

# 杜克實習獎學金 學生心得報告

作者：張詠森

「爲什麼你想去 Duke 實習？」這是出發前最常被問，也最常自己思索的問題。當然有千百個理由，卻真的心底有個最大的目標：我想知道爲什麼 Duke 可以成爲這樣世界頂尖的醫學中心？台灣也不乏極爲優秀的人才，不乏想要精益求精的菁英。如果 Duke 可以，難道我們不行？他們有何方法與秘訣？我要一探究竟。我三個月分別選擇了課程性質大爲不同的胸腔科，新生兒科，及皮膚科，也是爲了想看盡 Duke 的每個角落，從每個角度看。三個月來，隨著北卡羅來納州的樹木披上綠衣，在都函市的木蘭花香裡，我爲心裡的這些問號尋覓答案，卻不知道稍微尋得的答案又會導向進一步的問號，一個接著一個，而我在不知不覺間已默默的成長。

## 三月～ Pulmonary Consult

「我已經看過這個病人了，可是我想要聽你講一遍有關他的一切。」 Dr. Wahidi 笑著說，他的藍眼睛微微閃著調皮的光芒。我看著手中的 Pink sheet，也就是會診單，上面爬滿了我填上的病人病史，PE 等各種資料，是我花了整天心力由今天會診胸腔科的病人 Mr. Bloomer 及他的太太口中，檢查結果，電腦 lab data 及各種記錄，和紙本的爬滿潦草蝌蚪文的病歷上綜合而出的。這是在胸腔科第一次單槍匹馬的接一個會診而沒有住院醫師陪同。通常報告完討論完才會由主治醫師帶著整個 team 一起去看病人，不過今天在查房前主治醫師 Dr. Wahidi 就已經幫病人排程下午的 thoracentesis，也就順便看過病人了。坐下來和 Dr. Wahidi 討論前，早已緊張的把我寫下的東西看了一遍又一遍，也已急忙的把相關的知識資料查了查。但他已經瞭解這個病人病史的事實讓我分外緊張，懷著擔心被電爆的心情，硬著頭皮開始 present。

Dr. Wahidi 並沒有把我手中的會診單接過去讀，也沒有一邊在電腦上查病人的 data，只是專心的聽我講。當我報到他本來不知道的細節，他會若有所思的點點頭說：「Interesting...I didn't know that.」當我報到理學檢查不太確定的部分，他就說沒關係，我們等下一起去看看。病史報完了，我們一起調出電腦上病人的 chest CT，他首先要我說說我看到了什麼，接著由他從頭再看一遍，一邊做一些基本的 chest CT 教學及講解，最後才看放射科打的報告，看看我們有沒有遺漏什麼。讀完片子後，他伸了伸腰，說，「So, what do you think?」我認爲病人應是 mesothelioma 造成的肋膜積水，進而造成他喘不過氣來等症狀。「Any other possibilities?」我講了一些其他可能的 differential diagnosis，他一面幫我補充，我們一面討論這個病人和各個診斷的相似相異點。「Now let's talk a little more about pleural effusion.」

他用問問題的方式，總是先讓我們有機會先想先回答，他再補充，就這樣把 pleural effusion 的重點瀏覽了一遍。也許有很多問題答不出來，卻莫名的不太有「被電」的感覺，反而覺得他的問題是在幫我提綱挈領，答得出來一些他會贊同鼓勵，答不出來他就馬上解答，也不會加上一些刻薄的無聊語助詞。一連串的問題下來，只覺得自己「被教」，不覺得「被電」。不需要緊張兮兮，卻能愉快的學習。

報告接近尾聲，我把病人的病史及評估做個簡短的 summary。這樣當然還沒結束，還有一個重點在後頭呢...「OK...what do you want to do for this patient?」Dr. Wahidi 問我。在台灣我總是習慣盡量詳實的報出病史，等著主治醫師下聖旨，開 order，照著主治醫師的吩咐處置。”Management”在習慣中是住院醫師才需要開始學的，從來就沒有人問過我要為病人做什麼處理。但在這裡，從學生就開始學習怎麼處理與治療病人。處理治療方式很多種，每項都有利弊得失，每個人可能都有不同意見，而不管你是主治醫師，fellow，住院醫師，或只是醫學生，你都可以加入討論，你的意見都是被尊重的。你可以隨時直接問主治醫師為何他把診斷 A 排在診斷 B 之前，也可以放心的問為何他不做 C 處置而要做 D 處置，他不會覺得你在故意挑戰他，反而會認真的跟你討論跟你解釋。整個 team 的每個人都充滿自信的發言，也每個人都虛心求教。碰到大家都不確定的東西，隨手就會有人找旁邊的電腦連上 Uptodate 或 Pubmed，整個 team 一起立即找答案，不會有人動不動就搬出「這個問題你回去找答案，明天跟我說。」

最後，Dr. Wahidi 又總結了一些 mesothelioma 的重點。就這樣，一個會診 case 的討論就進行了將近 1 個小時，一天當然不只一個會診，而且還沒開始查房呢！我由這樣的討論得到的收穫相信我埋頭苦讀整個晚上都還多都還清楚，也更印象深刻。Duke 醫學生沒有 PBL 的課程，不過每天的查房，每個 case 不就像是 PBL？而且更真實，效果也更佳！這樣的討論時間，不是刻意安排的每週一次，每週兩次，而是每天每個會診每個 case 都這樣進行，大家也就不知不覺的一起學習。討論結束後，Dr. Wahidi 滿意的點點頭，說：「This is a good teaching case, isn't it?」他接過我手中的會診單，開始填入最後一欄的主治醫師評估與處理，這也是病人的 primary care team 唯一在意的一欄。一邊填寫還不忘鼓勵我：「Great presentation！」整天排著滿滿的 schedule，忙進忙出，而一個他已經看過甚至 diagnostic thoracentesis 都已經做完的病人，他卻願意還是花個把個鐘頭坐下來跟整個 team 從頭討論，就算會拖延下班時間。

當我跟台灣同學聊到在美國醫師總是花很多時間跟學生討論，同學說：「你是說他們有很多『美國時間』可以討論？」我不禁笑了。也許這裡病人數量真的不像台灣那樣多，但醫師們願意和學生討論大概不是因為他們時間多，而是因為他們把教學當成一回事，當成一件重要的，分內的工作，是必須想辦法排入每天 schedule 的事。這是他們的習慣，大家都這麼做，

所以做起來也很自然，不需刻意，也沒什麼大不了，卻真的讓我很感動。每天的查房時間，除了看今天會診我們的病人外，也看之前會診過的病人，一直 follow-up 到病人胸腔方面所有檢查結果及處置都完成了才 sign off。每次有什麼新的進展，住院醫師除了在病歷上留個 note 之外，通常都會聯絡病人 primary care team 的住院醫師親自告訴他，確定他們瞭解，有任何問題也可以直接討論。反觀國內的會診常常是只看一次的。還記得有一次我有個病人曾經會診過眼科，但病人一直覺得問題沒有改善，我打電話給之前看過他的總醫師想請她再來看病人一眼，她對我大吼：「我們從來不 follow-up 病人的！要再看就再開一張會診單！...而且你真的覺得有必要再看一次嗎？我上次就寫得很清楚了阿！有些人就是會一直眼睛痛啦，也不一定有什麼問題！」我改變策略，說：「那我跟您請教一下喔...如果病人開完頭部的刀後...」都還沒把問題問出來，她馬上又歇斯底里的大吼：「你不可以這樣問我阿...要問就開會診單！」我很難過，難過的不是被罵被嫌被大小聲了，而是總醫師整個對話中重複了兩三次的「我們從來不 follow 病人的！」講得義正辭嚴，講得像我是三歲小孩子怎麼這個也不知道...這句話一直在我的腦中迴盪...一遍遍的刺痛我的心。不夠時間跟學生討論，也不夠時間把看過的病人再看一遍...這些不成文的習慣不是一天兩天的事，我們竟做得這麼自然。

Dr. Wahidi 本身是 interventional pulmonary medicine 的專家，所以也有大半時間在做支氣管鏡，或其他侵入性的胸腔檢查。他有自己專門的呼吸治療師和護士，默契十足，合作無間。他的護士叫做 Adam，是個男護士，對病人的溫柔體貼卻不輸任何女性。他們做支氣管鏡時除了局部麻醉外，一律也會給病人做適當的鎮靜。雖然如此，整個支氣管鏡的過程中都少不了 Adam 的聲音，不是在討論八卦，而是一步步的告訴病人現在正在進行什麼步驟，每隔一會兒不忘問問病人：「How are you doing, Mrs. XX?」或鼓勵病人：「You're doing great, honey, everything is fine.」有一次在支氣管鏡進行中，Adam 必須要去旁邊準備一些臨時需要的材料，他對我招招手，要我上前去取代他的位置，接著把病人的手交給我握住，我才驚覺他是一直握著病人的手的。驚訝嗎？也許我們都不習慣，但這些窩心的小動作，人家做得很自然。

在國內也見習過一些侵入性的檢查，有時候覺得只要無菌布一攤開，只露出一個洞，就只看到需要做檢查的部位，而不太意識到下面是個活生生的人。有許多局部麻醉的檢查與小手術時病人都是清醒的，但醫師與護士彷彿只盯著跟那塊消毒好的部位，或是內視鏡所接的螢幕，不太意識到病人沒有因此而變成聾子或啞巴，不太意識到無菌布下的病人想必是緊張的，是害怕的。醫師專心的執行檢查或手術，護士敏捷的輔助醫師工作，學生忙著找位子把步驟看清楚，病人則是靜靜的躺著，從來不知道現在發生什麼事，進行到哪，也總覺得不該問，只能由醫師護士們的交談間緊張兮兮

的尋得一些蛛絲馬跡，做一些揣測。曾有一個病人跟我說，有一次他在做一個人工血管的置放手術，這是個不複雜的小手術，只用局部麻醉，但他頭被蒙在布襟下時，三番兩次聽到執行手術的年輕醫師對護士說：「阿！糟糕！你幫我 call 一下學長。」又聽到有人急躁的說：「你這樣做不對！」他說他嚇都嚇死了，雖然最後手術很成功，他卻堅信手術中一定有什麼差錯。這當然是個極端的例子，並不能代表國內的常態。又也許民族性的不同，沒有像 Adam 這樣的詳細解釋或噓寒問暖，病人也都很習慣，不在意這種小節，但這種舉「口」之勞，會不會讓病人心裡多分溫暖，多點信心？這我們也做得到，只是好像不常想到。

#### 四月～NICU

時間是凌晨四點半，地點是小兒加護病房，經過了 7 個小時的急救與初步評估處理後，這個由外地緊急以直昇機送來的小 baby，還是難逃接上體外循環機的命運。外科團隊圍著小 baby 進行接上體外循環機的手術，我和加護病房的住院醫師們則在旁觀看手術進行。這是我第一次在 Duke 值班，值的是新生兒加護病房，早上 6 點就開始上班，工作到晚上又值班，整夜沒睡的我，雖然好奇的想專心看這個我沒見過的手術，卻很難說服自己並不疲倦。這時加護病房的值班主治醫師走進來，他的眼睛炯炯有神，但佈滿了的血絲偷偷暗示了他的疲倦。他看到我們在觀看手術，馬上開口問我們知不知道體外循環機怎麼運作。我的心裡吶喊著：「現在是凌晨 4 點半，我那將近 24 小時沒休息的腦袋早就快變成醬糊了...」，他見到我們遲疑的眼神，就滔滔不絕的解說了起來，講得清楚又詳細。我感到不可思議，凌晨 4 點半也有主治醫師的教學活動？！他甚至不認識我，因為我是別科的學生，但他卻很關心我到底懂不懂，會不會。我頓時精神一振，如果主治醫師可以在凌晨 4 點半，睜著充血發紅的眼睛還熱情的 teaching，那我也可以熱情的學習！

隔日的下午 3 點，我拖著 34 小時沒休息的身軀與腦袋返回宿舍。Duke 有個很人性化的規定，就是值班後那一天下午，把該做的工作做完就可以回家休息。我這個月在新生兒加護病房（Neonatal Intensive Care Unit, 簡稱 NICU），他們告訴我可以自己選擇要不要值班或哪一天值班，也可以選擇要像一般學生一樣留到晚上 11 點就好或是留整個晚上。秉持著一開始的理想，我當然要一探究竟他們值班是什麼情形，而且既然都來了，能看多少就看多少。奇怪的是，忙碌的 34 小時後，心裡並不像國內碰到忙碌的值班時充滿了憤怒與倒楣感，反而感到很充實，很愉快！愉快?!沒可能的吧！不過是真的...

值班的夜晚由接一個新病人開始，fellow 及住院醫師帶著我去，他們說很抱歉白天時無法完整的把接新病人的重點與流程一一清楚的介紹，剛好趁著晚上值班彌補回來。從新生兒的基本檢查到與家屬解釋溝通，他們都帶

著我去，一邊說明。講到了一個不熟悉的新治療方法，fellow 隨手就在網路上查了一篇他記得寫得不錯的 journal，印了一人一份交給我們。新病人接完了，一時沒什麼別的工作要處理，fellow 馬不停蹄又預告我們，晚點有個懷疑是肺高壓的小 baby 要以直昇機送過來，接著他又從「如果一個新生兒出生時 cyanosis 要想到什麼」開始，引入肺高壓這個主題，幫我們做了個 overview。討論時，我發現住院醫師很喜歡問一些情境題，例如如果今天一個幾個月出生的新生兒如何如何表現，那我們要先做什麼檢查，治療方法用 A 好還是用 B 恰當？藉由 fellow 回答時的思路，又使重點更鮮明了。我告訴自己這也是我要訓練自己的思考方式，馬上把條列式的知識融會貫通成活生生的東西。

小女嬰終於在 EMT 的簇擁下來到加護病房，在外院時還沒弄清楚他到底為何缺氧，只是心臟超音波上看到一些肺高壓的證據，一系列的急救與初步處理後，病人稍微穩定，但必須找出病因才能作根本的治療。給小女嬰照了胸部 X 光，會診了小兒心臟科來做超音波，大家開始熱烈的討論著所有的可能性，不斷丟出各種想法，提出自己的邏輯，試著合理化各種可能。我心裡想著，依照從前的經驗，在這種病人狀況 critical，病情複雜，主治醫師及 fellow 們也都還抓著頭思考的緊急時刻，通常學生會自動化身為一張壁紙或一個桌腳，成為別人看不到也聽不見，偶而還會因為擋路不小心被踢到的隱形物吧！但至少我是個剛才聽過 fellow 講課也自己利用中間空檔偷查過資料讀過書的桌腳！我默默的在他們的交談中也勢必可以理出一些頭緒！所以當討論中，fellow 轉過頭來問我：「Do you understand what's going on?」我還轉了頭確定沒有人在我後頭，而他確實在跟我說話，才受寵若驚的提出一些我不懂的地方。好幾次在熱烈的討論後，fellow 都會轉頭來確定我還跟得上他們的進度。照的 X 光片結果出來時 fellow 會來拍拍我的肩約我跟他們一起去看。我不害怕提出自認為很笨的問題或很笨的看法，因為他們的反應讓我覺得我提出任何問題都很正常，況且這樣立即學習的效果太好了。我發現我不是個桌腳，差得遠呢！我的角色很鮮明也很正當，我是個「學生」，而我就是來「學習」的！

白天的 NICU 由六點開始，星星伴著我由宿舍走到醫院，在主治醫師八點查房前要把病人在過去 24 小時內的各種資料收集清楚，查房時依照一定的系統順序報出。最後一項當然也是今天的治療處置計畫。主治醫師 Dr. Goldstein 告訴我，報告計畫時不需要問「我想這樣處置可以嗎？」或是「這樣該為他做個 xx 檢查嗎？」，而是應該信心滿滿的告訴他「我想要為他做 xx 處置」，如果他對此有疑問或不同意見他會直接提出來，否則就照著我的意思做。欲處置的想法相同，但兩種不同的語氣，心境上卻是大為不同。前者總是在要求解答，依賴主治醫師下最後的決定，後者則訓練自己獨當一面！查完房時通常已經接近中午了，接著主治醫師會帶著整個 team 一起到放射線部看昨天所有的片子，主治醫師或住院醫師會用一兩句話說出病

人簡單的病史及這次照片子的目的，再由放射科醫師讀給我們聽，簡單的就一句話帶過，複雜的則當場討論，立即就可以把臨床表現及影像表現互相配合，討論出合理的解釋或診斷。每天也許只花 5-15 分鐘，卻可以很有效率的得到正確的讀片，正式報告也通常當天電腦上就查得到，幾乎從不必爲了等報告擱置一些決斷。不是在放射科也可以有每日 5-15 分鐘的放射課，我覺得這是很有效利用，很值得花的「美國時間」。

新生兒科是小兒科裡較專門的一科，在學校上課時這方面只有 1-2 小時的課程，所以我並不熟悉，剛開始 run 這科常覺得一頭霧水，我向前兩週 NICU 的主治醫師 Dr. Izatt 反映我的心聲，他想了想，說有一本課本他很喜歡，寫得不會很多很雜卻很精闢。他說要去辦公室拿一本借給我，一時找不到，他就立即跑去圖書館幫我借了一本交給我，告訴我他會每天要我讀 1-2 章，他跟我討論。更感人的是，他之後真的幾乎每天下午在臨床工作間，都抽出一些時間，坐下來跟我一對一的討論，讓我對讀到不懂處問問題，順便補充一些最新的觀念，或建議一些可以進一步讀的 paper。我驚奇的發現，他們不怕我提出任何要求或問題，似乎只怕我沒學到東西。本 team 的第三年住院醫師 Carissa 每次見到我，最常掛在嘴邊的一句話，就是「Are you learning anything today?」久而久之，我也自然的每天問自己：「Am I learning anything today?」因此，沒有什麼特定的工作，稍微可喘口氣時，腦裡浮現的念頭不像在國內時想的：「我要把握這幾分鐘休息一下，免得等下又被 call 了」，而是：「Am I learning anything today?」...教學與學習的熱情是會感染的！

現在你相信我值班 34 小時經驗後的「愉快」心情了嗎？關鍵點是，這些放棄睡眠的時間，每一分每一秒都是值得的。沒有浪費一分鐘的都在學習，都很充實。心裡想到的只是我學到了好多，聽到了好多精彩的討論，看到了精彩的手術...有沒有睡覺似乎也不那麼重要，又怎麼會生氣或覺得倒楣呢？反觀在國內我所受訓的教學醫院，學生值班時，大多是被 call 去抽血或開藥單、換藥，沒什麼解釋的照著指示去做一些技術性的東西，就算怎麼認真上進也只能想辦法弄清病人狀況，埋頭讀點書查點資料，弄清楚這樣的處置是否適當，很少有人出現來教你或跟你討論，爲了這樣犧牲的睡眠，又要如何心甘情願，動力十足呢？之前在國內曾有一次，護士小姐 call 我說：「XX 病床的阿嬤要做個肛門指診。」由於那病人平時不是我照顧的，我對她一無所知，劈頭就叫我挖他的屁屁，也沒說爲什麼，我總該知道我想要檢查什麼吧？...所以我問：「請問他爲何需要做肛門指診？有什麼症狀嗎？便秘？血便？大便習慣改變？」護士小姐說：「因爲住院醫師說的。」當時有種想要爆炸的感覺，找出了阿嬤的病歷翻了翻，progress note 每日幾乎重複著相同的 SOAP，看不出什麼有關腸胃道症狀的端倪。去看看病人吧！年老的阿嬤不太講話，問不出個什麼所以然來。好不容易找到了住院醫師，他才跟我說阿嬤便秘很久了，最近卻有點拉肚子，所以要檢查一

下肛門有沒有糞石堵住導致一些糞液流出。我跟住院醫師解釋我沒有實際做過肛門指檢，是否可以帶著我去做。他說：「喔~就伸手指進去摸摸看有沒有異常呀！」接著就埋頭繼續他的工作。我不懂我如果沒有做過肛門指檢，我要怎麼分辨正常或異常。他說：「喔~不然你就挖挖看有沒有糞石好了。」又繼續埋頭工作。神奇的是，當時我對這樣的答案不會很不滿意，還覺得至少我有點知道我在檢查什麼了，這樣住院醫師已經算是有教我一些東西了。現在回想起來覺得不可思議，因為我們是默默的那麼習慣這種片段粗糙的教學或甚至沒有教學，默默的習慣「學習靠自己努力」的說法，默默的接受這些沒來由的技術性的工作，從來不知道不滿足，不知道學生可以也應該得到更多，不知道學生「學習」應是正當的，不是住院醫師或主治醫師施捨的。我真想為當時的自己哭泣，為國內多少和當時的我一樣的學生流淚。

## 五月～Dermatology

「您好，Mrs. XXX！我叫 Sandra，是個醫學生，今天和 Dr. Olsen 一起工作，很高興認識你。」踏入門診診間這句話就自然滑出，手也自然的伸出和病人及每個家屬一握。「我先跟您聊聊，做些基本的檢查，等會兒 Dr. Olsen 就會進來看您。」病人也很習慣這樣的看病模式，總是欣然答應。問完了病史，我開始幫病人做全身的皮膚檢查，病人早在我進來之前已脫光外衣，穿上醫院的袍子，我模仿之前我觀察每個醫師都大同小異的模式，從頭到腳檢查病人的皮膚，也模仿他們一些小動作，譬如在必須把病人袍子向上拉起檢查腹部時，用另一塊大布襟像棉被一樣的幫病人蓋住下半身，盡量每次都只露出目前檢查的部位。檢查後，我回到醫師工作室向主治醫師 Dr. Olsen 報告。討論後我們再一同進去看病人，解釋病情和治療計畫的工作則由主治醫師擔任。回到工作室，住院醫師報告另一個診間由他先看過的病人狀況，Dr. Olsen 再帶著我們兩一起進去看。當然，進門第一件事還是自我介紹。學生如此，主治醫師也如此。這就是典型的門診模式。

在那裡已經習慣可以自己去看門診病人，也不會心虛或害怕，因為評估方式都是一樣的一套，也許評估檢查了之後腦中有千萬種想法，也許腦筋一片空白想不出個診斷，立即的口頭報告訓練自己快速的整理思緒，再盡量擠出自己的看法，不需太緊張，也不需太在意自己原來的想法和後來主治醫師親自看過後的診斷差了十萬八千里，因為就像會診時一樣，病人不會由於你的錯誤判斷而受到任何傷害，有主治醫師幫你撐腰，在病人被下診斷做處理前早就把你扶正。主治醫師對病人的解釋通常鉅細靡遺，由他的診斷到治療方式的選擇與計畫都說得一清二楚，學生在旁也就一邊學習。一起看完病人後也還可以再跟主治醫師進一步討論。照這樣的流程，一個病人看 30 分鐘不是什麼奇怪的事。對學生來說，跟門診不但是一個個 case 的立即學習，也是觀摩別人與訓練自己跟病人互動的好時機。

最後一個月選擇在皮膚科，因為他的課程很多樣化，一週做 Duke Hospital 住院病人的會診，一週到 VA（也就是他們的榮民專屬醫院，和 Duke 整個運作系統，病人族群都大不相同）實習，看門診與會診，另兩週看皮膚科各個門診。幻想一下在國內看兩週皮膚科門診的景況，應該會看到數以千計的看痘痘的病人吧！但這裡看門診的兩週卻多采多姿，每個半天都安排不同的門診，跟不同專長的醫師，有一般皮膚科，有小兒皮膚科，有頭髮門診，Cutaneous T cell lymphoma 門診，keloid 門診，melanoma 門診，雷射門診，leg ulcer 門診，...還有一天排的是皮膚病理。這些奇奇怪怪不常見的疾病的門診，怎麼也可以排到一整個半天或一天？那是這些每個專門的門診跟到的都是那方面非常權威的醫師，像是專長小兒皮膚科的 Dr. Prose，聽到好多病人的家長都跟他說：「如何如何都看不好，所以我們帶小朋友來看你，因為我們聽說你是美國東岸最棒的小兒皮膚專家。」他也常常受邀去世界各地發表演講。專長掉髮與 Cutaneous T cell lymphoma 的 Dr. Olsen，也是個權威人物，病人會從世界各地被轉介來求診。Dr. Murray 則是有許多當地名人來求診，從籃球明星，名賽車手，到歌手都會來找他看。

不只在皮膚科，在 Duke 無論哪一科，你常有機會讓各專門領域全球最頂尖的專家帶著你看門診，為你上課，你可以親眼看到這些大師們查房時坐在病人床邊問診或跟病人聊天，也可以聽他們演講這領域目前最新的研究進度。在去皮膚科前，我在圖書館看到一本叫做”Itch”的教科書。「癢」雖然人人都經歷過，目前科學上對此卻有許多未知，而這整本教科書講的都是有關「癢」的一切，由研究癢的歷史到最新的各種有關癢的研究，當時覺得很有趣就把他借回來看。某個早上皮膚科有個有關「癢」的演講，我赫然發現受邀的講者就是那本教科書的作者！這類的經歷比比皆是，像是每個週五早上八點，內科都會有一個 Grand Round，每次講題都是很新很尖端的題目，像是 cardiac MRI，感染機制的最新發現...等，你可以聽目前引領這方面研究發展的大師親自演講，並且有更多大師跟你一起坐在台下聽。演講後，你可以聽台下的大師們提問、comment，和台上的大師討論，互相交流，每次都精彩萬分，甚至比精彩的演講本身更精彩。每個週五中午，則有一個叫做”Chief Round”的會議，通常是一個有趣的 case，由住院醫師簡單的講病人剛來時的 chief complaint，接著就由”Chief”，通常就是內科部主任或是某個大師級的大人物，帶著大家一起猜是什麼病（Chief 本身是不知道答案的），首先大家丟出問題，由病史的細節開始，到理學檢查，實驗室檢查等，任何問題都可以喊出來，由負責報告的住院醫師提供這些資訊，Chief 一邊帶著大家思考跟鑑別診斷，最後 Chief 就要猜這個病人到底得了什麼病。在最關鍵的檢查結果問出來前，Chief 常十之八九都猜不出來，不過跟著他的 thinking process，真的很有趣。參加這些會議是種享受，我後兩個月不在內科，如果有空也都盡量參加，沒時間去總覺得很

可惜。因為沒辦法去上某堂課而可惜到想捶胸頓足？！我也不敢相信我會說這樣的話。

### Differences~

Duke 的住院醫師訓練過程是美國醫院中數一數二嚴苛的，他們都戲稱自己是”Duke marine”。但我卻注意到他們許多硬體的東西是很人性化的。例如大大小小參加不完的 conference 大多會提供餐點，住院醫師辦公室裡擺著咖啡機不稀奇，還有一桶一桶的巧克力或堅果，任何想要緊急能源補給的醫師或學生都可以去拿。醫學生有 medical students’ lounge，裡面有沙發有電視有微波爐有電腦，還有值班可以睡的床，及每人一個自己的能鎖的鐵櫃。每個樓層每個部門也都一定找得到一個 lounge，具有相似的功能，這些都是小東西，卻為忙碌的生活增加許多便利性。在台灣實習時有時跑遍整層樓沒個飲水機，沒有任何屬於自己可以放東西鎖東西的空間，連宿舍都因為會跳電而禁止任何微波爐或烤箱的使用。這樣的「刻苦耐勞」，真的值得驕傲嗎？

他們的分工也很細，所有的抽血、換藥、置放管路都由護士或專門的技術員擔任，不但效率高，病人也得到最好的品質。出院病歷或門診病歷不是用打的，是用口述錄音，再外包給別人幫忙打字出來。碰到聽不懂英文的病人（通常只講西班牙語）他們有一個叫做”blue phone”的東西，一個電話兩個話筒，病人醫師一人拿一個跟翻譯人員通話，而且 24 小時不打烊。住院醫師訓練過程很忙很辛苦，但每年三個禮拜的假一定會放。反觀我們的醫院裡，技術性的抽血換藥等佔了實習醫師絕大部分的時間，住院醫師則常是一年 365 天全年無休...如果他們是”Duke marine”，那我們的住院醫師與醫學生不就是牛與馬？我們有這麼耐操的民族性，那我們為什麼還是差人家一大截？

「你現在在哪一科阿？」「xx 科阿」「累不累阿？」「滿累的，雜事很多，還有 20 幾床 progress note 要寫...」這是我所實習的醫院裡實習醫師碰面時典型的一段交談。（註：所謂的「雜事」，指的就是抽血，換藥，放置管路，幫住院醫師聯絡事情等技術性工作。）緊接著可能就是討論誰今天又抽了二、三十管血，誰導了 6-7 次的尿，誰換了 20 幾床藥的經驗較勁。那麼在 Duke 碰到其他的醫學生，典型的對話又如何呢？...「你現在在哪一科阿？」「xx 科」「How do you like it?」...接著則常是「I saw this interesting case the other day...」等經驗分享。真的，如果不是因為有夢，陳金鋒不會在內華達州的沙漠中追求那劃破星際的弧線，如果不是因為有夢，球王 Roger Federer 不會不斷提起他的球拍，在溫布頓的茹茵草地上一再地揮出致勝的 inside-out。因為我們沒有夢，我們的對話跟外國學生的差異如此巨大也就不令人訝異了。是怎樣的環境下會偷走年輕人的夢呢？無止盡的抽血換藥，無數從來不知道病人的狀況卻要開的 order，無數從來沒有人看卻「一

定要寫，否則醫院會受罰」的 progress note 或 general history，各種無來由的任務，例如被叫去跟著救護車送可以自己走上車的轉院病人...每天追著這些 duty，響個不停的 call 機，好不容易有課上，有教學門診跟，也常常要被打斷，追著這些 procedure 跑。大多數的學生在這樣的生活中已經心力交瘁了，稍微可以喘口氣時就只想好好喘口氣，遑論利用所剩不多的時間認真學習了。

當我們提出我們的不滿時，醫學大老們常對我們說，他們那個年代，日子比我們苦幾百倍，血球數要自己數，什麼都要自己送、自己做，稍微做不好就要被摔病歷，被兇被罵，還是很認真學習，現在的年輕人已經很輕鬆了，爲什麼辦不到？爲什麼做點小事就抱怨一堆？之前我聽了總默默的低下頭來檢討，想著自己如果可以再積極一點、再努力一點，收穫就會更多。可是這次的杜克行後，我真的不再有興趣幾十年前台灣的醫學生怎麼學，我們想知道的，是當下世界上最頂尖的醫學生都怎麼學？三個月只容我匆匆一瞥，可是就已經有很深的感觸。人家 Duke 學生是在這樣的環境下學的！學生在醫院裡就是「學生」，重點就是要「學習」，而不是被當作隨手可調動的「人力」。更重要的，教學與學習都是充滿熱情的，每個人的熱情互相感染！

學習的路上，我們一直被提醒要緬懷從前挑著水打赤腳走路的時光，但這時，外國學生開著跑車，早就遙遙領先了！

### **What can we do?**

如果我們還有夢，我們可以怎麼做？我們該怎麼做？

我認爲身爲學生，我們首先可以做的，就是「覺醒」！不要再埋頭默默接受現在的情況，因爲我們可以做得更好！每天無怨無尤的埋頭把主治醫師、住院醫師、護士交代的「雜事」乖乖做完，也許就會被覺得「很認真」，也許就會被「打高分」，可是養成習慣問問自己吧：「Am I learning anything today?」

有很多是我們學生自己就做得到的。我們可以自己去看病人，弄清楚他的問題，但是因爲普遍來說，國內醫師的病人數很多，也許可以衡量自己的時間能力，特別專注幾個有興趣的病人。看過病人後，還要動腦如何解決病人的問題，不要只是當個 by order 的 intern。今天當個 by order 的 intern，明天就是 by order 的 resident。我們可以自己練習怎麼處理病人的問題，練習獨當一面的思考，在主治醫師「下聖旨」之前，就自己先想想：我想替這個病人做什麼？看看主治醫師想法有沒有不同。如果不同再請教主治醫師，跟他討論。許多主治醫師其實是很熱心教學的，但有時候一忙起來，你沒有問他也就沒有答，如果你有先想過自己的問題是什麼，很多主治醫師也都是很樂意討論的。就算他不想討論，有時也不必拘泥於自己本 team 的醫生，心電圖有問題時就拿去問 CV 的醫師，片子不會看就去找放射科

的醫師，整個醫院的醫師這麼多，總有熱愛教學的醫師。外國人說住院醫師和實習醫師是醫院裡的頭痛人物，因為他們總愛問問題，不管問題多麼簡單，逼得主治大夫和主任都得好好充實自己，不然無法應付那麼多學生的 challenge。相對來說，台灣的主治大夫和主任就好當多了。大部分的學生通常都不好意思問，大家也樂得輕鬆。

對病人多點關心與尊重也是可以練習的。被 call 去做雜事時，常常我們不知道病人是誰，病人也不知道我們是誰，有禮貌的稱呼一下病人，最基本的自我介紹，和簡單的說一下我們要做什麼，幾秒鐘的隨口之勞很簡單，我們卻常常沒有習慣作。隨時想到病人是活生生的人，不是一塊消毒好的無菌面也是需要常常提醒自己的，從現在就可以養成好習慣！對病人多點關懷，就算現在我們的老師沒有示範給我們看，希望將來我們可以示範給我們的學生看。

我們自己可以做的要要求自己努力認真做到，但大環境真的也是需要改變的！不想再只是碰運氣看是碰到熱心教學的主治醫師、住院醫師，還是碰到把學生當空氣的主治醫師和愛把雜事跑腿堆給學生做的住院醫師。我們想要怎麼樣的教學，怎麼樣的學習環境，就應該要說出來！老師們說得沒錯，醫生本來就是應該要有超人的耐力與體力，要以病人的 complaint 擺優先，但是對於病人的 complaint，我們想要學的是怎麼「動腦」處理，而不是別人下了 order 後，再 call 我們「動手」去做。我們不是想要偷懶，我們是想要「學習」！因為我們是「學生」！我們的學生沒有比國外差，甚至我們更有刻苦耐勞的性格...We deserve better learning！！

## 結語

從小到大，我最不喜歡的事，就是聽到許多人說，我去過美國，美國如何如何好，不然就是說，人家日本做得怎樣怎樣，不像台灣這麼爛。事實上我從小的家庭環境和求學的過程中，也不乏跟西方接觸的機會，我私心以為，台灣儘管有許多待改善的地方，但台灣也有許多美好的地方。我總覺得，很多人這樣表達他們的看法，無非是要顯得他們過人一等的經驗罷了，有種挾外以自重的味道。如今，我在 Duke 大學實習歸國後，卻也不能免俗地必須批判台灣的醫學生養成教育，我的內心是充滿矛盾和遺憾的。事實上，美國的醫療的制度上也存在許多問題，不然這也不會成為他們每次總統大選熱門的話題之一。然而請原諒我必須省略這方面不談，我提出美國美好的地方，是希望能帶給國內的學生甚而主事者們一些省思，我批判是因為我知道我們還能作得更好，我無奈是因為我不知道我的想法能改變多少人。然而我是個理想主義者，就像那我最喜歡的希臘神話中，建築師鐵達勒斯的年輕的兒子伊卡魯斯不顧他父親的警告，飛得離太陽太近，最後翅膀被太陽融化墜入海中。不知道那一個諾貝爾物理獎主曾經說過「讓我們在被太陽融化之前，看看我們能飛得多高和多遠吧！」

我知道中國五千多年來的歷史只有一次商鞅變法成功，我知道醫生大部分都是中產階級的子弟，其個性相對保守。種種因素皆不利改革的推動。但是我們欣賞堂吉訶德大戰風車，我們欽佩切格瓦拉組織游擊隊，正是因為我們想知道，在被太陽融化之前，我們能飛得多高和多遠。

回國已十幾日，初回國時，我的感受還沒這麼深，等到在這邊的醫院實習了幾日後，內心中的思緒反而漣漪朵朵，治絲益棼，夜深人靜時，不免私自嘆息，像威尼斯的嘆息橋上的犯人一樣，無奈且沉重。這一聲嘆息，要不是看到我的一些同學，僅管學習環境惡劣，卻仍在無盡的 paper work 中努力寫出自己的 thinking process，我也不會說出來.....。

特別感謝：

黃達夫院長，黃達夫基金會，Dr. Tony Huang，Dr. Momen Wahidi, Dr. Bill Hargett, Dr. Susan Izatt, Dr. Ricki Goldstein, Dr. Neil Prose, Dr. John Murray, Mrs. Cosi Long, 和信醫院陳妙然陳姐，Taiwanese Students' Association (TSA) at Duke...and so many others...