尋索躲在標準論述後的台灣防瘧奇蹟

圖片來源：李男設計

■郭文華

大家都知道，看事情有不同角度，「橫看成嶺側成峰」。不過現實中，大多數敘述並沒有給讀者太多驚喜。且不提抄襲與轉載，重述故事的人往往不更動老的架構，最多補充了瑣碎的細節而已。例如某一場瘟疫有多少人感染，第1位登月太空人是先踏出左腳還是右腳。這種狀況在網路流行後更加明顯；數位資料的傳布與取得變得容易，並不意味它們呈現了更豐富的內容與觀點。有時用搜尋引擎找件事，雖然洋洋灑灑列出了成千上萬的連結，但點進去千文一面，不痛不癢，好像作者先商量好似的。

當然，這種「標準論述」的產生有很多原因，最明顯的就是技術上「引用」他人文獻的門檻降低，讓大家只要挪來移去就可湊出一篇新文章。但歸根結底地說，標準的另一面是集體的安全感。沒有必要時，大家其實不太願意發驚人之語。於是，雖然躲在這些論述裡的作者不用擔心「出槌」，但讀者讀起來可就有點無趣了。

我也有類似經驗。爲了讓同學了解科技如何在台灣推廣普及，我指定參觀最近的「科技台灣驚嘆號」與「台灣百年衛生關鍵檔案」展覽。原本以爲這兩個展覽中，以聲光互動做號召的「驚嘆號」會比靜態的「關鍵檔案」更吸引參觀者，但七年級生的同學的回饋卻令我驚訝：他們認爲兩個都不夠精彩。原因很簡單：「台灣第一」的論述已經聽膩了，他們要新故事與新說法。

對此，我課後再三反省，發現這些展覽或許已落入「標準論述」的窠臼裡。雖然台灣第一的講法沒什麼不對，外交環境的艱難也讓台灣需要樂觀地激勵自己，但這類論述如果沒有再加以深化，就難免變成老套，不再讓人感動。

這也讓我想起過去處理過的美援醫療。研究者常說這是台灣衛生最艱苦但也最國際化的時代，做出不少成果，如瘧疾的根絕等，但它們卻在台灣淡出國際衛生舞台後，被刻意遺忘。當然，我可以理解被忽略的心情。但是回到原點，如果希望世界把台灣當成「不可或缺的一塊」，我們是不是該思考故事要怎樣說，才會抓住別人的注意？

讓我用瘧疾根除爲例說明。在目前世界撲瘧文獻中確實很少提到台灣，而

我們這裡的文獻，如《台灣撲瘧紀實》，便不斷強調其進步性，有些甚至還把它加碼爲「奇蹟」，認爲世界不該忽略它。的確，當時台灣率先根除瘧疾，給予其他國家不少經驗（比方說證明瘧疾防制合乎經濟效益）。不過事過境遷，以上故事再怎麼精彩也與其他國家大同小異，成爲標準論述中可有可無的瑣碎細節，這是我們該注意的。

我認爲，台灣並不是沒有值得提供給世界的教訓。但是得先弄清楚世界談些什麼，缺少什麼，才能凸顯台灣經驗對這個論述的「翻案」力道。事實上，台灣防瘧的可貴不在於其成果，而在於其過程中顯示的政策意義。最近的研究，包括多位當年防瘧專家的現身說法，點出台灣撲瘧計畫外的社會與歷史因素，頗值得玩味。

從執行面來說，台灣在1910年便開始有穩定的防瘧計畫，也培養了一批熟諳瘧疾的工作人員。這些人不見得是專家，但他們知道瘧疾的傳染方式與控制方法，在戰後成爲執行計畫的骨幹。又計畫推動時需要與在地醫療人員協調，俾使控制模式可以因地制宜。在台灣這個工作是由一批有理想的醫師擔任，他們的經驗不但造就台灣的成功，也是日後受邀協助其他國家的原因。另外，從接受面來說，從大掃除到清潔日，民眾早已習慣大型的公衛演習。而原先就建置完成的公共建設與嚴謹的戶口制度，地理的隔絕與人口的穩定，都爲以家戶噴灑爲主的撲瘧計畫打下堅實基礎。從這個觀點看，台灣的經驗都足以讓把「衛生」與「社會」強分爲二，只想用科學模式撲瘧但卻沒有奏功的國家，深思公共衛生體系與社會的關係。

在釐清台灣經驗的可貴處後，我們還要了解要怎樣把它放回醫療史，特別是國際衛生與公共衛生政策的對話。事實上，瘧疾防制從一開始便牽扯進疾病控制與社經環境改善孰先孰後的路線之爭。因此，台灣的成果如果眞有「奇蹟」，也要從這個爭論中去釐清。以下提出兩個與瘧疾防制相關的論爭來說明。

首先是公衛政策的原則之爭：對於開發中國家而言，到底單一疾病防制與社會環境改造孰先孰後？雖然這個問題在戰前便時有論辯，但由於洛氏基金會（Rockefeller Foundation）旗下國際衛生組的影響，在實行上大致以疾病的控制爲中心。

從第1任主任Wickliffe Rose開始，國際衛生組便從鉤蟲防制出發，定下以掃蕩關鍵疾病來帶動當地公共衛生的方針。而在正式跨足國際後，基金會在遠東、東南亞、澳洲與巴西都設有辦事處，並建立一套結合實驗室研究、田野試驗與大規模推動，以疾病防制爲中心的工作模式。

洛氏基金會在1951年解散國際衛生組，其工作轉移到世界衛生組織，而這個理念爭論也進入新階段。簡單說，在「衛生」與「社會」的優先次序外，這個論爭又添上成本效益的面向；公共衛生必須以有效方式，促進受援國的經濟發展。

因此，對公衛專家來說，疾病防制不再只是十字軍般地掃蕩群妖。跟現代戰爭一樣，這些任務必須審愼評估其可行性與效果。不是每個病都夠資格列爲肅清對象，也不是每個工作模式都可以奏效。另一方面，部分學者質疑這種只打疾病，不問政經的公衛方針。他們悲觀地指出如果這些疾病背後的社經狀況不改善，疾病永無根除之日。

這也轉進到瘧疾防制的操作爭論：瘧疾要如何有效撲滅？瘧疾的病源是瘧原蟲，其生活史不但包括人與動物，其生命周期也必須通過這兩者的互動來完成。因此，從戰前到戰後，瘧疾防制有兩條路線。一條從治療出發，把先前奎寧的單次治療擴大成定期掃蕩，企圖在人體內就地消滅瘧原蟲，這是大家知道的科霍法。另一條路線從過去的登革熱與黃熱病的防制經驗出發，在瘧蚊上下手，用各種方式在各個階段，從幼蟲到成蟲，消滅瘧原蟲的中間宿主。

不過，寄生蟲畢竟比細菌複雜。這些方式雖然都有些效果，但總無法像一般傳染病控制一樣順利。在第1條路線方面，撇開藥物穩定性不談，20世紀前半在非洲與巴拿馬的經驗，都說明定期吃藥固然對個人防瘧有幫助，但都是治標而非治本，無法根絕疾病。而第2條

路線也有不少問題，因爲在大自然中精準地消滅一種生物並非易事。一些粗暴的殺蟲劑固然有效，但不持久。而全面性的環境改善，如積水清除、居家掃除等可以釜底抽薪，但緩不濟急。

這些爭議並未因DDT出現而消失。雖然洛氏基金會執行了不少研究，證實它比先前任何一種除蚊劑長效，品質也穩定，但瘧蚊種類繁多，生長習性又各不相同，它不是對每種瘧蚊都有效。加上抗藥性瘧蚊的發現，大多數專家，包括大力推動DDT防瘧的泛美衛生組織主任Fred Soper，都不看好撲殺中間宿主的防瘧模式。

以上複雜爭論一一在瘧疾根除推動中引爆。雖然世界衛生組織宣稱DDT像疫苗一樣可以有效打擊瘧疾，不過歸根結底，如果全面噴灑仍然無法澈底根除，一切勢必前功盡棄，不合乎成本效益。因此，當時爭議的焦點不是到底瘧疾要不要防制，也不是瘧疾該不該用噴灑DDT來防制，而是瘧疾「值不值得」用這個方式防制。於是，1950年代的防制工作便是在這樣不確定的態勢下進行。用技術語言來說，即使最樂觀的防瘧專家，都無法確定他們該說瘧疾可以被「控制」（controlled）還是被「根除」（eradicated）。

當然，在試誤中專家摸索出根除與控制的差異，並且在1960年代形成主流解釋。按照Bruce-Chwatt的比較，根除比較符合經濟效益。不過他也指出這個推論的前提是政府的配合、流行狀況、人員素質、先導試驗的效果，因此需要評估，不是任何國家都有能力做。

這個解釋似乎又把問題丟回最初的「雞生蛋」問題：到底疾病根除與社經環境的改善誰該優先？顯然，這問題到1960年代末都沒有定論。當時世界衛生組織防瘧主任Pampana認爲疾病根除必須與基礎設施同步進行，但支持DDT最力的Soper不同意。在卸除泛美衛生局的職務後，Soper拒絕世界衛生組織的邀請，並說：「它在處理瘧疾上走了條錯路。」

從以上分析看，我們才知道在自身努力外，台灣「奇蹟」對國際防瘧的意義。台灣成功的要訣無他，專注而已。即使爭議正熾，各國還在觀望DDT的效果，不敢貿然投入時，台灣依舊深信不疑，並把它列爲重要計畫，貫徹執行。

做爲根除模式的試驗對象，從接受各種模擬到協調基層人員，台灣不可能沒有困難。如當時參與的黃揚銘回憶道：「嚴格來說，來自世界衛生組織等的各國顧問，與其說他們提供了實際的撲瘧方法與步驟，倒不如說是尚待實驗與標準化的理論與觀念來的貼切。」雖然如此，他們從未質疑計畫。因此，如果台灣撲瘧有「奇蹟」，或許是來自於封閉。在堅定信念下，這些人員硬是在空洞原則與在地實踐間找出解決的辦法。

回到先前對標準論述的疑惑。以防瘧政策爲例，我認爲透過論述的相互穿透，尋索躲在後面的人或事，才是超越各自「標準論述」之道。在本專欄〈在反恐與神風之外—戰爭論述與科技社會〉（395期）中，我指出戰爭的參與者被強劃到各自陣營，論述也以摧毀對方爲目的。但就衛生來說，台灣與世界並非你死我活的敵手，而是各走各路，互不來往。在招式用老，指責對方無視自己之餘，或許「引起注意」與「說服」是更好的起點。

更何況，台灣與世界在衛生的交會還不少。1971年世界衛生組織訂出瘧疾防制與社經改革同步方針，並宣布開發新滅蚊技術，但這時台灣早就不忙瘧疾了。接在疾病防制之後，戰後洛氏基金會轉移興趣，認爲改善死亡率下降後該是出生率控制，而台灣正符合這個假設。於是在完成撲瘧任務後，1960年代台灣正在家庭計畫的熱頭上。到底家庭計畫與洛氏基金會的關係爲何，可又是樁可以「翻案」的課題。與其讓世界爲其衛生體系沒有納入台灣而羞愧（或許它的確該羞愧），爲何不能讓它或關心的讀者先覺得「眼睛一亮」，覺得我們的提法有點意思呢？醫療史與公共衛生的學者們，一同努力吧！ □

郭文華
陽明大學通識教育中心