

中文題目：平反“肺炎球菌 100%紅黴素抗藥性”醫療歷史-論文亦或案例？

英文題目：To Redress the Medical History of "Pneumococcal 100% Resistance to Erythromycin" - An article or A Case Report?

作者：王東衡

服務單位：佛教慈濟/關山慈濟醫院胸腔內科

### 前言：

醫療歷史性大流行—冠狀病毒 2019 傳染病(COVID-19)—不僅世界衛生組織預言疫情即將結束，歐美國家也幾乎已經不再強制戴口罩！臺灣採漸近階段性病毒共存，解封開放，本土學者以其他病毒的反撲，與肺炎黴漿菌兒童感染案例增多，建議繼續戴上口罩。跟隨歐美？相信本土？

被口耳相傳誤導「抗生素濫用，抗藥性百分百」的抗生素是治療前述所謂“會走路的肺炎”肺炎黴漿菌感染的紅黴素。“肺炎球菌對紅黴素有百分之百抗藥性”應該是精準描述的用詞。卻是已經過往前輩，與當今邁入資源回收級，台灣執業醫師被污名化，不堪回首的醫療歷史。

### 個案報告？：

《我們的足跡 II - 國家衛生研究院微生物研究諮詢實驗室(1997~2018)》：何曼德院士於 1997 年擔任「臨床研究組」創組組主任，曾建議 2001 年政府開始限制抗生素治療門診患者急性上呼吸道感染政策；2003 年 4 月嚴重急性呼吸道症候群冠狀病毒(sars-cov-1)疫情，讓臺灣多數醫院有了感染專科獨立的臨床運作：主要業務之一就是專責醫療適當使用抗生素，取代了健保 2001 年實施限制抗生素（主要是紅黴素）治療門診患者急性上呼吸道感染政策。也讓“肺炎球菌對紅黴素有百分之百抗藥性”，或「抗生素濫用，抗藥性百分百」走入歷史。

2005 年臺灣醫學會雜誌 104:10 頁 724-730 臺灣社區性肺炎致病菌種之前瞻性研究：100 例肺炎急診就診，肺炎披衣菌與黴漿菌製致病菌 33% 比肺炎鏈球菌 21% 為高；

民國 95 年疫情報導第 22 卷第 12 期頁 828-834 *C. pneumoniae* (TWAR) 最早是在台灣被分離發現的，迄今有關血清流行病學調查顯示在台灣陽性率相當高約為 55-75%，可見曾感染過 *C. pneumoniae* 的人相當普遍。

咳嗽，肺炎診療指引在 1990 年代後期才開始陸續出現，1990 年代以前，台灣沒有感染專科運作前，以診所開業醫師為門診醫療主力，已經過往前輩，與當今邁入資源回收級的台灣執業醫師—現今網路闕如，國外期刊，出版書目不僅耗時費日，訂閱費用難以應付—罰依賴臨床經驗，以紅黴素治療了廣大可能的黴漿菌與肺炎披衣菌〔1980 年以前美國海軍第二醫學研究所在砂眼防治計畫中，意外在應該是砂眼披衣菌的學童檢體中，分離鑑定出來〕，卻因“肺炎球菌對紅黴素有百分之百抗藥性”背負了「抗生素濫用，抗藥性百分百」……

### 討論：

以鏡為鑒 可以正衣冠，以史為鏡 可以知興替；從台灣醫療人力，時空背景，肺炎黴漿菌，肺炎披衣菌在臺灣分離鑑定，致病機轉，咳嗽，肺炎診療指引的變遷，等多元層面檢視“肺炎球菌對紅黴素有百分之百抗藥性”，與門診限制抗生素使用緣起。除了嘗試平反醫療專業以外的誤解，提醒醫療同好，出國進修所學不盡然完全適用於本土醫療—正如 COVID-19 在 2020 年初，臺灣戴口罩，歐美多數不戴；2022 年底，歐美多數脫口罩，臺灣要跟著脫嗎？

### 結論：

知往開來，除了臨床與基礎研究課題，醫學會年會海報展示，是否可以有醫療歷史與人文發揮的空間？而其格式是否不再侷限於論文或案例？