

OATH

I swear by Apollo Physician and Asclepius and Hygieia and Panacea and all the gods and goddesses, making them my witnesses, that I will fulfil according to my ability and judgment this oath and this covenant:

To hold him who has taught me this art as equal to my parents and to live my life in partnership with him, and if he is in need of money to give him a share of mine, and to regard his offspring as equal to my brothers in male lineage and to teach them this art—if they desire to learn it—without fee and covenant; to give a share of precepts and oral instruction and all the other learning to my sons and to the sons of him who has instructed me and to pupils who have signed the covenant and have taken an oath according to the medical law, but to no one else.

I will apply dietetic measures for the benefit of the sick according to my ability and judgment; I will keep them from harm and injustice.

I will neither give a deadly drug to anybody if asked for it, nor will I make a suggestion to this effect. Similarly I will not give to a woman an abortive remedy. In purity and holiness I will guard my life and my art.

I will not use the knife, not even on sufferers from stone, but will withdraw in favor of such men as are engaged in this work.

Whatever houses I may visit, I will come for the benefit of the sick, remaining free of all intentional injustice, of all mischief and in particular of sexual relations with both female and male persons be they free or slaves.

What I may see or hear in the course of the treatment or even outside of the treatment in regard to the life men, which on no account one must spread abroad, I will keep to myself holding such things shameful to be spoken about.

If I fulfil this oath and do not violate it, may it be granted to me to enjoy life and art, being honored with fame among all men for all time to come; if I transgress it and swear falsely, may the opposite of all this be my lot.



專題版

醫德 1-5

校園版

Medic 知多少 6

數風雲人物 7

迎新八三 8

JSUP 9

綜藝版

To whom it may concern 10

醫療事 11

歡迎你，八弟 12

答友問 13

醫感身 14

談醫德



醫德

醫德

前言

醫德是老話題了，這期專題卻不是新瓶舊酒，而是試從另一個角度來探討醫德。

要建立一套有系統的思想方針，並不能抽空來看墮胎、人道毀滅、試管嬰兒、器官移植……等個別問題。因此本期專題會較着重醫德的理論層面，討論包括了醫德的發展史、醫生作決定的邏輯思維，以及醫生的監察制度。

「二分鐘內要完成問症、檢查、開方，那能理會面對的是病例還是病人，只怕向病人看多一眼也沒有餘暇……」這個不健全的醫療制度下，醫生們又怎樣看醫德？我們這群病房裏的特殊份子——可看病但不需負法律責任的醫學生，可想過在道義上對病人也有責任？本期會由醫生及醫學生描寫親身體驗。

留待各位細思：我們這一群可有豪情壯志去追求、塑造一個屬於這個時代的、更完美的醫德模式？」

誰謂抉擇最容易？

洪

醫德，可以看作應用道德的一門，通過釐定一般的道德規範，而落實到日常的醫療護理等實際的層面。但一般來說，醫德都會被歸納為醫療這專業的一部份。醫德，就是醫療工作者對病人的治療和行為的道德標準。

醫療是一個需要針對個別病人病况而作抉擇的專業；但隨着家庭、社會、醫療制度等之間的關係漸趨複雜，一個完整的醫德系統，往往有助於解決醫德上的種種矛盾。

完整的醫德概念，基本上包括了對五條問題的理解。在常日的醫療程序，或病情危急時，醫生都會根據他一般的處理方法來處理病人。但在這處理的過程中，一定程度上已包括了一些對醫德概念上的思想；而在病人所牽涉到的醫德問題尖銳化時，對這些問題的思索就更形重要。

首先，第一個問題是關於包藏在這個醫德系統裏面的信念：究竟甚麼可以權充衡量的標準？又有誰可以來勝任這「審判官」？日常情況下，既然是醫生最能掌握病人的健康狀況，自然應由醫生作出決定；但當治療與道德問題拉上關係時，其他的醫療工作者，（病人的家人）、以致社會人士，還是病人自己應來做最後的決定？只是一切的決定其實都建基於某一套信念。

這套信念可以相對於社會的意識形態和價值觀念，由社會整體的信念去評定醫療人員的決定，而最終的責任亦由社會去負擔；但無可否認地，社會的價值、道德體系都會隨着承受不同文化的衝擊，歷史的變遷，和社會結構的變動而改變，換句話說，取決於社會的決定，只相等地適用於此時此地的社會。這些信念是否經得起社會潮流的衝擊和無情的鞭撻其實很成疑問。香港，一個意識形態劇變遷的社會，就正是個好例子，今日適用的墮胎法、藥物使用法，遲早還是要成為明日黃花！

於是，有人會抱「真理在我手」的態度，而將對醫德的信念收窄到個人的層面，以自己的觀點作為依歸。但事實上，個人的信念亦是無可避免地受着社會的塑造，並會隨着社會的變遷而改變。另一方面，當不同的醫療工作者持分

歧的觀點時，又由誰來判定一切呢？

相對於個人或社會的醫德，雖說會導致不少的矛盾，但從另一個角度，卻又是「減少」了醫德上的爭論，因為基本上，個人或羣體的信念均無權被強加在別人的身上。要別人接受一套新的觀念，就祇有訴諸更高的權力架構，譬如法律、神觀等。

去判定事情的是非黑白，事實上有較普世性的信念和衡量準則；而這標準是不受任何的挑戰而動搖的。這些永恒、絕對的標準有兩種較普遍的最高權力形式：一種是神觀的道德標準，以對某一位神祇的信念作基礎，去判別是非；例如，聖經描述生命乃屬於神，於是無人有權去毀滅或傷害自己或別人的生命。另一種權力形式則是自然律，以順應自然為原則，由自然律來補充道德律的主旨；譬如說，生命原本是自然地承接和傳遞，就不應有任何外加的事物，去阻礙生命的繁衍。

這些權威式的醫德甚至往往與相對式的醫德背道而馳，因為以人構成的社會，標準很自然地順應大部份人的意願和喜好而改變，但真理究竟屬於少數人還是屬於大部份人，就真的見仁見智了。

第二個問題涉及較實際的層面：醫療的責任應向誰負？我們很容易接納病人的利益應被視作大前提來考慮，但醫生又應如何去權衡自己的精神和心力，去照顧有同樣需要的病人呢？醫生又應否向其他醫生的病人負責任呢？對於腹中的嬰兒，晚期的病人，昏迷不醒的病人，智商極低的兒童，他們又是否應受道德律的保障，還是他們應被摒之於道德律的保護以外？

第三個問題來得更直接：打壓行動才算正確？判別的方法有兩種，一是從行動的本質着眼，一是從行動的結果着眼。單以後果來考慮，事實上可以簡化醫德上的矛盾，只須為各樣的人與事定下利害價值，稍稍計算就可知道正確的危害關係而作出抉擇，但這樣做法卻無情地漠視了任何得益與受害的人，因為，他們均只是貢獻於利益的淨總和。而作為醫務人員，當然會更多從病人的利

害來考慮，於是病者的利益就與社會的利益站到對立的地位上。例如晚期病人應否接受治療，而耗費了社會的資源。

另一方面，對每一個行動的本質均可以被注入道德的判斷，而人就應有一些不容他人侵犯的權利。例如，清楚自己的病况就是病人的權利。當然，以行動本質作考慮，明顯地減少了因時制宜的方便，然而病者的權利卻得到最大的保障。醫療的本質在今日的社會裏應是一種市民的權利，於病者有神益，而不是犧牲病人令社會受益。

此外，從醫療本質出發，醫生還應有以下的義務：醫生須忠於對病人的承諾，替病人保守秘密，和向病人交待病情的真相；當然，若從效果作考慮，這些又是有高權餘地的。

以上提到不少理論與觀念的層面，從觀念到實踐這過程其實才是不少醫德問題的所在：例如神益病人，避免傷害是原則；兩位醫生同意下，懷孕廿四週內的墮胎屬合法的做法，但原則與實踐之間卻往往有着極大的鴻溝。這牽涉到第四條問題：守則與觀念應如何應用到特定的情形？守則究竟應該是神聖不可侵犯的，還是有因時制宜的餘地？不少原則是過往經驗的累積，為將來的醫療決定提供指引；但其他的原則又似乎是沒有絲毫改變的餘地而必須嚴格遵守的，例如，切勿傷害人的生命，直接申到不可「談殺」晚期的病人。在這運用原則的過程中，醫生與醫療界以外的人通常各走極端，醫生會把每個病例都看成是特別的，於是原則只可作為一些指導；而律師、病人等則或容易接受對守則的嚴格遵守。

最後一條問題：在特定的情況下究竟應怎樣處理？這樣的決定，當然需要對以上四條題目的詳細分析和整理，但資料的掌握亦同樣重要。醫療、法律、遺傳、心理等資料都應被考慮。事實上，到這最後的實際層面，最多的醫德問題將要冒起，但作為醫療人員，所面對的其實不再是這些浮面的矛盾，而是各矛盾背後信念上的分歧。冰山的可怕不在於顯露的一小部份，而在於它隱藏的部份，醫德的問題不是一樣嗎？

鳴謝

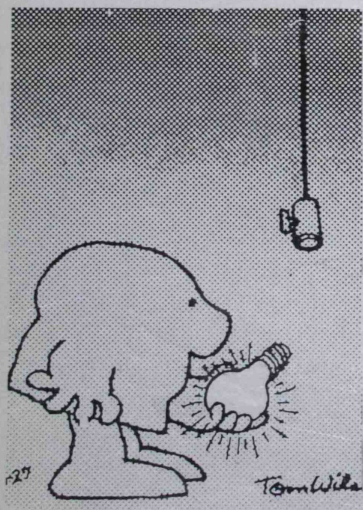
楊紫芝教授

黃譚智媛醫生

Dr. Judith Longstaff

八三年啓思編委會名單

- 名譽顧問 黃德明博士
- 總編輯 岑鳳廷
- 副編輯 吳鴻裕 黃美玲
- 執行編輯 梁展雲 葉錦洪
- 林淑儀 葉錦洪
- 文書 鄭煥明
- 財政 黃國輝
- 總務 林樹仁
- 美術設計 鄭志堅 吳兆強
- 去屆代表 郭昶熹
- 編委 張寶賢 鍾子光 莫鎮安 吳炳榮 陳偉興 周雨發 朱秀群 朱立新 許志雄 古樹榮 羅志恒 陸常青 馬紹鈞 姚寶發
- 鳴謝 葛蘭素香港集團



醫德之歷史發展

肥明

前言

「生逢今世，妙不可言。一切錯誤都是前一代的過失，日後下一代自不得不去補救。」決不敢苟同這一種態度，前一代的過失就該讓這一代來改正，我們更有責任為下一代創一所樂園。

尋找現代醫德路向的責任，我們這一輩是躲不開去的。回首歷史，可以更了解現代一些醫德上的觀念的形成，從而對它們作出更中肯的評價。這一代有這一代的需要，我們可有破舊立新的革命精神？

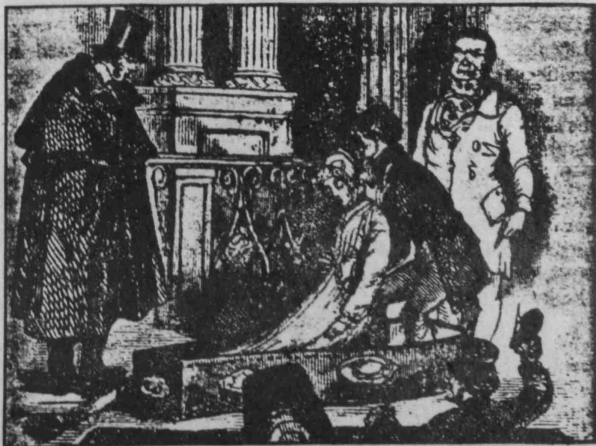
西方之醫德發展

其中部份是診金的管制，可算是消費者委員會的前輩

醫德一方面依賴醫生們的自律，另一方面也有條文的約束。監察行醫的法律早於公元前二千多年就在巴比倫出現，名為漢謨拉比法典（Laws of Hammurabi）。其中部分是診金的管制，可算是消費者委員會的老前輩。當時醫生須按病人的地位收取診金，例如一個割除眼瘡的手術，醫生對一個貴族可收取比奴隸多五倍的銀子。這法典還管制了醫生的質素，假如醫生所作的眼瘡手術失敗，令病人喪失視力甚至性命，他便要被割去雙手作抵償。現代的「黃嶽」們聽後，在抹一把汗之餘，當快回頭是岸！

在埃及，醫學與巫術被混為一談。由於希臘哲學盛行，對病理的分析較為科學化，醫學才得歸入正道。著名的希波克拉提士的誓約（Hippocratic Oath）便是於公元前四至六世紀，由一羣畢達哥拉斯派（Pythagoreans）哲學家托名寫成。誓約中提出了一個醫生的應有職業道德，影響力至今仍在。

希臘的奧林匹克山可算是動的發源地，希臘勇士的魁梧、強健造型也是眾所週知。這些都反映了希臘人對強健體能的崇拜，這種尊崇竟產生了一套「孱弱就是卑賤」的觀念。當時只有病况輕的病人可獲治療，重病的便只有自生自滅了。古希臘的醫生們對病者毫無同情心，更遑論父母心了。



羅馬帝國方面則開創了公共醫療服務，政府高薪聘請醫生替低下階層診治。醫生開始照顧到貧苦大眾了，但這是不是表示了當代醫德的提昇？只怕不能抹煞高薪引誘一環，無論如何，這總算開創了醫療界的新局面。

醫生與病人間不再只有互利的關係，還添了一份愛

基督教對醫德的發展影響至深。很多中世紀的僧侶們亦兼作醫生，他們認為疾病不是對非的懲罰，而是病人應忍耐的一種考驗與戒律。病人不再被蔑視，反而得到寺院收留及僧侶的照料與關懷。這令醫生與病人間不再只有互利的關係，還添了一份愛。

理髮師作外科手術的荒謬事件不能再上演

有名醫必有庸醫。文藝復興時代以來，英國先後設立了Royal College of physicians of London和外科醫生公會去監管醫生。理髮師作外科手術的荒謬事件不能再上演，而公會又獲許每年解剖兩具已被處決的死囚。

但是屍體的供應短缺，一些醫學院的教授及外科醫生不惜高價收購屍體。為了那優厚的報酬，一些人便幹起盜墳掘屍的勾當，後更有殺人賣屍的罪行被揭發，令舉世震驚。回想我們六、七人便有一個屍體供學習，實在幸運；不覺後悔自己在解剖室內歛手鋤書，奉勸各位八弟八妹要好好珍惜了。

十七至十八世紀中出現了不少著名醫德的論說，如 Sydenham 醫生和 Gregory 教授對醫生對待病人的態度、處世之道等都有具體的見解。

十九世紀開始，全人類步入了知識爆炸的時代。各方面科技突飛猛進——包括了醫科。到十九世紀，出現了病理解剖學、細菌學、麻醉學、護理專業、X-射線……。胰島素、抗生素、支援生命機械等都是本世紀科學家的偉大成就。在尖端科技的輔助下，現代醫生擁有空前的力量。但這種力量卻帶來了兩個大問題——知識運用與資源分配。

知識運用：

知識 → 能力 → 責任
我懂得幹 所以，我能幹 但，我應否幹？

當手裏可以多掌握一樣知識的同時，肩上也壓下多一份責任——運用這項力量的責任。我們不願聰明反被聰明害，作繭自縛。

有些情況下醫生拒絕支出他們的能力卻是為了對病人負責——這是安樂死支持者的論點。治療的目的不一定是為了延長壽命，卻是改良生命質素。當醫生對絕症病人全力治療，病况仍舊惡化，徒令病者肉體多受痛苦，這時候醫生應否盡力改善病人臨終前的生命質素，儘管這可能加速病人的死亡？

傳統的死亡定義受到了挑戰。腦死亡的病人可靠呼吸機的幫助來維持心跳與呼吸，但這個人將永不會思想、知覺、行動，這可還算是活着的人？現世界很多國家都以腦死亡作為死亡的界定。呼吸機在此情況下也只是延長病人的「存在」，這又該是醫生問：「我應否幹？」的時候了。

另一方面，社會上的傳統觀念可影響醫生對知識的運用，阻力可能來自社會人士，也可能是從醫生本身。試看以下一個例子：我們一直努力改善嬰兒健康，試管嬰兒及遺傳工程學在這方面的貢獻是無容置疑的，但社會人士卻大多不表歡迎。「不自然」的事物總令人較易接受，「不自然」往往被納入「不道德」的範疇裏。但試想：為什麼用刀子開皮破肚割除盲腸是「自然」的，利用遺傳工程改正不良因子卻是「不自然」？為什麼可以接受用氧氣罩子保護早產嬰兒，卻反對用試管保護成長中的胚胎？此外，男性懷孕與變性手術都極富爭議性。

以上有關知識運用的討論談不上全面，但日後大家遇到的問題也決不止於此，只希望大家緊記「能力」背後負起的責任。

資源分配

人皆生而平等

「人皆生而平等乃人權之一」，但這又豈是容易達到的。醫生就如一個貧苦的父母把僅有的一掬米分給子女，這



掬米無論如何餓不飽所有人。這父親又應如何分配？「年紀大的多分點兒。」或者是「要工作的該多分。」也許是「所有都留給其中一個，那麼我們當中總有一個得到了滿足。」……價值不菲的洗腎機、呼吸機以及血液……等經常不敷應用，誰該有優先權——年青的？有家庭負擔的？還是相熟的朋友？

醫生的力量愈大，他們的抉擇也就更重要。這父親的重担不好負，但這卻是他的天職。

中國之醫德發展

很愛聽關於神農氏的故事。會神馳於遠古的年代裏：神農氏翻山越嶺，遍嚐百草，為解除人們受到疾病的煎熬而不辭勞苦，最後卻誤嚼門前的小黃花——斷腸花而死去。他可算是中國第一個醫生！這雖是神話，裏面卻寄託了我們祖先對醫生的寄望——為病人甘願犧牲的精神。

中國歷代的大夫也有具體的醫德言論。宋代的繆希雍提出說醫五則：

- (一) 對病人如親人，須有同情心，盡力醫治。
 - (二) 存心濟世，不斷研究醫學，力求上進。
 - (三) 須具精良醫術，能辨認藥藥。
 - (四) 診病須細微虛心，切忌主觀驕傲。
 - (五) 切勿計較錢財，忘了救人的重大職責。
- 這五則給醫生作了很精簡的綱領。

元代的兒科專家曾世榮亦詳論醫生的操守，如：

- 不務聲名，不計貨利。
- 不分晝夜、寒暑、遠近、親疏，有請即行。

- 不輕視病情
- 不危言恐嚇病者及家人
- 寬宏大量，任勞任怨
- 對同道不要嫉妒
- 不誇說自己長處，毀謗同道。

明代的張騫是醫門法律的創始人。

他定下醫門十戒：

- (一) 戒方術氣
- (二) 戒恃才妄作
- (三) 戒任性偏執
- (四) 戒同流合污
- (五) 戒因名誤實
- (六) 戒師事異端
- (七) 戒治病不分勞逸
- (八) 戒富貴易心
- (九) 戒計較名利得失
- (十) 戒詆毀同道

從以上三位名醫的言論看來，中國古代的醫德要求都與儒家思想息息相關，對醫生的專業身份沒有甚麼特別的道德要求，比西方的醫德發展要簡單得多。但到了現代，這些單純的儒學信念已不能應付複雜的環境。醫德是活的，還要人家去闡出新的路向來。

說甚麼醫德

駱元

說什麼醫德，這問題不好談。

大家知道，古時候，有所謂「烈女不事二夫」。女子失貞，壞了名節，社會上說出來不好聽；更有被「浸豬籠」的危險。可是，今天我們看着旁人的離離合合，只當是娛樂新聞，茶餘飯後，好打發時間。畢竟，時代不同，人的觀念也不同了。

什麼道德，這樣說來，無非看大家對行為認同的態度。有些不為接納的，便成禁忌。犯禁，就是不道德，要受處分。而時移世易，大家看人看事，態度到底可以轉變。於是，道德倒像是人撒的一個大網，本來網的是魚，誰不知偏網着不少自己的同類；結果一顆顆被網着的頭顱，在網孔中掙扎。我們今天笑古人，將來也給後人笑。

所以，說什麼醫德，這問題不好談。

很多人認為：做醫生應該慈愛，應該寬大，應該和藹可親，應該無微不至，應該有肯犧牲的服務精神。一言蔽之，就是「醫者父母心」吧！這是個標準，一個行為的標準，一個「道德」的標準。

然而，那何嘗又不是個聖人的標準！我每次聽到「醫者父母心」這句話，便胆戰心驚。現實生活中，怎樣才能夠做到如「父母心」的無私呢？我疲憊的

時候，該怎樣去和藹可親？我心情不好的時候，該怎樣去寬大？最好每當這些尷尬時刻出現，我都可以躲起來。這是個夢想。既然不可能，就只好老老實實承認：自己有時候實在怎樣也攀不上這「醫德」的標準。

同事之中，也沒有聖人，攀不上標準，說不上「好醫德」。只是日常工作，盡心盡力，一般不會有虧損病人的事情。要急救，大家都不會猶疑，立刻放下飯碗；要做手術，沒有人會介意通宵達旦。報章上的許多投訴，明知道是誤會，便一笑置之。偶而得點讚美，也無須驚喜，是好了壞，任人家說。自己於心無愧，做名「盡責」的醫生，即使有時候鬧鬧性子，說話大聲一點，總不能說是沒有醫德吧！

這樣議論醫德，調子很低，啓思讀者要不高興了。我卻以為很實用。做好人，不一定要做君子，起碼不會對病人有害處。「天下無不是的父母」，卻有不是的醫生。我見過這樣的例子：一名頗資深的醫生，為了自己的興趣去做某個手術，而不顧同時候一名垂危待救的病人。大家認為怎樣？

空唱高調，把所謂「醫德」的標準提上青天，其實很沒意思。許多人說好說壞，看到的不過是表面現象。醫療界中，何嘗沒有為金錢，為個人的名譽地位，為一己的學術成就而奉承病人的。

病人是以為他們好了，我卻不太清楚。可見醫德問題，真的不好談。

最終，我們議人論事，憑的還是行為表現。長長的 Hippocratic Oath 實際能代表什麼？也因此，我們手頭上都有一本紅色小冊子，列明一切有關的金科玉律。這樣好，誰犯了紀律，侵害了病人，便得受應有的懲罰。我們還是有最起碼的行為標準，這就是醫德。

於是我們可以放心。大家循規蹈矩，盡忠職守，病人自然會從我們的學識得到好處。我們仍舊會是一些「不錯」的醫生。病人進醫院，像進快餐店，但求飽肚，談不上美味；總之離去的時候，氣不再喘，肚子不再痛，滿不滿足是另一回事了。

很難想像，事情分析下來，竟然達到這慘淡的地步。醫德，到底應該高尚啊！我是凡人，但發覺即使在政府醫院繁忙的工作中，多一點耐心，跟病人談話，給他們慢慢解釋，還可以做到。有時候，真正匆忙起來，顧不着說話，便拍拍他們的肩膀，握一握手，又或者送一個親切的眼神，往往得到一些意想不到的好效果。要病人少點憂慮，增點信心，父母心說不上，兄弟心大概可以吧！

歸根到底，什麼醫德，實在不好談；能夠盡力而為，努力做好一點，也就是了。



白袍 給予的權利

輝磊

時間：某年某月某日
地點：飯堂
人物：A君、B君、C君、D君、旁觀者

A、B、C、D四位正在吃飯，旁觀者坐在他們側旁的一張枱。

A君：「這回真是麻煩極了。今天我們上 ward，正要看看有沒有好 case，不料那護士長要我們找一個女同學一起檢查，而且還要找一個 screen 遮着。原來有個女病人投訴說不要給什麼人看。到了QE幾個星期，還是第一次這樣「黑」。」

C君：「你們都好事多為了。」

A君：「不要胡說！你們該知道我們跟的是 Cardiac Unit，檢查病人時當然要將他們的衣服解開及敞開，而QE有這麼多的病人，連人們行過也成問題，還說什麼 screen。當然，有很多心臟出毛病的是女病人，而很多還只是十多廿歲，我知這樣他們會很尷尬的，但我們又該怎麼辦呢？」

B君：「是否你們那組有一些 eager 佬，才弄致如此個？」

A君：「也不是，可能我們太過顧着自己學習，忽略了病人的自尊。」

B君：「講到 eager 佬，真係與到爆。那個X君，好衰唔衰，和他同在一組。今日，Doctor 帶 ward，那個病人有 Papilloedema，本來是我先看的，怎料那個X君，一個箭步，左穿右插，就搶在我之前，用 ophthalmoscope 望足數分鐘之後，病人說眼很疲倦，就不想給人看了。就是平常 murmur 等，他也永無執輸，就是不顧其他的同學。」

D君：「聽說當其他同學說錯東西時，他就大笑，致令其他同學非常尷尬。」

A君：「你們為什麼不好好地和他商量一下。」

B君：「已經說過了，但有用嗎？總之，有 eager 佬在，永無寧日。」

C君：「就算沒有 eager 佬在場，有時也出問題。就是今天，我們 Clerk 的病人就不合作。問病歷時他已不願意回答，當輪到做 exam (檢驗) 時，他就是不肯。怎知有一個人衝口而出：『再唔肯就唔醫你啦。』而那個病人就說：『最多就唔醫，你哋又唔係醫生。』當 Doctor 到時，那個病人仍然不肯接受檢驗。」

D君：「你們說話似乎過份一些吧！」

C君：「是Y君說的，你知啦，他就喜歡在病人面前扮醫生。」

他們的說話引起了那旁觀者的注意，一些問題正在他腦海中飄浮：「如果A君們多表現出一點關心，做檢查時先和病人談一會。而一個病人留在醫院是有數天的，如他們能在事前作出妥協，分開兩三天來看，每次二至三個人，那個病人會投訴嗎？怎樣的表現才算是對病人尊重而又不致受拒絕呢？」

如果醫生不只要對病人，也要對同僚負責和尊重，X君的做法表明了什麼呢？

Y君的態度又怎樣？不錯，很多病人將醫學生當作是醫生，但這表示醫學生就可盡情利用病人的無知嗎？「唔醫你！」——醫學生有權說出這些話嗎？何況病人是有權拒絕接受醫學生甚至醫生的檢驗呢！

如果說醫學生的地位是那麼特殊，不如說是那麼尷尬。對病人來說，愈少

醫學生來看他對他當然愈好，因為醫學生對病人可說是沒有大幫助的（註）。但對醫學生來說，將來要作為一個好醫生，就要盡量吸取臨床經驗，兩者之間要怎樣取一個平衡呢？

學生護士，物理治療的學生，他們都在幫助病人方面獻出一分力。醫學生呢？我們可貢獻什麼呢？想起了某教授的一句名言：「Medical Students, you are the lowest animals in the ward.」哈……」

註：Special Clerkship 可說是例外的。



告到衙門去

'I may disapprove of what you say, but I will defend to the death your right to say it.'

Voltaire

「疑實習醫生疏忽，放棄賠償」
「粗口罵人，態度惡劣，一醫生迭遭投訴」

「××醫院急症室內，有一醫生缺乏責任心」

「疑發醫生亂……」

「民主主義的盛行使一般人也認識到自己的權利。要病人再作砧板肉任由宰割的年代已過去了。現今醫生遭受病人投訴的案子真是屢見不鮮，輕者被罵庸醫、黃絲，重者則毫不客氣的送你到「官府」去也。以至很多平日循規蹈矩的醫生也不免遭受到一股壓力。」

投訴之門

相信大家對於香港醫務委員會(H.K. Medical Council)一定不會陌生了。每位順利畢業的同學也要到醫務委員會註冊，還要領一本有關醫德的「紅簿仔」。但是除了為所有合資格的醫生註冊外，委員會還處理對全港註冊醫生的投訴，更有權懲罰一些違反醫德的醫生，甚至把他們「除名」。

市民如果懷疑某其醫生缺乏醫德，就可以書面形式到醫務委員會投訴。倘若該醫生是隸屬政府醫院的，病人通常先向醫院投訴，再由院方把個案轉交委員會。收到投訴後，委員會轄下的初步審查小組(Preliminary Investigation Committee P. I. C.)便

會對案件作初步調查。如果初步證據充足，小組便會採取進一步的偵查。待人證、物證俱全時，便傳控辯雙方審訊；各方也可以有代表律師出席，情況就如法庭一樣。倘若裁定投訴屬實，被控醫生可能遭受被除牌的重罰。假若案情更嚴重，在死因研究法庭內裁定病人的死因是疏忽引致，醫生便會被控誤殺罪。

八一年度，P. I. C. 接獲三十三宗投訴；但到了八二年，投訴激增至八十四宗。總括來說，投訴不外是指責醫生對病人不負責任、作不適當的宣傳、濫用危險性藥物、非法墮胎、偽做醫療證明文件(如假針紙)及不合理收費等。病人主要是投訴醫生不負責任，佔了二十九宗；其次便是作不適當的宣傳，有二十七宗。

從數字的增長率看來，市民是愈來愈重視自己的權利，也有愈來愈多人認識到此項投訴的途徑。而且人們還可能從經驗知悉如果投訴得值，便會獲得一定的賠償或補助；所以單就婦產科而言，幾乎每個涉及到懷孕母親死亡(Maternal Death)的情況，負責醫生都遭受投訴。

除了循法律途徑到醫務委員會處投訴外，市民還可以通過大眾傳播媒介來引起當局的注意或舒一口怨氣。現時很多報章也設有讀者版，專門刊登讀者的投訴。大家如果打開報章的社會服務版，請不要咋舌我們未來職業的見報率是這樣的高。由於此項服務深受讀者的歡迎，一些報紙已不再只是被動的刊登讀者的投訴，還會主動的派出記者窮追猛打的採訪當事人和被投訴的醫生、醫院。因此，大眾傳媒在這方面不單負起了

為民喉舌的任務，替病人伸訴他們不平的遭遇，還成為了一股很具影響的監察力量。

流弊

縱使醫務委員會在一定程度上監督了全港註冊西醫，但鑑於其被動性，其不足之處可以理解。況且委員會所監督的範圍亦有欠完備。例如久已有人要求委員會增設的專科註冊，但至今仍未實現。現時註冊西醫在掛牌時只能註明其銜頭，但不可寫自己是甚麼專科，以至一般市民不能分辨出哪個醫生是哪一科的。再者，現時醫務法例還沒有規定一個剛剛畢業，從未接受過任何專科訓練的醫生可替病人做何等的外科手術，以至一些缺乏醫德的醫生可以神不知鬼不覺的「魚肉」病人。其實專科醫生註冊的意見書早於八一年尾已完成，但不知是遇上甚麼阻力到現今還未有下文。

況且醫務工作的精神在於接觸人類生命的深處而肯與病者分担痛苦，所以醫生被要求有較高層次的道德是理所當然的。然而我們卻清楚知道，要貫穿在種種誓詞、宣言中的「對生命尊重」、「維持人格完整」等極其抽象的人道主義，實非任何法律所能規劃的。雖然醫生像其他專業一樣要接受一套獨特的職業行為守則，可是就算是如何嚴厲的法例也只能挑出行業中太「離譜」的，絕不能專制個別醫生應怎樣想或做。而且除了法例外，醫生怎樣行事還會受到認同的職業水準，傳統及時下哲學思想、宗教等影響。因此，雖然醫務委員會除了制定相當法例外，還有派「紅簿仔」等的醫德指引；可是試問有多少師兄、

師姐會細心背誦那「小紅書」？」

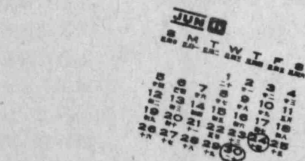
另一方面，報章雖然提供了市民一個伸訴的地方，可是旁人單從報章上刊登的很難判斷誰是誰非。倘若遇上不負責任的過份宣洩，不但無助於醫生不公平，而且還會造成一般市民對醫生不信任的風氣。

誰人解恩怨

病人與醫生是愈來愈步向敵對的關係裏一病人無時不擔心醫生在謀自己、算自己；醫生則只好做嘆面對病人時應用近乎政治手段多於醫學知識。導致這個地步，除了是由於醫療資歷不足和部份醫生缺德外，市民對於健康教育和權利認識的不平衡也是一大原因。現今，健康教育與權利認識的不平均發展已導致了兩種看似極端，實質一樣的情況：市民真的受了不負責任的醫生欺侮，但因欠缺醫學知識，又因醫生們官官相畏，不能有力地指控醫生的錯誤；或是市民過於敏感，但又同樣的對醫學無知，於是動輒便罵個「庸醫」，「黃綠」，以致一些受罵醫生真是啞子吃黃蓮。所以要填補醫生與病人之間的戰壕，就只有把醫學知識非專利化(Demonopolized)，提高一般市民的健康教育水平。

可是最終還是要我們這羣醫學學生從前開始便自愛、自律。雖然專業壓力、輿論等都能起一定的職業作用，然而從此醫生再不是一個受規管和能自我進行的行業；醫生不再是憑自己的良知、判斷和愛心行事，而是所有人都要在科層式的監視下，沒有一個人值得信任，這能說沒有一點點無奈嗎？

啓思日記



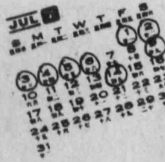
六月 廿四

三十

七月 一至六

九

十四



八月 三

十五至十七

廿五

廿九至三十一



九月 一

十至十二



學生會之香港前途聲明書討論會

「草與藥」草藥研習班

聯校及港大專題計劃開幕

預科生日

學術迎新

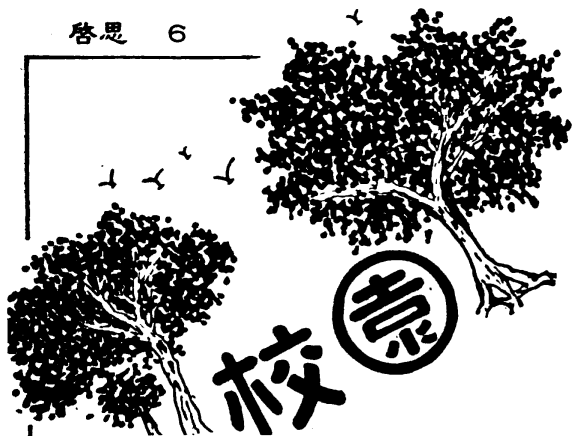
醫學會電影首映籌款

迎新組長營

歡迎日

迎新營

健康展覽——癌症知多少



MEDIC知多少

之大仙

想當年醫學院內「大仙」風氣曾經盛極一時，那時期每個醫學生都受到這風氣或多或少的影響。可是踏入八十年代，大仙已逐漸消聲匿跡，難以稽考了。本文乃嘗試探討大仙的形成、影響和衰落的原因。

本文作者會分別造訪四位現職醫學院的教授、講師、和剛畢業的前醫科學生，以座談會的形式，記錄他們的意見和感受。

(他們在以下簡稱甲、乙、丙、丁，分別代表了五十、六十、七十和八十年代的醫學生。)

大仙的定義

問：你們認為什麼是「大仙」呢？

乙：我們那時六〇年代後期，讀了兩年書，「過」了 1st MB 試，便可算是大仙了。

丙：比自己高班的自然就是大仙 (Senior) 了。

甲：學問比自己高，大學生活體驗比自己豐富，便是大仙的定義。

問：大仙風氣是怎樣形成的？

丁：原因頗多，但醫學院教育課程的架構，間接培養成高班同學的自豪感 (Sense of Superiority)。同樣地，教授方式亦鼓勵這種風氣的滋長。高班的，無論學識和經驗都肯定比低班的為高。

丙：是的，我想還有以前的考試，「肥佬」的比率遠比現在為高，不合格極為普遍，所以超過五年尚未畢業的頗為平常，在舍堂自然便成為「超級大仙」。

乙：於是，順利升班的更會感到比別人優越，這根本就是人性的表現嘛。

所受「大仙之氣」

問：可否告訴大家你們本身所感受到的

大仙風氣？

丁：我認為大仙風氣是一種意識形態，根本仍存在於每個高班同學的心裏，或強或弱，但在日漸淡下來的氣氛下，沒有機會表現出來而已。

其實每個人感受的大仙風氣都不同，視乎個人的感覺 (Perception) 而已。在我的年代，我感到大仙對待低班同學並不尊重，往往令他們感到難堪，例如在 Medic Nite 的表演，低班的表演常常遭受高班同學喝倒采。

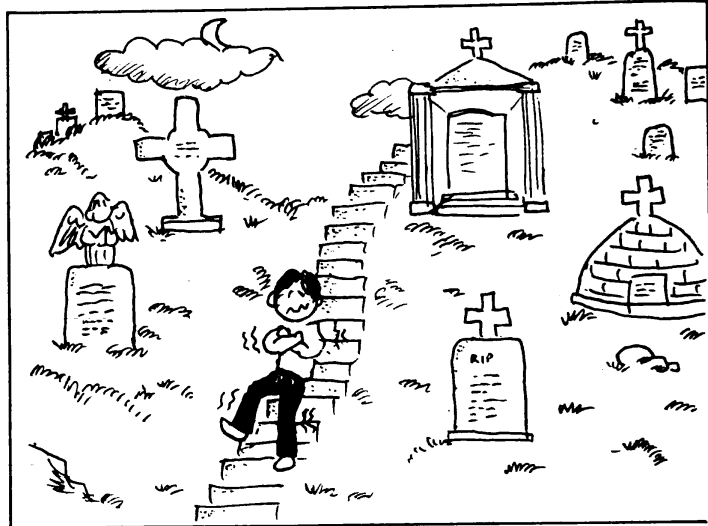
丙：是的，我很同意每個人有不同的感受。事實上，大仙形象的形成本乃是一種氣氛使然。據我所知，在飯堂內只有大仙可以高聲嘻笑，甚至講粗口及賭錢。假如當時你祇是一、二年班，又沒有膽量在你比高班的同學面前做同樣的事情，你會否感覺受到大仙的欺壓？至於更嚴重的事件，我便沒有所聞。

乙：對我來說，Medso 啖是大仙的象徵。因為以前在 Medic 內有一個傳統習慣，1st MB 過後，才可以名正言順地戴上 Medso 啖，於是當放榜後，最高與做的第一件事，就是一窩蜂購買 Medso 啖，這是我感覺到唯一的大仙風氣，其他的並不算怎樣。

問：未有「醫學生節」(Medic Festival) 之前，是有「醫學生夜」(Medic Nite) 的。究竟當時的情形怎樣？你們有沒有參加呢？

乙：嘻嘻，我自己必定捧場，那是一種娛樂。台下一片喧嘩，也有人擲東西，至於那些戲劇，我看得非常投入呢。

丁：大仙形象通常在這種場合表現出來，例如不准許低年班同學坐前排的座位，又向他們的戲劇喝倒采等等。至於那些戲劇亦有被評為低俗並帶有黃色成份。



乙：我本身對戲劇有一套觀念，因而沒有參與醫學生夜。

玩新生

問：據聞大仙經常「玩新生」，是否真實，抑或只是過份的渲染呢？

乙：宿舍的情況我不知道，而學院裏玩新生我並不感覺到，其實這仍視乎個人或那一屆同學的趨向。

甲：我那時住在何東宿舍，女孩子較為斯文，沒有玩新生的情形。但男生的惡作劇則很嚴重，近乎殘忍，聽說曾有男新生要單人匹馬夜探墳場。

丙：例如在舍堂內要求新生 Room Visits，又或強迫參觀院際和舍堂的比賽，你會否感到受玩弄和指揮？這乃是個人的感受。

大仙風氣的末落

問：那麼，大仙風氣是怎樣消失的？Faculty 有沒有採取過什麼行動？

丁：醫學生夜改為醫學生節，高低班接觸的機會減少了，免除了一些磨擦。

丙：Faculty 並沒有採取什麼行動，因為這些始終是發生在學院之外的事。大仙風氣為何會消失？這大概有幾點原因。這些年來，醫科學生人數增加了，入住舍堂由「必然」而轉為一種選擇；人權主義亦在這年代興起，每人都要求受平等待遇，因此不能接受大仙以高人一等的姿態出現。學生的背景亦與前迥異，讀大學不再是富有人家的專利，各類型的學生帶來了思想的衝擊。加上考試及格率大大的提高，課程的增重，五花八門的娛樂，令到舍堂比賽不再是人人必看的大項目。試問現在即使是院際比賽，又有多少人觀看呢？以上種種因素，大大

打擊了舍堂的領導地位。舍堂的中心位置消失了，大仙風氣亦難以逆着時代的轉變而存在，所以便漸漸地消失。很難說有什麼事件促使它的末落。

大仙風氣的評價

問：你們會否對大仙的不良風氣作出好與壞的評價？

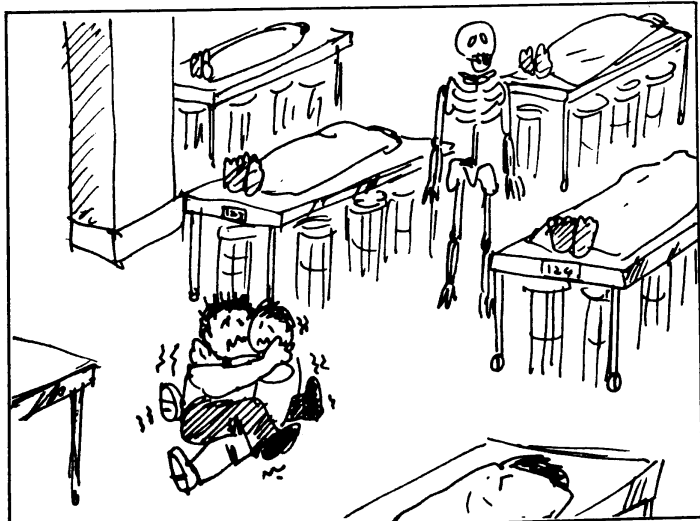
乙：我覺得大仙的不良風氣並不存在，反而它所作出的領導地位，助長整個醫學院的團結，提高 Hall & Faculty Spirit，起碼我覺得當時的生活，是多姿多采的。

丁：無疑大仙帶來了團結精神，但所犧牲的人權和個人的自尊，我卻認為是不值得的。

丙：你們兩位都說得對，但我有另一種意見。正所謂今非昔比，我不會在「現代」對「以前」的大仙風氣作出評價。現代的人有這個時代的觀念和想法，跟現在的社會有密切的關係。可是時移世易，我們不能執着現今的想法，去衡量六七十年代的事。不過，假如准許我選擇，我寧願生活在舊時代，因為那時的大學生活比現在來得充實、豐富。

結語

已過去的大仙年代，確實帶來多姿多采的回憶。現在高年班的同學，對低年級的常作出指引和提點；試看每年在迎新營所花費的人力物力，對新同學購買顯微鏡、舊骨節和舊書等的幫助。不過，大學生活是否變得枯燥乏味？學院士氣是否低落了？這便有待讀者思想了。



數風雲人物

新院長楊紫芝教授



楊紫芝教授於一九五三年畢業於香港大學醫學院，取得生理、解剖和內科學等優異成績。隨後獲得醫學博士(M. D. H. K.)，倫敦及愛丁堡皇家內科醫學院院士(M. R. C. P. London and Edinburgh)及榮授院士(F. R.

C. P. London and Edinburgh)等等，並在港大內科系任教多年。擁有五年任職副院長及多年行政經驗的楊教授，對新被選任為醫學院院長，並不感到特別驚奇，她認為現在正是一個為醫學院服務的更好機會。而且從事行政工作，幫助培育新一代醫學生，更是她的願望。

對於醫學院的現狀，楊教授並不感到滿意。她強調現時的課程太過繁重，考試頻密，對醫學生的壓力很大。除了改良課程外，她更希望憑着整體的努力，使醫學院對外和政府有更良好的合作和計劃，共同做好本港的醫療和保健；對內方面，盼能促使導師們在研究工作上更有更密切的聯繫，並鼓勵導師和學生能夠多些發表意見和參與，作為參考。

楊教授提及現時師生的溝通並不理想，導師的臨床工作量大，間接做成人數不足，師生的比率因而有所差距，只能對低於水準的學生作出多一些提點。至於過去教職員流失的問題，楊教授指

出現在香港的經濟不景氣，人材流失的問題已大為減少，所以並未構成困難。

對本應於明年成立的普通科(Department of General Practice)，據楊教授解釋，因為聘請適當教職員的問題，必須延遲成立；此外，內科系亦有眼科部門獨立的提議，這些都仍在商榷階段，未能確實地作出聲明。

楊教授專於內分泌學，但因為她的行政工作而令研究減慢下來，不過她的工作隊伍，仍不懈地致力從事於甲狀腺和糖尿病等內分泌的有關研究。

楊教授每天早上八時半始，便忙碌地工作至晚間八時半，閒暇喜愛閱讀非醫學性質的各類書籍，每晚必定收看新聞，亦有吃「宵夜」的習慣。她更笑說沒有八個小時的睡眠，早上起床後必定無精打采。她熱愛生命，對自己的生活感到滿足，多年來一直孜孜不倦地為醫學院作出貢獻，值得我們欽佩和支持。

她認為作為一個醫學生，除了應該

具備良好的學習能力，從書本、經驗和錯誤中學習外，還要有堅定和積極的工作態度、恆久的耐心、觀察力和靈活精確的頭腦。最不可缺少的，是愛與人相處的熱誠和關心。因此醫學是一門科學，更是一門有別於純科學的藝術。

楊教授認為，這些年來學生轉變得更動力和關心社會，他們來自社會各階層、不同學校，每人的背景都不同，這些都是社會結構轉變所帶來的後果。楊教授不贊成名校制度所帶來的階級觀念，不過名校是有其優點的，她主張成為名校應是每所學校的目標。

八八的新同學，是由新延長評核法所挑選出來的。楊教授認為這方法對學生是有利的，大學入學試亦比中學會考較能反映出學生的能力，至於真正的好壞，尚須時間來作證明。

楊教授寄語「八八」，進入大學醫學系，應為既定的目標向前努力，摒除虛每心，做事審慎和有宗旨，更不可離羣獨處，應在這裏培育出良好的品格。

送別謝嘉樂教授

跟謝家樂教授初次見面的時候，壓根兒就沒想到他是中國人。他底高大的個子，銀白的頭髮、淡色的眸子與及流利的英語，都教人錯認他是外國人。不過，這也難怪，因為他有着一般來自母親的英國血統。

謝教授在上海出生，也在那裏的St. John University 完成大學醫科課程。他的父親是一位西醫，他選唸醫科也是受父親的影響。相信我們當中難找幾個是沒有在體育課走過堂的，但謝教授當年唸書時，他唸的大學卻很注重運動；每天大清早學生就得做早操，而且體育科是必修科。謝教授卻不是箇中能手，他因不能攀爬繩梯而要在二年級重修體育一科呢！

謝教授唸了七年醫科後，於一九四七年畢業，隨即在船上找到了一份工作，當起隨船醫生來。經歷了六年長的時間，謝教授厭倦了在海上的生活，而且Mrs. Hsieh 也已懷孕了，適逢香港大學聘人手，於是在一九五三年便加入香港大學。

他加入香港大學時，有沒有什麼期望？他回答說：「I wanted to become the dean.」但他認為「Not because I wanted to be the dean so I entered Hong Kong University, but it was just something

try to work up to.」

謝教授認為當年和現在的學生有很大分別，當時有三成多的學生來自海外的，如星加坡及馬來西亞等。半成學生則大部份來自較富裕的家庭。他們很喜歡運動，那時醫學院還有一隊樂隊。但隨着學生人數的增加和政府的資助，來自中、下家庭的學生漸多，而且他們也較熱心於Community affairs。

當時的入學政策和現在沒有多大分別，但課程卻有很大的差異。那時是要修讀一年的 preliminary science course，包括生物、化學和物理，一年後，參加考試，及格的便獲進入醫學院，不及格的祇有繼續修讀自然科學。平均每一年從七十人中取錄五十人。

進入了醫學院，還要經過「三月大屠殺」(Great slaughter of March)，就是學生修讀五個學期筆試，還要預備口試，及格的可繼續升讀三年級；一科不及格的需在九月補考；兩科不及格的需重讀一年，在明年的三月補考；若三科不及格，便需離校，這就是1, 2, 3 system。謝教授認為這政策雖然是艱難一點，但直接而且合理，比起現時二年級需要考四張卷還要容易。

謝教授曾在六八年至七六年離開香港，往美國加州一所新建任生理學講師



。謝教授很喜歡在加州舒適的生活。

謝教授在八零年十月接任醫學院院長一職。謝教授任內積極參與醫學院的發展，例如牙醫學院的成立、動物實驗室的建設、醫學院的擴建等等。他認為最重大的改變是與學生的接觸增多，他很喜歡學生來他的辦公室交談，他表示：This doesn't mean that you have your way but at least you have your say. You talked about something and the dean said 'I shall consider it'. 他說做到這一點也不容易。

另一方面，醫學院的同學們也頂喜歡跟他聊天的，他幽默的談吐當然是原因之一。記得今年八七班中的同學全站在一線，希望由謝教授作MB試前的生理科溫習講課。這是因為家所周知謝教授為人可親，可望他指出溫習「重點」所在！

雖然醫學院是那麼well-established，但謝教授認為有很多地方仍需改善。例如增加人手，很多部門例如Radiology, Ophthalmology，都缺乏教授及講師，但因九七問題的困擾，在外國聘請講師是很困難。此外，資金也是問題之一。

謝教授的家庭生活如何呢？謝教授早在上海時已認識 Mrs Hsieh，現在他們有一女兒，謝教授閒時很喜歡和學生談天。在加州時，他也喜歡種植玫瑰花。

謝教授在八月二十八日便正式退休，他會往加州和女兒一起生活。Have a good summer and a better following year」是他留給大家的說話。

最後，我們謹祝謝教授退休後，生活愉快！

電影籌款在校園

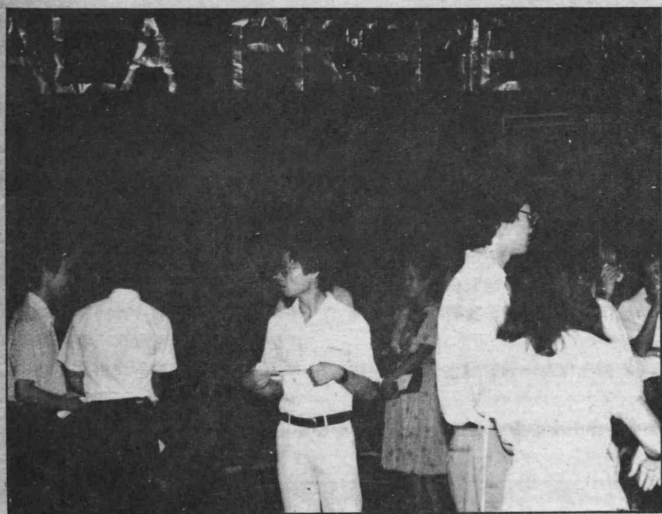
七月中，醫學會的「搵錢大計」正進行得如火如荼，以下是這項計劃的一些資料。

是項籌款活動，確是一大秘密行動；難怪部份義務賣票的同學對義映的電影一無所知，甚至連戲名也記錯。

八月三日，「GTI大機密」——於利舞台戲院進行。

今年賣票採取新措施，同學每賣出一張戲票，都要向籌款委員會報告，以方便核對及劃位，一時間醫學會的電話忙個不停。籌款委員會為了方便工作，更加嚴禁他人於工作時間內使用醫學會房內的電話。究竟這種新措施能否為醫學會的籌款活動帶來更多的收入，則有待日後分曉。

根據最新消息，電影籌款籌得超過八萬元。



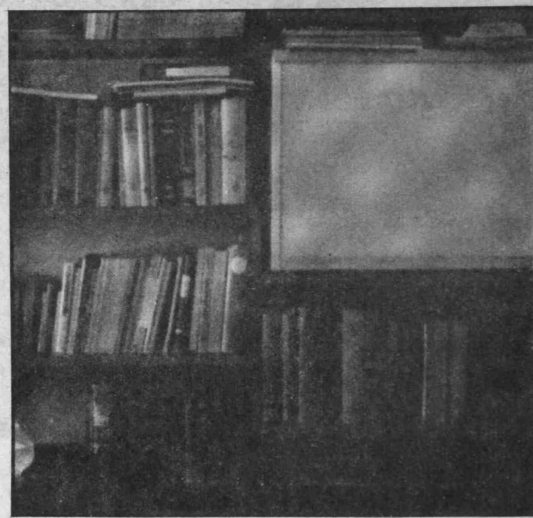
大學書店建議

早在八三年二月初，大學校方曾建議自辦一書店，以便為學生提供更有效而廉宜的書店服務。為了保證大學書店服務有一定的需求量，校方建議將部份政府助學金轉為書卷形式發給同學們，而持着書卷可到書店購買文具及書籍。學生會為此努力搜集同學意見，提供校方作為參考。

文具的服務，作為一種福利；校方不應該以維持大學書店的生存為理由，將助學金撥作書卷，這樣會干涉到同學們對助學金運用的自由。

經過詳細的考慮，校方決定取消自辦大學書店的建議，並且積極研究改善現有大學書店的方法。至於如何去改善，大家拭目以待吧。

同學認為，校方應提供售賣書籍及



迎新 八三

八月二十五日

沙宣道上的每一張臉，每一根小草都沐浴在陽光中，抹去了連日大雨帶來的鬱悶。這是醫學院的迎新日，八八同學與組長一起聽完書本，顯微鏡介紹，走遍了李樹芬樓、瑪麗醫院，然後到薄扶林水塘、摩星嶺……開始了他們對醫學院的第一步認識。

八月廿九日至九月一日

醫學院的迎新營在北潭浦渡假營舉行。八八的同學期望著一些甚麼？有謂：「識人囉！所以越 fuzzy 越好。」或曰：「多了解醫生的生活及……」更有謂：「向師兄討教讀書的方法。」眾說紛紛，對迎新營的感受自也不同。

節目表上照例有組際比賽，當中不乏令人發噱之場面。其中一項居然要每組以最少隻腳運送全組人過對面，組中健碩勇士肩上負著一個人，左右手又各

一個，腰間再掛上一個，驚險萬狀。但由於現場音响不佳，場面比較混亂。

營內還舉行了一次市政局選舉——大型角色扮演之題目也。由於今次角色種類較多樣化，同學們有更多機會發揮。最投入的該是助選團的角色，家訪、喊口號、派傳單等都演得很落力。唯是次意義在令同學們能轉換角度思考，及了解市局選舉與背後意義，做到的實在不多。同學們辛苦籌備，又豈只是希冀做到小孩扮皇帝的地步而已呢？

耳際響起八八同學的聲音：「拍得很精采，一定花了很多心血！」想着負責同學們日以繼夜地拍成的三部幻燈片，現在終於有了成果，心裏的欣慰難以形容。八弟、八妹們：無論你們在討論中有沒有積極發言，只希望你們都曾經咀嚼片中的訊息。

八八在倉卒間組成的籃球隊、拔河隊、啦啦隊等都熱烈參與，表現非凡（因此大勝老柴隊）。迎新晚會上更能籌備了三個表演節目，且不談內容，其團結表現令人欣賞。

未來的醫生 醫生的未來

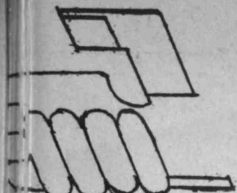
迎新營是過去了，迎新活動卻未終結。只在老遠的北潭浦談醫學生生活固然不當，在開學後馬上讓新同學獨自摸索，應付新環境也不是迎新的真精神，所以今年迎新活動會延長至開學後，名為迎新雙週。一連串的活動將極為多樣

化，更希望八八的同學也能參與籌備工作。在這裏先透露部分節目——高桌晚餐、座談會、午間音樂會……。

八弟、八妹們：您們是迎新的主人翁，積極參與吧，那會是難忘的經驗。



JSUP? 破繭的新一代?



「噢，JSUP？七嗎嘍？」
 「嘩！七今日 Student Lounge 咁多人嘅，七嘢人嚟嘍，都唔識嘅？」
 「跳出課本，認識四周？咪攞我，都係考完試先至跳出課本啦！」

在六月至八月間，相信有很多人當經過 Foot Bridge 或 Student Lounge 時都會聽到或講出這番說話來。那麼，JSUP 又到底是甚麼一回事呢？

JSUP 的全名是 Joint School and University Project，即聯校及港大專題計劃，成員包括有港大學生會，港大醫學會和約三十多間的中學。其實，你對它陌生並不出奇，因為它還只是一個兩歲大的小孩子。這個孩子年紀雖小，然而卻背負了重要的責任，就是要提高中學生的社會醒覺性，培育他們的獨立思考及作為一道溝通中學生及大學生之橋樑。

這個計劃的誕生是在去年五月，當時一羣熱心的中學生剛考畢高級程度會考後，在大學生的發動下，討論到一些社會問題，大家都感受到時下一般青少年都缺乏一顆關心社會的心，很多中學

生不是被關在這個畸型教育制度的塔內，終日鑽研書本，為求博取功名學位，就是被社會潮流所拖垮，不思進取，只是沈醉於玩樂中，以消極的反叛態度去迎接時代洪流。這個問題的癥結除了在於一般大眾傳媒對不良意識的傳導和不健全之教育制度外，還有是政府的那一套「有活動、無暴動；有康樂，無罪惡」的青少年政策，使青少年在一遍歡樂聲中不知不覺地俯伏在現存制度的缺門下。針對以上各點，同學都覺得他們有需要自發性地在中學生的羣體中組織和策劃一些活動來提高他們的認知水平和對社會事物之興趣和關心，不再像是躺在搖籃裏般等待別人的施予，而是積極主動地去批判、爭取和創造，這個信念——也是我們今年籌委的信念——促成了 JSUP 的原動力。

去年他們的主題是「探討青少年問題」，以「加深自我了解，提高社會意識」為目的，以講座、電影和宿營等形式帶出。他們的籌備時間雖然是比較短促，但反應尚算不錯，不過最重要的還是他們為今年的延續所扎好的基礎和留下的寶貴經驗。他們在十月成立了一個秘書處和臨時籌委會，在中學繼續宣傳這個計劃。而醫學會之加入則在今年二

月中，我們加入的動機是希望在中學階段培育一些有社會意識的同學，為將來進入社會和大學作準備，同時亦希望藉此宣傳醫學會的形象（事實上，普遍參加的中學生對醫學會之形象都有所改變，覺得醫學會活動並不只是局限於醫療界上，而表現出來亦是有活力，有生氣的。）三月中，籌委成立；四月，幹事會正式選出。七月，計劃活動正式開始，一直延至九月分四期進行，第一期着重探討家庭問題和認識政府政策，第二期則開始探討幾個社會問題——包括勞工、房屋和新移民問題。第三期是一個為期四天的宿營，以探討青少年對社會問題應抱之態度，最後第四期則以一個展覽作結束，其實，今年的 JSUP 83' 比去年有很多轉變。

第一，我們嘗試把青少年的認知程度推到一个較寬的層面，「破繭的新一代」也是意味着我們希望同學能突破其日常接觸的圈子，去尋求認識一些表面上沒有直接關係，而實則是息息相關的問題——社會問題。

第二，活動當中我們着重理論基礎及實際參與之並行發展，活動最高潮的一箇月中，我們一共舉辦了一個街頭訪

問，六個社區探訪，及七個家訪和服務，涉及地區達十八個之多，遍佈港九新界。

第三，今年的籌備架構更趨成熟，除設有包括所有參加學校代表的籌委外，下設幹事會，負責執行計劃和向籌委負責，再下分五個工作小組，分別推行四期運動和推廣計劃，而在每層架構上（包括參加之組員和組長），都包括有不同學校之中學生和大學生，無論在縱面橫面上，都充份發揮到互相交流衝擊的目的。

隨着九月初在海運大廈展出之展覽，JSUP83' 也宣告一段落，至於成功與否，實屬見仁見智，但從每次活動出席率不低於一百五十人之事實也可見一斑。誠然，今年之計劃還有很多地方值得改善，但我深信這次努力已為將來種好一棵強壯的幼苗，只要有人繼續悉心灌溉，必定可以長出一株堅挺的巨木。我有信心，因中學生那份熱誠和衝勁已深深印在我心內，我期望着 JSUP 84' JSUP 85' 陸續的出現，更渴望有一個屬於中學生自己的永久性組織之誕生，將 JSUP 精神更加發揚光大。

十人行

馮健華

——記「第四屆亞洲區醫學生會議」

處身空調節的機艙中，外面凌人的七月底暑氣當然一點也感覺不到。漸漸地，窗外的片片白雲底下浮出了一些陸地的輪廓；雖然距離還是相當遙遠，但這些打從中一上地理課便開始接觸的圖案怎樣也算不上陌生。唔，快要到家了。就在這個時候，我的心中湧起了一股很強烈的意念：假若我快要降落的這地方不是香港而是吉隆坡，那該多好呢？那樣我便可以從頭咀嚼一片過去一個星期內發生的，有時豐富得令人難以消化的事物。

畢竟，這是一段難忘的經歷。

* * *

今年在吉隆坡的「亞洲區醫學生會議」(Asian Medical Student Conference) 已經是第四屆了，前三年都是由泰國主辦。最初這個會議是由日本和泰國的醫學生發起的，目的除了加強亞洲各國醫學生之間的聯繫外，更希望透過這類會議探討一些亞洲國家普遍面對的和醫療有關的問題，交流一下各國的經驗。前三次會議探討過的問題包括：「醫學教育」、「食水傳染的疾病」及「糧食」，而今次會議的題目是「藥物濫用」(Drug Abuse)。參加今屆「亞洲區醫學生會議」的地區總共有九個，計有日本、泰國、新加坡、印尼、菲律賓、斯里蘭卡、科威特、馬來西亞及香港，是歷年來最多的一次；各地代表合共約一百人，其中以日本及主辦國馬來西亞的代表最多，約佔總數的一

半。

整個會議為時一星期，頭三天主要是各與會地區呈交工作報告；報告內容主要分兩部分，包括「個別地區的藥物濫用問題」(The problem of Drug Abuse in Your Country) 及「社會及文化背景對個別地區的藥物濫用情況的影響」(The Influence of Social And Cultural Background on The Pattern of Drug Abuse in Your Country)。此外，大會更邀請了兩位在藥物濫用問題上世界知名的講者演講，提供了關於藥物濫用的一些整體概念。不消說，經過這幾天的研討，我們對亞洲區的藥物濫用問題的認識加深了不少。例如我們知道在香港於各種被濫用的藥物中以海洛英為首，在日本卻以興奮劑（如安非他明等）為最甚，而在菲律賓則以大麻為主。再者，每個地區對於處理藥物濫用問題都有各自不同的辦法，例如香港是採用多元化的方法，新加坡的卻是強制性的方法，而在泰國更有採用佛教來戒毒的嘗試。值得一提的，是香港的「美沙酮治療計劃」，由於利用美沙酮代替海洛英的解毒方法 (Detoxification) 在世界上並未得到普遍的認同，而香港的「美沙酮治療計劃」是亞洲區在這方面的試驗的先鋒，因此在會上這計劃很受關注；作為香港代表的我們唯有盡力解釋這計劃的長處、短處及成效等，希望其他地區能夠分享到香港在這方面的經驗。

當然，除了嚴肅的討論外還有很多輕鬆的環節。每晚會議結束後，我們都會聯羣結隊到外面遊玩，除了遊覽名勝外，我們更接觸了不少異國的風俗，在此也想列舉一二。前一晚黃昏時分我們到宿舍附近散步，湖畔樹影之下自然是人影雙雙，羣煞旁人；但奇怪的是這些情侶之中幾乎全都是華人，絕少是馬來人。追問之下，原來根據回教教義（回教是馬來西亞的國教，更是所有馬來人都信奉的宗教），男女在婚前是不准單獨約會的，更不可單獨在隱蔽地方談心，若果一旦被發覺破壞了規條，則他們只可以有三個選擇：一是自盡，二是被處決，若兩者都不願，則唯有立刻結婚了。得悉這規矩後，我們單獨面對馬拉朋友時，都懷着戰戰兢兢的心情，對於幽暗的談話地點更是敬而遠之了。但話得說回來，即使在回教徒當中對國教的教義也有着不同的見解，其中差異也不少。就我們所見，有些馬拉女人篤行蒙頭的規條，見到陌生人連招呼也不打一個；但也有些人不單不蒙頭，與陌生人更能開放地談話及交往。其實馬來西亞國立大學的醫學生今次主辦這個會議，也會因為對信仰的見解不同而遇到不少的阻力。

一連三天的討論結束後，大會安排了一些參觀項目，例如參觀馬來西亞的一個戒毒後的康復營及馬來西亞農業大學等。此外，我們更在馬來西亞的一個著名渡假區渡過了一晚。

會議臨結束前的一晚，大會特別安排了一個「文化晚會」，會上各地區均演出一些富有民族色彩的節目，如泰國、日本、馬來西亞等均演出他們的民族舞蹈，斯里蘭卡的一位男同學更搖身一變成爲新鮮出爐的「一九八三年度斯里

蘭卡小姐」，風華絕代，真個鬚眉不讓巾幗。當然，我們也早有準備，演出了一幕歌舞劇「梁山伯與祝英台」；悠揚音樂與悅耳歌聲中，一雙唐裝的羅密歐與茱麗葉翩翩起舞，哀聲纏綿，柔腸百轉，一時不知迷倒幾許台下痴男怨女。

最後的一天，便是回顧與前瞻的時刻了。大多數的意見都認為這次會議的成績相當美滿，與會者都獲益良多。此外，大會更討論到下一屆「亞洲區醫學生會議」的地點問題，結論是香港和新加坡都是很適合的地方。由於在與會前我們沒有在這方面做準備功夫，自然我們不能代表香港作出任何承諾，我們只有答應回港後會詳細探討香港主辦下一屆會議的可能性。雖然如此，我們都覺得如果這能成爲事實，無論對於我們的同學或是參與下一次會議的其他亞洲國家的醫學生來說，都會是一次極好的經驗。最後，大會更提議籌備成立「亞洲醫學生組織」，籌備期間將以日本作為聯絡中心。

至此，第四屆亞洲區醫學生會議便圓滿結束了。

* * *

其實這次經歷最迷人的地方並不在於會議討論的內容，在於這一星期中與其他人那種完全撇開國籍、種族、宗教的，盡情投入的交往。

多麼希望明年這個時候可以在自己的地方，以東道主的身份，與一些遠來的朋友握手聚舊啊！

(在此，謹代表與會的十位同學對謝嘉樂教授及楊業之教授表示萬分謝意；由於他們的支持和鼓勵，我們此行才可如此美滿的結果。)

To whom it may concern

Re: The Embarrassing Situation of Hospital Medicine in Hong Kong

S.M.O.

A doctor in a government hospital has plenty of opportunities to become frustrated. Too much work. Too many patients. To deal with all his patients in a proper manner is mission impossible.

Take for example the doctor in a medical unit. To take care of more than twenty (or sometimes thirty) patients in the ward may not sound too difficult, but it's no easy task to discharge and admit half of this number of patients every three days. The doctor must struggle through his patients as quickly as possible, otherwise he won't be able to finish seeing all his patients. He must not ask a detailed history (no time), must have a firm voice (to prevent the patient from the slightest digression), must not perform a detailed physical examination (no time). Before a patient is discharged from a specialty unit, a proper sorting-out of his medical problems and plans for further management need be determined. This is the way how a conscientious doctor thinks. His conscience is exactly the source of his frustrations. Take for example a patient with multiple medical problems to be discharged. He has got diabetes. A proper management involves a documentation of the possible complications of diabetes at that point of time. Has he retinopathy? Has he got neuropathy? Has he got nephropathy? Has he got ischaemic heart disease? A proper look at the fundi takes an extra one to two minutes, which is rather extravagant in the busy round. If a doctor does not have time to answer these questions, it would be exceptional for him to have job satisfaction. He would be even more frustrated when he finds his patient coming in a few days later in diabetic precoma. The patient had omitted his insulins because he had caught a cold and thought it best to stop medications, and claimed that the doctor had not explained adequately beforehand. To be frank, a proper explanation of the nature of illness to patients is an unusual phenomenon in government hospitals uptil today.

Out-patient sessions are headaching times. An afternoon packed with more than a hundred cases. Everybody is in a rush. Doctors in specialty OPDs are as rushy as in general OPDs. Patients queueing for hours to be seen by a doctor in minutes. Unfair to both patients and doctors.

The houseman system remains a big disgrace to the HK medical service. That they are overworked is no news. But they are really being disgracefully over-exploited. Many people (including many doctors on completion of internship) tend to think that the hardships of internship are justified because internship is a time for training; one cannot be competent and independent enough without exposure to stress and tension. However, it seems not realized (or easily forgotten) that stress beyond a limit is sure to have a more negative than positive effect. Any careful observer can see how the internship experience have destroyed many a budding doctor: to survive the physical and mental stresses of internship, the only way is to turn numb and dumb, to be insensitive to others' pain and sufferings, to be inconsiderate to others. Interns in HK soon learn to see patients as enemies, to be rough in doing things, to be rude to patients. Moreover, the inadequacy of supervision for interns in HK is alarming. Surely an intern in HK upon finishing his internship can astonish his foreign counterpart by talking about how many lumbar punctures he had performed, how many pneumothoraxes he had drained, how he managed myocardial infarctions independently with or without cardiac monitors in a general ward, how he admitted patients at a rate of one per five minutes (including history taking, physical exam, urgent blood taking, setting drips),

and how he managed to take dozens of blood samples one morning (including writing up the forms and sticking on the labels). Anybody with common sense would see that, in fact, there's nothing to be proud of. Instead, there's everything to be ashamed of. We should pay pity towards our overworked interns, our unlucky patients, and our inhuman system of medical care. Human dignity and human respect are seldom found within the walls of government hospitals. The writer shivers as he realises that such an inhuman system is working on and on with the silent consent of hundreds of doctors working in government hospitals -----doctors who had received a university education, who are supposed to have common sense and maturity.

Problems have been described. Solutions have to be found.

It seems that all the above problems boil down to the final fact that there is inadequate resources manpower and facilities --- to deal with the heavy patient load. So the logical solution is to increase resources, which means money.

Whether the government should increase its expenditure on medical and health services is very debatable. This point would be dealt with later. At this point the writer wants to point out that there is still a lot that government doctors can do to improve the present situation within the present resources. If all doctors perform their duty with responsibility, things would be much better off.

Doctors working in Casualty Departments (now called Accident and Emergency Department(AED)) are in a strategic position. The high admission rate in HK government hospitals is perhaps one of the highest in the world. Just based on this fact alone we can already infer that screening procedures are not properly done, since, compared to other countries, Hong Kong has a very poor communication between general practitioners and hospitals and a high tendency for the public to abuse the AED service, which means that a high proportion of cases would be trivial and do not warrant admission. Doctors in hospital units are familiar with the not infrequent admissions with funny indications. There are individual doctors whose admission rate approaches 100% (to the horror of the interns in that hospital). Of course AEI doctors have their situational limitations, such as the lack of time to see patients, the lack of rooms for longer observation of patients, and the lack of senior opinion. The implementation of Consultant and Senior Medical Officer posts in AED in the recent few years is a belated first step towards improvement, but much more still remain to be done. Generally speaking, it is fact that Senior M.O.s in AEDs fail to give professional opinion (with notable exceptions) which can help the junior doctor to admit or discharge a patient. One important practical point is that senior M.O.s do not countersign on AED cards, and thus bear no direct responsibility. The junior M.O. still has to be solely responsible for all the consequences of his decision. It would be very constructive to discuss the roles of the consultants and senior M.O.s in AED in HK. If the admission rate to hospital wards can be controlled, a significant part of the problem can be solved.

Another area of improvement within the capabilities of doctors is in doctor-patient relationships. Generally speaking, the manner in which government doctors deal with patients must be quite alarming to their foreign counterparts. It is quite unusual to find doctors speaking to patients in a kind sympathetic tone. Although the pressure of limited time often necessitates a more "rough"

handling of patients, now and then there are opportunities for a more proper dealing with patients. The writer has virtually never heard a doctor addressing a patient by his surname and title; now and then female patients under fifty are addressed as 亞婆. Let us recall what one of the greatest clinicians in our century said about HK doctors. Professor Hutchison, the former Professor of Paediatrics in our university, once said, "Hong Kong doctors are lacking in empathy. It is not just a lack of sympathy, but especially the lack of empathy that characterises Hong Kong doctor."

An inadequate explanation of the nature of illness to patients is the rule. The consequence of such a low priority given to such an important aspect of patient management is devastating. The furious feeling when a doctor was told by a patient that he had been admitted to hospital several times before but knows nothing about his illness is all too common. On deeper thoughts our routine patient management is quite uneconomical: a lot is invested without the patient appreciating it. The consultant who keeps a close eye on the running of his unit and who does a lot of researches and investigations is regarded as an energetic consultant. But the consultant who stresses the need to explain things to patients still remains to be found.

Having pointed out that there are personal responsibilities for government doctors to improve on patient care, the problem of the "system" must not be overlooked. The writer was discussing the ultimate problem of increasing expenditure on medical services. Let us consider the point in more details.

People seem to get tired of complaining about the inadequacy of our medical service because they think that it is in fact already a good compromise within Hong Kong's limitations. It is true that there is no ideal or near-ideal health care system in the world. And health care is really an expensive service. The UK's attempt to create a slightly near-to-ideal service is based on generous allocations from revenues. Regarding the HK situation, the writer is of the opinion that the Medical and Health Department is, generally speaking, using resources in an efficient way, (some may not agree). It is like a competent housewife who allocated the limited family income very well; but the problem is that there are really too many mouths to feed and the consequence is that her children are being malnourished. When people blame her for the unsatisfactory conditions of her children, she becomes angry and maintains that she is a better housewife than many of her neighbours and that many children in Pakistan are worse than her children. We can see that although there may be no doubt about her competence, what she had better done is to ask her husband for more income or to go out to work herself or ask her children to work. Whether her children prefer to be at home and eat less or go to work and eat more shall be their own decision. If the total government expenditure cannot be allocated, (this is a political, numaristic question), the taxpayer must be prepared to pay more for a better service. Whether the public, or different sectors of the public, prefers to pay more for a better service or less for a poor service should be a decision for the public; but now the Medical & Health Department has apparently forced them to the latter alternative. The writer suggests that the concept of health insurance be brought out and seriously debated. It is obly after the public has weighted the odds and ends themselves that they will realise the advantages and limitations of the alternative. This understanding would be important for their acceptance of any model of health care service.

醫療事

苦藥

健委會



醫生和藥物，可說是結下不解緣。每年全球數百億美元的藥品生意，亦是透過醫療人員送到每一個人手上，兩者之間互相依靠（或互相利用）的關係，實在極之密切和微妙。面對這樣龐大的利益衝突，作為以服務為宗旨的醫生，究竟應該如何衡量和應付呢？除了每一種藥品的藥性和副作用之外，我們醫生實在更應了解藥物行業背後的種種問題。

毒藥和假藥充斥市面

由於部份藥商貪圖利潤，受管制的藥物亦售與顧客，有些批發商的售貨員利用授權人的名義購買他們公司的藥物，再非法出售。所以很多有危險副作用、但需要醫生處方的藥物，都可在市面買到。服用這些藥品，如無醫生指示，無疑是慢性自殺，例如腎上腺皮質激素（corticosteroids）擾亂體內荷爾蒙

分泌，降低抵抗力，容易導致手尾長的傳染病，還可能會使骨骼脆弱、胃出血、精神失常、高血壓和糖尿病等，甚至整個人突然崩潰，送院後也檢查不出毛病來，除非追溯到是由藥物引起的。除此之外，受管制的藥物，香港也比英國較少，例如高血壓藥，在英國全屬醫生處方類，但在香港卻有部份毋須處方也可出售，其他一些糖尿病藥、哮喘、風濕成藥也有此情形。

假藥的出現，可能是由於刑罰太輕。製連或販賣未註冊的藥物最高刑罰不過是罰款一萬元及入獄一年，藥劑法例組往往甚至要借助工商署以違反商品標籤條例來判較高刑罰，服食假藥的後果可大可小，又豈可和一般商品同日而語？假藥通常混入澱粉等，對人體無害，但卻拖延治療時間。若是假冒維他命等「補藥」，影響還少，若是急救藥，後果就不堪設想了。

新藥泛濫，難以檢定

新上市的藥物，由於藥劑及毒藥名單上仍榜上無名，所以註冊上市不受管制，隨便可以在市面發售。由註冊到檢定應否列入毒藥名單，需時數月至一年。事實上即使檢定也只是門面功夫，絕大部份藥品都是根據藥商信譽和呈上的資料說明來決定是否給予註冊，只有很少送進化驗室。即使化驗過，也僅能證明成份與包裝上註明是否吻合，至於藥廠公佈的療效，根本無從確定，因為政府化驗室並沒有生物試驗的設備。

藥劑法例組人手不足

由檢控數字看，非法出售受管制藥物的情況並不嚴重，每年不過數十宗。但事實上負責檢控的藥劑法例組只有十名人員，以十人負責六千藥行和藥房，即使每間每年抽查一次，每人每天便要走上超過二十間。但無論如何，過到藥物供應無法無天的情況已為改善，那時一些藥店甚至供應迷幻藥等毒品。

除了抽查店舖之外，他們還要分派人手在海關截查偷運入口或假冒的藥品，工作實在極之繁忙。

藥劑師嚴重缺乏

由於專業藥劑師缺乏，政府只得容許不設藥劑師的「藥行」存在，聘有藥劑師的「藥房」全港只得百多間，而「藥行」則多如牛毛。至於檢討應否醫藥分家和在大型設立藥學系的特別工作小組，已在八二年初成報告，認為目前並未有此兩項需要，可見藥劑師數目在短期內並不會增加。至於政府的配藥員，一直用在職訓練的形式，醫務署曾提議理工設立配藥員課程，但這個建議一直沒有下文。

事實上在現時設有藥劑師的藥房中，由於只是受聘身份，對在商言商的老闆有多大制衡力量，實成疑問，老闆的勾當亦未必能夠阻止。英美等國家的藥房絕大多數由藥劑師當老闆，甚至售貨員也是藥劑師呢。

考試啦考試



開學以來好happy，
平時讀書係咁「倚」，
Term test算得乜嘢事，
不屑做個書咁兒。
Lecture環境常cloudy，
畫吓叮噹和練字，
懶得去抄transparency，
得閒同人便fussy。

可惜青春不復至，
轉眼又快到M.B.
正是臨急抱佛時，
日夜迫入library。
死鋤爛搵苦心志，
每日開足廿小時，
狂飲雞湯與coffee，
渾身盡去考考試。

試場陰深又ugly，

同學騰雞滿心事，
面色蒼白似殭屍，
打開試卷頓噴嚏，
條條要撞嘅M.C.
自動攪拌memory，
Essay刁鑽X Y Z，
天旋地轉無層次，
糊糊塗塗亂爆的，
汗流滿額濕廁紙，
呼天搶地已太遲，
後悔當初實無知。

唉！最後捱完個考試，
Result未出心多疑，
朝思暮想費心思，
晴天霹靂大日子。
啱！居然碌過咁lucky，
心頭夫石落腳趾，
海闊天空寫真意，
快樂逍遙共Mary。



「美貌與智慧並重」這個宣傳口號的確是一個美麗的謊言，而且智慧得狡猾。可是觀覽堂皇的背後又是些什麼，大家也心中有數。也許我是過於假道學了一點——這個攪得有聲有色的玩意兒不是使香江蒙上一層歌舞昇平的烟幕，把人們從生活的各種憂慮中暫時拯救出來嗎？况且那些參加選美的女孩子是自願的出來供人評頭品足、供人娛樂。自己貪慕虛榮給別人刻薄一下也是活該。但這些都是藉口——電視台視商業宣傳的藉口，人們幸災樂禍的劣根性的藉口。

沒錯，參選的女孩都是貪慕虛榮——她們不惜把自己當商品來包裝、推銷；想只憑化妝化、轉轉背來踏上「成功」之路。捧着美麗的面孔來承受別人的尖酸刻薄和簡直是人身攻擊的「審美」評語。但我對她們卻有一份同情。她們極其量也只是這個遊戲的投機者，利用一下這個社會「認可」的捷徑。然而背後的策劃者又是誰呢？只是電視台？不！還有那些以尖酸刻薄的話來把女性如貨物般評頭品足來作娛樂的人。

也許，每個人都希望自己有人可人的外表，都願意看到悅目的臉孔。但是可人、悅目的人兒不是在選美會裏，而是在自己的周圍。難道你不會感到身旁的朋友，不管男女，在你越是認識他們，越了解他們時，就更傾慕到他們的好處，更覺得他們一個個的漂亮嗎？

我不是女權份子，也不是什麼衛道之仕；我只是個人道主義者。我想公平的機會、權利和尊重都是天賦的人權，不但不分男女性別，還有國籍、宗教、職業。我只希望人人皆能活得多一點尊嚴，包括——女孩子們。

五月的中旬，暑氣漸濃，人們卻毫不埋怨天氣的悶熱，暫時把九七、前途、不景氣、失業等等都一概拋諸腦後；大家鬧哄哄的圍着電視、娛樂報刊談論着一年一度的「盛事」——香港小姐競選。

六月初的考試，想必奪去很多醫學生趁熱鬧的機會。雖然那天晚上，我在宿舍讀書悶得發慌，竄了回家發懶，也沒有扭開電視觀看這次「盛事」。可是還深刻的記得曾在螢光幕見到有一屆獲選的港姐在加冕時熱淚盈眶的樣子。在玻璃淚珠裏反映的究竟是榮耀，還是悔辱？

想來，其實我已多年沒有觀看這個玩意兒了；不是為了考試，也不是為了讀書，只是沒有勇氣。我實在怕看一個個好端端的臉孔在濃粧艷抹下都成為一個模樣兒；怕看生硬、乾澀的笑容；怕看賣肉式的轉身；怕聽結巴巴的對答。這些不但使我在心裏替她們難受，也令我懷疑到人的價值、人的尊嚴。

歡迎您，八弟

八弟

您好！還記得在北潭涌的迎新營嗎？雖然日間的活動已使你疲憊不堪，你在夜間的討論卻仍然這麼積極，在我心中留下了難忘的印象。可是，八弟，我仍感到有無盡的話要告訴你，雖然筆桿是這麼的沉重。

自從進入醫學院的門檻後，別人對你的誇獎、讚美一定不少了。在他人眼中，你是「天之驕子」、「精英中的精英」。生活富貴，地位崇高的醫生形象也不斷加在你身上。你感到慚愧嗎？可記得在面試被問及為什麼選擇醫科時的答案？可能你曾經深切地考慮過，也可能你祇是將一篇潤飾好的文章背出。無論如何，你已是醫學院的一份子，你將如何面對未來的生活呢？其實，從你決定選擇醫科的那一刻起，你所要面對的不僅是五年嚴謹的醫學教育，而是你一生的歷程。五年，只是一個行醫者漫長歷程的起點。

可能你會答：「有高超的醫術，對病人充滿關懷及愛心，便是一個好醫生。」不錯，為着我們將來面對病人，五年醫學院喘不過氣的嚴密課程，似乎是無可避諱的。至於對待病人的態度，得靠自己本身的修養，畢竟醫德的教育至今仍非常缺乏。可是，這便是我們五年內所應做的一切嗎？醫術、關懷、愛心便是一個好醫生的全部嗎？

在現今的醫療制度下，醫生除了檢查、斷症和開藥外，便沒有多餘的時間去接觸病人、瞭解病情以外的事了。這教醫生怎樣去關心病人、幫助病人？醫生成為治病的機器——將一個工業意外的傷者治好，不是將他再次投入險境，靜候他下一次「光臨」？醫生的工作雖然不是改革社會制度，但作為醫生是否真的這麼無助？此外，隨着科技的進步，威脅人類健康的不再是肺炎、天花等傳染病，而是和社會現狀有着密切關係的慢性疾病，例如心臟病、精神病等。一個好醫生是否可以於年置身象牙塔，而不知悉社會的種種現象呢？另外

可能醫生的形像對我們來說真是太遙遠了，希望我們能夠一起努力，在未來的幾年中不斷地思考、探索、求正。

可是，八弟，擺在面前的是你已經踏入人生的一個新階段，你已經搖身一變而成為大學生。大學不單是傳授專業知識的場地，更重要的是她影響了個人性格的發展。獨立的思考、正確的人生觀、做人的原則，這些比知識更寶貴的東西在圖書館中是不可以學到的，也不會有入告訴你，得靠你，你需親自親身的體驗，接受四週事物的衝擊。

八弟，你可有想過大學生的義務？大學生是受益的一輩，不需為生活而擔憂，享用着大量納稅人的金錢，在優美的環境下接受知識，大學生是特殊的一輩，受着高質的教育，在這個利益掛帥的社會，人人為口奔馳，大學生可以向一些不公平的社會現象抨擊，而無需考慮到利害關係。試看看投身學運的先驅，他們的努力，帶來了今天同學的校政參與，使同學的意見可以反映給校方。

八弟，作為一個大學生，你可有想過投身學生運動，為社會做一點事？你可有過的院方提出要求，積極地改善現今課程不完善之處？你可有想過在接受知識以外，不斷的充實自己，認識四週的事物，訓練自己成為一個有用的人？你可有想過自己將是受前代同學影響的一輩，而作出積極的反應？

可能在這個迷惘的年代，你感到困惑不安。可能在早些日子，政府大力提倡的文康活動，將你思想鈍化。可能這些年來無數的考試將你降低成一部讀書機器。可是，作為一個大學生，我們可以五年都埋在書堆中，「兩耳不聞天下事」嗎？八弟，我有話，你呢？

讓我們攜手追尋、探索；鼓起勇氣，向我們的目標——做個對社會有用的人，做個好醫生——邁進；為我們的未來，香港的未來開路！

七哥 廣



Zantac



evolutionary advance
in the treatment of peptic ulcer and
other acid-aggravated disorders

Zantac is the new histamine H₂-antagonist from Glaxo, developed to add important benefits to the treatment of acid peptic disease.

Highly effective

Zantac's molecular structure confers important advantages in terms of specificity and duration of action.

Primarily however, Zantac promotes rapid, effective ulcer healing with sustained pain relief, both day and night.

Simple dosage regimens

Zantac was specially developed for B.D. dosage. The recommended treatment course for duodenal ulcer and benign gastric ulcer, is one 150 mg tablet twice daily for four weeks.

For extended maintenance therapy, the dosage is just one tablet taken nightly.

In the management of reflux oesophagitis, one tablet twice daily, for up to eight weeks, is recommended.

Highly specific action

Due to its innovative molecular structure, Zantac does not cause problems with endocrine or gonadal function, or adverse effects on the central nervous system—even in elderly patients.

Similarly, as Zantac does not interfere with liver enzyme function, there are no unwanted effects on the metabolism of drugs such as diazepam and warfarin which may be prescribed concomitantly.

Zantac Injection ampoules are also available, containing 50 mg ranitidine in 5 ml for intravenous injection or infusion, for use in acute cases where oral therapy is inappropriate.

Glaxo

Zantac
RANITIDINE

有貼士？

番

謠言止於智者，看來 Medic 智者並不多。絕對想不到連香港小姐競選的招牌出貓鬧劇亦會原封不動地搬來沙宣道！

事情的起因根本可以十分簡單，如阿甲某科考完後順口「爆」了句「貼中晒」已可以給阿乙聽成了「貼士中晒」。筆者亦險些起成了另一次出貓事件的主角。事源起於筆者的 Tutorial Group 亦有幸給人指為有貼士，分辯之餘，乃憤而說出「莫非你以為×醫生會把整份卷給我們讀？」豈料言猶在耳，竟立刻有同業細聲問：「他真的整份卷交給你們？」

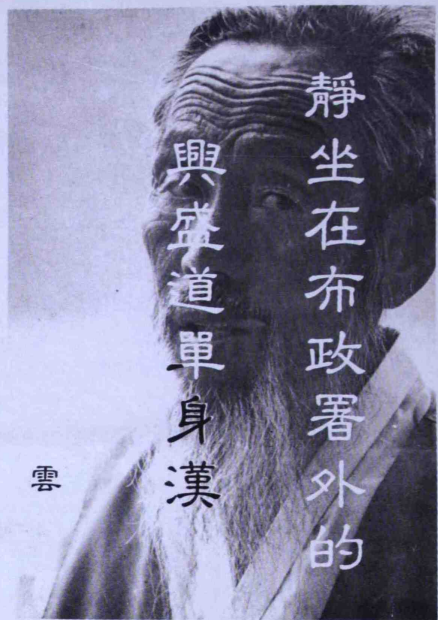
極不明白，為什麼讀了廿多年書，思想竟然可以如此幼稚，在還未弄清楚真相之前，就糾纏不清地向丙說，向丁講，甚至乎咒巴巴的向這裏投訴，向那裏伸冤！可曾有考慮過消息來源是否可靠？是實實在在的親耳聽聞，親眼目睹，還是含糊糊、隱隱若若的「整個圖書館都是這樣說」？可曾想過任何進一步的行動都可能只是一時之憤，但對一位滿腔熱誠，盡心盡力教導同學的醫生是否公平？對那些無端受牽連的同學能否負責？五年同窗所認識的人格還抵不上一個MB？

其實筆者一直都認為整個問題的癥結在於對MB的看法。假如某一個同學視MB為人生唯一目標，肯定他不會瞭解有 Tutor Group 的同學未能歡迎他參加的苦衷（註）（更遑論他會為同學得到 Extra Tutorial 而高興），而當面對任何「貼士洩漏」時，又怎能奢望他可冷靜下來？

其實這件事本身的確是一個好教訓，同類的事情必會重現，也許在 Membership Exam，也許在股票市場；不過，到時也許這一切已不再重要，最低限度到時面對的已不再是同窗五年的同學，可以不再理會他人的感受，可以肆無忌憚；真的，我們還會顧忌甚麼？

註：

試想一個已有十人的 Tutor Group，採用 Short Cases 的形式，又怎可再加人呢？加了一個，又怎能再拒絕第二個呢？何況我們一共廿人已要分開兩組，單單 Teaching 的時間已合共六小時，還有找適合的病例時所花的時間。也許唯一可以避任何謠言的方法是不吃飯，不睡覺，只管把全班分為十五組地教吧！



靜坐在布政署外的 興盛道單身漢

雲

這是一片沒有關懷和愛心的土地
假如你早就知道的話，可敢你會不願意來，
但是懷著美夢和希望，你來了，
並在這片土地上流出血和汗
一日復一日地，你親手勞作，建大橋，蓋大廈
這一片荒蕪的地方於是變得繁榮
但是，你卻沒有分享這一切繁榮的果實
你祇是分得那五十呎空間。

這裏的人最懂得欺詐別人應得的報酬。
你老，你弱，你無知，便是最好的欺壓對象
縱使你辛勤二十多年，你還是一無所有，
連那僅有的五十呎，這裏的主人也認為太多。
他們要你們住得更加緊密一點，
你千呼萬喚，他們也是充耳不聞，
你甚至靜坐露宿，他們也是說：司空見慣。
他們唯一用來招呼你們的，便是他們那些大房
車的車尾燈。

問友答

生

前言

與沈認識是十五年前的事。那時我們在同一所中學唸書，他唸中五，而我正在啓蒙階段之中三班。

與他一起辦活動不足兩年，但他對人的真誠博愛，對工作之忠誠、幹勁，實在使我敬佩，奉為榜樣；在他離港赴美留學時更為

他寫下了一篇「離情」。

起初我們是有通信的，後來漸漸便疏遠了。還記得他當初給我寫信的時候，正值釣魚台事件發生，香港及海外華人保釣運動風起雲湧之時，在字裏行間，他流露着對國家之關心及熱愛，激勵我們作出積極的參與。但也許那時自己年紀太小，只作旁觀。而他竟然從老遠的美國給我寫來了香港保釣運動

發展之消息，並要求我傳閱眾人；這實在使我感到非常慚愧。

後聽朋友說他已在美國結婚，並在一所照顧弱智人士之中心工作。大概兩年前，他才再度回港。一伙十年前的好友，重聚在一起，本應暢所欲言，重溫舊夢，但各人相聚時，竟變得陌生起來。沈覺得十年來各人沒有多大的轉變，其實那是不真的；我已從昔日

之黃毛小子成爲一位醫生，而在座的人，更有不少已從昔日學運領袖搖身變成政府官員了。

去年我來美進修，我們之間再開始了通訊，告訴了他我打算不再當臨牀醫生。最近收到了他一封信，向我提出了很多質疑，這是好朋友關懷之表現，我亦花了些時間，詳細地給他回覆——

「沈：

很多謝你在來信中提出的問題，給予我另一個思想自己前路的机会。

醫學的確是一門很有趣及實用的學問，而臨牀醫學更能給予醫者很大的滿足感。但經驗告訴我，在香港（或其他很多地方）進入醫學院的學生中，沒有機會看清楚自己為什麼會進醫學院的；還不是為了一種風氣——預科唸得好就進醫學院或工學院，將來當醫生或工程師，生活便會過得好嘛！

我在進入醫學院前，雖然亦受到潮流的影響，但總算是經過一些自己幼稚的考慮；當時中文大學已取錄我修讀社會工作，我那個時候的想法是，社會工作及醫學（正如其他很多學科）都很有用，但從YCS及華仁兒童會工作得到的經驗，使我感到社會工作不一定要進入大學正式學習，可以自己進修及探索；而醫學則屬技科，需要正式指導教授（自己後來之參與經驗，基本上證實了這點）。另一方面，自己當時有一個不很清晰的概念，就是社會工作之一些理論及方法，可能只適用於某些社會制度，而醫學知識，則基本上是跨越時空的。正是如此，我最後進入了醫學院。

五年的醫學院生活，一年晨昏顛倒的實習，加上同時期在社會其他方面之

參與，使我深深體會到純醫學之局限。監獄裏，囚犯不會得到適當之醫療照顧。一位患甲狀腺毒症之貧民窟居民因環境問題使病情不受藥物控制。在收容所（港式集中營）的災民，孩子們染上各類可以預防之傳染病及皮膚病。居住在避風塘內破艇上之小孩，由於長期屈身在艇內，致使發育不正常，比陸居的小孩矮了一截；加上沒有自來水之供應，他們患染寄生蟲病之比率亦很高。還有……這都是什麼原因呢？！

另一方面，我看到絕大部份的同學，都不願聽聞，只知埋首研讀，把入學時志願書上所寫的一切美麗空言都埋埋了，立志要做個「好」醫生。在香港，什麼是「好」醫生、「成功」醫生呢？只要你的診所門庭若市，只要你有機會為一些知名人士治好一些閒雜症，就是「好」醫生！收費越高，就是越「成功」之醫生！這是香港社會裏，一般對醫療服務之價值觀。因此甘願在公立醫院裏「捱更抵夜」的醫生就肯定不會「好」到那裏去了。

我更認識到在某些佔香港醫生總數一半以上的私家醫生眼中，「生意」及「顧客至上」是開業行醫最重要的事，只要顧客要求及喜歡，背棄醫療知識及違反醫學道德的事，也得要幹。這使我體會到，只要醫生與病人間，一日還存

在着直接之金錢利害關係，這個死結永不能開解！私家醫生永遠不會希望預防疾病可以徹底成功；不然，他們便再沒有「生意」，要坐以待斃了。

人們都嚷着說香港缺乏醫生——這只是一個假象！從私家醫生需要各展奇謀以維持及擴展生意的情形，便可窺知。醫生缺乏，只是指公立部門而已；而這個缺乏，基本上是政府設置之職位太少。比我早一兩年畢業之師兄姊妹中，就有曾恐慌過找不到工作者。現時感到最缺乏的是專科門診（新症排期可超過一年），近年醫學院的畢業生都埋怨沒有機會進入專科部門工作（有時要一等數年）。

我談到了以上這麼多的層面，只是想說明一點：沒有健全合理之醫療制度及社會制度，醫療工作者便不能也不會發揮他們最佳之效用。當然到其他地方如非洲、南美等，（為何不想想落後之祖國呢！）亦是考慮之選擇，不過我是不欲受到崇拜（adored），我希望醫生與病人可以在對等的地位上接觸，彼此都可以分享到對方之長處。

不同出路之選擇，不應受到一些可能是在偶然機會下接受過的訓練所局限。我常對我的同學及師弟姊妹說：「我們不是醫療機器，除了修理人體毛病外，我們還有其他可做之事！」我相信沒有

人會因為孫中山之棄醫從政或魯迅之棄醫從文而唏噓嘆息（我當然不敢以身相比）。另一方面，很多香港的居民對於他們培養出來，卻跑到外國去之人士大感失望（這裏完全沒有針對你的意思，請勿介意）。我覺得這完全是一個環境需要及個人選擇的問題。就環境而言，現在還不是大時代，沒有棄醫從政、從文之氣魄；但在個人選擇而言，就如Cat的信中所說：「當人發覺直線發展行不通的時候，就應該考慮橫式的發展。」

預防勝於治療；我現時修讀的是公共衛生（職業病防治及勞動衛生），是我認為在醫療中較為重要之一環；人類壽命之延長及疾病之減少，主要是因為預防傳染病之成功及一般生活環境之改善。當然已是傷病者的人，主要希望盡早痊癒，可能不諒解預防之重要性；就如患腹瀉孩子之母親，只希望醫生盡快使孩子停止腹瀉，而對醫生解說腹瀉之成因及預防不感興趣一樣。這需要經過長時期的教育工作及對其他只重治療之醫生的做法作出抗衡，才可以改變。可能我是太流於為自己的「怪異行徑」自辯了；其實臨牀醫學有肯定之貢獻，只不過就着自己的適應，我作了現在之抉擇。

生 六月十五日
於休斯敦

啓思房

啓思啓我思
我思啓啓思

走下沙宣道，以前可愛的樹蔭不見了，卻換來一份清新煥發的感覺。漫長的暑假在不知不覺中逝去，暑假期間的活動，不單止大型，而且林林總總，如電影籌款禮、迎新活動、健康教育展覽等，不知道你在其中付出過多少？又有多少收穫？望着豐盛的果實，相信付出的辛勞絕對不是白白浪費掉的。

最令我們高興的，當然是八八的來臨。他們如初生的雛鳥，在這艱辛和迂迴曲折的五年求醫過程中，自己不斷摸索和成長；他們也好像一支生力軍，加入醫學會

這個大家庭裡面，使一切都如沐春風，充滿生機。

今期的專題是討論醫德，可能很多同學覺得這題目老套、不合時宜、沒有新意……，但我們希望藉着文章再次喚起同學對這問題的關注，不竟做個好醫生，不能祇靠醫學知識與及技術。爲了增加可讀性，我們嘗試從另一個角度看這問題。醫德的發展史不單使我們可以回顧一下，還可欣賞古代名醫的遺風；醫生面臨抉擇時所作的思維；還有一個醫生憑親身經驗寫下的感受和一些醫學生對這問題的見解。

校園版「大仙」一文，並不是意味校園內有再度興起這風氣的趨勢，祇不過讓我們神往一下那段日子而已。今期數風流人物專欄內，細訴前任院長謝嘉樂教院和現任院長楊紫芝教授的生平，最重要的是他們對我們的期望。

在這漫長的暑假裏，同學必定有不少有趣經歷，希望同學能善用啓思，多多投稿，使其它同學可一齊分享，交流經驗。八八的師弟妹們，你們的投稿，我們一樣非常重視的！

迴響

中央健教組 來信

敬啓者：

本人首先向編委會於啓思第十五卷第三期以健康教育作專題介紹及撰稿簡介醫務衛生署中央健康教育組，深表謝意。

對於該期第八頁所提出的問題，建議良多。爲令讀者——未來的醫生們——更清楚中央健康教育組的使命及工作，本人覺得有必要提出以下幾點：

一、本組所提供的資料和技術援助服務，自一九七八年成立以來，經已定期安排報章及電台宣傳，更致信給所有學校及有關團體。至於爲大眾市民服務的視聽中心，於本年一月成立的，早已安排報章、電台及電視宣傳。同時亦已發信通知所有學校及有關團體，分區中心亦作社區宣傳，如區報及分發視聽中心月刊等。至於本組其他服務如推廣醫療及預防性的服務，當以介紹該務爲主。又本組推行健康教育運動時，所舉

二、作爲一個推行健康教育的組織，本組一向採取主動；連綿不絕，一個又一個的主題運動，均爲本組所發起。試問若處於被動，怎能有一直以來的團體及社區熱烈反應？

三、推行健康教育，絕不能由「上」而「下」，這已是衆所週知，本人要強調，健康教育根本就是「上」「下」之間的橋樑，將健康知識，深入淺出經各種媒介及方法傳達到大眾。分區中心的成立，更使健康教育深入社區；方法並不限方展覽，而是有講座、討論、比賽、探訪及調查社區所需要的健康教育，施以切實的服務。況且，在分區中心成立以前，本組自一九七九年高齡健康運動，早已到各社區作巡迴展覽，並不是局限於大會堂及海運中心等。

健康教育是一個長遠而艱巨的工作，亦不單是一個組織所能完全負責，社會上的很多人士、多個單位，都有其可以擔當的工作。作爲一個未來的醫生，更要清楚認識到將來與病人、病者家人接觸時，是健康的黃金時刻。在此與大家共勉。此致

香港大學醫學會
八三年啓思編委會

醫務衛生署中央健康教育組
梁秀芝醫生

寄自一生理系技術員的話

看過第十五卷第三期走堂的含義，也給同學們一些我見。

數月前，本人得英國文化協會之 Ciche Technician Training Award 到英國倫敦之 Guy's Hospital Medical School, Dept of Physiology 受訓三個月，雖然是一個很短的時間，但剛好是新學期開始，能在這時間內與學生一起上課、做實驗，一瞥 Guy's 之醫學生及牙醫學生上課和做實驗之情況，與我們的學生比較一下：

上生理堂，講師沒有講義發給學生，所以學生都要聚精會神寫筆記，（我不知道他們有沒有怨言，順告 Lecture 觀感之阿龍哥），同學如果有問題都可以隨時發問，要求解釋清楚，每堂之後，學生要回答該課之問題，多數是用選擇題方式。上堂雖然沒有點名，但我每次大約一數，發覺很少同學缺課。教授對那些遲到的同學也有他應付的辦法，如果他已經開始講書了，當遲到同學入課室時，他會停下，直至該學生坐下，這樣會令到全班同學望着該遲到的學生，有時也會問他是否地下鐵路或是其他交通工具罷工，幽他一默。上課時能夠吸引他們，可能是教授時常講及一些最新之醫學報告怎樣利用生理學上之原理來醫理病人，許多有趣之生理學史實，實驗發現之過程，和他自己臨床經驗等，學生聽得津津有味。牙醫學生上生理學時，已經加上許多臨床課程，每週由臨床教授講有關牙齒常見的問題和由牙引起的其他疾病，使同學們一入醫院已經開始了解許多臨床之問題，及將來要應付、面對的問題。

實驗方面，全班學生分爲八組，每組由一講師帶領，只有十多個學生在一起做實驗，這樣自然學生與講師接觸機會多了。學生做實驗時學習態度認真，有良好之幹勁，每個同學都十分投入，不見有馬虎現象。他們的實驗比較着重

人體生理學，這也可能是引起學生興趣之一。如果需要一位同學出來做人體實驗示範，例如抽血，身體各種反應等，十分容易，不論男女學生都十分之樂意出來。醫二年級學生也分爲八小組，每小組要做一個或兩個 Project 題目是由八位講師出，各題差不多包括生理學各主要課程，同學除需要溫習基本之課程外，還要閱讀最新雜誌加以補充，讓他們對這個問題得到最新的認識；從同學們自己身上取得實驗之結果，與講師研究，其實這樣與研究工作差不多。到學期尾，由一同學代表在全班同學前作出一報告，聽說有時結果好，還刊登在雜誌上。

回看我們的學生，上堂除走堂外還有同學「搵周公」，對實驗又不熱心。有些同學根本就不來上，好像最近一次上 Exercise 需要一位同學踏單車，每次（這個實驗分四次做，牙科一次，共做五次）都沒有同學自願出來，講師幾經艱難才說服一位勇士，成爲全組英雄。其實生理學之實驗，正如一講師說除了可補充上課不足和加深上課所學的印象，也是做好上臨床課程之準備；如果你自己做過，你會得到一個深刻的認識，了解身體各種反應和變化。在我印象中，生理系自從設有這個實驗以來，我未見有女同學出來做過，但我在 Guy's 見到女學生不讓男同學專美，所見任何實驗，男同學做，女同學也一樣做。在最近我們生理系的一次實驗堂，只有十分之少的同學上，但經講師突擊點名後，下一堂又差不多全班到齊。

同學們想一想，這裏是大學，你們求取知識是一個重要的目標，你們真的只是爲考試而來嗎？又是否認爲實驗沒有用呢？你們將來是要診斷和醫治各種不同的病人，實驗課對臨床學習肯定有幫。對教學方面生理實驗如能多重臨床有關的實驗，令學生感到走堂是一種損失，或者「較腳」將會大大減少。

生理系一技術員