

# 景福

醫訊

Jing-Fu Bulletin

2024**03**



第41卷第03期



# 邀請函

各位校友鈞鑒：

謹訂於2024年4月13日(星期六)中午12:30開始，假臺大醫學院基礎醫學大樓102、103講堂舉行臺大醫學院127週年院慶暨景福校友返校聯誼活動，歡迎各位校友攜眷踴躍參加，共襄盛舉。

專此 敬邀，並祝

董事長 楊泮池 敬邀

- 1、『景福館招待所』提供住宿服務，歡迎返台或從中南部前來與會之校友儘早預訂，以免向隅。
- 2、聯誼活動：(1) 參加醫學校區聯誼活動之校友可免費於臺大醫院B1停車場停車。(請至報到處領取免費停車券)  
(2) 同班同學如有10名以上，將安排同桌敘舊，晚宴餐費每人 **NT\$1,200**  
(3) **報名截止日期：2024年4月1日，不接受臨時報名。**
- 3、Tel：02-23123456轉66370徐苑儒小姐或Fax：02-23886161。  
e-mail：jingfu33@ms78.hinet.net; jingfu68@ms78.hinet.net



2023年臺大醫學院126週年院慶  
暨景福校友返校聯誼活動

# 景福醫訊

## Jing-Fu Bulletin

第41卷 第03期

2024年03月出版



## 目 錄

### 醫學新知

- 2 淺談睡眠呼吸中止症 許巍鐘

### 醫學論壇

- 6 從性別對COVID-19有不同的免疫反應說起  
黃碩文
- 8 重建外科與顯微手術－Hand Surgeons傳奇  
故事 江顯楨

### 國外進修

- 14 赴美進修感想－史丹佛鼻竇中心 林怡岑

### 校友小品

- 17 成大牙四白袍授袍典禮致詞 韓良俊
- 19 誤打誤撞，或誤打巧中？行醫四十餘年，  
我的幾個驚心醫療案例 陳昭輝
- 22 那輪明月 黃英峰
- 25 外科許書劍教授的求學經歷 葉宏明

### 休閒旅遊

- 28 呀！好漂亮的海岸！（加州中部海岸旅遊記）  
賴義隆
- 32 北歐紀行（上） 張建強

### 編後語

中華民國一十三年三月出版

第四十一卷第三期 總號四六二

董事長兼發行人 / 楊泮池

社 長 / 黃國晉

編 輯 顧 問 / 林國煌、曾淵如、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 / 許秉寧、商志雍、高碧霞、錢宗良、李志元  
林至芃、陳文彬、吳爵宏、鄭祖耀、徐明洸  
李文正、李正喆、陳杏佳、廖孟琳、周博敏  
柴惠敏、徐莞曾、鍾國彪、林昭文、蔡麗婷  
邱政偉、陳倩儀

本期執行編輯 / 柯政郁

副 執 行 長 / 詹鼎正、張皓翔、黃博浩

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)2388-6161

印 刷 / 大進印刷有限公司

臺灣郵政台北字第一二六一號

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：醫學人文博物館（仁愛路側）  
Medical Humanity Building (Jen-Ai Rd. side)

年 份：2011年

原作尺寸：15×10 cm（數位影像）

作 者：錢宗良係醫學院解剖學研究所1989  
畢業，現任醫學院解剖學暨細胞生  
物學研究所教授及生策會執行長。

本刊來稿文責由作者自負不代表本刊立場



# 淺談睡眠呼吸中止症

文／許巍鐘

## 前言

近年來睡眠醫學（Sleep Medicine）的領域不斷的蓬勃發展，日新月異，囊跨多專科領域的整合醫療全人照護成為主流。包括耳鼻喉科、胸腔科、牙科、精神科等專科領域的睡眠中心，如雨後春筍般紛紛成立。也在現代醫療科技與人工智慧醫療的加持下，進展神速，各種高科技睡眠醫療檢測及輔助醫療產品不斷推陳出新。其中，睡眠呼吸中止症就是臨床上最為常見且最被重視的睡眠障礙之一。

## 定義

睡眠呼吸中止症（Sleep Apnea Syndrome, SAS），也統稱為睡眠呼吸障礙（Sleep-disordered Breathing, SDB），是指在睡眠的過程中，所發生的各種呼吸異常或換氣不足的現象。根據國際疾病分類（ICD-10）的睡眠障礙包括：失眠、睡眠呼吸中止、多眠症、日夜節律睡眠障礙、易睡症、不寧腿症候群等分類。其中的睡眠呼吸中止（G47.3）次分類，包括有中樞型睡眠呼吸中止症（Central Sleep Apnea, CSA）及阻塞型睡眠呼吸中止症（Obstructive Sleep Apnea, OSA）。而後者就是指病人在睡覺的過程中，由於上呼吸道的塌陷和阻塞，所造成的缺氧與呼吸中止現象。

## 流行病學

睡眠呼吸中止症是一個高盛行率的臨床疾病。約有22%的男性及17%女性患有睡眠呼吸中止症。其中約有6-17%的成人病患，是屬於中、重度以上的睡眠呼吸中止症。在台灣，粗略的估計，大概有症狀且需要治療的睡眠呼吸中止症病人，約有80-100萬人左右。而在美國，每5個人裡面，就有一位是輕度睡眠呼吸中止症；每15個人裡面，就有一位是重度睡眠呼吸中止症；每4個中年男性就有一位是阻塞性睡眠呼吸中止症病人，約有75%的嚴重阻塞性睡眠呼吸中止症未被診斷出來。

## 致病機轉

人類的上呼吸道消化道結構，因為長久演化的結果，在喉部的細微構造中，需要負責掌管呼吸、吞嚥及發聲等三大基本功能。所以在喉部的軟組織及軟骨所建構而成的管狀通道，是具有一定的柔軟度與可調整適應性的結構。因此，在吸氣時，上呼吸道的管腔中，由於氣流快速地通過會造成負壓，而容易導致呼吸道管壁的塌陷（物理學上的白努利定律）。所以，就需要上呼吸道擴張肌肉增加相對的張力，以維持上呼吸道的暢通，來抵銷氣流快速通過時所產生的負壓。在清醒狀態下，隨著呼吸生理上的吸氣相與吐氣相交替循環作用，通常血氧的供應不會有



太大的問題。然而，在睡眠的全身放鬆狀態下，上呼吸道相關肌肉的張力減弱，呼吸道管徑相對較小，氣道的阻力就會上升。因此在睡眠呼吸中止症的病人中，就會因為有呼吸道結構異常、上呼吸道擴張肌力不足、以及呼吸控制不穩定等病理生理機轉，而導致睡眠呼吸中止症的產生。

### 臨床症狀

睡眠呼吸障礙在臨床上的表現，往往一開始病人本身並不一定有明顯的自覺睡眠障礙症狀或不適感，多數會由枕邊人的間接觀察與告知，才驚覺事態嚴重而前來接受檢查。由以下的幾個常見症狀觀察，可看出病人睡眠呼吸中止症的一些早期端倪。

#### (1) 打鼾

這是睡眠呼吸中止症最明顯且常見的症狀，但是通常病人本身很難自我察覺，多半需由枕邊人或親友觀察而間接發現。特別是睡眠呼吸中止症病人的打鼾聲響，有時候常會突然中斷，也就是所謂的呼吸中止（停止呼吸），數秒之後才又繼續出現打鼾聲，經常性的整夜反覆發生。

#### (2) 口乾舌燥、異味口臭

患有睡眠呼吸中止症者，常會張口呼吸，就是因為正常呼吸道的阻塞狀況，無法經鼻正常呼吸，往往容易導致隔天一早醒來會有口乾、口臭、嘴唇乾燥等症狀表現。

#### (3) 日間嗜睡

往往即使前一晚已睡足7~8個小時，但因為是睡醒醒的睡眠中斷情況，並無法充分休息，隔天起床仍感覺沒睡飽，容易白天疲累、嗜睡，甚至有人會開車開到睡著，十分危險。

#### (4) 頻繁夜尿

即便在睡前並沒有特別飲用很多的水，

睡著後仍會被尿意所喚醒，不得不中斷睡眠，起床上廁所。另外，部分也是因為與睡眠呼吸中止症影響自律神經調節有關，才會造成尿意頻繁。

#### (5) 片段性睡眠、半夜驚醒睡眠中斷

患有睡眠呼吸中止症者，常會導致血氧降低、進而刺激大腦中樞神經，把身體強迫喚醒；許多病人的主訴是在睡夢中有溺水感，彷彿被噎到後窒息，因而在睡夢中驚醒過來。

#### (6) 血壓偏高

睡眠品質不佳，容易使血壓升高，尤其是早上剛睡醒時，一般人理應血壓較低時，病人反而血壓偏高，這時候就要特別注意是否有睡眠呼吸中止症。

### 診斷

在睡眠中心所做的隔夜多重生理功能睡眠檢查（Overnight Polysomnography, PSG），是目前診斷睡眠呼吸障礙的黃金標準。

檢查的內容包括有：睡眠腦波、眼動圖、肌電圖、口鼻呼吸流量監測、胸腹呼吸動作、血氧飽和指數、心電圖、打鼾次數、睡眠呼吸中止指數、肢體活動、睡覺姿勢、及時同步錄影監測等，以了解實際上病患整夜的睡眠狀態和睡眠障礙原因。檢查的結果主要會得出睡眠呼吸中止指數（apnea-hypopnea index, AHI），根據平均每小時睡眠時間內呼吸中止與淺呼吸的次數，藉以判斷睡眠呼吸中止的嚴重程度。就成人而言可依嚴重度區分為不同的等級：正常：AHI小於5；輕度睡眠呼吸障礙：AHI介於5~15之間；中度睡眠呼吸障礙：AHI介於15~30之間；重度睡眠呼吸障礙：AHI大於30。



### 併發症

睡眠呼吸中止症往往並不只是影響晚上的睡眠而已，也會影響整體的健康狀態！睡得好，整體的健康狀況才能維持良好；睡眠品質差，長期累積下來就會有許多全身系統性的疾病，甚至緊急的意外狀況。近年從醫院的急診室統計發現，有許多中風、心肌梗塞的病人，其實都患有睡眠呼吸中止症，由於沒能及早發現儘早介入做適當的治療，而導致併發心血管疾病的急性發作；並且，目前也有愈來愈多研究認為，睡眠呼吸中止症可能與失智症及阿茲海默症等退化性的神經疾病有關。也就是說，患有睡眠呼吸中止症，若未積極處理或尋求適當的治療，有可能會增加心血管疾患及腦部疾病的風險！

### 治療

#### (1) 陽壓呼吸器

成人睡眠呼吸中止症的治療選擇上，以配戴陽壓呼吸器等睡眠呼吸的輔助器材為優先第一選擇，也是最有效的直接治療方式。根據美國睡眠醫學會所發表的睡眠呼吸中止症治療指引指出，成人無論是輕、中、重度的睡眠呼吸中止症，第一線治療皆建議考慮使用陽壓睡眠呼吸器（Continuous Positive Airway Pressure, CPAP），藉由持續送出正壓空氣，防止呼吸道在睡眠時所發生塌陷阻塞而缺氧的現象。目前陽壓睡眠呼吸器的治療尚未納入健保給付，病人需自費購買機器與面罩，市面上也有一些租借試戴的服務，可以依據個人的經濟狀況做評估與選購。

#### (2) 止鼾牙套

除了陽壓睡眠呼吸器之外，還有止鼾牙套的選擇。止鼾牙套的原理是將下顎及舌頭往前拉伸，以擴大咽喉部的上呼吸道空間，並減少上呼吸道的阻塞。目前坊間有可以自

行DIY的止鼾牙套，也可以至專門的睡眠牙科，根據個人口腔與牙齒的狀況，量身訂做客製化、較合適的止鼾牙套。目前健保也沒有給付，需自費購買。

#### (3) 手術治療

當上述的保守性（非手術）治療感覺效果不佳，或是病人無法忍受夜間長時間配戴陽壓呼吸器或牙套配戴的治療方式，並且有明顯的上呼吸道結構異常影響睡眠時，可以考慮睡眠外科的手術治療方式尋求改善。目前大部分的手術都有健保給付，但有部分的手術則需要自費。比較常見的睡眠外科手術包括有：

##### 1. 鼻中膈矯正及下鼻甲微創手術

有許多人其實是因為鼻子過敏而導致容易鼻塞、呼吸不順，如有鼻中膈彎曲可以進行鼻中膈矯正手術或是下鼻甲肥厚，可以以內視鏡雷射或冷觸氣化進行微創手術。雖然睡眠呼吸中止症許多問題出在喉部結構，但是鼻子一通，很多人主觀感覺到呼吸順暢、舒服許多，相對也會改善睡眠及呼吸。若是進一步需要配合以陽壓睡眠呼吸器治療的話，相對也可以提高配戴時的舒適度及順應度。

##### 2. 扁桃腺切除及腺樣體切除手術

此為治療孩童睡眠呼吸中止症最常見的手術，也是目前公認治療兒童阻塞性睡眠呼吸中止症的第一首選。手術後大部分皆可明顯改善睡眠的問題，提升睡眠及生活品質。成人雖較少比例因為單純的扁桃腺肥大而造成阻塞性睡眠呼吸中止，但若真的也有扁桃腺肥大的臨床表現，也是可以考慮接受此手術。

##### 3. 軟顎及懸雍垂相關手術

懸雍垂為人體口腔器官，懸掛於軟顎正中間的末端，若是過長、太過柔軟，都會讓



打鼾聲明顯。透過手術將懸雍垂修短、削薄等整型，或是把過軟組織予以硬化，皆可以改善夜間打鼾的困擾，但副作用是術後傷口恢復期間會有吞嚥疼痛困難、進食時較容易噎到的短暫現象。

#### 4. 舌根減積手術

舌根體積太大、加上睡眠時舌頭往後塌陷，會導致上呼吸道阻塞而窒息。透過舌根的減積手術，把舌根的體積減小，可以直接打開呼吸道，藉此維持呼吸道暢通。

#### 5. 正顎手術

上下顎的骨骼構造會影響到口腔的咬合及嘴唇是否容易閉合，下巴比較後縮的人，閉合不易，睡著後，肌肉受到重力影響，容易鬆開，就容易張口，下巴後縮者會更嚴重。下巴比較大的「戽斗」者，因為上下唇也不易閉合，所以也有可能發生上呼吸道空間塌陷或狹窄的現象。因此，若有睡眠呼吸中止症的問題，合併咬合不正、結構異常，就可以考慮正顎矯正手術，可視病人實際情況，單純將下顎前移，或者上下顎同時前移，讓咬合變正常，也讓舌頭後方的呼吸道擴大。手術效果好，但侵入性較高。

#### (4) 新創治療選擇

近年台灣醫療產業界也有創新研發出負壓吸舌機，原理是藉由口部介面，以靜音馬達抽吸，在口腔內產生負壓，讓嘴巴閉合，並將舌頭及軟顎吸住，避免舌頭後倒造成呼吸阻塞中止，適合輕、中度的病人，另外一種治療上的選擇。

#### (5) 減重

除了以上的治療外，更重要的是體重控制。許多研究顯示，睡眠障礙與肥胖互有影響，肥胖導致呼吸道更容易塌陷、阻塞，睡不好又會讓瘦體素不足更易發胖，形成惡性

循環。醫師臨床觀察發現，許多病人只要減重就能夠改善睡眠呼吸中止症的嚴重程度，而睡得好、睡得夠，身體基礎代謝率也會提高，更有助於維持適當的體重。

#### 總結

睡眠為恢復身體活力所必須元素，一天最終身體會感到疲憊，但經過一夜睡眠身體又會感到活力滿滿。人的一生中，約有三分之一的時間都花在睡眠上。睡眠對於人，是休養生息與整合大腦的學習，讓日間疲憊的身心，在經過夜間的睡眠過程中得以復原並重新修復與整合。

2017年諾貝爾生醫獎，由美國三位研究生理時鐘相關的科學家Michael Rosbash、Jeffrey Hall、Michael Young共同獲得。可見調節日夜節律與睡眠的生理時鐘，對於我們的健康，其重要性是無庸置疑的。不但調控著我們的日夜作息，生理代謝，更對免疫系統、神經系統，生物行為與精神心情狀態，甚至是腸道內菌叢，都扮演著至關重大的角色。

因此，睡不好不是小事，培養良好睡眠習慣是健康重要基礎。

睡眠障礙的面向與成因十分的多元與複雜，並非單一科別可以完全解決，綜合性的睡眠中心，通常是一個團隊，必須共同研究、聯合治療睡眠障礙。才能提供給病人最優質的整合性全人照顧精準醫療！

(作者係母校醫學系1994年畢業，職業醫學與工業衛生研究所博士班2006年畢業；現為母校醫學系耳鼻喉科教授兼附設醫院耳鼻喉部小兒耳鼻喉科主任及睡眠中心主任)



# 從性別對COVID-19有不同的 免疫反應說起

文／黃碩文

**最**近一期的“科學家雜誌The Scientist”，熱烈討論有關對COVID-19的免疫反應和性別的關係。著者想提示要點，供國內讀者作參考。

當一個健康的人，受到急性的感染時，我們通常可以有把握的預測那些人的免疫系統會馬上動員而引起不同的免疫反應來挑戰侵入的病菌，然後又回到原先免疫機能的底線。

事實上，體內的變化沒像我們想像的那麼單純。因為人體內會發生各式各樣的免疫反應，在一生中一直在變化，尤其在度過每次的感染之後。

耶魯大學的John Tsang，花了大部份時間專門研究為什麼每個人對同一種的感染有不同的反應這個問題。他說，“我一直想要理解的是我們免疫的底線，設定在那裡？”“假如我們去探視在免疫系統被預防注射擾亂前的那些免疫細胞，我們幾乎可以預測到他們預期的反應，不管年齡、性別，或早已存在的免疫功能為何！

Dr. Tsang早期在美國國家衛生院工作時的團隊，就在注意研究人體內的免疫系統的底線，在輕度的COVID-19感染後有發生什麼樣的變化這個問題（這個研究在*Nature*雜誌發表過）。

事實上，在COVID-19早期大流行期間，

因為這個病毒從沒在人類流行過，給了研究者很大的想像及探索的空間。第一步，Tsang的團隊比較了從輕度的COVID-19感染過後的人，以及從未和SARS-CoV-2接觸過的人之間免疫狀態的差別。

經過“多組學分析（Multiomics analysis）”對血液中蛋白，RNA, DNA的底線分析後，研究團隊對每位參加者施打流行性感疫苗來刺激每位參加者的免疫系統。然後研究團隊比較男女參加者的先天性免疫反應（Innate immune response）以及後天性免疫反應（Adaptive immune response），同時比較他們有無接觸過COVID-19的感染。

研究者的印象，一直認為女性參與者一般而言對流感疫苗的反應較為強烈。但是，Tsang團隊發現從COVID-19感染過後男女之間的免疫反應比較結果剛好是相反—男性有較強的抗體反應。同時，對流感疫苗B細胞的反應也較女性強的多。

這些發現，其實印證了早先發表過有關COVID-19的報告；男性病人對於SARS-CoV-2病毒有較強烈的炎症反應，導致有較高的死亡率。Tsang團隊認為這種強烈的免疫反應，可能導致多種免疫細胞有長期及不可預測的影響！

研究團隊又發現從COVID-19痊癒的男性病人都帶有較高含量生存很久的T型記憶





細胞。這些特殊的細胞還沒有接觸過目標抗原，但是對細胞因子（Cytokine）的刺激會引起強烈的反應，就像一般的T型記憶細胞（T memory cell）那樣。

當注射過預防針後，COVID-19痊癒後的男性病人，在他們血液中，發現在單核細胞群（monocyte population）帶有高度顯示發炎細胞因子的介白素15（Interleukin 15, IL-15）。這些介白素又使記憶T細胞產生另一個介白素，丙型干擾素（Interferon gamma; IFN-r）。團隊認為增加的細胞數目，加上那些細胞因子存在的結果，就是最後導致男性對流感病毒疫苗產生更多抗體的原因。

Tsang最後說：“如果去調閱文獻，我們會發現有很多有關在COVID-19感染中發現的生物標記物（Biomarker）都被記載過。但是總而言之，我們仍舊為了這兩件事掙扎：到底這些生物標記物是炎症的“因”，還是“果”？

根據Alberta大學，Dr. Grace Lam的說法，“我想Tsang那篇研究報告可貴的地方，

應該是：我們進一步地可以從機制上瞭解感染過後的免疫過程了！”。她進一步說，“這研究結果可能替我們開啟了一道讓我們有效治療病理過程的捷徑！”。

Dr. Tsang最後希望經由瞭解這些病理，可以幫忙製造更理想的疫苗。譬如說，加入介白素IL-15，做疫苗的佐劑（adjuvant）。這樣，不管是男性，或是女性，在接受疫苗預防注射後可以產生更高量的免疫抗體，來保護我們。

#### 延伸閱讀：

1. T. Takahashi *et al.* Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcome. *Nature*, 588: 315-320, 2020.
2. R. Sparks *et al.* Influenza vaccination reveals sex dimorphic imprints of prior mild COVID-19. *Nature*, 1-10, 2023.

（作者係母校醫科1962年畢業，現為佛羅里達大學榮譽教授）

## 國立臺灣大學醫學院毒理學研究所誠徵 所長候選人

國立臺灣大學醫學院毒理學研究所徵求有學術成就、具教育理念及領導能力者擔任新任所長，任期自民國113年8月起。

#### 1. 候選人資格：

- (1). 獲生物醫學相關之博士學位，具副教授（副研究員）以上資格。
- (2). 從事有關毒理學相關之研究。

#### 2. 檢具資料：

- (1). 個人履歷、著作目錄、5年內代表著作3篇。
- (2). 推薦信至少2封。
- (3). 對毒理所教學、研究及發展之構想書。

#### 3. 截止日期：113年5月6日（一）下午5時前送達。

#### 4. 申請資料請寄：100台北市中正區仁愛路一段1號5樓『臺大醫學院毒理學研究所 所長遴選委員會收』

#### 5. 聯絡電話：886-2-2312-3456轉288602 劉秉慧所長

傳真電話：886-2-2341-0217

電子信箱：toxico@ntu.edu.tw



# 重建外科與顯微手術— Hand Surgeons傳奇故事

文／江顯楨

Surgery of the hand was a “composite problem requiring the correlation of the various specialties—orthopedics, plastic and neurologic surgery—the knowledge of any one of which alone is inadequate for repairing the hand.”

—Dr. Sterling Bunnell (1901~1988), Founding father of hand surgery

2023年四月中旬，我在岳母的住處，偶爾看到三月底出版的美國《世界周刊》，第2035期的封面是一張照片，呈現的是三位外科醫師和一位病人的合照（圖一）。我端詳良久，並不認識這些人。由照片的背景看來，好像這張合照是在手術房外的一間醫師人員工作室拍的。其中一位穿著白衣的醫師有東方人面孔，另外兩位美國醫師還穿著開刀房的工作服（scrub suits）。病人穿的則是street clothes，看來他的左手有剛固定好的cast和包好的Ace elastic bandage。我並不認識他們，但是看到照片下的標題，寫「太空人斷指遇台醫師妙手」。我恍然大悟，這位病人不就是鼎鼎大名的Neil Armstrong嗎？他是美國的太空人。1969年世界首位登月英雄，這麼偉大的人物，譽滿天下的VIP，其照片過去常見於新聞及報章雜誌，我怎麼會不認得？其實，三年前，我還曾經寫過一篇有關他的文章呢<sup>1</sup>。

我詳細地把這一篇「封面故事」讀完。原來這是母院一位後起之秀邱鳳英醫師（醫-70）投稿於「世界周刊」的佳作，內容陳述她



的姑丈—蔡智民醫師（醫-62）的終身成就：從出身於農家子弟考進臺大醫學院，到一路從事骨外科的經過：做完母院外科住院醫師訓練，然後在公家醫院做外科主任，繼又私人開業。鑒於當時台灣的手外科尚在啟蒙年代，他選擇手外科，以顯微手術為矢志，取經於日



本。在東京，他購買高度顯微鏡設備及超細縫線，帶回台灣。不久，在母院成功地為一個斷了手腕的病人做接合（replantation），名聲大振，被選為全國十大傑出青年。之後他又為另一個四指被機器截斷的病人做接合，一年多之後同一病人又在工作時被機器截斷這四指，蔡醫師再為他第二次接回去。1974年，Dr.蔡把這個前所未聞的特殊案例在日本舉行的一個國際手外科會議上作報告，受Dr. Joseph Kutz賞識。四年後終於被延攬到美國 Louisville, KY 的Kleinert Kutz手外科中心。

## 兩個獨特病例，揚名國際

我唯一不同意邱醫師的是，她把這張照片的附帶說明左右搞錯，可能這是筆誤，或許無傷大雅，但我還是必須向讀者大眾指出。照片之中兩位美國醫生，站在Armstrong旁邊的醫生才是Dr. Joseph Kutz；站在Dr. 蔡旁邊的是Dr. Thomas Wolff。依我判斷，Dr. Kutz是Armstrong的主治醫生。因為這件事發生在1978年，也許當時Dr. 蔡還是以「住院醫師」名義在那兒做研究員（Fellow）或*vice versa*。據說這是1975年，U Louisville醫學院外科主任Dr. Hiram Polk與Kleinert Kutz手外科中心Dr. Harold Kleinert的刻意安排，使這位台灣的醫生能夠順利來到美國。實際上Dr. 蔡當時是以一位FMG（現稱IMG）<sup>ii</sup>貢獻其所長，當然應該得到屬於他的credit。〔筆者按：Kleinert Kutz手外科中心發表該照片的原始說明：給Armstrong接指的醫生確實是Kutz，其他在場醫生都是助手。不過，Dr. Kutz在2020年已經去世。其他醫生至今仍然健在，有的甚至還沒退休。〕

另外一個病例是「複合組織的同種異體的手移植」（composite allotransplantation）。一位新澤西州男子 Matthew Scott 的左手在15年前不慎被煙火炸斷，傷口癒合後一直戴著假手。他成為美國首例手部移植接受者，也是世界首例功能長達25年的移植者。1999年1月24日至25日，他志願在Louisville, KY 的Jewish Hospital接受新左手，捐獻者是一位腦死的人。醫院的外科團隊由17名醫生成員組成，這teamwork的手術進行了14-1/2個小時。由Kleinert Kutz手外科中心的整型外科醫生Dr. Warren Breidenbach領銜主持，Dr. 蔡等人共同積極參與。後來（1999~2011）該團隊又為這病人左手進行幾個額外的手術。〔筆者按：那時Dr. Breidenbach已經離開Louisville，移師美國西南，在亞利桑那州Tucson的UA Medical Center設立另一個「複合組織的同種異體移植中心」。而Dr. 蔡一直留在Louisville的外科團隊，因此他對Scott的左手移植手術的貢獻，得到病人和媒體報導相對較多的重視和認可。〕

## 過去母院骨科，軼事點滴

我不禁想起六〇年代母院的骨科成員：恕我不記得蔡智民，因為從沒有和他一起工作的經驗。兩位骨科教授是陳漢廷和陳博約；VS有陸永熙（醫-55）、劉堂桂（醫-57）等人；CR是鄭俊達（醫-59）；R3和R2當中是韓毅雄（醫-61）；我和他們多少都有互動。陳漢廷教授給我印象最深刻是我在母院做intern那年：記得有一次，我被安排到骨科門診。遇到一位年長有外省口音的男性患者，「主訴」是下背部疼痛。我聽取病情後，就把



他介紹給魏達成（醫-62），然後一起等待陳p的出現。陳p進來後就坐在他的靠背椅，一聲不吭，面無表情。聽了我的報告後，就要求病人站起來背向著他，並且要病人解開褲帶並脫下外褲，好讓醫生檢查。病人懂了，但是動作很慢，褲帶一鬆解還來不及脫下，陳p性急，竟從後面突然把病人的褲子猛拉下來。天啊！這位病人趕緊回頭，拉起褲子，漲紅臉說聲「免了」，拒絕看病，氣兇兇走出檢查室。陳p不為所動，我從未見過這麼尷尬的場面。

1965年我當母院外科R1。一個晚上在急診室與R2的丘祖毅一起值班，丘兄與我同班畢業，因為他是僑生，不必當兵，所以早我一年做母院住院醫師。他進了泌尿科，這時正好輪到一般外科受訓。三更半夜來了一位年輕人，手被利器割傷，血淋淋的。我們把傷口清創，發現他掌心有兩條手指的flexor tendons連帶tendon sheath都被割斷，非常clean cut，沒有擠爛或破碎的現象。我當時充滿自信，在丘兄同意下把兩條斷掉的tendon用細線縫接起來。我使用傳統的肌腱縫法：先用兩條芯線（cord strands）橋接肌腱末端之間的間隙；再加外周的環形縫合（peripheral circumferential sutures），確保縫線在肌腱末端橫向相遇，提供額外補強和間隙阻力。次日清早morning meeting當我報告這做法時，坐在前排正中的林天祐主任沒有置評，沒料到坐最旁側的陳漢廷教授站出來講話了。他說我不該如此做，這傷口位置是在“no man’s land”<sup>iii</sup>。然後他罵Dr. 丘是blind leading the blind！

## 某些骨科手術，我有偏見

我們被「電」得到好慘。但這也激勵我後來對手部手術的興趣，所以我到美國不久就買了手外科專家Sterling Bunnell寫的鉅著<sup>iv</sup>。其實我內心一直崇拜陳漢廷教授。記得我第一次與陳p有接觸是我在醫學生時代。他曾經在「天祐外科」為我堂孀做腰椎椎板切除（total laminectomy）。病人出院兩個禮拜以來，還是一直叫痛。我在一個傍晚以電話把這事報告給陳p。他非常關心，居然親自往診，到柳州街堂孀的家來看她，我也在場。檢查後，他說一切很好，不知道為什麼她還叫痛。他說話親切，我們感謝他。過了一段時期，有人介紹堂孀去看榮總神經外科，施純仁教授建議打B12。打過幾針後奇蹟出現，她再也不叫痛了。後來我做母院R1，看到林成德教授做頭部外傷的腦手術，小心細膩。他教導後輩學生和顏悅色，對病人或家屬講話都很客氣，我開始對神經外科醫生起了好感。

來美國後，因有長期觀察和實際參與，我發現骨科醫生做lumbar laminectomy常有意想不到的併發症。包括不能恢復的永久性神經損害，甚至有病人在手術當中休克、靜脈大出血、卻concealed在腹腔裡，幾近死亡。〔筆者按：這時需要緊急呼叫血管外科醫師！我在美國醫院開刀房就遇到過這種災難的“SOS”。〕儘管這些骨科醫生自詡有好的credential，我還是會建議有spinal stenosis的病人，不管是在哪個解剖學的位置，若需要這方面手術，最好避開他們。坦白說，我對神經外科醫生比較有信心。這只是我個人的bias，對骨科同仁並沒有什麼不敬。當然，這也不是鐵



律。譬如說：過去MGH竟然發生過哈佛大學神經外科教授，粗心把病人搞得好慘，被資深骨科醫生檢舉的事。（請參見2016年4月景福醫訊拙文「重疊並行手術之道德爭議」）。有趣的是，許多美國人，包括骨科醫師自己，常把orthopedic調侃說成“orthopod”。這是一個「暱稱」，我認為它也是一個「諺稱」。

### 自體再接vs.同種異體移植

如前所述，七〇年代的台灣骨科已經進步到運用顯微操作技巧，成功做到「自體再接」（replantation）的例子。其實，在我負笈來美之前夕，就注意到全世界許多國家，包括美國、日本、蘇聯…等，都參與這種手術的競賽。毛澤東更是號召全中國醫護人員，宣揚「斷肢再接」為工農階級人民服務。從媒體的報導，我得知1962年5月，美國哈佛MGH的醫師團隊由Dr. Ronald Malt率領，完成了世界上首例涉及肱動脈（brachial artery）修復的上肢再植手術<sup>v</sup>。幾乎同一時期（1963年1月），上海第六人民醫院陳忠偉領導的團隊在《中華醫學雜誌》上登了一份使用「適度放大和敏銳視覺」斷肢再植的報告。據說在這種情況下，血管耦合器（coupler）被用於血管手術，因為當時中國沒有好的細微縫線。遺憾的是，那時中國與西方世界之間幾乎沒有交流，1964年Dr. Malt在*JAMA*上發表的再植手術，沒有參考中國較早發表的文章。導致兩國雙方各說各話，皆宣稱世界首例。

其他有重要指標性的手部血運重建是美國Harold Kleinert（1963）、與日本奈良縣立醫科大學骨科小松重雄（Shigeo Komatsu）&玉井進（Susumu Tamai）（1965）。在蘇

聯，顯微外科的開始較晚，烏克蘭的Nicolai Volodos教授於1977年，也做了創傷性經肱截肢後的首次手臂再植。至於同種「異體移植」（allograft）一直很難突破，因為免疫系統對異體移植的排斥需要長期藥物治療。1964年在Ecuador做的異體手移植只存活兩星期。1998年在法國里昂做的一例，由法國Jean-Michel Dubernard領導，醫療團隊的組成來自世界不同國家：包括英國Nadey Hakim，澳大利亞Earl Owen（顯微外科）。可惜因為病人不堪術後長期藥物治療的痛苦，一年過後要求醫師把已經移植成功的異手拿掉。由此觀來，一個全心投入的醫療團隊，還得包括「心理學家」，才能正確選擇和準備潛在的移植接受者。畢竟，病人預期移植手的功能恢復並非十分完美，卻要應付漫長而艱難的康復過程。

### 另一hand surgeon真實故事

我突然想起此地已故的曾醫師（Dr. Victor Tseng）（圖二）。他是一位骨外科醫生，專門上肢及手外科。記得我們首次碰面



圖二 Dr. Victor Tseng (2014)



是在Baptist Hospital的開刀房更衣室，那是七〇年代末期的事。我們自我介紹。他祖籍中國湖南（曾國藩的後代），小時候從香港來美，落腳紐約，後畢業於SUNY Downstate醫學院。我在那裡的Kings County當過外科住院醫生，於是我們開始熟絡起來。1984年某晚，Glendale醫院來了一位年輕女病人，前肘被牆上墜落的大掛鏡破片割傷。傷口很深，我急邀附近Sun City符醫師（Dr. Pootrakul）當我助手，我倆戴loupe眼鏡（放大倍率3.5~6.4），把肱動脈接合以避免截肢。一個月後，同一病人的第二次手術，我請Victor以顯微鏡做神經的再接，儀器放大40~50倍，我也得機會一窺究竟。

很巧，曾醫師的夫人Irene是我女兒Sarah的小學老師。她們在此地一個有名的小學All Saints' Episcopal Day School (ASEDS)。Victor和Irene的女兒Mimi與Sarah也是同學。我們兩家並非來往甚勤，但是因為Irene的關係，我們有時常會碰面打招呼。幾十年過去，我退休了，Victor還在開業，所以他成了我和內人靄齡的骨科醫生。我們偶爾有筋骨關節毛病就會找他看病。他是一位非常和善而幽默的人，我們一直都很喜歡他。沒想到2014年美國國慶日，突然發現他死了。他和Irene同時退休，為了慶祝，他們選擇去大峽谷一遊。沒想到他們坐了Colorado river rafting之後，上山到一個峽谷的險隘，居高臨下，瞬間Victor竟墜崖而死。屍體在幾天後才由峽谷巡警的直升機在Colorado river下游發現。

### AMG vs. IMG對美國貢獻

我們參加了在ASEDS教堂舉行的Dr. 曾

memorial service，全部學校師生和家長、他的親朋好友、包括過去病人們，共750人出席，都是無比的哀戚。我們失去一位優秀又善良的醫生。後來我在他的obituary發現，Victor死時才68歲，他的學歷和訓練都在世界馳名的頂尖學府和醫院：醫學院畢業後他在Cornell紐約醫院做intern，在波士頓哈佛MGH做resident。1971年與Irene結婚，〔筆者按：Irene畢業於Wellesley學院，祖先來自廣東。父親Chiu-an Wang是世界有名的endocrine外科醫生，叔叔CC Wang是放射腫瘤科醫生，兩人均是哈佛MGH的大教授。〕婚後他們搬到日本三年（1971~74），這期間Victor在美國陸軍部服務。以後回哈佛MGH骨科residency和U Louisville手外科fellowship，完訓後不久成為美國手外科學院（ASSH）院士。在Phoenix開業期間，病人受益無數，聲望如日中天。Dr. 曾是第二代移民/典型優秀的AMG。

但大多數國際醫學畢業生（IMG）像Dr. 蔡，則是第一代移民。他們的貢獻不僅在醫療保健部門、而且在整個社會，播下了多樣性的種子。基本上，美國是文化大熔爐，IMG的醫生成為他們國家在美國的旗手。IMG以不同級別的培訓進入美國醫學教育系統。不僅填補了醫生短缺的空白、增強醫療系統的能力，還帶來他們固有的本質，使美國文化燦爛多姿。然而，並非所有IMG都是外國公民。在國外接受醫學培訓的美國公民也被視為IMG。出於多種原因，這些學生選擇在加勒比海、歐洲或亞洲等國家接受培訓。較低的教育成本、接觸不同文化是接受國際醫學培訓的主要驅動因素。一旦完成醫學教育，他們也被視為IMG。總而言之，IMG來美國的兩條途徑是：（1）正規的



fresh IMG在美國接受住院醫師培訓；(2) 特殊的specialist IMG在美國接受fellowship的培訓。

## 後記

過去絕大部分由台灣來美國從事臨床外科的醫生，包括我自己，都算是fresh IMG。我們出國前，都得先通過ECFMG考試。申請residency都是要與當年在美國的AMG競爭，AMG通常會被好的醫院優先錄取。這在每年matching program裡，AMG和IMG被錄取的明顯對比可以看出。手外科醫生在完成漫長的訓練之後，起碼必須有一般外科、整形外科或骨外科至少一項American Board的專科認證，加上次專科(sub-Board)的認證，和美國至少一州的「行醫執照」(State Licensing Board)。這都需要額外的時間和努力。我羨慕Dr. 曾的學歷和經歷，說實在的，他原可以到哈佛MGH任教，命途多舛罷了。至於Dr. 蔡，他擁有「妙手回春」的本領，這使他能夠以specialist IMG身份來美，並且在美國榮退，太幸運了。我想極少數的母校畢業生能夠仿效他。但是以華人的智慧和手藝，像Dr. 曾和Dr. 蔡一樣出類拔萃的外科醫生，將來一定還會出現在這個國度，我們當可拭目以待。

## 註：

<sup>i</sup> 世界首位登月英雄的美國太空人Neil Armstrong不幸在2012年死於一個心臟手術後之併發症。詳情參見拙文發表於2020年一月景福醫訊「檢討現行冠狀動脈繞道手術—CABG」。

<sup>ii</sup> 美國家庭醫師學會將International Medical Graduate (IMG) 定義為從美國和加拿大以外的醫學院獲得基礎醫學學位的醫師。該醫學院未獲得美國「醫學教育聯絡委員會」(Liaison Committee on Medical Education) 的認證。IMG以不同級別的培訓進入美國醫學教育系統。

<sup>iii</sup> “No man’s land” 是「無人區」—它指的是在手掌遠端摺痕和手指中間摺痕之間的傷口。這裡不該做屈肌腱(flexor tendon)的初次縫合(primary repair)。應該等傷口癒合後，再由骨科或整型外科的專業醫師做肌腱的secondary repair。主要理由是在急診情況下，初次縫合易使肌腱與腱鞘產生嚴重粘連(adhesions)。

<sup>iv</sup> 美國骨外科醫生Dr. Sterling Bunnell是手外科專業創立的關鍵人物。1944年，他出版了*Surgery of the Hand*。在近30年的時間裡，該書一直是手外科之權威著作，有如「聖經」。同時，他組織了9個美國陸軍手部中心，遍布全國，並成為其指路明燈。導致這些外科醫生成立「美國手外科學會」(ASSH)。

<sup>v</sup> 12歲的男孩Everett Knowles跳上Boston的subway車廂，車子開動時他被撞到一個石台上，右臂在肱骨近端被完全切斷，後被重新接上。Dr. Ronald Malt當時30歲，是MGH的一般外科總住院醫師。他帶領一組外科醫生完成世界首例完全斷肢的再植手術。

(作者係母校醫科1963年畢業，美國心胸外科專家及UA教授，現已退休於鳳凰城)



# 赴美進修感想——史丹佛鼻竇中心

文／林怡岑

**感**謝醫院與科部的支持，讓筆者有幸可以於2022年至美國進修一年。本次出國進修造訪單位為史丹佛鼻科暨顱底手術部門（Stanford Rhinology & Endoscopic Skull Base Surgery），同時也是史丹佛鼻竇中心（Stanford Sinus Center），隸屬於史丹佛大學醫學院（Stanford School of Medicine）與史丹佛醫療中心（Stanford Health Care），門診與手術室皆位於史丹佛醫療中心區域，附近可步行至史丹佛大學。史丹佛鼻科暨顱底手術團隊主要有三位鼻科醫師：Peter Hwang教授、Jayakar Nayak教授與Zara Patel教授，Peter Hwang教授為鼻科主任，領導鼻科暨顱底手術團隊進行臨床照顧與研究。團隊也包含兩位研究醫師（fellow），協助教授們進行手術與

門診，此外研究醫師也有自己的門診，並可以收治病人進行手術。史丹佛鼻竇中心團隊進行之鼻科研究範圍包括臨床研究與基礎研究，在臨床研究方面，包含鼻竇內視鏡手術前與術後照顧之相關治療、鼻竇癌症組織資料庫建立與分析、慢性鼻竇炎之嗅覺異常追蹤與治療、新冠肺炎患者的嗅覺異常、鼻竇顱底手術之重建與皮瓣相關研究，以及與內視鏡下蝶顎神經節注射用於頭痛之治療等等，基礎研究方面包括鼻黏膜表皮細胞之研究、幹細胞再生研究與組織免疫表現等等。史丹佛鼻竇中心經常有國外訪問學者參訪，來自各國之耳鼻喉科主治醫師會在該單位進行一年以上的參訪研究，也有許多耳鼻喉科住院醫師做短期（二至四週）的短期進修。



照片一、與史丹佛鼻科中心教授合影，由左至右為 Jayakar Nayak教授、來自巴西的訪問學者Bruna、筆者與Peter Hwang教授



照片二、與史丹佛鼻科中心教授合影，由左至右為筆者與Zara Patel教授





在進修的第一個月，Peter Hwang教授建議我到他的門診觀摩，熟悉史丹佛鼻科門診的醫療模式。美國的看診時間較為充足，比較能夠與病人詳細解釋，另一個有趣的地方是，Peter Hwang教授曾經做過相當多的臨床試驗，包含類固醇沖洗、xylitol沖洗、口服制酸劑用於鼻竇炎與鼻部相關症狀治療等等，因此常常可以拿出他自己過去發表的研究結果提供病人參考，這一點相當令人佩服。此外，Peter Hwang教授擅長用各種鼻竇內視鏡手術方式進行鼻腔與鼻竇腫瘤切除手術，並善用黏膜移植與鼻中隔皮瓣做修補，給予相當大的啟發。手術過程中，Peter Hwang教授會將不同的步驟交給不同程度的住院醫師與fellow來完成，並訓練fellow要有教導住院醫師的能力，手術教學不遺餘力，這些都是值得我們學習的地方。此外，每兩週一次的鼻科個案討論會（rhinology case conference）由fellow醫師負責報告並回顧相關文獻，同時由三位鼻科教授與來自各國的訪問學者共同討論，透過這樣的討論方式，我們可以了解鼻科最新進展與世界各國不同的治療方式。

針對顱底腫瘤與鼻竇腫瘤患者，由神經外科與耳鼻喉科醫師合作進行手術是目前世界的趨勢，筆者也希望藉由此次進修機會多多學習內視鏡顱底腫瘤手術。史丹佛神經外科於2019年聘請了Juan Fernandez-Miranda教授（在史丹佛大家都稱他為JFM），JFM教授本來是在匹茲堡大學醫療中心（University of Pittsburgh Medical Center, UPMC）擔任臨床與研究工作，在顱底手術方面發表相當多重要且引用次數相當多的手術解剖構造著作，很幸運可以在史丹佛觀摩鼻科與神經外科大師共同合作的手術。在史丹佛，

每週約有三到五個腦垂體手術個案與一至兩個顱底複雜性顱底腫瘤，複雜性顱底腫瘤包括腦膜瘤（meningioma）、顱咽管瘤（craniopharyngioma）、脊索瘤（chordoma）與軟骨肉瘤（chondrosarcoma）等等。手術皆由耳鼻喉科醫師與神經外科醫師共同完成，經過觀摩學習，了解腫瘤侵犯不同解剖構造時，該如何建立好的通道（corridor）以利於進行顱底腫瘤切除手術，此外，應該選擇何種方式重建，再次手術時如何解決修補材料不足的問題，皆是顱底手術成功重要的關鍵。

於2022年8月史丹佛舉辦顱底手術課程，臺大醫院神經外科楊士弘醫師也前來參加，此次課程的客座講師為匹茲堡醫學中心的Paul Gardner教授、Carl Snyderman教授與Eric Wang教授，美國東西岸顱底手術兩大機構合併的課程真的相當精彩。課程內容包括3D解剖構造、手術方法、疾病討論、手術觀摩與大體手術課程等等，聆聽大師們對於特殊個案的討論，讓我們能夠學習到不同的思考邏輯與手術方式設計，還有各種手術相關的病人照護細節，有很大的收穫。另外，手術操作過程與楊士弘醫師合作，我們練習了各種顱底手術的進階技巧，與較少操作的後顱窩手術，順利將12對顱神經均解剖展示出來，對於未來我們進行顱底手術有很大的助益。

在Stanford常常聽到leadership，我過去一直不能理解的是為什麼每個人都可以有leadership，一個群體裡面不是只需要一個或少數的領導，其他人就配合這個領導嗎？有一次在研究會議上，我聽到了一位醫學生David報告他的研究主題，是關於空氣污染與上呼吸道疾病的研究，在他報告完之後，



照片三、顱底手術課程實做，由左至右為臺大醫院神經外科楊士弘醫師、筆者與賓州大學醫學中心Carl Snyderman教授

Peter Hwang教授讚賞他對於研究主題的分析報告，也有未來研究方向的規劃，認為他以後在這個主題就具有leadership。這段話給了我很大的啟發，研究的進行，主要是去探索未知並透過科學的方法去驗證，其實每位學者在不同的領域，甚是同一個領域不同的研究主題，如果可以做到深入的研究，並能夠向別人分享研究成果，就是在這個學術主題成為leader，所以每個人都可以在某個項目成為具有leadership的學者，一個機構之所以能夠偉大，在於每個各懷絕技的成員；同時，

具有leadership的人，並不單純只是成就自己，並不是爭第一名就可以成為leader，對於周遭的團隊成員具有影響力，能夠帶動整個團隊。

在美國進修的這一年，一直很佩服Peter Hwang教授，他自己是一位相當優秀的醫生，在臨床領域開發了許多新的治療方式並執行了相當多的臨床試驗來驗證，發表了數量可觀的研究論文且累積了相當多的引用次數，更遑論鼻竇內視鏡與顱底手術的成就，與許多教科書的撰寫，他是一位非常成功的鼻科大師，但是他追求的不是個人的成就，而是能夠帶領整個團隊前進；對於醫學生，他透過讓學生操作內視鏡導航系統建立對於耳鼻喉科學的興趣，對於住院醫師，他按照住院醫師的程度給予各種臨床技巧與手術方法的教學，並成立鼻科論文討論會，定期的聚會讓住院醫師們發表對於論文的看法與評論，對於fellow醫師，他不但要求鼻科醫師該有的手術技巧、臨床知識技能與進行鼻科研究，還會希望fellow醫師具有教導住院醫師的能力，對於國外學者，他鼓勵我們彼此之間多多合作，並能夠在Stanford學習後，更拓展自己的觀念與想法，能夠將Stanford的精神帶回國內。Peter Hwang教授一直都能夠用開放的態度與心胸聆聽其他人的想法，樂於與大家討論各種不同的研究，帶動整個團隊，並不斷地培育出鼻科的新血，我想，這是最值得我們學習的Stanford精神！

（作者係母校醫學系2006年畢業，現任母院附設醫院耳鼻喉部臨床助理教授）



# 成大牙四白袍授袍典禮致詞

( '23.5.13.上午，於成大醫學院第三講堂)

文／韓良俊

## • 敬稱/唱名 (略)

首先，我感到非常高興，能受到許齊霖同學和全體牙醫系大四同學的邀請，來這裡參加今天貴系的白袍授袍典禮。我記得在2019年當你們是大一新生時，我也曾受莊淑芬主任和劉佳觀教授的邀請，從台北前來貴系為各位上了「牙醫生涯規劃」的一堂課。

現在，讓我們先一起回顧貴校醫學院籌備規劃成立前後的部分經過：貴院是在1983年增設的，到1988年成大醫院開幕，2002年口腔醫學研究所成立，2006年醫學院牙科學科改名為口腔醫學科，2007年醫院的牙醫部也跟著改名為口腔醫學部。到了2018年，我們期待很久

的成大牙醫學系終於成立了，而在2019年迎入了第一屆牙醫學系的新生，也就是今天將接受授袍的各位同學。

我還很高興的是，在以上每一個過程，從最初的醫學院籌備到最近的牙醫學系成立，我都直接、間接地有參與的機會，特別是在1985年到1988年，我還是你們可能不曾聽過的「成大醫學院臨床顧問團」的委員，領有成大的聘書（如圖），參加了多次重要的會議，甚至投票延攬了初期的教職員，所以我常覺得，我至少也可算是半個成大人吧。

今天，又很榮幸地能在此參加貴系這麼隆重的白袍授袍典禮，看到各位在穿上白袍





之後，即將踏入莊嚴的醫療工作生涯。在這裡，想向各位介紹的是，目前衛福部已核定的部定牙醫師專科分科，共有10科，其中較具有牙醫特色的是齒顎矯正科、牙髓病科、匱復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科等五科，而口腔顎面外科<sup>(註)</sup>、口腔病理科、牙周病科、兒童牙科、特殊需求者口腔醫學科（簡稱「特需口醫科」）等五科則除了有牙科特色外，也用到較多醫科各科的知識和技術，特別是口腔顎面外科，可說好像是架在醫、牙兩大領域中間的橋樑。不過不管將來你們選擇哪一科做為自己的專科，都會有很寬廣、深厚的內容可供各位充分發揮，因此期許在接下來的兩年加上畢業後的一系列教育訓練中，各位要好好學習，以便學成後能藉以實踐愛人助人的 人生價值、服務人群，並且成為別人的「貴人」。

最後，讓我在此引述我於2002年9月14日受邀在臺大醫學系新生的始業式上，曾以「珍惜行醫的福緣」為題，所講的話：「幸

而能有機會從事醫療工作，是我們最大的福氣。因為這就是最直接、最實在的愛人和助人的事業。我們能不珍惜、能不敬業嗎？」這一段話也已經被採用在臺大醫院出版的2023年「以生命影響生命」月曆中6月的圖文上。同樣藉這一次難得的機會，也提供給各位，以為你們省思、自勉的參考。

謝謝在座各位的聆聽！

〔註〕此一中文科名，係筆者於1975年首先提出，1976年於教育部會議中倡議使用，之後被各界普遍採用，因而正式延用至今者。（請參閱拙著《八三留痕》頁78〈慶賀「美國口腔顎面外科學會」嶄新的出發〉一文）

（作者係臺大牙醫學系1962年畢業，現任母校名譽教授、台灣檳榔防制暨口腔癌防治聯盟主席、台灣醫界菸害防制聯盟常務理事）

## 臺大醫學院物理治療學系暨研究所誠徵專任助理教授以上教師數名

- (一) 申請人資格需符合下列條件：
  1. 具有教育部認定之大學物理治療相關領域博士學位 (PhD)。
  2. 具有五年內論文發表，具教學熱忱及研究潛力，有教學經驗或博士後研究尤佳。其他詳細相關規定請參閱 <https://www.mc.ntu.edu.tw/person/Fpage.action?muid=2041&fid=1368>。
- (二) 工作內容：負責學系暨研究所物理治療相關之教學、研究與服務。  
預計起聘日為 **2025年2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電子檔。
  3. 預計起聘日5年內(2020/2/1之後)著作目錄及代表與參考著作電子檔 (PDF檔)。須符合「加強實質審查期刊」之期刊與相關規範，請參見台大醫學院研發分處網頁 (<http://rd.mc.ntu.edu.tw/bomrd/ntu2/form0.asp?pno=27&LTPno=52&ntPno=>)。
  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 (含) 以上推薦者 (指導教授或工作主管為佳) 之推薦函兩封。
    - 以上相關表格可來信索取或自行下載，<https://www.space.ntu.edu.tw/navigate/a/#/s/5998E62F9A7E45AAA70D89D01FE02AF26BL>
    - 第1-5項請以電子檔案方式寄達王主任 ([sfwang@ntu.edu.tw](mailto:sfwang@ntu.edu.tw)) 收，並副知聯絡人高秘書 ([ywkao@ntu.edu.tw](mailto:ywkao@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達收件地址。
- (四) 截止日期：**2024年8月30日** (星期五) 下午5時前寄達。
- (五) 郵寄地址與收件人：臺北市徐州路17號3樓 臺大物理治療學系暨研究所王淑芬主任收。
- (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：<https://www.mc.ntu.edu.tw/ntupt/>



# 誤打誤撞，或誤打巧中？

## 行醫四十餘年，我的幾個驚心醫療案例

文／陳焯輝

**A)** 在金門服了一年預官役後，回到臺大醫院內科做住院醫師。第三個月，輪到四西病房照顧十二個病人。有一天，住進了一個來自南部鄉下的少婦，她罹患了風濕性僧帽瓣狹窄兼心房顫動症（Mitral Stenosis & Atrial Fibrillation），與初期鬱血性心衰竭症狀。時當心臟外科初創時期，住院目的是內科治療Congestive Heart Failure，並評估能否施行Mitral valve commissurotomy的手術。住院第二天下午，護士急召我趕赴病人床邊，因她被發現趴在桌上，冒冷汗，不能言語，一邊手腳癱瘓，明顯的中風了。我慌急之下，又找不到總住院醫師諮商，急不容緩，就想到唯一急診用的血管注射抗凝血劑，或能溶掉心因性腦血栓，即刻吩咐護士，尋找藥櫃，能否找到Heparin（肝素，即今所用的unfractionated heparin），護士終於找到一瓶原5 cc，已被抽了0.5 cc而只剩4.5 cc的heparin，好吧，我想一般靜脈注射劑量5,000單位，4,500單位應也差不多，於是拿過這4.5 cc的heparin，慢慢由點滴輸液管打入。（五十年前，尚無今日必先做的CT Scan：斷層磁振造影掃描，與MRI），所幸病人血壓、脈搏與呼吸還穩定，就只能密切觀察了。打完針，

回到醫務室，拿起這小瓶heparin，細讀標箋說明，哇！不得了，這瓶heparin 1 cc含5,000 units，而不是我們較熟知且常用的每1 cc含1,000 units製品，我竟在五分鐘內打進天量的22,500單位。闖禍了！當時Heparin的Antidote（解毒反制劑）；Protamine還不是能隨便取得（更沒有近年才製出的Platelet Factor 4），除了繼續靜脈輸液，我只能整晚在醫師宿舍與病房兩處來回查看，擔驚受怕，就怕病人大量內出血，甚且不治？真的不敢想像。第二天早上，晚了些到病房，還沒進入醫務室聽取護士報告，就先轉入病房查看，令我驚訝萬分的是病人已起床，懷中抱著不足一歲的女嬰，家人在床邊對我說謝，這病人哪有一點中風的現象！

很多讀醫學史的人都知道，醫學的進步，新藥的出現，常常是誤打誤撞的結果（Penicillin的問世，就是一個最好的例子），我這個案例，明顯的誤打，卻巧妙的打中了，上天保佑了我們！

**B)** 輪到五西內科病房，接管的十多個病人中，有一個四十多歲的男性，週餘前，由急診處入院。在急診處經值班的外科醫師做了緊急的氣管切開手術，接上呼吸器，經過



多日的治療後，已經能自己由氣切口呼吸，於是解掉了呼吸器（Respirator or ventilator），這個Decannulation過程，還須移除頸前的氣切金屬短管，關閉創口，這後一步驟卻遇到了困難。前任的住院醫師，每早巡房都夥同隨行護士，清洗氣切短管，並以橡皮塞（Corking）塞住創口，觀察病人能從上呼吸道呼吸支持多久，這樣經過了四、五天的嘗試，病人總是不能忍受半分鐘就喊停。好了，輪到新手的我與實習過幾次的護士，原本以為再簡單不過的例行，哪想到這個驚慌的病人，不等短管取出片刻，已駭到不行，只好立刻把還沒完整洗乾淨的短管塞回去，病人越是慌張，我與隨行護士越難把管子插回氣切口，糟了，糟了，真擔心他自己的呼吸道與氣切口同時都堵塞了，弄出人命怎麼辦？緊急電請耳鼻喉科值班醫師來幫忙，那知ENT的這位總住院醫師竟打起官腔，說外科醫師開的氣切管，應由外科醫師負責善後，真是見死不救！眼看著病人滿頭大汗，驚慌失措，突然發聲呼救，這倒安了我的心，既然能說話，表示原來自己的呼吸道已暢通，我由極度驚嚇，很快的鎮定下來，拍拍病人肩膀安撫他，而且在接下來，不到半個小時之後，創口收縮緊合，且順暢的由口鼻呼吸！我相信，當時這病人，必覺得這是生病後，首次吸進的又新鮮、又甜美的空氣，而我也意外的解了前任醫師留下的難題！

**C)** 一九七三年我在紐約下城碧文醫院作內科住院醫師，一天，在急診處輪值，救護車送來一位年約四十的男病人，因在幾小時前，突然心跳過快，頭冒冷汗，頭暈，感覺驚慌，值班護士馬上置入點滴輸液

管，並做了心電圖，它顯示病人心跳相當規律，但每分鐘高達一百六十，正是典型的PAT（Paroxysmal Atrial Tachycardia），也就是現在通稱的SVT（Supraventricular Tachycardia）。他的症狀與心電圖都沒有急性心肌梗塞的徵候，護士替他裝上氧氣管，也給了口服10 mg的Valium，希望鎮靜劑能有所助益。查問過病史，知道他沒有高血壓、糖尿病、高膽固醇，也沒有心血管疾病的家族史，於是小心的在他頸旁Carotid Sinus按摩5到10秒鐘，兩邊各試了一次，觀察近半個小時，高速心跳依然，而且病人血壓似有下降情形，神情萎靡，到此地步，我又找不到總住院醫師（CR）諮商，想起在臺大醫院實習，曾看過資深醫師以微量Neosynephrine靜脈注射，成功的把這SVT轉回（successful conversion）正常規則的心律（normal sinus rhythm），我何不也如法泡製？於是要護士抽取2 ml的neosynephrine，（應是2 mg？）慢慢由輸液管推入，一方面看著心電圖變化，未及半分鐘，心律突然減慢，QRS complex變寬，突然的變成一條直線，直線維持約近二十秒，也就意謂心跳停止（不就是人死掉了？），就正要呼叫醫院緊急救援（Code Blue，醫院急救小組來做CPR，心肺復甦）時候，心電圖監視線開始出現一些怪異（bizarre）曲線，極不規則，但慢慢的增速，約兩分鐘後就變成正常的心電圖曲線，病人也隨著睜開眼睛，說他現在覺得好得多了，我問他剛才有沒有暈迷過去，他說沒有啊！第二天朝會，我把這部分的心電圖紀錄給內科主任看，他睜大眼睛，看著我說，當你看到心電圖線變直線，又持續二十秒，你心裏



什麼感覺？當然不是驚恐兩字足於描述！

近半個多世紀來，醫療技術的創新與新藥的出現，真是日新月異。今日若是同樣一個病人來到急診處，無疑的，受過訓練的醫師會選擇Adenosine，Calcium Channel Blockers（如Verapamil，Diltiazem）或Magnesium Sulfate，而絕不會有人以為Neosynephrine是Drug of Choice，可是我查了六、七十年代的醫學文獻，當時有關PAT的治療，確實有不少報告，成功的以此藥治好臨時發作的PAT，而Adenosine, verapamil等新藥，現在都被證明更有效、且安全，但它們都是八十年代中後期才上市廣泛使用，目前則為各處急診處的必備用藥。今天回想，醫師救人命或無意間誤致人命，相差只隔一線啊！

**D)** 一九八八年十二月，我與家人由洛杉磯搭華航班機返台探親，記得飛機出發升空後，不到半小時的時間，就聽到頭上廣播機，詢問有否醫師在座，請到前面醫務室幫忙。我們坐在靠後的經濟艙，看到前面有些人已陸續前往，我就不以為意，繼續閱讀雜誌。過了近十分鐘，廣播又再呼請醫師前去幫忙，內人也催我前往，於是走到前面駕駛艙外一處空出的地方（並沒有寬敞的醫務室），看到幾個人圍在一個年輕女子旁，女子平躺在軟墊上，面色蒼白，急促呼吸，一個空中小姐已打開旁邊氧氣桶，把連接的面罩蓋上她口鼻，一個白人女護士跪坐在她旁邊，手持聽診器，費力量她血壓，說她認為飛機應掉頭飛回洛杉磯機場，好送她到附近醫院急救。在場的副機長聽知我是醫師，問我怎麼辦？此時空中小姐告訴我，病人是台灣來美的大學生，由德州經洛杉

磯轉機回台灣渡假，過去並沒有氣喘或心臟病，喘不過氣來也是剛剛發生不久。此時她喘得更厲害了，連手腳都僵硬捲曲，當時我最擔心的是會不會得了DVT（deep vein thrombosis、下肢靜脈血栓）併發肺栓塞（Pulmonary Embolism）？我急問病人有否服用避孕藥，她搖了搖頭，再見她兩下腿並無腫脹情形，知道這個推測不像，但是什麼原因，健康的年輕人會突發呼吸困難？我抓著頭皮，思考如何回應副機長的詢問，突抬頭，忽然瞥見空中小姐，在已打開的上面櫃檯，拿出一個盒子，裏面裝著幾個紙袋子（就是麥當勞裝漢堡的Paperbag），不知是有意或無意識的動作，我卻眼前一亮，對了，就是Hyperventilation Syndrome（過度換氣症候群）！極度的焦慮不安，導致呼吸加速，而過快的呼吸，排出更多的二氧化碳，血液漸變鹼性，鈣離子下降，於是強直性痙攣（Tetany）使手腳僵硬，衰相真會嚇死旁邊的親友。我隨即告訴副機長，不用改變航線，並請這空中小姐移掉氧氣罩，代之以紙袋（Rebreathing bag）罩臉，強迫病人自己減慢呼氣，並安撫她。果不其然，幾分鐘後，她漸漸放鬆，呼吸變慢變長，終於手腳也放開了，臉色恢復紅潤後，看來還是個美少女哩。副機長，為表謝意，送我一個華航飛機模型，隨行的小兒子們，非常高興，而且聽副機長說我，不用手術開刀，也沒有打針吃藥，只用紙袋就能救人，直誇老爸是救難英雄呢！

（作者係母校醫科1968年畢業，在美國南加州執業內科，現已退休）



## 那輪明月

文／黃英峰

半夜三更，帶著七分疲憊和三分的服務熱忱，我走出國泰醫院二樓的加護病房，踏入電梯，迅速來到一樓的急診處。

一九七九年年初，位於台北仁愛路四段的國泰醫院，和敦化北路長庚醫院一樣，是才剛剛成立一年多的新型教學醫院，院長是臺大心臟科教授陳炯明，副院長是胸腔科副教授林吉崇，內科主任是剛留美返國的王子哲醫師，王醫師很講究穿著，有時穿一件淺綠色的西裝褲，粉紅色的襯衫，配上淺黃的領帶，我覺得有些脂粉氣，不過，他說，這是引領世界時尚，法國當時最新潮的服飾。

第二年內科住院醫師本來有四位，後來，由美返台的學長林重涵醫師因生涯規劃有變，回去美國，只剩下三位，我們三人就輪流值班內科加護病房，雖然值班次數比較頻繁，但相對地，對病人的觀察也更為貼近而仔細。

這天是過節，也許人們吃多喝多了，病從口入，病況迭起，急診處非常忙碌，負責在急診處值班的內科第一年住院醫師忙到晚飯都沒空吃，到了半夜，來了一個胸口疼痛的病人，情況有些緊迫，他索性直接召喚在

二樓加護病房值班的我下來幫忙診治。

病人是六十四歲的陳先生，臉色蒼白，額頭冒汗，呼吸急促，做完心電圖後，確定是急性前壁心肌梗塞，有併發心肺衰竭的可能，我馬上把病人轉到二樓加護病房。當時，對急性心肌梗塞的處理，並沒有緊急做心導管，通常都是先採保守療法，穩定病況後，再做進一步的檢查和治療。

隔天我再來值班時，病情已趨穩定，胸部沒有不適，肺部積水減少，呼吸正常，我鬆了一口氣，正在護理站與護士討論其他病人的病情。

「黃醫師，」實習醫師替病人做完心電圖後，走過來說：「陳先生的心房性震顫脈已變成正常竇性脈，不過尿量這幾個鐘頭比較少。」

「大概利尿劑Lasix的作用已過，所以尿量減少」，我順便問他：「你知道Lasix的作用有多長？」

實習醫師露出不確定的表情。

「六個小時，」我說：「Lasix lasts six hours所以命名為Lasix。」

「他心臟有一個雜音。」實習醫師又補





充說。

「進來急診處的時候，我就聽到有一個雜音」，我說：「這雜音很特別，聽到這種心舒張時低沉的軋軋雜音，幾乎就可以斷定病人曾經得過風濕性心臟病造成的僧帽瓣狹窄，要留心聽。」

實習醫師拿著聽診器，到病人床邊聽診一陣後又回來，「病人說，他有些頭痛。」

「治療心絞痛的藥物硝酸鹽，有時會引起頭痛，把硝酸鹽減量後，如果還頭疼，再做進一步檢查。」我又補充說：「中國人喜歡吃讓人活血的中藥或藥膳，這些中草藥和西藥用來薄血的藥物混在一起，更會增加腦出血的可能，要小心留意。」

實習醫師去問了問病人，又回來報告，「陳先生說，住院那晚，他吃了一碗佛跳牆和紅棗枸杞燉烏骨雞…，他還說，什麼時候可以轉到普通病房，因為加護病房人工呼吸器的聲音讓他睡不著，他想跟你談談。」

我和實習醫師一起到陳先生的床邊，陳先生的病床臨著朝南的大窗口，由窗口可以看到天空和醫院前面廣大的停車場，是加護病房裡最有陽光的病床。

「什麼時候我可以轉去普通病房？」陳先生沒等我們開口就問，他氣色還好，斜躺在舖著白色床單的病床上。

「如果病情穩定，一兩天內就可以。」我說。

「這一次，算是去鬼門關走了一回。」陳先生說。

「怎麼不說到天堂走一回呢？」實習醫師說。

「真有天堂？」陳先生笑了笑：「真有天堂，你們就不用醫我，讓我去天堂好了。」

「難道這人世間都沒有讓你值得留戀的？」我不禁問。

陳先生的表情轉瞬間變得有些哀傷，「我的妻子一個月前去世了，有時候我覺得，她的去世是我們短暫的別離，我的離開人世才是我們永恆的團聚。」

他真摯的心讓我感動，但不知如何安慰他。

「人世間很多令人傷心的事，我們只能盡人事，聽天命。以後要多注意飲食，生活要有適當的調劑和運動。」我說。

陳先生長吁了一口氣，轉頭望望窗外，窗外，入夜後的台北市燈火輝煌，街道上車馬喧囂，人們為了生活，汲汲營營地奔波勞碌，入夜後仍不得休息。人世間，是不是如悲觀大師叔本華的哲學，人生基本上是悲苦的，還是如尼采說的，人們可以自求解脫，痛苦的人沒有悲觀的權利，人生的意義就是要成就功業，或者應該是如盧梭說的，愛是人們生存的最高價值，上帝眼裡的英雄，不是異於常人的超人，不是功成名遂的人，而是有堅定的信仰，追求永恆生命的人。

「今晚的月光很明亮。」實習醫師望著床單上，由窗玻璃透進來的銀色月光說。

「下午的豪雨，洗滌了經常煙塵迷濛的



台北，月光看起來比較清澈柔和。」陳先生指著斜掛在天邊的那輪明月說。

「那輪明月」，我說：「彷彿是聖母瑪麗亞的臉孔，在浩如煙海，混沌紛爭的大千世界裡，透過這一小小的窗口，帶給我們純潔仁慈的光輝。」

瞬間的沉默，實習醫師望望天上的幾點寒星又說：「難得可以看到星光。」

「星星眨呀眨地，」陳先生若有所思，「好像帶著哀愁的眼神，看著世間苦難的人們。」

「夜晚的天空比白天的天空更富有感情和啟示，很多人都對著夜空許願。」實習醫師接著說。

「你信教嗎？」我不禁問陳先生。

「有時會去教會。」他說。

「會禱告？」

「在心裡禱告，沒有用言語禱告。」他說，說著，默默地注視著那輪皎潔的明月。

我不知道他禱告的內容，是祈望早日康復，還是願上帝賜給他今晚一個美好的夢。

夜漸漸深了，加護病房裡的呼吸器持續地發出低沉令人感到空氣凝重的呼吸音，當我夜深時再回去看他，他已呼呼入睡。

「你有開安眠藥給陳先生服用嗎？」實習醫師問。

「沒有」，我說：「也許陳先生知道他不久就可以轉出加護病房，心裡比較平安，就睡著了。」

「也許」，實習醫師說：「那柔和的月光引領他走入夜的夢鄉。」

*The practice of medicine is an art, not a trade; a calling, not a business; a calling in which your heart will be exercised equally with your head.*

Hippocrates

（醫療包涵人文藝術，不是交易；是一種召喚，不是商業行為；在這個召喚裡，你用你的理智，也同樣用你的心靈。

醫學之父 希波克雷提斯）

註：一九九零年，日本學者發現，過度的悲痛會造成心肌病變和類似急性心肌梗塞的病變，診斷上稱為心碎症候群（broken heart syndrome）或章魚壺心肌病變（Takotsubo cardiomyopathy），Takotsubo在日語的意思是章魚壺，因左心室會病變成章魚壺的形狀而命名，病例大多數為女性，佔百分之八十（？女人心軟易變形）。在一九七九年時，我們並沒有這樣的知識與診斷。若問我，陳先生是不是有心碎症候群，這和問我，劉備在白帝城託孤時有沒有心碎症候群，答案是一樣的。

（作者係母校醫學系1977年畢業，現為家醫科醫師在洛杉磯執業）



# 外科許書劍教授的求學經歷

文／葉宏明

## 前言

許書劍教授（1921–2012）歷任臺大外科教授，外科醫學會理事長。父親許斤醫師（以下簡稱許父）是1916年台灣總督府醫學校第十五屆畢業生，弟弟許書刀東京帝大醫學部畢業，歷任防疫處長、預防醫學研究所所長（圖一）。書劍生長在鄉下，很幸運的有位望子成龍的父親，不計成本的資助他們



圖一 許書劍、許書刀（椅側）日本求學時兄弟著制服合照（許自寬先生提供）

的求學過程。他在日治時期求學路程並非一帆風順，跌宕起伏值得醫界後輩紀錄之。

## 公學校與中一中

許書劍1921年（大正十年）出生於彰化縣，和美公學校（日治時期台灣人念的小學稱為公學校）畢業後，考入臺中州立臺中第一中學校（為五年制學制）就讀，是當年和美唯一考入台中一中者，弟弟許書刀醫師1922年生彰化鹿港。

許書劍就讀台中一中時住在學寮（宿舍），唸到第五年的時候，曾寫信給一樣是彰化人的學長王三聘，王三聘當時就讀日本慶應義塾大學醫學部。王醫師畢業後擔任慶應大學細菌學教室助手，戰後返臺，1947年在臺灣省衛生試驗所工作，製造天花疫苗。1952年任臺灣血清疫苗製造所技正兼細菌組主任，發展狂犬病疫苗及血清。曾經前往美國密西根大學公衛學院留學，美國海軍第二研究所成立後改往服務，後來移居美國。<sup>(1)</sup>

信寄到日本時，可能因為王三聘學期結束搬離住所。於是信件被退回台中一中的學寮，當時的舍監檢查信件，發現許書劍的信裡面，有講到當時的校長廣松良臣（Hiro Matsu）。信內表達對校長的不滿，而且稱他烏龜校長。舍監查獲學生有侮辱師長的言論，非常的生氣，書劍每日都被責威脅，最



終被勒令停學，黯然返家。許父多次和台中一中校方交涉，都沒有結果。廣松良臣為日本熊本縣人，1933-39年任職中一中校長，廣松校長是典型殖民地官僚兼軍國主義者，態度驕矜，輕視台胞。嚴格冷酷之教育，打擊我同胞之民族自尊心，摧殘我民族文化，可謂無所不用其極。<sup>(2)</sup>

### 兩洋中學

幸好這時有位台灣人陳有諒，幫日本京都兩洋中學回台招生，在報紙登招生廣告。陳有諒（1906-1998）於1925年（大正14年）赴日本京都私立兩洋中學就讀，畢業後考入臺灣總督府臺北高等學校，1931年（昭和6年）入京都帝國大學文學部英文學科深造，後續留該校大學院研究一年。畢業後回兩洋中學任教，致力提攜臺灣青年赴日求學，戰後擔任臺北市私立開南高級商工職業學校校長。<sup>(3)</sup>

許父立刻北上台北拜會兩洋中學在台代表陳有諒，決定將書劍送往日本京都兩洋中學，插班就讀五年級第二學期。書劍走後校方發現要修理的對象跑了，弟弟書刀就變成替代的倒霉鬼，天天受到霸凌。於是書刀也決定溜走，依樣轉到日本京都的兩洋中學。

書劍書刀兄弟轉學到京都兩洋中學，是遽逢退學和霸凌厄運後不得已的選擇。兩洋中學創建於1915年以“培養能成為東西方橋梁的國際人才”為建校精神，當時的兩洋中學並非辦學績優的學校。根據當時23歲1936年四月赴日入京都兩洋中學的李嘉嵩描述：「因兩洋中學在京都市可算是辦學成績最差的一家，無論師資、教學，以至學校設備、規模，比較台南長榮中學，可謂差之千

里。」「學生數目不多，校譽並不隆盛。一、二年級學生常無法招至滿額，至於三、四、五年級，由於台灣與韓國的學生前來插班的接踵不斷，希望趕快領一張文憑，所以年年才得以勉強維持。」<sup>(4)</sup>

三十年代軍國主義思想完全控制籠罩日本，兩洋中學中根（Nakane）校長是僅存的人道及自由主義者，他同情殖民地人民的境遇，學生1/3為日本人，1/3台灣人，1/3朝鮮人。他鼓勵貧窮者上學，給予清寒獎學金。在日本軍國主義籠罩下，軍訓成績單記載家庭背景、個性、思想、參加活動，永遠天涯海角如影隨形跟隨一個人。兩洋中學雖然嘗試替書劍向台中一中要軍訓成績單，但被台中一中拒絕。掌管兩洋中學軍訓的陸軍少校認為事情棘手而想拒收，但中根校長認為辦學校，收學生是他決定的事，不悅地對軍事教官說「收學生是校務，是我的事」，並要求軍訓教官為書劍製作一份五年級第二學期的軍訓成績報告。因為軍訓成績不齊全，造成書劍進入公立學校的困擾，只有私立學校才願將就錄取。書劍1938年3月考入大阪藥學專門學校（現今的大阪大學藥學部），入學成績極為出色。校長大槻式（Hazime Otsuki）不了解為什麼他的軍訓成績只有五年級第二學期，經書劍解釋後校長安慰他安心唸書，校長願擔當起責任。大阪藥專戰前是私立學校，因此比較通融。書劍教授終生感激陳友諒和中根校長，如果沒有他們大力幫忙保有學籍，便無法升學最終就讀醫科，一生際遇將完全兩樣。以優良成績畢業於藥專後，自認志趣不合，1941年三月考入國立金澤醫科大學，後來他跟隨有名的久留（Kuru）外科教授學習，1944年畢業。



## 美好姻緣

戰後，台灣人陸續由日本歸來，彰化和美的家裡有風聲傳說書劍將娶日本女友。當年婚姻大事都是父母作主，當書劍從日本回來時，父母詢問此事，確知已有女朋友時，非常失望，書劍也跪求父母原諒。許母因不懂日語，為無法與未來媳婦溝通煩惱，要求書劍寫信給女友請她暫緩來台。女友高橋壽賀子極為堅強，認為此事要當面說清楚，堅決來台。1946年她隨書劍之弟許書刀搭船來台，但是抵達基隆時，檢疫發現許書刀瘡疾復發，而被遣返，經過一番波折才又再次啟航來台。日治時期為了防疫，日方除了加強軍隊在港口衛生等方面的管控，臺灣總督府也於1896年初頒發「船舶檢疫臨時手續」，戰後檢疫或循此進行。

許教授夫人壽賀子的父親高橋先生是日本東京商船學校高材生，20幾歲就當上重要的歐洲航線船長，然而二十九歲便肺病早逝，時壽賀子僅三歲。壽賀子國小六年級時母逝，由舅舅撫養長大。她在金澤醫局工作時，與書劍見面認識。經過一波三折之後，終於平安渡海來到彰化許家。顯然壽賀子給人印象很好，許父許母立刻接受，馬上宴客宣佈他們結婚。來台後，她很快學會台灣話，並且沒有腔調，如果沒有特別提及，沒有人知道她是日本人。金澤地區靠日本海，冬天非常寒冷，風雪堆積可達屋頂，因此她也很感激台灣，認為沒有比台灣更好居住的地方。婚後許夫人相夫教子，生下三子一女，長大後成為三位醫師一位牙醫。勇敢的日本女孩，歷經困難，兩次渡海來台，終於成就美好姻緣。

戰後回台1946年初，許書劍先在彰化水尾開業，因在日本已有實習經驗，能準確判斷病情；如傷寒、胃腸病都能找出病因，及早送進大醫院手術或治療。診所患者門庭若市，但是每天工作到深夜，清晨即被患者喚醒，一天只能睡四、五小時。睡眠嚴重不足，牙床浮腫，只有星期天才能回和美家休息。許父認為如此勞累並非好事，當年底便勸書劍放棄開業收入，北上到臺大醫院，擔任無薪副手，接受嚴格的醫學訓練，終於成就一代臺大外科教授。

## 註

1. 陳振陽，臺灣大學醫用細菌血清學教師對臺灣防疫的貢獻：從臺灣醫學會雜誌回顧（下）景福醫訊2017: 34: 2-10。
2. 台中市立台中第一高級中學：歷任校長 <https://tcfsh.tc.edu.tw/p/426-1076-11.php> accessed 2023/08/15。
3. 吳文星，〈陳有諒—獻身職業教育的長工〉，《教育愛：臺灣教育人物誌 II》，2007 頁 138-148。
4. 李嘉嵩：《100年來》臺南：人光出版社，1979年：p.43-51。

## 致謝

感謝林逸郎先生及許自寬先生提供許家故事及照片。

感謝葉醫師為許教授家人擬稿。

（作者係台南市立醫院（委託秀傳醫療財團法人經營）內科醫師）



# 呀！好漂亮的海岸！ (加州中部海岸旅遊記)

文／賴義隆

**我**的兒子Paul及女兒Judy住在不同的城市，除了平常之互相拜訪之外，每年夏天大家都會找一個地方，大家共同住在一起，一起旅遊，一起玩玩。我的記憶裡的最早的一年是2008年，我們一起到Arizona州的紅土Sedona市玩，以後接著的是Alaska，Lake Tahoe等地的相聚。至於2023年，Judy很早就於三月左右即在加州的中部海岸處預租了四天度假屋，6/26至6/29，讓我們大家一起住，一起到海邊玩！

6/26的晚上，剛抵達租屋處不久，要找

到吃晚餐的地方。竟非易事，大家都用手機用心地找餐廳，但是，由於當時是星期一晚上，大部分的餐廳都關門沒有開業。最後，我們才找到一家pizza（意大利餅）店有營業。我們買了兩張最大的pizza，大家分享著充飢，才解決了晚餐的問題。之後，由Paul帶路到附近的一家超市，買了早餐的用品及西瓜等。我則買了香蕉，可以搭配我早餐的cereal（早餐麥片）。

要說明這次的遊記，我要分作三項來說明。因為，我及Paul的家人一起前往海岸，



圖1. 海岸的遠觀



圖2. Paul及女兒尋找海洋生物



圖3. 海岸之另一角



圖4. 海岸之另一隅

除了到漂亮的海岸去玩之外，我們還去參觀加州的大學以及到酒莊去品嚐葡萄美酒。首先，我們先來看看漂亮的海岸吧！

### 欣賞漂亮的海岸

我們在Arroyo Grande租屋，6/26大家到齊後，6/27早上就到San Luis Obispo海岸去玩。起先，我們在淺水區看漂亮的海岸、觀賞海洋生物、看海水的漲潮及退潮等，玩得

不亦樂乎！淺水區有很寬廣的地域，可以走走看看，欣賞各地的優景及浪潮、生物、貝殼等。

在淺水區玩了兩個多鐘頭以後，我們就到海岸上面的步道去走一走，欣賞風景、我們可看到例如圖5及圖6的漂亮之海岸風景。我們全家並在岸上合影（圖7）。觀賞完了這個漂亮的海岸以後，我們才搭車去尋找午餐的地點。



圖5. 海岸之另一角

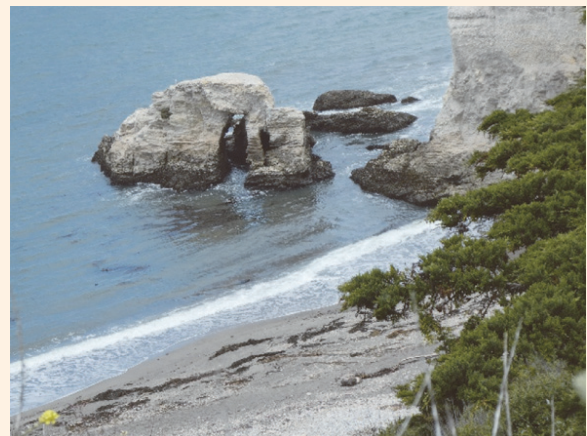


圖6. 自岸上觀看之海岸美景



圖7. 我的家人在岸上之合影



圖8. San Luis Obispo市的老教堂

吃過午餐以後，下午，Paul開車去找網球場，找到了空的網球場，他們父女們就開始玩Picol球。比起網球，Picol球是較軟、較輕，是美國新興的球類運動。而我的另外一個孫子Josh則喜歡玩足球，他在附近的草地上踢足球。

6/28的早上，我們則前往San Luis Obispo市區裡的博物館及1772年舊教堂參觀。因天熱，我則坐在博物館外的葡萄園的陰影下乘涼。乘涼了相當時間才與家人在舊教堂處會合。很高興，在附近的街上看到了Visitor Center，於是跑去Visitor Center裡拿了幾份地圖，讓我看圖之後，對當地的地區有較清楚之了解。

6/28的下午，我們則驅車前往Pismo Beach玩。到了Pismo Beach，我們並沒有到海岸去玩，而大部分時間在岸上的商店區用木板延伸出來的Board Walk（木板走道）上走動，或坐在木椅上休息。在Board Walk上，可欣賞人家在海水邊玩水的遊戲、人們在聽歌

手唱歌、在Pismo Beach的大字板前留影等的熱鬧情形、天空裡候鳥一陣陣飛來飛去。因為前一天，我走得太累了，引起腿抽筋，所以就利用此機會好好休息一番。

### 參觀加州大學

因為Paul的兩位雙胞胎女兒今年就要申請進入大學，所以就用前往南加州的機會順便去看看兩個學校。去程，我們在6/26前往參觀Cal Poly學校，該校是屬於California State University系統的一部份，位置靠近San Luis Obispo市。該校對新生及家長們的介紹，起先有綜合性的介紹。在大禮堂內，把全校的系統先作約半小時的綜合介紹，然後再分組，每組約20-30人再由2位領導人員（我猜我那一組的領導人員是研究生）帶隊，到校園四處介紹了約2小時。介紹得相當清楚！在空檔時，有不明白、不了解之處，學生或家長尚能隨時提問，他們都會親切回答。

我們在回程時，6/29，參觀了另外一個學





圖9. 我的家人在Pismo Beach大字板前留影



圖10. Pismo Beach 的夕陽西下景觀

校是University of California at Santa Barbara. 該校沒有給我們做綜合性的介紹。一開始，就分組，每組由一位領導人員（我猜也是研究生）帶領我們到處去參觀校園約2小時左右。在校園內走走停停，停下來在樹蔭下、在建物的蔭涼處作介紹。

### 嚐試葡萄美酒

我們利用去程及回程的時間，6/26及6/29，順便找尋南加州的酒莊，並品嚐葡萄美酒。在北加州，比較著名的葡萄美酒故鄉是在San Francisco市北邊的Napa市。Napa市的葡萄美酒莊是一大片的連接在一起，因為它們的葡萄園區也是一大片地連在一起。在我們前往的南加州葡萄美酒莊就不同了。南加州葡萄美酒莊通常是以獨立單位存在。這是因為南加州的葡萄園區不是一大片地連在一起，而在這葡萄園區與那葡萄園區之間，間隔著蔬菜園區、堅果（例如杏仁）園區或牧場，因此，葡萄園區成點狀而非連在一起的

片狀。雖然是點狀，我們還是很容易找到品嚐葡萄美酒的酒莊。我們各在去程（6/26）與回程（6/29）時找到酒莊去品嚐葡萄美酒。這兩家酒莊的情形大致相類似。它們都有展示部門擺放美酒等商品；另有擺桌椅的地方讓顧客可坐下來品嚐葡萄美酒。我們一組5人佔用一桌及數張椅子，服務人員就會拿美酒、水（小孩不能飲酒，而只能喝水）、餅乾或甜點等讓我們享用，經過十幾或二十分鐘，服務人員會換拿另一瓶美酒來讓我們品嚐。通常，我們會品嚐五種不同的葡萄美酒。每次，服務人員都會詳細地介紹美酒的產地、出產日期及其特性等。通常，品嚐完畢後，我就跟大家一起回到車上，但我的媳婦喜愛葡萄美酒，她都會買一、兩瓶美酒後才回家。

（作者係母校生理所1966年畢業，現任母校生理學科兼任教授）



# 北歐紀行（上）

文／張建強

## 前言

對於挪威，我一直很嚮往其山水，湖泊、瀑布、峽灣之美！可惜多年未能成行。1997年曾藉著到丹麥哥本哈根開世界婦產科三年一次年會之便，會後跟一些婦產科同仁遊了瑞典、芬蘭及聖彼得堡，可惜行程未包括挪威。此次看到Gate 1 Discovery Tours有這麼一個不超過廿二人的小型團到瑞典及挪威之旅，就很快的報了名。過去我也參加過Gate 1這種小型團遊，行程不是很緊密，其中也安排到當地人家中有文化飲食的交流，我也很欣賞這樣的旅行方式，欣然參加了！

## 首站瑞典

此次行程共十九天。除去前後兩天在飛機上的時間，實際只有十七天！內人與我從紐瓦克經德國慕尼黑，再到瑞典斯德哥爾摩，已經是第二天的下午兩點半。因團友都是從美國各地來，到達時間不一。接我們到旅館的計程車是全電動的，非常安靜。據司機說，現在瑞典有一半的汽車都是電動，計劃在2035年就會淘汰掉所有內燃機汽車！

我們住的旅館就在市中心，離機場約四十分鐘的車程，名叫HayMarket，已經有幾百年的歷史。當年這裡就是市集，本是農夫販賣牛羊的地方。旅館的對面就是斯德哥爾摩的國家劇院。

當晚的歡迎晚宴設在一個小小可愛的

Duvel Cafe，典型的瑞典飲食。此行我們共有廿一人，只有一位單身，其他都是中老年夫婦。可惜當中有一位太太第二天水土不服，在當地醫院住了兩天觀察，就決定回明尼蘇達州去了！所以我們這一團實際是十九人。

瑞典是一個有一千零五十萬人口的国家，領土卻有四十四萬七千四百廿五平方公里；是歐洲第五大國家，人口密度低，平均每平方公里只有廿五人。森林湖泊多，跟挪威一樣，是北歐日爾曼民族，維京人的後代，在16、17世紀是一等一強國。人均所得也高，在全世界排名十四，是君主立憲政體。首都就是斯德哥爾摩。

## 斯德哥爾摩

在瑞典我們只停了兩天。第一天就拜訪首都市政廳，參觀了有名的藍廳及樓上金廳。藍廳就是每年諾貝爾獎晚宴的地方。金廳所展現的卻是瑞典皇族歷代皇帝金碧輝煌的歷史。當天也參觀了中古時代的老城，十七及十八世紀圖畫般的建築物，七百年的史多肯教堂（Storkyrkan Cathedral）、史多幹廣場（Stortorget Square），也走馬看花乘巴士遊了舊城。可惜諾貝爾博物館整修未能參觀，倒是參觀了一個製造糖果的店，親自參與傳統糖果的製作。

第二天我們就參觀了著名的瓦沙博物館（Vasa Museum）。Vasa是一艘戰艦，為最



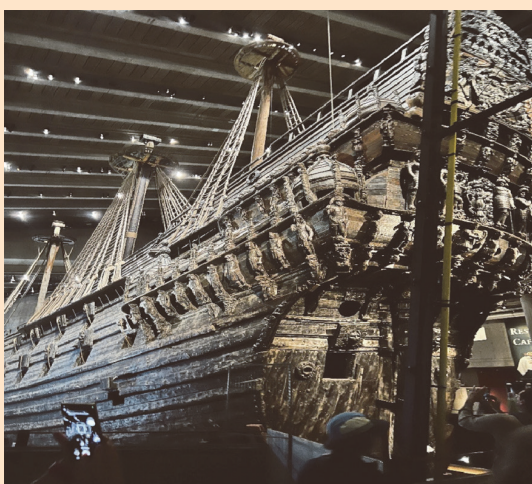
在斯德哥爾摩Duvell Cafe晚宴



首都市政廳金廳

著名的瑞典國王Gustav II Adolf所建，當年最富麗堂皇有兩層六十四尊大砲的戰艦，可惜設計錯誤，船高六十九米，而最大的寬度只有11.5米，再加上兩層大砲，重心太高，非常不穩；所以在1628年八月十日，處女航時就沉沒了。時隔三百卅三年，經過五年的計劃，終於在1961年四月被成功打撈了上來。可能是海水冰冷，所用木料竟然甚少損壞，沒被海蟲吃掉。回顧當年歷史，列強都在爭奪波羅的海的海權，而Adolf相信海軍必須機

械化，用大砲把對方船隻轟沉。所以新戰艦設有兩層大砲。他跟堂兄弟波蘭-立陶宛國王Zygmunt III有皇位之爭。Zygmunt III在1587年被選為波蘭-立陶宛國王，在1592年又從其父Johan III繼承了瑞典王位。他信奉天主教，引起信奉路德宗的瑞典人不滿。在1599年被其叔Karl公爵帶領的貴族推翻，在1604年正式登基成了瑞典的Karl IX國王。1611年Adolf就從其父Karl IX繼承了瑞典的王位。Zygmunt III想奪回瑞典王位。兩國時有戰爭。Adolf在1627年跟Zygmunt III戰爭中損失兩艘戰艦，所以增加建造更新更強大戰艦的緊迫性，所以Vasa艦的建造設計是有欠周詳，沒有好好測試其穩定性就匆匆下海，造成這個歷史上有名事件。此艦實在很雄偉壯觀，雕刻精美，值得參觀。



瓦沙戰艦，1628年處女航就沈了

在乘巴士往西行以前，我們也順便在波羅的海旁的尤金王子（Prince Eugene）的博物館停了一會。此君是一位田園畫家，一生未婚。可惜當天並沒開放，我們只在其花園裡欣賞花草。此博物館本是尤金王子的住家，面前波羅的海，風景甚佳。他在二戰時曾暗暗跟反納粹人士來往，暗助他們（當時瑞典



是中立的)。

繼往西行，我們訪問了一個年代已不可考的埋葬場土丘Anundshög，現在只剩下豎立的石頭群，整齊排列及土丘，及僅有一根直立的石碑，有不明的文字記載。

### 卡士科加Karlskoga

此行一路湖泊及河流很多，青山翠谷。途中到訪卡士科加。這裡有諾貝爾製造炸藥的工廠所在地。現已關閉成了一個公園。公園中仍有當年員工住宿的房子叫Bjorkborn Manor波邦莊園。諾貝爾晚年大部份時間住在義大利的聖林摩(San Remo)，也死在那裡。Karlskoga只是他的工廠所在，在1894-1896年間，只有在夏天他才住在這裡。所以在他死後，遺囑是要依瑞典，還是法國的法律執行，家屬有爭議。因為遺囑是住在法國時立的。遺囑的執行人是他事業的助手Ragnar Sohlman。此人很有智慧，藉著律師的幫助，以諾貝爾養的兩匹名馬留在Bjorkborn為由申請法院判定遺囑應依瑞典法律執行。諾貝爾無後，遺囑要把財產作為諾貝爾獎金所用。幾經波折，終於1897年4月26日才由挪威國會Storting批准，而各基金的執行委員會才逐步成立，而舉世聞名的諾貝爾獎也在1901年首次頒發。

### 卡士達Karlstad

Karlstad是一個美麗的大學城，寧靜安祥，躺在美麗的考拉萬河邊(Klarälven)，是個安靜讀書的地方。我們到達時已是黃昏。在餐廳碰到一位從泰國來的侍應女士。我們笑問她為何要落腳在如此寒冷偏僻的地方？她說是follow love，愛情真是偉大！但坦白

說，晚餐後領隊帶我們散步在這個小城，心裡確實也很喜歡這個地方。雖是初秋天氣，已見楓黃。心裡感覺非常寧靜舒服！

### 挪威

第二天一大早，我們就往奧斯陸的方向西行。挪威、瑞典都是水源豐富的國家。山川瀑布湖泊都很多，水力發電非常發達。小農莊也多，一片青翠，非常吸引人。給人祥和寧靜的感覺。過境邊界的稅關竟然沒人，巴士通關時根本沒停。在瑞典離邊界不遠處有一超大的購物中心，我們曾作短暫停留休息。據導遊說，很多挪威人都越境到此購物，因物價比挪威便宜。挪威的商品要加上百分之廿五的稅。

挪威也是北歐日耳曼人，跟瑞典本是一家，由瑞典統治，在1905年六月七日才由Storting通過分成兩國。現在挪威因有油田的關係，收入要比瑞典好。總體GDP雖比不上瑞典，但人口只有五百萬，人均收入約美金十一萬。

### 奧斯陸

奧斯陸是一個很有現代感的首都，位於峽灣的頂端。到達時我們馬上去參觀挪威最有名畫家蒙克博物館(Edvard Munch)，座落在海邊。他最有名的畫，就是〔吶喊〕(Scream)。說實在的，他的畫風太灰色，也許跟其成長經歷有關，我不太欣賞。我倒蠻喜歡挪威的北極探險博物館The Fram Museum。此船是有名的探險家Roald Amundsen為北極探險所設計。登上這艘船，親身體驗在聲光電的虛擬光景下當年這些探險家所面對極惡劣的環境，也是一種難得的



體會。

在奧斯陸兩天時間，我們也走訪了挪威的雕刻藝術大師Gustav Vigeland所設計的維基蘭雕刻園地（Vigeland Sculpture Park）。這裡展示了212尊真人體型銅及花崗岩的雕像及巨大人體雕像石柱、公園及石橋，非常值得觀賞。可惜的是，國家博物館及諾貝爾和平館沒有開放，未能參觀。

奧斯陸的餐館很多，餐費也很合理，但吃厭了這些日耳曼民族的食物，我們晚上吃了道地的中國川菜！

以奧斯陸首善之區，入夜以後卻行人不多！晚餐以後，我們漫步街頭，欣賞窗前展示及夜景，也是一番享受。奧斯陸的街頭也有像舊金山那樣鐵軌的藍色街車，燈光明亮，乘客卻不多。但看起來也很漂亮。想到紐約街頭，破爛黑暗，叫我單獨走走，我也會有點怕。

（待續）

（作者係母校醫學系1975年畢業）

## 臺灣大學醫學院法醫學科暨研究所誠徵助理教授級(含)以上教師數名

前言：本所為國內唯一從事「法醫學研究」的學術單位，以「未來法醫學研究展望」為目標，對於利用「科學方法」解決「人類」（無論是活人或死者）紛爭問題有興趣的研究人員都歡迎申請。

本所從事關於「法醫學」相關研究不限於狹義「法醫病理解剖」，只要是應用在解決人類紛爭上的相關科學，都是本所教學、研究、服務的範圍。研究對象也不僅止於人類本身，凡是和生活或社會有關的科學問題，也是本所的研究範圍。

壹、工作內容：廣義法醫學相關領域之教學、研究、服務及研究生指導。本所老師服務工作並無出庭作證之義務。

貳、應徵資格：

一、符合教育部採認規定之國內外大學博士資格並具有以下專長者：

- (1) 具法醫學專長者尤佳，有興趣亦可，可先與本所洽詢討論。
- (2) 分子生物學專長者：例如：次世代定序、親緣鑑定、族群鑑定、人類學等，過去所學之基因定序並不僅限於人類，動物、昆蟲或植物定序亦可。
- (3) 影像醫學分析專長：例如：影像醫學，生醫影像分析。
- (4) 大數據分析專長：利用大數據分析方法，協助解決「影像醫學」、「質譜分析」等。
- (5) 有興趣利用大數據或人工智慧探討任何人身上發生的事情之辨識等相關科學鑑定問題，例如：聲音辨識、臉部辨識、指紋辨識、生理活動辨識等。

二、臨床醫師需符合申請助理教授或以上資格：具有病理或法醫病理、影像診斷、創傷、急重症、兒少保護、親密關係暴力（例如：性侵害）、長期照護、精神/成癮醫學、牙科等專長者。

（對於所學專長是否能和法醫鑑識領域連結有疑惑者，歡迎先和本所洽詢討論）

參、檢具資料：

1. 個人履歷表1份。
2. 完整著作目錄。
3. 未來教學及研究計劃書。
4. 學經歷證明文件影本。
5. 國內、外相關領域人士副教授以上推薦函2封（電子檔或書面皆可）。（應徵教授職級者，推薦人需為教授）

以上1~4項為電子檔，第5項可電子檔或書面。

肆、預定起聘日期：2025年2月1日

伍、具臨床醫師資格者，經臺大醫院相關單位同意，得兼臺大醫院該單位主治醫師。

陸、收件截止日期：2024年4月30日（二）下午五時前務必以電子檔送達。

柒、收件地址：100臺北市中正區中山南路7號臺大醫院東址3樓法醫學科

法醫學科暨研究所新聘教師甄選委員會收。

收件E-mail：[forensic@ntu.edu.tw](mailto:forensic@ntu.edu.tw)

捌、聯絡資訊：聯絡人：簡淑芬小姐

E-mail：[forensic@ntu.edu.tw](mailto:forensic@ntu.edu.tw)

電話：(02)2312-3456分機265489

傳真電話：(02)2321-8438



# 編後語

編者／柯政郁

**本**期的醫學新知邀請臺大醫院睡眠中心主任許巍鐘教授，淺談睡眠呼吸中止症，希望讓大家注意到占人生1/3時間的睡眠，如果出現呼吸中止症，將是後患無窮的夢魘。黃碩文校友引用耶魯大學John Tsang的研究，讓我們知道男性感染COVID-19後，會出現比女性更強的抗體反應，有別於女性對流感疫苗反應較強的刻板印象。江顯楨大學長的重建外科與顯微手術—Hand Surgeons傳奇故事，介紹了兩位傑出的華人hand surgeon：一名是IMG蔡智民醫師，另一位是AMG Dr. Victor Tseng，並且意外引申出江校友在母院骨科受訓時的軼事點滴，讓我們後輩增廣見聞。耳鼻喉科後起之秀林怡岑助理教授，娓娓道來她赴史丹佛鼻竇中心進修的感受，期待她能更上一層樓。黃英峰校友回憶其R2時幫忙救回一名心肌梗塞病人，望著ICU窗外的那輪明月，病人深情地思念亡妻，兩位內科醫師則轉變角色成心理醫師，藉著柔和的月光，撫慰病人心情而得以呼呼入睡。韓良俊教授受邀到成大參加牙四白袍授袍典禮，期勉學生要珍惜行醫的福緣。葉宏明醫師為許書劍教授的家人，紀錄許教授坎坷的求學經歷，還好有貴人相助加上許教授的努力，

終於成就一代名劍。陳炤輝校友敘述其行醫四十餘年四個驚心醫療案例，其實都不是誤打誤撞，或誤打巧中，而是訓練扎實，本質學能功力深厚之故。賴義隆教授退休後得以享受天倫之樂，旅遊於加州中部好漂亮的海岸，真是令人羨慕。最後是張建強校友的北歐紀行（上），帶領大家神遊北歐，讓我們下集繼續看下去！本期文章軟硬適中，相信校友們會一氣呵成看完全期的！



（編者係母校醫學系1982年畢業，現任母校耳鼻喉科兼任教授）

# 臺大醫學院與日本九州大學醫學院簽約儀式

時間：2024年2月19日 地點：臺大醫學院第二會議室 攝影：臺大醫院教學部



## 臺大醫院仁愛醫護大樓新建工程動土典禮



時間：2024年3月11日

地點：仁愛醫護大樓

攝影：臺大醫院教學部

## 第34屆青杏醫學獎頒獎典禮



時間：2024年3月15日

地點：臺大醫學院202講堂

攝影：臺大醫院教學部