

順風耳

台北榮民總醫院
耳鼻喉部
發行人：連江豐
指導編輯：尤亮惠
執行編輯：蔡東龍、蔡中仁
第十五期：88年10月

連江豐 1999,10,4

敬愛的順風耳先進同仁：

大家好，一年一度的耳鼻喉科大會又來臨了，今年耳鼻喉科大會輪到台北榮總主辦，由張學逸教授擔任會長，在台北圓山大飯店舉行，內容非常精彩，請大家一定來參加。今年10月24日為台北榮總四十週年院慶學術發表會，我們耳鼻喉部也同時慶祝四十週年，並且發表最新的手術方法，希望大家來共享盛舉，並給我們批評與指教。今年順風耳以此學術性的聚會來代替往年的餐會，最主要是大家以最高的專業水準，來慶祝由大家所共同支持與建立的台北榮總耳鼻喉部。四十年是很長的一段時間，它是2000年的五十分之一，回想大家一起在此努力的景象，都還是那麼清楚。大家堅持『祇要第一』的信念，造就今日最高的醫療水準。會中我們的大家長張斌教授將有特別演講，期待10月24日下午於台北榮總大家聚會，共享學術性的下午茶，也可以充分交流一年來的工作心得。

這一年來大家辛苦工作，維持耳鼻喉科的盛況，每一位醫師都投入不少心血，但是我們還是會問，耳鼻喉科的未來發展如何？這點確實是大家關心，大家不易回答的問題。我在八個月前就訂下這個題目，每日思索，多聽多問，希望在10月24日的院慶演講會，能有一個完整的報告。

迎接公元2000年的歷史時刻已接近，原本大家又緊張又興奮。不幸9月21日發生集集大地震，造成數千人傷亡，使所有的人心情都非常的沈痛。希望我們順風耳同仁都能發揮愛心，由各方面盡心幫助災區的民眾。地震不會毀掉我們對台灣的信心，反而清楚看到台灣人民的愛心與積極行動。但同時也讓大家都感覺到須要一個更年輕，更有活力的政府，動作與決策都要快。

21世紀即將來臨，它是台灣的時代，因為台灣年輕，有活力，會打拼，擁有高科技創造力，人口數量適當，它是全世界都羨慕的國家，請大家珍惜我們在台灣的職位與地位，加強本業的水準提昇，共同迎接2000年。

敬祝大家2000年萬事如意

台北榮總四十週年院慶演講會—耳鼻喉科的最新手術療法。時間：10月24日（星期日）下午1：30—5：30。地點：台北榮總致德樓第三會議室。學分認定：8分。

順風耳消息 (I)：

1. 今年醫學會年會由台北榮總主辦，張學逸主任擔任會長。大會訂於十一月十三、十四日（星期六、日）在台北圓山大飯店擴大舉行，盛況可期。希望大家暫時放下繁忙的工作來台北逛逛，享受我們安排的節目。
2. 張學逸主任繼84年及86年之後，今年再度榮獲台北榮總醫療技術創新獎。
3. 杜宗陽醫師於去年11月順利取得陽明大學臨床醫學博士學位，且於今年五月榮獲中華醫學研究獎助基金會優秀論文獎及88年度中央研究院醫師研究進修獎助，並於今年八月榮升部定副教授。
4. 許志宏醫師於去年12月順利取得陽明大學臨床醫學博士學位。
5. 戴世光醫師榮獲今年度耳鼻喉科醫學會優秀論文獎，並於今年八月榮升部定講師。

健保審查甘苦談

鼻頭頸科主任 林清榮

自八十八年三月一日起，本人被聘為北區健保局醫療服務審查委員會地區審查分組審查醫師，不覺已過了五個月，這期間的甘苦願與大家分享。

過去的日子裡，在科部內時有聽聞同仁們對健保局刪除各項醫療及檢查項目多有怨言，本人也遇到一些自認不合理的刪除，而對審查委員們產生不少誤解；也正基於此種因素，當被徵詢及推薦做健保審查委員時，為一探究竟，且抱著為同仁們爭取公平、合理的審查，而毅然決然的接受了這份工作。

從二月底完成職前訓練後，才正式被聘為健保審查委員，為使各個審查委員能有進一步的溝通，且快快進入狀況，這期間又有不少的座談會，。真正辛苦的審查工作是，每週至少去一次健保局，每次約有二百份各大小醫療院所的病歷放在你的面前，必須全部看完才能"放行"，為求勿枉勿縱，每份病歷我都十分仔細查核，這其中比較讓人頭痛的是處方箋，因各個醫療院所使用的藥物商品名不一，單就常用的抗組織胺、止痛藥、咳嗽藥等，同一成份的藥，商品名即有一、二十種，必須翻閱藥物手冊來核對，以避免重複用藥。另外在審查中要參考的簡冊還包括了『全民健保醫療支付標準』、『全民健保費用審查注意事項』、『全民健保醫療服務審查案例彙編』、『全民健保藥物給付規定』、『醫療週報』等等；每次大約四個鐘頭的審查之後真是頭暈腦脹、腰痠背痛。而一次的審查費用相當於看一次健保門診的代價，雖在同一地點工作，其中所付出的心力卻十分艱辛。不過既然擔下了這份工作，則本人盡量站在醫療院所的立場，來思考及評斷，為同仁們謀取公平、公正、客觀、合理的審查。

在這裡本人僅以過去的審查經驗，提出個人淺見，提醒各位同仁在醫療處置時應注意事項：

1. 病例記載無論是主訴、理學檢查、繪圖、診斷及處置等務求詳實；切忌每份病歷一模一樣，千篇一律。
2. 同質性藥物不宜重複，且藥物使用一定要與主訴、檢查及診斷相符。
3. 局部治療費雖有百分之三十內合理量的不成文規定，但病歷上如果沒有足夠證明確實做局部治療，也有被刪除的可能。
4. 申報手術項目務求確實、合理，不可虛報或誇大不實。
5. Tagament、Zantac 等胃藥有一定的適應症，不可視同一般胃藥使用。

其他注意事項請參考八十七年四月版「全民健保醫療費用審查注意事項」中 38 頁『耳鼻喉科審查注意事項』。

我們北區十幾位健保審查委員皆任勞任怨，有熱忱服務的心，為各位同人仁略盡棉薄之力，請各位同仁多多提供卓見，撥冗指正，使健保審查更趨完善。

順風耳消息 (II)：

1. 陳記得醫師今年一月喜獲麟兒。
2. 吳政德醫師去年十月在新莊市民安西路開業。
3. 黃山崧醫師今三年月前往桃園榮院服務。
4. 王景平醫師今年六月前往宜蘭員山榮院服務。
5. 練淑娟醫師今年六月前往竹東榮院服務。
6. 林瑞文醫師今年七月娶得美嬌娘並於九月前往北港媽祖醫院服務。
7. 蘇煌仁醫師今年七月返回嘉義朴子醫院服務。
8. 沈高輝醫師今年七月前往國軍台中醫院，於今年九月遷調至國軍桃園醫院服務。
9. 黃伯光醫師今年十月遷移至桃園大園開業。
10. 賴建仲醫師於今年一月喜獲麟兒。

人人可為的臨床學術研究與其方向

喉頭頸科主任 張學逸

「追求更好」「解決問題」是人類文明進步的原動力，也是實用性學術研究的終極目標。喉頭頸科將在院慶演講會中發表近年來在咽喉口腔及頸部手術方面的成果即依此方向而來，其中包括：軟纖維鏡錄影監控的喉內手術法、咽喉口腔癌切除與重建之新技術及打鼾與睡眠呼吸中止症的新手術療法等，均經長期證實對醫療水準有突破性的進步，且持續運用於臨床，其中更有五篇論文獲國際SCI雜誌刊載。因此，看似平常的臨床工作，不論在基層或教學醫院，其實都充滿著學術研究的題材與可能性，醫療的細節不論大小，只要能加以改善使病患獲益，就是臨床醫師最有意義的學術研究方向。當然，臨床學術研究也必須根據科學原則，對問題真相要有廣泛深入的了解，不過其中涉及基礎醫學研究的部份，則應委由基礎醫學研究者主導，才有事半功倍的效果，畢竟一個人的能力難以很好的兼顧臨床與基礎。突破性的臨床研發論文雖然不易發表，但卻是臨床醫師的專業與責任。然而，目前國內學術行政單位對臨床工作者『基礎臨床不分』的學術評比方式，導致多數臨床醫師紛紛以非本行的基礎研究為其學術重點，忽略了改善醫療品質的研發，造成不正確的學術研究觀念與人力浪費。面對這樣的學術環境，我們更必須堅持正確的方向，才能維持並超越國際水準，造福病患。

第七屆世界中耳炎研討會

耳科主任 蕭安穩

世界中耳炎研討會源起於一九七五年由美國匹茲堡醫學中心的一群耳鼻喉科及小兒科醫師所發起，美國匹茲堡大學兒童醫院是世界研究小兒中耳炎的重鎮，每年約有十數名來自世界各地的研究人員，針對小兒中耳炎的致病因，流行病學、治療、疫苗預防等各種題目做相當完整踏實的研究。此研究會每四年召開一次會議，現為第七屆，每次會議約有二十餘先進國家的醫師來參加，此次會議約有三百餘人，而我們中華民國台灣，僅個人一人代表參加並發表論文，中共則在此次會議中缺席。

此次中耳炎研討會有四個重點：(一)對中耳炎分子生物致病因之探討。(二)以證據為基礎的臨床治療模式 (clinical outcomes and Evidence-Based Medicine)。(三)疫苗的新發展。(四)抗生素之抗藥性。目前醫學界似乎正在流行以證據為基礎的臨床治療模式，由於近年來電腦資料庫可收集非常完整的研究資料，探討某一疾病的治療方式，可利用電腦將所有相關的研究做一整理分析，以實際的證據為基礎，提供醫師做為治療的參考，雖然此種方法可以說是相當科學的一種治療模式，但以往的研究資料，其研究之材料與方法是否非常嚴謹，是否有參考價值，也有值得商榷之處，醫界對此也相當重視，因此許多醫學雜誌對研究報告的嚴謹度也提高了許多，其目的也是希望醫師們的治療模式，須以證據為基礎。當然大家都知道醫學是一種藝術，並非全以科學證據為唯一條件，對患者的人文關懷與每個病人的個別差異性，都需融合在治療的方式當中。對新近中耳炎疫苗的發展，初步研究的效果還不錯，但中耳炎常見的致病細菌與病毒有許多種類，因此需研究發出許多不同種類的疫苗，因此目前預防中耳炎的疫苗，仍屬研究階段，距離臨床實用尚有一段艱辛路程。

中耳手術之展望

耳科主治醫師 杜宗陽

中耳手術發展至今已經有一段時日，在一般人眼中，它似乎已經很完整，也就是代表著未來進步的空間很有限了，其實不然。

早期中耳手術著重於疾病的去除(eradication)，往往採用根治性的手術將發炎的病灶移除。直到 1956 年，才有 Wullstein 提出鼓室成型術的分類以及重建聲音傳導機制的概念，他將耳膜往內側移動(medialization)，使其與剩餘的聽小骨或卵圓窗相連而建立聲音傳導系統，希望能重建聽力。隔年，Hall 和 Rytzner 再提出聽小骨重建的手術方法，以加強耳膜與剩餘聽小骨之間的傳導，進而更提昇聽力，中耳重建手術就此立下了基礎。

隨著時間的流逝，雖然中耳重建手術技巧越來越純熟而精進，然而人們逐漸發現，即使術後耳膜完整，病患聽力的氣骨導差距仍然可能存在，其故何在？此時人們不禁要捫心自問。其實中耳要能夠充分發揮其擴音的功能，除了要有完整而可動的耳膜和聽小骨外，還必須具備足夠的充氣(aeration)。中耳是否有足夠的充氣則和病患本身的中耳腔、乳突腔以及歐氏管的狀況有關，故而有學者提出所謂中耳動力學(middle ear mechanics)的概念。然而，會因為慢性中耳炎或膽脂瘤接受手術的患者，有大多數都有乳突腔發育不良或歐氏管功能不佳的情形，因此，如何為慢性中耳炎或膽脂瘤的患者建立一個正常的中耳動力學是比聽小骨重建還來得困難多了。

總之，對於慢性中耳炎或膽脂瘤的患者而言，如何在徹底去除病灶的情況下能同時改善聽力，應該是目前極需要研究的。我們期待更新的突破！

助聽器的歷史沿革

耳科主治醫師 廖文輝

一、各種機械式的助聽器具：

早期有人利用動物的角或金屬等，來製成各種的助聽的器具。例如：發明喇叭耳來助聽，不過當時人們考慮到其外觀的問題，再加上不喜歡把自己的缺陷暴露出來的心理，於是有人便提出一些偽裝喇叭的方法，例如聽椅、聽扇、聽帽、聽杖。

二、碳粒子助聽器：（是首先開始使用電力方式的助聽器）

碳粒子助聽器是第一代的電力式助聽器，其外觀和電話的聽話筒相似，早期的體積龐大，不易攜帶，其缺點是雜音多、音調易改變、聲音斷斷續續、有效頻率範圍狹窄，而且不能根據聽障者，對於聲音頻率與高低音等特殊需要來調整，其缺點還包括必須靠很重的電池來供電，故攜帶仍不方便。

三、真空管助聽器：

1920 年代，真空管被用在助聽器的製造，經過不斷改良，到 1940 年代，此種助聽器體積變小，效果增加，才有可隨身配戴的助聽器。其缺點為早期製品的體積過大，且箱型外殼讓使用者無法戴在身上，通常只能配戴於胸前。一次要用兩組電池（一組用來加熱真空管，另一組用來提供助聽器電源），麥克風裝在胸前的機體內而非耳內，還須靠長電線把放大的聲音送入耳內，以致其音效與正常的兩耳所接收的聲音不同。但其優點是擴大音量較大，而且麥克風的效率也較高。

四、電晶體助聽器：

貝爾電話實驗室是最初發展電晶體助聽器，由於電晶體使得助聽器的擴大器邁向一大步，電晶體比真空管的作用更為有效率，且體積小，也不需加熱其真空管，穩定性高、壽命長，且只需使用一組電池即可。最早的電晶體是使用鍍(Ge)，後來改為矽(Si)，1957 年以後，大幅地改善其擴大器、低電流量、體積大小及其麥克風也有進步。後來由於積體電路(IC)的應用，使助聽器的體積可以變得

更小，如此終於能將助聽器的麥克風移近於耳朵。自從電晶體助聽器上市以來，其外形與體積一直在改變，有裝入眼鏡架中的眼鏡型，掛在耳後的耳掛型，和塞入耳朵內的耳內型和耳道型等。尤其耳道型更不易被人察覺到自己的聽力不佳。

五、現代化的助聽器：(數位化及迷你化)

由傳統的類比式助聽器，進步到所謂電腦程控式助聽器（類化式及數位式混合的），及現今的完全數位化助聽器，不但使其音質更好，失真率低，可記憶性、及消除背景雜音等各項的功能。同時，也可以改善其耗電量及其體積的問題，因此更有所謂深耳道型（完全耳道型），其隱密性更高。

無題

鼻頭頸科主治醫師 許志宏

自今年初博士班畢業以來，總算有時間看一下電視、報章雜誌，體會一下社會脈動，深覺整個社會、醫療界處於急速變動的時局，當中不停的產生各種矛盾、混亂的現象，令人十分困惑。身在醫學中心，應身負研究發展的任務，不過形勢演變下來，醫學中心似乎和開業診所一樣，全力在衝刺業績，巴不得全部上班時間都在看門診、開刀、作研究僅能利用下班時間，如此必須犧牲個人及家庭生活，個人覺得若想作深入的研究，最好是孤家寡人，這種作法有違傳統社會家庭倫理的觀念，需禁得起週遭親朋好友的壓力，否則最好研究與工作能完全合一，亦即作些純粹的臨床統計，看到多少病人，開了什麼刀，其餘的就是唸唸期刊雜誌，參加一些國際會議，知道一些新的東西向大家報告，如此而已，醫學博士頭銜印在名片上，好看罷了，這看法可供大家參考。

現在為了搞業績，寧將醫病關係降至生意人與顧客相當原始的等級，過去所受的醫學教育教的是「視病猶親」，說明醫病關係乃層次相當高的關係，不是生意人與顧客一手交錢一手交貨的原始關係所能比擬的。把病人當顧客的下場，就如馬偕醫院肩難產的案例，以消保法來判決，當中充滿了矛盾，在這種情況下，誰碰上誰倒霉，自保之道就是安全第一，有危險性的醫療不要作。當初立意乃想提高業績，但長期下來，很多醫療寧可不作，反而壓抑業績，加深後來的人行醫的困難度，當其他人千方百計想用消保法來掌控醫療，而還有身為醫療中心的領導者，迫不急待的要往這火坑跳，令人困惑不已。

小組教學這種先進國家行之有年的教學方法，最近亦積極在台推廣。但凡一新制度的改變、施行，必須有各種配套措施，而非把國外的制度直接加入原來的制度內去作，以目前的所謂教學診，不過改變名稱以便申請經費，學生可獲得多少教學效果，大家心知肚明。而目前住院醫師的教學，仍為由講者研讀、整理好的資料，再講給住院醫師，住院醫師連共同筆記都不必作，十足像耳鼻喉科補習班。接受幾十年的填鴨式教育，一旦改成小組教學討論方式，至醫院又回去補習班教學，不過想想，整個環境就是如此，要改又無從改起。

進入承德路、百齡五路，遠遠的就望見聳立在關渡平原上的焚化爐煙囪，十分刺眼。為什麼不作垃圾分類、垃圾減量，而拼命蓋焚化爐、掩埋場？辦公室應往無紙化的方向去作，一切資料應以電腦儲存、傳輸，每當開會時拿到一堆書面資料，心裡所想的是不知又砍了多少樹了。在低價電腦時代，台灣製造又便宜又好用的電腦外銷，讓他國電腦化，全面提高產業效率，回過頭來對台灣產業全面競爭，這就是我們資訊業的寫照，想 1970 年代，Xerox 這家影印公司為了預測 90 年代無紙化辦公室的情景，作出全世界第一部個人電腦原型，在這 90 年代，看著手上、桌上一堆資料，心中充滿無力感。所謂無題，無思無問題，庸人自擾，一切問題由時間來解決。

博士班進修甘苦談

鼻頭頸科主治醫師 何青吟

醫學院畢業之後，一直有兩個夢想，一是出國進修，一是再回學校過學生生活。升任主治醫師之後，這兩個夢想自認已成為幻想，料想不到的是，兩個夢想在一年之中通通達成。為了珍惜這一難得的機會，也為了能兩者兼顧，於是決定先唸一學期博士班課程，再出國進修。

陽明生理所規定生理學非在陽明修習者，必須重新修學分，因此博一時必須補修生理學(6學分)，生理學實驗(兩個下午)，再加上博士研究實驗，應付不完的大小考試，及本身繁重的臨床工作，有時真希望一天有48或者72小時。也因為日子中每分每秒被事情所填滿，時間也過的特別快。學期終了，考試安全過關，博士班生涯最忙碌的日子結束，接踵而至的是一連串實驗的挑戰。從事臨床工作太久，又從未自己設計過實驗，安裝過儀器，一切都是從頭學起。過程中充滿著辛酸，頹喪，當然也少不了成功時的喜悅。花了一整天的功夫接好的儀器，卻在“power on”時沒有任何反應，當時的心境真是所謂筆墨難以形容；凌晨兩點，機器終於“嗒嗒”動起來時，心中波浪起伏，眼淚差點奪眶而出，這種感覺又非外人所能理解。當然實驗結果的好壞，往往也決定天空是彩色還是黑白的。

博士資格考，也在實驗與臨床工作的間隙中，平安度過，當然考試前的準備工作，不如古時的懸樑刺股，但決不輸當前的大學聯考：一堆堆的講義、筆記、論文，分數出來的一剎那，心中大石終於放下。

兩年的博士班生涯，是由辛苦、忙碌、depression及exciting所組成，其中的甜酸苦辣，是臨床工作外，另一種生活挑戰。還有多少年才能完成博士班的課程，得到博士榮銜？我也不知道，希望快一點。在此要特別感謝連部主任及鼻科科主任對於在職進修者的支持及照顧。

下鄉服務感言

喉頭頸科主治醫師 朱本元

由於是輔導會代訓生，所以在升任主治醫師後，必需下鄉服務兩年。八十六年初，桃園榮民醫院耳鼻喉科出缺，經連部主任熱心的考察後，認為此醫院相當具有發展潛力，於是決定申請至此處下鄉服務。令人感動的是張主任亦在百忙之中，親自陪同學生去見院長，希望能准許兼任本部主治醫師，並繼續從事研究及進行手術，所幸院長都能欣然答應。

榮總因為是醫學中心，治療的病患都以急性重病的病人為主，所以做事總是戰戰兢兢的，惟恐稍有不慎就造成不可彌補的錯誤。然而榮民醫院的病患卻是以老年慢性病和一般上呼吸道感染疾病為主，手術也是以一些耳科及鼻科的小手術為主，對於習慣於頭頸部癌大手術的我而言，初期常會覺得英雄無用武之地，但久而久之也就能習慣於這地區醫院的特色。不過最令人無法適應的就是醫院有許多主管都是年近退休之齡，作風保守且落伍，同時講起話來官腔十足，實在無法在競爭激烈的醫療市場上競爭，所以這也是榮院最根本的問題。

由於前前任的莫振東醫師對於科內的規劃已相當有建樹，所以一般的事務並不需要花太多的心思去煩惱。惟一令人感到壓力的是，耳鼻喉科在醫院的業績都是前三名，總不能在接任之後業績就下滑，所以還是要努力的去維持既有的成果。在榮總時雖然是專攻音聲及頭頸部的手術，但是在榮院卻是以耳科及鼻科的手術為主，所幸在住院醫師及總醫師時都有經過良好的訓練，所以雖然有三年多沒有碰這些手術，但稍加復習後都可游刃有餘的為病患解決問題。不過，在榮院的住院醫師都是一些較沒有經驗

的醫師，所以手術時都格外的小心謹慎，避免併發症的產生，否則三更半夜只好自己來看急診。

半年之後，王介呈醫師亦至桃園下鄉服務，有了他的幫助，於是壓力大為減輕。一年之後，院方又找來曾任三總耳鼻喉部主任的林炯堃醫師助陣，一時之間，小小的桃園榮院竟然也成了專科醫師訓練醫院。林主任為人隨和，處事講究無為而治，這使得我在下鄉的第二年，過了醫師生涯中最快樂的一年，不但有較多的時間返回榮總參與學術活動及進行手術，更有機會出國旅遊及勤練高爾夫以鍛鍊身體。在服務將近期滿時，又承蒙連部主任至人事室的協調與奔走，使得原以為調回榮總的事情困難重重，但是卻出乎意料的順利，按時的調回總院。

返回榮總之後，日子又變得相當緊湊，壓力雖然不少但卻很充實。常常覺得自己要比別人幸運，能夠得到許多好老師的教導與提攜，並且能夠從事自己有興趣的工作，雖然從事頭頸部癌症的治療是辛苦的，但是看見自己順利的完成一台大手術，病患高高興興的出院，這種成就感並不是金錢所能滿足的。下鄉雖然花費了兩年的時間，但也瞭解到基層醫療與醫學中心的不同，更拓展了自己的視野並確立了自己的目標，也深刻的感受到「塞翁失馬，焉知非福」的道理。

醫學教育改革

喉頭頸科主治醫師 戴世光

傳統的醫學教育，是一種「主題基礎學習法」(subject-based learning, SBL)，授課主動權全部在講授的老師，此學習法傳授的架構較為完整，速度較快，一直是過去我們所接受與傳授的醫學教育方法，行之有年。1970年代，加拿大 McMaster 大學醫學院成立時，設計了一套「問題基礎學習法」(problem-based learning, PBL)，是一種整合不同科學門的學習方式，設置在「小班教學」的制度下推行，醫學生在小班老師帶領下，依課程個案設計，自行發掘問題、辨識問題及解決問題，期望能培養終身學習及與人共事的特質。這種教育方式下的學生，依國外的經驗，在考試選擇題分數較差，而病人處理的問題表現較佳，對將來實習生涯較有準備，醫學知識較能跟上時代，較具團隊精神。由於 PBL 是當代醫教育的主流，國內在台大醫學院首先從事此一教育改革，而這股旋風也吹到了陽明大學與榮總，在榮總張院長的大力推動下，成立榮陽教改小組，今年九月即將由「臨床診斷學」及「實驗診斷學」整合課程為開端，試行「問題基礎小班教學」，未來將於醫學系全面推廣！

對於這項教育改革，臨床各科可說是受到很大衝擊，首先是課程的重新設計需要大量的人力，包括臨床個案撰寫及小班老師訓練。其次是教學場地的問題，雖然小班教學較有彈性，但是要有舒適且不受干擾的環境供小組討論則尚缺乏。學生方面也是疑慮著自行查閱資料解決問題的能力，及未來成績考核如何進行。相信不論是老師或學生在改革之初都抱持負面的想法，認為過去的教育方式不也是如此在運作，何必去改變。但是，在上級主動的大力推廣之下，儘管各種硬體與軟體的準備仍然不足，教改在陽明與榮總之間已經正式上路，若是試行結果順利，將來推廣至各學科的速度是可以預期的。

新進人員介紹：

蔡中仁：陽明大學畢業，服役於成功嶺醫務所，門診經驗豐富

蔡鴻銘：陽明大學畢業，曾任醫學系學會幹部。

劉家好：高雄醫學院畢業，活潑可愛。

洪光良：陽明大學畢業，老實認真。