



輔醫系報

江漢聲題

第3期 出刊日：2017/07/06



發行單位：醫學系 / 發行人：林肇堂、洪啟峯 / 編輯指導：江漢聲 / 編輯人：裴駟

系上新聞

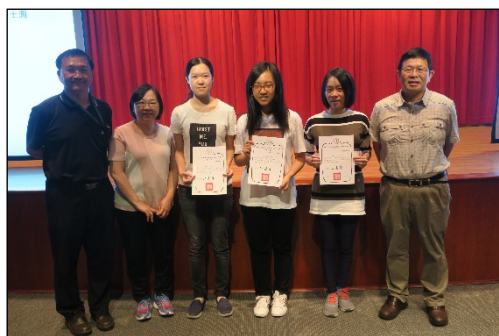
輔醫第 11 屆畢業生撥穗典禮

在 106 年 6 月 3 日我們為輔醫第 11 屆 43 位畢業生舉辦畢業撥穗典禮，今年系上提早一星期舉辦，所以場地順利借用到國璽樓國際會議廳，系學會的學弟妹精心安排場地佈置，為撥穗典禮增添了喜慶的氛圍。

畢業生、師長及家長都撥冗出席。校長、院長、副院長及系主任紛紛送到畢業祝福致詞，並為畢業生撥穗、致贈畢業紀念獎座，祝福畢業生在未來的下個旅程鵬程萬里。畢業生致詞代表金保元同學感人肺腑的致詞，帶領同學回到了剛入學的時空，細數在學校及實習醫院的精彩生活。最後畢業生特別製作了回顧影片，影片收錄每位同學的影像，巧思的腳本設計，記錄了 med99 的大學生活。為此畢業撥穗典禮劃上了完美的句點，並希望留給本屆畢業生一個完美的回憶。

僅代表醫學系全體師生獻上最深的祝福，習醫的路上能仁為己任。





【系週會-書卷獎頒發】



【系週會-書卷獎頒發】



【系週會-書卷獎頒發】



【系週會-PPI 考試成績優異獎勵】



【系週會-系學會貢獻獎頒發】



【系週會-天普大學見習分享】



【系週會-SCOPE 見習分享】



【系週會-綜合討論】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】



【畢業撥穗典禮】

退休感言 文/ 醫學院 洪焜隆副院長

<因緣際會>

2006年8月我來到輔大醫學院，真是因緣際會。當時我擔任汐止國泰醫院院長，雖已有教育部教授資格，但新院開幕不到一年，百事待舉，接到總院教學部劉榮森部長電話，希望我加入輔大醫學院教授陣容，尤其是醫學系系評委員需要有教授資格代表國泰醫院參與，“有需要的地方，我就去”，一向是我的人生哲學，因此就加入輔大醫學系專任教師陣容，同時兼任醫學系系評委員。2008年8月鄒國英院長聘請我兼任醫學院醫教中心主任，接著，同年11月起被聘為醫學院教學副院長。2011年鄒院長連任，我也被續聘教學副院長，直至2014年林肇堂教授接任醫學院院長後，再續聘我為臨床副院長，至今年七月底退休才結束。

<醫學教育之實踐>

雖然1987年我通過台大醫學院講師聘任，1994年再通過副教授升等，2002年通過台北醫學大學醫學系教授升等，同年亦取得教育部部定教授資格。但實際進入醫學院，以教師身分參與醫學院各項行政工作及醫學教育理論之實踐是進入輔仁大學後才開始的。

輔大醫學系成立之初，以PBL(問題導向學習)標榜為教學主軸，強調以學生自主學習、解決問題之創新方法有別於傳統大堂課之講授模式，大約60%的基礎醫學課程以此模式進行，初期也不甚習慣，隨著接觸時間越多，慢慢也有所心得。2010年在台灣舉辦第一屆亞太PBL聯合會議時，輔大實至名歸成為主辦單位，當時我擔任學術主委，有機會接觸到此方面的核心人物，也親身體會到PBL之精髓。2012年本人參加上海舉辦之第二屆亞太PBL聯合研討會，發表口頭論文，獲頒優秀口頭論文獎，引為莫大榮譽。

<服務學習>

在輔大醫學院擔任主管期間，兩度到外蒙古烏蘭巴托海外義診，帶領輔大師生一起到首都附近的郊區及衛生所、育幼院等處施行義診，獲致很好的風評，兩度都獲得行政院青輔會國際志工服務獎，為輔大爭取榮譽。

<走過的必留痕跡>

個人於2008年及2012年分別獲得輔仁大學教學績優教師，給予我莫大的肯定。另外我也多年擔任醫學系、職治系、公衛系及呼治系等系之教評委員，對醫學院各科系之系務運作及各級教師多所認識，也有助益於醫學院之協調工作。“退而不休”是很多退休老師的想法；對我來說，與輔大的緣分還會繼續下去，這是十一年前加入這個陣容時始未料及的，人生不就是如此，當初因緣際會的決定，還帶來了未來人生的舞台，聖經上說「萬事都互相效力」，凡走過必留痕跡，輔大十一年，帶給我無限的回憶，相信未來必有祂美好的安排！



糖尿病的致病機轉 文/ 裴駒主任

糖尿病目前是國人的十大死因的第十名。若仔細的去查第二大死因的心肌梗塞與第四大死因的中風，其實都跟糖尿病有關。其實，每一個專科的醫師，都會認為該科的疾病非常的有趣，這點是可理解的，但是對新陳代謝科的醫師來說，糖尿病的致病機轉，至目前仍是撲朔迷離，並不能完全的理解。

至目前為止，一般認為，糖尿病主要是因為下列四種原因引起的：

1. 胰島素作用不好。此現象已經被證實有遺傳性了。因此父母親有糖尿病的人，大約在 30-40 歲之後，胰島素作用開始變得較差，換句話說，身體對胰島素的敏感度下降，此稱為胰島素阻抗性(insulin resistance, IR)。但在 50 歲之後，IR 就不會再繼續惡化，維持在一定的程度。
2. 為了因應 IR 的上升，所以胰島細胞會主動分泌開始上升，開啟了其代償的能力。此時，因為胰島素濃度增加，所以血糖尚可維持。若一般的健檢檢查空腹血糖，其實是看不出來，血糖代謝已經出問題了。一定要去檢查胰島素濃度，才會發現。因為胰島素濃度在悄悄的上升中。這樣的時間過個幾十年後，胰島素代償能力下降，於是血糖就開始上升了，此時，臨床醫師才會診斷這樣的病人具有糖尿病。胰島素分泌，又可細分為第一期與第二期。第一期胰島素指的是一旦血糖增加，已經做好，且儲存在 β 細胞中的胰島素就會立即分泌出去。但後續若血糖仍居高不下，此時還需要更多的胰島素，怎麼辦呢？就要靠後面的 β 細胞繼續製造更多的胰島素。此即為第二期。很多研究顯示，第一期胰島素分泌在糖尿病前期就已經大幅下降了。矣糖尿病正式被診斷出來，此時應該沒有第一期胰島素分泌的。那麼，有趣的問題就來了，很多糖尿病患者，可以罹患此病數十年，且靠藥物能夠將血糖控制好，原因為何呢？當然，第二期胰島素分泌能力，尚有剩餘很多，足夠因應藥物的刺激分泌是當的胰島素，應該是為血糖能夠控制良好的重要的假設。
3. 最後一個影響血糖的要素，極為葡萄糖有效度(glucose effectiveness, GE)。這個觀念較鮮為人知。但想要了解，也不會困難。試想，若兩個人在完全沒有胰島素的情況下(血中胰島素濃度為零)，給予相同的葡萄糖注射，他們的血糖上升或是下降的情況會一致嗎？答案是否定的。GE 好的人，其血糖下降的會較快，反之，則較慢。所以 GE 即是「葡萄糖自己讓自己下降的能力」。

上述三點為目前較為廣泛認知的糖尿病致病因素。我們研究者為何需要了解這些呢？主要的原因，是因為我們假設糖尿病是一個遺傳疾病，因此若能找到它的致病基因，就可以在治療或預防上面，有了更多的可能性。但問題是，基因方面的研究，只有零星的報告，某某基因跟糖尿病有關。目前為止，並沒有一個基因可以很明確地造成大部分二型糖尿病的發生。所以糖尿病的基因研究，尚待突破。這裡，有許多原因會造成此現象。首先，二型糖尿病可能不是單一疾病，而是由許多疾病造成的同一臨床表現：血糖升高。因此，若想用「血糖升高」來做一個找尋糖尿病基因的臨床表癥，就會有所誤差。其次，造成糖尿病的基因可能不是只有一個。也許有許多突變點，每一個點貢獻了部分的力量，總和在一起，才使糖尿病發生。這兩個原因若能克服，才有辦法去找到糖尿病真正的致病基因。

若在基因研究時，能捨去「想要找血糖增加的基因」，而改變成「想要找 IR 上升的基因」或是「想要找 GE 下降的基因」，在臨床表癥上，應該是較為精確且合理的。但是上述的三個致病因子，雖然有簡單的方法可以測量，若要精確地去定量，仍有一定的複雜度。需要大量的人力、經費及病人的配合，才有辦法做到分辨出哪些二型糖尿病患者具有較高的 IR 或是較低的胰島素分泌。這個，是我們糖尿病研究者的未來目標。

簡介醫師必備的六大核心能力

文/ 高芷華老師

美國的 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) 針對畢業後的醫學教育，主張醫師應具備以下六種核心能力：

(一) 病人照護 Patient Care

此種能力與其他五種能力皆有重複之處，是最重要的核心能力。ACGME 期待住院醫師能針對住院、急診或門診病人，有能力進行病史的詢問、身體的診察、檢驗及檢查的安排、治療的給予、技術的操作、處方的開立、病歷的記錄、病人及家屬的諮商與衛教等。當然，住院醫師給予病人的治療必須是富有同情心、並且適切和有效的。

(二) 醫學知識 Medical Knowledge

在此提出的醫學知識，所涵蓋的範圍十分廣泛，除了基礎醫學與臨床醫學的知識外，流行病學、生物倫理學、行為科學、醫學相關法律、輔助療法和替代療法等，舉凡與醫學相關或可幫助提昇醫療品質的各種知識都期待住院醫師能了解及應用。

(三) 從工作中學習及成長 Practice-based Learning and Improvement

在行醫的過程中，難免遇到不了解的狀況或做錯了臨床的決定，因此期待住院醫師能有自動學習和自我反思的能力，對於在行醫時發現自己不懂的學問和要操作不熟悉的檢查或治療技術時，能訂定學習目標，重新或進一步學習，也能善用實證醫學的查詢與分析技巧等。對於醫療上的瓶頸或錯誤，能夠思考和分析其原因，並且提出改進方法得以成長。

(四) 人際及溝通技巧 Interpersonal and Communication Skills

醫師若有良好的人際及溝通技巧，通常能與他人有融洽的相處，也比較不會被病人投訴，因此期待住院醫師與病人、家屬和其他醫療人員，能進行良好的溝通及有效的資訊交換。若面對媒體與社會大眾，也能有清楚和合宜的表達。

(五) 專業素養 Professionalism

廣義的專業素養是指成為具有專業能力、讓人敬重的好醫師，但 ACGME 所提出的是比較狹義的要求，包括期待住院醫師能誠信正直、精益求精、尊重病人的隱私權、尊重病人的自主權、適當地保護同業、不接受紅包、不與廠商或病人發生不合宜的利益瓜葛、以病人的利益超越個人的利益等。

(六) 制度下之臨床工作 Systems-based Practice

舉凡有關在醫療中所運用的制度、資源和金錢，都屬於制度下之臨床工作。ACGME 期待住院醫師能做到以下事情：了解所處的醫院和醫療體系及與它們之間的關係、知道病人能得到哪些院內或院外服務、熟悉並遵守醫療保險規範、幫助病人取得所需要的醫療資源、懂得如何改變醫療體系以提昇整體病人的安全等。

以上各種能力，是美國對其畢業後醫師的期待與要求，但其中並未提及全人醫療，而且並非每個國家都採用。因此，我們是否可提出與畢業前的醫學教育有充分連貫、適合本國採用、並且被國際肯定的核心能力版本，是醫學教育家值得進一步探討的議題。

老年糖尿病病患照護

文/ 黃俐穎老師

由於飲食西化加上人口老化，老年糖尿病病患人數正在逐年增加，關於老年糖尿病的照護與治療也有越來越多的實證醫學證據與新觀念。

老年糖尿病病患的照護需要由生理、心理、日常生活功能狀態、社經狀況等多層面進行評估。一般說來，老年人的血糖控制可較年輕人略為寬鬆，且血糖控制目標可依患者健康狀況而有不同標準。例如：2017年美國糖尿病學會建議，認知及日常生活功能健全且僅有少數慢性疾病的健康老人，應將糖化血色素目標設定在7.5%以下。有多重慢性疾病或輕至中度認知功能下降等病情略微複雜病患，則將糖化血色素控制在8.0%以下即可。至於罹患末期慢性疾病、中至重度認知功能異常或日常生活功能顯著下降之健康情況欠佳者，則將糖化血色素目標放寬至8.5%以下，且其血壓血脂治療目標也不盡相同。由此可見，老年病患的糖尿病照護相較年輕患者，需要更謹慎的事前評估及客製化的用藥規則。

在用藥選擇上，美國糖尿病學會的治療準則並未進一步詳述，但在治療上或可遵循所謂的3S法則，也就是處方上儘量Simple、Small dose、Slow dose-up（簡化處方、從小劑量開始、視病情狀況緩慢增加劑量）。另2015年版的Beers老年潛在不適當用藥準則建議，醫師應避免開立作用時間長或代謝產物仍具活性的第一代磺醯尿素類(sulfonylurea, SU)藥物，例如：Chlorpropamide及Glyburide，給老年病患使用，以降低發生低血糖之風險。上述均可作為醫師開立處方時之考量。此外，所有老年病患及其家屬，都應被詳細教導所有低血糖的可能症狀與發生時的緊急應變處理方式。這在獨居老人或是白天只有自己或僅與外勞單獨在家的老年病患尤為重要。

總之，老年糖尿病病患的照護需要醫療團隊的用心規劃。病患、家屬、醫師、藥師、營養師、衛教師之間的充分溝通合作及充足適切的衛教，將是提升老年糖尿病照護品質及老人用藥安全的不二法門。

健保制度

從洗腎看國民健康的個人責任 (Healthcare Personal Responsibility)

文/ 盧國城副院長

洗腎每年約花費健保支出三百五十億元，但最近醫學期刊「刺絡針」發布評比，指國內慢性腎臟病醫療模式有待改善。部分媒體於民意論壇投書指稱腎臟科醫師「養病人」的說法，在此提出說明。事實上健保署及腎臟醫學會早已規範，尿毒症患者必須被告知的三種治療選項，腎移植一定會被提及，每年的病患知情調查，知道換腎治療的比率高達八十三·六%，並無醫療院所故意不告知情形。

洗腎病患激增是因人口老化、糖尿病患增加太多即不當使用藥物引起。目前全國洗腎人口平均年齡高達六十六歲，大多數病患在六十四歲以上，這些老人家多不適合做換腎治療，而換腎比率低的原因，主要還是法律並未鬆綁、東西文化差異及器官來源太少。台灣目前有七萬八千名洗腎患者，每年只有二百多例國內腎移植，因此「刺絡針」發布的評比，因為國內慢性腎臟病醫療模式中的換腎太少，因此整體得分極低。有待如何提高換腎意願，是需要國家整體政策和觀念轉換，不是只靠腎臟科醫師解說腎移植的好處就能達成。

北歐國家超過65%洗腎病患可接受移植手術，英國也超過55%洗腎病患可接受移植手術，文化與法律制度的差異扮演極重要角色。西方換腎率高的國家，政府長期宣導腎移植的好處，部分國家並且立法「若未簽署拒絕捐腎，視同同意捐贈」，建議國內也應做這樣的立法。

當然要減少洗腎病患，最重要的工作就是讓國人不要得到腎臟病，目前造成國人洗腎最主要的原因是糖尿病腎病變，已經接近五成。但是避免國人得到糖尿病和好好治療糖尿病患者才是減少洗腎病患最重要的工作。根據國民健康署調查，全國九成五的國中生每天都在喝含糖飲料，這是預防糖尿病最刻不容緩要解決的問題。可考慮比照英國作法，從中學生就開始教導健康飲食及規則運動的重要性，讓糖稅、肥胖稅概念深植人心。讓每個國民都要對自己的健康負責，否則將來會有較高的醫療保險費用要支出。

這就是所謂每個國民健康照顧個人的責任 (Healthcare personal responsibility)。當不把自己可控制的健康行為有效執行，將來個人因疾病治療要付的保險費支出也會跟著增加。所以英國洗腎的原因是由糖尿病腎病變引起的不到 20%，如此才能從源頭減少整體國家腎臟病的負擔。

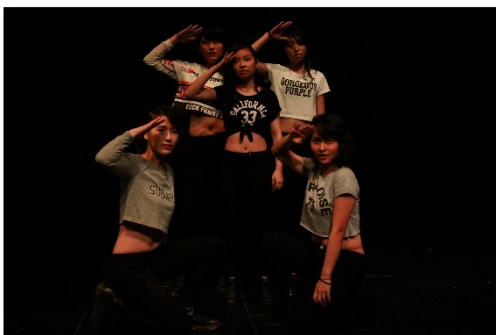
最後誠摯呼籲，國內換腎比率低是國家的大政策問題，也是每個國民的責任，不單是腎臟科醫師所能左右。當然我們無法像日本那樣洗腎預算無上限的制度，但我們也不希望因為洗腎病患增多，就刪減洗腎的醫療預算。不足的洗腎給付會影響到腎友的健康生存權，畢竟預防和治療是兩件共存但不同的事。我們一方面應努力減少腎臟病的發生，一方面也應對洗腎的病患提供優質的照護。而國民健康的個人責任似乎應該要被更為重視。

藝文天地

圖/文 裴駒主任



【大藝術家 Medartist】2017 輔大醫學之夜活動剪影



學生榮譽榜

本系學生參與 106 年全國大專院校運動會(全大運)成績優異

- 金牌：一般女子組擊劍軍刀個人賽-徐安齊(醫學一)
- 銀牌：一般女子組擊劍軍刀團體賽-徐安齊(醫學一)
- 銅牌：一般男子組跆拳道 74 公斤級-張家瑋(醫學一)
- 銅牌：一般組桌球個人混雙-高翊銘(醫學三)

天主的話

長 假 文 / 宗輔室王文芳老師

天主教是以聖父聖子聖神為信仰對象，但也有對聖人的敬禮。七月底我們會紀念耶穌會會祖聖依納爵。他出生在西班牙北部巴斯克山區，是一個貴族家庭的公兒，成年後懷著一份成為勇猛武士的夢想與驕傲服役於王室的軍隊。

依納爵卅歲那一年，在一場戰役中受砲彈擊傷右腿，之後他回到家鄉開始了一段長期的療養。在那段時間他手邊只有幾本宗教方面的書，這些書籍和長期療養的與世隔絕，孕育了創立耶穌會的種子。依納爵開始祈禱、齋戒、懺悔，並做愛德工作，決心放棄過往對繁華世界的追求，而獻身於上主。

聖依納爵因為一顆砲彈而被迫長期休養，但是這段無奈的長假不僅改變了他，也改變了許多人，例如利瑪竇，轉而加入耶穌會追隨他，甚至因而改變了世界。學校這兩三個月進入暑假，祝福每一位在自己的長假裡，都能找到引燃自己生命熱力之源，而能在生活中獻身，進而改變自己、社會與世界。



醫學系恩人榜

感謝以下恩人提供本系系務發展基金及清寒獎學金，幫助學生完成醫學業，我們在此特別感謝您！

- 陳義雄先生
- 美國戴氏基金會獎學金
- 財團法人臺北市友信社會福利慈善事業基金會
- 財團法人台灣醫學發展基金會

附設醫院的訊息

親愛的系友您好~

本校附設醫院即將於 106 年 9 月啟用營運開幕，若您有意願回校服務，請至輔大附設醫院網站人才招聘頁面下載並填寫表格後回傳，或與醫院籌備處盧小姐聯繫(電話:2905-2661)！

附設醫院網址連結 <http://www.hospital.fju.edu.tw/>

「輔大醫學系教育秉持的多元化的理念，針對不同性別、種族、文化、宗教與經濟的多元化，皆予以相同的重視，並將此理念貫徹到每一個課程設計中。」