

醫院的人事管理

附設醫院人事主任 蘇炳生

近幾十年來由於工商業發展突飛猛進，隨著帶來了事物的複雜性，人際關係領域亦隨之擴大，必須加以有效協調與管理，因而「管理學」興起，並逐漸為各界所重視，最先引用到企業機構的，便是人事管理。

人事管理是科學的，也是藝術的，因為管理的對象是人不是物、人是動態的，物是靜態的，以管理物的方式運用到人事上是行不通的，尤其是醫院，大凡稍具規模的現代化醫院，均有上百種以上不同職類，不同行業業性質的員工，在人事管理上較企業機構猶為困難，面對如此錯綜複雜的人際關係，必須運用科學方法高度智慧，方能使醫院人事納入正軌發揮預期效果。

醫院人事業務，包括員工聘僱，升遷調補，待遇獎賞，考核懲罰，福利等等，項目繁多，僅就重要部份提出探討以供參考。

一、建立制度：無論是以營利為目的，抑或是教學為宗旨之醫院，均應在醫院剛開業一年內逐漸建立完善的人事制度，以使員工確實瞭解本身應享的權利義務，以及必須遵守的法令規定，如此，乃能使其專心服務、負責盡職，現在一般醫院為人所詬病者，便是太重視營利，置政府法令於不顧，完全以私人關係個人好惡用人，醫師待遇大多實施暗盤交易，雖日進斗金，仍然忽視醫院設備以及醫療水準之提高，如此醫院縱然獲利甚豐，但對社會人類貢獻不大，其醫院未來亦急前途可言。

二、有效的人力運用：人力運用的基本原則是經濟有效，在方法上必須要細密分工確信專長任職，科學愈昌明，而專業專家的形成愈多，醫師、檢驗師、護士是專業，而總務、會計、人事也是專業，所以運用適當使學以致用則事半功倍，否則便形成人力浪費，為了達到經濟有效發揮員工的最高運用價值，除應以企業精神核算成本淘汰冗員外在編制上可依下列兩種形態考量釐訂：

(一)規模較小(100 病床以下)醫院：因發展有限，為保持小康局面，在編制上不妨盡量縮小，在旺季時以僱用臨時人員達成醫療任務。(二)規模較大(150 病以上)醫院：具有超然理想，宏偉架構，確以濟世救人為宗旨，應有合理的編制，以免業績興盛時，再臨時找人，則不勝困擾，對醫院聲譽亦有影響。

三、訂定合理待遇：醫師為受社會大眾尊敬的專業，其收入亦較軍公教待遇為優厚，當不致鑽銖必計，但仍有少數醫師受高薪所吸引應為不爭之事實，甚至有部份醫院給予暗盤或抽成，影響醫政之推行至為深遠，為糾正此一不合理現象，除公立醫院由政府倡導化暗為明完全支領薪給(高薪亦可)率先推行外，各私立醫院，亦應附和跟進。

醫院組成份子因具有各種不同職類以及教育程度的差別，其待遇差距當較一般團體機構為大，但不妨盡量打破傳統，取消各種加級而以單一俸給制取代，如此較能符合同工同酬原則，以提高員工敬精神。

四、加強協調合作：人事管理是一種專業，各現代化醫院大多設有人事主任(或人事管理員)編制，而且直屬於院長，使其保有超然的地位，以從事單位主管或員工間之協調、解惑、消弭爭端促進團結，所以人事室主任應為院長與各主管間之橋樑實不為過，為達成此一目標，人事室主任除應具備專業知識外，工作經驗熱誠服務，亦為必要的條件，對工作推行尤應隨時瞭解各單位工作狀況員工服務情緒等，必要時並施定期約談或訪問以解決員工之困難。

五、員工培養訓練：就用人經濟觀點言，醫院所需員工皆應取之於社會在教育訓練使成熟具有臨床經驗之求職者中遴選，毋須再負培養訓練之責，惟基於教

醫院之任務以及人才需求，醫院仍應重視此問題，最好在員工聘錄或招考錄取後，策定訓練培養計劃，使能儘快發揮功能為醫院做事，通常一般訓練區分為下列階段：

(一)職前訓練：醫院為大眾事業，所有員工大多常與病人接觸，其服務態度與工作勤惰均足以影響醫院聲譽，所以在就職前，應將醫院宗旨，工作性質，服務態度，以及有關法令規章應遵守紀律等使其充份瞭解。(二)在職訓練：視醫院規模大小，大多係由主管單位自行負責，依實需要以編方式予以講解示範，實際操作或自行研讀等方式行之，惟此種訓練應川流不息，經常實施。(三)接受外界訓練：除醫院訓練外，可考慮將主管或重要員工，送外界學校、研究所，或其他機構舉辦的各種有關學術技能講習，參加訓練。

六、結論：綜合上列論述，已充分顯示，人事管理在工商界已日趨重要，而醫院人事猶為繁複困難，故除施以科學的管理方法，猶應配合藝術領域的運用技巧，並適時訂定可行規章制度，合理待遇報酬以恢宏醫院業績，對社會人類作最大之貢獻。

多氣聯苯中毒

省立臺中醫院皮膚科主任 翁炳南

國內：△海內外同胞於五月五日舉行各種活動，紀念先總統蔣公。△中國國民黨第十二次全國代表大會，擴大中，擴大中，擴大中。△國民黨第十二屆三中全會，擴大中，擴大中，擴大中。△國民黨第十二屆三中全會，擴大中，擴大中，擴大中。

多氣聯苯中毒

省立臺中醫院皮膚科主任 翁炳南

民國68年，在臺灣中部，發生了世界上第二次集體的多氣聯苯中毒案件，至民國69年2月底，共計近2,000人列為多氣聯苯中毒的病患，這些病患分布於彰化縣——大多為家庭中的成員；臺中縣——有家中的成員，學校的學生及教職員，工廠的男女員工；苗栗縣——人數較少，多為獅頭山上寺廟的尼姑，和尚及附近的一個家庭。這些病患都是因為食用了遭多氣聯苯污染了的食用油所引起。多氣聯苯是在食用油的煉製過程中，被使用做熱媒，因為管道破裂而滲入食用油之中。民國57年，日本南部也發生過一次多氣聯苯的集體中毒，當時也有近2,000名的受害者。

多氣聯苯是由兩個聯在一起的苯環，再加上數目不等的氯所構成，由於氯之數目不同，及氯在苯環上的位置變化，多氣聯苯有200多種的異構物。它是

相當穩定的有機物，被廣泛地應用於電器的絕緣體，非碳複寫紙、塗料、印刷油墨、熱媒等等。因它不易分解，故多氯聯苯已分布於自然界之中，包括生物，非生物，而成爲環境中最廣闊的公害化學物品。

多氯聯苯經口進入人體後，經小腸吸收進入血液，然後有的沉積於脂肪組織，有的存積於肝臟。有一部分經由膽道排出小腸，其中大部份被小腸再吸收回去，少部分經大腸排出體外。多氯聯苯在體內不易被分解，長期沉積於脂肪組織中，對身體造成傷害。特別是氯的數目愈多的多氯聯苯，愈不易排除，愈不易分解，對身體的傷害愈大。

多氯聯苯對身體的傷害是多方面的，它的急劇毒性較不重要，重要的是對各種器官的慢性毒害。它對各器官的毒害程度，大概和受害器官的油脂含量，及該器官對多氯聯苯的感受力有關，其中皮膚的脂肪組織最豐富，故皮膚的症狀可說是最容易表現出來。多氯聯苯可經由胎盤進入胎兒，引起胎兒的中毒，亦可經由母乳排出來，而經哺乳而引起嬰兒的中毒。

多氯聯苯中毒引起的皮膚症狀，主要是由色素沉着及毛孔的角質增殖所構成。色素沉着可遍及全身，比較明顯的地方在鼻尖、指甲、趾甲、口腔粘膜（特別是齒齦），及結膜。毛孔的角質增殖，引起毛孔的開口明顯化，毛孔的角栓形成，粉刺形成，痤瘡樣皮疹的形成及皮脂囊腫的形成，有的更形成膿疱或蓄膿。這些病變在皮脂分泌旺盛的部位特別明顯，但可遍及全身。此外，多氯聯苯引起汗液排泄的異常，而引起汗症、痱子樣皮疹、乾皮症等。有的病患在掌蹠部位形成角化板。根據臺中醫院診察的中毒病患來統計：90%的病人出現粘膜的色素沉着；86%有爪甲色素沉着；72%有一般皮膚的色素沉着。58%有粉刺形成；42%有痤瘡樣皮疹形成，10%有皮脂囊腫形成；28%有毛孔角栓形成；9%有較廣範性的痤瘡樣皮疹。

眼科的症狀有眼皮紅腫，麥氏腺腫大，乳酪樣的分泌物增加，結膜色素沉着，及怕光，異物感等，這些症狀，約佔中毒初發症狀的62%。

臨床上爲了方便起見，多氯聯苯中毒的眼科及皮膚科症狀可分成四個等級：第一級爲有色素沉着，眼睛麥氏腺腫大及乳酪樣的分泌物增加；第二級爲第一級加上有粉刺形成；第三級爲第二級加上痤

瘡樣皮疹形成及外陰部有皮脂囊腫形成；第四級爲第三級加上有全身的毛孔明顯化及較廣範圍的痤瘡樣皮疹。這樣的分級和中毒的深淺並不一定平行，因爲血液中多氯聯苯的濃度和這些症狀的嚴重性並無顯著的關聯。

根據臺中醫院皮膚科診療的中毒病患顯示：約有7%臨床上並無症狀（可稱爲0級）；37%爲第一級；18%爲第二級；27%爲第三級；11%爲第四級。

多氯聯苯對肝臟的傷害，除了破壞肝細胞外，可引發肝臟酵素，而加速身體對某些藥物或體內產生的某些物質的代謝作用，進而使藥物的療效減低，體內的某些賀爾蒙減少而產生月經不正常，性慾減低的現象。

多氯聯苯亦引起神經的症狀，如頭痛，四肢麻木及酸痛感。

經神經科醫師專門的檢查後，多氯聯苯中毒可減低感覺神經及運動神經的傳導速度。

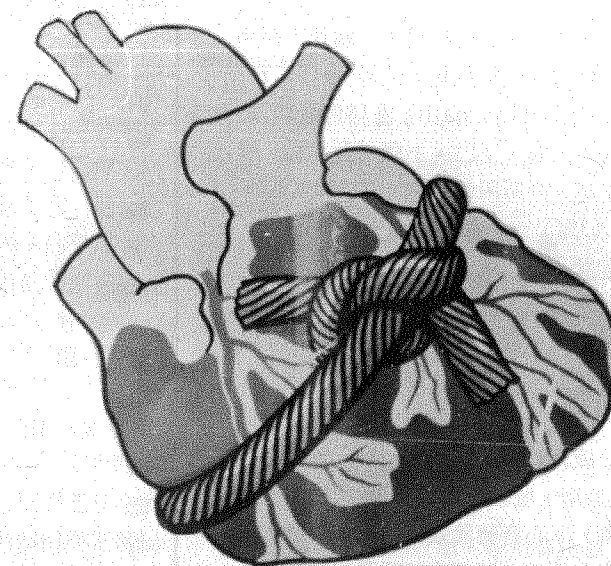
多氯聯苯中毒亦引起脂肪代謝的異常，雖然大部份病人血液中膽固醇及磷脂質並無異常，但約有50%的病人，血液中三酸甘油酯高於正常值，而具有統計學上的意義。

臺中醫院的中毒病人，有273位血液中多氯聯苯的濃度已經測定出來，結果濃度最低的有29.4ppb，最高的爲316.5ppb，其中90%的濃度是介於50ppb和150ppb之間，50ppb以下的有4%，而100ppb以上的有20%。因環境污染的關係，正常人血液中多可測出多氯聯苯存在，濃度約在3ppb以下。

多氯聯苯還可能引起其他尚待證實的傷害，例如引起細胞的癌變，遺傳因子的改變，身體免疫系統的改變，各器官系統的病變等等。因多氯聯苯長期的滯留於體內，往後的日子裏，很難預測這些病人受到傷害的程度將是如何，現在所能做的是，症狀治療。例如使用抗生素治療細菌性的感染，維他命A酸的局部治療粉刺，囊腫使用外科切開等等。其他則想辦法減少小腸的再吸收，維他命AD等的補充。到目前爲止，尚無法證明何種藥物可促進多氯聯苯的排出體外。

附記：最近出版的臨床醫學月刊——第七卷第一期70年1月——爲多氯聯苯中毒專輯，可爲參考。該月刊由榮總提供。

急性心肌梗塞



省立台中醫院內科醫師 王浚澹

一、前言

急性心肌梗塞是種發生於中年以後，死亡率很高的疾病。根據 Haghfelt (1971) 之報告，急性心肌梗塞之死亡率高達56%(1)，其中約有70%死於入院之前。如能及早診斷，立刻送往設備良好的大醫院急救中心，給予適當的治療，死亡率可以相對地減少。近年來因生活水準提高，平均壽命延長；社會形態改變，工商業社會趨於緊張忙碌；及醫學科技之進步發展，心肌梗塞之罹患率及發現率有昇高之趨勢。本文謹將32例急性心肌梗塞病人之診斷、治療後併發症及結果，加以分析比較，以供各位參考。

二、材料及方法

省立臺中醫院內科自民國67年9月至70年2月在加護病房 (ICU) 住院，被診斷確定爲急性心肌梗塞者共有32例。診斷是以臨床症狀爲依據，配合檢驗結果：白血球增多，血清酵素 (SGOT、CPK、LDH) 增高及心電圖有 ST 段上昇和 Q 波出現來做診斷根據(3)。白血球增多，指白血球多於 10000 者；SGOT 增高，需大於 40units；CPK 增高，需

大於 36 international units；LDH 增高，需大於 120 wacker units (4)。病人住院於加護病房後，每天24小時做心電圖監視，每天並做一次完整心電圖記錄，然後按照 ST 段上昇及 Q 波出現的位置，來劃分梗塞的部位。並記錄其後所發生的心律不整及演變，以分析其後果。

三、結果

32例急性心肌梗塞病人中，男性26例，女性6例；最年輕35歲，最年老83歲，如附表一。其中以61歲至70歲之年齡最多，佔16例，爲全部心肌梗塞

附表一：一般資料

年 齡	男	女	合 計
31 ~ 40	1	0	1
41 ~ 50	2	0	2
51 ~ 60	6	2	8
61 ~ 70	12	4	16
71 ~ 80	3	0	3
<80	2	0	2
累 計	26	6	32