

數字背後的真相

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 / 游繡華

科技的進步帶給醫學嶄新的儀器與檢驗技術，但是如果醫生把所有的檢查都交給機器，何不請機器來看病就好了。為什麼還需要醫師？

如同前次的主題，我要再次強調「見微知著」是作為一位醫師必備的精神理念，從小地方探求疾病的根源。

身為醫師，要去觀察病人有什麼特殊表現，從學生時代起就要用功累積知識，才能很快辨識特別的病灶，從一點點症狀的出現診斷潛在重病的危險。

輕忽小細節 消炎變毒藥

在當總住院醫師那一年，有一個第一年住院醫師李醫師的太太因為肝功能異常住進我負責的四東病房，當時懷孕三十二週。

李醫師請我去看他太太一下。我觀察到李太太有充足的睡眠時間睡覺，怎麼還是一副很困還想睡的樣子，精神很恍惚，說話的反應也有些遲緩，心想這樣很不對勁！而懷疑李太太已進入肝衰竭，因為這是早期肝昏迷的狀況，為什麼？會在懷孕的第三期出現這麼嚴重的問題，是急性肝炎？還是藥物性肝炎？

我問李醫師，「你太太有服用什麼藥？」他回答說太太因腎子腎炎在服用四環黴素，他把藥商留下的試用藥品——四環黴素給太太吃，卻沒有注意到藥已經過期，而過期變性的四環黴素毒性很強，服用過期的四環黴素可以導致急性脂肪變化，而發生肝衰竭，才導致李太太病情嚴重，必須立即停藥。幸好及時這樣處理，對於肝的破壞才終止，命才救了回來，後來才有機會生下白胖胖可愛的小寶貝，母子平安。

於此順道一提，在醫院工作的人，家中多少會準備一些藥，但過期的藥會變質，特別是抗生素類的，要注意藥劑的使用期限，定期更換；平常提醒病人，自己也別輕忽。

AFP 4300 鏗而不捨找出病灶

而醫師對於每一項檢查的數據，要仔細思考，數據的真正意義，因為檢查的臨床目的，就是要幫助醫師真正地去懂得病人



的體內到底出了什麼問題。下面有幾個例子都是發生在我成為主治醫師之後的事。

我的助理的大姑，在外院檢查出AFP(Alpha-fetoprotein，甲型胎兒蛋白)指數高達四千三百，所以找我做進一步檢查。

病人看起來好好的，照了超音波也沒有異常。然而，根據我的經驗，指數四千三百的胎兒蛋白，百分之九十九點九是肝癌，於是我建議她住院，由肝臟的專科醫師來診治。

我的專長領域是大腸疾病，但還是撥空去關心一下。所以有一天下午，我為病人做完腸鏡檢查，便上樓看看。住院醫師說，「王教授，您送來的病人我們已做過檢查，沒事，所以她可以出院了。」既然沒事，就只好讓她回去持續追蹤。但我還是不放棄我的直覺，而去看看她的電腦斷層檢查結果，發現有個小區域怪怪的，我還是很相信自己對胎兒蛋白數字的判斷，於是我說，先不要讓病人回去，並安排血管攝影檢查。


我跟病人說，「如果血管攝影看不出變化，你就可以出院回家。」結果血管攝影檢查出來，肝臟有一個一點二公分的腫瘤，外科醫師開刀後也證實了我的觀點。這個病人平安至今已五、六年了。

所有的檢查，我都很注意在看，「有沒有異常」，最重要的還是信念，因為我相信如果肝臟沒有異常，沒有理由胎兒蛋白會升高。所以我從電腦斷層看到問題，用血管攝影證實。如果遇到不正常的數據，一定要思考異常的理由；我判斷這個病人的肝最近兩三個月沒有明顯壞死，胎兒蛋白卻這麼高，而且高到四千三百，一定是肝腫瘤，因為鏗而不捨，所以在電腦斷層上看到小小的變化，及時遏阻了腫瘤的持續侵襲。

臉部小異狀 腸有大問題

曾經有一個病人來看診，她的嘴唇上有幾個黑黑的斑點，手伸出來一看，也有斑點。在問診時，她說她的胃部有點不舒服，可是，我回答她：「你的腸子可能有問題。」病人說胃有





問題，難道是因為我的專長是大腸，我就給她做腸子的檢查？不是的。而是她身上的點點黑斑，是腸子有息肉的徵兆，稱之為「Peutz-Jegher息肉症候群」。病人會感覺胃不舒服，或許是腸子的息肉很大，引起腸阻塞。經腸鏡檢查後證實我的想法，是息肉造成她的嘴唇或皮膚有色素沉澱。

另外有個病人，嘴邊有一個洞，和口腔相通。當時我想嘴巴一個洞，應該是牙科的事，我問他「有拉肚子？」他說沒有。「你有沒有肚子痛？」他說有時候會有一點肚子痛。做了腸鏡檢查後發現，左邊的大腸是正常的，右邊的則有兩個地方有狹窄，這叫做庫隆氏症(Crohn's disease)。這是當時台灣的第二或第三例庫隆氏症個案。我們從他的臉頰部瘻管的形成而進一步檢查，診斷出庫隆氏症。不過四十多年，我只看到這麼特殊的例子。

慢性肝炎指標 四十年後一樣好用

接下來要講的是一個非常特別的檢查，叫做ZTT(球蛋白指數)。事實上，很多醫院已經沒有做這種檢查，臨床上多是以丙種球蛋白指數(γ -Globulin)取代。最近有一個朋友的GOP、GTP(肝功能指數)很高，大概五到六百，我懷疑她是慢性活動性肝炎，在醫院電腦系統裡又看到ZTT這個檢查項目，便幫她做。這個檢查的正常值是在十二以下，檢查結果是十七點七，所以我診斷她是慢性活動性肝炎，而不是急性肝炎。

ZTT檢查可作為慢性肝炎的指標，代表球蛋白數，急性肝炎發作，球蛋白在一個月以內絕對是正常的，但如果是慢性肝炎，在兩個星期內會立刻升高，所以ZTT檢查在早期不正常地升高，就可以用來判斷是急性肝炎還是慢性肝炎。有時候病人的GOT、GPT很高，代表病人可能是急性或慢性的肝炎，這時如果病人沒有病史，做個ZTT可能就可以判斷是急性或是慢性的肝炎。理由是什麼？因為如果病人曾經罹患急性肝炎，體內會有抗體，身體會有一個記憶性的反應。在我第一年主治醫師



時，便是做慢性活動性肝炎預後的研究，病人的ZTT檢查都會很高，臨床上也是屢試不爽。隔了許多年，重新使用這項檢驗，還是發揮了預期的診斷效果。

獨漏CRP的教訓

CRP(C-reactive protein)，即「C-反應蛋白」，是非常有用的檢查。有一個急診病人不明原因發高燒，CRP檢查是二十四，到底是什麼原因？於是在病歷書寫討論的課程中，我提出來問學生，結果學生回答很妙：「就是不正常。」至於怎麼個不正常，倒是說不出來。

其實，CRP正常值是在零點八以下，三以上代表有活動性的，八以上是嚴重，十二以上是很嚴重，超過二十就是非常非常嚴重，表示身體有發炎，組織有壞死，所以身體提出一個嚴重的警告，顯示病得很嚴重，可能有敗血症，如果看不出病人什麼地方有感染的話，就得注意病人的心臟，心臟有沒有雜音？是不是心內膜炎，或引發敗血症休克？或是某個部位有膿瘍(Abscess)？

我記得有一個慢性潰瘍性結腸炎的病人從高雄轉到台大，CRP二十，血液培養證明有敗血症，而且還證明腸子已破掉，發生腹膜炎，情況很糟。

去年（二〇〇七年）中秋節前，有一個病人因為膽結石送到台大醫院。開會時，我提醒說要注意，不是肺部有很大的膿瘡，就是膽囊破掉了。後來才看到他的檢驗報告，CRP數值是二十九，膽囊有做超音波檢查，但是病歷上面沒有寫紀錄，於是我問有沒有看到膽囊？根據病史，病人以前膽囊有結石，零點二公分，二〇〇六年長成一點八公分及二公分。現在呢？難道結石不見了？

沒想到我拿出片子看，咦，這個膽囊怎麼那麼大，有十公分，下面又有一點小缺損？哇！是膽囊破了，住院第四天才緊急開刀。有時候因為沒有看重CRP的意義，結果變得很麻煩，有時幾乎什麼檢查都做，就是沒有做CRP，為何獨漏？因為不



知道它的意義！

過去也有一個例子是單純的肝膿瘍，肝臟的膿瘍很大，CRP也很高；所以CRP對於感染、組織壞死都是很好的參考指標。我告訴學生這很重要，看到CRP很高就知道這病情一定很嚴重，要懂得這些資料的應用。

自主免疫性胰臟炎vs. 胰臟癌

「自主免疫性胰臟炎」(Autoimmune Pancreatitis)，其實，這個疾病我在一九七四年已經發表過了，個案是一名六十七歲的男性，他的胰臟被發現疑似有一個大腫瘤約七到八公分，有黃疸，冷凍切片檢查(Frozen section)結果為陰性，應該不是癌症。腫瘤太大不適合以手術切除，病人住院四個多月後出院，住院中審慎地使用類固醇，每天六粒，後來減為四粒，用了三個月，情況非常好，胃口也大為改善，腫瘤也縮小。二年後腫瘤竟然消失了。不過，後來這個病人在四年半後因中風死亡。可惜是在院外死亡，沒有機會勸說病理解剖確認病因。

一般來講，胰臟癌不能切除的話，四個月後大多數的病人都會死亡，這個病人與一般胰臟癌病人很不一樣，他的r-Globulin(丙種球蛋白)很高。翻閱病人的病史，他有風濕性關節炎疾病，還有薛格連氏症(Sjogren's syndrome)，這是一種自主免疫性疾病，也就是「乾燥症候群」，會有嘴巴、眼球乾燥、沒有眼淚等等的狀況，所以，我就考慮他會不會是「自主免疫性疾病」的胰臟炎，因為從他的r-Globulin指數判斷，他的胰臟應該不是癌症，於是就問宋教授「他的胰臟會不會是所謂的『免疫性疾病』？」但教授說，「自主免疫性疾病不會形成癌症，而且病人的腫瘤這麼大。」我請教專門做胰臟研究及ERCP(經內視鏡逆行性膽胰管攝影術，Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography)研究的老師，結果他說「你管好你的大腸就好」，請我不要管到他的胰臟，侵犯他的領域。

老師的權威反應，讓我很難過，我只是想為問題找到答案，這樣也有助於治療相同情況的病人呀。因此在一九七四年，我



完成了一篇Autoimmune Pancreatitis的病例論文，交給老師。可惜石沉大海，這篇論文無疾而終。

過去在美國，仍然約有三分之一的自主免疫性胰臟炎的病人，被誤診為胰臟癌而動手術。其實自主免疫性疾病在臨床上有一個非常重要的特點，即因為它是「良性」的，而且用類固醇治療一個月到三個月，病情很快就好轉，根本不需要開刀。

直到一九九五年，二十年之後，日本才正式發表自主免疫性胰臟炎的論文，事實上日本也有人早在一九七八年提出類似看法，只是當時是以「慢性胰臟炎併發症」發表，而非自主免疫性疾病。現今，自主免疫性胰臟炎已越來越受重視。

後來我在一九七八年又遇到一位一個六十幾歲的太太，被診斷是胰臟癌症，已經不適合開刀。我們原希望她做組織切片檢查(biopsy)，以便化療，但她不肯，我是她的主治醫師，徵得她家人的同意，「適當地」用類固醇為她治療，結果，你想想看多美妙，一個病危、罹患胰臟癌、生命剩下不到四個月的病人，用類固醇治療後，「腫瘤」縮小了，這位太太多了兩年與家人相處的時間。


胰臟癌是要動很大的手術的，臨床醫師千萬要仔細思考，個案有無自主免疫性胰臟炎的可能性，不要什麼都當作癌症來治療，千萬要審慎……。當然，胰臟癌還是佔大多數的，五十個人中才有一例可能是自主免疫性胰臟炎。

肝腫瘤或轉移的判斷

最後，我要提醒學生與臨床醫師，了解CEA(Carcino-embryonic Antigen，癌症胚胎抗原)和AFP(Alpha-fetoprotein，甲型胎兒蛋白)，對原發性肝癌與轉移性肝癌的診斷價值。

肝臟腫瘤的區分，不能簡單地說：單一的、大的就是肝癌，好多個小的腫瘤就是轉移。

我到日本進修時期，第一次參加日本的臨床病理討論(CPC)時，對於日本人做事認真而誠實的態度非常敬佩。



他們在國際期刊已經發表「胃之轉移性肝癌可以分泌胎兒蛋白」的論文成果。這位胃癌病人經開刀切除癌細胞後，肝臟又出現幾十個小東西，所以診斷是從胃癌轉移到肝，而且檢測出AFP胎兒蛋白又很高，所以發表了上述的論文。可是這個病人往生後作病理解剖時，病理科醫師的報告切了兩百片組織，結果發現除了胃癌的肝轉移外，肝本身還有一個小的癌腫瘤，深入研究又發現胎兒蛋白是從這個小的肝癌分泌出來，胃癌細胞並不分泌胎兒蛋白。所以他們在病理討論會上誠實的修正這項結果，這個不是胃癌肝轉移分泌胎兒蛋白，而是肝癌增加胎兒蛋白。

這是在一九七五年十一月我在日本東京女子醫大親身經驗的事。他們並不會因為論文已經發表出去，這個病理就不提出來講，因為真理才是真理，讓我非常感動，所以討論會上我直接跟他們說：「我來自台灣，對你們的態度我非常欽佩。」這次的因緣，也讓後來東京女子醫大的教授在一次女醫師的討論會時，邀請我擔任翻譯。

當醫生看著病人的檢查數字，真的要仔細推究數字背後的真相。AFP高，一定是肝癌沒錯。CEA高超過二十，AFP正常，就是轉移癌。若CEA和AFP都正常，表示是檢查錯誤或原發性肝癌，不是轉移性肝癌。百分之九十五以上的轉移性肝癌，CEA會很高。肝癌之胎兒蛋白仍約有百分之三十是正常值。

希望透過這些親身經歷傳遞我對醫學的信念，大家能正確解讀一些臨床數據，作好疾病的處理。也能從一些小故事體會出醫療的大道理。我從退休日起，即到處演講及教學，希望能對台灣的醫學教育有些貢獻，把四十年的臨床經驗分享給更多人。另外，能記取過去的錯誤教訓，不要再犯，也是重要的事。這些經驗再也不是塵封往事，也不是痛苦回憶，而希望能夠傳承下去，對醫學生有所啟發。

