

吳明賢翻轉胃癌宿命， 以臺灣經驗引領全球公衛準則

文字／鸞九辰 攝影／汪忠信

從

胃癌自臺灣十大癌症死因前三名降至第八名，到今年政府正式將「幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測」納入公費預防保健篩檢，四十五至七十四歲民眾終身可享一次免費篩檢，這些轉變的背後，第二十九屆國家講座主持人、臺灣大學醫學院院長暨內科特聘教授吳明賢，均扮演舉足輕重的角色，尤其是對幽門螺旋桿菌的研究，不僅改寫胃癌防治模式，更開創臨床研究轉化為公共衛生政策的新典範。

胃潰瘍，從精神壓力到感染性疾病的醫學大翻案

一九八三年，澳洲醫師馬歇爾（Barry Marshall）與華倫（Robin Warren）從人類胃黏膜中分離出幽門螺旋桿菌（*Helicobacter pylori*，以下簡稱幽門桿菌），在醫學界掀起一場大翻案。

「過去，治療消化性潰瘍僅靠抑制胃酸，一旦停藥就會復發。因此醫界常說：一日潰瘍，終生潰瘍。」吳明賢表示，直到發現幽門桿菌，讓消化性潰瘍從精神壓力或胃酸過多所引起的疾病，變成可用抗生素根治的感染性疾病。

但幽門桿菌的威脅遠不只於潰瘍，幾乎所有的感染者都會出現慢性胃炎，約一五%演變為消化性潰瘍。最令人不安的是約一至二%的感染者最終走向胃癌，甚至極少數會發展為淋巴瘤。吳明賢說：「過去感染醫學奉行『科氏準則』（Koch's Postulates），相信一種病菌對應一種疾病，但幽門桿菌卻引發四種疾病，打破這項原則。」

這個未解謎團引起他的好奇，加上當時胃癌是臺灣最常見的消化道癌症，幾乎沒有有效的預防手段，使其萌生大膽的念頭：「既然幽門桿菌是胃癌的重要病因，能否藉由根除它來預防胃癌？」於是，吳明賢自一九九五年展開研究，並踏上當時胃癌問題最嚴峻的離島——馬祖。

馬祖，一場讓臺灣引領全球公衛的除菌戰役

一九九〇年代，馬祖的胃癌盛行率高達臺灣本島的三至五倍，幽門桿菌盛行率更超過七成。時任馬祖（連江縣）衛生局長劉增應本身為腸胃科醫師，意識到情勢嚴峻，主動尋求與吳明賢合作，促成這場影響全球公衛準則的馬祖計畫。



吳明賢

生物及醫農科學領域

第二十九屆國家講座主持人獎

臺灣大學醫學院院長暨內科特聘教授

「當年，馬祖醫療資源近乎匱乏，我們還必須從臺灣用船把胃鏡運過去。」他回憶三十年前那場從零開始的除菌戰役，設備是第一道難關，說服民眾參與更為艱鉅，「最棘手的莫過於說服『沒有症狀』者接受檢查。所幸，馬祖民眾的配合度極高，才讓計畫得以順利執行。」

但同時，國際間也對大規模除菌提出質疑。為此，吳明賢串連十家醫院成立「臺灣幽門螺旋桿菌與胃腸疾病聯盟」，先掌握菌株抗藥性，再依據不同地區特性設計治療方式，以科學實證回應外界疑慮。

十二年後的數據宣告該項計畫的成功：胃癌發生率顯著下降五三%，死亡率減少近三成，幽門桿菌盛行率降至約一成，曾經的「胃癌之島」，搖身一變成為臺灣最長壽的縣市。

從「跟隨者」到「領航者」，臺灣經驗成為世界教科書

馬祖經驗的成功，並未讓吳明賢停下腳步，二〇一九年主導發起《臺北全球共識》(Taipei Global Consensus)，將零散的醫學證據整合為二十六條可執行的國際準則。這份共識於二〇二〇年登上國際頂尖期刊《Gut》創刊六十週年特刊，封面採用臺北一〇一與臺灣風景，象徵著臺灣團隊在該領域的領導地位。

「世界衛生組織亦採納臺北全球共識，讓臺灣經驗成為教

科書等級的全球領頭羊。」吳明賢語氣中難掩自豪，因為臺灣不再只是參考歐美指引的跟隨者，而是制定世界規則的領航者。

但比起國際掌聲，吳明賢更關心偏鄉與離島的醫療品質。二〇二三至二〇二四年間，團隊推動AI輔助計畫，將馬祖醫院拍攝的胃鏡影像即時傳回臺大醫院，由AI輔助判讀幽門桿菌感染與癌前病變。他強調，AI不是取代醫師，而是縮短經驗差距，讓偏鄉醫師也能具備等同三十年資深醫師的診斷力。

這項醫療平權計畫成效斐然，AI診斷準確度高達九一·三%，平均為民眾延長二·〇二年的餘命並顯著降低醫療支出。

一箭雙鵰的彰化模式， 促成國人終身免費一次的健保篩檢

馬祖的成功能否複製到百萬人口的縣市，甚至是全臺兩千三百萬人？二〇一四年的「彰化計畫」應運而生，針對二十四萬名居民推動篩檢；此時，吳明賢觀察到，大腸癌盛行率已逐漸超越胃癌，因而提出「二合一篩檢」的創新機制。

他說：「我們將政府現行的『大腸癌糞便潛血檢查』與『幽門桿菌糞便抗原篩檢』結合，民眾僅需提供一份檢體，即可

同時監測兩大消化道癌症風險，不僅節省成本，更因便利性顯著提升民眾參與意願，可謂一箭雙鵰。」

這項長達六年的大規模隨機試驗於二〇二四年登上頂尖期刊《JAMA》，其成本效益分析亦於今年六月在《JAMA》發表：「二合一篩檢模式」平均投資一元可獲得五·〇八倍的健康與經濟回報，且每幫一人多賺到一年的健康生命（1QALY），政府和健保還能倒省下一〇九四美元（約臺幣六至七萬元）的醫療費。

這項計畫促使政府決議提供國人終身一次的幽門桿菌篩檢，並於今年一月一日正式上路，吳明賢說：「這就是數據、證據到政策，科學研究影響公共衛生決策的絕佳案例。」

百兆的腸道微生物叢，決定你的心臟、大腦與壽命

回顧吳明賢三十年的研究生涯：第一個十年研究胃癌不同的病理型態與預後；第二個十年聚焦於幽門桿菌與胃癌防治；最近這十年則跨入「腸道微生物叢」領域。

這條研究脈絡的轉彎並非偶然。在研究胃淋巴瘤的過程中，吳明賢發現：「有三分之一的病人體內找不到幽門桿菌，但給予抗生素治療後，淋巴瘤卻奇蹟般消退了！」這意味著，胃腸道裡還住著其他足以致病的微生物。

「腸裡的乾坤很大。」他指出，人體腸道細菌數量約有

一百兆，是人類細胞的十倍，這群龐大的微生物群落透過免疫反應、代謝作用、神經系統以及維護腸道黏膜完整性等機制，深深影響著人類的健康。

比如近年研究發現，吃紅肉容易發生心血管疾病，因為約三成的人體內腸道菌會分解紅肉中的肉鹼與膽鹼，產生三甲胺，再經肝臟轉化為氧化三甲胺（TMAO），該物質會導致動脈硬化與血小板凝集，提高心血管風險。

「並非所有人吃紅肉都有危險，而是取決於你的腸道菌是否比你更愛吃肉；這項發現也改變我們對慢性病的看法，既然許多疾病都是吃出來的，也許透過調整腸道菌生態便能進行初級預防。」吳明賢指出，未來的3A精準醫療將結合個人的先天基因與後天的腸道微菌叢，先進行「精準評估」（Assess）風險，再予以「個人化建議」（Advise），最終讓病人「採取行動」（Action），達到預防目的。

臺灣在這場全球「菌」賽中將扮演什麼角色？

展望下一個十年，吳明賢預見一場觀念革命：從「除菌」走向「調菌」。他說：「不需要等到生病才吃藥，而是透過『三好一心』：好好地吃飯、睡覺和運動，加上保持正向的心態來調節腸道菌生態。」

值得注意的是，腸道微菌叢會因生活形態而有所不同，

譬如：吃米飯與吃麵包族群的腸道微菌叢大相逕庭；因此，吳明賢企盼：「自己的國家自己救，自己的疾病要自己研究！臺灣的精準醫療計畫（TPMI）現已收集超過五十萬名參與者的數據，足以代表漢人與亞洲族群，這是西方數據無法取代的寶貴資產，將有助於實現真正個人化的疾病預測與治療。」

