



何邦立：立志一生奉獻航空醫學

◎採訪／紀欣

何邦立，福建壽寧人，1944年生於重慶，1949年隨父親何宜武二度來台。1962年入國防醫學院就讀。畢業後分發空軍服務，後考取國防公費，赴美深造航空醫學四載，學習飛行駕駛，並在俄亥俄州立大學、梅歐診所接受航醫訓練，1974年取得美國航空太空醫學專家資格、美國預防醫學院士。

學成返國後服務空軍，全力促進航空醫學、職業醫學的推展，1976年獲國軍保舉特優、1978年獲十大傑出青年獎章，1982年獲美國航空醫學會院士。1987年轉換跑道，出任航空醫學中心主任，1990年當選美國航空醫學會四位副會長之一。1997年因維護大眾飛航安全，擋人財路而被迫離職出國。旅居美國十餘年間，將航空專業應用於歷史考證上，專研抗日空戰史、抗戰軍醫史及當代科技發展史等。

2013年返台後，在岡山航空醫官訓練班授課，並陸續出版《何宜慈先生紀念集》、《何宜武與華僑經濟》、《覓橋精神：



空軍抗日戰爭初期血淚史》、誌撰寫評論性文章。

《林可勝民國醫學史上第一人》、《林可勝追思論文錄》等專書。同時，為抗日英雄林可勝院士平反，並出資在兩岸多處捐贈林可勝銅雕。

現為何宜慈科技發展教育基金會執行長。2020年初新冠疫情爆發後，針對病毒源頭、台灣防疫措施及疫苗優劣，為報章雜

紀欣問：請您先談談令尊何宜武及令叔何宜慈對您的影響？

何邦立答：父親何宜武在僑務委員會任職，一周六天公務繁忙，周日休息時還請僑生來家教講廣東話，讓他可以用廣東話演講，讓僑胞倍感親切。1952年秋僑委會委員長鄭彥芬召開「全球



1988.12.30何邦立全家(後立四人)與父親何宜武、母親王秀椒合影。

僑務會議」，他任議事組組長，會後即刻成立「華僑救國聯合總會」；次年政府明訂10月21日為「華僑節」。1960年印尼發生排華事件，父親負責歸僑安頓工作，功成不居。十年內兩度獲頒「保舉特優人員」績優獎章。他服務國民大會18載，後為配合政府政策，自辭國大身分，更婉拒考試院院長職務，堅持裸退。他的身教勝過言教，讓我學到敬業樂群、積極奮鬥的精神。

宜慈叔得到國科會徐賢修主委的賞識，又在父親的鼓勵下，1979年初辭去美國IBM高薪工作，回來創辦「新竹科學工業園區」。他在資策會七年，推動全民電腦化、政府資訊化，使台灣走上現代化。晚年退而不休，將高科技的種籽移種大陸，更遍植全球各地。

問：您為何選擇去讀國防醫

學院？畢業後為何選擇進入航空醫學領域？

答：高中畢業時為減輕家中負擔，我決定投考空軍官校以保家衛國。家中長輩擔心飛行員有職業風險，又認為我心地善良適合習醫，我最後選擇了國防醫學院。畢業後分發時抽到空軍，後又考取國防公費赴美進修專業航醫四年，並獲得飛行駕駛資格。1974年取得美國預防醫學院院士、美國航空太空醫學專家資格。回台時年方30，投身軍陣醫學，航空醫學乃成我終身志業。

服務空軍期間，為促進飛安，我建立了航醫制度，堅持體格不適的飛行員停飛，雖獲郝柏村總長的賞識，規畫了「國軍航空醫學中心」專案，卻因空軍首長的短視，從中杯葛而功敗垂成，這是我一生最大的遺憾。30餘年後，空軍仍無專業的航空醫學單位，無疑是一大敗筆，沈一

鳴參謀總長失事殉職即一明證。

問：在您擔任航醫主管時，曾因兩件冤案遭到不公平處置，事隔多年，您今天怎麼看待該二案？

答：1987年，因推動「國軍航空醫學中心」無望，我放棄了還有一年半就可領到的終身俸毅然退役，應邀擔任民用航空醫學中心的主任。當時的民航局局長陳家儒將軍、交通部長郭南宏都很重視飛安，讓我有發展的空間，短短數年間，我將航醫中心帶到國際一流的水準。為配合當時國際間的「天空開放」政策，我重新規劃了新的航醫中心場地，以因應暴增的受檢人數。同時建立每年一次的履帶運動心電圖檢查，也加強航空人員的心理甄選，成立毒物學的偵檢能量，協助民航局各外站航務單位的酒精測定等。

雖然航醫中心的成就有目共睹，但有些航空駕駛員在嚴格的體檢下失去證照心生不滿，其中華航新進機師有十餘名動過「幅射眼角膜手術」，因不合規定被淘汰，他們是某立委妹妹的同事，因而向交通部長簡又新誣告我。交通部成立專案調查委員會，最後證明兩位女性空服員作偽證，衛生署長張博雅又播放了



何邦立以航醫身分參與戰術攻防演練飛行。左上方為空軍第44中隊隊徽。

乳房檢查正規程序，此事才水落石出。動過幅射角膜手術者在夜間飛行時會產生眩光，會影響飛安，即使華航願意承受未來的風險，但為了保障大眾的安全，我當然要嚴格把關。

過去由空軍轉任的民航首長，因對空難有深刻體認，就算有立委關說，他們也會擋下來。後來的局長來自民間的崔台青，受不了立委關說壓力，就開始覺得我的堅持礙手礙腳，我也就成了麻煩製造者，1997年以中正機場聘用軍醫為密醫為由入我於罪。事實上，桃園中正機場有專人負責醫療證照，我僅負有行政督導之責，居然受無妄之災。不過，老天有眼，這些拿人錢財害我之徒，夜路走多了，最後都因鳳梨案而被繩之以法。

問：您之後去了美國，在那段時間中您有機會收集閱讀大量

的史料，並訪問了很多人，這些跟您之後出版的書有關嗎？

答：1997年秋，我在美國開始了蘇武牧羊的生活，決定用航空醫學專業應用在空難歷史的考證上。我陸續為《中外雜誌》撰寫了多篇航空安全與空難解析的文章。2002年5月25日華航澎湖發生空難，我寫了兩篇專文供飛安委員會參考。

2001年歲末父親辭世，我次年底參與出版《何宜武先生紀念集》。2003年春宜慈叔往生，生前我曾建議他寫回憶錄，他低調地說李國鼎對國家貢獻很大，他只是「在對的時間、對的地點、做了該做的事」。我覺得有義務將叔叔的一生記載下來，遂聯繫國科會、科學園區、資策會三單位提供重要檔案，主編完成了605頁的《何宜慈先生紀念集》，這是我撰寫歷史的開始。

2005年在洛杉磯參加抗戰勝

利60周年紀念會，巧遇中央航校五期的張光明老將軍，他曾參與上百次空戰，7次受傷2次跳傘，經其指點，我才知空軍戰史不實之處很多，他激發了我對抗日空戰史的興趣。2015年抗戰勝利70周年之際，我出版了《筧橋精神》，記載了空軍抗戰初期的血淚史。近十年，我陸續在《傳記文學》發表抗日空戰史、國防醫學史等文章，其中包括為國防醫學院創院院長林可勝將軍平反。林可勝是抗戰中的民族英雄、軍醫領導者，為供後人景仰，我捐贈了三個他的銅像，分立在貴陽中國紅十字會抗日史蹟紀念園、廈門華僑博物院與台北國防醫學院。

問：回到台灣後，您有機會教育後進，您認為台灣航醫界有何問題？有什麼補救方法？

答：1994年前，海峽兩岸的飛安紀錄相查無幾，排名居全球倒數三、四，但大陸這些年來厲行飛安整頓，現事故率為全球平均值的十分之一，而台灣飛安始終改善有限，兩岸優劣立判。

回台後，我發現航醫中心主任一職早改由民航局的主秘、組長、站長等非醫務人員占據，說穿了就是白手套，在這樣的體系下如何能獨立作業？體檢哪有客



1990年5月何邦立、汪忠甲夫婦出席美國航空醫學年會，何被選為副會長。



觀性與獨立性？乘客與大眾的飛行安全又要由誰負責？我托人向吳伯雄先生報告，轉請立委在立法院質詢，民航局才將航醫中心主任一職釋放出來。在劉兆玄任交通部長時我曾作簡報，航醫中心只有成立為財團法人才能解決困境，避開體制上不當的行政干擾、立法委員的干預，時至今日解決方案仍同。

2000年，新加坡航空在中正機場颶風天夜間起飛時，撞到機具起火燃燒，造成83人死的慘劇，桃園機場場站的設施及管理均有重大瑕疵，民航局卻直指是新航駕駛的人為錯誤，如此心態飛安如何改進？人民安全怎有保障？

另外，過去軍方不尊重航醫制度，郭汝齡總司令濫權為糖尿病副聯隊長破壞體制，之後「國軍航醫中心案」故意被杯葛解體，造成數十年國軍飛安無法科學精進化。沈一鳴總長的犧牲種因在30年前。我認為除非成立專責單位，提高航醫待遇(同一般

臨床醫師)，積極培養人才，才能起死回生。

問：航空醫學與軍陣醫學的關係為何？軍陣醫學為何未受到應有的重視？

答：我1975年起在國防醫學院兼任社會醫學研究所(公共衛生學系前身)教授，獲部定教授資格。2013回國後繼續在岡山航空醫官訓練班，教授失事調查專業課程。

猶記得林可勝將軍在抗戰時，發現日軍在常德空投鼠疫發動細菌戰，將其投訴《紐約郵報》。他原本是協和醫學院的教授，卻投身烽火，建立了國防軍陣醫學體系。國軍來台後，軍醫慘澹經營，後獲得美國醫藥助華會的協助，公衛上推動傳染病防控，教學上培養師資，醫院方面開立民眾診療，長期下來軍醫重視臨床診療，卻忽視了軍陣醫學對建軍與國家的重要性。

2020年元月，新冠病毒肺炎在武漢爆發，隨之演變為全球大

流行，迄今兩年不止。基於職業的敏感性，我一開始即從溯源著手，首先考慮的是，如是野生動物感染，必須有中間寄主；其他要排除生物實驗室的外洩、生物戰。兩年下來，我發表了30篇文章。2020年4月，我揭露了日本731部隊的承接者—美軍德特里克堡2019年6月發生外洩事件而關閉，隨後鄰近老人院發生死亡案例，後又有大批「白肺症」出現，美軍藉「世界軍運大會」將病毒帶到武漢。不過，美國自己受害尤重，有5,000萬人感染，80多萬人死亡，這或許應證了「天作孽尤可為，自作孽不可活」。由此例可看出，軍陣醫學對國家安危的重要性。

問：Covid-19影響之大百年少有，請問您怎麼看待該疫情？也請比較一下兩岸對管控疫情的效力，以及各自開發的疫苗。

答：平心而論，兩岸防疫有天地之差。大陸14億人口防疫難度高，疫情又突然爆發，1,100萬人口的武漢封城三個月就清除了，政府與民眾確切的配合堪稱全球典範。同時多管道發展疫苗，國藥、科興滅毒疫苗迅即獲得WHO授權使用，並大量支援第三世界國家。大陸第二劑覆蓋率高達82%，同時第三加強劑採



混打模式。嚴格控管邊境防疫政策，防疫總指揮鍾南山院士建議仍採動態清零政策，中國堪稱全球防疫的模範生。

歐美國家因風俗習慣使人不肯戴口罩，不肯保持隔離距離，三成的人因宗教信仰不肯打疫苗，又因崇尚自由主義不肯配合封城措施，政府預購疫苗超過人口4-5倍，還不願提供第三世界使用，雖有一流的醫療設備，但感染率與死亡率均居高難下，甚至醫院都面臨崩潰局面。

台灣的防疫本有先天島國的地理優勢，只要機場大門管好就沒事，但機場防疫諾富特旅館卻鬧出「3 + 11」的管理機制，等於門戶大開。明明是機師、獅子王惹的禍，却怪到萬華風塵女子頭上。

最近防疫旅館又爆出確診，檢疫設施流程顯然不符標準。至於中央研究院P3實驗室的感染，錯誤百出，迄今疫情指揮中心連督導的權責單位都搞不清，遑論定期的督察考核。

談到政府護航高端疫苗的問題，真可謂罄竹難書。高端公司從無生產次蛋白疫苗的經驗，巧立名目橋接免疫法，二期試驗人數不足4,000人，就解盲緊急授權使用，用台灣人作白老鼠來實驗。政府還配合製造疫苗空窗



2018年11月何邦立在中華科技史學會演講。

期，令許多上班族被迫打高端，最終也只有77萬人注射，迄今總注射146萬劑，已死了36人，嚇得打第二劑者少了10萬人。號稱三期實驗在烏拉圭以1,000人進行，妄想獲 WHO認可，真是癡人說夢話。

我幾個月前就建議，高端疫苗的品質、品管、量產皆有問題，早該下架，現在大家總算知道了，因為打高端出不了國。

問：最近Covid-19又傳出新的病毒變種，您覺得衛福部應該如何因應？一般人應該如何防範？

答：新冠病毒變異株Omicron學名為B.1.1.529，於2021年11月9日首次在非洲波筭那被發現。11月24日南非正式向WHO報告。因其傳染力超強，美國已於11月28日限制南非等地航班進入美國。英、美現感染人數暴增，Omicron已成為染疫之主流。台灣亦有Omicron境外輸入，特別是春節將至，海外遊子、台商大批返鄉，清零政策恐怕難保，「7+7」檢疫標準也令

人勘憂。

Omicron傳播速度、嚴重程度及抗疫苗的程度，目前還沒有一致性的結論。一般說來，Omicron傳播速度快、嚴重度較輕，部分呈現疫苗免疫逃脫現象。完整的兩劑疫苗覆蓋率仍是重要關鍵。目前台灣第一劑的覆蓋率不及79%，尤其是75歲以上長者注射率更低，亟待補強。而完成兩劑注射者僅占66%，遠低於安全阻隔的需求標準。許多國家兩劑覆蓋率達85%，仍有逃脫現象，因此打滿兩劑比打第三劑更為重要。

有關第三劑加強注射劑，我建議前兩劑如打AZ，應混打BNT或半劑量的莫德納為佳；前兩劑若打莫德納或BNT，加強針應改打AZ。至於打高端的，第三劑可打AZ、BNT或莫德納。當今政府將高端列為第三劑混打對象，又讓人民自行承受出不了國的風險，真是自欺欺人。最後，儘管注射了足夠疫苗，少出門、戴口罩、維持社交距離，仍是防疫的當務之急。👤