



一幀幀病兒健康成長的留影，都是作者行醫生涯的珍貴記憶。
(林鴻志提供)

罪的洗滌與重生

一位新生兒科醫師的30年回顧

文／兒童醫院 新生兒加護病房及病嬰室 主任 林鴻志

從事新生兒醫療以來，一直都很忙碌，忙得沒時間省思，忙得沒時間寫作，如今已屆臨退休年齡，驀然回首，想起新生兒醫療這30年來的消長起落，真是百感交集，五味雜陳。

昔盛而今衰的新生兒醫療

話說當年在選擇次專科時，我原本想專攻兒童腸胃科，但因致力於新生兒醫療的葉純甫教授，甫從美國受邀為台大客座教授，經常來兒科演講及查房，我於無形中受到引

領，並且那時台灣早產兒的存活率很低，比起歐美差了將近一半，尤其是出生體重1500公克以下的早產兒，往往在用了幾天呼吸器之後，不知為什麼就慢慢凋亡了，這令我極想一探究竟，於是改學新生兒科。

在葉純甫教授的推薦及當時兒科部蔡長海主任的贊助下，我開始了一連串的進修之旅，包括前往美國布朗大學跟隨歐威廉（William Oh）教授研究「新生兒輸液和營養」；在美國伊利諾大學跟隨葉純甫

教授探究如何預防慢性肺支氣管發育不全（BPD）；又到紐約哥倫比亞大學向翁仁田教授學習新生兒呼吸治療。

1990年，自美返台後，我滿腔熱血，充滿理想，渾身是勁，一心希望能夠發揮所學。其時，兒科部在蔡長海主任（現為董事長）的領導下，快速成長，新生兒科也突飛猛進，短短5年內，新生兒病床數從20床增至94床，還不時必須調床以收治從苗栗、嘉義、南投等地轉來的病嬰，天天就怕病嬰太多會無法安置。

當時忙得團團轉的我們，從來沒有料到台灣的出生率會因為經濟環境及觀念改變的雙重影響而急速下降，再加上醫病關係緊張，健保給付制度不公，造成兒科醫師大幅減少，新生兒科醫師竟乏人問津。如今，新生兒科主治醫師必須留守新生兒加護病房（NICU），年紀稍大的醫師只好退守二線，滄海桑田，令人唏噓！

健保實施之前的無奈與努力

記得在沒有健保的年代，新生兒黃膽、胎便吸入症候群、新生兒窒息、新生兒敗血症與腦膜炎等，是比較常見的新生兒疾病。由於沒有健保給付，許多家長對重症病兒的救治並不積極，萬一家中有了體重1000公克以下的早產兒，更容易興起放棄之念。

雖然那時的醫療不像現在這麼進步，但我們仍竭盡所能地想保住孩子的小生命，甚至要以稍帶威脅的語氣和家長溝通，希望他們能打消放棄的念頭。然而現實是無奈而殘酷的，我們常常因為孩子的預後不樂觀及家屬經濟困難，無力負擔醫藥費等問題，陷入天人交戰，多次情不自禁地與社工人員及家屬哭成一團。

新生兒加護病房剛成立時，人員設備不足，某次為了搶救一對早產雙胞胎，醫護人員自行挽起袖子捐血輸注，以爭取救命時效，儘管孩子最後還是回天乏術，家長和我



卻成了朋友。還有幾次因為呼吸器不足，幾個醫護人員只好以接力方式用手操作，所幸完成使命，救回了孩子。

有了健保之後的改變與成長

健保開辦之後，家屬少了經濟的壓力，很少再放棄病兒，這使我們逐漸有機會救治1000公克以下的早產兒，臨床經驗日益豐富。尤其在1997年，蘇百弘主任加入之後，新生兒醫療團隊更加努力不懈，成果有目共睹。

新生兒醫療團隊曾成功救治出生體重420公克的早產兒，也救活了母親懷孕僅22週便早產的周家姊弟。周家姊弟出生後，陸續面臨呼吸窘迫症、存開性動脈導管、敗血症及慢性肺病等諸多考驗，生命幾度告急，在體重僅400公克時就不得不接受動脈導管手術。所幸歷經近5個月的治療之後，他們終於平安出院。

周家姊弟和其他超級早產兒能夠有機會活下來，最要感謝的是家人的信心、愛與勇氣，也因為他們的不放棄，我們才有機會治療這麼小的雙胞胎，因而累積了愈來愈多的經驗，成功救治了更多早產兒，也大幅提高早產兒的存活率。

現在，1000公克以下早產兒的存活率在本院已達80%，即使是500-600公克的早產兒，也有50%的存活率。事實證明，我們照顧早產兒的質與量都是全國數一數二。

其他如胎便吸入症候群、新生兒窒息等疾患，因為產科醫師在產房積極的處理，現

已逐漸減少。即或有病例發生，由於表面張力素、高頻呼吸器、一氧化氮、低溫療法等的妥善運用，治療成績與先進國家相比毫不遜色。

至於新生兒黃膽，藉由強力照光及大量輸液多可解決，幾乎不必換血；新生兒敗血症與腦膜炎，則因公共衛生的進步和乙型鏈球菌的篩檢，臨床上也已相當少見。換句話說，現在的新生兒病房幾乎成為早產兒病房了！

為病童尋求安全有效的治療

壞死性腸炎是早產兒棘手的併發症，內外科的治療效果都不好，學界認為預防是第一優先。因為目睹壞死性腸炎的可怕，為研究預防之道，我根據從日本經驗得到的啟發，開始以含雙歧桿菌及乳酸桿菌的益生菌來餵養極低出生體重兒，結果證明此法可減少壞死性腸炎的發病率和嚴重程度。有多篇論文發表於PEDIATRICS、Nutrition review、NEJM等國際期刊之後，以色列、德國、印度、巴西等國爭相進行類似研究，都到得到相同的結論。我因而多次受邀參與重要的國際演講會議，例如2005年10月在韓國舉辦的亞洲靜脈暨腸道營養學會（PENSA），12月在美國舉辦的新生兒熱門議題，以及2006年4月的美國兒科醫學會PAS會議等等。令我備感欣慰的是，最近得知澳洲的許多新生兒加護病房已經開始給極低體重早產兒口服益生菌。

早產兒醫療的重點不是創造奇蹟

年紀稍長之後，曾經陪著無數小生命一起對抗疾病的往事常浮現腦海。多數孩子活了下來，但其中一部仍留下後遺症，還有一些孩子走了，帶給我無限的遺憾和省思學習。有時夜半驚醒會捫心自問，不論我們怎麼努力，小於1000公克的早產兒仍有15-20%會死亡，8-10%會智障，1%會聽障，5-1%會失明，救治懷孕22週便出生的雙胞胎，雖使我們打破世界紀錄，但對整個台灣的人口素質有幫忙嗎？回頭看看有後遺症的早產兒，他們的父母和家庭都陷入了憂慮痛苦的深淵，因為他們的殘疾，國家社會也付出龐大的成本。

所以，早產兒醫療不應以創造奇蹟為願景，而應更進一步研究早產的原因，以預防早產的發生。萬一無法避免的早產了，我們也有義務讓這些孩子迅速有效的得到最好的照顧。在這個前提下，國家有必要成立早產兒防治中心，宣導預防早產的觀念，以減少早產兒的發生率和併發症，提升人口素質，增強台灣競爭力。

我們融合了歐美和日本的強項

歐美的醫師在成為主治醫師之後，往往熱中於研究，一年只有2-4個月在新生兒加護病房（NICU），不親自照顧病嬰，臨床經驗有限，很多細節就無法精進。反觀日本許多醫院，都是由主治醫師親自值班照顧病患，即便是到了5、60歲仍然如此，因此累積了許多經驗，臨床照顧的成績當然比較好，但如此一來，對講求證據的醫學研究難免欠缺。

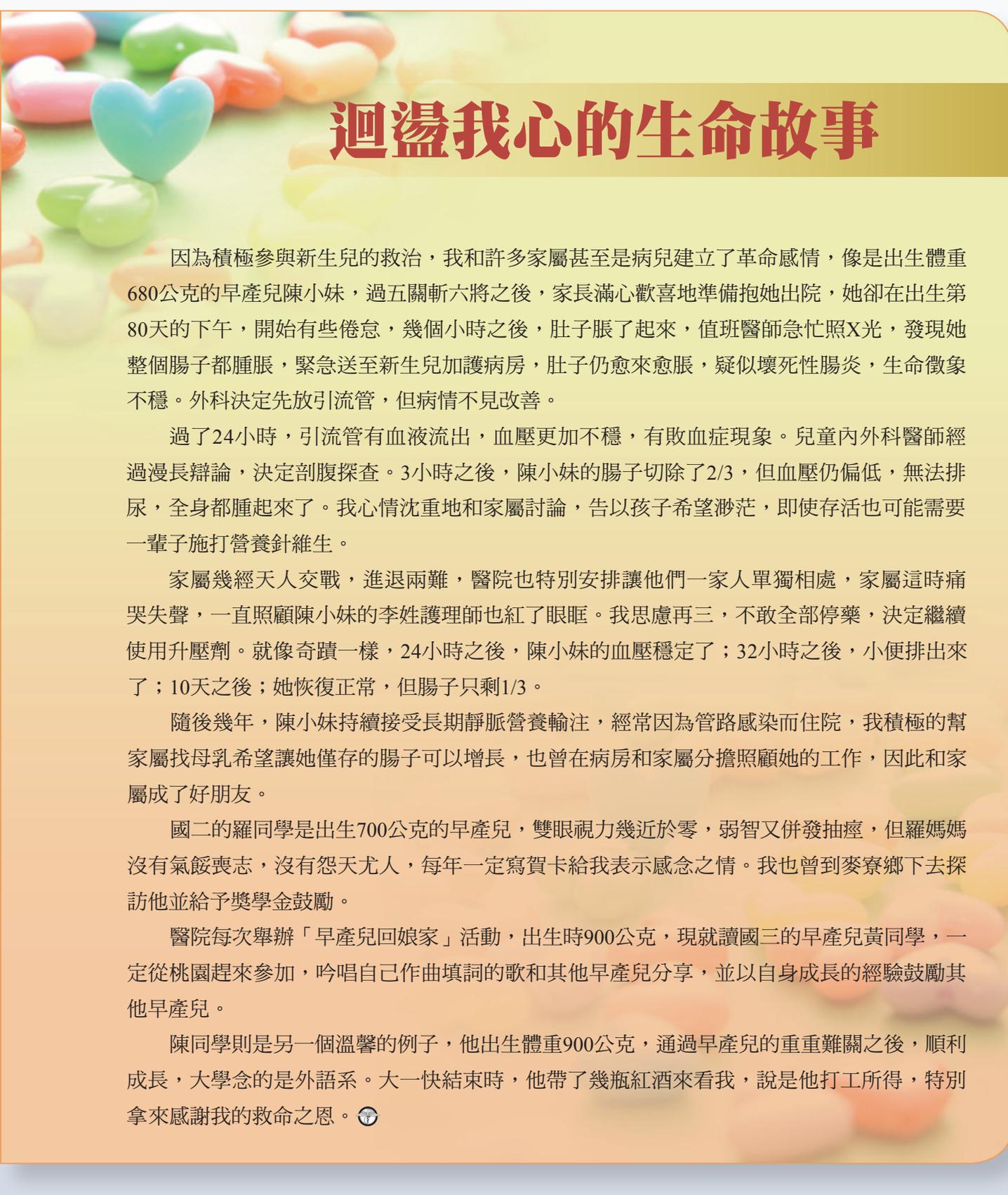
本院的制度，主治醫師不僅要自行照顧病患，也要投入醫學研究，融合了歐美與日本的強項，因此我們準備籌辦華人培訓中心，希望將我們的經驗分享給更多的新生兒科醫師。

回憶寫作是罪的洗滌和重生

回首前生，雖遺憾無法救活所有的孩子，也很無奈有些孩子留下了後遺症，但如果沒有葉純甫教授的啟蒙，沒有蔡長海董事長的支持，沒有我終生導師William Oh教授持續的教導，沒有新生兒家長們的信賴與託付，我這一生恐會枯乾無趣、乏善可陳。

這次撰文回顧有如罪的洗滌悔改，讓我充滿感激和新生的動力，也盼此文對後來者有所啟示，進而發願戮力於新生兒醫療，因為兒科醫師最大的福氣，就是參與兒童成長並且從中得到許多的平安喜樂。





迴盪我心的生命故事

因為積極參與新生兒的救治，我和許多家屬甚至是病兒建立了革命感情，像是出生體重680公克的早產兒陳小妹，過五關斬六將之後，家長滿心歡喜地準備抱她出院，她卻在出生第80天的下午，開始有些倦怠，幾個小時之後，肚子脹了起來，值班醫師急忙照X光，發現她整個腸子都腫脹，緊急送至新生兒加護病房，肚子仍愈來愈脹，疑似壞死性腸炎，生命徵象不穩。外科決定先放引流管，但病情不見改善。

過了24小時，引流管有血液流出，血壓更加不穩，有敗血症現象。兒童內外科醫師經過漫長辯論，決定剖腹探查。3小時之後，陳小妹的腸子切除了2/3，但血壓仍偏低，無法排尿，全身都腫起來了。我心情沉重地和家屬討論，告以孩子希望渺茫，即使存活也可能需要一輩子施打營養針維生。

家屬幾經天人交戰，進退兩難，醫院也特別安排讓他們一家人單獨相處，家屬這時痛哭失聲，一直照顧陳小妹的李姓護理師也紅了眼眶。我思慮再三，不敢全部停藥，決定繼續使用升壓劑。就像奇蹟一樣，24小時之後，陳小妹的血壓穩定了；32小時之後，小便排出來了；10天之後；她恢復正常，但腸子只剩1/3。

隨後幾年，陳小妹持續接受長期靜脈營養輸注，經常因為管路感染而住院，我積極的幫家屬找母乳希望讓她僅存的腸子可以增長，也曾在病房和家屬分擔照顧她的工作，因此和家屬成了好朋友。

國二的羅同學是出生700公克的早產兒，雙眼視力幾近於零，弱智又併發抽痙，但羅媽媽沒有氣餒喪志，沒有怨天尤人，每年一定寫賀卡給我表示感念之情。我也曾到麥寮鄉下去探訪他並給予獎學金鼓勵。

醫院每次舉辦「早產兒回娘家」活動，出生時900公克，現就讀國三的早產兒黃同學，一定從桃園趕來參加，吟唱自己作曲填詞的歌和其他早產兒分享，並以自身成長的經驗鼓勵其他早產兒。

陳同學則是另一個溫馨的例子，他出生體重900公克，通過早產兒的重重難關之後，順利成長，大學念的是外語系。大一快結束時，他帶了幾瓶紅酒來看我，說是他打工所得，特別拿來感謝我的救命之恩。🍷