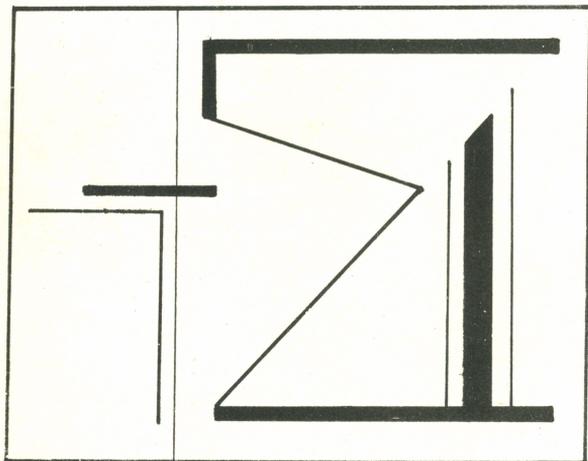


夏季熱

SUMMER FEVER

小兒科教授 蕭柳青



一、緒言

在長期間繼續有高溫高濕的夏天，我們常見一些乳幼兒未有明顯感染徵候而以發熱為主徵的症候群。本症稱為「夏季熱」，在夏季小兒科診療上佔相當的地位。本症的發熱在炎暑期間一直存續，到了中秋以後氣溫下降才退熱。對其發熱抗生素一點反應都沒有，而各種解熱劑，中樞性鎮靜劑，自律神經遮斷劑的作用只不過是暫時性，不能期待持續性效果。患兒因長期發熱，其全身狀態或多或少受到影響而引起食慾不振、睡眠障害或感染抵抗低下等等。

筆者鑑於本症未記載於一般小兒科學教科書，生們僑居地大都在熱帶的東南亞，相信該地區本症為數不少，茲將介紹本症以資參考。

二、名稱

在台灣或日本每年夏季可遇到本症患兒，所以教授（1916年）（註一）首先稱本症為夏季熱。AKKLIMATISATIONFIEBER, SEASONING FEVER (PINCKARD 1816) 那麼短期間的發熱不是MENSE 著「熱帶病學」（註二）所記載的SNERFIEBER (Cicoli 1874)，該病乃是 Papp 引起的熱病，其發熱期間為3—7天。惟 CROMBIE (1898) 所記述的 LOW FEVER 很酷似本症，印度孟買經驗有些成人病人一直維持 38—38.5 發熱繼續數星期到數個月，而且有食慾不振、倦瘦等症狀，藥物治療不見效，但轉到高山或航海旅行會自癒。

本症曾被有些從大陸來台的醫師稱為「台灣熱」不過本症並非台灣獨特的疾患，日本也有本症患兒不過台灣的夏季比日本較長，本症患兒也較多。熱帶地區的東南亞熱年都像台灣的夏天，照理應該有更多症患者，同時不止出現於夏季。關於這點安井氏（註三）曾主張稱呼本症為「氣候熱」。

三、發生病理

外界溫度上升會引起乳幼兒體溫上升的事實，曾經一些學者以實驗證實之。KLEINSCHMIDT把乳兒放在28~32°C 溫室內3~7天的結果，發現營養障害兒有明顯的體溫上升。又DEMUTH, EDELSTEIN及PUTZIG（註四）以29~32°C，20~24天的同樣實驗幾乎全例都有體溫上升。這些實驗的室溫恰好與台灣夏季的氣溫相似，而且其發病期間也相當長，所以在這樣自然高溫環境下乳幼兒受到暑熱的影響比短期實驗更會引起體溫上升是不難想像的，這就是夏季熱主要成因之一。

另外關於其發生病理，伊東教授認為本症發生與體質有關。箕田教授（註五）指出本症多發於先天性弱質、腦性麻痺、蒙古症等異常體質兒，營養失調兒。濱本教授（註六）認為本症是自律神經緊張異常，尤其是交感神經緊張引起的病的鬱熱，而容易發生於營養失調兒。遠城寺教授（註七）主張本症為異常體質兒對於暑熱的一種體質性過敏反應，由自律神經系均衡失調，產生熱之放散平衡的失調，而引起的間葉性組織過緊張狀態。西井教授（註八）指出除了先天性異常體質兒外，滲出性體質兒，腦部知能障害兒也容易發出本症，認為本症是對暑熱Stress的一種適應症候群，由生理的鬱熱將要變為病的鬱熱的移行期狀態，而其發生與交感神經緊

張有關。則上述學者一致認為夏季熱之發生因素為異常體質兒或自律神經失調。大部氏（註九）從水分、電解質代謝面考察夏季熱之發生病理，認為本症起因於濃縮機能未成熟的乳兒之腎臟過度負擔所致，而發熱與其體液代謝面所呈現的高張性脫水相互發生惡性循環。

本症與體質有關的事實可從同一個人連續2~3年，每年夏季發生本症以及其親屬所發生本症的既往病歷得以證明。

西井教授把本症分為特發性及續發性。前者則無任何動機，患兒隨氣溫上升而漸次引起體溫升高，而後者則先有基礎疾患。這些基礎疾患為熱性疾患者最多，例如麻疹、中耳炎、感冒、肺炎、消化不良症、支氣管炎等等。然而麻疹者的頻度，特發性為23.6%，續發性為76.4%。

四、年齡與性別

夏季熱主要發生於乳幼兒，尤其是週歲前後較多。據廣津氏（註十）在台北的統計，未滿一歲佔56.5%，1~2歲36.5%，2~3歲4.7%，3~4歲1.2%，4~5歲1.2%。在一歲以下乳兒中，未滿6個月的僅佔10.5%。

據諸學者的報告男孩比女孩較容易罹患本症，其男女比為6:2.5（廣津氏）3:1.3（佐佐木氏）（註十一）及1.7:1（友石氏）（註十二）。

五、症狀

(1)體溫上升：這為本症主要症狀。在台北開始出現時期較早者為五月，晚者為八月。大都到了九月中旬至十月中旬就恢復常溫。換而言之，隨夏季氣溫上升而體溫也上升，到了秋天氣溫變涼時體溫也回到正常，所以通常發熱期間為2—4個月。體溫上升程度為 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ 最多，體溫日差為 1°C 左右，尤其半夜到早晨這段期間體溫較高，而午後體溫有下降的傾向。這個特點往往在診斷上具有相當價值。

(2)一般症狀：情緒、睡眠、食慾或多或少受到障害。體重呈現一進一退，往往體重不增加反而減輕，患兒較容易發汗，所以長期病患中往往有出現汗疹者。

(3)尿：通常尿量減少，有時可證明熱性蛋白尿以外無其他異常。

(4)血液：白血球數為正常，無嗜中性白血球增多現象。紅血球沉降速度（ESR）正常。

六、診斷

在夏季有些原因不明的熱性疾患兒當中，可能發現本症兒，但其診斷須要慎重。因為本症沒有獨特（可立即診斷為本症）的徵候，所以需要與別的疾患——例如結核，慢性感染熱疾患等鑑別。即以結核素反應，ESR，胸部X光檢查來除掉結核的可能性。如果結核

素反應陽性者，需要進一步的觀察和檢查。本症與慢性感染熱疾患的鑑別如下：(1)對任何解熱劑都不見效，(2)ESR 正常及(3)白血球數及嗜中性白血球不增加等事

本症與體質性高溫症（CONSTITUTIONAL HYPERTHERMIA）的鑑別不易。FINKELSTEIN（註十三）認為這病起於內因的熱代謝異常，其特點好發於4~10歲小兒，其發熱與季節無關。且GELMANN 所謂的感染後高溫症（POSTINFECTIOUS HYPERTHERMIA）與本症更難分別。這因為許多夏季熱患兒續發於熱性疾患的緣故，但感染後高溫症仍起因於內因的熱代謝異常而不受到外界溫度的影響。本症之確定的診斷法有下列三種：

(1)對疑為本症的患兒繼續測定其體溫，觀察體溫到了秋冷時候自然退熱時方決定為本症。這法雖為最正確的診斷法，但需要數個月的長期觀察，患兒眷屬要有信心和對醫師有信心才行。

(2)另一個方法是轉到低氣溫的高地，如果體溫下降就可診斷為本症。但若高地滯留期間短暫再回到高地時，體溫也會再上升。

(3)最簡單的方法是把患兒放在室溫 $20\sim 24^{\circ}\text{C}$ 有冷氣機的房间。大部份夏季熱患兒住進冷房數小時體溫開始下降到 37°C 以下，亦有些要放在冷房1~2天後才下降到正常體溫。

冷房診斷法可利用於本症與感染性發熱疾患，體質性高溫症及感染後高溫症的鑑別。這些疾患的病兒放在冷房中體溫不會下降到正常。

七、治療

對於本症原因的治療如下：

- (1)長期轉住高地療法或冷房治療（室溫最好調節為 $20\sim 24^{\circ}\text{C}$ ，不要超過 27°C ）。
 - (2)經口的，與非經口的水分補給。
 - (3)對於人工營養兒，牛奶濃度要稀釋（最好為 $7\text{w}/\text{v}\%$ ）。
- (2)與(3)是針對腎濃縮機能未成熟的乳兒，防止其發生慢性脫水症為目的。

抗生素對本症的發熱機轉無直接影響，如果本症有併發感染時可使用。解熱劑對本症全無效果或祇具有過渡性效果。鎮靜、催眠劑可減輕本症患兒的不安狀態，並且可抑制熱產生，在治療初期使用這些藥劑是合理的。基於夏季熱與交感神經緊張有關的學說，有些報使用 CHLORPROMAZINE 對本症有效，但需要劑量（ $2-3\text{Mg}/\text{kg}/\text{day}$ ）。在停止使用本劑後體溫會再上升，不過本症治療初期可當做補助療法使用本

、結語

以上介紹夏季熱的概要。本症是由慢性暑熱障害引起的夏季高溫症，易發生於熱地，診斷上及治療上需要冷房設備或高地轉住。在台灣夏季本症為乳幼兒主要夏季疾患之一。從地理病理學的觀點可想像熱帶地區的東南亞有更多本症患者，希望本文能提供為本症作參考。

參考文獻

- ①伊東祐彥：兒科雜誌 149：586，1916。
- ②MENSE：HANDBUCH DER TROPENKRANKHEITEN，Vol. 4，1926。
- ③安井慧之助：臨床小兒科雜誌 6：47，1932。
- ④DEMUTH，F.，EDELSTEIN，E.，& PUTZIG，H：ZEITSCHRIFT FÜR KINDERHEILKUNDE，41：1，1926。
- ⑤箕田貢：九大同門會會報 51，1935。
- ⑥濱本英次：小兒科臨床 3：5，1950。
- ⑦遠城寺宗德：兒科診療 13：677，1950。
- ⑧酒井潔：日本醫師會雜誌 34：190，1955。
- ⑨大部芳朗等：臨床內科小兒科，15：1047，1960。
- ⑩廣津武夫：兒科雜誌 48：167，1932。
- ⑪佐佐木嘗米：診斷與治療 27：505，1930。
- ⑫友石孝之：九大同門會會報 52：5，1935。
- ⑬FINKELSTEIN，H：JKURSE ÄRZTL，FORTBILDG. 21：1，1930。