

護士應用
中國傳染病概論

中華民國三十六年

護士應用
中國傳染病概論

上海廣協書局發行

COMMUNICABLE DISEASES OF CHINA

A Handbook for Nurses

By

JEANNETTE C. RATCLIFFE, R. N.

Acting Principal of School of Nursing, Cheeloo University, 1919-20
Principal of School of Nursing, Weihwei General Hospital, 1922-27, 1929-32

With a Chapter on

The Common Human Helminthic Parasites Found in China

By

GERALD F. WINFIELD, SC.D., and E. B. STRUTHERS, M.D.

of

Cheeloo University, Tsinan, Sung.

Translated by

WU CHIEN AN

Published for the

NURSES' ASSOCIATION OF CHINA

By the

KWANG HSUEH PUBLISHING HOUSE

SHANGHAI

1947

題贈中國護生

中國護生於其
在生之日將見
國民健康大有
增進諸生於此
亦將與有力焉

DEDICATED

to

THE PUPIL NURSES OF CHINA

Who during their lifetime
Will see great changes in the health of the people
and help to bring these about

自序

此書之編輯，希望能應兩種需要。第一爲護士學校教員之需要；不論担任教課者爲醫師或護士，皆須於職務忙迫之時，預備教授大綱，故本書擬將各種應用材料，勉爲編入，使所論各病，一一逼真，於學生有興趣，於教員有裨益。第二係應護生之需要，編輯一種課本，文字簡明，而能授以關於中國各種傳染病應有之智識。傳染病之見於他國，而不見於中國者，如黃熱病，本書則置而不論。

衛生教育於護士學校新課程中，佔有重要之位置。衛生與防病之智識，在公民科中亦認爲必不可少。今後護士於關係公衆健康之事，將領導市民，已日益顯見，故本書於簡單討論各種傳染病時，特將預防一項列入，不僅可以教授護生，且於將來担任某種職務，而爲國民衛生教師之時，亦可得益非淺也。

皮膚病除丹毒外，並未列入本書，因中華護士會已有一種小本子發行，名爲「皮膚病論」。護理各病所需之護病技術，亦因已見他書，故略而不論。此種技術在護生現有之護病課本中，已頗詳盡矣。

本書材料之來源，備見附表各書，著者得以自由採用，至爲可感。又蒙北平協和護士學校，允許著者採用「實用護病法」*Special Nursing Procedures* 一書中之材料及插圖；北平中央防疫處，許著者採用其製造血清與菌液(疫苗)之照片；南京衛生署，則由衛生教育組與中央衛生設施實驗處多方贊助，均應一併致謝。濟南齊魯大學醫學院皮膚病科尤家駿醫師，錄示丹毒與麻風兩篇，溫醫師 *Dr. Gerald F. Winfield* 則許著者採用其關於中國人體內臟寄生蟲所搜集之材料，懷慶羅醫師 *Dr. R. B. McClure* 復以其黑熱病之團體療法見示，凡此皆應深表謝意者。

此外尤應特別致謝齊魯大學內科助教杜需德醫師 *Dr. Ernest B. Strubers*，不僅著討論瘧疾一文，且於本書編輯期內，隨時賜教，以匡不逮，每一章節，均經校閱，而與以指正，殊足感也。

滿海倫女士 *Miss Helen McDougall* 於原書編輯期內，協助打字，艾女士 *Mrs. Norman Knight* 則於最後將全稿打出，合併聲明，以誌謝忱。

目錄

上卷

第一章	緒言.....	一
第二章	致病之微生物.....	五
第三章	身體對於疾病之抵抗力.....	一九
第四章	免疫性與易感性.....	二四
第五章	內科無菌法.....	三五
第六章	傳染病之管理.....	五八

下卷

白喉病	Diphtheria	七八
猩紅熱	Scarlet Fever	九一
咽喉內之鏈球菌傳染	Streptococcus Throat Infections	九八

傷寒質斯熱	Rheumatic Fever	一〇一
丹毒	Erysipelas	一〇六
敗血病	Septicaemia	一一〇
普通傷風	Common Colds	一一四
流行性感冒	Influenza	一一八
大葉肺炎	Lobar Pneumonia	一二二
枝氣管肺炎	Bronchopneumonia	一三一
天哮噎(百日咳)	Pertussis (Whooping Cough)	一三四
結核病	Tuberculosis	一三九
麻疹	Measles	一五二
風疹	Rubella (German Measles)	一五八
痘症(天花)	Smallpox	一六〇
水痘	Chickenpox	一六五

腦膜炎(腦脊髓熱)	Meningococcus Meningitis (Cerebrospinal Fever)	一六八
急性脊髓前灰白質炎(嬰兒癱瘓)	Acute Anterior Poliomyelitis (Infantile Paralysis)	一七二
流行性腦炎	Epidemic Encephalitis	一七八
流行性腮腺炎	Mumps	一八〇
梅毒	Syphilis	一八三
淋病	Gonorrhea	一九一
腸熱病(傷寒)	Typhoid Fever	一九六
副腸熱病(副傷寒)	Paratyphoid Fever	二〇四
霍亂	Cholera	二〇五
桿菌痢	Bacillary Dysentery	二一二
阿米巴痢	Amebic Dysentery	二一八
放線菌病(菊形菌病)	Actinomycosis	二二二

中國傳染病概論

四

麻風	Leprosy	二三四
瘧疾	Malarial Fever	一三三〇
登革熱	Dengue	二四〇
黑熱病	Kala-azar	二四三
斑疹傷寒	Typhus	二四八
回歸熱	Relapsing Fever	二五三
鼠疫	Plague	二五七
米利他熱(浪熱症)	Undulant Fever (Malta Fever)	二六三
炭疽	Anthrax	二六七
破傷風	Tetanus	二七二
癩咬病(恐水病)	Rabies (Hydrophobia)	二七七
沙眼	Trachoma	二八三
人體內臟寄生蟲	Human Helminthic Parasites	二八九

護士應用
中國傳染病概論
卷上

第一章 緒言

各國護士，於傳染病之預防及管理，無不佔重要位置者。中國護士，已實行贊助此類工作，其尚在訓練中者，亦將繼之而起無疑焉。國民政府深知各種公共衛生事業之重要，於是護士服務之機會，乃隨處皆是。此書非公共衛生課本，僅將關於傳染病之簡單事項，略為論列，以供護生應用而已，此種學識，無論護生担任何種工作，皆不可不知也。

凡為護士者，人人須為一公共衛生護士。於護理傳染病人之時，必須機警靈敏，不僅能使病人安然出險，而無病後患，且能保護與病人接觸者，及其自身在內，使之不受傳染，並就一己責任所及，設法限制疾病之傳佈；不然，即非優良之護士。故本書於各種特殊病症，討論其相當之預防及管理法，在全書中將佔一



重要部份焉。

本書下卷，則就下列諸點，討論中國習見之各種傳染病：

- (一) 定義
- (二) 源流
- (三) 病原
- (四) 傳染之來源
- (五) 傳染之途徑
- (六) 潛伏期
- (七) 傳染期與傳染之程度
- (八) 診斷
- (九) 症狀
- (十) 豫後
- (十一) 併發病與後發病

(十二) 療法

(十三) 護病法

(十四) 管理法

(十五) 病時消毒與終期消毒

著者初擬將各種傳染病，按其傳染之途徑而分爲若干類。然有許多傳染病，其傳染之途徑不一，無論用何種分類法，皆不能完全滿意。故書中逐一討論，並無確定次序。惟護生可各按其最主要最習見之傳染法，而自行分類列表，例如：

(一)由接觸傳染者，(二)由染污之飲食物傳染者，(三)由蟲類傳染者，(四)由破損之皮膚傳染者。

護理傳染病，必須明瞭其致病之微生物，如何入體，如何排出，及其傳染之方式。護士須習知其預防與管理之法，如消毒，免疫等，爲各種特殊病症所適用者。護士於內科無菌法必須熟練。並應略知政府所能供給之宣傳文字，援助機關及預防用品等。以上諸點，皆於本書上卷中討論之。惟護士欲於防禦傳染病之戰

爭中盡其全責，不能僅限於此區區之學識，必須具有理解一切之心胸。中國各種病症之可以預防者，皆因迷信，無知，及年深月久之風俗習慣，而藉以自固。故護士須有信心與勇氣，同情與友愛，理解與機智，及保護人民健康之責任思想。如是，始能於衛生人員中佔有相當之位置，最後必能戰勝人民之愚昧與偏見也。

成功之定律，在能合作。故護士必須得普通人民之信任與合作，否則難免失敗。護士應示以個人清潔，起居衛生，及接受防病之法，皆為需要而合理之事；此乃彼之責任也。惟其困難頗大，如經濟不足，人材難得，與機關缺乏等，乃其犖犖大者；凡抱有遠大之希望，欲適應此需要，成就此事業，而勇敢堅毅，百折不撓者，皆將遭遇此種困難而一一戰勝之。加拿大政治家福格森 Howard Ferguson 嘗激勵青年以與傳染病作戰，其言曰：『為國服務之道，不祇供獻一己之血與財產而已。能使爾之社會，更臻健康，而人民得以安居於其間，是亦服務之一法也。』

第二章 致病之微生物

傳染病之原因 凡傳染病之病原，皆爲一種微生物，由此宿主傳至他宿主。此宿主或爲人，或爲動物，卽致病之微生物，能由一人傳至他人，或由動物而傳至於人。惟僅由一、二個微生物而致病者絕鮮，必其侵入體內之數目甚多，或爲數雖少而其毒性甚烈者，方能成病。微生物侵入人體，於組織內生長繁殖，產生毒質，入於血流，名爲毒素 Toxins。此微生物與其毒素，引起疾病之症狀，與各種組織刺激，如破傷風之驚厥與痘症(天花)之發疹是也。

宿主 病菌於人或動物之體內生長繁殖，此人或動物，卽爲病菌之宿主 Host。病菌常由甲宿主而至乙宿主。

病菌之種類 病菌之已知者有二類：卽植物類與動物類。植物類包含(一)黴 Mold 如致鵝口瘡與錢癬者是也；(二)細菌 Bacteria 如致腸熱病(傷寒)與白喉病者是也。動物類包含(一)寄生人體內之各種蟲，如蛔蟲 Round worms，縲蟲(帶蟲) Tape-

worms, 鈎蟲 Hookworms 等。(二)原動物(原蟲) Protozoa 如致黑熱病與瘧疾者是也。尚有第三類微生物，如致痘症與麻疹者，至今尚未證明，亦須列入。此類微生物，普通稱爲病毒 Viruses，其起原或爲動物，或爲植物。此微生物係超顯微鏡者，雖用最強大之顯微鏡，或最明銳之目光，亦不能發見之；然以直徑十萬分之一英寸之細孔濾器濾過，而將其濾液接種於動物，仍可發生特殊之病症，足以證明其存在，而爲致病之原。故此類微生物，有時稱爲濾過性毒 Filterable virus。亦有不易濾過者，稱爲非濾過性毒 Unfilterable virus。各國科學家，對於尚未查出之病原，正在調查研究中，今日所不知之病原，明日或能知之。故護士應從早養成習慣，注意與記錄此最有趣味之研究，有何進步。本書之末，附有空白數頁，卽爲此閱讀與觀察之終身習慣，作一起點也。

病菌之入體 病菌入體之法有四：(一)由身體各口之粘膜而入，如鼻與咽喉之粘膜，爲極普通之入口，生殖器與眼之粘膜亦然；(二)由口腔而至腸道；(三)由破損之皮膚，而至其下之組織與血；(四)由未破損之皮膚，因蟲咬而入，此項蟲類

爲微生物之中間宿主 *Intermediate host*。護士如準備爲一衛生教師，當知能致某病之微生物，從何處侵入體內。

病菌之排出。病菌離體之法如下：(一)由鼻，咽，與眼之溢液；(二)由痰；(三)由尿糞；(四)由創口之溢液；(五)由生殖器之溢液；亦有若干疾病，其病菌可由數處排出，其餘祇從一處而出。傳染病祇於病菌離體時或離體後傳佈，故護士應知各種傳染病之病菌從何處排出(一處或數處)，否則不能保護其自身或他人。例如白喉病菌，可由鼻與咽喉之粘膜炎入體，而自鼻與咽喉之溢液內排出，但亦可由眼或創口，與陰道之溢液內排出。

病菌離體後之生活力。病菌在體外生存之時間，大有不同。如肺炎球菌之死亡頗速，其他在合宜之環境內，可以生存數月，有多至數年者。細菌在器具，乾燥之被褥，及照片等一無保護之空氣中，不能久存。然若(一)包於潮濕之排泄物如痰或糞中，(二)有蠟質保護，如結核桿菌，(三)包於莢膜中，如腸熱桿菌(傷寒桿菌)，(四)能生芽胞，如炭疽桿菌，或破傷風桿菌，則可生存較久，而能抵抗死

亡。如此者，可於體外生活數月，甚或數年。冰凍可以殺滅許多細菌，然痘症，白喉等之病菌，可不受低溫度之影響。塵土，溢液，缺乏日光與新鮮空氣等，可使細菌緩死。清潔與有規律之通風曝曬，則可以促其死亡。

傳染之來源。大多數病症，其傳染之來源，即爲人自己。多數病菌，祇以人類爲宿主，而由一人傳至他人。其傳染他人之時期有五，如下：

(一)於潛伏期內，病人尙未發現症狀之時。

(二)於病人確已患病之時。

(三)於病人復原，實際上似已健全之時，即恢復期內。

(四)病人因受病甚輕，而未能認識之時(被忽略者)。

(五)本人無病，而不自知其體內帶有病菌之時。以上除第二期外，皆名爲帶

菌人 Carrier。

下等動物。傳染之第二來源爲下等動物。動物之爲病菌宿主者頗多，其病有可傳至人者。例如腺鼠疫乃鼠類之病，但可由染毒之蚤，而接種於人。破傷風爲騾馬

之病，惟藏於塵土內之桿菌，如被帶入開放之創口，即可傳染於人。炭疽，米利他熱，鼻疽，土拉倫斯菌病，牛結核病，與瘰咬病，皆爲動物之病，可傳於人者。

無病之帶菌人。常有人並無患病之狀，且從未得過某病，而其身體組織或器官內藏有某病之微生物者。普通見於健康者鼻咽內之微生物，爲白喉，猩紅熱，與腦膜炎之致病菌。腸熱病桿菌，有時可在腸內數年之久，而於糞便中排出。此種帶菌人之危險如何，顯而易見，因一人可傳染數百人之多也。此種帶菌人又不易發見，僅於中心地點發生流行病，而能檢查多數人民時，方可發見之。

潛伏期帶菌人。自病菌侵入，以至發現最初症狀之時期，名爲潛伏期 *Incubation Period*。有若干種病，可於潛伏期內傳染，如痘症，流行性腮腺炎，麻疹等，於症狀發現前之二十四小時內，尤易傳染。如爲兒童，於潛伏期內，多照常至校或與他兒遊戲，如爲成人，多照常辦事。惟有詳細教導，或實行個人衛生之習慣，始能減少潛伏期內之危險。此種習慣，於無論何時，皆可減少使人得病，或傳病

至他人之危險，故於防病方面，爲益甚大。

恢復期帶菌人 各種症狀消滅後，或仍有微生物留於體內，其時間之久暫不同。猩紅熱，白喉，腸熱病（傷寒），阿米巴痢等，其恢復期之傳染性，歷時頗久。細菌可留於竇內，或扁桃體之隱窩內。有時須用外科療法，如扁桃體割除術，方能證明此帶菌人已無細菌。合宜之衛生習慣，與實行個人衛生，亦可減少恢復期內傳染之危險。凡患以上諸病而恢復者，須取其鼻與咽喉內之溢液，加以培養，並檢查尿糞，至不再發見病菌爲止。

忽略之帶菌人 成人與小兒，微有病狀，如發熱，惡心，感冒等者，均須隔離，以資預防。由輕微之咽喉炎，或可傳佈白喉病；而認爲無害之水痘，或變成可怕之痘症。至少亦應有數日之預防，如無重大發展，則所損無幾，而得益殊非淺鮮也。

傳染之途徑 傳染病傳染之途徑，按其重要之次序，分類如下：

（一）接觸（直接或間接）。

(二) 吸入染菌之飲食物。

(三) 由蟲類傳達，或爲機械的傳染，或爲生物的傳染。

(四) 由破損之皮膚或粘膜接種。

直接觸染 直接接觸傳染，即將含菌之分泌物，直接由一人轉移至他人也。轉移之時，即在俄頃，故病菌於實際上未有改變，侵入第二人之體內時，依然活潑而有毒性。直接接觸傳染之法有二，如下：

(一) 由兩人之身體實地接觸，如握手，接吻，或性交。梅毒與淋病，實際上祇由直接接觸而傳佈。

(二) 由飛沫傳染。直接接觸，不限於互相接觸之一法。病人之口，鼻，咽喉內，有菌甚多，於咳嗽，吐痰，噴嚏，及高聲談笑之際，即有飛沫自口鼻射出，此飛沫散布於空氣中，最後方始落下，但於落下之前，可傳達他人，在半徑六英尺之範圍內，皆可波及。劇烈之噴嚏或咳嗽，其飛沫可射至二十英尺。傷風，流行性感冒，白喉，麻疹，天哮噲，痘症等，皆可由此法傳佈。世人於咳嗽噴嚏之

時，不用手帕掩面，或轉首他向者，果有幾何？華西衛生教育會主任克勞福醫士 Dr. Wallace Crawford 嘗曰：於咳嗽噴嚏之時，以手帕掩面，此簡單方法，於預防普世流行之傷風與流行性感冒，可以得力不少。病菌在此等直接接觸中，皆甚活潑，而富有傳染性。

間·接·觸·染 (一) 由手指 身體各口，皆有其分泌物或排泄物。病時，此種分泌物中，或含有細菌。且人體之皮面上，常有致病細菌。手指於有意或無意中探入各口，或接觸皮面，每次卽有細菌染着，而傳佈於第二次所觸之物。如以手擦眼，或以指入口鼻，於未洗淨時，卽以指觸他人或他物，則行動所至，卽將散布其分泌物於廣大之範圍內。故由分泌物染污之手與指，當然爲接觸傳染中重要之媒介，可無疑也。

(二) 由染污之物 常被身體溢液染污之物，爲碗，筷，洗手盆，便盆，被褥，手巾，外科器械，與各種器皿。家庭內常被染污者，爲自公共菜碗內取菜之筷子，面盆，手巾，與木梳等。以上諸物，均爲間接傳病之媒介。染菌之棉毛屑，與頭

髮，糞穢等，亦可吸入肺中，或由破損之皮膚入體。此種染菌之碎屑，名爲傳毒物 Fomites。

染污之手指，若開一門，或放自來水，即可留下細菌於門旋上或龍頭上，迨第二人與之接觸，即可染菌。平常由間接接觸傳染之病，包括痘症，麻疹，流行性腮腺炎，肺炎，脊髓灰白質炎等在內。據最近調查所得，黑熱病傳染之途徑，疑亦由於接觸所致。

嘔下染菌之飲食物。食物與水，可傳帶疾病，如腸熱病(傷寒)，桿菌痢，阿米巴痢，霍亂，與各種寄生蟲病。此等病菌，因食染污之食物，或取飲染污之井水泉水，未經煮沸，以致入體。隨地大便，於供人汲飲之河水或泉水中洗滌污衣，在溪流之旁，建築坑廁，或於垃圾堆附近開井，皆爲水源被排泄物染污之由來。山食物與水傳帶之病，其大多數亦由接觸傳染。夏令氣候潮濕，此類病菌，尤易生長繁殖，復有無數蒼蠅助其傳佈，故疾病與死亡尤多。

以上三者——接觸，蒼蠅，染污之食物與水——爲傳佈疾病之共同犯。

• 菜蔬 • 中國農民，習慣以液體肥料，灌溉蔬菜，因此不宜生食。凡人糞皆貯藏備用，以施肥於田園，甚或並不貯藏，即時應用。此種辦法，雖甚經濟，然其與蛔蟲之關係，已由馬克威醫士 Maxwell 切實證明。據云，在其醫院診察室內，於小兒所食之新鮮蔬菜上，確可查得蛔蟲卵與其幼蟲。上海吉福來醫士 Jettys，亦於小菜場內出售之白菜根上，發見蛔蟲與鞭蟲卵。

• 瓜果 • 天然供人類維持健康，長養身體（尤其是兒童）之物，可以變為一種危險。新鮮瓜果，每為汚手所攜取，食時又不洗手，故尤易染汚。

• 乳類 • 中國鄉村地方，新鮮之牛乳或山羊乳，並不通用。然其需要日增，不久將逐漸通行於各地。乳為長育兒童之完美食物，亦為病菌繁殖之良好媒介，如腸熱病，白喉病，猩紅熱，膿毒性咽炎，及牛結核病之病菌，於乳內皆易孳生。其病媒有來自汚穢不潔之厩舍，或牛身者，亦有來自染着人體分泌物之手者。自結核病牛取得之乳，為小兒骨結核與腺結核之主要來源。故新鮮牛乳之應用愈廣，則檢查乳牛，牛欄，與取乳裝瓶之人，當愈嚴密，如南京等處，已由中央或市當局

主持其事。惟在中國其他地方，欲得純粹清潔之檢定牛乳，爲期尙遠。使其早日發生此需要，亦現代護士應有之工作也。至於目前，欲使牛乳成爲安全之食物，祇有濾過，與用巴氏法滅菌而已。

肉類 動物之病，有可傳染於人者，如炭疽，鼻疽等，然因食動物之肉而傳染此等病症者，殊爲罕見。惟有若干寄生蟲，尤著者爲牛肉絛蟲，魚肉絛蟲，猪肉絛蟲，於動物組織內爲幼蟲時，人食其肉，幼蟲卽在人體內生長。人爲猪肉絛蟲之中間宿主，亦可因此再傳染。

貝類 牡蠣與蠔蛤，由傾倒人體排泄物之水中取得者，亦爲傳染之源。美國於一九二四至一九二五年冬季，在相隔頗遠之許多城市內，同時發生腸熱病（傷寒），後查得其傳染之來源，爲一批牡蠣，自某市大陰溝附近之河內取得者。

罐頭食物與瓶裝水 罐頭食物於裝罐之時，如未經煮透，可爲腸熱病與肉毒中毒傳染之源。今日市上常有大批罐頭食物出售，故此點頗爲重要。瓶裝之水（如汽水橘子水等）非於製造及裝瓶之時，審慎消毒，亦可傳佈水媒病。

蟲類之機械的傳染法。蠅與飛蟲，能助疾病之傳佈，已如上述。蠅類由垃圾堆或病床，而至飯菜上或睡兒面上之圖，已爲我所習見。各國政府，對於蠅類之傳病，無不深爲注意，故蠅類應另以一節專論之。

(一)據國民政府內政部衛生署寄生物學系報告南京市蠅類之調查，於一九三三年全夏調查南京市之蠅類，並用解剖法及顯微鏡檢查，研究蠅類之腸寄生物。計選定六百二十五個產蠅區域爲捕蠅處。由此捕得之蠅一萬五千枚中，經解剖者三千四百六十九枝。發生人類原蟲囊腫之結腸內阿米巴，與梨形鞭毛蟲等，於蠅體內常有發見，其最有趣味者，則在蠅體內尋得蛔蟲卵。統計染菌之蠅，達百分之三九·五九之多。(見中央衛生設施實驗處一九三一年四月至一九三三年十二月之報告)

(二)因舊式坑廁，爲數甚多，故有許多傳染病，確由蠅類傳帶。(南京市衛生局一九三三年南京公共衛生設施之簡單報告)

(三)普通蒼蠅，於翼，體，及腿足上傳帶病菌，而遺留於其嘔吐物或排泄物

內，故確知其能染污食物。（見一九三〇年英國駐防長官之熱帶病備忘錄）

蠅類於傳染疾病，確有重要關係，決不致言過其實。腸熱病（傷寒），痢疾，與霍亂之病菌，被蠅類直接自病人之糞穢嚙下，於體內未有改變，即行排出，留於所停之處，爲一污點（蠅糞）。用顯微鏡檢查此種污點，內中充滿生活之微生物。其他飛蟲，於疾病之機械的傳染法，雖亦有分，然以蠅類爲罪魁禍首。腺鼠疫之傳佈，以蚤爲媒介，因嚙病鼠而將鼠疫桿菌吸入體內，即行嚙人，可致傳染。

生物的傳染法。瘧疾，黃熱病，昏睡病，黑熱病，回歸熱，斑疹傷寒等，皆由於昆蟲之生物傳染。蚊，蟲，臭蟲，白蛉子，壁虱，小蛛等，均爲此種傳染病之媒介，細菌留於蟲體內，其時間或久或暫，皆可發生某種生物變化。例如傳佈瘧疾之安俄非雷蚊，病菌在蚊體內需十日至十二日始完成一生活循環。過此時間後，即將瘧原蟲於其涎內傳至所嚙之人。

由破損之皮膚接種。多數動物病，皆以此法傳至於人。瘦狗，狼，或貓，其含菌之涎，於嚙傷處入血，因此直接傳病於人。塵土內之破傷風桿菌，亦可於受傷時

帶入創口。炭疽桿菌由破損之皮而入。鼻疽與錢癬亦由此法傳染。故護士於醫院內，及担任各種護病工作時，須備極小心，勿令其皮膚與粘膜受傷。此爲人體之保護層，故皮膚如有損害，當立即報告治療。

傳·染·之·期·間· 病菌可由甲宿主傳至乙宿主之時期，名爲傳染期間 *Period of Communicability*。此時期因病而不同。流行性腮腺炎，麻疹，痘症，可於潛伏期內傳染。有顯露之皮膚損害者，如梅毒炭疽等病，可以接觸傳染，至損害痊癒爲止。腸熱病，白喉病，肺結核，皆可觸染，至溢液內不見病菌爲止。痢疾於其全部病程內皆可傳染。有幾種病，其確實之傳染期不明，當由醫士決定一遵守隔離之安全期間。傳染期與隔離期相同，欲制止疾病之蔓延，於此有直接關係，故護士應熟知各病之傳染期間。

第三章 身體對於疾病之抵抗力

身體有抵抗病菌侵入之法，此事彰彰甚明。我人雖常與病菌接觸，然非人人皆得病也。據細菌學家言，我人之口內，與粘膜上，皮膚上，皆有細菌，我人亦嘗於顯微鏡中親見之。然就大概言，我人皆頗健康，於同時患病者祇居少數。家之中，或有一小兒患病，而餘皆無恙。發生流行病時，亦非人人皆病。然則人體對於疾病，果有何防禦乎？

(一) 病菌侵入處之機械的與化學的防禦 皮膚 未破損之皮膚，乃一完全保障。除鈎蟲能穿透皮膚，與蚊蟲之屬，能嚙破皮膚，吸人血液外，其他病菌，皆可摒之於外。健康之皮膚，以沐浴與運動保護完好者，實爲人體最大之保障。

粘膜平常之分泌 眼，鼻，口，咽，與生殖器，可略得其分泌物之保護。淚液洗滌眼面，涎液使口清潔，鼻與咽喉之分泌，使其粘膜潮潤，陰道內之分泌亦然。雖其殺菌之力不强，然亦微有殺菌力，故能制阻細菌之生長與繁殖。

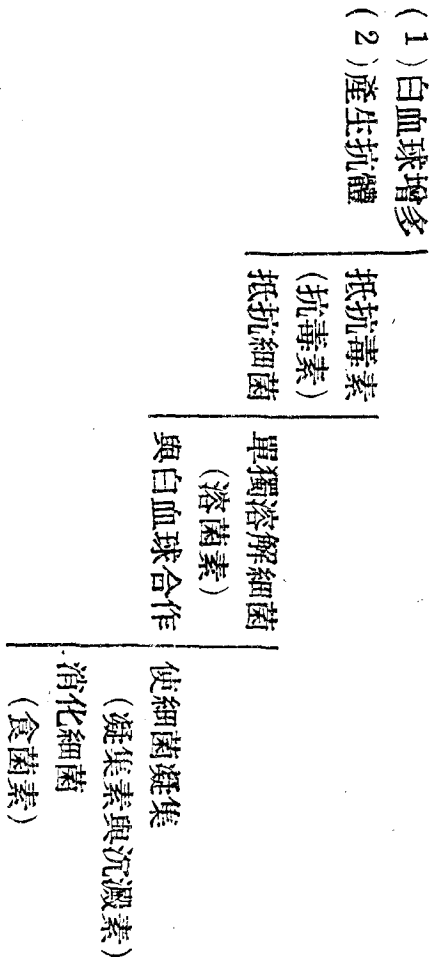
胃液與腸液。食物與飲水內之細菌，多有通過人體外面之防禦，而入於胃內者。酸性之胃液，微有殺菌作用，鹼性之腸液與膽液亦然，可以阻菌生長。此種機械的與化學的防禦，可稱爲人體之第一道防線。

(二)血內之防禦。若因病菌之數目太多，或其毒性甚烈，或身體衰弱，或皮與粘膜受傷，而病菌得入組織或血流，身體亦非一無防禦。是卽名爲第二道防線。此第二道防線爲何？卽在血與淋巴內造成抵抗細菌與其毒素之抗體。茲由最近出版之細菌學中摘錄如下：

細菌一經侵入人體，體內立卽發生有效之反應。按細菌之作用，大抵由於以下二原因：(一)爲細菌所生特殊之毒素，(二)爲菌細胞於體內分裂時所成之毒。故身體對於細菌，亦有二不同之反應：(一)爲中和或消滅細菌毒素，(二)爲制阻或殺滅細菌。後者當然爲最有效力之法，因菌既殺滅，卽可不產生毒素，故爲一勞永逸之辦法。惟有時細菌毒素之排出甚速，而毒素雖祇少許，亦甚有害，(一)西西之破傷風毒素，可殺死豚鼠七萬五千頭，故細菌於病初起時，卽可放出危

險量之毒素。……上述之第一反應，即產生抗體以抵抗毒素，對於白喉病及破傷風等產生毒素之細菌，因此遂為必要。

產生抗毒素 Antitoxins 與抗體 Antibodies，為身體對於細菌及其毒素刺激立即發生之一種反應。白血球之增生，則為其又一反應。茲就上文所述，用圖解說明其反應如下：



總之，抗毒素中和毒素，抗體與白血球殺滅細菌。此項具有保護力之白血細

胞，並非於各種傳染病一律增多。肺炎時可由平常之每立方耗五千至九千，增至每立方耗四萬以上，然如流行性感冒等病，其白血球計數反而減少。此點於診斷方面，常爲有價值之一助。

(二)身體健康時之抵抗力。人若健康，身體之滋養充足，各器官之功用如常，則血液對於侵入之細菌，其抵抗必更敏捷有效。凡減少精力之事，如失眠，疲勞，受寒，憂愁，恐懼等，皆可使抵抗力減低。故起居衛生，精神愉快，以維持身體之健康，於防禦疾病，爲效頗大。

(四)體溫增高。患傳染病時，平常體溫增高，現已並不視爲有害，且以此爲身體努力抵抗之指徵。蓋體內增生抗體與白血細胞，必須增加身體細胞之活動，凡此皆能生熱。且在一定限度以內，細菌於較高之溫度，更易殺滅。

病菌侵入體內之結果有四：(一)並未發現症狀，卽爲身體優勢之防禦力所殺滅，人卽可以不受病。(二)細菌增生至可以發現症狀之數目，人卽患病，然因抗體之力，足以戰勝敵人，故病人恢復。(三)細菌衆多，或毒力甚強，而身體衰弱

不能支持，以致抵抗力消滅，毒素增多，病人因此死亡。(四)細菌與抗體之產生源源不絕，其保護力常略佔優勝。如此者，病人即入於某病之慢性狀態。

護士之責任 護士於身體抵抗疾病，奮勇戰爭之時，其責任如下：維持病人努力抗戰期內之活力，飲以充分之液體，以稀釋毒素，而於體溫增高時維持細胞內之液量；病人之消化力減弱，宜與以滋養而易消化之食物；因疾病而產生之含毒物增多，宜令肺，皮，腎，腸，自由排泄。

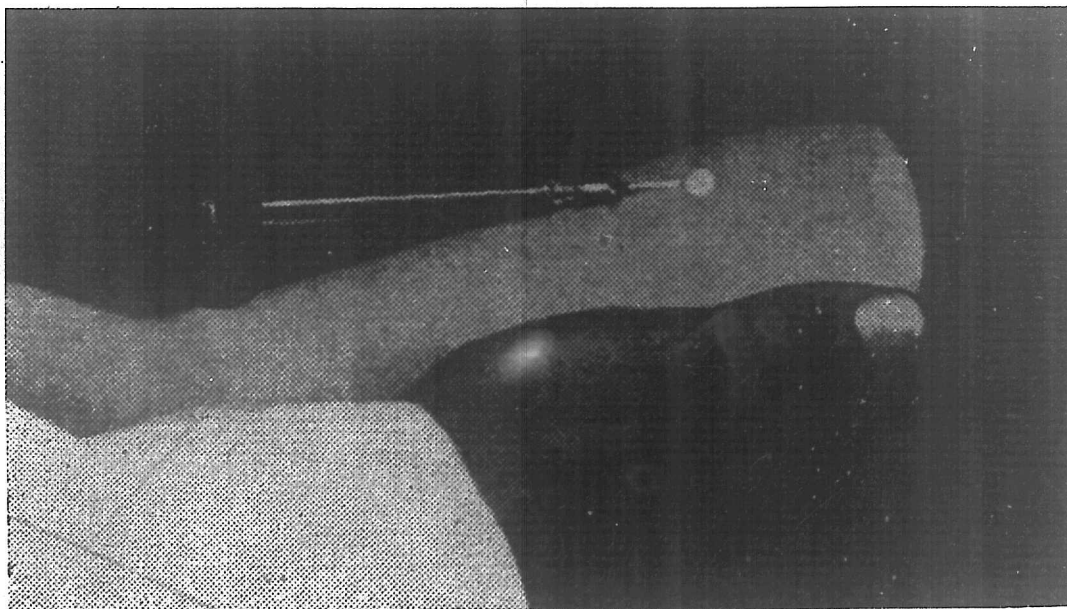
第四章 免疫性與易感性

免·疫·性 Immunity 血內如有充足之抗體，足以保護自身，抵抗某病者，即為對於某病有免疫性。我人稱此人為不易感受某病者。如與某病接觸，而獲得此病者，即為對於某病有易感性。有少數病症，可用簡單之試驗法，以決定一人有無此病之易感性。

易·感·性·試·驗 Susceptibility Tests

喜·克·氏·試·驗 The Schick test 用稀釋之白喉毒素少許(○·一西西)，注射於前臂彎曲面之皮內。陽性反應即於十二至二十四小時內，注射處漸漸微紅，繼為一紅色發炎面，於第三日或第四日達到最高點，後即逐漸消失，僅留一鱗狀之棕黃色面，約歷時一月。(第一圖)

狄·克·氏·試·驗 The Dick test 用稀釋之猩紅熱毒素少許(○·一西西)，照喜克氏試驗法，注射於皮內。陽性反應，約於六小時內注射處發紅，逐漸變深，約過三十



第一圖 喜克氏試驗合式之注射法，其高起之白色區，歷時約數分鐘消滅。
(加拿大士倫都大學康諾德實驗室)

Courtesy of the Connaught Laboratories, University of Toronto, Canada.

六小時，即行消滅，且不留痕迹。注射後須在強光中察看，若於二十二至二十四小時後有深淺不等之紅，即指示其人對於猩紅熱有易感性。土倫都大學康諾德實驗室於第一圖中顯明其合法注射之形狀。高起之白點，約五分鐘消滅。

現有許多國家，其學校兒童，皆受此兩種試驗，由市衛生局主持，經學校護士實行。對於白喉病猩紅熱有免疫性之兒童，由此可以查知，於發生流行病時，不必檢疫。其有易感性者，於緊急時可立即用抗毒素保護，並用白喉類毒素以產生自動免疫性。

各國兒童之死於白喉病者，爲數甚衆，實則白喉一症，儘可切實預防，無需有此重大之犧牲也。美國京都人壽保險公司云：數十百萬之兒童，因衛生當局，學校當局，與私人醫師之力，已能對於白喉產生免疫性，而得十分安全。下表爲每十萬兒童中注射毒素抗毒素前後之死亡率，足見其保護力如何。

每十萬人中之死亡率

一九二一年

一九二六年

注射毒素抗毒素以前

注射毒素抗毒素以後

聖喬昆 五一・〇

二・六

紐海文 一四・四

〇・六

奧朋 三八・四

〇・〇

(奧朋市居民四萬人至一九二七年三月一日止三年中無一人死於白喉病者)

免·疫·性·之·分·類 免疫性之分類如下：

(一)自·動·免·疫·性 Active Immunity

(甲)天然免疫性 Natural immunity 由於遺傳，種族，年齡，或性別。

(乙)後天免疫性 Acquired immunity (1)由於患過此病，(2)由於使用預防

菌液。

(二)被·動·免·疫·性 Passive immunity 由於使用血清，抗毒血清，與抗毒素。

自·動·免·疫·性 天然的自動免疫性 Natural active immunity 由於上述各因素，即

(一)遺·傳 生後數月之嬰兒，罕有患痘症，猩紅熱，或麻疹者。

(二)年齡 極幼之小兒，對於若干病症似有免疫力。

(三)種族 北美印第安人，與黑人，尤易感受結核病。

(四)性別 男子患腸熱病者，較女子爲多。

後天的自動免疫力由患病而得者 一次患病後，常可獲得免疫力，其時期之長短不一。略舉如下：痘症，麻疹，斑疹傷寒，與猩紅熱，雖間有第二次第三次復發者，惟平常可得永久免疫力。其他傳染病，不盡如是。流行性感冒與傷風，祇有幾天免疫力。一次患肺炎後，易致再發。阿米巴痢亦可屢發。患病後可得免疫力者，因病期內血中產生抗體，而與以保護，惟爲期久暫不一，或係終身，或祇有數日。

後天的自動免疫力由使用菌液而得者 使用菌液，與實際患病不同。實際患病常可得終身免疫力，而注射菌液，祇能得暫時的免疫力，其期限大有不同。如腸熱病菌液可得兩三年之免疫力，霍亂菌液祇有一年。此種免疫力，雖祇暫時有效，亦非每種傳染病皆可得之。痘症，白喉，腸熱病，霍亂，瘧咬病之預防菌液，著

名於世，其應用甚廣。惟其他傳染病，如瘧疾，結核病，梅毒，等等，尙未能產生滿意之預防菌液。市上雖有出售，其價值未免可疑，餘者尙在試驗期中。最近有一種斑疹傷寒菌液發表，華北正用以試驗。因其數量有限，而價值昂貴，故當著者編此書時，尙未能廣爲應用，以完全證明其功效。惟所得成績，大有征服此可怖病症之希望。如麻疹病等，亦有恢復性血清可用。

菌液(疫苗) Vaccines 本書中所稱之『菌液』。係指一種預防劑，輸入血內或組織內，可以刺激身體，產生自己之抗體者。護生在他書中可以發見許多名詞，指示此種預防劑，如菌素 Bacterin，病毒 Virus，抗體原 Antigen 等。原來之菌液，係生長於活動物體內之活微生物。惟現用之菌液，大半在實驗室內培養，將活微生物殺死後用之。此種菌液，擬採用『菌素』兩字，但未能通行。其菌雖然已死，且於絕不相同之情形下培養，然有一主要點與原來之牛痘苗相似，即與活菌含有同樣之成分，而能使身體發生所需之反應也。因其意義與用法，有此種種不同，故似不必過於注重其名稱，而用『菌液』兩字最廣泛之意義，即指細菌或其產物，

能引起身體之防禦反應者，其應用之手續，則採取『接種法』(Vaccination)一名詞。故白喉與猩紅熱之類毒素，亦可稱爲菌液，雖由毒素製成，而非由菌液製成，然其在體內之反應相同。此種製劑，廣義的稱爲菌液，可刺激身體細胞活動，血中自生抗體，人即獲得自動免疫性。

聯合菌液 (混合疫苗) Mixed vaccines 有時一次注射，合用兩三種菌液，如霍亂與傷寒菌液，現可作爲一劑注射。若其致病菌未能確切明瞭，如傷風之類，或一病而有數種細菌傳染者，如流行性感冒，有時可用內含流行性感冒桿菌，鏈球菌與肺炎球菌之聯合菌液。無論其製劑爲何種形式，於製造時必須同樣小心謹慎。自選擇實驗室之動物(馬，犢，豚鼠，或兔)時起，直至菌液或血清，製成裝瓶，預備交貨爲止，中間經過冗長之手續，其中每一時期，皆須用極小心之無菌法，嚴密防範，並再三試驗，以保障其純粹。

獎勵應用此種防病製劑，護士之責任甚大。愚民無知，多生畏懼。然若能普遍應用痘症，白喉，霍亂，腸熱病(傷寒)，與斑疹傷寒等菌液，此類病症，即可

大減。使人人皆有免疫性，即爲對於流行病最大之保障。護士於指導及獎勵應用菌液，機會良多，其各勉旃。

被動免疫性由應用血清而得者。產生被動免疫性之血清，其製法與功效，頗有不同。菌液由生活而毒力薄弱，或已死之細菌，或其毒素製成，血清則由實驗室動物之血清製成，常用者爲馬，其血內含有豐富之抗體，乃因一再注射病菌，劑量逐漸加重，而於馬血內發生者。迨後抽取其血，分出血清，濾過，試驗，澄清，以供人用。其中所含之蛋白質，已經減少。製成標準劑量，以備注射於肌內或脊椎內。已患病之人，亦可用血清爲療病劑；或已與傳染病接觸，而不及用菌液產生抗體者，用此可得迅速之保護，即以現成之抗體，於血清中輸入。

現時可應用血清之病爲白喉，破傷風，腦膜炎，猩紅熱，最近復產生一種嬰兒脊髓癱瘓之血清。麻疹用恢復性血清，可得三四星期之免疫性。

血清之應用宜早，此點務須注意。最好在症狀發現後二十四小時內，即用血清。人患病時，即有毒素產生，其作用頗早。白喉病或破傷風，於一經接觸後即



第三圖 種牛痘(北平中央防疫處)



第三圖 分裝製品情形(北平中央防疫處)

用血清，其所需劑量，可較症狀已發現者爲少，不特便宜良多，且其成績更優；此說甚易動聽，護士於勸人注射之時，不可不將其提出也。下表爲柏克托爾 Tolle 兩氏所作，其內容甚爲明瞭。

白喉病注射抗毒素時間與死亡率之關係

日期	病人數	死亡數	死亡率
第一日	三二九人	五人	一·五二
第二日	二二六九人	七十七人	三·三九
第三日	二四〇七人	一六五人	六·八五
第四日	一六一二人	一七六人	一〇·九一
第五日	六一一人	一三六人	一四·九二

護士可在北平防疫處參觀其製造各種菌液與血清。第二圖至第四圖。顯示防疫處實驗室中製造牛痘苗之各期。

注射菌液與血清後之反應。菌液與抗毒血清，平常不發生重大反應。因其製品純

粹，保無細菌侵入。試舉製造牛痘苗之一例以證之。其法先以痘毒接種於犢身。此犢曾受過結核病試驗，蓄於極清潔之牛欄中。欄內不置青草乾草，防有破傷風桿菌或炭疽桿菌；僅以牛乳飼犢。接種處之準備，一如外科手術。接種在手術室內，用嚴格之無菌技術；六日後刮痂取漿時亦然。裝瓶備用之際，和入一種消毒劑，並分三期試驗有無病原菌。最後試驗既畢，乃儲之冷藏室中，於均勻一致之低溫度下保存。惟用菌液與血清後，護士間或發見不良之症狀。接種菌液後，接種處附近之淋巴腺或有疼痛，溫度微高，惡心，頭痛。注射血清後或有血清病，而發生下列症狀之一，或全數發現，即注射處附近之淋巴腺腫，身體之任何一部發疹，熱度可高至華氏一百零二度。或有關節痛，及惡心，嘔吐。以上諸症狀，或祇有數分鐘，或繼續至兩三星期之久。間或有更重大之反應，惟甚少耳。發生此項反應之理由如下：

護士欲明瞭此反應，必須回想其所識諸人中，曾有於每年秋季，野草放花之時，輒患乾草熱(草粉熱)者；有於馬旁工作時輒患氣喘者；有食魚或蛋後，輒致

發疹者；有對於奎甯或碘有特性者。此類普通之不快，乃因此特殊之人，對於花粉內之蛋白質，或馬之上皮內之蛋白質，魚或蛋內之蛋白質，及碘或奎甯內之蛋白質，有敏感性所致。有人對於以上諸物頗為敏感，有人則否。於菌液或血清亦然。凡菌液或血清內皆有蛋白質。對於注射之特種蛋白質，其組織內具有敏感性者，即將刺激血，而產生抵抗質，如其產生抗體然；寒戰，頭痛，與腺痛等，皆其結果也。惟護士亦應知現今製造菌液與血清之法，已將其所含蛋白質減至最低限度。故發生重大之反應者罕見。如白喉抗毒素為最常用之血清，每萬人中祇有一人發生重大反應，用此血清後而死者，五萬人中祇有一人，足見其少矣。

應有之防範 於注射血清以前，醫師應先問明病人對於花粉等有無過敏性，及其本人或家屬有無氣喘病。如有，宜先用極小之劑量。或以刀針微微刮破皮膚，略現血痕，然後以光滑無菌之器，如一玻璃桿，或一小探針之鈍尖，將一小滴未稀釋之血清或抗毒素擦入。如用後法，病人對於馬血清蛋白質有過敏性者，在五分鐘至二十分鐘內，將有一輪形充血之暈。此輪形與其充血區之範圍，可以略示病

人之敏感性，及其對於血清注射，易發生不良之反應。注射血清時，如有不快之反應，當在第一劑；菌液則不在第一劑，而在第二劑，第三劑。護士襄助醫師注射血清，當將熱水袋絨毯等物，備在手頭，並預備腎上腺素 *adrenalin*，水化氫醌 *Chloral hydrate*，與阿託品 *Atropine*，以防虛脫。如病人有氣喘之歷史，或對於各種蛋白質有敏感性者，尤應防範。至於告訴病人家屬，謂此類病人注射血清，有時不免危險，此乃醫師之責，而非護士之責。如有過敏性反應，可於皮下注射千分之一腎上腺素○·五西西。



第四圖 標籤及包裝製品情形(北平中央防疫處)



第五圖 傷寒混合疫苗(菌液)裝法(北平中央防疫處)

第五章 內科無菌法

外科無菌法 *Surgical asepsis* 外科無菌法，爲護士所共知，卽器械，縫線，布單等，皆須滅菌；病人之皮膚須消毒；醫師護士，均須將兩手擦洗潔淨，穿無菌長衫，載無菌帽，以保清潔；已擦洗潔淨之醫師護士，不可再觸未滅菌之物。手術室內，凡穿着長衫之人，與用布單遮蓋之病人，皆係『清潔』者，其餘悉認爲『不潔』。內科無菌法則適得其反，穿長衫之護士，病人，與用過之器具，皆屬『不潔』，而其他之物，則悉係清潔者，故不宜接觸之。

內科無菌法 *Medical asepsis* 內科無菌法之目的，爲保障傳染病菌不能由直接或間接接觸，而自一人傳至他人。論外科無菌法時，細菌入體之門徑惟一，卽由已破之皮膚。至於內科無菌法則異是，細菌入體之路不一。有許多疾病，間接接觸已足使其傳布，如手，門旋，手巾，飲食器皿，與溫度計等；總之，凡病室及家庭中所有之物，皆可爲傳染之媒介，故內科無菌法較之外科無菌法更爲不易，此

乃顯而易見者。且除護士之外，病室中尚有他人出入，其智識不及護士，因之困難更甚。

內科無菌護士之資格 內科無菌護士應知之事如下：(一)病菌出入人體，與傳染之途徑；(二)細菌離體後立即將其殺滅之方法；(三)明瞭本醫院中關於無菌方面之設備；(四)明瞭預防技術之規則；(五)謹慎小心，注意自己實行此項技術時有無疎忽；(六)注意受已指揮諸人有無疎忽；最後須有能力使他人瞭解所需技術之重要，並具有協助精神，以助其實行。

內科無菌法與預防 普通醫院中發生傳染病，常為一可能之事。我人不能靜待其發現，而後設法防範。預防常優於治療，且其費用亦較省。新來之外科病人，或患有未經認識之肺結核病，或為一腸熱桿菌之帶菌人。甫進醫院之小兒，或曾與猩紅熱麻疹接觸。病人所言之咽痛，或即為白喉病之症狀。來院探病之人，或來自痘症病人之家中，或於衣服上帶有染毒之蟲子，可傳染斑疹傷寒於病室中人。故普通醫院中，雖無已明瞭之接觸傳染病亦須有常規的預防技術，以減少此種不

明來源之傳染至最低限度，而與護士自身及病室內其他諸人以保障。此種保護常規，究屬如何？茲略論於下；

- (一)用肥皂與水清潔。院內各處，均須十分清潔，多用肥皂與水。一九三四年一月份之護士報中有云：『肥皂與水之淡溶液，亦能殺滅多數細菌甚速。以肥皂與許多抗毒劑比較，頗佔優勝；此種抗毒劑，價值頗昂，氣味更濃，而廣告宣傳，目爲近代科學之偉大成績，顧猶不及肥皂耳。』故肥皂爲一常備之廉價消毒劑。地板，床架，器具，門窗，皆可用肥皂與水清潔。消毒肥皂可以不必，無論何種牌號之肥皂皆可應用。病室中公用之器具，如浴盆，盥洗用品，便盆，尿壺，碗碟，橡皮單，皆可用肥皂與水洗之，頗爲穩妥。各醫院中用肥皂與水擦洗一切之常規，護士萬勿認爲可厭，而護士擦洗用之肥皂，亦須供給充足，不可忽略也。
- (二)護士自己實行個人衛生以資保護
1. 離開病室之前與食物之前，均須洗手。
 2. 大小便後，及以便盆授與病人後，均須洗手。
 3. 靠近病人面部工作時，宜將其頭側向一邊。

4. 抱持病兒之法，宜令其不能對準爾面咳嗽或噴嚏。
 5. 注意兩手；如手，臂，或面之皮膚有破損處，當即報告。
 6. 勿於病室內食病人碗中之物，亦勿接受病人給爾之食物糖果等。
 7. 勿以指入眼鼻或口，或以筆尖入口。
- 實行衛生以保護病人與他人。1. 病人須各備一髮刷，木梳，牙刷，茶杯，漱口杯與溫度計。

2. 料理一病人畢後，須仔細擦洗兩手，方可再料理他病人。
 3. 爲病人預備食物之前，須擦洗兩手。
 4. 勿太接近病人之面。護士可於自己之鼻或咽喉內攜帶細菌。
 5. 護士如有感冒，應即報告，以便下班休息，或改派不與病人接觸之職務。
- 密切觀察病人。密切觀察新來及已在病室內之病人，可以預防傳染病之勃發。各醫院多另有一入院處，使新來病人隔離數日，然後入普通病室，以資保障。兒科醫院中，尤宜設備此室，於此作循例之試驗，及取塗抹等。普通病室內之小兒，

如突患惡心，或溫度升高而不明其原因，或有咽痛，均須觀察報告。於醫師發表意見之前，護士宜用屏風圍護其床，自己穿長衫，帶口罩，分別用具，於料理此病人後擦洗兩手，須格外小心。如並不發展，亦無所害，而此種簡單之方法，常可管理傳染病於其初起之時。

障蔽門窗。爲防蚊蠅起見，門窗須用紗障。各醫院雖未必皆能裝置外國鐵紗，然如中國小商店內出售之稀布，不過幾分錢一尺，各醫院皆能購置。惟一經裝好，紗窗紗門必須時常修理。護士宜小心注意新病人，勿令推開紗門。病室除裝置紗窗紗門之外，並須將乘隙飛入，及在探病者衣服上之蠅撲滅。

多通新鮮空氣與日光。現代醫學家以爲通氣晾晒，爲房間，被褥，枕頭等適宜之終期消毒法。集許多病人於一室時，若能使空氣流通，陽光透入，當然可阻細菌之孳生。

接種法 Vaccination 腸熱病(傷寒)，白喉，天哮喻，痘症，霍亂，猩紅熱，與斑疹傷寒，皆可用接種法免疫。在醫院病室內工作之人，皆須接種，以保障自身與

他人之安全。

傳染病人之護理 中國境內已設立之隔離醫院，爲數不多，而普通醫院之有蒸氣殺菌器者，亦屬有限，甚至有並無流水者。且有許多醫院，其洗衣所設備簡陋，用手洗濯。故於護理傳染病人時，主持者必須就院中環境，如地位，設備，及職員等，加以考慮，而爲最善之規劃。普通病室內接收傳染病人，一般負責領袖，不能不爲之擔憂。有現代設備，而職員充足，監督完善之病室，可以減少憂慮；惟臨時佈置，缺乏消毒設備，且不能晝夜無間，與以相當之監督者，必將益增其憂慮。然於事實上傳染病既不能免，且須時常接收病人入院，與以護理。其解決之法，端在：（一）以內科無菌護病之原則訓練護士，（二）審慎計劃佈置一隔離單位，並規定料理染毒物質之法。

普通醫院內可以接收何種病人乎？白喉，猩紅熱，麻疹，水痘，天哮瘡，及腦脊髓膜炎病人，接收入現在中國之普通醫院，不能認爲安全。麻風，鼠疫，霍亂，宜分別就治於隔離醫院。痘症因性質嚴重，且足引起恐慌，雖隔離醫院平常

亦不收受。多數護士承認，活動性之梅毒，與開放性之結核病，不宜在公共病室內護理。至於外科病室或產科病室內護理丹毒病人，不免爲一重大危險。破傷風病人宜安靜，當另居一室。然如有適宜之預防技術，許多普通傳染病，皆可在普通病室內護理。如炭疽，結合膜炎（非膿性），痢疾，鼻疽，淋病，瘧疾，米利他熱，腸熱病與副腸熱病，沙眼，結核病（肺結核除外），黑熱病，回歸熱病等，皆可接收。惟於病人之情況，有無受過訓練之職員，及能與以多少監督，均須加以考慮，始能決定何處可以護理傳染病人。

內科無菌護病法 於醫院病室內接收傳染病人，或於家庭內護理傳染病人時，除以『內科無菌法與預防』一節中所述之預防技術爲基礎外，尙須添加其他方法。

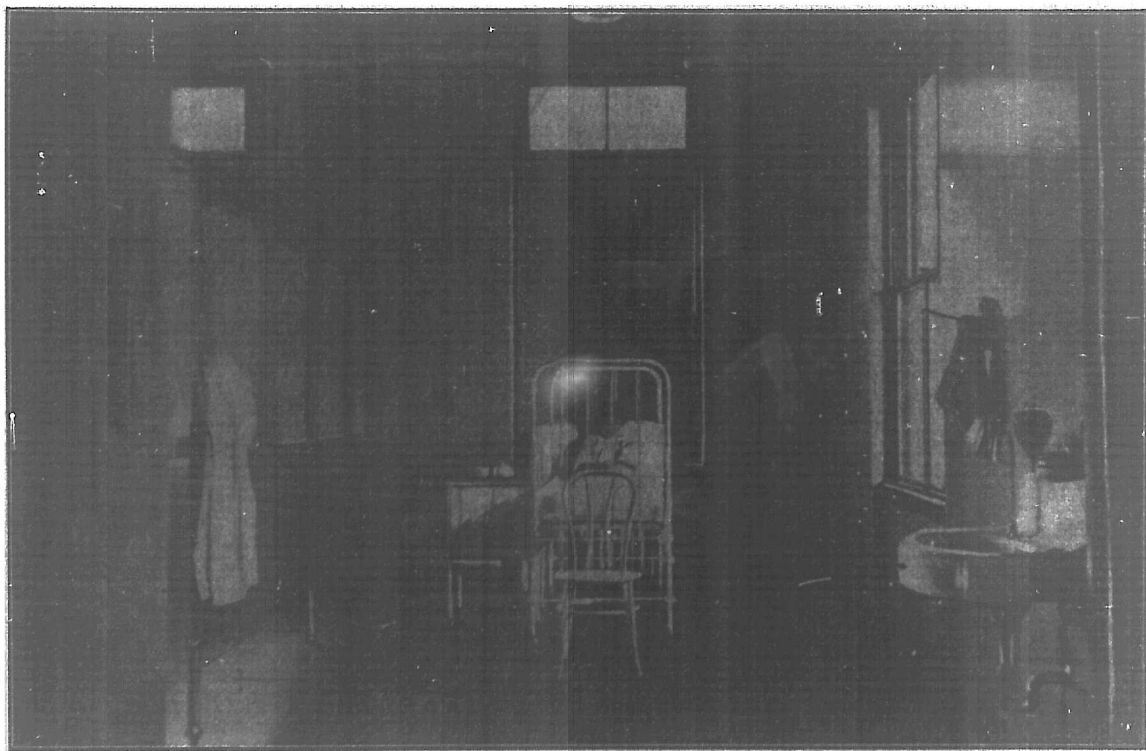
單位 The unit 此單位爲一切內科無菌技術之基礎。管理傳染病，如欲其切實有效，必須明瞭此名詞之意義，及其應用。所謂傳染病單位者，果何意乎？

一個傳染病單位，即一個隔開之空間，或有屏障，或無屏障，以護理一個傳染病人，或患同一傳染病之幾個病人。須用個別設備。及內科無菌技術，以維持

此分隔之空間。

各種不同之單位。(一)一個單房間或特別房間，祇住一個病人者，其個人用品，與護士之長衫，口罩，皆置於室內。(二)一個病室，內有床位兩架以上，所住病人，係患同一種病症者。因其同屬一病，故室內諸物，可以公用。(三)普通病室內之一架病床，或一個床位。此單位係用下列方法維持之：(甲)用玻璃隔障，將此床與他床隔離。(乙)用竹竿或繩懸掛帳子，以隔離病床。此帳有兩用，一作隔障，一作屏風。(丙)不用何種有形之屏障；此為一極普通之單位，係將兩床彼此隔開六英尺，每一單位，各備其應用之物品，不論病室內共有多少單位。以內科無菌技術維持其隔離。舉例如北平協和醫院之隔離單位。(參看第六圖)

是則每一病症，代表一隔離單位，其重要之屏障，則為內科無菌技術與分別用品，無論如何，不能彼此假用，或以之授與他種病人。例如一病室內有三個病人，一患猩紅熱，一患腦膜炎，一患白喉病。此病室內即有三個單位。若四人患白喉病，一人患猩紅熱，此病室內即有兩個單位。此等病室內，有一人或數人患



第六圖 隔離單位 記錄單懸於染污區域之外面(北平協和醫學院)



第七圖 護士於脫去長衫之前擦洗(北平協和醫學院)

傳染病，而僅將病床分開，並無有形之屏障時，護士須運用其想像力，使此無形之屏障，常在心目中，並須有高等之無菌思想，一遇破壞技術，可以立即察知，兼能感覺其所負責任之重大。

佈置隔離單位 一個隔離單位內之設備，計有一床，一桌，一椅，與一架屏風。此屏風須認爲染污者，不用時折疊置於病人床後。個人用品，放在床側小桌下面之盤上，或牆壁之木架上。盤中有溫度計一枝，浸於一瓶消毒藥水內，肥皂一塊在洋磁碟內，及酒精，撲粉，刷子，木梳，牙刷，杯子。桌上則有一個茶杯，一把茶壺，或水瓶。記錄單懸於桌子之遠側，或隔離單位之外面。長衫在單位內，其染污之一面向外，肩縫相疊，其開口處靠近單位之入口（第六圖）

染污區域 傳染病室內之地板，爲染污區域。凡墜落地板上之物，非經過滅菌，不能再用。小兒科病室內，此事尤爲緊要。玩具落於地上，須立即消毒；恢復期內之小兒，當教以落地之物，不可拾起。小兒容易教導，不久即可分負其責，而以此規則教導新來之病人矣。其他染污區域，祇有洗手之水盆，滅菌器之裏面，

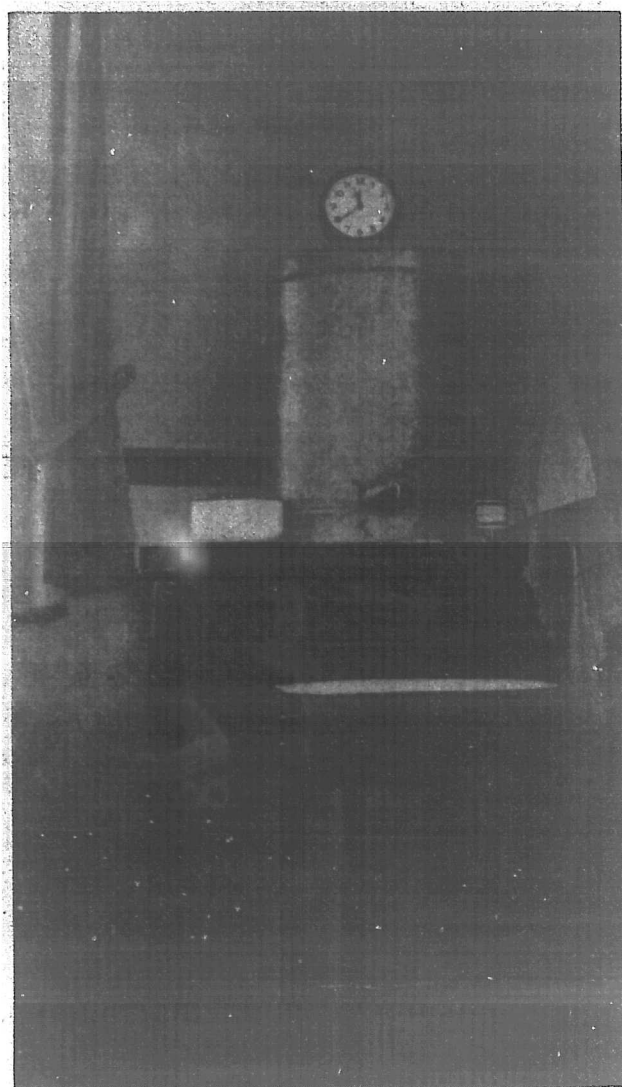
與垃圾桶。染污之物，若任其棄置地上或桌上，即非優良之管理法，更非優良之護病法。

潔淨區域。除隔離單位外，其他區域，均須潔淨。治療室與供應室中，祇有滅菌器，水盆，與垃圾桶係染污區域。

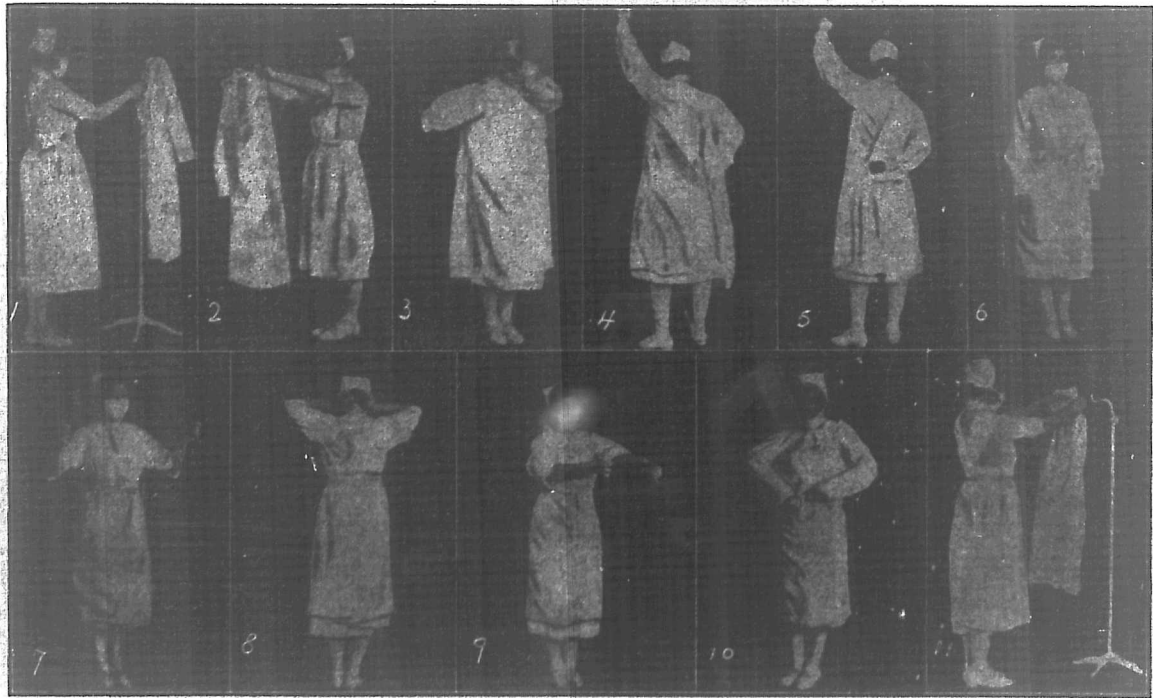
擦洗水盆。擦洗水盆，於傳染病室之設備中頗佔重要。此水盆須備有流水（自來水），毛刷（浸於百分之二肥皂溶液內），百分之十肥皂液貯在器內，兩分鐘沙漏計，百分之七十醇，並多備紙巾，與拋棄紙巾之洋鐵罐，或手巾若干條，懸於有鏈之手巾架上。此水盆或在單位以內，或在靠近之處。（第七圖）

各醫院內，不盡能有自來水與皂液器。較簡單之洗手水盆，其效力亦不亞於是，用一貯水器，裝置開關，即可得流水，將毛刷拉過肥皂面，以刷背撥開關，紙巾可棄於洋鐵罐內，或大紙袋內。計時用鐘。擦洗畢後，祇可手觸水盆之外面以潑去污水，因外面係潔淨無菌者也。（第八圖）

長衫帽子口罩手套等（甲）帽子。戴帽子所以護住頭髮，防護士俯身為傳染病人



第八圖 以家用器具自製之洗手水盆
(河南衛輝惠明醫院)



第九圖 脫着長衫法(北平協和醫學院)

料理時，有染毒之飛沫，自其口鼻噴出，濺於髮上，此外無甚價值。惟於肺鼠疫一症，護士之頭面，全用特製之面具蒙住，於斑疹傷寒，病人之蟲未盡殺滅時，亦須用帽保護。

(乙)口罩 護理病菌在鼻咽內之傳染病時，護士須戴口罩；於其他病症，毫無價值。惟護士如患感冒，若下班或臥床休息，宜戴口罩，但以臥床休息爲佳。口罩至少每四小時更換一次，換下後切不可掛起再戴，每次須用一新鮮者。

(丙)手套 病菌由破損之皮膚而入者，如炭疽，梅毒，丹毒，破傷風，膿皰病，白喉病，與土拉倫斯菌病，護士於護理此等病時，是否須戴手套？曰，可戴，但必須其手上之皮膚不破，亦無逆剝 *Itai-itai*。因其保護不在手套，而在未破之皮膚；此手套之本身，或亦有破損處。護士戴手套，亦爲審美起見，於更換惡臭之敷料，或握住一膿血淋漓之肢體時用之。

(丁)長衫 護士穿長衫之目的，爲使其制服不染污。離開單位時，卽行脫下，或與污布單同置一處，或懸於隔離單位內，其污面向外；罕有潔淨之一面向外，而

懸於隔離單位之外者。其故因長衫之裏面，與制服接觸，故於脫着之時，須保護其裏面，勿令染污。茲由北平協利護士學校編印之 *Special Nursing Procedures* 一書中摘錄如下：

(一)穿已污之長衫法(第九圖)

1. 將潔淨之兩手，手掌相合，伸入長衫之中縫，自鈎上將其取下。
 2. 將臂穿入衫袖，小心勿染污自身。
 3. 扣好或結好領扣(潔淨者)，次結腕帶(染污者)。
 4. 左幅在下，右幅在上，將制服之背部完全遮住，祇用右手執其右幅之外面
 5. 於前面將帶扣緊，祇有一結一扣。
- 脫長衫法
1. 赴最近之擦洗盆。
 2. 解去帶扣。
 3. 解開腕帶，於肘關節處制服袖下，拉起長衫袖。

4. 立在水盆附近，其位置須不與水盆直接接觸。自百分之二肥皂液中取出毛刷，即以刷撥開二分鐘沙漏，並壓皂液器之出口，取得百分之十肥皂液，將兩手擦洗兩分鐘。

5. 將毛刷仔細洗淨，重放於百分之二肥皂液中。

6. 解開領扣，於衣袖裏面拉袖向下，遮住兩手，由衣袖內鬆開帶結。

7. 脫下長衫，將領之兩半，及肩縫，與兩外緣摺合，染污之面向外，掛在鉤上，其外緣向隔離單位之入口處。

8. 此時兩手復已染污，再至水盆擦洗兩分鐘如前。繼用百分之七十醇洗手，抹乾。

若長衫於用過後即行棄去者，先解開領扣與腕帶，鬆去帶扣，將衫脫下，摺染污之面向裏，捲成一束，經過走廊，將其投入置污布單之筐內。

(二) 普通護病手續

1. 齊集普通護理病人所需用之物品。

2. 戴口罩，穿長衫，準備與以普通護理。
3. 排列各種器具，使其便於攜帶至用品室。
4. 齊集布單等，置於枕套內，或特製之袋內，其外面須潔淨。
5. 脫去長衫，與汚布單同置。
6. 攜布單至用品室，須與制服遠離，將其投入所備之筐中，或直接送往洗衣所，但須標明『染毒』。袋之外面，不可染污，此爲一緊要之點。

(三)消毒法

- 絨毯。晒六小時，或在緊張蒸氣殺菌器內滅菌。若已沾污，置入洗衣袋內。
- 記錄單。晒二小時，或在緊張蒸氣殺菌器內滅菌。
- 梳與刷子。用肥皂與水洗淨，煮十分鐘。
- 琺瑯器具。煮十分鐘。
- 足盆。用肥皂與水仔細洗淨。
- 玻璃器皿。煮十分鐘。

器械·解剖刀·與·剪刀。用肥皂與水洗淨，煮一分鐘。

不能·煮之器械。用肥皂與水洗淨，浸在百分之七十醇內十分鐘。

耳·鼻·窺器。注射器，針與其他可煮之器械。用肥皂與水洗淨，煮十分鐘。

返·光·燈，頭·鏡，耳·鏡，與·牽·伸·帶。用百分之七十醇揩拭。

布·單·類。送往洗衣所，照常法洗之。須留意洗衣袋之外面不可染污。

枕·褥。晒六小時。

橡·皮·物·品。直腸管，手套，導管，耳·鼻·管與橡皮球，煮十分鐘。橡皮單，冰帽

冰·圈，熱水袋，與其他不能煮之橡皮物品，用肥皂與水洗之。

玩·具。最好煮十分鐘。紙玩具在緊張蒸器殺菌器內滅菌。凡不能煮，或不能用

蒸氣滅菌之物，可以肥皂與水洗之。其不能煮，不能滅菌，亦不能用肥皂與

水洗者，可晒六小時。

內·科·無·菌·技·術。護生必須明瞭各醫院管理傳染病之法，均係自行擬訂，以期最能

適合本醫院之設備與需要，故實行無菌手續之方法不一。最重要者，即在明瞭其

中所舍之原則，而應用之於當時情形。下列各法，有已經用之而滿意者，其餘則爲實行內科無菌原理之舉例。

查溫度脈搏與呼吸。 病人若非幼兒，或病勢危篤者，可照平常方法測查溫度。護士不必穿長衫。病人各備一溫度計。左手潔淨，執表；數脈搏與呼吸；將表放回袋內。依常法測查溫度；將手擦洗兩分鐘，記錄溫度。若爲一幼兒，或病勢危篤者，護士須穿長衫。用紙一片握表，或置表於一片紙上。護士往來兩單位之間，必須洗手換衣，與實行其他療法同。

給藥法。 護士在隔離單位外之藥櫃，照常預備藥盤，不穿長衫，自甲單位至乙單位，小心勿觸病床，或任何種染毒之物。置藥於病人床側之小桌上，等候病人服下。若必須持杯就病人之口，可用紙一張襯墊。俟藥已給畢，不穿長衫之護士收集玻璃杯，洗淨後連盤置於滅菌器內。煮十分鐘，洗淨，照常收藏。若以藥給幼兒，護士須穿長衫，遵守其他療法所需之技術。

供膳法。 供應食物，須求其悅目動人，以引起食欲。勿於碗碟上貼合口膏，以作

標記。在碗旁貼一條合口膏，表示『不潔淨』，將使病人失去食欲。食盤須在『潔淨區域』內整理，由一『潔淨』護士，或女傭，攜至床側，將碗箸等放在桌上，或移置病人自己之盤內。若病人能自己用膳，護士可不染污。食畢，護士之制服不可與桌接觸，將其食物餘屑納於碗中，倒入垃圾桶內，碗碟放入滅菌器，煮十分鐘，然後回置原處。護士將碗碟放入滅菌器後，即將兩手洗淨。若病人係幼兒或病危者，護士須穿長衫，餵哺病人。將一大間病室小廚房分作兩部，一爲染污區，一爲潔淨區，頗覺便利。食盤在潔淨部份裝置，其距門較遠，後回至染污部份洗滌。煮過後仍置於潔淨部份。

殘餘食物之消毒。有許多傳染病，凡病人食餘之物，須先消毒，方可棄去。其消毒之法如下：

(一)將碗碟，連同殘餘之食物，同放入滅菌器，煮十分鐘。取出，用肥皂與水洗之。此法完全穩妥，但不十分美觀。

(二)若醫院內有澄糞池 *Septic tank*，可將液體傾入水槽。固體投入外面潔淨

之罐內，於垃圾焚化爐中燒去之。

(二)若無澄糞池，殘餘之湯汁可煮十分鐘，然後傾棄。

布單類之消毒 舊法係在病室內將布單等浸於消毒劑內，此法已廢棄不用。現行之法，須用肥皂與水仔細洗淨，然後曬乾。肥皂已證明爲一價廉物美之消毒劑，用於布類，誠爲最佳。祇有若干種病須先滅菌而後洗濯，卽炭疽，結核病，與腸熱病，因其桿菌之抵抗力；痘症因其痂；斑疹傷寒則因有虱。傳染病室內之衣服布單須放在特製之袋內，送往醫院中之洗衣所，袋之外面須清潔。如上述數種病症，應立即連袋置於鍋內，沸煮二十分鐘，然後洗濯。其他傳染病症之布單類，可由穿長衫，戴口罩之洗衣者揀出，然後依常法洗之。揀選之工作既畢，卸去長衫口罩，擦洗兩手後，卽可另做他事。如有淋浴設備，則於沖洗後更換衣服，尤爲相宜。

尿糞之消毒 如醫院內有澄糞池，此種排泄物毋需消毒；否則如腸熱病，霍亂，及痢疾病人之糞，必須消毒。消毒劑之用量，須與排泄物之量相等，完全混和，

糞塊須打碎，靜置一小時以後，方可傾入廁所。便盆尿壺內之物，亦可立即傾入便桶，再將消毒劑加入桶內。惟傾倒時須極小心，勿令尿糞濺於地板上，或桶口上。便盆傾去後，可用熱水與肥皂仔細洗淨，再用沸水澆之。如一病室內有患腸熱病者二三人，此二三人合爲一單位，其便盆尿壺，可以公用。百分之五氫化石灰溶液，爲一價廉而有效之消毒劑，可作大便消毒之用。惟遇有機質可以減低效力之消毒劑，不宜用以滅尿糞之毒。

消毒藥品與煮沸之比較 有許多醫院，用消毒劑浸染污之碗碟，布單，便盆，器具等，普通用者如百分之二來蘇Lysol 2%，百分之一愛酒Izal 1%，百分之五石炭酸Phenol 5%，與百分之五含氫石灰Chlorinated lime 5%。此項消毒劑，如照上述之濃度，並有充分之消毒時間，當然有效。惟藥品消毒，不免有下列諸弊：

(一) 因缺乏便盆器具等，以致縮短浸漬時間，而使消毒無效。痢疾，霍亂，與腸熱病人，時常大便。有時爲情勢所迫，祇得以僅浸過數分鐘之便盆與之，如此而欲希望優良之成績，其可得乎？

(二) 濃度適宜之消毒劑，有被稀釋之可能。例如夜班護士，依照常規，將被褥單浸漬；然因疎忽之故，所備消毒劑不夠應用，而時值深夜，又不便再取。於是疎忽之護士，將儘其所有者用之，以致不能浸透，或加以稀釋，而使之浸沒。否則惟有待至明晨，使日班之工作，因以遲緩，而發生紛亂。若將消毒劑加以稀釋，或並不浸透，此誠所謂『有名無實』也。

(三) 此消毒法頗費，許多價值昂貴之消毒劑，常不斷傾入廢水槽中。

(四) 於盆內盛滿污衣服，及碗碟器具，在供應室內浸一小時之久，殊不雅觀。

煮沸或用熱水與肥皂之益

(一) 煮沸十分鐘，爲一有效之殺菌法。

(二) 滅菌之物，係置於有蓋之滅菌器內，並不觸目。

(三) 價廉省費。惟亦有提出反對者，因水量之供給有限，且無爐竈。實則一歲中用於消毒藥品之費，祇需其幾分之幾，即可裝置爐竈，若無自來水設備，即

添雇一擔水夫，其工資亦可應付有餘也。

加拿大士倫都盎太魯省衛生局，對於腸熱病人所用碗碟器具之消毒法，曾有下列之指導：『碗，碟，玻璃杯，刀，叉，匙等，經腸熱病人用過後，不可與他病人所用者相混。須在隔離單位內用熱肥皂液洗之，再在沸水內沖洗。』其他各物，可用此法消毒者頗多，簡便而有效。

今請重言以申明之，任何消毒方法，於實行之時，必須審慎周到，以期切實有效，亦祇有審慎周到之工作，可於護病中佔一地位。

探病者 祇有病人家屬得入傳染病室，立於分格之外，或在隔離單位之入口處。探病之人，須小心監督，以防其自甲單位至乙單位。小病人如頗安好，宜勸其母向事務室詢問，勿探望其兒。若病勢沉重，常許其家屬入內，但須穿長衫，並於離開單位後擦洗兩手。

病人出院 終期消毒係用肥皂與水洗澡，若其情形頗佳，並爲之洗髮。病人可裹於潔淨之布單內，步行至浴室。俟其跨入浴室，即將布單摺疊，潔淨之面向外，

鋪於地板上。浴後踏上此單，改穿潔淨衣服。浴盆用熱水與肥皂擦洗。

紙之功用。紙有許多用途，可以之抹乾兩手，旋轉開關，自地板上或桌上拾起染污之物，病人簽名於書信或公文上時，可以之襯在其手臂下面，以防染污。護士於紙片或紙巾，可發見許多功用，甚為經濟，用後祇須燒去足矣。

病室管理法。手術室內，至少常有護士二人，一係潔淨者，一則往來奔走，使擦洗潔淨之護士，毋需接觸未滅菌之人或物，而致染污己身。傳染病病室，至少亦須常有護士兩人值班。一人應接電話，携取應用之物，並襄助各項職務，須不染污者。如將送來之用品，一一安放，預備治療，配製溶液，以供穿着長衫之護士應用等。其工作如此計劃，可使擦洗與更換長衫之時間，減至極少。

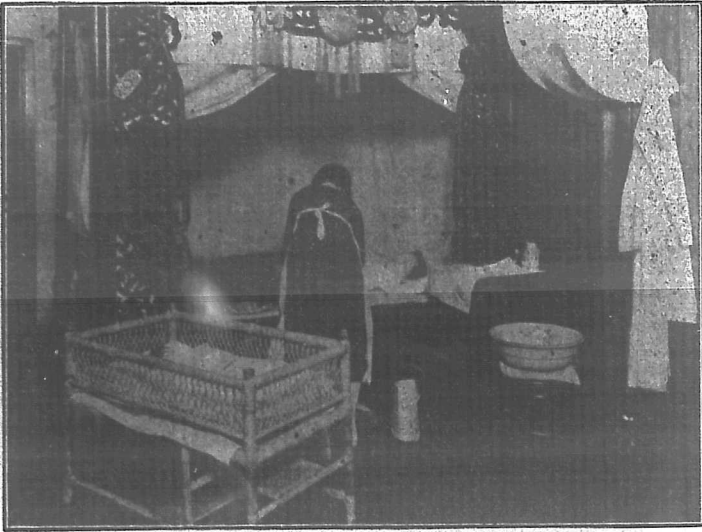
死者之料理。屍體預備好後，即將抬床放在便利之地位。以潔淨之手，取一潔淨之大單，斜鋪於抬床上，四角由前後左右下垂。屍體放在布單上，擦洗兩手後，祇可接觸布單之外面，以之覆裹屍體，先裹兩頭，後裹兩旁，用針扣住。標籤一枚，上書病人之姓名等等，扣於布單上面。

護士自身。護士在傳染病醫院內護病，或在任何病室內護理傳染病，或在家庭內護理傳染病，每日當於下班之時，在日光下散步；膳時須有充分之時間，並宜愉快而無煩惱。或探訪友人，或閱有趣味之書籍一章，或拍一回網球，可使其復回病室之時，精神煥發，而寂寞煩悶之病人，一見其休息回來，精神充足，亦將爲之心曠神怡焉。

第六章 傳染病之管理

傳染病之預防與管理，各國政府，莫不深爲關切。蓋人民生命，最可寶貴，而疾病之事，又極耗費。無論田園，工廠，事務所，學校，一般勞心勞力之人，皆因疾病而致荒廢工作。其耗於醫藥喪葬之費者，尤不可以數計。當疾疫流行之時，人民患病者多，相率輟業，而因侍奉病人，不得不停止其原來之工作者，亦復不少，以致國內大部份事業，皆受影響。實則此種疾病，大半皆可預防者也。需管理之物。傳染病由病人之排泄物與害蟲而傳佈，本書業經言之。故公共衛生機關所最關切之事，其一爲處置排泄物，而使其中之病菌成爲無害。又其一則爲提倡衛生，推行全國，使傳帶病菌之害蟲，如虱，蚤，蠅，蚊，臭蟲之數，均見減少，而於最後完全撲滅。

教育與合作。然欲希望達到上述之目的，必先令人民多受教育。此事非得普通人民之合作，不能望有結果；而欲得普通人民之合作，非先令其明瞭病菌之真相，及傳染病之如何獲得，與如何傳染不可。國民政府內政部衛生署知之，故於教育



第十三圖 產科公共衛生護士在家庭內
(南京中央衛生設施實驗處)



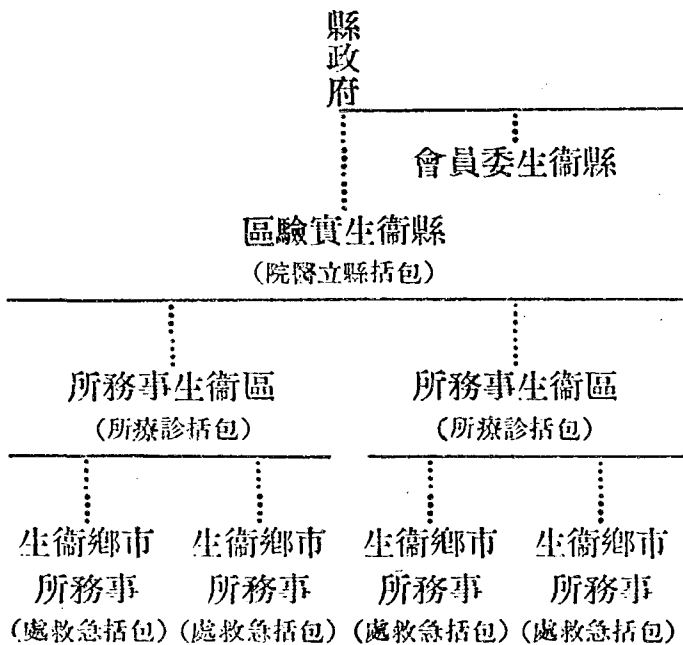
第十四圖 鄉村衛生護士教導農民
(中央衛生設施實驗處)

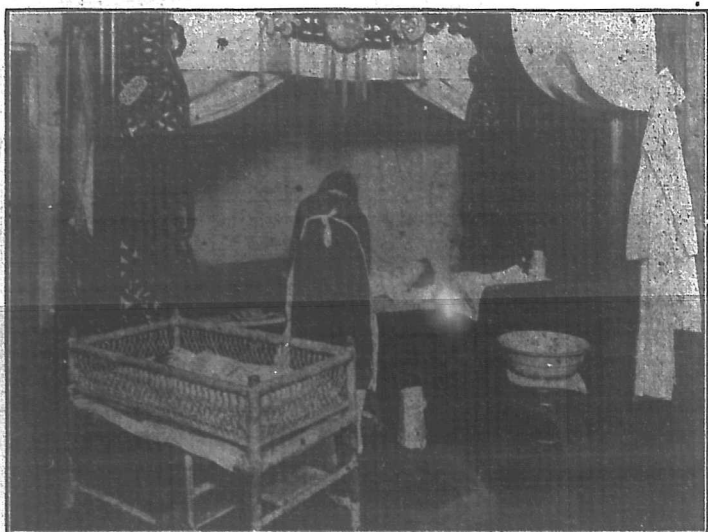
人民，特爲注重。

衛生署之工作。由國民政府辦理之各種衛生工作，其中不少可注意者。如管理時疫，教育人民，改良工廠學校，提倡鄉村衛生，注意婦孺幸福，製備純粹之菌液血清，以預防傳染病等，種種機關，已先後設立，並有若干衛生事務所與衛生實驗區開辦，一在湯山，一在北平附近之定縣，一在上海附近之高橋，一在浙江。其目的乃欲於指定區域內實施一種衛生計劃，而由其實驗所得之結果，以昭示全國，應用何法指導人民，解除困苦，並證明現代方法，與現代衛生生活之價值。醫師，護士，與衛生人員，在此項程序中合力進行。其工作包含診療所之治療，學校方面之教育，與演講，圖畫，活動影片等民衆教育。護士如有機會赴衛生實驗區參觀，不可交臂錯過。除上述各處外，尙有其他實驗區，不及備載。

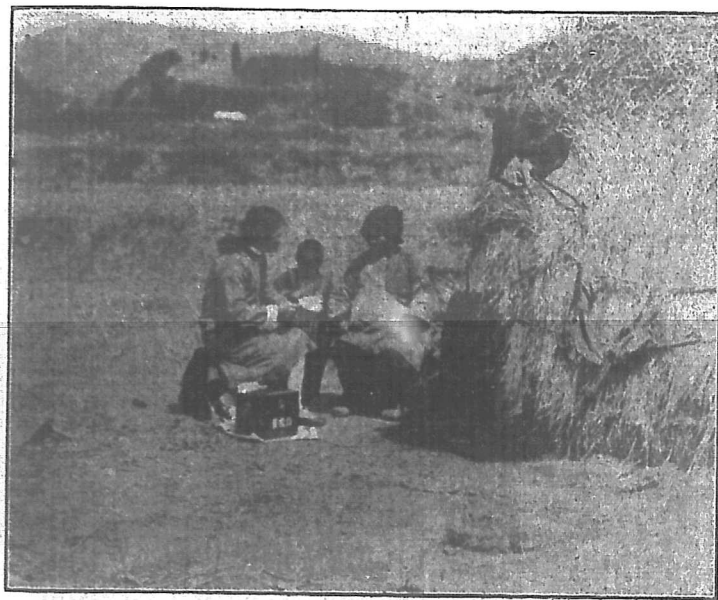
由衛生署主辦之衛生工作，尙有一種，爲計劃開辦縣立醫院，爲一縣內之衛生實驗區。泰縣與郟城兩縣立醫院，係於一九三二年十月，由中央衛生設施實驗處與地方政府合作創辦。其他各縣之仿行者頗多。江西現方徵稅辦理鄉村衛生。

湖南省政府亦於預算項下撥款辦理衛生事業。以下之縣衛生行政略圖，見中央衛生設施實驗處報告。





第十三圖 產科公共衛生護士在家庭內
(南京中央衛生設施實驗處)



第十四圖 鄉村衛生護士教導農民
(中央衛生設施實驗處)

中央衛生設施實驗處之報告中有云：關於此項醫院，最足使人興奮者，不在其治療之病人數，或種痘之兒童數，而在能引起公眾之興趣。現在護士學校中有公共衛生護病一科，於實習方面，如能參觀此類衛生工作，其價值不可勝言。第十圖至第十四圖爲中央衛生設施實驗處各部份之護士工作概況。

預·防·與·管·理·傳·染·病·之·通·用·名·詞。護士於傳染病護病之任何一部份，不論醫院，工廠，學校，農村，皆有一定之應用名詞，及其名詞所指示之方法，護士必須一一熟習，而於實行之時，與當地衛生機關或衛生人員合作。此類名詞與方法如下：

(一) 認識與報告 Recognition and report

(二) 隔離 Isolation

(三) 檢疫 Quarantine

(四) 消毒 Disinfection

(五) 免疫 Immunization

認·識。認識疾病，當研究臨床記錄單(溫度單)與實驗室試驗。診斷爲醫師與專門

家之責，惟觀察症狀，而引起醫師之注意，則其大部份之責任屬於護士。醫院內由護士接待病人，爲之解除衣服，作第一次之入院浴；學校內平常由護士發見疾病之最初症狀。故嚴密觀察之習慣，乃護士所決不可無者也。

報告。傳染病應向當地之衛生官報告。護士於報告之前，宜用種種方法，使其所疑諸點，由醫師證實。惟有時須負僅憑一己觀察而報告之責。報告時須開明病人之姓名住址，及其所患之病症。衛生官得報後，當與以調查，證實其診斷，而採取相當之管理法。此外負報告傳染病之責任者，爲醫院主任，醫師，學校醫學檢查員，公共衛生護士，工廠衛生護士，校長，旅館主人，停泊港內各船之船主。以上均爲一個團體之領袖，故應負責報告傳染病。

普通認爲應報告之病，有下列數種，惟在中國，其實施之機關，有許多地方尙未成立。

(一) 霍亂 Cholera

(二) 腸熱病(傷寒)與副腸熱病(副傷寒) Typhoid and Paratyphoid

- (三)阿米巴痢與桿菌痢 Amoebic and Bacillary Dysentery
- (四)鼠疫 Plague
- (五)白喉病 Diphtheria
- (六)猩紅熱 Scarlet Fever
- (七)麻疹 Measles
- (八)水痘 Chickenpox
- (九)痘症(天花) Smallpox
- (十)天哮噲(百日咳) Whooping Cough
- (十一)流行性腮腺炎 Mumps
- (十二)流行性腦膜炎 Epidemic Meningitis
- (十三)流行性感胃 Influenza
- (十四)肺炎 Pneumonia
- (十五)癩咬病 Rabies

- (十六) 黑熱病 *Kalaazar*
- (十七) 膿毒性咽喉炎 *Septic Sore Throat*
- (十八) 脊髓灰白質炎 *Poliomyelitis*
- (十九) 斑疹傷寒 *Typhus*
- (二十) 鈎蟲病 *Hookworm*
- (廿一) 麻風 *Leprosy*
- (廿二) 炭疽 *Anthrax*
- (廿三) 破傷風 *Tetanus*
- (廿四) 傳染性結合膜炎 *Infective Conjunctivitis*
- (廿五) 腦炎 *Encephalitis*
- (廿六) 登革熱 *Dengue*
- (廿七) 瘧疾 *Malaria*
- (廿八) 肺結核 *Pulmonary Tuberculosis*

(廿九)梅毒與淋病 Syphilis and Gonorrhoea

牲畜傳染病亦須報告。

處罰 違背傳染病報告章程者，各國政府多處以罰錢或禁錮之刑。花柳病症——梅毒與淋病——如病人願受治療，而遵守衛生官所定個人接觸與個人衛生之規則者，其報告可守秘密。

隔離 Isolation 美國公共衛生處解釋「隔離」兩字云：「隔離者，即使患傳染病之人，或傳染病帶菌者，與他人分隔，其分隔之地點與分隔之情形，可防直接或間接傳帶病菌於易感受之人。」衛生官或地方上之負責官吏，於必需時可下令隔離。隔離之程度，其寬嚴因病而不同。具有高度之傳染性，而易由接觸傳染者，如白喉病，猩紅熱，痘症，麻疹等，最好送入特設之隔離醫院。如在家庭內護理，當於屋外貼一警告，禁止與病人及護理病人者接觸，並以隔離規則教導病兒之母，或其負責人。

衛生當局所貼之通告，試舉一例如下：

通告

宅內現有人患猩紅熱，此係接觸傳染病，由接觸而傳染，茲特警告公眾，爲公共安甯起見，在檢疫期中請勿與宅中人接觸。

禁入學校 兒童之患錢癬，膿胞病，虱病，沙眼，疥瘡者，在宣告治瘡以前，應禁止入校，並以預防傳播之家庭護理法，指導其父母。然在中國，學校兒童之患沙眼者甚多，故禁止入校之法，不能實行。惟有對於教員及學生，授以預防之技術，使其嚴格遵守，亦有若干學校可設沙眼班，以隔離患病之學生於一班內。

醫院或家庭內如有疑似之傳染病，其辦法與實際發生傳染病時相同，直至診斷確定，或否認以後。

檢疫 Quarantine 檢疫乃對於易感性之人或動物，曾接觸傳染病者所施行之隔離法也。檢疫期之長短，與此特殊病症之潛伏期同。例如一兒在家內患猩紅熱，此兒即於傳染期內隔離，約自病初起後經過三星期，或俟潰瘍全瘡，而無溢液排出爲止。同居之他兒，曾與病兒接觸者，均須檢疫，即禁止其與病人或侍奉病人者

直接或間接接觸，並禁止其與宅外之人，直接或間接接觸，至七日之潛伏期已過爲止。如過此期，而家中人無一發病者，即可與隔離之兒分居，而重進學校。檢·疫·官·之·職·務。檢·疫·官·之·職，即於病人宅外，張貼相當之通告，並實行檢疫。無·感·受·性·者。與猩紅熱或白喉病接觸之兒童，當試驗其易感性，如有免疫性者，即可准其自由，不必檢疫。

工·資·生·活·者。恃工資生活之人，平常不受檢疫。但須改變其起居生活，使不與病人或其所有物接觸。如經本人允許避免接觸後，可准其照常工作。船·船·檢·疫。進口船隻上如發生傳染病，當施行檢疫至所需期限爲止。需·檢·疫·之·病·症。下列各症，平常須受檢疫：

(一) 白喉 Diphtheria

(二) 猩紅熱 Scarlet Fever

(三) 脊髓灰白質炎 Poliomyelitis

(四) 痘症(天花) Smallpox

(五) 斑疹傷寒 Typhus

(六) 霍亂 Cholera

(七) 鼻疽 Glanders (厩內之馬，均須檢疫，俟用特殊反應試驗決定之。)

(八) 天哮嗆(百日咳) Whooping Cough

(九) 麻疹 Measles

(十) 鼠疫 Plague

霍亂須檢疫五日，除非其大便之內並無霍亂弧菌。接觸斑疹傷寒而有易感性者，應自最後一次之接觸起，檢疫十四日，其身上不可有蟻虱。接觸天哮嗆者，除住居醫院外，亦須檢疫。接觸麻疹者，三歲以內宜留家，學齡兒童禁入學校。麻疹之潛伏期頗長，有兩星期之久，故對於麻疹之檢疫，不易實行。欲使小兒於此兩星期內勿與他兒接觸，殊為困難。由鼻咽溢液傳播之病，如與接觸，而有易感性者，其鼻咽培養物為陽性時，應當檢疫。如有試驗設備，則其檢疫期限，多可縮短。犬馬接觸瘰咬病與鼻疽後，均須檢疫。

消毒 Disinfection (一) 病時消毒 Concurrent disinfection (二) 終期消毒 Terminal disinfection。

(一) 病時消毒 卽於疾病之傳染期內，由護士或服侍病人者，每日每時，於病菌離體之際，立卽將含菌之溢液或排泄物，爲有系統的消毒。如是者，必須有消毒之智識，並知應用適宜之消毒劑，以消滅排泄物與溢液之毒；多用肥皂與水，仔細洗滌，使病室與病室內之器具十分潔淨。病時消毒如能敏捷實行，且有系統，則終期消毒工作，可以減至最少限度矣。

(二) 終期消毒 病人之終期消毒，最好用肥皂與水沐浴，洗髮，然後換穿潔淨衣服。被褥單與器具之料理，與病時消毒同。枕頭褥子，在太陽光中直接曝曬六小時。患結核病，炭疽，腸熱病後，六小時尙覺太短，必須連晒兩日，或將褥子等物，在緊張蒸氣殺菌器中滅菌。牆壁用濕布向下揩抹，器具木架，用肥皂與水擦洗。櫥櫃地板，亦用肥皂與水仔細清潔。帷帳及屏風上之布，均須洗濯。清潔畢後，卽將門窗大開六小時，以通空氣日光。如若需要，可於清潔之後，再用消毒

劑。護士當知清潔與曝曬，爲消毒之重要手續。

刷新房屋 有時於終期消毒之外，並宜刷新房屋，即將牆壁天花板油漆或粉刷一過；如係厩舍，當再洒生石灰。

熏室法 Fumigation 『氣體熏室法，如能合法施行，於殺滅傳染病之昆蟲或動物，頗爲有效，此外則並無價值。』以上乃美國兒童衛生大會委員會之報告中語也。

免疫法 Immunization 管理傳染病最善之法，莫若預防，廣用菌液，以使人民免疫。現已有證明可靠之預防菌液者爲痘症（天花），霍亂，桿菌痢，腸熱病（傷寒）白喉病與瘰癧病。當以此事教育公衆，護士亦應各盡其責，以傳佈防病智識。

衛生工作之基礎 現在中國，如欲實行相當之市衛生程序，其機關尙祇有一部份成立，且有多處完全無此設備。如欲迅速彌補此缺憾，而保障全國父母兒童之生命，恃乎下列三事：（一）中央，各省，與地方當局，須有充足之人材——醫師，護士，專門家，檢查員與辦事員，以實行此工作；（二）籌撥充足之經費，以辦理公共衛生事業；（三）教導公衆，使知此項保護之重要，而與當局合作進行。以上

三項促進國民衛生之方法，其事雖巨，然非不能實行者。護士於每一項中，皆有其應盡之職，當就現有各研究科，從事進修，庶能勝任農村，學校，及工廠衛生等各項位置，而於醫院內，家庭內，及與公衆接觸之時，隨時可爲一衛生教師。且其辦理經費，來自公家，出於人民所納捐稅，故依衛生程序教育公衆，可使其所需經費，籌集較易。

普通消毒劑及其應用之規則 消毒劑欲其有效，必須（一）應用足量，（二）濃淡適宜，（三）時間充分，（四）不損質料，（五）在化學上適用於消毒之物。例如氯化高汞與蛋白質化合而成不溶解之物，故在化學上不適用於消滅身體排出物之毒。

（一）肥皂 Soap 洗碗碟用之普通肥皂溶液（約百分之〇·五），可以殺滅流行性感胃與肺炎之病菌，已由實驗證明。至於何種牌子，可以勿論，凡是肥皂，皆爲一有力之殺菌劑。普通洗手用之皂液，其濃度約爲一比十二；祇須此濃度之十分之一，已足殺滅細菌。梅毒，淋病，白喉，肺炎，流行性感胃，與腦膜炎等之病原菌，皆於肥皂水中死亡甚速。腸熱病菌之抵抗力較強。

以上各病之消毒法，爲洗手用，可於流水中擦洗三分鐘。衣服浸於百分之一溶液內一小時。擦洗木器，碗碟，地板，用百分之一溶液。

(一) 醇 Alcohol 手與皮膚消毒，用百分之八十者。

百分之八十醇，其消毒力最強；過或不及，其力即銳減。

(二) 煤膠衍化物 Coal tar derivatives

(甲) 困醇 (石炭酸) Phenol 洗手用百分之二。滅分泌物與排泄物之毒，用百分之五，浸一小時。服單，器具，用百分之五，浸一小時。

困醇於痘症之病菌無效，如遇有機質，其作用即大減。

(乙) 煤溜油醇 (克遼瑣) Creol 滅溢液毒，用百分之二浸兩小時。

煤溜油醇不易溶解，當與肥皂混和。

(丙) 來蘇 Lysol 滅溢液毒(須完全混和)，用百分之二，浸兩小時。

如遇有機質，或與硬水混合，其作用略減。

(丁) 克遼林 Creolin 滅溢液毒，用百分之二，浸兩小時。

(戊)愛洒 Izal 滅溢液或布單毒，用百分之一，浸兩小時。

(四)氯化高汞 Bichloride of Mercury 滅溢液毒無效，且損傷布類與金屬。有者刺激皮膚，但可用以洗手，其力自千分之一至四千分之一。皮膚與外科敷料消毒，用千分之一至萬分之一。繼續用氯化高汞，易損皮膚，而致發紅發癢。

氟化高汞攜帶便利，易於溶化，以此供外科急用最佳。

(五)福爾馬林 (佛馬林) Formalin 爲百分之四十蟻醛氣溶液，消毒可用百分之十者。滅溢液之毒，可加分量相等之百分之十福爾馬林於溢液內，靜置一小時。

(六)生石灰 Quicklime 價廉易得，滅溢液牆壁與厩舍之毒有效。

石灰乳 Milk of lime 生石灰兩磅，加水一量磅，卽成熟石灰。熟石灰一份，逐漸加水四份，卽爲石灰乳。用等量之石灰乳，與溢液混和，蓋緊，靜置兩小時。

爲鄉村用，可置生石灰於淺坑之底，將溢液倒入，上面再倒石灰，用土蓋沒。再加石灰和泥土，至填滿爲止。痢疾與霍亂病人之糞，宜用此法消毒。

含氯石灰或氯化石灰 Chlorinated lime or chloride of lime 此粉一兩，加水一量磅，

製成百分之五溶液，用以滅痰糞之毒，頗有價值。滅飲水與游泳池之毒，其力較弱。此粉宜緊蓋於罐內，不可受潮。以等量之溶液與排泄物混和，浸透，蓋緊，置兩小時。

(七)氣體消毒 Gaseous disinfection 現已少用。因其力不足以殺菌，而欲殺滅隙縫被褥內之臭蟲跳蚤等，其效力亦頗可疑也。

蟻醛氣 Formaldehyde gas 殆爲最佳之氣體消毒劑。消毒時宜將房間密封，以防洩氣，室中溫度須在華氏六十五度以上，濕度在六十度以上。此室宜關閉二十四小時，消毒畢後，室中如有刺鼻之臭味，可灑鉢水以解之。用福爾馬林 Formalin 一百五十西西，加熱，其發出之氣體，足供一千立方英尺之房間消毒之用。

硫黃 Sulphur 用以殺滅鼠，蚊，臭蟲等，頗有效力，惟於細菌無效，與其他氣體同。

應士
中國傳染病概論
卷下

普通傳染病一覽表

病名	潛伏期	檢疫期	隔離期
白喉病	二日至五日	七日	三星期，或不再有溢液排出爲止。
猩紅熱	一日至七日，平常三四日。		三星期，如有耳流液，須更久。
咽喉內之鏈球菌傳染	極短		急性期內
傷寒質斯熱	不明		
丹毒	一至三日		皮面有發炎損害時，再過數日。
傷風	極短		急性期內
流行性感冒	一日至三日		急性期內
大葉肺炎	二日至三日		病期內

普通傳染病一覽表

天哮噎

一星期內

十日

六星期

結核病

不一

肺結核病在顯露期內，痰中有結核桿菌時。

麻疹

八日至三日，至初發熱時。

十四日

疹現後五日

風疹

十七日

卡他期內，再過一日。

痘症(天花)

十四日

十六日

至痂盡脫落為止

水痘

十四日至十六日

與痘症同

腦膜炎

二日至七日

十日

兩星期

脊髓灰白質炎

十日至十四日

十四日

二十一日

腦炎

十日至十四日

流行性腮腺炎

十八日

兩星期

梅毒

二至四星期

有顯露之損害期內

淋病

三日至五日

溢液內有淋球菌時

腸熱病(傷寒)

十日至十四日

病期內與恢復期內

霍亂	十二小時至三日	病期內
桿菌痢	二日至七日	三四星期
阿米巴痢	三至十二星期	病程內，包括慢性期。
放線菌病(菊形菌病)	不明	損害內有溢液時
麻風	長	有顯露之損害期內
瘡	六日至二十日	用障隔離
登革熱	二日至十日	用障隔離
黑熱病	六星期至四月	
斑疹傷寒	十二日	除虱
回歸熱	七日	
腺鼠疫	二日至十日	有顯露之炎性淋巴腺腫期內
肺鼠疫	一日至三日	病期內
浪熱症(米利他熱)	六日至十六日	

炭疽

七日內

至損害已癒時

破傷風

八日至十日

癩咬病

二至八星期

沙眼

不明

損害未癒時

白喉病 Diphtheria

定·義· 白喉病爲人類之急性傳染病，因白喉桿菌 *Bacillus diphtheriae* 所致，其特徵即有局部之膜，平常在扁桃體與咽喉，並有嚴重之全身症狀，因自膜吸收細菌毒素而起。

源·流· 此病自古已識之。克勒孛斯氏 *Klebs* 於一八八三年發見白喉桿菌；呂弗琉氏 *Loeffler* 於一八八四年分出之。一九零二年喜克氏 *Schick* 宣布敏感性試驗，一九一四年首用預防菌液。

病·原· 白喉病之致病菌爲克勒孛斯呂弗琉氏桿菌 *Klebs-Loeffler bacillus*，即白喉

桿菌 *Bacillus diphtheriae*。據衛生署記錄，全年皆可發生此病，但以秋冬兩季爲最盛，其發生之地域頗廣。無論老幼，皆可患此病，惟百分之八十爲不滿十一歲之兒童。鼻咽傳染與損傷，爲白喉病之素因。

傳染之來源 由鼻，咽，結合膜，陰道，與創口之白喉病損害而來之溢液，亦由健康的與恢復的帶菌者。

傳染之途徑 (一)與白喉病人之溢液直接接觸，或由飛沫傳染，或由手指傳帶。(二)與新被溢液染污之物件間接接觸，如茶杯，食器，鉛筆，手巾，敷料等。

(三)用染菌之牛乳與乳製品。

潛伏期 一日至七日，平常自二日至五日。

傳染期 平常兩星期，罕有過四星期者；但無論如何，須俟其膜與分泌物內已無細菌，方免傳染。

免疫性 天然免疫性平常至半歲爲止。此天然免疫性，失去甚速，故一歲小兒之有易感性者達百分之九十五，一歲至五歲之小兒患者最多。後天免疫性或山曾患

此病而得，或用毒素抗毒素免疫，現時常用者爲白喉類毒素 *Diphtheria toxoid*。由患病或接種而得之免疫性，平常可終身不失。若僅用抗毒素，其免疫性祇有三星期左右。

症狀 症狀視病之輕重，與其特殊損害——膜——之地位而異。白喉病因其膜之位置而有種種名稱，如鼻白喉病 *Nasal diphtheria*，咽白喉病 *Pharyngeal diphtheria*，與喉部白喉病 *Laryngeal diphtheria* 等。身體他處，亦可受病菌侵襲，但不及咽喉之多，如結合膜，女陰，中耳與外耳，因鼻咽白喉病重症之膜蔓延至耳部所致，及創口面，惟最後一種，與淺創口內因鏈球菌傳染所成之假膜，應當分別。

白喉病如有鏈球菌時，卽爲膿毒性白喉病 *Septic diphtheria*，此係嚴重之症，其死亡率頗高。出血性白喉病 *Hemorrhagic diphtheria* 爲特殊之一種，出血入皮，亦由粘膜出血，並有利害之毒血症。此症亦極易致命。

膜 白喉病特殊之損害，卽有膜組成。此膜係由血管而來之纖維性滲出物，平常作灰白色，狀頗污穢，而有特殊之惡臭。此膜或緊附，潰爛，於咽白喉病之重者

有時見之，或附着較鬆，而能用吸筒吸出，於喉部白喉病常有之。膜去之後，即留一出血面，平常再可組成。無論何種白喉病，膜面皆有細菌，於咳嗽或嘔吐時而出。因此護理白喉病人者，須戴口罩。

鼻白喉病 *Nasal diphtheria* 有兩種，一係輕性，或無膜，或甚少，而限於鼻前孔，微有發熱，約華氏一百度至一百零一度，鼻內有漿液性刺激性之溢液，或含血，亦可致鼻前孔與上唇表皮剝脫。此膜若不蔓延，其毒血症頗為輕微，豫後亦佳，惟幼兒常致不救。此症頗為頑固，若不用抗毒素治療，可歷數星期之久。第二種鼻白喉病，乃因利害之咽白喉病而延至鼻者。此係惡性症，有腺脹大，與重毒血症。其豫後頗為嚴重。

咽白喉病 *Pharyngeal diphtheria* 此乃極普通之一種。其咽喉之形狀不一，或僅發炎而紅，狀似扁桃體炎，或有膜遮蓋咽喉之全部，如扁桃體，懸雍垂，腭弓，及軟腭與硬腭。一面或兩面之頸腺，於第四日漲大，咽喉之軟處腫脹，水腫，嚥下困難。輕者體溫自華氏一百度至一百零二度，重者可升至一百零四度。白血球計

數增至一萬五千至二萬五千。若不治療，此症於第五六日達到頂點，其症狀後即減退，膜亦漸消，病人入於恢復期。或症狀加劇，呼吸艱難，中毒之狀更顯，病人入於昏迷狀態而死。

喉·部·白·喉·病 Laryngeal diphtheria 患者平常爲兩歲至五歲之小兒。此症亦稱真性格魯布或膜性喉炎 Membranous croup。初起時聲音漸啞，有格魯布性咳嗽，過兩三日，病狀更惡，呼吸異常困難。每一呼吸，皆甚努力，肋間諸肌，於吸氣時收進。唇與指尖發紺（青紫）。溫度可升至華氏一百零四度，惟常較低。小兒輾側不安。膜或咳出，或嘔出，病人即可一舒，但仍將組成。若不治療，小兒將因窒息而死。

併·發·病·與·後·發·病 最可畏之併發病爲心衰竭與癱，兩者皆因毒素之作用。雖患輕症，病人之脈亦速而不規則；重症可於第二星期發生心衰竭，或遲至第四星期。癱瘓之肌，爲膈，喉，眼與四肢之肌，而最可畏者，則爲呼吸肌癱。枝氣管肺炎爲常有之併發病，有時鼻與咽喉出血，並有腎炎。

診斷 自染病之粘膜所取得之塗抹或培養物，於其中查得白喉桿菌，爲此病確定之診斷。無論何種咽喉炎，非俟取得之培養物爲陰性時，不能遽謂其非由於白喉桿菌。

療法 注射抗毒素，爲白喉病最重要之療法。若於最初二十四小時內注射，可免損傷心與神經系統。（參看第四章白喉病注射抗毒素時間與死亡率之關係）故抗毒素之注射，以早爲宜。若診斷不確定，最好用對照實驗。下表爲各種年齡所應注射之劑量：

病人體重	輕症	溫和症	重症	惡性症
兩歲以下之嬰兒（體重十磅至三十磅）	三千單位	五千單位	一萬單位	二萬單位
兒童（體重三十磅至九十磅）	四千單位	一萬單位	一萬至二萬單位	四萬單位
成人（體重九十磅以上）	五千單位	一萬至二萬單位	二萬至四萬單位	六萬單位

注射靜脈內時，照以上減半用之。

注射之方法如下：

白喉病

輕症 注射皮下或肌肉。

溫利症 注射肌肉。

重症 一部份注射靜脈內，一部份注射肌肉。

惡性症 注射靜脈內，或一半靜脈內與一半肌肉。

無論何症，宜照上表之適用量作為一劑注射。

靜脈內注射血清，頗有危險，若不十分純淨者尤甚。

用·吸·引·器·去·膜·法 此法常於喉部白喉病之膜已鬆開，而組織不十分水腫者用之。

其器為一金屬管，聯於一吸筒上。必須技術純熟者，始能實行此法，平常先用喉鏡窺察膜之範圍。以此法吸出其膜，常可免用插管術或氣管切開術。

插·管·術 Intubation 喉部白喉病之膜，不能用吸引器吸出時，則用插管術，即以一

金屬管或硬橡皮管插入喉中，使腫脹之壁分開，空氣得以入肺。此管成套，名奧特維氏插管器 O'Dwyer intubation apparatus (因最先採用之奧特維醫士而得名)，

其大小自一歲至十三歲用者皆備。並附一可以迅速測量所需大小之量尺，與用以

插入及取出之器，卽一個閉孔器，一個插管器，與一個取出器，管頂有凸緣，以防滑入肺中，中央有一突，以維持其位置。每管繫有一圈絲線。護理喉部白喉病之護士，當預備此管，將醫師所選擇者穿好絲線，裝上閉孔器。

氣管切開術 Tracheotomy 氣管切開術於病人呼吸阻塞而不能用他法解救時施行之。其法係在喉下之一點，切開入氣管之中線，而插入一氣管切開術用管（氣管筒），使病人得以由此呼吸。病人用布單包裹，使手不動，肩下置沙袋，使頭伸長，護士或助手穩固扶住其頭於正中。插管時所需最重要之器械爲一小刀，一擴張器，二牽開器，與一氣管切開術用管。此管爲一雙套管，口有凸緣，小管插在大管之內。管上穿帶，插入後，卽將此帶縛於小兒之頸際。裏管於必需時可以取出清潔，外管則非醫師不能取出。若時間充裕，此手術須以嚴格之無菌法料理，但於緊急時，或不得不以手頭所有之器械切開氣管。氧氣箱須準備於必需時應用之。施行氣管切開術與插管後，病人須平臥床上，肩下置一小枕，以使頸伸長，頭低於身體。

普通療法 病人不可絲毫用力，不准自己飲食。發熱期內，祇用液體食物，其液體量由醫師吩咐調節，或強令多飲，或與以限制，視其心臟之狀態而定。如嘔吐頗多，或須停止由口中進飲食，而於靜脈內注射葡萄糖溶液，或用肛飼法。如軟腭癱瘓者，或須用鼻飼法。咽喉發炎，則吩咐用冰袋，或吸入單純或含藥之蒸氣。病人之咽喉受病甚重者，常苦轉側不安，輒用嗎啡以止之，洋地黃(毛地黃) Digitalis 則用以維持心臟。

護病法 (一)病人隔離，用嚴格之內科無菌技術。(二)護士襄助醫師，注射抗毒素。需用之器具爲五西西呂氏注射器 Luer syringe 一個，肌內注射針一枚，擦洗盤一個，抗毒素在壺腹內，按照所需單位備之。抗毒素宜置於陰涼之處，最好在冰上，須清澈，不可溷濁。注射時須熱至體溫度，平常深入於大腿之肌肉內。另備熱水瓶及絨毯一條，與腎上腺素 Adrenalin 皮下注射劑，以防發生反應。(參看第四章末)

(三)禁止病人用力 護士須實行醫師之命令，使病人不用絲毫氣力。無論治療或

護理之時，此點必須謹記在心。轉側與移動病人時，須請另一護士襄助，以能使病人舒適及保護皮膚爲限，轉動愈少愈佳。飲液體時須用管。如心臟大受影響，脈細而不規則，祇可於絕對必需時移動病人。令病人休息。

(四)飲食 飲食宜爲鹼性。病人所飲之液體，與其排出之尿，均宜量過記錄。強飲液體，須奉醫師命令。注意軟腭癱瘓；若液體由鼻回出，乃軟腭癱瘓之徵。如此者，或將吩咐用鼻飼法。急性期過後，可用柔軟之滋養食物。

(五)溫度脈搏與呼吸 每三小時記錄一次。白喉病之溫度，鮮有甚高者，平常爲華氏一百度至一百零二度。注意脈搏之次數減少而不規則。若突減至七十五跳以下，爲一危險之信號。重大之心併發病，平常於第二或第三星期發生，亦可稍後。

(六)插管術病人之護理 施行插管術後，病人之護理，可以概括如下：

(1)室中空氣，須潮潤溫暖。護士宜謹防病人咳嗽。有時吩咐於床側置一蒸氣罐，但須時常檢視，以防小兒太熱。

(2) 護士切不可離開插管術之病人。恐此管或被膜片阻塞，或被咳出。當宜預備一第二管，穿線裝好。注意病人皮色，此爲發生困難之徵，當立刻報告。

(3) 病人之飼食，最爲緊要。飼食時，小兒仰臥床上，頭頸伸長。柔軟與半液體之食物，較液體爲易飼。如用液體，每次祇可數滴。勿將一碗食物或飲料留在插管術病人可以取得之處。如不能嚥下足量之液體，未免危險，常須用鼻飼法。

(七) 氣管切開術後之護理法 護士應防範之危險如下：插入之管離位，肺炎，出血，傳染，休克。病人臥床，與插管術後同。手術時管口蒙以輕紗布敷料，於需要時更換之。此敷料可防灰塵等物入管。內管常需取出洗淨，或每數小時一次，或每十五分鐘一次。切勿用棉花拭子清潔內管，恐其棉花脫落而入肺中。用濕紗布或羽毛清潔之危險，卽恐其紗布或羽毛太濕，而有水滴下，引起一陣咳嗽。若外管離位，宜設法使其復位。如若不能，當用鉗或任何器械使氣管口分開，一面

速招醫生。

預防法 (一)一歲以內之兒童，均須免疫。因兒童在一歲時，百分之九十五皆有易感性，故可不必再行試驗，一律用白喉類毒素免疫。自六個月至四歲之小兒，用類毒素兩劑，每劑一西西，隔兩星期注射一次。幼兒罕有反應。免疫性之發生頗緩，約需數星期至一年，惟一經獲得，平常可以終身不失。平常於注射後兩個月至四個月內試驗兒童之易感性。如喜克氏試驗為陽性，須重行注射。

(二)凡有易感性之人(喜克氏試驗陽性)接觸白喉病者，即病人之家屬，游伴與診病之醫師護士，均須注射抗毒素預防劑。普通劑量為一千五百單位。最好先用喜克氏試驗觀其是否已經免疫。此預防劑所發生之免疫性，祇約三星期，過後須再注射類毒素或毒素抗毒素免疫劑。

(三)學校兒童，一律須用喜克氏試驗，其有易感性者，一律須用免疫法。

(四)若能，當查出健康之帶菌人。

管理方法 (一)病人隔離三星期，至接連兩次取得之鼻咽培養物(相隔二十四小

時以上)均無白喉桿菌爲止。

(二)以預防及管理白喉病之法教育公衆。

病時消毒 凡與病人接觸之物，及爲溢液所污之物，均須消毒。由鼻，咽，耳，眼，陰道，或顯露之損害而來之溢液，均須消毒。溢液最好收集在軟紙上，紗布上，或舊布上，直接投入掛於床側之紙袋內，再將此袋連同袋內之物一併燒燬。如在一小天井內，不便燒化垃圾，此袋可用百分之五含氯石灰溶液浸透，過兩小時後，與其他垃圾一同傾棄。布單於乾時送往洗衣所，裝在有標記之袋內，連袋煮沸十分鐘，然後照常洗濯。白喉桿菌易爲煮沸殺滅，而不易爲消毒劑所殺滅，故於可能時當用煮沸法殺菌。

終期消毒 褥子等物，直接在太陽光中曝曬十二小時。若已沾污，其曝曬之時間須更久。用多量之肥皂與溫水，仔細擦洗，以清潔隔離單位，使空氣與日光通入全室。若室中黑暗，除通氣之外，其牆壁亦須粉刷一新。病人可洗清潔浴。

猩紅熱 Scarlet Fever

定義 猩紅熱係人類之急性傳染病，因猩紅熱鏈球菌 *Streptococcus scarlatinae* 所致，病人有嘔吐，咽痛，發熱等前驅症狀，爲其特徵，繼以特殊之發疹與脫屑。病原 其病原菌爲溶血鏈球菌 *Streptococcus hemolyticus* 或猩紅熱鏈球菌，新近已由狄克氏 Dick 斷然證明。此菌產生一種毒素，能致發疹。狄克氏免疫性試驗，即以注射此毒素於皮下後所起之反應爲根據。（參看第四章狄克氏試驗）據衛生署報告，中國於一年中發生此症頗多，但以一月至五月爲最盛行。病菌用尋常之消毒法容易殺滅。

傳染之來源 病菌在扁桃體內與咽內，因之亦在鼻與咽喉之溢液內。猩紅熱病人或恢復者之膿腫，或耳流液之膿內，亦有此菌。猩紅熱帶菌人，殆亦有之。

傳染之途徑 與以上之溢液，及新被染污之物直接或間接接觸；亦由飲食染污之乳或乳製品而傳染。皮膚內並不傳帶病毒。

潛伏期 自一日至七日，平常約三四日。

傳染期 單純症自初起後三星期，不問脫屑如何；複雜症至溢液已淨，或潰瘍癒合爲止。此症極易傳染，僅次於麻疹及痘症。

免疫性 天然免疫性可用狄克氏試驗查出。猩紅熱爲幼童所患之病，其免疫性隨年齡而增高。人工免疫性可由猩紅熱毒素獲得之，注射分爲數次，相隔七日至十四日。此種自動免疫性，可歷一年至三年之久。被動免疫性祇歷數星期，係注射恢復病人之血清於易感猩紅熱者，爲臨時預防之計。

症狀 無故嘔吐，頭痛，咽痛，發熱，溫度速升，此爲定型猩紅熱之初期症狀。幼兒常有驚厥。面部潮紅，惟口周圍蒼白，舌有厚苔。咽喉與扁桃體甚紅。平常於起病之第二日有疹顯出，初在頸與胸之兩旁，迅即蔓延全身。疹係亮紅色，以手按之，覺其皮膚熱而柔軟如絨。平常於四十八小時後，其紅漸淡。體溫約華氏一百度至一百零四度，或更高，於疹退時漸降。閱八日至十日，皮即脫屑，其細如粉，或成片落下，約歷六星期之久，少有更多者。

咽·喉· 疹現之前，咽喉，扁桃體，與軟腭，皆發炎而甚紅。扁桃體炎爲卡他性，濾泡性或潰瘍性。初時舌有苔，舌尖與舌緣發紅，繼而舌乳頭腫，由苔下突起。閱數日，舌面清潔，惟乳頭仍腫，成猩紅熱症特殊之莓樣舌（楊梅狀舌）。

惟猩紅熱或不盡如此。其症狀或祇有微熱與嘔吐。其發疹或不受人注意，或祇有數小時。然其危險頗大，恐未經診斷而不將病兒隔離。亦有此症成爲惡性，而出血入皮，尿中含血，並有腦膜炎狀態者。病人陷入『重腸熱狀態』，可於四日內身死。尙有一種膿毒性型，其症狀嚴重而歷久。有時於重燒傷後，鏈球菌侵入創口，而發生一種外科型猩紅熱。亦有時於兩星期之後復發。

併發病與後發病。 頸腺發炎與化膿；中耳炎；乳突炎；急性腎炎；心內膜炎；關節炎與舞蹈病。

診斷 (一)由臨床記錄單。(二)用叔耳次卻登氏漂白試驗 Schultz-Charlton blanching test，於疹顯以後，注射猩紅熱血清或猩紅熱抗毒素少許入皮。如係陽性反應，注射處之疹將全退。(三)白血球計數增多，第一星期內最高。

療法與護病法。此兩者不易分開，其要點如下：

(一) 用嚴格之內科無菌技術隔離。

(二) 病人臥於床上，蓋暖，至少三星期，多得新鮮空氣，但宜謹防受寒。

(三) 於病期內多飲水。

(四) 發熱期內用液體食物，使血鹼化，以水果汁與牛乳爲主要食品。稍後用柔軟食物，如五穀類，麵包，牛乳，蔬菜，煮熟之水果，與水果汁。

(五) 於病期內記錄吸入與排出之液體量。

(六) 使口鼻咽喉清潔。滴液體阿波冷，或液狀石蠟，或當量鹽溶液數滴，可以清潔鼻腔，而助發炎粘膜之痊癒。如吩咐用熱鹽溶液或重碳酸鈉溶液注洗咽喉時，當用低壓力，其注洗筒不得高過病人之頭六英寸或八英寸。常用冰領圈以止咽喉之痛，或減輕頸腺之腫脹。亦可用熱濕敷以代冷，悉聽醫師之吩咐。較大之兒童，可用溫和之抗毒漱口劑。

(七) 照常用溫暖之清潔浴。高熱可用微溫水浴，或陰涼之重碳酸鈉灌腸劑。

脫屑開始時，每日須以溫暖之洋欖椒油或胡麻油輕輕抹擦。如發癢，則用異極石洗劑 Calamine lotion 以安撫之。

(八) 小心注意併發病；注意眼下或踝際初現浮腫，及嘔吐，眩暈，頭痛，此為腎併發病之警告；注意幼兒如何扶頭，或以手按耳；注意腺腫之最初症狀。護士應早報告。

(九) 恢復期內，病人衣服宜溫暖，防避受寒。

特殊療法 於肌內注射猩紅熱抗毒素。注射處平常在大腿外面之肌。注射宜愈早愈佳。初次劑量自十五至三十西西，(如病勢嚴重，亦可注射靜脈內，)若熱度與疹不退，二十四小時內可再注射一次。極重之症，已歷數日者，其第一次注射量較大，第二次注射亦可較早。

有時用恢復性猩紅熱血清，其注射法與上同，一次用六十西西，二十四小時後可再注射一次。

病人注射抗毒素或血清之前，醫師須先查知其有無氣喘或草粉熱之歷史，若

病人困苦，而喉音近於嘶啞者，尤應注意。此等病人注射血清後，可發生過敏性反應。（參看對於血清抗毒素之敏感性試驗，病人脫敏感法，及其發生之反應，此為注射血清時所應注意者。）

特殊防法（一）肌內注射猩紅熱抗毒素二西西，可得暫時的被動免疫性，約歷兩星期。祇有與病人密切接近者，當用此法保護。因其潛伏期頗短，故注射愈早愈佳。

（二）於皮下連續注射猩紅熱毒素，漸增其劑量，可得自動免疫性，歷時一年至三年。其注射劑自實驗室來，平常分五劑，裝為一包，每管標明注射之次序，及其劑量。每次注射，相隔七日至十四日，亦有縮短此期限者。末次注射後相隔十日以上，再作最後之狄克氏免疫性試驗。

自玻璃管裝滿注射器法（一）先將注射器與針煮沸滅菌。

（二）用百分之八十醇，百分之五石炭酸，或碘酒，拭淨管塞之面，然後將滅菌針刺入。不可除去管塞。



第十五圖 猩紅熱莓樣舌



第十六圖 濾泡性扁桃體炎

以上兩圖，採自 Bower and Pilant 兩氏所著之 Communicable Diseases for Nurses, W. B. Saunders Company.

(三) 吸取空氣入注射器，其量等於自玻璃管內吸入之毒素量。

(四) 以注射器上之滅菌針，刺入橡皮塞中央之凹處，一直線向前推。然後倒轉玻璃管，將注射器內之空氣射入管中。使針尖浸在毒素內，吸取其所需之劑量。管理方法 如無耳液，或膿腫，病人隔離三星期，或俟其完全癒合為止。與耳，腺，或鼻之溢液接觸，可以傳布此病。猩紅熱症一經發見，當立將病人送往隔離醫院，或使家中他兒，暫住他處。此等兒童或青年，在一星期之檢疫期內，不得入校，或與他人接觸，除非用狄克氏試驗證明其無易感性始可。

一切牛乳，均須用巴氏法滅菌。

以猩紅熱之傳染法及預防法教育公眾。

病時消毒 耳，鼻，咽喉，與創口內之溢液，均須消毒。不論在醫院內，或家庭內，皆當用紙收集燒去。布單置於有標記之袋內，袋之外面無毒，送往洗衣所小心料理，以熱水與肥皂洗濯。碗碟與治療器械，須煮十分鐘洗淨。食物餘屑須燒去，或消毒。

終期消毒。如經准許，病人可洗清潔浴，並爲之洗髮。

枕褥等須晾曬六小時。隔離單位用肥皂與水仔細清潔。

咽喉內之鏈球菌傳染 *Streptococcus Throat Infections*

有若干急性咽喉病，可以此名詞包括之，護士所應知者有三：

(一) 腐敗性咽喉炎(膿菌性咽喉炎) *Septic sore throat*，有時稱爲流行性咽喉炎 *Epidemic sore throat*。

(二) 猩紅熱咽喉炎 *Scarlatina sore throat*。

(三) 地方性咽喉炎 *Endemic sore throat*，扁桃體炎亦包括在內。

病原 以上之鏈球菌咽喉病，乃因人型溶血鏈球菌 *Human types of streptococcus hemolyticus* 所致，尤其是與猩紅熱症所發見之鏈球菌相似者。

(一) 腐敗性咽喉炎 *Septic sore throat*

此症由牛乳傳染，細菌在乳或乳製品——乳油，乳餅，與冰淇淋內。其傳染源

爲病人鼻咽分泌物之細菌。傳染之途徑，係由分泌物至手，再由手而至牛之乳房。自乳房至乳，其傳達至易。人類之直接接觸，亦可傳播此病。此係流行症，常見於冬春兩季。潛伏期自一日至三日。

症狀 有局部症狀及全身症狀。扁桃體與頸淋巴腺腫；咽喉發炎而紅；體溫自華氏一百零二至一百零四度；病人虛脫。此症發生之前，或有寒戰，或畏寒，頭鈍痛，與肌肉痠疼。平常於一星期至十日內恢復，頸腺腫退，病人復原。若細菌之毒性甚烈，或有利害之併發病，其豫後頗爲嚴重。死者常因敗血病或腹膜炎。其他症狀消滅後，腺或仍腫。頸腺膿腫，中耳炎，丹毒，與心臟病，亦爲此症之併發病與後發病。

(一) 猩紅熱咽喉炎 *Scarlatina sore throat*

此症乃因猩紅熱鏈球菌所致，但不發疹。此係輕性咽喉炎，但雖最輕之症，亦能傳染，小兒或成人之染此菌者，可發生有定型之猩紅熱症。亦或僅視爲咽喉炎，而忽略其輕微之發疹，如祇在身體之皺摺內，尤易忽視，護士應留意焉。

(二) 地方性咽喉炎 Epidemic sore throat 以下祇論扁桃體炎。

急性濾泡性扁桃體炎 Acute follicular tonsillitis

症狀 扁桃體甚腫，有時腫至一倍大，其隱窩內充滿淡黃色滲出物。咽喉充血發紅，頸腺亦腫。全身症狀爲發熱，脈與呼吸增速，尿少而色濃，內含尿酸鹽，病人虛脫。護士於觀察咽喉病狀時，切勿忽視其有成爲白喉病之可能。

併發病與後發病 急性僵麻質斯熱常與扁桃體炎伴發。亦常繼發心臟病，故病後應注意其心之狀態數星期。中耳炎與扁桃體周圍膿腫（膿性扁桃體圍炎）亦時有之。療法與護病法 患咽喉炎之病人須隔離，即個人用品，與個人衛生用品如面盆，手巾，飲食器具等，均須分開，消毒。服侍病人者須戴口罩，遵守無菌技術。病人患流行性咽喉炎或扁桃體炎者，宜安臥床上，至體溫正常後數日，始可起床。此兩者，咽喉皆疼痛而咽下困難，但宜勸病人多飲液體。口宜清潔，每四小時用抗毒含漱劑漱口一次。亦可用當量鹽溶液注洗，其熱以病人能忍受爲度。敷藥可用拭子蘸百分之二十阿久羅 *Argyrol* 20%，百分之二硝酸銀 *Silver nitrate* 2%，

或百分之五汞色質 Mercurochrome 5% (新鮮者)敷之，或以阿斯匹林 Aspirin 兩片溶於一杯水中，作爲含漱劑。如有冰時，或以冰袋敷於頸際，或口含碎冰，常最舒適。惟所用之冰，必須確知其來源清潔，方可含於口內。

急性期內之飲食，或爲液體，或極柔軟，使病人易於下咽。恢復期內，其飲食宜豐富而滋養。患咽喉炎後，病人常覺衰弱，多時始愈。

如若常發，宜施行扁桃體截除術 Tonsillectomy。

管理·法·與·預·防·法 都市內之牛乳，於其來源及零售方面，必須嚴密監督。厩舍倉廩，亦須監督。牛乳不論用作兒童食品，或製造冰淇淋，一律須用巴氏法滅菌。病·時·消·毒 面巾手帕，當先浸在熱肥皂水內，然後洗淨。食器用熱肥皂水洗之。終·期·消·毒 可以無需。

儂麻質斯熱 Rheumatic Fever

定·義 此係人類之急性傳染病，最常見於兒童及青年。其特徵爲發熱，進行性之

關節病，汗多，有明顯之貧血，與心臟之中毒性損傷。

病原學 其病原菌尙未決定，但信其屬於溶血鏈球菌類，如能致各種傳染性咽喉病者。扁桃體炎與儂麻質斯熱之關係，似極密切。據奧斯勒氏 *Osgood* 報告若干儂麻質斯熱症，其中百分之四十三，皆有異常之扁桃體。患此症者，以五歲至七歲爲最多，自此直至青年期內，患者亦不少。女童患儂麻質斯熱，較男童爲多。三十歲後，第一次患病者罕見，惟復發或者有之。此病多致復發，幼兒尤甚。昔以潮濕爲其致病之一原因，今已切實證明此病最常見於溫和乾燥之天氣。其真正原因，大概爲居處太擁擠，與貧窮，污穢。傳染之途徑，雖未全明，大約係直接或間接與鼻咽分泌物接觸。其傳染之程度，恃乎若干尙未明瞭之因素。其流行病間期發生，輕重大有不等。潛伏期不定。

症狀 成人與小兒之症狀，大有不同。成人患正型之儂麻質斯熱係突然而起，溫度速升，達華氏一百零二至一百零四度，關節疼痛，繼以腫脹發炎。關節之受病係進行性，當第二關節發炎覺熱時，第一關節之紅腫卽漸退。有時僅一二關節受

病，有時全部關節皆受病。腫脹之關節甚爲疼痛。汗多而有酸臭，尿少而面色黯，有強烈之酸性反應。貧血之發生頗早；白血球計數，每立方耗達一萬二千至二萬五千。溫度不規則，多緩解，脈搏隨心之狀態而變動。因此病之特徵，於心臟有危險，故其脈搏至爲重要。呼吸增速，若與溫度脈搏失其比例，殆係併發胸膜炎或肺炎。小兒患此病，多係輕性或亞急性，關節或肌肉有輕微之痛，並有扁桃體炎，鼻出血，與頸部強直。其歷時或數星期，或至數月，而此病之真性質尙未發見，惟心臟所受之損傷，則遷延日久之輕症，或與曾患急性症者同一重大。換言之，卽其症狀之輕重，不足以指示病人所受損害之大小也。

併發病與後發病。心臟受毒素損傷。心肌染病者佔百分之九十以上。心內膜與心包亦受傷。梅毒破壞神經系統，結核病壞肺，癩麻質斯熱則損傷心臟。

過高熱亦常有之，同時發生嚴重之神經症狀，如譫妄，驚厥，昏迷等。
小兒患癩麻質斯熱，亦常併發舞蹈病。

呼吸道之上部發炎，極爲常見。

扁桃體極易受染。

病人有各種之疹，其歷時久暫不一。

關節附近，或沿椎骨棘突，常有僵麻質斯小結。

有時併發胸膜炎與肺炎。

豫後。此爲一極嚴重之病。急性期內，死亡率約自百分之二至十二；病人恢復者大多其心臟已受永久之損傷，而致一部份或完全不能担任人生之積極工作。

診斷。根據臨床症象。小兒有輕性之關節痛與肌痛，並時發扁桃體炎者，應疑其患僵麻質斯熱，而加以注意。

療法與護病法。普通療法，病人臥床休息。關於護理方面，宜令病人勿用體力，飼以高熱力飲食，如腸熱病（傷寒）所用者，液體宜豐富，大小便等須通暢。病人汗多而酸，需與以特別護理。一日兩次，用溫水與肥皂沐浴，皮膚用暖醇輕輕抹擦，撲粉。被褥易潮，並有酸臭，宜時常更換，惟病人關節甚痛，移動之時，幾於不能忍受，故護士爲病人料理，須極溫柔。大小病人，於病期內均須保護周密。

勿令絲毫受寒。

發炎關節之料理。裹於棉絨內，用枕頭或墊好之夾板，維持其最舒適之位置。因棉絨轉瞬即潮，且有酸臭，故亦須時常更換。

藥物常用柳酸，或其化合物，以止關節痛。柳酸鈉 *Sodium salicylate* 溶於水內或裝在膠囊內，或用阿斯匹林，每小時服十五厘至二十厘，共服八劑至十劑，如有中毒狀發現，宜早停服。下一日可服中毒劑量之四分之三，後與此同。此藥須繼續服至一切活動之傳染徵狀消滅後一星期或十日為止。至於服藥須遵醫師吩咐，自不必言。服藥過量之症狀為耳鳴，耳聾，惡心，嘔吐。服柳酸鹽時，尿宜每日檢查。亦可用足拉米董 *Pyramidon* 五厘至七厘，一日四次或六次，以代柳酸鹽。大劑量可使心動作減弱。病期內心臟須每日檢查。若脈搏仍速，每分鐘在一百三十次以上，或吩咐用洋地黃（毛地黃）。若脈緩至八十次，洋地黃即須停服，並報告醫師。惡心嘔吐，亦為應當停用之徵。洋地黃之排泄極緩，故服洋地黃有積毒之危險，此點須要謹記。

恢復期內，必須注意。恢復期頗長，直至發熱全退，各種傳染徵狀已消滅後兩三星期。病人行動須極徐緩，初坐於舒適之椅中，逐漸加長時間，繼走數步，視其脈搏所受之影響如何，而增加運動。如脈搏增速，即宜回臥床上。

此症之病原菌，及其傳染途徑，尙未切實明瞭，故其鼻與咽喉之溢液，均應當時消毒，並遵守內科無菌技術。

丹毒 *Erysipelas*

定·義· 丹毒爲一種急性皮膚傳染病，有特殊之急性發炎。其損害有水腫狀紅亮之邊緣，四面高起，壓之堅硬。同時有全身症狀。

病·原· 丹毒之病原菌爲丹毒鏈球菌 *Streptococcus erysipellatis*，屬於溶血鏈球菌類。此症由於葡萄球菌者殊罕。傳染位置，在皮膚之擦損處，或粘膜之擦損處，惟後者少有。此創口或甚細小，而爲肉眼所不能見。傳染處常在外科創口，燒傷或潰瘍之邊緣，初生兒之臍部，或母之生產道內。面與耳鼻周圍，及頸之兩旁，易爲

傳染之起點。凡減低身體抵抗力之事，如中醉，慢性病，或受寒，皆爲此病之素因。傳帶病菌之媒介物，爲未滅菌之外科器械，手，與剃刀鋒。蠅類殆亦能傳帶此菌。潛伏期頗短，或不滿一日，多至三日。皮膚有發炎損害之時，均能傳染，或於損害消滅後更歷數日之久。

免·疫·性 無論老幼，皆可獲得此病；成人較爲常見。復發亦爲常見之事。此症並無預防菌液。

症·狀 丹毒之起，平常有寒戰，有時嘔吐，熱度上升頗速，可高至華氏一百零四度，或更高。有者發熱僅高至華氏一百度。局部發炎或隨最初症狀而發現，或轉瞬即起。有時最初發紅者在咽內，則必甚痛。皮膚發炎作亮紅色，腫脹，水腫，自外圍展開，可於數小時內蔓延甚廣，然其邊緣常界分明而高起，壓之堅硬。若在鬆組織，如眼之周圍或腋下，其邊緣不甚明顯，但甚腫，可使眼閉合難開。至第三四日，發炎損害之面上有小胞，充滿液體。此胞爲丹毒特殊之徵狀，可賴以診斷。附近之淋巴腺，亦可受病，重者皮有壞疽。至第五日，損害面有滲出物。

可以結痂。如有繼發性傳染，其滲出物可變爲膿性。傳染蔓延時，其發炎面積之中央先清，而周圍組織之浸潤，則可進行頗久。遇皮緊之處，如髮緣及頰際，將自然停頓，然亦不盡能阻止之。間或此症可以蔓延甚久，並有成爲慢性者。

本篇係根據濟南齊魯大學皮膚病科尤醫師 C. C. Yew 之筆記改編而成。尤氏嘗見一慢性丹毒症，歷七年之久；其各種症狀，較之急性者均甚緩和。

脫屑平常在第八日，此爲恢復之徵。全身症狀爲寒戰，惡心，嘔吐，發熱，平常爲稽留熱，或略有弛張，後以急退。重者可發生譫妄。

併發病與後發病。蜂窩織炎與化膿，起自創口者尤甚；皮下膿腫；敗血病與肺炎均甚可畏，但非常有者。急性腎炎，心內膜炎，與關節炎，亦有時遇之。

豫後。一歲以下之嬰兒，極易致命，老年人與患慢性病或習慣飲酒者亦然。壯健之青年常可無恙。

診斷。根據臨床症狀診斷。

治療。丹毒係急性發熱病症，普通護理與其他急性熱病同。局部治療炎處之腫與

熱，可用硫酸鎂 *Magnesium sulphate* 飽和溶液冷罨，或用百分之四硼酸 *Boric acid* 4% 溶液。冷熱濕布墊可以減輕疼痛，其效與蘸藥者同。發炎初期用氫化高鐵酒 *Tincture ferri chloride*，頗有佳效。百分之五魚肝脂軟膏 *Ichthyol ointment* 5% 可攤於舊麻布上敷之，惟價貴而不適用。特殊療法宜由醫師指示。

抗丹毒血清，如能早日應用，其成績頗佳。此血清注射於肌肉，分爲兩劑，一百西西與三百西西各一劑，相隔二十四小時。北平防疫處所製之抗鏈球菌混合血清，亦常用之。菌液與內服藥無效，以抗毒劑注射入皮，以止發炎之進行，亦無何等價值。

護理法 丹毒有高度之傳染性。病人不能與外科或產科病人，或初生兒，同居一室；護理以上諸病人之護士，切不可接觸丹毒病人。護士之有皮膚或粘膜損傷者亦然。爲丹毒病人更換敷物時，宜常戴手套，並切勿以手觸面或眼。

病人宜與以普通之熱病料理法——多飲水，食物須於血內發生鹼性反應者，忌食蛋白質食物。如熱度頗高，須注意病人譫妄。液體之吸入與排出量，應當記

錄，尿須每日試驗其有無蛋白素。如用冷濕布墊，不可太濕，致水滴下，令病人寒戰。

如爲小兒，或須用夾板縛住其臂，以防抓傷傳染。病人於體溫正常後，尙須臥床四五日。

病時消毒 一切敷料，均須燒去。被褥單裝在袋內送往洗衣所，袋之外面，不可染污，須浸在熱肥皂水內一小時。鼻與咽喉之溢液須消毒，或燒去。碗碟與治療器具當煮沸十分鐘。

終期消毒 病人可作清潔浴。枕，褥，與未污之絨毯等，晾曬六小時。隔離單位用肥皂與水仔細清潔。

敗血病 Septicemia

定義 敗血病乃一種狀態，因某種病原菌得入血流，而留於循環內所致。其症狀並非一定不變者，惟最常見者爲不規則之發熱，寒戰，出汗，惡心，頭痛，虛

脫。

病原學 敗血病最常爲鏈球菌所致。其他細菌則爲葡萄球菌，肺炎球菌，腦膜炎球菌，淋病球菌，炭疽桿菌，與大腸桿菌等。凡減低身體抵抗力之事，如疲勞，受寒，飲食惡劣等，皆爲其素因。

細菌入血之途徑 (一)由破損之皮或粘膜。或在施行手術之時，病人爲未滅菌之器械敷料，或手所染，或外科醫師與助手，因病人患局部或全身鏈球菌傳染，而由病人受染。細菌亦可由意外創傷，癰，癤，褥瘡，搔傷，染毒之蚊或蟲咬傷，而入血流。(二)分娩時，產後，或小產時，鏈球菌由未洗淨之手，未煮過之器械或敷料，而被帶入開放之血管。(三)由染菌之扁桃體，竇，乳突，耳或齒。如由以上三途而得者，名爲原發性敗血病 *Primary septicemia*。(四)於急性傳染病如猩紅熱白喉病之後併發。(五)爲長期慢性病症之終期傳染；病人已失去抵抗細菌侵入血流之力，遂致不起。後二者名爲繼發性敗血病 *Secondary septicemia*。

原發性敗血病 平常始有寒戰，繼以不規則之熱。若由皮膚之損害傳染者，其

發炎有時可蔓延至淋巴腺。如爲產後受染，其子宮口或紅而發炎，惡露少而有惡臭。病人之外貌及自覺有病，頭痛，惡心，脈速，食欲不振。病勢進行（其進行或極速），則面色蒼白，熱度上升，或有譫妄，或神情冷淡，卒至虛脫。常有各種皮膚發疹。病人或於數日內死，或數星期而死，或數月而死。亦可戰勝病菌，而逐漸恢復。

敗血病與遷徙性膿腫 *Septicemia and metastatic abscesses* 普通稱爲膿毒血病 *Pyemia*，因在血流內循環之細菌，於一處或數處停着，而成膿腫。膿腫可組成血栓，帶入血流，而止於身體各部，成爲栓子。因血栓本身染毒，故可於所止處成爲新傳染病竈。

敗血病而有膿腫組成者，其症狀爲屢發寒戰，繼以高熱，後出大汗。病人貧血與虛脫甚速。其他症狀，視發生膿腫之器官而定。若爲肺，則有呼吸困難與咳嗽。此症極易致命。與他病併發之敗血病，幾常致命。

療·法·與·護·病·法·染毒之處，如可達到，宜開放排液。全身療法如下：

(一) 臥床休息，一切療法，須妥爲安排，使病人於中間得以休息。

(二) 多飲水，每日最好能飲三千西西，否則用直腸灌洗術，或皮下灌注術，此時宜用當量鹽溶液。

(三) 大便宜通暢，平常吩咐用瀉鹽類瀉藥。

(四) 以豐富滋養，而易消化之飲食，維持病人精力。雞蛋，牛乳，牛肉汁，肉羹，於粥內加入乳酪，或於水果汁內加入葡萄糖，每三小時進一次。

(五) 每日用溫水與肥皂沐浴一次。如熱度高者，可用涼水擦法，每四小時一次。大汗之後，被褥單須更換，用暖醇擦之。

亦當用殺菌藥注射靜脈內，以期殺滅血內之細菌，惟至今尙無一見效。鎮靜病人之藥，可以口服或注射皮下。

於猩紅熱後之敗血病使用抗菌血清，成績頗佳。如其病菌爲腦膜炎球菌，則用抗腦膜炎球菌血清。其他抗菌血清尙在試驗時期。

預防法 敗血病由無菌方法之錯誤而起者，可以預防。維持健康，起居衛生，一

切皮膚損傷，立即消毒，皆為預防之法。消毒之成績，恃乎細菌之毒力。如有局部化膿創傷，其敷料必須燒去，用過之器具，須煮沸十分鐘。終期消毒依尋常方法辦理。

普通傷風 Common Colds

定義 為一種急性或慢性傳染病，全世界皆有之，其特點為病人略有發熱，呼吸道上部之一部，或數部，或全部，有發炎症狀。

病原 世間因傷風而致之疾病，較因他病而致者為多。一年之中，四時皆有，惟冬季更為盛行。如有沙暴之處，或於事後發生小流行病。其病原菌尚未分類，大約為一種濾過性毒，或一羣細菌。傷風之素因為疲勞，寒濕，氣候突變，傷食，使血變為酸性之食物尤甚。鼻與咽喉內或竇內有傳染病竈，更易引起傷風。

傳染之來源 傷風之人。平常由直接接觸而傳染，咳嗽或噴涕時，如不掩面，其口鼻之飛沫，可直達附近諸人。與染毒之物間接接觸，亦可傳病。潛伏期不明，

惟一定極短，大約爲二十四小時或數日。傷風於急性期內更易傳染；惟眼鼻咽喉有溢液時，大約均可傳染。

免·疫·性· 並無天然免疫性。凡人皆有易感性，惟有人時患傷風，足見其感受之程度極高。一次受染後，並無免疫性，且適得其反。亦無血清可得被動免疫性。自體菌液於屢患傷風之人，或有裨益。

症·狀· 傷風之症狀，已爲人所共知。病人於一二日內畏寒，頭部充血，咽痛，身體與眼痠痛，（常言渾身痠痛），鼻塞，微熱，鼻卡他，此皆爲普通傷風之症狀。如喉內發炎，則聲啞，或至不易聽見。如在枝氣管內，則有咳嗽，胸部緊張。此局部症狀之外，尚有輕重不等之全身症狀。患傷風者自覺乏力，或精神萎頓，胃口不開，或有便秘，腹瀉。體溫罕有高至華氏一百零二度者，平常則在一百度以內。此症狀約歷一二日，如急速治療，平常即可減退消滅。若忽而不治，可轉成慢性，經歷數日或數星期，甚至數月。

併·發·病·與·後·發·病· 中耳炎殆爲最普通之併發病。亦有慢性竇炎，枝氣管炎，肺炎

與癩麻質斯熱。腎炎須注意觀察。因傷風減低生活力，故病人之任何軟弱點，皆可發生疾病。

診斷。勿忘兒童時代重大之傳染病，如麻疹，白喉病，天哮嗆等，初起時常有鼻卡他或傷風之症狀。病人之患大葉肺炎者，常起源於傷風。故傷風常應重視。療法。可以概括如下：

(一)傷風初起，即宜安睡，一面開門，以引入新鮮空氣，一面閉門，以隔絕他人。須知傷風在急性期內，其傳染性頗高，此點宜謹記。病人至少須在床上靜臥二十四小時。

(二)一知自己患傷風，即服瀉鹽類瀉藥。

(三)多飲熱水，橘子汁，惟第一日宜少進食物。

此簡單療法，已足治癒大部份之普通傷風。

其他療法，視病之輕重，與呼吸道上部受染之處，而酌量加入如下：

(一)熱水足浴，溫度在華氏一百十度或一百十五度，用芥末或不用芥末。

(一)以百分之二硝酸銀溶液 Silver nitrate 敷於咽喉。

(二)用油類合劑，或腎上腺素 Adrenalin 與油類之合劑，噴於鼻咽。

(四)吸猶加列 Eucalyptus，或薄荷腦 Menthol，或吸蒸氣，於沸水內加入複方安息香酒 Compound tincture of benzoin 一茶匙。

(五)用芥子糊劑，或用暖樟腦油抹擦，以治胸部緊張。

(六)服藥，如阿斯匹林 Aspirin 五厘；斐那西汀 Pheneracetin 五厘，與重碳酸鈉 Sodium bicarbonate 五厘。每三四小時可服一次。

(七)如有發熱，於溫度正常後，至少尚須靜臥二十四小時。

護病法 傷風之人，在急性期內，須自行隔離，於醫院中尤甚。護士頭部覺寒冷者，不可護理病人；請假休息一日，反可節省時間，而保全精力，避免傳染。簡單療法，如足浴，吸入法，芥末膏，與咽喉敷藥等，已為各護士所習知。水宜多飲。急性期過後，可多吃滋養食物，以恢復精力。重傷風後，最好多休息數日，並改換空氣。

預防與管理。傷風乃因生活之微生物所致，與痘症白喉同，並由直接接觸病人而傳染，宜以此教導各界之人。

已知之傳染病體，如扁桃體，腺樣增殖體，染毒之竇等，須用外科療法。

流行性感冒 *Influenza*

定義。此係人類之急性傳染病，為散發性，或地方性，各地有之，間或為大流行病，平常數十年一次，周徧全球甚速。其特徵多而不定，惟染病處常為呼吸道上部之粘膜，並有輕重不等之虛脫與委頓。

源流。大流行病自十六世紀以來，即有記錄，最近發生於一九一八至一九二〇年間，死亡達數百萬。

病原。無論老幼，皆不能免，此症流行時，青年人之患病者亦不少。其發生不按時令，終年皆有。有錢人與智識階級，及居於貧苦不合衛生之環境中者，同樣可以受病。發否氏 *Pfeiffer* 於一八九二年發見之流行性感冒桿菌 *Bacillus influenzae* 被

認爲此症之病原菌者已久，因在病期內，此菌於病人之呼吸道中常有多數發見。惟有許多細菌學家，現不信此說，以爲此病乃因一種濾過性毒，或一羣有關係之微生物所致，流行性感胃桿菌雖佔一重要部份，但非其主要者。鏈球菌，肺炎球菌，與其他各種細菌，亦常有發見。

傳染之來源 病毒在被染者，患輕症者，及帶菌者之鼻咽內。

傳染之途徑 通常因與病人直接接觸而傳染，但亦可由間接與鼻咽溢液接觸而傳染。

潛伏期 一日至三日，病期內皆可傳染，惟在急性期內，其傳染性更高。

免疫性 天然免疫性不明。當流行病發生時，有許多人並不感染，足見其具有免疫性。此症可以一而再，再而三，屢次感染，並無預防菌液。

症狀與病程 流行性感胃平常可分爲三大型：(一)呼吸型，(二)腸型，(三)神經型。以上三型皆有虛脫症狀。雖單純而無併發病者，亦略有虛脫與精神委頓。呼吸型初起時，病人畏寒，背與四肢痠疼，頭痛，發熱，有時體溫極高。如有枝氣

管炎，則咳嗽，吐痰，痰係膿性。亦可發生輕性枝氣管肺炎，或最利害之大葉肺炎，兩葉俱染，或其症狀自極輕以至極重，殊為不等。輕者發熱約四五日，體溫在華氏一百零一度左右，脈搏增速。繼而溫度於二十四至四十八小時內降落，病人即入恢復期，惟精神仍覺委頓，可歷數日至數星期之久。較重而無併發病者，其溫度可高至一百零四度或一百零五度，且略有譫妄。

腸型者，病人發熱，嘔吐，有利害之腸痛，腹瀉或便秘。病人或有黃疸。

神經型無卡他症狀，但有劇烈之頭痛，關節與肌肉痠痛，並有明顯之虛脫。併發病與後發病。竇與中耳發炎；心肌炎；枝氣管炎，肺炎，膿胸，與肺膿腫；突眼性甲狀腺腫。

豫後 輕症無併發病者，常得恢復。膿性枝氣管炎，可致慢性枝氣管擴張。流行性感冒後之肺炎，頗為可畏，使其豫後嚴重。孕時患此病，亦頗可慮。

診斷 根據臨床現象。腸型與神經型，可以從緩診斷。

療法與護病法 概括如下：

(一)病人臥於床上，蓋暖，用內科無菌技術隔離，至回復正溫度後數日而無併發病之危險時爲止。護士或侍應病人者，須戴口罩。

(二)急性期內，每日須飲液體四千至五千西西，與以充分之水果汁。後用易消化之高熱力飲食。

(三)病人宜多得新鮮空氣，但不可吹風受寒。室中溫度，以華氏六十五度爲宜。

(四)醫師常吩咐用阿斯匹林 Aspirin 五厘，以治痠痛，斐那西汀 Phenacetin 五厘，以治頭痛，如有冰袋，亦可用之。止呼吸道粘膜之激惹，可用薄荷腦 Menthol 木溜油 Cresote 氯仿(哥羅芳) Chloroform 各一份之合劑數滴，滴於海棉上，間時吸之。

(五)大便宜通，醫師常吩咐每日用灌腸劑。

(六)若數日中溫度仍高，可用涼水擦法。

(七)精神委頓期內，宜引起病人之興趣，但須安靜，如讀淺顯而有趣味之書

籍，觀賞一枝開放之花，或由友人探訪，（但宜慎重選擇），做一些輕便之手工，並宜多得日光。患流行性感冒後，最好能多休息幾天，方可回復其勞苦之日常工作。

預防與管理 祇有少數可用之法。流行病期內，勿至人多擁擠之處。教人咳嗽噴嚏時，必須以巾掩面。

病時消毒與終期消毒 口鼻之溢液須燒去，病室與被褥當通氣，並多曬太陽光。

大葉肺炎 Lobar Pneumonia

定義 爲人類之急性傳染病，平常因肺炎球菌所致，其特徵爲一肺或兩肺之一葉或數葉變實，呼吸迫促，繼續有高熱，其熱常以驟退。

源流 是爲全世界之一大病症，普及各地。奧斯勒氏稱之爲『死神領袖』。惟此名稱不適用於中國，尙有其他地方病如結核病痢疾等可以凌駕其上，而享受此榮名。肺炎一症，不論老幼中年，皆可患之，且徧及於各省。以冬季及春初之時，

最爲盛行。一八八四年弗倫克耳氏 Frankel 證明肺炎球菌爲肺炎之病原菌。

病原 弗倫克耳氏肺炎球菌 *Pneumococcus of Frankel*，亦稱肺炎雙球菌 *Diplococcus pneumoniae* 與槍鋒形球菌 *Micrococcus lanceolatus*，爲其主要之病原。其他致病菌爲弗利蘭德氏桿菌 *Bacillus of Friedlander* 及流行性感胃桿菌 *Bacillus of influenza*。肺炎球菌有許多亞類，已由免疫試驗證明，稱爲第一型，第二型，第三型，與第四類。第四類中又分爲若干亞類。肺炎之由於第一第二兩型肺炎球菌者，約佔百分之六十。

肺炎之素因：(一)突然受寒，或感冒寒濕；(二)環境不衛生；(三)傷風或流行性感胃，使身體之抵抗力減低；(四)中醇，雖青年強壯之人，有酒癖者，亦易患肺炎；(五)年老。此症雖不限年齡，惟幼兒與老年，爲一生中感受性最高之時。

傳染之來源 肺炎病人之痰涕；帶菌之人，當亦甚多。

傳染之途徑 由直接或間接與病人之痰涕接觸。病室內之灰塵，亦能傳帶病菌。

潛伏期 二日至三日。病菌在口鼻內時，能傳染於人。

免疫性 大概無免疫性。幼兒極易感受。據霍爾德氏 Holt 稱，自一歲至十四歲之病人五百名中，百分之六十二係在二歲至六歲之間。自十五歲至三十歲，此病不甚顯著，以後復隨年歲而增加。一次染病後，不能得免疫性，且易致再發。市上所售之菌液，未能通行。

診斷 根據臨床現象。肺炎球菌在此症之初期，可用細菌檢查法於其痰中查得，重者血內亦有之。以新鮮痰製成乳劑，接種於鼠之腹膜內，可決定其肺炎爲何型。

症狀 肺炎與他病同，間或不止有一種現象，但其平常症狀如下：

突然而起，有劇烈之寒戰，脇旁痛，溫度速升，有咳嗽。幼兒或有驚厥與嘔吐。呼吸淺而速，每分鐘自三十次至七十次，殿以呼氣時之豕鳴聲。脈與呼吸之比例不合，每分鐘自一百十至一百二十次。面部潮紅，或一面，或兩面，眼有亮光，舌有苔，唇上有疱疹，尿少而色濃。病人或有譫妄。若祇一肺發炎，病人將

臥於染病之一側。痰初有泡沫而帶血，漸成鐵鏽色，或梅醬色，異常粘韌。稍後變爲黃灰色，有膿臭。腹膨脹乃一極普通之症狀。白血球計數可高至每立方耗四萬。

良性者於第七日至第十日之間溫度降落，或以驟退，或以漸退。或於真驟退之前一二日，先有假驟退。不起之症，病人脈搏增高，呼吸益促，發紺愈甚；旋入重腸熱狀態，病人因呼吸衰竭，或血管舒縮神經癱而死。

病理學 肺內有以下四期變化：

(一) 深度之充血期。此時病人之痰內，有血絲及泡沫。

(二) 變實期或紅色肝樣變期，發炎之肺葉，完全充滿滲出物，而堅硬。其色深紅如肝。痰於此時作鐵銹色，甚爲粘韌。

(三) 灰色肝樣變期，肺仍充實，但已較軟，肺葉之色，由紅而變爲灰黃。痰色亦隨之而變。

(四) 消散期。結爲固體之滲出物溶解，呼吸漸易，溫度降落。此最後一期，

顯示體內有充分之抗體，以發生免疫性。溫度降落後仍有痰，歷一星期以上。併發病與後發病。爲胸膜炎，膿胸，心包炎，心內膜炎，關節炎，黃疸，中耳炎（小兒），肺炎球菌腦膜炎。心內膜炎病人，有延長而不規則之發熱，寒戰，出汗，亦可有栓塞。腦膜炎爲其最易致命之併發病。

豫後。肺炎常爲嚴重之病症。與原發性病如流行性感冒，腸熱病（傷寒），斑疹傷寒，鼠疫，白喉等併發之繼發性肺炎，其豫後常不佳。老年人患此病，亦極易致命。白血球減少爲一嚴重之症狀。

療法。普通療法，其目的在減輕症狀，預防腹膨脹，並減輕血中毒。其平常療法如下：

脇痛。所用之藥爲阿斯匹林，芥末膏，熱泥罨劑，可待因（科點印）*Codaine* 半厘至一厘，嗎啡六分之一厘至四分之一厘。間或用貼膏法以限制胸脇之運動。

發熱。熱度之高下，指示身體之抵抗力，及其抵抗之程度。若體溫高至華氏一百零四度，平常吩咐用涼水擦法。

毒血症 病初起時，即宜飲水，成人每日須飲液體四千西西，可用清水，薑酒，蛋白水與檸檬，或橘汁。若不能飲此許多，亦可由直腸灌入。每日用擦浴。大便宜通暢，平常用肥皂水灌腸。

腹膨脹 每日灌腸，飲食須小心規則遵守。如有腹膨脹，可用松節油熱濕敷，並插入直腸管以放氣，皮下注射垂體素 Pituitin 半西西至一西西；或吩咐用硫酸鎂 Magnesium sulphate，甘油與松節油灌腸。

不寧靜與不寐 可待因(科點印)半厘至一厘，口服，或用嗎啡六分之一厘至四分之一厘。

咳嗽 與不寧靜同。

心力衰竭 平常早服洋地黃(毛地黃)酒 Tr. Digitals；習慣飲酒者，可用穀酒 Whiskey；咖啡因(咖啡素) Caffeine，樟腦 Camphor，腎上腺素 Adrenalin，垂體膏 Pituitary extract 等，皆可吩咐用之。但並無常規，須經醫師小心考查後決定。亦可用熱鹽水灌腸，注射靜脈或間質內。

呼·吸·困·難·與·發·紺·。病人用高區架 Catch frame 支持作半臥勢，日夜須有新鮮空氣，並吸氧氣。

血·清·療·法·。如能確知其肺炎屬於第一型或第二型，可用抗肺炎球菌五十四西注射靜脈內。有時於注射後發生強烈之寒熱反應。

護·病·法·。病人隔離於自己之臥室內，可多得新鮮空氣與幽靜。用內科無菌技術。護士宜戴口罩。大葉肺炎病人，須得陰涼清新之空氣，能得太陽光最佳。被褥須輕而且暖，用熱水袋以增加其溫度。除療法節所言之液體外，可用肉湯，牛乳和粥，乳糖與乳酪，以飼病人。每三小時給滋養料一次，中間飲水。牛乳常不能容納，可致腹膨脹，如此可飲以濾過之粥湯，若無膨脹，可加嫩煮蛋，乳蛋糕，及牛乳烘麵包。一切工作，須妥為安排，使病人於治療前後，可得長時間之休息。

病·人·之·口·，須特別注意。室內放一漱口盤，使其口，舌，與唇，常清潔鮮爽。

重症由直腸檢查溫度，每三小時一次。

吸入與排出之液體，均須量過記錄。觀察痰之性狀而記錄之。注意危險之症狀，如下：

呼吸增速而脈搏漸衰。

發紺愈劇。

不寧靜更甚。

手足寒冷。

膨脹益甚。

注意溫度驟退之症狀。非用血清，病人溫度，鮮有在第七日以前驟退者。其狀如下：

溫度降落兩度以上。

髮際皮膚潮潤。

呼吸漸易，全身較爲舒適。

溫度驟退時虛脫之症狀如下：大汗，脈弱。此時須將病人抹乾，蓋暖，飲以

熱湯水，令其休息。

吸氮氣法 吸氮氣之法不一，舉之如下：（一）用鼻管或漏斗與氮氣箱；（二）用便於攜帶之帳幔；（三）氮氣室，爲一通空氣之小室，特建以供吸氮之用者，但祇設備完善之醫院內有之。

第一法 氮氣儲在氮氣箱內，係用壓力壓縮。吸時，先令此氣經過水，以使之潮潤，而其吸取之速度與多寡，亦可由所起之水泡而測知。若聯一漏斗，可持於病人面旁，在其鼻稍上處，（氮氣較空氣重），微向前傾。如用導管，當聯於橡皮管上；插入至距離後鼻咽半英寸以內，（約距鼻尖三英寸），用合口膏將導管貼於頰上。導管之一端須有若干小孔，使粘膜之一處不致刺激太過。導管由醫師插入。**幼兒之護病法** 小兒如不安靜，當施以約束，惟用力掙扎，於小兒有害，故其約束宜輕。若必須令其安靜，可將小兒抱於懷內。如中毒昏睡，須時常轉側其體。不安靜之小兒，其衣服宜輕暖，以防將被踢去時受寒。如小兒拒絕服藥，或不肯飲液體時，卽宜報告，並用種種方法勸誘，使之服下。不可用強迫手段。護理病

兒，須較護理成人，更有耐性，更有隨機應變之才。

預防法 隨時注意口鼻之衛生。患傷風及流行性感冒時，熱退後仍須臥床休息二

十四小時。不可受寒濕，小兒與老年尤甚。查出帶菌人。

病時消毒 痰涕及涎，均須消毒。先用紙包裹，而後燒去，或以百分之五含氯石

灰浸透。

衣服布單須裝入袋內，送往洗衣所，袋之外面，不可染污，洗時須戴口罩，

用熱水與肥皂洗淨後曬在太陽光中。

碗碟器皿須煮過。

食物餘屑宜燒去。

終期消毒 病人可作清潔浴。被褥等須晾曬六小時。隔離單位內用溫水與肥皂擦
洗，大開窗戶六小時。

枝氣管肺炎 Broncho-pneumonia

定義。此係人類之急性傳染病，或為原發性，或為繼發性，其特殊症狀與肺炎相似。其損害為少數或多數細枝氣管梢，與其附近之氣泡發炎。

病原。此症由平常在鼻咽內發見之任何種細菌，如肺炎球菌，鏈球菌，流行性感
冒桿菌等所致。小兒原發性病之主要素因為滋養不足，繼發性病則緣身體之抵抗力因他病而減低，平常為影響呼吸道上部之急性傳染病，如麻疹，天哮嗆，白喉病，流行性感
冒等。枝氣管肺炎，無論老幼皆可得之。嬰孩與十歲以內之小兒，常有此病；一至成人，即大為減少，及年老時又復增多；自五十歲以上，於慢性虛弱病如枝氣管炎，心病，及腎病之後，常易患之。

傳染之來源。病人口鼻內之溢液。

傳染之途徑。直接或間接與病人之溢液接觸。

潛伏期。隨病型而異，原發性型頗短，繼發性型不易決定。

免疫性。大概無天然免疫性。一次受染後，並未能獲得免疫性，亦無預防菌液。

診斷。原發性型與大葉肺炎常不易辨別；繼發性型可由臨床症象認識。

症狀 平常兩肺內之細枝氣管皆發炎。原發性型，其病狀極似大葉肺炎。初起係急性，有寒戰或驚厥，及嘶啞痛苦之咳嗽。呼吸每分鐘可達五十次至八十次。良性者溫度於第七日左右驟退或漸退。

繼發性枝氣管肺炎係隱襲病，其症狀每爲原發性病所掩。呼吸迫促，溫度達華氏一百零兩度至一百零四度，朝晨有明顯之緩解，咳嗽困苦，痰中有血絲，爲其特殊之症狀。良性者可以消散，溫度漸退，或病勢延長，如有化膿或壞疽者尤甚；如有染毒之異物，或食物碎屑，於手術時或手術後吸入肺中，常致化膿或發生壞疽。

豫後 嬰兒與老年人之死亡率極高，其因病衰弱者尤甚。

療法與護病法 大致與大葉肺炎同，惟有一重要異點，即枝氣管肺炎病人，在溫暖之新鮮空氣中較佳，而大葉肺炎病人則需陰涼之空氣。室溫度以華氏六十五度爲最適宜，且須平均一致。常用蒸氣吸入法。加入藥物或不加入藥物，每日兩三次，每次吸半小時至一小時。小兒吸蒸氣時，護士切不可離開，須防失火，或被

蒸氣燙傷。帳幔須通氣，使小兒不致過熱。此症無血清療法。

併發病與後發病 膿胸，心包炎，中耳炎。

預防法 由兒童保健，與嬰兒診察，養成其健康之體格；教導為母者以保護小兒之法，不論在健康時，或患易發肺炎之疾病時。

病時消毒與終期消毒 與大葉肺炎同。

天哮嗆(百日咳) Pertussis (Whooping-cough)

定義 係一種急性傳染病，患者大半為小兒，影響呼吸道之上部，其特徵為嘔吐與一陣咳嗽，殿以哮吼聲。

病原 一九〇六年巴狄德 Bordet 與琴戈 Gengon 兩氏所發見之天哮嗆桿菌 *Bacillus pertussis*，現已共認為此症之病原菌。天哮嗆極易傳染，且極易致命，於幼兒尤甚。霍爾德氏云：此症於兩歲以內發生者佔十分之五。惟其他年齡，亦不能免，女子患此病者，較男子為多。

傳·染·之·途·徑· 由直接與病人接觸。或謂動物亦可傳佈，因貓犬亦有患此病者。又與新鮮之鼻咽排出物間接接觸，亦可傳染。

潛·伏·期· 十日以內，平常爲七日。

傳·染·期· 自初顯卡他症狀至發現哮喘時，平常約七日至十四日，自此直至初聞哮喘後三星期爲止，共約一個月，或五星期。

免·疫·性· 幼兒無天然免疫性，或甚微。一次受染後，可得永久免疫性。現今通用多價之現成菌液免疫。惟所得免疫性之程度與時限，成績殊欠完美，故不能有特無恐；亦無公認之抗毒血清。

症·狀· 其病程可分爲三期：

(一) 侵入期或卡他期。

(二) 發作期。

(三) 恢復期。

卡·他·期· 初起與普通傷風相似，病人噴嚏，兩眼含水，略有乾咳，及微熱。正型

之天哮喻，此期約歷七日至十四日。咳嗽逐日增劇，次數加多，夜間尤甚，至此期之末，即轉入第二期。頓挫性病則逐漸轉好，並無第二期。

發作期。此期由特殊之哮喘，爲之引進。奧斯勒氏 *Ossler* 云：『發作時，初有一陣猛烈之短咳，約十五次至二十次，逐漸增劇，中間並無吸氣運動。小兒面色發青，繼而深深吸氣入肺，作哮喘聲，雖遠處亦可聞之，故名天哮喻。』巴佛爾 *Bower* 與伊蘭德 *Irill* 兩氏則云：『哮喘之來，平常係結束一連串短而劇之咳嗽，其咳嗽中間，無暇吸氣入肺。因咳時身體之震動甚烈，加以缺乏氧氣，故面作青灰色，眼球突出，頭與頸之靜脈脹大，舌亦突出。病人狀殊困苦，似將窒息而不能再活，此時忽吸一口長氣，而有特殊之哮喘聲，此病即因以得名焉。』發作後病人嘔吐，或有粘液吐出，即得寬舒。此種發作，或隔一二小時一次，或接連而來。此第二期係逐漸發展，至最高峰，約歷三星期至六星期。體溫罕有高過華氏一百度者。此時病人因咳嗽而衰竭，因嘔吐而虛乏，因屢發而睡眠不足。無怪幼兒不能久支，故其死亡率極高。

天哮噎之白血球計數高，平常以淋巴球爲最多。

恢復期。咳嗽逐漸輕減，次數較稀，於一二星期內終止，或需一月以上。中名爲『百日咳』，可約略指示此病之期限。

併發病與後發病。多而重要。發作期內可致出血——出血入眼之結合膜，耳鼻出血，或嘔血。赫尼亞亦常有之。最危險之併發病爲枝氣管肺炎；最可畏之後發病則爲肺結核，因長久發作咳嗽與嘔吐，而致抵抗力減低之故。其他併發病與後發病爲榮養不良，大葉肺炎，慢性枝氣管炎，氣喘，與損傷心肌。

豫後。兩歲以下之小兒，甚爲嚴重。患天哮噎而死者，百分之九十五皆在五歲以內。

診斷。於卡他期內，自鼻咽溢液中分出病原菌；一陣咳嗽後，繼以嘔吐；有特殊之哮喘。白血球計數初時卽高。傷風咳嗽，歷一星期而無物理的發見或進步者，卽不免爲可疑。

療法。可用多價現成菌液接種，平常於皮下注射三次至五次，相隔二日至四日。

第一次用〇·二五西西，最後一次用二西西至二·五西西。其效力尙屬疑問。吸安息香 Benzoin 以止發作，亦常於夜間用鎮靜劑，如魯米那鈉 Sodium-luminal，或吐根 Ipecac。

護病法 (一)休息與安靜，(二)新鮮空氣與日光，(三)避寒避風，(四)飲食。以上爲天哮喻護病法之要點。護士須知半數病人，皆在兩歲以內，大半則在五歲以內；須知此病最爲乏人，且有可怕之併發病，如枝氣管肺炎，及可怕之後發病，卽肺結核。急性期內，小兒安臥床上，須溫暖乾燥，不可冒風，但須多得新鮮空氣與日光。常備額外之飲食，不可太熱，亦不可太冷，俟發作一過，嘔吐停止後飼之，切勿待至下一次規定之飼食時間。勿給冰淇淋或冰水。如係嬰兒，可抱於懷內哺之，令其緩緩嚙下，不可吸入空氣。各病人皆須預備一體重表。嬰兒哺畢後，令其伏於肩上，使空氣嚙出。宜多飲水，以維持體內之液體供給，最好在前後兩次飼食之中間飲之。發作期內，用一舒適伏貼之腹帶，可以助防嘔吐與赫尼亞。大便宜通。使小兒愉快而心有所注，但勿令興奮譁笑。

管理法 自最初症狀發現時起，隔離病人六星期。曾與此病接觸之兒童，檢疫十日，但須多得新鮮空氣與日光。若住醫院，於急性發作期內，應居特別室。
病時消毒 鼻與咽喉之溢液須消毒。吐物可倒入漏斗，如在家中，亦宜消毒。衣服布單裝入有標記之袋內，送往洗衣所，照常用肥皂與水洗之。碗碟須滅菌。
終期消毒 被褥晾曬六小時，用溫水與肥皂仔細清潔隔離單位。

結核病 Tuberculosis

定義 爲一種急性或慢性傳染病，其來原或由於人，或由於牛。此病因結核桿菌 *Tubercle bacillus* 所致，其特徵爲脈速，溫度弛張，有結核性損害，最多在肺，惟骨，關節，腺，與其他器官及組織，亦可有之。

源流 此病全世界有之，於死亡原因中佔第一位，由來已久。惟民衆於此病之預防及療法，曾受教育者，其死亡率即減低。此事在美國頗確。中國則各地盛行，其死亡率之高，大可驚人。小兒與學生患者尤多。結核桿菌係一八八二年德國郭

氏 Koch 所發見。

病原學。病原菌有三種：卽人型結核桿菌，牛型結核桿菌，與禽型結核桿菌。最後一種，極少傳染人類，餘二種則常爲傳染之源；惟中國就大體言之，鮮牛乳少用，故其大多數之結核病，皆爲人型。結核桿菌爲最能抵抗死亡之一種。此菌於灰塵內，若環境優良，可生存數月，冰凍無殺菌之效。濕熱於下列之溫度可以殺滅此菌：

攝氏六十度，在緊蓋之水鍋內，半小時可以殺滅。

攝氏九十五度，在緊蓋之水鍋內，一分鐘可以殺滅。

殺滅痰內之桿菌，需時較久，惟無論如何，煮沸五分鐘，已可將其殺滅。乾熱之效力較少。流動之蒸氣，需半小時可以殺滅。直接曬在強烈之日光下，七小時可以殺滅之。

傳染之來源。肺結核病人之痰，爲其一大來源；其餘則來自化膿之腺，潰瘍，瘻管，或任何顯露之結核性損害之膿與溢液，尿糞之內，亦可發見細菌。牛型結核

桿菌普通在鮮乳內，及乳製品如乳酪與乳餅內。

傳染之途徑。最重要之傳染途徑，爲吸入或嚥下結核桿菌（一）由直接與病人咳嗽或噴嚏時之飛沫接觸，或由其他親密之接觸（如接吻）。（二）由被痰染污之手指。（結核病人之指，幾常被痰染污）。（三）由甫被痰污之器物，如碗，箸，杯，巾，臥具等。（四）由吸入含菌之灰塵，或由手指帶入口鼻。常在街中遊戲之小兒，此爲其普通之傳染途徑。蠅類亦能帶菌，此爲無疑之事；亦可由針或其他未滅菌之外科器械，帶入皮膚之保護層下面。桿菌一至皮下，卽入組織，而由淋巴腺遷徙至適於生長之處。

吸入之桿菌，可在呼吸道之任何部份，或其附近之淋巴結，發生原發性傳染。

嚥下之桿菌，可於扁桃體，頸淋巴結與淋巴腺，及腸內，發生原發性傳染。

結核病雖非遺傳病，然有遺傳之趨勢，因其爲一家族病。有幾種急性傳染病爲小兒患結核病之素因，最著者爲麻疹與天哮喘；其他使人衰弱之原因，如飲食

粗劣，居處黑暗，及家庭與學校之不衛生等亦然。

潛伏期 長短不一，視病型而異。

傳染期 不論肺或他處有顯露之損害時，皆可傳染。其傳染性之高下不一，視桿菌之數目與毒力，及接觸之次數，與其親密程度而定。

免疫性與易感性 披耳凱氏 Von Pirquet 皮膚試驗，與其他結核菌素試驗，證明成人中百分之七十，皆嘗一度傳染結核桿菌，然其大多數從未發生此病。此乃因體內受桿菌刺激，而抗體增加，殆無可疑。惟因此所得之免疫性，並非絕對的，稍後若與病人接觸，亦可再受染，而發生此病。一次染病後，亦不能獲得永久免疫性；病人雖經治療。仍須特別注意，以防再受染或易致病之環境。結核病尚無公認之預防療法，亦無血清療法。歐洲多用生活而無毒性之牛型桿菌，為初生兒與幼童免疫。據云自用此法，結核病之死亡率已減低四分之三。故此法現受人注意研究。其製劑名為 BCG。

披耳凱氏結核菌素皮膚試驗 Von Pirquet cutaneous tuberculin test 以舊結核菌素一

滴，滴於消毒之皮上，將皮割痕，而不出血。陽性反應將有一發炎區，於三十六至四十八小時內達最高點。此係診斷試驗，非易感性試驗。

診斷 (一)於痰內查得結核桿菌，惟有時病人雖患結核病，而其痰內或無結核桿菌，或為數不多；(二)攝X光照片，(三)七歲以下之兒童用披耳凱氏皮膚試驗得陽性反應。

症狀 結核可發生於許多器官，其症狀大有不同。今將較普通之結核病略述於下；慢性潰瘍性肺結核病 *Chronic ulcerative pulmonary tuberculosis* 其最初之症狀為乏力，疲倦，食欲不振，體重漸減，下午溫度微升，(華氏九十九度至一百度)，脈速。病勢進行，則有乾咳，或唾痰，胸脇痛，體重益減，午後溫度較高。

病理學 結核 *tubercle* 為結核病之疾病單位。此為發炎組織限界性之小結，其大小視宿主之抵抗力，結核之位置，與其年齡而異。結核易成於淋巴系統之管及腺內。肺內之結核，在氣泡內，或小枝氣管之壁內，桿菌可以由此核心散布，而另成新結核，或延及四周之氣泡，而使原來之病竈擴大。潰爛與壞死，使肺組織消

滅，即成一空洞。

痰之性質，可示空洞之內容。或作灰色，而為粘液性，或為粘液膿性，或有壞疽之惡臭，若空洞潰爛至小血管，則痰中帶血。無論如何，此痰中皆可布滿病菌。奧斯勒氏估計一個結核病人，每二十四小時內，可於痰中排出結核桿菌二千兆至四千兆。空洞可以增多增大，至大部份之肺皆被染；然亦可被包圍，而使其病緩進或靜止。

急性肺結核病 *Acute pulmonary tuberculosis* 此症常攻擊健康之成人。其症狀與肺炎同，惟溫度常高而無驟退，平常經過短期之疾病後即死。

急性粟粒形結核病 *Acute miliary tuberculosis* 此係血染病，頗似急性膿毒狀態，乃因靜脈內或大淋巴管內之結核破裂，而突然蔓延，致有多數毒性之桿菌，播散於全體，或各局部。此種結核病之症狀不一，或似腸熱病，或似肺結核，或似腦膜炎。

滋養道結核病 *Tuberculosis of the alimentary tract* 任何部份，皆可受染，最普通

者爲腸。兒童之腸結核病，或爲原發性，惟成人平常爲繼發性，由肺而來。病人腹瀉，發熱，消瘦，腹膨脹。

骨與關節結核病 Tuberculosis of bones and joints 中國極爲常見。此種結核病，常爲肺結核之繼發性病，沿淋巴管蔓延，其普通之原發性病竈爲扁桃體。骨與關節變爲畸形，肘膝關節可腫至甚大。脊椎結核病（坡忒氏病）Pott's diseases of the spine 結果可致駝背。

腺結核病 Tuberculosis of glands 最普通者爲枝氣管腺，與頸腺染病，腫，痛，發熱，組織破裂，有膿排出，膿中密布桿菌。

併發病與後發病 病勢進行時，出血可爲其死亡之一原因。少數病人有氣胸。

豫後 恃乎以下二者；第一，須早識此病，而施以適當之治療；第二，於長期治療中須得病人與其家屬之合作。有此二者，其恢復之希望甚佳。

普通療法 結核病之普通療法，不能以一言概括之。規劃此療法時，應考慮者甚多，如家庭之經濟狀況，病人之性情脾氣，與能得病人及其家屬之合作至如何程

度，家事方面，能如何料理，使病人免除憂煩等。

(一)第一重要者，爲病人與其親友，應知此病欲望治癒，需有幾個月忠實之循序治療，有時或需一二年之久。此事大半需詳細說明，反覆解釋，方能爲病人及其親友所明瞭接受。

(二)整理家務，使病人免除工作，煩惱，憂愁，而安心靜養。此雖非容易之事，然而最爲緊要。

(三)休息。治療活動期內之肺結核病，常以休息爲最重要之一項。病人發熱時，宜臥床絕對休息；各病人每日皆應以大部份之時間臥於床上或躺椅中，歷數月之久。迨熱勢已退，病人始可緩緩起坐，逐漸增長時間，但宜小心注意病人之溫度，脈搏，及疲乏，至少須經六個月，或一年兩年，病人身心，方可回復其正常之生活法。於此時間之內，其『運動期』須有絕對之『休息期』間隔。平常於上午十時起床，午膳後絕對休息兩小時，至晚九時，卽行就寢。初期結核病用此身心休息療法，大有復原希望。病勢已深者亦可獲癒，但其把握較少耳。

(四)新鮮空氣與日光。病人日夜須得新鮮空氣，晴天宜多得太陽光。兩面有牆之陽台最佳，否則日間居於室外，夜間居於室內，而將窗開啓，亦無不可。除肺結核外，其他結核病，可使身體受直接之太陽光線，其面積漸增，時間漸久。頭部不可曝曬，身體之兩面，各曬一分鐘，以後每日增加一分鐘。肺結核病及有高熱者，不宜用此療法。陽光多而濕度低之氣候，極適宜於結核病人。

(五)如病人能飽餐。一日三次，宜用滋養豐富之飲食。若胃口不佳，則每餐宜少，而次數較多。病人須用高熱力飲食，如覺氣脹，其炭水化合物宜減少。新鮮雞蛋，豆乳，或山羊乳，佔其飲食中之一部份，晚間臨睡時可飲熱乳。勿太多食致碍胃口。食物須有變換，而味美適口。

藥物在療法中並不佔多大部份。可用強壯劑以增加食欲，戰勝貧血，有時亦用止咳之合劑。小兒多用魚肝油。

護病法。於長期治療之時，使病人舒適，並勉勵其耐心靜養，以期痊癒，此爲護士之責任。不論在醫院內或家庭內，病人必須身心舒適。護士之職，包含監督病

人床鋪之清潔，病室之幽雅悅目，食物之熱力價值，飲水之豐富，並解決如何取得新鮮空氣與日光，寒冷天氣如何在戶外保護病人溫暖，及醫師准許時如何爲其兩手覓得工作等問題。相當之職業，爲編織小籃，製貼紙簿，縫紉，繪畫等。此等活動，皆歸入『運動』項下，須有醫師命令。

鋪克隆達克 *Klondike* 或戶外結核病床法。於普通床上鋪一橡皮單，其大小須與床同，（如無橡皮單，可用厚紙鋪之），單上再鋪一額外之厚絨毯，或棉絮，長而且闊，可於床尾及兩旁垂下二尺。絨毯上面再鋪厚褥。勿用洋布單，常用法蘭絨或小絨，及暖絨毯或棉被。病人穿溫暖之長衣。將床鋪好後，將褥下之大絨毯或棉絮翻起，先足部，次兩旁，摺於被褥上面。如此即可由覆被裹住，四邊掖好。足部可先放一熱水瓶。於床頭覆一絨毯，或對摺之布單，作成一兜，藉以擋風，如尙不足，再於病人頭部圍一毛巾。置床於不受風雨之處。如有大沙暴，須將病人移入室內。熱水瓶不俟其冷，即須換水。此床可使病人安居戶外，不論氣溫如何低落。

教育病人及其家屬。以個人衛生，及處置痰唾之法，教育病人及其家屬，最爲緊要。床側之小桌上，須置一有蓋之痰杯，其最佳者，裏面有一摺疊之油紙杯。紙杯與痰，可以取出，用紙包裹燒去。此外並以紙袋一只，掛於床側，口鼻溢液可用紙巾拭淨，棄於袋內，然後一併燒去。病人及其家屬，食前必須洗手。如用紙巾，較用消毒藥節省，且較可靠。教病人節制其咳嗽，稍事練習，即可做到。勿與任何人密切接觸。

緊急護理法。如有肺出血 Hemorrhage from the lung，宜立即通知醫師。並安慰病人，使其鎮靜，不可努力。病人臥於床上，但不作向來之伏臥勢。呼吸道內之血與痰，須容易排出；祇有病人作半坐式，可以達此目的。作此式時，飲食服藥，可以不多擾病人，唾痰便利，出血多時，可免肺之後部膨脹不全。飲食，服藥，嘔吐，及大小便，皆可便利。醫師大約將吩咐用嗎啡。如有自生氣胸 Spontaneous pneumothorax，當治療休克。通知醫師，且使病人溫暖。平常發紺，脈速，而呼吸困難，胸部疼痛。人工氣胸 Artificial pneumothorax 療法，乃使一肺萎縮，而得

絕對休息。其法係用一特製之器械，狹口徑之長針，與一三十西注射器，引無菌氧氣或空氣入胸膜腔。此事當然由醫師以最謹慎之無菌技術執行之。一肺萎縮後，病人臥於受治療之一面，用枕妥爲支持。有時發現休克之症狀。此療法不免帶些危險。

護理用石膏管型或固定架之小兒法。可參看小兒科護病學（上海廣協書局發行）中之矯形科護病章。

預防與管理法（一）公共衛生之普通標準低者，結核病易於盛行，而死亡多，反之則異是。此病在中國到處盛行，小兒與學生，患者尤多。蓋學校之內，授科時間甚長，校舍又多黑暗擁擠，而回至家庭，其居處又不合衛生，人民無論居家或出外，常隨意吐痰，小兒習慣於街道中匍匐而行，且以手指入口鼻，咳嗽噴涕之時，常不掩面，患病之人，不論何種疾病，皆閉居室內，日光空氣，咸被隔絕，人民窮苦者多，房屋狹小，地位不足，生長期內之兒童，無充足而適宜之滋養，凡此種種情形，必先加以改善，而後結核病驚人之死亡率，始能望其減低也。

茲舉兩例，以示新鮮空氣與日光之成績，及適當處置痰唾之效力。

兔十隻，接種結核桿菌。五隻居於戶外隙地，以柵圍之，能得新鮮空氣與日光，並飼以滋養之食物。餘五隻之食物相同，惟閉居室內，黑暗無光。後五隻旋即患病而死，並經實驗室檢查，證明其死於結核病，前五隻仍頗強健，並未發生結核病。

第二例爲奧斯勒氏所舉。奧氏曾將旅館，火車，及醫院病室內之灰塵垃圾，取得樣子，證明其中含有生活之結核桿菌，惟由美國紐約薩拉納結核病療養院中取得之灰塵，獨無結核桿菌。故有結核病人，不必爲一危險；使此病傳布者，則爲對於痰之處置，疎忽無知，以致病菌散播也。

(二) 嬰兒須離開結核病之母親。

(三) 按期由學校護士檢查學生；體重不足之兒童，於晨中及午後，各飼滋養物一次；另設露天學校，收容恢復期內，及疑患結核病之兒童。

(四) 新鮮牛乳一律用巴氏滅菌法(參看飲食學)。

(五)設肺病療養院，以護理及指導病人。

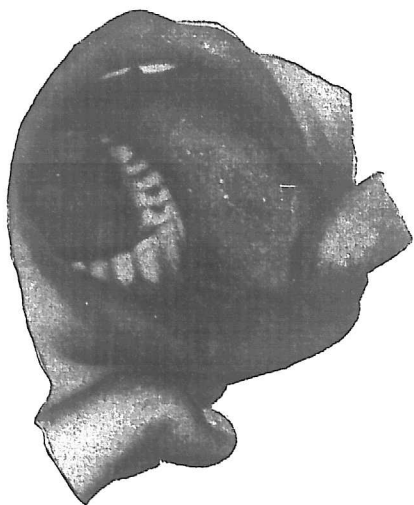
管理結核病之護病法。病人用內科無菌技術隔離。如爲肺結核病，護士於接近病人工作時，應戴口罩。

病時消毒。各種結核病人之口鼻溢液，除證明不含結核桿菌者外，均須消毒。痰可用煤膠衍化物或百分之五含氯石灰消毒。固體食物屑宜燒去，如爲液體，煮十分鐘傾棄之。漱口水宜煮沸或消毒，與痰同。衣服布單，於乾時裝在袋內，送往洗衣所，袋之外面，不可染污，先連袋煮十分鐘，然後照平常方法洗之。

終期消毒。枕褥當曬於空氣中至少七小時。如遇陰晦，必須於天晴之日曝曬。被絮絨毯，與臥褥同，如已沾污，當再洗淨。

麻疹 Measles

定義。爲極易傳染之急性病，平常於兒時患之。其特徵如下：侵入期內，呼吸道之上部先發炎，繼有暗紅色之疹，係斑點丘疹狀，徧於全體。症狀於發疹之第二



第十七圖 麻疹科潑力克氏斑點



第十八圖 麻疹咽喉內之狀態

以上兩圖，採自 Bower and Pilant 兩氏所著之 Communicable Diseases for Nurses, W. B. Saunders Company.

日達最高點，疹退之時，病人隨見進步。

病原 其特殊之病原菌，尙未決定，僅知爲一種濾過性毒。麻疹爲一普及病症，春冬兩季，於人烟稠密之區，可成爲流行病。五歲以內之小兒，患者最多，其他年齡，亦可得此病。病菌在體外死亡甚速。

傳染之來源 病人眼鼻咽喉之溢液，或由直接接觸，或與被污之物件間接接觸。爲此等溢液染污之第三者，亦可傳帶病菌。

傳染之途徑 與上同。

潛伏期 自接觸之時起，約八日至十二日，平常至初發熱時爲十一日，至疹現時爲十一日至十四日。

傳染期與傳染性 自初現卡他狀至疹現後五日。麻疹乃各種傳染病中最易獲得，最易傳染之病也。

免疫性 嬰兒於生後三個月至五個月內，普通有天然免疫性，惟須恃其母曾患麻疹而得有免疫性。無論何色人種，皆不能免疫，惟黑種人與北美之印第安人，尤

易感受。土人中初發生麻疹時，其死亡率極高。天然免疫性由患此病而得，平常可以終生不失。被動免疫性可用恢復病人之血清，或有免疫性者之全血而得之，但其效力祇有二三星期。如於接觸後五日內注射，平常可免發病，故於機關內羣兒聚居，而有麻疹病人時用之，頗有功效。

症狀與病程 此病初起或甚溫和，其最先發現之症狀，每被忽略，家庭之中，其母忙於治事者，見有輕微之傷風狀，輒並不注意。惟平常侵入期之症狀，頗為明顯。病人有寒熱，噴嚏，喉痛，鼻涕，眼淚，雙目發紅，對於光亮頗為敏感。溫度隨上述之症狀而增高，可達華氏一百零二度。間或先有寒戰或驚厥。亦可有嘔吐。發生侵入期症狀之第二日，於疹現以前，其口內有科潑力克氏斑點 Koplik's spots，如在明亮之日光下檢查其口內，則見小而白色或青白色之斑點，四圍有紅暈，平常在頰內臼齒之對面。此斑點亦可在口粘膜面之任何部份，病人中百分之九十七於侵入期內有之，故於早期診斷上大有價值。(第十七十八兩圖)

疹常於第四日顯現，先見於耳後，或面部之兩顴顛。由此起點，蔓延於面，

胸，及身體上部甚速，繼及下肢。腕與手足常最後見。

疹。係暗紅色之小斑點，於皮上略微高起，可以用指摸出。大小如蚤嚙相仿，但易彼此結合成片，於幾團紅色中間，隔以完好之皮面，遂使皮膚成花斑狀。

溫高初高，後即降落，至疹顯時又復上升，迨至徧體出齊，溫度可升至華氏一百零五度之最高點，惟平均則在一百零二至一百零三度之間。脈與呼吸均速。咳嗽或頗困難，並不吐痰。全身症狀，一概增重，食欲不振，大便溏泄。疹顯後二日，症狀平常減退，溫度漸降，疹亦退去，僅留一棕黃色之跡，約歷時一兩星期。皮膚有細鱗屑脫下，狀如糠麩，若非仔細觀察，或不之覺。

間或有極易致命之惡性症，其各種症狀，自始即甚重，疹現紫色，並出血入皮，故名出血性麻疹或黑麻疹 Hemorrhagic or black measles。

診斷。根據臨床症象。麻疹與猩紅熱，風疹，及因各種藥物與中毒而發生之疹，常極相似，須加以區別。初期之卡他症狀，咳嗽，與科潑力克氏斑點，均為診斷之徵。猩紅熱疹，均勻散布，其色紅亮，皮膚脫屑時成條或成片。又猩紅熱之白

血球計數增高，而麻疹則平常減低。

併發病與後發病。麻疹之死亡原因，乃由於併發病，而不由於其病之本身。枝氣管肺炎爲最可畏之併發病，發生此症者約佔百分之十。結核病爲其最可畏之後發病，或即時發生，或於數星期或數月之後發生。麻疹減低小兒之抵抗力，而爲結核病預備發育，如有舊結核病損害，或未受注意之損害者尤甚。若疹退以後，體溫仍高，當即疑其枝氣管或肺受染。

其他常見之併發病爲中耳炎，喉炎，與鼻衄。在機關內，則有可畏之走馬疳（口頰壞疽），可傳染許多小兒，腮腺炎亦常見之。流行病時或有腸併發病。有時天哮嗆與麻疹，於流行病期內併發。麻疹後之結合膜炎，亦不可忽視。若能於急性期及恢復期內與以適當之料理，平常可免此病。

療法與護病法。此兩者關係密切，故合併論之。麻疹病人切不可與他病人同居一病室。因其有高度之傳染性，故須獨居一室，嚴密隔離。病人臥於床上，蓋暖，不可受風，至溫度正常，而無併發病之危險時爲止。宜避亮光，如眼之症狀頗重，

室中光線宜極暗。每日用百分之二溫硼酸水洗眼兩次。

多飲開水與水果汁。Karo玉蜀黍糖漿，可用以加甜水果汁，較諸市上所售之糖更易消化。用簡單之輕瀉劑，以通大便。急性期內不必勉強進食；如病人願食可與以單純而易消化之食品。恢復期內，則宜多進滋養豐富之食物，最初兩星期用肉或肉汁少許。

病人之口，必須清潔，用抗毒漱口劑以漱口。若忽略不注意，可致中耳併發病。喉痛可用極暖之重碳酸鈉含漱劑，每四小時一次，可以止痛。鼻須用油清潔之。預防胸併發病，病人須時常變更位置。吸含藥之蒸氣，用薄荷腦或複方安息香酒，每水兩量磅加入一錢。胸部敷芥末糊劑，芥末一份，混和麵粉六份或十二份，隨病人年齡而異，敷至皮作淡紅色爲止。時用溫暖之樟腦油抹胸部。以上諸法，常用以治呼吸道之病狀。

微溫水或溫水擦浴，可用以治高熱度。勿以冷水施於麻疹病人之皮膚。脫屑時皮上須抹油。

簡言之，其治療與護病之法，爲預防併發病，蓋麻疹之危險，乃在其併發病也。依照上述方針，與以優良靈敏之護理，可資預防，減低枝氣管肺炎與結核病極高之死亡率，且防麻疹病後不應有之中耳炎與眼併發病。

病時消毒。耳鼻咽喉之溢液，與敷料，均須燒去，或用百分之五含氫石灰溶液消毒。

衣服布單，須裝在袋內送往洗衣所，袋之外面不可染污，用熱肥皂水洗後，於日光中曬乾。碗碟及治療用具，煮十分鐘滅菌。

終期消毒。病人可在暖室內沐浴，切勿受寒，出外時須全身裹好，保護周密。枕褥曬六小時，室中仔細用溫水與肥皂擦洗，大開窗戶一日。

風疹 Rubella (German Measles)

定義。爲極易傳染之急性病，其症狀類似麻疹，惟潛伏期較長，頸腺與他腺有明顯之腫脹，症狀始終較爲溫和，恢復甚速，而無併發病。

病原 與麻疹同，其病原菌不明，但知爲一種濾過性毒。病毒見於口及呼吸道上部之分泌內，平常由直接接觸傳染，五歲至十二歲之小兒，患者最多。潛伏期平均十七日。此爲一極易傳染之病，惟大概稍亞於麻疹，此二者須明白區別。發過風疹後，雖有永久之免疫性，惟對於麻疹，猩紅熱，或痘症，則並無免疫性。

症狀 發生流行病時，或有嚴重之症狀，併發中耳炎，或關節炎，腎炎，或心內膜炎。平常此病之症狀至爲溫和，且無併發病。其侵入期之卡他性症狀，祇歷一日，頸腺或耳後之腺顯腫。咽喉微紅而痛。溫度上升，可至一百零一度，惟常在一百度以下。

疹初顯於面部，蔓延全身甚速。其色較麻疹紅亮，其丘疹較小，聚成小簇。或祇歷一日，或延長至四五日，退去甚速，後有如麩之脫屑。

診斷 風疹與麻疹及猩紅熱必須區別。風疹無科潑力克氏斑點，而頸腺腫脹，亦可以助診斷。猩紅熱先有嘔吐與高熱，面上無疹，口圍蒼白。

療法與護病法 此症須嚴密隔離一星期。如有發熱，宜多飲水，並保護溫暖。因

患者常爲數歲之小兒，且過一二日常覺甚好，故宜設法令其愉快。

病時消毒與終期消毒。如有鼻咽分泌物，宜消毒。除仔細清潔病室及一切物件，並曬太陽外，無終期消毒。

痘症(天花) Smallpox

定義。痘症爲人類之急性傳染病，因濾過性毒所致，患者有劇烈之全身症狀，與丘疹樣疹，先成水皰，後成膿皰，而結痂，痂脫後易留一特殊之陷凹，面部尤其。

源流。痘症自古卽有，中國於數千年前已知有此病。據衛生署記錄，痘症各地皆有，冬季與初春時最多，鄉村較城市尤盛。英國琴納醫士 *Jenner* 於一七九六年始採用現代種痘之法。

病原。痘症之病原爲一種濾過性毒。此毒在發疹之各期，見於皮膚損害內，亦見於口鼻之粘膜內。病毒在溢液與痂內時，能抵抗死亡，然露於空氣及日光中時，

即易殺滅。無論何年齡皆可受染，惟幼兒尤易致命。

傳染之來源。病人皮與粘膜之損害，及其口鼻咽喉之溢液。

傳染之途徑。直接或間接與病人自身，及爲溢液或乾痂屑所污之物接觸。痂屑可爲兩足或衣服所帶，而散布。蠅類亦爲傳染此病之媒介無疑。在母腹內之小兒，亦可染病，而於生下時徧體皆疹，或癍痕累累。

潛伏期。七日至廿一日，普通爲十四日。

傳染期。自發現此病之初徵，至脫盡癍痂爲止。於發疹之初期，尤易傳染。痘症爲現所知最易傳染各病之一種。

免疫性。生後數月之嬰兒，對於種痘常不起反應。惟兩三月後，大概已無天然免疫力。一次患病後，平常可得永久免疫力，但亦有例外者。因接種有效而得之免疫力，可歷五年至二十年。

診斷。由臨床現象；尙無實際有效之試驗法。

症狀。此症通常爲下列三型之一：

(一)極輕之症，全身症狀不多，其疹四散，可誤爲水痘。

(二)有嚴重之症狀，與定式之進程，詳見下文。

(三)出血性痘症，其症狀尤重。一種名爲黑痘 *Black smallpox* 者，於初期即有粘膜出血，病人未及疹現即死。此種痘症，常致不救。又一種出血入疹，有時入粘膜，痘胞內可充滿血液。此症亦甚嚴重，但不一定致命。

正型之痘症，其普通症狀如下：病係突然而起，有五種明顯之症狀，(一)寒戰(小兒或有驚厥)，(二)頭甚痛，(三)背與腿劇痛，(四)嘔吐，(五)發熱，第一日可高至華氏一百零三四度。如有此五種症狀合併發生，護士即應謹防，須在疹未現出之前將病人隔離。內約百分之十五有初期疹，類似麻疹或猩紅熱之疹。真痘則於第四日始出，平常初見於面，而迅速蔓延至全身，在臂與手之外面及上背尤多。疹可密布全體，即臉緣，與口，喉，咽之粘膜，亦有之。疹出後，溫度降落，他種症狀亦減退，病人覺舒適。疹於下一星期內經過四期，即丘疹，水疱，膿胞，結痂。疹變膿胞時，溫度復高，爲痘疹特殊之第二期發熱。結痂在第十一

二日，溫度漸退，恢復期開始。重者其疹融合，頸腺可致腫脹，或有咽喉水腫，與譫妄。病人可於第十日或十一日身死。

豫後。十歲以內未種過痘之小兒，極易致命。惟種過一次者其病即可大為緩和，不如未種過者之重。痘症嚴重之症狀，為面上疹多，溫度於疹現之後仍高。

併發病與後發病。皮之局部壞疽，結核膜炎，突發急性之譫妄，枝氣管肺炎，脫屑期內有關節炎。

療法。頭與背劇痛，可服斐那西汀 Phenacetin 與阿斯匹林 Aspirin。涼水擦法可用以減低溫度，與鎮靜譫妄。嘔吐如極利害，可用重碳酸鈉 Sodium bicarbonate 淡溶液洗胃，或以百分之五葡萄糖溶液注射直腸或靜脈內。皮膚奇癢，常用過錳酸鉀 Potassium permanganate 濕布裹法，或用百分之二石炭酸，此兩法亦可減除痘疹之惡臭。異極石洗劑 Calamine lotions 乃常用者。時常用硼酸溶液洗眼，或日滴百分之二阿久羅 Aegyrol 溶液，可防眼併發病。脫痂後之凹陷，尚無方法預防，但必須設法防病人擦傷及抓傷面與手臂。嗎啡常用以止痛，及痘足時皮內之緊張。

護病法。病人隔離在特別室內，用內科無菌技術護理。護士須穿長衫，戴口罩，並須在本年內種過牛痘。發疹前之急性期內，病人祇喫濾過之液體食物，且不宜強進。水極重要，於病期內須多飲。溫度降落後，可飼以液體及極柔軟之食物，其數量與種類，視病人之情況而調節。口與咽喉內之疹，必須小心護理，按時清潔，用抗毒漱口劑。病人須多得新鮮空氣，室內宜有日光，惟病人之眼，不可受強光照耀。清潔兩眼，以防併發結合膜炎，殊為緊要。被痘漿染污之布單，氣味甚為難聞，須時常更換，小心團緊，以免痂屑散播，先浸於百分之五石炭酸內以除臭，然後煮過洗淨。病室須裝紗窗，以避蠅。門口置一浴蓆，用強烈之消毒劑浸濕，以拭去足底之污屑，方可出室。

預防與管理法。最重要之預防法為種痘。嬰兒於三個月時即可種痘，五年後再種一次，如與痘症接觸，則宜較早，並隔若干年種一次，直至終身。

教導人民，使知痘症之傳達法，及其隔離之重要，直至痂已脫盡為止。痘症無良性者。

擬訂關於傳染病之報告，隔離，及檢疫等章程，而實行之。

隔離 至痂盡消滅爲止。

檢疫 非於接觸後二十四小時內種痘者，須檢疫十六日。

病時消毒 口，鼻，之溢液，及皮膚損害之敷料，須一律燒去。

食物餘屑須燒去，食器及治療用具須煮過。

布單由床上除下後，須浸於除臭劑內，在洗衣所中先行煮過，而後洗之。

病室須用紗障，以防蠅類。

終期消毒 用肥皂與水仔細清潔隔離單位，開啓門窗六小時，以通空氣與日光。
枕褥曝曬六小時。清潔時務須小心，勿令室內之灰塵散播。

水痘 Chickenpox (Varicella)

定義 爲人類之急性傳染病，微有全身症狀，並有丘疹水疱狀之發疹成批而出，
爲水痘之特徵。

病原 水痘之病原菌爲一種毒，尙未決定，但知其在水胞內。此係兒時之病，常爲流行症，惟成人罕患之。在兒童機關內常有此症。

傳染之來源 病人之水胞，或其鼻咽粘膜之分泌物。

傳染之途徑 直接或間接接觸。

潛伏期 兩星期至三星期，平常自十四日至十六日。

傳染性 自疹現前二十四小時起，至痂消滅爲止，約十日至十一日。在發疹之初

期尤易傳染。此症之傳染性程度極高。

免疫性 大概無天然免疫性。一次患病後，平常可得永久免疫性。於機關內發生

此病時，常用恢復性血清以資預防。

診斷 水痘須與痘症區別。因其症象頗不同，故平常不難分辨。

症狀 疹或爲其最初發現之病徵，小兒似頗安好，或微有發熱與鼻卡他。成人於疹現之前一日，或有頭痛，發熱，與四肢痠痛。水痘之疹，與痘症不同，先現於背，顛頂或致甚多，惟面上祇有數處。身體露出及不露出之處，均頗濃密，先爲

一紅色之丘疹，於二十四小時內充滿清液，乾後成痂。疹係接連分批而出，於同一區域內，一時兼有紅點，水疱，及痂。

併發病與後發病。若小兒臥於床上，與以合法之護理，平常可無併發病。皮膚或因抓破而受染。有時鼻出血。若小兒受寒，可致腎炎。

豫後。頗佳，實際上未聞有因水痘症而死者。

療法與護病法。小兒臥於床上，須嚴密隔離。於普通病室內護理水痘症，並不妥當。若奇癢難忍，可用百分之二石炭酸和於凡士林內敷之，或用異極石洗劑。幼兒須約束其臂，以防抓傷。小病人應有工作與娛樂，以分其心。發熱期內可用柔軟之食物。

預防與管理法。報告與隔離病人，至痂脫落爲止。接觸病人者檢疫四日，自接觸後之第十二日起。病兒於痂未脫盡之前，不得入校。

病時消毒。臥具，食物，與治療器皿，均須消毒。自鼻與咽喉排出之溢液須燒去。

終期消毒。病室與臥褥須清潔曝曬。

腦膜炎(腦脊髓熱) Meningococcus Meningitis (Cerebrospinal Fever)

定義 此係人類之急性傳染病，常係流行性，因腦膜炎雙球菌 *Diplococcus intracellularis* 所致，其特殊之症狀，輕重大有不同，乃因此病之特殊損害，即腦膜與脊髓膜之發炎而來。

源流 中國第一次流行病，發生於一九一八年。據衛生署報告，此症以二月至五月為最多，惟有若干省內，終年皆可發生。

病原學 其病原菌為腦膜炎奈瑟氏菌 *Neisseria intracellularis*，或其極接近之菌類。因此菌攻擊腦與脊髓之膜，故名腦膜炎雙球菌。病人之脊液大增，以致壓迫腦。無論何年齡皆可發生此病，惟據上海工部局隔離醫院趙醫師十餘年來之觀察，其所治病人，百分之九十皆在三十歲以內，而十六歲至二十歲之少年，患者最多。據他國記錄，小兒尤易受染。腦膜炎球菌離體後死亡甚速。

傳染之來源。細菌在鼻與咽喉之分泌物內。健康之帶菌人極多，爲一重要之傳染源。

傳染之途徑。與新鮮排出之鼻咽溢液直接或間接接觸。

傳染期與傳染性。此爲不易傳染之一種傳染病，罕有一家數人，同患此病者。醫師與護士，鮮患此病。惟羣聚於不合衛生之房屋內，如貧民窟中，及設備不佳，光線不足之學校工廠內，與常在灰塵中奔走者，如黃包車夫，掃街夫等，受染最易，故患此病者最多。此病之傳染期，平常爲兩星期，或鼻咽溢液內有菌時。潛伏期。二日至七日，平常爲七日。流行病時其潛伏期較短。

診斷。根據臨床症象，並於脊液內查得腦膜炎球菌。白血球計數增高。

症狀。大有不同，或僅如普通傷風之症狀，或可於二十四小時內致命。惟正型之腦膜炎，有四種症狀可見，卽頭劇痛，頭與頸之後痛，嘔吐，與顯著之不安靜。皮下或有瘀點狀疹，或出血性疹。重症突然而起，溫度速升至華氏一百零三度，或下午較高，上午低落。數日之後，非用血清，將有病勢進行之症狀顯現。病人

呆滯冷淡，不願移動，並言光亮刺目，身體側臥，兩膝屈起。背成弓形，頭向後仰，腿足強直，向頭仰縮。病人或神智不清。呼吸變深，脈搏較緩。病人或於數日內死，或歷時稍久，但亦可復原。

患腦膜炎者，不盡顯此症狀，其變動頗多。

豫後 死亡率頗高，惟於初三日內注射血清，可以減低。中國腦膜炎病人死亡之多，半因人民習慣，非至病勢垂危之時，不肯用科學方法治療，殊可慨也。嬰兒與老年人之死亡率較高。失知覺，與廣大之出血性疹，爲其不良症狀。

併發病與後發病 尿瀦溜，肺炎，中耳炎，聾，及多種眼病，如虹膜炎，角膜潰瘍，斜眼與盲。關節炎與癱，亦常有之，惟精神衰頹罕見。嬰兒可發生腦積水。療法 用脊椎穿刺術取出腦脊髓液，以減輕腦之壓迫。此爲診斷所必需，亦爲最有效之療法。患腦膜炎者，其脊液增多。液體渾濁，或厚如乳酪，不易取出。如用腰椎穿刺術無效，有時用頸椎穿刺術，穿刺處在第七頸椎與第一胸椎間之空隙。

普通療法，使病人休息，臥於黑暗幽靜之房間內；吩咐用嗎啡，溴化物，安密妥 *Amytal* 等，以制止不安靜；斐那西汀與咖啡因（咖啡素）或阿斯匹林，用以治劇烈之頭痛，亦可敷冰於頭部。若須維持心臟之力，可用洋地黃（毛地黃）。

診斷確定後，或疑病人患腦膜炎時，當即開始注射抗腦膜炎血清於脊椎內。入院後之第一晝夜內，平常注射兩劑，第二三日各一劑。若頭痛不烈，至第五日可注射其最後一劑。合共注射四劑至八劑，視症狀而定。每次注射十四西至二十西，普通規則，先取出脊液，其注射之血清量，祇等於取出脊液之三分二。血清須熱至血溫度，徐徐注射，每十四西需時一分鐘。注射後須將床尾抬高一小時。血清有時注射於靜脈內及脊椎內。

護病法 嘔吐期內，祇可飲冰水果汁少許，內加乳糖或蔗糖。此期既過，須與以滋養而易消化之食物。時進少許，病人或須用灌食法，瓶飼法，或鼻飼法。維持病人之精力，最為緊要。勿給肉湯。其飲食須為鹼性。強飲液體。室中宜幽靜黑暗，但須多得新鮮空氣。勿多移動病人，以防驚厥，但宜小心將病人輕輕轉側，

以護理其皮。病人之尿宜量過記錄，謹防尿滯溜，昏迷不省之病人，尤須注意此事。護士襄助醫師施行腰椎穿刺術及注射血清。

管理方法 用內科無菌技術管理病人，護士須戴口罩。病人隔離兩星期；調查帶菌人；以居處衛生及個人衛生教導公眾。此症尙無預防菌液。

病時消毒 鼻與咽喉之溢液須消毒；布單裝入有標記之袋內，送往洗衣所，袋之外面須潔淨，依常法洗曬。食器須滅菌。腰椎穿刺術所用之器械，爲腦膜炎球菌所密集，滅菌時須特別注意。

終期消毒 病人可洗清潔浴，被褥晾曬六小時，隔離單位用溫水與肥皂清潔透風

急性脊髓前灰白質炎(嬰兒癱瘓) Acute Anterior Poliomyelitis (Infantile

Paralysis)

定義 此係急性傳染病，患者大抵爲幼兒。其特徵爲神經系統有廣佈之損害，脊髓前角之灰質尤甚，故有此名，結果可致肌肉癱瘓，最常見者爲四肢之肌。

源流 此症於一七七四年由英醫恩德華氏 Underwood 首先述明。然至一九一四年傅萊克斯納與野口 Flexner and Noguchi 兩氏，始能分出病毒，多數科學家均認爲此症之病原菌。中國北方較南方爲多，或爲散發性，或爲地方性，亦可成爲小流行病。上海報告於過去十五年中有一百五十人患此病。

病原學 病毒顯由呼吸道之上部入體，而於鼻咽之分泌物及溢液內排出，亦在糞內。帶菌人於此病之傳染，佔一重要部份，並有若干證據證明牛乳內亦可傳帶此菌。直接接觸與間接接觸爲其重要之傳達法。傳染期二十一日，自初起時始。患此病者，百分之九十在十歲以內。發生流行病時，成人亦可傳染，鄉區尤甚。

潛伏期 平均十日至十四日，亦有較此增減數日者。此病至少於一部份之潛伏期內可以傳染。

免疫性 一歲以內之小兒，大有免疫性。成人平常可不受染。一次患病後，常有永久免疫性。此症之預防菌液，尙在試驗期中。

症狀與病程 其初起症狀，與許多兒童時之急慢性傳染病相同，有溫和之發熱，欠

爽，食欲不振，與嘔吐。幼兒罕言頭痛，惟較長者普通有之。初起時來勢兇猛，發生高熱與驚厥者甚爲罕見。至第二或第三日，小兒顯憂慮之狀，兩頰潮紅，頭略後仰，身體側臥，兩腿屈起。病人不願移動，如令坐起，則抵抗不聽，背曲，而將兩臂伸向後面，以支持己身。此姿勢於早期診斷爲一有價值之徵。若輕擠其肌，卽呼痛啼哭。病人雖不思睡，但願一人獨處，惡人相擾。流行病時，普通有明顯之前驅症狀。於初期症狀後數小時或數日，卽顯癱瘓。若病勢隨初期症狀而終止，不顯癱瘓者，名爲頓挫性病。

癱瘓。或甚輕微而不易見，或範圍廣而且重。平常顯於第二日，幾常在第四日，間有更久者。腿肌最常癱瘓，惟臂與軀幹，及頸面之肌，亦可受病。有時兩臂皆癱，有時一臂與一腿癱。若膈肌受病，其事甚爲嚴重，病人呼吸困難而脈速。

診斷。頓挫性病並無癱瘓，常致失於診斷。此症或極似結核病，腦膜炎或腦炎。脊液之壓力與內容，俱發生變化，但不似腦脊髓膜炎，其液罕見溷濁。

豫後。流行病時，其死亡率可高至百分之三十五以上，此外則在百分之十左右。

若早用科學療法，其癱瘓之復原，希望較多，或至少可以大有進步；否則多致永久畸形。

療法 用簡單之腰椎穿刺術，取出脊液，以減低壓力至正常度或略低於正常度，於癱前期及初癱期頗為有益，此事已大可證明。腰椎穿刺術於初三四日可隔十二小時施行一次。癱前期常用恢復性血清；惟至癱瘓發現以後，即無功效。其一次之注射量為五十西西至一百西西，注射肌肉或靜脈內，隔四小時至六小時可再注射。如疑病人患此症時，即應隔離。若顯癱瘓，其癱瘓之肢體，須用棉絨包裹溫暖，置於肌肉最不傷力之位置，任其休息。肌肉觸痛未退以前，並不治療，於症狀發現以後，約須經歷三星期以上。然後施以靈敏謹慎之被動運動，與極輕之按摩。俟行之有日，乃令小兒臥於水內，而運動其被癱瘓之肌肉，因其能除去傷肌重力之牽曳，故為開始自動運動或隨意運動最佳之法。如用電氣療法，必須極遲。其進步平常在首三月內。

護病法 病人用內科無菌法隔離。此症傳染之程度不明，因此須極謹慎，以防蔓延。

延。其普通護理，與患病發熱之任何小兒同。液體宜多與。急性期內，必須多飲水。稍後當飼以滋養而易消化之食物。癱瘓之肢體，須受保護，勿令被蓋重壓，並於規定位置休息。若兩腿癱瘓，當令伸直，用沙袋維持其位置。足不可下垂，須豎起而與腿成直角，此為最要。若臂癱，當支持之，使與身體成直角，前臂向上。護士宜謹記，摩擦與按摩，非有命令，不可輕用。

因患病之小兒，多臥在白蘭福架 Bradford frame 上，或用夾板，至數星期或數月之久，故須預防褥瘡。當皮膚未發紅之前，即用種種方法使病人清潔乾燥，床上光滑而無碎屑，受壓處用軟環墊襯之。日間沐浴時，須注意受壓之處，小心轉側病人，須確知各處均已潔淨。如用石膏管型，須時常察看，免多壓迫。臂不癱時，宜用輕巧之玩具，使小兒快樂。

管理方法 流行病時，學校須停課，兒童影戲院，及其他兒童集會之所，均須閉門。教公衆以保護之法。檢疫期為十四日，病兒須隔離二十一日。

病時消毒 鼻，咽，與腸之排出物，及染污之器具，均須消毒。碗碟當煮過，布

單等物，依常法料理。

終期消毒。隔離單位用熱水與肥皂仔細清潔；枕褥等曬六小時。病人可洗清潔浴。

流行性腦炎(昏睡性腦炎) Epidemic Encephalitis (Encephalitic Lethargia)

定義 爲人類之急性傳染病，其特徵爲迷睡與隱癱，其後發病爲癱瘓，精神症狀或行爲乖劣。以上皆由於中樞神經系統之發炎損害。

病原 此病就現所知者，雖認識未久，然可證明其於二百年前，歐洲曾發生流行病，特未經認識，或不用此名耳。自一九一六至一九一八年，歐洲，澳洲，及美國，發生大流行病以來，已經過不少研究。中國境內，據齊魯大學 Dr. William McClure 云，最早發生於廣州，時在一九一九年，患病者一人；一九二〇年懷遠有病者二人；北平有病者一人。以上均見一九二〇年中華醫學雜誌。自後中國各地如雲南山東河北等省發生者頗多。濟南診所中亦有多起，大半係慢性病，惟多

少有標準歷史。急性病症亦不少。病原菌尙未決定，但知其爲一種超顯微鏡毒，由接觸病人鼻咽之分泌物而傳染。無論老幼，皆不能免，惟患者以三十五歲至四十五歲之人爲最多。此症與流行性感冒似有關係，二者嘗於同時發生流行病。亦嘗與脊髓灰白質炎同時發生，但其關係不明。此症冬季最多。其免疫性之程度，不論天然的或人工的，皆不明瞭。此症並無菌液。

症狀與病程 其症狀由中樞神經系統之損害而來。此病之經過，爲腦皮質之各部與腦內之神經節與神經中樞急性發炎。潛伏期大有不同，平均約兩星期，期末所現之症狀，類似呼吸道之傳染病，或另加腦膜刺激，頭劇痛，背強直，與精神紛亂。其初起症狀，視病勢係漸發，或突發而異。明顯之症狀如下：第一爲迷睡，據奧斯勒氏云，百分之八十皆有此症狀。病人或僅思睡而容易喚醒，答語清晰，或鼾睡不醒，如同昏迷。第二爲癱瘓，因腦神經染病所致。咀嚼，吞嚥，言語，呼吸，皆顯困難。普通爲節制眼之運動神經癱；四肢罕有癱者。其損害屬於腦神經，鮮屬於脊神經。病人發熱，自華氏一百度至一百零四度，平均爲一百零一二

度。急性期約歷兩星期至四星期以上，過後即入恢復期，或病人仍癱，或有精神異常。亦有肌震顫，或失利動，以致病人有遲緩不定之運動，手指尤甚。小兒有時性情改變，或有不良習慣（精神衰頹）。神經症狀或繼續如故，病人失眠或精神萎靡。

豫後。病人有利害之謫妄，不能成眠，腦膜炎型，與初起時突然發作，症狀兇惡者，皆為不良之狀。死亡率自百分之二十至百分之三十。

療法。此症之病原菌，與其傳染之途徑，皆不明瞭，故無預防療法。其普通療法為臥床休息，注意飲食與排泄，保護病人，勿受精神刺激或神經刺激。平常試用恢復性血清。此外治療之目的，為減輕所起症狀，稍後則為減輕後發病。

病人不能口飲充分之液體，常用鼻飼法或肛飼法。

不寐與不安靜，可用溴化物節制。急性期過後，須用滋養食物與相當之補劑培養病人精力。

震顫，強直，動作遲緩，與兩手顫搖（震顫麻痺現象 Parkinson's syndrome）

等狀，裴克氏 *Barker* 以爲用氫溴酸亥俄辛 *Hyoscine hydrobromide* 之漸進劑量，頗有價值，或試用曼陀蘿浸酒 *Tincture of stramonium*。有時亦用足量之顛茄浸酒 *Tincture of belladonna* 按摩與電療，可用以促癱肌之恢復。

護病法 病人隔離，用內科無菌技術護理之。鼻與咽喉之溢液當消毒。室中須安靜，一切動作宜輕。病人之口，須特別料理，恐其不能合作。褥瘡須注意防止，因病人或不願移動，且有時大小便不禁，與多出汗，故尤應注意。食物須有高热價值，護士宜謹記此症之急性期頗長。乳糖，*Karo* 氏糖漿，乳酪，與雞蛋，可以增加熱力價值，每日必須通便。常用微溫水浴以鎮靜病人，使之休息。液體之輸入與排出，均須記載。

病時消毒 鼻與咽喉之溢液，布單，食器，均須消毒。

終期消毒 用肥皂與水清潔，通氣，曝曬。

流行性腮腺炎 *Mumps (Infectious Parotitis)*

定義 此係人類之急性傳染病，因一種濾過性毒所致，發生時常爲流行性。其特徵爲腮腺之一腫脹，或兩腺皆腫，間或涎腺亦腫，全身症狀平常頗輕。

源流 此病普世有之，無論何種年齡，皆不能免，惟兒童與青年患者最多。流行病始於兒童或青年團聚之所，如學校，軍營等。此症於一年中以冬春兩季爲最多。

病原菌 尙未決定，但認爲一種濾過性毒。

傳染之來源 病人鼻咽之分泌物

傳染之途徑 直接或間接與呼吸道上部有菌之病人，及被溢液染污之物接觸。

潛伏期 十二日至二十六日，平常十八日。

傳染期與傳染性 自發現最初症狀，至腮腺退腫爲止，平常約十二日。此症極易傳染。

免疫性 天然免疫性，大概無之。二次復發者亦有，但罕見。

診斷 由臨床現象記錄。

症狀。初期症狀爲頭痛，寒戰，倦怠，食欲不振。幼兒之第一病徵，爲流行性腮腺炎之明顯症狀，即頰角疼痛，可放射至耳，運動或受壓，則其痛更甚。繼而腮腺腫脹，在耳之前下，或可展至面頰，下至頸際，腫或僅祇一面，或兩面皆腫。

發熱可至華氏一百零二、三度，歷三四日，舌有苔，呼吸氣臭。

併發病與後發病。成人最普通之併發病，爲波及生殖器，男子尤甚。乳房炎與陰門水腫，女子亦時有之。中耳炎，聾，與扁桃體炎，有時可以發生。胰腺與甲狀腺之內分泌，亦受影響。

豫後。流行性腮腺炎罕有致命者。此症在十二歲以下之小兒，頗爲溫和；成童後易有併發病。

療法。急性期內須休息。成人宜安臥床上，至熱退後二日。熱劑使人舒適，可用安替弗羅基斯丁濕布裹法 Antiphlogistine pack。亦有時吩咐用冰圈。嚥物時常痛，故食物須柔軟，或爲液體。酸果汁可致喉痛，須忌用。阿斯匹林可用以止痛退熱。男子須戴一陰囊套。

護病法。病人用內科無菌技術隔離。小兒須安靜愉快，至隔離期過後。

管理方法。隔離兩星期，至腫退爲止。流行性腮腺炎不須檢疫。此症無菌液，亦無特殊療法，惟發生流行病時，或用恢復性血清預防。

病時消毒。鼻與咽喉之溢液，及被溢液染污之物，均須消毒，碗碟與治療器具須滅菌。

終期消毒。病人可洗清潔浴，枕褥晾曬六小時。隔離單位用肥皂與水仔細清潔。

梅毒 Syphilis

定義。爲一極易傳染，歷久不癒，而危傷害人之人類病症，因梅毒螺旋體 *Treponema pallidum* 所致。此症或由傳染，或由遺傳而得，若不治療，將經過三期，其特徵爲初瘡 Initial sore，發疹 Rashes，與樹膠樣腫 Gumma。

源流。此症之由來，殆已甚古，其發生之地域亦甚廣。各國記載，多有涉及此症者，而中國古代之醫士，則於耶穌紀元前數百年，即有關於梅毒之著述。其病原

菌至一九〇五年始由邵亭氏 Schaudinn 查出，一九〇六年之色曼氏 Wassermann 發表梅毒診斷試驗，一九一〇年歐立區氏 Ehrlich 發見砒化合物洒爾佛散 Salvarsan，至今用爲治療梅毒之特效藥，僅稍有改變耳。

病原 梅毒之病原菌爲梅毒螺旋體 *Treponema pallidum* or *spirochete of syphilis*，見於初瘡及附近淋巴腺之分泌內，稍後則在病人之其他梅毒損害內，血內；與香液內。普通稱此爲原動物，但其最後分類尙待決定。梅毒螺旋體在體外死亡甚速。**傳染之途徑** 計有三途：(一)遺傳(先天梅毒 *Congenital syphilis*)；(二)因使用梅毒病人用過之手巾，或接觸其分泌，間或因爲梅毒病人施行手術而得(無辜梅毒 *Syphilis of the innocent*)；(三)最普通之傳染途徑，即與娼妓交接，或與患梅毒之人結婚，或接吻。

潛伏期 至少十日，平常約兩星期至四星期，亦有較長者。

傳染期 病期內皮或粘膜有顯露之損害時。

免疫性 天然免疫性或後天免疫性皆無。

先·天·梅·毒·之·症·狀。因母患梅毒，而於胎血循環中得之。母病若重，可致流產，或早產。胎兒亦可長至足月，但永不呼吸。亦可產下能活，但有斷然無誤之梅毒病徵；或狀似健全，而於四星期至八星期後，發現梅毒症狀。初生兒之梅毒體徵如下：發育不良，形容消瘦，頭髮稀少，手足有圓皰，常流鼻涕（嬰兒涕溢），哭聲嘶啞，與腦積水。此等小兒，容易死亡。症狀之發現愈遲者，其希望愈佳。一月以後，或有約略相同之症狀發見。皮帶黃色，或有他種發疹。若小兒能活，其症狀可於第一年終減輕，至恆齒生出，及成童時，可再發現。後期先天梅毒之症狀爲角膜發炎，名爲間質性角膜炎 *Interstitial keratitis*，可以損害視力；內耳發生變化而致聾；恆齒之上中二門齒有切迹，名胡頓森氏齒（卽鋸齒形牙） *Hutchinson's teeth*；鼻骨腐蝕，以致凹下，名爲鞍狀鼻（塌鼻） *Saddleback nose*，亦有神經系統之損害，與精神遲鈍。或有慢性關節炎。

後·天·梅·毒·之·症·狀。此症若不治療，其進程可分三期如下：

(一) 前驅期或下疳期 *Preliminary stage or stage of chancre*。

(一) 第二期或發疹期 Secondary stage or stage of eruption。

(二) 第三期或樹膠樣腫(梅毒瘤)期 Tertiary stage or stage of gummas。

下疳期。經過潛伏期約三星期之後，即於傳染處發現梅毒初瘡，或因甚小，或在隱處，故忽略不注意，婦女尤甚。此係一小而硬之潰瘍，可以用指撮起，覺似一鈕。此瘡約歷一兩個月，即行消滅，而留一癍。其附近之淋巴腺腫，但並不痛，是爲梅毒之第一期，病菌於此時散佈全身，而入於血流。若於第一期中診斷確定而施以治療，可使此病不再進行，如下疳未滿十二日者，其治癒之機會尤佳。若此時並不治療，則將進入第二期。

發疹期。此係發現全身症狀之期，初起有微熱，頭痛，喉痛。略有貧血與關節痛。

腹部有過渡性疹，色如玫瑰，狀似斑點。

巴佛爾 Bower 與畢萊德 Pilant 兩氏，於初期疹後所發之疹，曾有一段記載

如下：

「繼此過渡性之玫瑰色疹而發者，可有許多不同之皮疹，但有若干共同因素如下：

(一) 有對稱分布於全身之趨向。

(二) 疹作生火腿色或紫銅色，下肢之疹，較他處爲黯。

(三) 有排列成圓形或新月形之趨向。

(四) 各式不同之損害，於同時發生，如斑，膿皰，丘疹，及鱗。

(五) 幾無發癢及其他自覺症狀。」

此外或有口腔症狀，口內有粘膜炎，咽喉痛，聲音嘶啞，扁桃體紅腫等。其所顯症狀，可指示身體各部份之疾病，以致診斷者對於此病之真相發生誤會。此第二期可歷時六星期至一年。

第三期或樹膠樣腫期。梅毒第二期有各種之發疹，第三期則有樹膠樣腫(梅毒瘤)發生。此係小結性之硬贅瘤，可發生於身體之任何器官。此係破壞性組織，可以裂開而於邊緣成爲纖維狀，留一瘢痕。是爲梅毒第三期一切機質損害——血管，

心臟，骨與關節，及肝，腦之損害——之原因。中樞神經系統與腦之損害，可致全身癱瘓，運動性共濟失調，與精神錯亂。此第三期之各器官病，有時指為梅毒之併發病，如關節炎，心內膜炎，與肺病症狀等。

診斷· 用黑地映光顯微鏡檢查法，檢查自下疳或粘膜炎刮下之物，或自附近淋巴結取出之液體，當有螺旋體在內。乏色曼氏與康氏試驗法 *Wassermann and Kahn Test*，於梅毒初期之第一兩星期後用之，此時血清內已發生變化矣。惟乏色曼氏或康氏試驗得陰性反應，不一定證明其並無梅毒。

療法· 內科療法大抵用下列四種藥物，即汞或鉍，砒化合物與碘化物。汞常用塗擦法，以之治療梅毒迄今已四百餘年矣。鉍於近年來始多用之。柳酸鉍 *Bismuth salicylate* 或他種鉍鹽，用肌內注射法，歷時兩三月，共注射十二劑，每劑自〇·一克至〇·二克，隔五日至七日注射一次。此藥極毒，並為避免栓塞起見，須謹防注射入靜脈內。

一九一〇年，德國歐立區氏 *Paul Ehrlich* 經六百零六次之試驗，發見一種治

療梅毒之砒化合物，名爲洒爾佛散，即六零六 Salvarsan (606)。尙有他種砒化合物，應用頗廣者，爲阿斯斐那民 Arspenamin，新阿斯斐那民 Nearsphenamin，與特拉斯帕拉米 Trysparamid。此藥係注射靜脈內，先溶化於新鮮之蒸溜水中，因其分解頗速，故不可久置。用砒化合物治療，至少須繼續一年，已爲一般人所公認。現時所用之治療方法不一，但祇有劑量大小與休息期間之不同而已。

碘化物 此類藥如單用，於初期梅毒之損害無甚功效。但於後期梅毒，皮與骨之破壞性損害(樹膠樣腫)，可以治癒甚速，痛亦可止。此藥之作用，顯限於局部，因病人單用碘化物治療者，於同一地位或另一地位再發生損害，並非不常有之事云。

護病法 此等病人，容易過敏，不樂，故待之須特別仁慈，特別和藹。護士亦有特別機會以勉其繼續受長久而困苦之治療。所用各藥，均可發生中毒症狀，護士應注意之；汞易致涎過多，砒與碘化合物可致發疹。病人若住醫院，須用內科無菌技術護理。病人飲食如常，惟施行靜脈內注射後，不宜立即就餐。每日飲水三

千西。病人至少有一部份時間起床行走，不可令其一無所事，應有職業，以免無聊。護士之兩手如有損害，不宜令其護理梅毒病人。

靜脈內療法由護士預備，襄助，並準確實行給藥之命令，若用塗擦法，亦由護士執行之。靜脈內注射藥物後，有時發生強烈之反應，如呼吸困難，惡心，發紺等。

梅毒嬰兒之護理法。患梅毒之嬰兒，須嚴密隔離。因其母亦患梅毒，故可自己哺乳，但切不可由無梅毒之乳母哺乳，以防傳染於人。病兒需有最合衛生之環境，多得新鮮空氣與日光，並需最佳之護理。護士料理病兒時，須着長衫，過後將兩手洗淨，但不可用毛刷，恐其擦傷皮膚。

管理方法。預防法與淋病同。教育最爲緊要，對於青年尤須注重。如有病人，應立即報告，敏捷治療。產前病人亦須與以敏捷之治療，使其所生嬰兒得免發病。對於貧苦人民，亟須設立免費診療所及實驗室。診療所中之病人停止治療者，須往訪視。

患梅毒之人，不可作隨身傭僕，或理髮匠。

病時消毒。由顯露之損害而來之溢液，必須消毒，敷料必須燒去。布單裝入袋內送往洗衣所，依常法洗濯，袋之外面不可染污。碗碟須用肥皂水仔細擦洗。終期消毒。被褥晾曬六小時。隔離單位用肥皂與水仔細清潔。

淋病(白濁) *Gonorrhoea*

定義。爲一極易傳染之人類病症，平常由性交而得，最初染病者卽爲性器官，惟附近之其他器官，亦常受染。嬰兒於經過染病之生產道時，眼受急性傳染，名爲初生兒眼炎 *Ophthalmia neonatorum*。

病原。其病菌爲淋病球菌(奈瑟氏淋球菌) *Gonococcus* (*Neisseria gonorrhoea*)，係一種豆形之微生物，兩兩成對，見於病人新鮮之溢液內，此症不限氣候，種族，與年齡。淋病球菌雖在體外死亡甚速，但此症極易傳染。普通有三種：(一)男女生殖器之傳染，不論年齡大小；(二)小女孩之淋病性陰道炎 *Gonorrhoeal vaginitis*

(二)淋病性結合膜炎(初生兒眼炎) (Gonorrheal conjunctivitis of the eye (Ophthalmia neonatorum))。

傳染之途徑。成人大抵由性交傳染，幼女因直接與染病之女傭或他兒接觸，或因手指被褥等爲新鮮排出之細菌所染污。嬰兒淋病性結合膜炎常爲一致盲之原因，最普通者，由於經過生產道時被染。護理病人者，亦可得此，或眼爲陰道溢液所污而受染。

潛伏期。一日至十四日，平常自三日至五日。

傳染期。溢液內有淋病球菌時，不論其病係新起，或舊染。此爲一極易傳染之病症。

免疫性。天然免疫性或後天免疫性皆無。淋病菌液祇用於治療，不用於預防。

生殖器淋病傳染之症狀與療法。粘膜局部發炎，小便時覺痛或燒熱，時有尿意，稍後有乳酪狀之黃膿排出。此傳染可歷數星期或數月之久，並有許多器官，可發生利害之併發病，男子爲睪丸炎，前列腺炎，或前列腺膿腫，女子爲膀胱炎，輸

卵管炎，骨盆膿腫，與腹膜炎，因傳染由輸卵管開放之一端蔓延所致。男女病人皆可併發淋病性關節炎，與心內膜炎。

淋病最常爲婦女不孕之原因。局部療法，用過錳酸鉀 *Potassium permanganate* 或

過錳酸鋅 *Zinc permanganate*、硝酸銀 *Silver nitrate*、阿久羅 *Argyrol*，或其他銀鹽

類之弱溶液注洗。全身療法用滋養而不刺激之飲食，不可飲酒，不可用調味品。

強飲液體，通暢大便。最好能臥床休息。異性蛋白，牛乳，或無毒之細菌，在溶

液內，可注射靜脈，以興奮細胞，多生抗體。淋病菌液無預防功效，亦非一特效

藥，祇用以輔助刺激細胞之活動而已。

幼·女·陰·道·炎·之·症·狀·與·療·法。陰道內有溢液排出，溫度或略升高，惟平常小兒並無

不安，依然往來活動。

療·法。以溫暖之硼酸溶液注洗陰道，用一導管與注洗袋，繼用少許阿久羅滴入陰

道。此症極易由手指傳染眼，並由沾染布單等物之陰道溢液而傳染他人，故於護

病之時，最宜小心預防。如小兒甚幼，不能教以兩手保持清潔，（即離開身體），

當用臂夾，以防其觸眼。用會陰墊與尿布妥縛，可免溢液排出。幼兒不可任其自己如廁。

淋病性結核膜炎。淋病球菌之外，雖有他種細菌可致急性傳染性結合膜炎，惟初生兒之眼傳染病，應由此菌負最大責任。實則如有適宜之方法，完全可以預防。若於初生之時，即以百分之一或百分之二硝酸銀溶液，百分之十五或百分之二十阿久羅溶液一二滴，滴於兩眼，可以制阻生產道之傳染。此療法須於小兒甫經產出尙未沐浴時行之。各國多有制定法律，令醫師助產士遵守者，違者重罰。

若因疎忽而致傳染，其症狀平常於最初四十八小時內發現，略有充血，溢液初爲漿液性，旋即變爲膿性。驗因發炎而甚腫，須用牽開器方能張開。膿液流出有毒烈之傳染性。若不迅速治療，角膜將被毀，而致終身成盲。

故早期療法，必須努力實行，但宜十分輕柔。每小時注洗一次，重者每隔十分鐘或十五分鐘一次，用溫和之抗毒溶液，如百分之二硼酸等。一日三四次，於注洗後滴硝酸銀或阿久羅溶液。注洗中間，亦常吩咐用冷罨法。若祇一眼受染，

其好眼必須保護。病人側臥，使溢液離開好眼，並以透明盾保護之。巴佛爾與畢萊德兩氏所言之盾，係用X光軟片剪成所需之形狀，用合口膏粘貼，封住其上下及近鼻之一邊。靠耳之一邊鬆開，以流通空氣，防片受蒸。因此軟片係假象牙製成，極易燃燒，須防着火。好眼用預防劑注洗，或滴藥，但須另備一治療盤，貼明標記，以防傳染。護理病人，為一個護士之責任，宜穿長衫，戴護眼鏡，以資預防。注洗時或需另一個護士襄助。

豫後 此病之嚴重，非因其結果可以致命，（此事罕見），乃因其性質極易傳染，可使社會方面與個人方面，發生不幸。此為男子重大之病症，然於女子更甚。護士切不可忘其能使人失明，無可救藥，以致終身受害。

管理與預防 第一應注重教育性智識，性衛生，及社會道德行為。巴佛爾與畢萊德兩氏嘗云：教育兩性衛生之事，尤其為兩性間各種年齡之節慾問題，此事頗合於健康及正常之發育。禁止娼妓，小兒衣褲須掩蔽生殖器，並制定法律，初生兒一律用硝酸銀滴眼，早期診斷，早期治療，及訪視病人，至治癒為止，以上皆為

急需之預防方法。

檢疫。淋病無需檢疫。此症須報告，其記錄祕密保存。病人若住醫院，不可在公共病室內，免致影響病人道德。

病時消毒。蓋於顯露傷口上之敷料及墊子，均須燒去，衣服布單，裝在有標記之袋內，送往洗衣所，照常用肥皂與水洗淨。碗碟不須消毒。病人用過之浴盆，須用肥皂與水仔細擦洗。

終期消毒。被褥及隔離單位透風曝曬六小時，並用肥皂與水洗滌。

腸熱病(傷寒) Typhoid Fever

定義。爲人類之急性傳染病，因腸熱桿菌(傷寒桿菌) *Bacillus typhosus* 所致。其特徵爲腸淋巴濾泡名集合淋巴結者發炎潰爛，脾亦增大。自臨床上言之，此症所顯之症狀不一，其最有定型者，爲稽留熱，脈比較緩慢，皮上有或多或少之玫瑰式斑，常在腹部。

源流 此病昔常與斑疹傷寒相混。美國菲拉台爾菲亞州之裘哈特氏 Gerhardt 始於一八三七年將此兩症加以區別。病原菌於一八八〇年由伊培氏 Boels 發見。此症在中國全年皆有，夏秋兩季，更爲盛行。

病原 其病原菌爲腸熱桿菌（傷寒桿菌），不生芽胞。冰凍不能殺滅此菌，惟受攝氏六十度之熱十分鐘即可殺滅。無論何色人種，亦無論何種年齡，皆無免疫性，惟多數患者，皆在青年或壯年時，男子較女子爲更多。細菌在此病之第一星期見於血內，非俟第一星期後，罕見於尿糞內。惟病時常見於脾內，淋巴腺內，膽囊內，及骨髓內，病人復原後或仍有之，在膽囊內尤甚。

潛伏期 七日至二十四日，平常自十日至十四日。

傳染之來源 病人及帶菌者之尿與糞，間或爲痰。

傳染之途徑 直接或間接與病人或帶菌者之尿糞接觸，嗅腸熱桿菌染污之食物，或飲染污之水或牛乳。其染污之原，或因溪流爲廁所之滲出物所污，或由蠅類傳帶，其足上與翼上，皆有細菌，或細菌在蠅糞之內，其毒性並未改變。

傳染期 自發現最初症狀，直至疾病終止之時，包括恢復期在內。平常需兩次大便培養物內無腸熱桿菌，病人始免除檢疫。

免疫性 有免疫性之人，顯然頗多，如健康之帶菌人是也。一次患病後，平常可得永久免疫性。人工免疫性可由接種而得，約歷時三年。

症狀 腸熱病亦與許多疾病相同，不盡依其正確之程式進行。有一種逍遙性腸熱病，患者不覺甚病，故照常行動。亦有病勢沉重，於第二或第三星期內即死者。惟正型之腸熱病，歷時約四星期，其症狀大略如下：

第一星期 初三四日，病人稍覺不爽，頭痛，食欲不振，背腿痠痛，溫度增高約一二度。或有寒戰。如服輕瀉劑，或有腹瀉。後半星期症狀加重，病人臥床，溫度逐步上升，至週末，可達華氏表一百零三度至一百零五度，午後較高，晨間略退。此時舌上有苔，胃口全失。脈搏九十至一百，或為重脈。腹脹，觸痛，壓之有聲，脾在左肋下可以摸出。病人腹瀉或便秘，如係腹瀉，其糞作黃綠色，濃厚如羹湯。

第二星期。其特殊之疹，平常於第七日至十二日發出，爲細小之玫瑰色斑，壓之則隱，最常見於胸腹部，或祇有四五點，惟全體均須檢查。疹或接連成批而出。於第二週內，溫度與第一週末相仿，僅略有變動，脈與呼吸稍增，但不合溫度比例。如無良好之護理，唇舌與齒，皆有口垢，其色污濁棕黃，爲粘液，細菌，及殘餘之食物所積成。病人之精神狀態，呆滯冷淡，委頓床中，喃喃嚙語。其手與舌，顯肌震顫，以指抓被。是爲腸熱病第二週特殊之精神與神經狀態，名爲重腸熱狀（重傷寒狀）Typhoid state，他病亦可有之，最著者爲肺炎與斑疹傷寒。此狀顯示病人之中毒頗深，常足令人憂慮。

第三星期。此爲腸熱病人危急之一週。病人迴腸下段之淋巴組織名集合淋巴結者發生潰瘍，是爲腸熱病特殊之損害，此時已深而有腐肉。於第三星期內腐肉將脫離，有自潰爛面出血之危險。若潰瘍甚深，尙有穿破之危險。腹膨脹益甚，易致出血與穿破。此時復有肺炎之危險，因肺內墜積性充血所致。病人貧血，心臟因受毒及體溫常高而衰弱。欲免褥瘡，非最小心護理不可。病人之白血球計數，低

於正常。

第四星期。於第三週末，或第四週初，恢復開始，溫度漸降，舌苔清潔，胃口復原，病人復知注意環境，而入於恢復期。

復發。復發並非不常有之事，且常在溫度正常後一星期或十日。腸熱病人須緩緩起床；復發有時致命，惟平常則為輕性之二次發作。恢復期內之病人，常貪食無饜，須用柔軟食物，至腸損害已完全癒合為止。

豫後。死者約百分之五至二十。若病人不能得適當之醫療與護理，則其死亡率增高。強壯之人，其豫後反較瘠瘦者為不良。

併發病與後發病。出血與穿破，為普通之併發病。腸穿破後，可發生腹膜炎。肺炎，股靜脈血栓形成，中耳炎，敗血病與膿毒血病，亦常有之。褥瘡可藉優良之護病法預防。

診斷。實驗室診斷，可於第一星期中在病人之血內查出腸熱桿菌。第一星期後，可得肥達氏反應Widal reaction陽性。病人尿糞內，於第一星期之後亦有細菌。

療法。腸熱病無特效療法。其症狀隨所起而治之：冷水擦法或冷濕布裹法用以減低溫度；小心節制飲食，以免腹膨脹；若有膨脹，腹部用熱罨劑；便秘者每日灌腸。如有出血，可吩咐用冰袋。腸熱病罕用嗎啡，因其易使腸穿破之症狀，隱而不露也。

護病法。護病法中須包括下列數點：

(一) 隔離。病人可用內科無菌技術在普通病室中護理，但須用紗窗或蚊帳，嚴防蠅類。

(二) 飲食須規劃，其目的在避免膨脹，並維持長期發熱病人之精力。需用高熱力飲食，並多進液體。不可刺激潰爛之腸。食品須隨時變換，不可僅用一種，以免病人生厭。其適宜之飲食，可參閱北平協和醫學院所編之中英文飲食單。

(三) 注意病人之口最爲緊要。若口中污穢，欲使病人充分進食，愈益不易。每四小時宜清潔一次，食後必須漱口。護士不可忘却注意病人之唇。

(四) 預防褥瘡。腸熱病人久困床褥，故預防褥瘡，頗非容易，但終可做到，

且爲護士之技術，與忠心服務之絕好證明。

(五)溫度脈搏與呼吸，每四小時記錄一次。護士須注意病人之脈與呼吸，忽然增速，或爲出血之警告，溫度低落，或爲腸穿破之徵。

(六)冷水擦法或冷濕布裹法，平常於溫度高至一百零三度以上時吩咐用之。酒精擦法或搨扇，病人可以不多用力，亦常應用。惟無論用何方法，必須輕柔，轉側病人宜小心。因病人不宜用力，故轉側時須有護士二人。又因病人有墜積性肺炎之危險，故宜時常轉側。利用病人轉側之時間，以料理其皮膚，襯入橡皮單或棉花圈。

(七)腸熱病人普通雖在半昏迷狀態，但亦有發生譫妄者。病人須小心注意，防其下床，以致發生重大之結果。

(八)灌腸。如醫師吩咐灌腸，護士須謹記所用液體，不可過一量磅，並宜用低壓力。每次大便，均須仔細檢查其有血否。血或作鮮明色，或作柏油色。如大便中有血，宜保存之，以備醫師檢查。

併發病之護理。如若出血，病人宜極安靜。腹部或吩咐用冰帽，如此必須應用合法，隨時裝滿。如無命令，切不可用嗎啡。時常按脈，初時每十五分鐘一次。飲水以使口濕潤爲度，或含碎冰少許。墊高床尾，立即通知醫師。

腸穿破之症狀，爲腹部有尖利之痛，緊張，觸痛，溫度降落，有虛脫之狀。護士宜立刻通知醫師。或須用外科療法，敏捷施行，以保全病人生命。病人若在自己家內，護士須準備及襄助此緊急手術。出血或穿破時皆可用輸血法。如有靜脈炎，病人須極安靜。腿宜用枕墊高，一切沐浴及治療等等，須以少動病人爲宜。醫師或吩咐於患處置冰袋，至腫消痛止乃移去。

管理方法。教育恢復期內之病人與帶菌人。大小便後，須嚴格實行個人衛生。恢復期內之病人或帶菌人，概不得在廚房內工作，或傳遞食物。

預防法。教育公衆，注射腸熱病菌液(傷寒菌液)，以資保護。共須注射三次，每次相隔四日至七日。腸熱病菌液有時與副腸熱病(副傷寒)甲乙菌液同用，有時與霍亂菌液同用。

病時消毒 尿糞與吐物均須消毒，除氫化高汞外，其他消毒劑皆可應用。所用之分量，須與消毒之物質相等，完全混和，置一小時傾棄，百分之五含氫石灰，爲一價廉而有效之消毒劑

服單類須於乾時送往洗衣所，裝在一外面潔淨而有標記之袋內，連袋煮十分鐘，煮後照平常洗之。門旋與自來水開關，不可染污。食器須煮過，殘餘食物宜燒去。

終期消毒 病人可洗清潔浴。隔離單位用肥皂與水仔細清潔，通空氣，曬太陽。枕褥晾曬十二小時。污絨毯須先曬乾(不可有蠅類接觸)而後洗之。

副腸熱病(副傷寒) Paratyphoid Fever

病原 一切均與腸熱病相近似，惟病原菌不同。此兩症之致病細菌，顯有區別。副腸熱病因兩類桿菌所致，即副腸熱桿菌甲(副傷寒桿菌甲) Paratyphoid bacillus A 與副腸熱桿菌乙(副傷寒桿菌乙) Paratyphoid bacillus B。潛伏期平均七日。傳染

之來源，與傳染之途徑，與腸熱病(傷寒)同。

症狀。副腸熱病在臨床上與輕性之腸熱病不易區別。如因甲類桿菌所致，其病可較乙類桿菌所致者爲重。豫後較腸熱病爲佳，鮮有死者。病人亦可出血，護士宜注意之，但較腸熱病爲少見。

療法與護病法。與腸熱病同。

病時消毒與終期消毒。與腸熱病同。

霍亂(亞細亞霍亂) Cholera (Asiatic Cholera)

定義。爲人類之急性傳染病。因霍亂弧菌 *Cholera vibrio* 所致，或爲地方病，或爲流行病，或爲大流行病。其特徵爲病人泄瀉嘔吐不止，消瘦虛脫頗速。

源流。『霍亂』兩字，中國於二千年前，卽已知之，惟此名詞大抵用以指急性胃腸病症。真性霍亂大約於十九世紀之初，由印度傳至中國。衛生署記錄，報告沿海各省及長江流域時有流行病，相隔之期間不一。霍亂病菌係一八八三年德國郭

氏 Koch 所發見。

病原 霍亂之病原菌，爲霍亂弧菌 *Vibrio cholerae*，或稱撇形弧菌 *Vibrio comma*，或稱郭氏撇菌 *Comma bacillus of Koch*。此係濕熱季之病，不論男女老幼，皆可患之。細菌在糞內與吐物內，罕在尿內。細菌離體後死亡頗速，易爲熱與乾燥所殺滅，亦易爲消毒劑殺滅。在人體內時，見於小腸及膽道內。

傳染之來源 病人之排出物，如糞便，與嘔吐物，間或爲尿。恢復期帶菌人亦有之，惟不甚緊要；病人恢復後，通常其大便內已無細菌，未必能經歷至數星期以上。

傳染之途徑 傳染性之排出物，必須達於口內，其途徑有四：

- (一) 染菌之水，被人糞所污者。
- (二) 染菌之食物，大抵爲鮮果與未煮熟之蔬菜。
- (三) 由蠅類傳帶，此蠅類曾停在病人身上，或其排泄物上者。
- (四) 由手指傳帶，其手曾料理新鮮之排出物，或甫被染污之物件者。

潛伏期 十二小時至三日，間或爲五日。

傳染期 平常在此病之進行期內。有少數霍亂症，其弧菌於短時間內常見於大便中。此症之傳染性頗高。

免疫性 此症可有天然免疫性。胃液之酸性分泌能殺菌，然若人之生活力減低，或其菌係毒性，或數目甚多，即不足以資保護。後天免疫性可於皮下注射霍亂菌液而得，可歷時六個月至一年。此症無被動免疫性。

症狀 初起或突然而來，腹痛或有或無，大瀉之後，可覺一舒；亦或由漸而來，如平常之腹瀉。無論驟起或漸起，大便旋失去糞質，而成爲水狀，頻瀉不止，內含粘膜片。腹瀉爲最初之特殊症狀，繼即嘔吐，初爲食物，後爲水狀液。因吐瀉二者所失去之體液甚多，爲霍亂第一重大之危險。數小時內，可以失去液體數加脫（兩量磅爲一加脫）之多。此脫水之結果，旋即顯明，面容尖削，兩眼凹陷，全體消瘦。血壓降落，脈弱而速，四肢寒冷發青，皮膚作黯灰色，唇亦發青。此虛脫之狀，於初起後數小時內即可顯出，或遲延一二日。病人常於此期內死。

生存之病人，則有發生尿毒症 *Uremia* 之險象，是爲霍亂症第二重大危險。尿毒症由於大便及吐物內失去鹼分太多，而致酸中毒 *Acidosis*。並由同樣之原因而致尿閉，及血壓降低之故。因此病之急性期祇有數日，有時不過數小時，故其危險自始卽有，治療目的，卽在從早預防。薛拉特氏 *Seligs* 云，若不重用鹼類，霍亂病人百分之十五係死於尿毒症。

反應期 足有半數病人，於虛脫期過後，卽發生保護反應。腹瀉減輕，而脈象進步，發紺消滅。如能避免尿毒症，病人可以繼續進步，而得恢復。

療法 治療之法，爲恢復體液，預防酸中毒與尿毒症。

(一) 病人宜立送醫院，臥於床上，用絨毯蓋暖，並置熱水瓶。

(二) 重者立刻於靜脈內輸入高滲鹽溶液。Dr. Chai 所用之一種溶液如下：

氟化鈉

一一〇厘

氟化鈣

四厘

氟化鉀

六厘

水 一量磅

此溶液四量磅，以高於體溫十度之溫度立即輸入，每隔六小時至八小時繼續一次。每次輸入鹽溶液之前，須先於靜脈內輸入鹼溶液一量磅，其配合如下：

重碳酸鈉 一六〇厘

氫化鈉 六〇厘

水 一量磅

據一九三三年十二月份中華醫學雜誌載，上海某醫師幾專用當量鹽溶液（每千西西含鹽九克），曾治三千餘人，其死亡率不到百分之五，可謂最低，惟諸人均係立即治療云。

(三)如病人就治甚早，尙未至虛脫期者，可用白陶土 MgO_2 ，以代靜脈內療法。白陶土係一種精細之白色粘土，其吸收力甚強，能吸收腸內之毒素，而使其成爲無害。每百克和水二百五十西西，每劑自三兩至六兩，隔半小時一次，共服兩量磅。病人在家庭內護理者，此療法頗易實行。

(四)藥品殊少用。百分之一厘阿託品 Atropine，與一百五十分之一厘洋地黃 Digitalis，頗有價值。鴉片與止瀉藥不宜用。

(五)反應期開始後，如有尿閉，可用直腸灌洗術輸入鹽水，以供給液體。護病法。病人當用內科無菌技術隔離。醫院內常以一個統病室，或一排病室，收容此類病人。無論如何，病人不准起來。病室須裝紗窗，以防蠅類飛入。食物。因病人嘔吐，故平常不能由口腔飼食。最初二十四小時至三十六小時內不給食物，後用米湯或蛋白水，時進少許。俟病人顯有進步，即可加入少量之液體或柔軟食物。過錳酸鉀 Potassium permanganate 弱溶液(作淡紅色)如病人能服，初起即可用之。

用人工法使病人溫暖，蓋絨毯，並置熱水袋。

被排泄物染污之物，均須小心消毒。

輸入與排出之液體，須在單中記明，包括靜脈內注射與嘔吐物在內。注意尿閉。

於需要時襄助靜脈內輸入法。

護士與侍候病人者應有之防範。離開病室之前，須脫去長衫，小心擦洗兩手。

食前須將兩手仔細擦淨。

祇喫煮熱之熱食物，與可以浸在沸水內三分鐘之水果。霍亂流行時，盛食物之器皿，用時須以沸水燙過。時常用過錳酸鉀漱口劑。

最後一則，須注射霍亂菌液，以資預防；此法頗佳，但護士仍不能免除其他一切警戒。

公共預防法。霍亂一症，預防最爲緊要，亦最爲有效力。惟公衆於此，必須互相合作，與其他衛生方法同。此事須從教育入手。明瞭個人衛生之原理，而加以應用，最爲緊要。關於霍亂之原因，及其傳染之途徑，與注射防疫針之價值，必須教導公衆，使其明瞭。實行免費注射，使居民皆有免疫力，此爲最可靠之防疫方法。市政府應保障人民有清潔價廉之水源，糞便垃圾，有安全適當之處置，並滅除蠅類孳生之所。售賣之水果食物，必須遮蓋，切開之西瓜，尤應注意。

病時消毒。尿，糞，吐物，漱口水，浴水，用一種煤膠衍化物消毒一小時。消毒劑之分量，須與消毒之物質相等。食器應煮沸十分鐘，殘餘之食物須消毒。布單等應裝在外面潔淨之袋內送往洗衣所，糞十分鐘，然後洗淨，浸於濃度適宜之煤膠消毒劑中一小時。

終期消毒。病人可洗清潔浴。枕褥如未污，可曝曬六小時。如已沾污，須用紗障防蠅，曬十二小時，再行清潔。絨毯須曬乾，照平常方法洗之。

桿菌痢 Bacillary Dysentery

定義。爲人類之急性傳染病，亦可變成慢性，因痢疾桿菌 *Bacillus dysenteriae* 所致，其特徵爲驟然而起，發熱，裏急後重，並下特殊之糞，內含膿，血，粘液。源流。據衛生署報告，桿菌痢在中國各地實際上爲地方病。歐洲大戰時，此症爲前線死亡之一原因。痢疾自古已有，惟直至一八九八年，始由日人志賀氏 *Shiga* 發見其病原菌。稍後復由傅蘭克斯納 *Flexner*，克魯斯 *Kruse*，柏克 *Parke* 等，分

出此桿菌之各亞類。

病原 痢疾桿菌爲此症之病原菌，分爲數類。志賀氏桿菌與佛蘭克斯納桿菌爲普通者。菌在結腸之粘膜內，以致急性發炎，而繼以壞死與潰爛。男女老幼，皆可染病，惟男子較女子爲多，兩歲以下之兒童，尤易受染。其素因爲熱帶地方氣候炎熱，生活情形不佳，並吃粗糲不消化食物。

傳染之來源 病人之糞便。

傳染之途徑 由口而入；細菌必須咽下，故由飲食不潔所致；手指被糞沾污，亦爲重要因素；蠅類於其體之內外傳帶病菌；桿菌痢亦有帶菌人。

潛伏期 二日至七日。

傳染期 此症之急性期內，平常約三四星期。慢性症可以長期傳染。

免疫性 大概無天然免疫性；一次染病後，可得若干保護，惟以後亦可再染。因細菌種類不一，故尙無可靠之菌液，現所售者，易致不良之反應。

診斷 診斷用血清試驗與細菌試驗。於糞內查得桿菌，爲其最後試驗。大便之特

殊形狀，可助診斷。

症狀。來勢甚驟，腹絞痛與腹瀉。大便初含糞質，旋即變為特殊之狀。一二日內病人每日可排便十五次至三十次以上。有定型之痢疾糞，為血，膿，與粘液所合成。其色或如乳狀，內有血絲粘着於便盆底。平常初時無臭氣。重者稍後作黃綠色，有壞疽臭。普通所見之全身症狀，為發熱，頭痛，嘔吐，腹部觸痛，有顯著之裏急後重。病人或中毒，思睡。體溫一百零一度至一百零三度，鮮有更高者，脈速。以上各症狀，當於兩三星期內消滅。若延長至一月以外，即為慢性，常有輕微症狀，可歷數年之久。病人有時於第一星期內死，先有譫妄與虛脫，亦有於稍後因衰竭而死者。兒童之症狀，易致甚劇，其死亡率頗高。

併發病與後發病。關節炎，腮腺炎，與腸壞疽，最為普通。久病之後，可患貧血症。瘧疾與痢疾常同時發生；重者心腎皆可受病；癱瘓質斯痛，亦非不常見者。豫後。病人之年齡，細菌之毒性，及是否有敏捷合法之治療，皆與豫後有關。若發炎延至小腸，其危險增大。此病能迅速治療，即可獲痊。

治療。病人須絕對臥床休息，直至恢復之時。初起時可服蓖麻油半兩，以清除腸內之刺激物。腹部敷熱可使病人舒適。急性期內之食物，爲濾過而無刺激性之液體，如稀粥，米湯，藕粉，大麥湯，與雞蛋白等。此外可多飲水。此期內不可飲牛乳。稍後其飲食可徐徐增加，包括柔軟而不刺激之食物。

藥物。鉍 Bismuth，硫酸鈉 Sodium sulphate 與鉍，爲常用之藥物。重者宜用當量鹽溶液一千西至二千西，及時輸入靜脈內，以防虛脫，俟極急性期過後，可用溫暖之注洗劑注洗腸，如當量鹽溶液，重碳酸鈉弱溶液，或過錳酸鈣 Calcium permanganate 弱溶液，用以清潔與抵抗結腸內之毒素。

血清療法。如桿菌爲志賀氏類，用血清療法之成績極佳。惟亦不盡有效，且與其他血清同，必須早用，最好在二十四小時以內。司麥萊醫士 Dr. Smyly 法，係每日注射兩次，每次自四十西至八十西，繼續至溫度正常，大便內已無粘液爲止。如試用三四日後，血清顯無作用，則係例外。或在此症之後期，司氏主張用迨金氏溶液作爲保留灌腸劑，保留過夜。溶液之濃度，逐漸增高，自百分之二十

至百分之百，視病人之耐量而定。雅春 Yaten (市售者名藥特靈) 兼用作口服及直腸療法，口服每日〇·五克，灌腸用三克溶於二百西西之水內。直腸注射之前當先用清潔灌腸劑，最好於夜間注射。

護病法 病人用內科無菌技術，嚴行隔離。如有有經驗之護士，實行無菌技術，病人亦可住在普通病室內。病人在床上蓋暖，不准起來。急性期內，需有兩護士共同合作，於病人大小便時相助，以免其用力。著者曾見一可怕之創傷，係為無保護之便盆口所傷者，病人曾留在便盆上一小時，致受此創。及後痢疾雖癒，而病人因褥瘡染毒，困頓床褥者又數星期，方得恢復。規定飲食，宜小心配備，且須悅目。水宜多飲。食物之增加，宜極徐緩；若增加太速，或食刺激性食物，常致復發。皮膚需小心注意，謹防發生褥瘡，被褥單須更換清潔，如病人為一成人料理時須有兩護士轉側病人。如用藥物灌腸，當由護士小心辦理。保留灌腸劑灌時須極緩，且用低壓力，灌洗筒不可高過直腸六英寸，須在體溫度，並用小號導管，以免刺激。病人之體或床尾，須略為抬高。用量由醫師吩咐，大概不得過二

百西。

預防法與管理法 關於飲食清潔，個人衛生，及排泄物之處置，其預防及管理法與霍亂及腸熱病同。若非人民能撲滅蠅類，或使蠅類不得入室，於烹調食物及就食之前，洗淨兩手，並於大小便後洗手，勿食未煮熟或未洗淨之水果蔬菜，則桿菌痢與其他以同樣方法傳染之病症，仍不免為死亡之原因也。

病時消毒 糞使用煤膠衍化物，福爾馬林（蟻醛溶液）Formalin，或氫化石灰 *Chloride of lime* 消毒，惟須濃度適宜，且須經過適宜之時間。（參看消毒藥表）。教導鄉民，將病人之糞倒入坑內，和以石灰，用蓋蓋緊，以防蠅類。

布單被大便所污，須先用適當之溶液消毒，然後洗之。乾者可裝在外面未染污之袋內送往洗衣所，連袋煮十分鐘，然後洗之。

碗碟與治療器具須煮過。

終期消毒 隔離單位用肥皂與水清潔，枕褥在日中曬六小時。

阿米巴痢 Amebic Dysentery (Amebiasis)

定義 此係結腸之急性傳染病，易成爲慢性。此症係一種原蟲寄生物名阿米巴 *Ameba* 者所致，其特徵爲結腸發炎潰爛，糞中含血與粘液，間或侵入肝，而致肝膿腫。

源流 此症各國皆有之，惟在熱帶國係地方性。據全國衛生防疫記錄，中國中部及南部更爲盛行。小兒時染此病，惟最多則在二十歲至三十五歲之間，男子較女子尤爲普通。其病原菌於一九〇〇年發見，至一九〇三年由邵亭氏 *Schaudinn* 命名。

病原 於人類致病之阿米巴，現祇知有痢疾阿米巴（赤痢變形蟲）*Endamoeba histolytica*，卽此症之病原也。痢疾阿米巴爲一種單細胞之原動物，特結腸粘膜內之細菌與赤血細胞爲生。由糞中排出時有兩種形體：一爲繁殖體，一爲包囊體。前者死亡頗速，惟後者較有抵抗力，若入於水或植物內，可以嚥下，而在新宿主之

結腸內繁殖。

傳染之來源 染菌者排泄之大便，即病人，恢復者，與健康之帶菌者。

傳染之途徑 吞下水與未煮食物內之阿米巴囊。蠅類亦可傳帶病菌。

潛伏期 不易計算，約自三星期至六星期。

傳染期 病期內皆可傳染，包括慢性期在內。

免疫性 大概無之，以後復發者頗多。亦無預防菌液。

診斷 糞內有阿米巴，為確定之診斷。

症狀 初起或為急性，腹痛，時下含血之大便，或初起時較緩，症狀亦較輕。阿米巴痢之痛與裏急後重，不如桿菌痢，大便次數亦較少，平常多含糞質。或發微熱，但罕有惡心，病人異常消瘦。

阿米巴於大腸內或一部份之大腸內繁殖，而致破壞粘膜，發生潰瘍與壞死，大便內之血與粘液及惡臭，即由此種損害而來。阿米巴亦可由所居之結腸部份，而遷徙至附近之器官或組織。被侵入之器官為肝，致成肝膿腫，亦可穿入肺中，

或入門靜脈與肝靜脈。有時亦可由腸而潰穿入腹膜。此症多變成慢性，輪流發作便秘與腹瀉。

豫後。早期與以適當之治療，平常可以恢復；成爲慢性者，頗難治癒。併發病與後發病。肝膿腫；因有癥痕而致腸梗阻；腸出血，與腹膜炎。

療法。急性期內，臥床休息，用柔軟而不刺激之飲食，牛乳當佔其大部份。此期內須多飲水，過後用高蛋白質飲食。急性期內，以澱粉與鴉片酒灌腸劑，輕輕灌入，可以安撫直腸。吐根素 *Emetine*，即吐根活動之甙鹼，乃阿米巴痢之特效藥也。前用皮下注射法，現知口服較佳。碘化吐根素銨 *Emetine bismuth iodide* 可每日服之，每劑三厘，連服十二日。皮下注射劑平常每日自半厘至一厘，接連六日至十日，是爲一周，以後休息一星期，如需繼續治療，可再行開始。

用吐根素時，須嚴密注意病人有無中毒之症狀，即血壓降低，脈速，腹痛，譫妄。

濟南杜醫師 Dr. Struthers 附註云：治療阿米巴痢最有效之藥，大概當推「幾

尼芬」Chiniofon (sodium iodoxyquinoline sulphonate)。雅春亦有價值。此藥可用以灌腸，亦可口服。吐根素有時成績佳良，惟有中毒之危險，故使用不能無限制。其平常劑量爲每日一厘，惟一月中口服之總量不可過十二厘，亦常有不到十二厘卽發生毒效者。「卡巴森」Carbarsone 爲最近發售之藥，其療病價值如何，尙難臆測。「幾尼芬」置於普通膠囊中口服，平常劑量爲一克，每日三次，連服一星期。休息一星期後，當再服之。

如他法一概無效，有時用外科療法，惟於病人不免有危險。

護病法 病人用內科無菌技術護理。急性期內，在床上蓋暖。病人輸入與排出之液體量，須用表記錄。糞須小心檢查，記錄結果。大便標本須於新鮮時送往實驗室。

預防與管理法 參看桿菌痢。

病時消毒與終期消毒 參看桿菌痢。

放線菌病(菊形菌病) Actinomycosis

定義 此爲牛類之慢性傳染病，係牛放線菌 *Actinomyces bovis* 所致。間或傳至於人，而於頷及舌發生塊形之腫瘤，故普通稱爲頷腫病 *Lump jaw*。病原 其病原菌已見上，牛類之頷腫病，即由於此菌。中國患此病者聞祇有十餘人，惟散在各處。

傳染之來源 其主要之來源，大約爲草與穀由病牛染着此菌。

傳染之途徑 大抵由染菌之穀草，自口粘膜之創口而入組織。人有採食一梗草，或以柴心剔牙者，或致損傷粘膜，或口內本有創口，菌遂乘隙而入。亦由病人損害內之溢液，或口鼻腸內之排出物，或甫被排出物染污之物件而傳染。

潛伏期 不明。

傳染期 病人有顯露之損害時，其病菌可用顯微鏡檢查或培養法證明。
免疫性 不明。並無菌液，亦無血清可得被動免疫性。

症狀 此病有若干型。其普通者攻擊頷，致有腫塊發現。腫塊可以破裂，而排出黃色之膿，膿內滿含病菌。口之裏面，舌，或扁桃體，亦可被染。又一類染肺，而有咳嗽，吐痰，呼吸困難，膿毒性熱，與胸膜痛。如爲腹型，則有寒戰，不規則之發熱，嘔吐，痛與腹瀉。器官可發生膿腫而成竇。此外尚有皮型，腦型，與粟粒型。此症可成爲慢性，歷時數月之久。

豫後 面，頭，與皮等型，如早發見而早治療，卽有恢復之機會。此症易復發。肺型之豫後，最爲嚴重，平常經過多月而死。

診斷 根據臨床現象，由顯微鏡檢查證實之。

療法 骨若染病，或需用刮術或膿腫截除術，則用外科療法。皮膚型用 X 光線療法，並佐以碘化物。碘或硝酸銀可注入皮腫瘤。碘化鉀 *Potassium iodide* 口服至病人之耐量。

護病法 敷料如立即焚毀，可以無需隔離。護士與侍應病人者爲病人料理後，必須擦洗潔淨。用滋養之飲食，多進液體。神經系統受染者，病室內須安靜。亦有

並不臥床者，須教以嚴格遵守個人衛生，燒去用過之敷料，並將染污之物消毒。病時消毒。碗碟與治療器具須煮過；布單等於乾時裝在外面未染污之袋內，送往洗衣所，用熱水與肥皂洗之，曬乾。換下之敷料須立即燒去。終期消毒。隔離單位內，用肥皂與水仔細洗淨，通空氣，曬太陽。枕褥須曬六小時。

麻風 Leprosy

此篇係根據濟南齊魯大學皮膚病科尤醫師之筆記改編而成。

定義 此係慢性接觸傳染病，因麻風桿菌所致。麻風有兩種：（一）結節性 Nodular（二）麻木性 Anaesthetic。此病之初期，大半為皮或淺神經受染；至後期則骨衣與骨亦染病。此症平常發生於熱帶或溫帶地方。

源流 此症由來已久，舊約中嘗提及之。中國古代文字，亦有記載。禮記有民多疥癬之言，素問稱麻風為大風，靈樞則稱之曰癩。此三書之作，皆在紀元前約一



第十九圖 麻風(北平協和醫學院)

千年。十三世紀時，麻風在歐洲頗多，今則患者已寥寥無幾矣。據最近調查，各國之麻風病人，合計約二百萬，其中日本佔五萬，馬來羣島三萬，高麗二萬，中國一百八十萬。沿海各省，患者最多。廣東福建山東三省，約千人中有一人患麻風。故麻風在中國實爲一極重要之病症。

病原學 此症因麻風桿菌 *Lepra Bacillus* 所致。患者百分之七十鼻粘膜內有桿菌，亦在皮之結節內，潰瘍之分泌內，與神經鞘內。麻風桿菌，不能用普通培養基培養；大概從未能用人工法使之生長，故不合於郭氏傳染之定律。

傳染之來源 麻風病人爲其惟一之來源。

傳染之途徑 由於長久密切之接觸，大概因臭蟲，跳蚤，與其他害蟲，惟尙未證明；或者由鼠類爲之媒介，此點亦尙屬疑問。因麻風桿菌普通見於鼻道內，故吸入已乾之鼻分泌物，爲一傳染之途徑，或由飛沫傳染。據菲律賓報告，得此病者百分之三九·八曾與麻風病人同居一室。欲完全明瞭此症之傳染法，尙須加以不少研究，惟長期密切之接觸，易致傳染，則已甚明。此症並非遺傳；幼兒若與患

病之父母分居。可免傳染。感受寒濕，使身體對於麻風之抵抗力減低，至齊魯大學門診所之麻風病人，皆謂因受寒濕而起云。

潛伏期 不明，大概並無一定，自數月至數年皆有。

傳染期與傳染性 病期內皆可傳染，至少在病人有顯露之損害時。麻風之傳染性頗低。

免疫性 論到天然免疫性，女子患此病者較男子少，五歲以下小兒，鮮患此症。多數病人，皆係青年。此症無預防菌液，亦無被動免疫性。

診斷 由皮與神經損害之臨床現象，並於結節或鼻粘膜內查得結核桿菌。

症狀 或有前驅症狀，如寒戰，背與肌肉痠痛，及鼻炎，亦或並無此種症狀。

結節性麻風 分爲三期：第一期發生皮損害，略似某種梅毒疹，故或誤認之爲梅毒。疹色帶紅，或棕紅，普通見於面，手及足。此斑點初時平滑，漸高起而成小結；有時其中央作白色。內含膠狀質，可以查得細菌。第二期可經歷多年，其皮損害更爲明顯，堅硬不動。（參看第十九圖）亦有蕁麻疹性之發疹。小結可融合而

成一大片。眉之外面三分之一，可以脫落，鼻道之粘膜有小潰爛。面部之皮變厚，成爲獅形。腿皮乾燥如鱗，而閃閃有光，狀似魚鱗癬。第三期卽最後一期，有較深之潰爛與壞死，指趾皆可脫落。或有醜陋之癥。

麻·木·性·麻·風。感覺過敏爲麻木性麻風之早期症狀。病人覺有蟻走感（似有蟻或他種昆蟲行於皮上）。及後皮之數區，感覺變鈍，或喪失，其範圍大小不等。皮膚發疹，有紅斑性之斑，其邊緣界限分明，此斑光滑，無鱗亦無毛。發疹之普通地位在臀，背，與四肢，淺神經亦在此時變大變厚，初顯於頸，如頭轉向肩，可以看出。麻木區與神經損傷增多。大片之皮，可以完全失去知覺。病人可致重燒傷而並不自覺。尺神經普通染病，小指與無名指，收縮消瘦，手如爪形。前臂與掌之肌顯然消瘦。骨衣與骨亦可染病，而指趾脫落。鼻與喉潰爛，聲音嘶啞。此種麻風，或需經歷多年，病人因患他病如結核病或肺炎等而死。

混·合·型。混合性麻風爲結節性與麻木性之合併症。惟祇顯一型而不顯他型之症，殊爲少見。

豫後。以前認爲絕症，惟近數年中用新法治療，頗有希望，聞已有治癒之人。若病人於第一二年內卽行求治，可望其症狀之進行較緩，而使生命得以延長。併發病與後發病。此病遷延日久，中間可以發生許多其他病理狀態。

療法。麻風無特效之血清。大風子油 *Chaunmoogra oil* 應用者頗多，亦最有治癒希望。舊法係口服，或應用於局部，普通可致胃炎與皮炎。後用此油注射皮下或肌內，但皆甚痛。近自大風子油之脂酸中提出其二烷醯 *Dipalmitate*，注射時無甚疼痛。劑量自十滴至六十滴，一星期兩次射入臀肌。下列之公式，印度用者頗多：

純粹大風子油 一百份

複蒸溜木溜油 *Creosote* 四份

劑量二西西至八西西，注射皮下或肌內。

聞其功效頗佳，且無疼痛。

碘化大風子油醯 *Iodized ester of chaunmoogra oil* 亦用於結節性麻風。

Krysolgan 與 *Salgonal* 兩種金製劑，亦有價值，惟太昂貴耳。

普通療法。 注意環境衛生與個人衛生，於此病之治療及預防，大有價值。治療宜愈早愈善。兩年以後，即無甚功效。

護病法。 普通醫院中不收麻風病人，非因此病不能由內科護病技術妥善護理（此病乃極不易傳染者），乃因此病令人恐怖，及甚為慢性故也。麻風病院中，護士或侍應病人者，須穿長衫，戴口罩與手套，因病菌在鼻與損害內之故。與病人接觸後，必須擦洗。麻風病人除在最後期外，並不臥床，當勉其多居戶外，擔任輕便之園藝，或編籃等手工藝。但其製品須以能消毒者為限。病人須食物佳良，起居衛生。護士之担任公共衛生者，所見麻風病人，必將不少，故其衛生指導，非常緊要。凡疑似之麻風病人，必須報告，並勸其早用新法治療。護士亦能援助此輩不幸之病人，以減輕其痛苦，使之自覺並非一無賴流民，而仍為社會間有用之人，可望治癒。護士亦可以麻風之真相宣示公眾，造成輿論，以要求設立免費病院，與免費診所，而共同維持之。

管理方法。 病人有顯露之皮損害者須隔離。若損害已癒，且知注意個人衛生，及

燒去鼻咽溢液，不與他人接觸，通常可以任其回家。與病人接觸過者毋需檢疫。病時消毒。燒去皮損害之敷料，及鼻咽溢液；碗碟須用熱水與肥皂洗淨，衣服布單須煮過十分鐘，然後洗之。

終期消毒。房間與一應器具，須仔細清潔，使空氣日光，通入全室。

瘧 Malaria Fever

瘧為特殊之原動物所致，由蚊咬而傳達。其發熱有定期，頗為明顯，可分三種如下：(一)間日瘧 *Tertian*，(二)日瘧 *Quartan* (三)夏秋瘧 *Estivo-autumnal*。

瘧於世界各國，分布甚廣，熱帶，亞熱帶，與溫帶皆有之；凡有水與溫暖，及傳染之媒介物——安俄非雷蚊——者，皆可發生瘧疾。自南緯二十度至北緯三十五度一帶，最為盛行。

中國長江流域全部，自四川之中部起，瘧疾頗為盛行。東南沿海，及雲南之西南部亦然。西北各省如甘肅，陝西，山西，則無。

此病之症狀，見於紀元前二千六百年之內經。是時以爲因陰陽不利所致，夏間汗多，故由毛孔侵入。

病原 人類有三種確定之瘧原蟲：

(一) 良性間日瘧 *Benign tertian* —— 間日瘧原蟲 *Plasmodium vivax*。

(二) 三日瘧 *Quartan* —— 三日瘧原蟲 *Plasmodium malariae*。

(三) 夏秋瘧 *Estivo-autumnal (Subtertian)* —— 夏秋瘧原蟲(惡性瘧原蟲) *Plasmodium falciparum*。

其生活循環有兩期：(一) 在人體，(二) 在蚊體。

在人體之寄生生物 瘧原蟲之幼蟲，爲裂體性芽胞 *Merozoites*，等於赤血球直徑五分之一至十分之一。間日瘧原蟲係阿米巴形，染色後在赤血細胞內狀如有印之指環。及逐漸生長，其色質增多，核分爲數部。迨至發育完成，(約需三十小時至七十二小時，視其種類而異)，此寄生生物即充滿赤血細胞，而分爲八個至三十二個幼蟲(裂體性芽胞)。

包含已成熟之寄生物之血球破裂，而放出裂體性芽胞。幸其多數被噬細胞與血內之其他抗菌質殺滅，惟有少數入於其他血球，而復依上述之程序進行。

病人發生瘧疾症狀之後數日，除無性別之寄生物外，並可發見有性別之寄生物。此類名爲生殖原蟲 *Gametocytes*。間日瘧與三日瘧之生殖原蟲，係圓形或橢圓形，其輪廓不整齊而似阿米巴狀；夏秋瘧之生殖原蟲則爲橢圓形或新月形。在蚊體內之生物變化。

含有生殖原蟲之血，如被吸入安俄非雷蚊之胃內，即起兩性生殖作用。雄性生殖體伸出長鞭毛，旋即斷落，而於液體內運行。此種小生殖體，穿入一雌性生殖體，即致受孕，而發生生殖作用。在蚊胃內受孕之胚子，通過胃壁，而迅速發育，於十五日至二十五日內，長成爲一大卵囊，內含許多梭狀體。迨此囊破裂，即放出其中之幼蟲，或生殖性芽胞，而入於腹腔。繼入蚊之涎腺，而於嚙人時輸入人體。

一人人體後，立即侵入血細胞，而開始增殖，復在血內經過其無性循環，於十四日之內發生症狀。每一批裂體性芽胞之放出，恰與發熱同時。故單純間日瘧

每隔日發作一次，單純三日瘧，每逢第三日發作一次，當裂體性芽胞放出時，亦有毒素放出於血內，以致寒戰，發熱。赤血細胞之毀滅，亦可引起重貧血。

傳染之來源 祇有一種蚊類，爲人與人之中間宿主，即安俄非雷蚊是也。此蚊集於壁上時，其狀特異，可因此認識。蚊之體，胸，與喙，在一直線，與壁作成三十度之角。

潛伏期 自六日至二十日。

傳染期 病人血內有生殖原蟲時。

實驗室診斷 有許多病人，雖其病歷指示瘧疾，但非驗血不能確定。欲作準確之科學診斷，祇有一法，即於血內證明有瘧原蟲。其在人體內最幼之一種寄生物，爲一小塊原漿，有核，而富於染色質，用任何種變相之羅孟諾夫氏染劑 *Romano-wsky stain*，可以染作紅色。

臨床現象 患間日瘧與三日瘧之病人，當其不發作之日，自覺頗好。寒戰係突然而起，病人覺冷，全體戰慄，有時惡心嘔吐。常有劇烈之頭痛。體溫上升頗速，

達華氏一百零四度，或高至一百零七度。十分鐘後，病人漸暖，旋即大熱，皮色紅潤，心跳猛烈，頭痛甚劇，或有譫妄。此期約歷三十分鐘至四小時。

病人大汗，頭亦不痛，自覺較好，繼即完全舒適。其全部發作，約共歷十小時至十四小時。

夏秋瘧初時或有不規則之寒戰，然其後病人之溫度升降，幾成一直線，與腸熱病相似。此類瘧疾，因赤血球之被毀尤多，故最爲嚴重。病人可昏迷而死，或發生利害之腎炎，胃腸炎，或腦病，後者因寄生物聚於染病器官之血管內所致。患夏秋瘧之病人，可致異常貧血消瘦。

病理學。脾常增大，與病期之長短爲比例。肝亦增大充血。血管系統全部受病。全體毛細管內，皆有寄生物與其色質。瘧疾所發生之各種變化，乃因阻塞小血管而致妨礙各生命器官與組織之血循環無疑。屬於腦型者，腦內之毛細管栓塞，可致昏迷。

豫後。瘧疾之豫後，恃乎能早用澈底之藥療法，平常其豫後頗佳。患輕性瘧者，

如能澈底治療，百分之百可以復原。死者平常爲夏秋瘧型。

併發病 神經系統主要之併發病爲腦力虛脫，希司忒利阿，譫妄，急性躁狂，截癱（下身麻痺），偏癱，腦膜炎與昏迷。呼吸系統之併發病爲枝氣管炎，枝氣管肺炎，與大葉肺炎。胃腸系統爲阿米巴痢與桿菌痢，腸炎，或結腸炎。泌尿系統爲急性，亞急性，或慢性腎炎，與膀胱炎。

後發病 病後可致記憶力不足。偏癱，截癱，與多數性神經炎，亦有之。病勢延長者，普通有慢性脾增大。亦可發生慢性貧血。

療法 普通療法於初起時用清瀉劑；臥床休息，至活動症狀已退之後；用液體或易消化之飲食。

特殊療法係服奎寧Quinine，約五六日。於溫度降落以前，成人每日服一·五克，分爲數劑，以後日服一克。兒童之劑量較小。

護病法 瘧疾祇由蚊類傳染，故可毋庸用內科無菌技術。寒戰發作時，病人裹於溫暖之絨毯中，沿背及足部置熱水袋。病人飲熱湯水。寒戰後發生高熱時，頭部

置冰袋。頗爲舒適，可用涼水擦法，並多飲涼水，或水果汁。急性期內，用液體食物，或極柔軟者。稍後應注意貧血爲瘧疾之併發病，須多喫滋養食物。病人易致疲乏，恢復期內須與以監督。高熱時或有譫妄，應當注意。溫度每兩小時記錄一次。以下三圖，顯明三種瘧疾之溫度單。

管理方法 預防之法，在殺滅人體內之瘧寄生物，撲滅傳帶瘧疾之蚊類，與勿令蚊類得以接近人。最重要者，須於此病之首十日內，與以有效之治療，因病人在此期內，並無傳染性。瘧敵（驅瘧素）*Plasmochin* 於慢性期頗有功效，夏秋瘧用之尤佳。以○·○二克之劑量，一星期服兩次，可防瘧蚊新月形體之傳染。

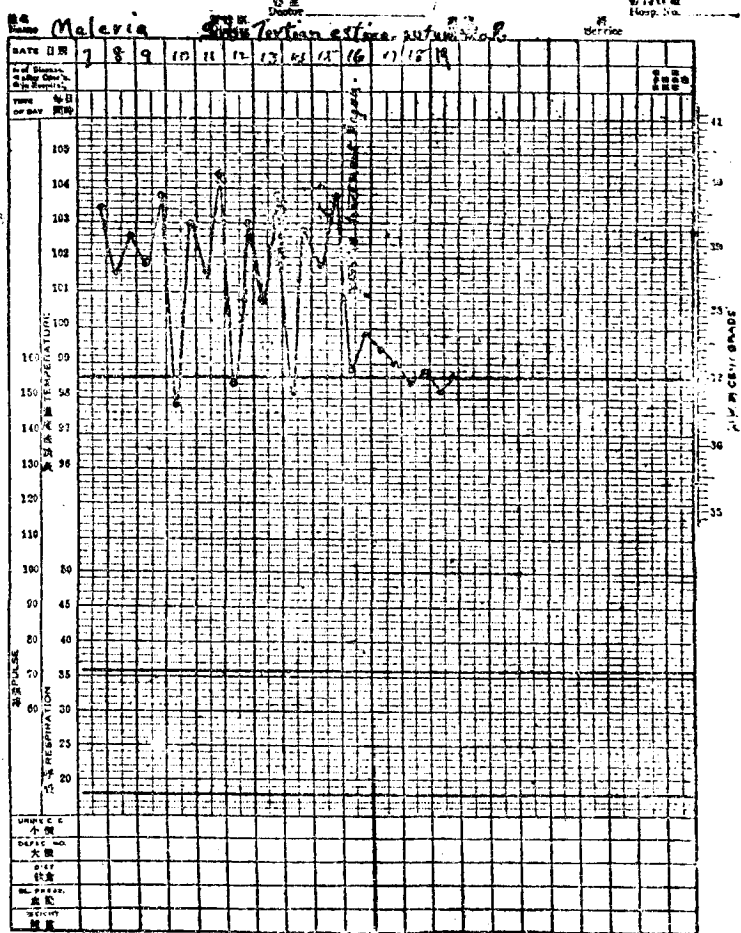
瘧疾祇由安俄非雷蚊傳帶，故瘧疾病人屋內之蚊，須一律撲滅。屋內之蚊，可於一個月至三個月內，保留其傳染性，而在此時期中，連嚙三四十人之多。

市鄉各區，須設法防蚊，殺其幼蟲，勿令繁殖。蚊類產卵於積水中，不論池沼，盆罐，窪地。故於可能之處，池沼須填平，或排去積水；破碎之盆罐，可以積水一星期者，應當毀棄，或掩埋。不能昇乾之池塘，其中植物較少者，可蓄養

疏

1933

TEMPERATURE CHART



一三三九

夏 秋 瘧 温 度 圖

柳鱗魚類，以食蚊卵，亦爲一實際辦法。又一法可洒生煤油或其衍化物於水面，如下：

石蠟(煤油)

九八·八份

蓖麻油

一·二份

十五英方尺之水面，可洒以上之混合物一兩。所有水草，盡應除去。隔兩三星期再洒一次。

又一法撒巴黎綠 Paris green 混合物一薄層於水面。巴黎綠可與任何種粉末混合，爲一與一百之比。一磅混合物，約可遮蓋一千英方尺之水面。

欲防蚊類得近人體，患瘧疾者必須加以保護，房屋用紗窗，以防蚊侵入，或個人用蚊帳。

登革熱 Dengue

定義 爲熱帶國家之急性病，由蚊嚙而傳染，與瘧疾同。急性期歷時約一星期，

內可分爲兩個明顯之發熱期，與兩次發疹，有頭痛，及骨與關節痛。

病原 病原菌尙未查出，但知其由埃及蚊 *Aedes aegypti* 傳帶，此蚊即傳帶黃熱病之蚊也。就今所知，爲登革熱傳染之媒介者，祇有此一種蚊類。中國北部，不見登革熱病，惟間時侵入南方及台灣，而發生流行病，經霜之後即隨蚊類而消滅。人被染菌之蚊所嚙，其潛伏期自二日至十日。於病人發熱之第二日至第七日，如有埃及蚊帶菌，即可將此症轉傳於他人。登革熱似無免疫性，男女兒童，皆可被染，一次患過後，亦不能得免疫性。

症狀與病程 雖有多種，惟定式之症，初起時來勢頗驟，頭痛，骨與關節及背疼，溫度速升，達華氏一百零三度至一百零五度。兩眼充血，運動致痛。發熱之普通症狀，爲食欲不振，有舌苔，尿色深黯。脈搏與溫度爲比例。在床移動時致痛。此爲定型的登革熱症初二三日內之症狀，有時並有初期發疹，隨各病人而不同。平常於第三日症狀悉退，病人大汗，尿量增多，或有腹瀉，有時鼻出血，病人自覺較好，以爲可無慮矣。至第四五日，溫度又上升，症狀回復，其真性之疹

至此始發出，類似麻疹或猩紅熱之疹，或皆不類，並發癢。第二次發熱期內，症狀較初起時爲輕，發熱祇有二十四小時。脫屑開始，約歷一星期或十日，此時病人已進入恢復期矣。併發病罕見。一個或幾個關節之痛與強直，可繼續數星期，病後之軟弱與精神委頓，亦須數星期始癒。此症復發者有之。登革熱非致命症，其發生重大之結果者殊鮮。

診斷 根據臨床症象，並驗血。病菌於血內不能分離，惟隨臨床症象而發生顯著之白血球減少，可助診斷。若症狀無定型，非俟真性疹發出後，不易辨識。

療法 與任何種熱病同，先用輕瀉劑，每日飲水至三千西西，急性期內用液體食物，並以涼水擦法減低高溫度。頭痛，關節痛，與背痛，最好服阿斯匹林或柳酸鈉。每日注射千分之一腎上腺素溶液半西西，與氫化鈣六十克，共五日，亦有功效。眼後痛，與啓閉眼時疼痛，可以冷硼酸紗布墊敷於眼上。移動病人時可致甚痛，必須小心輕柔。急性期過後，須飼以滋養而易消化之飲食。病後軟弱與精神委頓，乃常有者，必須加以補養。溫度正常後，病人尚須臥床數日。此症無預防

菌液，亦無血清療法。

預防法、病期內須用紗窗蚊帳，與病人以有效之保護。此症祇由蚊類傳帶，故無病時消毒與終期消毒。

黑熱病 Kala-azar

定義 爲人類持久之傳染病，因利什曼朶諾凡原蟲（成人利什曼原蟲）Protozoon *Leishmania Donovanii* 所致，其特徵爲脾增大，平常肝亦增大，有不規則之發熱，貧血，與白血球減少，漸進的體重減輕與失力。

源流 此症第一次準確之記述，係在印度。非洲之若干部份，地中海沿岸國家，及俄國南部等處，皆有此病。中國在江蘇境內之黃河故道一帶，最爲盛行，華北各省亦有之。新近四川曾發生一起，長江以南亦有數起。一九〇三年由利什曼 *Leishman* 與朶諾凡 *Donovan* 兩氏，發見此症之致病原蟲，卽名利什曼朶諾凡原蟲。一九一四年發見用銻可以治療此病。

病原。此寄生物可於病人之肝，脾，尿，糞內證明，亦在鼻咽塗抹及鼻分泌內。傳染由沙蠅爲媒介，惟據最近調查，亦可因直接與鼻咽溢液接觸而傳染。傳染之途徑，尙未完全決定。此病鄉村內較城市內爲多；小兒患此病者，多於成人，而以五歲至十五歲之兒童爲最多。潛伏期頗長，自六星期至四月，流行病時大概較短。傳染期不定。

免疫性。不明。一次染病後，並無免疫性。亦無預防菌液。

症狀與病程。初起時平常發熱，或突然而來，或隱微不覺。熱度或高而繼續不退似腸熱病。惟脈搏平常較腸熱病速；或爲弛張熱，而有寒戰，病人多謂初起時係瘧疾。溫度變動不定，自熱歇期以至高熱，低熱，弛張熱，間歇熱皆有。此病無一定熱型。若病人住院，經過充分之期間，並不治療，而每隔兩小時或三小時記錄溫度一次，有時可證明其每日上升兩回。於二十四小時內溫度上升兩回，有時三回者，在他病殊爲罕見。

發熱若繼續至一月左右，其脾可以捫出。自此以後之病歷，爲一再發熱，有

時歷兩星期，繼以約略相等之熱歇期，並有漸進的脾增大。至第六個月，脾緣可以至臍，或者更大，有時可伸展至右髂部。平常食欲不振，體重減輕，與乏力，半數有鼻或齦出血。

黑熱病人面色幽黯，目光明亮，形容消瘦，爲此症特殊之狀。雖病勢已深而有高熱者，病人亦能行動自如。其他症狀爲腹瀉，下痢，與咳嗽。

併發病與後發病。走馬疳（口頰壞疽），枝氣管肺炎，冬季有枝氣管炎，夏季有痢疾，中耳炎，鼻或齦出血，與腎炎。

豫後。若不治療，十有九死。如用新法治療，十九可以恢復。

療法。銻爲黑熱病之特效藥。此藥力量頗強，如早用吐酒石（酒石酸銻鉀）*Tartar emetic* 或酒石酸銻鈉 *Sodium antimony tartarate* 治黑熱病，或有危險之反應。新式療法係用新斯銻波山 *Neostibosan*，斯銻巴氏尿素 *Urea-stibamine* 或紐斯坦 *Neostam*，皆爲銻之化合物。此法優於舊法之點，卽更爲可靠，其治癒所需之時間較短，而危險之反應亦較少。此項藥物，係注射靜脈內，歷時約三星期，注射之總量，係

根據病人體重而定。凡體重一百磅者，其總劑量爲三克。重一百磅之三分二者，其總劑量爲二克。第一劑用○·○五克，於蒸溜水內作成百分之四溶液，除極幼之小兒外，可以按量增加，至達總劑量之十分之一。隔日注射一次如下：

第一日

○·○五克

第三日

○·一〇克

第五日

○·一五克

第七日

○·二〇克

第七日之劑量，已達體重六十五六磅者總劑量十分之一，故此後並不再加，惟照常隔日注射一次，至滿兩克爲止。共須注射十一次或十二次。注射足量後，病人可顯進步，即體重與體力均增，脾亦減小，且不發熱。有時病人之狀，絕少變動。十九於稍後始見進步，症狀消滅，病人痊癒。

有時每日注射，其效較速。惟病人必須住院，其尿每日檢查。平常則宜用緩進法。

注射錫化合物時，無論採用何法，如有中毒症狀，其相隔之時間宜較長，或減少其劑量。中毒症狀為發熱，惡心或嘔吐，咳嗽，淋巴腺發炎，頭痛。

護病法 病人雖不一定臥床，但宜住院，不可受風。用滋養之飲食，包括肝羹在內。注射前一二小時，及甫經注射之後，不可食物。輸入及排出之液體量，宜用單記錄。尿中宜檢查有無蛋白質。病人之口，須好好料理，用抗毒漱口劑，護士應注意發生走馬疳之徵狀，是為口之壞疽性潰爛，在唇或兩頰之頰面。此時非努力治療，病人或致不起。

極瘦弱之小兒，有時不易尋出其靜脈，可使病人向前俯，擺動其臂，或浸臂於極熱之水內，以增加靜脈內之血量。

預防法 懷慶羅醫師 Dr. McClure 醫師云：此症雖知其治法，但不知其防法，故最善之公共衛生法，當應用之於治療。無論其原因為何，此症易傳染於附近之兒童。故一社會中，如有病兒十人，若祇治療其一二人，而一任餘下之八九人，散布傳染，又有何用？其惟一合理之法，即不問病原，而攜帶此療法至鄉村中，於

一朝之間，肅清各症。紐斯坦與新斯錫波山，此兩種藥物均甚昂貴。劑量愈小，則其費用比較的愈貴。故於可能之時，當集合若干兒童，用較大之壺腹，分別注射若干病人。最好能集合許多病人，而用三克裝之壺腹，分別注射，此為最經濟之方法。

病時消毒 鼻咽之溢液須消毒，如併發痢疾者，其大便亦須消毒。
終期消毒 無。

斑疹傷寒 Typhus

定義 為人類之急性傳染病，亦可由動物而來，或為地方性，或為流行性。其特徵為繼續有高熱，發出血性之斑點樣疹，與利害之神經症狀，終止時係驟退或漸退。

源流 此症與腸熱病(傷寒)極易相混。立克次氏 *Ricketts* 與勃羅華氏 *Von Prowaznik* 兩人，分別於一九一〇及一九一三兩年發見並證明此症之病原菌。據衛生署

記錄，此症在華北爲地方性，在華南爲散發性，於冬季及春初，最爲盛行。如遇天災人禍，水旱戰爭之時，輒易發生斑疹傷寒。以前監獄中及船舶上，因人多擁擠，不講衛生，故患此病者亦多。

病原 此症之致病微生物爲勃羅華氏體 *Rickettsia Provaszki*。有人稱之爲病毒，有人則以爲原蟲。此微生物已於染病者之血內，及虱體內，實驗證明。其中間宿主爲衣虱（或爲頭虱），及鼠蚤。衣虱嚙一斑疹傷寒病人後，其傳染性約歷時十一日，鼠蚤則可歷數月之久。

傳染之來源 病人之血。

傳染之途徑 由中間宿主爲其傳染之媒介。衣虱與鼠虱，卽爲生物傳染之例子。微生物因虱咬而入人體，或於虱被搯死時將其排泄物擦入破損之皮內。

潛伏期 五日至二十日，平常十二日。

傳染期 直至溫度正常後三十六小時，約共經歷三星期。

免疫性 天然免疫性不明。一次染病後 平常可得永久免疫性。近已製成一種預

防菌液，華北應用者頗多。其免疫性可歷兩年。

診斷 根據臨床症象，其疹亦爲一特點。以變形桿菌 *B. Proteus* 作凝集試驗，亦於診斷時用之。

症狀 前驅症狀爲頭痛，惡寒，食欲不振，閱一二日，病勢乃突然發展。病人臥床，覺虛脫，頭劇痛，溫度速升。面部潮紅，身上之皮亦發紅，兩眼充血。常有枝氣管咳嗽，背與腿痠痛。脈搏比例的增速。譫妄於第四五日即可發生。此時疹亦顯現，爲斑點樣疹，最常在背胸腹臂等處，作淡紅色，後變爲紅棕色。重者其疹變爲瘀點。第二類疹爲皮下斑，於數日後消滅。重者於第五六日發生重腸熱症狀。口乾，舌苔，病人昏然仰臥，低聲嚶語。此狀可變爲昏迷，瘀點疹蔓延而成大片之出血性斑，病人至第十二日或十四日而死。亦有血中毒之狀頗輕，溫度略低，於第十日至第十二日驟退或漸退，病人即入於恢復期。

豫後 老年人之豫後不良；早發譫妄，有顯著之昏迷，與廣大之瘀點狀疹，或遲至十二日以外，方始驟退者，其豫後亦不佳。

併發病與後發病。枝氣管肺炎殆爲其最普通之併發病。腮腺與領下腺亦可受病，並有壞疽，中耳炎，與血栓形成。

療法。普通療法與腸熱病同。各症狀隨起隨治。冷罨法可治劇烈之頭痛，冷水擦法可減輕神經症狀與高溫度，較藥物尤爲多用，以免使心臟過勞。洋地黃可用以維持心力。

護病法。病人與其衣物，須完全除虱，此後不必用內科無菌技術。病人居於幽靜而有蔭蔽之室內，自初起即須免煩惱。須飲大量之水，每日約四千西西，最爲緊要。時時轉側病人，但宜小心，用枕支持其背。皮膚須特別注意料理以防褥瘡，或因疹多而擦破。此等處須用紗布或棉花墊保護。病人口乾，須好爲料理，以防口垢，而使其滋潤舒適。常用海棉擦浴。

因高熱久而不解，故病人須用高熱力之液體食物。水果汁，牛乳，粥，蛋黃乳，皆可應用，每隔三小時一次。如病人飲食困難，可用鼻飼法。如有譫妄，須注意看守。

預防與管理。以注意個人清潔教導人民。若身體清潔，衣服每星期換洗一次，虱自不能孳生。冬末春初之時，虱多藏於絮內，甚易繁殖，故此症最爲盛行。

用斑疹傷寒菌液，注射皮下，共爲三劑，每次相隔五日至七日。除接種處有一小硬瘤，而覺微痛外，無他反應，此瘤逐漸消滅。

斑疹傷寒衫。流行病時，醫師，護士與侍役，均穿特製之長衫。此衣聯成一片，襪子縫於褲腳上，或一幅裁成。亦可着長統靴。頸際與腕際均須裹緊，手套戴至袖上。頸際與腕際之皮須抹凡士林，或噴射煤油與油之混合劑，如市售之飛力脫 *Fitt* 或 *Shell Tox* 等。帽須緊密，以護髮。

病人除虱法。病人入院時，須解去衣服，將其衣服物件，完全除虱。虱頗不易尋覓，故病人之衣服等物，均須假定其爲有虱。凡帶來之衣服被褥，均置於潔淨之袋內，縛緊，滅菌。身上有毛之處，須一律剪去，剪上抹油，以防散落。毛須燒去，受毛之布單須滅菌。頭上抹等分之煤油與醋，或百分之二來蘇溶液，惟須小心保護兩眼，勿令沾着，用手巾包頭。閱十二小時，如病人狀態許可即行洗去。

剪除毛髮後，噴射煤油混合液，或飛力脫，Shell Tox 等，再用肥皂與水洗之。
英國陸軍除虱章程，包括用肥皂漿沐浴，其製法如下：

肥皂屑

一份

煤油

二份

水

四份

此漿一份，和溫水四份。

病時消毒。除虱之後，毋需消毒，惟護士須注意未盡殺滅之散虱。
終期消毒。無。病人離去後，室內用平常之清潔法。

回歸熱 Relapsing Fever

定義。爲人類之急性傳染病，由回歸熱螺旋體 *Spirochaeta recurrentis* 所致，其特徵爲復發高熱，中間爲無熱期。

源流。希波格拉諦氏，於紀元前約五百年已認識此症。一八五七年，立溫斯敦氏

Livinstone 在南非洲見人被壁虱咬後，易發生回歸熱；一八七四年俄倍買氏 Obozrniier 報告，於回歸熱病人之血內，發見一種螺旋菌。此症在中國長江以北常為地方性，有時成為流行性。四月至七月之間，最為盛行。

病原學 其病原菌為密螺旋體屬 *Treponema* 之螺旋體 *Spirochete*。普通因此症之特性而稱為回歸熱螺旋體 *Treponema recurrentis*，有時因其發見之人，而稱為俄倍買氏回歸熱螺旋體 *Spironema recurrentis vel Obermeiera*。各國名稱頗有不同，其微生物亦略有分別。體長而易曲，有許多螺旋，其穿透力頗大。病人發高熱時見於血內，有時在無熱期亦可查得之。

傳染之來源 染回歸熱螺旋體者之血。

傳染之途徑 因被嚙而入血，或由中間宿主之排泄物，（蟲類之生物傳染）。在中國，其傳染之媒介為衣虱，在非洲與巴拿瑪則為壁虱。人被虱咬，或將虱搯斃，而其體液由皮膚之抓破處侵入，病菌即入血內。

潛伏期 自一日至十二日，平常七日。

免·疫·性· 天然免疫性，不明。Dr. Robertson 醫師於上海連續觀察若干病人後報告，男子患此症者，較多於女子，自二十歲至四十歲之人，患者最多。一次染病後可得永久免疫性，但不甚確定。尙無預防療法，亦無血清可得被動免疫性。

症·狀· 病人寒戰，或惡寒，約數小時，急性之正頭痛，背與四肢痠痛，惡心或眩暈。體溫於數日內升至華氏一百零三或一百零五度，早晨降至一百度或一百零一度，熱勢稽留，直至驟退。發熱期內之特殊症狀如下：惡心，嘔吐，黃疸，肝增大，上面觸痛，鼻衄，肩與兩脇間，有玫瑰色之疹。若不用酒爾佛散(六〇六)治療，其熱平常須經二日至七日，乃突然降落，病人衰弱，或微有譫妄。自是漸覺稍好，胃口亦復，體溫於數日內在正度下，後即復常。旋有第二次發熱，平常在驟退後八九日，亦可較早，或遲至兩星期。普通祇有一次復發，亦有多至四五次者，因螺旋體漸爲血內之抗體所戰勝，故逐次減輕。惟復發時雖較初發時爲輕，或有更嚴重之併發病症。

豫·後· 身體健康，而滋養充足之人，其豫後頗佳。惟回歸熱症，係生活困苦，環

境不良者所患之病，最常見於被災人民之間。兒童頗能抵抗回歸熱病。

併發病與後發病。常有出血，或為鼻出血，或為腸出血，或出血入皮。枝氣管肺炎之危險，必須謹記。黃疸乃常有者，或深而普遍，或祇限於結合膜。中耳炎亦有之。

預防療法。以個人衛生與家庭清潔，教導公衆；提高生活程度，與預防災荒，此為撲滅回歸熱病之先決問題。指導人民，如被虱嚙，不可抓爬，當覺得其虱而殺死之，但不可即在皮上搗斃。

特殊療法。靜脈內注射阿斯斐那民製劑 *Arspenammine preparations* 之一種，於高熱期內用之。一劑酒爾佛散(六〇六)〇·二克，或新酒爾佛散(九一四)〇·三克平常已足。其他製劑，亦有用者。體溫於二十四至三十六小時內降落，罕有需用第二劑者。普通療法為隨時節制所起之症狀。於溫度驟退，或將近驟退時，或需用洋地黃 *Digitalis* 或其他心臟興奮劑。

護病法。病人入院時必須除虱。(除虱法已見斑疹傷寒節)，除虱必須小心，將虱

撲滅，而勿令傳染護士與侍役。

普通護病法與其他病人之有高熱者同。多與水飲；病人平常極渴，故甚樂接受。口須注意料理，使其清潔鮮爽。液體滋養食物宜時時與之。大小便須記錄，如有異常，應即報告。溫度高時，或吩咐用冷水擦法，時用涼水擦洗，可使病人爽快。謹防滋擾，勿令病人興奮。

管理法。除虱法外，不需其他方法。亦無病時消毒與終期消毒。

鼠疫 Plague

定義。為鼠類與其他啮齒類動物之急性傳染病，而傳染於人，由鼠疫桿菌 *Bacillus pestis* 所致。鼠疫有二種：即腺鼠疫 *Bubonic*，敗血性鼠疫 *Septicemic*，與肺鼠疫 *Pneumonic*。

源流。舊約中曾提及此流行病，大約即為腺鼠疫。自第六世紀至十七世紀，歷次發生流行病，蹂躪歐洲。其最後一次，僅倫敦於一年之內，死亡達七萬人。中國

最近一次暴發在一九一〇至一九一一年，始於東三省，後山西陝西兩省亦曾發生流行病。伍連德博士於中國之防疫工作，成績卓著，國人當已共聞其名矣。

病原 鼠疫之病原菌爲鼠疫桿菌，亦稱陪斯忒巴氏桿菌 *Pasteurella Pestis*。此桿菌體厚，兩端作圓形，染色較中央爲深。腺鼠疫之桿菌在化膿淋巴腺之溢液內，敗血性鼠疫在血內，肺鼠疫在痰內。桿菌於體外死亡頗速。此症在鼠類，或爲急性，或爲慢性，平常在人類發生此疫前不久，先流行於鼠類間。其他啮齒類動物如野松鼠，亦爲鼠疫桿菌之宿主。鼠蚤爲其中間宿主，臭蟲與人蚤或亦能帶菌。無論老幼，皆可傳染此病。

傳染之來源 曾嚙病鼠之鼠蚤；肺鼠疫則爲病人之痰。

傳染之途徑 爲染菌之蚤所嚙，肺鼠疫則因直接或間接與病人之痰接觸。飛沫傳染乃最重要者。

潛伏期 腺鼠疫二至十日，罕有至十四日者。肺鼠疫一至三日。

免疫性 天然免疫性低。後天免疫性不定。菌液雖有用者，惟功效不確定，（參

觀管理方法)。

症狀 (甲)腺鼠疫 前驅症狀爲頭痛，背與腿痛，憂鬱，戰慄。溫度速升至一百零三四度，脈亦增速，呼吸每分鐘三十至四十次，淋巴腺炎腫處疼痛，舌黃而有苔，或有嘔吐，腹瀉。有時發生譫妄。良性者溫度約於第十日漸退；極重者，病人可於腺腫發現之前因虛脫而死。

炎性淋巴腺腫 淋巴腺發炎處，在腹股溝，腋下，與頸際，疎而大，但極觸痛。或於起病後二十四小時內即現，或遲至四五日後。或吸收消散，或化膿排液，有時可歷數星期之久。此溢液內含有桿菌。

(乙)敗血性鼠疫 爲極快之致命症，病人常於發現腺腫之前即死。細菌在血內。此種鼠疫，聞亦有輕性者。

肺鼠疫 此係肺之原發性傳染，而非腺鼠疫之併發病，(亦有時併發)，其病程頗短，常可致命。肺之發炎爲大葉肺炎型，痰稀薄而含血，病人發紺，虛脫而死。診斷 由細菌檢查證實此病之症狀；腺鼠疫檢查其液，敗血性鼠疫檢查其血，肺

鼠疫檢查其痰。

豫後 腺鼠疫之死亡率，自百分之三十至七十。若能早用抗鼠疫血清 Antiplague serum，且能使用合法，則其死亡率可以減低。餘兩種鼠疫，實際上常可致命。鼠疫後之繼發性肺炎，可以恢復。

療法 早用抗鼠疫血清，其劑量可多至二百西西，每日注射，此為現代之特效療法。注射或在皮下，或在靜脈內。有時發生反應，與他種血清療法同。普通療法及護病法，與患急性熱病者同。

冰袋可用以止淋巴腺腫之痛。成熟時用合法之無菌手續切開。

護病法 腺鼠疫病人入院時，當為之解除衣服，與斑疹傷寒病人同。衣服置於潔淨之袋內，縛緊滅菌，室內之地板，須用火油合劑擦抹，如 *Oxydal* 或美孚油，以滅除跳蚤。腺若化膿，其敷料須立即燒去。此類鼠疫，並無其他防範。就傳染性言之，腺鼠疫並無重大危險。

肺鼠疫則與此大不相同，護士必須格外謹慎。其危險由於飛沫傳染，護士或

侍者，須穿特別制服，巴佛爾與畢萊德兩氏，嘗述此制服云：一項緊密舒適之闊邊帽，上罩枕套，套之一邊有窗。此窗或用假象牙製成，或用舊X光軟片，或玻璃。窗之四邊，須用合口膏條密封。闊邊帽使枕套離開面部，戴者可更舒適。醫師若欲用聽診器，可於枕套上開孔，與耳相平，將聽診器之耳片嵌入後，即用合口膏封住其孔。帽與枕套整理好後，即於制服外面穿一大領長袖衫。注意須將枕套下緣，掖於此衫之領口內。末戴橡皮手套，拉至袖口上面。

伍連德博士述其口罩之製法云：診視與護理鼠疫病人之有肺症狀者，須帶口罩。此口罩係兩層紗布。包一塊扁平長方之脫脂棉花，長六英寸，寬四英寸。剪九英寸寬之外科紗布，成三英尺長之帶條。每條直長雙摺之，使其中央包含一塊扁平之棉絨，長六英寸，寬四英寸。紗布之兩頭，各剪為四，以兩條縛於耳上，兩條縛於耳下。此棉墊須厚半英寸。

除接近咳嗽病人者外，此口罩已足用；若須接近咳嗽病人，則應戴上面之頭巾。

管理方法 殺滅與驅逐鼠類；接觸過病人者，一律檢疫七日；護理病人須用嚴格之內科無菌技術，炎腫淋巴腺上之敷料，全數燒去；肺鼠疫須極嚴格注意於個人方面，以防飛沫傳染，並穿上述之制服。

接種法 國際公共衛生事務所曾廣發一種調查書，徵求答覆，其所得結論為無論何種抗鼠疫菌液，若不止注射一劑，每劑至少含菌三百萬者，均可獲得免疫性；惟此免疫性不能抵抗重傳染，其有效時限，亦不確定。一般人公認鼠疫流行病，不能單用接種法管理，撲滅鼠類，隔離病人，施行檢疫，皆為必不可少之事。注射抗鼠疫血清，大概可得幾分被動免疫性，但祇有數日。

病時消毒 一切溢液，與被溢液染污之物，均須消毒。如腺鼠疫之敷料，與被膿染污之物，肺鼠疫之口鼻咽喉溢液，被褥，碗碟，器具，皆須消毒。消毒之法，以燒燬與煮沸為宜。

終期消毒 清潔房間與一切用具，受日光曝曬。

米利他熱(浪熱症) Undulant Fever (Malta Fever)

定義 此係由動物來之傳染病，其病程頗似腸熱病，有緩解期與波浪式之復發，可繼續數星期或數月之久，爲此症之特徵。病期內有寒戰，特殊之臭汗，關節痛與不寐。

源流 各國醫學史中，多曾提及一病，大概卽爲浪熱症，自古已經有之。此症與其他熱病，顯有不同，其病原菌之認識，不得不歸功於若干英國軍醫，其中最著者爲布魯斯爵士 Sir David Bruce。布氏於一八八六年，駐防地中海米利他島之英軍中發生此症時，查出其病原菌，名爲米利他熱布氏桿菌 *Brucella melitensis*，其傳染之媒介，證明爲染菌山羊之乳。中國亦有此病，但其範圍如何，並不確知。上海，福建，重慶，均曾發生此病，台灣亦有之。馬雅各醫士 Dr. Maxwell 報告中國牛類有傳染性流產，自外國進口之牛隻尤甚。

病原學 致米利他熱(浪熱症)之細菌，已發見三類：卽米利他桿菌 *B. melitensis*，牛流產桿菌 *B. abortus bovis*，與豕流產桿菌 *B. abortus suis*。此三類桿菌分別見

於山羊，牛類，及豕。此症在山羊，祇有輕性之乳房炎，且常為慢性；在牛與豕則可致流產。此症由染病之山羊與牛之乳及乳製品而傳至人；由豕類傳染者，則因在屠宰處料理豕肉。人受傳染後，亦可轉傳於他人。

此症之細菌，平常稱為球菌，有人稱之為桿菌，有人稱之為球桿菌。在人類係由尿糞中排出，亦可由他分泌物中排出。此菌生活於灰塵或水內，可達數星期之久，惟受熱（煮沸）則速死。其傳染至人之途徑，大概係飲染菌之乳，經胃腸道而入。用山羊乳之處，已證明其確由此途徑。牛若染菌，則於乳內傳至人類，故最常受染者應為小兒。惟據各方面報告，或云自六歲至三十歲，患此病者最多，或云自十五歲至四十五歲最多，其說不一。聞尚有其他傳染途徑，即由破損之皮膚，或吸入含菌之灰塵，或與有傳染性之溢液接觸。或云蚊蠅可為傳染之媒介，但缺乏證據。一次染病後，並無免疫性。

潛伏期 六日至十六日。

病理學 細菌大半由胃腸道入體，而至血流。此係敗血病，細菌在脾內，致脾變

大，亦在心臟與他內臟。巴佛爾與畢萊德兩氏報告，曾就若干屢患流產之婦女檢查其血，結果可以指示流產桿菌亦有在男女之生殖器內者。

症·狀·與·病·程 此病與腸熱病及瘧疾比較，可得其大概情形。初時發熱，逐漸上升至華氏一百零三度左右，脈搏亦比例的加速，頭痛，食欲不振，便秘或腹瀉，背與腿痛，舌苔，脾增大，其症狀類似腸熱病（傷寒）。惟病人之溫度，常得緩解，或間歇。時有寒戰，與大汗，則又似瘧疾。惟此症自有其特殊症狀，故名浪熱。真性之米利他熱，經過數日或數星期之後，熱即漸退，而有熱歇期數日，旋即復發，溫度又上升。此循環的發熱，恢復，與復發，可以反覆至若干次，惟熱歇期漸長，發熱期漸短，平常即得恢復。

此症大耗精力，且殊形困苦。病人因熱勢稽留，高低不一，關節疼痛，轉移無定，或腫而甚痛，且患不寐，並有多而難聞之汗，故委頓消瘦。亦有若干類係輕性，其他較重，而有稽留熱。尚有一種惡性症，其進行頗速。

併·發·病·與·後·發·病 枝氣管肺炎，神經症狀，腸潰瘍，腸出血，舉丸炎，心衰竭。

神經衰弱常爲其後發病。

豫後 其死亡率平常約百分之二或百分之三。溫度高至一百零四度，而稽留不退者，爲一嚴重之症狀。

診斷 最後診斷從血與尿之培養物，或用凝集試驗。

療法與護病法 米利他熱可用內科無菌技術在普通病室內護理。其普通護理法與任何種急性熱病同。因此病纏綿日久，故護病法最爲重要。病人汗多而有特殊之臭味，必須小心注意其皮膚，以防褥瘡；因其胃口不佳，故口亦須特別注意。關節腫痛或甚劇，料理病人時務須小心。肩，髖，膝，踝，各關節，或同時受病，或接連受病，可吩咐用熱罨劑，或敷顛茄與鴉片。亦用阿斯匹林以治頭痛，鎮靜劑以治不寐。時用擦浴，可使病人大爲舒適。飲食與腸熱病同，用液體或柔軟之高熱力食物，以維持病人精力。尙無特效藥可以縮短病期，亦無血清療法。

預防法 牛乳一律須用巴氏滅菌法；留意皮膚破損；注重個人衛生。

病時消毒 尿糞與被污之物，均須消毒。

終期消毒。用肥皂與水清潔，並曬太陽。

炭疽 Anthrax

定義。炭疽爲食草動物之病，可傳至人，分皮，肺，腸，三種。

病原學。炭疽之病原菌爲炭疽桿菌 *Bacillus anthracis*。此係最先在顯微鏡下認識之病原菌，亦係最先證明爲此特殊病症之病原。提及此實驗，常使人回憶巴司徒與郭氏兩人之名。炭疽桿菌易爲日光所殺滅，然其芽胞極能抵抗平常之滅菌法。此菌在被染動物之血內不生芽胞，惟露於空氣中時，乃生芽胞。在患病及已死動物之體液內，可於二十四小時至四十八小時中，生出芽胞。此症在動物間傳染極廣，發生急性敗血病，惟於人類則爲散發性，由染病之牛類而得。

傳染之來源。染病之食草動物，病菌在其毛，革，血，肉，與糞內。

傳染之途徑。其途徑有三：（一）接種入破損之皮膚。飼養家畜，或料理皮革鬃毛之人，易受此傳染；使用未滅菌之製品，如毛刷，皮件等者亦然。（二）吸入芽胞

(肺型)，此非普通之炭疽症。(三)因食染菌之肉而入腹(腸型)。此第三類最爲少見，第一類由接種而得者，最爲普通。

潛伏期 七日內。

傳染期 發熱期內，直至損害癒合爲止。此病可由未滅菌之皮革等傳染，雖經鞣過，仍有傳染性，可歷時甚久。

免疫性 人與動物天然免疫性之高下，未能決定，因病而得之免疫性，其確實程度如何，亦不得而知。一次染病後，或可得永久免疫性。接觸此病之獸類，可注射預防菌液，人類則尙無之。惟治療動物，尙無抗菌血清，而治療炭疽病人，則已有抗炭疽血清，應用頗廣。

皮型之症狀 染菌處奇癢，數小時後，發現一丘疹，平常在身體之露出部份。此丘疹旋即變成水皰狀，充滿血清。其四周變硬，二十四小時後，成一深黃色之焦痂，邊緣有若干銀色小皰環繞。四圍之組織水腫，淋巴腺腫痛。病人之溫度，大有不同。或先高而後降至正溫度或正度下，或祇微升。炎處不痛，故病勢雖或甚

重，常覺無可憂者。其危險則爲細菌侵入血流，而發生敗血病。病人或於第五日之前死亡，或得恢復，焦痂脫腐，漸逐癒合。

肺型之症狀 工作時與病獸之毛革密切接觸者患之，故有時稱爲毛工病 *Wool-sorters disease*。初起時或爲急性，有寒戰，溫度升至華氏表一百零二三度，病人軟弱，虛脫，可於二十四小時之內死亡。亦有遷延至一星期左右者。有時症狀輕微，病人於臨終以前，自覺頗好。此症恢復者亦有之，但爲極嚴重之一類。

腸型之症狀 因食染菌之肉類而得，亦可爲皮型之繼發性傳染。症狀如急性胃腸病，惡心，嘔吐，腹痛，裏急後重，與腹瀉。病勢極爲沉重，非用抗菌血清治療有效，病人常致不救。

併發病與後發病 此病之終局，常爲死亡或復原，併發病與後發病罕見。或有血清病，與留一永久之深痂。

豫後 皮型能得合法之護理，頗有恢復希望。肺型與腸型，因敗血病發生甚速，故常致不救。

療法。皮型用普通療法，恢復之機會最佳。病人須安臥床上，雖意欲起床，亦以靜臥爲宜。創口用滅菌敷料遮蓋，以吸收血清，此外並不治療。若用外科療法，或烙灸法，將增加敗血病之危險。飲食須易消化而富於滋養，發熱期內用液體食物。宜勸病人多飲湯水，每日必須大便。

醫家咸主張早用特殊療法，卽注射抗菌血清。平常於診斷既定後，卽用一百五十至二百西西之大劑量注射靜脈內，此後二十四小時內，每四小時注射一次，每次四十四西西。若發生敗血病，此四小時一次之療法，須繼續至血中無細菌（其培養物爲陰性），或病人死亡爲止。

肺型與腸型之豫後不良，惟平常亦試用注射抗菌血清療法。

護病法。病人在普通病室內，或特別病室內，用內科無菌技術隔離。大半醫師主張在特別病室內，一則隔離較佳，一可保障病人之安靜。病室須裝紗窗，以防蠅類。護理炭疽病人之護士，其手臂頭面等處，不可有破傷，否則縱戴手套，是否可資保護，亦不免爲一疑問。護士勿忘所護理者爲一病勢危殆之病人，雖其狀態

或似不十分重。注射血清後，亦常有利害之血清病。

預防法 病獸之毛革，用前必須消毒，揀毛者須蒙面，戴手套。患病之動物宜殺死，將其屍體整個燒去，不去皮，不出血。接觸此症之動物須用免疫法。毛革工人須特別指導，注重個人清潔，並知皮膚擦破之危險。

管理法 病人隔離至損害癒合爲止。不必施行檢疫。

病時消毒 瘡口之敷料須完全燒去。護士自始即須注意保護絨毯枕褥，勿令沾染溢液，因炭疽桿菌之芽胞，非煮沸或焚燒，殊不易殺滅也。染污之布單等，須裝入有標記之袋內，送往洗衣所，在緊蓋之鍋內煮沸十分鐘。碟碗與治療器具須煮沸。

終期消毒 若能妥善實行病時消毒，與保護臥具之法，祇須用平常之清潔與晾曬法已足。病人可洗清潔浴。污絨毯須先曬乾，然後洗之。污枕褥若不能在緊張蒸氣殺菌器內殺菌，須連曬三日，然後取下布套洗淨。

破傷風 Tetanus

定義 由動物來之傳染病，因接種入破損之皮與粘膜而傳至人，其特徵爲痙攣性驚厥，早顯於頷部，因此有牙關鎖閉 Lockjaw 之名稱。

源流 此症由來已古。希臘名醫希波格拉諦氏，在二千年前，已於其著述中提及此病。一八八四年，尼古萊氏 Nicolaï 於創口內發見此病之病原菌。一九〇〇年首用破傷風抗毒素。用動物糞及人糞作肥料之國，此症甚爲普通。

病原 破傷風桿菌 *Bacillus tetani*，爲細長而生芽胞之桿菌，其芽胞生於桿之一端，故形似鼓槌。此菌極能抵抗消毒劑，與平常之殺菌法；惟有極高之熱度可以殺滅之。此菌侵入創口後，卽於創口內生長繁殖，然其毒素則循環於血中，使神經系統受極大之損傷。驚厥與痙攣，爲此損傷特殊之結果。

傳染之來源 街衢中之灰塵，與田園中之泥土，爲含有桿菌之糞所染污。食草獸類平常爲破傷風帶菌者，驛馬尤甚，人類亦有時爲帶菌者。含菌之糞，乾後變成

灰屑，因芽胞之抵抗力甚強，故仍能生存。

傳染之途徑 由含芽胞之灰塵，接種於開放之創口內。蠅類可爲傳染之媒介，帶菌於其足上及身體上。腸線亦可於預備時染污，而傳染創口。撕裂之深創傷，尤爲危險。不潔之手，與器械，敷料，可帶傳染至嬰兒之臍帶。

潛伏期 普通八日至十日，亦可較短，或長至三星期。此乃毒素沿神經而行至中樞神經系統所需之時間也。

傳染期 破傷風罕由病人傳染。自創口來之溢液，如與已破之皮膚接觸，則可傳染他人。

免疫性 少數人具有天然免疫性。一次染病後，大概可得永久免疫性。此症無預防菌液。

症狀 病初起時，常有過敏，不寧，與頭領強直。病人因難於下咽，或自云有喉痛。護士當速注意而報告此類症狀。神經系統受毒素之損傷漸多，則破傷風特殊之徵狀，即將發現。是爲：（一）頸與頭強直，致病人不能張口（牙關鎖閉）；（二）

頭仰縮；(二)面作苦笑(瘳笑)；(四)腹肌與腰肌強直；(五)強直性瘳攣或驚厥。

驚厥時背可彎成弓形，身體強直，祇有頭與跟着床。瘳攣時疼痛甚劇，病人於發作中間，身體不能弛緩。發作或連續不止，或稍有間歇。室內有輕微之聲息或行動，或接觸病人時，皆可引起驚厥。普通有大汗，溫度高至華氏一百零二度，脈與呼吸均速。白血球計數增多。

初·生·兒·破·傷·風(Tetanus neonatorum) 爲中國極常見之破傷風。其最初徵狀，常爲驚厥，惟有時其母或覺嬰孩不能吮乳。

豫·後 嬰兒由臍帶受染而致病者，其死亡率極高。小兒恢復者甚少。成人非用抗毒素治療，死亡者約百分之八十。若早用抗毒素，(一見其最初症狀，即用抗毒素治療)，其死亡率約可減低一半。潛伏期愈長者，愈有恢復之機會。

併·發·病·與·後·發·病 此症極少發生併發病之時間，如若致命，病人常於第三四日即死。結局良者，有時或於病期內併發肺炎。

預·防·療·法 受槍傷，空彈傷，與任何種深入或撕裂之創傷，或哆開骨折後，當立

即用破傷風抗毒素二千單位，注射皮下。以上爲最危險之創傷，惟各種創傷，皆易爲塵土所污，因而染着破傷風桿菌，故注射預防劑爲一安全之方法。

淺創傷與抓傷，當於受傷時立即治療，敷以百分之三碘酒，蓋以滅菌敷料。裂創除注射抗毒素外，更須外科的清潔，割去撕裂部份，蓋以滅菌敷料。如用一千五百單位作預防劑，須隔一星期續行注射，至創口癒合爲止，比較穩妥。小兒之劑量與成人同。以破傷風抗毒素作預防劑，其價值已完全證明，凡軍隊，工廠，礦穴，或有多人受傷之處，當勸告決定用否之負責人員，從早應用，以資預防。

初生兒破傷風之預防法，料理臍帶時，須用外科的清潔法。器械與敷料須滅菌，此事在任何家庭內皆可實行。宜指導公衆，勿用無智識而不潔淨之收生婦。特殊療法。破傷風惟一有特效而減低死亡率之療法，即科學的應用破傷風抗毒素也。所謂抗毒素之適當用量，即結局能使病人治療之劑量。抗毒素之應用宜早，一見其最初症狀，即當注射。各醫院與各醫師所用之方法不一，其劑量亦不一，

然其第一劑須大，並於第二第三日繼續注射，已漸爲人所公認。有於最初二十四小時內，用至十萬單位者，亦有每日於肌內，靜脈內，及脊椎內，各注射一萬單位，接連三日者。

破傷風之其他療法，係用鎮靜劑，以減輕與預防痙攣。溴化物，魯米那鈉 *Luminal sodium*，安密安 *Amytal*，皆爲可以應用之藥。有時吩咐用百分之五十純淨硫酸鎂注射肌內，其劑量爲一·五西西至二西西。因病人常死於驚厥，故預防與減輕痙攣，殊爲緊要。病室宜幽靜，有遮蔭，而無強光，避免煩囂，此乃最要者也。

若能喫食物，須爲極柔軟者，或用液體飲食。供給體內所需之流質，並維持病人之精力，乃必要者。液體常需由直腸灌入，或用鼻飼法。

護病法 護士須保障病人之安靜，不受煩囂。門須襯墊，以防碰撞作聲；病室內一切動作，務須沉靜。用紗窗以防蠅類飛入。準備肌內，靜脈內，與脊椎內注射抗毒素應用之器械，聽候醫師吩咐。抗毒素須熱至體溫度，注射靜脈內者，須用

溫暖之當量鹽溶液稀釋。若注射脊椎內，可不必稀釋，但常用全身麻醉劑，或局部麻醉劑。平常於第一日先以數滴使病人脫敏感，並準備發生反應時所需用之器具，與白喉病同。飲食物均須記載，若病人不能嚥下充分之滋養料，大約將吩咐用鼻飼法。飲食物內可加乳酪，乳糖，雞蛋，以增高熱力。

管理法 不需檢疫，隔離係為病人之舒適與利益起見。創口之敷料須立即燒去，或用紙包裹而後燒去之。小心保護被褥，勿為創口之溢液所污。

終期消毒 清潔與晾曬。

癩咬病 Rabies (hydrophobia)

定義 此為熱血動物之急性傳染病，最常見於犬類，其毒由病獸之直接接種而傳至於人。

源流 此病廣及全世界，惟各島國之嚴厲實行動物檢疫條例者，不在此列，其中尤以英國及澳洲為最著。中國各地，終年皆有此病。巴司徒氏於一八八四年證明

其毒在瘰獸之神經組織內，且爲現用抗瘰咬病菌液療法之發明者。一九〇三年，帕度亞之內基氏 *Negri*，於瘰獸神經細胞內發見小圓體，卽名爲內基氏體 *Negri bodies*。

病·原·菌· 其病原菌尙未確定，但知爲一種濾過性毒，在瘰獸之神經系統脊髓與腦細胞內，由涎腺而入涎。內基氏體常見於患此症者之腦細胞內，且與瘰咬病不相分離，故有許多醫學家，認爲與瘰咬病之病原有密切關係。經咬傷或抓傷而接種入體後，毒卽沿神經而行，故神經豐富之處如指尖，或近腦處如面，被咬傷，則其毒之傳布極速。病菌可由熱與乾燥殺滅，然能抵抗寒冷及石炭酸。凡熱血動物皆可發生此病，狗類最多，依次爲狼，貓，與狐。其他家畜，亦可傳染此病。

傳·染·之·來·源· 瘰獸爲其惟一之來源。

傳·染·之·途·徑· 由皮或粘膜種入瘰獸之涎。平常因被嚙所致，惟貓爪爲自己之痰涎所染汚，受其抓傷時，亦可種入病毒。

潛·伏·期· 平均自兩星期至八星期，常爲六星期，亦可多至六個月。其潛伏期之長

短，視接種處神經分布之多少而定。

傳染期。犬類自症狀發現之前數日至病期終了爲止；人類於病期內皆可傳染。

免疫性。天然免疫性不明。後天免疫性，係人類於被咬後十日內注射抗瘰咬病菌液而得。動物用接種法免疫，其免疫性可歷一年。

症狀。犬類。犬類患瘰咬病之第一個徵狀爲性情大變，顯露恐懼過敏之狀，旋即變爲甚不安靜，繞圈疾馳，口角流涎。此時如同狂易，遇物卽噬。是爲犬類最危險之時期，可以傳染許多同類，與其他牲畜。瘰犬昂首而吠，鼻尖向上，其吠聲甚清晰，係一種哀號。此期之後，繼以癱瘓，先顯於後腿之肌。此犬常於症狀初顯後之十日內死亡。瘰犬應當關禁，勿令咬人，或以涎液染污，惟於報告此病之前，不可將其殺死。如十日後尙活，卽非瘰咬病。

人類之症狀。經過長久之潛伏期後，本人或已忘却被噬之事，忽覺被咬處發生激惹，或爲刺感，或爲痠痛，或覺麻木。人亦過敏，亢奮，或憂慮，抑鬱。旋有頭痛，失眠，與食欲不振。或有輕熱。瘰咬病之特徵，繼卽顯現，病人大不寧靜，

容易激惹，與極度之感覺過敏。稍有刺激，即可引起反射性痙攣，始於咽喉。病人在痛苦之中，不能飲水，且不能見水，故有恐水病 *Hydrophobia* 之名。此類症狀，平常在兩三日之內發生，病人因衰竭而死頗速。有時生存較久，臨終以前，可致癱瘓。

豫後 症狀一經發現，即已無救，病人全數死亡。惟為瘦獸所咬之人，不盡發生此病。狼咬最為危險，其次為貓，又次為犬。為瘋犬所咬之人，約有百分之十五發生瘦咬病。

併發病與後發病 因此病死亡甚速，故無併發病與後發病。注射菌液後，組織或有紅，腫，與變硬。

診斷 獸類 性情改變，大不寧靜，而易激惹，繼之以癱，死亡在十日之內。實驗室診斷 於神經細胞內發見內基氏體；以可疑之組織接種於兔。

犬類之預防療法 (一) 限制貓犬之數目，以能管理為度，應用此限制於家庭內及農場中。大批無主之犬，任其游行，為一種危險。

(二)犬須領照，並戴口套，凡無照無套之犬，一律擊斃。

(三)領照之犬，於每年換照時接種一次。

(四)凡與瘰獸接觸，或被咬之犬，一律須接種，或擊斃之。

人類之預防療法。(一)創口用預防法。一經被咬，須立即，或至遲在數小時後，(再遲無效)，令創口之血，自由流出，然後用千分之一氫化高汞，小心洗淨。次用烙灸法，或用烙鐵，或用發煙硝酸。石炭酸不宜用。烙灸後須以重碳酸鈉飽和溶液抹之。

(二)用抗瘰咬病菌液，於被咬後注射愈早愈佳。此菌液係從兔之脊髓製成。此兔曾於腦內接種規定毒力之瘰咬病毒，至第七日將其殺死，取出脊髓，於一日至十四日之內，分別令乾。菌液即由此脊髓製成，其力強弱不一，於一日內乾燥之脊髓，其刺激身體細胞之力，當然較歷時稍久者為更強。巴司徒氏療法，係於十四日至二十一日中，注射此逐漸增強之菌液，今日所用者，不過稍為變更其法耳。如此則於潛伏期末終之前，已能自己生出抗體。惟此療法至遲須於被咬後十

日內開始。有時以爲宜待至此獸之咬病診斷確定以後。如於十日後此獸仍活，即非咬病。然若面部被咬，即不宜久待。

病時療法。症狀一經發生，其療法僅在節制病人極度之不寧靜，與陣發之驚厥。治療宜早，須在症狀未達最高點時開始。可卡因(科卡印) Cocaine 溶液，可敷於咽喉，以減輕其過敏性；吸氫仿(哥羅芳) Chloroform，或注射硫酸鎂 Magnesium sulphate，或嗎啡 Morphine，以止痙攣。

護病法。不論在家庭內或醫院內，病人所居之室，必須隔離，並宜黑暗。年輕而無經驗之護生或侍者，不可派任護理咬病人之職。並須教以病毒在鼻與咽喉之溢液內，由接種入破損之皮或粘膜而傳染。凡有此種擦破者，一概不准入室。入室者必須戴手套。侍應病人者，須防病人向之唾痰。病人或須約束，以防損傷自己或他人。病人切不可一人在室，故護士或侍者常須換班。因病人見水，或聞水聲，足以增其苦痛，故不必沐浴。固體食物與柔軟食物，常可容納；如咽喉內敷可卡因(科卡印)，有時液體亦可嚥下，否則須由直腸灌入。

病時消毒。凡被鼻咽溢液染污之物，均須消毒，最好煮過。

終期消毒。病人死後，室中須用肥皂與水仔細清潔，室內之物，須曬太陽。

沙眼 Trachoma

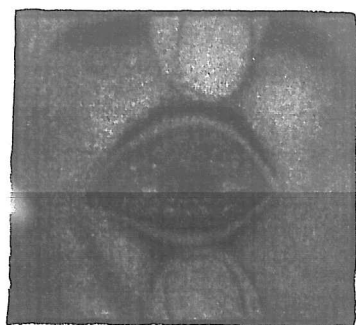
定義。沙眼爲結合膜之傳染病，係慢性，其特徵爲結合膜發炎，臉上有特殊之沙眼粒，其後成癥，收縮，而致畸形。

源流。沙眼一症，當溯源於埃及，聞在數千年前，其全部人口，一半曾染此症。自埃及由歷次軍事行動，而傳至歐洲，其中著名者，爲拿破倫於一七九八年率兵侵入埃及，兵士多染此症，帶回歐洲。此症如何傳至中國，並不明瞭，惟現今國內人民受害之廣，護士不難自行估計，在醫院門診部中，殆無日不見此症。霍華德氏 Howard 約計中國西南各省人民之患沙眼者，不下百分之二十，華北則達百分之四十。亦有認霍氏之約計爲太低者。如有成羣之人，聚居一處，如在軍營之中，其染病之百分率極高。中國人失明之原因，沙眼當佔第一位。

病原學 沙眼特殊之病原菌不明。或謂係一種濾過性毒，或謂係一種桿菌，直至今日，尙未能加以證明。惟此症具有傳染性，則已斷然無疑，且與貧窮，榮養不良，及不合衛生之環境爲緣，此說殆亦可信。傳染之來源，爲病眼之分泌物；傳染之途徑，則爲直接或間接與此分泌物接觸。蠅類可直接由一眼帶病菌至他眼。此症初起時之急性期內，其傳染性最高，殆已無疑。傷風可增加此菌之毒力，而傳染他人之危險，亦以此時爲更大。潛伏期不明，惟上海某醫師曾述一例，其助手於施行手術時，有沙眼病人之分泌物射入其眼，雖立用預防療法，仍於一星期內發生沙眼。大概其潛伏期視病菌之毒力而異。

症狀 沙眼可分爲三類：（一）輕症，其損害祇限於結合膜之瞼板後摺；（二）重症，瞼鞞帶之上部亦受病者；（三）重症，全結合膜皆受病，致有嚴重之併發病與後發病，如角膜潰瘍，角膜血管翳，與瞼之畸形等。

病程 受染後，大約於一星期內，眼現發炎之狀，卽紅，痛，流淚，畏光。眼之天然分泌增多，病勢進行，則變爲膿性。兩瞼易致粘合。將瞼翻轉，可見其結合



第二十圖 沙 眼
(南京衛生署衛生教育組)

膜變厚，發腫，有粗如西米之小粒凸起，即特殊之沙眼粒。其新鮮者爲淡紅色，較老者爲灰色（參看第二十圖）。此係肥大期。平常兩眼皆受染。經過長短不一之時期後，此類急性症狀，即將平息，其沙粒成癍，癍組織收縮，致臉變形。

此症本係慢性，可繼續數月或數年之久。其急性發炎期爲自限性（定期自癒者）；有少數即行恢復，而不入於慢性狀態。惟大多數變成慢性。似已痊癒之病症，常致再發。

併發病與後發病 (一) 角膜潰爛 *Ulceration of the cornea*，平常在肥大期內。(二) 血管翳 *Pannus*，乃因沙眼粒刺激而生之血管膜，可蔓延至角膜，而障礙或破壞視力。(三) 臉變形 *Distortion of lids*，臉緣內翻，或外翻，或臉扭曲。(四) 盲 *Blindness*。

豫後 此症不致喪命。惟因妨礙視力，可致變形，或成盲，故頗爲重要。

療法 最初爲減輕結合膜炎。普通用百分之〇·五硫酸鋅 *Zinc sulphate 0.5 %*，輕症平常已足治癒，或間時合併用百分之五至百分之十枸橼酸銅軟膏劑 *Copper*

citrate ointment 5%—10%。若病勢進行，稍後可用硫酸銅桿 Copper sulphate stick 並以硫酸銅軟膏劑 Copper sulphate ointment 敷之。硫酸銅桿切不可觸及角膜，敷畢須以體溫度之當量鹽溶液輕輕注洗眼。病人敷藥後，當勉其將眼張大數分鐘。重症，北平畢醫師主張用透熱器烙灸。此療法可致臉甚腫，歷數日乃至兩星期之久。須在不同處行之數次，至結合膜變成癍組織爲止。於此病之各期，須時時用硫酸鋅溶液洗眼。亦可用外科療法以去癍組織，與修整變形。

護病法 沙眼可用內科無菌技術在普通病室內護理。此症之本身，罕爲醫院病，入院者大都爲內外科症之繼發性病。故醫院中所治之沙眼，常係繼發性。護士須能認識此症，而以無菌技術護理之。

施行外科療法後，或吩咐用冷濕布墊。布墊須常更換，以免變溫，至少每分鐘一次。

滴藥與敷藥法，及正當之注洗法，可參閱伊氏眼科護病法。（上海廣協書局發行）。

預·防·與·管·理· 預防與管理之法，應抱以下兩目的：（一）教導尙未受染之小兒，使其得免此病。最好在各校公民教科書中列入此症，說明其傳染與預防之法。（二）於各鄉鎮設立簡單之沙眼診療所，或由市政機關管理，或由警察機關管理，診費須減至極低，或完全免費。同時須佐以教育影片，幻燈，及講演等。（三）取締火車，輪船，工廠，及各公共場所之公用面盆手巾。政府與市政當局，及教育界，醫界，當協力進行，以撲滅此全國之大害。

因眼分泌物傳帶病媒，故眼敷料須一律燒去，病人用之手巾須煮過。

中國習見之人體內臟寄生蟲

齊魯大學 G. F. Vinfield Sc. D. 合著
E. B. Struthers M. D.

緒言

能致疾病之生物，攻擊人類者，可分為數大類。其中最要者，為濾過性毒 Filterable viruses，細菌 Bacteria，黴菌 Fungus，原動物 Protozoa，內臟蟲或蠕蟲 Helminths or worms，與若干昆蟲類，或直接致病，或為傳布他種致病微生物之重要媒介。本章所論，則為重要之內臟蟲或蠕蟲類。在中國發生疾病者，屬於線蟲或蛔蟲 Nematoda or round worms，吸蟲或蛭類 Trematoda or flukes，及條蟲或帶蟲 Cestoda or tapeworms 之三類。

寄生人體內之線蟲類

線蟲類 *Nematoda* 大抵爲細長如線之生物，其長短大有不一。寄生人體者，長自數耗至一米以上不等。其身體之組織，頗爲簡單，主要者爲一肌皮管，其體內器官，卽藏於此管內。最重要之器官有二，亦作管狀。一爲消化器，係一簡單之管，與口相通，位於肛門之前端，肛門則在近尾處。此消化器分爲一個口囊，（並非各種皆有），一個食管，與一條腸。二爲生殖器，亦係管狀系統，蟠屈於腔內腸之附近，此腔在消化道與體壁之間。線蟲類之生活史，簡單直率，祇有少數需要中間宿主，以資發育。

線蟲類不僅包括寄生蟲型，且有多種可以獨立生活。約計線蟲之種類，不亞於昆蟲。永久的或偶然的寄居人體者，聞有四十五種。內中十四種，爲人類之普通寄生物，但祇有九種於中國醫學上佔重要地位，今將分別論之於下。

(一) 人體鈎蟲 *Human hookworm* 線蟲類之寄生人體者，有三種係屬於公認之鈎蟲類。其學名如下：(甲) 十二指腸鈎蟲 *Ancylostoma duodenale*，(乙) 巴西鈎蟲 *Ancylostoma braziliense*，(丙) 美洲鈎蟲 *Necator Americanus*。鈎蟲之特徵，卽有一

發育完善之角質頰囊，於腹緣有鈎狀或片狀之切器。雄者則有一發育完善而特殊之交尾囊。此三種鈎蟲，可按下表所列舉之特性而加以區別。

區別三種人體鈎蟲之重要特性

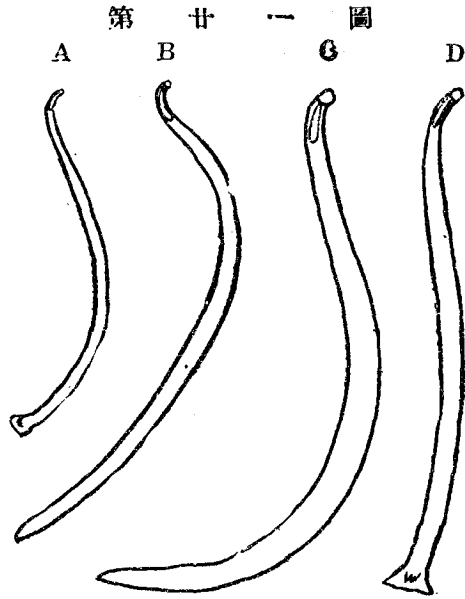
性狀	十二指腸鈎蟲	巴西鈎蟲	美洲鈎蟲
長度	雌者九至十五耗平均十二耗 雄者七至十二耗平均八耗	十至十二耗平均十一耗 七至十耗平均八耗	八至十三耗平均十耗 五至十耗平均七耗
顏色	汚濁之鐵銹色或肉色	前五分之一作透明膠質狀	暗白色
齒	兩尖約略相等	兩尖，惟在內者極小	無齒，但有切片
背彎	微	微	頗尖銳，與體彎之方向相反
囊	闊過於長	闊過於長	長過於闊
針	無	無	有四，在腹下與背下

十二指腸鈎蟲於中國為最習見者，約佔國內鈎蟲百分之八十至九十。美洲鈎蟲佔百分之十至二十。巴西鈎蟲平常為貓狗之寄生物，惟在印度，於人類亦頗習見。中國南部，亦有寄生於人類者。十二指腸鈎蟲較美洲鈎蟲更有害於宿主。

生活史與傳染法 鈎蟲

成長時，寄居於其宿主之小腸內，藉其頰囊與腹側齒而附着於腸壁，吸取其宿主之血與組織以為生。鈎蟲病之主要症狀為貧血，及貧血症所發現之若干症狀。此貧血乃因鈎蟲之啣血作

用所致。鈎蟲由腸啣血，幾於無時或息，故有一千鈎蟲，每日可自其宿主啣血三百六十四西西。鈎蟲主要之活動為產卵。十二指腸鈎蟲之雌者，日可產卵一萬五千至三萬枚，美洲鈎蟲可產一萬二千至二萬枚。其卵至為殊特，兩種相同，各有一清澈，細薄，而光滑之殼，內含細胞一個，二個，或四個，由宿主糞內排出時，

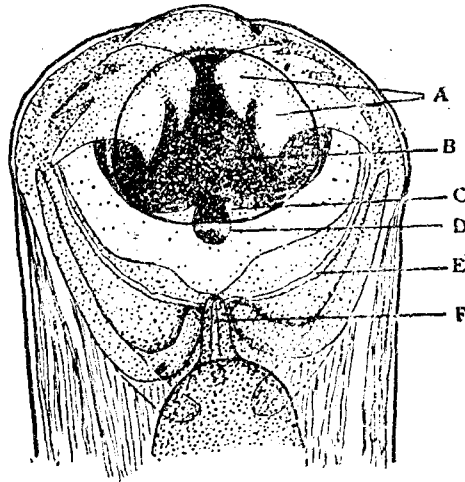


美洲鈎蟲與亞洲鈎蟲

- A 美洲鈎蟲之雄蟲
- B 美洲鈎蟲之雌蟲
- C 亞洲鈎蟲之雌蟲
- D 亞洲鈎蟲之雄蟲

並不充滿其殼中之空隙。卵之大小，約長六十秒，寬四十秒。離開宿主以後，如遇適宜之環境，溫暖，潮濕，並得氮氣，卵之發育甚速。於一日至三日內孵出第一期之幼蟲。此蟲狼吞虎嚥，食糞土內之細菌，生長頗速。三五日後，長達○·五耗，乃蛻變而成第二期之幼蟲。此時仍食細菌，以資生長，閱五七日，復變為傳染性之

第 二 廿 圖



亞 洲 鈎 蟲 之 口 囊

幼蟲。於此第二次變換期，幼蟲仍保留其舊蛻，作為一鞘，食管之構造，變成絲狀。鞘內之傳染性幼蟲，無從得食，故靜待機會，以入於宿主體內。其侵入之路有二。最普通亦最重要者，係由手足無保護之皮膚而入；其次則於飲水食物之時偶然嚥下幼蟲。若侵入皮，即隨淋巴管或血管而至心之右側，由此唧入肺內。因

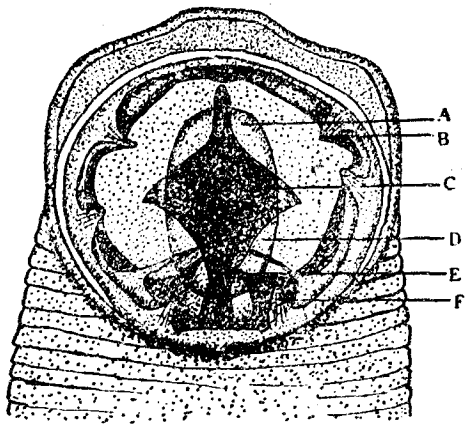
不能經過肺毛細管，故破裂入氣囊。由肺之氣囊，被呼吸道之細毛上皮帶至咽喉而嚥下，以入於腸。在腸內長成後，復於糞便內排卵，距幼蟲自皮膚侵入，約為五六個星期。

宿主之損傷。鈎蟲如何損傷其宿主，現尙聚訟莫決。惟據最近調查，指示因鈎蟲之啣血作用而致失血，爲其主要之損傷。

症狀。鈎蟲病之症狀，係由貧血而發生，故其性質與輕重，視蟲數之多寡而異。蟲少者或無

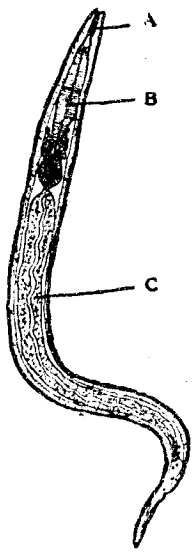
人體內臟寄生蟲

第 廿 三 圖



美洲鈎蟲之口腔

第 廿 四 圖



鈎蟲之第一期桿蟲型幼蟲

- A 咽部
- B 食道
- C 腸

症狀。輕症略有貧血與腹上部觸痛。貧血漸進，則致異常蒼白，食欲無常，或過於強盛，喘息，眩暈，用力則心悸，各種症狀，均漸增劇。或致足踝水腫，有時面部浮腫。

診斷。鈎蟲之診斷，係在病人大便內查得其特殊之卵。

療法。麝香草腦 Thymol，乙駢困碎(那弗妥) Betanaphthol，土荊芥油 Oil of chenopodium，除蛔油精 Ascaridol，四氫化炭 Carbon tetrachloride，四氫二稀 Tetrachlorethylene，赫昔雷瑣辛 Hexylresorcinol，皆可以一劑除去多數鈎蟲，惟於事前事後之療法，須有適當注意。

麝香草腦。阿希福氏 Ashford 嘗用麝香草腦治療過一百五十萬病人，無一死者。平常方法，於上一夜先用瀉鹽類瀉藥，至上午八時，給以麝香草腦粉二克，置膠囊內服之，十時再服二克，至十一時或十二時，繼服硫酸鎂或硫酸鈉一兩。服最後一劑瀉鹽後，可進飲食。一次治療，可排出鈎蟲百分之七十七。

(注意)治療時不可用醇或油類。

土荊芥油 係自藜科植物土荊芥(美洲藜)之子製成。其中所含之精爲除蛔油精，係清澈黃色之液體。除蛔油精之劑量爲一西西，土荊芥油之平常劑量則爲一西西半。常分作兩劑，各〇·七五西西，相距兩小時，再隔兩小時服瀉鹽類瀉藥。於瀉藥發生效力之前，不可進食物。小兒之劑量爲每歲一量滴，於總數中減去一量滴(即按年齡數減一)，至十六歲爲止。

四氫化炭(CCl_4) 此藥於一九二一年始用作殺鈎蟲劑，迄今已治療過三十餘萬人。自大體言之，其成績極爲滿意。惟血中鈣分減少，腸被蛔蟲刺激或阻塞，或患慢性或急性醇中毒者，可致中毒。有蛔蟲之人，應先服驅逐蛔蟲之藥，方可給以四氫化炭。四氫化炭之平常劑量爲三四西，於三小時內服硫酸鎂十五克。

成人可用下列之合劑

土荊芥油

一·二西西

四氫化炭

二·〇西西

四氫二烯(C_6H_6) 此藥曾用以治療過五萬餘人，迄今未有中毒症狀報告。自實驗

言，四氫化炭可發生肝之中心性壞死，四氫二烯則用同樣之劑量，於肝或其他器官並無明顯之作用。此藥不溶於水，雖有脂肪，亦不易為腸粘膜所吸收。服後或有覺眩暈者，如服醇或氫仿（哥羅芳）。此藥治鈎蟲之功效，可與四氫化炭等，惟於蛔蟲無效。劑量自三西西至四西西。福斯德氏 *Wegman* 主張用下列之合劑：

四氫二烯

二·八西西

土荆芥油

○·二西西

用排除鈎蟲之療法後，護士當於三日內，將病人所排泄之大便，全部送往實驗室，檢查其排出之蟲。

因鈎蟲病而致貧血，可以大劑量之鐵治療之，日服枸橼酸鐵銹四克至六克，化於水內，即可見效。

分布 鈎蟲雖見於中國各地，惟華北因冬季寒冷乾燥，故此病之發生，與傳染之劇烈，不大重要，病人之發現症狀者亦較稀。華中與華南之鈎蟲病，其性質為一種職業病，大抵限於農民階級，且似更限於種植菜蔬，及從事蠶桑之人。若其地

居民，多以此二者爲業，則鈎蟲病之蔓延甚廣，且甚重要。

預防法 個人預防法，宜保護皮膚，免被鈎蟲之傳染性幼蟲侵入。公衆預防法，對於糞便宜有適當之處置。

(1) 蛔蟲 *Ascaris lumbricoides* (round worms)

成蟲 蛔蟲乃人類腸寄生物內之最大而亦最普通者。雌蛔蟲長自二十糲至二十五糲，闊五糲，雄蛔蟲長十五糲至十七糲，闊三糲。蟲口有三唇。雌蟲之陰，在其體長之首三分之一，與第二三分之一之中間。雄蟲之尾，於腹側反曲，有兩個相等之棒形針，長二糲。此蟲平常居於宿主之小腸內，但若被擾，間或游走入他器官，如膽管與鼻等。平常之雌蛔蟲，其生殖力甚大，每日可產卵二十萬枚。孕卵作橢圓形，有一透明之厚殼，外被有乳頭之蛋白質層，惟有時無之。卵長四十五至七十五糲，寬三十五至五十糲。卵於產出之前係透明者，但因糞內之膽色質，使其蛋白質層變爲棕黃色。產出之時，其卵並不分節，細胞漿內，密含卵磷脂粗粒。未孕之卵，較長較狹，更似橢圓形。平常其殼較薄，而有一不規則之蛋白質

層。其內部構造，並無組織，常含巨數屈光度頗強之小粒。未孕之卵，見於正性病人體內，其百分數頗高。

生活史與傳染法 孕卵隨糞便而離開宿主，若得適宜之環境，即可於兩星期至一月內發育至傳染期。與孕卵發育最有關係之因素，為溫度，潮濕，與氫氣。已發育至傳染期之孕卵，內含一能動之幼蟲。若為一適宜之宿主所食，即於胃內或小腸內孵化，幼蟲穿入消化道之壁，平常隨肝門靜脈系之血管而至肝。由肝入心，被啣入肺，至肺時，幼蟲已長大，而不易通過肺毛細管，遂破裂血管而入氣囊，為氣道內之細毛上皮所移動，以達咽喉，重複嚥下。經過此長時間之遷徙，迨第二次抵腸內時，已經長成。自第一次嚥下，以至產卵期，約需經過五六星期。

宿主之損傷 蛔蟲所致之損傷，其程度大有不同。有時一條成蟲，可使病人顯露明確之症狀，有時雖多至數十條或數百條，而並無症狀。自全體言之，此蟲於宿主無甚損傷。

症狀 蛔蟲在腸內，可致消化擾亂，疼痛，腹瀉，嘔吐，有時驚厥。蟲亦可入膽

管或胰腺管，有時穿過腸而入於腹腔。若其數甚多。可致腸梗阻。

一次嚥下巨數之傳染性卵者，幼蟲於經過肺時，可致肺炎，名爲蛔蟲肺炎

Ascaris pneumonia。

診斷 診斷蛔蟲之有無，係在病人糞內檢查其有定型之卵。因蛔蟲所產之卵，爲數至多，故用塗抹法極易在糞內查出。護士宜注意認識未孕之卵。

療法 至今以蛔蒿素(山道寧) *Santonin* 爲最常用之藥物。惟此乃毒藥，疑有蛔蟲時，不可濫用，必須檢查大便，發見蟲卵後，方可用之。福斯德氏謂其祇有百分之二十七之效力。

蛔蒿素不宜於空腹給之，亦不宜與油同服。祇給一次，不可連服，以免吸收而發生中毒症狀。

劑量 小兒每歲○·○一克，成人○·○六克至○·二○克，於夜間服之，翌日上午用瀉鹽類瀉藥，或服蓖麻油。於七十二小時內檢查大便中有無蛔蟲，以後再檢查蟲卵十日。

土荊芥油 *Oil of chenopodium* 較蛔蒿素更有效力，惟亦是毒藥。劑量見鈎蟲病療法。

赫昔雷瑣辛 *Hexylresorcinol* 大有價值，且未發見過中毒症狀。

劑量 六歲以下小兒，○·四克，六歲○·六克，八歲○·○八克。成人一克。

晶體赫昔雷瑣辛作一服給，裝在硬膠囊內。注意勿於嚥下之前嚼碎膠囊。服藥後四五小時不可食物。

分布 蛔蟲之分布最廣，為中國最普通之人體寄生生物。

預防法 蛔蟲之傳染，因吸入含有傳染性幼蟲之卵。預防法恃乎個人衛生及個人清潔之習慣，小心調製食物，尤注意於生菜，須在沸水內浸一分鐘方可食之。幼兒排便與遊戲之習慣，於節制此病，尤有重要關係。

(三)人體鞭蟲 *Trichuris trichiura* (whip worms) 此蟲因其最顯著之性狀而得名，即蟲之前部甚長而細，其後部則粗厚如鞭柄。前面鞭索狀之部份，佔全體總長前五分之三。用顯微鏡檢查之，可見一毛細管狀之食管，經過一排念珠狀細胞之中

心，是爲其特徵。體之後部包含生殖系統。雌蟲長三十至五十粒。雄者長三十至四十五粒。體之後端，平常於腹側彎曲，並有一針。

鞭蟲平常寄生於大腸上部近結腸瓣處，其體之前部，出入於腸壁之組織內，織而爲一，故附着甚堅。所產之卵有定型，長而且細，長約五十一至五十四粒，寬約二十二粒。外被一厚棕色層，其兩端裂開，有一粘液樣塞，使卵成爲圓筒形。

生活史與傳染法 鞭蟲卵須與蛔蟲卵有同樣之環境，以資發育。惟對於乾燥及高低溫度之抵抗力，不及蛔蟲卵。傳染由於吸入胚胎之卵。新孵化之幼蟲，初入腸壁，休息二三日，繼入於腸腔，約三十五日而長成產卵。

宿主之損傷 鞭蟲所致宿主之損傷不定。傳染重者，可致貧血。惟據最近調查，雖傳染極重之人，亦罕患貧血。自大體言之，其所致損傷，殊不足道。

症狀 鞭蟲病缺乏明顯之症狀。

診斷 於病人大便內查得其有定型之卵。

療法 希古洛來(無花果樹汁) Higuerolate (milk of the fig tree) 於中南美用之已數百年，以之剷除鞭蟲與蟯蟲，甚有功效，但須置於冰上，現時尚無相當之製劑。赫昔雷瑣辛可除去此蟲約百分之五十，土荊芥油約百分之三十三。

分布 鞭蟲在中國分布亦廣，但不如蛔蟲之普通。

預防法 與蛔蟲同。

(四) 蟯蟲 *Erierochius vermicularis* (pin-worm)

生活歷史與傳染方法 此係小而白色之蟲，長約半英寸。口端有三唇，或縮入頭內，蟲之附着於盲腸(盲腸)及結腸與小腸之附近部份，即賴此也。雄者長二耗至五耗，寬〇·一耗至〇·二耗。後端於腹側彎曲，有一明顯之針。雌者長八耗至十三耗，寬〇·三耗至〇·五耗，有一長而薄弱之尾。體之中部，因卵而粗腫，受孕之蟲，離盲腸而游走出肛門。於近肛門時，嚙直腸壁，致肛門部奇癢。蟲在肛門內時，並不產卵，迨與肛門外之空氣接觸，其子宮即以有韻律之收縮排卵，或於乾時炸裂，而驅卵入皮。卵由雌蟲排出時，平常已完全發育，頗有定型，腹

側扁平，背側爲圓形，內含一發育完全之蟲。宿主因肛門部奇癢，以手搔之，遂令此傳染性之卵，由手指而攜帶至口。嚥下後，蟲即孵化長成。故蟯蟲之傳染，由於缺乏個人清潔之習慣。

宿主之損傷 間或肛門周圍有劇烈之症狀，因蟯蟲所致。或云有時可致闌尾炎。**症狀** 肛門部及生殖器受刺激之外，或有胃口擾亂，惡心，嘔吐，腸痛，腹瀉等症狀。

診斷 雌蟲非俟離開宿主之消化道後，並不產卵，故糞內不常能發見其卵。惟蟲之本身，則可發見於糞內，或病人之衣服內，以拭子拭肛門周圍，可證明其有蟲卵，或刮取指甲下面之碎屑，亦可發見之。灌腸劑可以洗出受孕之雌蟲，爲診斷之一助。

療法 馬雅塞大佐 Colonel MacArthur 主張，凡因蟯蟲所致之肛門癢癢病，可以濃鹽溶液四兩（一磅水內溶鹽兩湯匙），於覺癢時注射入直腸。直腸內之糞須預先排空。致肛門癢癢者爲雌蟯蟲之蠕動運動，故於不覺癢時注射鹽溶液無效。

欲根本剷除蟲類，須防自己傳染，最爲緊要。因此兩手接觸內衣後，每次必須完全洗淨。小兒着滿襠褲，可防其搔爬肛門，致染汚手指。殺腸蟲劑之效力，不及灌洗。

灌腸可用苦木浸劑 Infusion of quassia (碎片半兩沖水一磅)，亦可用四百分之一至二百分之一吡—吡%之氟化銻 Ammonium chloride 溶液。

分布 蟯蟲在中國全境皆有之。

預防法 主要之原則爲厲行個人清潔。惟清潔之習慣，於幼兒頗難實行，故最普通受染者爲幼兒。

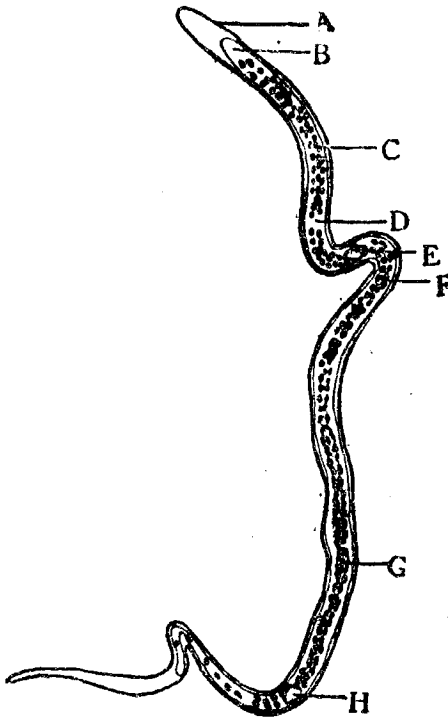
(五) 班克羅夫氏絲蟲 *Wucheria (filaria) bancrofti*

成蟲 班克羅夫氏絲蟲，爲組織內線蟲寄生惟一重要之代表，特吸血昆蟲而傳染於人，爲中國所常見者。成蟲作乳白色，如絲狀，有光滑之表皮。雄者長四十耗，闊○·一耗，後端反曲。雌者長八十耗至一百耗，闊○·二四至○·三耗。成蟲寄居於淋巴系統之組織內。幼絲蟲自雌蟲脫出，而入於淋巴或血內。此時長約一

百二十七秒至三百二十秒，闊七·五秒至十秒。

有一特別使人注意之現象，與班克羅夫氏絲蟲之生活史及診斷法，有重要關係者，即幼絲蟲在周身血循環內定期出現。在中國，其定期出現之時為夜間，即於白晝時，周身血循環內幾不發見幼絲蟲，而在下午十時至上午三四時之間，則其數極多。此因中國方面傳染班克羅夫氏絲蟲之主要媒介，乃於夜間嚙人之蚊。

第 廿 五 圖



Malayi 絲蟲之幼蟲

- A 包皮
- B 頭部
- C 身體細胞
- D 神經環
- E 排泄孔
- F 排泄細胞
- G 生殖細胞
- H 肛門

其他國家，有藉白晝嚙人之蚊而傳染者，則此定期出現之時間，適與中國相反焉。

生活史與傳染法 幼絲蟲欲繼續發育，必須入相當之蚊胃。被蚊吸入後約一二小時，幼蟲即脫鞘而出。或隨蚊糞排泄，或侵入胃壁，而遷徙至胸肌，其活動力即減少。此後兩日內，乃迅速變為臘腸形，長約一百五十秒，寬十秒，自第三日至第七日，其內部組織發生變化。此時幼蟲已長二百二十五秒至三百秒，寬十五秒至三十秒。第二星期再變形一次。自是以後，幼蟲迅速變長，達一·四至一·五耗。乃遷徙至蚊之頭部，待機入喙鞘。幼蟲既入喙鞘，即靜待此蚊嚙人之時，破鞘而出，以入於皮。由皮內而至淋巴系統，長為成蟲。幼蟲在蚊體內之時期，自十日至六星期不等，視潮濕與溫度而定。

宿主之損傷 大多數血內有幼蟲之人，並無症狀。亦有許多發生淋巴管炎，其重者可致象皮病。發生地方病之區域，輒於第十五年至二十年之間，有明顯之傳染。

症狀。多數病症，其幼蟲並不爲害，僅有時病人自訴頭痛。惟母蟲可引起淋巴管炎，而致發熱。慢性淋巴管炎可致腿腫，其狀名爲象皮病 *Elephantiasis*。有時陰囊亦腫，其大異常。有一常見之症狀爲乳糜尿。

診斷。診斷之法，卽於血內查出幼絲蟲。

療法。治療此病，雖經試用多種藥物，但尙無一證明爲有效者。

分布。中國絲蟲病，最常見於農夫，雖其分布之廣狹，不甚明瞭，惟沿海低窪之地，自山東以迄廣東，與長江流域之全部低地，皆有之，湖南河北兩省沿大湖一帶，尤爲盛行。

預防法。用紗窗蚊帳保護，勿被蚊咬。

寄生人體內之吸蟲類（蛭類）

本章所論之第二第三類寄生物，係屬於無脊椎動物之扁蟲門。此類動物之特徵，卽有一扁平柔軟之身體，與某種特殊之內部構造。扁蟲門又可分爲：（一）吸

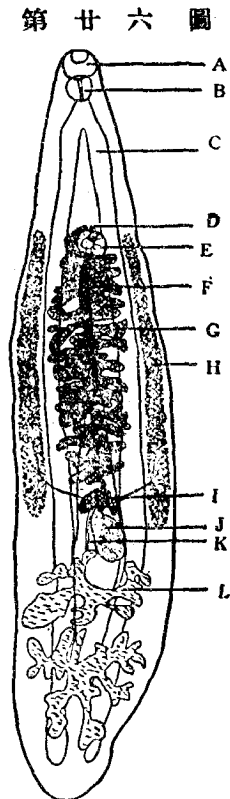
蟲類或蛭類 *Trematoda* or flukes、有吸盤以資附着，並有一消化道，其體並不分節；(二)條蟲類或帶蟲類 *Cestoda* or tape worms，有一頭節，以資附着，無消化器，全體分爲多節，每節皆有全部生殖器。

自全體言之，吸蟲類最明顯之特點，卽有兩個界限分明之吸盤。平常爲兩性生物，卽每個皆備具雌雄兩性之生殖器。惟血吸蟲 *Schistosomes* or blood-flukes 係一例外。又一特點則爲其複雜之生活史。凡寄生人體之吸蟲類，必須有一個以上之中間宿主。第一個中間宿主，常爲螺螄，在此宿主內發生複雜之變化，包含許多幼蟲形態，與其原來之母吸蟲絕不相似。其次常需一第二中間宿主，作爲過渡期，此幼蟲方可變化而復返於人體。

永久或偶然寄居人體之吸蟲類，聞不下三十種。內有十種爲普通之人體寄生物，多少帶有重要性；此十種中有六種普通見於中國。

(一)亞·洲·分·枝·舉·吸·蟲 (亞·洲·肝·蛭) *Clonorchis sinensis* (oriental liver fluke of man)
分枝舉吸蟲爲一中等大小之吸蟲，表現出全部吸蟲類之根本特性。成蟲爲一扁平

體，前部尖削，後部略圓。其體透明柔弱，長自十耗至二十耗，寬自三耗至五耗。吸盤有二：一在前端，爲口吸盤，口居其內，一距前端約體長四分之一處，爲腹吸盤。此腹吸盤祇有前端口吸盤之一半大。其消化系統自口吸盤起，緊連一肌咽，咽下爲一短食管，分做兩個腸腔，沿體左右而下，至後端附近，不通於外。



亞洲分枝舉吸蟲

- A 口吸盤
- B 咽
- C 腸
- D 殖孔
- E 腹吸盤
- F 子宮
- G 射卵
- H 子卵
- I 受精
- J 囊
- K 氏管
- L 莖

分枝舉吸蟲與多數吸蟲同，係兩性生物，故有兩副生殖器，一爲雄性，一爲雌性。分枝舉吸蟲卵，爲定型之吸蟲卵，一端有明顯之蓋。卵形頗小，長二七。三秒至三五。一秒，寬一一。七秒至一九。五秒，作淡棕黃色，形似舊式之炭絲燈泡。蓋附着於卵殼之處，有一界限分明之肩狀突。後端則有一鈎狀突。卵產出時，卵內之幼蟲已完全發育，預備被相當之螺螄吞下而傳染之。

分枝舉吸蟲之顫毛幼蟲，作長圓形，前部較闊，向後尖削。前面有一小棘狀突，其內部最顯著之特點，則爲大而位置不當之溶組織性腺。吸蟲類之顫毛幼蟲 *Miracidium*，多數能在水中游泳自如，尋覓相當之螺螄爲其中間宿主，惟分枝舉吸蟲之卵，非俟相當之螺螄吞下後不孵化。及既吞下，卵即孵化，幼蟲穿入螺螄之組織內，變爲芽胞囊 *Sporocyst*。芽胞囊僅爲一薄壁之囊，內含種子細胞，產生雷狄氏幼蟲 *Rediae*。雷狄氏幼蟲之構造，與芽胞囊同，但有一未成熟之消化道。此幼蟲又產生尾動性幼蟲 *Cercariae*。尾動性幼蟲須在水中游泳，故有一長而直之尾，邊緣有槽。有兩個色素視器，有口腔吸盤與腹側吸盤。尾動性幼蟲之體，被以細小向後之棘，其體之前部有溶組織性腺六對，由小管通至前端。尾動性幼蟲成熟時，即破裂雷狄氏幼蟲體，離開螺螄宿主之組織，而游泳於水中。如與淡水魚接觸，即施以攻擊，藉溶組織性腺與向後之棘，以侵入其組織。既入魚體，即失其尾，蹠伏而分泌一厚層之保護囊。在囊內等候機會，俟魚被相當之脊椎動物所食，即破囊而出。淡水魚之有分枝舉吸蟲囊者，不下三十四種，如被生

食，或於半熟時食之，幼蟲即在小腸之上部破囊而出，覓路至輸膽總管，推進至肝，於其遠側之膽毛細管內長成。

宿主之損傷 福斯德氏云：宿主所受之損傷，由於以下四原因：（一）破壞作用，因蟲吸食膽上皮之故；（二）機械作用，因阻塞膽道所致；（三）刺激作用，使膽上皮顯然增生，組成隱窩，與膽毛細管增多；（四）毒血症，致膽道內無蟲之處發生變化，而增厚。但不如薑片蟲傳染之有全身毒血症。福斯德氏又將分枝舉吸蟲所致之損害，分爲漸進的三期。第一期之損害，主要者爲膽道上皮之增生，門靜脈隙之周圍，及小葉間沿血管處游走細胞與白血球廣大之浸潤，膽道壁因結締組織增生而逐漸變厚。第二期之損害，爲膽道壁愈厚，且因結締組織增長之壓迫，而致附近一帶之肝細胞，亦受影響。第三期之損害爲肝細胞硬化，其主質之破壞殊完全。人類若祇傳染少數之蟲，大概至第一期爲止。傳染重者（數百蟲），可達第二期。惟發生地方病之區域，而又有連續再傳染之機會者，則可進至第三期。分布。此等傳染區域，爲日本之 Okayama，中國廣東省內之若干地方，法屬安南

之東京三角洲。分枝舉吸蟲亦見於全中國境內之常備宿主(貓與犬)，長江流域尤多。

症狀 肝增大，觸痛，胃腸擾亂，腹痛，貧血，黃疸，腹瀉，大便含血，水腹，下肢水腫，有時脾增大。

診斷 診斷之法，係在病人大便內查得分枝舉吸蟲卵。

療法 吐酒石(酒石酸鉍鉀) Tartar emetic 治療此病，聞頗有價值。

預防法 因治療此病，甚為困難，故預防之法乃大為重要。一應魚類，皆須煮透而後食之，可防傳染此蟲。

(二) 十二指腸薑片蟲 Fasciolopsis buski (large intestinal fluke of man) 十二指腸薑

片蟲，為人與豬體內之大腸吸蟲，見於中國中部及南部，台灣，東京，安南，暹羅，婆羅門，蘇門答臘，亞薩，與本加爾。成蟲作長圓形，長二糲至七·五糲，寬〇·八糲至二〇糲，厚約二糲。兩吸盤頗為明顯，位於蟲體之前端附近。口腔吸盤較其後面之腹側吸盤為小。消化系頗為簡單。係不分枝之兩個盲腸，直至蟲

體之後端。卵頗大，一端有帽蓋，長自一三〇至一四〇秒，寬自八〇至八五秒。產下時有多數卵黃細胞環繞之。

生活史與傳染法 十二指腸薑片蟲卵，須有一定之溫度，始能發育。其逐日之溫度變動，當在華氏八十度至一百度之間。蟲卵遇此情形，可於兩三星期內發育孵化。幼蟲覓取數種小螺螄，而穿入其體，變為母芽胞囊，產生母雷狄氏幼蟲。雷狄氏母蟲又產生雷狄氏子蟲。圓體長尾之尾動性幼蟲，即在子蟲內發育。繼即離開螺螄而游泳於水中，直至覓得一相當之植物或基質，為寄居之所。尾動性幼蟲一經定着，尾即脫落，而分泌一保護囊，蟄居其內，靜待相當之宿主將其吞下。吞下以後，約於三個月內長至成熟。

中國境內，此蟲係由菱芰之屬而傳至於人。此類植物，在中國中部及南部，普通種於塘內，其間常有此蟲，又以新鮮之人糞作為肥料。塘中螺螄甚多，故其產生之實，染有包蟲囊者不少。若生食之，或用齒嚙去其皮，而後食之，人即受染。

症狀 一個以上之吸蟲，發生溫和症狀，如腹下部有鈍痠痛等。多數吸蟲，可致劇痛，有似胃潰瘍，食物後卽定。腹瀉或頗劇，而繼續不止，或便秘與腹瀉輪流發作。病人幾常有水腫，水腹亦多數有之。死者係因毒血症與精力衰竭。

診斷 此蟲巨型之卵，在病人糞內容易辨認。

療法 四氫化炭 Carbon tetrachloride 二西西，或小劑乙駢困醇（那弗安）*Beta-naphthol* 〇·二五克（四厘），裝在膠囊內服之，於未服之前，及既服之後，用瀉鹽類瀉藥。四氫二烯 Tetrachlorethylene（劑量二西西）未經用過，但可證明其有價值。

預防法 祇飲沸過之水，勿以未去皮之菱菱入口，或生食其他菜蔬，不先在沸水內浸過。勿生食未煮過或未曬乾之貝類。

(二) 肺並殖器吸蟲(肺蛭) *Paragonimus ringeri* (lung fluke of man and other crustacean-eating animals) 此吸蟲類見於若干動物肺內之囊腫，人類亦有之。此蟲在亞

洲及南北美分布甚廣，惟寄生於人體者，祇亞洲各國習慣生食淡水蟹或龍蝦者有

之。蟲體厚而橢圓，長七·五耗至十二耗，寬四耗至六耗，厚三·五耗至五耗。卵爲橢圓體，有一不甚明顯之蓋，長八〇至一一八秒，寬四八至六〇秒。卵常見於病人之痰內，致痰作鐵鏽色。亦有百分之四十見於糞內。

生活史。卵產出時並未發育，須在溫水內四星期至七星期方能發育孵化。頭毛幼蟲穿入相當之 *Melania* 螺螄體內，產生母子兩種雷狄氏幼蟲，於發育後產生多數尾短而粗之尾動性幼蟲。尾動性幼蟲之前端有一脊，可助其穿過淡水蟹或龍蝦之硬殼。既入甲殼類之組織，即分泌成一包囊，靜待此中間宿主爲其相當之宿主所食。迨入一定宿主之胃內，囊壁即行破裂，幼蟲開始活動，而遷徙至肺。此係直接由組織與體腔遷徙。至肺組織後，蟲即長成，產卵。有時遷徙之幼蟲迷路，而誤入身體他部，間或於肺以外之組織內長成。

症狀。症狀始爲隱襲性。病人咳起鐵鏽色痰，有似肺炎。或有不規則之咯血，有時甚多，其狀可誤認爲肺結核。

診斷。於痰或糞內尋得其定型之卵。

療法 曾試用吐根素 Ipecacine，但其治療之成績不滿意。

分布 並殖器蟲類在臺灣最爲普通，新近亦見於浙江福建兩省之人民。

預防法 勿生食淡水中之蝦蟹。

(四)日本血吸蟲(亞洲血吸蟲) *Schistosoma japonicum* (oriental blood fluke of man)

日本血吸蟲爲中國最重要之人體寄生蟲。因其分布各地，可使宿主受極重大而無可救治之損傷，故至爲重要。此吸蟲係屬於雌雄異體，形態不同之一類吸蟲。血吸蟲比較的細長如線狀，居於肝門靜脈。雌者長達二六耗，最寬〇・三耗。雄者較雌者寬而且厚，長十二至二十耗，寬〇・五至〇・五五耗。成蟲時，雌者盤繞於雄者之藏雌溝內。此溝係雄蟲體之兩邊摺合所成，自腹側吸盤之後面，展至蟲體之後端。兩吸盤皆位於前端附近，雌雄相同。其卵兩凸，作有規則之橢圓形，一邊有淺凹，及一小鈎。卵長六七耗，寬五〇耗。

蟲將產卵時，卽逆肝門靜脈內之血流而行，以入於小腸壁。雌蟲盡量伸展其體，入最小之靜脈與毛細管，而產卵入腸壁之組織內。卵於產出時尙未發育，但

須在組織內發育完成，離開宿主後方能生活，一處之卵，數目大增，則將發生潰爛，卵即入於腸腔，再隨糞便排出。排出之卵，並不常與全部之糞混和，而更多集中於最後排出之含血粘液內。因此護理一可疑之吸血蟲病，須小心將病人之糞全部送往實驗室檢查。若祇取其一部份，殊不足用。卵內含有發育完全之顫毛幼蟲者，置於水內，其幼蟲即將破卵而出，游泳水中，以尋覓相當之中間宿主。爲吸血蟲中間宿主之螺螄，在日本及中國沿海，自廣州以至上海者，爲 *Katayama nosaphora* 屬，而在長江流域全部，則以 *Oncornelania hupensis* 屬爲其最重要之宿主。於螺螄體內變成母子兩種芽胞囊，芽胞囊又產生尾如叉形之尾動性幼蟲。尾動性幼蟲離開其軟體動物宿主後，游泳水中，待機侵入一定宿主之皮內。故人類之受傳染，乃在其皮與染蟲之水接觸時。幼蟲既侵入皮，即由循環系統而至肝門靜脈系之靜脈，再進至肝，而於肝內長成。長成以後，復遷至小腸壁以產卵焉。宿·主·之·損·傷· 宿主所受損傷，係因腸及肝內組織之破壞與修補而來。腸壁於積卵之處，因潰爛而致重創。其破壞之組織，皆代以癥組織。卵又被血流帶回至肝，

致肝受害。每卵之周圍，有一潰瘍體，破壞少許之肝組織。此兩種作用，進行既久，卽致無可救治之損傷，病人將顯極嚴重之症狀。

症狀。其病程可分爲三期：

(一)幼蟲之侵入與成熟期。

(二)產卵與排卵期(急性局部症狀期)。

(三)組織增生與修補期(肝硬變之期)。

第一期約於傳染後十五日開始，歷時幾一月。此期內有中毒症狀發現，如蕁麻疹，腹痛，陣咳。白血球增多，嗜伊紅性血球之分數頗高，(達百分之六十以上)。

第二期有連續之傍晚發熱，並覺欠爽，有似腸熱病。輕者或祇有腹上部脹，肝部微覺觸痛。平常肝略增大，脾可捫出。發熱可歷三星期至十星期，體重減輕甚巨。大便頻數，含有血，膿，粘液，似桿菌痢。惟血與粘液在大便頂上，爲吸血蟲病之特徵。

經過六個月至八個月後，肝與脾變爲甚大，致腹上部隆然凸起。赤白血球之數，與血色蛋白之分數，顯然減低。

第三期因被蟲侵害，發生壞死而致肝硬變，與因他故而致之肝硬變，不易區別。病人消瘦，水腹，呼吸困難，衰弱，肌肉萎縮。

繼發性貧血或甚劇。腹瀉乃普通者，間有血與粘液，糞內常有吸血蟲卵。死者常因毒血症，或肝失其功用。

診斷 於病人糞內查得其定型之卵，惟此事常非容易。病深者，其排出之卵或不多。卵非勻布於糞質內，而易在其最後排出之粘液內，前已言之。故檢查時須用其全部之糞，不可祇取一部。

血清內之球蛋白增多，可在水中沉澱，與黑熱病同。

療法 酒石酸銻鈉 Sodium antimony tartarate 或酒石酸銻鉀（吐酒石）Potassium antimony tartarate (tartar emetic)，已證明其大有功效。Fouadin 爲一二價之銻製劑，亦嘗用之。

酒石酸銻鈉可於蒸溜水內作成百分之一溶液注射。第一劑爲一西西(〇・〇一克)，遞加一西西至十四西(〇・一〇克)爲止。間日注射一次，總劑量自一・三克至二克。

分•布• 日本吸血蟲在中國中部及南部分布甚廣。約計傳染此蟲者不下一千萬人。
個•人•預•防•法• 勿入染蟲區域之水內。

寄生人體內之條蟲(帶蟲)

條蟲類或帶蟲類之特徵，爲體長而細，腹背扁平，分爲多節。其體又可分爲若干部，前端名頭節，爲條蟲附着於宿主之具，普通稱爲蟲頭。頭節有吸盤或吸溝，並於吸盤或突起之額嘴上，或有棘，或無棘。頭節後一段，並無區別，是名曰頸，生長最速，其體節皆由此而成。體節又可分爲三級，逐漸遞變，以距離頭節遠近而分。第一爲未成熟之體節，距頭節最近，其中之生殖器尙未發育成熟。次爲成熟節，其生殖器已發育完全。距後端漸近，則爲妊娠節，此節內充滿卵，

致其他器官皆隱滅。體節發育至此期時，即與蟲之他部分離，或全部排出，或被消化，而將卵釋出。

寄生人體之條蟲，聞有二十六種，但祇有五種係重要者，中國全有之，茲逐一論述如下。

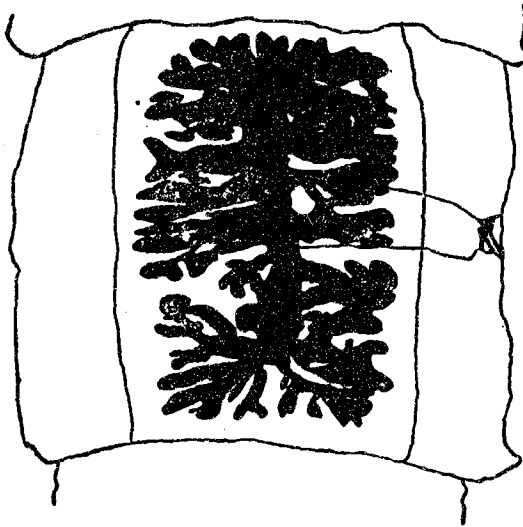
(一) 有鈎條蟲與無鈎條蟲 (猪肉條蟲與牛肉條蟲 *Taenia solium* and *taenia saginata* (pork and beef tape-worms)) 此爲人體內普通之兩大條蟲。其中間宿主，一爲豬，一爲牛，故名猪肉條蟲與牛肉條蟲。此蟲極大，其總長可達數米。猪肉條蟲之頭節，有鈎一簇，圍繞額嘴，牛肉條蟲之頭節無鈎。此兩種條蟲卵，同爲球形之棕色體，其殼極厚，包圍一六鈎幼蟲。此六鈎幼蟲爲條蟲卵內定型之胚，多少係固體組織，有六鈎，分爲三對。雖兩種條蟲之卵，不能區別，然其妊娠節則頗易區別。猪肉條蟲之妊娠節，平常與蟲體分離時，四五節爲一團，而牛肉條蟲之妊娠節，則係單獨分離，而游走無定，爲一獨立之生物，甚至有時壓迫肛門括約肌。兩種條蟲之妊娠節，可因其子宮枝之數目與性質而區別。(猪肉條蟲有七個至十

二個側枝，自中央伸展向外，其側枝常又分枝。牛肉條蟲之側枝數較多，自十五至三十，惟分枝者罕見。此項區別，係有定型，於圖中觀之，頗為清晰。檢查甫經排出之體節，最好壓在兩玻片間，向光映照。每一病人，須檢查幾個體節。

送標本至實驗室時，當將所有材料，一并送去，至為緊要。

生活史。條蟲卵或於宿主腸內被釋出，或於排出以後，須被相當之中間宿主吞下（猪肉條蟲之中間宿主為豬，牛肉條蟲之中間宿主為牛），方能繼續發育。既至中間宿主之腸內，六鈎幼蟲即破殼而出，穿過腸壁而入於血流。再隨血流而至

圖 七 廿 第



片節娠妊之蟲條
A 片節之蟲條肉豬

肌，發育為囊

蟲。此幼條蟲

為一豆形之包

囊，一個頭節

倒插入於其一

邊。蟲在中間

宿主之肌內，

靜待人食。及

被嚥下，頭節

乃伸出，而附

着於宿主之腸，

長至成熟。猪

肉條蟲之卵，

被人嚥下，其

包裹式之幼蟲

可在人組織

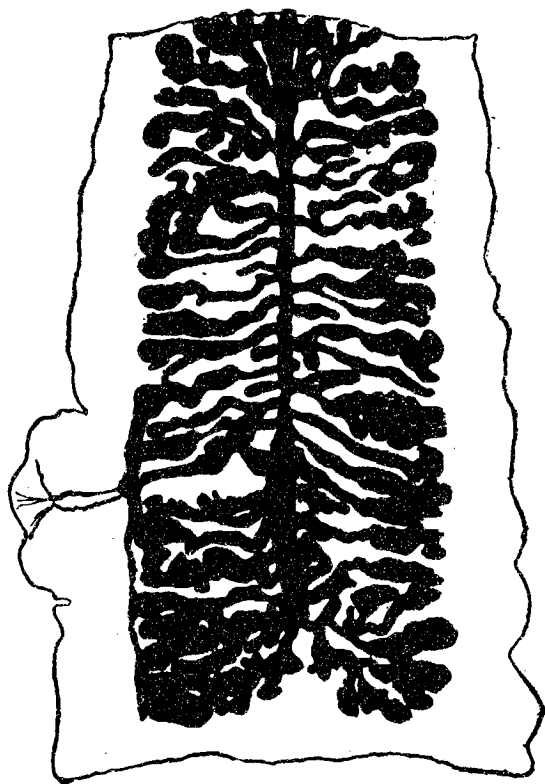
內發育。故人為

此蟲確定之宿主，

亦可為其中間宿

主之損傷。此兩

圖 八 廿 第



片節之娠娘之蟲條

B 片節之蟲條肉牛

症狀。食欲無常，惡心，腹內不安，便秘或腹瀉，爲其平常之症狀。病人若知體內有蟲，將發現神經症狀。有時發生貧血。

診斷。於大便內查得其卵或體節。若祇發見卵，不能作特殊診斷。如有妊娠節，始可決定其種類。

療法。（詳見 Magath & Brown, J. A. M. A. 88:1548 May 14, 1927. 又 *Medicine*, Feb. 1932, P. 75）

病人之準備。治療之前一日，病人不宜進午膳或晚膳，惟茶水可以自由取飲。下午六時，服硫酸鎂十五至三十克，至上午六時再服一次。

給藥之方法。病人不食早膳，大便後，給以下列之乳劑三十西西：綿馬（貫衆）樹脂油 *Oleoresin of aspidium* 六西西或克，阿卡細阿（亞刺伯樹膠）粉 *Powdered acacia* 八克，加蒸溜水至六十西西。一小時後，再服第二劑綿馬乳劑三十西西。兩小時後，服硫酸鎂三十克，再隔兩小時，當用大量肥皂水灌腸。病人排便入器皿內，（此器須注滿體溫度之水），連同未灌腸前所排之糞，一并送至實驗室。告誡病

人勿以拭穢之粗紙投入標本內。

蟲頭之尋覓。病人如準備合法，其糞內幾無他物，但祇有水，與少數已消化之食物屑及蟲。大便之上半，平常約爲水四量磅，可以傾去，其餘用一二十個網眼之篩濾之。繼用溫水沖過篩上，如手續合式，篩內除蟲外將無他物。取扁平之搪磁盤一個，大小約二十五糲至三十糲，其底用地瀝青漆作黑色。再將篩內之物，以流水自底沖過，洗入盤內。

療法中最後用大量肥皂水灌腸一節，至爲緊要，蓋常有蟲被逐出，而其頭脫落，入於結腸，非用大量灌腸劑沖瀾之，則將留在腸內。

國內之分布。以上兩種條蟲，中國皆有之，惟猪肉條蟲更爲普通，殆因中國人少食牛肉而多食猪肉之故無疑。常許猪食人糞，亦與此事有關。

預防法。猪肉或牛肉，須煮透而後食之。

(一)包生條蟲(犬條蟲) *Echinococcus granulosus* 其成蟲甚小，祇有一個頭節與

三四個體節。成蟲寄生犬體，人體內則爲其幼蟲所寄生。平常牛羊爲此蟲之中間

宿主。幼蟲期可生長至兒頭大小。此巨大之包囊內充滿液體，並含無數小頭節，可於內外發生子囊。此類包蟲囊最常見於肝內及肺內，亦可見於身體之他部。傳染此蟲者甚為危險，因其所居之器官，將漸受壓迫，或囊破，則每一頭節可於身體之他部生一新囊。破裂之囊，放出液體，亦頗危險，可令宿主因過敏性休克而死。

此蟲曾在中國發見若干次，而在人，犬，與羊雜居之處尤多。

診斷。用血清診斷，但必須先取得抗體原，方可應用。因此蟲在中國殊為罕見，故無從取得其抗體原。

療法。用外科手術除去包蟲囊。

(三)短小包膜蟲(短小條蟲) *Hymenolepis nana* 此條蟲在人體內常見之，長自十耗至四十五耗，闊自○·五耗至○·七耗。頭節作球形，直徑約○·二五耗，有一額嘴，與鈎一排，其數自二十四至三十。蟲段約有二百節，各闊○·四至○·九耗，長○·○一四耗至○·○三耗，妊娠節在腸內容易消化或破裂，而放出其

卵，故徧布於糞內。卵作球形或橢圓形，有兩膜。外膜直徑自四〇至六〇紗，內膜自二〇至三四紗。內膜之兩極有絲狀突。

生活史 此蟲母需中間宿主。其卵排出時有傳染性，人若食之，其包裹之胚，即被釋出於小腸內，侵入一腸絨毛，而發育為幼囊蟲。卵被吞下後約九十小時，幼蟲破絨毛而出，逐漸長成。約需十日至十二日，始達成蟲期。

症狀 症狀為腹痛，腹瀉，頭痛，有時發癩癩狀驚厥。

診斷 於糞質內查出其定型之卵。

療法 綿馬 Male fern, 土荊芥油 Oil of chenopodium, 或四氫化炭 Carbon tetrachloride, 可用以驅蟲。

分布 此蟲亦可寄生於鼠體內，鼠為其常備宿主。其見於人體者亦多。

預防法 注意個人衛生，勿令食物為鼠類所污。

(四) 二葉裂頭蟲 (闊魚肉條蟲) Dipyllobothrium latum (broad fish tapeworm) 此條蟲之構造，及其生活史，與上述數種大不相同。此蟲頗大，其總長可達十米。

頭節與條蟲大異，形如杏仁，有兩個外側吸溝，長自二耗至三耗，闊自〇·七耗至一耗。蟲段爲三千至四千體節所成。卵亦與其他條蟲不同，有蓋似吸蟲類。卵長五五至七五秒，闊四一至五六秒。其色棕黃，一端有小而不顯明之蓋，他端有小結。殼內含一略微發育之胚，有卵黃細胞圍繞之。

生活史 卵於離開宿主時，尙未完全發育。在淡水內約十日，即孵化一細毛狀之六鉤幼蟲。此細毛狀之胚，能在水中游泳自如，若被相當之水蚤所食，即在其第一個中間宿主之體內變爲前期幼蟲 *Procercoid*。惟欲繼續發育，必須連同水蚤，一併爲相當之淡水魚所吞食。此幼蟲在魚腸內被釋出後，即穿入其肉，而發育爲實蟲樣幼蟲(全尾幼蟲) *Plerocercoid*，或幼裂頭蟲 *Sparganum*。實蟲樣幼蟲爲一長形蟲，一端有定型之二葉裂頭蟲頭節。此幼蟲被人或其他相當之常備宿主所食，即可發育成熟。

宿主之損傷與症狀 體內如有此蟲，常致重貧血，其赤血細胞之狀，類似惡性貧血。此狀雖不盡發現，惟一經發現，即甚爲嚴重。

分布。此蟲倚賴某種淡水魚以傳染於人，故最常見於生食魚類之處，或僅半煮即食者。斯更狄那維半島國（瑞典，那威，丹麥），殊爲習見，近聞日本及東三省亦甚普通云。

預防法。魚類均須煮透而後食之。

診斷。在糞內查出其定型之卵。

療法。與牛肉條蟲同。

參考書籍

- Nursing Care of Communicable Diseases. Pillsbury. J. B. Lippincott Company. 1929.
- Communicable Diseases for Nurses. Bower and Pilant. Second Edition. W. B. Saunders Company. 1933.
- Bacteriology Applied to Nursing. Broadhurst and Given. J. B. Lippincott Company. 1930.
- 實用護病法 Special Nursing Procedures. 北平協和護士學校 一九三三年出版
- Principles and Practice of Medicine. Osler and McCrae. Appleton & Company, N.Y.
- 譯本 歐氏內科專 中華醫學會出版
- Textbook of Medicine. Cecil Third Edition. W. B. Saunders Company. 1933
- Communicable Disease Control. The Report of the Committee of Communicable Disease Control at the White House Conference on Child Health and Protection. 1931.
- Diseases of China. James L. Maxwell. Second Edition. A. B. C. Press, Shanghai. 1929.
- Tropical Diseases. Sir Patrick Manson. Sixth Edition. Cassell & Company, London.
- Memoranda on Medical Diseases in Tropical and Subtropical Areas. Published by His Majesty's Stationary Offices, London. 1930.

中國傳染病概論

三三三

Pulmonary Tuberculosis. Fishbery. Lea & Febiger. 1932.

霍亂概論 伍連德博士編 上海全國海港檢疫處 一九三四年出版

中華醫學雜誌

中華護士報

美國護士報 The American Journal of Nursing

加拿大公共衛生雜誌 The Canadian Public Health Journal

加拿大護士報 The Canadian Nurse

中央衛生設施實驗處第一次報告(一九三一年四月至一九三三年十二月)

中央防疫處報告(一九一九年至一九三四年)

Ontario Department of Health. Literature. Toronto, Canada. University of Toronto, Connaught

Laboratories, Toronto, Canada. Directions for Use of Vaccines and Sera.

健康與教育 南京衛生署 一九三四年出版

民國三十六年七月三版

中國傳染病概論

翻印必究

原	著	者	饒	秀	貞	護	士
編	譯	者	嘉	禾	吳	建	庵
審	訂	者	中	國	護	士	會
發	行	者	上	海	廣	協	書
						局	
						北	京
						路	一
						四	〇
						號	
代	印	者	集	成	印	刷	所
						上	海
						河	南
						北	路
						三	六
						五	街

Communicable Diseases of

A Handbook for Nurses

By

Jeannette C. Ratcliffe, R. N.

with a Chapter by

Gerald F. Winfield, Sc. D., and E. B. Struthers, M. D.

Translated by

Wu Chien An

Published for the

NURSES' ASSOCIATION OF CHINA

By the

KWANG HSUEH PUBLISHING HOUSE

140 Peking Road, Shanghai

1947

1261
12/1/22

84/22