第59屆臺灣醫學會觀感

副教授 林茂柏

去年參加第58屆醫學會的記憶猶新，今年第59屆醫學會又在盛況裡過去了。因爲兩天會期中，我大部分的時間都在外科學分會，現在且把今年度外科分會的觀感，報告一、二，以饗讀者。本屆外科學分會由本省外科界的老前輩方錫玉先生擔任會長，來賓演講（都是日本來的）有5題，一般演講56題，共61題，可說是盛況空前。

這次分會的第一個特點是關於心臟血管外科的報告特別多，共計11篇。這是以往的外科學會未曾有的現象。這也就表示一直落後的心臟血管外科，正在迎頭趕上世界各一流國家。大家都知道，最近的外科手術已經不僅是「切與縫」，而是一組醫護人員，應用精細的科學儀器及密切合作才能做到的藝術。也就是說分工合作是現代醫學的一個特徵。不像以前，一位教授已無法包辦一切分野及工作。這個分工合作的趨勢，在心臟外科的分野最爲明顯。試看今年關於心臟外科的報告，一篇講題的報告者名單往往不僅包括一羣外科醫師，更少不了小兒科、內科、檢驗科的醫師名單，實際上，還有麻醉醫師在背後的功勞。這表示着現代的外科，不是個人表演的東西，而是要靠各科醫師護士的密切合作及昂貴儀器的設備、充分的人力物力來推行的醫術了。

其次，在本會中最惹人注目的報告是幾篇關於「器官移植」的報告。「同種器官移植及人工器官」一直是最近幾年來歐、美、日各國外科學會及外科學雜誌的熱門題目。每年不知有多少人力、物力投注於這移植的研究上。雖然移植的手術技術方面的問題大致已獲解決，但是被移植的同種器官，因引起生體的「抗原抗體反應」結果，總是難於長期生存或長期發揮該器官應有的作用。所以目的最大的癥結在於如何抑制抗體的產生而得地被移植器官的長期生存。如果將來眞的可以隨心所欲到移植同種甚至異種器官的話，長生不老之夢或可實現，它對將來人類社會、文化之影響，確是無法想像。本屆分會關於器官移植的報告，有肝臟、腎臟及人工心臟瓣膜三種。雖然都是初步的報告，但是萬里路也是第一步走出來的，所謂好的開始是成功的一半，讓我們寄托於不遠的將來吧。

據我所知，近幾年來，臺灣醫學界在腦神經外科方面有相當長足的進步。本屆大會也有四篇報告，都是對臺灣醫學界而言是新奇的東西。不過，腦的定位手術方面，仍未見有人報告，該是應有報告的時候了。另方面，因近年來交通災害的激增，頭部外傷已成嚴重而且是迫切等待着解決的問題。這屆分會適有日本來的來賓發表特別演講：「交通災害與頭部外傷」及「急救醫療在東京都」。有一千萬人口的東京，對急救醫療早已定有特別法律，也專爲它組織了頗具規模的醫療機構來處理。臺北市最近也要與臺大醫學院合作，成立一個「急救中心」，臺北市民幸甚矣。

「癌」這個人人討厭的病，也是現代醫學的最大難題之一。來賓東陽一先生（原熊本大學教授）曾就「早期胃癌」爲題發表特別演講。因爲 Gastroscope, Fiberscope及 Gastrocamera 等儀器之開發與推廣，日本對胃癌的早期診斷方面，已居於領導世界的地位。所謂「早期胃癌」乃是指癌浸潤未超過粘膜下層的胃癌。雖然，早期胃癌的淋巴腺轉移率仍有百分之二十左

右，但手術後的五年生存率卻好到百分之八十到九十之譜。這是胃癌治療上的一大進步。日本因爲患胃癌的人特別多，所以一般民衆及醫師都對它提高警覺，結果是早期發現的病例每年都在增加，因此手術治療的成績也逐年增高，成績之佳已爲世界各國之冠。在我們中國，胃癌仍是一種最常見的癌症之一，不過我們對它之態度遠沒有日本之積極，這是令人反省之點。

鹿兒島大學教授秋田八年先生，以「門脉壓亢進症的新外科試驗」爲題介紹他的「肺肝吻合術」及「肺脾吻合術」。他的方法可以避免一般Shunt Operation 的缺點——肝臟血流之減少——但減壓效果似乎差一點。

日本大學教授石山俊次先生，則以「外科上的耐性菌感染」爲題，發表演說。耐性菌感染症是抗生素廣被用在臨牀以後的產物。且前在外科最成問題的是耐性葡萄狀球菌及各種革蘭陰性桿菌。所謂道高一尺魔高一丈，我們每年都推出新的抗生素但細菌卻總有辦法產生耐性菌來跟我們對抗。這耐性菌感染的問題，可能是永遠無法解決的問題。

小兒外科方面，也有五篇報告，其中 megacolon 的 Martin Operation 算是臺灣的第一次報告。其他如「水溶性造影劑應用到腸阻塞的鑑別診斷與治療」及兩篇關於 Pancreatic Surgery 之報告，都是引人注目的報告。

這屆外科學分會，還有兩個問題付諸討論。第一是成立「中華民國外科學會」的問題。目前，兒科、婦產科、麻醉科……等各科都成立有該科的中華民國學會。令人驚奇的是只有最大的臨牀科目一內科及外科——仍無此組織，以致與外國學會的連絡上諸多不便。論外科醫的人數，現在組織一個學會已是綽綽有餘。聽說，很早以前便有組織中華民國外科學會之議，但因某種阻力，不幸胎死腹中。這問題決定留給下屆會長許書劍教授來全力推行，另組「促進委員會」從旁助劃。我們誠懇地希望這次不要再流產了。願見「中華民國外科學會」早日誕生，更願見它健壯地長大。

另一個被提出討論的是關於「破傷風抗毒血清(T.A.T.)」的使用問題。這問題之所以被提出乃因最近發生了兩件訴訟案件。第一是某醫師因沒有給病人打 T.A.T. 而發生了破傷風，結果被告上法院；另一件是因打 T.A.T. 發生休克，結果也被告上了。這麼一來，打也不好，不打也不好，令人無所適從。對於平時（戰傷除外）的傷口，是否應該打T.A.T.？這個問題因還要牽涉到法律的問題，同時有人贊成打，也有人主張不打，所以也就決定組織特別委員會來處理。

大家都知道，破傷風是很可怕的一種創傷感染症。因爲破傷風桿菌的分佈廣，所有傷口，尤其是被土壤汚染或較深的創傷都有發生此病的可能。這個病不但使病人在發病中非常痛苦，它的死亡率就在醫學發達的今日仍是很高（平均死亡率在30至40%之間，但最近的歐美的報告也仍有高達75%者）。所以它的預防，寫在是極端重要之事，但是奇怪的是，對它有權威性的報告直到最近幾年還不多見。普通，對有感染破傷風的可能的傷口，都是打1,500 單位的 T, A, A當做預防措施。這辦法沿用已久，幾乎成爲一種 Routine 。但是最近對這個辦法卻發見了很多可疑之點：

第一點是 T.A.T. 的危險性；因爲普通可用的T.A.T.是 Animal Serum，所以是一種異種蛋白，打下去可能會發生種種過敏性反應，甚至引起Anaphylactic Shock 而措手不及地死亡。過敏性反應之發生率在以前打過 T.A.T. 的人高達24%，而在未打過 T.A.T. 的人也仍有2.5～9%。更糟的是，Skin test 或 Eye test 陰性的人仍有5% 可能發生全身性的反應。那就是說，Skin test 或 Eye test 陰性時，我們仍無法保證不會發生生命之危險。

第二點——也是目前最成問題的一點——是T.A.T.預防破傷風的效果如何？ 據最近的研究，1,500 單位打進身體後，只能維持幾天的預防效果，而破傷風大部分的潛伏期卻在一星期至二星期之間。特別是以前打過 T.A.T. 的人，因在體內已多少生有抗體，所以 T.A.T. 被中和得特別快，甚至只能維持幾小時，而最容易發生致命的過敏性反應的也在這個 Group 內。所以，冒生命之險打 T.A.T. 而 T.A.T. 卻並不發生預防作用，這豈不冤枉大了。不過，T.A.T.留在體內的時間與劑量有關係，就是劑量增加則有效時間也隨着延長，因此，最近的意見漸趨向於如果有打 T.A.T. 的需要時，應打5,000單位。打1,500單位不但於事無補反而引起種種如上述之麻煩。

第三點是破傷風發生的機會如何？據一個統計報告，1,100沒有受過 Active immunization 的人受傷結果發生了156 個破傷風。這比例相當的高，可見破傷風的預防是如何的重要。

第四點是 T.A.T. 以外是不是另有安全可行的預防措施？對這問題的答案是肯定的「有」。雖然，對傷口的正確的處置及 Debridement，以及抗生素的應用等都可減少破傷風的發生，不過最確實的辦法莫如預先用 Toxoid 作 Active immunization 。有人報告，受過 Active immunization 的500,000 受傷的人中只有一人發生破傷風。可見其效果是相當的可靠。所以，如果全民都受Active immunization，則破傷風定可減少到幾乎消滅的程度，不過這也不是容易推行的。還要靠一般社會對此病危險性之認識與衛生機構動員龐大的人力財力才可辦得到。最後一個可行的辦法是用人血清的T.A.T. 。人血清做出來的 T.A.T. 不但不會引起種種過敏性反應，而且在體內可以維持長時間的有效濃度。雖然很理想，但如何大量生產以應付社會需要，却是個大問題。

由上可知，破傷風的預防是很重要而相當難辦的事情。就美國而言，在 Committee on Trauma of the American College of Surgeons 下特別設有 Subcommittee on Prophylaxis Against Tetanus 來專門研究這問題，但至今仍無法提出大家都肯接受的詳盡的辦法。尤其對醫療糾紛層出不窮的我們目前的社會而言，對T.A.T. 的使用訂定一套有法律根據的辦法確是迫不及待之事。