第 一 講

格路(魯)布性肺炎 Kruppöse Pneumonie

診察肺疾病,須明打診聽診諸診斷法,茲先述其要點於次.

打診健康人胸部,打診發清亮肺音.是曰清音.其所以清亮者,因肺爲含空氣之臟器也,不含空氣之臟器,如心臟肝臟,打診發音不揚,是曰(純)濁音.此外有曰半(比較的)濁音者,其音在清音與濁音之間,例如心臟周圍部與胸壁之間,有含空氣之肺緣爲之隔,打診之不爲清音,不爲濁音,而爲半濁音也.

肺打診生理的應發之清音,倘一旦其音減弱,變爲比較的濁音,或清音完全消失,成爲純濁音,是爲該部肺臟有變化之證.此變化是否爲肺之不含空氣,如肺閉塞或爲肺胞充滿實質如炎症浸潤.或爲肺被肋膜腔內之滲出液所壓迫.或爲肺表面被有硬固的肋膜炎之遺留瘢痕.是則非打診所得而區別之.打診僅能確定濁音之程度.濁音之區域耳.至欲區別其性質,須有聽診及聲音振顫等爲之助也.

打診之理學的性質.在教科書中記載,有輕,重,高,低,長,短等區別.但事實上各種聲音之性質,有互相關係,難爲實際應用上亦非緊要,茲不詳述.惟有所謂鼓音者.在健

康人空腹時,打診胃腸部所發之音也.健康肺打診則無此音.

健康者肺打診之清音境界,胸堂上部最高界,在鎖骨上 3 cm 之處.背部最高界,與第七頸椎線相當.胸堂右下界在乳線部至第六肋.背部下界至第十或第十一胸椎線.

打診肺臟,須知各肺葉之部位.背部自左右肺尖部至第四肋,爲左右肺上葉.第四肋以下爲左右肺下葉.胸壁左上部全爲左肺上葉.右上部則右肺上葉之外,更有肺中葉.

肺聽診所聞之音,可約分爲肺胞呼吸音,氣管呼吸音,及介乎此兩者之間之不定呼吸音等三者.胸堂全部之聽診,卽在健康者,亦非均爲肺胞呼吸音.氣管呼吸音之發見,亦非卽爲病理之現象.蓋由解剖的部位之不同.而聽診音自有差異也.

背部近脊椎處,有大氣管枝及上方近頸部有喉,則聽診爲氣管呼吸音.背部左右兩肺下葉,及胸壁兩側與鎖骨下等部位,皆爲肺胞呼吸音.此兩者之區別,彼肺胞呼吸音者,卽吸氣時可顯著聽得之,呼氣時其音極弱,或甚至消失是也.氣管呼吸音者,卽呼氣與吸氣之時,幾同樣響亮聽得之音是也.

不定呼吸音,在健康人發於肺尖,尤以背部右側肺尖

爲著,因肺尖組織甚薄,而接近大氣管枝也.不定呼吸音之性質,亦如肺胞呼吸音,不過其呼氣時所發之音,較肺胞呼氣音響亮而已.

此外有所謂壺性呼吸音者,與氣管呼吸音相同,不過其音特響而高,在肺空洞症,有時發現之.但吾人不可據此以爲肺空洞症之診斷,切言之,肺空洞診斷尚須有X光之助也.

聽診上雜音,概可分爲水泡音,肋膜磨擦音,及類捻髮音三種.

水泡音之發生,因枝氣管或肺胞內停留有黏液,爲呼吸空氣之衝動所發生,由黏液之濃淡.水泡音再分爲乾性與濕性兩種.乾性水泡音非眞水泡音,因其濃厚之黏液,呼吸時引長成絃,爲出入之空氣衝動所發之振動音.濕性水泡音,乃眞如吹水泡之音也.濕性水泡音.因其發生部位分爲大水泡音,小水泡音,及細小水泡音,(名捻髮音)三種.此外又因其音響之性質,分爲鏘性水泡音,與非鏘性水泡音二種.鏘性水泡音,可在肺浸潤部或被浸潤肺所包圍之肺空洞發現之.

肋膜摩擦音之發生,于乾性肋膜炎,及曾患肋膜炎者見之。其原因以生理上平滑之肋膜,爲病理的產物之纖維素膜所覆,致互相摩擦而發之雜音,與水泡音極相類似.欲區別之,可令病人咳嗽.水泡音咳嗽後有多少變動,

聽診由肺胞呼吸音變爲枝氣管音,依病機之進行,逐漸變化,非突然發現.

此肺炎在肝化期,尙有一種理學的現象,卽聲音振顫亢進是也.試使病人發大而低之聲音,如令說『我』字,同時以左右兩手按貼病人背之左右肺下葉部,注意其振顫,可知右肺下葉較強,因音之振盪在浸潤肺部,易傳達至胸壁也.倘肋膜腔內有滲出液,聲音振顫爲之減弱,同時聽診呼吸音亦必減弱,此點于鑑別診斷上,頗爲重要,容後再講之.

格路布性肺炎之滲出物,至後逐漸消失,打診亦由濁音逐漸恢復清音,聽診枝氣管呼吸音亦逐漸恢復爲肺胞呼吸音.炎症之病肺,亦完全恢復其生理狀態.

滲出物之消失,一部份固是咳出,但其大部份之消失,爲由白血球而來之消化素,消化之後,卽被吸收,所謂自己消化是也.

格路布性肺炎,所咳出之痰,富于纖維素,並可於其中尋出如毛細氣管之細小樹枝狀物.至其呈鐵銹色痰,爰含赤血球使然也.

格路布性肺炎,初起時之胸部疼痛,由肋膜之炎症而來,通常肋膜平滑而濕潤,在浸潤肺上面之肋膜,則乾燥粗糙,覆以纖維素屑,所謂乾性肋膜炎是也.凡肺疾病所發疼痛,常由肋膜而來,肺自己病變,决無疼痛之症狀.倘

無肋膜炎合併,雖如肺結核;病變之區域縱極大,以及肺之潰爛,皆無疼痛也.

格路布性肺炎之症狀,突然而來,亦突然而去,卽熱度降下,脈摶亦同時緩慢,所謂分利Krise是也.驟行昇高之熱度,常以惡寒戰慄爲前驅,頭痛,嘔吐,鼻血,皆可同時發現.病側胸部之疼痛,常可放散至迴盲部,而誤斷爲蚓突炎者有之.

在病之初起時,欲根據打診聽診而確診肺炎,幾爲不可能之事.一則病人胸部疼痛,呼吸因而淺表,聽診爲其障礙.二則肺炎之病機進行,尙未至可證明程度,不過打診之淸音,聽診之肺胞呼吸音,略爲減弱,僅可置疑而已.

呼吸短促之原因有二方面之解說.

第一原因,如上述之肋膜炎症,病人之右肺,祗有極微之呼吸運動,此乃反射的保護現象,與胃腸疾病時所見肌肉之反射的收縮,同一作用.病人因呼吸時疼痛,而呼吸淺表,因呼吸淺表,以致肺之空氣之流通不佳,而發靑藍症.故對此欲除去其靑藍症,用麻醉劑,能收準確之功效,如以2% Kodein溶液10-20滴內服.或Morphin 0.01-0.02皮下注射是也.

第二原因,在病機進行至相當程度,與肋膜炎無多大關係.其主要,則爲肺胞呼吸面之縮小,故肺炎病機之擴大,與呼吸促迫之增強,相並行也.但此點之解說,尙有疑