

泰平錠
ダイピン®錠

消化器系 鎮痙・鎮痛劑

Daipin® Tab.

1. 構造

一般名：N-Methylscopolamin methylsulfate
化學名：6β,7β-Epoxy-3α-(L-3-hydroxy-2-phenylpropioyloxy)-8-methyl-tropanium methylsulfate
分子式：C₁₈H₂₇O₆NS
分子量：429.5

2. 性狀

外觀：無色結晶性粉末
Melting Point: 172°C

3. 製劑

Daipin錠
1錠中含
N-Methylscopolammonium
methylsulfate 1mg之
白色小型糖衣錠
識別號碼 D 106
安定性：對溫度、濕度

DAIPIN在體內之作用

本劑之吸收部位在胃、十二指腸，投與量之25%在胃部被吸收。經口投與30分鐘後血中濃度開始增加，1小時後達最高血中濃度，48小時內全投與量之90%被排泄。對血球與血清蛋白之結合少，多數由尿中排泄。Rat經口投與LD₅₀ ♂ 5590mg/kg, ♀ 950mg/kg。

DAIPIN之藥理作用

本劑之作用機序在支配內臟器官之平滑肌之運動、胃液之分泌等自律神經之末梢部位，與Acetylcholin 競爭拮抗而顯示強力之抗Cholin作用為神經性之機序，內因性之抑制分泌促進作用而得知抑制體液之分泌機序。神經性之機序特別對神經節沒有遮斷作用，體液性之機序則因內因性之Gastrin對胃壁細胞之直接而完全之抑制作用，與以前之鎮痙劑作用迥異，比Atropin顯示更特異之Atropin樣之鎮痙作用。

1. 抗Spasmogen作用

Daipin之抗Cholin作用為 Butylscopolamin bromide之90倍，抗Histamin作用為強39倍，抗 Serotonin作用為同等。

2. 抑制胃液、胃酸之分泌作用

3. 抑制胃之運動

4. 抗潰瘍作用

DAIPIN之臨床試驗報告

疾患	有効/例	有 効 率
		50 100%
胃潰瘍	180/206	89.4
十二指腸潰瘍	105/122	86
胃炎	200/234	81
過酸症	29/30	96.7
其他	196/248	79.3
合計	710/840	89.5

● 適應症 胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍與其隨伴發生之痙攣性疼痛

● 用法・用量 通常成人1次1~2錠，1日3~4次口服
可視年齡、症狀適宜增減

● 使用上之注意事項 綠內障患者請勿服用

● 包裝 100錠 1000錠

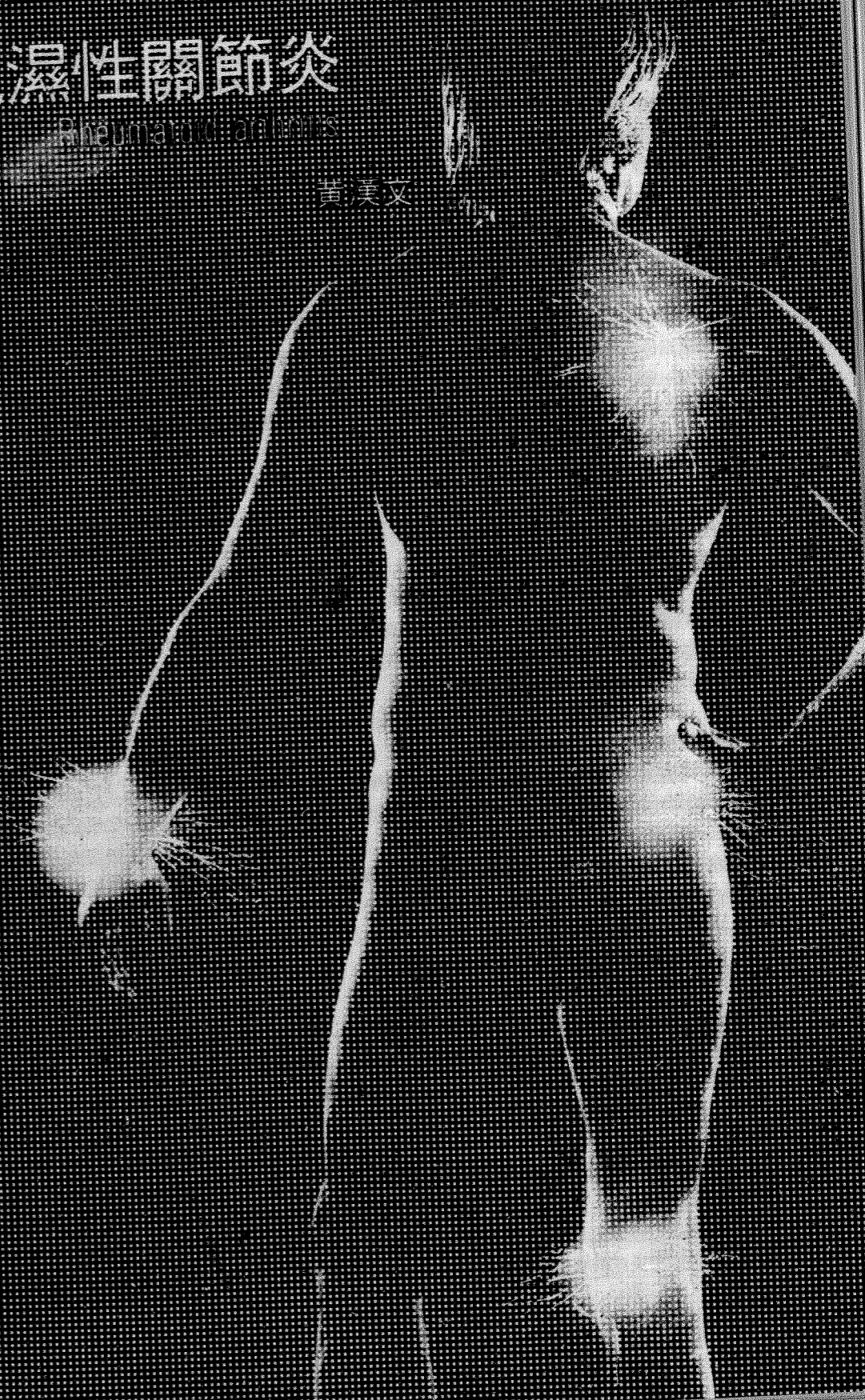
純良医藥  第一製藥

第一製藥株式会社 台北郵政信箱22779號・電話：(02)719511號

類風濕性關節炎

Rheumatoid Arthritis

黃漢文



類風濕性關節炎顧名思義是有別於風濕性關節炎的，早期的科學醫（西醫）與我國傳統醫（Traditional medicine）或稱經驗醫（中醫）一樣的對這兩種性質完全不同的關節不能加以區別，但是西方醫學經過有系統的實驗、觀察、統計和分類等科學的研究後，漸漸明瞭了此類關節炎是有別於因風濕熱（Rheumatic fever）所併發的關節變化，因之而有今名，又類風濕性關節炎與因痛風（Gout）而引起的關節炎在早期是甚難辨的，因之在百多年前二者是混為一談的，直至一八六〇年英國的格魯特爵士（Sir Alfred Baring Garrod）才把類風濕性關節炎從痛風性關節炎中分出，今天在台灣老一輩的醫師中仍有把二者混為一談的，這是筆者最近在某門診中心的病歷上看到的。

致於我國傳統醫學者與一般人所謂之「風濕性關節炎」或簡稱「風濕」實係一種未加分類的籠統稱呼，今日筆者願將我人習謂之「風濕」依科學的分類法加以區分，俾國人瞭解並非所有關節病痛都是風濕或類風濕性關節炎：

- 一、關節病痛因細菌、病毒等傳染而起的有：淋菌性、腦膜炎球菌性、亞急性心內膜炎、德國麻疹等引起的，慢性傳染而起的有：性病性淋巴內芽腫痛、梅毒、結核、黴菌等所引發的關節炎。
- 二、因細菌感染過程中併發的，如急性風濕熱，此時有關節及心臟等同時侵犯症狀。
- 三、因過敏性疾因而引發的，如藥物反應、血清病、結節性紅斑疹 Erythema Nodosa 及多形性紅斑 Erythema Multiform 等。
- 四、因膠原纖維病變而引起的，如紅斑性狼瘡、多發性動脈炎、進行性組織硬化症、皮膚肌炎、喬格連氏症候群 Sjogren's Syndrome。
- 五、因原因不明性炎症而引起的，如類風濕性關節炎、幼年性類風濕性關節炎、萊脫氏 Reiter's Syndrome 症候群、牛皮癬性關節炎 Psoriatic Arthritis，關節粘連性脊椎炎 Ankylosing Spondylitis。
- 六、因新陳代謝障礙而引起的，如痛風性關節炎。
- 七、因癌瘤疾因而引起的：如多發性骨髓瘤、淋巴瘤、白血病等。
- 八、因退行性變化而引起的：如退行性關節病或稱成骨性關節炎或稱增生性關節炎。

九、與腸病變同時存在的關節炎：如潰瘍性結腸炎、局部小腸炎、偉伯氏病 Whipple's Disease 十、其他（無法分類而置於一起的）：如肺性肥大性骨關節病 Hypertrophic Pul Osteoarthrapathy，類肉瘤病、類澱粉病、鏢狀紅血球貧血、血友病、假性痛風、白色素沉着症 Hemochromatosis 網狀組織細胞症 Reticulohistocytosis，肢端肥大症、神經性關節炎等。

以上所列的各種關節炎或關節病變或因人種關係或因國內檢驗方法之不足，或為醫師所忽略，而某些關節病變在我國未曾見過，然則國人中那些為習見，依筆者個人經驗以結核性關節炎、紅斑性狼瘡關節炎、類風濕性關節炎、牛皮癬關節炎、關節粘連性脊椎炎、痛風性關節炎、多發性骨髓瘤關節病變、白血病性關節炎、增生性關節炎、神經性關節炎較為常見，此外淋病、梅毒等所致之關節炎，在醫院中偶亦見之。

現在來談談所謂之類風濕性關節炎，一般人對只要是腰酸背痛、下肢關節疼痛等症狀，特別喜歡用類風濕性關節炎或簡稱「風濕」來稱呼之，實際上類風濕性關節炎有其嚴格的定義，它並非是只犯關節的一種疾病，而是一種全身性的慢性炎症變化的疾病，原因迄今未明，近二十年的積極研究認為其與免疫學有關。

它首先侵犯關節滑液囊，使起炎症變化進而侵犯關節軟骨，破壞關節面並侵犯韌帶、肌腱，此外亦侵犯關節以外的組織，如淋巴組織（有 25% 患者有淋巴腺腫大，5% 有脾腫大，後者如再加上白血球減少則我人稱之為菲爾脫症候群（Felty's Syndrome）於部份類風濕性關節炎患者亦有侵犯眼睛者，如同時侵犯唾腺則此時我們稱之為喬格連氏症候群，此外類風濕性關節炎之肉芽腫如侵犯心臟傳導系統，則可引起心律不整，侵犯主動脈瓣則可引起主動脈閉鎖不全，如此等病變與風濕性心臟病同時發生，則極難診斷。當然此等病例少之又少。如該肉芽腫侵犯肺臟而引起肺纖維化病變，此時我們稱之為卓別林氏症候群 Coplin's Syndrome 此病見於礦工者較多。此外類風濕性關節炎之病變亦可侵犯周圍中小血管，致有時與多發性動脈炎不易區別，有人主張此種血管之壞死變化即是引起類風濕性皮下結節的原因，類風濕性關節炎的病人常呈現輕度貧血，當然其主要變化還是在於

關節，所以此處所講的類風濕性關節炎是有別於一般人所稱之風濕的。類風濕性關節炎之臨床特點是一種慢性、反覆發作、進行性、終究引起關節畸形，形成殘廢，並可侵犯關節以外組織的一種關節炎。

類風濕性關節炎在 X 光攝影上可見一連串漸進的變化，當然這是與臨床變化相配合的，在早期 X 光攝影上可能只見指關節之紡錘狀腫大，漸進而可見關節腔狹窄，骨質疏鬆，有時可見關節端有一小塊骨被挖去樣變化，於末期則見關節腔消失，相鄰兩骨成鋸齒狀相接，關節僵直，而掌指關節可見向尺骨側半脫臼狀移位（由於患者仍用手操作因重力而壓迫手指向尺骨側移位），有時因近心指間關節融合僵直及遠端指關節之向內彎曲形成「鵝頸」Gran-Neck 狀變化，類風濕性關節炎以腕、踝、掌指（趾）及近心端之指間關節最先侵犯，次及肘、肩、膝、下頷關節，有時頸關節亦受侵犯，特別是幼年型，所以 X 光變化亦以手足掌關節變化為最典型，且係對稱發生。

類風濕性關節炎之發生率是世界性的，英美國的統計是 2.5%，即每千人約有廿五人得此病，此種病在國外是常見的，特別是老人病院，常見足不能行手不能進食之殘廢老人比比皆是，其中男女之比是 1:2，論年齡則自孩童至老耄都有，但以四十至六十歲者居多，至於人種則白人與黑人並無差別，但在傑美加 Jamaica 地區的黑人發生率則高達 11%，由此可見可能與局部地區之環境、氣候（溫帶為多）、地域（鄉村為多）、職業（礦工而兼有肺部病變為多），對本病之發生率都有影響，致於東方人則因為沒有完整的統計，不能告知確切的統計數字，但依個人觀察所得，此種病具有典型變化的比其他人種為少。

現在來談談類風濕性關節炎有什麼樣的徵候，依據美國風濕症協會 American Rheumatism Association 於一九五六年所訂，二年後修正的類風濕性關節炎診斷標準即：

- 一、晨起只有五至三十分鐘手指關節僵直症狀
- 二、至少有一個關節經醫師觀察到有壓痛或運動時疼痛。
- 三、至少有一個關節經醫師觀察到有腫脹。
- 四、為醫師觀察到於第一個關節發病的三個月內至少有另一關節有腫脹情形。
- 五、為醫師觀察到於對側相同的關節於同一時間內有被侵犯腫脹現象。
- 六、為醫師觀察到於鄰近關節區骨突出處或外側皮下有類風濕性結節。
- 七、X 光具有典型的類風濕性關節變化。
- 八、血清類風濕性因素呈陽性反應。
- 九、滑液囊液粘蛋白沉澱不良 Poormucin Precipitation from synovial membrane。
- 十、滑液囊病理切片呈典型變化。
- 十一、皮下結節病理切片呈典型變化。

美國風濕症協會規定凡具備上述十一條標準之七條以上者，為典型之類風濕性關節炎，具備五至六條者，確定為類風濕性關節炎，具備三至四條者為可能類風濕性關節炎。

從美國風濕症協會所規定標準看，我們要診斷一個類風濕性關節炎，必須於病變過程中經醫師親眼看到至少具備十一條件中之三至四條，而並不是隨便說一句你有類風濕性關節炎即能確定的。

可能有許多人有關節腫痛，特別是中年以後的婦女，有腰酸背痛、四肢關節疼痛，即說自己是得了類風濕性關節炎，下面是一個統計可作參考：

診 斷	男		女	
	人 數	百分率	人 數	百分率
增生性關節炎	98	8.1	177	12.7
類風濕性關節炎	26	2.2	73	5.2
椎間盤疾病	110	9.1	56	4.0
原因不能確定	158	13.1	175	12.5
其他原因確定之疾病	37	3.1	46	3.3
	1203		1396	

看了這個統計我們可以瞭解所有有關節症狀之患者中，真正患類風濕性關節炎的男的只佔2.2，女的佔5.2，而女子則以增生性關節炎，男人則以椎間盤疾病為彼等主要疼痛之來源，因之聯想到我國具良好設施的大醫院也能對大台北地區凡有所謂風濕主訴的中年以上人士，作一相同的研究分析的話，相信統計結果與英國所統計者相差無幾。

常有病人會問醫生為什麼作一次檢查要抽那麼多血？這是要看看病人有沒有類風濕性關節炎，那麼醫生究竟為病人做了些什麼呢？除了問病歷、體檢X光等外，還抽血作如下之檢查，主為鑑別診斷：

一、血液常規檢查，看看血液情況有無貧血，血球狀況、白血球數、有無血液沉降率改變。

二、類風濕性因素或Latex Test

三、山羊紅血球凝集試驗SCAT (Sheep cell Agglutination Test)。

四、紅斑性狼瘡細胞鏡檢L. E. Preparation 25% 類風濕性關節炎亦有。

五、抗細胞核抗體檢驗Anti-Nucleus Antibody。

六、免疫血清試驗Immunology Study 測定IgG IgM含量。

以上這六種試驗其目的在鑑別與確定診斷之用，惜目前我國不能完全做到，除抽血檢查外，我人還作滑液囊液之細菌培養，顯微鏡檢Latex-fixation 試驗，有時進一步作滑液囊及皮下結節之切片檢查以為之確定，但一般講起來臨床病歷，體格檢查及X光照相已可初步診斷出類風濕性關節炎了。

最後來談談類風濕性關節炎的治療及預後：由於類風濕性關節炎係一原因不明，慢性進行性增生性炎症變化的疾病，終致破壞關節引起殘廢的一種疾病，所以除極少數幼年型類風濕性關節炎有時可永久不復發外，一般來說其預後並不良好，其治療方法如下：

一、一般療法：

1. 休息與運動：這個問題到目前為止還是眾說紛紛，莫衷一是，但目前較為一般醫師所接受的是急性發作時臥床休息，膝關節等盡量避免載重，但

至腫痛消退即將患者置於復健運動計劃下，以防關節僵直肌肉萎縮。

2. 夾板應用：主在使被侵關節得到休息及防止畸形。

3. 熱敷及水浴療法：如Wax Bath。

4. 飲食療法：注意營養，增強抗力。

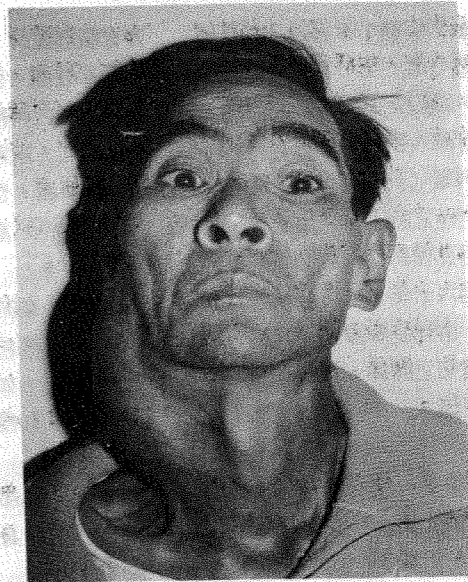
5. 精神之適調 Psychological Adjustment

二、藥物療法：
早期除一般療法外以藥物治療能止痛消腫最為見效，最常用的藥是阿斯匹林，這一點我要特別強調，不要因為是阿斯匹林而看不起它，治療各種關節痛還是以這種藥為第一位，這是今年五月份新英格蘭醫學雜誌所發表的研究報告，此外有Phenbutazone, Indomethacin, Chloroquin, 腎上腺皮質荷爾蒙及Gold preparation, 這些當然由醫師來選擇決定，這裡不贅述。

三、骨科矯治：作滑液囊切除術，以防止病變之繼續進行。畸形肢體之手術矯治，目前已作金屬關節再造術，使已不能運動的粘連了的寬膝關節經再造而又能行動。

最後談談幼年型類風濕性關節炎，那是指十六歲以下男女青年之類風濕性關節炎而言，其唯一與成人型不同的是，關節的症狀往往為發高燒、紅疹、肋膜心包膜炎、脾腫大及全身淋巴腺腫大等所掩蓋，它們對阿斯匹林治療反應緩慢而不完全，而他們喉頭細菌培養沒有近期溶血性鏈球菌之感染，沒有腎臟侵襲，沒有紅斑性狼瘡細胞之發現，極大部份患者有關節症狀，但往往數天至數週後才出現，少數患者有類風濕性關節炎之皮下結節，而關節則以頸椎受侵犯為常見，有的有關節畸形而全身症狀不明顯的，有的有眼睛被侵的症狀，但可能不與急性之關節症狀同時出現，一小部份患者可能僅有一個關節被侵，此等患者之預後較好，可長時期的緩解，有時可永不再發，其治療與成人型相同。

鼻咽癌



台中醫院、耳鼻喉科 林忠輔

鼻咽癌是中國人最常見之癌症，常見於廣東、福建及台灣等地，故以前有「廣東瘤」之稱，在外國很多鼻咽癌患者常具有中國人之血統。省立台中醫院自民國六十年八月開始用台灣最新之三千居里「鈷一六十放射線治療機器」治療癌症患者後，本癌患者激增，現在台中醫院耳鼻喉科住院患者一半以上是鼻咽癌患者，故特提出討論，讓大家瞭解鼻咽癌之症狀，診斷與治療等等，以便早期治療患者。

鼻咽癌，據Wells等人之考證，數千年前古埃及已有鼻咽癌之存在，Michaux 在1845年報告一45歲男性顛底癌之病例，組織學上屬於Carcinoma (癌)，此為文獻上第一個鼻咽癌之正式報告，以後在外國文獻上漸有學者之研究報告；至於鼻咽癌在中國最早被認為Canton tumor (廣東癌)，文獻上Digby 等在1930年報告103例鼻咽癌，彼等認為本癌在中國極為普遍，漸漸地更有許多學者研究鼻咽癌。

發生率：

據台大葉曙教授之統計，以活體切片(biopsy) 檢查而論，中國男子之惡性瘤有23.2% 為鼻咽癌，居第一位，女子惡性瘤有5.2% 為此癌，居第三位，僅次於子宮頸癌及乳癌。又據台大醫院謝地醫師之報告，民國三十五年至五十九年共二十

五年間台大醫院經病理證實為鼻咽癌，有2763位患者，平均每年110例，最近五年之患者，民國五十六年170名，五十七年199名，五十八年189名，五十九年245名，六十年230名，平均每年二百名以上。榮民總醫院民國五十年至五十九年，共治療350名鼻咽癌患者。台中醫院自民國六十年五月迄六十二年十月，共住院鼻咽癌患者65名，其中曾在其他醫院治療過之患者有14名，沒有治療過之新鮮病例有51名，僅台中醫院就有這麼多患者，可見鼻咽癌患者在台灣之多，而外國沒有這麼高之比例，為國民健康計，本症須詳細研究。

性別：

男多於女，約為三比一

年齡：

據台大醫院之統計，年齡最幼為3歲，最大為79歲平均45歲至49歲最多。

原因：

引起鼻咽癌之原因仍不清楚。至於為何在中國人特別多的道理也沒有專家學者搞清楚，有些外國專家認為中國人所住居的房屋較為狹小，以致於空氣不流通而引起；又如香港Sturton 醫師等認為中國人多信佛教及道教，在房間內供神焚香，各種烟毒的刺激，可能為原因之一；還有人認為中國人發現鼻腔有鼻涕時，很自然地吸進去，然後再從口