

# 軍醫月刊

JOURNAL OF THE ARMY MEDICAL SERVICE

第二卷



第三期

Vol. 2

No. 3

MARCH 1948

中華民國三十七年三月出版

要

目

插圖：軍醫新聞集錦  
第九衛生列車

軍醫戰術講授錄(講述篇).....	徐步安 (1)
免疫學在近代醫學上的應用.....	史敏言 (11)
原子彈損傷之病理變化.....	覃見効 (16)
手術後早期活動.....	韓哲生 (19)
國人死因之商榷.....	李延安·郭祖超 (24)
是奇突的死亡嗎?.....	鄭兆熾 (35)
診療新知拾錦.....	鐘聲遠 (37)
醫學文摘.....	紹龍 (42)
交換綑帶.....	鐘志謙 (45)
貴陽總醫院參觀記.....	靜衡 (47)
年來選派軍醫留學經過之概述.....	可自 (48)
美國衛生勤務作業.....	馮冠華 (49)
無正式學資軍醫人員的呼聲.....	袁錫鼎 (52)
編餘.....	江瑞奇 (54)
人事公告.....	(55)
法規選輯.....	(55)

近世科學昌明於化學室中已能製出已發現於人體內需要之各種維他命及礦物原素且能擬就廉價之處方加以美術裝璜在市上出售矣惟此僅能混合已發現之各種營養維生素而已倘欲求其能與人類日常天然食物內所含質素與成份絕對相同則更有待於科學家進一步之發現也故於可能範圍內採用可靠天然維他命及礦質原素之製品實為明智與合乎邏輯之舉

美國天然維他命公司各種出品純由天然動植物提煉加以適宜之配方混合製成故為採用者一致推許也

# 美國天然維他命公司

總經理

廣州惠福西路貳百廿號  
香港畢打行八樓東成公司  
上海禮查大樓九十號室



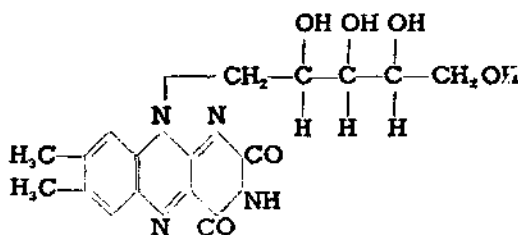
# 「羅氏」俾富維



## 「羅氏」俾富維 Beflavin "Roche"

### 維他命乙<sub>2</sub>

「羅氏」俾富維即著名乳黃素乃第二種維他命乙(第二種維乙素)又名累婆黃素 (Lactoflavin, Riboflavin) 用人工合成為純粹化學物質乃全部維他命乙中一種特效成分其化學式如下



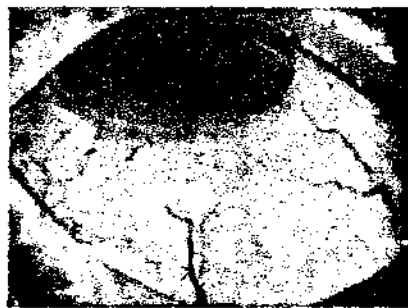
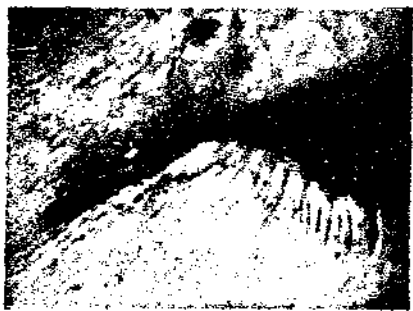
「羅氏」俾富維為黃色結晶存溶液中現螢光黃綠色耐熱而易感光在水不甚溶其味極苦製為藥片每片含乳黃素○·○○三公分製為注射液每安瓿二·二公撮含乳黃素○·○一分

**性質:**乳黃素在養化還原過程為所謂黃色酵素之主要成分對於糖脂肪及蛋白質之代謝功能有調整之力故人身許多器官中均有乳黃素之存在譬如眼網膜中尤為顯著對於感光及視力均顯有甚大關係人在黑暗中用目力時如將短波青光易為綠黃螢光則網膜較易感受則視界必大為清楚可見黃色之有利作用

乳黃素缺乏現象在動植物界中乳黃素之散佈極為普遍許多食物含有相當大量故於飲食中取得乳黃素決非難事如此則人類似不應有缺乏

乳黃素之虞但事實上人類患乳黃素缺乏症殊屬不鮮其原因可分為數種一由於攝收不良一由於中間破壞一由於消耗過度（如患傳染病時及孕時）故飲食儘管豐此病仍舊可生

乳黃素缺乏時之症象最顯者為表皮及眼此外最多者為脂肪消化障礙乳嬰及幼兒多因此引起全身症狀如體重停加精神不振現虛弱徵象等



**主治：**下列各症均與維他命乙二缺乏有關用「羅氏」牌富維治療均有奇功或完全治愈

**皮膚與黏膜液：**夾口瘡唇炎 口角糜爛 傳染性口角炎 破皮 裂口 唇紅異常 舌紅異常 口腔炎

**腸胃病：**嚥下困難 慢性腸炎 脂肪不消化（攝收障礙） 脂肪下痢 乳糜瀉 五更泄 波非林尿（Porphyrinurie）

**眼病：**眼結膜炎 虹彩炎 角膜血脈償張 調視機能失節 眩暈 羞明 夜盲 羞明

**乳嬰：**全身病症 體重不增加 體重減輕 疲倦無力 失神（生機消失）

**附錄** 凡乳黃素缺乏時他種維他命乙亦必同時缺乏故同時加入其他各種維他命乙素必可增加富維之功效如用富維治皮膚病及胃腸病時最好同時用大量富維康（尼可丁酸鈣基）為之輔佐最好加用「羅氏」牌可備則所有五種特效成分皆有發揮功力之機會此外維他命丙與維他命乙關係密切同時治療見效甚速

**劑量：**維他命乙二之日量約為〇·〇〇二五至〇·〇〇三公分之譜  
適當輸入為〇·〇〇五公分治療用宜每日服二三片以上用水吞服不  
可嚼碎

消化器有病攝收不良時 用俾富維肌肉內注射每日一針每星期二三  
次或更多

凡患乳黃素缺乏症者多患腸胃衰弱攝收不良此時注射勝於內服所以  
治療時以肌肉注射最為得當

維他命乙二可以儘量多多服用從無過量之患及身中多餘之乳黃素均  
由小便排出此時肉眼可見小便發黃綠色螢光試於注射或內服俾富維  
數小時後將服用者小便置螢光計下檢視即可確知有無維他命乙二排  
出

**包裝：**藥片 每片〇·〇〇三公分有二十片與一百片裝兩種  
注射液 每安瓿二·二公撮含「羅氏」俾富維〇·〇一公分有  
六支與五十支裝兩種

**瑞士赫孚孟羅氏有限公司**



英國卜內門製藥有限公司

## 「白樂君」抗瘧藥之最新製劑

「白樂君」經大規模之臨床實驗，業已證明為有高效率之抗瘧藥，較諸梅毒格靈及奎寧。有確切之優點。

「白樂君」(每服一片或二片)，足以控制各型瘧疾之症象而終止其發作。

「白樂君」於惡性間日瘧，為全部基本預防劑，而於良性間日瘧，則為局部基本預防劑。

「白樂君」於惡性間日瘧，施行斷根療法。而於良性間日瘧，則每星期一次服一片，即足以永遠制止其復發。

「白樂君」為無色製劑，服用通常劑量，決不引起任何不快反應。

在華獨家代理，備有說明書，承索即奉。

英商卜內門洋碱有限公司謹識

上海四川路一三三號  
香港卑打道太子行

# 永 保 康 健



各種疾病之發生皆由于人體內鈣質新陳代謝之失却平衡及缺乏維他命所致

最新與最有效之鈣質及維他命混合劑

## 多 維 三 鈣 劑

馳名全球之鈣化治療理想劑

**成分：** 三鈣劑，維他命 A, D, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, C, 鐵質，鎂，銅，鋅等；之朱果力藥片。  
**主治：** 鈣化不全，各種肺結核，結核性腹膜炎，貧血，瘰癧，淋巴腺，妊娠哺乳期，折骨，齒疾，各種衰弱，發育期，各種壞血病等。

法國巴黎新西亞大藥廠榮譽出品

百部洋行總經理

上海廣東路十七號

電話：一九七七三一



# 「飛利浦」

X光機，X光燈泡，X光機零件，短波及電氣治療器，特設工場修理以上器具取費低廉，歡迎賜顧。

中國經理

## 中國愛克司光公司

上海衡山路七一二號

電話 七一〇六〇 號  
七二六八一 號

電報掛號 X R A Y S



### 嘉基良藥一覽表 GEIGY PRODUCTS



賽樂乏痛  
Helvagit

為擁有增進循環作用之止痛劑與抗痙攣劑。本劑能立止疼痛解除痙攣，專治各種疼痛，以及疲勞，精神萎靡等症。

益解粉  
Irgafen

乃最新之化學治療劑，用量甚小，超越任何磺胺製劑，專治一切因肺炎菌，鍊球菌，葡萄狀球菌及腸菌等所引起之發炎症。

考非拉明  
Corphyllamine

為耐受性極佳之強心劑及效力甚大之利尿劑可供注射及口服之用。

大可舒  
Tacosal

為強有力抗痙攣劑與抗痙攣劑並不含有催眠作用，專供近代治療羊癲瘋及一切痙攣，痙攣，抽搐等症之用

敵掃淨  
Desogen

為效能甚強之殺菌劑與消毒劑專治：  
一•外科與產科消毒之用。 二•手及醫療器械消毒之用。  
三•瘡口及皮膚發炎時搽洗之用。

美導眠  
Medomin

為平常應用之輕安眠藥，性質和平，無毒無害，不致成癮，吸收迅速能在短時間內成眠，在體內分解迅速，故醒後無各種不快之副作用。

舒得樂聖油膏及粉劑  
Sterosan Ointment & Powder

為較一切磺胺製劑更新而效力更大之殺菌劑，專供局部治療如敷搽傷口，瘡口，皮膚發炎及香港腳（即脚濕氣）之用。

蘇譯息特 嘉基敵敵脫  
Neocid DDT-Geigy

無毒無臭，專供殺滅各種蟲類如臭蟲，跳蚤，白虱，蚊子，蒼蠅，蟻等用。

金陵東路八號 瑞士嘉基洋行有限公司(中國分行) 電話八二四七六

化學療法新進步

# 「蘇斐屈隆」

## 'SULPHETRONE'

Tetrasodium 4:4' - Bis-( $\gamma$ -Phenylpropylamino)-  
Diphenylsulphone - a: $\gamma$ :a': $\gamma$  - Tetrasulphonate

「蘇斐屈隆」(a derivative of diaminodiphenyl-

Sulphone) 由威來金研究實驗室悉心

研究而成對抗動物之肺結核有高

度化學療效至於治療人類肺結核

用本品作臨牀之試驗現雖尚在進

行過程中惟據最近經驗指示對於

數種肺結核確有良好之效應而於

早期浸潤性損害尤具特效

「蘇斐屈隆」須在具有測驗血液中

本藥之含量及血液計算之完善實

驗設備時方可施用

## 寶威大藥行

(英國倫敦威氏基金股份有限公司)

中國獨家經理 志霖有限公司



BURROUGHS WELLCOME & CO. (Prop. The Wellcome Foundation Ltd.) LONDON & SHANGHAI

Sole Agent in China: T. L. WOO & SON, LTD., 18 CHUNG SHAN ROAD, E. I. SHANGHAI P. O. BOX 1180

# 軍醫新聞集錦



檢閱儀仗隊  
(右)魯克斯將軍  
(左)盧副院長致德



林兼院長與美陸軍顧問團合影  
(右第二人)林兼院長可勝



翻閱病床日誌  
(中)美軍醫顧問韋格蘭上校(右)魯克斯將軍



參觀外科病室

前美陸軍顧問團團長魯克斯

參觀

國防醫學院與上海總醫院



美軍醫署長柏禮思氏

參觀國防醫院時補誌



(上) 柏氏與國防醫學院  
高級人員握手言歡



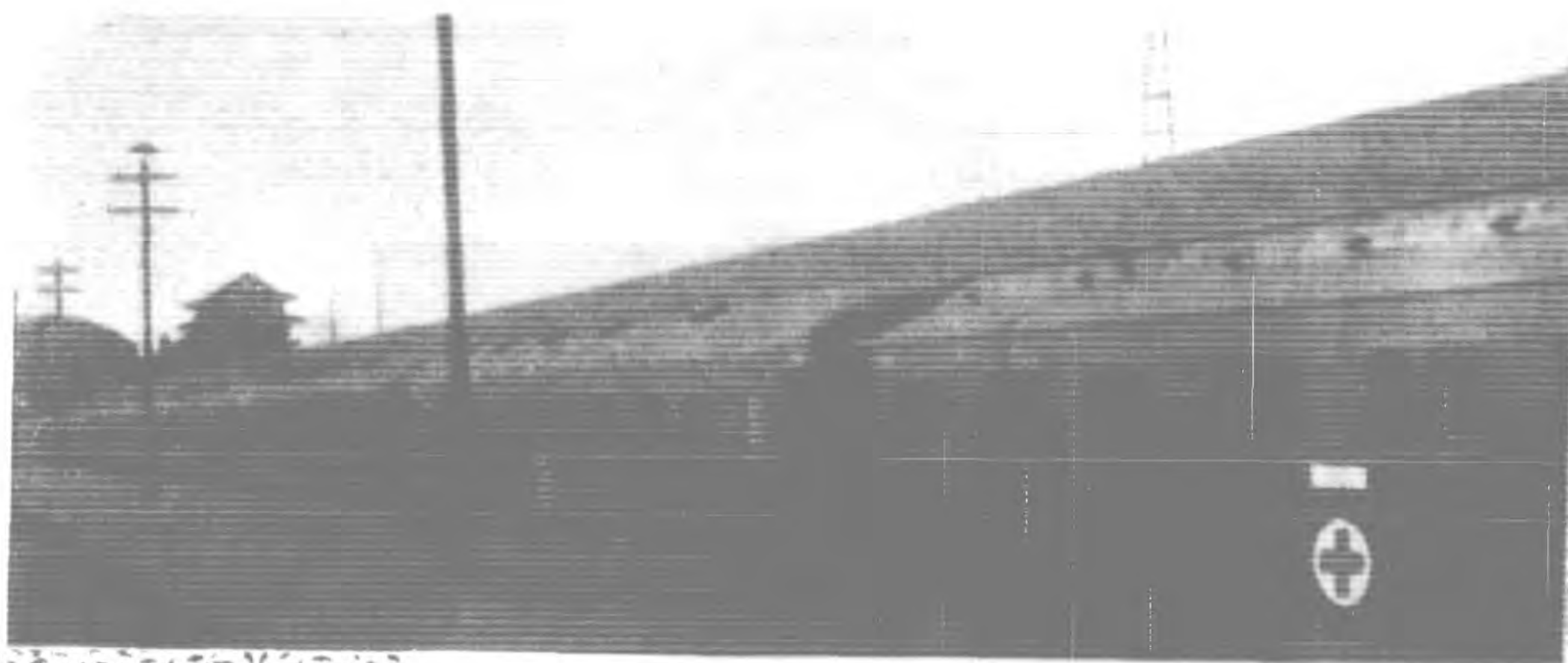
(下) 柏氏參觀國防醫學院  
護理科學生行列



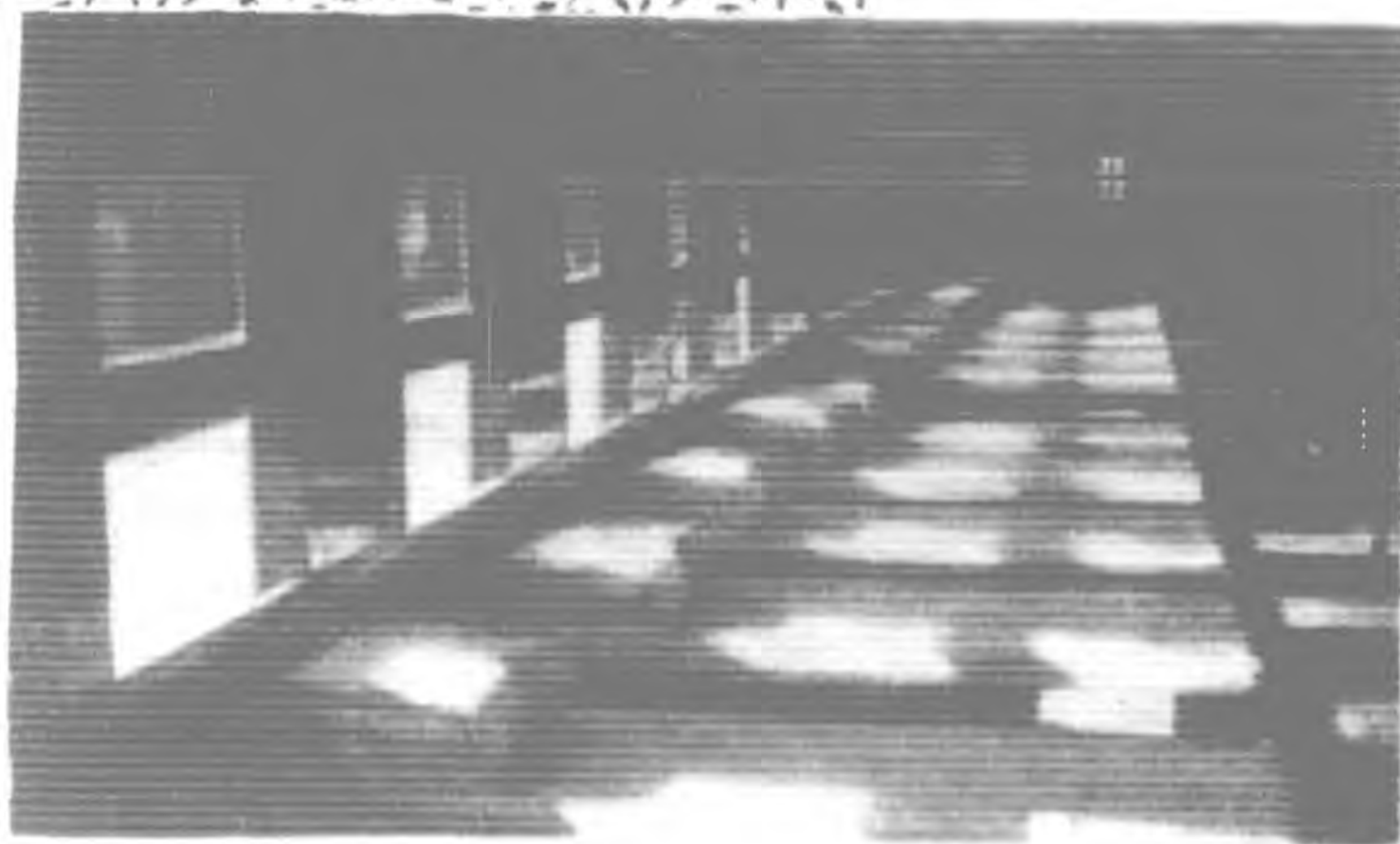
(中) 柏氏參觀國防醫學院  
圖書館(左為柏氏古  
為美軍醫顧問韋格蘭  
氏)



# 第九 衛生列車



衛生列車之外觀



衛生列車之重傷病室



手術室之一隅





調劑室之一隅



會議室



辦公室之一隅

# 軍醫戰術講授錄 (講述篇)

## 三

國防醫學院  
徐步安

(10)

軍醫戰術講授錄 (講述篇)

### 營衛生隊之作業

1 營救急站——(1) 救急站，為營衛生隊救急站組所開設，其營制開設與作業原則，依如左事項以作準據。

a 限於在戰鬥間，戰事進展甚慢，或無進展時，始行開設，但一切有關開設及作業準備，須先完成。

b 在軍事順利進展，且進展甚速時，營衛生單位，固須隨時隨部隊前進，但仍須負進展中沿各連前進軸之救護工作。

c 軍醫人員，應隨時與所轄部隊，保持密切聯絡。

d 救急站非施行較好治療之處所，應為傷患準備後送；且須切記，不至因治療，致妨礙救急站之流通與推進力。

e 傷患在治療時，用去必要器材，應與後在單位交換，並應交換担架。

(2) 救急站位置之選擇——a 位置選擇條件，已略見於前，茲詳述如左。

(a) 適宜條件。

(1) 能避敵火敵眼。(2) 有傷患自然流退路綫。(3) 與戰鬥部隊易於聯絡。(4) 得節約担架及收集人力。(5) 易於前進後退。(6) 有可用之水源。(7) 可得部隊保護。

(b) 不適宜條件：

(1) 敵火及視察容易所及之處。(2) 接近橋樑，十字路，彈藥分配處，給養分布處，砲兵陣地，及有永久性之顯著目標等等。

b 選擇位置決定之因素——對選擇救急站之一適宜位置，蓋由考究部隊部署配備，及其所負之任務，與夫敵情之關係，以行決定者，故營軍醫，必須致力於此，而指揮官對戰術之運用，亦為選擇位置之重要因素。

(3) 救急站之開設區分——營救急站，照組織區分，人員確少，衡其任務，亦甚簡單，大約可區分為檢傷、裹傷、及候送三部，以行作業，至開設及作業詳細情形，見營救急站開設及作業教練內，茲不贅述。

(4) 救急站之主要任務——a. 營救急站，就師第一綫衛生業務言之，為傷患輸送之起點。係由營衛生隊之担架兵，向第一綫連搜索後，而拾運至站者，到站之傷兵，予以槍傷分類，填發傷票，及救急，並依檢傷分類結果，使其復隊，或為之準備再向後轉。b. 分類工作，最為緊要，凡屬輕微傷，可以復隊者，應使歸隊，不能從事戰鬥，但可以步行者，使附團接連担架，步行至團救急站，重傷則交付團担架兵後運之。c. 關於治療範圍，僅為一種之救急處置，如止血，翻帶



交換，注射血漿及破傷風血清或類毒素等等，至於手術，則以迫切須救命者為限，又傷兵未到站先，約均大受過急救處置，故營救急站治療範圍，以屬於補足與矯正者居多，並非對所有傷兵，一一施行綑帶交換，凡經過救急站之傷兵，概須予以簡單之紀錄，以備考查與統計，如以營為傷票填發單位，大約可按傷票內記載事項，予以彙計。

2. 担架兵組之任務——為營衛生隊內勤務單位之一，其任務——(1) 赴火綫直後，搜索及搬運重症傷病，並用担架拾運至救急站。(2) 指示步行傷患至救急站之途徑，視情形，並予以必要之幫助。(3) 在必要時，有協力看護兵，對傷患搜索及救護之責。(4) 協助救急站開設工作。(5) 與連救護兵，切取聯繫，任救急站與第一綫間之情報傳達。(6) 在輸送途中對患者安全，特須顧慮，故於察勘傷運路線時，對可為掩蔽之處所，應予利用。(7) 傷運路線之勘察與標示，必要時，並任可能之道路修補。

3. 連救護兵之任務——係向各連抽調，在戰鬥未開始前，而由營軍醫派遣至各所隸屬連，担任第一綫連之救護工作，其任務——(1) 跟隨所隸連行動，任本連傷患搜集，救急搬運，又選定火綫直後之較掩蔽處所，設救護地（或稱為傷兵巢），並標示其位置，通常每第一綫排後面可設置一個。

(2) 指示步行傷者，至救護地，或至營救急站。

(3) 與營担架兵，密取聯絡，並不斷將前方情況，告知担架兵，以便轉致營軍醫。

(4) 救急範圍，主為重傷紮紮傷口，止血，骨折之臨時固定。

### 團屬衛生隊，或隊部衛生隊之作業

1. 隊部組——為指揮及勤務單位，由隊部人員組成之。依其在戰鬥間所應負之責任，約須担任如左諸業務。

(1) 指揮業務——在作業間，任各部門作業之監督與指導，聯絡之維持，各業務實施單位之運用，對營救急站作業之指導與支援，均為應負之責，傳令則任命令，通報之送達，及隊長臨時指派工作。

(2) 一般行政業務——任普通命令及通報之傳達，情報登記，給養管理，及承辦不屬於其他各部門之一切事宜。

(3) 紀錄及情報業務——任一切情報之登記，各種紀錄之彙計保管與繕寫之事項。

(4) 補給業務——任衛生器材，及普通器材請領分發，與支報手續之辦理。

2. 救急站組——(1) 為隊部衛生隊內各單位中之重要作業部門，隊長固應負其全責，惟關於內部開設作業之一般事項，可指定上尉軍醫主持之，俾隊長得有餘時，綜理全團之一切衛生業





(12)

軍醫 術講授錄 (講述篇)

務。(2)又依救急站所負任務，及業務實施之便利，救急站組可分成檢傷及登記處，輕傷或步傷者敷裹處，重傷或担運傷者敷裹處，及候送處，(參考開設教練)；以便作業，其業務——

- a. 檢傷及登記處——任傷兵檢查登記，補發傷票，武器收繳，(視規定而定)，物品交換，及休息場秩序之維持，至對傷兵之區處，及對收容順序之管制，見作業教練。

- b. 重傷敷裹處——隊長視需要時亦在此處工作，其對傷兵區處，如繃帶交換方針之決定，治療主旨與範圍，輸送區分，及治療之順序，悉照作業教練。

- c. 輕傷敷裹處——此處業務，依其性質，可參照上項記載。

- d. 候運處——其執行諸業務，悉同作業教練之各項目。

(3) 救急站開設與作業管制原則——可參照營救急站有關事項，惟團救急站開設時機，照吾國團衛生隊組織之運用，應在營救急站開設以後，然在各種軍事情況中，總以能適時支持營單位作業為第一要義。

(4) 救急站之位置選擇——可參照營救急站有關項下各節，但團衛生單位，係策應與支援各營衛生單位作業而設置者，故選擇位置，應依此設想為着眼。

(5) 救急站之主要任務——其主要任務，已見於區分各部門作業項下，餘則可參照營救急站項內之有關敘述。

3. 担架兵組——排長主持組務，指揮担架兵，任各營救急站至團救急站間，重傷病之抬運，他如傷運路線選擇標示，及對第一線營輸力之支配，均為應盡之責，至其他作業事項，可參照營担架兵組項下之有關各節目。

在攻擊戰鬥時期

團衛生隊，在戰鬥間一般作戰時期之運用，已述於以上各節目內，茲依戰鬥種類性質之不同，一述其特異事項如左。

1 作業計劃——在攻擊戰時，衛生隊長或營軍醫，通常有較餘裕時間，擬具一較完全之作業計劃，而此計劃之產生，係由審慎研究部隊長之作戰計劃，及參與各戰鬥部隊之協同有關係事項，作策定計劃之基礎，基此以定醫務部隊作業之方針與部署。

2 營衛生隊之運用——(1) 營救急站之開設——營衛生隊應隨從所隸部隊之行動，以就作業位置，故救急站應開設於最便利之地點，以任所隸營之救傷工作，依預期敵抵抗力強弱之關係，開設位置，將異其旨趣，大抵抵抗力強者，可位置於營展開綫後，或略後面。在抵抗力弱者，在未開設之前，可於部隊展開綫後之較近距離，隨從攻擊部隊而行動，惟此時所應注意者，應顧慮團衛生隊支援之力量。基於上述，所以如此慎重者，蓋在軍事情況未定之中，果開設過早，不但輸力疲勞，或於救急站尚未如何作業，又須推進，故當時機尚未成熟之頃，必須避免過早開



設，而團救急站對於此點，亦宜重視。

(2) 担架兵——在戰事已迫於眉睫之際，營軍醫即派担架班長，率領担架兵由所在救急站位置附近，沿營之前進軸前進，與救護兵密取聯絡，以任傷兵搜集與抬運。又担架之派遣，在營救急站已確定開設位置時亦可。他如聯絡及傷運路線察勘與標示，則可預為準備。在攻擊進展中，担架兵沿營之攻擊各連前進軸以行前進，任沿綫傷兵收集安置，及至救急站之担送。至團衛生隊之担架兵組之運用，亦可準此法則。

(3) 連救護兵——救護兵應常緊隨所隸連直後，依攻擊連一般部署，兩排為第一綫，故每救護兵，當緊隨各排之中央，以任救護，救護兵在攻擊間任務如左。

a 與所隸連（或排）密切接觸。

b 任火綫與救急站間，情報之維持，藉担架兵或步行輕傷，作傳達情報之媒介，其情報內包括事項，為連戰鬥進展情況，連之所在位置，及傷兵發生之概數。

c 必要救急處置之執行。

d 陣亡士兵之檢查標示。

e 步行傷者至救急站路徑之指示。

f 安置重傷於連之前進中央軸（指在攻擊進展中）。惟儘可能，應置於較有掩蔽之處所，此時與担架兵，更須有較密切之聯繫。

g 重機連救護兵之工作活動範圍，通常較步兵者為廣，因此關係，故須給與較詳細指導，與能獨立之作業方法，惟一般作業法則，同於步兵連之救護兵。

3 隊部衛生隊之運用——通常以位置團指揮所附近，以為作業之準備，在一定軍事情況中，總以能保留相當之餘力，作各營衛生隊作業之支撐，最顯著者，則為担架輸力之運用。救急站之開設，在一般狀況下，固主為收容各營救急站，及團直轄部隊之傷患，然預計將在軍事順利進展中，亦不得不蓄有餘力，使能作進一步支援營救急站之作業（不外將救急站適時推進，或派遣人員至營單位作業範圍內作業，以為支撐），使營衛生單位，保有可以隨時推進之機動力。

### 團屬及營屬衛生隊在攻擊進展中之作業

1 營屬衛生隊——當攻擊進展中——(1) 担架兵跟隨第一綫部隊行動，任沿途傷患收集安置或後送。

(2) 救急站為縮短担運距離，將救急人員分成兩部，作蛙跳式躍進，或作梯次推進，則視情況而定，如適遇傷兵處理完畢，即隨營全部推進。

(3) 倘部隊進展甚速，不克作有步驟之前進時，可將已經給與急救之傷兵，置於一定處所



(14)

軍醫戰術講授錄(講述篇)

(或為曾設站之處所)，由團担架兵為之收集後送，或暫留置士兵一人在原留置處所照顧傷兵，亦是一法。

(4) 前進沿途中所發生之傷兵，由救護兵，或在前進中之救急站人員，沿途予以急救安置，由營或團担架兵，分別後運，但對輕傷，經過見各級人員處置後，指示至營或團救急站。

(5) 救急站每當推進時，應與團軍醫，維持密切聯絡，俾得確實支援。

(6) 營担架兵在推進中，僅任每一新救急站與火綫間作業，原救急站與新救急站間傷兵輸送，由團担架兵担任。

(7) 救急站第一次推進時機，大約在攻擊連突破陣地直後，即連第一次攻擊目標。

2 團屬衛生隊——(1) 隊部組——鑒於團衛生隊之任務，係策應支援第一綫營之救護作業，在攻擊進展中，衛生隊長，應作如左之處置。

a 責成担架排長，將控制輸力，向所要攻擊營前綫增援。

b 派遣救急站組一部份人員，先行推進，以縮短担送路程，並與各營救急站密切聯絡。

c 與後在單位之師裏傷所，密切聯絡，使其能確實支援，以便閉鎖救急站，推進於前進救急站位置(即先遣部份)，視狀況，與前在部份，一同作業，或接替其任務，或先推進之。隊部組人員，亦適宜推進，團軍醫則以與先進部份前進為宜。

(2) 救急站組——在推進中作業，及推進方法，視其性質分別，準營救急站，惟在實施間，應與師後在之衛生單位，切取聯絡，且須視各第一綫營救急站之推進位置，作推進之準據。因此，團救急站之推進，則以採梯次法為宜。

(3) 担架兵組——a 排長在戰況進展中，自行或按照隊長指示，將輸力增加於所要之第一綫各營(指有控制輸力時)，並監視担架兵，努力於輸送作業。

營救急站如業已推進，即須作改變傷運路線之準備，應飭原担任各營團間輸送之担架士兵，隨時將營救急站推進情況報告，作選定新路線之參考，並隨時將新路線告知担架兵，以便改變輸送途徑，至新路線之應如何改變與察勘，排長於事先當作可能改變之考慮，大祇於隨從團軍醫偵察，新救急站位置，且經團軍醫決定新站地點後，即可實施改變。

c 其他有關作業，可參照營衛生隊相當節目內。

在防禦戰鬥時期

1 屬於一般者——(1) 作業計劃——在防禦戰鬥，通常有餘裕時間，供一切作業之準備，故軍醫人員，應依據部隊長作戰計劃，以擬定作業之詳細計劃，此計劃並得視部隊長，在戰略戰術上之運用，可包括攻勢移轉，或逐次抵抗時概略之作業概念。

(2) 偵察地形——就營團部隊佔領地域，營團軍醫，應實施全地區之偵察作業。



(3) 救急站位置及與前綫距離——須視作戰計劃，尤其是防禦組織而定。大抵營屬者，可在防禦組織中央，並依防禦正面幅之延長，比之攻擊時之距離，可略增加。團屬者，可在團指揮所附近。

(4) 救急站開設時機——須視作戰計劃而定，如預計防禦時間較久，略早開設亦可，如係屬暫時性質，則開設不宜過早。

(5) 對傷兵之處置——在防禦如有相當時間，對傷兵處理，比之在攻擊戰時，可較詳細。

2 營衛生隊——(1) 救急站——可設於營抵抗組織中央之較適宜地點，至與前綫距離，則視部隊配備，地形狀况，與傷兵自然後退路線之如何，作位置距離之標準。

(2) 担架兵組——各營之担架兵，在班長率領下，須與各連之救護兵，保持密切聯絡，將不能步行之傷病，後運於救急站。

(3) 連救護兵組——各隨所隸連行動，惟依防禦組織之關係，有時每連救護兵，可於作業範圍內之相當地點，設立一救護所，從事救護工作，蓋不必如攻擊時，分散於第一綫各排。如設立救護所，可略多帶敷裹材料。在戰鬥之全經過中，救護兵，視狀況，於定時或於一日內，將作業情形，及前綫狀況，親自報告於營軍醫，或請其指示作業方法。

3 團屬或隊部衛生隊——(1) 隊部組及救急站組，通常在團指揮所附近開設。

(2) 其他作業各項，依其性質，可參照營衛生隊及本題內敘述有關各節目。

### 在退却戰時期

凡退却目的，在能與敵隔離，為第一要義，依退却動機，並究其性質，不外分為：從戰鬥中撤退，敷地抵抗，或牽制動作，及退却三種，而此等退却，均為一種改善戰術之處置，並非潰退，此皆就退却目的言之，但在實施中，亦有不能強為區分者，就以上分類而論，似第三種與第一種之從戰鬥中撤退，大有區別，惟遇須與敵隔離，實施一種動作時，則與第一種無異，第二種更屬如此，因此以推論軍醫作業，雖依退却目的不同，準備與作業有難易，步驟有區分，而於部隊所取同一動作中之作業，則不因退却目的不同，而有差別，軍醫人員，在退却中對各作業單位之運用，則視一切退却準備，有無完成，敵之活動力如何，掩護部隊之兵力，掩護部隊之佔領位置，各部隊在後方之集合地區，部隊後退之速度，及牽制動作之效率而定，然不論在何種情況，亦不論退却之順序如何（軍醫作業單位，係在戰鬥部隊前），軍醫人員在退却運動中之應與所隸部隊維持聯絡，及作業之不能間斷，則毫無疑問。

1 關於營屬衛生隊者——(1) 從戰鬥中撤退 a. 此時所隸部隊，如仍在與敵接觸，衛生隊行動，則視營之動作而定。

b. 部隊在撤退運動，且與敵接觸中，此時救急站不能開設，應於營之退却軸某某一定處



所，建立傷患集合點，以任救護作業。

c. 由救急站人員，支配於各集合點工作，以任大多數傷患之救急處置，設集合點，以能卸接團集合點為止，其數目，雖視與團集合點距離，及當時情況而定，惟以救急站人員，及担架輸力關係，設兩集合點即可，至於人員，則以較平均支配為宜。

d. 當後撤部隊已接近各集合點時，前在之各集合點人員，依次向後一集合點，攜帶重傷退却(指尚未撤清時而言)，兩集合點人員移動，可採交互躍進方式，惟在實施中，應與接近之團衛生隊所設之集合點人員，保持密切接觸，以維聯繫。

e. 担架兵組之輸力，在上述救急站人員實施作業時，應全數由前在集合點控制使用，任部隊至前後集合點間重傷之輸送，但主為兩集合點間之輸送。

f. 營軍醫及部隊長，如認為已盡其最大努力，仍不能將傷兵撤清，可就地留置必要人員及器材，任傷兵救護照管，依照日內瓦紅十字公約，以便移交敵人接收。

(2) 在數地抵抗退却時——a. 當部隊在退却運動，且一面仍與敵接觸時之衛生作業，與第(1)項同。

b. 當營內部隊，有一或一連以上，已就次一抵抗陣地之位置時，原隸屬之救護兵，各隨所屬連服務，其作業方法，則與防禦戰鬥相同。

c. 鑒於上述之情況，及衛生隊仍須担负在退却運動中部隊之衛生作業，勢不得不將各人員，分散配置，因此對佔領陣地部隊，所分散之救護兵，及已到達陣地附近拾運重傷之担架兵，即須有人管制，並處理已到達之傷兵。如衛生隊之編制，有軍醫兩人，營軍醫可派次級軍醫，担负上述任務，否則視情況，由營軍醫親任，或派看護上士任之。上述 b. c. 兩項，係指營由第一抵抗陣地，撤退至第二陣地，仍繼續担任次一抵抗陣地之戰鬥而言。茲假定數地抵抗，係用一個師作抵抗單位，且數地抵抗，係同時佔領兩陣地，其在第一陣地團內營之退却，當經由第二陣地，而佔領第三陣地，繼續抵抗，則第一陣地營，轉進至第三陣地時之作業，視同防禦。又在一陣地抵抗時之作業，與從戰鬥中撤退同。

(3) 營如充掩護部隊時——衛生隊隨同所隸營行動，營如已佔領掩護陣地，營軍醫應預想敵人追擊力之強弱，與抵抗時間之久暫，在陣地後面，開設救急站半部，或沿營將退却路線上路側之一定處所，設立傷患集合點，任收集急救，担架兵則任重傷之拾運，餘可參照上述有關之敘述項目內。

(4) 營團衛生隊間之聯絡——團負有支持營衛生隊作業之任務，當後退實施中，應儘可能，以領受各營衛生隊之傷兵，達成撤退任務，而營軍醫人員，關於傷兵撤退，亦應隨時隨地，與團軍醫單位，保持密切接觸，以維聯繫而利實施。



**2 關於團屬衛生隊者**——團屬衛生隊救急站之撤退，依退却順序，當在營救急站以前，至遲在同時，又以其位置關係，比之營屬衛生單位，當可早得與敵隔離，然此並非言在後退中即無任務，鑒於團衛生隊任務，須策應支援各營衛生隊作業，在退却運動中，更見重要，所有關於設立傷患集合點，作業方法，傷患處置，輸力運用，及在逐次抵抗時之作業；依其性質，與部隊所負任務，分別參照營衛生隊有關各節目，至在退却實施時之衛生作業，應與後在單位師衛生排，保持密切接觸，亦如營團間之關係，固無待言。

**3 部隊已與敵隔離時軍醫之動作**——當部隊業已與敵隔離，而前進於一定之集結地點時，各隊所附衛生單位，應隨同所隸部隊，其一切作業處置，則視同行軍，又營團如充任掩護部隊，而向選定之掩護陣地前進時，其所隸屬衛生單位之行動，亦同此旨趣。

**4 隨着部隊退却之軍醫動作**——當部隊已到達退却目標，或佔領一新陣地，或仍繼續退却（為前述第三種退却，此時開始退却地域，則為中間目標），如部隊當已到達退却目標後，佔領防禦，或抵抗陣地，隊所附衛生單位之作業，視同防禦，在部隊到達新陣地同時，即須開始，如部隊仍繼續退却，而衛生人員作業之法則，視同行軍。

**5 有關業務處理事項**——(1) 屬於一般者——部隊當準備或實行退却，不論其動機如何，必有其一定之退却部署，順序，時機，及目標，決非潰退。因此軍醫人員，亦有其充裕時間，作退却準備，而退却之預示，由命令，部隊作戰狀況，及聯絡維持等，可以概略推定，至於數地抵抗防禦，部隊長之警告命令，及退却須俟時機成熟時實施諸事，更可指示或暗示吾人得以適時準備，預防，及有準備之時間。

(2) 預期有退却之虞時——不必要之器材，務勿陳列，對傷患處置，以愈速愈妙，尤其對收集輸送等工作，不可停滯。

(3) 將退却時——指已接到部隊警告命令或指示而言，此時對傷兵處理，更應簡單迅速，並加緊收集輸送工作，與作必要之退却準備，聯絡維持，亦不可忽。

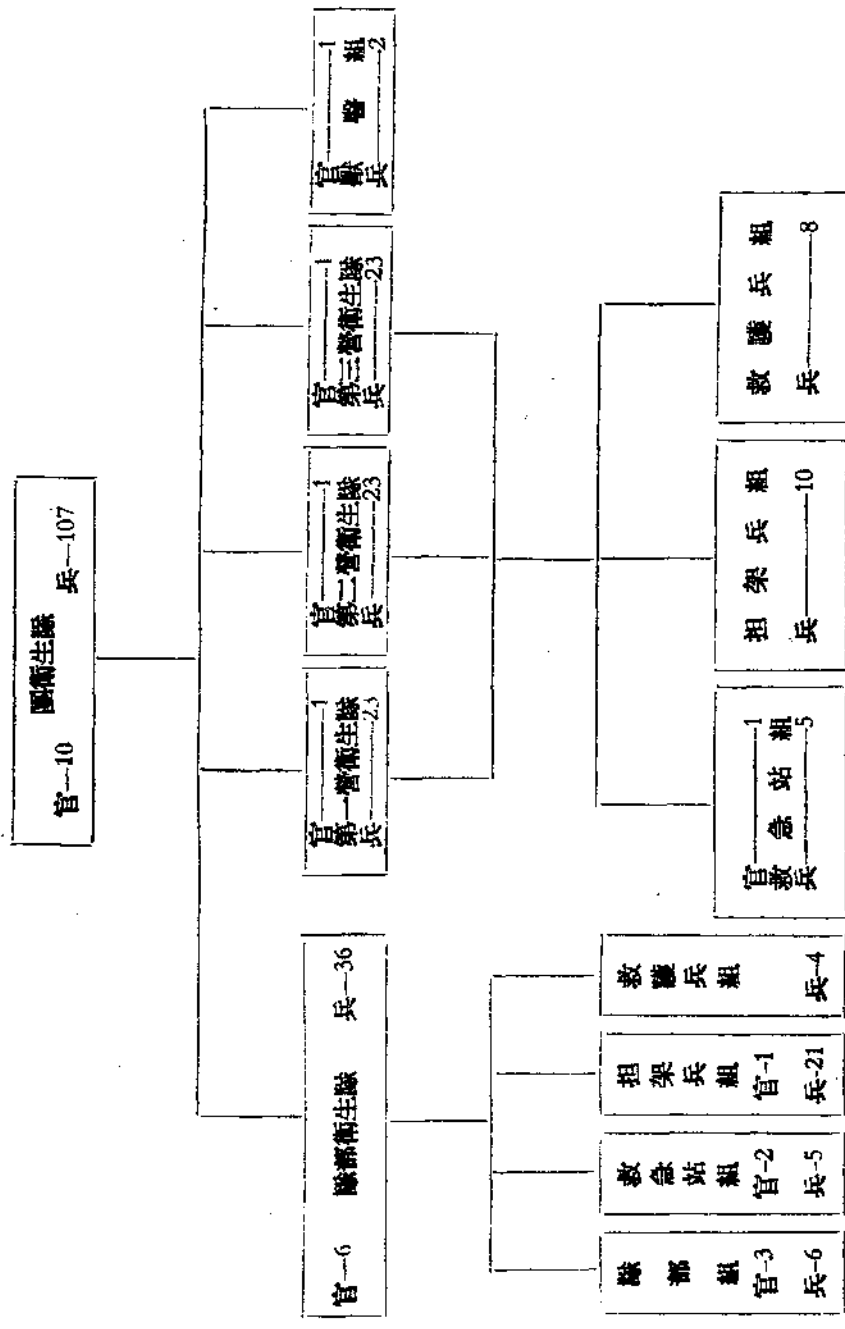
(4) 實施退却時——指已接到退却命令而言，此時對傷兵處置，主為後送，或指示後轉，而副以不可遲緩之緊急治療，餘則概予省略，並決定退却部署，一俟時機一到，即向後撤退，至其他作業，可參照前述有關各節內，茲不贅述。

(5) 在退却戰鬥進行之作業——參照上述有關各節目。





步兵團衛生隊組織之運用——依民國 34 年編制區分之



1. 隊部衛生隊之救護兵組，人員由迫擊連及戰防連內看護兵抽調之。
2. 各營衛生隊之救護兵組，人員由各營步連機關連內看護兵抽調之。

上圖示：——  
武器的進化  
人類的退化  
Cliley's 雜誌漫畫

三十四年陸軍師步兵團衛生隊編制表

區 分	職 別	官 佐		士 兵		備 考
		階 級	額 員	階 級	額 名	
隊 部	隊 長	少 校	一			
	特 務 長	准 尉	一			
	文 書 軍 士			中 士	一	
	器 材 軍 士			中 士	一	
	傳 達 兵			一 等 兵	二	
	炊 事 兵			一 上 等 兵	四	
軍 醫 組	軍 醫	二 等 軍 醫 佐	一			
	司 藥	三 等 司 藥 佐	一			
	看 護 軍 士			中 上 士	二	六
	看 護 兵			上 等 兵	九	
獸 醫 組	獸 醫	一 等 獸 醫 佐	一			
	獸 醫 軍 士			中 士	一	
	獸 醫 兵			上 等 兵	一	
排 架 組	排 長	少 尉	一			
	班 長			下 士	三	
	排 架 兵			二 上 等 兵	三	〇
合 計		官 佐 一〇	士 兵 七	九		
附 記	排架排，以三班，每班以三人伍，排架五付，編成之					





# PANTEEN

ROCHE

## Stops

- \* LOSS OF HAIR
- \* DANDRUFF
- \* PREMATURE GREYING

---

# Saridon



## Stops ANY PAIN

IN LESS THAN

# 10 MINUTES

AND IS PERFECTLY  
SAFE & HARMLESS

ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE



# 品 羅 氏 鼎 DANTEEN

## 制止脫髮



- \* 防止早期白髮
- \* 並使頭髮柔順光潔

第一發明  
維他命生髮水

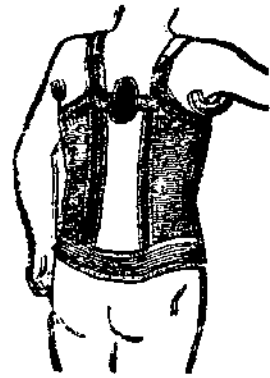
ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE • ROCHE



CHINA ORTHOPEDIC INDUSTRY

館形整學科國中

本館聘請專門技師，裝配  
 假手，假脚，夾背，夾脚  
 ，小腸氣帶，胃托，肚托  
 ，脚托，骨癆床，蹺脚皮  
 鞋以及各種醫藥矯正療器  
 。經驗豐富，設計精密，遠  
 構造新穎。華人首創，遠  
 東獨步。



(洽接訊通埠外)



號九一五路中正中海上

號二七七三七：話電

---

---

# 免疫學在近代醫學上的應用

(一)

中國特效藥研究所  
史敏言

根據免疫學的原理，應用免疫性物質，或促成產生免疫體的物質，於疾病的治療預防和診斷，並不是近代才被發現的；而是醫學界早已熟知的，並不新鮮的課題了。現在把它提出來討論，似乎是舊題重提，其實，作者的目的，側重不是這個，而是想綜合過去的，和新近才被倡導的，一些有關免疫學的治療預防和診斷的方法和應用，作一次有條理的溫習和檢討，讓我們看一看免疫學在現代醫學應用上的存在價值，和可資我們利用的地方，以及有關這一課題的，新近發展的一般趨向。

無疑的，從磺胺類 (Sulfonamide) 藥劑，青黴素 (Penicillin) 鏈黴素 (Streptomycin)，這一連串新近的發現，相繼問世以後，對於幾種傳染病的治療，可說已產生了空前無比的效果。免疫性治療的存在價值，似乎因而被輕視，甚而被遺棄了。對於某幾種傳染病的治療來說，近代化學治療學上的成就，的確使過去曾傳統地被重視着的血清，或屍苗的治療方法，相形遜色，從這個角度上看，免疫性治療的存在價值，的確被揚棄了。似從另一個角度看，對於另一些傳染病，免疫學的治療法（不論血清或疫苗），仍然保持着不能為化學療法或抗生性製劑 (Antibiotics) 的療效，所能取而代之以的勝任的地方。牠仍然保持着一貫的，為醫學家所重視的使用價值。尤其對於幾種傳染病的預防和實驗診斷方面，更非磺胺類和抗生性藥劑所能替代的。

## 關於免疫的一般概念

為了便於瞭解免疫學的治療預防，和實驗診斷的本質，和發展改進的前後因果，現在讓我們先從溫習免疫學的幾個基本原則說起。

傳染病是各種不同的微小生物（包括細菌，濾過性病毒，黴菌，立克次體和寄生蟲等）所引起的。這些致病的生物，廣佈在被寄存的人或動物身上和自然界裏，隨時可能危害人類的健康。人類生存在無數病菌所包圍的環境中，為什麼並不一定人人致病，而大部份仍然能健康地生活下去呢？沒有機會遭遇到病菌的侵襲，果然是一個原因，而由於人體本身經常保持着用以剋制病菌侵犯的防禦機能，以及缺乏助長病菌侵害人體的適宜環境，和病菌本身侵害能力上的不足，也是人類能可避免疾病傳染的重要因素。凡是人或動物，體內可能保持着一種能力，抗禦某種傳染病菌的侵襲，即使傷或感染病菌，也不致引起疾病。這種在人或動物體內保持着的抗禦病菌的機能，在醫學上叫做免疫 (Immunity)。反之，易受病菌的侵害的，叫做易染性 (Susceptibility)。各種動物之間，對於病菌的易染性和免疫性斷然不同，某些病菌僅限於侵害於某種動物，對於別類動物却毫無致病的作用。即使同類動物，對病菌的感染性也可能因種屬和個體性能的不同而各異。不論人或動物，凡是天然不易感染某種病菌侵害的，統稱為自然免疫 (Natural Immunity)。這種自然免疫性，也可能在生後，在不致感患疾病的情況下，由於病菌的經常接觸而獲致，這叫做後天自然免疫 (Natural Acquired Immunity)

---

，這如人或動物當一度感染某種病菌的侵害以後，也可能在體內逐漸產生對抗各該侵犯病菌的特種免疫性。病後免疫性的是否產生，及其在體內保持時期的久暫，須視病菌的類屬和感染者個體的不同而異。有些疾病很容易獲致病後免疫，有些則絕然無此可能。免疫性在體內保存的時間可能極其短促，也可能在一度感染某病後而獲得對該病的終身免疫。自然免疫性和後天自然免疫性，則大多終身保持不變。有幾種傳染病的免疫性，也可能藉人工的方法獲得，這叫做後天人工免疫(Artificial Acquired Immunity)，由人工獲致的免疫性，保持的時期也可能因免疫方法的不同而略有差異。短者數星期，長則數月數年，但大多不能使受免疫者終身免疫。

談到免疫，我們不能不在這裏重溫與免疫原理相關的兩個名詞：抗原(Antigen)和抗體(Antibody)，任何組成生物的有機性單位(如組織細胞，血球，細菌，原蟲，精子等)及其相關的物質(如細菌分泌的毒素，蛇毒素，細胞原形質等)，甚至非生物狀態的各種異種蛋白質，當其侵入異類動物體內(自然的或人工的)的時候，被侵害的動物的體內會立即引起一種反應，以對抗此類異種物質的侵入。反應的後果，即在體內產生了一種用以對抗各該侵入物的特殊性物質，終使侵入的異物因受此種抗禦性物質的作用而被破壞或消失。這種因異物的刺激而在體內形成的抗禦性物質，在免疫學上特稱謂抗體(Antibody)，促使體內產生抗體的異物的本身，叫做抗原(Antigen)。在致病的微生物方面，不論細菌，原蟲，立克次體和濾過性病毒，以及由病菌分泌的毒素的都有一定的抗原性(Antigenicity)，當它一度侵入了人或動物體內(不論引發疾病或並不致病)，經過了一個相當時期之後，被侵害的人或動物體內，立即因此類病菌或其毒素的刺激而產生抗體，用以消滅病菌和防制同一病菌的再度攻擊。由於病菌的侵害而產生的抗體，以其能撲滅病菌和防制同一病菌的再度侵害，所以在免疫學上我們把它稱謂免疫體(Immune body)。由於抗原屬性的不同，可能產生幾種不同的免疫體，它對抗病菌的機轉也大有分別。譬如由病菌分泌毒素(Exotoxin)的刺激產生抗毒素(Antitoxin)，它有中和毒素的作用，使毒素變為無毒。由菌體或其他物質的刺激產生介體(Amboceptor)，藉體內原來存在的補體(Complement)的相互作用，使侵入的異物發生溶解現象(Lysis)(如異種紅血球的刺激使產生溶血素，由細菌的刺激產生溶菌素等)；由菌體的刺激也可能促使體內產生調理素(Opsonin)，它能促進白血球吞食細菌的作用。此外又如凝集素(Agglutinin)，沉降素(Precipitin)，以及促使形成過敏性(Allergy, Hypersensitiveness)的特種抗體等等，都是由菌體或其他異類物質(特別是異種蛋白質)的刺激而產生的。抗原和抗體常常保持着一定不變的特殊性(Specificity)，也就是說，由於某種抗原的刺激只能產生對抗該種抗原的特殊性抗體，譬如白喉菌毒素的刺激只能產生中和白喉毒素的白喉抗毒素，而決不作用於破傷風。這種特殊性，不僅各類不同種的病菌或物質間互有區別，即使同一種屬(Species)的細菌，由於類型(Hype)的不同，也可能有極大的差別，譬如抗肺炎菌一型的血清，對於他型肺炎菌無顯著作用。一個菌體，可能包含幾種性質不同的而作用相同的抗原(例如沙門氏菌屬"Salmonella Group"中的各種細菌，可能含有數種乃至十餘種的促使產生凝集素的抗原——凝集原"Agglutinogen")或作用不同的抗原(如霍亂菌含有凝集性抗原，同時也含有促使產生溶菌現象的抗原)。不同的細菌也可能含有類的抗原性(例如腸炎菌的一部份抗原，可能與傷寒菌的一部份抗原完全一致，而互相發生作用)，由病菌的刺激而產生的抗體，大多存在於血清或體液內，可能藉血清學的免疫診斷方法加以證明，但有些抗體却僅僅存在於受抗原作用的體組織內，而並不遊離於免疫者的血清或其他體液之間，直接由組織細胞的感應而產生的免疫性，特稱謂組織免疫(Tissue Immunity)。僅能引致組織免疫的抗原，是無法免疫者的血清或其他體液內檢定其抗體的存在，而必須利用別的辦法(如免疫性皮膚試驗及免疫動物保護試驗等)來證明。

上面已經說過，人或動物體內免疫體的形成，可能因病菌的自然侵入所致；也可能藉人工的方法

---

---

獲取。前者就是天然免疫，後者即人工免疫，由於免疫方法的不同，人工免疫概分為自動免疫（Active Immunization）和被動免疫（Passive Immunity）兩種。所謂自動免疫，即將某種病菌的抗原由人工方法注入受免疫者體內，靠受免疫者自身的作用，逐漸產生對抗該種抗原的免疫體。反之，如將已由其他動物獲致的免疫體直接輸入人或動物體內，使立即獲得足以抗禦同種病菌的毒害的作用的免疫性，這就是被動免疫。在效果上說，後者以其借重人助，故其作用僅能保持一個極其短促的時期（數天至數星期）；前者則自力更生，免疫體可繼續不斷的由自身產生，所以保持的時期較長。（數月至數年），不過由自動免疫獲得免疫性，必須經過一個較長的時期；而被動免疫則可立即免現，這是自動免疫不如被動免疫的地方。

## 應用範圍、目的和方法

免疫學在醫學上的應用範圍相當廣汎。不論疾病的治療預防，和實驗診斷，借助於免疫學的地方很不少。在疾病的防治方面，免疫血清和疫苗的應用，已早為一般醫學家所熟知的了。在實驗診斷方面，各種血清反應的檢定（例如診斷傷寒副傷寒的肥氏試驗；斑疹傷寒的威斐氏試驗，梅毒的華氏試驗和康氏試驗等），免疫性及過敏性皮膚反應的測定（如白喉的希克氏試驗，猩紅熱的狄克氏試驗和休次卡通氏試驗，結核病的結核素試驗等），以及其他各種微生物性的或非微生物性的異種蛋白質過敏性皮膚反應的檢驗等，無非都是根據免疫學的原理發明的。但有些病菌，它雖然同樣含有一定的抗原性，同樣也可能引起抗體的產生；而並不全然可資治療預防或診斷上的利用，這是由於抗原性的孱弱或不穩定，及其產生的抗體並不足以在事實上與抗原發生適度的作用，或缺乏直接撲滅病害的能力的緣故。也有些病菌，僅僅促使宿主在體內產生足夠的組織免疫性，而並無遊離的抗體存在於受免疫者的血清或其他液內，像這種情形，當然也無利於實際上的應用。

由於各種病菌的致病作用，寄生部份，侵犯方式以及抗原和抗體性能的不同，在應用目的和方法上也須有一定程度的差別。譬如有含有抗體的傷寒血清或梅毒血清，對於別的動物並無治療上或預防上的價值，但對於傷寒或梅毒的血清學診斷却很可利用。又如白喉菌和破傷風菌菌體產生的抗體，既無防治價值，也無診斷作用；而白喉的毒素却可利用於白喉的免疫性診斷，白喉或破傷風的變態毒素（即經人工方法改變性質，已成無毒而仍保持其抗原性能的毒素又稱類毒素），可應用於自動免疫預防，由接種毒素或變態毒素產生的抗毒素，又可應用於白喉或破傷風的治療和被動免疫預防。又如白喉和破傷風可利用類毒素（自動免疫）或抗毒素（被動免疫）來預防，而不能應用直接由白喉或破傷風菌製成的菌苗。預防霍亂傷寒可因各該病菌的菌苗，而並不利用其菌體內毒素或抗血清，再如診斷傷寒副傷寒，可利用患者血清內產生的凝集性抗體來施行凝集試驗，而對於白喉破傷風霍亂赤痢等症，血清反應完全無助於診斷。這一連串的例子只說明了一個事實，就是說各種病菌雖然同樣含有抗原性，但由於各種病菌的抗原性質及其與致病的關係全然不同，在醫學上的利用目的和應用方法，也有顯著的區別。

直到現在為止，曾經被認為可以利用免疫學的原理和方法，應用於疾病的治療，預防和實驗診斷的，約有下列數種：

### （一）應用於治療的：

在治療方面，由於疾病業已發作，病菌的致病作用已到達相當程度，要想靠自動免疫法使獲致免疫體來剋制病菌的作用，在時間上是等不及的。在這種情況下，就必須應用被動免疫法使體內立即獲

---

---

得足够的免疫體，才能抗禦和消滅業已猖獗的病菌或其毒素，患者始得以恢復健康。對於急性或慢性傳染病，則自動免疫法仍然不失其治療的效果。必要時可自動和被動免疫法同時並用，有時也可收獲良好的結果。

對於幾種細菌性急性傳染病，如應用時期得當被動免疫法常能獲致極其滿意的療效。尤其是抗毒素的療效，一直被視為白喉，破傷風，惡性壞疽，猩紅熱和其他鏈球菌傳染等症的聖藥。抗菌血清雖然也曾被採用於肺炎，流行性腦膜炎，赤痢（特別是志賀型赤痢），鼠疫，出血性黃疸等症的治療，而獲得良好的效果，但由於抗菌性血清僅能用於菌體的本身，而不能作用於菌體內的毒素，且以製取自動物的抗菌血清，對於人類的治療不能達到理想的效果，所以它的治療價值，遠不及抗毒素血清的顯著。近代化學治療和抗生素劑昌盛，幾種細菌性傳染病的血清療法已為之遜色。肺炎，腦膜炎，赤痢，鼠疫，猩紅熱，和其他鏈球菌傳染的血清治療，已為磺胺類製劑，青黴素，鏈黴素，這一些後起的特效藥劑，取而代之了。

細菌性傳染病的自動免疫法，也還有可資利用的地方。尤其對於幾種亞急性傳染病，慢性化膿性傳染和其他慢性傳染病，以及一些容易引致反復性發作的頑固性傳染病，例如百日咳，慢性淋球菌傳染，關節炎，再發性癰疽和膿疱瘡等，因自動免疫療法尚不失其固有的權威。結核病用結核素治療雖偶或也能獲得良好的效果，但未為一般醫學家所普遍贊同。其他如梅毒，下疳，麻瘋，傷寒，副傷寒，霍亂，波狀熱，土拉司熱，回歸熱，雅司病等症，迄未獲得可資利用的免疫治療。

由濾過性病毒引起的傳染病，如天花，腦炎，馬型腦髓炎，淋巴性脈絡腦膜炎，水痘，風疹，流行性感胃，腮腺炎，黃熱病，登革熱，鶯美熱，狂犬病，脊髓灰白質炎，花柳性淋巴肉芽腫，麻疹等症，由於這些疾病的病原本態尚缺明確的細菌學的認識，病菌抗原與產生抗體之間的關係也沒有十分了解，更乏人工提製可資治療應用的抗原或抗體的方法，所以直到現在，除了其中極少數疾患（如麻疹，脊髓灰白質炎，鶯美熱）可能利用曾患同一疾病的患者恢復期血清，以供被動性免疫治療外，其餘均尚無適當的免疫學療法。由原蟲或其他寄生蟲傳染所致的疾病，如瘧疾，阿朱巴赤痢，鈎蟲病，黑熱病，旋毛蟲病，血絲蟲，肝蛭，肺蛭，日本住血吸蟲等，也由於這些疾病的病菌缺少明確的抗原性，而不能引起顯著的免疫性的緣故，同樣也還不能利用免疫學治療。黴菌類的傳染也尚無可資利用的免疫治療法。因立克次體（*Rickettsia*）傳染發生的斑疹傷寒，有時雖可用恢復期患者血清治療，但其效果不如白喉或破傷風的用抗毒素明顯。

除上述各種微生物性傳染病之外，對於各種因異種蛋白質細菌性的或非細菌性的，包括各種病原菌或非病原菌，動物蛋白和植物蛋白），和各類花粉（*Pollen*），野葛（*Ivy*）漆樹（*Rhus Venenata*）等的毒素所引起的過敏性疾病，如枯草熱，喘息等，過敏性皮炎以及其他過敏性症狀等，也可利用免疫學療法來達到防治的目的，不過屬於這一類的治療原理，是引用作為致病原因的抗原（當先由皮膚過敏反應診斷測定），逐漸增量注入患者體內，使達到脫敏感作用（*Desensitization*）的目的，這致血清或疫苗治療的本質是全然不同的。

## （二）應用於預防的：

免疫學的傳染病預防，可藉自動或被動免疫法獲得，兩者發生免疫的原理和利弊，已如前述。傳染病雖可藉人工的免疫法預防，但因成效如何，並非完全一致的。這須看所用疫苗或血清的本身性能，製造方法，保存方法，保存時期以及受免疫者個人體質的情況和對傳染病接觸的機會和次數等而定。兩種不同的人工免疫法的選擇也須視預防目的和對象，病菌屬性，該病流行程度以及受免疫者與傳染接觸的機會如何而定。有些天花疾病可藉自動免疫法獲得免疫，但並無被動免疫法可資利用（如天

---

---

花傷寒霍亂等），反之，有些則祇能利用被動免疫而無自動免疫（如麻疹等）。也有兩者均可利用的（如白喉，破傷風等）。如果想要預防某種傳染病，它可能兼可利用自動或被動免疫法的話，採用何者較優，那須視當時的需要來決定。假定在疾病流行的季節，或者受免疫者曾經遭遇到可能傳染的機會的話，宜用被動免疫，以其可以立即獲得足夠的免疫體來防禦病菌的侵入。反之，如在平時，或無可疑的傳染機會，而希望免疫的效果能保持較長時期的話，那末應該採用自動免疫法。

在各種細菌性傳染病中，傷寒，副傷寒，霍亂，鼠疫，百日咳，波狀熱，出血性黃疸等症，都可以利用細菌性疫苗的注射來達到免疫的目的。（自動免疫），但不能利用血清（被動免疫）。破傷風和白喉可用類毒素的自動免疫法或抗毒素的被動免疫法獲致免疫。結核病的人工免疫法過去一直是一個疑問，但最近經多方的證明，認為卡介疫苗（B. C. G.）確有預防的價值。此外如肺炎，麻瘋，赤痢，丹毒，梅毒，淋病，下疳以及各種化膿性細菌傳染，尙未獲得適當的免疫性預防的方法。

由濾過性病毒所致的各種傳染病，大多不易獲得滿意的人工免疫。因為濾過性病毒的抗原性相當脆弱，除非直接把活的病毒製成菌疫，或者利用別的辦法改變病毒的致病性，使病毒保持在生活狀態而並不致病，並得充分保留其抗原性，否則如按照一般製造細菌性疫苗的法則來處理病毒，則其抗原性可能改變或消失，而失去了促進產生免疫體的作用。目前確已證明可以應用疫苗來預防的，僅天花，黃熱病，狂犬病和馬型腦髓炎等數種。流行性感胃和傷風雖然也有人倡導利用由各該病毒製成的疫苗，供人工免疫之用，但其效果遠非前者的顯著。用脊髓灰白質炎的病毒製成的活菌疫苗雖有預防的價值，但其危險性可能更甚於預防的效果。麻疹和水痘可以利用同類疾病患者的恢復期血清或血液來作被動性免疫，尙無獲得相當的預防效果。此外如腮腺炎，風疹，登革熱，鶯美熱，流行性腦炎，花柳性淋巴肉芽腫等，尙無可資利用的人工免疫預防方法。

一切寄生蟲病，要達到免疫學的預防，在目前可說一無辦法，黴菌類的傳染，也還無法作免疫性的預防。由立克次體傳染的斑疹傷寒和洛磯山斑疹熱，則可利用自動免疫法以資預防。（未完）

---

---

### 國防醫學院接辦前軍醫學校專科部醫藥學組戰時學歷修業學員第三次召集補訓修正辦法

- 一、次別及名額：1、醫學萬科召回補訓第六七兩期及因故未參與第一二次補訓者名額約計一百八十名2、藥學萬科召回補訓第一二次所未參與補訓者名額約計三〇名
- 二、報名及甄審處：1、上海市中心區本院2、重慶總醫院3、廣州總醫院4、武漢總醫院5、北平總醫院6、西安總醫院7、青島總醫院8、濟陽總醫院9、貴陽總醫院10、徐州總醫院11、台灣總醫院12、碓化聯勤總部駐新衛生人員訓練組
- 三、補訓手續：補訓學員由各部隊及軍事機關學校現職之軍醫司藥而合於補訓章程第三條之資格者由原屬部隊機關出具派送補訓證明文件及原萬科部戰時學歷修業證書或原補習班畢業證書赴就近甄審處報名審查證件檢查體格及口試醫學萬科另加編班試驗
- 四、甄審手續：補訓學員回院甄審由各甄審處辦理所有應用代冊統由本院分別寄發甄審成績評定後即將等第人數電達本院照復電規定之取錄標準與名額指示及分別通道原派送補訓機關依期來院報到并於評定成績後即將取錄名冊派送補訓機關通訊地點及全部甄審文卷寄送本院備查
- 五、甄審課目：甲、藥學萬科（一）資歷證件審查（除派送公函外其他證件於審查後發還不合格者不得參加體格檢查）（二）體格檢查（不及格者不得參加口試）（三）口試關於常識及藥學測驗  
乙、醫學萬科：除上述一二三項課目外另加四、編班試驗插加第三學年與第四學年之試題各一種由應甄試學員自行決定試驗課目包括小公民、國文、英文、理化、每門最高數為十分（二）衛生勤務及醫學測驗每門最高分數為三十分
- 六、報名日期：三十七年七月一至五日（延展兩星期）
- 七、甄試日期：三十七年七月六七兩日（延展兩星期）
- 八、報到日期：三十七年八月二十至二十五日（延展兩星期）
- 九、報考及入學院旅費：凡補訓學員報考往返旅費及錄取後報到入學旅費由原部隊機關照章支給但錄取學員證件如經覆核不符時得令退學外并不准支報旅費。

---

---

# 原子彈損傷 之病理變化

國防醫學院病理學系

覃見效 譯

自從一九四五年八月盟國在廣島和長崎投下兩顆原子炸彈以來，原子彈便被認為最恐怖的戰爭武器，大家都在擔心着下一次戰爭，人類會被原子彈毀滅。原子彈爆炸後，牠的高度的爆炸力和高度的熱力可以發生驚人的破壞、火災和死亡；而牠更發出大量放射性游子，可以使轟炸區周圍成千成萬的人受了可怕的傷害，我們對於這些傷患者的症狀和病理變化的探討，也許能對未來處理這類病人有很大的裨益，下文乃譯自美國病理學細菌學年會，關於此類論文之摘要。

## 一 機械性損傷及灼傷

在廣島及長崎轟炸中之倖存者，幾乎沒有會受高度爆炸力直接損害者，此可由耳鼓膜破裂病例僅有百分之一的這點得知；大多數之機械傷乃由於飛炸之玻璃碎片及倒塌之木屋樑柱所致。受重傷而能倖存者為數極少，因在未獲救護之前已受大火燒死。倖存者之燒傷大部為火焰灼傷型(Flash Type)，此乃由於極大之輻射熱在短暫時間內作用之結果；輻射熱線常為直射的，故灼傷部常限於投射面，其界限顯明；離轟炸區較近者，其灼傷部之中心呈色素減褪，而其邊緣呈色素沉着，離轟炸區較遠者，灼傷部呈均勻性色素沉着，持續達四月而不消褪。因為病人受大量放射性游子作用後，常呈強度的白血球減少症(Leukopenia)，故極輕微之損傷或灼傷，均可變為極嚴重之傳染病灶而引起敗血症。

## 二 放射性游子之早期傷害(Early Effects of Ionizing Radiation)

放射性游子之損害與X光對人或動物之作用極相似，多數患者於炸後數小時發生惡心及嘔吐。研究材料主由未受傷或僅輕傷之死者取得，最早者乃炸後第三日死亡者。早期患者有劇烈之腹瀉及病熱，而脫髮及再生障礙性貧血(Aplastic Anemia)均來不及產生。

**皮膚：**受整日紅斑量(Erythema dose)照射之蒙難者，大部於最初數日死亡，此時秩序極為混亂，病理解剖甚少，故取得之材料亦少。有數例為炸後第三週者，其潰瘍邊緣之上皮有變化，毛髮脫落形成禿頭。其組織之變化與普通之脫髮相似，毛根之胚芽層無絲狀分裂現象，根鞘內層缺乏分化，此與老年人之髮相似；大約在炸後二月，根鞘內層有再行分化現象，且有新髮由老的根鞘外層穿出。

**胃腸道：**腸內典型之變化，早在第四日死亡者已可發見，在粘膜層有異型細胞，此種細胞含有大量原漿及多個細胞核，其核染色質甚粗；異型之絲狀分裂及三種性絲狀分裂，亦可見到。

**生殖器：**早在第四日，睪丸即有顯著之變化，精細胞上皮脫落，Sertoli氏細胞增多，約一週，個月時精子細胞幾完全消失，第五週時，精子小管之基礎膜，增厚，中間組織之血管內膜有透明物質沉積，第六週之末，中間結締組織呈輕度增生，精液內之精子數目銳減，此種變化持續多久，現在尚



---

未確悉。腦下垂體內有時可見去勢細胞 (Castration Cells)。卵巢之變化較為輕微，有少數初期濾泡閉塞，無成熟濾泡形成，子宮內膜缺乏黃體期變化。

**淋巴組織：**早在第三日，淋巴組織即呈顯著萎縮，僅有網狀架格殘存，第五日開始有多數異型單核細胞出現，此種細胞，頗似淋巴母細胞，或 Reed-Sternberg 氏細胞，其數目在隨後三月內逐漸減少，而在脾及淋巴腺，漸漸再有淋巴濾泡出現。

**骨髓：**重度暴露之患者，早在最初四日，造白血球及造紅血球組織，呈大部消失，但同時有增殖性活動，有新的網狀細胞及與淋巴組織內相似之異型單核細胞出現，第一月時，此種增殖性活動，有數例相當顯著，但其所產生之細胞，大部為異型網狀細胞及漿細胞；一部病人在相當時期後，有正常造白血球及造紅血球組織之出現；有一部病人於第六週死亡，此種組織已有顯著增殖，但未稍血流，仍白血球減少症。

**眼：**於炸後一月左右，死亡例之十八個眼球中，四個有 Bowman 氏膜破裂，此大約由於直接損傷之故，有十五個眼球之水晶體，發生白內障變化，大部呈敗血性脈絡膜炎 (Septic Choroiditis)，此大約為續發敗血症的合併症之一；結膜，網膜等處發生出血，亦頗常見。

### 三 放射性游子之晚期傷害(Late Development of Radiation-Effects)

此組病人僅暴露於轟炸區內極短時間，第一日無惡心嘔吐或嚴重性白血球減少症及紫癍症，亦無如早期病例之耳咽喉部之傷害；其顯明病變，可於暴露後七至十五週死亡者見之。患者常極度消瘦，頭皮，股骨骨髓，脾及腸等處有顯著之眼觀變化，骨髓，淋巴腺及睪丸，有顯明的組織觀變化。皮膚之出血性病變並不多見，毛髮開始再生，常有褥瘡，灼傷大部已痊癒，少數形成痕癢瘡。股骨骨髓上三分之一或二分之一呈淡紅色，各部骨髓均有髓組織增殖現象，但常缺乏成熟，在死前常有嚴重性貧血。脾及淋巴腺仍呈萎縮。睪丸小管萎縮，管腔內幾無造精子細胞，Leydig 氏間質細胞無顯著變化。卵巢之變化甚少，初期濾泡甚多，但常無成熟濾泡形成。副腎萎縮，類脂質含量減少。胃腸道有，由點狀出血至與細菌性痢疾相似之假膜性腸炎。此種腸炎及壞死性肺炎，乃此組病人之主要死因。此顯著之變化種壞死性病變大約與長期的多核白血球減少有關；日本病理學家報告，在轟炸區二千公尺內暴露者，三週內，百分之廿六其白血球數驟減為零。此與通常顯著顆粒性白血球減少症患者，常伴有嚴重之咽喉部壞死相似。心臟，甲狀腺，唾液腺，腦，肝，胰，前列腺，腎及膀胱，均無顯明與放射性有關之病變，偶然有點狀出血。對於正在生長之骨及軟骨無顯著作用。

### 四 造血系統之變化

血液及造血器官之主要變化，乃發生形成障礙性貧血症；受重度放射性游子照射之患者，此種症狀在兩週內產生，且常死亡，但在死時造血系已有少許網狀內皮細胞增生變化；受照射較輕者，造血器官之機能於第四至第六週時受抑制最著；白血球數目，以第四至第五週時最低，在第八至第九週漸復正常；紅血球及血小板數目以第六至第八週時最低，約第十二至十三週時始恢復正常。所有骨髓標本均有再生現象，一部由殘存之正常造血組織再生，一部由網狀內皮細胞增殖而變為造血組織。

### 五 Bikini 轟炸試驗時動物所受之損害

原子彈在空氣中爆炸與在水底爆炸之主要異點，空氣中爆炸者，其放射作用頗為短暫，而在水中爆炸者，在水內之放射物質不斷的及長久的有放射線放出。為明瞭原子彈對於海軍人員之作用，美海軍部曾在太平洋 Bikini 島附近海洋作轟炸試驗，在轟炸區內之艦船上置放山羊，豬及鼠等動物，此

種動物約百分之三十死於炸彈之作用，其中大部由於放射作用致死，約百分之十由於空氣爆炸之故；灼傷並非重要因素，因大多數動物之毛皮，能够保護而不受害。

受致死量照射之試驗動物，約在一月內死亡，而因潛伏性或慢性之照射損害，並無發現，死時之病理變化可分三型：（一）全身器官，廣泛性出血而致嚴重貧血；（二）續發性傳染，常限於肺；（三）變質性變化，主要為胃腸及扁桃腺之潰瘍性壞死。

在 Bikini 暴露於致死量放射線持續四至五日之動物，對於造血器官之作用有兩種情形。受大劑量作用者其各種白血球均呈銳減，當仍有血小板存在時，出血現象不著，凝血時間正常；受較小劑量作用者，白血球亦有相似之變化，而有嚴重之出血性素質；此可分為三個時期，初期為毛細血管之脆性增加，而有散在性點狀出血，第二期為嚴重之血小板減少，而伴有紫癍性出血，後期凝血時間延長，而在皮下及肌膜下，有廣大的紫癍性出血。在後期之臨床及化驗室變化，與出血性紫癍症 (Purpura hemorrhagica) 及血友病 (Hemophilia) 相似。

(譯自 American Journal of Pathology; 23: 888-893, Sept. 1947)



## 國防醫學院三十七年夏季招生簡章

- 一、名 額 1. 大學教育各科醫科一八〇名牙科六〇名藥科三〇名護理科三〇名 2. 職業教育各科藥班三〇名高級護理班一二〇名營養班一〇名理療班一〇名
- 二、修業年限 醫科牙科各六年藥科五年護理科四年職業教育各班各四年外入伍訓練六個月各班最後一年為實習
- 三、投考資格 1. 大學教育各科 (一) 公立或已立案之私立高級中學或同等學校畢業 (二) 品行正端體格強健年在十八歲以上廿四歲以下未婚之男性護理科限未婚女性 2. 職業教育各班 (一) 公立或已立案之私立初級中學畢業者 (二) 品行端正體格強健年在十六歲以上廿二歲以下未婚之男性護理科限女性
- 四、報名及體格檢查日期\* 自三十七年七月六日至七月十六日
- 五、報名地點 一、上海市中心區本院 二、北平總醫院 三、武漢總醫院 四、廣州總醫院 五、重慶總醫院 六、西安總醫院 七、台灣總醫院 八、貴陽總醫院
- 六、報名手續 向報名地點索取報名單在報名單上填明投考何科并呈驗畢業證書 (考畢發還) 及二寸半身脫帽相片四張報名費五萬元 (報名費與相片取錄與否概不發還) 報名手續辦妥後經審查合格即給准考證聽試
- 七、筆試日期\* 三十七年七月廿一、廿二兩日
- 八、考試科目 檢查體格口試 (體格及口試不及格者不得參加筆試) 正科各班科目公民、國文、英文、數學 (代數、幾何、三角) 物理學、化學、生物學。職業部各班科目為公民、國文、數學、英文、本國史地、物理、化學
- 九、檢查體格及報名地點 在報名處臨時公佈之
- 十、揭示日期\* 三十七年八月五日
- 十一、報到日期\* 三十七年八月廿五日至八月三十一日
- 十二、入學手續 (一) 凡錄取之新生均須妥覓保證人出具保證書及旅費保證書送院備案如於來院途中潛逃或中途輟學及開除學籍者除保證金沒收外保證人須負賠償旅費及教育費之責 (二) 每生須繳保證金一百萬元畢業時發還 (三) 錄取各生必須遵照本院規定日期內報到如逾期報到即予除名以被取遞補報到日期臨時通知 (四) 錄取各生報到時必須呈驗畢業證書覆查 (驗為偽造證件者得取消其入學資格) 畢業時發還 (五) 保證書保證金志願書等妥繳後派員率領來院旅費由本院供給
- 十三、在學待遇 膳食餉項服裝 (棉被蚊帳自備) 等由院供給
- 十四、注意事項 各科學生入學後須遵守軍紀及院規不得更改姓名或請求轉科

\* 本簡章所載報名、筆試、揭示、報到日期一律順延兩星期

---

---

# 手術後早期活動

重慶總醫院

外科

韓哲生

**緒言**科學的外科始於消毒法之發明及麻醉劑之應用，為期約百餘年。當其初期，手術技術不夠精細，麻醉尚多危險，縫線粗大而不堅韌，傷口之傳染亦難於管訓，且對於病人手術前後之生理學的改變亦多不明瞭，致使傷口崩裂及內臟脫出（Wound disruption and evisceration）之發生，屢見不鮮。因之，外科醫師對其所施行之手術缺乏信心，對於切開腹腔之手術，為避免傷口崩裂及其他可能發生之意外，乃儘可能使病人臥床安靜，以補其技術之不足。警告病人使勿隨意翻動，並應用鎮靜劑以抑壓病人活動之能力，或給與止咳劑以免咳嗽影響傷口。然對病人所需要之新鮮空氣，水分及營養則多予忽略，凡此種種皆違反人體之自然恢復能力，致使呼吸，循環，消化及排泄之機能，莫不遭受重大之影響而發生障礙，進而轉為嚴重甚或致死之病變，即所謂之手術後併發症。然人體之自然再生力及治癒力極大，醫師雖用各種不合理之處理方法防礙其恢復，但大多數之病人終能痊癒。久之，此種長時期臥床並限制活動之手術後處理乃被公認為合理之方法，逐代相傳，沿襲成規。雖近年來由於外科知識及技術之長足進步，腹部手術之施行，較之以往已甚為安全，然外科醫師仍令其病人於手術後必須安靜臥床一至二週之久。蓋教室中所學及醫院中所作者，莫不如是，致使此種傳統之方法繼續不變。

行手術之實驗動物於麻醉恢復後，並非完全靜臥不動，却於相當休息之時間中反復起立行動並依其自然渴感及食慾之需要而攝取食物及水分，然觀傷口之癒合及一般情況之恢復則頗完善而迅速。人體於手術後之自然反應本與實驗動物相同，但由於（一）知識高而顧慮較多，（二）護士及醫師對活動所作之警告及阻止，以及（三）鎮靜劑之使用，致使病人不願，不敢甚至早不能開始活動。如偶有病人於手術後不遵醫囑而竟依其自然之本能而起立活動者，則其順利之恢復亦必被認為幸運之例外，而其活動對於恢復之意義，則全被忽略。

近年來發現若干病人於腹部手術後不遵醫囑而擅自早期下床活動者，非但無不良現象發生，其傷口之癒合及身體之恢復，反皆甚迅速而完善。故若干醫師乃提倡並實行手術後早期下床及其他各種活動之方法，以促進血液之循環及防止肌肉之萎縮。此等方法應用之結果，為手術後併發症之減少及臥床與住院時間之縮短。因之，外科醫師之傳統觀念雖牢不易破，然一般之趨向，對此違反傳統但更合於自然及生理學之手術後處理方法——早期活動（Early Ambulation）——已多表擁護而逐漸廣泛的實行。

## 早期活動之原理及功效

外科手術後，因手術創傷，疼痛，恐懼及麻醉劑之作用，使身體各器官皆蒙受重大影響而現病理變化。此等變化如持續較久或較著明時，即稱為手術後併發症。如對於膈及其他呼吸肌之影響，則防

礙呼吸，使痰不易咳出，而引起肺不張（Atelectasis），缺氧及其他肺部併發症。對循環之影響使血流減退，引起休克，血栓形成，靜脈炎及血管栓塞，並延遲傷口之治癒及降低組織對傳染之抵抗力，對胃腸之影響則抑制其運動而引起腹部膨脹，失水及毒素吸收。如使病人臥床靜養，則增加此等影響之程度。反之，如使其早期活動則可減除此等影響。蓋活動時增加呼吸肌及腸肌之運動，促進血液及淋巴之流動，並防止四肢肌肉之萎縮。病人於手術後之不安及翻動乃自然現象，於動物行手術或受傷後可證明之，故須鼓勵其早期活動而不可使之久臥床上，或用鎮靜劑抑制其活動能力。

**手術後肺部併發症之預防** 外科手術，特別上腹部之手術及平臥位使呼吸著明減弱。如剖腹術後呼吸減少20%，肺活量減少50%以上，而呼吸率則增加26%。除呼吸率外，皆需十至十二日後始能恢復正常。此等現象有利於肺部併發症之發生。而上腹部手術之影響較諸下腹部者尤大。如Cutler氏發現肺部併發症在一切手術後佔2%，在一切剖腹術後為4%，而一切上腹部之手術後則為8%。肺部併發症之最早發生而較嚴重者為肺不張。概於手術後二十四至四十八小時內見之，而發生較晚之肺炎，肺膿瘍等亦多與此症有關，故肺不張之預防極為重要。

除手術前及手術中之適當處理外，在手術後對肺不張之預防法，以站立時之自動咳嗽為最佳，蓋肺不張之原因為粘液塞子（Mucous Plug）阻塞小支氣管所致，然小支氣管中不能引起咳嗽之反射，而無法將粘液排出，故須病人自動咳嗽，將粘液塞子排至較大之支氣管，此時因有反射性，發生不自主之咳嗽而將其排出體外，手術後令病人起立咳嗽時，常可於胸廓之各處或某一部位發現可觸性囉音（Palpable Rales），而平臥時則無。此現象之意義甚大，因站立咳嗽可移動粘液塞子而發生囉音（可觸知亦可聽到），如持續咳嗽則粘液被咳出而囉音亦即消失。剖腹術後臥床二十四小時者，如使之起立咳嗽，約25%現此種囉音，如手術後數小時即下床活動者，此現象即甚少見。支氣管分泌少者，於一欲咳出粘液後，如繼續下床活動，囉音即不復發現，分泌多者須每二小時起立咳嗽一次，粘液既經清除，則肺不張及其他肺部併發症，皆不易發生，咳嗽有「肺臟守戶犬」（the watch dog of lungs）之稱，對清除肺內之分泌物極關重要，故不可以鎮靜劑抑制之。

其他預防肺不張之方法，如二氧化碳之吸入雖促進呼吸，但不能排出粘液，而氣管鏡吸法（Bronchoscopic Aspiration）則主要用於治療而少預防價值，故自動咳嗽為最有效之預防法，然平臥時咳嗽之力雖小，須於站立時行之其效始著，此外應同時注意（一）防止腹脹，（二）維持水分及電解質之平衡，（三）以適當之肌肉活動，特以下床行走而改善循環及其他功能。

**循環系併發症之預防** 手術之創傷，出血及麻醉劑之作用，對循環系皆有著明影響，此等影響更由安靜臥床使之增重，蓋靜臥時四肢肌肉弛緩，呼吸運動減低，致使靜脈之回流不佳，影響重大者甚至引起休克，是故手術後應早期活動，以促進並改善循環，防止休克。

循環系之本身對手術創傷所起之生理反應為血液凝固性之增加，纖維素原（Fibrinogen）及白血球之增多，且於手術分部產生大量之凝血活素（thrombokinese），血球沉降率亦著明增進，然僅有此等變化並不能引起血栓形成（thrombosis），遇有其他因素如靜脈循環之鬱滯或下肢靜脈受壓迫而現內膜之損傷等同時作用，則血栓形成即極易發生，此症之重性即可能引起肺動脈栓塞（Pulmonary Embolism）。後者乃一極嚴重之手術後併發症，多於手術後一至二週間見之，最先發生血栓之部位以腓腸肌之靜脈較多，而開始於足蹠之靜脈者設少，此等血栓多逐漸向上蔓延，故引起肺動脈栓塞者，其栓子之來源，大部來自大腿之靜脈。

手術後預防靜脈血栓形成之方法包括以Trendelenbury氏臥位便利血之還流，以Heparin及Dicumarol防止血之凝固，及施行早期活動以增進並改善血液之循環，其中以早期活動效力最佳，因頭低臥對呼吸有防礙，Heparin等劑則有引起出血之危險，並須有實驗設備以便反復檢查凝血時間及

凝血酶元 ( Prothrombin )，例如Barker氏以Dicumarol 用於1000例行手術之病人，有二例發生肺動脈栓塞，其中一例死亡，另有八例現血栓形成，並有六十四例因該藥而現出血，其中二十五例之出血較劇而須以維生素K治之，反之，Loithauser氏以早期活動用於2047例手術病人，而未見肺動脈栓塞，僅二例現靜脈血栓，且此二例皆未在床上施行下肢之活動，故可認為例外，預防血栓形成之活動方法包括(一)以特製之腳踏車安置床尾，令病人踏之，同時行深呼吸，於手術後之第一日開始，每日四次，每次一至數分鐘，依病人之情形逐漸增加。(二)每小時屈伸足趾，踝關節及下肢各四次，同時行深呼吸，(Leithauser氏)。(三)Potts氏倡用每日清晨及晚間各行深吸氣十五次，每次吸氣之同時將下肢稍高舉並彎曲，依病人之情形逐漸增加。蓋深吸氣時因胸腔內陰壓增加，使下腔靜脈之血液易還流至心臟，下肢高舉使股靜脈之血液藉其本身之重力而易於還流，且下肢肌肉之收縮更增進靜脈血之循環，因之，下肢靜脈及骨盆靜脈叢內之血液不致鬱滯，故能預防血栓之發生，以上各法可於下床行充分活動時在床上行之，可能時應盡早施行。(四)下床活動，因後者乃最有效之預防法也。

**早期活動對胃腸道之影響** 腹部手術後常發生胃腸之膨脹，使呼吸，循環及胃腸本身之功能皆受其害，且防礙腹壁切口之癒合而可能引起傷口之崩裂或切口脫腸 ( Incisional Hernia )。預防胃腸膨脹之法，雖以減少手術時對內臟之損傷，供給充分之水分及電解質，並施行胃腸吸氣法等項為主，然早期活動使消化系及一般身體狀態早期恢復，故可直接減少腹脹之發生，並可早期經口攝入充分之水分及食物而防止手術後所常見之營養不良。

**早期活動對手術傷口之影響** 防礙傷口癒合之因素，包括過度之手術創傷，血漿蛋白減少症，維生素缺乏症，傳染及循環不良，重者可引起傷口之崩裂，此現象亦為嚴重之手術後併發症之一，其發病率平均佔一切腹部切口之1%，其發生之原因除上述諸項外，切口部位之不當，縫線之選擇及縫合方法之不當，肺部併發症及腹脹，皆有重要關係，其預防之法除矯正上述諸因素外，並須實施行適當之早期活動，如腹部切口及縫線之選擇適宜，則此種活動對於傷口非但無害，反有良好影響，因身體之活動可維持正常之血液及淋巴之循環，並使體內殘廢物適當排洩，故有促進傷口癒合之效。

**早期活動之其他優點** 此法對病人及醫院皆甚經濟，病人住院之時間縮短，可早期恢復工作，而醫院中病人之流動性大，可多收外科病人，如Leithauser氏之病人行闌尾切除術者，每四人中有一人於手術後二日出院，其手術後之平均住院時間為2.25日(闌尾穿孔者除外)，而行胆囊切除術之病人，其手術後平均住院時間為7.3日，手術後二週可開始工作，四至六週即可作重工作。

**活動與休息平衡之重要** 過度之休息雖使病人軟弱無力，然過度之活動則消耗病人之體力，皆不適宜，必須使消息與活動有適當之調節，始能獲得最大之功效，病人之耐受性為活動多少之指針，各種活動皆不可達於使病人訴說不適或疲勞之程度，然病人認為彼可能作之活動，亦不可制止之。

### 早期活動之實行方法

**在床上施行之活動** 手術後應時常改變病人之睡臥姿勢，除睡眠外，每小時分別屈伸足部及下肢各四次，同時行深呼吸，或行腳踏車輪運動法或Potts氏之深吸氣及下肢彎屈法(見前)，此等活動可依病人之情況而逐漸增加。

**下床活動** 第一次下床活動之方法可使病人側臥(常為右側臥)，將下腿垂於床緣外，繼由護士扶持或自行坐於床緣上，隨即站立地上，行深呼吸二次，再行自動咳嗽，咳時護士以手置其肺底部以檢查有無囉音，約咳二至三次即可查之，如有囉音，須繼續咳嗽，直待分泌物咳出而囉音消失為止，隨即繞床行走一週，或繞室一週，再立於床側，坐於床緣，兩手在枕上支持身體而側臥床上，最後乃轉身平臥。在闌尾切除等較簡單之手術，於第一次下床活動後，可依病人之情形隨時作同樣之活動，

---

---

並逐漸增加，但開始時每日至少可下床三次，二或三日後，可在花園中或晒台上作柔軟體操。在胆囊切除術，胃臟手術或病情較沉重者，第一次下床行咳嗽練習後，不可再繞床行走而立刻睡下，第一日可下床二次，其後逐漸增加，進度較闌尾手術者為慢，然四或五日後即可作柔軟體操，行闌尾手術者於下床一或二次後，即不再需要護理人員之扶持。

病情較沉重者，可僅行床上之活動方法，下床活動者，在其臥床時，依其情形可另行床上之活動法，但須注意活動與休息之平衡。

**活動開始之時間** 手術後之活動，須於麻醉恢復後，儘早開始，一般約在手術後三至四小時，第一次之活動，多在床上行之，然大部之病人，皆可能於手術後，數小時內，行第一次下床活動，例如 Leithauser 氏之實行早期活動之病人2047例中，有840例於手術後四小時內下床，若干醫師常等待三或五日後，如病人無意外變化，始令其下床，亦稱之為「早期」活動，實屬錯誤，蓋循環之障礙及肺不張等於手術後二十四小時內即在進行，但為潛伏性，而全部肺併發症之90%於手術後四日內發生，故各種活動須於第一日即行開始，始有預防之效，下床行走為最好之活動方法，故亦須於第一日開始行之。

**心理障礙之消除** 手術後臥床靜養之實行已久且獲得廣泛之信仰，外科醫師所學所見者莫不若是，如驟然改變其傳統之觀念，必甚困難，故應先了解早期活動之意義及方法，然後親自令病人實行各種之活動方法，親自扶持病人下床咳嗽及行走，並觀察活動後之結果，則對這種處理始能獲得信心而改變其固有觀念，近年來由於各種外科知識及技術之進步，如仍有對早期下床活動懷恐懼心理者，必係對其所作之手術缺乏信心所致，然如有對此方法毫無所知或缺乏熱心而不欲學習者，自當別論，外科護士，因其一向之所學所作，具有醫師相同之傳統觀念，然一旦醫師對此獲得信心後，即甚易轉移護士之觀念，故醫師須向護士解釋並實地示教，使其對此方法發生興趣及信心，此點甚為重要，因此種處理方法主要由護士執行也，如獲得醫師與護士之熱心及信仰，則病人方面之問題即不難解決，但須向病人解釋此法之意義及重要，並可聲稱「此乃本醫院或本醫師之治療方法，各病人皆須遵從。」病人之最恐懼為疼痛，如一次下床並咳嗽後，即發覺其痛遠不如所想像者之甚，且覺活動後身體狀態亦大為改善，則其後必甚樂予遵從，此法施行較久時，新入院之病人多能知之或目睹其他病人實行之情形，而可減少其反抗，病人有親友者，可為之解釋，並令其勸導病人遵從，各種活動之方法可以掛圖向病人指示。

### 有關早期活動之處理法

如前所述，早期活動甚為重要，然如腹部切口不當，或縫線不堅固，而遲令病人早期下床時，其結果必極惡劣，故須同時注意其他有關事項，再加以早期活動之施行，始獲最佳之效果也。

**手術技術之注意** 注意無菌技術，選用適當之切口以得充分而不過分之顯露，並避免對組織之不當處置，適用於早期活動之腹部切口包括（一）橫切口（transverse incisions），腹壁各部皆可行之，必要時並可自一側延長至他側，此種切口可避免腹橫肌及其筋膜，（腹直肌後鞘）之橫斷，而僅沿其纖維之方向分開，故此肌收縮時不致使切口拉開，且縫合時縫線與肌纖維呈直角，故易保持縫合部之牢固而不致將組織割裂。（二）中線切口（Mid-line incisions），即自兩側腹直肌之間切開腹壁，此處筋膜之纖維呈錯綜交叉狀，故腹肌緊張時，縫線亦不易割裂組織。（三）肌纖維分開之切口（Muscle Splitting incisions），常規的用於闌尾切除術及其他腹部兩側之手術，各層腹肌皆沿其纖維之方向分開而不需切斷，為各種切口之最安全者。

縫合切口之線須細而堅固並少刺激性，其中以合金鋼絲（Alloy Steel Wire）為最佳，質料堅固，全無刺激性，不引起組織之反應，不防礙傷口之癒合，有傳染或引流物之切口用之亦甚安全，其

缺點即不够柔軟，用時須富經驗，故有待今後之改善，棉線及絲線（Cotton and silk sutures）雖次於前者，但對組織之刺激性亦小，且相當堅固，故較貓腸線（Catgut sutures）為佳，因後者刺激性大，引起著明之組織反應，並防礙傷口之癒合，甚至引起膿瘍，故宜用其較細者，如 No.00 或 No.000 號者，更粗者不宜用於切口之縫合。

Leithauser 氏對肌纖維分開之切口，除皮膚外，腹膜及各層肌肉皆用細鉻製貓腸線（No.000 Chromic Catgut）之單線縫合之，對橫切口則以上項細貓腸線呈連續性縫合內層（包括腹膜，腹直肌後鞘，腹橫肌及其筋膜，（而外層）腹直肌前鞘及內外腹斜肌）則以三十二號合金鋼絲行『8』字形縫合法，但腹直肌之橫斷端則不需縫合，對中線切口則以三十二號合金鋼絲行間斷之 Smead 氏縫合法，即先自一側依次經前鞘，腹直肌之內緣，後鞘及腹膜穿入，由對側自內向外依相反之次序穿出，再由第一側之前鞘穿入而自對側之前鞘穿出，而後結紮，皮下及皮膚可用絲線，此等縫合法，據 Leithauser 氏之經驗，用於早期活動之病人，甚為牢固而安全，其變通方法即無合金鋼絲時，可以堅固之絲線代之，亦可以絲線代細貓腸線，且可將中線切口之腹膜，後鞘與前鞘分別縫合。

**手術前後之處理法** 欲使早期活動安全的施行，除注意手術技術外，更應矯正病人之生理變化，使達於或近於正常狀態，如水分及電解質平衡之維持，充分之睡眠，適當之休息，按需要供給葡萄糖，氨基酸，血漿，全血及各種維生素，此外防止胃腸之膨脹，並以化學療法防止或管制傷口之傳染，鎮靜劑及止痛劑應少用，但早期活動之病人，對此種需要亦較少。

### 早期活動之適應症及禁忌症

早期活動在一般之外科手術後皆適用之，在各種腹部手術後尤為需要，臨床上禁用此法之情況甚少，休克及內出血為絕對之禁忌症，如病人無生望者（如癌腫之晚期等）可不行早期活動，發熱，循環不良及傷口傳染皆不禁用，唯衰弱之病不可使之運動過度，其於沉重而不能下床者，宜使其屈伸下肢，一俟循環恢復即儘早下床，腹直肌切口（Mid-rectus incision），特在上腹部之腹直肌切口，禁行早期下床，僅可在床上行輕微活動，蓋此等切口將腹直肌鞘之纖維橫斷，於縫合後縫線易將組織割裂，其他長切口而用能吸收之縫線者，或縫合技術不佳者，皆不可早期下床，然可能時此等切口及縫合技術之不當，應儘量避免之。

### 總 論

本文對手術後早期活動之功效及施行方法，加以討論，並強調外科醫師，對此方法應有充分之了解，並親自觀察實行之結果，以消除其恐懼心理而改變其傳統之觀念，俾此種更合於自然及生理學之處理方法能廣泛的應用，以減少手術後之併發症並使病人早復健康。

### 參考文獻

1. Leithauser, D.J. Early ambulation. 1946.
2. Dock, W. Evil sequelae of complete bed rest. J.A.M.A. 125:1083, 1944.
3. Potts, W.J. Pulmonary embolism. Ann. of Surg. 111:554, 1940.
4. Schafer, P.W., Dragstedt, L.R. "Early rising" following major surgical procedures. S.G.O. 81:93, 1945.
5. Leithauser, D.J. Confinement to bed for only 24 hours, after operation: A means of preventing pulmonary and circulatory complications and of shortening the period of convalescence, Arch. Surg. 47:203, 1943.
6. Jones, T.E. The use of alloy steel wire in the closure of abdominal wounds. S.G.O. 72:1056, 1941.



---

---

# 國人死因之商榷

李廷安 郭祖超

死因統計之研究，影響於公共衛生之發展者至鉅。例如年英人1665顧恩特(John Graunt)氏發表該國死亡統計，博得朝野人士之注意，乃共策羣力，以促進民族之健康，其對於彼邦公共衛生之改進，貢獻非淺。嗣後各國政府相繼舉辦生命統計，俾利用該項資料以探討與生命現象攸關之事實，由是年齡，性別，職業，區域及季節等因子與健康之關係，始得日見明瞭。

我國之生命統計，尙未充分發展，關於死因之記載，名稱既未盡善，項目又多參差。試檢視過去各地之死亡統計，便知其中所列死因之名詞，常有不合於科學者，亦有以症狀作為死因者，且各省市所用之死因名稱，每多出入，欲彙合統計，深感困難。作者等有鑒及此，爰將我國已往發表之死亡原因，加以檢討，並建議採用國際死因簡略表，以資劃一。又參照實際情形，將該表死因中之一項略為補充，以符國情。

## 我國死因分類之沿革

民國以前，清政府（參考1）雖有出生疾病及死亡報告之規定，而結果甚不可靠。迄民國十一年一月二十日內政部（參考1）頒佈死因六十四種通令全國縣市按表呈部，惟報告甚欠詳實，而死因亦未盡善。茲將此六十四種死因舉列如下：

- |        |         |         |            |        |        |
|--------|---------|---------|------------|--------|--------|
| 1. 霍亂  | 2. 赤痢   | 3. 傷寒   | 4. 痘瘡      | 5. 疹熱症 | 6. 猩紅熱 |
| 7. 白喉症 | 8. 黑死症  | 9. 頭痛   | 10. 腦病     | 11. 瘋病 | 12. 驚風 |
| 13. 風邪 | 14. 目疾  | 15. 牙疳  | 16. 鼻症     | 17. 耳病 | 18. 喉症 |
| 19. 噎膈 | 20. 癆症  | 21. 乾血癆 | 22. 吐血     | 23. 蠱症 | 24. 積症 |
| 25. 胃病 | 26. 心痛  | 27. 肝症  | 28. 脾症     | 29. 肺症 | 30. 結胸 |
| 31. 咳嗽 | 32. 痰症  | 33. 瘋症  | 34. 熱症     | 35. 黃病 | 36. 癩病 |
| 37. 中暑 | 38. 吐瀉  | 39. 痢疾  | 40. 瘡病     | 41. 乳瘡 | 42. 腸癰 |
| 34. 腰痛 | 44. 腹痛  | 45. 腹症  | 46. 傷風     | 47. 腿疾 | 48. 悶鬱 |
| 49. 虛病 | 50. 便秘  | 51. 脚氣  | 52. 痔漏     | 53. 疝氣 | 54. 淋病 |
| 55. 胎毒 | 56. 齒症  | 57. 月經病 | 58. 疔毒     | 59. 癬疥 | 60. 便血 |
| 61. 腎症 | 62. 花柳病 | 63. 其他  | 64. 不明之疾病。 |        |        |

上列死因中，風邪，頭痛，噎膈，結胸，悶鬱等，皆係病狀，並非死因。且是項分類多含傳統見解，不合於科學原則，而所用名詞，涵義甚為晦澀，故不能認為滿意。

蘭安生，黃子方，及許世瑾三氏（參考1）認為死因之確定，在國家衛生行政上，甚為重要，乃



將國人死亡原因，作精密之研究，於民國十六年建議死因二十五種，在北平內左二區試用，此實爲我國施用死因之濫觴。嗣後各地死因報告，多以此爲藍本，其對於我國公共衛生上之貢獻，實匪淺鮮。茲將蘭氏等所建議之二十五種死因錄後：

- |           |             |        |            |          |
|-----------|-------------|--------|------------|----------|
| 1. 肺癆     | 2. 其他癆病     | 3. 胃腸病 | 4. 呼吸系病    | 5. 心腎病   |
| 5. 天花     | 7. 白喉       | 8. 猩紅熱 | 9. 疹類      | 10. 其他熱病 |
| 11. 老病及中風 | 12. 初生虛弱    | 13. 抽風 | 14. 出生死    | 15. 腸熱   |
| 16. 生產疾病  | 17. 瘡毒(花柳病) | 18. 傷毒 | 19. 肝病(黃疸) | 20. 霍亂   |
| 21. 鼠疫    | 22. 外傷      | 23. 服毒 | 24. 其他原因   | 25. 病因不明 |

蘭氏等自建議二十五種死因後，即在北平試用，據試用結果，認爲因我國醫學幼稚，倘採用國際死因分類表，恐非一般統計調查員所能運用，苟欲使彼等調查時能約略分類而得比較可靠之結果，則死因分類不能過詳。於是蘭安生，方頤積二氏(參考2)於民國十八年擬定死因二十四種，較前次所建議者，略有增刪，茲錄之如次：

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. 肺癆       | 2. 其他癆病         | 3. 呼吸系病(非癆病) |
| 4. 白喉       | 5. 猩紅熱          | 6. 天花        |
| 7. 其他疹病     | 8. 鼠疫           | 9. 敗血病及染毒創傷  |
| 10. 其他熱病    | 11. 腹瀉及腸炎(二歲以下) | 12. 傷寒       |
| 13. 霍亂      | 14. 其他胃腸系病      | 15. 心腎病      |
| 16. 年老病及中風  | 17. 產褥病         | 18. 驚厥       |
| 19. 先天衰弱及早產 | 20. 狂犬病         | 21. 中毒及自殺    |
| 22. 外傷      | 23. 其他原因        | 24. 原因未明之疾病  |

上列二十四種死因，雖能適合國情，惟「驚厥」一項包含中風，腦膜炎，產褥期驚厥，希司忒利阿 Hysteria，破傷風，出牙，蟬蟲堵塞腸腔，番木鱈素中毒，急性酒中毒等性質不相同之疾病。故其涵義混雜，實非科學名詞。

我國政府方面所頒佈之死因分類，亦因各專家研究之結果，而有數度修正。民國十七年十月以前，內政部衛生司所頒佈之衛生要覽內，載有下列二十七種死因：

- |                |            |             |
|----------------|------------|-------------|
| 1. 傷寒          | 2. 霍亂      | 3. 天花       |
| 4. 麻疹          | 5. 猩紅熱     | 6. 鼠疫       |
| 7. 白喉          | 8. 其他疹病及熱病 | 9. 肺癆       |
| 10. 其他癆病       | 11. 呼吸系病   | 12. 赤痢      |
| 13. 胃腸病        | 14. 水腹及黃疸  | 15. 心腎病     |
| 16. 糖尿病        | 17. 惡性腫瘤   | 18. 中風與老年病  |
| 19. 闌尾炎        | 20. 梅毒及淋   | 21. 產褥熱及敗血病 |
| 22. 其他因生產所致之疾病 | 23. 驚厥     | 24. 早產及先天衰弱 |
| 25. 自殺         | 26. 意外     | 27. 原因不明之疾病 |

蘭安生方頤積(參考2)二氏認爲在此二十七種死因中，糖尿病與闌尾炎二者，非經正式醫師不易診斷，又水腹及黃疸二者均係症狀，並非疾病。故此表之分類，亦未臻盡善。

十七年冬，國民政府行政院衛生部奉命成立。即於同年十月二十九日公布「特別市及市生死統計暫行規則」附「暫行死因分類表」甲乙兩種：甲種適用於醫師，計分十四章，共有死因一百零七種；乙種適用於中醫，計有死因二十七種(參考3)。茲分錄於後：

## 暫行死因分類表

甲種（醫師適用，計百零七種）

### 第一章

- |                                     |                |                |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| 1. 傷寒（腸熱症）                          | 2. 霍亂（瀉痢痧）     | 3. 赤痢（細菌性，原蟲性） |
| 4. 天花                               | 5. 麻疹（瘡）       | 6. 猩紅熱         |
| 7. 斑疹傷寒                             | 8. 回歸熱         | 9. 白喉          |
| 10. 鼠疫（核子瘟）                         | 11. 百日咳        | 12. 流行性感冒      |
| 13. 黃疸出血性螺旋蟲病（凡意兒氏病 Weil's disease） |                | 14. 流行性腦脊髓膜炎   |
| 15. 流行性腦炎                           | 16. 急性多發性脊髓前角炎 | 17. 狂犬病        |
| 18. 瘧疾                              | 19. 破傷風        | 20. 脾脫疽        |
| 21. 丹毒                              | 22. 肺結核        | 23. 其他結核       |
| 24. 麻瘋（癩）                           | 25. 梅毒         | 26. 黑熱病        |
| 27. 膿毒症及敗血症                         | 28. 其他傳染性疾病    | 29. 血蛭病（住血吸蟲病） |
| 30. 鈎蟲病（十二指腸蟲病）                     | 31. 其他寄生蟲病     |                |

### 第二章

- |                 |                                       |              |
|-----------------|---------------------------------------|--------------|
| 32. 瘤瘍          | 33. 肉瘤                                | 34. 其他各種惡性腫瘤 |
| 35. 良性腫瘤        | 36. 急性風濕熱（急性侵襲提熱 Rheumatism）          |              |
| 37. 慢性風濕骨關節炎及痛風 |                                       | 38. 糖尿病      |
| 39. 惡性貧血症       | 40. 眼球突性甲狀腺腫（巴塞斗氏病 Basedow's disease） |              |
| 41. 其他內分泌腺各種疾病  | 42. 白血及何知金氏病 Hodgkin's disease        |              |
| 43. 其他各種全身疾病    |                                       |              |

### 第三章

- |                 |                  |              |
|-----------------|------------------|--------------|
| 44. 腦脊髓膜炎       | 45. 脊髓癆          | 46. 腦出血及中風   |
| 47. 麻痺症         | 48. 其他各種精神病      | 49. 癲癇（即羊角風） |
| 50. 其他中樞神經系各種疾病 | 51. 眼耳及其附屬器之各種疾病 |              |

### 第四章

- |              |                |               |
|--------------|----------------|---------------|
| 52. 心囊炎      | 53. 急性心內膜炎及心筋炎 | 54. 絞心症       |
| 55. 慢性心臟膜疾病  | 56. 其他心臟各種疾病   | 57. 大動脈瘤      |
| 58. 其他動脈各種疾病 | 59. 血栓及血塞（非腦性） | 60. 其他循環系各種疾病 |

### 第五章

- |                  |           |               |
|------------------|-----------|---------------|
| 61. 氣管支炎         | 62. 氣管支肺炎 |               |
| 63. 大葉性肺炎及其他各種疾病 | 64. 肋膜炎   | 65. 其他呼吸系各種疾病 |

### 第六章

- |               |           |               |
|---------------|-----------|---------------|
| 66. 胃及十二指腸潰瘍  | 67. 下痢及腸炎 | 68. 盲腸炎及盲腸周圍炎 |
| 69. 疝氣        | 70. 腸閉塞   | 71. 其他胃腸各種疾病  |
| 72. 肝硬變       | 73. 膽石症   | 72. 其他肝臟各種疾病  |
| 75. 其他消化系各種疾病 |           |               |

---

---

### 第七章

- |           |             |                |
|-----------|-------------|----------------|
| 76急性腎炎    | 77慢性腎炎      | 78其他腎及其附屬器各種疾病 |
| 79尿石病     | 80膀胱各種疾病    |                |
| 81攝護腺各種疾病 | 82其他生殖系各種疾病 |                |

### 第八章

- |             |                 |             |
|-------------|-----------------|-------------|
| 83好娠及出產時之異常 | 84產褥敗血症（流血時亦在內） | 85產婦蛋白尿症及子癩 |
| 86其他產褥各種疾病  |                 |             |

### 第九章

- 87皮膚及其附屬器官各種疾病

### 第十章

- 88運動器官各種疾病（結核及風濕除外）

### 第十一章

- 89先天畸形

### 第十二章

- |               |      |                |
|---------------|------|----------------|
| 90先天性虛弱黃疸及鞏皮症 | 91早產 | 92其他初生兒特有之各種疾病 |
|---------------|------|----------------|

### 第十三章

- 93老衰

### 第十四章

- |                                    |            |               |
|------------------------------------|------------|---------------|
| 94自殺                               | 95他殺       | 96酒精中毒（急性及慢性） |
| 97急性中毒症（瓦斯在外）                      | 98其他慢性各種中毒 | 99火傷及燙傷致死     |
| 100吸各種刺激性及有毒氣體（窒息在內）致死             |            | 101溺死         |
| 102跌傷致死                            | 103壓傷致死    |               |
| 104各種因外力而生之災變的暴死（戰時之暴死應分列於他殺或災害各項） |            |               |
| 105原因不明之暴死（除自殺他殺災害以外之暴死皆歸入此項）      |            |               |
| 106其他各種外因                          | 107原因不明    |               |

### 暫行簡要死因分類表 乙種（中醫師適用計二十七種）

- |           |              |           |
|-----------|--------------|-----------|
| 1. 傷寒即腸熱症 | 2. 霍亂        | 3. 天花     |
| 4. 麻疹     | 5. 猩紅熱       | 6. 鼠疫     |
| 7. 白喉     | 8. 其他瘟疫熱病疹類病 | 9. 肺癆     |
| 10. 其他癆瘵  | 11. 呼吸系病     | 12. 痢疾    |
| 13. 胃腸病   | 14. 鼓脹黃疸     | 15. 心腎病   |
| 16. 糖尿病   | 17. 惡性腫瘤     | 18. 中風及老衰 |

19腸癰	20瘡毒	21產褥敗血症
22其他難產小產及妊娠臨產時各種病變		23抽風
24早產及初生虛弱諸病	25自殺	26災變
27原因不明		

甲種分類表共分十四章。其排列之先後，除將國際死因分類表中所列之「急性與慢性中毒」移後併入第十四章，又「瘤與其他腫瘤」，「風濕症，營養及內分泌腺之疾病與其他全身疾病」及「血液與造血器官之疾病」三者合為第二章外，餘均參照國際死因分類表之次序。各章中所列死因之次序亦與國際表大致相同。乙種分類表係供中醫師之用，故死因名稱亦較通俗，並附有「別名俗名」，「主要症候」及「注意事項」等以供參考。按我國之死因分類，其名稱確定，且與國際表較為接近者尚屬創舉，蓋我國之死因研究，至此可謂轉入一新階級矣。

民國十九年一月二十九日衛生部（參考4）參照已有之死因分類表加以修改，乃公佈「修正特別市及市生死統計暫行規則」，所附暫行死因分類表計列死亡名稱二十七種：

1. 傷寒及類傷寒	2. 斑疹傷寒	3. 赤痢
4. 天花	5. 鼠疫	6. 霍亂
7. 白喉	8. 流行性腦脊髓膜炎	9. 猩紅熱
10. 麻疹	11. 傷寒	12. 其他發熱及發疹病
13. 狂犬病	14. 抽風病	15. 產褥病
16. 肺癆	17. 其他癆病	18. 呼吸系病（癆病除外）
19. 腹瀉及腸炎（二歲以下）	20. 其他胃腸病	21. 心腎病
22. 老衰及中風	23. 初生虛弱及早產	24. 中毒及自殺
25. 外傷	26. 其他原因	27. 原因不明

此表雖經修正而尚有未臻盡善者。如西南各省瘧疾盛行，為致死之一重要原因，證諸廣西省之「瘧疾」死亡率（見表一）可見一般。而此表中虛疾一項未曾列入。又「梅毒」一項亦為我國重要死因之一，在十七年頒佈之乙種表中曾併入「瘡毒」項內，此次修正表中，則「瘡毒」項下並未提及，亦屬美中不足。

二十三年十一月十七日內政部衛生署（參考5）又修正「市生死統計暫行規則」。惟死因分類表則仍舊。

吳興業氏（參考6）認為死因有規定之需要乃，將國際協定死亡原因表譯成中文，載於1933年之中華醫學雜誌，並謂此種國際協定之死因分類，雖對中國情形多有不合，然與其武斷更改，不如先為試用等語。

綜上所述，可見近三四十年以來，死因之分類，已獲得我國朝野人士之注意，始則以傳統名詞，症候或不科學名稱，混雜其間；繼則從事實驗工作，為改進之張本；終則與國際分類逐漸接近，雖屢經修正，但尚未完全脫離非科學之範圍。今後尚有改進之需要，故作者等願將國人死因分類，作更進一步之商榷。

## 我國之重要死因

死因分類表，雖經衛生署修正公佈，而各地所用者尚多參差。作者搜集定縣，清河鎮，廣西，貴陽，南京，北平市第一衛生區，上海，天津，青島，杭州，漢口，廣州等十二處之死因報告，其所列項目有十七，二十四，二十五，二十六，二十七，二十八不等，而以採用二十七個者為最多。死因名稱亦多出入，如「老衰及中風」有名為「老年病及中風」或「老弱及中風」者，「初生虛弱及早產」

或稱「先天不足與早產」亦有僅稱「初生衰弱者」，「痢疾」「肺癆」等亦有類似情形。至於「驚厥」「敗血症」，「破傷風」等名稱僅一地用之，而為他處所無者。由此可見各地所用死因分類有三大缺點，即項目不等而名稱亦不一致也。

表一 各地死亡原因統計表

河北定縣(註1)		河北清河鎮(註2)		廣西全省(註3)	
死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)	死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)	死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)
猩紅熱	278.3	抽風	608.4	老弱及中風	209.2
老年病及中風	275.7	老弱及中風	480.3	傷寒	182.1
肺結核	175.7	肺結核	463.0	瘧疾	172.5
其他非特定之消化系病	163.0	瘧毒	160.1	赤痢	124.2
心腎臟病	142.0	呼吸系病	128.1	其他發熱及發疹病	104.2
痢疾	128.3	心腎病	128.1	其他胃腸病	72.1
其他傳染病與寄生蟲病	111.3	初生虛弱及早產	128.1	肺癆	65.1
驚厥	104.3	腹瀉及腸炎	96.1	抽風症	64.2
腹瀉及腸炎(三歲以下)	101.7	其他胃腸病	96.1	麻疹	42.6
敗血症	78.7	腦脊髓膜炎	64.0	其他癆病	42.0
白喉	59.3	痢疾	32.0	腹瀉腸炎	40.5
外傷	54.0	麻疹	32.0	天花	31.2
先天不足與早產	52.0	中毒及自殺	32.0	心腎病	30.2
麻疹	50.7	外傷	32.0	外傷	28.8
產褥熱	37.3	產褥熱	32.0	呼吸系病	25.2
中毒與自殺	23.0			斑疹傷寒	22.9
傷寒	18.3			初生虛弱及早產	20.1
流行性腦脊髓膜炎	11.3			產褥病	17.1
斑疹傷寒	10.0			破傷風	12.3
霍亂	8.7			瘧毒	7.0
天花	5.7			流行性腦脊髓膜炎	6.0
狂犬病	1.7			白喉	5.5
鼠疫	0			猩紅熱	5.2
其他原因	79.0			中毒及自殺	4.5
未詳與不明原因	59.0	其他原因	96.1	狂犬病	4.1
		原因不明	96.1	霍亂	0
				其他原因	95.7
				原因不明	96.0

(註1) C. C. Chen: Milk Bank Memorial Fund Quarterly, Vol. XV, No. 4, Oct. 1937  
1934—37年之平均專率)。

(註2) 李廷安: 中國鄉村衛生問題, 商務印書館再版, 第二十一頁。

(註3) 廣西省二十九年度生命統計報告。

表一 各地死亡原因統計表(續)

貴陽市(註4)		南京市(註5)		北平市第一衛生區(註6)	
死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)	死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)	死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)
呼吸系病	251.3	呼吸系病(癆病除外)	377.1	呼吸系病	271.0
腹瀉及腸炎	214.2	其他發熱及發疹病	298.2	肺癆	201.8
其他發熱及發疹病	198.6	其他胃腸病	164.0	老衰及中風	113.7
麻疹	160.3	肺癆	159.0	抽風病	106.0
其他胃腸病	140.7	麻疹	147.9	其他胃腸病	102.6
赤痢	137.6	腹瀉及腸炎	114.3	心腎病	98.3
肺癆	119.6	抽風病	107.2	腹瀉及腸炎(二歲以下)	98.3
心腎病	82.8	老衰及中風	80.3	初生衰弱	73.5
老衰及中風	61.0	癩毒	64.0	赤痢	63.3
外傷	52.4	初生虛弱及早產	41.0	其他發熱及發疹病	54.7
癩毒	47.7	外傷	41.0	麻疹	42.6
產褥病	26.6	心腎病	38.7	其他癆病	26.5
天花	22.7	產褥病	30.9	猩紅熱	23.9
抽風症	22.7	傷寒或類傷寒	19.1	癩毒	18.8
傷寒及類傷寒	21.9	天花	8.9	產褥病	16.2
腦膜炎	20.3	其他癆病	6.8	白喉	14.5
初生虛弱及早產	19.5	流行性腦脊髓膜炎	5.5	中毒及自殺	5.1
白喉	16.4	赤痢	1.1	外傷	5.1
斑疹傷寒	6.2	白喉	0.7	傷寒及類傷寒	4.3
中毒及自殺	6.2	狂犬病	0.5	流行性腦脊髓膜炎	3.4
猩紅熱	3.1	猩紅熱	0	斑疹傷寒	2.6
狂犬病	2.3	斑疹傷寒	0	天花	2.6
		鼠疫	21.6	鼠疫	0
		霍亂	3.3	霍亂	0
				狂犬病	0
其他原因	50.8	其他原因		其他原因	80.4
死因不明	11.7	原因不明		原因不明	4.3

(註4) 貴陽市三十年度生命統計年報。

(註5) 內政部編：戰時內務行政應用統計專刊，第五種第一一五頁(民國二十七年五月)。

(註6) 北平市衛生局第一衛生事務所第十年年報，15—16頁。

表一 各地死亡原因統計表(續)

上海		天津		青島	
死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)	死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)	死亡原因	死亡專率 (每十萬人中)
老衰及中風	114.1	其他癆病	230.0	其他癆病	198.0
其他發熱及發疹病	114.0	老衰及中風	194.0	抽風症	125.0
肺癆	109.3	其他發熱及發疹病	101.6	呼吸系病	52.7
抽風症	80.0	呼吸系病	75.4	肺癆	34.9
傷寒或類傷寒	48.2	其他胃腸病	70.6	老衰及中風	34.2

其他胃腸病	47.7	肺癆	40.3	赤痢	31.8
麻疹	36.8	天花	33.4	中毒及自殺	26.9
天花	29.6	瘧疾	26.3	麻疹	26.4
呼吸系病	29.6	抽風症	26.2	腹瀉及腸炎	14.3
心腎病	25.8	傷寒或類傷寒	12.2	瘧疾	10.4
其他癆病	24.2	腹瀉及腸炎	9.8	外傷	8.6
瘧疾	19.7	心腎病	8.4	天花	7.1
赤痢	11.6	癩毒	6.3	心腎病	6.6
癩毒	10.6	外傷	5.7	傷寒或類傷寒	4.4
白喉	9.6	赤痢	4.3	其他胃腸病	4.2
猩紅熱	7.5	麻疹	3.9	白喉	1.0
外傷	5.8	中毒及自殺	3.3	霍亂	.4
腹瀉及腸炎	5.7	白喉	2.6	斑疹傷寒	—
中毒及自殺	4.7	霍亂	1.7	鼠疫	—
初生虛弱及早產	3.2	流行性腦脊髓膜炎	.7	流行性腦脊髓膜炎	—
流行性腦脊髓膜炎	1.8	斑疹傷寒	—	猩紅熱	—
霍亂	.0	鼠疫	—	癩毒	—
狂犬病	.0	猩紅熱	—	其他發熱及發疹病	—
斑疹傷寒	—	狂犬病	—	狂犬病	—
鼠疫	—	初生虛弱及早產	—	初生虛弱及早產	—
其他原因	29.9	其他原因	59.5	其他原因	143.5
死因不明	41.2	死因不明	9.8	死因不明	17.4

(註) 本表計算時，所用死亡人數，係根據國府主計處統計局編：中華民國統計提要(二十九年輯)表11之材料，人口總數則根據同，書表7之材料。

表一 各地死亡原因統計表(續完)

杭 州		漢 口		廣 州	
死 亡 原 因	死亡專率 (每十萬人中)	死 亡 原 因	死亡專率 (每十萬人中)	死 亡 原 因	死亡專率 (每十萬人中)
老衰及中風	232.5	天花	225.0	老衰及中風	156.2
傷寒或類傷寒	177.0	肺癆	165.4	其他胃腸病	140.0
抽風症	158.8	其他癆病	159.0	肺癆	83.4
肺癆	90.4	老衰及中風	124.8	呼吸系病	67.0
麻疹	50.8	傷寒或類傷寒	72.5	心腎病	67.0
其他癆病	40.5	其他胃腸病	65.0	其他發熱及發疹病	52.3
其他發熱及發疹病	34.6	赤痢	58.1	抽風症	40.9
天花	34.0	抽風症	54.2	腹瀉及腸炎	37.5
猩紅熱	32.2	呼吸系病	48.0	初生虛弱及早產	18.2
霍亂	19.4	霍亂	46.0	赤痢	14.7
流行性腦脊髓膜炎	18.5	麻疹	45.8	傷寒或類傷寒	12.9
呼吸系病	17.1	其他發熱及發疹病	44.0	瘧疾	12.5
其他胃腸病	12.8	腹瀉及腸炎	39.6	霍亂	11.6
瘧疾	11.8	心腎病	25.2	外傷	11.1
心腎病	10.3	瘧疾	17.7	流行性腦脊髓膜炎	5.7
赤痢	9.7	初生虛弱及早產	11.5	中毒及自殺	3.6
白喉	6.8	外傷	9.6	癩毒	2.4
腹瀉及腸炎	6.0	猩紅熱	8.5	白喉	1.4

外傷	3.7	瀉毒	8.2	麻疹	1.3
中毒及自殺	2.5	斑疹傷寒	7.9	斑疹傷寒	—
斑疹傷寒	—	流行性腦脊髓膜炎	7.7	天花	—
鼠疫	—	中毒及自殺	6.3	鼠疫	—
瀉毒	—	白喉	4.1	猩紅熱	—
狂犬病	—	鼠疫	—	狂犬病	—
初生虛弱及早產	—	狂犬病	—	其他癆病	—
其他原因	28.6	其他原因	45.3	其他原因	536.0
死因不明	33.9	死因不明	20.6	死因不明	779.0

(註)本表計算時，所用死亡人數，係根據國府主計處統計局編：中華民國統計提要（二十九年輯）表11之材料，人口總數，則根據同書表7之材料。

表二十二地區之平均死亡專率

上述十二地區之死亡報告，有已求死亡專率者，亦有僅載死亡人數者，為便於比較起見，均化為死亡專率，並按數值之大小排列先後（表一）。最後將十二地區平均之其一地所獨有而他處均無之死因則予刪除，結果實得比較普通之死因二十六個（表二）。惟因我國死亡報告與臨床診斷不能確實，故表內之平均死亡專率不能認為可靠之統計，但對於死因之重要性可由此得一普通印象，其中尤以癆病，胃腸傳染病，及其他傳染病為數特多，若將『肺癆』與『其他癆病』兩項專率相加則得 234.2；又將『霍亂』，『赤痢』，『傷寒或類傷寒』，『腹瀉及腸炎』四項專率相加則得 181.4；如將表內傳染病合計則佔總數百分之五十以上。較諸先進國家相去奚止道里。推其原因，實由於我國公共衛生之不發達所致。此則吾人亟待努力者也。

### 採用國際死因簡略表之建議

我國之死因研究已如上述，今後如欲劃一分類，以便彙集統計，並使本國資料能與國際統計互相比較，實有即行採用國際分類之必要。試觀其他科學，如化學原素，物理定律，算學公式等等，無一不有國際標準為舉世所採用，則死因分類又豈能獨異。況戰後國際間之合作必更趨密切，醫學衛生事業自不能例外。且國際死因分類表經數十國醫學統計專家詳細訂定

，並經數次修正，其考慮之周密，自毋待言。今先進國家多已採用，我國捨此而不用是何故歟！

按國際死因分類表之規定，肇端於 1853 年，當時各國統計學家集會於布魯塞爾 (Brussels) 推舉威廉法爾 (William Farr) 及馬克地士班 (Marc d'Espine) 二氏起草疾病分類之報告，其分類表不久即為巴黎及維也納等地所採用，並譯成六國文字。此後二十餘年間曾修正多次。迄 1893 年國際統計學會在

號數	死 因	死亡專率 (每十萬人中)
1	老衰及中風	156.3
2	肺癆	142.3
3	抽風症	126.7
4	呼吸系病	122.0
5	其他發熱及發疹病	111.4
6	其他癆病	91.9
7	其他胃腸病	83.3
8	腹瀉及腸炎	64.8
9	心腎病	55.3
10	麻疹	53.4
11	傷寒或類傷寒	52.1
12	赤痢	51.8
13	猩紅熱	44.9
14	天花	40.8
15	初生虛弱及早產	40.8
16	外傷	21.5
17	產褥病	21.5
18	瀉毒	20.6
19	流行性腦脊髓膜炎	13.5
20	霍亂	12.7
21	白喉	11.5
22	中毒及自殺	10.7
23	斑疹傷寒	8.3
24	狂犬病	1.9
25	其他原因	105.5
26	死因不明	100.2
	總 計	1,565.7



芝加哥首次開會，又將該表修正，以後每隔十年即修正一次，如 1900,1909,1920,1929 等年歷次均有增刪。最近於1938年十月舉行第五屆國際死亡原因修正會議，閉幕後國聯衛生處即發表第五次修正報告（參改7），其詳細分類表計列死因二百種，中間分類表列死因八十七種，另有簡單分類表，則列死因四十四種。作者認為國際死因詳細及中間二分類表過於詳細，在我國目前實施非易。至其簡單分類表可為我國所採用，惟須稍加補充。蓋痢疾，霍亂，流行性腦脊髓膜炎，狂犬病等在先進國家已為不重要之死因，故簡單分類表內未曾將其列入，但此四種傳染病在國內現尚流行有保留之需要，為補救是項缺點以適合國情計，作者擬將此等死因附於第十四項死因「其他傳染病或寄生蟲病」之內，其全表形式如下：

- |   |                    |                 |
|---|--------------------|-----------------|
| 1. 傷寒及副傷寒                                       | 2. 鼠疫              | 3. 猩紅熱          |
| 4. 百日咳  | 5. 白喉              | 6. 呼吸系結核病       |
| 7. 其他結核病  | 8. 瘧疾              | 9. 梅毒           |
| 10. 流行性感冒                                       | 11. 天花             | 12. 麻疹          |
| 13. 斑疹傷寒  |                    |                 |
| 14. 其他傳染病或寄生蟲病（甲、痢疾 乙、霍亂 丙、流行性腦脊髓膜炎 丁、狂犬病 戊、其他） |                    |                 |
| 15. 惡性腫瘤  | 16. 非惡性腫瘤及不能診斷之腫瘤  |                 |
| 17. 風濕病及痛風                                      | 18. 糖尿病            | 19. 急性及慢性酒中毒    |
| 20. 維生素缺乏病，其他普通血液病及慢性中毒                         |                    |                 |
| 21. 非流行性腦膜炎與延髓及脊髓疾病                             |                    | 22. 顱內血管損害所致之疾病 |
| 23. 其他神經系及感覺器病                                  | 24. 心臟病            | 25. 其他循環器病      |
| 26. 氣管炎   | 27. 肺炎及支氣管炎        | 28. 其他呼吸系病      |
| 29. 腹瀉及腸炎（二歲以下）                                 | 30. 闌尾炎            | 31. 肝臟及胆管病      |
| 32. 其他胃腸系病                                      | 33. 腎臟病            | 34. 其他泌尿生殖系病    |
| 35. 產褥傳染病                                       | 36. 其他因受孕生產產後所致之疾病 |                 |
| 37. 皮膚，蜂窩組織，骨骼及運動器官之疾病                          |                    |                 |
| 38. 先天性虛弱與畸形早產及初生年內特殊疾病                         |                    | 39. 年老          |
| 40. 自殺  | 41. 謀殺             | 42. 汽車撞死        |
| 43. 其他劇烈或意外死亡                                   | 44. 原因不詳或不明。       |                 |

國際簡單死因分類表中所列死因數目，雖較我國過去所通用之二十七個為多，惟相差甚為有限，若與民國十一年內政部所頒佈之死因六十四種，十七年衛生部所頒佈之死因一百另七種相較，則此四十四種之數，似為適中，應用時當無困難。將來我國醫學發達，欲採用國際死因詳細分類表時，已有此簡單分類表奠其基礎，亦屬易事矣。

死因分類之統一，除便於比較外，尚有一要旨在，即獲得更正確之記錄是。惟過去對於死因之記載，頗多失實，推其主因，似有四點：一為臨床診斷之錯誤，據喀鮑脫 (R.C. Cabot) 氏之研究（參考8），在美國波士頓麻省公立醫院內三千個屍體解剖之結果，發現臨床診斷頗多錯誤，例如糖尿病之臨床診斷，其正確者佔百分之九十五，傷寒為百分之九十二，急性肺炎為百分之七十四，慢性腎臟炎為百分之七十四，急性腎臟炎為百分之十六，支氣管炎為百分之三十三。我國臨床診斷上之錯誤當遠過之。欲避免是項錯誤必須提高醫學生之專門訓練，庶幾因診斷錯誤而枉死者可減少。一為醫生不明填表方法或怠於報告以致記載失實，此則祇須政府公布死因分類表之詳細填寫方法，並由各醫學院與學生以相當之訓練，同時政府嚴令全國醫生對於死因表格必須詳實填報，倘有玩忽，須受相當處分，其困難亦可解決。一為死因複雜，不易辨別。此則須醫生精審判斷，別其主因與副因，而後錯誤可以

---

---

減少。一爲死者患不名譽之疾病，家屬不願宣布真相，醫生爲顧全顏面計改報其他原因。此項困難似亦可以避免。如瑞典將死因記載表分爲兩聯，編以號碼，第一聯記載死者姓名及死亡事實交其家屬，爲向警區報告死亡之用；第二聯詳載死亡之真實原因逕寄當地衛生機關彙報中央政府。此法行之已久，頗稱便利，我國或可試用之。苟我國採用國際通用之死因分類表，並由上述各點從事改進，則死因之統計，當可日趨正確。

## 結 論

1. 我國已往所用之死因分類，名稱既未妥善，項目又多參差，應如何改進，始可國內各地，或與其他各國相比較？又我國之重要死因爲何？此二問題爲本文所欲討論者。
2. 本文首述我國死因研究之沿革，包括政府歷次頒佈之死因分類表，及蘭安生，黃子方，許世瑾氏等之研究結果，並加以檢討。
3. 作者搜集我國十二地區之死因記錄，求其死亡率而平均之。據統計結果發現各地所用死因數目不同，名稱亦不一致。又我國癆病，胃腸傳染病，及其他傳染病爲數特多，傳染病合計佔死亡總數百分之五十以上。
4. 爲劃一方式以使彙集統計，並使與國際標準可以比較起見，作者建議採用國際死因簡單分類表計有死因四十四種。又因我國傳染病特多，故建議在該表第十四種死因「其他傳染病或寄生蟲病」項下分列：甲、痢疾，乙、霍亂，丙、流行性腦脊髓膜炎，丁、狂犬病，戊、其他等五目，以切實用。
5. 關於增加死因記載可靠性之方法，本文亦略爲提及。

## 參 考 文 獻

1. Grant, J. B., Huang, T.F., & Hsu, S.C.: A Preliminary Note on the Classification of Causes of Death in China, Nat. Med. Journ. of China, Vol. VIII No. 1, p. 1, Jan. 1927.
2. Grant, J.B. & Fang, I.C.: Causes of Death in China, China Med. Journ., Vol. XIV, No. 6, 604, June, 1929.
3. 國民政府衛生部編：衛生法規第一輯。
4. 國民政府衛生部：修正特別市及市生死統計暫行規則，十九年一月二十九日。
5. 行政院衛生署：修正市生死統計暫行規則，二十三年十一月十七日。
6. 吳興業：國際協定死亡原因表，中華醫學雜誌，第十九卷第六期第226頁，1933。
7. League of Nations Bulletin of Health Organization, Vol. VII, No. 6, P. 983, Dec., 1938.
8. Newsholme A.: The Element of Vital Statistics, 1923, P. 170.

---

---

# 是奇突的死亡嗎？

鄭兆熾

生老病死，在旋轉着人類的歷史，也不斷地扮演着生命的悲喜劇。只要不出什麼大花樣或岔頭，人們總希望平安而忍耐地走到他生命的盡頭，怕的是禍從天降，阻斷了這自然的旅程，生出了人間的不幸事件！天災人禍的突如其來，老弱的自然離世，和大病的天折；這些在一般人的眼光裏，會毫無猶疑地知道都是顯而易見的死亡。但是有着多少的性命，結束在剎那之間，他們在常人的目光裏，似乎覺得太出乎意料了！究竟是些什麼奇突的死亡呢？

## 生命的巧妙

正常人的生命的維持，全靠身體各種器官，和組織的合作聯繫。其中最主要的是：循環（心血），呼吸（氧氣）和中樞神經（腦筋）的三大系統。這三部互相關聯，缺一不可的，特別前兩者，同時受着後腦（延腦）的生命的中樞的節制，繫着最高生死操縱的樞紐，同時一個系統受損時，必然的影響其他系統，弄到生命告終的結局。而大部突死的原因，會歸根到心臟的衰竭來。因為停止了心血的循環，就是剝奪了全身活動的能力。呼吸的衰竭，會隔絕了人們生命須臾不可或缺的空氣，致使體內的濁氣無由排出，加重對身體不良的影響。神經中樞的失常，更是生命機能的總罷工。這種三位一體的複雜連貫，誰能有偷天之力，使他們單獨生存，損一而不礙其餘呢？只要你能明白這些人體的巧妙，也許不會對身體某部的病徵，看得太簡單了！這是為什麼一個正式醫師在診病時不會僅做：「頭痛醫頭」「脚痛醫脚」的功夫的。

## 奇突的死因

（甲）失血過多：——正常人體的血液

，不過五卅之譜，計算起來，每立方公厘（漚）大概有五百萬左右的紅血球。假使發生流血，一下失去全血液的百分之十五到二十的話，一個人就可能馬上虛脫致死。假使一個患貧血病的人，血少到只有正常的百分之卅以下時（不到正常的三分之一），自然會血虧致死。生命的終結，是歸根於循環系統的衰竭，這樣的例子很多。如：

一、嚴重的貧血症：特別是中毒性，惡性或不生血性的貧血病更是有着註定速死的命運。一個看起來面如白紙的人，亦許可講可吃，但是他的生命，就是靠輸血的急救，亦不過稍許延長那最後的短短旅程罷了。

二、大量腦出血：假使腦血管破裂，有大量血出到腦房，或壓害生命中樞時，性命就會馬上完結。很多健老的人們，也許血管裏早受有高血壓或梗阻的影響。一旦在情急的談笑間，悠然與世長辭，這算中風中少數的不幸者。

三、大量咯血或嘔血：常有患肺病或有胸部血管癌的人，往往看來若無其事，一下大血管破裂，咯血不止，常使人措手不及，無法挽救。另外患過胃潰瘍或有肝病兼有腹脹的人，也可遭遇到同樣命運。胃部血管一破，吐血不止，一下就虛脫致死。

四、生產出血：很多難產或雙胎多胎和胎盤難下的產婦，失血若多，虛脫的危險自然很大。特別是比較稀少的子宮外孕，常人多忽略，出血瀕危，常常突然致死。

五、隱性出血：任何內臟裏的大量出血，如傷寒的腸出血，和少見腎上腺出血，或折骨血管破在裏面的出血等，也招致眼不見的出血死亡。

（乙）心臟衰竭——任何先天或後天性的

心臟病，很多遲早都可能走上衰竭的路上去。怕的是從來未經發現的隱性心病，假使加上任何一種身體上的失調，自然更促速心肌停工的惡作劇了。突然的衰竭，不外：

一、**心肌本身的營養受阻**： 心冠動脈阻塞，或許是經高血壓和血管硬化，或其他梅毒病等的影響。很多年老的人，就此叫一聲心口痛而突然離了人世。

二、**大量失血**： 如甲項所說的各種出血，虧虛後所引起的必結果。

三、**發高熱的急性病**： 特別是年輕的人，虛弱的心肌，常有抵不住強烈的高熱，可能使心臟突然擴大而死。少數中暑的弱者，也常因此完結了生命。

四、**生產虧虛**： 懷胎本身已經是給妊婦的心臟，增加了一個重大的負擔，假使再加上流血過多，更易引起心臟突然衰竭。

(丙)**呼吸衰竭** ——人們知道短時間的悶氣，會使你有着受不住的難過。看見一個溺在水裏的人，明明知道會窒息至死，但是隱性的氣管阻塞，亦會有同樣的結果咧。像：

一、**咽喉水腫，或膿胞破裂或生瘤腫**，都會一下發生性命交關的危險。

二、**胸中隔近氣管的胸腺腫大，或淋巴腺瘤腫等**，可能都是隱性漸發而突致死亡的。

(丁)**神經中樞受損** ——總樞紐一旦受傷，影響的結果，正和電路發生毛病一般。假使：

一、**腦震盪利害**： 腦內自然出血，各神經中樞會先後受害，嚴重的結果，很難逃出性命的攸關。

二、**腦後生命中樞受損**： 管轄心臟和呼吸的總機關，一同損壞，電流中斷，立致死亡，如延腦部位出血淤集，和急性延髓麻痺症及吃河豚中毒等是。

(戊)**急性血中毒** ——任何急性生毒性病症，開始時表面若無其事，常常猝不及防，馬上病倒，還不及見醫或正在急救中，病人已瀕氣

瀕了，像極惡性的霍亂和痢疾等是。

(己)**特種過敏性** ——是各個人天生的特質，對於某種藥物的過敏。在現在的科學醫知識，還沒有好法子可以預先探知毛病，如脊髓麻醉藥物，像奴弗卡因類 (Novocaine) 和盡人皆知的阿司匹靈 (Aspirin) 藥，都有過敏性致死的報告。雖然事隔多少年，若干個用那藥的人中，碰上那麼一個虛脫，確是目前人力所不能挽救的憾事，總稱不幸中的大不幸。

## 真實的結論

以上所說的，不過是些比較易於忽略的例題，有時是由於以上的任何一種例因，出了突變的結果；有時是幾種例因，加速了死亡。醫師雖容易看到那廬山真面目，實在多少時候，正困在閉葫蘆裏，一旦遇到了，真是束手無策只能盡人事的最大限度罷了。無怪乎常人更易於忽略而不知所措了，怕的是：一個你認為似乎很好的人，一旦突然卒在你親朋戚友的面前，或者正在人家救急他的一瞬間，理智如何去控制你的心情呢？只有豐富的知識是明瞭和解決事端的鎖鑰。事出總會有因的，何況複雜的人生病理呢？所以著名的病理學家卡斯勒 (Karsuer) 氏告訴我們：「當死因模糊的時候，沒有屍體的病理的證據，是無法得到真實的結論的！」這才是文明時代裏科學的致驗。奇難的東西，總有方法證實它的真面目的，那末，生者和死者之間，還會有什麼冤枉的疑惑呢？也許有人會疑惑：世上有這許多死的「奇突」，那不會給人們大大的威脅嗎？自然，不一定每一個病都硬會得到那可能的同一結局。正如同各個人的命運歸宿，不會一樣一般。假使真的遇到了那個「數」，又有什麼話說呢？太擔心的人，還是經常到大醫院檢查身體，去解析疑之外，對有些已有宿疾的人，更可知道如何減少突變了。說來在此花樣繁多的紛紜日子裏，生老病死好似都離不了一「苦」字，死而能有個明白的，倏然一逝，何嘗不是一個不苦的善終。這樣生死之間的距離，亦曾作何看法呢？

# 診療新知

## 拾錦

• 鍾聲遠 •

### 慣性肩關節脫臼 手術治療法一則

(An Extra-Anticular Operation For Recurrent Dislocation of The Shoulder Joint)

肩關節病理之慣性脫臼，尼可拉(Nicola)氏分之為三類：

#### 一、骨類(Bony)——

1. 肱骨類缺損或萎縮。
2. 肩關節盂缺損，如先天性盂淺，或後天骨折等。
3. 肱骨粗隆折。

#### 二、關節囊類(Capsular)——

1. 肩關節之關節囊由關節盂(Glenoid Fossa)前面或下面邊緣之聯屬。
2. 關節囊由一再之撕裂，鬆弛而變大。

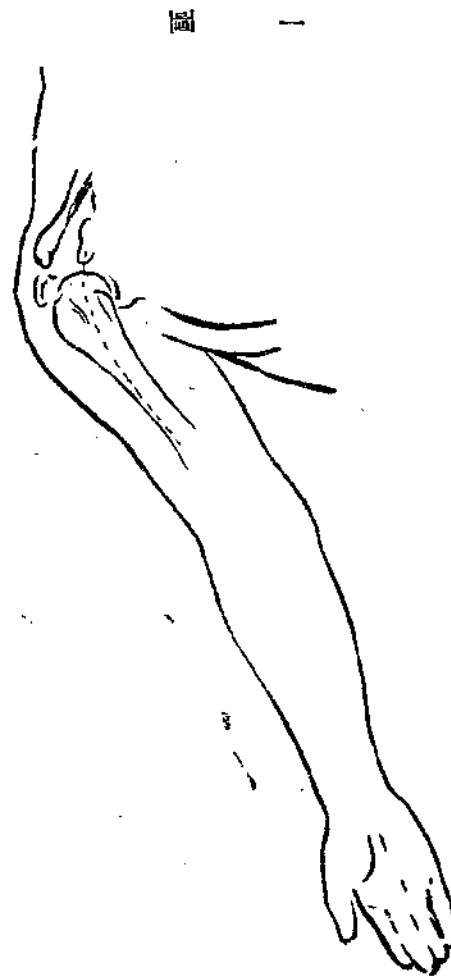
#### 三、肌類(Muscular)——

1. 崗上下二肌軟弱。
2. 胸大小二肌及背闊肌收縮。

手術治療法之原則：乃基於肌肉或肌腱之能懸繫關節，使之穩定不易移動為主旨，茲假定慣性左肩關節脫臼病案一例，以言其手術法。

1. 將上肢外展成 45 度之位置，前臂完全外轉(Supination)，虛點表明切口，由喙突(Coracoid Process)起，下行順肱骨幹之中平綫約可五公分，露出三角肌，以鈍器向下分離其肌纖維，牽引於一側，以顯露關節及上三分之一

之肱骨幹。(圖一)



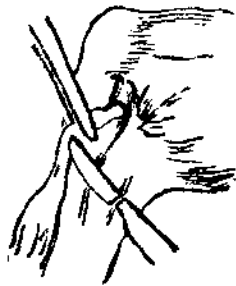
2. 將胸大肌肌腱附麗於肱骨面之前層纖維終端，順肱骨結節之間溝側面方向切斷。(圖二)

圖二



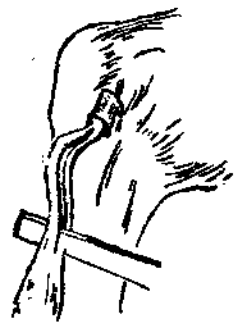
3. 上肢仍處於外展之位置，屈肘關節，以鬆弛肱二頭肌，於是用刀刺入該肌肌腱之中軸。  
(圖三)

圖 三



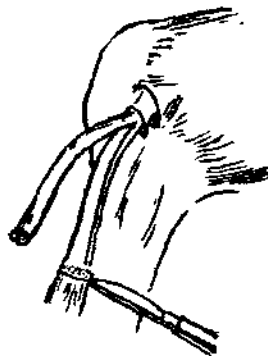
4. 以鈍器如刀柄將該肌腱自上而下，平均分為前後二半部。(圖四)

圖 四



5. 將二頭肌腱之前半部下端，即肌腱之終部，近肌腹處橫形切斷。(圖五)

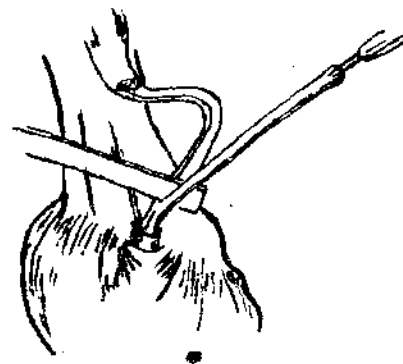
圖 五



6. 不可輕易企圖分割已切斷之前半部二頭肌腱，必先屈起肘關節，將上膊內闔 (Adduct)，牽之向上向前，成 135 度之角位，使關節下二頭

肌之肌腱更為顯露，於是始以鈍器，齊平切斷面向上分割，以直達關節孟上結節 (Supraglenoid Tubercle) 之附麗處。(圖六)

圖 六



7. 牽上肢往下貼近軀幹，伸直肘關節，將已切斷分割之前半部二頭肌腱之終端屈起，用絲線繫以柔軟易屈之探針 (Flexible Probe)，探針之尖端乃順該肌腱之滑膜管 (Synovial Canal) 伸入，直至關節孟上結節，至時則探針之尖端，受壓向上，正當關節囊之頂部，與即於探針尖端之突出部，刺一小口 (Stab incisio)。(圖七)

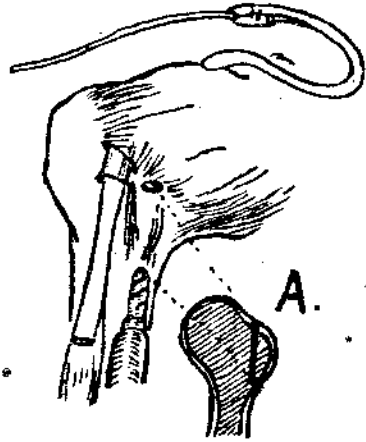
圖 七



8. 探針乃由切開之小口，輕輕牽出，與由關節孟上結節附麗處平面之內側穿入，順固定不動之後半部二頭肌腱之一半處，離肱骨外面 2.5 公分，與其長軸平行垂直而穿出；(其經過約為 5-6 公釐 (Millimeter))。A 表明先於肱骨小粗隆處

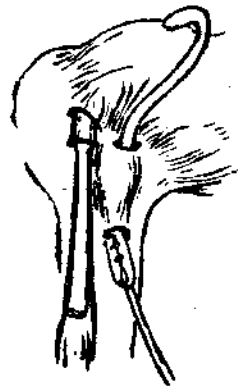
作天狀縫樣，鑽去一小片，此時小粗隆之外面，即成一鈍角 (Obtuse Angle)。而作成前半部二頭肌腱穿入及穿出之骨隧道。(圖八)

圖 八



9. 繫在前半部二頭肌腱探針之尖端，經由新開之骨隧道下口而出。(圖九)

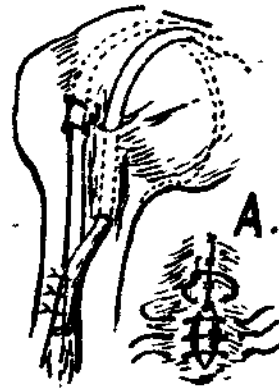
圖 九



10. 手術最後之步驟，尙未進行完成以前，應絕對注意該穿至骨隧道之二頭肌前半部之肌腱，勿令扭縮，故可內轉上膊，屈起肘關節，以橡皮管繫於該半部肌腱之穿出端，而強牽之，同時推肱骨頭向關節盂，往往可以達成目的，免其扭縮，為加強穩定計，則可將前半部二頭肌肌腱穿出骨隧道之終端，與後半部二頭肌肌腱，用絲線以步級法，重行縫合。A.表明鬆弛之關節囊，以絲線作倫李氏 (Lembert's Suture) 摺疊縫合術，此一步驟，乃將移轉之肌腱一半，使之套入於關節囊之外面。(圖十)

至時變位之肌腱，乃與肩關節及其囊，處於極為緊湊貼近之地位，肱骨頭與關節盂之並列完成，關節囊前面軟弱無力之部份，力量於焉增強矣。

圖 十



### 本法之優點

- (一) 手術全在關節外進行，可免關節之開放傳染等損傷。
- (二) 手術簡短，因組織之得免少受損害，故少致纖維性變，影響關節運動。

## 腹股溝斜疝 整理手術法一則

W. Kenneth Gennings, M. D., F. A. C. S.  
Barry J. Anson, Ph. D. (Med. Sc.) 三氏作  
Robert R. Wright, N. D.

### 手術式

一、根據亨利氏 (Henry) 法，作下腹部正中線切開。(圖 1)

下腹部正中線切口

圖 1.



二、切口深達筋膜，直至腹直肌毗連之處。  
(圖2)

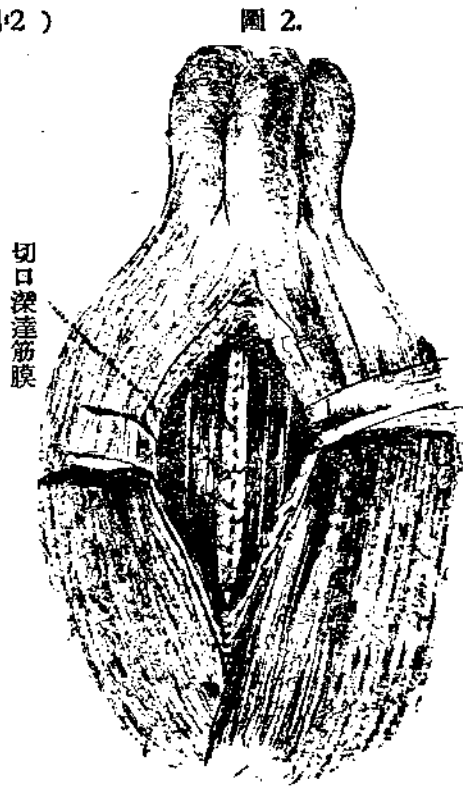


圖 2.

三、將左側腹直肌以鈍器從腹膜面分離之，然後用牽開器牽開，伸腹股溝韌帶，精索與腹股溝腹裂孔，得以呈露，於是用細帶一條，穿繞精索，既利識別，尤便疝囊之分割，(本病例精索呈現一小水腫)。(圖3)

四、疝囊已自精索分離獨立而切開。(圖4)

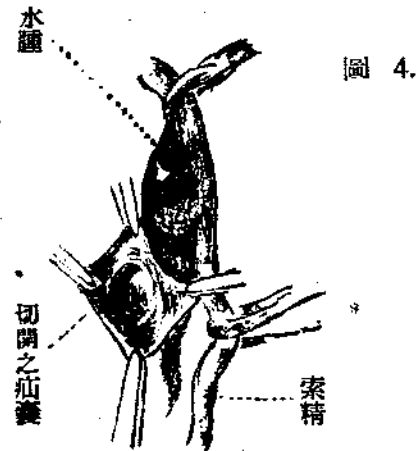


圖 4.

五、疝囊作高處結紮，剪去剩餘部份，以絲線將腹橫肌筋膜作二三針步級縫合，以縮減腹股溝腹環之寬度。(圖5)

圖 5.

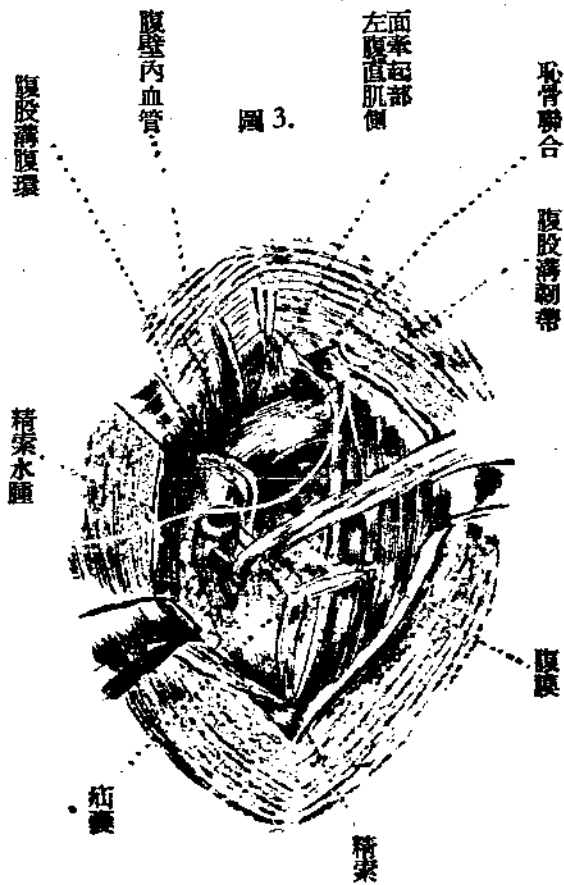


圖 3.



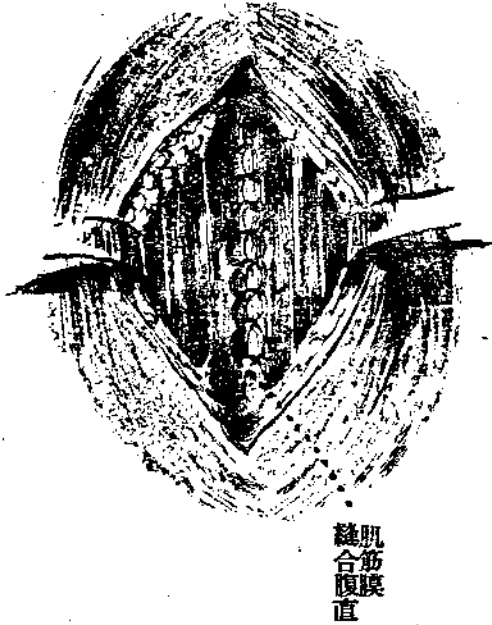
恥骨聯合

步級縫合腹橫肌筋膜

疝囊結紮高處



六、以絲線用步級法縫合腹直肌筋膜。  
(圖6) 圖 6



**本法之優點：**

(1) 具有保護性的支持腹股溝部，使已經

被牽伸過度的各層組織，可免損轉之傷，並且足以減少該部形成廣大之癢痕組織。

(2) 本法較其他的腹股溝斜疝整理術，簡而易為。

(3) 施行時儘可放手做去，很少會使髂腹股溝神經與精索等，蒙受損傷。

(4) 創口發生傳染的例子，少於腹股溝部切開法。

**施行本法應注意之點：**

(1) 本法不適用於腹股溝直疝之整理術，惟腹股溝斜疝之大者，亦在其列。

(2) 本法之所以選用下腹部正中切開者，因其具有解剖上之便利，但施行之際，務須獲得腹壁之充分鬆弛，以達成此主旨，所以吸入麻醉法最好擯棄不用。

(3) 局部浸潤麻醉法，因為需要浸潤的範圍太廣，所以也不適用。

(4) 要當心破損腹膜。

**腹股溝淋巴肉芽腫的  
連徽素治療**

Barton 氏報告兩女一男患花柳性淋巴肉芽腫的人，以黑地映光法，血清試驗法，皮膚試驗法以及其他臨床檢驗，證明復有梅毒，但均有發發，經用連徽素治療獲得顯著良好之效果。

**截除扁桃腺  
與脊髓灰白質炎之關係**

Pedersen 氏就1943年舊金山流行脊髓灰白質炎由統計中查得患者之比例從全市總人口與言

為(1:1,960)，曾經截除扁桃腺與患是症者，照比例全數患者(1:1,7827)，此種比例雖然尚難加以確定，不果統計中指出患延髓與延脊髓型的脊髓灰白質炎，已截除扁桃腺所患的人數與未截除扁桃腺的患者比較，照比例為云。

**甲狀腺與鼻子之關係**

Praetz氏詔：凡頑固不治之鼻部疾患係屬甲狀腺官能遲鈍所致，氏就(84)個病案之研究，得到兩種症狀：1. 鼻粘膜管紅，乾燥，易受刺激，且呈脫屑性。2. 灰白質柔韌(boggy)此種病人常常頭痛鼻塞，祇要單純的用甲狀腺膏劑，即收治療之效云。



---

---

## 摘 文 學 醫

### 百日咳用血液的肌肉注射

瑞典莫來爾醫師 K. L. Moller 報告，根據柔德林氏的方法，從已經生過百日咳的父母，或者對於百日咳的小兒，證實有了免疫性的父母，由靜脈取出血液 20 至 40 C. C.，注射於病兒的兩側臀部肌肉內，過了兩三天，更注射第二次，有些病兒需要注射三至四次，用此法處置了一百二十二名的百日咳小兒，其中百分之五十三，效果很好，百分之二十四·六，效果中等，百分之二十二，效果沒有。（龍）

### 配尼西林對於女性淋病

據英國馬斯卡兒氏的報告，用「配」處置患淋病婦女三十九名，其中有二十四名，雖然用了足夠分量的「配」，並沒有效果，並此一羣中的十二名婦女，因為同時生了梅毒，每人注射了二百四十萬單位「配」（每三小時肌肉注射四萬單位），也是無效，所以一般「配」對於淋病的效果的迷信，應該改正，大概對於配尼西林發生抵抗性的淋菌種，漸次在增加之中。（龍）

### 濫用阿斯比林的危險

中國病人最喜歡自作聰明，妄自用藥，像阿斯比林 Aspirin，有些人當做家常便飯，隨意服用，這實在是危險萬分的。

紐約的巴斯醫師報告，有三個一歲以下的小兒，是因為阿斯比林 Aspirin 中毒而致命的。當然都得分量過多。我們必需記牢，就像阿斯比林這樣的藥，有些人因為體質的異常，祇要服用極少量，也是因為用會引起很厲害的危險。就是體質正常的人，服用也需當心。

阿斯比林的用量，小兒的時候，每歲祇能用 1 grain 左右，每五六小時服用一次。普通藥店所發售的阿斯比林藥品，却是 5 grain 左右。巴斯所經驗的小兒致死者，都是用量超過十倍的，這是何等危險。

阿斯比林中毒的最普通的症候，是很迅速而深沉的呼吸，有時候還發熱，有時候小兒因為傷風而服用阿斯比林以後，熱度升高，也許容易錯認為肺炎。此外的中毒症狀，是嘔吐、耳鳴、頭暈、謔語、痙攣、昏睡等等。（龍）

---

---

## 用 X 光 脫 毛 的 危 險

毛髮太多，許多人希望治療，而治療方法，比較有效的是用X光線的處置，比拔毛藥更奏效。但是X光的治療，常常有很嚴重的後患。

據美國醫學會雜誌所載，西伯拉羅及恩霍思兩醫師的報告，用X光線治療毛髮過多，或用製造原子彈副產物的化學藥品，可以引起最可惡的癌腫而致命。脫毛的目的，用X光治療的效果，最為滿意。但是併發的皮膚病可能發生於數月或數年之後，再經過長時間，纔會發生皮膚潰瘍或癌腫。

這兩位醫師的記錄裏，有五名以上的皮膚癌的病人，是在受了所謂安全性X光線以後的五六年發病的，也有受了X光處置二十年以後纔發生癌腫的。

青年男女，因為愛美的觀念，嫌惡面部毛髮過多，想竭力治療，因此不怕致命的危險而受X光的治療，這是不值得的。（紹龍）

## 配尼西林對潛延性心臟內膜炎的效果

潛延性心臟內膜炎 Endocarditis Lenta 從前是一種不治之症。用舒而法化合物 Sulfonamide 治療的效果，結局也是不甚高明，甚至與海巴林 Heparin 同時並用，也不能見效。

瑞士擺爾蓋爾醫師，做了一個統計，得着本病病人二百三十九名之中，有一百四十三名（百分之五十）大體醫愈的結果，都是用配尼西林治療的。

過去用配尼西林治療本病失敗的原因，由於不適當的用量，或者用法的錯誤而起。最要緊的目標，是每日多次注射而能在較長時間期內繼續。倘能用量够大，治療時期够長，就會有好的成績。

（龍）

## 眼 科 新 藥 Argentomeol

眼科所用的銀製劑如 Targetin 之類，有時候使用以後會發生疹或眼瞼浮腫。因此二十五年以來，在泌尿科所常用的銀製劑 Agoleum，值得在眼科方面的試用。這藥主要地是銀的膠質性溶液，利用肝油的溶媒的力量。

在眼科方面是用千分之三的 Silberoleosol Argentomeol，在維也納的魯道兒夫醫院眼科從一九四七年三月開始應用於眼科疾病的治療。

此藥對於加答兒性結膜炎特別奏效。尤其是細菌檢查證明葡萄菌存在的時候。大都在用此藥以後的第二天，眼結膜的熱感和癢感，都很輕減。

淋病性眼疾，不用此藥，因為配尼西林 Penicillin 還比此藥好。

此藥對於角膜潰瘍，也有相當的效力。

## 饑 餓 性 胃 潰 瘍

比利時的道威醫師，發表一篇論文，檢討營養不良與胃潰瘍的關係。用統計方法檢查的結果，此次世界大戰期間的一九四三年胃潰瘍發生的頻度達到了最高峯，並且男人比女人要多三倍，老年人也逐漸增加地發生此病。由於動物試驗，也可證明營養不良會引起胃潰瘍的發生，不過據道威醫師的見解，胃潰瘍與維生素沒有關係。主要的還是因為脂肪酸的缺乏。可是鈣、磷、營養性蛋白質的缺乏，也有重要的關係。戰時的粗製麵包，質料可疑的代用性白脫油 Butter，因戰爭而引起的憂愁、恐怖、煩惱及睡眠不足，對於胃潰瘍的發生，也有關聯。（龍）

---

## 電迅性中毒性喉頭氣管炎 Laryngobronchitis fulminans toxica

假性喉頭格魯勃的一病，本來並非是異常危險的疾病，但是在瑞典近幾年來，却發現瑞典的西部有極惡性經過的這種病，因此斐得麟醫師製出電迅性中毒性喉頭氣管炎的名稱，表示這種可怕的病。

病的原因是葡萄或鏈球菌的傳染，麻疹，體質與氣候關係等等。譬如有十名病人是二月至四月間死亡的。

本病的症候是喉頭狹窄，有時狹窄是一時性的，有時狹窄由喉頭下降至支氣管內，發生纖維素的堆集，這就會引起可怖的窒息症候。這兩種病型都顯出全身的中毒症狀，能夠引起心臟麻痺或呼吸停止而死亡，在開頭的時候，本病與尋常的喉頭格魯勃並沒有甚麼特別不同的地方，等到全身情形的惡化和吸氣的高度不足發生以後，纔令人感覺本病的兇惡。還要特別注意的一點，就是呼吸困難喘聲的停止，累累地並非是改善的徵兆，而是病的變化更向下部氣道蔓延的症候。

療法方面，祇有氣管切開術，還可以是惟一有希望的處置，如果耽擱下來而不行手術，是很危險的，其他姑息的療法，如熱氣吸入、噴霧、化學療法等等，都是無效的（龍）

### 癌 的 檢 明 法

癌的治療的效果，全靠癌檢查的是否在早期就能證實，如果很早底證實有癌瘤的存在，癌瘤還沒有十分蔓延的如候，就從速施行手術，結果就會佳良。

子宮癌的診斷，紐約的潘潘尼可惱醫師 Dr. G. N. Papanicolaou 用陰道液體做染色標本，檢查有無癌細胞的存在，以決定子宮癌是否存在，結果是很美滿的，這是對於子宮癌診斷上的一個很大的進步。

兩年以來，美國 Massachusetts 省的綜合醫院有兩位醫師，梅格斯與厄勿德 (Drs. J. V. Meigs T. T. Ulfelder) 利用同樣的原則，檢查胃液、小便、痰，以求檢明胃、膀胱、肺等深部組織，有無癌的發生，兩年的經驗已經將此法的可靠性增加了。

他們所檢查的最初五十名胃病的症例，其中有二十四名是胃癌病人。這二十四名的胃液的檢查，證明了十五名有癌細胞的存在。其他九名的檢查技術上的困難，以後也幸而克服了。二十四名中的七名，胃癌很小，可以用手術除去，兩名是初期的癌。祇有一例被誤診為胃癌。

胃癌檢查的手術很簡單，不過需要一小時以內。空腹病人的胃液吸出之後，用遠心器取出沉澱。再將濃厚的沉澱染色以後，用顯微鏡檢查，有無癌細胞，陰道液，小便，痰，這些液體的檢查，也是同樣底簡單，結果並且是更確實。

據厄勿德醫師的意見，胸內，腹內，與其他的人體組織，祇要與病部相接觸的體液，經過檢查，就容易決定癌的存在與否。（龍）



## 交換綳帶

### 十五

鍾志謙

八二、手法 (Manipulation) 是一種手技，而不是屬於手屬的，凡是關節脫位，半脫位，單純骨折，創傷愈着，病程進行中患部恆久攣縮，希司志利發作性病案 (Hysterical Cases)，以及其他複雜的類似病案，常常是適應手法去處理，使得官能可以保持或恢復，不過究竟是否合乎適應條件，有否禁忌，以及手法前後應該注意的事項，都是非常重要，盲目的施行，那是有害而無益的；

1. 高年發熱和衰弱的病人，不得施行。
2. 未年施行以先，必須檢查身體，而且出X光檢查局部病態的實況，否則不得濫施。
3. 有任何炎症性病變進行的時候，時結核、骨髓炎、急性傳染病、急性關節炎、膿毒病和贅瘤等患者，是不許可的。
4. 關節部施行手法以前，應該先測定血液裏面尿酸的含量，是否有痛風的病變。
5. 施行手法時，最好全身麻醉下執行，而使病部的肌肉完全鬆弛。
6. 在手法未施行以先，不要觸動病人，引起疼痛。
7. 不要輕易利用肢或肢之一部，作斷續抽水式的牽握 (Pump handle)。
8. 要用巧力，不要用猛力。並且要慎重、熟練、而小心。
9. 假使目的是要使患部屈曲的，那就應該先使挺伸，而後再使他屈曲，因為這樣一來，我們所需要的屈曲度，便比較容易達成。
10. 我們知道骨質病變萎縮的形成，是往往先於韌帶的，因此在手法時，骨質碎裂的釀成，也當然比韌帶容易，切切注意。
11. 凡是骨質和關節的病變，它在實際上損害的情形，常常會勝過X光所顯示的應該知道。
12. 因手法而使有病的愈着部份折裂而出血，這便是第二次開始愈着的禍根。
13. 因手法釀成的骨折病案，早期運動是不許可的。
14. 一種因緊收愈着的疼痛，自然比散在的愈着利害，所以緊收的愈着，總得以手法分開它。
15. 手法後，部位已經是絕對良好的，不必加以固定。
16. 手法後，如沒有良好護理的準備時，還是不行，為是。
17. 手法後自動的運動，愈早開始愈好。
18. 在設備不夠的場合下，不要施行。

八三、不少的移開骨折，錯過初期合理的治療而轉成慢性骨髓炎，這在交換綳帶，與平常是

原無二致的，腐死的骨片，不易挾出而且也不需要勉強去這樣做，因為折斷了的骨片，在初期死活的結局，不是肉眼可以判斷出來，但是經過三星期以至三個月之久，它會自然顯明的分離開來，還有這種的創口要它愈合攏來，單純的摘出腐骨片，有時候實在還不够充分，所以要先根據奧耳氏的治療法，(Orr's Treatment)，除了摘出腐骨片以外，狀如峭壁峻巖，或者是橋狀接合的活骨部份，統統要擴大鑿除，使創腔成爲淺盂形，而將黃石脂紗充填包紮起來，再置夾板固定制動，除非是偶然因擴大創口不够完善，排液殊欠暢通，局部發生疼痛，體溫向上昇騰，呈現炎症症狀，或者是敷料被污濕以後，通常這種手術後，可俟至半至一個月交換繃帶，其時肉芽大致必很健康，抽出紗布，既無痛苦，可免出血，肉芽也不會粘去，用迨金氏溶液 Dakin's Solution 洗淨創腔，四周皮膚以純酒精棉花球拭清消毒，以黃石脂紗布照樣充填創腔，再間隔相當時日交換繃帶，這樣的更迭數次，就可得到痊治。人力物力財力的節省還是其次，而這個法則在治療上實在值得去推行，但是最大的缺點，就是創傷發生腐敗惡臭難聞。1913年 Kendall 氏有過這樣的說法：創口腐敗的開始，先有發酵，碳水化合物起了省用蛋白質的成果，於是大部份的蛋白質都被細菌劫掠而去作爲它的營養料，比組織用去的還要多，所以惡臭就發生了。乳糖的被選用到創傷裏去，是因爲它的分子較大，它的溶液與血液是等滲的，被吸收而去的不多，當它發酵的初期，產生奶糖與葡萄糖，有利於組織的使用，以致細菌無法利用它，因之細菌的蛋白分解酵素 (Proteolytic enzymes) 產量便減少，惡臭也就免予發生了。

12%之乳糖溶液（是任意選定的濃度）用高壓蒸汽消毒後，以消毒紗布浸潤之，塞到創腔裏面去，來代替一向慣用的凡士林紗布 Uaselin Gauze，外面再蓋上一層乾紗布，不使溢出來成糖塊。第二次使用的時候，創腔內的肉芽面上，結成了一層薄薄的糖膜形成了堅固的壁壘，足以抗禦細菌的侵襲，那就不須要用高壓蒸汽去消毒了。Winnett-Orr 氏在許多病案中，以此法繼續實施四星期之久，並無惡臭發生，所以這個法子，差不多又進一步踏入更完美的境地了。

八四、經過開刀手術，如腫瘤切除術，疝氣整理術，和闌尾截除術等等的清潔縫合攏來的創口，第一次交換繃帶的需要，應該有個分寸，平常沒有引流物安置者，儘可維持五至八天，一直等到拆除縫線的時候再予交換，並且祇要用酒精棉花球塗拭創口，以及四周的皮膚，蓋上消毒紗布包紮起來，這就足够周到了。如果滲出液太多，敷料濕透，但不是屬於炎性的液體，也祇須更動外層的紗布棉墊，直接貼敷在創口的紗布，還是不要更動爲妙。

八五、開刀手術後，有引流物安置的創口，應該在二十四至四十八小時之內，開始逐日撤除，如果引流仍就需要，自然可以照樣放置，不過插入的深度，必須每日縮減，以迄完全省略，不要防礙肉芽的生長。引流物移除了之後，若是沒有特殊的需要，則交換繃帶的期限，可參照三十四條來處理。肝臟膿腫切開排膿後，引流物的撤除，我們可以根據它流出的液體，由純粹的膿液而轉變到醬油樣的時候撤除它。

八六、開刀手術後，大概經過四十八小時的光景，假使病人訴疼，寒熱交併，白血球增加，都是創口傳染開始的驚覺，而且全身症狀的增惡也會和傳染亦步亦趨的開展，那就應該立刻檢視創口，已化膿者，應當酌量情形，剪除縫合線的一部或全部，達成暢通引流的原則，並且要每天用抗毒藥溶液去洗滌和鬆包，等到炎症消退，肉芽填滿以後，那末交換繃帶的期限，也就可減少下來。

# 貴陽總醫院參觀記

## 小春秋

(貴陽)

· 靜窗 ·

貴陽總醫院參觀記  
記者 曾言

貴陽總醫院，是貴州省立醫院，也是貴州省立第一醫院。該院由林可勝博士主持，自抗戰以來，在抗戰的艱苦環境中，始終堅持著救死扶傷的醫德，為貴州省立醫院的發達，貢獻了巨大的力量。該院設有內科、外科、婦科、兒科、皮膚科、泌尿科、牙科、眼科、耳鼻喉科、放射科、檢驗科、藥劑科、牙科、眼科、耳鼻喉科、放射科、檢驗科、藥劑科等。該院設備完善，技術精良，是貴州省立醫院的龍頭。該院在抗戰期間，曾先後遷往重慶、成都等地，始終堅持著救死扶傷的醫德，為貴州省立醫院的發達，貢獻了巨大的力量。該院在抗戰期間，曾先後遷往重慶、成都等地，始終堅持著救死扶傷的醫德，為貴州省立醫院的發達，貢獻了巨大的力量。

(本報特寫)八年的抗日戰爭，最後勝利終算是我們獲得了。但是這勝利果實的獲得，端賴前方的抗日將士們，用鮮血，用頭顱換來的。將士們不幸受了傷流了血，陸軍醫院的醫生，大夫，護士，替他們診治，上藥，包裹，看護，將士們復原了，健康了，再重上前線殺敵。所以勝利果實的獲得，陸軍醫院的功績，也是不可磨滅的。自從勝利以後，人們忘記了那些殘廢的將士和醫院，這說來，不啻令人痛心麼？

本月三十日上午九時，記者應邀乘車赴郊外關雲聯合勤務總司令部貴陽陸軍總醫院參觀。同行的還有駐防本市的憲兵第十三團第二營向斌營長，袁子述營附，和孫載厚先生等，車子開得很快，三十分鐘便到達目的地。

這裏先略談一下該院的歷史，在抗戰的時候，林可勝博士領導下的紅十字總會，貴陽亦設有分會，參加救濟醫務工作，三十二年人事變動，林博士出國赴美，紅十字會由政府收回，由美國已故總統羅斯福之資助，貴陽分會改辦為衛生人員訓練所與一六七後方醫院。勝利後軍醫學校與衛生人員訓練所合併為國防醫學院於上海，仍由林博士任院長。貴陽的則改為陸軍總醫院。

該院規模龐大，院內房屋建築於岩坡下，周圍約有三華里。該院現任院長張祖秦博士從外表看來，純為一學者風度，態度和藹，年紀大約五十開外，頭髮花白，架一付眼鏡，早年畢業於北平協和醫院，為國內第一流眼科專家，留美歸國後，歷任甘肅省青海省政府衛生處處長，中國紅十字救護總隊部處長，及中美合作醫務處長等職務，他與記者見面後，滿面笑容，用着道地的北方口音，與記者寒暄，並詳細告知院內情形。

該院的組織，分為醫務與總務兩個部份。醫務部份的主要負責人員，外科主治醫師代理主任，朱通伯大夫，外科住院總醫師康光大夫，放射科代理主任顏小瓊大夫，檢驗科代理主任黃緯琳大夫，門診部主任周振起大夫，都是對於醫學很有造詣的技術人員。總務科管理人事器材等事務，科長是陳作之先生。

在會客室休息了一會，即由張院長陪同參觀，並由各部份負責的醫師，詳細的向我們解釋工作過程的手續和程序。使外行的我們，獲得新鮮的智識不少。到了病房的時候，看見許多的病人，有的在躺着，有的在坐着看書，其中以受傷將士為最多數。他們都是在抗戰的時候，抗敵受傷，送到臨時的戰地醫院，由於藥品的缺乏，和技術的不理想，再加上時間的倉促，以致折斷了的骨骼，都不會接好，遺害終身。現在他們再進入這個醫院來，重新醫治，幾位賢明的大夫，用他們卓越的技術，使受傷者將士殘廢了的身體，恢復了普通人一樣的健康。饒大夫從膠片上，指示給我們看被炮彈打斷了骨骼，而後來又沒有醫治得合乎理想，現在經過他們院裏的醫治，而變成功和我們一樣的了。為國家，為民族而流血，遭受痛苦的抗戰將士，得到了心靈上的安慰，今後事業上的保障。最使我們驚異的，是一個病人的肛門壞了，不通大便，有生命危險，現在該院大夫，竟在那病人肚皮上，離肚臍不遠，另開一個肛門，到我們參觀的時候，已經痊癒了，大便一樣的暢通，和平常人絲毫也沒有分別。改造自然容易，可是竟能改造生理，這不能不說是一個偉大的奇迹。

參觀到愛克司光這一個部門的時候，我們每一位都去照了一下愛克司光，并由管理的護士小姐，說明人的腹內，各種器官的機能，同時有病無病的現象，最後到了一間屋內由康大夫將由病人體內，割取下來的腸，胃，腎和瘤子等，給我們每人仔細的看一遍并說明其病狀，和為什麼要割取下來的道理。

參觀的結果，（因為時間短促，參觀的部份，僅及該院全部份的十分之三）知道該院的設備，和工作人員的技術，水準都很高，尤其是值得在這裏特別提起的是，該院的手術室，其中的器具，光線，和一切應有設備，在上海，廣州的公私立醫院裏的手術室，都比不上這裏的。

下午再乘原車返城，到大十字的時候，標準鐘正是三點另五分

## 年來選派軍醫留學經過之概述

• 可自 •

為了配合國防建軍的需要，觀摩歐美近代醫學科學之發展情形，和研究美國軍醫衛生勤務之設施實況，在三十五年的八月，曾由軍醫署主辦軍醫人員留美考試，選取資深技優高級軍醫人員與學術優良之青年優秀軍醫一百十五人，分為軍醫行政，衛生營，衛材供應，專科技術，醫院各組，赴美國考察進修，像這樣大批人員出國留學，在軍醫留學史上真可說是輝煌的一頁，上項人員業於三十六年分別由美考察進修完畢回國，各返軍醫崗位，以其所學發揮致用了。

三十六年度所有陸軍軍官留學事宜（軍醫人員包括在內）由國防部統一辦理，分區考選，就中軍醫人員多能把握時機，分就各區參加初試，情況十分踴躍，至於覆試舉行日期，尙待國防部核定之。

在軍醫方面，因為還有三十五年度業經選取因職務上的關係未能及時出國的人員，利用所贖餘之留學經費，所以能够在三十六年續派高級軍醫八人赴美考察，此外經與美國醫藥助華會洽商，由該會資助選送軍醫人員六人，赴美考察進修。

談到本（三十七）年度軍醫留學問題，在軍醫署方面，早有自行考選七十人（考察十二人，進修五十八人）赴美留學的計劃和建議，分別送請有關處參考彙辦，惟俱未奉到具體的批示，據情推想，不外國家財力不裕，外匯緊缺之關係，無法加以決定。

因為知道軍醫同仁最關心留學問題的發展，故作如上之報導，以供參考，最後還願補充一句，留學是國家的政策，假如情勢許可，一定會全力以赴的，希著鏡以待顯出可也。



# 美國衛勤作業



二

國防醫學院教務部  
馮冠華



**第三區——後送醫院** 後送醫院雖皆利用帳篷開設，但備有舒適之行軍床，傷患者在此始第一次為護士所照料，接受隣近火綫情況所可容許實施之一切治療，該院備有充分之設備及優秀熟練之外科家以便實施較複雜之手術；唯仍不能給予需時較久或需複雜技術之治療，傷患者於此可停留數日，然後利用：

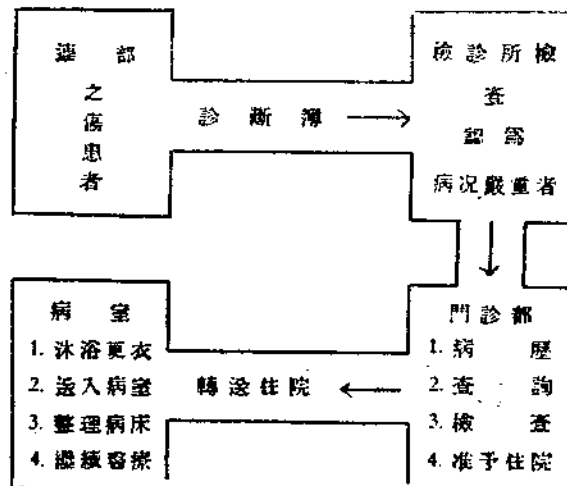
救護車，衛生列車，飛機或衛生船舶  
送 至

**第四區——後方醫院** 後方醫院為美國於戰區或海外設備最佳最完善之醫療單位，除此醫院係設於臨時性建築物內外，其餘一切設備俱按醫院應有之設備設置之；并有優秀熟練醫官，護士及各種技士，足以實施任何一種內外科醫療業務，傷患者可於此住院二或三月，直至該傷患者已立即決定不復能恢復健康及歸隊者外，通常傷患者多能於此醫院獲得痊癒，唯因病床所限，故需時較久始可治癒之患傷者，仍當利用：

飛機，衛生或軍運船舶  
送 返  
美國本土

**第五區——國內之總醫院** 傷患者於近港口之海港醫院 Debarcation Hospital 登陸，經過登記，檢查，仍按其傷況及傷患體格之許可與治療之必需迅即分配至各隣近其家鄉之總醫院內，痊癒者乃行歸隊復職或逕行退役，其仍須休息者則送至休養醫院 Convalescent Hospital. 如已退役但仍須繼續醫療者則送至榮軍醫院 Veterans Hospital.

第二系統作業，包括非實際在火綫上，其他無論國內外，各幕營地，各機構所有軍事人員之醫療，當一士兵患病或受外傷後，常掛病號，往就近之檢診所 Dispensary，由醫官檢查及治療之，如需住院治療即送往該地之防地醫院 Station Hospital



第二圖 治療序程

，予以妥當之治療或施以急救之手術，如傷病患者需要長時間之治療，或更複雜之手術，始可痊癒者。可轉送至地區醫院 Regional Hospital 或總醫院，一經痊癒仍即返其原來崗位。

如部隊人員於其離開部隊服勤時發生病患亟需醫療，適該地又無軍醫院，則可前往民衆醫院治療，其全部費用得由所屬單位擔任，唯該單位主管得病情許可及徵得該民衆醫院之同意，將其轉至軍醫院繼續療治。

輕微損傷或普通疾患可由其所屬單位之檢診所予以治療。

## 第二章 野戰區（第一區）作業\*

衛勤作業自火綫上開始，除醫療機構外，營以上之各單位皆各有配屬之衛生機構，服務於該機構之官、士，統稱之為衛生人員。

各配屬衛生機構之組織，各部隊將按其組織之大小設立合宜之衛生機構；其組織與裝備詳見編制及配備表 T/O 及 T/E，根據該項編制與配備表即可決定人員之數量，階級，職別，所需人員之資歷，以及車輛武器及其他裝備。

各衛生機構不論其僅有一行政組或設有本部，二者之任務則一，其經常行政業務為糧秣，薪餉，被服，陣營具及車輛之掌管，常由一上尉或稍高階級之醫官負責之。

其特種業務則為急救站之設置，傷患之輸送，及急救處理之實施，連急救人員即由此組派出，如有牙醫可由其擔任急救站內有關口腔外科及牙疾之治療。

各衛生機構隨其所配屬之部隊運動，通常進至火綫後步行傷患者所可及之後方；常視其他運輸單位之協助而定，少數機構或備有救護車但多數僅賴自備之担架或吉甫車以輸送傷患者。

**檢診所** 非戰鬥或未與敵人接觸時，該配屬醫療衛生機構應負責每日經常診斷業務，且協助其他單位，解決有關衛生事項，檢診所之傷患者可利用救護車或吉甫車輸送之，非戰鬥時，可利用此時機實施訓練，修繕器械及充實設備，以備戰時之用。

**急救站** 戰時由急救站組設立之，以實施第一區或第一綫之救護，因其必與所服務之部隊接近，故必須鄰近火綫，因之其設立之位置必須恰當，因其運動迅速，故所攜衛材與其他設備必須簡單及便於攜帶，急救站設立之位置宜：

- 避免敵火威脅，
- 交通方便，可行駛汽車，

姓名及資歷					
階級	兵種	年齡	種族	出生	服役年限
損票所在				日期	時間
診斷：如損傷應說明如何損傷，何時損傷及損傷所在					
因公：					
給予治療					
破傷風類毒素		劑量	時間		
或 破傷風血清		劑量	時間		
嗎啡		劑量	時間		
處置法：				日期	時間
損票者階級簽字					

第五圖 傷票之式樣，前面

\* 即原書第十三章

接迎所配屬之部隊，  
避免天候影響，  
取水方便。

第三圖：選擇急救站開設位置時應避免之所在 }  
第四圖：開設急救站之理想所在 } 俱省略

**急救站之職掌** 不論所配屬之單位為何類，其職掌則一；唯因其配屬之單位不同而推行之方法亦異，其職掌一般如下：

- 傷患之收容與登記。
- 傷患之檢查與分類。
- 傷患之治療，破傷風抗毒素之注射，休克之預防與治療。
- 準備傷患者以便後送。
- 傷票 E M T 之填寫。
- 死亡證之填寫死者所在之標明。
- 健者之歸隊。

**配屬機構之補給** 募營或駐防時，各配屬機構之補給，可正式向單位補給官或募營地補給官申請之。

戰時則該機構之補給常向單位補給官非正式請領之，至於衛材補給則多向位於師輸送站附近之師衛材補給庫請領之，該項衛材通常利用救護車或返回營急救站之便車載回，劇烈火線下衛材之補給決無常規可循，任何方法均可，以適時適地能獲得所需衛材，列為首要。

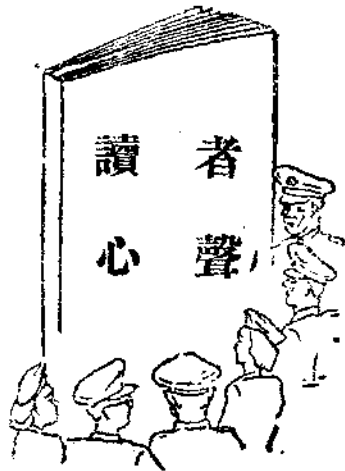
**標準之配屬衛生機構** 步兵團遠較其他單位為多，故理論上應以該團之衛生機構為例，詳加討論，始合邏輯，營衛生組僅為團衛生機構之一部份。

**組織** 步兵團之衛生機構係由團衛生隊本部，團醫務所與三獨立營醫務所組織而成，本部之職掌與任何其他單位之本部同，由團衛生隊長直接指揮之，團醫務所 在協助團衛生隊本部實施其職掌，但亦或單獨開設團急救站，有時該組人員或亦被派往任一營醫務所，協助醫療，團急救站對於傷患之處理悉如營急救站者，且其設備二者亦同，唯除用其為收容站外，經常並不與後送之系統關連。

任一營醫務所皆包括急救站組，担架組，及連急救組，營醫務所 設主任一人指揮之，急救站組之開設在實施營急救站之作業，此組人員皆為經受嚴格訓練之優秀軍士，對於傷患之處理確有把握，營醫所主任通常有一醫官或受過特種訓練之其他軍官輔佐之，執行其任務，常稱之為副主任。

**担架組** 係由担架班組成，負責將火綫上之傷患者輸送至該急救站，如傷患不多，此組人員可參與其他組工作，否則亦可調動其他人員參與該組工作，以輸送過多之傷患，此組人員體格宜結實，方足担當此重要工作。

**連急救站** 負責該營所轄各連急救人員之遣派，該組人員在戰時須隨各連行動，連急救組人員應嚴格施以外科技術訓練，且須健壯并具有勇敢性，因其并未武裝，但仍須隨同武裝人員，馳騁火綫上，此種人員常須攜帶醫療器材，一當發現傷患者，即立即予以救護，因此而獲活命者數見不鮮，此外則於發現傷患者并予以救護後立即將其所在位置加以標明，以便担架組人員，易於發現及時後送，而其自身仍能隨該部隊前進，不失時機，步槍連每排可設一急救人員；雖可暫時配屬該單位工作，但其訓練，補給，行政仍直屬於連急救組。



讀軍醫月刊一卷七期53頁的「怎樣處置無正式學資的軍醫人員」一文，內有「……在抗戰中的貢獻，血和肉，力和汗，……在輝煌的勝利史蹟中，不可把無正式學資的軍醫人員的功績完全磨滅……及剩下還沒有被淘汰的一羣，也都在無保障之下而徬徨、動蕩，等待那不幸的來臨，」這種都是意重心長的呼聲！

## 無正式學資軍醫人員的呼聲

設身處地的無正式學資的軍醫人員能無同感！

吾人既然生長在這烽烟離亂的時代中，在一切沒有踏上軌道的今天，應該諒解黨國的措施和策劃，但是應該希望的，不可把

目前一般無正式學資的在職醫事人員視同草芥。當他們的熱誠衷心所抱的期待。何等的偉大？何曾想着今天所處的地位，受人歧視、無保障、無享受、沒有念及他們十餘年馳逐的勞苦，一向未曾脫離軍醫的崗位，甚至很多連委令都未奉到一張，這分明黨國對他們等於「可有可無」的樣子，一旦被裁撤後，連退役的權利也談不到，縱使已經奉到給委了，在有職時他是軍醫，被摒棄後，一點醫務人員的資格都沒有，他們有能力去參加高等考試，但若無專科以上學資，無法檢定，動輒「出身不符」來答復他們，這樣的環境圈，似乎使「自我奮志」的人太失所望了！

本來一個人能够以一介平民。可以立足五年以上的軍醫不羅愆咎的，除與主官或有私人情份以外，其餘都有他的熱誠精神，前進志向，在單位中診療工作有所成就，才不致被人遺棄，否則何以站得住他的崗位？既然於抗戰期間感蒙黨國在需要條件之下培植他們長成了，稍能具有責任心的人，當然瞭解面對傷病者的生命付托在自己的肩上，必然有所警惕，有所自勉，更為養本身未來的生存競爭，不得不尋閱新的典籍，掘挖新的智能，以求在學理上的收穫。患者入院後，由始至終，一手治療，直至病勢好轉為止，如是經年累月，身到力行，臨症經驗，比任何何院實習為便利，豈無實踐上的收穫？故無正式學資出身未必就屬低能，在正科畢業，其能力未必一定較無學資出身的為超越，但庸劣者例外。總而言之，似不可以「無正式學資」或「出身不符」一語抹煞了他們的勞績，斲喪了他們的意志，這點希望賢達長官俯賜採納。

追念「吾國新醫建設，歷史尙未深長，且全國醫學院過去僅二十七個，年有畢業生五百人，其中百分之三十屬於女性，每年假定以百份之十六徵為軍用，則所得僅八十人，假定國防軍以一百五十萬計之，約需軍醫一萬零五百人，就時間而論，非經 107 年不足以供應需要，加上老死淘汰，更不待言，」（參觀戰後新軍醫十三頁軍醫組訓狀況）由此以觀；裁時可以充足所需軍醫都是正式學資呢？進一步言，正科畢業以後，已投身營業環中，以技術為漁利，當前國家經濟困厄之際，薪俸微薄，生活動蕩，受薪一月，不及一天營業收入，非有特殊因素，何人願做軍醫？試觀三十六年明令徵調醫師，被徵者諸多規避，結果應徵所得，微乎其微，遠不足百分之十六，皇皇公令，尙且如斯，何況還想自動參加服役？總之效勞於中級軍醫領域的，都是一班無正式學資的窮苦現實青年，所以希望黨國培植他們，訓育他們，俾能養成「實用手」的新軍醫，以服務疆場，時代尙需要他們，黨國應該盡此義務！

在內憂外患的今日，既然少不了無正式學資的軍醫，就希望不要把這批瀝血汗的人委諸路旁，為奸人利用，然而亦不應濫用無能的人，為現實環境計，似可採用以下二點辦法：

（一）普遍設立分區召訓教育，不限出身，嚴格考核他們平時具備的學科，以準斷其水準，分別

施以短期或較長時間之輪流訓練，不堪培植的，予以適當的處置淘汰。

(二)分區調查各人的技能，先飭各無正式學資的現職軍醫，將本身勝任醫療之技術程度呈報備案，然後分期指定醫院為實施試驗，并派專員就地考核其學術科及作業技能，以決定為合格，或需訓練，及淘汰三種。

(三)一經考核合格或訓練合格後，即認為合法軍醫，給與正式學資同等資格，同受保障。

以上各點是否適宜，仍望國家賢達卓裁。

筆者為一個軍醫預備團的學員，被視為丁等學資的軍醫，然十餘年來，所担負內科的診療及軍陣外科的手術業務，雖不敢說專長，然與正式學資出身之人員，聯同作業，成績未嘗低落，惟對國家一切的技术與資績的享受，被「出身不符」四個字剝削得淨監，更受人事制度上的歧視，所以此種苦衷，感慨至切，惟念全國之大，無正式學資軍醫之多，蘊藏積欠，豈止一人？願竭管窺，企望最高軍醫當局有以鑒及吧！

聯勤總部廣東供應局第八科 袁陽照

上期「從失望中發現了新的希望」一文，係陸軍整編第十八師暫九旅二團軍醫周琨章君投書，為手民漏掉，特致歉意！

## 下期要目預告：

美國陸軍軍醫之發展與中國軍醫之前瞻.....	Col. Floyd L. Wergeland 韋格蘭上校講
軍醫戰術講授錄.....	吳聘記
滿洲傷寒及斑疹傷寒.....	徐步安
免疫學在近代醫學上的應用.....	蕭雨滋
濾過性病毒所致之肺炎.....	史敏時
瘧疾與黃疸.....	葉維法
瘧疾與黃疸.....	耿熙麟
診療新知拾錦.....	郭秉寬等
醫學文摘.....	聘之



江 晦 鳴

於山觀脈，於水觀瀾，軍醫月刊的特性，觀其所由，不外向兩個方向發展，一個是 Emergency，一個是 Public Health，唯其如此，才能發揮它的特性。不然，軍醫月刊與一般醫學刊物的分野，便很難劃分清明。

所謂 Emergency，很難給它一個適切的譯義，並不是單指急救 First aid 而已，凡是醫學上緊急而切要的技术問題，都值得軍醫來提倡和研究，以求完滿的發展。比如這麼說，近代磺胺類藥品的發明，由於它的適應症很多，對於簡化治療的功用，深合軍醫的一切動作——必須快速而確實的要求，所以，軍醫把它列入標準衛材之內。意思就是說，這一類的藥品，如果在最緊急的環境下，施用了它，就可以很切當地發揮優越的功效。其他，像青黴素，血漿等，大都淵源第二次大戰，為了適合 Emergency 的有效條件，而不斷地發展，已漸漸開了簡化治療之路。這對於我們中國醫學界，影響更大了。我國醫師數量缺乏，軍醫不夠，民間醫師更感不夠，假使有一天，如能獲得最簡單而最有效的方法，醫治疾病，在用藥方面，做到于魚去乙，于馬去肝，不但可以減少五花八門的成藥浪費，又可以符合經濟的原則，對於國民經濟是一個最好的「節約」；而且，也是解決「醫師荒」的一個最低的補救辦法，因為，醫師用藥，能夠簡化，在特殊的環境下，不難有藥可用，也不致事到臨頭茫無所措了。

軍醫問題，完全為單純的防禦問題——即以科學上最新的方法，在不能預料的情況下，對付不能預料的武器與疾病。過去的方法，既不盡完善，而防治效果的統計亦未盡精確，且軍隊的健康，尤賴公共衛生 Public Health 的注意，因此，軍民機關須採取隨時合作的方式，才能解決改善防禦的方法。我們不能單純注意可怕的未來戰爭，而忽視人類健康一向的大敵，凡有大戰，即不免有傳染病，所謂「大兵之後，必有大疫」！未來的問題，除了可怕的傳染病之外，還有原子能的放射危害，細菌的活動，和其他不可預料的新的問題，都需要軍醫以防禦戰的姿態才能應付，所以，Public Health 成為軍醫防禦戰的最好的戰略，今後的軍醫必須特別加以研究，才可以担負着未來的重大的國防責任。

因此，Emergency 和 Public Health，是軍醫月刊所經決定的兩個發展的方向！

這一期，所選中而發表的作品，已從這兩個方向開始，當然，距離我們的要求還是很遠的。李廷安醫師和郭祖超醫師合著的「國人死因之商榷」一文，雖是舊作，但這個研究公共衛生的範例是很好，應無明日黃花之感。

三十六年度

各衛生單位主管動態表

番 號	原任主官 姓 名	離職原因	新任主官 姓 名	備 考
第八後方醫院	牟 煊	退 役	倪光遠	
第十六兵站醫院	李永貞	退 役	孫鳴高	
第八臨時教養院	劉斐然	受 調	葉奎堯	
第十九臨時教養院	劉作真	退 役	王獻寶	
第十二臨時教養院	李星樞	退 役	南世謙	
第十八臨時教養院	及紹嵐	退 役	陳昌矜	
青島總醫院	朱季玉	調 署	劉佐才	
第一後方醫院	陳紹元	調	王慶云	
第二後方醫院	王肇康	病 免	陳紹元	
第四十後方醫院	魏國祥	病 故	賈宗興	
第一〇六後方醫院	劉佐才	辭 兼 職	劉豫樟	
第十二兵站醫院	王慶云	調	董志沂	
第三九兵站醫院	陳 禮	參加黨會訊辦	李旭光	
第六補給總庫	林 游	撤	于懷卿	
第一列車隊	秦又和	退 役	冀兆曾	
第一〇列車隊	冀兆曾	調	項慶武	
第九十二後方醫院	薄桂堂	退 役	楊汝霖	
第二衛生大隊	邱鴻書	逃 匿	王同伯	
第五六後方醫院	韓師元	調	武效堯	
第卅六衛生大隊	佟玉麟	工作不力	郭公霖	
第五兵站醫院	馬炎昌	逃 匿	黃維周	
上海總庫	胡會林	致察赴美	胡德齡	
武漢總庫	胡德齡	調	徐從乾	
第二五後方醫院	錢惠餘	不願接任調預備員	蕭經楮	
第九一後方醫院	林 立(兼)		王 斌	
第一〇三後方醫院	李元品	調	夏永新	
第一七兵站醫院	唐國實	工作不力	譚先正	
第四十兵站醫院	別之選	退 役	史青蓮	
第四六兵站醫院	常鳳璋	調第七兵站總監部	馮希道	



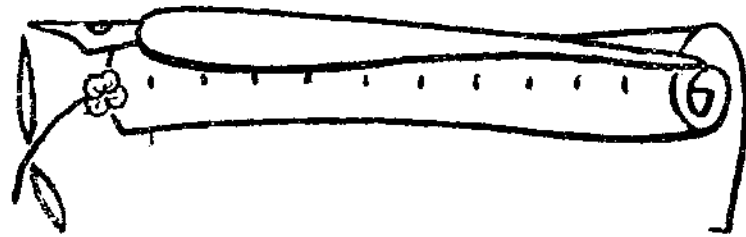
第七衛生汽車隊	賈漢章	調	蔣志明
第九衛生器材庫	郭仲驕	退 役	趙福生
廣州總醫院	于少卿	被選為參政員	高毅瑛
第三後方醫院	王元冲	調署預備員	彭餘存
第一六後方醫院	彭餘存	調	左冠章
第二四後方醫院	馮 怡	奉令辦理退役	李石心
第六三後方醫院	潘寶松	調第五補給區司令部	楊世澤
第二八兵站醫院	高維塘	因 案	李濟川
第二〇後方醫院		調署預備員	周恩溥
第一〇七後方醫院			
第一〇八後方醫院	王許驍		趙漢東
第五兵站醫院	黃維周	調	徐庭珍
第十兵站醫院	趙漢東	調	蘇綿豐
第卅五兵站醫院	夏如履	辦理不善免職	朱興仁
第五五兵站醫院	項 碩	退 役	譚家周
第三六兵站醫院	譚 震	侵佔公物撤職	羅希平
第二九衛生大隊	徐庭珍	調	朱 超
徐州總醫院	江濤聲	院務廢弛免職	徐子平
重慶總醫院	林竟成	調上海總醫院副院長	袁印光
第六補給區軍醫處	王 維	免 職	章 慈
第一五後方醫院	王汝諧	調署預備員	錢惠倫
第一九後方醫院	馮啓煊	調署預備員	馬德明
第二二後方醫院	蔡潤鵬	因病請辭	劉孟羣
第三〇後方醫院	鄭 力	運輸傷患不力免職	鄧振琴
第一〇九後方醫院			于寶昌
第九衛生大隊	王佐卿	因案訊辦	胡華宸
第十四兵站醫院	陳汝楫	因公殞命	胡覺希
第一一〇後方醫院			周炳奎
第六三後方醫院			葉一帆
第三八後方醫院	劉彭壽	監用職權撤	江德銓
第六三後方醫院	楊世澤	在石門陷匪	董翰堂
第六九後方醫院	張培澤	調保定綏署公署	張 煦
第十七衛生大隊	錢守山	退 役	謝慶江
第四十四衛生大隊	張 煦	調	陳宗道
第五一衛生大隊	王廣田	侵佔公物判徒刑	唐國賓
貴陽總醫院	楊文達	調南京總醫院副院長	張祖榮
第一〇五後方醫院	蔣浩如	調署預備員	丁貞壽
第一〇八後方醫院	趙漢東	調第二二分兵站監部	王運奎
廣州總醫院	高毅瑛	調青島總醫院	張勇斌
青島總醫院	劉佐才	奉令續職，撤職	高毅瑛
第十一臨時教養院	易子鑄		葛 天
第二兵站醫院	劉伯良	退 役	羅汝棟

第十一兵站醫院	王槐蔭	強迫抗戰軍人	黃楚石
第三衛生器材庫	張學瀛	退 役	朱剛輔
第七衛生器材庫	李 溫	退 役	張又翰
第十四衛生大隊	譚經國	調第四兵站總監部	戴鳳采
第六兵站總監部軍醫處	張康仲	改編，調北平 總醫院副院長	
第九兵站總監部軍醫處			蔡 冲
西安總醫院	剛 時	調瀋陽總醫院服務	康書同
第七三後方醫院	何 岫	退 役	張朱敵
第三衛生大隊	孫肇元	調徐州總醫院服務	江 斌
第三五衛生大隊	徐 琨	貪污瀆職，撤職	徐云飛
第五九衛生大隊	溫 瑛	貪污瀆職	
第一衛生器材庫	張振鵬	退 役	唐禹謨
第八衛生器材庫	王龍驥	調十一衛生器材庫長	吳家驥
第一〇衛生器材庫	潘 鈞	退 役	錢憲武
第十一衛生器材庫	錢憲武	調第一衛生器材庫長	王龍驥
第十八衛生器材庫	石柱榮	未到差，調第五衛 生器材庫副庫長	魏希平

### 敬 告 讀 者

現因時局關係，郵路時受阻隔，郵局對於寄往內地各省之印刷品及書籍包裹等，無論航空寄遞或普通平寄，輒暫停收，縱使有時收寄，亦需時甚久始能到達，且時有寄失情事，致使內地讀者所訂本刊，每無法付郵，遠勞函詢，至表歉意！茲除由本刊每日派員前往郵局，隨時探詢試寄，及逐一函復外，恐仍有未週，爰將實在情形，說明如上，敬祈亮察是幸。

發 行 部 啓



## 榮譽軍人一等傷病殘廢官兵

# 請假回籍休養暫行辦法

(卅六)教字第 06332 號午卅代電頒發

- 一、一等傷病殘廢榮軍，在回籍辦法未經行政院核准頒佈實施以前，自願請回籍休養者，依本辦法辦理之。
- 二、一等傷病殘廢官兵，如有下列情形之一，申請回籍休養者，由院長負責查明，檢同原籍縣政府或鄉鎮公所證件，專案呈准後，始得離院。
  1. 雙目失明者。
  2. 癱瘓不起者。
  3. 患精神病者。
  4. 行動飲食須人服侍者。
  5. 家貧親老，乏人料理者。
- 三、奉准請假回休者，其一切費用，規定如後：
  1. 奉准回休者，所需旅費，准按行程遠近，比照復員辦法規定之里程天數計算，(不分官兵)，由院核發，汽車票價，專案報核。
  2. 奉准回休榮軍離院時，准由各該院發給主食現品三個月，併入軍糧計算列報，以後不再發給主食現品或代金。
  3. 奉准回休榮軍，一律改穿便服，准於在離院時，發給一次服裝補助金二十萬元，(不分階級)，款由院方墊付，准予專案報核。
  4. 奉准回休以後，仍照住院薪餉，(包括副食及眷糧，均改發代金)，規定，由院按月匯發，准在常備金或公什費內支報。
- 四、申請回休榮軍，須將私章印鑑，及最近二寸半身相片，照規定(附格式一)填寫三聯，一聯存院，一聯呈署，一聯函送原籍縣政府備查。(呈署一聯應連同證件呈核)。
- 五、回籍以後，隨即取其當地殷實商店及鄉鎮公所之保證書，(保證確在原籍及無跨院情事)，呈由原縣府核轉到院後，始得由院按月匯發薪餉，由縣府轉發，取據寄院列報。
- 六、回籍以後，不得再行申請回院，應在家靜候辦理正式回籍手續。
- 七、奉准回休榮軍，有家屬來接者，俟奉准後，由院方負責，通知其家屬來接。
- 八、奉准回休榮軍，離院時，所有負傷及住院證件，一概收繳存院，另由院部發給請假回休證明書一紙，(附格式二)，以資證明。

九、奉准回休榮軍，如有不正當行為或非法經營及曠混跨院等情事，如經查覺，得由當地軍法機關及原院部依法懲辦。

十、本辦法自公佈日施行。

( 格 式 一 )

(全 銜)

一等殘請假回籍休養榮員兵印鑑相片報告表

相 片	手 模 或 印 鑑	籍 貫	離 院 日 期	階 級 姓 名	負 傷 部 隊	住 院 隊 屬
		省 縣 鄉 村 保 甲				

( 格 式 二 )

(全銜)榮軍請假回籍休養證書 ○字第○號

本院一等傷殘(階級)榮員兵○○○係○○省○○縣○○鎮鄉保甲人，茲因請假回籍休養，經呈奉聯合勤務總司令部軍醫署○○字第○○○號代電，准照部頒一等殘請假回休辦法辦理在案，該榮員兵回籍以後應在家安分自理生業，靜候辦理正式回籍手續，不得再行請求回院，除將負傷及住院證件收繳外，特發給此證，以資證明。

右給○○○

院長○○○ 官章

中華民國 關 防 ○ ○ 年 ○ 月 ○ ○ ○ 日

# 軍醫月刊稿約

- (一)本刊內容，分專題論綜，學術文叢，工作通訊，參攷資料，法規選輯，人事公告，月大事等欄，歡迎下列稿件：
- 1, 衛生勤務之研討
  - 2, 醫學實際知識之研究評論譯著與介紹
  - 3, 軍醫工作動態與生活實錄
  - 4, 醫學書報之批判與介紹
  - 5, 軍醫史料與名人傳記
  - 6, 榮軍善後問題之研討
  - 7, 其他有關軍醫作業之文字劇本圖照木刻詩歌等作品。
- (二)來稿內容及文字，力求新穎切實。
- (三)譯作須附原文。如原著不便寄遞，務請註明原文題目，著者姓名，出版日期，及發行處所。
- (四)來稿不拘文體，務請加註標點，篇末并請註明全文字數。
- (五)來稿字跡，務請繕寫清楚，尤以原文須特別注意，并請橫寫，祇寫一面。附有插圖者，更須力求明晰。(除彩色者外須用墨色)
- (六)本刊對來稿有刪改權，如不願者，請預先聲明。不登稿件，概不發還，否則，請先附足郵票。
- (七)來稿一經揭載，酌致稿酬，除特殊著作外，概不附印單行本。
- (八)一稿數投之作品，請勿惠賜。
- (九)稿末請註明真實姓名及地址。
- (十)來稿請寄南京中山東路四條巷軍醫署資料組。

半年訂費：三十萬元概不零售 | 半年郵費：平寄五萬元 掛號七萬元 航空四十萬元 航空掛四十五萬元

## 廣告總經理美靈登有限公司

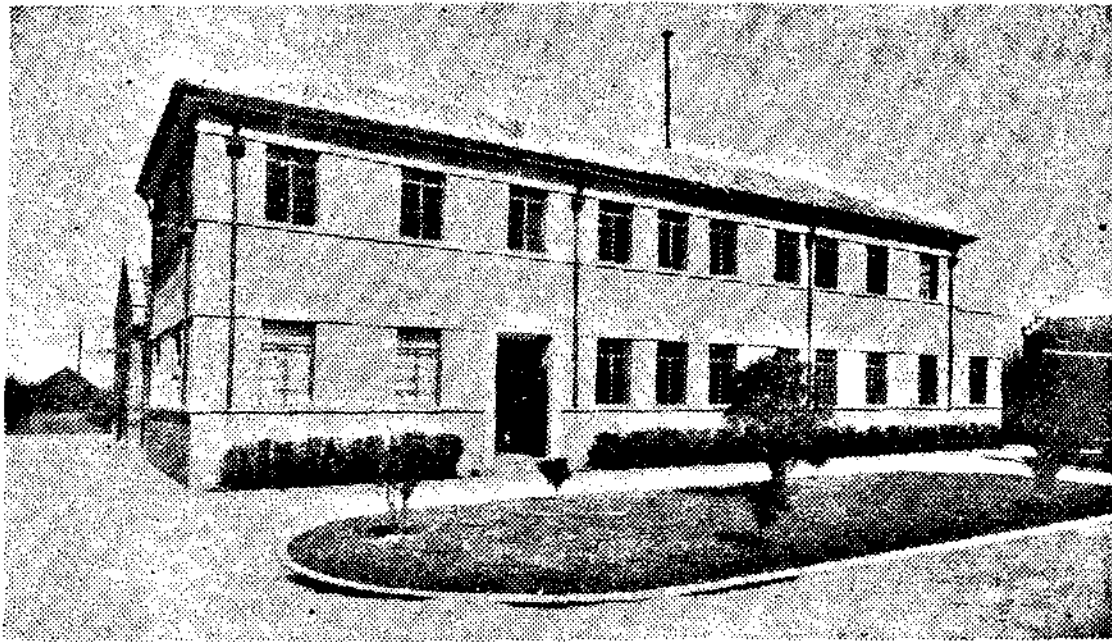
廣 告 刊 例	種	類	地	位	全	面	半	面	四	分	之	一		
	特	種	底	封	面	五	千	萬	元	三	千	萬	元	
優	等	前	封	裏	四	千	萬	元	二	千	五	百	萬	元
普	通	正	文	內	二	千	萬	元	一	千	二	百	萬	元
* 長期登載半年以上者規定八折優待 *														
1. 廣告一律黑色，稿樣由客戶自擬。 2. 廣告如需另行製版時，該項製版費由客戶支付。 3. 廣告如欲印彩色者，價格另議。 4. 本刊廣告費依成本估計隨時調整，惟簽訂長期合約，全部廣告費一次付清，中途概不加價。 5. 本刊廣告紙張全面長十吋寬七吋版口長九吋寬六吋其他廣告大小依次推算。 6. 本刊廣告費概須先惠。														

地址：香港路一一七號 美靈登有限公司承印 電話：一一六五五

標商



冊註



# 廠藥製心中

## 品出譽榮

常 備	宜 乎	中 心 消 炎 新	中 心 止 咳 糖	中 心 葡 萄 糖 針	中 心 鈣 針	中 心 維 生 素 丙 片	中 心 維 生 素 乙 一 片	中 心 葡 萄 糖 酸 鈣 片	中 心 絡 通 片	中 心 配 尼 西 林 藥 膏	中 心 良 藥

一八四〇五・二〇 電 號二〇一一路會育體西灣江：址 廠  
 二 三 〇 三 一 話 室三號一(難外)路一東山中：處務業

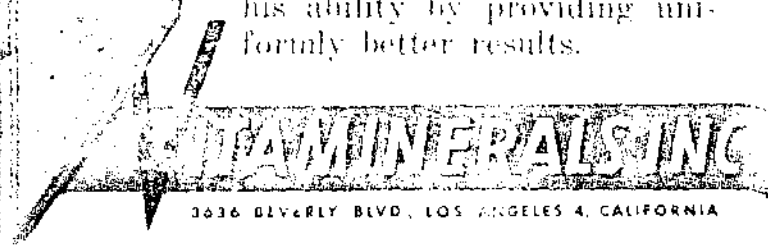
中華郵政特准掛號認爲新聞紙類  
內政部雜誌登記證京警國字第二〇五號

艱難毅不絕之研究醫師們業發現疾病之成因並非單純係多方相互影響交織而成  
由於營養之失常而成疾病更屬常事，基於此天然維他命之各種不同方式配合產品於  
飲食之調整確爲對針發藥

# Safe Conduct

In times of sickness, people travel a road fraught with uncertainty and sometimes with fear. Because a longing for dependence is the inseparable companion of illness, an important part of the doctor's treatment is the confidence he instills in his patients. The assurance of safe conduct through a difficult period adds materially to their comfort.

The thoughtful formulations and exacting standards of VITAMINERALS contribute to the doctor's confidence in his ability by providing uniformly better results.



中國經理處

## 天然維他命華行

廣州惠福西路二二〇號三樓



香港經理處

## 東成公司

畢打街畢打行八樓

上海經理處

金山路四三號

禮查大樓九十室