



景福醫訊

第31卷第11期

2014年11月

Jing-Fu Bulletin



小小福

小小福這排紅磚樓位於行政大樓與鹿鳴廣場之間，日據時應作為實驗室及教室使用。目前，部分空間仍舊為農業化學系實驗室，而部分空間則轉作為洗衣部、理髮部以及社團活動使用。

台大景福館風華再現開幕活動

時間：2014年11月19日

地點：台大景福館

攝影：呂志成 王亮月



景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第31卷 第11期

2014年11月出版



目 錄

醫學新知

- 2 糖尿病黃斑部水腫的最新治療方法 謝易庭

醫學論壇

- 5 唐氏症之路四十年 謝豐舟
9 外科分碎儀器，引發爭議 江顯楨

校友小品

- 14 回憶杏林弦樂團到墨爾本的演出 蕭裕源
19 Yoko San 楊榮毅
21 馬拉松與我 黃建融

學生園地

- 23 University of Michigan Medical School—
交換學生心得 林宜鴻
28 密西根大學醫學中心交換見聞 卓聖里
34 謝謝生命有你 陳祉吟

編後語

中華民國一〇三年十一月出版

第三十一卷第十一期 總號三五二

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 / 薛濟平、邱政偉、楊曜旭、柯政郁、許秉寧
商志雍、林艷君、何蘊芳、林文熙、范守仁
陳文彬、吳爵宏、徐明沈、鄭祖耀、陳世杰
李正詰、林麗真、王淑慧、王碩盟、柴惠敏
鍾國彪

本期執行編輯 / 陳偉勳

副 執 行 長 / 張皓翔、詹鼎正、蔡詩力

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



糖尿病黃斑部水腫的最新治療方法

文／謝易庭

隨著文明的進步，人類的平均壽命越來越長，伴隨而來的文明病也越來越增加；糖尿病（diabetes mellitus）就是其中之一。不僅在台灣，甚至在全世界，糖尿病的罹患率都是年年增高。根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）的統計，目前全世界約有3.5億人罹患糖尿病，而且還在增加當中。

糖尿病最讓人感到害怕的，就是各式各樣的併發症。其中微小血管病變包含了三大病變：神經病變、腎病變、以及視網膜病變。糖尿病視網膜病變（diabetic retinopathy, DR）不僅會造成視力受損，嚴重者甚至會造成失明。根據2008年健保資料庫的統計，全台灣罹患糖尿病的病人當中，約有25%的人有糖尿病視網膜病變；¹而國外的統計甚至顯示高達35%的糖尿病病人有不等程度的糖尿病視網膜病變。²糖尿病視網膜病變目前是世界造成視力喪失的主要病因之一；而糖尿病黃斑部水腫（diabetic macular edema, DME）更是在罹患糖尿病視網膜病變的病人裡面，造成視力喪失的首要原因。³糖尿病黃斑部水腫是

由於糖尿病所引起的微小血管病變，使得血視網膜屏障（blood retinal barrier, BRB）受到破壞，黃斑部血管的通透性增加，血管中的液體和脂肪滲漏並堆積在黃斑部的視網膜組織中，造成黃斑部水腫而影響視力。（圖1）

對於糖尿病黃斑部水腫的治療，目前有幾種不同的方法，包括：雷射光凝固（laser photocoagulation）、玻璃體內或是後筋膜下類固醇注射（intravitreal or posterior subtenon injection of triamcinolone acetonide）、玻璃



圖1：在糖尿病黃斑部水腫病人的眼底照片中，可以看見黃斑部有許多的硬滲出物（hard exudate），這是因為從血管中滲漏的液體和脂肪堆積在黃斑部的視網膜組織中所造成。



體切除手術 (pars plana vitrectomy)、以及玻璃體內注射抗血管內皮生長因子藥物 (anti-vascular endothelial growth factor, anti-VEGF)。⁴ 雷射光凝固治療是最早被證實可以減少糖尿病黃斑部水腫所造成的視力喪失的有效方法。其原理為利用雷射的能量來閉鎖血管並減少滲漏，但是臨床上其治療效果有限，而且有少數人會併發永久性的結痂以及脈絡膜的血管新生，結果反而使得視力更加惡化。玻璃體內或是後筋膜下類固醇注射也能改善糖尿病黃斑部水腫所造成的視力受損，但其最主要的副作用就是可能會引起眼壓上升造成青光眼，另外也可能會加速白內障的形成。玻璃體切除手術的目的是減少玻璃體對視網膜的拉扯，進而降低黃斑部水腫的程度。但根據研究結果顯示，對於視網膜沒有受到明顯拉扯的黃斑部水腫，玻璃體切除手術並沒有特別的助益。

糖尿病黃斑部水腫目前最新的治療方法，就是玻璃體內注射抗血管內皮生長因子藥物。在糖尿病黃斑部水腫的致病機轉中，血管內皮生長因子 (VEGF) 扮演了非常重要的角色；它會破壞血視網膜屏障，使得視網膜血管的通透性增加，並且會促進血管內皮細胞生長而造成新生血管增生。⁵ Anti-VEGF 則是利用其對 VEGF 的拮抗能力，來減少視網

膜血管的通透和滲漏，並抑制血管內皮細胞增生移轉。Anti-VEGF 用於治療糖尿病黃斑部水腫的臨床效果已廣被證實，而且在2012年已通過美國FDA及台灣衛福部食品藥物管理署核准其適應症 (圖2)。根據最新的臨床研究結果顯示，Anti-VEGF 治療黃斑部水腫的效果不但勝過傳統的雷射光凝固以及類固醇治療，對於視力的改善以及黃斑部水腫的消退，經過三年的追蹤仍然可以繼續維持，而且治療所需要使用的針劑是逐年減少。⁶ 另外研究中也顯示，anti-VEGF 不但對於治療黃斑部水腫有效，還可以降低非增殖性糖

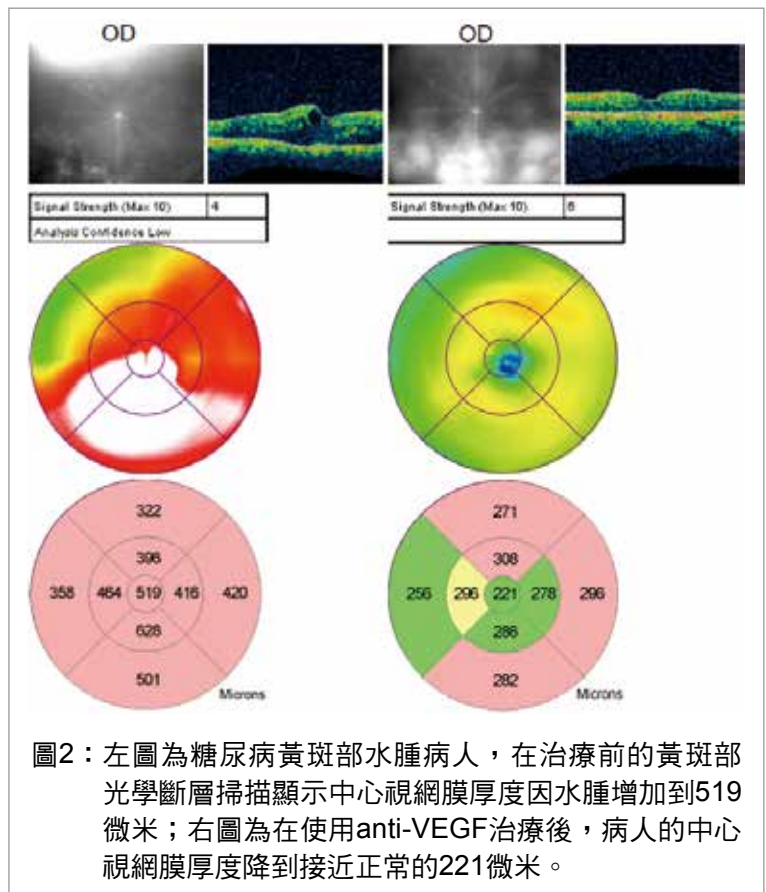


圖2：左圖為糖尿病黃斑部水腫病人，在治療前的黃斑部光學斷層掃描顯示中心視網膜厚度因水腫增加到519微米；右圖為在使用anti-VEGF治療後，病人的中心視網膜厚度降到接近正常的221微米。



尿病視網膜病變（non-proliferative diabetic retinopathy, NPDR）進展成為增殖性糖尿病視網膜病變（proliferative diabetic retinopathy, PDR）的比率。不過新藥物通常都是所費不貲，anti-VEGF也不例外；所幸健保署自2013年2月起，針對「糖尿病黃斑部水腫導致視力損害」之患者，已開放有條件給付抗血管內皮增生因子藥物。對於符合條件的患者，可以使用事前審查的方式申請；一旦核准後，病人就可以使用健保給付來治療。這對於糖尿病病人來說，不啻為一大福音。

除了治療病灶本身之外，嚴格的控制血糖、血壓、以及血脂肪，才是糖尿病視網膜病變及黃斑部水腫最好的預防及治療方式。健保署建議，糖尿病病人每年應至少接受一次眼底檢查或眼底彩色攝影，以期在病變早期就能透過眼底篩檢發現。更重要的是，在科別間應建立良好的轉診制度；一旦發現病人有視網膜病變，就能讓病人早期發現與妥善治療，穩定或挽救視力，避免可能視力喪失的危險。

延伸閱讀

1. Tsai MT, Woung LC, Tsai WH, et al. Healthcare utilization by patients with diabetes and diabetic retinopathy among National Health Insurance enrollees in Taiwan. *Taiwan J Public Health*. 2008;27(2): 101-109.

2. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes care*. Mar 2012;35(3):556-564.
3. Witkin AJ, Brown GC. Update on nonsurgical therapy for diabetic macular edema. *Curr Opin Ophthalmol*. May 2011;22(3):185-189.
4. Zhang X, Zeng H, Bao S, Wang N, Gillies MC. Diabetic macular edema: new concepts in patho-physiology and treatment. *Cell Biosci*. 2014 May 14;4:27. doi: 10.1186/2045-3701-4-27. eCollection 2014.
5. Aiello LP, Avery RL, Arrigg PG, et al. Vascular endothelial growth factor in ocular fluid of patients with diabetic retinopathy and other retinal disorders. *The New England journal of medicine*. Dec 1 1994;331(22): 1480-1487.
6. Brown DM, Nguyen QD, Marcus DM, et al. Long-term outcomes of ranibizumab therapy for diabetic macular edema: the 36-month results from two phase III trials: RISE and RIDE. *Ophthalmology*. Oct 2013;120(10): 2013-2022.

（作者係母校醫學系1997年畢業，現任附設醫院眼科部主治醫師）



唐氏症之路四十年

文／謝豐舟

前一陣子高雄市一家麥當勞拒絕一位四十歲的女性唐氏症患者，引發喧然大波，讓社會注意到唐氏症患者與家庭的困境。唐氏症恰是我在臺灣大學四十年醫師生涯的一個工作重點，也因此不免勾起了一些回憶。

身為婦產科醫生，母子均安是我們工作的最高目標；雖然母子均安，不過新生兒卻罹患唐氏症，自令人有天大的遺憾。唐氏症既不能靠疫苗預防，也無治療方法，惟一辦法是透過產前診斷，即羊水檢查來預防。

要拿到羊水，就得做羊膜穿刺；三十多年前，要在懷孕四、五個月的孕婦肚子上戳一針，可是天方夜譚。別說孕婦不接受，事實上要怎麼做，我也不太知道，因為從不曾看過前輩們做過。即使能抽到羊水，如何把胎兒的細胞培養起來，分析其染色體更是一門挑戰，在當年，細胞培養可是比登天還難。

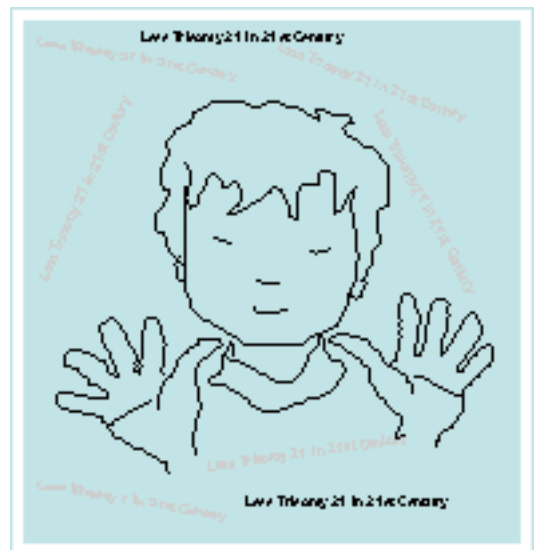
但在「一定要解決唐氏症」的企圖心驅策之下，慢慢地摸索到羊膜穿刺的要領，1982年又到紐約跟也是臺大醫科校友的徐裕芬教授學習羊水細胞培養、染色體分析及遺傳諮詢；在1983年之後，羊膜穿刺和羊水細胞的染色體檢查已然成熟，優生保健法也適時通過，讓產前診斷有了法律基礎。

透過周產期醫學會及衛生署的推廣，一批批的婦產科醫生來見習羊膜穿刺，夠水準的羊水檢驗室也漸普及，使羊膜穿刺及羊水

檢查不再是夢想；1988年之際，台灣高齡孕婦接受羊膜穿刺的只有7.5%，到了2000年已高達75%。最近則已高達95%。

不過，高齡婦女的羊膜穿刺率即使達到100%，仍未能解決唐氏症的問題，因為80%的唐氏症兒來自非高齡婦女，而她們占了孕婦的90%以上。要每人都接受羊膜穿刺，不僅實務不可行，也不合成本效益；於是，如何在非高齡孕婦中，把高危險者篩選出來接受羊膜穿刺，就成了全面解決唐氏症的最大挑戰。

80年代之後，學者漸漸發現，透過母血中某些標記的檢查，可以有效篩選唐氏症的高危險群，接受羊膜穿刺；90年代初，這項方法已趨成熟，我也決定在台灣全面推廣，根本解決唐氏症的問題。





這種篩檢需要複雜的運算，首先必須知道每週孕婦血中 α -Fetoprotein 及 β -hCG 的正常中位值，還要針對孕婦的體重加以調整；問題是這些正常值的資料，台灣人都付之闕如，需要一項一項建立，至於這套方法在台灣人身上是否同樣有效，也沒人有把握。

我逐項摸索，終於找到各項正常值及適當的調整方式，將國外的運算軟體修訂到適合台灣人使用；透過周產期醫學會以及試劑公司的協助，建立起可供全國婦產科醫生使用的篩檢通路，更在衛生署的研究計畫資助下，建立包含十二所醫學中心的台灣唐氏症研究群，評估篩檢成效。

透過全面的教育與推廣，這項篩檢工作很快地在三年內普及到全台灣，使唐氏症的活產率在1993年至1995年間，急劇地下降70%；估計每年減少200位唐氏症兒，亦即每年可以讓至少200個家庭免於產下唐氏症嬰孩的長期負擔。

至此，經由羊膜穿刺的建立與推廣，加上唐氏症母血篩檢工作的完成，唐氏症這個造成智障最常見的疾病，終有了「上醫醫國」的全面解決方式；近年來更先進的篩檢方式陸續開發，篩檢檢出率已由70%提升到80%。最近又有所謂非侵入性產前診斷，經由檢測母血血清中游離的胎兒核酸，唐氏症檢出率幾達百分之百。唐氏症由40年前的聽天由命到今天抽個血，抽個羊水，就可分曉，40年來的演變，真是令人嘆為觀止！

台灣的唐氏症防治從推動羊膜穿刺，到母血篩檢，費用都是自費。政府對羊膜穿刺的孕婦每人補助二千元，孕婦自付四千元。

從1984到現在三十年，還是二千元。聽說最近要增加為五千元。不過，現在生育數目腰斬，政府在這方面的支出總額，其實增加不多。

至於母血篩檢則完全是自費。1992年剛開始時是一次一千元。當年我一開始就採取自費路線，一方面政府沒預算，一方面走自費路線可以用市場的力量去推動。

我的想法是孕婦每人出一千元，大概一千個孕婦有一個人的胎兒會是唐氏症，所以發現一個唐氏症要一百萬元，但這一百萬是由一千人分擔，999人出一千元幫1個人發現唐氏症，自己幸運沒中獎，但可以幫助一個人和整個社會免除唐氏症的終身重擔，這是一種利他行為。我相信絕大部分的孕婦還有能力來負擔那一千元。畢竟每人一生只生那麼一兩次。

為了有效推廣篩檢，必須讓醫生，檢驗所及試劑公司都有動機，所以這一千元裡面，診所可得400元，要做採血，送檢及後續說明，檢驗所400元，要做檢驗，公司則要運算，製發報告，如此大家都有推動篩檢的誘因。

我則透過周產期醫學會，向當時的保健處，申請一個三年計畫，每年120萬，進行品管和統計，以評估篩檢效果。另外利用試劑公司的資源，舉辦國內和國際的學術和教育活動。試劑公司將我們這套方法迅速地推廣到香港，中國，韓國，建立了他們的跨國市場。以每年30萬出生數，一人一千元，就是3億元的市場，加上鄰近各國，數目相當可觀。可惜當年臺大醫院並無與廠商合作的



機制，我們也只能以做好事的理念，協助廠商，創造雙贏，當然我們贏得的就是台灣唐氏症的解決。

有人跟我說，既然有效，何不要求納入健保，我說，別傻了，一旦納入健保，一次給付可能只剩三百元，大家興致缺缺，不會努力推廣，畢竟人是資本主義的動物。

所以台灣唐氏症的成功防治，政府出的錢非常有限，但他們可以了解和支持對的策略，一方面節約政府經費，一方面促進市場活動，而讓孕婦以互助的方式，避免了唐氏症的威脅。當年保健處同仁的睿智，值得今日的國健局參考。台灣的乳腺癌防治其實也可以用唐氏症的本土經驗做為借鏡。

根據國民健康署的統計，2012年台灣在產前發現的唐氏症有309名，而出生的唐氏兒有39名，也就是唐氏症的產前檢出率已達90%。

1973年，我時年26歲，開始當婦產科住院醫師，看到產房裡，年輕父母面對新生兒是唐氏症的晴天霹靂而痛哭失聲，讓我覺得一定要達成唐氏症的產前診斷。1978年開始摸索羊膜穿刺，1982年到紐約進修細胞遺傳學，1992年開始推動母血唐氏症篩檢，到今年67歲，垂垂老矣，但慶幸的是在台灣，唐氏兒的出生已減到最少，這也算完成了我年輕時的一個大心願。

只是，歷年來累積下來的唐氏症患者，已進入成年和中年階段，父母在照顧上已經越來越吃力，尤其唐氏症會伴有早發型失智，更使照顧工作越來越困難。這次麥當勞事件就凸顯了這個問題。不過，個人能力有

限，還待政府重視這個問題。然而，現在台灣人民的實質收入倒退到十六年前的水準，正常人活命尚且困難，怎能有餘力去照顧這些無害而安靜的成年唐氏症患者呢？

我提醒唐氏症病友會，失智將是開始要面對的問題。我請專研失智症的臺大醫院神經科邱銘彰醫師協助他們。透過在各地舉行的病友聚會，讓唐氏症家庭學習面對這個新的課題。估計台灣現存的唐氏症患者約三萬人，如何照顧這些從新生兒到五十歲的唐氏症病人是個大問題，除了致力於產前篩檢之外，這也是我認為不可忽略的一個問題。

2013年11月18日在臺大醫院開始唐氏症聯合門診，集合了十個不同專科的醫師，同時開設十診，為唐氏症病友服務。每次看診三十位，由唐氏症病友會安排，並出動志工支援。此門診每月一次，就診者由襁褓中的嬰兒到三十歲的成人都有。我想，這個聯合門診可算是我四十年來致力於完成唐氏症拼圖的最後一塊。

值得一提的是，唐氏症病友會的角色。20年前，唐氏症基金會草創的時候，我就和他們保持聯絡並盡力幫忙。唐氏症病友會如今已經成長壯大，他們成立了基金會也有自己的辦公室。這次在成立臺大醫院唐氏症聯合門診的過程，他們也全力協助。病友會（patient advocacy group）在我們對抗了一個疾病的過程中，實在是非常重要的角色。他們日益專業而且可以協助爭取資源。台灣唐氏症工作的開展，病友會確實是一股不可忽視的力量。

最近有篇論文指出，在具有三個21號染



色體的神經細胞上，使用分子生物的方法，使其中一個去活化，結果，神經細胞的形狀就趨於正常。此研究為唐氏症的治療指出一個方向。我一直認為：唐氏症是一種模式疾病（model disease），就像果蠅，線蟲是模式生物的概念是一樣的。因為唐氏症的基因型與表現型的關係十分清楚，沒有環境因素的影響，因此唐氏症可以做為連結基因體與人體結構和功能的Rosetta stone。例如了解唐

氏症為何會智障，可能有助於了解人腦認知功能。了解唐氏症為何會有早發性阿滋海默症，可能有助於對失智者的研究。希望，臺大的唐氏症聯合門診的參與醫師們除了為唐氏症病友提供周全的醫療服務之外，在這方面也可以成為一個很好的研究團隊，協助揭開唐氏症之謎。

（作者係母校醫科1972年畢業，現為母校婦產科名譽教授）

臺大醫學院誠徵內科心臟專科專任助理教授以上教師一名

- 一、資格：1. 國內外醫學系畢業、領有中華民國醫師證書。
2. 具內科專科醫師及心臟次專科證書。
3. 具助理教授以上之資格。

二、檢具書面文件資料：

1. 個人履歷表（包括過去教學、研究）七份。
2. 個人學經歷證書、醫師證書、內科專科及心臟次專科證書影本。
3. 所有論文著作目錄七份。
4. 最近五年內（自2010年8月起迄今）代表性著作（最多4篇）之抽印本或影本七份。
5. 最近五年內（自2010年8月起迄今）所有論文I.F.及相關領域排名，並挑選其中12篇（以內）之論文註明其被引用之次數，七份。
表格請至臺大醫學院人事組網站（網址：<http://www.mc.ntu.edu.tw/staff/person/>）常用表格中下載。常用表格中下載。
6. 教學、研究計畫書一式七份。
7. 申請者曾經合作之學術單位之合作對象名稱、合作主題、及其連絡方式（如：電話、e-mail等）七份。
8. 申請者曾經指導學生姓名、指導主題名稱等七份。
9. 申請者目前任職單位之個人教學及服務評鑑資料七份。
10. 二封國內外相關學門教授（或研究員）之推薦函，**逕送內科主任室或以電子郵件方式寄至 [ymhung@ntu.edu.tw](mailto:yhung@ntu.edu.tw)信箱。**

三、收件送達截止日期：民國103年12月29日（星期一）下午5時之前以書面資料送達
臺大醫院內科主任室。

四、聯絡地址：台北市中山南路七號臺大醫院臨床研究大樓14樓內科主任室
『內科新聘教師甄選委員會』收

五、聯絡電話：02-23123456轉65022洪小姐
傳真電話：02-23934176
e-mail: [ymhung@ntu.edu.tw](mailto:yhung@ntu.edu.tw)



外科分碎儀器，引發爭議

文／江顯楨

今（2014）年4月17日，美國食品和藥物管理局（FDA）對外科醫生發出一個警告，說不鼓勵他們使用「分碎器」（morcellator）。理由是：外科醫生利用微創技術或利用機器人做「子宮切除術」（hysterectomy）、或是用這些先進技術做「肌瘤切除術」（myomectomy）的過程中，分碎器可能會把隱匿的癌組織，擴散到腹腔各處。隨後，分碎器的龍頭製造商Ethicon透過它的母公司Johnson & Johnson發表聲明：在FDA和醫學界還沒有重新對手術中「分碎作用」（morcellation）的角色下定義之前，他們暫停出售這種儀器。

筆者早在1987年開始使用微創外科新技術。記得千禧年前，曾以「鑰匙孔的手術」為題，投稿景福醫訊。當時提到法文*morceler*一字有「搗碎」之意（等於英文*morsel*的「一小口」）。這「分碎器」基本上是一台可攜帶的袖珍「絞肉機」（圖1）。在腹腔鏡手術中，外科醫生用它來搗碎或分割大型的質量物體。它外型像個電鑽，前頭有個中空圓柱體的儀器構造，類似一個小氣缸。儀器頂端的邊緣帶有鉗口或刀口，平時不露鋒芒。當外科醫生把它貫穿腹壁，安全引進腹腔之後，扣動扳機，它的頂端就露出鋒利鉗口或刀口，把大型物體咬成碎片，或像削蘋果皮

似地刮成連綿的長條。這時，助手用插入腹腔的「抓取器」（grasper），把這些組織的碎片或連綿的長條拉進「氣缸」，最後將它們全部抽出體外。

使用電動分碎，安全堪虞

回溯歷史，1993年，第一台帶有螺旋電動刀口的分碎器被引入美國市場。它最初是用於子宮的摘取，但後來也應用到其他的器官。時至今日，電動分碎器使用於外科手術當中已經非常普遍。目前在美國市場，至少有五種不同公司製造的品牌，（其中包括Ethicon Endo Surgery系列的Gynecare Morcellex、Gynecare XTract、Morcellex Sigma等），大多是用過即丟的外科儀器。儘管有二十多年的市場經驗，醫學界對「分碎作用」之短期併發症和長期後遺症的了解，仍然有限。一直到最近，才有人認真提出：短期的併發症像對周圍器官，譬如腸道、膀





胱、輸尿管、胰臟、脾臟及大血管結構的意外損傷；長期的後遺症則包括可能引起的粘黏、胃腸功能的紊亂等等。而現在本文所要討論的最令人難以釋懷，那就是：分碎器的使用，可能還會傳播未確認的潛在癌症，讓惡癌的組織到處寄生和增長。

當初分碎器的設計是針對婦科微創手術。為了要把割下來的子宮，通過一個微小切口，從腹腔裡拿出來，儀器遂應運而生。眾所周知，子宮是一個實質器官，它是個不可能被壓縮的物體。尤其是大多數女性患者，她們的子宮都有相當大的「纖維瘤」（fibroma，又叫做平滑肌瘤leiomyoma，簡稱肌瘤myoma），因此它不可能輕易通過一個小切口而被移出，除非醫生將它搗碎或分割。因為組織本質都屬良性，所以分碎器對大多數女性來說，應該安全無慮。加上微創外科手術的出血少，傷口小，術後疼痛少，恢復快，併發症也少，這都是不容否認的事實。但在極少數的情況下，使用分碎器卻帶來了意想不到的不幸後果。

波城不幸遭遇，病人反彈

在波士頓哈佛大學附屬的Brigham & Women醫院（以下簡稱Brigham醫院）工作的心胸外科醫生Dr. Hooman Noorchashm，他的妻子Dr. Amy Reed則是另一哈佛附屬醫院Beth Israel的一位麻醉科醫師。這對夫婦有鑑於成千上萬的美國婦女都做過腹腔鏡子宮切除術，他倆現在正發起一個運動。Noorchashm已經在網上公開請願和控訴，他寫了幾十封信給醫學期刊，並對各大媒體呼籲，希望能

夠停止目前已經非常普遍的一種外科技術，阻止分碎器的使用。他認為這種高科技儀器就是導致Reed女士癌症蔓延的元兇。他還控訴該技術危害婦女大眾，造成她們的健康危機。他堅決要求自己工作的Brigham醫院，也就是他妻子接受婦科手術的醫院，今後不再用分碎器。同時，他懇請其他醫院以及全國的外科醫師支持，並且附議他的訴求。

故事的來龍去脈是如此：醫師在後續進行的測試中，發現Reed的組織有「子宮平滑肌肉瘤（leiomyosarcoma）」，這是一種罕見的惡性腫瘤，是帶有侵略性的癌。她的丈夫說，後來的影像學檢查，顯示癌組織在先前的婦科手術中已被傳遍到整個腹腔，因此給了她第四期癌症的診斷。她肺部也有些結節的病灶，是否癌症轉移有待觀察。Reed在另一家醫院又開腹一次，切除一些癌變組織，接著做了幾趟化療。她說Brigham醫院的婦科醫生在切除她子宮之前，沒告知她分碎器可以傳播癌症的風險。醫院的聲明則說，該醫生曾經披露「肌瘤有癌變的危險」。其實Brigham醫院在過去14個月內，另一女性病人的子宮癌也經由分碎而傳播。這兩個不幸的病例，使醫院對電動分碎器的使用，不得不做些政策上的改變。

考慮成本效果，尋求平衡

現在Brigham醫院建議，對下列情況不主張使用分碎器：任何有癌症證據的婦女，超過45歲而有超大子宮肌瘤，並且大量月經出血的女性，都很可能有隱藏癌症的存在。那麼請問，這隱藏癌症或「非典型細胞病變」



通過「分碎程序」而傳播四處的機會，到底有多大？婦產科主任Dr. Robert Barbieri在發給醫務人員的備忘錄中說，「最佳的估計可以多達每400例中就有一例，或者是少到1,000例中才有一例」。不管怎麼講，這都是個「小風險」。Barbieri敦促醫病雙方共同商談這可能性，他也希望醫生對病人明講，不必隱諱。畢竟，「分碎」破壞組織，對癌症確診以及後續的癌症分期，都可能會形成阻礙。

分碎的另一種替代方法就是把摘下來的女子宮腫瘤或子宮，經過腹部大切口完整地取出。但如此做，腹部切口會有大疤痕，皮膚感染的風險較高，病人恢復期也較長。有趣的是，若子宮腫瘤確證為癌，那麼這替代方法的使用，反而讓惡性腫瘤的擴展或病理診斷的影響，風險變成最小。在美國每年平均大約有600,000個子宮切除手術，大多是為了良性的子宮肌瘤而採用微創技術。對已知有癌症的患者，一般醫生不會建議分碎技術。不過，目前沒有任何測試，在手術之前可用來確診「惡性平滑肌肉瘤」。美國婦科腫瘤學會會長Dr. Barbara Goff說，「這罕見的惡癌即使沒被分碎過，其復發率原來就很高。既然分碎技術使許多婦女受益，我們就要在成本效果上，為整個女性病患人口，嘗試做最好的平衡。」

術前商榷步驟，個人觀察

但是梅約診所（Mayo Clinic）婦產科主任Dr. Bobbie Gostout認為，越來越多的婦女應該考慮「陰道子宮切除術」（vaginal hysterectomy）。在這手術中，子宮通常可以

完整地通過陰道而被取出。她說分碎器的設備目前有待改進，譬如：捕捉組織的技術，或保護敏感器官免於受到分碎器旋轉刀片的意外傷害，都未臻完善境地。她說：「雖然分碎技術距離理想尚遠，我們並不希望它被束之高閣，或從此消失。總希望它能一直保持在我們視野範圍之內。」筆者聯想到過去，因為妻子有超大纖維瘤的經驗，我們不採納婦科同仁做子宮切除的建議，而選擇保守治療，觀察幾年後所有纖維瘤都漸漸萎縮。至於岳母的子宮內膜癌手術，我也曾與鳳凰城Mayo婦科醫師商榷過：要從陰道抽出超大子宮，過程實非容易。

根據美國婦產科學院（ACOG）的調查，實際上，2010年全美一共做了498,000個子宮切除手術，通過手術發現平滑肌肉瘤的機率是二千分之一。「分碎技術」導致病人癌細胞擴散的醫療事故，法律訴訟的野火已在美國被點燃，似有燎原之勢。現在兩個哈佛的旗艦醫院—麻省總醫院（MGH）和Brigham醫院都在趕緊修訂有關「分碎技術」的政策，包括指導方針和「知情同意書」（informed consent）。修訂的重點就是*What Women Should Ask About Before a Hysterectomy*。醫學專家說，許多婦女因為纖維瘤引起不規則的出血、壓迫感或疼痛，早已被腹腔鏡子宮切除的魔力所吸引，甘願接受「分碎技術」，因為它意味著更快的癒合，最小的疤痕。但是筆者認為每位患者情況都不盡相同，每一個案都有其特殊性，或許還有其他妥當而安全的治療值得探索，譬如說：「栓塞子宮動脈」也能使纖維瘤萎縮。



分碎技術設備，有待改善

2012年，Brigham醫院有個研究報告，說病人在腹腔鏡微創分碎手術後，意外發現癌症的機率為0.09%。這機率雖小，但比起目前在「預料程序通報」向病人引述的機率，還高了9倍。分碎後有64%的此類案件可能發展成「播散性疾病」（disseminated disease），這應該受到特別的關注，因為惡性的「平滑肌肉瘤」死亡率很高。尤有甚者，更頻繁常見的良性的平滑肌瘤或纖維瘤，雖與死亡率的增加無關，但是經過分碎，竟然也可能變成「播散性疾病」。所以說，不管病理的診斷是良性或是惡性，一旦腫瘤組織到處擴散，就表示它比原來的疾病更難處理，臨床的醫生會對它棘手而宣告「無法手術切除」（inoperable）。

原則上，在一個大袋子裡做分碎工作可以減免腫瘤碎片被擴散到整個腹腔的風險，那麼為何婦科醫生不採用這技術？筆者發現此乃操作困難和手術費時之故。由美國Becton Dickinson公司製造的Lahey袋，又叫「隔離包」，暱稱「火雞包」。該袋大小是45×45 cm，足夠容納大多數的子宮腫瘤。它的操作步驟如下：（1）捲起來的Lahey袋可以通過病人腹部的一個裝有套管的切口，插入腹腔，進入後暫時把套管關閉；（2）把進入腹腔的袋子打開，並把腫瘤收入袋中；（3）將腹部切口拓寬到大約3 cm，使袋子開放的一端通過該切口，並拉到皮膚層面，重新蓋上套管；（4）吹氣（二氧化碳）入袋，並在袋子內執行電動分碎。第二個步驟可能是最困難的操作，因為Lahey袋是軟趴趴的。另一個改

良的大袋子叫Endo Catch II，由美國Covidien Surgical公司製造，稍為硬些，也能容納五個月大的子宮，操作似乎比較容易。另外帶有拉繩的Lapsac袋則是美國Cook Medical公司的產品。

對付癌症手術，結論依舊

如果標準的「陰道子宮切除術」是可行的話，這就是最具成本效益的方法。婦科醫生告訴我們，這樣的手術可以把子宮全部去除而不顯著破壞它的漿膜。但是當器官過大，或是它附帶有超大纖維瘤時，標準的「陰道子宮切除術」無法適用，婦科醫生就得考慮開腹，特別是有癌變疑慮的時候。不管是通過自然的陰道出口，或是通過3 cm寬的恥骨上方（suprapubic）外科切口，逐步用「手動分碎術」（manual morcellation）不啻為一個變通之法。這種一刀又一刀在「出口」處的分割抽出，就是「環形取芯」（circumferential coring）的刀法，醫生需要準備許多鋒利的刀片，因為超大纖維瘤常有鈣化硬塊，很容易使手術刀變鈍。

筆者過去在「鑰匙孔的手術」為題的文章裡，提到內視鏡手術在萌芽時期的狀況，當時我說，「切下來的外科標本可以經由一個『運輸孔道』抽出。較大的可用特殊儀器，在不沾污體腔的保護下先在體腔裡“morceler”後抽出。」在文章的結論中我曾強調手術的「安全性」與「完整性」。邁進新世紀以來，我們見證了外科的各個次專科使用內視鏡手術，都已經飛黃騰達。不少微創手術可以安全和完整地達成任務，這些大



部分都受賜於新穎儀器和歸功於新技術的發明。雖然如此，目前還有一些胸腔、腹腔、骨盆腔的手術，儀器和技術仍然有待改善，尤其是面對腫瘤或癌症之時。關於這方面的外科處理，我總認為「在我們有生之年，內視鏡手術不可能完全代替所有的傳統手術。我也相信，在兩種手術取捨之間，外科醫生還得時常隨機應變，斟酌判斷而擇善固執。」幾十年飛逝，結論卻依舊。

後記

Johnson & Johnson公司因為受到病人、醫界、與法律訴訟等各方的龐大壓力，已經在今年7月30日宣布，從此不再製造「外科分碎器」設備。過去Ethicon所發行的所有分碎器，即日起自全球市場召回。

（作者係母校醫科1963年畢業，心胸外科專家，現已退休於美國鳳凰城）

國立臺灣大學醫學院寄生蟲學科 誠徵助理教授級以上專任教師二名

壹、資格條件

1. 具生物或醫學相關博士學位，且具備博士後研究或獨立從事研究二年以上資歷。
（以起聘日期算起）
2. 能參與大學部寄生蟲學教學，開研究所寄生蟲學相關課程，並獨立從事分子寄生蟲學研究。

貳、檢具資料

1. 履歷表。
2. 所有論文著作目錄。
3. 近五年內（2010年8月1日以後）代表性著作。
4. 未來研究所之教學及研究構想書。
5. 身份證、學經歷證件影本。
6. 國內外相關領域副教授以上推薦函三封。

參、起聘日期

104年8月1日

肆、申請截止日期

103年12月31日下午五點

伍、郵寄地址

1. (1~5) 項請寄：臺北市中正區仁愛路1段1號，臺大醫學院寄生蟲學科，
藍弘旭助教（E-mail: lanhungshue@ntu.edu.tw）
2. 推薦函寄：Jung-Hsiang Tai, Ph. D. Chair of Search Committee. (E-mail: taijh@gate.sinica.edu.tw ;
Fax: 886-2-2785-8847 ; Address: Rm. 414, IBMS, Academia Sinica, Taipei, Taiwan,
11529)

陸、聯絡電話 (02)2356-2217

柒、傳真電話 (02)2391-5294



回憶杏林弦樂團到墨爾本的演出

文／蕭裕源

應杏林弦樂團教父陳振陽教授的懇託，我將八年前的往事做一次回憶。

2006年我當醫學院學務分處主任時，杏林弦樂團的指揮是北藝大的賴老師，而團長是游曠慈同學。當時有一筆國際交流經費待用，而醫學院尚未開拓與澳洲醫學校的交流。墨爾本大學是臺大的標竿大學，當年世界排名在34，醫學院系統則高居世界第12，值得我們參訪及學習。我和當時的醫學院陳定信院長討論過，也獲得他的支持，遂由學務分處邀請杏林弦樂團考慮前往進行交流的可行性。以我對杏林弦樂團的粗淺認識，覺得可以搬出去“表演”的學生社團中，最夠格的應該是杏林弦樂團了。

積極、幹練的游曠慈立即與賴老師及團員討論，大家都樂意參加，即使需自付一些團費，且要與考試、實習等妥協，也都願意在暑假期間加強練習，期以最好的表現前往澳洲演出，以文會友、進行國民外交。

首先要敲定的，是要演奏些什麼。澳洲音樂水準不低，如果不加入我們自己的樂曲，以一般的古典音樂曲目演出，可能吃力不討好，也不大會受注目。賴老師提出一份曲目問我意見，我看後認為這曲日本土與西方兼顧，困難度以樂團的現有基礎，應該可以在短期集訓後克服（表1），只要不加入新曲，團員的壓力就不會太大。

於是，弦樂團就在賴老師的指揮下，於學期期末考後的暑假期間，在人文館努力排練。臨出國前，杏林樂團在基醫大樓大廳預演（圖1、2），陳院長也來聆聽，讚賞之餘，更嘉勉大家的辛勞與熱誠，預祝此行成功、愉快。

2006年10月在我和羅股長，柯先生的帶領下，全團先到雪梨，做兩天的參訪，也到雪梨歌劇院看歌劇“Rigoletto”，玩藍山，到酒莊品酒，也勞駕我駐澳代表處及我外貿協會的招待，上雪梨塔吃晚餐（圖3）。全團先甘後苦，先在雪梨遊樂一番。

雪梨之後，全團移往墨爾本，進行這次活動的重頭戲。

到達墨爾本大學後（圖4、5、6），我們先拜訪墨大醫學院的副院長（圖7），聽取他們的辦學及招生狀況的簡報，也參觀了他們的醫學博物館。下午，就在他們的學生活動中心大廳進行音樂演奏（圖8）。大廳有一個小型舞台，觀眾座椅是臨時排列的。我們把帶去的國旗做為背景，相當速配。演奏的曲目與原先的規劃相去不多，也加上吳庭暉的數曲高歌（圖9），典雅又熱鬧、相當成功。演奏完後，團員和墨大學生和老師茶敘、交流，互贈禮物，完成交流的使命。晚宴由我駐澳代表處請客，周代表親自招呼各位團員吃西餐，喝澳洲葡萄酒，愉快、溫馨。



表1 杏林弦樂團赴墨爾本演出曲目

四季紅	台灣民謠	Loving the Year Round	Taiwan Folk Song
桃花鄉	台灣民謠	Plum Blossom Country	Taiwan Folk Song
賣肉粽	台灣民謠	Dumplings! Meat Dumplings!	Taiwan Folk Song
西北雨直直落	台灣民謠	Rainshower	Taiwan Folk Song
月夜愁	台灣民謠	Moonlight Sorrow	Taiwan Folk Song
雨中鳥	台灣民謠	Birds in the Rain	Taiwan Folk Song
望春風	台灣民謠	Expecting the Spring Breeze	Taiwan Folk Song
淡水暮色	台灣民謠	Sunset in Danshui	Taiwan Folk Song
茉莉花	台灣民謠	The Jasmine flowers	Taiwan Folk Song
雨傘調	台灣民謠	Song of Umbrella	Taiwan Folk Song
滿山春色	台灣民謠	A mountain of Spring	Taiwan Folk Song
蘭陽舞曲	台灣民謠	Lan-Yang Dance	Taiwan Folk Song
布蘭登堡協奏曲	J.S.Bach巴哈	Brandenburg Concerto	J.S.Bach
鐘的切分音	Leroy Anderson	The Syncopated Clock	Leroy Anderson
長笛四重奏	W.A.Mozart 莫札特	Quartet in G for Flute, Violin, Viola and Violincello	W.A.Mozart
羅馬尼亞舞曲	B.Bartok 巴爾托克	Rumanian Folk Dances	B.Bartok
鋼琴三重奏	F.Schubert舒伯特	Trio, op99	F.Schubert



圖1：指揮賴百怡老師與樂團



圖2：杏林弦樂團之空照圖



圖3：訪問活動

左上圖-薛涵中（左一）、柯秀靜（左二）、墨爾本學生（左三）

右上圖-游曠慈（右二）、蕭裕源（右一）

左下圖-蕭裕源（右一）、駐澳代表（左一二）

右下圖-吳庭暉（右一）、王惠琳（右二）、蔡嘉玲（右三）



圖4：2006年10月10日至12日，杏林弦樂團至澳洲墨爾本大學訪問、交流及演奏
前排-王惠琳（左二）、陳佺昌（左三）、蕭主任（左四）、蔡嘉玲（左五）、
曾穎凡（左六）、游曠慈（左七）

中排-賴百怡（右一）

後排-吳庭暉（左二）、張書豪（左三）、張榮晉（左四）、薛涵中（左五）、
吳元宏（左六）、張瑋玲（左七）、蔡易臻（左八）、柯秀靜（左九）、
陳璟毓（左十）、張維宸（左十一）、李建霖（左十二同右二）



圖5：參訪墨爾本大學（2006.10.10）

最前排-蔡嘉玲

前 排-左起：王惠琳、賴百怡、蕭主任、張榮晉、陳侑昌、
陳璟毓、張書豪、柯秀靜

後 排-左起：張璋玲、張維宸、李建霖、吳庭暉、薛涵中、
蔡易臻、游曠慈、曾穎凡



圖6：訪問與交流

上排中-游曠慈（左）、張書豪（右）、
下排左-吳庭暉（中）

大功告成後的次日，依柯先生的意見，全團前往菲力普島看企鵝，見識了小型企鵝自海上獵食後奔上沙灘的奇景，也尾隨小企

鵝爬到它們位在小丘上的巢穴睡覺的生態活動，十分新奇、有趣，也告訴自己，該回家了！



圖7：墨大副校長簡報後，互贈紀念品（2006.10.11）
蕭主任（右一）



圖8：墨爾本大學文化中心演奏（2006.10.12）
前排左起-蕭主任、張維宸、張書豪、陳佾昌、
柯秀靜、張瑋玲、賴百怡
張榮晉（右二）、吳元宏（右三）
後排左起-蔡嘉玲、右起-蔡易臻、薛涵中、
吳庭暉、李建霖、游曠慈、王惠琳



圖9：弦樂團伴奏的獨唱演出
右起-張書豪、蔡嘉玲、張瑋玲、陳佾昌、
吳元宏
左一-吳庭暉
指揮-賴百怡

有一些趣事值得在此一提：管弦樂團出訪，最麻煩的是樂器的搬運。要搬定音鼓或大鼓更是茲事體大，無計可施之餘，只能看看墨大有否樂團可借用一下。透過幾次email聯絡，總算有著落，可以借用，不必自帶，也因此鼓手是在最後一天才摸到自己要用的定音鼓。其次，大提琴體積龐大，雖可托運，但愛琴的游曠慈（她是首席大提琴）捨不得她的琴在托運中被摔來摔去，竟多買了一個座位，讓琴陪她綁安全帶飛到雪梨。但是從雪梨到墨爾本的國內線飛機，就不得不委屈曠慈的愛琴待在貨艙兩個多小時了。下機取行李時，看到曠慈釋然的表情，大家也才鬆了口氣。

最妙的是，飛到墨爾本投宿旅館時，賴老師不放心，還想再排練一次，但那旅館不大，每兩人一房，房間都不夠大到可以排練。我只好問飯店可否租用大房間使用。想不到飯店老闆居然慷慨答應我們，免費在晚餐後的餐廳排練，但晚上十點前要結束。這樣就不會辜負賴老師求好心切的苦心，也創下我們在墨爾本飯店弦樂演奏的紀錄！

杏林弦樂團的團員都有醫學院學生功課好，又多才多藝的傳統特質，這次到南半球的交流演出，更讓我看到他們能分工合作，又不爭功諉過的團隊精神，常能面帶笑容解決問題，尤其是在與墨大學生交談時，我們學生自然流露的自信與得體的態度，很讓我感動，深覺這些同學真正是最優秀的學生。

（作者係母校牙醫學系1967年畢業，牙醫學系名譽教授，前醫學院學務分處主任）



Yoko San

文／楊榮毅

Yoko San說要把她父母從日本接來長住，我皺了下眉頭。不用提她還要把她有精神病的弟弟一起接過來。難道她精神也有問題！

那是近一年多的事了。這次過年尾聖誕節前特別來看我。

她父親以前在和Toyota企業有關的公司做事，家離工作的地方坐地鐵也得花近一小時，所以她父親一大早孩子還沒起來前就得出門，晚上又是近夜晚才回到家。所以工作天小孩子難得看得到爸爸。星期六的時候她父親又得和客戶應酬，像是陪他們打高爾夫球。所以，家人真正能在一起的時候，一星期也只有短短的星期天。有時候爸爸一星期工作下來壓力大，星期天小孩子吵吵鬧鬧，一下子又發起脾氣。工作時受氣還得笑臉迎人，在家裏一生氣就揍孩子。Yoko San是長女，敢和爸爸頂嘴，就被打得更厲害。

她的弟弟兩三歲時，得了一場發燒的疾病，病後腦子就不太對勁。她爸爸因此不動手打他。但是她弟弟常看到姊姊被爸爸打罵，害怕地躲到一角。如此的情況長期之下，是否影響他心理的狀況，誰曉得。長大後，她弟弟就被診斷精神分裂病。

Yoko San長大後，嫁給一位美國人，生了一個女兒，後來，搬回美國定居。

至於她父母，好像Yoko San祖父母在當地

開了一個裁縫學校。戰後一般日本家庭生活不是很富裕，自己做衣服能夠省錢，家庭主婦都想學裁縫，所以學校的生意很好。Yoko San父母後來也接著上一代傳下的事業，風光了一段時間。時代總是在變，慢慢地，有誰還做自己的衣服，學生漸漸地少了。她父母想挽回江河日下的學校，不顧Yoko San勸告，把家裏所有的資源，投入注定要關門的裁縫學校，終於還是在大環境的影響之下，學校倒了，她父母也失去了一切。

窮途末路之下，她父母打算要一起結束生命，一了百了。

不管Yoko San再和她父親有多麼不愉快的往事，自己的親父母還是在這世界上最親的人，她那能夠看著父母親做傻事而不管。因此，她把父母親接來美國。得了精神分裂症的弟弟，也就不得不起來。

原來如此！

故事也不是到這就結束。

Yoko San全家人住在一起，她父親年紀大了，偶而會發起脾氣，有精神病的弟弟就會亂起來到沒法子控制，不得不叫救護車送她弟弟到醫院急診處打針鎮靜下來。救護車一趟的費用近千元美金，不用說急診室的帳單。她美國人的先生又因工作受傷，和勞工保險公司有歧見，沒法子工作。Yoko San在日本旅行社做事，受景氣不佳的打擊，也賺不



了甚麼佣金。

Yoko San淒淒然坐在我對面，在小小的急診室裏，說到這裡，眼眶淚汪汪地，我也說不出一句話。好幾回，一家人錢包裏只有五塊錢。Yoko San還得決定是要用那五塊錢買食物，或是去加油站加些油好去上班。

日子過得辛苦，一家人反而更親密，一起剪報紙的優待券，決定買甚麼必要的日用品。三代同堂，咬緊牙關地硬要把苦日子撐過。

天無絕人之路，她先生又回去工作，旅行社生意又好轉一些。女兒也半工半讀，

幫助家裏的經濟。這時，她眼睛更亮起來。她父親也慢慢地適應這裡的生活，也可能老了，不再發脾氣。弟弟看了精神科醫生，把藥調整後，也穩定多了。

她這次聖誕節前看病，還帶了小禮物給我。

看完她後，回到自己的辦公室，想著，應該回去把父親接來住一段時間吧！

（作者係母校醫學系1980年畢業，現在在美國加州爾灣行醫）

臺大醫學院生物化學暨分子生物學科（所） 誠徵本所助理教授以上壹名

應徵資格：具生物化學、分子生物學或代謝相關領域之博士學位，且有博士後研究經驗至少一年，及獨立研究能力與教學服務熱誠者。

應徵資料：

1. 個人詳細履歷表一份（含學經歷證件影本，學術成就及重要獲獎記錄，並註明出生年月日）
2. 生化及分生相關學門副教授以上推薦函三封（可由推薦者於截止日前直接寄達）
3. 未來研究計畫書一份
4. a) 著作目錄一份
b) 五年內（2010年8月1日之後發表者）主論文一至四篇紙本
c) 所有發表論文之PDF檔（最多12篇）

聯絡地址：100台北市仁愛路一段一號 基醫大樓9F R907
臺大醫學院生化暨分生所 收

截止日期：2014年12月31日（三）5 pm前將申請資料（含著作光碟）寄達

聯絡人：楊汶英 biochem@ntu.edu.tw

聯絡電話：(02)2312-3456分機88227

傳 真：(02)2391-5295



馬拉松與我

文／黃建融

記得2012年的元旦，我新年新希望就是要成為陽光男孩及有健康的身體，首先就是減重，並且以完成一次42公里全程馬拉松為目標。當時體重93公斤的我，是個跑沒有幾步路，便氣喘吁吁的胖子，心想人生踏出的第一步總是最為困難，同學朋友們也不斷地鼓勵我，不管你跑得有多慢，總是贏過還沒起跑的人！也憑藉這一股的傻勁，從此便喜愛上馬拉松這項運動。

回憶這兩年來，獨自繞著中正紀念堂練習跑步的無數個日子裡，剛開始只能拖著沉重的腳步，急促的呼吸才能跑完一圈，但隨著時間的過去，不畏風雨的練習，剛開始也僅能夠慢慢的跑完三圈、五圈、十圈，但在全程的馬拉松賽，卻是要練習具有能夠完成30公里距離的體能，所以在訓練的過程中雖然須付出許多的汗水與勞累，但完成每次的練習，都是對自己意志力的考驗與挑戰，不論多遠的距離，都是從第一步開始，終究可以不斷的拉長距離，不斷的超越自我。

或許有人會認為馬拉松的比賽，只有在比賽當天才是最為辛苦，其實不然，而是在完成報名的當下，就必須開始進行模擬馬拉松式的訓練，歷程才是最為辛苦，比賽的幾個月前，就必須要不間斷地練習，目的就是要實踐自己的目標，越是認真練習的人，越能夠享受到比賽過程中的樂趣，即使花了數

百個小時練習，也跑了幾百公里的路，目的就只為了與來自各地的喜好路跑的朋友們，一同挑戰與享受這42公里路程的樂趣，朝向共同目標邁進。此種情形就如同表演者辛苦練習數個月，卻只為了在台上短短綻放數分鐘的表演，也就是台上三分鐘，台下十年功的相同道理。在我完成2014北馬雙溪櫻花馬拉松賽後，我更能體會越是努力練習的人，享受到的成果便更加甜美。

行百里者半九十，馬拉松賽中最痛苦的距離就是在30公里之後，此時大多是兩腳麻木，氣喘如牛，距離終點卻還有10公里之遙遠，但只要自己不停下腳步，邁開雙腿一步一步向前，就有到達終點的時候，馬拉松賽並不只是體力的考驗，更是對於一個人意志





力的淬鍊，痠痛的是雙腿，想要放棄的卻是自己的心，因此跑馬拉松帶給我的省思，不僅是意志力的訓練之外，對我爾後在學業及工作態度的專注力和毅力培養，更有助益。著名的馬拉松跑者Amby Burfoot說：「There is no failure in running or in life, as long as you

keep moving。」我會繼續秉持著這樣的信念，在馬拉松運動和自己的人生持續努力。

（作者係母校醫學系2013年畢業，現任附設醫院住院醫師）

臺大醫學院婦產科徵求專任教師人選貳名

- 一、資格：
 1. 具中華民國婦產科專科醫師資格。
 2. 具助理教授（含）以上之教師資格。
- 二、檢具資料：
 1. 個人履歷（附照片）及所有著作目錄表。
 2. 五年內代表著作3篇。
（以上資料參考臺大醫學院人事組網站
<http://www.mc.ntu.edu.tw/staff/person/html/form.html>）
 3. 國內外相關學門副教授以上2人之推薦函。
 4. 個人對未來教學與研究理念。
 5. 相關資料應於103年12月30日下午5時前送達甄選委員會。
- 三、相關資料請看本科網站<http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/obgy/index.htm>
地址：台北市中山南路8號「臺大醫院婦產部（婦產科專任教師甄選委員會）」。
電話：(02)23123456轉71537林小姐
傳真：(02)23114965
E-mail: sandy926@ntuh.gov.tw



University of Michigan Medical School—— 交換學生心得

文／林宜鴻

前言

今年（2014年）是我們臺大醫學系和美國University of Michigan（密西根大學）Medical School首度有交換學生的合作，我真的很幸運成為了第一批去University of Michigan交換的臺大醫學生！這次的交換學生經驗，對於從來沒有接受過他國醫學教育洗禮的我而言，真的是一大震撼！文化上的衝擊使我彷彿來到了另一個世界，我的視野因此開闊了很多。結束交換剛回到台灣時，我彷彿又回到了另一個完全不同的世界，覺得在美國的經驗像場夢一樣，美好得太過不切實際。

我想，我在這裡的見識很可能已經改變了我的一生：University of Michigan的醫學教育與醫療文化對我產生了潛移默化的影響，等我將來成為一名真正的醫生之後，這些經驗對於我將來醫病溝通與對醫學生的教育想必都會有很大的幫助。我在今年三月去了這裡的胸腔內科（Pulmonary）學習，四月則是和我的同學兼好友卓聖里去這裡的眼科學習，以下詳述我在胸腔內科的所見所聞。

胸腔內科（學習期間2014年3月）

根據2013年U.S. News & World Report的資料，University of Michigan的醫院在給病人的照顧方面，在密西根州是排名第一的醫院，在全美的醫院排名則是第六。而這裡的內科在醫學教育方面是全美排名第六。能有機會在這麼好的地方學習，真的是我的榮幸。和臺大醫院很不一樣的是，這裡的胸腔內科並沒有自己的病房，它完全就是一個consult（照會）的團隊，在醫院裡的各個病房四處遊走，只要其他科的病房的醫師發照會給我們，我們就會跑到該科病房的病床旁邊去看病人。自從我第一天來這裡報到、加入這個醫師照會團隊以後，我每天的主要任務就是跟著這個團隊到各病房去看病人，並且要和主治和研究醫師們討論病情以及如何處置。一開始我主要是跟著研究醫師Tom學習，Tom是個脾氣溫和又很有耐心的好醫師，他每天早上都會指定一個和今天預計要看的病人相關的主題給我，要我先看看教科書或是看UpToDate自主學習，然後再帶我和住院醫師去看病人，每個病人的身體檢查都是我先看Tom做一遍，然後Tom再讓我自己做一遍。等當天所有病人都看完以後，我們就會和主



治醫師Dr. Schotland碰面，然後Tom就會把今天病人的狀況報告給Dr. Schotland，並和她討論現在病人狀況如何，該如何進一步處置病人，我則會在旁邊專心聆聽學習，並且回答Dr. Schotland問我關於這些病人疾病的問題。討論完以後，我們就會和Dr. Schotland再一起去看一次當天所有的病人，這便是我們每天的行程。



筆者和笑口常開的研究醫師Tom（左圖）和用心教學總是充滿熱情的主治醫師Dr. Schotland（右圖）

這個顧問團隊的成員有主治、研究和住院醫師，再加上一個醫學生：也就是我。由於這整個照會團隊碰巧只有我一個醫學生的關係，所以Dr. Schotland和Tom通通把眼光關注在我身上，三不五時就丟問題考我。例如常常問我說：這個病人有哪些可能的鑑別診斷、關於這個檢查結果你有什麼看法…。一開始因為我英文聽力不太熟練的關係，再加上醫師們報告病史、討論病情都講得很快，我常常會有些部分聽不太懂，這時候突然被問問題就會把我嚇得一楞一楞的。但也就是在這樣的壓力磨練之下，使我保持很高的學習專注度，也使我學得很快。而Tom和

Dr. Schotland都是脾氣很好、很善於教學的醫師，不管我問的問題有多基礎，他們都很耐心地替我解答。而我被他們問的時候如果答不出來，他們也不會罵我或是電我，而是很有耐心地告訴我答案。而且他們也常常稱讚我、鼓勵我，說我表現得很好。另外善於教學的Dr. Schotland還找空閒時間教住院醫師和我如何判讀各式各樣的pulmonary function test的數據與圖形，並且還讓我親自試用Bipap和Cipap，讓我體會病人在使用Bipap和Cipap時，會有怎樣不舒服的感覺。



Dr. Schotland讓筆者親自試用Bipap和Cipap，以親身體會病人在使用時會有怎麼樣的感覺

隨著時間過去，我的英文變得越來越好，對於胸腔內科的知識也累積的越來越多，在回答醫師們問我的問題時，也變得越來越有信心回答！到後來Tom就開始讓我練習自行接病人，對病人進行問診、身體檢查，並且自行報告病人的狀況給Dr. Schotland聽。這使我覺得在這邊的學習開始收到了成效，覺得開始有了成就感。之後這個團隊的成員也因為輪替的關係發生了若干次的變動，最後一個星期主治醫師換成了臉很嚴肅但是脾氣很溫和的Dr. Peters-Golden，研究醫



師換成了很熱心教學的Niket，而此時的我已經對這間醫院十分熟悉，對於如何用英文和病人聊天、溝通互動、詢問病史也變得更加有能力和信心，對於胸腔內科的身體檢查也非常的熟練，對於這裡胸腔內科常見的各種疾病也都有了一些基礎概念，所以除了繼續獨立接病人以外，Dr. Peters-Golden還指定主題要我自己找paper資料，報個Presentation給整個團隊聽。報告題目是What is the risk of mycobacterium infection when we see tree-in-bud pattern on CT scan，這也是我第一次用全英文做醫學的Presentation，最後Dr. Peters-Golden稱讚我報告得很好，我也很明顯感受到我這一個月來的進步。我的胸腔內科見習之旅就在這個Presentation結束之後告一段落了，我要離開時整個團隊大家都依依不捨，大家也說將來旅遊有機會的話要來台灣玩。

在這短短一個月的學習中，我也去他們的procedure room學習，看過他們做支氣管鏡、放置胸管、以及做Super D等，其中一些procedure（例如支氣管鏡）感覺和我在大五時，在臺大醫院看到的做法幾乎一模一樣，

沒有什麼差別。比較令我印象深刻的是Super D，這個我之前沒有看過，它是一種虛擬實境的導航系統，透過電磁波將小支氣管的路徑即時虛擬實境呈現在螢幕上，以定位病灶並替病灶的biopsy做導航，如此一來就算要做biopsy的病灶躲在眾多小支氣管的分枝之中，也能被我們十分精準的找出來並進行biopsy，真的是讓我覺得很酷、很先進！

另外，每週三中午我也有去參加他們胸腔內科自己的case conference，去聽聽他們如何討論並處理困難的病人，很多病例都很罕見，對我而言相當新鮮有趣；另外，每週五中午我也會去參加他們整個內科的Grand round，有非常多來自各個不同內科次專科的醫師們來參加，主題有時候會是困難case的探討，台下的醫師們會很踴躍的發表自己的看法來參與討論，我很喜歡這種台上和台下互動的踴躍互動討論氣氛；有時候會請美國各地的醫學專家來演講一些新的內科研究的成果，且講者大都講得非常精彩，讓我覺得除了獲益良多以外，聽他們演講更是一種享受。



不同時期的胸腔內科顧問團隊們。左圖是Dr. Kovach（左四）的團隊，右圖是我最後待的Dr. Peters-Golden（左二）的團隊



心得總結

真的很高興這次能來美國University of Michigan當交換學生！在這裡的生活和學習實在是太棒了，真的是萬分感謝臺大醫學系給我這麼難能可貴的機會，也很感謝一路以來負責交換學生事務的醫學系張以雯助教的幫忙。我想把我這次交換的心得總結成以下幾點：

1. 文化衝擊 (Culture shock)

這是我這次來美國當交換學生很震撼我的地方。由於我在這裡寄宿在美國家庭，也要常常和這裡的醫師及病人聊天，因此我深受美國文化的洗禮，深深地體會到在很多方面都跟台灣文化很不一樣。這文化衝擊不僅發生在醫學上，也發生在日常生活

中，例如美國人交談時很喜歡說It's my honor to do something或是It's my pleasure to do something。但是如果我在台灣跟朋友說「這是我的榮幸」他們就會覺得我很奇怪，怎麼會用這種方式說話。

2. 病人態度很好

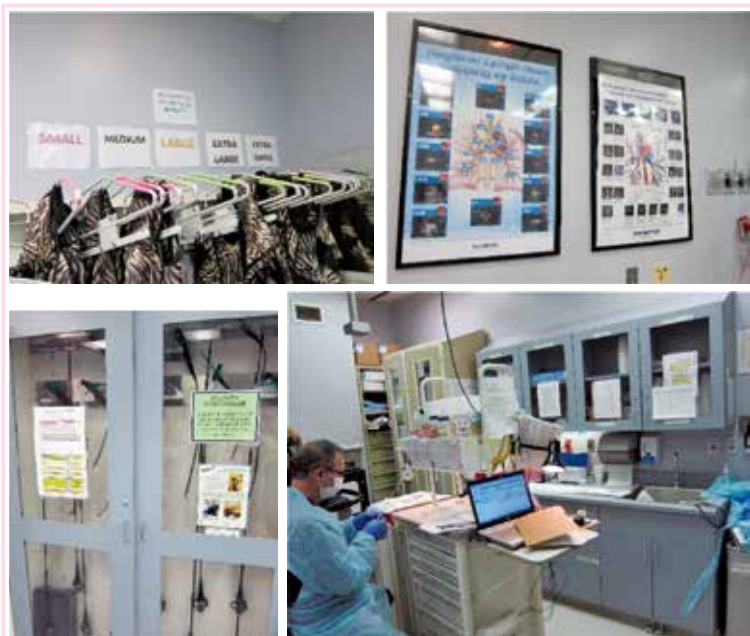
這裡的病人由於這位於生活步調較悠閒的美國中北部，工作上的競爭壓力較低，因此這裡的病人對醫師的態度都非常好，總是笑嘻嘻地、很熱情的跟我聊天，很開心地讓我練習做檢查。對於我是新手他們一點都不介意，還常常鼓勵我、祝福我將來做個好醫生。

3. 醫師看診數少

這真的是和台灣很不同的地方。每個主治醫師門診平均只看8-9位病人左右，所以他們有比較多的時間可以和病人聊天以及對醫學生教學。美國的醫師每次在門診見到病人，幾乎都會先跟他們寒暄幾句再開始看病，而在臺大醫院的門診這幾乎是不可能發生的：門診病人多到必須病人一進入看診室就立刻開始看病，醫生和病人幾乎不可能有時間閒話家常。

4. 不同的醫學教育文化

或許是因為這裡的醫師們由於病人數較少的關係，相對上比較不忙碌，所以在教學上往往比較有耐心，願意多花一些時間解釋。而且他們的教學總是笑嘻嘻的，充滿了鼓勵和稱讚，沒有痛



執行各式各樣procedure的procedure room (左上：鉛衣，左下：支氣管鏡，右上：牆上掛著肺臟解剖圖、右下：技術人員與procedure room一景)



罵、酸你或是電你這一回事。在這樣子的文化之下，對於我不懂的地方我變得更勇於發問，也因此學的更多更快。

5. 臺大醫院和美國University of Michigan醫院的醫療技術相當接近

就我所看到的，其實臺大醫院和這邊在醫療技術上相當接近，不管是在醫療設備上、藥物治療或是開刀（眼科）的方法幾乎都沒有什麼太大的差異。但也許這是因為我只是一個對很多醫學都還很懵懂的小小clerk的關係，所以看不太出差異。比較明顯的差異，可能是這裡有Super D導航系統（如前述），而臺大醫院沒有。另外還有不同的是，這裡的胸腔內科是沒有病房的（因為是純粹用來照會的單位），且這裡的醫師主要靠B.B. Call聯絡而不用手機，讓醫師們接到通知時可以先有個喘息的時間再回覆。

6. University of Michigan的人們對我們國際學生非常友善且樂意幫忙

University of Michigan的醫師對我和卓聖理都超級好！只要我們有任何困難他們都很樂意積極幫忙我們，也常常關心我們在這裡的生活與學習狀況，甚至是連在醫院待到太晚沒有公車回家，他們很多醫師都願意讓我們一起搭他們的便車，即使我們家跟醫師的家根本就是反方向！眼科的Dr. Soong和Sherry也常常邀請我們去他們家作客、請吃飯或帶我們去玩，胸腔內科的Niket甚至親自送評分表到我家且順便和我聊天！連行政人員對我們也都超級好，令我印象很深刻的是負責國

際學生事務的Donna小姐，在我跟她說我要申請去Harvard的醫院見習，遇到疫苗文件要重新填寫的問題，令我困擾不已時，她馬上很積極地幫我跟Harvard的醫院聯絡，很快地解決了我的問題，對我而言就像是天使降臨來幫助我一樣！根據他們的說法，因為這是美國中部的關係，這裡的人生活較悠閒、競爭壓力較小，所以充滿了濃濃的人情味，大家都很樂於助人。我在這裡實在是受到了太多太多人的幫忙與照顧，我真的非常感激他們，我覺得這是我在這邊最大的收穫：認識了一群樂於助人的好醫師與朋友們。最後我要離開時，我內心相當地依依不捨，希望將來有一天等我變成一名真正的好醫師後，我可以再回來這裡參訪、學習，並且和這些樂於助人的醫師朋友們再交流、聚一聚。



非常照顧我們的眼科負責國際學生事務的行政人員Donna（圖中），對我們的好就像是媽媽或天使一樣（左邊為同學卓聖理，右邊為筆者）

（作者係母校醫學系七年級學生）



密西根大學醫學中心交換見聞

文／卓聖里

一、介紹

學生於大六下學期，透過臺大醫學院國際交流計畫，於2014年3月至5月，負笈美國密西根大學醫學中心，完成了兩門臨床課程，包含前半部的小兒外科，及後半部的眼科見習。訓練內容涵蓋門診、開刀房、病房、小班教學、實作訓練、會議報告、醫學院講課等領域。此行最主要的學習收穫，包括：鼓勵討論求知的風氣、醫學生主動的態度、以及美國式的病人照顧。

密西根大學歷史悠久，成立於西元1817年，已有197年歷史。密西根大學位於美國中部之大湖區的大學城安娜堡（Ann Arbor），其附設醫學中心與醫學院相連，為各科部的建築群所組成（例如主要醫院、癌症中心、兒童醫院、婦產科大樓、精神科大樓、眼科大樓等）。今年是臺大醫學院第一次與密西根大學醫學院開始醫學生的交換臨床見習計畫。

抵達密西根

2014年3月5日，我剛結束臺大醫院腫瘤科六週的見習，便和同行的林宜鴻同學搭乘達美航空，前往密西根大學所在地—大學城安娜堡。密西根地理偏北，白雪皚皚歡迎著我們的到來。我們在當地教授Prof. Kaz Soong之歡迎之下，順利前往寄宿家庭；和主人Deb

Eadie一起生活的經驗，使我也能了解美國人的生活方式。第二天，一大早便搭車前往醫院，和負責國際事務的Donna Donata女士進行報到。當我走進醫院時，還在大廳看到我們的國旗。在簽署尊重病患隱私協定、工作守則、上完課程簡介後，取得醫院識別證和呼叫器（pager）。

二、密西根大學兒童醫院的臨床課程（3月10日至4月4日）

課程安排及教學特色

小兒外科的課程設計主要包含四個部分：手術室、門診、病房、教學會議。見習地點在醫學中心的兒童醫院（Mott Children's Hospital）。一日工作開始於早上五點十五分的病房迴診及病例教學，七點半便依分配前往開刀房或門診。剛抵達幾天還在下雪，要在五點到醫院相當費力。同時，我們在傍晚也必須到醫學院大教室參加外科部安排的核心課程、技能訓練、口試病例討論。

手術室

密西根大學的院內網站，有各種手術的錄影影片和解說。我也依照實習前訓練的學習建議，前一天事先準備隔日開刀的案例，先復習病例相關的局部解剖學和病生理學。在開刀房時，偶而有刷手上刀的機會，更加



有參與感，雖然只是幫忙一些比較基本的工作，但和只瞪著螢幕相比，看得更清楚，體會也更深。

小兒外科醫師面對的疾病範圍很廣泛，可能開刀的部位涵蓋了頭頸、胸腔、腹腔、骨盆腔、和四肢。這個月我看了許多手術治療方式，如眉毛脂肪瘤切除、先天性橫膈膜疝氣修復、食道氣管瘻管、先天性肺囊狀腺樣畸形手術、膽囊切除、腸扭轉（malrotation and volvulus）、疝氣手術、肛門直腸問題、腎臟腫塊切除、腸道阻塞、無肛症（imperforate anus）重建、新生兒膽道閉鎖、便秘治療（cecostomy、appendicostomy）、割包皮、胃食道逆流手術（Nissen fundoplication）、短腸症候群手術（serial transverse enteroplasty）、腹部淋巴管瘤切除等。和臺大醫院一樣，密西根大學醫院手術室中也設有很多保障病人安全的標準作業程序，並由電子螢幕顯示。這些程序雖然乍看之下繁瑣，卻有提醒醫護人員的效果。

外科部授課

密西根大學外科部安排豐富的課堂授課，以補充病房實習，上課時間多分散安排於傍晚5點至6點半，我都有參加。授課方式多元，有類似臺大醫學院的「外科核心一百課程」、以病例出發介紹核心知識之講課；也有「模擬病人訓練」，有點像我們OSCE的假病人情境（嘔吐的嬰兒、腹痛、冰冷的下肢、頸部腫塊等），從主訴開始出題，一步一步進入到身體檢查、病生理、鑑別診斷、影像學選擇和處置。課程負責秘書都會

在課程開始前，以電子郵件寄來推薦文獻，並強調預習的重要。通常，參考文獻都是來自教科書《當代外科診斷與治療》（Current Surgical Diagnosis & Treatment）第十三版。密西根醫學生幾乎都有充分預習文獻，再來上課，態度嚴謹。密西根大學外科部訂閱了外科教育網站Web Initiative for Surgical Education Modules（WISE-MD）的線上課程，提供學生自行選修講課未教到的內容。

門診

在小兒外科實習的學生，每週必須有兩天參加門診，及一整天在手術室，一天在醫院過夜實習。密西根大學兒童醫院的門診有許多檢查室，兒童病人和家屬在檢查室中等待醫護人員。病人由醫師助手或醫學生先行病史詢問及身體診察，主治醫師再進入檢查室看病人。有的門診為小兒外科和小兒科醫師一起看的合併門診，病人會同時看到小兒科和小兒外科醫師。短腸症候群特別門診看診時間最長，病人必須依序由醫師助手、社工師、營養師、小兒消化科醫師、及小兒外科醫師等人看過五次，相當繁瑣但全面。

我參加過的門診有一般門診、甲狀腺合併門診、漏斗胸門診、Dr. Ehrlich的腫瘤門診、先天性巨結腸症及發炎性腸道疾病門診、和短腸症候群門診等。舉例來說，在甲狀腺門診中，我看到了橋本氏甲狀腺炎、乳突性甲狀腺癌、以及許多甲狀腺結節的小兒病人。有位術後口服補充甲狀腺素，而甲狀腺機能亢進的病人，除了其他典型的症狀以外，請她舌頭伸出來時也抖動的很厲害（tongue tremor），這是我第一次看到這種細



微的徵象。我也和小兒內分泌科醫師學習甲狀腺功能的檢查、甲狀腺癌的高危險因子、甲狀腺結節開刀時機、藥物抑制性治療等。在門診時，還可以學習醫師和家長溝通的藝術，將疾病及手術解釋清楚。

神經外科

實習第三週時，我和醫學生Erin Conrad被分配至醫院神經外科的門診和開刀房見習surgery specialty；幾天中，除了在開刀房看了一些顱內腫瘤、腦血管瘤、脊椎的精細手術，也在神外門診學習，幫忙接初診、進行神經學檢查，再報告給主治醫師，在ICU病房則是自己選病人follow並寫student note。去神經外科是課程中比較特殊的小插曲。

會議

醫院眾多會議之中，最吸引我的是每週三中午的腫瘤團隊會議，可以聽到不同科部醫師就困難病例提出不同的看法、彼此辯論應選擇的治療方法（外科、化學治療、放射治療等）及根據。影像科、病理科醫師在會議中也常被諮詢。腫瘤團隊會議，討論了如耳朵下面的兒童蘭格罕細胞組織球增生症（Langerhans cell histiocytosis）、淋巴瘤、膝蓋後的rhabdomyosarcoma、（Wilms' Tumor）、及神經母細胞瘤（neuroblastoma）等。每個案例都有其複雜之處，出席者皆發言熱絡，令人印象深刻。

直接觀察及病歷書寫

我們必須收集主治醫師對學生臨床能力「直接觀察」（direct observation）之紀錄和評語，有點類似臺大醫院的學習護照，也是間接鼓勵所有學生主動學習的方式；學生執

行技能、病史詢問、身體診察、獲得知情同意、術後衛教都算是「直接觀察」的範圍，因此，我在開刀房及門診時常要主動爭取這些機會，並請主治醫師認證。病歷書寫上，醫學生需為每週追蹤的病人寫入院病摘，再加上查資料後自己對當前處置上的建議，總醫師及小兒外科教學負責醫師會予以修改並提供優良範例。他們學生的治療處置及分析上寫得相當詳細完整，值得學習。跟著看病房及急診照會時，有機會練習寫照會報告。為了準備早上五點十五開始的病房病歷討論及查房，我也要學著將病人的簡要病史、最新問題及生理數據整理並於查房時報告。住院醫師的教導和回饋，對我幫助很大。

三、密西根大學眼科中心的臨床課程 （4月7日至5月2日）

本課程主要學習地點位在密西根大學Kellogg眼科中心（Kellogg Eye Center）大樓這是一門為期四星期、設計給密西根大學最後一年醫學生的臨床選修課程，Dr. Joshua Vrabec是醫學生課程負責人。我們在第一天拿到一袋參考資料，內有四週中於各次專科輪調的課表、教學光碟、美國眼科醫學會學生案例手冊、基礎教科書（Physician's Guide to Eye Care, Dr. Jonathan Trobe 著）、教學活動表、以及圖書館使用說明。

教學內容及特色

本課程的目的，在於提供醫學生一般眼科的基礎知識和技能，幫助學生廣泛的認識眼科的主要領域。教學方式為安排學生跟隨



不同次專科的醫師於一般及特別門診學習各類眼科疾病的診療，搭配開刀房、病房急診照會、大堂課、及口頭報告。四週內，須準備完成技能的DOPS考核表（此表包含詢問病史、進行各項相關理學檢查、討論病案等技能），並通過口頭報告及筆試之後，才算通過課程。

門診教學

在台灣，我為了事先準備眼科赴外見習，閱讀侯育致醫師建議的眼科小黃書《Vaughan and Asbury's General Ophthalmology》入門課本，看了大部分的章節，覺得非常適合。門診方面，密西根大學眼科希望醫學生能對眼科有廣泛而基本的認識，因此安排我依序到一般眼科及各個次專科的門診學習（包含角膜科、隱形眼鏡及低視能門診、醫院照會及神經眼科、視網膜及葡萄膜炎科、眼腫瘤、小兒眼科、青光眼科、眼整形科等）。除了在一般眼科能夠見習滿一整週，其餘每個次專科僅學習二至三天，行程緊湊。

技術員詢問完病人基本病史和基本測量後，住院醫師會讓我先用細隙燈檢查病人，並觀察我的檢查狀況。當住院醫師正式問診及檢查時，再隨機教學。有時在住院醫師記錄病歷時，我可以練習頭燈、間接眼底鏡或直接眼底鏡的檢查。在門診時，還有機會觀摩病人接受特殊儀器檢查及治療。門診一天開始於早上八點，結束於下午五點半（其後有住院醫師教學會議）。主治醫師會在住院醫師檢查完病人、完成病歷後才進入檢查室。比較特殊、需要修正、有學習價值的病例，主治醫師會在門診空檔或結束後和我們

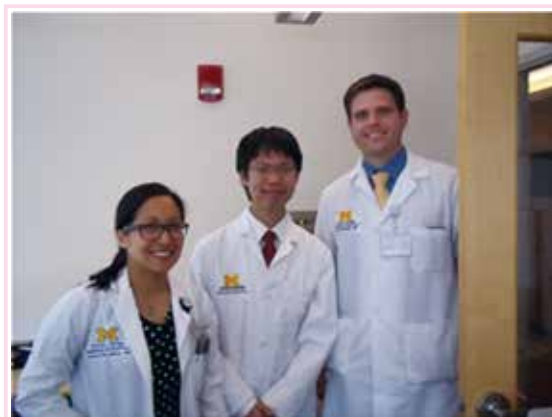
在辦公室一起討論。

住院醫師指導

住院醫師在看完病人後會繼續跟我解說醫療決策過程及教我一些從病人身上能學習的重點。也會利用等待病人的空檔，討論AAO的醫學生病例手冊、及密西根眼科教學照片集的問題，幫助建立常見疾病的知識。若時間允許，住院醫師還會用影片先和我討論隔天開刀房的病例，並播放手術影片光碟講解。一點一滴，學得不亦樂乎。

開刀房

在手術房的學習時間，一週中平均約有三個半天。基本上，分配到哪一個次專科，便跟著帶你的資深住院醫師到開刀房一天。基本上，我還是和在小兒外科時一樣，維持預習的習慣；當天會比較早到醫院，和住院醫師一起檢查病人和說明。在開刀房時，多為看螢幕轉播，偶爾才有透過顯微鏡立體觀看的機會。有看過手術，之後聽醫師解釋手術、追蹤病人術後時，就會更加了解。



和指導我的住院醫師David Demill和Patricia Pleplakon合影於門診辦公室



教學會議

教學會議主要分三種。第一，每天上午七點開始的醫學生課程，由住院醫師當老師，介紹常見眼科疾病。第二，下午五點半至六點半，給住院醫師的教學會議，其主題各色各樣，例如我於四月參加過的超音波教學及實作、視網膜影像會議、開業醫生涯介紹、住院醫師手術討論會等、眼病理切片講解、屈光手術文獻選讀等。第三，Grand Round於每週四上午七點十五分至八點四十五分舉行。分為病例報告，以及專題演講兩部分。專題演講方面，我聽到了David Zacks醫生報告自己在視網膜上皮細胞自噬（autophagy）的研究歷程、AAO主席華盛頓大學Russel van Gelder教授報告發展葡萄膜炎分子診斷、BJO編輯Arun Singh的眼腫瘤演講等，相當精采。其中很特別的，是最後一週聽到臺大眼科楊中美主任、楊長豪教授於參訪眼科中心時，報告的兩場訪問教授演講；報告後當地醫生發問踴躍，討論熱烈。

參加教學會議可不輕鬆，通常，主持人會將麥克風一直傳下去，在場的聽眾（通常是住院醫師和學生）則必須輪流回答問題或判讀影像。有一次輪到我判讀一張眼底攝影，主持人問我要不要嘗試看看，我想把握練習的機會，於是便學習其他住院醫師系統性的報告方式，依序報告眼底各部位之所見，和提出我的判斷。因為是第一次用英文回答問題，當場心跳加速。主持人聽到我講出櫻桃紅斑（cherry red spot）的病徵時，便繼續請問櫻桃紅斑的生理、可能的鑑別診斷。在一來一往中，學習印象相當深刻。

和大師學習

密西根大學的遺傳學頗富盛名，我於每星期五中午至Julia Richards教授在大樓二樓的實驗室和她學習。能夠和她學習，十分感謝侯育致醫師的推薦和介紹。Richards教授是遺傳學家，專長研究眼睛疾病（如青光眼）的致病基因，著有大專教科書《The Human Genome: A User's Guide》，興趣廣泛。她透過討論實際論文和實驗室的結果，帶我認識遺傳學的分析方法。身為遺傳學家，她對現在醫師有所期待，因此告訴我前任主任Paul Lichter仔細觀察病人及陪病人全身，發現都有指甲變形的毛病，而發表遺傳疾病（Nail-Patella Syndrome，有指甲、骨頭、腎臟、青光眼）的例子，鼓勵我多以個人、家族、族群的角度來看病人。

期末口頭報告

課程結束前，重頭戲就是學生的口頭報告了。口頭報告共15分鐘，內容需教學負責人同意。我選擇了虹膜角膜內皮症候群（ICE syndrome）報告，從病例報告開始，接著討論鑑別診斷、病理診斷、討論文獻、對病人的治療處置建議等。我依照指導醫師的建議到圖書館查了許多期刊、教科書，也和主治醫師討論。也先撰寫英文講稿。整理文獻時發現臺大醫院發表的論文，眼科的教科書也有引用，於是我也將其發現整合至報告當中。報告當天，Dr. Kaz Soong、Dr. Sherry Day、課程負責人Dr. Vrabcic都從門診百忙之中前來聆聽，並發表經驗及指正不足之處。演講完後還有筆試，也為我在密西根大學醫院的學習畫上了句點。



四、我對醫學生赴外實習之展望

對於之後要赴外實習的學弟妹，我有以下感想分享。第一，出國之前可以閱讀英文教科書，練習查閱期刊文獻的閱讀習慣。例如每週新英格蘭醫學期刊的病例討論，可以幫助熟悉英文的表達方式。第二，建議不要孤軍奮戰。剛到一個陌生的臨床環境，在文化上或工作上要適應的事情很多，在時間有限之下，實在沒有太多自我摸索；若能找到能協助你臨床學習的人，學習效率必可大大增加。第三，多聽、多想，常常探索一件事情背後有何根據及決策過程，甚至在查資料後，多向指導你的醫生請益討論更深入的問

題。第四，多練習，在國外觀摩之餘，可能的話把握練習詢問病史、身體診察、提出意見、整理病歷、操作的機會。

兩個月來，我學到以新的角度看事情，也對未來的行醫生涯更加充滿熱忱。感謝臺灣大學和密西根大學所有協助我此行、分享出國經驗的師長和同儕，希望能將這份學習的喜悅與您們共享，沒有您們就沒有這屆交換學生計畫。希望以後的學弟妹也能繼續有許多出國見習的機會，認識著名大學院校的醫療現場及醫學教育，大開眼界。

（作者係母校醫學系七年級學生）

臺灣大學醫學院 生理學研究所 誠徵教師1名

一、應徵資格：

1. 具有生物醫學領域相關博士學位，且具有前述學位後二年以上研究資歷（至起聘日期止）
2. 具備心臟生理學教學能力（心臟力學、電生理學）
3. 具獨立研究能力及教學與服務熱忱

二、檢具資料（紙本乙份或電子檔）：

1. 個人履歷
2. 二封以上推薦函（請推薦人逕送本甄選委員會）
3. 學經歷證件影本
4. 著作目錄及五年內代表著作（至多三篇）
5. 未來教學及研究計劃書
6. 其他有助於瞭解申請者之資料

三、起聘日期：民國104年8月1日

四、截止日期：民國103年12月19日下午5時前（資料寄達日期）

五、聯絡地址：台北市仁愛路一段1號10樓

臺大醫學院 生理學研究所新聘教師甄選委員會 收

電話：886-2-23562216 傳真：886-2-23964350

E-mail：fcllee@ntu.edu.tw



謝謝生命有你

文／陳祉吟

剛來到兒童血液腫瘤科病房時，心情是滿沉重的，想著這裡的孩子正值活潑好動的年紀，就被上帝開了個玩笑，使他們的生活充斥著點滴、藥物、和無數次的恐懼，而病童的家人們，尤其是父母，內心不知受了多少煎熬，淚水也不知流了多少。面對這樣的環境，我擔心著能否好好發揮自己的功能，有時甚至會消極的想著，不要因個人對技術的生疏而造成病童及家屬的二度傷害就好。然而，在此待了三週，卻讓我感受到這裡是個有著許多笑聲和溫暖的地方……。

我照顧的病童是三歲女孩一卉卉，診斷是嚴重型再生不良性貧血（SAA），三週的照顧過程，一開始由於卉卉才剛從骨髓移植室出來沒多久，只要護理人員一靠近，她便會處於警覺的狀態，所以和她說話時，她多半是沉默或是喊著要媽媽抱抱；對於治療，也會有強烈的反抗和哭鬧。所以照顧卉卉可說是我兒科實習面臨很大的挑戰，如何找到她的興趣與她互動，如何減低他對治療的恐懼，成了我一開始為這三週實習立下最大的目標。後來透過在病房的觀察並與媽媽訪談時，了解卉卉是個很好動的孩子，也喜歡畫畫和摺紙，所以我也是透過她喜歡的遊戲來和她建立起信任關係，然而好動的她，一開

始由於考量她安全和免疫低下的問題，她的活動範圍僅限於床上，無法任意到外頭走動，所以在互動遊戲上，我帶領她摺了各種顏色的小魚並且製作釣竿，讓她可以玩釣魚遊戲，透過這遊戲希望可以訓練她的動作精細度，並且加強顏色的辨認。在那天與她共處了一個開心的下午，她對我的戒心也下降許多，也許對她而言，我不再是要幫她打針和吃苦藥的護士阿姨了吧！隨著她康復的狀況，以及治療的減少，卉卉的心情也開朗許多，與她開心拉著手唱著歌，或是一同和隔壁床的小哥哥玩耍，成了我實習最開心且最難忘的時光。

此外，卉卉的父母對於疾病、骨髓移植等等治療，都是第一次面臨的課題，護理師除了執行治療外，對於家屬的衛教指導也是很重要的護理措施，例如血小板低下時，活動方面的注意事項；服用免疫抑制劑的遵從性和相關副作用。然而愛子心切的父母，想知道的遠比我們想像的多，例如媽媽問過我疾病的成因、飲食的選擇……等等，對於這些問題，雖然只是簡單的病因解釋，也讓我感受到，或許醫師在病情解釋的過程使用太多的專業術語，所以媽媽才會再度有同樣的疑問，而護理師因與家屬互動密切，讓家屬



有機會能再度作詢問，也補足了家屬尚未清楚的地方。

在照顧卉卉時還有一項難題，就是她不喜歡吃蔬菜的偏食狀況，讓她有便秘和外痔的情形，在衛教方面老師也提點我不能只是給予簡單片面的說明，應該盡可能給予家屬更完整的資料，所以整合上述的情形，製作了「卉卉的食譜」衛教單張，將這份資料給予家屬時，內心那份成就和喜悅，讓我感受「視病猶親」這四個字！

想起從一開始照顧卉卉時，她因為恐懼而不願理會我，到我實習最後一天時，她給了我一個溫暖的擁抱，我這才體會南丁格爾曾在自傳裡寫下：「陪伴病人走這一段路，我有深刻的喜悅……」，此刻卉卉給予我的擁抱，讓我找到護病關係之間的信任和感動。大三經歷了各科實習一整年，教會了我「護理」，是一門醫學和人文社會學的結合，我們要了解疾病、藥物、治療，同時也要學習觀察、分析，並提出適切個案的照護模式，但除了理性思考外，很重要的是要善



用「真切的關懷」、「同理心」，這在兒科尤其重要，試著以孩子的角度看待所有的醫療行為，便會發現自己還有很多要學習的地方！

最後依舊感謝在血液腫瘤科的病童和其家人，謝謝他們用生命來告訴我所不知道的事。

（作者係母校護理學系四年級學生）

賀

陳文龍校友（臺大醫科第二十一屆）
榮獲醫師公會全國聯合會
103年台灣醫療典範獎



編後語

文／陳偉勵



時序進入年底，秋冬的氣息也越來越濃；不知道在各方辛勤工作的景福校友們，是否也準備採收一年耕耘後，豐碩美好的果實呢？

本期醫訊的「醫學新知」，我們邀請到臺大眼科部謝易庭醫師解說「糖尿病黃斑部水腫」的最新治療方法。「糖尿病眼底病變」過去一直是困擾患者的重大視力殺手；近年來在玻璃體內注射「抗血管內皮生長因子藥物」，不僅手術方式簡單，效果良好，後遺症少，甚至可以重覆執行。從2014年2月起健保署開放給付，對糖尿病患者是一大福音。

「醫學論壇」中謝豐舟教授談到「唐氏症之路四十年」的過程和心情。謝教授以當住院醫師時期，看到年輕父母面對唐氏症新生兒的驚恐經驗談起，娓娓細訴推廣唐氏症檢驗的歷程；相當發人省思。而江顯禎醫師在「外科分碎儀器，引發爭議」一文中，詳盡提出國外幾大名院的相關醫療失當案例，其嚴謹的論述觀點，值得讀者詳讀。

「校友小品」當中，蕭裕源醫師回憶八年前在醫學院學務分處擔任主任時期，帶領杏林弦樂團到墨爾本的演出經驗。讀者在閱讀精彩敘述之際，似乎也能聽見舞台上台灣名曲的優雅樂音。楊榮毅醫師敘述一位病人的人生際遇，字裡行間流露出一位仁醫對病人的關切與愛心。眼科住院醫師黃建融則分享了馬拉松的經驗。文字描述令人如臨現場，同樣感受到跑馬拉松的熱血與激情。

「學生園地」中，本期邀請到兩位醫學系大七學生—林宜鴻和卓聖里同學，分享了到美國「密西根大學醫學中心」交換見習的感想。母校醫學院近年來與外國醫學院的緊密聯繫，讓我們的學弟妹可以擴展視野，並在第一時間內帶回國外名校的教學精華，母校「宏觀教學」的用心，令系友們感到驕傲。另外，護理系陳祉吟同學的「謝謝生命有你」，也精采提到了護理見習的感想，值得一讀。

這一期醫訊的內容兼顧感性與知性，期待校友們閱讀之後，能感受到秋天的詩意與美好！

（作者係母校醫學系1993年畢業，現任母校眼科專任副教授，現為臺大醫學院楓城室內樂團成員）

PGY展望暨主題式標竿學習工作坊

時間：2014年10月25日 地點：臺大醫學院302講堂 攝影：臺大醫院教學部攝影



▲黃冠棠院長



▲江伯倫醫師



▲張上淳院長



▲臺北榮總 楊盈盈醫師



▲林口長庚 許翔皓醫師



▲陳彥元醫師



台大景福館風華再現開幕典禮

時間：2014年11月19日（呂志成 王亮月 攝影）