

## 讀與學

「以我的看法，都是 Snell 好，插圖多，英文又淺白，又有 Clinical notes。我當年讀 Snell 不知多麼輕鬆。」一個高年級的醫學生迎新會的一個晚上，以充滿自信的口吻向我這樣說，眼中露出得意的神采，他 Anatomy 的成績想是不錯吧。

我叫寶基，同學叫我「寶姬」，或許我有點娘娘腔吧。預科時是讀生物班的，八月尾確實知道自己入了醫科後，心中好不開心，為了希望盡早認識新的環境，所以參加了這個迎新營。

又是另一個晚上，同組的組長問及我課本的問題，他比較中肯地說：「我以前是讀 Gardner 的，Snell 我雖然未用過，但我覺得這兩本書都足夠應付考試，只不過 Gardner 除了 facts 之外，還多了一些比較有系統的基本概念。」言下之意，他自己就是一個 Gardner 擁護者。

我當時對這些話倒沒有多大的感覺，但是到了開學的時候，問題就來了。首先是 Professors 向我們介紹什麼是生理學、生化學、解剖學、顯微解剖學、胚胎學；什麼時間是 Lecture、tutorial、Practical、Seminar 等等。總之名目繁多，數不勝數，真把我這隻剛從井底爬上來的小青蛙，嚇得啞口結舌，一方面感覺點慌張，另一方面又慶幸自己能夠接觸這麼多的新事物，心中暗想：「大學真不愧為『大』學。」

到了開學後大半個月，課本的問題又再冒出來。除了生理學用的書比較統一外，生化學及解剖學的書籍都有很多的選擇，而每本書都比得上磚頭般厚，以我這個用筆記「餵養」成長的預科生，當然不敢妄想博覽羣書。初時還可以這本書看兩看，那本翻兩翻，希望能找到一點線索。殊不知這麼一翻，便連

陣腳都打亂了，過了近兩個月還未能安定下來。幸好在時間的壓力下，在最後關頭終於毅然選用了 Stryer 和 Snell 作為「班底」，慢慢地逐步適應，這難題才給解決了。

關於上 Lecture 和 tutorial 的事，可以寫的實在很多。起初同學們上 Lecture 都非常積極，講師一開口準備「過招」時，他們都已經盤膝結馬，隨時準備接招，好像要把一切口講手劃的都通通速記下來。這個形勢維持不了多久，這份耐力就漸漸地被磨平了。反之，遲到及較腳的同學一天比一天多，到了後來，每有 Statistics 和 Biochemistry 時，都會有一股「逃亡潮」！

Lecture 的情形更為「有趣」，我起初對 Tutorial 的期望十分高，滿以為可以充實在 Lecture 時學到的東西，所以第一次 tutorial 的準備功夫做到十足，那知 tutor 卻作東道，和我們在 Canteen 飲下午茶，第二次 tutorial 又和我們大談風花雪月，聯絡感情，到了「散場」時，才問我們一聲有什麼問題。另外一科的 tutorial 亦未見有什麼特別，事前我們每人各分派了一條題目，到了當日便在 tutor 面前背誦紙上的答題，tutor 則在旁唯唯諾諾，漫不經心，最後總回報一聲「Good」，或「Well-done」（假如心情好的話）。曾經有同學背誦時漏了幾行，以致前後根本連貫不通，但是 tutor 仍然還是那一聲「Good」。話說過來，解剖學系的 tutorial、Seminar 等都做得很好，不單只給我們一個溫書的機會，而且還提供了學習的重點和基本的概念。

至於做實驗的情形，也還是虎頭蛇尾。開學初期，大家在解剖屍體時都比較認真，普遍來看，每台的成員都有參與。其後，散漫的風氣逐漸擴散，到了學期尾，通常都是每台一個同學指示，另一個同學動手，剩下的四個不是閒談玩笑，便是四出交際，川流不息。有些則整天對着課本默唸，口中唸唸有詞。據可靠消息來源，有些同學竟從未動

手解剖個屍體的。正是：「六人一屍，三人一邊，一人讀書，一人剖屍，四人 Fussy。」

我們除了要應付 Lecture、tutorial 外，其餘的時間大都要花在溫室和讀書方面，所以圖書館就是我課餘的去處，每晚十時左右，一個人便獨自回家。每次我步上沙宣道時，都不期然的看那幾盞淡淡的街燈一眼，心中正在感謝它們給那死寂的斜路帶來半點的光，突然間兩炬耀眼的火球在眼前橫掃而過，一團黑影隨着一陣馬達聲過後，一切又回復那樣的寂靜，我自然地便會加快腳步，趕着早點回到溫暖的家。

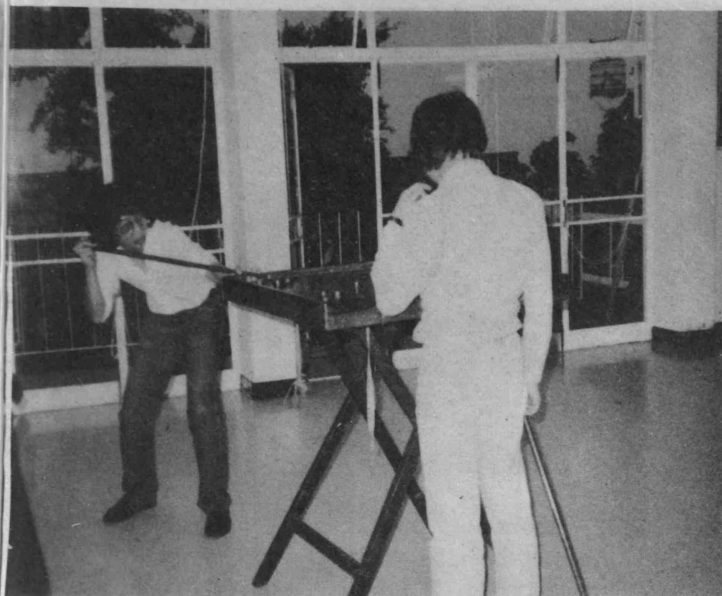
## 課餘時

在這個「普世呼騰」的時候，要我說說醫學生有什麼課餘活動，豈不是一個天大的笑話？

其實，醫學生都是人，所以，我都是人。因此，我的課餘活動，和其他的「人」都沒有太大的分別（當然嘛，我都不會有什麼不良嗜好，即使有的話，我也不會寫出來啦！）當星期三下午有空的時候，便約三五知己去 Sports Centre P. E.，平時假日有空便去行街，看戲（雖然拉記都有不少好戲上演），打波，Fussy 等等，十足一個有為青年的正常嗜好。至於搞活動，本人卻沒有多大的興趣，原因好簡單，因為平時若果是腦子還有 Delta 咁多空位的話，何不塞多兩三個解剖學的名詞去「塞」人？說實話，我總是覺得自己不適合做「大搞手」，因為，小弟提起「開會」兩個字，就雞飛狗走，更不用說要開什麼 AGM，開十三小時會議（今年 Medic 的 AGM 由六時開到翌晨七時，已算是一個很「順利」的 AGM 了！）所以，我非常明白為什麼「港大製造」的人大都口水多過茶，可不是嗎？那些某某議員



# 讀與學 課餘時 MINI-HALL 生涯 住 Hall 感



還不是大部份都是「港大出品」的嗎？他們有幾多「口水」大家都心裏有數了！

不過，話分兩頭，我倒是很佩服那些肯犧牲自己的時間，精力的同學，他們的犧牲精神，真的令我佩服得五體投地。舉例來說，今年醫學會內閣的競選口號「培養公德，發揚民主精神；擴闊胸懷，客納他人他事。」真是一個腳踏實地，毫不誇張的口號，而「做好醫生」難道又不是每一個醫學生夢寐以求的理想嗎？

醫學生的性格是以自己為中心的！這句話的準確性究竟有幾高呢？大家曾否試過 Reunion，和以前中學的同學叙舊呢？每一次的叙會，雖然自己以前三番四次地提醒自己，不要祇顧着和其他 Meidc 同學高談闊論在 Medic 所發生的事，但是，每當說話的時候，總是有意無意地又說了一些在醫學中心所發生的事，如某個講師好 Fussy 㗎，某個講師好憎人遲到㗎……等等，到後來，有回應的還祇是那幾個 Medic 的同學？他們的話題，還不是環繞在醫學中心的事？似乎自己沒有好好地為那些曾經為了入醫科而奮鬥但是失敗的同學設想，試想想，當他們怎聽得到你們說 Medic 裏的事，心裏感受又會怎樣呢？

成為了一個醫學生，可算是一件很幸運的事。但是，在幸運之餘，你又可能會想過你的 A 和 B，會是由多少人的 D，E 甚至「肥佬」而「拉」Curve 得來的呢！雖然，「公平競爭」，「物競天擇」，「適者生存」，但是，在你慶幸之際，又有否花費一點兒時間，為那些正在努力地重考的同學，講一講自己讀書的心德呢！須知道去年今天，你和他可能是患難之交，齊齊拚命地準備大學入學試。此時此地，你自己「過海成神仙」，有否回首看一看他們的需要呢？

在醫學院裏，唯一的娛樂，就是「齊齊吃飯」！可不是嗎？我的幾個朋友，都是「拉記」常客，由朝坐（鋤）到晚，最快樂的時候就是一齊吃飯，大家有說有笑，飯後還有一項餘慶節目：「猜雪糕」，邊隻「水魚」猜輸咗，就要

請成怡人食雪糕，何況最近陳蕉琴樓食堂又「賣大飽」，雪糕八角一杯，抵到極！不過，輸了的那一個可就慘了，不祇蒙受金錢上的損失，還要被同籌奚落一番，連「牙較」都輸埋（TM Joint Dislocation）。

Medic 人情紙咁薄，其實未必。祇要你肯開放你自己，以誠待人，正所謂「精誠所至，金石為開」，總會交到一些志同道合的朋友，在這段漫長的人生旅途上，互相驅策，互相勉勵，對於「做好醫生」來說，是有莫大裨益的哩！

## MINI-HALL 生涯

「鈴鈴鈴……。」一陣急促的鐘聲劃破早晨的寂靜。

「喂！好起身啦，七點十啦。」一骨碌「彈」了起來，急忙穿衣洗面，幸好盥洗間沒有人。

往窗口望出去——立刻把我嚇了一跳——巴士站的人龍蜿蜒千里，但巴士卻連影子也看不到。

「今天真不知是什麼日子！」心裏咕嚕着。

匆匆忙忙「梗」了六塊方飽，把書袋往肩上一搭便衝出門。這個時候搭巴士一定遲到了；但其他堂友又無影無蹤，亦不見隣座舍堂的同學，想集體乘「的士」也不行。沒法子，只好施展「神行太保」的輕功，穿過地盤，馳往沙宣道去。

八〇年九月初，天氣仍然很熱，學生會的迎新營快要開始，很多人都在外面找住的地方，我也不例外，不斷找着，找着。「巨人」告訴我他的舊同學還欠幾個人才能湊夠數目租一個單位，於是我就連忙約了三個舊同學加入。在與業主簽約前夕，有多人突然退出，我們正在徬徨間，剛巧「鬼佬」和「老鼠仔」

一班人也在找地方，就這樣，我們一羣一年班醫學生就一同搬進這個三房二廳，背山面海的單位裏。

起初，母親擔心我們會合不來，但晃眼大半年，我們不但相處融洽愉快，而且互相幫助，十分要好，可能大部份原來就是已經相識的同學，大家比較熟絡罷。我們日常生活的節奏大多數都頗為簡單！返學、上堂、坐拉記、返 Hall。有參加各種活動的亦大不乏人，既有人「翻身」下去為幹事會做事，也有人全心全意地讀書，不參加任何活動。更有人既勤書，亦娛樂，也搞活動。

在大舍堂裏，甚為注重「舍堂精神」，以致令人有時身不由己。我們的「自辦舍堂」則沒有這種「麻煩」。大家會盡量尊重其他人的習慣，不過這並不表示我們不團結。例如「笑口棗」要搞大型活動而極需人手時，都會動員大家堂友。我們互相切磋功課，交流筆記，甚至在應付統計科的功課時，曾有一次全人類抄一人答案的情況出現。

有人奇怪我們這麼多人，為什麼不在舍堂內弄晚餐？每人分工合作，不是很方便嗎？道理很簡單，我們全部是男孩子，對「買餸、煮飯、洗碗」都無甚偏好，這些工作既麻煩又花時間，於是一日兩餐都在陳蕉琴樓解決，只有早餐例外。亦正是這個原因，導至廚房內蟑螂特別猖獗。每天早上大家出門時總是匆匆忙忙的，回來時卻已是暮色四合。早上吃剩的麵包果醬等都一股腦兒的放進廚房裏，回來時又沒有人記得清理（其實即使不是匆忙，亦未必會放好），於是惹來蟑螂的覬覦。初時只是偶有一兩隻小東西出現，大家亦沒有放在心上，其後愈來愈多，有時竟十多隻排隊齊出，我們才驚覺到外來的蟑螂已在廚房「落葉生根」並且「開枝散葉」。大家忍無可忍，於是放蟑螂藥噴殺蟲水，大隻的蟑螂橫屍在地上的是不少了，但一些小東西仍橫行無忌，我們可拿牠沒有辦法，只好聽天由命。如果我們之中有女孩子的話，可能不致弄到今日的田地

，她們不會像我們這般「忍耐」吧！

舍堂的設計以簡單為原則，因為最主要的是讀書和睡覺，所以沒有電飯煲，電視機，洗衣機，不過卻有錦煲和鐵鍋給大家煮宵夜或早餐之用。

不知是否缺乏運動，習慣吃宵夜的堂友都增了磅，長了肚腩，但願只是身體發福，考試不「肥」。為了發洩讀書的苦悶和調劑一下生活，我們設置了飛鏢，象棋，圍棋，拉力器和跳繩等供各位堂友消閑享用。

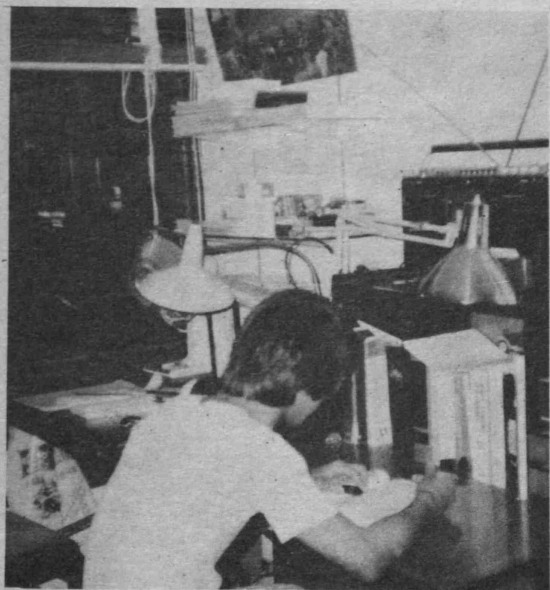
周末是最冷清的日子，大家都回家「省親」，共聚天倫，一方面拿衣服回家「洗」，另一方面拿錢回來「洗」，一舉兩得。回到家裏的感覺是特別舒適的，每次母親總是喧寒問暖，餸菜也特別豐富，和陳蕉琴的例牌菜式有雲泥之別。

記得在開學前，在學生輔導處辦的讀書技巧講座上，有一位講者指出自辦舍堂不宜讀書，因為大家會煩悶「Fussy」，妨礙溫習。當時半信半疑，現在事實證明他的大半。如果大家尊心，效率是沒有問題的，而且書籍取放方便。可是假若有人開了話題，便一發不可收拾，你一言，我一語，終於把光陰耗在「Fussy」裏。因為我們舍堂的設計是把書桌全部集中在廳內，房間只用來睡覺，這種情形更為嚴重。所以經過了學期初的個月後，雖然有些堂友仍然很早便回來，其他人都非坐至圖書館「打烊」不走了。

我也不知道是否有必要住 Mini-Hall，起先本來是因為居處離沙宣道太遠，往返需時。不管怎樣，搬了出來住後也學到些兒獨立，懂得照顧自己，且行動亦比較自由。

夜深了，對面大廈的燈光陸續的熄滅，只餘下自一些房間內透出來底昏黃色的燈光，和夜的靜寂，燈下的人兒，不知是否和我們一樣為了要應付考試而苦讀呢？





## 住 Hall

有人說，住宿舍該是多采多姿的大學生活中一個重要的環節。此說是否屬實，想是因入而異。醫學院上了一年，Hall 亦住了一載，提起筆來描述一下，感覺不知從何說起……

× × ×

### 迎新

迎新是宿舍全年最重視的節目之一，但各同學對迎新反應就很不同了，有的視為負累，有的則痛快盡情地享受那些節目。其實，雖然節目的質素不一定好，組長不一定完美，但對於一個新丁來說，這兩個星期還是值得的，因為迎新往往會影響自己日後在宿舍的發展和熱心程度，好的開始往往是成功的一半，不是嗎？

其實，面對種種迎新的冷淡氣氛，除了埋怨新同學外，傳統的迎新節目又是否有改進的必要呢？畢竟這是八十年代阿！

### 開放日

一年一度的宿舍開放日亦是宿舍頗為重視的節目，它包含了兩大目標，介紹宿舍給外間的人認識和增進堂友間感情，但前者很難達到，因為參觀者不多，而且大部分是大學裏的人，反而堂友在開放日前數晚「搏盡」趕工當中，彼此確能體會同舟共濟的情誼。開放日還帶來了一個意外的效果，就是讓堂友們和家人一敘天倫之樂。試想，和爸爸媽媽與兄弟姐妹一起遊覽散步的機會，在我們來說，的確是不可多得的！

### 交流

住宿舍的一個後果就是變了「夜鬼」，不是開通宵「鋤書」，而是與其他

堂友「傾偈」，可謂「快活不知時日過」，站在健康觀點上，當然不好，但如果能夠與人真誠的交流，抒發自己對事物的見解，彼此互相認識，即使損失幾小時睡眠，亦非常值得。事實上，這些機會除了住宿舍又怎能得到呢？可是，淡泊的人際關係，沉重的功課壓力，卻已漸漸把這些機會減少了。

## HALL CHEER

初入宿舍，感受最深就是叫 Hall Cry、Hall Cheer。當一大羣人無憂無慮、豪放地大叫自己宿舍的口號、為自己宿舍打氣時那種暢快和投入感真是難以形容，好像是渲洩了內心所有憂鬱似的。也許大學生本來就需要不時舒洩一下那些不斷形成、不斷增加的抑鬱？

### 興趣小組

宿舍每年年初都舉辦很多興趣小組，如國語班，合唱團，時事組等，在參予當中，除了能結識更多堂友外，也可得到不少樂趣。如國語班同學宵夜時講那些「國語」，的確能令人捧腹大笑。

通常出席這些興趣小組的人都有每況愈下的趨勢，可能是形式不夠創新，可能是組織得不夠健全，可能是由於同學的熱情退卻得很快，可能是……可是，無論如何，從參予中的確能領略到一些新的感受，知識，多或少則要視乎你參予的熱心程度了。

× × ×

胡亂寫了點兒，對舍堂的生活，想亦未有全面描畫。不過，希望大家亦能從中得知一二，了解我們住「大 Hall」的生涯！

## 感

×

在秋風送涼的日子裏，踏着疏疏落

落的黃葉子，我昂首走進了這所偌大的校園。

嘴角掛着禁不住的笑容，胸口被喜悅滿溢。「醫學生」，一個多麼令人興奮的名稱，它彷彿是光明、璀璨、美好的前奏曲。

記得開課的第一天，快步下了巔簸的七號巴士，奔過馬路，斜斜的沙宣道在眼前伸展。腳步略為遲疑了一下，似乎興奮得有點不能自己。夾道的林蔭，在枝桠中流瀉下來的光線，微涼的秋風……一切都那末美好，陽光也彷彿特別漂亮，空氣也彷彿特別清涼。

白袍，聽筒，杏林，大國手……既近又遠。

「嗨！」背上猛地給拍了一記，回轉身子，是一張熟悉的面孔——兄弟當時認識的「高個子」亞明。「我叫×××，你呢？」在營裏，我們總是熱誠地向自己組的同學打招呼！悄悄地往他面上一瞧，喜悅竟是同等的光亮。

與他一塊兒往下走，邊走着，一個念頭閃過——這天的醫學院，究竟載了多少的喜悅，多少小伙子的夢想，多少你我他一式的興奮？

秋去春來，花落花開。李樹芬樓外那棵會開紅色大花的象牙花樹（？）早已抖落得滿地嫣紅。在這裏「泡」上了半年多，感受由新奇變成熟稔，心情由激動轉入平淡，走在沙宣道上，只帶着一身子的匆忙！除了小部份同學外，點頭、微笑，便是對一些似曾相識的同班同學的交往。

入了大學，覺得大家都有自己的性格，不像在中學或預科的那末容易受人或感情所影響，似乎事事皆有自己的一套。由於大多數人都有這種「自我」的心理，「純真」的友誼，已很難再在同學之間出現。是的，如果自己不誠摯對待及信任別人，又怎能要求別人把你當成知己呢！

自「晉身」Medic之後，在家裏的「地位」也像提高了不少。有時候胡亂說點醫學常識，儼然一個大醫生，好不威風！

回想這半年多的醫學生生活，只覺得其間感受良多。我不是一個愛思想，愛反省的人，生活在我看來，是愈簡單的愈好，但打從掛上了「醫學生」的名頭後，彷彿有千百種責任，千百般疑惑，閒來便左鑽鑽，右窺窺，害得人心緒不寧，恬靜安穩竟遙不可及！我想，這便是大學式的煩惱吧！

初上臨牀前課程時，覺得 Anatomy Practical 倒蠻有趣。操刀向 Cadaver，起先真有點當「大國手」的滿足感，後來愈做愈馬虎，肉大塊大塊地刺下，Procedure一部三跳，大家都只望能快快了事！心急，「我們現在如斯『乎碌』」，上 Surgery 時能一下子改過來，認真行事嗎？」

除了開課時的數星期及臨牀前「衝書外」，這半年就彷彿都在「乎碌」中渡過。不是自己特別懶惰，而是覺得學習生活好像漫無目的的。病人還沒有機會見得到，課程又似乎沒有太多 Clinical relevance，想來想去也不知道這樣「勞役」自己一年究竟有多大用處！

是的，還不到一年的光景，就是有那麼一大堆的不明白。有時候，夜色欄珊，書讀不進腦袋，會這般想：「五年過了五分之一，我有那一點像了個醫生。書在 Term-test 後都隨試卷一併送還 lecturers (M. B. 怎樣過，天曉得！) 自己無心自問，Admission 時想出來一大串的醫生需具條件，半條也未有培養得來，難道真的是希望在臨牀課程？」

愈想愈迷惘……

有一天在 Pauline Chan 走盡盡頭，不知誰搞了個書展。自 Canteen 中走出來，大夥兒也就停下來逛逛看。胡亂挑了本平價書，回家後也沒放在心頭。

又是一個靜靜的晚上，應付 Anatomy tutorial 需要的百多頁 Snell 已翻看過一遍。看看腕表，才十一點多。盤算着該做點什麼時，那天買下來的一本書猛地映入眼簾。自書架上抽了出來，仔細看看，才發覺是突破主編蔡元雲

# 「病向淺中醫」

陳至正

一九八一年度健康展覽已定於九月十五至十八日一連四天在大會堂低座展覽廳舉行。是次展覽的題目為——「病向淺中醫」

我們舉辦健康展覽，主要是希望透過展覽形式，作為醫學生對市民的一種服務；並藉着同學間的合作，增強大家的友誼和聯系；我們更希望通過籌備工作，使醫學生對社會的雖要有更深的認識。

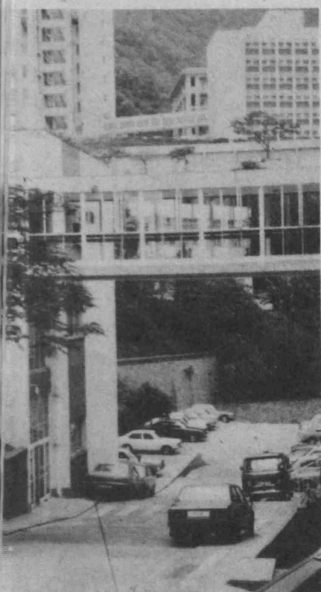
籌備委員會自去年十二月十五日成立，即積極展開籌備工作。我們走訪了各有關人士，如顧問，醫學會主席等，以吸收多方面的意見，我們發覺到香港市民對於一般嚴重的致命疾病，如癌症，心臟病等，已有相當的警覺性，蓋因有關於這方面的資料，在報章和雜誌中已一遍又一遍地重覆，市民亦已看膩了。所以我們希望把重點放在一些較為普通而又困擾的疾病中（例如感冒，胃病等）。由於這些疾病較為輕微，所以往往為市民所忽畧。然而在日常生活中，卻有盈千累萬的市民被這些疾病所困擾，其對大眾的健康有着深遠的影響。因此我們決定對一般常見的疾病作一個全面性的介紹，希望藉此能幫助市民對一

般疾病的預防及早期診斷有更深的認識。而展覽亦因此而命題為「病向淺中醫」。

自開始工作以來，一切進行得相當順利。在財政方面，我們得到法國施維雅藥廠的全力支持，省卻了不少籌款功夫。由於經費頗為寬裕，因此我們希望能夠在宣傳上做多一點，藉此吸引更多的觀眾參觀。在展覽表達形式方面，我們力圖擺脫傳統的文字敘述，而代之以圖書、模型、幻燈和電影等，以增加展覽的趣味性。同時為增強觀眾的投入感，我們將在可能的情况下，為市民量度血壓，作驗小便示範等等。

資料搜集工作將於考試後立即開始，並計劃在八月月上旬舉行一次小規模的預展，希望能夠將展覽內容做到完美無瑕。我們更會配合迎新活動，向八六同學招手，帶領他們擔任展覽的現場講解工作，作為他們加入醫學院後為市民服務的第一步。

健康展覽是醫學生的展覽，我們衷心期待着你們的參與和支持。希望各位同學能積極地提供寶貴的意見和指導，透過大家的努力，使是次展覽更精采，更成功。



醫生的「醫者心」。一口氣看了大半，心裏對這位醫師欽佩不已，也愈發覺要當一個好醫生實在不容易！

生、老、病、死、痛苦、沮喪、枯萎、離別……醫院裏底病房不可能只是白窗簾，白床單，白袍！回想自己這大半年的渾噩，不禁有些兒慚愧！

是的，人都這麼大了，為什麼還只是巴望能夠在別人的帶領下，指引下向前走？為什麼總是埋怨課程沉悶，老師不善？難道自己就不需要負上一份責任嗎？

兩年預科的挑燈夜讀，考 Matric 時的惶惶恐恐，報 Medic 時的諸般憂慮……我竟忘了年前的一切努力，這不是希望能實現自己當醫生的美夢！

以前看「杏林雙傑」的時候，總會被「加能醫生」的仁愛勇敢事蹟感動得不能自己，也憧憬着自己日後當上醫生後的種種神氣。是的，要當醫生是我自己的選擇，但，在醫學院混完五年，「美夢」就能實現麼？

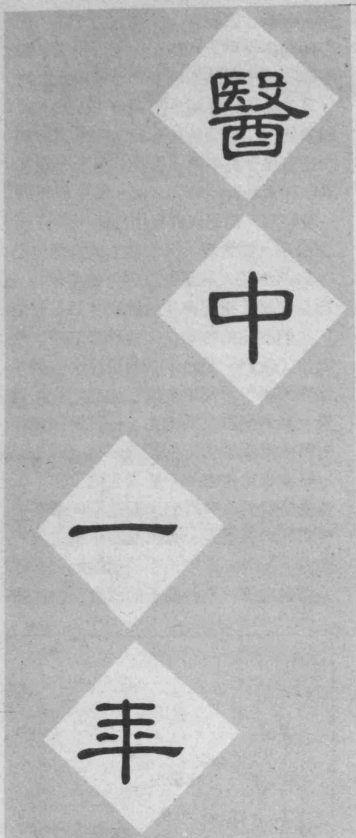
夜正肅。一陣清風徐來，精神為之一振。

對，要當個好醫生，醫學院只是開始，不是尾聲！

年青人的路，該由自己去創造，去開拓！在艱苦中，在藍天下，年青人額上，該閃着為理想奔馳底汗珠……

作者：

王榮祥  
鍾子光  
鍾錦文  
莫鎮安  
郭昶熹  
溫淑瓊  
陳偉光



Trandate<sup>®</sup>  
effective in all grades of hypertension.



- One single drug with dual action on both peripheral vasodilatation and beta-blockade
- Produces a more normal circulation
- Controls blood pressure evenly throughout the day and night
- Favourable side-effect profile
- Simple twice daily dosage

References  
Br. J. Clin. Pharmac. (1979), 7, 165-168  
Br. J. Clin. Pharmac. (1979), 8, 1195-1235  
Curr. Med. Res. Opin. (1980), 6, 677-684  
The Practitioner (1980), 224, 841-844

Glaxo

Trandate<sup>®</sup>  
(labetalol)



# GENERAL PRACTICE 在香港

## 引言

香港醫療服務，普羅大眾會認為極之不完善。而在我們這些對醫療界稍有認識的人，都會認為除了不足之外，醫療服務架構方面（Health Care System）亦是一個很大的問題。往往我們會忽略了在整個醫療服務佔有重要位置的人——普通科醫生（General Practice—GP）。根據非正式的統計，現時有三千多名註冊醫生，其中百分之八十是私家執業的普通科醫生。而他們則負起全港大部份的醫療服務，特別是基本醫療服務（Primary health care）。市民，甚至醫學生都對這些人士不大熟識。一般人對於私家醫生的認識都是止於「收入好」及「工作忙」而已！但事實又是怎樣呢？我們對於一些較深入的問題究竟又認識幾多呢？在這個專題的第一部份，我們嘗試介紹一些GP感受。

## GP, GP

前數天，我問幾位同學以下兩個問題：

「你們心目中覺得私家醫生的生活是怎樣的？」

「很忙，私人時間非常貧乏，不過收入會幾好。」多數人都這樣說。只有一位同學則認為：「私家醫生的生活比醫院醫生有規律，夜間工作的機會少得多。」

「那麼，你們有沒有考慮過當私家醫生呢？」

「沒有。我比較喜歡醫院裏工作；工作環境與時間都比較好。」

「不會。我不適合商業性的工作；私家執業未能達到我的理想。」

「至少畢業後十年之內不會。如果真的要當私家醫生也希望不做個割錢的醫生。」

「我不否定這個可能性，因為我覺得私家醫生還有其能發揮之處。我認為除醫病之外，私家醫生還可以担着健康教育角色。我很欣賞這項功能，若果能辦到的話。」

以上雖然只是幾位同學的意見，但都已經反映了一些不同的態度。為了進一步了解私家醫生的執業情況，他們的生活及與病人的關係，我便約了幾位私家醫生談談他們的境況。這幾位醫生分別在新區、西環、香港仔等地區服務，都是執業十多年的醫生。

雖然得不到確實數字，但香港多數醫生都是私家執業是人所共知的。他們通常是畢業後在醫院工作幾年後掛牌。據一些局內人士稱，近年來新畢業的醫

正如剛才所說，有八成的註冊醫生是普通科執業醫生，我們可以預計大部份的醫學生都會加入這個GP行列。但是這五年的醫學教育是否有一個充足的機會使同學知道什麼是基本醫療服務？怎樣才算是一個普通科醫生？我們對這方面近乎無知。

隨着社會的需要，醫療服務的性質亦有所改變。在這專題的第二部份，我們會討論這個問題。醫學教育（undergraduate and postgraduate training）的改變也是為了適合醫療服務的需要。一個普通科學系（Department of General Practice）的成立似乎事在必行。在這專題的第三部份，我們嘗試介紹這個未來學系的籌備過程和它的工作。這個專題的最後一部份——藍新福訪問記，我們希望使同學知道政府的醫療衛生政策。

最後，這個專題只能作為一個初步的討論，若果要對執業普通科醫生問題，基本醫療服務有深入的認識，恐怕只待同學畢業後去體會了。

生似乎愈來愈早掛牌，如果此乃事實則不是一個健康的現象。不過姑勿論早或遲，總之掛牌就給人一個搵大錢的印象。然而醫生掛牌的原因是否就這樣單純呢？

「我想要分開幾方面討論。當然我們不能抹煞經濟的因素，但一畢業就準備掛牌賺錢的人畢竟佔少數。就以我們這一輩來說，很多醫生都是因為在醫院裏面等升職等到氣結才決定掛牌的。而一些在醫院裏面的頂尖兒人物又可能想轉換一下環境，祈求進一步的個人成就感而掛牌的。總括來說醫院缺乏發展的機會是主要的因素。」

無論為了什麼理由「出道」，當一個醫生決定了私家執業之後，他要面對的將是一系列新問題：醫務所啦，病人的數目啦，員工的管理啦等等。若果這位醫生正在醫院服務，他當然有機會熟落一些病人，但根據有經驗的醫生所說，香港的病人萬事方便為要，因此醫務所的位置很多時都是決定性因素。最理想者，當然是人口密度高，競爭少，位置當眼且方便；但近年來香港樓價飛漲，普通的租金動輒要十多元一呎，新執業的醫生多數都沒信心甚至沒有能力在旺的地帶開診所。另一方面，房屋署的屋邨卻提供了不少有利的條件。這些單位都由政府撥交屋邨醫生協會（一個醫生的組織，現有會員八百多人）抽籤分配。以四月尾一次抽籤為例就有三百多個會員競投幾個單位，其爭之熾可見一斑。

當醫務所安頓好了，護士請好了，藥買好了，真正正的私家執業生涯就要開始。在頭幾年裏面，一般醫生都為爭取固定的病人而操心。一方面要應付租金與護士的人工，另一方面也希望逐年還本。但據有經驗的醫生說，只要抱着事事為病人着想的宗旨行醫是不愁沒有

病人的。很多執業多年的醫生其實都為工作時間過長而煩惱。

一般私家醫生為了病人的方便，開診時間多為早上八時至中午或下午一時不等和下午四時（或五時）至晚上九時。以前的工作時間本來是短一點的，但競爭使工作時間愈來愈長。當然這對病人是方便了許多的。醫生的活動一般都集中在兩輪診症時間之間，即午飯後的一段時間。他們或許家中小睡，或許小量公事、開會等，又或許三兩打球運動，鍛鍊身體，甚至雀戰四方城亦有的。總括來說，掛牌醫生的社交生活很有限，他們空閒的時候，朋友都在工作，朋友放工他們又開始下午的診症。一週工作六天半，看電影也成了他們可貴的娛樂。談到家庭生活方面，一位資歷較深的醫生感受甚切。他強調要將這點帶給一般醫學生留意。一般醫生的工作（尤其是掛牌的）會影響家庭生活。最初夫妻間的問題不大，大家都為小康之家而努力。及後三數年，妻子就開始有微言。再過幾年，「做妻子的就會向你宣佈

不準兒子以後做醫生！」再過幾年，再沒有好轉的話，離婚的機會是很高的。他們會引用一個例子：年前曾有一位工作多年的私家醫生的女兒與「明星」同性戀自殺，及後那位醫生亦因心臟病發死於工作之中。這些家庭問題主要是源於醫生的工作時間與一般人不同，假期差不多絕無僅有，在家中陪伴妻兒的時間當然少了。本來一些所謂「Partnership」的執業方法是可以調節一下醫生的工作時間，俾能有多一些和正常一些的空閒時間；但很可惜，基於香港市民看醫生時的消費者心理，愈多病人的醫生就愈吸引病人，這樣做成一般Partnership的醫生的病人數目參差很大；再加上一些金錢上的問題，這些少數的嘗試多數是失敗的。

「那麼，委實你們有沒有滿足感？」

「我想我們的快樂主要來自病人。」

「怎樣的快樂？」（轉下頁）



# 普通科訓練

如果發展醫療的理想是促進人類健康而不單是治病，那麼一個地方醫療發展的成功，便不會是因為有很多的醫院和病床可以容納大量的病人，反而是因為有那麼少的人須要醫院的服務。

第一線醫療服務 (Primary Care)，除了將一些須要更深入治療的病人送進第二線醫療服務 (Secondary Care) 之外，它還提供了基本的診治服務。

免疫和抗生素的發展，再加上環境衛生的改進，使大部份感染性疾病 (infectious diseases) 只須要適當的第一線服務便足夠了。隨著感染性疾病年代的過去，慢性疾病 (chronic illness) 成為最普遍的醫療問題。

如果說控制感染性疾病是醫學發展史上第一里程碑，那麼展現在我們面前的第二個里程碑便是控制慢性疾病。

而重要的是一般的慢性疾病，如果得到適當的第一線醫療服務來控制，便可以大大減少第二線服務的需要。

基於以上分析，如果第一線服務不是比第二線服務更重要的話，它也必然是現代醫療發展的焦點。

既然第一線醫療服務的重要性是肯定的，那麼提供第一線服務的普通科醫生 (General Practitioners)，如果不是比提供第二線服務的醫生和專家更重要的話，他們最少是把握着現代醫療服務發展命脈的一羣。

可是理想和現實好像永遠都是那樣相差太遠的，如果一個醫生選擇做普通科醫生除了經濟原因外，還有一番理想的話，現存的情況卻是那麼使人沮喪，望而生畏。

私人執業早十晚十的工作時間使一個醫生的社交和家庭生活變得非常貧乏。可是，令人更沮喪的是被給不盡責任和剝削病人的名聲。

事情為什麼會變得如此？如果我們願意將經濟因素暫時放下，便會發覺問題的焦點在於普通科醫生訓練的不足和知識的停滯。

普通科醫生須要專長於疾病早期的診斷和治療，慢性疾病如高血壓、糖尿病的控制，康復治療，還要照顧病人的心理健康和家庭狀況。一個理想中的普通科醫生還應該給與病人健康教育和預防疾病的服務。

可是執業的普通科醫生在這幾方面的訓練又如何呢？現有的醫科課程在這幾方面是極度不足的。病房裏的病人通常是患有嚴重急性的疾病，因此，很難看到疾病的早期症狀。此外，醫學生也不會在病房學到慢性疾病和康復的治理

。他們只是代表整個疾病過程的一部份。病房病人的心理和家庭狀況對疾病進展和護理的影響與普通科的病人更是截然不同。因此，一個畢業的醫生對第一線醫療服務是極度缺乏應有的知識和經驗。

既然醫科課程沒有適當的普通科訓練，執業的普通科醫生唯有自己摸索，他們不但無經驗，也缺乏畢業後的進修。幾年來，香港全科醫學院 (College of General Practitioners) [註] 雖極力推行普通科的教育，不少執業醫生願意經過長時間工作後長途跋涉去聽講座，看電影，讀醫學雜誌。但畢竟這些教育是不完整的和不普及的；大部份執業醫生和每年大批自行執業的醫生，仍然是那樣缺乏應有的知識和經驗。

要做好香港的第一線醫療服務，餘要解決的問題尚有很多，但無可否認，焦點在於沒有適當的普通科訓練。因此首要解決的問題是如何提高普通科醫生的水準，使能夠在診療，預防疾病和健康教育上作出更大的貢獻。

在外國，不但有定期的檢定普通科醫生的知識水平，在醫學院還有普通科學系之設。看來，香港已有點落後。現在是考慮在醫科課程中加入適當的普通科訓練的時候了。

## 未來的普通科學系

自從七七年新課程開始以來，醫學院又正醞釀再一次大改革。早在七六年課程檢討委員會在報告內指出教授普通科 (General Practice) 是非常重要的，此後成立一個獨立的普通科學系 (Department of General Practice) 的概念便產生了。

醫學院在七九年邀請了 Professor Barbar (Department of General Practice, Medical College of Glasgow) 來港研究如何改善本港的基本醫療服務 (或作第一線醫療服務——Primary Health Care)。其着重點是在於：

(一) 培養一批負責基本醫療服務的普通科醫生。

(二) 成立普通科學系的步驟。

## 為甚麼要普通科加入課程內？

在該份報告書內，Professor Barbar 指出香港是一個已發展的地區，疾

病的種類與英國基本上是相同的。而在英國三十所學院裏總共有十四個普通科學系和十六個普通科教授單位。所以香港在這方面似乎落後一些了。

該報告又指出，在醫科課程裏加入普通科是適當的。這是基於五個原因：

(一) 醫學教育的轉變——我們只能要求科畢業生有一個全面和基本的醫療知識，而這個全面的醫療教育不是單從病房教學可以做到的。

(二) 病房教學的限制——學生只能認識病房裏的病人，而這段留院時間只是整個疾病過程的一部份而已。而忽略了疾病的早期徵狀，康復的情況和慢性疾病的長期治理等。又由於醫院是一個特別的環境，社會及心理因素對病變的影響亦不常可以理解到。

(三) 疾病形式的改變——病類已從嚴重急性 (Acute Diseases) 轉為嚴重慢性 (Chronic and degenerative diseases)，所以醫科教育應着重健康教育和疾病預防。而這方面病房教育是很難達到的。

(四) 大部份專科醫生都沒有嘗試過普通科執業，因此醫科課程裏的普通科教學是他們唯一接受全面一點醫學知識的機會。

(五) 醫科課程裏的普通科教育為未來普通科醫生進修 (Post-graduate training) 鋪路。而在暫時沒有進修訓練的情況之下，課程內的普通科教育是他們唯一的訓練。

## 新學系的工作

這個普通科學系的工作主要是：

(一) 教學方面：它不但負責院內教學，使每位同學對基本醫療服務有所認識。更同時會兼顧在職醫生的普通科知識訓練 (Postgraduate Vocational training)。例如它負責培訓一些普通科教授人員，作為在職普通科訓練的基礎。

(二) 診症方面：報告指出，教學的環境應包括一所設備完善的診所，(注意：不是門診部)。診症的方法就和普通科執業醫生的差不多。這樣便會使醫學生明瞭真正的普通科醫療服務。

(三) 研究方面：報告指出香港現時所做的社會健康調查 (Medical

Social Case Studies) 極為不足。在新學系成立之後，希望在這方面的工作可以加強一些。

## 成立普通科學系步驟

這份報告指出最少有三位講師 (一位講師及二位高級講師) 才可以成立一個獨立的學系。但現時本港還沒有這方面的人才，而學系的籌備及普通科教學在學院內又是刻不容緩的，所以它提議成立一個暫時隸屬社會醫學系的普通科教學單位 (a general practice teaching unit attached to the Department of Community Medicine)。

在訓練教授人員方面，它提議醫務衛生處立刻實行籌備已久的高級衛生官 (Senior health officer-SHO) 的訓練。在這個為期兩年的訓練中，特別的課程 (由社會醫學系，香港全科醫學院及將來的普通科學系負責) 會提供給有興趣普通科醫療服務的 S. H. O.。經過這兩年的訓練，一位醫官將會被派往英國 Department of General Practice, Medical College of Glasgow 接受為期一年的普通科訓練。學成後將回港在醫學院內任講師。它預計在一九八一年有二位醫官被派往英國受訓，而以後每年派一位醫官往英國。所以到一九八三年醫學院便有三位普通科講師，而一個獨立的普通科學系便可以正式成立。第一位醫官已在本年初被派往英國受訓。而第二位則視乎財政因素而定，但相信亦會在不久之後被派往英國。由此可見，一個普通科學系的成立將會在數年內實現。

但這份報告也同時提到改善門診部的必要 (對醫生和病人都有好處)。可是目前還未有聽聞門診部的服務有些改善的地方，不知香港的醫療結構能否與提高普通科醫療服務水準互相配合得宜呢？

## 對學生的影响

增加一個普通科課程無疑增加同學的功課壓力和負擔。該報告提議到診所學習是 Senior Ward Clerk-Ship 的一部份。但倘若這個課程真是對同學將來行醫有幫助的話，我們相信同學是樂於接受這個課程的。

[註]：香港全科醫學院是一個醫生組織，它的宗旨在於提高普通科醫生的專業知識水平。



# 藍新福醫生

## 訪問記

為了進一步了解政府的醫療政策，以及對目前香港的基本醫療服務（Primary Health Care）有更多的認識，啓思記者於四月廿四日訪問醫務衛生處副處長藍新福醫生。這次訪問大致上是圍繞香港醫療界的普遍問題。以下便是訪問的內容：

（記者簡稱「記」；藍新福醫生簡稱「藍」）

### （續上頁）

「病人對你的信心和關懷啦。」他們一致回答道。

「我遇過一些病人，他需要專科醫生替他解決問題，我寫紙給他去了，他回來向我請教那位專科醫生的診斷和治療法。」

「我感受到朋友般的關懷。譬如說，問問你吃飯了沒有，就是這樣簡單的細節。」

「鹹魚，我收到不少。」  
「中環的醫生我想會收金筆。」大家都笑。

「不過我覺得這些都是基於大家良好的關係。一個私家醫生最重要的是要去解答病人心中的疑慮。很多時病人最覺欣慰的和感到最幫得忙的是你給他的意見及替他所作的安排。我認為自己不懂的就要說不懂，就應該替人家找個懂的幫忙，我敢肯定病人會感激你，你不會失掉這個病人。」

大家都很同意。

「這樣說來，我覺得大家應該對至少部份的私家醫生改觀，他們都是有理想的一羣。」

「我覺得學生哥的理想很多時與社會脫節，十多年的社會大學對我很啓示。」

「學生應多留意時局，這是影响着每個人的重要一環，當然也影响到你能否或怎樣去達到你的理想。舉個例說明：近年香港前途的不穩定已做成普遍不安的情緒，很多醫生為了未來有個保障都轉行掛牌，做成競爭愈來愈大。又譬如最近談得很熾的醫藥分家問題，這肯定會給病人、醫生及整個醫療結構帶來很大的影响……」

× × ×

以上的討論當然只局限於幾位醫生的心得，未能窺全豹者。但大部份同學未來都會私家執業是必然事實，私家醫生是醫療服務的重要一環也是必然事實。當然辦好香港私家醫療服務就應該是衆多同學的理想。你承認嗎？

記：藍醫生認為基本醫療服務的主要目的是什麼？

藍：所謂「基本醫療服務」，有三個主要的目的：第一，是要診斷出那些傳染性的疾病，如霍亂、鼠疫等，把病者送入醫院接受隔離治療。第二，是將患重病的病人送入醫院或專科診所治療。第三，是醫治那些不需要住院的病人，減輕醫院的負擔。

記：目前香港的Primary Care主要是由那幾方面負責？

藍：現時的Primary Care服務主要是由三方面負責：

一——私家執業的普通科醫生（General Practitioner）

二——政府門診部

三——母嬰健康院

我相信現時政府門診部包括母嬰健康院及專科門診，祇足夠應付全港百份之十的病人，其餘的百份之九十則由私家執業的醫生照顧，但根據醫務衛生處統計，這已佔上了全港醫院門診部求診人數的百份之六十六。

記：依藍醫生所說，私家執業的醫生在香港的基本醫療服務中是扮演着一個非常重要的角色。那麼政府有否考慮檢討執業醫生的水準及資格呢？

藍：現時所有執業的醫生都是向醫務委員會註冊的，須符合一定的標準才能行醫，所以沒有再行檢討的需要。

記：對目前政府門診部經常性的擠擁情況，及許多人因派籌數目有限而被拒諸門外，你的看法怎樣？

藍：通常排隊的情況祇是在早上出現，倘若病人能在下午或晚上求診，便可以免去久候之苦。對於診籌數目有限的問題，我們已盡最大努力去解決。現時我們的門診醫生在三小時內便要看六十個病人！另一方面，政府門診的主要對象是收入較低的市民。中等收入的人士，我們希望他們能夠到私家診所求診。其實，現時普遍的私家醫生收費也並不昂貴，許多只需要花二、三十元便

可。目前有不少人濫用政府門診，其中一個因素，可能是費用太過低廉的關係罷！

記：依藍醫生所說，平均每個政府門診病人祇有三分鐘的時間接受醫生診斷，故此不時有病人投訴政府門診醫生診症馬虎了事，你對這個問題有何意見？

藍：其實三分鐘祇是一個平均數字。一個患傷風的病人可能祇需一分鐘左右的時間，但一個需要較詳細檢查的病人可能要十多分鐘。所以診斷的時間是按照病情而定，並非每一個病人都是用三分鐘的！

記：藍醫生剛才曾經說過一些中等收入的市民應要向私家醫生求診。但當他們有入院需要時，問題可能會出現。他們既不希望由政府醫院公眾病房內的擠迫環境下接受治療，但卻又沒有能力住進政府醫院的頭等病房或私家醫院，那麼，他們豈非「無法容身」？

藍：我相信這些病人是不會「無法容身」的。目前在不少的補助醫院裏，是有私家病房供給他們的。另一方面，政府將會在新建成的醫院裏，設立更多的二等病房，以供能夠或願意負擔多一些費用的中層人士之用。

記：據一些私家醫生指出，他們是無從知道由他們介紹往政府專科門診或醫院的病人所曾接受過的治療及進展情況，故此在決定病人以後的治療時覺得有很大的困難，究竟政府會怎樣解決這個問題呢？

藍：原診醫生可直接向醫院的主診醫生索取有關病人在院內的治療及進展情況。政府醫院醫生的工作繁重，並沒有能力兼顧文件上的傳送工作。

記：就藍醫生所說的直接向主診醫生索取病人資料的辦法，我們以為其間要花費的時間一定不少。若果政府醫院能夠加強資料及檔案的系統處理，增加文職工作人員，問題不就可以減輕嗎？

藍：政府亦有意改善目前資料整理及儲存的方法。最近已有一間醫院（鄧

肇堅醫院）的急症室採用了微型非林儲存資料，而這個方法亦會在新落成的醫院採用。另外，資料電腦化處理方面，是需要時間、經費及週詳計劃的。

記：現時醫務處新近成立的社康護理服務（Community Nursing），受到不少病人的歡迎，政府有否計劃擴展這個服務呢？

藍：社康護理服務是有擴充的需要的。目前的社康護士是一些有經驗的護士自願申請受訓的。但我們面對的是各類護理人員的不足情況，所以比較重要的是先解決註冊護士及精神科護士的缺乏。

記：你認為在改善醫療服務上，最大的問題是什麼？解決的方法又是什麼？

藍：最大的問題在財政方面。如果經費充足，醫療服務定可有更大的改善。我認為政府應成立「醫務衛生司」（註）（Secretary of Medical and Health），直接處理有關醫療及衛生的撥款，而不是經由非專業高層人士決定。

× × ×

經過了個多小時的討論後，大家都覺得在一些醫療問題上，有進一步的了解。

註：目前醫務衛生處其實是一個行政機構。它是隸屬於社會事務司（包括統籌香港社會福利及醫療衛生）。所以，醫療衛生服務方面的撥款其實是由社會事務司和政府高層所決定。而醫務衛生處則無權直接干預政府在醫療衛生服務所訂出的經費。

後記：

從這次談話中，我們得知醫務衛生處其實只是一個行政機構。而改善醫療衛生服務的主要因素——經費——是掌握在社會事務司的手上。所以醫務衛生處往往只能在經費緊縮的情況下來釐訂本港的醫療服務。也難怪「有醫務衛生司成立的必要」來爭取更多的經費以改善這個「千瘡百孔」的醫療服務架構。再看今天醫療衛生開支之大，以上所說的是不無道理的。

# “BEHAVIOURAL SCIENCES”— IN THE MEDICAL CURRICUM

PEACEMAKER

‘Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.’ — So toes the WHO’s authoritative definition of health. Thus, when the health of an individual is considered, it is easy to understand that if we are to keep this all-round definition of health, we cannot dwell our attention solely on scientific, curative measures which can work only if our patients have no ‘physical, mental and social’ aspects and are no more than biological machines!

It is pretty obvious that as future medical doctors, we will become members of the health care team of this society. To realize our role, we ought, in the first place, to understand that our future practice is no less a social enterprise, so much as it is a professional, scientific vocation. This dual nature of medical practice should necessitate a training for her doctors that embraces both medical and social sciences, and with the two in close co-ordination and appropriate integration.

We have always heard of such comments as that our medical training has long been denuded of its social responsibilities. It has succeeded in providing for society, doctors who can cure and know how to ‘cure’ their way to fame and wealth but not doctors who really care, caring for patients who lie helpless before their eyes.

The introduction of the Behavioural Sciences (B.S.) course three years ago appeared to bring new promises and it did seem that we shall be drawing closer towards a fuller medical education. So viewed, the ‘young’ Behavioural Sciences course should have been warmly welcomed and supported. But — Throughout its three years of experimentation, it has been facing great difficulties, though some of which are probably solvable if more efforts have been made by the authorities concerned.

The B.S. course spreads through three terms of the second year. While attending the course, one will notice that the number of regular lecturers is

surprisingly small. Psychology lectures are delivered by two lecturers and Sociology falls wholly on the shoulder of one. As Mr. Anderson remarked, there is, at present, only one medical sociologist (himself) — within the department and his load is not shared by any full-time medical psychologists. As for the tutors, most of them work as part-time staff only and their experience with Behavioural Science is limited.

As second year students who have been attending the course for nearly a whole school year, we cannot help but wonder why this is so. Although we have not the faintest idea as to the practical difficulties and considerations of the faculty, we do think that if more resources are allocated to the running of the course, the situation may be alleviated, at least to a certain extent.

There is always the complaint among students that inadequate local data is presented during lectures. So far as we understand, Behavioural Sciences, considered as a whole, is still

quite a new discipline and local research has been scarce. Perhaps with the establishment of a ‘formal’ B.S. department in the University, more experienced academic workers can be appointed and more research will be done locally and relevant data gathered.

The coverage of Behavioural Sciences is vast. To put all into the second year has led to severe ‘congestion’. The materials presented cannot be digested adequately and students can but find sufficient time to read (and enjoy reading) the references assigned. Perhaps the timing of the course should be reconsidered, shouldn’t it? Some suggest that the basic concepts lectures may be transferred to the first year. However, amidst the tremendous workload already existing, we wonder if this addition is feasible without sensible trimming of the first year curriculum.

Numerous problems indeed!

Nevertheless, we support the B.S. course for its value in a fuller medical training.

## 生活隨筆

惠惠

『對於一個不懂得說大道理的小人物來說，生活的瑣瑣碎碎，零零星星，已是寫作思維的全部。』

有天路西區很西的一邊，那裏有一個不成樣的公園。不曉得它可算得上，可是此處有著漆油剝落底綠色橫木長椅，亂生的草叢，三兩株不知名的微禿大樹，在香港市區地帶，這難道還非「公園」不成。

挑了一張看來比較清潔的椅子，便一股腦兒放下了手中的「大書包」，端坐下來。放下沉甸甸的包，人頓時輕鬆了不少。真的，有時候懷著重重的它，裏面的筆記，file，書本，彷彿直往背上墜，心上壓，腦子裏沉！

才上了二年級，已學會許許多多鬼傢伙——

旅行袋換了公事包，讀書只望「過」，說話時多，口沫橫飛，慷慨激昂，做事時少，左推右卸，慢似爬蟲。嘴角浮起一絲笑容，不經意的，苦澀的，似是在嘲諷自己，又似是在訴說無奈！

沉默良久……

一羣孩子鬧哄哄地走了進來，手中拿著五彩的紙風箏。藍的、綠的、紅的……

高高低低、搖搖盪盪，風箏迎着輕風，齊往空中馳去。

看着看着，我似乎看見了自己身上的，心上的粗鏈子！

「Free as the wind, free as the wind, that is the way you should be!」

可是……

## 「若有所思」

不知道爲了什麼，  
每天若若有所思。  
望著天，  
看著海，  
聽著風聲，  
腦袋裏是煙，是霧。  
不知道爲了什麼，  
每天的生活都用不著心思。  
鬧鐘響，  
趕課堂，  
伏案裏是白紙、黑字。  
不知道爲了什麼，  
每天都沒法細思。  
反省嘛，  
愈想愈糊塗，  
依人訴苦氣，  
依人訴苦氣，  
依然若若有所思。

## 舊事重提

在快發霉的錢包中，找到思姐姐幾個月前給我的這張紙。

獨個兒坐在書桌前，腦海不斷泛現去年九月尾一連串的事物，似乎太突然，但我又接受得那麼平靜，不到兩天，我已外表安然無恙地再在 Lower Lecture Theatre 上 Lecture。

你不會了解我的心情，實在也複雜得我現在已記不清楚。可是我卻可肯定的告訴你我的腳步站穩了，Medic，我要讀上去的；醫生，是最適合我不過的職業，你也不會了解，因為你沒有我的經歷。

這一個「慘痛的記憶」可算是我二十個年頭裏的唯一重創，但它又是一個那麼甜蜜的回憶。患難見真情，你嘗過沒有？本來與你不多言語交往的也滔滔不絕的主動關心你，我體會到 Medic 的溫暖，在冷冰冰的 Lib 記裏，仍透出陣陣的熱風，親愛的朋友們感謝你。

然而，這陣子溫情，隨著開課、各大功課重擔再負在肩而上漸漸隱藏，可是不願意她這樣沉沉的溜走。記得嗎？你不是剛苦戰完，Term test 的 Result 仍未出呢！你覺得自己冷了麼？你的感覺似乎麻木了！用不着 Check 是那一個 Dermatomer 出問題——是你的腦袋，是你的內心！你心深處是否只有讀書過關、打個電話給女朋友、想想 Union 有什麼認中關社活動、幾時返屋企飲湯……？要是連隨時細心觀察，關心你周遭的同學也懶，那你的觸覺，愛心，到你成為「醫生」時恐怕已蕩然無存！不要把那天賦的優厚本質——「愛」——珍藏，委實也用不着吝嗇，因為她來自個活泉。

容我提醒你，3rd Term 將如飛而過，快又有一批面臨「挑戰」的「暑期工」出現，這是無可厚非的程序，然而我希望你也盡一份愛心去作事前工作。「喂，你今日讀成點？」雖是普通的一句話，它底蘊藏的力量可能不輕看。

豆豆

八一年四月八日



### 豆豆，不要哭！

昨晚送您上車以後，就哭了！您不會想像這一向冷靜的姐姐竟是如此脆弱吧？實在很後悔，過去一年幫不了您什麼！

可是，豆豆，您不要哭！不要因您的失敗而自卑，可知道我們愛的是您的本身，您成功，我們固然高興，您受到挫折，我們都很憂心，多少句安慰的話，不知該怎樣開口，只想告訴您，我們永遠關心您，愛護您，絕不會放棄！

豆豆，不必失望，更不要氣餒，人生根本就沒有保證會永遠順利，正視以往失敗的主因，勇敢地面對目前和未來吧！世界上可有很多重任。

我們期待您的笑容！

思

一九八〇年九月三十日





# MEDIC—MEDIC—沙宣道

83—84—85— DENTAL

84

When I was requested by Caduceus to write something about my feelings of the second year in a medical student's life, I planned to give a cool appraisal of the year's achievements and inadequacies. But delving into reminiscence of the past few months which have flowed by so swiftly. I emerged with only a few fragments of fleeting impressions, unformed thought coloured with hopes and anxieties, exultation and disillusion. . . So I won't attempt that clear, lucid account of second year medical life. I'll just ramble, and hope no one is offended.

I think many of us resented being dumped straight into the deep end of the pool at the beginning of the first year — submerged above our heads in lectures and practicals and the memorizing of dry details. At the start of this second year, encouraged by our experienced predecessors, many of us entertained plans to make full use of the more leisurely year. Classmates disappeared after lectures surprisingly quickly, plunging into various activities, committee posts, sports, projects. To some this may have seemed like the last chance one has of widening one's outlook and experiences before submitting oneself wholly to the medical field.

The joys and vexations, triumphs and frustrations encountered in the process would probably form indelible memories for many students. Not having participated in these activities, I won't even try and describe those experiences. But I must put in a word of gratitude to those classmates on the class committee. I think most of us are self-centred: we do want to make the best of our own lives. Most of us join in activities to better ourselves, to broaden our minds, to build up relations with fellow students, to gain experience. But the class committee has

only one goal — to serve, to serve a class which takes it for granted, to serve a class which hardly ever bothers to say "thank you". It takes a lot of perseverance and unfailing commitment to carry out those tedious tasks so uncomplainingly. . . .

This year, deprived of Anatomy practical sessions which used to "compel" us to come and go with members of our own or near-by groups, we are "forced" to seek out others of our feather. It is beyond my power to analyse what bases friendships are formed on; there must be a whole variety of them, common interest, common belief, common background. . . . maybe even the common hidden fear of being friendless? I don't know how much "voluntary choice" is involved; I can only remark that no one chooses isolation.

In our studies, we are more at liberty to proceed at our own pace, to spend as much or as little time as we chose, to go into greater or lesser depth as we wished. We were no longer obliged to keep up with the majority of the rest of the class in preparation for tutorials, as in the first year, we studied at our own sweet will, and it was delightful. I felt I could pause and reflect on the things being taught — it's much more gratifying than being a sponge! Certain highly academic subjects still bored me to tears. But the paraclinical subjects were full of fascination. Behavioural sciences opened up numerous new aspects of human character and the role of medical professional. Pathology and microbiology disclosed the world of disease — ugly, relentless threats to man's health and causes of man's suffering. No, this is no new world presenting misty horizons; this is an age-old battlefield on which men have fought and died through the centuries of time. . . .

83

三月二十日

晴

總算追着時間表了，準可以避過肥佬的大災劫吧！

離開圖書館，拿着重重的，盛滿了書本的大袋子，踏着恬靜的沙宣道，微風拂臉，看着天上的明月，伴在它身旁的白雲多輕鬆，多可愛，但願沈醉在這可人的時刻。

回到房中，剛放下大書包，噹噹噹大鐘響聲不絕，我猛然醒覺，今晚是全民大會了！怎麼辦？我要書本要考試，還是要我的全民大會呢？心中盤算着，眼看時間表剛追上，又要放棄大舉進軍的機會，你捨得嗎？不能的，不能的……，全民大會是我的，去吧！不能的不能的……，全民大會是我的，去吧！去吧！

一古腦兒穿着拖鞋短褲到飯堂看我的全民大會去了，理得他什麼蟲仔，蟲蛋，CA Breast，還有那讀到令人反眼的藥劑學，我要我的全民大會！

四月十二日

清早

今天怎麼搞的，一清早就那麼熱了，醒來還不過六時半，一手抓了毛巾，一手挽着收音機，睡眼惺忪的步向洗手

間，要把一整夜的熱，從面上洗去。

走廊裏沈沈的，大抵她們昨晚挑燈夜讀，只見洗手間旁的房門有着亮光。

一面享受着清涼的水，從面上透到身上的脈絡裏，一面聽着；口中還哼着「愛像清風似白雲……」多逍遙的清早啊！

腳步聲帶來了一個熟絡的面孔。

「早晨」

「對不起，我想讀書。」

「是的，你們考試近了吧！」我一頭霧水，心中弄不清她為何對我這樣說。

「對不起，可否把收音機關小一點……」

「啊，啊！對不起對不起。」我急不及待把它全部關上了。

我這才驚醒覺自己的錯處。

我真誠的感謝她，因她告訴我，我不察覺的過錯；因她忍受了我這麼多月來的噪音，和那凍人的歌聲。我又發現了自己的過失，好了，去改吧！

寫到備忘錄上，好嗎！準不會忘掉了吧！

但我連備忘錄也忘了看，怎麼辦？

玲

For me, this was a year of re-orientation. I must shed the uniform of the "pupil", and prepare to don the white coat of a responsible adult. I must relegate "studying for study's sake" to the past, and "study for profession's sake". I must prepare to put all my academic knowledge to practical use, to care not only for "people's diseases" but much more of "diseased people" (borrowing the phrase from 張曉風).

The second year is still a time to weave dreams. No one is denied their

rainbow of knowledge — to some it is a spectrum of colours, to be analysed or neglected; to others it marks hiding place of their crock of gold; and to still others it is a promise of tomorrow. As long as each finds satisfaction in his outlook, can be call the others fools? . . . . .

Reed - pipe

**陸慧姿**



# MEDICAL LIFE IN SCOTLAND

— Patricia Wu

編者按：

84班月前曾在上 Lecture 時出現兩張新面孔。經啟思記者查訪之下，知道他們均是在外國習醫的香港同學，趁復活節假期回港渡假。編委因利乘便，遂邀請他們動筆，在啟思裏介紹彼邦學習生涯。兩位同學分別是 Patricia Wu (Edinburgh University, Scotland) 及筆名「大招」同學（台灣中國醫藥學院）。

Scotland, the land famous for its bag pipe music, kilts and whiskey, has also in the past many decades, produced many distinguished persons of the medical profession. John Hunter, the famous anatomist, after who the adductor canal was named; Simpson, the surgeon who pioneered the use of anaesthesia in labour were only two examples. The Royal College's Surgeons, where many young doctors hope to gain a fellowship despite the very difficult examinations, still stand on the same site as it did over 400 years ago.

The medical school of Edinburgh University, like that the HKU is one of the oldest faculties and dates back to the 1300s. Charles Darwin (who never graduated) and sir Canon Doyle, the creator of Sherlock Holmes, were students of this faculty. This rich historical background on which the now highly reputed medical school was built attracted me to Edinburgh for my medical training. After having spent the latter part of my secondary education in England, I was eager for a

change of environment. And Scotland, being a distinctly different country from the rest of the British Isles, offered an irresistible choice. (And the obvious reason which led to all this was that I knew only too well that I would never be clever and diligent enough to gain a place in the HKU medical school.)

Like many 'freshers' to the university, I spent much of my first year settling down to the new way of life, (activities in Halls usually end in the small hours of the morning!) enjoying the freedom of which I was deprived while at boarding school.

Initially, a sense of bewilderment shadowed me as I sought to be accustomed to the Scottish way of living; the bitterly freezing winter with the biting cold wind, the audibly different accent, and traditional Scottish cooking. . . . But as my circle of friends widened, and work began to pile up, the days started to fall into a routine and little time was left for me to feel lost.

As with many stereotyped medical students, I was completely overwhelmed by the enormous amount of reading work laden before me, being exhausted only to carry the great big medical textbooks around. Fear crept in as more about the fortnightly Anatomy 'practical spot' examinations was heard from members of the senior years. I took a deep plunge into anatomy and worked the hardest of my

life, only to discover my 'spot' result was humiliatingly unworthy of the effort I put in. From then on I realised medical school is only a part of university life and medical students should not leave university knowing only medicine, for as future doctors, they should be open-minded, readily communicative and have a broad outlook to life. Participation in university activities could help to develop a person's character and his sociability. Life, to me, is infinitely more colourful than white coats. For the past year, I have spent much of my leisure in hiking and sailing, discovering the natural beauty of the highlands and Lochs. Such activities were just as satisfying as learning about cardiovascular physiology.

The medical school of Edinburgh runs a similar 5-year course to that of HKU. The first two years i.e. Phase I are devoted to preclinical subjects including Anatomy, Biochemistry, Pharmacology, Physiology and Behavioural Sciences presented in an attempted systemic approach, with general Pathology and Bacteriology in the last two terms as an introduction to the para-clinical phase of 3rd year. Throughout the first phase, weekly clinical correlation courses are held. These included clinical demonstrations of case related to topics taught (e.g. a demonstration in immunology may be presented as 2 cases of autoimmune diseases — thyrotoxicosis and myasthenia gravis where

we saw the patients, discussed the symptoms and pathology and finally the pharmacology of the type of therapy used.); teaching of clinical method such as ophthalmoscopy and testing of motor nerves; and study of the sociological aspects of medicine in the form of a project. I found this part of the course most stimulating and interesting. Phase 2 bridges preclinical years with the two clinical years of phase 3, and is devoted to Pathology, Bacteriology, Psychiatry and clinical attachments with a four month elective period. Students may also spend a year to pursue their interests in a pre-clinical subject of their choice at the end of phase 1 or 2 and gain a B.Sc. (Hons.) degree.

The increase in overseas student tuition fees has drastically reduced the numbers of student from Hong Kong in Edinburg. Although the government now agrees to provide a loan of 1000 p.a. (to supplement a 6000 tuition fees and an ever inflating cost of living!), perhaps the provision of more facilities of higher education locally may help to loosen the keen competition for university places and massive outflow of Hong Kong students to other countries for study. As many of the students who study abroad would agree with me, being home is always best; but now, even the joy of being with our own people in a home environment has become a rare commodity for many of us.

## 醫學教育在台灣

大招

現在我想和大家談及台灣一般醫學院的情形。台灣現時有七所醫藥學院，國立的有台灣大學醫學院、陽明醫學院。而私立的有中國醫藥學院，中山醫學院，台北醫學院，高雄醫學院，最後一所是國防醫學院，是一所軍校。

各醫學院通常都有數個學系，如醫學系，牙醫，藥學，護理，有些學院還有公共衛生、醫事技術、復康等，只有中國醫藥學院開設有中醫系，而各護理系只招收女生。

全國大學都是用學分制度，每系都有其必定的學分標準，學生要修滿所定的學分才能畢業。每學期都有固定的學分，如有不及格，只可補考一次，補考不及格，便要明年重修那個科目，有些校方規定，如不及格的學分超過全學期學分的半數，便要離校。

第一年課程是普通課程（每所學院都一樣），科目計有國父思想，中國通史，中文，英文，憲法，而醫學院還有拉丁文（日文或德文選修），有機化學，分析化學等。

談到醫學系方面，全個課程是以七年完成，畢業後頒以醫學士學位。留於校內期間，各大學都不同。通常都是留校五年，第六年到醫院見習，第七年實

習。在校期間通常臨床科目都是在本身學校的附設醫院上課。到見習和實習時，有些學院是以名次來分發醫院，成績好的，校方多要他們留在自己校方的附設醫院，而其餘的分發到全國一流的醫院如榮民總醫院，長庚，馬階，仁愛，國泰，三軍總醫院等，但成績比較差一些分發到一些二、三流的醫院，但這是佔很小的數目。有些學院則只將全部學生分發到一所醫院如台大醫學院的學生全部到自己校方的台大醫院，國防醫學院的學生則到榮民總醫院實習。畢業後的學生要考取國家醫師執照才能成為一位合格醫師。

學生質素方面：全國一切教育施政是以教育部為最高機關，它管理各項考試包括初中聯考，高中聯考（或叫大學聯招考）等，及一切有關於大學學額分配和留學生的問題。

高中聯考相等於本港的 Matriculation Examination。大約有十二萬人，分甲、乙、丙、丁四組，丙組是投考醫農方面的學生，大約有四萬至五萬人作答，有時甚至可以用日文或法文，這要看授課老師是否懂日文或法文。

談到台灣對醫生的看法：台灣人多數都很尊敬醫生，稱呼醫生為大夫或

，所以競爭得非常厲害。

師資方面：在基礎方面，老師本身很多都不是醫師，很多是 Master 和 P. H. D.，有些是國內的專家。而臨床方面的老師多是全國中有名氣的教授。上課時老師多是用國語，而醫學術語（term）是用英語或拉丁文。普遍來說，台灣教師的英文都不會很好，可能是比較少用的原故。但一些曾出國深造的老師，英文程度就比較高。

學生用的課本有英文和中文，視乎個人用那種語文較為適合自己而定。每一科目都有二、三本課本，更有些多至六、七本。平常我們都較喜歡看課本，到臨近考試才把筆記看熟。但有些學生只顧看筆記，很少參考書本。

考試的制度，各學院都不同，但都是將一年分為二個學期，每學期都有一次期中考，一次期末考。一些老師很注重小考，每星期都有一至二科小考，我曾經試過一星期四科小考。小考的分數都計算在總成績內。答卷方面，視乎老師而定，通常都可用英文中文或拉丁文。我曾經聽說投考丙組的學生都是較有實力和把握，因為投考丙組的人，第一個目標就是醫學系，而其他系別都比較次一等，而醫學系的學額只有七百多名

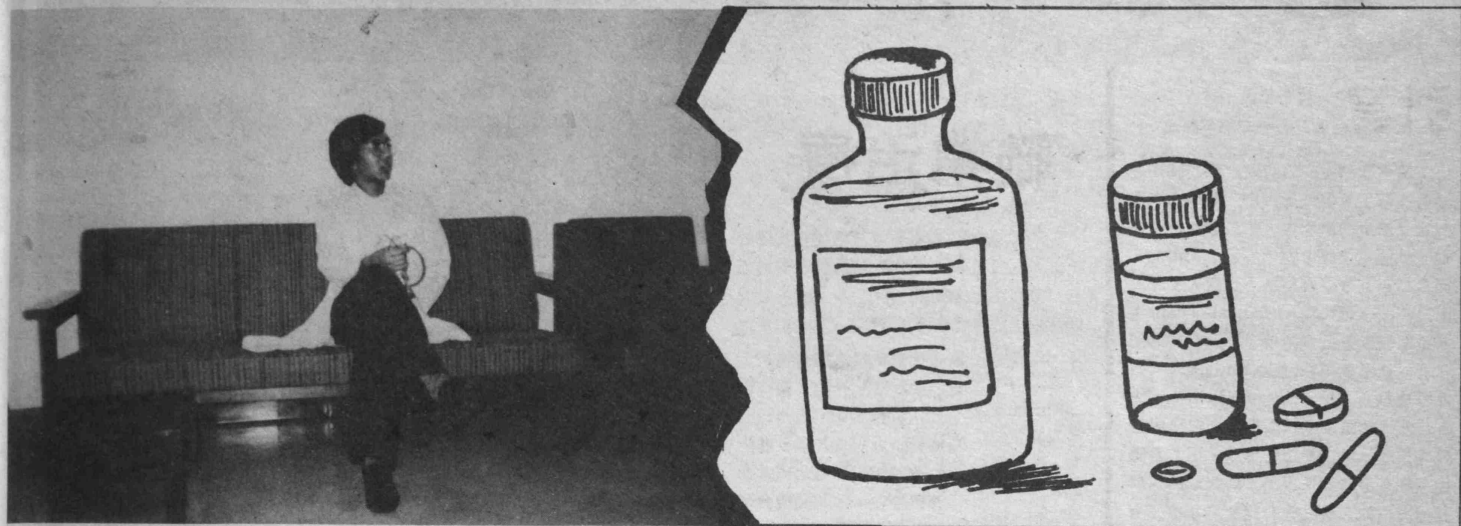
醫師。十多年前，醫師是台灣最好職業，聽說很多政界人物，前身都是醫師。我有很多同學父母都是醫師，有一位同學，家裏連他在內，已經有二十位醫師。

畢業後，要服二年兵役，分發到各軍醫院或部隊當醫官，在大學期間內，每一位男子都要參加一次大專集訓（軍事訓練）為期二個月。如有傷殘就可以不用服兵役。

醫學生的功課都比其他系的同學為多，課外活動也比較少。至於體育運動方面，同學就比較積極，因國內體育運動十分普遍。每所大學，中學都有自己的運動場。政府更設立很多體育館讓國民能夠多一點運動。

台灣的醫院也不算小，私立醫院很普遍。很多醫師自己開業，但一些較落後的地方，如農村，小鎮，醫院和醫務人員就不足夠了，可能因為大多數醫師都集中在大城市，而不願到鄉間行醫濟世。

以上所說，都是我個人所知道的，如有錯誤地方，萬望各位原諒。最後希望大家能彼此互勉，發揮我們人類的愛心，愛護我們的病人，盡我們醫生的責任，更要關心社會，救助貧困，願以馬利！再見。



## 引言

近兩個月來，「醫藥分家」這問題引起了廣泛的討論。如果要考究此事的起源，則要追索到大約一年前一封刊登於南華早報的讀者來函。在此信中，作者提出了香港應該要「醫藥分家」，以致能和其他先進國家看齊。稍後，在藥劑師組織大力支持下，香港政府便於一九八零年十月成立了一個工作小組，來研究修訂本港的藥劑法例。這個工作小組將於研究結束後，向政府提交一報告書。立法局在考慮報告內容後，始會決定實際的修訂。這個工作小組成立不久後，各方面的專業團體和市民先後作出了反應，在報上都常有正反兩方面的論點。大抵上來說，藥劑師方面是贊成的而醫生團體則多表示反對。我們現在希望能夠比較客觀地從現在香港的實際環境和正反兩方所抱意見加以分析。

## 外國情況

首先，我們看看外國的情況。大部份的國家或地區都是採用「不硬性的分家」方法，即是說病人有權利選擇從醫生或從藥劑師購藥，但習慣上病人都是選擇到藥房購藥。硬性分家的國家也有，但不多。最好的例子就是法國。至於那一種制度比較好，則很難判斷。因為醫療制度本身與地區的特殊性有關。國民的健康知識、文化、經濟和政治背景也影響了地區性的醫療制度。例如在英國，有了國營醫療服務（National Health Service NHS）。一般醫生都是為政府服務，而藥劑師也為政府服務。很自然地，兩種專業人士便可以在不硬性分家的情況下以最少糾紛為市民服務。在香港現在的情況原則是「不硬性醫藥分家」，但市民則大部份選擇在醫生診所取藥。這現象的發生，可以歸咎到香港一向都缺乏藥劑師，以致有藥劑師的註冊藥房很少。加上從沒有人大力提倡和宣傳，病人在不知不覺間便接納了在醫生診所同時取得藥物的習慣。而在醫院以外的私家執業醫生便一直肩負起這個供應藥物的習慣了。

## （一些贊成醫藥分家的論點）

現在讓我們看看各界的言論。贊成分家的主要論點在於分家後，病人有較大的保障。因為藥劑師受過專業的訓練，能辨察出醫生藥方有沒有錯漏。而且，由於對藥物有較深的認識，所以能更詳細向病人解釋藥物的用途，服法及副作用等。反觀現醫生在醫務所僱用的配藥人員程度僅到中學階段，確是相差太遠了。分家後的附帶好處就是醫生可免去打理藥物的時間，所以能更集中於病人的病情。此外，分家後那些沒有藥劑師的藥行便會受到管制或被取締，病人購藥時的安全性便更提高了。不過，一點事實就是分家後，得益最大的就是藥劑師。無論在地位上，就業機會和收入上，都是對藥劑師大大有利的，所以也難怪他們大力支持這建議。

## 一些反對醫藥分家的論點

反對分家的論點主要針對現時藥房的數量及管制不足。全港現時正式的註冊藥房（即有藥劑師主理的）有一百零六家，而藥行則有近三千所。因為一般市民不懂得分辨二者的方法（紅十字及R的標誌），故此不少病人都在藥行買藥。由於沒有管制的關係，藥行的質素，十分參差，不很可靠。另一方面，藥房的管制，亦因政府人手缺乏，而未能達到理想地步。結果就是一些非醫生處方不能買到藥也在市面隨手可得。除此之外，亦有人懷疑是否有賣假藥及是否一般情形下，藥劑師親自為病人配藥等問題。當然以上問題是否在分家後有所改善，現時仍無人可知，但亦表現出一些分家後的基本困難。

另外一個反對分家的論點在於時下大部份藥物都由藥廠配製好，所以藥房配藥工作祇需要受過基本訓練的人便可應付裕餘，如果要藥劑師做這些工作，就未免有點浪費人材及金錢了。有一點在這裏我們也要留意的就是分家後醫生是有一定的損失的。在利潤上的損失我們很難估計，但相信較重要的損失就是醫生對藥物的一些權力似乎被剝奪了，這也是醫生方面反對至烈的重要原因。

## 一些病人的角度

在上面我們也提過醫生利潤的問題。我們不能對醫生從藥物中所得利潤作一般性的估計，因為醫生收費的高低分別很大，而且多數是診金和藥費同時收取，所以使人無從知曉收費多少是診金，多少是藥費。但如果我們以新區醫生作例，他們的藥物都是集體購入及檢定的，故價錢比較低。他們的收費大概是二三十元，所以可想到在新區醫生來說，藥物方面的利潤是有限的。問題是即使診金減了藥費，醫生收費的減幅相信亦不太多，況且很快便會為通貨膨脹趕過。反之，藥房要支持一個藥劑師和昂貴的舖租，病人所要支付的便必定增加了。

從另一個觀點來看，不少慢性病患者因長期服藥，所以分家後他們可能得到更多的方便，無需經常找醫生取藥。加上分家後必需有更嚴密的法例管制藥物，病人的保障亦會提高。而藥劑師如果像外國習慣一樣，親自處方，亦可以檢核醫生藥方的作用，以致能大大提高藥的安全性。

最後，一些在現在情況下看到的問題便是目前藥房不足，分家後買藥將引起很多困難及不便。此外，病人為避免麻煩，可能索性直接向藥劑師購藥治療，以致拖延病情而帶來嚴重的後果。

## 分析

從以上的各方意見來看，我們可以得到以下的結論：

- 一、如果政府有良好的工作步驟和法例管制，而藥劑師亦能如外國同業一樣工作，分家後可以增加病人購藥的安全性；
- 二、以現在本港情況，分家是不大可能。如果政府真正有意立法分家，則必須在各方面的制度和管制上先加以改進。並且須要在藥物教育方面加以發展及推廣。
- 三、分家後，估計病人所要付出的金錢會增加。而且，分家後病人要分別到醫生處取藥方和到藥房購藥，所用的時間也會增加了。
- 四、在這事件中的兩個重要團體——醫生和藥劑師，都在某程度上，有利益和權力的衝突。

## 總結

因種種條件不足和缺乏，以香港現時情況，分家是不可能的。如果分家是要推行的話，政府的法例管制，藥劑師和藥房的增長和工作態度是決定其成敗的重要因素。不過，我們想提出的卻是從這事件中，可以清楚地看到醫療制度上還有很多不健全的地方，現今多留意這些制度上更嚴重，更要緊的問題比在其他事上着眼更為重要。

## 八一年啓思編委會

顧問：	吳定夷醫生	
總編輯：	陳惠娟	
編輯：	孫偉浩	郭家麒
常務秘書：	曾偉明	
財政：	郭和喜	
流傳：	吳奎	
去屆代表：	袁寶榮	
美術設計：	張寶賢	何振銘
時事組：	周日生	林禮根
	袁兆燦	梁惠棠
	何振銘	莊厚明
	吳炳榮	黃榮光
	吳奎	游子燦
記者組：	曾偉明	黎滿勝
	莫鎮安	梁永雄
	譚聖栢	鍾錦文
	張敏芳	陸慧姿
	盧龍茂	郭和喜
	陳寶儀	陳至正
專題組：	王榮祥	陳國齡
	徐炳添	黃雅信
	何偉權	郭家麒
醫療組：	陳偉光	胡兆雲
	袁寶榮	孫偉浩
	唐漢軍	林文英
其他編委：	謝俊恩	莊瑞芬

The Editorial Board wishes to thank Glaxo Hong Kong Ltd. for its support.



# 醫療輔助人員工作

## 引言

每當我們生病的時候，我們就知道要去找醫生。但是是否每一個病人在整個接受治療的過程中，祇須要和醫生接觸，就能完全康復呢？答案是否定的。因為事實上醫療服務絕不是個人工作，而是一個整體合作（Medical Team）。這個醫療隊伍包括很多不同行業的工作者。通常我們稱醫生以外的工作人員為醫療輔助人員（paramedical workers）。一個國家或一個地區的醫療服務是好是壞，就全靠這個醫療隊伍的整體性。如果這個隊伍中，一個崗位的人對其他崗位的人的工作有誤解或甚至完全不明白的時候，整個工作便會不能協調，而受害的便是病人了。

健委會第二學期所辦的醫療輔助人員工作研究，目的就是希望能藉這機會，了解其他醫療工作者的實際工作情況和工作困難所在。我們也希望多知道一點有關醫生和他們之間的關係。

我們從龐大的醫療隊伍中選了若干個作為對象。方法包括走訪在職工作者和正在接受訓練的學生；參觀他們實際的工作地點。比較可惜的地方是我們所得的資料都較為表面，未能非常深入了解，也不能實際體驗到他們工作的感受。我們所得到的雖然不多，但也希望能將這些資料綜合，讓各同學也同時知道。

- 職業治療
- 物理治療
- 精神科護士
- 救護人員
- 醫務社會工作

## 青年圖書中心

• 專售  
醫科用書

• 亞皆老街昌明大廈  
H座一樓3-945311

## 職業治療

一、定義：透過工作或其他運用肢體的活動把病人帶回社會去過正常的生活。

二、程序：所有接受職業治療的病人，皆由主診醫生介紹（醫院醫生或私家醫生），而由職業治療員設計治療計劃，並指導和協助病人進行治療，而主診醫生在一段時間後會觀察病人康復的進展。

三、內涵：職業治療與物理治療最大的差別，是後者着重肌肉的物理活動能力和關節的活動範圍，而前者則着眼在恢復病人的正常生活和工作能力。職業治療可分為兩大類：

（a）普通科：主要是骨科，包括意外受傷，斷手腳，折骨等症，職業治療員會替病人製造骨模（Splint）來幫助病人復原，而兒科則包括痲痺兒童和其他傷殘兒童，此外，還有中風的半身不遂病人以及需要職業治療員提供矯形衣的燒傷病人等。（b）精神科：包括改進精神病人的行為，提供模型工作環境，以便病人出院後可適應家居生活。這裏職業治療員是與臨床心理學家、醫生和護士等合作。

職業治療最特別的一項，就是 ADL（activities of Daily Life）病人透過煮食、清潔、穿衣，等等，使病人的生活更美好更接近正常。因此職業治療員的工作十分具創造性，利用思考來

設計或改動穿衣、進食、洗澡、收拾等活動作為治療程序。

四、設備：職業治療中心多附設於醫院內，如瑪麗、伊利莎白、瑪嘉烈、青山和九龍醫院，而全港最大的獨立中心，則設於戴麟趾康復中心，現在全港約有五十名治療員，人手不足可想而知，理工學院首屆四十名畢業生，可望於今年夏天投入服務，我們參觀過戴麟趾康復中心內的職業治療部，內有木工場、機動鋸、單車、刨床、各式遊戲設備、編織機、油印機、打字機等，還有各式：穿衣、扣鈕、進食、洗澡等工具。在該處通常每位病人接受半天或一天的治療，但由於僧多粥少，許多病人只能每天接受個半小時的治療。

## 物理治療

物理治療是將物理學的原理，應用於治療過程上。是康服之治療中一個重要環節。

治療包括：運動治療  
電療  
水療等

至一九七八年尾，全港大概有一五四名物理治療員。訓練工作現由理工學院負責。每年招收六十名學員（多為會考或預科畢業生）經過三年專業訓練後

，他們便正式加入服務（主要是在各醫院及診所。）

七九年醫務發展計劃的目標是希望能做到以下的比例：

general acute bed	
therapist	1000 : 6
non-acute bed	1000 : 19
mentally ill and handicapped	1000 : 1
OPD	54000 : 1
special school place	40 : 1

以每年訓練六十人計算要到一九八七年才能到達目標。

接受治療的病人全都經過醫生的介紹，以骨科的佔多。醫生作出診斷後，

便將診斷及所需的治療交治療員，他們便決定治療的方法如做什麼運動，有必要更可能為他們切訂一套治療過程。而醫生則一直跟進病程的進展。

由於物理治療祇有短短二十年的歷史，所以無論在設備、人手上都不足的地方，如全港島近二百萬人口中，只有一所診所所有物理治療的設備，而全港治療員人數更比計算中應有的三〇八人少了一半。此外，一般醫生對他們工作亦不大清楚，故二者經常出現不協調現象如介紹病人忽略了所需的治療之類，為兩者工作都帶來不少麻煩。因此，物理治療未來積極的發展是值得歡迎的。

## 精神科護士

精神科護士是一個特別的護理行業。他們的護理對象是一羣患有精神病或神經系統有問題的病人。精神科護理人員的責任就是要為這些病人安排一個正常的環境，使他們能夠得到支援和接納。香港的精神科護士可分為兩種：

①註冊護士——這些護士均受過一個三年制的課程。青山醫院和南葵涌精神病院都有設立。畢業後的註冊護士的資格是受到英國的 GNC (general nursing council) 所承辦。

②登記護士 (Enrolled nurse) ——這一類的護士的學歷較低（中三或以上）。他們要接受為期兩年的訓練。登記護士不會因為有經驗而被轉為註冊護士，而他們亦無國際認可資格。

大致上來說，他們的工作可分為下列數項：

①觀察病人的情況——這工作可以說是精神科護士最重要的工作之一。因為精神科病人多不能照顧自己，甚至身體有嚴重損傷或有病也不能告訴護士。所以護士便要從病人的生活或語言習慣的改變來決定適當的照料。

②增加病人的社會適應力——護士們會組織一些羣體活動，目的在於幫助病人適應於羣體生活和學習處理人際關係的問題。在這方面，精神科護士便與醫生和社會工作者共同工作。

③幫助病人的復康——護士們要參與協助病人學一些謀生技能使他們出院後可從新工作。醫院中是設有一間小型工場，護士須要協助職業治療員，使病人有更快的復康。

④習慣的訓練——目的在使病人在最壞的環境下，能有日常生活必須的習慣，使他們有最基本的生存條件。

⑤保持病房的秩序的清潔——因為病人可能不理會衛生問題，因此護士對病房的清潔，要非常注重。

⑥普通的病房工作——這一方面和在普通醫院的護士沒有多大分別，例如派藥等工作也是由護士執行的。

### 一些問題

由於醫院的病牀不足，在醫院的空檔地方也被加上了臨時病牀，所以護士的工作量很重。例如青山醫院有病牀一九二七張。但實際病人卻有二二〇〇？所以一個護士要照顧病人的數目便增加了。此外，男女護士的比例不夠平均，男護士十分缺乏，而女護士的情況則較好。所以在男病人的照顧方面則變成了更加吃力了。護士的流動亦替精神科護士帶來了不少問題。在接受訓練之見習護士時常都有臨時退學的現象（特別是第一年），而接受三年制訓練的註冊護士則有可能在畢業後轉到外國工作。因此，概括而言之，精神科護士現在的工作確是受人手短缺所影響，相信在精神病日益增加的香港，他們的發展需要我們作更多的關注。



# 研究總結

一健委會

## 救護人員

### (一) 組織：

救護隊隸屬香港消防事務處，為其中六個指揮部之一，管理全港之救護服務。

全港的服務，受到三個總區的管轄——香港、九龍及新界。每總區之下設有分區，管理分區內一切人員、車輛及輔助物資的調配。

### (二) 工作範圍：

救護人員的工作十分繁重，包括任何市民的緊急傳呼，緊急轉院及不緊急轉院的工作（如轉送療養院，老人醫療服務等。）

### (三) 工作原則及目標：

救護人員需要在沒有藥物及複雜醫療儀器下，維持傷者或病人的生命，防止病情或傷勢之惡化，甚至在可能範圍內，加速復原。總括而言，救護人員必須盡快把病人送到醫生的手裏，並在可能情形下，提供適當的資料及減輕醫生的工作。

### (四) 訓練情形：

任何年滿十八歲之青少年，為本港市民，並有小學六年級程度，及良好體格，均可報名。取錄的準則，從面試時之表現及體能測驗為重。

被取錄之學員，要在八鄉接受為期八週之集宿訓練，以學習急救及基本的醫療知識、儀器之運用及消防規則等。考試合格後，需在資深救護員指導下，跟隨救護車作四週的實際工作訓練；在其後工作期間，可接受更深入的訓練，並有定期的體能測驗。

### (五) 發展情況：

為符合市民對救護工作需求的增加，救護部將增加救護車及裝置新的「密碼」無線電系統，使調派車輛的效率提高，更有效地應付意外事件；密碼系統並能使每部救護車能與控制中心單獨通話，不受干擾。一個全新的交通設施——「綠燈波浪」，亦會推行，使救護車不受交通阻塞妨礙，能盡快到達現場。

在未來數年內，新的救護站亦會隨着人口密度及醫院的分部情形、政

府各項建設計劃，及其他服務之發展，及各區之社會及工業發展而設立；其中包括有油塘、牛池灣、長沙灣、沙田、元朗及香港仔等。

### (六) 工作及發展上所遇到的困難：

香港救護隊雖為醫療服務人員的一類，但並非由醫務衛生處管轄，在整體醫療服務之配合及發展上較為被忽視。

救護隊的效率及速度，往往因為急症室擠塞的輪候及資料傳遞上的困難，與醫生、護士的有限度接觸而阻礙及有所限制。救護人員的安全，亦受到要與傳染病患者接觸而危及；由於投考資格不太高，訓練上做成一定的障礙，而女性救護員的缺乏，亦帶來工作上很大的不便。

### (七) 感受：

由於救護人員並非受到醫務衛生處的直接管轄，他們在整個醫療隊伍中所擔任的角色，往往為人所忽視，但這並不代表救護人員的工作並不重

要。救護人員是第一個到達現場的，他們當時能否作出準確的觀察，適當的判斷及行動，及能否盡快把病人及有關資料交到醫生的手中，影響着整個醫療隊伍其後的工作。救護人員的重要性，實不容忽畧。

由於受到醫療知識的限制，救護人員的工作，受到一定的阻礙。但在有限的知識及醫療設備下，救護人員往往發揮了他們果斷的能力，作出適當的處理。救護隊是一個紀律性的隊伍，他們的工作效率，亦因而大大的提高。雖然工作極其繁重，責任亦相當重，但無論在任何惡劣的環境下，在生命沒有受到保障的情形下，救護人員仍然盡力嘗試，以良好的態度為市民服務，他們的服務精神，是值得尊敬、讚許和學習的！

誠然，救護服務還有很多不足的地方，它的改進，有賴於政府的關注，醫療隊伍中成員的互相了解、幫助，及與醫務衛生處的密切聯繫，以增進救護人員及整個醫療隊伍的工作效率。

## 醫務社會工作

醫務社會服務的宗旨，乃協助病者及其家人處理因疾病而引起的一切生活和情緒問題，引導他們善用各種適當醫療及康復服務，並促進全面性的康復治療，使他們能從新適應因疾病引致的社交生活及社會環境的改變。

除提供臨時經濟及物質援助外，醫務社會工作還包括輔導服務，及協助病者及家人安排接受各種社會服務包括幼兒及老人的護理與住院照顧，家務助理社康護理，庇護工場等；同時亦會因個別性需要而協助處理住屋，賠償等問題。

在理想的醫務社會服務下，醫務社會工作人員與其他醫務工作人員的關係非常密切。許多個案是由醫療人員介紹，而在促進病人身體、精神及社會各方面康復的工作上，醫務社會工作人員更負有聯絡及統籌各項服務與資源的重任，通過轉介、諮詢、研討及個案會議等方法，與有關醫務及社會工作人員合作、提高治療效果、減少因病帶來的生活問題的影響，並儘量保證病人在有限的條件下得到最妥善的服務。

個案的來源，除由醫生介紹外，還由其他福利機構及政府部門轉介；病人及家屬可自行申請，而醫務社會工作人員亦會主動接觸病人，提供適當的服務。

目前本港未有專門訓練醫務社會工作者，現任的工作者都是曾接受有關在職訓練的社會工作者。醫務社會服務在最近數年始被重視，現在仍算是在初步發展階段。此項服務現在所遭遇的困難，除了工作人員不足，工作量大，財政問題外，還因為市民對醫務社會服務缺乏認識，以至未能善被利用以達其醫療健康服務的效果。

## NEW Tenormin IN HYPERTENSION

● Full 24-hour control in a single daily tablet – easy for your patients to remember and take, easy for you to prescribe.

● Well accepted – low incidence of patients' complaints.

● Highly effective – reduces blood pressure on average by approximately 30/20mm Hg.

● Highly cardioselective – preserves the asthmatic's response to bronchodilating drugs.



Full prescribing information is available from:  
ICI (CHINA) LTD.,  
SWIRE HOUSE, 16th FLOOR,  
HONG KONG. TEL. H-235191

### Tenormin

one tablet, one strength, once daily

Tenormin is a trade mark for atenolol.



# FACULTY BOARD NEWS

## SUMMARY OF THE REPORT OF M.B., B.S. ADMISSIONS COMMITTEE ON OPERATION OF THE 1980 ADMISSIONS & RECOMMENDATIONS FOR 1981

After the 1979 admissions exercise the Faculty Board approved proposals from the Admissions Committee that increased emphasis should be given to non-academic (i.e. non-examination) qualities, partly as a result of criticism from schools that sixth Form education was being adversely influenced by a policy which appeared to take into account HKAL Exam. results only, but primarily through a wish to select larger numbers of those who (aside from academic qualities) would be more suitable for the medical course and the medical profession.

The major change of the revised selection policy is that selection for admission shall be based primarily upon academic merit as shown by performance at the H.K. AL Examination or other comparable examinations; but account shall also be taken of other relevant factors including motivation and aptitude for a professional medical career and general social awareness; and applicants may be interviewed.

As a result, admissions procedures were changed in 1980 to the following

- i) The top band of those to be admitted without interview on the HKAL list was reduced significantly to 49;
- ii) Except for 3 at the "bottom" of the examination scores list, all other HKAL applicants (totally 132) were interviewed;
- iii) An agreed scheme of assessment was adopted which attempted to give sufficient weight for non-academic qualities to balance the opportunities of applicants with better or poorer examination results, and structured with a view to reasonable objectivity.

The value of interviews was confirmed in revealing strengths and weaknesses of applicants not apparent in application papers. The end result was that a total of 9 applicants were admitted who would not have been accepted on examination results alone.

It appears that the HKAL Examination results determine who applies and that the students know that, on past experience, admission to Medicine has been mainly on academic results in the examination, and application from those with less than very high grades is unlikely to be successful. Recent statements by the Faculty that less emphasis is going to be placed on academic results are either not widely known, or not believed, if they conflict with advice given by "seniors" in the University. The latter may also be unaware of changes in policy.

In accordance with the Faculty's declared policy, the primary criterion for admission is, and must remain, academic merit. The present system may help to enrol a few more suitable students but it can do little with the present pattern of comparatively few applicants. The knowledge that academic results alone will not always ensure admission may help to encourage suitable applicants and encourage wider activities at school, and it is essential that senior students who take part in orientation programmes should be aware of these problems so that they do not prevent applications from students who have a reasonable chance of admission.

For anyone interested, a full copy of the report is available from Student members of the Faculty Board: Philip Li Kam Tao (III), LEE Kai Man (II), CHONG Hou Ming (I), CHAN Sai Kwing (Dental I).

## 校聞拾趣

記者組

### (一) 陳蕉琴樓大出血

太古樓飯堂及陳蕉琴樓，因為經營得法，盈利直線上升，所以決定優待學生，如奶類飲品及雪糕等均全面大減價，雪糕只售八角而鮮奶仍只售七角及一元三角。只可惜此項福利只維持至五月廿四日。就日內所見，雪糕鮮奶消耗量，同學們不難會變成「肥仔」及「肥妹」了。

### (二) 救人一命

四月廿一日，紅十字會在醫學院收集血液，雖然考試期近，很多同學仍慷慨地作此「小犧牲」，到陳蕉琴樓捐血去。此種行為，雖未可算是大勇，但亦精神可嘉，我們特在此向曾捐血的同學致意。

### (三) 屢戰屢勝

#### MEDIC係醒的

院際各運動項目的比賽業已完滿結束，醫學院再次以大熱門姿態勝出，勇奪 Omega Rose Bowl，此獎已連續多年落在醫學院手上。我們雖處「偏僻地帶」，與大學本部遠隔，但文武精英，盡聚其中，「Medic係醒的」說來又怎算誇張呢！

### (四) 消暑解渴

#### 汽水果汁確唔錯

在康樂室內，有兩部售賣汽水及果汁的機器，都是新近裝妥，二十四小時提供服務，以後喝飲品亦不須一定要到陳蕉琴樓的飯堂。雖然有時這兩部機器亦會出毛病，入了錢而沒有汽水出來，但EX-CO以服務「搭夠」(可取回入了的錢)，皆大歡喜。

### (五) 人材濟濟聚一堂

繼健展籌委會成立後，電影首映籌款及八一年迎新的籌委會相繼成立，籌委會主席分別為「財神爺」陳漢明及八四的馮健華。電影首映為每年度醫學會的主要經費來源，收支的平衡，要看首映的收入如何，正是要「睇餸食飯，看經哺嘅」。惟每年籌委會成員都能努力完成籌款目標，故在此特預祝今番亦「能保不失」。至於迎新方面，節目暫定有烏溪沙迎新營，舊書買賣等多樣，大致上與前相去不遠。

### (六) 你過我過大家過

除了 FINAL 的同學外，其他班級的考 MB 試期概不遠矣，在此僅希望大家能齊齊過關亦願祝各位「堅」、「旺」、「過」。

## 醫學會電影籌款禮

'81'

### A RUMOR OF WAR

An autobiography by the Pulitzer Prize winner Philip Caputo, the film portrays a young middle class American turn Marine Corps lieutenant who went through liberal hell in Vietnam for an idealistic cause swept up by John F. Kennedy.

Positive that he will be fighting on the side of angels in Vietnam Conflict, his vision of a sacred mission was marred by the reality of War. Young though he is, through terror and suffering, aging comes quick.

The hope to pursue a head on confrontation was always upsetted by the clever evasive enemies. Conflicts

and more conflicts eventually steered him towards being an anti-war activist.

Brad Davies, reputed for his lead role in "Midnight Express", play the challenging role of Caputo, 'to tell a story of Vietnam from the view of the warriors themselves, rather than from the viewpoint of someone trying to make a political statement'. His role is best summarized as 'A Dream of Glory. A vision of Hell.'

TICKETS ARE NOW AVAILABLE AT THE MEDICAL SOCIETY, HKUSU, SASOON ROAD.

Gala  
Premiere 81'

A RUMOR OF WAR