



輔醫系報

江漢聲題

第19期 出刊日：2025/9/15

發行單位：醫學系 / 發行人：廖俊厚 / 編輯指導：藍易振 / 編輯人：王文奇、穆淑琪

系上新聞

【「恩典藝廊 GRACE Gallery」啟用暨陸幼琴修女水彩畫作特展開幕儀式】114.6.18



恩典藝廊首展祈福禮

文/醫學系主任 王文奇

輔大醫學系恩典藝廊於民國 114 年 6 月 18 日上午開幕。開幕的展覽以輔大醫學院與耕莘醫院前院長陸幼琴修女水彩畫展為第一波的展覽。展覽場地正好是醫學系辦公室轉入 PBL 小班教室的廊道，高齡 86 歲的陸修女以柔和的色彩以及熟練的筆法繪製十幅畫作，懸掛起來更顯意趣盎然。而每一幅畫作各有命名，呼應畫作的意境。

開幕典禮簡單隆重，由藝術學養豐厚的徐明德神父主禮，在祈禱與祝福撒聖水之後，與會教師

同仁們一起合影留念。許多老師入職學系，聽聞過陸修女的風範，更看見修女的藝術才華，更是醫學人文教育的榜樣。

恩典藝廊會依序邀請師生共展，歡迎有興趣攝影、書法、國畫、油畫等醫學系校友、師生或醫界賢達等共同澆灌此一園地，豐富輔大醫學系非課程的人文涵養。

【113 學年度畢業撥穗典禮】114.5.24



畢業撥穗禮系主任致詞文

文/醫學系主任 王文奇

親愛的輔仁大學醫學系應屆畢業生們：

大家好！今天，是一個值得感恩與慶祝的日子。經過六年的努力，你們終於站在這個重要的時刻，即將正式成為醫療團隊的一員，肩負起守護生命的使命。首先，請為自己鼓掌，也請轉轉頭向支持

你們的師長、家人與朋友致意感謝，因為他們的愛與陪伴，讓你們走到了今天。

然而，今天是慶祝的時刻，但也是一場深思的開始。醫學，不僅是一門科學，更是一場關於人性、倫理與社會責任的旅程。你們將進入真正的醫療現場，迎接前所未有的挑戰。除了「適應與創新」的態度之外，我想與大家分享另一個重要的能力：「逆境商數」(Adversity Quotient, AQ)。

逆境商數：從挑戰中成長的關鍵

逆境商數是衡量我們在困境中保持韌性、勇敢面對並化解困境的能力。在醫療環境中，挑戰無處不在——診斷的困難、患者的期望、醫療資源的壓力，以及快速發展的科技對倫理的衝擊，這些都是你們將面對的實際問題。而擁有高逆境商數，將幫助你們從挑戰中學習，並成為更堅韌、更出色的醫療工作者。

網路上有些資料告訴你我，高 AQ 的特質包括：

1. 堅持不懈 Persistence：即使面對重重困難，也能持續努力。
2. 積極解決問題 Proactiveness：主動思考並尋求解決方案，而非退縮。
3. 快速復原力 Resilience：在遭遇挫折後迅速恢復，面對挫折時能迅速恢復，重新投入工作。
4. 樂觀思維 Optimism：在黑暗中找到希望與方向。

迎接未來：逆境中成長，創新中突破

1. 醫病關係的轉變

病人可能質疑醫師的診斷，而我們需要在這種環境中建立信任。逆境商數讓我們能冷靜應對，透過耐心溝通化解誤解。想一想耶穌教導我們：「你們願意人怎樣待你們，你們也要怎樣待人。」(路加福音 6:31)

2. 資源挑戰與工作壓力

資源有限的健保制度可能帶來工作上的疲憊，但高 AQ 能幫助我們在壓力中找到工作的意義與熱情。聖經上記載保羅說：「無論作什麼，都要從心裡去做，像是為主做的，不是為人做的。」(歌羅西書 3:23)

3. 科技衝擊與倫理判斷

面對人工智慧與基因編輯等技術，我們不要固執但要保持開放心態，並以客觀判斷指引。聖經也提醒說：「你要專心仰賴耶和華，不可倚靠自己的聰明。」(箴言 3:5-6)

結語：以韌性迎接挑戰，成為時代的光

親愛的同學們，你們是這個時代的改變者，不是旁觀者。逆境商數的高低將決定你們如何在醫療環境中突破困境並帶來創新。提醒各位，遇到逆境不必心懷不滿，不要有報仇的心，Hurt people hurt people。印度聖雄甘地說過「以眼還眼，世界只會更盲目。」。請勇敢擁抱挑戰與逆境，並記住：在逆境中成長會讓你謙虛有深度，韌性有長度，溫柔有高度；所以你們也當「忘記背後，努力面前的，向著標竿直跑」。(腓立比書 3:13-14)

下週端午佳節連續假期，我們提早舉辦畢業生撥穗典禮。感謝各位師長與家人見證這一意義非凡的時刻，也感謝附設醫院提供這一次活動場地，與此共榮。祝大家平安，闔府安康。祝福你們，前程似錦，行醫順利！

【113 學年度加袍典禮】114.5.10



加袍禮系主任致詞文

文/醫學系主任 王文奇

尊嚴與誠信——醫者的靈魂

大家好！今天輔大醫學系四年級同學加袍禮，在校課程學習階段的結束與即將臨床實習的開始。世界經合組織 OECD 多年前提出「學習羅盤 2030」四大方針：知識、態度、技能、價值觀 (knowledge, attitudes, skills and values)；知識、態度、技能我們常常講述，今天想與各位分享「尊嚴與誠信」(Dignity and Integrity) 這兩個至關重要的價值觀。

對於即將步入臨床的你們，這不會是抽象的道德概念，而是未來行醫之路的核心精神。

先提一個概念，必須牢記：「我們愛，因為神先愛我們。」(約翰一書 4:19)。這份愛，不只是對家人朋友的關懷，更要延伸到每一位病人，因為他們也是按照天父的形象所造 (創世紀 1:27)。因此，

維護病人的尊嚴，並以誠信行醫，既是專業的要求，更是愛的信仰召喚。

Dignity 尊嚴——醫師與病人的橋樑

尊嚴，是人的一種基本權利，而對醫療工作夥伴而言，這更代表著對生命的敬重與關懷。當我們穿上白袍，面對病人時，我們所照顧的不只是病理數據與臨床診斷，而是一個個有血有肉、有情感、有家庭、有夢想的人。

病人身處困境時，很怕被拒絕，最需要的就是被尊重、被理解、被溫柔對待。無論是病情告知、治療選擇，還是對臨終者的陪伴，我們都要讓他們感受到自己的價值沒有因病而減損。

我們或許會遇到病人對醫療決策的抗拒，或家庭成員的焦慮與不安，這時候請嘗試帶著基督的愛，耐心傾聽、溫和回應，才能真正做到尊重病人的意願，守護他們的尊嚴。各位也要掌握自己的尊嚴自信，接著就是講誠信正直。「你們願意人怎樣待你們，你們也要怎樣待人。」(路加福音 6:31)。

Integrity 誠信正直——醫師的根基與信仰

誠信是人與人之間的橋樑基石。誠信不是誠實無欺，更是你我應有的道德操守與專業精神。

聖經告誡我們：「行事正直的人，走路安穩；行事彎曲的人，必致敗露。」(箴言 10:9)。醫學是一門以科學為基礎、以倫理為準則的專業；醫師的話語與決策，直接影響病人的健康與生命。我們是否誠實地向病人說明病情？我們是否基於醫療專業，而非個人利益，做出治療選擇？我們是否在學習與行醫過程中，坦承自己的不足，尋求更正確的知識？這些問題，考驗著我們是否真正擁有誠信。

在現今社會，健保的變革，醫學科技日新月異，人工智慧、基因編輯、延長生命技術等議題，正挑戰著我們的倫理底線。面對這些問題，我們更需要堅守信仰，以正直與誠信作為指引，確保每一個醫療決策都符合上主對生命的旨意。以後你們會有許多試煉，如肉體的情慾、眼目的情慾和今生的驕傲，這些都不是從上天來的(約翰一書 2:16)，你們要謹慎小心。誠信正直有時是雖千萬人我獨往狀況，有時不是，反而是自己行不出來，或是行出來由不得你；在此呼籲各位仍然要有誠信正直的夥伴，或長或幼，一起同行這醫療天路。友直、友諒、友多聞，是有助益的。

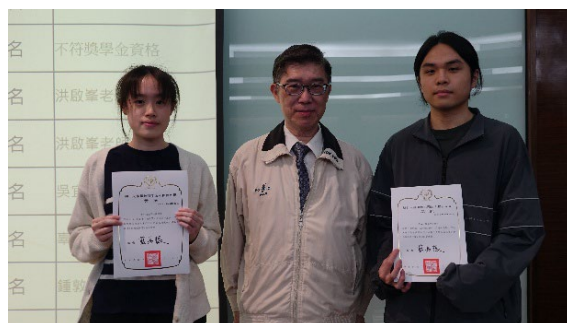
結語：以愛行醫，榮耀天主

各位同學，醫學不只是生理、生化、解剖、藥理、內外科的知識累積，更是對人性的理解與尊重。醫學要維護生命的尊嚴，不僅是治病救人，更是以誠信與愛，體現天主的榮耀。

未來，當你們進入醫療執業工作場所，面對真正的病人與挑戰時，我希望你們都能記得：「無論作什麼，都要從心裡去做，像是為主做的，不是為人做的。」(歌羅西書 3:23)。讓我們以天主的愛作為動力，帶著尊嚴與誠信行醫，成為真正的「醫者仁心」。

今天各位同學會有一本附設醫院黃瑞仁院長所著的好書「醫者」，送給大家。在母親節前夕為大家舉辦加袍禮，意義深遠。各位家人見到你們的成長，不只是欣慰，也是世代交替的啟始。在此祝大家平安，闔府安康。

【113 學年第二學期系週會】114.4.16

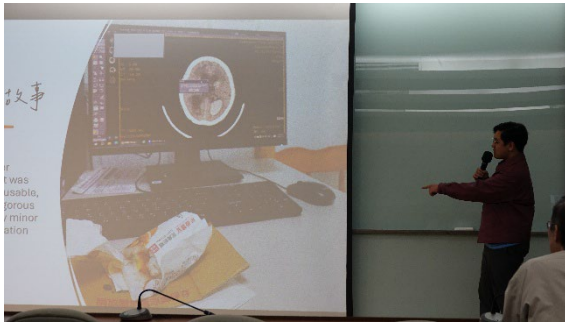


【113 學年第二學期職涯講座】114.4.16

主講人：第 14 屆畢業系友左耀元醫師

主 題：選擇當一個溫柔的笨蛋，我微不足道的文學與醫學小見解





活動心得

文/醫學系四年級學生 梁庭嘉

這場由左耀元醫生主講的活動是一場醫療與文學的深刻對話，讓我感受到生命與創作的交織之美。左醫生以 DNR 案例開場，娓娓道來病人家屬在生死抉擇中的掙扎，以及醫生如何以同理心引導決策，讓我體會到醫療不僅是技術，更是一門關於人性的學問。他分享自己在大學成績不佳卻堅持寫作的經歷，最終入選《九歌 110 年小說選》並榮獲林榮三文學獎，這份執著令人動容。他的文學啟發來自村上春樹的疏離與川端康成的唯美，而赴日朝聖的體驗（如相模國七里濱的月光咖啡館）更讓我感受到文學如何連結現實與想像。

左醫生坦言自己在醫生與作家身份間的掙扎，卻仍以幽默與真誠勉勵我們，讓我反思如何在學業與興趣間找到平衡。活動不僅拓展了我對醫療倫理與文學的視野，也激勵我勇敢追尋自己的熱情。希望未來能有更多這樣的跨領域講座，讓我們從不同視角探索生命的意義。

【113 學年度醫學院慰靈公祭】114.3.19





大體老師公祭家屬致詞文

文/翁秀禎女士

各位神長、師長同學、家屬朋友們：平安！

我是大體老師陳宏道的家人。今天很榮幸代表五位大體老師的家屬來與各位分享這些日子以來的心情與感受。

我的先生陳宏道是在 110 年 8 月離開我們，算來也有一千多個日子了。生前他是天主教教友，生後他希望能將他的軀殼貢獻給醫學研究。他說靈魂離開後，留下原是無用的皮囊，火化成灰前能再一次的貢獻，那是大大的上算，何樂不為！我是輔大畢業生，他笑說成為大體老師後他也是輔大人，他和我一樣以輔大為榮，而我，更是以他為榮。

對於生死大事，他有特別的體悟。記得他在榮總安寧病房的最後幾日，我曾問他：宏道，你會害怕嗎？死後你會在哪裡？他不假思索的說：當然在天堂！我又問：天堂會是什麼樣子？他說：我現在不能回答妳，等我去後再告訴妳。隔日，我和友人談起，她告訴我關於天堂聖經真有記載。於是我翻出聖經，就在默示錄第 21 章第 12 節、我認真地唸給宏道聽：有十二座門，守門的有 12 位天使，東西南北面各三門，城牆是水蒼玉，城是純金，城牆基石裝飾著是寶石，第一座門是水蒼玉、第二座是藍玉、第三座是玉髓，第四座是翡翠...宏道比了一個手勢喊停：不必唸，我去後就知道了。當時我心想：這老兄哪來的自信？

但，他真的回來告訴我天堂是什麼樣子！我夢過他幾次，第一次他在昏暗中看著我，沒有言語；第二次我和他相遇在公車上，我要去故宮，和他目的地不同，但我迷路了，他陪我下車一同走過一

段泥濘，我們光著腳丫踩在泥巴上前行，覺得很快樂；最近一次夢見他，是家裡大掃除，孩子打包好垃圾，我和宏道負責拿去倒，他踩著滑板車帶著我和小孫女，迎著風前進。我記得那日風和日麗，路的兩側是田園菜圃，生氣盎然，欣欣向榮，小路蜿蜒曲折，但繁花似錦，平坦順暢。我問他我們要去哪裡倒垃圾？他笑著說妳待會兒就知道了。到達時，我驚覺我們竟從台北飆著滑板車回到高雄橋頭老家。一陣陣飯香撲鼻，我的婆婆正在廚房做飯呢！這一路的惠風和暢，心情愉悅，我想宏道

是不是已經抵達了？他是不是已經抵達了天主的國？美麗的天堂！

我感恩天主仁慈：在宏道生病時，聖神始終臨在，鼓舞支撐著他和我和孩子們；三年前 covid-19 疫情方熾，但天主仍為宏道開了一扇門，讓他如願成為大體老師；

我感恩宏道在摸索天國之路時讓我知道他的進度；

我感恩輔大醫學院的師生認真、嚴肅地善待宏道留在人世的軀體。陳君鎧同學和十位組員在解剖課前的家屬深切訪談；在解剖課後，也就是在農曆年前，君鎧又再一次的到訪，帶來同學們的感謝卡片和禮物，並對我說：我們有好好的、認真的縫合老師，我覺得我們真的縫得很好。我笑了！親愛的孩子，我知道、而且相信你們真的很用心的對待宏道，你們真的縫得很好。宏道喜歡陪伴年輕的孩子成長，他一定樂於與你們共事，和你們一起成為天主的器皿。

謝謝這一群可愛的小醫生，謝謝指導的師長，謝謝神長和至親摯友的代禱。祈求天主和諸聖，請悅納五位大體老師-沈鶴連神父、馬志鴻神父、李先達先生、受伯鐸先生和陳宏道的靈魂，請引領他們到祢的國度，享永遠的福樂。

有一段詞我很喜歡，這詞是這樣寫的：遠去者去了遠方，願他都安心！祝福五位大體老師、祝福宏道：遠行一路都安心，平安抵達主的國度。

感謝天主，謝謝各位！❤

(轉載耶穌會中華省 2025 年 3 月 24 日報導)



大體老師公祭學生致詞文

文/醫學系四年級學生 陳怡森

各位家屬、來賓、老師，以及同學，大家好，我是學生代表，醫學系四年級的陳怡森。

首先，懷著最深的敬意與感激，我要向李先達老師、馬志鴻神父、陳宏道老師、沈鶴璉神父、以及王志軍老師致謝，也要向支持他們的家屬們致以無限的感謝。

我們與大體老師的相遇，就像是一道清晨的陽光，溫暖而靜靜地灑落在我們生命的旅途中。隨著時間推移，那光芒不斷滲透進我們的學習與生命中，直到我們真實感受到它的溫度與力量。我時常在想，也許在某個未曾注意的時刻，我們曾與生前的大體老師擦肩而過，也許這份光芒早在那時已經開始照亮我們的道路，讓我們在今日得以相會。

燭影長明，照杏林春滿。在這段求學旅程中，我們非常幸運，能與大體老師相遇。在課堂的開端，我們輕聲問候：「老師好」，正式開始了我們的解剖學習。回想初次站上解剖台，我們的心情充滿了未知與緊張，在老師們的身體上，我們逐步探索，一層一層地剖開構造，同時也一層層地認

識醫學，認識生命，甚至是認識自己。站在老師們的面前，我們看見的不僅僅是身軀，更是一段段人生，一個個家庭，以及一生的奉獻。

無言良師，授吾醫理。大體老師以無語的方式教導我們，他們允許我們在學習的過程中犯錯，允許我們在失敗與成就中成長，這些包容源自於他們對我們的期望——期望我們在未來的醫療之路上，能夠更踏實、更溫柔地面對每一位病患，因為每一位病患，都是一段人生，一個家庭。

我們也永遠不會忘記老師家屬們的巨大付出，親愛的家人在離世後，無法立即安息，而是繼續陪伴我們這群學子，經歷兩到三年的漫長等待。如果我們有幸在生前與老師們相識，看到他們微笑的樣貌，聽見他們的聲音，那麼在面對今天的分離時，或許我們的心會更加痛徹。想到這裡，都讓我們更加感激老師們用生命最珍貴的一部分成就了我們，也感激家屬們以無比的勇氣，支持這樣的選擇，讓我們得以在這條學醫之路上，踏出堅實的一步。

如今，課程結束，家屬們又得面對再次送別的時刻，這種傷痛的揭開，是對我們最大的成全。作為學生，我們能做的，就是以最認真的態度繼續學習，珍惜機會。

一次課堂結束後，我們都會向老師致謝：「謝謝老師。」這些話語雖然簡短，但每一次說出口，心中都滿溢著深深的感動與敬意。老師的奉獻是如此無私，以生命最後的姿態教導我們，讓我們能夠走得更穩、更遠。我們所能回應的，或許只是用心守護他們，用雙手輕柔地縫合，帶著我們最深的敬意，如同回到那初見時的模樣，儘可能守護老師的尊嚴與安詳。

真正的告別並不只是縫合的完成、公祭的儀式，對學生們而言，老師的身影已深深刻入我們的生命，他們的人生在離世後並未終止，而是以另一種方式延續，用日落換明月升起，以生命點亮生命，老師們仍為生命增添歲月，及為歲月增添生命。

人生的意義在生者的記憶和傳承中無限延展，我們終將走向終點，歸於平寂，在我們共同的必經之路上，老師以超越軀體的偉大靈魂，教會我們無畏、無懼、大愛、奉獻、永恆。

今天，是最後一次親口向老師們道謝了，但對老師的感恩與懷念，將會擁有刻印在我們每一位學子心裡。老師的慈悲、勇氣與無私的奉獻，將在我們的歲月裡，長存不朽。我們會永遠感恩，懷念，成為一個更靠近真善美聖，有耳朵傾聽、有口表達、用真心感受一切的醫者。

謝謝偉大的老師們，家屬們，以及各位師長同學。



【113 學年度醫學之夜】 114.5.7

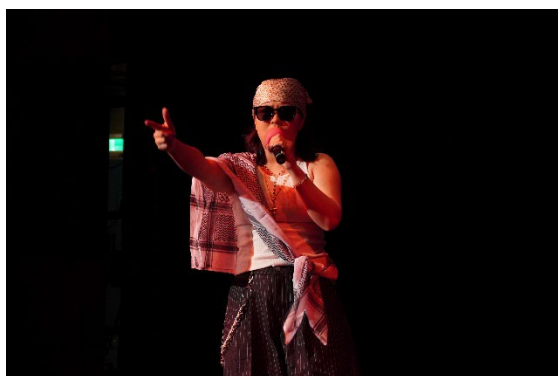


【113 學年度系烤】 114.4.24





【113 學年度醫韻獎】114.3.19



腦部動脈機械取栓：中風治療的革命性進展

文 / 新光醫院腦神經加護病房主任 葉旭霖

一項重要技術突破。該方法通過介入性手段移除腦血管內的血栓，恢復血流，顯著改善患者的預後。以下將介紹其原理、發展歷程、適應症及臨床意義。

缺血性中風與血栓形成

急性缺血性中風是中風的主要類型，約占總病例的 80%。其病因多為血栓阻塞腦血管，導致局部腦組織缺血缺氧。腦細胞對缺氧高度敏感，若血流中斷數分鐘，損傷可能不可逆。治療的核心目標是盡快恢復血流，減少神經功能損失。

傳統治療依賴靜脈注射血栓溶解劑，如組織胞漿素原活化劑 (tissue plasminogen activator, tPA)。其有效時間窗通常為發病後 4.5 小時。然而，對於大血管阻塞或血栓負荷較重的病例，tPA 的溶栓效果有限，難以快速恢復血流。機械取栓因而成為這類患者的關鍵治療選擇。

機械取栓的技術原理

機械取栓是一種影像導引下的介入治療，利用導管技術移除腦動脈內的血栓。常見器械包括支架取栓器 (Stent Retriever) 和抽吸導管 (Aspiration Catheter)。支架取栓器通過展開網狀結構嵌入血栓，隨後將其抽出；抽吸導管則利用負壓直接吸除血栓。這些操作通常在數位減贅血管攝影 (digital subtraction angiography, DSA) 設備下進行，以確保精準定位。臨床中，兩種方法可單獨或聯合應用，依據血栓特徵和血管條件決定。

技術發展與證據支持

機械取栓的概念始於 20 世紀末，但其廣泛應用得益於近年的技術進步。早期器械如 MERCI 取栓器 (2004 年 FDA 批准) 奠定了基礎，但成功率和安全性仍有不足。新一代支架取栓器 (如 Solitaire 和 Trevo) 於 2010 年代問世，顯著提升了療效。

2015 年，多項隨機對照試驗 (如 MR CLEAN、ESCAPE、EXTEND-IA) 確立了機械取栓的地位。這些研究表明，對於大血管阻塞的缺血性中風患者，機械取栓加上 tPA 治療在血流恢復率和功能預後 (如改良 Rankin 量表評估的獨立生活能力) 方面均優於單獨藥物治療。此後，該技術被納入國際中風治療指引，成為標準療法。

適應症與患者篩選

機械取栓適用於特定患者群體，主要包括：

大血管阻塞：如內頸動脈或中大腦動脈受阻。

時間窗：傳統治療時間窗為發病後 6 小時，但 DAWN 和 DEFUSE 3 試驗顯示，部分患者在 24 小時內仍可受益，需依據影像學評估 (如灌注掃描) 判斷可挽救腦組織的存量。

臨床表現：嚴重神經功能缺損，如偏癱或失語。

治療前，需通過 CTA 或 MRI 評估血栓位置、腦損傷範圍及出血風險，以確定適應症。時間因素至關

重要，延誤治療將加劇腦細胞損失。

操作流程與風險考量

機械取栓通常在血管攝影室內進行，患者接受局部或全身麻醉。操作從股動脈插入導管，沿血管推進至腦動脈，利用器械移除血栓，過程耗時約 30 分鐘至數小時。術中需精準操作以避免併發症，如血管穿孔、顱內出血或栓子脫落。

臨床意義與案例分析

機械取栓的應用改變了大血管阻塞中風患者的預後。許多原本面臨永久殘疾的患者在術後數日內恢復部分功能，甚至完全康復。例如，一名 60 歲患者因中大腦動脈阻塞出現偏癱和失語，在發病 4 小時內接受取栓，術後次日即恢復言語和肢體活動，兩週後將近恢復正常。此類病例凸顯了該技術的價值。

未來展望

機械取栓技術仍在發展中。新型器械設計、人工智能影像分析以及遠程醫療的整合有望進一步提升療效。然而，其應用目前集中於大型醫院，如何擴展至資源有限地區仍是挑戰。此外，延長時間窗和改善患者篩選標準的研究也在持續推進。

結語

腦部動脈機械取栓代表了中風治療的重大進展，其高效性和直接性為急性缺血性中風患者提供了新的治療選擇。隨著研究的深入，這一領域將繼續為患者帶來更多可能性。

嬰幼兒 RSV 防護策略新趨勢

文/醫學系副主任、新光醫院教學部主任 穆淑琪

一、前言

呼吸道融合病毒 (Respiratory Syncytial Virus, RSV) 是全球五歲以下兒童下呼吸道感染的主要病原之一，其在嬰幼兒族群中具有極高的致病力與傳播力，尤其對新生兒與早產兒等高風險個體構成極大威脅。RSV 感染最常見的臨床表現包括細支氣管炎與病毒性肺炎，嚴重時甚至可引發呼吸衰竭。全球每年因 RSV 住院的五歲以下兒童超過三百萬人，其中呼吸道融合病毒 (Respiratory Syncytial Virus, RSV) 是全球嬰幼兒下呼吸道感染最常見的病毒之一，尤其對新生兒與早產兒等高風險族群構成嚴重威脅。RSV 可導致細支氣管炎、肺炎與呼吸衰竭，是全球五歲以下兒童住院與死亡的重要原因之一。根據統計，每年約有超過 300 萬名 5 歲以下兒童因 RSV 感染而住院，其中新生兒與早產兒的風險最高。

在台灣，RSV 感染並不像流感或腸病毒那樣具有明顯的季節性高峰，但病毒活性幾乎全年皆在流行，臨床觀察顯示秋冬季仍為相對高峰期。第一線臨床醫師普遍認知其對嬰幼兒帶來的風險及潛在醫療負擔，因此如何有效預防 RSV 的重症惡化，成為公共衛生與小兒醫療政策的重要課題。

在氣候型態與病毒流行時序方面，RSV 於溫帶國家常於冬季流行 (如北美、歐洲每年 10 月至翌年 3 月)，但在熱帶或亞熱帶地區，如東南亞與台灣，RSV 流行呈現「全年活躍、秋冬略高峰」的特性。根據台灣疾病管制署 (CDC) 病毒監測資料，RSV 全年皆可於社區中被偵測到，並無單一明顯高峰期。雖然每年 10 月至翌年 1 月間陽性率稍高，但春夏仍不時有小型流行，與流感或腸病毒等傳染病的高度季節性截然不同。

本土的研究提供更符合台灣真實世界的流行情形，RSV 相關住院兒童中，有高達九成為健康足月嬰兒，非傳統定義的高風險群（如早產、心肺疾病等），顯示 RSV 對整體嬰幼兒族群的影響廣泛。研究亦指出，在台灣每年因 RSV 住院的嬰兒約有數千人，其中不少為首次感染即進展為重症，需使用呼吸器、氧氣治療或加護病房照護。RSV 的高住院率與反覆感染性，讓它成為台灣嬰幼兒急診與住院量能的重要挑戰之一。

特別值得關注的是台灣地區 RSV 感染年齡層呈現「低齡集中」趨勢，尤其是出生三個月內的寶寶，其 RSV 陽性率、併發細支氣管炎與呼吸衰竭的風險遠高於其他年齡層。這段時期嬰兒的免疫系統尚未成熟，呼吸道管徑狹窄，加上疫苗尚未全面導入，成為目前 RSV 預防政策中最需優先保護的族群。此外，COVID-19 疫情期間，因防疫措施使得 RSV 的流行一度明顯下降，但隨著邊境解封與社會活動恢復，2022 年後 RSV 呈現「報復性流行」現象，且感染年齡層與流行型態出現變化，出現較多一歲以上幼兒因首次感染而住院的情形，提醒我們即便錯過早期感染，仍有重症風險存在。綜合上述，台灣的 RSV 流行型態與政策設計需與國際趨勢有所區隔。由於病毒全年皆活躍，傳統「流行季接種」的思維不完全適用，應將「出生即保護」、「全年接種」視為預防策略核心。

二、政策演進與重要里程碑

新生兒科醫學會自 2011 年起，積極推動 RSV 單株抗體 Palivizumab（商品名 Synagis）的健保給付，對保護高風險新生兒發揮了關鍵作用。以下為給付政策的重要演進階段：

- (1) 2011 年 12 月 1 日：健保開始給付 28 週以下早產兒與 35 週以下合併支氣管肺發育不良(BPD) 早產兒，每名最多可獲得六劑 Synagis 補助。
- (2) 2013 年 7 月 1 日：擴及血液動力學顯著異常的先天性心臟病（hsCHD）嬰兒，保障心臟病患的健康權益。
- (3) 2017 年 4 月 1 日：再度放寬至 30 週以下早產兒，進一步緩解家庭醫療經濟壓力。
- (4) 2022 年 4 月 1 日：給付擴大至 32 週以下早產兒，涵蓋更多邊緣高風險嬰兒。
- (5) 2025 年 6 月 1 日：給付對象擴大至 33–35 週早產兒，每名給予三劑 Synagis，重點保護出生後三個月內感染風險最高期間。

這些階段性的政策進展，不僅反映醫界對 RSV 重症風險的持續重視，也顯示出台灣逐步建構完善的嬰幼兒防護網。

三、傳統單株抗體 Palivizumab 的擴大應用

Palivizumab 自 1998 年問世以來，在 RSV 防治上扮演非常重要角色，但其臨床使用亦面臨數項限制：

1. 劑次頻繁：需每月注射一次，共注射六次，增加醫療資源與家長配合負擔。
2. 半衰期短：抗體濃度維持時間有限，無法涵蓋整個流行季。
3. 高成本：價格昂貴，政府給付門檻高，導致覆蓋率低。
4. 僅針對高風險族群：台灣本土的研究顯示，高達 9 成因 RSV 住院嬰兒為足月出生，意味著目前絕大多數寶寶尚無預防保護。

因此，如何擴大覆蓋、簡化給藥程序、並提升接受度，是未來 RSV 預防的重要目標，也欣見今年 2025 年 6 月 1 日開始，國健署釋出最高的保護嬰幼兒的誠意，預計將給付對象擴大至 33–35 週早產兒，每名給予三劑 Synagis，重點保護出生後三個月內感染風險最高期間。

四、nirsevimab (Beyfortus) : 長效單株抗體新時代

nirsevimab 是近年 RSV 防護領域的重大突破鎖定 RSV 融合蛋白 (F protein) 在融合前構型 (pre-F) 階段的 Ø 位點，具高度中和效力，

其特色如下：

1. 長效保護：經 Fc 端三重胺基酸改造 (YTE mutation)，延長體內半衰期至約 150 天，可涵蓋整個 RSV 季節。
2. 單劑施打：出生後單次注射即可產生保護力，提升順從性與實用性。
3. 全年適用：不受季節限制，適用於全年 RSV 活躍地區如台灣。

建議接種對象所有 12 個月以下嬰兒：出生後立即接種，<5kg 者給予 50mg，≥5kg 者給予 100mg。

1. 12–24 個月高風險幼兒：如有慢性肺病、心臟病、呼吸道畸形、神經肌肉病等，接種劑量為 200mg (分兩處注射)。

此外，即使曾感染過 RSV 也建議接種，因自然感染所產生的抗體效果短暫，無法提供長期保護。

五、全球接種策略與趨勢

美國 (CDC 2024)：

- 建議所有出生於 RSV 季節 (10 月至隔年 3 月) 的嬰兒，於出生後接種 Beyfortus。
- 1–2 歲具高風險者也應考慮每季接種一次。
- 若過去曾使用 Palivizumab，並不構成 nirsevimab 接種的禁忌。

英國與歐洲：

- 英國 NHS 已批准 nirsevimab 納入全國性接種計畫，對象為所有出生嬰兒。
- 歐洲多國逐步實施常規化接種，視作 RSV 防治轉型的核心策略。

日本與韓國：

- 日本正進行多中心臨床試驗，預計 2025 年前導入公費政策。
- 韓國則針對 RSV 住院成本進行成本效益分析，研擬納入健保給付體系。

六、RSV 疫苗發展與補充策略

除了單株抗體，RSV 疫苗也在快速發展中。目前已有數款針對孕婦或年長者的 RSV 疫苗進入臨床試驗後期階段。特別是在孕婦接種後透過胎盤轉移抗體至胎兒，可提供出生初期的被動免疫保護。

七、臨床實務與未來展望

RSV 感染的防治已經從「治療導向」轉向「預防導向」，也呼應全球兒童健康策略的轉型需求，為提升實施效益，以下為建議措施：

- 醫療院所整合通報與接種系統：確保新生兒出生後即能評估並接種。
- 父母衛教推廣：加強家長對 RSV 風險與單株抗體的認知。
- 政策制定者積極引入公費接種機制：提升普及率，減少社會整體醫療負擔。

隨著科技進展與全球策略推動，未來 RSV 的防治將不再是高風險族群的專利，而是每個新生兒的基本權利。

八、結語

RSV 是嬰幼兒健康的潛在威脅，尤其在台灣全年病毒活動的環境下，防護策略不容忽視。公費單株

抗體與自費單株抗體也各自扮演防治 RSV 感染重要的角色與任務。台灣正處於預防醫學轉型的關鍵時刻，透過醫界、政策與家長的共同努力，將可為下一代打造更安全的成長環境。

醫學教育

《死亡與告別——醫學生在臨床中的反思》

文／醫學系六年級 鍾冠恩、醫學倫理授課教師 穆淑琪

人什麼時候死亡？是當心跳停止，還是家屬願意放手？

我們或許聽過這樣的故事：一個人死後，家人依然在餐桌椅上為他們保留一個位置，某些文化中，保存完好的遺體仍被當作家中另一名成員，等到葬儀正式完成，他們才踏進下一個世界。在那樣的文化中，生命徵象的結束只是畫面的一半，卻由生者的認知使「死亡」成為真實。

在醫學院期間，我們和死者的第一次親身接觸通常是在大體解剖的課上，上下課時我們照樣和大體老師尊敬地打招呼，不敢肆意嬉笑，好似他們便在身邊聆聽，到了課程結束，老師們的身體縫合如初、於感恩追思禮中進入火化，我們方與家屬一同向大體老師做最後的告別。

進醫院實習後，我們會發現兩群人的生命在「個體」與「家庭」之間的界線特別模糊：其一是嬰兒們，出生後依然以「○○○之子女」來稱呼，一直到了有自己的名字，能夠表達意見，才開始被視為獨立個體，另一個極端則是僅由插管維持生命徵象，卻已無意識的患者，由家屬決定是否急救。

而不幸地，醫院中便遇見了一個真實案例：那是一位兩個月大的女童，心肌炎急救宣告無效後，她的母親仍抱著她，久久不願面對女兒的死，但有人能跟那位母親說，媽媽，應該學著放手啊！

儘管近年醫學教育更加提倡全人照護，生死學課程上也有《可可夜總會》這樣探討生死作品的觀影，但來到醫院，我們對生命的認知在法律、在醫學上的定義，仍然將目光聚焦在單一個體，無論法律對死亡的定義如何修改，在這樣的鏡頭下，死亡仍是乾淨的，心跳、呼吸、大腦的活動停止時，便就此與活人的世界一刀兩斷。

不過，乾淨是對誰而言？判斷病人為末期的是醫師，急救團隊施行心肺復甦術時，宣判死亡與停止急救的人也是醫師，理想中，這只是指出自然客觀的現象；實務上，醫師對死亡的判斷決定了病人的「生死」狀態，為醫療系統、為法律、也為家屬，現代醫學的進步，使得死亡不再和心跳停止畫上等號；同樣是生者的認知，而非生命徵象的結束使死亡成為真實，醫院中的死亡，以家屬能夠參與的決策而言，更常被強調的卻是接受或放棄治療的權利。

韓劇《照明商店》有這樣一句話：「即使死了仍然是人，不是屍體，是故人。」，故事設定於一家看似普通卻象徵生死轉折的「照明商店」，實際上連接陽間與陰間。每個來店的角色都背負過去創傷與失憶，透過燈泡這一符號，主宰能否「再次選擇活下去」的心念與勇氣，以詭譎氛圍吸引觀眾——陰暗巷弄、長髮鬼影、心理恐懼營造出高度懸疑因素。但隨著劇情推進逐漸明朗，懸念層層揭開後，那條通往照明商店的路正象徵著人正得遊走生與死間的加護病房。

對那位媽媽而言，捨不得放手的心痛，真正孩子離開的時刻，並非常理上生物上認定的沒有心跳的當口，而是摯愛的家人得比起要求接受現實、儘快放下，這是我們在面對安寧或悲傷輔導的狀況時，可以多加嘗試理解的一個觀點，既然安寧照護的精神包含協助家屬預備，減緩到來的衝擊，

為何在患者死後不也如此？

或許，透過這樣的觀點，對仍在世上的人也是某種安慰；當無人能夠預期生死，我們所強調的人生價值與尊嚴，在看不見的死後世界，仍然因著愛的連結得以存續。

神經科實習心得

文/醫學系 Med108 級學生 黃建豪

我的神經科是在六年級下學期於新光醫院實習，神經科相較於其他科別來說，除了需要良好的解剖學知識以外，亦需要邏輯推理能力，根據病人的症狀，定位出可能的受損部位，再加以整合並決定治療方案，因此對我來說十分具有挑戰性。

在新光醫院很幸運跟到的主治醫師是葉建宏教學副院長，葉醫師總是將病人擺在第一位。在極度忙碌的臨床工作、教學、行政業務等之餘，他一有空就會來查房，有時候一天可以查房三次以上，為的就是時刻關注病人的病情變化，進而調整治療方案，而他也會就臨床遇到適合的個案，花時間和學生仔細討論醫學生須具備的六大核心能力，包含「病人照護」、「醫學知識」、「從工作中學習及成長」、「人際關係與溝通技巧」、「專業素養」、以及「制度下之臨床工作」。

實習過程中，我也學習照顧病人，從問診、身體診察、神經學檢查、數據判讀、病歷紀錄等。印象最深刻的一位病人是一位約 50 歲的女性，因為四肢近端肌肉無力來掛急診，之後便收治到葉醫師的病房做進一步檢查。最初的診斷是「多發性肌炎」，而隨著詳細檢查報告出來，最後診斷為「免疫介導壞死性肌病」，這是一個罕見的自身免疫性疾病，會導致肌肉發炎和壞死，並且會增加癌症的罹患風險。而這位病人從剛入院時我每天去與她談話談笑風生，到後來診斷結果出來，她心情變得十分鬱卒，不太想多說幾句話。因此我嘗試使用溝通技巧和她談話，試著跟她說雖然疾病嚴重，但至少及早發現及早治療，團隊也會盡力提供最適合的治療計畫，後來她心情也逐漸改善，並按部就班的接受治療。

這段經驗讓我深刻體會到，醫療不僅是對疾病本身的處理，更重要的是對病人的整體關懷。病人在面對不確定的診斷或長期治療時，往往會感到焦慮、恐懼甚至絕望，而醫師不僅需要有足夠的專業知識來協助他們做出正確的醫療決策，更需要有耐心和同理心，陪伴他們走過這段艱辛的過程。在葉醫師身上，我看到了一位好醫師的典範，無論再怎麼忙碌，始終把病人的福祉放在第一位；無論學生的問題再基礎，也總是耐心解釋，鼓勵我們獨立思考與實踐。

此外，神經科對臨床邏輯思考的訓練也讓我受益良多。例如當我們面對一位出現四肢無力的病人，除了考慮肌肉本身的問題外，也需思考是否來自脊髓、周邊神經、神經肌肉接點，甚至中樞神經系統的病變。每個症狀都像是拼圖的一塊，唯有細心觀察推理，並整合過往所學，才能拼出完整的診斷。這樣的訓練讓我在後續的實習中面對其他科別的病人時，也能更加縝密地進行鑑別診斷。

回顧這段神經科的實習，不僅讓我在醫學知識與技能上獲得成長，更在臨床思維、病人互動與專業態度上都有深刻體悟。我相信這些經驗會成為我未來行醫路上寶貴的基石，也讓我更堅定成為一名值得信賴的醫師的志向。

(黃建豪同學榮獲 113 學年度朱英龍教授獎學金)

朱英龍教授您好：

我是這次獲得「朱英龍獎學金」的學生黃建豪。十分感謝您設立這個獎學金，讓我有機會成為其中的一員。當我收到通知的那一剎，內心感到相當喜悅，對我來說，這份獎學金不只是一個肯定，也是一種鼓勵，讓我在這條學習與成長的路上感受到溫暖與支持。

我今年將從輔仁大學醫學系畢業，回顧整趟學習旅程，每天忙碌地上課、實習、準備考試，雖然不輕鬆，但我一直很珍惜每一個累積經驗的機會，也盡可能讓自己在專業之外，學習同理病人，在未來的醫師道路上，繼續保持謙遜、耐心與關懷。

朱教授長期對教育與社會的關懷與投入，令我深感敬佩。透過這份獎學金，我不僅感受到對學生努力的肯定，更體會到前輩對後進無私扶持與傳承的精神。未來無論我走到哪裡，都期許自己能延續這份心意，分享學習經驗、陪伴學弟妹成長，以及在臨床上成為值得信賴的醫師。我希望有一天，也能成為他人眼中值得學習與效法的對象。再次謝謝您這份獎學金對我的肯定與支持。我會繼續保持初心，好好累積實力，不辜負這份信任與期望。

祝您身體健康、萬事順利！

黃建豪 敬上
2025.06.30



在 AMEE 路上看見全球醫學教育未來

文/新光醫院護理部督導 吳秀娟

歐洲國際醫學教育學會 (AMEE) 創立於 1972 年丹麥哥本哈根，是全球最大醫學教育國際會議組織，致力於推動健康照護教育專業發展及醫學教育人才培育。成員來自全球超過 90 個國家，每年於歐洲城市舉辦年會，吸引教師、教育工作者、醫院訓練師及課程開發廠商參與。2024 年 AMEE 年會將於 8 月 24-28 日在瑞士巴塞爾 Messe Congress Center 舉行，主題為「發展您的教育職涯：連結、成長與啟發」，聚焦知識應用、實踐指導及其對學習者、患者和社會的影響。

會議邀請重量級講者，包括 WHO 的 Jim Campbell 探討全球健康教育與就業趨勢，愛丁堡大學 Liz Grant 分析氣候危機對健康職業教育的影響。大會安排多主題工作坊，如人工智慧 (AI)、學術寫作能力提升 (利用 ChatGPT) 及 Rich Pictures 方法應用等，促進參與者深入交流。特別關注 AI 在臨床推理與教學中的角色，探討其如何革新醫學教育、提升診斷準確性及提供個性化學習路徑，同時分析其在醫療實踐中的挑戰，如數據隱私及偏見問題。所有資訊透過 APP 推播，提供線上與實體課程、互動交流及視訊連線等功能，促進全球合作與創新。

有關來自世界各地教學創意設計成果發表，莫過於參加 e-Poster 發表會，作者們透過海報形式將日常創意教學成果展現，在大會邀請下部分海報發表者還能透過現場口頭短發表(5 分鐘)與其他參與者面對面討論，進行知識共享和經驗交流。

2024 年 AMEE 年會共有來自 92 個國家，投稿篇數 4,400 篇，投稿通過率為 42.6%，新光醫院共有 17 位臨床教師 (包括醫師、護理、藥劑、醫檢等等) 研究論文投稿通過，其中護理職類臨床教師共有 6 位進行教學成果發表，包括有 EPAs 發展與執行成效、多媒體教材發表，如 VR 結合臨床護理人員急救訓練及 Chatboat 運用於新進護理師學習成果、感恩學習對於護理人員韌力培訓等等，其中 4 篇文章更獲選參與 e-Poster 暨 5 分鐘口頭發表機會，為了將本部護理教育實施成效與全世界參與者分享，於準備 5 分鐘英文發表內容及問答環節設計，著實壓力不小，透過不斷練習與團隊

成員提供意見最終能順利完成，同時也參與這 4 場共 50 位來自世界各地醫學教育發展資訊報告，從遊戲式教學、課程設計、教師發展、CBME 發展等等，收穫益多。

2024 年 8 月 26 日晚間參與 TAIWAN Night 餐會活動，邀請 Intealth President & CEO Professor Eric S. Holmboe 及多位參與 AMEE 研討會專家學者蒞臨會場進行交流，會場中大約有來自全台灣 300 多位學校及醫院從事醫學教育者齊聚交流與對談，在瑞士國度中深感全台灣醫學教育者對 AMEE 年會熱情參與盛會，2025 年也將在西班牙舉辦下一年度 AMEE 研討會。

本次參與 AMEE 研討會也與來自世界各地醫學教育者進行交流，未來對於護理教學發展及師資培育等將會激盪出不同火花與新思維，使護理師資培育及 NPGY & UGY 教學活動更具創新性。

圖一、2024 AMEE 瑞士巴塞爾 Messe Congress Center-新光醫院參加團隊



圖二、參展會場體驗災難急救模擬場景



圖三、2024 AMEE 會場與醫策會張上淳董事長進行交流與合影



圖四、2024 AMEE e-Poster 會場交流與學習



圖五、2024 AMEE 之 TAIWAN Night 與 Intealth President & CEO Professor Eric S. Holmboe 進行交流與合影



圖六、2024 AMEE 之 TAIWAN Night 與台灣護理學會廖美南理事長進行交流與合影



醫院體制下，跨領域團隊擬真演練的實務操作與教學成效

文/新光醫院 教學部教學型、麻醉科主治醫師 董恩傑

在現代醫療體系中，跨領域團隊合作已成為提升醫療品質與病人安全的關鍵。然而，由於各專業背景差異，臨床決策與溝通方式不盡相同，使得整合團隊與強化協作成為醫學教育的重要課題。為縮短學習與實務間的落差，新光醫院導入團隊資源管理（Team Resource Management, TRM）結合擬真演練，作為強化跨領域協作能力的重要策略。

TRM 與擬真演練的整合應用

TRM 源於航空業，強調團隊間的有效溝通、決策與資源分配，近年已廣泛應用於醫療教育。新光醫院於 112 年導入 TeamSTEPPS 的核心原則，強調四大關鍵：領導與決策、溝通、守望與互助合作，進一步融入跨領域擬真演練，提升團隊合作效能並降低醫療錯誤。

新光醫院的團隊資源管理（TRM）與擬真演練

在 113 年，我們共進行了 11 場跨領域團隊擬真演練，總參與人數達 525 人，對象主要為 PGY 學員及資淺醫療同仁，涵蓋 16 個不同職類，包括西醫、護理、牙醫、語言治療、諮商、法務等多元領域。

每場演練皆由一個主責職類撰寫教案，根據案例內容邀請相關職類共同參與，模擬的主題多為實際臨床曾發生的事件或病例。為提升擬真演練的教學目標與效益，我們會在演練前兩至三週召開事前討論會，由各職類老師共同檢視教案流程與誘發事件，並依據不同專業的學習目標進行調整，確保每位學員能在演練中展現出其應具備的臨床問題處理與溝通協作能力。

擬真程度的逼真性是 TRM (Team Resource Management) 演練的核心，我們特別重視場地、道具、設備與配置的安排，務求貼近醫院實際運作環境。演練當天，學員不會事先知曉演練內容，直接進入擬真場景進行即時應變與決策，從中培養其臨床應對與跨專業合作的能力。

典型教案流程設計包含四個階段：

1. 團隊組成與角色分配：由三至四個職類組成團隊，如醫師、護理師、藥師、社工等，依專業職責分工合作處理臨床問題。
2. 情境設計與目標設定：針對學員能力與臨床需求，設計跨職類案例，並設定如急救、交接、倫理決策等學習目標。
3. 擬真演練進行：使用高擬真模擬人 (HFPS) 與監測系統，在壓力下訓練緊急處置、病情惡化管理與團隊溝通。
4. 即時回饋與反思 (Debriefing)：透過錄影回顧，教師引導討論表現與改進策略，強調病人安全與團隊運作。

113.10月醫事放射科主辦



113.11月牙科部主辦



113.11月耳鼻喉科主辦



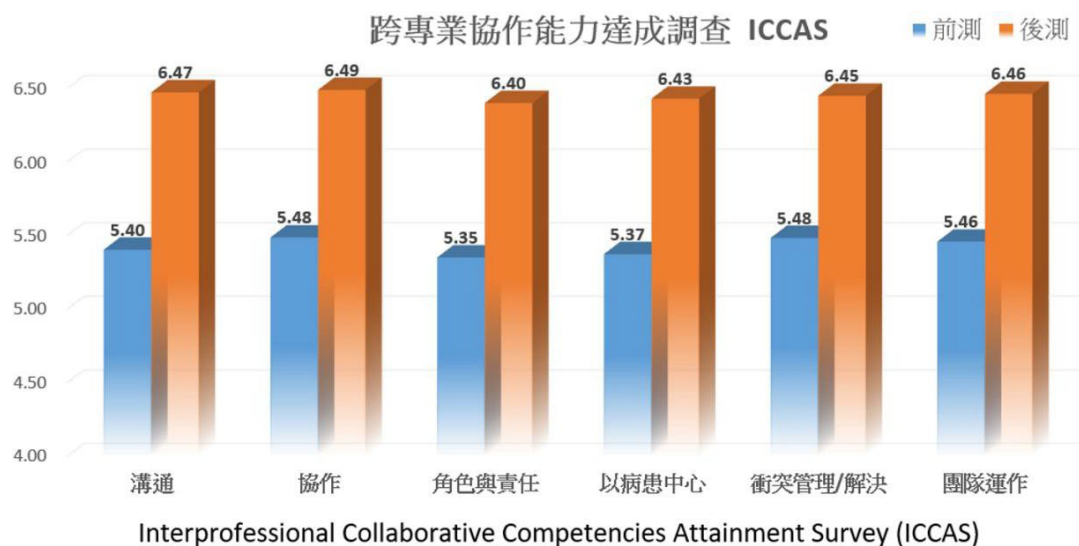
113.11月整形外科主辦



教學成效評估與 ICCAS 應用

我們採用 ICCAS (Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey) 進行教學成效評估。ICCAS 為加拿大渥太華大學開發的自評工具，設計用來評估跨領域學員在六個核心能力領域的進步：溝通、協作、角色與責任、以病人和家庭為中心的照護、衝突處理與團隊運作。

此量表採回溯式前後測設計，讓學員於演練後同時回顧並評估演練前後自身的能力表現。結果顯示，在所有六個核心領域皆有統計學上的顯著進步，證實 TRM 結合擬真演練可有效提升跨專業臨床能力。



結語

跨領域擬真演練已成為醫學教育中不可或缺的一環，不僅促進學員臨床技能的發展，更強化跨職類溝通與團隊協作能力。在可控、擬真的演練環境中，學員能有效應對不同專業間的挑戰，為未來臨床實務做好充分準備。面對日益複雜的醫療環境，結合 TRM 的跨領域演練將持續在醫學教育中發揮關鍵作用，為提升病人安全與醫療品質奠定堅實基礎。

研究心路歷程分享

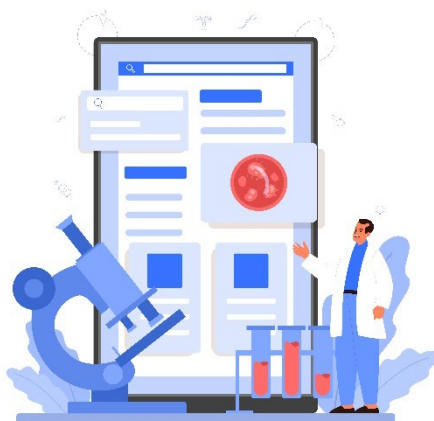
文／醫學系副教授、新光醫院腎臟科主治醫師 吳重寬

這次得到傑出研究獎這份殊榮，很感謝系上與院上的推薦以及委員們的肯定，對我也意義非凡。我在完成內科與腎臟科住院醫師與總醫師訓練後，思考未來職涯規劃，考慮當時新光醫院腎臟科的現況與未來發展，最終決定留在醫學中心等待升等主治醫師，趁這段尚無病人壓力的期間選擇繼續進修，在與當時腎臟科林秉熙主任深談後，因先前完全無研究的基礎，考慮當時科內研究人脈與離醫院工作的遠近，最終我選擇陽明大學臨床醫學研究所進修碩、博士學位，經過陽明大學臨床醫學研究所各位老師的課程指導，指導教授唐德成老師、高毓儒老師等的諄諄教誨下，我漸漸地學習與熟悉基礎與臨床的研究，博士班就讀期間研究的領域為急性腎損傷的細胞與動物模式與腎小管上瞬態電壓感受器陽離子通道在急性腎損傷扮演的發炎調控角色，經多年努力，完成論文發表，終於順利畢業。

博士畢業後，幸運的能進入輔大醫學系擔任專任老師，除教學外、研究升等是未來在醫學院更上層樓的關鍵因素，盤點醫院的相關資源與研究未來的發展性，開始找尋研究學門與培養此學門的興趣，決定將研究的主軸專注於透析患者的血管通路管理、血管通路狹窄與鈣化的病生理與臨床預後的研究、血行動力學與心臟重塑的臨床研究，因有多篇血管通路研究成果在 SCI 雜誌發表，醫院給予我擔任透析血管通路管理中心主任，完善此單位的工作成員招募與制定其工作範圍與目標，一番努力後，此單位參加 SNQ 國家品質標章暨國家生技醫療品質、醫策會特色中心、TSAA 台灣永續行動獎等競賽，也多獲佳績。

研究內容如需更進一步與擴展，必須有共同目標的各類專家合作攜手前進，近年來在輔仁大學校內與我研究合作的老師有輔仁大學商研所陳銘芷研發長、醫學系的林佳勳與徐婉倫老師，研究則利用新光醫院透析病患資料庫與健保資料庫進行慢性腎臟病照顧模式、血管通路、血管鈣化與心臟重塑等的臨床研究；此外，目前我也與台灣大學與陽明交通大學的教授合作研究左心室幾何形狀與血管鈣化在臨床與人工智慧發展，我的基礎研究則著重於血管內膜增生及基質金屬蛋白酶 (MMP) 在此所扮演的角色與機制探討，期望這些研究成果能為未來臨床治療提供新的啟發與指引。

最後希望藉由自身研究的經歷，鼓勵醫學生與年輕醫師能參與醫學研究工作，也期許醫學生與年輕醫師能將工作、教學與研究融合在一起，相輔相成，齊頭並進，並將研究成果嘉惠運用於病患，改善與預防病患病況！



廉價棺木裡都是苦楝花

文 / 第14屆系友 左耀元

(本文榮獲第二十五屆臺北文學獎 散文組 評審獎)

搭電梯到了五十幾樓，又換了另一個更小的電梯來到展間。巨面的玻璃窗可以望向臺北市的街景，冷氣沒開，挑高的空間裡有地毯和機械的氣味。

臺北一〇一的貨梯好大，牆面釘上木渣壓製的三合板，因為裡面裝著比貨梯還廉價、還粗鄙的人。馬哥跟我說：「好像被關在最便宜的棺材裡。」

醫學系大四的時候我脫離了萬年最後一名的位置。主因是有同學在學期中進了精神療養院，所以那學期成績未登記。我還記得一次單元考的半夜，他敲我宿舍房門，問我有沒有繃帶？滿手是血。割的方向避開了韌帶，刺進血管，畢竟我們都學過解剖，知道血管在哪，怎麼傷害自己。

「嗯，有，我先幫你清創。」我像取下大體老師蒼白的顱骨，沒有表情，冷靜。

每到暑假，系上那些穴居於宿舍或是隱身在教室後排的學弟妹都會來問我：「學長，今年暑修列車，開嗎？」他們都知道我成績墊底，不暑修就要留級，因此我都會去全臺醫學系拜託他們加開暑修班。

今年的暑修很關鍵，如果沒有在這個夏天把大一至大四的課程修畢，我將無法進入醫院見習。暑假的上半在臺中兩間醫學院修課，這兩堂課其實有部分時段是重複的，但系上並沒有規定一個人不能同時在兩間教室上課。因此，那個暑假我練成了在下課時間飆車跨越臺中市的本事。

有個學弟也跟我一起修課，但他不用兩地跑，因為他有請電機系的雙胞胎兄弟在另一頭上課。

「撐過去就是你的，進醫院誰管你生理學拿幾分？」我總是這樣鼓勵那些跟我一同暑修的學弟妹。

暑假後半我回到臺北，補修解剖學。母校的大體老師都已經縫起、火化、安葬，我重修解剖總有幾分歉意，好像老師們因我的愚笨而挨刀，他們的犧牲大愛彷彿被我糟蹋了。為了彌補這份虧欠，我在暑修時總會找一些打工來假裝自己很努力的樣子。

新車發表會 / 展場工作人員 / 8HR / 時薪 109 / 不供餐

在論壇看見了這則招募，寄了簡歷過去，說我是醫學系學生。不久對方就回信叫我當天到一〇一後方的進貨區集合，並著黑色衣褲。

到了會場，找到領班，盡可能有禮貌地問候。我心想他可能會笑問醫學系學生還缺零用錢嗎？結果領班瞅了我一眼，說：「我他媽不是叫你穿黑色嗎？」

領班要我叫他馬哥。馬哥帶著我走車道下到地下停車場，然後到達最深處的貨梯，我們先讓幾組音響和舞臺燈的大箱進梯，最後才輪到我們。

讀什麼的？馬哥一問，我就知道他沒看我的履歷。三類組的，我回答。馬哥笑了，輕蔑的那種。畢業能幹嘛？他又問。應該進公家單位工作吧？我還來不及補充是公立醫院的意思就被打斷了。

「好可悲喔，現在大學生都這樣嗎？花老爸老媽的養老錢去讀什麼野雞大學，畢業領死薪水，幹到死也就那丁點錢？哎唷，沒救了。」馬哥說完後，我沒有回應。

電梯持續上升，鋼纜微微繃緊的聲音。

搭電梯到了五十幾樓，又換了另一個更小的電梯來到展間。巨面的玻璃窗可以望向臺北市的街景，冷氣沒開，挑高的空間裡有地毯和機械的氣味。

馬哥丟給我一捆電工膠帶要我把線材固定，如果到時候有人摔倒算我的。我跪在地上小心翼翼地吧線材黏好，一旁的舞臺正在測試音響和麥克風，舞臺很大，比我們醫學之夜的舞臺還大很多。大二劇的劇本是我寫的，當時經投票通過，主題：殭屍末日，結局：喜劇。五月，宿舍外的苦楝開花，我就寫說屍變的復活解藥是苦楝的種子。這點被總召質疑，問這樣寫有 evidence based 嗎？

順著線，電工膠帶一直黏，從沒空調的大廳走線到一間有冷氣的庫房。一抬頭，發現那坐了十幾位位 show girl。我跪著經過十幾雙交叉的高跟鞋，盡可能縮小自己，不造成他人的困擾。我明白為什麼要穿黑色了，我們是影子，要躲藏在光亮的背側。

走完線後，我們被指派去樓下插旗。旗桿下方有個基座，馬哥說一〇一的地形風很大，要找水灌進基座才不會倒。我去問警衛能不能開花園的水給我們用，他說園藝的今天沒上班，鑰匙在他們那。我又問廁所的水可不可以裝，他說那是給貴賓用的。

馬哥打對講機給創意總監，告訴他沒水，結果總監果然有創意，叫我們去轉角的便利商店買四大罐礦泉水給他灌下去。

處理完旗子後我和馬哥到車道後的防火巷，馬哥在那和幾名穿著套裝的櫃姐們安靜抽菸。母校的大體老師中，有一名的肺特別黑，我們本以為那是被尼古丁燻過的組織，然而解剖學教授告訴我們那是癌轉移後，經過無數次化療、放療之後，努力奮鬥的痕跡。抽菸的肺，會更黑、更黏。

我們以為是自己不夠聰明，無法分辨組織是癌轉移還是菸油。但助教告訴我們，是我們不夠善良，總以為病患是不會珍惜身體的傻子。

暑修解剖學的前半是大堂課，我們只有第一堂看過教授的臉，後來就是學生輪流上台報告。被當的同學們互相教學，總感覺有點不踏實。

後半的課程是大體解剖學，然而在課程開始的前幾天，助教告訴我們，外校生不能修大體解剖的部分，因為大體老師沒有同意外校生參與。我想起大二劇裡面苦楝樹的種子，復活的神藥，好想摘一顆請大體老師吃下，起來幫我們簽同意書。

隔日我們一群外校暑修生擠進教授的辦公室。房間很窄，有股茶葉發霉的氣味。我被推到最前面，因為他們知道我最不要臉。我向教授說明，課程在開設時，並沒有告知後半課程外校無法參與，如果只給前半的學分，也不夠補足我們在原校被當的學分數。

教授苦笑說他也背負很大的壓力，不久前的跨校會議中，他們系主任被抓上臺罵，各校的大佬怒斥他把醫學院當成補習班，給我們這些不認真的學生開後門。

「當初上醫學系就要想好啊，不夠認真，不夠聰明你的路就會很難走。」教授輕聲道。

我轉向後方的同學們，發現他們全都向我投注懇求的眼神。我閉起眼睛，在腦中回想在原校修大體解剖學的日子，想起福馬林的腥、解剖教室外洗衣機內強力漂白水的刺鼻味，想起抄寫解剖操作步驟的深夜。

「那我們把整本，所有的解剖操作步驟寫成報告當作成績，可以嗎？」

新車發表會的活動正式開始，現場湧入許多車媒。我們工讀生被命令要待在舞臺兩側待命。

馬哥和我說，這白牌車要賣九萬一千八，盤子才會去買。你覺得這種破車有可能大賣嗎？他問。我想告訴他現在不被看好的車未來不見得賣得差.....。話還沒講完，活動總監便拉著主持人來到我們一排工讀生的面前。

「挑一個，找個看起來聰明一點的。」總監對著主持人說。

被選中起身時，馬哥說了聲：「狗腿。」

我因為看起來沒那麼笨的緣故，被選中要上臺將麥克風遞給 YAMAHA 總公司社長柳弘之先生，從舞臺側邊快步上去，彎著腰，雙手遞上，並小聲地說聲：「どうぞ」。

投影幕上出現 S-MAX 155 的構造圖，這是山葉在臺灣第一臺水冷四行程跑旅速可達，前後 LED 燈具，中置避震。這是山葉很險的一步大棋，歷史嶄新的一頁。

看著 3D 動畫演示著水道如何冷卻汽缸，單槍避震如何作動，我想起了解剖手冊上的血管圖、關節切面。

沒有人會把解剖操作步驟整本抄寫，那會像是要寫一本逆向組裝的鋼彈模型說明書。一般在解剖時，醫學系會分組進行，每組再細分個人的操作範圍，我負責後頸，你負責腋窩，如此進行。基本上整本解剖手冊我們都會看，但只有負責的範圍會去細寫、繪圖解剖的順序與步驟。

我們暑修的夥伴包下了一間青年旅社，在那邊沒日沒夜的抄寫、繪圖。教授給我們三天的時間，算了算，這三天除非都不睡覺，不然不可能完成。我們在青旅的交誼廳一直畫一直寫。寫累了我們就會去洗手、洗臉，因為那間青旅的洗手乳和解剖室用的是同一款，會讓我們想起努力的意義，以及老師們的犧牲大愛。

我想起在原校大體解剖的最後幾天，那時跑臺考已經結束，成績下來已經確定被當。我仍用力的擦拭著解剖臺，認真掃地，真的很抱歉，我只有這些東西做得好。

大體老師臟器回填，縫起，慰靈公祭後就要送火化。家屬說，人已經走很久了，只是肉體還在，眼淚早已枯乾。我們把老師們裝進簡易大方的棺木，送到地下室準備上禮儀公司的車。我和幾名同學立正，敬禮，最後一次說：「謝謝老師。」

一行眼淚從我臉龐滑過。被當的人有哭的資格嗎？對不起，說過無數次的，我會更努力、更聰明、更謙卑、更俐落、更勇敢。

臺北一〇一外下起了雨，巨片的落地窗望出去，整座盆地像是一碗熱湯。

場復時，活動總監衝了過來，叫我和馬哥停止一切動作，立刻到地下室集合。我們轉了幾次貨梯下樓，耳邊不斷傳來別層在裝修時釘槍的聲音。來到地下室，滂沱的雨聲在空間裡迴盪，工作人員丟給我們一件輕便雨衣，叫我們趕快把車子騎出去，在指定地點等雙層載運車。原來是活動時間沒抓好，試乘車先回汐止原廠了，但現場的兩臺展示車還沒載走，又因為活動申請和周邊停車等亂七八糟的理由，要我們先把車騎到附近等待汐止的回頭車。

騎出坡道，沿信義路往象山的方向騎，馬哥突然在停紅燈時回頭跟我說，走啊，騎去爽一下。我提醒他，車子沒掛牌，工作人員要我們在附近等，不要亂跑。

「九萬多的車子你買得起嗎？你配騎嗎？現在全臺灣就只有我們有這臺車，不騎對不起自己吧？」

瘋了。當我們把厚如電話簿的解剖操作步驟報告放在助教桌上時，他不斷說，你們真的瘋了。他打了電話給教授，點了點頭，掛掉後告訴我們：「還缺一個考試成績。」

什麼時候考？我問。

現在，RIGHT NOW。助教說。

助教說我們剛把整本解剖抄完，應該很熟沒問題。不用考多高，及格就好。我們被安排進一間閒置的教室，整個空間瀰漫白板筆的味道，讓人有點反胃。借不到冷氣遙控器，我們把教室內所有窗戶都打開，耳邊傳來排球系隊署訓的喊聲。

停筆的那一刻我轉頭望向窗外，餘光看見幾名同學趴下的身影，體力用盡，油箱見底。視線有點模糊，暑假過於熱情的陽光灑落在整排的苦楝樹上，花季已過，果實是橘褐色的。考卷交上去的時候，助教說，好不容易考進醫學系，好好珍惜啊。

人生中錯過許多機會，然後再去挽回，暑假、花季、考試，總是被趕，又總是再追。

騎出信義路，快到南港。我穿著白色的輕便雨衣，看起來有點滑稽。也許馬哥說得對，我根本不配騎這麼好的車。九萬多塊，差不多是我每學期的學費、書籍費、宿舍錢。

你覺得會賣嗎？我又問了一次馬哥。

「絕對不可能，沒人會買。」馬哥說機車就該怎樣怎樣的，要知道自己的身價。後面又繼續講了一大串我沒聽見，油門灌下去，只從後照鏡中看見碎唸的口。

逃嘛，我最會了啊，逃避責罵，錯誤的努力，苟且倖存，偷偷喘一口氣。

雨還在下，望向路邊櫥窗中的倒影，雨絲在背上長出迷濛的白絨，像是一件醫師的白袍。我早就學會狼狽的時候繼續微笑，但這打在身上的雨，怎麼會那麼痛？那麼重呢？

作者簡介——左耀元

左耀元，筆名莎崗、UXI，輔仁大學醫學系畢。想像朋友（IF）寫作會一員，

Podcast 想像文學收音機 —— 「雙元大橋出來瞧」節目主持人。曾獲林榮三文學獎等，作品入選九歌小說選。曼城（Manchester City）球迷。人生第一次投文學獎就是投臺北文學獎，十二年後終於獲獎。

評審意見——房慧真

此文難得寫出白色巨塔內微妙的階級性，競爭彷彿細胞演化，是天之驕子自帶的基因，也需分出牛前牛後。來到體力粗工活的營生裡，「牛後」不必然能成為「雞首」，相同的是勝者為王的現實法則。作者在白袍與藍領、藥水與汗水，大體解剖室與棺材般的貨梯……兩種截然不同的世界中，身分階級參差交錯。展場打工、醫學院重修的雙線並行敘事模式，兩條平行線縫合絲絲入扣，銜接不著痕跡，具流動影像感的蒙太奇手法，是高難度的書寫技巧。



生命是造福他人的禮物

文/ 醫學院宗輔室 王文芳老師

在進入緊湊的新學年開始之前，我為自己安排到一個隱修院作八天避靜。所謂避靜是離開自己生活的日常，讓自己在靜默之中，重新整頓自己，體會天主的愛。

隱修院在淡水的一個小山頭，一群修女在此遺世獨居，他們不輕易與外界接觸，只專心祈禱。而在圍牆與樹木隔離的一方天地裡，有各種不同的生物，不僅能充份體驗到天主美好的創造，也能感受到人與大自然和諧共存。

避靜時每天都有穩定的作息，基本上就是吃飯、運動、祈禱。我很看重避靜時吃些什麼。民以食為天嘛，吃得好才能充份打開天線，接受天主所給予的一切恩寵。而修女院的食物總不教人失望，沒有高貴的食材，但自家菜園裡生產的新鮮蔬果與簡單的烹調，都能讓人感到心滿意足。

至於每天的祈禱則是上午、下午各一次的默觀祈禱，以及早午晚三次與修女們一同唱日課。可以說每天是以葛麗果聖歌開始，再以葛麗果聖歌結束。在神聖而美好的氛圍中，我感受到自己是天主所愛的、幸福的那一位，也因此願意努力讓自己的生命成為別人的祝福。

願我們每個人都可以因自己的幸福，成為造福他人的禮物。



榮譽榜

- 本系蔡秉宏、顏嘉萱、林奕馨同學榮獲第三屆全國健康科學與醫療 PBL 競賽醫院組（新光醫院）佳作

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、陳儒廷系友、王嘉銓副系主任、蔡孟釗系友、李維系友、張家宸系友、莊盈彥系友、麻吉砥加電影股份有限公司
- 美國戴氏基金會獎學金
- 教宗若望保祿二世獎學金

- 台北市醫師公會獎助學金
- 朱英龍教授獎學金
- 財團法人黃啟瑞先生獎學金
- 中華杏林基金會醫學教育獎學金
- 財團法人台灣醫學發展基金會學生獎助金
- 國川美妙教育基金會獎助學金
- 財團法人臺北市友信社會福利慈善事業基金會清寒助學金

「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。」