

# 2011 年成大醫學院 101 級宣誓典禮致詞

日期：June 1, 2011

地點：石泉廣場

韓良誠



黃校長、林其和院長、林炳文院長，今天的主席林秀娟副院長、各位老師，以及今天宣誓的各位同學，早安！

十年前，林其和院長，在當醫學院副院長時，在成大醫學院開始創辦了一件醫學教育上很有意義的「白袍典禮」，並且指定我講：「臨床診斷的藝術」。他在我演講的前一天，還特別交代說：「韓醫師，你明天講的每一句話都將會影響這些學生一輩子。」意思是要我特別做好那一場演講。今年的二月二十六日，第十次的「白袍典禮」，我以「身體診察的重要」為題，做了一場特別演講。

去年的 100 級宣誓典禮時，我曾利用很短的時間，以「韓氏身體診察教學法」教宣誓的學員，包括典禮過後就立刻可以派上用場的「肛門手指診察法」，以及利用「心音強弱的聽診」，去思考胸腔內器官，包括心臟在內的種種解剖、生理與病理狀況。

今天，我又情不自禁地，想講一講近來相當被忽略的，「脈搏的觸診」以及「左心室功能衰竭」（left-sided heart failure or left heart failure）的臨床診察與臨床利用價值，首先談一談：

## A. 脈搏的觸診：

三年前，某醫學院五年級的學生，在我的診所見習的第一天，對第一個病人的見習時，看到我為病人摸脈搏時，很「好奇」又很「天真」地問我說：「老師，你不是西醫嗎？怎麼會把脈？把脈不是只有中醫……」。當下我雖然很「失望」，但也很「鎮定」地慢慢邊想、邊教、邊告訴他說：「其實，摸脈搏（我不願意沿用把脈）並不是中醫的專利，我們所接受的西方醫學，有很深厚基礎的解剖學、電氣生理學、病理學，加上臨床印證的科學證據，並不像中醫，只靠『祖傳』與『個人經驗』的非科學的「經驗傳承」，所可以比擬的。」（註①）

因此，也難怪三年前，我會意猶未盡地，給這個學生進一步說明：「radial pulse 可以給我們一些有用的訊息，臨床醫師應該對脈搏的 rate, rhythm，甚至有無 radiofemoral delay，也要去注意，如果天天做，長期對照下來的話，在 brachial 或 carotid arteries 的情形才最清楚，character 以及 volume 的觀察，也可以在摸 radial pulse 時，做為訓練自己看病時診斷的參考。再者，雖然不能一概而論，但是 radial pulse 或 carotid pulse，

在 systolic 或 diastolic heart failure 會有些不同，即 diastolic heart failure 好發於有高血壓的老年病人，因此 radial 或 carotid pulse 會比較 bounding，反之 systolic heart failure 病人，stroke volume 減少，pulse 會比較偏快，並且比較弱。或者，即使不談這些，你在量血壓前，也應該先了解有無 tachycardia 或 bradycardia，以便你好好調控水銀下降的速度，以免誤差太大。或者，正如 Dr.Ofri 在他所著的“Journey with My Patient”這本書中所寫的：「病人期待醫師能親自替他們觸診，並增進醫病之間的信賴關係」，「身體接觸符合人性的自然反應，有安撫作用」，我甚至會在摸完脈搏之後，就在心中開始思考，tachycardia，bradycardia，以及特殊的 arrhythmia 的可能原因，以便在身體其他部分的診察時，知道應該如何注意，有時還會進一步，問病人「你是不是很緊張？」，因為緊張的病人，在開始摸脈搏時，心跳會加快，但是，如果你繼續問他（她）一些比較輕鬆的問題時，你可以很明顯地摸到，心跳慢慢緩和下來、或者，告訴那些心跳快，手又溫又濕，甚至會 tremor，又似乎有 exophthalmos 的病人：

### 註①

正如陳定信教授在鄭志敏先生所著的《杜聰明與台灣醫療史之研究》這本書的序文中所寫的：「……中醫講的那套往往會令人無法理解，除非以科學的方法加以印證，去蕪存菁，否則只能稱為『玄學』實在無法將之稱為『醫學』，更遑論將其納入正統的醫療之中了」。他並且進一步說：「台大醫學院和附設醫院一直沒有隨波逐流，以市場取向隨便將中醫科置為正式單位，就是這個簡單的道理」。

「你可能有甲狀腺機能亢進」「……」，而得到病人的肯定與信任。

#### B. 左心室功能衰竭 (Left-sided heart failure)

自從去夏威夷大學進修老人醫學之後，我就開始特別注意到，也慢慢領悟到，如果診治老人時，能好好去注意老人心臟的左心室功能衰竭的問題，不但讓我自己行醫時，因為多一份注意，而使病人受惠，並且在過去的教學經驗上，恐怕也是「韓氏身體診察教學法」之中，學生比較會有心得，並且會表示學到新知識而高興的部分。我的老師 Dr. Blanche 開宗明義地就教我說：「每一位來看你的老人，你就當他（她）具有某一程度的左心室的衰竭，差別只在程度的強弱而已。」最初我也很難立刻接受這種想法，更不用說，一些因為一向自以為健康，並且在個性上特別逞強的老人不能，也不願意認同，甚至一定會有醫生也都無法接受。但冷靜一想，特別是超過 75 歲之後的老人，從生理與病理的觀點，嚴格而言，細胞都會老化，就像頭髮會變白一樣，myocyte 的 apoptosis，心肌之間 collagen 的增加，導致心肌漸漸失去彈性，進一步，在左心室舒張時，從肺部進來的血液會減少。另一方面，全身血管壁的 connective tissue 增加，演變成 atherosclerosis，於是 afterload 增加，阻力就增加，長期下來的結果，左心室因為過度長期用力收縮，而慢慢地變肥厚（hypertrophy），不但 end diastolic pressure 增加，肺靜脈壓

pulmonary venous pressure 也增加，肺部的 venous pooling，加上血液中的滲透液部分，就會透過肺毛細血管進入 alveolar spaces。左心室肌肉慢慢變厚變大的結果，左心室和胸壁之間的肺臟被擠壓，無法在吸氣時完全 expansion，形成的局部性 lung edema，會比右下肺更早出現。最後，再經過一段時間之後，這些增加的肺靜脈壓，又影響了肺動脈壓，使得右心室的內壓也增加，慢慢的，整個右心的功能也會隨左心室的衰竭而衰竭，最後形成 congestive heart failure。完全了解以上的生理、病理之後，我會接著教學生幾件事：

除了書上會寫到的 left-sided heart failure 的 symptoms — dyspnea on exertion, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea 之外，inspection 時的 signs 有 tachypnea, Cheyne-Stokes respiration, central cyanosis, peripheral cyanosis；palpation 時有 tachycardia, pulsus alternans；auscultation 時，雖然會聽到有 S3，但是教學生學會聽 S3 比較難，因此我強調的是：聽聽看左背部的下胸有無 vesicular breathing（肺泡呼吸）的聲音減弱的現象，甚至整個消失，或者因為 lung edema，肺臟開始 consolidation，而聽到 bronchial breath sounds，再進一步就會出現，排除肺炎之後可以聽到的 fine moist râles，這就是左心室功能衰竭過程時的身體診療！但卻是我自己認為是很重要的聽診。

各位都學過 cor pulmonale，這主要是長期的肺臟疾病，導致心臟功能也連

---

「從現在開始……即使於亂世，仍能盡忠職守，屹立不搖。」

---

帶受損、衰竭；而我以上講的是左下肺 fine moist rales 的出現，以及肺功能的受損、減弱，原因來自心臟，有關這一點，也許我可以訂一個新的名詞叫“pulmo-cornale”，這不也是林啟禎教授常常講的「逆向思考」？不知各位宣誓的同學以及在座的老師們同不同意？（註②）

至於 percussion 時，因為有 consolidation 而出現介於 dullness 和 resonance 之間的 short to percussion — 這個 percussion 部分，對初學者比較難，因為不但要學會聽「敲診」時發出的聲音，也要長期自我訓練，使醫師自己的左中指，在被右中指敲打時，接觸病人胸腔的中指皮膚對「觸感」的敏感度提高，但是這部份，是只能「意會」而無法「言傳」的。因此，我不會太強調，但 auscultation 時聽左背下胸的 fine moist râles，則比較容易學，一教就會，但卻是很重要的部分，接著我會進一步教學生說：

- （1）如果沒有明顯的 pneumonia 的 triad，如 fever, cough, dyspnea，或病史中沒有明顯的左下肺的 bronchiectasis，並且又是老人，尤

其是有 HTN, DM, ischemic heart disease, cardiomyopathy 之類的病人，你可以高度懷疑，是出現了 left-sided heart failure。

- （2）至於 left-sided heart failure 慢慢惡化的情形，我個人多年來自創的分類方法是：

stage 1: 比起 right lower lung，在 left lower lung 可以聽到的 vesicular breathing，明顯減弱，甚至幾乎消失或完全消失，有時候在少數病人，可以聽到 bronchial breath sounds。

stage 2: left lower lung 剛剛開始出現 fine moist râles，但是 right lower lung 則尚未出現 fine moist râles。

stage 3: 雙側的 lower lungs 都出現 fine moist râles，但左側所擴及的 fine moist râles 的範圍，明顯比右側大。

stage 4: 最後，形成 congestive heart failure 的時期。

- （3）在 left lower lung，剛剛開始出現 fine moist râles，或者更早一步，在 stage 1 時，你就會根據上述的推理，診斷是 left-sided heart failure，如果

註②：

今天講的「韓氏身體診察教學法」之中，特別強調左背下胸的聽診，這部分是我自認為最得意，並且自認「可能」是最獨到的部份，甚至也是書上沒寫到的，至少可以說在我手中的資料中都找不到。過去教過的學生、住院醫師，甚至主治醫師也都說，是沒有人教過的教學方法。不過，我還是不敢確定，說不定這只是屬於「野人獻曝」而已。如果有人看到在 physical examination 的書中提到，請告訴我，我會很高興虛心接受。

能做到這樣，就像是診斷 cancer 病人一樣，在最早期的 stage I 時，你就會下正確的診斷一樣，不但你身為醫師會有成就感，病人也會因為早期的診斷，進而得到適當治療，而心生感激，這是臨床醫師值得具備的能力。

- (4) 如果 left lower lung 沒有 fine moist râles，聽起來正常，而只在 right lower lung 有 moist râles，你幾乎可以不考慮你所聽到的 râles 是來自 heart 的原因。

最後，我要特別強調的是：「左心室功能衰竭」，以及所導致的「充血性心臟功能衰竭」是要靠病史探尋，加上學會參考具有一定角色的 inspection，palpation，以及最重要的 auscultation，而做出左心室衰竭的診斷，但是最重要的，我再強調一次，還是上述的聽診—auscultation。各位請記住，絕對不需要完全靠儀器！！再一次請各位牢牢記住！！

還有，剛才林其和院長在演講時，要我對 William Osler，在 1889 年離開賓州大學，前往巴爾的摩的約翰 - 霍普金

斯醫學院與醫院，分別擔任教授與主治醫師前，對畢業的學生做告別演講時，所談到的平靜心 (Aequanimitas)，針對其中的一首詩再引述一下。林院長知道我個人對 Marcus Aurelius 的這首詩有特別的偏愛，這首詩係出自 The Meditations，book 4，sect.49。

而我自己對那首詩所做的翻譯是：

你們要如屹立於海岸的岩石一般，

海浪雖不斷地打碎在岩石上，

但是它堅定的聳立在那裡，

並安撫著激起的浪花，漩渦，終使其歸於平靜。(註③)

你們將來應該朝著如剛才在宣誓時，自己所宣誓的：

「從現在開始……即使於亂世，仍能盡忠職守，屹立不搖。」

謝謝各位！

註③

Marcus Aurelius 寫在 Meditation 這本書中第一頁的一首詩；原文是這樣的：

Be like the promontory againt  
Which the waves continually break,  
But it stands firm and tames the fury  
Of the water around it.

## 追記：

每年在七年級醫學生的宣誓典禮上，我一向用心對這些學生說明並且要求的是，在課程中，大部份時間被安排在病房學習臨床工作的「應當 (intem) 醫師」，理當更「應當」在這個習醫的重要階段，也能用心學習有用的「身體診察」（俗稱「理學檢查」）的技術與藝術，以利他們在這一年中更加努力要求自我訓練這個非常實用，但又瀕臨逐漸被淡化的身體診察技術。進一步，本人更希望將來他們也會有機會、「有心」，去改變目前部份行醫者日益「唯檢驗是從」的行醫態度。因此，當天在演講的最後，我說：「最後，我要特別強調的是：『左心室衰竭』，以及所導致的『充血性心臟衰竭』，是要靠病史探尋，加上學會具有一定角色的 inspection、palpation 以及最重要的 auscultation，而做出左心室衰竭的診斷，但是最重要的，我再強調一次，還是上述的聽診— auscultation。各位請記住，絕對不要完全靠機器！！再一次請各位牢牢記住！！」

雖然目前我手中的 physical diagnosis 的「書上」（參考書籍），並沒有特別進一步談到類似我所講的「韓氏身體診察教學法」中的「左心室衰竭的診斷」部份，但是在「期刊」上則會同時談到，包括「身

體診察」、「超音波檢查」、「心電圖檢查」再加上「胸部 X- 光檢查」，這個「四頭並進」的左心室衰竭的診斷方法。因此我想，這部份就要看每位醫師對左心室衰竭的診斷的「定位」，以及「重視程度」的不同，而有各自的「自由心證」了。不過，不少醫師在每日既「百忙」又是以「有限時間」在看病之中，如何儘量不遺漏左心室衰竭病人的「早期、中期與後期診斷」，特別是容易被忽略的「早期」部份，則是我最關心的重點；更何況因為這些病人有些是「手上吊有點滴」，有些是「身體的某部份插有管子（以複數計）」，如果再加上「休克」、「呼吸困難」、「老年」、「經濟考量」、「病人意願」、「設備」、「隨時需要重複評估」等等因素的考量，則要做到「四頭並進」，不但「不可行」不說，連「三頭並進」，甚至「兩頭並進」都有一定程度的困難。如果「選項」只是「一項」時，不是「身體診察」方法，才是最經濟又有實效的方法嗎？！把這個「醫師所需要的基本本能」（陳定信院士所言）訓練到最高境界，則不但「隨時隨地」可以派上用場，更重要的是，不怕因「斷電」而「束手無策」、「功夫盡失」，就像 921 大地震時，據說有些醫師在災區就是如此，不是嗎？

### 見參考書目：

1. Wharton CFP. Problems in cardiology. Lancasster: MTP Press Limited; 1981
2. Talley N, O' connor S. Clinical examination. 6th ed. Chatswood: Elsevier; 2010
3. Scoartz MH. Physical diagnosis. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1989

註：「本文內容轉載自《當代醫學》月刊第 38 卷第 8 期第 612 至 615 頁」