

見微知著

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

「見微知著」的能力，對於一位醫師而言是非常重要的。

小地方，可能是從病史上問出來，或者是用眼睛從病人的身上看到「奇特點」，看到這特點與檢查結果的關係。現今的醫學教育好像很成功，事實上，很多檢查數字的代表意義，竟然有醫師不知道怎麼去判斷，更嚴重的是因對結果已有成見，或是根本視為必然，因而覺得沒什麼新鮮事；這也往往是醫師的盲點。

黑心假酒害人不淺

二〇〇七年十二月七日，高雄有一名男子喝下酒後不到二十分鐘，就出現呼吸急促、噁心、嘔吐等症狀，送醫急救後已回天乏術，最後醫院判定男子是甲醇中毒。

甲醇是工業用酒精，是不能當酒喝的，但因常有黑心工廠以甲醇製酒，導致甲醇中毒事件頻傳。甲醇中毒輕者呈醉酒狀態，中度者出現嘔吐、腹瀉、視幻覺等症狀，嚴重者出現呼吸和脈搏加快、意識模糊、昏迷、休克，甚至因呼吸、循環衰竭而死亡。甲醇中毒還可能損害視覺神經，重者導致失明，也可能出現精神疾病症狀，並對肝、腎、肺有傷害。在重度甲醇中毒症狀中，即使到院沒有了心跳，但病人的嘴巴可能會「哈」呀「哈」地張開，好像金魚在呼吸。

怪異的金魚呼吸法

在我的住院醫師第二年中，便曾經從「金魚式的呼吸」這個小症狀正確地判斷出病因，不僅順利地以電擊搶回病人心跳，事後的血液化驗也證明病人是甲醇中毒。當時，台灣醫界有關甲醇中毒的文獻不多，幸因我讀到一篇國外有關甲醇中毒的論文，讓我可以很快的從病人的症狀聯想到甲醇中毒。

這故事發生在桃園縣觀音鄉，國際機場附近。過去台灣有很多怪病，「怪病」指的是說大家都不知道原因；聽聞有些人參加戶外筵席，不管是婚喪喜慶，接連有人回家後突然暴斃，到底發生了什麼事？沒有人知道。

一九六七年（民國五十六年），第二年住院醫師的我，白天在急診室值班。因為是第二年住院醫師，還不能獨當一面，萬一



有困難可以隨時找老師，不管是總住院醫師或教授，都可以請來幫忙。

我記得很清楚，那天大概上午十點，剛交完班，我們才剛在急診處坐下，救護車緊急地開進門口來，說是從桃園來的，病人得了很嚴重的怪病，心想「是怪病，怎麼還有機會從桃園送到台大醫院門口？」我立刻上前一看，病人的呼吸停止、心跳停止，心想「完了，病人快死了」，趕緊做心肺復甦術，拚命壓胸、拚命壓，作心臟按摩。

接著，雖然病人還是沒有心跳，但他的嘴巴「哈」呀「哈」地張開，好像金魚在呼吸的方法。對了，這是甲醇中毒(methyl alcohol intoxication)，十天前我才剛看過一篇相關文章，內容寫到甲醇中毒者會出現像金魚般的呼吸，所以印象非常深刻。

「世間若是要給你好運，不就是這種情況。」因為我在急診室，總要看一些與急診相關的文獻資料，居然翻呀翻地就看到這篇文章。我想該不會就是甲醇中毒的個案，台灣過去還沒有人提出相關報告，上課時老師談到甲醇中毒，只談到工業用酒精不能當酒喝。

病人瀕臨死亡，我們幫他作心電圖，發現他心室顫動每分鐘四、五百次。我想，若要證明病人是甲醇中毒，一定要把他救回來，假使沒有救回來就沒有辦法證明。要怎麼救回他呢？那個時代不像現在，在急診、加護病房都有電擊設備，還好想到心臟科吳教授有一台美國製的電擊器，大小如同現在拖車型的超音波設備，那是吳教授專門用在風濕性心臟病患者發生心房顫動時急救的電擊器。

我心想，該找吳教授來協助電擊，或是跟他借電擊器來用？沒想到我一開口，吳教授便爽快地把電擊器借給我，還要我自己操作。因為我曾經看過他使用電擊器，於是，便大膽地用電擊器搶救病人，大概用兩百單位焦耳的電擊力，病人就這樣被我「電」回來了一條命，這大概是台大醫院第一次使用電擊器搶救心室顫動的病人，而且成功了。經過進一步抽血化驗，果然證明病人是甲醇中毒。



歐爾小體 證實白血病

一九六四年(民國五十三年)，醫學系畢業前那一年的實習醫師生涯中也有不少值得回憶的故事。當年，除了看病人以外，我的主要工作就是書寫住院病人的病歷，以及住院必要的血液檢查。如果檢查出白血球很多，我們還會數一數白血球的數量並做分類，現在的實習醫師已經不必做這些，由醫院的中央檢查室計算即可；以前，我們要自己算、自己看，而且如果看太少，還會被住院總醫師「電」，不能偷懶，病人的白血球若有四萬個，那到底要看幾個？我們大家都有一個共識，就是白血球數開平方根，再加一倍，若是一萬個白血球，那每個人至少要看兩百個，所以四萬個白血球，就要用肉眼看四百個白血球並分類。

那時，一個住院病人晚上發燒、有貧血，白血球數高到兩萬五千，爲了隔天上午的討論，我們這些實習醫生連夜看一顆顆的白血球，竟在白血球上看到一條線——歐爾小體(Auer body)，歐爾小體只會出現在急性單核性白血病或急性骨髓性白血病人身上的。正常人的白血球數是五千到一萬，發炎的人多是到一萬五千，很少人超過二萬五千，到底這個病人是體內發炎還是白血病？

隔天一早，便向血液室報告，由血液室的專家來做骨髓穿刺檢查，那次剛好是由我的姊姊執行，比我多六歲的姊姊當時已是主治醫師了。並不是姊姊的想法跟我一樣，而是經過專業的檢驗，確定他果然是白血病患者。

而在醫學系五年級時，我也曾因爲一個步驟一個步驟地追查不明原因發燒患者的白血球過多的原因，而解開了大教授們都沒查出的病因。這件發生在醫學院時代的事，我永遠忘不了，所以我會跟年輕的醫師說：「不要以爲做例行檢查(Routine)沒意思，你要知道，因爲你的『用心』，就可以解決臨床的大問題。原因一出來，後面的治療就比較簡單了。」



腦膜炎或鉛中毒？ 職災研究的開端

在我擔任住院醫師第一年時，有一個十五歲的男孩肚子痛，昏昏沉沉地來急診，經醫師詢問相關病史、檢查後，被送進四東的內科大病房。當時急診懷疑他會不會是腦膜炎？

四東病房是我那一年的主要駐診區，剛收治住院的病人我一定會先問病史，然後做檢查。記得那一天，我去看這個少年，先請他張開嘴巴讓我看一看，結果發現他的牙齦上有一條黑線。這是非常少看到的情形，當時我猜想這道線會不會是鉛中毒的表現？但是一個十五歲的少年怎麼會鉛中毒？我覺得很奇怪。進一步了解後，得知少年在一家電子工廠上班，所以除了到他工作的工廠去看一看，我還想要收集工廠員工的血液、尿液資料進一步檢驗，最重要的是要有人幫我做鉛含量的測定，因為當時在台大醫院裡沒有人做鉛的測定，後來好不容易找到公共衛生學系幫忙，他們曾有調查鉛中毒的經驗，血液檢查則由我自己做。

當時我只是第一年住院醫師，要到工廠去深入釐清問題需要專家同行，於是我商請我的老師，也是腎臟專家的陳萬裕教授同行。那家工廠廠區整個是密閉空間，裡面煙霧瀰漫、頗為雜亂，約有二十幾個工人在裡面工作。還記得當時抬頭看到光線透過屋頂照射下來，一片霧茫茫，在四十幾年前落後的年代，一般工廠根本沒有任何抽風設備、空調系統。

我跟工廠老闆說，有個工人的疾病可能跟工廠的環境有關，老闆人很好，隨即配合讓我幫所有的工人抽血、取尿液。結果發現有百分之八十以上的工人有鉛中毒。

我能夠判斷住在病房那位少年的罹病原因，當時急診醫師高度懷疑他可能有腦炎或是腦膜炎，並不只是病史，而是親眼觀察到少年嘴裡的那一條線、線的特殊顏色，判斷符合鉛中毒的特徵，之後也獲得證明。

所以，每一道簡單的身體檢查、理學檢查(physical examination)可以給身為醫師的我們很多訊息，我在醫學教育上也不斷提醒學生，要注意看，要花時間注意理學檢查。但現在所得到的訊息中，約有七成的住院病人的理學檢查發現



(physical finding)是正常的，『看』不出來，我覺得並不是真的看不出來，仍然有很多地方應該列入考慮，當然，若醫師不用心，什麼也看不出來。

這個少年鉛中毒的案例，當時我們提出在台灣醫學會報告，內容論及職業醫學、職業傷害。試想四十多年前，台灣還沒有職業醫學、職業傷害的討論，這也可以說是台灣職業傷病研究的開始。

搶救脾臟破裂 保住終身大事

保持見微知著的直覺，也讓我保全了自己的婚姻！我親愛的太太是我一位女同學的妹妹，當時家住淡水，她們哥哥開了一家機車行。

有一回，哥哥騎機車過台北橋時摔倒，被送來台大醫院急診處，剛好住院醫師第二年的我（我是在隔年結婚的）那時也在急診處，哥哥看起來還好，身體左邊有外傷，外科醫師處理好後他準備要回去，我見了他說：「我看一下。」順便摸了他的腹部，結果他左側靠皮帶的地方摸了會很痛。我心想有問題！便說：「您暫時不要回去，我懷疑您左邊的脾臟破裂，還沒有整個破掉，裡邊有出血。」如果當時我未來的大舅子從台大醫院一路騎機車回到淡水，在「脾臟膜下破裂」的狀況下，一定會因內出血引起休克，一定會再摔倒，也很可能再次發生車禍，甚至再送回來就回天乏術了。

跟外科醫師討論後，便替他照X光。因為那時候沒有超音波，所以照X光，左邊有一團白白的影像，外科醫師認同我的觀察，就開刀作脾臟切除術。。

如果我當時沒有伸手摸一下，你想想看我的這門親事，可能就「報銷」了。所以，事實上，「小心，有時候就會救了自己。」

從學生時代、實習醫師、第一年住院醫師到第二年住院醫師，發生了很多的事情，我真的很幸運。「福至心來，小心為上。」我還是要一再提醒大家，要用心，小地方真的可以看出大問題。

