論。故病者之精神。應趨樂觀而毋抱憂慮。

醫者對於病者。須加以安慰。在病情方面。更須給以歡樂的消息。使病者之心理。獲得無限之愉快。病者如可工作。即允許他去工作。以改善其身心。免彼在經濟與事業或健康上。多生顧慮。而影響及於身體。

吾等在臨診時。常遇一部份人本無病而疑有病。然又不肯從醫囑而謀妥善之診查。此等人無中生有。徒自擾亂精神。誠堪浩嘆。有一部份病者。則因有病狀而去求醫。經醫診查。斷爲患有肺結核。惟因怕懼治療而不治。寧願憂慮終日。此於精神上實最感痛苦。

又有因知自身有病。由恐懼而疾病加劇。因病者恐懼過甚。精神上必大受打擊。而影響及於疾病。又於病後或經手術後而得臟躁症（歇斯的里）以致痛苦不已。

可知精神作用。對於健康之影響甚巨。吾人不可不力謀精神之安定。與常抱樂觀之心理。古人有言「有病時當作無病觀」。此語實爲我病者最善藥石。

（七）病愈後之攝護

經相當之治療，認爲疾病已愈，此後之生活，仍須有規律，如工作須有一定，不可過於勞苦，應有一定之休息，以恢復身心之疲勞，並行適當之娛樂，以愉快精神。

食物宜擇富於滋養料者，使身體得充足之滋養份，而益臻健強，環境須佳良，居室應求其清潔，光線須充足，空氣宜流通。

遇有病狀時，應卽就醫診治。

七 肺結核之合併症

除肺臟有結核病外，身體他部尙併發有他種結核病症，吾人名之曰肺結核之合併症，茲分述之如下。

1. 結核性肋膜炎

肋膜在病理上起發炎現象，是謂肋膜炎，肋膜炎有結核性及非結核性之分，茲就結核性之肋膜

炎述之。

結核性肋膜炎。有乾性及濕性之分。乾性者無滲出液。濕性者有滲出液。其滲出液可大量積滯於肋膜腔內。故又名滲出性肋膜炎。

肋膜炎之發生。如無外傷及他種病因。則大抵爲結核性。

我等於臨床上所遇之肋膜炎。經治愈後。往往在六個月至二年中發現結核病。是皆當時僅治癒其果而未剷除其根也。

病狀 急性者。其病忽然而起。先覺發冷。繼則發熱。呈稽留型。其熱大抵在二星期後。漸漸降爲常溫。慢性者。起病緩慢。身體倦怠。發熱至三十八度。有乾咳。咳時在起初三五日內。有胸痛。待有滲出液積滯於肋膜腔時。胸痛卽行消失。

又往往在起病時有氣急。此因病者發熱。及胸部有刺痛之故。如滲出液滲出過速。而壓迫心臟。亦可爲氣急之一因。如病在左側者。尤甚。

診斷 臨床上除局部檢查及行愛克司光診查外。最要者爲施行胸膜穿刺。以抽取其胸膜腔內之積液。俾便診斷其胸膜腔間。是否有水。或爲膿。或爲血等。

胸膜腔內之滲出液抽盡後，應即攝取一愛克司光照片，以便觀察其肺臟有無疾病。

如肺部有結核病，於抽水時，應注入適量之空氣，以壓縮其肺臟，此即等於行人工氣胸治療也。

治療 患者須住入醫院，如是不惟可得適宜之休養，且便於行種種治療手術。如肺部無病而僅肋膜炎，則經一個月至二個月，即可治愈。

治療中最要之一法，即為穿刺胸膜，而抽出其滲出液，此外可給予鈣劑及維他命等，以輔佐之。

2. 喉頭結核

即喉部包括喉頭、咽頭、聲帶及會厭之一部或數部起結核病變。此種病症，大抵併發於開放性之肺結核患者，因開放性之肺結核患者，其痰中皆含有結核桿菌，此種含有結核桿菌之痰，常在喉部經過，遂致喉部亦感染結核。

喉部結核，有時亦有由血液所傳播，如僅紅腫而未潰爛，則結果較佳，最好設法祛除患者之咳嗽，以免震動其患處。

病狀 視其病竈在何處而有不同，如病在聲帶，則聲帶發腫，聲音因是而嘶啞，此等病者，同時於

其肺部有相當治療，則結果良好。

平時吾人如發生聲音嘶啞，而並無談話過多，或高聲吶喊，以及劇烈之咳嗽等種種原因，即有患肺結核之可疑，應速就專門醫師診查，病勢如繼續增惡，聲音可以消失。

如僅聲帶有病，則於飲食物咽下時，毫無痛苦，故在此種病者，身體之健康，比較良好。

有咽下困難之病者，其聲帶大抵健全，惟病勢嚴重時，聲帶亦可毀壞，此種病者，其病主要在會壓及咽頭，會壓毀壞後，在飲食物咽下時，因會壓不能完密，蓋氣管，飲食物即不免進入氣管，此時病者感覺最痛苦之一事，厥為咳嗽，如疼痛劇烈，即畏懼飲食，苟食物進入氣管多量時，亦可使病者窒息而死。

治療 如聲帶腫脹，或潰爛之時，應禁止談話，如有咳嗽，則應設法止咳，如聲帶尚未潰爛，他日有恢復希望，如因輕微潰爛而愈合成疤結，則發音即不若平時之清晰，如咽頭疼痛，可於食前五分鐘，用麻醉劑噴霧於其喉部，使其得暫時的局部麻木，而便飲食，若為會壓破壞，則無法可設，惟有利利用靜脈注射，及滋養灌腸，以輸滋養料於病體，而代替經口的飲食。

3. 結核性腎臟炎

此係由血道傳播之結核性病。在粟粒性結核之患者。可發生結核性腎臟炎。結核性腎臟炎之患者。不一定患有肺結核。

結核性腎臟炎之症狀。發生甚為緩慢。及至症狀發生。其症狀與腎盂炎無異。即患者小便次數增多。甚至尿中帶血。常覺腰部痠痛。時或發冷。時或發熱。體重減輕。

臨床上行診查時。可用集菌法檢驗小便。以視其有無結核菌。同時再行動物接種。

此外再用膀胱鏡檢查。最好由膀胱之兩側。各採集一標本。分別而檢驗之。以觀其有無結核菌。而斷定其何一腎有病。

如僅一側腎臟有病。而肺部健全者。可行外科手術療治之。

又有用Aproditin行愛克司光檢查。於診斷上亦有相當價值。

據吾等之經驗。結核性腎臟炎一症。在肺結核之併發症中。比較稀少。

4. 結核性腦膜炎

患者以小兒爲多。大抵在結核初期傳染時繼發。成人患者亦有。惟比較少數。

成人之患結核性腦膜炎。大抵患有粟粒性結核。或在結核症嚴重時。繼發結核性腦膜炎。

本症之症狀。發生甚慢。最初患者覺有頭痛。繼則神智錯亂。嘔吐。患者如係小兒。則有癡變及昏迷不醒。病勢如進行。則於一星期內發生門眼。及面部肌肉麻痺。同時發熱。惟不甚高。甚之大小便失禁。

病者行診查時。大抵神智不清。瞳孔散大。或不規則。頸項強直。Kernig's sign 呈陽性。

在臨床診斷上之最要者。爲施行脊椎穿刺。而抽取其脊髓液。以行檢驗。爲最確實。本症之結果。概屬不良。

5. 腹部結核症

腹部結核症之發生途徑有二。

1. 在開放性肺結核病者。其咯痰中含有結核桿菌。如咽下入腸。則成腸結核。由腸而侵及腹膜。遂成結核性腹膜炎。

2. 結核菌直接由血液循環佈散入腹部而成。

腹部結核病，乃包括小腸、大腸、直腸、腹膜、腸系膜、腹部淋巴結等處之結核病症。茲分述如下。

A 原發性腸結核

曩者歐美人士，因飲食未經消毒之結核病牛之牛乳，每造成原發性之腸結核。其後醫學昌明，知所防範，故此症現幾絕跡。但國人之患腸結核症者，其原因乃與開放性結核患者同餐，或由患結核病之母親及奶媽喂食與小兒，或接吻等所傳播。此時腸系膜淋巴結起腫大。此症大抵小兒患之，成人較少。

症狀 與腸卡他兒（腸炎）相似，如腹痛、發熱（三十八度左右）、身體漸瘦、大便稀薄或乾結不定。如在小兒，常不知訴述腹痛，惟常有啼哭、精神不寧、睡眠不安等現象。惟普通之腸炎，經一至二期後可漸癒。本症則每趨嚴重，致病兒體重驟減，發育與生長，具受打擊，發熱不退，食慾不振，精神萎頓。此病如日漸進行，即成俗稱之童子癆，而危及其生命。如其腹膜受刺激，則可成滲出性腹膜炎。此時腹腔積水，俗稱水膨脹。

B 繼發性腸結核

由結核桿菌直接入腸部而成。此等病者，大抵患有開放性肺結核。

抗 癆

本症之病竈，多半在迴盲瓣（小腸與大腸接連處）。

按其病理變化，可分三種。

a 繼發性潰瘍性腸結核

本病在腸粘膜上形成多數之結核性潰瘍。若其潰瘍為初發或不多，則常不表現病狀。惟病者或覺有消化不良，食後腹脹等情形而已。吾人常遇此等患者。雖於其肺部之結核經相當成功之治療，但其發熱不退，大半即此之故。

若其腸部潰瘍廣多，同時有黏連，甚至阻塞時，則刺激腹脹，可引起食後腹痛、惡心與嘔吐。

通常繼發性潰瘍性腸結核，往往有腹瀉之症狀。此係體內之自衛作用，其目的在減少疾病處之刺激。故食物經潰瘍處時，遂被迫迅速排出。因此腸蠕動增加，而起腹瀉。同時本症因受毒質之作用，使腸蠕動減少，而起便秘。故臨床上本症之病狀，有時腹瀉，有時便秘。

凡繼發性潰瘍性腸結核之症狀愈顯，則診斷愈易。其結果亦劣。蓋患本症時，每能影響其全身狀況，使之極度消瘦。雖其肺部之結核有法可以控制，但腸部情形，常使醫者棘手。故其預後嚴重。若腸結核侵襲及漿膜，則可使腹膜起病理之黏連。或其結核性潰爛穿入腹膜時，則成結核性膿瘻。此時病者

最感痛苦，幾至不能飲食，因於飲食後，即促進腸之蠕動而起腹痛，故其結果常屬不良。

b 繼發性肥大性腸結核

本症之病變，大都在盲腸部位（大腸起端），其他腸部則均健全，如其肥大不甚，常無病狀，若肥大過甚，則可使腸腔阻塞，而引起便秘，且本症常有局部之腹膜炎，故病者覺有腹痛。

本症如經時較久，則可無發熱，惟醫者每在檢查腹部時，於其右下腹觸得長形之塊，至盲腸肥大劇甚時，每使腸腔阻塞而發生腸閉塞之症狀，此時須行外科手術治療之。

c 繼發性粟粒性腹膜炎

其病竈在盲腸部及迴腸，呈粟粒樣之結核病變，由是而侵及其附近腹膜，發生局部的腹膜炎，病者在平時每不覺有何症狀，時或驟起腹痛，此時就醫診查，醫者大抵認為盲腸發炎，遂施行外科手術，待剖腹後，始知非盲腸炎，而為繼發性粟粒性腹膜炎。

C 結核性直腸炎

結核性直腸炎，俗稱痔瘻，大抵為結核病之併發病，按美國之統計，在結核病者兼有結核性直腸炎者，佔百分之四，我國雖無統計，但據臨床上之觀察，其百分數則較美國統計為高。

病初起時。在肛門四周鄰近發生膿疱。病者初不覺痛。繼則覺有不適或疼痛。此卽結核性之冷性膿疱（普通之膿疱。局部有紅腫痛熱）。如其膿疱成熟破裂後。而成瘻管。常有膿液流出。又本症每可在肺結核未發現前。作爲肺結核之先導病症。

痔瘻之治療。在兼患有肺結核者。則須先將其肺結核施行治療。然後再行外科手術。以治其痔瘻。

八 非結核性之肺病

1. 枝氣管炎。枝氣管性氣喘及肺氣腫

枝氣管屬下呼吸道。當上呼吸道有發炎。如慢性鼻炎。扁桃腺疾患時。每可影響枝氣管而起枝氣管炎。本症常爲他病如流行性感冒。麻疹等之附帶疾病。

如普通傷風咳嗽至二星期尙不能痊癒。則常非單純之枝氣管炎。而有肺結核之可疑。因外來傳染之肺結核。其起病猶如普通之重傷風。此外在肺結核病者。每可併發枝氣管炎。此因其咯痰中結核

菌侵入枝氣管而成結核性之枝氣管炎。故此時咳嗽與咯痰均形增加。甚至其枝氣管尙可發生結核性潰瘍而使治療困難。預後嚴重。

症狀 由傷風而起。流涕。咳嗽。初無咯痰。其後漸有粘液痰及粘液膿樣痰。時或發熱。此時多半有小葉性肺炎之現象。如其咳嗽咯痰不止。則發炎侵入小枝氣管及肺泡。如此反復發作。則漸成慢性枝氣管炎及肺氣腫。而起頑固不止之咳嗽。更因咳嗽不止而使肺泡成病的擴大與膨脹。由是而漸失其彈性。並失去其內呼吸之功用。而使病者有氣急之症狀。此卽俗稱曰氣喘。

在肺結核症同時併發肺氣腫者。其病理略有不同。大抵因血行佈散之結核。滿佈全肺。或因肺結核之病竈過多。而肺臟不足。擔負身體炭氧之交換。於是在各結核間之健全肺泡。膨脹而擴大。以補償其病肺工作之不足。而造成代償性之肺氣腫及肺氣腫性枝氣管炎。或由其患病之肺部。因癒合而生收縮。遂使健全之肺泡張大。以補償其癒合之收縮。而成局部之肺氣腫。此種肺氣腫。在臨床上常無症狀。故不易檢出。且亦無礙於健康。如爲全部之肺氣腫。則於肺結核治療上。每使醫者發生困難。

當吾人診斷其已爲枝氣管炎時。必須分別其爲普通抑爲結核性。爲局部抑或爲全部。在普通之枝氣管炎。常須同時診察其鼻。喉部。是否康健。如爲結核性者。則須着重其肺部情形。

2. 枝氣管擴大症

枝氣管擴大係由枝氣管受慢性之病的侵襲。同時有持續之咳嗽。致使枝氣管受理學的與病理的影響而擴大。以及枝氣管壁增厚。且其空腔擴大。遂成枝氣管擴大症。

枝氣管擴大之形狀有三。

(一) 枝氣管成圓柱形之擴大。

(二) 枝氣管成梭形之擴大。

(三) 枝氣管成囊形之擴大。

本症之病變多在肺臟之基底部分。與肺結核之多數在肺臟之上部者不同。

病原 枝氣管經慢性發炎。或病菌由鼻喉部往下向枝氣管屢次侵襲。遂由發炎而增厚擴大。終成枝氣管擴大症。

在肺結核之患者。亦有此病。此因結核性之乾酪膿性物與結核菌之侵襲枝氣管而起。此外肋膜增厚及氣管梗塞。亦可惹起本症。

症狀 與慢性肺結核之症狀相似。欲有以鑑別之。則應注意下列二點。以資區分。

(一) 臨床上與肺結核最可靠之鑑別診斷法。為注碘油於氣管。再行愛克司光診斷其枝氣管是否擴大。

(二) 又單純性之擴大。非由肺結核惹成者。則痰中無結核菌。此亦可資區別。

3. 肺炎

肺炎在病理上為肺臟之急性發炎。其病原為肺炎雙球菌。

肺炎在臨床上分大葉性肺炎及小葉性或枝氣管肺炎二種。大葉性肺炎常限於一肺葉。小葉性肺炎可佈及全肺。

大葉性肺炎之患者。常屬身體素健之人。其病狀發生急速。如無併發病。常於七至十二日後可愈。本病發生之誘因。常為受寒及雨淋等。

小葉性肺炎。多為繼發性。常在久病而體弱者併發之。故其預後沉重。

症狀 通常肺炎之誘因為受寒。其病狀為驟起寒戰。發稽留型之高熱（常在攝氏四十度左

右)胸脇刺痛。此外尚有頭痛、四肢痠痛等。起病之初無咳。其後漸有乾咳。或帶有粘液痰。在五、六日左右。其咯痰呈鐵銹色(肺炎特徵)。病者呼吸增加。甚則鼻翼扇動。在小兒每有神志不清、痙攣等現象。待身體抵抗力產生時。則發熱驟降。呼吸平勻。全身病狀消退而癒。

本症愈後。常併發肋膜炎。有滲出液產生。甚至胸腔不惟積水。或竟積膿。而成膿胸。其時病者於熱度消退後。再起發熱。病狀亦增。病者常以爲肺炎後。而轉歸成肺結核。此時醫者應爲之。行胸廓穿刺術。以抽出其積水或積膿。此可藉以診斷。並可將積水抽出。以減輕其症狀。而奏治愈之功。

4. 肺癰

肺癰乃肺組織發炎。成膿疱之謂。其膿液可經枝氣管排出。而於肺部成一空洞。

病狀 病狀初起。猶如肺炎。其後則如肺結核。在診斷上之鑑別。爲咯痰檢驗。蓋肺結核之患者。其咯痰中。可找得結核桿菌。而肺癰則無。其與肺炎之區別如下。

愛克司光檢查

咯痰檢驗

肺癰

可有空洞

奇臭膿痰

肺炎

成黑影

呈鐵銹色痰

本症診斷既確，則需用外科手術治療之。

5. 肺癌

肺癌為肺組織生惡性腫瘤之病症。其病狀視腫瘤之地位而定。若腫瘤張大而壓迫鄰近器官，則產生各種壓迫病狀（視其所壓迫之器官而定）。其症狀常如慢性枝氣管炎、枝氣管擴大及肺炎。

肺癌大抵為繼發性之疾病。常於子宮、肝、胃等處之癌移殖而成。如其腫瘤在氣管時，可使氣管漸形縮小，而成局部之肺部膨脹不全。其下部之枝氣管，則漸起慢性之枝氣管炎。甚或有局部之枝氣管擴大。故有發熱、咳嗽、咯痰等症狀。病久者，有變成枝氣管擴大及肺癰之可能。患者在病劇時，因癌腫產生之毒質影響，可使病體起劇烈之消瘦。面色發紺、咯血、氣急等症狀。在本症早期行愛克司光檢查時，常可在肺部發見瘤腫陰影。病久者，則其所顯之影，常與肺炎或肺癰相混亂。用氣管鏡檢查，亦可以助鑑別。

九 肺結核與公共衛生

肺結核症爲傳染病之一蔓延之廣禍人之烈較之任何災難爲重大故在公共衛生上咸認爲一重要問題。

在上海一隅據工部局報告各種死亡率中以肺結核症之死亡率佔首位惟在夏季因有霍亂腸熱病等症其死亡率較高此時肺結核之死亡率佔第二位然已可知吾人患肺結核者之衆。

結核患者既衆結核菌之散佈亦盛健康人所得傳染之機會亦多此皆互爲因果者也。

肺結核大抵侵襲青年之人此等本屬有爲之青年因受病魔之纏擾而不克服務與生產其所受之損失豈僅在一人一家實間接影響於社會國家此種損失之估計當在任何損失之上。

青年人在社會中最爲活動與人往來最密故得傳染肺結核之機會亦較多又因身體較弱之時益以工作繁忙經濟力困難亦易受肺結核之侵襲其病大抵由外來所傳染但亦有由潛伏性之結核病而發者。

一般人但知肺結核症爲一可怕之疾病。其病經年累月。歷時甚長。轉輾床第。痛苦萬狀。苟不幸而患之。則不惟耗損金錢。抑且影響事業。其可懼爲何如。惟對於肺結核之病原爲何物。由如何而傳播。如何而發開。則皆不得而知。至於肺結核之須早期診斷。早期治療。其治療如何爲正當。則更不得而知也。此書前已詳述。對於肺結核應有之各種知識。希望讀者能一一體會。作爲自己教育自己之課目。尤應知肺結核應早期診斷。早受相當治療。

公共衛生上對於肺結核一症。有須注意之點三。

1. 欲防止肺結核之傳染。須先知其如何傳染。既知由結核菌而傳染。其菌果從何而來。

常人不知肺結核患者之痰中可有結核菌。能爲肺結核傳染之源。故欲使社會人士。明瞭痰能傳播疾病。應知痰中有結核菌。

臨床上經診斷患肺結核已成空洞之人。彼等往往不自知已患肺結核。亦不知其病如不謀相當治療。將行惡化。更不知其痰中有結核菌。能傳染他人。於是隨地吐痰。其痰中滿佈結核菌。而廣爲散播。肺結核病。此實爲人類之罪魁禍首。

此種散播肺結核之人。除彼有症狀發現外。平時均無法將其檢舉。如遇無知識之病者。即使有咳。

亦不思就醫診查。至於須行愛克司光檢查，則更不明其意義。因此等病者，其病狀自覺並不嚴重。如欲使之行早期診斷與早期治療，彼決不願聽從也。

如有一組織正當設備完善，取費低廉，能將彼等施行愛克司光早期診斷，則不僅於病者有益，於社會上亦可免除散佈肺結核之源。其福利人羣，豈淺鮮哉。

在六年前，中國防癆協會創辦者布美氏，曾會同會中各醫師調查人行道上之痰，有無結核菌。其地點在上海海格路附近。於每日早晨，由化驗員多人，將人行道上凡屬可疑之痰，一一採集，帶回檢驗。共得標本九十九個。結果十個標本中含有結核桿菌。此種標本之採集，尚在行人較稀之海格路附近。如在交通輻輳，行人衆多，以及公共場所採集之，則其所得，將必更甚於此。並將引起公共衛生人員，對於肺結核一症，發起莫大之興趣也。

此等痰中含有結核菌之人，大抵患有進行性肺結核。因彼等體况尚佳，故仍在外活動。此等患者，大抵

一、無顯著之症狀。

二、身體比較尚稱健康。

三、無知識或忽略其病，故不去求醫。

四、因生計關係，不得不繼續工作。

五、不知往何處診察，而可得真實之忠告，且其處確屬醫療可靠，收費低廉。

2. 吾人既知有一部份肺結核患者，無何等症狀，即應設法將其檢舉，此種檢舉，於病者個人及社會，均有莫大之利益。

本書前曾述及肺結核有時不能用打診及聽診而檢出，故應利用愛克司光以為診查。

愛克司光診查有二。

一、愛克司光透視 此為費用最廉而可行普遍檢查之一法，並毋需耗費愛克司光照片。

行此種檢查，最好由對於愛克司光及肺結核一科或有興趣之人為之。在我國今日經濟狀況之下，此種檢查最為合宜。凡屬學校工廠以及各種團體之人員，均應受此種檢查，俾可將一般有肺結核而無病狀之人檢出，使之受早期之治療。如是則不但可免除學校工廠以及各團體所受間接的工作效率之減低，且於公共衛生上，亦可減少肺結核之傳播。

惜我國今日學校與工廠等，尚未知此種檢查之重要，以後知識普及，當必能自動實行也。

二 愛克司光攝影 此可予人以固定而永久之紀錄。在診斷與治療上用之最宜。且於治療期間對於病情方面可有相當之比較。

3. 防癆之實施（包括診療所療養院及醫院）

設法檢出肺結核患者而教育之，並送往醫院或療養院受積極的治療。

此種實施，其先決問題，須有相當之財力及人力，故非私人能力所可為，應由各地方政府撥付相當經費，令由公共衛生人員負責行之，最為妥善。在社會中亦應設法謀得當地人士之合作，如對於當地財戶能謀得其經濟上之援助，則更易舉。

診療所 在診療所服務之醫員，應有結核病學之相當訓練。對於肺結核之診療，須以科學的立場，正當之方式，以謀同胞之福利。同時並須視自己為一公僕，應盡力為大眾服務。

醫院 吾人已知治療肺結核，不僅為休息與營養，並可用外科手術療治，如人工氣胸治療等。此種外科療治，必須在有相當設備之醫院行之。

醫院中應有對於肺結核有相當興趣之內外科醫師，互相合作之。此等患者，經相當之治療後，可至療養院療養，或至診療所診治。

療養院 應有專門之醫師及對於肺結核病專門之設備。在療養院中，外科手術行之較少，大抵爲不能至診療所診治之病人所需的前一過程。

在醫院療養院及診療所中，應設訪視家庭之護士，以爲病家與醫療處之聯絡。其責任相當重大。如

一 教導家庭如何防止肺結核之傳染。對於病人之咯痰，應如何消毒。飲食應如何隔離。居室應如何隔離。以及護侍疾病之各種知識。

二 監督病者持續受治。

三 如病家有經濟困難，應報告醫療當局，予以方便或援助。

四 教導病者如何行適宜之工作與生產。

上述之管制，爲吾人對於防治肺結核之理想。唯醫者如僅注意於肺結核之治療，而不注意其防止，則其治療實不可稱爲完全。換言之，療治肺結核之醫者，亦即爲防止肺結核之醫者。

此外對於開放性之肺結核患者，即痰中含有結核菌，病勢正在進行之人，應如何爲之謀適當之治療，絕望之患者，即病勢重篤，無治愈希望之人，應如何使之隔離，此亦當同時注意者也。

十 診療報告

1. 愛克司光檢查報告

肺結核在病象輕微時，患者每不自覺。又有纖維性之肺結核，暫時雖不表現症狀，實則待時而發。此等病者，如能早行愛克司光檢查，謀適當之對付，則什九可愈。此種檢查，吾人名之曰愛克司光早期檢查。其於肺結核之防治，功莫大焉。吾等自民國二十七年六月一日起，至二十九年十月十五日止，共行愛克司光檢查五千一百八十一人。茲將其檢查結果列表於後。

愛克司光檢查統計

檢 查 結 果	人 數	百 分 數
心 肺 正 常	1669	32.21
肺 結 核	1163	22.45
肺 門 淋 巴 腺 影 深	731	14.11
肺 炎	26	0.50
肋 膜 炎	484	9.34
枝 氣 管 影 深	742	14.32
心 影 及 大 動 脈 影 擴 大	364	7.03
心 影 反 向	2	0.04
總 數	5181	100.00

一、心肺正常 乃愛克司光透視時，心影之大小及位置均正常，肺部明晰，暫無進行性肺結核或其他能成影之肺病之謂。

二、肺結核 觀上列統計，肺結核患者佔百分數二二·四·五，此數佔檢查總數約四分之一，惟此數不能作為上海肺結核患者之統計，因來檢查之人，大抵已覺有肺結核之病狀，惟彼等如能有早期治療，其結果必佳，又肺結核與年齡之統計如下表。

由此表所示，可知肺結核一症，少年與中年之人，患之最多，此等少壯之人，為吾人一生最有為之時代，今不幸而受肺結核之侵襲，其損失豈僅在其一人與一家，即國家與社會，亦同受其損失也。

在一千一百六十三名肺結核患者中，其已成空洞者，共一百五十一人，佔肺結核之百分數一二·九七，此等患者，如能行壓縮療法，其結果，尚屬有望。

肺結核患者年齡統計

年 齡	人 數	百 分 數
6—20歲	71	6.11
21—30歲	647	55.63
31—40歲	391	33.62
40—69歲	54	4.64
總 數	1163	100.00

三、肺門淋巴腺影深 在愛克司光檢查時，兒童之肺門陰影，常比較的視成人為闊，此乃生理之正常現象。如為肺門淋巴結腫大，即表示因病的傳染而使淋巴系統起病的增生。醫學上可使肺門淋巴結腫大之原因甚多，如麻疹、百日咳及肺門淋巴腺結核是也。故在臨床上遇此種現象，如能證明其非由麻疹及百日咳所致者，即有患肺門淋巴腺結核之可疑。惟此時並須檢查其心後之影，是否明晰，以助診斷。因如有腫大之淋巴結環繞於氣管，則於愛克司光透視時，其心後之影，即模糊不明。此乃診斷肺門淋巴結結核之妥善方法。

四、肺炎 此等患者，多數均受醫者之指使，而來檢查，以謀其診斷之確定。患者以小兒為多。大抵為枝氣管性肺炎，年齡在一歲至十三歲。

五、肋膜炎 包括滲出性肋膜炎及肋膜增厚。此等患者，佔百分之九·三四，其百分數甚高。多數係受醫者之指使，而來檢查，以定診斷。

六、枝氣管影深 按枝氣管影增深，大抵由於喉部發炎及鼻黏膜發炎而引起。上呼吸道慢性發炎所致。因鼻為呼吸之第一道門戶，倘發生病變，即影響於氣管。此常於普通傷風時見之。即所謂枝氣管炎是也。此種發炎，如屢發不愈，久之即成慢性枝氣管炎。而於愛克司光檢查時，即顯肺門兩側之樹

枝形深影。

七、心影及大動脈影擴大。遇心影或大動脈擴大之人，吾等每囑其驗血，行康氏試驗及瓦氏反應，結果十之六七，俱為梅毒陽性反應。然病者每多不知，可知行愛克司光胸部檢查，亦有助於潛伏性梅毒之檢出也。

八、心影反向。大部份人之正常心臟，均偏向左側，惟間亦有偏向右側者，此乃反常的生理現象。對於其本身之健康，並無影響。吾等於平時行愛克司光檢查心肺時，遇有心臟偏向右側者二人，俱屬女性，在生理上實不多觀也。

此項檢查，吾等躬司其職，遇有病之人，皆不嫌詞費，囑其勿誤信靈方秘藥，而須行適當有效之療治。惜多數均不遵從吾等之忠告，而來受治，殊深可惜。推原其故，約有三因。

(一) 患者係受醫者之指使，而來行愛克司光檢查，以謀證實其診斷。此等患者，大抵已受姑息療法之治療，惟吾等深望經此檢查後，於病者能獲得相當裨益。

(二) 病者不明診斷與治療在醫學上之意義。

(三) 病者因經濟關係，無力前來繼續診斷與治療。

2. 防癆運動愛克司光檢查報告

防癆運動開始於民國二十九年三月十五日，至四月十五日止，為期一月，計受檢查者共二千一百七十人，茲將其檢查結果分列如下。

檢 查 結 果	人 數	百 分 數
完 全 正 常	706	32.53
肺 結 核	563	25.94
肺 門 淋 巴 腺 影 深	166	7.65
肺 炎	15	0.69
肋 膜 炎 及 肋 膈 增 厚	132	6.08
枝 氣 管 影 深	367	16.91
心 影 及 大 動 脈 影 擴 大	97	4.47
肺 部 有 結 核 環 化 症 點	124	5.71
總 數	2170	100.00

防癆運動愛克司光檢查統計

上列統計，因屬於防癆運動之檢查，其受檢查者，頗多因已自覺有病狀而始來檢查，故其患病之百分數，比較前列之醫院中普通的愛克司光檢查統計為高。

其餘各項說明，其意義與前述愛克司光檢查報告中之說明相同，故不贅。

3. 人工氣胸治療統計

以下包括虹橋療養院人工氣胸治療病人及防癆運動治療部人工氣胸治療病人之各項統計。又民國二十六年四月，中華醫學會舉行第四次醫學年會時，曾發表劉德啓醫師任中山醫院肺癆科主任時之四百十名肺結核患者行人工氣胸治療之臨床報告，茲亦一併刊錄如下，以資參考。

a. 人工氣胸左側右側及兩側之統計

報告者	劉德啓醫師		虹橋療養院		防務運動部	
	人	百分比數	人	百分比數	人	百分比數
右側	239	58.29	184	50.83	44	46.81
左側	131	31.95	108	29.83	37	39.36
兩側	40	9.76	70	19.34	13	13.83
總數	410	100.00	362	100.00	94	100.00

b. 人工氣胸治療前之咯痰檢驗

報告者	劉德啓醫師		虹橋療養院		防務運動部	
	人	百分比數	人	百分比數	人	百分比數
有結核桿菌	340	83.00	204	57.00	76	81.00
無結核桿菌	70	17.00	158	43.00	18	19.00
總數	410	100.00	362	100.00	94	100.00

c. 受人工氣胸治療者之肺以外結核性合併症

報告者	劉德啓醫師		虹橋療養院		防務運動治療部	
	人數	百分數	人數	百分數	人數	百分數
有合併症	75	18.00	54	15.00	6	6.00
無合併症	335	82.00	308	85.00	88	94.00
總數	410	100.00	362	100.00	94	100.00

d. 人工氣胸受治中之併發症

報告者	劉德啓醫師		虹橋療養院		防務運動治療部	
	人數	百分數	人數	百分數	人數	百分數
皮下氣腫	23	5.5	—	—	—	—
肋膜炎	158	38.0	69	19.0	8	8.5
自生氣胸	11	2.5	32	8.8	13	14.0
血胸	6	1.3	1	0.3	—	—

柱氣管擴張管	4	1.0	—	—	—	—	—
肺氣腫	27	6.5	—	—	—	—	—
肋膜休克	1	0.2	—	—	—	—	—
誤 胸	—	—	4	1.1	1	1.0	—

e. 受人工氣胸治療後兼行其他治療者之統計

報 告 者	劉 德 啓 醫 師		紅 梅 療 養 院	
	人 數	人 數	人 數	人 數
腦神經擠出術	14	3	—	—
胸膜粘連剝斷術	17	—	—	—
油 胸	8	—	—	—
胸廓成形術	15	5	—	—
胸膜腔洗滌	6	2	—	—
結核菌苗注射	—	27	—	—

f. 人工氣胸治療病者之性別年齡統計

報告性別	劉德啓醫師		紅橋療養院		防務運動治療部	
	男	女	男	女	男	女
10—20歲	65	18	49	34	18	4
21—30歲	216	42	136	61	49	7
31—40歲	42	16	47	19	13	—
40歲以上	9	2	14	2	2	1
病者性別總數	332	78	155	107	82	12
總數	410		362		94	

g. 人工氣胸受治者之繼續與停止之統計

(1) 劉德啓醫師報告 共四百十病人

病愈停止

八十六人

佔百分之二十一

他處治療

四十八人

佔百分之十二

抗

撈

一四五

在治療中 一百三十六人 佔百分之三十三
在一年內自動停止者 一百四十人 佔百分之三十四

人工氣胸治療之結果

總數 四百十人

能工作者	一百七十四人
在家庭休養者	六十八人
在醫院療養者	十八人
情形不明	一百十九人
死亡	三十一人

以上之統計自一九三〇年至一九三六年止。病者在治療上均有二年之觀察。但未至時期終止者。佔百分之三十四。

(2) 虹橋療養院報告 共三百六十二人

病愈停止

五十六人

他處治療

二十五人

在治療中

一百七十八人

自動放棄者

三十五人

情形不明

七人

在休養中

二十七人

死亡

三十四人

在人工氣胸治療期中自動放棄者。大抵因知識幼稚。不待治療成功而自動放棄。最爲可惜。在人工氣胸治療時期而死亡者。大抵因併發肺以外之結核性合併症之故。其中尤以喉結核或腸結核爲最多。

結 論

由各種統計報告之工作。足以指示吾等改善醫學上之各種弱點。此實最有意義。觀乎上列之統

計報告即可知

1. 由吾等檢查之結果，肺部有病之人，竟達三分之一。此種紀錄，實屬高強，推原其故，是皆因受檢查者大抵不明防癆早期愛克司光檢查之意義，而多數因已覺有病狀，始來檢查，所謂謀診斷而來，並非為普通防癆行早期愛克司光檢查而來，故其患病率特高，惟已可知我國今日患肺結核病者之衆，而對於防癆工作之需要與迫切，應羣起努力推行，同時社會人民對於醫學常識之幼稚，亦為我國目前國民健康上之一重大問題，故應速將肺結核之一般知識，灌輸與民衆，希望以後在此種檢查及報告中，其患病率能逐年減低。

2. 在防癆運動五百六十三名結核病患者中，前來受人工氣胸治療者，僅九十四人，佔病者全數僅六分之一。此外雖尚有受結核菌素治療者，約五十人，合計之，亦僅佔全數四分之一弱，其餘病者，均不來受治，其中雖或有一部份往他處求治，然其不謀治療，而因循自誤者，當亦不在少數，此則殊非所宜，深望以後再有此種檢查時，病者之受治人數，能多多增加，而患病之紀錄則能大大減低。

3. 在此低廉之愛克司光透視及愛克司光免費攝影下，而有衆多之肺結核患者，為之檢出，此可

證愛克司光檢舉肺結核病力量之偉大。同時國人因經濟力困難。如有低廉及準確之肺結核檢驗處。亦均願前來受驗。而享早期治療之益。

4. 受人工氣治胸療之患者。其自動放棄之數。在劉醫師之報告中為百分之四十。在虹橋療養院之報告中為百分之十。此因

一. 劉醫師之報告。在一九三〇年至一九三六年。其時國人對於肺結核之人工氣胸治療。瞭解者尙鮮。虹橋療養院之報告。在一九三七年之後。此時國人對於肺結核之壓縮療法。已認識較深。故其治療之結果。互有出入。並可知醫療之道。須病者與醫者合作。其結果亦較優良。

二. 虹橋療養院之病人。經濟較裕。知識較高。且為私人病人。而劉醫之病人。則大抵為平民。又多屬慈善性質。故二者之報告。各有不同也。

5. 吾等深望於本書再版時。能有更佳之統計與研究。貢獻與讀者。