



# 景福醫訊

第32卷第5期

2015年5月

*Jing-Fu Bulletin*

保加利亞  
小教堂



2014年5月底，天鈞參加了歐洲肥胖會議，在保加利亞的首都索非亞舉行，我和女兒因而可以一起去參訪這個文化古國，有許多世界文化遺產聞名遐邇。從索非亞朝南邊前往一處木造修道院（Rozhen Monasteog），途中風光明媚，風景如畫。赫然發現一處很特別的小教堂，原來是保加利亞兩位非常重要的聖人（Saints Cyril and Methodius）的教堂。因而入畫，並且畫上沿途所看到的罌粟花和薊花。除了莊嚴靜謐；還帶著神秘美麗的色彩。

# 104年國際護師節慶祝大會

時間：2015年5月7日

地點：臺大國際會議中心

攝影：臺大醫院教學部



# 景福醫訊

## Jing-Fu Bulletin

第32卷 第5期

2015年5月出版



## 目 錄

### 醫學新知

- 2 從大腦連結來理解神經發展精神疾患  
林祥源

### 臺大醫學院118週年院慶報導

- 5 如何替台灣培養出更多的良醫 賴其萬

### 回顧杏林

- 12 臺大內科進修四年半(下) 蘇重光

### 校友小品

- 20 我們這一代的台美人 林靜竹

### 景福校友返校聯誼活動報導

- 24 畢業55週年紀念致詞 戴鐵雄  
34 機緣—畢業五十年感言 張武誼

### 編後語

中華民國一〇四年五月出版

第三十二卷第五期 總號三五八

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 / 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、李正喆  
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、許秉寧

本期執行編輯 / 商志雍

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](mailto: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





# 從大腦連結來理解 神經發展精神疾患

文／林祥源

大約三分之二的精神疾患皆在人生的前二十年發生，在這個期間，不同的疾病有著不同的好發年齡，比如說學步時期的自閉症、學齡前後階段的注意力不足過動症、直到青少年的情緒、精神病、藥物成癮等問題。因此許多精神疾病會在概念上被歸類為神經發展疾患（Neurodevelopmental disorder），意即其症狀源於正常大腦發展的異常。雖然在概念上被如此理解，但在過往數十年的精神醫學領域，不如其他現代醫學，有明確生物學診斷與治療基礎的證據。幸好近十年來，隨著腦影像學與神經科學的進展，我們或許將見證「有著神經科學基礎的精神醫學」新時代的開展。本文即旨在簡述近年使用腦影像大腦連結科學（human macroscale connectome）來理解正常大腦發展，並應用於神經發展精神疾病（特別是自閉症與注意力不足過動症）研究的最新發現。

## 人類大腦連結科學

美國總統歐巴馬宣布自2013年春天起，聯邦政府每年將投入1億美元科研經費專款補助腦與神經科學研究（Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies, BRAIN, Initiative），其中人類大腦連結計劃（Human Connectome Project）是核心研究領域之一。人類大腦連結計劃的概念是：利用磁振擴散影像（Diffusion MRI）以及靜息態功能磁振造影（resting-state functional MRI）來「看見」人類（活體）大腦巨觀連結（此處「巨觀」，macroscale是與細胞與神經突觸等microscale的大腦連結做對比）的樣貌，並對於健康正常與疾病異常的連結方式解謎。其中diffusion MRI是透過對水分子擴散方向的量測來評估大腦白質纖維的結構完整性與走向，而resting state fMRI則是透過低頻的血氧相關訊號（Blood oxygen-level dependent）變動，反應出神經的自發性放電。這兩個技術可用來研究大腦的結構性與功能性連結所形成的網絡。



過去幾年，大腦連結科學發現人類正常大腦發展有幾個關鍵現象：

1. 從「短距離連結」演進成「長距離連結」：在嬰兒時期，腦區多半與「地理距離」相近的腦區互相連結為主，隨著發展，「短距離連結」逐漸變成跨腦葉與跨腦半球的「長距離連結」以及「短距離連結」兼具的複雜網絡（network）。
2. 分化與整合：利用數學圖理論（graph theory）在腦影像分析解讀的應用，發現正常大腦發展會分化（segregation）出功能特異的網絡，同時不同網絡也進行整合（integration）以形成人類複雜心智的基礎。
3. 資訊流通與成本效益的極大化：同樣透過數學圖理論，發現大腦的複雜網絡組成（如「小世界，small worldness」以及「rich club organization」的現象）都是為了能在有限的結構連結中（cost），極大化功能傳遞與運作（efficiency），以形成複雜的人類心智現象。
4. 從皮質（cortical）—皮質下（subcortical）的連結變成皮質—皮質連結：此正常的發展變化反應出人類大腦連結的發展，從情緒、「潛意識」等原始生物反應相關的皮質下區往上轉移到新皮質區。

## 大腦連結異常與神經發展疾患

大腦連結發展異常被認為與神經發展疾患的症狀及病因有關，但會因為不同的

實驗設計、收案對象年齡、分析方法等，產生不甚一致的結論。舉自閉症為例，最早的研究認為自閉症的個案其整體大腦連結與健康控制組相比，有顯著減低的情形。後來發表的研究推翻自閉症大腦連結下降（hypoconnectivity）的假說，反而利用resting state fMRI發現：自閉症個案的大腦區域連結（local connection）增強，但長距離連結（特別是前後的連結）減弱；diffusion imaging也發現自閉症個案在連結大腦左右半球的胼胝體有結構較差的情形，這些連結異常可能造成他們注重局部卻忽略整體的認知特質，以及無法有效整合社交相關訊息。這兩年的研究發現自閉症的大腦連結可能會隨著年齡不同有不一樣的異常：與正常發展孩童相比，自閉症孩童的大腦功能連結顯著升高（hyperconnectivity）；自閉症成人的大腦連結則是減低。刊在Nature Neuroscience的最新研究則顯示：自閉症個案的大腦連結並非單純地增高或是減低，應該是個體內的連結差異變大（increased intra-subject variability in connectivity）。在母校精神科高淑芬教授的帶領下，我們團隊的研究發現自閉症孩童在右後顳頂葉交界（right posterior temporoparietal junction）與右側視覺處理區有功能異位連結（ectopic connection），此連結高低可預測個案社交症狀的嚴重度；另外我們也發現大腦結構異常與其功能連結可作為自閉症的內表現型（endophenotype）。

注意力不足過動症的部分，學界最一致的發現是：預設模式網絡（default mode



network) 與認知控制及注意力網絡 (cognitive control and attention network) 間的功能連結關係減弱；注意力網絡以及預設模式網絡內部的連結在過動症的個案也有減弱的情形。我們本土的研究發現過動症孩童的控制網絡連結減弱，且與執行功能有關。另外，我們也發現atomoxetine藥物治療，能有效改善過動症成人預設模式網絡與認知控制及注意力網絡 (cognitive control and attention network) 間的功能連結，且與臨床症狀的改善有關。過動症孩童的大腦白質纖維結構完整度與其執行功能、注意力表現以及個體內變異度 (intra-subject variability) 的好壞有關。

### 目前研究侷限以及未來展望

雖然大腦連結發育異常的現象能協助增進對神經發展精神疾患病因的瞭解，但目前大腦連結異常現象的敏感性與特异性尚不足以作為有效的診斷、預測預後以及治療反應的生物標記 (biomarker)。另外，此類研究有許多重要的侷限，茲列舉其中最重要的數項：

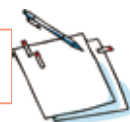
1. 掃描時頭動以及生理訊號（呼吸、心跳等）對磁振訊號造成的干擾影響。未來使用新穎的MRI參數（如：多迴訊功能磁振掃描）或是新的分析技術（如：以獨立成分分析來去除雜訊）將有機會更好處理頭動及生理訊號造成的錯誤結果。
2. 空間資訊侷限：腦影像資料在前處理分析時，需要精準地將不同人的大腦對位，但

此步驟在孩童研究的精確度不如成人研究；另外孩童大腦解剖的界標與成人也不完全相同。未來若能建立適合小孩與青少年發育特異性的解剖圖譜，或許能部分解決這問題。

3. 截至目前為止，已發表的大腦連結研究幾乎全是病例對照設計，罕有長期追蹤世代研究，故對於大腦連結如何發育成收案時所見異常的原因推論有侷限。目前國外已有數個長期追蹤世代研究正在進行，高淑芬教授也正進行自閉症青少年的腦影像與神經心理的追蹤研究，未來五年內，有機會能針對病例對照設計無法回答的研究問題做進一步的探索。
4. 現今神經科學的方法學，對於巨觀腦影像的大腦連結如何與微觀的神經生物學做直接連結，仍沒有好的解答。未來若能在研究中同時蒐集腦影像、電生理、細胞生理等資料，並應用數學圖理論分析建構網絡，有機會讓巨觀與微觀的大腦連結做對照。

即使有許多研究的困難待克服，大腦連結科學在可預見的將來，仍有十足的潛力協助我們釐清大腦正常發育、對神經發展以及精神疾患的病因解密，並擬定個人化治療的生物精神醫學方針，到那一天，有著神經科學基礎的精神醫學將不再只是夢想！

（作者係母校醫學系2007年畢業，現任母校精神科主治醫師）



# 如何替台灣培養出更多的良醫

文／賴其萬

**張**院長、各位貴賓，

今天非常榮幸有這機會參加院慶，與大家說幾句話。事實上我對於在這個機會要講什麼話想了很久，後來才決定從一年多前一位臺大醫學院的學長寫給我的一封信開始談起，由此提出母校應該還有進步的空間，而我們應該謙虛的討論怎樣培育更多的良醫。

臺大醫學院是我們大家都非常自豪的台灣醫學教育最高學府，在醫學界多年來一直執牛耳，臺大醫學院做什麼大家都在看，我們做了大家就會跟著我們做。1998年回國時，我發現臺大醫院的主治醫師已經不再是我過去所看到的清一色臺大畢業生，尤其感到震撼的是當時的神經科主任葉炳強醫師是一位熱心教學，並關心弱勢族群的好醫生，

但他並不是臺大的校友。我在美國二十幾年，看到很多來自台灣非臺大畢業的非常優秀的好醫師，而當時常常想到，我們臺大醫院實在不應該故步自封，只收臺大的畢業生留下來當主治醫師。想不到回國一看，臺大的風氣早就不像以前一樣，當時真說不出的高興。看到我們這百年老店能夠揚棄“臺大情結”，而廣納天下英才，實在是一件非常了不起的變革。我在教育部醫教會工作過一段時間，深深感到，臺大醫學院與醫院的意見是在台灣國家級的決定裡面都扮演非常重要的角色，在社會對母校如此的殷殷期待之下，我想以校友的身分，希望母校能更上一層樓，在醫學系的課程方面有所建議，如有冒犯之處還請多多原諒。

首先我要與大家分享這封2013年聖誕



作者於院慶特別演講



張院長致贈感謝狀





節所收到的來自一位臺大醫學院學長的一封信。他說那一年是他們家很不幸的一年，因為他的哥哥以及他太太的哥哥都先後住進醫院，而最後都在醫院裡過世。他們回來兩次探望病重的親人，看到病人與家屬所遭受到的待遇感到非常的失望。他在信裡說，「一位主治醫師以及一位住院醫師毫無『床邊禮儀』可言、沒有『關懷心』、沒有『人性』，而護理人員的態度也十分惡劣。我以為這是台灣的第一流醫院，而他們對病人居然如此，我們深感失望。我記得你常在文章裡談醫學倫理，所以我忍不住要告訴你這些事。非常對不起我說這麼重的話…」這封信我看了好幾次，後來經過深思之後，寫了一篇以《讓我們徹底改變醫療界缺乏尊重別人的風氣》為題的文章，在這篇文章我引用了Dr. Daniel Ofri在紐約時報發表的一篇文章，她這篇文章的題目是“In a culture of disrespect, patients lose out”我把它翻譯為「不尊重人的風氣下，病人是輸家」，在這篇文章裡，她說：「我一直以為對人的尊重是天經地義，但我發現在醫師的行業裡，由於我們打從醫學生時代，就一直置身於階級分明的制度，從醫學生時代就習慣於遭受住院醫師、主治醫師的么喝指使，久而久之也不以為意。但最近有兩篇醫學教育論文，是從哈佛大學發表，他們認為『不尊重』與『病人的安全』有直接的關係。他們認為醫界習以為常的『不尊重人』的行為，事實上有可能引導我們傷害病人的後果。」下面這句話我覺得講得很好：「當我們長年忍受這種自己不受到別人尊重的待遇，我們不只失去了這方面的

敏感度，同時我們也在不知不覺中，會對自己、對別人的不尊重不以為意。我以為醫師對醫學生、護理人員、病房行政人員、病人的不尊重都與自己長年遭受『不尊重』而引起。」這篇Dr. Ofri的文章引起了美國大眾很大的反應，我在我寫的文章就一直強調，我們一定要注意在教醫學生時，不應該不尊重他們，我們才能夠避免他們將來不尊重病人，說穿了這就是說，我們在醫學教育裡一定要注重醫師的專業素養。

談到醫師的專業素養，大家常都常會引用加拿大McGill University醫學院非常有名的一對醫師教授夫婦，Drs. Richard and Sylvia Cruess，他們現在都已年過八十，十幾年前從醫學院退休以後就專攻醫學專業素養，最近兩年他們除了介紹醫學專業素養包括哪些要素以外，他們又提出真正重要的是要做好「專業認同的樹立」（Professional Identity Formation），他們認為，醫學生在進到醫學院之前，已經在小學、中學、大學以及家庭教育接受多年的人格養成，我們在醫學院裡不可能一下子就改變他們，所以我們教他們醫學專業素養時，要讓他們除了知道什麼是專業素養，什麼是應該做的，更重要的是我們要營造一個環境，讓學生在醫學院裡面，能夠耳濡目染，慢慢去學習改變自己，說穿了就是我們要訓練醫學系的學生，如Drs. Cruess and Cruess所說的“think, act, and feel like a physician.”（「像個醫師的思考、行動與感覺」），也就是要把這些專業素養內化。所以我想，我們今天如果能用課程來影響學生的話，我們可以從三個方向著手，





「正式課程」(formal curriculum)、「非正式課程」(informal curriculum)與「隱藏課程」(hidden curriculum)，以下容我一一闡述如下。

「正式課程」我想分做四個方面來講，第一個就是「專業間的教育」(interprofessional education)，現在全球醫學教育裡都在倡導這方面的重要。我們常說我們要服務好病人是要以病人為中心，但事實上病人所受到的照護並不是只有我們醫生可以做到，如果沒有護理、藥學、醫技、復健等醫療團隊的夥伴，病人事實上無法得到理想的照護，所以我們應該要學習彼此專業間的瞭解與尊重。臺大醫學院並不是只有臺大醫學系，我們還有其他的學系，所以臺大醫學系如果能夠在醫學生的早期培育過程就讓他們與醫學院的其他科系同學共同上課，透過小組教學的互動，達到專業之間的互相了解，我們的醫學生才能瞭解對同樣一個病人所遭遇到的困難，不同的醫療專業領域有其各自獨到的想法。如果從學生時代就能夠了尊重彼此的專長，這樣培育出來的醫生才能以謙沖為懷，發揮醫療團隊合作的精神。

第二是「小組討論進行深度反思」。最近看了一群美國醫學生所寫的一篇文章，讓我非常感動，想在這裡與大家分享。他們描述婦產科實習時，老師利用病人接受全身麻醉準備開刀時，讓學生學習做骨盆檢查。因為病人當時完全沒有痛覺，學生做不好也不會傷害病人，所以很多學生當時都非常高興地戴上手套，學習骨盆檢查的體驗。但當天晚上一位學生打電話給另外一個學生問

說，「你覺得心安嗎？」然後大家一討論起來，都覺得這種學習有問題，後來就決定開一個小組討論。他們先訂下第一個原則：「今天的紀錄絕不顯示出誰參加了這個會或者誰提出了甚麼議題，大家只是就事論事的來討論這件事情，而希望最後能凝聚出一個共識」。結果這些學生達到結論，決定寫信給老師表達他們的建議：「我們非常感激老師為我們找了這樣的學習機會，在病人全身麻醉沒有痛感的情況下，給我們安心學習骨盆檢查，因為病人沒有痛覺，所以我們可以好好學習。但是我們都覺得不安，因為病人完全不曉得自己在麻醉之下接受學生進行這種檢查的學習。希望老師能夠讓我們寫出這種學習機會對我們醫學教育的重要，而對病人表示感激，如果能夠讓病人事先知情，並簽署同意書，那麼這樣的學習就是最完美的教育。」這篇文章所談的就是說，當學生能有個小組討論，而且是在很安全的、沒有壓力的氣氛之下，大家才會有機會做深入的反思。這也讓我想起幾年前，哈佛大學醫學院的前教育院長Dr. Daniel Federman來台灣訪問時，曾說過，一個好的醫學院應該能提供學生一個“Heavened Reflection”，這個字我想是他自己創造的，因為我們好像沒有看過Heaven後面加上ed當形容詞的用法，相信他的意思是說，像在天堂裡面非常安全的，大家能夠在不需要擔心後果的氛圍下，進行深度的自省。我想剛提到的這篇學生的文章所描述的，就是他們自己營造出來的Heavened Reflection的機會，讓他們有很大的收穫。臺大醫學系能有機會得天下之英才而教之，如



果能夠給這些非常聰明的學生這種機會，讓他們一起在不需擔心後果，有充分安全感之下，進行深度反思，相信一定可以對他們的professional identity formation會有長足的助益。

第三就是「多設計一些具有啟發性的醫學人文課程」。臺大醫學院自從謝博生院長以來，醫學人文教育的重視有目共睹，而在臺大現在的醫學教育暨生醫倫理研究所的蔡甫昌教授、何明蓉教授等人的努力下，這幾年來有許多用心設計的課程，增加醫學生人文關懷的敏感度，而對病人罹患了疾病所引起的心理感受以及環境壓力，有更深入的了解。

最後我想，在課程方面我們還可以盡量鼓勵學生去「跨科選修」，甚至如有可能，也可考慮「雙主修」。最近有一位成大醫學系的學生廖偉翔，他今年即將畢業，寫了一篇以「醫政雙棲的學思歷程」為題的文章，登在最近的《成大醫訊》，我看了以後非常感動。他大一的時候就決定要雙主修「政治學」與「醫學」，而他終於做到了。他說，「雖說我的起點是政治學，探討的是不同社會價值的折衝樽俎與制度實踐，然而在數年醫學院和社科院雙棲，嘗試投入學術和社會參與，乃至於臨床實習的過程中，我深刻體會到，更廣泛的社會科學視野，如社會學、人類學、法學、經濟學、政策研究等，這些普遍被認為是『用不上』的人文社會學科，其實正是醫學院的阿基里斯腱（Achilles tendon），是我們亟需重視的領域。」我以為我們臺大的醫學生這麼聰明，也許我們應該

多多鼓勵他們跨科，甚至雙主修，以拓寬他們的視野，而做個更瞭解社會與病人的好醫生。

再下來我想要談「非正式課程」，這指的是不在課堂上講課的學習。首先我想談一下我非常重視的「床邊教學」。床邊教學最主要的目的是要讓學生在這個機會看老師怎麼樣看病人、問病史，做身體診察，但更需要的是能夠在這種機會裡，將我們的人文關懷灌注在其中，讓學生感受到這方面的重要。我剛剛到美國去的時候，University of Minnesota的神經科主任是Dr. A. B. Baker，他是美國神經學會的創會會長，他熱心教學，第一次的教學迴診就讓我感受到非常大的震撼。他要檢查一位坐骨神經痛的年輕女病人，他先請護理人員給他一條大毛巾，將之蓋在病人兩個大腿之間，然後再做一個我們醫生都很熟悉的直腿抬高測試（straight leg raising test）。當我們把病人的腿這樣整個抬起來時，如果坐骨神經有壓迫的病人就會開始感覺痛，這個檢查是很稀鬆平常，我們在台灣也都是常做的檢查，但從來沒有想過在病人的腿被這樣舉起來的時候，在某一個角度的學生或住院醫師就會看到病人的私處，但這位教授就會想到這點而先鋪個毛巾。當時讓我感受最深的是，我們在床邊教學事實上就是要學到這種對病人的感受具有敏感度的「態度」。

同時，我們也可以幫忙學生在病人沒有辦法治癒的情形下，仍可以看出我們還有可以幫忙病人的地方。舉個例子就是有一次我在成大的床邊教學所看到的「漸凍人」



(amyotrophic lateral sclerosis) 的個案，這種病人的神經元原因不明地慢慢萎縮，而導致肌肉無力，這種病到目前為止還沒有特別有效的藥。當學生在教學回診報告這樣的一個病例時，有一位住院醫師問說，我們為什麼不報告一位可以治療的病人，讓教授可以討論更多一點治療的經驗與看法。這位學生說他是因為從沒看過這種病人，而希望有機會看我說明這些奇怪的神經症狀，並且能在床邊做檢查時，給大家看病人的症狀與徵候。我就利用這機會與這些醫學系六年級同學說，這病雖然到目前仍沒有辦法治癒，但在我們一起看完病人以後，是不是有人能看出我們還有能夠幫忙病人的地方。於是我們一起進去病房探望這病人，的確這病人已經進入疾病的末期，全身肌肉萎縮沒力氣以外，連呼吸與吞嚥也都有困難，講話中常被自己的口水嗆到，而引起劇烈的咳嗽。看到這種現象我們也大概知道病人時日無多，遲早會因為吸入性肺炎而過世。檢查完病人，我就拉個床邊的椅子坐下來，問病人說，「你現在最擔心的是什麼？」，其實我想與他談的是想知道他到底在自己無法呼吸時，是否希望不要氣切或插管等急救治療。想不到這病人回答我說，他最擔心的事情是他兩個女兒的教育問題。我霎那間愣住，接著這病人就主動告訴我們一段感人的故事。他一邊流淚一邊說，他從小家境清寒，所以小學沒念完就出去工作，而在職場上非常不如意，新進員工沒幾個禮拜就變成他的上司。因此他一直省吃儉用，一定要存錢給兩個女兒上大學，想不到兩年前開始得了這病以後，就沒

有辦法工作，而後進進出出醫院，現在所積蓄的存款差不多已經用完，一個高三、一個高二的女兒即將要考大學，他不曉得要怎麼辦。這些事情說實話我們是愛莫能助，於是在安慰他幾句以後，我們就一起回到病房討論室，開始討論這病人的神經學症狀。想不到一位女同學舉手說：「老師，你剛剛問的問題我有一個想法。」她說她去找這兩位女兒，要問她們兩個問題：「妳真的想上大學嗎？妳有沒有認識的親友，白天工作，晚上上學，完成大學學業？」如果這兩個問題她都給予肯定的答案，我會勸她們，早一點主動與父親談她們的計畫。突然間大家都靜下來，然後每一個人眼眶都紅起來。有一個學生會在這可憐無助再活沒多久的病人身上，找到她還可以幫忙這病人的地方。所以我想在床邊教學時，如果適時地引導學生人性關懷的一面，我們實在可以增加學生們對病人認識的深度，並且可以領會，即使無法治癒的病人，我們還是可以幫忙他們。

再下來我想談「典範」在學醫路上的重要性。如果我們可以讓學生感受到在他們的醫院、學校，有一些視病猶親的典範，可以引導學生學習正確的態度。我回國這十幾年來，拜訪過許多醫學院及教學醫院，我發現不管這醫學院或醫院的名聲多好或多壞，都有很好的老師默默地在工作，默默地在教學。我深深感到，如果你花點時間與這些學生談話，你都會聽到很感人的故事，因為他們都看到典範的「身教」(practice)，而不是他們的「言教」(preach)。就我個人而言，我心目中的典範是彰化基督教醫院的蘭

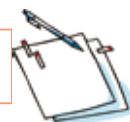




大弼醫師 (Dr. David Landsborough IV) 。我真正認識他是1996年我從美國到英國 sabbatical時，我有機會拜訪當時已退休多年離開台灣回到英國的蘭醫生。與他的交往使我深深感受到他虛懷若谷的關懷病人，他最有名的一句話就是“知識份子的傲氣是醫生共同的弱點，我們醫生需要以謙虛的精神來對待我們的病人”。我在這裡想與大家分享一個很短的故事，2004年蘭醫師受邀回台接受台南神學院頒發的名譽哲學博士。台南神學院邀我在典禮當天以「蘭大弼醫師對台灣醫療的貢獻」為題，作一個鐘頭的演講。那一天我事實上只講十幾分鐘，因為在座有許多人都比我更認識蘭醫生，所以我提早結束並邀請在座的聽眾上台，與大家分享他們所認識的蘭醫師。我回到座位時，旁邊坐的是我的同學林信男教授，而他的另一邊坐的就是蘭醫師。想不到我一坐下來，林教授就告訴我：「你上去講不到五分鐘，蘭醫生就遞給我這張字條，“How to ask him to stop?”」他就是這麼謙虛的人，大家在講他好話時，他覺得渾身不自在。當我把他寫的這幾個字做成今天這張PowerPoint，在一次到英國訪問他時，我給他看了這張PowerPoint，並告訴他我要利用這故事教我的學生。你可知道他的回答是什麼嗎？他說早知道你要用這個我寫的字作PowerPoint，我就要寫得漂亮一點，他就是這麼老實可敬可愛的典範。

最後我想談「師生的對談」也可以帶給學生難忘的學習經驗。大家都記得這位我們很尊敬的宋瑞樓教授，坦白說，我在學生時代對宋教授是敬而遠之，因為他對學生

要求很嚴，而我不是很用功的學生。不過回國後，轉到和信醫院以後，宋教授變成我最好的亦師亦友的同事。中午他常常會找我談各種不同的題目。有一次我跟他談起Daniel Sokol的一篇文章「實情不見得永遠是最好的藥」，宋教授就告訴了我兩則故事。他說他的老師曾經告訴他，他自己當學生時，有一位80幾歲的老和尚住院，他得到的是沒有辦法治癒的癌症。他的老師就問他的老師說，「我應不應該告訴這位病人他的病情？」，他的老師說，「他已經80幾歲，又是出家人，應該是沒有問題吧！」，所以他們就告訴了這老和尚他的病情，想不到這老和尚當天晚上就睡不著覺，以後就茶飯不思，沒幾天就過世了。所以他的老師告訴宋教授說，千萬不要隨便對病人告訴實情。接著，宋教授告訴我他自己的經驗。他說他在臺大醫院時，有一位得了癌症末期的大企業家住院，他太太要求宋教授不要告訴他先生實情，怕他會受不了打擊，但是一星期以後，他太太又來找宋教授，要求他對病人實說他的病情，因為她說，他們家族企業龐大，如果他沒有一個清楚的交代，將來一定會不堪設想。所以宋教授就硬著頭皮去跟這病人實說他的病情，他說病人非常憤怒而且不禮貌的回應他，那天晚上宋教授說他睡的很不好，隔天一早他再去看這病人時，出乎意外的，這病人看到宋教授，馬上站起來鞠躬，非常誠懇的向他道歉，「教授，對不起，我昨天實在不應該用那種態度，你走了以後，我好好想過，深深覺得自己真的需要知道病情，才能夠規畫我的事業將來如何處理。這是頭



等病房，我能不能要求從家裡搬來比較大的桌子，讓我在這裡辦公，然後可以把許多事情交代清楚。」兩三星期過後病人安詳地過世，而家屬到現在還對宋教授非常的感激。宋教授就用這種故事，告訴我絕對不能以病人年齡、宗教、學歷、社會地位或財富來判斷應不應該告訴病人。我到現在還記得宋教授告訴我這故事時的誠懇眼神，以及他那句充滿睿智的金玉良言，「每一個病人都不一樣」。

最後我要提到「隱藏式課程」，這是一個最近相當熱門的醫學教育題目，而將這觀念引用到醫學教育的Dr. Fred Hafferty教授最近才來過台灣。這種所謂的「隱藏式課程」並不是真正課堂上可以教的，而是一種顯現在機構文化的norms and values，對整個機構產生重大的影響。在越大的機構，往往你就會發現它所講的與它所做的差距越大。今天臺大醫學院院慶要頒的「楓城利他獎」就代表了臺大醫學院的機構文化，也看得出楊校長在醫學院院長任內想要樹立醫學生重視「利他助人」的文化。

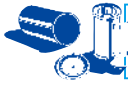
在討論「隱藏式課程」，我也要再引述先前提過的Dr. Ofri的文章裡的另一段話，他說“醫護人員的態度之所以不理想，並不見得只是醫師、護理師本身的問題，而往往是與整個醫院各環節都有關聯，尤其是醫院管理階層的不合理要求是最有影響力，譬如說，醫院為了財政與管理的考量，減少護理人員，但卻沒有減少所要達成的工作指標；要求醫師達成超大的臨床服務量或文書工

作，這些政策都使醫護人員感受到不被尊重的傷害。但我們醫療人員在長年的磨練下，已養成了逆來順受的心態，以致於這樣繼續下去，醫院員工的工作士氣、作業透明度以及意見回饋的真實性日漸降低，而這三個要素卻正好是防止醫療過失的重要關鍵，也因此這研究報告認為不尊重的風氣不改變的話，一定會導致病人受到傷害。”所以「隱藏課程」的確是一個我們要在百尺竿頭再進一步時所不能夠忽略的要務。

最後我希望我們大家能夠一起努力替台灣培育出更多能受病人信任的良醫，我想引用以下這句話來結束今天的演講：Jordan J. Cohen，當時是美國醫學院校協會（Association of American Medical College, AAMC）的主席，他所說的這段話“Trust is earned, not owed. Once lost, trust is exceedingly difficult to regain.”「醫病之間的信任，是醫生自己要去賺來的，不是病人欠你的。一旦這個信任失去時，是很難再復得的。」今天我以一介校友的身分，衷心希望我們臺大醫學院能夠更上一層樓，因為臺大開始做，其他醫學院就會跟著我們做。謝謝大家！

（本文承簡淑娟小姐錄音，楊書安小姐打字，謹在此致謝）

（作者係母校醫科1969年畢業，現任醫學院評鑑委員會（TMAC）主任委員、和信治癌中心醫院神經內科教授）



# 臺大內科進修四年半（下）

文／蘇重光

## 六、諸病處理的樣板（模式）

內科住院醫師們，多半都在病房工作。R1和R2要去急診處，也會派去門診部保健室做健康體檢，或者去市立傳染病院。

通常住院醫師可以決定給病人做什麼檢查，和怎麼樣治療。不過各專科的主腦們，早已定好各種病的處理方針。諸鳴們不能離開常規太遠，總之一句話，只要照著樣本做，雖不中亦不遠矣！

每天早晨內科病房都有兩大事項，非做不可。主要人物是護士和應當（R.I.）；F.I.和諸鳴有時也參與。

第一件大事是抽血送去實診科。那時醫院為了省錢，抽血不派實診科的技工來做；完全交給廉價勞工（R.I.）負責。要抽血的病人都得空腹，眼巴巴地等著輪到自己。還希望抽血的人手巧，能夠一針見血。

幾乎每一位病人每天多多少少都會被抽掉幾CC。血液檢查做得越多，病歷上檢驗報告貼得滿滿的，非常好看。最好再花點功夫，畫出曲線來，教授迴診時看得舒服，會讚美你負責，認真，做得好！反過來說，如果四五天才驗一次血，病歷上稀稀落落的，即使教授不講，你也能看出他不怎麼滿意的表情。

第二件大事是打針，和醫院財務有關。皮下及肌肉內注射是護士們做；靜脈注射和點滴一定要醫師們著手。首先護士把藥液抽進針筒內，分別用「無菌」布包好，外面註明病人姓名及床號，排在一架推車上，然後請醫師們來打針。無菌包布都在供應室高溫消毒過，因為燒烤過許多次，顏色都變成淺咖啡色，還帶上一點焦味。注射藥裝在密封的小玻璃瓶內，名為安甌（Ampoules），都是單劑量的。要用小鋸刀或心形的沙輪，在瓶頸磨出劃痕，擦一下「萬能」酒精棉消毒；再稍用力折斷小頭，才能取用。

標準的靜脈注射液是：20% glucose 60或80 cc；另加B、C、K各二支（ampoule）。大部份的病人每天都得打針。只要不是糖尿病，舉凡心臟病、胃腸病，癌症、肝膽病、腎臟病，統統有獎。氣喘肺氣腫的病人，則在glucose液內加上一罐aminophylline，一定要推得很慢，最好是十分鐘以上，才不會引起嘔吐。有癌症的病人則加一瓶moriamin（amino acid），進補一番。

腦出血，頭部受傷的病人，則用50% glucose，也加進B、C、K。理由是hypertonic solution能減少腦水腫（cerebral edema）。所以下午還會多打一次。

古早時台灣的病人都喜歡打針，醫師也





常給病人打針。Glucose翻譯成「葡萄糖」真是個很好聽的名字，日語說的（bu do to）聽來非常悅耳。至於Vitamin翻成維生素或維他命更是高明，「生」和「命」都靠它維持。病人聽到醫師要給他打補針，心都酥軟了；如果能一針見血，這醫師一定是醫術高明！

60 cc的20% glucose內有15 gm的葡萄糖，熱量60卡（80 cc有80卡），比一片麵包或兩口飯還少，至於維他命B<sub>1</sub>（thiamine），C及K，吞一粒多種維他命應該有相同的效果。

打glucose的樣板「治療」，內科諸教授及各專科權威，想必都知道得很清楚。反正病人愛打針；醫院，藥房，醫師，病人和家屬都開心。管它科學不科學，只要大家都心甘情願就好了。

古人說「學而好問」。諸鳴都是博學多聞的年輕人，對這些陳規不是沒有疑問。為了遵守「明哲保身」的金律，沒人肯出面指出「糖水」注射的不合理。大家都循規蹈矩照樣做，搖搖鴨翹（尾巴）跟著走就對了。

### 1. 四大瓶和0.3 cc

糖尿病病人都不能上廁所解尿。床下有四個大瓶子，他（她）得把六小時內的小便，裝在瓶內。每天早上窩巴上（ou ba san）（オバサン）把每人的四瓶尿，一個個搬上推車，送到內科檢驗室，有專人做定量分析。這樣子每人每天排出多少糖份，可以一覽無遺，由此可以調整因素林（insulin）的劑量。

根據糖尿病專家Dr C，糖尿病酮性酸中毒（ketoacidosis）的標準治療是：「regular

insulin 0.3 cc subcutaneous Q3H」那時每CC的因素林有40 unit，0.3 cc就等於12 unit。不管血糖是800或1000以上，也不管病人意識迷糊或者已經昏迷，此醫囑是一成不變。

如此微量因素林治療法，和諸住院醫師們由書上雜誌上學到的，相差有十萬八千里。所以病人白天來，照會Dr. C一定用微量治療。夜間和週末住院的，諸鳴都採用正統療法，一下子靜脈注射50 unit或更多，每隔一或二小時查血糖及電解質，隨時注射更多的因素林。通常幾個小時內病人的血糖就變正常，很快就復原。

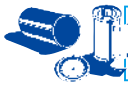
諸鳴生性敦厚，溫馴守份。從來沒想要質詢恩師「微量治療」的源本及正確性。也沒人想把接受微量治療和標準量治療的病人做一個統計，比較效果，發表在台灣醫學會雜誌上。尊師重道和因循守舊，是升級晉爵的正道。

有次珠玉兄和我談到0.3 cc q3h的微量治療的事。說完他長嘆一聲「將來我出去做醫師，一定比這位做得好！」我深有同感。

### 2. 急性肝炎病人的皮肉之災

凡是急性肝炎病人住院，不論吞不吞得下維他命丸，吃不吃得下飯；每天都要打三針。除了標準靜脈注射20% glucose 60 cc加上Vitamin B C K各兩支之外；另加兩種肌肉注射：Vitamin B complex及liver extract（翻成「肝精」，很聰明的譯名）各1 cc。

因為人身上最大的肌肉是兩股的臀大肌（musculus glutaeus maximus），所以就成為肌肉注射最好的針靶。通常病人住院約兩星



期，等黃疸消退後才出院。所以平均每人雙股要捱十五針。（總共三十針）。

有次一位臺大校總區的X教授，因肝炎住院；每隔一兩天肝科的S教授就會去診視他。X教授出院一星期後去特別門診複診，見到S教授兩人寒暄了幾句。X教授一直站著。S教授很客氣地說：「你請坐。」說了幾次X教授才小心翼翼地坐在椅子邊緣上，一面還苦笑著說：「我股部針打得太多，到現在還痛得不能碰。」S教授不好意思地說：「慢慢會好，慢慢會好。」

肝炎病人食慾不振，攝取的營養不足。吞一兩粒多種維他命，就夠了，不一定要打針。至於liver extract是由豬肝牛肝提煉出來，含有大量維他命和鐵質，尤其是Vitamin B<sub>12</sub>很多。不知哪一位聰明的醫學家，提倡用它治療急性肝炎，他一定是相信老一輩人的傳統想法，吃肝補肝，喝血補血吧。

好友C君得到急性肝炎，他母親每天都嫩豬肝給他補肝，弄得他聞到肝味就噁心。不但如此，他原本長得比較瘦，連著一兩個月進補，居然成了胖子一個。我看到他時幾乎認不出人來。他還得了短暫性的心房顫動（atrial fibrillation）。吃肝可能補肝，但想不到會傷到心呢。

那時肝炎的分類有兩種。發病前不久輸過血或血漿的，就判定是serum hepatitis，沒輸過血的就命名為infectious hepatitis。既然稱為「傳染性肝炎」，就表示會傳給別人。可是病人並沒隔離，和別的病人同住大病房，並使用同一個大廁所，排泄物也沒有特別處理。洗手池的水龍頭得用髒手開關，用肥皂

塊，沒有用一次就丟的紙巾擦乾手。病會不會傳給別的病人，就不知道了。

醫師護士對肝炎傳染的預防法寶，是泡過酒精的棉花。接觸過病人，甚至只跟他們「靠近講話」，就馬上用好幾塊酒精棉，仔細擦拭雙手。即使酒精不能殺死virus，至少會把它們灌醉，減少感染性吧！

剛發病時。病人全身沒有勁，軟趴趴（pa pa）的，看到聞到什麼美味的食物都很厭惡，最難過的是全身發黃，眼珠黃中帶綠，照鏡看了自己的怪模樣，格外難受。出院時黃疸消退，胃口精神都恢復。病人和家屬對醫師護士們的悉心照料，都很感激，謝了又謝。常有人去老大昌餅舖買一大盒甜點，送到醫務室慰勞大家。其實我們都知道急性肝炎，百分之九十九都可以無藥自癒，吃著點心真覺得是無功受祿。

※有生命危險的猛爆性肝炎（fulminant hepatitis）很少發生。Hepatitis B的在百分之一以下，Hepatitis A的病人更是罕見。

肝臟穿刺起先是用又長又粗，尖銳犀利的Silverman needle，看了就嚇人。拿出的標本粗大又完整，通常是由消化系專科的醫師來做。住院醫師可以在指導下用小而稍短的Menghini needle，主要靠針筒的吸力。取出的標本較小，有時會破碎。如有肝硬化，M needle常取不到纖維化的部份，而影響正確的診斷。

### 3. 能止血的三種仙藥

止血一向是外科醫師的專門。看到破裂的大血管，可以用針補用線紮；小血管可以



用電凝 (electro coagulation)。真的止不住，可以把整個損壞的器官拿掉。

內科醫師可用的法寶就差得遠，只有血友病 (hemophilia) 可以輸血漿 (plasma) 及注射凝血因子 (clotting factors)。別的出血情況，多半是眼巴巴看著，輸幾罐血，希望出血可以停。如果出血不止，血壓下降，脈搏變快變弱，連忙向外科同仁求救。直到東瀛醫界提煉出一種仙丹，內科醫師才抬得起頭來。

日本的田邊藥廠 (Tanabe) 製出一種新藥 Adona (carbazochrome)，能縮短 bleeding time，並減少粘膜的滲透性 (permeability)。這正是內科醫師夢寐以求的止血良藥。一經醫藥審查會通過採用後，很快就成為流行的常用藥。無論是胃腸出血，尿道出血，腦出血，腦栓塞都可以每天 Adona 打針三至五次。不管怎樣，總是有益無害吧！

沒多久，瑞士藥廠推出 Naphtheolin；德國藥廠推出了 Trostin (似乎是 thromboplastinogen 有關的藥物)，也宣稱能止血。兩藥都被醫院的藥房採用。

這下子就熱鬧起來，三種藥的銷售商每星期都會到病房醫務室來拜訪住院醫師，吹噓他的藥的好處和奇效。Adona 的推銷員是位胖胖的，Trostin 的是稍瘦的。最引人注目的是推銷 Naphtheolin 的。這位姓黃的女士，穿得漂漂亮亮，經常戴一頂時髦的帽子。講話舉止都很斯文，很像日本婦人。日後她參加政界，當過桃園縣的議員，質詢問政都很有見地。

需要打「止血針」的病人相當多。三

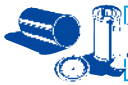
位推銷商為了鞏固市場，進一步採取酒肉攻勢；時常招待諸鴨去頗有氣派的餐館吃酒席。記得在南京東路的第一大飯店最豪華，有個舞臺常有表演。有次一位美艷演員載歌載舞很受歡迎，報幕的女士用英語說「Ladies and gentlemen, do you think she is a “she” or “he”?’」原來這位是來自南洋的人妖 (變性人)。

諸鴨待遇菲薄，阮囊羞澀，從來沒想過會到這麼貴的地方來吃飯看表演。這一陣子受到三位藥商的招待，真是受寵若驚。酒醉飯飽之餘，回到醫院工作，若有出血病人，一定切實使用足量的止血仙藥。通常是輪流使用三種藥，絕不辜負他們三位的隆情厚誼。有人還做私心之想，如果再有第四第五種止血劑接連著上市，推銷員們的招待豈不是會更多嗎？

不久日本藥廠推出 cytochrome 製劑，中風後可以幫助受損的腦部復原，美國出了 tetracycline 的針藥；都是價昂的「救命藥」。藥商們的攻勢更強。有的請諸鴨的家小一同赴宴。有的在飯後再請大家去「二次會」，地點是更誘人的場所。至於最高段的「中山北路九段」，有家小又恪守家規的人，是不敢去的。頭幾次被招待，諸鴨除了靦腆之外，還會想這是不是非份之得，該不該去呢？偶爾還有大醫師們同席；院方從來不干涉。日久就習以為常，不覺得心虧了。

幾年後我做完死鴨 (CR)，東飛到金元王國。從來沒人用這些止血仙藥，我也不敢提起。最近上網查詢，田邊出的 Adona 仍在銷售。想來幾十年前他們宣揚的神效，可能不





全是吹牛的吧！

#### 4. 嚴格執行的「臥床休息」

心絞痛或心肌梗塞的病人住院。頭一條醫囑，肯定是「complete bed rest」，後面常加三個驚嘆號!!!表示「切要切要！」病人被看得緊緊的。吃、喝、大小便，都得留在床上，絕對不許下床。有便秘或攝護腺肥大的病人才辛苦呢。

半世紀前沒用monitor，不用溶血劑，更沒有心臟血管成型術或冠狀動脈架橋術。通常鼻孔裡塞進氧氣管，平時打打例行的糖水（葡萄糖液，Budoto）及維他命B C K各兩安瓿之外，就沒別的治療，胸痛時用舌下的硝化甘油（nitroglycerin），偶爾打一針嗎啡。

醫師們可以做的，只有「觀察」和「Mund therapie」。仔細聽心音五分鐘，嚴肅又親切地跟病人及家屬說明病情，使他們心裡覺得好過些。每過兩三天，重做一次心電圖，看看「elevated ST segment」有沒有下降一點，（那時的心電圖，每天都要送去給李淑玉醫師看，由她做正式的報告。）

會好的病人，臥床休養六星期（是標準的規定），由病床解放出來，一定是軟腳蝦一隻。不會好的，醫師只能眼巴巴地看著病人走下坡。到了最終時刻，「急救」按壓胸骨十幾分鐘，然後對家屬們搖搖頭，聽他們悲痛地嚎啕大哭。

有次住進一位五十多歲的壯漢，有Adams-Stokes syndrome。原因是心房室傳導阻滯（complete AV block），一發作就失去知覺，先用epinephrine注射，沒什麼效果。麻醉

科有一架「external Pace-Maker」，我們借來把電極（electrode）連好。每當病人昏迷，家屬飛快地跑到醫務室叫：「先生先生，卡緊卡緊（趕快呀！）」醫師趕去開動機器，用直流電刺激心臟，常是不到半分鐘就恢復知覺。

輪到我值夜，為了這病人我整夜不睡，留在醫務室待命。一夜下來，給他「電擊」了十多次。每次電擊病人都很痛苦，連連抱怨：「為什麼我要受這樣的罪！？」

幾天後聽說他在晚間去世。那晚值班的C君跟我說：「看他那樣受苦，我就讓他自然去了……」聽來他完全停止給病人用「電擊」治療。我對他的做法不以為然，只是悶在心裡沒答腔。我們做醫師的，豈不是要救到底嗎？

如今有了intracardiac pacemaker，半小時就可以放好。AVblock或sick sinus syndrome引起的A-S syndrome的治療，是易如反掌。醫療的進步真是了不起。

#### 5. 不歡迎口罩的六西病房

當年肺結核是常有的病。痰內能看到或培養出TB菌的病人，稱為「開放性」；多半都住進病房，隔離治療好幾個月。有位農學院的學生，是我中學的同學。他的肺病相當嚴重，兩側都有腔洞（cavity）。病房主任建議他：「絕對的臥床休息」，最好大小便也不要下床。這是多年前沒藥可用時的邏輯療法。除了臥床不動，還要多曬太陽，別吹風，最好到高山去療養。那裡空氣稀薄，氧氣濃度低，很喜愛氧氣的結核菌不容易繁



殖，所以病容易痊癒。

三大藥已經在用，多半是合併療法。isoniazid，PAS，和streptomycin注射。PAS（para-amino salicylic acid）一天要吃12顆，大大粒的，吃下去會噁心反胃，有時還會拉肚子。難怪病人個個沒有胃口，面黃肌瘦。

Streptomycin用久了會損害vestibular function，引起頭暈、耳鳴和運動失調（ataxia）。它的姊妹藥Dihydro-streptomycin則會損傷聽覺。所以有一陣子某位聰明人把兩種藥減半，混在一起使用，希望平衡神經和聽覺神經的損害都減半。最後大家覺得dihydro streptomycin為害較大，不再用在病人身上，目前還用在牛馬豬犬的lepto-spirosis的治療上。

有一陣子還有人使用kanamycin治療肺結核。這藥比SM貴得多，ototoxicity也很高。我知道有一位中年婦人用這藥治好了她的肺病，但幾乎成為十足的聾子。為此她當年在花前月下發誓要「廝守終生」的丈夫，遺棄了她。真是一件悲傷的故事。

半世紀以後，我還沒搞懂，為什麼病房主任指示我們，照顧結核病人，不要戴口罩。他是肺病的專家，當年說是權威也不為過。主任當然知道，每一位開放性的TB病人，四周幾尺之內空氣，被褥和衣服都佈滿了可以致病的病菌，很容易沾染到醫師護士的口鼻上。也許戴上口罩，講起話來常聽不清楚，也看不清表情；病人看了會增加自卑的感覺。

我們諸嫩鴨，毫無防備地去跟病人講話，或做身體檢查；一進病房門口，心裡都

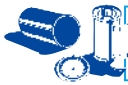
有幾分怕怕的。不曉得什麼時候，會中招受感染。炳權兄比我們聰明，想出一個解套妙策。他說每當靠近病人為他聽診時，叫病人把頭轉向另一側，這樣子他呼吸或咳嗽時，結核菌噴到醫師的臉上的機會，可以大大地減少。

競輝兄記得當年在六西實習時，每人每天可以喝一瓶免費的鮮奶，說是可以增加抵抗力。可惜牛奶的抗癆力不夠強，他去六西實習後沒多久，結核菌素（tuberculin）皮內試驗，由陰性轉為陽性。

令人費解的是，每星期一次的總迴診時，病房主任一定是全身披掛。除了戴上又厚又大的口罩，還穿上了隔離袍；威風凜凜，有如戲台上披盔帶甲，準備衝鋒陷陣的大將軍。圍在病床四週的一群隨從，沒有一個人陪主任戴口罩。當時我心中有個悶葫蘆，怎麼他叫我們別戴，他自己倒戴起口罩來？也許他老人家貴體比較重要。古語說「學而好問」；可是鴨寮守則是「有什麼疑問，閉嘴為上。等個四五十年再拿出來討論，也不算遲。」學一句現代中國的名詞，至少可以得到「平反」。

六西的頭等病房，經年住了一位醫界的資深老教授。他痰裡培養出的結核菌，對三種仙藥都有抗藥性。病房主任給他安排的治療，是每兩星期用兩種藥，三種藥換來換去「讓細菌頭痛！」真是妙人妙語。天知道本領高強的結核菌，會不會這麼簡單就被騙過？

仁慈的老教授，對年輕的醫師及護士們都很客氣，常是和顏悅色，說話輕聲細氣，



病房主任反對戴口罩的主張，老教授是百分之一百贊成；絕對不許任何人戴口罩進他的病房。

有次護理部主任特地來探望老教授。她一時迷糊，忘記了六西病房的禁忌，戴著口罩進了病房。老教授一見她臉上掛著“防毒面具”，立刻變了臉，凶巴巴地把她轟出去。有人說老教授做得太過份；我想他是一付菩薩心腸，擔心她被他的「全抗藥性」的毒菌感染，所以迫不及待地催她快快離開。一般人只看到表面，怎麼能體念到仁慈老人的一付好心呢！

### 6. 傷寒及霍亂的流行

古時候傷寒和霍亂常是瘟疫流行的元凶。和鼠疫、天花、流感、黃熱病及瘧疾一樣。病散播得快，許多人得病；又因沒有好的治療，死亡率很高。乙未年日軍侵佔台灣時，戰死的人不到兩百，可是在澎湖受霍亂侵襲，死亡的人數上千。

這兩種病的傳播，主要是因為飲食不潔和排泄物處理不當引起。當年台灣城市的自來水系統還夠水準；但「水肥」的處理就很粗陋，除了「陽溝」以外，「化糞池」就算是不錯的了。氣味薰鼻的水肥車常在街上開來開去。有的年輕女子走過會捏住鼻子，衛生工作人員看了很不高興，常會講些粗話來調侃她們。

那時傷寒病人不時會出現，幸好只是局限性（endemic）的流行。病人發高燒，虛弱無力，有時身上會發紅疹。如果脈搏不快（有relative bradycardia），白血球數低下，馬

上抽血做bile culture（傷寒菌在膽汁內容易生長）及Widal test。可以先開始治療，多半沒錯。

治療傷寒的獨一無二的妙方是氯黴素（chloromycetin，又名chloramphenicol）。常是幾天內病情就會減輕，一兩星期就會痊癒。當年我們都討厭它的英文名字，常會拼錯，怎麼不簡簡單單命名為“mycin”呢！

氯黴素很容易合成，所以價錢不高，它對許多別種細菌感染也有用；開業醫師和藥房老板都常用它。（那時醫師和藥房的職責不怎麼分明。藥師或藥房老板經常會出主意，賣藥給病人，不一定要有處方。醫師的診所也附設藥房，除了注射藥，也可以賣藥丸、藥粉、藥水、藥膏，應有盡有。直接找藥房拿藥，可以省一筆看醫師的診察費。）

服用氯黴素沒幾天，就會開始抑制骨髓的造血機能。所以每隔三天就得抽血，看看紅血球，白血球和血小板有沒明顯的減少。停用後通常都很快就復原。

最可怕的副作用，是再生不良性貧血 aplastic anemia。幸好病例不多，有人估計每24,000到50,000用此藥的只有一例。有時停藥幾個月以後才發病。

有位中年婦女患此症來住院。我們用各種藥物加上輸血，抗生素等，十天都沒進步。她還是每天發高燒，情況很不好。家屬要求「自動出院」，填了「志願書」把病人帶回家。諸醫師包括血液病專家劉P在內，都搖頭嘆息，認為她一定活不久了。

這病人是朝煌兄的鄰居。出院後她家人請來一位道士，為她作法驅邪。整天整夜鑼





鼓喧天，又大放炮竹，驚動四鄰好幾天。聽說不久她居然全好了；當然都歸功于這位大法師。朝煌兄說哪有這回事？我想這次醫師確實敗在法師手下。（也許震耳的鑼鼓聲，驚醒了骨髓內昏睡的造血細胞。哈哈）

時到如今，美國已不用氯黴素來治療傷寒；因為有別的好藥可用，副作用較少。但在貧窮國家，還是用這容易製造，價格便宜的好藥。好在三五萬中只有一人中招，得 aplastic anemia，這個風險還說得過去。

當年臺大常請西洋的名教授來演講指導。有次請到一位東洋的專家。這位大國手有個奇特的想法，他反對抗生素用普通的劑量，如250 mg QID。他認為只要用微量，如25 mg BID，就可以刺激身體的reticulo-endothelial system，由此產生抗體來消滅細菌。聽過他的宏論後，有幾位膽子大的年輕醫師真的用chloromycetin 25 mg BID來治傷寒。本鴨生性膽怯，不敢追隨。

台灣在1962年7月，霍亂流行了兩個半月。官方報告的患者人數383，指的是糞便中培養出*Vibrio cholerae*才算。其實感染霍亂菌的人，很多只有輕微症狀；大約有百分之十的人才會連續水瀉，受不了才去求醫。那個夏天，凡是來到急診處不停拉肚子的病人，打上點滴立刻轉去市立傳染病院。臺大醫院的六東傳染病房一律不收。幾次有病人來，我特別去看便盆，從來沒看到教科書上描寫的「米湯樣的糞便（rice water stool）」。

治療的第一要務，是儘快地糾正脫水，注射大量的電解質液體。情況稍好可以喝東

西時，輔助以甜鹹水（糖加鹽加水）。WHO有個文雅的名詞ORT（Oral Rehydration Therapy）。醫師們常用的法寶——抗生素，沒有多大用處，也許能稍稍縮短病期。

武雄兄剛好在傳染病院工作。通常我們是每兩星期調換一次。感染科的謝醫師特別請他連續留住，直到疫情消除才回來。他隻身獨當防疫重任，妻小都無法照顧。兩個月他只回家一兩次。我們內科諸同學都特別感激他。11月醫學會上，武雄兄報告他兩月照料霍亂病人的經過。講得頭頭是道，也有精闢的見解。大家都很羨慕他；因為通常都是資深醫師上台，沒有嫩鴨開口的份，武雄能出面報告，都是因為指導老師謝醫師秉性忠厚，願意提攜後輩。

一般來講醫學生或年輕醫師，做了研究或統計，在雜誌上發表；常是指導教授們領銜排頭名。當年我寫畢業論文，跟致和兄合作，恭請和藹可親的葉醫師指導。兩人花了許多時間翻病歷，找參考資料，做統計分析。我還多次騎著我那架老舊的「富士霸王」腳踏車，做家庭訪視，追蹤病人。小心翼翼抄好四份定稿，交上去幾次都被退回。說「不夠好，重來！」最後這論文在醫學雜誌上發表。作者的名字不是吳和蘇，而是葉和劉；我心中納悶，這樣做算不算是「剽竊」？

（作者係母校醫科1959年畢業，現退休於美國Oklahoma州鄉下）



## 我們這一代的台美人

文／林靜竹

**嚴**冬即將過去，春天接著到來，大地上會添加許多活潑的氣息，給人們帶來更多的盼望。可是歲月催人老，我雖不很情願，卻不得不步入人生最後的老人階段。最近常回憶過去的人生經驗，思考未來世界的演變，尤其是故鄉台灣的前途。

我的人生三分之一在台灣，三分之二在美國，所以被稱為台美人。想到我們小時候在台灣被父母親如何撫養我們，教育我們。當然也會想到我們在美國如何養育我們的孩子，作為第一代美國移民的艱難奮鬥。我們父母親那一代（90歲至110歲）大部份已走入歷史。他（她）們的事蹟都會留在我們心中，永不忘懷。我們的子女那一代（30歲至50歲）都已完成學業，進入美國社會工作，經濟能力比我們強，不少在其專業上有相當的成就。雖然他（她）們或多或少有祖國的「台灣意識」，實際上是過著美國化的生活。有人戲稱為黃皮白心的「香蕉」，這是大部份第二代移民的趨勢。

我們這一代的台美人（65歲至85歲）都在台灣受教育卻不能根留台灣，雖然思念故鄉卻不能為故鄉效力。經歷了含辛茹苦的留學生涯後在美國成家立業。年老退休之後本應安居樂業，可是心理上掛念故鄉，總想著如何使台灣成為真正民主，自由，有人權的獨立國家，東方的瑞士。我們這一代台美人的遭遇有許多共同的經驗，共同的記憶，

也有很多共同的理想和盼望。試想我們這一代比我們父母那一代，比我們子女那一代，那一代最幸福？我覺得我們這一代「比下不足，比上有餘」。

我小學時代台灣是日本統治下的殖民地，我就讀離台中不遠的鄉下小學，潭子國民學校。當時物資缺乏，同學們只有十分之一有鞋穿，十分之九是赤足。台灣時常下雨，許多同學戴瓜笠（斗笠），能撐傘或穿雨衣的也較少。一年級時母親給我買了一件較長的雨衣，因那時年年長高，雨衣至少要用三年。同住在頭家厝的同學蕭炳坤，林秋田，林秋江和我常一起走路上學。下雨天鄉村小路泥爛，水坑滿地。我的雨衣太長拖泥帶水，泥漿四濺，便拜託戴瓜笠的林秋田同學走在我後面拉起我的雨衣尾行走，很像伴娘拉起新娘服的拖裙，模樣十分可笑。

小學三年級時，太平洋戰爭爆發後日軍節節戰敗，美軍連續轟炸台灣。空襲警報一響，我們便要迅速躲入防空洞。但是慢慢地養成惰性，失去警覺而在防空洞外觀看高空中銀白色閃耀的B-29轟炸機飛行，地面的高射砲半空中開花，射不到飛機。有一次離我們學校不遠的潭子糖廠被炸得十分厲害，延燒數日，廠房幾乎完全被夷為平地。

父母親那一代第一個問題就是面臨戰時物資缺乏，日本政府實施食物配給制度。居民中日本人有優惠配給較多，二等國民的台



灣人配給較少，大量食品供給軍方。為了控制豬肉不外流，農家飼養的豬隻都要登記，由鄉公所的獸醫在每一隻豬的耳朵上剪一個洞作記號。俗語說「道高一尺魔高一丈」，有些農民就暗中將養大的豬偷偷殺掉，黑市賣豬肉，並以小豬取代殺掉的大豬連絡獸醫在小豬耳上作記號。當警察來巡察時農民就說因飼料不足，豬都養不大云云。那一段日子，我父親就常買黑市豬肉加菜。

父母親那一代面臨的另一個問題是戰時徵兵。那時的台灣青年一批一批被徵召，送到南洋戰區當軍伕。也有些醫師被徵召為軍醫。可是正式的軍人和軍官都是日本青年，就如「神風特攻隊」自殺飛機，一去不回的駕駛員也都是日本青年。我父親因為是負責一家生計的獨子優後徵召，後來時勢所驅，連三十多歲的中年人也被徵召，父親遂自動在台中市山區大坑的戰時彈藥庫當守衛，以免被徵召為南洋軍伕，服役期間也可時常回家。他的幾位日本長官也到我家探訪幾次，屆時難免殺雞宴請一番。戰後他們將一隻訓練過的狼犬送給父親，這便是我小時候在家中養的第一隻狗。

其實日本統治台灣的措施並不都是負面的。不久前看到「霧社事件」的電影，日本人和高山族的衝突殘殺非常激烈，日本人採取滅族滅村的攻擊。日本治台初期是採取平亂、高壓、輕視台灣人的激烈手段。但是十五年後轉成建設台灣的措施，辦學校、設醫院、興水利、發展交通、發展工業。同時戒除台灣人惡習如吸鴉片，女人纏腳等等都是正面的治績。台北帝國大學是日本有數的好

大學之一，人才輩出。父母親那一代的留學生多數留學日本，接受日本人同等的高等教育，多數回台貢獻。日治時代台灣的治安很好，社會秩序井然，是一個現代化文明的社會。

戰後陳儀接收台灣，大量採用外省人為主管：貪腐濫權，帶來社會的不穩定。物價波動，台幣貶值（舊台幣四萬元換新台幣一元）。接著發生二二八事件，殺害了不少台灣菁英。蔣介石時代白色恐怖和長期戒嚴，使父母親那一代遭遇到前所未有的心理創傷。這種經歷和案例近來有很多報導，在此我不想重複寫出。單論國民黨在很多機關安插無能的中國人為主管，壓制有專長的台灣人的一項事實，就可見在國民黨統治下台灣人再度成為次等國民。

有一位曾在台灣住過的美國官員到芝加哥大學演講，他提到台灣在1990年以後的經濟奇蹟的基礎是建立在陳誠的土地改革政策和蔣夢麟等提倡的人口控制政策。土地改革包括「三七五減租」和「耕者有其田」。日治時代，地主得收入的六成，佃農得四成，我覺得相當不合理。三七五減租實行後地主得收成的37.5%，而佃農得62.5%使佃農能有積蓄，農村漸漸發達起來，是個好政策。可是「耕者有其田」是政府將地主的田產以廉價收購再分給佃農，然後佃農以糧食償還政府。政府再以四種公司股票償還地主。那時股票市價很低，地主的損失慘重。這種手段雖比中國共產黨清算鬥爭地主的手段溫和，我仍然覺得相當不合理。至於人口控制政策由台灣衛生處執行，美國在紐約的人口研究





中心出資在台灣設置「子宮內避孕器實驗區」。結果選定省立台中醫院旁邊設立「台灣人口中心」。當時身兼台大醫院副院長及婦產科主任的魏炳炎教授和政府合作，派遣台大婦產科第二年住院醫師，我和我的同期同事，輪流每人兩個月到人口中心專門施行婦女子宮內避孕器置入手術，每天30人。這是1963年至1964年間的事。這個實驗成功之後，子宮內避孕器盛行於美國，成為僅次於口服避孕藥片的避孕方法。1980年美國再度選定台灣為「B型肝炎疫苗實驗區」，結果也很成功，帶給台灣B型肝炎和肝癌大量遞減的效果。我們原則上反對別人將台灣人當成動物實驗的天竺鼠，可是「塞翁失馬，焉知非福」，美國的實驗對台灣人卻造成意想不到的貢獻。

父母親那一代進入老年階段後，我們這一代的台美人在美國成家立業，父母親只好依靠永住台灣的兄弟姐妹照顧奉養。在兩蔣「黑名單」時代，有些台美人無法在父母病重時回台探視，隨侍病床。甚而父母逝世時無法回台奔喪。子欲養而親不待，孝道何在？有些父母親來到美國，既不會開車，也不適應美國生活，不比在台灣時快樂。

我們這一代的台美人可以說是在台灣受大學教育的菁英到美國深造的留學生。台灣留學美國的高潮在1950年代至1980年代。1970年代以後加上台灣工商企業界派出的優秀人物，或小資本家在美國這個能築夢的自由國度發展。大部份的第一代台美人都崇尚民主、自由、和人權，所以也希望台灣能成為像美國一樣的現代化民主國家。在兩蔣時

代，我們這一代台灣人，因國民黨一黨專政，學成想回國貢獻，受到種種限制，尤其是「黑名單」使一些人走上不歸路，而滯留美國。

美國建國二百四十年來，一直是維持自由民主和鼓勵移民的大國。第二次世界大戰之後國力強盛，科技進步，因為收留了世界各地眾多的流亡菁英。大戰前受欺壓的猶太人目前把持著美國的財經和學術界，在政治上也漸漸出人頭地。我們這一代的台美人對於美國興盛的國情應該都有體會。另一方面美國1960及1970年代，正值越戰時期，青年們反戰情緒高昂，也發生警察射殺俄州Kent州立大學學生事件。黑人領袖馬丁路得金恩（Martin Luther King）被暗殺後，黑人人權運動蓬勃發展。1970年代有些美國青年重返自然、男女群居一處，男的蓄長鬚，女的留長髮的嬉皮時代。英國的「披頭四人」搖滾音樂訪美大受歡迎。紐約Woodstock的野外露天搖滾音樂會，超過兩萬青年由各地齊聚一處露宿好幾天，成為當時美國社會的一大奇觀。

台灣人留學生大部份由勤讀、打工、租公寓、買中古車開始。週末節期同鄉相聚或野餐，或輪流家中請客，笑談生活點滴，互通故鄉台灣消息，自然而然的組成各地的台灣同鄉會。後來生活環境漸佳，工作職務及收入改善，有人開始買屋，為兒女找最好的學校，也關心台灣的前途。各種台灣人社團於1980年代相繼產生。有教授協會，醫師協會，婦女會，公共事務會，工程師協會，會計師協會，台商會，客家會，台灣人教會，



佛教慈濟會，如雨後春筍般出現。1960年代就發起的台灣獨立運動也隨著台灣意識的提昇而更加強大。這些社團的成長壯大，對於台灣的民主運動，黨外政治力量的形成，和反對黨的成立都有推波助瀾的作用。

1990年我擔任第十屆北美洲台灣人教授協會會長時，將會務的最高目標放在首次回台灣開年會。當時台灣雖已解嚴，釋放政治犯，可是國民黨的舊勢力仍然主控政局，政局動盪。國代選出的總統李登輝不得不提名長期掌握軍權的郝柏村為行政院長。於是有野百合學生靜坐中正廟呼籲解散長年不改選的國會，民選總統。接著李登輝總統召開國是會議，也修改憲法。海外黑名單部份解除，但未完全打破，乃有李應元翻牆潛入台灣的插曲。大家不顧路途遙遠，旅費昂貴，參加年會的會員及眷屬達150人，成為北美洲台灣人教授協會十年來最盛大的年會。美中不足的是郝柏村竟然阻止原訂參加年會的閣員和台北市長出席，也阻止北美教授協會代表面見李登輝總統。這次年會鼓舞了不少以學術研究為專業，關心台灣為職志的人士陸續回台灣貢獻。許多台美人社團也接續回台灣開年會。2000年，2004年，2008年，及2012年四次台灣總統大選，台美人回台投票的風潮一次比一次熱烈。以台灣獨立建國為目標的民進黨為此執政了八年。

我們這一代的台美人非常重視子女的教育，培養第二代台美人的實力，進入美國社會各階層服務，完成承先啟後的使命。我們這一代的台美人，雖然為數不多，盼望能像猶太人一樣在美國造成一股強大的力量幫助

台灣建國。若能如此，已屆退休年齡的我們這一代便可放心了。

我們的子女是台灣人移民的第二代，在美國受教育，在美國優良的環境長大，美國對外雖有局部戰爭，但是國內局勢相當穩定。他們享受了豐衣足食的生活，受到自由、民主、人權觀念的洗禮，也學到了關懷弱勢，愛人類的精神。換句話說基督教的愛、佛教的慈悲、儒家修身、齊家平天下的觀念，因父母的教導和學校教育都會在他們成長的過程中被灌輸。他們學業有成，工作的環境和職位都比他們父母優裕。更有進者，他們正處於網路的高科技時代，一個手機，一個網盤（如iPad）在手，便可以知天下事，享受音樂和娛樂，互通信息。他們是天之驕子！雖然父母親給他們「台灣意識」，畢竟他們是美國人，台灣只是他們好玩的祖國而已。

話又說回來，有少數第二代台美人也很關心台灣，台美人社團逐漸有第二代台美人接棒。第二代台美人中有許多優秀的律師、企業界能手、醫師、商業經紀人、工程師等等。以我家為例，就培養了兩位醫師，一位舞蹈治療的心理學舞者。台美人第二代也有多人從政，表現出色。如舊金山議會議長邱信福（David Chiu）和加州第九高等法院法官劉弘威（Goodwin Liu）便是兩個好例子。站在第一代台美人的立場，盼望第二代台美人能影響美國政府及國會，對台灣前途有所幫助，則於願足矣。

（作者係母院醫學系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）



# 畢業55週年紀念致詞

文／戴鐵雄

**畢**業55週紀念致詞大家好！

A. 本班很平凡，沒人當大官，民意代表，可是很特出：

- 一、本班有連倚南、戴鐵雄二位，於102年及103年前後獲得「個人醫療奉獻獎」。
- 二、有韓良誠、戴鐵雄二位獲得賴其萬教授主編的「當代醫學」推薦為「台灣良醫」。

B. 同學貢獻榜：

- 一、連倚南從無到有，一手創設復健系，有台灣復健之父雅號。目前復健與陳萬裕老師創建的「洗腎」，已成健保局最大支出的二項項目。可見復健對全民貢獻之大。僅向連教授之最敬禮。
- 二、被尊稱台灣第一刀的耳鼻喉科徐茂銘，開刀救治無數癌症，又一直擔任「台灣醫界」總編輯，為醫界發聲，並選刊醫療再教育論文，以努力提昇開業醫師的專業水準，而且在家裡看「台灣醫界」，每月也可獲專業品質及專業課題各二分，為繁忙的醫師同仁幫了不少忙，真謝謝他。  
年輕時也遠赴「利比亞」做醫療外交。

- 三、陳德照是台灣近視眼矯正手術的先驅。
- 四、在美國的郭哲舟分離出砂眼細菌，並發現土黴素（TERRAMYCIN）可根治砂眼，使4-50年代以前猖獗的砂眼絕跡。在場的年輕學弟，應該都沒看過砂眼病人罷！不知林芳郁與侯勝茂部長有沒看過砂眼病人。
- 五、在美國的陳友珍出版兩本厚達二十公分的有關chromosone先天異常與畸形兒的鉅著，被全世界醫學院公認為重要參考書。
- 六、陳明庭教授與韓良誠教授分別在臺大與成大醫學院，教出目前台灣最有名、最受歡迎的台北柯文哲，台南賴清德兩位市長。而且，不久的將來都有可能成為台灣總統。
- 七、韓良誠為賴清德近日出版的暢銷書「看見未來」撰寫序文，內容精彩，不必看書的內容，光看此滿溢「師徒情深」的序文，就已完全掌握全書精粹與認知「賴神」的人品道德了，難怪，賴市長把良誠的序文，擺在李登輝與成大校長黃煌輝之後的第3順位。這位賴清德的恩師韓良誠將成網路名人，小弟僅在此向將來賴總統的老師韓良誠兄一鞠躬，





念在你我相交半世紀多友情，屆時要拉小弟一把，限於80多高齡，無法像林芳郁及侯勝茂兩學弟當上「衛生署長」，至少也弄個「總統顧問」，讓小弟走老運，過過「官癮」好嗎？

八、韓良誠與弟弟韓良俊教授聯合出版二鉅冊「演講錄與醫學論文等」。

九、韓良誠因家庭因素放棄臺大醫院可獲博士、教授的「外科R」，返台南開業後，又到日本花二年修得寄生蟲學博士，再到夏威夷大學深造老人醫學一年，回來後，幾十年來都在臺大、成大兩大醫學院當教授，是醫界罕見的開業又兼寄生蟲基礎醫學及臨床教學雙教授的怪傑；還擔任景福會董事，又是景福館的大奉獻者。

十、韓良誠也是我的主治醫師，他嫌我肚子太大，每次通電話第一句話就問，「鐵仔，『織嬾』幾公斤」，逼得我撒謊，把七十三公斤說成66，免得被「碎碎唸」。

十一、陳明庭讓台灣的整型外科突飛猛進，也是在台灣醫界五大皆空後，醫師最佳轉型的「醫美科」催生婆；戴鐵雄的外孫女先天一隻指頭大的小耳朵，經他妙手回春，已成五官完美的美少女。

十二、林洪謙以81高齡，去年與夫人攻上日本富士山頂，且還會「逆立（倒頭蔥）」。去年出版一本圖文並茂的環遊世界各國記。

十三、李汝城擅長「古詩七言絕句」，常即

興信筆揮來就是佳構一首，作品已足夠出版三本「唐詩三百首」。

十四、李羸順學生時代文靜儒雅、木訥寡語、號稱「天才」的「白面書生」，結婚後脫胎換骨成為能歌善舞雙棲表演王。

十五、林秀三專研malignant lymphoma的X-ray deep therapy，做了許多leukemia的bone marrow移植；最令人surprise的是，他竟利用X-ray therapy，控制並治癒malaria（瘧疾）。

十六、賴樺玉博士在北部開一家第一名婦產科醫院，幾十年來迎接3萬多名新生命來到人間，北部很多有頭有臉士女，很多都由她的雙手歡接降臨世界凡間。她也是我班班花。

十七、林清森專研病理，出版很多學術研究性的著作，雖然不很硬朗，但仍從事著作出版，令人敬仰。他與我自屏東中學初中部而台南一中高中部，到臺大醫學院至今已相交69載。

他以E-MAIL告訴我：退休後獨自住在偏鄉寧靜的村間，整日以寸間不懈的讀書與揮毫，陪伴寂寞的一夜又一天，令白髮蒼蒼的老友，情難自抑的淌下縱橫的老淚。

十八、曾聰明自台北市立仁愛醫院長退休後，退而不休，仍繼續掛起聽筒服務病患。他與王乃三成大醫學院長為網球健將，曾獲全國大專聯賽冠軍。

十九、余福祺美國留學回來，在臺大醫院任職，目前在兒子們開設的醫院「看頭



看尾」。

二十、莊壽洺為臺大病理博士主任，默默的為臨床醫師提供優質的病理報告；是本班「愜愜型」學者，不過三杯下肚，可就妙語如珠。

他對台語文字花下了很深奧的研究，國學基礎無比深厚，他出版二大冊書，才疏學淺的我看了半天猶摸不著門路，翻遍國語，台語字典，猶弄不懂「千奇百怪」奇文中的真髓，真服了他。

### C. 分散海內外同學的成就：

- 一、本班畢業時有69名，當年是戒嚴時期，大家「肖出國」，一下就有49名同學「過鹽水，去美國喝洋水」，只有20名「留台」。數年後，有連倚南、陳明庭、陳德照、余福祺、蔡宏原5名學成返台，合成25名。
- 二、目前在台尚有16名，在美27名，日本1名，加拿大1名，共45名。24名往生。
- 三、成就：因大部份在美國深造，因此培養出36名教授；29名博士與專家學者；3名院長：台北市立仁愛醫院院長曾聰明退而不休，成大醫院院長王乃三與基隆市立醫院院長林永金已成千古；戴鐵雄曾撰文「故人已乘黃鶴去、徒留音容在人間」一文刊於「景福」，以懷念王乃三院長。現在請默禱5秒鐘，祈禱，駕乘祥雲飛往天堂的24位同學，在極樂世界安享仙界美境。
- 四、只有一位老班長戴鐵雄同學甚麼都不

是，只好躲到偏遠的恆春去開一家「戴外科診所」，自封院長以自慰。因此才有時間多看書，才會不務正業，有「閒暇」筆耕而出版13本長篇小說，散文，法醫，政論等書籍。其中，上下二冊30多萬字長篇小說，以描述戴鐵雄夫婦的戀愛故事為經，暗藏台灣40年代所經歷「二次世界大戰末期盟機的摧殘」，台灣光復後「二二八」，「三七五減租」，「物價一日三市」導致「舊台幣四萬元換新台幣一元」，白色恐怖，長期戒嚴等，台灣人經歷過的一段「坎坷路」歷史，引起海內外讀者的共鳴（該小說已絕版，不過臺大醫學院及校本部圖書館有藏書，有興趣可去借讀）。還參加多項徵文比賽得獎，並經常不自量力的，撰文在本院景福會的「景福醫訊」及徐茂銘主編的「台灣醫界」刊載。又在多份報紙的讀者論壇發表鍼砭時事的文章。

因此，才能獲得「個人醫療奉獻獎」及獲推薦為「台灣良醫」。

### D. E-MAIL：

本班同學友誼濃厚，卻因大部份出國，在美國的又都散居各地，聯絡不易，班長乃想到以E-MAIL互通訊息，既快又省錢，獲得贊同，因此，戴鐵雄寫了一篇「E-MAIL縮短同學距離」，刊登於「景福」，獲得各屆同學回應，並都仿效我們。



### E. 同學會 (REUNION) :

因戴鐵雄在台北市舉辦大兒子完婚喜宴（由連倚南教授代為張羅場地），中北部同學10多位都參加，宛如一次同學會，引起定期召開同學會構想，乃於2000年由李煙景主辦「南歐21日遊」，2005由戴鐵雄主辦高屏七日遊，2008韓良誠的台南遊，2010北部陳明庭，連倚南，徐茂銘，賴樺玉的北部遊，2012戴鐵雄的「曾文水庫」遊。

然後是去年2014李胤順夫婦的夏威夷乘郵輪環遊四島，路癡的戴鐵雄，在遊輪上也常迷路，找不到臥房、餐廳，有次由「服務生」將找不到餐廳的戴鐵雄帶到同學聚餐室交還戴太太，她氣不過罵聲「白癡」，戴鐵雄回以「古聖人說：聰明能幹的太太，常常訓練出一位白痴先生」，氣得太太加罵一句「白目！」，咳！我這位戴鐵雄，若早知道，自己與柯文哲一樣是屬於「白目」族，我早就參與台北市長選舉，當上首都市長了，

說不定，目前的總統名字叫做「白目戴鐵雄」呢！真可惜。如今，景福也常見各屆同學會旅遊文章的刊載了。

### F. 「青杏」：

臺大醫學院學生自己編輯的「青杏」學生雜誌（一年刊出一本），是本班戴鐵雄於醫預科二年時與醫四的沈永訓學長共同創刊，醫三開始就全部由本班主編。當時出版費須新臺幣1.400元，訓導處董大成主任（生化學科主任教授）只補助新台幣600元，其餘800元，戴鐵雄、羅俊宏、劉奕銑、黃照旗等

編輯委員都得於每學期末，學期考試正緊張時，抽空到各大藥廠辦公室去募捐廣告，以籌取印刷費的艱辛甘苦，至今還深深銘刻腦海中。

到醫七才交由學妹喬曉芙等接辦，共出版24年共24期因無人接辦而停刊，幾年後，臺大景福會成立，才由「景福」醫訊延續煙火，使臺大醫學院師生與畢業校友，又獲得一份自己的刊物園地，在感謝景福會的無私奉獻外，更要感謝王亮月、徐苑儒、黃秀麗小姐們的精心編排。

### G. 追憶求學年華：

一、學生宿舍：景福會徐苑儒小姐致電戴鐵雄：「戴醫師，我是景福會苑儒啦！好久不見，4月21日院慶，要請你返院參加『畢業55年紀念』，並代表你們這一班致詞」。55加畢業時的27歲，豈不就是82歲，拿鏡子一照，映出「髮蒼蒼而視茫茫」的一老翁，頓時走進「時光隧道」……繞過擋在宿舍與中山南路側門間的「大違建」教育部側邊小巷道，登上三個石階，回到與徐茂銘、曾聰明、陳維藩同學「同居」的學生宿舍「南館101室」，下課後手拿網球拍，經過與併排的「西館」連接的古色古香，彎彎曲曲木造迴欄橋（在此迴欄橋上，戴鐵雄初次邂逅了夫人林雪信小姐而墜入情網），跨出日本人留下的本館木造地板，繞過由一位退伍老兵老林，每晚為住宿男女生燒熱水的男生女生洗澡間（浴室），走進網球場；左側是三餐必





到的餐廳，裡面擺有一乒乓球桌，是戴鐵雄連續兩任，當了4年宿舍總幹事時所購置的，還有一位餐廳之花，每餐讓同學「眼睛吃冰淇淋」的漂亮販賣部小姐「みーちいあん」；右側是木造體育館，存放籃、足球及球網，球棒，球套及一些簡單健身器具，還有一撞球檯，也是戴鐵雄購置。

二、藥學系大樓：緊接餐廳（再接下去就是蔡錫圭教授的比較解剖學教室），在這裡我們吃盡了李鎮源主任教授每星期都補考一次，「愈補愈大孔」的苦頭（雖然期末考大放水，簡單的考題讓大家都獲90分以上）。（註：第一月考題目奇難，只有不到二成60多分，他好心的要班長戴鐵雄宣布，不及格的可登記參加補考，可獲得因二次分數相加除以二的分數，因題目越考越難，所以分數就越考越少，所以同學戲稱為「愈補愈大孔」。）

三、紅樓與圖書館：由網球場可遙望男生禁地的女生宿舍二層紅樓，回想每年院慶，男生們爭先恐後趕往開放參觀的女同學寢室，尤其是在座的班花，賴樺玉同學的閨房絕不放過的情境，不禁莞爾。

右前方是圖書館，在館中孕育出數對圖書館情侶，我們班上就有楊庚申與柯銀治一對博士夫婦，目前在高雄市開一家「楊柯醫院」，楊庚申是留日回來後，成為以「電子顯微鏡」接斷指斷肢的先進，是台灣（hand surgery）的大功臣。

四、十項總冠軍：圖書館附近有籃球場，後方是廣大足球兼棒球場，醫學院每年都舉辦年級對抗10項比賽（藥學系成一單位），項目有：網球、桌球、籃球、棒球、排球、足球、撞球、橋牌、象棋、圍棋等十項；本班各項人才濟濟，有曾聰明、王乃三、洪朝煌、林宗鐵、陳友珍、戴鐵雄、張德輝、廖銘東、黃照旗、劉滄波等各路英雄好漢，所以從醫三到醫六，本班連續4年，都獲總冠軍。

五、大禮堂：圖書館右側遙對古董級大禮堂，醫學院每年都舉辦一場年終晚會，班上有一位男高音歌王陳瑞泰及男中音歌王黃國泰是晚會中，杏林合唱團的主唱者；陳維籥，蘇以守是管弦樂團員；楊庚申與護校生合演的邊疆熱舞「掀起了妳的蓋頭來，讓我來看看妳的臉」，都讓本班大出風頭。

尤其史無前例的，由林洪謙與戴鐵雄攜手演出的「莎士比亞」名劇「學生兄弟」壓軸舞臺戲，獲得所有師生的肯定，演出者有男主角林洪謙，僕人戴鐵雄，巧扮僕人學生弟弟的陳維籥，交際花由楊庚申反串，市長劉奕銑等，因為醫學院歲末晚會尚未有舞台劇演出的前例，本班演出又相當成功，大受師長同學讚賞。

董大成主任於晚會隨著該劇謝幕後，立即要求導演戴鐵雄，明年要再推出壓軸戲，此一創舉乃使舞台劇成為以後年終晚會壓軸的慣例。

接受訓導主任董大成教授敦請，次年醫



四時，本班又演出戴鐵雄導演的莎翁名劇「威尼斯商人」，由羅俊宏飾男主角「巴撒尼奧」，林洪謙演「巴」友「安東尼奧」，黃國泰演「公主侍衛」，楊庚申「摩洛哥王子」，陳友珍「阿拉伯親王」，徐茂銘演「可恨的猶太人」，向師範學院借調二位女生扮女主角「格勞蒂奧娜」及婢女「捏麗莎」，全班女同學賴樺玉、吳競聰、蘇端儀、宋景孚、柯銀治等，花數夜趕工合力縫製舞台裝（以亮麗亮晶紙，糊貼成的古裝紳士上衣，以冬天緊縮長睡褲，冒充武士長褲），蔡東京的台詞幕後傳誦，同學們合力製造的旋轉五色變化燈，及恐怖音響的適時播放，使得「可恨的猶太人」徐茂銘發出低沉陰森得意恐怖的笑聲（為此笑聲徐茂銘苦練了一星期），舉起尖刀要插進「安東尼奧」的胸腔割取一斤心臟時，禮堂內燈光全熄，一片黑暗中只見不斷旋轉變換的五色青紅藍綠黃彩光射向舞台上，加上恐怖音響，弄得全場觀眾鴉雀無聲，瞪目屏息，適時的女扮男裝冒充法官的公主女主角出聲喝令貪婪的猶太人只准割取一斤心臟，少一分，多一兩都不可，逼得猶太人垂頭喪氣的放下手，燈光立即大亮，所有觀眾齊聲吐出一口長氣，隨即響起如雷掌聲，筆者在幕後看到，時任訓導主任的董大成教授，魏火曜院長及所有教授貴賓都忘情的鼓掌，散場後，董教授還與所有演出人員合照留念，這是本班最光榮的時刻，那榮耀的情景，想必

終生深深的銘刻在所有本班同學的心中，永難磨滅。

六、「大體解剖室」：右前方是「大體解剖室」，在密室大池中，以formalin浸泡奉獻的大體（屍體）。解剖學由七位同學共同解剖一具「奉獻醫學」的大體，在開始解剖前，鄭聰明助教在擺放十具大體的解剖台前，佈置擺放水果「牲禮」的供桌，供同學祭拜，鄭聰明助教當時教誨我們「要能尊重死者，才能關懷生者」，這一句話，戴鐵雄奉為終生行醫的座右銘，也因此才會當了檢察署的義務法醫，從事40年驗屍工作，完成了「法醫奇緣」一書；也因為「視病如親」的行醫精神，才幸運的進入「臺灣良醫列傳」之列。

而「魏火曜」教授院長所教導「醫者必須『視病猶親』，才能對病人『do my best』」，成為我班同學終生堅守奉行的座右銘。

七、醫學倫理：現在的醫學教育，只教授高超的醫療技術，卻忽略最重要的「醫學倫理」，於是，醫師被訓練成「醫儉」，賺錢擺第一，醫德深藏「金庫」中，將宋瑞樓等老師，於「臨床醫學」所教「HISTORY TAKING」，「PI」，「PE」等忘得一乾二淨，只簡單的問：那裡不舒服，開業醫師就開藥，醫院醫師就開出一大堆「檢驗」，「檢查單」，造成誤診，延誤病情等已非新聞。這些，期待在座教授們，對青年學子，能多灌輸「醫學倫理」，像宋教授



所囑咐「不可忘記你的聽筒」，楊思標教授的「不可只憑一張胸部X光就作最後診斷」，高天成院長的「醫者是良心事業」，魏火曜院長的「要視病如親」，鄭聰明老師的「能尊重死者、才能關懷生者」等教導金言，都讓本班同學相聚時所津津樂道，也是我們行醫時，終生尊奉的「金玉良言」，年輕醫師若都能做到這樣，才是萬民之福。

### 八、五大皆空之因：

1. 婦兒科萎縮之因：年輕人晚婚風氣，因低薪致房子租、買不起；奶粉、教育費付不起，致小孩生不起；小孩一個恰恰好，兩個不算少的少子化觀念，致病人來源大減。
2. 外科萎縮之因：訓練期間長，獨資開業不易，最後只好去財團醫院當醫奴。
3. 內科：大部份病人被耳鼻喉科搶走，門可羅雀。
4. 急診醫師：醫療糾紛風險大，易遭暴力攻擊，生活作息，日夜倒轉（陰陽倒反），影響健康及夫婦感情。
5. 健保給付「不同工同酬」，於是「訓練期間短就可『出師』」，只看一眼就可獲診斷費330元，絕對與病人「存活」毫無關聯，毫無糾紛風險的「皮膚科」，成為被功利社會所污染的年輕醫師的最愛，以前的最冷門，成為目前醫學生的第一選項。白內障手術可以收取很多自費名堂的眼科及不務正業，專看「內兒科」的耳鼻喉科成為第二選項。（請問，有那位開業的ENT專科在做最基本的

「TONSILLECTOMY」的？）。

職場競爭壓力帶來的精神壓力，衍生太多「心神障礙者」，使精神科門庭若市。

CT、MRI、X-RAY DEEP THERAPY及螺旋刀的出現，讓放射線科成熟門。

不知侯勝茂與林芳郁部長及各位教授，對目前的醫療生態大變革有無良策？

### 九、目前健保不良設計，摧毀了醫療生態與環境：

1. 綜合預算制獨肥「財團五級大醫院」的保證月收金額，使大醫院吞噬四分之一以上的健保總支出，為了湊足綜合支付額，大醫院只好亂開藥，亂檢查，做太多不必要開刀與動脈支架等，加上「五級轉診制度」形同虛設，後果是讓地區醫院一間一間關，診所業務萎縮；上述後果，造成繳同樣的健保費，都市與鄉間醫療水準鉅大差異的不公平，不知各位先進有無注意到，及有何良策？

### H. 驀然回首：

一陣刺耳電話鈴聲，驚醒夢遊人，驀然回首，半世紀已飛逝，又返回恆春了。那端又傳來「苑儒」聲音「戴醫師！陳明庭與韓良誠教授說，你是七年老班長，又獲醫療奉獻獎，海內外同學的一切，只有你最了解，不能再推給班上教授們了……咳！文筆那麼好，怎可能口才不好，別推了」。就這樣被苑儒，亮月二位小姐及同窗好友教授們設計，硬被推到這個講台上獻醜了，到現在我還是「雙腳『皮皮搓』」呢。

一、NEXT NEXT年華：我曾在93年4月份



「景福醫訊」刊登「最是懷念那NEXT NEXT年華」，以緬懷七年醫學生生涯中，所有各科恩師的剪影、寫照，又於96年2月份刊登「走過了平凡卻充滿溫馨難忘、咀嚼再三、追憶無窮的五十年」，記述「畢業五十年的同窗情誼，夢樣般往事追憶，與已經花甲年華的我們這一群老紳士老淑女的幾度難忘一再迴旋心湖腦海的重聚花絮」。

1953年8月29日，單獨招生的臺大的錄取新生放榜，我們幸運的名列僅收70名，所謂「秀才班」的臺大醫學院新生榜單中，以雀躍心情，去迎接嚴酷的醫學課程：

1. 解剖學大體實驗考試，余錦泉主任教授的臨「體」口試，他隨興的可以從頭問到腳，像下腔動脈的分支全貌，上或下肢的肌肉或神經分布網絡，心肺大小循環，大小腦的各部構造等，真叫人心急又口吃。
2. 「林槐三」教授的組織學顯微鏡切片考試，在助教敲響一分鐘已到必須換桌位換顯微鏡鈴聲中，喘不過氣的我們緊張得「剉尿」的情景，相信同學們至今記憶猶新。
3. 生理學的方懷時與彭明聰是我們最「不怕」的紳士教授。他們的考試是最不帶給我們「心驚肉跳」的，而且這科目對以後學病理及行醫時，非常重要。
4. 董大成主任所授生化學，至今還讓我受用不少。
5. 胚胎學及其實驗讓我們體會了精卵受精後發育成胚胎而至成胎兒的過程，對邇後學

習產科助益良多。

6. 「放射解剖學」也讓至今猶親自操作攝影X光片的我，幫助不少（我雖年已82歲，猶在替病人徒手整復骨折【是從陳博約教授學來的】），還可診斷胃穿孔，腸阻塞，肺炎，肋膜炎等（年輕時，在鄉下，我是在學校所學的內、外、兒、婦產、耳鼻喉、眼、皮尿、精神科全看，誰叫我是公立恆春醫院院長，鄉下人認為『臺大出身的院長』是全能的，我能漏臺大的氣嗎？）。
7. 寄生蟲的黃文獻教授與嚴智鐘的細菌學實驗考試也與醫三林槐三教授同樣來那一套，不過，心臟與膽子已被林槐三教授「鍛鍊成『無敵鐵金鋼』」的我們，對二位教授的「雕蟲小技」小場面，已駕輕就熟，唬不了我們了。黃文獻教授因香港腳久治不癒，做放射治療致細胞突變成皮膚癌而截肢，在當年可是醫學院大新聞，事隔半世紀記憶猶新。  
寄生蟲雖然在衛生、醫學常識普及的目前似已不重要，不過還是偶而會有病例出現（在我年輕時可大大的派上用場）。
8. 細菌學的嚴智鐘「老」老教授，臉上滿布可黏住蒼蠅的皺紋「布景」，偏不服老，自認風流倜儻，翩翩一少年，看到偃偻老者迂緩而行，感嘆的說「那個人怎麼會走成那樣子」，令人嘆服於教授的心理年齡永遠那麼年輕，與他的實際年齡竟差距如此之鉅。細菌學在目前因為抗生素耐性菌問題及更多變種接踵而至，加上病毒的氾濫，時時有新變種病毒流行，如SARS，





H1N1，愛滋病，腸病毒，輪狀病毒等，讓公衛、醫界大傷腦筋，還是一科更繁雜，更重要的學科。

9. 「醫學心理學」讓我們初窺一個人內心世界的奧密與複雜難懂。
10. 陳拱北主任教授的「公共衛生學」，特地帶我們去台北華西街風化區，深入私娼妓女接客，只有一張簡陋小床，一隻小垃圾桶，二坪不到的小房間，及訪談妓女的身世種種，令人不禁對她們每人各異的坎坷滄桑人生際遇，同情、感嘆、傷悽不已，而對「人生而平等」一句古老的哲語，打上了上萬個問號。
11. 病理學與藥理學是醫學生的「最怕」、病理的葉曙主任把四年級的我們當做資深醫師看待，他隨便寫上「發燒」、「腹痛」、「黃疸」、「頭痛」……，就要我們寫出與這個症狀有關的所有病名。陳海清講師來發表考試成績，先表示成績是「Normal Curve」，並在黑板上畫一條「Normal Curve」曲線，起點是60分，終點是0分，在曲線頂點的是30分，你說氣人不氣人？病理實驗考試擺個屍體的器官，旁邊一個顯微鏡內放置一張切片，要你診斷死者死亡病因。不過病理學倒沒有留級的，補考時題目都放水，通通Pass了。
12. 經過葉、李二教授的磨練，與第六年的「臨床病理討論」，把我們鍛鍊成百煉金鋼，畢業後，無論參加任何場合的醫學研討會，臺大人都有優異的發問與參與討論的能耐，讓演講者與他校生刮目相看。
13. 「臨床診斷學及實驗」，宋瑞樓教授教我們第一次使用聽筒，讓我們第一次真正的接觸病人，也讓我們感覺到自己已將開始慢慢成為一位「醫者」了。
14. 驚聞腎臟專家，洗腎創始人陳萬裕教授於98高齡仙逝，他的「PALU-PA-CHI-ON（PALPATION的特殊唸法）」腔調記憶猶新，他與宋瑞樓，楊思標等恩師教授，都到90高齡猶不言退，繼續誨人不倦，令學子們無限敬仰。古時詩人騷客，總喜歡吟誦「夕陽無限好，只是近黃昏」，卻忽略夕陽綻放的萬道燦爛彩虹，不但點綴美化天空，還照耀大地，在大海浪濤表層鋪上一片金黃，有哪一刻的天上人間，能擁有「夕照」的綺麗？老年人正是一生中知識學問經驗達最高峰時，真所謂「薑是老的辣」，豈能不奉獻出來而輕言退休，安養天年？我在「網路」發表一篇「提早退休、提早老化」文章，獲得眾多粉絲熱烈討論與轉述分享。

於榮獲「個人醫療奉獻獎」接受TVBS及聯合報記者訪問時，他們問我「為何八旬不言退」，我回以「因為幾十年來我以視病如親的心情診治病人，醫病之間已建立濃厚感情，他們信任我，需要我的關懷治療，我不能捨棄他們」，這就是我「八旬不言退」，仍繼續盡己所能治療邊遠地區窮苦病患的原因。「八旬不言退」，也是馬英九總統在總統府接見我時，公開讚許我的一句話。

一句話：「視病如親」；這是要獲得病人的信任與尊敬的惟一密訣，特將我的經驗與同學們分享。



I. 結語：

無論如何，歲月無情，時間催人老乃是天地間一成不變的定律，嘆學生時代黃金年華的不再，讓我們一起唱首歌來緬懷飛逝的青春時光罷！

歌詞：「太陽下山明早依舊爬上來，花兒謝了明年還是一樣的開，美麗小鳥飛去

無影蹤，我的青春小鳥一樣不回來，我的青春小鳥一樣不回來，別的那呀呦、別的那呀呦，我的青春小鳥一樣不回來！」。

謝謝大家！！

（作者係母校醫科1960年畢業，現於恆春鎮開業戴外科婦產科診所）

## 國立臺灣大學醫學院 微生物學科暨研究所誠徵專任教師

- 一、資格：具微生物學相關領域學門之專長，且有研究潛力及教學熱忱者。
- 二、起聘日期：105年2月1日
- 三、檢具資料：
  - （一）國內外微生物學相關學門副教授以上二人之推薦函。
  - （二）被推薦人詳細履歷表包括完整學經歷、5年內著作目錄、3年內代表作抽印本或影印本及研究教學計劃。
- 四、截止日期：請於104年6月30日17時前將上述資料e-mail或信函送達。
- 五、信函請寄：臺北市中正區仁愛路1段1號7樓，臺大醫學院微生物學科主任室收  
聯絡電話：(02)2356-2219；傳真專線：(02)2391-5293；  
E-mail：cshuwen@ntu.edu.tw



# 機緣——畢業五十年感言

文／張武誼

**柯**P說一個人的成功是天賦、機緣加上努力，於我心有戚戚焉！

祖父是桃園火車站的人力車夫，家父賣豆漿為生，我的天賦中上，小學老師不收補習費，竟以五省中聯考狀元進入建中。六年勤奮向學，每日通學台北桃園，從未缺席。終獲保送進入本校醫學院。以家教幫忙完成學業。畢業後金門服役，在單打雙停砲火中度過。進入外科，當年整夜急診手術次日照常上班，從不以為苦，學得救人良技、兼任主治醫師要仰賴太太薪水維生，終於決定返鄉開業。

三十五萬人口的桃園，三位外科醫師是夠忙的。但是也有很多自由時間去打球和旅遊。七年後覺得需要再充電，參加美國Resident Matching，全家飛往Michigan在底特律紀念醫院和南梅空醫院服務，同時通過FLEX（聯邦執照考試）。醫院要我繼續留任，但密西根冬季寒冷，雖然學會滑雪。還是搬到加州，我再回鄉重新執業。這時長庚桃園醫院成立，雖有邀請，仍嚮往自由自在的開業生涯。二十年前，地方欠缺法醫，乃與公會辦理訓練課程，二、三十位完成訓練，地檢署約聘為榮譽法醫，協助司法與行政相驗工作。華航大

園空難，檢察長電告，立即奔赴機場，體驗終生難忘，駭人的一夜。屍橫遍野，宛如戰場。檢屍分類，天亮才拖著疲憊腳步返家。二年後新航再遇空難，因曾演習，損害較輕。比起最近復興航空空難，沒那麼震撼了！

住院醫師第二年（R2）時，表哥因ESRD來找我。當年李俊仁和李治學醫師成功完成腎臟移植動物實驗。慫恿之下舅舅捐一腎給他，完成全國第一例移植。從此外科進入移植新世紀—朱樹勳教授的心臟移植，李伯皇的肝臟移植等等。就連我們同學在美一位接受心臟移植、兩位肝臟移植。

大兒子喜歡電動遊戲，在加州理工學院，諾貝爾獎物理學得主理察費曼教授老是被他打敗，召見他並引進他進入JPL（噴氣引擎研究所）五人小組，共同研發當年最先進的超級電腦（C4代號）。獲得諾貝爾學院的人工智慧獎。

2002年參與醫師公會數年後，被選為理事長，更增加許多社會服務機會。認識全國各地的同儕前輩。較鮮為人知的是觀護工作與康復之友協會。觀護是協助假釋人員定期報到、輔導的工作。後者是陳



璋教授25年前所創，各地協助身心障礙者復健、就業的團體。弱勢族群極須關懷協助。我夫婦在七年內為桃園協會積極推動，不止幫助很多位重返社會，獲得職業，也為協會購買三房，供辦公、教室之用。去年醫師節大會，醫療典範中頒獎獲獎。

通過FLEX後，每年要50小時繼續教育。我到UCLA, UCSF, UCSD各校進修，

充實自己，終生學習。今日電腦進步到網路Internet時代，將來人工器官將可3D列印完成，感謝師長同儕的教誨，深盼大家向柯P學習，抓助機會，完成人生中的偉大志業。

（作者係母校醫科1965年畢業，現於桃園開業）

## 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。





# ● 編 ● 後 ● 語 ●

文／商志雍

有幸擔任這一期醫訊的編輯，讀到各位校友溫馨的文章，真是在心中感受到一股清新的暖流。在醫學新知方面，林祥源校友不但精要地描述了自閉症最新的影像學研究進展，也從更廣的層面讓我們期待精神疾病未來能有明確的生物學標記。戴鐵雄校友在畢業55週年紀念致詞中，讓人身歷其境地重溫學長學姊們的求學年華。張武誼校友在畢業五十年感言中，為我們描述了身為醫者的人道關懷，也為後輩樹立不斷學習的榜樣。蘇重光校友在臺大內科進修四年半的系列文章中，對於當年住院醫師生涯描繪的歷歷在目，讓人感到好像這是昨天才發生的事，也令人佩服作者的記憶力是如此驚人。賴其萬校友在院慶的演講中，期勉透過醫學教育課程的革新，我們能替台灣培養出更多的良醫。林靜竹校友的文章，則是讓我們了解第一代台美人在異鄉蕪路藍縷的奮鬥過程，並且對於故鄉台灣所懷抱的深切情感和使命。希望這些校友們的心血結晶，能為每位讀者帶來溫暖與熱情，讓我們一同期待更美好的明天。



（作者係母校醫學系1995年畢業，現任母校精神科專任助理教授）

# 藝術饗宴—張天鈞教授畫作音樂賞析

時間：2015年4月20日 地點：臺大醫院東址大廳、二樓文藝走廊 攝影：臺大醫院教學部







藝術饗宴—菁英藝術家三重奏

時間：2015年4月24日（臺大醫院教學部攝影）



兒醫病房母親節贈花活動

時間：2015年5月8日（臺大醫院教學部攝影）