



# 輔醫系報

江漢聲題

第6期 出刊日：2018/8/15



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：裴駒、邱俊仁

## 系上新聞

### 【加袍典禮】

103級學生於6月2日舉行加袍典禮，今年8月他們將進入為期二年的新制臨床實習，師長紛紛給予同學加勉勵，祝福他們不忘過去在校時所學所思，繼續在教學醫院努力邁向醫學教育的下個里程。



洪啟峯副院長致詞勉勵



裴駒主任致詞勉勵



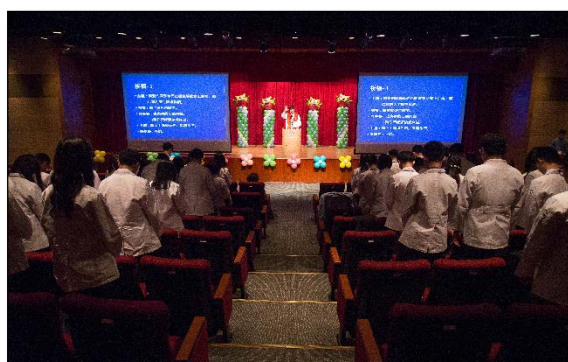
學生醫師誓詞宣誓



薪傳儀式



典禮後師生於國壘樓前合照



神父的祝福





典禮後師生合照

**【畢業撥穗典禮】**

100 級學生於 6 月 2 日於附醫舉行畢業撥穗典禮，此次地點的選擇象徵輔大附醫未來將成為本系學生實習場所之，校長、院長及各教學醫院師長都到場祝福同學，並為畢業生撥穗，典禮中致贈每位畢業生一只紀念獎座，上方刻有「仁為己任」，期許畢業生在未來習醫之路存有仁心並視病猶親。



現場實況



江漢聲校長致詞



附醫王水深院長勉勵畢業生



林院長鼓勵畢業生





裴駟主任致詞



畢業生代表巍訓致詞



師生大合照

## 學生活動

### 【醫韻獎】

由醫學二總召張嘉怡與部員共同主辦之醫韻獎於107年3月23日在百鏈廳進行比賽，由醫學三梁晶瑜同學獲得第一名。





### 【醫學之夜】

由系學會主辦之「醫學之夜」在 107 年 5 月 30 日百鏈廳舉辦，所有學生熱情表演，揮灑出青春熱情。







### 【106 年輔大系際盃羽球賽榮獲冠軍】

恭喜本系系羽榮獲輔大系際盃羽球賽的冠軍，由系羽代表黃揚軒同學與裴駒主任合影，分享榮耀。



## 醫學人文

### 輔醫新光雙贏 文/輔仁大學醫學院院長暨醫學系教授、新光醫院葉建宏教育研究副院長

回首過去 15 年，期間歷經多次 TMAC 評鑑，促使新光醫院與輔大醫學系不論在教學或研究品質，均有大幅度提升，一路上彼此相互扶持、成長，成為密不可分的夥伴關係。目前，本院任職於輔大醫學系共計專任老師 35 位、兼任老師 43 位，可說是新光醫院部定教職人數最大宗；同時也提供足夠的管道讓院內同仁有更多機會參與醫學教育。去年適逢輔大附設醫院成立之契機，由輔大發起「輔大醫療聯盟」，更進一步將相關合作醫院由「學術端」至「服務端」進行橫向整合；新光醫院亦為聯盟成員之一，本院倍感榮幸！

#### 不可不知的輔醫新光成長歷程

提到新光醫院與輔大醫學系締結的夥伴關係，有幾件強化彼此實質合作的事項，在此摘錄與大家分享：

1. 臨床技能中心之設置：在新光醫院及輔大臨床技能中心陸續建置完成之際，隨即與耕莘、國泰醫院兩個友院陸續催生了輔大體系中四個國家級考場，架構跨單位的「一校三院 OSCE 整合平台」，透過該平台進行橫向師資整合、建置各類考題、安排相關考試，並系統性培訓標準化病人，此為三家教學醫院教學品質達到一致化的重要例證。
2. 翻轉式教學：近年因新制醫學系課程規劃壓縮，配合醫學系對於學生的線上學習要求，新光醫院力推「多媒體教學」，佐以「翻轉式教室」的教學模式，讓學生利用線上互動軟體、課堂案例討論等方式，強化在家中線上學習之成效，希冀在新制醫學系進入第六年的重要時刻，藉由翻轉教室的推動，促使學生學習達到事半功倍之效。
3. 醫學倫理討論會：

「准許我進入醫業時：

我鄭重地保證自己要奉獻一切為人類服務。

我將要給我的師長應有的崇敬及感戴；  
我將要憑我的良心和尊嚴從事醫業；  
病人的健康應為我的首要的顧念……」

我們所熟悉的醫師誓詞(日內瓦宣言)一再提及醫學倫理觀念，如何將醫學倫理落實在臨床工作，是我們必須持續思考的議題。在邱浩彰教授及穆淑琪教授的創意與堅持下，新光醫院每兩週一次的醫學倫理討論會，就這樣進行了超過 10 年，期間經由討論會中的案例分析、參與成員的討論，甚或辯論，逐漸加深醫學生、住院醫師乃至臨床工作同仁的倫理思辨能力，盼望透過此類型的實務討論會議，將醫學倫理觀念扎根於臨床工作者實務。

4. 成果導向 (outcome-based)的醫學教育：現今醫學教育的浪潮已經走向「成果導向」，全國正如火如荼的推動里程碑 (milestone)計畫或部分學科採用 EPA 推動教育改革，運用在工作場域的評量與回饋來確保學生學習的品質與具體成效。這部分隨著各專科醫學會的陸續投入，新光醫院也將與輔大體系的同儕一起邁入醫學教育改革的潮流。

最後，再次感謝輔大提供極佳的合作平台，讓新光醫院有機會參與醫學教育及改革。放眼未來，還有許多可能性，也期待在目前蓬勃發展的輔大醫療聯盟中，新光醫院能持續貢獻一己之力與聯盟成員共同成長、共享多贏。

## 醫學教育

醫院教的學校教的真的是兩碼子事？

文/新光醫院教學研究部主任 穆淑琪



學校中的「生命倫理學」，那群稚氣的孩子，也一天天長大了。



學校中我們教以「同理心」幫我們照顧的病人多想想。



學校中教的到醫院中看到的，多了現實，多了殘酷的事實，像中的白色巨塔好不真實，需要一點繪色，想幫挑顏色時，只有瞿「黑白」可挑。



「明明就是家屬一直在無理取鬧，為什麼我們卻要一直卑躬屈膝的道歉，和顏悅色地迎合，醫院難道是會吵的小孩有糖吃是地方嗎？」這樣的問題不僅困擾年輕醫師，資深醫師也無法倖免。每個人在世界上的工作都是服務某個領域，所以都是服務業，醫療自不例外；但任何領域都有資源的限制，因此衍生規矩的定立。如果醫療模式是消費行為，那它是一種以專業知識、專業技能為基礎的消費行為，使用者更是不能為所欲為。二次世界大戰前英國首相張伯倫與希特勒訂立和平協定，結果呢？一味要求醫護團隊忍讓就如這份和平協定，只會助長氣燄；相反的同事、直屬長官與醫院的支持是最有效也最直接，唯有這樣第一線的工作人員才能真正紓壓。

**全**人教育一詞一方面取其全，意指整全、全備、完全；另一方面重在人，強調教育的目的在人，醫學倫理強調的更是以倫理宏觀下以人為重心考量的思考模式，以完整照顧理念為基礎的醫學倫理教育重點，以人為始，終於在人。全人教育就是一種全人的世界觀，這種全人觀，本質上重「靈性」勝過重「物質性」，重視人的「內在品質」，依著頭腦、情感、創造力、想像力、憐恤心、好奇心、尊重感，與實現自我的期望，來達到真正自我完成與社會和諧互動。這種重視靈性的全人教育觀，確認人生是有目標、有方向、有意義的。在醫學倫理的教育與傳承更是強調醫療照顧初衷本出自對人的關懷，人可以是病人、病患家屬、醫療團隊包括護理背景的醫事同儕，學校與醫院中的醫學倫理在全人教育的基礎上精神原則一致，但在臨床工作執行面上依全人教育的理念，會因著照顧的個案情境有所取捨。

### 全人的意義

Holistic person 一詞就中文意義來解釋，是指完整的個人，是相對於半人或非人，但又與完美之人(complete man) 不同。它正是透過批判半人或非人的過程，確立起全人的意義。

就西文字義來解析，全人一詞的根源是取自希臘文的字源，holistic 的 holo 是指將可看見的各部分彙集在一起，再加上一些看不見，但確存在的什麼，合併在一起。易言之，對人的認識或瞭解，實應將人視為一個大於各個可見部分的整體來看待，才能對人有真正、全面和完整性的瞭解。

### 全人教育的意涵

是指完整的個人，而全人教育是指充分發展個人潛能以培養完整個體的教育理念與模式。全人教育的意涵可藉由三個層面來析述：

#### (一) 教育目標與原則方面

是以學生為主體，並將學生視為完整的個體，是以充分發展學生潛能及培養完整個體為目標。

(二) 教育內容與形式方面認為全人發展的範疇有德性、智能、體力、社群、美育、事業及情緒等，對於學生的學習內容必須加以統整，同時顧及思維與操作、觀念與實踐、分工與合作、欣賞與創作的學習過程。

(三) 教育組織與資源方面教育單位必須統整行政結構與行政運作，以作為示範，並且提供師生所需的教學材料與行政資源。

最近醫院中最流行的話題，知道什麼是醫療糾紛法嗎？「你，買保險了嗎？」醫療糾紛法即將成形，台灣醫病關係緊張，對於醫療照顧要求期待只見水漲船高，評鑑需求更是重視病患意見反應，依醫院重視推廣與否，視為評鑑品項之一，所以滿意度調查，微笑天使選拔，出院前意見回饋填寫，稽核室投書履見不鮮，衍生而來的問題則是小病大陣仗伺候，唯恐遺漏延誤病情仍擔心無法獲得病人的信賴，所以看病排隊、檢查等候往往需折騰一整天，病患與家屬常是勞心勞力，醫院畢竟不如在家舒適，不僅僅作為醫治疾病的場所，也要落實以病人為中心的全人醫療，創造一個醫療團隊跨部門和單位的合作。以兒科為例，由兒科的各個次專科醫師結合護理、社工等等照護團隊組成，為病童提供各種內科治療的全人醫療照護，既然標榜全人照顧，更應重視醫病關係與信賴度建立，解釋病兒病情的難度也相對提高，如

何重視溝通技巧，耐心細心愛心，秉持初衷善加解釋更是一大要題。今分享醫院中醫學倫理討論個案，也介紹在醫院中教的與學校中教授的確實是兩碼子事。

### 兒科家屬不合理的要求與拒絕檢查治療之倫理法律觀點

一個星期天晚上，心急的父母帶著八個月大的男嬰來到本院急診，診斷為哮吼症，住院後持續高燒不退，所以媽媽非常焦慮緊張，凌晨一點多希望可以找值班醫師來解釋病情。經了解，媽媽抱怨從踏進急診後等很久「才」看到醫師，住院後又「只」看到值班醫師一次，滿肚子氣，連兒科護理師前往量測體溫都有諸多不滿；對於病情解釋，也不信任年輕值班醫師依臨床症狀「看起來」是哮吼，「大多數」為病毒感染，其中又以可能為「副流感病毒」的病情解釋，要求「馬上」「百分之百肯定」的診斷，之後，又主動要求驗流感快篩，並在快篩陽性後，覺得與之前診斷有出入，堅持到稽核室投訴醫護人員，也拒絕再接受抽血或照胸部X光等檢查。

### 醫病間醫療認知上的差距

醫療照護者可能高估民眾對健康認知的理解能力，常習慣用專業術語、簡稱，造成病童家屬認知上的困難，家屬無法理解人命關天的醫療，為何無法百分之百，媽媽從而產生驚訝與不解。從母親認為半夜發燒到急診要立即有醫師診治，要求每小時測量生命徵象，要求百分百肯定的診斷與解釋病情，到抱怨護理師整晚都沒有去看她（其實至少每四小時都有護理師去量生命徵象）。

醫療照護者無法面對這些無理的要求與態度，不解為什麼要如此卑微的迎合？醫倫討論時年輕醫師們甚至無法認同稽核室的處理，明知對方要求不合理，卻仍然要我們回覆這些無理取鬧的投訴，確實想著我們正是服務業者，不該也是「是的，顧客，幫您處理」，稽核室的存在也是這個功能與需求，但討論中仍期盼稽核室處理投訴應有一過濾篩檢功能。我們曾接過另一投訴，傍晚時分，以救護車外接病患幼兒回醫院，臨近院區時被鄰居投訴救護車警鳴聲擾民安寧，這個投訴確實讓第一線好不容易救回孩子的醫護團隊士氣打擊甚大，此時多期盼稽核室接到這種投訴時也能幫醫護團隊的我們說說心聲苦處，而非只是道歉了事，偶而我們也需要公平正義的聲援。

由於醫病雙方的歧見頗大，病童媽媽認為：「我兒子發燒到三十九度，居然到急診還要等醫師，急診不是急症優先嗎？我兒子病情這麼急，為什麼不能優先看到醫師」，「另外，這些醫師都沒辦法馬上讓我的兒子好起來，住院之後居然還有發燒」，「一定是這間醫院的醫護人員太爛，我要轉院」。的確，醫療知識不足以致有些無理取鬧。但醫護人員不應選擇對槓，甚而應該當作是個挑戰，克服挑戰也需要溝通的技巧。雖然在醫護這方的想法常是「在急診中，遠比發燒更急更嚴重的情況多的是」。另外，發燒也是病程，怎麼可能一住院就退燒，醫學上也從來沒有百分之百的事情。偶而在醫院中醫倫討論時年輕醫師常會挑戰：「明明就是家屬一直在無理取鬧，為什麼我們卻要一直卑躬屈膝的道歉，和顏悅色地迎合，醫院難道是會吵的小孩有糖吃的地方嗎？」前輩資深醫師確無立場一味要求醫護團隊忍讓再忍讓，我們是服務業？醫療模式即是消費行為？醫師或醫院的確沒有選擇病人的權利，但這個案例在醫院醫倫討論時卻引起醫師們熱烈討論，才發現原來臨床工作忙碌的醫師們真的需要一個抒發管道與途徑，這其間有二個面向要面對並學習：「如何處理家屬不合理的要求」以及「針對母親拒絕配合治療如何處理」。

#### (1) 如何面對家屬不合理的要求

原本病房就有一定的處理流程，不應該因為家屬要求給予特殊待遇；診療病患本來就有一定的流程，不應該被家屬牽著鼻子走；會吵鬧的家屬，也不應該就享有特殊待遇。但這種不滿的情緒一旦產生，務必一再提醒自己，同理心，就是換個立場設身處地去幫病人想，這正是同理心，想想我們治療的是孩子，也一定得提醒站在孩子與爸媽的立場多想想，不能任性地讓不爽的情緒在醫護團隊中醞釀反芻。這對父母從一開始踏進醫院與在之後住院期間因孩子發燒心煩而心生不滿，當然有同事們提出是否可考慮在病



房裝置監視錄影以求自保，因為拍攝本身對病人病情改善並沒有益處，所以更不可能讓病人處於狀況外或不知情況下被拍攝，可能的話，務必先有告知的動作並取得同意。根據相關專業法條，醫院中可以裝攝影監視系統嗎？也因涉及隱私絕對不能未經病人同意而予以偷拍，因牽涉刑法上的妨害秘密罪。但可依用途和目的，確實為了公共安全或病人安全，在醫院的公共空間（如急診室開放空間及護理站、電梯等地）可依保全需要裝設，但需明白標示錄影中讓所有人知悉此處有錄影錄音。另外如果拍攝畫面暴露病患隱私，病人有可能裸露的地方（洗手間等）則不安裝，因為除了隱私外，可能還會被控「騷擾」，當然最重要的是裝設動機跟侵犯隱私的程度是法官裁決的依據。

處理的關鍵只要醫療照護提供者，坐下來摒除當指導者角色，能耐心傾聽完整，可接受病人及家屬們不同的看法與意見，逐步建立醫病互信、互重的夥伴關係，「視病猶親猶友」，雙方消除對立的緊張關係，並時常舉辦以病人為中心的病情解釋，在住院中能及時有「病情說明會」，對於病情有變化或惡化與治療方式有改變時，能主動聯繫說明，即時告知的醫病溝通，是病人安全及醫療品質的最好保障。同時衛教資源資訊化，有實體模型幫忙的「多功能會談室」與病人最佳利益考量為主的衛教內容才是消弭醫病對立的磐石。

## (2) 針對母親拒絕配合檢查治療如何處理

既然家屬拒絕配合檢查，應該解釋利弊後，並尊重家屬最後的決定，以自己的專業即使苦口加婆心，仍應記得幫照顧病人琢磨出一個最佳選擇，針對家屬拒絕檢查治療的情況，也是臨床工作中兒科醫師常面臨的困擾；例如：拒絕抽血檢查、膀胱輸尿管攝影檢查、脊髓穿刺檢查、拒絕抗生素治療、輸血治療甚至緊急手術治療。其中主要牽涉有以下幾點考量：（一）父母親拒絕配合檢查治療，又不願意自動出院（病人有健保有住院的權利），且小孩仍有住院之需求，在現行體制下，該如何處理？（二）關於可以外科手術矯正之病例，父母親堅決放棄任何治療其適法性如何，是否觸犯兒童福利法？（三）另一醫療人員的窘境，則是醫師基於救人天職與道德的考量，但面對健保對於所謂「無效」醫療給付的刪除。誰是病人？該考量誰的利益為要？「病患的利益乃是我的首要顧念」始終是醫學倫理的中心思想，醫師應履行「尊重病患自主」、「追求其最大利益(行善與不傷害原則)」及「公平與公正地對待病患與他人(正義原則)」等。醫護人員應考慮最大醫療利益的對象是這位病童，而非病童父母。同時醫師對病患的保護，在當病患是無自主及自我保護能力的孩童，特別要注意保障病患權益。當病患無自主(autonomy)與決定能力(capacity)時，其醫療決定就必須由代理人(surrogate)來決定，通常是父母或家人，法律上有其順序。而代理決定人做出決定仍需有所依據，第一是「病人想獲得何種治療」，第二是「什麼是符合病患最佳利益的做法」。

這病例就醫療法律層面來看，拒絕配合檢查治療有沒有違法，可由這個情況有沒有「期待可能性」的發生以及是不是所有人遇到這樣的情形都會做出這樣的決定。如果不是的話，就有可能違法。依據兒童及少年福利法（兒少法）第三六條：「兒童及少年有立即接受診治之必要，而未就醫者」的情況下「直轄市、縣（市）主管機關應予緊急保護、安置或為其他必要之處置」。醫事人員與社工人員等有必要要在24小時內通知主管機關（兒少法三四條），得聲請法院宣告停止其親權或監護權之全部或一部，或另行選定或改定監護人。除了兒少法之外，這種情況也可能違反刑法中的遺棄罪。但通報到主管機關之後，主管機關不一定要立刻向法院提出申請，而可先派社會局先來了解。

目前在一般醫學訓練的教育目標上，著重在將醫師養成六大核心能力：病人照顧 (patient care)、醫學知識 (medical knowledge)、人際溝通技巧 (interpersonal and communication skills)、醫療專業 (professionalism)、制度下的臨床工作 (systems-based practice)、臨床工作中的學習與改善 (practice-based learning and improvement)，進而應用到臨床病人照顧理念上，這正是全人照顧的精神。現代的醫學教育愈來愈重視臨床技巧的教學，特別是與病人對談或是互動的技巧訓練，因此臨床上，不同於一般的溝通互動，醫病互動有其本身的功能與特性。如何以適當的語氣，口語溝通的內容，

如何有適當的肢體語言表達，拿捏與病患間最溫馨妥當對話，不僅可以建立良好的醫病關係，同時也讓病人可以接收到精確的病情告知與解釋。因此以醫病溝通而言，可以看出語言承載與所表達出來的力道，比我們想像的來得強壯，而醫病溝通中，語言為醫病關係中的橋與牆，因此要讓醫病溝通在最短時間內建立最好醫病關係，必須先瞭解溝通中哪些語言與非語言對病人與病人家屬是決策重要性的一種工具，重新審視醫病關係，如何智慧地善用語言，如何作好完善的醫病關係，溝通技巧應是最重要的環節。溝通的重點在於雙方皆體認彼此之間存在著「差異」，因此溝通有時候是需要用「喬」的，萬不得已則需要採用談判技巧，臨床上最被詬病的不良醫病溝通因素之一在於醫師太忙，與病人的對話是有「時間性」的，自己常被問的倒是「最近忙嗎？看起來很忙啊！」。曾有研究針對醫師的一天工作做觀察性研究，發現臨床醫師每日工作平均為 658.91 分鐘，看評估單以及與同事討論共花了 150 分鐘，行政業務部分占了第 2 名，共花了 148 分鐘，與病人或家屬溝通的時間則為 85 分鐘。工作的負荷量以及時間不夠對醫師來說有極高的壓力，更有研究顯示倦怠和疲勞所造成的壓力，往往會影響到臨床工作的進行，甚至不利於醫病溝通。因此當臨床醫師忙到腦袋已被「諸事」(醫療、評鑑、研究、教學、行政、健保政策等)塞滿時，能跟病人對話的時間更受限制了。

「一個新生命的誕生，帶給這個家庭不一定是喜悅的」，是這個社會必須承認的事實。小兒科醫師常要自我要求設身處地去幫孩子多想想，曾經想過行醫執業生涯中有幾次被挑戰「醫師，如果是你的孩子，你會如何決定？」常自我要求想得完整，解釋病情能是情真意切，孩子爸媽自能感受，當不必再作如是問，被問的同時，也是再反省與檢討的時機，因為我已先問過自己「如果我是這孩子的家屬，我會做什麼選擇與決定？」是否還有哪兒想得不夠完整？我們的眼中也不只有公平正義，全人理念為本的週全考量也應是選項，醫生並不一定能將人救活醫好，但如何陪伴病人與家屬走過臨終前的一段，也是醫者該學習與思考，死亡有時不只對病人是個解脫，對照顧的家屬或許也是，這應該是平日裡常有機會面對生與死議題的我們該多想想的。

事實上，遇到難搞的病人或病人家屬，都得切記先行反省自己，醫療團隊必須去思考病人抱怨的理由對不對？合不合理？有時不合理要求，有可能來自我們的醫療團隊，因此有可能會讓好病人變得難搞，醫病溝通是一項技術也是藝術，醫者醫心，除了用心外，如何合適表達自己的用心，「醫病溝通」更是醫師們該學習的課目，以往沒這門課，慢慢地是選修，現今則該是必修科目，剛入職場年輕學子醫師們，演習後實境演練的「過」與「不過」，正考驗著他們，與身為前輩言教與身教的我們。

### 參考資料

1. Becker G, Kempf DE, Xander CJ, Momm F, Olschewski M, Blum HE. Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative—an observational study at a university hospital. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(1):94.
2. Brown R, Dunn S, Karen B, Richard M, Paul H, Joanne S. Doctors' Stress Responses and Poor Communication Performance in Simulated Bad-News Consultations. *Academic Medicine* 2009; 84(11):1595-1602.



### Biomarker in Immunotherapy for SCCHN 文/新光醫院 血液腫瘤科主治醫師 賴泓誌

頭頸癌是最複雜困難的癌症，頭頸癌泛指頭部跟頸部以上的癌症，依據原發部位不同，分為口腔癌、鼻咽癌、口咽癌、下咽癌、喉癌等，有 90% 以上的頭頸癌屬於鱗狀上皮癌。其中口腔癌長年位居臺灣男性新發癌症第四名，每年約新增 7000 人罹癌、死亡人數約 3000 人，是發生率、死亡率增加最快的癌症！根據衛生署統計，於 2003~2007 年 5 年間，口腔癌的發生率增加三成，死亡率增加二成五。

在臺灣，口腔癌的發生原因與西方國家不同，臺灣常見的菸酒檳榔等問題造成疾病本身具有較高的化放療阻抗性以及較高的多重原發口腔癌的發生。再者，許多病患為中壯年男性，無論是腫瘤本身或是治療都可能造成一定程度外觀的影響，連帶影響到病人的生活品質、工作能力、以及社交能力等等，以致於造成相當程度的社會負擔。過去，頭頸癌只有放、化療以及標靶治療等治療武器，回溯過去 10 年只有 Cetuximab(爾必得舒)這藥物被批准使用於治療轉移或復發的頭頸癌，對治療這些病人的臨床醫師來說，照顧病人控制疾病都是相當大的挑戰。

而近年來在轉移或復發頭頸癌的治療上有一突破性的進展，即為免疫檢查點抑制劑(Immune-checkpoint)的問世。免疫療法的作用機轉是透過阻斷癌細胞上的 PD-L1 與人體 T 細胞上的 PD-1 之間的連結，阻斷這樣的連結會幫助 T 細胞活化，並攻擊腫瘤細胞，在轉移復發頭頸癌的治療上 Anti-PD1 免疫治療較傳統的化療成效更佳、副作用也更少，目前美國 FDA 及台灣衛福部均核准 Nivolumab (OPDIVO®; 保疾伏)及 Pembrolizumab (Keytruda; 吉舒達)適用於接受含鉑化學治療時或之後疾病惡化的復發或轉移性頭頸部鱗狀細胞癌(SCCHN)病人。

目前沒有一個抗癌藥能對所有的病人皆有效，免疫治療也一樣，針對頭頸癌病患接受單一免疫治療的整體客觀反應率約為 15% 左右，因此，能否找出適合的 Biomarker 來預測療效是科學上及臨床研究上極力探討的議題，其中伴隨著 Anti-PD1 藥物研發的 Biomarker PDL1 被認為可能可以用來預測藥物的療效，因此一直有被納入在各主要臨床試驗的分析中，但很可惜地，這個 PDL1 的 Biomarker 用來預測藥物療效上有兩個主要的缺陷，一是 PDL1 受體的表現程度(PDL1 expression)是動態的(dynamic)，不同時間點其表現程度及表現量可能會因接受治療而變動；另一個是同一個腫瘤，不同部位的切片，會產生不同 PDL1 表現量的結果。

為了追求更高的治療反應，我們嘗試使用結合標靶、化療、與免疫治療結合的雞尾酒治療模式。在回溯性研究中發現，使用這一類的治療模式得以達到近六成的治療反應，且九成的病人腫瘤得以控制，另外，因為治療藥物劑量的調整，使得副作用相較於標準劑量少許多。這樣的治療成績，我們選擇在 2018 年美國臨床腫瘤年度大會上發表。接下來，會依循這樣的治療模式進行前瞻性臨床試驗，除了驗證治療成績之外，我們集合許多國家級卓越實驗室合作，希冀在有計劃的搜集病患檢體之下得以找尋 Biomarker，以提高特定族群病患的治療成績。

頭頸癌的治療之於免疫治療的發展兩者關係緊密，頭頸癌有易於取得檢體的特性，免疫治療則突破了頭頸癌長期以來的治療困境，考量到兩者的特性，選擇以免疫治療為主的組合式處方以治療頭頸癌的病患，或許得以在此基礎之上得到突破性的治療成績以及探討 biomarker 以造福更多免疫治療的病患。

## 高脂用藥 PCSK9 inhibitor 用於改善心血管疾病預後

文/輔大醫學系 邱俊仁副主任

PCSK9 (Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9) 抑制劑是近年血脂領域的研究熱點。2017 年公布的 FOURIER 研究顯示了 PCSK9 抑制劑 Evolocumab 安全且有效的降膽固醇效益。而另一 PCSK9 抑制劑 Alirocumab 對急性冠心症(ACS)患者影響的 ODYSSEY Outcomes 研究成為 2018 年美國心臟病學會年會上之焦點。該研究結果顯示，對於既往 1 年內發生 ACS 的患者，在強力 statin 治療的基礎上使用 Alirocumab，可將 LDL-C 降至 25~50 mg/dL，且可進一步減少主要不良心血管事件(MACE)和全因死亡率，同時安全和耐受性良好。

Alirocumab 是全人源化單株抗體，是首個獲得美國 FDA 批准的 PCSK9 抑制劑，2015 年開始用於臨床。ODYSSEY Outcomes 研究旨在評價 Alirocumab 對近期發生 ACS 患者心血管預後的影響，為事件驅動的多中心、隨機、雙盲、安慰劑對照研究。研究共納入 57 個國家的 18924 例患者，既往 1~12 個月內發生 ACS，並接受高強度 statin 治療，但低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C) 仍 $\geq 70$ mg/dL，或非高密度脂蛋白膽固醇(非 HDL-C) $\geq 100$ mg/dL 或 ApoB $\geq 70$ mg/dL。患者在 statin 治療的基礎上隨機分入 Alirocumab 組(n=9462)和安慰劑組 (n=9462)。Alirocumab 起始劑量為 75mg，每 2 周皮下注射一次，第 2 個月及以後若 LDL-C 仍 $\geq 70$ mg/dl 則調整為 150mg，每 2 周一次。研究的主要終點包括冠心病死亡、非致死性心肌梗塞、致死性或非致死性缺血性中風、需住院治療的不穩定性心絞痛。

結果顯示，48 個月時，Alirocumab 組的平均 LDL-C 為 53.3mg/dL，安慰劑組為 101.4 mg/dL，Alirocumab 組較安慰劑組下降 54.7% (圖 1)。

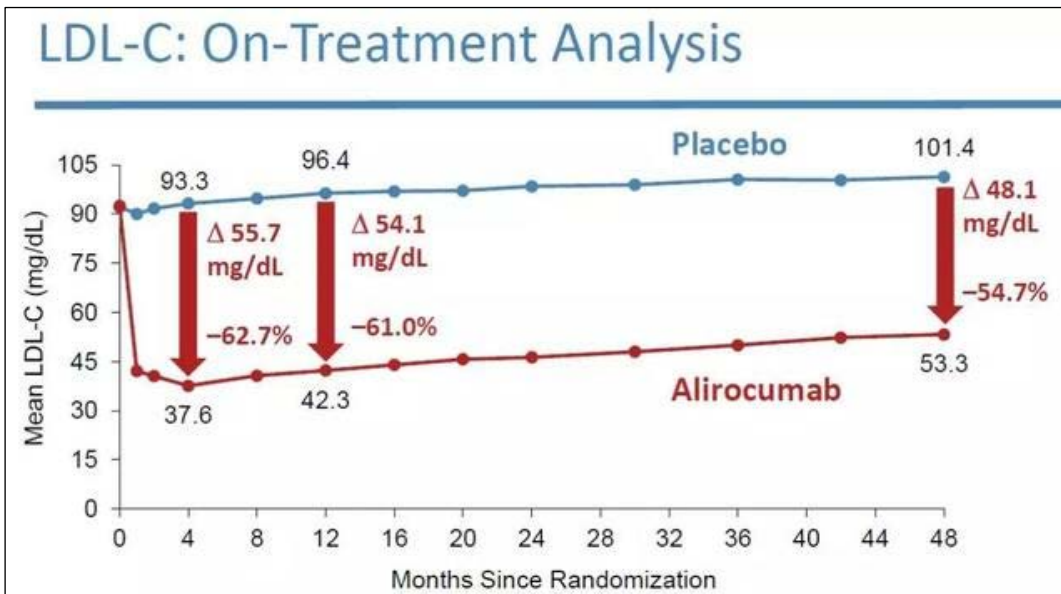


圖 1. 兩組平均 LDL-C 比較

MACE 事件的發生率，Alirocumab 組和安慰劑組分別為 9.5%和 11.1%，Alirocumab 組明顯較優 (HR 0.85，95 CI 0.78-0.93，P=0.0003，圖 2)。



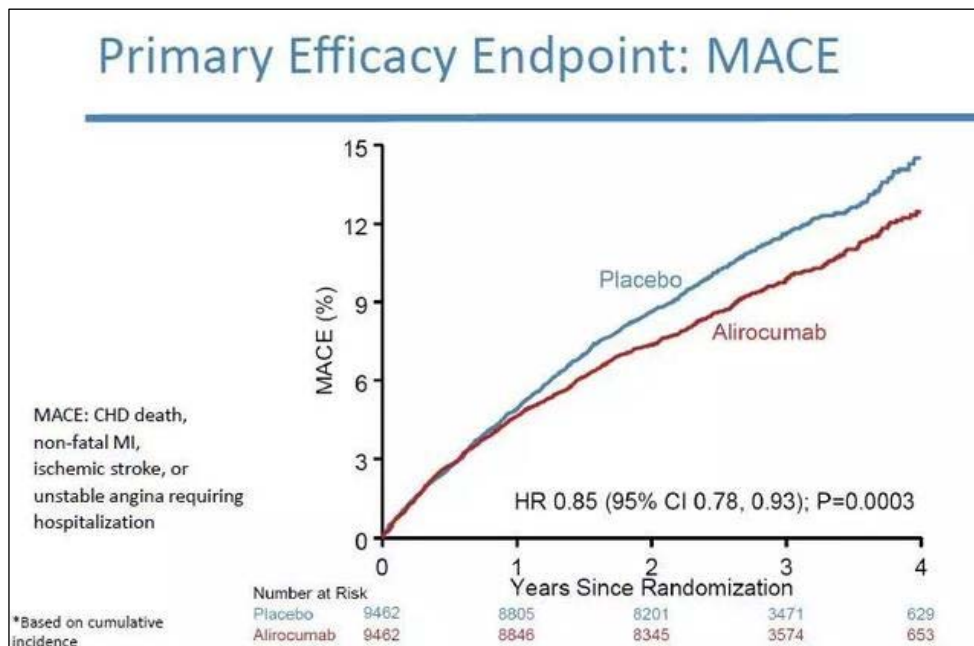


圖 2 兩組主要終點比較

全因死亡率，Alirocumab 組與安慰劑組分別為 3.5%和 4.1%，Alirocumab 組較安慰劑組降低 15% (HR 0.85, 95% CI 0.73-0.98, P=0.026, 圖 3)。

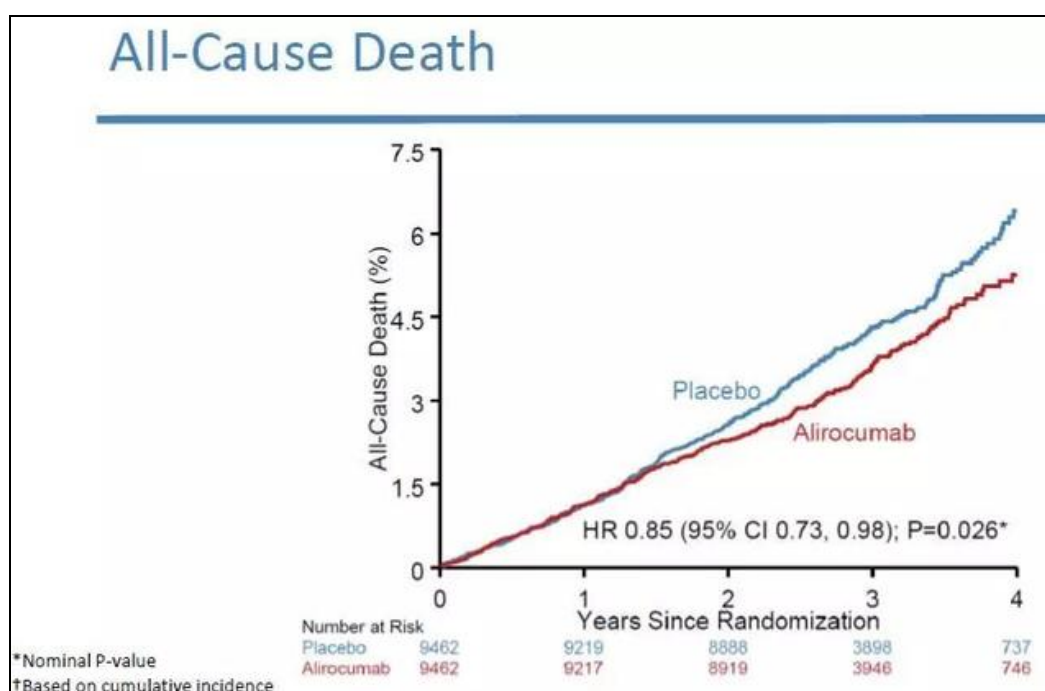


圖 3 兩組全因死亡比較

此外，研究者根據患者基本 LDL-C 進行亞組分析，結果顯示在基線 LDL-C $\geq$ 100mg/dl 的患者中獲益最為明顯，與安慰劑相比，Alirocumab 組主要終點事件降低 24% (HR=0.76, 95%CI: 0.65-0.87, 圖 4)，全因死亡減少 29% (HR=0.76, 95%CI: 0.56-0.90, 圖 5)。

## Primary Efficacy in Main Prespecified Subgroups

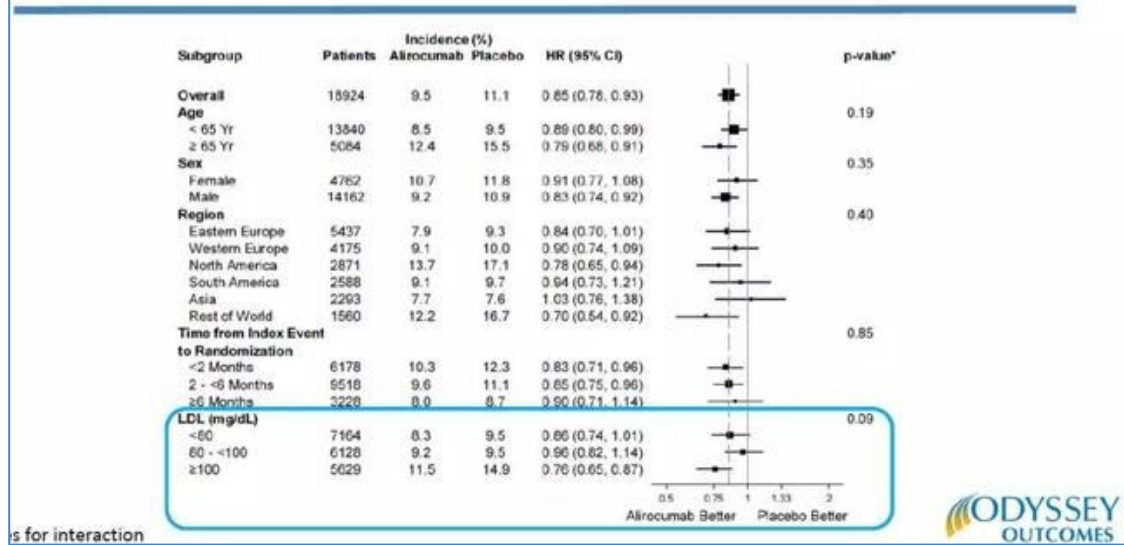


圖 4 Alirocumab 組主要終點事件降低 24%

## Post Hoc Analysis: All-Cause Death by Prespecified Baseline LDL-C Subgroups

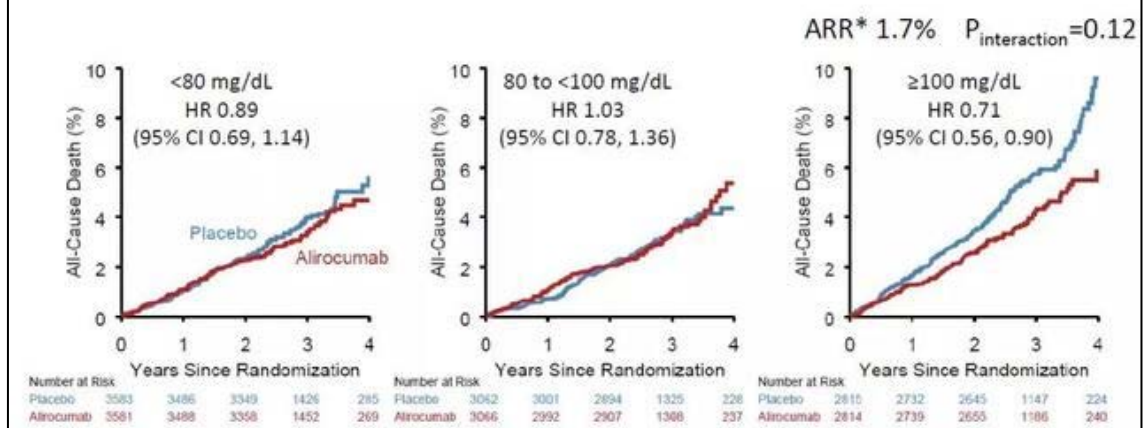


圖 5 Alirocumab 組全因死亡減少 29%

Alirocumab 組還顯示出了良好的安全性和耐受性。除注射部位輕度瘙癢和紅腫的發生率，Alirocumab 組高於安慰劑組 (3.8% vs. 2.1%) 外，其他不良反應均與安慰劑相似或更低，其中備受關注的神經認知疾病的發生率 Alirocumab 組和安慰劑組分別為 1.5% 和 1.8%

### 現今全面認識 PCSK9 抑制劑

ODYSSEY Outcomes 研究是繼 FOURIER 研究後又一個關於 PCSK9 抑制劑獲益的試驗。與 FOURIER 研究相比，ODYSSEY Outcomes 研究所納入人群的風險更高 (FOURIER 研究為穩定的 ASCVD 患者，ODYSSEY Outcomes 研究為既往 1 年內發生 ACS 的患者)，追蹤時間更長 (FOURIER 研究平均 26 個月，ODYSSEY Outcomes 研究平均 33 個月)。雖然兩個研究的主要終點構成略有不同，但均顯示 MACE 降低 15%。令人矚目的是，治療後的總死亡率 FOURIER 研究和 ODYSSEY Outcomes 研究的變化分別為 +4% (NS) 和 -15% (P=0.026)。兩者的差異有助於人們更全面地認識 PCSK9 抑制劑對心血管的影響。

(圖片摘自 Gregory G. Schwartz, American College of Cardiology - 67th Scientific Sessions, March 10, 2018)



## 健保制度

### 健保新制與舊制

資料來源：健保署

項目	舊制	新制	實施日期
就醫時未持健保卡，需開慢性處方箋	可開立慢性處方箋，領 90 天藥。	只能開一般處方箋，領 30 天藥，不能開慢性處方箋。	五月起
藥品遺失或毀損	有些醫師會重新開藥。	必須自費領藥	六月起
住院押健保卡	需押卡	不需押卡	六月起
他人代領藥	僅限行動不便者、遠洋漁船船員等。	新增精神障礙、心智缺陷或失智者。	六月起

## 藝文天地

### 醫院笑話

文/ 摘自國家網路醫藥 KingNet.com.tw

#### 【第一則】

一患者向院長控訴，醫生不負責任，院長問：到底怎麼了？

病人說：在手術台上，我聽到護士說：別害怕，這只是個小手術。

院長：說這話沒錯呀，怕你緊張嘛。

病人：可護士不是對我說的，是對醫生說的。

#### 【第二則】

有名醫生新開了一家診所，為了宣傳他在診所門口寫了個大招牌：

「醫好請付 300 元診療費，醫不好直接退 1000 元。」

此舉引起了另一個醫生的注意，這醫生想去賺賺他的 1000 元

第一次上診所，他跟診所醫生說：「醫生啊，我覺得我味覺有問題，吃甚麼都沒味道」

診所醫生說：「護士，把 7 號藥罐裡的藥液，滴三滴在病人舌頭上」

才滴了第一滴，他大聲的說道：「你在做甚麼，這不是汽油嗎！」

診所醫生說：「恭喜你，你的病好了，請付 300 元。」

他不甘心的付錢後走了

過了幾天，他想討回自己的 300 元，再光臨一次診所

他對診所醫生說：「醫生，我覺得我記憶力好像有問題，甚麼都記不起來..」

診所醫生說：「護士，把 7 號藥罐裡的藥液，滴三滴在病人舌頭上。」

滴上第一滴後，他馬上爬起來大聲說：「這不是上次的汽油嗎！！」

醫生說：「恭喜你，你的病好了，請付 300 元。」

這次他依然無功而返，這使他更不服氣

於是他在幾天後光臨了門診第三次，心想這次一定要賺到 1000 元

他對醫生說：「醫生，我的視力好像有問題，看甚麼都不清楚」  
診所醫生想了一想，說道：「實在抱歉，我們診所沒有治療這種病的藥，請收下 1000 元」  
正當診所醫師把鈔票遞給他的時候，  
他說：「等等，這個不是 1000 元，是張 500 元啊！」  
診所醫生說：「恭喜你，你的病痊癒了，請付 300 元。」

## 天主的話

### 簡單作聖人 文/ 宗輔室王文芳老師

上一期分享教宗方濟各於今年四月九日頒布名為《你們歡喜踴躍吧！》的宗座勸諭，這是他寫給全球天主教徒的家書，有很豐富的內容，也值得分享給輔仁大家庭的每一位。這期就來個 PartII 吧！

教宗說要成為聖人不一定要作主教、神父、或修道人。我們常常誤以為只有那些可以不受日常俗務羈絆，花很多時間祈禱的人才是聖人。事實並非如此。我們每個人都被召喚成為聖人，只要我們懷著愛人的心去生活，並在我們所做的一切事情中勇於為愛作證。

他說：你是度婚姻生活的嗎？藉著愛護和照顧你的丈夫或妻子，如同基督為教會所做的奉獻一般，就能成聖。你需要工作維生嗎？只要以正直和技術為人們辛勞服務，就能成聖。你是為人父母或是祖父母嗎？耐心地教導孩子們如何去愛與服務，就能成聖。你是有職權的人嗎？以工作謀求全體的共同利益，並放下個人利益，就能成聖。

一九七五年阮文順樞機主教（Nguyễnvan Thuân）因為堅持信仰遭越南共產黨逮捕，並未經審訊就被關進監獄達十三年之久。但他拒絕把時間浪費在等待他獲釋的那一天，相反地，他選擇「懷著愛心活出此時此刻」。他決定：「我要抓住每天出現的機會，並以非凡的方式完成普通的行動」。

願天主祝福每一位都能在日常生活中活出非凡。

## 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優異獎學金，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

「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。」