

我的大半生：

從求學、醫學研究到病床

◎ 黃建緯／內科學科

我的求學生涯

真是料想不到，五十出頭沒多久，就要開始寫自傳來回顧自己的大半生。我罹患肺癌轉移（metastasis）重症，已三年半多了，但因病情起伏不定，不知道來年會如何變化？所以我想趁著機會作些記錄。1955年，我出生於嘉義市，家中排行老么。母親非常重視我們的課業，六歲時，她就要我去嘉義市立幼稚園的入學考，從那時開始我就認真讀書和一路考試開關，從初高中、大學、醫師資格考、專科和各次專科；甚至升任了教授後，也去考首屆的老人專科醫師。

從國小起，我就喜歡當小老師，所以在放學回家的路上，常有同學主動地幫我背書包。母親還以為我是否在當小霸王，欺負別人。我從小最喜歡的娛樂，就是跟雙親在上學和工作之餘看電影；在大學時代週末，常到士林去連看兩場以上的電影；也很喜歡看武俠小說以及聽流行西洋樂曲和校園民歌。同學和朋友們喜歡邀我參加舞會，因為我有一台大型的手提收音機；也會整編套裝舞曲，最適合當個播放音樂者（DJ）；而其他的課外活動，如：運動（籃球、足球）或麻將（因家裡禁賭）就鮮少參加了。我有像父親般的強壯體格，但哥哥則相對較瘦；他在台大物理系碩士班畢業和服役後，即赴美留學，獲得了物理學博士，規定居在美國。因雙親希望有個醫生兒子，而我膽子夠，成績可以，也沒甚麼特別的學科興趣，走那一條路都行；所以父母親一直鼓勵我去考醫科，也就一頭栽進了醫界。我



我和美美在孩童時期的照片

於1981年至台大醫院當一年實習醫師（Intern）；在內科實習時，作詳細的病史和理學檢查發現一位耳聾送至外科接受門脈減壓手術患者，他的角膜有KF環、輕微手顫和家族病史，且進一步發現他家族中有多人罹患威爾遜氏症（Wilson's disease），受到了台大宋瑞樓教授（中央研究院院士）的讚賞；自此我信心大增，對內科學這一奧妙深遠的學問很感興趣，確定未來要走的路子；而師承的台大實習醫師，已有多位升任教授和在成大醫院任職各科部主任。大五時，

王志聖同學當學生會會長，舉辦全校聯誼會。我認識了終生的伴侶（美美），她唸藥學系。我在實習結束前就結婚，隨即到外島當野戰師營部連的醫官排長，不但辛苦帶兵，同時也要看病。現有一女（靖婷，成大醫技所碩士班畢業）和一子（煜傑，交大電信工程系四年級）。國小的時候，飯菜常吃不乾淨，媽媽就說我以後會娶個麻臉老婆；我則回答要娶兩個太太，一個照顧家裡，另一個放在門面，幫忙做事業。蒙上天保佑，我娶了一位兼具內在美和外在美的太太，省却了一番功夫。初、高中時代，我最喜歡閱讀武俠小說，非常崇拜金庸、司馬翎和古龍三位武俠大師，曾在北醫校刊以黃鶴樓的筆名評論武俠小說。



大學和服役時期的樣子



我的醫學生涯（從臨床到開始研究）

歷經近兩年外島和北部衛戍師的營部連衛生排長的辛苦值星和同時看病之軍中生活後，練得身強體壯。1984年服完兵役，不怕苦到林口長庚紀念醫院擔任內科部住院醫師，此時適逢基隆和高雄長庚醫院陸續開幕，便以R3（第三年住院醫師，resident）代總住院醫師（Chief resident, CR）身份支援數月；三年的學習，練就了迅速和準確的臨床診斷及處置能力。1987年，成大醫院再購成立，在台大和榮總代為招募R、CR和研究員（Fellow）；雖然有二十多位競爭者，我幸運被接受為成大醫院在成大醫院唯一代訓的CR；另一位為胃腸科研究員，他是曾任成大醫院的內科部主任林錫璋教授。打算走胃腸科，但聽說台大腎臟科蔡敦仁教授（台大醫學院的首屆臨床醫學博士）轉任成大腎臟科主任；他是位謙謙君子，在成大醫院負責腹膜透析和腹會，研究做得好，所以我改走腎臟科，在成大醫院當腎臟科研究員近一年。1988年的農曆春節前後兩個月，我奉派至成立不久的花蓮慈濟醫院當內科CR，負責台大醫院前來支援看診和腹會的資深醫師以及慈濟醫院主治醫師間作聯繫工作，頗獲心得。同時開始成功運作了血液透析室，發表了首篇中文的病例報告（可逆之高尿酸急性腎衰竭，J Nephrol ROC. 1988; 2: 254-62.），由蔡敦仁教授指導。1988年5月，成大醫院開始營運時；由於陳萬裕教授退休，空出教職缺，蔡博士就留在台大醫院。因為成大醫院腎臟科沒有主治醫師，由成大醫院的首任院長戴東原教授提拔我當腎臟科負責人。1989年的台灣醫學會的腎臟專科考試，我榮獲第一名（曾任職急診部負責毒物學的許顯傑主治醫師，2000年也得到腎專考試榜首）。多年來靠科內同事的幫忙和個人的努力，才能夠有今日的我；後來戴教授回到了台大醫院，擔任院長。陳志鴻教授接任了內科主任，2003年起，他擔任成大醫院院長，提携我們這些後輩，而我一直擔任腎臟科主任迄今。

我的學術生涯

1984年，我報完役後任長庚醫院內科住院醫師三年；1987年，在草創中的成大醫院任職內科部總醫師和暫留在台大醫院接受腎臟專科醫師代訓一年；1988年5月成大醫院開幕後，我就一直負責腎臟科和透析室的業務迄今。同時開始收集嚴重「急性腎臟感染（acute renal infection）」的病例，發表了「腎臟和後腹腔膿瘍：超音波及電腦斷層攝影之診斷和處置」（Renal and retroperitoneal abscess. Chinese J Radiol 1989; 14: 315-23.），以其為代表著作。1990年升任成大醫學院內科講師和腎臟科代主任，隨後成立當時南部最大的腹膜透析中心和開始本院和南區「臨床腎臟病理討論會」。也繼台中榮總、高醫之後，成為中、南部第三家「腎臟專科醫師訓練醫院」。迄今招收十九屆腎臟次專科研究員（七十位），其中的五位已成為本科專任主治醫師，另兩位任職一般內科和急診部的主治醫師，其餘分散在南區的各大醫院和透析診所。

在「急性腎盂腎炎（acute pyelonephritis, APN）」和「腎膿瘍（renal abscess）」兩種急性腎臟感染之間，有一特殊「前」膿瘍（pre-abscess）型態，即「急性細菌性腎炎（acute bacterial nephritis, ABN）」，我們共收集28位病例，根據造影劑後之電腦斷層（contrast-enhanced CT scan）影像，分為三群，討論其臨床表現、治療反應和預後，發表「急性細菌性腎炎：基於電腦斷層的臨床和放射線學相關性」（ABN: A clinico-radiological correlation based on computed tomography. Am J Med 1992; 93: 289-98.），對此三群ABN患者的不同病程，能更加準確處理。1993年以此論文升等副教授，也榮獲八十二年度腎臟醫學會十週年的「陳萬裕教授學術基金會」優秀論文獎，並成為腎臟科主任；1994年榮獲醫學系優良教師（輸入獎），1996年也獲得醫學系優良教師。

隨後的數年，在南台灣我們發現不少的「氣腫性腎盂腎炎（emphysematous pyelonephritis, EPN）」嚴重壞死性感染的病例，它主要發生在老年糖尿病婦女或尿路阻塞患者身上，此種糖尿病傾向和產氣性感染，亦見於脊椎、肝臟、腸道和膽囊等腸道細菌感染。已陸續發表於泌尿科、感染科和腎臟學等各類雜誌。而升等教授的代表著作：「氣腫性腎盂腎炎—臨床放射線學之分類、處置、預後和病因」（EPN: Clinico-radiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. Arch Intern Med 2000; 160: 797-805.），收集了本院八年多的48位EPN患者，分析其臨床特色，作新的四組放射線分類和討論三種臨床處置（抗生素、經皮導管引流術—percutaneous catheter drainage, PCD和腎臟切除術）在預後上的不同；也抽取六位患者的氣體作分析和根據八位腎切除者的病理報告，來探討EPN產氣機轉，這是單一中心最大規模的EPN研究，可提供EPN患者的適當臨床處理和告知預後。（而為瞭解大腸桿菌（E. coli）和宿主間之相互影響；且本科的曾進忠醫師（臨床助理教授）是成大醫學院的首屆臨床醫學博士；他在吳俊忠、何建喬老師以及本人的指導下，從事多項院內和國科會研究計

畫：「大腸桿菌之黏著蛋白（adhesin）、溶血素及第一型細胞壞死因子等毒性因素與EPN相關性之研究」，以瞭解大腸桿菌毒性因素扮演的角色；且建立了動物（大白鼠）上行性感染模型研究PapG黏著蛋白的有無（野生株、變異株和補償株）對腎臟感染（病理組織變化）之影響（KI, 2006）；也新建立了大白鼠的糖尿病和尿糖耐量（UTO）的感染模式。」此外，我收集十年來的25位「急性化膿性腰肌膿瘍（acute pyogenic abscess）」病例，探討其臨床表現、影像學診斷、PCD之治療角色和預後（J Inf 2000; 40: 248-55），它主要是老年糖尿病婦女泌尿道之腸道桿菌感染擴展而來，並不同於歐美的腸道菌混合性感染。也發表了「急性腎臟感染」患者的泌尿道異常之角色（J Urol 2001; 166: 1643-6）以及急性腎盂腎炎（APN）和EPN患者的宿主因素和大腸桿菌毒性因子（基因）間的交互關係（Am J Kidney Dis 2003; 39: 744-52, & 2005; 46: 432-9）。

而在「腎絲球腎炎（GN）」方面，我們也研究了南台灣57位膜性腎病變（membranous nephropathy-MN Acta Nephrol Taiwan 1999; 13: 94-103.）和46位成人型繼發性腎病變（adult-onset minimal change disease, Am J Nephrol 2001; 21: 28-34.）患者的臨床表現、治療反應和預後，並與國外作比較。「血液透析（HD）」方面，與許博翔醫師合作研究70位腎功能正常的消化不良患者和70位HD病患的幽門螺旋桿菌（*Helicobacter pylori*, Hp）感染情形，並探討HD過程對非侵襲性碳十三尿素吹氣檢查（¹³C urea breath test, UBT）的影響，以提高幽門桿菌感染在HD患者之診斷率（Am J Kidney Dis 2000; 36: 124-9.）；也發現應該採用大便的Hp抗原檢查來篩檢HD患者幽門螺旋桿菌感染，以增加診斷率和評估根除療法之成功率（Am J Kidney Dis 2001; 38: 98-103.）；此外，研究尚未接受透析的慢性腎病（CKD）患者若是感染幽門螺旋桿菌，接受了不同劑量三合療法的成功率 and 安全性（Aliment Pharmacol Ther 2006; 17: 1283-90.）的差異。另外，也研究尿毒症患者接受HD治療前後，G型肝炎病毒（HGV）發生率之變化和HGV院內的交叉感染（Euro J Clin Microbiol Inf Dis 2001; 20: 374-9.）。且與科內宋俊伊醫師（副教授）研究患有口腔乾症（Xerostomia）的血液透析患者，其唾液分泌減少和透析間體重增加的關係以及使用毛果雲香鹼的療效試驗（JASN, 2005; 16: 3418-29.）—宋醫師也以此篇著作，榮獲九十五年腎臟醫學會的「陳高裕教授學術基金會」優秀論文獎和升任副教授；也討論到糖尿病對有無口腔乾症的影響（NDT 2006; 21: 2521-18.）。也發表了HD在嚴重代謝性鹼中毒之治療角色（Am J Kidney Dis 2001; 37: E31[4]）和HD患者的全身性鈣沉着症（Am J Kidney Dis 2001; 37: 1048-51.）。也與科內的王明誠醫師（臨床助理教授）指導多位臨床所碩二生，研究高劑量葉酸對EPO反應不良HD患者之影響（Dialysis Transplant 2000; 29: 710-7.）以及其對血中同型半胱氨酸（homocysteine）之變化等；也以脈波速度（pulse wave velocity, PWV）代表動脈硬度（arterial stiffness），研究不同時期的慢性腎病（chronic kidney disease, CKD）患者的動脈硬化狀況（AJKD 2005; 45: 494-501.）以及與心臟重塑（cardiac remodeling）的關連性（Am J Med Sci 2006）。在「腹膜透析（PD）」方面，發表水胸（hydrothorax）之臨床表現和核醫

學的診斷 (NDT 1999; 14: 992-7.)、少見的黴菌腹膜炎 (Aspergillus peritonitis) 之診斷和處理 (Dialysis Transplant 2000; 29: 78-87.) 以及接受不同PD治療方式的患者，其二十四小時移動式血壓監測 (ABPM) 和左心室肥大 (LVH) 間之關係 (PDI 2001; 21: 36-42.)；以在學術研究方面，我希望腎臟科同仁們能夠一同往前邁進和成立一整合性的腎臟中心 (Kidney Center)，來造福腎臟病患者。

生命的大衝擊

我的性格較急，很多事情都想一次就趕快把它完成。修改科內和臨床所的論文，一定在幾天內就會完成，有時間時再作潤飾。我在研究、教學和臨牀三方面都想做好，就是已升任內科教授，一刻也不得閒，想想自己的個性和行為總會對我造成莫大壓力。我於1989年升任主治醫師，1990年升任講師兼腎臟科科主任，1993年初前往美國約翰霍普金斯醫院腎臟科作短期進修。回來後順利升任副教授兼腎臟科和透析室主任，一路奮鬥至今年；雖然一度想離開成大，終究捨不得離開教職以及透析室近二十年的一步一腳印和同事間兄弟姊妹般的感情，繼續努力。於2001年升等教授。

我早已年過四十，應該要作較詳細的健康檢查，雖父親有高血壓、糖尿病和發於腦中風，但由於以往並沒有結核病或癌症之家族史，所以我只注意血糖、血壓和心血管系統等問題。我平常少有感冒或咳嗽，沒有體重減輕，也不抽菸，所以非小細胞肺癌 (NSCLC) 找我，真令人詫異！若我能早一點照X光，說不定就不會拖到縱膈腔淋巴結和左小腸轉移 (T2N2M1) — 肺癌第四期，才發現此嚴重疾病。綜合言之，個性急、生活太緊張忙碌，升等的壓力，整理頭髮時使用之慕斯和定型液，沒作胸部X光常規檢查以及體質不好等，都可能與此症有關。

開刀兩週前，開始有頭痛和暈眩症狀，但鮮少咳嗽，所以認為只是前庭神經炎，想不到在腎臟科門診摔倒。隔天的腦部核磁共振攝影 (Brain MRI-magnetic resonance imaging) 發現有左小腸有轉移，隨即至急診室照胸部X光片和胸部電腦斷層攝影 (Chest CT scan computerized tomography)，確定右下肺葉肺癌伴縱膈腔和左小腸轉移 (T2N2M1，第四期) 的診斷。星期日，陳志鴻院長召集相關科別專家 (胸腔外科吳明和分院長，腦神經外科主任陳幸鴻教授，內科部主任薛尊仁教授，腫瘤科主任蘇五洲教授，放射診斷部俞序美主任和放射腫瘤部陳海安醫師) 共同組成醫療小組，來商議整體之治療方針。因事已至此，為求一線生機，我和太太立即同意胸腔和腦部手術。2004年7月12日 (星期一)，就像木蘭定讞的生日一樣，它是我的重生日，也是克服癌症漫漫長路的起點。中午時分，吳教授開始動刀，隨後晚上由陳教授接棒上刀，共花費了十多個鐘頭才順利完成右肺、縱膈腔和左小腸等大手術；隨即送往外科加護病房的隔離室，雖然很不舒服，但看到透析室同仁隔著玻璃窗舉紙板寫大字來鼓勵支持我，痛苦頓感舒解不少。

在加護病房裡，身上插有氣管內管、鼻胃管、導尿管、兩條胸管和左小腸引流管，病床

旁邊是吵雜儀器聲、人員進進出出和耀眼的燈光，加上術後傷口的疼痛，儼然超累，仍然睡不好，醫生變成病人的滋味頗不好受。兩天後，轉至附有客廳的單人病房，旁邊只有特別僱用的三班專業護士，才較為安靜，有機會休息片刻。因為除了切除右下肺葉外，也使用氣管鏡摘除上肺葉的良性平滑肌瘤（leiomyoma）——它可能是我平常雖少感冒，但若一有，就會聽到氣喘音且持續數星期之久的原因。而右中葉的支氣管因受到大顆淋巴結的壓迫，移除之時，支氣管大量漏氣，雖已使用很多生物黏膠（glue），但術後引流瓶中可怕的血水和氣泡，仍持續近兩個星期；其間併發右肺門對水的腸球菌（Enterococcus）感染，使用安比西林（Ampicillin）抗生素治療，又引起了全身皮膚過敏。因為右肺三葉全部被黏過，痰多也咳不出來，需要以支氣管鏡來抽痰，操作時支氣管內須灌入大量局部麻醉劑（Lidocaine），有水淹金山寺的窒息感覺。

待狀況略為穩定後，針對我的非小細胞肺癌（non-small cell lung cancer, NSCLC），開始接受第一線的含鉑化學治療（Cisplatin加上 Gemza）以及全腦放射線治療（WBRT）以減少（預防）癌細胞之轉移，但因嚴重的嘔吐（對最新止吐藥物效果也不佳），頭暈和白血球嚴重減少（併發口腔癌疹和念珠菌感染，腳趾長繭等），僅接受三次化學治療就終止。從2004年7月26日至8月27日，頭部雙側共接受四千五百雷得（Rad），又加上三次的化學治療，頭髮全禿了；後來慢慢長出像新生兒的細毛，再變成柔順但不多的頭髮；但在頭部中線附近，仍是稀疏的細髮，顯以往茂密的直髮很不相同；若是一直這樣，我的急性子會不會從此改變？

首次住院期間，接到很多關懷的慰問卡片，也有多位同事、朋友和同學來訪，但此時的病況不太穩定且體力很差，雖然很感恩，但只能謝絕相見請大家留言，實在很抱歉；2004年7月24日，病況已有部份改善，承蒙賴清德立委（他是成大後醫系畢業，曾擔任成大內科總住院醫師，現為腎臟專科醫師和成大醫院內科部兼任主治醫師）趁總統南巡之便，熱心引介阿扁總統前來病房探望和問候，為我打氣和鼓勵，並希望能夠帶來福氣。因病況尚可，9月14日出院回家靜養；科裡的事務全權由王明誠醫師費心代理，在其餘的主治醫師、總住院醫師、護理同仁、技工和行政助理的通力合作下，使腎臟科和透析室的運作能夠維持正常。出院前，我開始接受標靶療法：艾瑞莎（Iressa®）每天服

▼2006年7月10日的腹部核磁共振攝影（MRI）檢查，發現左小腸有一兩公分大小的（轉移性）腫瘤（白色箭號），其週邊有明顯小腸水腫（白色區域）。



▲2006年7月10日急診部的胸部X光片發現右下肺葉有腫瘤（箭號），且懷疑右肺門有淋巴結腫大（箭頭）。



▲2004年7月24日於成人醫院病房，陳水扁總統贈禮物鼓勵我多加保重

用一顆，以及華陽複方，早晚各一包。維持了一年多的平穩，但腫瘤指標仍會起伏不定。在2006年年初，雖然體力恢復率半，也沒甚麼症狀，但肺癌指標（TPS、組織特異性狀）開始變得穩定和超過上限值，可能是藥效即將失去。三月底作電腦斷層和正子攝影（PET/CT）的追蹤檢查發現氣管隆凸處以及右鎖骨下淋巴結處有轉移現象（N3—第三期），而面臨第一次復發的挑戰。95年4月4日，耳鼻喉科的蕭博仁醫師摘除了右鎖骨下的淋巴結，病理證實是腺癌（adenocarcinoma）轉移。再度送檢馬偕醫院病理部，也發現有基因變異。待傷口痊癒後，放射腫瘤部門診的葉怡君主治醫師安排在左右鎖骨區、縱膈區和氣管隆凸處，施予直線加速劑放射線治療，計34次，共五仟九佰四十雷得。放射治療結束後的兩個月左右，因為雙肺放射性肺炎，走快步或爬樓梯的時候會乾咳、呼吸困難以及血氧飽和度下降，須要短期服用中等劑量的皮質類固醇（corticosteroid），此後的體力就大不如前了。

結語

二十年在成大的努力，於南區和腎臟界有些許成就，算是不虛度此生；但在中壯之年過後，即罹患癌症，總是令人遺憾；期盼能夠多一些日子，陪伴家人、親友和同事。在醫師和病人間的角色互換，讓我知曉以往只是憐憫患者生病受苦，僅以口頭作鼓勵，並沒有深刻體驗到病人的無助和家屬的痛苦；等自己身罹重病後，才深深感受到病人和家屬所受的煎熬。聖嚴法師說過四句箴言：面對它、接納它、處理它和放下它，真是至理名言。

「癌症」現在是世界上最主要的死因，1982年以來，在台灣地區癌症一直居國人死因的首位，而癌症的「轉移」性更是件非常難處理的臨床問題。黃帝內經有云：「上醫醫未病之病，中醫醫病之病，下醫醫已病之病」。針對癌症，上上之策是預防醫學，必須改正風險因子，如：引起口腔癌的喝酒、嚼檳榔和抽菸（ABC三者皆有者，會增加200倍風險）；出生時，使用B（乙）型肝炎病毒（HBV）疫苗及/或免疫球蛋白（HBIG），可防止新生兒得到B型肝炎；施打乳頭病毒疫苗以預防子宮頸癌；多吃含有纖維素的食物，來預防大腸癌；並且避免空氣污染和抽菸，以減少肺癌的發生率；次之，則應早期偵測高風險的罹癌患者和及早作處理，不要拖延，以免無法開刀或切除病灶，導致癌症的轉移或晚期。而基於分子生物和藥理學所新發展出來的標靶療法，雖有了重大進步（副作用小和效果好）；但仍有漫長的路要走，真希望未來這麼一天，世人能夠脫離癌症帶來的威脅和所造成之傷痛。