

Clinicopathological Conference

學生臨床病理討論會

時間：一九六六年四月十六日下午三時

指導：內科：陳寶輝教授。 病理：陳定堯教授，黃德修副教授。

學生：A. B. C. D. E. F. G. H.

a. b. c. d. e. f. g.

地點：臺北醫學院教學大樓2101教室。

陳定堯：今天是臺北醫學院的第一次學生 C. P. C. 我們的病案是市立醫院內科的。今天由 Senior Clerk 擔任臨床部份(請全部坐左邊來)，另外由 Junior Clerk 來擔任病理部分(請都坐右邊來)。那麼現在我們就開始今天的 C. P. C.

學生A：今天我們臺北醫學院第一次的學生 C. P. C. 我們非常感謝病理科給我們很好的練習機會，也感謝市立醫院的指導醫師們，使我們今天有這個很好的 Case 來討論。現在先請B同學來報告病歷經過。

學生B：今天要來介紹的是一個65歲的男人，江蘇省人，是個送報的。他於54年12月6日經由急診處住入臺北市立醫院的內科病房，主訴為下痢數天。

家族歷與既往歷：均不清楚。

現症：病人曾患血性下痢幾天之久，並有咳

嗽但沒發燒。於54年12月6日被發現倒在路傍，經由他的朋友送來市立醫院急診處。在急診處治療兩天後，認為必住院詳細檢查，所以轉入內科病房。

住院時一般檢查：

病人是中等體格，營養很差，消瘦而年邁之老人。體溫35.3C，血壓130/90mmHg，脈搏120/min 且頗弱。神志不清。皮膚鬆弛且髒。瞳孔右邊比左邊大，對光反應異常，即右邊有而左邊無反應。眼結膜稍微貧血，鞅膜沒有黃膽。頸部摸不到淋巴腺，亦不僵硬。胸部；呼吸聲顯著。心臟打診不見擴大，心音弱，但無雜音且頗規律。腹部下凹，平軟無異常腫瘤。肝臟、脾臟摸不到，四肢肌肉消瘦，下肢稍有一點水腫，神經檢查無病態反射，但深部腱反射消失。直腸手指觸診陰性。以上是身體檢查所見。

學生C：現在來看化驗所見：

1. 血液學：	RBC.	Hb gm%	W.B.C.	Baso.	Eos.	Band.	Seg.	Lym.	Mon.
6/12/65	415 × 10 ⁴	80	10800	2	0	10	68	20	0
9/12/65	366	90	7250						

2. 血液化學

9/12/65	蛋白：5.9gm%	白蛋白2.9gm%	球蛋白3.0gm%	A/G:0.9
	血糖：75mg%	膽紅素：總量0.8mg%	直接0.2mg%	
	T.T.T.	S.G.O.T.	S.G.P.T.	Alk.P-tase
	5.75	18S.G.U.	10S.G.U.	2.8B.S.U.
				30.5mg%

3. 大便

	硬度	色	粘液	膿	紅血球	白血球	潛血	阿米巴
9/12/65	液狀	紅色	+	-	+	+	+	-
10/12/65	半液狀	紅色	+	-	+	-	+	+

4. 痰 10/12/65：粘液膿性，結核菌塗沫檢查陰性。

5. X光檢查(另由學生D報告。)

6. 血球沉降速：12月9日，第1小時15，第2小時35。

經過與治療：

住院後，經補給療法，靜脈注射葡萄糖及抗阿米巴藥治療。但，無奈病人全身衰弱，大小便失禁

，遂於12月10日發生 Cheyne-stoke 氏呼吸，雖經盡力拯救，已回生乏術，而於下午三點十二分氣絕死亡。

學生D：X光檢查只在急診處做了一次胸部普通照片。因為病人虛弱神志不太清醒，所以這張片子是A-P相。我們可以看出病人非常消瘦，肌肉及脂肪組織都消失，看起來只有皮膚張在骨架一樣。另外在右胸部第三到第六肋骨有骨折的陳跡但未完全癒合，在肺葉亦有氣腫和纖維化的陰影，這可能是陳跡，或可懷疑是因為結核而引起。左肺下葉內、中域有散在性的絮狀陰影，很難斷定因何而起，或是肺炎或是結核引起很難說。其他沒有什麼特殊的發見。

學生A：至此為止，不知各位對病歷有沒有問題？

學生a：請問神志不清，到一種什麼程度？

答：大聲叫病人時，沒反應。但抓他則有反應的程度。

學生b：請問咳嗽是怎麼咳的，既然神志不清，不會咳痰才對吧？

答：因為聽到病人呼吸時有痰梗在喉頭的聲音，再用棉棒把它清出來的。

學生c：請問痰有沒有做塗抹標本？有沒有看到阿米巴原蟲？

答：塗抹標本做了，但沒有阿米巴。也沒見到結核桿菌。

學生d：請問病人在住院當中有沒有發燒？

答：在住院兩天中除了臨死前，體溫升高到38°C外，一直沒有發燒。

學生e：請問有沒有做O.T. 或P.P.D. test？結果如何？

答：急診處時做過P.P.D. test，但是沒反應。可能解釋為Anergy，因為病人的狀況實在太壞了。

學生f：請問在全部過程中，有沒有特殊的姿勢？

答：沒有。

學生A：以外沒有什麼問題，那麼我們繼續請E同學來分析和診斷這個病案。

分析與討論

學生E：現在讓我們來研究關於這位病人的正確診斷和死因：

首先，從病歷記錄我們可看到病人因為神智不清，無法獲知主觀的症狀，而在住院過程中所顯現的客觀病徵則有

- (1) 粘液性帶血下痢。
- (2) 四肢消瘦表皮鬆弛，乾而皺。脫水很厲害。
- (3) 肝臟機能稍壞。(血液化學所見。)

(4) 咳嗽而沒發燒。X光片肺部在左肺有散在性絮狀陰影。

(5) 神智不清，瞳孔兩邊大小不一且左眼對光刺激不反應。

(6) 貧血及其他。

我們先來看可引起(1)粘液性帶血下痢的疾病有：

- ① 阿米巴痢疾。
- ② 細菌性桿菌痢疾。
- ③ 慢性潰瘍性大腸炎。
- ④ 大腸結核症。
- ⑤ 肉息症及大腸癌。
- ⑥ 腸套疊症。
- ⑦ 腸憩室炎。

在臨床經驗的統計中，腸套疊75%皆發生在兩歲以下的小孩。在成人則多半因患腸憩室、肉息或結核或大腸癌症等新生物影響腸蠕動，而引起。肉息之75%可惡化成大腸癌症，而且發生位置幾乎相同，所以我們一並討論。根據 Mayor Clinic 的統計在7132個大腸癌病人中。發生在直腸有41%，左邊結腸36%，右邊結腸23%，如以手指肛門觸診可及之範圍而論，約有60~70%。我們的病案腹部觸診和肛門手指觸診皆顯陰性。至於大腸的結核症和腸憩室，通常會改變大便的習慣，會引起便秘，也可能會下痢，下痢時如果有腸粘膜炎潰爛才有血便，且大便的次數不會像這個病案那麼厲害而粘液那麼多，但我們不敢說一定沒有，因為X光片有懷疑肺部有T.B。總而言之，這個病案下痢的情況那麼急，失禁而次數也多。再從糞便內容可看有紅、白血球，而病人消瘦脫水那麼厲害，可見一定是一種慢性疾病，再經這次急性發作的結果。因此，我們保留最有可能的①阿米巴痢疾②桿菌痢疾和③潰瘍性大腸炎，三者來做鑑別診斷。

鑑別診斷：

方法	阿米巴痢疾	桿菌痢疾	潰瘍性大腸炎
(1) 臨床症狀	或由慢性粘液下痢或吃東西後劇烈引起粘液稠性血便。	常腹絞痛發熱突然大量稀粘液血便。	大便次數很多，不痛，不裡急後重，不發熱。
(2) 糞便性質	暗紅色，富粘液及消化，未消化之食物軟或流體狀。	暗綠色，先有消化之食物，後漸稀而成粘液及水而已。	比較成形，消化良好，糞便外層有粘液及血絲
(3) 腸粘膜炎滲出液檢查	單核球多 Pus Cell嗜伊紅球，及紅血球	多核球，多半為嗜中性球，及紅血球	沒特別發現
(4) 直腸鏡檢查	可見粘膜炎型的下凹 Flask-shape 潰瘍	粘膜炎潰瘍廣泛，只有散在性之鏈全小區域。	全部成一片充血水腫的粘膜炎。
(5) 病原菌分離	Entamoeba histolytica	志賀菌	(無)，自家免疫反應

小不一且左眼對光制

帶血下痢的疾病有：

事實上，從上表做鑑別診斷是不太容易的。所幸我們這個病案已經從肛門手指觸診時，挖出的粘膜滲出物中找到了很多含有紅血球之生殖型的阿米巴原蟲，所以我們的病案之診斷是「阿米巴痢疾」是不會錯誤了。

現在的問題是，這病人得了這病有多久？為什麼還有其他那多種的臨床病徵呢？

我們知道阿米巴症可分為無症狀的帶菌者 (Asymptomatic Carrier) 據估計在歐洲、美國約有10%人口為帶菌者，在亞洲約16%，在非洲約17%。以及有臨床症狀的病人；又可分為慢性阿米巴痢疾和急性阿米巴痢疾二型。慢性型者通常自己不知何時開始感染到，而有間歇性下痢，下腹部悶痛，肝臟腫大有觸痛感，解便時裏急後重且大便粘稠血色。在急性型時，突然發作有高燒、腹絞痛，多量之稀粘液性血色下痢。我們這個病案因為肌肉消瘦，可見一定有很長久一段時間的慢性阿米巴痢疾，而最近惡化成急性阿米巴痢疾，因脫水過多，支持不住而跌倒於路旁。

表一：Hepatic Amebiasis.

Incidence:	Payne.		N.T.U.H.
	Clinic		
Amebic hepatitis.	50%	—	
Hepatic abscess.	3%	5%	
Pathology; amebic abscess per total liver abscess.	williams 40%	N.T.U.H. 73.1%	
Sex difference: ♂ > ♀	5~6times.		♂ = 84.2%

Onset: 3~5 wks, average 1^m. after dysentery.

Past history of dysentery: 50.9%

Location of the abscess: Right lobe. 50~69%

Number of the abscess: over 40% multiple. Solitary

Major x-ray findings: 1. Elevation of Rt. hemidiaphragm: 81/57 (54.4%)

2. Pleural involvement. Rt: 28/78 (45.6%)

3. lung involvement: 4/57 (7.0%)

4. enlargement of liver shadow: 20/57 (35.0%)

Rupture into: 1. Rt. side pleura. 21/57 (36.8%)

2. Rt. lung 4/57 (7.0%)

3. Peritoneal cavity 5/57 (8.8%)

4. Bile duct, 1/57 (1.8%)

接着我們來解釋(3)肝臟機能稍壞，(4)咳嗽及肺部變化，(6)腦及神經系統的徵候。要解釋之前，我們先要研究一下阿米巴痢疾的併發症(Complication)有那些。它可分成：

- I：腸內併發症：如穿孔引起腹膜炎，以及阿米巴瘤 (Ameboma)
- II：腸外併發症：肝臟、肺臟、腦的膿腫，皮膚生殖器官阿米巴症等。

關於腸內併發症較少見。我們現在來討論腸外的併發症。最常見的有肝臟併發症，其次是肋膜肺併發症，再其次是腦膿瘍形成 (Amebic Brain Abscess)。其他皮膚、生殖器因外傷或感染而引起阿米巴症 (Amebiasis) 都有文獻報告，但很少就是。我們先來討論肝臟併發症 (Hepatic Complication) 臨床上分做阿米巴肝炎 (Amebic hepatitis) 及肝膿瘍 (Amebic hepatic abscess) 由阿米巴侵入肝組織形成膿腫，常存在於右葉臨橫膈膜下方，因此常破裂引起肺臟或肋膜的併發症。由

75%皆發生在兩歲以腸憩室、肉息或結核動，而引起。肉息之發生位置幾乎相同，多位於左半小腸。Major Clinic 的統計在直腸有41%，左邊以手指肛門觸診可及我們的病案腹部觸診於大腸的結核症和腸，會引起便秘，也可致潰爛才有血便，且糜爛而粘液那麼多因為 X 光片有懷疑肺炎下痢的情況那麼急內容可看有紅、白血，可見是一種慢性結果。因此，我們保桿菌痢疾和③潰瘍性

痢疾	潰瘍性大腸炎
發熱	大便次數很多，不痛，不發熱。
稀粘	比較成形，消化良好，糞便外層有粘而己。
血絲	血液及血絲
發現	這特別發現
血球	中性球，多
膿腫	膿腫廣泛
在左小區域	全部或一部分血腫的粘膜。
自發	(無)，自發免疫反應

表一示；約3~5%的阿米巴痢疾可引起肝膿瘍，男性多於女性 5~6 倍。普通在痢疾後一個月形成肝膿瘍。很奇怪的是約有50%的病人發現有肝膿瘍，但不知過去曾患過阿米巴痢疾，但經由肝臟穿刺術抽出 Chocolate 狀液汁或由邊際組織 (Marginal tissue) 找到原蟲而證實是阿米巴性肝膿瘍。表一所示的數據是臺大醫院宋瑞樓教授統計自1954~1961年八年間57Cases的結果。

至於肺臟肋膜的併發 (Pleuro pulmonary complications)，由表一可見有 43.8% 的肝膿瘍可破裂到肺引起病症。所以肋膜肺併發症多半在右下葉多見。極少出現在左肺葉。這裡有一篇伊拉克醫學報告關於20個 Cases由阿米巴併發右肺葉的病變，及其臨床症狀供參考。(表二) (表三)

表二：The Amebic Manifestations in the Rt. Chest. (Iraq)

Lesion.	No. of case.
Pneumonitis \bar{c} serofibrinous effusion	8
Large empyema.	5
Pneumonitis \bar{c} dry pleurisy	3
Moderate pleural effusion	2
Lung abscess	2

表三：Respiratory Symptoms in the Same Series (of 20 cases)

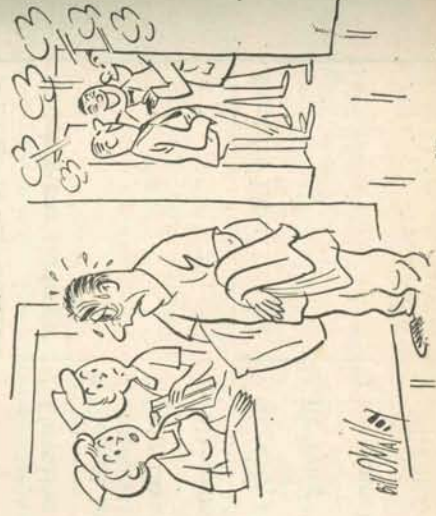
Symptom	No. of case.
Fever	20
Pain in the right lower chest.	19
Cough	12
Chill	9
Dyspnea	7
Sputum	4
Hemoptysis	2

再來說腦膿瘍的形成；腦膿瘍的形成有兩條路一種是由肝膿瘍形成後，阿米巴經肝靜脈進入大循環血流而到達腦部。另一是直接由阿米巴好發部位的直腸和盲腸一帶直接由潰爛腸粘膜的血管進入血流，最後達腦部血管，在 Leptomeninges 先發

生局部炎症反應，再由淋巴或小血管(動脈)導入大腦深部，而發展成腦膿瘍 (Brain abscess)。腦膿瘍多半是一個，曾有65個 Cases 的報告中，約發生於痢疾後一個月或稍後。

現在，我們再回頭來解釋(3)，(4)，(6)的病徵。病人的肝臟機能不好，最大的可能當然是肝膿腫，因為病人有一段長久慢性阿米巴痢疾的歷史了。但在X光片上我們無法看到右半邊橫膈膜高漲或肝腫大。所以我們懷疑可能是小的膿腫或有數個也說不定。當然，老人加上營養不良或肝臟硬化，也可能引起肝臟機能減退的。致於左肺的絮狀陰影，當然不能是由肝臟的膿腫破穿橫膈膜而引起的，因為它可能是在左葉而不是右葉。另有文獻報告，阿米巴可以經血流直接到肺臟而引起阿米巴性支氣管炎或肺膿腫的病例。我們在這裡從臨床的觀點實在沒辦法說明一定是什麼，很希望等下一病理的報告能替我們解答。最後，我們來看大腦神經方面的症狀；這個病人神志不清，可能因為脫水太厲害，腦組織缺氧而起。但上述的併發症我們知道阿米巴也可能由血流送到腦部而引起腦膿腫，尤其常在大腦半球發生，而引起瞳孔大小不同及光刺激反射消失。這樣子猜測當然也很合理。另外在病歷表上記載左邊瞳孔成不規則的孔狀，又有不正常的光反射，很像 Argyll-Robertson pupil 而且病人又是單身漢，65才，所以我很懷疑是不是有 Neurosyphilis 的可能。很可惜因為病人 Condition 很壞，我們不能進一步做 Lumbar puncture、S.T.S.，也沒有 E.E.G. 及更詳細的 Neurological examination，所以不能肯定 C.N.S. 的 lesion 在什麼地方以及其病因是什麼。

其他，腳部水腫，是由 Hypoproteinaemia 引起的。因為病人心臟正常血壓也不高，而 B.U.N. 雖然高了一點，是由脫水，Hemoconcentration 引起的，並不是腎臟機能有問題。



以是因，是壞，後學

？學生

kalemia

答：不知量。

學生

狀不考慮

答

有症狀發！當然也

了阿米巴

腦部膿腫

學生

面來報告

病理

學生

學生

然，贏瘦

口腔及鼻

出。臉及

不同，直

有輕微的

打開

腸皆無潰

多獨立的

出血。大

(Slide)

的潛行性

許多粘液

許多典型

組織的水

並沒發生

下方有一

片是肝的

，重只800

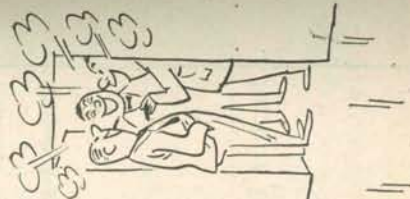
葉下面後

上方又有

癆膨展出

小血管(動脈)導入 Brain abscess)。
Cases 的報告中，

3), (4), (6) 的病徵。
可能當然是肝膿腫，
巴痢疾的歷史了。但
邊橫隔膜高漲或肝腫
膿腫或有數個也說不
或肝臟硬化，也可能
的架狀陰影，當然不
而引起的，因為它可以
獻報告，阿米巴可以
巴性支氣管炎或肺膿
的觀點實在沒辦法說
病理的報告能替我們
經方面的症狀；這個
太厲害，腦組織缺氧
首阿米巴也可能由血
其常在大腦半球發生
放射消失。這樣子
歷表上記載左邊瞳
常的光反射，很像
且病人又是單身漢，
Neurosyphilis 的
ition 很壞，我們不
re、S.T.S.，也沒有
ical examination
sion 在什麼地方以
ypoproteinemia 引
也不高，而 B.U.N.
emoconcentration
題。



以上是關於病案的分析。至於這病人的直接死
因，是惡病質 (Cachexia) 因為長久生病，營養
壞，急性脫水，加上 electrolyte imbalance 最
後當然引起 Cheyne-stoke 氏呼吸而死亡。

學生 A：這是本病案的診斷。各位有什麼問題
？

學生 g：我認為這病人的直接死因為 Hypo-
kalemia。這樣的語治療的方法實在值得檢討。

答：我同意你的看法。但我們沒有做 K^+ 的定
量，不知道 Serum level 多少，不能進一步證實
。

學生 h：病人有創傷的病歷，為什麼腦部的症
狀不考慮是 hematoma 引起的？

答：hematoma 通常大部份在 72 小時以內必
有症狀發生。這病人骨折的歷史恐怕不止三星期吧
！當然也不是絕對沒有可能的。但，因為我們找到
了阿米巴原蟲，所以我們精測很可能由阿米巴引起
腦部膿腫。

學生 A：因為時間的關係，現在我們請病理方
面來報告。

病理報告

學生 F：現在請 G 同學報告解剖之跟觀變化。

學生 G：病人身長 165 公分，體重 40 公斤，顯
然，羸瘦與脫水非常厲害。外觀上可說是皮包骨。
口腔及鼻腔沒有分泌物，但有帶血的排泄物由肛門流
出。臉及手指皆呈明顯的貧血，但沒有黃疸。瞳孔
不同，直徑各為右邊 0.5 公分，左邊 0.3 公分，兩脚
有輕微的水腫。

打開腹腔後，並無腹膜炎現象。胃十二腸及小
腸皆無潰瘍或出血發現。但是，從盲腸到直腸有許
多獨立的或融合的豆狀的潰瘍以及非常厲害的點狀
出血。大腸內容物為帶血的半流體物質。這張片子
(Slide) 是新鮮的大腸剖面，可以看到如此厲害
的潛行性潰瘍與出血。腸粘膜水腫、肥厚，上附有
許多粘液凝塊。這片是大腸壁的縱切面，可以看到
許多典型的潛行性潰瘍。潰瘍間的粘膜，除粘膜下
組織的水腫變化外，可說是正常的，肌肉層及漿膜
並沒發生變化。這片子是腹腔剖後所見。在肝左葉
下方有一突出之囊狀白色筋結與胃小彎相粘連。這
片是肝的橫隔膜面，肝臟大小是 $21 \times 14 \times 6$ 公分
，重 800 克，比平常小得多，沒硬化現象。在左
葉下面後部，有一直徑約 5 公分之潰瘍，此潰瘍在
上方又有一直徑為 1 公分之小潰瘍，是直接由大腸
瘍膨脹出來的，因其間有小血管交通。這是單看大

腸瘍的放大照片。這片子是將大小腸腸切開，可見
緻密纖維化之膿腫壁，厚度約為 0.2 公分，可見是
一個老膿腫。其內容是黃褐色膿液，已流出。在此
切面上有一棕色膿腫樣區域連於大小腸腫之間。

打開胸腔之後，可見兩邊肺葉皆有氣腫。無結
核病灶，亦無膿腫。右肺重 450 克，其後下方有粘
連現象，肋膜肥厚。右胸腔有 150c.c. 黃色漿液性
滲出液。右肺之上葉氣腫較厲害，下葉有肺炎變化
。這片是左肺葉，重 400 克，表面平滑，上葉亦氣
腫較厲害，下葉亦有肺炎。兩肺之切面照片，除氣
腫與肺炎變化外，並無結核及膿腫。

這是脾臟的照片，大小是 $8.5 \times 6 \times 3$ 公分，重
90 克，外觀上似一塊白石頭，硬而光滑，為典型的
‘Sugar coated spleen’ 這片子是切面可見明顯
的被膜纖維肥厚與玻璃質化。脾髓肉樣外貌，小梁
相對增多，為老化現象。其他器官，外觀看來是正
常的，心臟 220 克，腎臟各 100 克，冠狀動脈及大動
脈皆有硬化及粥樣化。

學生 F：現在請 H 同學說明顯微鏡下變化。

學生 H：第一張是大腸許多潰瘍中之一，潰瘍
上之壞死組織及潰瘍底可以分得清楚。而且此片潰
瘍旁還有正常的粘膜，且粘膜下組織有點纖維組織
的增生。把此潰瘍底的一部份放大看，在膿腫底部
與壞死組織間可以看到阿米巴的 Cyst 以外，在深
入肝臟組織中又可看到阿米巴的 Cyst，此組織水
腫，細胞浸潤不多，細胞主要為淋巴球，且有毛细
血管之增生。這張是另一潰瘍，具有典型阿米巴潰
瘍，就是潰瘍口狹窄，口兩旁之粘膜都正常，潰瘍
底部在粘膜下組織向兩旁延伸形成上狹下寬的潰瘍
，叫做 ‘Bottle shape’ 或 ‘flask-shape’ 的潰
瘍，又叫潛行性 (undermineal ulcer)。把此
潰瘍部份放大，可見很多阿米巴在組織中，而且在
毛细血管中又可以找到阿米巴的 Cyst。在組織中
看到的阿米巴周圍一定有一 Clear zone 是因為此
阿米巴會分泌 Proteolytic enzyme 來溶解周圍
的組織，這又是其特徵之一，再放大則可以看得更
清楚，阿米巴為 reticulated round structure，
相當大。大腸有許多此類潰瘍，由盲腸到直腸廣泛
存在。

其次看的是肝。這是較大的肝膿腫，其膿腫壁
很厚，約 2mm 厚，都是由纖維組織形成。小膿腫
壁亦為纖維組織，但其核較多，細胞浸潤亦較大膿
腫多，表示此膿腫是慢性，但與大膿腫比起來，未
還是比較新鮮。大膿腫的內容物打開時流出去，未

能染上。此片是小膿腫內容物之染色照片，全部看是 ghost cell 及 necrotic tissue 形成，不像是膿，其中有幾個較大的細胞影子，好像是死去的阿米巴，但未能找到較新鮮的阿米巴。在肝較近於膿腫的地方，其 portal tract fibrous tissue 增生，細胞浸潤較多，組織中又有細胞浸潤且充血，又有一部份 fatty metamorphosis，在肝較遠於膿腫的地方，其細胞浸潤及充血情形較輕，但還可看到小範圍的壞死病灶及脂肪變性病灶。肝細胞萎縮，雖然在照片上看不清楚，顯微鏡下可以看到有 wear & tear pigment 在肝細胞中。表示肝有 brown atrophy。這是肺氣腫照片，肺泡破裂，擴張，肺泡壁較薄。又小支氣管及其附近，有嗜中性細胞之浸潤為支氣管炎。其腔內充滿化膿性滲出液。這片子的肺泡壁有水腫且有嗜中性細胞之浸潤並有化膿性滲出液，表示支氣管肺炎。有部份肺泡內充滿 fibrinous exudate，肺泡壁細胞浸潤不多。以上是肺的情形，沒有肺結核病灶，亦無膿腫。這是胰臟的切片，有部份 Langerhans islet hyalinization，結果使 α 、 β 細胞都消失。又有很小部份可看到胰管之囊性擴張，其內容物很大。但大部份的胰臟為正常組織及正常胰小島。上述種種變化，在臨床上並沒有顯出症狀。這是脾臟的照片。小梁增多，是因萎縮而來的相對性增加。且其血管壁有 fibrinoid necrosis。其他雖無照片，但在顯微鏡下可看到有心肌之 brown atrophy 沒有 infarct，冠狀動脈及腹部大動脈有內膜肥厚且有鈣質之沈澱。腎臟有一小部份有 hyaline ball 出現，且有一點點 Cast 外，餘皆正常。腎上腺正常。

結 論

學生F：以上為病理方面的報告，顯然本病案為一典型之急性阿米巴痢疾合併肝膿腫。和臨床方面的診斷完全一樣。從病理學上看；本案之特點有二：①從盲腸到直腸到處皆是新鮮之阿米巴性潰瘍。②有舊阿米巴性肝膿腫。此膿腫小而舊，對死因影響不大。有此膿腫，可知此人感染阿米巴早在本次急性下痢之前。此點亦和臨床診斷相符合。肺部所見是支氣管肺炎，而不是阿米巴所致。至於腦，神經方面之所見，非常抱歉，因為當時病家要求不要解剖腦部，所以沒法在這裡證實。

死者年紀老邁，極度羸瘦，其衰弱嚴重，加以下痢引起高度脫水，電解質不平衡，其直接死因自

不難了解。

病理報告就此結束。不知各位於病理方面有沒有質問的地方？

學生E：我補充一點說明，剛剛病理方面提到本病例的肝臟膿腫和死因沒多大關係。我也在1964的 Journal 上查過一個 Case report 是一個 Amebic pancolitis 致死的例子。所以在臨床上沒有 Complication 也可以因 Amebic dysentery 而致死的。另外我要請問在 Amebic dysentery 的發生率上並沒有男女之別，但是在 Amebic liver abscess 看起來，男性要比女性多5至6倍。這在病理上怎麼解釋？

答：真正的理由現在還不太清楚。可能和男性喜歡喝酒、運動等有關。

學生F：沒有問題了，那麼我們就結束今天的C.P.C. 謝謝各位。

C.P.C. Quiz

1. What is the difference between pyogenic and amebic liver abscess?
2. What is the recommended treatment of extraintestinal amebiasis?
3. How to differentiate the Entamoeba histolytica and Entamoeba Coli which are usually coexistent in amebiasis patient?
4. How to confirm a case of hepatic amebiasis without the previous history of amebic dysentery?

(醫科學生會提供資料)

(上接48頁)

我們大家都知道公共衛生之設施，目的就是在促進國民的健康。所以有好的公共衛生行政，尤其有健全的鄉鎮區衛生行政設施，才能增進國民的健康。因為，在積極方面，它能健壯下代國民之身心發育，而富國強民。在消極方面，也減少國家財源無謂的浪費。今就三重市衛生所十數年來的公共衛生行政進展之研究，我們可以知道，雖然，今日臺灣的醫學水準已相當可自慰，但是，對於基層、最重要的鄉鎮區衛生工作，我們實在還須要百尺竿頭更進一步的努力和改善。

盼望將來對於公共衛生行政有興趣的同學，能抱定遠大的志願，把臺灣建設成為三民主義的模範省。