

民

國

珍

稀

期

刊

民國珍稀短刊斷刊

貴州卷
(六)

全國圖書館文獻縮微復制中心

吳鼎昌

貴州衛生

第七十二期



第一卷

二十一月一出版

民國三十一年

本期要目

論

著

抗戰中未可忽視的兒童保健問題

姚克方

精神分裂症之特殊療法

張俊卿

美國徵兵體格檢查的標準

賴斗岩

血漿蛋白與肝之關係

石志超

腸梨形鞭毛蟲症之治療

石志超

衛

生

消

息

工

作

報

告

法

令

貴州省防疫隊組織規程

貴州省臨時防疫醫院處置患者在院死亡辦法

貴州省各縣衛生機關醫療收入充作衛生事業費用暫行辦法

貴州省健康教育委員會舉辦第二屆全省中小學校衛生圖畫比賽辦法

修正貴州省立醫院組織規程

貴州省立醫院監理委員會組織規程

貴州省立醫院監理委員會組織規程

貴州省衛生處月刊編輯委員會編印

軍政部戰時衛生人員訓練所附設印刷廠代印

論 著

抗戰中未可忽視的兒童保健問題

姚克方

緒言

兒童是社會國家的基礎，兒童的精神及體格的健全與否，不獨影響其個人和家庭的休咎，並且對於社會國家和民族的興亡盛衰，有莫大的關係。在政治學的原則上，人民為構成國家的要素，在社會學及優生學的原則上，一個民族的盛衰，絕至基於其國民素質之優劣，所以賢明的政治家和有遠見的事業家，莫不注意國民的教養，尤其對於兒童的培植，特別重視。因為今日的兒童，即是明日的國民，沒有健全的兒童，那裏有健全的國民？換言之，欲求健全的國民，便不可不培植健全的兒童。

我國古代當政治清明的時期，也知重視兒童。周禮有荒政十二，保息之政六：「慈幼，養老，賑窮，恤貧，寬疾，安富」，慈幼事業，竟列於六政之冠，可知周代對於兒童問題，已甚注意，並且那時孔子曾經說過：「不獨親其親，不獨子其子，」「幼有所長，矜寡孤獨疾廢者，皆有所養」。孟子也說得有：「幼吾幼以及人之幼」。以獨到的眼光，作思想上的鼓吹，可惜這個老大古國，什麼事情都老大，什麼事情都是開化早而進化遲，什麼事情都是讓歐美各國後來居

上，說起來，實在可歎！不過凡百事情，只要迎頭趕上去，那末不久以後，我們還是可以「後來居上」咧！

抗戰軍興，國內有識之士，對於戰後人口問題，抱着不少的憂慮。以為欲彌補戰時所損失的人口，必須鼓勵生產，但在實際上，我國人口問題的癥結，不在增加生產，而在減少死亡，與其體質之增進，因為我國生產率，已高於世界各國，而嬰兒死亡率，也超過世界各國，這種「生而不育」，確是現時一件最嚴重的問題。若能將我國嬰兒死亡率，減低到最低額，我們決不怕人口減少，且我國人口之多，遠超敵國，而反遭其侵凌，這並非數量少於人，實因素質劣於人，「東亞病夫」，是決不能勝人制人的。以衛生署一九三六年的估計：我國嬰兒死亡率，每年為百分之二百，法國為六十七，美國為五十七，這就是說我國每千嬰兒中約計每年比美法等國要多死一百三十至一百四十人，以我國估計最低之出生率千分之三十之嬰兒計算，全年多死一百七十五萬餘嬰兒，如保健制度能予改進，則此類超額的嬰兒死亡數，即可減除，換言之，即每年有一百七十五萬餘嬰兒，得以保全。要減少嬰兒死亡率，首要保護胎兒，所謂胎兒的保護，就是孕婦的保護，孕婦的保護適當與否只要視其死產的多寡

及婦嬰的死亡與健康狀態而定，如果保護不得其宜，則死產及產婦的死亡，必然增加，現在英法德日諸國的死產率，年年有幾分的減少，比較起來，英國最少，人口一千的比例僅〇・一，日本則爲二・五〇至三・三，就是說日本比英國有廿五至卅倍以上的死產，至於我國，雖無正確的統計，以資考證，可是人民教育程度的低下，醫學知識的幼稚，以及衛生思想的不普及，死產數字，較之日本，還不知要高上幾倍，這從兒童保護的見地上說，實在是非常遺憾而可慮的。

現在二十世紀，是兒童的世紀，兒童事業，確是救國事業，確是現代各種社會事業中最關重要的事業，我們在這偉大的世紀裏，要想復興民族，增加人口，那末，除了從兒童方面根本上做去外，實無第二法門。比年政府及社會熱心人士，也嘗於此有所設施。民國十七年上海有中華慈幼協會的組織，這雖然是一個民衆團體，因爲辦事者的努力，有力者的提倡，事業日漸發展。戰後因種種關係，該會無形停頓，這實在是很可惜的。衛生署成立後，力謀推行婦嬰衛生，學校衛生。最近社會部又有令飭各省舉辦兒童保育指導所之議，以後關於兒童保健的各種設施，由宣傳而成爲事實，由都市以推及於鄉村，在中央機關領導之下，和各地的兒童機關協力推行，以完成兒童保健的目的，這實在是各地兒童的福音，實在是民族復興的先聲。不過這兒童保健問題，千頭萬緒，繁雜得很，必須由政府籌劃大宗經費，派遣大批人員，並且要全國人士，一致的努力，才能收得相當的效果。茲就管見所及，將其應立即舉辦各點，分述如次：

胎兒保健事業

結婚登記 死產及嬰兒死亡的主要原因，大半是父母患有傳染病或遺傳性病，要防止或減少死胎及產婦與嬰兒死亡率，應當注意到遺傳，應當起始於優生，要解決這個問題，必須國家制定一種婚姻法規，根據醫師檢查結果，其舉行結婚登記，如發見男方或女方有傳染病或遺傳性病，即不代簽結婚健康證明書，而不允許其結婚，就令允許結婚，亦必施行手術，剔除其生殖機能，使其不得生產。德義二國對於此種法律，均已嚴格的實行，而其他國家，也都有類似的規定。因患有傳染病或遺傳性病的，其受胎數多於健康者，倘兼有結核和梅毒兩種病毒者，比單患一種病患者其生產數爲多，但生產率高者，其嬰兒死亡率也高。據日本警視廳在調查日暮里的貧民生活狀況時，調查得母體健康狀態及死亡的關係的結果，結核患者之小兒死亡率率爲百分之二五・五，梅毒患者之小兒死亡率率爲百分之四八・九，而結核與梅毒二種病患者之小兒死亡率率，竟達百分之五九・四，這個統計，雖然只是調查一百以下的少數人，似不可靠，可是正和學者的理論相一致，不得不認爲有相當的價值。就令所生的兒童，幸而苟全，不致死亡，但這些兒童，不是身體異常的虛弱或多病、盲啞、吃音，即爲精神異常的劣等、低能、白癡、精神病。他們不但不能給國家報效，反而給國家消耗。如對結婚登記，認真辦理，一方面可以防止或減少死胎和嬰兒的死亡率，一方面可以防止或減少身體或精神異常的兒童數量，同時又可以奠定民族健康的良好基礎。因爲有了民族的健強，不僅在乎人民的量，而尤其在乎人民的質，大量質好的人民，才是國家民族的實力。

產前及產後檢查 凡孕婦在妊娠期間，即應當到婦嬰衛

生機關，請醫師充分診察：登記病歷，稱記體重，檢驗小便，測量血壓，還要診察心臟肺臟及腹部，這一方面可以明瞭受孕的情形，是否健康，一方面也可推測將來的生產，是否正當，在檢查的時候，如無疾病，固可防患未然，倘使發見了任何症狀，還可以早期診治，尤其是對於含有遺傳性病，更為重要，如梅毒等。至於生產以後，也要實施母體檢查，直接可以診視產婦，間接也可以保護嬰兒。

推行科學接生 婦女的死亡率，依着國別和年齡而各有不同，但是從普通的狀態說，在十五歲至四十五歲間的婦女的死亡，其原因：大半為妊娠分娩的關係，照美國的統計報告，在該年齡範圍內的婦女，除結核死亡以外，明示着分娩而死亡的死亡率為最高。我國因人民的貧窮，社會設施的各種設備欠缺，尤其是產婦智識不普及，內地及農村間，至今還墨守成規，助產事業，仍舊操之一般全無科學智識的「穩婆」手裏，因此我國婦女，因生產而死的死亡率，真使人可驚可怕！要防止或減少產婦死亡率，最妥善的辦法，是推行科學接生，因為產婦死亡的主因，為分娩時候消毒不充分，及接生之不法，無端妄死，成千累萬。要實行科學接生，第一要普遍設置助產機構，第二要培養助產人才，據二十六年的統計全國已登記的助產士，僅三六九四人，以我國人口之衆多，如以比例計算，實覺太不發達，事實上也太不夠分配，為民族的健全發達計，我們應該如何的竭力提倡，以應急需呢？

嬰幼兒保健事業

兒童保育指導所 目的在用教育來矯正不良的育兒方法

以減少嬰幼兒的疾病及死亡，換言之，就是保持和增進嬰幼兒的健康，其方法，是把哺育和養育的適當方法，在一定的場所，一定的時間，舉辦保健預防門診，由專門醫師護士替嬰幼兒作定期體格檢查，預防接種，並且隨時派遣公共衛生護士，作家庭訪問，以指導各個兒童的母親，而使他們每天實行，同時又解答母親有關育兒的問題，如發見兒童有病時，即代為治療，如須住院治療者，更為設法轉送入醫院治療。本來兒童之去請醫師診察的時候，都是因為有了疾病才去的，這種健康兒童的診察是事前的，是預防的，如果母親能遵守醫師的指導，兒童是不易生病的，這可說是關於嬰幼兒死亡率減少而出現的一個新組織新方法。

托兒所 生活程度日高，謀生也日益艱難，少數收入者，一家生計，要全賴男子維持，是勢所難能的，所以做母親的，也不得不同時勞動生產，以資補助，因此一方面為保護兒童，一方面為增加生產，所以必須有托兒所的設置，托兒所有全日及晝間之分，托兒所是專收容嬰幼兒的，是專為解決職業婦女因養育而致工作阻礙的困難，同時也可補救家庭保養不得法的缺點，以示範方式來教導婦女。這種托兒所，在歐美各國，普遍設置，大的工廠機關，全有此種機構，有些在農村中於農忙時期設置，所謂季節托兒所，以應一時的需要，嬰幼兒送入寄托者，先施行體格檢查，無傳染性病時，始准收容。在晝間托兒所，母親於每晨去工作前餵乳後，將嬰兒送入所內，每隔三小時，即到所餵乳一次，若距離工作地點太遠，則母親應將乳汁先行擠出，由所內用科學方法，妥為保存，按時餵飼；如用人工營養時，母親可將營養品交所保存，配給嬰兒，在所內由醫師護士隨時按科學方法保

育。

營養品供應站 對於抵抗力微弱的嬰兒，以天然營養哺育，為最好方法。所謂天然營養，就是母乳哺育。但產婦因乳汁太少和不健全，或因職業關係，自己不能哺乳，或因勞動太過，發生疾病，那末，各地應設營養品供應站，以資補救。一八八九年德國漢堡即創設牛乳調製所，把純良的牛乳，再加以適當的調製，使其成分和母乳相接近，而供給於有人工營養必要的母親。嗣歐美各國相繼倣效，成績卓著，這也是我們所亟應取法的。我國於戰時提倡牛乳，恐不易辦到，但豆漿是值得提倡，惟對嬰兒，尚須研究其調製方法。

學齡兒童保健事業

學校保健 嬰幼兒健康的良否，影響及其一生，固不待言。可是國家以法律施行強迫教育，並不是只重其智識的啓發，是要使其智育、德育、體育、普遍的發展，而所謂體育，不但是運動、遊戲及體操，最重要的，還是在衛生方面。以科學的、合法的、事前的一「保持」學童的健康，更「增進」學童的健康為原則。所以學校保健，在兒童保健問題中，也是一個極重要的問題。前我國各中學大學，都設有校醫，小學則除都市中少數學校設有校醫外，大部多付缺如。而且我國的所謂校醫，是有名無實者居多，祇是事後的、消極的，對於兒童僅為急救治療等而設，事前的按期觀察及身體檢查等則很少施行，至於公共衛生護士的設置，更絕無僅有。現在學校衛生，是一方以矯正「教而不育」的積弊，一方以教育方式來使兒童有自覺自動的觀念，以增進他們的健康。今各省健康教育委員會，負責辦理學校中保健、衛生教育、

預防接種、診治疾病、環境衛生等項，此種辦法，盡善盡美，不過我們還有兩點希望要補充的，就是：（一）我們希望不但在都市，應該深入於農村。（二）在可能範圍，應採取美國式的學校衛生護士制度，而使他們負起兒童「教而育」的責任，兼可為患病兒童的家庭訪問，這非但對於兒童直接有利，並且可使社會對於兒童保健的知識，能漸漸充實而改進，使家庭與學校能連成一起。本省在二十六年八月，成立健康教育委員會，開始辦理學校衛生工作，現在省會及城郊附近所實施的學校，計有中學六校，小學十九校，學生共九千二百五十二人，外縣方面已舉辦者有五十六縣，二百二十四校，學生共四萬六千四百六十九人，將來仍擬繼續推進，普遍設施。

失學兒童保健 在歐美各國，對於一般國民應課的最低限度的教育，總是千方百計的，務使其澈底，不收學費，固不必說，一切學校用品，也是由公費給與或貸與，這是通例。在必要時，一天為兩次給食的也不少，而對於貧困而不能就學的，則依救貧法去補助，或是由私設社會事業機關，加以保護，因此歐美各國失學的兒童很少，回視我國，真是望塵莫及。根據教育部三十四年度全國初等教育統計，我國有學齡兒童五千三百萬人，現受義務教育者一千一百餘萬人，僅佔全數的百分之二〇，失學兒童竟佔五千三百萬人中百分之七八，最近本省教育廳統計全省學齡兒童共約一百一十萬人，就學者只四十餘萬人，失學者達七十萬人，這些失學兒童，既無機會就學，身體及精神方面自然也得不到平衡的發育，所以我國在兒童保健的立場上，固應大聲疾呼，就是在整個的民族國家的盛衰興亡上，也要設法解決失學兒童保健問題。

題，這根本的辦法，應多設短期的保健班，使多數失學的流浪兒童，能免費入學受訓。本省在本年辦了四班，每班招收幼童，加以四個月之衛生訓練，收效頗宏。這種的設置，在人力財力，頗多經濟。在班內授以普通衛生訓練外，還有一些唱歌識字等課，同時我們的護士，常作家庭訪問，以期家庭學校，得以合作。

虛弱兒童保健 (一) 林間學校——學童之疾病中，以結核病為最普遍，兒童身體如果虛弱，即有感染結核的危險。

歐美各國，對於虛弱兒童的保健，雖有種種方法，而其主要的，是林間學校。林間學校的目的，是對於不健康的兒童，保養和教育，同時並進的，故也可說是一種特殊學校。這種學校，設在森林中，除了主要是雨天所用的三四間木之外棚，其餘一切利用天然，授課、食物、睡眠等，都在屋外舉行的。空氣浴、日光浴及溫浴等所費的時間，較上課時間為多，這確是恢復健康的好辦法。我國對於衛生事業，素不重視，虛弱兒童，比比皆是，如果要與民族的話，這林間學校，確有立即舉辦的必要。(二) 兒童健康營——這是利用暑假期間，在幽靜空曠的地方，專收有患結核可能性的兒童養成他們戶外生活的習慣，作根本的防治。中國防痨協會，自二十二年十月成立以來，對於學童的結核治療，頗稱努力，曾於二十三年六月與上海市教育局、衛生局、兒童幸福會等機關，舉辦上海市第一屆夏令兒童健康營，計加入之男女兒童六十名，成績頗佳。二十四年舉辦第二屆夏令兒童健康營，入營兒童增加至一百八十名，二十五年舉辦第三屆，參加團體達二千餘個，入營兒童激增至二百二十名。可知社會對之逐漸注意，而事實上確有極大的需要，希望全國的衛生

慈幼機關，盡量提倡人普遍的推行。

失養兒童保育事業

所謂失養兒童保育事業，就是棄兒、孤兒、遺兒、貧兒一等的保護救養事業，可是辦理這種事業的機關，各國都有依照法規而辦理的公費救助，和由熱心的慈善家任意救護的區別。我國的失養兒童保育事業，歷史最古，而且也非常發達，清末各地鄉鎮，均有育嬰堂、孤兒院等類的設施，這種事業，亦素被社會人士視為善舉。然由國家直接公費救助者，為數絕少，大部為地方公費及私人捐助者，然而設立的數量雖不少，因社會意識的不發達，連帶責任觀念的缺乏，事業的範圍，非常狹小，加之一般辦理人員的缺乏，普通保育的知識經費的缺乏，設備的簡陋，致工作並未達到合理化的程度。戰後幸已有戰時兒童保育會的組織，淪陷區域的兒童，得了救濟，但因經費困難，猶未克普遍推行；況且，可以遵循的統一法令，又很少。所以欲達到真正的救護目的，尚須有待於政府之努力。

我國現有的育兒事業，無論是集中養育或家庭養育，大部份還是墨守成法。普通的乳媼，固然絕無科學的育兒知識，就是那負責主持的人，也很少是曾受相當訓練的，加之設備簡單，經費困難，一般保嬰院孤兒院內疾病率及死亡率之高，實出人意料之外。所以對於保育人才，必須從速培植，從前南京「中國育嬰保健會」，有開辦「育嬰看護訓練班」之舉，南京救濟院中附設有「保嬰生訓練班」，而二十四年度蘇省計劃中對於此種救濟事業，力求整頓，且有設立「嬰看護訓練班」的計劃，這實為切要之舉，希望各地政府當

局熱心士紳大家急起直追，力求改進，對於院內收容的嬰幼兒，第一須聘請富有學識經驗的保姆，設備須力求充實，注意兒童營養及健康，同時對於保姆或護理人才的訓練養成須加緊培植，要各方面兼籌並顧，事業才有開展及改善的可能。

結論

綜上所述，可知兒童保健事業，對於整個國家民族的重

要，以及國家社會對於兒童所應負的責任。不過這種事業範圍廣泛：（一）要保護兒童，必須有法律以資統制；（二）要促進此種事業，必須要政府有大量預算及各方面活動；（三）要社會全體了解和實行，又必須把兒童保育的思想，深入普及於全體民衆。果能上下一致，努力推行，那末，兒童保健問題，才有相當的解決，兒童保健事業，才能徹底的完成，同時對於抗戰建國的前途，也一定有美滿的收穫。

精神分裂症之特殊療法

(The special treatment of schizophrenia)

貴陽醫院 張俊卿

精神分裂症，患者多在十五歲至三十五歲之間，以往因治療乏術，致病人精神衰退，呈癡呆之狀態。近十數年來，幾經醫界人士之努力與研究，始發見胰島素 (Insulin) 及克狄曹爾 (Cardiazol) 之療法。對於精神分裂症病人，如能早期診斷，而施以治療，得完全恢復，或能獨立營謀生活者，約佔百分之九十以上。茲將特殊療法分述如下：

(一) 胰島素之治療

用胰島素治療精神分裂症，為維也那 (Vienna) 人 Mauthner 所發明。伊於一九三〇年，用胰島素治療嗎啡中毒之病人，發見精神分裂性人格之嗎啡中毒病人經治療之後，性情大為改變，與前大不相同。因之伊乃決定用胰島素治療精神分裂症之病人，而得到良好之結果。至一九三三年，伊

始將其治療之結果及方法供諸於世，迄今風行環球。用胰島素治療，即使病人之血糖低下 (Hypoglycemia) 而呈深的昏迷 (Deep coma)，且反覆行之。未治療之前，須先作一詳細體格檢查，病人須絕對無機質性疾病 (Organic diseases)。施行治療時，不惟應有經驗豐富之醫師，且宜有特別訓練之護士以助之，方可減少病人死亡之危險。據多數人之統計，死亡率不過百分之十。又在治療時，一醫生可同時治療六至八病人，但遇必要時，須有一助理醫師。

Sakel 氏將治療時之情形分為四期：

第一期 即開始治療之情形。開始之胰島素劑量為二十國際單位 (20 international units)，但遇身體瘦弱之病人，量須減少，於早七時病人未餐飯之前施行肌肉注射，每日增

加五至十國際單位，直至病人發生昏迷，此後劑量即不再增加。

第二期 即病人發生昏迷之時期。此時所現之症狀，初時顏面潮紅，繼則變白，飢餓，多汗，及困倦；有時病人極度興奮不安，肌肉陣攣及驚厥均有時見之。

病人昏迷時之情形，即病人意識消失，對於觸覺及聲音均無反應。此時唾液增加，肌肉強硬，四肢彎屈，繼則肌肉弛緩，足趾反射向上，角膜反射消失，瞳孔擴大或強直，體溫下降。

昏迷概發於施行胰島素注射三小時之後，其昏迷期間，勿使延長至一小時半以上。過此病人之大腦起病理變化，或不易喚醒。

喚醒病人之方法，不出下列之三途：

1. 口服：用於昏迷未發生之前，即以百分之五十之葡萄糖溶液口服。

2. 鼻管：用於昏迷時，即以百分之五十之葡萄糖液用鼻管喂病人。

三者之中，以此為最多，鼻管插入時宜注意，勿插入氣管，拔出時須將橡皮管捏緊，以免餘液滴入喉頭。

3. 靜脈注射：以百分之三十三或百分之五十之葡萄糖溶液靜脈注射，於危急時用之，但病人清醒之後，仍須口服。

注意：一公分葡萄糖可中和一國際單位胰島素。

使病人發生昏迷之劑量，謂之震盪劑 (Shock dose)。震盪劑因人而異，有的病人於注射胰島素四十國際單位即發生昏迷，亦有增至四百五十國際單位而不發生昏迷者。

病人清醒之後，即將衣服更換，以病人在昏迷時曾有大

量之出汗故也。為防止病人清醒之後再發生血糖低下之情形，可令病人多食炭水化合物。昏迷之過程中，如遇以下之情形時，即速將病人喚醒：

1. 脈搏一分鐘超過一百二十次，或極不規則時。

2. 昏迷發生之前有驚厥之症狀時。

3. 喉頭痙攣。

4. 用胰島素劑量過大，病人早期發生昏迷。或對於胰島素過敏之病人。

5. 病人有心臟衰弱之情形，即面色蒼白口唇青紫或脈搏無力。

6. 嘔吐。

病人特別不安時。

合併症 腎炎 (Nephritis)，常繼驚厥之發作而起，為「時的」。尿少症 (Oliguria) 亦有時見之。肺水腫 (Pulmonary edema) 發生時，可用 Strophanthin 及 Oxygen 治之。

由經驗而知，在開始治療時，病人之食慾增加。若增至一百國際單位以上，病人之食慾減退。若超過二百國際單位，有些病人即現胃腸症狀，如胃痛、嘔吐等。

第三期 即病人在休息之日，與以小劑量，現已廢而不用。

第四期 即病人以第二期之方法治療，症狀之大部或完全消失，此時再與病人以小劑量，即一五國際單位胰島素，一日三次，於飯前一小時半注射之。

無合併症之病人進步之情形，初時於血糖低下時，一切動作均正常，此種情形一次比一次延長，至後期即在血糖不低下時亦正常。有些病人所現之症狀特殊，其正常之舉動現

於血糖低下與血糖不低下之間，注射胰島素後，症候又出現，遇此種病人時，其治療可持續至病人不現症狀為止。有的病人於血糖低下之初時，精神症狀增加，遇此病人，應繼續治療，精神症狀即消失。

精神治療用於胰島素時頗不適宜，以此時極易引起病人之疑難。早期使病人改變環境，亦為 W. D. 氏所極端反對者。

胰島素治療時，以克狄曹爾驚厥 (Clonidine convulsion) 作為佐劑。

有的病例，對於胰島素所發生之昏迷，本發生效果，或效果不甚顯著者，須加以克狄曹爾之靜脈注射，使病人發生驚厥，此為 S. S. 氏所推崇者。有人以胰島素及克狄曹爾之合併療法定為治療之常規，即於病人發生昏迷之前，施行克狄曹爾之驚厥治療，其效力尤為顯著。

病人血糖低下其驚厥閾 (Convulsion threshold) 顯然降低。單用胰島素治療，其自然發生之驚厥，常在胰島素注射後三小時出現，故此時為用克狄曹爾最適宜之時期。以克狄曹爾使病人發生驚厥之後，喚醒病人之時間須延長，但勿使超過五十分鐘。用克狄曹爾合併治療一星期施行二次，合併治療之利有二：(A) 克狄曹爾小量即可發生效果。(B) 注射克狄曹爾始不能發生驚厥，病人有不快之感，此可以免除。

遲延的震盪 (Prolonged shock) 遲延的震盪，常於慢性病人用之，即使病人昏迷十二小時，為避免發生危險，於血糖低下之第三小時，即病人開始發生昏迷時，用鼻管與病人以小劑量之葡萄糖液，此劑量對於病人之昏迷僅有輕的影響。

克狄曹爾之驚厥治療

使病人發生驚厥以治療精神分裂症，為 W. D. 氏所發明，其理由即患精神分裂之病人，發生驚厥者甚少，而癲癇病人則發生精神分裂症，因之而知癲癇與精神分裂症之間，必有某種生物學的顯著作用，若能使精神分裂病人發生驚厥，則該病恢復率有甚大影響，伊謂若病人之癲未滿一年者，施行此種療法，其病人之症狀減輕，完全恢復或能自謀獨立生活者，約佔百分之九十。其方法即使病人發生驚厥，每星期施行一次，約行二十次。其藥品即為百分之一之克狄曹爾 (Clonidine) 之水溶液，施行靜脈注射。開始之劑量男子為 0.5 克，百分之二之水溶液五西西，女子為 0.3 克。注射時愈速愈妙，如此次注射之劑量不發生效果，下次注射須增加 0.5 克，鮮有超過 0.7 克以上者。此劑量直至病人不發生驚厥時，不加改變。最大之劑量為一、六克，非過此劑量病人不發生危險，以用至此劑量即再增加亦不能使病人進步。

施行治療之前，使病者臥床作數日之休息，但指其一般情形。病人於注射之後，與發生驚厥之間頗為恐怖，為克服此種情形，在注射之前，與病人以 Morphine 1/2 克，hydroethydrbromide 1/150—3/200 及 Atropine 1/200 gr，惟此種藥品，可使克狄曹爾之劑量增大，近人有用 Cylopropane 使病人麻醉者其結果頗佳。

驚厥發於注射後約十秒鐘，初為強直型，繼呈陣攣型，其情形頗與癲癇相似。意識消失之時間，由五至十秒鐘。過此之後，有的病人意識渾濁、不安，但多數病例，過此之後

，則入於睡眠，過後呈興奮狀態者有時見之，須用 Paraldehyde 治之。為避免發作時舌之咬傷，須於病人之口張開時插入木板或毛巾於牙齒之間；為避免下頷脫臼，須於下頷及頸項施以壓迫。

未治療之前，須作體格檢查，輕度之血毒及心臟病不須絕對禁忌，中年而無器質疾病者亦可治療。

其最困難者為因克狄曹爾之刺激使靜脈發生栓塞，(Cefalorhombosyl) 以 0.1% disodium hydrogen phosphate 使克狄曹爾成 50% 可減少栓塞之機會。注射之前，用生理食鹽水將針頭上之藥除去，注射之後將針頭取出之液體以生理食鹽水除去，亦可減少栓塞之發生。以是之故，曾有人發明 Tetrastol 此藥不刺激靜脈，所用之劑量亦較克狄曹爾為小。

美國徵兵體格檢查的標準

國立湘雅醫學
院公共衛生科賴斗岩

當太平洋戰事尚未爆發之時，美國政府鑒於偷安旦夕之非計，不顧國內孤立派之反對，即開始全國動員，實行徵兵，藉以準備一切，應付非常。一九四一年夏該國醫學會主辦之醫學週刊，曾發表關於徵兵體格檢查的標準論文多篇，言多中肯，茲值吾國正在設法改進兵役之際，特譯述其概要，以資當局之參考。

身長體重 身長與體重之比例，須適合全國所訂之對照表，應徵者倘身長在六十吋與體重在百零五磅以下者，即作為不合格論。

眼及視力 應徵者事前應注意自己兩眼的視力與目疾，凡有近視或遠視，宜先配以適當之眼鏡。檢驗最低之標準，

且可行肌肉注射。靜脈注射之劑量為 0.1 至 0.3 克（百分之五之水溶液 0.7 至 2.5 西西）若施行肌肉注射時，劑量須增加一倍。為避免嘔吐，須於注射之前一小時令病人服 Atropine 1/100 gr. 甚為有效。

近數年來 Cettletti 及 Bini 氏以電氣使精神分裂病人發生驚厥。此法之利益，可令病人將一切進行情形忘却，所發生之症狀完全與用克狄曹爾時相同，發生之效果亦不下於克狄曹爾之治療，近尚在試驗期間。

以上之療法為散見于一九四一年以前之文獻及書籍所報告者，今年之進步又不知何如也。

即應徵者，除去眼鏡，觀察視力表時，須有常人視力百分之二十。至於眼炎、斜視、色盲等症，倘係輕性，工作無礙，可認為及格。

耳及聽力 應徵者須能在距離二十呎之處，聽清他人低聲之談話，又耳病膿耳與鼓膜穿破等，亦須特別注意。

牙齒 凡應徵者，口腔須保持清潔，倘患牙疾，急宜先請牙醫矯治，檢查時，至少須有能運用之自然或人工矯正之三對咬牙與三對嚼牙，方能及格。

喉與鼻 應徵者事前應注意扁桃腺炎及增殖腺腫大與乾草熱病，檢查時，以呼吸無阻，發音正常與鼻道清潔為必需條件。

心臟及循環系 檢查的標準。以心臟的大小，位置與形式，及心跳的次數，詔律與音度，俱須合乎正常，無雜音和震顫等徵候。血管不宜厚，血壓不宜高，脈搏每分鐘介於六十至九十之間，韻律亦應適諧。凡應徵者，倘略施運動後，即覺氣促與心悸等現象，則為心臟病之表現，不可不注意之。

肺臟及胸部 此項檢查，係利用物理與愛克司光方法。應徵者，胸圍之最低限度，須有二十八吋又四分之三，呼吸時胸圍擴張度至少有三吋半，且無慢性咳嗽，咯痰及氣喘病之表徵，但急性枝氣管炎及肺膿含有已癒合之微小核疤，不在淘汰之列。

肌肉及骨骼 應徵者身材之大小及形態須分配適宜，兩臂與兩腿長短均須對稱，姿勢端正，步履整齊，其頭顱、軀幹及四肢均不失常，庶合應徵條件。

生殖尿道器及性病 應徵者之腎臟、膀胱及生殖器，須無嚴重性之疾病，而且小便不含蛋白質與糖者，為合標準。至於急性淋病和早期梅毒，照現代方法，醫治頗易，不致變成終身痼疾，一俟痊愈，即有受徵之權。

智力及神經系 應徵者之智力，須近一般水準，其教育程度，以高小一年級為最低標準，而且言語清楚，態度正常，腦系髓脊髓及全身神經，經檢驗無機病後，方能入伍。

疝氣 疝氣常見於腹部下端及鼠蹊處，但亦有發現於腹部及腹部傷處者，凡應徵者患有此病，事先宜請外科醫師割治，以免臨時淘汰。

兩足 近代軍隊，每須長征萬里兼能負荷相當之重量（如武器及其他必需品），非兩足健捷者，決不能克盡其職。應徵者倘患有足癢，步履艱難，應先請醫師診治，但平臍病，黑人常有之，倘無礙行動，尚無不可。

根據以上標準，美國適齡公民應徵而被體格檢查淘汰者，計有下列原因

缺點項目	百分數
牙齒病	一八·五五
眼病	一〇·五六
心臟及循環系病	四·四六
肌肉及骨骼系病	八·三六
精神及神經系病	六·二四
耳病	四·四五
疝氣病	四·二〇
肺病	三·八六
性病	三·四九
足病	三·〇七

查吾國抗戰有年，軍隊人數日增，關於徵兵體格檢查，據筆者所知，尚無一定標準，致各自為政，應徵人間有未經過正式醫師的檢查，即逕編入部隊者，此種方式，影響兵質誠非淺鮮。願主持役政者，速即召集專家，斟酌人民體格情形，釐訂一適合吾國徵兵體格檢查的標準，並通令各地進行，務使兵質精良，所向無敵，抗建前途，實利賴之。

參考書：J. A. M. A. 117: 116 July 12, 1941

血漿蛋白質與肝之關係

石志起譯

Plasma Proteins and The Liver

載美國醫學雜誌一九四二年六月號(廿八日)

因近來血漿在治療外科休克 (Surgical shock) 的重要性日增一日，一般的注意力又集中到血漿蛋白質來源的問題上了。血漿蛋白和每個細胞專為自用而造的體素或組織蛋白質 (Tissue proteins) 不同，牠必須是合成的 (Synthesized)，而且和他種內分泌 (Hormones) 一樣進入流動的血液裏。許多生理學家相信，假如肝不是一種或所有的血漿蛋白的唯一製造處，也是極主要的一個。誠然，有嚴重肝病的人，血漿中白蛋白 (Albumin) 的成分常常較低。

拉克氏 (Luck) 在一篇簡而駁的討論「肝蛋白質 (The Liver Protein)」內斷定肝是一種血漿蛋白質叫作纖維蛋白原 (Fibrinogen) 的來源。很多實驗和臨床上的探討並沒有解決白蛋白及球蛋白 (globulin) 來源的爭論。拉克的一篇專論建議亟須對血漿和數種器官同時作有步驟的研究，去斷定是否各器官蛋白質的質和量隨血漿蛋白之變化而消長。

這種實驗現在已經作過，特別注重肝的關係，用管理飲食的方法，愛爾曼 (Elman) 和赫弗茲 (Heifeiz) 把很多狗血漿中蛋白成分降低近於百分之五十，但是球蛋白的濃度沒有變化，作活組織檢查 (Biopsy) 時狗肝都有很利害進行性的

組織和化學上的改變 (Histologic and Chemical change)。當血白蛋白減少 (Hypoalbuminemia) 很顯著的時候，肝蛋白大見降低，肝細胞成空泡樣 (Vacuolated)，六個星期內差不多可染色的細胞質 (Stainable Cytoplasm) 漸變為透明。同一時期雖然脂肪 (Fat) 和肝澱粉 (Glycogen) 的染色，分析，沒有什麼不正常，但含水量增加。在聖路易 (St. Louis) 的研究者推斷血白蛋白濃度與肝蛋白質濃度應有以上的關係；肝如果不具製造及貯存血蛋白質的地方，必定是製造血清白蛋白 (Serum Albumin) 應用材料的堆棧。

這些觀察在治療上的含意才具有實用的重要性。愛爾曼、赫弗茲二人發現缺少蛋白質的動物的功能減退，而且證據確切。幾十年以來已經知道炭水化物 (Carbohydrate) 是維持肝功能，保障肝不中毒的重要東西，可是現在蛋白質的重要更明顯，實驗的證明告訴我們食物蛋白可以保護肝抵抗氯仿 (Chloroform) 和砒 (Arsenic) 的毒力，甚至比炭水化物的效能，必使蛋白無缺，要維持血漿蛋白充足，肝必須有卓越的生理狀態。

腸梨形鞭毛蟲症之治療 (Giardiasis & Its Treatment)

石志起譯

哈特滿與凱瑟作 (Howard R. Hartman, Franklin A. Kyser) 載美國醫學雜誌 (1941年六月廿八)

腸梨形鞭毛蟲 (Giardia lamblia, or Giardia intestinalis) 是一種寄生在小腸中的鞭毛蟲 (Flagellate)，牠在地理分佈上很廣，沒有地域和氣候的限制，可是氣候溫合的地帶發生比較多些。至於傳播的方法也很多；可以由脊椎類宿主，也可以由哺乳動物、爬蟲類 (Reptiles)、兩棲類、鳥及魚類傳播，在南美洲的線蟲 (Nematodes) 的腸內也發現過。在腸道中由幽門 (Pylorus) 至盲腸 (Cecum) 滋養鏈狀的梨形蟲 (Trophozoite) 的數目愈在下部愈少。被傳染動物之大便中囊形 (Cysts) 比生長形 (Vegetative form) 多。寄生在其他動物體中的梨形蟲，據 Armaghian, Vegheyl 和許多別人的見解，是不會傳染人的。一小種 (Species)。寄生在人體內的是梨形的生物，長約 0—20 μ ($1\mu = 1/1000$ mm)，闊 6—0 μ 。腹面有一吸盤 (Sucker) 和四根鞭毛，身長 6—7 μ ，在濕潤的處所，雖在人體外也能繼續生活數個月，乾燥很快致牠於死命。

Leeuwenhock 1681 年首先在人大便中發現梨形蟲，後來因 Lamble 又在 1859 年重新發見，所以才有今名，無論在人或動物的十二指腸 (Duodenum) 或空腸 (Jejunum) 內都是這種寄生蟲最多的所在。美國大便檢驗之結果不同，但大多數被傳染者是兒童，因 Boeck 氏報告成人只佔 6.5%，兒童 22%。檢驗由十二指腸抽出之分泌物時，此種寄生蟲

可能常被發現，不過真正十二指腸內含物之標本有時很難取得。找不到寄生蟲多半是因為得到的是胃的而不是十二指腸的內含物。Boeck 氏主張如確定標本是由十二指腸取得而找不到梨形蟲時，至少要檢驗三份標本再作結論。

許多臨床報告關於梨形蟲致病力 (Pathogenicity) 問題，多主張不產生症狀，但作者之臨床證據又顯示腸梨形鞭毛蟲，在一些病室中產生症狀。De Muro 有同樣意見，並且在檢討 Kennedy 及 Rosewarne 二氏的二百個有腹瀉 (Diarrhea) 症狀之腸梨形鞭毛蟲症病案後，報告他個人由 1931 年起之臨床研究。他所見的四十五個病案中，廿八個有腸炎 (Enteritis)，其他一般的症狀如極度無力 (Profound asthenia)，抑鬱 (Depression)，淡漠 (Apathy)，輕微的局部大腸痛，脹 (Meteorism) 和胃絞痛 (Cramping pain in stomach)，嚴重性也不一致。有三個並有直腸大腸炎 (Rectocolitis)，但用阿陀平 (Atabrine) 治療後痊愈。十個個有腸肝胆病 (Enterhepatobiliary disease)，當糜爛性十二指腸炎產生後症狀與潰瘍 (Ulcer) 同，當侵及肝系統後則與胆囊炎 (Cholecystitis)、胆管炎 (Cholangitis) 及肝炎 (Hepatitis) 同。De Muro 引證過很多關於腸梨形鞭毛蟲在以上各器官中產生炎症損害 (Inflammatory lesion) 能力的分歧意見，他自己仍然認為研究的證據 (見下表) 可以證明腸梨形鞭

毛蟲的病理作用。

一百病案症狀之分析

損害

病案

症狀

病案

60 腹瀉

潰瘍

胆囊病

慢潰爛性大腸炎

(Chronic ulcerative colitis)

斯潑盧

憩室形成(Diverticulosis)

腹痛或窘迫(Pain or distress)

41 上部(Upper portion)

潰瘍

24 下部(Lower portion)

潰瘍

胆囊病

斯潑盧

34 神經系症狀(Nervous symptoms)

無力

幽鬱(Worry)

興奮增盛(Irritability)

6 發熱(Fever)

慢潰爛性大腸炎

10 嘔吐(Vomiting)

潰瘍

偏頭痛(Migraine)

失效 (Dysfunction) 特別在涉及胆道、十二指腸、空腸

之病，腸梨形鞭毛蟲可以算一個助成因素。反對一方面的 Krachet 和 Asher 氏，曾研究過三十二個紀錄說這種寄生蟲是腸胃道內的一種無害「侵略者」，存在與否無關緊要。又一方面多數的報告都認為症狀是傳染的結果，儘管各人對於能否致病的見地各有不同。

依 Spears 的說法，痛、惡心(Nausea)、眩暈(Vertigo)、嘔吐、腹脹(Distension)、虛弱、腹瀉、便秘(Constitution)及黃疸(Jaundice)是最顯著的症狀。Lyon 及 Swalm 以為腸梨形鞭毛蟲僅就數目而論，就足以把胆管阻塞，雖然他們始終拿不出真憑實據證明胆管確被侵入。最近 Calder 和 Rignon 的報告列舉一男人，五十七歲死於腸梨形鞭毛蟲症，生前主要症狀是發熱、白血球增多(Leucocytosis)附帶吐血(Vomiting of blood)和腹瀉、嘔吐物、大便全有梨形蟲，死後屍體解剖在已自溶(Autolyzed)的胆囊壁內也發現很多梨形蟲。

Veghely 研究過一五十五個被傳染的兒童，其中幾個沒有症狀；四十七個厭食(Anorexia)，四十九個有頭痛症，三十三個眩暈時時發作，四十一個腹痛，十九個大便帶膿血，其餘五十七個僅大便時間不規則。一百五十五個兒童中九十二個除此症外沒有其他病，用 Acetarsone 治療症狀都見輕。眩暈、皮膚乾燥、怠倦(Lassitude)無力、抑鬱，據 Little 的意見，不一定是梨形蟲傳染的結果，但有時可以

由以上的討論，可以看出腸梨形鞭毛蟲症沒有一個很清楚的綜合病徵(Syndrome)。理由可以說當把梨形蟲認為致病物時，症狀十分複雜，不能如其他病一樣的清楚。