

心臟衰竭者15例，除4例死亡外，其餘恢復正常。休克者6例，除3例死亡外，其餘恢復正常。

32例心肌梗塞病人中，7例死亡，死亡率為21.88%，這是急性心肌梗塞住院病人之死亡率，比較 Haghflet (1971) 之報告住院病人死亡率為16.8%，顯得偏高。這可能因本研究對心室性心律不整之處理較為保守，若改以較積極態度，當有心室早期收縮出現或凡是所有心肌梗塞病人均以 Xylocaine 作靜脈點滴注射，或許可以減少心室纖維震顫之發生，死亡率可能因而降低，這也是我們的期望。

最後將急性心肌梗塞自發作至死亡之時間及死因列表如附表六，24小時內死亡者3例，最長的15天14小時死亡。死亡原因，3例因心室纖維震顫，2例因心臟衰竭，2例因心臟衰竭合併休克而死亡。其死因不外心律不整，心臟衰竭及休克。

附表六：

病例號碼	發作至死亡時間	死因
1	10天6小時	心臟衰竭
2	5小時	心室纖維震顫
3	2天	心室纖維震顫
4	9小時	心臟衰竭及休克
5	4天12小時	心臟衰竭
6	4小時	心臟衰竭及休克
7	15天14小時	心室纖維震顫

Summary

From September 1978 to February 1981, there were 32 cases of Acute myocardial infarction in the ICU of Provincial Taichung Hospital. Among those patients, there were 26 males and 6 females. The youngest patient was 35 years old and the oldest 83. According to the classification of the involved area of myocardium, there were 17 cases involved in the anterior wall of myocardium, 9 cases involved in the diaphragmatic wall of myocardium, 5 cases involved in the anterior combined with diaphragmatic wall of myocardium. The other one was involved in the subendocar-

dium. Through the whole courses, there were 6 cases which complicated with complete A-V block (about 18.75% of all cases). Complete A-V block occurred in 4 cases of diaphragmatic myocardial infarction and 2 cases of diaphragmatic and anterior myocardial infarction. From the above result, complete A-V block is more frequent in the diaphragmatic myocardial infarction. There are 15 cases which complicate with ventricular arrhythmia (about 46.88% of all cases), 9 cases which complicated with supraventricular arrhythmia (about 28.13% of all cases), 7 cases which are without any arrhythmia (about 21.88%). There are 15 cases initially complicated with congestive heart failure (about 46.88% of all cases), among which 4 cases died finally. There are 6 cases complicated with shock initially (about 18.75% of all cases), and 3 of them died eventually. Among those patients, there are 7 cases expired. The mortality rate is 21.88%. The most common cause of death are arrhythmia, congestive heart failure and shock.

REFERENCES

1. 謝炎堯等：心肌梗塞之處理及復健，當代醫學，19：30-33，1975。
2. 許勝雄：急性心肌梗塞合併完全房室傳導阻滯，臺灣醫誌，78：276-281，1979。
3. JOSEPH S. ALPERT etc. : Acute myocardial infarction, In: Harrison's principles of internal medicine (KURT J. ISSELBACHER etc.), New York, Mc Graw-Hill Book Company; 9th edition, P.1125-1136, 1980.
4. HYMAN J. ZIMMERMAN etc. : Serum enzyme determinations as an aid to diagnosis, In: TODD-SANFORD Clinical diagnosis (ISRAL IVEDADSOHN etc.) Philadelphia, W.B. Saunders Company; 14th edition P. 710-748, 1969.



實際上任何內臟器官的癌症皆可形成皮膚轉移，而這種癌症皮膚轉移很可能是病症的最早臨床表現，因此對於新近突發的皮膚病變就不能不注意了。一般都同意女性的乳癌次為肺癌最容易有皮膚轉移，若論及一般成人，則再加上惡性黑色素瘤、口腔癌、大腸癌、腎癌、卵巢癌及胃癌共八種，約佔所有皮膚轉移之80~90%。轉移的位置不一定在原發器官附近的皮膚上。例如頭皮的轉移性癌亦可原發於直腸。由組織病理方面來探查來源，有時亦頗多困擾，大體來說，分化不良的組織形態可能是原發於肺或食道，鼻咽癌、腺癌則可能是原發於腸胃道卵巢或肺。其臨床的表徵亦無一定的規則可循，究竟要如何去發覺呢？一般來說，若新生或不尋常之皮膚病變如紅斑，結節、腫塊，經一般皮膚科療法後仍不消退，就應懷疑是否有潛在內部器官的惡性病質。

Reye氏症候群原是1929年 Russell 先生所最先描寫的，於1963年經Reye等同僚發揚光大。此病症最先被認為僅發生於小孩時期，但最近的報告一再指出此病亦延伸於青春與成年人。因此醫師們亦應警覺這些病人出現典型之 Reye 症狀，諸如類似感冒症狀發生後造成昏迷、嘔吐，換氣溫度、肺機能不正常等，應及早治療。

全身性紅斑狼瘡症是常見但易被忽略的疾病之一，而其所表現的神經精神症狀，更是愈報告愈廣泛，諸如精神病、大腦性抽筋，周圍神經病，腦膜炎等，但最近之報告，又有以嫉妒心表現的，因此專家們提醒著可能有些全身性紅斑狼瘡症的病人被埋沒在精神病院中，得不到應有的解脫。事實上，今日看來，全身性紅斑狼瘡症的治療和預後都是相當良好的。這些人沒有理由要他們一直住在精神病院。

傳統上，我們把發燒分成間歇性、間斷性、高熱性等類型。且認為某一類型的發燒是某一疾病所常見或其特殊具有的。實際上，今日看來已不具有臨床意義了。因某一疾病可出現別種疾病所有的發燒圖型，且所謂特有的發燒圖型並不一定出現此特定之疾病，所以拘泥於傳統的發燒記錄圖型，將會誤解不少病例。譬如癌症病人在沒有感染的情況下亦會出現似敗血症之高熱；老年人因體力衰退於嚴重感染時可全然沒有發燒圖型。

傳統上說來，十二指腸潰瘍是胃酸高，有肚子餓時腹痛，餵食可解緩解之病史，胃潰瘍是胃酸低，餵食易胃漲不適之病史。由於胃鏡及腸胃 X 光攝影之進步，發現胃及十二指腸潰瘍的胃酸及臨床症象幾乎完全一樣，同時消化性潰瘍又漸漸以上腸胃道出血及消化性腸胃穿孔二者新形態出現，無所謂的典型病史，加以胃癌的患者約有四分之一表現出與消化性潰瘍完全一樣的症狀，所以消化性潰瘍一詞已不再具有良好意義，並且臨床上不易分別胃或十二指腸潰瘍。

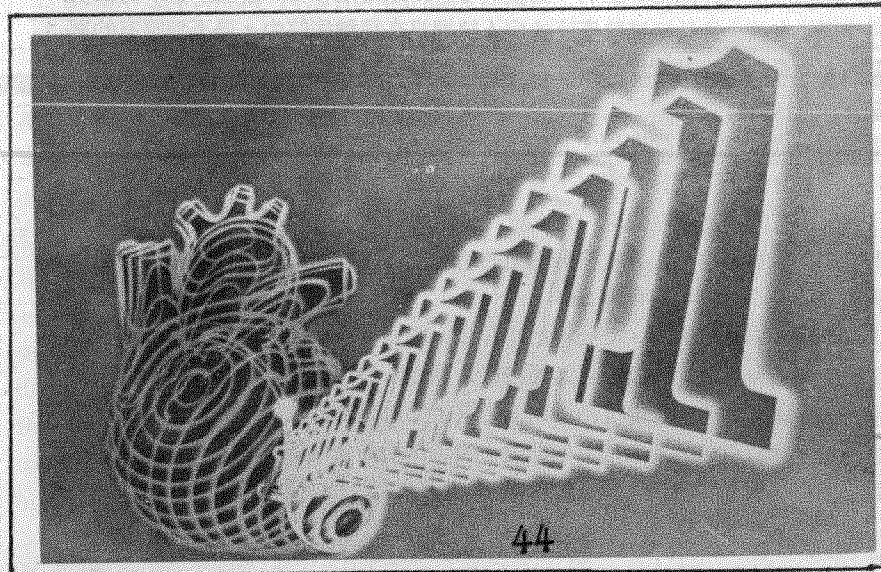
對於頸部摸到淋巴腺腫大，請聽各科專家的意見：

- 耳鼻喉科—優先考慮鼻咽癌併轉移。
- 血液科—考慮淋巴瘤。
- 胸腔科—肺癌可能性很大。
- 腸胃科—胃或大腸癌轉移。
- 婦產科—有可能卵巢癌轉移。
- 病理科—結核病無法排除。
- 外科—一切下來檢查再說。

據估計全世界約有70%的成人患有痔瘡，不幸的是許多人忽略了它潛在的問題。我們知道內痔靜脈是門脈的一側枝循環，於肝硬化或門脈高壓時，便能明顯表現出來，此時若不注意肝硬化或門脈高壓而只專門治療內痔，可能便會遺誤了肝病。又由於大腸癌約有一半以上是在距肛門十五公分之區域，此與內痔靜脈相符合，二者均能發生紅色血便情形。若一味認為是痔瘡所引起的血便，不接受大腸檢查，往往延誤了早期診斷和治療的效果，因此雖然是瘡痔小病，亦應該看看醫生，做進一步檢查。

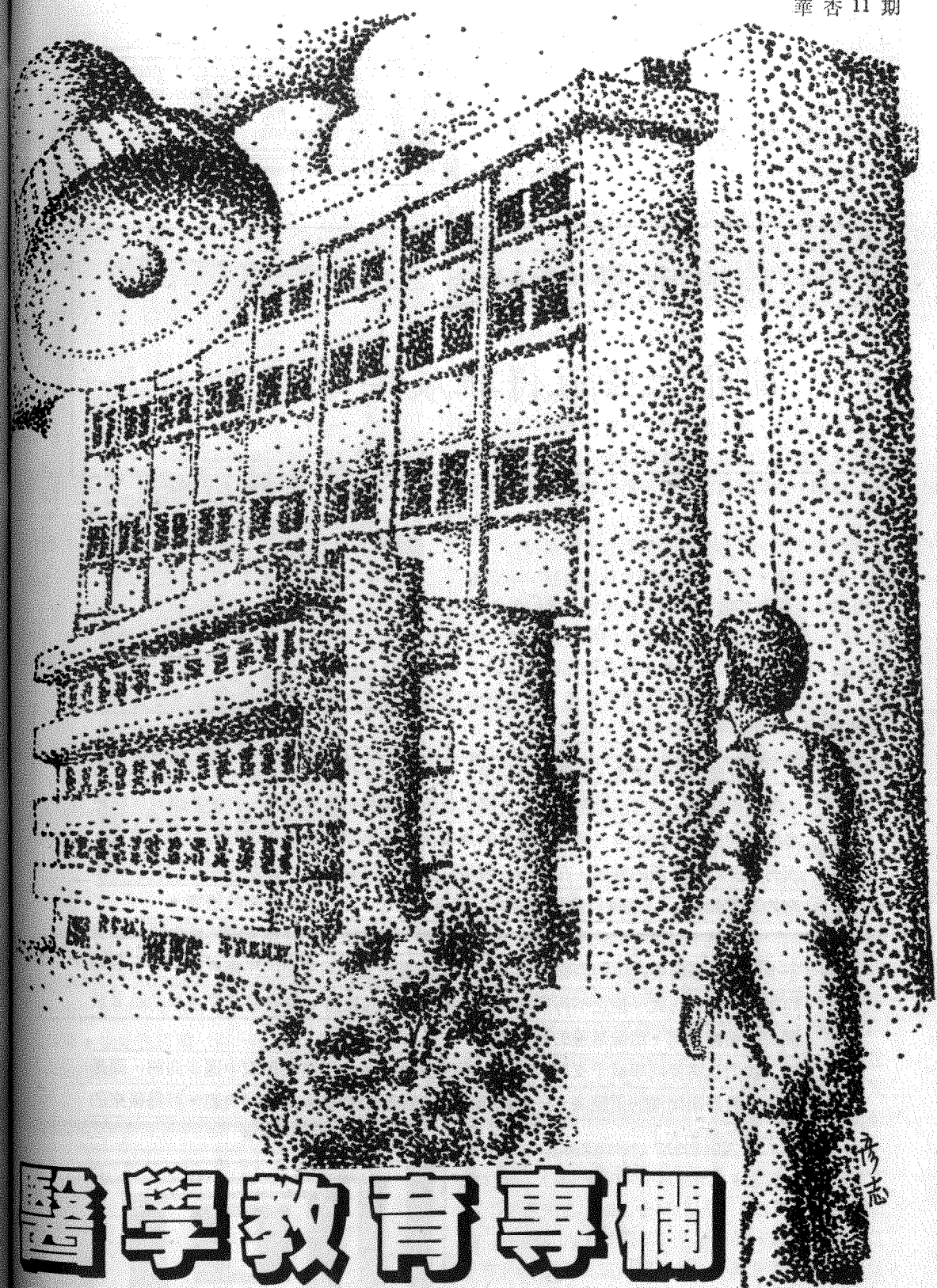
固醇類藥物 (Steroid) 是常用來對抗過敏反應的良好藥物，但是自1974年 Mehdellsohn 等人最先發表注射固醇類藥物引發即刻型過敏反應以來，1978年又有兩篇文獻報告，進一步強調此種現象，可惜在臨床上未被廣泛了解；雖然過敏之原因不明，但絕非是固醇類藥物注射之稀釋液所引起。1980年 Bailey 等人，亦發現注射固醇類藥物於氣喘病人引發了蕁麻疹及四肢血管神經性水腫，因此靜脈或肌肉注射應只施行於必要或救急時。

眼睛失明雖然不足為奇，但若屬於中樞腦神經



性失明，則其意義自有特殊之處。腦性眼睛失明 (Cortical Blindness) 的特徵是兩眼失明但瞳孔反射及眼底皆正常。Symouds 等人的結論是腦栓塞造成；血栓從心臟的任何一處轉移到大腦基底動脈而後進入後大腦動脈，阻塞枕葉之視覺區。Blackwood 等人屍體解剖指出約有40%至50%的腦梗塞其血栓來源是出自心臟，不幸的是此種因果關係在臨床上易被忽略。Dozzi 等人在未選擇性的一千例屍體剖中發現四十一例心肌梗塞，其中有十二例伴有大腦栓塞或梗塞，十例未被臨床上認定有心肌梗塞。顯然腦中風並非大腦血管硬化後遺症所專有，心肌梗塞應時常與腦性失明相連繫著考慮。

胸部X光片出現 Kerley's ABC 線，究竟它們是代表著什麼呢？一般說來，任何原因引起的左心室衰竭皆可表現此種肺間隔線。A線是代表相當大的弓狀線彎向肺門區，此種線有時在胸部側面攝影時較容易看出。B線的意義，在以往認為肺小葉間隙之液體和擴大的淋巴管，最近幾年研究發現，這種線是由於肺小葉間隙組織之增厚所形成，不只是心臟病可形成之。舉凡肢內纖維化之疾病皆可形成之。在急性病況如心律不整或心肌梗塞引發之心臟衰竭，B線很容易消失，此時的肺靜脈和微血管壓力大於 30~35mmHg，若在慢性病況，如二尖瓣狹窄引起之肺靜脈壓上昇，則B線可持續好幾年，如施行二尖瓣手術成功，則此存在好幾年之B線可在一夜之間消失。C線為細網狀之線，主要存於肺底之邊緣，為短而呈紡錘形；有些專家懷疑它是否存在；如若有的話，可能它代表A線和B線的淺表構造而非深部構造。



醫學教育專欄