



景福醫訊

第31卷第8期

2014年8月

Jing-Fu Bulletin



生態池鴨子

生態池中站在石頭上的是俗稱紅面番鴨的「疣鼻棲鴨」；岸邊的是夜鷺，是隻成鳥，另名暗光鳥。

臺大醫學院、臺大醫院 主管交接典禮

時間：2014年8月1日
地點：臺大醫學人文博物館、
臺大醫院會議室
攝影：臺大醫院教學部攝影



景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第31卷 第8期

2014年8月出版



目 錄

基層醫療專輯

- 2 基層醫療與台灣社會發展之回顧介紹
黃丙丁、張棠紅
- 8 基層醫療半世紀 韓良誠

醫療服務

- 19 居家護理—視病如親 朱麗玲

醫學論壇

- 21 良性攝護腺肥大症的治療 蕭俊雄

景福特別報導

- 24 張七郎醫師家屬捐贈珍貴手稿與出版物
予臺大醫學人文博物館 張棠紅

校友小品

- 28 爬梯記 葉弘宣
- 29 所謂伊人——到底是誰 朱健次
- 30 我的醫檢生涯 謝榮峰

景福人文關懷報導

- 34 臺大景福基金會 醫學人文關懷計畫
103年1月至7月執行內容

編後語

中華民國一〇三年八月出版

第三十一卷第八期 總號三四九

董事長兼發行人 / 謝博生

社 長 / 黃國晉

編 輯 顧 問 / 林國煌、楊思標、洪伯廷、曾淵如、謝豐舟
余秀瑛、郭英雄、朱宗信、林隆光

正 副 總 編 輯 / 方偉宏、徐思淳

編 輯 / 柴惠敏、鍾國彪、陳偉勳、薛濟平、邱政偉
楊曜旭、柯政郁、許秉寧、商志雍、林艷君
何喆芳、林文熙、苑守仁、陳文彬、吳爵宏
徐明沈、鄭祖耀、陳世杰、李正詰、林麗真
王淑慧

本期執行編輯 / 王碩盟

副 執 行 長 / 張皓翔、詹鼎正

助 理 編 輯 / 王亮月

社 址 / 台北市常德街一號 (台大醫院景福館)

電 話 / (02)2312-3456轉67282

傳 真 / (02)2361-5556

印 刷 / 益商彩色印刷有限公司

臺灣郵政北台字第一二六一號

執照登記為雜誌 交寄

ISSN-1028-9585

網 址 / <http://www.jingfu.org.tw>

電 子 信 箱 / jingfu88@ms59.hinet.net

劃 撥 帳 號 / 01410009

戶 名 / 財團法人台大景福基金會

封面圖片 / 文字提供者：

謝豐舟 母校醫科1972年畢業，現為母校
婦產科名譽教授

本刊來稿文責由作者自負不代表本刊立場



基層醫療與台灣社會發展之回顧介紹

口述／黃丙丁、專訪／張棠紅

黃丙丁醫師畢業於1950年，是臺大醫學院醫科第四屆的校友，在嘉義市開業非常長的時間，至今仍固定為老病人看診，並且曾擔任嘉義中學的家長會長達十二年時間，以後參加嘉義地方法院檢察署榮譽觀護人協進會、會員理事長、榮譽理事長至今協助觀護業務就醫、就業、就學、就養等，非常熱心地方公益，深受當地居民信賴。黃醫師在嘉義執業、從事基層醫療工作長達四、五十年，見證了台灣基層醫療的沿革與發展，對於整體醫療的發展有著非常深刻的感想。

我家裡七個兄弟中有三個是開業醫生，大哥、四哥和我，我們三兄弟開業的時間從民國初年一直到七十幾年，雖然我目前還有在看診，但主要是放不下認識多年的老病人罷了。我們兄弟可以說是完整見證了台灣基層醫療的整個發展與變革。

1. 台灣早期的基層醫療是什麼模樣？

我的大哥比我年長十八歲，今年已經一〇七歲了，他當開業醫生時，台灣的醫療環境還很落後、醫生很少，當時的醫生可是很受尊敬的，不僅地位很崇高，收入也很令人欽羨。

可是，到了我四哥也開業當醫生時，台灣的醫生變多了、競爭也變大了，那個時候，雖然當醫生的人還是很受尊敬，可是收入就稍微差了一點。同樣都是醫生，我大哥當醫生時可說是開業醫生的黃金時代，但到了四哥開業時，這個行業已經從黃金年代變成銀幣時期了，基層的診所增加很多，同業

競爭變大，當然收入就大大失色了，更不用說等到我也當開業醫生時，簡直是直接掉到銅錢階段。

我開業時，已經是民國四、五〇年代，當時醫生的人數比我四哥開業時更多，光是我臺大醫科的同班同學就有六十人，除了少數幾人畢業後選擇留在大醫院當門診醫生外，大部分同學都選擇回家鄉開業。我也不例外，畢業後，我先到小兒科病房實習兩年，之後轉到省立醫院內科繼續實習五年，才回嘉義開業，當時，台灣已經培養了不少醫生，開業醫生間的競爭比起我的兄長開業的年代更激烈，而且因為開業的人多了，所以當醫生的收入遠遠不如以前，不過在那個時代，醫生的收入還算是很好的。

當時社會的醫療主力是地方上的基層診所（只看門診）與地區醫院（包含門診與小規模的病床設備），雖然診所與地區醫院的數量還是不足以應付當時的病人數量，但至少在比較大的都市或人口密集的地區都有不



少基層診所與地區醫院，一般大小病都能應付。

回想當時，我們這些開業醫生遠比大醫院裡的醫生還要忙，每天接觸的病人非常多，每天動不動就有幾十人，甚至上百人掛號、等待看診，當時的公共衛生做得還不是很好，難免不時地發生傳染病，例如霍亂、腦膜炎、小兒麻痺等，通常最早發現這些傳染病有發生跡象的一定是我們這些開業醫生，基層診所可以說是疾病預防的第一道防線。綜合醫院裡的醫生反倒不如我們臨床經驗豐富、見多識廣，偶爾遇到傳染性的疾病，還會不敢下手治療。

與現在以大型綜合醫院為醫學界的主流不同，至少在民國七十幾年以前，地區醫院與診所才是醫療的主流。

2. 當時的衛生環境如何？

民國三十四年，台灣光復，脫離日本統治，台灣在日據時期打下了不錯的防疫及公共衛生基礎，可惜後來經歷二次大戰，許多醫療設施遭到破壞，防疫之牆出現破洞，加上當時人們的衛生習慣不佳、民生用水以地下水為主，傳染病或腸胃炎相關疾病等常發生，當時還出現一些特殊的本土疾病，如烏腳病（由於民眾飲用含砷地下水所造成的慢性砷中毒）、大脖子（甲狀腺腫，係飲食中缺乏碘所致）等。

這些狀況反覆發生，一直到民國六十幾年以後，國家經濟發展越來越好，自來水比較普及、營養與環境衛生獲得改善、政府大規模進行預防接種之後，各種傳染性疾病才

逐漸慢慢絕跡。

3. 疾病型態如何？

我早年剛開業時，最常遇到的疾病是肝病、肺炎、中風、腸胃炎以及與衛生相關的傳染性疾病等，四、五〇年代都是這一類的疾病。六〇年代以後，則有小兒麻痺、腦炎、腦充血等。之後，政府陸續開辦了公保、勞保、農保，來基層診所看病的多半是感冒、腸胃病、消化不良等輕症，像腦充血等比較嚴重的疾病幾乎都轉到大醫院去看了。

尤其七〇年代以後，政府開始興建大型醫院，在各地建立綜合醫院，方便民眾就醫，所以開始有越來越多的人去大型醫院就診，慢慢地，基層診所與地區醫院的生意越來越差，像我這種附設病房的小醫院都逐漸把病房收掉，變成以門診為主的診所，甚至還有醫生乾脆把醫院收掉，到綜合醫院擔任門診醫生。

而醫學上的分科也越來越細，我剛開業時，醫學分科主要以內科、小兒科、外科、婦產科等大的科別為主，後來，醫院規模越來越大、科別分得越來越細，去大醫院就診的人也越來越多，大醫院累積臨床經驗的速度加快，開始有很多病例可以研究，加上大醫院裡的設備比較完備、新穎，許多基層診所或地區醫院沒辦法治療的疑難重症都被轉送到大醫院去，我們的病人就越來越少了。所以開業醫小科之眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科比較吃香。

照理說，大醫院應該以診治重症病患為



主，像感冒、腸胃炎這種小病來診所看就好了，可是因為有公、勞、農保的關係，去大醫院看病變便宜了，去的人就更多了，健保開辦後，這些大醫院更是大小病通吃，來診所看病的人變少了，而小醫院能夠治療的疾病也越來越受到侷限，最後變成比較棘手的疾病，小診所、小醫院也沒辦法治療，只能轉送綜合醫院了。

4. 基層醫療常處理的問題是那些？

問題1：人手不足、病患太多

我回嘉義開業時，前頭已經有兩名兄長做了我的開路先鋒，所以我的診所很順利地就在嘉義市穩定成長，剛開始只有門診而已，可是隨著病人越來越多，有不少住在很鄉下、交通不便的地方及海線地區的病人來求診，往返一趟常常要花上許多時間，所以後來我就開設了住院病房，讓這些病人可以安心治療，不用旅途勞頓。

說起來，那個年代的病房管理和現代醫院的方式很不一樣，首先我們沒有很多人手可以幫忙，所以連我的太太都得整天忙上忙下，說好聽點是「先生娘」，其實是校長兼工友，比任何人都忙，除了要幫忙管理病

房、算帳、掛號，午餐、晚餐時間到了，還要身兼廚師，煮飯給我和護士們吃，實在很辛苦。

問題2：缺少進修管道、支援系統

早年當開業醫生實在很辛苦，我一天要看上百名的病人、要巡房，連偶爾夜間曾請就近之陸軍醫院之軍醫來值夜班，但患者還是要日間之醫師看診，不得不起來看，與現在住院制度完全不一樣，去看場電影都會接到緊急通知，趕回醫院，常常忙到三更半夜才能睡覺，常常才剛睡著就被叫起來去急診，一天睡眠時間不過三、四個鐘頭。每天已經這麼忙了，我還得自己找時間進修新的醫學知識，我當醫學生時，醫學訓練、進修不像現在這麼完善進步，醫學生畢業之前沒有機會實習，畢了業進入醫院實習才有臨床的經驗，學校裡學的都是理論，哪像現在的醫學生，還沒畢業，就跟著教授學習、累積臨床經驗。

我們那一輩的醫生，正式開業後才真正開始獨當一面，接觸各種病症，累積經驗，遇到任何疑難雜症都得自己想辦法解決，因為當時的台灣，大型醫院、綜合醫院不多，



黃丙丁校友賢伉儷



看診區



嘉義診所外觀圖



裡頭的醫生其醫術也不見得好，遇到大病，他們比我們這些開業醫生更緊張害怕。這是因為當時的醫學生畢業後多以自己開業為目標，且因為交通不便，民眾就診都是跑基層診所較多，相較之下，開業醫生反而比綜合醫院裡的醫生更有機會接觸到各種疾病，臨床經驗更豐富，醫術自然更好。當時為了增進醫術，我從國外訂了一大堆醫學雜誌、期刊，白天看診，晚上努力自我進修，那個年代的開業醫生差不多都是這樣子過的。

問題3：醫療黃牛煽動病患及其家屬引發醫療糾紛

以前的社會經濟不好，醫療糾紛很常見，目的都是為了要錢、拿好處。開業醫生最怕的就是有病人再醫院裡過世，我的經驗是，只要有病人在院內發生問題，就會有病患和病患家屬外的第三者、惡質新聞記者、司法黃牛，前二者天天來病院，增加熱鬧、出面攬掇，司法黃牛不管是非對錯，就是挑撥病患及其家屬上法院告醫生，利用冗長的司法程序威脅醫生，逼迫醫生花錢消災，他再從中抽成獲利。

因為以前台灣的司法環境很糟糕，常常要花大把時間等待法官傳喚上庭，換句話說，如果某天被通知要開庭，就等於那天不用看診了，因為要在法院內等待傳喚，常常一等就是半天。所以當時，只要有醫療糾紛發生，醫生大多選擇花錢消災、息事寧人。

5. 醫病關係如何？

我開業時是民國四、五〇年代時，當時

的環境衛生很差、社會經濟也不好，綜合醫院很少，台灣的基層醫療主要是以像我這樣的開業醫生為主，民眾生病了，第一個求診的目標也是地方上的診所。在當時，民眾是很信賴醫生的，生病、不舒服一定要找自己熟悉、信賴的醫生看，所以通常醫病關係會持續很久，甚至到現在，我還是有一些老病人習慣找我看診。

早年我一天內光是要看診的病人就將近上百名，因此不得不聘雇醫生協助看診，但是我的病人寧可花很多時間候診，也不願意換個醫生看。那個年代，病人與醫生之間的關係是很深厚的，病人對醫生的信賴感非常大，認定了就不會隨便換，不像現在的病人，生病看醫生，會先選醫院，挑好了醫院才考慮要找哪個醫生看診，一次、兩次看不好就換人看，醫病之間的信賴度大大降低。

現在的病人比較有花錢當大爺的脾性，認為付了診金，醫生就要保證醫到好，可是生病這回事哪有那麼簡單的！誰能保證一定會好，況且很多病人也不配合醫囑，任意而為。現代的醫病關係早已不如舊時代的深厚信任了！

6. 醫師訓練及養成情形如何？

以前的醫學訓練不像現在這般完整。我念醫科時，還沒有實習制度，在學校裡就是念書、聽教授講課，學的都是紙上談兵，大學四年讀到畢業為止都沒有接受過任何臨床訓練，也沒有明確的分科，頂多偶爾隨著教授去巡房而已。所以畢業後，也不敢直接開業，通常會先到綜合醫院等實習幾年，累積



臨床經驗。

以我為例，畢業後即在臺大醫院與省立醫院分別擔任了兩年及五年的門診醫生。不過，那個時候的患者生病了通常往地區醫院或基層診所去，真的到大醫院看醫生的其實不多，所以臨床經驗的累積有限。

我開業後，為了彌補經驗的不足，只能自己找時間閱讀醫學期刊、雜誌，當時並沒有任何可以再進修的機構，當醫生的想要增進醫術就要靠自己努力，土法煉鋼。

等到我的孩子也念醫學系時，整個醫生的訓練與養成與我念書時大不相同。首先，現在的醫學系從五年到七年不等，學生在畢業之前就有機會接觸臨床病例，還在校內時就有機會隨者教授到病房巡視、陪著教授看診，有比較多的機會實際與病人接觸，甚至看診，臨床經驗的累積比我們那個時候快多了。

畢業後，通過國考後，還得到綜合醫院當住院醫師、然後決定分科，完成專科醫師訓練，考取專科醫師執照後，才能夠真正成為一名可以獨當一面的主治醫生，整個訓練及養成非常不容易。

7. 醫師的社會地位如何？

就像古代，讀書人很受尊重一樣，不管是我的兄長或我開業的年代，醫生都是一個備受尊敬且收入很好的職業，社會地位非常高尚。

以前醫生少，要成為一名醫生也不容易，再者早期受高等教育的人也沒有現在的人多，所以對醫生是打心裡的尊敬，對於醫

生的囑咐也不輕易疑問，對醫生的信賴也非常深刻。如前面所提到的，大部分的病人自始至終都是看同一個醫生，即使要等待許久時間，也不願意換人看診；其次，通常醫生怎麼交代、就怎麼做，不要說質疑，常常即使聽不懂也不敢隨便發問，連帶地，對醫院裡的所有工作人員也都非常尊敬。

不過，這樣的醫病關係到了現在已經不一樣了。從各種社會保險陸續開辦、政府致力興建大型的綜合醫院後，病人有更多元的就醫選擇，對醫生的信賴感也就大打折扣，取而代之的是，這個醫生看不好就換一個的想法。患者對醫生不再像過去那般忠心耿耿，相形之下，醫生的權威感減低不少，許多患者更在意醫院的知名度、專業度、規模、設備等勝過醫生個人，對醫生的診斷也比較會去質疑，不再像民國四、五〇年代，對醫生說的每一句話都深信不已。

雖然現在的醫生，其社會地位仍然較一般人高，但與早年相比，還是遜色不少。而且現在基層診所、地區醫院經營不容易，近年來，除了皮膚科、小兒科、牙科等還會出來開獨立診所、小型醫院外，醫療風險較高的科別，如婦產科、外科等的診所是一家一家收掉，甚至還有醫生直接轉攻醫美，深究原因，與動不動就令醫生傾家蕩產、疲於奔命的醫療糾紛有關。

從四〇年代一路以來，台灣的基層醫療環境變化實在很大，與政府政策、醫療制度的變遷不無關係，尤其各種公民保險制度的開辦影響甚鉅，面對這樣劇烈的變化，一則樂觀以待，一則又不免憂慮，越來越少的基



層診所與地區醫院是否會讓台灣向來自傲的防疫大網破裂。

健保縮小了大、小型醫院的費用差距，越來越多病人一生病就直接去大醫院，想想看，若有罹患傳染性疾病的病患直接到綜合醫院、醫學中心求診，冗長的手續，也許讓醫院方面無法在第一時間內發現有傳染病或馬上確診便可能導致防疫的空窗期；其次，這些大型醫療院所聚集的人數是非常驚人的，若第一時間內未能及時防範，即有可能

造成院內感染，甚至院外感染。

早期，基層診所與地區醫院是傳染性疾病的第一道防線，如今這道防線越來越虛弱，未來若有任何疫情爆發，能否有效抑止並消滅，實在非常堪憂！

（黃丙丁係母校醫科1950年畢業，擔任台大景福基金會董事，曾於嘉義開業，現已退休；張棠紅係本會專訪人員）

國立臺灣大學醫學院腦與心智科學研究所公開徵求所長

臺灣大學醫學院腦與心智科學研究所徵求有學術成就、具教育理念及領導能力者擔任新任所長。

一、候選人資格：

1. 具副教授以上資格從事腦與心智科學相關之研究。
2. 就任所長時年齡未滿六十二歲者。

二、檢具資料：

1. 檢具資料含（1）個人履歷（包含全部著作目錄）
（2）最高學歷學位證書影本
（3）最近五年代表著作1-5篇
（4）申請者之研究與教學計畫及對本所將來發展之構想書

以上各項資料請備紙本郵寄，並以電子郵件附檔（e-mail: ntugibms@ntu.edu.tw），寄至本所所長遴選委員會（地址如下）。

2. 推薦信三封

請推薦者直接郵寄（可先e-mail: lcchiou@ntu.edu.tw）至本所所長遴選委員會主任委員邱麗珠教授收。

三、資料請寄：臺北市中正區仁愛路1段1號15樓1539室

『臺大醫學院腦與心智科學研究所所長遴選委員會收』

四、收件截止日期：2014年10月8日下午5時前送達。

五、聯絡人：黃士齡小姐

電話：886-2-2312-3456轉88920

傳真：886-2-2322-4814

電子信箱：ntugibms@ntu.edu.tw

六、其他相關內容請參閱本所網頁<http://gibms.mc.ntu.edu.tw/>



基層醫療半世紀

文／韓良誠

2013年的二月中旬，接到賴其萬社長的電話，希望本人能在11月，《當代醫學》雜誌社將舉辦的40週年紀念演講會活動中，以「台灣醫學半世紀」為主題之下的「基層醫療」部分，做25分鐘的演講。

本人走進基層醫療，是在1963年，因此至今剛好整整半個世紀。在七月底從主辦單位接到第一篇，徐茂銘教授已經寫好的文章〈走過耳鼻喉科半世紀〉以及其他人的演講題目。這時，忽然之間感到「代誌大條」了，因為應邀演講者之中，有兩位是中央研究院院士，其他大部分都是各大學醫學院的特聘教授、名譽教授或教授、中研院特聘研究員，或是醫學中心很資深的醫師。因此，平時必留有許多「教學紀錄、檔案」，很容易在這些資料中找到不少這半世紀之內，他們自己專科的種種演變。因此他們大部分都可以從「專科」，甚至是「次專科」的立場來發揮。但是「基層醫療」，特別是1963年之後，大約二十多年間的「內科系基層醫師」，他們所扮演的醫療上的角色，以過來人的眼光看來，比起目前的「家醫科醫師」或是「一般內科醫師」，更廣泛、更複雜，甚至更困難也「更沈重」。因為當時醫學院附屬的醫院，只有附「屬」臺大醫學院的臺大醫院，和軍系國防醫學院的榮民總醫院而

已。至於創設於1954年的高雄醫學院附設醫院，則是在1977年之後，才在人才和設備上，開始慢慢上了軌道。

這個時期值得一提的是，大約是在1980前後的1979年，長庚醫院「大張旗鼓」地成立之後，政府終於「接受挑戰」，而在1981之後，各給100億擴建臺大醫院和榮民總醫院，並且決定把三總移至內湖，成立「國防醫學園區」，也成立了陽明醫學院。就在這個時期，民間之國泰（1977）、秀傳（1980）、敏盛（1981）、亞東（1982）、慈濟（1989）、新光（1992）、奇美（1992擴建）和義大（2000）…，也如雨後春筍般，一個接一個出現於台北、彰化、桃園、花蓮、台南、高雄…等縣市，使一般基層醫師有比較多的選擇，可以轉診病人，但卻也相對地，使基層醫師的門診和住院病人，日漸減少了。

談到早期，二次大戰結束之後的「省立醫院」，在一般民眾的印象中，或至少在我日常一直在接觸的、保守的南部病人眼中，有相當高比例的病人，認為省立醫院的醫師在白天是「吃頭路的醫生」。因此，這些病人才會想辦法，寧可在省立醫院醫師下了班之後，去他們「私設的」、「有限設備的」、「住家的」診所看病，特別是內科系



的病人。

但是，基層醫師遇到「不能」、「不想」、「不敢」甚或是「不願」接手的病人時，要說服病人轉診去「省立醫院」，對一般基層的醫師，特別是那些，私設有住院設備的基層醫師而言，是相當「吃力，又不討好」的工作。

另一方面，勞保（1950）、公保（1958）、漁保（1980）、農保（1985）時代，特別是在以勞保為主的時代，除了台北市以外地區的基層醫師，特別是外科醫師，他們所扮演的「一般外科」角色，有一段很長的期間，並不遜於「省立醫院」的醫師。那些在醫學院附「屬」的醫院，特別是在臺大醫院，接受正規的住院醫師訓練過的一般外科醫師，離開台北之後，在自行開業以前，只要在省立醫院「短暫」的就職之中，轟轟烈烈的，成功地開了少數幾例，過去省立醫院未曾開過的所謂「大刀」之後，很快就會出名，開業幾乎保證一定會很成功、很吃香。因此，這時期，才会有醫學院的畢業生，紛紛往外科系擠破頭的現象，如外科、婦產科。接著慢慢地，未分科前的皮膚泌尿科、耳鼻喉科、眼科也漸漸地，開始吃香了。甚至到了1995年之後，畢業時名列前茅的學生，竟也爭先恐後地，擠入精神科了。

這段時期內科系的現象，正如王德宏教授所說的，「內科學是，如同數學之於科學，是最基本的學問」，因此，其需求在早期，直至到1990年代，並沒有太大的起伏。

倒是在全台灣各地，特別是在台南地區，直到新樓醫院（1985擴建）、成大醫院

（1988）、市立醫院（1988）、奇美醫院（1992擴建）一個接一個成立，或者是擴建之前的十多年間，企業家、大財團或基層醫師本人，就紛紛設立地區性的「綜合醫院」。不過，好景不常，1995年健保實施之後，由於健保的分級轉診制度並未規劃落實，以及大醫院為了競相創造業績，加上論量計酬的誘因之下，基層診所或地區性的綜合醫院的門診病人，就慢慢開始一窩蜂地，往醫學中心集中了。

此外，另一個特別的現象是，在成大醫院開始有了自己訓練過的主治醫師之後，慢慢地，甚至在各科具有「正式教職」的醫師，也離開成大走入基層，或被挖角到其他的醫學中心。這種現象，在三十年前，或更早的時期，在臺大系統幾乎是「不可想像的現象」，卻也慢慢地被打破了。於是乎，基層或社區醫療的水準，確實是「提高」了，但是，「提早」結束本行的工作，轉而經營養老院、護理之家，或改行做醫美之類的基層醫師，也因而相對地增加了。

談到「私人的基層醫療」方面，特別是本人走過來的，內科系醫療方面，我個人的心路歷程，不妨也提供給各位參考。

台灣在過去的半世紀，一直處於大環境變化最多的時代。政治的、經濟的、社會的、教育的、文化的、價值觀的種種層面，以致於醫學界的生態，也因上述的變化，再加上環環相扣的影響之下，引起了很大的變化。以下是近六十年來台灣十大死因的變化情形：



	西元 1952年	西元 1962年	西元 1972年	西元 1982年	西元 1992年	西元 2002年	西元 2012年
1	胃腸炎	肺炎	腦血管疾病	惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤
2	肺炎	中樞神經之 血管病變	惡性腫瘤	腦血管疾病	腦血管疾病	腦血管疾病	心臟疾病
3	結核病	胃腸炎	傷害事故	意外傷害	意外事故及 不良影響	心臟疾病	腦血管疾病
4	心臟疾病	心臟疾病	心臟疾病	心臟疾病	心臟疾病	意外事故及 不良影響	肺炎
5	中樞神經系 之血管病變	惡性腫瘤	結核病	高血壓性疾 病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
6	周產期之死 因	周產期之死 因	肺炎	慢性肝病及 肝硬化	慢性肝病及 肝硬化	慢性肝病及 肝硬化	傷害事故
7	腎炎及 腎水腫	結核病	支氣管炎、 肺氣腫	支氣管炎、 肺氣腫及氣 喘	肺炎	肺炎	慢性下呼吸 道疾病
8	惡性腫瘤	意外傷害	肝硬化	結核病	腎炎、腎症 候群及腎變 性病	腎炎、腎症 候群及腎變 性病	高血壓性疾 病
9	支氣管炎	自殺	高血壓性疾 病	肺炎	高血壓性疾 病	高血壓性疾 病	慢性肝病及 肝硬化
10	瘧疾	腎炎及 腎水腫	腎炎及腎水 腫	自殺	支氣管炎、 肺氣腫及氣 喘	自殺	腎炎、腎症 候群及腎變 性病

如上表所示，台灣在這五十年間的十大死亡原因之中，在1962年的周產期死因、意外傷害、自殺，1972年的傷害事故，1982年的意外傷害、自殺，1992年的意外事故及不良影響事故，2002年的意外傷害事故及

不良影響、自殺和2012年的傷害事故，這些（一）意外傷害、（二）周產期之死因和（三）自殺等三項之外，幾乎都和內科系的疾病有關。因此，基層內科醫師所面臨的挑戰最多、也最複雜。



不少人常主張：「小病看小診所，大病看大醫院」，我個人並不能完全同意。因為，如心肌炎、心肌梗塞、大動脈剝離、氣胸、大葉性肺炎、肺栓塞、腸系膜血管阻塞、急性胰臟炎、盲腸炎…等數不盡的「大病」，甚至眼科疾病中會導致「全盲」的青光眼，耳鼻喉科疾病中會導致「全聾」的耳血管栓塞，這些疾病的早期，都常常會被診斷為「感冒」之類的「小病」，而耽誤了上述這些「大病」的早期診斷，更不用說慢性大病的「早期診斷，早期治療」了。因此我才會以謙卑的心說，如果沒有好好地以自修，或以接受繼續教育的方法趕上時代的話，對那些把健康，甚至連生命，也都完全交代給你的病人，不但對不起，也是不公平的。更何況，醫生自己的被淘汰率，也會是相當高的。正如恩師宋瑞樓教授所說的：「醫學的發展日新月異，如果無法跟隨其腳步更新或修正個人的知識及技術，不但是落後而已，還可能在醫療行為中犯錯。醫師在診療、照顧病人中，時時會遇上難題，必須秉持『以病人為中心』的心態，不斷地研究，終生做一名醫學界的學徒。」善哉斯言！

見證著過去半世紀的時代變革，回顧過去五十年來我個人的醫療經歷，不妨勉強試著將其分成如下的三個階段：

第一階段是：與感染症以及因無知、貧窮，以及不衛生的生活環境，所引發的疾病「奮戰的時期」（1963~1980）

第二階段是：開始進入極須自修與接受繼續教育的時期（1970~至今）。此外，因

實際上的需要，終於在台南地區，籌設第一家加護病房（1973）

第三階段是：投入教學與全力研習老人醫學的時期（1987~至今）分別說明如下：

第一階段（1963~1980）

這段時期，可以說是我在早期年輕時，行醫中「成就感」最大的時期，這可能是因為有下列的特殊現象之故：

- 一、民風純樸、善良：一般民眾，對基層醫師的醫療要求，其實並不多，只要你盡心盡力了，即使過程並不順利，或不如預期，甚至最後死亡，病人和家屬，都會反過來安慰醫師說：「伊的歲壽到了，真仙嘛不法度趟救無命人」，而在小孩子去世時，家屬常用以安慰醫師的話是：「他著不想要乎咱飼，咱嘛無必要去加勉強，醫生你嘜艱苦心了！」…之類的話，因此，醫生在沒有醫療糾紛的壓力之下，更會平心靜氣，冷靜地去反省，去思考，看自己無疏忽，或者，是否真的沒有治療上可以進一步改善的空間嗎？這一類的思考。
- 二、當年的感染以細菌和寄生蟲為主：我個人認為，也許在戒嚴體制之下，出入國內外的人，非常有限，由國外傳入的感染症極少，也就因此，記憶中似乎未曾被報導過。結果，在解嚴以前，在國內病毒引發的感染之中，大部分以台灣原有者為主。在這種情況之下，基層醫師日常所接觸者，不外乎如下的疾病：



- a. 病毒：measles, mumps, chicken pox, polio, Japanese B encephalitis, rubella...
- b. 細菌：meningococcal meningitis, diphtheria, whooping cough, typhoid fever, tetanus, syphilis, gonorrhoea, empyema（特別是由 Staphylococcus 或 Pneumococcus 所引起者），liver abscess (*E.coli*, *Staphylococcus*), cholera（最少）。

在這裡談到的 empyema, pyogenic liver abscess, 以及以下要談的寄生蟲阿米巴引起的 amebic liver abscess 的治療，當年我雖身為「基層醫師」，卻有過不計其數的「開小刀，醫大病」的機會。膿胸的開刀插胸腔引流管，肝膿瘍的放入套管針手術，……讓病人「親眼」看到，少則 50 到 100 mL，多則 700~800 mL 的膿液，真的從病人自己身上流了出來。不但如此，有如立竿見影似的，會使折磨病人多日的發熱、疼痛、噁心、沒有食慾……，立刻有了明顯的進步。結果，使病人以感恩的心，把你當「救命恩人」，甚至是「神」，因而成為我終生的「友人」而非「病人」。更何況這些疾病，在開刀前的診斷，都是靠「病史探尋」以及「身體診察」（以前稱「理學檢查」，衛生署自 2012 起，已不再使用這個名詞了）而下的診斷。因為當年不但沒有 CT，也沒有超音波呢！這恐怕也是下了正確的診斷之後，也成功地治好病人的成就感，讓我對我的「志業」，至今「樂此不疲」的原因之一罷！

- c. 寄生蟲：

寄生蟲感染的途徑有，土壤媒介、食物媒介、飲水媒介、昆蟲媒介、性行為媒介，

以及其他尚未十分清楚的途徑，這些都是和我們的生活息息相關的。特別是在第一階段的因無知、貧窮，以及個人不衛生的環境所引發的疾病，奮戰的時期為最。

台灣在過去所存在過的寄生蟲，在文獻上，就有 70 多種，而在那段時期，人體寄生蟲的生活史在醫界前輩們不斷的努力之下，一一被解開，進而在預防、診斷與治療上，達到相當不錯的境界。我有幸在這段時期，參與過寄生蟲病的醫療、研究與教育的工作，也算是我醫業生涯中，另一種很難得的「躬逢其盛」罷！我之所以把 1963~1980 定位在「與感染症以及因無知、貧窮與不衛生的環境奮戰的時期」，就是因為寄生蟲的感染，在當時是個相當大的致病原因之故。

過去台灣的寄生蟲感染，大部分以腸內蠕蟲為主，有蛔蟲、鉤蟲、鞭蟲和蟯蟲，而地方性的，與生活習慣有關的寄生蟲，有廣東住血線蟲、薑片蟲、中華肝吸蟲、肺吸蟲、無鉤條蟲以及梨形鞭毛蟲，陰道鞭毛蟲和瘧疾原蟲等。至於在特定族群散發的寄生蟲，則有阿米巴，以及條蟲等。但是，漸漸地，尤其是台灣的經濟開始起飛，並且出國旅遊急速增加，和中國大陸小三通之後，一窩蜂的旅遊大陸，不衛生食品偷渡的增加，再加上外籍勞工的引進，以及外籍新娘（含中國新娘）增加之後，台灣就有不少境外移入的「新的寄生蟲疾病」，使得寄生蟲感染，變得更加的複雜。就以感染率的年代、感染率和資料來源而言，可以簡單地做成如下的表：



寄生蟲疾病	年代	感染率	資料來源
蛔蟲症 (Ascariasis)	1962	55% (40-83%)	台灣省衛生處
鉤蟲症 (Hookworm infection)	1929 1960~1980	2-34% 100%	台灣省衛生處 高雄縣田寮鄉 (韓內科)
鞭蟲症 (Trichuriasis)	1960	95.0%	台灣中部調查
蟯蟲症 (Enterobiasis)	1976	64.8%	台北市民調查
廣東住血線蟲症 (Angiostrongyliasis)	1961	87位病人	黃高彬教授資料
薑片蟲症 (Fasciolopsiasis)	1969	24%	謝獻臣教授調查
中華肝吸蟲症 (Clonorchiasis)	1980	54.8%	台灣居民、美濃與日月潭居民
肺吸蟲症 (Paragonimiasis)	1989		新竹地區為主 成大醫院
無鈎條蟲 (Taeniasis)			原住民為主
阿米巴症 (Amebiasis)			
梨形鞭毛蟲症 (Giardiasis)			
陰道鞭毛蟲 (Trichomoniasis)			
瘧疾 (Malaria)			
糞小桿線蟲症 (Strongyloidiasis)			

上述這些寄生蟲症的治療，可以說是
在當年，每日都讓我這個基層醫師很有成就
感的醫療工作。自己親自在顯微鏡下檢查大
便、尿液、痰以及注射筒抽取液或開刀引流
液，我就可以很有把握地，立刻下正確的診
斷。並且，除了少數的，如廣東住血線蟲、
肺吸蟲症之外，當年幾乎都可以給病人相當
滿意的治療，成就感是很大、很大的，對我
自己而言，也是終生難忘的一段當基層醫師
的「黃金時期」。

寄生蟲症，不像現在的文明病，特別是
和metabolic syndrome，有關的CVA、DM、
HTN、AMI…，即使救活了病人，他（她）
也還有一段很長，甚至終生的，很坎坷的路
要走。

至於一般和細菌有關的感染，在1963
年到1980年之間，也許細菌對抗生素的抗藥
性不像現在這麼嚴重，因此基層醫師都憑自
己的經驗開抗生素，並且結果都還算差強人
意。



談到病毒的感染，則只能採取症狀治療，以及預防併發症的發生了。但是更重要的還是，在平時就以衛教提醒家屬，要帶小孩去打預防針。

第二階段（1970～至今）

談到開始進入極需要自修與接受繼續教育的時期，老實不客氣地說，在成大醫學院尚未成立之前，別的地區本人不敢論斷，但至少在台南地區，當時可以說是：「醫學新知、高科技檢查設備，以及醫療新技術的沙漠地區」也不為過。因為在1988年以前，不但高難度重症病人的治療，南台灣和台北有10年以上的落差，連學術活動方面，南部更是乏善可陳。如果要探求新知、解決疑難的問題，非北上台北，請教在臺大的「老師」，或者是比自己年輕很多的學「弟妹老師」們不可。要不然，便須想盡各種管道，自己在台南以外的地方想辦法。

因此，為了解決臨床上常常碰到的難題，並滿足求知的慾望，本人就以個人在學生時代所建立的一點點師生關係，在離開校門25年之後，於1985年左右，和臺大醫院的楊思標院長商量，並徵得他的同意，商請胸腔內科的陸坤泰教授，每次親自手提臺大醫院既「珍貴」但又很「笨重」的教學用X光片來台南。同時也邀請心臟內科的曾淵如教授，以一聽便知道是專門為地方醫師而特別準備的心血管疾病教材，一個月一次，南下在「省立台南醫院」做CXR和EKG Reading的教學，以及學術演講。幸好透過這些討論

會，我不但學得了新知，也認識了當年在高雄海軍總醫院任職，並且非常認真地，每次學術活動都不曾缺席的吳明和醫師。這個學術活動，雖然是這透過台南市醫師公會發放通知，但是，不知是什麼緣故，20多年以前，在台南辦學術活動，確實不只非常困難，也是一件吃力又不討好的工作。

陸、曾兩位名教授，在百忙之中專程南下，地點又選在就職醫師眾多的「省立台南醫院」，但是，每次參加的人數，卻老是寥寥可數，有時甚至不到十位。我當主辦人，常常感到對主講者失禮，不好交代，因此吳明和醫師的如期遠道前來參加，就讓我印象特別深刻，更感到難能而可貴。很巧的是，後來吳明和醫師前來成大外科部任職，也兼任第一任成大醫院的急診部主任，因此很自然的，他就邀我在成大急診部，擔任兼任主治醫師的工作。至今不知不覺之中，已過了25個寒暑，也親眼看著，身處「急診醫療沙漠」中的南台灣急診病人，漸漸的有了「綠洲」可以投靠。

我自己在1973年成立的台南第一家ICU（臺大醫院是在1968年4月22日設立），當時共有十床。而自1973年到1997年，前後共維持了24年（健保開辦之後兩年結束），其間佔床率一直維持在八成以上。這24年間，我營運ICU的原則是：

1. 個人的能力、設備都很有有限，設立的目的是救治迫切需要First Aid的病人。
2. 病情穩定之後，仔細評估是否可以繼續治療，如果能力、設備不足時，等急救到vital signs穩定之後，就立刻轉送高醫或臺大。



3. 要確切知道「自己能力的極限」，絕不做超出自己能力以上的醫療行為。
4. 對轉介病人來ICU的醫師，在病人出院之後，一定要在一週之內（最久紀錄為十天），回函致謝，並以負責的態度，把病人住院期間的診斷、檢查以及治療的經過，詳細交代。

另外，我自己一直認為問心無愧，還慶幸自己的努力有代價的是，針對最後診斷的疾病，盡可能的查證資料，包括醫學期刊（當年並無網站可查），寄送給轉介的醫師。有一年，曾最多回函了276個病例。以上這些營運原則，對自己以後的行醫，以及在成大的教學，也發生了意想不到的幫助。

成大醫院是1988年才成立的，在此之前，許多學會重北輕南，學會大部分都在台北開。於是乎，為了有機會知道學會的動態以便參加，因而報名參加了早期剛創設時的心臟醫學會和消化系醫學會。這也是為什麼我目前擁有心臟醫學會、消化系醫學會、內科醫學會，以及急重症醫學會等專科醫師資格的原因。其中只有最後一項資格，是因為我在成大急診部擔任兼任主治醫師，需要專科資格，也就真正和一些年輕醫師一起參加筆試，並接受Dr. Michael Bullard「窮追猛打」式嚴格的口試，才取得的專科醫師資格。

至於赴美參加短期的醫學研討會，是因舍弟良憲在Hawaii開業（內科），每年需要一定的學分，於是我也多次陪他報名、參加內科總複習之類的Internal medicine update，因為在1960-1980年間，台灣幾乎沒有這一類的課程可以提供給基層醫師。

第三階段（1987～至今）

現在想起來，我會比別人早一步「警覺」到老人醫學的重要性，很可能是因為我的童年，一直是在三代同堂的醫生家庭環境中長大，對於人的生、老、病、死，看了很多，自幼對於人老了又失去健康之後，人生的最後「收場」也有深刻的體會。尤其是自從有了自己的ICU之後，老年病人增加很多，而自從1988年起參與教學、迴診的成大急診部，老年病人的比例，也相當地高。又因為自從自己創設ICU開始，以及每日在基層行醫之中，不管是門診或是ICU，都明顯地可以看出，老年病人有急速增加的趨勢。台灣老人在人口中的比率在1981年是4.4%，但是到1996年則快速增加到7.9%。這15年間的老年人口總平均是6.08%。但是，住進我的ICU的老年病人，卻占了52.08%。於是經過嚴肅的思考之後，終於決定於1990年和1993年，分別前往代表東方人人口最多的，夏威夷的夏威夷大學，以及代表美國學術殿堂的，波士頓哈佛大學的老人醫學科，進修老人醫學。

在2006年3月，我心血來潮，寫了一篇「有福行醫四十年」，最近正在計劃，繼續寫之後十年的一些感言。想不到會意外出現「《當代醫學》月刊社」的邀稿，於是鞭策自己，以這「基層醫療半世紀」為題，藉以回顧自己走過50年的，「醫學志業」之路。

如今回想起來，也許是「機緣」，抑或是「幸運」，我獨自在基層醫療蹣跚地行走途中，似乎還能緊緊地捉住「此一基層醫療的時代脈動」，因此才能在這脈動中找到



自己的定位，以及在該時期做為基層醫師，「該做」也「可以做到」的事。

在第一階段時，有機會以自己手中的資料，在高雄醫學院謝獻臣、陳瑩霖兩位教授，以及日本千葉大學的橫川宗雄教授的指導下，以〈台灣南部的鉤蟲症和貧血〉“Hookworm Infection And Its Anemia in Southern Taiwan”為主論文和“Observation on Hookworm Infected Women Treated with Pyrantel Pamoate”的觀察研究，花了十年的時間完成研究，得到日本國立千葉大學的醫學博士學位。

在第二階段時，讓我很懷念也很窩心的是，因為在1980年前後，我的診所不少急性肝炎的病人，常常在一週之內少則2~3位，也有多到5~6位的時候。其中有不少我個人認為是A型肝炎，特別是小孩。但是有一次在消化系醫學會的年會coffee break時，我談起這個現象，有一位學會資深的大老走過來，拍拍我的肩膀說：「韓醫師，你可能錯了，A型肝炎不會有那麼多的！」於是我為了釐清這件事，就找陳定信醫師「訴苦」。他想了想之後，告訴我說：「那我們一起來研究看看，請你把這些病人的血液定期送到我的實驗室給我」。因此才有機會，在陳定信教授的指導和一起合作之下，完全以自己診所的研究材料即病人血清和臨床資料，交由陳定信醫師檢驗與分析，並參與討論，完成了“Hahn LC, et al. Clinical and etiological studies of acute viral hepatitis in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association 1984; 83 (2): 149-155.”此外，我曾在參與陳教

授團隊之研究後，也列名在另一篇“Chen DS, et al. Hepatitis C virus infection in an area hyperendemic for hepatitis B and chronic liver disease: The Taiwan experience. The Journal of Infectious Diseases. 1990; 162 (4): 817-822”

最後，我們的研究結果證明我的觀察是對的，在1981和1982兩年之中，共有253名急性肝炎病人，其中分別為A型肝炎133名，B型肝炎86名，和非A非B肝炎34名。這恐怕也是當年台北和南台灣，不但生活習慣相當不一樣，連公共衛生狀況也不一樣的緣故罷！以類似的「發想」，在第二階段時，有感於醫療環境的實際需要，我於1973年大膽地設立了台南第一家加護病房（ICU）。

接著，眼看老人醫學在台灣日益需要，並且得到臺大醫學院陳定信院長和成大醫學院黃崑巖院長的推薦，如前所述，有機會分別於1990年和1993年，前往夏威夷大學和哈佛大學的老人醫學科，進修老人醫學。因而於回國之後，有機會在臺大內科病房的小組教學時，為五、六年級的學生，上老人醫學的基本課程和做床邊教學。

就這樣，以「基層醫師」的身分，很榮幸地有機會，在母校講授老人醫學的基本課程和做床邊教學，並且又在這個時期，在廖朝崧及李源德兩位教授的指導下，參考自己在ICU診治急性心肌梗塞病人的經驗（大約一年平均約有78名急性心肌梗塞病人），但是為了資料的統一性起見，僅採用臺大醫院ICU的資料，有機會在台灣醫學會年會（Nov. 16, 1987）發表：“Clinical Observations on Acute Myocardial Infarctions in Octogenerian”。



後來，廖朝崧醫師也另以“The Clinical Characteristics of Acute Myocardial Infarction in Aged Patients”為題，寫成論文並讓我做為第二作者，發表在J. Formosan Med Assoc (1991, Vol.90 No.2)。歸根究柢，這些發展的結果能寫成這些論文，應該算是緣自於早期就決定自己設立ICU有關。

當年我創建ICU的想法是：臺大醫院的ICU成立於1968年4月22日，因此我在學生時代以及住院醫師時代，都不曾有過ICU的經驗；但是眼看在自己的診所，嚴重的內科、小兒科病人日益增加，而台南的公私立醫院，卻都沒有ICU可以收容並治療這些急重症病人，使他們無法得到應有的照顧而常常死於赴高雄，或北上的路上，因而讓我有設立ICU的念頭，乃於1973年成立台南第一家最起碼的初期ICU。當時雖然自己買了一些這方面的書籍來自修，然而還是時常會面臨沒有把握的情況。於是，透過在母校牙科／口腔顎面外科的弟弟韓良俊醫師，商請自1975到1996年負責臺大內科ICU的李源德教授，收下我這個基層開業醫當「學徒」。很意外又很高興的是，他竟然一口答應了。於是自1977到1988，約十年的時間，我儘量利用星期五下午，坐火車連夜（要花10~11小時）北上，以便參加隔天臺大醫院ICU一大清早的journal reading和迴診，因而學會了不少我平時不敢也不曾做過的治療。想當時，我已有明顯的禿頭，參雜在一些滿頭黑髮的學弟學妹之間，拜晚我五屆畢業的李教授為師，參加討論會，也跟在他後面參加迴診。最初有些不習慣，但是，很快的，我心想：「學問又不

是會從天上掉下來的」，心裡就坦然，也能覺得自在多了。

在成大醫學院方面，自1984年醫學系的第一屆開始，我講授“Pathology and Clinical Correlations of Parasitic Infections.”「寄生蟲症的病理與臨床關係」，共28年。另外也給了護理系的學生講授「老人的退休計畫」和醫學系的醫學倫理等等。

本人自從成大醫學院創院開始參與教學，前後共20年之後的2005年6月4日，很榮幸地，得到成大醫學院，頒發給我「臨床醫學教授」聘書，在頒發典禮上，我有如下的致詞：

宋院長、李明亮教授、各位老師、各位家長以及今天畢業的各位同學，大家平安！

四十五年前的1960年，我和在座的各位同學一樣，參加醫學院的畢業典禮。

我在過去行醫45年，這期間絕大部分的時間是在基層工作，但是成大醫學院今天給我這個Title，對我來說是一種人生最高的榮譽與肯定，也是一種鼓勵。當然，我也希望對在座的畢業生也會是一種鼓勵；更何況，今天剛好也是我的生日，可說雙喜臨門，我會好好珍惜的。醫業這條路最近變得有些坎坷難行，但是對我來說，目標非常的清楚——“全人醫療”（Holistic Medicine），我會繼續往前走，而成大有很多醫者的典範、好老師、住院醫師以及優秀的醫學院學生，你們都有機會是我的老師，能使大家教學相長。在病房也有很多在疾病中掙扎的病人，他們會默默的教我一些東西，使我在醫業上繼續



成長。希望在座的各位繼續鞭策我、指導我，謝謝各位！

在成大醫院方面，自其開幕以來，在急診部參與每週兩次的學術、病例討論會和查房，前後共25年，至今未曾中斷。

雖然我本人不曾在成大醫學中心參與過行政工作，但是，居然能捉住「絕佳的機會」，和當時的宋瑞珍院長、林錫璋內科主任以及公衛的許甘霖老師，大家一起努力，於2007年向教育部極力爭取到，在成大醫學院創立台灣第一所「老人學研究所」，並主持每週一次的期刊閱讀，以及兩次病房迴診。這也算是在忙碌的「基層醫療」工作的同時，還能在成大醫學中心，留給成大醫學院師生以及台灣的老年族群，我一生之中「相當得意」，也自認「深具意義」的「永久性禮物」了。

最後，再次回首過去50年的基層醫療來時路，其間一路走來，不斷地從許多位臺大「老一輩」師長、朋友，得到我不知道，也未曾料到的，許許多多醫療上、學術上的「無價之寶」。

另一方面，在第三階段的投入教學與研習老人醫學時期，有幸的是，剛好遇上成大醫學中心的開創期，因此，得以從成大「年輕一輩」的老師以及學生群，去領會他們對傳統西方醫療的，新的「看法」、「想法」和「做法」。於是，不但讓我有機會融入他們大部分（非全部）的醫療行為，也更拓展

了我的視野，並且也進一步進入了教學相長的環境之中，至今將屆滿28年。

還有讓我念念不忘的是，和我一起工作30多年的韓內科小兒科同仁，和在我生活圈內的同業，特別是臺大內科余忠仁教授的令尊，同為景福校友的余獻章醫師。他雖然是基層的外科醫師，卻是一位求知慾極強的「活字典」，在這半世紀中，特別是在開業之初，在我的摸索期，每逢有關醫學知識以及醫病關係的難題，只要請教他，我都得到滿意的解答，甚至連醫學文獻也會送到我的手上。這也是直到今天，我從心中很樂意地「尊他為師」的原因。

也許有人會好奇地問我何時會從基層醫療退休？我因為曾經有一段時期在成大，對護理系學生教過“Retirement Planning”課程，學生曾經問我：「老師，你教退休計畫，那你自己想過何時退休嗎？」我回答說：「我如果決定要退休，有兩個條件，（一）自己認為健康、體力無法勝任繁忙的基層醫療工作，（二）如果自己認為我對一般內科的medical knowledge已無法update時，我就會開始計劃，而在一年內真正退休。還好，現在還不到那時候。」這是10年前所說的話。不過，現在的我，對追趕updated的medical knowledge，似乎已經開始有點「力不從心」之感了呢！

（作者係母校醫科1960年畢業，現於台南開業及擔任台大景福基金會常務董事）



居家護理——視病如親

文／朱麗玲

羅老先生80歲，是一位糖尿病、高血壓、心臟病個案，因小便無法自解乾淨，造成尿道感染住院而置放導尿管，日常生活如餵食、身體清潔、身體活動等，無法自理需要看護給予協助而列入管理對象。因老先生意識清楚可清楚表達其需求，但右側肢體較無力、活動較遲鈍，雖多次與羅老先生溝通，說明長久不下床會造成的影響，老先生仍不願意配合下床、使用輪椅。長時間下來，老先生身體功能逐漸退化，尾椎處及雙腳有多處因臥床壞死的傷口。為了清除壞死組織及呼吸喘，羅老先生入院治療，期間因吞嚥功能退化，進食量少造成身體消瘦無體力，加上看護餵食時，老先生常有咳嗽情形，醫師便安排胸部X光檢查，診察後發現羅老先生肺部有積水及吸入性肺炎，於是插入鼻胃管來改善羅老先生的營養狀況。

羅老先生小學畢業後即從事買賣生意，育有二男一女。妻子在家中照顧孩子，原擁有一幸福完整的家庭，但因年輕時常應酬喝酒對妻子家暴，妻子憤而帶著兒女離他而去，所以老先生目前一個人居住在老舊的房子裡，妻兒也都不想再見到他。老先生年事已高、行動不便，女兒基於道義上的立場，替父親請了一位印尼籍看護照顧他的日常生

活起居，但每個月只給予看護3000元，支付他父親的生活所需費用，看護想多買一點就不夠用。所以在老先生的飲食方面，看護每天自行烹煮稀飯，輔以老先生女兒購買的一般成人奶粉給老先生灌食使用（一般奶粉長期使用於插鼻胃管的病人，容易造成營養不良，除非增加很多的副食品及使用管灌專用奶粉）。尿片及傷口換藥的紗布用完了，看護要聯絡其女兒也常連絡不上。因其兒女很少探望老先生，看護也因不忍老先生無日常用品可用，偶而會自掏腰包，但仍不足以供給日常使用，長久下來造成老先生營養不良、傷口不容易癒合。

當我了解羅老先生的狀況後，多次與他女兒聯絡都未連繫上，終於聯絡上後，他女兒表示：我的經濟能力也有限，只要他有得吃就好，營養夠不夠不重要。為了改善羅老先生的營養狀況，我們針對老先生所面臨的問題，舉辦個案討論會，經過團隊討論後，社工評估老先生未符合被遺棄的條件，而且老先生名下有不動產，不符合低收入戶申請條件，可領取老人年金、聯繫其他福利機構提供老生物資。此外，營養師評估個案飲食量確實會造成營養不良，所以營養師也教導我們如何預備飲食，然後護理師家訪時再



教導看護如何達到一天基本熱量的攝取。此外，我們轉介了福利機構，在過年過節時提供物資，並提供善心人士所捐贈灌食專用配方奶粉、尿片。

護理師家訪時發現老先生呼吸喘、痰多，需要氧氣及抽痰機，我們也轉介了輔具中心提供氧氣及抽痰機。護理師家訪時也評估老先生居家環境，因老先生所使用的浴室，門檻高且門窄造成輪椅進出不便，且老先生尾椎處及雙腳的傷口未癒合，我們也協助轉介長期照護管理中心提供環境改善及氣墊床使用，長照專員評估後可補助協助做環境改造工程及氣墊床，但其女兒表示沒錢而作罷。

總而言之，老先生雖未符合被遺棄之條件，但家人只以道義上之立場提供協助，我們不會因為家屬對待家人態度而不予理會，反而更加盡力達成老先生之需要，除了常以電話跟看護討論老先生之需求，也安排醫師訪視評估老先生病況，避免老先生因病情需要就醫造成不便。目前老先生傷口已好，病況也比較穩定，營養狀況大幅改善，這可歸

功於看護的用心。有一天，又有善心人士捐贈物資，我們通知看護前來領取，當我看到看護雙手各拿一個手提袋且拿著一把傘，護理師問她下那麼大雨怎麼還來，是怎麼來的，看護回答：「阿公已經沒有奶粉了，不管有沒有下雨，有奶粉我就趕快來拿，免得阿公沒有奶粉可喝。阿公很可憐，她的家人已經不關心他了，我不能不照顧他。」護理師再問她奶粉很重，是否需要有人幫忙提，看護說：「我自己提就可以了，我有二個手提袋，一邊提一些奶粉很快就到家。」我們看著她瘦小身軀吃力的提著二大袋的奶粉離去，她照顧老先生如同對待自己的家人一樣，讓人非常感動。

看護對於我們如此關心老先生及協助解決問題十分感謝，這也是我們在執行業務時最好的回饋及鼓勵，我們將繼續秉持服務的態度來幫助有需要的人。

（作者係臺大竹東分院居家護理中心護理師）



景福兄弟耕心集（上、下兩冊）

本書是臺大醫學院醫學人文叢書之18、本院景福兄弟兩人「勤耕心田」的結晶，相信如上、下冊雙卷在手，不只醫、牙雙方師生及其他讀者能夠「雙雙」獲益，更能促進醫、牙雙方彼此間的相互了解與充分合作，以共謀病苦中之病人真正的「全人醫療」。

編著者：韓良誠、韓良俊
ISBN 978-986-04-0565-1（上冊：平裝）
ISBN 978-986-04-0566-8（下冊：平裝）
出版時間：2014年4月初版



良性攝護腺肥大症的治療

文／蕭俊雄

本人從事泌尿科醫療工作已經超過50年，在門診最常診治的病依序為性傳染病、泌尿道結石症、攝護腺肥大症、先天性畸型、泌尿道癌症……等等。其中令泌尿科醫師最喜愛的是治療攝護腺肥大症。我的老師謝有福一再叮嚀治療攝護腺肥大症的重要性，如何將病人照顧好的要點，他有意將臺大醫院發展為東南亞治療攝護腺肥大症的醫療中心。

臺大醫院有治療攝護腺肥大症的經驗，不過在戰前（1945）以前開刀的死亡率高達50%。謝有福教授到美國進修回國後，改進手術方法和增加醫療設備。治療的成果顯著有改善。在1962年台灣醫學會上發表臺大醫院從1945年到1962年攝護腺肥大症的開刀結果，總共手術100病例的死亡率下降為4%。這種結論大大地提振我們對攝護腺肥大症的開刀信心。本人奉命報告TURP（經尿道攝護腺切除術）的手術方法和臺大醫院開刀3例的結果，沒有死亡率，但開刀結果，並不如預期的良好。因為醫學會的報告，發現我們的手術，尚在啟蒙時代，所以我在臺大醫院泌尿科服務3年後，去美國進修，接受完整的泌尿科專科訓練，包括一年的intern，一年的一般外科和3年的泌尿外科住院醫師。我們的醫院

叫Zahey Clinic在Boston治療BPH頗有名氣。主任Dr. Dick是Dr. Nesbit早期的學生，TURP的手術技術一流，在泌尿科學界頗有名氣。在1965年代，年過70歲的老人的20%的美國人需要接受攝護腺肥大症的開刀治療。據統計在Zahey Clinic約70%的開刀是選擇用TURP。在1969年我離開Boston那一年，更進步到的90%的攝護腺肥大症接受TURP的治療。在泌尿科界開刀總數應該最多的是攝護腺肥大症。所以泌尿科醫師治療BPH不但情有獨好，迷思，更是迷戀了。

良性攝護腺肥大症（BPH）是泌尿科學界和一般社會大眾所認知的診斷，沿用至今超過百年，但在2013年的台灣醫學會討論中，長庚醫院陳志禎醫師主張將BPH改名為MALE LUTS是根據Dr. Bram的主張。在泌尿科學界錯誤的命名譬如replicated kidney和rupuplicated ureter……。早有人提出討論，如果要將這些病名改正成更適切的病名，未嘗不可。但經過一段時間的討論，大家認同就好，沒有人有意去做改名的動作，很簡單，只要醫師和社會大眾認同就可以了，何必去斤斤計較正確的命名。

良性攝護腺肥大症（BPH）的治療，以內科用藥物治療為主，但如果藥物治療，不



能達到預期的治療效果，就必需考慮開刀治療，以解除病人的病痛。近20年來治療BPH的藥物改進很多，治療效果良好，所以需要開刀的病例，顯著的減少。茲將內科用藥歸類如下：（1） α -adrenergic blocker，它的作用機轉是將攝護腺的平滑肌放鬆，幫助排尿順暢，如doxaben，Tamsulosin，Silodosin…等。（2）5- α reductase inhibitor（5- α RIs）作用機轉是阻斷testosterone轉變為dihydrotestosterone進而抑制攝護腺增生，減少急性尿滯留的發生。（3）Anticholinergic（抗膽鹼藥物）用來控制膀胱過動症。至於選擇何種藥物來治療比較有效，依每位醫師的經驗和認知不同而有差異。不在本文論述。如果藥物治療不能收到預期的治療效果，或不能改善症狀時，只好用外科方法來改善病人的生活品質。

攝護腺肥大症的外科治療方法，過去有很多的報告，但歸納常用的手術方法有下列4種。（1）恥骨上攝護腺摘出術（suprapubic prostatectomy）（2）恥骨下攝護腺摘出術（retropubic prostatectomy）（3）會陰攝護腺擴摘出術（perineal prostatectomy）（4）經尿道攝護腺切除術（transurethral prostatectomy）每一種手術方法都有它的優缺點，不在本文論述。但每一位泌尿科醫師應依其個人的訓練背景和經驗，去做最適當的開刀治療。TURP是將高週波電源接在電刀上手操作將攝護腺一片一片地切下來，以達到切除攝護腺的目的。在切除攝護腺當中如果看到出血點可以同時燒灼止血，所以TURP的手術方法，可以不用皮肉之痛，減少出血量，相對的是比較安全的開刀方法。電刀的種類很

多，常見到的類型有McCarthy，Banburker，Iglesias和Nesbit。在Zaheyclinic是Nesbit Resectoscope因為我們的主任是Dr. Nesbit 1920年代的學生，他自己設計單手操作的電刀，可以把另外一個手放在肛門調整方向切除攝護腺，以達到完全切除攝護腺的目的。當年蔣介石小便困難就是Dr. Nesbit遠渡重洋，來台灣替他開的刀。

由於科技的進步，有人將TURP高週波電源改用雷射光，一樣可以把攝護腺刮除，解除病患小便困難的窘境。但這二種電源開刀顯然有異。第一高週波電刀，可以依開刀者的意志作靈活的弧度切除，因而可以將攝護腺拿得很乾淨。所以以後再發生攝護腺阻塞的機率比較少。而雷射光則是直線照射，手術中有死角不易去除，則他日發生尿道阻塞的機會較多。第二電刀切除，標本完全可以送病理切片，如果有併發攝護腺癌可以容易診斷，但雷射光是把組織氧化，如果病人有攝護腺癌，因為標本氣化而無法做病理切片診斷，而把攝護腺癌忽略。第三電刀切除是看到出血點再燒灼，但雷射光是把組織完全氣化而出血量可能減少，但如果優秀的泌尿科醫師用刀，電刀刮除的出血量也非常少，不必去考慮這種差別。第四優秀的泌尿科醫師，用電刀刮除攝護腺的速度是每一分鐘切除一公克，所以30公克的攝護腺開刀時間也不超過30分鐘，不必去考慮水中毒或電解質的不平衡。相反的雷射光刮除，每一次都把組織凝固，手術時間必定加長。總而言之高週波電刀刮除和雷射光切除攝護腺各有優缺點，不能完全取代對方，但憑各位醫師自己



的經驗來決定開刀方法。

早期美國的醫療文獻報告，約20%的手術標本是攝護腺癌。雖然早期的泌尿科文獻和教科書，一直以為中國人的攝護腺癌發生率較低，但以後有很多報告，包括中國的醫學統計證明中國人的攝護腺癌發生率和西方國家差不多。臺大醫院曾經發表攝護腺癌占3.4%的病理切片。但是本人在馬偕醫院服務的5年中，攝護腺癌的比例達17.5%。這樣的結果證明我們台灣的攝護腺癌發生和美國差不多。我很擔心如果大家改用雷射刀開刀，把攝護腺組織氣化，則會失去診斷攝護腺的良機。當然有人認為攝護腺癌的診斷靠PSA和切片（needle biopsy）就可。但你應該知道PSA的誤差和不確定性相當大，至於needle biopsy曾在美國泌尿科大會引起廣泛之討論，Johns Hopkins的醫師做300次以上的切片，終於找到癌細胞。也就是說切片沒有發現癌細胞並不代表沒有癌症，值得各位泌尿科同仁深思。

我要在此特別提醒泌尿科同仁，雷射刀開刀攝護腺肥大症有它的好處，包括減少住

院日數，出血量減少，操作相對的簡單，但是因為將攝護腺組織氣化，無法取得切片檢查而失去診斷攝護腺癌的良機。因為雷射光是直線發射，操作上有死角而很困難把攝護腺完全切除。所以有朝一日再發生尿道阻塞的可能性較大，造成醫病之間的不愉快。

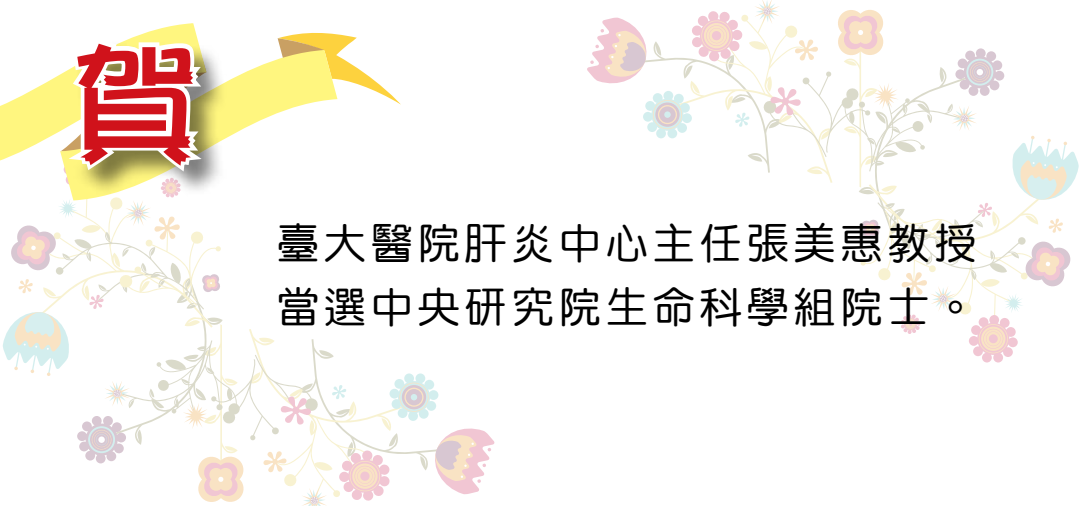
總而言之，泌尿科醫師的看家本領是攝護腺肥大症的開刀。隨著科學儀器日新月異的發展，使外科醫師求新求異的願望得以實現。但身為一個泌尿科醫師，一輩子迷思和迷戀於BPH的開刀，也是不爭的事實。但最終目的是要把每一個病人治癒是每一位醫生終生奉行的最高原則。

本人有幸1961年進入臺大皮泌科醫局，承蒙謝有福教授和陳登科教授的教誨，終於成為泌尿科醫師的願望，在52年的醫师生涯，得以窺見泌尿科學的全貌終生難忘，特此致最高的敬意。

（作者係母校醫科1961年畢業）



賀



臺大醫院肝炎中心主任張美惠教授
當選中央研究院生命科學組院士。



張七郎醫師家屬捐贈珍貴手稿與出版物予臺大醫學人文博物館

文／張棠紅

張七郎醫師是台灣日據時代末期、光復初期的鳳林名醫，對於花蓮鳳林的影響既深且遠，時至今日，依然可以看到張醫師在鳳林留下的點點滴滴影響。

一、張七郎醫師對鳳林的影響恆長遠

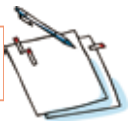
張醫師畢業於台灣總督府醫學校，也就是今日的臺灣大學醫學院，他的父親與五哥張逢年都是當時有名的漢醫，但因為張醫師的父親後來與對台灣醫療奉獻良多的馬偕醫師相識，所以鼓勵自己最小的兒子，也就是張七郎醫師學習西醫。

張醫師是個民族主義觀念非常濃厚的人，當年的他雖然生長在日本統治下的台灣，卻拒絕說日語、穿和服、穿木屐，堅持說客家話、讀漢文，只穿唐衫或西服，甚至在新埔公學校畢業之後就到廈門學習漢文。他在廈門就讀英美教會人士創立的英華學院，這間學校很重視英語教育；因此張醫師除了學習漢文之外，也打好西洋語文的基礎，對他往後學習西醫非常有幫助。

從廈門回台後，張醫師進入台灣總督府

醫學校學習西醫。總督府醫學校畢業後，張醫師先後在基隆鐵路醫院與台北的馬偕醫院服務，之後便在淡水開設仁壽醫院，並且頗受淡水地區居民的信賴與推崇。之後，因為他的五哥告訴他，東部地區實在非常欠缺醫師，鼓勵他到鳳林來開設醫院、行醫，於是張醫師便舉家東遷至鳳林地區。當時的鳳林是台灣東部最大的客家莊，但在這裡僅有一家日本人開設的西醫院，主要是幫日本病人看診，至於當地的居民，無論是漢人或原住民都因為語言溝通困難及醫療費負擔較重，而不習慣到日本人開設的西醫院看病。所以張醫師在鳳林開立仁壽醫院，對當地的居民來說是很大的福音，加上張醫師仁心仁術、視病如親的態度，讓他很快的就成為這個地區的名醫。

張醫師在看診之餘常會趁著空檔，騎腳踏車到處看看，所以常常有民眾半路攔車請醫，張醫師往往也是來者不拒地、挽起袖子便為患者就地看診，甚至免費醫治窮苦的病患。當時鳳林地區的居民生活普遍辛苦，有些人家甚至貧窮到不得不將女兒賣掉，由於擔心這些幼小的女童會被賣到不堪的地方，



張醫師夫婦陸續收養了好幾個養女，希望盡一己之力多挽救一些不幸的女孩。

張醫師的俠醫風格不僅表現在醫治病人上面，也表現在作育地方子弟上。當時的鳳林沒有中學校，要升學就得遠赴花蓮或台東，因此當地的子弟往往念完小學後就輟學去工作，因為遠地求學的交通費用與住宿費都是他們負擔不起的，張醫師知道後便創辦了農業職業學校，也就是後來的鳳林初級中學，自己擔任第一任校長，出錢又出力，培育地方英才。張醫師此舉無意中引領了鳳林地區的文風，許多原本已輟學的孩子得以繼續升學，甚至努力讀書以考取包吃、包住又不用學費的師範學校，因此鳳林有了一項著名特產——校長，鳳林也成為名副其實的「校長之鄉」。

時至今日，鳳林儼然已成為一個人文薈萃、文風鼎盛的東部小鎮，許多退休的校長、老師回到鳳林後，又帶領了另一股文化風氣，讓現在的鳳林除了靜謐的氛圍外，更有文化小鎮的氣質。

二、張七郎家屬贈書的緣由

1945年，日本戰敗，台灣被國民政府接收，讓民族意識濃厚的張七郎醫師非常歡喜，甚至把當時正在滿州國行醫的兒子都叫回台灣，參與戰後台灣的建設。

未料，當局在二二八事件大肆整肅各地意見領袖，派軍逮捕張七郎醫師及其三個

兒子——張宗仁、張依仁與張果仁。之後張醫師與二子均被害，僅次子張依仁倖存。此後，張醫師的後人為了躲避國民政府的迫害甚至遠走他鄉，多年無法歸國。

張七郎醫師的長孫張文滿在美國與黃勝雄醫師相識。黃醫師因而了解張家在二二八事件中悲慘的遭遇。後來，黃醫師回台擔任門諾醫院院長；卸任院長之後，仍繼續擔任門諾文化基金會總執行長，致力於台灣後山的社區醫療服務與老人照護。黃醫師擔任院長與總執行長期間，工作雖然繁忙，但是總會抽空到鳳林張家來探望張七郎醫師的三媳婦，即果仁的妻子——張玉蟬女士，也因此得知張醫師遺留了如此珍貴的一批醫事資料。

基於期盼資料可以受到更完善的保存，張醫師的家屬考慮將這批珍貴的資料捐贈給有能力善加保護的機關單位。而黃總執行長剛好因為之前與臺大醫學人文博物館的謝博生館長接觸過，曉得臺大醫學人文博物館正積極收集台灣早期的醫學史料，而大力促成此次的捐贈。

三、張七郎醫師手稿的重要意義

此回，張七郎醫師家屬捐贈予臺大醫學人文博物館的手稿及圖書主要可分為兩類，一類是張七郎醫師的醫事手稿，另一類是明治、大正、昭和時期，日本出版的數種醫學書籍。



(一) 張七郎醫師的醫事手稿

張七郎醫師的醫事手稿方面有：張七郎醫師的醫學筆記、診療病歷處方與台北醫院處方錄。

1. 張七郎醫師醫學筆記19冊

張七郎醫師在台灣總督府醫學校就讀期間，非常嚴於治學，各科課程或講習的內容都逐一紀錄下來，一共19冊，均為毛筆手寫，所用紙張乃是張七郎先生自製的專用書箋，每頁都印有「張七郎」的名字，並且都以硬殼精裝，相當精美。

這批醫事手稿完整記錄了1910至1915年間總督府醫學校的課程內容，以及教授、學者的名字，內容井然有序、條理分明，最難能可貴的是這批手稿可以幫助大家了解當時台灣的醫學教育的狀況。



張七郎醫學筆記19冊

2. 張七郎醫師手稿診療病歷處方二冊

張七郎先生醫校畢業後，先在基隆鐵路醫院服務，後來在淡水自己開設仁壽醫院。1921年遷居鳳林，開設仁壽醫院。這二冊手稿，就是張七郎醫師在鳳林行醫時的診療病歷及處方，為表格式，以毛筆手書，記錄病人名字、就診時間、病症、處方，並輔以圖示，透過這兩冊手稿可以瞭解當時的醫生是如何為病患看診以及用藥的。

3. 毛筆手抄「台北醫院處方錄」一冊

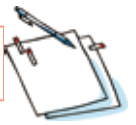
此本手抄稿內容為當時台北醫院常用的處方，透過這些處方記錄，可幫助現在的人瞭解當時常見的疾病有哪些，以及處方用藥為何，是關於醫療用藥歷史非常重要的一項記錄。



張七郎醫學筆記內頁



張七郎手抄臺北醫院處方錄及診療病歷處方



(二) 日本明治、大正、昭和時期出版的醫學書籍

一共有13款出版書籍，詳細如下：

1. 《臨床醫學研究》期刊，1~22期，57冊，東京敬文社出版，約昭和初的數年間。
2. 《現代醫學大辭典》第23卷，包括精神科學、法醫學、醫學史、醫事法制學，東京株式會社金原商店發行，昭和11年七版。
3. 第四改正《日本藥局方註解》，藥學博士近藤平三郎、朝比奈泰彥、藥學士安平義久合編，東京蒼虬堂書店發行，大正10年。
4. 第五改正《日本藥局方》第十版，財團法人內閣印刷局朝陽會發行，昭和14年。
5. 《新纂外科總編》，前編上卷，下平用彩著，東京吐鳳堂書店發行，明治38年初版，明治45年增訂第三版。
6. 《實地外科手術書》第六版，醫學博士高橋信美、鈴木五郎共著，東京吐鳳堂書店發行，昭和9年初版，昭和17年六版。
7. 《井上內科新書》，醫學博士井上善次郎著，東京吐鳳堂書店發行，明治40年一版，大正2年七版。
8. 《衛生學講義》，醫學博士橫手千代之助著，東京南江堂支店發行，明治34年初版，大正3年八版。
9. 《醫學輯覽》（含各科），約50冊，東京敬文社出版，大正14年初版，昭和13年三十五版。
10. 《最新醫病院建築設計》第七版，村市秋太郎校閱，山崎清一郎著，東京株式會社金原商店發行，昭和2年初版，昭和11年七版。
11. 《岩波講座》，生物學，包括通論、人類學、動物學、植物學、古生物學（人類學、醫學）、特殊問題、研究技術及設施等次科目，共133小冊，出版於昭和5年到10年之間。各科目都有知名講者。
12. 《畜產讀本》，九州帝國大學助教授農學博士佐佐木清綱序，九州帝國大學農學部講師境野惠佐著，東京杉山書店發行，昭和10年。
13. 《台灣農家便覽》，台灣總督府農業試驗所編纂，明治41年發行，昭和19年增訂第六版。

臺大醫學人文博物館內典藏的醫學文物典藏及展示向來都以台灣醫學史為重點，此次張七郎醫師所遺留的珍貴醫事資料恰可補充資料向來闕如的台灣早年的醫療發展資料，拼湊出更完整的台灣早年的醫學教育樣貌，同時也讓醫學生及所有後人有機會了解早年的醫生們是如何行醫、用藥、診治病人，以及當時台灣的地區性疾病與流行病等，彌足珍貴。

（張棠紅係本會專訪人員）



爬 梯 記

文／葉弘宣



庭院依山草木深 割草剪枝從未閒
山坡老樹添新枝 枝葉茂盛直上天
又朝後院展高姿 高姿不支改低姿
低姿撩人卻惱人 葉子豈會裝不知
爬上梯子上下疏 還找老伴來扶持
上梯下梯三十載 四呎六呎再十呎
自認年輕有氣魄 腦筋靈活體態輕
老伴眼中不為然 常為安全發禁令
六月二日天氣清 心血來潮好心情
搬來閒置十呎梯 上下自如似常景
低枝高枝紛紛落 左看右看漸成形
每見落枝瀟瀟下 心曠神怡又有勁

瞬間感到天地搖 好似銀河落九天
自由落體八呎高 痛苦難支有如煎
老伴在外鄰居遠 不必呼天不叫地
躺在草地望青天 但願老天不相棄
天空大地無聲息 忽聞飛鳥切聲啼
一分一秒如三秋 拖著老命回屋裡
急傳手機找老伴 告知爬梯又落地
老伴趕回來相持 待妻扶起焦無力
眼見狀況不甚佳 趕緊送醫忙告急
診斷腰椎有骨折 幸好神經未波及
只要靜養一兩月 感激老伴扶起居
得了教訓學了乖 從此不敢再爬梯

（作者係母校醫科1968年畢業，現任職加州NAPA內科）



所謂伊人——到底是誰

文／朱健次

詩經「蒹葭」詩文淺白，文意優美，傳唱數千年。至今詠之，依然生動有趣。

蒹葭蒼蒼，白露為霜，所謂伊人，在水一方，溯洄從之，道阻且長，溯游從之，宛在水中央。（蒹葭：音如兼加，荻蘆也。溯洄：逆流而上。溯遊：順流而涉。）

詩中「所謂伊人」，到底指的是誰？意有多種說法。詩亦云「刺襄公也……」，大概沒有什麼根據。朱熹指其不知何所指。崔述指為「隱者」。「詩經通釋」作者王靜芝指係隱者自詠。雖然各有其說，但總覺不太心服。既然稱為「所謂」，顯然就不是真的。「伊人」指的是隱者或隱者自己實在都

不像。「國語大辭典」解「伊人」為「那個人兒」，哪有把自己稱為「那個人兒」的？顯然在這裡，作者寫的「那個人兒」一定是他朝思暮想，讓他輾轉反側的可人兒。他不是明講那個人兒「在水一方」，「宛在水中央」，即使是「溯洄從之」，或「溯游從之」皆求之而不可得嗎？就像西方不是也有個「羅蕾萊」嗎？

秋水伊人，悠悠蕩蕩，撲朔迷離，惹我憂傷，相思綿綿，亙古永流傳！

（作者係母校微生物學研究所1970年畢業，現任母院微生物學研究所兼任副教授）

景福醫訊投稿須知

為符合景福醫訊之投稿原則，即促進醫學教育及研究之發展、促進國內外醫學之交流、並以校友聯誼為目的之宗旨，使更多校友能參與；本刊特將投稿注意事項修正如下，歡迎校友踴躍投稿，包含學術性、生活性、懷舊性、新聞性以及校友動向交流之文章均歡迎，謝謝！

1. 投稿文章字數約1,000~5,000字，以word檔為主，並請盡量附高解析度的彩色照片一至三張。
2. 為方便校友閱讀，投稿文章請以中文為主。
3. 煩請作者提供個人資料，如畢業年、系所名稱及目前工作職稱。
4. 請盡量以電子檔投稿，投稿文章請寄至jingfu88@ms59.hinet.net。
5. 因應版面需求，編輯會酌以建議文章字數、內容做小幅度修改，並徵得原作者同意後刊登。
6. 一年內同一人投稿以不超過6篇為原則。
7. 編輯會議有權選擇文章刊登與否，若投稿文章經編輯會審視，不適宜刊登，將通知退回稿件，尚請見諒。

景福醫訊 敬上



我的醫檢生涯

文／謝榮峰

醫檢生涯緣起

1966年當我從師大附中畢業後，考上臺大畜牧系，欣喜夢想將來可以成為畜產大亨，很認真的研讀專業課程，成績很好且名列前茅，當時二姐謝娟珠（現任長庚醫學院微生物學科教授）就讀於臺大醫技系的資優生，後來結婚的姐夫吳明道（現任長庚醫學院生化學科教授也是臺大醫技系第六屆畢業的高材生），當時留任於臺大醫技系當助教，和當時任助教的何憲武老師努力的奔走至考試院為醫檢師執照考催生，終於在1971年有醫檢師執照的考試。當時醫檢才剛進入蓬勃發展的時期，非常熱門，我就是在這種氛圍下，受影響毅然地從讀到二年級的臺大畜牧系轉入臺大醫技系，也從此展開了我將近四十年的醫檢生涯。

玉山登頂，相互扶持建立革命情感

大學多讀了一年，但也覺得很值得，增廣了不少見聞，也影響了我的小舅子葉才明（現任成功大學醫技系教授）進入臺大醫技系就讀，成了不折不扣的醫檢世家。與醫檢前輩學長的認識是在大學四年級時的實習期間，印象最深刻的是那年的元旦假期和高

全良老師、劉施瑞南老師、陳衍祥同學、蔡洪又欽同學、王紫杏同學、陳素華同學等相約登頂玉山，接著元月四日回臺大醫院就有門診實習的考試，大家帶著筆記本去登山，結果是累了又下大雨把筆記本全淋濕了，根本沒時間複習，但考試的結果，全班只有十個人及格，而我們全部都過關了，可見我們平常的實習是多麼的努力認真。在登山過程中互相扶持的精神令人印象深刻，在阿里山旅社時，高全良老師為了大家在戶外煮飯，結果感冒了，但是憑著毅力仍然堅持要走完全程，後來從哆哆加鞍部登上排雲山莊時，高老師體力不濟，於是大家合力幫高老師抬行李並扶持登上排雲山莊。在海拔3,500公尺的高山上已經開始下雪，第二天清晨我們就準備要登頂，外面下雪更大了，在零下十度以下的低溫風雪交加，高老師的眉毛及鬍鬚被風雪吹得白白的像個聖誕老公公，印象深刻。當我們要穿越鞍部時，離登頂僅差一百多公尺，但風雪實在太大，且雪地濕滑，站都站不穩，比較有登山經驗的我立即決定放棄登頂，大家也都同意鐵羽而歸，相當可惜，但也給大家留下了一個深刻的回憶。大家都平安的走向回程，沿著阿里山溪走到南投信義鄉的東埔溫泉，高老師終於虛脫了，大家馬上跑到商店買汽水給高老師補充能



量，停留一夜，洗個溫泉，第二天就有交通工具平安的回到台北的住家。整個過程既刺激又精采，成了我們共同難忘的一段回憶。



與臺大血清免疫科同仁出遊

三十五年教學生涯 積極參與醫檢師法立法及學術活動

臺大醫技系畢業後隨即入伍當預醫官，足跡踏遍大胆、二胆、大金門、小金門等各軍事要塞，當時兩岸還處於非常敵對的狀態，另有一篇很長的故事，這裏就不多敘述。當完一年預官之後，那時候，醫檢師如同天之驕子，求職非常容易，於是我選擇了回到系裏當助教，從此之後我就在臺大醫技系任教了三十五年的教學生涯。任教頭一年我就考取了醫檢師執照，很榮幸地被邀為台北市醫檢師公會、醫檢師公會全國聯合會、醫檢學會等的創會發起人，這輩子就一直在這三個會當理事、監事、常務理事、常務監事等職位，為醫檢師的社會地位及學術發展而努力，不敢說有成效，但是畢竟有跟前輩共同努力過。我於1996至99年接任台北市醫檢師公會理事長，期間主要政績是將台北市

立醫院的臨床病理科更名為〈檢驗科〉，另外將醫檢師的職業改成醫療職系，使醫檢師能夠有權利當上檢驗科主任。同時並與全聯會並肩作戰於立法工作，終於在2000年元月完成立法。醫檢師法的通過也帶動了放射線師法、物理治療師法、職能治療師法、營養師法、助產士法等一併通過，我們為醫檢師法拼鬥了將近二十個年頭，而有的僅拼鬥了三、五年就跟著我們通過，我們算是龍頭老大，但從來沒有被其他的醫事人員尊重，如醫事放射師法通過後就來跟我們醫檢師槓上超音波的檢查權，在大家的共同努力下，我們又戰勝了這一局。2000年完成立法後我隨即接任醫檢師公會全聯會第七屆理事長，立法完成以後有更多的細則立法工作如繼續配合教育施行細則、開業檢驗所施行細則、健保法的配合修正等等工作必須去完成。所以在我的任內由前任理事長成立了一個非常堅強的談判團隊（現諮詢委員會的前身），由大家經驗的傳承，每次出任務多少均有斬獲，而且那時公會與學會的合作非常的完整密切，並廣結善緣凡屬醫檢師團體均加入談判團隊，所以只要我們團隊一出馬，政府單位的官員都說你們醫檢師一片和諧而且團結，所以談判都進行得非常順利，這也是我在醫檢生涯中最懷念的一段時間，但在我理事長卸任後，這個良好的制度被破壞殆盡，而諮詢委員會也奄奄一息，實在可惜。現在的公會、學會、檢驗所協會團結的力量削弱了很多，是否該檢討一下。在任內的談判過程中我們完成了所有對醫檢師最有利的施行細則的立法、健保法的由指定醫事檢驗所改



成特約醫事檢驗所、稅制法爭取到和醫師一樣、醫院檢驗室最有利的評鑑方式（後來又被偷偷摸摸的改回不利的條款）、檢驗室品質管制評量制度、檢驗所評量制度、保健的成人體檢檢驗部分的切割、協助檢驗所的發展與整合（成效不大）、檢驗所電腦作業與健保局連線作業的規劃等等均相繼圓滿完成。期間並舉辦了一個令人回味的全國醫檢師於南投廬山的大會串，當時參加的醫檢師有三、四千人，盛況空前，不知何時能再有此盛會。

全心投入研究及整合提供寶貴研究資料 國內巡迴演講並拓展國際醫檢學術交流

在教學方面進入臺大醫技系，當時醫技系和醫院的檢驗科是合併在一起的，由醫師當主任，教學和檢驗完全合併，那時我和高全良老師同屬微生物學科，共同教學細菌及病毒，我們一同製造人體胎兒細胞、兔腎細胞、猴腎細胞及各種癌細胞的培養，以做為養病毒的基質。我們曾為培養流行性感胃病毒而感染流行性感胃，引為趣談。後來高老師在SARS病毒方面的成就是大家引以為榮的，因此檢驗醫學部快速成立了病毒科，由高全良老師負責，成立了血清免疫科由我來負責。我接血清免疫科主任以後，整合了內科肝病研究室所有肝炎標記的檢查、內科免疫研究室的各種免疫球蛋白的檢查、皮膚科的抗核抗體各項檢查、及耳鼻喉科的各種有關鼻咽癌的各種標記以及各種傳統的血清學檢查，後來更發展出流式細胞分析儀的各

種淋巴球標記的檢查以協助血液病及癌症的診斷，並發展人類組織型及DNA的檢查且發展到親子鑑定之檢驗，幫法院做了不少的檢體。當然這些發展對教學上方便了很多，學生也可學到更寬廣的高科技的學問，所以臺大醫技系後來更名為醫學檢驗暨生物技術學系，使將來畢業的學生可多元化的選擇職業。除了教導學生之外，常到全國各地學術機構及公會巡迴演講，也常參加國際學術大會如IAMLT、IFBLS、AACCC等大會以吸收科技新知應用於教學，積極拓展兩岸醫檢學術交流，我曾去過新疆烏魯木齊對四、五百位西北地區醫檢人員介紹台灣的醫檢發展，到四川重慶對西南三~四百位檢驗人員演講，曾到上海第二醫科大學介紹台灣的人類組織型及親子鑑定現況，到過福建的福州及泉州做演講，在中韓學術交流會上做演講，也曾到香港做學術交流。所以台灣每次大會都有邀請香港、澳門、大陸、日本、韓國及東南亞各國的學者參加，每次都收到很好的學術交流成果。



參加IAMLT大會
作者（右）與高全良老師



醫檢就是我的職業

在醫檢工作及教學上認定〈醫檢就是我的職業〉一晃就是三十五年，如今已退休六年多了，公會、學會的理監事會已完全退出，但仍保有顧問及諮詢委員的職稱，與學會及公會仍維持完整的聯繫，倒也覺得四十多年來過得非常的充實，但看到台灣的醫檢界的發展停滯不免有些憂心，也只有醫檢界能夠團結才能扭轉乾坤，為後代醫檢師營造一個良好的發展空間，我也就心滿意足了。我寫這篇〈我的醫檢生涯〉毫無保留地呈現給我心愛尊敬的醫檢師，也祝福大家共同團結來扭轉乾坤，共同來創造一個健康快樂的生活空間。

路遙知馬力，日久見人心

葉才明

這是大姊夫很久很久以前對我說過的一句話。我一直記得，也一直默默地在看。如今大姊夫走了，蓋棺論定，我看到的是一個值得我們敬佩的人！

曾有那麼漫長的一段期間您扛起照顧家人的責任。我們深深地瞭解，那副擔子是很沈重的。最後您自己也病了！然而即使知道自己罹患癌症已是末期，您仍然抱著無比樂觀的態度，甚且拒絕我們希望您能專心養病的好意。這種個性也表現在您直到往生前一天才交代您的後事一般，那還真是急壞了周遭的親朋好友。

最後您不得不放下時，我們才看到，您最關心的還是您的母親與您的妻子——我們的大姊。

幸好淑珍有及時line給您表達我們對您的感謝和承諾！

親愛的大姊夫，您在人世的生命雖然只有67年，但您過得豐富且有意義。您教過的學生對您有著無盡的追思，您扶輪社的朋友對您的貢獻也十分的感念。您的一生非常的精采。如今您已往生，我們為您虔誠地祈禱，願您在天之靈得享安息！

憶恩師

劉嘉斌

謝昔教誨淚兩行，
榮主寵召太感傷；
峰頂巡遍勳績著，
師尊高德永難忘。
山路愛行且高唱，
酒國杯中稱大王；
奠基醫檢幾多事，
留待後人空思量。
一生來去終需放，
瀟灑看待生與亡；
若謂來世得相聚，
還是相招醉一場。

（作者係母校醫事技術學系1971年畢業，曾任母校醫技系講師及附設醫院檢驗醫學部血清免疫科主任，2014年3月病逝）



臺大景福基金會 醫學人文關懷計畫

103年1月至7月執行內容

本會與母院醫學人文博物館共同執行「醫學人文關懷計畫」，內容包括「博物館體驗學習」、「人文學體驗學習」、「醫療照護關懷體驗工作坊」及「老年健康關懷體驗工作坊」等，以「人文關懷」為主軸的系列活動與體驗學習共計165場次，獲得校友、在校生及社會人士熱烈迴響。

本計畫協助醫療機構營造關懷的執業氛圍，希望醫學生及醫護人員等藉由「人文關懷」的精神重拾對醫療的熱忱；另外同學聚會亦可強化各班及各地景福校友的情誼連結，不僅使參加活動的校友重溫學生時代的美好時光，也讓校友更了解母校與母院的嶄新風貌。

以下為103年1月至7月之計畫執行內容：

內容	場數	參加人次
一、「博物館體驗學習」	72	897
（一）臺大醫學系體驗學習活動		
1. 醫五「人與醫療體驗學習」	3	67
2. 推甄生	5	52
（二）臺大其他學系體驗學習活動		
1. 選修課程「一般醫學保健」	16	132
2. 選修課程「衛生保健」	10	82
3. 通識課程「醫學與生活（2）」	13	95
4. 通識課程「醫學與生活（3）」	14	114
5. 通識課程「醫學與人文」	1	17
（三）其他學校、團體體驗學習活動		
1. 長庚科技大學護理系	1	7
2. 大陸醫五學生	1	10
3. 臺中一中科研社及臺中女中醫研社	1	94
4. 中山社大國防班	1	19
5. 解剖學研究與醫學發展討論會	1	6
6. 長庚科技大學	1	65
7. 中國醫藥大學醫學系一年級	1	5
8. 東京人月刊雜誌參訪	1	7
9. 長庚大學醫學系	1	99
10. 成功高中	1	26



內容	場數	參加人次
二、「人文學體驗學習」	34	253
1.學習群系列活動	26	168
2.博物館學習單元助教研習活動	1	10
3.志工訓練	3	30
4.「醫療情境中的人性課題」討論會	4	45
三、醫療照護關懷體驗工作坊	17	238
1.臺大PGY	2	7
2.市立聯合醫院PGY	7	153
3.國泰醫院PGY	7	62
4.新光醫院PGY	1	16
四、老年健康關懷體驗工作坊	34	346
1.「人生第三幕分享學習」	18	178
2.分享學習群	14	138
3.三全種子醫師培訓課程	1	11
4.三全種子教師培訓課程	1	19
五、人文關懷講座	3	167
1.【臺灣super阿嬤：衣若蘭教授】	1	63
2.【音樂戲劇的運用：蔡振家教授】	1	49
3.【動得多，坐得少，健康長壽不會老：廖邕教授】	1	55
六、藝文作品展示	5	
1.TCI愛與關懷兒童繪畫暨著色比賽作品展	1	
2.臺灣基督長老教會藝術團契會員聯合畫展	1	
3.張天鈞教授2013及2014年油畫作品精選展	1	
4.瓷畫展	1	
5.2014第三屆分子生醫影像攝影競賽暨展覽	1	



編後語

文／王碩盟

很榮幸於2012年10月首次編輯後，再度擔任執行編輯，負責這一期的景福醫訊。依景福醫訊編輯助理所提供之資料做了一系列的規劃整理，本期主要刊登基層醫療與台灣發展之間的互動及發展做為回味歷年來的種種。

本期的刊物分為兩大標題，前者主題為介紹基層醫療及對台灣發展的回顧為主軸甚而延伸；後者主題為各位校友曾經投稿的小品文為主；文章內以醫學新知及景福報導為補充。俗話說「一步一腳印」，這一期的刊物主要是由兩位在醫界年資經歷豐富的醫師的文章為主題，內容主要根據過去完成式在醫界的付出和現在進行式的走向及改變，使讀者藉由兩篇文章的意境有了感同深受的心並且抱著感恩的心，感謝曾經為醫界付出學者的努力，讓大家有了這些醫療資源可以使用，更感謝黃丙丁醫師及韓良誠醫師的精采內容做為此期刊物核心重點；校友小品更為過往臺大的校友文章讓大家了解曾經的曾經有多少歡樂笑容及辛酸血淚造就現代許多優秀人才在這個大社會裡付出，在此挑出幾篇文章與讀者們分享，謝謝校友的投稿使得這份醫訊增添了許多活力。

最後，感謝賜稿校友們的支持，讓此期景福醫訊能夠如期完成，並且也很感謝景福醫訊的助理編輯王小姐的協助，才能使本期刊物豐富的傳承，希望透過景福醫訊基層醫療回顧及台灣發展，可以使人文醫學的精神與情感永無止境的延綿不絕。

（作者係母校醫學系1995年畢業，現任臺大醫院泌尿部主治醫師）

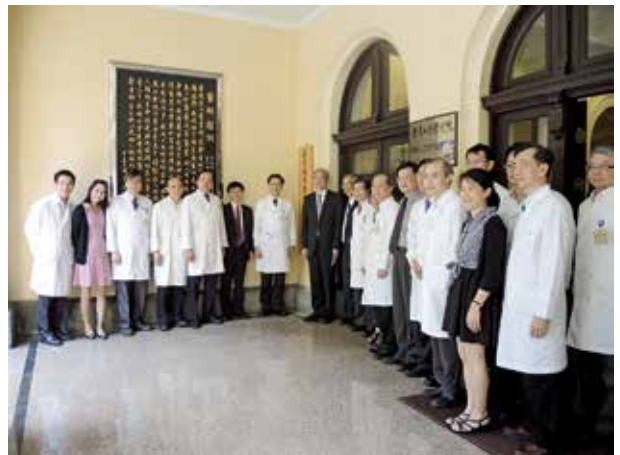
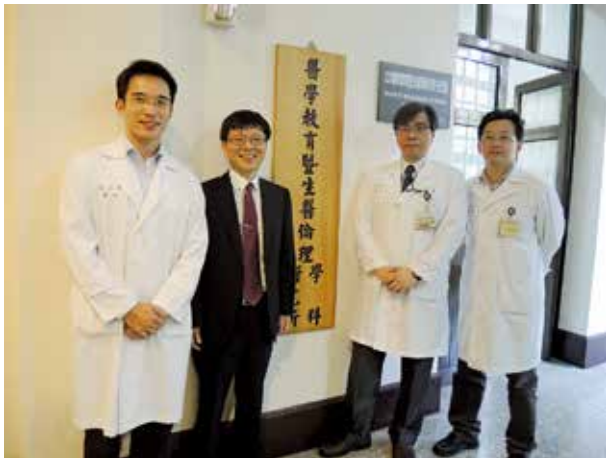


國立臺灣大學醫學院 醫學教育暨生醫倫理學科（所）揭牌典禮

時間：2014年8月1日

地點：臺大醫學人文博物館

攝影：王亮月





臺大兒童醫院揭牌典禮

時間：2014年7月21日（臺大醫院教學部攝影）



臺灣大學醫學院醫學教育暨生醫倫理學科（所）揭牌典禮

時間：2014年8月1日（王亮月攝影）