

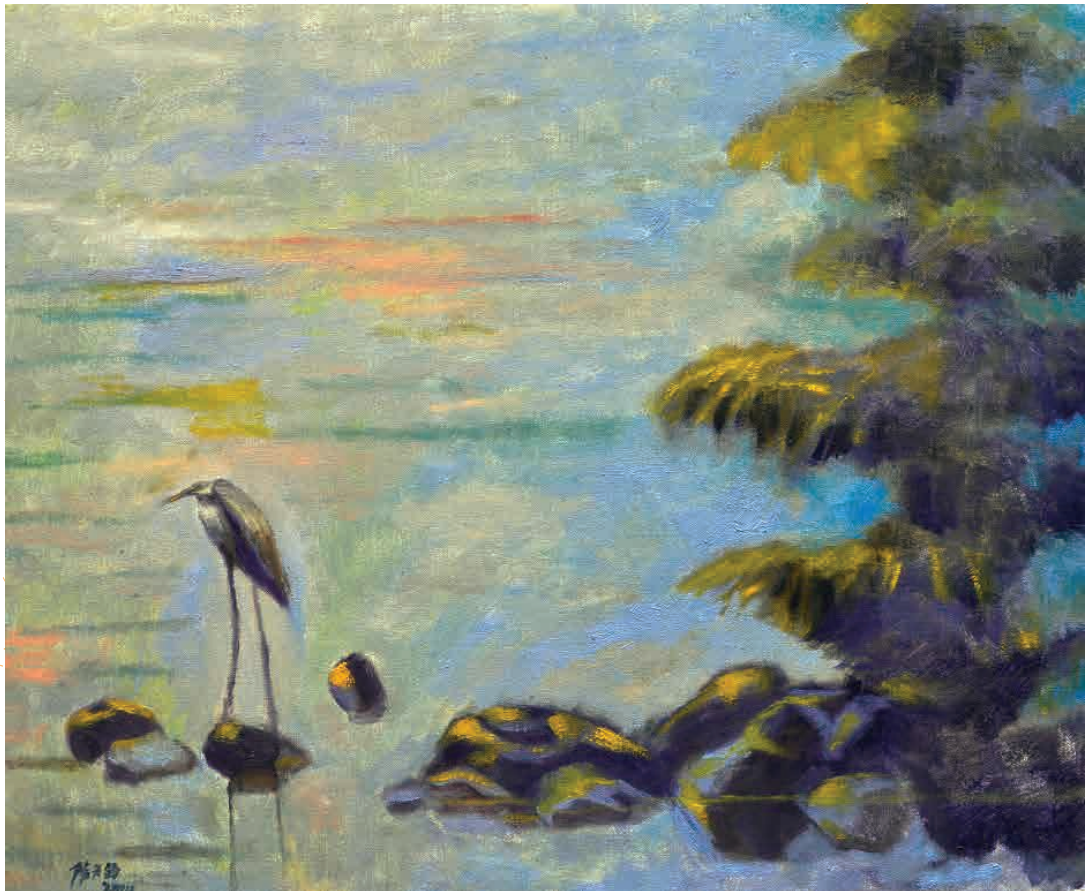
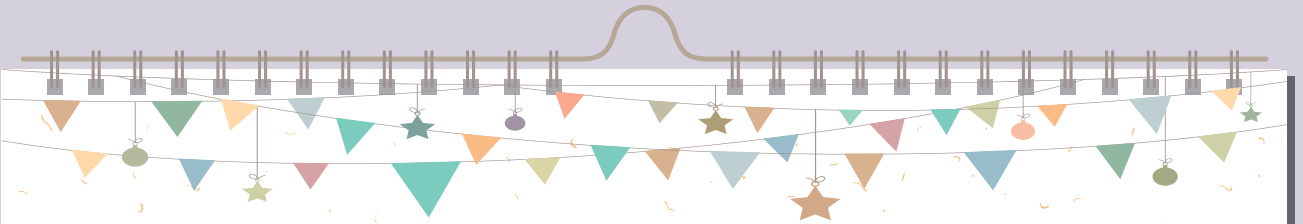


景福醫訊

第32卷第8期

2015年8月

Jing-Fu Bulletin



白

鷺

鷺

當代醫學創刊40年以後，瀟灑地結束營業，我先生是總編輯，因而和股東們一起到宜蘭去玩，大家攜家帶眷，非常溫馨熱鬧。那天我們去了宜蘭羅東運動公園，下著毛毛小雨，天氣有點冷，池邊竹葉挺拔，水池的顏色帶著紫藍，又有金黃色，深邃不可知。一隻白鷺鷥站在池中石頭上，氣宇軒昂中似乎有些孤單，天鈞用流暢的筆法，捕捉剎那成為一幅美麗的圖。



臺大醫學院104學年度新卸任主管交接典禮

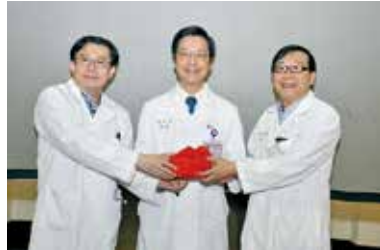
時間：2015年7月31日

地點：臺大醫學人文博物館

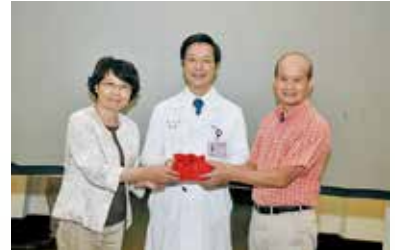
攝影：臺大醫院教學部



左：鄧麗珍→右：林亮音



左：高嘉宏→右：楊偉勛



左：伍安怡（代）→右：李建國



左：鄭安理→右：楊志新



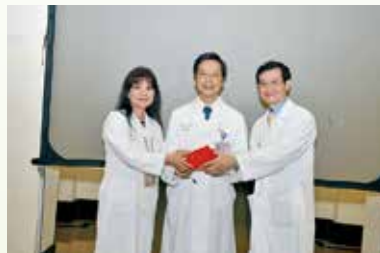
左：郭彥彬→右：陳敏慧



左：江俊斌→右：李伯訓



左：吳美環→右：黃立民



左：高淑芬→右：吳建昌



左：楊志新→右：葉坤輝



左：符文美→右：曾宇鳳



景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第32卷 第8期

2015年8月出版



目 錄

103學年度授袍典禮報導

- 2 103學年度牙醫專業學院授袍典禮致詞暨參加
後感言 韓良俊

醫學論壇

- 5 攝護腺癌症 蕭俊雄
10 三十而立——盼穩定中續求成長 謝豐舟

回顧杏林

- 14 免疫所設所緣起 陳振陽

校友小品

- 19 《面對死亡》(Being Mortal) 讀後感 韓良誠
22 陣風 浮雲 戴鐵雄
24 “Only one?” 絕無僅有。 李泰雄
28 Class Book (同學錄) 葉弘宣
30 醫學術語之幽冥族 林隆光
32 何處是心靈的故鄉? 李龍雄

景福人文關懷報導

- 34 臺大景福基金會 醫學人文關懷計畫
104年1月至6月執行內容

編後語

中華民國一〇四年八月出版

第三十二卷第八期 總號三六一

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 / 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、商志雍、林艷君、何蘊芳

本期執行編輯 / 林文熙

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



103學年度牙醫專業學院授袍典禮 致詞暨參加後感言

文／韓良俊

江院長、各位老師、各位牙四升牙五的同學和家長親友們，午安！

首先，恭喜各位同學上完了牙一到牙四的牙醫系課程後，將要升上牙五，開始要接觸許多需要我們服務的各種病人，並且實際投入各位人生中愛人、助人、救人的醫療志業！而今天來此參加這一盛會之前，我也聯想到，在台南成大醫學院圖書館旁邊，有一處為紀念先父韓石泉醫師命名的「石泉廣場」，同樣也正是成大醫學院為醫學系學生舉辦「白袍典禮」的地點，因此益覺今天能來參加本會對我來講，實在意義深、重（圖1）。

由於平常少有和各位同學直接溝通的機會，大概各位也除了名字之外，不太清楚我是何許人也，因此想先在此簡單自我介紹一番。

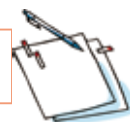
我於1962年畢業，服完一年兵役，留在本院牙科（當時還未稱為「牙科部」）到R2時出國，於1965-1970年到日本大學大學院齒學研究科（等同我們的「牙醫學研究所」）留學專攻口腔外科，取得學位後，又在東京醫科齒科大學（現為本系姊妹校）齒學部附屬病院第一口腔外科擔任兩年專任、有給（領薪水）的「醫員」，前後七年。於1972

年2月再回母系和本院，一直服務滿30年，於2002年2月退休。目前在學校是名譽教授，在醫院是兼任主治醫師。

所幸，可以說託大家的福，退休之後到現在每天還有許多事可做，如現任衛生福利部的口腔醫學委員會（第1-4屆為主任委員，現為第6屆，每兩個月開會，中間還有三個工作小組之一或複數的小組會議）、醫事審議委員會（研擬醫療糾紛鑑定意見，平均約2星期參加一次會）、醫學倫理委員會、癌症防治政策委員會（固定每三個月開一次會），還有行政院中央癌症防治會報等會委員之外，較特別的，也曾出任過原住民族衛生諮詢委員會、醫師懲戒委員會、健保爭議審議委員會的委員（第1屆至第7屆，共14年）；目前另外還擔任民間的台灣檳榔防制暨口腔



圖1：Dent99系學會同學所設計生動有趣的海報



癌防治聯盟主席、台灣醫界菸害防制聯盟理事、陽光社會福利基金會常務董事和許多非營利的公益團體（含口腔顎面外科學會、台北市牙醫師公會、台灣防癌協會、台灣文明病防制推廣協會、防癌教育基金會等NGO、NPO）的顧問。所以平日經常有機會到各縣市演講或開會，特別是也擔任衛福部國健署、各縣市衛生局或牙醫師公會全聯會主辦的口腔癌篩檢或菸害防制（牙醫師參與戒菸服務）之教育訓練講師的關係，以及有機會受邀去到各級學校（從小學到高中職，如圖2），也經常在演講或研討有關菸、酒、檳榔的危害和防制方法。

除了這些開會或演講的在外活動外，其他的時間，我每天都會待在本院二樓的兼任教師辦公室，每星期一下午則有牙科部口腔顎面外科的門診（教學診）。在此要特別感謝臺大醫院和本系的是，讓我們退休後還可使用這麼方便的辦公室，才能每天在此整理、準備演講或開會資料，或寫寫各類稿子，幸而天天有事可做。

這只是粗略介紹我個人目前所從事的公共事務，其實牙醫界還有更多傑出的「牙」醫學系畢業的「同行」，正在台灣的社會各界，比如各社會公益團體、公共衛生、病理學、微生物學、解剖學、營養學、材料科學、法醫學、身心障礙者或特殊需求者照護、醫學史/科學史、政府部門乃至以前的麻醉醫學等諸多領域，大家都無私地貢獻出他們的學識、技能，因此我在上面所作的自我介紹，也絕不是在自我炫耀，而是想讓

各位了解，也勉勵各位：好好認真地吸收臺大牙醫學系的教學內容，再經兩年PGY訓練及適當的進修之後，除了可勝任最基本的基層口腔醫療工作（即開業）之外，在公共事務上還有這麼寬廣的領域可以做很多事，可供各位學以致用，發揮各自的服務本領，並可勝任愉快（圖3）。



圖2：校園演講的二例，圖左為2013年5月23日到新北市國泰國小，圖右為2015年5月20日到台北市立木柵高工，演講「菸、檳、酒防制」後獲頒的感謝狀。



圖3：授袍典禮結束後，同學們與江俊斌院長（右六）、林立德系主任（右五）等老師們的大合照（右四為筆者，曹昌源攝）



所以，千萬不要一直因為有「牙」科、「牙」醫學系這樣的名詞，望文生義地被誤導，以為「牙」醫師所能做的只是「看牙」，或照顧牙齒而已。雖然要照顧牙齒所需的學問和技術就屬夠多了，但不止於此，只要認真學習，畢業後實際可做之事的範圍、內容還有更多更廣，故我早就一直主張：「牙醫學」應該早日正名為「口腔醫學」，也希望「臺大牙醫專業學院」早日成

為正式的「臺大口腔醫學院」，才不會繼續引起自我誤解、繼續誤導眾人。這是我的結論，希望各位能記得，並且以此互勉！謝謝各位！（2015.5.31.在典禮致詞後，於6.2.起稿，6月10日完稿，補上因時間關係，未能講完之原意）

（作者係母校牙醫學系1962年畢業，現任母校名譽教授）

國立臺灣大學醫學院寄生蟲學科 徵求主任人選公告

一、候選人資格：

1. 具寄生蟲相關領域副教授以上資格。
2. 年齡未滿62歲（民國42年8月1日以後出生）。
3. 在寄生蟲學領域有學術成就、教育理念、管理及領導能力者。

二、起聘日期：民國104年11月1日。

三、推薦辦法：

1. 須國內外相關領域教授、副教授三人（含）以上推薦。
2. 推舉委員得主動推薦人選，並經其他推舉委員一人副署後正式向推舉委員會推薦。

四、檢具資料：

1. 推薦書3封。
2. 被推薦人履歷表1份（含有關證件影印本：身分證明文件、教師證書及其他有助審查之資料）
3. 被推薦人所有著作目錄及三年內之五篇代表著作之抽印本或影印本7份。
4. 被推薦人個人對於本科未來教學、研究、服務之發展目標及策略說明書1份。
5. 願任同意書1份。

五、收件日期：書面資料於民國104年10月7日星期三下午五時以前送達。

六、聯絡地址：台北市中正區100仁愛路一段一號 臺大醫學院寄生蟲學科

聯絡人：藍弘旭助教 聯絡電話：02-23562217

傳真電話：02-23915294 E-mail: lanhungshue@ntu.edu.tw



攝護腺癌症

文／蕭俊雄

男性最常見的癌症是攝護腺癌。攝護腺是男性的生殖器官。位於膀胱的出口處，把尿道全部包住。如果攝護腺腫大或病變，會阻塞或壓迫尿道變狹窄而造成排尿困難。攝護腺分泌攝護腺液，可以增加精蟲的活動力，以促進懷孕的機率，所以攝護腺是促進生育的重要器官，但是男人到年老的時候，因為攝護腺肥大症或攝護腺癌症，尿道受到壓迫而變成尿道狹窄，造成排尿困難，是老男人最感困擾的問題。

攝護腺位在膀胱下面，如胡桃大小，醫學上將它細分為六葉，近膀胱部位是底葉（base），近括約肌尖端部位是尖葉（apex），然後前後左右共六葉。隨著年齡增加會慢慢肥大，因而阻塞尿道，造成排尿困難，這就是所謂攝護腺肥大症（BPH）。如果攝護腺的腺細胞繼續成長，完全不受控制，則變成攝護腺癌症。癌細胞因為無限制的成長，完全不受控制，會轉移到其他器官造成破壞，甚至於導致死亡。攝護腺癌最常見發生於後葉，男性荷爾蒙會刺激促進它的快速成長。轉移由淋巴到淋巴結、骨盆腔骨、脊椎或肋骨。臨床觀察攝護腺癌是非常緩慢進行的疾病，沒有接受治療的病人，存活10-15年的比比皆是。因此如何治療攝護腺癌，有

很多不同的意見。造成臨床泌尿科醫師在醫學討論會上爭論不休，常因醫師的訓練背景不同而有差異。那一種治療方法，對攝護腺癌症的病人比較好，泌尿科學界，可以說各說各話，達到撲朔迷離的境界。

攝護腺癌症的臨床症狀和攝護腺肥大症差不多，主因是尿道阻塞，造成排尿困難，小便尿不乾淨而留有殘尿，因而有夜尿、頻尿，排尿困難，尿後滴尿或尿後不久又想要尿。診斷攝護腺癌最簡便常用的方法是肛診，在攝護腺的背面可以觸摸到硬塊。另外目前泌尿科醫師最依賴的方法是測量血中的特異抗原（PSA Prostatic Specific Antigen）。因為攝護腺細胞會持續分泌一種酵素PSA排入血液中，所以測量血中的PSA值是一種很可靠的診斷方法。血中的PSA在4以下是正常值，10以上是不正常值。4-10是所謂灰色地帶。PSA在血液中會和蛋白質結合是protein bound PSA，其他叫free PSA。如果free/PSA total數值較高，則攝護腺癌的機率較低。除攝護腺癌外，有些其他的疾病會激起PSA升值。如尿路發炎、攝護腺炎、攝護腺結石、單純的攝護腺肥大症、或最近曾有過通尿及手術都會使PSA升值。泌尿科醫師應該仔細分析PSA升高的原因。曾經有一個患攝護腺炎的病人，



它的PSA值高達120。經過適當治療後，PSA值恢復正常。PSA值因人種不同而有差異，如果黑人的PSA達到2.0，就要考慮做進一步檢查。一個病人的PSA忽然升高，就要慎重考慮病人患有攝護腺癌的可能性。另外還有二種檢驗方法，被用來做攝護腺癌的偵測，一種是hk2 (human kallikrein 2)，另外是igf I (insulin like growth factor I)，現在都在實驗階段，尚未普及。

如果懷疑病人得攝護腺癌，確切的診斷需要病理切片檢查。將切片針靠超音波指引到達病變部位取得檢體。靠病理切片做最精準的診斷。但是needle biopsy取出的檢體很小，所以常有sampling error，也就是說如果報告是陽性，當然可以診斷病人得到攝護腺癌，但是病理報告是陰性，並不能斷定病人沒有攝護腺癌。據統計在陰性的族群中，約有15%的病人還患攝護腺癌。最好每隔4-6個月再做一次切片檢查，同時應該注意病人的血中PSA值變化，如果PSA急速升高，醫師應該做進一步處理。有一次在美國aua醫學會上，johns hopkins的一位醫師報告曾經為一個病人做約200次的needle biopsy才正確地診斷病人患攝護腺癌，實在太折磨病人了。

如果確診病人得攝護腺癌，醫師應該判定癌的大小，惡性度和轉移的部位。癌的惡性度用gleason scale來決定。用病理切片依癌細胞的外觀和排列，分2-7度，綜合計算癌的惡性度，scale愈高，惡性度愈大。要檢查攝護腺癌的擴散情形，應該做bone scan、CT scan、和MRI，以便做以後進一步治療的指引。

攝護腺癌確診後，依癌的大小、部位和轉移情形將攝護腺癌分類如下：

- Stage A 偶然發現攝護腺癌或只有PSA值升高。
- Stage B 肛診發現攝護腺癌，只侷限於攝護腺內。
- Stage C 攝護腺癌已經轉移到攝護腺外。
- Stage D 攝護腺癌已經轉移到淋巴腺、骨頭或其他器官。

國際上也有不同的分類方法如TNM系統，T代表攝護腺癌大小，N代表被侵入的淋巴腺數目，M代表有沒有轉移。如T2N0M0表示攝護腺略大，沒有淋巴腺或其他器官轉移。這種分類方法可以正確描述病人得攝護腺癌的狀況。

攝護腺癌確實診斷後，要做怎樣的治療方法是一門很深奧的學問，在我當泌尿科醫師54年生涯中，有過很多次的討論、爭論、檢討和改變。茲將目前一般泌尿科醫師使用的治療方法，簡略列述如下：

1. 單純注意觀察和追蹤psa的變化。
2. 開刀做攝護腺全摘術，目前有恥骨下攝護腺全摘術 (radical retropubic prostatectomy)，會陰攝護腺全摘術 (radical perineal prostatectomy) 和腹腔鏡攝護腺全摘術。
3. 照射治療 (radiation therapy) 分外面照射 (external beam) 和放射性鏷 (radioactive seeds) 二種。
4. 冰凍治療 (cryosurgery) 將攝護腺癌直接冰凍。
5. 荷爾蒙治療 (hormone therapy) 分注射、



口服荷爾蒙或將兩側睪丸摘除。

詳述如下：

1. 因為攝護腺癌是比較良性的癌症，診斷後不經治療有很多病人可以存活10-15年。所以有很多泌尿科醫師主張觀察和追蹤癌的進行速度，給病人適當的處置。如果你的年紀已達70歲以上，則你的life expectancy也不過數年，所以觀察治療是一種良好的選擇。通常追蹤病人的PSA值，給予必要的協助治療。如果你不願意冒開刀或其他治療的副作用，使你的生活失序，用觀察追蹤治療是最好的選擇。
2. 攝護腺全摘術（radical prostatectomy）是一種有效且可以把攝護腺癌根治的方法。但是開刀的困難或病人的身體狀況來決定開刀的可行性。首先必須確認攝護腺癌只侷限於攝護腺內，沒有轉移。其次病人的身體狀況可以忍受開刀和麻醉的折磨。再來病人的life expectancy至少有5-7年才值得進行攝護腺全摘術。我曾經在Surgical Clinic of North America, June, 1967發表一篇文章，將我們醫院（Lahey Clinic, Boston）在1950-1965年期間做radical prostatectomy共42例的結果。手術病例只佔所有診斷攝護腺癌病例的4.5%而已。能夠早期診斷攝護腺癌非常不容易。年紀較大的病人，因為開刀的危險性大，恢復比較慢，且發生併發症的可能性增加，所以評估適合做開刀治療的病人，應該很少。攝護腺全摘術目前普遍使用的方法是恥骨下攝護腺全摘術（radical retropubic prostatectomy）。可以同時處理骨盆腔內

的淋巴腺和淋巴結。是最完整的手術方法。也是全世界最流行的開刀方法。過去有一派泌尿科醫師主張會陰攝護腺全摘術（radical perineal prostatectomy）是由會陰進行攝護腺全摘。優點是手術時間較短，組織破壞較少，出血量顯著減少，病人較快恢復正常生活，但遺憾的是無法取出骨盆腔內的淋巴腺。最近數年有一部分泌尿科醫師用腹腔鏡做攝護腺全摘術，比較費時，淋巴腺的切除比較不完整且併發症也差不多。所以採用哪一種手術方法最好，應依泌尿科醫師的背景和病人的身體狀況來決定。

攝護腺全摘術的併發症比一般攝護腺摘出術多達10倍以上，常見的併發症如性無能、小便失禁、膀胱頸阻塞（contracture of the bladder neck），深部靜脈栓塞，肺血栓和尿路感染，所以泌尿科醫師應該慎重評估考慮手術方法，使病人得到良好的醫治。

3. 照射治療分external beam therapy（teleradiotherapy）和radioactive seeds implants（interstitial radiotherapy或brachytherapy）兩大類。
 - A. External beam therapy癌細胞經照射治療後，比正常細胞快死。正常細胞因抵抗力較強，經照射治療後，尚能存活。通常一個療程約需6-7星期。此種治療的優點是不必開刀，可以把攝護腺癌完全控制，引起性無能的機率比較低。但是引起照射性膀胱炎（irradiation cystitis）和照射性肛門炎（irradiation proctitis）是非常不



能忍受的併發症。目前還沒有什麼特別的治療方法。對醫師和病人是終生難忘的痛苦經驗。過去一般醫院都用鈷60或Linear Accelerator來治療。目前有些醫療機構開始試用質子照射治療（proton beam therapy），治療效果應該可靠，副作用也比較少。但是現在只有寥寥可數的醫學中心擁有此種設備，而且所需費用很高，並非一般病人可以接受。

- B. 另外一種照射治療是radioactive seed implants或稱為interstitial radiotherapy（brachytherapy）是將有放射性鐳的粒子直接埋入攝護腺內，利用這些粒子釋出的放射線，殺死攝護腺內的癌細胞。因為最近植入放射線粒子的技術改良，慢慢廣受泌尿科醫師的喜愛。通常使用的放射性粒子（seeds）是iodine，iridium，或palladium。這種治療方法適用於不適宜開刀的老人，攝護腺癌比較小，且PSA值小於10的病人。這些放射性粒子植入後，終生不予取出。
4. 冰凍治療（cryotherapy）是利用特製的probe，放入攝護腺或尿道內，灌入液態氮（可達零下190°C），使攝護腺組織結冰，造成攝護腺組織壞死而將癌細胞殺死。早期的理論，利用壞死細胞刺激，使病人體內產生抗體而達到完全治療攝護腺癌。但經過一段時間觀察，病人並未能如預期產生特殊的抗體。所以冰凍治療，只可以殺死侷限於攝護腺內的攝護腺癌而達到治療攝護腺癌的目的。操作冰凍的時間和範圍因泌尿科醫師的經驗而有所變化。

此種手術的併發症，在文獻上報告如小便阻塞困難、膀胱肛門瘻管、性無能等。所以目前冰凍治療，並未廣泛地被泌尿科醫師所接受。而且特殊的設備如probe，和液態氮並非一般治療所能購備。

5. 荷爾蒙治療（hormone therapy）自從Dr. Higgin發表男性荷爾蒙會刺激攝護腺使之肥大後，舉世皆知此兩者的互動關係。有一些攝護腺癌受男性荷爾蒙刺激而加速成長，這種攝護腺癌叫做hormone sensitive cancer，另外一種不受男性荷爾蒙影響的攝護腺癌叫hormone insensitive cancer，顧名思義，hormone therapy對hormone insensitive cancer是無效的。

病人接受荷爾蒙治療後，體內的攝護腺癌會停止或緩慢地成長，但並不能將攝護腺癌根除。換句話說，荷爾蒙治療主要是延長生命，使癌細胞成長緩慢，因而病人得以過較正常的生活。對於年紀太大，攝護腺癌已經轉移到其他器官，或身體健康不適合做開刀的病人，荷爾蒙治療是最好的選擇。

早期使用口服或注射的女性荷爾蒙（DES）治療，相當有效控制攝護腺癌的成長和擴散，但是長期治療和觀察不治療的對照組發現病人並未能活得更久。檢討結論是女性荷爾蒙長期使用會誘發心血管疾病。所以用DES和不用DES對攝護腺癌的病人相比，延長壽命並沒有好處。

如果摘除兩側睪丸，可以減少男性荷爾蒙的分泌而使攝護腺癌得以控制。但是有很多男人，因為要保持雄風，而拒絕做兩側睪



丸摘出術。男人除兩側睪丸分泌男性荷爾蒙外，兩側副腎也會分泌男性荷爾蒙。因此只做兩側睪丸摘出術對攝護腺癌的控制，並不完善。但是長期的觀察，兩側睪丸摘出術是一種有幫助的治療方法。

有一部分的泌尿科醫師主張用chemical castration，就是定期注射一種藥物，可以使睪丸停止分泌男性荷爾蒙。這種藥物叫LHRH analogs，市面上有Lupron®或Zoladex®，在使用初期會分泌很多的男性荷爾蒙，但過不久，兩側睪丸會完全停止分泌男性荷爾蒙而達到castration的目的。但是每隔3-4個月就需打一針是缺點，但總比挨一刀簡單方便得多。

要將男性荷爾蒙完全去除，實在不是一件很容易的事，因為除兩側睪丸外，兩側副腎也分泌男性荷爾蒙。所以研發另一種藥物叫antiandrogen，可以阻斷細胞吸收男性荷爾蒙而達到完全去除男性荷爾蒙的狀況（total androgen blockade）。治療效果相當理想，市面上有flutamide（Eulexin®），bicalutamide（Casodex®）和nilutamide（Niladron®）。這種藥物，隨時可以口服，療效可靠，可以長期或間斷式使用。開始治療不久後，可以使PSA急速下降，如果達到預期的效果後，隨時可以停用。副作用如瀉肚子、肝功能障礙或乳房腫痛。如果服藥有不舒服時，可以停藥，過一段時間再繼續服用。

總而言之，攝護腺癌是一種緩慢進行的疾病，完全不治療活過十年的大有人在。當然癌症的治療，最理想的方法是將癌細胞完全摘除或將它消滅。但是攝護腺癌的臨床表現特殊，如早期診斷非常困難（約5%的病人屬早期診斷）且很快轉移到淋巴腺或骨頭，使泌尿科醫師處理攝護腺癌的病人，從觀察追蹤不治療到動大手術將攝護腺全摘的兩極。另外一些醫師採取比較溫和處理方式如冰凍、放射治療或荷爾蒙治療。

絕大多數的攝護腺癌發現為時已晚，根據統計只有約5%的病人能早期發現，適合做攝護腺全摘。但是如果病人的年齡超過70，或身體狀況不堪負荷大開刀的族群，做大開刀應慎重考慮。

攝護腺癌是男性癌症最多的一種，美國曾有一份報告，男性年過50的屍體解剖，有14-46%（平均24%）在攝護腺內找到攝護腺癌細胞。但是這些人，大多數都是初期，並沒有臨床症狀，所以早期診斷，確實有相當的難度。

泌尿科醫師應該依據他的訓練背景和病人的臨床狀況來決定哪一種醫療方式能延長病人的生命，努力使病人過較正常的生活，不可一意孤行，做不必要的醫療，如此才能使醫師和病人得到雙贏。

（作者係母院醫科1961年畢業，美國泌尿科學會會員、國際泌尿科學會會員）



三十而立——盼穩定中績求成長

文／謝豐舟

中華民國醫用超音波學會成立於1984年6月17日，時至今年，恰滿30週年，所謂三十而立，超音波醫學會如今也到了而立之年，正是應該緬懷過去、思考現在、展望未來的階段了！

民國60年代，尤其是66、67年間，超音波的使用已經從婦產科普及到各臨床科別，也從大醫院往基層診所全面性地發展，當然超音波的應用對於疾病診斷非常有幫助，不過，當時各大醫學院並未開設超音波的應用課程，所以即使超音波設備日漸普及，但如何正確使用卻成了大問題！

超音波設備與X光設備不同，不可能讓患者固定一個姿勢、機器自動地完成檢查的工作，它需要透過人工操作掃描器，才能獲得適當的畫面，因此關於設備使用的訓練是必要的，否則就不能得到正確的切面，當然就更能得到正確的檢查結果，所以操作者的訓練非常重要！但因為無論是學校課程裡或住院醫師的訓練中都沒有這門課程，所以在推廣超音波的同時，訓練醫師們如何使用超音波設備就是學會非做不可的工作。

藉學會力量來推廣及深化超音波的使用

1981年，我與陳哲堯教授一起到美國拉

斯維加斯參加美國超音波醫學會（American Institute of Ultrasound in Medicine, AIUM）的年會，年會中我們觀摩到非常完整的超音波教育訓練課程，當下就覺得我們也應該仿照此一模式，亦即透過學會組織來推廣超音波教學，所以回國後便立即著手籌備。

時值戒嚴時代，要成立一個學會實在不容易，我們花了好大功夫才取得學會的籌備許可。我們深切體認成立學會的目的在於透過教育推廣超音波的正確使用，因此不僅婦產科醫師，所有相關科別，如心臟科、腸胃科、泌尿科等科別的醫師都應該是學會的成員，而且不限於臺大醫院，國內各大醫院都應請他們來參與。

由於陳教授無論是其學術地位或做人做事都備受推崇，所以當時便由他出面招開學會，籌備過程非常順利，在陳教授的熱情邀請下，各醫院、各科別的領導人物都非常幫忙，譬如當時擔任榮總醫院心臟科的姜必寧主任就竭力促成此事。

在第一次的籌備會議之後，學會的成立總算稍有眉目，不過成立一個學會必然需要經費與人力。為了順利推展籌備業務，我自掏腰包聘請了陳輔親秘書幫忙處理籌備事宜，我則與陳教授四處募款，終於籌得60萬



的籌備基金。

1984年6月17日，假臺大的第七講堂，正式成立中華民國醫用超音波學會，由陳哲堯教授擔任首屆的理事長、由我擔任總幹事，理監事則涵蓋各大醫學中心、各科別的醫師，整體氣氛非常和諧，會址就設在臺大醫院婦產科的辦公室。

學會的成長非常快速，陳哲堯教授擔任了兩屆、六年的理事長之後，認為有必要擴大大家的參與，於是學會變更選舉規定，之後每兩年改選一次理事長，並且不得連任，此舉確實讓大家更踴躍參與學會事務。但是人多了，人事問題自然也就增加了，有些紛爭難免產生，因此當我擔任理事長時，經過多方考量之後，便與臺大景福館簽立長期租約，將學會會址固定在景福館，一方面是為了穩定學會的會務與人事，另一方面景福館靠近台北車站，交通便利，也方便會員們出入。

學會宗旨就是「教育、教育、教育」

如前所言，超音波設備的使用非常重要，成立學會的目的就是要做好這方面的教育，坦白說，我們希望將學會打造為「超音波教育」的訓練補習班，透過精心設計的課程，將超音波的原理、使用方法、常見病例等傳授給醫師們。

基於使用者付費的概念，而且有足夠的經費才能邀請優秀的講師開課，所以學會開辦基礎講習課程（basic training course），每位參加醫師都需繳交學費，原則上，學費的二分之一用作講師的授課費用，剩下的二

分之一則用作為學會經費，以確保學會能夠長期運作。這種方式在當時算是較少見的做法，彼時的學會課程通常都是免費的，但沒想到反應出乎預期的好，一方面學會發揮了功能，另一方面也確實提升了超音波的使用水準。之後，學會進一步規定醫師們必須參加一次這類基礎課程後，才能成為學會的正式會員。

透過這種方式推展學會業務，中華民國醫用超音波學會的會員人數從開始時的五、六百人一路快速成長，且之後持續因應各科需要開設各種訓練課程，所以很快地，相關各科使用超音波的水準都有明顯提升。此時，學會意識到光靠課堂講課是不足的，還需要實際的操作才能落實整體訓練，所以學會主動協調教學醫院提供實習課程，讓每個上過基礎課程的醫師都能至就近的指定醫院進行不限時的十二次見習。透過這種方式，醫師不僅可以獲得更實際的經驗，其次，見習的醫師若在自己的醫療院所遇到無法處理的特殊案例也可以轉介到見習的教學醫院做進一步的檢查，如此一來，病人可以得到適當的診斷，醫師也能有所進步。更理想的是，透過這樣的互動，無論是見習醫師或教學醫院彼此都能成長，對於超音波檢查及病患的診療裨益良多。

加入國際學會，與世界接軌

「加入世界性組織，拓展國際地位」是學會成立之初就已經鎖定的重要發展目標，因此，1984年，成立學會之後，創會者如陳教授等便積極地推動加入相關的世界組織，



而當時世界上最重要的超音波相關組織就是「世界醫用及生物超音波學會聯盟」(The World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology, WFUMB)。但是60年代的台灣處境艱難，一方面剛退出聯合國組織，國際地位尷尬，再者中國處處掣肘，種種的政治因素讓我們加入國際學會一途上屢遭攔阻。

學會成立的第二年，也就是1985年時，世界醫用及生物超音波學會聯盟在澳洲雪梨歌劇院舉辦，當時陳教授帶領了國內四、五十位的超音波學會成員千里迢迢遠赴澳洲，準備參加會議。此時，各大洲尚未成立各州際的的學會，全球唯一且最具地位的超音波學會組織即有「世界醫用及生物超音波學會聯盟」，若能加入，不僅對於國內推動超音波的技术大有幫助，更有助於中華民國醫用超音波學會與國際接軌。

這場會議的參加者眾多，來自世界各地，場面非常壯觀，可惜的是，我們辛辛苦苦飛到澳洲卻不得其門而入。固然政治因素的影響是有的，但另一方面也是因為世界醫用及生物超音波學會聯盟正面臨組織上的變動，他們希望世界各大洲先各自成立超音波醫學會後再以各洲際的名義參加世界性的超音波醫學會，但是這時的亞洲根本沒有超音波醫學會存在，所以必得先成立亞洲區的學會組織。

不可諱言地，這個時候的日本是亞洲地區國力最強盛的國家，要成立亞洲區的超音波學會，必然由其主導，雖然放眼整個亞洲，日本以外也就只有台灣的超音波學具有一定的規模與力量，不過中國的影響，

還是讓部分日方人士對於台灣的加入頗有意見，因此當「亞洲醫用及生物超音波學會聯盟」(Asian Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology, AFSUMB)在1985年成立時，台灣未能成為原始會員國，而是在創會的第二年才循著奧運模式，以「Chinese Taipei」的名義加入，同時中國方面則以「China」的名義加入。未能以國名參加國際學會是非常可惜的一件事。

如前所述，各大洲的醫學會之上就是「世界醫用及生物超音波學會聯盟」，所以加入亞洲區的學會後，1991年時，我們也就順理成章地加入世界的超音波組織，當然這中間還是備受中國方面的阻擾，不過，由於每年各大洲的超音波醫學會都必須繳交部分會員費用給世界醫用及生物超音波學會聯盟，而亞洲醫用及生物超音波學會聯盟中，以日本的會員數最多，其次便是台灣，所以台灣繳交給世界醫用及生物超音波學會聯盟的會費相當可觀，加之，我們努力爭取日方的支持，自然也就不再被輕視或輕易被撼動。之後，世界醫用及生物超音波學會聯盟的理監事也都有台灣人出任，陳教授甚至還擔任過世界超音波醫學會的副理事長，可見我們的實力之堅強。

但為了更有效穩固台灣在這些國際學會中的地位，學會不僅主動出擊，積極參與國際會議，甚至努力爭取國際會議的主辦權，如1998年主辦「亞洲醫用及生物超音波學會聯盟第五屆國際學術會議」，以及未來也將主辦世界醫用及生物超音波聯盟的2017年世界大會。



除了積極參與國際會議外，我們也主動出資為亞洲的學會發行會刊，將既有的學會會刊——《中華民國醫用超音波學會雜誌》（Journal of Medical Ultrasound, JMU）改為英文版，廣邀國際專家學者投稿，並委由國際專業的出版商Elsevier編輯及印製，作為亞洲醫用及生物超音波學會聯盟的會刊全球發行。這是一項費心費錢但不得不做的工作，這項決定不僅大大提升了台灣超音波學會的曝光率與國際地位。至此，台灣總算在這些世界組織裡佔有了一席之地。

學會發展如逆水行舟，不進則退

學會其實就跟公司一樣，原地踏步、不進則退，若要成長則必須開發可為學會帶來收益的新項目。所以，學會從成立開始即陸續開發了不少新課程，譬如骨骼超音波訓練課程，這是超音波檢查的新領域，舉凡骨科、復健科、家醫科都有學習的需要；近年來，台灣地區因為乳癌病例增加，所以乳房超音波的課程頗受歡迎；為了因應高齡化社會的來臨，更推出頭頸部超音波訓練課程，鼓勵耳鼻喉科醫師使用超音波，透過超音波設備就能對頭頸部進行病理切片，增加醫療上的便利，在頭頸部方面的使用，台灣的推廣可謂獨步世界。

此外，早在1981年，我與陳教授到拉斯維加斯參加美國超音波醫學會時即發現有寵物專用超音波的課程及訓練，雖然台灣也有動物用超音波檢查，但始終侷限於家畜之類，隨著寵物豢養風氣的興起與超音波儀器的進步，學會目前也開設了寵物超音波的訓

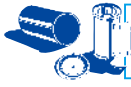
練課程，這是台灣有史以來首度出現了動物超音波，課程一開就有三百名獸醫及相關的動物人員報名參加。

超音波檢查接下來的發展將應用到小鼠之類的實驗動物專用超音波訓練，透過對實驗動物的超音波檢查，可以了解其即時（realtime）的狀況，對於生醫的發展大有所助益。

學會一路走來，因應社會需求，不斷地開設各種新課程，這是讓學會不至於停頓、老化的重要因素，但往後如何繼續前進，目前超音波醫學從快速成長階段已邁入穩定的階段，時至今日，超音波技術的發展已臻非常成熟，雖然超音波有其被需要性，一時間也難有爆發性的突破，而更新穎、更頂尖的醫學技術或組織則不時竄出，感覺上，超音波學會的存在好像已不再如成立之初的耀眼。

縱然如此，超音波的應用依然十分重要，也有其必要性，繼續強化超音波在各方面醫療與臨床上的應用與發展是非常重要的，如何提升應用、如何與現代網路結合，以及學會本身如何在穩定中持續成長，進一步提供醫學界所需的超音波教育是學會領導者往後要努力的目標。未來除了繼續「固盤」——穩固台灣的國際能見度與地位外，勢必也要開展更多應用項目，同時拓展廣度與深度，讓這股活水不間斷。

（作者係母校醫科1972年畢業，現為母校婦產科名譽教授）



免疫所設所緣起

文／陳振陽

幾個月前，免疫所的朱清良老師邀約我在今年景福校友返校活動中，向校友及師生針對免疫所設所緣起做一個歷史的回顧，我覺得很光榮也責無旁貸。

臺大醫學院於1965年設立微生物學研究所，主要涵蓋細菌學、病毒學、免疫學及寄生蟲學。在免疫學研究所成立以前，與免疫學相關的師資如表1。1965成所時只有楊照雄教授及張學賢教授進行免疫學相關的研究教學。1968年居小燕博士以講師聘入，1980年朱健次升等為副教授，1987年合聘小兒科謝貴雄教授，1990年賴明宗博士聘為兼任副教授，1991年聘任林榮華副教授、蔡考圓副教授、江伯倫副教授，1992年聘任沈豐文教授，至1993年

成立免疫學研究所。我在1988年擔任微生物學研究所所長，任內聘用賴明宗博士、蔡考圓博士、江伯倫博士及沈豐文博士，都是由謝貴雄教授推薦。林榮華博士的聘任是公衛所林瑞雄所長的推薦。當時公衛所是醫學院最大的研究所，他想聘李芝珊博士為教職，但李博士的先生林榮華博士亦需返台。他電話給我是否有機會聘林博士，我說很歡迎林博士，但是沒有職缺。當時教育部另有臨時性的職缺可聘用，因此就兩位老師都聘回來，一位在公衛所，一位在微生物所。

由表1可看到免疫學師資在臺大醫學院，相對於這麼熱門的學門，是非常缺乏的。幸好其他學校如陽明醫學院及國防醫

表1：臺大醫學院微生物研究所免疫學教師

-
- 1965 楊照雄教授、張學賢教授
 - 1968 居小燕講師
 - 1980 朱健次升等副教授
 - 1987 謝貴雄教授
 - 1990 賴明宗兼任副教授
 - 1991 林榮華副教授、蔡考圓副教授、江伯倫副教授
 - 1992 沈豐文教授
 - 1993 免疫學研究所成立
-



學院的老師給我們很大的幫忙。而這又要由微生物與免疫學聯合迎新談起。如表2所示，我在一九八一辦理兩次微生物研究所懇親會（如圖1、圖2）。校友胡承波的先生張仲明博士也來參加。兩位都在陽明醫學院執教免疫學。他們提議懇親會應該擴大包括陽明微免所，後來國防醫學院葉明陽博士回國任教，就要求國防醫學院微免所也加入。從1983年開始由各校輪流舉辦聯合迎新，目前涵括全台灣的微生物及免疫學研究所（如圖3、圖4、表2）。藉此機會不同學校的老師及學生能有很好的互動與交流。特別是各校的免疫學老師都會到其他學校授課，提升免疫學教學水準。而

臺大醫學院微生物研究所的學生可以說受惠最多。

免疫學其實不是我主攻的項目，但基於所長的使命，在我任內也積極推動學術及教學活動。有留下相片的如，1992年元月邀請Journal of Immunology的主編Ethan M. Shevach博士來演講（胡承波教授推薦，如圖5、圖6、圖7）。

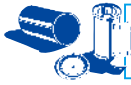
1993年辦理免疫學新知研討會，由教育部支持，邀請倫敦大學Michael Steward教授（Journal of Immunological Methods主編）來擔任講者（如表3、圖8、圖9）。雖然如此，仍然覺得臺大醫學院的免疫學教學與研究亟待提昇。



懇親會（一九八一）前排小朋友左起一、二吳盈昌之千金及公子，三、四、五王南歷之千金與公子。坐前排左起林墉基副教授、林淵泉技正、潘以宏教授、楊照雄教授、朱健次、朱健次夫人。前排左起邱卓凡副教授、邱卓凡夫人、吳盈昌、劉玫英、謝秀花講師、曾惠中夫人、蔣連財、劉武哲、潘文智、李麗俐、胡小婷、黃寶卿、蕭愛俐。後排左起王湘卿、（客人）、（客人）、張志昭、劉武哲夫人、章蓓蒂、李築宜、胡承波、陳英鵬、陳振陽、曾惠中、王南歷、夏少雲、鍾森田。



懇親會（一九八一）前排左三詹德勝教授公子、左四王南歷千金、右二洪美惠副教授千金。坐前排李元龍、陳振陽、潘以宏教授、林墉基副教授、詹德勝客座教授、楊照雄教授、客人、客人、詹德勝教授夫人。中排左二起胡承波、鍾森田夫人、劉武哲夫人、朱健次夫人、朱健次、劉武哲、洪美惠副教授、王南歷、黃妙年小姐、林淑華、劉玫英、章寶蓮小姐、王湘卿。後排劉武哲千金、陳英鵬、陳英鵬夫人、吳盈昌、彭向陽、張仲明教授、周先生、賴傳榮技士、夏少雲、商惠芳、王雪娥小姐、張蓓蒂、詹麗蓉、黃寶卿。



3

國防醫學院主辦的聯合迎新會節目表



4

陽明醫學院主辦的聯合迎新會節目表

表2：微生物及免疫學跨校聯誼

(臺大、國防、陽明、長庚、成功、中山醫、慈濟)

學年度	西元年	負責學校	學年度	西元年	負責學校
72	1983	臺大	88	1999	臺大
73	1984	國防	89	2000	國防
74	1985	陽明	90	2001	陽明
75	1986	臺大	91	2002	成大
76	1987	國防	92	2003	中山醫
77	1988	陽明	93	2004	臺大
78	1989	臺大	94	2005	國防
79	1990	國防	95	2006	陽明
80	1991	陽明	96	2007	成大
81	1992	長庚	97	2008	暫停一次
82	1993	成大	98	2009	長庚
83	1994	臺大	99	2010	中山醫
84	1995	國防	100	2011	臺大
85	1996	陽明	101	2012	國防
86	1997	長庚	102	2013	陽明
87	1998	成大	103	2014	成大



5

左起楊照雄教授、Shevach博士、謝貴雄教授、林榮華副教授。



6

歡迎Journal of Immunology 主編、Ethan M. Shevach 博士。前排左起謝貴雄教授、楊照雄教授、Shevach 教授、夫人、莊哲彥教授。後排左起陳振陽（第四屆）、王愛蘭（第二屆）、林榮華副教授、江伯倫副教授、胡承波（第五屆）、楊培銘副教授、陳培哲教授、葉明陽教授。



7

歡迎Shevach博士，地點於醫院地下一樓中餐廳。左起江伯倫副教授、林榮華副教授、謝貴雄教授、楊照雄教授、Shevach博士、夫人、莊哲彥教授、胡承波教授、葉明陽教授、楊培銘教授。

表3：免疫學新知研討會

• 1993年2月1日至2月27日，501教室

• 講師：

Michael Steward教授

沈豐文教授

謝貴雄教授

林榮華教授

江伯倫教授



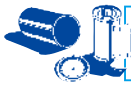
8

歡迎Journal of Immunological Methods主編Michael Steward（倫敦大學教授）。前排陳振陽（第四屆）、楊照雄教授、Michael Steward教授、廖南詩博士。後排左起王學偉（博士班）、孔祥智教授、江伯倫副教授、林榮華副教授。



9

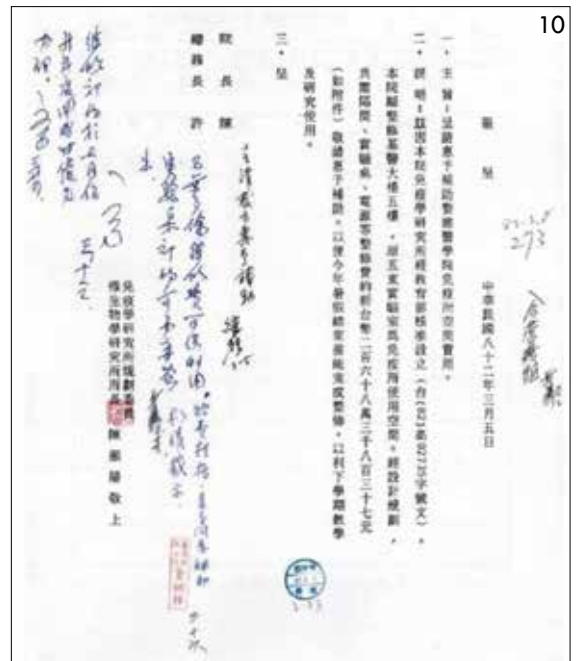
一九九三免疫學新知研究班。前排左起蔡錦華副教授、許翠瑛副教授、沈豐文教授、林榮華副教授、朱健次副教授（第三屆）、後排左起劉玫英副教授（第十七屆）、李慶雲教授、Steward教授、楊照雄教授。



1990年前後，台灣經濟力仍在高峰。當時大學要擴大師資，需經由設系或設所增加四員一工的方案。申請系所先經院務會議通過，教務會議通過，再校務會議通過後向教育部申請。臺大一年給的額度好像是五個。教育部如果通過，就能分給四員一工的名額。當時生物技術正在發展。我在院務會議提議成立分子醫學研究所。由於是當時跨系所大家的共識，獲得廣泛的支持。由黃伯超院長擔任召集人，林仁混主任、陳定信主任、呂勝春教授，王作仁教授及我擔任籌備委員，並由我最後收集各系所意見及研擬計畫草案。1990年初通過校務會議，正式籌辦。由於臨床同仁的需求很大，最後由林國信院長建議所址就在新醫院二樓。我一直籌辦至招生完畢，由年休假期滿回國的呂勝春教授接任第一任所長，推動業務。

分子醫學研究所順利成立，為醫學院增加相關的教授，提昇本院研究水準。但免疫學研究教學仍極度缺乏師資。正好當時國科會為推動免疫學研究，召集全國微生物及免疫學研究所所長研議提升免疫學研究的方案。大家認為增加人才是最主要且有效的辦法。而成立單獨的免疫學研究所以增聘免疫學教師被列為最優先。因已往的程序是向教育部申請，教育部會進行審查，此審查通常由不同學校來進行。大家有個共同共識就是審查案收到時盡量不要為難對方，而予以支持。有此共識後，我在院務會議提出申請，說明本院免疫學亟待增加師資。感謝院務會議代表的支

持，我的建議獲得通過。正好此時本所接受公衛所林瑞雄所長推薦林榮華博士擔任副教授。他年輕有勁，因此事務性的工作例如擬定計畫書就由他來進行。我雖然是規劃委員（如圖10）只是負責行政推動。終於1993年通過教育部審查，成立免疫學研究所。過程中特別感謝生理所陳朝峰所長及藥理所鄧哲明所長的幫助，提供了基醫大樓五樓東邊一半作為免疫所的基地。



申請免疫所整建經費公文

分醫所及免疫所成立以來，在各位師長，同仁及同學共同努力下，成績斐然。凡事總需要一個開頭（initiation），回想當初因緣際會，啟動了這兩個研究所，算是不虛此行。

（作者係母校微生物所碩士班1972年畢業，微生物學科教授，現已退休）



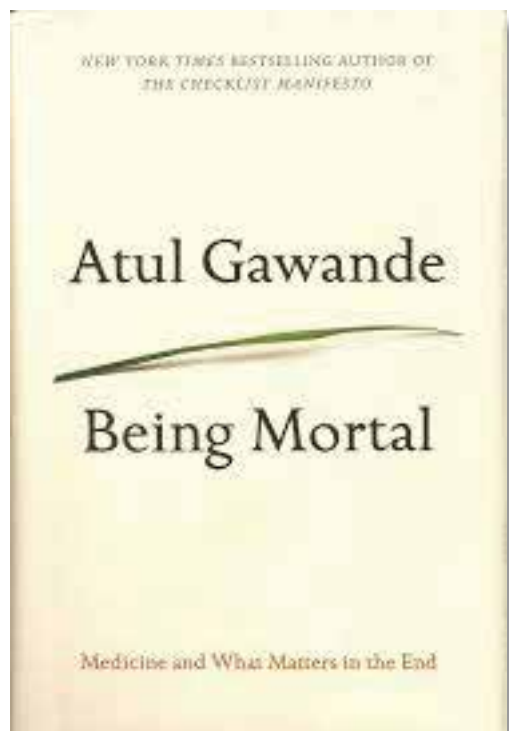
《面對死亡》（Being Mortal）讀後感

文／韓良誠

這本書的著者Atul Gawande，目前是紐約時報暢銷書的作者，也是Harvard Medical School以及Harvard School of Public Health的教授。曾經出版過的三部作品，分別是：“Complications”，“Better”，以及“The Checklist Manifesto”，都成為紐約時報的暢銷書。

2013年我讀完他的第三本書之後，曾經為文在《景福醫訊》（第三十卷，第二期）寫到：個人站在臨床醫學，更重要的是從醫學教育的觀點，給即將進入臨床工作前，參加宣誓典禮當天的醫師，我在致詞時表示，對該書談到的要求做checklist之外，曾強調不要疏忽了後續的臨床觀察。因為「沒有人是先知先覺，可以預見所有的問題」，做完checklist，很容易讓百忙中的醫師安心，而忽視了以後的變化，特別是針對患了重病，但卻是「具有生命」的生物體而言。何況，即使讓醫師頻頻花時間去填checklist，也並不符合醫學教育的宗旨，畢竟生物體不同於「集所有最現代化高科技於一體」的飛機。

「人」，除了是「生物體」之外，還有「精神」與「靈性」的部份，我個人認為這部分需要以多做病史探問、身體診察，



以及為病人解釋病情的敘述醫學（Narrative medicine）來彌補，而這正是目前的醫療最被忽略，也最受批評的部分。現代醫學教育，過於強調單純的「純科學，或單一器官的生物教育」，卻輕視了人還有「精神」和「靈性」。無怪乎William Osler在百多年前，終其一生致力於醫學教育時就一再強調：“Variety is the Law of Life”。他說：“Variety is the



law of life, as no two faces are the same, so no two bodies are alike, and no two individuals react alike and behave alike under the abnormal conditions which we know as disease.” 本書第七章的Hard Conversations中也提到：“We know less and less about our patients but more and more about our science” 也是另一個值得我們去注意的現象。

不同於他的第三本“The Checklist Manifesto”，Atul Gawande的這本“Being Mortal”中最打動人心的部份則是：「醫學不僅僅要改善生命，也要兼顧臨終的過程」。他一再的反省，認為經過多年一代代前人不斷的努力，醫學在改變生育的危險、創傷與感染方面，已從以前的痛苦又束手無策，逐漸邁上現在的康莊大道。但從另一個角度而言，在無可逃避的「加齡」以及「死亡」這部分，卻是在做一些多餘，甚至是違背「心靈良知」的事。有些護理之家只以安全為理由，把病人「鎖定」在輪椅上，或是如「軌道般的」床上，只容許吃他們許可的食物，或是做他們容許的事，並要求家屬也一起遵守。他也認為，有些醫師面對那些明顯地已瀕臨死亡，且又無可挽回的病人時，常給一些「虛擬」的希望，但實際上是在做「縮短生命」的治療，到頭來只是延長病人的折磨而已。

我個人從經歷過半世紀以上的臨床經驗中觀察到，只要不對「高齡」病人施以不必要且牽強的延命措施，其實死亡對老人，特別是「老老人」，不致於會是很痛苦的。這

些點點滴滴的現象，其實是還有許多可以討論與改進的空間。難道我們不能從一般社會之「價值觀」可以接受的另一角度，大家一起努力來幫助軟弱又無助的老人，以求解決護理之家、醫療院所或安寧病房的病人內心底處，最關心的課題？

每一個人一生的「命運」，有好也有壞，有可以改變的，也有無法改變的。幼年到童年時期，「環境」以及「父母」的影響格外重大，也最深刻。到了懂事以後，特別是四十歲之後到六十五歲（公認的退休年齡）這一段人生，大部分是要自己負責的。但往後的人生，一直到離開人世之前，可能發生「無助與無奈」，或是「有助與有譜」的兩種命運。這兩種截然不同的「命運轉折」，端看「家屬」和「看護」的態度而定。

該書著者依父親生病前後的人生遭遇，以及他在別人身上所看到的，瀕臨死亡期的狀況，以他如椽之筆，做了精彩且發人深省的描述，獻給讀者。著者一再希望，我們要能以「人性化」和「有尊嚴」的態度對待我們周遭的老人，我覺得這一點可能是著者寫這本書最大的目的。書中他也舉了安寧照顧的例子來說明，病人生命的最後幾週，也同樣可以擁有豐盛又有尊嚴的生命，繼而慢慢走入善終的境地。給病人多做一些「人性化」，且又兼顧「尊嚴」的幫助，不但可以鼓舞人心，並且也可以增進我們對「生命」更深的認知與了解，進而學會「謙卑」。

書中也提到，我們「最殘酷的敗筆」



（書中最重的語氣）是：對待病人，特別是老人，醫護人員不能夠真心去了解，除了單純地去思考「安全」與「延長生命」之外，應該面對的還有更深、更具實際生命意義的各種情況，而其先後順序，需要深思熟慮。我們是否有「勇氣」重新去思考，去重視我們的各種「機構」，我們的「文化」以及我們和病人間的「對話」，使每一個人生命的末期，也還可能被考慮到有種種不同情況。

寫到這裡，請讀者容許我借用賴其萬教授在介紹《最終的勝利：安頓生命的最後歸宿》（註）這本書中，著者以及賴教授所談到的幾段話，以便能更進一步了解病人，以及親人面對其家人死亡前的現實：

「醫生所做的決定並非都是在『延長生命』，而『允許生命結束』也是一個好醫師能為病人做到的無上功德」（賴），更何況是對病人有益時。

「避免不必要的痛苦，並獲得更平靜的死亡，這個目標是可以達成的」（賴），

我也認為這是當醫師的義務，也是病人在死亡前最起碼的權利。

「打從我穿起白袍的第一天起，偶而會在病人的痛苦中發現醫師的手印。人或許是免不了要接受不必要的痛苦，但我並不接受醫師造成過多而可避免的痛苦。」（著者）

「我們醫療團隊要延續病人的生命，卻忽略了幫助病人避免他們不必受的苦。」（賴）

「痛苦是由病人，而非旁觀者界定。」（著者）

「大量運用科技，不見得對病人有利。」（著者）

「醫生不要把自己對『病人死亡』和『打敗仗』畫上等號。」（賴）

「能使病人心安，是我們對無法挽回病人生命時還能做的最大幫忙。」（賴）

看完這本書，我個人的一點小小的建議和希望是：一般人在面對嚴重疾病開始威脅生命時，或是急慢性重症病人在開始進入多重器官衰竭時；以及在人生晚年，面對難以避免的虛弱正在「加速」進行時；醫護人員和照顧者，如何對這些人施以「最人性化」以及「最有尊嚴」的醫療和照顧，來和病人以及家屬，一起渡過瀕臨死亡期的整個過程，是很重要的。這就是最近（Oct.7, 2014.）這本書出版多週以來，在紐約時報一直是最暢銷書的這一本“Being Mortal”所探討的問題。

本人深信該書可以提供讀者，特別是關心「老年學」的醫療工作者，一些省思和啟示。這本書，的確是值得一看再看的好書。

註：《最終的勝利—安頓生命的最後歸宿》—Final Victory: Taking Charge of the Last Stage of Life, Facing Death on Your Own Terms. 著者：Thomas A Preston, M.D.

（作者係母校醫科1960年畢業，現於台南開業及擔任台大景福基金會常務董事）



陣風浮雲

文／戴鐵雄

不要望著我的靈位垂淚
也不要在我的墓前哭泣
我已隨著一縷青煙
化成萬千陣風 吹穿千萬層雲
吹遍廣大天空
在高空 在低空 在地面上 無處不在地
永遠守護著妳

我會化成「捲簾」的西風
飄進我們的西夢思床
輕撫妳長春的芳顏
不讓妳「人比黃花瘦」

我的魂魄 已化成千萬陣微風
輕撫庭園中 我的「烏皮樹」
緊緊守護著妳的「雞蛋花」
長相為伴 恆久恆久

在郊區 我會御著強烈朔風
輕掀妳的衣襪
重顯初戀時
漫步北市郊外，裙襪隨風飄舞的芳姿

在機車上 轎車內
輕風 疾風

都會衛護妳平安

妳絕不會成為孤孤單單
只要有風就有我
不管是微風，暴風，感覺不出來的風
我會永遠陪伴著妳

春晨 我會是在妳窗邊雞蛋花樹梢叫醒妳的
囀鳴小鳥
夏夜 我將撒放滿天星 默默地保護妳
秋天 我轉為暖陽 陪妳到海邊、野外散心
冬日 我化成鑽石般閃亮的白雪 增添妳的
麗質天生

我會吹散妳不喜歡的烏雲
趕走討厭的暴雨
深夜 化成穿簾的溫馨月光撫慰妳

沒有遵守向妳的許諾
像演歌「家後」所詠 讓妳先走
雖然我沒有帶走一片彩雲
卻有萬朵白雲陪伴我
在雲端探首衛護妳

想念我



凝視我的照片
想想我們所共同度過的每一段綺麗時光
妳將會與我神靈交會
互訴衷曲

妳要堅強
要長命百歲
把我未走完的人生旅程加在一起

勇敢的走下去

我沒有死
我活在深廣浩瀚的天空中
隨時隨地 永恆的陪伴著 守護著妳

（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）

為配合120週年院慶，本院特於院史室辦理「臺大醫院雙甲子院慶特展」，展出內容豐富精彩，包含本院歷史沿革及建築特色、內科、外科、牙科、影像醫學、檢驗醫學、資訊系統以及醫療體系的發展等。本展覽自104年6月18日開展以來，嘉賓如雲，廣受好評，因此特將展期延長至10月31日止，歡迎各界前往參觀。展覽開放時間為週一至週五中午12時至下午2時，非開放時間可接受預約導覽，洽詢電話：02-23123456分機61188 李小姐。



國立臺灣大學醫學院附設醫院
National Taiwan University Hospital



“Only one?” 絕無僅有。

Gratitude is the heart's memory. Anonymous

文／李泰雄

102年十月間，六弟從台灣打電話來，提及前日碰到一位臺大的沈醫師。沈醫師向他說他曾經幫忙過我一個開胸手術，問我還記不記得。我想了想說怎麼可能，因為同班只有一位姓沈，而且當時臺大外科醫局沒有一位姓沈的醫師，怎麼想也想不起來有這麼一回事。過了一段時候，有一天，腦海中突然浮起了一位和藹可敬，親切近人，認真敬業的醫師面孔。對呀！是他，沈銘鏡醫師，立安與我的貴人，我怎麼會忘記！

1973年，我是臺大醫院剛出道不久的胸腔外科主治醫師（當年臺大是醫界龍頭，但以現在眼光看來，仍屬相對地 primitive）。那天，我有一個病人，因為嚴重的支氣管擴張症併發持續性咯血，以及左肺完全破壞，安排做左全肺切除術。開刀時，發現肋膜間的粘黏相當厲害，尤其在肺門部份以及心包膜之間。經過細心的處理後，切除全肺，置放胸管，傷口縫合，順利地完成手術。病人隨後送進恢復室觀察，我認為一切如常，於是檢視確定情況之後就回家去。回家後不久，接到住院醫師電話報告，胸管流血量不少，而且持續不停。我想應該沒有大問題，就囑咐值班醫師繼續輸血，維持血壓正常，希望

能夠控制情況。一小時過後，情況似乎未見好轉，出血量雖未呈惡化，不過血壓稍見降低；於是交代繼續輸新鮮全血觀察。當時自己心裡雖然不希望，但也不得不做可能需要回院，重新開刀的最壞打算。過後不久，值班醫師又打電話過來說，胸管突然冒出約四百cc的鮮血，而且血庫通知，假如情況持續下去，庫存的血液將會不久用盡的可能。我只好囑咐立刻把病人送回開刀房，準備重新開胸；一方面馬上坐上計程車趕回醫院。

胸部傷口重新打開時，發現胸腔內充滿了血，吸乾之後，仔細察看並沒有發現任何大小血管出血的地方。只見胸壁及縱隔腔的肋膜到處有滲血的現象，只好用電刀全面燒灼止血。一次又一次，花了一個半鐘頭，眼看腔內幾乎淨乾，於是開始縫合。不料就要完成之際，又見胸腔內開始積滿血水，只好被迫再度打開。重新全面燒止滲血的地方；又是花了二個鐘頭止血，每次好不容易認為已經控制，可以關閉胸腔傷口時，又見血液回積，不得不重複電燒止血的動作，一次又一次。當時我已疲憊不堪，而內心焦慮更如熱鍋上的螞蟻，不知如何是好，總不能眼睜睜地看著病人出血不止而死。最後，我想一定是血



液凝固有了問題，非我外科醫師能夠解決，於是決定縫好傷口，請教血液專家會診，幫忙救命。

病人一被推進恢復室，年輕的沈銘鏡講師，已經出現在床前等候。查問病情之後，他馬上親自己動手，採取血液樣本帶去分析診斷。那時候內科血液專家除了劉禎輝教授之外，沈醫師是第二把交椅；他曾經是我學生時候，擔任內科總住院醫師，精幹認真，約一年多前才剛從美國進修回來。不久，沈醫師匆匆地帶著檢驗結果回來，用很有信心的口氣告訴我，病人出血不止，是因為發生急性“DIC”之故。

“DIC?”，什麼是DIC?!好像從沒聽說過，我腦中一片空白，怎麼不知道有這個病症？當時由於情況緊急，他也沒時間做詳細說明，只說是一種少見而死亡率相當高的併發症，導致血液凝固出現問題。我急著請教他打算如何治療以便止血，他看著我說“Heparin!”。我的天！我以為聽錯了，“Heparin?”我重覆一下，不敢相信自己的耳朵。怎麼可能用強烈溶血劑去治療不能凝血而大量出血的問題，這豈不是提油救火？“不錯，是Heparin。”沈醫師看來很有自信，帶著權威性的口氣回答我。我本能地想跟他爭論，但是眼看胸管又排出大量血液，自己顯然又沒有什麼好方法，內心感覺不只無計可施而且幾乎已到了束手無策的地步；但身為主治醫師，肩負著永不能放棄挽救病人生命的職責；病人才二十多歲，無論如何決不能讓

死神得逞。只好相信他的專業判斷，「沈醫師，我已沒有什麼辦法，只好拜託您全權處理了。」我一方面留在床邊觀察，幫忙輸血，一方面心中禱告，希望奇蹟出現，能挽回病人一命。沈醫師沉著地開始用Heparin加入點滴，以每小時1000U的速度開始治療。

我守在床邊，不時地量血壓，瞪眼看著胸管出血的情形，希望有所改善。沒想到，不久，奇蹟出現眼前；一小時過後，胸管出血量逐漸地由約300cc/h，降到200cc/h，再經過一小時，又降到150cc/h，隨後又慢慢地降到小於100cc/h。四小時過後，可說是停止出血了。「病人得救了！」我終於鬆了一口氣，心中感謝上天而如釋重負。看著沈醫師一個人，來回恢復室與血液室之間，親自檢測凝血機制的變化，調節點滴速度；最後扭轉病情，使病人絕處回生，心中感激無以名狀，真的永生難忘。假如不是沈醫師的正確診斷與大膽用藥治療，病人雖然手術成功也會因為併發症而死亡，那將是當外科醫師的我，終生無法彌補的疾痛。

這次病人起死回生的經驗，雖然是我生命中一段過去久遠的插曲，也許沒有人知道，也沒有人記得；病人，臺大醫院，我，沈醫師，剛好在那時間碰點碰在一起，難道真的生死有命，一切註定？無論如何，對我而言，不只是親歷醫師在生命存亡一線之間，戲劇性地“鬥死”成功的案例，也是一個教訓；提醒自己身為外科醫師，除了手技之外，更須充實腦力，



術業專精之外，知識必須涉獵博達，必要時，應該謙卑請教，求助專業。事實上，第二天外科醫局早會報告時，幾乎無人知曉“DIC”是什麼。當時資訊遠不如今日發達，隔洋醫學科技差距至少五年以上。醫師的知識必須跟上時代的進步，否則將會不夠格而面臨淘汰。

1977年我帶著鬥死之夢來到美國，繼續我的為醫生涯。當時美國的Critical Care，大部分是由麻醉科負責，我只好放棄外科改做麻醉而進入CC的領域。有一天，在UKMC碰到一個因為極度創傷且長時休克之後引起DIC的病人，胸腔，腹腔及傷口到處流血不止，而且已經輸血超過10L了。一頭白髮的血液科主任教授來會診幾次，只說根據檢驗顯然是DIC無疑；他的建議處理方式就是繼續輸血（FFP, Platelet etc）。病人出血情況卻一直未見改善；我看這樣下去，結果將不樂觀。於是建議是不是來試用Heparin。他訝異地瞪著我，“Heparin, no way.”一臉狐疑你懂什麼的態度，我感到他差點兒說，“You crazy!”。我就向他提及自己曾經有過極為特殊而且成功地挽回一命的經歷案例，所以是否試一下。顯然的他並不相信；當然也不能怪他，因為根據當時文獻，Heparin Rx雖然有其病理生理機制的理論基礎，但是除了少數認可之外，並非主流的治療方法，其效果仍然無法預期把握，尤其很少臨床經驗報告。他問我到底有多少案例，我只能據實以告：只有一個；他搖著頭：“Only one!?”不屑再談地走開

了。病人最後因出血無法控制而死。幾年過後，在Harbor-UCLA MC，遇到另外一病人因為敗血症併發多重器官衰竭而呈現DIC症候，除了大量抗生素之外，來會診的血液科主治醫師也是主張依據檢驗結果，做保守的血凝因子的補充治療。病人大量輸血之後，仍然毫無進展且繼續惡化。我只好再度像是野人獻曝一般提及Heparin Rx一事，同樣地遭受到“Only one case? I don't want to risk my reputation for that crazy idea!”白目的對待。病人繼續出血，不久死亡。經過這兩個案例之後，幾次再遇到DIC的病人，我已經沒有勇氣提起Heparin Rx了。

今年四月返台掃墓前，特意拜託六弟設法約見沈教授；終於在彰基前面一家小餐廳見了面。沈教授年近八十，白髮皤皤，退而不休，仍是神采奕奕，謙遜和藹，平易近人。雖然事隔五十多年，一見面，就認出立安，並提及當年岳母中風住院昏迷數十天，立安以一小女孩孝順照顧母親的深刻印象，我當然可以想像得到當時的情景。立安再度對沈教授悉心照顧，岳母得以再活二十多年表示由衷感激。沈教授多少感慨近年來台灣社會價值觀的不斷改變，為醫行醫，以及醫病關係已經今非昔比，大不如前而不再單純了！

然後我們談到DIC的病案；因為病人最後得救出院，雖然經過四十年了，我們仍然感到有些得意。說實話，身為醫師，還有什麼比親自經歷擊敗死神，救回病人的生命更感到滿意高興且驕傲的。沈教授



說對他而言，這也是他一生難忘的病例。我們一起回味，當年往事，歷歷如繪，彷彿昨日。他說每次講課，談到DIC時，總會提起這個病例的寶貴經驗。我也談及自己在美國經歷的故事，他並沒有問我為什麼沒有堅持，我也忘了問他，那個病人之後，有幾個DIC用Heparin治療成功的病例。經過一個多鐘頭的歡敘，因為沈教授下午還有門診，極其敬業的他必須準時離去，聚會就在談笑中互道保重中散了。

「人之有德於我，不可忘也。」沈教授行醫一生，一定是救人無數；他也許從不知道，也沒有想到千里之外，有一對後輩夫婦，因為不同的原因，對他一直衷心感念不忘。他以醫師敬業，奉獻，負責，

親身照顧病人的精神，在我們人生遭遇極其危難的時刻，適時出現，幫了我們。他可以說是我們生命中的貴人，也是我心目中良醫的典範。

註：DIC目前為止，預後仍不佳。死亡率約20-50%，依引發病因而異，敗血症併發者極高。Lasch HG. Et al. Pathophysiology, clinical manifestations and therapy of consumption coagulopathy. Am J Cardiol 1967;20:381

（作者係母校醫科1965年畢業，UCLA教授，現已退休）

臺大醫學院104學年度新卸任主管交接班名單

- | | （新任／卸任） |
|--------------------|----------------|
| 1. 醫學檢驗暨生物技術學系主任 | （林亮音／鄧麗珍） |
| 2. 臨床醫學所所長 | （楊偉勛／高嘉宏） |
| 3. 免疫學所所長 | （李建國／伍安怡（代）） |
| 4. 腫瘤醫學所所長 | （楊志新／鄭安理） |
| 5. 牙醫專業學院臨床牙醫學所所長 | （陳敏慧／郭彥彬） |
| 6. 牙醫專業學院口腔生物科學所所長 | （李伯訓／江俊斌） |
| 7. 醫學系小兒科主任 | （黃立民／吳美環） |
| 8. 醫學系精神科主任 | （吳建昌／高淑芬） |
| 9. 癌症研究中心主任 | （葉坤輝／楊志新） |
| 10. 藥物研究中心主任 | （曾宇鳳／符文美） |
| 11. 家醫科主任 | （無新任（遴選中）／黃國晉） |



Class Book (同學錄)

文／葉弘宣

Our updated NTUMC class book has finally arrived. The very first one was printed in 1988, when we also had our first class reunion 20 years after graduation. It was only until the year of 2000 when we had the 2nd edition. Now 13 years later, or 45 years after graduation, the new edition means a lot as it is the time most of the classmates have retired.

The class book is 圖文並茂. With the exception of a few 天生麗質, 黑髮童顏, most of the classmates are now "老了", but they are "老得有自信, 有氣質" and they all appear happy and "滿足".

With new members (女婿, 媳婦, 孫子, 孫女) continuing to add in, the family picture (全家福) of each classmate now appears to be rather crowded and busy.

Their recorded 感言s commonly refer to "古稀老人", "黃昏歲月", "夕陽無限好"..... Although many of them have accomplished outstanding achievements, academically and professionally, and describe their 心路歷程s, all refer themselves as "快樂的平凡人". Most importantly, they never fail the opportunity to express their sincere appreciation (感恩) to their better halves.

RYG's memory of the 仁愛路一段 (by the NTUMC campus) was more like a "樸實的村姑", he now depicts it as "濃妝厚抹的貴婦".

Some of the photo messages are quite interesting. MHT has four photos with message following each photo:

"歡喜冤家 亦吵亦樂"

"佛祖保佑 四代同堂"

"含飴弄孫 其樂融融"

"神似阿公 可愛古錐"

There are also poetic 感言s written by the classmates:

HSW

四五寒暑何其快 胸無大志知足樂
天份努力上蒼公 老友老本牽老伴
身心健壯仍如昔 樂觀進取不覺老
兒孫滿堂膝下歡 人生七十重開啟

JWW

老王今年已七一 子孫滿堂繞兩膝
其中三男又三女 七至八歲下至一
銀髮夫妻有何求 到處走走看地球
同學之間喜旅遊 請來相告陪你走

WH is an artist and poet, she attached one of her recent painting "春山" and 填詞一首 "醉花間":



桃花好，李花好，春日尋芳早。

信步野郊遊，綠水青山繞。

百草映千花，東風啼翠鳥。

花落憶伊人，歲月催人老。

In her 感言, she also wrote a poem:

莫嘆鬢霜衰顏容 氣質瀟灑依然同

天涯羈泊終不悔 西北東南任好風

Yeh Tze

（作者係母校醫科1968年畢業，現任職加州
NAPA內科）

臺灣大學醫學院 生理學研究所 誠徵教師1名

一、應徵資格：

1. 具有生物醫學領域相關博士學位，且具有前述學位後一年以上研究資歷（至起聘日期止）
2. 具備心臟生理學教學能力
3. 具獨立研究能力及教學與服務熱忱

二、檢具資料（紙本乙份或電子檔）：

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

三、起聘日期：民國105年8月1日

四、截止日期：民國104年12月15日下午5時前（資料寄達日期）

五、聯絡地址：台北市仁愛路一段1號10樓

臺大醫學院

生理學研究所新聘教師甄選委員會收

電話：886-2-23562216

傳真：886-2-23964350

E-mail：fcllee@ntu.edu.tw



醫學術語之幽冥族

文／林隆光

子不語「怪力亂神」，又曰「不知生，焉知死」。本文卻想談些與「死」有關之希臘（羅馬）神話中的幽冥一族。讀者諸君也該都知道宙斯（希Zeus，羅Jupiter）是Olympus山的主神，而其兄弟Poseidon（Neptune）和Hades（Pluto）則分別掌管海洋和地府。醫學名詞中有不少採用了幽冥界的名稱，雖不一定使吾人更知死，卻可讓我們多明瞭某些常用術語的來龍去脈。

宙斯管不到地府，Hades是冥王，而死神則是Thanatos（Mors）。希臘名字演變成thanatology（死亡學）和thanatophobia（恐死症）；羅馬名則有mortal（必死的）／immortal（不朽的）和mortuary（太平間）等。Thanatos乃Erebus和Nyx之子；Erebus是死者進入冥府之前黑暗通道的暗界之神，Nyx則為黑夜女神（拉丁字Nox）。與此相關的有nyctalopia（夜盲症），nocturnal（夜間的）和equinox（春、秋分日、夜等長）之類。

睡眠之神Hypnos（Somnus）乃死神之孿生兄弟：睡著了還能醒來，死了就永遠長眠不醒矣！十八世紀末期，德國醫生Mesmer自創了催眠“魔”術，令人半信半疑；十九世紀蘇格蘭醫師Braid介紹使用hypnotism（催眠術），而被稱為hypnosis之父。您相信催眠

術可以喚起前世今生的說詞嗎？而由Somnus衍生出somnolence（昏睡），somniferous（昏昏欲睡的），somniaquy（說夢話）和somniaambulism（夢遊症）等字。

睡夢中常有（壓身之）惡靈，稱nightmare或phobetor（驚駭之神，依不同神話界定，mare源自Mara女惡靈，非指母馬，但驚、駭二字卻均屬「馬」部？）。睡夢也有好神，Morpheus即夢之神，與Phobetor均為睡神Hypnos之子。Morpheus可幻化成各種形狀，包括人形，進入睡眠者的夢鄉，傳遞訊息（所謂「托夢」也）。衍生字有morphology（形態學），metamorphosis（變形／蛻變）。

由Morpheus衍生的還有morphine：法國藥師C. Derosne於1803年從鴉片（opium）中發現一種能使人麻木、失去知覺（narcosis麻醉或昏迷狀態）的成分，叫它narcotine；1805年A. Serturmer析出同樣的生物鹼（alkaloid），因會讓人進入睡夢中而命名morphine。鴉片取自罌粟花（*Papaver somniferum*）未成熟種莢之乳汁（opos之原意）乾燥而製成；英文poppy乃從拉丁字papaver而來，為止腹痛、入睡的意思。遠在西元前三千多年，兩河流域的蘇美人



(Sumerian) 已知此稱joy plant的藥效；荷馬更謂其可消除疼痛及哀愁。鴉片的主要成份除meconic酸（胎便meconium即因色澤與鴉片乳汁相似而以此命名）和morphine外，尚有codeine（法Robiquet，1832），papaverine（德Merck，1848）等；而海洛因（heroin）則是十九世紀末人工合成的產品。

Erebus和Nyx的子女還包括Aether（以太或上層空氣，光輝之神）和其妻Hemera（白天女神，而hemeralopia乃與夜盲相反的晝盲症）、Nemesis（報應神，掌管善惡之獎懲；原意為分配allotment，衍生字nomo-、-nomy有規則或管理之意，例如nomogram，astronomy，autonomy，economy之類）。

命運三女神（Fates）亦系出Nyx，老大叫Atropos（意為不可反轉或無法改變），她的兩個妹妹叫作Clotho和Lachesis。神話中，Clotho握著紡錘紡成每個人的生命線（所以後來cloth成了「布」的意思），Lachesis拿著尺桿決定生命線的長短，最後則由Atropos裁決何時剪斷每一個人的生命線，一旦命脈被剪斷，就無法挽回了。有機磷農藥中毒最有效的急救藥物atropine（阿托品），名稱即源於此；它是種副交感神經阻斷劑（抑制anticholinesterase），故是毒藥也是聖藥。

阿托品係於1831年首自deadly nightshade 顛茄（*Atropa belladonna*，茄科）的根部分離出。其實，中古時代的歐洲已有不少下毒者使用此植物害人。而belladonna一字為義大利語，意為美人（bella即beautiful，donna即lady之意）。據說以前的歐洲婦人為了愛美，不惜冒著中毒的危險來吃它，以求瞳孔放大，

好使得看起來顯得秋水明眸，倍增嫵媚。

和atropine同一類的藥物scopolamine，又叫作hyoscine（莨菪素），最初是從莨菪屬植物（*Hyoscyamus*亦稱天仙子）中提取出來的。*Hyoscyamus*是由希臘字hus（意為豬pig）及kuamos（意為豆，bean）兩部分合成的，原意可能是「豬去吃的類似豆的植物」。至於莨菪素何以又叫scopolamine呢？原來當初由義大利醫生（兼博物學家）Giovanni Antonio Scopoli（1723~1788）在Carniola地方（今Slovenia）蒐集的一種草*Scopolia carniolica*（也是莨菪類）的根中，可析出scopolamine，而有同樣的作用。

住在幽冥界的尚有復仇女神Erinyes（Furies），據說是從天神Uranus被閹割時，流出的血滴所形成，充滿了父子仇恨（子弑父的兒子為Chronos時間大帝）的詛咒，故稱復仇三女神：分別是嫉恨、宿怨和血腥復仇。因於拉丁—法文語音轉換之故，由furia／furie衍生的字詞包括了fury／furious（憤怒的），rage（發狂）及rabies（狂犬病）等。

另外順便在此一提的是忘河Lethe，乃希臘神話中一條環繞幽冥陰間的大河，在到達地獄之前，死者靈魂必先經過Erebus及Nyx所住之幽暗地帶，並在此飲忘河之水，以忘卻人世間一切煩惱，然後進入陰間。Lethe一字原為遺忘（forgetfulness）之意，後來逐漸變成指嗜睡甚至死亡；如lethal即致死的，lethargy則意指嗜睡狀態。

（作者係母校醫科1971年畢業，現任附設醫院眼科部兼任主治醫師）



何處是心靈的故鄉？

文／李龍雄

日前讀景福醫訊31卷12期的一篇文章：寧靜致遠的前輩—李玉琛教授（作者李彥輝、楊遠薰），深為感動。文中談及1950年警總逮捕臺大醫院數位醫師、主任、及學生一事，以前只聽老師們隱約帶過，據我所知，似乎是第一次在景福醫訊如此被提到。

李玉琛教授提及臺大醫學院共有數位師生被捕，包括李玉琛的至友葉盛吉。半年後許強主任及葉盛吉在馬場町被槍決，葉盛吉時年27。

關於葉盛吉，他當年在日本仙台高校的同學楊威理以日文為他寫了一本傳記—雙鄉記（陳映真中譯），1995年出版，當時報紙上介紹過。

葉盛吉台南一中，日本東北仙台高等學校（二高）畢業，考入東京帝大醫學部，二次大戰後轉回臺大醫學院醫科，1949年畢業（第三屆），當屆留臺大醫學院的同學，至少有黃伯超院長、葉英堃、洪文宗、尹國霖教授等。葉盛吉1950年被槍決時27歲，留下年青的妻子及幼子葉光毅。葉光毅現為成大教授。

葉盛吉青少年時期，日本統治台灣，他接受日本教育，尤其在仙台高校（魯迅也是該校校友）期間很受老師賞識。受到很好

的教育及照顧，在現實中是日本人的體制。但是像當時台灣知識份子，他也知道臺灣是1895年割讓給日本為殖民地，也瞭解自己是漢（文化）民族。所以心中有一個難解的結，他是日本人還是中國人（台灣人），到底那裡才是他心靈的故鄉？這個困擾一直到二戰後台灣光復，終於得到舒緩，他可以做一個完全的中國人。但是戰後台灣的問題，中國的內戰，1949年的中國旅行等，眼見當時的諸多矛盾與衝突，在葉盛吉心中仍然有兩個心靈的故鄉：傳統的中國與改革的中國。當年葉盛吉如很多熱血青年，選擇了社會主義做為他的理想。

五十多年前，我的中學老師跟我們說過一段話：「二十歲以前的青年，看了馬克思的資本論後，沒有激動，這個年輕人沒有理想。四十歲以上的成年人，看了資本論以後，仍然心動的話，這個成年人愚蠢」。道盡了共產主義的理想與現實。經過六七十年的人類社會的試驗，也證實了這個說法。（不會還有人認為現在中國仍在實行共產主義吧！）

就是這樣純真青年追求公平正義的理想，遇到那時代的海嘯，葉盛吉在瞬間即被吞噬，壯烈犧牲。他的故事就如雙鄉記一書



的副標題—台灣知識份子之青春、徬徨、探索與悲劇。

至於跟葉盛吉同時被捕的另一位當時在學校友顏世鴻，在唱綠島小夜曲十多年後被釋放，所幸還能轉學插班台北醫學院（台北醫學大學），畢業並考取執照行醫，目前仍在台南，他把他的故事寫了一本書：青島東路三號—我的百年之憶及台灣的荒謬年代。

台灣歷史文化，幾十年來，有不少著作，但很多在台灣的民眾，並不關心。最近柯文哲教授也在公開演講說：「台灣的歷

史對大多數臺灣人來說，負擔太沈重了，所以選擇遺忘」。如果是這樣，那真是哀莫大於心死。我不這麼認為，我認為主要是環境與教育的關係。奈及利亞的作家Chinua Achebe寫過：“Until the lions have their own historian, the story of hunt will always glorify the hunter”。

讓大家來關注故鄉家園的故事吧！

（作者係母校醫科1972年畢業，現任台北市立聯合醫院仁愛院區特約醫師）

國立臺灣大學醫學院醫療器材與醫學影像研究所 誠徵專任教師貳名

應徵資格：

1. 具有教育部認定之國內、外博士學位或醫學系畢業者
2. 具有醫療器材醫學影像相關之教學研究或研發經驗者

檢附證件：

1. 個人履歷表
2. 學經歷證書影本
3. 著作目錄
4. 研發成果
5. 研究及教學計畫書（以不超過5頁為原則）
6. 三封推薦函（其中一封須包含指導教授或相關領域副教授以上學者推薦，推薦人住址、傳真、電話及E-mail）。推薦函請推薦人逕送（或寄）本所辦公室。

申請期限：即日起至2015年10月30日下午5時止（紙本或email送達本所）。

起聘日期：2016年8月1日（本所可依徵求情況作調整）。

收件地址：100臺北市仁愛路一段1號，臺大醫學院醫療器材與醫學影像研究所辦公室收。

聯絡電話：(02)2312-3456 ext：88453（李玉珊小姐）；
傳 真：(02)2395-7990，E-mail: yushan@ntu.edu.tw



台大景福基金會 醫學人文關懷計畫 104年1月至6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150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104年1月至6月之計畫執行內容：

內容	場數	參加人次
A、「博物館體驗學習」	50	499
A1. 臺灣人哪裡來		
1.104推甄生參訪	2	21
A3. 大腦、心智與健康		
1.選修課程「一般醫學保健」	12	128
2.選修課程「衛生保健」	10	82
3.通識課程「醫學與生活(2)」	12	97
4.通識課程「醫學與生活(3)」	13	157
A4. 臺灣人哪裡來		
1.師大工業教育所	1	14
B、「人文學體驗學習」	36	306
B1. 本院學習群		
1.學習群系列活動	30	238
2.體驗學習社座談會	1	12
3.«醫療情境中的人性課題»討論會	5	56
B2. 其他醫學院學習群		



C、醫療照護關懷體驗工作坊	16	235
C1. 醫療情境中的人性課題探討		
1. 市立聯合醫院PGY	7	134
2. 國泰醫院PGY	6	63
C2. 在醫療機構中建立關懷文化		
1. 醫療照護關懷體驗參訪	2	22
C3. 建構以體系為基礎的共同健康照護計畫		
1. 建構以體系為基礎的共同健康照護管理模式研討會	1	16
D、老年健康關懷體驗工作坊	48	477
D1. 人生第三幕分享學習		
1. 「人生第三幕分享學習」	19	210
2. 分享學習群	28	222
D2. 三全健康教育志工		
1. 「全人全家全社區健康教育志工培訓計畫」推展發表會	1	45

臨藥所2015年6月10日 Research Day活動





編後語

文／林文熙

本期以韓良俊教授為牙醫學院的畢業典禮致詞為開端。韓良俊名譽教授以自身的學經歷，及在退休後仍積極參與公共事務來勉勵大家努力學習，發揮所長，在各領域貢獻社會。在醫學論壇的部分，蕭俊雄校友詳盡的介紹了攝護腺癌以及各種治療方式。謝豐舟名譽教授描述了超音波學會成立過程與推廣超音波教育的辛苦歷程，由成立之初的筚路藍縷，到如今成長茁壯，培育了許多的後進醫師，並為廣大的民眾提供了更高品質的醫療服務。陳振陽教授回顧了免疫所成立的過程的點點滴滴。

韓良誠校友在閱讀「面對死亡」後真心呼籲要了解老年的病人，並讓他們有尊嚴、安心的走完生命的旅程。戴鐵雄校友以新詩來表達對妻子永遠不變的真愛。李泰雄校友回顧在沈銘鏡醫師幫助下成功將病人起死回生的經驗，感念其當年的協助，真摯感人。葉弘宣校友生動的描述了同學畢業多年後的近況。林隆光校友介紹了在希臘羅馬神話中幽冥界的角色，以及衍生出的醫學術語，十分有趣，也讓我們知道了一些醫學專有名詞的來源。李龍雄校友以葉勝吉校友在1950年被捕並在馬場町被槍決的歷史來呼籲大家多關心台灣的歷史文化。

讀著校友們的作品，有的如在炎熱的夏天，飲著一杯冰水，冰涼透心。有的如在寒夜裡，小酌一杯，溫暖全身。有的如在繁忙的空檔，喝著下午茶，悠閒無比，回味無窮。本期景福醫訊能順利完成，首先感謝各位校友們的熱心投稿。再來為亮月小姐、正副主編及景福編輯們的鼎力相助。也希望景福醫訊能越來越好。

（作者係母校醫學系1994年畢業，現任臺大醫院外科主治醫師）



全家福



臺大醫院院長、各分院院長暨一級單位主管交接典禮

時間：2015年7月31日

地點：臺大醫院、北護分院、
竹東分院、新竹分院

攝影：臺大醫院教學部





臺大醫學院醫療器材與醫學影像研究所揭牌典禮

時間：2015年8月6日（臺大醫院教學部攝影）