

内容介绍：

为什么医疗开销越大，我们对健康的担心却越重？

为什么医生总是建议用昂贵的药品、甚至让患者接受那些医生本人不会选择的手术？

在医药界，用药、诊断和治疗的根据，常常不是医学的合理性，而是经济利益、疏忽乃至谬误。当医生自己生病的时候，他们常常不会服用那些他们开给普通人的药，或者动他们劝病人们接受的手术。

医疗在某种程度上的欺骗性，原因之一是基于医药相关行业的经济利益，而普通大众对医疗知识的匮乏，对现代医药的盲从和迷信也助长了这种现象。

本书运用了大量的事实和案例告诉我们，现代人类正在接受着很多无效甚至有害的药物和手术。本书并不旨在全盘否定现代医疗的进步，而是希望告诫广大读者，在我们把健康交给现代医学的同时，保持对过度医疗的谨慎和客观的态度比盲从更加有益。

作者简介

尤格·布莱克(Jorg Blech) ,毕业于汉堡新闻学院 ,在德国和英国获取生物学和生物化学学位。1994 年起从事医疗和学术领域的编辑工作 ,曾服务于《明星杂志》和《时代周报》,1999 年任职于《明镜》周刊。其著作《发明疾病的人》连续 40 周登上《明镜》周刊畅销书排行榜。

序言

无效的痴迷

《无毒一身轻》作者林光常

西医在过去 200 年来 ,在关键性的时刻 ,曾经解救过不少人的生命 ,但是 ,今日在本书作者眼中 ,不少医疗措施根本是无效的 !

翻开这本书 ,我们所看到的不是触目惊心 ,而是司空见惯的麻木与蒙蔽。这倒不是说现代医疗在一心

一意地欺骗着饱受疾病折磨的患者，而是反映了包括医疗系统、患者在内的，整个社会对于医疗一厢情愿的痴迷。当然，在这本书中你可以看到，这是怎样一种无效，甚至是无望的痴迷。

早在 1979 年，世界卫生组织就呼吁 21 世纪全球人类必将发展的有四大医学：自然疗法、传统医学(如中医)、顺势疗法和对抗疗法(即西医)。然而现今说到治疗，若不采用西医，就是未接受治疗，彷彿西医成了唯一的医学。

现代医学也已经渐渐与西医画上了等号，对抗性治疗也几乎成为面对疾病时医生与患者所能想到的唯一方案。凭借着现代化的手术室和复杂的生化试验、药品开发，医生们开始忘却、甚至嘲笑起了那些古老的医学理论和实践。自以为是的探索，增加了整个社会为医疗体系运行支付的成本。而这些投入最终只被用作完善那个已经失效的体制和治疗方式。

问题远不止这些。在漫长的治疗过程中，我们很

难区别，疾病的治愈究竟是身体自我康复的结果，还是成罐的药品和外科手术的作用。之所以这样说，并不是哗众取宠，我们必须承认现代医学中众多改善人类健康的努力是卓有成效的。但是，在这里要探讨的是那些毫无效用的医疗方式为何得以滋生。其中一些治疗手段，甚至在某些疾病的治疗过程中掀起了流行风潮。当医院为昂贵而无效的医疗设备心痛时，并没有更多的动力促使他们认识到改善医疗手段的必要性和重要性。与此对应的是经济利益对医院、制药业带来的持久的刺激，仿佛一剂永不消退的兴奋剂。在经营目的的促动下，医院的虚荣与自满无休止地膨胀，与之而来的只能是无效医疗方式积累的一次又一次教训——当然，每每提及他们仍会以介绍经验的方式向患者解释，这种解释在更大程度上是一种欺骗。

如果你认为切除和缝合你身体的某一部分有利于你的健康，那你就大错特错了，任何一个医生都清楚，那不过是挽救生命的一种尝试。但是今天，即使这样

的尝试也时常以无效告终。你或许早就听过，扁桃体和阑尾切除了也无甚大碍的观点。可是你有没有想过，人类如何携带着毫无作用的器官完成进化？你或许一直以为体检中使用 X 光或者 B 超检查可以进一步防止身体内在的病变。可你是否想过，一张模糊的幻灯片或图像，能提供的信息并不会比简单的检查更多？

医疗的无效已经远远不是某些治疗手段的失败那么简单了。如果真是那样，我们可能没有必要提出这样一个命题，毕竟自然科学的探索中，总要面对可能失败的风险。医疗的问题在于，一些无效的手段被认为是合理的，甚至被纳入制度。许多国家的医疗制度，并没有提出摒弃这些手段的方式，反而为无效的医疗提供了生长的土壤。

在这本书中，你将看到一些不曾了解的数据，通过它们看到现代医疗手段让患者破费的同时，却并没有积极挽救他们的生命，更不要说巩固他们的健康了。全世界 25000 种医学刊物，每年发表 200 万篇论文。

其中五到七成的研究结果没有公之于众——因为它们反映了现代医疗负面或有害的一面。

这是一个谎言，很多时候，它欺骗了生命，更多时候，它自欺欺人。从整形外科的神话，到心脏手术中的误导；从无奈的腰痛，到以痛苦出名的化疗，在这本书中你看到的还远不止这些。

当然，这并不是一本讳疾忌医的书，作者也并没有劝你放弃在医院诊断和治疗。我希望大家和我一样，走出惯性思维的误区，破除那些无效的痴迷。

最后，我再次自己一贯以来坚持的、也是本书所倡导的一个重要观点：健康是你的权利，更是你的责任。任何医疗的有效与否，都和你自身的修复系统有关。所以，你该为你的健康负责，医生只是你的助手。

前言

我们的健康

人得到的资讯愈不足，接受治疗的情况也就愈频

繁。我是从医疗界有人们那里注意到这种现象的。他们在谈话、信件与亲切的指点当中使我了解到过度医疗的情况。由于体制的缘故，人们置身于对自己并无裨益的医疗程序中。见到我这几行文字的读者们，你们若不是曾经历无谓的治疗，就是将会有此遭遇。

在这种看法之外需要声明的是，我也知道医疗的不少好处，我自己对此当然也有需求。不过，要是为了医疗所提供的这些好处而对坏处视而不见，对任何人都没有帮助。我在本书所呈现的研究结果，主要得自医生本身。我从他们那里所分享到的主要关切就是，假使医学能够克服它的缺失，就能更上一层楼。此外，以更合乎实际的观点来看医学，也是一帖治疗过高期待的处方。在许多情况下，每个人可以为自己健康所做的事，比现代医学所能提供的还要多。

社会的高龄化不可避免地迫使我们在运用医疗资源时保持谨慎。在德国的人口族群当中，百岁人瑞族是成长最快的；到了 2050 年，60 岁以上者将占有全

德人口的三分之一。这样的发展也带来一个偌大的契机：改善对个人的医疗措施。医疗中的多余、无谓与浪费，我们不仅不能、而且也不愿再承担下去了。药物和治疗的分配并不需要这么你争我夺。这就是本书要报出的佳音：如果人们能够得到更充分的资讯，对医疗措施的仰赖就会更少。

2005 年 7 月于汉堡

尤格·布雷希

愚昧与谬误

何以医疗界的缺失和自欺如此普遍

医学向来大言不惭地以冠冕堂皇的说明将其行为合理化。远古时代，使人生病的事物被认为是魔鬼，

巫师的职责，就是施行法术驱赶身体里的魔鬼。

后来欧洲所盛行的观念，就是人体体液在各个脏器中的分布会影响疾病的发作。于是一般人就必须忍受像放血、排汗、通便等医疗措施。影响深远的古希腊名医伽林（Claudius Galen，129~199 年）认为，放血适用于所有病症。对于腰痛，他并不进行矫治，而主张那是因为黏稠胆汁集中到了髋部；就算尾椎骨出毛病，也得放血：在某疼痛的身体侧边的膝盖后方腘窝扎针。这时鲜血汨汨，患者的腰痛就会消失——而命也没了。

直到若干世纪之前，放血还是外科学的标志呢。大夫用绷带缠紧病患的上臂，直到前臂的静脉凸显，再用刺血针扎进浮现的血管。巴黎医生亚历山大·路易（Pierre Charles Alexandre Louis, 1787~1872 年）在首批临床研究报告中指出了这种施治不当：就治疗肺炎而论，不管早点或晚点放血，也不管放血量如何，这种疗法都不会产生任何作用。

等到这项新知终于在数十年后被接受时，大夫们却又落入了另一个极端，将血液由外部输入体内（或许输血就是这么演变而来的）。自此之后，他们就习惯于认为，急诊病患应输入他人的血液——直到若干年后，某研究报告指出这也是无效的行为为止。

这种所谓的偏方也像放血一样主导了医学界好长一段时间。在古罗马时代，据说使用狗屎以及吸允修女涨奶的乳房，可以预防心血管疾病及其死亡。古代西班牙大夫认为，要抵抗疟疾，最好喝下一小杯加胡椒和三滴猫耳朵血的白兰地。在 1602 年的一次围城战中，奥斯坦德（现属比利时）的大夫们摸黑溜到尸横遍野的战场，收集了许多肥肉带回城内。就当时的药理来说，死者肥肉可是伤兵的特效药。1696 年德国大夫波林尼（Christian Franz Paullini）出版了名叫《奏效偏方》的著作；1764 年的伦敦《药典》还推荐蜘蛛网、等足目动物、蝰蛇及毛粪石（由反刍动物胃中得来的坚硬毛发小石）作为处方呢。

当年接受这种医疗的人实在很辛苦。要是用现代人的观点就很难判断，哪种选择对于英王查理二世是比较不当的：是他罹患的中风呢？还是他身边的一打御医？御医们“要求立刻在国王肩膀上拔罐，并施行划痕法，放出八盎司血液”——克劳夫爵士(Raymond Crawford, 1865~1938 年) 后来如此描述这种煞有介事的医疗。“他们还给他喂下高浓度的锑催吐剂，可是国王只能喝下少部分，为了保险起见，他们还喂下足量的硫酸锌，以及强泻剂，再佐以一系列的灌肠。头发都理掉，好涂抹起疱剂。这还不够，大家还要来一块烧红的铁块进行烧灼术。”国王还在做死前忏悔，“尽可能拖延临终时间”，但最后还是归天了。

20 世纪初有个说法很盛行，就是疾病乃人自身中毒的结果。于是，病患们开始一窝蜂地清理大肠，保持净空。随后则流行病灶理论，该理论认为，病人是以过敏的方式对看不见的治病源起反应，而只有从若干身体部位施治才能得到解脱：结果就是一阵手术风

潮。医生作家路易斯·托马斯（Lewis Thomas）写道：“无人能够算出该理论到底导致了多少拔牙、扁桃腺摘除、胆囊切除和盲肠等的大流血。”值得注意的是，他提到的组织和器官摘除，如今都已经是家常便饭；只不过，目前医学界对于摘除手术已有截然不同的理论基础。

爱尔兰文豪萧伯纳的言词至今听来还是犀利。在他 1906 年问世的喜剧《医生的窘境》（The Doctor's Dilemma）中的情节为：外科医生“发现人的身体充斥无用的老旧器官。多亏氯仿麻醉剂，才得以在保全身体的条件下摘除半打的烂器官，撇来疾病和金币不谈，光是手术本身就够有趣了”。

要到 19 世纪，有识之士才察觉到：截至当时为止，大部分医疗都是胡搞瞎闹。这就好像药品都具有安慰效应一样（稍后将详加叙述）。不过还是有若干例外：对抗疟疾的奎宁、预防天花的牛痘及止痛的吗啡等，都有确实的药效。尽管如此，美国医生温德尔·霍姆斯

(Oliver Wendell Holmes) 在 1860 年的断言还是甚是恰当：他认为若能将所有药品 “沉入海底的话，对人类来说就是一大福音——不过对鱼儿们却是诅咒”。

医学的空想

在回顾历史时，路易斯·托马斯评论道：“令人叹为观止的是，医生们竟然只遭到少许批评，安然度过这一切。”其实，医学应该得到的是失败和破产的报应。倘若医学要有所改进，那么挫折和混乱在所难免。重要的是，要能认清楚缺失并加以克服。妨碍医学知识进展的是缺失而不是不足。不容讳言，为了金钱，不必要的手术和治疗曾经，而且现在还是十分普遍。当然，医生们也有心帮助病患，不管用现代观点来看其方法有多么可笑或危险。卫生学者埃布尔和尤根·温德勒 (Jürgen Windeler) 认为，在各个时代，“绝大多数

医生当然都有信心在可行范围内为病患实行最佳治疗”。

正因为如此，所有我们才要做此回顾。这有助于我们理解，何以自古以来医学的愚昧和缺失是如此的普遍。其中若干导致医疗缺失的缘由，至今还是屡见不鲜。

执迷于可信个案

人们对于各种疗法，只要有几分可信，就倾向于来者不拒。这些疗法为病人乃至医生提供病症说明，使得大家积极采取应变措施：于是乎，若干结果出现。然而就算这些新式处方有何等神效，也要在临床研究中得到彻底证实，才能顺利应用在医疗上。

例如，为了根除肿瘤这个貌似可信的说法，在 20 世纪前半叶，就有成千上万位乳腺癌妇女同意将乳房

全部切除。汉诺威大学解剖学教授李伯特（Herbert Lippert）甚至建议，既然现代妇女的乳腺对于哺乳来说已是可有可无，那么“为预防乳腺癌，不妨在青春早期就及早予以割除”。这种预防手术的极端观点要到70年代才被公认为缺乏实据。肿瘤并不像杂草可以连根拔除，在病患诊疗期间，常有癌细胞转移的情况出现。

此外，还有个甚为流行却似是而非的说法，即摄取无负担的营养最有益健康，最能预防大肠癌等等。其实，过度摄食水果和蔬菜，至少对预防所谓的腺瘤（在腺上皮形成的良性瘤）是没有太大帮助的。这种肿瘤还可能转成大肠的恶性肿瘤。2000年有两份研究报告指出，只要三到四年的不当饮食，就会导致这种结果。另外，人们普遍服用维生素来防癌的方法也缺乏根据。数个大型对照实验共同指出，额外摄取维生素A和E并无助于防止肿瘤形成或治疗肿瘤。事实上，情况恰恰相反：额外摄取的实验组的结果比不摄取的

对照组“来得差”。

自发恢复却被归功于医疗措施

缺乏效果的治疗方法也可能由于人体天然的自愈力而得到名气与认同。若干病症倾向于自发消退，所以实际上是靠人体自然恢复的。感冒时，找好医生是 7 天康复，不找医生是一个星期，遇到不好的医生则需要更久。还有，椎间盘突出其实也可以凭身体自行恢复。

即使患者因为这种自愈力病情得以改善，但他们自己和医生还是会在这种好转归功于医疗措施。例如关节炎，其实各种不同的疗程都可使它改善：迁居西班牙度假圣地马约卡岛，减少摄取糖、盐或肉等的食疗法，乃至一些身体锻炼的方法等等。路易斯·托马斯医生认为：“在这类情况下要做出判断，都会遭遇到一个疑难：在进行治疗的病患当中，约有 35% 的人不管

做了什么，都会自动康复。”

乌尔姆大学医学院临床经济学教授弗兰克·波兹所特 (Franz Porzsolt) 认为：“如果要严格看待卫生体系的成果的话，那就不得不得出这样的结论，其中不少案例要归功于患者的自愈力。”基于这种现象，所以不只患者，就连专家也很难评估医疗成果的真正价值。美国经济学者布顿·韦斯布罗德 (Burton Weisbrod) 明确表示：“既然人体的生理系统本身具有适应力，所以有时就能自行修整，无需医疗照顾就能战胜疾病。只不过，患者在病愈后并不知道这种康复是否是‘医疗照顾’的结果。”

信心带来康复

戴听诊器的某位人士的关切、吞服五颜六色的胶囊，以及手术前准备工作带来的心安，都可能使患者

的健康大为改善。这种医疗的暗示力量在巴金森氏症患者上尤为明显。神经外科医生在该患者面前假装进行手术，轻轻刮动其头皮，经过这种假手术的巴金森氏症患者就真的感到病情好转。只服用（实际并无药效的）安慰剂的心血管患者，其死亡率就真的比未吞服安慰剂的对照组患者还来得低。

这种安慰效应（placebo effect）被学者视为医学中强力的功能法则，在各种诊疗中占有一席之地。汉诺威医学院教授布卡德·耶格尔（Burkard J. ger）指出：“只要是具明显治疗目的的医疗或心理手段，都有可能成为安慰效应的工具。药物、手术、照射乃至谈话皆有可能。”

安慰效应的发生，可说是因为它唤起人体的自愈力：人一旦开始感到需要帮助，可能就启动了自身的康复能力，以及类似药物引起的生化反应。另外，在负面的预期下，也可能出现负面的效应。例如蕃茄在19世纪被视为毒果，于是真的就有许多人因为蕃茄中

毒而就医治疗。

在美国开列的处方当中，约有三分之一纯属安慰剂；根据在以色列的问卷调查，有 6 成的受访医生和护理师刻意开列安慰剂作处方。不过，就连具有真正药效的药物，也能够充当安慰剂。以色列医生皮特·史克拉巴内克（Petr Skrabanek）和詹姆斯·迈克尔米克（James Mick）写道：这种安慰剂“大多数是抗生素、补药、咳嗽糖水、镇静剂、若干精神类药物，或其他具有药理效果的制剂，其预期药效与药性并不相干”。

不过，安慰剂在正统医学中却未实至名归。只有万不得已时，医生才会在台面上使用，而背地里却担忧得很：因为对照实验将循序揭发许多看似精密且所费不赀的疗程实际上只是安慰效应的工具。

就算没有自愈作用与安慰效应，若干可疑的疗法还是可以稳如泰山。病情恶化竟然很少受质疑，并归罪于错误的诊断和无谓的手术。如果患者病情在手术后并没有起色，若干主治医生从不会检讨自己作为，

而只后悔没有切除更多组织。无效医疗的执行者通常不会担心病患和家属的指责。更有甚者，他们还会找借口，说已经尽其所能、试过所有办法了。

就连英王查理二世的御医们也不曾稍稍质疑那些治疗的适用性；甚至还有人在国王遗体旁边说：“所有办法都试过了。”

医学“咒语”如何解除

医学谬误的存在，医疗界的等级制也是个中助力。自然科学界就不是这样：犯错或诈欺的化学或物理学者，通常要不了多久就会被同业揭发和纠正。但在重视权威的医疗界和临床研究中，往往要等到诈欺大师过世后，其咒语才得以解除。

瑞士生理学家厄米尔·埃布尔达哈登（Emil Abderhalden，1877～1950年）因为发现某种蛋白质而

开创辉煌的职业生涯，但这项发现实际上却是子虚乌有。这位哈勒大学生理化学教授在 1909 年将他假造的蛋白质命名为“保护酶”，后又改名为“抵抗酶”。根据埃布尔达哈登的说法，人、畜血液中会形成某种消化酵素，亦即在遭遇陌生蛋白质时，会产生所谓的抵抗酶。像是怀孕妇女就会产生特定的抵抗酶，以对抗母体内胎盘的蛋白质云云。

埃布尔达哈登利用生化试验提出证明，其说法如下：胎盘经过蒸煮后可制备蛋白质，并以怀孕妇女的血清加以调制。血清中的抵抗酶会将该胎盘蛋白质分解成碎片（肽），这可利用生化方式证实——此即证明该妇女已经怀孕，她的血清中已有抵抗酶的存在。而由未怀孕女子和男子的血清可以实行对照实验；实验结果不会呈现反应，因为这些血清并不含胎盘，从而就不含抵抗酶。

这种验孕法受到世界各地妇产科医生与生化学家的欢迎。几年之后，问世的相关出版物超过 25 种，从

各方证实这项成果。1914 年，就连许多德国大学医学院妇产科主管接受专业期刊要求，对该验孕法进行检测时，骗局也没有拆穿。从 15 个实验组中所得到的报告，或多或少有正面而无不利的结果。随后，世界各地有 450 余篇论文论述该抵抗酶及其进一步应用，例如癌症、梅毒乃至精神分裂症的诊断。

这可说是童话中国王的新衣了——科隆大学生物学者及学术史学者尤特·戴希曼 (Ute Deichmann) 和本诺·穆勒希尔 (Benno Muller-Hill) 都这么认为。当世人都为富丽堂皇的皇袍目眩神迷时，就需要有个小孩子指出，这位当权者其实一丝未挂。这个角色落在德国年轻的生化学者雷奥诺·米歇里斯 (Leonor Michaelis) 身上。他在 1914 年的出版物中表示，他无法以实验方式证实埃布尔达哈登的验孕法，而且怀疑这一整套理论。于是乎，米歇里斯在德国的学术发展就此划上句点 (后来在美国才有所发展)。埃布尔达哈登成为“风行草偃”的权威，并从他的空中堡垒不断开发新观点。

等到这位超级吹牛教授于 1950 年过世后，他的抵抗胸才跟着回到乌有之乡。

埃布尔达哈登的故事提醒人们，权威和等级制在医疗界是如此影响深远。至今情况还是如此。医界人士所遵循的并非科学知识，而是以投票表决来决定其医疗行为的益处。若干“研讨大会”就像宗教会议一样召开，大医生和大教授关起门来决议何谓真正的医学——这对一门崇尚知识的学问而言，似乎是颇为诡异的姿态。

信条左右了医学

就算医生发现某程序是无用且有害的，也要经过好几十年，这项程序才会从他们的体系中消失。某种帮助病患的用心良苦，催生了不容质疑的医疗界信条。

一旦医生得到确信，认为某作为对某病症有帮助，他们就不太会对病患隐瞒。不过若不再有人质疑新的

诊疗方法，这时再做对照实验也来不及了：某项可能是多余的程序，就在未经检验下进入了医学。

在类似的状况下，若干具不明效果的药物也可能不会受到质疑，所以它们能得到药品检验当局的核准，而实验结果或效用法则只能引起质疑。一旦进入市场后，该项药物就成了“黄金法则”；之后就算是（在对照实验中）只对部分病患隐瞒该药物，也可能是“不道德的”。不仅如此，这种黄金法则药物还会成为日后药物的标竿。至于新药到底要如何才能够与假药做区隔，这个根本问题也就不再有答案。

想在市场撤除这种不安全药物，需要机缘凑巧。这可举风湿药伟克适（Vioxx）为例：医生指出这种药剂的危险副作用已经有若干时间了，然而它经过数年还未下市。仅仅因为药厂还想为市场造就其他适用症（如预防大肠癌），该药物还要和安慰疗法做比较研究。但研究结果显示，这种看似安全的风湿药竟会提高心肌梗塞和中风的危险——2004 年秋，伟克适终于下市。

可疑药物下架可说是少之又少的例外。药商和医生总是不肯公开承认开列了无谓的疗程和药剂。埃布尔和温德勒举出 4 项理由，说明医药界何以如此抗拒此方面的新知：一、以负面研究结果来质疑现行医疗措施，会被医生视为攻讦与威胁。新知意味着要对新的方法和基础重新学习，所以令人很不自在。

二、新的方法与思维会打击先前医生的权威，还必须承认自己的专业已被同业超越。

三、一旦新结果显示先前的努力都是白费时，追随者会怨声载道，从而影响医生在医疗界的重要地位，其权威也会遭质疑。若承认自己的作法源于某种成见，对病患并无实际帮助时，会导致自我质疑和良心啃噬。

四、负面论据可能威胁到药商和使用者（可疑的诊断法、药品或疗法的使用者）的经济利益。

有关最后一点的不幸例证，就是德国药厂格吕能塔的安眠药沙利度胺（Thalidomide），此药物会在怀孕初期诱发胎儿严重畸形。1958～1961 年间，世界各地

出现约 10000 个肢体扭曲变形的婴儿。药厂忽视医生的警告和需求，使这种畸形儿的状况延续好几年。后来该药厂还威胁北莱茵——威斯特法伦州的卫生当局要是沙利度胺被查禁，就要提出损害赔偿告诉。直到 1961 年 11 月 26 日《周日世界报》注销一篇文章，才终于使药厂将沙利度胺撤出市场。

就连在当今医学界，只要是宣告令人不快的真相，也会成为众矢之的。自从汉堡-埃盆朵夫大学医学院公共医学研究所两位研究员在《明镜》(Der Spiegel) 中批判 3 种现行的阿尔兹海默氏症药物后，法兰克福大学医学院的精神病学教授就在读者投书中质疑他们（研究员）的能力：一位异议者本身是心理学者，另一位则是物理学者，所以这两位不应表示他们不想让自己的祖母取药，“因为他们既无医生资格，本身也无应有的临床经验”云云。

这种话听起来颇自以为是，也并未就事论事。两位研究员的学历背景并不重要，而且他们文章的指陈

有凭有据。此精神病学教授的读者投书还忽略了一点：这两位声明是和另两位医生（男女各一位）共同发表的。

我们来看英国医生安恩·乔尔莫（Iain Chalmers）怎样评断同业的判断力：“万一研究结果不符合，学者若非落得资格不足或身败名裂，就是成了法西斯。”

我们从这种抗拒态度中可看到，医学兼哲学家卡尔·波普（Karl Popper）所勾勒的科学典范实在相去甚远。他认为科学家并不能死抱辛苦得来的观点：“科学研究并不在拥护某一观点，将之当作唯一真理。”

瞒天过海的招数

医生通常会怎么坚持错误的医疗措施，《英国医学期刊》披露了其中的黄金守则。

第一招无暇他顾

医生已完全投入本身的诊疗工作，没有其他时间

去阅读、开会或反省自己的医疗作为，更别说采用同业的方法。

第二招反击论据

.质疑其来源。没有人能勉强你去相信你专业领域或地理范围以外的信息。

.质疑其正确性。在任何研究报告中都可找到些许盲点，如此就可采取以下策略：就算只有一个观点不够妥善，整个说法也可能是错误的。

.质疑该论据并不能适用在特殊的病患群及医疗行为上。如果若干大型临床研究的数据与你个人对病患的印象相抵触，这招就更能派上用场。

第三招拿律师当挡箭牌

提出辩解，表示要是你采用新疗法而忽略旧疗法的话，很可能遭到起诉。

第四招将责任推给病患

宣称你本身很乐意改善疗法，但病患要求旧疗法。于是，即使你还是隔月注射维生素 B12 来对付贫血，

或用抗生素来治疗感冒，还是可以得到谅解。

第五招稳若泰山

若有健保工作人员、药剂师或护士提出建议，或病患向你出示网络资料，你就不管三七二十一劈头问道：“你是什么时候获得医学学历的啊？”

第六招不予采信

要抗拒新知，不妨采用医生生涯中惯用的这句口头禅：“就算这个说法正确，我也不想相信。”

从不公诸大众的负面数据

全世界有 25000 种医学刊物，每年发表 200 万篇论文。令人讶异的是，研究机构能生产出比这还要多的信息，但在这方面，我们所知却甚少。有 5~7 成的研究结果从不公诸大众，通常凡是负面或有害的数据都会被暗地压下。

对若干发现的隐瞒（“信息淘汰”），同样也助长医学的疏忽。例如信息淘汰导致了许多精神病药的错误评估，包括血清素药物，即所谓的帕罗西汀（Paxil）。

帕罗西汀的年度营业额在数十亿之巨。药厂发表的研究结果都在助长以下印象：该药物同样适用于忧郁儿云云。然而英国专家却成功取得制药业未公开的数据，爆料出完全不同的内幕：这种精神病药不仅不能改善儿童的苦恼，甚至容易提高其自杀危险性。公布数据的专家写道：“试验系列的未公开部分（不管出于何种理由），或省略其中重要数据，都可能导致错误的医疗建议。”专家们于是要求其临床研究的“进一步公开与透明化”。

就连挑选临床研究的对象也可能给世人带来扭曲的事实。通常新的药剂和手术是找比较年轻和苗条的人作为测试者，因为在他们身上比较不容易产生太多副作用。根据《加拿大医学会杂志》的报导，在消炎药的临床研究中，超过 65 岁的受测者只占 2.1%，但高龄者才是这类药物的大宗客户。在某项研究中治疗阿尔兹海默氏症的药物多奈哌齐（Donepezil），也不找年迈者做测试，而找低于 65 ~ 74 岁的年龄层、且较少

痴呆症状或其他缺陷者做测试。

医疗疏忽的故事提醒大家要保持健全的怀疑。当今医学中有许多事实都已降格为推想，且其中不乏若干谬误。

服药者的国度

药品市场吃掉了数十亿

当荷兰药理学家保尔·裴西恩（Paul Persijn）开车到德国，经过药房的时候，他着实吃了一惊。在荷兰不曾见过的瓶瓶罐罐的药品世界，此刻映入了他的眼帘。在他的国家，经过医生问诊后，只有 60% 的人会拿到处方笺，在德国却达到 80% ~ 95%。

世界卫生组织（WHO）明列为不可或缺的药品种类只有 325 项；其中有 9 成以上能够可靠地用来诊疗疾病且没有什么危险。然而德国却有 50000 种成药充

斥在市场上，比任何一个欧洲国家还来得多。自 1950 年以来，德国平均的个人药物消耗量已提高 20 倍，药品每年支出也超过 210 亿欧元。

平均下来，每位德国人每天至少服用一次医生处方药，且药品消耗随年龄递增。德国 60 岁以上者占总人口的 22%，他们消耗的药品却达到 54%。在一些个案中，有些老人竟同时以 60 种以上的药物接受治疗。医生们称这种情况为“给药过多”，也就是缺乏条理和次序开一堆处方。给药过多不仅昂贵，对病患来说也是弊多于利。

以旁观者不加修饰的眼光来看，难道不会为这种状况感到惊诧吗？裴西恩指出，德国服药者之所以会热衷于这些比较荒谬的产品，实在是“因为医生和药剂师诉诸道德权威，加上一般无知大众易受影响”。

裴西恩博士也指出，一份以专业为门面的期刊《药局全览》乃是这种操作的来源之一。该期刊登载各种疗法和广告，免费赠送给德国各大小药房，是最受年

长妇女欢迎的刊物。裴西恩认为其中各种说法(如“利用磁力共振的自疗法”)是缺乏学理依据的。他指出：“令我不解的是，接受过大学教育、也就是接受过科学思考和判断的人，怎么会去参与编辑《药局全览》这样的刊物呢？”

这位荷兰专家以简单的道德观认为，德国药剂师应以诚实可靠的态度提出建言，将没有根据的广告传单丢到垃圾桶，警告重要顾客提防无谓的药物和程序才是。他惊讶地说：“《药局全览》接受了德国药剂师的赞助。”

黑森的药剂师格里高·休斯曼 (Gregor Huesmann) 在 10 年前表示的愤慨，是德国医疗界少数的例外。他在诊所橱窗的布告上刊载他选的“我们不推荐给大家的本月劣药”。尽管如此，我们还是会发现：就连药剂研究也无法阻止药剂师将诡异的偏方经由柜台交到顾客手中。

例如德国药房大力推广的镁制剂。据说这种产品

可治疗肌肉痉挛，确保病人恢复蓬勃的朝气。不过肌肉痉挛的原因很多，例如缺乏钙的情况就比缺乏镁还来得频繁。缺乏镁主要是由于慢性腹泻、肾功能失调、染患酒瘾或其他疾病等。患者由于病情较严重，长期接受医生治疗，单靠镁制剂其实并不会为他们带来蓬勃的朝气。就连健康的人也无法从这种制剂得到好处，因为镁经过肾脏吸收后，无法与其他营养调和。但许多药剂师才不管这么多：他们未经诊断处方就贩卖这种镁制剂，运用若干缺乏学理依据且误导顾客的宣传来达到目的。

临床药理学家尤根·佛瑞里希（Jürgen Frlich）指出，目前在德国因药物导致的死亡率比一般假定的还高出许多。他援引了一项研究成果：在一所大型的综合医院的内科中，曾对绝大多数病患（总数为 13992 人）进行为期两年的抽血及有关的药物检查。接受检验者平均年龄是 72 岁，在院内接受 9 种不同的药物测试。在该临床研究期间，有 732 位死亡，这些死者的

血液要再一次就药理效果做检验。此外，将近 8 成的尸体做了解剖。

结果，在这 732 名死者当中，有 133 位是“不当的药物事件”的受害者。以所有接受检验的病患总数来计算，这个比率达到 0.95%。在 69 个案例中，药物被列为间接死因；其他 64 人则直接因错误处方和给药过多而死亡。绝大多数诊治医生都忽略了其医疗措施将导致的严重后果。在这些死亡案例中，有 94% 的诊治医生要等到血液化验和尸体解剖后，才得知自己的作为造成了不幸：完全是由于他们开出的药物，才使得这些病患身亡。

如果用这个结果来推算全德国，那么在每年 600 万位到内科求诊的人当中，有 57000 位会因为药物的过度治疗而死。这种高致死率的悲剧，更因药物如果正当使用本应该康复的事实而加深。佛瑞里希教授指出：“如果善用目前的临床药理知识，有一半的死亡案例本可避免。”

德国药剂师有种万灵丹叫 Echinacea，据说不会有副作用。这种珍贵产品是以“预防感冒”的名义贩卖，但有关这种高含量的酒精与植物混和物的药效，却从未得到证实。事实上，感冒症状只要过个几天就会自行消退。而即使是良好的旧式咳嗽水，也可使感冒不再继续。英国布里斯托大学医学专家纳特·施瑞德（Knut Schroeder）和汤姆·法海（Tom Fahey）就不断被患者询问：这么多药水中哪一种是最好的呢？这些咨询促成了一场文献资料的彻底研究。施瑞德和法海找出 300 多份以咳嗽药水为题的文章，但其中绝大部分只讲述实验室中的检验，没有交代哪种药物具有最佳效果。只有 15 篇研究报告通过感冒和咳嗽的对照组来测试若干药物，但没有哪一篇能证实该咳嗽药水是有帮助的。换句话说，如果咳嗽，人们只能自求多福，遵照旧有的建议多多摄取水分罢了。

在缺少疗效证明的地方，就会以销售技巧来补充。要是厂商拿“根据多年经验”的可能效果，及“受到

多年喜欢”的产品为号召时，大家就要开始小心提防。这种话对医学外行来说很中听，但个中必有蹊跷：早在几十年前，厂商就利用没有药理效果的产品来使人们掏腰包。非洲人信赖猛禽萃取液的效果，亚洲人则相信犀牛角粉末的回春特效——两者凭借的也都是多年使用这些药物的经验。

给医生的假信息

除了潜在的病患，就连执业医生也会收到药物效果的错误信息。科隆的内科医生彼特·萨维奇（Peter Sawicki）曾和同仁合作，针对一个月内寄发到北莱茵地区各共同医学及内科医学诊所的 293 份药物广告，进行通盘的查验。对于广告传单的内容，他们要检视是否附上来源出处。在下一步骤中，他们把原始资料调来，核对药厂说法和原始资料是否相符。结果萨维奇团队揭发出了系统性的假信息。在总计 520 项说法

中，只有 218 项附有出处，其中只有 41 个个案（8%）的说法是查有实据的。这些药物广告的伎俩可归结为 3 种：歪曲引用文献的内容；直接隐瞒若干重要研究成果（如副作用）；强调所引文献中若干并不存在的说法。

2004 年的德国药品处方报告指出，在高达 210 多亿欧元的药品费用中，本来至少可省下 45 亿欧元。也就是说，如果将药效具高度争议的药物费用省下来，金额非常庞大。药物商品检验基金会早在几年前就指出，常用处方药中有将近四分之一“不太适用”。

换句话说，如果处方太昂贵，就应该寻求较便宜但具同等效果和安全性的代用品。亦即，德国药剂师不必绝对遵照医生处方笺来抓药。他可以利用“代偿”（Autidem）法则，找出某种具同等效果、却较廉价的药剂。

不过这种有意义的法则却经常被刻意忽略。药厂会貌似不为私利地提供执业医生一些电脑软件，有利

于病历数据管理、账目记录及处方笺开列等等的电子化——但都是以药厂立场为基准。一旦医生在计算机选单登记某项药物，计算机就会自动选出由该软件赞助者贩卖的产品。而一旦药物品项列入处方笺，药剂师将它开列给病患的机率就大为提高。

另一骗术是所谓的假研发。操作方式是药品研究人员直接仿制对手的上市药物。尽管化学成分的些许改变不会带来明显的额外效果，但已足以构成申请专利的条件，从而以昂贵的垄断价格和新型制剂的姿态上市。例如据说可以保护血管的施德丁（Statine），就是这项策略的巧妙演练。利用前述每隔一段时间推出新产品的方式，不只施德丁得到了商标专利的保护，还同时保护了其他 9 种同类产品，使诡诈的研发者从中开发了数十亿的商机。

德国每年卖出大约 29000 吨的药品（包括 2320 吨动物药品）。这些药品鸡尾酒还会在净化后的自来水中现身，随着饮用再度回到人们身上。难怪德国联邦环

保署署长安德瑞斯·杜若格 (Andreas Troge) 指出：“所有的东西都会滞留在某处。”

帮助遗忘的药物

药物广告强调的不是把病治好，而是延缓病情恶化。卫材公司 (Eisai) 和辉瑞制药 (Pfizer) 在它们共同上市的阿尔兹海默氏症药物广告中表示：“多奈哌齐可让人几乎晚两年才被送入疗养院照护。”

痴呆症患者（只要他们还有微弱的转机）及其家属都乐于相信这个福音。多奈哌齐的使用量年年增高，另外两种同业的竞争产品的销售量也在高龄化的德国有所成长。

不过，汉堡-埃盆朵夫大学医院的临床研究却得到这个结论：这些药物并不具临床效果；服用它们，却能让人安心地遗忘。

该医院的公共医学研究中心的托马斯·齐莫曼

(Thomas Zimmermann) 指出：“我不会给我自己的祖母这种药物。” 他的同事汉斯-彼特·彭霍尔特 (Hans-Peter Bornholdt) 补充道：“我看不出这种药的药效有什么根据，反倒是副作用一定存在。所以我不会服用这种药物。”

多奈哌齐的同类产品还有利凡斯的明 (Rivastigmin , 即 Exelon) 和加兰他敏 (Galantamin , 即 Reminyl) , 据说能够减缓智力退化。这种所谓乙酰胆碱酯酶抑制剂的日用量，依据病患服用量的不同，每人要 2.98 ~ 3.95 欧元；2002 年，德国健保单位为这种药物就支出了 7000 万欧元。

齐莫曼桌上摆了一叠复印件，是关于乙酰胆碱酯酶抑制剂最重要的 20 篇研究报告。就这些报告的作者和相关药厂而言，报告算是达到学术的要求。现有 4 位汉堡的专家各自以独立立场分析这些药理报告。他们隶属于遍布全德的“痴呆医疗网”的 14 个领衔医疗团体，由德国联邦教育及研究部门赞助。

专家们第一个发现：尽管根据原先的研究结果，服用这些药物的阿尔兹海默氏症者的认知能力测验结果确实优于服用对照剂的患者，但是在 0（“健全”）到 70（“痴呆”）的测验刻度之间，差别却只在 1.4 ~ 3.9。这些微小差别其实无足轻重；美国食品与药物管理局便认为，刻度要在 4 以上才表示药物具有临床效果。

齐莫曼和彭霍尔特等人指出，他们见识了为证实微弱的药效所做的各种无稽之谈。他们指出：“每份报告都包含许多方法上的疏失，使研究结果的可信度大打折扣。”他们认为这些有关的药理研究人员犯下一堆错误：一、粉饰结果。若干研究会因病患的各种状况而提早结束，例如因后遗症、迁居、疾病或死亡等。处在轻症时间点的病情会被直接采用于成果评估。然而如此一来便忽略了阿尔兹海默氏症会随着时间而加重：病患的痴呆程度在研究后期本来会更恶化。

二、遗漏数据。例如原订的研究时间是在 54 周以

上，根据图表显示，服药组在 48 周后的状况确实比对照组略胜一筹；但是在所有的文献中却找不到 54 周后的数据。是否药效在 54 周后就消失不见，所以该数据被私下撤除了呢？

三、扭曲陈述。一份由产业赞助的报告是这样写的，在测试药物和对照组之间“就统计和临床结果来看并无明显区别”，但结论却出现“支持多奈哌齐可用于赡养院的阿尔兹海默氏症患者”。

于是汉堡医学家下了个明确的断言：“确切结论是就现有的论据状况而言，多奈哌齐、利凡斯的明和加兰他敏等的应用在学理上并无确切根据。”

汉堡专家们这种批评其实并非单一个案。早在美国约翰霍普金斯大学的阿尔兹海默氏症研讨会中，就有专家以不寻常的保留态度谈到这种药物。老人病学医生托马斯·费纽肯（Thomas Finucane）鉴于这种药物的价格昂贵但收效很小，曾表示它适用性不高。他对《纽约时报》（New York Times）记者指出：“如果这

药物使你一分钟内数水果的数量从 10 颗进步到 11 颗，那么它有每月 120 美元的价值吗？”

就连属于另一药类的美金刚胺 (Memantine) 也受到批判性对待。慕尼黑大学流行病学教授哈斯福特指出，与乙酰胆碱酯酶抑制剂比较，“该药物对于痴呆症患者的药效证据情况似乎也同样薄弱，尽管如此，美金刚胺在德国仍受到颇多推广和医生处方”。

这种截至当时为止对阿尔兹海默氏症药物最具分量的批评，在 2004 年 06 月开始扩大，甚至波及到乙酰胆碱酯酶抑制剂。《柳叶刀》学刊公开多奈哌齐的第一份独立研究报告：565 位分别具有轻度到中度阿尔兹海默氏症的人分成两组，一组每天服用多奈哌齐，另一组吞服安慰剂。

3 年后，研究者发现，多奈哌齐并没有产生明显的药效，居家看护并没有被延迟，日常症状没有减轻，看护人员也没有减轻负担。报告作者之一、伯明翰大学的理查德·葛瑞医生 (Richard Gray) 指出：“要帮助

阿尔兹海默氏症患者，就不要把钱花在药物上，而是安排较多的看护和医生。”面对这种结论，相关药厂自然又会质疑此研究的论证力。

英国与汉堡的研究结果都提出一个问题：何以乙酰胆碱酯酶抑制剂得以被核准为上市药物，在它甚至会在大脑留下生化残留的情况下？该药物在神经末梢阻滞某种蛋白质，从而提高所谓乙酰胆碱酯酶的物质浓度。此外还有各种不容辩解的副作用，如腹泻、呕吐甚或虚脱等。

药厂可在临床研究中将该药物在大脑化学中的作用与可检测反应联系起来。吞服该药物的人在一些记忆力测验中的表现，“就统计而言明显”优于对照组。

不过乙酰胆碱酯酶抑制剂不太能帮助痴呆者掌控自己的日常生活。但统计上的重要性已足以使药厂让它获准上市——这就是当今药理研究的高超艺术。

事实上，德国波昂的联邦药物及医疗产品研究院就核准了 3 种阿尔兹海默氏症药物。但鉴定专家们在

做这个影响深远的决定之前，“只得到一个审阅该产业卷宗的机会”，专家卡尔·布洛赫（Karl Broich）因而对此提出批评。至于独立的研究结果，当时甚至没有提交出来。

不过就连产业数据也不能使德国联邦药物及医疗产品研究院主管信服，他们从具体的鉴定中似乎看不出什么说服力。该机构指出：“一直都有待批判性质疑的是，这种在统计上的重要改善是否也具有临床重要性。就最终标准而言，这方面所确证的改善并不很显著。”

英国专家们也审阅过厂商新近的阿尔兹海默氏症研究和论据，更看不出其说服力。伦敦的临床卓越国家研究所在一份标准计划中建议，国家健保单位不应再给付多奈哌齐、利凡斯的明、加兰他敏和美金刚胺等药物的费用，因为没有充分论据显示它们有利于生活质量或延后疗养院看护。荷兰的药物管理当局则从一开始就抱持怀疑，不曾核准多奈哌齐或加兰他敏上

市。

被炒作的骨质疏松症

妇科医生最常提供的健康检查项目是骨质密度测定，这是给达到一定年龄的所有女性的。因为每位女性（男性亦然）的骨质密度会随年龄降低，这是老化的征候。有些人（特别是年长妇女）的骨质较为脆弱，在摔倒时特别容易折损：这种严重的病症就叫骨质疏松症。

所以，了解骨质密度就可知道易受折损的程度。为此，器材制造厂商和公司推出超声波和实验室检测的方法，其中最常见的是 X 光检查。骨质愈致密，光线愈不容易穿透；然后检测值会拿来和年轻健康者的数值做比较，测出了每位年长者的骨质密度是会降低的。其实骨骼的这种变化只是年老的征兆。

不过要怎样的骨质减少才算正常呢？骨质的老化

过程要到怎样程度才算病态呢？法国的罗乐基金会、美国的史密斯克林公司和瑞士的山度士制药公司在 1993 年参与世界卫生组织的一场研讨会时，曾明确答复这个问题。不过当时订立的极限值却使骨质疏松症变成全民病：骨质密度落在标准以下 20% ~ 35%，或是标准偏差值低于 2.5 者。由于这项决议，在 70 ~ 79 岁的妇女中就有 31% 属于骨质疏松，80 岁以上者则有 36%。就连骨质密度的些微偏差也被盖上某种印记：在标准以下的 1~2.5 标准偏差值被称为“骨质减少”，即骨质萎缩的早期症候。

有了极限值这种发明，就可将一般人变为病患，如此一来，一个前所未有的药物市场也就打开了。

世界上卖得最好的骨质疏松症药物叫阿仑磷酸钠（Alendronat），2004 年就卖了 32 亿美元，据说可以提高骨质密度。临床实验显示，这种药物可有效降低骨折危险。有一批平均年龄为 68 岁、偏差值在 -2.5 以下的妇女接受为期 4 年的临床研究，在与不服用药物

的对照组相较下，她们的髌骨折损机率降低了 56%。

美国医生兼作家约翰·亚伯尔朗松(John Abramson 认为：“这对患骨质疏松症的妇女而言，俨然是个天大的好消息。”但他更关心的问题是：“不过这样到底能防止多少髌骨骨折呢？”未服用药物的年长妇女每年不会碰到髌骨骨折的机率高达 99.5%。而服用阿仑磷酸钠的妇女，该项机率是 99.8%。换句话说，每日服药的结果使骨折的机率从 0.5% 降到 0.2%。这么有限的结果却在统计的炒作下号称降低 56% 的危险性。

根据亚伯尔朗松的说法，该药物在实际生活中的用处是：骨质密度降低的 81 位妇女为了预防髌骨骨折必须持续服用药物 4.20 年（付出 30 万美元的代价）。然而，这种高价购得的效果却随着时间推移而消逝。一项长达 10 年、针对阿仑磷酸钠的研究显示，虽然它有助于骨质密度增加，但并没有证据说长期服用真能降低骨折危险性——而这却是该治疗的最终目标。

药厂将这种抗骨质疏松症锁定在更年期的妇女客

户群。不过数十年如一日地吃药是否能在老年达到有效预防，就很难说了。在髌部骨折的妇女中，有三分之二是在 80 岁以上，她们几乎所有人骨折前就遭受过损伤。经过损伤的妇女通常无法复原，也有不少人甚至需要照护。所以说，重要的是要保护这些年长且容易骨折的妇女。但是仔细衡量一下，这个高危险群体似乎并没有从骨质疏松药物中得到什么益处。我们从《新英格兰医学期刊》的一篇研究报告中就至少可以得知这项结论。受测妇女都在 80 岁以下，她们若不是被诊断为患有骨质疏松症，就是有较高的跌倒风险(占大约 8 成)。根据该篇文章，利用阿仑磷酸钠的治疗方法“对于髌部骨折的发生并不具任何作用”。

所以说，预防骨质疏松症的药物可提高骨质密度，但就预防骨折的真正治疗目标而言，收效却甚微。个中原因就在骨骼本身。亚伯尔朗松指出，骨骼有 8 成是由皮质骨，也就是坚硬而致密的外层组成。此外，若干骨骼还有所谓骨小梁的内部构造。骨小梁形成立

体的支架，能在骨骼最受载重的部位（如髌骨、腕关节和脊椎等）形成支撑。骨小梁的分支构造与致密的皮质骨相比较，具有大上许多的表面积和代谢活动：它能以较快速度将钙质转化为骨质，也可做较快的分解。所以在一般老化过程中，骨小梁的损耗比皮质骨来得快。然而一旦这个支架或部位有所损耗，提供再生的环节就会有所损耗，随即这些环节也就丧失。而通过抗骨质疏松药物形成的新骨质，主要是从外缘，也就是在皮质骨的基础上形成的，所以它提高了骨质密度，但骨骼的稳定程度并没有随之增加。

这种生物性原因正说明，何以针对健康妇女的骨质密度检测并不能形成医疗保护作用，也无法带给她们益处。在这方面，德国、瑞典和美国都有临床研究为佐证。其中一项研究探讨了阿仑磷酸钠对于患有骨质减少（骨质疏松前兆）的妇女的效果：髌骨骨折的危险性居然还略微提高。加拿大温哥华的英属哥伦比亚大学科技结果评估中心的专家们也同样对这个议题

做了深入探讨。他们在一份报告中断言，并没有证据显示“就健康的或处于停经期的妇女而言，骨质密度检测能预言未来的骨折”。出于职业的考虑，在不久前，德国就将这种针对健康人的骨质密度检测由健保给付的法定项目中删除。不过有些重视收入的医生还是热心提供这项检查，作为健检的自费项目（约 40 欧元）。

不仅骨质密度检测缺乏明显效果，它本身也有诸多疑义：因为就算有较高的骨质密度检测值，也是既不能预防跌倒，亦不能保证骨质在跌倒后容易复原。

那么人可以做些什么呢？我们了解到，医学其实提供不了对抗骨质疏松症的万灵丹。不过，强化骨骼健康及降低骨折危险的方法其实很多。锻炼身体和良好的营养从来都是打造稳固的骨骼支架之基础。具生长机能的骨骼会对载重做调整，而皮质骨正可通过运动变成稳固的支架，从而有助于人的晚年生活。

另外，年轻时有运动习惯者，年老时患骨质疏松症的风险就大大降低。在美国有项研究对近 10000 名

65 岁以上的妇女的健康状况进行调查，调查时间甚至长达 7 年。凡每周花两小时锻炼身体的人，髌骨骨折的机率比不做运动的人少上 36%。在为期一年对 1000 位妇女的研究中，运动组的妇女只有 6 位骨折；反观在服用阿仑磷酸钠的研究中，药物所达到的成果少了一半。

为了避免骨折，重要的是减低跌倒的机率。而改善体能、步伐和重心稳定度等等对此都很有帮助。亚伯尔朗松医生指出，体能训练乃是“提高骨质密度及预防跌倒的最佳方式之一”。此外，太极拳能训练肢体掌控，从而降低骨折机率。不消说，每个妇女都能自行掌握的这些有效措施，药厂和骨质密度检测提供者的宣传中是不会强调的。所以进入更年期的妇女不妨自己注意：定期做运动、维持均衡的营养，以及提防跌倒的风险。

有关屁股的迷思

患者松开裤子，趴上诊疗台。赫宁·罗德医生（Henning Rohde）开始进行触诊。唉，摸到痔疮了！这是多数受检者的想法。不过罗德医生很少证实病患的个人判断。这位科隆的肛门直肠病学教授兼执业医师指出：“痔疾乃是一种受到渲染的病症，通常是被设想出来的，因受到错误的治疗而导致发病或恶化。”

罗德拿《德国医学周报》一项研究结果佐证他的说法。有 344 位患者因为“不明的腹部或臀部症状”，而由其他医生转到他的诊所。病患都表示痔部上有出血、疼痛、瘙痒或灼热感。

根据罗德的临床经验，大部分病例另有病因：32% 患者的毛病都出在肛门，这本来是松弛而无害的部位，但就是这皱壁的问题使排便困难；87% 患者则主诉肛门湿疹，可以说，该部位的潮湿与搔痒有不少是病患自己造成的。也就是说，因此若干迷思，病人们自觉

或不自觉地胡弄瞎搞。

罗德指出其中只有 18%才是真正的痔疾。对此，法兰克福的直肠病学家托马斯·亨纳（Thomas Henne）并不感到惊讶。他也提到一种由民众本身幻想出来的全民病：“只要是臀部附近的症状，就不假思索与痔疮扯上关系。”

亨纳担心这不过是一种“盲目诊疗”的结果。一方面，许多医生不常正视这种颇为隐私的身体部位，就直接开出治疗痔疮的处方。另一方面，病患也宁可自己靠着药膏、栓剂或湿纸巾来处理问题。

2002 年，德国健保单位已经为痔疮药物的医疗措施负担高达 3800 万欧元的费用。但是很明显的，该战役只主打一个根本不存在的假想敌。

事实上，每个人的痔部都有一块海绵体：这块所谓的肛垫，是括约组织的一部分，即在一条内部的括约肌上呈环状排列、能迅速充血的组织。不同于阴茎海绵体的是，它能持续勃起。

这是有作用的：《德国医讯》早在几年前便指出，因为充血的缘故，“勃起的海绵体”有助于肛门的闭合。肛垫的勃起只有在肠蠕动时才会中断。

随着年龄增加、长期坐姿和排硬便的影响，这种伸缩自如的衬垫组织会出现毛病：产生肥大或硬化的症状。排便时所产生的剪力经过长年累积会导致出血，使内部瓣膜脱出肛门，这就是所谓的痔疮。

对于这种脱肛的症状，古希腊名医希波克拉底及其后学都用烙铁来烧灼。如今，痔疮已带给医疗产业每年数百万的商机，医生都兴致勃勃争论着哪种疗法才最正确。

亨纳指出，面对着真实或想象的痔疮，“只要能用在肛门上的办法都使出来了：激光、红外线、冷冻及透热等疗法”。较常见的是以化学药物进行治疗，例如以注射甜杏仁油的方法，治疗痔部血液淤积时的脓肿。尽管疗效目前还众说纷纭（改变饮食方式往往可能更加适宜），但对医生来说却比较容易计价收费。

而个人私处羞于见人的心理也助长了这种医疗措施。像是英国约克夏老烟枪对付肛门搔痒的办法，就是利用频繁的酒精坐浴来治标。其他类似的办法还有鱼肝油、酵母萃取物和氧化锌等等。含有金缕梅和七叶树成分的栓剂也能派上用场：早上、晚上及每次便后各一剂。此外，肛门也要用肥皂勤加清洗，并用湿纸巾擦拭。

这些自封的肛门治疗专家通常只是让病情雪上加霜。《慕尼黑医学周报》指出：“帮助排便的经常性措施，通常会连带损伤肛门皮肤。”该学报也指出这些作法还会引发过敏反应：“痔疮软膏、栓剂、体香剂、杀菌剂、湿纸巾或药物等，都可能引发接触性、过敏性的湿疹。”

有鉴于此，学者罗德建议病患只利用卫生纸，甚或只用少许凡士林来清洁肛门。他认为：“处理肛门上皮时，要和女性卸妆时一样小心才行。”

早发现但不必早烦恼

癌症与大筛检的进退两难

做诊断就像看地图，尺度愈精细，可掌握的事物也就愈多。如甲状腺就是如此：年长者约有 0.1% 的几率罹患甲状腺癌，呈现相应的临床症状。芬兰医学专家利用精细的尺度来观察这种症状，也就是将检体放大。他们将死于其他病因的尸体的甲状腺，以每 2.50 毫米取出一片切片检体的方式，置于显微镜下观察，结果发现恶性肿瘤的机会会有 36%。

不过这些研究人员也知道，还有更多肿瘤藏在其中。他们只以每 2.50 毫米取一检体，因为一般肿瘤颗粒的直径只有 0.50 毫米——所以说，有五分之四的肿瘤都被忽略了。换句话说，这种检查方法还有改善空间。只要组织切片的间距够紧密，恐怕每个腺体都能

筛检出肿瘤，即使不是 100% 的机率。

芬兰的这些检验结果是在 20 年前公布的，如今他们的癌症观察在全世界仍居领先地位。只要他们以更精细的检验标准进行观察，就能证实一个人耐人寻味的现象：癌细胞存在于绝大部分人的身体某角落——即使你的身体处在最佳状态也是如此。哈佛医学院的朱达·福克曼(Judah Folkman)和拉格哈·卡卢里(Raghu Kalluri) 指出：“大部分人都有些许肿瘤而不自知。”

以乳腺癌为例，医生们曾以生前不曾罹患癌症、而是因其他病症致死的 40 ~ 50 岁中年妇女为对象，进行尸体剖验。其中乳房组织具有少许肿瘤者就将近 4 成；然而该年龄层妇女经诊断患有乳腺癌者，却只有“1%”。再以前列腺癌为例，将死于非癌症的男子进行解剖后发现：小于 30 岁的 100 位男子中，有 8% 具有少许的前列腺肿瘤；60 岁年龄层是 50%，70 岁以上者则是 80%。然而具有可鉴别症状者却很少，60 ~ 70 岁的男子具有明显前列腺癌者，也是只有“1%”而已。

由此观之，人体内藏有以显微镜观察得到的微小肿瘤这个现象，似乎稀松平常。不过癌症研究人员会问，这种小肿瘤如何在少数人身上增生为杀手呢？反过来说，我们大部分人的身体会如何自行防范这肿瘤群呢？

如果这些微小肿瘤要继续增生，就需要新鲜氧气和充分养料。根据哈佛专家福克曼和卡卢里的分析，一般而言，人体内有与生俱来的机制以防范这些肿瘤群：就是中断给这些贪食访客的血液供应。癌扩散有两个步骤：首先是正常人体细胞通过遗传特征改变（突变）转化为癌细胞。这个阶段并不尽然有害，尤其是当微小肿瘤根本就没有增生或极缓慢增生时。不过，第二步骤就会带来致命结果：体内某种机制被转换，使得新生血管朝向该微小肿瘤生长，提供其迫切需要的养料。如此一来，肿瘤就变身为快速增生的怪物，带来致命的风险。

上述这项知识为癌症医学打开令人叹为观止的视

野。现在大家都知道，这种所谓血管生成，也就是新血管萌芽，可被若干人体蛋白质阻断。例如患有唐氏症的人，似乎就自然能产生较多这种抑制素，所以相对而言，他们鲜少产生软性组织肿瘤。目前研究人员都在想方设法由这种血管瘤抑制素中提炼出无毒性的新型抗癌药物。

不过这方面的诊疗目前还没有很大进展。因此许多工业国家都提供早期发现的定期检查，以期至少能预防如女性乳房和男性前列腺等的最常见癌症。个中道理非常浅显易懂：疾病越早发现越好。不过就如我们将在后文中看到的，几乎所有年长者体内都会有若干肿瘤，且只有极少数才具危险；而使事情复杂化的正是这种肿瘤特性。早期发现固然给一些人带来康复，但若干多余诊疗也为人带来不必要的恐慌和损害，这种措施的利弊得失目前在医学界还是众说纷纭。

妇女筛检的邀请

德国健保单位邀请民众做体检的方式，是以每两年寄一封信的方式来进行。这是由医保系统支付的全国性乳腺癌筛检，对象是所有 50~70 岁的中年妇女。每对乳房都要在两块树脂玻璃（英文名为 Plexiglas，是一种具有较佳透光和成像精度的有机玻璃——译者注）上尽可能压平，让 X 光线从两个方向照射下来。7 天后结果就出来了：单看统计数字，就有 5%~10% 的检验结果需要继续检查。

乳腺癌带给妇女们恐慌。根据媒体报道，每 10 位妇女就有一位罹患乳腺癌。所以每年的 48000 名新患者中，就有接近 18000 死于此病。全德筛检活动的发言人说，通过这种乳房肿瘤的早期发现，已使参与群众的乳腺癌致死率降低两到三成。所以对这种每两年由民众自由决定是否参与的检查活动，还有什么好反对的呢？就好的结果来看是解除警报，就不好的结果

而言则是早期发现、早期治疗。

只不过事情不像表面上那么简单。“早期发现算不上预防。”这是汉堡大学卫生学教授英格丽德·慕尔豪瑟（Ingrid Mühlhauser）的看法。绝大部分女性（例如在瑞士就有 8 成）都有一个错误观念：以为参与筛检就可预防或降低罹患乳腺癌的风险。事实上这种检查充其量只能及早诊断出肿瘤，却不能加以预防：即使筛检结果刚告诉你未发现乳腺癌，但只要短短一天就足以让乳房形成肿瘤。

甚至就连早期诊断也不尽然能提高存活机会。因为一般而言，筛检只能发现进展相当缓慢的肿瘤，而这种预后诊断就算晚一点再做也差不了多少。在所有诊断结果中，有两到三成属于乳腺癌前期。这种前期症状是否会发展成恶性的乳腺癌呢？谁都不能断言。另一方面，那种侵略性且迅速增生的肿瘤通常是筛检发现不了的，从而无法使预后诊断得到改善。而且如果得知诊断这件事并没有帮助患者延长寿命，却反而

延长了乳腺癌患者受折磨的时间，那就更加糟糕了。

每 10 位妇女就有一位罹患乳腺癌的这种流传甚广的说法，其实只是就 80 岁以上妇女而言。慕尔豪瑟指出：“总计下来，在每 100 位妇女中只有三到四位死于乳腺癌，其余 96~97 位则是死于其他因素。”

因此这项资讯指出了何以许多专家会质疑这种全民防癌筛检的重要性。前文提过所谓的致死率降低两到三成的说法。这里不妨回到数据本身来检查效益吧。慕尔豪瑟总结了 10 年的跟踪研究，结果发现：未做筛检者，每 1000 位妇女中有 8 位死于乳腺癌；做防癌筛检的，每 1000 位则有 6 位死于乳腺癌。其中不过就是 6 和 8 的差别——这就是所谓的整整降低 25% 机率的真实内涵。如果来算一下 1000 位妇女的致死率，其实只是降低了 0.2% 而已。

防癌筛检有效益自然可喜，但相对的代价和损害却极其高昂，由于 X 光线本身是有害的，经常性照射反而会成为致癌的风险因子。在 2 万位定期做筛检的

40 岁妇女中，统计发现有 3 到 9 位患乳腺癌。此外，这种筛检方式也系统性地在世界各地造成伪阳性的检验结果：X 光检查所产生的阳性反应在随后的组织检查中却被证实为假警报。德国每年约有 10 万次乳房切除手术，却在术后被证实是多余的。

从其他国家进行的筛检计划中可发现：医生常能发现到肿瘤，但却在原本应该无害的情况下加以治疗。慕尔豪瑟指出：“例如三分之一的妇女都有所谓的‘原位肿瘤’，也就是通常只在乳房防癌筛检中发现的肿瘤前身。”总的来说，在筛检计划推动下，外科手术和 X 光线疗程的次数就增加了大约三成。而这种筛检计划也无可避免产生了伪阴性结果：在 1000 位未发现乳腺癌的妇女中，之后 12 个月内却有一到两个个案被诊断出乳腺癌——所以筛检并不能保证 100% 正确。

乳腺癌筛检有何用处呢？

资料来源：辛德乐和慕尔豪瑟对乳腺癌早期发现的研究。nationales-zwerk-frauengesundheit.de 在这种对抗乳腺癌的过程中，每位死亡病患生前似乎并未从中得益。在下萨克森州的诺德海姆执业的妇科医生舒嫚指出：“没有哪位妇女可以肯定自己就是从防癌筛检中得益的那个——正因这种额外确定性的微小，才更要提供她们机会。不过，这或许要以过度诊断和过度治疗作为代价。”慕尔豪瑟认为，妇女不妨自行判断其利弊得失，自己做出决定：“就算妇女不参加防癌筛检，也不必感到过意不去。这种内疚是毫无根据的。”

为前列腺做预防？

直肠检查属于男子不需每天注意的事项。泌尿科医生以往是用食指和安全的检查用具，对前列腺进行

触诊的。不过现在的趋势是，额外增加抽血检查来确认前列腺是否有肿瘤，也就是所谓的 PSA 检测。PSA 即前列腺特定抗原，这种蛋白抗原是由前列腺分泌到血液中的。这种栗子般大小的腺体位于膀胱之前（所以才叫前列腺），其所形成的分泌物会在射精时同时进入尿道，在此与精液混合从而加强精子的活动性。

根据研究，前列腺中的癌细胞如果增生，该腺体就会分泌比一般状态更多的 PSA。意即在恶性增生状态下，PSA 数值会提前升高。检测浓度如果在 4ng/ml（每毫升血液含 4 毫微克）以上，医生就认定是肿瘤前兆。随后会需要进一步检测才能确认，甚至要做切片检查：男子的前列腺要接受组织取样的折磨。

早先较容易在年长男子身上发现前列腺癌，该腺体的增生明显防癌到排尿。后来诊断标准经过推广，在年届 50 而无症状的男子身上也逐渐发现肿瘤。美国许多未满 30 岁、想组织家庭的男子身上也能证实出阳性的组织检验结果。当事人还可选择冷冻自己的精液，

以防前列腺手术有不幸的闪失。

早期切除前列腺的手术（根治手术）被认为是最有效的处理方式。若腺体上的肿瘤还没有扩大前就予以切除，病患康复的机会就有九成左右。不过在这个敏感的部位上动刀却也可能产生严重的后遗症。医生在进行手术时都非常小心谨慎，因为遍布在前列腺外负责勃起的血管和神经束很容易因此受损。要是有所疏失，就连壮阳药也于事无补；不少男子因此变成性无能，有时连排尿也无法恢复正常。许多不得不穿戴成人纸尿裤的年长者就是因为进行了这种手术。

被诊断有前列腺癌的男子自然不会忽视出现这种严重后果的机率。不过各项数据颇有差异：据《德国医讯》报道，因该种手术而受到损害的病患从 20%~75% 不等，若干研究中心在经过复杂计算后，还得出低于 10% 的机率。手术疏失机率的资料收到系统性控制，各项报告中也都看不到术后的后遗症。男病人因此无从得知在附近医疗诊所中操刀的究竟是庸医还是良医。

那么要不要开刀呢？既然肿瘤主要是出现在年长者身上，那么这种所费不赀的手术是否真的延长生命是无从论断的。瑞典有一项研究是针对将近 700 位诊断出罹患前列腺癌的男子，其结果可供参考。有一半病人接受了根治手术，而另外一半，医生们则静观其变。6 年后，术后死于前列腺癌者虽然少于未接受手术者，但如果将其他所有死因（例如心肌梗塞和中风）一并列入考量，那么，两组的死亡率是不相上下的。

在德国，死于前列腺癌的平均年龄大概是 78 岁——诡异的是，比平均寿命还多三年。这是因为病患是死时“带有”前列腺癌，而非“死于”前列腺癌。

前列腺癌怎么会有这么多不同结果呢？答案是，它并不是症状统一的病症，而是组织失调的多样变化。有的病变增生速度非常快，一下就能将病患撂倒。有的则增生得极为缓慢，病患是在未曾察觉到肿瘤的情况下死于其他因素。甚至还有若干组织病变尽管在显微镜下看起来像癌细胞，但却没有增生的危险。

那么谁的肿瘤是能和平相处的，谁的肿瘤又有危险呢？PSA 检测答复不了这么重大的问题。能将此问题理出头绪的人，即可称得上是这领域的开路先锋。这里就有一位——美国加州史丹佛大学的泌尿科专家史特迈（THOMAS STAMEY）。20 世纪 80 年代初，有一些医生证实了 PSA 数值升高与前列腺癌之间的关系，史特迈就是其中一位。不过后来史特迈致力于检测自身的做法。他所需的一切，都是在他任教的大学里的超低温冷藏柜中找到的。病理学者们将 1983~2003 年间切除的 1300 多个前列腺都冷藏在这里。史特迈研究这些腺体组织，并与相对应的 PSA 检测值做比较。

根据 20 年前的研究结果，较高的 PSA 值就等同于恶性肿瘤，这在当时是完全正确的。在这些先前的标本中，确实也发现各种较大且危险的肿瘤。

然而随着日后 PSA 诊断范围的持续扩大，这种关联就消失了。史特迈的腺体研究指出：当时有越来越多的没有症状的年轻男子测出阳性结果，但对于该肿

瘤的特性，相应的 PSA 值却做不出可靠的陈述。更有甚者，在最近 5 年的检验结果中，PSA 值仅能做为“良性”前列腺肥大的指标。从这个现象来看，根治手术完全缺乏正当性。然而过去患有良性前列腺肥大的男子却都经历了根治手术。

史特迈在认知到这项结果后，开始反对他曾经参与制定的世界性 PSA 检测。根据这种测试方法切除出来的组织切片，通常可以发现到肿瘤群，但其中大部分不算疾病，因为史特迈指出，在 10 万名 65 岁以上的男子中，只有 260 名（0.3%）死于前列腺癌，“我们的任务，就是停止对患有前列腺癌的男子进行切除。PSA 时代已经成为过去了。”

同时，其他研究指出，在以 PSA 值检测的案例中，有 10%~15%是假警报，亦即在根本没有肿瘤之处却被指出有肿瘤。受测者必须为了这种引起恐慌的检测结果而再做组织切片，并因新的结果而感到庆幸。就连切片检查也有花招。纽约的史龙-克特林癌症纪念中心

曾重新检验因切片检验结果而切除的 2000 个前列腺：其中有三成的腺体不是只在显微镜下显示极微小而无害的肿瘤，就是根本发现不到肿瘤。

反过来说，对于定期检查而得到低 PSA 值的男子而言，这会带给他错误的安全感。就算检验结果并没有超过极限值 4 以上，但前列腺肿瘤发展成具有危险性的机率还是有 15%。

这种检测不确定性说明了何以 PSA 检测在医疗界中多有纷争，而且许多人摒弃这种检测。德国循证医学网络指出：“以延长病患生命这个目标来说，我们一致认为，这项措施的效果并没有实际论据。这种在男子身上不甚必要的医疗方式，这种会带来原先肿瘤不会引起的副作用和后遗症的手术（也就是所谓的过度医疗），都几乎尚未成为正式课题。”

上述乳腺癌和前列腺癌的早期检测，都是医学中边际效应迅减的例证。它们动用了大笔开销以及各式各样昂贵的仪器，但个中效益似乎特别微小，受到专

业的男女医疗人员的质疑。如果这些钱能投入到烟害防治的计划和活动中，或许还更有助于全民健康呢。

对化疗的疑虑

后期癌症治疗 25 年来没有进展

对于癌症转移患者来说，既然激光和手术刀都无效，那就只有走化疗一途了。几十年来，这方面的化学药物不断推陈出新。通常药厂的要价就像天文数字一样高，而他们的相对承诺是延长人们的生命。

在一块约 3 米见方的看板上写着：“活命的机会！”它广告的是从紫杉中提炼的紫杉醇产品。另一类同类制剂的厂商也夸下海口：“许给你的生活一个未来！”

德国首屈一指的慕尼黑大学流行病学家和癌症登记医生们认为，上述的说法是言过其实的。慕尼黑大

学癌症登记中心主任霍尔泽 (Dieter H.lzel) 指出：“如果就直肠、乳房、肺和前列腺的转移癌存活率而言，在最近 25 年来是没有进展的。” 霍教授和肿瘤学学者合作，对数千位罹患癌症的患者进行统计。这些患者从 1978 年以来便在慕尼黑或附近城市于一定医疗条件下进行治疗，罹患后期癌症的器官分别是上述 4 种，即直肠、乳房、肺部和前列腺。这四大癌症杀手单单在德国每年就要夺走约 10 万条人命。

如癌症统计数字所示，目前这类患者并没有比 25 年前同类病人的情况更好。直肠癌的存活率曲线是稍有改善，但乳腺癌的存活率曲线竟然还有下降。霍尔泽认为这或许只是偶然的变化，不代表未来依然如此；不过他也不排除可能有更糟情况的发生：“我担心化学疗法的系统性推广可能正是使乳腺癌存活率降低的原因。”

不过慕尼黑大学癌症登记中心的这一说法并不适用于淋巴肿瘤、儿童何杰金氏淋巴瘤、白血病、肌肉

瘤和睾丸肿瘤等的药物治疗。目前这些病症在许多病例中是可以利用化学疗法来治疗的。霍尔泽的结论也同样不适用于若干化学疗法，即在开刀前缩小肿瘤，或手术后清除残余癌细胞等等。为了不引起误会，所以笔者要重复一次：慕尼黑流行病学的统计数据“并不”适用于刚才所列的那几种肿瘤，以及佐剂与新式佐剂的化学疗法（佐剂指能增强特定医疗效果的物质——编者注）。

但上述后期肿瘤的统计数字读来确实令人忧虑。美国国家癌症中心的数据也是如此。哈金森癌症中心的鲁斯·埃齐奥尼(Ruth Etzioni)指出：“过去 20 年来，癌症后期患者的存活率只有少许改变。”杜塞尔多夫市立医院妇科中心主任沃尔夫拉姆·贾格尔(Wolfram Jäger)评估后期乳腺癌的化疗后说：“过去和现在都没有成果。有许多妇女接受治疗，但疗效却无法证实。如果你据实告诉她们，她们会非常失望。”

细胞抑制剂会以各种不同的方式介入细胞的增殖。

由于癌细胞分裂速度比一般体内细胞还要频繁，所以肿瘤和转移癌对于细胞抑制剂特别敏感：它们会萎缩（“缓解”）或偶尔（一般而言是暂时的）消失。而快速分裂的健康细胞也可能遭受细胞抑制剂的损害，例如发根细胞乃至骨髓造血细胞等等。由于该抑制剂能在白血病或淋巴瘤治疗上取得可观成果，所以化学疗法很快应用在许多罹患恶性肿瘤移到后期的病人身上。

罹患组织转移癌患者的存活率

资料来源：慕尼黑大学癌症登记中心

罹患转移癌而接受化疗的病人，是否比那些未接受细胞抑制剂者活得久呢？目前并没有人对此进行关键性的比较研究。

即使在将来，这类问题恐怕也没有答案。医疗市场上的医生们认为，如果不给病患细胞抑制剂而进行治疗，乃是“不道德的”。而在厂商所做的临床研究中，

一般也只就新的与旧的细胞毒素做比较；研究中也根本没有出现所谓的对照组，即没有给细胞抑制剂的组。制药商为了上市，会将特别选取的受测者在接受一种已核准的细胞抑制剂治疗后的优点当作“极具统计意义”。令人讶异的是，就在这个攸关性命的药品市场上，药物是否延长人类寿命的判定标准确实非常缺乏说服力的：抗癌药物要通过美国食品与药物管理局的标准，并不需要提供该药物具有延长生命效果的证明。在1990~2002年间通过美国食品与药物管理局的抗癌药物中，就有75%（71项里有53项）是这种状况。在提交的种种证明中，这些药物都没有呈现延长生命的药效，而仅仅因为符合了其他条件而得到批准：比如申请资格、呼吸道病症的严重性以及是否有副作用等等。

有远端转移癌的病患

资料来源：埃齐奥尼团队(早期检测的案例),《自然评论》(Nature Reviews)/癌症,2003年3月期,1~10页。就算在医药产业的数千份研究报告中,也很难找到延长生命优点的线索。在转移乳腺癌的领域里,也只有约10份报告指明若干细胞抑制剂混合液比其他混合液更能延长生命。但这或许只是机缘巧合。海德堡大学生物统计学者亚培尔质疑,正因已有数千项比较研究,所以“你不难预想得到,在为数那么多的研究中,偶尔是会出现统计上的明显差异的”。

此外,一些肿瘤学研究也是在特殊条件下进行的:癌症患者有近三分之二的年龄是在65岁以上,但在临床研究中,65岁以上者却只占试验组的四分之一。很明显,相对年轻者的受测效果并不能引申到较大多数的年长病患身上。还有颇为诡异的一点是,若干对于细胞抑制剂完全不起反应的受测者,竟被排除在研究

与评估之外，以免破坏最终结果。

要是无法得到研究结果的支持，肿瘤学者就只援引他们在个别案例中达到的成果：一位患病的父亲想活到儿子的毕业典礼——而药物替他达成了心愿。可惜的是，相反案例也很常见：典礼前几天父亲就过世了。癌症病患无法为某重要日子而延迟自己的死亡，这只要看看美国俄亥俄州的死亡登记就可得知：10 年中有 30 多万人死于癌症，死亡日期并未集中在圣诞节、感恩节、生日当天或之后。所以说，个别案例无法说明药物效果，只有临床比较研究能做到这一点。

不管怎样，这些药物都具有毒性，并带来严重的副作用。许多早期的化疗药物因在短短几周内就夺走病患的生命，而不得不下市。一些用药甚至再三强调会有严重副作用：患者会掉头发、没胃口，所以要逆来顺受、身心俱疲并饱受发炎的折磨。此外，医生们也渐生疑虑，认为这种代价高昂的细胞抑制剂只能使转移癌暂时萎缩，却谈不上延长生命，甚至还会反过

来扩大病患的痛苦。

在汉堡-埃盆朵夫大学医院任职 20 年、现已过世的妇科主任克劳斯·汤姆森 (Klaus Thomsen) 于 1985 年 9 月的柏林国际医生研讨会上表示：“如果有越来越多男女医生说自己不会答应进行这种治疗，那这时就很值得我们深思了。”

这类异议并非单一事件。当时的问卷调查显示，有许多肿瘤学者并不会让自己接受这种细胞抑制剂治疗。在其中的一项调查中，一些为肺癌患者进行治疗的医生接受了如下询问：万一你自己得了肺癌，你会参与这项研究吗？在 79 位受访医生中，就有 64 位表示拒绝。他们认为这种常规疗法毒性太高，而且缺乏疗效。

20 世纪 90 年代初，亚培尔就开始揭开这方面的疮疤。这位学者费时一年，整理数千件关于化疗的出版物。他语出惊人地表示：“就大部分肿瘤而言，都不存在明显证据能说明化疗（尤其是日益普遍的高剂量

治疗)可延长寿命或改变生活品质。”

知名肿瘤学者们同意以下断言：化疗的推广并不具有遏制作用。或许正因医生们不愿意明白地告诉患者，自己对他们的癌症已束手无策，所以化疗才变成医疗的信条乃至教条。较典型的像是一些病患资讯中所刊载的句子：“新型药物的进一步研发能为肿瘤化疗效果带来持续改良。”这种所谓一切都能不断改进的印象也在公共舆论中不断强化；医生们口中的症状缓解，患者则理解成延长生命。这样的信条使医生和病人双方皆大欢喜，因为它替所有人保留了希望。妇科医生贾格尔指出：“医生很高兴能提供某些东西，患者也很乐意获得某些东西，而整个医疗产业也乐在其中。”

数十年来，药厂在市场上不断让细胞抑制剂推陈出新：20世纪70年代有5种上市，90年代则批准了大约20种这类药物。流行病学者霍尔泽感到惊讶：“每次只要有一点点进展，就好像是这几十年来可喜可贺的大成果。但在我们的癌症登记中，却看不出这一点。”

不过这类药物的价格确实因此飙涨。近几年来开发的细胞抑制剂的价格乃是先前的好几倍。拥有 1000 多位患者的肿瘤科诊所医生在每个季度开列的药方，总值可达到 150 万欧元左右。在 2003 年 8 月到 2004 年七月之间，全德国消耗的细胞抑制剂总值便达到 18 亿欧元，比前一年还多出 14%。根据统计，全世界用量在 1996 年是 59.3 亿美元，到了 2004 年则达到 161.1 亿美元。

意大利米兰的药理学者加拉蒂尼(Silvio Garattini) 和贝尔泰勒(Vittorio Bertelé) 曾查阅过伦敦的欧盟药品评估署在 1995~2000 年间批准的 12 种抗癌药物的临床研究资料。他们的分析报告指出，相较于截至当时为止通用的标准疗程，新药物既没有延长生命，也没有改善生活品质，甚至达不到应用方面的安全性，但价格却是贵了许多。身为欧盟药品评估署成员的加拉蒂尼和贝尔泰勒在《英国医学期刊》中指出：“一个 Tomozolomid 的要价是 Procarbazine 的 350 倍(这两种

都是抗肿瘤的药物——编者注），但这两种治疗的真正效果严格来说都还存有疑虑。”两位学者要求大家谨防错误的期待：“新批准的药物会唤起新期待，并会因媒体中制药公司直接和间接的广告而加强。”但是，“就研究结果来看，这些期待却完全难以自圆其说”。

化学治疗的拥护者则援引两份研究报告来为疗效提出根据。有法国研究者将 724 位患转移乳腺癌的女病患的病历做了比较，发现诊断后 3 年的存活率从 27%（疗程从 1987~1993 年）提高到 43%（1994~2000 年）。

不过流行病学者却将这种效果归结为统计学的骗术。1994~2000 年之间，因为较佳的诊断技术，医生才能比以前较早发现转移乳腺癌的发生；也就是这期间发现的病例中，有更多乳腺癌发现时间早或存活天数（从初次发现到最后死亡的天数）多的人。在存活率改善的研究报告中，这点被掩盖了——因为它无关治疗。这种所谓的威尔罗杰斯现象（Will-Rogers Phenomena）的效应表示：存活率的改善并不代表治疗

方面的进步。

不过许多国家的肿瘤学者在 2002 年为化疗做宣传，并承诺患者“长期存活的机会会有重大改善”，其中德国血液学和肿瘤学学会的肿瘤学者祈贝尔(Siegfried Seeber)支持了美国德州医生的说法。来自德州的数据乍看之下自然非常冠冕堂皇：从 1974~2000 年，患有转移乳腺癌的妇女化疗后 5 年存活率持续有改善，从 10% 达到 44%。不过呢，该研究是拿患有转移癌者和未患有转移癌者作对比的。美国德州医生在研究报告中不起眼的地方插了这么一句：“近几年，各组的数据受到了有较佳预后诊断的患者的影响。”

当德国血液学与肿瘤学学会将慕尼黑癌症登记数据纳入计算后，他们的语气才开始转成较为合乎实际。他们在一份新闻稿中指出：“在乳腺癌、前列腺癌或肺癌有所转移的所有患者中，存活率实际上少有改善。”

如果能公平处理化疗的利弊得失，才能自在地寻找对抗常见的肿瘤的更有效武器，从而系统地描述治

疗上的进步。对抗常见肿瘤的希望主要落在专门对抗肿瘤的新型抗体上。新疗法的效果目前尚不明了，但希望很高——但愿可以顺利达成。

腰内的利刃

腰痛是全民之痛

笔者和小猎犬有个共同点——我们的腰部都不适合生存。这种狗是腰痛的受害者，四条短短的腿带动雪茄状的身躯，它的脊椎是扭弯的。笔者也算是生物演化的受害者。我的尾骨乃是 600 万年以来直立姿势中最受折磨的缺陷部位（所有人类皆是如此）。

我第一次事故发生在打网球反手拍回球过深时。过了一个夏季，第二次腰痛出现了，那次是我费尽力气帮岳母将洗衣机抬到楼上时。这次腰痛后每况愈下，两年后，我穿着休闲鞋在湿滑的草地上踢足球，脆弱

的腰在这时发作：爆炸点在第五节腰椎。一段前途未卜的腰痛病程就此开始。

但不是只有我个人如此。此时此刻就有数百万人在按摩尾椎骨，数千位德国人躺在某个角落的病床上动弹不得，或一步步小心翼翼地走在地板上，或连穿袜子也没有办法，或饱受腰痛、甚至（更糟的）椎间盘突出折磨。

腰痛成了普遍现象，这可说是修行生活的第一课。波鸿大学整形外科部的尤根·柯拉马（Jürgen Kr. mer）指出：“不要多算，每个人一生至少会有一次腰痛的经验。”在汉堡市北区，当腰痛的人在人满为患的整形外科医生诊所里又得苦等3个小时时，他们只能又是拜托又是咒骂。治疗师在我第一次复健检查缺席，因为连他都得了椎间盘突出的毛病。我有一位身高1.95米的也是不折不扣的风险病患，当他为小女儿弯腰调整婴儿背带后不久，尾骨就开始痛了起来。这个跛脚巨人被老婆和岳母带去求诊，医生先用注射的方式减轻

他的痛苦。

这种经历可积累成负担，其广泛程度称得上是全民之痛。根据估计，德国每年为治疗腰痛就花费了 200 亿欧元，同时损失 7500 万个工作天数。没有那种病痛会比尾骨痛更让病人在医院待得更久，每年因腰痛而提前退休者就超过 53000 人次。对医疗体系而言，椎间盘可说是最昂贵的人体部位了。

按摩师、整骨师、复健师和针灸师等人都在处理椎间盘突出这种出了毛病的脊椎；牵引、绷带、硫磺浴、腰痛药膏和复健工具的厂商们，都在想法设法让疼痛的腰部恢复健康。直接进行手术的整形外科医生则居于这种椎间盘产业的中心。尽管早在几年前有关当局就告诫不要滥行手术，但许多骨科专家仿佛置若罔闻。就如公立健保单位 AOK 内部资料显示。医疗现在变得越来越具有侵入性了：1998 年，10 万名被保险人中，有 82 位动了手术；2003 年则达到了 127 位——这可是超过 50% 的成长率。

如果用全德人口来换算，就是每年有 104000 多人摘除了椎间盘或相关组织。根据《神经外科学会会刊》的估计，10 年前腰部手术的数量还只是目前的一半，即 49000 件。相对于大型开放手术数量的减少，这种小型外科手术却方兴未艾：腰部的伤口通常只有 3 厘米长。在各式各样的医疗程序中，这两种典型外科手术因为打着“低侵入性”的招牌而极具竞争力。特别是私人医疗院所将之推崇为常规外科医学的温和医疗措施，吸引了患有中度腰痛的人。“几乎适用于任一突出症状的灵活手术”——某家科隆的诊所就利用这个说法扩大了适用症状的范围。慕尼黑教学医院的施耐德汉医生（Schneiderhan）还提出保证：“这种具缓解作用的疗法将永远根除腰痛。”

一个持续调整、扩大的“五颜六色的椎间盘手术型录”（语出《慕尼黑医学周报》）于是形成了。手术方式包括将软骨的纤维组织加以粉碎或抽除，有时则将内部胶质予以蒸散。一切都在进行而且有所改善，

吕北克大学医学院社会医学研究所吕嫚 (Dagmar Lü hmann) 指出：“于是大家都见树不见林了。”

在一种“增生疗法”中，要将糖水、石炭酸、甘油或一种名为 natriummorrhuat 的鱼肝油萃取液组合成的混合液注射到尾骨中，并启动所谓的 simsalabim，也就是自愈作用。内视椎间盘切除术、气球椎体后凸成形术、硬脊膜脉冲式射频疗法以及其他一堆程序，都明列在明斯特大学脊椎课的课程表上。60 位医生把握这个时机学习新的疗法；研究所提供 17 具尸体做解剖，之间还利用活体进行练习。

没被证明的疗效

有腰部毛病的人该信赖哪种疗法呢？吕嫚教授在接受科隆的德国医学文献和信息研究所 (DIMDI) 的委托后，提交了一份长达 238 页的研究报告，主题是低侵入性椎间盘手术是否具有说服力。

吕嫚和三位同事合作整理数百份研究报告和个案分析，巧妙运用从专家、教材和网络上的资料，她的结论极具杀伤力。吕嫚指出：“在该医疗产业中实行了各种不同的程序，然而疗效却没有立得住脚的证明。”

这句话对于数百位腰痛者和笔者而言，等于是说：尽管长期以来人们不断积极尝试各种新疗法，却没有医生敢为我们打包票，说这些程序一定奏效。还有令人诧异的是，德国医疗体系中竟然没有人去做检验和记录，以确认哪些才真正有帮助。脊椎医生利用各种研发产物所营造出来的医疗进步，很明显不过是子虚乌有。整形外科医生、一流的背脊医学专刊《脊椎》（Spine）总编辑韦恩斯坦（James Weinstein）指出：要对尾骨痛做出确诊，从来“很不容易”，治疗也都是“荒唐”而“诡异”的。

吕北克大学的健康专家柯尔曼（Thomas Kohlmann）指出，在 2000 张为腰痛而拍摄的 X 光片中，只有一张

才显示了疼痛的根源，“其他 1999 张其实都是多余的”。美国整形外科医生狄欧则认为，100 位患者中就有 85 位是医生无法说清其背痛原因的。

可想而知，就大部分背痛者而言，最好的办法或许简直明了：什么都不要做。波鸿大学整形外科专家柯拉马就建议饱受折磨的患者（在与医生谘商后）尽可能保持正常生活方式。只要过两个月，就会有九成患者明显改善，一年后有所改善者可达 99%。柯拉马认为：“大家应该提防，不要让患者因多余的手术留下伤疤。”

事实上，有脊髓贯穿的脊椎是相当敏感的构造。在这个由侧边看呈 s 状的脊椎中，夹了 23 个有缓冲作用的椎间盘。椎间盘是由骨胶原组成的软骨组织，能缓和冲击并提供脊椎活动性；它们没有血管提供能量和养分，而是像海绵一样吸收养分。这些椎间盘在人行走坐卧时不断受到压缩，当它们恢复原状时就可同时吸收养分。这主要在夜间进行，所以清晨时身高会

比夜间多出一指幅——这就是脊椎的奥妙。

所有复健的办法都由这种海绵定律推演出来，而大部分人只有在腰或背部出岔子后，才会听得进以下说法：“椎间盘靠活动维生！”慢跑（在有缓冲作用的地面）、骑单车（使用一般把手而不必驼背的）、游泳（不要用蝶式）等等都是大家平时（还没出事前）就可做的运动。它们都能按摩到椎间盘，使后者更耐用。

脊椎保健八守则

- .保持活动
- .保持背部挺直
- .弯腰拣东西时采取蹲姿
- .避免抬举重物
- .承重时平均分配并贴近身体
- .坐时保持背部挺直，并使上半身得到支撑
- .从事运动时，最好是游泳（自由式或仰式）、跑

步或骑自行车.每天锻炼背部肌肉（来源：波鸿大学柯拉马教授）

人生起步时的宿命

不过就算采用所有保健的建议也无法抗拒椎间盘的老化，这个宿命从幼儿跨出第一步时就已经决定。柯拉马指出，尽管脊椎下半部的椎间盘在人出生时的外观是这么晶莹剔透，却“很早就出现裂缝、损耗及结构松散”。

许多人到五六十岁，脊椎这种缓冲器就高度退化了。这种老化过程迟早会发生在每个人身上：椎间盘会流失水分，厚度因此减少。尤其在腰椎部位，椎骨会互相凑近，细小的椎间关节承受的压力也就增大。以往轻轻松松的动作现在却突然产生疼痛——这种普遍的症状称为磨损。此外，这种腰椎沉降也可能压迫到若干部位，使神经纤维从脊椎脱落。于是，疼痛就

从被压迫的神经蔓延到该神经负责的腰腿皮层。

当你提一桶水而驼背，并转到一侧边时，脊椎就会自动产生侧弯。不过，根据乌尔姆大学生物力学专家的测量，若你不当地起身抬举，作用在椎间盘上的压力就会从 5 巴（轻松立姿时）升高到 23 巴。这比一般汽车的胎压还高出 10 倍以上。如果再加上扭转的力量，通常椎间盘会受到磨损，好比车胎不断在碎石路颠簸前进一样。

椎间盘和车胎一样也包含不同的组件。一个纤维质的环状构造包围一块柔软的核心。一旦外部纤维环因磨损而遭破坏，椎间盘就只剩下失去内部弹性的胶状软骨组织。就像气没有充满的车胎一样，它会向外挤（椎间盘突出），从而处于不稳定状态，影响到由腰椎下半延伸过来的坐骨神经纤维：坐骨神经痛就来了！

当椎间盘突出时，纤维环甚至可能断裂，椎间盘软骨成分因而外溢。外溢的生化物质对神经而言无异于毒素，它们启动了疼痛无比的发炎作用。此外，椎

间盘的压力也增加了，通常便压迫到牵动腿部的神经纤维。大腿部位可能产生麻痹，情况严重时还可能导致瘫痪或膀胱无力。曾有位法国医生指出：“椎间盘突出不会致人于死，却也会让人不能生活。”

在 20 世纪初，医生们以为腰痛病因是出自尾骨与髌骨关节，于是用钢钉来固定。这种所谓的“Kokzygodynie”，即尾骨神经的不明病变就成了病症来源，使无辜的尾骨遭到切除的命运。此外，扁平足、痛风、梅毒和上颌窦化脓等等也都曾被认作这种症状的根源。

椎间盘切除术的时代

到了 1934 年，美国波士顿的医生米格斯特（William Mixter）和巴尔（Joseph Barr）曾共同在《新英格兰医学期刊》中表示，已有方法让饱受折磨的椎间盘摆脱困境。医学史家将此划时代的知识风潮时期

称为“椎间盘朝代”：在过去与现代，这都是以病变椎间盘的手术切除（也就是椎间盘切除术）为表征。

起初这种手术切口要 15 厘米长，因当时 X 光摄影术并不发达，所以开刀医生须在淌血的伤口中奋力搜寻，直到找出受损的椎间盘为止。为了能处理到椎间盘，通常连周边的横突和棘突一起切掉。某一医学教材便曾经指出，没有哪个医学部门会比脊椎外科产生出更多的人为残疾。

尽管手术方法已大有进展，但手术原则却一如往昔。医生将内视镜伸入脊椎，拨开肌肉组织，直到直到椎骨和棘突清晰可见。在这种日益频繁使用的显微手术中，医生会伸入极小的薄片，透过显微镜（8~10 倍的放大率）进行观察，并以手术切除突出部分。如此一来，就可除去脱位的神经纤维所带来的压迫感。

这种手术在许多状况下是有益的，例如膀胱和收缩肌已失去控制时，而且还要及早进行。椎间盘也可能发生“大规模突出”的状况，使骨盆部位的神经大

受压迫。一旦肌肉暂停功能而导致脚抬不起来及其他瘫痪现象的话，医生就必须马上处理。根据柯拉马医生的说法，如果尾骨痛和发高烧同时出现，便算是“红色警戒状态”。就连肿瘤也可能侵袭到脊椎神经。不过一般而言，他还是建议避免不必要的手术。大腿酸麻、反射动作失常、坐骨神经痛与脚趾轻微麻痹等等，柯拉马认为这些症状不一定适宜手术解决。

这是因为侵入敏感的脊椎系统是动辄得咎的，牢牢附着在脊椎上头的肌肉组织难免会被碰触到，如此一来，不时停摆的背部肌肉因此而变弱。此外，受损的组织会长出伤疤，使周边的神经纤维产生疼痛。组织切除也会进而影响椎间盘的运作方式：椎间盘会失去压力与弹性，无法为周遭的椎骨带来适当缓冲。这会引起恶性循环：手术本身导致进一步退化，从而又需要另一次手术。

以椎间盘切除术的统计数字来看，情况更不乐观。尽管术后有八成患者感到痛苦已经消失或者大为减少

但日子一久，疼痛又会回到很多人身上。在这些开放手术中，后来证实有四成是失败的；而在显微手术中，后来证实为没有效果、甚至是病情恶化的达到了 12%。

有一种独特症状因这些医疗措施而产生：椎间盘切除术后症候群。即使在不轻易动手术的英国，医疗产业每年都能产生 2000 个这种新病例。《英国医学期刊》说：“通常患者本来年轻又有活力，现在却长年遭慢性病魔缠身。”

更糟的状况是横向下半身瘫痪。尽管医生在手术中利用手术刀和手术盘时已尽可能避开骨髓，但病灶发炎和化脓菌侵袭神经的情形还是不断发生。

所以整形外科医生宁可借由热敷和复健师的双手来治疗自己，摈弃同事的手术刀，这是不足为奇的。在英国的一次脊椎治疗医生的研讨会上，研究人员对在场 220 位神经外科和整形外科医生进行一项问卷调查，结果会场中没有一位医生愿意因自己的背痛而接受手术治疗。

另外，椎间盘手术在许多状况下还带动进一步的医疗干预。在接受手术的患者中，有 3%~14%表示术后不久背部就重新产生剧烈疼痛，这通常要以钢钉和钢柱在疼痛的脊椎段做固定处理。不过，手术固定（也称脊椎融合）是否能就此根除疼痛，依个案而不同，无法打包票。尽管它能组织椎骨脱位和滑动，且医生们说有 7 到 9 成的患者有“良好结果”，但还是有缺点：腰部变得僵直，使临近的椎间盘必须额外载重。所以，基本上融合治疗只能视为不得已时的选择。

融合治疗的第一次全面研究只显现出欠佳的成绩。有将近 350 位过去一年来主诉剧烈背痛的患者参与这项研究，其中一般接受融合手术，其余人接受肌肉训练和复健运动等保守的治疗方法。此外，他们都接受重建心理和恢复乐观的心理咨询。受测者在两年后接受调查和访问，结果接受手术者的病情并没有优于未接受手术者，甚至有 19 个手术病例产生了后遗症，其中 11 位需要再次进行手术。

总体来看，接受手术和未接受手术的人都比两年前研究时有所好转。但研究人员认为，这种进展很可能只是反映疾病的自然痊愈过程。

其中也有一些手术非常离谱。不来梅的一位病患布容斯(Jan Brüns)在 66 岁时植入钢钉钢柱固定系统。后来病情每况愈下，医生只好拆除，让这位老人带着晃动的尾骨、助行器和塑胶背部支架打道回府。

庸医的处理方式

以上那些耸人听闻的故事对其他有效疗法的提供者来说，是最好的广告宣传。各种私人院所也积极地在忧心忡忡的健康人士中招徕顾客。北莱茵-威斯特法伦的一家私人诊所就曾为笔者提供“无射线且价格合理的 3D 脊椎检测”。放射线及核子医学同业公会也试着引起我对核磁共振摄影的兴趣。根据它在报章中的说法，利用这种技术，“椎体上部细小的初期变化都可

察觉出来”。

然而这种诊断术的流行后来竟导致人们对背脊健康诊疗的反感。因为一旦用核磁共振摄影检查，连不会有尾骨痛的人也会缺陷毕露：约三分之二的人有椎间盘突出，三分之一的人甚至有断裂。

腰和背部这种混乱不明的状况助长了缺陷诊断及多余的手术。曾有放射线人员和整形外科医生在一项典型研究中提供 X 光片及电脑断层摄影，供脊椎医生们判断。这些医生认为当中有超过三成的病例显示若干病理变化，因此提议进行手术。不过他们被耍了：这些照片其实都来自身体健全的学生。西雅图华盛顿大学的狄欧教授对于这种尾骨诊断术的流行感到惊讶。仅仅因为察觉出“偶然的偏差”，却可能导致“在其他状况下不可能进行的无谓的医疗干预”。

许多应用在背痛者身上的医疗尝试都有冠冕堂皇的法则依据，但在仔细查验后却往往不攻自破。例如日常的磨损可能在椎间盘和脊椎管道中产生气体杂质

而吉森大学医院的神经外科医生伯克（Dieter-Karsten B. ker）指出，抽除这些气泡似乎可说是“庸医的本领”。这些小气泡并不会导致疼痛，但诡异的是，有些医生竟然还刻意将特殊气体打入脊椎中，当作药物販售。据说，这种由氧气加臭氧的人工混合气体，能使椎间盘组织保持干燥且健全的收缩。其实，这终究不过是泡影。

每个医生的说法各有出入，这仿佛成了背痛者不得不背的十字架。然而到底谁是庸医，一般人却很难辨别。目前对这种脊椎医疗的混乱进行最彻底观察的人，当属吕北克大学医学院社会医学研究所的吕嫚及其三位同仁。这组健康专家收集了资料库、网络和专业期刊上的数百份研究和个案分析，并进行整理和评估：其中大部分个案都证实为缺乏实据。尽管不少医生用心描述了一系列个案及令人振奋的成果，却往往遗漏了最重要的部分：将他们推广的方法拿来与标准程序比较。

我们很少看到医生做比较研究，所以一般研究报告的说服力几近于零。换句话说，受到调查的受测者症状是如此千差万别，使得医生无法回答这个关键问题：哪种疗法比较好。吕北克团队的报告还指出种种医疗尝试评估结果的不当之处：医生们只将注意力集中在“成功”及“未成功”的框架内，至于他们如何得出这些判断，却不得而知。

在后来节选出来的 12 份报告中，基本有三种可能的治疗方法：一、经皮刺穿腰椎椎间盘切除术(APLD) 是将一条软管穿过一小片皮层进入椎间盘。在软管前端旋转着一把小手术刀，用来钻碎椎间盘的核心，吸出碎片。结果是灾难性的：在第一阶段中 71% 无效。再重复一次这种钻碎手术后，成功率可提高到 65%，不过仍明显低于显微手术的 80%。为了不使 APLD 受测者受到伤害，这类研究后来提前结束。

二、先前相当热门的髓核化学溶解法则稍具疗效。这是将一种称为木瓜凝乳蛋白酶的消化酶注射到椎间

盘中，也就是以化学方式溶解软骨、解除疼痛。由于医疗界担心会引起骨髓的过敏和发炎，所以这种疗法已经不再流行。吕北克报告则认为此疗法“难以理解”。引起严重过敏的病例少于 1%，而引发死亡的，美国是 0.07%，欧洲是零。相对于标准的显微手术，髓核化学溶解法并没有胜出。

三、在内视镜手术中，医生利用长柄工具将一块小薄片推入椎间盘中。吕北克团队指出，两份内视镜手术的比较研究“无法证实内视镜手术和标准手术的临床成功率有重大差别”。不过，接受内视镜手术的患者能很快回到工作岗位上。

吕嫚表示：“要对内视镜手术做出判断几乎是不可能的。”市场上的推陈出新令人眼花缭乱：医生甲将硬式窥管伸入脊椎，医生乙则用软管。各个医生和各家诊所都是随心所欲地选择，而种种手术结果却并未得到进一步研究。

吕北克团队并不认为自己是新式诊疗法的反对者。

吕嫚认为：“有新的开端自然是不错的。”不过这些诊疗办法并不应该像目前一样完全不受检验，而应经过临床比较研究。“如果健保单位对于实验性的脊椎疗法先进行临床研究再予以采纳，会比较有意义。”

许多伤口都是靠时间才愈合

背痛者本身的心理状态和治疗方式扮演着同样重要的角色。因为各种缘故而心情低落的人，即使开刀后也很容易继续抱怨。医生们认为职场的不快、忧郁的性情、提早退休的愿望和活力缺乏，都可能是阻碍治疗成果的因素。患有急性背痛的通常是生性敏感的人，因此医生一开始就要安抚他们的情绪，夸奖脊椎的情况，仿佛已经是走向健康的第一步。《医生实务》便指出这一点，并建议治疗者：“一般常出现的、无害的检验结果（例如骨质退化或轻微脊柱侧弯）最好不要提起。”

以愚谈替代照 X 光片——就连《英国医学期刊》的专家也这么主张。他们比较了入院进行 X 光检查的 210 位患者与未照 X 光的 211 位患者，且其余医疗程序相同，结论是：尽管照 X 光片的患者觉得接受了适当治疗，但却“没有临床效果”，反倒是“治疗结果显示，他们的疼痛持续了更长的时间”。个中原因似乎可归咎于 X 光片：查看受损的椎间盘只是强化了患者事态严重的想法。

柯拉马医生甚至担心，医生对患者尾骨痛的稍事渲染可能造成“心理伤害”。他认为：“椎间盘突出的 35 岁患者甚至会以为，要不了多久他们的下半身就要瘫痪。我们必须为他们消除这种恐慌。”

因此，柯拉马强调背脊本身有惊人的自愈力：这不是说几乎所有患者在椎间盘突出后的一个月内症状会自动好转；而是说，免疫系统的细胞会将椎间盘脱位的物质视为异物，通过酵素加以溶解。这就是自愈作用。有一项典型研究曾针对 200 多位患有椎间盘

突出的人进行比较，一些人动手术，另一些没有。一年后，接受手术者的情况比较好；但在4年和10年后，两组情况都不错，没有什么差异。

时间能治愈很多腰和背部的症状，也就是“耐心等待现象”。在20世纪80年代，波鸿大学整形外科诊所曾提供髓核化学溶解法，由于需求很大，许多患者都只能列在约诊名单上等候。当医生在两三个月后终于可为这些早先走投无路的患者提供服务时，他们却不再有这个需求了——疼痛已自行消退。

所以基本上，椎间盘的磨损过程是良性的，只不过在中年时会因过分懒散的生活和施力不当而导致疼痛。以往碰到急性症状就需待在床上的办法已经过时，现在应该反其道而行之：活动才是最好的疗法，因此这能避免病情加重，并获得良好的肢体感觉。

大自然过程也为多数的椎间盘患者准备了一项馈赠：年纪愈大的人，尾骨的困扰愈少；椎间盘到了某一天会干燥到几乎不再滑脱。此外，脊椎在50~55岁

间也会骨质化，青壮年时期饱受折磨的背痛此时也会消失不见。整形外科医生称之为“老年时期的脊椎良性硬化”。

当我腰痛复发，回想起当年的整脊情景时，这回忆还真是美好！在医生告诉我“你的椎间盘出了毛病，第四节腰椎隆起，第五节腰椎突出”之前，我已经在候诊室忍着疼痛站了整整一个钟头。他派人送我到复健中心，那里的按摩师和运动教练帮忙做了调整。复健中心的医生却在瞄过我的 X 光片后做出了截然不同的诊断：“不好意思，这个椎间盘我怎么看都看不出有什么突出。”所以，我腰部的剧痛是否就是椎间盘突出，直至目前仍是不解之谜。

外科手术的假象

存疑手术的分布图

一些患了帕金森症的人被送进手术室——没有人知道他们在这里会受到什么处理：其中，12 位病患的大脑被注入他人的神经细胞，其余 18 位不过是在头骨盖上钻个小孔。但不管他们接受了什么治疗，结果都一样：当患者相信自己被植入神经细胞后，即使在所谓的手术后一年，他们也认为自己的生活品质有明显改善。

这项科罗拉多大学临床研究的“幻术”并不只迷惑了病患。就连医生（他们同样不知情）对病患健康状况的判断，也受到后者本身想法的影响，而不是受到病患实际诊疗方式的影响。这项临床研究的秘密在一年后才透露出来。一位女性患者甚至都已经重新恢

复运动，所以当他得知自己并没有被动手术时，着实吃了一惊。

科罗拉多大学的研究结果让我们想到，在测试新手术时，同时探讨安慰效应也是相当重要的。安慰剂的比较研究对药物研究人员而言乃是家常便饭，不过许多外科医生却拒绝采用。他们的理由是，仅仅为研究目的而蒙骗患者、在其身上留下伤疤（不管伤疤有多小）是不应当的。

不过这些口是心非的外科医生或许是担心，他们那精益求精的治疗方法并没有比安慰剂效果更好。《柳叶刀》杂志讥讽一些外科研究为“闹剧”：出现了很多问题，但却只有少数答案。由于安慰型外科手术向来受到普遍的抵制，所以目前外科的临床研究只有约 3% 能符合高标准。这就表示：很少有介入人体的手术经得起科学验证。外科医生大力推荐的手术，通常连他们自己也不知是否真的优越。

拿遥控手术机器人来说，美国曾进行了一项科学

研究，探讨遥控手术机器人在人工髋关节移植上是否真的优于人类手术师。但不等结果出炉，近几年就有约 90 家德国诊所购置了这种每台约 50 万欧元的设备。等 2004 年该设备由于患者抗议与指责而停用时，已有数千位患者受到机器手术的折磨。也就是说，这些机器手术对肌肉和神经时常造成损害或破坏。目前美国为保险起见，已经禁止这种遥控手术机器人用在病患身上。

尽管目前有更多人在危险的手术后存活下来，但这与其说是手术科技的进步，不如说是因为麻醉和用药等辅助治疗的持续改进。

手术的不安全性可从最常见的外科手术，比如疝气手术谈起（德国每年约有 25 万人次）。因疝气而就医的人要做出痛苦的决定：让医生在腹股沟划开伤口，使移位的脏器归位，再缝合伤口。目前常用的手术方法是内视镜，只要在腹腔开三个小伤口，插入一根小管，输入人工网膜，在腹壁内侧做修补。

根据对照研究的结果，这种开放手术（内视镜）明显比先前的腹腔镜手术来得安全：术后复发率分别是 4.9%（开放手术）和 10.1%（腹腔镜手术）。换句话说，腹腔镜疝气手术的二次手术次数是前者的两倍多。不过腹腔镜手术在德国“常被推崇为某种使命”，《外科学综观》如此评论，“在研讨会中，若干会引起严重并发症、乃至死亡的方法曾经被指责，但这些问题几乎都遭到否认，或者被转嫁为医生的经验不足。”

海德堡的德国外科医学学会研究中心的马库斯·毕希勒（Markus Buechler）及其论争对手，就致力于提升外科手术的透明化品质。他们公开批评说，直到今天，还有一些新手术方法在医疗院所通过一种难以掌握的途径进行。在所有公布的研究结果当中，8 成以上都局限在个案报道或个别部门的小手术系列。这类手术结果完全取决于医生的能力，然而医生们大概都会相当肯定自己的能力。个别医生凭借权威来决定某一方法成立于否，这种外科医学的传统似乎还不曾中

断。尤其是以下这种制度更导致了有害无益的医疗措施：只要回收划算的手术，都会被执行。海德堡的医生们想依据客观原理来改变这种状况。他们在《德国医讯》中写到，就外科医学来说，安慰型手术“合乎道德，具有临床上的必要性”。

要是毕希勒等人在这方面能有所斩获，或许就有大快人心的发现。但截至目前为止，医学学者及研究人员只批判了极少数的手术方法。他们在这方面获取的知识形成了一张存疑手术的分布图。

告别子宫

美国加州有将近一半的妇女过世时没有子宫，德国妇女则有三分之一在有生之年做了子宫切除术。

这个貌似去了梗的梨子的器官，在医学发轫时就颇引人遐思。古希腊名医希波克拉底提出了子宫“歇斯底里”的概念：子宫乃独立的身体构造，能自行在

体内游移——妇女的疾病和若干精神状态都与子宫游移相关。

后来柏拉图就将此概念直接关联到歇斯底里的症状（所谓“受到子宫的折磨”）。根据他的看法，生为女性乃是诸神祇惩罚的结果。保健专家克劳斯·穆勒（Klaus Müller）则说：“子宫只有靠怀孕，或是（如希波克拉底所认为的）靠男性供应精液才能恢复平静。”

对于会流血和孕育胎儿的子宫，有一些奇特观点流行乐很长时间。到了 19 世纪末，这个器官落入了外科医生的操作范围。他们切除了这个女性器官，以治疗淫欲和歇斯底里。手术技术越进步，这种手术就越重要。后来，人们就开始清除整个子宫。

这种多半由男性进行的下半身手术目前还大受欢迎，只不过切除的医学根据已有改变。每年在德国切除的子宫估计有 12~14 万之巨。不过妇科女医生芭芭拉·艾瑞华格娜（Barbara Ehret-Wagener）指出：其中有 8 成“就算现在来说也非真正必要”。其实这种所谓的

子宫切除术，只有一成的病例是不可避免的，即妇女长肿瘤、子宫有大量出血或脱落的危险时。

子宫根治手术通常只在患者因经血过多而就诊时才需要施行。不过妇女也会因腰痛而决定干脆切除子宫。2000年6月，德国哈姆高等法院宣判一位妇科医生要付出1万欧元的赔偿金。他本来应该找出该病患尾骨疼痛的真正原因，但却直接切除了子宫。根据该切除器官的检验结果，它既未过大也没有发生任何病变。

最常见的切除理由是出现肿瘤。这种绝大多数良性的子宫肌瘤，会在两到三成的妇女身上出现。它通常不会引起痛感，不会被察觉。雌激素（女性荷尔蒙）会助长这种肌瘤。更年期女性身体的雌激素分泌会减少，于是肌瘤就会停止生长，甚至会萎缩。穆勒指出，这种正常、良好的自然过程却被药厂推广的荷尔蒙补充疗法中断。“雌激素若持续供应，肌瘤就继续生长，增大到一定大小后，由于疼痛和对临近组织的影响，

手术切除子宫也在所难免。”无效的医疗就靠这种方法开发需求：将更年期过程转化为需要治疗的状态，雌激素治疗提高了子宫切除术的需求。

杜塞尔多夫的德国联邦医疗质量办事处（BQS，德国在鉴定医疗院所质量方面居于领先地位的外部独立机构——译者注）曾探讨病患在德国医疗院所得到的服务的状况。研究人员意外发现，每年因身体良性变化却被切除子宫的 35 岁以下妇女有将近 2500 人。这种事在医学上很少站得住脚，况且她们被剥夺了生育子女的机会。BQS 的研究报告指出，既然子宫切除术“可能导致严重的并发症，并意味着绝对丧失生育能力，所以应先尽可能为病患反复确认其他治疗方案是否可行”。

各国比较也显示，若干国家有许多子宫切除术并不是出于医疗效果的考虑。沙特阿拉伯的妇科医生平均每年切除的子宫不超过一个，日本医生在这方面的保留态度也不遑多让。法国每年在 10 万名妇女身上约

有 90 次手术，德国将近 360 次，美国则是 430 次。

妇女是否放弃子宫竟然取决于她们的教育程度。专家多明尼杰帝在瑞士，也就是所有被保险人有同等机会获取医疗服务的地方，对这种社会落差做了查验。他在提契诺州的抽样调查结果如下：女医生本身切除子宫的比率是 9.96%，已婚的女性法务人员是 8.45%，一般民众则是 15.7%。此外，自费的病患进行切除者超乎寻常的频繁。根据统计，投保额度高且教育程度低者，一般会尽早切除子宫——有 29.9% 的人这么做。

多明尼杰帝担忧地表示，这个结果可能意味着妇科医生“为了个人利益而剥削妇女，或从各种程序中获取某种私密的满足”。

瑞士另一项研究结果显示，女性妇科医生治疗女病人的方式，比男性妇科医生温和得多。女医生在一年内切除的子宫平均为 18 个，而男医生则是 34 个。多明尼杰帝在《英国医学期刊》上讥讽到，值得幸运的是，瑞士并没有女性泌尿科医生，所以男性病人不

需要担心会遭到报复。

儿童摘除扁桃腺

曾有一段时期，扁桃腺基本上就算是为了手术摘除的需要而存在的。100 年前，人们这么做不只是为了治疗发炎的咽喉，它还同时是预防甲状腺肿大、糖尿病与癫痫等等的办法。1930 年，研究人员进行了一项典型调查，对象是纽约市 1000 位学童，调查发现，已摘除扁桃腺者达到了 6 成。没有被摘除的那 4 成也都曾接受医生检查，其中每两位便有一位遇见过建议摘除扁桃腺的医生。后来第二次调查显示，这 1000 位学生只剩下 65 位还留有扁桃体。由于缺乏专业医生，后来这些儿童就再也没有接受过检查。

扁桃体摘除手术曾经在美国盛极一时。20 世纪 70 年代，一年之中就有 100 万人进行完全麻醉，摘除了有如花生到李子般大小不等的喉部扁桃体。其中有 6

成是不到 10 岁的儿童；可以说，大人并没有问过他们是否同意。所以德国《时代周报》指出，这些儿童遭到“所谓的手术暴力”。

目前扁桃体手术也逐渐成为西方世界最频繁的手术之一。不过，在这个“无扁桃体生活”的领域当中，就算美国人也要向德国人俯首称臣。每年全德国进行了约 23 万次扁桃体摘除手术；如果按人口比例来算，这几乎是美国或英国的 3 倍。10 岁生日之前的儿童，每 10 个就有一个倍摘除扁桃体。德国耳鼻喉科学会对于慢性扁桃体发炎的指导原则和建议是尽快做手术。科隆的医疗品质及成效研究中心主任兼内科医生萨维奇指出：“所谓喉咙痛、扁桃体肿大，甚至口臭都可以当作手术摘除的理由——于是，任何时候都可摘除几乎所有小朋友的扁桃体。其实，可能有一半手术是可以免做的。”

不过要是经常受到喉咙发炎的折磨（一年约 7 次以上），那么再具批判性的医生也会认同摘除扁桃体。

幸好这种手术在许多轻症病例中可被视为多此一举。荷兰医生呈交的报告证实了这一点：研究对象是 300 位每年喉咙发炎次数在 6 次以下的儿童。有人接受手术，有人则由研究者静观其变。接受手术的儿童在前 6 个月中喉咙或支气管发炎，以及发烧等情况比对照组略少，不过两年之后就看不出两组的区别了。至于儿童的舒适感和因病缺课的次数，从研究一开始就没有差异。

耐人寻味的是家长在儿童病程中的行为。未接受手术儿童的父母们倾向于每次喉咙发炎便随即就诊。接受手术者的父母们有所不同，由于扁桃体已不存在，他们也就不再为类似症状而马上去找医生。可以说，这是术后的安心感使他们高估之前手术的效果吧。

人们也可从生理学的立场来反对躁进的手术。在出生几年后，喉部乃至顎部扁桃体就在人体抵抗力的增进上扮演着重要角色。手术毕竟难免产生术后出血（这种危险性在扁桃体摘除手术中约为 5%），增加治

疗的麻烦。2003 年秋，乌珀塔尔某诊所的医生为一位 17 岁少女摘除扁桃体，两周后少女却死于术后出血。不管这是人为的疏忽还是所谓的宿命，这个悲惨的案例提醒人们，扁桃体摘除也可能导致极少数病例死亡。因此，轻率的诊断难免给病人带来不必要的危害。

医生似乎总比不懂医学的人更了解这种风险。这可从瑞士提契诺州的研究得到佐证：受访的医生子女只有 18.3% 摘除扁桃体，一般儿童的摘除比率则高达 33%。不仅如此，扁桃体丧失与否会在家族中传承。一直保有扁桃体的家长们会注意子女该器官的完好。学者多明尼杰帝建议：“在双亲都不曾摘除扁桃体的医生家庭里，最好的生活方式就是避免这种往往已经仪式化而且会造成损伤的手术程序。”

颈动脉上的切割

德国有上百万公民的颈动脉的狭窄程度超过 50%。

通常他们完全察觉不到，也没有任何症状。当血液通过这种狭窄部位时，会发出某种用听诊器才能听到的声音。目前医生们也会以健康机能检查的名目来吸引顾客，所以这种听诊检查要自掏腰包。有这种颈动脉狭窄的人发生中风的机率比一般人稍高：根据统计，一年之中这些人里会有 1%~2% 有此遭遇。但大部分这样的患者并不是死于中风，而是死于心肌梗塞，因为他们的冠状动脉通常也已经硬化而出事。

有鉴于此，大约 50 年前，一位医生想出让颈动脉狭窄超过 60% 的患者动手术的招数：由血管外科医生清理颈动脉，并加以疏通。他们先让狭窄部位周围的血流改道，切除窄化的淤积部位后，再将动脉缝合起来。

1954 年首度实施的这种医疗措施，如今在工业国家已非常普遍。外科医生表示，这种大手术可以有效预防中风。但是若我们浏览一下颈动脉手术的历史，就会不自禁怀疑这个说法是否有根据。3 项重大的临

床研究都证实不出它的疗效。

尽管北美洲进行的“颅外动脉疾病联合研究”的结果指出，进行手术而无并发症的病患有比较低的中风机率，不过在动脉上这样操作，许多状况下却可能导致淤积分解的碎片移向大脑。许多手术台上的病患因此而发生中风，若干人还因此丧生。总计下来，100位患者会有 11 位发生并发症——这么一来手术效果都没了。医生原本要预防的疾病，却因为他们的治疗尝试而被引发。

撇开这些不谈，颈动脉上的切割是高利润的医疗项目，而且以往还很热门。美国单是在爱 1985 年就有 10 万多位病患因此摆脱颈部毛病。德国在 90 年代初每年都有约 12000 次这类手术，医生们还努力地开发更大的需求。1992 年 7 月，在一场有关“无症状阶段颈动脉狭窄”的研讨会中，海德堡的血管外科医生杰恩斯·亚伦贝格（Jens Allenberg）呼吁手术数量应增长 4 倍，也就是至少要有 45000 次。德国血管外科协会

也以类似的理由推广：协会会长汉斯-马丁·贝克尔教授（Hans-Martin Becker）在 1992 年呼吁，每年要让同胞们在颈动脉上动 12 万次手术。

1995 年，一些医生共同发表文章，试图由学术立场指责这些人的贪欲。这份 ACAS（无症状动脉粥样硬化研究）报告指出，妇女从手术得到疗效的说法并不能自圆其说，而男性也只能得到某种效果——在 5 年的观察期当中，接受手术者与接受保守治疗者相比较，前者罹患中风的比例低了 5%。这些医生一探究竟后，发现这样的数字并没有优越之处：绝大部分手术的效果都只是来自无后遗症的少数中风病例。德国的神经病学教授马丁·葛隆德（Martin Grond）指出，重点应该是预防持续性瘫痪的中风：“在 ACAS 超过 5 年的患者当中，只有 2.5% 达到这样的效果，所以疗效并不显著。”

2004 年简称为 ACST（无症状颈动脉手术实验）的研究，以 3170 名患者为对象，得到的结果也是类似

的。乍看之下，实验结果令人印象深刻：5 年的观察期间，接受手术者中风的风险约 6%，而接受保守治疗者的致病风险将近 12%。得到的重度瘫痪的中风风险值分别是 3.5%（手术）和 6%（保守治疗）——但这是 5 年下来的总计。葛教授指出：“这代表了每年 0.5% 的绝对差异。”这样说来，为预防重度中风，每年是否就应该对 200 位无症状的患者动手术呢？

这样的手术并不是没有风险。根据统计，在德国的每一年中，每一万次对无症状患者的颈动脉手术就会有 2% 的失误率。换句话说，这种“预防性手术”每年会给 2000 位公民带来并发症，导致其中一部分人在医院中丧生。

有鉴于此，目前已有若干医生另谋对策。他们想以另一种疗法取代饱受争议的颈动脉切割。这种疗法有点类似于心导管手术：通过小孔推入一根弹性软管，在颈动脉中以膨胀方式扩大狭窄部位，并植入一个金属支架。不过这样的方法或许仍然是以无效取代无效，

因此德国预防中风协会曾经提出警告，截至当时，这种导管手术的疗效还是没有得到证实。

出差前摘除胆囊

根据统计，有将近 25% 的人身上有胆结石。这种钙化的伴随物主要由胆固醇组成，在胆汁的影响下凝聚、结晶而形成块状物。大部分人察觉不到这种颗粒。有 8 成的结石是不会出现症状的，也不会发出任何声音。

不过，如果有些结石想故意作对，它们的主人可就吃力了。胆汁无法再流通，在胆囊里越积越厚，由此导致的要命绞痛叫做胆绞痛。一旦这种小结石移动到了胰管，就会堵住胰岛素的输送，那么这种消化液就会开始回头破坏胰脏组织。

在这种状况下，胆囊及其结石的摘除可看作是有

益的手术。这种根治手术的优点在于术后可以永不再受打扰。根据 1882 年第一位进行这种胆囊切除手术的卡尔·朗根布赫医生 (Karl Langenbuch) 的说法：“切除胆囊的用意并不是因为它还有胆结石，而是因为它会形成胆结石。”

几十年下来，德国平均每年约有 8 万次胆囊切除手术。20 世纪 90 年代初，这种貌似极具效果的手术方式变得更加精密：如今可以利用腹腔镜手术摘除这可有可无的人体器官，不会给患者留下太大疤痕，且用不了几天就可以出院。

腹腔镜手术风潮使得一些具有批判性的医生担心连没有毛病的人也要失去胆囊。1992 年秋，在慕尼黑一场研讨会中，科隆的外科医生汉斯·涂以德 (Hans Troidl) 指出，他很难确定患者是否只在确认手术利弊少后才接受手术。两年后，外科医生齐佛特 (Jörg Rüdiger Siewert) 公开抨击这种腹腔镜胆囊切除术的泛滥。他在慕尼黑的德国外科医生研讨会指出，该手术

的次数在两年内就成长了 3 成。这样的发展在美国也同样无往不利，目标族群是无症状且负担高额保费的年轻人。预防性的胆囊切除术吸引他们的理由是，出差旅行可以不必担心胆绞痛。齐佛特指责这种手术无异于“模特手术”。他认为个中助力来自两方面：一是手术器材制造商有意让它在市场上畅销；另一方面，媒体也在炒作。

不过，再怎样大声疾呼恐怕也阻止不了新兴科技为自身开发需求。如今每年德国的胆囊切除次数不再是 8 万次，而是 18 万次，其中约有 9 成是腹腔镜手术。

根据有关医生的说法，这种手术有多项优点：术后疼痛较少、复原较快，以及较不影响美观等等。但是，当英国医生想以科学方法检验所谓的手术优点时，结果却颇有出入。研究人员随机抽样的方式，对 200 位患者动腹腔镜手术或开放手术（也只留下相当细小的伤口）。所有患者伤口上都缠上同样的绷带，这样就没有人能从此看出谁各动了怎样的手术。结果

呢，腹腔镜手术的时间（平均 65 分钟）明显多于开放手术的时间（45 分钟），至于住院时间（平均 3 天），以及复原所需时间（平均 3 周）则根本看不出差别。不过，这似乎没有妨碍到腹腔镜手术的胜利，因为 1996 年这项结果发表之后，就没有手术师予以留意。海德堡大学毕希勒和克里斯多芬·柴勒（Christoph Seiler）等医生在《德国医讯》表示：“这样一来，某种手术程序就成了目前医疗照护的基本项目，成本由医保制度来负担，但是是否真正具有疗效却没有充分根据。”

肚子裡的花招

第一章谈过这些人的遭遇：当患有慢性腹痛的人找医生时，有可能在缺乏医学根据的状况下被摘除某个器官。这可能导致不同的后果。医生们指出，若干术后病症的主因来自腹腔内的愈合作用，这种情况在病例中占有 35%~56%（随各个研究而不同）。所谓的

特殊的“粘连”作用，可能就是手术与发炎带来的后遗症。

于是，10 年来医生们建立了一种干预程序，来对付这种症状，即粘连分解术：使用腹腔镜，在腹腔开个通道孔。

据说这种手术可以启动愈合作用，使患者摆脱病痛。至于这种新的程序有何根据，医生们多年来都没有明确的交代。

荷兰外科医生丁格曼·史旺克（Dingeman Swank）是有意检验这种疗效的人之一。他和同事们一起比较研究了 100 位主诉慢性腹痛且有粘连症状的患者。每位都施行了完全麻醉，进行腹腔镜手术。医生对其中 48 位不再做任何处理，其余 52 位则进行粘连分解术。受测者肚皮的伤口看起来都一样，所以术后无从得知他们被动了什么样的手术——答案要到一年后才会揭晓。

医生每 3 个月探询病患的身体状况，再决定是否

告知这项秘密；接受粘连分解术的患者中，27%的人术后有明显好转，但是对照组的复原率也同样是 27%。所以假手术的效果和真手术不相上下。

由于受测者在研究中直接得知的状况是动了腹腔镜手术，所以很可能是这种手术引起了安慰效应，而所有病患体内都找不出像肿瘤那样的坏东西（撇开那些折磨人的愈合作用不谈）。因此总体来说，腹腔镜等于是起了解除警报、从而有益人体的作用。医生们不妨就减少这种在愈合部分动刀的作业吧。

知识才是最好的医疗

我们应该让自己有所作为

一般而言，无意义甚至危险的工作，终究会导致空洞的合约、工时（和工资）减少或公司破产。到时大家一定会交相指责服务散漫、产品低劣等等。截至

目前为止，医疗体系中的情况还并非如此。大部分人还不能判断哪些程序有意义、哪些没有意义。可以说，消费者还缺少应有的权力，抵制可疑的医疗服务。若要做出改变，现在就取决于大家的态度。医学史上文化革新的时机已然到来，我们要让医学接受检验，让这项工作成为舆论界的关注点。

知识乃是最好的医疗，这有两方面的原因。

第一，知识可使大家了解自己能为健康做些什么：要看诊就去找一位不一定要开药给你、但鼓励你为自己的健康负责的医生。以下的话听来虽然简单直白，却是专家们一再证实了的：顺应生命的自然变化是保持健康的最佳方法。能毅然在今天就戒烟的人，他为自己健康做的，便多过医疗界所能提供的。每日 30 分钟活动，以及均衡的营养就已是当代几种重大疾病的治本之方。许多研究都得出这样一个明确的结果：只要每日活动筋骨，就能“有效降低心血管疾病、中风、记忆力减退、忧郁症、糖尿病等等疾病的风险”。就连

患乳腺癌和肠癌的机率，也能通过多做运动来降低。这个道理适用于每个年龄层；只要我们着手增进自己的健康，就永远不会太迟。时常活络筋骨的 65 岁以上的妇女，相对来说骨折的机率就比较小。每天走上 3 公里的老人，就常比走不到一半里程的人来得长寿。优秀的医生都指出，我们应该让自己有所作为。

另一方面，知识也能使你成为明智的消费者，在浮滥成风的医疗体系中找出合乎经济效益的正确路子。目前医疗体系的浪费，主要是被保险人受到若干医疗服务项目的不当诱惑，或是采取了那些效果不大甚至无效的项目。每年数十亿元就这样被白白浪费。

也有人将这种医疗体系的浪费归咎于病患。经济学家和政治人物指出，民众的就医次数实在太过频繁，需求也稍嫌过大。他们动不动就为了若干小病或忧虑，而支付客观的金钱，并要求若干用药和治疗。所以有人建议为了杜绝胡乱就医，病患应该负担更多的医疗成本。如此一来，需要自费的人就会多考虑以下是否

真有必要就医。基于这样的考虑，德国便采取了每个医疗季度加收 10 欧元费用的新制度。

不过，这种医疗税实际上是破坏了互助原则，损害了真正的病患的利益。有不少病患为此而放弃了必要的治疗。不在乎这些季度诊疗费的人则继续接受现代庸医的哄骗。换句话说，参与成本和加收费用并没有成效。大众需要确实可靠的医疗风险的相关信息，这才是防范可疑诊疗的最好办法。当瑞士提契诺州的公众得知子宫切除术的泛滥程度后，手术的频率便降低了大约 3 成。

从医生到生意人

截至目前为止，许多国家，例如德国，主要是由医疗界评估大众需要哪些医疗程序。给大众多余的程序其实并不仅仅是经济利益使然。尤根·布洛伊勒（Augen Bleuler）就指出，坚持无意义的程序其实也

和医生的自以为是有关。这位苏黎世的精神病科医生在 1919 年发表大作《医疗界固步自封的思维及其克服》，指出医生如何忽视先进的知识，执着于一些医疗措施，并借此投合病患难以达成的期望：“求诊者一时的迫切需求也使医者很难说明自己是无能为力的，以及最好不要为了办不到的事浪费时间和金钱。”

当医生用激光在心脏穿洞，或是用糖溶液清洗患者听力减退的耳朵时，所依循的就是这种“希望法则”。若按照这种思考方式，每种程序都有道理——尤其是它们还关乎开处方者的收入和饭碗。所以，医疗程序简直应有尽有。在德国，每一代医生比起上一代来，用药和手术的支出都会增加 20 倍以上；但是，近几十年来，政府在私人或法定被保险人方面每年的支出都高达数十亿，却没有使全民的健康水平持续提升，这也是显而易见的。医疗体系的扩充或许并不表示大众更健康，而只保证了医疗界不断产生新的工作机会。

而且，医疗的成长要是得不到全民健康这种回馈，

就等于削弱了国家的经济力量。这种医学-产业复合体的支出，随着增加的劳动成本而增加，也就是说，医疗服务的劳动要素日益昂贵。

为医疗产业设下限制并诉诸道德或许是曲高和寡。个别医生所能做的不外乎克尽职责。医疗缺失根源于体制，体制则朝着日益商业化的方向发展。影响所及，若干医护人员的行为就像说客一般。例如，德国某个名叫大脑联盟协会的会长汉斯·莫勒教授（Hans Jürgen Müller），就在德国联邦议会卫生筹备会中提倡通过抗阿尔兹海默氏症药物。大脑联盟本身由生产该药物的厂商赞助。莫勒完全不否认这种争议性药物的“有限效果”，甚至以奇特的主张来推广其应用。他表示，癌症患者不也在服用一些效果相对不显著的药物吗？正因如此，大家不应该指责、对抗阿尔兹海默氏症的用药。换句话说，他强调的不是药理效果，而是主张公平处理的原则，好让尚有疑义的药物进入大众市场。

另外，医生转换角色到生意人这个观点，可拿健

康技能检查、也就是自费者的医疗业务来佐证。医生及其训练有素的团队，先是唤起病患对若干医疗花招的需求，并加以强化，随后健康检查医生就贩售这些医疗废料，佐以冠冕堂皇的辞令来自圆其说，例如不过是顺应病患们的愿望什么的。乌珀塔尔的内科医生库伯林支出，对抗无谓的治疗，医生之所以不开诚布公而按捺疑虑，经济利益居于首要位置。连医学教授都和制药公司、厂商往来密切，收取高额佣金，接受旅游招待及学术研究赞助等等。库伯林认为：“金钱赞助是导致医生压制疑虑并阻碍学术进步的直接或间接原因。这种赞助可以说不合道德，就算没有公然违法也是如此。”柏林内科医生里德尔的批评更是一针见血他说德国卫生事业当中“不知节制的牟利、专业性的缺乏、谬误的特权以及可耻的欺诈等歪风，已然蔓延”。

全民健康的七帖处方

不谙医学的一般民众对医生的信任也已然消逝。大约有 85% 的德国公民赞同“医生安全认证”，也有 75% 的人希望拥有关于医生和诊所品质的可靠信息。我们所渴盼的信息和透明化，如今由国家和政治付诸实践的时机已然到来——国家应该保护医疗消费者。

截至目前为止，政府几乎只考虑怎样让身为保险支付者的我们来补偿学产复合体日渐增高的成本，但我们要弄清楚：在强制投保下所支付的健保费用现在得到怎样的回报呢？这种包办一切的医疗供应要是能局限在合理范围内，或许老百姓就不会那么病恹恹的，而且会比较富有：可摈弃的医疗程序之费用比率，至少达到了总费用的三成。

以下是纠正过度医疗的 7 帖处方：

一、在我们每年为医疗体系付出的数千亿欧元当中，花在所谓的成效研究的部分实在少得可怜。国家

应该立法为这块最不起眼的医疗部门拨出款项，让独立的研究者来评估医疗措施的利弊得失，让研究结果以易于了解的方式提供给大众。就连医疗工作者也应该得到这门行业的公开评价成果，无论是在正规课程还是选修课程当中。

二、我们应该呼吁当政者彻底消弭医疗体系当中的不当诱因。当医生深陷于若干由体制重金酬报的医疗程序时，谁能说责任就是在他们身上呢？何况医生还要花费很多时间与各类文件打交道。他们要填写各种表格，要不断留意新规定。医生所能提供给患者的（或许是）最重要的资源却反常地很少得到好的回报——这项资源就是时间。要求更多时间是医生们最常发出的呼声。德国达姆斯塔特的执业内科医生布恩德·弗兰德里克（Bernd Frenderich）指出：“医生对75%的病患都要做设身处地的恳谈，才能做出精确的诊断。不过这需要花费很多时间，而且得不到任何额外费用。”

三、医疗界几乎不会有系统性的质量管理。医生

总是援引遥不可及的产业数据，却不去检验自己的行为会有什么样的具体结果。例如尽管偌大的背脊治疗中心每年为数千位患者开刀，却不曾追踪术后的状况并收集这些信息。而肿瘤医生对于昂贵的治疗措施的真正效果，也缺乏言之有据的论点。独立的医疗研究人员，也应该在大小医疗院所就病患做长期系统性的追踪研究和访谈。他们应该公布研究结果和统计数据，好让病患能先对个中利弊有个概念。医疗要能时时考虑到实际情况。

四、新的治疗方法在德国一般都是完全未受检验就进入常规医疗程序。尽快让可行的治疗方法惠泽大众的用意虽然正确，不过另一方面，技术进步也应该要与理性思维并行不悖。当新式疗法纳入临床研究、也就是科学管辖之下时，立法者和法定、私人健保单位才能将大众的保费花在这方面。虽然新思维不应该受到抑制，但也不能逍遥于检验之外。

五、外科手术疗法几乎不曾接受对照研究的检验。

截至目前为止，仅有的一些数据更凸显了对照研究的必要性：大部分研究结果显示，新手术往往没有优于旧程序。不只如此，通常完全不动手术对病患才最有益。医者有义务对病患提出这类的研究结果。具体说来，例如医生在为风湿性、退化性关节炎病患进行关节镜手术前，应该为他们指出一些安慰效应的研究结果，也就是假手术达到的效果可以和真手术一样。

六、在病患的消费者保护方面，我们应该有个外部机制，来鉴定、品评医生公会的各种主张。国家应该奖励独立的医生和研究人员，让他们评估若干专业医学学会的准则，并将结论公布在网站上。如此就能让病患以及医生、医疗记者更能认知那些还没有定论的医疗措施的好坏。此外，由某教授提供给整形外科的建议也颇有意义：由退休医生们组织病患咨询团队，让大众得到自身病情的第二意见。

七、我们需要的不是随心所欲的施治，而是以科学知识为准的医疗措施，一如所谓的循证医学拥护者

所要求的。个别的治疗固然不需要医生面面俱到的解说，不过这不能用来反对医疗界以合理的原则对待患者。一旦医生向病患推荐若干程序时，他就应该提出合理的证明，表示那确实能带来疗效。

幸好，有心采取这些路子的思维开放的学者和医生还是不乏其人。不仅如此，许多事都已经有了开端：例如弗莱堡大学医院的专家评估了各项药物研究，并将这一研究结果提供给其他医生做参考。近来，海德堡大学医院的德国外科学学会研究中心的同仁们，也致力于证明各种外科手术的价值。科隆的德国医学文献和信息研究所则从事健康科技评估，这是在医疗措施被列入健保给付项目之前做的学术鉴定。汉堡-埃盆朵夫大学医院的神经病学专家已经（克服了巨大阻力）提交了针对多发性硬化症病患的第一份独立药物指南。科隆的医疗品质及成效研究中心也在不久前评估药物的效果，而且是以一般人所能理解的方式。

长久以来，支持一些医疗启蒙者都是对自身健康

的最佳投资。深入掌握医学知识不应该是少数人的特权。病患所能得到的信息应该和医者一样多；这样，我们就能成为有史以来最能从医学中得益的世代。

术前问题清单

如今在德国，一天内就有数千次手术进行，而其中有大部分并不是权宜之计。确切说来，这些都是可以事先安排的选择性手术。这就给了患者们自行获取信息的机会。患者不妨去征询另一位医生的建议。不用担心医生会把这种行为当作不信任的表现：为了改进国内医疗状况，这种第二意见咨询是健保单位和医生明确赞同的。在找医生谈话时，不妨带上一份核对表，并在待解决问题上做记录。

位于美国洛克维尔市的健康照护品质与研究中心为患者们拟定了一份问题清单（可参考 ahrq.gov），以下问题便改写自那份清单：.进行该手术的理由是什么？

.除了进行手术之外，有没有其他替代方案？

.有哪些证明可以指出，该手术的可能效果大于可能损伤？

.该手术干预的目标是什么？（有些手术是要解除疼痛，有些是要改善身体机能，还有一些是预防性的。）

.该手术的具体效果何在？假如有 1000 位患者进行手术，在多少人身上可以确实看出该手术的效果？

.该手术的风险如何？假如有 1000 位患者进行手术，其中有多少人会出现并发症，还有术间、术后状况如何？

.术后患者所需要的复原时间是多久？

.如果不动手术，后果会如何？

.截至目前为止，医生实施这种手术的频率是多少
这种手术在多少病人身上是成功的，又有多少是手术失败的？这些数据是从哪些资料上来的？

致谢

写这本书的想法来自一些医生和卫生专家，笔者在此想对他们表示谢意。埃布尔教授、布克哈德医生、

多明尼杰帝教授、霍尔泽教授、吕嫚医生、里德尔医生、希尔顿渥夫教授、缇勒医生 (Klaus-Peter Thiele) 与托曼教授 (Klaus-Dieter Thomann) 等人和笔者分享了他们的成果和见解。德国联邦健保单位 AOK 的佩利斯 (Matthias Perleth) 则提供了重要的资料来源。

笔者还想对以下这些人表示感谢：Gruner+Jahr 媒体资料库的巴特尔 (Alfred Barthel) 提供重要的来源和极有价值的文章。Eggers&Landwehr 图书代理中心的蓝德维先生 (Matthias Landwehr) 及其同事，也为这本书的构想提供了专业的意见。费雪出版社的布萧小姐 (Nina Bschorr) 表现了充分的信赖。《明镜》总编奥斯特 (Stefan Aust) 慨然应允了本书的写作计划；我的主管葛罗勒先生 (Johann Grolle) 和史坦普先生 (Olaf Stampf) 则给予了长久的支持。

我的同事多夏克 (Manfred Dworschak)、戈隆伯格 (Susanne Groneberg)、尤根斯 (Michael Jürgens)、舒兹 (Matthias Schulz) 以及心脏外科教授拉齐克维奇

都在付梓前审阅了部分原稿。两位内科教授库伯林和萨维奇，以及其科隆循证医学研究中心的同事们则通读了全部的原稿。他们都给予了笔者诸多协助。但书中笔者个人的结论和错误一概由我自行负责。

我还要感谢我的妻子和孩子们，他们对我和本书充满了信心。