

景福

醫訊

Jing-Fu Bulletin

201902



第36卷第2期



台大景福基金會望年會活動花絮

時間：2019年1月22日

地點：上海鄉村

攝影：王亮月



楊洋池董事長



黃國晉執行長



致贈感謝禮予曾洲如編輯顧問



景福基金會董事長，正、副執行長與關懷小組委員、景福醫訊編輯委員及顧問合影

景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第36卷 第2期

2019年2月出版



目 錄

醫學新知

- 2 HER2陽性早期乳癌治療 蔡立威

醫學論壇

- 4 「傳統及非傳統的嬰兒呼吸器的治療」……
並紀念一位跨越年代、傳奇的發明家，Dr.
Forrest M. Bird (下) 路加

南部地區校友會活動報導

- 13 一名景福校友退休後的「景」「福」規劃
演講摘要 莊錦豪
- 15 一二人生 李經維

校友小品

- 19 緬懷一般醫學教育與社區醫學實踐的先驅
—謝博生教授 林高德
- 22 弔和憶老李們 李汝城
- 27 畫意詩情 葉弘宣

休閒旅遊

- 28 日本瀨戶內海藝術巡禮 黃俊傑

封面故事

- 33 臺大綠野社 朱柏翰

編後語

中華民國一〇八年二月出版

第三十六卷第二期 總號四〇三

董事長兼發行人 / 楊泮池

社 長 / 黃國晉

編 輯 顧 問 / 林國煌、楊思標、曾潤如、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、李正詒、王淑慧、周博敏、柴惠敏
鍾國彪、林昭文、薛濟平、邱政偉、陳倩儀
柯政郁、許秉寧、商志雍、高碧霞、錢宗良
王繼娟

本期執行編輯 / 王明暘

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

劃 撥 帳 號 / 01410009

戶 名 / 財團法人台大景福基金會

封面圖片：綠野社活動：楓城藝展開幕
(2017.05.27)



HER2陽性早期乳癌治療

文／蔡立威

HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2, 第二型人類表皮生長因子接受體) 陽性乳癌大約占乳癌病患的15-20%，此類患者預後較HER2陰性的患者差，有較高的轉移和復發的機率，但隨著抗HER2標靶藥物的出現，這群原本預後不佳的乳癌亞群的治療有了突破性的進展。

除了手術之外，早期乳癌的藥物治療可分為術前和術後兩種；術前給予藥物治療可以縮減腫瘤大小及期別，增加乳房保留手術率，並降低淋巴結廓清的程度，減少手術副作用；另外，則是觀察腫瘤對於藥物的反應，了解藥物是否有效，這樣的治療又稱為“先導性治療 (neoadjuvant treatment)”。術後藥物治療又稱為輔助治療 (adjuvant treatment)，主要是為了減少復發風險，提高治癒的機率。通常HER2陰性的病人，藥物治療以化療為主，如小紅莓 (doxorubicin) 及紫杉醇類 (taxane) 等化療藥物；HER2陽性的病患，則除了化療藥物之外，會再搭配抗HER2標靶藥物，如trastuzumab (賀癌平)、pertuzumab (賀疾妥) 和neratinib等。

根據目前台灣乳房醫學會所發表的早期乳癌先導性治療共識，建議腫瘤直徑 ≥ 2 cm和/或有淋巴結轉移的高風險早期乳癌病患接受先導性治療。臨床研究NeoSphere及TRYPHAENA證實trastuzumab加上pertuzumab

的雙標靶治療輔以化療可將病理完全緩解 (pathologic Complete Response, pCR) 率提高到42-66%。綜合分析12個國際臨床試驗結果，早期乳癌病患在先導性治療後，達到病理完全緩解的病患之生存率較高。2017年Aphinity研究又進一步指出，對HER2陽性，有淋巴轉移之高復發風險病患，trastuzumab加上pertuzumab雙標靶的輔助治療可以有效減少23%的復發風險。

然而，若病患未達到病理完全緩解，仍具有殘留侵襲性病灶，即使以手術將殘留病灶切除並在術後接受輔助治療仍有較高的復發和死亡風險；對於此類病患，長久以來一直缺乏確切的臨床試驗證據，協助臨床醫師擬訂有效的治療策略。2018年12月在美國聖安東尼奧乳癌研討會 (SABCS) 上公布了第一個針對此類病人的三期臨床試驗KATHERINE，此試驗招募1,486位接受含有trastuzumab先導性治療後，仍有殘存侵襲性病灶的HER2陽性早期乳癌病患進入試驗，隨機在術後接受14個週期的T-DM1 (trastuzumab emtansine, 賀癌寧) 或trastuzumab的輔助治療。T-DM1是一種抗體—藥物複合體 (antibody-drug conjugate)，目前被美國食品和藥物管理局 (FDA) 批准用於治療先用trastuzumab和taxane化療治療後患有轉移性HER2陽性乳癌的患者。



KATHERINE研究指出，相較於單用trastuzumab，T-DM1可以顯著改善侵襲性無疾病存活率達50%（invasive disease free survival, iDFS, HR 0.5; 95% CI 0.39-0.64; $P < 0.0001$ ），且降低40%之遠處復發率（distant recurrent rate）。此外，此試驗在所有重要亞組患者中觀察到相當一致的療效，不管病患是賀爾蒙受體陽性或陰性、其殘留病灶數量、大小，或是在手術時淋巴結陰性但仍有少量腫瘤殘留的病患、選擇不同先導性治療方案（單一或雙標靶抗HER2治療）的病患，以及基線患者特徵，如年齡和種族等不同亞組的病患，T-DM1的治療均可使其獲益。在藥物安全性上，相較於trastuzumab，T-DM1治療組出現Grade 3以上血小板數目減少、高血壓和感覺神經病變的病患比例有輕微增加，但治療結果的大幅改善平衡了毒性增加風險的顧慮。

KATHERINE試驗除了證實T-DM1可以有效改善先導性治療後未達pCR的HER2陽性早期乳癌的療效之外，亦證明先導性治療可用於識別復發風險高的患者（未達病理完全緩解，non-pCR或稱具有殘留侵襲性病灶，residual disease），讓病患在術後有機會選擇合適的治療方案。未來，除了T-DM1可望成為殘餘疾病患者新治療標準的基礎外，在HER2陽性早期乳癌的治療策略擬定上，對於先導性治療的定位及應用，需要更多更深入的討論及全盤思考，再配合醫師與病患的溝通，醫病共同擬定個人化的治療方案，讓HER2陽性早期乳癌病患達到最佳的療效，降低日後復發的機會。

延伸閱讀

1. Gianni L *et al.* Efficacy and safety of neoadjuvant pertuzumab and trastuzumab in women with locally advanced, inflammatory, or early HER2-positive breast cancer (NeoSphere): a randomised multicentre, open-label, phase 2 trial. *Lancet Onco* 2012; 13:25-32.
2. Schneeweiss A *et al.* Pertuzumab plus trastuzumab in combination with standard neoadjuvant anthracycline-containing and anthracycline-free chemotherapy regimens in patients with HER2-positive early breast cancer: a randomized phase II cardiac safety study (TRYPHAENA). *Ann Oncol* 2013; 24:2278-2284.
3. Cortazar P *et al.* Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. *Lancet* 2014;384:164-172.
4. von Minckwitz G *et al.* Adjuvant Pertuzumab and Trastuzumab in Early HER2-Positive Breast Cancer. *N Eng J Med* 2017;377:122-131.
5. von Minckwitz G *et al.* Trastuzumab emtansine for residual invasive HER2-Positive breast cancer. *N Eng J Med* 2018 Dec 5; DOI: 10.1056/NEJMoa1814017

（作者係母校醫學系2008年畢業，現任附設醫院外科部主治醫師）



「傳統及非傳統的嬰兒呼吸器的治療」…… 並紀念一位跨越年代、傳奇的發明家， Dr. Forrest M. Bird (下)

文／路加

沒多久，一個深藍色的大湖出現在眼前，旁邊圍繞著青山綠林，穿插著一座座不大不小的別墅濱臨著湖邊。湖中有幾艘帆船、遊艇正在滑行。Dr. Bird開口說了：「到了！」。看著湖水稍稍激盪著，我們的直升機終於緩緩的降落在岸邊了。下了直升機，跟隨他往岸上走向房子，本想問他，如何停靠保養直升機時，他已帶著我穿越過一個很大的機棚（Hanger），裏邊還有一架小型、可愛的直升機、一架水陸兩用飛機以及另一架被吊起來的固定雙翼飛機（fixed-double-wing airplane）。回頭看了一下湖邊竟然還有一艘相當豪華的遊艇。跟隨著他進入一座新建的、有地下室的二層樓房，像是小小的宿舍或旅館。「這就是我們的會議室及住宿處」，「盥洗、休息一會兒，用個簡單的午餐後，可以到處走走，直到黃昏，我們會在遊艇上開一個小小的歡迎派對」。午餐是簡單但很精緻，不輸給五星級飯店，沒想到之後的六天，類似的精美的小吃及飲料，就像餵嬰兒般的每兩三小時就會更換、擺在會議室內供我們自由食用。當晚的派對，除了豐盛的晚宴外，當然啤酒，紅、白酒也沒缺

少，酒過三巡後大家也都相互熟悉多了！新認識的朋友全都是年輕的新生兒科主治醫師，全都非常熟悉當前使用的呼吸器，也深知「正壓呼吸器」，後來被稱為「傳統（conventional）呼吸器」所遭遇的困境及極限，以及對肺臟可能的破壞，尤其是當時大家耳熟能詳的「壓力創傷（Barotrauma）」。大家都對新的「高頻率呼吸器」，是否會破除這個「正壓呼吸器」所帶來的詛咒，都抱著很大的好奇心與期待。這一小群的醫師共有八位（六男兩女），除了我之外，全都來自於美東或中西部，難怪都比我早到。我們分三房住宿，與我同寢室的兩位：一位是白人很健談，由University of Vermont來的，名Jeffrey；另一位是位黑人，也很喜歡聊天，但他大部分的時間談的是Apple computer及股市，尤其熱衷於新出現的Mutual Fund投資。

傳統的呼吸器，遵循當時所瞭解的呼吸生理學：潮氣容積、呼吸次數、潮氣容積必須大於「解剖學上和機器的死腔（dead space）」、分鐘呼吸量（Minute ventilation）等原則。每次吸氣時，不論「定容量呼吸器」或「定壓力呼吸器」都是用非生理（non-



physiologic)的正壓力，尤其是「吸氣高峰壓(PIP)」的敲擊、撕裂著肺部組織，輕則造成氣胸、重則形成昔稱「Bronchopulmonary dysplasia(簡稱BPD)」，後改為「慢性肺疾病(Chronic lung disease)」而遺患終生。傳統呼吸器拯救了無數的新生兒的生命，但也創造了新的疾病。早於1967年，史丹福大學的Dr. William H. Northway就首先報告了這個新疾病，並命名為Brochopulmonary dysplasia。這毛病可將使用呼吸器治療的病嬰，悄悄的轉變成長期(數月至數年)仰賴氧氣及呼吸器的嬰孩，而且在病理檢查及X光片上都有其相當特殊的特徵。1970年代新生兒的醫師們致力於消除或避免此病的產生。先對氧氣的使用，PDA(patent ductus arterious)的控制積極處理。可惜效果並非預期。到了1980年代大家回頭來重新檢驗呼吸器的使用(包括負壓呼吸器，甚至液體呼吸劑，當然也有高頻率呼吸器)、以及分頭找尋治療用的「表面活性劑(surfactant)」的人工生產及直接灌入肺部治療的可能性。就如當時筆者在加州大學聖地牙哥分校時，有位芬蘭籍的同事(Mikko Hallman)，就開始把帝王切開手術的健康婦人的羊水，加以收集、消毒、提煉「表面活性劑」，然後回收來作治療病嬰「呼吸窘迫症候群(RDS)」的計劃。(後來因當時美國國內開始了HIV的流行感染而作罷。)同時另一同事開始了高頻率呼吸器的臨床實驗。當時的新生兒學界也開始有另外新的思維，把「經皮膚氧氣分壓值」的監控器，改用較準確且較少傷害(燙傷)的「脈搏血氧儀(pulse oximetry)」。

初這個改變(用血氧飽和度代替血氧分壓值來通過皮膚持續監控血氧)、對我而言，因為心臟科的經驗，已經非常習慣血氧飽和度了，但對一些新生兒科的醫師有些調適的困難。當時的改變主要是因為「脈搏血氧儀」記錄「氧氣飽和度」比另一「通過皮膚血氧分壓值」監控器更可靠(唯一的例外是當身體週邊血液循環(Peripheral circulation)不良時，「脈搏血氧儀」就會失常。)其實「氧氣飽和度(oxygen saturation)」，比血氧分壓值似乎較適合及容易去監控嬰兒的身體的低氧氣值(血氧甚低時，氧氣飽和度會有明顯的變化，而分壓值只有輕微的改變)。可是在高血氧時，氧氣飽和度的數值，可能會發生非常高血氧分壓的情況而傷害到了未成熟的嬰兒的眼底，須特別留意。這也是後來把早產兒的可接受的血氧飽和度由95-99%降到88至95%，來保護嬰兒的眼睛。

嬰兒呼吸衰竭的原因甚多且複雜，雖多半出自「呼吸窘迫症候群(RDS)」，少數則因感染、吸入性肺炎(Meconium aspiration)、肺部發育未全或特發性(idiopathic)的「持續性肺高壓」。雖然大部分的病情可被傳統呼吸器控制、治療，然而有些病嬰的呼吸衰竭，甚至在使用了傳統呼吸器的極限功能，仍未能拯救病嬰的生命。不同疾病有不同病理變化，不同部位的肺組織有不同程度的病變，這讓同一壓力或容量的治療，造成極大的挑戰與困擾。傷害因而在無意中形成。這種無意中的，由治療引發的傷害是新生兒科醫師在醫療時最大的精神壓力。尋求如何避免或減輕傷害，一直



是所有新生兒科醫師在1980-1990年代（甚至到現在）很大的課題。那也就是高頻率呼吸器在1980-1990年間會引發那麼廣大的興趣的實際背景，那不僅是學術的好奇心，更是天天面對著的現實需求。

1970到1980年初期，新生兒科醫護人員就非常清楚，當嬰兒在呼吸器治療後1-2星期之時，常常不幸地會產生BPD。除了X-Ray會有特定的變化之外，也需要長期使用高於空氣濃度的氧氣，甚至仍需呼吸器的輔助。這時也常會有分泌物出現在氣管內，須要排除。呼吸師及護理師們常常會作胸部拍擊（Chest percussion）來幫忙清痰。加州大學聖地牙哥分校，有位年長的重症病房護士長，竟然親自到成人情趣用品店去購買了整打的「振動器（Vibrator）」，讓護理師、呼吸師用在小小的患有BPD早產兒微小的胸部來幫忙排痰，同時避免直接用手過度使力造成了嬰兒脆弱的胸骨骨折。幾乎所有的嬰兒都很享受這樣的治療，血氧及氣色也都會改善（可惜一支支的振動器卻在數月之間悄悄地消失無蹤，不知那位仁兄或仁姐，帶回家去了）。藉著外邊的振動能改善呼吸，但是當時的思考只是以為因幫助消痰之故而已，卻萬萬沒人會想像到振動式的呼吸竟然可以直接供給人體氧氣及二氧化碳的交換。歷史上有不少的發現、發明，並非原先設計（by-design）的，而是偶然發生的。高頻率呼吸的發現就是如此。在1969年Oberg及Sjostrand在研究Baroreceptor對調節血壓的功能的實驗時，為了避免「潮氣容積呼吸（Tidal Respiration）」對血壓的直接影響，而刻意地

對實驗的動物減低呼吸潮氣容積，同時加速呼吸數來補償低潮氣容積時，竟然發現了在低於死腔的潮氣容積、高於正常呼吸率的呼吸（就是後來的「高頻率呼吸」），也可保持相當正常的血氣值，這個發現全屬偶然。

加州大學聖地牙哥分校的好友及前同事，Dr. Frank L. Mannino於1981-82年間，就已開始用最早開發出的原型Infant Star的Vibrator（Oscillator）作臨床試驗，後來聽說他也到了國會的公聽會去為高頻率呼吸器作證。當初在1980年代，美國首先開始有了「噴射（Jet）」及「振盪型（Oscillator）」兩種的「高頻率呼吸器」，不久之後再加上了「氣流斷續（Flow Interrupter）」，就形成了現代的三大種類「噴射（Jet）、振盪型（Oscillator）、氣流斷續（Flow Interrupter）」。它們的共同點是使用小於解剖學上的死腔（dead space）的呼吸潮氣容積（在人類小於2-3 ml/Kg），同時用遠高於正常呼吸速度（60-900次/分鐘之間）的方法來輸送氣體。動物界也有利用此種類似的高頻率呼吸來交換身體的氣體的，如蜂鳥。在人體的生理學上，這種非傳統的呼吸方式絕不能單純地利用「大流量（Bulk Flow）」的機制理論來解釋的。

噴射型的高頻率呼吸器是利用一個高頻率脈動（pulse）的氣柱，通過一條非常狹窄的管子，注入所需的氣體進入肺部的氣管，做為吸氣，而吐氣則是利用高速氣柱所振盪，而排擠到氣管周圍的舊的、含著高二氧化碳的廢氣排放出氣道。美國的Bunnell Life Pulse高頻率呼吸器則同時還保存傳統呼吸器



作為備用，來幫忙排除二氧化碳。振盪型或「氣流斷續器型」，則應用電磁來產生高頻率氣流。前者呼吸器利用隔膜（diaphragm）隨著高頻率電磁的變化，產生微小快速的振盪壓力波，美國的SensorMedics在吐氣期（向外排氣時）也可被控制；Flow Interrupter則用高頻率電磁的開關，將氣體急速的切成段段連續的氣柱，雖無噴射型的噴射或稱Venturi效應，但產生了振盪的效果，因而產生可靠、有效的氣體混合及攪和的目的。這三種非傳統的呼吸器所造成的「高頻率呼吸（High Frequency Ventilation）」，給予新生兒科醫師，一針強心劑，期待著它會全然改善由傳統呼吸器所不能改善的疾病以及甚至避免傳統呼吸器對肺部所造成嚴重的後果。這種高度的期許及興趣，讓當時許許多多新生兒科醫師著迷於高頻率呼吸器。

在那六天五夜的研討會中的第一天，Dr. Bird首先揭開了話題：雖然高頻率呼吸對大家而言不可思議，然而在動物界，早就知道此種呼吸法。最出名的就是在庭院中常見的蜂鳥，它就是利用這種相似的方法來交換氣體。他又開宗明義的解說，研討會將會著重於實物的研討及相關的可能的機制，但不會在理論上著墨太多。緊接著開始介紹他的發明，他明白的定義它的新呼吸器並非Jet或Oscillator，而是Flow interrupter。對當時的我，那是一個全新的名詞。雖然確切的商標名仍未選定，Phasitron好像是其中之一。他的第一位臨床試驗的病人，就是他自己那位從1964年就患有emphysema的愛妻Mary。她平時就需要氧氣，而且長期被大量的痰所困擾。

不久之前，當他把新研發製造的高頻率呼吸器，當時叫Percussionor套在Mary的口鼻上，不到一、兩分鐘，Mary本來有點灰黑的膚色忽然急遽地轉變成白色，嚇壞了Dr. Bird，他趕緊想要把儀器停掉。但Mary卻急忙搖著雙手、示意他繼續下去。當時慌了手腳的他，才看清楚了，他的妻子完全沒有痛苦，反而似乎正在享受著這個新的治療，很快的膚色也隨之由灰白轉為紅潤。眼前這位坐在床邊的、紅潤膚色的美女，讓他再度見到他記憶中，好幾年前那位還未有COPD毛病的愛妻Mary！在那次治療之後，Mary隨即排出很多很多很久未能咳出的痰。她的呼吸也平順多了。這儀器也成了Mary身邊永不分開的隨身物。後來Mary曾經告訴過別人：「有人會向我丈夫感謝他救了我的孫子」，但是我會對Dr. Bird說，「謝謝你，救了我的命！」。也因如此，他很快地就想把這個儀器改良成為正式的嬰兒用的高頻率呼吸器，來分享他妻子所感受到的快樂。因之現在須在臨床上來作科學的測試，求證它實際的效能。

至於高頻率的呼吸法如何利用小於死腔（Dead space）的潮氣容積，在高頻率極快速的呼吸數下，（通常是由1到15Hz等於60-900次/min），確實可以把體內的二氧化碳排放到肺部之外，同時讓氧氣進入肺部的肺靜脈血液中的學理，很難用傳統的Bulk Flow來解說。當時及之後雖有不少學說試著去解釋包括Pendelluft、Taylor-type dispersion及Radial diffusion，這些相當困難理解的理論及學說，歸納起來就是高頻率造成「增進擴散（enhanced diffusion）」的結果。其實，它



還保留著「分鐘呼吸 (minute ventilation)」的概念。只是由「呼吸數乘潮氣容積 ($f \times V_t$)」的傳統呼吸學說，改變為高頻率的 ($f \times V_t^2$) 而已。¹也就是說，傳統呼吸只是「呼吸數乘上潮氣容積」而已；在高頻率時，卻是「呼吸數乘上潮氣容積的平方」。傳統呼吸時，二氧化碳的排出取決於呼吸數及潮氣容積，而在高頻率呼吸則決定於微小的潮氣容積，潮氣容積則可由調節呼吸器的「振幅 (Amplitude)」大小來控制：振幅通常用「壓力差 (ΔP)」來表現。一般來說高頻率呼吸器都使用一個固定的頻率，極少改變，除非「時間常數 (Time Constant)」有顯著的變化。最合適的頻率是隨著「時間常數」而稍有不同的²。

討論會是在寢室上頭的二樓。光線良好，非常寬敞舒適。四面八方的窗戶有270度的湖泊景色，加上參差著湖邊的松柏森林，當時遠山還蓋著餘留下的白雪。晴空與清澈藍色的湖水相映，高聳入雲的樹林倒影入湖，讓人覺得如身在奧地利的阿爾卑斯山中。窗戶邊，有長長圍繞著的櫃臺，上面擺著幾樣東西。有個像是小發動機正24小時不停的非常快速的轉動，後來才知那是新呼吸器的發動機，正被測試可以連續輪轉多久。還有當時剛出爐有滑鼠的Apple computer。課堂上準備了差不多每兩到三小時就更新的咖啡茶點、小吃。

上午上課，下午休閒，晚上討論交換心得。每天清晨很早就上課，每天都有非常緊湊的課程，包括當時（甚至現今）仍不十分瞭解的「高頻率呼吸」的「機制」。第一天

早晨，Dr. Bird除了介紹他的發明，也公平的介紹了當時美國國內正在試用的兩種高頻率呼吸器：Jet和Oscillator。但他強調他發明的這個新呼吸器，雖與當時的Infant Star有相似之處，但絕非Oscillator，而是他稱之為Flow Interruptor。那是筆者第一次聽到的。（數年之後美國的FDA也引用Flow Interruptor這個名詞，而且把Infant Star重新歸屬於Flow Interruptor的一種。）第二天早上，他首先抱歉地說，因有重大的事須前往美國東岸的紐約市一趟，傍晚就會趕回家來補上課。他特地安排學員們在早上前往，位於寢室不遠他自家的中型工廠，參觀廠內製作的儀器及設備，當然最主要的還是這臺新的呼吸器。還有，讓我們瞭解呼吸器內部的實際構造及功能。他所有發明的呼吸器及儀器都全靠「氣動 (Pneumatic)」無須電力，當然也不須電腦來控制。因此準確的機器設計及製作，非常重要。他並非排斥電腦或其應用，他擁有最先進的蘋果電腦，而且使用自如，絕不輸給年輕人，但他以精確的氣動，也能製造出高品質的高頻率轉動的呼吸器。他強調對儀器的認識的重要性，且認為如此才能精準掌握及瞭解機器的功能。當然他也希望當時的我們可以自我維修這個新的呼吸器。說完之後，他就登上他那架水陸兩用的飛機飛往東岸的紐約市去領獎³。領獎後，就趕回來補上晚上的課。當天下午他就讓大家輕鬆輕鬆一下，參觀他那三百英畝大的家園、打打籃球或釣魚都可以。

當天下午我選擇了釣魚，來重溫過去的嗜好。我們幾個人就搭車到他家的私人



魚池，那就像是個相當大的小湖。以前在中西部研究，養成了釣魚的嗜好，但因回到臨床，也把那嗜好放棄了。既然主人安排好了，我也跟隨大家上車去重溫漁翁之樂。上了車，才知他那300英畝的家園，周圍的圍牆上頭竟然有通電的小小鐵絲網，以及偶爾出現的牌子寫著：「聯邦財產、請勿進入」。原來他當時還繼續為美國空軍製造一些儀器之類的東西，是國防機密。到了魚池，平靜的池中，有三個高高的噴水注。聽帶我們來的私人助手也是管家的解釋，才知這是魚兒們的氧氣供應站。下了車，大家拿著主人早就為我們準備好的漁具準備下手時，才發現沒有魚餌。管家說：你們儘管拋下漁線就好了！同時他抓了幾把Fish Chow往漁池上撒下去。一時非常平靜的魚池，驟然間出現了成百甚至成千條的魚跳出了水面，那些已拋下釣魚線的朋友們也都驚叫起來，同時趕緊收線，拉起了一條條，一、兩英尺長胖嘟嘟的鱒魚。雖然大家把所有較小的魚全丟回池中，但釣到的魚實在太快、太多，沒多久，就擠滿了帶來的水桶。回想到前晚豐盛、新鮮的魚肉，大概就是來自自家的魚塘吧。但是看到這麼多的鱒魚，丟棄了實在太可惜，主人其實早已為我們想了辦法。管家就帶著大家的魚貨直入廚房，請廚師清洗處理這些釣到的魚，然後全部放入家中的冰箱。不，應該說是冰室內，因為那是個足足有一個籃球場大的冷凍室，裡面堆滿足夠全部員工、家人六個月吃用的食品。原來因為一方面怕天寒地凍的冬天無法出外採購，更重要的是Dr. Bird個人有個脾氣，不喜歡花時間

Shopping。就像是汽車、飛機用的石油或暖器機的柴油都一次採購，然後貯存於一間美式足球場大的地下室內。聽說那些汽油還是十多年前，當一加侖汽油只是30多分錢時買到的。我好奇且半玩笑地問，有這麼多的汽油就該有私人消防隊才會安全。沒想到，他們家竟然真的擁有一組消防隊，連同一輛消防車。車子雖是老式的，但功能全足。這天的經驗，讓人把好萊塢拍攝過的電影現實化了，人間竟有人過著這麼離奇的生活，也讓我這個如入大觀園的劉姥姥，大開了眼界！

之後數天，除了繼續在當時學術界上盛行的可能學理，互相交換意見之外，大部分的時間也都集中於新機器的瞭解、操作、修復及可能發生的，好的或壞的情況，作一些模擬及應變措施的討論。研討會結束的前一天，他要求所有學員把手中的呼吸器徹底拆開，並一一點出了零件的名字及功能。那真是門學問。害得這群來自美國各地，大部分沒機械或電機背景的醫師們花費了整整一天的時間來完成。最後在晚餐之前，Dr. Bird要大家把這些零零碎碎的零件從新整合回去，由他親自檢查是否合格。之後他才親自交給我們每人兩臺嶄新的呼吸器，帶回去醫院，去完成研究計劃，取得機構審案委員會（IRB）的許可之後，來進行「拯救性」的臨床實驗、研究。他當時非常清楚的表示，因為這全新的機器當時除了他及他的工作人員之外，只有我們這幾位學員知道如何使用或修復，他將來是會在電話中，幫忙解答問題，但絕大部分的小維修使用，就要依靠我們自己來完成了。原來這位發明家，不是天



生的純生意人，就如同他一、二十年前，發明製造的Babybird呼吸器，也非靠著許多代理商、廣告打開知名度的。那機器的廣泛使用、及拯救無數新生兒的生命，差不多全靠醫師們口耳相傳所完成的。在那研討會中，學員在Dr. Bird不在場時的私下閒聊中，有人覺得過去及現在的Dr. Bird的發明應該有系統化的、甚至商業化的推廣。Dr. Bird有位獨生女Catherine嫁了一位聖地牙哥的牙醫。他們都對父親、岳父的發明不感興趣。學員中那位對股市特別有興趣的年輕人打趣說，希望Dr. Bird認他為養子來經營他的事業吧！其實Dr. Bird的成功及財富，不是經過商務的經營，而是他超過一百多樣非常實用的專利權。

研討會後，互道珍重，各自回到自己的崗位。花了數星期整理資料後，筆者把研究計劃呈上醫院的IRB，順利地通過。我把使用定為「拯救性」的醫療，同時也只選擇使用由另外的主治醫師們，發覺到走投無路時，送來的嚴重的病人為對象，來客觀的研究這新的呼吸器是否有超越傳統呼吸器的功能。記得第一個病例來自一位錫蘭籍的印度醫師，他稍年長，自視甚高，一位不錯的新生兒科醫師，當時是重症病房的代主任。他對高頻率呼吸器沒有經驗也半信半疑。他有一位三天大的近足月的新生兒起初疑似患有輕度RDS，但漸漸的似乎有相當嚴重的「持續性肺高壓」。縱使氧氣供給已高達100%，血氧值仍然持續地下降。傳統呼吸器也已用盡了全力，而病嬰並無好轉的趨勢。他打了電話求救並諮詢我的意見。因為已符合研究實驗的標準，於是馬上與父母親聯繫、解釋，取

得了父母親的同意、許可。開始了新的高頻率呼吸器的試用，沒料到。在開始的第二、三分鐘後，病嬰的血氧分壓值就開始飆高，接著膚色也開始迅速地轉紅，趕緊抽血印証血氧的改善，也急忙的把氧氣供給量往下調降。因為新的實驗治療及新機器的使用，讓我不眠不休地停留在病床邊五天四夜，直到嬰兒病情穩定，拔管為止。之後幾個月，也嘗試了另外四名病嬰，反應不一，而且並非全如第一病例那麼的戲劇化的改善，而且也發現，如傳統的呼吸器相似，有時也會有「漏氣（Air leak）」的風險。那時筆者剛剛碰巧，在研究計劃開始不久，突然決定轉往另一家醫院接受重症病房主任的新職，以及之後筆者在新醫院又參與了新的「表面活性劑」的臨床研究，因而可惜地放棄了剛開始不久的高頻率呼吸器的臨床研究。同時先前醫院的實驗計劃因為無人可以接管，因此中止。況且新的醫院是個相當大的Group practice，而十位重症病房主任聯合會的領頭主任醫師，他及其餘八位主任們完全無使用高頻率呼吸器的經驗，而且多數只是傾向於用ECMO來作新生嬰兒嚴重的「呼吸功能不全」的最後「拯救性（Rescue）」的治療，因而未能把先前的高頻率呼吸器的研究計劃引進到新醫院，相當可惜。至於Dr. Bird他似乎在實驗開始不久的幾年後，也因為愛妻的離世而消極了一陣子，而失去了極佳機會去作改善、推廣這個相當有前途性的呼吸器。

此外，原本以為正壓呼吸器所造成的傷害，是源於正壓力本身，就是所謂「氣壓傷（Barotrauma）」，但是漸漸地於1990



年後期，Dreyfus和Saumon提出了新觀點，以為並非氣壓傷，而是與「過大擴充（Overdistension）」有關的Volutrauma，以及後續的Slutsky及Tremblay所提的Atelectrauma。同時醫師們漸漸地接受了一個久久未能重大的減少BPD的事實，作了一次很重大的讓步，不再堅持以前的所謂正常的血氣值，反而允許了讓血液中的二氧化碳值可高達50-60甚至70，只要血酸值不低於7.20；同時也讓血氧值保持在88至95%的飽和值，不再堅持高過95%了。目的是不願見到肺部受到呼吸器的破壞，引起了新的慢性肺疾病，以及引發了可能的眼睛病變。其實漸漸地也有越多的新生兒科醫師，回過頭來，應用最原始但也最符合RDS的病理生理學的「Continuous positive airway pressure (CPAP)」的治療⁴，以及避免插管（只用鼻管呼吸正壓來治療。Nitric Oxide的應用於持續性肺高壓，也漸漸地被大部分的新生兒科醫師接受，取代了多年歷史上的、非常侵入性的、但可救命的ECMO醫療。

當今終於經過了至少30多年的使用研究，實證醫學的結論澄清了高頻率呼吸器的使用，雖無原本期待的，遠優於傳統呼吸器的結論，但不論是在拯救性或選擇性時的使用，它確實是與傳統呼吸器平分秋色。（其實有一個可能的例外，是在「持續性肺高壓」時，若與Nitric Oxide合用，高頻率呼吸器似乎在提升氧氣上是比傳統呼吸器更勝一籌。）現今非傳統的高頻率呼吸法，確實已被肯定是另類的換氣方式，但是整體來說，高頻率呼吸器雖然沒有如大家多年所期待的，急速的把嬰兒「慢性肺疾病」的發生率

明顯地下降，但有些人從高頻率呼吸器的使用上也學習到了一些新觀念。例如在使用傳統呼吸器時，利用較小的潮氣容積但同時提升「Positive end-expiratory pressure (PEEP)」壓力，來達到「最佳的肺量」，形成一個非常有效的呼吸治療法，這似乎是傳統與非傳統的結合。但是何時、對何種疾病最適合那一種呼吸器治療，仍未完全有一致的共識。筆者認為既然功能相近，使用時應針對個人及單位的經驗來選擇呼吸器。同時應用Genome或其他Biomarker、來詳細瞭解病人、準確地診斷出疾病（Air leak、uniform或non-uniform disease、RDS或持續性肺高壓等）、清清楚楚明白各個不同高頻率呼吸器間之異同，針對病人及引起呼吸衰竭的病因，作出真正的「精準醫療」，尋求更好的「病人－呼吸器同步（Patient-Ventilator Synchrony）」，讓嬰兒呼吸治療達到最佳的效果，同時將傷害降到最低，或甚至無傷害的醫療，仍將是新生兒科醫師最大的挑戰！

註解

1. f 代表呼吸數； V_t 是潮氣容積。
2. 時間常數在傳統及非傳統呼吸的定義都是一樣的。那就是「動態彈性度（Dynamic compliance）乘上（ x ）氣道阻力（Airway Resistance）」。
3. 領獎是常事，Dr. Bird在2015年以94歲高齡過世。之前在2008年及2009年分別從George W. Bush及Obama兩位總統手中拿到了Presidential Citizen Medal及National



Medal of Technology and Innovation的獎章，也早在1995年因為Babybird的發明，登上了「國家發明家名人堂」的名人。那些都是大家對他對國家、社會及科學的貢獻的肯定。

4. 在1971年，George Gregory等發表持續性的正壓，可讓缺乏表面張力活化劑的肺氣胞保持張開的狀態。來自臺灣的翁仁田教授在CPAP的發展及推廣也有很重要的影響及貢獻。

(作者係母校醫科1971年畢業，曾於美國執業小兒心臟、新生兒科及曾在花蓮門諾醫院當小兒科顧問，現任Kaiser Permanente Medical Group, Orange County及University of California, Irvine Medical Center醫學倫理委員會委員)

國立臺灣大學醫學院皮膚科誠徵主任啟事

壹、資格：一、需具備下列各款之學歷、經歷及專業訓練資格：

(一) 具有教育部部定之副教授以上資格或任職經教育部認可之國外大學副教授以上者。

(二) 具台灣皮膚科醫學會皮膚專科醫師證書。

(三) 具學術成就與聲望，並有教育理念及領導能力。

二、民國46年7月31日以後出生者。

貳、檢具資料：學經歷、著作目錄及國內外皮膚科相關教授或副教授二人以上推薦信及被推薦人本人同意書及臺大醫學院皮膚科未來發展計畫書。

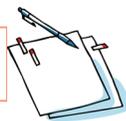
參、截止日期：民國108年3月29日下午5時前送達皮膚部主任辦公室。

肆、送達地址：10016台北市中山南路七號
臺大醫院皮膚部主任室轉「主任遴選委員會」

伍、傳真專線：886-2-23934177；聯絡電話：886-2-23562141

電子郵件：109970@ntuh.gov.tw (吳瑗瑩小姐)

lifangwa@ntu.edu.tw (王莉芳主任)



一名景福校友退休後的「景」「福」規劃

演講摘要

文／莊錦豪

各位景福校友大多知道「景福」的緣由，也有幸沾染景福的福澤。邱院長看過拙作「老有所終」後，邀請我在校友會上和大家分享經驗，既是榮幸，也令我誠惶誠恐，唯恐有負大家的期望。

大凡退休的人，大多喜歡談過去，無論光榮與否，好像臉上總沾一點光彩。我不自量力，拿拙作和大家討論。對已退休的校友，也許有一點參考價值；對尚未退休的校友，就當作野人獻曝，逢場看戲。希望大家都不會掃興，而且透過這樣的分享，大家可以對生命的長度與品質，有更深的思惟。也能在老化、變化來時，有一些計畫因應。

我們都受過儒家注重現實的生活教育，缺乏宗教和生命的認知，乃至於退休後至臨終的準備，當然，也不曾討論「根」的問題。在醫藥不發達的過去，風燭殘年被認為行將就木，是可怕的時刻。但在現代，維生臥床變成許多人的夢魘。日本一直被認為是長壽的國度，如果扣除臥床、事事多要依賴他人的力量來維繫生命，也就是WHO定義的健康壽命，則日本人不會比歐美國家高。台灣情況也差不了多少。有人因此慨嘆，何不讓親人適時地早走，了結大家的痛苦。

要健康地存活到生命的盡頭，適當的運



動絕對有必要，國衛院溫啟邦教授高達41萬人的長期追蹤研究，就印證這一點。另外，年紀大了，不免有許多慢性病，而常看病拿藥。慢箋問題，看似事小，若處理不當，可以要命。在2015年底立法院通過，今年（2019）元月六日上路的「病人自主權利法」，關係在座大部分人未來怎麼處置自己的生命，雖然和國外的安樂死有相當一段距離，但立法良意值得肯定，關心自己未來的人，更需要注意細節。

隨著年紀越大，越能體會美國政治家富蘭克林講的三個最忠實的朋友：老妻、老狗和手頭隨時可用的錢。尤其後者，常被老年人太早處理掉，真要用時方恨少，變成日本社會工作者藤田孝典筆下的「下流老人」。除了錢，「潛在孤獨死者」的問題，一樣不



容忽視。當然，過了退休年齡以後，不能當三等公民，也不可能天天遊山玩水，當一個「貓頭鷹族」，工作少點，賺點零頭，也不失是良策。如果和老伴能找到像電影「金池塘」一般靜謐的地方，共度晚年，化解與子女間的緊張關係，同時，少干涉年輕人的事，更不失為人尊重的長者。

對於身後事，人不可能像大象找自己的墓地，了結一生，也不可能像日本小說「檜山節考」一般，悲壯地結束自己。每個人都有自己的生死觀，因此影響身後事的安排。無論莊子，愛因斯坦或居禮夫人，都能坦然面對臨終。當然，如何面對，宗教家都有一套自己的說法，我們不一定苟同。

有的人活到103歲，從來不用看醫生，

為人稱慶；有人在58歲時，希望活到75歲就好。在這高齡人口越來越多，充斥社會的時刻，生命長度和品質的拉鋸，必然成為嚴肅的課題。每個人都需要「和衷共濟」，以免一起變成三等公民。就像華嚴經所寫的「不忘初心，方得始終；初心易得，始終難守」。能反璞歸真，宛如赤子的人，最是難得。

希望所有景福校友能和我一起分享這難得的人生體驗與交流，並衷心地期望每個人能有品質地走過一生。

（作者係母校醫科1976年畢業，高雄長庚醫院前院長及教授級顧問主治醫師，長庚醫療財團法人董事會董事）

國立臺灣大學醫學院眼科誠徵主任啟事

一、依據：國立臺灣大學醫學院眼科主任遴選辦法

二、資格：1. 需具備下列各款之學歷、經歷及專業訓練資格：

- (1) 具有教育部部定之副教授以上資格或任職經教育部認可之國外大學副教授以上者。
- (2) 具本國眼科專科醫師證書。
- (3) 於眼科醫學領域有學術成就，具聲望並有教育理念及領導能力者。

2. 民國46年8月1日以後出生（108年8月1日未滿62歲）

三、檢具資料：1. 個人履歷（相關證件影本）及教學、研究、服務成果之相關資料。

2. 簡述對本院眼科未來教學、研究、服務之發展目標及策略。
3. 所有著作目錄及近三年代表著作抽印本（至多5篇）。
4. 國內外相關學門教授或副教授以上之推薦函3份。
5. 檢具願任意願書。
6. 上述1, 2, 3項檢附資料各一份以及電子檔。

四、截止日期：民國108年4月30日下午5時前送達眼科主任室

五、送達地址：台北市中正區100中山南路7號12樓

臺大醫院眼科部主任室轉「眼科主任遴選委員會」

聯絡電話：(02)23562131 傳真：(02)23934420

電子郵件：winnielin@ntuh.gov.tw（林桂美小姐）



一 二 人 生

文／李經維

承蒙奇美醫學中心邱仲慶院長抬愛，邀請我在今年景福校友南區聯誼會上提出口頭簡報，與校友交流分享。

事前幾經思忖，當天與會者，都是事業有成、歷練豐富的賢達先進，我無論在功業、成就上，皆不可能有何值得稱道展示之處；唯有幾許生活體驗，呼應多位方家哲思，充作修心之張本，一得之愚，爰斗膽獻曝，就教於師長前輩、冀能拋磚引玉，則屬欣幸之至！

既然前一位講師選定退休後的「景」、「福」規劃做題目，我就選取「如何樂看人生」的議題進行發揮。但如果定題為「樂活人生」、甚至「甘苦隨談」，就顯得庸俗直白、了無詩意！於是略作迂迴，命名為「一二人生」。

說起題旨發想，其淵源如下：

台積電創辦人張忠謀董事長有句名言：“常想一二”，因為…人生不如意事，十常八九（晉書羊祜傳）。只有剩下的一、兩成，才是快樂、得意的。經營人生，要懂得常回想那光明的一、二！才能保有積極正向的能量，不致陷溺於愁雲慘霧的泥淖！

上月中旬，筆者正好參加了畢業三十五年的大學同學會，夥伴們各領風騷，熱絡異

常！在難忘的回味中，卻憶及兩位不克前來的同窗：

一位是忘了帶湯匙的同學：

前臺大復健系主任王醫師，自幼家境清寒，甚至需拾荒貼補家用，憑藉毅力與天賦，茹苦奮鬥，終如願進入臺大醫學系，卻因積勞成疾，英年早逝，他的經典自況語詞是：旁人都是含著金湯匙、銀湯匙來到世間，他出生卻是甚麼都沒有，根本就是忘記帶湯匙來的人兒！戲謔之間難掩辛酸，但他的生命功課，呈現一種「自立自強、永不放棄」的情操，而這份人性的曙光，正是照亮我們前路、難得一見的「一二」範例！

其二是在美國行醫的蔡同學：





他於畢業之後，赴美打拼，在白人主流的社會中，力爭上游，歷經諸多波折挑戰，站穩腳跟，正當要開始享受辛勤果實的階段，卻被診斷出罹患惡性疾病，估計僅餘半年生命！但他選擇放棄「及時行樂」念頭，遠離社交圈與休閒活動，全心投入醫療工作，將剩餘不多的日子，奉獻出來救人，多服務一個算一個，如此忘我利他，竟然讓他撐了四年多，才含笑離開。

在簡單的告別儀式上，送行的牧師引述了電影「辛德勒名單」當中的金句：To save one life is to save the mankind entire!（拯救一條性命，等同救助整個人類）——凸顯蔡同學捨己無私的情操，這段情節，也躍入了我的思潮，同樣是真情至性的的人性光輝，成為另一項令我悸動的「一二」場景！想想別人，回看自己，方知身在福中，實在無顏、也不應自憐自艾，怨怪命運多舛！

然而話說回來，要能得圓滿的人生際遇，也不是一派樂天知足、輕鬆無慮就唾手可得！生命歷程中，確實還是要有嚴肅、認真的一面，流汗耕耘才得歡欣收割！

首要條件，是要找到一個活水源頭：

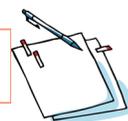
新浪網創辦人蔣顯斌，有一次從緊湊的行程中擠出時間，在台北約見小學同學，碰面時，還遲到了十幾分鐘，看見同學蹲坐著看天空，經詢問之下，同學悠然回應說：「我剛才在回想小時候，……記不記得家鄉羅東小鎮，公園裡有一個大湖？但偌大的一個湖泊，其實來自一個小小的活泉，只是經年累月傾注，就構成那面大湖！」我們的人生，也需要找到一個活泉，做為安身立命的

依據，這可能是「一技之長」，也可能是一位「貴人」：得遇貴人，成為一輩子的福緣，當然更高境界，是設法讓自己成為別人的貴人！

接下來的問題是：真才實學既然重要，**我們該當如何培植自己的才識？**

希臘羅馬時代，文化人養成教育所涉及的「羅馬七藝」，可為參考。依照簡繁層次與肌理脈絡，可循序分述為：

1. Grammer（文字學）：此詞常遭誤解，絕非「文法學」，而是「文字學」；「文字」是人類文明淬煉所得的結晶神器，高等的抽象思考、智能活動，無不需要文字作為載體，可說是人類文明的建構基石（building brick）。要成為「文明人」首先要讀懂文字。
2. Rhetoric（修辭學）：說、寫的話語，必須講究修辭，才能達意、不虞失禮、更要優雅！這些都端賴修辭學的素養。
3. Logic（邏輯、理則學）：要言之有物、脈絡清晰、具說服力，基本要求就是言辭表達須符合「邏輯法則」。
4. Mathematics（數學）：最精純的科學，始於簡明的數學語彙。
5. Geometry（幾何學）：由理論跨入現實的橋樑，非幾何學莫屬。埃及人在尼羅河氾濫後重劃農地，就是要借助幾何學及三角測量。
6. Nature science（astrology, geography, physics, etc）（天文、物理等自然科學）：更高層次的科學，乃屬於這一類別，為應用科學的匯集大成。



7. Music (音樂)：這是位居最頂層的君子養成教育，何以是音樂？因為音樂強調節律、對位、有無盡的法則寄寓其中！且音樂能打動人心，提升生活品質。培養音樂能力，需要長期及有紀律的訓練，而樂器製作者，常常是武器製作者，乃是古代工匠的最高技藝境界；故重要性無出其右！

當具備了足以自立更生的本領後，再下來，需要的就是膽識與豪情了！王鼎鈞在「開放的人生」一書中，有一段寓言：

一位山地部落青年，離鄉背井到都市闖蕩，臨走前，請教睿智長老，賜予他一句訓誨；長老說：「不要怕！」多年之後，青年步入哀樂中年，帶著疲憊與滄桑，回鄉見到長老、再次請益開釋，長老說：「不要悔！」這一個寓言，大致囊括了生命歷程最真切的處世心法：開創之初，全力以赴；回首之際，豁達以對！

在做事的當下，又該秉持何種態度？

有一個希臘文“Eudaimonia”其意為：盡全力做你做得最好的事！這是讓工作發揮最大效益的方法，也是能令工作者感到最大滿足的情境！專心致志的工作，本身就是一種莫大的報償！近年常聽聞的一句話：認真的女人最美麗，庶幾近之！當然，若能在工作、探索當中，發現真相、獲致突破，還會帶來更高層次的欣喜：“Eureka”也是一個源自希臘的文字，用以表達「發現某件事物、真相之時」的感嘆詞。簡言之，代表頓悟、狂喜的昇華亢奮狀態。

筆者所從事的工作：「整形外科」，是修飾病患受損或不如意的外觀，使獲得改

善。這未必是救命之舉（It is not necessarily “life-saving”），但有時卻可幫忙病友「賦予生命」（but sometimes “life-giving”），因為他們可能因外觀改善，重拾自信，得能回復正常的社交生活。

持續多年的執業生涯，得到一些臨床成績，便面臨一個抉擇：要做研究；可是我不禁自問，為了什麼緣由？歷來帝王將相，都努力在身後，留下實體紀錄：泰姬瑪哈陵、金字塔為例，都是具象式的紀念標誌，讓後世了解當代人的活動軌跡與技藝水準。既然走過一回，總要為專業或後世留下些甚麼；最陽春的當然是病歷記載、相片留檔，經過整理編寫，遂成個案報告、回顧系列、甚至更深入的理論推演。

最終極的問題在於：回頭來看，你將會拿甚麼定義自己？而這條專業成長之路，包括了一些要項：其中十分重要的一點，是要勤於出去開會；如此方能知己知彼，了解趨勢，一方面結交朋友，同時也能趕上新知潮流；大導演伍迪艾倫曾說：“90% of success is showing up!” 「人要成功，大半出於積極參與活動、踴躍出席！」這句話含意深遠（多多露臉，才有知名度；有知名度，更會經常受邀出場！這是因果相尋的。）雖然過程不輕鬆，但累積交流互動的結果，增長了知識、人脈，自家舉辦活動時，也才能獲得國內外同道的支持。誠應驗了一句諺語：肯吃苦，苦半輩子；不肯吃苦，苦一輩子！

簡述了職場歷程，再度回到原本主題：如何填寫幸福的人生存摺？

Bronnie Ware，一位澳洲安寧病房服務的



護理人員，累積九年臨床體驗，整理出臨終病患最常見的五大懊悔遺願（5 regrets of the dying）：

多希望當初…

1. 有勇氣為自己而活，而不是活在別人的期待裡。
2. 工作沒那麼拚命。
3. 能夠勇敢地表達出自己的感受。
4. 能和朋友們保持聯繫。
5. 能讓自己更加快樂。

這本書提醒了我們：在適當的時間要懂得慢下步伐，適度完成一些未竟之事，減少遺憾。

那麼，甚麼才是各個階段應該企及的目標呢？每個人或有不同見解，但永豐餘董事長何壽川先生所提示的四段人生境界，頗有參考價值：

幼從名師為學，少與美女定情，
壯與英雄共鼎，老與方外論交！

因時制宜、順勢而為，不論對個人、家族、社會、國家，或者皆有其一定脈絡可循吧！

再舉一例：

美國第二任總統約翰·亞當斯 John Adams (2nd president of USA, 1735-1826)，於45歲那年寫給太太的信『A letter to his wife』（1780）是這樣寫的：

「我們這一代人的任務使命在於：拚搏政治、法律、軍事；到了兒女一輩：大概可以轉而著重天文、航海、地理、貿易等經世致用的領域；直到孫子一代：（行有餘力、富而好禮）才有機會涉足藝術、舞蹈、戲劇、文學、美術等等靈性活動的開展！」

在甚麼時空，要完成甚麼事功？扮演甚麼角色？或有其一定的局限和機會吧！

正如筆者破題時所揭示的：現實生活裡，顛簸失意，挫敗災殃，畢竟還是佔了相對多數！如何懂得時間空間的淘洗療癒之效，撫平傷痛、安頓心緒，又是另一重的修為了！

Life is a tragedy when seen in a close-up, but a comedy in a long-shot.” --Charlie Chaplin

人生近看是一場悲劇，而遠看則又是一場喜劇。 —卓別林

謹以曹雪芹「紅樓夢」第五回中的著名對聯，作為結語；

世事洞明皆學問，人情練達俱文章。

上聯是指窮理致知、厚植潛能；下聯則是：知命豁達、海闊天空；當努力時盡心，當放下時開懷。

倘能如此，一二人生，蓋不遠矣！

（作者係母校醫學系1983年畢業，現為成大醫院外科部主任）



緬懷 一般醫學教育與社區醫學 實踐的先驅——謝博生教授

文／林高德

現今醫療政策社區結構之下一社區醫學的實踐

健康照護體系與衛生政策、醫學教育、健康保險、社區結構和個人健康管理環環相扣。現今醫療政策與社區結構之下，我們面對三大問題：（一）老年化、少子化與家庭支持式微的社會結構，（二）由「醫院醫療」主導的國民健康照護系統，（三）以「論件計酬」為主的全民健康保險支付制度。

謝教授遠在七〇年代，為東京醫學大學博士生，即預見新科技檢查、檢驗、影像技術的快速發展，親自撰寫珍貴的中文化醫學圖書「臨床數據—判讀與運用」和「臨床內科病例討論」，強調病人的診斷一半基於病史的詢問，臨床數據絕對無法取代詳細的病史詢問及細心的生理檢查，檢驗數據變動的臨床意義，以臨床知識的配合運用，始可幫助達成正確診斷，選擇適當的治療方法，以及判定病情預後。

於九〇年代，謝教授時任醫學院院長。進行醫學教育改革，成立「一般醫學學科」與「臺大醫療體系」，強調人文教育是醫學教育的根本；健康維護應從醫療主導的單一

體，轉變為醫療、保健、預防、康復的綜合體系；提倡病人主動參與疾病預防和健康促進，並整合社區資源，將健康促進活動與醫療服務系統結合，以因應內外部環境變遷。並將心得陸續撰寫「醫學人文教育」、「醫學與社會」和「社區健康促進」等書。

於2000年後，前後長期擔任醫院評鑑暨醫療品質策進會董事長和臺大景福基金會董事長，謝教授有了較多政策推展和人力資源，極力推動一般醫學教育，強調基本醫療技巧、溝通方法、綜合判斷力、醫療態度和價值觀的養成，並進行「後SARS醫療體系再造計劃」、「社區醫療品質提升計劃」和「畢業後一般醫學訓練計劃」，讓以病人為中心的醫療又跨進了一大步！在此同時，謝教授影響澄清醫院的深度，和引領澄清醫療體系發展的長遠，更是無以復加。

謝謝您·澄清人永遠懷念您

於1980年，時任臺大教授。在台中市澄清綜合醫院支持下，謝教授成立「中部內科講壇」，每星期六下午中區各大醫院內科醫師近百人，自動齊聚澄清綜合醫院三樓講堂，教授親自繕打內科系案例講義，進行臨



床思路解析；有時將住院中病人直接推到講堂，進行問診、理學檢查和系統性的看診技巧示範；是學院課堂外一般醫學教育先趨，提昇中部地區臨床醫療水平，厥功至偉！在這段期間，謝教授也協助澄清醫院醫事行政資訊管理系統的設計，常獨坐事務鐵櫃旁工作到夜深，這應是一段少為人知的秘辛。

於1999年，謝教授時任臺大醫學院院長，成立「臺大醫療體系」，以結合臨床醫療與公共衛生的方式融入社區，建立本土化整合醫療服務模式，將健康促進活動與醫療服務系統結合。九月二十一日凌晨集集大地震，臺大醫院以埔里國中和宏仁國中為據點，執行社區醫療，而澄清醫院則進駐埔里基督教醫院急診室，負責到院急診照護。此時，在謝教授倡導下，由澄清醫院完訓的內科曾孝明醫師和林永昌醫師進駐災區廣興老街的農會診所，與鹿谷在地開業醫師和衛生所醫師，成立「鹿谷鄉社區營造試辦計劃」。據點每週與臺大內科進行遠距視訊會議，由謝教授引導個案討論。之後，更有邱泰源教授率領臺大五年級醫學生，進行跟診、病例研討和社區資源整合，推動以社區為基礎的醫學教育與醫療服務，為災後重建和社區醫療發展方向，留下精采一頁。

有感地震災後重建時，基層醫療的重要性，和分級醫療不落實造成基層萎縮與資源浪費，謝教授在醫學院院長任期後段，倡導以社區為範疇的整合性醫療體系，希望導入一個以社區診所群為中心的整合運作方式，與民眾建立長期照護關係。研究計劃初期推行城市型、鄉村型和混合型三種不同社區性

質的醫療群實驗模式。在謝教授的引薦和指導下，澄清醫院負責「台中大雅·小麥之鄉」。醫院企劃室和社區醫學科負責不同科別基層診所拜訪，並協助進行照護民眾的個人和家庭檔案建立，和健康行為與健康促進的宣導教育。並開展基層醫師兼任門診和住院病人訪視制度，以進行資源交流和垂直整合醫療，鼓勵共同參與各類視訊或實體教學會議，建立基層院所與醫院密切合作關係，提供民眾周全且持續性的服務。謝教授更親臨醫療群視導與鼓勵。2003年爆發SARS疫情，藉社區醫療群試辦經驗，擴大為「全民健康保險家庭醫師整合性照護計劃」。澄清醫療體系一路追隨，輾轉迄今17年，共組成12個主責醫療群和29個第二後送醫療群，結合了289基層診所，服務著57353位主責會員和1467373位第二後送會員。有著如此社區整合醫療與健康促進服務經驗，也為之後澄清醫院參與「全民健保論人計酬試辦計劃」的創新全社區全程全人照護模式，提供可貴的基礎。

近年謝教授認為慢性病成為威脅國民健康的主要來源，主導景福基金會與臺大醫院社區醫學研究群提出「以體系為基礎的共同健康照護計劃」，實踐以基層健康照護為基礎，組織一個跨層級、跨專業的健康照護網絡。邀請出身於臺大醫學院或臺大醫局的景福校友所主持的醫療體系，成立推動辦公室，做為體系溝通交流，共識凝聚的平台。謝教授並親自邀請到陳建仁副總統、薛瑞元副部長參與研討會，宣示「社區中營造出永續經營的共同照護環境」在高齡社會的重要



性，爭取政策支持。也讓積極參與的澄清醫療體系，在現今醫療政策與社會環境中，有著明確的發展方向與目標。

多少澄清醫院資深員工，深切的懷念著謝教授的風範！！回顧這四十年，在醫院發展的重要時刻，總是看到謝教授蒞臨指導和關懷。那隨著年代，一冊冊的著作相贈，從「臨床數據」到「景福筭記」，更強化著

醫療照護模式和整合社區醫療的督促。二十年前，澄清醫療體系中港院開幕時，謝教授致贈的匾額—「醫界柱石」，現仍高懸於大禮堂，惕勵著同仁們。「哲人日遠·典型夙昔」，澄清人永恆懷念謝教授一生的指導。

（作者係母校醫學系1974年畢業，現為澄清醫療體系總院長）

國立臺灣大學醫學院臨床藥學研究所誠徵教師

一、應徵資格：

申請者須具開創性、獨立性、團隊合作精神及中英文授課能力，且需符合下列條件之一：

1. 專長為臨床藥學領域、具Pharm.D.或臨床藥學相關碩士學位，完成住院藥師或研修員訓練或有實務經驗者。
2. 專長為臨床藥學領域，且具有相關領域之博士學位，以具有臨床藥學實務經驗者尤佳。

二、檢具下列資料：除推薦函外，請寄電子檔

1. 個人履歷。
 2. 學經歷證件。
 3. 五年內（104.2.1~迄今）著作目錄。
 4. 五年內代表性著作（最多五篇）。
 5. 未來三年教學及研究計畫概要。
 6. 其他有助於瞭解申請者背景之資料。
 7. 推薦函三封（由推薦人逕寄送電子檔或紙本至臨床藥學研究所蕭斐元所長，E-Mail: fyhsiao@ntu.edu.tw）。
- 前第1~5、7項資料不全者，不予受理。

三、截止日期：108年7月31日下午五時前送達臺大臨床藥學研究所

四、起聘日期：109年2月1日

五、來函請寄：10050臺北市中正區林森南路33號209室
臺大醫學院臨床藥學研究所新聘教師甄選委員會召集人
蕭斐元所長 收
傳真專線：(02)3366-8780
E-Mail: ntugiocp@ntu.edu.tw



弔和憶老李們

文／李汝城

2017年4月15日Easter Sunday清晨，在印度洋海上慢慢地向杜拜航行的Queen Mary 2遊輪上，我接獲了林洪謙兄的電訊。“李煙景同學死了”怎會這樣？一位拿著照相機到處跑的忙人，到底出了什麼事？4月20日回到新澤西，馬上去電黃基銘探訊究竟…

其實，我和煙景已好幾年未碰面，3年多前的嚴冬，他的夫人突然中風去世，我連打了10幾次電話，他只回我一次；不過那時並不是回電，而是有問題要問我才來的…

+++++

2016年末，靠近耶穌聖誕之際，老友亞細亞銀行總經理廖兄來電，口中除了拜年之外，很意外地問我，李韞順是否你的同班同學，未等我答覆，他急著問道，韞順到底是活著還是死了？我很尷尬，不知如何回應…

+++++

李煙景，享年86，比我們一般班上的同學年紀大一點（我不知女同學的年齡，Assuming they are much younger...），究其因，1953年我們進臺大前，據說她念過臺大化學系兩年，等等…翻開當年的臺大醫預科錄取的名單，煙景是70名錄取內的第52名，而我是第16名；但畢業時我的畢

業成績在69名同學中的第33名。為什麼我很在意這種名次呢？

說來話長…因為，2010年我們班上畢業50年，在景福校友回校的慶典上，我被推為代表1960畢業同學做5分鐘的演講。當時，我的想法是如何能充實演講內容，要收集當年畢業第一名和第70名，在50年後的變化。這是劃時代的想法。為此，我曾拜訪過醫學院教務處，結果執事人員告知，除非本人詢問，無法提供資訊，因為這是個人隱私…

很奇怪，這種無關緊要的事實，50年後還在“隱私法”的保護？我說國家最高國防機密的保護也不過35年…執事人員說，要麼院長特許命令，就可以供給…

好吧，就先問我自己的名次…我的第33名有了答案。

當場依教務處人員的資訊，到醫學院院長辦公室，要求見院長請他解決我的問題；院長室的秘書問我，有沒appointment，又要見何事？聽後請我回家，留電話號碼，她會給我通知什麼時候院長可以見你…3天後，院長秘書來電，院長說教務處的回答是正確的，請你不必來見…

5-60年的變遷，臺大的官僚化，個人覺得很無奈。我被拒見，當然是小事…但



是，讓我懷念錢思亮校長和我的故事。

先來說明，我為什麼畢業第33名？1955年醫預科2年級的第二學期快完的時候，那時我和劉奕銑，陳友珍共同在臺大校本部校門前，隔羅斯福路，新店線鐵路旁的一個小公寓租房住在一起。中午包飯在外…到學期考試（6月的大熱天）的前幾天忽然拉肚子，發高燒；後來想是食物中毒（Salmonelosis?）無法去考學期考試。

所以依法請托人辦理補考手續。想不到，3天後居然沒發燒，肚子也不拉了，恢復健康，就毅然決然參加剩下3天的考試（學期考試整整考一星期）。當然應考的學科都及格了，當時我沒去銷假，結果一定要全部重考（補考）。後來才知道，補考成績，即使考100分，但是從成績只能算60分及格而已。我那一學期總平分是66，因為實驗課程已評好…據說林洪謙也有下痢，但是他較老練，不像我，全部補考…當然我對此很不滿，我的第33名由此而來。

我一時覺得應該有申訴的管道，不知何故，我一開始就想去找錢思亮校長談談。當然那時也沒有想到appointment，一下就走進校長室，要見校長。

剛好校長也在，只問有什麼事校長可以幫忙。真的，錢校長像一位慈父，叫我坐在椅子上，慢慢地傾聽我的“不滿”。聽後，校長也嘆了一口氣，很同意我的說法，的確不公平…

但是，因為現行的規章，卻是要那麼辦理。勸我回去準備一個夏天來補考…當

然當時很不服氣，可是因為校長能花時間和我這種無名小卒談談，在他的權限內也無法幫忙的情況下，還肯表示老人家的同情心。

反觀近來的教育官僚，看不起庶民，尚且這位詢問者，還是他們的老學長！真的是天壤之別！

話說回來，煙景兄畢業後回臺大醫院外科擔任住院醫師。據說我們那一年回院選科修研的分配是依據畢業成績；以前的選科，很多是靠“關係”而定的，但是我們那一班，我相信確實是依畢業成績來錄取的；可見李煙景能成為外科醫局員，他的成績在我的前面很多，因為我當時的第一志願也是外科，而我則被錄取於第三志願的ENT。

煙景好像在臺大外科做得有聲有色，常常到林主任教授的私人診所幫忙開刀，也曾寫了幾篇有關用豬皮移植的文章而來美國受獎。那時他隻身來新澤西，也來看我並住了幾天。之後又有好幾年沒有消息，等到他第二次來美，好像是臺大醫院派來美國進修，不過這次因為要延長滯美時間發生些問題，我們沒有聯絡上。第三次來美，則以永住長島。之後才偶而見面來往。煙景很有耐力，也有音樂細胞，傳給他的後代，又喜歡旅遊攝影，很符合整形外科的習性。我們畢業三十五年時組織了很成功的回台訪問。

他的突然謝世，實在是出乎大家的意外！

+++++



韞順兄，來自高雄。他，好像大我3歲，在1953年臺大放榜中，看不到他的名字；因為他於兩年前1951就考上，但是因為身體的關係休學兩年，才來和我們在一起。其實我們班上還有幾位榜上無名的有陳瑞泰、黃耀鐘、陳德照…等，其中瑞泰，耀鐘也是來自高雄中學。這些仁兄也是前一年1952考進，但是因為健康關係休學而後和我們在一起…為什麼高雄中學的休學率那麼高？後來才知道原來高雄來的都患肺部疾病，很可能高雄中學某一位老師有Open Case的TB而不知…不過這是推論，沒有確實的事證。

韞順生性溫良恭儉，說話低調，寫得一手端正如印刷出來的筆記，腦筋清楚無誤。我和他在宿舍同室數年，也到過他高雄的家拜訪數天。他的學習成績很好，在整個學生時代，品行方正，規規矩矩，沒有敵人，大家都公認他是一位好人！後來他在臺大婦產科，和高雄首富之一的高雄客運千金成婚後，去日本大阪大學攻讀醫學博士。幾年後，又聽說轉赴Michigan，最後來到新澤西Livingston Saint Barnabas Medical Center當起婦產科的住院醫師。之後就在新澤西Fort Lee開了業；剛好屆時日本經濟大興，有一大堆日本人住在Fort Lee地區，精通日語的韞順是大阪大學醫博，李太太也是日本營養師，自然天時地利，一開業就大展鴻圖，一切順利。如他的名字天給他順利！李太太又很能幹，除了發揮『先生娘』的功能外，為了增進身心生活的情趣，兩位一體，在公餘熱烈

學習跳舞唱歌；不久兩位就能公開表演，而且極樂於參加各種大會表演！有一次他向我說，一個職業歌手，至少能暗記800首歌就算不錯，而他能唱1,500條歌，已遠遠超過業餘的水準…很多人不相信，但是我絕對地支持他所說的。因為無疑地他是位天才，我們認識他這麼久的，從學生時代一直叫他“天才”而不用他的真名“韞順”！事有二福，“天才”兄，也很喜歡旅遊，尤其很喜愛坐輪船唱歌跳舞，我猜是因為他們伉儷很喜愛遊輪上豪華的跳舞設備。前幾年他在紐約的地產大賺一筆，為了大家同樂，發起夏威夷的旅遊，本來我也要去，結果被芝麻小事纏身，因為本來就講遊船8個房間就有一房Free，如果我不去，就會增加參加人的困擾，為了不願當害群之馬，熱烈鼓勵郭哲舟伉儷前往；後來聽說天才伉儷全額負擔所有參加的陸上各島觀光費用（Excursion），讓大家歡喜；我則失去良機！天才的歌唱正裝和優美的舞姿，的確讓從學生時代認識他的人揚眉驚嘆！但是自從幾年前他們去做印度的旅遊，在參觀印度廟堂，不幸跌了一跤，即時在印度開刀接骨成功後，繼續參加旅遊。隔年近耶穌聖誕時分在巴黎艾費爾鐵塔下跌倒腦部受損，用四輪助行器走路，一切良好，李太太一直鼓勵和實行每天走路運動，去年2016全美臺大校友會在Flushing聚會。我也榮幸能參加這次第一次臺大醫學院校友會和臺大校友會合辦的大聚會，被亞細亞銀行總經理廖梧興先生招待，和天才同桌。當晚我們班上參加



的除了我們兩李外，林清森也來，所以我們也一起照了相。那天，雖然我們同桌，我和天才交談不多，因為他腦部受損，本來不多言的，更清靜了不少，但是每次我說什麼，天才總是以微笑答覆。

+++++

接到廖兄的電話後，我馬上去電天才嫂…向他們祝耶誕和新年愉快，一切可好？在切斷電話的數分前，探問顯順兄近況如何…天才嫂才說顯順已於上月去世！

並吩咐這個消息不要聲張。因為這是顯順自己的意思；原來他們夫婦早有默契，“昔人已乘黃鶴去，黃鶴一去不復返”，不願驚動江山父老…

但是，這個消息還是讓人驚訝！不過，時間一過，想想，可能這是一種新的觀念，模式和作法，天才兄開始實行也說不定！所謂追思、追悼、葬禮、送花、寫弔辭…當然包括我現在寫的…擾民傷財，一切終會成空，waste!

+++++

憶

我於2018年6月18日飛往Dallas, Texas會合我的小妹紫鳳，20日由妹夫謙益開車到College Station, Texas替亡弟汝晉掃他的墓。

6月20日，整整十有五年；舍弟汝晉將迎接他離開這個世間的第二十五年！

時間真的過得很快，15年前我們還在他的棺木前哭泣…一位年輕，只是62歲的好醫生，為什麼那樣的早走！？

汝晉生於1941，“大東亞聖戰”開戰

的11個月前，和我一樣在頭城出生；那一年我家才從頭城搬到宜蘭市，住在宜蘭唯一3層樓的隔壁。他沒有上過日本幼稚園，以後受的學校教育就是完整的中國式，不像我們兄長，還有日本版的教育和經驗。他從小就是優等生，品學皆佳，中學時體能更好，還是宜蘭縣運動會，跳高冠軍，曾代表宜蘭縣參加過全臺灣的運動會。初、高中在宜蘭中學都是首席畢業，當年還是保送臺大醫學院，是宜蘭中學創校以來，第一位保送臺大醫科的學生。在學時，和以後成名的沈富雄同班同室。

沈氏告知：“汝晉睡上鋪，他在下鋪就寢；李汝晉（你如進），我後退…”對了，汝晉當年也有過日本名，就是沈氏所說的“進”susumu也！大學畢業後，Susumu在屏東空軍醫院服役，後來到明尼蘇達大學進修病理，並攻讀遺傳學的博士；也和祖籍宜蘭羅東的臺大藥學系出身的陳秀梅小姐成婚；離開明州後也有一段時間來新澤西任職在澤西市的醫院。大兒子Alfred宜昂就是誕生在我後來就任耳鼻喉科主任的Mountainside Hospital。因為病理的需求各地不一，汝晉的後住院醫師時期，也讓他顛沛一段時間，在Ohio及德州的幾個城市工作幾年後，終於在德州大學城落腳生根。在這些年頭，Susumu夫婦又喜獲一女一男；可是Belinda這個女孩卻是Down's Syndrome，後來發現她的腦筋是頂聰明，但是日常生活就是那麼一回事；有人問過他，你是遺傳學的大師，為何沒處理…他為此極傷心，曾在



“景福”發表過一篇“吾女唐氏綜合症”，表明他做一位負責的父愛！真的話，他的後半生就是為了照顧著為千金，盡了一切力量。他的大兒子在上高中時已成為 accomplished pianist，也順利念完史丹佛大學，在耶魯大學醫學院念醫學博士，哲學博士（MD. & PhD）雙料，汝晉走後完成學位，進入哈佛醫學院腫瘤科；現在耶魯成為很有名的腫瘤教授。那時，二子 Christopher 也快高中畢業，是當地有名的 Saxophone 名手；又是飛機駕駛員（16歲就拿到執照），本來他要當工程師，就讀芝加哥的西北大學，遇到原籍馬來西亞的基督教女友（後來念法律，執業律師），變成虔誠的教徒，在學時期參加過非洲和中國的傳教活動；畢業後居然改念醫，現在達拉斯德州大學醫院眼科研習 Glaucoma. 他和女友結婚，於4月間首獲麟兒，如今汝晉也成“公”級；實在沒有後顧之憂！

Susumu 去後，每年的6月20日，我就會同 Dallas 的小妹替他掃墓，繼續了5年。當然我也年年老態出現，5年後決定每5年來一次。今年剛好是“5年計畫”的第二次…

Life goes on... 我的“5年計畫”不知可以撐多久…?

前幾天，偶然找到陳德全學長（臺大醫，高我們兩班，是陳德照的哥哥）所翻譯的“千の風になつて”來祝他們三位老李的冥福…又看到李敏勇譯（作詞）用河洛話來唱的…

Again, I must repeat Life has to go on and forever!!!

<https://youtu.be/fpDfX2Rvc94>

https://youtu.be/YXcM2__JWGM

（作者係母校醫科1960年畢業，曾在美國新州開業，現已退休）

北美臺大醫學院校友會第39屆年會 暨

2019年景福校友返校活動 活動公告

舉辦日期：108年4月13日（星期六）

舉辦地點：臺大醫學院101講堂

詳情請洽 景福基金會 黃秀麗 02-23123456#67353

徐苑儒 #66370

呂雨珊 #88925

相關資訊：景福網站 www.jingfu.org.tw

歡迎校友撥冗參加，共襄盛舉



畫意詩情

圖文／葉弘宣

「詩情畫意，只在闌桿外，雨露天低生爽氣，一片吳山越水。」 宋·周密
畫意詩情四首



遙看瀑布掛前川 唐·李白
(Multnomach Falls, Oregon)



湖光倒影浸山青 宋·張元幹
(Glacier National Park, Montana)



無數峰巒遠近間 南宋·翁卷
(Waterton Lakes, Alberta, Canada)



一江秋水向西流 兩千零三年·葉子
(Vancouver, BC, Canada)

(作者係母校醫科1968年畢業，現已退休)



日本瀨戶內海藝術巡禮

文、圖／黃俊傑

行前

瀨戶內海位於日本本州、四國、九州之間，於四國兩側與太平洋相連，內海有許多大大小小的島嶼，由於南北高山的屏障，整個內海地區氣候均較為溫暖，此處自古以來便是日本島內外的交通要道。由於近代工業化的衝擊，各小島的人口逐漸外移，為了恢復瀨戶內海昔日的活力，於2010年催生了第一屆的瀨戶內海國際藝術祭，在各知名藝術家的投入下，讓展出範圍內的各島又活絡了起來，之後也成為每三年舉辦一次的國際藝術盛會，除了長期開設的美術館外，許多戶外大型藝術作品也都有保存下來且逐屆增加，使得瀨戶內海東側諸島成了藝術之島。

本次選擇在非藝術祭的秋季到訪，除了避開藝術祭的人潮外，也是為了順道欣賞小豆島上著名的紅葉景點。由於在各小島之間均須搭乘快艇或渡輪移動，不適合攜帶大行李，因此選擇住宿在瀨戶內海地區最方便的港口—高松港（圖1）。高松位於四國，台灣有班機直飛高松只需兩個多小時，再轉搭空港巴士即可直達高松市區。以高松港為出發點，配合船班每日可選擇一至兩個小島來回，較大的島則可以彈性安排兩天一夜的行

程，非藝術祭期間船班較少，因此若要悠閒的逛完主要的島，至少要安排一週以上的行程，本次行程共九天八夜，扣除頭尾的班機時間共花了七天參觀了豐島、犬島、直島、小豆島，還有香川縣的屋島地區，而安排每日行程時，還必須留意各島設施每週不同的休息時間以免撲空。

豐島—豐島美術館、島廚房、豐島橫尾館、Il Vento

豐島位於瀨戶內海東側的正中央，豐島的藝術作品主要集中在家浦及唐櫃兩個港口附近的區域，由高松港搭快速船約50分鐘可抵達家浦港，兩個區域間有公車接駁，也可以在港口租腳踏車，不過島上地勢起伏，不想騎得太累還是搭公車就好。

首站先來到島上最有名的豐島美術館（圖2），美術館於2010年開館，是由建築師



高松港



豐島美術館



西立衛與藝術家內藤所合作，雖說展出作品只有一件「母型」，但作品所要表現的其實是與大自然環境融為一體，美術館外型只有一大一小的水滴狀建築和水泥步道，座落在面海的小山腰與梯田旁，經過售票口後須先走過水泥步道，可以先看到旁邊的梯田、遠方的海，穿過小樹林後來到了唯一的展示空間大水滴建築，建築內無法拍照，也沒有實體的展示作品，僅有水滴從地面慢慢升起並隨著地勢的起伏緩緩移動、停止、與其它水滴碰撞、融合，配合著戶外的光線、海風和蟲鳴鳥叫，參觀者可以在這空間裡或坐或臥，除了欣賞水的流動外還可以仔細去感受光影、風、聲音等各種大自然的變化進而思考人生，真的是非常特別的藝術作品。一旁的小水滴則是主建築的縮小版（圖3），主要販賣紀念品和輕食飲料，可以在此休息拍照。

離開美術館後可在島上散步欣賞梯田、海景與時而出現的小花，這裡是非常鄉下的地方，如果沒有藝術作品，可能真的不會有任何人踏上這個島。步行來到唐櫃居民所在地，這裡有間由建築師安部良將老舊空屋改造的木造餐廳-島廚房，整個廚房是開放式設計，戶外還有開放式的大屋頂（圖4）可以讓大家在室外用餐，藝術祭期間聽

說還有戶外表演。餐廳的菜單則是由丸之內飯店主廚指導，使用當地食材由島上的媽媽烹煮出來的特色餐點（圖5、6），雖然選項不多但別有特色，不過每日僅有中午3個小時的時間可以點餐。用完餐後順道參觀了唐櫃地區的所有室內外的藝術作品，再搭乘接駁公車回到家浦地區。

家浦地區兩個最重要的參觀地點，一個是由建築師永山祐子將古民家改建而成的豐島橫尾館（圖7、8），利用主建築、倉庫與收納間的空間，展出藝術家橫尾忠則的11幅作品，以及利用中庭、塔及廁所空間展示其設計，風格非常前衛但又融合了古老的建築，很有視覺上的衝擊感。由於內部禁止拍照，內容就留待大家自行前來體會。另一個同樣是由老屋改裝的咖啡廳Il Vento（圖9），內部裝潢是由德國當代藝術家Tobias Rehberger所設計的名為「你所愛的，亦導致你哭泣」的作品（圖10~12），利用各種線條、圓點、迷



3 豐島美術館咖啡廳



4 島廚房



5 菜單



6 當地食材



7 豐島橫尾館



8 豐島橫尾館



彩裝飾地板、牆壁、天花板、桌椅，將空間整個融合，效果非常的炫目。參觀完所有的藝術作品後，便搭乘快速船回到高松港。如果配合船班的時間由高松港當日來回，在島上最多可以待上9個小時。

犬島—犬島精煉所美術館、家計劃

犬島是個位於豐島與岡山縣之間的小小島嶼，由豐島搭快速船約25分鐘可抵達，若從岡山縣的寶傳港過來只要10分鐘。島上盛產花崗岩，1909年時為了解決煉銅所需的原料運送以及空汙問題，在島上設立了煉銅廠，然而營運了10年後因為銅的價格暴跌而中止營運，島上人口也隨之外移了，雖然煉

銅廠荒廢了但大部分的結構還算完整，2007年被選為日本近代化產業遺產，於2008年由建築師三分一博志利用花崗岩、礦渣磚加以改裝，並利用煙囪及風的循環還有上面的植被設計了自然的風力冷熱和水質淨化系統，成了現在的犬島精煉所美術館（圖13~17），內部則展出由藝術家柳幸典利用犬島石、礦渣及日本作家三島由紀夫曾住過的木屋拆除後的部分結構所設計的六個作品，展現出日本傳統與現代化的融合與衝突。

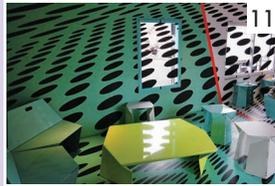
離開了美術館後同樣可在島上散步參觀名為「家計劃」的藝術展出，由藝術家長谷川祐子監督，小小的村莊裡散布著建築師妹島和世利用老屋改裝而成的展示空間展出多位藝術家的作品（圖18~22），參觀完後可回



9 Café Il Vento



10 Café Il Vento內部裝潢



11 Café Il Vento內部裝潢



12 Café Il Vento內部裝潢



13 犬島精煉所美術館



14 礦渣磚



15 犬島精煉所遺跡



16 發電所



17 犬島精煉所美術館



18 F邸-Biota (Fauna/Flora) -名和晃平



19 石職人之家跡-淺井裕介



到港口的售票處兼藝廊（圖23）用餐及參觀後再搭船離開。

直島—地中美術館、李禹煥美術館、Benesse House Museum、南瓜、直島錢湯、家計劃

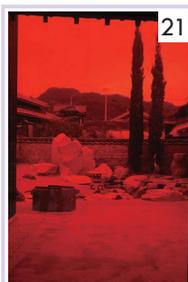
直島位於豐島西側，由高松港搭渡輪約50分鐘、快速船約30分鐘可抵達，直島應該是整個瀨戶內海地區美術館和藝術作品最多的地方，主要展示區域可分為宮浦港區域、本村港區域以及Benesse Art Site直島。搭船來到港口後先轉搭公車抵達Benesse Art Site直島的入口，再轉搭場內的接駁車往返各美術館之間，Benesse Art Site直島內部共有三個均由建築師安藤忠雄所設計的美術館，分別為1992年的Benesse House Museum，展出多位藝術家作品，內部還附設餐廳及旅館；2004年的地中美術館，展出莫內的睡蓮系列畫作

及另外兩位藝術家的作品；2010年的李禹煥美術館（圖24），展出韓國藝術家李禹煥的作品，由於內部均無法拍照，作品及建築的精妙之處同樣留待大家親自到訪感受。戶外則有許多藝術家的大型雕塑及空間擺設作品，數量之多及精彩程度令人目不暇給（圖25~28），其中最著名的便是草間彌生的黃南瓜（圖29）。

本村港區域是直島自戰國時代以來的政治宗教中心，保留了許多百年以上的古老建物（圖30），因此也誕生了名為「家計劃」



20
S邸—Contact
Lens—荒神明
香



21
A邸—
Reflectwo—
荒神明香



24
李禹煥美術館



22
C邸—Ether—下平千夏



23
Seaside犬島Gallery



25
文化大混浴—蔡國強



26
Three Squares
Vertical Diagonal—
George Rickey



27
Seen-Unseen
Known-Unknown—
Walter De Maria



28
Le Banc-Niki de Saint
Phalle



29
黃南瓜—草間彌生



30
茶寮



的藝術展出，藝術家們於1998~2006年之間利用老屋改裝成展示空間展出其作品（圖31~35），安藤忠雄亦在此設計了南寺（圖36）展出James Turrell光的體驗作品以及改建老屋而成的Ando Museum（圖37）展出其建築史以及直島的生活歷史。

宮浦港是主要的渡輪港口，除了草間彌生的紅南瓜（圖38）以及散佈的藝術作品外，較有名的則是由藝術家大竹伸朗於2009年利用剪貼及馬賽克手法改建有實際在營運的公共浴場-直島錢湯（圖39）。由於直島的藝術作品數量非常龐大，一天之內無法看完，至少得在直島花上一天半至兩天的時間，可以選擇在Benesse House住宿或是連續

兩日由高松港往返，也可以搭配船班由直島前往豐島、犬島或是岡山地區。

後記

瀨戶內海藝術祭地點散佈於各小島，除了每三年一次的藝術祭期間外並不會有太多遊客集中於一處，非常適合悠閒的散步欣賞海景及各種藝術作品，台灣的旅行團頂多安排直島點到為止的行程，要好好享受這裡的藝術及悠閒氛圍，還是建議自助前往並預留充足的時間。推薦給喜好建築及藝術的你，一起來享受跳島藝術之旅吧。



31 角屋-宮島達男



32 石橋-千住博



33 碁會所-須田悅弘



34 護王神社-杉本博司



35 はいしゃ-大竹伸朗



36 南寺-安藤忠雄



37 Ando Museum



38 紅南瓜-草間彌生



39 直島錢湯-大竹伸朗

（作者係母校醫學系2003年畢業，現任母校附設醫院新竹分院外科部主治醫師）



臺大綠野社

文／朱柏翰

社團簡介

綠野社，即為臺大醫學院的美術社，成立於民國四十六年，至今已度過六十二個年頭，是臺大醫學院歷史悠久的社團之一。「綠野」一詞因早期社員們常常背著畫具外出寫生而得名。

社團現況

目前綠野社以油畫創作為主，指導老師是吳寬墩老師，社辦位在醫學院聯教館三樓，社課在每周四的晚上，會有技藝老師吳佳樺老師前來教學並協助大家創作。除了

社課外，學期間的重要活動包含期初迎新茶會、多媒材創作教學（每學期兩次到三次，教授油畫以外的媒材）、每學期一次的社遊寫生、冬至湯圓大會、期末聚餐、杜鵑花節的擺攤活動、及年度最重要的活動—楓城藝展等等。近年社員的人數大概在10-15人左右，主要以醫學院的學生為主，涵蓋高年級學生、研究所學生和畢業校友，也陸續有總區其他學院的學生加入。

去年為了增加大家對基本光影描繪的能力，在前社長李孟蓉的努力下，特別找了外面的老師舉辦數期的素描工作坊，由於也對



綠野社與醫學院攝影社聯合社遊
—八德落羽松、新埔柿餅、新豐日落（2108.12.15）



總區招生，因此招到了不少總區喜愛畫畫的學生，增加了社員的多元性。本學年上學期除了至台北賓館寫生，也和綠野社的好鄰居—「醫學院攝影社」合辦聯合社遊，一同玩樂並體驗繪畫與攝影。這些是近期綠野社獲得社員良好回響的新活動。

而近年來綠野社的社員數漸少、招生較不易，與社員及老師討論了不少次，除了可能招生力度不夠，也可能是現在的學生有更多元的活動及社團選擇，比較之下靜態、需要耐心的油畫可能被放到較後的順位。身邊有不少同學曾說過某個時間點很想加入綠野社，但都因為其他選項而放棄。且現今接觸藝術的方式更為多元且方便，很多有興趣的人不一定要加入社團也可以自學。即使如此，還是鼓勵醫學院的同學們，不管有無基礎，都歡迎加入資源豐富的綠野社，一起體驗繪畫的有趣之處！

社團今昔

王亮月小姐邀請撰寫關於綠野社的文章時，提到希望可以勾起校友們對綠野社的回憶。當時心情有些複雜，一方面感到榮幸可以為綠野社撰文，但一方面卻也感到擔心，因為並沒有經歷過過去的時期，所以要去談現在和以往綠野社的樣貌其實有些不踏實，但想想兩年多來也在社辦裡流連了不少時光，也與一些學長有過對話，所以就我現在看到的、與對以往社團的印象來說說。

其實現在的社辦依舊滿是過去的痕跡：堆疊在社辦裡滿架滿箱學長姐們留下的油畫、塞在鐵櫃中成疊精美的篆刻印章印製的

厚板、學長姊留下的書法水彩用具。記得一次整理社辦時，偶然發現一本筆記本，裡面手寫著密密麻麻的社員資訊與隔頁散落的文字，社員人數不僅多，仔細一看，才發現有許多曾帶過我的導師或是在臨床遇到的主治醫師，寫著大家的系級、電話、住址，還有大家分屬於繪畫組、篆刻組或是書法組，散落在各頁的文字則是來來去去的人留下的心情小語，或是浮貼在各頁的活動宣傳小紙。興奮的與社員們分享，大家也都感到驚喜，對如今電腦網路發達的我們來說，能看到這些仍保有溫度的資料是充滿感動卻也不禁感嘆的。可能這些留下的在綠野社的歷史中都還是屬於很新的一部份，但對我們而言卻好像是一個世代的距離，足夠想像與追憶。

在醫院實習或是社課時，偶爾也會遇到曾待過綠野社的社員或社長，聽著他們講述以前的種種：老師是從師大找來的美術系學生，除了用心的準備教學，甚至因為大家有興趣而找來了裸體素描；也有學長說到，以前的社辦是在醫學院B2，沒有現在那麼寬敞明亮，因為參加杏林管弦樂團誤打誤撞加入了綠野社；或是聽老師說當初來到綠野社時也面臨快倒社的情況，後來在一番大招生後才中興了一陣子，大家是感情好到常常流連聚集於社辦。

想試圖再找尋關於綠野社更古老的記憶，於是我上網查詢了綠野社的歷史，留下的資料很少，但從少數的資料還是挖掘出了一些以往的樣貌。醫院大廳壁畫「生之源」的作者陳家榮老師、眾多藝術作品的張天鈞教授都曾是綠野社的一份子，綠野社陪伴他



綠野社近年社課樣貌

們習醫，至此未停過。而從朱樹勳教授在《景福醫訊第29卷第5期》訪談中才得知廖繼春老師竟然曾是綠野社的指導老師，訪談也說到「社課內容主要是油畫和雕塑，我到現在還收藏著當時在老師指導下製作的石膏像。」「我考試前有時會到社辦K書，但總是會一不小心就開始手癢改畫，非改到順眼不停止。常常在考前的晚上畫到十二點，再讀書到兩點。」「戶外寫生常到淡水、九份等地，畫完了就到住在附近的社員家裡坐、吃飯聊天。平常日晚上偶爾也會聚餐、煮火鍋之類的，感情很好就像大家庭一樣。」現在看來，彷彿變化許多，寫生的機會少了、社員的規模也不那麼多了；但卻又如此的相似，社辦K書、畫到忘我的夜晚、畫展前趕工的凌晨、社員們一起吃元宵煮火鍋。

加入綠野社後，學長們會半開玩笑的說，雖然叫綠野社，但現在我們都在社辦畫畫，根本也不會去戶外，每學期只有一次的社遊寫生，有時還只是去玩。看著聽著過去的綠野社的故事，的確會感到可惜，但較費

時間精力且社員人數與參與度不如以往的狀況下，這樣的傳統在失去傳承後更難再被重拾回來也是無法避免的。不過儘管失去了一點色彩，但綠野社與社員的情感還是一如既往的，六十多年來陪伴著醫學院的學生，在白色建築中有個天地揮灑色彩與藝術靈魂的地方。每個願意踏進綠野社的人可能都有個理由：一直想嘗試學學看繪畫、想要練習顏色的掌握度、想要玩玩看油畫、想要放鬆紓解壓力、想要有個窩，不管原因為何，綠野社一直都是開著的，自由的來自由的去，我想這應該是始終不變的。

近期活動

今年五月左右會有一年一度的楓城藝展，資訊會再公布於綠野社的粉絲專頁。
(搜尋：臺大綠野社—醫學院美術社)

(作者係母校醫學系六年級生，綠野社社長)



文／王明暘

當這次執行編輯，雖然已是第二次了，仍然沒有更上手的感覺。因為本身文學造詣有很大改善空間，平日也算是窩在家裡的宅男，對外面的世界並無特殊的連接，因此在這非常感謝、非常感謝、非常感謝（很重要，所以說三次）景福醫訊王亮月小姐的協助，才能順利的完成工作。在醫學新知方面，特別再度請外科蔡立威醫師，報告乳癌手術中，HER2前導性化學治療的新進展。醫方面是在這個領域，由於新的治療藥物使用，使得治療成效有大幅進步，讓眾多的乳癌患者受益，同時也是因為臺大外科黃俊升主任積極領導團隊，參與國際臨床研究，在論文發表上有很好的成果。著重在前輩們的成就與歷程外，我再度特別邀請外科新生代，跟大家介紹特別的旅遊經歷。黃俊傑醫師平日嗜好旅遊，特別請他分享令他難忘的日本景點，在他的文章中，雖然本人沒有實際到達，憑藉著他提供豐富的照片，也能神遊一番。這次他更從不同的視角，除了日本天然景色外，藝術家的巧思與審美精神，讓我們在旅遊中，可以去注意一些裝置藝術，旅遊能有不同的體驗。我們景福醫訊除了介紹前輩們的事蹟，也讓前輩們知曉後輩們的動態。本期封面故事，由綠野社社長撰寫，向大家介紹介紹這個歷史悠久的社團。綠野社是臺大醫學院歷史悠久的社團之一，以繪畫、雕塑書法等活動為主。一個歷史悠久的社團，不可避免的，一定會受到時代改變的衝擊，生活經驗、型態的改變都會影響社團的活動。看這文章，也讓我我不禁想到每一項延續前人光榮傳統的雜誌在當下社會，經營有多麼的不容易。在此再度感謝景福王亮月小姐這次的大力相助，才讓這期雜誌能順利完成，在當今大家日常業務繁忙，真的需要有熱心的人，才能將我們景福校友越來越大的團體，聯繫起來。



（編者係母校醫學系1996年畢業，現任母校附設醫院外科部主治醫師）

臺大醫院新春記者聯誼會

時間：2019年1月22日

地點：臺大醫院國際會議中心

攝影：臺大醫院教學部



臺大醫院新春團拜



時間：2019年2月8日

地點：東址會議室

臺大醫院教學部 攝影

臺大醫學校區八大學系校友會代表餐敘



時間：2019年2月13日

地點：凱撒飯店王朝餐廳

王亮月 攝影