領化膿性炎症的最近50年來醫史

～洪棟樑～

一、前　言

口腔外科臨床上常見的諸疾病中，這50年來演變最劇者係領化膿性炎症。迄十數年前，領炎症仍成爲口腔外科的主症之一，而口腔外科臨床家對此症頗費心機。

抗生物質的發明，使領炎症幾乎滅跡。從前醫治領炎症時的諸困慢，遂成爲一場惡夢。迄十數年前，重症領炎與繼發症的症例極多，而吾人也的確對此症的醫治曾下了不少的工夫。從前欲醫痊此症，倘無廣泛的專門知識與經驗，莫談下手。但如今發見抗生物質以後，雖剛出校門的口腔外科醫師，亦可輕易地處理此症。

治療領炎的醫史，則是藥物療法的醫史。換言之，領炎治療法是以藥物療法爲核心而演變。

但是最近 Pc Allergy, Pc Anaphylaxy shock, 或其他各種抗生物質的副作用，抗生物質耐性菌的增加等諸問題使衆議譁然。

二、領炎的臨床實況

如已述，領炎的臨床實況是以化學療法的進展爲主要核心而演變。1946～48年領炎的住院人數，約佔總住院人數的45%左右。1949年以後該症驟然減少。各種抗生物質被普遍喜用的1954～56年，該症的住院人數減低成15%左右。引起骨疽的廣泛性或全碩骨骨髓炎的症例，醫學生祇能在醫書上看到而已。迄10數年前，常見因齒性化膿性疾病而死亡的症例。死因的泰半是繼發於領炎的敗血症，腦膜炎，腦膿瘍，從隔竇炎，肺膿瘍，膿胸等。當時醫師對茲諸症可謂束手無策。1948年以後絕無發現因該症而死亡者。

但輕症的齒性化膿性疾病，在現今仍然猖盛。繼發於領炎的各種蜂窠織炎稍減。

三、領炎的治療法

領炎的治療法可大別爲外科手術法與化學療法。前者隨着後者的進展，稍有改觀。

1. 外科手術法

領炎的手術療法的基本概念，古今並無二致。膿汁顯明時，應加以切開使其排膿，而減壓是最確切的措施。但發明抗生物質以後，在從前即必需施行外科手術的症例中，有許多應用抗生物質便可醫痊。急性化膿性領下淋巴腺炎或腺週炎，經施行抗生物質療法或試穿吸引療法，便可避免切開外部而獲痊癒，迄10數年前，炎症迅速的向四周擴大時，應施行早期手術。但如今此種症例，寧可不用早期手術，而用抗生物質治療之。必需施行手術時，亦可先用抗生物質，俟炎症較限局化後才加以開刀，以減輕病人的痛苦。

另一方面，在從前急性炎症時的拔牙，需許多顧慮，深恐拔牙後引起炎症的惡化現象。但現今應用抗生物質便可避免此種術後現象。因此一經牙醫師診斷爲拔牙可較快醫治領炎時，雖當時有發現急性炎症，亦能斷然加以拔牙，而縮短醫治時間甚鉅。

2. 化學療法

治療領炎的藥史，大約以10年爲一週期而演變。在1920年代最常用的藥劑是 Electralgol, Collargol 等一類的 Colloid 銀劑。它是一種刺激療法劑。其作用機轉是可增加生體的白血球而做殺菌作用。在同一時代，另有 Ethynoxyd, Stannoxyd 等一類的錫劑。它亦是一種刺激療法劑。遠藤至六郎在1939年的著作已述及 Stannoxyd。他指此藥劑雖嫌遲時，如能擇症而適用，却無需急於擯棄。其適應症是，起於葡萄狀菌的齒性急性化膿性炎的啓病後2～3日。將此劑的3～4 g分爲一日三次口服。在同一時代，另有應用 Omnin 一類的異種蛋白刺激劑或 Yatren, 連鎖球菌治療血清等。但茲諸藥劑均未能發揮佳效。

1920年代末～1930年，中性 Tripaflavin, Islavin, Tripharomin, Panseptin 等 Acrizin 色素誘導體，以感染症的特效藥的最新姿態而出現。由此進入化學療法的新時代。Tripaflavin 係 Ehrlich 早在 1912年創製的藥劑。至 1920年始在亞洲普遍的供應。一般醫師便爭先恐後地喜用此劑爲感染症的特效藥。但對領炎仍未能發揮奇效。此藥的副作用稱爲 Tripaflavin 病。其他更佳的藥劑未發明前，一般便屈就此劑。

1935年 Domagk 氏創造 Sulfa-drags 問世。啓初的製品有 Therapol, Gerison, 白色 Prontosil, Trianon, Proseptasin, Lusil 等。經藥廠的擴大宣傳，頓時廣爲爭用。即時被深信爲對任何炎症均有確切藥效的最佳藥劑。但有一部份學者發表反論。大井清氏在1940年報告 Therapol 的臨床成績，領炎的總症例的⅓有效，而獲極佳的藥效者僅有2%。一方面因 Sulfa-drags 的亂用，遂引起嚴重的副作用。在臨床上，常見 Sulfamin 中毒性口內炎或顆粒白血球減少症。因此儘力尋求副作用較少而效力更強的 S 劑。1945 年 Sulfadiazin, Sulfathiazol, Homosulfamin 等陸續問世。但是此種S劑亦未能完全抑制碩炎，而因重篤的領炎或繼發症而死亡的症例未能絕跡。

最悲慘的時代是第二次世界大戰末期。國民一般營養狀態頗爲不佳，而且不易購置藥劑。因此重篤領炎的病人源源不絕。

1940年代未進入抗生物質療法的最燦爛時代。Pc 發明時，因藥價昂貴，患者祇能望藥興嘆。是故，中山氏所發明的動脈注射療法被喜用，則以10%的 Acetosulfamin 加上高張葡萄糖，注射於總頸動脈內。此法可應用於頷骨化膿性炎，口內炎，三叉神經痛，頷關節症，或來自外傷的浮腫等。1954 年 Pc 的藥價減低而大量供應。啓初其副作用未被重視，而對感染症無條件地應用此劑。現今 Pc Allergr 或 Anaphylaxy shock 成爲醫學上的癥結。1946 年美國 Wilensky 氏最先報告 Pc shock 死亡例。

1950年石山氏在日本最先報告 Pc 休克症例。至1954～55年衆議嘩然，情近談虎變色。PcAllergry 的確切預防法尚未發見。現今最可靠的方法是預先施行皮內反應，則將水溶性 Pc 25～50單位注射於病人的前膊屈側皮內，經15分鐘後，發現直徑2cm以上的紅斑、膨隆、硬結者稱爲陽性。但是反應陰性者亦時有發生 Pc Allergy 。是故吾人不能無條件的依靠此種反應。Pc 皮內反應的陽性率是包括僞陽性在內，約有10%左右。

對 Pc shock 尚未能發見 100 %有效的治療法。較有效的醫治法是注射呼吸，循環系促進劑。Pc shock 發生後數分鐘內的處置最爲緊要。因此醫院應常備呼吸，循環促進劑，諸如 Vitacampfer, Aminophyllin, Adrenalin, 鹽酸 Loberi n,Coramin, Theraptic 等以防意外。另可加以補給循環血量，吸入氧氣，人工呼吸， Allergr 抑制劑等。

抗生物質治療中偶而發生菌代換症，則應用抗生物質時，對它有感應的微生物雖然死滅，却另增生對它有抗力的微生物— Candida 等，因此發生鵝口瘡，黑毛舌，肺炎，重症下痢等。對此種菌代換症最有效的藥劑是 Trichomycin, Nrstatin 等。鵝口瘡或黑毛舌的治療，可用 Hiamin 液冲洗'或塗擦 Hiamin Pyoctanblue, Merceter 等。

抗生物質治療時，應留意耐性問題。最近有人報告應用抗生物質亦未能收效的頷炎。這似乎起於 Pc 耐性葡萄球菌的劇增。1954年以後多半的葡萄球菌對 Pc 均有抵抗力。然而頷炎的病因菌的泰半是屬於葡萄球菌。但是臨床上， Pc 未能收效的症例並不多見。則關於耐性的實驗成績與臨床成績未必一致。Pc 比任何抗生物質有速效。因此Pc 尙可謂最有效藥劑之一。平常 2 — 3 日應用 Pc 每日量100萬單位，而未能收效時始換用Pc 以外的抗生物質。

微生物對化學療法劑發生耐性的機轉有二種學說。其一爲微生物在新環境下，發現生理的適應說。另一是因突然變異或其他遺傳性變化，而發生新性質的遺傳適應說。

現今持續性S 劑問世。有人喜用此種 S劑，以避免 Pcshock 等各種抗生物質副作用或耐性問題。從前的S 劑需每 4 ～ 5 小時口服一次，始可保持血中有效濃度。持續性 S劑祇要每日口服 1 ～ 2 次即可達到目的。但此劑祇適應於輕症的化膿性炎或預防術後感染。

四、結　論

下頷乳切齒與永久切齒之交換障礙及其矯正治療法

•陳 柑 菜•

人成長到 5 歲時，下頷乳切齒互相之間，就開始鬆開。這是很自然的必經之現象。乳切齒與永久切齒的幅度比例大約相差$\frac{1}{5}$。如果下頷骨前齒部齒槽沒有成長發育增多20%的話，將來萌出的永久切齒一定會發生叢生或重疊，傾斜，捻轉等不正現象。下頷前齒部的這些現象，很容易惹起齲齒，邊緣性齒周疾病（齒槽膿漏症），發音障碍，咀嚼障碍，當然影響其審美外觀。

在臨床上，$\overline{1|1}$（下頷永久切齒）的萌出隙間不够是常見之事。不過，$\overline{2|2}$之萌出隙間不够也不少，而且後果比前者不好。再來，遇到這種症例時，我們常常，拔去鄰接齒，使後繼永久切齒有充分之間隙萌明。

這種治療法之結局，一時雖可解決，但到$\overline{3|}$，$\overline{3}$的萌出，就發生「間隙不够」的難題。

近來，著者深深考慮這個問題，矯正例不過只 2 例，仍可以做參考。好像對於 「難題」 有些幫助。

矯正法：

(1)如果 $\overline{1|1}$ 萌出隙間不够時。$\overline{d|}$，$\overline{d}$套 Buccal-tube Brace，$\overline{b|}$，$\overline{b}$套。Twin wire Brace $\overline{b|}$，$\overline{b}$ 間放置 Spring-coi。4，5 星期之後必可獲得效果。

(2)如果 $\overline{1|1}$ 已經萌出，而且正常或近於正常位置，而$\overline{2|}$，$\overline{2}$的萌出隙間不够時。$\overline{e|}$，$\overline{e}$套 Buccal-tube Brace $\overline{c|}$，$\overline{c}$ 套Twin-wire Brace。$\overline{c|}$，$\overline{c}$ 間放置 Spring-coil。5～7 星期後必可獲得效果。

※注意事項： Spring coil 不太強爲宜。一星期必觀察一次，同時調整 Spring coil 之伸長。如果過強，有時會惹起 Twin-wire Brace 支台齒之偏外（唇側不良轉位）。

※考按；利用 Spring-coil ，將不够之間隙伸開，可使萌出不正之下頷切齒群順利地萌出。這乃歸於促進下頷骨齒槽部之成長發育而起的。

（作者：本校口腔病理學，牙科矯正學教授）

最近50年來，頷化膿性炎症的臨床實況與治療法的演變甚鉅。因此著者分述茲二點。

頷化膿性炎症的治療藥劑，大約以10年爲一期而演變。發見抗生物質以後，此病幾乎可完全抑制。但是近來因其他各種抗生物質副作用，或耐性菌的增生，遂引起種種醫治上的癥結。因此述及最近抗生物質療法的新傾向。

（作者：本校訓導主任，口腔外科學教授）