

北京市在職衛生人員學習委員會編輯材料之二

醫學報告彙編

第一輯

中央軍委衛生部出版

一九五一年五月一日印行

序

這是北京市在職衛生人員學習委員會於一九五〇年所組織的一些醫學演講，曾由學委會依題印爲小冊子，現在我們又把這些小冊子，彙集成帙，印發全軍，做爲部隊衛生工作者的參考讀物。由於這些演講事先都是經過學委會討論擬定了題目的，所以一般地可以說是切合實際需要。其中『蘇聯外科進展』一篇所談雖都屬於原則問題，但從它可以看出蘇聯外科的概貌，特別是可以看出蘇聯衛生組織的週密以及蘇聯如何將預防措施用之於外科，這是值得我們深深體會學習的。

另外，我們希望各地同樣積極組織這樣的演講，選印成書，以互相交流經驗。我們認爲：彙集醫學演講，給以出版，是普及醫學理論的一種重要方式，是應該大加提倡的。

軍委衛生部教育處

目 錄

甲狀腺腫.....	謝祖培
婦嬰營養.....	葉恭紹
營養缺乏病在中國的狀況及處理.....	侯祥川
Rh 因子	謝少文 秦振庭
心臟病分類.....	吳 潔
充血性心力衰竭.....	馬萬森
血液檢查與臨床關係.....	鄧家棟
輸血適應症及禁忌症.....	蕭星甫
急性胃腸炎.....	張孝憲
熱力燙傷及治療.....	張天民
中國瘧疾之流行.....	馮蘭洲
耳聾與耳鳴.....	徐蔭祥
蘇聯外科的成就.....	馬亞特

甲狀腺腫 Struma

謝祖培

鐵道部北京鐵路總醫院外科

甲狀腺腫俗稱大脖子，是一種散在性的疾病同時也是地方病與流行病，以致某地之生產力減低，對於人民衛生事業應列為重要問題，現在的醫學，以預防為主，更應該加以研究，以期減少疾病之發生，同時已得者，加以適當之治療，未談本題以前，對於甲狀腺之解剖生理，似有略加說明之必要。

1. 解 剖

非甲狀腺腫地區初生兒，甲狀腺重五瓦，成人 20—30 瓦，全寬 6—7 釐，側葉高 6 釐，位於喉頭與氣管間之空隙處，其兩側為胸鎖乳頭筋，如能立即觸知，即為甲狀腺增大之徵。

錐體突起 *Processus pyramidalis*（即錐體葉）常缺如，峽部缺如者少，千人中大約有一人缺少一葉，有時全腺體低位 *Thyreoptosis*，有時包住氣管及峽部。

副甲狀腺 *Glandulae thyreoidae accessoriae* 係胎生時離散之甲狀腺胚芽，豌豆至蠶豆大，存在於舌骨附近及舌基底，此外亦有在喉頭氣管與胸廓等處。

甲狀旁腺 *Gl. Parathyroidae* 即上皮小體 *Epithelkörperchen* 位於甲狀腺上下極間之後面，食道之偏側，成人有四個，亦有三個或兩個者，色黃紅或黃褐，表面平滑，其形狀大小不等，橢圓扁平，亦有一端或兩端尖銳者，長普通 6—8 耗，寬 3—4 耗，厚 1.5—2 耗，小孩之上皮小體，似較成人略大，又兩側上皮小體之排列，甚少一致者，與甲狀腺之間隔，僅為疎鬆結締組織，據觀察所得，此種上皮小體，亦有包含於甲狀腺組織內者，亦有在頸部各處，如喉頭咽頭及氣管領域以內者。此腺雖小，但對於人生之意義極為重要。

胎生第六月，甲狀腺產生含有膠質之腺胞，膠質僅在生後第一星期，暫時消失，以後又出現，僅有甚微之變動，上皮小體由甚密接之細胞而成，其大小與甲狀腺之上皮細胞相等，有小水泡構造。

甲狀腺的血供給，正常左右側各有上及下甲狀腺動脈，尚有一或二最下動脈，此係例外，一側之上下兩動脈，主要的在甲狀腺後方，互相吻合，相當規則的在峽部上緣，有一橫血管枝，下緣亦常有微細血管枝，靜脈有中甲狀腺靜脈，位於下甲狀腺動脈之上方，兩葉之下極，有下甲狀腺靜脈，在此兩靜脈間，時有最下甲狀腺靜脈，上方動脈絕對存在，下方動脈有時缺如，代以甚粗之最下動脈，正常者上下甲狀腺動脈，大致同等粗細，但甲狀腺腫時，下甲狀腺動脈常粗大。

上皮小體的血供給，係由下甲狀腺動脈或上下甲狀腺動脈吻合枝，分出一細枝，此外甲狀腺動脈與周圍血管，尚有豐富的細微的動脈吻合。

甲狀腺之分泌性神經分佈，爲上喉頭神經，每一血管，均伴有交感神經叢。

II. 生 理

甲狀腺爲內分泌腺之一種，碘的新陳代謝之調節機，其重要由臨床觀察之散在性粘液水腫 Myxoedem 地方性克汀病（矮呆病）Kretinismus 手術後甲狀腺摘出性惡液質 Kachexie thyreopriva 及巴色多氏病 Morbus Basedowii 可以說明。

腺胞中含有一種液體，名爲膠質 Kolloid，甲狀腺之內分泌素，即含於其中，由淋巴道滲入血管。

腺體內膠質含量與膠質之生產（輸入）及吸收（輸出）有關，膠質缺少因生產減少或吸收增加，碘（正常腺約 5mg）大部份存于膠質中，小部份存於細胞。

經各種試驗，分析甲狀腺詳細的一定的化學性質，尚不能取得一致，其名稱如下：

A. 蛋白質：

1. Jodothylin von Baumann.

2. Jodothyreoglobulin von Oswald. (含有 0.15% 碘)

3. Nukleoprotein von Oswald. (富有磷，無碘)

B. 非蛋白質：

4. Thyreoglandol von Hoffmann, Laroche. (接近無碘)

5. Thyroxin (甲狀腺素) von Kendall 1914年. (65% 碘)

腺 之 官 能：

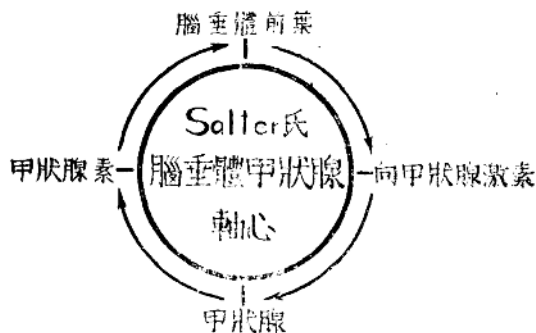
1. 影響全部機構之發育作用。(骨骼及生殖器之發育不全等)
2. 影響組織官能，尤以新陳代謝。(蛋白，脂肪，炭水化物之新陳代謝亢進)
3. 可能除去或中和正常新陳代謝之毒素產物。
4. 對細菌毒素可能幫助機構之防禦。

實驗上用甲狀腺製劑，可起如下之作用：

1. 增高交感神經及副交感神經系統之興奮性。(脈搏增多，心悸不安等)
2. 增加蜜素代謝。
3. 增進呼吸性瓦斯交換之基礎代謝。
4. 對酸素缺乏，敏感性增高。

上皮小體在解剖及生理上，與甲狀腺有密切之關係，大半為蛋白分解物質之解毒臟器，其缺損可引起急性甚至致死之搐搦症 Tetanie，部份的官能喪失，對毛髮，爪，牙，有害，引起白內障形成及癩癧樣痙攣伴有亞急性搐搦症，此外可使運動性神經系統之興奮性增高(Chvostek 氏現象——扣打顏面神經，引起顏面肌肉痙攣。Trousseau 氏現象——壓迫上膊神經幹，引起助產手之姿勢。)高官能往往與一般纖維性骨炎 Ostitis fibrosa generalisata 之發生有關係。鈣的新陳代謝，亦可因上皮小體之缺損而受影響(Mc. Callum 氏)，故用鈣劑治療搐搦症有效。

許多內分泌腺互相連繫，甲狀腺與腦垂體前葉，有密切關係，腦垂體前葉之內分泌素，即向甲狀腺激素，Thyreotropische Hormon. 刺激甲狀腺，而分泌甲狀腺素，甲狀腺素對向甲狀腺激素，有抑制作用，故此兩種內分泌素，經常互相控制而保持平衡，Salter 氏稱為腦垂體甲狀腺軸心



III. 良性甲狀腺腫

1. 歷史

甲狀腺腫古代即有，稱為 Bronchocele（氣管枝歇爾尼亞），希臘的醫師始與淋巴腺腫脹鑑別，在中世紀及百年以前，尚一再共同研討這個問題，自後一般的始承認此病與甲狀腺有連繫，向着目標不斷的研究，得到迅速的進展，以至有今日之成果。

2. 發見地與原因

甲狀腺腫係緩慢發生甲狀腺增大之症，大多數係腺組織之增大，而非單純之增大，乃增大之基質，發生官能障礙或官能停止，甚至對有機體有害。

地方性甲狀腺腫 Endemische Struma 係生長於某一地區，居民的大部份，患有甲狀腺腫，地方性甲狀腺腫愈多，往往克汀病 Kretinismus 亦不少，尚有介于兩者間之病症，未爲人所注意。

居民由無病區搬入有病區，在短時間內，得甲狀腺腫者不少，若再搬回無病區，可立即消失。

甲狀腺腫全世界均有，地方性甲狀腺腫之主要分佈區域，爲高山地帶，歐洲以瑞士，法國 Savoyen 及奧國高山地最多，德國 Steiermark

爲發生甲狀腺腫之主要中心，美國發生於 Great Lakes Basin, Minnesota, Dakotas, 太平洋之西北及密西西比河上游之山谷地區，吾國據本人所知，河北之冀東，唐山以北，熱河，山西解縣，及浙江錢江以南地區，爲地方性甲狀腺腫之發生地。

發生甲狀腺腫，有驚奇之數字，如瑞士數地區之學齡兒童患病者，竟佔 90%，自用碘預防以來，結果佳良，降至 20%，又洪水地區，河流入海及冰河堆積而成之土地，土壤，冰以至蔬菜，均缺乏足量碘質，好發甲狀腺腫，反之沿海地區，因水及植物中，含有大量碘質，甲狀腺腫患者極少。

散在性甲狀腺腫 Sporadische Struma 即缺少本病之某地區，偶然發見之謂，移住的居民，發生甲狀腺腫，是否移入抑或當地自生，甚難判別，但地方性甲狀腺腫之大部份與缺乏甲狀腺腫地區之甲狀腺腫，其形狀完全不同，1912 年 Payr 氏已有記載，謂彼處專流行未發現之甲狀腺機能減退症，此處則發生甲狀腺機能亢進症，就中巴色多氏病，較結節性甲狀腺腫著明增加，各地區的甲狀腺腫，具有不同的局處的及病理解剖的特性。

經驗上發病率女性多於男性，并喜好發於妊娠期中及產後，凡接近地方性甲狀腺腫地區，其兩性之發病率差數不大，如瑞士之 Basel 5:1, Bern 1.6:1, 德國北部距離遠，爲 10—13:1, 因此當地之甲狀腺腫愈多，兩性發病率數，亦愈能取得一致，何以多發生於女子，尤以性器官成熟之女子，此或由自律神經系統及內分泌腺系統之體質特殊條件所致。（因甲狀腺與性腺有密切之關係，性腺功能旺盛之女性，易患甲狀腺腫）

流行性甲狀腺腫 Epidemische Struma 在某種生活條件下，迅速發展之甲狀腺腫，年青人最多，流行於學校機關兵營監獄等集中場所，如變換地區，則可迅速消退，此種傳染性毒性損害，並非直接侵入甲狀腺，乃經由腸管轉入，如此解釋此種甲狀腺腫之羣集，可能最爲恰當，昔時甲狀腺腫手術，認爲係某流行地區外科醫師的特種技能，今日則完全不同，成爲每一位外科醫師之任務矣。

研究甲狀腺腫之發生原因，爲甚有興趣之問題，隨了自然科學及技術方法之進展，面貌爲之一新，無論在實驗及思索考慮，細菌學，毒物學，

化學，物理的化學，遺傳學及體質學方面，均有其成就。

最老的是飲水說，在百年以前，尤以瑞士，飲用指定的井水，引起甲狀腺腫，此井即稱為甲狀腺井，并由觀察及實驗證明，同時有地質說，由一定的地質學的岩石層中流出之泉水，其成份足以損害甲狀腺，而起甲狀腺腫。

Bircher 氏曾經飲水實驗，在已染病的地方團體，改飲開拓一個自 Jura 山脈岩石的新泉，數年中甲狀腺腫及克汀病，幾完全消失，因未檢查全部居民，故不十分正確。

飲用的泉水，不但發源地，且與全徑路有關，因經甚長之輸送道及地層，滲入可以引起甲狀腺腫或抑止之物質，甲狀腺腫在某地層發見甚多，是因碘含量缺少之故。

多數學者作飼養與飲料試驗於動物，就中狗尤以鼠最適宜，即將染病區水之蒸發殘物或遠心沉澱物飼養，可以引起著明之甲狀腺增大，Wilms 氏認為一種毒素，乃甲狀腺腫發生之損害成份，因為水經濾過，仍可發生甲狀腺腫，加溫至攝氏 70 度，則不發生，此或由於地層的敗壞動物性物質，與泉水之發源地混合流出之故，至於可疑物質之加溫感應性，吾人首先應想到或是一種酵素 Ferment 又自無病區携來傳染區之動物，給以「甲狀腺腫水」，或將此水送給無病區的動物作飲料，均不發生甲狀腺腫或極少，同樣的染有甲狀腺腫的動物，自染病區移入無病區，可以消失。

當然亦想到是否是細菌傳染，但經各種研究，未能發現。

由於遺傳，當地及體質的條件，亦可獲得甲狀腺腫。

高山間之山谷，陽光極少地區，發生甲狀腺腫者甚多，又河流入海及廣闊面積之停滯水，尤以洪水地區，易於發生地方性甲狀腺腫，又甲狀腺腫地區之氣候的關係，雖經觀察，未得結論。

遺傳有甚大之關係，地方性甲狀腺腫地區，常有甲狀腺腫家族，在同樣的飲水及生活條件之下，其中有數人發生，亦有不發生者。

兩個不同地區之正常甲狀腺相比較，亦各不同，瑞士高地 Bern 一帶之甲狀腺，較德國北部低地之甲狀腺，平均重量加倍，且體積增大，Wegelin 氏曾細心估計 Bern 之初生兒，有 66% 之甲狀腺增大，組織學上瑞士

甲狀腺之濾胞與上皮，較德國北部爲多。

實驗室豢養動物於籠內，可起甲狀腺腫流行，一個染有甲狀腺腫之動物，在從未染病之籠內，傳搬甲狀腺腫，反之在已染病之籠內，健康動物亦可得病，動物被飼料及糞便污染，但保持清潔及避免引起甲狀腺腫有害原因之試驗動物，在人的甲狀腺腫地區，亦可發生甲狀腺腫，此即接觸傳染或污染說，在 Kärnten 地方一所僻靜房屋 „Tostenhuben” 隱居了多或少之克汀病與甲狀腺腫，人死以後，舉行火葬，以免繼發，關閉四十年以後之居住者，未見發病，此乃百年前之觀察所得。

V. Kutschera 氏推測，在密居及不良衛生環境之下，人傳染人，亦可傳染於狗，村中克汀病患者喜愛狗，與之共眠，以致被克汀病的狗圍繞，凡此污染，不良居住狀況，同族交配及遺傳之有趣的觀察，對於地方性甲狀腺腫，甚有價值。

Eskimo 人生活在非常不潔，緊密集居及不良條件之下，不起地方性甲狀腺腫，或因水及魚肉中，含有大量碘質之故。

由經驗所得，發生甲狀腺腫地區之水，如經煮沸飲用，可以預防或再消失。

Brasilien 有一種由樹蟲媒介之錐蟲類傳染 Trypanosomen Infektion 所引起之甲狀腺炎症性腫脹，稱爲 Chagas 氏病（寄生性甲狀腺炎），與甲狀腺腫無關。

最後碘缺乏說 Jodmangeltheorie. 比較適合，符合實際，而經甚多的精密檢查，支持此說，碘爲生活有機體必需之要素，各種天產物中，大體均有存在，飲食物中之碘含量，飲水則非病區較病區高二十倍，食品及飲水之碘缺乏，與地方甲狀腺腫間之關係，已經大規模之試驗確認，由於廣大的經驗，用極小量之碘，可以阻止腺體之增生，甲狀腺腫之新的觀察，係一種甲狀腺之代償反應 Kompensatorische Reaktion. 歸因於碘經常之機能不全，若輸入超過正常需要之碘量，則甲狀腺機能，病的增高，即所謂甲狀腺機能亢進 Hyperthyreoidismus 與碘巴色多 Jodbasedow. 鈣當同時碘比較的缺乏時，亦可引起甲狀腺腫，Wilms 氏以無鈣水，飼養其試驗動物，則甲狀腺腫之發生力終止，此類問題，多偏於物理化學方面，其他水

之礦物成份，是否有關，尙不能充分解釋。

碘爲今日研究甲狀腺腫原因最有力之學說，其關係尙待加以詳盡的解釋，甲狀腺腫之原因預防與治療，對於地方性人民的進化與生命，甚爲重要，每一位醫師，必須進行深刻的學習與研究，以期撲滅。

此外某一類物質，可使動物甲狀腺腫大，至 1941 年 Mackenzie 諸氏之研究，始知磺胺類 Sulfonamides 及硫脲 Thiourea，能促進甲狀腺腫大，減低功能，因之 1943 年 Astwood 氏應用硫脲衍生物 Thiouracil 及丙硫脲 Propylthiouracil，可以控制甲狀腺的機能亢進。

3. 病理解剖

甲狀腺腫非炎症性現象，乃甲狀腺肥大及變質變化，臨床上良性局限性或彌漫性之增大，雖有時近乎新生物之性質，但在病理解剖上，不能認爲腫瘤，例如囊腫性慢性乳腺炎及攝護腺肥大，亦爲肥大及變質，與真正之腫瘤不同。

茲列舉各種甲狀腺腫之形態如下：

I. 彌漫性甲狀腺腫 Struma diffusa.

1. 膠質缺乏：

- a. 初生兒甲狀腺腫 Struma des Neugeborenen.
- b. 青春期甲狀腺腫 Pubertätskropf.
- c. 成人實質性甲狀腺腫 Struma parenchymatosa.
- d. 巴色多甲狀腺腫 Basedowkropf.

2. 膠質正常：

濾胞增殖性甲狀腺腫 Struma follicularis 最高三倍大於正常腺，濾胞數增加，濾胞正常或僅微有變化。

3. 膠質過多：

膠質性甲狀腺腫 Struma Colloides 濾胞高度增大，膠質豐富，大半不規則，堅實，少許顆粒狀，可異常增大。

每一種甲狀腺腫，均可有充分的血管及結締組織發育。

II. 結節性甲狀腺腫 Struma nodosa.

1. 濾胞性、小濾胞性或實質性甲狀腺腫即腺腫 Struma follicula-

ris, microfollicularis od. parenchymatosa. Adenome 由空虛或適當含膠質濾胞或小管而成，導入增殖性甲狀腺腫，一個或數個結節，有時豌豆大至榛子大結節。

2. 膠質性甲狀腺腫 Struma colloidis 富有膠質之濾胞增大及異形基組織，常玻璃樣變性，結節一個或數個如上 II. 1.。
3. 囊腫性甲狀腺腫 Struma cystica 假性囊腫由上述 II. 1. 或 2 之中心軟化而起，經過長時期，可變為巨大之懸垂狀甲狀腺腫，常鈣化。

III. 混合甲狀腺腫 Mischformen.

潮變性甲狀腺腫同時形成甚多小結節，I. 3 之異常增大者，大半屬於此類，或經長時期，移行於此類，又 II. 1 與 2 常合併發生。

4. 甲狀腺腫之外形

甲狀腺腫位於甲狀腺部，為偏向側方或正中之腫物，大小與形狀不一，深部結節外表不能見，大者懸垂於前方，潮變性甲狀腺腫與正常甲狀腺之馬蹄鐵形相似，潮變性增大，限局性甲狀腺腫大半均在兩側葉，常突出於前頸中部，單獨之結節球形至雞蛋形，囊腫呈球形，各結節的組合，表面凹凸不平，潮變性者，軟或彈性性乃至堅實，血管性甲狀腺腫多半軟，彈性性，膨脹脈與輕度耐壓，限局性者，單獨結節及小囊腫均等，軟乃至緊張彈性性，長時期之囊腫皮厚，觸之堅實，長時期之甲狀腺腫，可觸知鈣化塊，即所謂石甲狀腺腫 Steinkropf。

上甲狀腺動脈，於甲狀軟骨同高處，易於觸知，血管性甲狀腺腫尤以巴色多甲狀腺腫之血管上，常觸得或聽得顫鳴 Schwirren（西烏—西烏—音），有時聽得騷鳴 Sausen（沙—沙—音），高度擴張的靜脈，有高聲漣音。

移動性 良性，周圍無炎症者，大半能移動，青年人迅速發育之潮變性或潮變小結節性甲狀腺腫，伴有緊密組織，則移動性多少受障礙，其他新鮮出血炎症及惡性成份，移動性少。

特殊的位置 由副甲狀腺而起之副甲狀腺腫，真性者完全獨立，假性者與甲狀腺有組織連繫。

異常位置之甲狀腺腫如下：

1. 沉痾性甲狀腺腫 Tauchkropf 深呼吸時吸引至胸廓內。
 2. 深在性甲狀腺腫 Struma profunda 下極位於胸廓內，有時係假性副甲狀腺腫。
 3. 胸廓內甲狀腺腫 Struma intrathoracica 完全或大部份之甲狀腺腫或副甲狀腺腫，位於胸廓內。
 4. 內臟後方甲狀腺腫 Struma retrovisceralis 環狀甲狀腺腫生長於頸部臟器周圍，或副甲狀腺腫生長於後方。
 5. 舌及氣管甲狀腺腫 Struma baseos linguae u. trachealis 係真性副甲狀腺腫。
5. 臨床症候

因甲狀腺腫之位置，發育之速度及有無炎症性癒着而不同，壓迫氣管可起呼吸困難，尤以在急行，荷重，游泳，登山及其他一定之姿勢時，但有時氣管受漸漸壓迫狹窄，患者幾不感覺，此乃正常氣管，甚為寬大，稍加壓迫，亦無困難之故，受壓之氣管向側方轉位成弓狀彎曲或呈刀鞘狀，如壓迫至某一程度，則呼吸時持續的發生笛音（或喘鳴）Stridor，患者仍不感覺顯著痛苦，直至劇烈勞動或黏膜炎症性腫脹或咳嗽等時，始有窒息性發作，但有時此種窒息性發作，以往亦可並無壓迫現象。

窒息性發作，有時恢復甚快，其他則非常速度的致死，因窒息時需要空氣，頸部肌肉緊張，因緊張而甲狀腺腫向內方吸引，因吸引而壓迫氣管，因壓迫而空氣更不能進入，有因甲狀腺溢血或急性炎症性腫脹，突然對氣管壓力增加，亦不少見。

氣管正常時所起之窒息性發作，歸因於兩側之返回神經被壓迫，甚少見。

聲音嘶啞歸因於喉頭黏膜之慢性循環障礙，或壓迫一側之返回神經所致之部份的或完全的麻痺。

食道受壓迫而起嚥下困難者，僅限於內臟後方，胸廓口及馬蹄鐵形兩側腫大之甲狀腺腫。

向側方表層轉位之頸部大血管，無不適感，惟胸廓口堵塞之大甲狀腺

腫，壓迫大靜脈幹，以致頭及頸部鬱血（頭部腫脹），腦循環障礙及與肋間靜脈內乳靜脈形成靜脈性副循環（蛇頭 *Caput Medusae*），其他對於心臟，因氣管狹窄（肺膨脹——小循環增強——右心肥大及擴張）或靜脈循環障礙，或最後起毒性作用，（不正常狀態產生甲狀腺內分泌素，或大量吸收甲狀腺內分泌素所引起之心動急速與心臟肥大）稱為機械性及毒性甲狀腺腫心臟 *Mechanisches u. toxisches Kropfherz*。其起因（一）心的工作加重，如基礎代謝增高 50%，心工作即增加一倍，日久心筋受損害，（二）可能因交感神經受刺激，易得心房纖維性震顫 *Auricular Fibrillation*，進而致心臟擴大，以至衰竭（三）甲狀腺素可增進全身細胞的新陳代謝率，心臟細胞亦不能例外，故易使心臟擴大與衰竭，（四）甲狀腺腫大，血管組織更豐富，聽診可聞血管雜音，增加心臟的負擔。

神經於良性甲狀腺腫時，返回神經受影響，起不全麻痺或麻痺，麻痺之程度者，僅後環狀披裂筋（聲門擴張者），聲帶一個內縛，幾無障礙，患者常訴不能強烈咳嗽及音聲增高，完全麻痺者，聲帶外縛（屍位 *Kadaverstellung*），聲音嘶啞及無聲，如聲帶不能調整，則永遠不能恢復，兩側後筋麻痺，則起呼吸困難及窒息，甚至終生插有氣管套管，兩側完全麻痺，則不能咳嗽及完全無聲，因吸引易起迷走神經麻痺性肺炎 *Vaguspneumonie*。

6. 診 斷

首先要証明是否有甲狀腺腫，或與甲狀腺有關之腫物存在，主要徵候為嚥下運動時，腫物上舉，僅炎症性癒着或惡性及胸廓口停住之甲狀腺腫，此徵候缺如，觸診時醫師站在病人後面，用兩手拇指，置於項部，兩手示指及中指，置於腫物之上，如不能發現時，可命病人平臥，頭稍低，兩側胸鎖乳頭筋弛緩狀態下，作嚥下運動，醫師接觸胸廓口部，對深入向下行之游走或沉沒性甲狀腺腫 *Wander-od. Tauchkröpfe*，亦可見到，診斷上最困難者，莫如完全在胸內之甲狀腺腫，與縱膈囊腫瘍之現象相似，X光像片，顯示心影之上方，有一圓形物，易與大動脈瘤誤診，如觸知沉沒性甲狀腺腫之向頸部突出或向下潛入者，可與縱膈囊腫瘍鑑別。

形狀與種類 根據臨床現象，在一定程度，可以識別，最易區別為彌

變性及結節性，甲狀腺腫一帶地區，二十歲以上，大半爲瀰漫性或瀰漫性小結節性，實質性或膠質瀰漫性，在臨床上不易區別，地方病的中心區，係瀰漫性及結節性甲狀腺腫，以實質性爲多，地方病的周邊，以膠質性爲多，如腫物軟，著明膨脹感，而脈、聽診有血管雜音，兩側上甲狀腺動脈粗大，則爲血管性甲狀腺腫 Gefäßskroph. 雖未必與巴色多氏病結合，但不能不注意巴色多氏病之徵候。

經過視診與觸診，知爲結節性甲狀腺腫，並須知爲甲狀腺之某部，側面位置，易於認出，如在兩胸鎖乳頭筋之間突出，觸診不能判明單獨結節之小囊腫，大於橘子之結節，大半中心囊腫性溶崩，硬性者鈣化，但須注意惡性甲狀腺腫（腫瘤）。

因頸椎結核而起之前頸部沉降膿瘍，可誤認爲結節性甲狀腺腫，但有波動及嚥下運動時不上舉，易於鑑別。

斷定甲狀腺腫之何部份，可以引起一時的呼吸困難，第一是小而深或沉沒性甲狀腺腫，其次是大而表面之甲狀腺腫，兩胸鎖乳頭筋間突出之甲狀腺腫，不如深在結節壓迫氣管及氣管轉位之機會多，壓迫之程度與位置，可用喉頭鏡檢查，胸廓內甲狀腺腫之擴大程度，可由打診證明，其他氣管之彎曲轉位及壓迫，根據X光正側面像，最可靠，每一患者於手術前，必須投照，除普通之壓迫氣管變形外，有時氣管因左右結節之壓迫，呈S形，懸垂狀甲狀腺腫，呈U字形。

甲狀腺腫診斷，禁用注射器穿刺。

7. 預 防

甲狀腺腫一帶地區，按照飲水說，飲用已煮沸之水，可阻碍甲狀腺腫之發生，諸氏之研究，主張用極小量之碘，最初美國，以後各國繼續採用，在某地區之全體居民普遍的給與極小量碘化鉀，加入食鹽中，每一公斤加入 5mg，攝取碘鹽之孕婦，其子女可免發生甲狀腺腫，亦有主張用較大劑量，加入 200mg，各國不同，尚有試行飲水碘化者，預防或治療“學校甲狀腺腫”，除攝取碘鹽外，每星期一次，給與含碘化鉀或碘鈉之藥片 1—2mg，或碘脂肪酸（如 Jodostrin）5mg，得良好之效果，孕婦亦給以等量，惟均須月餘之持續，休息一個時期，再繼續服用。

戰時及戰後之兒童甲狀腺腫，用碘劑治療與預防無效，此係食物中缺少製造激素之氨基酸 Aminosäuren 所致，應同時給以高蛋白食物（魚、牛乳，乳酪，蛋）並注意是否有甲種維生素缺乏，佝僂病及貧血症存在。

8. 治 療

分藥物及外科療法：

A. 藥物療法 應用碘與甲狀腺製劑

1. 碘療法 最少十四世紀以前用海棉灰 Schwammasche, 1820 年 Straub 及 Coindet 兩氏開始用純碘治療。

碘之作用 刺激正常腺及腺腫至一定程度之動作，籍使滯溜之膠質液化，迅速輸出，因之達到治療作用。

投藥方法 外用碘，碘鉀軟膏（1:10:100）或 Jodex，塗擦於預先清洗之頸部，常有良好之結果，內服碘鉀或碘鈉，每日 0.01，連服十四天，休息十四天，再如前服，最好用碘脂肪酸製劑，如 Jodostarin, Lipojodin 等，可使吸收緩慢，或每十日飲用碘酒一滴之水一杯（Breuer 氏）或 Jodipin 一片，含碘 0.05，此外飲用含碘之礦泉水及居住海濱。

碘療法之適應症 最好用於少年人之彌蔓性甲狀腺腫，其次為單獨結節，絕不用於囊腫性甲狀腺腫。

碘療法之缺點 昔時用大量碘劑，甲狀腺腫組織固可消退，但同時發生碘中毒之一般現象，類似巴色多症候，如震顫，心悸急速及身體瘦削，歸因於甲狀腺產物之吸收增加及腺體受碘之慢性刺激狀態所致，即停止碘劑，尚能持續月餘，故凡有巴色多氏病症候，避免用碘治療，每一個用碘治療之成人甲狀腺腫，應由負責醫師認真監督，每一種碘製劑有效的劑量，均可引起碘巴色多 Jodbasedow。

其他長時期用碘劑後，甲狀腺周圍之結締組織異常增厚，以致日後手術時，發生困難。

2. 甲狀腺療法 用 0.5-1.0 之新鮮腺組織，或等量之甲狀腺片劑，其作用及適應症與碘療法相似，但因促使甲狀腺分泌物迅速

吸收，而引起不快之副作用，故此種臟器療法，僅應用於甲狀腺官能減低症，巴色多氏病亦忌用。

B. 光線療法

甲狀腺腫之部位，易於用 X 光及鐳錠照射，對於瀰漫性甲狀腺腫，可達到一定程度之消退，成績不確，最後結果，亦難以預測，其他頸部因照射可引起輕度之皮膚損害，使患者對美觀上不滿意，又使腺周圍結締組織增厚，日後手術時異常困難。

C. 手術療法

昔時用酒精，碘酒，黃碘水注射，已成歷史上之痕跡，其效果不定，且溶液進入靜脈，有立即死亡之危險，尚不如手術之安全，手術前可投與小量碘劑兩星期。

1. 手術的一般適應症 碘療法無結果或根本無希望，妨礙呼吸及血液循環，如年齡與一般狀態允許時，必須手術，若見三十歲以後增大者，亦須手術。

若甲狀腺腫並無障礙，經用藥物療法無效，而患者願意負擔手術之輕度危險性，亦可手術，適應症不完全站在美容的立場，應以病之情況作決定，如甲狀腺腫有外科治療的必要，則毋需等待，速行手術，以免發生重大障礙時，手術困難及危險，老年人之靜止性甲狀腺腫，須考慮患者之一般狀態，而決定手術與否。

2. 麻醉法 除小兒及神經質患者，用全身麻醉外，均採用局部麻醉，不但可免去麻醉後肺炎，且可避免返回神經受傷，一般用 0.5% Novocain，每 100cc 中加入腎上腺素 5—10 滴，僅切開口浸潤麻醉，不能達到完全麻醉，Braun 氏頸椎側方麻醉，僅能注射一側，且有危險，隨時注意勿注入血管，據文獻記載，麻醉劑有經由脊柱進入延髓而致死者，今推荐效力優良及無副作用與危險之 Kulenkampff 氏法（1921 年），全部甲狀腺，可以達到無痛之目的，即於左右胸鎖乳頭筋之後緣正中，各置標點 1（右）2（左），甲狀腺之左右上極上方，亦各置標點 5（右）4（左），然後自 1 沿筋之後緣，向上及下注射於皮下及筋膜下，其次自 2 同樣注射，共約需麻藥 50—40cc，再自 5