

成大醫學系

100級宣誓典禮致詞

◎韓良誠 2010.06.01.

成大大一個心音的強弱聽下，有系統地想一想，就會有30種以上的疾病會在你腦中盤旋！讓你慢慢思考，餘味是無窮的。

馮副校長、兩位林院長、各位老師、各位今天宣誓的同學，早安！

兩個星期前的五月十七日，吳政航同學親自將宣誓典禮的邀請函送到我家，並且希望我在典禮當天給你們說些勉勵的話。之後，我一直在想該說些什麼？第二天正在看門診時，剛好有一位八十九歲的邱姓病人來看病，她是將近五年前，我以肛門手指直腸檢查，診斷是sigmoid colon Ca.，而轉介給李政昌主任，開刀成功的病人。當我正在以這個病人，教當天台大二階段學程的見習醫師喬嘉同學，怎樣正確的做肛門直腸檢查，並且談到，如果是同時雙手內外並用，做肛門手指直腸檢查的話，也偶而會有機會診斷 sigmoid colon Ca.時，忽然之間想起，怎不利用今天這短短的演講時間，將我自行設計，又行之有年的所謂「韓式理學檢查教學法」中的兩套方法，藉今天這個機會傳授給你們，以便讓你們今天起就有機會派上用場。何況，自從林其和教授當上院長之初，就交代過我，一定要好好教住院醫師多做理學檢查！並且剛才你們宣誓時也談到：「……對於後輩，我願分享所學與經驗，並從中了解自己的不足……」。

今天我就先和各位分享我多年教學經驗中的一些心得，和兩套理學檢查：

（一）肛門直腸手指檢查：

腹部理學檢查如果不包括肛門手指直腸檢查，有時候會遺漏重要的疾病。檢查時有兩種姿勢，一種是向左側臥，另一種是婦科內診時的姿勢。我個人一直採用後者，因為可以比較正確地描述觸摸到的病灶是在時鐘的哪一個位置。尤其是要好好觸摸攝護腺時，更是如此，因為右手會在操作上比較靈活。習慣上，我會套上兩個手套，因為萬一破了一層，另有一層保護。而在早上的門診，我會連續做幾個肛門手指直腸檢查，如果沒有破，內層下次還可以再使用。正如William Mayo（1861—1939）所說的，有些人不太願意做肛診，主要是怕手指污染，但是，時至今日，其實目前醫師的情況反而是：「很忙」、「不重視」，或「少有人教」才是主要的原因。手套套好之後，在右食指指尖，擠上大約兩公克的潤滑劑（lubricant），同時請護士小姐指導病人仰臥，把股關節以及膝關節彎曲，採取右手握自己右下腿的上1/3，左手也同樣握

左下腿的上1/3，這時肛門周圍就可以一覽無遺，Inspection時要好好檢查看，有無1.Rectal prolapse，2.Fistula-in-ano，3.Anal fissure，4.Condyloma，5.Thrombosed external hemorrhoids，6.Cancer of the anus，7.Puruitus ani，8.Excoriation from diarrhoea，9.Skin tag（Crohn's disease）等，

下一個步驟非常重要，但是也很容易被忽略的是，要好好以塗有潤滑劑的手指，在肛門周圍做順時鐘以及反時鐘的按磨，直到你認為肛門括約肌已經鬆開了，才慢慢，也輕輕地把手指伸入直腸，否則如果動作「太快」、「太粗暴」，病人不但會叫痛，偶而也會拒絕進行下一個動作。這是年輕醫師，或是「很忙」的醫師一定要特別注意的重點。

習慣上，我會對病人說：「請放心，我的手指不是硬的或是尖的機械，應該是不會痛的。」「剛才已先請您解完小便了，應該不會太不舒服才對。」「你今天早上吃些什麼東西？」「最近工作忙嗎？」「最近有沒有出國或國內旅遊？」之類的輕鬆話題，以移開他（她）的注意力。右手指是在請病人深呼吸之後，「吐氣」時才慢慢的滑入直腸。對女性病人應先注意觸摸子宮頸，而對男性則須觸摸攝護腺，至於正常攝護腺的大小，軟硬度、形狀、表面情形，對不對稱等，則要請各位自己「多做」、「多不恥下問」，慢慢累積經驗，好好去「意會」，加上「體會」，老師是無法一時全部「言傳的」。更何況，對於攝護腺癌在急速高齡化的台灣社會，觸診在診斷上的重要性，我個人則深信並不比PSA低！

觸摸完「子宮頸」、「攝護腺」之後，手指要好好沿著直腸壁以順時鐘以及反時鐘方向，觸摸直腸壁看看有無「異物」，如果有，則看看是否可以和腸壁分開，如果可以分開而腸壁又是「軟而滑」，則應該沒有問題，否則就要進一步做直腸鏡或大腸鏡檢查了：至於我剛才說到，偶而可以診斷sigmoid colon Ca.的方法是，我的左手，特別是針對肚皮比較「鬆而瘦」的病人，我會以左手分別由左上腹，以及右上腹，往右手手指的方向擠下去，正像婦科醫師摸卵巢一樣。如此累積一次又一次的經驗，再對照接下去的大腸鏡或直腸鏡檢查後之證明，觸摸久了，累積一些經驗之後，你可以漸漸體會此法診斷的「奧妙」。

過去也有過，我曾經以肛門手指直腸檢查先診斷是乙型結腸癌之後，叫病人去找XX醫學中心的醫師，檢查的醫師以直腸鏡做完檢查之後，對病人說「沒有問題」。但是，當時幸好，病人告訴檢查醫師說：「韓醫師說有問題，是大腸癌」。聽了病人的話，檢查醫師於是再把直腸鏡放深一點，由當初的17公分深入到25公分，終於看到了sigmoid colon Ca.，開了刀，病人現在還活存著，讓我成為病人心目中的「救命恩人」的例子都有，也使我更加深了「當醫師是一種福氣」（privilege）的感受。步驟的最後一步是，不要忘記摳出一點大便，在門診做潛血反應，以便告訴病人結果以及應該注意的事項。

至於大腸鏡尚未盛行，而寄生蟲還有高感染率的年代^{（註1）}，每個門診的初診病人，或是有腹部症狀的病人的肛門手指直腸檢查，是我的Routine工作，也因此而診斷出不少被忽略的寄生蟲症，甚至先在外院做完大腸鉭劑灌腸檢查，被診斷「正常」，而後被我以肛門手指直腸檢查，診斷為「直腸癌」的例子，也偶而會有。

(二)以聽診器聽心音的強弱：

我常常會要求初學理學檢查的學生，告訴我聽完我的門診病人的心臟之後，描述他（她）聽到什麼？絕大部分學生大約近90%，頂多會說「某某雜音」，就此結束了。但是我一定會要求他（她）不只是描述雜音，還要先告訴我rhythm、intensity，然後再告訴我聽到的murmur。因為除了心臟雜音之外，光是心跳強度，就有很大的思考空間以及學問。過去常在聽到Distant heart sounds（Reduced heart sounds）時，我會問學生，你可以想到幾種可能？這時又是同樣的，近90%的學生會說，Cardiac tamponade或是多加一個Pericardial effusion，然後就沒有下文了。這時我會告訴他（她）說，以你們的IQ，只要老師點一下，你們就會一輩子不會忘記，也會受用無窮。然後教學生，以解剖學、病理生理學，以及邏輯、臨床推理的觀點，從體外往裡面去分析chest wall是否因肥胖或水腫而變得太過肥厚，再進去，肋膜是否因為過去有過慢性發炎，以致纖維化（fibrosis），或是做過pleurodesis？再往裡面，是否胸腔內有某種原因的積水，或是反過來，是不是氣胸？再進去，是否肺本身有某種原因的consolidation，或是emphysema，甚至腫瘤阻擋在前面？再進去考慮心包膜，過去是否有過很多不同原因的發炎而變成chronic constrictive pericarditis？

有關它的成因，請各位同學回去再查書好好看看，至少會有7－8種。再進去，pericardial sac裡面是不是有血水，或是比重、內容物不同的水，或是膿液？最後才考慮心肌本身是不是急性心肌炎、心肌梗死？或是慢性缺氧引起的心肌纖維化？老化？甲狀腺功能低下……，或是心音過強的話，會不會是甲狀腺功能亢進、cocaine中毒，甚至太緊張……，如此，一個心音的強弱聽下來，有系統地想一想，就會有30種以上的疾病會在你腦中盤旋！讓你慢慢思考，餘味是無窮的。你說，做理學檢查有沒有高度興趣？而且有用？

通常我教學生時，最後一定會談到Dextrocardia；但是多年前曾經有一位邱政偉同學，在我講解完之後，還會立刻講出Dextrocardia！其實Dextrocardia，尤其是早已知道自己是「右心」的病人，如果你聽完心音之後，告訴他（她）「你有右心」時，不但會讓他（她）驚喜你聽心音的工夫一流，還會在此後對你的理學檢查報以高度信任，畢竟，他（她）們大部分過去看過的醫師都是靠X光診斷之後才告訴他（她）的，但最重要的，要練就一身的聽診功夫，是要透過不斷的練習，知道「什麼是正常的心音」，你才有機會聽出不正常心音，也才有資格說出是distant heart sounds！以上以短短的時間講了兩套我自認的「韓氏理學檢查教學法」^{（註2）}，希望對各位同學有所幫助，不對的地方，也請在座的各位老師不吝賜教，尤其在座的心臟內科蔡良敏教授以及小兒心臟內科的吳俊明教授，以免我誤人子弟。

剛才林院長送了一本黃達夫醫學教育基金會出版的《實習醫師》這本書給馮副校長，我今天也想送一本很好、很有用的書給在座的各位同學，書名是《良醫多自苦中來》，著者也請我為這本書寫了序文，這本書是在座的骨科主任林啟禎教授的近著，如果很想看的同學，可以向班代吳政航同學登記，我會麻煩著者在書上簽名留念。最後，祝福各位健康、快樂、實習愉快！

註1. 本人在〈有福行醫四十年〉文中提到的：第一階段為與感染症以及因無知、貧窮不衛生的環境所引發的疾病奮戰的時期（1963－1980）。

註2. 對於初學理學檢查的學生，如果能以解剖學、病理生理學，以及邏輯、臨床推理的思考方式切入，似乎可以大大提高學生學習的興趣，如上述的心音強弱的聽診方法。因此大膽的命名為「韓氏理學檢查教學法」，如有不對或冒昧的地方，請讀者不吝賜教，本人願意虛心領教，謝謝。