

夏和奎頓 (Quinton) 等人，在討論此一問題時，所提出的看法。

註四：參閱，吉奎斯·馬利坦的「哲學和神學的本質」(The Nature of Philosophy and of Theology) 一文；刊載於羅斯頓 (Henry W. Johnstone Jr.) 所編的「什麼是哲學」(What is Philosophy [New York: 1965]) 一書，卅二頁。

註五：見同書，六八頁，毛里斯·康福士所撰「哲學的工作」(The Task of Philosophy) 一文。

註六：見同書，第八頁，羅斯頓所寫的簡介。

註七：同上。

註八：參閱，斯伯秀特 (E. E. Sparshott) 的「思辨和反省，或：神秘的成就」(Speculation and Reflection, or: It's All Done By Mirrors)，刊於「多倫多大學季刊」(University of Toronto Quaterly)，第卅五卷，第一期 (一九六五年十月)，二十頁。

註九：參閱亞佛雷德·懷海德「智慧」(Wisdom) 一文，刊於馬卡斯·辛格和羅伯特·亞梅曼 (Marcus Singer and Robert Amerman) 所編的「哲學入門」(Introductory Reading in Philosophy, [New York: 1962]) 一書，第三頁；本文原摘自懷海德的「教育的目的」(The Aims of Education, [New York, 1929])，第三章。

註十：參閱威廉·詹姆士的「實用主義論文集」(Essays in Pragmatism, [New York: 1951])，第三頁。(譯者謹案：詹氏此書的舊版，商務印書館二十二年有譯本。)

註十一：在這一點上，我所作的略述，大部份是受到諾威爾—史密斯 (P. H. Nowell-Smith) 的著名的就職論文，「大學教育」(Education in a University, [Leicester, 1958]) 的啓示的。

註十二：同文，第十頁。

者註一：尼爾遜，即作者，根據序言以及原書中採用的參考資料所示，即可大略知曉他的淵博。又，譯者曾讀到尼氏另外一些論文，深深感受到，他對科學與哲學的分辨，十分縝密。

者註二：這 good philosophy 一組字，曾被譯成「好的哲學」、「至善之學」等等，譯者都不敢苟同。因為就這組字的原意講，它包括了「『最』哲學的哲學」，或是「最『後』的哲學」這一層意思，可是舊譯卻把這層意思譯掉了。

為了說明這層意思，譯者不揣庸陋，勉強舉個例子。譬如我們大家看泰山，因為角度不同，每個人所看到的自然不同，但就泰山講，它是無所謂「同」「不同」的。換言之，這個「不同」，甚至可以因人數衆多而差別很大，但對泰山言，反而可以因為這些差別增大而更能呈現「出」它的「真面目」，這便是「good 泰山」的一層意思。因此，大膽的譯它作「本然哲學」，這當然有「美西施」的意思，加一分太肥，減一分太瘦，本然才是最好。

其次，good technique 這組字，當然帶有鬼斧神工的意思，所以也譯成技藝至境。

譯者註三：這裏，應該是指哲學「起」於經驗，而非「止」於經驗。

譯者註四：「語言學的哲學家」，這組字的意思，依分析派的說法，即所謂「名言的哲學」(借用政治學的一個術語，或者叫它「寡頭的哲學」)，是僅僅祇有語言上的意義的。

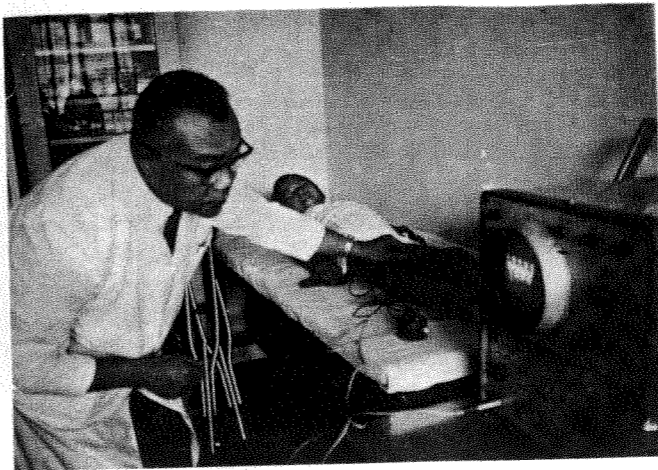
譯者註五：liberal education 譯作通才教育，是有原因的，請參閱費南客編馬肇選譯教育哲學 (商務印書館出版)。

譯者註六：馬迪生大道，在紐約附近一個小集上，是用來紀念馬迪生總統的，那兒經常舉辦一些政治活動。本文，是借它來泛指誇大與誇大的宣傳。

譯者註七：文學的言外之意，常常能夠在方法的表現上講「其所不講」，使我們很容易體會到方法的分類，在「正的方法—講其所講」之外，猶有一「負的方法—講其所不講」，譬如講圓，正的方法是講正，講半徑，講圓心；負的方法，便是講三角形，講正方形，講長方形，講梯形，講多邊形，講任意形，講橢圓形，等等，剩下不講的便是圓。因此，這一講其所不講的妙用，往往能別有所獲，尤其在哲學中，大見其「用」。

譯者註八：史學、文學、哲學三科，很多哲學家都以爲，它們應該被承認是人類知識的最後內容，其它一切，都祇是爲這「三」科準備的。譯者即有此同感。

譯者附註：本文譯自 Kai Nielson, "Reason and Practice: A Modern Introduction to Philosophy" (University of Calgary: 1971) 第一章。原書已被國立編譯館採爲名著選譯之一種，並被台灣大學採爲教本。(台北羅斯福路雙葉書店有它的翻印版) 本院係一醫學的最高養成教育機構，理宜具備哲學的知識，因此，謹以此應醫藥學苑之索稿，以便激起同學們進一步的探索。



查檢圖電肌式新施實任主陸

復健醫學之發展

陸以仁

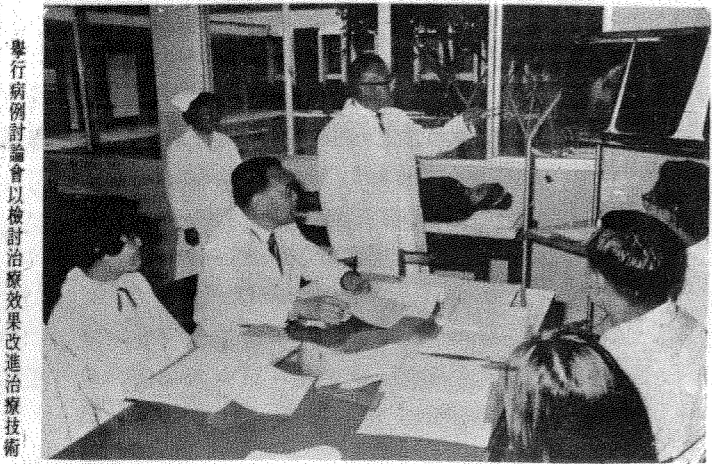
一、前言

目前世界醫學發展，已由治療醫學而預防醫學而進入「復健」醫學的新階段。這是整個醫學發展的新趨勢、新潮流。病人經過藥物或手術治療之後，繼續接受物理治療、體能復健、作業治療、心理治療等治療程序，這樣可以縮短傷病患者的醫療過程，迅速恢復健康與身體的工作能力。近來年，我國社會，除預防醫學 (公共衛生) 的實施已頗有進展外，各級醫院處理病人仍多注重藥物與外科手術治療，僅治療至原因消失爲止。至於病癒後如何恢復行動和工作的體能，却甚少注意。很多病人，在有疾病損傷的同時，出現心理上、情緒上、及社會關係上的問題，甚至家庭問題，常使病人不易迅速復健返回原工作崗位。因此，這些病人雖然本病已癒，因其他因素仍留住醫院，致使社會損失甚多可用的人力。歷年來，傷病患者，有增無減，非但影響新收和醫院的正常作業，每年耗用財力更不知凡幾，此一問題必須設法解決。

二、目前醫療現況

醫學愈發達，分工愈細，如外科、內科、神經病科等各有其專！但往往專門過份，即有與其他有關科別脫離的傾向。有些醫師對於與疾病有密切關係的心理因素尤少注意。對病人施以物理治療一事，僅有少數瞭解的外科醫師、外科護士稍予注意。大多數醫師除每天查病房看手術效果外，其他應做的事極少注意，醫師與病人的關係，祇以入院時原始的病傷及其所做的治療爲限，原始病傷一好，雙方關係即告終結。治療時既未顧及身體恢復的準備，傷病已癒後，有否殘障及出院，似均與醫師護士無關。醫師和護士忘記了對傷病患者所負的積極處理責任，把傷病人治到仍能像未傷未病前一樣去工作。

忽視復健醫學的處理方法是普遍的缺點，以致病中或病癒後的一般身體功能不正常的病人，無法迅速恢復工作能力；因此，有的病人常藉體能沒有完全恢復的事實不肯出院，亦有很多病人因爲身體上真有若干程度的官能障礙而焦慮出院後不能擔任正常工作。撥諸事實，這些病人如



舉行病例討論會以檢討治療效果改進治療技術

能早為施行物理醫學和復健醫學的治療措施，都可迅速恢復工作能力提前出院，減少社會上人力的損失。

目前社會上各公私醫院，僅有台北市幾所大醫院設有物理醫學的設備，其他各地除軍事醫院外，都還沒有印象，人員更是不夠，這是有待亟起直追的。

三、復健醫學的重要性

復健醫學之實施，是整個病傷處理程序的一部份，包括運用各種物理醫學的設備和方法，以診斷與治療、疾病、缺陷、與損傷；並儘速恢復其身心健康、社會關係、與工作能力。醫師對於病人應予積極的指導協助，安排治療程序，盡力設法使病人縮短治療期限，不使久住醫院；並在出院後，利用一切方法跟踪照顧，使能恢復工作能力，勝任其工作，並防止其再得病再住院。此項工作當然須由受有專門訓練的復健醫師負其總責，物理治療人員為實際治療操作人員。但各科醫師和護士也應該加以協助或分擔部份工作，使實施更為順利。使久病的人，慢性病人，病傷引致殘障的人，都可以獲得解救。

四、復健醫學之實施程序

(一)預防性復健：實施於傷病初發之時，予以體位肢體的姿勢矯正，以免機能障礙或畸形的發生。並為治療實施自持，為加入復健處理作準備。

(二)醫療性復健：實施於傷病本身臨床治療經過之中，包括病人自我照顧，心理治療，社會適應，及有關促進傷病癒合的物理治療、作業治療和復健運動等程序。

(三)維護性復健：實施於病人出院或轉院之後。由醫師或治療員會同社會工作員的訪問督導下，執行復健處理的長期繼續進行與已得效果的維護。

五、復健醫學的實施方法

(一)物理醫學，心理鑑定與治療，聽語鑑定與治療等的人員與設備，以及社會工作員的配合。

(二)物理治療：經過良好矯治後的病人所遺留的肌肉軟弱，機能障礙，由物理治療人員運用物理治療的設備和方

法，用漸進的方式，實施治療和訓練。在復健醫學中物理治療是主要的部份。

(三)心理治療：一般慢性病人由於長期病困，對工作能力大多失去信心，最有效之方法在激發其對自身恢復的希望；因此，心理治療、康樂、教育等工作，非常重要。醫師應配合設法重建病人對工作的信心，消除其依賴心。

(四)作業（職能）治療：為輔助心理、物理、體能及臨床處理等的治療，應有作業治療部門的設施，鼓勵並誘導病人參加工作活動，以轉移其注意力，解除其內心的壓力，漸漸增強其工作能力的信心以提前康復出院。

(五)復健運動：病人經物理治療和作業治療之後，雖肌肉活動功能已經正常，但力量不足時或耐力有限時，就應參加復健運動的治療程序，以訓練其體能使恢復正常。

(六)聽語治療：病人因傷或病，造成聽語有困難時，就有接受此項專門處治的必要。

六、結論

在傷病人的處理程序上，復健工作不但能夠提高士氣，且具經濟價值。在國際醫學進步，復健醫學日趨發揚的今天，我醫界同仁均應對此一時代潮流及解決實際問題方法，加以重視，並即樹立復健醫學觀念和實施決心，認真執行。除運用治療醫學治療一般傷病或專科疾病外，並要適應病人需要，給予物理治療及其他復健措施；使病人在醫院內不致虛渡時光或遲不出院。更應考慮傷病人的體能之恢復，出院後的工作與社會關係，使每一病人出院後都成為社會上有用的生產者，雖有殘障而仍能工作，不必依靠他人。由於復健醫學的發展與實施，傷殘與病廢，不再是國家社會的累贅和負擔。據世界衛生組織的統計，傷病殘障人員約佔全人口的百分之二，這不小的人口比率，經過復健醫學的處理之後，除極少數重症者之外，大部份都能工作生產或自我照顧，自然就不必再要人去時時伺候他們，就減少了國家社會的經濟負擔；再加他們的生產能力，不但能成為經濟上的獨立者，更使他們成了納稅人的一份子，對國家的利害關係該有多大。我們醫界同仁，能再忽視嗎？

用紅黴素治療梨形鞭毛蟲之初步實驗

煦譚

腸內梨形鞭毛蟲感染，在熱帶地區是常見的寄生蟲病，例如沙烏地阿拉伯東部省份就很常見。患者有長久的或復發性的上腹部痛及腹脹，所排出來的稀糞 (loose Stools) 常常含有大量的梨形鞭毛蟲囊體和活動體，（尤其是年紀小的人更常患此症）。

Quinacrine 常被用來治療梨形鞭毛蟲病，但是許多患病的小孩對此藥物無法忍受，因為此類藥物味道很苦，又會刺激大腦皮質等不良副作用，有時還會引嘔吐，反影響了治療效果。

更嚴重的，在許多地區的人們服用 Quinacrine 後引起 G6PD 缺乏病症——例如阿拉伯、中國、印度、菲律賓、台灣、泰國……等國家居民 G6PD 之缺乏症較頻繁，考其原因是由於服用 Quinacrine 所引起之不良反應。

世界衛生組織曾經發表過一個報告證明 Quinacrine 會引起溶血症的副作用，尤其當患者伴有得病因素 (predisposing factors) 之時 (如感染症)。因此在梨形鞭毛蟲流行地區，對於治療此病須經常改變治療方法以及尋求一種安全治療方法。有許多人建議改用紅黴素治療梨形鞭毛蟲，但是沒有一個可靠的研究資料。以下所作的研究就是為了彌補這個缺陷。

這次研究的對象，大部份是居住在沙烏地阿拉伯東部省份 Rahi me 鄉村的病人 (他們的年齡及性別如表 1)。作為研究的病人條件是排稀糞，以高倍顯微鏡檢查新鮮的糞便發現有梨形鞭毛蟲囊體或活動體。將這些病人分作三個不同的治療組作試驗。

第一組有 20 個病人，其體重在 50 磅者在就寢前，給予口服每磅體重 20 mg 之 erythromycin lithyl succinate 懸浮液，至於體重超過 50 磅病人則就寢前服 1 克重的 erythromycin Stearate 錠劑。

第二組有 5 人，其每磅體重之劑量如上述，不過分為三次服用 (In divided dose Tid)。

第三組有 20 人用 Quinacrine 治療，低於 50 磅者，每磅體重給予服用 2 mg 之 Quinacrine dihydro chloride 懸浮液，分次劑量每日三次。體重超過 50 磅的病人給予服用一粒 100 mg 之 Quinacrine dihydro chloride 錠劑，每日三次，一天共服 300 mg。

所有病人每天服藥，連續治療五天，從治療結束起每人平均為期 3.5 星期之後再接受糞便檢查，檢查結果如果

囊體和活動體皆無，則視為治癒。並且記錄其他的病原或共生菌的存在情形，全身健康情況和健康變化過程，血液檢查。未治療前患有 G6PD 缺乏症者則不做實驗對，以免引起誤差。

Table 1. Composition of patient groups

| | No. of patients | Mean age | Sex |
|---------------------------|-----------------|----------|------|
| Erythromycin single dose | 20 | 17.6 yr | 10M. |
| Erythromycin divided dose | 5 | 3.0 yr | 1M. |
| Quinacrine single dose | — | — | — |
| Quinacrine divided dose | 20 | 88.1 yr | 9M. |

表 2 和表 3 顯示治療後糞便中梨形鞭毛蟲被清除的程度。用 Quinacrine 分次計量的 20 個病人，檢查結果其中 18 個病人的糞便沒有梨形鞭毛蟲囊體或活動體，即佔 1 治療組的 90%。而用 erythromycin 單一劑量治療的 2 個病人 16 * 個有效佔 80%。用 erythromycin 分次劑量治療的 5 個病人當中 2 個有效佔 40%。

第一、三組從統計學上之分析，以下 Test 及卡方試驗 (Chi-square test) 得知，用 Quinacrine 和用 erythromycin 單一劑量治療效果是沒有差別的。

如再以統計學上分析知單一劑量之 erythromycin 其療效顯著地優於分次劑量之 erythromycin 療效。

副作用如表 4，顯示 Quinacrine 所引起嘔吐的病發數 (incidence) 較高，Quinacrine 治療和 erythromycin 治療的病人都會發生不同程度的腹部不適的症狀。

在所有治療的組別中，與梨形鞭毛蟲感染同時存在的病原體，最常見的是鞭蟲 (Trichuris trichura) 佔 26.7%，其次是短小包膜篠蟲 (Hymenolepis Nana) 佔 13.3%，但這次的治療研究中，知道 Quinacrine 與 erythromycin 無法治療鞭蟲病和短小包膜篠蟲病，這兩種寄生蟲之感染須分別用 thiabendazole 及 Niclosamide 治療。非病原性的共生寄生蟲中最常見的是大腸阿米巴 (Endo-