ture of above 100℉)，和呼吸困難 (dyspnea)等；大約有半的病人，在受傷二到三天會發生皮膚黏膜瘀斑 (petechiae)；主要分布在前胸、腋下、頸部及眼結膜，很快就會消退，實驗室檢查動脈低血氧(hypoxemia)爲主要表現，一般PO_2< 60mm Hg、血小板數目會減少，血小板數目低於150,000 mm(十五萬個以下)，有時可見低血比容(decrease hematocrit value)，血鈣降低(fall in serum calcium level)。胸部X光片有些病人可見瀰漫性間質浸潤，有時被形容爲 "暴風雪" (snow strom)狀往往X光片變化在臨床症狀發生後一段時間才出現，但肺部斷層攝影可更早期診斷。皮膚瘀斑活體切片，可發現有脂肪栓塞。其他實驗室檢查如痰、尿液或血液有一半病人可測出脂肪小球或血清脂肪酶昇高等。

有人報告受傷後數小時就開始給予高劑量的methylprednisolone(30 mg/Kg body weight every 6 hours)，又有人用prednisolone (10mg / Kg body weight every 8 hours)，一到三天認爲可維持動脈血氧濃度，減少脂肪栓塞發生，但目前仍無定論。至於過去使用5%乙醇或肝燐脂(heparin)或低分子量dextran，目前均已知無效不必再使用。早期骨髓內釘固定(intramedullary nail) 確實可降低脂肪栓塞，但仍有脂肪栓塞的報告，發現脂肪栓塞病人，只有施予插氣管內管及使用呼吸器，給予正壓呼吸(PEEP)及施予支持療法，補充體液才是有效的治療方法。

我們附設醫院骨科平均約三年就有一例脂肪栓塞症候群病人，由於專業知識及警覺心能夠早期治療，並且加上加護病房及呼吸治療的進步，因此本院脂肪栓塞患者死亡率已降至爲零。由於近日又有一病人發生猛爆型(fulminant form)脂肪栓塞，因此提出本文來勉勵外科醫師要詳細和肺功能不全、休克、肺挫傷、肺水腫、頭部外傷等等鑑別診斷，何況本院嚴重外傷病人是非常多，稍一不注意是會被疏忽且引起致命。

非A非B型肝炎

內科主治醫師　陳滋彥

很早以前醫學家便知道經由輸血可能會得到肝炎,稱爲輸血後肝炎(post-transfusion hepatitis, PTH)。1965年布倫柏博士(Blumberg)發現澳洲抗原 (Australia antigen)，後來被證明爲B型肝炎表面抗原(HBsAg)，70年代Feiustone等人的發現A型肝炎病毒；之後許多敏感的免疫分析方法問世，幫忙醫學學對於臨床病毒性肝炎的型別做判定，同時對所供的血做傳染性的篩檢工作 (如HBsAg陽性的B型肝炎帶原者的血即廢棄不用)，減少了不少輸血後肝炎。但即使用目前最敏感的放射免疫分析(RIA) 或酵素免疫分析(EIA) 剃除了不少B型肝炎帶原者的血液，仍然可能會發生輸血後肝炎。這些輸血後肝炎既不是A型肝炎，亦不是B型肝炎，因此稱爲非A非B型肝炎。

非A非B型肝炎的診斷，是屬於排除 (exclusion)方式，即是需在血清學上排除A型肝炎、B型肝炎的可能，亦需排除其他病毒性肝炎的可能，如D型肝炎、巨細胞病毒，疱疹病毒等，亦需排除酒精或者藥物所引起的肝炎，還有脂肪肝、膽結石或者心臟衰竭引起的肝功能異常，最後才能下非A非B型肝炎的診斷，這是因爲目前認爲它極可能由病毒所引起，可能有兩種或兩種以上的病毒，但截至目前爲止尚未培養出其病毒，也沒辦法分析其內核酸的次序，更遑論商業上用的免疫學檢查試劑，因此只能用排除的方法。

雖然早先認爲非A非B型肝炎與輸血後肝炎有密切關係，但後來發現另有一型經口傳染的非A非B型肝炎，發生在印度半島、中東、中南亞等地，墨西哥亦有報告。證據顯示病原傳染途徑爲糞口感染，就像A型肝炎及其他腸病毒一樣。曾有27nm大小的病毒顆粒在病患的大便中被發現，性質亦類似A型肝炎病毒，但其傳染尖峯發生

在20～40歲，死亡率較高，尤其是懷孕的婦女，但它不演變成慢性肝炎。許多醫學家認爲它可能是A型肝炎的變異型或是一新的腸病毒，尙待最後的證明。

另有一型非A非B型肝炎，證明與輸血或者血液成份無關，恐怕與接觸有關。它的發生是散在性（sporadic）的，世界各地都有報告。前述兩種非A非B型肝炎，由於缺乏有力的血清學檢查證明，必須用排除法來診斷，因此各家報告，在流行率、生化學檢查、症狀都有很大的出入。

輸血後肝炎百分之九十被證明是非A非B型肝炎，它的發生率爲7%到12%。職業供血者要比志願供血者造成輸血後肝炎要多得多。由於尙沒有血清學檢查來證明其「帶原者」，因此只能從避免由職業供血者得到血液、生化學顯示不正常的血液即廢棄不用、剝除Anti-HBc陽性的血液這三個方法來避免輸血後非A非B型肝炎；但從實際的觀點來看，前述後二項措施會造成許多寶貴的血液的廢棄不用，尙有待商榷。

輸血後非A非B型肝炎的潛狀期從2到26週，平均八週。約有三分之二的病例是無黃疸性，並且毫無症狀地進行。明顯的黃疸病例則表現典型的黃疸、生化學不正常(AST、ALT、及ALP不正常），雖然數值比A型或B型肝炎要低，臨床上卻表現較嚴重或較長久。發生猛爆性肝炎的比率也稍高，至於演變成慢性肝炎的比率則高得多，據統計，約有50%的非A非B型肝炎變成慢性肝炎，同時在日後的歲月裏，表現出起伏不定的肝功能生化學檢查，令人困擾。

由於非A非B型肝炎變成慢性的比率頗高（尤其是輸血後非A非B型肝炎），它與肝細胞癌的關係，也被人提出，但由於缺乏有力的病毒學或血清學證據，二者的關係尙有待進一步證實。

在治療方面，使用抗病毒製劑，如α－干擾素，臨床上似乎頗爲有效，但終究預防勝於治療，避免感染最爲上策。



林慧智

前言：

當一個人無法從腸胃道攝取維持生命所需的營養，而需仰賴於腸道外的途徑給予，我們稱之爲腸道外營養。腸道外給予的途徑也有許多，如皮下、肌肉、靜脈等。由於營養液的量及性質，