

中華學術與現代文化叢書 第十九冊

醫學論集

中華學術院印行

中華學術與現代文化叢書

第十九冊

醫學論集

中華學術院印行

醫學論集

本論集共收論文五十一篇，

分由國內各著名專家、學者執筆。就性質言，中醫、西醫並重。

就內容言，則概括為內科、外科、精神科、皮膚科、公共衛生、中國醫學，及西文論著等八大類；除臨牀理論外，尤重視保健衛生。就整體而觀，是一部研究醫學，尤其是現代醫學難得的參考書。

CHINESE LEARNING AND MODERN CIVILIZATION SERIES

Volume XIX

MEDICAL SCIENCE

中華民國六十九年十月第一版
中華民國七十二年八月再版

中華學術與現代文化叢書

定價：精裝每部全二十冊新臺幣六二〇〇元正
平裝每部全二十冊新臺幣五二〇〇元正

醫學論集（叢書第十九冊）

定價：平裝每冊新臺幣三〇〇元正

編輯者：中華學術院

監修：張其昀

本冊主編：王金茂
歐潤芝

出版者：中國文化大學出版部

代表人：朱重聖

登記證：行政院新聞局局版臺業字第2116號

地址：臺北市陽明山華岡于正路一號

電話：八六一一八六一

郵撥：一〇一四二五號帳戶

門市部：華岡書城

地址：臺北市漢口街一段三十一號二樓

電話：三八一二八一一

印刷者：華岡印刷廠

地址：臺北市陽明山華岡大功館

電話：八六一一八六二

版權所有，不准翻印

序 言

本論集乃爲紀念 蔣總統誕生九十週年而編印者。 蔣公畢生提倡學術，鼓勵研究，茲當發刊之始，特引述他的嘉言，作爲啟發之資。

民國四十八年四月十五日， 蔣公主持國防研究院第一期開學典禮，講述「國防研究要旨」。他曾說：「我們必須使科學的『窮理致知』，與哲學的『窮理明德』相會通，才不會陷於一偏之見的糾纏纏轉中。」綜合科學與哲學，成爲「科哲合一」，這是 蔣公治學的素志。

民國五十七年九月九日， 蔣公主持國防研究院畢業典禮，講述「國防教育的宗旨和責任」。他分析智慧爲集體的、創新的、行動的三個要素。集體的智慧乃以別於個體，要能發生交互影響，相互傳承的作用，發揮相乘相加，相互融合，相互切磋的精神。創新的智慧就是不要保持現狀，瞑想自得，而是要有研究更要有發展，有學習更要有創造，發揮自動研究的精神，把智識變成力量。行動的智慧就是不要停留在只講理論、脫離現實的階段；也不是只講原則，而缺乏變動的肆應智慧；只講概念性的了解，而缺乏實際的、深入的體驗；而必須發揮即知即行、學以致用的精神。要而言之，我們必須把集體的智慧，創新的智慧，行動的智慧，三者合而爲一，方能達到教育上預期的目的。

民國五十九年三月廿九日， 蔣公在中國國民黨十屆二中全會致辭，他說道：「研究發展，格物自知，爲學術進步之要領。余意今後各大學研究所及學術研究機構，均應重視研究發展工作，以促成教育事業能有計劃有步驟的精進創新。」

以上所引述的三段話，都是 蔣公晚年的訓示，剴切昭著，啟迪良深，茲用以說明編印此書的宗旨所在，爰定名爲「中華學術與現代文化」。

中華學術院成立於民國五十五年十月廿九日， 蔣公八十華誕前夕，迄今已歷十年。本論集由本院發起編印，並依本院二十個分科協會之次序，即（一）哲學（含宗教）（二）文學（含譯學）（三）史學（含圖書博物館學）（四）戰史（五）美術（六）音樂、影劇（七）政治學（八）經濟學（九）法學（十）社會學（含民族學）（十一）教育學（含體育，家政學）（十二）新聞學（含大衆

傳播學) (㉔)自然科學 (㉕)地學 (㉖)海洋學 (㉗)工學 (㉘)農學 (㉙)商學
(㉚)醫學 (㉛)藥學，分冊印行，陸續出版。每冊均各收錄論文五十篇以上，
合成爲一套叢書，用以紀念 蔣公九十誕辰，亦祝賀本院成立十周年。敬
述斯旨，尙祈讀者諸君不吝指正爲幸。

鄞縣張其昀敬誌

民國六十五年三月十二日於華岡

「中華學術與現代文化」叢書

十九、醫學論集目錄

序 言

內 科

一、原發性高血壓	丁 農	1
二、肝炎與肝癌之研究	宋瑞樓	7
三、心臟病的挑戰—近二十年來我國心臟血管病的回顧	姜必寧	22
四、中國新生兒黃疸之研究	陳炯霖	28
	湯仁彬	
五、先天性膽道閉鎖與新生兒肝炎之鑑別診斷	黃碧桃	54
	蕭遺生	
六、中國人血友病之研究—發生率和醫處原則	黃天賜	59
	鍾來如	
七、認識先天性心臟病	黃碧桃	74
八、臺灣之肝癌與B型肝炎抗原及 α -胎兒蛋白之關係	廖運範	90
九、臺灣小兒原發性免疫不全症	謝貴雄	97

外 科

一〇、腳背皮膚瓣的臨床應用	林秋華	106
一一、小兒麻醉	林溟鯤	112
一二、放射線腫瘤學在我國的發展史	陳光耀	125
一三、迷你開腹式輸卵管結紮手術在女性間隔期的應用	陳宏銘	135
	許書劍	
	魏達成	
一四、結腸與直腸癌手術成績和預後因素	王世名	148

	王嘉修	
	黃清水	
一五、鼻咽癌	黃淑珍	164
	黃碧桃	
一六、先天性心臟病—法洛氏四合群症	江志桓	176
	孟春昌	
一七、薦尾部畸胎瘤	黃碧桃	186
	汪毓琳	
一八、小兒心導管術的合併症	黃碧桃	191
	孟春昌	
一九、骨科醫學近三十年來之演進	鄧述微	197
二〇、現代麻醉醫學	趙繼慶	207
二一、豬心瓣膜移植	鄭國琪	220
	謝有福	229
二二、腎結石之外科療法	許德金	
二三、臺灣榮民總醫院八百二十一例消化道大出血 之分析	羅光瑞	242
	王志堂	
精神科		
二四、在人口成長中看精神科醫療之現況與將來	林憲	265
二五、我國神經醫學之發展與現況	洪祖培	279
	關清模	
二六、青少年心理疾病初步臨床分析報告	陳映雪	293
	楊雲官	
二七、轉化型歇斯底里性精神官能症	關清模	302
	楊雲官	
皮膚科		
二八、類澱粉性苔蘚—臺灣多見的皮膚病	王鑄軍	314
二九、癢	呂耀卿	330
三〇、性病衛生	范光宇	342
公共衛生		

三一、臺灣區公共衛生實驗階段與推行階段—臺灣省臺北保健館與臺北院轄市衛生行政	王耀東	355
三二、臺灣省的結核病問題及防治工作	樂筱文	366
中國醫學		
三三、中國醫學史及其科學化的問題	吳基福	389
三四、中國醫藥目錄學專著「醫籍考」及「宋以前醫籍考」之考察	那 琦	408
三五、中國醫藥第二次蛻變中中國醫學研究所的佈局	陳太義	419
三六、針灸的神經生理的研究	陳榮基	430
三七、研究中華文化國粹科學—法醫科學於人類史上的影響	楊日松	440
三八、難經考異	莊兆祥	451
其 他		
三九、討論飛行安全及飛行員之退休年齡	方懷時	465
四〇、眼科臨床三十七年感言	那 玉	471
四一、橈骨動脈波其波峯變化及其對心搏節律反應之圖形研究	汪叔游	493
四二、臺灣鴉片癮者之統計及實驗的研究	杜聰明	525
四三、中國婦女胎兒胎盤機能障礙之研究	李鎡堯	535
	徐道昌	
四四、退休人員體能疾病與生活狀況之研究	劉漢民	549
	陳雲仙	
四五、口腔常見之疾病	惠慶元	564
	楊津夫	
四六、中國新兵腦膜炎雙球菌之帶菌狀況	陳吉平	582
	戴佛香	
四七、本省所分離之新型小核糖核酸病毒及其特性	戴佛香	590
	崔靜亞	
西文論著		

四八、肺結核病短期加強初級治療—預報	張正二 楊思標	598
四九、簡易的肝臟切除法：壓碎法	陸坤泰 林天祐	616
五〇、牙內液流之研究	徐奎望 胡 冲	625
五一、日月潭地區的中華肝吸蟲病	孟慶樑 朱 栗 許雨階	649

原發性高血壓

丁 農

原發性高血壓，是經過重複及仔細尋找，而得不到真正原因的高血壓，又稱爲 Essential or Idiopathic Hypertension，佔所有高血壓心臟血管病85-90%，這是本文的主題。原因已明的高血壓 Secondary Hypertension 不在本文討論範圍之內。

據最近歐美成人調查統計，10-15%爲高血壓患者，以美國爲例，目前約有高血壓患者二千四百萬人。根據民國六十五年臺灣區調查，十八歲以上居民，高血壓患者爲14.1%，若年齡在四十歲以上，則高血壓患者高達23.8%，所以按目前估計，臺灣區有八十五萬高血壓患者。自民國五十二年迄今，中樞神經系之血管病變（腦中風）多居十大死亡疾病之首位。榮民總醫院六十三至六十六年間之統計資料，腦中風患者中有68.6%患有高血壓。

世界衛生組織因鑒於因高血壓所引起眼睛、腦部、心臟及腎臟等血管合併症，所發生之嚴重後果，乃發起控制高血壓運動，並定一九七八年爲高血壓年。其主要目的，在教育世界各國社會人士，明瞭及認識高血壓對人類健康之危害性，希望儘量發現高血壓患者，予以早期正確及有效之治療，以避免合併症之發生，並作各種預防措施。國際心臟學會，亦於一九七七年在瑞士日內瓦召開該會各會員國高血壓研討會，磋商及擬具控制高血壓方案。這是全世界控制高血壓運動一個新的開始，亦是一項永久性的保健工作。茲將原發性高血壓研究之最新發展，提出報告，以促進醫界及社會人士之密切注意及合作，達到控制高血壓之最終目標，以維護人類健康。

一、病 原

原發性高血壓之原因不明，但爲多種因素所形成，其中主要者爲遺傳

及環境因素。

(一)遺傳：高血壓患者常在高血壓家族中發現，家族中有高血壓可能之病史，如腦血管病變、猝死，或心臟衰竭。同卵孿生子，生活在不同的環境中，在同一年齡時，可發生嚴重高血壓；原因不明之高血壓女患者，血壓可能在產後降低，但日後血壓又復上升，此類婦女多來自有高血壓病史之家族中。以上兩例，說明在某種家族中有極強之遺傳趨勢，因其有相同之生活環境及遺傳因子。

(二)肥胖：成年男子及孩童，體重過重者，高血壓之發生率及流行率均增加，因血壓隨體重增減。

(三)心理及環境：急性心理緊張時，發生急性暫時性血壓升高。人們由鄉村遷往城市，離開其簡單世襲之傳統生活，而進入複雜之工業社會中，社交、經濟、食物成份及飲食習慣均有改變，尤其食鹽量增加，發生慢性細胞外液量擴張，而引起高血壓。同時可能發生多種生活事端，如情緒不穩定，緊張及衝突，增加升壓感應（Pressor Response），重複及持續性之慢性心理緊張，可發生永久性高血壓。

二、發病原理

血壓是按心臟排出血量及周圍阻力（Peripheral Resistance）而定，增加心臟排出血量則增加收縮血壓，增加周圍阻力則增加舒張血壓。在健康之人，原發性高血壓係因小動脈（Arteriole）普遍收縮，周圍阻力增加，為何發生此現象，原因不明。欲了解此種情況，或可由調整血壓之因素探討之，此種因素，包括（一）壓力感受體之活性（Baroreceptor Activity），（二）心臟排出血量（Cardiac Output），（三）全身血管阻力（Systemic Vascular Resistance），（四）血量（Blood Volume），（五）自主神經系活性（Activity of Autonomic Nervous System），（六）腎素—血管收縮素—腎上腺皮質酮體素系活性（Activity of Renin-angiotensin-aldosterone System），最後（五）（六）兩項為完成調整血壓感應之主要因素。

高血壓初期，血壓之增高呈間歇性，此因受冷感或情緒興奮刺激，導致過度之升壓感應存在，使正常人僅有中等度血壓升高，此亦表示自主神

經反應過於活躍，而發生小動脈痙攣。高血壓後期，高血壓成為永久性，壓力感受體作用亦重新調整，而使血壓維持在較高程度。小動脈痙攣，引起血管肌肉層肥厚及血管狹窄，在此期內，即使在正常之自主神經刺激，亦發生高血壓。原發性高血壓中含低腎素者（Low Renin Hypertension）係因某種未知之礦物皮質酮（Mineralo-corticoids）分泌增加，血量增加，血壓升高。高腎素高血壓（High Renin Hypertension）小動脈收縮為顯著不正常之生理現象，而增加全身血管阻力，增高血壓。

三、病程經過

高血壓是四十歲以後最流行之慢性疾病，發生的年齡，一般在三十～四十歲，也有在童年時發現，未經治療之高血壓患者；在發生高血壓後平均壽命約二十年。

(一)高血壓初期：血壓升高係暫時性或呈間歇性，此種不穩定高血壓（Labile Hypertension）常在早期發現。可能性高血壓（Borderline Hypertension）舒張血壓在九十～九四之間，靠近高血壓邊緣，因無器官損害證據，故在高血壓初期往往無症狀發生。血壓隨年齡增加，高血壓亦經歲月由輕變重，未經治療之輕度高血壓（Mild Hypertension）舒張血壓在九五～一〇四之間，發生輕度視網膜病變、早期左心室肥厚及輕度腎功能減退。

(二)高血壓後期：因舒張血壓繼續增高及加劇，成為永久性高血壓（Sustained or Permanent Hypertension），舒張血壓在一〇五～一二九之間，在此期內，全身血管因高血壓而加速硬化，發生高血壓血管合併症，損害器官，引起腦血管病變，如腦溢血及腦血栓等，冠狀動脈功能不足，心肌梗塞，心臟衰竭，腎功能減退及衰竭，因之縮短壽命。慢性永久性高血壓，可因近期內血壓急劇上升而進入1. 高血壓加速期（Accelerated Phase of Hypertension），眼底檢查有第二度視網膜病變（Keity-Wagner分類法）有動脈血管硬化及損害現象，或進入2. 惡性高血壓期（Malignant Phase of Hypertension）收縮血壓在二百～三百之間，舒張壓在一百三十以上，眼底檢查顯示乳頭水腫（Papilledema），有出血及滲出液，是確定診斷惡性高血壓最可靠之臨床徵象。惡性高血壓常見的症狀有劇烈頭痛、急性視力障礙及

血尿，並急速發生高血壓腦病、心臟及腎臟衰竭。惡性高血壓期內，主要在腎臟，發生類纖維性及壞死性血管炎。

四、鑑定高血壓及治療

世界衛生組織為研究高血壓流行病學，特訂定各項血壓標準如后：(一) $< 140 / < 90$ 為正常血壓；(二) $160 / 95$ 或以上為高血壓，(三) $140 - 159 / 90 - 94$ 為可能性高血壓。美國高血壓教育計劃委員會訂定檢查、鑑定及治療高血壓之原則列述如下：每人每年必需量血壓一次，由正式受過訓練之醫學人員測量，檢查血壓時，受檢人需坐下，在舒適及休息狀態下，露出手臂，測量收縮及舒張血壓（後者需於血壓聲音消失時記錄），受檢者需獲悉其血壓高低之數字。

初次檢查血壓應採取之措施：(一)舒張血壓在一百二十或以上者，所有成人必需立即鑑定其血壓程度及治療。(二)血壓 $160 / 95$ 或以上，所有成人需在一個月內，鑑定血壓程度。(三)血壓 $140 / 90 - 160 / 95$ 在五十歲以下之患者，需在二～三月內覆檢血壓。(四) $140 / 90 - 160 / 95$ 在五十歲以上之患者，需在六～九月內覆檢血壓。覆檢血壓時，需測量血壓數次並記錄其平均數值，受檢者如不需要進一步檢查或治療時，應明白告知，但必需強調，每年量一次血壓之重要性。覆檢血壓後應採取之措施：以下數字均代表舒張血壓 1 一百二十或以上，需立即加以分析並用藥物治療，2 一〇五～一一九，需用藥物治療，3 九〇～一〇四，個別治療，4 低於九十，每年量血壓一次。輕度高血壓，舒張血壓在九〇～一〇四之患者，需個別治療，有些患者，管制體重及低鹽飲食，可使血壓下降，但在三～六月後仍未見效，則需加用藥品治療。如有下列情形時，亦應考慮藥物治療，如有(1)收縮血壓增高，(2)有器官損害，如左心室肥厚，(3)家族中有高血壓合併症病史，(4)男性，(5)吸煙，(6)血膽固醇增高，(7)糖尿病。凡患者舒張血壓在一〇五或以上者，均應接受藥物治療，希望舒張血壓能降至九十以下及維持此正常血壓，如此可減少高血壓之發病率及死亡率。血壓趨於正常時，可減少藥品劑量，但不可停藥，因一旦停止，血壓又復上升。治療高血壓需同時治療血管危害因素，如糖尿病、血膽固醇過高及戒除吸煙等。

目前高血壓可以控制，但爲一無法根治之慢性疾病，所以治療高血壓係一終生之事。

五、預 後

多數高血壓患者無症狀，壽命正常，但極大多數未經治療之高血壓患者，得腦中風、心臟病猝發、腎臟及心臟衰竭之危險性則大爲增加，因心臟血管合併症，早期死亡之危險性亦大量增加。即使在輕度高血壓患者，亦發生腦中風及心臟病猝發，兩項早期死亡之主要原因，或使器官損害及身體殘廢。血壓愈高，危險性愈大，年青人得高血壓如不治療，危險性較大。高血壓同時有其他主要血管危害因素存在，如吸煙、血膽固醇增高等，其危險性增加。高血壓患者如無器官損害者，亦應視爲早期高血壓病，因高血壓患者雖多數之病程經過進行遲緩，但有時進行加速而變爲惡性高血壓。治療青年高血壓患者較年老者預後爲佳，因在血管發生硬化以前治療，及無血管危害因素存在，可避免及延緩惡性高血壓之發生。惡性高血壓係一種急症，如不積極快速治療，則其死亡率，一年內 80%，二年內爲 100%。

六、預 防

高血壓血管合併症，是造成世界各國人士死亡及人體傷害之最主要原因，並使個人、家庭及社會遭受嚴重之經濟損失，所以高血壓實爲一重大的公共衛生問題。究其原因，因多數人不知道自己的血壓，更不知道是高血壓患者。在歐美醫學發達的國家，僅有少於 50% 的高血壓患者自知有此疾病，祇有 12.5% 接受正確治療，使血壓降低至正常範圍之內。在開發國家中，高血壓流行病率與歐美相似，但接受治療者則更爲稀少，根據民國六十五年臺灣區調查，高血壓患者，有 67.7% 不知有此疾病，僅 4.5% 接受正確治療。所以每一個人必需檢查血壓，記錄自己血壓的數目，高血壓患者對其疾病及危害性有充分了解，及如何接受正確之治療，實爲控制高血壓之決定性關鍵。多數高血壓患者無症狀，但患者本人之感覺不能

表示其血壓之高低，或決定是否需繼續服藥治療。故定期檢查血壓，最為重要，並需終生為之。培養和諧的性情及生活，保持正常體重及減少食物中食鹽含量，或可作為預防原發性高血壓之實際可行基本方法。

參考書目

1. Smith, W.M.: Epidemiology of Hypertension, Med. Clin. North Am. 61:467, 1977.
2. Moser M. et al: Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JAMA 237-255, 1977.
3. International Society and Federation of Cardiology: 1978 Hypertension Project, Second Workshop, Geneva 10-11, Dec. 1977.
4. Jagger P.I., Braunwald E: Hypertensive Vascular Disease, Chap 250 in "Harrison's Principles of Internal Medicine", 8th ed, McGraw-Hill New York, 1977, PP. 1307-1317.
5. Ganong W.F.: Hypertension, Chap. 33 in "Review of Medical Physiology", 8th ed, Lange Medical Publications Los Altos Cal, 1977, P. 478-480.
6. Krupp M.A. Chatton M.J.: Hypertensive Cardiovascular Disease, Chap. 7 in "Current Medical Diagnosis and Treatment", Lange Medical Publications, Los Altos, 1978, P. 185-193.

肝炎與肝癌之研究

宋 瑞 樓

肝病是中國人常見之病，其中較重要者是肝炎、肝硬變症及肝癌。肝炎有急性肝炎及慢性肝炎，其病因有很多種，像細菌、螺旋體、黴菌、原蟲、立克次氏體、濾過性病毒（簡稱病毒）、化學藥品、藥物等中就有不少會引起肝炎。慢性肝炎中有一部分可演變為肝硬變症。肝癌可分原發性及繼發性，原發性肝癌有肝細胞性及膽管細胞性兩種。實際上在臺灣發生率高的肝病是：一、「肝炎病毒」所引起的所謂「病毒性肝炎」；二、慢性肝炎；三、壞死後肝硬變症及四、肝細胞癌。這四種肝病病人在臺大內科近年的住院人數及死亡人數是每年：病毒肝炎 70~100 名，死亡 1~5 名，慢性肝炎及肝硬變症 128~186 名，死亡 20~29 名，原發性肝癌 60~69 名，死亡 14~25 名（表一）〔1〕。另外，據本醫學院病理科之病理解剖檢查結果，肝細胞癌病例中有 73.7% 併發壞死後肝硬變症。爲了了解一、肝炎及肝癌在臺灣發生的概況，二、肝炎對肝細胞癌發生的影響，我們近年來做了一些研究，今天將其結果報告，並請大家指正。

表一 臺大內科主要肝病住院病人及其死亡人數

	58 年			59 年			60 年		
	總數	男	女	總數	男	女	總數	男	女
病毒肝炎 (死亡)	100 5	60 5	29 0	70 2	44 2	26 0	90 1	55 1	35 0
慢性肝炎及肝硬變症 (死亡)	128 29	106 25	22 4	182	144	38	186 20	145 19	41 1
原發性肝癌 (死亡)	60 22	52 19	8 3	69 14	59 13	10 1	69 25	59 24	10 1

自民國五十年至五十七年之間，有四十七位臺大學生因患病毒性肝炎

在本院內科住院，他們都發生黃疸。過去黃疸被認為本病的主要症狀而且是必發的，但近年已知無黃疸的比有黃疸的病例反而多，有的可無症狀。這些無黃疸及無症狀病例可以用血清移轉氨基酸 GPT 檢查發現，而以肝組織檢查診斷。民國五十八年余教授等〔2〕爲了調查肝炎之發生情形，對臺大住宿生以血清 GPT 做普查，其不正常者中有部分學生做組織檢查。以所得結果推算當時無黃疸病毒肝炎發生是比有黃疸者之三十四倍，其發生率是：在宿舍食堂飲食者八五五名中有 0.3%，但隨便在外面飲食者 1,510 名中高至 4%，這個發生率是驚人的高。這個研究結果顯示病毒肝炎病毒之來源是在學校附近的食堂。此外，當年調查結果還發現以往患過病毒性肝炎者高達 3.9%。那麼患了病毒性肝炎之人其病的演變是如何呢？對三九五例在臺大內科住院過的病毒性肝炎病人追蹤的結果發現：四年後最少 8.9% 變爲慢性肝炎，2.2% 變爲壞死後肝硬變症（表二）〔1〕。另外對

表二 傳染性肝炎之經過

	四個月後	八個月後	一年後	二年後	三年後	四年後
恢復者	171 (45.82%)	196 (64.42%)	219 (76.31%)	228 (82.61%)	235 (87.36%)	239 (88.85%)
未癒者	224 (54.18%)	118 (37.57%)	66 (23.00%)	44 (15.94%)	29 (10.78%)	24 (8.92%)
肝硬化症	0	0	2 (0.69%)	4* (1.45%)	5* (1.86%)	6* (2.23%)
失踪人數	0	81	108	119	126	126
自來人數	395	314	287	276	269	269

八十例慢性肝炎之觀察分析結果得知，其中有 55% 在既往無急性肝炎之病史〔3〕。現在一般認為無黃疸病毒肝炎的病例比有黃疸者易變爲慢性肝炎及肝硬變症，所以病毒性肝炎之研究應要注重無黃疸者。

肝炎病毒一般認為有兩種，即甲種（Type A）及乙種（Type B）。民