



景福醫訊

第 32 卷 第 3 期

2015 年 3 月

Jing-Fu Bulletin

林語堂故居遠眺



幽默大師林語堂故居在台北市陽明山的半山腰，有時我們會去喝下午茶或用餐，充滿著文藝氣息。從餐廳望出去，觀音山映入眼簾，左邊是庭院中的木瓜樹，右邊是檳榔樹。夕陽高掛在空中，清風拂面，是人生一大樂事，因而入畫。

邀請函

各位校友鈞鑒：

謹訂於2015年4月11日（星期六）上午九時開始，假台大醫學院101講堂舉行新時代婦產科研討會暨景福校友返校聯誼活動，並於晚上舉行醫學校區校友返校聯誼餐會，歡迎各位校友攜眷踴躍參加，共襄盛舉。

專此 敬邀，並祝

康泰

董事長 謝博生 敬邀

- 1、『景福館招待所』提供住宿服務，歡迎返台或從中南部前來與會之校友儘早預訂，以免向隅。
- 2、聯合晚宴：
 - （1）同班同學，如有10名以上，將安排同桌敘舊。
 - （2）參加聯合晚宴之校友可免費於台大醫院B1停車場停車。
（請持停車收費卡至報到處蓋章）
 - （3）餐費每人NT\$1000
- 3、Tel：02-23123456轉66370徐苑儒小姐或Fax：02-23886161。
e-mail：jingfu33@ms78.hinet.net
jingfu68@ms78.hinet.net



景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第32卷 第3期

2015年3月出版



目 錄

醫學新知

- 2 臺大醫院口腔癌治療經驗
陳贈成、婁培人、柯政郁

醫學論壇

- 5 老人癡呆症 (Alzheimer's Disease) 是否能預防? 林靜竹
9 台灣醫學教育之我思、我見 李中憲
14 肺腫瘤消融術介紹 曾堯暉、張允中

回顧杏林

- 18 臺大內科進修四年半 (上) 蘇重光

校友小品

- 22 福建平潭島兩岸合作開發試驗基地
楊思標、李春興
25 外科老兵一世情 吳坤煥
28 退休三字經 葉弘宣
29 臺大傑出校友得獎感言—我的學思以及服務歷程 陳錦煌

學生園地

- 32 2014臺大醫學校區八系聯合嘉年華 李鴻瑋

景福人文關懷報導

- 34 台大景福基金會 醫學人文關懷計畫
103年1月至12月執行內容

編後語

中華民國一〇四年三月出版

第三十二卷第三期 總號三五六

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

本期執行編輯 / 柯政郁

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：

張天鈞 母校醫學系1975年畢業，現任臺大醫學院內科特聘教授。

洪美瑛 母校藥學系1974年畢業，曾任臺大醫院藥師，為張教授夫人。

本刊來稿文責由作者自負不代表本刊立場



臺大醫院口腔癌治療經驗

文／陳贈成、婁培人、柯政郁

壹、前言

口腔癌近年來，因國健局四癌篩檢的推動，已被大家慢慢重視。回顧臺大醫院耳鼻喉部2007年至2011年間，所有治療及追蹤的1382位口腔癌病人，最後追蹤至2014年4月為止，根據2010年美國聯合癌症委員會（AJCC）癌症分期表分類後，第一、二、三、四A、四B期五年disease-free survival分別為89%、84.3%、66.2%、48%、43.9%；overall survival分別為88.5%、78.8%、69.7%、43.9%、33.8%。不難發現，早期（一，二期）口腔癌病人的治療成效，明顯優於晚期（三，四A期，四B期）者。相較於早期口腔癌病人，晚期口腔癌病人的治療結果，仍有進步空間。另一方面，早期大規模的篩檢，提高口腔癌早期發現確診率，或許是有效提升台灣口腔癌整體治療成績的最有效方法之一。

過往，臺大醫院口腔癌治療模式，整體而言，主要依循美國國家癌症資訊網治療指引（NCCN guideline）做為治療方式之參考。幾年下來，回顧臺大醫院治療結果，仍有些

微差異，或許可提出來分享給各方參考，作為將來決定口腔癌治療時之參考。

貳、早期單一淋巴結轉移

針對原發部位早期口腔癌病人，治療上，單純手術廓清是最有效的治療方法。但若術後病理報告發現，合併頸部單一淋巴結轉移（pN1 classification），則接受術後放射治療〔postoperative radiotherapy (PORT)〕與否，選擇因人而異，並無明顯共識。術後放射線治療，對於此群病人整體治療結果，也不甚清楚。回顧臺大醫院1980年至2002年間所有舌癌病人，出現為數不多的pT2N1，第三期舌癌。由於當時，PORT於臺大醫院仍未有明確共識，對於存活的影响也不甚明確，所以，在全部59位pT2N1舌癌病人中，有28位病人接受PORT，31位病人沒有接受PORT。有接受及沒有接受PORT的病人，其五年disease-free survival呈顯著差異，分別為81.2%及53%（ $p=0.03$ ）。五年overall survival則無顯著差異，分別為77%及70.5%（ $p=0.36$ ）。經多變項分析驗證後，發現PORT僅針對disease-free



survivals呈顯著效益 (HR 0.17, $p=0.01$)，對overall survival卻沒有顯著效益。由以上分析結果推斷，雖然PORT對於舌癌病人頸部disease control有幫助，但若密切追蹤，早期發現復發並施予救援手術，成功機會也高。對於此群少數pT2N1口腔癌病人，臨床醫師面臨接受PORT與否，不妨可以提供以上相關數據予病人參考。

參、早期口腔癌神經周圍侵犯 〔perineural invasion (PNI)〕及 淋巴血管侵犯〔lymphovascular invasion (LVI)〕

根據NCCN Guideline，病理報告出現危險因子如PNI，LVI，淋巴結被膜外擴散〔extracapsular spread (ECS)〕，腫瘤切緣陽性 (positive margins) 等，往往會建議病人術後追加輔助性治療如放射線治療或化學放射線治療。但臨床上，早期口腔癌病人，若單純出現PNI/LVI，但是無合併ECS或positive margins，術後是否追加放射線治療則角色不明。回顧臺大醫院2004年至2009年間，治療的早期口腔癌442位病人中，共有82位病人報告證實單純出現PNI/LVI。就五年disease-free survival來看，有PNI/LVI及沒有PNI/LVI之病人，分別為68.7%及73.8% ($p=0.48$)；五年overall survival rates，有PNI/LVI及沒有PNI/LVI之病人，分別為86.1%及90.9% ($p=0.25$)。更進一步，觀察沒有追加術後

放射線治療之全部病人來看，五年disease-free survival在有PNI/LVI及無PNI/LVI之病人，分別為70.2%及73.8% ($p=0.51$)；五年overall survival在有PNI/LVI及無PNI/LVI之病人，分別為85.2%及90.9% ($p=0.18$)。

最後，單純針對有PNI/LVI病人，有沒有接受術後放射線治療，五年disease-free survival (61.1% v.s. 70.2%, $p=0.98$) 及overall survival (88.9% v.s. 85.2%, $p=0.64$)，並無顯著差異。經多變項分析驗證後，PNI/LVI並非有意義之危險因子，術後放射線治療對此群病人也無法提供顯著的幫忙。針對此群介於中間灰色地帶之病人，單純的術後追蹤似乎也是合理的考慮選項。

肆、早期口腔癌腫瘤closed切緣

口腔癌手術，針對切緣距離往往有一定的要求。一般而言，大於5 mm以上才可被認定為安全切緣 (safe margins) 條件。但即使在早期口腔癌病人，常因病患張口不易 (trismus) 或原發腫瘤位置困難如臼齒後三角區 (retromolar trigone region)，常常造成術後報告未達安全切緣條件之要求 (<5 mm)。臺大醫院針對早期口腔癌，經手術但卻無法達到安全切緣條件之病人，也做了粗略的分析。在1999年至2006年間，共有407位早期口腔癌病人接受完治療，依據切緣狀態區分，分別有362位達安全切緣之病人，14位未達安全切緣 (close margins) 之病人及31位陽



性切緣 (positive margins) 之病人。從五年 disease-free survivals 來看，安全切緣，未達安全切緣及陽性切緣之病人分別為 78.2%，50.8% 及 61.4% ($p=0.002$)，呈顯著差異。五年 overall survivals 來看，三群病人分別為 91.2%，70.1% 及 85.1% ($p=0.001$)，也呈顯著差異。多變項分析驗證後，未達安全切緣對於 disease-free survivals ($p=0.002$) 及 overall survivals ($p=0.006$) 而言，均為顯著危險因子。對於這群病人，臨床醫師可能不能輕視，更大範圍的安全切除或追加術後放射線治療是必要的。

伍、口腔癌癌細胞分化狀態

口腔癌屬於表皮細胞癌症，超過 90% 型態為扁平細胞癌 squamous cell carcinoma (SCC)，相較於其他癌症而言較為單純。但若依據 SCC 細胞分化 (tumor differentiation) 程度分類，卻可發現，不同 SCC 分化程度其臨床表現也不同。分化不良 (poorly differentiated) 之 SCC，其病人治療後往往有較高比例的遠端轉移 (distant metastasis) 風險。觀察臺大醫院 2004 年至 2009 年間 628 位晚期口腔癌病人，整體出現治療後遠端轉移之比例為 13.2%，比例不高。但細究 SCC 分化型態來看，分化完整，中度分化及分化不良之 SCC 病人 5 年累積出現遠端轉移之比率分別為 12.1%，18.2% 及 34.1% ($p=0.002$)。顯而易見，晚期分化不良之 SCC 病人，竟有超過三分

之一，五年內出現治療後遠端轉移的情形。多變項驗證後，分化不良之 SCC 仍為治療後遠端轉移的顯著危險因子 (HR 2.3; $p=0.02$)。顯見，分化不良之 SCC 癌細胞表現行為更為惡劣。值得注意的是，2014 年第二版 NCCN guideline 並未把分化不良之 SCC 列為顯著危險因子之一，故希望臺大醫院的報告，能提供同儕做留意。

陸、結語

完整口腔癌治療可能涵蓋了手術治療，放射線治療及化學治療。成功的治療，當然要靠口腔癌治療團隊的合作，才能打出漂亮的一仗。臺大醫院過往口腔癌的治療結果，有成功也有失敗的經驗。成功的經驗累積，要感謝整個臺大醫院頭頸癌團隊老師的努力；失敗的經驗累積，更要感謝病人。我們的經驗跟國外或台灣各大醫院治療團隊治療經驗比較，或許有相同或不同的著眼點及結論，當然也一定有許多討論的空間。不過正因如此，我們相信藉由分享討論的過程，一定可以更進一步提高往後台灣口腔癌的治療成績，共勉之。

※本文摘錄自臺灣耳鼻喉頭頸外科雜誌 2014 年第 49 卷第 3 號 p.133-138

(作者們為母院附設醫院耳鼻喉部主治醫師)



老人癡呆症 (Alzheimer's Disease) 是否能預防？

文／林靜竹

序言

「夕陽無限好，可惜近黃昏」是很多年長者的心思。儒家思想體系和台灣民間的流傳，福祿壽是美好人生的目標。因醫療科技的進步，許多進步的國家老人人口比例大增，於是過去少為人注意的老人癡呆症漸漸浮出檯面，成為一個嚴重的家庭及社會問題。

有癡呆的老人中，Alzheimer's Disease (AD) 是最常見的一種。今日美國人有540萬人患AD，其中68%是女人。根據人口統計，年齡在65歲以上的美國人有4,000萬人，到了2030年會增加到7,100萬人。每年會增加老人癡呆症患者50萬人。以此計算，2025年患AD的美國人有710萬人，到了2050年就會增至1,000萬人。

女人比男人長壽，過去文學上說「弱者你的名字女人」，這是錯誤的觀念。以目前美國的社會趨勢，女人大大提昇，將來會有「弱者是男人」的一天。今日美國女性平均壽命為82歲，男人為78歲。超過65歲的人，女性比男性多25%，超過85歲，女性為男性的兩倍。2014年5月4日CBS電視台有談論90歲以上的老人患AD的情形。節目中提到65歲



以上，每增加5歲，患AD的比例就加倍，因此90歲以上的老人患AD的比例相當高。因此如何保護自己以免患上AD是老年長者應該關心的重要議題。

老化過程

2013年7月我曾在美西台美人夏令會講述老化過程及老人疾病，後來在東灣社區中心也作了一次演講。在此演講中我提出影響老化過程的四個重要因素：（1）細胞內染色體（chromosome）的端粒（telomere），每次細胞分裂時會變短；（2）年齡增長的自然老化，即每增加8歲，死亡率就增加一倍。68歲的人是60歲的人的兩倍，76歲的人是68歲的人的兩倍，是60歲的人的四倍；（3）人體新



陳代謝所產生的氧化劑（oxidants）和自由基（free radicals）對細胞及器官會造成傷害，需靠服用抗氧化劑，如維他命E，或蔬菜水果以減少傷害；（4）血中糖分過高會引起有傷害性的糖化作用（glycation effect），所以要少吃糖，控制糖尿病的血糖。以上這四個因素和老人癡呆症的發生息息相關，不能不注意。

氧化劑和自由基不但會結合體內的油脂，蛋白質和DNA，傷害細胞和器官，尤其會引起神經細胞的衰竭，引起老人腦力的退化特別明顯。血糖高會結合油脂和蛋白質形成進一步的糖化產物（advanced glycation end products，簡稱AGE's）。這個AGE's會加速細胞老化，增加發炎，增產自由基，也會引起癌症，心臟病，糖尿病和種種慢性疾病的危險。

身體有慢性發炎時，第6型發炎蛋白（interleukin-6，簡稱IL-6）會增高，這是由免疫細胞產生的發炎蛋白，由此也能引起自體的慢性病，包括腦功能障礙。

老人癡呆症的腦部病變

人腦是人體最重要的器官，總管人體功能的樞紐，但是研究最不透徹，最奧密的器官。去年美國總統歐巴馬宣佈要撥款作人腦的深入研究，盼望10年或15年內有重大的發展。人腦有無限的潛力，即使年老也不例外。如果多多使用腦力，不斷加以刺激，就會持續發揮功能。

許多老人呈現腦質體積的萎縮，尤其是

專司記憶的海馬區（hippocampus）和專司思想和決策的前額皮質（prefrontal cortex）萎縮更為明顯。這是因腦神經細胞數目的減少和細胞間連結的神經束減少，結果腦力功能減退，無法通過腦力認知的測驗。

有些研究發現男性荷爾蒙（testosterone）和女性荷爾蒙（estrogen）對防止腦質萎縮，增加腦神經細胞的新生和增強神經細胞的連結有幫助。也有研究指出，成長荷爾蒙（growth hormone，簡稱GH）和類胰島素成長元素（insulin-like growth factor-I，簡稱IGF-I）也有增強腦神經細胞新生和血管新生的功效。另一研究指出人因緊張（stress）分泌過多副腎腺荷爾蒙（glucocorticoid）會抑制腦細胞新生，如果提高腦中的serotonin就會促進腦細胞的新生。

哈佛大學的麻州總醫院精神科教授Maurizio Fava指出要避免老年腦力的衰退，要對腦力不斷刺激，如解謎（puzzles），記憶（memorizing），參加新課程（taking new courses）和社交活動（social activities），都會增加腦神經細胞的增生，強化老人的腦力。

老人癡呆症的腦部兩種特徵性的病理變化是混濁蛋白的存積（beta amyloid plaque）和神經細胞的死亡和糾結（neurofibrillary tangles）。前者會阻礙腦神經細胞的交流和促使神經細胞的死亡；後者是因死亡的神經細胞變質成扭轉的Tau蛋白質成蜘蛛網狀，阻止神經細胞間的交流。有些狀況會增加混濁蛋白（plaque）的存積，包括高膽固醇，睡眠不足，慢性發炎，糖尿病等等。根據CBS 60



minutes的報告，有癡呆症的老人，腦部解剖研究，有些沒有plaque和tangle，卻有許多很小的腦質缺失，這是由於發生多次小中風而產生局部缺氧，但沒有臨床症狀。另外沒有癡呆症症狀的老人，腦部卻留下不少的plaque和tangle。

在此要特別提到和記憶有關的limbic system。一般老人多少有失憶症，如忘記門匙放置何處，這不是老人癡呆症，但是如果失憶愈來愈嚴重，則可能是癡呆症的早期症狀。人腦位於大腦深部的limbic system的功能，包括情緒（emotion），動機意念（motivation），長期記憶（long term memory）和嗅覺（olfaction）。其中海馬區（hippocampus）專司將短期記憶轉變為長期記憶，而儲存成永久的認知。假如海馬區受損，一個人就不能有短期記憶，但是受傷前的長期記憶仍能保存。海馬區對於人的學習能力有重大的影響。limbic system另一個部份叫amygdala，其功能和人的認知能力也有很重要的關連，尤其是和情緒有關係的事件，如一個人的婚禮，逃避地震海嘯等重大事件的記憶，是amygdala的功能。

老人癡呆症的症狀和診斷

本症的症狀包括嚴重失憶（loss of memory），意識混亂（debilitating confusion），恐懼不安（irritability and anxiety），閱讀，學習，和判斷能力障礙（difficulty in read, learning and judging），停止工作和社交活動（withdrawal from work

and social activities），和態度及個性的改變（changes in mood and personality），更嚴重的是失去獨自生活的能力，時時倚賴他人照顧，最終死亡，老人癡呆症是美國第六大死因的疾病。

老人癡呆症的早期診斷並不容易，在發病的數年前，其腦中病變混濁蛋白存積和神經纖維糾結就已存在，當這些病變愈趨嚴重之後，失憶和腦功能障礙的症狀才會出現。

目前並沒有一種單一有效的診斷方法，除了老人癡呆症，其他許多狀況如中風，甲狀腺功能低下，腦受傷，憂鬱症，和藥物作用，也會出現如同本症的症狀，影像診斷，如電腦斷層掃描（CT scan）和磁共振造影（MRI）有時有助於診斷，多種認知能力測試法，尤其是微小精神狀態檢驗（mini mental state examination，簡稱MMSE）對本症的診斷也有幫助。總之用多種方法，比較觀察之後，醫師們可以診斷出90%以上的本症患者。腦脊髓液（spinal fluid）可以檢查出Plaque和Tangle，但是抽脊髓液（spinal tapping）不是很常用的方法，也有一些危險性。直到最近才有報告抽血檢驗某種蛋白質，將來可能成為最簡便的診斷方法。

老人癡呆症的治療

目前還沒有可以治療本症的特效藥，但是有數種藥物可以治療本症的一些症狀。目前也正在開發可以防止本症腦部病變或本症成因的藥物。四種美國FDA許可的藥物aricept, exelon, razadyne, 和namenda可以



減慢病患腦功能退化的速度。前三者屬於抑制cholinesterase這種酵素（cholinesterase inhibitors）。這些藥物並不能防止腦神經細胞的死亡，只是會加強存留腦神經細胞發揮腦功能。腦神經細胞的交流靠一種神經傳遞物質（neurotransmitter）叫做acetylcholine，而cholinesterase這個酵素會破壞acetylcholine，使神經傳導受阻。服用上述藥物可以阻止cholinesterase的破壞，使腦部有足夠的acetylcholine可以發揮腦功能。

至於本症的人格心態和行為上的症狀，如憂鬱（depression），暴躁（agitation），不安（anxiety）和幻想（delusion）等等，可以使用精神科或神經科醫師使用的種種藥物治療。

老人癡呆症的預防或減少其患病率

最新的研究證實，改變生活型態（changes in lifestyle）和行為的改善（improvement of behavior）可能減少本症的患病率25%左右。哈佛大學麻省總醫院研究老人醫學的主任Deborah Blacker醫師指出發生本症的高危險因素有七個：（1）缺少體能活動，（2）憂鬱，（3）吸菸，（4）中年高血壓，（5）糖尿病，（6）肥胖症，（7）不用腦力。對付上述七個因素的方法和個人要保持健康的心臟完全一致。要改變你的生活型態，包括控制高血壓，高血糖，肥胖症，和高膽固醇，尤其是LDL必須降至正常值。為了避免對腦部造成糖化作用的傷害，必須用健康的飲食，低熱量，低脂肪，

低鹽，低糖份，新鮮水果和蔬菜，多纖維食物，瘦肉和魚類的食物。要將血中血色素A1C（hemoglobin A1c）保持在正常值，要經常運動，至少每週五天，每次至少30分鐘的健行或體操，禁菸，治療憂鬱，暴躁和不安。

腦力的刺激非常重要，認知能力的刺激可幫助腦神經細胞的新生，增加神經纖維傳遞的接觸點（synapses），使神經的傳導功能正常並鞏固記憶，增加社交活動可對腦力高度刺激，而減少患上癡呆症的機率。

年紀愈大，愈會失去腦神經細胞和神經傳導功能，但是學習新知識可以修補這種功能的缺失。如果身體和腦有慢性發炎，要徹底治療。最後在每日生活中避免緊張（stress）和睡眠不足，大部份的人，包括老人，適當的睡眠時間是6至8小時。

2014年5月U. S. News報導兩組老鼠實驗，一組史丹佛大學和舊金山加大發現年老的老鼠輸入年輕老鼠的血漿後，年老的老鼠學習的能力和記憶力大為改善。另一組哈佛大學的研究在年老的老鼠輸入一種蛋白質叫GDF11後，不但嗅覺增進，體力和忍耐力大增，表示可以同時增強腦部，肌肉和心臟的功能。這些實驗啟示在人類也許將來能用類似的方法，以減緩老化，減少老人癡呆症，癌症，心臟病等老化慢性疾病，給人很大的期待。

（作者係臺大醫學院1961年畢業，現為芝加哥大學終身榮譽教授，目前居住北加州東灣）



台灣醫學教育之我思、我見

文／李中憲

十幾年前在美國消化器學會年會遇見王德宏教授，當年他是台灣內科醫學會理事長，王教授熱心於台灣醫學教育的改革，他知道我女兒及兒子都在美國著名醫學院學醫，就要我帶他們回台提供一些美國醫學教育的特色，作為台灣醫學改革的借鏡。我們在美國工作忙碌，未能返台對台灣醫學教育改進提供芻議，我想到身為臺大醫學院畢業生未能對台灣醫學有所貢獻，心裏總有個疙瘩。我到美國從事醫學工作開業之餘，還兼任醫學院臨床醫學助理教授；幫助學校指導學生作臨床消化科醫學，醫學生與住院醫師偶而輪流到我的服務單位（Service）受訓。我一向對醫學教育懷抱熱誠，我認為當一位好老師應該要啟發學生發揮他們的最大潛力，我希望能為社會找千里馬，但是三十年來，我發現自己不是伯樂。我發現要改變一個大學生是不大可能的。

我的一位外科同事他剛從University of Michigan Academic Medicine轉到我們的城市（Fort Wayne）開業，他也對醫學教育非常熱誠。有一天，他對我說他要去教四年級的小學生，他認為要影響一個人的心性與素質，重要的教育在於小學，當醫學院的老師能教導學生一些醫學知識與技巧，但是要造就一個醫學生成為一位有

愛心的偉大醫師，卻是非常有限。

二年前，我的兒子在Cleveland Clinic當總住院醫師，他的主任給他一篇文章“The Challenges and Opportunities of Teaching Generation X”，作者（Jodie Eckleberry-Hunt與Jennifer Tucciarone）發現，於1982至2005年出生的美國小孩，是生長在a highly protected and over scheduled generation，他們生長在比較機械化的社會，沒有老一代的傳統責任感，下班時間一到就趕著回家，不會認為病人是他們生命的一部份。作者建議老師們要多花時間Mentoring（or Parenting）與Communication。作者認為Professionalism is a journey rather than an end state，老師可以告訴學生appropriate and nonappropriate behavior，但是要讓學生有corrective feedback。我個人並不完全同意作者的建議，我希望台灣的年輕人不會像美國年輕的一代。美國教育太注重個人的發展、太個人化教育（Individualization），使得這一代的人成了失落的一群。

假如學校教育沒有共同的規範（Norm），以統計學的鐘形曲線（Bell Curve）觀察人的行為，當這條曲線趨近於直線的時候，我們沒有辦法算出標準



差 (standard deviation)，年輕的一代如何知道什麼是對或錯。我曾跟一位Fort Wayne South Side High School的Vice Principal談到如何改進學校教育，他很灰心地告訴我，因為法律的限制與不同家長的要求，使他無法辦好學校教育。

大學教育應該重視學術科技知識的傳授，也應該培養多方面的生活情趣與建立良好社交關係。張忠謀先生曾提到他在哈佛大學 (Harvard University) 第一年的大學生活，從同儕間學到一般的知識，後來他到麻省理工學院 (Massachusetts Institute of Technology; MIT) 才開始用功讀書學得科技知識。中國學生常常祇會讀書而忘記社交關係，近年來，虎媽 (Tiger Mother) 的教育方法備受關注，蔡美兒以傳統的中國母親強迫女兒讀書、學鋼琴與小提琴、上著名大學，我懷疑這種教育是否能造就出對社會有貢獻的出色人材？

前哈佛大學校長、歐巴馬的白宮國家經濟委員會主席桑莫斯 (Lawrence Summers)，提到哈佛大學學生的出路 (outcome)，學業成績A的學生畢業後大多成為教授或專業人 (醫師、律師)，學業成績C的學生大部份從商或從政，是賺錢最多也是捐款給母校最多的哈佛畢業生。學業成績B的學生大部份是不出色的人，而希望自己的孩子將來能比他們更優秀。他提到二位哈佛學生蓋茨 (Bill Gates) 與Mark Zuckerberg尚未畢業就離開學校，但是他們卻創立了微軟

(Microsoft) 與臉書 (Face Book)，徹底改變全世界。教育是多元的，孔子曰：「三人行，必有我師焉」，韓愈的「師說」：「聞道有先後、術業有專攻」；大學是臥龍藏虎之地，一個人步入社會能否功成名就，不只是靠自己的能力，更需要良好的人際關係。

大學教育是否要強迫學生多讀書、多作功課，或給予學生多點時間自由發展？我的襟弟張分磊先生是Fort Wayne Indiana University醫學院分校院長，他告訴我，大學裏的教育專家 (educational specialist) 建議他要減少上課時間，給予學生更多的自由發展空間。我兒子也告訴我，美國大學的政策各校不相同，Harvard University與Brown University比較重視個人發展，而Cornell University與MIT則是比較強迫學生讀書、作功課。究竟哪一種好，可能每個學生情況不同，因人而異。

以我個人在臺大醫學院上學的經驗，藥理學的教學方式是我認為最失敗的，李鎮源教授以填鴨式教學要學生記得所有Goodman藥理學書本的一切，他的講課像是機關槍連番掃射。我喜歡病理科陳海清的講授，先天性心臟病他簡單地告訴學生，胚胎學 (Embryology) 發展的錯誤造成身體組織上的缺陷。我也喜歡精神科莊明哲的教課，他簡單地告訴學生Definition and main symptoms of schizophrenia，至今我還記得out of reality與mood swing是診斷schizophrenia的必要症狀。

一位好教授可能不善於課堂講課，可



是學生在一位好教授的指導之下作實驗、作研究，在潛移默化中得到無形的知識與智慧使學生終生受益。李鎮源教授能培養不少藥理學界出名的學生，他可能有這種潛力。我在大學從五年級到畢業後兩年住院醫師，都在宋瑞樓教授的教室作實驗，他對我一生的影響很大。他不祇教我消化器官和肝病的學問，他也指導我如何作個好醫師，要尊重病人的身體，多用點時間去了解病人。他也教我要多接受年輕學生的意見與看法，他們會有益於提醒你、使你進步。在我就學的時代，臺大醫學院實施導師制度，學校分配一班每二位學生給一個導師。我的導師每年請我們導生吃一餐，我沒有學到導師做人、做學問的方法，我的導師大概也不記得我的名字。我希望導師制度可以讓學生有自由選擇的空間，導師與學生能多接觸，能在潛移默化中給予學生無形的智慧。

醫學院的教育宗旨，應該訓練醫師具備三種基本的的能力：一、醫療服務（Service）；二、醫學教育（Education）；三、醫學研究（Research）：

一、醫療服務（Service）

醫師應該具有為人服務的精神。沒有病人就不需要醫生，不管作醫學研究或為病人服務，不要忘記醫師的最終目的是要解除病人的病痛。我的女兒喜歡作醫學研究，她忙著寫文章、申請獎助grant，我常提醒她不要祇以寫文章作為研究的方向，應該以發現病源與解除病人的病痛為

主要目標；我的兒子希望執業賺錢，我提醒他不要忘記為社會服務，大部份的病人是窮人，一個好的醫生為了病人常常要犧牲家庭生活。我們的醫院有一位Trauma surgeon女外科醫師，她選擇當外科醫師時，對她先生說他可選擇要她做一位好妻子或一位好醫師。如果要她當好的外科醫師，他們就不能有孩子。她每天從早到晚都在醫院為病人服務。我並不希望我的孩子學她，但是她是我所欽佩的偉大醫師。

二、醫學教育（Education）

一個醫師應該具有教育別人的能力。教育不僅限於學校，在醫院教育醫學生、護士與病人，在社會要教育大眾，諸如菸與酒的壞處以及如何避免AIDS與肝炎的傳染，在美國有很多病人組織的團體（organization）諸如：Crohn's and Colitis Foundation of America, Celiac Disease Society and Foundation, Hepatitis C Association與American Cancer Society常常需要地方醫師去為病人演講。

三、醫學研究（Research）

一個醫師應該具備研究與分析的能力。同樣是medical care provider，為什麼Doctor與Nurse Practitioner不同？我認為作個真正的醫師就要有能力從觀察（observation）和分析（analysis）到最後解決問題（problem solving）。Research並不一定要在雜誌上發表文章。



一個好的病歷從聆聽病人的病歷 (taking history) 和觀察檢查病人 (physical examination) 進而仔細研究、分析之後，最後圓滿的解決問題，也是很好的 Research。

台灣和美國的醫學院制度不一樣。美國的醫學院一般是大學畢業後才進入醫學院，進醫學院也比較有不同program的選擇。要從事基礎醫學研究者可選MD，PhD joint Degree Program，一般需要七年以上的時間方能畢業。要當臨床醫師是四年的課程 (Program)。哈佛大學醫學院更有一種Program讓醫學生有機會多花一、二年與Harvard University或MIT的教授作一個Project的研究工作。在哈佛醫學院附屬醫院當Fellow的醫生，當教授發現具有醫學研究潛力的醫生，可提供醫生在當Fellowship的兩、三年間去攻讀Master of Science或Master of Epidemiology，這些醫師大都會留在學校作準教席 (Junior faculty)。(參考資料：<http://hms.harvard.edu/content/joint-degree-programs>；<http://hms.harvard.edu/content/new-pathway-np>；<http://hms.harvard.edu/content/health-sciences-technology-hst>；<http://hms.harvard.edu/content/principal-clinical-experience>)

隨著時代的變遷、醫學知識的成長與科技的進步，病理學已從解剖學 (Anatomy) 與人體組織學 (Histology) 進展到分子生物學 (Molecular biology) 甚至Nanotechnology。當年

的Inflammation是紅腫熱痛leukocytes and lymphocytes aggregation。今日的Inflammation就有幾十種不同的cytokines。一位醫科學生是不可能記得所有的細節，電腦的進展與資訊的繁延，這些繁雜的知識很容易打開電腦搜尋到。年輕的學生對電腦的運用可能都比我們老一輩的好，但是如何判斷電腦上資訊的正確性，以及如何把電腦的知識運用到治療病人的病痛，是老師們的責任。我發現學生從電腦抄下來一堆Information，而不知應用電腦的病歷，甚至刻板地打進一大堆Information，而重要的病人Complaint卻不包括在病歷內。

學生或住院醫師到我的服務單位來，我要求他們把每個醫學名詞的定義 (definition) 分辨清楚，很多醫生對metaplasia與dysplasia還搞不清楚，我要他們觀察與分析，用腦子去想而不是刻板地從電腦抄寫下來，我要他們去讀pathogenesis and pathophysiology。例如bile formation與enterohepatic circulation跟fat absorption與steatorrhea一聯串的關係。除了教導學生醫學常識，我也告訴他們要重視醫學歷史。我認為一個醫學生需要知道歷史上一些偉大醫師如何發現問題與他們在那一方面的貢獻。這種教法可增加學生在某方面醫學的興趣與加強這方面醫學知識的記憶。歷史上成名的醫師也可作為年輕醫師的楷模。

以下是我對臺大醫學院教育的建議：

一、選擇學生固然要選擇成績好的學生，



- 但更重要的是要選擇有愛心、願為病人服務的人。
- 二、所有臺大醫學院的畢業生，應具有為病人、為社會服務的精神，以及對problem分析、判斷及解決problem的能力。
 - 三、老師的授課不要刻版、不要教條式，而是應該給予學生有多些自我發展與思考的空間。
 - 四、導師制度的改善，讓學生能得到身教，從導師得到無形的知識與智慧。
 - 五、醫學院應該提供學生多元化的課程與學位，讓對醫學研究有興趣的學生可

選擇PhD，MD program或一、二年在畢業前嘗試研究工作，醫學院選擇將來的年輕教授時不應該刻板地選擇博士班學生。有潛力從事醫學研究工作的Fellow，學校應該幫忙學生迅速得到資格留在醫學院。

- 六、加強醫科學生對電腦資訊的應用，與如何寫好對病人治療有用的電腦病歷。

（作者係母校醫科1969年畢業，現任職於美國印第安娜州St. Joseph醫療體系腸胃及內科醫師，兼印第安娜大學臨床助理教授）

臺大醫學院臨床醫學研究所徵求所長候選人

- 一、依據：國立臺灣大學醫學院各科（系、所、中心）主任（所長）遴選辦法。
- 二、資格：民國45年8月1日以後出生，醫學系畢業具教授資格，在學術上有成就、具國際聲望並有教育理念及領導能力者。
- 三、檢具推薦資料：
 1. 個人履歷、榮譽、服務、論文著作目錄，並簡述若任所長對本所教育與研發之相關計劃，上述資料請備1份紙本及1份電子檔。
 2. 國內外相關學門教授之推薦函三份，並列五位可供諮詢之同事、主管或同儕。
- 四、收件截止日期：104年4月30日（四）下午5時前送達。
- 五、收件地址：

郵寄：100台北市中山南路7號
臺大醫學院臨床醫學研究所
高嘉宏所長收

親送或快遞：100台北市常德街1號 檢驗大樓7樓733室
- 六、聯絡電話：(02)23123456分機67307
傳真電話：(02)23709820
e-mail: kaojh@ntu.edu.tw
本所網址：<http://clinicalmedicine.mc.ntu.edu.tw/Pages/default.aspx>



肺腫瘤消融術介紹

文／曾堯暉、張允中

肺癌是台灣癌症死因的第一位。目前手術切除仍是早期肺癌的第一線治療方式，甚至一些特定癌症的肺部少量轉移，使用手術切除轉移腫瘤也可以延長病人生命。現在手術已經可以只做局部楔型切除，不過部份病人仍會因為年紀太大、肺功能或身體健康狀況不佳，無法接受手術切除；另就大多數的肺轉移腫瘤患者而言，治療目的是緩解症狀（palliation），並非改變疾病病程。就上述這兩群病人（治癒或緩解症狀）而言，就有非手術的替代方式，以降低治療過程的危險性及後遺症，包括放射線治療以及這次討論的主題—腫瘤消融術（tumor ablation）。

腫瘤消融術在肺部上的研究已有20年之久，但直到近年來儀器的進步及操作技術的改進，才開始有較為普遍的應用。肺部腫瘤消融術可經由影像定位（一般使用電腦斷層）或胸腔內視鏡定位，將探針插至目標腫瘤後，使用特定原理殺死癌細胞。腫瘤消融術的優點，包括周邊組織傷害少，危險性低，肺功能減少量低，可多次使用。術前需評估病人的凝血功能及血小板數並設法矯正，抗血小板藥物則需暫停服用。其絕對禁忌症即為無法矯正的凝血功能異常，相對禁忌症則為ECOG \geq 3分，預期壽命不長，或FEV₁<0.6L。

腫瘤消融術的原理包括無線電波、微波、冷凍、雷射、及電擊等，都已經在人體上進行試驗並有一定療效，惟目前尚未有比較這些方式的臨床研究發表出來。以下將簡單介紹各種方法。

無線電波消融

（radiofrequency ablation, RFA）

無線電波消融是發展最久，在肺部腫瘤上也最為廣泛使用的技術。最常使用的電磁波波段為375-500kHz之間，使用時需在大腿貼一電極片做為接地用，將電極針及電極片兩者連到電波產生機上，機器在電極探針及電極片之間產生來回變化的電位，使得探針附近的電子不停與鄰近組織分子碰撞，產生熱能。熱能會傳遞到鄰近組織，當溫度達到攝氏55度時，組織產生凝固性壞死（coagulation necrosis），造成範圍內的腫瘤細胞死亡。開始電極針周邊組織若溫度太高（超過攝氏100度），則會脫水碳化，昇高電阻，降低電流，反而阻礙熱能產生，因此有的系統會使用冰水灌流來控制電極針周邊溫度。最適溫度就介於二者之間。一項多醫學中心的研究（RAPTURE study），發現對於小於3.5公分的肺腫瘤，1年的完全反應（complete response）比率為88%，其中肺癌患者的2年存活率為92%。有的學者認為這項



治療比較適合小於3公分的肺腫瘤。目前也有廠商製作出三針式的系統，叢集在一起使用可以達到比較大的消融體積，不過電極針要平均分散地插進腫瘤裡，技術難度也有所提高。

微波消融 (microwave ablation)

微波消融原理是使用較高頻率的電磁波（一般介於900-2450MHz之間），直接激發鄰近的水分子，獲得動能，再傳遞給鄰近的組織分子，達到目標的溫度。因為直接靠著電磁波來生熱，微波消融的治療體積比無線電波消融要大，達到的溫度較高也較快，另外也比較不會因為腫瘤鄰近大血管，因熱槽效應 (heat sink effect) 熱量一直被帶走而達不到目標溫度。另外一個好處是不用另外貼電極片。目前也有多針的微波系統可達成更大的治療體積。根據一項研究顯示，使用微波消融治療肺轉移患者（平均1.6顆腫瘤/人），其1年和3年存活率為65%和45%。

雷射消融 (laser ablation)

雷射消融原理是利用光纖傳遞雷射到探針放出，被周邊組織吸收產生熱，再經由熱傳導達到區域組織燒灼效果。使用的雷射包括Nd:YAG雷射（波長1064nm），遠紅外線二極體雷射（波長820nm）。如同無線電波消融術，使用冰水灌流減少組織碳化可以增加消融的體積。一項針對肺部轉移腫瘤的試驗顯示，



圖1：無線電波消融術使用之電極針及電極片（圖為Covidien公司產品，取自該公司網站surgical.covidien.com）

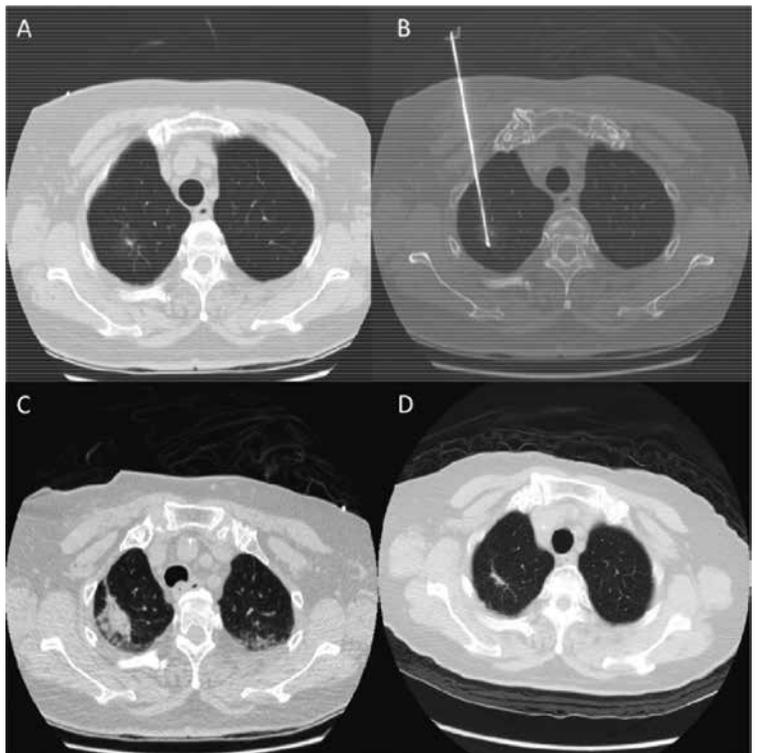


圖2：使用RFA治療位於右上肺之肺癌，A至C為治療前、電極針插至定位、電燒治療完之情形。D為治療後3年之電腦斷層追蹤，局部結疤無復發。



腫瘤的局部復發比率為28%，病人（1.7顆/人）1年和3年的存活率為81及44%。

冰凍消融（cryoablation）

冰凍消融用在肝腫瘤治療已經有30年的歷史。早期使用液態氮，目前則使用氬氣（argon）及氦氣（helium）。生物組織在零下40度時會產生蛋白質變性（protein denaturation），細胞破裂，微小血管阻塞。而實際使用時會依循冷凍—解凍—再冷凍的循環，因藉由再回溫的過程中，細胞外的滲透壓相對較細胞內低，水分進入細胞內撐破細胞，而可造成徹底的破壞。高壓氬氣在探針內管尖端噴出，釋放到較大的外管空間時，因Joule-Thomson effect而降低溫度到零下187度，噴出高壓氦氣則會提升溫度到67度。目前技術的進步，減小了探針的直徑，也降低了造成皮膚凍傷或經過組織受傷的機會。使用電腦斷層定位時，可以在影像上看到冰球的形成，只是真正足夠低溫的治療範圍要比冰球再小3-7mm。操作者可以依此立即

估算治療的成效，若鄰近重要器官腫瘤時，操作上也較有信心。此外，冰凍本身也有止痛的效果，因此此種治療所造成的不適感較低。再者，也有學者認為冰凍治療對於氣管軟骨、血管等構造傷害較熱能治療少。冰凍治療的缺點為治療時間較長，另外出血的機會較高。一項臨床試驗顯示，腫瘤3年的局部復發率為32%，較大（>2cm）、或離大血管（>3mm）較近（<3mm）者較容易復發。

不可逆電擊穿孔治療

（irreversible electroporation, IRE）

此即之前新聞上所提到的奈米刀（商品名），原理為利用高壓脈衝電流在細胞膜上形成奈米等級的孔洞，這種作用依程度可以是可逆或不可逆的，當不可逆時就破壞細胞恆定，造成凋亡。前面所提使用熱消融的治療術可能會因腫瘤鄰近較大血管，產生熱槽效應而無法完全治療，相對來說電擊穿孔治療就可以克服此問題。另外此治療所造成鄰近組織的傷害也較小。此術式的限制是需要

表1：肺部腫瘤消融術比較表

	原理	Applicator粗細	優點
RFA	電子（流）與組織碰撞產熱	14-17G	研究使用廣泛 價格較低
Microwave	電磁波震盪水分子產熱	12-16G	Heat sink effect降低
Laser ablation	組織吸收雷射光產熱	9Fr(sheath)	可以在MRI內使用
Cryoablation	低溫—回溫循環使細胞破裂	10-17G	較少疼痛感 對於血管、氣管傷害少
IRE	高壓電流造成細胞膜穿孔	16-18G	Heat sink effect降低 鄰近組織傷害少



平行插入三支針，距離不能超過2公分，以達成均勻足夠的電場及電流。

上述的腫瘤消融術雖然較手術安全，還是有其限制和併發症。併發症程度從輕微至嚴重都有，包括咳嗽、胸痛、胸水、發燒、鄰近腫瘤組織或表層皮膚燙（凍）傷、氣胸、出血（血胸、咳血）、感染（肺炎、膿胸）、甚至死亡。以無線電波消融術來說，治療相關的死亡率為0.6%。另外此種治療方式不若手術或放射治療，無法針對淋巴結處理，因此對於已有淋巴結轉移的肺癌是無法達成治癒的。腫瘤若鄰近胸壁、縱膈腔、橫膈膜，會增加術式上的難度。治療過後通常需要短而密切的影像檢查來觀察治療成效和是否復發。

結語

腫瘤消融術目前仍持續發展當中，並且陸續有新的技術出現。無線電波消融術是研究最多的一項技術，其他還包括微波、雷射、冰凍、電擊穿孔等。對於肺癌或是有少量肺轉移的患者來說，如果因年齡、健康等因素無法開刀，則消融術是一個可行的替代方案。放射治療也是一項替代方案，只是目前尚未有任何比較性的研究結果發表出來。

（作者曾堯暉係母校醫學系2006年畢業，現任臺大醫院影像醫學部主治醫師；張允中現任臺大醫學院放射線科教授與臺大醫院影像醫學部主任）

國立臺灣大學藥學專業學院藥物研究中心誠徵主任

- 一、依據：國立臺灣大學醫學院藥學專業學院藥物研究中心主任遴選辦法及遴選委員會第一次會議核定。
- 二、起聘日期：民國104年8月1日。
- 三、資格：國內外醫藥相關科系副教授（含）以上，具藥物研發經驗及領導能力者。
- 四、檢附文件：
 1. 國內外相關學門副教授以上三人之推薦函。
 2. 個人履歷（榮譽、教學、研究、服務資料及重要論文著作目錄）。
 3. 未來擔任主任之理念與抱負。
- 五、申請文件截止時間：民國104年5月11日下午5時前送達。
10050臺北市林森南路33號（水森館213室）
臺灣大學藥學專業學院藥物研究中心主任遴選委員會收。
- 六、聯絡電話：+886-2-33668754
傳真專線：+886-2-23919098



臺大內科進修四年半（上）

文／蘇重光

一、回院服務，連任應當

由前線退伍回鄉，才過十天就得去臺大醫院報到。醫院的主任會議記錄上，說我們是「軍訓期滿，回院服務。」還給大家一個尊稱「同仁」。到眼科、精神科、耳鼻喉科的四位，以「第一年住院醫師」名義採用；其餘的28位（內科12名、外科7名、小兒科5名、婦產科4名），均以「實習醫師」名義採用。換句話說，諸位在學期間，做了一年「應當」，現在請你們再做半年應當，繼續匍匐前進；表現良好的，才有資格進鴨寮練功。

內科在前一晚舉行了一個聯誼餐會，特別歡迎十位新上任的F.I.（Fix Intern）。（有兩位改變主意去別處。）用餐前蔡錫琴主任先召見大家。他還是一樣，走路說話都十分穩重，不苟言笑。他戴上老花眼鏡，一個個點名，對每個人都端詳一番。

點完名後他叫我：「蘇重光，你是不是志願來內科？」我連稱是。「你不是要去精神科？」「不是，我是要進內科。」

接著他又問：「陳照雄，你是不是志願要去精神科？」照雄連忙解釋：「本來我填了志願要進精神科的，後來改變了主意；聽說內科現在有缺，所以我想進內科。」蔡主

任一本正經，不疾不徐地說：「你填的志願是精神科，所以不能來內科。」照雄沒再辯解，不好意思地離開。

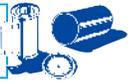
那時申請進大科的人多，進小科的人很少。照雄填的第一志願是精神科，而且已被精神科錄取；所以不能更改。我填第一志願內科，第二志願精神科。蔡主任要我親口說確實要進內科。大科是絕對不得跟小科爭人的。

接著主任囑咐我們要仔細看病人，病歷紀錄要完整。一定要時時刻刻跟上級商榷診斷及治療的方針。同學們剛由軍中退伍，極想多幾天休假，好好享受一下人生。有位同學就大膽地請示主任，能不能晚幾天上班。主任很嚴肅的說：「照規定是明天一早要報到，馬上要上班。」

第二天早上，大家帶著私章和照片，到醫院秘書室報到。諸R₁（鴨王）是正式公務員，可以領取眷糧及家眷補助費，當然還有正式的薪水。

我們這批F.I.只算是臨時雇員。我們的名牌上有「XXX醫師」字樣。R.I.（Rotation Intern）的名牌只寫「XXX」。此外我們的印章可以蓋處方箋。（R.I.的章只能蓋檢驗單。）

除此之外，我們F.I.有兩件白工作衣，醫



院負責洗燙。有一本飯票，宿舍裡有一個舖位。老實說來是衣食住無虞。過日子是沒問題的。

二、臨時雇員，微薄薪水，小麻雀的眼淚

古早時（好多年前）臺大醫院有位聰明絕頂的謀士，建議醫院設立Fix Intern（固位應當，簡稱F.I.）制度。不在編制之內，只算是臨時雇員。醫院每天只要花美金十元，就可招募到二三十位基層工作人員。（講明白就是廉價勞工）這位「傲郎」（ao lang閩南語「聰明的人」）的才智，勝過古時的諸葛亮多多；他的芳名和功蹟，已銘刻在醫院院史內。

從此以後，凡是想回院服務，到四大科進修學習的畢業生，一律得先做半年至一年的Fix Intern，才准進入鴨寮做鴨（R也）。雖然諸生苦學七年，報國從軍又一年半；已經拿到台灣大學的畢業文憑，和內政部頒發的醫師證書；確已是不折不扣的正式醫師。

Fix Intern這名詞，在網路上或英美辭典上都找不到，顯然是臺大醫院首創發明的。相近的大概是美國說的Straight Intern；就是只在一科專修；不像Rotating Intern，要到不同的科去進修。

當年（1961年）諸F.I.領到的零用錢，是每月新台幣150元；那時在新公園邊的攤子上吃一碗牛肉麵要台幣5元。單身的F.I.用這些錢來理髮、坐車，偶爾看看電影或撞撞球，大體是過得去的。有家小的F.I.們，只得視瞷地

向爸媽伸手；或者乾脆厚著臉皮，帶著妻兒繼續住在家裡。我的父母非常瞭解體諒，讓我和牽手留住家中。家父還誇獎我，說我不計薄酬，繼續留在臺大醫院學習進修；是肯上進，有出息呢！

我們在內科的F.I.，每天工作八九小時。晚一兩小時回家是常有的事。新婚的牽手有時會埋怨，說我不早點回家，是不應該的。每三晚值班一次，週末也是三星期輪值一次。算起來平均每天工作約12至13小時。

月薪一百五十元，等於日薪五元。折算美金是一角二分半，或十二個半pennies；恰好工作一小時賺小銅板一個。（抱歉！賺過美金的傢伙，總是喜歡折算美金。）

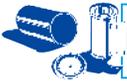
吳明輝提起日本話一句雋語（巧妙的話），「小麻雀的眼淚」，形容數量之少。用這話來描述F.I.一小時賺一個銅板的待遇，正是恰到好處。

※半年做F.I.期間，我曾經去校總區醫務室「打工」，一下午看三五個病人，可以拿到幾十塊錢外快，等於得到了（ahiru）（意外之財）。

三、初出茅廬

十位內科的F.I.因為是新手，每人只負責照料病房五六個病人。可以獨自決定檢驗和治療的方針。若有疑問，前輩諸鴨（R）都很樂意傳授樣板。每天早上的朝會（morning meeting）上，CR也會指點一二。

病人們的開門三件事（血尿屎），還得親自承辦，和做R.I.時一樣。又沒有克拉克



(醫學生)跟隨能幫點忙，雖然當兵當醫官時一年半都沒動手，但還記得怎麼做。

有新住院的病人，寫好住院病歷，辦好「三件事」之後；接著要馬上填寫「照會卡」，親自上四樓，送到病房主任，及各專科醫師辦公室門外的透明小盒內。一兩天內他們就會來病房診視病人。若是急症，我們得到處尋找，當面請諸師快點來。從來不敢冒昧打電話請人，那是沒禮貌的事。

住院病人，若要照會別的科，通常都送去門診部。如果是緊急或行動不便時，要請別科醫師「駕臨病房」；一定要CR或R₃蓋章，以示尊重。有一次我的病人需要外科醫師會診，一時找不到老鴨。我就在照會單上加註：「請到病房會診」，蓋上我的「無毛鴨」圖章。外科一位高高瘦瘦的王醫師，指著我填的照會單，用東番語噁咕一番：「這個蘇重光，不知是R₁，還是R₂……」，表示不滿，但還是乖乖地去診視病人。

我在一旁暗笑，本醫師還沒成鴨，只不過是F.I.一個。也許王醫師景仰日本以前斷腿的外相「重光葵」。他想說不定我這個中國的「重光」，和那位日本的シゲミツ (shi ge mi zi) 有什麼關係，所以他沒追根問底，找我的麻煩。

每星期一次，病房主任的迴診是一件大事，常費時一上午。CR帶上諸鴨(R)，F.I.，R.I.及大小克拉克(醫學院五六年級生)。護士長帶著兩個護士，推著病歷車一旁伺候。另外有護專及護理系的學生。少則八九人，多時可以到二十多人。大家跟在主任後面，主任有如戲台上的大將，前呼後

擁，八面威風。

負責的鴨及F.I.簡報病史及檢驗結果，主任一一垂詢，然後聽一下心音及呼吸音，摸一下肚子，有時說幾句，問幾句；也有時只笑笑，沒什麼指示。

護士長會替女病人解衣；沒有什麼遮蓋，常露出肌膚許多。年輕的女病人在眾目睽睽之下，免不了會面紅耳赤。陳教授曾經說過，檢查女病人時，應該學美國醫院的做法，用兩條小被單遮住，只露出極小的部位。但從來沒人這樣做過。

說來本院對女病人的隱私權不夠尊重。幾年前我做克拉克時，在開刀房看到一位準備要手術的年輕少婦，一絲不掛地躺在手術台上，連一條手巾也沒有。我看了驚愕不已。頭等病房大家是不跟進去的，只有主任、護士長和負責的R去看病人。出得起很多錢的人，是應該有特別的待遇吧。

專科迴診，如果是教授來，跟隨的人常是很多，副教授(AP)來跟的人比較少。講師(lecturer)和主治醫師(VS)常是靜悄悄地，不驚動大家；自己找到病歷翻看，然後去看病人。有的醫師還很客氣地說：「不用來，我一個人去就好了。」

每星期都有抄讀會，內外科的討論會和「死亡病例討論會」，全科醫師都得參加。臨床病理討論會(CPC)仍然是全院最盛大的聚會。五六年學生是一門課，絕不能缺席。葉曙教授是「醫師之師」，審定病人生前診斷的對錯。有的疑難怪病，臨床診斷會差得很遠。

每天下午五點鐘，所有內科門診和住院



病人照的胸部X光片，和病歷一起送到六西醫務室。楊P親自一一審視，並在病歷上描繪病變。這是內科的一件大事，諸住院醫師及候補鳴（F.I.）如有病人照了X光，最好準時到達；否則會被認為不負責，或不肯學，不求上進。

那時我剛新婚，每天快到下班時間，都急急忙忙收工準備回家。如果病人照了胸部X光，就得等楊P看過片子，才能離開。假如回家「太晚」，牽手會嗔怪我「不想她」。

有幾次江君笑我是「準時回家」的醫師；沒有家累的人怎能瞭解我的心境？幾年前病理科的海清先生新婚，每天仍然加班晚回。葉教授曾搖頭笑他不急著回家，是否兩人情意不夠濃呢！

有兩個星期，F.I.被派去門診治療室幫忙。多半是負責靜脈注射。有次一位年輕的男病人因為瀉肚來看病。他有明顯的脫水，收縮期血壓才80。

Dr. T開的治療單使我大吃一驚。除了交待注射5% glucose 1000 cc之外；還有Levophed（norepinephrine）0.5 ml肌肉注射，我們在病

房用這藥，都是稀釋在幾百cc的溶液內，靜脈慢慢點滴。直接打到肌肉內會引起壞死。

小F.I.必恭必敬地向這位主治醫師進言，Levophed不宜肌肉注射。Dr. T也從善如流，改放在溶液內點滴注射。多事的芝麻小醫師，又認為瀉肚子除了失掉水分之外，也會耗損許多電解質。我就自作主張，不用5% glucose，改用5% glucose in half saline，還加了potassium。（我這種做法，在軍中會被認為是「抗命」或「違反軍令」，是一種「萬萬不可」的行為。）

幾天後治療室護士MS曾跟我說，Dr. T對我很不滿意，他指責我擅自更改他的order。聽了以後我深深自責，不該更改資深醫師的指令。得罪了上級說不定會影響到我的前程。同時我也為這位病人慶幸，沒在屁股上挨一針Levophed，否則會爛掉一大塊肉，一年半載也好不了。

（待續）

（作者係母校醫科1959年畢業，現退休於美國Oklahoma州鄉下）

2015年景福校友返校活動公告

時 間：104年4月11日（星期六）
地 點：臺大醫學院101講堂、臺大醫學院大廳
聯 絡 人：徐苑儒 小姐
電 話：02-23123456轉66370

歡迎校友撥冗參加，共襄盛舉



福建平潭島兩岸合作開發試驗基地

文／楊思標、李春興

思標與李春興秘書長2014年9月份，受大陸全國台灣同胞聯誼會邀請，參加北京全球台胞社團論壇，會後參加論壇之一半團員約40人，於2014年9月15日參訪福建省，當晚福建省政府之歡迎晚餐後，次日上午8時分乘兩台遊覽車，自福州市出發經高速公路前往福清市，下交流道後，通過福清—平潭跨海大橋（圖1）抵達平潭島，車程約2.5小時，且發現通往平潭島公路兩側已綠化，又看到一望無際之魚塢區，而靠近跨海大橋邊陸地之漁民村，過去是福建省最貧窮之村落，現在起碼有二樓或三樓之豪華現代化之漁民住家，團員一問又驚訝又禮讚，對福建省政府2010年起在短短三年期間，大手筆以每日超過1億元人民幣來投資建設平潭島，如此有效率之建設，令全團團員們深感敬佩，茲將考察心得報告如下，供國人及校友們參考。

平潭地處台灣海峽中部，面積相當於2.5個廈門本島，戶籍人口近40萬，是福建省第1大島、大陸第4大島，也是大陸距台灣最近的地方（圖2），平潭到台灣只有68海里，搭船僅需2個多小時而已，過去在國人的

印象裡，是兩岸走私漁貨、偷渡的大本營，台灣漁民常常越過海峽中線的管制，直接來到平潭做交易；也是過去大陸人民解放軍對台軍事演習的海上基地，國人對這個小島沒有好印象；惟兩岸關係緩和之後，形似麒麟的平潭島，因其特殊地理環境，正從先前的〔對臺軍演區〕轉變為〔兩岸經濟合作新模式的示範區〕。

海峽兩岸人民正企盼時機成熟時，籌建平潭直達新竹的海底隧道，全長只有125公里，而且這條路線上的地層穩定、海面淺、投資成本低，比廈門規劃的兩岸海底隧道還更具有優勢；平潭現在麒麟的尾部（西南邊）興建平潭大橋連接福清，第一座的跨海大橋已通車，總長為5公里到福州只要80分鐘。



平潭福州跨海大橋



平潭澳前鎮的觀音澳已設立兩岸海上快捷客運碼頭（圖3），開發2萬噸級滾裝輪船來運送兩岸人貨，2011年11月，平潭至台中的“海峽號”高速客輪正式開通，全程只需2個半小時。2013年上半年平潭至台北的‘家園號’高速客輪亦已正式開通。

平潭現正在麒麟的頭部（西北邊）建立第二座通往長樂市的跨海大橋，直接通往長樂機場和京台高速公路，平潭到福州將來搭乘動車只需30分鐘，二座跨海大橋把平潭和福建連接成環狀的交通網，容易進行封關工作，不只可以良好管理台灣商品的關稅減免，更能讓台灣民眾免持台胞證登陸，加速兩岸往來，平潭未開發的大片土地，也能有效降低企業在當地的土地成本，更能吸引台商進駐。

大陸當局對平潭投資建設，2010年投資150億元人民幣，2011年投資300億，2012、2013年各投資500億，規劃總投資2,500億元以上；平潭對臺政策優惠遠勝於大陸其他任何城市，其主要內容是以〔兩岸共同規劃、共同開發、共同管理、共同經營、共同受益〕，核心點是「共同管理」，類似香港、澳門特別行政區的影子；平潭即將重大的轉變，成為大陸對台特殊關稅監管區域及ECFA試驗平台。平潭開放開發不僅為平潭的發展，也著眼兩岸的互利共贏、兩岸人民的共同福祉，是為兩岸和平發展，建設兩岸人民交流合作之平臺，開啟兩岸合作的新模式、新階段、新步驟、新境界，極力歡迎台胞的小企業積極參與平潭的規劃、開發、經營、管理，一直到受益的全過程。

福建省現正積極推動把平潭島設為特殊關稅區的計畫，讓台灣貨物在平潭可以享有免稅或低關稅的優惠，東協十加一自由貿易區生效後，中國大陸和東協間，將有93%以上的商品將實施零關稅，而未來平潭成立對台特殊關稅區，台灣商品進入平潭島也能享有免稅或低關稅的優惠，相當於自由貿易區。

平潭對台政策：

- 一、雙幣制：人民幣和新台幣。
- 二、稅收政策優惠：對符合條件的企業按15%的稅率徵收企業所得稅。
- 三、在通關制度方面，平潭綜合實驗區採取“一線放寬、二線管住、人貨分離”。
- 四、總投資約9億多元的臺灣小額商品貿易市場，位於中國平潭島東南側距台灣最近的澳前鎮，離兩岸直航的澳前海峽客滾碼頭大約1公里，按照現行的有關規定設立口岸免稅店，設立台灣小商品交易市場（圖4），為遊客提供免稅商品。



觀音澳兩岸海上快捷客運碼頭



台灣小商品交易市場

1. 進場商戶可按規定享受，平潭綜合實驗區制訂的各項相關優惠政策，對台灣商戶給予補貼，標準不低於廈門。
2. 租賃保障，在市場培育初期，給予商戶一年免租（含裝修）。
3. 交通保障，為市場開通城際公車專線，並設置客運中心確保入駐商戶、員工交通便利、商戶搭乘專線車。
4. 營運保障，引入大型知名專業機構進行市場營運管理。
5. 物流保障，提供配套完善的國內物流送體系。
6. 後勤保障，由市場管理公司提供企業／商戶入駐代辦服務，按成本收取費用，提供

企業／商戶水、電通信3G網絡等其他基礎設施配套，確保企業／商戶的高效營運。

7. 住宿保障，根據企業／商戶（含員工）實際需求，並結合平潭目前保障房和廉租政策優先解決入駐企業／商。

平潭島之醫療：將籌建三級綜合性醫院2所，目前平潭1,500床協和醫院已在建設（圖5），縣醫院也將提升為三級醫院；設置二級甲等中醫院一所、二級婦幼保健院一所。鼓勵專科醫院發展，通過優惠政策，鼓勵現有的平潭民營精神病防治院升級為二級或三級民營精神病醫院，設立二級口腔醫院、二級耳鼻喉科醫院各1所、康復醫院2所。同時設置急救中心1所，臨床檢驗、影像診斷機構各1所；國人到平潭島以身份證即可以落地免簽證，台灣的學歷、執業執照如醫師、藥師在平潭島皆承認亦可用。

（楊思標係母校台北帝國大學醫學部1942年畢業，現任台灣養生保健協會理事、景福醫訊編輯顧問；李春興係中國中醫研究院醫學博士，現任台灣養生保健協會理事長）



平潭協和醫院



外科老兵一世情

文／吳坤煥

我是外科的老兵，自從1956年醫六開始拿手術刀至今已超過半世紀，正確的說已將滿58年，而今尚未放棄手術刀，可說是稀有動物了。雖然外科已是目前醫界五大皆空之首，我並不後悔選擇了外科，只是想替年輕一輩的外科醫師所受的委曲打抱不平。我們的國家社會不應該如此這般地對待外科醫師。

1951年考進了臺大醫學院醫科，剛開始根本沒有將來走那條路的念頭。只知道自己熱愛學問的研究，加上個性內向，不善人際互動的性格，心想可能要走入象牙塔內，直到醫四上臨床診斷學及實習，才逐漸有選科的意向。感覺外科較靠個人的學識及技術，且外科手術成敗立見真章，較有成就感。醫五開始上外科課程，林天祐主任教授的鏗鏘有力，思路清晰，頗能吸引學生注意力的講課，病房迴診及床邊教學的實際指導，首創國內胸腔及心臟外科的開創性，還有他那充滿自信及威嚴的形象深深地吸引了我這年輕學子。升上醫六，註冊時被告知要自己找畢業論文的指導教授，於是鼓起勇氣，前往林教授辦公室，幸而林教授欣然答應當我的指導教授，並給了我研究題目「動脈移植」。當時這可是很先進新鮮的題目，總是到醫學院圖書館蒐集有關文獻，規劃研究方向及步驟。經由林教授的安排，使用醫學院動物實驗室，購買實驗用的狗，並找對外科有興趣

的同學及學弟幫忙做動物實驗手術。直到畢業前，同種及異種移植手術，總共做了36次手術。服完一年半的預備軍官役，順利申請進入當時最熱門的臺大外科，圓了外科夢，並有機會繼續進行動物移植實驗手術後的評估，寫成兩篇論文，頗受肯定。

進入臺大外科後的外科訓練及工作，很辛苦，但很值得，為我往後的外科生涯奠定了扎實的基礎。本來夢想要在大學裡從事教學研究過學者生涯，但因時、地、人的因素，此夢已碎。然後來有幸奉派到省立臺中醫院任外科主任，獲得了充分發揮所學的舞台。當時省立臺中醫院是中部地區唯一頗具規模的大醫院（中山附設醫院，澄清醫院都只是20床的小醫院），且與臺大醫院有合作關係，由借調任院長的臺大內科楊思標教授（前內科主任教授，醫學院院長）帶領多位臺大各科醫師赴任各科主任及主治醫師，積極整頓改善。很誇張的是我還領有總統蔣中正的“任命令”，另外並兼任中國、中山兩校的外科學教授，當時省立臺中醫院的醫師限收臺大及高醫的畢業生，並收中國醫藥學院成績前20名的學生當Intern。

回想：早期外科醫師的工作相當辛苦，在臺大醫院外科雖有一般外科，胸腔心臟外科，骨科三病房，外科住院醫師要輪流到各病房，另外還要到麻醉科及病理科。值夜班兩天一值，分兩組：病房及急診。急診手術



不分科，由值班總住院醫師獨當一面，所有外科急診手術都得自己解決，我本身曾有36小時不眠不休繼續待在手術房手術的記錄。當時麻醉科剛成立，只有兩位麻醉醫師，急診手術的麻醉全靠值班的外科住院醫師執行。在省立醫院外科根本沒有次專科，所有疑難雜症都得全包，所幸在臺大醫院CR總值班的歷練，無論腹腔、胸腔、骨科、開腦、小兒外科、整形外科、乳房外科、甲狀腺外科、泌尿外科等包山包海全包。甚至僅憑在臺大醫院麻醉科一個月的訓練及值班急診手術的麻醉經驗，訓練住院醫師自己被麻醉。我國第二例但術後無併發症的第一例 Congenital esophageal stricture with T-E fistula 的新生兒成功手術，麻醉也是本院（台中醫院）的住院醫師執行的（1969年）。

當時手術房的硬體設備非常簡陋，尚無空調設備，在密閉的手術房裡，全身包在手術衣裡手術，夏天只能靠大風扇吹大冰塊來降低手術房內的室溫，並由巡迴護士從旁幫忙擦拭臉上的汗水，以目前的眼光看，真是不可思議。大手術後沒有麻醉恢復室（RR），更沒有加護病房（ICU），又沒有可攜帶通訊器材，只得頻繁地查房，並隨時待命，電話鈴一響，隨時趕到病房。另一方面又得面對較別科多的醫療糾紛。我本身所遭遇過的醫療糾紛多達10多件，不過因有自信，多能輕鬆應付。有時有糾纏不休的案例，反而自動叫病患或家屬去法院提告，但有時碰到不講理硬耍賴的阿兵哥或退伍兵（在五十年代，有隨政府撤退來臺的很會鬧事）及黑道流氓就較麻煩，甚至會受到生命

威脅。有次有黑道人士闖進門診診察室拿手鎗威脅正在看診的我，所幸跟診的護士小姐機警地打電話給熟識的刑警隊長，幹員火速趕到現場化解了危機。

可見早期的外科醫師工作辛苦，風險高、醫療糾紛多、生活品質極差，根本無休閒娛樂，旅遊更是不用想。醫院裡有住院重症病患及手術後病患，在無攜帶式通訊器材的時代，根本無法放心外出。只是當時很受尊重，生活充實，醫院退休後自己開業更可獲優渥的報酬，多少還可彌補缺憾。

自從全民健保實施之後，外科給付異常偏低，各科門診不同工同酬，連我這個資深的外科醫師都無法撐下去，只得將醫院經營權讓給企業化的團隊，加上世風日下，外科醫師在世人眼裡已漸被看貶，醫療糾紛又越來越多，難怪外科已淪落為醫界五大皆空之最，連大學醫院都招收不到足夠的外科住院醫師，甚至臺大醫院頂尖的CR會出走改行。另一方面，少風險、不需看急診、不需值夜班、工作較輕鬆的有些科反而可獲得高報酬，尤其不在健保範圍內的醫療報酬奇高，加上現代年輕人的價值觀已有重大改變，更讓五大皆空雪上加霜。這種種現象，政府的政策與教育應負起最大的責任，只盼望政府早日推出改進的政策，挽回此頹風，以造福有外科治療需要的病患。

現在我仍然熱愛我的外科工作，我一直未放棄手術刀，直到前年因脊椎疾患接受手術治療後才離開了手術房，但仍然在門診手術室裡持續操小刀。

從另一角度看：目前外科醫師的工作環



境已較早期好得多了，無論是硬體設備、軟體設備、手術儀器、實驗動物中心，都已大幅進步，與以往相比真是天壤之別，次專科制度又非常進步，外科醫師的研究與工作輕鬆多了，真令我們老一輩的羨慕不已。尤其是移動式通訊的方便性，讓外科醫師不再被牢牢地綁在醫院裡。我呼籲年輕醫界朋友，雖然工作報酬已不如前，如果你對外科有興趣，請為自己的理想、理念、興趣，進入外

科，過有意義的人生。風水輪流轉，相信不久的將來，必定會有外科醫師意氣風發的時代再度來臨。

最後我認為要做一個好的外科醫師要有愛心、耐心、細心、耐操、抗壓性、靈敏的頭腦、清晰的判斷力，果斷的執行力、及隨機應變的能力。

（作者係母校醫科1958年畢業，現任職於台中市第一醫院外科部）

臺大醫學院內科誠徵 一般內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. 具內科專科醫師證書
 3. 具助理教授以上之資格
 4. 具一般內科病房服務及教學經驗者
 5. 獲醫學院（醫院）優良教師者尤佳
- 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、內科專科及內分泌新陳代謝科次專科證書影本七份。
 3. 所有論文著作目錄七份。
 4. 2011年2月起迄今代表性著作（最多4篇）之抽印本或影本七份。
 5. 2011年2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。
 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信箱。
- 三、收件送達截止日期：2015年05月11日（星期一）下午4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



退休三字經

文／葉弘宣



古聖賢 孔子曰 十有五 志于學
 到三十 能自立 四十歲 不為惑
 五十後 知天命 過六旬 兩耳順
 七十翁 從心欲 大小事 不踰矩

今世人 葉子言 人七十 非古稀
 夕陽景 無限好 不必說 近黃昏
 心不老 人漸老 明天後 會更老
 知自足 淡名利 人比人 氣死人

老不退 老何為 退不休 謂之累
 老而退 家裡蹲 老伴閒 碎碎念
 萬般垂 有三高 昨日事 今日忘
 人之老 性不讚 欲相近 性相遠

退休後 有秘方 上電腦 覓老友
 傳郵件 話天地 談往事 只能憶
 常結伴 去旅遊 或南北 或東西
 有專長 操畫筆 有成就 寫自傳

吾欲眠 上床睡 到天明 自然醒
 要運動 要養性 去散步 去爬山
 樂知足 順自然 處幽靜 種花草
 少夫妻 老來伴 相互依 白頭偕

（作者係母校醫科1968年畢業，現任職加州
 NAPA內科）



臺大傑出校友得獎感言

——我的學思以及服務歷程

文／陳錦煌

感謝推薦，得到醫學院及臺大校總區雙重遴選委員會的肯定，我獲得了103年度「臺大傑出校友」獎，是社會服務類唯一獲獎者，我之所以能夠獲選，不是因為我特別偉大，只是非常感謝在故鄉成立的「新港文教基金會」，設立之始，承蒙許許多多鄉親、長輩、好友、後進，出錢，或出力，二十七年來，不斷激勵我，啟發我，讓我在每天開業照顧病人之餘，可以抽空走出診所，服務鄉親，在此致最高敬意及感謝；臺大為慎重起見，要我以第三人稱紀錄這段學思以及服務的歷程。

陳錦煌校友，1977年臺大醫學系畢業，之後在臺大醫院接受小兒科訓練，1981年，為圓父親一生最大的夢想，毅然返回醫療資源匱乏的故鄉—嘉義新港開業，回鄉時，台灣小兒醫學開基祖師—魏火曜教務長送他一句話「醫師之良」作為勉勵，這句話一直掛在陳醫師的診間，從此，「成為良醫，不作名醫」是他一生最大的鼓勵。

1987年，中南部流行「大家樂」賭博遊戲，陳醫師每天看到許多鄉親罹患所謂「大家樂症候群」：頭痛、失眠、心悸、流

冷汗…等身心症狀，作為堂堂臺大畢業生，陳醫師不願只等在診所「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，在診所病患最多的時候，他選擇走出診所，和鄉親組織「新港文教基金會」，擔任董事長，企圖從文化、社會、環境、心理…等各層面探討「大家樂症候群」的成因及預防方法。

1987年到2000年擔任基金會董事長期間，陳醫師用他生命的堅持，呈現令人無法抗拒的真誠，吸引鄉親擔任義工，一起為正受瘋狂大家樂困擾的新港，解決各式社區發展難題，不管文化保存，圖書推廣，環境保護，終身學習，國際交流，健康促進，弱勢關懷…等工作，成績斐然，是台灣首創社區型全方位基金會，被當時文建會譽為「社區總體營造」全國性標竿，2003年，新港文教基金會因而得到總統文化獎的鼓勵；同時，鄉親因為當義工得到社會肯定，找到了安身立命之所在，減少「大家樂症候群」的不適，也開創了台灣當義工參與公共事務的風氣。

陳醫師由於基金會工作的表現，1994年榮膺嘉義中學第一屆傑出校友；1996年受聘為國家文化藝術基金會創會董事，協助釐



清董事長制及執行長制的紛爭；1998年被天下雜誌選為「影響台灣200人物」，是醫師行業中極少數的代表；2000年榮獲「萬寶龍國際藝術贊助獎」，代表新港國際社區兒童藝術節的舉辦，已經獲得社會普遍的肯定；2000年台灣首度政黨輪替，為借重陳醫師基層社區的營造經驗，被推薦入閣，擔任政務委員，協助建立災害防救及指揮通報體系，被院長指定為桃芝、納莉等颱風、及新航墜機、汐止東科大火…等13次災害防救的中央總指揮官，在那朝小野大，藍綠惡鬥，行政不張的年代，幸不辱使命；另外，推動民宿、生態旅遊、溫泉法修正、及公務人員旅遊補助等以發展觀光；同時，在協助社區總體營造、九二一災後重建工作、事業廢棄物清理管制條例立法等著力甚多；2002年到2009年被歷任行政院長聘為二二八紀念基金會董事長，任期最長，任內出版「二二八責任歸屬研究」、「二二八辭典」等真相發掘、釐清及教育工作，同時和國際人權組織交流，引進經驗，以協助台灣轉型正義。

2003年辭去公職，返回新港繼續執業，陳醫師仍一本初心，不忘公共事務參與，2003到2009年被推選為中華民國社區營造學會理事長，任內聯合全國社區伙伴，一起推廣包括「生活、生產、生態」，三生一體且扎根地方的「社區產業」，2003年，恰逢SARS流行，和其他專業團體及社區組織籌組「全國社區防疫行動聯盟」，發起人人量體溫來發現可能案例，終於將感染阻截於醫院內；2005年，於診療中發現，台灣由於貧富懸殊、老化少子、城鄉差距等形成許多健康

及照顧難題，在老人人口比例極高的嘉義縣的偏僻農村特別嚴重，於是應高燦、林國平老師等的邀請，共同組織嘉義縣扶緣服務協會，2005到2011年擔任理事長，以積極性社會福利的參與方式，照顧社區老人、身心障礙者及新住民，發展社區型自主性老人長期照顧體系，鼓勵老有所用，社區代替家庭的相互照顧方式；2009到2011年，以社會公正人士受邀擔任中研院「建置台灣生物資料庫先期規劃」倫理治理委員會召集人，協助完成立法所需的社會溝通、資訊安全、隱私保護，去標籤化…等工作，2012年立法完成正式推動後，目前仍擔任副召集人；2012年因為董事長繼任人選問題，不得已陳醫師回任新港文教基金會董事長，看守期間，陳醫師除了培養接班人才，同時開設社區輔導陪伴高關懷家庭小孩的工作。

2003年，陳醫師榮獲「賴和醫療服務奉獻獎」，2011年獲得中華民國醫師公會全聯會「台灣醫療典範獎」，2002年到現在，受聘臺大小兒科及後來家醫科的兼任主治醫師，以「社區醫師」開創性理念及實務經驗，提供醫學生及PGY醫師社區參訪及學習。

以上是提供臺大的內容。

當我再度回顧這些工作，特別感謝「新港文教基金會」這個參與平台，讓我可以不斷學習改進；二、三十年來，以開業醫師用非營利組織關心地方的參與方式，彌補政府施政之不足，同時監督營利事業對人民及環境的可能傷害，是我得獎的最大的感受；最近幾年，楊校長從醫學院院長起，鼓勵醫學



生要有「利他」的精神，我非常認同，這利他的精神和我帶領PGY醫師提倡的「社區醫師」的理念非常類似，因為，關於「社區醫師」我的定義是，基層醫師除了專業的社區導向的醫療服務，更重要的是社區公共事務的參與，醫師在「社區健康生活共同體」

中有其無法取代的角色與責任，楊校長提倡的利他精神其實就是「社區醫師」的具體實現，願和臺大醫學院的先進及後輩共勉之。

（作者係母校醫學系1977年畢業，曾任行政院政務委員，現於嘉義縣新港鄉開業）

國立臺灣大學醫學院腫瘤醫學研究所 公開徵求推薦所長人選啟事

一、候選人資格：

1. 具中華民國國籍及教授資格。
2. 任職前年齡未滿六十二歲。
3. 具有腫瘤醫學或生物相關背景與學術聲望並有教育理念及領導能力者。

二、推薦辦法：

1. 由國內外相關學門教授、副教授三人（含）以上推薦。
2. 由遴選委員會委員主動推薦適當人選，並經其他委員一人副署後正式向遴選委員會推薦。

三、檢具資料：

1. 國立臺灣大學醫學院腫瘤醫學研究所所長被推薦人履歷表（含有關證件影印本：身分證明文件、教授證書及其他有助審查之資料）。
2. 所有著作目錄及五篇代表著作之抽印本。
3. 簡述個人對本所未來教學、研究、服務之構想。
4. 同意被推薦之函件。
5. 推薦函三份（含原服務單位主管一份）。

四、收件截止日期：104年5月15日（五），下午5時前寄（送）達。

五、寄送地址：臺北市中正區徐州路2號5樓，國立臺灣大學醫學院腫瘤醫學研究所
所長遴選委員會收

六、聯絡人：林佳靜小姐

聯絡電話：+886-2-2312-3456ext.88783

傳真電話：+886-2-3393-6523

E-mail：9043099@gmail.com



2014臺大醫學校區八系聯合嘉年華

文／李鴻璋

醫學校區的一切，對不少大一新生而言是陌生的。可能有人分不清楚物治系跟職治系所學習的內容有何差別，也有人對公衛領域的課程感到好奇。又近幾年來醫學系、藥學系都改為六年制，大家對於新制度又有多少了解？又大一的醫學院新生們大部分課程都還在總區上課，醫學院的「杏園」是啥？「學開」又是在哪？醫學院環境的一切他們又知道多少了呢？

醫學校區八系聯合嘉年華這個活動，就是在這樣的發想之下誕生的。

醫學校區八系聯合嘉年華已經邁入第六屆，這個活動的理念，就是希望給醫學院、公衛學院八個系別（醫學、牙醫、護理、藥學、物治、職治、醫技、公衛）的大一新生們一個跨系交流的機會。大家可以在這次活動中多認識各系的同學，也多認識不同的大家在學習內容、專業領域上的不同。也希望大家，雖然大多數課程都還在總區上課，但可以透過參加這個活動，提早對醫學校區的環境有些基本的認識。另外，我們也在這個活動中，給醫學院的社團一個宣傳的機會，希望能達到促進醫學院與公衛學院各學系同學課外活動之參與的目的。

雖然整個活動只有整整一天的時間，但

從早上的大地遊戲、下午的各系特色活動、一直到晚上的晚會，行程其實蠻密集蠻充實的。早上的大地遊戲是希望先讓大家彼此間有基本的認識；下午的各系活動，是將各系課程學習的內容融進遊戲中，希望大家從參與遊戲比賽中可以對醫學公衛學院的不同系別有一些認識；晚上的晚會則是由醫學公衛學院各個系以及社團合作，籌備動態表演以及靜態的展覽，讓大家看見醫學公衛學院的同學在課外活動上的活力與熱情！



活動當天下午在公衛大樓進行的各系特色活動留念



八系聯合嘉年華晚會—醫學院攝影社靜態展



八系聯合嘉年華晚會—杏林管弦樂團表演



八系聯合嘉年華晚會—全體大合照

雖然這個活動才到第六屆，規模與活動的精采程度還有很大的進步空間，但在這次活動中，看到大家，從一開始彼此都不熟悉，到最後活動結束時可以盡情開心地聊天、一起合照紀念，就覺得其實八系嘉年華這個活動是值得繼續辦下去，也值得更多人

一起來投入的！希望這個活動可以在未來有更大的進步，也能夠有更多的醫學院的大家知道這個活動！

※本活動部分經費由景福基金會贊助

（作者係母校醫學系三年級學生）



台大景福基金會 醫學人文關懷計畫 103年1月至12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307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12月之計畫執行內容：

內容	場數	參加人次
一、「博物館體驗學習」	131	1560
（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」	32	303
2. 選修課程「衛生保健」	18	167
3. 通識課程「醫學與生活（2）」	27	192
4. 通識課程「醫學與生活（3）」	29	250
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



內容	場數	參加人次
9.長庚大學醫學系	1	99
10.成功高中	1	26
11.臺南一中	1	15
12.聯醫中興院區主管同仁	1	7
13.中國醫藥大學醫學系	4	152
二、「人文學體驗學習」	80	759
1.學習群系列活動	48	345
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	9	105
5.2014藝文參訪體驗學習—美國博物館暨大學	6	37
6.2014文藝復興行程—義大利博物館暨大學	5	46
7.醫學人文體驗學習社成立籌備會議	1	19
8.博物館體驗學習種子老師培訓研討會	1	17
9.2015藝文參訪體驗學習群	4	39
10.博物館體驗學習種子老師培訓研討會（中山醫藥大學醫學系）	1	10
11.體驗學習中心週年活動	1	101
三、醫療照護關懷體驗工作坊	34	433
1.臺大PGY	4	14
2.市立聯合醫院PGY	11	247
3.國泰醫院PGY	11	110
4.新光醫院PGY	1	16
5.建構以體系為基礎的共同健康照護管理模式	7	46
四、老年健康關懷體驗工作坊	71	762
1.「人生第三幕分享學習」	33	316
2.分享學習群	33	310
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
5.三全健康教育志工初階培訓營	3	106



編後語

文／柯政郁

一年復始，萬象更新，只是海外遊子可能較無法領略農曆過年時的團圓熱鬧氣氛。很快一年半輪值一次，為校友服務的執行編輯機會又來臨了。本期首先邀請到母校耳鼻喉科的新生代明星陳贈成醫師主筆，提供臺大醫院口腔癌治療經驗，一方面也讓校友瞭解母校耳鼻喉科的努力，口腔癌第四A、四B期的五年無病存活率，能夠拼到48%、43.9%，雖然差強人意，後



續吾輩會繼續精益求精；林靜竹校友提出「老人癡呆症是否能預防？」的問題，為該症作了很詳盡的回顧，如果呈現在醫學雜誌，相信會有許多人引用，而得到很高的impact factor；李中憲校友的「台灣醫學教育之我思、我見」，給予母院六點與時俱進的寶貴建議，值得我們即知即行；曾堯暉、張允中兩位醫師介紹無線電波、微波、雷射、冷凍、電擊，五種肺腫瘤消融術，為無法接受傳統肺切除手術的病人，提供另一線生機；蘇重光校友回憶「菜鴨」時，在臺大內科進修時的種種新鮮事，讓我們心有戚戚焉，而勾起一輩子難以忘懷的記憶；楊思標教授與李春興教授介紹「福建平潭島兩岸合作開發試驗基地」，希望兩岸都心存善心，無私地為民眾謀福利；吳坤煥校友的「外科老兵一世情」，道盡外科醫師的一世甘苦情，堅持自己的理想與興趣，實為有志外科醫師者的role model；葉弘宣校友的「退休三字經」，真是現代版的「人之初、性本善」，直堪玩味；陳錦煌校友真是臺大之光，並不因身為基層醫師妄自菲薄，反而超強地扮演好，醫學大樓之一小螺絲釘的角色，而終至達到上醫醫國的境界；醫三同學李鴻瑋參加2014臺大醫學校區八系聯合嘉年華，增進彼此的了解，希望往後有更多的同學參與；最後呂雨珊小姐報告景福基金會所策劃的醫學人文關懷計畫，謝謝所有基金會同仁的努力，相信明天會更好。

（作者係母校醫學系1982年畢業，現任母校耳鼻喉科教授）

臺大醫學院 118 週年院慶 暨景福校友返校聯誼活動

節目表

地點：台大醫學院基礎醫學大樓101講堂（台北市仁愛路一段1號）

時間：2015年4月11日（星期六）

08:30~09:00 報 到

09:00~12:00 新時代婦產科研討會

12:00~13:30 中餐聯誼(醫學院第一會議室)

13:30~13:55 杏林弦樂團

13:55~14:10 本會董事長致詞

本會工作報告

謝博生 董事長

黃國晉 執行長

14:10~14:20 醫學院現況與未來之發展

張上淳 院 長

14:20~14:30 附設醫院現況與未來之發展

黃冠棠 院 長

14:30~14:40 北美臺大醫學院校友會會長致詞

莊武雄 會 長

14:40~15:20 休 息（全體校友合影、用茶點）

15:20~15:30 畢業五十五週年校友代表經驗分享

戴鐵雄 醫 師

15:30~15:40 畢業五十週年校友代表經驗分享

張武誼 醫 師

15:40~15:50 畢業四十週年校友代表經驗分享

侯勝茂 醫 師

15:50~16:10 畢業三十週年校友代表經驗分享

黃瑞仁 醫 師

16:10~16:20 畢業二十週年校友代表經驗分享

陳 芸 醫 師

16:20~17:20 醫界人生

黃世傑 醫 師

—談醫師在公共衛生的角色之典範轉移

17:30 醫學校區聯合晚宴、餘興節目(醫學院大廳)

※全體校友合影地點：景福園，如遇雨天於醫學院大門口。

學術研討會內容後續會在景福基金會網站公告，敬請校友上網查詢，謝謝！

網址：<http://www.jingfu.org.tw/>



臺大醫院兒少保護醫療服務示範中心揭牌典禮

時間：2015年3月3日（臺大醫院教學部攝影）



臺大醫院104年PGY甄試考官團合影

時間：2015年3月7日（臺大醫院教學部攝影）