



由一項消失的醫療技術說起

文／總編輯 沈戊忠

11月19日，中國醫藥大學醫務管理研究所邀請衛生署資訊處許明暉處長來校演講「雲端醫療之現況與未來」，我提出一個問題，許署長在回答之前說了一段話，讓我覺得受寵若驚。他說：「我是做醫療資訊的，但我本人也是神經外科醫師。二十多年前，我曾到台中榮總向沈教授學習頸椎穿刺脊髓造影，當時全國只有沈教授會這項技術，這項檢查對頸椎手術很有幫助，因此我由台北到台中來向沈教授學習。」

我其實已忘了這件往事。在磁共振造影（MRI）尚未發明之前，脊髓造影（myelography）是唯一能檢查脊椎腔的方法。脊髓造影必須以空針刺入脊椎腔內，待腦脊髓液流出之後，再注射顯影劑。為了安全，都是由腰脊穿刺且注入油性顯影劑，後來油性顯影劑逐漸被淘汰，改成水性顯影劑。水性顯影劑較淡，由腰椎穿刺，再流到頸椎時就變淡了，很難看得清楚，因此我採用1983年我在法國進修時學

會的頸椎側向穿刺法（lateral C1-2 puncture），不僅得到的影像很清晰，而且可以加做CT-脊髓造影。

由於頸椎有脊髓，一不小心就可能造成病患癱瘓，因此很少放射科醫師敢做這項檢查。當時有不少神經內外科醫師直接到台中榮總向我學習，這些人現在都已在他們的醫院位居高職，除許明暉醫師當了衛生署資訊處處長之外，我記得的還包括成大醫院神經內科白明奇醫師已升到教授兼部主任，高醫神經外科關昶麗醫師也升任教授兼學士後醫學系系主任。而後隨著MRI的問世，可以更清楚的看到脊椎體、脊髓、神經根，脊髓造影這種侵入性檢查就被淘汰了。

再度Show給住院醫師看

1個多月前，骨科部林茂仁醫師要求放射線部做一例脊髓造影，原來是一位60歲女性因車禍外傷引起左手臂麻痺，被高度懷疑是臂神經叢撕裂傷。這是一種罕見的傷害，連MRI都難以診斷，在過去是做脊髓造影，加壓注射顯影劑，藉著顯影劑外漏，才能明確診斷。

放射線部接到這項申請，總醫師及住院醫師都傻眼了，因為根本沒有聽過這項檢查，乃向主治醫師求援。沒想到這些3、40歲的年輕主治醫師說，很早以前在我監督下做過幾例，經驗少又隔這麼久，所以不敢下手。最後乃找到我。

在檢查當天，總醫師全程錄影所有過程，再剪輯成教學錄影帶。幸好我寶刀未老，在住院醫師圍觀以及錄影之下，很順利的完成這項檢查，及時為骨科醫師確定診斷。

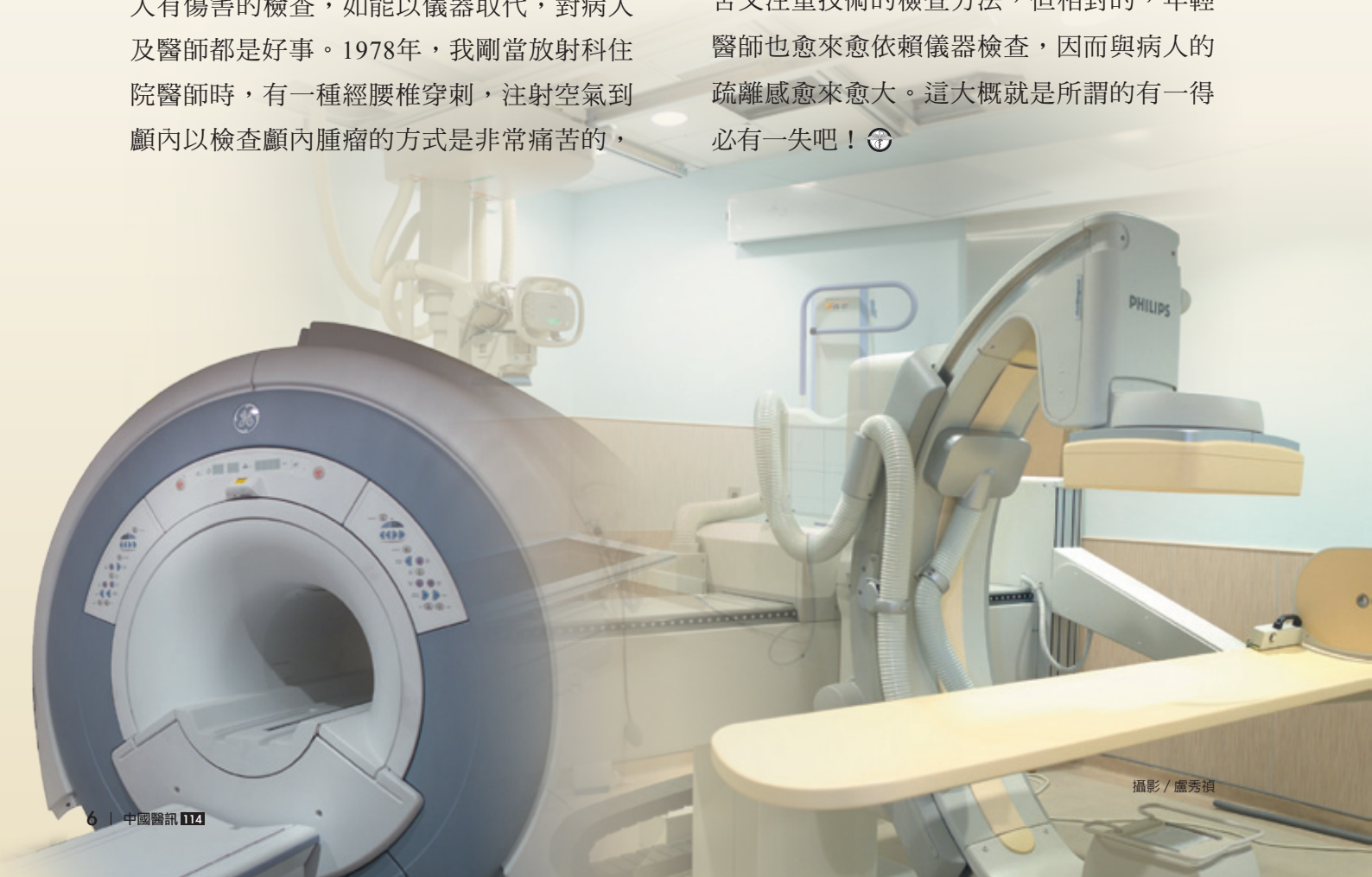
那些逐漸消失的檢查技術……

隨著醫療技術及醫療儀器的進步，有許多檢查方法會被淘汰，尤其是侵入性、對病人有傷害的檢查，如能以儀器取代，對病人及醫師都是好事。1978年，我剛當放射科住院醫師時，有一種經腰椎穿刺，注射空氣到顱內以檢查顱內腫瘤的方式是非常痛苦的，

我曾經看過資深主治醫師操作，自己也做過幾例，後來這種檢查就完全被CT及MRI淘汰掉了。

另外如鋇劑上消化道攝影、大腸鋇劑造影，在我當住院醫師時，是診斷胃及大腸疾病最重要的方法。放射科醫師要發揮很大的耐性，很精細地以鋇劑混合發泡劑，再調整適當的X光劑量，做出很清晰的胃壁黏膜影像，可以診斷極小極早期的胃癌。但是這種工夫現在已失傳，因為腸胃科醫師使用胃鏡、大腸鏡，就可直接觀察胃及大腸內壁，而且可以順便做切片送病理化驗。

現在的年輕醫師比起我們過去實在幸福多了，很多新穎的檢查儀器已取代了昔日辛苦又注重技術的檢查方法，但相對的，年輕醫師也愈來愈依賴儀器檢查，因而與病人的疏離感愈來愈大。這大概就是所謂的有一得必有一失吧！🙄



攝影 / 盧秀禎