

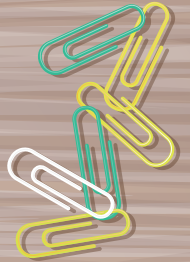
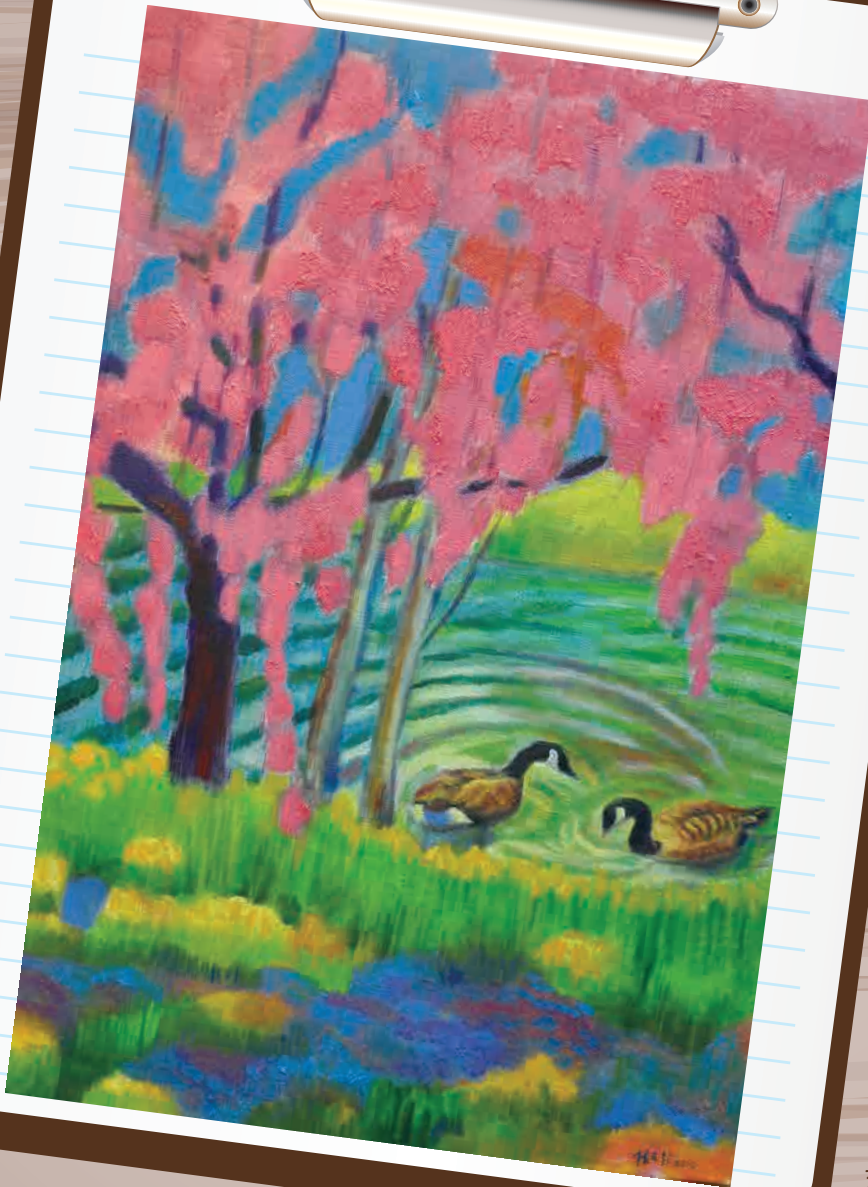


景福醫訊

第32卷第4期

2015年4月

Jing-Fu Bulletin



春天

春天的腳步近了，英國的Kew Garden百花盛開，地上的小草也開著黃色的花，用想像的手法畫紅花盛開的樹，天鈞用手指沾取顏料，用力壓在樹枝上，呈現出強而有力的感覺，再畫上一對野雁，更增添圖畫的活潑和趣味性。

臺大醫學院118週年院慶

時間：2015年4月10日 地點：臺大醫學院大廳 攝影：林郁政、臺大醫院教學部



▲張院長致詞



▲專題演講—賴其萬教授



▲感謝鄧傳馨董事長慨捐設置
「鄧立登先生及劉治妹女士紀念清寒獎助金」



▲頒發104年度李鎮源院長紀念醫學獎



景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第32卷 第4期

2015年4月出版



目 錄

臺大醫學院院慶專輯—新時代婦產科

- 2 新時代婦產科 陳祈安
- 3 幹細胞於生殖醫學之發展及應用 陳信孚
- 8 婦科微創手術之發展及應用 童寶玲
- 11 台灣產前基因診斷的發展 林芯仔

醫學新知

- 14 癌症免疫療法之新進展 許秉寧

醫學論壇

- 16 類風濕性關節炎治療的新進展 全以祖

回顧杏林

- 19 從藥粉到藥片：藥劑科作業現代化的推手
—顧文霞主任的手稿 余秀瑛
- 23 臺大內科進修四年半（中） 蘇重光
- 30 感念陳萬裕教授 謝博生

校友小品

- 32 Doctor也要休假之九州趴趴走 吳建陞

編後語

中華民國一〇四年四月出版

第三十二卷第四期 總號三五七

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 / 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
陳偉勳、薛濟平、邱政偉、楊曜旭、柯政郁

本期執行編輯 / 許秉寧

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



新時代婦產科

文／陳祈安

壹、婦科發展趨勢

子宮頸癌、子宮體癌、卵巢癌一直是台灣婦女癌症中占前十名的癌症，也一直是婦科研究與治療發展的一個目標。台灣自1995年起展開全面子宮頸抹片篩檢，子宮頸癌之發生率已經降了一半，取而代之的為子宮體癌（主要為子宮內膜癌）。近年來影像學與手術分期已成為治療的一個趨勢，但不可諱言的是傳統的分期方式無法完全反映到病人的預後，目前研究的方向偏重於分子生物學，除了可探究腫瘤的發生、進展與預後的相關性，結果也可運用來做後續標靶治療之研究。除此之外癌症中免疫系統之調控是近年來一個相當熱門的項目，而癌症之免疫治療也是一個研究的方向。

微創手術之歷史雖然很久，但真正蓬勃發展要到1980年代後期，主要是跟隨著video camera的研發，讓不只手術醫師、助手、學生等都可以同時觀察到手術之進行與詳細之解剖構造，而病患也可減少術後的疼痛與傷口美觀的好處。近年來的達文西機械臂手術由於給付可以跳脫健保範圍，又可招攬病患，在台灣已成各醫院間的軍備競爭，達文西機械臂的裝機密度已經變成全世界最高，是一個值得省思的問題。

貳、近代產科發展

臺大優生保健諮詢中心於1983年成立，在1987年由政府補助成立優生保健部，2006年再擴大為基因醫學部，初期為婦產科之羊水染色體檢驗與小兒科之新生兒篩檢與遺傳諮詢，後續有海洋性貧血與一些遺傳疾病之產前診斷。近年來由於微陣列晶片之發展與次世代基因定序之研發，可以短時間一次檢測多個基因之變異，對產前基因診斷之助益很大。但無疑的，很多檢驗其實沒有經過很嚴謹的臨床試驗就被推到商業化了，處於醫學中心在這方面如何拿捏是一個值得深思的問題。

產前超音波檢查一直是本科的強項，對植入性胎盤之診斷與治療已經由施景中醫師做好相關的標準作業流程，也因此本院也收治最多的植入性胎盤的病患。

參、不孕症

本院為台灣最大的生殖醫學中心，成功率也屬世界一流，也常有外院與國外醫師、醫事人員來進修，近年來的一些進展，包括胚胎幹細胞的研究、胚胎植入前的基因診斷等都有持續的進展，如何兼具臨床研究與醫學倫理之規範更是我們重視的課題。

（作者係母校醫學系1979年畢業，現任母校婦產科主任）



幹細胞於生殖醫學之發展及應用

文／陳信孚

引言

幹細胞是很有用的細胞，可以用於研究與治療疾病，其中尤其是幹細胞治療是大家所熱切期待的新的治療模式。幹細胞大體上可分為多能性幹細胞（pluripotent stem cells）、例如胚胎幹細胞（Embryonic stem cells; ES細胞）與誘導型多能幹細胞（iPS細胞），以及成體幹細胞（adult stem cells）。今天要談的是多能幹細胞。其中胚胎幹細胞的來源是人類的囊胚；卵子排出卵巢之後與精子受精會形成胚胎，然後胚胎逐漸發育到第5天或第6天就可以達到囊胚（blastocyst）的階段。自從試管嬰兒執行以來，我們可以在體外觀察囊胚的發育，而胚胎幹細胞就是把囊胚裡面的內細胞團（inner cell mass）取出以後培養成胚胎幹細胞。另一種多能幹細胞是iPS細胞，這種細胞是在2006年由日本學者所發展出來；iPS細胞的來源是把體細胞（somatic cells）轉入轉殖基因包括Oct4，Sox2，Klf4，c-Myc等使之再程序化，然後培養發展成為iPS細胞。iPS細胞與人類胚胎幹細胞在形態與功能上相似。在臺大醫院，我與何弘能教授已經建立4株人類胚胎幹細胞（NTU1~NTU4）；同時也建立了好幾株iPS

細胞，包括iPOF-14等等。

胚胎幹細胞與iPS細胞到底在生殖醫學上會扮演甚麼角色？從臨床角度來看，全世界數據顯示使用自己的卵子來執行試管嬰兒的活產率隨著婦女的年齡越大，則越來越低；在30歲左右活產率可達4成以上，但是到了40歲以後大概只剩下十幾%。但是當我們使用捐贈的年輕卵子來執行試管嬰兒時，就算是植入50歲以上的婦女，通常還是可以達到相當好的活產率，這其中最重要原因就是卵子的品質與數目之差異。我們知道最近國內的趨勢是婦女結婚的年齡比較晚，嘗試懷孕的年齡也就延後，因此婦女的卵子數目少、品質也弱，活產率就會比較差。甚至於有一些婦女40歲以前就自然停經，稱為卵巢早發衰竭（POF），也有同樣生育問題。因此我們一直期待能否研究出好方法讓婦女的生育年齡再延後。所以生殖醫學面臨的最大困難因素可說是：第一，婦女尋求不孕症的治療年紀太大；在臺大醫院多年前執行試管嬰兒的婦女平均年齡大約33歲，但是最近都已經37~38歲。第二就是剛才提到的卵巢早發衰竭的病人能夠懷孕的年齡期相對比較短，所以病患如果又比較晚婚，很有可能就遇到完全無法懷孕的情形，因此顯然需要更好的方法



來解決這些年紀比較大或POF患者卵巢卵子存量問題。實際例子是有一位病患在30歲就停經而被診斷為卵巢提早衰竭，這位婦女到32歲的時候結婚而希望生育子女。在這種情況之下她的選擇包括可以領養小孩、或靠捐卵來執行試管嬰兒。但是這些步驟也不是那麼簡單，尤其需要別人很多協助，包括卵子來源。因此先不論倫理道德層爭議，我們是不是可以把幹細胞培育成卵子來協助這些婦女？而就算不是真的把這些卵子用在病人身上，事實上從幹細胞培育成卵子的過程中，已經可以學到很多科學知識，也可以藉此細胞模式找到許多可能有用的藥物來幫助病患。在這種思考之下，我們的團隊就很想要研究如何把幹細胞發育成為生殖細胞相關的細胞，包括卵子與卵巢顆粒細胞（granulosa cell）等。第二步希望從生殖疾病之病患身上得到體細胞來建立其特有的iPS細胞，譬如從POF婦女的體細胞轉化成iPS cells，然後再把這種病患特殊的iPS cells培育成生殖細胞與顆粒細胞。從結合病人的體細胞轉化成iPS細胞，再把幹細胞發育成生殖細胞的技術，將會對我們的研究以及對生殖醫學之臨床應用會有很大的幫忙。

幹細胞分化成類似卵巢的卵泡構造

就上述思考，我與何弘能教授的團隊已於2007年刊登了論文報導當時所建立的3株胚胎幹細胞，而且讓這些細胞分化成為類似卵巢的卵泡構造，這個文獻在Human Reproduction雜誌成為封面（圖1）。在這個

報導之後，許多新的國際文獻報導關於小鼠方面的研究證實胚胎幹細胞確實能發育為生殖細胞。而到了2012年日本學者Hayashi團隊已能把老鼠的纖維母細胞轉化為iPS細胞，然後培育成為卵子而具有受精的能力。而我們也延續2007年的研究，使用轉殖基因的人類胚胎幹細胞株（H9 Oct4-EGFP），這株細胞在Oct4的引導之下是可以表現出GFP綠色螢光。由於幹細胞在未分化狀態下會表現Oct4，所以是呈現綠色螢光。而當這些細胞在體外逐漸分化到20~30天之後，我們發現有一些細胞還是呈現綠色，代表分化之後還是有細胞表現出Oct4，這樣的細胞就很有可能是生殖

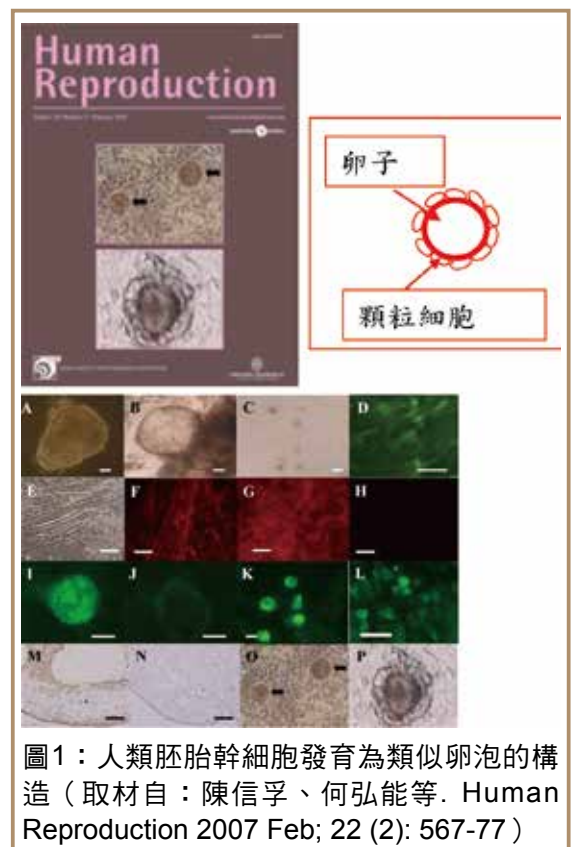


圖1：人類胚胎幹細胞發育為類似卵泡的構造（取材自：陳信孚、何弘能等. Human Reproduction 2007 Feb; 22 (2): 567-77）



細胞。因此我們把這個細胞株在不同培養環境下培養，包括與人類顆粒細胞共同培養，以及加入一些生長因子的組合來促進發育其為生殖細胞，而我們發現經過RA（或BMP4以及WNT3A）的處理，這些細胞在第28天以及第35天都可以明顯表現出生殖細胞特定的基因，包括VASA、GDF9、SCP3等，而且也可以得到一些細胞是表現出類似像卵泡的構造，中間有卵子，而旁邊是顆粒細胞（圖2）。目前我們正進一步努力希望這些生殖細胞能夠形成更成熟的卵泡構造，初步的研究已經有一些曙光出現，包括嘗試用其他的方法，譬如大量表現NOBOX以及FIGLA，以便這些初期的生殖細胞更有機會能夠進一步形成卵泡。這個模式形成後，接下去則就是來測試各種藥物是否能夠讓這些生殖細胞存活久一些、或是促進其增長數目。未來這些藥物就可以用在卵巢功能不好或是年齡較大的

婦女，希望以讓這些婦女卵巢的功能延緩衰竭，或許就能夠把生育的年齡延後（圖3）。

疾病特殊的iPS細胞

有了上述幹細胞形成生殖細胞之技術，接下來重要的是這些幹細胞最好能與病人有直接相關，也就是病人量身訂做而來。在早期如果要得到病人量身訂做的幹細胞需要執行複製的技術（SCNT）來製造胚胎幹細胞，兩年前這種技術已被證實可以建立病人特有的胚胎幹細胞；但是這樣的技術比較困難也花錢，因此我們更著重於iPS細胞技術，也就是說從病人的身上拿到她的體細胞來建立iPS細胞（圖4）。因此我們的對象就是生殖醫學相關的疾病，包括卵巢早發衰竭以及多囊性卵巢症候群（PCOS）的患者，此時只要少量的皮膚細胞或血液細胞就能建立iPS細胞。

例如我與何弘能教授已經建立兩株POF細胞株，並證實這些細胞確實在體內與體外都有發育成為三個胚層相關細胞的分化能力，而且最重的是這株卵巢早發衰竭病人的iPS細胞培育成生殖細胞時，表現出生殖細胞的基因像VASA、SCP3、GDF9的能力明顯較差；而且發育成為卵巢顆粒細胞的能力也有缺陷，包括所表現的FSHR、AMHR2、CYP19A1都不正常，因此這些缺陷就研究的角度來講成為一個非常好的模式，不但我們可以藉由這整個發育的過程來研究為什麼幹細胞發育成生殖細胞的能力有缺點，以便

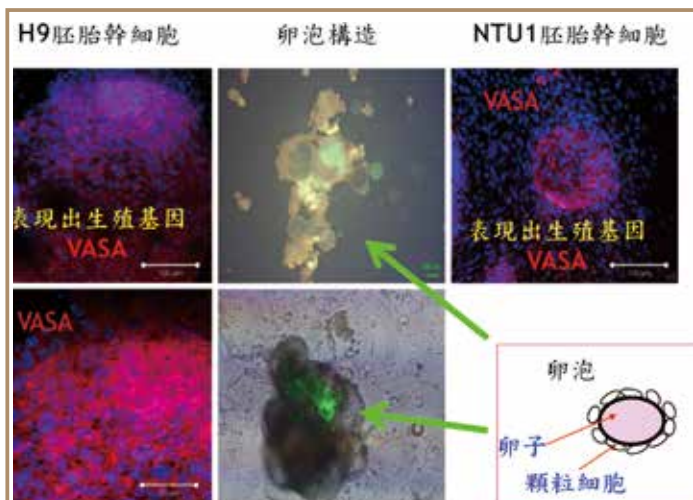


圖2：人類胚胎幹細胞（H9, NTU1）發育為卵泡的構造（取材自：陳信孚、何弘能等. *Reproductive BioMedicine Online* 2014; 29: 319-332）

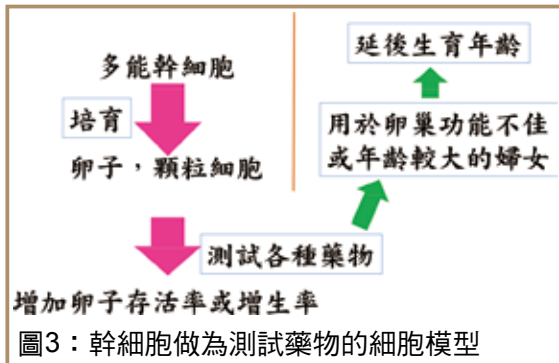


圖3：幹細胞做為測試藥物的細胞模型

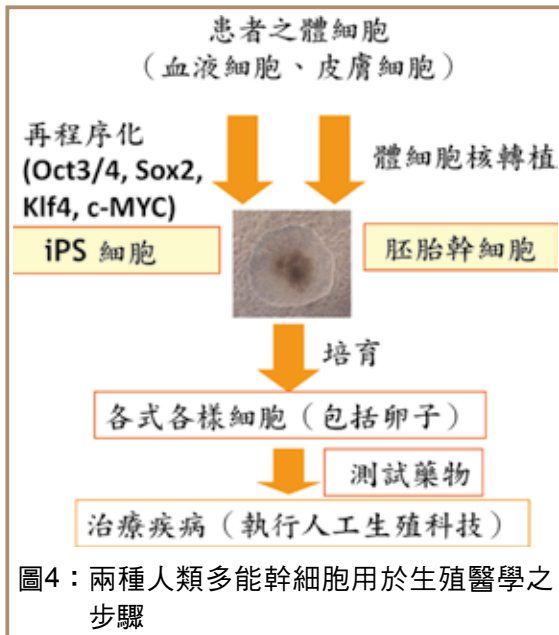


圖4：兩種人類多能幹細胞用於生殖醫學之步驟

來研究疾病的機轉之外，可以藉由此特性來篩檢藥物，希望能找到藥物對生殖細胞發育或存活有影響。另外一個幹細胞在生殖醫學之研究重心是多囊性卵巢症候群（PCOS）的病人所建立出來之iPS細胞，目前我們已經從PCOS病人身上得到他們的血液來建立iPS細胞，一樣的我們讓這些細胞發育成為生殖細胞、顆粒細胞、脂肪細胞與腦下垂體的Gonadotrope。因此我們得以藉由這些iPS細胞之差異來來進行研究。

已建立之細胞株

目前我們針對多囊性卵巢症候群或是POF患者都已經建立好幾株iPS細胞，現在正努力簡化這些過程，包括使用的細胞只要少量，例如10cc~20cc的血就能建立iPS cells，而不見得需要皮膚切片。但是用這些iPS cells做為疾病模式還有很多需要克服；第一點，再程序化（Reprogramming）的技術還需要再進一步改善。第二點，病人的iPS細胞是不是可以忠實顯現出疾病型態。第三點，從幹細胞發育成的脂肪細胞、顆粒細胞、生殖細胞，很多都還是在比較不成熟的狀態，而且很多的疾病所牽涉到的都不只一種細胞。最後是能否同時進行大量分析以及篩檢這些幹細胞的產物。這些點在生殖醫學的疾病的研究上有時候會比較困難，譬如POF通常是在年紀比較大時出現。因此是不是可以在體外經由iPS細胞，以及藉由分化很短的時間就看出明顯的疾病型態並不確定。因此目前我們還在建立最完整的疾病型態，與多層次篩檢方法來使用這樣的疾病模式，也會選擇最好的細胞株，針對疾病種類的需求去做分析研究。而這些細胞株建立出來以後不但我們使用，也可以提供其他有興趣的學者們研究，同時我們的實驗室也可以與其他團隊合作，甚至幫其他團隊建立它們所需要的iPS細胞。

結論

因此就生殖醫學角度來講，幹細胞在未來治療疾病以及疾病藥物的篩檢都會很有未



來性。因此結論是：在人類胚胎幹細胞與iPS細胞的疾病模式上，這幾年來已經有快速進展，一些可能在未來臨床應用上的潛能其實都發揮出來了，有些方面還可能會取代許多動物研究模式，以減低使用動物的數量。而POF、PCOS的疾病特定的iPS cells都已經建立出來，可以對我們研究生殖醫學非常有用。但我們還需證實這些iPS細胞確實可以用來篩檢藥物，也期待其產物可以直接用於生殖相關疾病。幹細胞的研究是一個非常耗費人力

與耗費經費的研究，因此我們有許多合作單位包括基因體暨蛋白體醫學研究所、臺大醫院婦產部、台北醫學大學、中研院都有許多合作對象與團隊，讓我們整個的研究團隊能夠更有效率及更好的成果。

（作者係母校醫學系1986年畢業，現任母校基因體暨蛋白體醫學研究所教授兼所長、附設醫院婦產部教授／主治醫師）

104年1~3月徵信錄

一般捐款

日期	姓名	台幣	美金
103/12/31	陳慧玲	10,000	
103/12/31	陳為堅	10,000	
104/1/21	蔡東明	10,000	
"	財團法人珍水文化藝術基金會 (洪水樹校友)	5,880,000	
104/3/18	林明燦	100,000	

(醫學人文博物館專戶)

日期	姓名	台幣	美金
104/3/9	侯勝茂	100,000	
"	楊隆煌	10,000	
104/3/10	歐元貿易有限公司(許人信)	100,000	
104/3/16	洪美惠(陳勝雄夫人)	5,000	
104/3/18	賴玉森		10,000



婦科微創手術之發展及應用

文／童寶玲

微創手術在婦科手術中占有極重要角色。早期微創手術因器械簡陋，只能應用於附屬器手術，如：輸卵管外孕切除手術及簡單卵巢腫瘤切除手術。隨著微創手術器械逐漸進步，可提供安全有效的止血功能，1989年微創手術首次應用於子宮切除手術，造成當時很大的震撼與社會不安。越來越多成功個案，證實微創手術可減少出血量，並提供高品質的術後生活，更符合社會大眾的需要，微創手術因而漸漸取代多種傳統開腹式婦科手術，成為婦科手術的主流。

我國在1997年開始大量引進婦科微創手術，依國健署資料顯示，以微創進行子宮切除手術，在短短三年內佔子宮切除手術中由

5%上升至40%，並穩定保持在40%上下。臺大醫院2002年在黃思誠教授帶領下，開始推動微創手術，將微創手術廣為應用在子宮全切除及子宮肌瘤切除手術。黃教授並獨創經臍韌帶子宮動脈結紮，可有效減少微創子宮全切除術的出血量，巨大子宮也能安全迅速的以微創方式完成全切除手術。黃教授又獨步全球，在2007年提出子宮肌瘤原位碎瘤術（morcellation），減少因剝離肌瘤所浪費的時間，及充分應用手術空間。以統計方式可精確算出此法平均減少手術時間19分鐘，使得微創子宮肌瘤手術應用更為快速有效。微創手術結合動脈結紮及原位碎瘤術，可提供罹患子宮肌瘤而欲保留生育能力的婦女，更

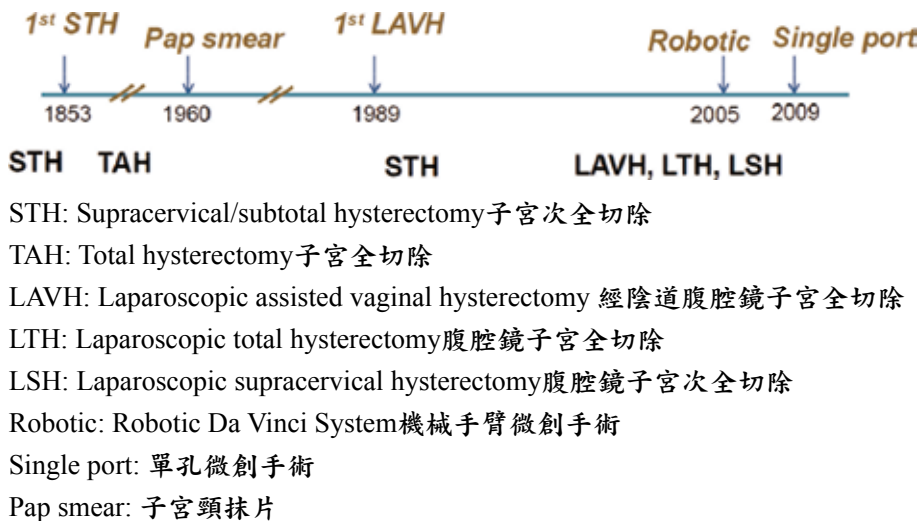


圖1：子宮切除手術與微創子宮切除手術之時代變遷



快速且少量出血的高品質手術。

2005年美國食品藥物監督管理局（FDA）通過以達文西機械手臂（Da Vinci Robotic System）進行婦科微創手術，開啟了微創手術的新格局。許多較困難的手術，如：子宮內膜癌、子宮頸癌、子宮肌瘤切除、嚴重子宮內膜異位、子宮脫垂、輸卵管再接通等傳統手術，逐漸被機械手臂手術取代，甚至較複雜的腹腔鏡子宮全／次全切除手術、及卵巢腫瘤切除手術，也由機械手臂取代。

2004年，三軍總醫院引進第一台標準型

達文西機械手臂系統，隨著系統改進到第三代的Si系統時，我國開始大量『進口』達文西機械手臂系統，臺大醫院在2011年引進此系統，排名第9輸入順序榜單，目前我國已有23台達文西機械手臂系統。小小一個島國佈滿最新手術系統，可見台灣醫療市場的競爭與先進。

在婦科手術方面，機械手臂微創手術使用量僅次於泌尿科，成長迅速。國內機械手臂微創手術以良性子宮切除、惡性子宮切除及子宮肌瘤切除手術為主。因收費昂貴，主要手術個案集中在大都會區。



圖2：我國達文西機械手臂系統置入順序與分布圖（置入機型與年份）

1. 三軍總醫院 (Standard, 2004)
2. 振興醫院 (Standard, 2005)
3. 台中榮民總醫院 (Standard, 2005)
4. 林口長庚醫院 (Standard, 2006)
5. 台北市市立醫院 (Standard, 2007)
6. 台北榮民總醫院 (Si, 2009)
7. 亞東醫院 (Si, 2010)
8. 台北醫學大學附設醫院 (Si, 2011)
9. 臺大醫院 (Si, 2011)
10. 中國醫藥大學附設醫院 (Si, 2012)
11. 馬偕醫院 (Si, 2012)
12. 奇美醫院 (Si, 2012)
13. 彰化基督教醫院 (Si, 2012)
14. 沙鹿童綜合醫院 (Si, 2012)
15. 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 (Si, 2013)
16. 高雄榮民總醫院 (Si, 2013)
17. 台中榮民總醫院 (Si, 2013)
18. 國泰醫院 (Si, 2013)
19. 雙和醫院 (Si, 2014)
20. 新光醫院 (Si, 2014)
21. 花蓮慈濟醫院 (Si, 2014)
22. 成大醫院 (Si, 2014)
23. 林口長庚醫院 (Si, 2014)



2009年，韓國首次發表以單孔微創手術進行子宮全切除術。本院前往取經，2011年開始執行單孔微創手術。此類手術只有肚臍上一個約2公分的傷口，術後恢復快、傷口美觀，但操作上會有器械『打架』的嚴重問題，隨著微創器械的多方『改良』，而能一一克服。我們統計初步應用結果，在熟練傳統腹腔鏡微創手術後操作單孔微創手術，手術操作時間一致，沒有學習曲線，術後病人滿意度提高很多。

達文西公司在前年推出新產品，單孔機械手臂，本院也將在今年引進。還有更新穎的達文西嬌小型Xi機械手臂系統，已於去年

在亞洲（韓國和香港）亮相，我國目前已在衛福部申請上市中。各類配合微創手術的種種新產品也不斷出現，微創手術結合各種巧思與新科技發展，令人目不暇給，未來的發展潛力無窮。年輕的婦科醫師得不斷充電及學習，才跟得上這股洪流似的快速腳步。

新科技結合微創，提供我們更好的設備，完成更精確的手術，是病人的福祉，也是醫師的福氣。期待更美好的明天。

（作者係母院醫學系1990年畢業，現任母院附設醫院婦產部主治醫師）

國立臺灣大學醫學院誠徵小兒科主任啟事

- 一、依據：國立臺灣大學醫學院小兒科主任遴選辦法
- 二、資格：
 1. 需具中華民國國籍。
 2. 需具備下列各款之學歷、經歷及專業訓練資格：
 - (1) 具有教育部部定之教授資格或任職經教育部認可之國外大學教授。
 - (2) 具小兒專科醫師證書。
 - (3) 具學術成就與聲望，並有教育理念及領導能力。
 3. 民國42年8月1日以後出生（104年8月1日未滿62歲）
- 三、檢具資料：
 1. 個人履歷（相關證件影本）及教學、研究、服務成果之相關資料7份。
 2. 簡述對本院小兒科未來教學、研究、服務之發展目標及策略。
 3. 所有著作目錄及近三年代表著作抽印本（至多5篇）7份。
 4. 國內外相關學門教授或副教授3人以上之推薦函。
 5. 檢具願任意願書。
- 四、截止日期：104年5月19日。
- 五、來函請寄：台北市中山南路七號 臺大醫院小兒部主任室轉「主任推舉委員會」
- 六、傳真專線：886-2-23147450；
聯絡電話：886-2-2312-3456 ext. 71526 or 71527
電子郵件：wumh@ntu.edu.tw 或 mfsun2124@ntu.edu.tw



台灣產前基因診斷的發展

文／林芯杼

細胞基因檢測 (Cytogenetics)

自從1966年第一次成功培養羊水細胞，使得產前獲得胎兒細胞成為可能，進一步方能利用胎兒細胞進行各種的產前基因診斷。1968年Caspersoon首次以螢光染色及螢光顯微鏡觀察到染色體呈暗帶及亮帶的分布 (Banded chromosome)，一年後，Giemsa-trypsin染色法成功地將染色體染成黑白深淺不一，使得染色體的辨識更為容易及準確。台灣在1980年代成立第一個羊水實驗室以後，細胞遺傳的檢查迄今已經成為醫療常規，針對各種高風險的個案 (例如超音波異常、唐氏症篩檢高風險、異常家族史、曾生育過異常胎兒等等)，國民健康署更於2014年將羊膜穿刺費用的補助從新台幣兩千元提高至五千元。根據筆者於2013年的統計，台灣孕婦接受羊膜穿刺的比例從2006年的12.2%提升至2010年的20.1%，配合母血唐氏兒篩檢計畫的推廣，台灣唐氏兒的活產比例也從2006年的25.88%大幅降至2010年的5.99%，這意味著，許多染色體異常的胎兒可以透過產前細胞遺傳檢查而被發現，提升產前的診斷率及照護水準。

即便有了穩定的染色體分析技術，傳

統的羊水染色體檢查受限於其解析度 (約5-10Mb)，無法診斷出基因劑量變異小於5Mb的微片段缺失/重複，這些胎兒出生後往往又會出現多發性異常，讓父母難以接受，也導致醫病關係緊張。臺大醫院於2008年建立晶片式比較基因體技術 (array CGH)，可以提供產前胎兒微片段缺失/重複的檢查。目前已有三千多名孕婦接受此產前晶片檢查，其診斷率比傳統染色體檢查高出8%，在產前超音波異常的個案中，約有20%可以透過此晶片檢查找到致病原因。此大規模的研究業已於2013年發表在英國婦產科醫學會期刊 (BJOG)，並受到世界各國的肯定，獲邀於世界胎兒醫學會、亞太婦產科學會與歐洲胎兒醫學會發表研究成果。2010年時，美國小兒科學會建議將基因晶片分析改為診斷智能異常、發育遲緩以及多發性異常的第一線診斷工具，台灣領先於世界各國將基因晶片技術應用於產前篩檢。2013年起，漸漸有愈來愈多的臨床醫師接受將產前基因晶片用於產前第一線的篩檢。

此外，自2012年起，隨著次世代全基因體定序技術 (The next generation sequencing) 的成熟，台灣也發展了經由母血中游離胎兒DNA來篩檢唐氏症胎兒的技術，這種非侵



入性的檢測方式，其唐氏兒的檢出率約可達98%，目前更可以同時檢測多種的微片段缺失，診斷技術與世界接軌，由母血中游離胎兒DNA來篩檢唐氏症胎兒的技術可以篩檢出愈來愈微小的異常。

分子生物檢測 (Molecular Genetics)

台灣產前單一基因疾病的診斷則是2001年從台灣最常見的隱性遺傳疾病—地中海型貧血基因型分析開始，地中海型貧血屬於一種慢性、隱性遺傳溶血性的貧血症，無傳染性，也無法根治，且男女患病機率相同，因好發於地中海沿岸而得名。目前台灣地區大約有6%的帶因者，其中4%是甲型帶因者，2%屬乙型帶因者。大部分的病人多屬不會產生任何症狀或對身體健康沒有影響的甲型帶因者，只有少數病人是屬於乙型帶因者，平均每十六個人中就會有一個帶因者。一開始地中海型貧血的檢測是利用血紅素電泳來區分各種型別，然而，光靠血紅素電泳，可能無法檢查出同時為甲型和乙型的帶因者，有些特殊變異的帶因也不易檢測出來，再加上傳統的血紅素電泳定量HbA₂及HbF值，可能不夠精確，特別是如果HbA₂介於3~4之間，在甲型及乙型帶因者的區分上便有所困難。因此，地中海型貧血帶因者的基因型分析便是最重要的診斷依據。台灣目前也發展了相當多的地中海型貧血基因診斷方式，解決最常見的隱性遺傳疾病為家庭及社會所帶來的困擾。

脊髓性肌肉萎縮症 (SMA) 則是台灣

第二常見的隱性遺傳疾病。在過去，SMA的基因診斷可以藉由SSPC、RFLP或RT-PCR等方法，但是這些方法的準確度卻不高，而且無法正確診斷出帶因者。臺大醫院於2005年建立DHPLC的診斷平台，可以正確診斷SMA並加以區分各種基因型以及帶因者，我們將這套檢測方法推廣至全國產前孕婦帶因者篩檢，希望能在產前就篩檢出SMA帶因的夫婦，協助她們進行遺傳諮詢與產前診斷，讓他們在充分的心理準備下迎接新生兒。我們自2005年建立全國性的SMA篩檢系統，至2009年已經有107,611名孕婦接受這項篩檢，檢測出47對夫婦皆為SMA帶因者，其中有43對夫婦接受了產前基因診斷，發現12名胎兒的確具有雙股SMN1基因的缺失。此項大規模的篩檢成果業已發表於2011年PLoS One國際期刊，並受到國際矚目，對於是否應該在其他國家建議進行產前SMA帶因篩檢計畫也扮演相當重要的角色。

目前台灣的產前基因診斷技術與平台皆與歐美各國齊步，甚至有多項檢測是居於領先的地位。未來，透過次世代全基因體定序技術，母血中游離胎兒DNA非但可以用來篩檢染色體數目的異常以及微片段缺失，也可以應用於單一基因疾病的診斷，有可能取代侵入性的羊膜穿刺檢查與染色體核型分析和基因晶片，提升產前檢查的安全性與品質。

胚胎著床前基因診斷 (PGD)

胚胎著床前基因診斷技術 (Preimplantation Genetic Diagnosis, PGD) 是一種著床



前的診斷技術，主要的目的是避免遺傳疾病的傳遞。帶有遺傳疾病的父母，包括單一基因缺陷，如體染色體隱性、顯性和性聯遺傳的疾病，還有染色體異常，如染色體轉位，羅勃遜轉位等，在生育下一代時，都需經過二分之一、四分之三的隨機機率，直到孕期三個月後進行絨毛膜穿刺或羊膜穿刺基因檢測，最壞的結果甚至為中止妊娠；若能利用胚胎著床前基因診斷之技術，配合試管嬰兒的療程，將檢測提早於胚胎著床前，避免植入患有基因疾病或染色體異常的胚胎，而將無遺傳疾病之胚胎植回母體，使其於在孕期之擔憂減少許多，避免需要重覆進行人工流產帶給孕婦身心嚴重的打擊。台灣自2010年建立PGD的診斷技術，先確定該家族內的基因突變點位，針對該突變設計基因探針，配合試管嬰兒療程，待胚胎發育至八細胞期（第三天）或者囊胚期（第五天）時，即可以進行胚胎切片，將切下來的一小部分胚胎進行DNA萃取後，即可進行基因突變分析，一方面以分子生物學方法直接檢測該突變點位，另一方面會以短片段DNA重複序列方法進行間接診斷，以提高準確率。約兩天後可以得知胚胎是否具有該基因突變，再進行胚胎植入。讓帶有遺傳性疾病的家族，可以透過胚胎著床前基因診斷降低胎兒罹患該家族遺傳性疾病的風險。

胚胎著床前基因篩檢（PGS）

胚胎著床前基因篩檢（Preimplantation

Genetic Screening, PGS），則是為不孕症患者、有多次流產病史的婦女、高齡產婦、反覆體外受精失敗的患者等，利用此一篩檢技術把染色體異常的胚胎先篩檢出來，只植入正常的胚胎，可以大大的增加懷孕成功率。根據統計，目前每七對夫婦中就有一對有不孕的困擾，每年世界上約進行一百萬試管嬰兒的週期，然而，卻只有30~40%的週期可以順利懷孕，其中，最主要的影響因素就是染色體數目的異常而導致流產。晶片式胚胎著床前染色體篩檢則是為了解決這個問題而研發出的技術，過去可以利用螢光原位探針雜交分析（Fluorescence in situ hybridization, FISH）進行特定染色體的數量分析，或針對5~9條染色體進行篩檢，但是此法需要較高的技術門檻，而且也會有7-10%的錯誤率。目前臺大醫院採用基因晶片的方式進行胚胎染色體的篩檢，可以一次就檢視46條染色體有無增減，也可以偵測出片段缺失或重複。對於高齡且習慣性流產或者高齡且反覆著床失敗的婦女，藉由此基因晶片進行胚胎染色體的篩檢後，可以將懷孕率分別由不到10%提高至20~30%；此外，經由篩選淘汰掉染色體異常的胚胎，也可以減少胚胎植入的數目，降低多胞胎的發生機率，當然，也降低了由於胚胎染色體異常而流產或需要進行流產手術的機會。

（作者係母校醫學系2003年畢業，現任母院附設醫院婦產部主治醫師）



癌症免疫療法之新進展

文／許秉寧

癌症普遍認為是一種無法治癒的疾病，也是目前醫學上的重大挑戰。過去在癌症的治療上，免疫療法常被提及但一直尚未有明確的療效及進展。直到最近幾年，隨著免疫學的進展，癌症免疫療法在最近也為癌症治療帶來一線曙光，有可能成為癌症治療上的重大突破。成為全球聚焦的明日之星。

2014年備受全球矚目，有東方諾貝爾獎之稱的「唐獎」，首屆將生技醫藥獎頒給發現「癌症免疫療法」的重大推手，美國科學家艾利森（Alison）與日本的本庶佑（Honjo）教授，他們找到免疫T細胞抑制分子（CTLA4及PD-1），讓癌症不再是「不治之症」，更讓全球癌症患者找到存活新契機，台灣的臺大、台北榮總、長庚、中國附醫等6大醫院也著手臨床試驗，希望開啟治癌免疫細胞鑰匙，消滅癌細胞。

癌症免疫療法是什麼？為何能重燃醫界對癌症免疫療法的信心？人體在免疫系統不能認識及清除癌細胞時，易發生癌症，免疫系統是負責抵禦外來病毒侵犯最重要的保衛系統，也是清除體內癌細胞的大功臣。在過去許多的研究都顯示人體免疫系統在癌症細胞的清除上可能扮演重要角色。但一直還未能有效增強對於癌症細胞的免疫力。傳統癌

症治療包括化療及標靶治療，但大多治標不治本，主要是抑制癌細胞生長、防止擴散及轉移。「免疫療法」則是另闢蹊徑，加強免疫系統功能，由自身免疫機能發現應該排除的癌細胞進而殺滅，讓患者自體產生消滅癌細胞的能力，以保持身體的正常功能，免疫療法也有其他特點，像可以長期記憶，對治療有效者便可以長期控制。有效的癌症免疫療法一直是癌症治療發展的期盼。

這次針對免疫療法發展出的兩種免疫標靶治療，主要找到兩個重要的免疫標靶：CTLA4及PD-1。而針對這兩個免疫標靶所發展出的治療，在初步的臨床治療上已經顯示出令人驚奇的療效。在所發表的黑色素瘤治療中，有部分對治療有反應的病人，出現長



2014年唐獎生技醫藥獎得主美國科學家艾利森（Alison）與日本的本庶佑（Honjo）教授



期存活的驚人效果。隨著在腫瘤治療的卓越療效，已使得癌症的免疫療法由概念得到印證及落實。進而在癌症的治療上已經逐漸接近臨床上「治癒」的理想。不過，癌症免疫療法雖然在全球掀起風潮，但目前僅有治療黑色素瘤的適應症，此藥物能增加轉移性黑色素瘤病人存活機會。經由臨床試驗顯示，阻斷CTLA4的抗體有20%的患者能因此「長期緩解」，且「持續存活」，治療成果令醫學界十分振奮。黑色素瘤是致死率非常高的癌

症，從罹癌到死亡通常不到一年，免疫療法就是控制T細胞，活化免疫細胞進而殺死癌細胞，國外已有許多成功案例。但隨著振奮的激勵之外，仍需提醒，新型藥物尚在開發階段，除治療療效的確立之外，須審慎評估藥物副作用，經由更多的研究以尋求更好的生活品質及更多生存機會。

（作者係母校醫學系1984年畢業，現任母校醫學院免疫所及內科教授）

國立臺灣大學醫學院精神科徵求主任候選人

※候選人資格：

被推薦人須符合下列三項資格：

- 一、中華民國國籍（具雙重國籍者須填具相關文件，依教育部規定辦理）。
- 二、國內外大學醫學院畢業，教育部部定副教授資格以上。
- 三、具中華民國精神科專科醫師資格。

※推薦辦法：

須國內外相關學門教授、副教授3人（含）以上推薦。

※檢具資料：

- 一、被推薦人履歷表〔含1.服務經歷 2.五年內著作目錄 3.有關證件影本：身分證明文件、醫師證書、專科醫師證書、教師證書及其他有利審查之資料〕。
- 二、被推薦人對本科未來教學、研究、服務等發展構想書（A4紙10頁以內）。
- 三、推薦函正本。

※起聘日期：104年8月1日

※報名方式：自104年4月1日起至104年6月15日（星期一）下午5時止，請將候選人書面資料寄（以郵戳日期為憑）或送至台北市中正區中山南路7號，臺大醫院精神醫學部主任室轉「國立臺灣大學醫學院精神科主任遴選委員會」收。



類風濕性關節炎治療的新進展

文／全以祖

甚麼是類風濕性關節炎

類風濕性關節炎（Rheumatoid arthritis）是一種慢性的自體免疫性疾病。本疾病主要是侵犯關節，造成局部的關節僵硬腫脹疼痛，但當疾病活性嚴重時，也會能造成全身的關節的損壞變形，甚至造成殘障。

類風濕性關節炎除了會侵犯最常見的四肢小關節，也可能會侵犯肌肉、肺、皮膚、血管、神經、眼睛等器官，所以我們仍應視類風濕性關節炎為全身性的自體免疫疾病。目前，積極治療類風濕性關節炎是世界風濕免疫界的趨勢。

類風濕性關節炎的致病機轉與臨床表徵

類風濕性關節炎主要的病理變化是關節腔內的「滑膜炎」。滑膜正常的生理功能是分泌關節滑液，以潤滑和保護關節。類風濕性關節炎病患，滑膜容易受先天與環境影響而自發性產生發炎反應，關節因發炎反應而有腫痛的現象。這種發炎反應嚴重時甚至可以侵犯整個關節，破壞軟骨甚至骨骼。若缺乏適當治療，關節終將變形、僵直而活動受限。

類風濕性關節炎的病程常常是「活動期」與「緩解期」交替出現。「活動期」時，常常會出現關節腫脹、僵硬的「晨僵現象」。最常出現的部位是手指近端、手指和手掌間，手腕；足部的腳趾和腳掌之間等部位。侵犯的部位常有「對稱」的情形。若是反覆發生「活動期」與「緩解期」交替，常常發炎的最終結果會造成受侵犯關節逐漸變形、僵直而失去活動能力。

類風濕性關節炎的傳統治療

- 一、非類固醇抗炎藥物（NSAID）：是最重要控制關節炎的第一線藥物。對於初期或長病程的關節炎，具有重要的抗炎效果。
- 二、疾病修飾抗風濕疾病藥物（DMARD）：這類藥物的特色藉由改變病程而使疾病達到緩解之藥物，但因其開始作用的時間較長，故必須耐心使用至少數月以使此藥物開始發揮作用。傳統治療策略是以DMARD合併NSAID治療，以期儘早控制病情，達到緩解。
常用的DMARD包括：Hydroxychloroquine、Methotrexate、



Sulfasalazine、Azathioprine、Cyclosporine、Leflunomide等等。這些DMARD常常也會多種合併使用，以多重機制減緩疾病活動度。

三、類固醇：對於急性活動期嚴重的關節炎症狀，類固醇是有效的減緩症狀藥物。類固醇短期使用的副作用較小，但長期使用仍須注意內分泌與代謝方面的副作用。

類風濕性關節炎新一代的治療：生物製劑

對於傳統治療藥物反應不佳，或是疾病病程進展快速的病人，近幾年，生物製劑（biological agents）挾其優異的臨床治療成效，成為類風濕性關節炎病患的主流。目前台灣衛服部已經核准了六種治療類風濕性關節炎的生物製劑上市。生物製劑的優點在其能更專一地作用在特定免疫路徑中，有效地減緩疾病症狀與進程。台灣現有之生物製劑依其作用標的可概分為以下四類：（1）抑制腫瘤壞死因子，如：恩博Enbrel、復邁Humira、欣普尼Simponi；（2）介白素受體拮抗劑，如：安挺樂Actemra；（3）抑制B細胞增生及作用，如：莫須瘤Mabthera；以及（4）調節T細胞活化，如：恩瑞舒Orencia。這些藥品皆為靜脈或皮下注射使用，依藥物特性每週至每個月注射一次。

生物製劑的主要副作用，除了注射部位不適、噁心、頭痛等之外，大多數醫師最重視的是其可能提高會嚴重感染之機率。德國大型資料庫分析顯示，RA病患發生嚴重感染

的顯著預測因子如下：

1. 年齡大於60歲、
2. 已有慢性肺臟或腎臟疾病者、
3. 併用高劑量類固醇者、
4. 過去曾有嚴重感染的病史

由於個別病患發生感染的風險並不相同，因此應該個別評估病患風險，並為高風險患者選擇較不會造成嚴重感染的療程。而即便是風險較低的病患，基於大部份RA患者需要長期用藥的考量，仍應選擇耐受性較佳的治療方式。

針對相關的感染風險，應在開始生物製劑治療前，應謹慎評估、權衡可能的效益與風險，並與病患進行充份的溝通。醫師也應謹慎評估疾病進程、過往用藥經歷及感染風險，以選用適當的藥品。病患在治療過程中，應配合醫療人員指示並定期追蹤，以期達到最大的治療成效。類風濕性關節炎的治療，在過去十數年間有了突破性的進步。生物製劑的出現及其優異的治療效果，更讓許多病患有了新的希望。隨著生物製劑應用越來越廣泛，相信類風濕性關節炎將不再是難以治療的頑疾，病患的生活品質亦能達到長足的提升。

結語

類風濕性關節炎是一種慢性且惱人的疾病，疾病的嚴重度可由輕度的關節腫脹症狀到重度的關節破壞變形或是其他器官侵犯。若出現上述可能是類風濕性關節炎相關之症狀，宜及早就醫與醫師討論，並配合醫師的



治療與計畫。長期配合醫師的處方合併生活作息的調整可使疾病的活性控制在最穩定的狀態。

(作者係母校醫學系2005年畢業，現任國泰醫院內科部免疫風濕科主治醫師)

國立臺灣大學醫學院 癌症研究中心徵求推薦主任人選

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. 具有癌症醫學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. 須國內外相關領域教授、副教授三人(含)以上連署推薦。
2. 遴選委員主動推薦適當人選，並經其他遴選委員一人副署後正式向遴選委員會推薦。

三、檢具資料：

1. 個人履歷表【如附表】(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. 簡述個人對本中心未來教學、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、報名截止日期：

書面資料需於104年6月2日下午5時前送達。

五、書面資料請寄：

- * 10002台北市中山南路八號 臺大醫院腫瘤醫學部主任室轉
「癌症研究中心主任遴選委員會 收」
- * 聯絡電話：886-2-23123456分機71656郭聖玫小姐
- * 傳真電話：886-2-23711174
- * E-mail：smkuo2859@ntu.edu.tw



從藥粉到藥片：藥劑科作業現代化的推手

—顧文霞主任的手稿

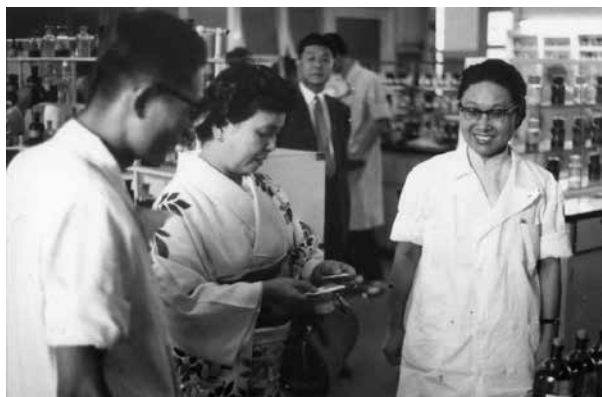
文／余秀瑛

收到由美國來的e-mail得知顧文霞教授於2014年6月12日中午在美國加州安然逝世，享年98歲。我們學院準備為她辦追悼會。

數日後收到她女兒e-mail給我的顧教授親筆手稿掃描檔「教學自述」，概述她到臺大藥學系任教初期克服萬難籌備教學器具的經過，以及兼任臺大醫院藥劑科主任時，大力革新制度、推動錠劑取代粉劑，從而提升臺大醫院的作業水準。讀後很感動。臺大醫院用藥種類多、處方多、藥粉搭配和個別劑量千百種，醫師皆是德高望眾者，要改掉歷史悠久而熟練的處方習慣，勢必面對極大的反對聲浪。（讓我想起先夫沈友仁於1980年代初期為了推動門診作業電腦化必須將手寫

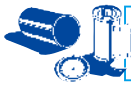
處方箋改成電腦處方箋時承受了極大的反對壓力）。當時台灣藥廠沒幾家，能否及時配合供應臺大醫院所需藥錠乃未知數。在此艱辛時空境況，顧主任毅然堅持正確的方向：改用錠劑，購置製錠機器設備，訓練製錠及糖衣技術人員，藥片由本院藥劑科自己研發生產。此外，她創立臺大醫院藥事委員會，定期開會制定本院用藥標準及範圍，並編修臺大醫院處方集（1955）。我非常敬佩她先見之明、改革的魄力、執行的毅力和領導能力。她的記述是臺大醫院院史重要的一段，是臺大醫院處方及調劑現代化的轉換時段，因此想讓景福校友知道這一段院史。

感謝藥學院顧記華院長將手稿打字。



日本藥師參觀臺大醫院藥劑科





教學自述

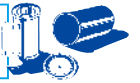
顧文霞

1947年由北京退至南京、上海，後來教育部遷臺，隨胡適校長同進退，因臺灣大學醫學院無藥學系，暫時留在國防醫學院藥學系教生藥，當傅斯年任臺大校長，梅貽琦為教育部長時，本人奔走多時，約莫二年之後，始由臺大醫學院魏院長同意設立藥學系，第一年因系主任出國進修，由本人代理，為工作之需，一桌一椅，經相當技術與跑腿，始得到警衛夜間值班室及小桌椅一套為我辦公之用，第一年之藥學系學生在校本部修讀，第二年才回到醫學院上課，但藥用植物學之組織實驗由本人擔任，須用解剖顯

微鏡實習，於是又奔走解剖室主任及藥理科，為教室及儀器顯微鏡等學生實習之用，受到總務室主任之手法，試過五十多架顯微鏡，均為報廢之物，白費時間及精力，無法試用，於是報與院長，始得借到解剖學科顯微鏡二十架，為藥學系學生之用，後因須有藥學系主任室及設備，再與總務室請求，結果聞知主任是男性又是與黨關係好，總算順利在主任到任前三天就緒了現在的藥學系主任室。經過兩年在學生畢業之前，必須有藥廠、醫院藥劑科之三個月實地經驗，這是國際藥劑師標準教育所需，正當此時，臺大醫院的林代院長在舊曆新年正月初二，忽到本人任教時住處拜年，寒暄之餘，談及藥劑

教學自述

1947年由北京退至南京、上海，後來教育部遷臺，隨胡適校長同進退，因在醫學院無藥學系，暫時留在國防醫學院藥學系教生藥，當傅斯年任臺大校長，梅貽琦為教育部長時，本人奔走多時，約莫二年之後，始由臺大醫學院魏院長同意設立藥學系，第一年因系主任出國進修，由本人代理，為工作之需，一桌一椅，經相當技術與跑腿，始得到警衛夜間值班室及小桌椅一套為我辦公之用，第一年之藥學系學生在校本部修讀，第二年才回到醫學院上課，但藥用植物學之組織實驗由本人擔任，須用解剖顯微鏡實習，於是又奔走解剖室主任及藥理科，為教室及儀器顯微鏡等學生實習之用，受到總務室主任之手法，試過五十多架顯微鏡，均為報廢之物，白費時間及精力，無法試用，於是報與院長，始得借到解剖學科顯微鏡二十架，為藥學系學生之用，後因須有藥學系主任室及設備，再與總務室請求，結果聞知主任是男性又是與黨關係好，總算順利在主任到任前三天就緒了現在的藥學系主任室。經過兩年



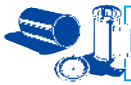
科，我則意見很多，於是當時就約我去藥劑科看看，結果介紹藥局的負責藥師等，他就講一句拜託顧教授，留我下來，改善藥劑科，這樣我開始第一天我為藥學系學生所需眉急之時，一切從頭開始。由日治時代規劃之配藥工作，並無製藥設備、藥品管理、倉庫等分類，我三思之後，用法國美國的經驗合於國情，忠心責守，日夜以藥劑科為家，計劃分組，寫成報告，努力改良藥劑科，使學生能得應有的技術及藥學智識，合於國際水準的藥師，畢業之後可為社會國家效勞，參加衛生工作項例，目前有證，本校畢業生中，均有相當成績。臺大醫院藥劑科之配方工作，實難於上午半天之內，完成千張處

方，而處方又以內科病人每一處方有十天一個月的用量，例如藥粉一天三次，每次一包，三天需9包，十天需每人三十包，一個月則需90包，慢性病人，有須270包，而藥劑科人員以15人單在配方處工作，也不能使病人滿意而歸，藥局時有挨罵之聲，甚則打架，要找主任，我則挺身而出，婉言相勸，鞠躬循善，一定改善。夜深人靜，再三考慮門診處方，藥粉必須改為片劑，商之院方，上書買打片機，說服會計處，技術方面則由劉秋生教授領導，由四年級學生及早期技術員等，以藥粉處方，代以片劑，且以五日量十日量等，事先分裝好，免去包藥之苦，病人亦稍感滿足矣！當時醫院藥費收入也一鳴驚

乙

在學生畢業之前，必須有備無患，醫藥科之三月無他，任職。這是國際藥劑師標準教育之所需。正當時，台大醫院的林樹德院長意圖辭職，正月初二忽到本人臨時性辭職，稟呈之餘，談及藥劑科，我則意見很多，於是就約我去藥劑科看。結果介紹藥局的負責藥師等，他就講一句拜託顧教授留我下來，改善藥劑科，我為藥學系學生所需眉急之時，一切從頭開始。由日治時代規劃之配藥工作，並無製藥設備、藥品管理、倉庫等分類，我三思之後，用法國美國的經驗合於國情，忠心責守，日夜以藥劑科為家，計劃分組，寫成報告，努力改良藥劑科，使學生能得應有的技術及藥學智識，合於國際水準的藥師，畢業之後可為社會國家效勞，參加衛生工作項例，目前有證，本校畢業生中，均有相當成績。

台大醫院藥劑科之配方工作，實難於上午半天之內，完成千張處方，而處方又以內科病人每一處方有十天一個月的用量，例如藥粉一天三次，每次一包，三天需9包，十天需每人三十包，一個月則需90包，慢性病人，有須270包，而藥劑科人員以15人單在配方處工作，也不能使病人滿意而歸，時有挨罵之聲，甚則打架，要找主任，我則挺身



人，此皆因藥學系助教、藥劑科全體同仁，互相合作之功。藥學系畢業生醫院實習分到各組，充實經驗，也是完成教學之一課，後有菲律賓藥師、越南藥師等，曾請求來藥劑科實習，均一一遵辦，當時臺大藥劑科之進步可見矣！

熟悉的字跡和語氣，牽引我回憶當年。我是藥學系第3屆，1959年畢業即到臺大醫院藥劑科當藥師，在製劑組調製軟膏、口服液、外用溶液、酞劑等。當時同屬製劑組的製錠部門（習慣稱打片組）已有相當

規模，生產數十種本院用量很大的錠劑，還有糖衣錠、膜衣錠（diastase）、腸溶錠（pancreatin）等。晚上要加班工作才無「缺藥」之虞。當時臺大醫院所用藥品種類約70%是本院藥劑科生產的。此時藥廠也開始擴展製錠規模，常聽到技術員或工友說有藥廠要挖角，但他們不為所動。後來公保門診部成立，也使用我們生產的錠劑。直到1970年代，台灣藥廠蓬勃發展，1984年配合衛生署GMP政策，醫院用藥由藥廠生產，藥劑科製劑組編制縮小，製錠部門收攤。

3.

兩生，院言指功，鞠躬循善，一定改善，在個人靜，再三改善。
 門診處方，藥粉必須改為片劑，藥之說方，上書買者先批，說版
 念計審，技術方面則由劉秋生教授領學，由少身級學生及早
 期模得善以善指處方，代以片劑，且以五日量，十日量等，事先
 分裝杯，免灰色之苦，病人亦稍感滿意矣，全時醫院^若收入
 也一鳴驚人，此皆因藥學系助教，藥劑科全體同仁，互相合
 作之功，藥學系畢業生醫院實習分到各組，充實經驗，也是教
 學之一課，後有菲律賓藥師，越南藥師曾請求來藥劑科實
 習，均一一遵辦，當時臺大藥劑科之進步可見矣。

（作者係母校藥學系1959年畢業，現任母校名譽教授、本刊編輯顧問）



臺大內科進修四年半（中）

文／蘇重光

四、內科諸恩師

臺大醫院各科中，陣容最大的就是內科。平時我們都稱諸教授為P，副教授是AP。當面自然是必恭必敬地稱教授，不能隨便。那時內科有五P，蔡宋楊陳許，不久劉AP升級，變成六P。婦產科有三P（邱魏吳），外科二P（高林），皮泌科二P（陳謝），小兒科只有陳主任一P，眼科也是楊主任一P。

諸P之中，只有蔡P一個人有外號；大家在背後給了他一個暱稱「蔡媽媽」，並沒有不尊敬的意思。他說話和行動都很穩重沈著，從不著急不大聲，也沒生氣，笑容也很少。他是心臟專科，不常到病房看病人，也不去門診。內科舉行的各項討論會，很少參加。只有美國、日本的訪問教授來到，他才會出席。

風傳蔡主任在每一年的住院醫師中，（或F.I.）都置有「心腹」一名，我們戲稱為abdominal heart。此人的職責不大清楚，也許是「耳目」或「眼線」吧！在我們這一屆十人中被選擇的心腹，據說是C君。

有次一位病人送到急診處時，瞳孔放大，心跳也已停止。當值的內科住院醫師宣佈死亡。想不到有位過份熱心的R.I.（一位僑

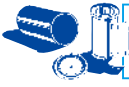
生）偏偏要急救，給病人做人工呼吸。家屬大罵住院醫師「見死不救，沒有醫德！」同時也誇讚這位年輕的R.I.有「仁心仁術」。

家屬們吵鬧不已，年輕的醫師還是認真地繼續做人工呼吸。最後請到諸醫師的師祖，蔡主任親身披掛上場。只見他不慌不忙，掛上老式而精緻的聽筒；仔細聽心音整整三分鐘，眾人在旁鴉雀無聲。蔡主任取下聽筒，鄭重宣佈病人確實已無生命跡象，才算了結這件公案。

有一種NSAID名叫“益佳匹靈”（irgapyrin）在醫學雜誌上登了半頁廣告，號稱是不傷胃的治關節炎的靈藥。含有phenylbutazone, aminopyrine，加上制酸劑aluminium hydroxide。

內科一位資深醫師因有腰痛，服用“益佳匹靈”，（好美的名字）幾星期後突然胃出血送到急診處。當值的內科住院醫師立刻召來一位粗壯的血牛，（不知為什麼，大家都叫他們是「黃牛」）當場抽了500 cc的鮮血輸給這位老醫師。住院後一切順利，沒再出血，一星期後就出院。

這位捐血的血牛幾月後突然發病，有很深的黃疸，陷入昏迷幾天就去世。輸到他血的資深醫師Dr. C知道這消息後非常擔心，馬



上抽血查肝功能。SGOT，SGPT、ALKP、albumin、prothrombin time等統統正常；只有膽色素（bilirubin）在1.4 mg%剛好超過正常值。

Dr. C馬上被送進病房「觀察，靜養」。每隔三五天抽一次血結果都是一樣，膽色素稍高，別的一切正常。我們去看望Dr.C時，都異口同聲地說：bilirubin 1.4, 1.5 mg不能算高，可能是誤差；即使到1.7mg%也不要緊。

那時病房裡剛好有幾個急性肝炎的病人。Dr. C很擔心被感染到，百般防備。他要家人每天送來「aseptic」的碗筷。護士送來的口服藥，都要把裝在小藥杯裡的幾顆藥丸，小心翼翼地倒進碗裡。Dr. C用筷子把藥夾起，送進嘴裡，真是萬無一失。當然他也不會去碰營養部準備的伙食，怕不乾淨。每天三餐，都由家裡送來。

許P原是感染病科專門，以後改為老人病科。陳P是腎臟科專門。兩位都是謙謙君子，平易近人，非常穩重。CR陳ZM尊稱他們兩位都是generalist；學識豐富，在討論會上常有精闢的見解。

永遠和顏悅色的宋P，常常會問諸年輕醫師們，有什麼意見？他如果要指正我們做錯的事，一定放低聲音。說完會笑笑，輕拍對方的肩膀，叫他以後要注意。

每次宋P來病房迴診，常用英語說明意見及建議；要我們記在病歷上。因為他說得太快，記錄的人跟不上；只好先用略寫，以後才填補上去。

宋P走起路來很快，不像個中年人。有次他匆匆忙忙趕去會議室，還不時對光看他手

上拿著幻燈片。按鈕召電梯，門開後他不經意地走進去。百年老電梯和門外的高度差了半尺，他腳踏空跌倒受傷。幸好沒骨折。

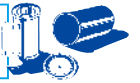
有天他患聲帶炎，聲音嘶啞。我因家姐學唱歌，常用中藥「胖大海」，很有效果，就建議宋P試用。X光科的姜教授也勸他用這藥。宋P聽到兩個人都說，服用後很快就好。還特別謝我。「胖大海」是治聲帶炎的仙藥。

通常內外科聯合討論會上，諸鴨們報告病史及檢查報告後就收聲，噤如寒蟬。發表意見的只有P、AP或lecturer，有次一位疑難病例，諸醫師討論多時，不能決定診斷。外科醫師就主張開刀。宋P居然也笑嘻嘻地說：

「我也希望你們「打開來看看」。」當時我聽他這樣說，很不以為然。事後想想，當年沒有精妙的診斷科技；諸如超音波，同位素追蹤攝影，斷層掃描，MRI等。胃鏡是筆直的，不能轉彎；大腸只能看到直腸和乙狀結腸的尾端。還沒有胸腔鏡腹腔鏡。不少病例，真是依靠外科醫師打開後，眼看手摸來診斷。

外科林P曾經說過一套高論。他說疑難重症，與其在內科做各項檢查，或慢慢觀察病情的發展，遲遲不能下診斷，遠不如早些讓外科「開刀看看」。長了腫瘤可以切除；有了膿瘍馬上引流，如果肚子打開一切都正常，把傷口縫好。可以十分肯定地跟病人說「恭喜恭喜！你一切正常，肚子沒病！」

住在湖口的陳先生，是我叔公的好朋友。他患胃痛有幾年，很擔心自己有什麼壞病。陳先生知道我在臺大醫院學藝，要我



安排住院檢查。照了上消化道的X光，賁門（cardia）部位的影像怪怪的。宋P用他那隻直不弄通，硬邦邦的胃鏡檢查，也看不清楚。做完宋P很直爽地說，那個部位胃鏡是看不到的。後來還是送到外科「打開來看看」。結果一切都正常。以後每次和陳先生見面，他對我是謝了又謝。雖然他白挨了一刀；但是得到外科醫師的「一切正常」保證書。比服用太上老君百年修鍊的仙丹「定心丸」有效多了。

時常面帶笑容，有如彌勒佛的楊P，不時會說些詼諧的話，引人發笑。有次在討論會上，他和另一位教授為了病人的診斷而爭論。楊P說了一句妙語：「沒有尾巴的狗，還是一隻狗。」確實是很高明的見解。

楊P的口才很好，同學們都喜歡聽他講課和演講。由於處世做人成功，後來楊P做過臺大醫院院長。六年後，彭明聰教授做完醫學院院長六年後，不知何故任命楊P做醫學院院長，惟選新醫院院長時兩位候選人相持不下，久久選不出來，結果請楊P兼任醫院院長一年，而醫院院長後來即由實診科林P獲得漁夫之利。

通常教授們指示用藥，只提一下藥名。只有十分仔細的劉P，一定要詳列劑量，給藥次數；似乎擔心我們弄錯。如：「prednisone 25 mg QID, PC. et HS.」年輕的醫師們只好照單全收，不得更改。

有位年輕的劉醫師跟我提起。有次他有一個白血病人，向劉P報告。劉P非常高興，說這些血液病人，對他來說，就是一根根金條。雖然這些並不是罕有的病，但

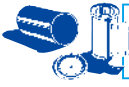
劉P看來，統統是瑰寶。當年我曾負責一位 erythroleukemia 的病人，應該是劉P的完美無瑕（flawless）的大鑽石咯。

血液塗抹標本的染色，劉P配出一種新的溶液，名為Liu's stain。先用A溶液，再用B溶液，雖然有兩套手續，但染出來的標本，比Wright's stain漂亮得多。競輝兄來美鍍金時，把劉氏染色法帶來，認為是一件寶。不久他發現，劉氏染色法做出的標本雖然漂亮，但不能持久，很快就褪色（fade away）。

有一段時間「malignant lymphoma」是很流行的診斷。有次一位病人有間歇性高熱；做了各種檢查，都找不到病因，就被按上「M.L.」的帽子，已經定好次日要開始化療。幸好（閩南語說ga zai）那晚家屬特別拜託外科的許AP再看一次。許醫師做身體檢查十分仔細。他在病人股部找到一個小紅腫點，壓起來有一點點痛。他用長針插進去，抽出幾CC的膿血，找到病源。幸運的病人逃過了一劫。

專心臟科的陳醫師，簽名常用CMC，諸鳴在背後就叫他CMC，他口才很好，講課時滔滔不絕，說理明晰。他又熱心教學，一連幾個星期，每天花一小時解說心電圖的判讀。他跟病人及家屬說話也頗有一套功夫。聽說有次他跟病人解說病情是這樣子講的：「心臟有十條血筋（hui gen，即血管），你的十條斷了九根。」

老蔣總統有次召請陳醫師去看病，蔣公垂詢他的姓名，他回答後又在紙上寫出來。蔣公看了皺起眉頭，好一陣子沒說話。陳醫師不知有什麼不對，但看得出老先生不大高



興。離開官邸前侍從人員才跟他說，他的大名和蔣公的死對頭完完全全一樣。難怪看到這名字後，會勾起老英雄的重重心事。

民國11年孫中山先生在廣州就任「非常大總統」，並開始北伐。他手下的大將陳炯明心懷異志，發動政變。派軍隊進攻總統府。孫中山逃到永豐軍艦上避難，並電召蔣中正相助。蔣在上海接到消息，立刻趕到護駕。他和大總統在艦上同生共死經歷四十多天。最後一同乘英艦到香港，再轉乘俄輪到上海。

從此以後蔣中正獲得孫中山的寵信，受命創辦黃埔軍校，並領軍北伐；一步步做到中國的領導人。以後蔣還娶到孫中山夫人的妹妹，有才又有財的宋美齡；對他事業成功極有幫助。這是蔣公第四次婚姻（之前有毛、姚、陳三位。）

在醫院裡我們諸小醫師，遇到諸鴨通常都會打招呼點頭示意，若是遇到大醫師們（VS以上），一定會微微鞠躬致敬；對方也會答禮。每次遇到余醫師和蔡醫師兩位，他們除了點頭回禮之外，還有滿臉笑容，使人覺得舒暢。有位職位頗高的醫師，從來不答禮；好像沒有看到對面有人走來一樣。（所謂「目中無人」）妙在這位老先生，如果是女生向他行禮，他一定會露著笑臉答禮，有時還加幾句客套話。好幾次我碰到沒趣就不再敬禮，還會嘀咕：「為什麼他會這樣子呢？」幾年後這位尊長因慢性病住院多時，我曾照顧過他；那時他又很客氣而有禮貌。

余醫師也是消化系專門，他對宋P必恭必敬，一直稱呼他センセイ（shen se，日語「先

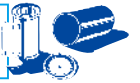
生」，等於SIR），那時我的日語很差，以為這是特別尊稱。有幾次我不稱宋P為宋教授而稱他「宋先生」。宋P很嚴肅地叮嚀我不要人在病人面前稱他「宋先生」，他擔心病人會誤會，以為他不是醫師。

「先生」這個詞除了是一般尊稱外，妻子跟別人提自己的丈夫也是先生。對老師及有道德，特別技巧的人也叫先生。在總統官邸保護老總統的侍衛，也稱總統「先生」。據說在浙江奉化縣，總統的故鄉，「先生」是一個非常尊崇的稱號。

蔡醫師是糖尿病專門。他不單對同事及學生們和藹可親，對待病人也很有熱誠。常常不厭其煩，仔細地解釋病情。有次他一位P.P.（Private Patient）住在三等病房。他來看病時，很客氣地交代我，二等病房有了空，馬上要把他的病人轉過去。

甲狀腺科的楊醫師的病人，很多是年輕的女子。他會開玩笑要我們常去幫他忙，可以有機會接近。不過我們十人中僅有的兩位「在室男」沒被他打動。楊醫師去美國進修一年，回來後講述他的經歷，還放了許多美麗的幻燈片給我們看。他最得意的一張，是某處廁所裡一長排十幾個小便池，潔白整齊。大家看了都驚嘆又羨慕，因為我們用的老舊便所（廁所）是相當落後的。

內分泌科的陳醫師，因為糖尿病和甲狀腺病兩大病被分走，所以看的其他病比較少。神經系的李醫師因為精神神經科的洪醫師太強，所以顯不出神通。風濕過敏科的陳醫師最出色的本領，是用小針在手的關節內注射可體松。那時免疫病學（immunology）



還沒有什麼發展。

聽過感染病科的謝醫師講過一堂「各抗生素的作用機制」(Action Mechanism of Antibiotics)之後；我不禁大為吃驚。因為這些智識，在教科書(Cecil, Harrison)中沒有提過。後來才知道這些「新知」在最近幾期的Annal of Internal Medicine中登載過。從此以後，我再也不敢忽視醫學雜誌，逐漸把腦中存有的「舊知」一點一點的淘汰，改裝成新的智識。

以前我做R.I.時指導我的林醫師，為人和氣，肯教又常照顧我。他常把我「應當」做的CBC，交給實診科去做。有次，他遇到剛和我訂婚的未婚妻，向她恭喜後又特別跟她說，我是一個負責的好年輕人。她聽了非常高興。

林醫師後來專攻呼吸系病，楊P不來時他就代理研讀內科病人每天照的胸部X光片。有次藥商請客，也請了六西病房幾位護士小姐，幾口酒下肚後，舌根和手腳都逐漸鬆弛。一位年輕的MS李，乘著坐在她旁邊的年輕醫師沒注意，很快地用筷子夾了一塊雞屁股，塞進他嘴裡。他不想吃但又不好意思吐出來，只好硬吞進去。滿桌人看到他的窘相，都笑得嘴合不攏來。林醫師搖搖頭笑著說：「我真後悔結婚得太早了。」

心臟科各種新的技術，如心導管血管造影等，自從小兒科的單醫師留美回國後，就開始突飛猛進，內科連醫師真心誠意地跟她學習，而且待之如師。(雖然單低兩班)每次他在單醫師指導下做完一個手術，一定向她鞠躬致謝。

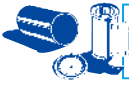
有次我被單醫師刮了鬍子，我獨自去看連醫師在她指導下做心臟導管攝影。她想知道病人某種資料就問我：我答這不是我的病人，她很不高興，以為我扯謊。如果她想追根究底，翻一下病歷就知道醫師是誰了。當時我很氣她。

不知為什麼單醫師沒在臺大醫院留下，不久就回去美國。鬱悶不樂，草草終結餘生。古代聖人說：「物盡其用，人盡其才。」單醫師在美學到一大把學問，滿懷希望想在母校一展身手。料想不到事與願違，興匆匆而來，氣沖沖而去。這是她個人的悲劇，更是臺大醫院的損失。不禁想到楚國的屈原。可惜可惜真可惜。

五、科內諸前輩

做絨毛鴨(F.I.)的日子，得到諸前輩鴨們親切的提攜指導，很快就學到內科守則，及處理各種病症的正統方略。

前輩寶輝兄傳授給我們三句三字經，簡單切要，令人佩服。以後我行醫幾十年，都奉為圭臬，受用不盡。他說在診治急病重症時，一定要很快就跟病人家屬講明嚴重性，還要加上三個字：「厄歹哦！」e si ou(會死喔)。醫師嚴肅地說出這句三字經後，等於替自己劃了一個活動伸展的圈子，可以保身避邪。另外兩句是知道就好了，不可輕易出口。「莫要緊」(mo yao gyin)(不要緊)，和「莫代誌」(mo dai ji)(沒事啦)都是No No No。如果你先說了這兩句三字經，安了家屬的心；萬一病情變壞病人去世，家屬會懷



恨，責怪醫師。

鼎勳兄謹持內科守則，對後輩客氣很照顧，對師長們更是必恭必敬。做CR主持病例討論會，他會很客氣地恭請每一位P，AP發表意見。

有次正茂兄主持病例討論會，這位病人的正確診斷很明顯地沒有抓到。他在最後，再問主治的L教授：「L教授，你還有什麼話要說嗎？」L教授搖搖頭，無可奈何地笑笑。我們諸絨毛鴨（F.I.）看到他天真的樣子，都不禁也笑出聲來。會後正茂兄輕責我們的不是。他問的話是恭請教授做總結，並不是指責教授：「你還有什麼話可說的？！」

斯文有禮，說話從來不高聲的前輩葉醫師，時常叮嚀我們看病要仔細謹慎。有次他有一位病人發高燒，全身皮膚發疹。他請皮膚科來會診；年輕的住院醫師黃君診斷是「toxicodermia」。幾天後病人去世，死因是敗血症。

住院時有一段重要的病史，病人和家屬沒說；應當和住院醫師也沒仔細問出來。原來幾星期前病人去找過一位「痔瘡專門」的密醫。這位仁兄的家傳秘方是用很強的化學物塗抹在患處。病因顯然是糜爛處的細菌進入血液。葉黃兩位醫師雙雙被告到法庭。那位禍首密醫反而是逍遙法外，什麼事也沒有。

如果有人向炳麟兄問時間，他看了看手腕上的錶，然後減去一小時二十分才告訴你正確的時間。故意把錶撥快，來督促自己「卡緊卡緊」（schnell, schnell，快點快點），只有這麼一位。他的四位姪女，個個

都進醫學院（一位藥科，三位醫科），真是難得。

廁所壁上常有「便後請洗手」的告示，宗盛兄對此不同意。他說手要接觸重要的部位，所以應該先洗乾淨，他主張「便前要洗手」。

內科有位資深的護士小姐，說得一口京片子。講話快聲音也大，有如連放的機關鎗。諸鴨如果惹到她一點，MS V2會把你罵得抬不起頭來。大家都把她看成西太后，敬而遠之，能不要和她照面最好。有一次前輩壽龍兄被她逮到，數說了半天。壽龍兄靜靜地等她停火，才不慍不火，輕聲地講了幾句責備她的話。MS V2居然沒再回嘴反擊，板著臉離開。

還有一次壽龍兄溫言軟語，很認真地對她說：「MS V2你人長得這麼漂亮，又很溫柔。假如我還沒結婚，一定會娶你做太太」。她聽了沒回嘴，也沒翻臉。我們在一旁覺得很驚奇，怎麼壽龍兄有這麼大的本事，能制服諸鴨懼怕的女子；不禁對他肅然起敬。一向受她欺壓慣了，恨不得能由壽龍兄處學幾步絕招，好好還擊一番。

早一年半進內科的秋華同學，對我們諸F.I.時常指導照顧。她做事認真，對病人也親切周到。做完R₃要升CR時，因為只有兩個名額，只得讓高班的男同學拿去。其實秋華同學轉去實驗診斷科；做了各種研究，青出於藍，成就更多。正應了古語：「塞翁失馬，焉知非福？」

直到四五年後，臺大內科終於趕上時代，打破傳統。郭醫師做到第一個內科的女



性總住院醫師，轟動一時。

換毛晉級記

十位F.I.，一小時賺一個小銅板，掙扎了半年，終於脫盡絨毛，長齊了一身的羽毛，化身為鴨王（R ONE），成為正式的公務員。錢校長發給大家的聘書上，尊稱我們為「執事」。薪水猛升四倍，還可以領取眷屬補助金。三隻單身嫩鴨（邱、林、江）眼光遠大，很早就看出隔洋的金元王國情勢大好。新長成的翅膀稍微結實一點，就振翅飛越太平洋，去西番邦開闢新天地。

剩下的七隻鴨，生性保守，不喜變動。安安逸逸地在母校內踱方步，非常習慣。緊守崗位四五年。料不到五隻死鴨（CR）中三隻變了心，修煉完畢不肯升級做「板

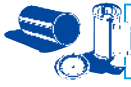
鴨」。反而放下身段，到國外連降四級，由應當（intern）重新做起。孔子曾說「學而不厭」。又有人說過「三（番）人行，必有吾師」，正好形容我們三鴨（林、邱、蘇）的心境。

不久內科做到VS的鄭醫師也飛美去做洋應當。但是最最稀奇的，是做到AP的外科鄭醫師，五年後來到美國的紅番州（Oklahoma），改行做麻醉科，由住院醫師做起。這才是「活到老學到老」的明證。當年鄭師在臺大醫院，開APPE由切開皮到縫好皮，只花十五分鐘。四十歲再越洋學新的醫術，真是老當益壯。我們諸後輩對鄭P都很佩服。

（作者係母校醫科1959年畢業，現退休於美國Oklahoma州鄉下）

更正啟事

景福醫訊第32卷第3期P.24，作者介紹中—楊思標教授現任台灣養生保健協會理事長 誤植為 理事；李春興博士現任台灣養生保健協會秘書長 誤植為 理事長，特此更正，致歉。



感念陳萬裕教授

文／謝博生

敬愛的陳萬裕教授於3月4日以99歲高齡辭世，圓滿地走完了他豐富的一生。我很幸運能夠從第二年住院醫師開始追隨陳教授學習，能有將近半世紀的時光親炙恩師教澤，是我生命中最大的福分。

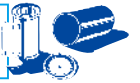
陳萬裕教授於1942年畢業於台北帝國大學醫學部（第四屆），畢業後留在小田俊郎教授主持的第一內科講座擔任副手（助教）。1947年小田俊郎教授返回日本後，陳萬裕教授最初是承繼小田教授在風土疾病領域的研究，對於烏腳病、藥物中毒等台灣常見的風土疾病，曾經做出重要的貢獻。

1953年陳教授決定投入腎臟醫學領域的開拓，當時台灣在這個領域並沒有前人留下任何基礎，他於1954年赴美進修回國後，就在極為困難的環境中艱辛拓荒，從無到有，開創了台灣的腎臟醫學。陳教授以「二點式活體穿刺」取得腎臟組織標本進行病理學檢查來確定腎臟疾病的診斷，引進腹膜透析與血液透析療法來治療腎衰竭，並成立腎臟研究室，指導年輕新秀進行研究，他募集專款（包括大同腎臟基金及李林秀清女士紀念基金），訓練人才，將臺大的腎臟醫學研究提升到國際水準。1984年陳萬裕教授創立台灣腎臟醫學會，並全心投入學會的發展，建立制度，提升國際能見度，今日台灣在腎臟醫學研究成果及腎臟病的醫療成效能夠達到

世界水準，陳教授當年的開創做了最大的貢獻。

在教育方面，陳萬裕教授傳承自小田俊郎教授的教育理想是「做醫師前先做人」。陳教授將此一教育理想體現在他對於「關係」的重視：人與人之間的關係、醫師與病人之間的關係、科學與人文之間的關係、心靈與肉體之間的關係。陳教授把對「關係」的重視融入教學、診療及日常的為人、行事，他特別重視人與人之間的和諧相處與對病人的同理關懷，他透過「和諧、關懷」的實踐，來教導學生「做人」的道理，並藉由身教來帶領臺大腎臟科，讓「和諧、關懷」成為臺大腎臟科很珍貴的資產。

我從1992年開始擔任醫學教育行政職務以後，「如何在現今科技主導的醫學教育中注入人文精神？」一直是最為關注的問題，在我心目中，陳萬裕教授的身教就是我們最好的醫學教育典範。做為醫師，陳教授以富含關懷及同理心、視病猶親的方式行醫。做為教師，他教我們從病人身上學習，傾聽病人，教我們使用自己的耳、眼、手、腦來做診斷，這些基本的診斷技術以及與病人互動的技巧，在今日高科技醫療情境中，更突顯出它的重要性。做為科學家，他秉持鏗而不捨的追求真理的精神，全心投入腎臟醫學的研究。陳教授曾經說：「我只認識一



條路，就是從家裡到臺大醫院的路」，對於臺大醫院的教學、研究、診療，他展現出發自內心的全力奉獻，這樣的精神實在令人感佩。

陳教授離開我們以後，我回顧與恩師將近半世紀的相處，思考「什麼是陳教授彰顯的人文精神？如何發揚、延續這樣的精神？」他的身影和教誨，歷歷在目，令人懷念。我將陳教授所彰顯的人文精神整理為下列幾項：（一）嚴謹的治學態度；（二）強

烈的責任心與使命感；（三）對於教學、研究的熱誠與對於後輩的愛護、提攜；（四）重視人與人之間的相互影響，對於他人的尊重與對病人及家屬的關懷；（五）實事求是、外圓內方的處事原則。我們會努力讓這樣的精神在一代又一代的年輕學子身上延續下去，請陳教授安息。

（作者係母校醫科1967年畢業，現任景福基金會董事長）

國立臺灣大學醫學院附設醫院甄選 藥劑部 儲備院聘藥師 簡則

用人單位：藥劑部

職稱：儲備院聘藥師

名額：25名

工作內容：1.處方調劑。2.藥品管理。3.藥品諮詢。4.藥品療劑監測。5.其他臨時交辦事項。

註：因應業務需要，工作地點含金山分院。

甄選資格：性別：不拘

資歷：藥學系大學四年級以上（含歷年已畢業）者，應屆畢業者需檢附歷年成績單。

應徵證件：個人：國民身分證

學歷：大學以上畢業證書（持國外學歷者應請檢附教育部學歷認定證明文件）或歷年成績單

證照：藥師證書正、反面（應屆畢業者免）

其他：藥事人員繼續教育學分證明（詳附註8）

報名注意事項：1.報名日期：自公告起至104年5月28日下午5時止（逾期、資料登載不完整或證件影本缺漏不全者視同資格不符，恕不予受理）。

2.報名方式：採通訊報名（亦受理現場報名），請檢附「臺大醫院各類人員甄選登記表及學經歷、證照查核授權書（請自行至本院徵才資訊網頁下載，並以A4格式列印成單面1張）」及上開應徵證件影本各1份，並於期限內寄（送）達本院人事室。

3.報名地點：通訊報名者請以掛號郵寄至「10043臺北市中正區中山南路7號臺大醫院2樓人事室楊先生收」，並請於信封上註明應徵單位、職稱及聯絡電話（請自行下載信封封面）。

4.符合初選資格者於104年6月1日下午5時公告於本院徵才資訊網頁。

甄試日期：請於104年6月3日上午8時10分，攜帶身分證於本院東址2樓第四會議室集合（臺北市中山南路7號），由專人帶往參加測驗。

測驗科目：1.性向測驗。2.筆試：臨床藥學。3.面談。

附註：相關資訊請上臺大醫院網站查詢。



Doctor也要休假之九州趴趴走

文／吳建陞

「日本九州?!會好玩嗎?」頭一次聽到家人提議這個旅行時,我的確是有過這個疑問。因為關東有德川江戶時代的傳統與東京的繁華,關西有京都的貴族風與大阪商人的氣派,九州相對很容易被忽略。但隨著準備旅行資料的過程,開始對這個面積、地理形態、城市發展跟台灣頗有相近之處的島嶼感到親切;更發現開啟日治台灣50年的馬關條約,就是在日本本州與九州隔海相望的下關簽訂的。這次的行程是不跟團的自由行,自由行的好處是可以照自己的節奏安排,可以找一些旅遊團一定沒辦法安排的小景點。九州不管在西元1600前後作為戰國群雄爭逐的戰場,或者為德川幕府少數開放日本與世界海洋接軌的港口所在,自然充滿東西洋文化交流的風味。此外日本在幕末大政奉還、明治維新的過程中,九州的薩摩藩也佔了很重要的地位,做行前功課的時候,九州的形象也因此鮮活起來。為了行程方便,我們把住宿主要安排在福岡,每天坐火車去不同的地方,也算是很流行的日本鐵道之旅。

因為醫師工作的關係,請假有點麻煩,但是為了家庭的義務與自己身心靈的健康,必要時還是要強迫自己休假。我服務的醫院

除了本人以外,只有另一位專任風濕科醫師,礙於不太好意思請同事代診,休假時常常都要提前三個月調門診。此外風濕科就診的大部份是規則回診的老病患,調診的時候還要承受病人的質疑:醫生,你又要去玩了歐?上次我來結果白跑一趟等等...,雖然聽了有點壓力,還是該試著告訴病人:醫師也是人,也需要休假的。

拉麵的發源地是九州,所以此行到了福岡第一個行程就是先到名店「一蘭拉麵」朝聖,果然不負眾望,不僅大人讚不絕口,小朋友也都吃得碗底朝天(圖1)。雖然台灣有很多博多拉麵或九州拉麵,甚至日本有名的一風堂也有台灣分店,但是可以在福岡吃到道地濃郁的在地拉麵,感受到即使是飲食文化,也都不容易百分百的移植重現。而居



拉麵好吃就是要見底



酒屋是另一個很能感受日本味的地方，也是日本上班族在下班後舒壓解放的首選，我們在博多車站旁好不容易找到一間可容納我們一行老小的居酒屋來感受一下氣氛，可惜第二天必須得早起趕搭新幹線列車，無法喝個痛快，但留點遺憾或許也為旅行增添些許美感。

隔日的阿蘇熊本之行，因為阿蘇火山爆發，登山口附近關閉，所以馬上把行程改為阿蘇神社參訪，日本神社單純優雅的色系，呈現與台灣廟宇不同的審美觀（圖2）。廟宇裡的吉祥物與紀念品都非常的吸引人，上面都寫了許多吉祥話，令人很開心的一直捐



古樸淡素的阿蘇神社



阿蘇男孩號的特色就是到處有吉祥物小黑的圖案，而且車上有兒童遊樂區。

獻。結束神社參訪，坐著以可愛黑狗為吉祥物的阿蘇男孩號（圖3），我們把行程拉到熊本城（圖4），這是豐臣秀吉手下築城大師加藤清正的作品，豐臣擅長攻城，因此手下對築城自有一番特有哲學，此城一直從十七世紀屹立到十九世紀，直到日本維新初期最嚴重的內戰西南戰爭時才被無名火焚毀（西南戰爭中反叛明治政府的是明治開國重臣薩摩藩西鄉隆盛，應該就是末代武士所影射的故事背景），但是日本人後來就根據文獻照片檔案重建，這種保留歷史的努力實在是很了不起。

第三日起特別安排由布院體驗兩天一夜。由布院在一般旅行團常常是過路景點，與九州旅遊一般機加酒行程提供的別府都是溫泉勝地，差別在於別府是個小都市，可以提供比較大的旅館與比較國際化的服務，由布苑則是很有味道的小村落，乃是日本女性

溫泉度假首選，但是旅館小小的，英文講不太通。一走出車站正對著大街，就可以看到壯麗的由布岳（圖5）。我們留居的旅館只有十個房間，都是傳統日式榻榻米，空間是多用途，用餐時女將（服務生）把小矮桌拿出來擺飯菜，睡覺時女將再把棉被鋪好大家休息，女將們都是



熊本城是日本三大名城，為了提高遊客的興趣，會有裝扮成日本古代武將的工作人員與大家合照並且提供解說。



由布岳美麗的山

媽媽桑級的人物，日文比較講得通。公共湯屋因為天氣冷煙霧瀰漫，好美好舒服。散步時一路對著遠遠的由布岳走到煙波渺渺的金鱗湖，好多水鳥在溪裡、湖裡游來游去（圖6），真希望台灣也可以看到這樣的景象。由布院是九州中部最冷的區域，隔天一早植物的葉片上結霜（圖7），看起來十分的特別，小朋友興奮的拿起地上一大塊的冰塊砸來砸去，玩得很開心。由布院的湯之坪是有名的觀光大街，有吃有玩，有龍貓的主題店、蜂蜜主題店，不知為什麼連日本的竹輪、蒟蒻吃起來都特別好吃，還有金牌可樂餅也不錯，讓人很想這樣悠閒的氣氛裡待久一點。



溪流裡有悠閒的水鳥，在乾淨的環境中。



由布苑的天氣冷，早上葉片上會結霜。

第五天來到長崎，首站來到出島，也就是幕府時代集中讓外國人居住的地方，出島有保留過去如荷蘭人居住的建築，令人遙想當年的東西交流的景象。港口也停留了仿製當年美國來訪的黑船。中午長崎港的丼飯也令人印象深刻，食材看來非常新鮮，自然入口香甜。看了出島以後，就去爬龍馬坡尋訪坂本龍馬的足跡，坂本龍馬乃是幕末的大人物，出身土佐藩（在今天日本四國），生長在佐幕與倒幕，開國與鎖國，天誅與斬人的對立亂局當中（民國六七年級生請參看神劍闖江湖漫畫與電影），這樣的情況與大清末年與現在的台灣不也隱隱相似？坂本龍馬雖然沒有正式的官職，但是他以寬闊的視野成立日本海軍前身的海援隊、日本第一家貿易公司龜山社中，這些人才都成為日本後來海洋立國的重要資產。此外因為他居間穿梭，才促成薩長同盟與之後的大政奉還，最後他三十一歲就被暗殺而亡更讓後人留下無限的追思與想像。很諷刺的，原爆發生在東西文化交匯的長崎，也不過是七十年前的事，山上龍馬銅像睥睨遠方（圖8），不知如果他看到日本現在的景象會說些什麼？



最後一天的上午，到了九州的孔廟太宰府（圖9），看到古色古香的建築，與怒放的梅花，吃著紅豆餡外Q內軟的梅枝餅，為日本九州之行畫下句點。

這次旅行，好玩的三大要素觀光、購物、美食一應俱全。也乘坐

了旅遊雜誌中介紹的許多種特色火車，且驚訝的發現孩子都很能走，真的長大了。我想越是忙碌的生活越是需要跳脫，也希望各位校友都能好好照顧自己。因為自己健康才能把病人照顧好，不是嗎？



太宰府有美麗的梅花，也以梅枝餅聞名，熱熱的更好吃。



坂本龍馬的銅像面對著山下的長崎市。

（作者係母校醫學系1996年畢業，現任亞東醫院內科部免疫風濕科主任）

臺灣大學醫學院小兒科徵求專任教師人選貳名

- 一、資格：1. 具中華民國小兒科專科醫師資格
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8份
2. 五年內代表著作3篇（共8份）。
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104年5月19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://www.ntuh.gov.tw/Ped/default.aspx>
地址：台北市中山南路8號「臺大醫院小兒部（小兒科專任教師甄選委員會）」。
電話：(02)23123456轉71526孫小姐
傳真：(02)23147450
email: wumh@ntu.edu.tw or mfsun2124@ntu.edu.tw



● ● 編 ● ● 後 ● ● 語 ● ●

文／許秉寧

感覺就像畢業後的時間過得特別快，只留下許多尚未整理卻又源源不斷湧入的回憶。時間飛逝，不知不覺很快又到了這期景福醫訊的編輯。經過一個多月來的辛勞，總算將這一期的景福醫訊編輯完成了。非常感謝景福醫訊王亮月小姐及各位校友們的投稿，以及諸位編輯們的協助，使得此期刊物得以順利完成。



在本期景福醫訊中，主要內容包含臺大醫學院院慶活動專輯，包括新時代婦產科為主題之活動專文；陳祈安主任的新時代婦產科，童寶玲醫師的婦科微創手術之發展與應用，還有林芯仔的台灣產前基因診斷的發展；以及陳信孚所長之幹細胞於生殖醫學之發展及應用。讓人對於臺大婦產科的過去與現在，有了更深一層的了解與認識。此外，蘇重光校友的臺大內科進修四年半（中），也延續前一篇文章，再次詳細回憶了早年在臺大內科的點點滴滴，讓人感到格外溫馨。余秀瑛顧問的：從藥粉到藥片：藥劑科作業現代化的推手 顧文霞主任的手稿一文，也介紹了臺大醫院藥劑科作業現代化的演進過程。在醫學新知方面，癌症免疫療法之新進展對於最近所發展並極受重視，且剛獲得有東方諾貝爾獎之稱的唐獎的癌症免疫療法有深入淺出之介紹。在醫學論壇中，感謝全以祖醫師就類風濕性關節炎治療的新進展也有精闢的介紹。這兩篇文章主要介紹細胞激素，發炎反應與免疫生物製劑。並由此了解免疫對於風濕疾病以及癌症治療上的重大突破與進展。這些發展對於應用在醫學治療上有著極大的貢獻。這些進展都是近幾年來免疫學對於醫學上的重大突破與貢獻。同時，吳建陞醫師的Doctor也要休假之九州趴趴走一文，以圖文輕鬆精彩的介紹了日本的九州之旅。希望這期的景福醫訊中能帶來校友間更進一步的心靈上的契合與經驗分享。謝博生董事長的感念陳萬裕教授一文，不由得讓人對於這位偉大的前輩無限感念。最後還是要再次感謝王小姐以及諸位編輯們的幫忙與努力。沒有他們，也就沒有這一期的成果。

（作者係母校醫學系1984年畢業，現任母校醫學院免疫所及內科教授）

景福校友返校聯誼活動

時間：2015年4月11日 地點：臺大醫學院101講堂、大廳 攝影：臺大醫院教學部

感謝新時代婦產科研討會主持人及講師群



▲左起鄭文芳醫師、童寶玲醫師、陳祈安主任、施景中醫師、林芯孖醫師



▲左起徐明光醫師、陳祈安主任、陳信孚醫師、陳明醫師



▲致贈感謝牌予專題演講者黃世傑局長



▲醫學校區聯合晚宴大合唱





陳萬裕教授追思紀念會

時間：2015年3月29日（臺大醫院教學部攝影）



林吉崇教授紀念演講會

時間：2015年4月18日（王亮月攝影）