



臺大醫院內科之傳承

臺大內科之歷史沿革

1895年甲午戰爭後，清廷將台灣與澎湖諸島割讓給日本。日軍5月從澳底登陸，6月進入台北府城，正式接管本島。6月20日即在大稻埕千秋街借民屋設立台灣醫院，這即是臺大醫院的前身。首任院長是濱野昇。1896年，分別在台北、台中、台南三縣設置病院，台灣病院改屬台北縣，改稱台北病院，內科部長是松尾知明，另一位內科醫師是富山割平。1898年6月，殖民地政策中醫藥衛生排第一優先，全島官立醫院改由台灣總督府直轄，台北醫院改稱台灣總督府台北醫院，由山口秀高擔任院長。1901年內科分為第一部及第二部，由松尾知明任第一部長，山口弘夫任第二部長。此後擔任內科第一部長為大鳥次郎（1904-1906），任內科第二部長為河西健次（1903-1905）、川合百太郎（1905-1906）。1906年將第一部、第二部內科合併，由長野純擔任部長，2個月後由迎俊造接任。1907年內科分為東內科和西內科，東內科部長為迎俊造，西內科長為稻恒長次郎。1920年，依修訂後的分科組織規定，去掉「部」字，內科部改稱為第一內科、第二內科，第一內科長為白川玖城，第二內科長為大西賤雄，此後擔任第一內科長有雲英元孝、秋山為夫、長谷川龜之助、小田俊郎，擔任第二內科長有白川玖城（兼）、雲英元孝（兼）、河西澄、長谷川龜之助（兼）、小田俊郎（兼）。1935年第一內科、第二內

科合併改稱內科，原第一內科為複診病患診察所，原第二內科為初診病患診察所，內科長為小田俊郎。

1945年8月15日日本投降，不久，疏遷到大溪的本院臨時醫院逐漸地遷回來，但因人手不足，儀器的搬運完全由醫生和護士親自動手。該年10月台灣光復重回祖國的懷抱，我方由翁廷俊和邱仕榮代表接收臺大醫院。11月15日杜聰明教授受命接收台北帝大醫學部及附屬醫院，改名為臺灣大學醫學院及第一附屬醫院，並接受赤十字社病院（現中興醫院），改為第二附屬醫院。當時第一內科小田教授及第二內科桂教授繼續被聘留任。光復後第一內科主任由翁廷藩副教授擔任，後來他轉任熱帶醫學研究所，改由翁廷俊副教授擔任第一內科主任。第二內科由林茂副教授負責，第三內科則是鄭培禮副教授（不幸去世後由許強副教授接任）。1949年翁廷俊教授因故辭職，由陳萬裕副教授代理主任至三個內科合併為止。三個內科和兩個外科的分設由來已久，乃承襲日本之建制，後來於1950年6月經傅斯年校長指示合併成為1個內科和1個外科。同年8月即實施住院醫師制度。這是排棄日、德講座制度而採用美國醫學院與醫院制度之故。

1950年3內科合併當時，蔡錫琴教授在省立新竹醫院服務，應杜聰明院長之邀請來臺大醫院重整內科。第二次世界大戰前，世界各國內科沒有細分專科，由一位內科教授處



理所有內科病人。然內科學範圍很大，1位內科醫師不可能對所有內科病人做精密診療，不可能對整個內科學深入研究，所以在行政上，雖然3個內科合併為1個內科，由1位主任主持，但在教學、研究與診療方面，蔡主任將內科分為各次專科，這是國內醫學次專科之先河，乃空前的創舉。為了使各次專科能均衡發展，許成仁主任就各次專科的需要與發展潛能，擬定了各次專科之人數比例，其發展情形，下文中另有專章敘述。各次專科的主治醫師不但學有專長，且醫術精湛，深獲病人信賴，而且熱心教學及研究，為內科建立了良好的研究風氣與學術氣氛，這是臺大內科引以為傲的特色。

本科在研究及教學上屢有重大成就，回饋社會。例如，謝博生教授、王榮德教授，楊泮池教授與方啟泰醫師先後當選十大傑出青年；宋瑞樓教授、陳定信教授、楊泮池教授與陳培哲教授則前後榮膺中央研究院院士，此乃學術界最崇高的地位。陳定信教授並獲選美國國家科學院海外院士。

此外，病歷記載是一個醫院醫療品質的表徵，從1950年6月起，內科陳萬裕教授擔任10多年病歷委員會召集人，進行有關病歷之重要工作，如病歷統一、特殊病歷之規範及病歷審查等，為推進病歷品質付出不少精力。而張慶忠教授，吳寬墩教授及余忠仁教授更先後出任病歷室主任，在建立病歷書寫規範、病歷隱私維護、病歷審查制度改革、病歷電子化各方面卓有貢獻。

在歷任主任的領導下，臺大內科全體同仁勵精圖治、孜孜不倦地辛勤工作，現在各

部門包括門診部、病房、特殊檢查及各專科研究室。門診部分包括一般門診、各專科特別門診以及急診（支援），負責門診病人的診療。病房部分依照各專科性質分為10個次專科病房，3個一般內科病房，另有6個加護病房，呼吸照護中心，血液透析室與腹膜透析室，負責住院病人的診斷與治療。特殊健康部門包括內視鏡、心導管室、超音波室、內分泌及免疫學等特殊診斷檢查，負責疑難病人的病因診斷及病情判斷。各專科研究室則負責學術研究及創新發展，引進新的診斷及治療技術。由於各部門之共同努力，不但提供高品質及高水準的醫療服務，也同時做為醫學生和住院醫師教學及訓練最佳場所。

內科對醫學生的教學一向不遺餘力，成果斐然。我們的教育原則是採取醫學理論與臨床實習並重的方式，儘量讓學生有機會實際參加臨床工作，並採取小組教學的方法，特別著重培養獨立思考及解決臨床問題的能力。住院醫師之訓練原本是採金字塔之淘汰制，但為了讓入內科的醫師能得到完整之內科訓練，自許成仁主任時代就改為至少給予三年的一般內科之訓練，至第四年之次專科的訓練才淘汰。自1986年連文彬主任時代，因應次專科訓練逐漸成型，正式將內科住院醫師訓練改成五年，即一般內科三年，次專科訓練二年。對於住院醫師的訓練，則強調各種臨床診斷方法及治療方式的純熟運用，期使能掌握病情變化，處理各種臨床問題。一方面也鼓勵其參與主治醫師的研究工作，以培養其從事醫師研究的興趣與能力。此外，良好的醫德、廉潔的操守、犧牲奉獻的

精神也是養成內科醫師的訓練重點。臺大醫院內科於1999年開始，配合二階段醫學教育改革辦理一般醫療訓練。一般醫療（primary care），是與『專科醫療』（specialty care）相對的名詞，前者主要的關注對象是個人和社區的整體健康，涵蓋疾病預防和健康促進。為了強化住院醫師的一般性基礎臨床診療技能，建立健保年代醫師的角色認知，配合我國醫療體系未來的需求，落實全人醫療的理念，非常有必要改進現行的住院醫師訓練制度。在『專科醫療訓練』之前，先加強『一般醫療』訓練。在李源德教授擔任主任時，內科亦對住院病人開始導入以主治醫師為主的治療團隊，並給予住院醫師、實習醫師在第一線的病人治療臨床教學。隨後楊泮池主任、林肇堂主任積極爭取研究資源培養本科研究人才，並著重對教學熱忱主治醫師的發展，同時也設置本科畢業後一般醫學訓練（PGY）教學病房，強調住院醫師對於六大核心能力的全人照護觀念。此外後續接任的張上淳主任、黃冠棠主任、余忠仁主任皆對於科內從醫學生至住院醫師各階層的教學極為重視，任內重整規劃教學內容，並鼓勵多位科內同仁擔任教學課程主任及副主任，對於科內年輕醫師的學習做出卓越的貢獻，也獲得學校及醫院乃至於醫學教育團體及學會各方面的肯定。

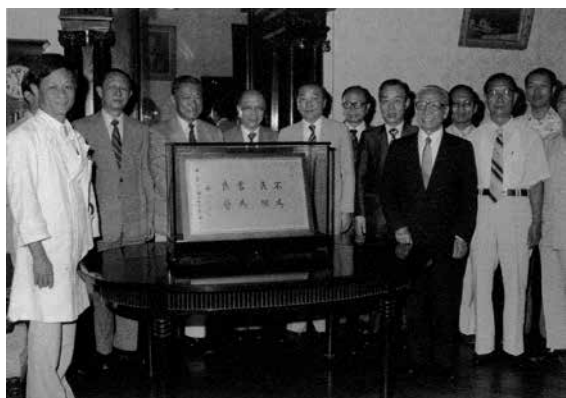
過去幾十年來內科在心臟血管病、肺癌、肝炎、消化道疾病、腎炎、高血壓、糖尿病等疾病的研究都有相當傑出的成果，我們希望在現有的基礎上，更進一步擴大研究範圍，提高研究水準，並將特別加強對於現

在國內急待克服的疾病（如心臟血管疾病、肝炎、腦血管疾病等）的研究，以具體的成果增進全體國民之健康。以下就各次專科分別簡述：

心臟血管科

心臟血管內科發展歷史悠久。1950年蔡錫琴教授接任內科主任時，在其精心籌謀規劃之下，逐漸芽生枝長，蔚然茂盛成林。蔡主任用心人才培養，陳炯明教授，吳德祿、曾文賓及連文彬教授為內科建立臨床診療之起步，為台灣建立以心導管診斷先天性心臟病、風濕性心臟病及心肌病之開展性架構，因而享譽台灣。連教授並開啟我國永久性人工心律調節器之置放，李淑玉教授也以心電圖相關之生理特性融入心臟病之診療研究，使得本土相關之冠狀動脈病、高血壓、風濕性心臟病之科學資料庫漸次建立。隨後有謝炎堯、李源德、曾淵如及黃博昭等醫師參加各種心臟血管病之診療研究工作。謝教授遠渡美國修習臨床藥理，回國強化內科疾病之處置。再有黃教授赴日受訓冠狀動脈攝影之Sones式導管技術，於62年首度完成冠狀動脈病之心導管診斷。李源德教授於1974年自美國引進超音波心圖、運動心電圖及冠狀動脈造影術（Judkins式檢查），再加上曾淵如教授自日本引介Holter24小時心電圖檢查，使得各項重要心臟檢查技術及模式，於焉完備。李源德教授、陳明豐教授前後出任急救加護病房主任，以各式心臟診療工具，改進重症醫學，使得臺大內科在急救加護醫學領域中，享有尊榮。林俊立教授領導科務以來，承接優良餘緒，持續制度建立與完

備，符合時代發展及因應健保制度，以期研究創新進步及醫療服務發展，促使心臟科永續發展，藉由更廣泛的學術交流提昇台灣心臟科的國際能見度。本科由李源德教授開始進行之金山地區本土心臟疾病大型研究，長期觀查本土之高血壓及冠狀動脈粥狀硬化病之疾病特質，以基礎與臨床整合。對台灣之高血壓及動脈粥狀硬化之分子及細胞生物層次之研究，論文已陸續發表，將來將更致力於臨床之應用。為了在教學、研究、醫療服務等方面能更進一步，本科與心臟外科偕同完成臺大心血管中心的成立，目前已將病房設立完畢，其餘檢查室、心導管室及開刀房也於2012年整合完畢，結合心臟內外科以及其它次專科領域的專家，提升軟體及硬體的建設，期望能站穩腳步迎接本世紀心血管醫學的蓬勃發展。臺大心臟內科過去的傲人成就，在精英團隊分工合作，貢獻出工作的熱忱之下，將來必然邁向更大的成功。



心臟科李源德教授獲總統府資政谷正綱頒良醫匾額

胃腸肝膽科

胃腸肝膽科過去數十年研究成果豐碩，宋瑞樓教授與陳定信教授研究證實母子垂直

感染對於B型肝炎病毒傳染之重要性，也是台灣成年人B型肝炎帶原率居高不下（15-20%）之主要原因，說服政府於1984年試辦、1986年全面實施台灣新生兒B型肝炎疫苗接種，使原來成年人15-20%之B型肝炎帶原率降至目前之1%以下，使國人生命獲得極大保障，預計於2034年左右因B型肝炎導致之肝細胞癌會消失。陳定信教授與賴明陽教授等從臨床試驗證實以“Interferon α + Ribavirin”組合療法治療慢性C型肝炎病人，有相當高的治癒率（65%-85%），造福台灣數十萬慢性C型肝炎患者，也明顯減低C型肝炎病毒導致之肝細胞癌。本院肝炎研究團隊的研究成果非常豐富，國際知名。陳定信教授更因為培養優秀的後起之秀，包括陳培哲教授，高嘉宏教授與劉俊人教授，獲得美國肝病學會頒發傑出臨床教育家及導師獎。王德宏教授、林肇堂教授與吳明賢教授等釐清胃內幽門螺旋桿菌感染與胃癌發生之密切關聯，推動根除胃內幽門螺旋桿菌來預防胃癌之發生，台灣近年來胃癌的發生率已明顯逐年下降。近年更發表重要的臨床試驗結果於Lancet期刊。



宋瑞樓教授指導內視鏡檢查，為台灣引進腸胃道內視鏡檢查之先驅。



胸腔科

胸腔科在楊思標教授，陸坤泰教授，郭壽雄教授，楊泮池教授與余忠仁教授的帶領下，穩定成長。胸腔科包含的範疇廣泛，舉凡胸腔疾病的診斷、治療，結核病診治，呼吸治療與重症醫療專責照顧，以及睡眠醫學，皆包含在內。楊泮池教授為應用超音波於胸腔疾病的開拓者，本院胸腔科在此一領域為國內外的翹楚，發表無數論文。臺大醫院胸腔腫瘤多專科診療團隊在肺癌的治療水準，獲得世界的肯定。並參與許多新藥的發展與臨床試驗，成功的讓新藥領先全球上市。團隊並致力於國人肺癌之分子致病機轉，以楊泮池教授為核心，研究團隊探討新的致癌基因、抑癌基因、癌轉移及侵犯基因，與血管新生相關因子的研究，發表於 *New England Journal of Medicine*, *Cancer Cell*, *Journal of Clinical Oncology*, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 等重要國際期刊。肺結核的診斷、治療與防制在台灣一直是重要的議題。延續楊思標教授及陸坤泰教授的努力，目前在李麗娜教授與王振源副教授領導的團隊建立完整肺結核資料庫，已有數十篇研究成果，對於台灣的肺結核有卓越的貢獻。余忠仁教授也成立台灣慢性阻塞性肺病的臨床試驗聯盟，結合國內9家醫學中心，共同在進行此重要疾病的臨床研究，包括流行病學，資料庫建立，以及國際臨床試驗。

感染科

傳染性疾病的防治為當前不容忽視的一環，再加上傳染無國界，所以國際防疫工作

更是日益重要，本部感染科在過去謝維銓教授帶領下，針對各項傳染性疾病的防治與公共衛生單位配合，開展台灣的流行病學及各項公共衛生措施，謝維銓教授亦為台灣醫院感染管制的先驅。隨後本科在張上淳教授的領導下，積極培養感染症及感染管制相關人才，在台灣屢次發生重大傳染病發生時，發揮其專長，有效遏止傳染病的擴散；並且對傳染病的處置，在最短時間內，領導達成國內專家共識，設置標準處理模式，讓傳染病的防治更有效率，使國人的生命財產獲得更好的保障。舉凡2002年至2003年爆發的SARS疫情、2009年的新型流感，乃至於2013年的H7N9流感與狂犬病疫情，本部感染科主任及各醫師皆在第一線擔任防止疫情發生或擴散的重要角色。張上淳教授亦擔任全國北區疫情指揮官，科內醫師如陳宜君教授及洪健清副教授等亦擔任行政院衛生福利部諮詢委員，以及多位醫師在本科接受完整訓練後至疾病管制署擔任防疫醫師，對保障國人之健康做出貢獻。我們最近也發表在台灣成功治療H7N9流感的經驗在國際重要期刊 *Lancet Infectious Disease*。

血液科

血液疾病中最常需要住院治療的急性白血病，成人以急性骨髓性白血病 (acute myeloid leukemia, AML) 最常見。儘管此病的存活率已經大幅提升，年老族群的病人預後仍有待提升。治療成功的關鍵是〔個人化的醫療〕以達到足夠的化療劑量同時又有最低的化療毒性。血癌團隊在過去十年以分析AML病人細胞中的各項基因突變，配合完



整的臨床資料、各項實驗室數據、與存活時間，歸納出各項基因突變在臨床表現與治療反應方面的特徵。這些結果可以用來預測病人的預後，幫助臨床醫師決定最恰當的治療策略。另一個〔個人化的醫療〕的重點是〔微量殘存疾病〕的偵測。在2007年即發展以常見的基因突變〔nucleophosmin, NPM1〕為標的、配合即時定量聚合酶鏈鎖反應以定量病人經化療或造血幹細胞移植後，體內的〔微量殘存疾病〕的量，是全球最早運用這個概念的研究團隊之一。這項指標已被證實是獨立的預後因子，應在不久的將來會成為修正治療策略的重要依據。血癌團隊也加入其他項目的檢驗與流式細胞儀來定量〔微量殘存疾病〕，目前已成為臨床檢驗的常規。血癌團隊在2009年榮獲由Myelodysplastic Syndrome Foundation所頒發之〔MDS Center of Excellence〕以表彰其在臨床方面給病人提供的優良照護水準。學術方面，過去十年發表了近90篇學術論文，其中多篇刊登於Blood、Leukemia、與Journal of Clinical Oncology等知名雜誌。另一個治療血液重大疾病的方式是造血幹細胞移植。本科移植團隊在1983、1993、與1995年分別完成台灣第一例骨髓移植、周邊造血幹細胞移植、與臍帶血移植。每年接受移植個案超過100例。累積至今已有2,000例移植個案，是全台最大的造血幹細胞移植中心。本團隊也參與國際性的臨床試驗，也有自行發起的臨床試驗研究，提供我們的病人更新的治療方式。

風濕免疫暨過敏科

風濕性及自體免疫疾病是一群慢性發炎

性的難治疾病。傳統上，都是以非特異性的抗風濕疾病修飾藥物（disease modifying anti-rheumatic drugs，簡稱DMARDs）或類固醇來治療。DMARDs的副作用大，而且必須治療1-3個月才會見效，類固醇的副作用及使用注意事項也不少。另外，有時也必須輔以症狀治療藥物，包括消炎止痛藥、肌肉鬆弛劑或止痛劑來治療，但是，其治療效果有時不是很理想。自2002年以後，抗腫瘤壞死因子的標靶治療觀念開始引進國內。之後，本科除了與國際同步進行了多種抗風濕及抗狼瘡的生物製劑的臨床試驗之外，也陸續引進新藥，為類風濕關節炎患者進行標靶治療，效果相當良好。至今本院已有6種抗風濕的生物製劑，包括：第一線藥物Enbrel、Humira、Simponi；第二線藥物MabThera、Actemra、Orencia。在風濕／免疫病的研究方面，已完成類風濕關節炎最重要的抗體anti-CCP的免疫活性研究，發表於傑出期刊。另外，對急性痛風性關節炎發作之後，如何緩解的分子機轉研究也發表於傑出期刊。主治醫師們也有多樣性的研究成果陸續發表中，期能對醫療界有所貢獻。

內分泌科

1970-1980年代臺大首先以細針穿刺細胞學，接著配合超音波，大幅提升甲狀腺結節腫診斷甲狀腺癌之正確率，減少許多不必要之開刀。之後開發TSH receptor antibody檢查，成為診斷及判斷Graves' disease預後的利器；對Graves' disease併發症如眼病變、皮膚病變之致病機轉的研究及策略治療都大幅改善Graves' disease病人之生活品質。



1980-1990年代提出鼻咽癌病人治療後引發腦垂腺低能症及甲狀腺低能症之早期診斷，也大幅改善鼻咽癌存活病人之生活品質。1990年代之後開始利用細胞生物學及分子生物學研究方法，進行疾病、基因與蛋白質功能之研究。在國家型基因體研究計畫支持下，找出人類特定基因與國人之胰島素阻抗及血中adioponectin濃度有關，此外國人第2型糖尿病全基因體掃描也有豐碩成果，提供致病機轉、未來治療及新藥開發重要參考。此外本科在adioponectin之遺傳學、臨床研究及分子生物學之研究，數年來被國內、外期刊論文引用超過1,000次，更突顯其重要性。同時在骨鬆症的治療方面也不斷引進新藥，使得國人髓骨骨折率近10年來年降2.7%，成效為全亞洲第一。由於內分泌新陳代謝疾病有很多是遺傳性疾病，因此2000年代以來，積極發展各種內分泌疾病之基因診斷如MEN-1、MEN-2、CAH、pseudohypoparathyroidism等，皆已進入臨床使用階段，陸續將開發新的基因診斷法以向醫療個人化邁進。

腎臟科

腎臟內科的發展，由陳萬裕教授、嚴濠鑫教授以及謝博生教授相繼領導下，由早期的物資和人力匱乏的時期，奠定了腎臟醫學的診治、研究和教學的根基。吸引全國各地醫療機構的醫師相繼來本科學習研究腎臟疾病。腎臟活體切片、血液透析、腹膜透析治療以及腎臟移植，都是全國最早開始的地方。此外，高血壓和電解質研究室的設立，發展腎素活性和皮質醛酮濃度的測定，對於診斷原發性皮質醛酮症有相當的歷史意義。

許輝吉教授致力發展腎臟病理學，也影響國內診斷腎臟疾病的水準。謝博生教授雖已經退休，但仍不斷鼓勵後輩除充實醫學知識與科技外，須自我反思，培養人文情操，其身教傳承，不言可喻。為使科內醫師更為融洽並提升生活品質，本科每年舉辦旅遊，並與外院同儕以運動培養情感。

由於腎臟醫療的業務增加快速，本科自1995年開始擴大訓練次專科住院醫師，平均每年約4~5位；訓練後考上腎臟專科醫師者達100%。這些醫師與本科仍有密切聯繫，並共同參與研究。目前本科有13位專任主治醫師，在臺大其他分院的腎臟科主治醫師，大都由本科訓練的醫師擔當，而多位本科主治醫師也承擔重要行政工作，包括總院副院長與教學部主任，分院院長、副院長與醫務秘書等。近五年來有三位主治醫師出國深造，並有三位完成博士班學位，成為本科研究的重要人才。雖然研究資源逐年爭取不易，但本科仍能維持40~50%的經費通過率，並朝向整合型計畫的爭取。在院內建立跨科系的平台，以團隊運作的模式，集思廣益，提升腎臟醫學之研究水準。這幾年主辦數次與腎臟疾病、高血壓等相關的國際研討會。藉此與國外機構和學者的合作更加密切和廣泛，包括哈佛大學附設醫院（Brigham and Women Hospital）、東京大學、京都大學等。在國內的合作有高雄醫學大學、台北榮總、長庚醫院、三總醫院等。期能使本科的研究和醫療提高國際能見度，並與世界接軌，貢獻台灣經驗。



一般醫學科及老年醫學科

一般內科的理念，乃是以病人為主體的全人醫療，可彌補目前過度重視檢查，卻忽略傳統醫療技能－問診和理學檢查－的缺失。在一般內科的努力推展下，希望在不久的將來，全人醫療的理念能徹底落實，並為全民提供高品質的服務。在教學方面，期望能集中菁英教師，特別規劃教學內容，開創教學典範，提升臨床教師之教學技巧、評估能力，以培育更多優秀的年輕醫師。一般醫療（primary care），是與「專科醫療」（specialty care）相對的名詞，前者主要的關注對象是個人和社區的整體健康，涵蓋疾病預防和健康促進。為了強化住院醫師的一般性基礎臨床診療技能，建立健保年代醫師的角色認知，配合我國醫療體系未來的需求，落實全人醫療的理念，非常有必要改進現行的住院醫師訓練制度。在「專科醫療訓練」之前，先加強「一般醫療」訓練。

為了提升國民健康及增進社會福祉，醫學教育與臨床服務結合是目前醫學發展的趨勢，而一般內科訓練在整合醫學教育與臨床服務中，扮演了關鍵性的角色。於1998年，臺大醫學院實行臨床醫學教育的改革開始推動二階段學程的新制度。為配合此項學程改變，內科開始成立一般醫學病房。2003年因SARS疫情暴露我國醫療體系及醫學教育體系多年的缺失，包括了教學醫院普遍重視業績而忽視教學、指導教師人數不夠而且教學熱誠不足、年輕醫師因教學訓練不足以致專業能力與醫病溝通皆表現不良、醫療執行的情境惡化使年輕醫師好逸惡勞等，背離「病人

利益優先」的傳統責任，嚴重威脅到醫療專業的價值。在這樣的背景下，衛生署提出重整臨床醫師養成訓練改革計畫，並與醫策會合作實施「畢業後一般醫學訓練計畫」，讓每位新進住院醫師均接受一般醫學訓練，其中內科部分皆於一般內科病房接受訓練，透過晨會、教學迴診、文獻研討會、病例討論會等方式指導PGY學員（各科住院醫師）學習各種常見內科疾病、症狀、心電圖，各種醫療影像判讀，同時也練習實證醫學方式來解決臨床醫療工作所面對的問題，以及學習實證臨床決策分析、病情及治療計畫解釋、病患照護之協調整合及病歷書寫等全面性能力，進而提升醫療品質。目前內科部有6個一般內科病房，並規劃15B為一般醫學示範病房，延攬數位主治醫師、專職總醫師、住院醫師、護理人員等組成團隊，共同參與一般內科之教學，強化全人醫療的學習環境。本科在研究方面，範圍廣及一般內科常見的疾病（包括糖尿病、高血脂等）與各醫師所專長的領域（包括職業醫學、老年醫學和腦血管等疾病）。

國內老年人口快速累增，其醫療照護為當前重要議題。許成仁教授數十年前即預知老年醫學之重要性，於民國71年成立「老年醫學會」，致力老年醫學之推展。在戴東原及李源德院長時期，陸續派遣不同領域之醫療工作人員出國進修老年醫學，厚植相關人才；民國93年北護醫院轉為臺大醫院分院，更設定為發展老年醫學與長期照護之重鎮。民國93至95年間，一般內科協助國家衛生研究院老年醫學組戴東原主任，於本院、北護



分院以及林口長庚醫院合辦「老年醫學次專科醫師訓練計畫」兩期，為國內各大醫院訓練老年醫學種子師資10餘名。95年8月在林芳郁院長支持下，一般內科協助老年醫學部成立，提供一個平台整合各種服務老人之專業人員，以利老年醫學的教學、服務與研究。老年醫學部推動之「全人全程整合式高齡照護服務模式」，於102年獲得國家服務品質標章之肯定。

臺大內科同仁近年來獲得的院內及院外獎項

一、院內獎項部分

1. 臺大醫院傑出研究獎：田蕙芬教授、施金元教授、侯信安醫師、周文堅教授。
2. 教學優異獎：陳明豐教授、朱宗信教授、賴凌平教授、吳寬墩教授、張上淳教授、鄭安理教授、蔡敦仁教授、陳宜君教授、曾芬郁醫師、高芷華醫師、黃聖懿醫師、郭炳宏醫師、洪健清醫師、鄭之助醫師、李宣書醫師、何奕倫醫師、章明珠醫師、古世基醫師、黃政文醫師、高芷華醫師、盛望徽醫師、何雅琦醫師、黃泰中醫師、蘇東弘醫師、羅一鈞醫師、謝松洲醫師等。
3. 教材優異獎：林肇堂教授、張天鈞教授、洪冠予教授、蔡偉醫師、張上淳教授、高嘉宏教授、賴凌平教授、洪健清醫師、朱宗信教授、何奕倫醫師、吳寬墩教授、黃政文醫師、黃瑞仁教授等。
4. 青杏醫學獎：分別有85學年度田蕙芬教授、95學年度賴凌平教授、97年度施金元教授及99學年度蔡佳醜醫師。

二、院外榮譽部分

1. 陳定信教授分別於2009獲頒歐洲肝臟學會國際肯定獎、2010獲得第十五屆日經亞洲賞科技技術獎、及2011年獲美國肝病學會頒發傑出臨床教育家及導師獎。
2. 2009年張上淳教授榮獲第七屆有庠獎醫療技術類傑出教授獎、方啟泰醫師獲得中華民國十大傑出青年獎。2010年劉俊人教授獲頒第八屆有庠科技獎生技醫藥類論文獎、田蕙芬教授榮獲第九屆有庠獎傑出教授獎。
3. 國科會傑出研究獎部分，2009年有林肇堂教授、莊立民教授及鄭安理教授獲獎；2012年有施金元醫師獲獎。
4. 2009年鄭安理教授榮獲行政院傑出科技貢獻獎。
5. 2011年宋瑞樓教授榮獲厚生基金會醫療奉獻獎。
6. 2010年張恬君醫師獲頒亞太華人糖尿病論壇青年研究獎，及2011年李弘元醫師最佳流行病學研究獎。
7. 2010年鄭安理教授、2012年莊立民教授分別榮獲第54屆及第56屆教育部生物及醫農科學類學術獎。
8. 2012年張上淳教授榮獲第八屆國家人力創新獎個人獎A+經理人獎。

21世紀的臺大內科

臺大內科這個品牌已經經營超過百年，為百年老店。由於前輩先賢和現職同仁的努力，臺大內科不論在學術、醫療、人文社會、及行政均有著卓越輝煌的成就，2013年眾所矚目的臺灣大學校長遴選結果揭曉，由



眾望所歸的臺大醫學院院長，也是內科資深教授的楊泮池出線擔任，並由本科張上淳教授與黃冠棠教授分別擔任臺大醫學院院長及臺大醫院院長。三位資深教授在醫療界與學術界均享有極高聲譽。相信在前輩的帶領下，臺大內科將繼續發揮現有的競爭優勢，紮實教學的確實執行，網羅優質人才、積極人力培養，使臺大內科確實成為引領台灣內科醫學的大本營、襄助臺大醫院成為亞洲第一的大學醫院，臺灣大學成為世界百大的目標。

回顧21世紀的內科經營版圖，已是深耕濁水溪以南，亦將觸角擴展至新北市努力播種與耕耘。臺大雲林分院為內科部另一個家，內科部指派資深主治醫師借調至雲林分院，指導分院內科住院醫師的臨床醫療技能，提升中南部在地的醫療品質，更於教學上積極支援分院教學體系與架構的建立，點亮臺大內科在雲林醫療教育的金字招牌。另外，內科也是兢兢業業，除維持總院內科的高品質醫療水準，更持續支援金山分院、新

竹分院、竹東分院與北護分院之醫療照護，為在地醫院建立起醫療上的第一道防線，為照顧地方民眾的健康盡一己之力。

在醫學生訓練方面，除了臨床醫療技能上的不斷督導與訓練，對於衛生署推動執行的『畢業後綜合臨床醫學訓練』（簡稱PGY），臺大內科部更是站在火線上，預先規劃人力草案，降低推動訓練計畫產生的人力衝擊，妥善安排未來進入專科訓練的因應時程與相關計畫，協助台灣醫學教育於轉型時達到最高效能，順利銜接各領域之專科訓練。另外，教育訓練總住院醫師，使他們在教學、研究、服務和行政管理的科務運作上，確實成為優秀的經理人。

由於醫學的進展十分快速，除照護病人之外，內科醫師對醫學創新之研究與發展亦不遺餘力，從不間斷。2012年共計發表了459篇研究論文，其中有456篇刊登在SCI期刊，更有15篇論文之IF值高達15分以上，顯見朝向質量並重的研究走向。2012年新增的國科會研究計畫亦有60件，還有其他機構下執行的研究計畫，交出亮麗的研究績效。對於國民健康的促進，內科醫師更是全力投入，於媒體發表衛教宣導文章，積極參與醫療政策的制定，善盡對社會的責任與醫療者的影響力。21世紀的內科，將持續秉持著醫療奉獻的心，期許全體內科同仁給予社會更高品質的醫療技術與照護，並傳承內科歷年來教學、研究與服務的精神，繼續努力，創新求變。



內科部全體同仁合照（2008年）



典範人物介紹—宋瑞樓教授

宋瑞樓教授是備受世人敬仰的好老師、好醫師，在肝臟方面的研究成果受到國際認定，堪稱台灣醫學界近代的巨擘。而在教育方面，宋教授更有其獨特的教學方式。當有問題跟他請教時，他總是不厭其煩地一起討論。最叫學生感念的是他會不斷地提出問題引導學生思考，然後找出答案，解決病人的問題。我在臺大醫院擔任實習醫師及住院醫師訓練期間，當時已經退休的宋教授仍持續每週給我們床邊教學，指導我們以病人為中心的醫療照護，包括病史詢問（例如幾碗飯？飯分大小碗，裝幾分滿；幾杯酒？什麼酒？大小杯？不同酒種酒精濃度不相同）與身體診查等。後來有幸進入胃腸肝膽學科研習，在各種學術場合更見證了他對醫學教育的熱忱與執著，常提出改進臨床教育的理想。除了教學、研究及醫學教育之外，宋教授對台灣醫療環境也非常關心，深信培育人才是造福病人最好的方法。此一專輯僅簡略介紹宋教授的生平事跡以及過去十年間他對國內醫學教育及醫療制度的感想與建言。

參考資料：

1. 宋瑞樓教授生平事略—陳定信教授於本年8月3日宋瑞樓教授學術基金會第27屆學術演講會議懷念宋瑞樓前董事長之簡介
 2. 宋教授近十年刊於“宋瑞樓教授學術基金會會訊”中，所寫有關台灣醫學教育與醫療制度的感想與建議。
- (1) 醫學教育待改進的問題（2005.8.2）

- (2) 對醫學教育改進的期望（2006.8.2）
- (3) 醫療網、家庭醫師制度暨轉診制度之研議（2007.8.2）
3. 宋教授追思文集中，學生們對老師的感言（轉載自“大樹長青”，和信醫院文教部）
4. 宋教授相片集



宋瑞樓教授80大壽



攝於2011年7月12日宋瑞樓教授學術基金會董事會議



宋瑞樓前董事長生平事略

- 1917 出生於新竹竹東
父宋燕貽為公醫，母宋邱金妹
- 1930 13歲 小學畢業，考上新竹中學
- 1935 18歲 考入台北高等學校
- 1938 21歲 進入台北帝國大學醫學部
- 1941 24歲 二次大戰開始，提早畢業
- 1942 25歲 台北帝大醫學部第三內科副手
- 1943 26歲 澤田教授在日本消化醫學總會報告「澤田·宋·昇汞反應」為其生平第一個研究
- 1945 28歲 國立臺灣大學成立
- 1946 29歲 任國立臺灣大學助教，後升任講師
父逝
- 1948 31歲 與吳芳英結婚
- 1950 33歲 升任臺大醫學院內科副教授
- 1953 36歲 赴美國芝加哥大學醫學中心及杜克大學醫學院進修
- 1954 37歲 完成台灣首例人體胃部檢查
首次進行Vim Silverman肝臟管針切片
- 1955 38歲 升任臺大醫學院內科教授
- 1982 65歲 當選中央研究院院士，為以臨床研究當選之第一位
- 1983 66歲 任臺大臨床醫學中心主任，中央研究院評議員，台灣醫學會理事長
- 1987 70歲 獲頒衛生署「貳等衛生獎章」
自臺大醫學院退休
宋瑞樓教授學術基金會成立
- 1990 73歲 成立辜公亮基金會孫逸仙治癌中

心醫院任院長

- 1994 77歲 獲頒衛生署「壹等衛生獎章」
- 1996 79歲 任國家衛生研究院論壇總召集人
- 1997 80歲 自孫逸仙治癌中心醫院榮退
任榮譽院長
- 2001 84歲 獲頒第一屆總統科學獎
- 2012 95歲 辭宋瑞樓教授學術基金會董事長
轉任董事
- 2013 96歲 五月二十六日逝世

宋瑞樓教授的貢獻

教學

在杏壇長達67年，作育英才無數，尤以小組互動式臨床教學最具特色。

研究

在肝功能生化學檢查，肝病（尤其是B型肝炎）之預防及診斷與治療，皆有重大的貢獻。

服務

在臺大醫院服務45年（由25歲至70歲）出任國科會與教育部多項重要委員會委員。衛生署肝炎防治委員會主任委員。和信治癌中心醫院創院院長。

宋教授針對台灣醫學教育與醫療制度的感想與建議

醫學教育待改進的問題

現在的醫學教育急待改進，不但需要改進醫學教育之外，需要改進醫學士前的教育及民眾、民意代表、教育部、衛生機關、健保局及其餘官員與醫療人員對醫療之品質，經濟效益、人力效益之重要性之了解。因此非常不容易，期望醫療界，特別是醫師界急



設法費心研議下列之問題：

1. 【修改國民教育】：改以啟發式培育，讓學習者能自發的提升理解、觀察、判定、表達、溝通及應用之能力，提升理念及嗜好包括文化、音樂、運動及優點而修改缺點。
2. 【修改醫療生態】：包括成立功能性、可近性而普及型的醫療網，轉診制度，家庭醫師制度，群體診療，修改醫療給付之範圍與項目及支付辦法，依確保醫療品質之理念之下納入專業費及評估品質之費用，而以成本計算。
3. 【改進教師的理念，教育目標，執行辦法及評估方法】：基礎醫學的老師應多了解臨床醫學，透過教學盡力要學生覺得學到人之生理及病理相關的問題。臨床老師不單透過教學，還把自己之診療，病人照顧之實情及病歷紀錄當為學生學習之典範。並且不但要學生學習診斷、治療、病人之照顧及醫學倫理，還要學生能應用生物醫學科學（基礎醫學）及流行病學的知識，了解身心異常的發病機轉及病因。
4. 【改進入學甄審辦法】：以筆試、高中老師及本人提供之資料及面試來辦理，要具有面試能力的老師把高中老師及學生提供之資料當為參考資料執行面試。
5. 【修改醫學生之教育法】：設立公認的目標而改以啟發式的教育法培養能自發思考而學到解決疑問的人才。而研議修改課程，設法盡早讓醫學生有機會與病人接觸而接下實習診斷法，讓學生能於第五年開始經實習學習診療、照顧病人，因為臨床

醫學只「經行才可學」。診療的對象是病人所有的身心異常，不只是一種病。要「一般內科專科醫師」與「內科次專科醫師」及其他專科醫師別忘要培育學生時，是要培育醫師，要培育住院醫師時，是要培育專科醫師，需要經行而學，所以需要提早讓學生實習。

6. 【修改醫學院及醫院成立之條件】：需要具有愛心及上進心的優秀的教師及優秀的住院醫師培育制度及住院醫師。世界一流的醫院有不少的是只有400床，但是需要好心人的捐款才能成立。醫學之發達使醫療分科，分次專科，但是需要合作才可發揮效益，因此1,200床以上的醫院，病床越多其品質越降低。特別是大的醫院建立應在醫療網成立之理念下，儘快擬訂建立地點方案。醫院除了特別目的設立，像精神科醫院及產科醫院都要是綜合醫院。
7. 【提升住院醫師訓育制度】：應修改其住院醫師的定位，不是助理而是專科醫師之候選人，但是已經是醫師。住院醫師之培育是政府委託教學醫院執行，因此其經費政府應提供。基本的培育醫院為了學習可能要複數醫院。但是教育醫院只於教學病房才有住院醫師。
8. 【成立次專科醫師制度而修改培育辦法】：夠醫療水準的國家要有次專科醫師制度，台灣早於1950年代就開始有次專科醫師，但是衛生署不認定其存在，應正式成立本制度，並且委託適當的醫院培育，所以應提供其經費。但是不對的是在台灣之大醫院內科病房都分次專科，而且次專



科醫師忘記自己是內科專科醫師，教學不教病人所有的身心疾病而只教次專科的某一疾病，急待修改。

9. 【推算各領域所需醫師名額，藉之擬定醫學生名額】：但是教師不足之現況下，暫停止增加醫學院。
10. 【修改醫學會之管理辦法及成立醫學會之系統】：為了醫學會品質，要尋找領導人物，透過成立提名委員會及甄審委員會來辦理。學會應成立「次屆理事長」制度，藉之有連繫性。醫學會間應有連帶關係，有共識的目標及準則，同一性質的學會不要有複數，像中華醫學會及中華民國台灣醫學會。
11. 【成立專科護理師制度及手術技術員制度】：為了提升醫師人力之效益而成立。
12. 【擬定醫藥分工之策略】：醫師開藥後，經藥劑師（臨床藥學之專家）評鑑後發藥，可提升藥物治療之安全性。但是需要提升藥劑師的臨床藥師之教育。
13. 【修改醫療行為之刑事責任】：醫師是與法官一樣是人，執行任務時會有犯錯的機會，需要法官及民眾明瞭這種可能性之存在。
14. 【提升人民之素養】：提升民眾、政治家、全民健保、衛生署、教育部及醫院董事會了解醫療品質及醫師教育對提升醫療績效及經濟效益之重要性。

對醫學教育改進之期望

在這篇文章所敘述的內容可能部分以前已經發表過，為了記述本題目，我需要應用它。

我是在日本政府設立的台北帝國大學醫學部，以學生的身份學醫四年。第一年學解剖學，很高興經聽課學到人的器官及器官之關聯及其組織，加上實習更了解骨頭與肌肉及其間之關連。實習時四位學生解剖一具屍體的肌肉。有一次老師來而問解剖臉部的肌肉的學生，「親吻時要用哪一些肌肉？」這個質問，強烈啟發我的腦的思考功能中心，覺得很差勁沒有要了解器官及組織的功能。想要學「腦的功能」，去請問老師有無機會？老師說可以，而給予本人有機會利用寒假觀察腦，且邊看書，一起學其功能。期末考有兩題，其中一題是「馬耳東風以解剖學解釋」，我可正確的回答。

第二年之下學期臨床診斷及實習，學「問診」及「理學檢查」。第三年開始上午在課堂聽課後，四人一組在內科或外科「初診門診」，一個人診療一位初診病人，診察並記錄病例完後，教授來時個別向教授報告，教授會利用這個病人來教我們，以啟發式的方法，要我們思考而自發的去學習。我們一組第一次赴第一外科（外科有兩個科）初診門診學習，第一位病人是從樓梯滾下去。教授問報告的同學，樓梯有幾階，同學不能回答，繼下自第幾階滾下去？是背部滑下去或腹部在下面滑下去？手有無碰到牆壁？頭有無碰底面？好運！第一次初診門診的實習，才真正讓我了解「問診之功能及方法」。在三年及四年級的「初診門診實習」學到不少病人不會提供病史之資料或會提供不正確的資料，因此，問診時應要設法了解病人的能力、記憶力、表達能力，不然會獲



得不正確的病史而引起誤診。當時內科有三個講座，因此有三個內科。各講座有一位教授是科主任。第三內科之主任澤田藤一郎教授，看診時會多花時間去了解病人，而透過衛教使病人變成聰明的病人。德國這種病人照顧，稱為「口療」，而多執行「口療」的醫師不被認為是良醫，所以學德國醫學的日本醫師也同樣認同。但我雖然是學生並不同意，而畢業後選第三內科進修的理由之一是敬佩澤田教授之這種診療法。

1953年赴美進修時學到在美國醫學院是大學畢業後進去，而要學四年，第三及第四年之醫學生，要在「門診」之外還要在「病房實習」，「病房實習」(clerkship)才是學醫的最重要的課程。

美援派來台灣之顧問，杜克大學醫學院院長建議，台灣的醫學院課程為了提升品質，應該要修改。1953年我獲得機會赴美進修，1954年我回國後，臺大醫學院決定要修改課程，臨床部分由內科主任蔡錫琴教授主持，主任要我擬案，所以當時建議要讓五年級、六年級醫學生加「病房實習」。但是老師沒有將「填鴨式教學」改為「啟發式教學」，不會提高評估學生之能力，而繼續以「評分」來表達評估，不以「評語」，讓學生了解自己之能力應提昇之處，不會讓學生依「自發的學習」提高學識、理解、判斷、應用、表達、溝通等能力，找疑問而解決問題之能力。此外，為了執行醫學生在病房的「病房實習」必須要有好的「住院醫師制度」及「住院醫師」。他們的學習法是與醫學生之不同，不是只以「行而學」還要

以「教而學」來學習。他們不是醫院的職員，而是「專科醫師」之候選人，也是醫學生的助教或講師。他們教的對象，就是「clerk」，但是他們沒有經驗，沒有榜樣，結果不會「教而學」。結果「病房實習」變成「病房見習」。

美國早就繼續提昇醫學教育，第一年就開始讓醫學生一個星期撥半天在教師及護理師指導之下，與病人接觸，了解病人的心理及期望，學習照顧病人，一段時期後加上學習「問病史」。第二年時，再加半天，加上學習「物理學的身體檢查」，讓第三年可開始「門診及病房實習」，學習醫療病人照顧，更寬、更深，結果，四年畢業而考核通過就可獲得醫師證書，不必擔任「實習醫師」就可擔任「住院醫師」。因為，住院醫師早就非整年住在醫院，所以改稱呼為「畢業後第I年(PGY I)」、「PGY II」、「PGY III」等。

期望我國的醫學教育要改進，加強一般內科，修改培育及學習之理念及辦法，要其次專科醫師別忘同時繼續是內科醫師，加強醫學生之學習，像美國可不必擔任「實習醫師(Intern)」。

醫療網、家庭醫師制度暨轉診制度之研議

為提升醫療效益、人力效益、績效及經濟效益，要把現有的診療及預防法、人力及經費在為了提升醫療品質之理念下，用到刀口上，建立功能性及可近性之醫療網、家庭醫師制度及轉診制度。

為了依提供夠水準之理念下，提高醫



療效益，水準及經濟效益，要把醫療人力及設備有效的使用，應設立功能性及可近性的『醫療網』，而落實『家庭醫師制度』及『轉診制度』，藉之有效的使用人力、設備、經費等醫療資源。

衛生署自七十五年度開始執行『醫療保健計畫-籌建醫療網計畫』至八十九年六月間，以建立區域醫療網及分級醫療作業制度，醫療網計畫將台灣地區劃分為十七個醫療區域，以『行政區域』為單位規劃醫療人力與設施，每一地區由是縣市政府及衛生局管理。但是沒有執行家庭醫師制度及轉診制度而沒有設立醫療網。

初期步驟執行方式

1. 醫療網及轉診制度之先遣示範試驗

國家衛生研究院論壇之醫療人員及醫療制度於民國87年（1998年）提案研議，於89年（2000年）完成之『提升醫療人員培育與醫療制度之先遣示範試驗』當為指引之藍本，由醫學中心與中央健康保險局研商立案，成立『醫療網及轉診制度先遣示範試驗』之『示範單位（該中心內的小型醫院）』，醫療給付及支付之修改之下，執行家庭醫師制度，轉診制度及醫療網之先遣示範試驗，提供資料讓醫療界，政府，民意代表及民眾瞭解有另一種對台灣醫療更具有提昇品質效益之醫療制度。

該先遣示範試驗應同時成立有關醫療品質、績效及經濟與人力效益之評估單位，以提供醫療機構及政府相關單位，評估本先遣示範試驗之成效，亦可作為提供修改示範試驗方案或設立新方案之參考資料。

2. 執行調查示範試驗之成效彙整調查資料作為修改試驗方案之參考，成立專責小組研議執行方案。
3. 參與單位：醫療機構、中央健康保險局、衛生署、政府相關官員及民眾等。

預期困難

施行革新醫療網及轉診制度可預期會帶來下列之困難：

1. 醫學中心，區域醫院及地區醫院之困擾若設置醫療網而執行轉診制度，第一線、第二線及第三線醫療機構，仍是家庭醫師、地區醫院、區域醫院及醫學中心，特別後兩項醫院、門診病人數會大減，因而需要裁減人力及關閉不少之門診，停止使用部分設備，造成醫院收入大減之外，發生財物損失，政府會不會補償？
這些醫療機構面對突如其來之革新制度，其醫院如何持續經營，而全民健保會不會，且能不能依據醫療品質而加以重視專業費之理念下，以成本計算之下，修改現行給付及支付？擬行的醫療網及轉診制度之具體方案呢？有無轉換制度之分段式企畫？
2. 其病床少於三十床位之小型醫院之困擾
偏遠且交通不方便地區可能仍需要此類醫院。那麼在其他地區之小型醫院在醫療網要擔任何種角色？
醫院除了精神科醫院產科醫院（不是婦產科醫院）及偏遠地區之小型醫院外，醫院都要綜合醫院。
3. 專科及次專科醫診所
只診療會診或轉診病人，其營運收入是否



足夠維持經營？如何發揮其專才？

4. 放射科及臨床病理檢驗所

若改制，現有此類之醫療設備，要擔任扮演怎麼樣的角色？將來是否繼續存立？

對放射科醫師，書面轉診醫療資料是否足夠讓他瞭解病人之病情及被轉診的目的？在無直接與轉診醫師溝通之機會，可否給予正確適當的診斷？

如果發生誤診，誰要負法律責任？

5. 家庭科醫師及家庭醫學會之困擾

家庭醫師之培育是在門診施行同宿的一家人的疾病的全人的診斷治療、預防等醫療的照顧，而對全家人疾病預防教育。但是現在的辦法是透過個人病人之醫療照顧而施行。為了培育還需要在社區診所受訓，但是有多少社區診所醫師可擔任教師。為了培育還需要在教學醫院病房受訓，特別是要在一般內科病房受訓，但現在台灣內科病房培育是次專科為主，又不是全人照顧。

需多少年後才能培育談台灣需要的持有家庭醫師能力的醫師人數？

可否把病人送至開業的放射線及檢驗所作檢驗？家庭醫師能利用此檢驗結果作出正確診斷？如果誤診，其法律上之職責由誰承擔？

而在醫藥分工（合作）後，其收入能否維持診所經營？對其轉介至第二線和第三線醫療機構的病人會不會回來尋求醫療照顧？

6. 民眾之困擾

全民健保的規定，讓病人可隨時、隨意、

隨地尋找想要找的醫師，而可取得藥物，現有之醫療制度使接近百分之七十的民眾滿意。現想要改革此項制度，每次都要找特約定之家庭醫師就醫，多數民眾會對此項新改革制度可能出現極度反彈，因為對每次可以直接找相關學科之專科或次專科醫師兼具有檢驗設備之醫院，要他們改找家庭醫師，如何設法使民眾了解要如此修改。

7. 中央健康保險局，衛生署及相關政府單位之困擾為針對施行本提案中央健康保險局如何修改醫療給付及支付？如何設定修改具體方案及改革步驟？如何賠償因革新體制引起的損失？

最後要強調為了要成立醫療網及轉診制度，不可只設定原則，必須要有具體的方案，必須於有試辦中的評估方案以定期及不定期之評估，尋找需要修改的問題，而設法修改。

宋教授追思文集中學生對老師的感言 床邊教學的最佳典範

雖然是97歲的高壽，宋瑞樓教授的辭世，還是讓我們門生極為悲痛。宋教授一直是臺大消化系內科之大家長、也是台灣醫界Charisma，我們心中永遠懷念他。

台灣消化系內科自1939年起步。台北帝大（臺灣大學）於1928年創校，醫學部（醫學院）則是1936年成立，而內科第3講座（消化系內科）於1939年5月開講。宋教授是第5屆主任，在其之前有4位主任，戰前兩位為日本人，戰後兩位是台灣人。他們任期都很短



暫。第一任的澤田藤一郎教授是宋教授的老師，宋教授的辦公室陳列有他的掛像。第四任主任的許強教授於1950年5月13日因白色恐怖事件被抓，此後40年，即由宋教授領導臺大消化系內科。因此，臺大消化系內科累積的績業皆歸功於宋教授之辛勞經營。

一般的大學醫院醫師皆負有三項任務：醫學研究、醫學教育及醫療服務。宋教授是第一位中央研究院院士的臨床醫師，也是指導最多年輕醫師從事研究的好老師。

宋教授對台灣醫學教育的貢獻更是成就卓著，他留給我們許多醫學教育相關的著作，多年來，他的Bed side teaching一直是臺大消化系內科的最佳典範。年輕醫師及醫學生都很喜歡他的教學方法，也擔心不小心會被「電」。

宋教授也是對病人最親切、診療最認真的好醫師，他對初診病人花30分鐘、複診病人用10分鐘，我常看到他不厭其煩地對病人說明病情，非常佩服他認真的診察態度。

我相信台灣有許多優良醫師，但能夠像宋教授一樣在研究、教學、服務三方面都臻於至善的臨床醫師，恐怕絕無僅有。

97歲的高齡，即使學生衷心希望他繼續再指導我們，也不敢讓他老人家再勞苦、煩心。宋教授請您安息。

(王德宏)

受教於台灣的Sir Osler

宋瑞樓院士走完他豐富的一生，令人百感交集思緒翻騰，大師一生為人、行事、成就和貢獻舉國尊崇自不待言，對臺大醫學系校友而言，藉以認識宋教授而津津樂道、

又敬愛又畏怯的，則是每個星期四上午在臺大醫院舊址四西病房的教學迴診，我特別幸運，除了這每週一次的心靈饗宴之外，自1969年以來我有三段截然不同的一對一親炙宋教授教澤的機運，終生受用不盡。

內科第一年住院醫師下半年奉派到病理科半年，除了病理訓練之外，最重要的任務是遇有病理檢查的內科病例討論會回去報告病理檢查結果，那時內科送檢最多的是肝生檢和淋巴腺檢體，忘了被規定還是主動，遇有肝生檢病例討論前，要到宋教授研究室和他一起看片子領教，那時我才真正感受到什麼是「望之儼然，即之也溫」，宋教授的肝臟病理功力深厚大多一目了然，但仍親切地為小R1詳細解說，遇有難決則立刻翻閱參考書，再不就要我去看某某人在那一年某期刊上的論文，這樣的一對一鉅細靡遺的深入教學，小R1何其幸運！

1970年底內科第三年住院醫師將進入下半年，某天在臺大醫院中央走廊與宋教授迎面相遇，宋教授把我叫到窗邊說「廖醫師，有沒有興趣跟我做研究？」啊！受寵若驚！不假思索稱是，接著他說「你去過病理，就從病理確診的肝癌病例做起！」。就這樣沒有其他交代，我開始讀文獻、查病歷、作記錄摸索著進行，偶再碰到時，他會丟下一句「有多少病例？有肝硬化的佔多少？」或「病人都有作HAA（現HBsAg）吧！血清要留著凍起來！」之類關鍵性的「提醒」，就這樣，研究的方向與輪廓慢慢清晰起來。幾個月後施炳麟醫師要移民美國，宋教授要他把實驗方法教我並接他的實驗與檢驗工作，



等到我總醫師作完正式進入老師門下後，除了實驗室工作外，宋教授向病理科借了一大批慢性肝炎病人肝生檢的玻片，印了一疊密密麻麻的「肝炎病理記錄表」，把每一病例的病理發現記錄完全得花半小時以上，只能利用晚上用宋教授研究室的顯微鏡加班，結果再和臨床、血清比對。一個段落有了結果，要寫成論文，又是一個摸索的大工程，好不容易完成的論文被宋老師用藍筆、紅筆塗改挪移，改得面目全非，但變得理路分明流暢起來，就這樣提綱契領但扎實地鋪陳了我的研究初軌，也學會了寫醫學論文。

1974年夏，年少輕狂，羽毛未豐的我在「當代醫學」創刊不到一年時執意離開臺大醫院，只得依依不捨地離開學功三年的師門，把工作、記錄、檢體等全盤交給師弟陳定信院士後，帶著老師的錦囊妙計：一個是他常掛在嘴邊的「要關心病人、不斷讀書、對病人／病要有研究心」，第二個是「血清要留起來冷凍保存」，第三個是「確實診斷、追蹤病情發展」，先去榮民總醫院，最後落腳長庚醫院。不在師門當然不時遇到難題，起初硬著頭皮回去請教，沒想到宋教授待我如昔還比以前更加溫暖親切，很快地讓我賓至如歸比較敢和他親近，一有難決就去請教，包括可不可以從榮總轉到長庚？可不可以直接做上消化道內視鏡取代X光檢查？該不該接亞太肝病學會會長？舉辦國際性肝病研討會也請他當顧問敲定演講外賓名單等等，宋教授都是有求必應，指點迷津。他從臺大榮退後，還請他每星期五到林口長庚醫院教學，讓我的學生成為他的徒孫分享他的

教澤。師門之外享受這種溫馨的師徒關係達40年，何其幸運！

Sir William Osler大概是20世紀最了不起的臨床家與醫學教育家，從前述三段因材施教的親身受教經驗和1968年以來我所目睹宋教授為醫學、為社會所貢獻的心力，加上他堅守醫學原理原則身體力行寫下的無形台灣版〈Principle and Practice of Medicine〉，深深覺得他堪稱是台灣的Sir Osler！如今哲人已遠，懷念大師之道，其唯滿台桃李傳承教澤、典範，永續他的志業。

（廖運範）

唐吉訶德的精神

2013年5月27日上午間接得知恩師宋瑞樓教授於26日清晨辭世，近幾年來看到先生健康日益衰退，雖然知道這一天早晚會到來，頓時心中仍是一片空白，回神後仍有萬分不捨。

我與先生的接觸，若從醫學生時算起，已逾五十年，若從我決定以消化內科為次專科算起也近五十年，關係匪淺。我22歲喪父，而進入臺大內科後，先生待我如子，所以他的辭世對我而言，彷彿有再次喪父之痛，不可言喻。

我當醫學生和住院醫師時，由於先生相當嚴格，臨床上對病人的觀察和處理常常一問再問，一直要問到底。因此，老實說有點「敬而遠之」，只是事後回想他所問的問題，真的很有意義，而且每次請教他，所得到的答案都很有道理，就算是沒有答案，他也會告訴你，困難在那裡。所以在R3內科訓練快結束時，我就選定消化內科（胃腸肝



膽胰) 做為次專科, 又由於先父是因肝癌過世, 進而選擇肝臟作為研究主題, 這正好是先生的興趣所在。因此, 從CR起就與先生有更多互動, 獲益良多。兼任主治醫師時, 為了改善B型肝炎表面抗原檢測的敏感度和對此一抗原的亞型鑑定, 先生特別安排我去東京的日本國立癌症中心研究所西岡久壽彌教授的實驗室進修四個月, 大幅提升臺大的研究能力, 其後我們也發表了好幾篇論文, 更加了解B型肝炎對台灣人的危害, 而後我們的研究就遇到瓶頸, 亟待突破。1978年美國國家衛生研究院肝炎病毒組主任卜賽爾 (Robert Purcell) 正好來訪, 先生和我與卜賽爾見面後不久, 便安排我赴美進修, 擬以分子生物學方法來研究B型肝炎病毒和肝細胞癌的關係。1979年秋赴美國NIH, 以臺大8位病人的肝癌組織進行B型肝炎病毒基因嵌入宿主肝癌細胞基因的研究, 期間曾以書信向先生陳述, 分子生物學對臨床研究的必要性。1980年返台後當面再向先生報告, 獲得全力支持, 而後經臺大醫院同意將檢驗大樓七樓的保管組物品倉庫改為實驗室, 迄今逾30年, 足證先生之遠見。

先生1987年自臺大退休後轉任和信治癌中心醫院院長, 筆路藍縷, 先借用台北市立仁愛醫院樓層成立病房, 服務病患, 而後再於關渡現址建立新院區, 為國內首創之癌症醫院, 在黃達夫執行長之協助下, 漸成氣候, 已成為國內癌症診治之重鎮。期間先生每週仍回臺大對醫學生做病房教學, 且於我任臺大醫學院院長期間經常對醫學教育做出批評及建議, 可見醫學教育一直是先生的最

愛。近三年, 先生因體力漸衰, 雖極想繼續他一週一次在臺大的教學, 但實在力不從心, 不得已中斷。我於2007年8月卸任醫學院院長, 9月開學後就開始在病房進行每週一次的臨床教學, 傳承先生的旨意。晚年, 先生對全民健保也非常關心, 尤其關注健保對醫學教育和醫療品質的負面影響。一度甚至想說服健保局在臺大醫院設立教學病房, 可惜因為多重困難未竟全功, 但他對健保所帶來的影響仍然耿耿於懷, 一直沒放棄去改變它, 對這方面的執著令人動容。有一段時間我曾經跟他開玩笑說, 您真是有唐吉訶德的精神。

回顧我與先生過去半世紀的相處, 歷歷在目, 先生指導我, 使我從一個門外漢, 竟可以漸窺消化內科學的堂奧, 進而創造新知, 追求卓越, 何其有幸。雖然近年來先生甚少出現於臺大消化內科團隊, 但團隊成員都牢記先生的囑咐, 要善待病人、忠於研究、勤教後輩、這樣的旨意, 我們一定會傳承下去的。

安息吧, 宋教授!

(陳定信)

追求真相說真話

眾人皆知, 台灣數十年來最大的醫學及公共衛生成就之一, 應屬肝炎防治計畫的推行, 而恩師宋瑞樓教授, 正是吹起這場「肝炎聖戰」號角的大功臣。他一生成就、榮耀無數, 但他最令我們這些後輩難忘而懸念的, 是他彷彿像一本教科書, 我們藉由閱讀他、觀察他, 受教於他, 領略到了許多做人、做事、做學問及做一個良醫的道理。



記得約莫四十年前，那時擔任臺大醫院內科主任的宋P要我幫忙找一張病床，但宋P交代後，又叫住我：「如果你感到為難，就不要勉強。」後來我深深體會到，這便是宋P的风格；他極少請託別人，最怕帶給人壓力及麻煩，而且自律自持；對下屬、學生則體貼入微，凡事為人設想。

例如有一次，他為了論文的事，親自跑到地下室來找我；偏偏我不在，他沒交代要我回來即去面見，反而說他會再來。

後來，我第一次論文發表，不了解程序，有人告訴我：「交給宋P就可以了！」我以為正常流程如此，後來才知道：是宋P自掏腰包幫我付印，卻從未對我提起。

台灣的肝病研究蜚聲國際，這支研究團隊正是宋P一手建立的；他提拔後進，不遺餘力，總是給每個人最大發揮的空間。他教學常強調，真理只有一個，他自己說的不見得都對，師生相處，固然講求尊師重道，但是，做學問、追求真相，卻只能說真話、不必相讓。這分訓勉，在今日亦為人師的我看來，更能體會他的偉大情操及胸懷。

許多人好奇：這位國內醫學界的泰斗，是如何傳授弟子看病治病功夫？很少人知道，他教我們進這個領域最起碼的功夫，是用心觀察病人身上開始。他說，病人本身就是最好的教科書，病人的病情變化、診療的效果，往往都可以從病人身上甚至大便小解中找到答案；所以，不僅要視病猶親，甚至要感激病人給我們學習的機會。

感於肝病對國人健康所造成的威脅，1994年我有了成立肝病防治學術基金會的念頭，第一個就先求教宋P，他當下即表贊同，並爽快地答應擔任基金會的董事長。當我們一遇困難或瓶頸，總是第一個向他「求救」。宋P會先要求我們要有想法和對策，再幫我們分析利害得失，這樣的精神導師，讓我們年輕的後輩有了最大的學習及成長空間。

何其有幸，這輩子能有這樣的福分，領受宋P的傳道、授業、解惑；深深一鞠躬，告別恩師宋P，我心中永遠的典範。未來亦將秉持宋P一生奉獻於肝病醫學的堅持，致力於「消滅國病」！

（許金川）

此傳承專輯依2008年8月份醫學人文傳承講座由余忠仁主任、林俊立教授、楊培銘教授、黃天祥教授、余家利教授、田蕙芬教授、吳寬墩教授、施金元教授、嚴崇仁醫師、盛望徽醫師聯合整理。