



## 有關 《結核病診治指引》 的雜感

■ 姜義新

二〇〇四年疾病管制署——當時還叫疾病管制局——請陸坤泰教授出面邀集臺灣結核病診治的先進訂定指引。那時我離開疾管局不久，很榮幸的也分配到一個小小的章節——〈都治策略與高劑量間歇性療法〉。後來2006年修訂第二版時，一位先進因故不能繼續共襄盛舉，就由我接手他負責的篇章〈結核病的治療〉。轉眼間，十年過去，而指引也已經「演化」到第五版了。

指引這東西源自國外，凡事強調要和國際接軌的臺灣當然也不會沒有：糖尿病的、高血壓的、氣喘的……大概我們耳熟的病，都有專屬於它的一套。所以，結核病也來個指引，是再自然也不過的事了。

不過，特別的事往往就發生在這些「再自然也不過」的事了。

不知道是古早時代的哪位高人，把英文guideline翻譯成指引。單從中文來望文生義，很容易會把「指」聯想到「指

導」、「指示」、甚至「指揮」這些帶著「上對下」、「強制」味兒的意涵，很難和「路牌」、「嚮導」劃上等號。跟團出國旅行，導遊固然重要，就像黑夜裡的車燈一樣。可是，開車的你總不是抓著那兩盞燈來左轉右彎的吧？

對很多醫師來說，guideline也不過就是那樣的燈一盞，路是你照的沒錯，不過，怎麼走車由我來開。說到這，先讓我引一段文字，這是摘自診治指引第二版的治療章前言：

「正確的治療、迅速降低病人的傳染性並避免抗藥性菌株的發生，是結核病防治的重要基石。防疫視同作戰，治療結核病的醫師必須要有齊一的步驟和嚴明的紀律，我們才有可能打贏這場戰役。」

齊一的步驟？嚴明的紀律？有沒有搞錯，這根本就是帶兵打仗的命令口氣，這燈是要造反了麼？

再看看下面這段：

「本章建議的處方及治療時程，應該解讀為一般情況下的較佳選擇，而不是絕對不可改變的唯一選擇。」

有時指定的藥在病人治療的過程中發生副作用，無法用足建議的時程；有時因為病情特殊無法使用指定的藥、或換成別的藥將更適合病人；有時考慮病情的輕重不一，在這些不同的情況下，醫師可以為病人量身設計處方，保留治療的彈性。」

不要懷疑，這也是來自診治指引，而且還是同一章的同一節，只是時空背景移到了第四版。當然，作者還是同一個我。

一定有人微微頷首，「這傢伙終於痛改前非了。」當然，相信也有人在搖頭嘆息，「這人怎麼昨是今非了呢？」

我還是我，從來就沒有那麼大的氣魄「不惜以今日之我向昨日之我宣戰」。這兩段文字—「前非」和「今非」—只是剛好把我們在處理結核病時所面對的一個兩難呈現出來而已。

醫學的指引，大凡都不是那麼有強制性的。一本指引翻開來，專家看門道：「嗯，新版的指引有沒有什麼新的觀念？對於某議題，大家的共識又是什麼？」一番品頭論足下來，潛意識裡順便檢視一下自己的診療手法，合者留、不合者去，汰洗一番之後，所過者化所存者神。等到面對病人時，又是一付渾然天成的應對進退，哪裡還有指引的痕跡？誰見過獨奏音



樂會裡還盯著樂譜彈琴拉弓的演奏者呢？至於不熟這病，頂著頭皮硬上的外行呢—可熱鬧了：按圖索驥、手忙腳亂、照著葫蘆畫個瓢……不過，雖不中亦不遠矣。所謂的雅俗共賞，大概就是這個意思吧。

可這狀況搬到結核病卻走了樣。診治一個病人，首先會有一群公共衛生護理師，在疾管署的號令下，拿著指引當令箭，開始替你「複習」你開的藥。種類對不對？劑量夠不夠？治療時程火候道不道地？不時一張紙輕輕傳真過來，客客氣氣地請問，「您是不是再考慮一下」，讓你在臉紅的同時，脖子卻粗不起來。

萬一你天生硬頸還是嗓門大，這群護理師的後面還有撐腰的。他們會請另外一群和你一樣的專家醫師來開個病審會評評理，把病歷摘要 X 光電腦斷層檢驗報告一字攤開，論斤稱兩最後再給你份「同儕審查」的專家意見，希望你能「察納雅言、



虛心納諫」。

台步走到這裡，都還算是溫言軟語，你要是覺得綁手綁腳，那還有更糟心的。舉例來說，當你治療病人發覺一線藥不濟事的時候，想想還有二線藥嘛一對不起！這得申請，乖乖填好表格後，靜待專家審查通過，藥才能到你手上。

「Quinolone我們醫院就有，為什麼不能直接開？」對不起，他們和健保署早通過氣了，不給付的。好！惹不起你們，「我叫病人自費總行？」對不起，健保規定得很清楚，可以給付的藥，你還不能讓病人破費。

你如果已經受不了了，想要掩耳而走。且慢！再補上一掌為你餞行：據說，在法庭上曾有法官還是檢察官，拿著這本指引質問醫師被告，上頭第幾頁說要這樣這樣做，你為什麼卻把苦主給那樣那樣了呢？

在向來強調專業、自主的醫界，這如果不叫「齊一的步驟」、「嚴明的紀律」，大概也沒有什麼能當得起了。

憑什麼？其實第二版的文字說得很清楚，一頂抗藥性的大帽子壓下來，正當性十足呢！而且說真的，相較於一般細菌抗生素的六宮粉黛、三千佳麗，抗結核藥的品項還真是單薄得可憐。為了後代子孫著想，為了扼止抗藥性結核病的猖獗氾濫，現在犧牲大家一點點的權威性、自尊心和

自由度，好像不是那麼的說不過去。

但第四版提到的「彈性」又是哪說呢？臨床的狀況，無奇不有。每個病人的體質不同、病情不同，對於藥物的反應也不同。加了PZA讓療程從九個月縮短到六個月，可以讓一個沒什麼耐性的小伙子順利完治，也可以讓一個手上腳上滿是痛風石的酒鬼痛不欲生，以致抵死不從。一本指引如果要把所有的狀況一一列明處理方法，不要說族繁不及備載，撿了芝麻掉了綠豆，就算真有個不畏難的牛人橫空出世，把個guideline打腫臉充encyclopedia，辣妹的比基尼換作太婆的纏腳布，這樣子的指引又有誰要讀呢？

指引是死的，臨床是活的。這是指引向來都不願意沾染上強制性的緣故。這些都是原則，我們只是建議，路是幫你照亮了，但一路上的坑坑坎坎，小心點你還是得自個兒過。



這是一篇註定沒有結論的文章，站在絕對的防疫的立場發言，百分之百的紀律要求可以保證戰果的最大化。一套標準鋪天蓋地下來，或許犧牲了百分之五的病人一又何妨？只要他們不會變成抗藥性禍延他人就好。一個兵都捨不得傷的將軍，註定是要吃敗仗的。

可是人畢竟不是晶片，非良率的那百分之五，正能彰顯人性的光輝不是？

其實我還蠻常收到公共衛生護理師的關愛單，有時是自己不小心，沒注意到病人八十幾公斤，還給他EMB兩顆。歹勢之餘，趕緊回她一句「謝謝提醒」。有時則是自己不放心，不急著完治想要延長幾個月，除了回復理由，也不忘一句「謝謝提醒」。說真的，開了藥有人在背後幫著提點，還是免費奉送的服務，大可不必硬要往心裡去跟自己過不去。人家也只是領公家薪水辦公家事，早早做完好下班，有誰會特別對我們「醫師的尊嚴」感冒呢？

無傷大雅的，能依從就依從吧，畢竟



人不是神，誰是誰非一時之間也不見得就能有個瓜清水白，現在的抗藥性不幾乎都是醫界給「治」出來的嗎？很嚴重、非得彈性處理量身打造的，良心的建議：不要強做出頭鳥，多找幾個夠力的同道背書，大家交換交換意見有商有量，萬一不幸遇到了左手拿法條右手拿指引的法律人，也不致拋戈棄甲潰不成軍。

曾有一位先進在研討會上對我在第四版接下來的文字表達不滿：

「醫師可以為病人量身設計處方，保留治療的彈性。但是這種調整，請務必和疾病管制局推薦的專家共同討論決定，不要造成抗藥性的細菌；最好能將這類無法使用建議處方的病人轉介到疾病管制局指定的醫療團隊。」

這位非常精明的醫師覺得這招回馬槍讓前面的「彈性說」很不地道，根本只是在唬弄別人。

我完全能夠體會他的立場，從旗幟鮮明的基本教義派來看，像我這等雙腳各踩在「紀律」與「彈性」兩艘船上的，靠的還不就是那點忽悠的本事？不過，據我所知，有誠意好好溝通，所謂的「推薦的專家」、「病審委員」，也不見得就是全然的鐵板一塊，非得照指引行事不可。既然大家都是為病人好，何不放下胸中一點意氣和諧一下，不然這路又要如何走下去呢？

走得下去才走得對，走得對才走得下去，不是嗎？