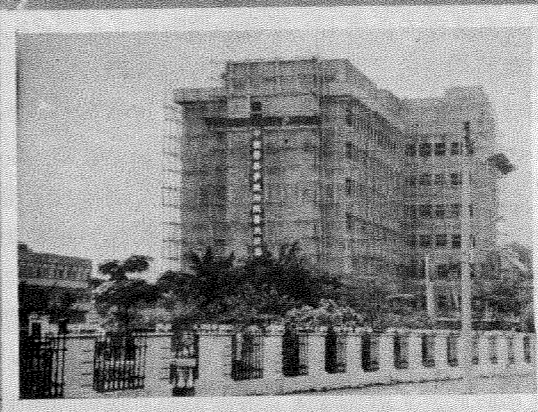
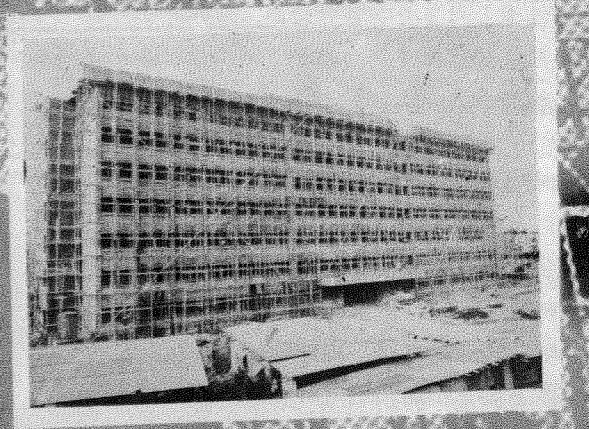
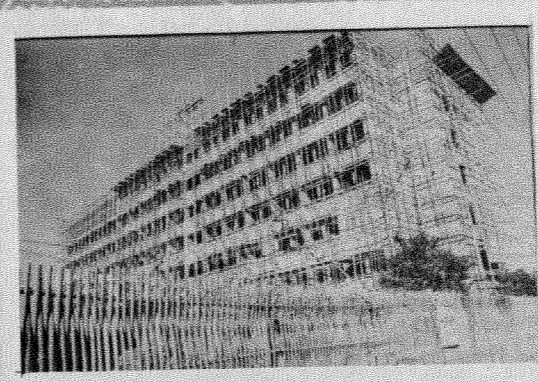
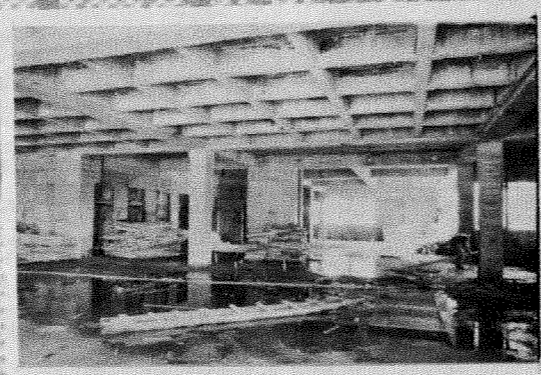
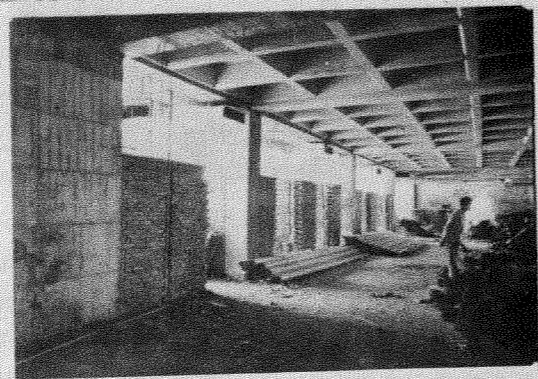
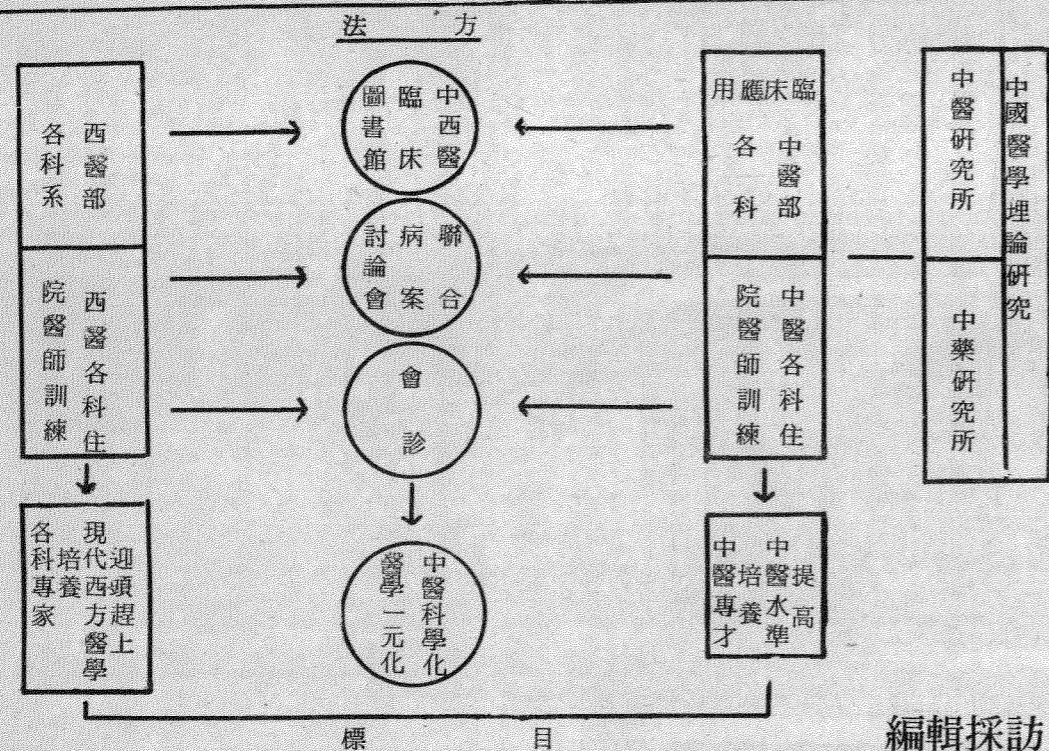


建設中的附屬醫院



訪附屬醫院王廷輔院長

談 從病人醫學性向到我們未來的做法



編輯採訪 王國欽

一般教學醫院的使命有三項，乃是診治病人、臨床教學與醫學研究。我們的醫院還多了一項——中國醫學的教學和研究。但病人是一切的基礎，醫院是依賴病人而存在的，沒有病人的話，教學和研究都談不上了。所以我們必須以做好對病人的服務工作為首要同時要達到多目標的使命。在醫院的作業當中，在中西醫相互關係的安排上，必須理論和實際兼顧，再好好地發展中醫的構想。如果導致紊亂或不能為病人所接受，醫院的前途便不樂觀，這一點應該是我們不能不慎重考慮的。

從事衛生醫療工作的人應該了解，一個人的「醫學性向」和「心態系」決定了他生病後求醫的態度和行為。大體言之，我們可以將今日的病人分為三大類：

一相信西醫者：由於教育普及科學水準提高，一般人的醫學知識較諸三十年前西方科學剛進入中國時不知道要提高多少。假設有一位五十歲的先生，他的信仰體系曾受到西方科學的洗禮，那末當他胸前劇痛時，他的西方醫學知識會告訴他，這可能是心臟病因為五十歲是心臟病常發的年齡。他會去醫院看內科，而且問這位內科醫生是不是心臟專家，如果你是一般內科醫師，這位病人可能不甚滿意會要求介紹一位心臟科專家給他診治。這優病人的醫學性向是這樣，他的行為

自然走向所謂現代西醫的方向，這時如果你勸他去看中醫，將使這場合弄得十分尷尬。下次他大概不會再來找我們，甚至也可能批評我們這裡是個滑稽的醫院，說我們強人所難，非但我們失掉了這個病人，且在社會上造成不利於我們的宣傳。

二病人是中醫論者：由於他的生活體驗或經驗，在他的信仰體系中對中醫相當信賴，他來到我們這裡主動的要看中醫，這就容易處理了，但要注意的是大多數病人對某一特定的中醫師的信賴遠超過泛指的一般中醫師，個人的因素佔很大的成份，若不是他所相信的中醫師他可能就根本不來了。這種心理的形成主因之一是中醫師們個別的差異性很大，中醫的診斷和治療迄今不夠統一化和標準化。不像西醫那樣放諸世界都差不多。中醫在自我宣傳上常標榜「祖傳」「秘方」蒙上了一層比較神秘的彩色，過分強調個人的權威，使病人無形中也受到了影響，中醫要想科學化這一點是應該揚棄的。

三病人的醫學性向和信仰體系中對中西醫沒有明顯的偏好，壁壘不甚分明。他可能抱著「外科以西醫為佳，內科以中醫較好」的態度，二方面他都有部分的接受或部分的排斥，甚至對某一些病痛他有特定的何者較

好的意見，如「中醫不行了但針灸很好」這一類病人的醫學性向可以稱為「中西混合型」的。

我們知道醫學性向是一個很複雜的心理狀態，涉及歷史、文化、風俗、教育、科學很多因素交織而成，從幼年時代起隨著年齡的增長逐漸形成，上述這三類醫學性向是我們中國社會的特色，關於這一方面的學術性研究，譬如各種性向的人在整個社會中所佔的比率問題，尚沒有見到過報告。不過很顯然的來我們這個醫院看病的，這三類人都有，這是與一般西醫醫院只有第一類和第三類病人不同的。

我們同時應該了解一個人的醫學性向和心態不是一朝就能改變的，我們不必有此奢望去立刻改變他。西方醫學進入中國之後中醫逐漸沒落，信仰西醫的第一類病人的比率上升很快。要挽救這一危機根本問題乃是從事中國醫學研究的人們能以科學的方法研究中醫，發展出令人不能不信服的論文來，從而恢復影響人們的思想而改變其醫學性向。這個工作是十分艱鉅的沒有長時間的努力是不易有收穫的。

當一位病人走進我們醫院的大門，您不知道他是屬於那一種醫學性向的人，我們的服務人員如何接待他，如何開始交談都須要有高度的技巧，要知道病人多是不耐煩的，很敏感的話不投機他可能掉頭就走了，也許聽您推薦看了一位醫師，印象不佳下次再也不來了，順利還算罷了，不順利時，在社會上替我們做反宣傳。我們的工作人員必須禮貌週到笑容常開，還要有熟練的專業訓練，否則很難應付這種情況。

我們必須認清病人不是動物不是做實驗用的兔子，會聽醫生任意擺佈。病人是有思想有主見獨立的個體，再者他在這民主社會中除了有選擇西醫中醫的權利更擁有選擇那一位醫師或中醫的權利，我們最多只能供給資料或做適當的建議而已。任何一位病人住院都是他生病過程中一段極為特殊的時間，他正向病魔搏鬥或向生命挑戰，無怪乎他極其敏感，而醫生在這個時候正扮演一種十分重要的人物，醫生的一言一動病人都看在心中。醫生的一句話或幾個字可以引起病人極大的困擾也可以給他整天的快樂。這種情緒上的極端凡是有臨床經驗的醫生恐怕都不會否認的。就因為這樣，即使在醫療體制完善多級醫師合作良好的情況下，病房裡也常常發生意想不到的困惑及麻煩。譬如一位住院醫師對一位胃病病人說：「您的胃瘍大概要開刀才會好」第二天主治醫師來了又說：「您不需要開刀」病人心裡馬上就起了疑問「您們醫生講的話不一樣呢？」「我倒底該不該開刀呢？」實際上醫生們說出了自己的初步意見，倒底需不需要手術恐怕要等照了胃鏡以後才能決定，甚至還必須等到做切片病理檢查以後才能確定。醫生們的意見常

常不能一致，病理複查性往往不是病人所能想像的。再有近來因為西醫的意見上常有出入，成見大的常不願看別的醫生看過的病人，居心不好的常說「讓他看壞了」也有的醫生常說「我為什麼替他收拾殘局，吃力不討好！」至於中西醫的問題更必須要小心處理，如果一位住院病人上午西醫來診查說了些什麼細菌啊！結核啊！的話，下午中醫來了又說了一些什麼火氣啊！陰陽失調啊！讓病人如墜迷霧之中。試問如果我們自己是病人的話將作何感想？中西醫在意識上、在術語上的不同在討論會上如果大家虛心設法溝通就已經難能可貴了，但我們不應該將中西醫本身的一些難題加諸病人身上讓病人感到困惑，病人要的是他身體的康復，不是來接受不同學派理論的課程的。

前面已經談到中西醫師若同時出現在病人面前，很可能會使病人感到困擾。再者有一個問題應該注意不能忽視的——大家都知道西醫們在多年的醫學訓練之後，已經養成一套自己的診病方式，中醫們也在數十年的習慣下造成他獨特的處理病人的方式，如果叫他們在一朝之間湯棄自己看病的模式或者身傍突然多了一個人物他會有一種被監視的感覺因而感到手足無措，以我個人來說，如果叫我和一位中醫先生一起去會診一位病人我會不知道先從那裡說起。我想中醫先生在病人床前當著西醫的面也是會有同樣的感覺。這種中西醫師之間的心理上的障礙，是由於中西醫的文化背景和教育過程不同所導致，要克服這種意識上的鴻溝是需要時間。今天我們能使中西醫師們共同在一座房子裡來工作，這件事本身就是向前邁進了一大步。

像我們這樣一個具有特性的醫院中如何能使中西醫作業井然有序，步調一致而不致紊亂使病人感到不安，同時又要達成多目標的使命，我們不能不慎重策劃。好的開始就是成功的一半，我想我們可以做的還是很多的。

一、中醫師分科制度和中醫師住院醫師制度的確立。現代醫學快速進步的結果走向分科之途，三十年前西醫中只有內科、外科之分，現在的內外科中各自又分出了十幾個科別，在國內也有這種趨勢，各種小科的學會陸續成立，我個人相信在數年之間類似 Board 的組織將會產生（註：即住院醫師專業訓練，經過該組織認可後即可稱某某科專家）將來我們這個醫院西醫各科若想在醫學界站立起來不致被人輕視則 Board 認可的醫師一定得多，中醫方面似乎也應該走這條路確立中醫師住院醫師訓練制度。在這三年住院醫師訓練期間，上一代的中醫師將其畢生精髓藉病人這個媒介透過臨床的實際運用傳授給下一代的年青醫師。非如此不易造就中醫人才

這在中醫學史上是件創舉、是史無前例的。這些年青醫師具有大學養成教育的背景，是未來中醫師的生力軍，未來中醫希望之所寄。

二聯合病案討論會。中醫和西醫的接觸有大型的，有個別式的，後者指的是會診，前者是討論會。這是醫師們的學術集會。醫理往往需要反覆討論、磋商和研究。在這裡中醫的真正臨床價值可以獲得確認，對於有志研究中西醫一元化的醫師們更是最好的切磋觀摩場所。

三中西醫會診制度之建立。凡到我們這個醫院來工作的醫師們都是沒有門戶之見的，也都承認西醫雖然進步神速但仍是有所限度，人體病理的複雜性仍有許多不知道的地方。中醫的園地裡也有奇珍異草。當病人病情演變到某種程度進入困境時，主治醫師在徵得病人及其家屬同意之後邀請中醫或西醫來會診，以求解決難題。三方面必須有融洽的關係會診才能順利，有任何一方面有成見，會診都將發生困難，所以我們聘請的西醫必須拋棄對中國醫藥強烈的反對的態度，所請的中醫也必須不是固步自封，惟我獨尊的。會診工作將來如果能做好，便是將中西醫拉近了一大步，對醫學的一元化大有裨益。

四完整的病歷記錄是保障病人權益和研究醫學的基本要件。病史、症候、檢驗、診斷和治療過程必須逐日記載，中醫在過去幾千年來幾乎完全沒有病歷可言。西醫雖強調病歷的重要性但國內說起來實在慚愧，台北市不少有名的大醫院都辦不到這一點，有的雖有些記錄但不像個樣子。至於在中南部地區各醫院的病歷記錄情形可能更不理想，這一點非內行人不易了解，造成這種情況所涉及的原因十分複雜，在這裡我們不必再去詳細分析。總而言之，如果我們想提高醫療水準，發展中西醫學，就必須朝着完整的病歷記錄這條道路前進，尤其中醫方面如果能有一套病歷記錄便是一件前無古人的創舉。

五成立中西醫臨床圖書館。醫學圖書館好像是一本字典它的重要性已經是常識了。談醫學進修、研究、寫論文更是少不了圖書館，在現代醫院中好的臨床對醫師們的吸引力不下於那些好的設備，我們的圖書館中尚有豐富的中醫臨床圖書可供醫師們隨時閱讀，啟發其心智、培養其興趣。

六臨床研究的方向。站在病人的立場，醫院是治病的地方。希望早日復元，儘快出院。對發展醫學而言，醫院又是臨床實驗的場所，沒有實驗，醫學談不上進步。這是很矛盾的，沒有病人願意自己作為被實驗的對象，但在實際上任何醫療的行為都不能完全擺脫實驗的成分，即使是給病人吃一粒阿斯匹靈也不例外。醫生在這個問題上是關鍵性人物，什麼是恢復健康必要的治療，什麼是在做實驗，這中間並沒有清楚的分界，因為這到底是一個主觀衡量的問題。我們反對不顧病人的痛苦和安危而去做那些和病歷無關的實驗性醫療行為，即使是某種治療含有一些實驗性的意味也不應讓病人感覺出來，因為這會引起病人極大的不安，造成許多誤解，一切的臨床研究最好能在默默中進行，所幸的是許多臨床研究都可從病人的普通住院資料中獲得。所以病歷的完整十分重要這樣就不需要讓病人承受任何身體上或精神上的額外負擔。從統計學上來分析這些完整的記錄就是科學論文的基本材料，中醫中藥的臨床價值應該朝著這個方向去加以整理探討相信一定可以有重要的發現。

我們鼓勵臨床研究，但病人的眼前利益總是第一，不可影響到正常的診治工作。

臨床醫學研究是一個個病案的研究一個個問題的探求而不是永遠泛指一切的概說，尤其中醫藥必須能跳出這泥沼才能走上科學化的道路。醫學研究必須用嚴格的科學方法，論文寫作也必須合乎科學論文的要件和格式才能刊登到水準高的醫學學術性雜誌，來影響醫界人士的觀感，進而令一般人信服。

總之我們已經有了一個兼有中醫和西醫的醫院，這裡有西醫師也有中醫師，大家都可以利用現代的檢驗方法和科學設備，我們即將提供這一適當的場所透過聯合討論會和會診制度供有志於醫學一元化和中醫科學化的醫師們來工作。這個醫院的成立是一項大膽的嘗試，是自由中國醫學上的一件創舉。這只是一個開端，這個開端本身就是一項成就，我們知道未來的道路仍是十分遙遠，要完成這項歷史任務是要靠上一代和下一代醫師們的共同努力。

附屬醫院—她的結構與新貌

為「中國」學子熱切盼望的本院附設臨床教學醫院，大抵已接近完工階段，現正積極從事內部的細節構造。原預定六十八年八月完工開放門診，但醫院興建委員會為使完成後的教學醫院更臻於理想，乃變更了一些計劃，故可能要順延幾個月才能完工全面開放為國民服務。本院附設醫院係由名建築師張德霖先生設計，中華工程公司承建第一期工程，並由十五位委員（鄭院長西谷、王院長廷輔、覃勤、彭爾康、沙鹿光田醫院院長王毓麟、張聘三、房殿華、袁雍、馬建中等七位董事、張德霖建築師、前軍醫署署長楊文達、前衛生署署長顏春暉、許鴻源博士、榮總胸腔部主任星兆、榮總針灸科主任鐘傑，組成的「附設醫院興建委員會」負責一切有關事宜。

落成後的教學醫院將是一座座北朝南，面對基礎醫學大樓的T字型十層樓（地上八層，地下二層）建築物。內部空氣調節係採中央冷暖自動控制系統，醫院內共計有五座電梯，其中有二座可供擔架上下的大電梯，三座至少能同時容納十人份的小電梯。各樓除了川堂、管道、樓梯、男女更衣室、男女盥洗室外，其他空間的分配情形大致如下：

地下室——計有二層。最低層為水箱，另層為辦公室、病歷表保存室、供應中心、藥庫、製藥炮製、消毒品貯藏室、西藥配藥室、中藥配藥室、製劑室、母藥液室、濕儲室、乾儲室、初切洗濯房、廚、餐廳、洗衣房、被服貯藏室、機械房、太平間、煎藥房。

第一層——院長室、辦公中心、總機室、服務台、收費處、住院掛號處，各科門診診療室、各科主任室、急診處、候診室、領藥處、實驗診斷科、外科換藥室、牙科診療室及其X光室、護士工作站。

第二層——電療室、復健部、候診室、針灸部、核子醫學部、生化室、X光室、暗房及看片、血庫、血清室、細菌室、濾過性病毒室、清洗消毒室、貯藏室、會議室、值班醫師休息室、機械房。

第三層——產房、手術室、早產室、待產室、隔離室、嬰兒看護中心、調奶處、緊急消毒室、ICU、恢復病房、消毒品貯藏室、麻醉藥品貯藏室、護士工作站、醫師值宿。

第四層——病房、配膳室、護士工作站、治療室、擔架輪椅存放處、貯藏室、機械房、煎藥處。

第五層——病房、配膳室、護士工作站、治療室、擔架輪椅存放處、貯藏室、機械房、煎藥處。

第六層——病房、配膳室、護士工作站、治療室、擔架輪椅存放處、貯藏室、機械房、煎藥處。

第七層——病房、配膳室、護士工作站、治療室、擔架輪椅存放處、貯藏室、機械房、煎藥處。

第八層——辦公室、會議室（大、小）、醫師值夜臥室、會客室、電氣室、軟化室、空氣調節控制處、機械房。

四~七層的病房係分爲一等(一人一間)、二等(二人一間)、三等(三人一間)三種,而且均採套房設備。全部病床數計約三百多床,可望開始時立即全部開放。至於有關醫療設備預算已經有所分配,現已積極選擇採購。

本院將隨著教學醫院的成立,進入一新的里程碑。爾後醫院與學院相輔相成,醫院提供給學院作教學園地,學院帶動醫院的學術研究,期使本院成爲中部的醫學中心,以確保中部地區國民身體的健康。

社會工作服務

