

最後的診斷

病理醫師許永祥的顯微世界

許永祥教授，生於一九五九年，一九九〇年七月十六日開始任職於花蓮慈濟醫院，三十多年來，身兼花蓮慈濟醫院解剖病理部主任及慈濟大學病理學科主任，他讓慈濟醫院成為臺灣少數持續執行病理解剖的醫院，完成了臺灣第一例的狂牛症病理解剖，以及罕見的狂犬病病理解剖等等，為花蓮慈濟醫院建立了三百四十二例病理解剖案例，舉辦累計一百五十九例CPC臨床病理討論會。

許永祥教授不但是臨床醫師們的最佳後盾，也是醫學生心目中教學最嚴謹也最溫暖的師長。二〇二二年五月六日，許教授因胰臟癌病逝，遺體依其生前遺願捐贈做為病理解剖研究，圓滿此生最後也最光榮的一堂病理解剖課。



出版／經典雜誌

與臨床醫師合力拯救病人

主述／許永祥 花蓮慈濟醫院解剖病理部主任 撰文／吳宛霖

很多人認為病理是二線科，沒有直接面對病人，所以沒有壓力。當有人這樣對我說，我都會想：「你怎麼知道我不有壓力？」以乳癌來講，切片一般都會用小針先刺，然後送病理科先診斷。但有一些病人，並沒有做小針就直接開刀，外科醫師會先切一塊組織送過來，病理科就要馬上做決定，如果診斷是惡性，要將乳房拿掉，淋巴就清除了；但我擔心的是，因為我的一個決定，病人



透過病理科醫師的病理切片檢查結果，能協助臨床醫師做出正確診斷，給予適切的治療方案。每一份病理切片，都含藏著一個疾病的解答，一分恢復健康的希望。攝影／謝自富





的乳房可能就會被拿掉，如果我判斷錯誤怎麼辦？病理科還是很有壓力的。現在因為年齡增長經驗比較豐富了，狀況掌握會更好一點。若真的遇到自己不太有信心、不是很確定的案例，可以找科內的同事一起討論，以前要自己做決定，壓力真的很大，雖然沒有面對病人，我認為自己還是要負責任。

病理叫做「最後的診斷」。什麼是最後的診斷？臨床上醫師的判斷，有可能是對的，也有可能不對。如果臨床醫師判定病人的腦部裡有一顆腫瘤，肺部裡有一顆腫瘤，是肺轉到腦部嗎？未必。必須要開刀進去看個究竟，有可能從肺部開刀進去，發現是肺癌，或從腦部開刀進去，發現是腦瘤，一翻兩瞪眼。

現在影像醫學很發達，但還是會有誤差。譬如為病人做正子斷層造影 (PET, Positron Emission Tomography)，在兩個地方都出現亮點，是兩個腫瘤？或者其實是一個腫瘤，另一個是轉移？如果病人的影像檢查是兩個地方都有亮點，切片也要取兩個地方。若是只切腦的話，但是在腦部裡面看到的是肺癌的細胞，這樣肺部就不用再切片了，表示是肺部轉移到腦部，所以最後還是需要病理做診斷，並牽涉到臨床要如何治療。

所以病理不是只看切片而已，而是要對全科、每個領域都要了解，假如正常的血鉀是四點零，但一個病人的血鉀低到一點五，這時候就要了解，為什麼會低血鉀、低血鈉，可以在腎臟看到什麼

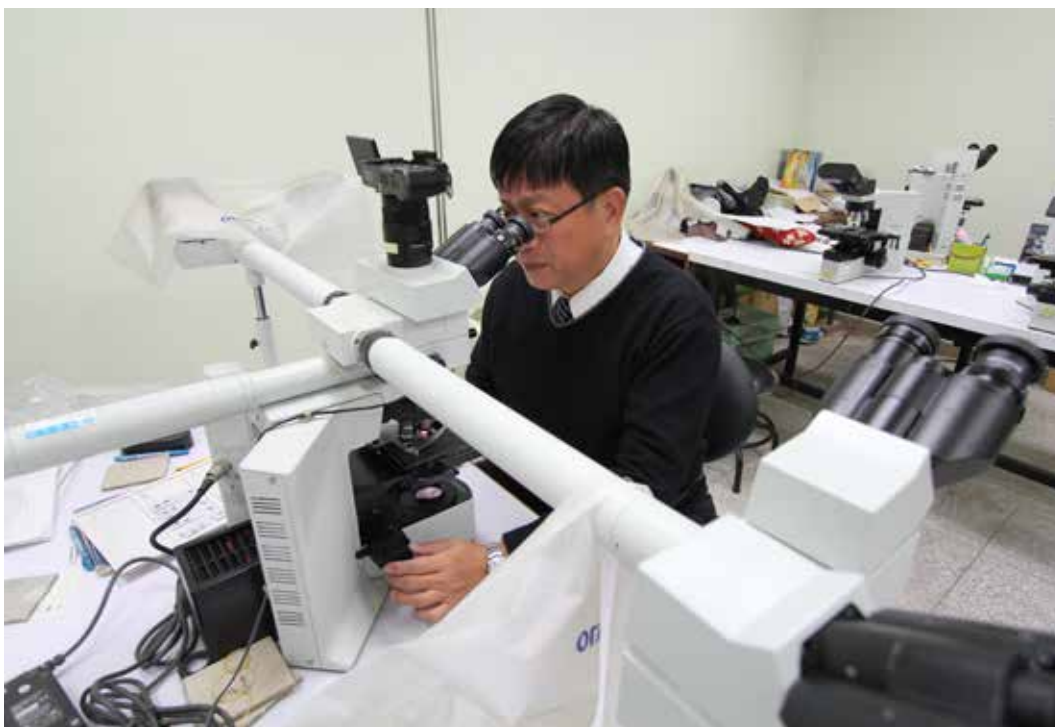
樣的病變？我都跟學生說，「這些你學過我也教過，想想當你解剖的時候會看到什麼？」果不其然，很多血鉀很低，看到了腎小管空泡化，就要回溯是什麼原因造成的。這些臨床醫學的知識，我也要懂，在臨床病理討論會的時候，才可以綜合病理的診斷去回應臨床醫師，



狂犬病在臺灣絕跡數十年，於二〇〇二年再現，許永祥全副武裝進行病理解剖。圖／花蓮慈院提供



二〇〇七年全臺灣首例狂牛症病理解剖，全程以最高規格的防護進行。圖／花蓮慈院提供



許永祥一生投入病理解剖與醫學教育；顯微鏡下的病體切片，能正確診斷病因，也有助於破解醫學的極限。攝影／黃思齊

所以內科學也要讀、外科學也是，包括哪一條神經、哪一條血管，病理醫師都要懂。

有一次我遇到社服室的寶彩師姊，當時她是內科加護病房的常住志工。她說內科加護病房有一位病人整隻手黑掉了，臨床醫師一直以為是恙蟲病，但還沒治療好，就全身細胞都衰敗了。她問我可不可以做解剖來尋找答案？現在臨床如果遇到沒有辦法解答、或是想知道答案的，常常都會來找我討論。或者今天臨床醫師請病理檢驗了某個他們認為的疾病後，但結果還是令人不滿意，因為病人用了 A 的藥下去沒有效，是不是

因為還有 B 的疾病？臨床醫師就會想知道，背後是不是還有什麼樣的疾病在困擾著病人？這時候，他們也需要再跟病理醫師合作一起找出問題癥結。

吳雅汝醫師有一個最經典的案例。一個病人住進加護病房，因為病人的淋巴腺看起來很像淋巴瘤，她請病理科切片檢查後，發現病人不是淋巴瘤，我們診斷是一種淋巴腺裡的免疫疾病。免疫疾病照理說應該可以治療好，但最後病人還是去世了。病人去世之後，吳雅汝醫師一直耿耿於懷，也一直有疑問，她問我：「病人如果是免疫疾病，為什麼心肌會壞死而造成往生？」這個問題我也



沒辦法回答，因為我從淋巴腺上沒有辦法看到心肌的問題。

過了一、兩個星期後，有一天她很激動跟我說：「老師，我幫這個病人驗血，發現他有恙蟲病！」原來當時吳醫師有留下病人的血液，後來送去檢驗，發現病人血液裡有恙蟲病抗體。這樣死因和疾病就連起來了！因為我曾解剖過恙蟲病的病人，知道病人感染後立克次體會跑到心臟，造成心肌壞死，所以這位病人的心肌出問題的原因就找到答案了。於是我就將之前從病人身上切下來的淋巴再拿恙蟲病的抗體來染，檢查是不是感染已經跑到淋巴裡了，結果切片一染下去，就看到了。

之後吳雅汝醫師再把最近幾年裡，所有跟免疫疾病相關的的五個案例都用恙蟲病抗體染色，結果證實全部都是恙蟲病。

後來加護病房收治病人都更加謹慎，也會想到這方面的可能性。誰說病理不能救人？這就是在救人！這也是病理與臨床醫師合作找出病因的經典案例。吳雅汝醫師診斷是一種淋巴疾病，但她有疑問，不斷去查找為什麼病人心肌的酵素會這麼高，卻一直苦無資料，最後用病人留存的血液檢驗才發現有恙蟲抗體，之後回到病理這邊，從我過去解剖的經驗以及檢體染色，終於證實是恙蟲。



以顯微多鏡頭同步教學，指導學生看切片。中為現任花蓮慈院病理科陳彥璋醫師。攝影／黃思齊

愛的力量

另一個我印象深刻、與臨床醫師合作而非常感動的一個愛的故事，是發生在腎臟內科林于立醫師身上。他有一次收到一位病人，是住在臺東的豬肉商，她是一位女性，有三個小孩。她在臺東已經發燒很多天都沒辦法治好，被轉送來花蓮慈濟醫院的時候腋下淋巴腫大，並且已經昏迷了。那時候林于立醫師推測這位女士可能是罹患結核病，或者還有一些其他的疾病，但是一直沒辦法找到確切的病因。

如果從淋巴狀況來看，要診斷做切片是最快的。我切片後左看又看，林醫師問我是不是TB（結核病），我說不是；他又問是不是淋巴瘤，感覺也不像。最後是我找到了很像是有一隻弓漿蟲的形態學，加上淋巴的結構又很像弓漿蟲引起的淋巴病變，所以懷疑是弓漿蟲感染造成。

可是那時候慈濟醫院還沒有弓漿蟲的抗體，沒辦法染切片出來證實；但要使用弓漿蟲的藥來幫病人治療，因為這些特殊藥品都很貴，只有疾管署可以提供，一定要有組織學證明才能跟疾管署申請用藥。例如之前臺東有一個病人被跑到他家的鬣獺咬了一口，結果得了狂犬病，但是因為及早發現，他就及早申請用藥，疾管署就可以盡快派人為他施打疫苗，救回一命。

弓漿蟲的主要宿主是貓，容易在糞便跟排泄物裡找到，如果其他飛禽走獸等

感染以後，可能再傳染給人類，貓咪也可能直接傳染給人。曾經有一個婦人，她因為視力模糊去檢查，才知道她每天抱著貓，所以感染了弓漿蟲。這是人畜共通的疾病，養貓要特別小心。養狗的話，怕的不是狂犬病，因為臺灣不是疫區，而是要小心犬心絲蟲，也會感染人體，所以養貓養狗最好都要幫她們施打藥物除去寄生蟲比較保險。

我永遠記得那時候面對昏迷的病人，林于立醫師跟我說的話，他說：「我好擔心，這個阿姨如果過世了，三個小孩怎麼辦？」他認為無論如何一定要救，他想到的是對病人整個家庭的影響和後果，讓我非常感動。我就趕快把這個切片寄給臺灣大學獸醫系的劉振軒教授，獸醫系一定有弓漿蟲的抗體，請他幫我染色。

因為時間很緊迫，寄出當天是星期五，我就問劉教授「是不是可以接到切片馬上染？」結果那週剛好遇到臺大校慶，星期日活動結束，星期一他們是停班停課的，根本沒有人會上班。聽到我的請求，劉教授還是很慷慨的跟我說：「好啊，我親自上來染色！」所以他星期一就請他的研究生一起來，幫忙染好之後，他直接跟我說「是陽性」，診斷出是弓漿蟲沒錯，所以我就通知林于立醫師，請他趕快用弓漿蟲的治療方式來幫助病人。這個愛的故事讓我記憶深刻，因為讓人看到醫師努力要搶救病人的意志力，並且和病理科合作，終於讓病人起死回生。🍀