

醫師與社會—和信醫院蔡哲雄醫師之訪談

陳昱鳴
李佳齊
黃富誠
陳亦揚
賴紹文

醫師與社會——和信醫院蔡哲雄醫師之訪談

陳昱鳴、李佳齊、黃富誠、陳亦揚、賴紹文

因為蔡醫師上醫學院時剛光復不久，因此諸多制度依然承襲日本，舉例來說，就像醫師的學制，跟現在有著迥然不同的差別，因為是走日本制度，類似學徒制，在日本的醫院裡面，每個科別都有相當的自主性。科內的領導是教授。在台灣，或許可以在同一個科裡面擁有好幾個教授，副教授，或者助理教授但是在日本，每個科只能有一個教授，一兩個助教授，幾個講師，此外便是幾個助手，以及一般的陽春主治醫師。因此蔡醫師也打趣的說跟對教授很重要，因為一科就只有一位而已。

蔡醫師也跟我們聊聊讀醫學院之後的發展。最主要的，也是大家都這麼認為當然的就是進入臨床當醫師囉，但是這不是唯一選擇，因為也可以進入基礎醫學專門做研究，再不然，也可在區域教學醫院以上擔任基礎或臨床教學的教師或研究員；未來亦可投身進入公共衛生相關領域，成為政府衛生行政官員或大型醫院之專業管理人；另外亦可進入目前最熱門的生物科技產業進行研發工作，成為明日之星。

雖然大部分醫師都是走臨床(也就是替人看病)，但是現在有愈來愈多的發展，像是東吳的一班有超過 50 位擁有醫師背景的律師，這些人對於醫療方面的訴訟有很大的幫助，可以救醫師的專業角度來判斷案件的發展。但是不論將來要走哪一方面，都有一個共通性——要面對人，因此，溝通、互信是非常重要的。

為何讀醫學院?蔡醫師認為其實大部分的醫學生剛開始都或多或少都有些困惑讀醫學院的理由，蔡醫師也不例外，他當初不是很確定大學到底要讀什麼，雖然他的祖父、父親都是醫生，但這並沒有搶強烈的驅使他要讀醫學院，但是剛好成績到了，以及那年的聯考有點奇特，於是蔡醫師也是半推半就下進入了醫學系。但隨著進入醫學院之後，發現也是有些有趣的事，逐漸地對醫學產生了興趣，而蔡醫師認為在醫學院的日子哩，與其說是在念書，倒不如說是在培訓成為一位醫師的過程。身為一個醫師，專業知識肯定是必要的，但徒有專業知識可能還不足以有能力看病人，還要多方涉略，使自己逐漸成熟，這也是為什麼有些醫師可以成為知名的作家、藝術家。而當你不確定為何要讀醫學院時，可以試著調適自己的心情，但最重要的是找到自己的興趣，蔡醫師就以自己以前舉例：他那時候也沒有

ainiti

非常熱衷於課本裡的知識，但卻對實驗有興趣，於是就去申請外面的實驗室，邊看著別人做實驗邊學習。畢業後，因為那時大環境的因素，大部分的醫學生都要出國實習，蔡醫師也不例外，也順便出國開開眼界，而在國外求學的工作的期間，也學到了一些跟台灣不一樣的地方，舉例來說：遇到問題時，外國人比較行去尋找答案。

蔡醫師也跟我們分享了很多很多關於他那個年代的醫學教育，那個年代的規矩、制度都跟我們現在很不一樣。像是蔡醫師是1960年代進入醫學院就讀並且畢業的，他就舉例說：在那個時候畢業之後，必須進入一種叫做醫局的制度繼續學習有關臨床及研究的相關知識，整個醫局是由一位教授所負責，在進入醫局之後會跟隨著教授做研究、看診，逐漸的累積自己的經驗、知識甚至是問診技巧，同時在研究方面隨著所跟隨的教授擅長的領域不同，也會在不同的領域有越來越高的造詣。在這樣的制度下的好處就是一位醫師的養成全部皆由一位教授來負責，不管是臨床或是研究都能給予一個整體性的培養。

而蔡醫師出國培養自己的經驗也是十分寶貴的，在學生時期的時候，蔡醫師就不斷不斷的接收各式各樣來自於國外的最新科學知識，不管是透過演說、期刊等等方式來接收，都再再傳遞了一種想法：是時候該出去國外看看了！像蔡醫師所說的，有些東西一直不斷的在改變、進步，而最新、最進步的科技往往兜在國外誕生，所以在畢業之後蔡醫師選擇出國培養自己，希望不管在臨床方面的能力，或是科技新知的接收上都能有更好的機會。在國外的訓練一開始都會有些許的不習慣，但在國外訓練臨床與那時候台灣的醫學教育非常不同，我認為國外的老師們對於學生會抱持著比較像是同輩的概念，在他們的觀念裡面比較沒有那種傳統師徒制的想法，他們會覺得老師只是要給予學生他所缺乏、需要的知識，而在其他的方面老師並沒有比其他學生更優越的地方。因此在國外的臨床訓練中，最大的不同就是國外的老師在和病人介紹正在學習的學生時，會說：你好，這是X醫師，也是和我一起來照顧你的醫師。在這個介紹的同時，不僅僅是介紹而已，更是給予一種身分的肯定，雖然還是正在學習的階段，但同時也背負起責任、身為一名醫師的責任。同時他們對於醫師的儀態也非常注重，衣服在進診間前一定是要燙過的，而鞋子也必須是刷白的，種種的規範、制度都說明了他們把正在學習中的學生也當成了醫師來看待。

而蔡醫師也提到了些有關於醫病關係的想法，他認為這層關係必須建立在互信上面，而在建立互信的前提就是必須互相尊重，所以雖然病人相

對於醫師在醫學知識上是相對貧瘠的，但對於病人該有的態度、尊重絕對不可以少，在對待病人的態度上更不可以有上對下的感覺、雖然醫生在醫學上是專家，但也必須時時告知病人現在病情進展的狀況，或是目前可行、建議的治療方式，甚至是對於疾病的評估、推論。這樣才可以與病人建立一種互信的關係。

蔡哲雄醫師除了分享自己為何踏入醫界耕耘至今外，更向我們闡釋了他對醫師的期待。蔡醫師認為，醫師對人性(Humanity)的關懷是十分重要的，特別是對臨床工作而言。因為臨床醫師要面對的是病人，雖然在科學技術的發展之下，越來越多儀器和檢測可以輔助醫師做判斷，但病人主述仍是問病情相當重要的一環，畢竟有時某些身體的變化，會優先反映在病人的感覺上而非檢測數值，例如：心肌梗塞的移位痛，所以如何面對病人，問出病情仍是相當重要。而心理狀態也可能使患者出現身體上的不舒服的表徵，如何從病人口中引導出更多的敘述並辨別真偽，是一門藝術，無法條列式分析。要如何達到前面的事呢？蔡教授認為取得患者及家屬信任是一大關鍵，而要取得他人信任，醫師須展現出對人性的關懷，這是蔡教授強調 Humanity 的一大原因。另外，醫師人文思考、人文教育很重要的另一個因素是在醫師在執業時，會面對各種兩難的情境。蔡教授舉例新藥成本高，但見健保資源的分配下，無法讓所有人享有全部醫藥給付，讓所有人付得起醫藥費。社會人口逐漸高齡化，在面對老化和多重慢性疾病纏身的病人時，我們要將病人醫治到什麼程度？以生活品質為代價，權力延長壽命，或是放棄過多侵入性治療，以維持生活品質和安寧緩和為目標？或是如何提供足夠長期照護？蔡教授提這些問題是在期許我們能多思考這些問題，這些問題沒有真正的解答，但我們應該養成思考這些問題的習慣，並適時和同儕、師長討論，以期在無解的題目裡，找出一個最佳解。在強調人文思考的同時，蔡教授也時時提醒思考這些問題時，要有扎實的科學證據下去做支撐。舉例來說，一個新藥發表說這藥對某一疾病有很好療效，醫師須去了解這說法的背景、病人狀況、副作用等，以免做出錯誤決定。

另外，我有問蔡教授和信本身的理念是甚麼。因為和信的存在和內部制度在台灣醫院中，是相對不一樣的。蔡教授回答說，當初他們創辦醫院的幾個人有幾個共識，其中一個是：求真，做一件事情前，要知道真正背景，不可猜測。以新藥為例，了解適用對象條件、本身優缺點。盡量找人討論，不單人妄下定論，同時尊重其他人意見。和信醫院運作起來的實際做法有在一個新病人來時將他院檢查了解一次，以釐清資訊全貌。屏除早

期有的山頭迷思，面對問題誠實以待，並在他人有需要時，將和信握有的資訊含他人分享。另外，為使醫師有時間和病人互動，和信不希望醫師看太多病人，但也想辦法看到多數病人。這聽起來矛盾，但和信想辦法透過內部制度去解決。蔡教授說，健保在這方面已有進步，如：運用慢性藥箋，減少為拿藥看病。除慢性藥箋外，和信另一作法是限號，但為避免讓人看不到，會建立制度減低可能。以和信乳癌照護為例，和信建立乳癌照護門診。乳癌一定要鑽研這塊的外科醫師來做嗎？不用，對多數結束療程，情況已經控制下來的病人來說，不需要。所以和信的做法是病人結束療程約一年後，情況都已大致穩定後，病人轉給一般內科醫師照顧，不再交給外科、血液腫瘤科來追蹤，而是由一般內科醫師來做，等到情況出現變化後，轉給專門的醫師治療。這麼一來，專門醫師的負擔得以減輕，在看病人時可以有更多時間了解每個病人的不同狀況；同時，內科醫生照顧病人的整體，對病人的條件有更全面的瞭解，再出現疾病徵象時，能更適度的轉介給相關專科醫師，減少一些看心臟科看了一個月後才發現是腎臟有問題的情況。

在整個訪談中，我覺得蔡教授有意點沒提到但也是很重視的，就是醫學人文的重視的展現除了對病人的重視、對醫學生、醫師施以醫學人文教育外，也展現在對醫學生教育的重視，因為人文是重視所有的人性，而非僅限對特定族群而已。雖然蔡教授對這點沒有直接名，但在和信的制度中，或可見其端倪。和信的醫師團隊呢，會大致分成兩組，一組是有帶實習醫師，另一組沒有。有需要帶實習醫師的主治醫師工作會減少，由沒帶的主治醫師們分擔，讓帶學生的人有更完整的時間在臨床時，更完整的帶領他們、傳授臨床的事務。我認為這一種人文的體現，應為重視人，所以重視學生的教育，因此，做教學者的願意分更多時間給學生，而其他人願意幫教學者分攤。這可以說是一種身教，不只是應為在帶實習醫師時，可以完整展示查房、問診內容，更在於願意重視學生的教學需求。

以下是我喜歡的幾句話：

老師不一定比學生強，若這是定律，世界豈會進步，只會倒退

Humanity 是內心的標準

You know your own limitation.

以下為個人相當喜歡的一段訪談內容：

蔡：臨床醫學是和人的互動，不是單純的科學。但是，是建立要在科學的基礎上。

生：所以意思就是要有科學的知識，但在面對病人時，不能把病人的條件、敘述一個個拆開、分析，像跑程式那樣？

蔡：雖然現在有人在談 Computerizing 的可能性，就設一個電腦，然後病人輸入自己的資料，例如：我今年 35 歲、醫學系二年級學生，我今天頭痛，痛 6 小時，右邊痛，痛得很厲害、不厲害……，一直按那些按鍵。

生：然後就有單子跑出來？

蔡：嘿，就有單子跑出來，說難聽一點，其實現在台灣很多醫院都已經是慢慢走這樣。

生：小診所？

蔡：大醫院也這樣。其實大醫院有時候更厲害。那按鍵以後，頭痛很簡單，你手伸進去，他自己幫你量血壓。那都不可靠的血壓計。假使你們念了生理學就知道，在門診區給病人自己量的血壓計，很多不是很準，盡量不要啦！那個血壓計……。其實你綁錯的話，血壓都是不可靠的。

生：那好像位置錯了，其實出來就……

蔡：差很多嘛，你有經驗過。

生：國中有一次到醫院，完那個血壓計，用三個位置，出來三種數值。

蔡：對押！那就是說，假使以後你們做臨床醫學，連帶後果就判斷都錯了！機率很高嘛！現在你量完血壓，血壓不高，啊心跳、脈搏也都有了。然後呢，現在你講說是頭痛，你很年輕嘛！他會問你，頭痛，右邊、左邊，厲不厲害，都在電腦裡。然後他給你做抽血檢查，從指尖抽一些，或是給你一個管子，你把小便放進去後，他就給你離心、檢查。全部自動化。然後出來的結果說：好，你沒有病，吃一些普拿疼就好。這是一條路(可能)嘛。對不對，但是呢，不一定喔，假使他身體很好，他可能心裡不好。他可能昨天跟女朋友吵架了，心情不好，頭痛是一種表徵，不一定是真的頭痛。表徵告訴你，我很頭痛，但這頭痛其實是心理的頭痛。也有啊，所以你要怎麼去鑑別他，你當醫師要有這個能力啊！(電話聲)(賴醫師確定不能來)所以說現在不重視 Humanity 真的很糟糕。將來你們畢業的時候，台灣整個社會已經變了。如果你們誠為臨床醫生，你們要面對的一些醫療政治作業的話，你們

跟現在年輕醫師到到的可能又不一樣，像一般所說的社會人口已經變了，對不對。當然你要接受一個事實：人是 biological，人年紀一大，一定會老化。或說是新藥、經濟問題，付不起醫藥，最新的藥不是每個人都享受的到的，這是很現實的社會問題。最簡單的例子好了，現在不是有 C 肝的新藥嗎？假使你要用，要 300 萬台幣，因為藥廠花很多很多錢、做很多很多年研究才做出來，他們的成本會計說，在台灣換算過來，一個 course 要 300 萬才合乎成本。啊 健保台灣有幾百萬人口，每個人 300 萬，健保就不用給高血壓的人用了。你知道我的意思吧！將來呢，另一個問題來了，你說從現在再 15 年後，台灣 65 歲以上老人很多嗎？那不要啦，你找 75 以上的，至少就一、兩百萬了。假使他高血、糖尿病、關節痛、眼睛不好，你們照顧他的目標要放在哪裡？跟照顧 40 歲同樣不舒服的人，目標一樣嗎？你知道我的問題嗎？就是說，沒錯，目的都相類似，減緩他的不舒服。他視力不好，要給他是力好；他活動力不夠，最起碼要能自己照顧自己吃喝拉屎，對不對，合理嘛。他有其他毛病，腎功能不好，心臟不好，走幾步路會喘。有人年輕時有運動，可能就比较不喘。但有人有心臟毛病，高血壓、糖尿病、血管硬化，他心臟真的不好。但你要把全部的病人都照顧到什麼程度？這是社會問題，不是單一醫師的問題，但會影響到一個醫師的決定嗎？會，對不對，這是很實際的。你們可以了解，現在報紙不是常常提出這個問題嗎？啊你要怎麼辦？啊當然你的醫療行為，我要給你最好的，大家都這樣說；大家都說：我應該得到最好。也是對，都沒有錯，對不對？假使你做不到呢？人家會逼著你醫師回答，因為他說你是醫師嘛，你們可以想像這個問題會發生出來嗎？對嘛，很實際嘛。像這種情形你要怎麼取捨，這變成很重要的問題，但很難有一個正確的答案。這個在你們養成的過程中，你的宗教信仰、家庭背景、經濟條件，多多少少會影響你們的想法。比如現在，我們的嚴正醫院，大家都說這是 stage 4 disease、轉移啦很多等等。有人說，反正有健保，就要全部給他用下去。但是呢，這會不會緩和他、改善他的生活品質，或是說你延長他兩個月，但她活得很辛苦。我不是說要你們去下決定，而是說，你們要有這種思考，養成這種認知，在面對這種情況的時候，你可以求助於人。

蔡醫師再來提到有些媒體報導有些流感重症轉變成肺炎的機會很高，很可能要使用到葉克膜，並沒有錯，但再來說所以我們得了流感建議前往大醫院就診，這樣我們需要用葉克膜的時候比較容易排隊，這裡有很大的謬誤，

第一，顯示本國媒體的專業度不足，學生我個人建議應該媒體要有專業分工的概念，專業知識新聞之撰稿應由該項專業者執筆；第二，可以看出本國轉診制度並未確實落實，造成人們生了小病都往醫學中心跑，除了基層醫療院所無法發揮作用外，也造成醫學中心看診品質下降，醫療器材供不應求，甚至有些病人在醫院裡受到二度感染。關於轉診制度破壞的原因，蔡醫師認為和家醫制度瓦解有關，早期台灣家醫師十分重要，與街坊鄰居互動良好，因此能發揮基層醫療院所的功能，而健保實施後家醫制度瓦解，同時也造成醫糾案件數增加；蔡醫師也舉美國為例，國人之所以在美國看病價格高昂，除了美國人多有醫療保險外，其家醫制度也十分完善，輕微疾病多半由家醫師處理，而國人在美沒有固定家醫，看急診花費自然巨大。

蔡醫師提到他回國後進入國家衛生研究院，和洪瑞松教授共事，專注於改變醫療品質與專業制度，同時也改革醫學教育；對於回國的理由，一方面是因為家庭因素，另一方面也希望調整台灣的醫教改革，這段時間他推動由國家認證專科護理師資格，專科護理師可輔助住院醫師部分技術操作，因此相當重要。他也肯定 PGY 制度的建立，表示同是大七的階段，以前有些 intern 還未有執照就在開立處方，於理法不合。

關於分科，蔡醫師提到教學醫院不應分科過細，以糖尿病為例，多數糖尿病患只需到診所就診，但是目前多數病患傾向到醫學中心掛糖尿病門診；他引述宋瑞樓教授所說，醫學生從小被分科局限了思考，忽視了不同部位的疾病之間也會交叉影響，應該要詳實去診斷病人再做出結論。”You know your own limitation.”蔡醫師說學生不可能全知，找個較有興趣的專科也是合情合理，但是必須知道自己的極限，經驗不足以應付狀況時要向他人求助，互相合作、尊重彼此。他也認為分科過度的情況是有解決方法的：在教學醫院設立並未分科的一般內科病房，讓學生能以多元角度積累經驗，同時師生要經常互動，甚至如果有問題去挑戰老師都是可行的。

蔡醫師認為比起上教科書，實地累積經驗更加重要，像是急診處案例多，所得經驗會更豐富，關於這他舉了個例子：「心肝頭有一點火，懵懵畏畏(台語)什麼意思你們幾個知不知道？」他這麼說，我們無法回答，蔡醫師說道以前他在他台大時，某天晚上有個病人住院，該病人睡不著、坐臥難安，隔天就是逝世了，那就是病人說的話，原來那句話是在描述心肌梗塞胸悶的感覺；提及心臟病，教科書裡可能敘述某些症狀，像是會喘或哪個身體部位感到痛覺，但面對實際情況病人不太可能照著教科書的方式解釋症狀，這時就必須仰賴臨床經驗。

這段訪問中蔡醫師說了台灣醫界的幾名風雲人物：洪瑞松教授為人重

視基礎和投入的態度，建立 LQQOPERA 診斷病人；宋瑞樓教授對病人態度嚴謹，必定徹底分析病情；楊義明教授強調醫病之間必須建立良好關係；除此之外，三位教授皆不遺餘力的投入改善醫學教育的品質，堪為我們醫學人的楷模！

蔡醫師強調，和信醫院是一個癌症專科醫院，不可能有侵入性心臟內科、心臟外科或創傷外科的醫師和設備，指出：這樣的安排在歐美醫界不但被接受，而且是理所當然的事。台灣的醫界人士都是升學考試的佼佼者，受到「標準答案」的遺毒太深，導致思考往往很單元，認為所有醫院都應該做同樣的事，但國際醫院評鑑機構 JCI 強調每個醫院都應該有其獨特的宗旨與使命，自己界定其服務的病人群，原則是要負責任把這群病人照顧好。和信醫院秉持這個理念，只專注照顧癌症病人，打造一個專門的癌症中心，我覺得是所有醫院都該學習的。

另外，蔡醫師還提到美國一流的癌症中心：美國安德森癌症研究中心，該醫院提倡個性化治療方案，堅信每一個患者的病情都不同，要因地制宜的制定對每個患者最佳的治療方案，因此，與其他醫院相比，安德森的醫生花在每個患者身上的時間更多，可供選擇的治療方案更多。我認為每個醫師在診斷病人時都該盡可能多了解病人各方面的背景、生活習慣等等，如此有更多可能的診斷結果，而不是單純哪裡痛就是那種病造成，淪為只治療身體上的病痛，卻無法給予病患實質的建議和治本的分法。

在醫師的分享內容中，有幾句話值得提出來思考。第一：考試都考滿分，理論推理很強，適合去做研究，但面對臨床，不一定會是個好醫師。我覺得當一名醫生不只醫術、專業知識要好，醫德也是不可或缺的，常常看到新聞：醫生救活了一個病患，但病人心中仍然留下陰影，你治好了病人外表的傷痛卻治癒不了內心的創傷，如此不是很可笑嗎？因此我認為多關心病人、多探視病人勝過像個機器人一樣治好一個又一個病人。第二：自己決定要做什麼。對於正值大學階段的我們來說，每個人追尋的事物都不同，有人立志當一名擁有豐富專業知識的醫生，有人參加各種大型活動，擴充人脈，有人專注於各類球類活動和各種才藝，這些都是自己的選擇，不要被侷限醫學系一定要讀書，不能做其他事，我覺得如此才能做最原本的自己，才會有所成長、有所收穫。第三：教你怎麼學，而不是教你學什麼。這是蔡醫師舉美國醫學院教育當例子，美國強調自己讀書的能力，老師可能給你醫學教材，要你回家自己研習吸收，定一個時間測驗大家，這種教學方法在台灣是很罕見的，我覺得大學生的我們，儘管常常辦活動、玩樂、運動，而忽略了課業上的事務，但未來終究有國考這個門檻，我們

都應該在玩樂與讀書間取得平衡，當個會讀書又會玩的醫學生。另外，蔡醫師還說美國醫學實習生常常接觸個案討論，如此能應用所學，熟悉實際的情況，而不是一味追求知識上的接收，這都是台灣醫學生該學習的地方。