

本土醫學家

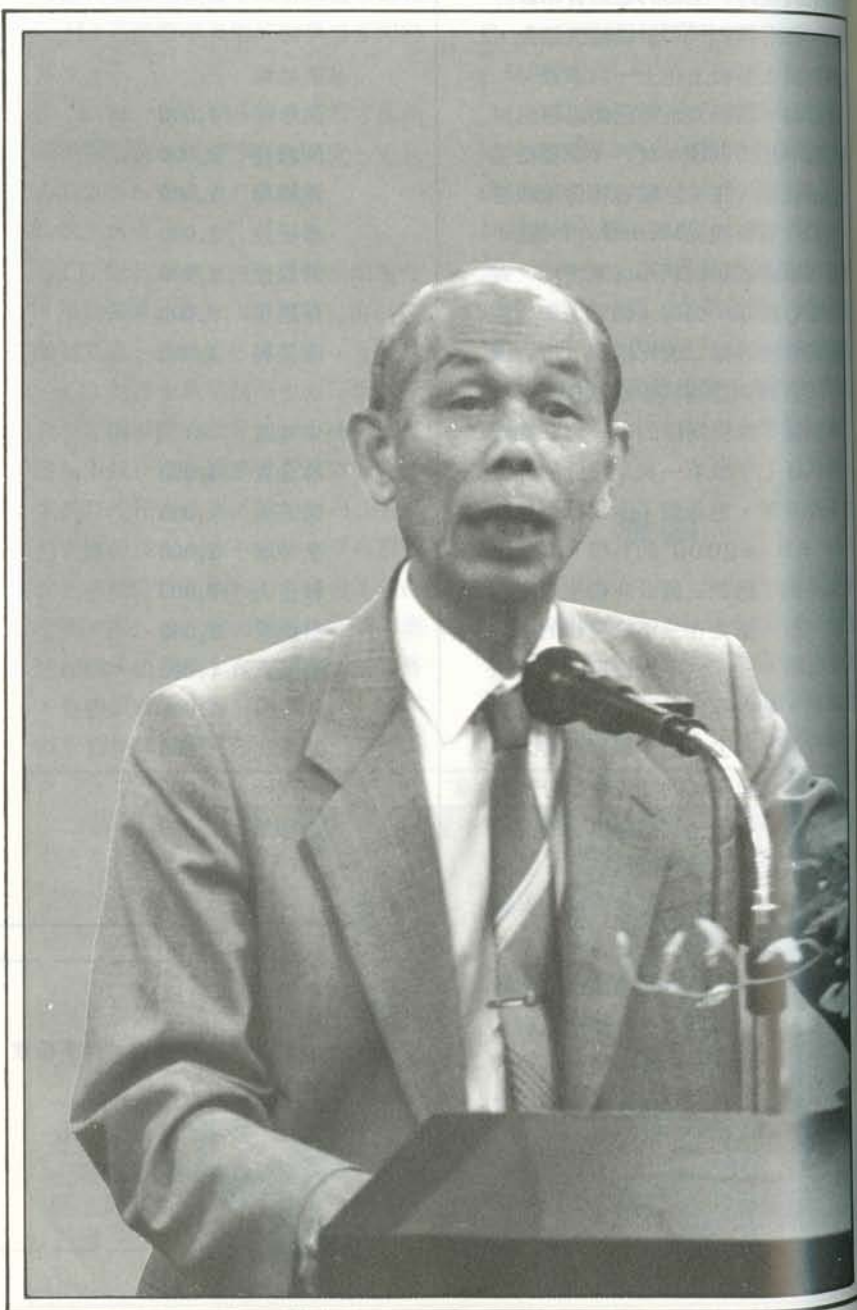
專訪宋瑞樓院士

——台灣肝臟學的巨人

通過聯考，成了醫學生的一員，彷彿一切都變得那麼地順理成章——基礎醫學，臨床醫學然後成為「懸壺濟世」的醫生；雖然偶而會有些小挫折，但我們總相信難關總會過去的。難道「成功」就這麼容易嗎？

「見賢思齊」，我們的前輩已留下許多輝煌的行蹟供我們追循；然而更可貴的是，有許多前輩在一切都比美日條件差的情形下，或提升國內的學術水準，或致力於國內的醫療行政，而揚名於國際醫學舞台。

「本土醫學家」這個專欄，我們將陸續介紹這些既具本土性又有國際性身分的醫學家。我們希望避開冗長的年代大事記，而寫出醫學家的個性與成功的要素，並將錄下他們對台灣醫學生的建言……。





前言

國內肝炎的防治工作，終於在今年有了突破性的發展，在行政院衛生署七十六年七月份起所推動的第二期B型肝炎防治五年計劃中，預計以二十五億元的經費，實施全國性的B型肝炎疫苗接種，最值得驕傲的是，我國已成為繼美法之後，全世界第三個能自製B型肝炎預防疫苗的國家。

究竟是誰在幕後推動，促成此一偉大工作的實現。除了兩位高瞻遠矚的政治家前行政院長孫運璿先生及政務委員李國鼎外，便是畢生奉獻臨床醫學研究尤其在消化系方面享有國際盛名的肝臟學權威宋瑞樓院士了。為了瞭解這位傑出的臨床醫學研究者是如何在他的領域默默耕耘，而對台灣人民的健康有劃時代貢獻，我們特地於一個初秋的傍晚，走訪了剛度過七十大壽從台大醫院榮退的宋瑞樓院士，俾能從這位本土醫學家的風範中擷取一些後輩醫學生所該學習的。

緣起—— 初秋訪宋教授

肝炎、肝硬化、肝癌在中國人中一向罹患率特別高，尤其在台灣，B型肝炎的帶原者比率之高，高居全世界之冠。而國內肝炎的防治工作在過去遲遲未有進展，一直停留在消極被動的治療階段；在預防方面，則付之厥如。然而，今年夏天，情況卻有了突破性的發展，在行政院衛生署於七十六年七月份起所推動的第二期B型肝炎防治五年計劃中，預計以二十五

億元的經費，實施全國性的B型肝炎疫苗接種。更值得一提的是，疫苗的來源，部分已由國內廠商與法國巴斯德研究所技術合作，生產國人自製的疫苗，使中華民國成為繼美法之後，全世界第三個能自製B型肝炎預防疫苗的國家。

究竟是誰在幕後盡力推動此一對中國人有劃時代貢獻的工作的實現？除了兩位高瞻遠矚的政治家，即前行政院長孫運璿先生及政務委員李國鼎先生的全力支持外，便是畢生獻身臨床醫學研究，並以其在研究肝炎方面的卓越成就，

於七十一年當選中央研究院院士的宋瑞樓教授，這是近年來國內從事臨床醫學研究，獲此殊榮的第一人。

宋氏非但於肝炎研究方面有驚人的發現，他也是內科消化系疾病的國際權威，早在民國五十一年就當選為世界消化系醫學組織研究委員會的一員。不僅如此，宋院士更是國內第一個引進胃腸內視鏡的人，對消化道各種潰瘍的早期診斷，居功厥偉。

宋院士畢業於日據時代的台北帝國大學醫學部（即現今國立台灣大學醫學院之前身）之後，便一直留在台大醫院研究與教學。四十年來，可謂遍地桃李，國內目前內科系的許多專家教授，都是宋院士凌厲的「高壓電」下的產物。宋氏他那一絲不苟，追究到底，卻又寬厚不失人性的獨特教學風格，使得學生們又敬又畏，卻又永遠感念。

面對這樣一位傑出的本土醫學大師，我們非常希望能夠知道他走上研究之路四十年的心路歷程，與中國人的大敵——肝炎病毒周旋三十年的經

過及未來展望，更重要的是，其對改革現今醫學教育體制的寶貴建議。為此，我們特地於初秋的一個涼夜，走進杭州南路的宋家大門，與一代大師作了一次面對面的接觸。

立志投身臨床研究 ——無怨無悔

宋瑞樓教授出生於醫生世家，父親為竹東鎮名醫。宋氏從小在耳濡目染的薰陶下，立定了繼承父業行醫的志向。民國二十六年入台北帝國大學醫部，三十年獲醫學士後，隨即進入台大醫院第三內科任副手（按：當時台大醫院的內科分為三個部門，而第三內科即專門針對腸胃系疾病加以治療）。當時醫師在台灣享有天之驕子的地位，大部分醫師均返鄉開業，惟獨宋教授卻放棄父親在家鄉的十多床醫院的規模，走上臨床研究之路。究竟是什麼因素，使宋氏有留在學術崗位的決心呢？關於這點，宋教授說：「當時在台大醫院內親身參與工作後，便感到越來越有興趣，而且深深體會到沒有研究，醫學就永遠沒有發展，不進則退。就是因為工作本身深深地吸引了我，便自然而然地走上臨床研究的路線，以致在三十六年先父過世時，家人、親戚一再希望我回去繼承父親的志業的情況下，我依然決心留在台大醫院，做我所該執著的研究工作。」

走上肝臟醫學領域

那麼，為何在眾多醫學領域中，宋教授會走入了肝臟醫學之路，並且



後來在這個領域中斐然成家呢？宋教授說：「當時醫學部長（今院長）的方針是訓練台灣人去醫療自己台灣同胞的疾病，因此十分注重與台灣風土有關疾病的研究。當時的肺病、胸腔疾病很多，腸胃病也不少。我在第三內科的澤田教授早年在日本時，便是專攻法醫學，尤其致力於肝臟的解毒方面。因此他給我的研究題目，多是肝功能方面，也因此，我自然地走上了肝臟研究之路。」

如何從B型肝炎到肝癌

為什麼B型肝炎被大家視為可怕的殺手？為什麼肝癌和B型肝炎有這麼大的關係？

我們請教了宋教授，請他述說B型肝炎和肝癌間的種種傳奇。

「當時我們看到了台大醫院很多肝癌的病人，都有肝硬化的病史，直覺地便猜到肝硬化可能是肝癌的前身。而且有許多肝硬化是原因不明的，也就是說不是由營養不良或酒精中毒而來的。那時候猜測可能是什麼毒素引起發炎而來的，但當時沒有找到什麼毒素。（ α -toxin（黃麴毒素）的發現是後來的事）。因此另一個可能由病毒性肝炎引致肝硬化。其實當時我們對種種病毒性肝炎的致病機轉並不是非常清楚。」

後來一九六五年美國學者布魯伯格（Blumberg）在澳洲土著的血腸裏發現了澳洲抗原。一九六八伯格和另外二位學者利用免疫血清擴散試驗證實了B型肝炎病毒的表面抗原便是澳洲抗原，另一方面經由反覆抽血試驗方式，查出一個人體內若有澳大利亞

抗原，即可證實此人為B型肝炎的帶原者。另外日本的京都大學也在此時提出了這方面的報告。

於是我們便開始從中國人的血清中試著找澳洲抗原，果然有所發現。因為早期我們白「問病史」的方式肝硬化的病人過去自覺得到肝炎的比例只有5~10%，因此有了血清學的方法能用偵測抗原、抗體是否存在，來推斷病人是否曾得肝炎毋寧是一個相當大的鼓舞。

當時人體的材料來源有限，因此我們便把抗原接種到兔子，從它的血清裏得到抗體。用這種方法偵測出急性肝炎患者25%有澳洲抗原，慢性肝炎患者則有40%帶原所以認為這方向沒錯。我們期待肝硬化及肝癌患者具有更高的比例，但是令人吃驚的是，比例卻降到6~13%當時真是非常失望。

後來日本發現用P.H.A（Passive Hemagglutination）來檢驗澳洲抗原。我們再度拿來應用發現肝癌、肝硬化者帶原率提高到60%，就才稍稍可以證明B型肝炎和肝癌的關聯性。後來R.I.A（radio immunoassay）發展成功，肝癌—肝硬化檢出帶原率更高達80%。當然還透過許多其它研究途徑及不少位醫學學者的投入，我們才稍稍明瞭B型肝炎及肝癌的致病機轉。」

藉B型肝炎研究 培育本土醫學人才

目前在台灣的肝炎疫苗預防注射已經實現，並且也已成功的自製出疫苗。這位台灣肝炎防治史上的最大功臣，對於台灣未來B型肝炎研究方向

，提出了極為獨到的看法，宋教授說：「我估計在幾年之內，由於肝炎疫苗預防注射的推廣，必能使台灣的水平感染減少很多。三十年後，等目前出生的這個group到不會生育的年齡為止，預計台灣就可以像目前的美國一樣，因感染的人很少，只有少部份人才會須要疫苗。目前我們可以好好利用這個病毒，在它還沒完全被消滅之前，拿它來作臨床醫學研究的材料。我建議要儘快成立研究所，利用台灣有較高密度肝炎人口的特性，好好去藉著研究此病來訓練一批人才，我們的終極目的並不只是為了要撲滅台灣的肝炎，因為在這方面我們大可直接引用國外研究的成果，何必自己辛苦地從頭來過。目前B型肝炎計劃的含意除了提高國民的健康品質外，更重要是藉這個相當特別的本土醫學素材來訓練人才，比如說陳定信醫師所從事的肝炎分子生物學計劃（註二）。還有和你們北醫合作的用中藥來加強病人對肝炎免疫力的計劃。我的意思是說肝炎防治計劃好似一批種子，藉此栽培出一個具有名科系專家科際整合的醫療團隊，並且在人才訓練好了之後，這個team可以轉移到其他新的疾病上，這樣醫學研究才能真正在台灣生根，而不是老跟在外國人後面研究，永遠不能建立真正屬於中國人自己的醫學成就。我真的很希望有一天能見到本土醫學的茁壯發展。」

地區公立醫院應負起 地方領導醫院的責任

宋教授同時還是教育部學術審議委員及中央研究院評議委員，因此我們話鋒一轉，請宋教授談談對目前醫



療體系及醫學生教育的看法。

宋教授表示：「假如要我去評判一個國家的醫療水準高不高，我不會去看少數一、二個大醫院，看的是各個基層醫院的平均醫療水準。」

目前規劃各醫院醫師名額時多是用病床數目為基礎來計算，這是錯的。因為這是仿照美國的方式，但是他們的醫院多未擁有龐大的門診負擔，並且有許多由開業醫兼任的主治醫師。一個醫院的醫師名額應根據它的任務取向來編制。並考慮設置研究醫師的名額或者把醫師研究的時間也算進去。如果一個醫師整天只是忙著看病、看病那怎麼能期望醫療水準的提昇呢？

因此宋教授認為應該一方面改善公立醫院的員額編制，一方面提昇公立醫院的研究教學風氣，負起地方開業醫師繼續教育的責任。固然台大榮總所辦的在職教育成效不錯，但是不應該只集中在這三、四所醫院。比如設位於台東鄉下的開業醫，不可能只為了三、五天的訓練課程，放下診所業務不管大老遠跑到台北來。因此目前醫療行政當務之急便是提昇各地區省市立醫院的水準，使開業醫能利用閒暇時間接受在職教育，以普遍提高全國的醫療水準。

醫學生見習教育和道德教育應當加強

宋教授同時也擔任了台大內科教授近四十年的時間，目前在肝炎研究上頗有成果的醫師如陳定信、廖運範等人都是他的學生。因此我們請他談談對醫學教育的看法及建議。

首先他認為見習制度有許多值得

改善的地方，比如說要 clerk 去參加 morning meeting，並沒有太大的意思，D.S. 和 C.R. 用短短一小時來討論病例，對 clerk 來講往往是丈二金剛摸不著頭腦，應該用其他的方法來改善教學。另外 Junior clerk → senior clerk → intern → R → C.R. → V.S.，應組成一個緊密的醫療團隊，讓 clerk 能從做中學並有參與感。否則在 clerk 時沒有給他足夠的訓練及知識，到了 intern 時卻一下子加給他許多責任及工作，這樣怎能造就出一個好醫生呢？

對醫學生道德教育的看法，宋教授也另有一番見解。他說：「現在醫學生大概都心須上一門『醫學倫理』課程，我很反對。那只是嘴上說說而已，沒有多大的實際意義，重要的是身教重於言教，看病時老師自己表現給學生的態度才是重要的。記得我在美國進修時，看見一個見習醫生的 History taking 寫得很不好，於是他的老師便把他叫過去問他為何寫不好，那學生說：「病人是黑人嘛！」那老師一方面把病人找過來不厭其煩地再示範一次 History taking 給學生看，一方面找時間和氣地開導這位見習醫生。另外在美國他們很重視 Bedside teaching，常強調「病人便是最好的老師。」見習生接 case 也是經過仔細規劃的，不至於六、七天看的都是同樣的 case。以使見習生能學得較多。

另外像國內的 CPC，大家常比賽看誰提出充分的證據作正確的診斷，而忽略了病人本身。醫療應該是以人為本的，一旦脫離「人」便沒什麼意義了。」

對於前輩醫學家以「人」為本的

醫療觀，我們深深感到佩服。想及目前某些財團以「利」字為先來經營醫院，使得醫師的地位尊嚴喪失殆盡頗感傷心。期待未來的醫療仍能走向較人性化、較溫暖的方向。

人生七十才開始——退休以後的計劃

宋教授於今年八月榮退，俗語說：「人生七十才開始。」所以我們請他談談退休以後的計劃，他表示大抵分為二方面：一方面繼續研究以前尚未完成的研究計劃，另一方面打算從中藥方面來研究防治肝炎。

從四十年前連試劑都不全的情況下，宋教授開始從事肝炎研究，到目前種種檢驗分析技術進步下，從事 B 型肝炎疫苗的發展。這場和肝炎艱苦的奮戰下，宋教授已持續了近半個世紀；在這漫長歲月中，他已使醫界從對肝炎茫然無知的情形下，進展到目前完全掌握它的特性，並進而設法全面去預防它。

瞻望未來發展，他充滿信心的表示不出三十年之內，肝炎患者將逐漸絕跡，此一病症便無法危害國人的健康，宋教授說：「到那時，我一生的理想和心願，才算真正實現。」

後記：謝謝宋瑞樓教授於百忙中慷慨一晚與後輩醫學生談天。在此並向宋教授致歉，由於出書在即，訪問完稿未及請宋教授過目即予付梓。因此所有文責由作者自行負責。

附註二：廖運範、陳定信醫師均為宋教授的得意門生，均曾以「B 型肝炎及肝細胞癌之研究獲得行政院科技獎。」



76.2~76.8

台灣醫事 台灣醫事 整理 胡朝榮 台灣

推行轉診勢在必行 利益團體仍在較勁

台閩地區勞工保險局總經理徐學陶一月十日表示，今後大型醫院要申請加入勞保必須辦理轉診，一級教學醫院的勞保門診，駐診也要改為轉診，以早日建立轉診制度。

目前勞保給付相當不合理，一般診所每張勞保單一百四十元，大型教學醫院每張卻超過千元，此一差額造成民衆大量擁入大醫院，間接造成許多醫療浪費，同時，由於大醫院集中在少數城市，也造成不同地區勞工福利的不公平，因而轉診制度的實施獲得相當大的肯定。

然而，國內七所一級準一級教學醫院卻聯合發表聲明，認為轉診制度的實施將不利於教學工作的進行，並反對近期內施行轉診。但根據「大台北市區 161 家勞保特約醫院所對勞保轉診看法」調查顯示，近八成的醫院所完全贊成實施一級醫院轉診；而以立法委員黃明和為首的全省中小型醫

院，也發表聲明，要求勞保局立即施行轉診制度。轉診制度何時施行？如何施行？恐怕要等這幾個「團體」的一番較勁之後才能明朗化，但轉診之爭顯然是今年度上半年最熱門的醫藥新聞。

器官移植條例通過 非病死捐贈者須相驗

「人體器官移植條例」終於在立法院上次會期獲得通過，為我國人體器官移植樹立了里程碑。

我國人體器官移植事實上技術已很進步，各大醫院都有相當的經驗，但人體器官移植一直未能立法，使得器官移植的推廣受到相當的限制，也是法學未能跟上醫學進步的一例。

在該條例中，爭議較大的是有關非病死捐贈者須由檢察官相驗後才能施行手術的規定。醫界立委多認為為爭取時間，若與摘除的器官無涉，醫師應可即行摘取；但法界立委若沒有檢察官相驗會破壞刑事訴訟的程序，因而仍堅持非病死者須有檢察官相驗後才能進行手術。

這項規定獲得保留，台大第二例換心手術便循此項規定進行，但因當時腦死判定程序尚未公布，因而台北地檢處檢察官僅到場「了解」。

北醫首創醫師出診 醫療不再局限醫院

台北醫學院附設醫院於三月十三日起實施國內首創的醫師出診制度，以滿足行動不良病患之需求。初期由於人力有限，將僅限於台北市忠孝東路以南、和平東路以北、敦化南路以東範圍內的大安區及松山區。

需要醫師出診的病人，可委託他人掛號，掛號後醫師即隨車前往診治。每次出診費用是六百元，由病患自行負擔，檢查費則可望由公勞保給付。

從最近衛生署及台北醫學院分別構思通訊醫療及醫師出診制度來看，雖然前者乃全面性的大改革，而後者僅為惠及社區的小制度，卻都不約而同賦予未來醫療行為多樣化的面貌。

通訊醫療是在偏遠地區醫事人力缺乏下，以現代傳真設備協助醫師診