

人生的"新"旅程

作者簡歷

張博鈞

台大牙醫系 40 屆校友

台大臨床牙醫學研究所牙周病學組碩士

美國密西根大學醫學工程博士

新加坡國立大學牙周病科助理教授

新加坡國立大學牙醫工程學研究室主持人

E-mail address: pndcpc@nus.edu.sg



在非常偶然的因緣際會之下，甫自美國密西根大學拿到博士學位的我，2009 年秋天在新加坡國立大學牙醫學院 (National University of Singapore Faculty of Dentistry, NUS FoD) 找到了人生第一份的教職工作。

我是以 tenure-track clinician-scientist 聘用，顧名思義，就以研究為主，臨床教學工作為輔，期限到了對你進行考核，覺得你表現很好就給你免死金牌 (終身教職)，不然就是請你拍拍屁股另謀高就。我每週的生活大致是這樣的；固定有兩個大學部的教學門診、一個自己的牙周病專科門診、以及兩個小時的 CC (本校規定每一個分科都必須有主治醫師出席 CC 指導學生，而我當然就是牙周病

科的代表了)，然後和偶而另外幾位醫師 share 牙周病科的教學、小組討論、以及研究生的文獻回顧；而在這之外，就是院務會議和研究了。由於新加坡國立大學正處於轉型階段 (由教學型轉為研究型大學)，對我相當禮遇，在經歷了一段時間的奔走、討論、準備後，我的實驗室在 2010 年五月正式開張了，它有個很響亮官方名稱，叫做 Dental Engineering Research Programme，如果要翻成中文，我會說是「牙醫工程學研究室」，目前主要研究方向在於使用藥物或 growth factor 進行牙周組織再生、同時也和電機系老師進行 CAD/CAM 的合作、和新加坡工研院 (簡稱 A-STAR) 研發檢測牙周病的微電子臨床晶片。雖然現在實驗室仍在草

創階段，但將從 2011 年 1 月起開始招收碩博士學生，還煩請各位校友轉告親朋好友來共襄盛舉啊！

新加坡的牙醫學制很特別，它和台灣相仿，高中畢業生通過考試即可就讀，由於工作穩定收入也不錯，所以也是當地學生的前幾志願，大約是當地大考前 200 名，素質相當高（新加坡人口約 400 萬）。不過，它的教學卻是走四年的美制，大學的共同科目在這裡是不上的（新加坡人認為國高中學的就已經足夠），基礎醫學則是整合成一個學程在第一年上完、第二至四年是牙醫課程和臨床並進。牙醫課程除了課堂演講外，小組討論、案例分析、及實驗課樣樣並重；臨床則是 total patient care，學生接病人之後必須和主治醫師進行報告擬定治療計畫，之後在各次專科主治醫師指導下將 case 完成，而當完成 minimal requirement 之後，需要挑選幾個 case 出來進行考試，這些考試都通過之後才能拿到該科學分。學生第四年畢業前必須通過畢業考才能拿到學位證書和執照（新加坡僅此一家牙醫學院，不用另外考照）。由於新加坡醫學教育屬於半公費制，所有畢業生強制必須為國家服務滿四年之後（dental officer，純粹國家服務，若想專科訓練，先服務完這四年再說！）才能得

到自由身，若不想服務四年，則需繳交上千萬台幣的違約金。所以絕大多數學生只得乖乖為國獻身…

就我的感覺，新加坡牙醫系學生是相當難熬的。雖然是大學生，但他們完全沒有機會享受大學生活，從大一一開始就是每天從早上到晚，連寒暑假都要去社區服務或來學校做研究專案。而這裡各科醫師要求也相當嚴格，甚至在病人面前要求學生 repeat 也屢見不鮮（附帶一提，醫院收費是有分等級的，學生收費非常低廉，而病人也知道面前這位是學生，所以遇到 repeat 的情況多半也只有摸摸鼻子認了），我們在院務會議不止一次的討論是否要改變現有課程架構，減輕學生負擔也兼顧醫療水準，由於牽涉層面太廣，最後總是不了了之。基本上學生 GP 的整合相當不錯，基礎知識卻略顯薄弱，在 endo、perio、或 OMS 難症處理技能也和我那個年代的台大 intern 有段差距。院內高層是認為大學部教育在於培養稱職的 GP，那些難症則留給 specialty，也就是研究所這個層級來學習即可。這樣的想法是對是錯，可能還有待時間來認定吧？

新加坡沒有所謂 R1-R5 制度，要學次專科只能讀研究所，基本上是沿襲美制，學生絕大多數的時間都在臨

床治療病人及參加討論會，做的也多半是偏臨床的研究。比較特別的是由兩個單位共同訓練的；討論、課堂演講、研究及部分門診是在新加坡國立大學進行，而另外 50% 的門診則是在 National Dental Center 進行，由於 case 不少，所以技術層面來說相當不錯。

整體來說，新加坡的牙醫治療水平相當不錯，只是基礎醫學背景薄弱，所以優秀臨床醫師很多，但在研究方面則需要仰賴「外援」，包括外來教師和研究人員。實際上，類似的情形也不只在牙科，在新加坡的各行各業都可以看到所謂的 foreign talented，而這些來自世界各地的人，造就了新加坡種族的多元性。然而，為了維持一定的競爭力和保存文化，新加坡政府仍然很嚴格控制各族人口比例，時至今日，仍然是以華人為主體的社會，比例維持在 75% 左右。因此除了官方語言—英語—之外，國語（當地稱華語）和台語（當地稱福建話）也相當普及。如果和台灣類比，那英語在新加坡的地位就相當於國語、華語則相當於台灣的台

語、而福建話則相當於台灣的客家話。也因為華人社會的緣故，所以不管是飲食或風土民情都和台灣有些類似（這裡是和美國密西根州相比），而就像台灣的「哈日族」一樣，新加坡也有不少的「哈台族」：只要是台灣來的東西都相當受到歡迎，打開電視收視率最高的是吳宗憲綜藝節目、台灣偶像劇、或是台灣美食節目；唱片行裡最熱賣的是周杰倫或 SHE；最夯的小吃是五十嵐（這裡叫 KOI）或是士林雞排；超市裡可以看到「台灣製造，品質保證」的雜貨；甚至我的某位同事每年都要固定來台灣自助旅行一趟……

文章的最後，請容我進行一個小小的工商服務時間。NUS FoD 目前仍然張開雙臂歡迎來自世界各地的優秀學者及醫師加入我們的行列，基本要求是具備碩士學歷及專科訓練資歷，並能使用流利英語對話（雖然新加坡是通華語的地方，但當地人受英語教育長大，課堂、診間、會議、及討論仍必須說英語），意者請再和我詳談吧！

大手牽小手~~

感謝學、長姐們熱情贊助系學會

活動日期：99年9月26日國防醫學院
(四院校聯合校友大會暨學術演講)

周秀芳	孫金銘	林佳瑛	郭立鐘	鄭炳宏	林立德	羅伯雄
洪志遠	何孟修	余佳玲	張英哲	蔡劭東	陳威廷	邱淑敏
鄭名地	林明勳	林震濤	郭生興	謝佩珊	詹欽棟	唐愷鴻
黃秉權	戴翔琮	林崧池	石昌民	楊昌儒	王博弘	董鈺群
何煥泉	鄭翔元	盧政賢	王盛銘	邱宏正	譚思強	張添皓
簡麟懿	劉 諭	丁健純	蔡誼德	姚力文	林俊希	張景程
李奕璋	袁旺泉	劉文隆	戴銘祥	王萬標	葉俊逸	葉宏二
江宗欽	歐石祥	林憲昇	連新傑	陳盛茂	洪志遠	李孝忠
陳嘉俊	葉忠武	李秀慧	呂國	吳 廸	林克省	林思洸
林世榮	曾琬瑜	呂超恩	林昱任	呂文琪	葉國強	羅大育
李潔蕊	吳敬忠					

非常感謝各位學長、姐們慷慨解囊，對於在忙碌的課業之餘，仍延續系上傳統、舉辦活絡系上情誼活動的系學會，絕對是最大的鼓舞與支持。台大牙醫需要大家一起努力，繼往開來，將優良的學風傳承下去！

台大牙醫 95 級系學會

會長 王詩涵

副會長 陳昭霖

公關 林奕廷

公關 蔡宛霖

暨全體幹部

感謝您

石伊弘， 下台一鞠躬

石伊弘
第 40 屆畢業校友
上屆「台大牙友」主編



時間過得真快，當初接下牙友的時候，我女兒還在肚子裡，等到要交棒的今天，兒子都已經快 1 歲半了！在這 4 年多的日子裡，要特別感謝一個人，就是校友會的秘書曾瓊慧小姐，她是我共事過最認真、最負責任的秘書小姐。平時幫忙邀稿催稿，還要負責盯著出版社的排版跟出版社溝通。多虧了 Miss 曾的大力幫忙，這 4 年多來的牙友才能”盡量”順利準時地出刊。大家也知道牙醫師大概是這世界上最忙的人了！忙看診，忙開會，忙報告，忙打球，認真一點的還得花大半時間在進修課程上。要請世界上最忙的人準時出一篇稿子，沒有兩把刷子還真的做不來這個工作！

除了能幹的 Miss 曾，還要感謝我的同學兼死黨 Dr.H，感謝他提供了許多精彩的照片當作牙友的封面。當然他也要感謝我讓他有藉口出去玩啦！感謝同診所工作的學弟妹們，Dent83 的同學們，他們是我缺稿時

的救火隊！有好幾期都多虧有了他們的稿件才能湊齊基本頁數。

最後還是要感謝各位校友們，各位親愛的學長姐學弟妹們！（特別是有繳校友會費的那一群）有了大家的支持，牙友才有本錢源源不絕地出刊。除了金錢、精神上的支持，還是衷心地希望大家踴躍投稿！在網路發達的現在，大部分的校友們、同學們可能透過個人部落格、email、facebook 等平台聯絡感情。但是偶爾寫篇文章、投個稿也不錯。牙友畢竟是刊物，可以幫大家用文字書本的方式保留這些文字記憶，也是一個蠻好的方式。

接下來就要交棒給下一位主編 ---44 屆的黃榆鈞醫師。學妹跟我一樣是矯正界的（找自己人下手比較容易），聽說是個文筆很好的文藝青年。請大家多多支持也請大家拭目以待囉！

同學，你怎麼沒有參加？

周秀芳
第 37 屆畢業校友

親愛的同學，校友會在 8 月 21、22 日舉辦二天一夜的旅遊，你怎麼沒參加？大家都來了，就獨缺你一個耶！

四輛遊覽車坐得滿滿的，只空下因摔斷玉手、臨時取消的樂南學姐 (29 屆) 的位子，連摔斷腿的炳宏學長 (30 屆) 就算是得拄著拐杖，也要來共襄盛舉。這樣，你應該就能想像這個行程是多麼有吸引力吧！啥！你以為坐遊覽車遊台灣是老人家進香

團的專利？同學，平常雖然忙也要多看電視，其實現在搭遊覽車遊台灣是大陸客的標誌啦！我們除了搭遊覽車外，還體驗了台灣的各式交通工具呢！好吧，在這裡我只好多花些篇幅來贅述一番。

遊遍四海的你一定搭過遊艇，但是，搭著遊艇經過海巡署帥哥檢查才出海，再加上沿途有搭膠筏的蚵農熱情與你揮手打招呼的場景，你一定沒體會過吧！在台南七股瀉湖，我們就



是搭著這種“高級私人遊艇”出海。瀉湖內有由蚵棚構成的航道，岸邊水筆仔下的彈塗魚不停地和我們點頭致意。吹著下午暖暖海風，微醺的 Jazz 音樂在耳邊迴繞（自己想像的啦！其實是船長夫人認真地在解說瀉湖的人文風情），貼心的船家為了趕走大家的瞌睡蟲，還在中途安排團康活動，看信銘學長（研究所）、楊湘學姐（33 屆）用遠古時代的捕魚方式費力地捕魚，我還是和孩子坐著吹海風納涼就好了。不知不覺就登陸沙洲了，在沙洲上踩著沙灘踏著浪，看那波光瀲灩、海天一色，真是好不愜意呀。回航上岸後，蚵農剛剛採的帶殼鮮蚵，正躺在碳烤架上等我們品嚐。經過一番努力以及師母姚瓊瑜醫師（10 屆）的秘訣傳授，我們終於懂得如何掌握時間及快速剖開牡蠣。現剖鮮蚵，搭配芒果剉冰，流口水了吧！美景加美食，惟獨缺了好啖海鮮的你。同學，你怎麼沒有來呀！

來到台南府城，各式各樣的小吃

當然是不能漏掉的。炳宏學長夫婦（吳宜靜嫂夫人）為了盡東道主之誼，請大家吃美味的府城布丁，而這只是開胃菜，接著大家就往府城小吃進攻了。導遊帶領一部份成員搭遊覽車進攻鼎鼎大名的花園夜市，而我和亦修（37 屆）則打算帶著孩子（仔仔及小威）悠閒的步行在飯店周圍尋寶，品嚐在巷弄內令人垂涎的美食。我們還努力的比較兩家掛滿青草的青草茶店家到底味道有何不同。途中，遇到忠武學長（33 屆），他也同我們一樣帶著家後（廖聿琦嫂夫人）及姑娘（姿瑀），事先作足功課且準備了三個胃來裝美食，我們就像螞蟻相遇一樣交頭接耳一番，分享一下美食資訊，再繼續前進覓食。同學，這樣的晚餐真是勝過米其林三星餐廳呢！好美食如命的你，怎麼錯過了啊？

騎腳踏車看紅樹林，你在淡水河邊一定體驗過，但是搭竹筏穿梭在由紅樹林相互交疊形成的水上隧道，那就稀奇了吧！第二天早上，我們就是





如此悠閒地徜徉於綠色清涼的“四草紅樹林隧道內”。螃蟹在身邊進進出出，夜鷺拍翅飛過，頭頂枝桠間的一個個鳥窩，孩子們的驚呼聲此起彼落。同學，喜愛帶孩子往戶外探索的你，怎麼錯過了這一次呢？

我們這次行程還去了嘉義蒜頭糖廠，“五分車”小火車由日式木造車站出發，沿途的蔗田風光及解說員的風趣解說，讓大家笑聲連連。來到糖廠，當然要吃吃冰棒囉！更有趣的是，這裡有一條一點也不擁擠的自行車道 -- “朴子自行車道”，沒有名牌自行車，沒有爭奇鬥艷的自行車衣，當然更不會有令人心煩氣躁的車（自行車）水馬（鐵馬）龍，只有一顆顆悠閒的心，漫遊在田間小路，探訪日式老屋，拂面的是充滿農作物香味的夏

日和風。同學，踩著鐵馬走過各條自行車道的你，怎麼錯過了這條如未施脂粉的村姑般的自行車道呢？

你看，我們一行人搭著各式各樣不同交通工具體驗台灣—遊覽車、“私人遊艇”、11號公車、膠筏、五分車（運糖小火車）、自行車，其中再搭配吃頂尖的（世榮理事長（29屆）宴請的嘉義東石海鮮大餐）、住高級的（台南大億麗緻酒店），最後，搭著高鐵由太保直奔台北，不到二個小時就回到溫暖的家，這對於上了年紀的“阿松哥” -- 陳瑞松老師（10屆）、陳盛茂（11屆）、黃金清（16屆）等老學長及大家年幼的孩子們來說，更是特別窩心的安排。

同學，你下次一定會一起來吧！



走過一世紀 臺灣牙科百年滄桑史

特約記者 吳佳憲 採訪報導

國內牙科治療的濫觴，可上溯至日治時代西元 1910 年臺灣總督府臺北醫院（今臺大醫院）將齒科從外科部獨立出來談起，到今年剛好滿一百年。走過一世紀，臺大牙醫學系與臺大醫院牙科部與國內口腔醫學的發展息息相關。有鑒於此，臺大醫學院「醫學傳承講座」特別於 5/29，邀請韓良俊教授以「臺大牙科之滄桑史」為題，假臺大醫院人文館舉行一場別開生面的座談會。

滄海桑田 比喻世事變遷

演講在臺大醫學院醫學人文研究群主持人、現任臺大醫院代謝內分泌科主任黃天祥醫師的開場下掀開序幕，並由臺大牙醫專業學院院長林俊彬教授（20 屆）擔任引言人，向來賓簡介臺大牙醫學系及臺大醫院牙科部的歷史沿革，以及與我國牙醫界的關係，為接下來的演講暖場。

主講人臺大牙醫系榮譽教授韓良俊教授（2 屆）強調，演講題目特別強調「桑滄」兩字，乍聽之下有些悲觀，但根據《國語活用辭典》對「桑滄」的定義，卻是比喻「世事變遷之大」，而另一解釋則為經過許多事故，非常符合講題，這是他取名為「臺大牙科之滄桑史」的原因。

韓教授語重心長地說，近年來，國內牙科界呈現蓬勃發展的盛況，但早於民國 70 年代，馬里蘭大學牙醫

學院 Prof. Reese 來臺參訪時，卻直指臺灣牙醫學發展，特別是教育水準，「落後世界一百年之遙。」此語一出，引發國內牙醫界的強烈反彈，但 Prof. Reese 此言確有根據，因為馬里蘭大學牙醫學院早於 1840 年成立，對比當時的時空背景來看，確實遠勝當年的臺灣。

走過一世紀 臺大牙科已成活字典

韓教授以編年史的方式，由遠而近地向來賓介紹國內牙醫界百年來的發展歷史，包括治療椅由垂直式改成水平式，主治醫師由站著變成坐著，以及七大院校牙醫學系一世紀以來的發展沿革等。而臺大牙科部成立一世紀，幾乎就是臺灣牙科的發展縮影。由於該場演講吸引許多莘莘學子及住院醫師前來聆聽，當來賓聽到「以前牙醫師是站著為患者看診」、「馬里蘭大學教授說我國牙醫學教育落後世界一百年」等議題時，均發出不可思議的驚嘆聲。

韓良俊教授最後總結國內牙醫界一世紀的發展，強調牙醫師們未來在進行牙科治療時，必須軟硬通吃，而牙科則應正名為「口腔科」才更符合現況。主辦單位隨後頒發感謝狀給韓教授，並在古色古香的臺大醫院人文館裡，與現場來賓茶敘話家常，活動最後在下午五時許圓滿結束。



臺大牙醫專業學院院長林俊彬教授，在演講開始前，向現場來賓簡短報告臺大牙醫學系及臺大醫院牙科部的歷史沿革。



主講人臺大牙醫系榮譽教授韓良俊教授講授〈臺大牙科百年滄桑史〉。



活動主持人臺大代謝內分泌科黃天祥主任頒發獎牌給主講人韓良俊教授。



演講內容圖文並茂，圖為過去牙醫師採用直立式牙科診療椅，以站立的方式為患者看診的照珍貴照片。



演講在洋溢巴洛克式古典風格的臺大醫院人文館舉行，吸引大批牙醫同儕前往聽講。



演講最後，與會眾人合照留念。

來去新疆

陳樂南
第 29 屆校友
現任學會 (校友會) 理事長
【感謝 曾琬瑜醫師 (研究所) 提供照片】

「新疆」一個遙遠、虛幻的名詞，總覺得去新疆旅行是一個遙不可及的地方。當台北市牙醫師公會開始組團去新疆參訪，心中就開始蠢動，想要去一探究竟；加上林世榮醫師的邀約（由他出面向我先生遊說），並有幾位玩樂的伙伴參加，就下定決心去新疆冒險。

要出發前其實很茫然，不知道要帶什麼東西，準備什麼裝備，也不知道會看到什麼景色、遇到什麼人事物。那麼就不要想太多，出發吧！

本次成員介紹：林世榮（29 屆，台北市牙醫師公會理事長）、孫金銘（27 屆，當時為台大牙醫系校友會會長）、林思洸（27 屆）、陳樂南（29 屆）、曾琬瑜（研究所）加曾媽媽、張瑞青（研究所）、吳幸燕及林世榮醫師

的病人。

新疆其實是新疆維吾爾自治區的通稱，簡稱新，是中華人民共和國西北邊疆的一個自治區，也是中國陸地面積第一大的省級行政區。新疆總面積 166 萬多平方公里，佔中國陸地面積六分之一，邊界線長度佔四分之一，與蒙古、哈薩克斯坦、吉爾吉斯、塔吉克斯坦、俄羅斯、阿富汗、巴基斯坦、印度 8 個國家接壤，邊界線長達 5,600 公里，是中國陸地邊





界線最長的省區。新疆長期被遊牧民族與中原民族交替統治。1757年，清乾隆年間徹底滅亡蒙古人的準噶爾政權將其劃為清朝統治下，重新開拓新疆故土後，把這片土地命名為「新疆」，取「故土新歸」之意。該自治區成立於1955年，首府位於烏魯木齊，其前身是清朝末期1884年設立的新疆省。

我們這次的行程是走北疆，北疆泛指新疆境內天山以北的廣大區域，與南疆乾旱區的自然景觀相比，北疆的自然風光以山地草原、高山湖泊唯主要特徵。我們從烏魯木齊出發經富蘊、布爾津，到最北的喀納斯，後向西南走到奎屯，再回到烏魯木齊。

一路市上吃新疆的美食，乘吉普

車川梭在沙漠、綠洲、高山平原，看著多變的地形地貌，牛羊成群，駱駝、俊馬也不時映入眼中，春天各色各樣的野花開滿草原，一望無際的沙漠中，不計其數的磕頭機〈抽原油的機器〉，而進入城市，繁華的高樓，熙來攘往的人潮，讓人不能相信前一刻還在草原沙漠奔馳。短短的數日間，不斷變化的景物，讓這次旅程豐富又有趣。

【美食篇】

新疆主要的民族是漢族、維吾爾族和回族。

所以有多種少數民族的特色美食，如拌麵、大盤雞、抓飯、酸奶、茲然烤肉、囊。

【景物篇】

我們這次走的是新疆的北部，位於天山以北的。

地型多變，從高山、草原、沙漠到河谷，一天就有多種不同的變化。

(1) 雅丹地貌：『雅丹』是維吾爾語

“陡壁的小丘”的意思。現泛指乾燥地區風蝕造成地貌。新疆地區據研究在遠古時代曾經是海洋，經地層變動歷經湖泊、冰河、盆地而演變成沙漠，因此在不同的世代有世代不同岩石的形成，經風蝕作用，顯現出不同層次、瑰麗的色彩。五彩城、五彩灘、魔鬼城都是典型的代表。

(2) 沙漠：疆北是準格爾盆地中的古爾班通古特沙漠，蘊含大量的石油，數不清的抽油機，延綿不絕的輸油管，叫人大開眼界。

(3) 喀納斯：喀納斯是位於新疆最北部，一個座落在阿爾泰深山密林中的高山湖泊。喀納斯湖周邊的居民主要是蒙古族，喀納斯是蒙古語，意為“美麗富饒、神秘莫測”，湖面海拔 1374 米，面積 44.78 平方公里，湖水最深處達 180 米左右。湖面碧波萬頃，群

峰倒影，湖面還會隨著季節和天氣的變化而時時變換顏色，春天百花齊放，真是美極了。

(4) 呼圖壁峽谷：“呼圖壁”哈薩克語意為“精靈出沒的地方”，呼圖壁河發源於天山東段海拔 5290 米的河源峰，河谷縱深 40 餘公里。它貫呼圖壁縣全境，最後注入浩瀚的古爾班通古特沙漠。河谷兩側高山聳立，森林濃蔽，花草奇異，遮天蔽日；谷底則地勢險要，道路崎嶇。

(5) 亞洲大陸地理中心：位於烏魯木齊市區西南約 30 公里處，東經 87 度 19 分 52 秒，北緯 43 度 40 分 37 秒，“亞心”經中科院新疆分院測定，並於 1992 年正式通過國家鑑定。目前，一座雄偉的“亞心”標誌拔地而起，塔形為英文單字亞洲的第一個“A”。

【花卉篇】

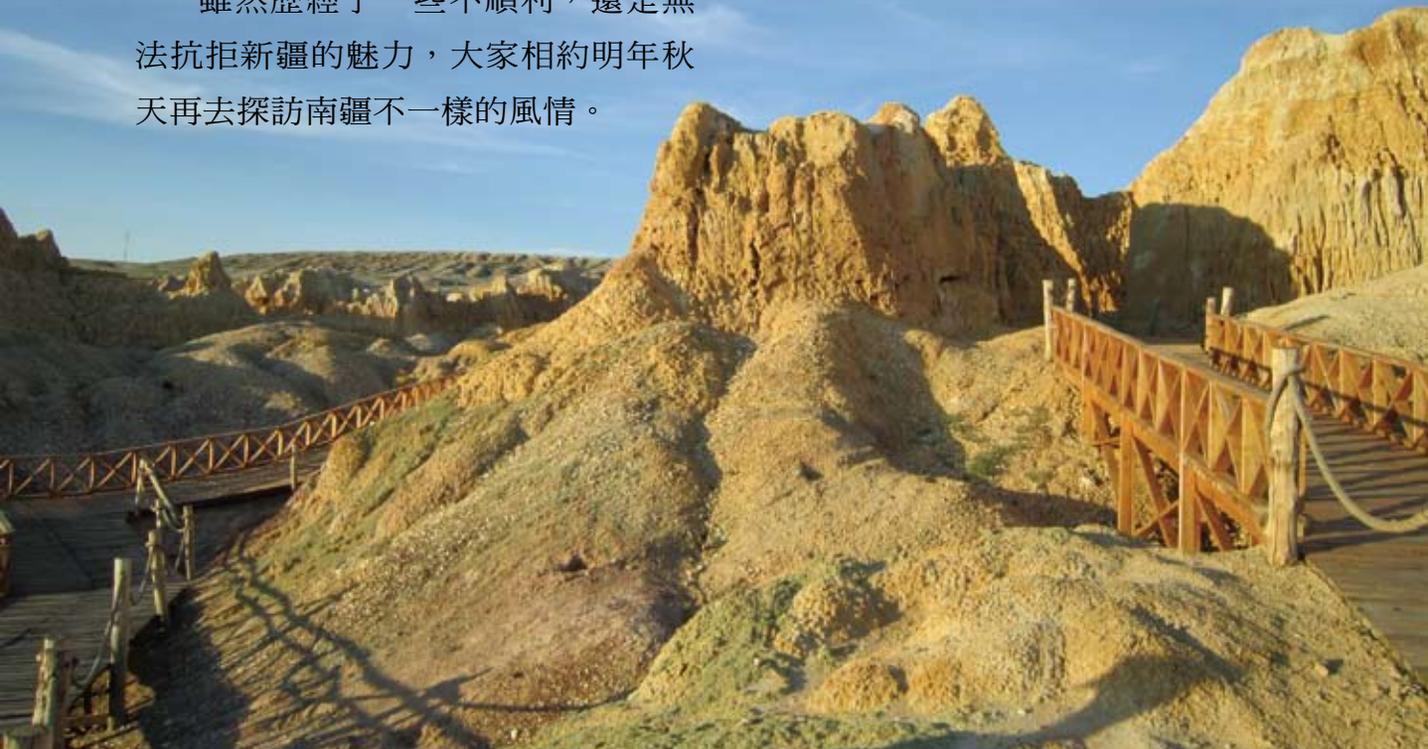
由於去年冬季下大雪，今年新疆雪水時分充裕，花開的特別好，草原上一大片一大片各式各樣的野花開的美不勝收。大家就看照片吧！

【冒險篇】

越野車：這次旅遊的交通工具是四輪傳動的越野車，三人坐一部，十分奢侈，車上並備有梨子、蘋果、番茄隨便你吃到夠。越野車帶著我們翻山越嶺，縱橫沙漠，橫渡溪流，這都是前所未有的經驗。

撤退篇：端午節前夕，一早大家趕到機場，準備搭機回台灣和家人一起吃粽子過端午，沒想到前位於新疆邊境的吉爾吉斯發生內亂，班機被調派做撤僑，好不容易才搭上下午 4 點多的飛機離開新疆，但因此也趕不上從廣州回台灣的飛機，只好坐車到深圳過一晚，第二天坐船到香港，再飛回台灣，真是陸海空大撤退。

雖然歷經了一些不順利，還是無法抗拒新疆的魅力，大家相約明年秋天再去探訪南疆不一樣的風情。



服務為根，教學為本之

「以病人為中心之口腔醫療照護門診」 (Patient-centered Comprehensive Oral Care Clinic)



賴向華
第三十二屆校友
現任臺大牙醫學系講師

林俊彬
第二十屆校友
現任臺大牙醫專業學院院長

相信各位都知道臺大牙科部自1955年8月遷至醫院西址研究大樓，當時只有8台牙科治療椅(6台一般治療用、2台口腔外科專用)；在歷屆主任與醫院的支持下，分別於1963年、1974年、1977年及1993年逐年擴充至現在的規模。由於過去的牙科醫療環境以專科醫療為主流，因此當時臺大牙科部的規劃皆以專科診區為主要導向，劃分為九個功能分科的臨床門診醫療服務設計，包括(1)口腔病理及診斷科；(2)家庭牙科；(3)牙體復形科；(4)牙髓病科；(5)補綴科；(6)牙周病科；(7)齒顎矯正科；(8)兒童牙科；(9)口腔顎面外科。另外設有牙科病房共23床。在這樣的體制與醫療服務模式下，臺大牙科部提供國內首屈一指的牙科專業醫療服務，同時也成為各次專科之專科醫師訓練機構，在各專科領域均扮演

龍頭的領導角色。但隨著醫療品質逐漸受到重視，現今醫療服務理念已經從單一的疾病診斷治療，逐漸轉型成為以病人為中心的全人照護醫療。2001年美國醫學研究院(Institute of Medicine)的報告中即揭示：21世紀的醫療體系以提供安全、有效、以病人為中心、適時、效率及公正的醫療為目標。

但牙科部自1993年之後，與臨床醫療工作執行息息相關的硬體設施，如醫療設備、病人候診區、門診櫃檯及醫療診間規劃等，便未再有大幅的調整，使得牙科部現今所在的診療空間與規劃，無論從醫療動線、醫療人力分配效率、醫療設備與耗材管理以及臨床醫療教學各方面條件而言，均無法符合本部以全人牙科醫療照護或是專科醫療服務為訴求的規劃需求。首先，以現有之硬體設備與就



醫環境陳舊使臺大牙科部缺乏競爭力。當今醫療科技隨著時代的進步而日新月異，國人的生活水準也因經濟環境的改善大幅提昇，對於醫療服務的要求不再侷限於疾病的解除而已，同時還要滿足舒適、便利與精緻化的服務需求。而本部現今陳舊的硬體設備、昏暗的就診環境，常被許多病人戲稱為在「古蹟」裡頭看牙。與國內其他教學醫院牙科部新穎的設備與舒適的就診環境相較，臺大牙科部雖然頂著國內牙科醫療龍頭的光環，但是超過十年沒有整建，不符合現今醫療空間需求的陳舊設備與空間規劃，讓臺大牙科部就像是一台跑不動的名貴轎車，舉步艱難的往前邁進，更令人憂心的是臺大醫院牙科部的競爭力正在逐漸流失。而牙科部要突破這樣的窘境繼續發展，門診區必須重新規劃與整建；正所謂「工欲善其事，必先利其器」，唯有合適的硬體設備與舒適的醫療環境，才能讓牙科部優秀的醫師同仁們發揮醫療實力，提升牙科部在國內外的競爭力。

再者，以往以專科診區為導向的規劃下，各專科診區各自獨立，且各

專科診區之間並無通道相連，使得各專科間平日少有意見溝通與交流的機會，也因此跨專科的臨床醫療合作與互動較弱。這樣的現象對於牙科部在臨床醫療或是專科人才培育相關工作的發展，是個很值得重視並且需要加以改善的重點。因此，希望透過門診空間的重新規劃，將各專科原先地域上的疆界破除，而改以開放式隔間的設計，讓各科部的醫師能在臨床醫療工作場所有更多互動與合作的機會，提供病患更妥善的醫療服務。另外，以往獨立診間的設計，醫療動線不佳，無論是在櫃檯的病人接待與結帳管理，或是醫療器械與耗材發放，以及教學人力和診間助手人力的分配，乃至於醫療設備儀器共用，整個醫療服務與病人就醫動線處處受限，使得牙科部必須準備更多的共用儀器、醫療器械與耗材，同時也必須投入大量的教師與助理人力來協助門診教學與醫療服務的進行，進而導致醫療服務效率低落 醫療成本與教學成本提高。

因此，牙科部門診整建除了強調硬體設備的更新與重新規劃外，我們更應該思考如何在維持現有的專科教

育訓練優勢外，改善目前舊有制度的缺失，順應國際潮流，建立一套適合台灣全人醫療照顧的教學與看診系統。如前所述，以病人為中心的醫療照護成為現今醫療服務的趨勢，而目前臺大牙科的臨床教學制度是以各專科為中心，雖可提供良好的專科服務，但是卻只以牙科疾病診療的屬性來劃分。因此同一個病人可能因為同時有不同牙科疾病的問題而需於不同的牙科專科門診求診於不同醫師。對嚴重疾病的病例而言，這樣的設計可以確保病人接受最完善的專科治療；然而大多數的病例，卻可能因為病人與各次專科醫師的溝通不良，或是轉診等待太久，加上各部門醫師只對自己治療的部位負責，而非對病患負責，因此使得醫病關係薄弱，容易引發醫療糾紛的問題。同時，因為受訓醫師分批輪流接受各次專科訓練，訓練時往往僅著重於該專科領域知識及技術的提升，而缺乏對病患整體口腔照護的觀念。因此，對於亟需接受一般牙科訓練的實習或資淺住院醫師，往往只學到疾病的治療，卻忽略了以「人」為中心的治療觀念。因此規劃以學生醫療服務為主的診療區，採用開放式隔間的診療空間設計，將學生學習場所集中，不但可以改善過去獨立診間醫療動線不良的缺點，也可讓老師方便掌握學生學習與臨床工作狀

況，以便適時提供指導與協助，並且也可以解決過去師資分散而需投入大量教師人力的問題，讓牙科部有限的師資可以進行更有效率的利用。此外，也可方便教學醫療成本的管控，避免學生在耗材上不必要的浪費。

「以病人為中心之口腔醫療照護門診」(Patient-Centered Comprehensive Oral Care Clinic)：位於六西一樓約200坪，全區規劃以牙科初診為主的口腔病理及診斷教學門診，以及提供以病人為中心醫療服務的整體牙科醫療照護門診，主要作為實習及住院醫師的教學門診。在醫療硬體與軟體設備上以簡單精簡為原則，以便於醫療耗材與醫事成本的管理維護；同時在教學師資與教學資源可以做較有效率的分配，以提升教學的成效。

過往以專科門診為主的看診模式下，縱然我們相信每一位醫師必定是本著醫者奉獻的心態面對每一位病人、盡心盡力期望能解決每一位病人的病痛，但在這數十年實際運作上，誠然我們以高水準的醫療技術治療患者病痛，但病患滿意度卻始終無法提升，抱怨總是接踵而來。歸納其原因，可分為以下數點：首先，由於臺大牙科部的病人量太大，以致於即使將病人轉診至專科門診，且講解過初步的治療計畫並分配接手後續治療的醫師，但病人卻仍有可能被淹沒在成堆的等候名單中而被遺忘。

數個月後，當病人記起自己某科的治療一直尚未開始時，卻往往想不起當初安排的治療醫師姓名，卻又不知該向何人詢問或從何問起。若要重新由一般牙科開始掛號、評估、照會，對病人而言，又是一連串耗時而漫長的等待，病人也往往會質疑，再次的等待是否意味著另一次的落空？怨懟往往由此而生，使得臺大牙科部的金字招牌在某些病人的心中蒙塵。縱然臺大牙科部是以教學為主的機構而非營利場所，因而沒有辦法迎合或滿足每一位病人對醫療服務品質的要求；縱然我們相信沒有一位醫師會故意忽略或遺忘某些病人，但類似的案例總是不斷發生，同樣的抱怨也未曾減少。這樣的情形，或許是起因於臺灣的就醫便利性與給付制度，再加上病人信任臺大牙科部這塊招牌，使得各地的病人選擇至臺大就醫，數量之多，已超過了本部所能消化的程度；也或許是因為以專科門診為主的制度以及現行安排病人的方式，使得類似的事件無可避免的一再發生。我們是可以選擇將所有病人的不滿與怨懟，歸咎於制度的問題，繼續在不完美的制度與環境下做個盡心盡力卻仍得面對病人抱怨的醫師；或者，我們是否也可做另一個選擇？選擇面對不完美與缺失，選擇相信不進則退，想方設法、參考其他先進國家頂尖牙醫學院的做法，設計一套新的制度，讓病人能在更友善的環境

下接受治療，讓醫療從業人員能更無後顧之憂的照顧病人，並讓臺大牙科部在未來的十年甚至二十年內，不但能繼續站穩國內牙科臨床教育的龍頭地位，更可與國際接軌、提升競爭力。

在新制的規劃下，PC-COC 門診包含三個由各專科主治醫師所組成的整體醫療照護團隊，每個團隊負責指導約 16 位實習醫師以及 4 位 R1(確切人數將視每年實際人數而定)，並有三位經過嚴格訓練與篩選的「病患經理人」(Patient Manager)，其工作主要是協助主治醫師記錄與管理病人資料，並擔任醫師與病人間的對話窗口。PC-COC 門診主要可劃分為「看診區」與「約診治療區」，而「看診區」又可分為初診、複診與一般牙醫門診 (General Practice Clinic)。其中，初診與複診主要是負責當天所有新進病人的檢查、評估、緊急治療以及後續約診的安排。週一至週六上午的門診時段，各有三個診次，週一至週五上午的門診時段有一個初診、兩個複診，而週六上午的門診時段則為三個複診；週一至週五下午的門診時段則各有一個複診。初診是口腔病理及診斷教學門診，在此門診中，每個診次皆有一位口腔診斷科主治醫師帶領進行問診及病歷書寫，使學生學習問診、鑑別診斷以及在問診的過程中傾聽病人但又不致淪為漫天閒聊的技

巧。扣除初診以外尚有 18 個複診診次，由三個團隊的主治醫師輪流開診。所謂的複診主要是負責當天所有新進掛號病人的檢查與評估，每個診由開診的主治醫師帶領該團隊的一位 R1、兩位實習醫師及一位 Patient Manager。若病人經由檢查與評估後，主治醫師判斷病患需要緊急處理，則可在主治醫師的指導下，由 R1 或實習醫師進行緊急治療。若病人經由初診及複診醫師檢查後，判定需要接受進一步牙科治療，則由該醫療團隊當天值班的主治醫師對病人說明初步的治療計畫後，視病人狀況決定該病人該由實習醫師或是 R1 接手其後續治療。當病人進入初診或複診並安排後續治療後，Patient Manager 會記錄病人連絡資料、負責醫師、並追蹤病人的約診與治療進度。若病人有需要轉診至專科門診，負責醫師也要告知該團隊的 Patient Manager，並由 Patient Manager 記錄轉診後的治療醫師並持續追蹤，確定病人得到良好而妥善的醫療照顧。除此之外，Patient Manager 也要與病人保持聯繫，擔任病人與醫師間溝通的橋樑，了解病人對治療的意見與反應，並向主治醫師回報，使主治醫師能確實掌握其所指導的 R1 與實習醫師的學習情況，並在適當時機介入或給予協助。除了初診與複診之外，現行的 GP 也隸屬於 PC-COC 門診的一部

份。其服務項目與執行任務包含結合臨床、家庭及社區牙醫之預防保健體系，宣導口腔與牙齒保健知識並導正不良口腔衛生習慣；推廣口腔健診、疾病偵測等相關活動；結合臨床、家庭、學校及社區牙醫體系，提供老年人口、低社經地位者、原住民與偏遠地區民眾等弱勢族群口腔醫療照護及預防保健；PGY 中一般口腔醫學基本課程及社區牙醫學訓練之安排。

在 PC-COC 門診中，當實習醫師或 R1 接手病人後，即代表著該位醫師對病人的牙科全程治療負責任的開始，而所謂的負責任，並不是要完成該位病人所有的牙科治療，而是要確實掌握該位病人在本科接受治療的情況與進度，畢竟並不是所有的牙科治療都是實習醫師或 R1 所能駕馭。因此，必要的時候，可再與主治醫師討論且在主治醫師的許可下，將病人轉診至專科醫師門診，由專科醫師接手。PC-COC 門診，是以病人為中心的觀念，讓每一位進入臺大牙科部的病人都能有負責醫師為其做治療與追蹤，並有該位負責醫師所隸屬的口腔醫療照護團隊及專科醫療資源為後盾，必要時，可轉診至專科門診，與專科訓練醫師合作，完成病人之口腔醫療照護。當病人被轉診至專科門診後，專科醫師只負責接手該病人整體牙科治療的一小部份，病人的主要照顧者仍是 PC-COC 門診口腔醫療照

護團隊的實習醫師或 R1。因此，該實習醫師或 R1 仍需要隨時掌握該病人的治療進度。之所以不斷強調在 PC-COC 門診中，『實習醫師與 R1 雖非病人唯一的治療醫師，卻是病人的主要照顧醫師』是期望藉由這種制度，使受訓醫師了解並參與病人的整個求醫過程，包含自牙科求診後，從問診、診斷、告知病人病情及牙齒的癒後、可能的治療選項、治療計畫的討論與擬定一直到治療完成的所有過程。除了能統整過去所學知識並應用於病人治療之外，更可以學習與來自社會不同階層的病人溝通對話，並考量每一位病人經濟、時間及牙齒的狀況，訂定一套專屬於該病人的治療計畫，並學習如何將艱澀的醫療專業術語，化為老嫗能解的辭彙，使每一位病人能充分了解其目前口內的狀況以及明白今後治療的情形。

綜上所述，「以病人為中心之口腔醫療照護門診」與過往『以專科為主的訓練』最大的不同，在於強調受訓醫師參與病人從自臺大牙科部求診直到結束治療的每一個環節，主要的目的除了讓每一位臺大牙科部的受訓醫師成為一位具有獨立思考能力、擁有全面治療技術並且樂於與病人溝通的醫師之外，更重要的是，經由參與病人就診的每一環節，跳脫以往偏重專科訓練的制度下受訓醫師只獲得片段的技術訓練，學習以整個口腔重建

為主的治療觀，並且學會尊重病人，面對、承受病人因病痛而來就診可能有的情緒反應。除此之外，在口腔醫療照護門診中，每位受訓醫師都是隸屬於主治醫師領軍的團隊，因此當治療遇到困難時，受訓醫師可以得到來自同團隊住院醫師以及主治醫師的協助，確保每一位受訓醫師能夠得到最充分的照顧。另外，在訓練過程中，儘管是以整體醫療照護為主，但也不偏廢以往專科教育的精神，讓受訓醫師參與各專科的病例討論會，而且在看診過程中也能得到來自專科醫師的指導與教學。

縱然這個變革已構思數年，所有的配套措施與實行細節均經過縝密的思考，但由於這項改變影響範圍太廣，規劃上一定會有疏漏或未臻至善之環節，未來實行時也必然會有窒礙難行之虞。但可向各位校友保證臺大牙科部的未來，絕對不會悖離以教學為使命，以病人為中心的原則。在此除深切感謝多位校友每週能放下手邊繁重之門診工作，撥空回母校指導學弟妹。當然也竭誠希望對新制有疑問或建議的校友能夠不吝賜教，我們將竭盡所能為各位解答，也會將各位的建議做為規劃上的參考，讓臺大牙科部在未來十年、甚至二十年、三十年仍能繼續維持聲譽不墜，繼續扮演台灣臨床醫療與教育的領航員。

恭喜!

陳樂南 醫師(29屆)

當選 學會第三屆 理事長
(校友會第15屆)

臺灣楓城牙友學會 第三屆 理、監事

【監事會】常務監事1名，監事4名。

常務監事 馬志澄(31屆)

監 事 洪志遠(25屆)
葉忠武(33屆)
廖志樺(35屆)
洪孟豪(47屆)

【理事會】理事長1名，副理事長3名，常務理事3名，理事24名。

理 事 長 陳樂南(29屆)

副理事長 林思洸(26屆)
黃立忠(28屆)
林世榮(29屆)

常務理事 王盛銘(31屆)
邱宏正(31屆)
盧政賢(33屆)

理	事	馬光和(27屆)	蔡誼德(39屆)	劉典章(28屆)
		謝東映(39屆)	鄭炳宏(30屆)	顏國濱(40屆)
		蔡鴻明(31屆)	陳嘉俊(40屆)	羅伯雄(33屆)
		吳 迪(41屆)	黃秉權(34屆)	李彥平(42屆)
		詹欽棟(34屆)	蔡佳峰(44屆)	石昌民(35屆)
		黃榆鈞(44屆)	宋志豪(35屆)	林昱任(44屆)
		連新傑(35屆)	董鈺群(48屆)	鄭名地(36屆)
		張添皓(50屆)	劉亦修(37屆)	陳信銘(研究所)

秘書長 賴向華(32屆)

副秘書長 詹欽棟(34屆)

委員會名單

會務發展委員會	主委：邱宏正	副主委：盧政賢、羅伯雄
學術委員會	主委：林昱任	副主委：陳信銘
出版委員會	主委：黃榆鈞	副主委：顏國濱
財務委員會	主委：董鈺群	副主委：盧政賢
財開委員會	主委：蔡鴻明	副主委：黃秉權、謝東映
福利(聯誼)委員會	主委：陳嘉俊	副主委：詹欽棟
法規(健保)委員會	主委：王盛銘	副主委：劉亦修
就業輔導委員會	主委：吳迪	副主委：羅伯雄、張添皓

任重道遠！請大家給予支持與鼓勵…

參與社會公益 牙科醫師當仁不讓

台北市牙醫師公會理事長林世榮醫師專訪

特約記者 吳佳憲 採訪報導

受訪者簡歷／林世榮醫師

台北市牙醫師公會理事長
中華民國口腔植體學會常務理事
台灣牙周病醫學會理事、專科醫師
牙周病防治學術基金會董事
台灣大學牙醫學士
長庚大學顱顏口腔研究所碩士



在國內，各縣市牙醫師公會理事長的遴選，多由七院校牙科校友會輪流推派代表擔任；牙科校友會可說是牙醫同儕們參與公眾事務的基礎。台大校友、現任台北市牙醫師公會理事長林世榮醫師(29屆)，於1995年接任台大牙醫校友會秘書長，開始接觸牙科公眾事務，並陸續在全聯會、中華牙醫學會，以及各學會擔公職，人際關係與視野也一下子開闊起來。十五年來，林醫師一本初衷，希望藉由各種活動，協助牙醫同儕踴躍走出診間，認識這個社會、回饋這片土地。

核心價值 以患者利益為優先考量

業界公認，台大牙醫學系的畢業

生，是訓練較為紮實，且術德兼備的一群，廣受教學醫院與社區牙科診所的肯定。林世榮醫師說，他過去在台大所受到的教育，乃以學院養成為主導，首重病理的處置原則，而非高獲利的治療。師長耳提面命，在擬定治療計畫時，要以患者的利益為第一考量，不用擔心自己的收入會因此減損，默默灌溉，終會水到渠成。

以他為例，有幸在二十年前擔任台大醫院牙科部住院醫師，進行牙科專科訓練時，接觸到當時最新的人工植牙技術。當時無論植體設計、表面處理、假牙套件均未臻善美，實際臨床案例也不多，可能一年不足十個。先行者總是孤獨的，卻也讓他恭逢其



今年(99年)北市公會與北縣公會合辦口愛巴士口腔健檢活動時，林世榮醫師與陳智鴻醫師(右1,前台北縣牙醫師公會理事長)合影。

盛，參與了植牙的發展過程。

林醫師分享他的行醫心得，患者口內的齲齒，即便已經傷害到牙髓腔，只要有一絲希望，就應盡全力為患者保留下來。人工牙根無論再精良，始終是「身外之物」。植牙的單價或許較高，但高獲利也意味著高風險，對醫病雙方都不一定好。他過去在新光醫院牙科部擔任主治醫師時，收入始終名列前茅，所憑藉的，就是始終以患者的利益為優先考量，醫病關係需要細水長流地經營，一旦口碑建立起來，長期累積的人脈將非常可觀。「更重要的是，你不只提高收入，也獲得患者的尊重。」他強調，醫病關係存在資訊不對等的事實，這是肇生醫療糾紛的主要原因。在醫療產業逐漸淪為商業行為的當下，更值得同儕們深思。

落實社會責任 端正牙醫形象

在勞健保尚未全面開放的時代，牙醫師常被誤認為齒模師傅，甚至必須為了權益走上街頭，如今牙醫師的專業地位已被確立，收入大幅提昇，

民眾觀感卻有每下愈況的趨勢。林世榮醫師坦言，隨著社會多元化發展，醫病關係產生很大的質變，這是過去醫師被尊稱為「先生人」時代所沒有的現象。他有幸獲選台北市牙醫師公會理事長，有責任改變社會大眾對牙醫師的觀感，贊助社會公益就是最理想的方法。

他特別感謝第十五屆台北市牙醫師理事長葛建埔醫師，在任內積極推動廢牙冠回收煉金計畫，「點石成金」將醫療廢棄物轉化為有用的資源。有了廢牙冠回收基金的支持，第十六屆理事長黃建文、陳世岳醫師再接再厲，舉辦圓夢音樂晚會，開啟台北市牙醫師公會舉行大規模公益活動的濫觴，並成立社會公益委員會，編列預算，進行例行性的慈善活動。

「台灣土地面積不大，卻存在嚴重的城鄉差距。」林醫師回憶，去年台北市牙醫師公會贊助紙風車劇團至嘉義縣大埔鄉進行公演，現場湧入五百多人，而全鄉人口也才二千多人，當時八八水災對大埔鄉所造成的傷害尚



海南省口腔醫學會理事長廖天安醫師(左1)致贈紀念品給台北市牙醫師公會，由理事長林世榮醫師(右2)代表受獎。



台北市牙醫師公會贊助嘉義縣大埔鄉紙風車319鄉村身童藝術節活動，林世榮理事長(後排中)與社會公益執行長陳樂南醫師在表演舞台上與主辦單位合影(台北市牙醫師公會提供)

未復元，部份街道殘破不堪，連滿足民生需求都成困難，遑論從事藝文活動。台北市享有最多的行政資源，公會有責任提供一定的經費，讓資源不足的地區獲得更好的照顧。從另一個角度想，這也算是一種形象塑造，以及與社會各界的良性互動。也許能力微薄，而且所做所為也不一定能引起媒體，甚至是牙醫同儕的重視，但相信只要持之以恆，涓滴之水終能聚成江河，最後匯入大海之中。

口愛巴士 宣導口腔保健觀念

從事牙科臨床工作已有二十年時間，常有患者向林世榮醫師抱怨，「你們牙醫師都只顧看病，卻忽略預防醫療的宣導。」言下之意，似乎暗指牙醫師都只顧著賺錢，對口腔保健工作卻有所隱瞞。但事實卻是，包括全聯會在內的各地方牙醫師公會，甚至是牙科校友會，無不將口腔衛生宣導視為施政重點，「不是我們沒有宣導，而是活動的宣導不足，或是社會各界的參

與層面不夠，導致效果不理想所致。」

林醫師說，國內民眾生活步緊湊，往往只有在牙齒腔產生問題，甚至痛得受不了的時候，才會想到牙醫師。口腔是消化道的起點，尤其台灣即將進入老人化社會，慢性病威脅首當其衝，如果不做適當控制，國民健康將付出很大的代價，這也讓他萌生推動「口愛巴士」健檢活動的想法。

在林世榮醫師與台北市牙醫師公會所屬幹部的努力下，北市牙公會去年第一次試辦口愛巴士健檢活動，藉由公車巴士車體廣告長時、非定點式地進行活動宣傳，獲得媒體與民眾的一致肯定，今年擴大與台北縣牙醫師公會合作，將健檢地點延伸到大台北地區，並串連衛生局、民意代表、牙醫師、牙醫助理，以及首都客運等單位共同參與本活動。除了希望可以進一步提高口腔健檢的人數外，也希望藉由本次活動，將口腔保健的觀念深植到民眾日常生活中。

他感性地說，若口愛巴士能獲得



台北市牙醫師公會長期贊助紙風車劇團進行公演，獲嘉義縣議長余政達先生頒發感謝狀。（台北市牙醫師公會提供）



台北市牙醫師公會理事長林世榮醫師與劉亦修醫師（前台大牙醫校友會北市分會會長），頒發獎牌給牙醫界耆宿振興醫院牙科部主任彭志綱教授，感謝彭教授對牙醫界的貢獻。

牙醫同儕的認同，未來希望結合更多縣市牙醫師公會、甚至是牙醫全聯會的力量，舉行「口愛列車全台巡迴健檢活動」，相信將更有話題性，也能吸引國內外眾多鐵道迷的注意。未來他卸下公會理事長以後，也將持續推動公益活動，並期許將這份經驗，傳承到校友會中。

工作態度 企業用人的關鍵

光陰荏苒，林世榮醫師畢業迄今，已有二十年以上時間，經歷台灣從經濟快速起飛，到市場趨近飽和，轉型成為知識經濟的時代，深深覺得，一個年輕人的成功，除了必須具備職場競爭力，更應時刻保持謙遜好學的態度。企業是否願意釋放機會給新進職員，態度的考量有時甚至高過專業能力。

「能否與人為善，是企業用人的重要關鍵，」他說，許多社會學或心理學研究均指出，在事業上最成功的人，往往不是學校的第一名，而是第

十名。這是因為名列前茅的人，危機意識往往不如後段學生，在遇到突發狀況時，應變能力相對較弱。人一生的努力，就像一場長跑，不到最後一刻，是難以論定的。

儘管擔任會員人數最多、組織規模最龐大的公會理事長，林世榮醫師仍心繫母校與校友會，這是他的根本、起點與榮耀。遇到學弟妹向他募款，林醫師捐款總是毫不縮手，但也會加上一個但書，那就是，當他們畢業出社會，行有餘力的時候，也要回頭奉獻母校、提攜後進。他甚至要擔任募款義工的學弟妹們提出企劃書與結案報告。「給魚吃不如教他們釣魚，」他說，縝密的計畫，是一個專案能否成功的關鍵。而這個價值觀念的養成，則是台大自由開放、注重人文思考的學風，對他造成的深刻影響。



享受揮桿之樂！

台大牙友 高爾夫球隊

歡迎您~

不論您是「台大牙醫的Tiger Woods、曾雅妮」…
還是剛踏入綠茵球場的新手…

歡迎加入『台大牙友高爾夫球隊』！

除了享受綠地、微風以及揮桿的樂趣，彼此分享球技
秘訣，建構出屬於您的夢幻揮桿！開出您的爆發力！

活動
預告！

2011年 第一次例行賽

日期：民國100年1月5日

時間：上午6：30

地點：台北球場

獎品豐富！

一定要來SHOW球技呦！

台大牙友高爾夫球隊

2011年 會長 許崇智(18屆)

副會長 馬惠嘉(21屆) 敬邀

聯絡電話：02-28711299 球隊總幹事 王博弘(24屆)



淺談

「美國的兒童牙科」

胡淨娟
第 25 屆畢業校友
現任密西根大學 教授

兒童牙科是目前美國專業牙科中相當熱門的一科。在 2009 年，申請兒童牙科醫師訓練的人數超過了矯正專科。這是第一次發生在 Postdoctoral Dental Matching Program 的歷史上。兒童牙科的遠景持續看好，申請進入這專科的牙科醫師絕大多數認為能為兒童維護口腔的健康是一個愉快而有意義的專業。目前 2010 年在美國一共有 76 檢定認可的訓練機構，絕大多數是醫院附屬，然後是教學中心，少數是二者兼並。相比較之下，台灣的專科牙醫師訓練，大多數是教學中心的附屬醫院，所以受訓醫師能受基礎科學及臨床教授指導。

兒童牙科訓練強調安全及高水準的牙科治療，evidence-based 的診斷與治療，注重預防，建立 dental home 在幼兒期，並申明兒童身心

健康的重要性。近年幾項重要的發展事項以包括推廣及獎勵 master clinicians 參與專業醫師的教學。這些大多數是兒童牙科行醫數十年後重返教職，貢獻他們豐富的臨床經驗。兒童牙科專業學會很成功的提高了專業醫師的標準，並爭取美國國家眾議員的支持，有效的影響國家對兒童健康的政策。據我很有有限的了解，台灣的兒童學會這幾年也相當注重專業的水準以及兒童健康保險的權益。

相形之下，在台灣的兒童專科醫師也許比較辛苦，因為出生率降低、社會形態以及家長心態的改變，認為小朋友應該沒有負面的經驗，增加了醫護人員的心理負擔及治療進行上的困難。

我感受到在大都市的兒童專科醫師們都相當忙碌也很成功，大多數的家長的意識中，專科醫師可以提供完

整的治療與保健，這般的心態跟其他國家的父母並沒有很大的差別。

申請接受美國兒童專科醫師德訓練並不困難，但是機會有限，僅有少數學校接受外國學生。台灣的學生並不比其他國家的學生差，是很有競爭能力的。這些收外國學生的 programs，目前大概只有十多個，確實的消息可以在 AAPD 網站「Residency programs」驗證。很好的 TOFE / GRE，有的 programs 要求國家牙科筆試（National Board Part I），這些考試的結果是很客觀的衡量標準。如果你很幸運被接受，請好好利用機會，不但充實自己，也為其他的台灣學生製造錄取的機會。請記得在國外你的優良表現，不但博取你的教授及同學的認同，有增加他們對我們台灣的重視。

密西根大學相當重視學術研究。近年我們研究室對牙科遺傳病症的基因突變的發現，增加了對牙齒生長及發育的基因控制的了解。在我們的實驗室，我們成功的製造小鼠表現 hypoplastic 及 hypomaturation 的牙釉質缺損（amelogenesis imperfecta）。另外利用基因改造，我們可以在這些小鼠上引進正確表達的牙釉質基因，而完全挽救牙釉質的缺損。我們

希望這個實驗的發現，將來能夠運用在臨床上。

【數字會說話】

- 美國 2009 年的統計數據顯示
- 美國兒童牙科學會共有 4977 位現任或永久會員。
- 80 % 的牙科醫師是 general dentists，20% 是專科醫師，其中 19% 是口腔外科，而兒童牙科佔有 14%，矯正是 29%。
- 目前兒童牙科專業醫師訓練的職位有近 350 人，而矯正大約是 352 人，每年畢業的人數大約是 310 人。這其中有 12% 是外國牙科學校的畢業生。
- 外國學生申請人數只有 2.9 % 或 14/477，錄取的機率是 50%。
- 女性的兒童牙科醫師目前佔總數的 58.5%。
- 平均年收入是 31.4 萬美元（2005 年的統計），口腔外科是 39 萬美元，矯正是 28.6 萬美元。
- 病人抱怨醫師的統計：一般牙科是 62.8%，矯正是 2.9%，兒童牙科是 1.3%（最低）。
- 39% 的兒童牙科醫師已屆退休年齡 ≥ 55 歲。

診療隨想(三)

原著 韓石泉
註釋 韓良俊
第2屆畢業校友
台大牙醫系名譽教授

診療隨想

69. 病兒接受診療時有笑嘻嘻的、有不哭也不笑的、有哭得很厲害的、更有手舞足「蹶」拚命掙扎的，其所表現的型態各各不同。啼哭不安者多因怕陌生人或怕打針，尤以後者為多。曾有在別處一診即被打四—五針，當然，其病狀不是很嚴重而非多打不可者，實在是，一部份醫生不無過信打針之嫌了！惟病家中亦有希望多打的，總會問：「只打一針夠嗎？」暗示只打一針，實不滿足。碰上這種父母，病兒實在是活受罪哩！（註18）
70. 罹病時須要休息，此一原則有時候竟不能實行。對於下列各種人：負擔全家經濟非每日賺錢不可者，一家主婦無僱用女傭，炊、洗一切均要自己動手者，學生而遭逢考試期者，國校高年級生正拚命補習中者，雖勸至舌焦唇爛亦無補於事。說諸諄諄，而聽者藐藐。總至病重不能離床，才不得不倒下去。所謂「不到黃河心不死」，甚而「不見棺材不流淚」。因而覺得在我們的社會，原則與實際、理想與現實，總距離太遠，痛哉！（註19）
71. 我的書桌上，陳列有史懷哲博士攝於八十五歲生辰的照片。史博士在三十一歲時已成為一位有名的哲學者、神學者與音樂家，只因決意要在「黑暗的非洲大陸」實行醫療服侍，乃放棄一切，決心學醫。畢業後，自一九一三年以來，在赤道直下瘴癘之地實行醫療服侍，至今已四十數年。其所設病院現有五百病床，診療原則上免費；自遠方來的病人，尚供給衣類、食物；困窮者並給與零用錢；孕婦來時身無一物，退院時產衣、襁褓滿載而歸。如此，徹底實行著醫療服侍。聞「治療」之希臘語源含有「服侍」之意味，史博士之精神，千古不朽，宜乎於一九五三年榮獲諾貝爾和平獎，但願我們能學習其精神於萬一。（註20）
72. 醫生每隨病人症狀之好轉或惡化而時喜時憂。好轉時不但病人，連同其家族親友都喜形於色，對醫生更恭維備至。惡化時，對醫生的態度可能驟變，顯出不安不信，嘖有煩言，甚至懷疑到用藥、處理的不當，把責任全掛到醫生肩上。醫生雖已費盡心思苦心營救，乃至焦頭爛額，倘猶繼續惡

化，則徒勞不僅無功，但求其不事抱怨，也難乎其難了。

73. 現社會裡醫療方面，因乘民眾的無智、盲昧，而致邪法橫行。「非科學醫」^(註21)、密醫、先生媽、乩童、神識、畫符……等等不一而足，有如百鬼夜行。當局又取放任態度，未聞大力取締；有識者袖手旁觀，徒喚奈何；而有心人更灰心喪志，無計可施。長此以往，社會的黑暗面漸趨擴大，而離開科學昌明境界，則越來越遠。可悲可痛，莫此為甚！究須待至何年何日，才能把這股妖霧一掃而空？！
74. 有才能的好醫生，未必都能受病人信任；而門庭若市的醫生，或善於賺錢的醫生，也未必都是醫術高明的人。此因一般病家對於醫生的認識不深，其評判的標準不高，尤與我們醫師所持的衡量尺度大相逕庭。略識一二的醫生，在普通開業上所稱的成功者中，遠超過學術高優的醫生，此實畸形社會之現狀，可悲可嘆也。
75. 症狀進展之速，有時會使你瞠目結舌，不知所之。只數日不見，症狀便會進行到難以置信的程度。所以對於病人敘述的症狀，要不厭煩地詳細聽取，然後再細心考究，並時時檢討細察，切不要懷抱成見，方不致發生診斷錯誤及治療延誤、遺漏之事。若然，則不但患者之福，亦保持良好醫譽之道也。^(註22)
76. 對於病症預後之判斷，切不可失之輕率。有時候，判重者可能是輕，斷輕者可能會重，判不治者竟獲得生機，視為安全者終陷入死亡邊緣。蓋思有未週，察未入微也。可戒！可戒！^(註23)
77. 醫療時，法律、道德有時候須要特為兼顧。
78. 余之醫療工作，應可稱為「久長勤勉」。自開業（韓內科醫院）以來，除了三十一四十五歲期間，因受十二指腸潰瘍糾纏及留學研究，時有休診外，自日本熊本歸來後至今（1962年七月）二十數年未嘗另再休診。雖然規定的診療時間係自上午八點至正午十二點，下午二點至八點，但患者多不遵守時間，且余又無另外去處（別墅或「別家」^(註24)），時間外時常不得不再工作。最苦痛者，一夜常被敲門數起，幸余睡眠佳良，隨時隨地都可以安眠，此為保持健康之重大因素。所以，至今還得能耳聰目明，動作如常，對於一切生活樂事，趣味盎然；求知慾甚高，讀書不倦，好求甚解，性喜探索，所讀多為有關科學的書籍^(註25)。至於文學小說，雖心嚮往之，為時間上不得不割愛。最近讀完《胡適文存》^(註26)，對於他所推薦的中國近世白話好小說，甚望有機能過眼一番。倘能保持此狀態繼續二十年，自信必將有所成就。在診療上，患者對余之信任至今不衰，依然麇集如前，經濟雖不虞匱乏，卻消盡余年華之一大部分矣。

79. 病童的命運，有時候操在他父母一念之間，本來可以醫治的疾病，因其父母的無智而走錯治療的路，或因貧窮放置不治，終而回生乏術。本日有一患破傷風病兒，雖盡力勸其住院，且欲資助免費治療，只為了家庭上的困難，不聽勸導，硬要回到交通不便的山中去，不禁慨嘆其前途吉凶未卜。
80. 雖然是不治之病，如患者緊抱著要活下去的希望，則稍一輕快，即異常雀躍。觀此情形益增醫生的心痛，因為深知隨後必有一段暗淡的日子。思念至此，只嘆自己無能，以致辜負了病者的付託。目下疾病可治的範圍雖然已漸擴大，不治之症仍有相當數目。一遇絕症，實束手無策，徒喚奈何而已。然而「非科學醫」方面則善弄詐術，白血病、狂犬病、癌症、小兒麻痺等等現代進步的醫術面臨時棘手的疾病，他們卻宣傳得極有辦法，以此欺騙患者，盡量搜括，到頭來弄得患者財、命兩空。不德之至，罪莫大焉！
81. 婦女的內科疾病，診療時頗覺費手，雖然在婦產科方面，不得不暴露私處受診；但在內科方面，總是羞羞澀澀地盡量遮掩。胸部聽診，腹部觸診，均難以順利進行，每需多費時間。這不但是羞恥心作用，服裝亦有不便之處，實應設法改善才好。
82. 證明書及診斷書必須真實正確，然而時有使醫生為難者。例如要求說：只要形式上有證明書就能通過，乃糾纏不已，把責任推在醫生身上，要醫生作成虛偽文書。若不從所請，將被視為頑固無情；徇其所求，則良心不許，左右為難。除非你要作代罪羔羊，否則應捐棄私情，依法且憑良心做事，不然，後患必將難免。
83. 所用之治療方法，若不能見效，應重新檢討並改變療法，不可只憑惰性依舊繼續使用無效之療法，以致稽延時日。然功效有無之判斷必須正確，否則，功效將現，遽爾改變，最為不智。
84. 最近部份醫生為避免責任麻煩，診斷傾向冒進，症狀檢查未備即遽作判斷。如：「有熱、咳嗽」為肺炎；「上腹痛」為肝炎；「發熱、神志稍不清楚」為腦炎；「四肢運動稍不正常」為小兒麻痺；如此診斷在先，似一舉而兩得，實難免有違背良心無視科學之嫌。然此事不能專責醫生診斷之輕率，實有其社會背景存在。他們要求醫生一診便須完全正確診斷，不假以時日供其觀察檢查，並且苛求診斷不能稍有錯誤，要百診百中，不然要負本不應負的責任，因而使醫生不得心靜氣平地充分診查，結果便造成了這種「先斷」的現象。(註27)
85. 對於兒童、嬰孩之保護萬萬不能疏忽，常遇一日數起或由樓上，或由桌上，或由床上跌落墜地，撞及頭部的病例。雖然多數幸而有驚無險，然亦

有相當嚴重者，為父母者不可不慎。而醫生對於腦部外傷，亦不宜遽下判斷。對此，余每皆期以三日，命其三日間要細心看護，不可疏忽，並著其設法預防過失的重演。

86. 一個「特出症狀」的出現，有時候很難對患者說明其發生的意義及其可能演變的結果，因為要綜合各種症狀加以分析研討，並觀察未來的過程。該「特出的」症狀，有時候並無特別的意義，有時候顯示惡化的預兆，所以，要保留三分餘地，不能斬釘截鐵地明白答復。(註28)
87. 病家求治的欲望，漫無止境，有時候病狀已轉輕很多，猶叨叨絮絮，糾纏不休，要求這樣，要求那樣，恨不得在極短時間內把一切病狀完全驅退。這雖然是人情之常，但未免過於性急，有時候反會貽誤將來。有一種病家，雖然病已好轉亦不願明白承認，醫生要具有明眼，要能下正確判斷，才不致有所蒙蔽。
88. 一般患者的觀念均以為「拿薪水的醫生」都不盡職，故每次要介紹到公立病院去時，都異口同聲，不願意前往，卻寧願到私立醫院或公立醫院就職而兼自己非正式開業的地方。其理由為：「拿薪水的醫生」看病馬虎不認真，不負責任，並且不能專給一位醫生看，今天甲醫，明天乙醫，後天可能丙醫，還要打交道才行。這些理由雖可能不對，但是他們全部這樣說，也可見這是今天醫界的一個問題。就職醫生待遇菲薄，不能專心致志，若兼營開業，可能影響公家業務，而負教學責任者更不能作深入的研究，甚至沒有時間讀書。如此，學問必不能進步，要教導學生就發生問題了。甚望此種矛盾能夠及早消除，醫界才能向上，這不但是病人的幸福，也是醫生應走的路啊！(註29)
89. 每個人的面貌、體態、動作、精力當然會隨著年齡的增進而變化，然而假如沒有患著特殊的疾患，其變化是緩慢的、漸進的、且不會太大。倘不幸被慢性病糾纏，則昔日花容月貌、芳姿綽約、婀娜多姿的美西施，不數年而一變為面黃膚粗的無鹽女(註30)、步履蹣跚的老太婆，使你不能相信，居然有無數眾生，曾經拜倒在她的百褶裙下。為什麼會受到這樣無情的摧折呢？不得而知也！(註31)
90. 醫療工作要自由、獨立，不受牽制。近來有很多病人，亂發要求想打補針、強心針，營養針、甚至要你開這樣那樣的藥，假如你失去自主性，任憑指使，有時候可能犯上錯誤，後果不堪設想。腹部急症亂打止痛針，胃腸穿孔亂下瀉藥，那麼，其結果不問可知。所以，醫生治療時應維持自信和自由。

- [註 18] 此條所述病兒不同的反應，頗值得兒童牙科醫師好好參考。
- [註 19] 《診療隨想》完稿於 1962 年 11 月，這裡描寫的社會現象，主要是 40-50 年代的情形，但以現今相較，似乎改善不多。
- [註 20] 韓石泉醫師最尊敬並引以為學習的榜樣者，除了這位史懷哲醫師（Dr. Albert Schweitzer）外，還有傑出的研究者法國細菌學家巴斯德（Louis Pasteur, 1822 ~ 1895）。
- [註 21] 此指純然傳統且完全不重視實證醫學的守舊「中醫」，而非已現代化者。
- [註 22] 此處雖出自內科醫師的觀點，但也可供牙科醫師在處理急性、瀰漫性的齒源性口腔顎顏面感染症（如蜂窩性組織炎）時之參考。另外，註者亦主張醫師在診療時，應該「五心俱到」，即：愛心、細心、耐心、虛心，以及好奇心。
- [註 23] 此條亦與前註（22）所提「五心」中之細心與虛心相關。
- [註 24] 「別家」指在別處（非與診所同處）的住家。
- [註 25] 韓石泉醫師自年輕時代即喜讀書，在日治時代的「台灣名人錄」中所記之「興趣」一欄，即為「讀書」。
- [註 26] 韓石泉醫師曾讀完全部四集（每集 541 ~ 827 頁）之《胡適文存》，並在最後一冊（第四集）之書末空白處親筆簽記：「一九六二年（民國五十一年）四月四日夜 全集看完韓石泉」（如圖）
- [註 27] 此種現象可能至今仍然存在，恐亦與未細心做好完整的問診，以及身體基本檢查（physical examination）有關。
- [註 28] 此即註 22 所提「五心」中，必須有「虛心」之意。
- [註 29] 為此，台大醫院一直有「不兼差、不開業」之規定。
- [註 30] 「無鹽女」，為醜女之意，語出《劉向列女傳》，謂在戰國齊邑無鹽，有女貌極醜，名鍾離春，但宣王反納以為后，「無鹽」乃成醜女之代表。
- [註 31] 人世間最公平的是，即使是「花容月貌、……的美西施」，也必有一天可能變為「步履蹣跚的老太婆」，不可能永遠停留在年輕貌美的階段。這也許是不分男女，每一位青春正富者需有的「心理準備」，如能進而發展為對老年人的體貼與積極照護，就可算是最正面的昇華了。

（註者係母校牙醫學系 1962 年畢業，現任母校名譽教授、台灣檳榔防制暨口腔癌防治聯盟主席、行政院衛生署口腔醫學委員會主任委員、癌症防治政策委員會及其他委員會委員）



《胡適文存》全部共四集，於 1953 年 10 月初版，由當時在台北市重慶南路的遠東圖書公司印刷、發行。韓石泉醫師對胡適博士的明理、平易近人與重視科學精神與科學方法（如「有幾分證據說幾分話」、「上窮碧落下黃泉，動手動腳找東西（證據）」等等），素極推崇，故能有恆心與毅力以不到一年時間（1961.6.4. 起，至 1962.4.4.），「讀破」這整整四集的《胡適文存》（參閱註 26），並且在書頁上仔細劃有紅線及寫上眉批。

感謝捐款

感謝各位校友熱情支持，讓學會感受到滿滿的祝福。您的鼓勵，將是激勵學會、邁出穩健的步伐的最大動力。

藉小小版面，再次由感謝您的捐款與支持！

【99年校友捐款】

鄭文韶 (9 屆)

林崧池 (11 屆)

謝維昌 (18 屆)

許崇智 (18 屆，台大牙友高爾夫球隊 2011 年會長)

黃翠玲 (20 屆)

祝瑞宏 (23 屆)

戴銘祥 (25 屆)

蔡雅惠 (25 屆)

洪志遠 (25 屆)

孫金銘 (26 屆)

林世榮 (28 屆)

陳慧明 (29 屆)

盧政賢 (33 屆)

羅伯雄 (33 屆)

連新傑 (35 屆)

呂文琪 (40 屆)

吳 廸 (41 屆)

潘韞珊 (43 屆)

曾琬瑜 (研究所)

◎捐款收據可作為扣抵綜合所得列舉扣除額使用。請妥善保管。

【以上資料截至 99 年 9 月 30 日。如有漏登，敬請見諒，並請來電指正。謝謝！】



昱翔牙醫診所
Yu-Xiang Dental Clinic

徵求認真肯學習的牙醫師協助看診

一同開創人生的新價值

診所宗旨以提供高品質的醫療服務為目標

不會一味追求高業績或因為病人量多而降低醫療品質
希望能讓牙醫師在替病人服務的同時也滿足自我的成就感

尋找週一至週五白天看診醫師

看診環境舒適無壓力，隨時可充分討論溝通

待遇面談、看診時段自選，台大學弟妹優先錄用

歡迎有興趣的醫師與院長聯絡（0919500639 林醫師）

或來電診所：02-29345171



擁抱合歡

放眼皆是重巒層峰，綿延天際

蔡雅惠
第 25 屆畢業校友

【緣起】

樂南(29屆)和我一直是一起爬台北郊山的山友，好幾年前，我們都想身為臺灣人應該要登登玉山，可是因為沒有登大山的經驗，又恐懼又嚮往，於是當時便貿然央求李伯訓醫師(34屆，系上的登山專家，已接近蒐集完百嶽了)可以帶領我們去爬。溫良恭儉讓的李醫師只是輕輕地對我們說，要登玉山前最好先登合歡山試試自己身體對高山空氣壓力的適應，也順便測測自己心肺的負荷。好幾年過去了，這個春天某個星期一的早上在OD門診，李醫師輕輕地”飄”到我的面前，說暑假可以帶領我們去爬合歡山了。這一說又重新激起我這中年歐巴桑的鬥志，但心裡也犯嘀咕：

「早幾年不帶我們去，現在已經”年近半百”了，到底是走不走得動？」害怕歸害怕，心裡還是挺興奮的。自從大一和同學吳素玢(25屆)一起參加台大登山社的大小霸登山攻頂活動之後，就再也沒有雄心壯志挑戰高山了。記得那一次我和吳同學兩個大一笨笨的小女生，懷著對高山的嚮往，甚麼體能都沒練就好似郊遊的心態，隨著訓練有素的學長姊出發。因為那次參加的男生與女生人數相當，所以該背該帶的公物公糧我們一樣也沒少，結果慘狀可想而知：走在殿後學長前面的就是我們倆，感覺就像被押解的犯人般一路被催促地向前走，抬不起的腳步，直不起的腰桿，雖然最後都莫名其妙地被年輕的身軀所克服，但不怎麼舒服的經驗一直都是追



努力，往每個目標前進

求登高的夢魘。這次李醫師一直強調登合歡山的幾座主峰，幾乎車子都可以開到登山口，而健行路徑都像走在草原裡（好像很浪漫的樣子），是嚮往攀登高山的入門款，於是毫不遲疑便開始招兵買馬了。

【出發】

也許是想抓住青春的尾巴（喔！這句話不太對，是緬懷逝去的青春，充實熟年的生活經驗），婦女同胞都很容易招募，於是最後本婦孺團就在有愛心的李伯訓醫師和超有服務精神的研究生—鄧聖霖醫師的帶領之下，吳蘊蘊醫師、樂南及小兒子亦凡，我和大女兒容安和我妹妹雅芬及小兒子易明一行九人，便浩浩蕩蕩的出發了。8月13日早上八點我們這個有點奢

華的登山團體乘著20人座的小巴從台大景福館出發，一路直奔台中接雅芬一家人，便上中投公路直達埔里。我們選了環境美、氣氛佳的埔里金都餐廳飽足一頓後，便沿著台14直衝合歡山了。合歡群峰位於花蓮縣與南投縣的交界，共由七座山所組成，主峰標高3416公尺，東峰3421公尺，北峰3422公尺，西峰3144公尺，石門山3236公尺，合歡尖山3217公尺，石門北峰3278公尺，其中前五座更名列「台灣百岳」中。這個原本需要至少3天3夜才能攀登至頂的巨山，由於中橫公路的開通與霧社支線的連接，公路由群峰山肩處蜿蜒切過，如今變成最”平易近人”的百岳了。



天亮，心情也 high 起來了！



攻頂成功！

也許李醫師盤算的是我們好不容易一趟上山，要讓我們多攻幾座百岳，於是約莫下午三點半，我們也不下行李，便將遊覽車停在北峰入口，簡單整裝一番變蓄勢待發了。整個隊伍由李醫師領頭、鄧醫師押後，但沒走幾步路我發現行前擔心的高山症狀真的在我和吳醫師身上發生了。我行走時覺得頭重重的、腳浮浮的，有點舉步維艱的感覺；吳醫師也感到腳步沉重、呼吸不順。我們勉力地走了約數百公尺，滿山遍野盡是低矮蔥鬱的玉山箭竹，倚坡徐緩起伏；遠方重巒層峰，配上萬里無雲的晴空，這大自然裡的天空藍和青草綠果真是長久生活在都市叢林裡每天心嚮往之的”大地色”。由於合歡北峰是登西峰的必經路徑，所以沿途也有山友重裝備健行，應是準備在山上搭營過夜。由於天色漸暗，在李醫師的指令下我們遂快步下山，準備前往我們即將投宿的松雪樓。

松雪樓海拔 3150 公尺，是全台最高旅館，在停業 13 年後於去年（2009）6 月再度對外營業。內部舒適乾淨，外面群山環伺，能在高山地區住到這樣的旅店，算是很奢華的享受了。松雪樓內還備有一台氧氣機可供使用。說實在的，在用晚餐時還是覺得頭有些昏昏沉沉的，耳朵有些被塞住的感覺，晚上睡覺時也睡得不十分安穩，這應是輕度高山症的症狀吧！其實上山前有稍微搜尋一些高山症的資料，對於要不要事先服藥也反覆思考了一下，就在忐忑猶豫中，上山的日子就到了，所以此次上山頗有試試自己運氣的味道。當晚李醫師就和大家約定翌日清晨五點上東峰看日出。

清晨五點的合歡山，天空帶點深邃透透的藍，我調整好呼吸，準備探索這不同於平日的歷險。沒多久，背後遠方帶出金黃色的天光，黃、橘、



樂南受傷了！



登北峰，山頭小歇

藍交織成一幅層次錯落、奇幻無比的抽象畫，再沒多久，”電火球”便從中迸出，大自然完成了日夜交替的周而復始。東峰的山路還算平緩，前人也把步道整理得相當不錯，在途中還可看到早期滑雪場纜車車站的遺址。只是山巒起伏，小山峰小山谷一層又一層，不知盡頭在哪裡，鄧醫師說這就是登山的迷人之處。在鄧醫師不斷的鼓勵及腎上腺素的幫忙之下，哈哈！我們終於登頂了。環顧四周，李醫師跟我們如數家珍的介紹黑色奇萊、中央尖、玉山山脈等等。女兒對於她在18歲可以登上人生的第一座百岳興奮無比，同行的每一個人也都恣意拍照，為這光榮的一刻留下見證。約莫7點半我們帶著滿足的心情下山，下到約三分之二路途時，突然遠遠的看到樂南跌坐在前方，李醫師在一旁照顧。待我驅前時樂南說不小心滑了一跤，用左手掌撐了一下，左手肱骨的股頭處便鼓了起來。原本樂南以為是

脫臼，要我幫她推回去，試了幾次，不敢再試，就在原地用雨傘和圍巾暫時固定，便快步下山。經大夥商量我們決定提前下山。在松雪樓用完早餐後，便一路驅車直下台中榮總急診部。X光一照，哇！肱骨完全骨折還錯位，怎麼輕輕一摔就這麼嚴重。於是再聯絡台大的骨科醫師，便又一路直奔台北了。

【後記】

樂南莫名其妙的在合歡東峰跌斷手骨，讓我們這次的合歡山健行之旅突然有了難度，也留下了一個小小的遺憾。希望樂觀的樂南可以「打斷手骨顛倒勇」（台語），幾個月後又能生龍活虎的看診和穿梭在各種活動之間。這場起於台大醫院景福館門口、終於台大醫院急診部的奇幻旅程，就在負責敦厚的李醫師領導和忙前忙後、會做人又會做事的鄧醫師幫忙之下，匆匆的結束了。令人感動的是幾

天前在台大門診巧遇李醫師，他又問起「要不要去爬玉山？明年找個時間成行」。太感人了，李醫師不嫌棄我們這些老弱婦孺，讓我的內心又燃起希

望：明年真的可以往台灣的聖山邁進。
【感謝蔡雅惠醫師、鄧聖霖醫師提供照片】



此次登山路線圖



等待黎明 -- 合歡山日出