

説明書要旨

(说明书摘要)

SARS (重症急性呼吸器症候群) ウィルスは地球規模のウィルス性肺炎を引き起こし、国際的に警戒され、致死率もなかなか下がらず、医療界ではSARSに対する有効な方法がまだ無いのは周知のことである。百年以来の医学歴史では、肺臓の感染症を内臓組織の病気にしてきたが、本発明はこの医学解釈の間違いを説明した。その理由は空気を基準にして定義すべきで、SARS感染症はまず表面性潰瘍感染の病気である。

非典病菌感染肆虐并振荡整个国际社会，死亡率居高不下，医学界对此束手无策。百多年来医学上对肺脏感染疾病都一直只归类在内脏组织疾病，今天，本文要指出这种医学解释的错误，因为必须以空气为介面来定义，非典病菌感染首先是一种表面性溃疡感染的疾病。

上記医学的解釈の変更に基づき、我々はSARSを治療する最良の方法を発見した。SARSの初期感染者は病院で肺臓を洗浄治療を受けたら、数時間以内に退院できるのはもう不可能ではない！SARSウィルスはもう人間の生命を奪うことがなく、人類はSARSウィルスを打ち負かしたと言える！

基于上述医学解释的改变，我们找到了最佳的医疗方式，非典病菌的初期感染者到医院洗个肺几个小时都可以出院不是梦想，非典病菌不再威胁生命，人类可以宣称打败非典病菌了！

SARS感染の表面処理は新しい医学概念の産物で、モノマーオキシゲニウム (O₁) 療法は表面処理の核心である。肺臓に消毒剤入りの液体、つまり肺臓モノマーオキシゲニウムの表面処理液を注入する。この液体の学名は液状の全弗素化合物 (Per fluoro chemicals . PFC) で、消毒剤はオゾンである。

肺脏非典感染的表面处理是全新医学概念下的产物，单氧疗法是表面处理的核心。在肺中注入溶有消毒剂的液体，这就是肺脏单氧疗法的表面处理液。此液体学名为液态的全氟化合物 (Per fluoro chemicals . PFC) ，消毒劑则为臭氧。

要旨図示 (摘要附图)

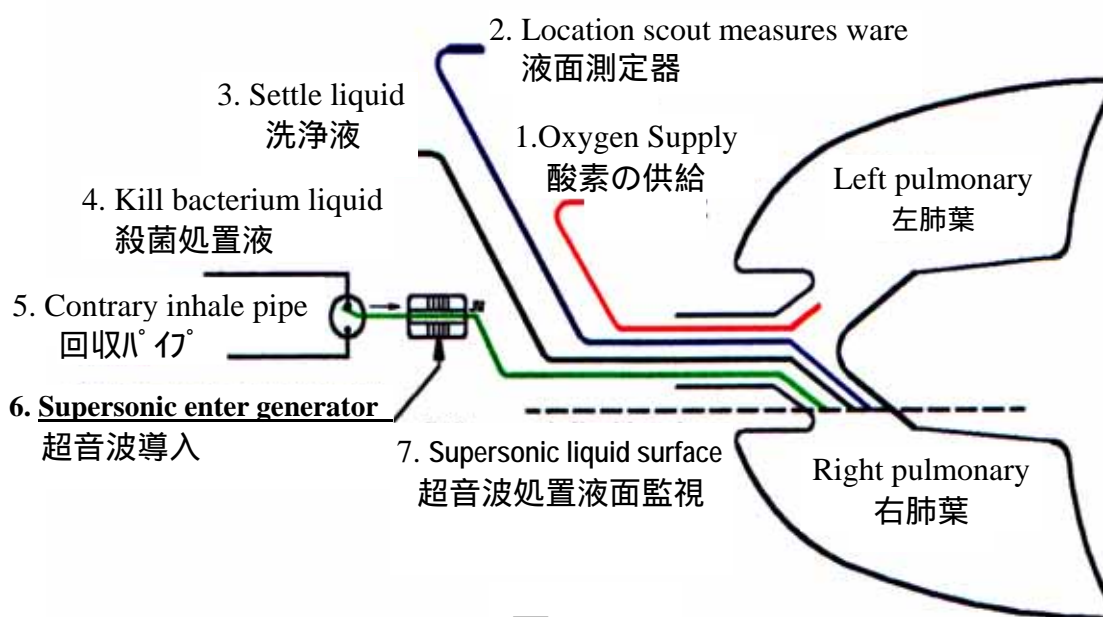


図 5

権利要求書

权利要求书

- 1 肺部表面処置法の液体薬品の学名は液状の弗化合物(Per fluoro chemicals, PFC) の混合オゾン (₃)である。

肺部表面处理法的液体药品学名, 为液态的全氟化合物(Per fluoro chemicals, PFC) 混合臭氧(O₃)。

- 2 要求 1 の薬物液状の特徴は弗の元素を含む液体と単酸素 1 殺菌剤を生み出す。
在要求 1. 的薬物液体為含氟元素的液体及能產生單氧 O₁ 的殺菌劑。
- 3 要求 1 の応用はPFC或いはその他の代用液体の中にオゾン混合し、或いは単酸素 1 を生み出すことに助力する。

在要求 1 的應用包括 PFC 或其它代用液体中混合臭氧或促成產生單氧 O₁ 的元素。

- 4 要求 1 の液状薬は介質の薬物の表面処置液の中に殺菌或いは病菌を抑制する要素を添加し、その他の抗菌素或いは殺菌剤の注入する液である
在要求 1. 的液態薬為一种添加殺菌或抑菌因子(包括注入其它抗生素或殺菌劑)的表面處理液。
- 5 要求 1 の肺部表面処置法の液体薬は SARS 病菌感染のすべて肺臓表面感染の病気を含む液体薬である

在要求 1. 的肺部表面处理法的液体药包括非典型病菌感染的其它任何肺脏表面疾病的医治。

発見説明書 (發明説明書)

肺臓 SARS ウィルス感染の表面処置

(肺臓 SARS 感染的表面處理)

一、 発見経緯 (發明背景)

2003年2月からSARSのウィルス感染が急に中国と香港から広く伝染され、死亡率は15%ぐらいになった。医学業界が特效薬がなく、とても苦戦していた。中国、台湾、香港、シンガポール、カナダなどの国と地区はWHOに旅行警告エリアと言われ、経済損失は千億以上で、人類の命も死亡率の脅迫を深く感じていた。

自2003年的2月份起，Sars 對肺臓的病毒感染突然由中港兩地廣泛傳染，死亡率高達15%左右，醫學界並無特效藥物并對此而束手無策，中國、臺灣、香港、新加坡、加拿大等均先後被世界衛生組織列為旅遊警告區，經濟損失數以千億計，人類的生命深受死亡恐怖的威脅。

その時、SARSウィルス肺臓への感染を如何に治療することが世界各国医学業界の一番重要な仕事であった。発明者は緊急な時に、最新の医療案を見つけた。この案は肺臓部SARSの表面処置とする事だ。人の命を救う事は第一である。発明された内容の中文版はMay.15.2003に香港の行政長官と中国の指導者にFAXを入れた。発明された内容の英文版はMay.20.2003にMey-verme, Mrs.Sonia(WDC)を経由し、WHO-Padey'、'WHO-Liden'及びGenevaで会議に出席した各国の衛生部リーダーにFAXをいれた。

此時，如何治療SARS 對肺臓的病毒感染成了世界各國醫學界的當務之急。發明人在這緊急的關頭發明了最新的醫治方案，該方案為“肺部SARS的表面處理”，救人為第一優先，發明的中文稿於May.15,2003傳真給香港的行政長官及中國領導人，發明的英文稿也於May.20,2003由Mey-Verme, Mrs. Sonia (WDC)轉傳給'WHO-Padey'; 'WHO-Liden'以及正在Geneva開會的各國衛生部首腦。

二、 序文 (序言)

肺臓の機能から話す。
先從肺臓的功能談起。

肺臓のメインの機能は右心室から射出された血液を肺動脈により各肺動脈分枝と肺胞の大量の毛細血管に出し、酸素を取り入れ、二酸化炭素を排出する為のエア交換を行う、それから、肺静脈から左心房に戻し、心拍の比例のスピードにあわせ、右心室に混合する。人体主動脈の大循環から行われ、新鮮な酸素を含まれる動力源はここからわいてくる。(添附図面1)

肺的主要功能在于将从右心室射出的血液经肺动脉分配至各肺动脉分支,再扩散到肺泡的大量毛细血管,从而进行气体交换,压入氧气及排出二氧化碳,然后由肺静脉返回左心房,再以相关心率比例的速度混合到右心室,新鲜含氧的血液(人体动力源)以这样的运行方式在人体主动脉中不停地循环!(附图1.)

エア交換の媒介は特別な所はない。私達が養魚するようにエアを水底に打ち込み、泡を出し、空気中の酸素を上昇する泡の球面と摩擦させることによって、水の中に溶解させる。養魚の泡と同じ、私達の肺胞は生まれから空気と接触する面積を広く持っている。小さい肺臓の内部には密集の肺胞孔組織構造があり、表面の接触面積が70 m²以上にもなった。それに、この細孔組織の表面に微小の血管があり、酸素交換の使命を担当し、エアも血液、間質層及び細胞の間に拡散し、肺部換気を達成することは現代医学の基本な認識である。

由於氣體交換的媒介並無特別之處，也正如我們在養魚之時，把空氣打入水底產生氣泡，空氣中的氧氣依靠與上升的氣泡外表面的觸面摩擦溶入水中。與養魚中的氣泡無異，我們的肺泡天生構成具備了接觸空氣的廣大面積，就在那小小的肺臓內部由於存在著集密的肺胞孔組織結構，因而令接觸表面廣大至70

m²以上！並且這些細孔組織的表面佈滿微血管，就這麼擔任著“換氧”的交通使命，空氣也就往血液、間質層及細胞間擴散完成肺換氣（Pulmonary Ventilation），這是現代醫學對肺臟最基本的認識。

今まで、肺臓病気の種類が多く、結核は最初治しにくい伝染病だったが、その後多種類の抗菌素薬の発明で直し率は100%に近付いた。児童肺炎もよく見える病気で、また、典型細菌性の肺炎双球菌で成った肺炎等も言うまでもない。いまの新型肺炎 SARS の治療方法は今日の話題である。

过往，肺脏疾病的种类繁多，结核病曾是一种难以治愈的传染病，随着各种抗生素药物的发明，现今该病治愈率已接近百分之百。常见的肺脏疾病主要有小儿肺炎，其它还有如由肺炎双球菌（pneumococcus）引发的典型细菌性肺炎等等，而本文所述的主题是有关非典型细菌性肺炎的明星 SARS 的治疗方法。

先ず、漢方治療方法は胃腸から吸収するモデルだけでは発展の枷と鎖になる。漢方の処方箋は胃腸に協力し、毒を清め、肝臓の苦勞を減らし、体の免疫力を増やすだけである。

首先是中醫療法，只由腸胃吸收的模式將是中醫發展的枷鎖，中醫的藥方只能協助腸胃去瘟解毒減低肝臟的辛勞度，借此提高體能增強免疫力僅此而已。

しかし、目前 SARS を診断治療する主流は西洋医学方案である。中国では四環素と赤霉素（Mildew）など抗菌素をつかわれているが、香港では、（Ribavirin）及び（steroid）を使い、SARS を治療するが、但し、ずっと（Ribavirin）を使われているカナダがこの薬を使用停止することを宣告し、原因は嚴重な副作用があるということである。

然而，目前診治SARS的主流仍為西醫的見解，在中國有見主張應用四環素、紅黴素等抗生素治療，香港堅持认为利巴韋林（Ribavirin）及類固醇（steroid）是有效的一線治療SARS的藥物，但一直使用Ribavirin的加拿大現已宣佈停止以該藥作為治療SARS的例行方案，因為該藥可能会產生的嚴重副作用。

とにかく、抗菌素を胃腸で吸収にしても、或いは静脈注射にしても、血液の中に抗菌因子のモデルが変更できない。これは血液治療法といえる。たくさんの抗菌因子の微元素は胃腸で吸収利用できない。だから、効果から言えば、西洋医学治療法が一番である。

不管抗生素通过腸胃吸收或由靜脈注射，都改變不了在血液中運行抗菌因子的模式，这种模式我们称之为“血液療法”，很多抗菌因子的微元素都是無法依靠腸胃吸收轉化，因此，論療效依然由西醫療法獨佔鰲頭！

そのため、今、医学業界の人々は一生懸命抗菌因子の効き目を高める方向を研議している！

也因此，今天醫科界的各路人馬無一不是全神貫注地將科研的方向聚焦在提高“抗菌因素”的藥效漩渦中打轉！

但し、添附2の図から見ると、肺臓の血管動脈で点滴また注射点を見つければ、血液治療法の効果を大幅に高める。主動脈と肺循環の流量比率は一つの常数で、SARS の臨床の効果実践もよい結果になるが、しかし、今私たちは医学業界から研議されている SARS 抗菌因子の血液治療法の努力方向が大間違いであることを指摘する。

然而，從 Fig.2 的圖示可以得到啟發，如在肺臓の血管動脈尋找靜滴或注射點，“血液療法”的療效將大幅提高，这一点，从主動脈與肺循環的流量比將是個可觀的常数可以獲得證實，由此也可以提高 SARS 的臨床療效，但今天，我們卻要在此指出，醫科界專注 SARS 抗菌因素“血液療法”的藥效努力方向完全錯了。

空気を基準にして定義する為、SARS は表面性潰瘍感染の一種であることは新しくできた医学定義で、肺臓医療革命を引起す。だから、私達は工業業界の一つの俗称を使っている。即ち、肺臓感染の表面処置の技術で、治療中には超音波洗浄技術を導入する。言い換え、簡単に言えば 例えば、皮膚細菌性感染潰瘍の場合、紫薬水で拭いたら、すべての抗菌素の血液療法より良からう。

因為必須以空氣為介面定義，非典病菌感染(SARS)仍然是一種表面性潰瘍感染，這是一個創新的醫學定義，將引發肺臟醫療革命！因此，我們向肺臟感染部位直接引入一種為工業界所常見的“表面處理”技術，即在治療中引入一種超聲波清理技術！這種技術簡單實用，可以形象地描述為這樣一種靈丹妙藥，即只要在外皮膚細菌性感染潰瘍部位擦一下紫藥水便可勝過任何抗生藥的“血液療法”的療效！

だから、私達は樂觀的に一步進んで話して見たら、一旦推薦した肺臓表面処置の方法を医学業界の研討、開発を行い、臨床応用階段に入ったら、SARS 初步感染者に対して、病院に肺を洗浄するだけである。其の外の種類の肺に感染する細菌性ウイルスももっと治療し易い。SARS はこれから、人類の命に脅威を与えない。

就此而論，我們完全可以樂觀地進一步地指出，一旦在今天主題推薦的肺臟“表面處理”得到醫學界接力開拓研發而進入臨床應用，那麼，對於 SARS 初步感染者來講，只要到醫院洗洗個肺而已，而對其它的細菌性病毒所引發的肺部感染更不在話下，SARS 就從今天起不再對人類存在著生命的威脅！

今日、SARS 感染を治療することは私達の話で、SARS の物理性に対して勉強しなければならない。

今天，醫治 SARS 感染是我們要論述的主題，為此，我們必須對 SARS 的物理性有個大概的瞭解：

1. 添附圖 3 はインターネットからダウンロードした図面で、SARS は 50 nm より小さい超微小病菌で、冠状の形であるが、しかし、冠状の物理構成により吸着性を決められた。この吸着性を解決することは表面処置感染の役目である。よく考えて見ると、呼吸道感染を予防する対策の中に濃塩水の浸透性を思い出し、皆が知っている様に濃塩水は伝統的な消毒消炎の宝である。例えば細菌性感染の咽喉炎に患う人達は塩水を一口飲んだら、頭痛の感覚もすぐ良くなり、電子顕微鏡で見たら、潰瘍感染場所の病菌を塩水で減らされた。だから濃塩水を使って口と喉から肺を感染する SARS の予防は社会に認められやすい予防である。
1. 附圖 3.是網上下載的圖片，SARS 是小於 50 納米的超微病菌，SARS 由多冠的體形得名，然而多冠的物理生態結構決定了它的吸附性！而要克服這種吸附性對本章所強調的“表面處理”感染有著極其重要意義。來自這一觀點的啟發，在預防呼吸道感染的措施中使作者想到了濃鹽水的滲透性。眾所周知，濃鹽水自古以來是一種傳統的消毒消炎物，例如患有細菌性感染的咽喉炎的人們只要喝一口鹽水潤潤喉，其疼痛頓感舒緩，這一點從電子內窺鏡的顯微相中可以很清楚地看到，其原因是感染潰瘍發炎部位上的細菌被鹽水“沖走”而減少了。因此，使用濃鹽水預防 SARS 從口腔、咽喉傳播及肺內，應該很容易被人們所接受。
2. 超微小と超軽い病菌(SARS)は 30-50nm であるが、常用 N95 マスクの濾過限度は 75 nm になっている為、超微小 SARS ウィルスを通すことができない。だから SARS ウィルスは超微小と超軽い物理性で空気中の水、埃の粒子と一緒に 75 nm マスクを通過して肺に入る事で伝播している。この特性を利用し、我々は下記の幾つ有効な“表面処置”対策を作っている。
2. 超微、超輕的非典病菌(SARS) 只有 30-50 纳米大小，而我们常用的 N95 口罩滤孔极限为 75 纳米，，自然过滤不了这样超微的非典病菌，所以 SARS 凭借超微、超轻的物理性随着流动空气中的水珠、

尘埃完全可以穿过 75 纳米的口罩滤孔而进入肺部。针对这一特点，我们制定了以下几种有效的肺部“表面处理”措施。

三、 肺臟表面処置の五つの方法

肺臟“表面處理”今昔將有五個方式

1. 抗菌素氣化吸入治療方法
抗生素氣化吸入療法；
2. マッサージ及びくしゃみとせき治療方法
按摩及噴嚏咳嗽療法；
3. 肺葉を体から取り出し、病菌を殺す処置
將肺葉取出體外滅菌處理；
4. 肺葉を切らないで、局部を冷凍し、病菌を殺す処置
肺葉不切除，局部急凍滅菌處理；
5. 病菌を殺す薬剤を肺葉に注入する処置
肺葉注入滅菌劑處理。

論述一（論述一）

抗菌素氣化吸入療法がずっと前に存在していた。感染の初期では積極的な作用を果たすが、高危険の医療保護作業階段の前後を予防する対策では良い効果が出る。氣化抗菌素化学特性は 37℃ で水を溶けやすい性能を持つことを兼有すれば発展の見込みがある。

抗生素氣化吸入療法早就存在，在感染的初期有積極作用，如果轉為高危險的醫護作業時段前後的防疫措施，可能會有良好的效果，氣化的抗生素化學特性必須在 37℃ 下兼有優良的溶水性才具有發展的前景。

論述二（論述二）

マッサージくしゃみと咳治療法も表面処置の一種類に属し、物理治療法といえることが適当である。肺部をマッサージし、肺胞を押し出し、病菌を細胞壁から離れさせる。患者が鼻孔を太陽に向い、くしゃみを刺激し、肺の深い所から咳を出させる、これは感染の初期または予防対策として、役に立つ事である。だから光線くしゃみ器は大きな市場がある。光線くしゃみ器を使用する事は胸と肺葉運動の最高方式であって、毎日三回くしゃみをしたら、長寿を保つことに決まっている。この運動方式の良いところはまた人々に認識されていないから、肺患者に対してよいことであるが、但し、SARS のような附着力が強い病菌に役に立たない事を証明された。

按摩噴嚏咳嗽療法也屬於“表面處理”系列中的一項，稱物理療法或更加適合。这种療法是借助對肺部施加的搓動力來擠壓肺泡，以達到使病菌脫離肺泡的細胞壁。因此，患者只要將鼻孔朝著陽光以刺激噴嚏从肺深處咳出，这对于感染的初期或预防措施具有一定的作用，因此光線噴嚏器會有廣大的市場。使用光線噴嚏器对胸、肺葉部運動来说是的一種最佳方式，每天三個嚏對提升老年人的養生亦不可低估！這種運動方式的好處很少有被人們所知曉，它将對肺弱病者带来了福音，但是已經證實，企圖以此減輕由 SARS 感染的病狀是不現實的。

論述三（論述三）

肺葉を体外に取出し、病菌を殺す処置を行うことは幻想ではない。体外病菌を殺す処置は薬液浸透と温度差別の処置の二種類があり、温度差別の処置は今まで、新しい医学概念である。肺部病菌感染を使うばかりでなく、癌にかかった患者も使える。肺臟感染の表面処置を超え、うまく発展したら、ある病気の治療に関し有効に抗菌素の血液療法を取り替える事が出来る。

將肺葉取出體外滅菌處理，並不是一個幻想，它涉及了體外血液加氧機的重大發明及臨床應用。體

外滅菌處理可以分為藥液浸泡及溫差處理兩種，溫差處理至今亦是個全新的醫學概念！不僅可以用在肺部細菌性感染，還可用於癌症等病患者，超越了肺臟感染的表面處理範疇，如能更好地發展，將可以更有效地在某類疾病的治療中取代抗生素的血液療法：

- a. 体外の薬液浸透は体内の薬液浸透よりもっと融通が利く、今では肺胞組織を傷つけない浸透薬液がなかなか少なく、或いは空白である。但し、病菌を殺す浸透薬液は超音波の力を借り、最高治療効果を発揮することは成功面の誘惑である。
- a. 體外的藥液浸泡比起體內的藥液浸泡更俱靈活性，目前可選擇不傷害肺泡組織的浸泡藥液不多見或空白，但可殺菌的浸泡藥液可借助超聲波充分發揮最高療效是個成功的誘惑；
- b. 温度差別の処置が何であるか。処置される肺臓器官及び病菌は生態の温度カーブが違う。処置された器官が復活できる急速の冷凍温度範囲内では各種類の病菌の死亡点を選別する。これは温度差別効果の処置手段である。この処置手段は初めての医学文献としての提出なのかどうかは別として、実践の結果は再現しない。肝心なのは急速冷凍の速度により器官の復活率を左右される点に対し、うっかりしてはいけない。医学業界に積極的に推薦する項目の価値がある。
- b. 什麼叫溫差處理？ 被處理的肺臟器官及病菌各有不同的生態溫度曲線，在被處理的器官可復活的急速冷凍溫度範圍內選取可在各種病菌的死亡點，這就是溫差效應的處理手段； 這種處理手段在醫學文獻的提出是否首次並不重要， 實踐證明並不繁複，關鍵是急速冷凍的速度左右著器官的復活率這一點不可疏忽，是值得向醫學界的積極推薦的專案。

論述四（論述四）

肺葉を切らないで急速冷凍により局部的に病菌を殺される処置は温度差別の理論から出来た。論述三により技術上の高めを行われる。体外に出し、肺動脈と静脈を切らないで復活の損害を減らし、器官と器官の接触も減らし、局部急速冷凍殺菌処置の可能性を生み出された。肺臓に対しては難しいが、腎臓などの器官に対し、急速冷凍殺菌技術は実行出来る。苦手なのは急速冷凍設備方式は液アンモニア循環冷凍と比べたら、そんなに簡単ではない。臨床の要求は5秒 - 10秒までの間で1kgs ぐらいの器官を - 30 - - 50 の間まで冷却させる冷凍設備が必要であるし、且つ接触式が必要である。これらはの要求は科学技術業界にて研究解決の必要がなってくる。

肺葉不切除局部急凍滅菌處理，亦同為來自溫差效應的理論，是在前論述三的技术層次上進一步的提升。取出體外而不切除肺動脈及靜脈可減少對復原的傷害以及減少器官間之接觸，使局部急凍滅菌處理具備可行性，就肺臟來講有難度值得考慮，但對於其他如腎臟等可“半離體器官”急凍滅菌術是可行的，但問題棘手的是急凍設備方式並非象液氮循環致冷那麼簡單，其臨床要求的致冷設備必須做到在 5-10 秒內可將大約 1 kgs 質量的器官降溫至-30-50，而且又必須是接觸式，這些要求都急待醫學界研究解決。

論述五（論述五）

肺葉に殺菌剤注入事は今日の肺臓感染の表面処置の主題である。作者は医学専門ではないが、医学常識を一生懸命勉強することと濃塩水で口腔と喉に表面処置消炎を行う理念から発想した。また、適当な溶剤と殺菌剤を見付け、臨床検証の段階に入った。世界の専門溶剤師と薬剤師が助けてくれたら、溶剤及び殺菌剤の選択性がもっと多くなったら、SARS から命に与える損害はここまで終わることを作者は堅く信じる。

对肺葉注入滅菌劑為今天肺臟感染的表面處理的主題，作者並非學醫專才，只靠惡補醫學常識，並來自濃鹽水對口腔、咽喉表面處理消炎的概念啟發，找到了一種較為合適的溶劑及滅菌劑，並急需臨床進一步驗證，但作者確信，或者只要世界上專業的溶劑師及藥劑師一出手，令溶劑及滅菌劑方面再多一點選擇，SARS 病菌對生命的危害將到此為止！

四．肺臟表面処置の単酸素療法

肺臟“表面處理”的單氧療法

肺の中に溶かされた消毒劑の液体を注入する、これは肺臟の単酸素療法の表面処置液である。この液体の学名は液状の弗化合物（Per fluoro chemicals）で、消毒劑はオゾンである。

在肺中注入溶解了消毒劑的液體，這就是肺臟單氧療法的表面處理液。此液體學名為液態的全氟化合物（Per fluoro chemicals . PFC），消毒劑則為臭氧。

液体を処置し肺葉に送る以上に、超音波を導入することでSARSの吸着性を弱くし、迅速的に肺孔の病菌をきれいに整理する。これは新しい医療案である。その効果はSARS病菌細胞に利口なミサイルを直接に発射すると同じである。このミサイルの名前はオゾンから分離した単酸素₁で、だから、単酸素療法/₁-Therapyと名付けられた。

將處理液輸入肺葉再導入超聲波可以提高克服 SARS 的吸附性. 从而快速清除肺孔中的病菌，這是全新實用的醫療方案，其藥效是直接面對著 SARS 病菌細胞發射聰明巡航導彈而產生的，此導彈為一種由臭氧析出的單氧(O1)，因此也可以命名為“單氧療法”（“O1 Therapy”）。

今普通の抗菌素により血液交換を行う療法は制限されている. 例えば、血液濃度の制限、または肺泡毛細血管の届かない間質層内に体積 50 nm以下の SARS の病菌を充分隠れることが出来る。だから、血液療法には死亡率 10%以上の歴史残念を残されていた. 西洋医学の血液療法はもう制限に近づいた. しかし、単酸素療法は大きな薬理効果が出て、死亡率をゼロまで下がる事が予想されている。

而目前常規的抗生素經血液交換效應的療法被受制肋，例如是血液濃度的限制，又例如肺泡毛細血管所伸及不到的間質層內都足以窩藏體積 50 納米不到的 SARS 病菌，因此“血液療法”至今仍留下了 10%以上死亡率的歷史遺恨，可以说西醫的“血液療法”已接近極限。相反的，“單氧療法”產生了強大的藥理效應，並預期的死亡率將降至零：

- (1.) PFE 溶劑の選別；
PFE 溶劑的選用；
- (2.) オゾン殺菌劑の特性
臭氧滅菌劑的特性；
- (3.) PFC、オゾンの配合；
PFC、臭氧的配制；
- (4.) 肺臟表面処置の設計フローチャート
肺臟“表面處理”設計流程；
- (5.) 動物肺臟処置の検証；
動物肺臟處理驗證；
- (6.) 手術台の設計ポイント；
手術台設計要點。

1. PFE 溶劑の選別
PFE 溶劑的選用

肺胞を洗淨する液状媒介を選別する時、私達はまず、ある液状弗化合物 (Per fluoro chemicals . PFC) を思い出した。PFC は液状呼吸術としての医学臨床経験の参考がある。私達はこの呼吸液を利用し、有効的な殺菌剤或いは抗菌素を入れ、肺胞 SARS の感染を洗淨することができる。PFC は下記の様な特性がある。

在選擇清理肺泡的液態媒介時，我們首先想到了一種液態的全氟化合物(Per fluoro chemicals . PFC)，PFC 作為液態呼吸術有現成醫學臨床可以參考，我們完全可以借用在這種呼吸液中溶入有效的滅菌劑或抗生素來清理肺泡 SARS 的感染，PFC 具有如下优点：

1. PFC 自身は無色、無味、無臭の液体で、毒性がない。
PFC 本身是一種無色、無味、無臭的液體，不具有毒性；
2. PFC の表面は張力が低いし、水或いは脂肪に溶解しない事。
PFC 表面張力低，不溶于水或脂肪；
3. PFC は酸素及び二酸化炭素に対し、溶解度が高いし、また、高密度及び溶解度が低い特性を持ち、オゾンに対しては、もっと高い溶解度を持っている。
PFC 對於氧氣及二氧化碳的溶解度高，具有高密度以及低溶解度的特性，對於臭氧有更高的溶解度；
4. PFC は室温と体温の下の時に自然に揮発され、代謝にしてもほかの物質にならない。
PFC 在室溫及體溫下會自然揮發，不會因為代謝而轉變成其他物質；

弗化合物(Per fluoro chemicals)は新しい薬の応用中にはSARS病菌を殺すオゾン(O_3)のために、遊離単酸素の液体介質を提供する。その分子式は $C(5-18)F(12-38)$ 、分子結構チェーンの長短はCの個数による。Cの個数の内在物理特性により液体介質の沸点温度を決められた。即ち30 から215 まで。Cの個数はこの液体の沸点温度(Boiling Point C)と正比例している。その温度変化範囲は30 -215 です。本発明は先ず C_6F_{14} 及び C_7F_{16} を推薦するが、実は臨床上ではもっと考えなければならない要素が多い。例えば、病菌感染で潰瘍になった場合、手術でSARS病菌を殺す時間を予想して単酸素の濃度を決め。またPFCは肺部の中に揮発される時間を予想して選別する。弗化合物の派生変体液ではない。例えば $C_5F_9H_3O$ は遊離単酸素の液体介質を提供する場合、単酸素遊離濃度は作業時間により降解効果を注意しなければならない。

在本案的創新藥物應用中，作者試用了全氟化合物(Per fluoro chemicals, PFC), 这是為殺滅 SARS 病菌的提供遊離單氧即臭氧(O_3)的一種液體介質，其分子式為 $C(5-18)F(12-38)$ ，分子結構鏈的長短在於 C 的個數，而 C 的個數的內在物理特性又決定了該液體介質具有不同的沸點溫度(Boiling Point C)，其變化範圍為 30 -215 。本發明推介的首選物為 C_6F_{14} 及 C_7F_{16} ，但實際上，臨床上的選擇將要考慮的因素更多，例如，根據手術臺上殺滅 SARS 病菌所需的時間來選取單氧的濃度，同時還要考慮 PFC 在肺部揮發的時間長短來選取等等；而用非全氟化合物的衍生變體液，例如 $C_5F_9H_3O$ 作為提供遊離單氧的液體介質時，則必須先考慮單氧遊離濃度因作業時間長短所產生的降解效應。

以上の特性をまとめて、肺臓表面処置液は合格である。一方では酸素の浸透性が強いから肺胞のエア交換は停止しない。だから、PFC は動力液態と言える。もう一方では液態の弗化合物の浸透性が強いからすべての肺胞の孔に入ることを保証する。オゾンは PFC の溶解の中に単酸素原子が SARS の後をうまくつける。P F C の自然揮発性があるから肺臓に悪い後遺症がないことを保証する。もっと良いところでは新鮮な PFC 液体の注入と引流は肺部内の傷された細胞と炎症からなる細胞破片及び SARS の残骸を洗い出すことができる。

縱觀上述的特性，全氟化合物作為肺臟表面處理液是完全合格的，一方面氧氣可以穿透它令肺泡的氣體交換不停止，因此 PFC 可稱為動力液態； 另者，液態的全氟化合物的滲透性也可以保證在肺泡中無孔不入，臭氧在 PFC 中所提供的單氧原子恰如好處地可以追尋 SARS 的蹤跡； 而且 PFC 的自然的揮發性也保證不會對肺臟產生任何後遺症； 更加可貴的是通過新鮮的 PFC 液體的灌注與引流，可以將肺部內的受損細胞以及發炎反應所造成的細胞碎片及 SARS 屍首殘骸統統灌洗出來！

2. オゾン殺菌剤の特性

臭気滅菌剤の特性

1. オゾンの分子式は O_3 で、高エネルギー酸素の変形である。水と各種の液状化合物に溶解しやすい。
臭氣的分子式 O_3 是一种高能量氧氣的變形物，溶解于水及各種液態化合物；
2. 濃度が低い場合は無色、草においを持つ気体で、濃度が高い場合は明らかに青い気体で比重は空気の 1.5 倍である。
低濃度狀態下是一種無色，有特殊草腥氣味的氣體，在高濃度下呈明顯的藍色氣體，比重為空氣的 1.5 倍；
3. オゾンの消毒原理は単原子酸素を解放し、ウイルスの細胞体を酸化し、細胞核を破壊し、残されるものはきつすいの O_2 酸素は肺部の泉である。
臭氣的消毒基理在於能夠釋放單原子氧以氧化病毒的細胞體，并破壞其細胞核，剩下的是純正 O_2 氧氣也正是肺部之甘泉；
4. オゾンは水に溶解した後殺菌消毒の作用をもっと強く、もっと早く果たせる。オゾンは液状のフッ化合物、即ち PFC に溶解できる。
臭氣溶于水中後有更強、更快的殺菌消毒作用，而且臭氣還可以溶解在液態的全氟化合物即 PFC 中；
5. オゾンの濃度は一定の数値を超える場合、消毒殺菌は瞬間的に実現出来る。

當臭氣的濃度超過一定數值後，其消毒殺菌甚至可以瞬間完成；

オゾンの特性は肺胞殺菌剤としては合理的な選択である。下記の表は国際で認定され、インターネットからダウンロード殺菌消毒の実験資料である。

根据臭氣上述的特性，我们对肺胞滅菌劑所需的臭氣濃度進行了合理的選擇，下圖為國際上公認由網上下載的臭氣滅菌消毒的實驗資料：

| オゾン消毒 | 投加濃度 | 投加時間 | 病菌、病原体種類 | 殺す効率 |
|-------|---------------------|-------|---------------------------|--------|
| 臭気消毒 | 投加濃度 | 投加時間 | 病毒、病原體種類 | 殺滅效率 |
| | 10mg/m ³ | 20 分間 | 乙型肝炎表面抗原(HbSAg) | 99.99% |
| | 10mg/m ³ | 20 分鐘 | 乙型肝炎表面抗原 (HbsAg) | 99.99% |
| | 0.5 ppm | 5 分間 | 甲型インフルエンザウイルス | 99% |
| | 0.5ppm | 5 分鐘 | 甲型流感病毒 | 99% |
| | 0.13mg/L | 30 秒 | 咳髄灰質炎ウイルス 型(PV) | 100% |
| | 0.13mg/L | 30 秒 | 脊髄灰質炎病毒 I 型 (PVI) | 100% |
| | 40μg/L | 20 秒 | 大腸菌ファージ ms2 | 98% |
| | 40μg/L | 20 秒 | 大腸桿菌噬菌體 ms2 | 98% |
| | 0.25mg/L | 1 分間 | 猿輪状ウイルス SA-H と人輪状ウイルス 2 型 | 99.60% |
| | 0.25mg/L | 1 分鐘 | 猿輪状病毒 SA-H 和人輪状病毒 2 型 | 99.60% |
| | * 12.6mg/L | 4 分間 | 冠狀病毒 (Coronaviridae) | 100% |
| | * 12.6mg/L | 4 分鐘 | 冠狀病毒 (Coronaviridae) | 100% |
| | 4mg/L | 3 分間 | エイズウイルス(H V) | 100% |

| | | | | |
|--|--------|-------|--------------------------------------|--------|
| | 4mg/L | 3 分鐘 | 艾滋病毒(HIV) | 100% |
| | 8mg/m3 | 10 分間 | 支原体(Mycoplasma)、衣原体(Chlamydia)などの病原体 | 99.85% |
| | 8mg/m3 | 10 分鐘 | 支原體(Mycoplasma)、衣原體(Chlamydia)等病原體 | 99.85% |

- 肺部表面処置液の濃度は 12.6mg/L、この濃度を選別の参考中点にする。
表示每升肺部“表面處理”液中的臭氧含量為 12.6mg，以這一濃度作為參考的優選中點。

3. PFC オゾンの配合 (PFC、臭氣的配制)

PFC とオゾンの配合方法と仕事フローチャートは図 4 を参照する。その図 4.1 は酸素で、図 4.2 はオゾン発生器で、図 4.3 は PFC 溶液で、図 4.4 はバルブ変換機で、図 4.5 はエアと液の混合ポンプで、図 4.6 は混合タンクで、図 4.7 はオゾン濃度デジタル測定器で、混合ポンプを制御する出力を出せる。図 4.8 は混合タンク液面設定器で、変換器を制御する出力を出せる。

PFC、臭氣的配製方法及工作流程見圖 4。其中圖 4.1 為氧氣；圖 4.2 為臭氧產生器；圖 4.3 為 PFC 溶液；圖 4.4 為閥門轉換器；圖 4.5 為氣液混合泵；圖 6.6 為混合罐，圖 6.7 為臭氧濃度的數位式測試器並有輸出制動混合泵工作的能力；圖 6.8 為混合罐液體高度設定器並有輸出制動轉換器的能力。

4. 肺臟表面処置のフローチャート (肺臟“表面處理”流程)

処置のフローチャートは右の肺を処置し、暫定的に左の肺の呼吸を保留する。目標は左右肺同時処置する。本フローチャート 3 は人体臨床実践を行う前に、先ずフローチャート 4 の動物肺臟処置を行い。間違いがないことを確認した後行うほうが良いと思う。動物肺臟処置検査の目的は人体処置フローチャートの参考の為である。フローチャートの逆にすることは時間が節約出来る。

處理流程以右肺處理示範，暫時保留左肺呼吸，目標是雙肺同時處理，本程式三.在应用于人體臨床的真正實踐之前，首先必須經過程式四的動物肺臟處理驗證無誤之後才可使用，動物肺臟處理的目的是為了驗證人體處理程式三，这种程式上的倒置好處是為了節省時間，確保處理有效。

- 表面処置臨床(麻醉師専門、体能生化測定のほか)意向図：添附図 5 を参照する。
表面處理臨床(麻醉師專業，體能生化測定除外)示意圖：見附圖 5。
- 表面処置臨床實務四角い枠：添附図 6 を参照する。
表面處理臨床實務程序：見附圖 6。

5. 動物肺臟処置検証 (動物肺臟處理驗證)

動物肺臟処置検証は仔豚片肺及び両肺の二段階処置に分けてある、先ず、片肺を処置し、その後両肺に対し同時に処置する。動物処置の真似フローチャート 3 案は以下の通り：

動物肺臟處理驗證以乳豬為試驗樣品，分為兩個處理階段，先進行單肺，後再對兩肺進行同時處理，有關動物處理仿真程序三的方案，安排如下：

- 純の酸素を混入した PFC 液を無菌状態の豚体内に注射し、純の酸素に対する反応を検証する。
將溶入純氧的 PFC 液注入无菌猪验证对纯氧的反应

| 頭 | 純 PFC 注入 10 分間 | | | 純 PFC 注入 30 分間 | | | 純 PFC 注入 120 分間 | | |
|---|------------------|-----------|----------|------------------|-----------|----------|-------------------|-----------|----------|
| 頭 | 純 PFC 注入 10 mins | | | 純 PFC 注入 30 mins | | | 純 PFC 注入 120 mins | | |
| | 血酸素量 的变化 | 心脈博 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 的变化 | 心脈博 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 的变化 | 心脈博 動量 | 表微 描写 |

| | 血氧量變化 | 心脈搏動量 | 表微描述 | 血氧量變化 | 心脈搏動量 | 表微描述 | 血氧量變化 | 心脈搏動量 | 表微描述 |
|---|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |

- b. 12.6mg/LをPFCに入れ、無菌ぶたに注入し、この濃度のオゾンに対する反応を検証する。
12.6mg/L 溶入 PFC 注入無菌猪驗證對該濃度臭氣的反應.

| 頭 | 配制 PFC 注入 1 0 分間 | | | 配制 PFC 注入 3 0 分間 | | | 配制 PFC 注入 1 2 0 分間 | | |
|---|---------------------|-----------|----------|---------------------|-----------|----------|----------------------|-----------|----------|
| 頭 | 配方 PFC 注入 10 mins 後 | | | 配方 PFC 注入 30 mins 後 | | | 配方 PFC 注入 120 mins 後 | | |
| | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 |
| | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |

- c. 25.2mg/LをPFCに入れ、無菌ぶたに注入し、この濃度のオゾンに対する反応を検証する。
25.2mg/L 溶入 PFC 注入無菌猪驗證對該濃度臭氣的反應.

| 頭 | 配制 PFC 注入 1 0 分間 | | | 配制 PFC 注入 3 0 分間 | | | 配制 PFC 注入 1 2 0 分間 | | |
|---|---------------------|-----------|----------|---------------------|-----------|----------|----------------------|-----------|----------|
| 頭 | 配方 PFC 注入 10 mins 後 | | | 配方 PFC 注入 30 mins 後 | | | 配方 PFC 注入 120 mins 後 | | |
| | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 |
| | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |

- d. 12.6mg/LをPFCに入れ、SARSぶたに注入し、この濃度のオゾンに対する反応を検証する。
12.6mg/L 溶入 PFC 注入 SARS 猪驗證對該濃度臭氣的反應

| 頭 | 配制 PFC 注入 1 0 分間 | | | 配制 PFC 注入 3 0 分間 | | | 配制 PFC 注入 1 2 0 分間 | | |
|---|---------------------|-----------|----------|---------------------|-----------|----------|----------------------|-----------|----------|
| 頭 | 配方 PFC 注入 10 mins 后 | | | 配方 PFC 注入 30 mins 后 | | | 配方 PFC 注入 120 mins 后 | | |
| | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 | 血酸素量 の变化 | 心脈搏 動量 | 表微 描写 |
| | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 | 血氧量變 化 | 心脈搏 動量 | 表微 描述 |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |

注 1. 以上の a から c までのテストは純の酸素 PFC 及び溶剤に殺菌剤オゾンを入れた後の処置液の薬性が肺臓に対し、不良反応があるかどうかの為である。c のテストはオゾンの濃度をもっと高めることにして、ぶたの肺臓反応カーブ図を作り、このカーブ図は薬剤師が人体処置調合のため禁止エリアを作る事の参考である。

以上 a-c 的試驗為驗證純氧的 PEC 溶及溶入殺菌劑臭氣後的處理液的藥性是否對肺臟有否不良反應，c 的試驗應可以將臭氣的濃度進一步提高，直至有一條可靠的猪肺反應的曲線圖為止，此曲線圖可為藥劑師在人體處理配方劃定禁區作參考。

注 2. d のテストは SARS 豚病菌炎症の肺を検証する事、感染ぶたを培養する必要があり、各種類の濃度量の測定も同じである。しかし、実験するこぶたの病気を抵抗する力が人類よりずっと強い。普通の場合、1 - 3 の薬物の反応テストを行った後、殺菌剤の量のテストは試験管

の中に近似の結果が出るし、電子顕微鏡で見られる。生物化学実験室は短い間に薬剤師のためリード報告書を出す。本実験企画は参考まで

d.的試驗样品是选用有 SARS 病菌炎症的豬肺，需要培育感染病豬，对各種濃度溶劑量的測試可以此類推，但實驗乳豬的抗病力應遠大於人類，但一般來講，當通過 1-3 的藥物反應試驗後，殺菌劑量的試驗在試管中亦可得出近似的結果，並可在電子顯微鏡下觀得到，生化實驗室可在短時間之內為藥劑師提供所需的資料。本實驗規劃僅供參考。

6. 手術台の設計ポイント (手術台的設計要點)

手術台の設計ポイントは手術台の水平面を回転することが出来る。左右肺を処置し易く為、手術台の上の人が最小限左右に 45 度にする事が可能になっている。

手術臺的設計要點關鍵在於可以轉動手術台的水平面，令手術臺上的人可以分別左右側身最少 45 度，方便輪流處理左右肺部。

五. 結論 (結論)

以上の研討と推定に基づき、PFC 混合オゾンの薬物で肺部の SARS ウイルス感染を治療することは副作用が全くない。注 1 - 8 の論文/ページなどの多くの医学文献はこ発見推理の支持である、この発見は命を救うことは間違いがないし、肺臓伝染病の医学歴史を変えることは確実である。

根據上述的討論及推理，以 PFC 混合臭氧的藥物方案去醫治 SARS 病毒感染是肯定及全然沒有副作用的，備注 1-8 的論文/網頁支援了這一發明的推理，因此，這項發明確實可以拯救生命，確實地改變了肺臟傳染疾病的醫學歷史。

發明された温度差別処置効果の理論も癌細胞を殺すばかりでなく、副作用が全然ない。治療の効果は電気療法及び化学療法より比べるものにはならないほどうまい。“冷凍療法は今まで新しい医学概念で新しい治療方法である。

本發明的温差處理效應的理論也可以在完全沒有副作用下殺死癌細胞，其醫療效果是電療及化療所望塵莫及的，為癌症病人帶來了福音。“冷凍療法”至今是個全新的醫學概念，全新的醫療方法！

---終わり---

-完-

敬具:

(注) 參考文獻/網頁:

Remark of Paper/WebPages:

1. <http://cms.3m.com/cms/US/en/2-68/iFcFiFM/view.jhtml>
2. <http://www.vghtpe.gov.tw/~clinmed/> (Taiwan 89 年 12 月期) [Chinese]

Paper in international journals:

3. Jeng MJ, Kou YR*, Sheu CC, Hwang B. Effects of Exogenous Surfactant Supplementation and Partial Liquid Ventilation on Acute Lung Injury Induced by Wood Smoke Inhalation in Newborn Piglets. Crit Care Med 2003; 31:1166-1174
4. Jeng MJ*, Yang SS, Wolfson MR, Shaffer TH. Perfluorochemical (PFC) Combinations for Acute Lung Injury: An in Vitro and in Vivo Study in Juvenile Rabbits. Pediatr Res 2003;53:81-88.
5. Jeng MJ*, Oliver R, Wolfson MR, Shaffer TH. Partial liquid ventilation: effect of initial dose and redosing strategy in acute lung injury. Pediatr Crit Care Med 2002;3:163-171.
6. Jeng MJ*, Kou YR, Sheu CC, Hwang B. Effects of partial liquid ventilation with FC-77 on acute lung injury in newborn piglets. Pediatr Pulmonol 2002; 33:12-21.
7. Jeng MJ*, Trevisanuto D, Weis CM, Fox WW, Wolfson MR, Shaffer TH. The role of ventilation strategy on Perfluorochemical (PFC) evaporation from the lungs. J Appl Physiol 2001; 90: 1365-1372.
8. Trevisanuto D, Jeng MJ*, Weis CM, Fox WW, Wolfson MR, Shaffer TH. Positive end-expiratory pressure modulates perfluorochemical evaporation from the lungs. Biol Neonate 2003;84:53-58.

說明書圖示

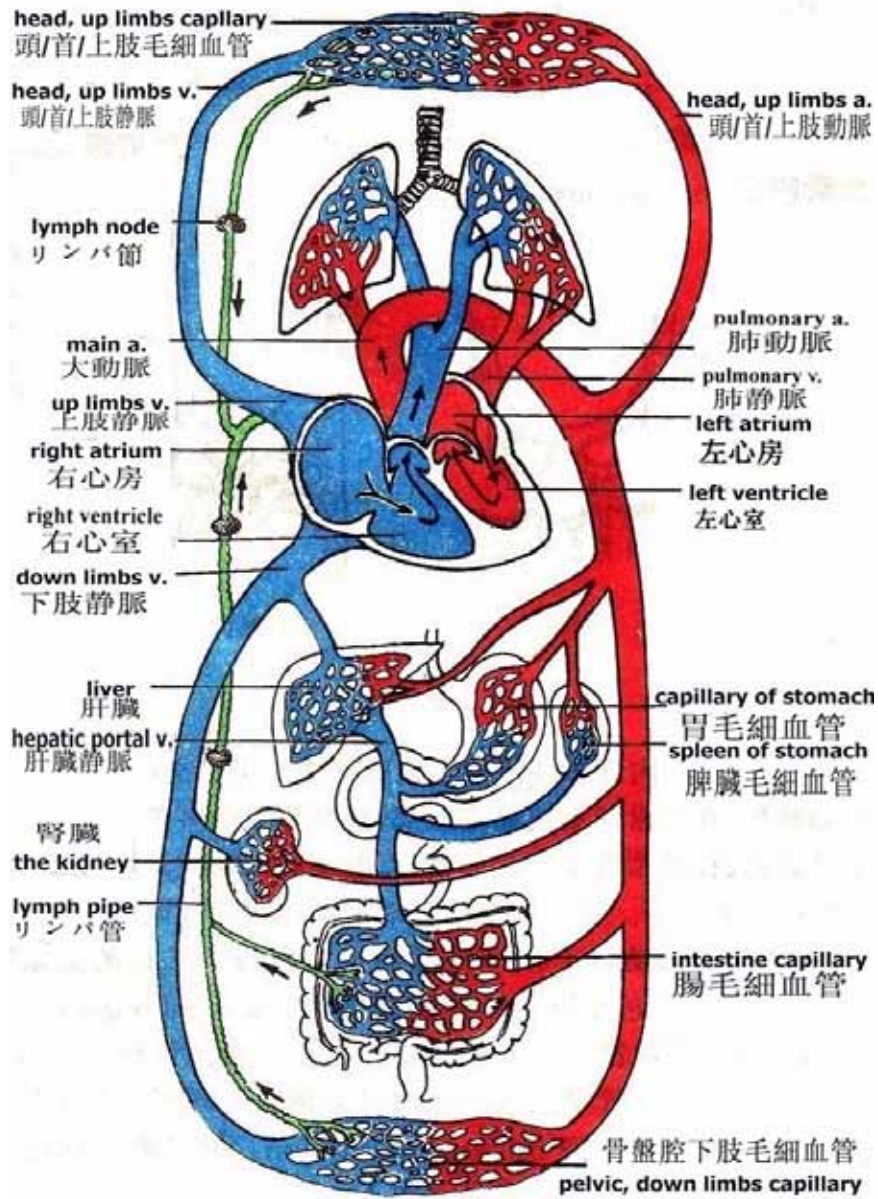
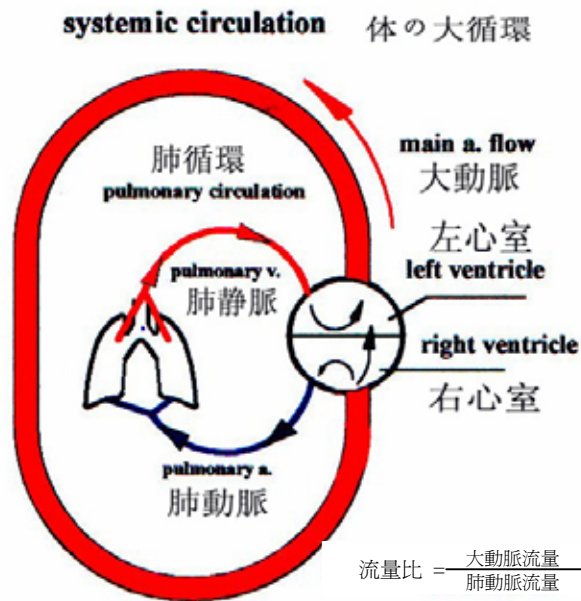


圖 1

説明書図示



大動脈と肺動脈の流量比は定数で、肺動脈に静滴点を見付ければ、薬の治療効果をアップできる！

図 2

說明書圖示

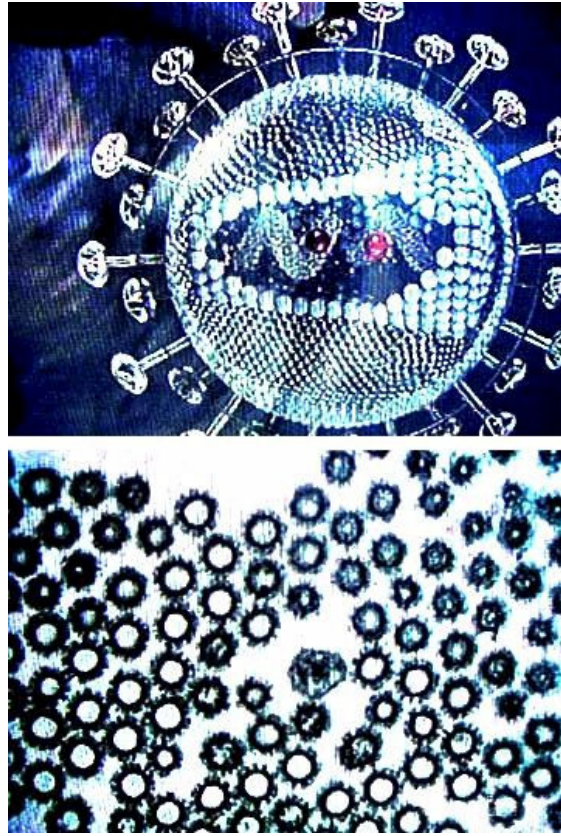
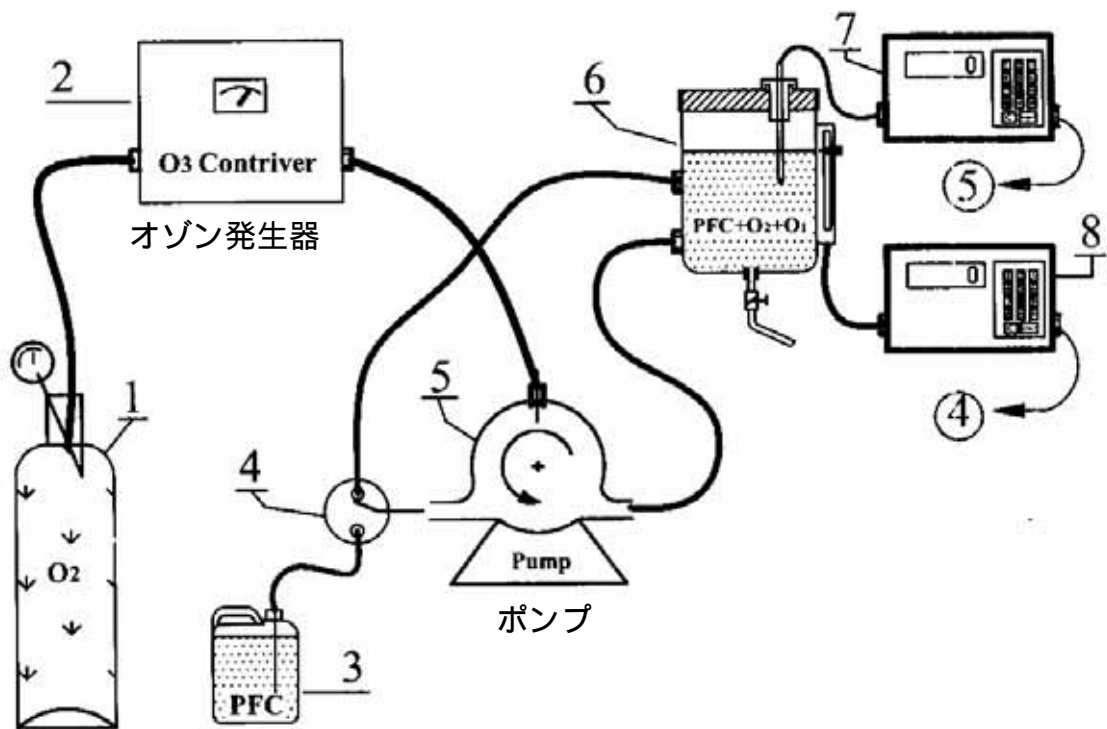
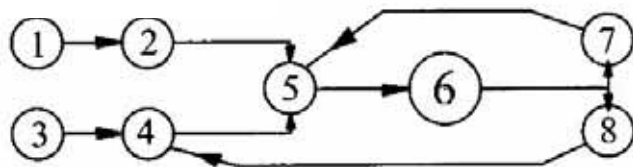


圖 3

説明書図示



A. 自動調製フローチャート :



B. 手動調製フローチャート :

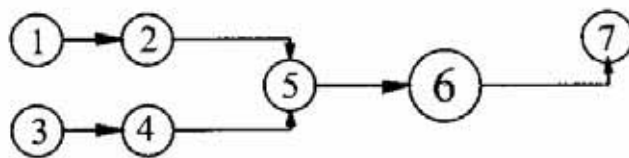


図 4

説 明 書 図 示

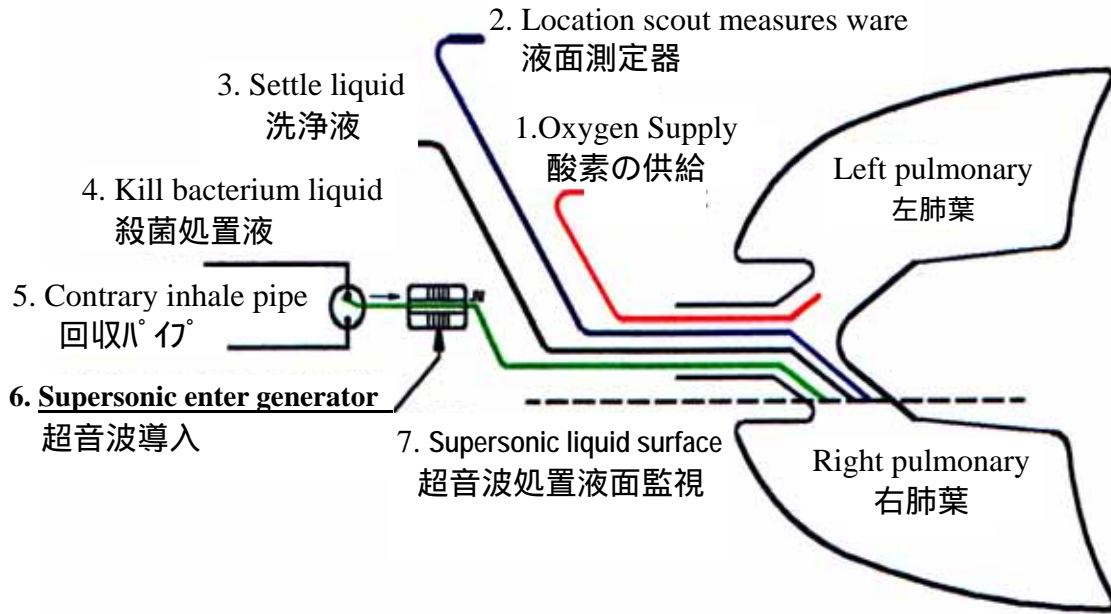


図 5

説明書 図示

表面処置臨床実務フローチャート

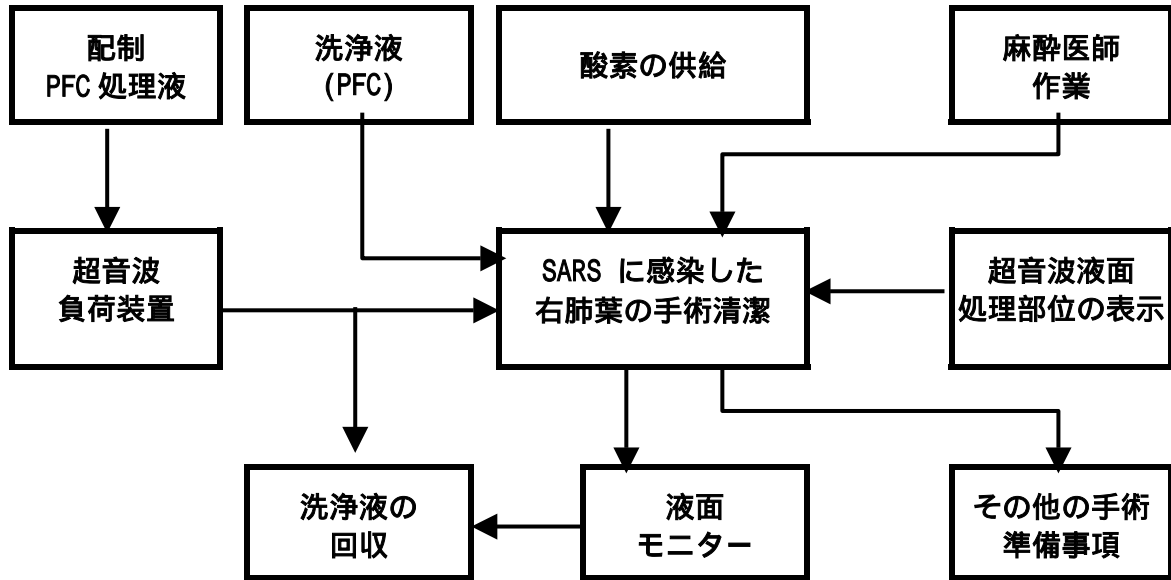


図 6.