



專題一： 行為科學專探

給我們未來的

醫生

周兆祥

醫生在近年中外社會裏，都享有非常崇高的地位；他們往往是許多市民的救命恩人、再生父母，他們口裏講出的話變成了求生的金言，雙手做的事被視為神聖的救病扶危工作。大家都承認醫生屬於特別值得尊敬的行業，他們工作辛勞、成績可觀，對社會貢獻偉大。

可是，由於種種原因——大多數是醫療從業員當局者迷看不到的盲點——醫生在世界各地許多地方有意無意做出種種違反大眾利益、甚至傷天害理的事，並不是他們犯法或者越軌，偏偏卻是他們堂堂正正依章辦事、完全遵照專業守則行醫，就帶來許多惡果。

這些惡果都是我個人親自看到、碰到、感受到的，如果母校醫學院的同學肯認真想一想，我會真的興奮開心，因為我見過一個又一個開初滿懷壯志出道的醫生，過不了好久就消失在醫療行業的自滿自衛自傲裏，漠視這些現象，只為兩餐而頑固地竭力維持現狀。

我們香港的市民希望醫療服務「明天会更好」，請未來的醫生反省以下幾點：

- 由於種種歷史和文化因素，西方醫學（即以人類文明幾個主流之一的西歐及近年北美文明為本發展出來的醫療學問）雄霸天下，壟斷了「醫學」之名，自視和許多時被視為正統、甚至唯一的醫學，把不符合西方醫學體系、西方醫學知識技術範圍以外的醫學貶為旁門左道、歧視排斥。港中大「醫學院」只不過是「西式醫學院」，香港的×××醫生其實應該確切指明是「×××西醫」；壟斷「醫生」之名，不准受過其他醫學體系訓練的專才稱為「醫生」，正好反映出這種唯我獨尊、只有西方醫學才靈光的心態。這樣帶來的惡果有：(a)醫學「殖民主義」扼殺摧殘各地傳統醫學，失去了種種寶貴的經驗、知識、技能；(b)大眾失去選擇的自由；(c)令西方醫學在本地社會裏獨享尊榮與方便，因此在無競爭壓力下發展遲緩甚至腐化，令以下列出的弊病更嚴重。
- 西方醫學從本世紀開始，採用了科學化的方法，幾乎完全依賴科學。這樣固然有不少優點，但也有嚴重的缺點，因為科學方法只是了解世間現象的多種方法之一，用科學的方法解決問題也有局限性。醫生只受科學的訓練，習慣凡事以科學方法處理，等於限制了自己的能力，容易忽略非科學化治療方法的貢獻，更容易因片面理解病情而下錯誤的決定。

- 現代西方社會逐漸把大眾「人生醫療化」，例如把自然的分娩用醫療方式過份監管——連有病有痛的孕婦來例行檢查也叫做「patient」；把精神不健全的現象當做病症處理（精神「病」、青山「醫院」）；做大量無甚作用的健康檢查；做大量可有可無（但其實有害）的手術；把老年的健康情況當做「病」來處理；違反許多老人意願要他們在醫院而不是家裏離開人間……等。醫務人員由於本身的訓練和流行的風氣，往往把這些事情視為當然，拒絕反省，不肯為大眾利益而改善情況。
- 現代西方醫學過份集中修補的工作，醫病不醫人，太忽略預防——尤其是生活環境與方式的改善。西醫的訓練和目前西方模式的醫療服務都主要著眼在與疾病鬥爭，而不是幫助大眾與自己的身體及理想的環境和諧生活。最明顯的證據：九成以上的醫療資源花在此事後補救（「治病救人」），極小部分用在預防之上，這是本末倒置的。更明顯的證據：醫生因工作失敗（大眾患病）而得益（有生意），而不是因工作成功（大眾健康生活）而得益。
- 西方醫學作為一種科學，標榜非政治化，強調專業性不介入干預（professional detachment），實行起來就是見病醫病，不管其他——有人被車撞傷、因工受傷、因無健康常識而患病來求診，醫生份內事是醫好他，而不是參與攪攪道路安全運動、爭取工業安全、健康教育宣傳。當前大眾患病、早死，最主要的原因是居住環境欠佳、工作環境危險、生活節奏與方式不健康，醫生只是埋頭補鑊，不參與改善社會外在條件，讓大眾有機會過健康生活，無異助紂為虐，間接幫助維持可怕的、不合理的現象。
- 現代西方醫學採用「還原主義」（reductionist）方式處理病症：胃痛開胃藥、喉嚨發炎開喉嚨藥，不是把人當作一個生活的有機體來了解（例如某人每次受老開胃藥就耳痛、凡搬家之後患感冒機會特別大），而是把人抽離生活背景與環境來「處理」（耳痛開耳水、感冒開退燒藥抗生素），就像修車技師補胎及更換汽車零件一樣。也因為西醫用科學化的方式醫病，時常忽略人生精神、心理的狀況對健康的影響，例如所謂癌症無可解釋般忽然痊癒、因心性生理現象（婦人以為自己懷孕而全身出現有孕徵象之類），這一切都是科學方法不能理解分析的。
- 現代西方醫學逐漸自封為優越的超凡階級，製造神秘色彩，不受「凡人」監管約束。各地醫學學會組織往往故意關門做事，聲稱「醫學事務」外行人不懂、不得過問；醫學院各教授按照自己的形象挑選「按立」新一代醫生，當外間批評建議為無知之言。即使在民主開放的國家（例如英國——香港更不用提），斷錯症做錯手術也只是閉門檢討（如果有的話）官官相衛，病人及家屬無從參與聆聽或出席作供，也不會得知「檢討」結果。

更明顯的例子是本港醫生往往不肯告知開的是什麼藥（雖然法例規定要這樣做），即使病人再三堅持，亦會拒絕，或是用種種方法胡扯交代。西醫不但對外行人劃清界線（我懂醫學你們無知），連對其他醫療從業員（護士、藥劑師等）也一樣自視為高高在上的最後權威（我懂你們不懂），缺乏民主或尊重的精神。對於改革醫生地位的建議——例如多訓練做基層工作的「赤腳醫生」來負責第一關診療工作解決醫生荒，西醫一直嗤之以鼻。

- 西方醫學界故意容許大眾過份高估其能力（例如大部分病症——從傷風咳嗽到肺癌高血壓心臟病——西方醫學束手無策），遮掩其造成的害處（特別是「醫生因病症」）。醫生斷錯症下錯藥絕大多數若無其事不讓病人知道，未能斷症或不知該如何對付也不會坦白告知病人。香港市民普遍迷信西醫權威（總之醫生永遠是對的），醫學界未曾努力教育灌輸正確態度，反而間接鼓勵這些神話深入民間（例如診症時擺出永不會錯的姿態）。
- 西方醫學製造了種種國際不公義的事情，更長期與政治及經濟勢力勾結，同流合污，縱容違反人民健康的悲劇發生。例如幾個大國的藥廠壟斷國際藥物市場，令貧窮國家捱苦藥，又花大部分資源研究富裕國家需要的藥物（心臟病、癌症特效藥），不顧貧窮國家億萬人的需要；又如專家花巨量資源集中研究高科技尖端的、出鋒頭的醫療技術（開心手術、試管嬰兒），却不研究第三世界長期令千千萬萬人早死的傳染病。另一種國際不公義的現象是第三世界國家（例如孟加拉）花了極寶貴的資料訓練醫生，他們却紛紛移民富裕國家（例如英國）執業。目前紛紛向醫生來港行醫、香港（納稅人花了很多錢為本地未來製造希望的）醫生移民澳洲加拿大，都牽涉到這類社會公義的道德問題。
- 西方醫學承擔了社會控制的角色，往往與政府勾結，壓迫人民。例如醫生決定某人或某類人可不承担某些職位、某人或某種人可否出世（批准或下令墮胎）、某人或某類人可否死亡（批准撤離生命設備或決定替誰做什麼手術）、決定法例容許和禁制什麼行為（例如立法時斷定種種污染的可容忍程度要聽醫學界意見）等。由於醫學界人士的價值觀與建制認同，本身又是維持現狀的受益者，很容易在不覺間長期做着違反大眾利益的事。

以上每一點都牽涉到很大範圍，需要深入討論才能講清楚。只要未來的醫生肯承認有當局者迷的可能，肯冷靜反省，我們社會的醫療是值得樂觀的。

* 本文限於篇幅，只能列出梗概，詳盡的論點見《信報》1986年多篇「野舖屋6號」專欄文章及拙譯《奶粉醜聞》、《藥物問題揭秘》、《生命何價》等書，以上各種文章各一份存《啓思》編輯部，書籍則寄存於醫學院圖書館中文書籍處，歡迎同學借閱。

前言 ...

發

「行為科學？原意及理想真的不錯，但始終覺得在這課程裏什麼也學不到似的，真失敗。」像以上這類對「行為科學」的感受，相信各位也許曾聽過不少。但難道每年就讓一百五十位同學白白花去九十多小時及精神在上堂（若有的話）、通宵達旦背筆記，而到頭來一無所獲嗎？難道這問題真是一個死結嗎？究竟問題的重心在那裏？是講師的錯？是同學的錯？是社會的錯？

編委在此專題裏，便是嘗試找出問題的癥結，讓同學能更深入認識「行為科學」，讓問題裏的核心人物能彼此了解，徹底解脫現今存在的矛盾，讓「行為科學」得到她應有的發展。

行為科學被列為香港大學醫科課程始於一九七八年九月。而她的前身——「基本心理學」則已有十年多的歷史了。追溯回十多年前，那時候醫學院已由港大心理學系聘請了一教授為醫學生講

課，及後英國的「皇家醫學教育協會」(The Royal Commission on Medical Education) 多番建議港大醫學院把正式心理及社會學列入課程之內。與此同時，現任醫學院內科主任達安輝教授完成了一份名為「Todd Report」的報告，謂此學科(指行為科學)是準備一個醫學生將來在社會擔任醫生一職不可或缺。其後，英國GMC (General Medical Council) 更要求每大學的醫科盟憑若得到承認，必須在課程內加入「行為科學」。

基於以上種種原因，「行為科學部」便在一九七八年正式被列為社會醫學系(Community Medicine) 屬下的部門，其課程在二年級教授。

社會最初成形的行為科學部由一聘請自英國的心理學家 Anderson 主理，

而心理學部份則由一來自社會科學學院的心理學家負責，直至一九八〇年，現任臨床心理學家(Mr. P. W. H. Lee) 也加入講課。至於現在的行為科學主任 Dr. R. Fielding 則是在一九八二年由英國聘來港大任教的。

在行為科學課程成立過程中值得留意的是最初是由一羣課程改革委員會委員(其中包括資深的本地醫生)建議把此學科列入五年醫科課程內，而後 GMC 的承認資格要求則成為在當時學科成立的催化劑。因此，我們相信，行為科學被列入為繁重的醫科課程之內是有其實際需要的。在「行為科學」成立了八年多的今天，同學們對她有什麼意見呢？是好？是壞？問題出在那裡？怎樣去改善(或精益求精)？希望各同學閱畢此專題後得到一些線索。

Behavioural Sciences in Medicine

Dr. R. Fielding

A recent editorial (1) in "The Practitioner", the journal of the Hong Kong College of General Practice, ended with the following statement;

"It is high time the artificial barriers that have evolved as a consequence of the complacency of the general practitioners, the self-interest of our specialist colleagues, and the oligarchical smugness of institutional doctors, were torn down in the name of fostering better communication skills and of providing better patient care."

The next edition of the journal carried a letter from the Professor of paediatrics at CUHK, Dr. D.P. Davies who added the following comments;

"It is difficult to pinpoint the precise source of the problem but ... inadequate preparation in the undergraduate years must bear some of the blame, together with full advantage of the early years after graduation. Undergraduate medical training still has a tendency to dwell in too much detail ... on the aetiology and pathology of disease... (and) students become so engrossed in matters that are all too often largely irrelevant at their stage of training, that they dwell for too short a time on the human aspects of clinical problems... A major criticism of our profession... is not that we are insufficiently clever but that we all too frequently consider ourselves too clever by far to bother to explain illness and its consequences to patients..." (2)

When HKU medical students first confront behavioural sciences as a subject, many do not know what to make of it, and believing it not to have the rigour of a "true" science, reject it. Others may see it as "common sense", or as a vague and indistinct area. So what has behavioural sciences to offer medicine, and why is it in the medical curriculum of HKU? Let us begin by examining the "rigour" of "true science", the consequences of medical education and its ability to equip you to tackle the major health problems of today. We will also consider where the causes of these health problems are located, as this should direct our intervention efforts, if we are going to do this logically. Finally, I will consider where BS fits into all of this, if it isn't already apparent by the end.

Very rarely does one meet a medical student at HKU who studied anything other than biology, chemistry, maths or physics. We were all taught at school, and often after, that such "science" is the final true understanding of our physical universe, all predecessors being wholly or partly mistaken in their belief that their models of science were true, and that we, now, have the real, final and absolute truth. Knowledge in truth has been likened to a ship in a bottle (3); it looks like it must have always been there, but that isn't so.

Philosophic Issues in Biological Sciences

It has long been recognised that the study of biological sub-systems at the organ, cellular or chemical levels has

severe limitations when one tries to apply the findings to intact, walking, talking human beings, (eg 4-6). One of the many problems is that a study of biological systems often fail to consider the differences between parts and wholes. Nowhere is this more apparent than in the areas of neurophysiology and embryology. Though biology understands many of the processes surrounding conception and embryonic development, nowhere, to the best of my knowledge does it offer understanding of the concept of form. What are you taught about human form and how it develops? No-one has yet, Mary Shelley apart, succeeded in bringing together the constituents of an animal and creating a person, rabbit, mouse or even virus from its various parts, (I will not consider the various mystic/religious examples, eg Adam and Eve, as these simple, culturally-related "truths" fall into the same trap as the physical science "Truth".)

A study of biological systems can not tell us whether a person will or will not seek the help of a physician, or even when they will consider themselves ill.

Yet you are expected to practice on "whole" people and not simply their parts.

Biological systems are largely "closed, non-stochastic systems", (7), that is, they are functionally constrained by their elements, whereas people within societies are essentially open, stochastic systems, being irreversible (you cannot un-have a nice day), with more possibilities than they are capable of realising. Such systems are of a very different nature to closed systems. For example, there is no limit to the originality of language generation, as far as we can tell.

Let us consider an analogy. Understanding how a television set works will, unfortunately, tell you nothing about the content or quality of the programmes you can watch, (yet it is the latter that we often use to evaluate the utility of television). Furthermore, attempts to locate within the electronics, transistors and diodes some substance that relates to this thing called "programme" will be met with repeated failure. Variations in levels of electricity will be found in different parts at different times, and certain circuits will be identified as functionally relating to the observable output on the screen, but the concept of "programme" is something that does not exist in the television. It is only manifest in the subjective world of the observer.

Perception and the Independence of observation

If a thing does not exist, then how can it have any conceptual validity? This question addresses the independence of observations from perception. The simple answer to this question is that we are dealing with formal languages, which are logically isolated from one another and unable to represent themselves, (cf Godel's Theorem). It is the difference between my interpretation of the activity of my senses and the independent, absolute existence of something (which can only be validated by a second observer, who makes a subjective interpretation and so on, ad infinitum.) Thus, confirmation occurs only by agreement based on replication, but this is subject to the following difficulties.

P. T. O

Cont'd

Effects of observations
on what is observed

A second problem is that things look and behave differently, and in certain areas of the physical sciences, actually have a different reality, depending on the means we use to observe them. That is, the act of observation fundamentally alters the very nature of the object or phenomena under study. This suggests a very complex interrelationship between the observer and the observed which science has, until recently, totally ignored. Remember, this is not simply a perceptual change in the observer, but a change in the absolute nature of the thing under study brought about by the act of observation. Thus, the experiment can be considered a tool with which we make observations and what we see with an experiment is determined by the nature of the experiment, and is not independent of it.

Subjectivity or
objectivity?

A third problem is that all scientific investigation has an inbuilt subjective bias. As an hypothesis is an absolute prerequisite for any scientific investigation, we are already setting out with a subjective bias determined by the hypothesis when we design our experiment. Thus, the very objectivity that makes us claim our empirical science to be the final truth is a perceptual illusion brought about by a confusion over the verifiability of subjective experience.

In short, therefore, the results suggested by our objective sciences upon which medicine is so firmly built are, on closer inspection, inescapably linked to our interpretations, dependent on the means we use to look, which in turn are set up to find what we expect to find, (8). Hardly objective.

Around about here, things start getting complicated, so I will get back to my point.

Problems in Medical
Education

From the limited viewpoint of an outside observer of medical education, it seems that the first, pre-clinical years are taken up with expanding a database, whilst the subsequent clinical years relate to the application of that database. The point of this, in relation to the previous section, is that the focus on "the aetiology and pathology of disease" does not deal with the subject matter that you will be practicing upon, ie people.

Patients are people, not biological systems alone. Consider the difference between a comatose individual and yourself. How can you conceptualise that difference in terms other than biological? The simple answer is, "If at all, then poorly". We need a different level of conceptualisation as we are dealing with a different type of system (open) at this level. Just

as in crossing into India you need different language skills to communicate, compared with China. No matter how much you speak a Chinese language, it will be largely inapplicable as a vehicle for communication in a country where "Chinese" is not spoken.

People are not the biological systems that partly constitutes them, in the same way that the television set is not the programme that you watch, though both biological systems and television sets are vitally necessary for the realisation of people and (television) programmes respectively.

"The Gap"

Once in the clinical years, you will be confronted with the discrepancy between the bottom-up approach of the pre-clinical sciences and the top-down of clinical practice. I will call this discrepancy, "The Gap". The Gap is what you feel when you see your first patient and realise that they are a person like you, and not just the sum total of laboratory preparations from your preclinical years. How will you cope? You will most probably do what generations of graduates before you have done; put on a white coat and bluff your way until you feel confident enough to bluff without really trying. Some doctors and medical students recognise that their education has been grossly inadequate in preparing them for dealing with sick people. One third year student said to me recently; "Now I understand what you tried to teach us last year. Why aren't you teaching in the clinical years?" This student is not, I believe, exceptional. Another ex-student of mine passed me on the road outside QMH. He was very sad. When I asked him why, he told me that morning, for the first time, one of his patients had died. "I did everything that I could and I still couldn't help him." He cried because he couldn't yet cure death, because he felt a failure, because he realised that people are different from the cadavers he practiced upon.

Chronic Disease:

The challenge
that doesn't go away

Most of the infectious diseases that accounted to the majority of mortality one hundred, or even fifty years ago, declined because people changed their habits and styles of life. They had fewer children, better sanitation, personal hygiene, better nutrition, to name a few. In spite of protestations to the contrary from the financially-obese pharmaceutical industry, modern drugs played a very small part.

Now the major killing diseases are chronic, degenerative diseases, deriving, once again, from the way that people live their lives, (consider the falling incidence of myocardial infarction in the USA: nothing to do with medical care, but everything to do with a change of personal habits). Even infant mortality in the Third World is associated with female literacy. Thus, we can say that chronic diseases are not medical problems,

(you are unlikely to be able to rebuild a person in the same way you can a rusted motor car), but behavioural problems. Conquering chronic disease involves prevention, not cure, and that is a behavioural problem.

Politics is medicine and
medicine is politics

There is little profit and glory in preventing, for example, people smoking tobacco. Thus, there is little motivation for career-oriented medics and financially oriented drug/equipment/hospital building companies to finance or encourage research in prevention. Even when a behaviour is known to be a health hazard, (eg smoking tobacco), people, even doctors, still do it. Furthermore, the interests of the industry ensures that this modern day opium trade in tobacco continues unaffected, so powerful are its political influences. Who would today condone the trade in heroin? Yet, far more die annually from tobacco-related diseases than ever died from heroin.

Who makes the decisions about what research gets done, about what areas money is spent on, about who gets to make the decisions? The consumers? Of course not. Is it physicians and surgeons? You will find out. Is the financial interests who have profit margins of upto 20% and produce a range of 5-6,000 different preparations, most of which, except for maybe 200 compounds, are useless, or even worse? Is it the tobacco companies who make US\$40 billion annual profit, or the government who refuses to limit the availability of tobacco, which today provides a large proportion of the tax revenue of HK? Is it the industry that surrounds medical care; health insurance, hospital construction, pharmaceuticals, equipment? etc, etc.

Why don't the young doctors change the system? They want to keep their jobs and develop their careers. Personal interest, just like everyone else.

Behavioural Sciences?
Just common sense!

I will dwell briefly on this point. If it is true, then rarely have I met a physician or surgeon with common sense. A surgeon who suggests telling a dying man that his dermal tumours will go away in a couple of weeks when the patient has lost 12 kilos in weight in as many weeks, in order to avoid telling him he is dying, does not, in my opinion, possess common sense. Medical housemen in QMH who persist for ten minutes in attempting to listen with stethoscopes to the lungs of a crying child and before or during that time not once attempt to communicate or reassure her, do not possess common sense. These examples are not isolated occurrences. Things like this happen every day in every hospital around the world, time and time and time

again. Behavioural Sciences is not just "common sense". If it is anything so simple, it is "uncommon sense".

So, we have seen that science is not fixed and rigorous, but flexible and subject to fashions and trends, as much as any other branch of human endeavour. Medicine is the same, and its beliefs are determined by fashions of thought and are not fixed absolute truths. Medical education seldom equips you for a life as a doctor, but goes a good way to making you a body mechanic. The political and financial interests that surround medicine mean that it is good for making money and most of the diseases you see can't be effectively cured with drugs in the same way you cannot, radical methods apart, convert rust on a car back into steel.

The underlying concept, therefore, is that behavioural sciences in the medical context are about the personal human, social and political aspects of medical care, all vital to understand what you are embarking upon. As to the need for BS in the curriculum, if my arguments have not convinced you, then the opening quotes and massive amounts of other evidence accumulating daily suggest it to be one of the most important and rapidly growing areas in health care today. The practical value of behavioural sciences is that it provides medical students with the equivalent of a driving manual, to complement the maintenance handbook they receive in the rest of their medical education. Being able to strip down a motor car and rebuild it says nothing about your skills as a driver.

The question to ask your selves, then, is not "Why am I being taught Behavioural Sciences in medicine?", but "Why am I being taught so little about Behavioural Sciences in medicine?"

References

- 1) Anonymous, (1986) Editorial, "The Practitioner", Vol. 8, no. 2
- 2) Davies D.P. (1986) "The Practitioner", Vol. 8, no. 6
- 3) Collins H.M. (1985) *Changing Order; Replication and induction in scientific practice*, Sage, London.
- 4) Capra F. (1982) *The Turning Point*, Bantam books, New York.
- 5) Piaget J. (1971) *Biology and Knowledge*, U. Chicago Press, Chicago.
- 6) Bateson G. (1979). *Mind and Nature*, Dutton, New York.
- 7) Jansch E. and Waddington C.H. (1976) *Evolution and Consciousness: Human systems in transition*, Addison-Wesley, New York.
- 8) Rosenthal R. (1969) *Expectancy Effects: the first 345 studies*. *The Behavioural and Brain Sciences*, 3, p.377-415.

我看行爲科學

高朱

何教忠醫生 (八二)

有部份同學認爲行爲科學乃生活常識及醫生們的經驗之談，只要當上了醫生一段時間後就自然會懂得這些知識，故根本不大需要把行爲科學另立爲一科目。對此，何醫生有何觀感？

何醫生絕對相信行爲科學對醫生十分重要。他不否認，大多數醫生在他們的工作裡，或多或少累積到一些經驗，使他們更懂得跟病人相處，和瞭解病人的心態。但行爲科學卻可預先爲未來的醫生把這些寶貴的經驗和知識有系統地積蓄起來，叫這些未來醫生在這一方面有更好的心理準備和認識。

何醫生一再強調，行爲科學的重要性是不可置疑的，但學生實際上可以得着多少，卻有賴講師怎樣教授他們的教材。何醫生亦表明，在香港的環境，有時很難期望行爲科學的知識一定時常可以應用在醫生的工作上，因爲醫生看症的時間實在太緊逼。但這並不否定行爲科學之價值，因爲這些乃醫學生必須具備之知識。「不能時常應用這些知識」和「根本不懂得這些知識」完全是兩回事。

何醫生對目前港大行爲科學系的師資質素有何看法？

何醫生認爲，講師是否在某一系中取得了博士學位尚是次要問題，比較重要的是，他們既在醫學院任教，最理想的就是他們有一定的臨床經驗及對本港的醫療制度有所認識。假如教授這課程的講師本身欠缺臨床經驗，不但會減少了學生對他們的信心，而且他們所教授的內容亦可能不會跟一般文科學生學習的有甚麼分別。

又，何醫生亦不否認由本地人士出任講師可能會更適合，但以目前的情況看來，香港在這方面仍相當缺乏本地人材，聘請海外教員似乎是唯一途徑。

將行爲科學擴展爲五年，即在臨床期亦教授行爲科學，是否可行？

何醫生認爲，這個構思看上去十分理想，一則可以使學生對醫生及病人的關係有更清楚、更實際的概念，二則可免去同學死記過關後便把東西忘記了的弊端。但何醫生亦指出，要推行這計劃，人手和時間都會是頗爲棘手之問題。何醫生舉例說，把生理系擴展到臨床期，使同學在那一個專科中學習時才學習那一部份的生理學，當然是理想不過。可是學生是否能負擔這個時間上的負荷呢？又，師資是否足夠呢？現在我們要找一些有臨床經驗的講師尚且如此困難，要在臨床期的各專科中都找一些行爲科學講師，就更是難上加難了。

何醫生對目前的行爲科學系有何改善的建議呢？

何醫生相信現時行爲科學系最要改善的就是師資的問題。可行的辦法包括聘請有臨床經驗的醫療社會學人材來任教，或嘗試問中邀請一些資深的醫生來授課。

又，何醫生強調，行爲科學並不如其它科目一樣說一就一，二就二。它是一門很有彈性，活學活用的學問。學生對所學的會隨他們人生經驗的增長而有不同層面的認識。故此科無論在教學和考試方面都應使學生有發揮的機會，而應盡量避免無謂的背誦。

鍾錦文醫生 (八五)

BEHAVIOURAL SCIENCE COURSE 看起來似乎很 systematic，但 lecture 似乎是太多了，而且教學方式亦不大好——只是填鴨式將一大堆很 controversial 的概念主觀地往學生的腦袋「塞」，並未能引導學生思考；而且考試試題亦沒有太多啟發性，short questions 年年差不多，學生只要熟讀 past papers 便能過關；essay questions 比較好，學生有得發揮，但總括來說，BEHAVIOURAL SCIENCE COURSE 還未能達到預期的理想——刺激思考。

主要原因是出於教職員方面。有不少 TUTORS 同 LECTURERS 都不是本地人，對香港的實際環境、風俗習慣認識尚淺，而他們亦缺乏 clinical 方面的經驗——儘管香港缺乏這方面的人材，但這問題其實在七十年代 BEHAVIOURAL SCIENCE COURSE 成立以來已出現，而事隔十年，這問題始終未解決，可能是有些人並未積極想法去改善。

其實，和病人溝通，經驗和 individual personality 是非常重要的因素，所以如果 Behavioural Science 還是這樣不積極改善師資和教學方法，便倒不如取消這個科目，減輕同學的功課負擔算了。



Dr. Osmund

Q. Did Dr. O study behavioural sciences (B.S.) in the medical school?

No. Dr. O did not have a subject called B.S. in the medical school, and she did not study psychology either. However, she thinks that B.S. is a very important subject for a medical student, and after she graduated from the university, she had to do quite a lot of reading on psychology and other related subjects that she could understand more about her patients and establish a good doctor-patient relationship.

She in fact believes that it is a blessing that the medical students nowadays can study B.S. in the university.

Q. Under the present medical System, when a doctor has to see quite a number of patients everyday, does Dr. O still think that it is possible for a doctor to apply his knowledge of B.S. to his job?

A doctor can reduce the number of patients to be seen at any one session by increasing the interval between visits. Instead of seeing a patient every two days for a simple illness as an upper respiratory infection, he could spend a little more time at the first visit, examine the patient, explain to him the nature of his illness and give him enough medication for the whole episode, that is 4 to 5 days. He will then ask to see the patient again only if he is still unwell. In another example, once a patient's high blood pressure is established on medication, there is no need to

see him every week. Many only need a follow-up every 3 months or so. This will allow the doctor to spend a little more time with his patient at each visit.

Secondly, Dr. O. believes that whether a doctor applies his knowledge of B.S. to his job or not depends very much on his attitude. By just asking the patient 'How do you feel today?', or just a warm 'Good morning', would already make the patient feel that at least someone really cares. However, some doctors don't even bother to do this because they treat the patients as 'cases' and not 'people'. 'A heavy workload' may just be an excuse for them to neglect their patients' emotions.

Dr. O adds that some doctors regard medicine as a science, but in fact it is not purely a science but a combination of science and art. The part of art lies in the understanding of human beings. However, the illusion that medicine is a pure science makes some doctors behave as cold scientists and treat their patients as 'cases'. What B.S. teaches in fact reminds medical students that medicine is a caring profession.

As Dr. O quotes from one of her late professors in the medical school: 'Medicine cures sometimes, relieves often, consoles always'.

Q. Some students think that what B.S. teaches is common sense. Does Dr. O agree?

Dr. O thinks that only part of the content of B.S. is common sense. Moreover, she wonders how

many students really have common sense. In fact, B.S. helps to reinforce what students already know, and gives them new concepts that they may not know.

In spite of this, however, the workload at some public Out-patient Clinics will still be excessive and the answer then can only be more staff.

Q. Should B.S. be taught in clinical years rather than in pre-clinical years?

Dr. O. thinks that B.S. should be taught in pre-clinical years, primarily because there is not enough time on the clinical years. Though students may forget part of what they have learnt when they come to the clinical years, it is alright as long as they remember the basic concepts.

Q. Some of the lecturers are foreigners. Will their different cultural background be an obstacle in the communication between the lecturers (and tutors) and the students? And do they have enough understanding of the psychological aspects of the Chinese people?

Dr. O thinks that if students have difficulties in communication with the lecturers due to their different cultural backgrounds, they should pose their problems in the tutorial, which is the time for a two-way communication between students and tutors. Dr. O. comments that Chinese students are often too shy to voice their problems.

As to the second question, Dr. O believes that the basic principles of psychology can apply anywhere in the world, because people of all races are 'human beings'. People in different parts of the world all undergo the basic core development, the extent and rate of which are modified by genetics, environment and culture. However, they all share the same emotions. Thus, the basic principles of psychology that foreign lecturers teach should be applicable to the Chinese people, who also have such feelings like frustration, anger, sorrow etc.

Q. If a patient steps into Dr. O's clinic and says that he is not feeling well, how would Dr. O, as a doctor, shows her concern for him and treats him as 'a person' and not 'a case'?

Dr. O says that she would first ask him what she could do for him, what he feels wrong and how long it has lasted, then take his medical history and examine him to determine if the cause of the illness is physical or is related to other things such as anger, examinations

Often, in our modern society, the cause of the illness may lie in the patient's lifestyle, and in this case Dr. O would advise him to change his lifestyle. However, not all patients are willing to do that. Dr. O thinks that it is her job to give patients advice, and whether they listen to her or not is their own choice.

B.S. 座談會

發

十月中，啓思編委就今次探討「行為科學課程」的專題，進行了一次問卷調查，對象是八八和八九兩班已經修讀完行為科學的同學；問卷印製了二百份，收回一百一十多份，超過了我們對象數目的三份一。

以下除了是問卷內同學意見的百份以外，我們還在同學們於各問題後寫下的原因和其他意見中，選擇了一些比較有代表性，有創見性或有建設性的，以一個座談會的形式羅列出來，以使讀者們對同學對「行為科學」的評價和反應，有約略的了解。



主持：讀完了一年的行為科學，你對Beh Sc 的印象是怎樣的？

衆人：（頓時騷動起來）不知所措，悶到痺，有料到……。

主持：慢慢來，這各位輪着說。

A：Beh 有用，不過剛開始時來做其他事可能更有用。

B：紙上談兵，閉門造車，一味理論，唔夠實際。

C：姑且不批評以上兩位朋友的意見，我覺得這個Course 起碼可以給我們一個機會從另一個角度去看醫療界，又能刺激起我們去思考將來身為一個醫生應持的原則。

D：有時Beha. D 嘢太過西化，唔適合香港用。

E：我唔同意你嘅講法，其實Beha. D 理論好多時都可以響日常工作裡面應用出嚟呀！就似乎P. Lee 嘅臨床心理學就好生活化啦！

F：係呀！Beha. 比我一個好大概提醒作用，有好多嘢你可以話係唔講都知，但Beha. 就幫我哋將呢D 知識好有系統咁歸納起嚟！只要我哋肯去運用，或者係改良嚟適應病人嘅需要，Beha. 其實都可以幫到我哋好多。

主持：各位對行為科學的理論和原則有什麼意見呢？

A：合乎馬克思主義的唯物辯證法，好。

B：我覺得教學材料太片面化，將本來千變萬化的人類行為及反應說得太簡單，不設實際。

C：我則覺得講師有時太偏激，論證也太單方面，講師只將支持論點的證據陳述而忽略了反面證據。

D：本人對以上幾位同學的意見則相反，我覺得行為科學的理論大部份都能在現實生活中可應用到，尤其是Dr —— Patient Relationship 方面，更提醒了我們不少。

E：其實我覺得同學是否能在Beh Sc Course 裏學到嘢，除了講師的責任外，同學本身的學習態度及努力都是影響結果的主因。

主持：您認為自己讀完Beha. 之後，最大得益係乜嘢呢？

A：得益？Oh！No！只慶幸已經讀完！

B：可以走多幾堂同埋fussy 時可以多幾個terms 爆。

C：過咗2 nd M. B. 唔使留班囉！

D：D 打字速度進步啦！（做Project 時）

E：知多啲馬克斯係乜水同埋唔同嘅family structures。

F：更加了解病人嘅Psychological make-up，同埋佢哋對自己病況嘅反應，提醒咗自己要照顧病人嘅Physical 同埋Psychosocial aspects。

G：重新反省自己嘅專業道德同埋責任！

H：個人思維領域擴闊咗，知道人嘅行為係可以受好多因素影響嘅，從而分析事物時可以更加Critical 和更加客觀。

主持：你以為Beha. 有成九十堂Lectures 係唔係太多同埋佢哋D 分配適唔適當呢？

A：最好一堂都有，廢除Beha. ！

B：或者減到六十堂到啦！減少D basic social science 嘅堂啦！

C：唔好！basic psycho. 同soci. 應該略加elaboration，增加興趣嗎！2nd term D 堂可以長話短說，精簡D 就真。

D：將太過理論化或者係太過Philosophical 嘅堂，例如“What is Science” 減去，反正就好難講得明白啲啦！

E：有好多堂Lectures 都應該兩堂，甚至係幾堂，縮做一堂，好似“Reactions to treatment”、“to hospitalization” 同埋“Children's reaction to hospitalization” 三堂咁，就應該可以一堂講晒啦！

F：1st term 同2nd term 太多（加埋Practicals），3rd term 就太少啦！堂數分配唔平衡！

G：我話應該加多幾堂就真，D lecturers 成日都唔夠時間講晒個topic 嘅！

主持：你對於行為科學的講課有什麼意見？先談談Dr. Fielding 的Lectures 吧。

A：為存忠厚，不予置評。

B：我們是因為他不明白我們，我們也不明白他。

C：Main idea not clear, always beat about the bush.

D：流於自我，視自己喜惡而行，有時近乎自言自語。

E：長，悶，亂。

F：夠Theoretical, bring insight, arouse thought.

主持：Mr. Cheng 的Lecture 又怎樣呢？

A：太貶低醫學的價值，專門揪人瘡疤，沒有建設性。

B：雖然悶悶地，不過學到嘢。

C：有誠意，繼續努力。

D：Notes 好，但缺乏生動感。

主持：Mr. Lee 的又如何呢？

A：有sense, give us insight into the subject, 夠lively.

B：最好多幾堂。

C：Always to the point, 但最好慢少少。

D：夠Clinical, 有趣，有實際，有水準。

E：節奏明快，重點清楚。

主持：理論和原則都講過啦，不過你哋又認為行為科學的理論是否可行？

A：當然唔可行啦！上到ward D workload 咁重，你邊有咁多時間做呢D 嘢呀！而且你又要掛住Inspection, Palpation, Percussion, Auscultation, 仲邊到會記得D Psycho 同Soci 呀！

B：係呀！理論同實際相距太遠啦，第一日上ward, 就將Beha. 學過嘢打瓜晒！

C：對待人嘅「科學」太多variety 啦！書係死嘅，醫生嘅經驗最緊要，而且唔同嘅病人有唔同嘅需要，唔可以一概而論。



《行為科學專探》 之數據結果

《行為科學專探》問卷之數據結果

1. 您是否同意行為科學的理論和原則？(原因?)
 - 同意 (39.4%) 不同意 (13.5%)
 - 部份同意 (22.1%)
 - 不明白它的理論 (25.0%)
2. 您認為行為科學的理論是否可行？(原因?)
 - 多數可行 (32.7%)
 - 多數不可行 (61.2%) (沒有作答: 6.1%)
3. 您認為行為科學的堂數(八十多講)和分配是否適當？(修改建議?)
 - 是 (15.8%) 否 (84.4%)
4. 將行為科學分散於五年醫科課程中教授，就不同年級及不同環境(如產產、兒科、精神科等)教授適當的內容，您認為是否可行？(原因?)
 - 可行 (35.6%) 不可行 (64.4%)
5. 您認為行為科學的Tutors 應否：
 - (i) 是本地人？(原因?)
 - 應 (71.8%) 不需要 (28.2%)
 - (ii) 有足夠接觸病人的經驗？(原因?)
 - 應 (77.7%) 不需要 (22.3%)

主持：如果將Beha. 分散五年教，響唔同嘅clerkship 或者階段教授當時需要嘅materials, 你哋認為，係可唔可行呢？

A：個提議幾好，可以即學即用，不過就唔知可唔可行呢？

B：唔！Beha. 係要慢慢吸收喇嘛！應該響唔同階段有唔同嘅教材。

C：其實響Pre-clin. 一下子教晒Beha. 唔係好適合，因為有好多地方我哋根本仲未有經驗同感受，好難消化嘅！

D：不過好難定考試日期嗎！而且有部份topics 亦都應該響Pre-clin. 之前教完，方便D 同學擺到個Overall Picture 呀嘛！特別係Soci. 果方面。

E：有可能！個curriculum 已經夠緊，Spairalty 果陣根本冇時間，嘍增加同學負擔同埋走堂嘅情況更加嚴重！

F：時間、師資、統一性都成問題，Speciality 都分啲做五個Clerkship, 唔通要D lecturers 講五次。可能Clinical year D doctors 都教到我哋啦！

主持：那麼接觸病人的經驗呢？

A：有經驗要佢嚟做也？經驗比理論更重要啊！

B：若他們有clinical experience, 便可與同學分享，增加同學對Beh. Sc 的興趣及信心。

主持：各位對Practical 的意見又怎樣呢？

A：Practical 唔夠Practical。太兒嬉，冇真實感。

B：在2nd yr 做有用，因為沒有afterwards Stimulation。

C：Practical 中實用性視乎所跟的Tutor, 例如P. Lee 的組就很好，夠open-minded discussion。

D：Interview 唔錯，但role play 就難投入(扮病人，應該由Tutor 嚟辦！)

E：其目的是好的，但安排需要改善。例如 Breaking Bad News 的部份幾好。

主持：最後，各位還有沒有其他意見呢？

A：OVERALL——失望。

B：失望。

C：失望。

D：其課程的編排已很不錯，但基本心理學及社會學可縮減些，而臨床實用的堂則應增加，畢竟我們的時間和精神很有限，除學術重要外，實用性也很重要啊！

E：最好唔駛考試，改為course work assessment。

G：對，Exam 的題目，尤其SHORT QUEST., 只重強記，冇意思。

H：本人認為，Beh. Sc 其實是一門很有趣的科目，而且對醫生亦很有用，我對她十分有興趣，可惜我的熱誠被某些因素影響而減低了，例如，講課質素參差，對某講師的反感，考試型式，同班同學之走堂風氣等等。我希望Faculty 方面可以令此科目教得更有趣味，更出色。

主持：Tutors 是否需要本地人？

A：當然啦。自己人，同聲同氣，大家溝通又易，做Practical 時才有真實感。

B：係呀。上到醫院，佢地同病人都講唔通，點教我哋嗎？公務員都本地化啦。

C：至少本地人可以更適合指導我們進行一個consultation 例如用那一句廣東話，什麼語氣等。

D：外國Tutors 好呀。可以使同學體驗到不同culture 對communication 的影響嘛。

E：問心講，我覺得只要Tutor 是有experience, 有料，係唔係本地人都唔緊要，basic psychology 各地都大致相同。

是苦？ 是樂？

■ ■ ■ 平



我彷彿還記得讀BEHAV. 時發覺理論與生活一致的那種喜悅。但我也猜這種喜悅並不是每個同學都感受得到的。

或許是我們鑽研科學理論太久了，習慣了比較脫離身邊環境的學習方法：大概學循環系統的流體力學 (HAEMODYNAMICS) 總不會去親身體驗那些理論吧！但BEHAV. 的理論，卻是連繫着我們身邊發生的每一件事；由我們自己耳聞目睹的事物去印證學到的理論，總是一件值得高興的事。

記得上心理堂時學到有關「記憶」的理論：原來人的短暫記憶 (SHORT-TERM MEMORY) 容量只有七至九個單位 (BYTES)，倘若輸入過多資料，較前的便會被取替掉的。當時講師叫我們去記着他唸出來的一串數字，結果因為字串太長，記得一塌糊塗。那時班上哄然大笑，連講師也翹着他嘴上的鬍子笑了。

話說回來，學習 BEHAV. 也是苦事：臨考試前死衝，強把理論一股腦塞進腦子裏去。老天！SHORT-TERM MEMORY 是有極限的啊！那時同學便會埋怨BEHAV. 教得差，HANDOUT 不足，等等，等等。想來，卻是我們的錯

背理論而不明其所以然，記事實而不知其道理所在，是一件很可惜的事。本來我們所學的一切，就是應放在LONG-TERM MEMORY 的嘛！

多想，多懷疑，多玩味，總會令世間事更美好。讀BEHAV. 是苦是樂，就要看你了。

講師 的說話

李—Mr. P. W. H. Lee

鄭—Mr. Y. H. Cheng

問：「行爲科學」這科的設計究竟是怎樣的呢？

鄭：設計這科，主要是給予醫學生去認識社會學及心理學的一個機會，好讓日後行醫時能從不同層面去了解病人。要知道人是一個複雜的個體而很多因素都會影響這個個體的。

李：第一學期主要是介紹一下疾病、社會及心理因素以及醫學知識的相互關係。另外，一些心理及社會學的基本知識也包括在內，以爲第二學期課程作準備。而第二學期的課程主要是探討一個病人在患病之前、之中及之後，其心理及社會因素對其行爲、反應的影響。這些資料都是我們與病人溝通及治療所必須知道的。在第三學期，課程主要是關於香港及中國的醫療體系，以及醫療在第三世界所扮演的角色，從中，我們希望同學可以從多個層面去看醫療界。

問：爲何有「實習課程」這個需要呢？

鄭：「實習課程」主要是希望學生能學習怎樣去接見病人並從而了解他們、代入他們的處境中。在你們看來，可能覺得在 preclinical year 學習這些東西似乎有點浪費，我卻認爲應珍惜這個機會，若留到 clinical year 時才學，可能會感到有點吃力。

問：行爲科學的教職員當中，有不少是外國人，當初聘用的時候，有否考慮文化背景這個問題呢？

李：個人認爲，不同文化背景對行爲科學的教授會是一個問題。DEPARTMENT 本身亦希望聘用本地人材，但由於行爲科學是一門較新的科目，而香港又沒有正式訓練，再加上外國的應徵者條件較高，所以很多時都聘用外國人。

問：很多時同學都覺得 lecture 不夠直接，你們看法又如何？

鄭：你們可能覺得所授的課程很難觸摸及有點兒沉悶，但要知道行爲科學是屬於社會科學的科目，與其他科目有所不同。我們嘗試去探討證據才下結論的，這可是作同學們覺得不夠直接的原因。

李：行爲科學成立的歷史頗短，而教職員尚欠經驗將行爲科學融匯於整個醫學訓練，以致講師可能太理想化，而且並未能顧及醫院的實際情況。

問：你們覺得學生一般的態度是怎樣呢？

李：差別很大。有些學生很積極，覺得很有「刺激性」；有些則鄙視這科。部份學生可能覺得所教的只是「普通常識」，因而對之忽略。但大致上學生的態度很健康。不過，最令我反感的是一些學生可能由於師兄或其他傳言又或對師資缺乏信心而一早就抱有成見，並沒有給予自己機會去嘗試了解這科。

鄭：視乎個別學生而定。有些同學可能認爲行爲

科學對將來沒有幫助。不過，總要嘗試從不同角度去觀察事物的。

問：到目前爲止，行爲科學能否達到預期的理想呢？

李：坦白的說，到目前爲止，行爲科學仍然是失敗的。失敗的原因，在於師資方面及學生方面均出現問題，其實先前也曾提及過。

問：問題有否改善的方法呢？

李：改善方法亦可分兩方面着手。師資方面，講師應與醫生、medical sociologists, medical social worker 保持密切關係（例如携手合作研究）又或間中邀請醫生來講述他們的經驗。學生方面，不應一早抱有抗拒心理和成見。其實，行爲科學所教授的並不是太「獨特」，講師只希望帶給你們新的思路，而走不走這些路則由你們決定。還有，tutorial 時應抱著與 tutor 互相切磋之心態，而不是單方面支取。

問：聽聞行爲科學將會延至 Clinical year，不知是否屬實？

鄭：是有這件事的，但其詳情還未討論。

李：當中要考慮的問題其實不少。假若延伸爲五年的課程，行爲科學是否被認爲重要到要佔 specialty 的一部份時間呢？教職員又能否有足夠資歷去給予五個 specialty 的資料呢？考試方面又會變成怎樣呢？這些都是要討論的。

問：最後，可否告訴我們考試時的要求及要注意的地方呢？

鄭：考試最重要的是組織及表達資料，理解力也很重要。短題目方面，答案最好是 lecture 時所介紹的意念，亦可自由發揮。長題目須將所有階段的資料融匯貫通，並將有關的資料表達出來。

李：是的。其實死背並不是一個正確的方法，最重要的還是融匯貫通。

中大、 港大

（註：本文有關中文大學行爲科學課程的客觀資料乃陳博士提供，但文中所提及的港大行爲科學課程有待改善的地方及建議，乃筆者於參詳兩大課程相異之處後得到之看法，並未代表陳博士之見解。）

「課」比「課」高

爲了使同學們更能站在不同角度透視行爲科學這課程，我們特別走訪了一位中文大學醫學院行爲科學講師 Dr. David W. Chan。陳博士爲一臨床心理學家，除任教醫學院外，還在威爾斯親王醫院（中大的教學醫院）工作。從陳博士的訪問裡，我們除可看到陳博士本身對行爲科學的一些意見外，更不難發現中大跟港大在行爲科學的部門結構、課程內容、師資等方面都頗有分別。透過檢視這些分別，我們當可看到港大行爲科學這課程一些值得思慮的問題。

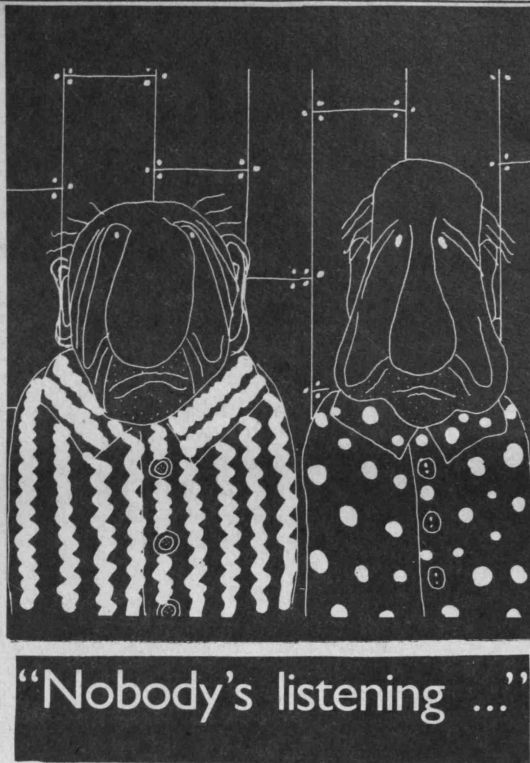
首先，中大的行爲科學課程乃由社會醫學系及精神科共同主理，而行爲科學在港大則屬社會醫學系其中的一個單位。由兩個部門共同主理一個課程的制度，有一個十分明顯的優點，就是可以擁有較豐富的講師來源。從問卷調查結果可以發現，本校不少同學都認爲現時港大行爲科學的講師實在太少了，九十堂的課堂差不多由那三位講師一手包辦，而且現時亦缺乏具臨床經驗的講師。假如講師的來源增加，不但可以刺激起同學學習的興趣，更可令同學參考到更多不同講師的觀點。另一點值得注意的，就是中大並沒有特別

聘請導師，其責任是由講師同時兼顧。這樣的做法優點在於可以增加講師與學生之間的溝通，而講師亦可直接與同學討論課堂上的疑問。中大可以這樣做，很可能就是因爲中大擁有充裕的講師。另外，因爲精神科有參與主理行爲科學的原故，在安排醫院病人接受同學訪問的時候就起了不少方便，這點在中大的同學每年有六小時的時間到醫院做訪問，而港大的同學只得不足一小時的時間就可見一斑。當然，由兩系同時主理一個課程亦有其潛在的弊端。因爲，兩系有時會對同一個課題着重不同的重點，亦有可能出現重複教授相似的課題的情況出現。而這些問題嚴重與否，就要看兩系之間的溝通是否足夠了。

從問卷調查中看到，港大有部份同學認爲行爲科學堂數太多，而在部份課題上亦似乎花了太多時間，以致整個課程予人有節奏緩慢之感。中大方面，全年大約有九十節行爲科學課堂，每節四十五分鐘，但其中佔了十多堂爲統計學課（港大在一年班時已教授了統計學），而港大則有九十堂行爲科學（不包括統計學），每節一小時。換句話說，中大在教授行爲科學的實際堂數比港大少，亦因爲這樣，我們可以看到兩大對各課題所分配的時間頗有出入。首先，港大行爲科學課程在引子上就花上了不下十堂，用以介紹什麼是科學、什麼是文化、什麼是社會等等心理學的基

本概念，反觀中大方面卻並沒有特別撥出堂數在這些題目上。從一方面看，港大這樣的課程設計有其優點，就是能夠使學生打好這方面的基礎。但從另一方面看，我們卻可發現這樣長的引子有拖慢整個課程之嫌。因為我們到底並不打算將來專修這一方面的學問，過份著重這些課題反而有可能削弱同學的學習興趣。另外，中大的課程亦包括不少港大所欠缺的課題，例如失憶、失眠、影響食慾的因素、精神性神經病等與臨床較有關連的課題。假如港大削減了部份引子中的課題，是否更能多撥一些時間到與臨床較有關連的課題上呢？

另一點值得一提的，是兩大給予同學訪問住院病人的時間上的分別。中大每位同學每年有六小時的時間到醫院訪問病人，另外中大亦安排同學訪問一位剛生產的孕婦，及以後定期探訪母嬰二人。反觀港大每位同學每年只有不足一小時的時間到醫院訪問。為彌補這方面的不足，港大安排了一些「實習」時間給同學。所謂「實習」時間，就是由同學扮演醫生和病人的角色，從而訓練臨床訪問的技巧。無可否認，這個角色扮演的設計有其優點。因為在醫院的實際情況下做訪問，同學會遇到很多棘手的問題，相反在角色扮演裡，同學或能更有效地訓練他們的訪問技巧。但我們的問卷調查卻顯示，有頗多同學認為角色扮演難予人有真實感，同學亦難投入角色，效果比不



上真實的訪問。港大是否應當試多撥時間給同學到醫院訪問，相信是值得考慮的問題。

在考試方面，中大的行為科學課程並非專業試，而港大的則屬專業考試。陳博士說，他並沒有正式調查過中大同學對行為科學的態度，但他卻發現一小部份同學認為行為科學乃一十分重要之科目，不過他們卻並不打算多花時間在此科目上。這個現象可能與行為科學並非專業試有關。然而，港大把行為科學列為專業試，又是否真能保證同學會積極學習這一科呢？這點卻未必。根據問卷結果，不少同學對行為科學反感的原因，乃行為科學是一科很難以考試來衡量學生能力的科目。況且行為科學並無一兩本標準的參考課本，面對大量的參考書籍，同學更有無所適從之感。

最後值得一提的是，從陳博士的訪問中，我們得到一個印象，就是中大對同學的意見頗為重視。中大每年學年尾都會發給同學問卷，以搜集他們的意見。事實上，上文提到的中大課程內有較多傾向臨牀的課題，或多或少皆因同學的反映而致。陳博士說，中大校方頗願聆聽同學的意見，乃因行為科學乃一頗為近期的科學，而且中大醫學院歷史尚淺，故中大希望多參考各方面的意見以求不斷改進此課程。衷心希望港大亦能抱有同樣態度，多參考一下同學的意見，不斷改善課程的質素。

「行為科學」

一個夾心人？

專題總結

文 敏

相信沒有人反對認識一個人成長的 life cycle 和心理的結構，對一個醫學生來說是重要的，更沒有人會否認社會環境和個人情緒狀況在引至疾病和影響復原上，所擔當的角色。

縱使從前有幾多未曾學習過行為科學的醫學生，現在已成為一個一個仁心仁術的醫者，但在現今慢性疾普及，和要求一個更完全的醫療服務的大前提下，行為科學的知識是無可否定的。

然而，在這樣有利的客觀條件下，行為科學仍然受到同學的排斥，和成為詛咒的焦點，個人相信除了是同學個人好逸惡勞的惰性使然外，講師將行為科學「推銷」給同學的「不客觀」態度，也是將問題惡化的主因之一。

有同學認為行為科學的內容經常出現自相矛盾的情形，或者，現今行為科學受到的對待便是一個活生生的例證；講師們教導我們要與病人建立一個良好的 doctor-patient relationship，但總括而言，講師（和導師）們卻未能跟同學建立一個能夠鼓勵互相交流的 lecturer-tutor-student relationship

除了同學們特別排斥行為科學的考試外，一個對立的師生關係便是同學們排斥行為科學的原因之一。

當講師們一次又一次的在只擊擊現存醫療制度，指出現今醫科課程不足時，同學們便感覺到站在講台前的，是一個只管拿着一根釘，見人就亂插的惡人，要敬而遠之，甚至作出還擊。

不錯，一定要還擊，整個醫療服務斷不可能只是一門一事無成，只會損害病人健康的科學；醫科只會害人，豈不是一個天大的笑話？同學們沒可能接受這個「荒謬」，結果同學們腦海中便只會充滿着如何反辯講師的意念，結果師生便站在一個「對立」的立場上。

當然，講師們提出醫學也會有損人健康的資料，絕大部份都是一些不容否認的事實，因此同學們未能放開心懷，敢於承認和面對事實，也是一個引致師生「對立」的原因；然而，醫學生何罪，豈應該成為被指斥的代罪羔羊？同學們可能連一個病人也不會真正觸摸過，便被壓下整個醫療哲學謬誤的重擔，豈不會向下手的人加以排斥？

然而，話分兩頭，講師們在講課時有意無意地經常將現今醫療服務過份完全否定，亦全是因為行為科學的論點，

被部份現存醫療體系中的主管人輕視和否定的結果。

的確，一個輕視行為科學理論的醫療體系是應該被否定的。

一個極具潛質改善醫療服務的單位，在醫學院中居然被受忽視——九十堂課，竟然只得三位講師分擔，在大學的其他院系中，相信是絕無僅有的——是連小孩子也看得清的。

簡而言之，問題的根源是出現在 Faculty 方面不重視行為科學的教授，‘you are tolerable, but don't cause trouble’（註一）。

父母不和而離異，無辜受罪的當然還是可憐的孩子；同樣，medical practitioners 和 behavioural scientists 意見不協調，當事人大可以固執己見我行我素；然而，可憐的醫學生們卻承受着他們不協調所引出的問題。

行為科學組即使希望有什麼課程安排上的改善，最終還是要得到醫學院中央的支持和重視；我們就是對醫學院未有重視行為科學而感到不是味兒。

或者，行為科學的講師們，在再構思任何課程改革前，嘗試先放棄採取跟現存醫療體系對立的立場，讓同學們也能從你們口中知道一點醫療服務對社會

的貢獻，從而邀請同學打開心靈，聆聽你們末後對現存醫療制度有建設性的批評。

Faculty 方面，也盼望您能打開心懷，認識到行為科學在改善醫療服務方面的潛質和治本性，支持她改善目前的教學情況，從而幫忙在整個醫療界建立一個「人道醫學」的大氣層（atmosphere），好使醫者有情，病者有福。

就只有祈盼着成年人們早日消滅歧見，化解互相的排斥，「救救孩子們」，「救救醫學生們」。

註一：The Teaching of Behavioural Science; The Hong Kong Scene; P. W. H. Lee.

（今次專題雖然暫告一段落，但行為科學在醫科課程中的功用，仍然是被受爭論的，故謹希望同學們或各方面的有關人士，會就我們上面的觀點作出回應，或繼續發表自己的意見；如有任何賜教，請主動與我們〈啓思〉編委聯絡，謝謝。）



引言

明明

醫學院在院際運動比賽中，拿了多次的冠軍，不知道原因在哪裡。但可以說一句，醫學生都很重視體育運動。醫學與運動兩者又有沒有一些關係？

我想如果多瞭解一些人體結構原理，在某程度上都可以防止一些在運動時產生的創傷。

建基在這裡，就是所謂的「運動醫學」(SPORTS MEDICINE)了。其實在這一方面還有很多學科，例如「運動科學」(SPORTS SCIENCE)，它主要在生理、解剖、心理等方面來研究運動時產生的各種現象，其中很大部份都適用於競賽運動上和提高運動效率。諸如：運動鞋的設計怎樣能加強保護腳部和切合某運動項目的需要；哪種泳姿可以在規則範圍內有最佳的表現；怎樣的天氣下(風速、溫度、濕度等)運動員可以有最好的成績；……太廣了，而且很大部份，如運動器材設計方面的工業，「運動科學」便很重要，而且

專題二：

運動醫學

運動隊伍如國家代表隊，也需要這些知識以提高質素。

說回「運動醫學」，重點便放在運動員方面，例如運動員的保健、受傷的預防及護理，保留康復後的能力等等。範圍雖然比較窄，但是比較實用，尤其保持健康，預防受傷是對一些業餘的運動愛好者更為重要。「運動醫學」其中比較重要的一環便是「運動創傷」，包括一切由運動引起的創傷。

運動醫學本身並不是一個新興的題目，在一些先進國家如美國。這一類的研究已進行了十多年。在現今經濟起飛的年代，生活水準普遍提高下，健康便愈形重要。由健康起的第一個聯想便是運動，運動醫學便應運而生。

運動醫學的發展十分依賴這地方的資源及經濟條件，因為人們有時間和金錢才會注重健體的運動，而且運動器材，場地設施都會影響人們對運動的重視，人們重視運動，運動醫學才有發展的需要。很自然的，在先進國家，這便是一種需要，但在發展中國家便屬於奢侈了。

在學術方面，科技上的突破對運動醫學的發展有很大的幫助。例如肌肉復原的研究方面，因為發明了更微小的針刺活體細胞組織化驗(Needle biopsy)，可以更清楚瞭解肌肉病理生理(Pathophysiology)，從而可以監察提早了的肌肉復康運動。還有外科儀器及科技的幫助，令至運動創傷的外科手術對病者的破壞程度降低，使康復時間縮短，例如Arthroscopic Surgery，膝關節韌帶創傷只需要很小的切口，手術刀十分的小，由光學纖維組成的窺鏡幫助。所以，隔日切口便癒合，不消兩星期便可回到球場。以往用普通方法的手術，切口很大，想要回球場至少三個月才可以。

從上面的一些討論，「運動醫學」可以說是醫學中一個比較高的層次，因為不是照顧人的基本需要又不是要維持最起碼的生活需要，而是要加快康復的速度和回復高水平的運動。想起來是比較挑戰性的，因為「運動醫學」是需要精確的了解，用最小巧的方法施行手術，最適當的運動加速康復。看來「運動醫學」所需要的是一批醫學界的精英，聰明的你/妳可有興趣呢？

本屆亞運會上，世界乒乓球冠軍中國的江加良在男子單打半準決賽中，遭逢南韓的劉南圭，頭四局以二比二打成平手，第五局中江加良以18比10領先，看來勝券在握，但竟被劉南圭連追8分，最後還輸掉了這一局，江加良慘被淘汰。賽後檢討，江加良主要失敗在於心理上的因素，在領先時未能控制情緒，加上受在場南韓觀眾影響，結果慘遭「滑鐵盧」。

從上述例子，我們可以見到在現代的運動競技比賽中，除了技術及體能外，心理條件已成爲決定勝負的重要因素之一。在一場比賽裏，賽果往往決定在那一方的運動員能夠集中自己的精神，控制自己的情緒，在任何環境下，保持自己的信心和鬥志，不受外來影響。

雖然心理因素在現代運動比賽中是那麼重要，但運動心理學直至最近才開始作較有系統發展。一直以來，很多運動員及教練都認爲只要多參加比賽，累積多一些經驗，運動員自然會懂得如何在比賽時控制自己的心理條件，故不需要特別傳授這門學問給運動員。這個做法當然有其道理，但也有其不足之處，很多時運動員的體能和技術都達到巔峯，卻因控制心理的技巧未成熟以至技術未能全面發揮，而當能把握到心理技巧時，運動員已從高峯滑落。所以要提高運動員水準，使其技術得以全面發揮，將運動心理學這門學問作有系統地，科學化地發展，並在運動員和教練之中加以提倡，實在是刻不容緩的事。

運動心理學

小明



一向以來號稱運動強國的美國，近年來在體壇上日漸受蘇聯和東歐國家威脅，霸主地位早已失去。爲免淪爲二等運動強國，美國近年大力提倡運動，運動心理學爲其中主要發展項目之一。

在1982年，運動心理學工作室(Sports Psychology Workshop)在美國奧委會運動醫學學會(the Unit-

ed States Olympic Committee Sports Medicine Council)的支持下成立，其成立的主要目的爲將心理和學精神病學的專業人材組織起來，對運動心理學這門學問作有系統研究，並將研究所得成果，實際用於幫助運動員克服其心理障礙，以得到更好成績。其實，運動心理學可以在三方面幫助運動員。

第一，治療方面：運動員由於運動參予而引起的心理毛病，例如由比賽所引起的緊張，可以透過臨床心理學家或精神病學家的幫助而消除。

第二，教育方面：主要是幫助運動員學習或改善其控制心理技巧，使其在比賽時有更出色的表現。

最後，研究方面：主要是尋出更完善辦法使運動員能適應現今高度競爭性的比賽環境，發揮出其最高水準。

總結來說，運動心理學已越來越受體育強國重視，可以預見在未來中，要成爲頂尖兒的運動員，必先擁有一套完整的心理控制技巧。而心理因素往往是決定一場比賽勝負的主要關鍵。其實這種情形可以從今屆亞運會看到。中國在乒乓球、羽毛球和射擊輸掉多面金牌，主要原因是運動員心理包袱太重，加上客觀環境影響。運動心理學一向在國內不受重視，如果可以從今開始大力發展，我想對實現「衝出亞洲，挑戰世界」這個願望是大有裨益的。

製成鞋幫的原料包括：(1)牛皮，(2)袋鼠皮，(3)尼龍織物，(4)啞料，(5)粗帆布。

尼龍織物的耐用程度頗不錯，可是尼龍有一缺點，它跟牛皮不同，沒有伸展的能力。因此，在選擇合適的鞋子時，是球員必須格外留心鞋子是否完全合適，因為尼龍不能伸展至與腳的形狀相符合。



Muscle fiber composition of skeletal muscle as a predictor of athletic success?

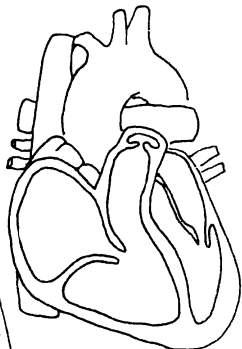
根據統計所得，耐力運動員會有高百分率的SLOW twitch fibers. 相反地，於非耐力比賽出式的運動員會有高百分率的fast-twitch fibers. 跑步鞋知多少?



選擇運動應以shock absorption & stability 為準則。但有一點不說不知，在各種不同鞋號型及價錢的鞋之下，shock absorption characteristics 並沒有很大的差別。

什麼是食物的指標？在量方面是維持一個理想的體重。在質方面，是一個多樣化的食譜。

要成為出色短跑運動員，先天因素有很大影響。研究發現，出色短跑運動員的腿部肌肉擁有高出常人比例的第二型肌肉纖維 [Type II muscle fibres]。這個情形有兩個好處：「1」第二型肌肉纖維可以在缺氧情形下，仍能快速生產能量。「2」這種纖維可以在短時間內發出很大力量。缺點卻是它們很快就會疲勞 [fatigue]。這些特點都是配合一名短跑運動員需要。所以想成為李維斯 [Lewis] 第二。首先要祖先有 fibres 含量豐富的小腿。



運動知識知多少

一直以來，人人都說運動可以延年益壽，促進身體健康。所以越來越多人家子體育活動；但近日一些專家指出不適宜的運動不但對身體有害，而且可能導致暴覺情形出現。

根據專家報告，大多數暴覺情形都是由冠狀動脈疾病引起，所以說雖然適量運動可以減低冠狀動脈疾病的危險，但過多或不適量運動的效果可能是適得其反。

專家又指出暴覺者很多時在事前都有心臟病症狀出現，如心痛等。如果他們能夠及時注意得到，他們的壽命可能得以保留。最後專家忠告大家，在參加運動之前，應到醫生處檢查心臟，以確定一切正常，同時應選擇適合自己體能的運動，例如身體強壯者可去跑馬拉松，體質較弱則可打其「士硬架」。千萬不可以強逞英雄。對於運動後引起身體不適服，應加以注意，如有必要，應向醫生求助。如能做到以上一切，運動時暴覺的危險，便會大大減低。

營養學真的對運動員有幫助嗎？

無可否認地，好的表現必須要有好的營養吸收，並且，適當的營養確實對比賽爭勝的能力有很大的影響。但適當的營養如何達至？在比賽前的幾天遵照特別的食譜飲食，或是吃一些特別的附加食品？

在這些附加的食品內，以「維他命」、「假維他命」(pseudovitamin)、「非維他命」(non-vitamin) 為最高常用。而維他命中最常食的是Thiamin, Riboflavin, Niacin, Pantothenic acid

可是，不少的實驗證明當身體吸收了足夠的維他命後，額外的吸收對身體並沒有任何益處，相反的，可能會引致壞的影響。

適當的營養是有賴於好的飲食習慣。但有點不能忽略的事情——雖然附加食品對身體沒有顯著的益處，卻對運動員的心理有著不可輕視的影響力。如果一個運動員沒有吃到他(她)認為能使自己有好表現的必要食物時，有很高的機會他(她)不能達到自己最佳表現。

長途單車痛病知多少？

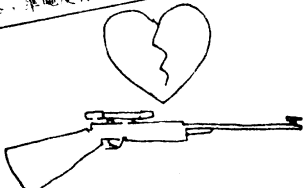
原來在長途單車中，車手最常見的nontraumatic injury 是：buttocks pain

並且，用有軟坐位的車手比那些沒有比較容易有明顯的buttock symptoms.

雖然在很多運動項目上，男子的表現都比女子優越；但在一些作業時間較長，需要很大持久力的項目中，情形卻剛好相反。在橫濱英倫海峽的最佳十個時間紀錄中，其中八個，包括最佳時間，都是由女子所保持。原因很簡單，女子身體內的脂肪比例上較男子多，故使女子在這些比賽中表現較好。

一般來說，運動員的血管(特別是動脈)是比較粗，尤其是供應肌肉的血管。這樣除了肌肉有較多血液供應外，還有一個優點：血液在身體內運行時都是作 laminar flow，如果血液運行速度增加，雷諾數會隨之而增加，當雷諾數增加至一限度，血液便會作 turbulent flow，令血壓大大減低，影響血液供應。而較粗大的血管，可以使雷諾數增加的程度減少，使血液供應不致受到很大影響。

如果一個心臟停頓了的人能夠拿起步槍，參加奧運會射擊項目，他一定可以囊括所有金牌。根據美國一位運動心理學家研究所得，射擊運動員如果在心臟跳動那一瞬間按下扳機，通常他的成績都不會理想，反之在兩次心跳之間射擊，準確度將會大大提高。



保護皮膚？

p-amino benzoic PABA acid 是一種高度保護性的太陽油

可惜，有證據顯示運動員的表現特別在酷熱和乾燥的氣候下，會因塗了PABA而受到影響，因為太陽油會減低皮膚蒸發汗液的能力，從而導致身體溫度上升，減低表現。



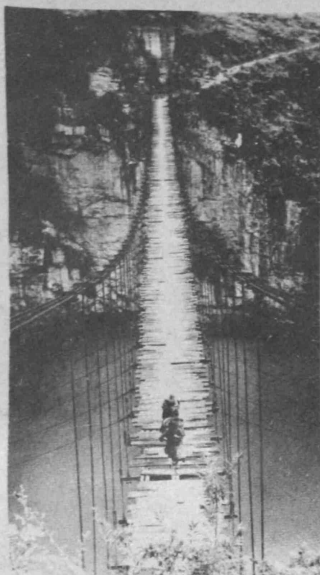
構成足球時膝部受傷的關鍵是什麼呢？答案是因腳部固定在地面上。把腳部固定在天然草上主要視乎兩個因素：固着架的數量和大小。固着架的數量越少，其尖端的面積及負重的表面面積也越細小，而通過每個固着架傳遞的力則越大。

運動醫學 中心

莊尼

運動醫學 (Sports Medicine) 是一門在迅速發展中的科學。它主要是針對在體育運動中所產生的受傷加以預防、治療以及復康的問題。在體育活動中受傷的個案雖然正在上升的趨勢，然而香港卻沒有一個有系統的醫療團體去照顧這一類病人和帶領這一方面的研究。

因此香港復康會 (H. K. Society for Rehabilitation) 便建議於現時的老理浩復康中心成立一個“運動/體育醫學”中心。他們認為中心本身設備已十分完善，而且又接近瑪麗醫院，地方又寬敞——這足以應付未來擴展的需求。再加上香港大學醫學院的骨科部會派出具備專業資格的醫生去統籌及領導整個計劃，故此初步上政府及醫務衛生署對這個計劃都基本上贊同。這一個建議中的中心會提供檢查，小型手術，物理治療及 X - 光檢查等等的服務以及其他設施以供研究之用。特殊及先進的設備如肌力計 (dynamometer)，電腦，E-CG monitor，健身設備，冰機和臘機等都會予以購置。



另外，其實中文大學的創傷及矯形學系 (Dept. of Orthopaedic & Traumatic Surgery of Fac. of Medicine, CUHK) 早已和沙田銀禧中心合作成立一個運動醫療診所和實驗室 (Sports Medicine Laboratory) 於中心內，每逢星期三下午六時半及星期六下午開放。治療對象主要是中心內的運動員。中文大學醫學院創傷及矯形學系會參予計劃及監察這個中心的運作。這個中心亦提供物理治療的服務，以及提供一些講座予運動員去推廣運動醫學的概念。

教你揀波鞋

玲

在選擇有固着楔的鞋子時，應該留心確保鞋底前腳掌的部份是堅硬的，以防止腳背受刺激，並且應有一個形狀良好，提高的 Achilles pad 以防止 Achilles tendonitis。鞋幫的後跟部應該是堅硬的，使腳跟有一定程度的穩定性。鞋後跟的楔形部份應要升高，並且是用吸收衝擊力的原料製成，以免因腳跟受衝擊而產生的重複、循環的負荷會帶來後果。鞋的前腳掌部份和鞋底中部應具有柔韌和吸收震蕩力的性能，並有足夠的牽引力。

塑料用於製造較為便宜的鞋子的鞋幫，但這原料有一潛在的問題，它並不透氣，妨礙了腳部有足夠的空氣流通。有三種原料是用來製造各種不同類型的運動鞋底：(1) 皮革，(2) 橡膠，(3) polywethane。

理想的鞋子尺碼應符合三個尺度：(1) 腳跟至足尖的長度，(2) metatarsal arch 的闊度，(3) 由腳跟至 first metatarsal head 的距離。

怎樣選擇合適的鞋子？首先，在試穿鞋子時，選購者應先穿上一雙他會與那雙鞋一起穿著的襪子，然後穿上鞋站起來，走幾步以決定是否舒適。待他肯定了那雙鞋是舒適的了，便要三件事。

第一，如選購者站在承受重量的姿勢，鞋的足尖部份最少要有半吋的空位。第二，運動員仍然在承受重量的姿勢，試驗的人利用“擰捏測驗”來測定鞋的闊度。試驗者捏着橫過 metatarsal heads 的皮應可抓住鞋幫。第三就是要肯定第一節趾骨頭的位置剛好落在 medial counter 的末端，而這裏也就是鞋子在腳背的前方中央傾出之處。



GETTING THE BALANCE RIGHT

Zantac

RANITIDINE

Taken at night,
300 mg heals ulcers, 150 mg keeps them healed
"Ranitidine offers a safe and efficient alternative to Cimetidine, particularly in patients in whom Cimetidine has either proved ineffective or is contra-indicated."

Excellent safety profile Unsurpassed efficacy
Excellent healing rates Minimal side effects

Zantac gets the balance right

*A.H. Labinaz, et al. Proceedings of the Second International Symposium on Ranitidine held at the Barbican, Geneva, London, UK.

Prescribing Information - Dosage and Administration: The usual adult dose is one 300mg tablet daily taken at bedtime for duodenal ulcer and benign gastric ulcer. Alternatively, a dosage of one 150mg tablet twice daily taken in the morning and evening may be used. It is not necessary to time the dose in relation to meals. In most cases of duodenal ulcer and benign gastric ulcer, healing occurs in four weeks. Patients with a history of recurrent ulcers may have an extended course of one 300mg tablet daily at bedtime. For reflux oesophagitis, the recommended course for adults is one 300mg tablet twice daily for six to eight weeks. See also Data Sheet for details.
Precautions: Where gastric ulcer is suspected, the possibility of malignancy should be excluded before therapy is instituted. Patients receiving

prolonged treatment should be examined periodically. Dosage should be reduced in the presence of renal impairment (see data sheet). As with all drugs, Zantac should be used during pregnancy and nursing only if strictly necessary. **Contra-indications:** There are no known contra-indications to the use of Zantac. **Presentation:** Zantac is available in tablets, 150mg x 30's, 300mg x 10's and 300mg x 20's. **Injection, 50mg/2ml x 5amp.**
Further information on Zantac (Ranitidine) is available on request from Glaxo Hong Kong Ltd., 198a, Ross Street, Waiwanick House, Tsimsho Tsing Estate, Tung Chung Street, Quarry Bay, Hong Kong. Telephone: 5100024. Telex: 66341 GLAXO HK.



學「運動醫學」



看了許多，香港在這方面都正是一個起步，正需要人材進行推廣。

不過很可惜，香港甚至全世界都沒有一個完整的培訓計劃或課程來栽培運動醫學的專科醫生，也即是說沒有一個承認的專科地位。不在外國也經常有些短期課程，會議等項目供外科醫生、骨科醫生、內科醫生，物理治療師等參加，還有些特別的課程，專門介紹例如，運動創傷，膝部受傷等比較深入的問題。

在香港，也曾辦過一次同類形的課程，是有關關節內窺 (arthroscopy) 的問題。是次短期課程是由香港大學醫學院和國際田徑總會 (International Athletic Association) 合辦，大約在兩年前假香港一間大酒店舉行，當時有來自世界各地的大約一百五十人參加。

雖然沒有一個完整的課程，但很多國家如美國、英國、澳洲等都有團體，定期舉辦一些有關的短期課程和會議。所以，執業時也不需要一些特定的資格才能專門管理運動方面的醫療照顧。

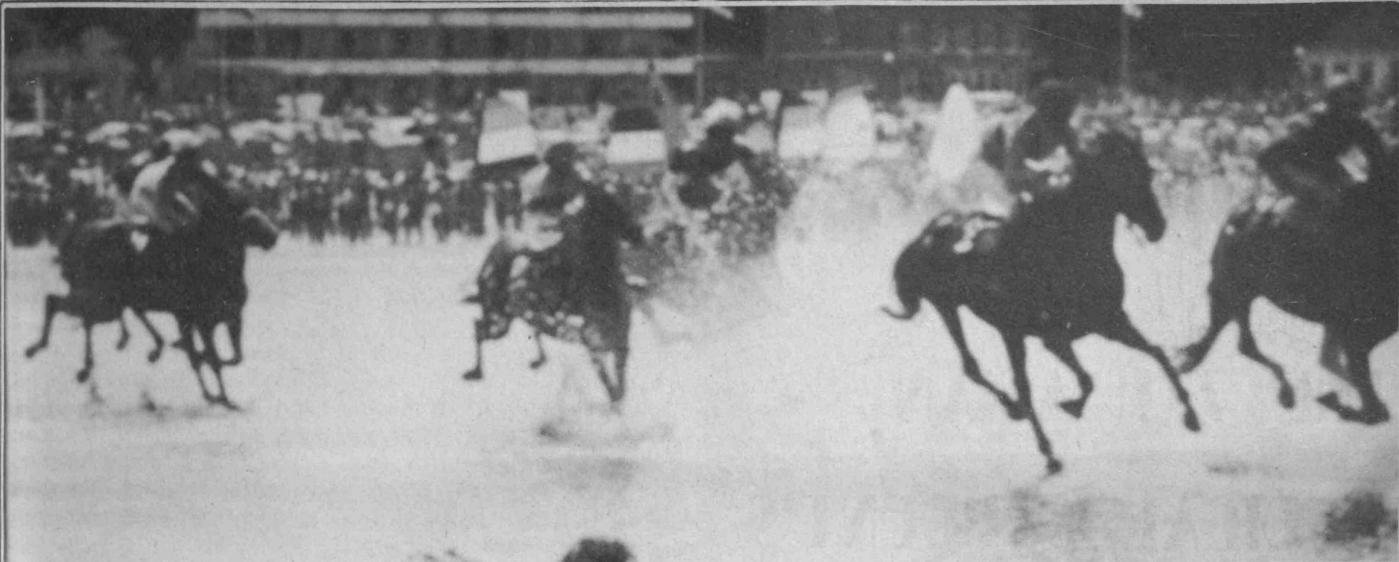
就正以美國來看，這方面的發展正很蓬勃，很多醫生都有志在這方面發展，說起這個科目還可能成為「熱門」學科。可能是現在的需求甚殷，很多球會都需要這方面的人手，加上現在的職業運動員中，有不少是「明星」級的，他們都不惜以高的價錢以換取早一天的康復，以參加比賽。

不過在第一線的臨場急救，如不是甚重要的賽事，一個已經受訓的物理治療師也足夠應付一些普通的運動創傷，諸如肌肉過勞、扭傷，跌傷等。

現今香港的體育運動，有很多方面仍然是十分依賴傳統的中國醫術，例如跌打。這可能是發展「運動醫學」的一種障礙。

可能十年後，「運動醫學」在香港也可以有一定的地位。





運動醫學在一些先進的國家如美國，已有相當的發展，這些國家裡，體育運動變為專門化，隨之而起，運動醫學亦趨向成熟發展，運動醫學與運動本身（或與運動員所取得的成績），達到相負相承的地步。

至於香港，一向以來，醫療服務都是集中於照顧全港市民健康的最基本需要，而且運動事業亦未曾蓬勃起來，沒有專門為運動員而設的專科是件很自然的事。但隨着時代進步，港人越來越注重生活最基本需求以外的事，體育運動便是其中之一，有關這方面的醫學亦漸漸受重視起來。

(一) 過去

以前一些體育運動組織或球會等，多數有安排醫療服務給會員，這些服務人員通常是中國傳統的跌打醫生，西醫是比較少涉及這個範圍的。

至於運動與西醫學最早有聯繫的記錄是在五十年代，當時瑪麗醫院的superintendent radiographer Mr. Skinner 是香港足球總會的名譽秘書，他邀請了一個政府醫生Dr. H.W. Chien 為足總的名譽醫生。Dr. Chien 的責任最主要是於治療的層面，假若有足球員受傷，那麼他便可以得到特別的檢查與醫治。但當Mr. Skinner 退休離港之後，這個安排便停止了。

一些體育協會通常都會為會員提供醫療服務，而香港賽馬會亦不會例外，醫生與這些團體的聯繫是基於治療運動員的傷勢，這便是說，當有人受傷的時候，醫生的專業知識才派上用場。類似的情況亦出現於參加國際性比賽（例如亞運會、英聯邦運動會、世運會等）的香港代表隊，醫生的工作時間只限於運動會進行期間及前後的一段短暫的日子，換句話來說，就是臨時性的服務，當香港隊解散之後，這種關係亦隨之消失。

奇怪地，有一類運動會卻得到完備及充足的醫療照顧，它就是傷殘人士運動。香港的傷殘人士代表隊在多項國際性及地區性的運動會中均取得優異的成績。醫生、物理治療師、護士等通常會陪同整隊出發，其實，這些運動或運動會的推動人正是一些照顧傷殘人士的醫療工作者，他們是特別有興趣於運動是因為運動對治療後的康復過程是十分有幫助的。

早期香港的體育運動與醫學的關係並非太密切，相反地，本地人卻經常把傳統的運動（中國武術——功夫）與傳統中國醫學拉上關係。差不多所有的「師傅」都會跌打這一門醫術，很難找到一個設館授徒的武學者不懂得跌打或治療「內傷」的方法。

府仍能夠普遍地提供足夠的醫治與復康服務。

私家醫生和醫院亦扮演着一個重要的角色，只要運動員能夠有能力支付診金，就不愁找不着醫生。有些私家醫院有特別的設施如緩跑門診等，目的是利用運動來改善健康。

運動醫學在香港 過去、現在、未來

名



(二) 現在

過去二十年來政府漸漸加重參與體育以及發展醫療服務及設備，因而運動員從中得益不少。

香港已實行了分區制（Regionalization of the Government medical Service）有多年的時間，香港、九龍及新界區均有自己的分區醫院，其中有急症及門診服務提供，但這些服務都不可能為運動員安排特別的照顧，這是因為單要應付一般市民的需求，各醫院已忙得不亦樂乎了。話雖如此，但香港政

(三) 將來

(甲)需求

近年來香港的體育發展有着很大的進步，普遍大眾，尤其是年青一輩，都對運動有濃厚的興趣，再加上在國際運壇比賽的更多參與和取得好成績，運動醫學之發展是很自然的。無論個別運動員，或是整隊香港代表團，都非常需要後勤的醫療支持。

(乙)目標

預防運動員受傷，為他們作適當的治療，務使運動員在最短的時間內回復最佳的健康水平，並在此非受傷期間，保持及提高運動員的身心健康和狀態。

(丙)設備

1. 普通治療門診

如前所述，香港擁有一個頗為廣泛的急症及門診服務網，由政府及私人提供，但運動員使用這些設施時，是要和市民來「競爭」的。

2. 運動（創傷）治療中心

這些是專門的中心，設於各政府、市政局的場館，運動員可以在這裏得到身體檢查、醫治及覆診，中心的員工包括物理治療師、體育運動專家、護士及探訪醫生，而最重要的是這些中心只為有資格的運動員提供服務。

建議中的地點有：大球場、灣仔運動場、伊利沙伯體育館、香港體育館等。

3. 運動醫學暨運動科學中心

這些中心除了擁有更完備先進的檢驗、治理、復康等設施之外，更加有以下設備與設施：

(i) 醫學顧問

運動醫學顧問醫生的主要責任是照顧一些傳介的病人又或是對付病情複雜的病況。

(ii) 測試設備

測試運動員各項身體機能及心理狀況，主要對象是參加國際比賽的運動員。

(iii) 研究設備

研究運動醫學和如何使運動員發揮出最高表現和維持最好的狀態，例如食物營養學、對各種壓力的反應、各類運動用品對運動員表現的影響等，都是研究範圍裏的。

計劃中有兩個這樣的中心，分別是銀禧體育中心（與中大醫學院合辦）以及麥理浩復康中心。

香港的運動醫學是有發展的潛能的，但現在仍然缺乏一個負起統籌整個計劃的架構，如果這樣的一個架構能夠成立，便可以更加善用現時分散在政府、私人、資助及團體等的資源，為香港的運動界締造美好發展的前景。



THE 7TH ASIAN MEDICAL STUDENT'S CONFERENCE

好不容易才同時找到莊董事和黃老關談談今屆的亞洲醫學學生會議。其實在前期啟思之前《醫學會通訊》八六年第四期，熊大官大大已經在天時地利，絕佳時間「搶先報導」，大家可能已經對是次會議的花絮有所聞了。

不用怕，啟思出品必有「正」文，被人「食頭糊」也不打緊，應該還有「漏網」，便抖胆求見這兩位「大人物」。

又驚自己無「料」問，便建議聯相，好等有話題，在「大人物」面前好等不會講錯話。

□相？有，不過都係「私伙」，不便公開。

○……

□唔駛驚，我哋有一套由名家精心拍攝的幻燈片，來一次「飛士拉」也好。

○真係唔該呀。

□唔駛唔該，我哋同啟思關係良好，香港代表裡又有不少啟思人，總之講起嚟都係自己友。First slide, Please。

漆黑一片，面前的白光瞬即變成一些人在機場的合照，還興高采烈的拿起《第七屆亞洲醫學學生會議。香港大學》字樣的banner。接連幾張都差不多一樣。

□接機可算是一個開始，我們由星期六開始派人在機場等候，接了四天。

接着幻燈片上是一些人登上旅遊巴士。

□Next Please。

徐朗星文娛中心之藍色地氈上出現一些人攜着行李，在一個臨時櫃檯前排隊。

□這是入宿登記及交費，我們有專人帶他們到宿舍。不過走上走落，真多虧那些帶路的同學，尤其是摸黑上落明原堂的。

明原堂仍然是那麼的叫人心境平和、一派靜謐安詳，盧押翼頂上刻着一九一三，想那些外國朋多一定會對這古董有興趣。盧押翼頂樓的露台掛了一塊很大的螢光黃布，又是英文的《第七屆亞洲醫學學生會議》的黑色字樣。

□明原堂是供應最多宿位的，整個盧押翼都開放給我們，這裡主要是住上部份日本參加者及菲律賓和馬來西亞的參加者。

跟着是太古堂及國賢堂，又有大塊的螢光廣告——第七屆亞洲醫學學生會議。

□太古堂主要是住上其餘的日本朋友及星加坡來的男孩子。國賢堂則住上台灣、泰國來的醫學學生。其餘參加地區的人數比較少，例如澳洲、紐西蘭、科威特等，則放在各舍堂，我也記不起。

□我們的大本營設在國賢堂八零五。說起國賢堂，也得提提其上的banner，這種掛的方法是我們首創，橫跨舍堂Podium、文娛中心及學生會，還要得到三方面的准許。其後第一個跟着做的是國賢堂迎新。

有點煩，還未入正題。

杏色厚地氈，鮮橙色的坐椅，柚木的講台，極盡豪華華麗。原來這裡就是「黃麗松講堂」，下一張是坐滿了人的時候，哈！他們手中的小冊子（想是場刊）也配成橙色，蠻是好看，真夠派頭。

□這是開幕典禮，其中有不少記者來拍照，當然還包括了兩家電視台的攝影機，只可惜電視卻沒有把影片播出。

□節目有「黃大仙兒童合唱團」和「地利亞中樂團」的客串表演，東道主也有全男的合唱團唱會歌；和一個二年級的女同學粵曲演唱。比較可惜是會後仍沒很多人唱這首會歌。

一星期十五萬

小炳

□會後還有茶聚，同時也有軍操表演……

口沫橫飛，不得不利用問下一個節目來打斷他們。

□戲肉當然是會議本身，大部份Presentation都是在紐魯斯樓726舉行。

可惜，在幻燈片中的講堂却不是很高。

□很多地區在搜集資料時都很努力，尤其是日本方面，他們除大會指定題目外，還有一篇特別論文講及核輻射的影響，並且備印了一些精美的小冊子派發。

□這方面，我們真給比下去了。

隨之是一連串的活動，砲台山燒烤樂，月夜浪漫太平山，鬧市電車賞燈遊，高歌齊祝齊生日。

□各節目都如常進行，但這生日會却是即興的。壽委們也要再一讚，竟然可以在廿分鐘之內在星期五晚四處滿坐的銅鑼灣，找到五十個位，而且是連着一起的。餐廳方面也給我們方便，借用擴音器，還有兩位日本女學生上台唱歌助興，餐廳的樂師也有很好的演出。香港的弟兄當然也不示弱，也有上台助興。

跟着見到陸祐堂，傳統的泰國、台灣，馬來西亞舞蹈，配上民族服裝，很有點頭。誰人表演中國舞？原來是香港的醫學學生，穿上蒙古、唐朝、漢朝、苗族的服裝，還有一位扮嫦娥，換來全場讚賞。日本的和服、劍道、相撲也一收入眼簾。

□這是「文化之夜」，我換到一件男裝和服及一頂台灣山地帽，幾好玩。和穿起民族服裝的朋友影相真過癮。

□說起來，中國舞應該由中國大陸的代表跳可能更好，不過他們本說好了來的，但臨時又改變主意。論文早寄到（少有的準時的地區之一），但在會議前兩天才有信說新華社不放行，所以不能來。還白花了我們的黃老關一番心機，說服海峽的人，而且還兩次與大陸的代表面談，據說這個學生會副會長隨而被免職云云……

大雨滂沱遊新界，當然比較失色，幻燈上也只有朦朧的影象。

參觀行程內有很多地方，包括中途宿舍，社區中心、復康中心、庇護工場、精神科醫院和普通醫院。其中有很多地方我不單止沒到過，簡直聞所未聞。

□其中最可笑就是他們參觀沙田醫院時，大讚香港的醫療設備，其實我們應該安排他們到瑪麗醫院，了解實際情況。

尾聲又是衣香鬢影。整齊的人、整齊的地方；盛裝的人、豪華的地方。

□這是尖東的一家酒店，招呼也不錯，食物就嘛嘛了。一輪頒發及交換紀念品之後便是的士高。

□大夥兒都玩得很開心，但發現一大秘密，就是莊董事不懂跳舞，被人捉入舞池時，只像一條魚的溜走。在這個閉幕典禮裡，每人都忙着盡最後的努力，交朋友，換紀念品，簽名，寫地址。

螢幕又一片空白。

隨之一定是要問一下關於他們的感受及日後亞洲醫學學生會議的發展。

□這個嘛，我想是學曉了不眠不食，玩完一大餐還可以在夜晚開會。一、兩點點去吃晚飯，後打桌球打天光及操牌操天光。而且交了這麼多外國朋友，下次東南亞、韓日遊想大為方便了。

□下屆會議地點還未落實，現有兩地區有興趣，不過由今屆開始，成立了亞洲醫學學生聯會來統籌，會長便是剛才見到在舞池威風八面的那個「嘿」仔。以後便各以地區分會名義來參加。

□等我們的檢討大會及慶功聯歡會之後，大概情形才可定下來，到時第一個講俾你聽。

心想到時我都落莊了，說給我聽也沒用，但却唯唯是諾，結束是次訪問。

但臨行時，他們又遞給我他們的各種T恤，襟章，書簽，味映，問我有沒有興趣買，我急忙的說沒空，逃命去也。



在某年某月的某一天，風正在吹，雨不斷洒，雷却不理地上的是好人或是壞人，「無私」的劈下來。幸好在「老徐」耍樂中心是有這麼好的「瓊天」酒樓、有幾位港大的學生，在這裡避雨和殺死時間。

× × ×

甲：很是懷念這裡的一枱一櫈，有幸住了這兒，想不到一年便要離開了。

乙：我却沒有同感，現在住MINI 更自由，又省掉不少麻煩。人哋都趕妳走，重懷念乜嘢呀！

甲：想起搬屋那時就真慘，開學第一天便要測驗，便想住暑假，考完試才慢慢搬。本來話可以住到九月中，怎知剛考完試就話俾我知後天便要立刻離開，又話我早出晚歸唔可以早啲話我知。攞到好似比人打劫，幫我搬屋的一人一餐，食窮我啦！好彩，餘下的個多星期的租金可以退番俾我。

乙：梗係要退啦，重要唔錢添呀，人哋租務條例都話提早解除租約要補錢人哋嘅啦！

甲：但係人哋要地方迎新呀馬。

乙：迎新大晒咩，要迎新就唔好租俾人，話趕就趕。

丙：佢哋真係好惡嘍，迎新期間，突然湧百多個黃衫短褲仔入「瓊天」，一人買十幾張飯「飛」，排後面就真多得佢哋嘍。又可以將五、六張枱拍埋，我上次同班舊同學食飯以為拍埋枱拍埋，個大厨就走過來要我們立即將枱放回原位。所以以後我多數都去施維亞，而且那裏近上堂。

乙：係啦，知唔知有幾多「抹地」可以留低？

甲：本來已經少，現在更少，剩下些舍堂要官及一班女孩子。為什麼你不知？

乙：我早出晚歸，係出面攞嘢，唔鍾意係宿舍玩，我知佢哋唔順嘍，所以自己趕自己，費事好似妳咁，比人話無CONTRIBUTION，用掃把把扯咁有纏。

丙：妳不是在系會上庄的嗎？怎麼有CONTRIBUTION？

甲：你唔係响度住，佢哋話要在舍堂做的才算，連樓會都唔算。

乙：你點解唔出聲？而家呢度只係你响度住，係唔係驚耳目衆多，怕衰多口又比人拍扯？

丁：當然唔係嘍。你哋誤會啫，唔係因為這樣不給你們宿位的，一定有其他原因的。

乙：算了吧。而家係唔係重裝修緊？

丁：是長年裝修的啦，你都知啦，和上年一樣，不是窗台就係牆。

乙：上年晚晚回去便係唔係窗台污糟就係張床汚糟。那樣，是不是繼續成日曬見嘢？

丁：不是成日，是間中。

甲：係嘍。緊宿時更利害，雪櫃的食物、飲品唔駛講，睇大字報知道，那時經常不見東西，球拍、連女裝衫、裙都有人偷。

丁：而家有咁多嘍。

丙：天開始光了，想快停雨了。

乙：臨走益吓人，唔見了幾次鎖匙，罰到肉赤，而家「穩」番條，七十五皮一條嘍，請幫我比住住我係時間房那個。唉！突擊查房，收也收不及，貼牆又罰，掛衫又罰，搶咩！

× × ×

天開始放晴，雨停、風停、雷也停。大伙兒可以不再錫促於這建築物之內。

Lee Hall

過客

小廝

國賢堂（即李國賢堂）入伙年多了，究竟他們為港大締造了什麼的一回「新一代精神」？想起來却想不到，只有借用國賢堂的學生會主席的一句話：「仍沒固定形象，在繼續摸索之中。」

忽然記起今年他們的迎新T 恤上的一句標語：「We are Simon K. Y. Lee！」中文即是說他們就是李國賢？好！說得好，忽然多了三百多個同名同姓的人，都幾有趣。比起「我是何東人」，「We are St. Johnian！」等更直接，更有歸屬感。齊齊做富人，將來多捐幾間「陳大文堂」，「黃亞視堂」。

據說每年都有上千的人想做李國賢，所以「競爭十分劇烈」。據說這紅磚舍堂是完全依據大學學生事務處的規例定收生資格，根據學生居住地、環境等因素釐定，由大學學生事務處的電腦統一計分。

很多「有需要」的學生都很喜歡報國賢堂，做戲劇烈競爭。據該舍堂學生會主席說，這可能是一些原居的堂民因為「較少需要」而離開該舍堂，而讓出位置給那些「更有需要」的同學的緣故。而又因為有太多接近分數的同學，所以很多「邊緣人」，此時便要考慮他們對舍堂曾作出或將作出的「貢獻」了。「貢獻」主要是根據舍堂的「需要」，例如舍堂在運動方面缺乏人材，便收

多些運動員，其次是考慮他的性格是否適合集體生活。當然還有其他，但記者也記不下這麼多。歸納成一句：「先做好舍堂活動，後其他事務」。

至於醫學生，因為舍監和導師（舍監和不少導師都是醫學院的教職員）認為醫學院的功課不是那麼的忙，所以沒理由給他們優待。不然便對其他院系不公平。可惜很多醫學生却放出一派全讀書的姿態，自然……

在舍堂規則方面，罰錢是用以阻嚇學生犯例最直接方法，尤其是鎖匙。至於掛放衣物在窗簾和滅火喉，是會損壞這些設備的。突擊查房，不通知該房住客，更是阻嚇的有效方法。雖然學生會也不大同意突擊查房，但是舍監和事務經理的建議，也沒辦法。

至於長年的「批蕩」脫落及窗台漏水是承建商的疏忽，在法庭又敗訴，只有繼續維修。在維修時工人進出，可能就是一些同學的金錢不翼而飛的原因，舍堂方面已經向承建商投訴。又可能兩層樓合用一雪櫃的緣故，因為誤拿別人的東西，便被誤會為偷竊。

LEE HALL(Simon K.Y.Lee Hall)據說是一個宿樓的設計，後來又不知怎樣的又有一個舍生會的組織，又有很多不知怎樣，大家又知道多少？又有沒有興趣成為當中的一份子？

信書展健

權

亞發老總：

今年健展攪得唔錯呀！佢地班O.C. 响暑假期間就已經做緊嘢嘞，到八月就「衝」得如火如荼，經常都冇人嘍MEDSO房過夜，佢地衝通宵嘅精神已令人佩服。九月廿一號第一日開幕時你都有嚟，那天非常熱鬧，很多嘉賓蒞臨，例如有陳文岩醫生、林大慶醫生、莫志強教授……真係數之不盡。俗語說「好的開始就是成功的一半」，這話一點也不假，第一天時盛況一時無兩，全個大會堂的低座展覽廳都塞得轉個身子也不行。市民和DEMONSTRATORS 都堆滿在每一塊展板之前。

今年展覽一共四天，比去年少了一天，每天平均有二千人次，有一天剛巧有一千九百九十一人到來（1991），大家都說笑道：「已經夠時候畢業嘞，收工嘞！」DEMONSTRATOR 有六、七十人參加，踴躍程度和往年差不多，雖然今年健展在開學前一天開幕，但是1st YEAR 仍然很熱心地在空堂時間飛落CITY HALL 幫手，健展期間有不少DEMONSTRATORS, O.C. 同埋大仙們都講到聲都沙晒，喉糖都唔知食幾多，我對佢地真係要致萬二分佩服之心。雖然星期三早上'90同'91都有堂上但係參與的決心並沒有因此而減退。

一向傳統，健展都有三大目的，一、提高市民醫學常識，二、消除市民的誤解、三、希望同學之間有機會合作。

今年有兩個電視節目，「醫生與你」、「人體的奧秘」仲有套幻燈片係介紹慢性腎衰竭同埋治療，不過多咗樣好得意好受歡迎嘅MCQBOXES, 你有冇試吓呀？

原來今年本打算停攞健展的，幸好有數位EXCO 肯飛身撲出，所以O.C. 在三月才組成，當時還未找到足夠O.C.，可能部份由於AMSC須要大量人手，所以O.C.大部份由'90同學負責，'89師兄師姊則負責ACADEMIC SECTION的工作。

健展86籌委主席嚴勵良的評語是工作期間苦樂參半，箇中的苦與樂都是不足為外人道，你做過就知！但總算能順利完成了重責。他還說ACADEMIC SECTION 很早就開始「衝」，衝得很落力；ART DESIGN方面大家要衝幾晚通宵工。至於PUBLICITY同FINANCE都做得唔錯；GEN, SEC. 度有人投訴唔夠野食，其實佢地不過不失，祇不過俾BUDGET限死；PUBLICATION出嘅BOOKLET十分精美。

發仔，俾樣嘢你估，你估係乜嘢。

健展八六

腎之旅



九月二十一日至
九月二十四日
於香港大會堂低座舉行

「醫生要對症下藥，有腎衰竭要搵人捐腎，所謂病向淺中醫，如果連生之謎同癌症知多少都有睇過，點做健康心脾健康人。性之疑惑好好睇，但是腎之旅仲有得頂！」

×× 某月某日

輕鬆？幽默？溫情？啓我程？

平

迎新活動接踵而至，前階段的有迎新日，Games Day，四日三夜的迎新營，賣舊書。Follow up Day，較後期的有迎新雙週。

「輕鬆幽默顯溫情
迎新八六啓我程」
橫額飛揚

× × ×

「迎新活動一年比一年Fussy啲！」有人曾有這批評！

老實說，Fussy與否，或應否Fussy，不是一個容易回答的問題，尤記得前些年，「正氣」的Socio Game「悶」聲四起，這兩年來，走勢越形輕鬆，（or Fussy）。而迎新活動所餘留的，是所有最基本的服務：資料介紹，還有的便是給予一個既定的機會給新人、舊人、大小的同門師兄弟一聚，至於產品是什麼，便很依賴當年的新人活躍與否，組長大仙們正氣與否？當年迎新活動的方針所容許的「癲」的程度等！

FUSSY!?

正氣!?

改期一也是迎新的一大特色。

售舊書，迎新營，迎新日，甚至高桌晚宴，都曾經有頗大的改動！這或許是因在籌備當中缺少了多方面的資料搜集，還有的當然是客觀環境的影響，如租不到營地等。但改期往往影響了士氣，也令一些項目的籌劃顯得倉促及混亂，尤其是高桌晚宴，臨時的改動使它失色了不少，甚至令有些人懷疑新舊人胡亂地吃一頓的意義及存在的價值。然而，這可能只不過是氣氛和安排上的一些漏洞而已！

有一點值得懷疑的是：迎新既是高班同學的一份心意，一種服務，那麼，是否只是90班的責任或義務或心意呢？

這一年的迎新中，除卻了籌委中的三年班同學以外，就只有一個組長是三年級，以致許多組別的討論略有不足之感。

是Pharma test的重要性使人卻步？

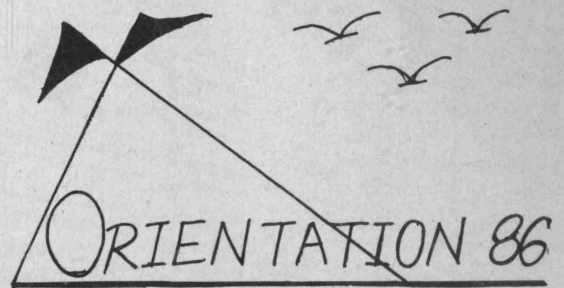
不過，着實要問一下的是：迎新活動到底是否除Happy及基本Information 以外，（基於時間及個人性格要求方面的限制），再沒有其他可以或需要帶出的問題或重點？這樣的趨向是否使迎新越形膚淺和空洞？大學迎新長久以來渴望帶給新人思想上的衝擊和獨立思考的訓練是否只是唱高調？

這年的迎新，較有特色的是：盡量將各方面的資料中央化一如統一的Standing Com. 的介紹

盡量照顧更多新同學一如Follow up day。

盡量給予更多新同學彼此合作，從而增加其之間的認識一如營後活動的籌備。

還有的是一溫情
或許理想的達到似乎還相差很遠，但始終覺得這仍是當奔往的路向！



還是因從未嘗過迎新的溫馨或從未得着其中的「好處」呢？

是宣傳不足還是本身的Inert 呢？或許這是溫馨中的一點遺憾，但遺憾又如何呢？

另一方面，今年的籌委合作如何、愉快嗎？或者這真是個老生常談，卻也是其中一個多年以來解不開的結——籌委鬆散，分工細，然而，更有一個問題是：身兼數職除迎新以外的籌委往往難以左右兼顧，拖延可能是免不了，但相信是在次「活動」中，不論組長，籌委都得着其經驗和教訓；及在「緊急時機」顯出其「衝」勁來！

冀盼的是迎新雖然是一短暫的迎新卻是——永遠的迎新為你我的第一步努力你我也為新人的第一步盡心！

今年的九月初，對一羣八九班的同學來說，可算是一段不好受的日子，原因是在三年級臨床期新學年開始的同時，有三十八人還需要在頭三日內應付一個class exam和一個class test，更有八位同學需要在一日內應付兩種exam，甚至有三位同學需要在隔日內應付四個exam和class test。

茲附上有關考試時間表如下：

- Sept. 1 9: 30a. m. Neurobiology/Physiology/Anatomy (N/P/A)
 2: 30p. m. Microbiology/Pathology/Immunology (M/P/I)
 Sept. 3 9: 30a. m. Behavioural Science/Statistics
 2: 30p. m. Pharmacology (Class Test)

兩日考四科的

啓示

文 敏

結果，當然是一大班同學的叫苦連天，及精神和肉體方面被受壓力——有違正確保持身心健康原則；而亦因此八位需要在九月一日應付兩科考試的同學中，亦只有兩位能夠在口試後險渡難關，其餘六人則都需要在十二月時重考M/P/I，在繁忙的臨床期學習中，這可謂百上加斤了。

啟思記者便就今次事件，特別拜訪Faculty Secretary 韋先生，向他問明有關考試時間的安排程序，以及為何今次二年級的補考時間會來得這樣嚇人的頻密。

□ 啟思記者 ● 韋先生

□：韋先生，請問醫學院內各Department的考試時間是如何訂定的？中央是否有專人負責協調這些時間的安排？事前又有否考慮同學的意見呢？

●：其實，M. B. B. S. Regulations and Syllabuses 裡面已經訂明每一個學位試是會在那一個月份內舉行；至於確實日期的訂定，是首先由每一個Department的負責人初擬好，一併交由Faculty 審查是否有撞期或考試編排過度頻密的情況而作出適當修改，後再經由各Department的負責人審查和同意，及經過Examination Committee 的討論，才呈交Faculty Board 通過。而F. B. 成員中包括有四位學生代表（一位教務委員及三位院務委員），可以在通過考試時間表前反映同學的意見，這便是我們聽取同學意見的最直接和最有效的方法。

□：為什麼二年級的補考時間要安排在九月初開學後才舉行呢？這樣豈不會影響了要補考的同學開始新一年的學習？Faculty 方面有沒有考慮過八月尾呢？

●：今年的情況比較特別，因為三年級開始了新的學制，提早了開學，才會補考碰上開學吧；另一方面，亦因為要顧及其他客觀因素，如考試場地的安排、external examiner 的工作時間等，所以可適合作考試時間的期間其實是十分狹窄。其實，系主任們亦曾考慮過八月尾，但因Regulations 中已訂明，以及過往的補考都是在九月初舉行，再加上Faculty 方面希望可以讓同學們有盡量多一點時間溫習，於是便決定維持在九月初舉行補考。

如果同學們認為八月底是更加適合他們的，我們是十分歡迎他們直接寫信，或通過Faculty Board 內的同學代表向院長提意見的。

□：為什麼補考的時間表會比1st exam. 的來得頻密？甚至今年有一日考兩科的情形出現呢？

●：補考的時間通常會來得頻密，主要是因為Faculty 一方面希望盡量讓同學多一點時間溫習，但另一方面卻又希望能盡早完成補考，以盡早通知同學們考試的成績，免得那些要補考的同學在「前途未卜」的狀況下開始新的學年，否則是或多或少的都會影響到他們的學習情緒；而且如果開課好一段時間後才被通知要留班，對那些要留班的同學來說，不是一件好受的事，Faculty 是希望避免有同學遇到這些情形的。基於以上原因，及Faculty 不希望補考時間拖得太長，而影響了同學clinical year 的課程，才決定在三日內完成所有二年級的補考，這樣才至使有一日考兩科的情形出現；我想同學們也不希望一邊要溫習補考，一邊還要上堂的。Departments 方面更不希望同學們因要參加補考而缺席走堂的。

另外，今年要補考M/P/I 的同學人數是出乎預算之外，才令至有多位同學要在一日內補考兩科吧！但其實，一日考兩科在大學的其他院系是十分平常的。

□：但，韋先生，須知在其他院系一日考兩科可能只是他們全年八分一至四分一的功課吧！但在醫學院，一日考兩科便已經是我們全年功課的二分之一甚至是三分之二呢！更何況醫學院的功課是公認的特別繁重的！

●：我明白。當然，我自己亦做過學生，知道準備考試的心情；同學們是習慣了要在最後一分鐘都將考試範圍複習一遍才會心安理得的，所以，一日考兩科可能令他們不能達到以上的要求，而增加了他們心理上的負擔。不過，亦相信同學們都會同意：「臨急抱佛腳」的實際效用並不大，所以同學們是應及早開始溫習的。所以，如果在補考前做足準備功夫，一日之內補考兩科，應該是沒有大問題的。

其實，院長是很關心同學考試壓力的問題的，但so far沒有同學向他表達對補考時間的意見，Professor Leong 才不清楚同學們對事情的看法和意見。

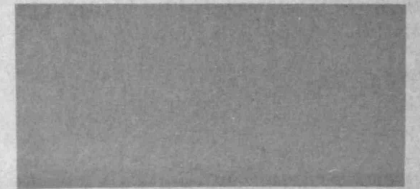
□：不過，韋先生，在補考之後，亦出現過一連兩日口試N/P/A和M/P/I 的情形，其中有一位不幸地要同時參加該兩科口試的同學，亦曾分別到Patho. 和Micbio. 的Department 要求延遲該科口試的日期，以容許他們有足夠的時間準備口試，卻仍然遭受到其中一個Department的Chief Examiner 所拒絕，您知道其中原因嗎？

●：我不知道曾經發生的這件事，所以亦不清楚其中原因。不過，我相信要臨時調改時間表是比較困難的。

另外，這三位同學亦不是代表了其他所有要口試的同學，我相信那些只是要口試M/P/I 的同學（韋先生從筆者的口中得知是七位），卻又可能希望盡早了卻件「心事」，而不願意延遲口試的時間呢！

□：其實，總括來說，有關同學是否應該將他們的不滿和意見，盡早向Faculty 方面表達，使你們可以考慮他們的要求呢？

●：對！其實，就我自己的感覺而言，跟其他院系比較，醫學院內的師生關係可算是相當良好的，系主任們對學生都很關心，Faculty 方面亦十分重視同學的意見。所以，如果同學們對以後的考試時間表，甚至是課程的其他方面，有任何意見，我都希望他們盡量向院長，或用其他途徑，向Faculty 方面表達！



正題後，韋先生還問及筆者同學們上了clinical year 後學習的心緒和態度的轉變，筆者並向韋先生提到及啟思正在進行中的行為科學專題，他並希望我們在專題出版之後，特別知會院長，好使他特別留意。由此可見韋先生其實是關心同學的學習情況及對課程的意見的，所以，如果您對醫學院的教學甚至行政上有任何意見，亦不妨嘗試找找他呢！

當然，如果想避免碰上「一日考兩科」的遭遇，還是戒掉了臨尾衝書的習慣，才最有保障呢！



健委 做 的

陳國榮

不知不覺地，一篇沉悶的文章經我三小時的呵欠爭扎終於出世了。以前寫新詩的靈感朝氣都化為灰燼，煙清雲散了。

腦中浮現出幕幕的前言往事。想起八五年一月加入健康委員會，前面一片模糊，經幾次開會及與大仙傾談，定下目標就是以一社區中心為基地，與當地義工一起籌辦健康教育的活動及服務，透過參與去提高義工的健康常識及市民對健康的關注。更希望的是能在同一社區長期維持這活動，這樣才能看到其效果。這是健委的新嘗試，所以工作亦特別艱辛，雖然活動效果與期望的有一段距離，但至少是一個開始，裏面獲得的經驗是甚有價值的。

回顧今年，遺憾的是自己不能給予九〇同學甚麼。經大半年的工作，在鴨洲舉行的「健康之道齊參與」順利完成，活動分三部份，第一部份是四堂的講座，關於職業健康、精神健康及老人病（包括高血壓、糖尿病、關節炎及癌症）。跟着的是在大潭水塘村舉行兩日

一夜的露營，營中的活動包括遊戲唱歌、問答比賽、角色扮演等，務能寓教育於娛樂。第三部份就是由義工將所學的東西嘗試用戲劇型式表達，拍成錄影帶，在服務中（即替老人家量血壓，驗尿糖）放映，加強其教育性。

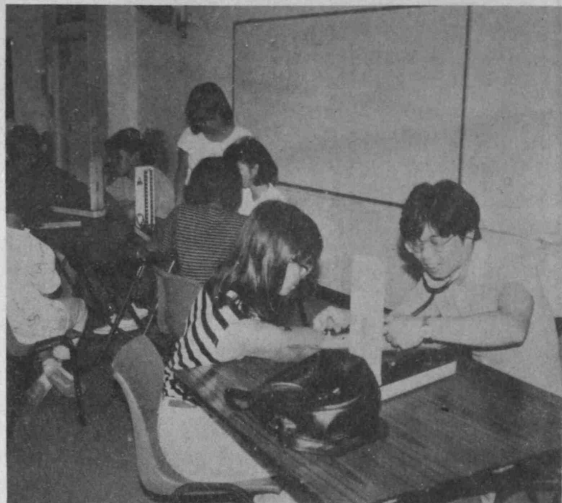
活動完成後，十位義工都表示有興趣成立義工組，長期在區內推廣社康活動，而醫學生以後在組裏擔當提供健康常識及資料的角色。這次活動的成功主要因為參加的義工比較成熟穩健，有同一心志推廣社康，亦很多謝中心及各方面的合作扶助。

至於對外量血壓及驗尿方面，今年亦算比較特別，除了次數較多外，還可透過新聞界將這服務供諸於世。

而現在健委是否鳴金收兵，全面休息呢？答案是否定的。健委現在正忙着籌備出版與中西區區議會合作的健康教育小冊子，望能在十一月順利完成。

最後要說的是無聊的一句：生活可平淡、可有衝激，視乎你的抉擇罷！

也 ？



有關「澳洲醫療顧問團報告書」

醫學會聲明

醫學會根據發給同學的問卷結果，以及經過詳細考慮後，決定以記者招待會形式向外發表醫學會對該份報告書的意見及聲明。以下是醫學會於八月十八日舉行的記者招待會的聲明概要。

整體概念：一

我們認為醫療服務是一種福利，政府應該繼續承擔此一責任。可是現在政府用於醫療服務的資源不足，以致做成服務不完善。為了增加資源，政府可以增加醫療服務開支在政府總支出之比例，或者推廣醫療保險；另外亦可考慮增加現時醫療服務的收費，但這應以不影響到照顧低下階層的市民福利為原則。

檢討方向：一

我們認為政府在檢討醫療服務政策時應包括基層健康照顧及醫院服務。其中基層照顧之檢討範圍包括：

1. 預防及控制本地常見疾病；
2. 健康教育；
3. 門診及私家醫生之角色；
4. 復康服務；

在檢討醫療服務政策時，政府應該以未來所能達到的醫療服務水準為主要考慮點，經濟效益為次。而我們認為澳洲顧問團報告書所採取的態度則過分偏重經濟角度。

醫療服務的統一：一

我們覺得有需要使政府及補助醫院的服務、行政、資源分配及制度等一體化。但若成立獨立管理局，我們恐怕會嚴重打擊員工士氣及在轉變期間出現混亂。因此我們贊成將補助醫院也撥入公務員架構，使醫療服務一體化。雖然這會加大公務員架構及在取回補助醫院管理權過程中會遭遇到實際上的困難，但整體上我們仍偏向這個建議。

醫院內部組織：一

現時院長不能發揮其功能，主要原因是院長權力不足，以及此一職位未能吸引有經驗之醫生。報告書建議的行政總監一職，相信可以發揮其功能，故我們同意設立這一職位。可是我們認為這一職位必須由受過管理訓練的醫生擔任，因為醫生比較了解病人情況，會以病人的健康為着眼點，以及容易得到其他同僚們在學術地位上的認同，這一點對其工作之進行是有一定幫助的。

急症室：一

我們覺得做成急症室被濫用的原因是市民醫療知識不夠，夜診、門診服務不足，單靠增加收費並不能解決濫用的問題。可是我們同意急症室收費，使市民較能明白醫療服務的昂貴支出。

乙等病床：一

設立較高級的乙等病床，一方面可以減少三等病床的擠迫；另一方面，也可以減少政府在這方面的資助，使其資源可以運用於其他不足的醫療服務，所以我們贊成此一建議。

1. 政府在檢討醫療服務政策時不應忽略基層健康照顧。政府在考慮報告書的可行性的時候，應檢討基層健康照顧及其與醫院服務的關係。
2. 醫院的管理需要大量對醫務有認識的管理人才，我們覺得政府應同時研究培養這方面的人才的方法。
3. 我們認為報告書中對於成立獨立管理局財政來源及支出的計算方法資料過於粗略，政府應公佈更詳細的資料。同時，成立管理局的費用應由政府額外撥款，而不應該影響到原定興建新醫院的計劃。
4. 為了減少急症室被濫用之情況，我們認為應通過增加夜診服務以及加強市民的健康常識來達到。



秋夜遐想

微塵

給我帶來了空虛的感覺，渾身不自在；但又給我一個緩下步伐去觀望四周的好機會。一大早就有師兄師姐告訴我：「入了醫學院你會見到很多種人，雖然有些人是會很難相處，但要緊記：不要放過結交朋友的機會。」雖然我只是和女同學們比較熟絡，但以上的忠告，我總算做到。但是無可否認有一些人是很難交往的，我在心目中將他們分為兩類：

第一類是內向型，如要和他們交往，真的要「把冰山劈開」。第二類却剛好相反，他們不但不「自閉」，而且還主動四周與人攀談，但其談話內容及行為舉止却充分顯示他們喜歡SHOW-OFF的本性。他們要SHOW的東西可真是林林總總，最普遍的當然是老本行——讀書，一些人很喜歡在同學面前背書來顯示他們的實力，看見他們臉上得意

的神態，真有點令人作嘔！其次就是顯示權力，講求Standing，甚麼是「打官腔」，你我心知肚明。但最可笑的是那些只曉得「大隻講」和一些好像很繁忙於MedSo事務的「非Exco」人仕，卻是最喜歡「打官腔」的人。對這一撮人，我真的不敢苟同。而對那些真正默默的為同學們和社會出力的同學作出深切的致敬及鼓勵。

已是凌晨一時半了。真不知為何今晚的腦子是這麼的hyper-active，竟然一點倦意也沒有，只想繼續的想下去。

凜冽的秋風總帶給我蕭條和空虛的感覺，今年却是特別的濃烈。假日的尖東與銅鑼灣已經成為了我的畏途，這邊廂一對嗚嗚細語，那邊廂一對嬉笑怒罵，真的使我倍添形單隻影之感。這世界

真的不公平，為什麼要使得男和女醫生的擇偶情況這麼懸殊呢？難道我們真的要去找我們學歷高的丈夫不成？這些問題我已反問過自己千百遍，答案雖然始終沒有，但是我卻不停的安慰自己：選擇醫生這個行業是我的理想，而要達到自己的理想和目標就必須犧牲性別的東西，去付出代價。但每次當我看到在我身旁的同學羣中又出現了一對的時候，那一份的失落感就足以把我以前的一切做人原則都推翻，推得一乾二淨。然而，我却可以做些什麼呢？只好等待和希冀；希望下一個幸運兒是自己。

有一件事卻是令我快慰的：在醫學院裏，有大部分時間你都是在埋頭工作中渡過，你的腦子裏只容許有書本文字的存在，其他所有的雜念都會被推去一角，潛伏下來，這樣做人的方法於哲學家來說是消極的，但對一個醫生來說，卻是一個絕對積極的做法。

已經是二時半了。今晚可說是胡扯夠了，雖然仍然無甚睡意，然而明天却要上八時半的堂，為免晨早「釣魚」，還是和「周公」早點打交道為妙。想到未來那些排山倒海而來的工作，真的令我繼續去遐想的念頭也忽忽打消了。

已是晚上十二時半了。平常的我如果不是已經熟睡的話，就是正在埋頭惡「鋤」了。然而今晚卻有點特別——除了是那天帶來的一點寒意之外——我竟有時間和精神去胡思亂想，或是美其名：緬懷過往，盼望將來。

這樣幽閒的上課節奏使這個在沙宜道混了一年的我的確是有點不慣，好像

給一弟一妹的信

一弟一妹：

知道你們入了MEDIC之後，心裡面非常高興。一方面是因為你們多年來努力，而現在總算達到了心願。另一方面，我可預計你們將來五年的生活必定很「充實」。

經過迎新營，迎新雙週，醫學生節、開放日等一連串活動，你可能有點無所適從。在這個時候，也許你們也應該冷靜下來，想一想這個問題：將來五年的大學生活應該是怎樣渡過？

不知道你選擇的道路是怎樣，但有兩點我是肯定的。第一是醫學院的生活總有一種是適合你的。第二是不論你希望這五年內得到甚麼，目標是必要盡早決定，並且要全力向目標進發。

這兩點很像老生常談，但事實上也是醫學院內幾年生活的體驗。

醫學院的生活絕不刻板，相反各種各樣的醫學生比你想像的還要多，而其中成功而又充實的例子相信你也不知道不少。但另一方面，五年的時間是非常之短，若果不能在開始的時候確立目標，很快你便會發覺沒有時間去追尋目標，在這幾年我也看過不少人隨波逐流，在書海中打滾但始終找不着出路。

大學生跟中學生的生活其中一個最大的分別是大學生有比較大的自由，而同時需要承擔的責任也相應地增加。既然對自己生活的選擇增加了，你們不妨到處闖一闖，接觸多一些新的人和事，開放自己。我不擔心你會碰個一鼻子灰，或者白費了時間。這些都不要緊，重要的是你每一階段都應留下深刻的腳印。而所謂「成熟」這個過程就是在這亂打亂撞之間找出一條適合自己的道路。而亂打亂撞也相信是新鮮人獨有的特權。

「亂打亂撞」祇是個過渡階段，到最後始終要去找目標，我不介意你的目標是「讀好書」，但祇懂讀書的不會是個好醫生。我很希望你能在多方面也有成長。

「讀書」和「攞活動」這個對立，對一般的新鮮人來說是個困難的抉擇。若你還未作出決定，我或許可以提供一些意見。

讀好書本的知識的確是重要。但重要的是我們必要明白一些現象背後的理論。「明白」這一點便是「科學家」跟「技術員」的分別。對一般的同學來說，臨床前的考試應該是沒有困難的。但「讀書」的情況在MEDIC仍然很普遍。事實上，祇要明白上課時教授的材料，讀過Notes和Handout，再加上考試前的努力，過MB是沒有問題。相對地說，剩餘下來的時間並不少。

應用剩餘的時間大概有三個方法。

第一個是「課外活動」，包括攞活動、玩、練Sports、Hall-life、補習等。很難說這些東西的意義，但我相信做任何決定前必要明白選擇的後果。攞活動有什麼好處？練Sports祇為贏波？為什麼要投入Hall-life？補習賺到錢後又怎麼利用？

第二個方法是「為讀書而讀書」。這就是為興趣，或者為滿足自己的求知慾去找些上課以外的知識。事實上人體的構造和功能都是很奇妙的，抱著「求明白」的目的去發掘往往會有意外的收穫。

第三個方法就是繼續去死背NOTES。這類人的數目並不少。我不明白這樣鑽死胡同有什麼用，而這些人即使考試成績怎樣突出，我也不覺得他們是真正「有料」。

不知你會作出什麼選擇，但祇希望你不會走第三條路。聽來很容易，但你能夠看見其他人在圖書館內死鋤NOTES的時候，自己能保持清醒嗎？

另一方面談一談「攞活動」。

大學裏幾年的生活是思想成熟過程中一個重要的環節，而我相信將來要做個好醫生，多方面均衡的發展是重要的。一些條件，例如正確的待人處事態度，敏捷的反應，分析能力，社會知識等都不是單靠讀書可得到。思想上的衝擊正是成熟的催化劑？

問題是：你可以在過五年內培養出成熟穩重的思想，足以面對病人的生老病死嗎？

我不鼓勵你盲目的參與課外活動。「攞活動」不錯是可以加速個人的成長，但若你有其他更好的方法，不妨努力去做。

但當然攞活動還是有其他好處：培養興趣，過羣體生活，鍛鍊領導才能等。

五年的生活是很短，很快你便是個醫生，直接面對着病人，面對着痛苦、死亡，面對社會的、醫療制度的不公平。這一切你可以解決嗎？

可以想像醫生的歷程是有着驚濤駭浪，醫學院祇是個避風塘。若果在這幾年內不好好準備自己，你談得上將來做個好醫生嗎？

自己在醫學院內都會過焦慮、寂寞、無知、消沉，甚至絕望。但每次失敗後我總會提醒自己要比以前更努力。相信你在醫學院的道路也不會是平坦的，但路始終是要自己走的，別忘記你為自己定下的目標。

八師兄 11月10日

生命

何價

?! 嚙

嚙

嚙

篇

全人類：

以下是我所想的東西。你們可能想不到當這些東西衝進你們腦中時感受將會如何。

若說愛永遠將枷鎖，願意套上十分鐘...但我永遠也是一個，日子孤單怎麼過.....

到底生存有乜意義？唔通為咗吃喝玩樂，抑或係乜嘢？

點解要入大學，攞到咁多人傷心，入大學又有乜用，讀完又點嘢，又唔係識飛！

點解要入MEDIC？我咁大個仔都未想過要濟世救人，無端端都會入咗MEDIC！

我知道我是個普通人，基本是沒有特別吸引...我知道你不是普通人，第一眼我就給你吸引.....

愛情係生命之中又佔有多少位置？我應否全心全意去追求我心目中的愛情呢?!

上咗CLINICAL YEARS之後想搵D時間拍拖都無添嘍！

有時候我想追求的，她又當我是普通朋友，有時候我當她是朋友，她又好像怕我去追求她，遠遠便走開了。

我不知道她心中到底想些什麼。我連愛情同友情都分唔開，我呢個人有乜用呢，抵死呀抵死！

風始終不明，風中痴心人是沒法忘掉你，我愛你仍深，雖知身與心你已交與別人，事實我在這一生，不懂愛別人祇懂為你生.....

這些無病呻吟說得太多了，可能你們已在罵我這個狀子在說些荒天下之大謬的話，但我可以說的是，「以上全是千真萬確」。

罵盡管罵，反正也罵不得多久，難道真的要我從紐魯師樓一縱而下，方能「一了百了」，想來想去這是我唯一可走之路.....

煩惱人絕筆。

註：煩惱人真係太傻啦！個個人都會有想唔通嘅時候，如果全世界都好似佢咁，豈不是全人類都要絕種？其實祇要凡事看得開些，事事盡力而為，為人稍為樂觀點，不是便可以活得快快樂樂嗎？做人也要為家人，朋友着想才是，他們失去你後會是何等的悲傷呀！三思！

戀愛故事

威利

從初初的開始，我簡直難以想像我倆之間會有什麼結果，畢竟，我認識她的時候才只有六歲，那時候，我和她是同學，別人說的所謂兩小無猜用不着在我的身上，我對她並沒有什麼特別的印像，更自然談不上好感。

後來升中試過後，我和她被分配到不同的中學繼續就讀，就這樣的，我與她便失了聯絡，而我亦不覺得有什麼可惜。

就這樣的，不知不覺的過了許多年，直到我中六暑假的時候，在一個很偶然的機會下，我又碰上了她.....

我不能夠形容我當時的感覺，是一種驚濤的感覺罷。當時我只覺得面紅耳赤、脈博加速、腦子內一片混沌沌的，呼吸卻又接近停頓，我什麼也弄不清楚，只知道迷迷糊糊的對着她咧起嘴傻笑，也不知道怎的迷迷糊糊的又和她分了手，回到家中，滿腦子仍是她的影子，她的一顰一笑、一舉手、一回眸，都深深的牽動着我某一根纖幼的神經，我沒法集中思想，沒法去分析、去理解究竟在那一剎那發生了什麼事，我只知道我今後的日子，沒有她我是失去意義的了，就如.....，是的，就如走肉行屍！

我決定我要鼓起勇氣，打了電話給她，我嘗試第一次的約她出來，卻慘遭她拒絕，我失望、我傷心，可是，我除了硬着頭皮的一次又一次的繼續邀約她外，我還可以怎樣，我可以緊咬牙齦的說永不再想她麼？不，我知道，我真的知道，永不!!!



情詩一闕：

你獨立秋江
我有輕舟一葉
欲搖曳、悠閒
送您渡江
您卻只是跳江而已
情詩一首：一
天見機！
四散光陰無盡渡
經能獲您垂青！
無憾矣！無憾矣！

貧窮之旅

世界屋脊走馬行

瘦馬

剛丟下試筆，正是生死未卜。仍自提起了相機筆記簿，背上了三十多公斤的行囊，孤身上走這環繞大半個亞洲的旅程。只憑藉一股年青人的衝動（傻勁？），只爲了追尋一個久遠的理想（狂想？）。

新疆

優美的牧場——烏魯木齊

市內一點也不「新疆」：無軌電車、友誼商店、華僑餐館……典型的中國大城市。那些面貌相當「番鬼」的維族人則十分友善，多次在擁擠的車廂內替這「負重」的狼狽流浪客開路。

離開鬧市，到天山天池尋找寧靜。針葉林、黛綠湖水、青翠草原、羊羣馬羣，一片畫中景緻。住的是蒙古包，騎的是駿馬，吃的是烤羊肉，喝的是鮮榨羊奶，一份牧民感受。隨太陽爬上攀博峯，接近雪線時十步一喘氣，心裏幻想着觸雪的興奮，到達時卻是那種「不外如是」之感。所謂人生目標大概亦如此吧。畢竟，我們曾經到過了。最珍貴的，反是過程中的苦難與痛楚。

維族風情——喀什

在這個中國最西方的城市可領略到真正的少數民族風情了吧？可是「漢化」的程度仍太大了。走到村落中試試看？啊！他們一樣有拖拉機、收音機了，多自私的想法！怎可以冀求他們仍留在未開發的階段好讓人家「參觀」一下「原始民族特色」？他們是人，並非動物園的住客，他們得改善自己的生活！

靜默的動脈——中巴公路

夢寐已久的帕米爾高原，並非如想像中的冰封處處，寸草不生。沿著江畔有草原片片，牛馬奔馳其間，牧家零星散佈，細道高原上的生機。

各自相隔數十公里的「道班」，存在只爲了這一條公路的保養，生活枯燥乏味。他們難道就在此世世代代的幹下去？孩子們可有與別人均等的生活指望（Life chances）？沒有勇氣去問。

巴基斯坦

簡樸無華——疏士（Sost）

旅客稀疏的邊境之地，不必期望甚麼。兩三張木枱便是海關，一間小屋便是銀行，幾個帳篷便是診所，一切以簡樸爲主。居民是那樣的知足、友善、熱情。「哈囉中國人！從哪兒來的？坐下喝杯茶吧……」雖知每個人皆身是過客，那份濃情厚意卻是不問條件的。

人間天堂——加里瑪巴（Karimabad）

崢嶸的雪山、秀麗的冰川、金黃翠綠的田野……醉人的喀什米爾景色。更觸動心絃的是肯沙人（Hunza people）的好客與熱誠。未經太多遊客的「污染」，令這地方及其居民均保持着貞女般的純真可愛。正如旅遊書所言：“This is one of the few places of unspoiled beauty left in the world.”

朋友——吉爾吉特（Gilgit）

Hunza地區首府，甚有小鎮味道，而四週的雪山勝景仍是那麼誘人。於此認識了Jiaz等四個巴國大學生。一見如故，淺唱深談至半夜。自己也奇怪來自如此不同背景的人可以這麼容易熟落。這就是年青人的豪情吧。

潔與靜，靜與吵——首都（Islamabad）

伊斯蘭堡，和秋培拉、巴西里亞一樣，均是由「零」之中建設起來的規劃發展城市，並作爲一國之都。筆直康莊的人道，整潔莊嚴的樓房，青葱翠綠的園圃，卻予人一種「時刻仍在建設中」的感覺；一切都「新」了。而旅館的收費，也稱爲「首都」，因此宿於其姊妹舊城華納潘迪（Rawalpindi），一個典型的亞洲大城市：嘈吵、混亂、骯髒、市儈，值得留戀的地方不多。難忘的倒是那些裝飾得色彩繽紛、美輪美奐的各式交通工具，教人目不暇給。

花園之城——拉合爾（Lahore）

一方面有人工花園、印度古堡、市博物館，一方面有現代化商場、五星級大酒店、五花八門各式店舖、企理的街道，好一片新城市氣象。至少在離開巴國前留下個好印象。可惜，清晨的滂沱大雨令不中用的去水系統露出馬脚了，還有那接駁三小時也不通的「國際電話」服務……

人？畜？——新德里（New Delhi）

街道上人、車、畜爭路，橫衝直撞，隨處是乞丐流浪漢；討不着錢的小嘍囉拉衣扯褲，滿面奸笑的旅館老板絞盡腦汁向你收取額外小賬；還有那些辣得難以入口的「飯伴咖喱」，藥水似的土製汽水，四十五度攝氏的高溫，以及貪婪受賄的不濟警察……唉，一國之都！滿街橫行無忌，飽食得肥壯的「聖牛」，與渠邊地上營養不良得半死，行乞也抬不起手的流浪漢成一對照。不禁問一句：人的價值與尊嚴何在？

浪漫——亞格拉（Agra）

只是爲了她，爲了她。只爲一份熾熱的渴望與鍾情。她，果沒教我失望。在她跟前，追憶着那哀怨纏綿的故事，驚嘆着絕世的容貌與豐華，更重遇另一個「她」。晨曦、黃昏、晨曦、黃昏，一面交四次——泰姬陵。

異國溫情——勒娜（Lucknow）

北方邦首府，卻非一熱門旅遊點。但名勝古蹟也不少。如逢甘露的太子真，正由中國人主理的餐館，受到熱情慷慨的款待，他鄉訴國情，吐心聲，同聲同氣，充份感受到中國人那一份「四海一家」的手足情！

尼泊爾

自然之美——哲雲（Chitwan）

蛋紅的日落、燦爛的新月夜星空、繽紛的清晨雙彩虹、雄偉的喜馬拉雅山脈、濃密的熱帶雨林、高與入齊的野草、震撼的大象代步、奇異的野生孔雀、可愛的初生小羔羊、魯莽的獨角犀牛羣……短短兩天的哲雲國家野生動物保護區逗留，瞻遍這一切天然美景。自然之美，是我們都市人所嚮往的；這裡的人，卻又嚮往都市的繁華昇平。不易得到的東西總是最美好的。

湖山之美——博卡拉（Pokhara）

魚尾峯、安納潘拿峯……一系列冰蓋的雪峯，氣勢磅礴，姿態撩人，而妙趣之處於其在雲霧中時隱時現。至於翠華湖，則有點兒教人失望，不外是一潭死水，一時興起揚泳其間竟遺留微生物遺痕。雖然博卡拉是一個熱門旅遊點，但沒有四處的兜搭與叫囂，讓人可以領略那份恬靜。

人工之美——加德滿都（Kathmandu）

各式各樣的食肆、酒店、商舖，甚至豪華賭場，全都是低得教人吃驚的價錢，這不錯是一個旅遊者的天堂；還有多不勝數的古城、廟宇、花園。可是在看來物資豐裕的背後，這些「低廉」消費又是否當地一般人所能負擔的呢？爲什麼他們有些人整天在嚷着「交換」你破舊的波恤、鞋襪、牛仔褲？到底這仍是一個貧窮的國家。

西藏

苦力、苦歷——樟木

第一天：僱了挑夫背行李，在斜度超過七十度的山徑上行，到達山城樟木。第二天：自己背着三十多公斤，在同一斜度及空氣稀薄的山坡拾級而上，步過塌路現場乘車。終發現——昨天尚在抱怨僱挑夫奢侈，今天只感到那些微的報酬有點兒不乎人道。

聖城——拉薩

懷着朝聖似的心情到了拉薩，心儀已久的布達拉宮就展現眼前，雄偉的氣勢、超凡的建築，無論遠觀近觀，一點也沒有教人失望——即使只爲她而來！卻又深嘆所耗的人力物力資源，何不用以改善藏民生活？我永不會忘記那些沿途在飯館外等候着咱們吃剩飯菜的藏胞們，他們一雙雙凝望的眼睛……

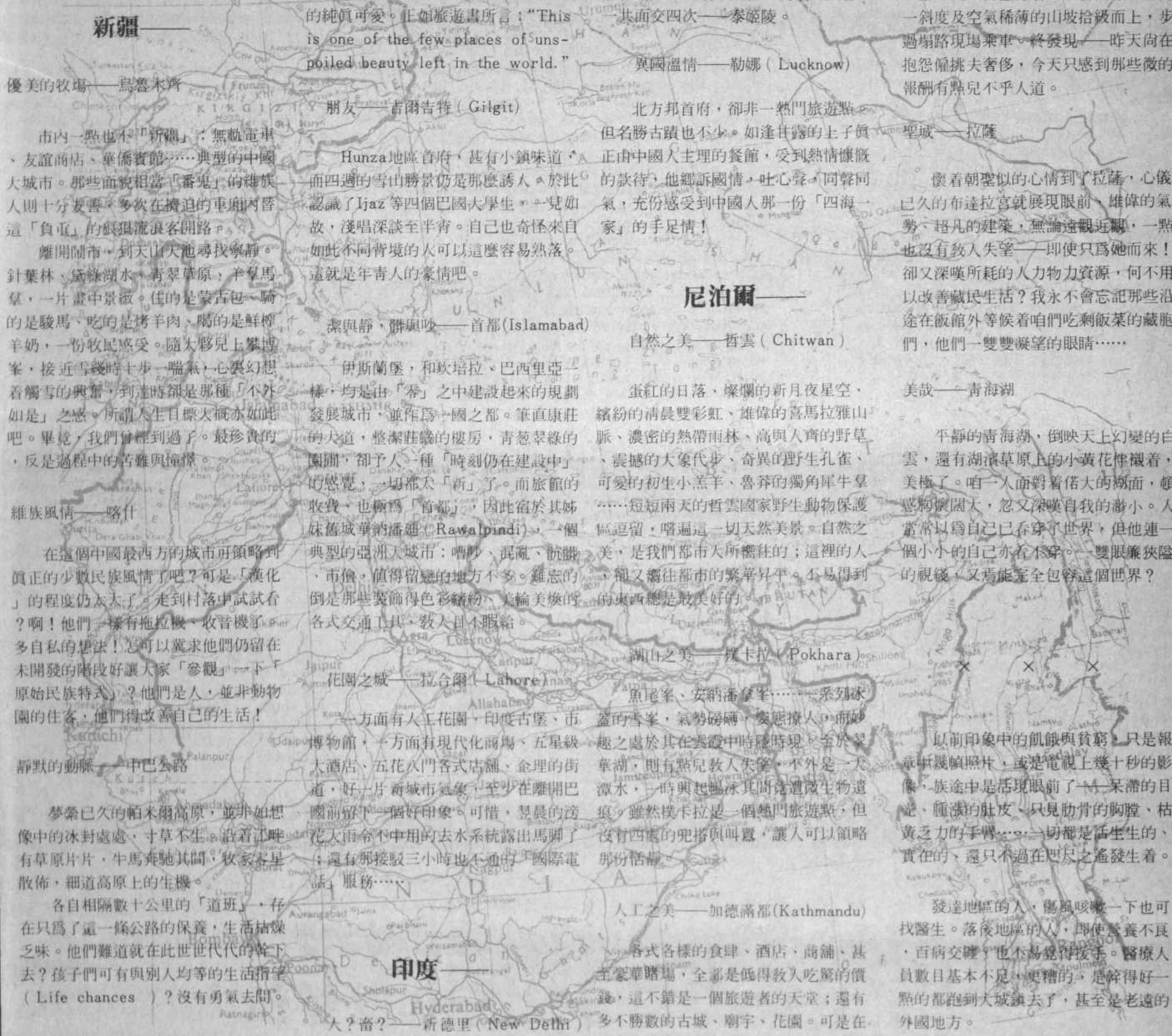
美哉——青海湖

平靜的青海湖，倒映天上幻變的白雲，還有湖濱草原上的小黃花伴襯着，美極了。咱一人面對着偌大的湖面，頓感胸懷闊大，忽又深嘆自我的渺小。人常常以爲自己已吞下了世界，但他連一個小小的自己亦吞不穿。一雙眼與狹隘的視線，又焉能完全包容這個世界？

以前印象中的飢餓與貧窮，只是報章中幾幀照片，或是電視上幾十秒的影像，旅途途中是活現眼前了。呆滯的目光，腫漲的肚皮，只見肋骨的胸膛，枯黃乏力的手臂……一切都是活生生的、實在的，還只不過在咫尺之遙發生着。

發達地區的人，傷風咳嗽一下也可找醫生。落後地區的人，即使營養不良，百病交纏，也不易覺得接手。醫療人員數目基本不足，更糟的，是幹得好一點的都跑到大城市去了，甚至是老遠的外國地方。

身爲一個醫學生，我們會選擇未來的工作，是去爲幸福的少數人解決他們的要求（need），還是爲不幸的多數人解決他們的需求（necessity）呢？



HOMEOPATHY

Mok Ngai Shing

Do you believe that there are drugs which can cure patients without causing side effects; or that there exists in this world a medicine which can cure diseases labelled incurable by doctors practising western medicine? Whether you believe or not, you may find the answers if you really try to understand "Homeopathy", be they positive or negative!

Homeopathy - a term which may appear brand new to you, yet it has been in this world for more than one and a half centuries and is gaining popularity in many parts of the world despite the relentless test of time and the vicissitudes of many attacks! Homeopathy is a word taken from the Greek *omeos*, meaning "similar" and *pathos*, meaning "suffering". Thus homeopathy means "to treat with something that produces an effect similar to the suffering" - indeed a contrast to the commonly held beliefs in orthodox medicine!

To properly introduce homeopathy, we cannot but mention Dr. Samuel Hahnemann, who was an extremely prominent physician and chemist of his time, in Germany. He qualified as a physician in 1779 and soon his reputation in the fields of both chemistry and medicine was firmly established, yet he was dissatisfied. He gradually started to feel that the practice of medicine was not different from conforming to a system "whose errors and uncertainty disgusted him." He then renounced the practice of medicine so that he might no longer incur the risk of doing injury, and he engaged exclusively in chemistry and literary occupations. He then relentlessly probed into the basic issues of health and disease. It was in this frame of mind that he stumbled onto the first fundamental principle of Homeopathy. He was translating the *Materia Medica* (a compendium of the actions of therapeutic agents) written by Professor Cullen of London University. Cullen attributed the success of Peruvian Bark (a source of what is known as quinine) in treatment of malaria to the fact that it was bitter. Hahnemann was so dissatisfied with this explanation that he took a series of doses of Peruvian Bark himself! To his surprise he started to suffer from symptoms which would have happened in a patient suffering from malaria and when he discontinued the drug, he was then in good health! He then went on to make further experiments with many different drugs which further proved this chance observation as a fact of nature - "A substance which produces symptoms in a healthy person cures those symptoms in a sick person" - it is this Law of Similars which later formed the basis of

Homeopathy. These medicines were then tried on patients whose manifested similar symptoms, and the amazing discovery was made that the drugs actually cured the so-called "incurable" diseases when prescribed according to this principle.

Though simple as it sounds, in actual practice, it requires much expertise in eliciting a good history from patients and prescribing a specific drug for a particular patient. Homeopathic doctors do not treat symptoms, but consider the symptoms the outward signs of the body's attempt to cure itself defence mechanism as it is called. The very aim of treatment is to find a specific drug that can reinforce the defence mechanism so that the body can cure itself. To do this the physician must consider the patient as a total being. His personality, his symptoms in physical, emotional and mental planes, although subtle as they may appear, must be thoroughly studied so that the most specific drug can be prescribed. In this respect homeopathy is akin to the holistic school of medicine. It goes without saying that the doctor-patient communication is of utmost importance for a treatment to be successful. Thus 5 patients suffering from "asthma" may be cured with 5 different drugs as although they are similarly labelled as asthmatic patients, they may have their physical, emotional and mental planes affected to different extents. It is noteworthy that since symptoms are the manifestation of a body's defence and this defence is strengthened if a correct drug is prescribed, a temporary aggravation of the symptoms is to be expected before the cure is completed.

The homeopathic drugs are prepared in a very peculiar way, which is actually standardized nowadays to ensure the quality of the drugs. Many of the drugs are derived from plant extracts, metals or other natural substances. In Hahnemann's time, when he prescribed the drugs in the accepted dosages of the time, he noticed both curative and side effects. In addition, he wanted to test some of the drugs in common use at that time e.g. Mercury, arsenic etc. but of course, he could not give such toxic substances to healthy people. It was at this critical point that he discovered the way of coping with all these problems. He diluted the drugs sequentially. Meanwhile, he submitted each dilution to a series of vigorous shakes (succussion) and to his surprise and delight he discovered that progressive dilutions were then not only less toxic but also more potent and the more important is that they were then too dilute to cause

side effects! Clearly this phenomenon cannot be explained by ordinary chemical mechanism. The dilutions are so astronomical that not even one molecule of the original medicine is left! And yet it is claimed that actual clinical results demonstrate beyond a doubt that influence remains.

Another major principle of cure that highlights homeopathy is related with the concept of "miasms", which are transmittable and inheritable predispositions to chronic disease, chronic disease has always been a headache to doctor practising orthodox medicine, yet homeopathic doctors are claimed to be competent in treating chronic diseases. In Homeopathy, each miasm is represented by a set of symptoms. But many a time, 2 or even more miasmatic predisposition are present at the same time to obscure the picture. Therefore homeopath must recognize among the totality of symptoms those complexes which belong to each miasm, and then remove them one by one, not simultaneously. It is said that this practice is rewarded by success in treatment of numerous patients with chronic diseases all over the world.

This article is not meant to convince you that Homeopathy, which is certainly much more sophisticated than I just described is all-mighty or that it is better than the Orthodox Medicine. In actual facts, there remain many parts of this medicine unsatisfactorily explained by modern science and the claimed success in treatment needs to be proved and confirmed, and therefore it should be viewed with reservation and scepticism for the time being. Yet I think we should agree that facts, if really proved to be facts, are something that we must respect even though satisfactory explanation of them may not be available. Indeed the fact that Homeopathy can give a better cure remains to be proved. No matter how much you have been delighted or disgusted by this article, I hope it has served to inform you that there exists in this world a medicine called "Homeopathy", the basis of which was founded in Hippocrates's time and was in contrary to the currently practised orthodox medicine, may one day be recognized by the world. Although we are learning and practising orthodox medicine in Hong KONG, we should still keep an open mind to recognize and accept the short-coming of it and be aware of other medicines that may give a better cure if we consider the health of our patients as the prime importance.

人說

給九一

平

人說，零食是罪惡的催化劑
我便放棄零食
卻每次看見
都吞着多餘的口水
明知這些口水，本應充滿
糖果的甜味兒。

人說，我文章寫不好
我便放棄寫作
卻每次醞釀
洶湧文思，匯成
澎湃巨浪，匯成
敲着頭顱四壁作痛隱隱
發着如雷巨響

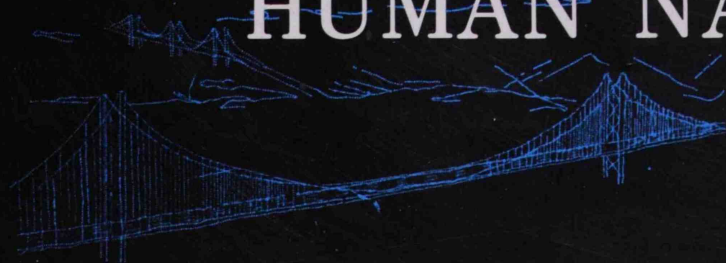
人說，我是沒有朋友
我便癡狂，癡狂四覓
燃着殘餘的信心尋找
自信仍會找到朋友
但每次只看到朋友的輪廓
便熄滅，那信心剩下燦爛
再次陷入孤單的黑暗中

人說，我應該讀書
我便癡狂，癡狂唸着
無視自己心靈
已麻痺於千字萬卷中
除了書裏黑油墨的味道
別無感覺
滴在嘴角的眼淚
人說，是酸的。

然而，人說我是我自己
你說呢？

一九八六年九月六日凌晨二十五分

HUMAN NATURE



飛花

最近有幸做 Student Representative 代表同學參加 Pharmacology Department 的 Student-Staff Consultative Meeting, 會議一直順利進行, 議程其中一項是有關於 Practicals and Demonstration, 這令我想起當時上 Pract 的時候, 一有空不需要 take results 時, 便拿來本 Notes on Virology 努力地 underline, 甚麼顏色也用着了, 如果我知道之後發生的事, 我肯定不會讀 mic. Bio. 若那本書是 Katzung 的話, Lecturers 想必笑逐顏開, 與看見了學生在讀 mic Bio 時的那個表情, 迥然不同也。

除了 Lecturer 的表情之外, 我也想起了其他的事, 這雖然是個人的體驗, 但各位也可能有同樣的經驗。自從我初中第一次親身做實驗, 就領略到 Science 的貧乏 (起碼學校裏的儀器是貧乏的), 尤其是要交 Report 時, 發覺做個科學家真不容易, 當你發現有某些「點點」do not fall on the straight line, 不由自主地懷疑自己做實驗的技巧, 通常應變的辦法是重複做多次, 但若果那些新「點點」又是冥頑不靈, 最後的做法通常會是: 誰護科學, 實行改做「點點」, 以便和諧地與其他點點連成一體, 又一次證明了科學的真實。這使我想起了科學和科學家之間的關係。



給科學來個定義, 不是一件容易的事, 簡單地說, 科學本身就是自我修正、尋求真理的一種方法, 我認爲衡量真理的尺度是看它的概念, 理論或自然規律是否符合於被觀察的宇宙現象。

我們受了這麼多年的教育, 對科學的精神大概都十分瞭解, 科學精神貴乎懷疑, 不相信自己, 小心人爲不客觀的謬誤, 這就與誠實拉上關係。科學家給人的印象是他們都是一羣誠實的人 (最低限度於對科學的態度上理應如此), 但是否真正所有被人公認爲科學家的人都是誠實、忠於科學精神的呢?

否定這問題比贊成容易得多, 至少你可能也領略過「做答案」, 唉, 這可說是人之常情嘛。有時, 我們會沮喪地發現科學家當中有個別個人確實是不誠實

的。雖然是極少數, 但是那也應該算數吧。

每一個科學的觀察, 都是在它得到進一步的証實之後, 方能真正允許記入科學史冊的。其理由很簡單: 是在乎觀察者與儀器上都存在着偏差, 所以雖則一個科學是萬分誠實, 觀察也有可能失誤。

這種進一步要求証實的必要性, 也同樣適用於考慮到假設其中可能存在着不十分誠實的地方, 這有助於我們抵制科學上的欺詐行爲的可能性。

科學家的欺詐行爲, 不同程度上是來自金錢上的誘惑, 但有些卻似乎是可以諒解的。



在古代, 有一種欺騙的手法, 是假托爲以往某些名人的作品。當時未發明印刷術之前, 書籍的生產是要靠人手慢慢地抄寫的, 要把自己的作品公諸於世的一個可行的途徑是假托它是出於摩西、亞里士多德或希波克拉底 (Hippocrates) 等之手。

但有時可悲的事情亦會發生, 比方說一個人創造出了些很偉大的作品或發現了很重要的事物, 卻因爲假托爲前名人的著作, 而失卻了永遠的榮譽。

例如, 有一個偉大的阿拉伯煉金術士名叫哈伊安, 他的著作被譯成拉丁文時, 名字被拼寫成吉布爾 (Geber), 以後他就被人稱爲吉布爾。他的貢獻中, 有白鉛、醋酸、氯化銨和硝酸, 最爲重要的是他詳細地描述了生產的過程和方法, 使別人可以重複他的實驗。

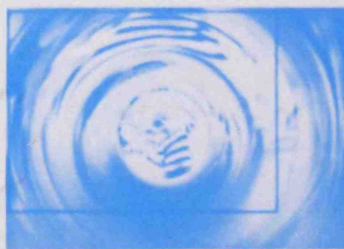
大約在十四世紀初期, 另一個煉金術士做出了所有煉金術士中最重要發現。他是第一個敘述了制備硫酸的方法。這個煉金術士爲了要使他的發明能夠公之於世, 便用吉布爾的名字發表了。結果怎樣了? 別人只知道他是假吉布爾, 至於這偉大發現的主人姓甚名誰, 哪個國家的人, 或是男是女, 我們都一無所知。

還有最糟糕的是與上述情況相反, 就是把別人的榮譽據爲己有的犯罪行爲。

有一個事例是尼古拉·塔特格里亞 (Niccolo Tartaglia 1500-1557) 所受到的欺騙, 他是一位意大利數學家。他最先得出解答三次方程的方法。在那個時代, 數學家們之間常常出難題來難對方, 能不能解答得到是名譽攸關的大事, 塔特格里亞能解答三次方程的難題, 也能出使別人解答不了的那種難題。自然地, 他那時是要保守這種發現的秘密的。

意大利的另一位數學家名叫卡丹羅 (Girolamo Cardano 1501-1576) 在答應保守解答方程的秘密下騙得了這個方法, 然後把它公佈了, 並不很明確地表示是得自塔特格里亞。直至今日, 解三次方程的方法仍然被稱爲「卡丹羅法」。

從某個角度看來, 卡丹羅的做法是具有他的意義的, 如果一個科學上的發現, 只是自己個人擁有, 而不是將之公之於世的話, 那麼對整個科學界來說是沒有任何幫助的。現今時代, 科學界的榮譽已經不是屬於第一位的發現者, 而是第一個將重大發現公佈的人, 這是科學界中公認的。在卡丹羅的那個時代還沒有這條法規, 但卡丹羅能及時將解方程的方法公佈, 怎麼樣也應該得到這個榮譽。



也許卡丹羅是太輕易地違背了自己的諾言, 換句話說, 科學家們並非做任何事情都是科學的, 也有玩弄欺騙的鬼把戲的。

例如, 英國生物學家歐文 (Richard Owen) 極力反對達爾文的進化論。反對達爾文是歐文的權利, 甚至在演說及文章裏攻擊達爾文也是他的權利, 但是, 在這個問題上大造文章, 並且以假名來發表多篇文章及引用自己論點的文章, 那卻是卑劣的。

另一種科學家的毛病是對於自己的見解言論過份偏愛, 承認自己見解錯誤往往是一件非常痛苦的事 (起碼感情上是如此)。爲了挽救自己的理論, 有時便會作出歪曲事實, 顛倒是非黑白的行爲。這種固執己見的態度, 使到科學界中的突破發現, 受到一定程度上的阻延。

這是人之常情, 本來沒有什麼值得談。但對於科學家來說, 却是特別重要的。如果所討論的這個科學家成爲了名人, 而且年高德劭, 那就更加重要了。

例如瑞典化學家伯錫里斯 (Jons Jakob Berzelius 1779-1848), 他是化學史上的一個偉大學者, 他創立了一套有關有機結構的理論, 成爲當時保守孤的一股勢力。但大約在 1830 年代, 法國化學家羅連特 (Auguste Laurent) 提出了一個不同的理論。現在我們知道羅連特的理論更接近真理。當時他還得到法國化學家杜馬 (Jean Baptiste Dumas) 的支持。

伯錫里斯那邊廂, 當然不會袖手旁觀, 並開始猛烈地反攻, 杜馬不敢與伯錫里斯對立, 便放下了自己的立場, 而羅連特却堅持自己的見解。結果羅連特被一些著名的研究所拒之於門外, 被迫工作於條件惡劣偏遠的實驗室, 最後中年得了肺病死了。



科學事業往往是如此難於承認新思想的價值, 難怪物理學家普朗克 (Max Planck) 有一次發牢騷說, 在科學上取得革命性的進步唯一的途徑便是等所有老一輩的科學家都死光。

但是, 也有這樣的事情, 就是過於渴望搞出某些發明, 即使是極其誠實的科學家也可能誤入歧途, 甚至到竊改數據。

想想奧地利植物學家孟德爾 (Gregor Mendel 1822-1884)。以他爲例談談這個問題。相信大家知道, 他創立了遺傳學科學, 而且頗爲正確地得出了遺傳的基本規律, 他以植物進行生殖, 他就發現了一個 dominant trait 與一個 recessive trait 雜交的第三代中, 出現了 3:1 的情況。這個發現, 很容易引起人們的興趣, 因爲它似乎爲我們與我們祖先、兒子之間的關係確立了一個遺傳學基礎。

於是有很多人便探索此問題, 同時, 不同的意見理論亦隨之而起。有些人極力想把遺傳歸於環境, 也有一些人則極力想把它歸於單個或多個民族的特性。大致上來說, 貴族和保守派傾向於繼承, 而民主和激進派則傾向於環境。

這裏, 人的感情大概要起很大的作用, 一旦你開始採取這樣一種思想方法, 就是說, 傾向於某一方面——繼承或環境, 很明顯, 要不要數據的支持也無所謂了。

假如有一個人是極端的環境論者, 對於他來說, 遺傳只不過是環境改變繼承, 不管你繼承了什麼, 你都能夠通過環境的影響加以改變, 而且能遺傳給你的子孫。子孫們亦能改變, 如此類推。

在這些人當中，有一個奧地利生物學家名叫Paul Kammerer (1880-1920)。1918年之後，他就用蟾蜍作試驗，試圖把這個問題加以証實。有些蟾蜍種的雄性具有暗色的腳趾；但是接種蟾蜍沒有暗色的腳趾。Kammerer 企圖以環境條件來導致雄性接種蟾蜍發育這種暗色的腳趾。他宣稱已經育成了這種蟾蜍，並且撰寫論文描述下來，奇怪的是他卻不允許其他科學家去接近檢查那些蟾蜍，但始終給人弄到了一些這種接種蟾蜍，一看之下，原來腳趾上黑色的部份是墨汁染成的。Kammerer 可能極度渴望自己的論點是正確的，因而幹下了這樣的事情。在被人揭發了之後，他便自殺了。

相反來說，亦有人是繼承論的愛戴者，他們要駁倒對立意見的人的慾望，同樣也是一樣強烈的，他們會認為人類的聰明才智是來自乎遺傳，用教育開導的方法，很小可能由一個笨蛋變成聰明伶俐起來。這樣的觀點對鞏固經濟上和

社會上的上層階級是有利的，給了他們優越及安慰感，認為那些低賤下流的人們之所以低賤，是由於他們自己的繼承方面的缺陷，因而無須為他們操心。

這種看法，給希特勒帶來了藉口，屠殺了數以百萬計的猶太人，給人類史留下了慘痛的一頁，由此可知，科學也有時被政客利用作政治上經濟上的用途，“大亞灣核電廠一事”是否如是，卻是見仁見智了。

由此見得，科學常常被人用「不科學」的方法來支持、推翻或解釋另一些論點或立場，科學之所以被濫用了，其中一個原因，是科學的方法很受到人們的信賴和重視，科學及社會進步所帶來的生活改進，令人有科學萬能的感觉，但現在人們漸漸感到誤用科學的壞處。科學是中性的，它給我們締造幸福還是帶來災難，這便要看看我們怎樣應用它了。



回過來說人類智慧問題，通常被利用作測試智力的準則是智商，而這個方法的準確性與可靠性卻受到懷疑，有些人表示不贊成把智商試驗作為辨別諸如普通智力和種族優劣等問題的極好試驗，事情已辯論了很久了，但最近又舊事重提，觸發了一場國際風波。

日本首相中曾根康弘於近期一次演說中，發表了對美國國民智力情況的意見，他說日本人的平均智商比美國人要優勝，原因是美國人的智商點數數居住在美國的少數非白人民族（包括黑人、墨西哥人）拉下來了，並有研究証據支持，這即時引起美國方面的強烈反應，尤其是黑人方面，這場風雨，終於在中曾根首相公開道歉了之後平息了。

人類智力及其量度的整個領域仍然是一個探索的範圍，其中有很多不定因素，就算是完全充滿着誠實與正直，所得出來的數據仍是值得懷疑的。我想不出任何理由，要用智商試驗這種存在着極多疑點的方法，來證明種族主義者的理論是正確的，以至促使了歷史中的悲劇，目睹者亦有不少。

很清楚，忠於科學是應該抱有懷疑的態度，亦須誠實正直，我希望有人能證明中曾根的論據是錯誤的，至少我自己認為是如此。但是，如果我錯了，那麼我寧願錯下去，以反對種族歧視的行為。

如此而已，人之常情嘛！

《啓思房》

劉文欽

Junior Clerk 後，剪了一頭短髮，穿着白袍在病房中跑來跑去，有同學笑我像個大陸醫生。

我也笑了。感覺上這是個可愛的稱呼。

是一年級時，看過《人到中年》那部電影，認識了一點國內醫生工作的情况，特別是他們僅以糊口的待遇。

從到過中山醫學院的同學口中，又得知原來現實生活中，他們真是有相類似的遭遇；因此，正如那些同學的評價一樣，國內習醫的人，的確有更大部份是以替人治病為主要目的，至於收入和社會地位等，對他們來說，可謂跟一個工廠工人的，也沒有兩樣。

最近，本港一些在國內畢業的西醫，要求政府讓他們在香港合法行醫，更有謂可能在九七年後，香港政府要承認所有國內醫生的資格。

有同學對此大表不滿，甚至謂「若果要跟這些訓練六、七流的人共事，寧可轉行去」。

當然，在國內某些醫院的手術室，居然只以地上一條顏色線來劃分無菌區的衛生標準來看，國內平均的醫療水準相信真會比香港的低，然而，相信這也是國內經濟情況偏低的原因吧；或者以他們選擇從醫的心態來看，他們都是會願意積極進修，趕上本地醫生的水準的。



其實，現在在病房中也經常看到一些考過非英聯邦醫生執業試，掛着個Dymo 帶名牌的大陸醫生，替病人抽血，或跟着一堆醫生巡房；有幾回我們上臨床課時，他們其中也有人「察」在我們身後，「偷師的」在聽負責醫生的講授，神情也是蠻認真和謙虛的。

或者，有時我們只顧考慮自己專業受保護的地位，而忽略了充足的人手，是改善醫療服務的一個最基本的要求；同樣，今年中大開始有實習醫生時，便聽到有人嘆謂，將來想選擇進入自己喜歡的專科便更加困難了，然而，另一方面，將來亦可能有多一、兩個醫生負責一間病房了，工作可沒有那麼緊迫，那些願意的醫生也較有可能去依據自己的要求，去照顧病人呢。

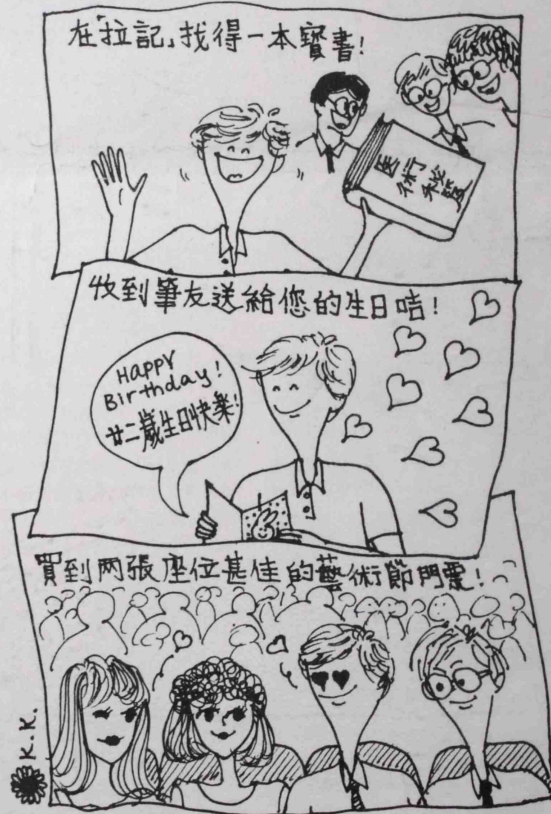
一、二年級時，除了害怕病房中的繁重工作，也擔心病房中衰淡的氣氛，會教人難受；然而，可幸Junior clerk 開始時，遇上一個頗神化的帶組醫生，給我們帶來一個愉快的開始。

這位醫生（不要問我他是誰，不過他笑稱自己的樣子有點Thyrotoxic）除了會逗病人說笑外，居然還會「調戲」姑娘（請原諒我用了一個這樣「貼切」的字眼）；只見他像個孩子般，一忽兒親切的逗着病人玩，一忽兒又要去取姑娘頭上的眼鏡；姑娘們都「怕」了他，但卻替平常只多有病痛呻吟聲的病房，換來了難得有的歡笑聲和輕鬆氣氛。

當然，他的「料子」和診斷時的認真程度是不受懷疑的。

見到他這個模樣，自己心裡的擔心也減少了，知道在我們苦讀之後，將來也有機會寓工作於娛樂的；在任何事情上發掘樂趣是人的天性，也相信沒有人會喜歡遇到只會板起面孔診症的醫生的；希望三年繁重的臨床學習後，我們大部份人仍保有這一份自然的的天性。

Happiness is....



八六年啓思編委會名單

- 名譽顧問：潘偉豐博士
- 總編輯：許其發
- 副編輯：張炳明 吳義銘
- 執行編輯：劉文欽 郭燕芳 黃立明
- 編委：李明生 劉志權 曾美玲
- 朱進昌 高震宇 丘炳華
- 陳偉文 周家源 梁彥欣

鳴謝葛蘭素香港集團