

# 景福

醫訊

Jing-Fu Bulletin

2017**12**



馬雅各醫師



萬巴德醫師



德馬太醫師



馬偕醫師



安彼得醫師



盧嘉敏醫師



克莉絲緹醫師



蘭大衛醫師



蘭大弼醫師



馬雅各二世

第34卷第12期



# 全國公私立醫學校院 — 臨床教師進階師資培育訓練課程

時間：2017年11月19日

攝影：臺大醫院教學部



# 景福醫訊

## Jing-Fu Bulletin

第34卷 第12期

2017年12月出版



## 目 錄

### 醫學新知

- 2 淺談口腔扁平苔癬 張玉芳  
10 淺談頭頸部鱗狀細胞癌診治之新知 王逸平

### 醫學論壇

- 13 人類陰莖解剖學 許耕榕

### 校友小品

- 17 台南市歷史名人—韓石泉故居掛牌儀式致詞  
韓良誠  
21 憶記師訓及日本兩大學昔日的師兄弟們  
韓良俊  
24 臺大醫學院圖書分館暨臺大醫院圖書室希望  
工程(2) 臺大醫學院圖書分館暨臺大醫院  
圖書室的新希望 張天鈞

### 2017年北美校友會年會專輯

- 27 臺大醫學院北美校友會第37屆年會記盛  
李彥輝、陳耀楨

### 封面故事

- 33 航向福爾摩沙——早期引進西方醫學的醫者  
群像 編輯部

### 編後語

中華民國一〇六年十二月出版

第三十四卷第十二期 總號三八九

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 / 王淑慧、柴惠敏、鍾國彪、林昭文、薛濟平  
邱政偉、楊曜旭、柯政郁、許秉寧、商志雍  
林艷君、錢宗良、王繼娟、王明暘、苑守仁  
陳文彬、吳爵宏、鄭祖耀、徐明洸、陳世杰

本期執行編輯 / 李正詰

副 執 行 長 / 詹鼎正、張皓翔、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：17~19世紀間引進西方醫學的  
醫者群像

攝 影：王亮月

本刊來稿文責由作者自負不代表本刊立場



## 淺談口腔扁平苔癬

文／張玉芳

在衛福部及國健局致力於檳榔及菸害防制下，極力推廣有過抽菸、喝酒、嚼檳榔的民眾須做定期口腔黏膜篩檢，其成效顯著，已明顯降低第一次求診時即為末期口腔癌症的比例。同時牙科醫師及耳鼻喉科醫師與一般民眾對於口腔黏膜的變化也開始有警覺性。若是病患有抽菸、喝酒、嚼檳榔的習慣，看到黏膜有白色或紅色的斑塊，或是長期無法癒合的潰瘍，當然馬上就想到是否可能是白斑、紅斑這些癌前病變或甚至已是口腔癌。但若病患為中年女性且無抽菸、喝酒、嚼檳榔的習慣，看到黏膜有多個白色蕾絲般線條或伴隨有紅色糜爛區塊，甚至也有長期無法癒合的潰瘍，隨著壓力時好時壞，這類表現則是與免疫異常相關的口腔扁平苔癬的常見表現。以下將對於口腔扁平苔癬做一個簡單的介紹。

扁平苔癬 (lichen planus) 雖然從名稱上常讓人誤認其為一種癬類疾病，事實上其名稱來源是因為長的像苔蘚類植物一樣扁平狀。扁平苔癬是一個口腔黏膜與皮膚都可以發生的疾病，若其發生於口腔，就稱做口腔扁平苔癬 (oral lichen planus)。在國內外口腔扁平苔癬文獻中，口腔扁平苔癬的發生率可高至2.2%，約13.4-15%口腔扁平苔癬患者同時會有皮膚病變；約2.4-20%口腔扁平苔癬患者同時會有生殖器病變；但約60%皮膚扁

平苔癬患者同時會有口腔病變。類似其他的自體免疫疾病，口腔扁平苔癬較好發於中老年女性，極少發生於兒童，但在兒童扁平苔癬病人男生比女生稍多。綜合過去學者之研究發現，口腔扁平苔癬是因為T細胞攻擊上皮細胞，造成部份上皮基底細胞 (basal cells) 受損，上皮增生 (acanthosis) 及過度角化 (hyperkeratosis)，嚴重時導致糜爛或潰瘍，但因為血液中無法找到自體免疫抗體，故口腔扁平苔癬被認為是一種T細胞免疫異常的局部自體免疫疾病，但引起T細胞免疫異常的原因則仍然不清楚。

臨床上口腔扁平苔癬有六種型態，包括網狀型 (reticular type) (圖1)、糜爛／萎縮型 (erosive/atrophic type) (圖2)、潰瘍型 (ulcerative type) (圖3)、丘疹型 (papular type) (圖4)、斑狀型 (plaque type) (圖5左) 和水疱型 (bullous type)，又以網狀型、糜爛／萎縮型和潰瘍型較為常見。有時候兩種或多種型態之口腔扁平苔癬會同時發生於同一患者，如圖5的病患同時有舌背的斑狀型及頰黏膜的網狀型，圖6的病患同時有網狀型、糜爛／萎縮型及潰瘍型。其好犯之口腔區域為頰黏膜、舌及牙齦，常呈對稱性分布於兩側口腔黏膜，如圖1、2、4及6為同病患之左右兩側的病變。

以下針對不同型的口腔扁平苔癬做介



紹：網狀型口腔扁平苔癬以白色的線條（稱為 Wickham striae）呈網狀排列表現，最常好發於兩側後方頰黏膜，也可能同時發生於舌側、舌底、牙齦、唇黏膜及唇紅緣（vermilion border）。由於網狀型在顯微鏡下，為上皮因下方發炎刺激增生及角化的結果，故網狀型扁平苔癬患者，通常不會有任何症狀或症狀非常輕微。常是在進行牙科治療時，無意中發現的。

糜爛／萎縮型扁平苔癬也好發於兩側頰黏膜後方，為糜爛、無突出之紅色斑塊，紅

斑塊周圍有放射狀白色線條（圖2）。若糜爛／萎縮型扁平苔癬病變中間有潰瘍區域，則稱此病變為潰瘍型扁平苔癬（圖3）。由於有表皮破損的情形，故病患有明顯疼痛且易受食物刺激，因而求診治療。需要注意的是糜爛／萎縮型及潰瘍型扁平苔癬的臨床診斷上，一定要加上觸診，雖然有時反覆的發炎反應可能導致結疤組織產生，因而觸診時有較硬的感覺，但若觸診時病變周圍有硬結（induration）且非結疤組織的感覺時，極有可能已有癌化的現象。由於糜爛／萎縮型及



圖1：網狀型（reticular type）口腔扁平苔癬位於同一病患之兩側頰黏膜。



圖2：糜爛型（erosive type）口腔扁平苔癬位於同一病患之兩側頰黏膜。



圖3：潰瘍型（ulcerative type）口腔扁平苔癬位於頰黏膜。



圖4：丘疹型（papular type）口腔扁平苔癬位於同一病患之兩側頰黏膜。



圖5：斑狀型（plaque type）口腔扁平苔癬位於舌背，同一病患在頰黏膜有網狀型。



圖6：糜爛型（erosive type）、潰瘍型（ulcerative type）及網狀型（reticular type）口腔扁平苔癬在同一病患的兩側頰黏膜。



潰瘍型扁平苔癬有比一般人得到口腔癌的機率高一點，這個後面會再次提到，故建議糜爛／萎縮型及潰瘍型扁平苔癬皆須做切片檢查再開始治療。

丘疹型常和網狀型一起發生，於口腔黏膜上呈現小顆粒狀突起（圖4），有時與口內常見的白色念珠菌感染有點相似，故建議用紗布擦拭。若能擦拭除去的，則是白色念珠菌感染。

斑狀型常侵犯舌背，呈白色斑塊，其上舌乳頭（lingual papillae）常消失，且和口腔白斑（leukoplakia）很相似，不易區分（圖5）。但斑狀型口腔扁平苔癬患者，常同時合併有網狀型或糜爛型扁平苔癬出現於頰黏膜後方（圖5），且患者通常無吸菸、喝酒及嚼檳榔之習慣，此點可以和菸、酒、檳榔導致之口腔白斑區分。值得注意的是口腔扁平苔癬，尤其是斑狀型，幾乎絕對不會單獨出現於舌側、舌底或口底的位置，故若臨床上發現單獨存在於舌側、舌底或口底的白色斑塊，其為口腔白斑的可能性較高，建議做切片檢查。

口腔扁平苔癬病變若表面有多個水

疱，則稱為水疱型扁平苔癬，較為罕見。有時因為口腔扁平苔癬的發炎導致小唾液腺的管道破壞，而有表面的唾液腺黏液囊腫（superficial mucocele）的形成（圖7），因而有類似水疱型扁平苔癬的表現。另外，由於口腔扁平苔癬的發炎導致基底細胞的破壞，所遺留的黑色素會被下方的吞噬細胞吞噬，因而導致有時除了白線條外，尚有一些黑色的區域在病變附近（圖8）。

網狀型、丘疹型和斑狀型口腔扁平苔癬，於口腔扁平苔癬文獻中，通稱為非糜爛型口腔扁平苔癬（non-erosive oral lichen planus）。糜爛／萎縮型或潰瘍型口腔扁平苔癬，有時合稱為糜爛型口腔扁平苔癬（erosive oral lichen planus），以便和非糜爛型口腔扁平苔癬區分。值得注意的是糜爛／萎縮型或潰瘍型口腔扁平苔癬，有時和菸、酒、檳榔引起之口腔癌前病變紅白斑（erythroleukoplakia）病變很難區分（圖9）。但糜爛／萎縮型或潰瘍型口腔扁平苔癬病變，常發生於兩側口腔黏膜有對稱性，且患者常無吸菸、喝酒及嚼檳榔習慣，此點可以和菸、酒、檳榔引起之口腔



圖7：網狀型（reticular type）口腔扁平苔癬如箭頭所示在病患的頰黏膜，同時有多個表面的唾液腺囊腫（superficial mucocele）的形成。



圖8：網狀型（reticular type）口腔扁平苔癬在同一病患的兩側頰黏膜，同時有多個黑色線條或斑塊區域。



癌前病變紅白斑區分。當糜爛型口腔扁平苔癬侵犯牙齦時，會引發牙齦發炎紅腫、上皮萎縮或潰瘍，此種牙齦病變稱作脫屑性牙齦炎（desquamative gingivitis）（圖10-11）。因黏膜型類天疱瘡（mucous membrane pemphigoid）及尋常性天疱瘡（pemphigus vulgaris）患者，也常會有脫屑性牙齦炎，因此對於脫屑性牙齦炎患者，於牙齦病變旁黏膜，做切片檢查及免疫螢光檢查，則可以區分此三種病變。

口腔扁平苔癬之組織病理特徵包括上皮過度角化（hyperkeratosis，包括hyperorthokeratosis及hyperparakeratosis），大部分為hyperparakeratosis，基底細胞液化（liquefaction degeneration of basal cells）、鋸齒狀上皮嵴（saw-tooth epithelial ridges）、上皮萎縮（atrophy）或棘皮層增厚（acanthosis）、上皮下固有層（lamina propria）之帶狀淋巴細胞浸潤（a band-like lymphocytic infiltrate）（圖12A和B）及上皮結締組織交界處一條均勻伊紅色物質沉積（eosinophilic deposit）。和皮膚扁平苔癬病變相比，口腔扁平苔癬病變較少出現鋸齒狀上皮嵴，且常出現上皮萎縮（圖12C和D）。需要注意的是若沒有潰瘍的情況下，有除了淋巴細胞浸潤以外的細胞浸潤，像是漿細胞（plasma cells）或嗜伊紅白血球（eosinophils），則有可能是類苔癬（lichenoid）的藥物或過敏反應。由於牙齦常有不等程度的牙齦炎（主要為淋巴球及漿細胞浸潤），在切片病理組織判讀上會有一些干擾，故若病患有另外的病變在頰黏膜等

地方，則建議切片盡量選在沒有潰瘍且離牙齦邊緣遠一點的地方。當然如果切片的目的是在排除癌化的可能性，此時就需要選擇在觸診上有硬塊的區域，並且建議在典型扁平苔癬（網狀型）的位置也做切片，用以判斷病患是否有扁平苔癬的問題。有時在癌前病變（包括不等程度的細胞變異，dysplasia），亦有可能伴隨明顯的發炎反應，有時發炎反應



圖9：口腔癌前病變紅白斑（erythroleukoplakia）病變在頰黏膜及舌側，臨床上表現與口腔扁平苔癬極為相似。



圖10：糜爛型（erosive type）口腔扁平苔癬引起的脫屑性牙齦炎（desquamative gingivitis）。



圖11：糜爛型（erosive type）及潰瘍型（ulcerative type）口腔扁平苔癬引起的脫屑性牙齦炎（desquamative gingivitis）。



會極其類似扁平苔癬的帶狀發炎細胞浸潤的組織變化（圖13A-F），故在判斷是否為癌前病變伴隨發炎現象或是扁平苔癬，需注意上皮是否有細胞變異的現象。有時在判讀輕微的細胞變化是發炎造成還是輕微的細胞變異（mild dysplasia）是有困難的，此時口腔病理科醫師會在診斷欄上加註不典型上皮（epithelial atypia），而建議臨床醫師仍可以口腔扁平苔癬的治療方式先行治療，但需要密集追蹤，若病變對於治療效果不佳或有變化時，則建議再次切片檢查或甚至切除病變。

雖然在病理組織切片下，口腔扁平苔癬與黏膜型類天疱瘡及尋常性天疱瘡各有其特色，鑑別診斷應該沒有太大的問題，但仍建議使用直接免疫螢光染色確診。口腔扁平苔癬之直接免疫螢光表現為出現於基底膜區（basement membrane zone）之一條非專一性的粗毛狀纖維蛋白原沉積（a non-

specific shaggy fibrinogen deposit），且基底膜區無免疫球蛋白和補體（immunoglobulin and complement）沉積。黏膜型類天疱瘡之直接免疫螢光表現為出現於基底膜區之一條線狀（linear）免疫球蛋白（IgG, IgA or IgM）或補體3（C3）沉積。而尋常性天疱瘡則為出現於上皮細胞空間（intercellular space）之格子狀（lattice-like）免疫球蛋白（IgG or IgM）或補體3（C3）沉積[2]。以上三種病變之直接免疫螢光表現特徵明顯不同，因此遇到要區分脫屑性牙齦炎是以上三種病變中那一種病變引起時，可利用口腔標本冷凍切片之直接免疫螢光檢查，來做鑑別診斷。

在臨床表現及病理組織上與扁平苔癬幾乎無法區別的是類苔癬病變（lichenoid lesions）。類苔癬病變為發生於口腔黏膜類似口腔扁平苔癬之病變，較常見的有口腔類苔癬藥物反應（oral lichenoid drug reaction）、口腔類苔癬接觸過敏反應（oral lichenoid contact hypersensitivity reaction）。口腔類苔癬藥物反應是因服用藥物，引起口腔黏膜發生類似口腔扁平苔癬之病變，可能為網狀型或糜爛型之類似口腔扁平苔癬病變，需要靠嚴謹的藥物史與臨床表徵的時間對照才能知道與何種藥物相關，通常停藥加適當治療後，才能慢慢消失。如上面所提到的，口腔病變之切片檢查雖類似口腔扁平苔癬病變，但浸潤之發炎細胞除淋巴細胞外，尚有漿細胞及嗜伊紅白血球，且發炎細胞之浸潤延伸至較深層結締組織，或圍繞血管周圍，此組織病理發現和典型口腔扁平苔癬病變不同。直接免疫螢光表現和典型口腔扁平苔癬病變相似。口腔

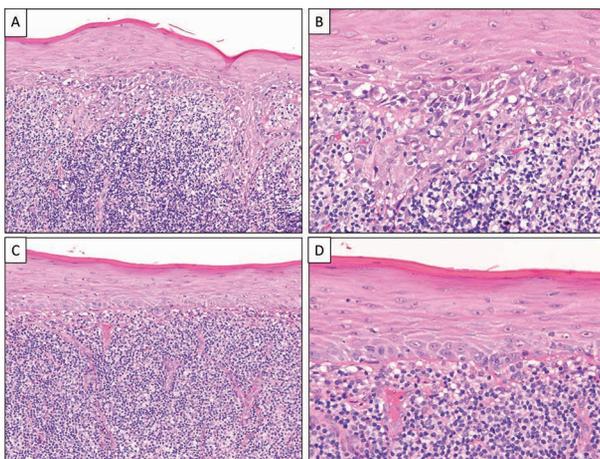


圖12：口腔扁平苔癬的組織病理表現。A和B有上皮過度角化，鋸齒狀嵴帶淋巴球浸潤基底細胞液。C和D

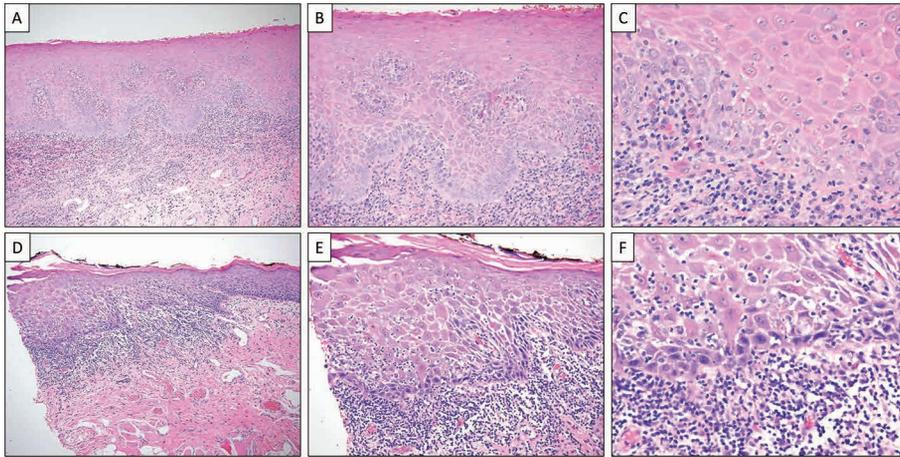


圖13：癌前病變伴隨類似扁平苔癬的發炎。(A-C) 中度細胞變異 (moderate dysplasia)，(D-F) 嚴重細胞變異 (severe dysplasia) 有伴隨明顯的發炎反應，極其類似扁平苔癬的帶狀發炎細胞浸潤組織變化，但上皮有明顯細胞變異情形。

類苔癬接觸過敏反應為對金屬、複合樹脂、玻璃離子體、銀粉等牙科修復體直接接觸，引起過敏反應所產生於口腔黏膜之類似口腔扁平苔癬病變，較常發生於頰黏膜或舌側緣相對於牙科修復體之位置，為單一口腔黏膜病變，和兩側性、多發性之典型口腔扁平苔癬病變不同；若將牙科修復體移除，口腔類扁平苔癬病變可能消除。此病變也可能是對肉桂 (cinnamon)、薄荷醇 (menthol)、丁香油酚 (eugenol)、薄荷 (peppermint) 引起接觸過敏反應，所產生於口腔黏膜之類似口腔扁平苔癬病變，通常將引起接觸過敏反應之物質移除後，口腔類扁平苔癬病變很快就消除。除上述的口腔類扁平苔癬病變外，慢性移植體對抗宿主疾病 (chronic graft-versus-host disease) 及紅斑性狼瘡 (systemic lupus erythematosus) 在臨床上也有類苔癬病變，但可由病史及病理組織切片幫助診斷。

口腔扁平苔癬的治療，因疾病型態的

不同，而略有不同。一般而言，非糜爛型口腔扁平苔癬 (包括網狀型、丘疹型、斑狀型) 患者，通常不會有口腔症狀如疼痛、燒灼感等，因此只要給患者說明疾病之成因、特性，讓患者安心，可以不必立即治療；但也有另一派的意見認為即使是非糜爛型口腔扁平苔癬，在組織學上仍有發炎反應，長期的發炎對組織仍可能有傷害，故認為非糜爛型口腔扁平苔癬仍需治療。另外非糜爛型口腔扁平苔癬如其表徵明顯典型，可以明確診斷，雖不一定要作切片檢查，但切片檢查可幫助確立診斷及區分一些臨床上有類扁平苔癬病變的疾病，並可以做為治療前及未來用以追蹤或研究的基本表現。在廣泛定義之糜爛型口腔扁平苔癬 (包括糜爛／萎縮型和潰瘍型)，因為患者會有明顯的症狀，例如發炎、疼痛、燒灼感、對熱及辣的食物敏感等，都必須給予治療，且都建議做切片檢查。並且糜爛型口腔扁平苔癬，都必須作



觸診 (palpation) 檢查，如觸診時發現病變周圍有硬結 (induration)，則一定要作切片檢查，以排除病變有上皮變異 (epithelial dysplasia) 或口腔癌之可能。

口腔扁平苔癬之治療，以使用類固醇為主。若病變範圍較小，症狀較輕微時，給予類固醇軟膏 (含dexamethasone或triamcinolone) 塗抹患處，每天2-3次，通常2-3星期，即會有明顯改善。若病變或潰瘍的範圍較廣，症狀較嚴重時，給予類固醇口腔噴霧用膠囊 (如salcoat cap for spray，含beclomethasone dipropionate) 噴灑患處，或以類固醇注射液 (如shincort注射液，內含triamcinolone acetonide 40 mg/cc，每星期注射一次，連續注射兩次) 注射患處黏膜下層，同時服用類固醇 (15 mg prednisone每天早上飯後服用一次) 兩星期後，效果良好。也可以單獨口服類固醇錠劑 (如prednisone，每日40 mg，連續服用5天；再改為每日10-20 mg，連續服用7-10天)，至口腔病變緩解為止，即改為以一般類固醇軟膏塗抹患處。一般而言，口服類固醇錠劑，不建議長期使用，以避免副作用產生。長期塗抹類固醇軟膏，也可能引起口腔黴菌感染，特別是口腔白色念珠菌感染 (oral candidiasis)，此時可以使用抗黴菌藥物 (如mycostatin) 給予治療兩星期，而使白色念珠菌感染消除。其他局部塗抹之軟膏尚有含retinoid、tacrolimus或cyclosporine之軟膏，通常使用於較難處理的糜爛型口腔扁平苔癬，其療效根據不同學者之報告，有不同的療效，或好或尚可，但含tacrolimus或cyclosporine之軟膏，費用較昂貴，一般不建

議使用於常規治療。

口腔類苔癬病變，特別是口腔類苔癬藥物反應、口腔類苔癬接觸過敏反應病變，除以一般治療口腔扁平苔癬之相同方法治療外，病人必須要去除過敏藥物或過敏牙科修復體，才有可能真正控制病變

另外必須告訴患者，口腔扁平苔癬雖可因為適當的治療，而得到暫時的緩解或症狀全部消除，但口腔扁平苔癬有反覆復發的特性，特別是於情緒不穩、睡眠不足、長途旅行、過度疲勞時，容易復發，並建議每3至6個月來追蹤觀察一次為宜。

比較被人關心的問題是口腔扁平苔癬是否會惡性轉變 (malignant transformation)。目前各家說法不一，其惡性轉變率由0%至12.5%不等。值得注意的是有學者報告，口腔類苔癬病變 (oral lichenoid lesion)，其惡性轉變率為3.2%，但口腔扁平苔癬之惡性轉變率為0%。因類苔癬病變 (通常只有單側病變) 和口腔扁平苔癬 (通常為雙側對稱病變) 不太容易區分，此類病變必須轉診至口腔病理、口腔黏膜科或口腔顎面外科專科醫師，作較詳細的問診，臨床檢查，後端的病理切片檢查，判讀及持續追蹤治療較為適宜。根據最近之大型文獻回顧研究，約1.09% (85/7806) 口腔扁平苔癬患者，其口腔黏膜之口腔扁平苔癬病變可能會有惡性轉變之情形，其中糜爛型口腔扁平苔癬及舌之口腔扁平苔癬病變，較可能惡性轉變；非糜爛型口腔扁平苔癬 (包括網狀型、丘疹型、斑狀型)，較不會有惡性轉變之可能。故仍建議定期回診，每3至6個月來追蹤觀察一次為宜。



如沒症狀也儘量半年、一年回診一次。

總結，口腔扁平苔癬是一種T細胞免疫異常的局部自體免疫疾病，目前對於引起T細胞免疫異常的原因仍不清楚。口腔扁平苔癬最常見臨床表現為中老年且無抽菸、喝酒、嚼檳榔習慣的女性病患，在黏膜有多個或對稱分佈的白色蕾絲般線條或伴隨有紅色糜爛區塊，甚至是潰瘍，隨著壓力時好時壞。目前建議使用類固醇治療，通常積極治療會改善，但不易治癒，且有可能復發，特別是過勞、失眠、感冒或精神壓力太大時易復發。

口腔扁平苔癬致癌機率很低，不需過度擔心，但仍建議定期回診。類苔癬病變（通常只有單側病變）和口腔扁平苔癬（通常為雙側對稱病變）不太容易區分，此類病變必須轉診至口腔病理、口腔黏膜科或口腔顎面外科專科醫師，作較詳細的問診、臨床檢查、後端的病理切片檢查及判讀，並建議持續追蹤治療較為適宜。

（作者係母校牙醫學系1998年畢業，現為母校牙醫學系助理教授及母校附設醫院牙科部口腔病理暨診斷科主任）

## 臺大醫學院物理治療學系暨研究所 誠徵專任助理教授級以上教師3名

### 一、資格：

1. 具中華民國物理治療師證照
2. 具有教育部認定國內外大學物理治療或相關領域之博士學位或具臨床物理治療博士學位（Doctor of Physical Therapy, DPT）。
3. 近5年內積極從事研究，並於5年內至少有2篇以第一作者或通訊作者發表於SCI、SSCI或EI期刊。

### 二、工作內容：負責學系暨研究所物理治療相關課程之教學、研究與服務，具小兒物理治療、呼吸循環物理治療、長期照護、社區醫療、醫學工程相關專長者優先。預計起聘日為2018年8月1日。

### 三、檢具資料：

1. 個人資料（含學、經歷）
2. 最高學歷及相關證照證書影本
3. 著作目錄及代表著作抽印本
4. 未來教學及研究計畫
5. 其他有利於申請之相關資料
6. 相關學門副教授級以上推薦函兩封

申請表格請自網址下載（表10、12~15）<http://w3.mc.ntu.edu.tw/staff/person/html/form.html>  
第1-5項請以電子檔案方式寄達（曹昭懿主任，[jytsauo@ntu.edu.tw](mailto:jytsauo@ntu.edu.tw)），  
第6項請推薦人以紙本方式於申請期限內掛號郵寄送達收件地址。

### 四、截止日期：2018年1月29日下午5時前送達系辦公室

### 五、郵寄地址：臺北市徐州路17號3樓 臺大物理治療學系（所）曹昭懿主任

### 六、聯絡人：高雅雯 e-mail：[ywkao@ntu.edu.tw](mailto:ywkao@ntu.edu.tw)

聯絡電話：(02)3366-8156 傳真專線：(02)3366-8161

網址：<http://www.pt.ntu.edu.tw>



# 淺談頭頸部鱗狀細胞癌診治之新知

文／王逸平

**頭**頸部鱗狀細胞癌目前為世界上第六普遍之惡性腫瘤，據估計每年於全世界產生約六十萬名新患者。在美國此一疾病一年約有五萬名新病患，且一年約造成一萬人的死亡。而在台灣本土，此一數據更為嚴重。頭頸部是由許多特殊構造組成，如口腔、鼻咽、口咽、喉部及下咽。其中鼻咽因其特殊解剖位置及獨特之病毒相關癌症（EBV-associated undifferentiated carcinoma），常被獨立於頭頸癌之外。所以一般所說之頭頸部鱗狀細胞癌，乃是由口腔、口咽、喉部及下咽之stratified squamous epithelium癌化轉變而來。統計約有三分之二的頭頸部鱗狀細胞癌的病人求診時已經是晚期，通常是以區域淋巴結轉移表現。遺憾的是，雖然近年來癌症治療有長足之進步，但傳統頭頸部鱗狀細胞癌患者其預後在這三十多年來並無顯著之進步。而口腔癌在台灣更是一個嚴重的國民健康問題，依衛福部統計，口腔癌（包含口咽及下咽）已由民國九十年的十大癌症死因之第七名上升至民國101年之第五名，並造成每十萬人口11人之死亡率。若單以男性來看，更為第四名致死癌症。再依民國九十一年至一百零一年標準化死亡率及死亡人數占率變動來看，口腔癌是在成長率及佔有率皆大幅升

高，其幅度為十大癌症之首。而牙科醫師在口腔癌防治及診斷上，更是重要的一環。

頭頸部鱗狀細胞癌的疾病進程是由癌前表皮變異（precancerous dysplasia）而來。在正常的鱗狀上皮中，細胞由具有分裂能力的基底細胞（basal cell）經非對稱性有絲分裂（asymmetrical mitosis）後，逐漸分化成棘皮層角質細胞（spinous keratinocytes），同時失去p63表現並伴隨Notch開始活化，並且細胞角質（cytokeratin）由基底細胞之CK5/14轉變成CK1/10。但在癌化過程中，細胞會產生不受控制的增生，喪失分化能力，強化存活能力，最終獲得組織侵入（local invasion）及遠端轉移（metastasis）的能力。近年來由於分子生物學技術的進步，2011年兩篇發表在Science期刊大規模全外顯體（whole exome sequencing）的研究，歸納出在頭頸部鱗狀細胞癌中的重要訊息途徑，結果顯示頭頸部鱗狀細胞癌比較偏向是“煞車壞掉”，而非“引擎太強”的癌症。其主要突變熱點多集中於抑癌基因（tumor suppressor）。第一是p53的失效，包含在DNA結合區間（binding domain）之missense mutation, viral E6 protein, MDM2 overexpression以及CDKN2A deletion，這些約可在80%的頭頸部鱗狀細胞癌中發



現。再者，CDKN2A之deletion及epigenetic inactivation約在四分之三之頭頸部鱗狀細胞癌中找到。頭頸部鱗狀細胞癌的中樞oncogenic signaling則是PI3K/Akt pathway，其原因為PTEN loss（約佔40%）及PI3KCA的activating mutation（僅6-11%）。然後是位於11q13之cyclinD1，在1/3的頭頸部鱗狀細胞癌中會amplification。最後則是RAS（3-5%），與大腸直腸癌及肺腺癌不同，頭頸部鱗狀細胞癌主要是HRAS突變，而非肺癌及大腸直腸癌常見的KRAS。表皮生長因子接受器（EGFR）的活化性（activating mutation）突變很少，主要是amplification。

此外，近年也發現在無菸、酒、檳榔習慣的年輕族群，口咽部鱗狀細胞癌有上升的趨勢。其病灶常發生早期遠端轉移，但其治療成效與預後都優於傳統之菸、酒、檳榔相關頭頸部鱗狀細胞癌。此類腫瘤於鏡檢下多呈現似基底細胞之型態，而經由研究發現這些病例的起因與人類乳突病毒（HPV）相關，其分子機制也與傳統頭頸部鱗狀細胞癌不同。也因此第八版AJCC的頭頸部癌分期中，辨明其是否為HPV相關之口咽鱗狀細胞癌相當重要，因為分期系統會跟其他傳統頭頸部鱗狀細胞癌截然不同。目前在口咽的HPV相關之鱗狀細胞癌其代言性生物標記為p16，故若於病理切片執行p16之免疫組織化學染色，大於75%之腫瘤細胞皆顯示強烈細胞核與細胞質陽性之反應，我們即可辨識其為HPV相關之鱗狀細胞癌。

AJCC第八版的頭頸部癌症分期更新，主要有下列數點：1.於口咽部將HPV相關之鱗

狀細胞癌與傳統之鱗狀細胞癌區隔；2.納入淋巴結外擴散（extranodal extension, ENE）之評估；3.於口腔癌納入原發腫瘤侵犯深度（depth of invasion, DOI）之評估。在T staging（腫瘤大小）方面，HPV相關之口咽鱗狀細胞癌與傳統口咽鱗狀細胞癌差別在於前者僅有T4，而不似後者進一步區分T4a及T4b。但在N staging（淋巴結狀態），兩種癌症具有相當程度的差異。HPV相關之口咽鱗狀細胞癌，其臨床N1為同側不論顆數，但無一大於6公分；N2為對側或雙側不論顆數，但無一大於6公分；而若有任何淋巴結大於六公分，則為N3。然於病理N stage，N1為轉移顆數小於等於四顆（不論同側對側），而N2為轉移顆數大於四顆（不論同側對側），並且沒有N3。相對而言，傳統口咽鱗狀細胞癌之臨床及病理之N staging，則等同於口腔癌。口腔癌的T staging，除了前一版的腫瘤大小之外，還加入了腫瘤侵犯深度。值得注意的是，以前腫瘤厚度（tumor thickness）與侵犯深度（depth of invasion）常為同義互換詞，但於第八版中，此二名詞之涵義不同。此版之侵犯深度的算法，乃是由腫瘤鄰近之正常表皮之基底膜連線畫一鉛垂線至最深之腫瘤侵犯前沿（invasion front）之深度。小於5 mm為第一階，5-10 mm為第二階，而超過10 mm為第三階。在評估T stage時，合併原本的腫瘤大小（小於2 cm為第一階，2-4 cm為第二階，而超過4cm為第三階）與新增之侵犯深度兩個指標，取最高階的成為T stage。T4則因不論影像跟病理檢查都困難之故，刪除侵犯至舌外肌（extrinsic muscle of tongue）此一條件。



在N stage方面，淋巴結外擴散分為重大淋巴結外擴散（ENEmajor）跟輕微淋巴結外擴散（ENEmenor），此二者以是否超出淋巴結包膜2 mm為界，但都屬於淋巴結外擴散陽性。若淋巴結外擴散陰性，則不影響之前第七版的N staging分類（除舊版N3改為N3a）。但一旦有淋巴結外擴散，則只分成兩種分類：1.轉移病灶僅出現於同側一顆淋巴結，不超過3 cm（即舊版N1）；但有淋巴結外擴散，則升級成N2a；2.其餘任何有淋巴結外擴散的狀況，一律變為N3b。另外，若病例是不明原發（unknown primary）之淋巴結轉移，則要先釐清是否有p16高度表現或具EBER（EBV的指標）之訊號。若為p16陽性，則依循HPV相關之口咽鱗狀細胞癌規則訂立分期；若EBER陽性，則遵守鼻咽癌症之分期規則。

在標靶治療方面，目前經美國FDA核准治療頭頸部鱗狀細胞癌的標靶藥物只有三種，分別是歷久彌新的cetuximab（2006），以及當紅炸子雞的nivolumab（2016）及pembrolizumab（2016）。如前所述，表皮生長因子接受器在頭頸癌的變異模式不同於肺癌，多半為野生型的增加（amplification of wild type EGFR）。所以在頭頸癌的抗表皮生長因子接受器製劑，以單株抗體較小分子藥物為佳，此一狀況一直到了afatinib的出現，才拉近距離。以單一製劑反應率（single regimen response rate）來說，cetuximab約13%，afatinib約10%，而gefitinib與erlotinib可視為無效。Cetuximab雖為第二代之嵌合

體抗體（chimeric antibody，即變異區段保留老鼠來源，而恆定區段換為人類分子），自2006年核准至今仍在頭頸部鱗狀細胞癌的治療佔有一席之地。反而是較新之第三代人類化抗體（humanized antibody，即CDR保留老鼠來源，而其餘區段皆換為人類分子）panitumumab，僅通過使用於腸癌但不適用於頭頸癌。等到劃時代的PD-1/PD-L1免疫阻斷點的發現及利用之後，FDA才在2016年一口氣通過了nivolumab（第四代之全人類抗體）及pembrolizumab（第三代之人類化抗體）兩種對抗PD-1治療性單株抗體使用在頭頸癌治療的許可。目前數據顯示，抗PD-1治療性單株抗體在頭頸癌的單一製劑反應率約略等於20%，其中又以HPV相關之口咽鱗狀細胞癌之反應較傳統頭頸癌之反應為佳。

頭頸部鱗狀細胞癌在台灣實為一特殊的癌症，其逐步增加的高發生率更是有其文化、經濟跟政治的背景。此一癌症是少數可以與子宮頸癌一樣為可預防的癌症，但仍持續戕害我國民健康，並造成經濟上及健保上的負擔。其後之發展，實需有關當局及一般民眾的覺醒。逐步限制菸、酒、檳榔的使用，並加強牙科醫師對口腔黏膜疾病之認識及鑑別診斷之能力，以及推廣癌前病變篩檢，皆為可再著力之處。

（作者係母校牙醫學系2002年畢業，現為母校牙醫學系助理教授及母校附設醫院牙科部口腔病理暨診斷科主治醫師）

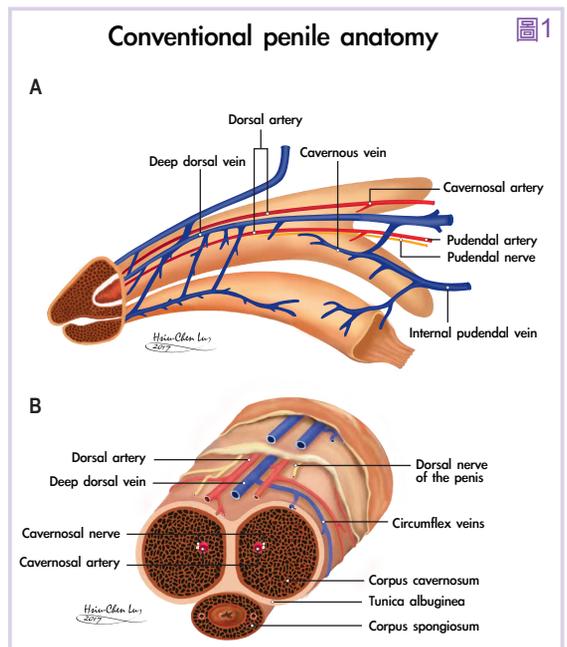


# 人類陰莖解剖學

文／許耕榕

人類三十萬年前就有現在的身體構造 [Nature. 546: 289-292, 2017]，現代醫學的興起，全身從頭到腳、甚至基因圖，都有正確的解答。唯獨號稱最引人注意的陰莖，歷經無數男性醫學家研究，雖自己攜帶標準配備一套，卻不小心留下諸多破綻？1980年同學百餘人醫三修習解剖學，即以 Gray's Anatomy 與 Atlas of Human Anatomy-Joannes Sobotta 為典籍，兩套書第一版分別在1858年與1904年出刊，Sobotta Atlas of Human Anatomy 在2011年已來到第15版，而 Gray's Anatomy 在2015年更達41版，兩者都是解剖學領航者，加上其他解剖學經典，人類「陰莖構造學」描述千篇一律（圖1），簡直有相互抄襲之嫌？這些描述可惜挨不起臨床檢驗，讓我們後生「盡信書不如無書」？感謝先賢的慷慨失誤，才讓我們有革新的空間。更感謝母校解剖學、放射線學與泌尿學的綿密資源，1985年迄2003年的尋幽探索，以陰莖纖維骨架「白膜」（Tunica albuginea）為例：1985年在臺大泌尿科門診中，有位28歲病人自述由尿道口的十二點鐘位置，自行觸摸到龜頭內有堅硬的突起物，諮詢醫師友人疑似陰莖癌？焦急地尋問是否因此物造成陽痿六年？筆者「臨時抱佛腳」，目眇診間

掛圖，答以龜頭內只有海綿竇、應無硬物？該病人更焦慮，似乎已得癌症的診斷？此君自語「既得陰莖癌、去之而後快、在乎陽痿？」，悻然離去，「別時容易見時難」，不知其後如何？我自責不安，由病人群與自體印證「該物人人有」；從此滿腹狐疑教科書的「陰莖寫真集」！進而遍尋名師、查閱所有文獻不得解惑，迄1991年在美國加大舊金山分校（UCSF）實驗室中埋首鑽研，終於揭曉這個人類的正常構造，並命名為「遠端韌帶」（Distal ligament），此事讓我深深領





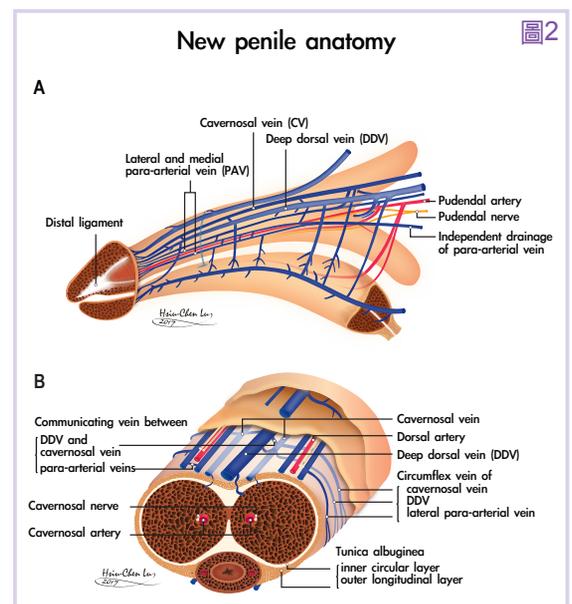
悟，被男人視為象徵物的「陰莖」構造還是密境？雖屬外露器官，此鳥的「解剖結構」「嗷嗷待哺」？

歷經二十載的解析，謀定而後動、接二連三刊登「陰莖白膜解剖學」〔International Journal of Impotence Research. 4: 117-129, 1992〕、「陰莖靜脈解剖學」〔Journal of Andrology. 24: 921-927, 2003〕之原創與總評論文〔Medical Science Monitor. 18: RA118-125, 2012〕，現今只要鍵入「penile tunical anatomy」或「penile venous anatomy」，這些文獻立即出現。難怪2018生殖百科全書（Reproduction Encyclopedia）邀稿：第一冊「男性生殖」（Male reproduction）共計四章，其中第63章「男性生殖系：陰莖構造」（Male Reproductive Tract: Penis Structure）即是本文（圖2）。因此如無臺大醫學院，就不可能有這些精進；加上2009與2012年間，在台中中國醫藥大學的解凍人類陰莖流體試驗，更確立人類陰莖解剖與勃起機轉的奧妙關連〔Journal of Andrology. 33: 1176-1185, 2012.〕，難道「命根子獨一無二、內部裝潢不透徹、瞞過歷代眾醫將、臺灣鑽研得真相」？

### 陰莖纖維骨架「白膜」的構造

男人的陰莖解剖構造，異常複雜且獨一，是由「表皮」（Epidermis）、「皮層」（Dermis）、「柯氏層」（Colles' Fascia）、「巴氏膜」（Buck's Fascia）及「白膜」（Tunica albuginea）五層組織圍繞著一支

「尿道海綿體」（Corpus spongiosum）及不完全中隔的二支「陰莖海綿體」（Corpora cavernosa），因此有人戲稱陰莖「ABCDs」打包來的。加上狀似頭盔的龜頭部以「遠端韌帶」（Distal ligament）套牢「尿道海綿體」，造就成全身最適用物理學巴斯卡原理的環境〔Halliday D. Fluid mechanics. In: Halliday D, Resnick R, eds., Fundamentals of Physics, 2nd ed., Singapore: John Wiley & Sons, 1988. p369〕，故陰莖的伸縮俯仰自如，源自層與層間的滑溜順暢。陰莖腳部則有「恥骨海綿體肌」（Ischiocavernosus m.）及「尿道海綿體肌」（Bulbospongiosus m.）釘牢骨盆，此三角架槍的設計、唯造物者能？這些是各教科書所公認的描述，感謝先哲的貢獻，這些有寫真喔。然而陰莖「白膜」被描述成層次單一、厚度均勻、全圓周360°環繞，「中隔」完全、厚度及強度是兩邊白膜的兩倍、龜頭只有「海綿竇」（Sinusoid）組成





(圖1)？您同意否？這造型合乎人類基因？還是人為素描失真而已？試問此構造如何完成「陰莖靜脈閉鎖機轉」(Veno-occlusive mechanism)而昂然堅硬勃起？

歷經吾人抽絲剝繭，原來陰莖海綿體的「白膜」有「內環層」(Inner circular layer)及「外縱層」(Outer longitudinal layer)(圖2)。內環層360度完全包圍「陰莖海綿體」，協同其延伸物「海綿體內樑」(Intracavernosal pillars)支撐海綿體；在陰莖懸垂部分，其中膈(Septum)不完全，在背側特別明顯，亦即二個「陰莖海綿體」可自由交通，往陰莖腳部漸漸形成完全「中膈」，所以「中膈」的完全度與「海綿體內樑」的數量相反，造就陰莖愈近龜頭部，愈有膨脹的空間；白膜外縱層可視同骨骼肌的延伸物，宛如指頭的韌帶，因「恥骨海綿體肌」的加入而變厚，在1至11點鐘方位形成「背厚區」(Dorsal thickening)；同樣地因尿道海綿體肌的加入，分別在5及7點鐘方位各形成「腹厚區」(Ventral thickening)，外縱層縱向排列300°，在5至7點鐘的腹側面根本不存在，所以勃起狀態不容壓迫尿道，「背厚區」往龜頭延伸而形成「遠端韌帶」(Distal ligament)。這種雙層的结构簡直像單車有內胎外胎的設計一樣，內胎負責包住空氣，外胎負責產生強度，同樣地白膜的「內環層」負責包容血液，「外縱層」承受勃起的強度，其設計可謂巧奪天工。龜頭的「遠端韌帶」是陰莖「能硬頸」不可或缺的構造物，可惜一向被忽略掉，其實本結構等同於其他物種的「陰莖骨」(Os penis)

[Journal of Andrology. 26: 624-628, 2005.]，因此人類的陰莖歷年來被誤認為「無骨陰莖」，是否該平反成「類骨陰莖」(Os analog)？此構造使龜頭挨得起性活動的衝擊力，使勃起的陰莖夠強韌，將性最高潮期的海綿體內壓完全傳達龜頭頂端、確保尿道出口通暢，否則射精無法暢快，如果沒有這個結構，就像有傘頂無傘幹？傘如何挨得起風吹雨打？龜頭無法「硬頸」，只能當「安全氣囊」？性事如何達標？

總之，「恥骨海綿體肌」、「尿道海綿體肌」、「白膜外縱層」與龜頭的「遠端韌帶」是陰莖的「骨骼肌族群」(Skeletal muscle component)；「白膜內環層」、「海綿體內樑」、「中膈」、海綿體與血管(Intracavernosal pillars)是陰莖的「平滑肌族群」(Smooth muscle component)，所以陰莖解剖學的全盤了解，才能讓醫學家發展出有效的手術法及其它的陽痿治療法？

## 陰莖靜脈解剖學

負責供應陰莖熱血液，由動脈擔綱，陰莖動脈大約只有10%對稱分佈，亦即約90%的人陰莖動脈兩邊不對稱。至以靜脈部分，陰莖「深背靜脈」(Deep dorsal vein)居中，從「釋出靜脈」(Emissary vein)引來「陰莖海綿體」中海綿竇的血液，並由「環形靜脈」(Circumflex vein)引流「尿道海綿體」中海綿竇的血液；其兩側各有更貼近白膜的「海綿體靜脈」(Cavernosal veins)，亦即兩側「陰莖海綿體」各有其專有「海綿體靜



脈」。兩側的「背動脈」(Dorsal artery)分別由其對應的內側及外側「動脈旁靜脈」(Para-arterial veins)挾持，位居動脈下端的兩靜脈交通支清晰可見，動靜脈的關係，好像遊客舒適地躺在繫繞於兩樹幹間的吊床，其畫面趣味十足，內外側靜脈在陰莖門部合而為一。總而言之，介於「白膜」與巴氏膜間，在陰莖懸垂部其靜脈數是七，而非傳統教科書所描述的一，在陰莖門部靜脈數是四，而非以前所認為的一，故動靜脈的四比二，全然合乎身體其它各部的靜脈多於動脈的通則？動靜脈血管與「白膜」的關係截然不同，動脈筆直穿越「白膜」，但「釋出靜脈」則彎曲通過，所以可見位於白膜內環、

外縱層交界處、其靜脈切面出現兩個較小靜脈通道，「深背靜脈」、「海綿體靜脈」及「動脈旁靜脈」各有其專屬的「釋出靜脈」。

傳統教科書將陰莖靜脈分類成淺層、中層與深層三類，歷經長久研究，吾人主張將陰莖靜脈分為「勃起相關靜脈」(Erection related veins)與「非勃起相關靜脈」兩種。總觀創新「陰莖白膜解剖學」與「陰莖靜脈解剖學」，人類「陰莖靜脈閉鎖機轉」得以闡明，治療男性功能障礙之道有依據。

(作者係醫學系1985年畢業，棚仕診所、顯微功能重建暨研究中心負責人)

## 臺大醫學院臨床藥學研究所誠徵所長

### 一、資格：

1. 年齡未滿62歲(民國45年8月1日以後出生)。
2. 具有藥學相關科系所副教授以上資歷，在學術上有卓越成就、具國際觀，並有臨床藥學教育熱誠及領導能力者。

### 二、檢具資料：

1. 個人履歷、著作目錄與代表性著作(最多三篇)各一份並附電子檔。
2. 簡述個人對於臨床藥學未來教學、研究、服務之發展目標及策略。
3. 國內外相關學門教授或副教授三人以上推薦函。

三、資料請寄：10050台北市中正區林森南路33號209室  
臺大臨床藥學研究所 所長遴選委員會收

四、截止日期：民國107年3月30日(星期五)下午5點前送達臨床藥學研究所

五、聯絡電話：(02)3366-8781

傳真專線：(02)3366-8780

聯絡人：臺大臨床藥學研究所 所長遴選委員會

e-mail：ntugiocp@ntu.edu.tw



# 台南市歷史名人——韓石泉故居掛牌儀式致詞

文／韓良誠

**賴**市長、文化局葉局長、郭錦童先生、基督教青年會蔡副理事長、光華高中榮譽校長郭乃文，以及今天來參加掛牌儀式的每一位貴賓，大家平安！

剛才幾位講者，都以台語講話，我當然也不該是例外。

我記得2003年，當年的賴清德立委，在他創設的「台南綠色學院」，曾經邀請行政院蔡英文副院長來演講，也許當時她的台語並不像現在這麼流利，因此一開始她就說：「今天請各位容許我，以我最熟悉的語言講話。」

兩個多星期前的二月二十九日，賴市長也邀請蔡準總統，再次來我的診所訪問。在我住家二樓客廳，剛坐下不久，我就站起來以「中文」做開場白。坐在我正右下方的蔡主席，不但請我坐下，也輕聲地在耳邊對我說：「以台語講就好」，於是我立刻有點尷尬地改成「台語」。其實，當天參加座談的，除了蔡主席、賴市長以及林錫璋教授之外，都是我的家人，總共十一人，因此我更應該天經地義地，以我的「母語」講話。

首先，非常感謝賴市長、葉局長以及文化局所有的工作人員，您們同意將先父韓石泉故居指定為台南市歷史名人故居，今天我們大家才有這個機會，在這裡舉行名人故居

掛牌儀式。此外，會場的佈置以及在許多零零碎碎的工作上，光華高中的同仁幫了我們很大的忙，為此我代表家人，在這裡也對光華高中的同仁，表示我們家人由衷的敬謝之意！

我父親終其一生，正如他在遺言中所道出的，「有失敗、有成功、有險、有夷、有甘也有苦」，並且還進一步說「尤期望於後代者，不在其蓄積財富，不在其享受厚祿，僅望其能在學術、靈性、道德上，有相當高尚之成就，藉以貢獻人群，完成余未了心願而已。」

他除了是醫學專業人員之外，年輕時，勇敢地對抗不合公義的日本殖民統治，並且為了啟發民智以及民眾的民主思想，也創辦了「民主講座」。在這項運動中，他的講題有：「專制政治下的台灣」、「解放運動之路」、「時代錯誤與殖民政策」、「治台政策與台灣議會」、「台灣社會改造觀」、「健全的社會與家庭」、「對於台南市政的批評」、「台灣學制的改革」、「醫學上理想的文化生活」……，當年在做這些運動之中，還遭到日本當局以違反「治安警察法」而逮捕。

在1923年12月16日，他在睡夢中，就像後來的二二八事件一樣，十多個日本警察推



門闖入，不說明理由，就被押上警車。一時之間，我父親想不出被捕的理由，但是他知道既然涉入政治，他還是「早就有覺悟」，而能在「保持鎮靜」的心情下，被送進牢房。日警不但到我家搜查，還翻箱倒櫃，連私藏的五冊日記以及稍有「反動」嫌疑的書信，也都不能倖免地被沒收。

當年同時被捕的「十八好漢」之中，只有韓石泉、吳海水和石錫勳三人尚未滿三十歲。正如我父親所說的，當年他念茲在茲的是「老母親」和未婚妻「鸞妹」，因為我母親，當年還在台南二高女在學中，我父親擔心她無心於功課。

等一下散會時，我會贈送各位每人一本由台灣文史作家莊永明先生著作，遠流出版社出版的《韓石泉醫師的生命故事》給各位，如果想進一步了解事件的始末，在第十六章有詳細的記載。這一段往事，很像後來的二二八事件時，由於先父擔任主任委員，因此，也同樣是常常不得不「早出晚歸」。現在回想起來，每當我母親在接受友人詢問或媒體採訪時，常說一句話，那就是當年父親因治警事件而被關，在牢中時母親寫給我父親的「情書」中，時常提到的那句話——「聽天由命」。因為先父成為她的未婚夫時期，以及成為丈夫之後，她就清楚地知道，也曾經談過說：我父親「他從日治時代就從事這些非常危險的社會運動，我從來沒有反對過，因為這些事是對台灣人有利的，二二八當時我體驗過，他早出晚歸…」。

另一方面也難怪我父親會說：那時他是以「背十字架的心情去做的。」因此，我母親的

「聽天由命」的心情，確實也是如此，除了「望天興嘆！」之外，也有「天無絕人之路」的期盼罷！就像在座的賴市長母親一樣，無論在多艱困的情況下，還能保持的信念是：「一枝草，一點露」，並且這兩位偉大的母親也必都相信：「天無絕人之路」！

在1961年的雙十節，在台南市政府舉辦的慶祝大會上，先父以沉痛的心情，發表了一篇公開演說——〈國內外情勢和我們的覺悟〉。這次的演說，也可以說是他對於參與政治的「告別演說」。這篇演說的內容，在剛才提到的《韓石泉醫師的生命故事》第五十章（400頁），有完整的記載。此後，先父就轉而比過去更熱心於教育，特別是在女子教育，以及公益事業上。

散會時，在將發給各位的資料袋中，也有一篇「先父留給我的身教與言教六則」。我在文章的「言教一」之中提到，父親曾說過：「阿誠，只要是教育的投資，不管是別人的孩子或是自己的下一代，再大的投資，包括時間和金錢，都是值得的，將來只要有機會，你一定要做！」

目前這個紀念室在進門的左側有一座人物銅雕，他是一位偉大的教育家，他對我父親而言，是改變他一生「命運」的最大恩師——堀內次雄校長。

因為先父14歲小學畢業當時，還不到可以學醫年齡（16歲），家中經濟也只能勉強夠用，因此，他誠實地在市政府當工友滿兩年，其間存了一些錢，並在夜間抽空補習、苦讀，考上「台灣總督府醫學校」的公費生。當年因為家道中落，醫學校五年期間



的生活費用，全賴家裡的每一個人省吃節用，以及我的祖母養毛豬出售來支付，寒暑假返鄉的旅費更是有困難，對先父而言，也是奢望。這些清寒學生，因買不起來回車票，寒暑假只好放棄返鄉，三、五人合成一組，臨時合伙，因為這樣做，比在學校搭伙來得經濟合算，但卻影響了經營學校販賣部者的生意。有一天日人舍監瀧野忽然之間下達命令，要一部份學生自動繳出菜鍋，停止合伙，否則要加以懲罰。那時，先父就登高一呼，發起「同盟罷買」（這也算是台灣極早期的「學生運動」吧？），因此卻害得販賣部大批的肉包、肉粽因無人問津而腐壞。瀧野知道這是韓石泉幹的好事，於是大罵先父道：「你簡直就是和流氓余清芳一樣的人物，不知好歹！」並且還進一步說：「這種叛逆的行為，如果不嚴懲，將來畢業之後，一定會貽害社會」，因而向校長堀內報告，請求予以勒令退學之處分。為此，夜深時，先父想起他父親過世時，母親一再告誡他說：「你的父親逝世後，今後家庭可以說是唯你是賴，何況將來你的兄弟，我也希望你好好照顧，務必加倍用功，俾學業有成，以告慰父親在天之靈！」因此，每當先父想起母親憔悴的淚顏，情何以堪！！因而每夜輾轉難眠，所幸這位救命恩師，偉大的教育家堀內校長，在了解事情的來龍去脈之後，並未同意將先父退學，因而改變了先父被退學的命運。先父為了報答這位「有教無類」、「不分種族」、「只問是非」的恩師，他更加奮發，努力向上，一直保持第一名，並且以第一名畢業。因此，我們在台美

的韓家家人，共12人於2006年6月18日，曾組隊專程赴日，做了一次「感恩之旅」，向這位拯救先父命運的偉大恩人，在他墓前，獻上了我們韓家人最高的敬意，也在他墓前，以日語合唱「仰之彌尊，吾師之恩…」這首歌。（景福醫訊2007年24卷第7期）

後來，先父的另一位恩師明石真隆的「感恩之旅」，則是在兩年後的2008年4月6日，我們再組隊前往熊本，在明石真隆恩師墓前參拜。因為他不但是先父博士論文的指導教授，更是除了內科學之外，在為人處世以及醫學倫理上，深深地影響了先父的一生。因此，先父才會常常提醒我們兄弟姊妹：「你們在有生之年，絕對不可忘記明石先生在我身上所施的恩澤。」這也是我們全家人會一直盡全力找尋失聯的明石先生的親人，終於得能有機會前往掃墓的原因。

在剛走進「韓石泉醫師莊綉鸞女士庭園紀念室」門口處的對聯「良醫為國憂，忘為子孫謀，陋屋堆書裏，慨然論五洲。」就是這位恩師寫給我父親的詩，目前他的銅雕還在製作之中，請容許我有機會時，再向各位報告。（詳情請參閱景福醫訊2008年第25卷第10期）。

有一段過往的史實，今天我很想藉此機會，提出一些看法。先父在擔任二二八處理委員會台南市分會主委一職時，他就一直堅守他的和平四大原則：「不擴大」、「不流血」、「不否認現有行政機構」、「政治問題用政治方法解決」。在那兵荒馬亂，「人人喚打喚衝、喊打喊殺」、「謠言滿天飛」、「欲加之罪何患無辭」、「以莫須有



的罪名被捉、被關，甚至被殺」…這種動盪不安、危機四伏的情勢中，幾乎絕大部分的人，都陷在「激情」或「恐懼」之中，如果有人主張「強力抗爭」時，他們提出來的要求或建議，難免與「和平四大原則」相左而無法通過。因此，一些人對我父親懷恨在心，並且還一再揚言，要對先父採取不利的行動，也曾有人在我們家門口「大叫」，並講出一些恐嚇或威脅生命的話，如今我還記憶猶新。他們這些不滿的情緒，我可以充分了解，因此後來對我父親做出不實的許多「臆測性的指控」，是有可能的。但是我父親卻以「問心無愧」、「威武不能屈」的態度，坦然處之，他為的是希望能盡量避免「流血」，也希望不要發生「以卵擊石」的情況，以保護台南市民的「平安」，和避免「無謂的犧牲」。他甚至甘冒生命極大的危險，去得罪不少激進派人士，但是，他仍然沒有逃避，也因而有更多的人批評我父親，如今我愈能了解我父親當年的困境，而覺得這確實是件非常難能而可貴的事。當時如果先父沒有極大的勇氣和智慧，並且「信守」他一生始終堅持的「和平理念」的話，怎能做到減少台南市流血的情況？何況「二二八事件」的日期，如今已變成「和平紀念日」了，不是嗎？！

平時在我的禱告中，最常浮現的「心象」是：當年耶穌在骷髏地，被處死刑之前，在十字架上的耶穌，卻在眾人以及官府嘲笑他說「他救了別人…也可以救自己吧」的情況下，仍然還替這些人禱告，向神說「父啊！赦免他們，因為他們所做的，他們

不曉得。」“Father, forgive them for they do not know what they do.”這是聖經路加福音23章34節所記載的，也因為讀了這段章節，讓我聯想到，在當年絕大部分的台灣人，不管是不是激進派或是和平派，都算是「受害者」，而且，追隨「加害別人」的蔣介石、彭孟緝、陳儀…一起來台的「外省同胞」之中，有些人也是同樣受害於蔣、彭、陳…這些人！如今我雖然沒有資格赦免那些不實地指控我父親的人們，但是我最近常常在為他們禱告。

在我的成長過程中，對看不順眼，或有所不滿，甚至在念醫學院時，看到不當的醫療行為，或開業醫師做誇大不實的廣告之類的行為時，會以激動的口氣向父親述說他們的不是，但是父親常勸告我的話是：「寧可自己吃虧或不爽，甚至受苦，也要忍耐，你絕對不要有傷害別人的言語或行為，只要你不要學他們就好！！」。這種一生以「愛的教育」養育我們長大的先父，他所受到的「不實的指控」，我很願意相信，是由於那些指控者，並不了解二二八事件當時，我父親所扮演的，前前後後的「角色全貌」，因而所產生的「誤會」吧！

最後，我想說的是：我最敬愛的父親，過去以「愛的教育」，留給我的「身教」與「言教」，至今，仍然在每一天，都還是很清楚地活在我的心中。

謝謝各位！

（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）



## 憶記師訓及日本兩大學昔日的師兄弟們

文／韓良俊

在一個人的學習、成長過程中，師長的教誨與由此而蒙受的恩澤，在我們的一生志業之達成中實在佔有無可估量的份量。筆者有幸，在學生時代能受教於多位恩師、良師。這些恩師，有臺大牙醫學系的郭水、黃金財、洪鈺卿、關學婉、張文魁等老師，還有臺大自開始設系招生後即擔任「大口腔外科」(major oral surgery) 教學的臺大外科張寬敏教授，以及較早離開臺大牙科的余騰雲醫師(當時教授拔牙學課程及臨床指導)。

其實，這裡不妨先利用這機會，公開分享筆者心路歷程中的一段：在五、六年級臨床實習時，曾因目睹當時還活躍著，在牙科門診經常拔牙的張文魁醫師精巧細膩的操作手法，讚佩之餘，加上因更早時即發現母系亟需本系的口腔外科醫師及教員，更堅定了日後要留學日本走口腔外科這一條路的決心。畢業後留在母校一年多擔任住院醫師，於1965年赴日後，7年間筆者又幸運地得以受業於幾位在日本極負盛名的口腔外科教授，包括東京醫科齒科大學的名譽教授中村平藏〔圖1，開創日本口腔外科的斯界大師，其在日聲譽有如美國口腔外科學界的傳奇遺產(legacy)，偉大、全才的Kurt Hermann Thoma, D.M.D.,

(1883-1972)，註〕，繼任的第一口腔外科上野正教授和清水正嗣副教授(東京醫齒大有完全獨立的一及第二兩個口腔外科，這兩位都很擅長於口腔癌、正顎手術與唇裂、腭裂等較大或較精緻的口腔外科手術)，千葉大學醫學部的佐藤伊吉名譽教授(圖5，著有上、中、下三卷的《實地口腔外科學》，我曾於在日大的5年間將這三本「讀破」一日文語法，意指全書皆已徹底精讀過)，和日本大學齒學部口腔外科學教室的新國俊彥(後升任日大齒學部



圖1：1965-1970筆者於日大齒學部研究所進修時，與中村平藏教授合影於教授室。



長），小土肥信良（擅長拔牙學及牙科局部麻醉，著有專書），瀧川富雄（口腔病理學專家，專精於研究、實驗及指導研究生），谷津三雄（當時為日本大學松戶齒學部麻醉學教授，以全身麻醉及「救急蘇生法」聞名，退休後又在日開拓了「齒學史」領域並組成學會）等教授。

另外，還有「師兄」級的幾位當時少壯、中堅的口腔外科醫師，筆者也經常同他們切磋、請教，獲益匪淺，他們分別是：東京醫科齒科大學的道健一（後轉任昭和大學齒學部口腔外科學教授），石橋克禮（擅長TMJ疾患之醫治）、小浜源郁（後轉任北海道札幌醫科大學口腔外科學教授）、山城宏（後轉任琉球大學口腔外科學教授）等幾位當時之講師，還有當時算是「師弟」輩的瀨戶皖一，大西正俊、天笠光雄、山本悅秀等「大學院生」（研究所學生，筆者曾和他們同用一間在東京醫科齒科大學齒學部B1的研究室）；以及日本大學大學院齒學研究科當時之研究生

前輩田中博、川越清（後改姓佐藤）等幾位，他們每一位，現今皆已成為雄據一方的名教授了。

下面筆者願將珍藏多年的留日期間兩位恩師「師訓」的墨寶真跡介紹出來，不只期許可重新自勉，亦願藉此與各位牙科醫師同仁、口腔顎面外科乃至外科系諸位醫師同道，能有所共勉：

其一為中村平藏教授的「手術之道，與其拙速，不如巧遲」（圖2）。筆者後來也常自忖，手術如無法做到天才型的「巧速」，則退而求其次，不妨以「巧遲」為目標，來避免因「拙速」而犯錯。其二為佐藤伊吉教授的「獅膽鷹目、行以女手」（圖3）。圖4是寫在圖3紙板反面的德、日文字。讓筆者至今仍然極為感激的是，寫此當時（1960年代）佐藤教授已達七十上下下的年齡，仍願不厭其煩地，好意以毛筆寫下這麼多細小字體的日文，甚至德文相贈。圖4的日文係進一步詮釋圖3及德文的含意，茲翻譯如下：

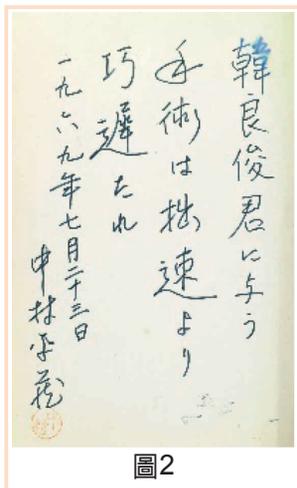


圖2

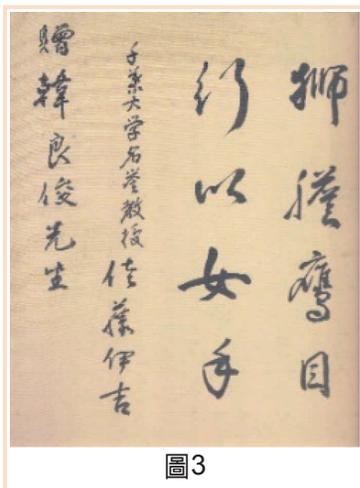


圖3

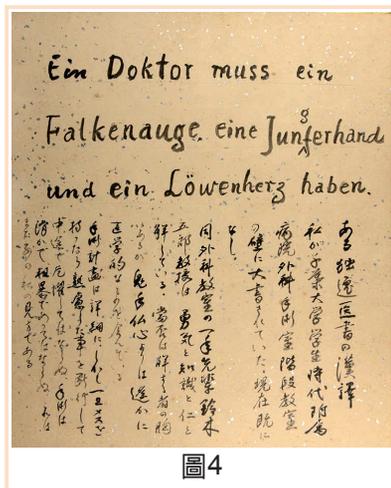


圖4



「以上（指圖3）為某一德國醫書之漢譯。我（指佐藤教授自己）還是千葉大學的學生時代，在千大附屬病院外科手術室階梯教室的牆上，曾見以大字寫著如上的德文，但現在已不見了。這外科的一年前輩鈴木五郎教授曾以『勇氣、知識以及仁心』詮釋上文。是否得當，可由解文者之胸中各自決定，但我認為這比『鬼手佛心』之句含有更多的醫學真義。要言之，術前手術計畫之訂定應該詳盡，而一旦站在手術檯前拿起手術刀時，則應果斷地執行已熟慮過的步驟，切勿中途疑神疑鬼，躊躇不前！又手術之進行，應該細膩、精巧（有如「女手」），不可粗魯。這就是我現今對手術的看法。」

至於德文部分，姑且留待讀懂的人士代為譯出。



旅日回台前與恩師及師母合影

圖5：1972年一家三口回台前為了辭別，拜訪佐藤伊吉教授宅於千葉市，與教授、師母及他們的孫子合影。

註：有關Dr. Thoma的不凡成就與生平事蹟，請參閱Archer WH: Oral and Maxillofacial Surgery, 5th ed, WB Saunders, 1975; 4&12-13

（作者係母校牙醫學系1962年畢業，現任母校名譽教授）

## 景福醫訊投稿須知

為符合景福醫訊之投稿原則，即促進醫學教育及研究之發展、促進國內外醫學之交流、並以校友聯誼為目的之宗旨，使更多校友能參與；本刊特將投稿注意事項修正如下，歡迎校友踴躍投稿，包含學術性、生活性、懷舊性、新聞性以及校友動向交流之文章均歡迎，謝謝！

1. 投稿文章字數約1000~3000字，以word檔為主，並請盡量附高解析度的彩色照片1~3張（勿使用網頁圖片）。
2. 為方便校友閱讀，投稿文章請以中文為主。另，請勿使用網路複製資料方式撰寫。
3. 煩請作者提供個人資料，如畢業年、系所名稱及目前工作職稱。
4. 請盡量以電子檔投稿，投稿文章請寄至jingfu88@ms59.hinet.net。
5. 因應版面需求，編輯會酌以建議文章字數、內容做小幅度修改，並徵得原作者同意後刊登。
6. 一年內同一人投稿以不超過6篇為原則。
7. 編輯會議有權選擇文章刊登與否，若投稿文章經編輯會審視，不適宜刊登，將通知退回稿件，尚請見諒。

景福醫訊編輯群 敬上



## 臺大醫學院圖書分館暨臺大醫院圖書室希望工程(2)

### 臺大醫學院圖書分館暨臺大醫院圖書室的新希望

文／張天鈞

#### 緣起

有人問我，你不是退休了嗎？為何看起來還是這麼忙。我說：錢不夠用，不打拼不行，何況最近退休金又減少。馬上有人說：不要騙我，你明明忙的很多都是公家的事。我就說：算你聰明，誰叫我是“家婆”國中畢業的呢？本來就好管閒事。

其實我們應好好為我們的下一代著想，很多事情今天播種，可以讓下一代好好的收成和享用，臺大醫院庭園的整建就是很典型的例子。有天，我女兒在臉書（Facebook）看到有人說中庭花園真美，百年前的工藝令人讚嘆。女兒看了很疑惑，等我一覺醒來，就問我說：好像聽說是你大力幫忙的，我說：對啊！因此我就給她看我做的幻燈片做證明。

臺大醫學院圖書分館暨臺大醫院圖書室（以下簡稱醫圖）的改建也有異曲同工之妙。有一天醫圖的梁君卿主任找我幫忙，我義不容辭的答應，只是心中很納悶，現在的醫圖不是很好嗎？原來她們的要求更高。

#### 募款的進行

空間改造的計畫實在很美，但需要龐大的改造經費，五千七百萬元（最後定稿是七千七百萬元）。現代的醫生已成為企業家的奴

工，或是健保制度下的犧牲品，因此很難像以前自行開業時出手闊綽。於是我提出聚沙成塔的計畫，也盼望社會人士共襄盛舉。首先我寫下了以下的詩句：

#### 聚沙成塔

我們期待醫學院圖書館成為世界最棒的圖書館

因此我們需要大改造

但這筆經費

我們希望儘可能藉由自己的力量來完成

這筆數目說多不多 說少不少

當您放入一個銅板

我們的夢想就接近了一步

讓我們大家一起來努力

不斷的餵飽募款機器

五千七百萬元的數目就會越來越少

等到零時

就是我們夢想實現的時刻

讓我們為這美好的未來

一起加油

我請我的朋友設計了一個漂亮的機器（圖1），如同倒數計時器一般，放入紙鈔或投幣時，空間改造所需的費用就會慢慢的減少。有人看到這麼漂亮的機器，竟然問說哪裡買的，他也想買一台。



## 醫圖對捐贈者的感謝

而圖書館的人，也不是省油的燈，也為贊同醫圖空間改造理念的人士，制定了捐贈致謝辦法，簡述如下：

捐贈新臺幣12萬元（含）以上，可於本館捐款致謝牆上永久留名。認捐學習共享空間相關裝修工程及設備者，依捐贈人意願得就有意義或有紀念性之名稱為認捐之學習空間命名，並頒贈感謝獎牌乙座。其餘榮譽、優待及相關規定依「國立臺灣大學接受捐贈致謝辦法」辦理。除了小額募款外，對捐獻超過十萬元的人士，院方將致贈瓷版畫紀念品（圖2）（本人畫的喜鵲圖），並附上卡片如下（圖3、4）：



醫圖希望工程小額捐款機

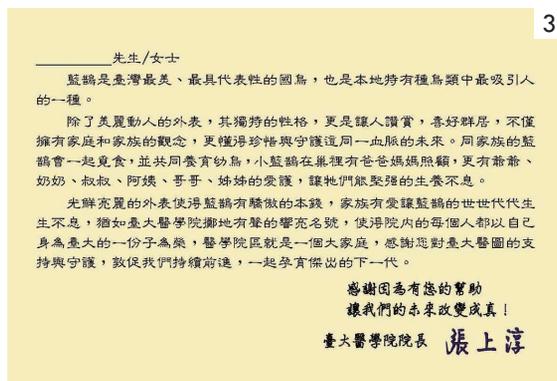


瓷版畫紀念品—喜鵲

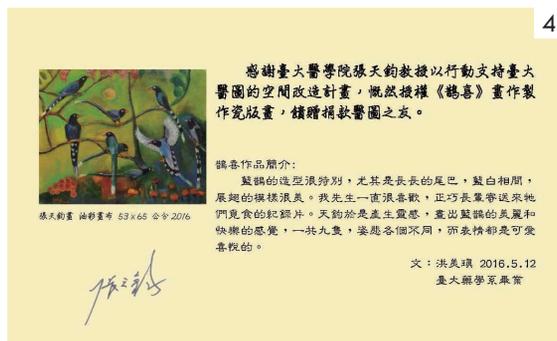
## 醫圖改建的開始

醫圖希望工程（1）一文，在《景福醫訊》2017年二月號（第34期第2卷）刊登後，至今有許多校友來電詢問，亦有院內教師、醫師、校友、學生多方協助與支援；捐款機方面，每月也有不少小額捐款。截至106年9月，共募得140萬的款項，大夥以行動支持發展圖書資訊服務及空間改善所需經費，就如同「聚沙成塔」一文所言：「當您放入一個銅板，我們的夢想就接近一步…當到零時，也就是我們夢想實現的時刻」，我們十分期待未來大家一起共築的新醫圖！

此外，在臺大醫院院長何弘能教授、臺大醫學院院長張上淳教授的全力支持下，醫



捐款致謝卡（正面）



捐款致謝卡（反面）



圖的整建工程頭期款已募足，即將於2018年1月從一樓形象大廳開始蛻變，並於該年5月以嶄新的面貌與大家見面（圖5、圖6）。她不再只有借還書，還有咖啡與輕食；她不再只有影列印服務，還有文創便利區及半透明的窗，將帶進遠方的綠和光。

### 感想和感動

在此篇文章發表時，昔日的梁君卿主任已離開醫圖（2013.1-2017.7），接任醫學院院秘書。而醫圖的主任改由李明錦女士接任。就像我前面所提到的，臺大的進步和成功，需要大家的灌溉和支持，而心裡的盼望則是最大的豐足。臺大醫圖孕育了你我今日的成就，為了創造更美好的未來，期望大家努力捐贈，讓醫圖的改造計畫，早日夢想成真。



醫圖形象大廳 模擬圖



醫圖café區 模擬圖

### 附言

過去，國立臺灣大學最缺乏的是沒有美術系和音樂系，雖然許多師生同仁擁有這方面的天賦，但學校所能提供的藝術遠景，仍有待加強。為此，經由空間改造計畫，醫圖開辦「卓越人文講座」邀請國內醫學界、學術界、企業界、藝術界的專家與成功人士，分享其精彩的人生歷程與藝術信念，以提升我們在醫學專業知識外的生活及藝術視野，進而拓展自我發展與培育人格特質，並以此講座作為醫圖空間改造計畫邁出校園的轉捩點。我們在此要特別感謝醫圖的努力，也希望大家不要放棄這麼好的學習機會。

捐款連絡方式：臺灣大學醫學院圖書分館  
黃婉君小姐（電話：02-23123456 ext.88141，  
傳真：02-2393-8354）

地址：10051台北市仁愛路一段一號  
E-mail: medlib@ntu.edu.tw

### 參考文獻

1. 臺大醫院雙甲子—No.41圖書室 P.268
2. 醫圖希望工程—張天鈞教授為醫圖而寫  
景福醫訊 2017年 第34卷第二期

（作者係母校醫學系1975年畢業，現為母院名譽教授）



# 臺大醫學院北美校友會第37屆年會記盛

文／李彥輝、圖／陳耀楨

**臺**大醫學院北美校友會第卅七屆2017年會已於紐約市法拉盛之拉瓜迪亞東方喜來登酒店盛大舉行。在為期兩天十月七及八日之年會，約200位，包括一家六口來自三地一馬省張信義（1966）夫人廖幸瑛、佛羅里達來之弟張信隆（1970）弟媳楊鳳美（1970）、新竹來之妹張瑛瑛妹婿詹金興（1973）。濟濟一堂，憶往談今，很是難得。臺大醫院何弘能院長及景福校友會楊弘仁監事特地抽空趕來參加真是感人，為此加州洛杉磯來之呂錫林（1970）及徐蕓（1973）於晚會中宣布捐美金三萬元給景福會。除此外校友也有遠來自臺灣、日本、夏威夷。最年長乃1958之施玲玉醫師，最年幼是在加州希達西奈醫院攻修癌學之簡佑任醫師（2015）。又1973醫科畢業28位為來得最

多之屆，另2000年後才畢業的也有十二位，總算校友會有了新力軍加入。

10月7日（星期六）大會會長李勃興（1992）8:30上臺，先請大家對離世不久之陳家榮醫師（1965）及王緒醫師（1973）默禱一分鐘，繼之致歡迎辭，說大家能夠來表示身體健康且熱心母院，請大家為自己鼓掌。接著進行各項節目如下（恕敬稱略，只記畢業年）：

**8:40-9:40 鍾正明（1978）：主題演說「皮毛之道及其應用：幹細胞，禿髮及演化」**

他先說到再生生物學，再生之道及再生醫學；次談皮毛之道有周期性格式，有輪迴性再生，時空性多樣化，在一個體或在種目間進化。又在再生上免疫環境扮有重角



李勃興會長致詞



鍾正明院士主題演說



色，有兩大步程即細胞激素及大吞噬細胞。至於群體感應包括微傷、釋放憂慮因子、特選群感應及再生等四階段。至於禿髮會涉及演化，幹細胞再生及對美的認知。目前他實驗室與中興大學及臺大進行「龍門計劃」內有視覺為基之認識力，配種選擇，種化及進化。於答問中對蜥蜴之自割再生，目前有很多人在研究，但很繁雜，先要解決重組問題。

### 10:20-10:50 何弘能（1979）：「臺大醫院的近況與願景」

他告訴大家根據2015年之服務量，每天平均門診有9,488人、急診315、住院2,167、開刀227，如此下來臺大醫院西址已不足因應，只好想擴建常德街之門診部及附近大煙囪，但因被列入古蹟保護，沒法改建及加高，只有和景福館等換地將之遷到林森仁愛路再拓建。自他接任臺大醫院院長以來，年收入盈餘有所增加。例如2016收入253億臺幣，支出228億餘，盈餘約25億；但一例一

休加班費增加很受影響。談及六年制醫學系臨床訓練課程，由原來之七年制改為六年制課程整併一即醫四升醫五暑期，醫學臨床技能之理論與實務，建置臨床教育訓練系統即PGY系統。又2012~2016年有院內各項研究計劃包括亞洲第一、院校合作及臺大生科院。在2012~2016之SCI論文刊登期刊之平均影響係數及論文之整體質量表現上，在臺灣領先成大、榮總、長庚、中國醫、高醫、北醫等。國際上QS世界排名，在亞洲次於雪梨、墨爾本、首爾、東京大之後；但在京都大、大阪大之前。

目前103~106年院內新增人數約104到183人，大都為護理師。體系內（包括總院、雲林、北護、金山、新竹及竹東）約有10,660人力，其中主治醫1,062、住院醫725、護理4,839、醫事1,285、其他2,749、另生醫預估1,730、癌醫1,816。

病床方面，除總院外新竹819床，竹東362床，生醫676床，計新竹臺大分院1,857床；另有雲林虎尾。



聽眾一角



何弘能院長報告



頭疼乃新竹分院屬新竹市，竹東分院及竹北生醫院則屬新竹縣，除非縣市合併成大新竹市才能解決分治情況。

#### 10:50-11:20 楊弘仁（1994）：「景福校友會會務報告」

他先說乃受景福基金會謝博生董事長之託來報告，並帶來雙甲子院慶特刊「上醫醫國」分送各位。

目前景福所作有舉辦校區聯合校友大會、出版景福醫訊及景福叢書，辦理學生事務如撥穗贈禮及學生生活補助以及景福校友醫療服務、校友通訊資料更新、租借場地及發行景福電子報；未來有人文學體驗學習及素養及國際觀培養，推動共同健康照護高齡友善及關懷校友及探索景福精神包括典藏及訪談等。

#### 11:20-12:00 黃瑞煌（1977）主持：「臺大醫學院北美校友會現況」

※黃清煌（1973）：總會目前只有大紐約、南加州、德州休士頓、大芝加哥及北俄亥俄州有些活動；華府、中西部、北加州、佛

羅里達、加拿大及費城或沒有。根據2017之統計，967人中多為1961到1973，其中1966及1970最多，有段時間1982~1998跌入谷底；所幸1999有些起色。目前會員醫有1,033、藥720。

※黃俊雄（1970）陳淑桂（1970）：克林夫蘭雖只廿多位校友，但也辦了兩屆年會，又克林夫蘭臨床中心世界有名，常有臺大人來進修。

※徐俊陽（1972）：南加州過去辦了好幾次年會，由顏裕庭（1964）及張勝雄主辦。有一年陳登科前皮膚科主任及洪文治教授也來參加。

※李彥慧（1963）：費城校友承辦了第廿屆年會，於千禧年（2000）由本人擔任總召集，牙醫陳授業副總召集，藥學研蕭秀玲祕書，葉光仲（藥學）註冊，吳美貞（藥學）財務，再教育（天普大學授證）吳忠修（1962）主持，家眷林少光（醫技）且各系均有自己之節目包括醫科、牙醫、藥學、護理，各研究所及第二代專業醫學。來了約五百多人一時任衛生署長李明亮



楊弘仁監事報告



黃清煌理事長主持校友會現況報告



(1962)、臺大校長陳維昭(1965)、景福楊照雄董事長、醫學院長謝博生、醫院院長李源德(1965)及前任醫學院李鎮源院長及楊思標院長等都來參加。同時也邀來費城衛生局長，可說冠蓋雲集。主題演說乃錢煦院士「廿一世紀之醫學」，很得大家好評。就在會期中由我介紹陳校長認識藥學系會長許照惠博士，從此開啟了她多年來捐巨款回饋母校迄今。當時我也得到另外藥學校友陳志明一萬美元捐助，我乃特設計訂製有五層袋之綠色旅包給與會大家，還有人在用呢(因很實用耐久)。時任校友會理事長王政卿(1969)很是熱心，每次籌備會開會都由紐約駕車來費城，真難能可貴。

可說此乃目前為止惟一名副其實之臺大醫學院北美校友會，可憾事後沒人敢接，因此分會也就胎死腹中。不過母院師生前來或開會或進修時，請通知一聲我定會陪同招待參觀。

※李勃興(1992)：紐約分會成立悠久，首任為黃錦棠醫師(1951)，歷經多位會長

之努力辦了不少次年會，尤其2003 SARS期中沒人敢辦及面臨解體時出來接辦。自2017年4月上任以來有520春遊，7月招待人文參訪團及10月7~8北美臺大醫學院校友會第37屆年會。

### 12:00-12:30 符傳孝(1972)

介紹了CAMS—CAIPA及FCMS，歡迎大家加入，目前廣州中山大學佔絕大多數，至於中華醫藥基金會CMB及ABMAC已不存在了。

午餐後乃分下列三組進行活動如下：

14:00~17:00

### 長輩校友組：黃清煌主持

※於臺灣及美國之長期照護(楊弘仁1994、黃正雄1964、蔡添才)

※生死的奧祕(姚繁盛1968)

※再談人工植牙(李乃恭1984牙)

### 年輕校友組：郭昇翰主持

※醫師科研究生涯(鍾正明1978病理)(何弘能1979婦產科)(黃裕欽1983內科)

※拓展通訊網和紐約各醫協會領袖座談



醫師科研究生涯討論會與會人士



校友會生力軍合照



### 家眷組：胡報治主持

※心志為基礎之減壓（胡報治）

※股票投資基礎分析法的簡介與心得（張育珠1970藥學）

※談風水（郭昇翰2004）

杜克大學內科黃裕欽教授，認為成功之要件包括合理訂短程目標，藉實踐來學習，欣賞所作，別和人比較，勿仿他人成功例，知自己能力有限。至於選擇，要認知沒對的只有自己喜歡，你想得什麼來自你之選擇，是否快樂於所作，若等到你所要抓緊機會，永遠有另計劃同時還有自己之興趣，通訊網、家庭生活及助人成長等工作可作。

李彥慧（1963藥理／內科／血液癌）也分享他之經驗，美國有FASEB（Federation of American Societies for Experimental Biology）年輕研究人員值得去參加，註冊費很低，可結識很多各方面生物科技醫研人士。尤其以看板展示Post Presentation來發表成果，不致如上臺之困窘被問答不出且可和前來觀看之同道互切互磋。坦白說在開會中所得新知不多，主在結識及獲知就業機會。

姚繁盛醫師（1968）乃根據臺大醫學院

所用之「感情對話及臨終學習」書，談到四“道”人生即—

道謝—出現在生命中的人

道歉—原諒寬恕

道愛—××我愛你

道別—祝福放下好好的走

下午節目完後17:00~18:40在室外陽臺依畢業年低到高（即年輕到耆老）分批團體照留念

七時開始晚會先由大會李勃興（1992）會長致歡迎詞及報告，其次北美校友會黃清煌（1973）理事長致詞及報告後，就上菜（幾道中菜很是豐盛），再其次李會長對外地來尚在進修之十位校友贈補助旅費依遠近由美金450，300……不等。

八時廿分開始餘興節目，先由臺灣來之業餘歌手（曾在臺北101駐唱十一個月）之神經外科醫師王大鈞（1973）為大家歌唱「當你老了」及「Green, Green Grass of Home」還加唱了安可曲。其次南加州來之洪幸雄（1964）外科醫師業餘鋸琴名手（2000年就在我辦之年會演奏），此次帶給大家「Ave Maria」及「月亮代表我的心」，寶刀

未老更爐火純青。接著陳彰（1967）口琴即興演奏，包括「臺大地下校歌望春風」（我已在前些年在大費城臺大校友會年會教唱我改詞成合乎臺大意境給與會校友，現已上網Youtube了），再下來劉俊佑（2009）歌唱「思慕的人」及「歸去來



王大鈞醫師獨唱



洪幸雄醫師鋸琴演奏



陳家榮醫師「生之源」

兮」別有風味。接下李勃興（1992）小提琴演奏望春風（曾在某年會中他為我伴奏我改詞為「客家魂」之此首臺灣家喻戶曉之歌，2015年苗栗頭份黃桂志客家合唱團來美東一德拉瓦威明頓及賓州春田市，也以華客英語演唱此「客家魂」頗得好評，可上網去聆聽，另「出外人」亦很出色。再下來黃瑞煊（1977）李慧媛（1977復健）夫婦歌唱「臺灣翠青」及「月亮代表我的心」，張劭聿（2005）二胡演奏「望春風」及「小城故事」、蘇俊翰（2011）歌唱「Piano」及「翅膀」、許全（2011復健）及李鴻禧（2011）歌唱不少中外歌曲均博得不少掌聲。最後卡拉OK給大家上臺去或歌或舞。

綜觀此次晚會節目由校友自己擔綱，不假手他人，尤其是職業歌手演奏家。有如我於1988年假德拉瓦大學主辦第一屆美東臺大三地—紐約、費城及華府校友會運動會晚會時，文（平劇）理（合唱）法（民族舞）醫（歌舞）工（口技校園巡禮—學鳥啼蛙叫蟬鳴）農（太極拳）六學院，各推一節目，如出一轍，此種模式或可繼承下去吧。

晚會終於在晚十時準點圓滿結束。

次日10月8日（星期日）繼續，先由莊伯祥（1965）分享他南極探尋企鵝八大類之甘苦談，繼之蔡智民（1962）講他如何開啟手顯微手術成為國際權威之辛酸成功史。休息片刻後陳家榮醫師（1965）夫人黃春英，以照片遺作來講述他之生平，繪畫生涯及藝術創作—計有生命，再生及永生理理想等三大和臺灣系列。就中詳細解釋他送給臺大醫院新區東址大廳之「生之源」經過及畫面上之意涵—乃不再描繪疾病而是歌頌讚美生命，深藍色代表極深或極遠地方如大海或天空以大宇宙為背景，正中央有戴皇冠之人型，皇冠又是一天窗展開來，造物主放出天馬載著人類幼苗，也灑出了四項生之泉源—「科技創造」、「分子成長」、「胚胎孕育」及「文明累積」。

11:40年會會長李勃興致閉幕詞後散會，祝新英格蘭秋葉會後遊者旅遊順遂，回家者歸途平安下次年會見！

除此之外，會中通過修改部分章程且開了理事會選出新屆理事成員，並宣布2018年會地點待議，2019則於4月1日在臺北臺大醫學院舉行，歡迎大家踴躍參加。

（作者李彥輝係母校醫科1963年畢業，UCLA藥理博士，曾執業於費城，目前已退休；陳耀楨係醫學系1981年畢業，康乃爾大學醫學院免疫學博士，現任康乃爾大學醫學院病理科教授）



# 航向福爾摩沙

## ——早期引進西方醫學的醫者群像

編輯部整理

台灣於17、18世紀即與西方醫學有了初步聯繫，而在日治之前，即有一群西方宣教醫師遠渡重洋來台，將人生的精華畢獻於台灣這塊土地及住民之上。事實上，17世紀的荷蘭人至日本貿易，傳入西洋文化，引起「蘭學」、「蘭醫」風潮，奠定日本現代化的基礎，影響台灣的現代發展。

### 背負宣教使命來台的西方醫者

據傳，16世紀時，遠東地區海上商業頻繁，其時有葡萄牙商船行經台灣附近海面，船上水手遠眺島上高山峻嶺、植木蓊鬱、景緻美崙，不禁讚呼「Ilha Formosa」，意即「美麗之島」。然而，其時的台灣寶島卻充滿瘴癘之氣，衛生狀況極差，居民以原住民為主，民壽多半不長。

至17世紀，荷蘭據台（荷據時期，1624~1661），設置政務員，有宣教師、醫務員進駐番社進行醫療行為，可惜的是卻無診療紀錄傳下。這是西方醫學進入台灣的開端。

1661年，鄭成功家族抗清、降荷、退據台灣後，荷蘭人的宣教工作中斷，大量漢人遷台，漢醫成為醫療主流，但瘴癘問題及衛生環境仍無多大改善。

1856年，英法聯軍之役，清廷戰敗，開放台灣安平、淡水、基隆、打狗（今高雄）等地為通商口岸，讓英人在此開設領事館、海關、商館。隨著西方勢力進入，宣教醫師（受派於基督教會）、海關醫師（服務於大清帝國的海關）相繼來台，西方醫學與西方思想也順著這股勢力進入台灣。

### 一、無國界的年輕醫師——宣教醫師

隨著西方政治勢力來台的年輕宣教醫師是清朝後首批來的西方醫者，年紀普遍介於20~30歲左右，這群年輕醫者積極克服文化差異、衛生問題，學習台灣語言、融入民間社會、設立醫館、訓練本土醫療人員、推行教育、出版刊物、翻譯聖經。

### 二、荒僻之地的醫師科學家——海關醫師

隨著開港通商，大清帝國海關派駐外籍醫師進駐台灣南北港口，負責港口檢疫、照護海關商行的外籍人士及船員健康，及報告當地疫情、環境、氣候，而這群醫者即是帶動台灣日後熱帶醫學領域發展的先行者。

### 三、早期西方醫師群像

著名的醫師有馬雅各醫師、萬巴德醫師、德馬太醫師、馬偕博士、安彼得醫師、盧嘉敏醫師、克莉絲緹醫師、蘭大衛醫師、



蘭大弼醫師、馬雅各二世等。

- **馬雅各醫師 (James Laidlaw Maxwell, 1836~1921年)**：他是第一個來台灣的西方醫師，1865年來台後陸續設立西街醫館、旗後醫館及二老口醫館（俗稱舊樓醫館），並促成台灣第一份報紙——台灣府城會報發行。西街醫館、旗後醫館及二老口醫館可謂是台灣現代西方醫療的重要發源地，之後來台，承繼馬雅各醫師志業的西方醫師多先到此實習後，再轉往其他地區醫療傳道。
- **萬巴德醫師 (Patrick Manson, 1844~1922年)**：1866年來台後於打狗港擔任海關醫師，並於旗後醫館協助馬雅各醫師，1971年轉往廈門行醫。1977年開始投入象皮病研究，證實蚊子可帶病原傳播疾病，被譽為熱帶醫學之父。
- **德馬太醫師 (Matthew Dickson, 1844~1909年)**：於馬雅各醫師之後接手二老口醫館事務，是英國長老教會第二位來台的宣教醫師，行醫足跡遍及台灣南北教區各地。
- **馬偕博士 (George Leslie Mackay, 1844~1901年)**：1872年來台，是加拿大長老教會第一位派駐國外的宣教醫師，一生盡獻台灣。馬偕博士在台設立滬尾醫館（今馬偕醫院的前身）、馬偕醫館、理學堂大書院及女學堂，傳授醫學及神學課程，開啟了台灣西式教育之先河，影響深遠。
- **安彼得醫師 (Peter Anderson, 1847~1913年)**：接續德馬太醫師，在台傳道醫療30年。接手二老口醫館後即增加看診天數、

訂立禮拜日休診，是為醫院管理的先驅者；在台期間，致力培育本地醫療人員並派遣至各地教會醫療傳教。並擴建二老口醫館為新樓醫院，是為當時全台規模最大的醫院。

- **盧嘉敏醫師 (Gavin Russell, 1866~1892年)**：受到馬雅各等人的宣教故事感召，22歲便接受長老教會派遣來台，初在二老口醫館實習，之後轉往台灣中部大社（今台中市神岡鄉）建立大社醫館、於彰化設立診所，開啟了台灣中部醫療之門。
- **克莉絲緹醫師 (Elizabeth Christie Ferguson, 1864~1901年)**：台灣第一位女西醫，1892年隨夫婿宋忠堅牧師來台後，便積極投入本地的婦女醫療，致力籌設婦科醫院，但因土地取得困難而始終未能實現。
- **蘭大衛醫師 (David Landsborough, 1870~1957年)**：1895年先至台南，接替病逝的盧嘉敏醫師，隔年至彰化從事醫療傳道、訓練醫療人員、擴大彰化診所為彰化醫館（今彰化基督教醫院的前身）。
- **蘭大弼醫師 (David Landsborough IV, 1914~2010年)**：蘭大衛醫師之子，在台灣成長，承繼父志，於1952年與妻子高仁愛醫師返回彰化醫館服務，秉持全人醫療的理念，培育醫療人才，擴充醫療設備，擔任彰基院長達20多年，自稱是「在彰化長大的英籍台灣人」。
- **馬雅各二世 (James Laidlaw Maxwell, Junior, 1873~1951)**：馬雅各醫師次子，受到父親影響，於1901年來台並在新樓醫院



行醫並接手經營，不僅增加醫療設備、護理教育訓練，也致力推動鴉片戒癮、性病防治與癩瘋病治療，以及深入部落醫療傳道。在台期間培育了許多學徒，也與其他醫師合著《外科手術》、《藥局的藥品及備藥》等書，對於台灣醫療知識的提升幫助甚大。

### 政權更迭無礙醫療關懷的承續

1895年，馬關條約簽訂後，台灣進入了日治時期，然而至1915年的第一次世界大戰，馬雅各二世醫師被徵召為軍醫而離台前，這個階段西方的宣教醫師仍繼續在台灣

醫療傳道，並且受到日本政府的尊重。

而日本總督府為了提升台灣整體醫療與公共衛生水準，乃於1896年5月頒布了「台灣醫業規則」，初期醫療人力不足，因此借重教會醫療系統支援，宣教醫師也配合相關政策繼續其醫療服務。

同時，日本政府也積極管理醫療制度和推行醫學教育，於1899年成立台灣總督府醫學校，培育更多本地人研習西方醫學，教會醫院也開始聘用總督府醫學校的畢業生，宣教醫師對病人的關懷、行醫態度與愛台灣的熱誠也由這些醫學校畢業生繼續傳承下去。

## 臺大醫學院內科 誠徵 心臟專科專任副教授以上教師一名

- 一、資格：
  1. 國內外醫學系畢業、領有中華民國醫師證書。
  2. 具內科專科醫師及心臟內科次專科專長。
  3. 具部定副教授以上之資格。
- 二、檢具書面文件資料：
  1. 個人履歷表（包括過去教學、研究）七份。
  2. 個人學經歷證書、醫師證書、內科專科、心臟次專科及心臟專科指導醫師證書影本七份。
  3. 所有論文著作目錄七份。
  4. 2013年8月起迄今代表性著作（最多4篇）之抽印本或影本七份。
  5. 2013年8月起迄今所有論文I.F.（5年內平均值）及相關領域排名，並挑選其中12篇（以內）之論文註明其被引用之次數，七份。表格請至臺大醫學院人事組網站（網址：<http://www.mc.ntu.edu.tw/staff/person/>）常用表格中下載。
  6. 教學、研究計畫書一式七份。
  7. 申請者曾經合作之學術單位之合作對象名稱、合作主題、及其連絡方式（如：電話、e-mail等）七份。
  8. 申請者曾經指導學生姓名、指導主題名稱等七份。
  9. 申請者目前任職單位之個人教學及服務評鑑資料七份。
  10. 二封國內外相關學門教授（或研究員）之推薦函，逕送內科主任室或以電子郵件方式寄至 [yhung@ntu.edu.tw](mailto:yhung@ntu.edu.tw)信箱。
- 三、收件送達截止日期：2018年01月16日（星期二）下午4時之前以書面資料送達臺大醫院內科主任室。
- 四、聯絡地址：台北市中山南路七號臺大醫院臨床研究大樓14樓內科主任室  
『內科新聘教師甄選委員會』收
- 五、聯絡電話：02-23123456轉65022洪小姐  
傳真電話：02-23934176  
e-mail: [yhung@ntu.edu.tw](mailto:yhung@ntu.edu.tw)



文／李正喆

**本**期科學新知由牙科部口腔病理暨診斷科二位大將分別執筆。張玉芳主任是台灣唯一取得美國口腔病理專科醫師資格的專家，她向大家介紹一種發生率不低，但大家較不熟悉的口腔癌前狀態疾病—口腔扁平苔蘚，從症狀、診斷、區別診斷、治療到預後，配合臨床圖片，定讓讀者閱後受益良多。王逸平醫師則針對國人男性第四大癌症發生率的口腔癌做新的AJCC分期，及新一代標靶及免疫療法的介紹，這都有賴分子生物學技術的進步，才能對口腔癌的致病機轉有更深入的瞭解。

不同於口腔的開放空間一覽無遺，本期醫學論壇許耕榕醫師將帶我們一窺人體最後未解的密境—陰莖，也分享許多他所發現的解剖新知。在校友小品方面，韓良誠教授在其父親台南市歷史名人韓石泉醫師故居掛牌儀式致詞中，緬懷其父親在醫學專業、社會關懷、在政治動盪年代中，堅持和平理念的行儀。另一篇校友小品，牙醫系口腔外科名譽教授韓良俊回憶師訓及其留日大學的師兄弟們，韓教授也是我從學生時代、住院醫師到主治醫師的恩師，因此其提到恩師對其之師訓“手術之道與其拙速，不如巧遲”，從我跟著韓教授學習手術一路以來，也深受其身體力行的感化，身有同感呢！第三篇校友小品，張天鈞教授則介紹其對臺大醫學院圖書分館暨臺大醫院圖書室的希望工程願景，希望以改善空間及發展圖書資訊服務，也希望大家能出錢出力共襄盛舉，讓曾經孕育你我今日成就的醫圖有更美好的未來。

在2017年北美校友會年會專輯上，李彥輝校友記錄了臺大醫學院北美校友會第37屆年會的盛況，鉅細彌遺，讓人如臨現場，也描述了海外校友永遠景福人的深刻感情。最後的封面故事，介紹了早期引進西方醫學進入台灣的醫者群像，包括來自西方的宣教醫師、海關醫師；他們開啟了台灣現代醫學的濫觴，也才有其後總督府醫學校的成立。他們對病人的關懷、行醫態度與愛台灣的熱誠，也應該由我們這一代的景福人繼續傳承，延續下去。



感謝亮月小姐及景福編輯的幫忙，本期才得以如期出刊。時序進入冬天，又到了年底，天氣漸冷大家要多注意保暖！也預祝各位景福校友新的一年，事事如意，平安健康！

（編者係母校牙醫系1986年畢業，母校臨床牙醫學研究所2000年畢業，現為母校牙醫學系副教授，附設醫院牙科部口腔顎面外科主任）

# 台大景福基金會第14屆董事會選舉

時間：2017年12月7日

地點：台大景福館一樓會議室

攝影：王亮月

## 新任董監事當選名單

董 事 長：楊泮池  
常 務 監 事：林芳郁  
監 事：陳昱瑞、黃天祥、李明濱、楊弘仁  
常 務 董 事：林高德、何弘能、張上淳、陳石池  
董 事：黃丙丁、黃明和、曾淵如、陳文龍、黃清水  
：李建賢、黃清煌、吳寬墩、邱仲慶、黃國晉  
名譽董事長：謝博生



▲第13屆謝董事長博生致辭



▲第14屆林常務監事芳郁監交第14屆董事長印信予新任楊董事長泮池



第13屆及第14屆董事會合影

## SNQ國家品質標章授證典禮



時間：2017年12月8日

臺大醫院教學部 攝影