

中西醫抗煞的臨床省思

SARS 世紀病毒，從去年十一月自大陸廣東暴發以來，不斷蔓延，已襲捲越南、香港、新加坡、多倫多等地。但截至目前為止，除中國大陸與台灣之外，其他國家的疫情已漸趨穩定，何以台灣目前的疫情會如燎原般地一發不可收拾？北台大、南長庚的相繼淪陷，執台灣醫療牛耳的醫學中心尚且如此，更遑論其他醫療設備較差的小醫院，這不免讓人更加神經緊繃、寢食難安。而今高雄長庚的院內感染情形，較之台北和平更有甚之；全台已有 6 位第一線的醫護人員殉職(二位醫師、四位護士)，院內感染率已高居 94%，若再加上病患家屬，則更高達 98%，怎不令人觸目驚心。

本月初，香港大學和聯合醫院刊登在英國醫學雜誌「刺絡針」的一份以淘大花園集體感染的 75 名病患為研究對象的報告指出，大多數的病人在接受以利巴韋林(Ribavirin)和類固醇混合療法治療二星期後，反而病情惡化，並非病毒快速繁殖，而可能是免疫系統因「藥害」(中國古代中醫稱為「藥邪」)而受損，病人的免疫系統除了會攻擊 SARS 病毒外，也會攻擊肺部，破壞自身的免疫細胞，使病情反覆(如再度發燒、稀水性腹瀉、新的血管破損等)，甚至惡化、死亡。這可能導因於過早使用大劑量的類固醇，縱使得救，約有一成的康復病患，其肺部會出現結構性的永久損傷；類固醇固然可以抑制病情，卻也同時抑制了病患的免疫系統，讓原先即已低下的免疫力，更雪上加霜，終至萬劫不復！

SARS 的病情主要分為三個階段：第一階段當患者出現高燒時，施予抗病毒藥(Ribavirin)及蛋白質抑制劑；第二階段病人肺部組織受到損害時，再使用類固醇；而最後階段，當藥物反應不理想時，就要借助呼吸器，甚至插管治療了，而插管的感染監控，更是不容疏忽。

目前香港的聯合醫院開始比照廣州中醫院，嘗試採用中西藥混合療法，思索以中藥喚起患者的自身免疫系統。

四月七日世衛組織(WHO)的詹姆斯博士，在考察廣東省中醫院後表示，該院 SARS 病患在接受中醫治療後，會縮短發燒及住院時間(平均退燒縮減為 7 天，住院為 18 天)，並提及中醫治療 SARS 的經驗，如能提升至常規治療層面，對世界其他地區防治 SARS 將會很有幫助。此篇報導，大大地鼓舞了中醫界，也給成千上萬心存懷疑的西醫界帶來無限的思考空間。

而就在 WHO 肯定中藥可能對治療 SARS 有療效後，大陸國家中醫藥管理局日前公布了六則中醫藥防治 SARS 的處方。據聞，在幅員廣闊的大陸，醫療資源不普及的情況下，它們卻是多數人民的保命丹。大陸人口十三億，就總人口數的比率推算，其感染率並不高，與中藥的療效必有悠關！

台北市立醫院在封院期間，每二天即給隔離者服用以下二方：

- 一、黃耆六錢、白朮三錢、防風二錢
- 二、黃耆六錢、防風二錢、白朮二錢、板藍根三錢、金銀花二錢、蒲公英二錢；做法都是置入鍋中加水 1000 cc，用大火煮沸改小火熬煮二十分鐘即可飲用。

可惜並未納入臨床的常規治療體系。之所以成效不彰，淺見有二：用藥未能接續，屆此疫情如火如荼、碼頭堡已失守之際，不僅要持續給藥，甚至還當加重其量，所謂「三分病要吃四分藥」。另外，沒有落實辨證論治的加減處方，故令療效受限，此其二也。

第一方即是益氣固表的名方「**玉屏風散**」；第二方乃就前方再酌加一些清熱解毒藥而成，它是在患者不便或無法親自就醫的情形下的方便方。臨床看診，醫師必須依據實際的臨床症狀，及患者的體質，依中醫辨證論治的原則，因人、因地、因時制宜，分期分症，進行個案治療。且還需隨著病情的變化，適時調整治法，隨證加減。

顧安醫療志業，在 SARS 爆發之初，即警覺其威力，全員進入備戰行列，並合力研發「**防疫保健茶包**」，可作為**預防**的輔助茶飲，若能配合實地臨床看診，就個人體質處方用藥，當更能對症而顯效。

明朝**萬曆**和**崇禎**年間曾有二次疫病大流行，華北三省死亡至少**1000 萬**人以上，最後也是經由中醫的辨證論治體制，處方用藥，才得以終結這場世紀浩劫。清代名醫葉天士在其《溫熱論》中說：「**溫邪**上受，首先犯**肺**，逆傳**心包**」，即點出了由上呼吸道感染為主的 SARS，是以溫熱病為主證的疾病，故在臨床的治療上，依中醫的**辨證論治**，對 SARS 將更有發揮的空間。

SARS 依中醫的**辨證**分型，當屬「**瘟疫**」範圍，其與「**風溫證**」頗為類似，要進行 SARS 的「**辨病論治**」，若能得力於現代醫學的檢測方法與數據，將可更快速而精確的確診，並提供療效的評估，與預後的追蹤。這種將原來的「**望、問、問、切四診**」，擴充為「**五診**」的中西醫結合方式，才是爭論已久、卻始終難以落實的中西醫整合的起步。

一般民眾也許不知道，台灣的臨床中醫師，在看診時，是不准使用**聽診器**的。且中醫師不得處方西藥，而西醫師在修習**48**個中醫學分後，卻能處方中藥，這種匪夷所思的荒謬規定，大概也只有這個無奇不有的台灣社會才得幸見，這又牽涉醫政處的權限，及長久以來中西無法融合的癥結，並非吾等小民可堪左右。

病患自私的隱匿病情，固然使疫情難以掌控。而另一現實的問題是，剛從學校畢業或正在實習的年輕醫師，大多熱心、積極、不畏辛苦，常日夜顛倒的站在醫療的最前線，醫院的急診室或 ICU 加護病房，幾乎成了他們的實習場地，但在執行一些輔助醫療技術時，如插鼻管、胃管、尿管或靜脈血管注射時，必須經過一段長時間的訓練，及足夠的臨床經驗，才能判斷患者適用的管線大小尺寸。否則，若使用不合適的軟管，在插入推壓時，病患本身身體會產生拮抗的反射動作，從口鼻嗆出涎液，若醫師自我防護不足，很容易就此惹禍上身，甚至死於非命。疫情如此吃緊的當頭，擋箭的第一線人員，是否可增調主任級的資深醫師來捍衛前線，以便對這種所知不多的全新疾病，能更適切而快速的掌控？

當西醫西藥在治療上出現了盲點，且 WHO 也已肯定中醫中藥在對抗 SARS 的療效後，大陸官方及香港特區均改弦異轍地傾向**中西醫共治**的方向上修正，何以號稱傳承數千年傳統中醫藥的台灣，卻還遲遲未見我們的醫政單位，有所「動容」，至少也輸人不輸陣？在台灣，身為中醫界的一份子，沒有官方主導有設備防護的中西醫院可供效命，可不悲乎？
(92.05/18)