

非A非B

C肝願

口述 / 王正一教授



現任慈濟醫院董事

花蓮慈濟醫學中心顧問

台大醫學院榮譽教授

整理 / 黃秋惠、曾慶方





如同愛滋病會經由輸血、共用針頭傳染，華人最懼怕的「肝病」，在過去，也是這麼蔓延開來的。

非A非B的C型肝炎

過去的捐血觀念沒有像現在這麼普遍，在醫院的急診處，常有「血牛」出現，東等西盼的，看是不是能有機會挽袖輸血，好賺取些微金錢。在當時因為還沒有有效的管理，因此難免會有因輸血而得到肝炎的病例。

一九七一年，在跟著教授做肝炎、肝硬化及肝癌的主題研究時，發現有八位輸血後得肝炎的病人，我將他們的檢體經過雙重擴散分析(Double diffusion)，確定有抗原抗體反應。其中，七位檢測出有A型肝炎抗體，三位有B型肝炎抗體，這就表示有人被A、B型肝炎雙重感染。引起我注意的是，還有一位抗體既不是A型，也不是B型肝炎的感染，不過檢驗盤上卻有一條細線，代表存在某一種抗體，我的心砰砰地跳著，因為這意味著，這條細線可能是新的肝炎存在的徵兆。

當時我與實驗研究的老師施炳麟醫師討論，我們一致認為可能是新型肝炎，為此興奮不已。因為肝炎在命名上從英文字母A開始排下來，所以我就說：「這應該是一種新的肝炎，就叫C型肝炎吧。我們要不要去跟教授說？」我向教授報告這個想法，告訴他這個新發現，沒想到，卻被老師罵「胡說八道」！從教授口中得到的答案是：「世界上哪有什麼C型肝炎！不屬B也不是A的肝炎，叫作非A非B(型)肝炎(non-A, non-B)」。

當頭雖然被淋了一大盆冷水，但時間證明「沒有什麼事是不可能的」(Nothing is impossible.)，一九七五年在臺大舉辦國際肝炎會議中，我還是勇敢地發表了這樣的看法。一九八九年，一家國際製藥公司，開隆公司開發出「C」型肝炎血清檢查。所以我常說「C型肝炎」是我命名的。這個故事其實也算是一個遺憾，我要以它提醒醫學後進，不要被藩籬或威權約束住，有想法就要提出來，要為自己的想法奮戰並努力證明。在我的生命中，掌握時機，有時候是一件不得不做的必然。



小兵立大功 無心插柳挫權威



於此，我以發生在我醫學系五年級(以下簡稱「醫五」)時的一則故事與大家分享。醫五時開始到醫院實習，從最簡單的尿液糞便檢查開始。照顧的病人中，有一位一直有不明原因的發燒。從他的尿液檢查中，發現白血球數很多，表示應該有細菌侵入，所以我跑去檢驗室用酸固定液在試紙上測試染色反應，結果發現是腎臟有結核菌感染。趕緊跑去跟總醫師報告。總醫師第一個反應是「不要跟教授說，到大討論會再提出來。」

因為在大討論會(Grand Run)上，FUO(Fever of Unknown Origin，不明原因發燒)一定會被提出來討論，試圖找出病因。而我一個醫五的學生，只是按部就班去執行一道基本的例行檢查，居然找出了困擾資深主治醫師的難題。也難怪總醫師要藉此「修理」一下資深醫師。真是小兵立大功。秉持著實事求是，步步踏實的精神，我在醫學系七年級時得到第一名的實習成績，還因此得到了聽診器作為獎賞。

在急診作緊急大腸內視鏡

當內視鏡還是新興醫學科技時，我有幸追上潮流，成為少數執行緊急內視鏡(上消化道及大腸鏡)的醫師之一。

一天，一位十七歲的少女因為突然大出血，送進臺大急診。宋教授要我到急診室為該少女緊急做大腸鏡檢查。當時我看到病人狀況後即向教授報告：「老師，她已經連續發燒三個禮拜了，發生大出血，這應該是傷寒的合併症。」依據研判，發燒三週，於第四週開始有大腸潰瘍大出血，是傷寒的典型的合併症症狀，該依照傷寒治療程序，請外科醫師手術。宋教授接受我的建議。因為出血狀況持續惡化，他趕緊聯繫外科許書劍教授手術，希望能夠為少女切除出血部位。許教授詢問：「血從哪裡來？哪裡出血？」宋教授回答：「王醫師說是傷寒出血，不過沒有進一步檢查。」許教授還是堅持：「你們應該要先檢



查，確認出血部位，我才能夠手術處理。」

因此，當天晚上十一點，我第一次在急診室進行緊急大腸內視鏡檢查，在沒有腸胃科技術員協助的情況下，戮力而為。因為出血嚴重，內視鏡導管被血塊卡住，很難觀察和抽吸，先後進出七次，花了半個小時終於抵達終末迴腸。從迴盲瓣進去二十公分處可看到好幾處潰瘍。確認出血位置後，由外科醫師緊急開刀截去潰瘍部位，挽回了少女的性命。

後來我把緊急大腸鏡檢查寫成論文發表，並被安排在即將於西班牙馬德里舉行的世界消化系醫學大會上報告。可惜的是，一九七八年因出國人數管制(一科至多三人之規定)，我不能前往，由老師替我向大會報告。時值三十九歲的我，因這篇報告獲得「年輕學者獎」(Young Investigator's Award)，我趕在年輕學者四十歲關卡前的最後一年，得到了此項國際肯定的榮耀。

自私心態 危害大眾

談到傷寒，還有一位傷寒病人讓我印象深刻。這位病人因為罹患傷寒而住進傳染病醫院。我告訴他：「你要等候糞便檢查的細菌培養，確認結果是陰性後才可以出院。」他反應：「為什麼要等？」我回答他：「因為如果是陽性的，表示您身上還帶有傷寒病菌，會傳染給別人。」他突然很激動的說：「我本來沒有得傷寒，我是被傳染的，既然別人可以感染給我，為什麼我不能傳染給別人？這太不公平，為什麼我一定要被你一直關在這裡！」

直到現在，我還記得他說話的樣子，驚訝於怎麼會有人存在著這樣的觀念？這是什麼樣的心態？是沒有醫學常識？還是自我的觀念太重？

最近報紙才又報導愛滋病患者去捐血，導致二位病患因輸血而感染愛滋的事件。而在愛滋盛行的南非，盛傳著罹病男子只要能強暴處女，就可以將病魔驅離，這樣的誤傳，導致愛滋在





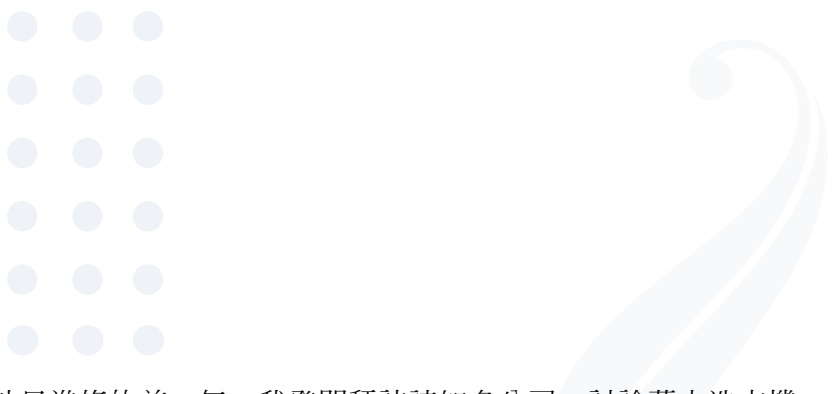
挽袖捐血付出愛心的同時，請一定要確定自身免疫系統的正常，勿抱持要不得的心態，以免造成疾病傳染的憾事。圖為花蓮捐血中心一景。(攝影/游繡華)

黑色大地迅速散佈。我想，愛滋病患者的心情，可能跟這位傷寒患者一樣。這樣的心態，是傳染病控制上一個非常大的障礙！身為醫師，最重要是要把病治好，但也需要醫好病人的心，才能讓疫病不至於在錯誤的心態下繼續蔓延。

內視鏡的清洗消毒

病毒、細菌不僅在人類間傳染，醫院內的病房、設備其實也是感染源之一。我們經常用內視鏡檢查多變的結核性結腸炎(TB colitis)、結核桿菌、阿米巴結腸炎等。一台內視鏡接觸如此多的病菌，到底該怎麼消毒？我常考慮內視鏡的消毒程序。到底該怎麼做最好，詢問日本的製造廠商，得到的答案是纖維鏡承受不了超過攝氏五十五度的熱，所以不能加熱。但沒有經過高溫如何殺菌消毒？因此我們努力研究消毒的方法。「認真洗，打酒精進去，然後再把酒精洗出來。」

當時台灣某知名公司，它生產的電鍋、洗衣機，都非常好用。而與糞便為伍的內視鏡，絕對需要徹底的消毒清洗，所以我想到了用洗衣機的清洗方式應該可行。一九七四年，在我



赴日進修的前一年，我登門拜訪該知名公司，討論藉由洗衣機的結構與技術來研發清洗內視鏡機械的可能性。對方聽了也頗感興趣，不過也免不了探一下市場大小：「請問臺灣有多少支內視鏡需要清洗呢？」我老老實實地答道：「目前全臺灣四、五十家醫院，總共大約兩百支內視鏡。」在忘了提醒他們內視鏡才剛起步，商機與前景無限的疏忽下，這家公司考量市場價值不大、不符成本，此事自然不了了之。這樣倉促的決定，讓他們與世界第一的美名擦身而過！如果當年該公司願意發展的話，說不定今天已經成為聞名世界的內視鏡器械公司。內視鏡要好好清洗的觀念，以及研究清洗消毒的程序，台灣比國外至少早五年以上。事隔五、六年後，日本奧林匹士公司研發出內視鏡清洗儀器。

一九七〇年，臺灣相對落後於先進國家，還有許多疫病在台灣盛行；但經濟起飛後，台灣醫療蓬勃發展，擁有一般未開發國家欠缺的大腸鏡儀器，讓我們發現內視鏡消毒清洗的必要性。而在歐美已開發國家，因為沒有落後地區流行疾病的侵擾，因此直到一九七八年愛滋病這個文明病被發現之後，他們才警覺到大腸鏡這項必備檢查的清洗與消毒有多麼的重要。

自一九九五年起，有六年的時間，我獲選為中華民國消化系內視鏡醫學會的理事長，學會在台灣積極推動內視鏡器械的消毒觀念並推廣執行方法。一九九六年國際消化系內視鏡醫學會在日本橫濱舉行時，各國都公認臺灣已是亞洲，甚至全世界內視鏡消毒做得最好的國家之一。

邀請知名公司發展內視鏡洗滌機(Endoscopic washer)是我第一次在醫療器材發展受到挫折的經驗。而因為使用大腸鏡器械的需求，也讓我感覺到可能要靠自己，這使得一位臨床醫師不得不在往後的歲月裡跳入醫學工程的領域，全力推動醫療工業器材的研發，成為一位在醫工界兼差的臨床醫師，將當年命名「C型肝炎」的衝勁與創意，盡情發揮。

