

杜克實習獎學金 學生心得報告

作者：成大李彥勳

非常榮幸的，我能夠有機會到 Duke University Medical Center 體驗他們四年級學生的醫學教育。這必須感謝黃達夫院長提供我這個機會。

先說說整體的感覺吧！剛到 Duke 的時候還不覺得如此，但是回到台灣後，才覺得我們台灣各行各業的專業性都不如美國，在醫學方面也是如此。大家在自己的專業領域上並不是那麼『專業』，並不能提供最完善的服務。有一次聽黃崑巖院長演講，黃院長就有提到 professionalism 的問題，說台灣人缺乏 professionalism，這次是真正有這種感覺。

在美國醫學教育是四年制，和台灣七年制，或德國的六年制不同，前兩年基礎醫學，後兩年臨床醫學。Duke 又和別的醫學院不同，第一年就將基礎醫學教完，第三年多了一項研究計畫，因此，Duke 的學生 loading 又比別人重。我一直在想，台灣的醫學教育是在 graduate school 完成，而美國則是 post-graduate medical school，這是否造成不同的結果？台灣的學生主要是經由聯考進入醫學院，現在聯考的榜首仍是醫學院，會進醫學院我想和其身旁的人，尤其是父母親，有絕大的關係，又有幾個人是真正自己有興趣才來讀的？我覺得這一點很重要，如果沒有興趣的話，要如何 have fun？如果不能 have fun，那又如何能將一生選擇的職業做好？在美國，醫學生都有過四年的大學教育，已經有一定的素養，對自己有一番瞭解，之後再決定自己是否要進入醫學系。在台灣的教育環境下，每位學生接受相同的國小，國中，高中教育，如果沒有良好的指導，如何能夠知道興趣在哪裡？老實說，我不知道美國醫學院的學生是否都對醫學有興趣，但是我想相較於台灣的學生，他們知道自己為什麼要學醫學。

另一點讓我動容的是，在美國，『醫學生』並不一定是只有那些二十來歲的年輕人。在 run cardiology consult 這個 course 的時候，就有一位 senior resident 和我們一起學習。他已經四十五歲了，想必念醫學院時也是快四十了。而我在 surgical oncology 時，更有另一位也是四十來歲的『阿伯』正在當 MS2。我覺得這是相當令人值得敬佩的事，在這種年紀還能有這種衝勁與活力來念醫學院，是許多台灣人做不到的。或許是觀念不同吧，在台灣，四十歲正應該是事業開始要有成就的時候，這時候才來唸書似乎晚了點。他們就不認為如此，他們的想法是：只要我想念，有什麼不可以？我想這是為什麼他們學習風氣這麼盛的原因。學習是一生的事，不只是學生的責任，台灣人好像並不是普遍有這種觀念。所謂『十年寒窗無人問，一舉成名天下知』那『成名天下知』以後呢？過幸福快樂的日子？中國人好像並不強調這一點。台灣人普遍認為當醫師後開業後就可以賺大錢，我父母也有這種概念，就連我高中導師也曾對我們說過：在高中時辛苦點，考到想要的大學後隨便怎麼玩都可以。這種觀念真是錯的離譜，持續的學習，持續的成長，我想才是最值得敬佩的。

另一方面，我總覺得 Duke 在課程的安排和設計上比我們學校好。這一點我在 Cardiology 時的感受最深。在 Cardiology 時，每個星期一，三，五早上都會去讀 EKG，之後有 Attending 和我們討論。一個禮拜僅僅六個小時，四個禮拜下來，我覺得我的 EKG 功力大增，面對 EKG 時找到了一個系統性的讀法。在國內雖然心臟電生理學的還不錯，但是在 clerk 時我們並沒有常常看 EKG，我想只要像在 Duke 時一樣，安排我們在 run cardiology 時和一位 attending

一起看 EKG，我們學的一定更多，Cardiology 在 Duke Cardiology 尚為選修，在成大卻為必 run 的 course，若趁此時機好好訓練我們的話，我想我們程度會提升不少。只是小小的一點改變，用心一點，效果會好很多。聽說在 Duke 的 Radiology 也能學到不少有系統的知識，在成大，因為 radiology 的人手不足，沒有辦法安排充分的時間教我們如何讀片子，是很可惜的地方。另外一點，據另一位一起去的台大同學說，在 General medicine 時，每天早上九點開始 Attending 就來和這個 team 一起 run 病房，總共三個小時，也就是說，這個 Attending 一天花三個小時在臨床教學，想想我們的 Attending，一天花多少時間在 run 病房，這一點就差很多了。總地來看，或許我們的老師們應該多花一點時間及心思在教學上，或許人力方面不能和 Duke 比，但是各位老師應該要有這樣的認知，就是在教學醫院『教學』是一項核心任務，每個老師都有責任將此工作做到最好，而不只是放 slides 念 slides 而已。在 Duke，常常聽到 Attending 或 Fellow 們說：據某年某期的某 journal，用這種治療法，效果是如何如何，例如在 run Cardiology 時，Fellow 就跟我說，據 1999 年的某 journal，Dobutamine 在 heart failure 的病人身上並無法提高 survival。這種 evidence based medicine 是我感受到的另一種精神。在 surgical oncology 時，聽 MS II 們報告時，個個引經據典，對於各種治療法的治癒率，各種副作用的發生率，都是非常的清楚。在台灣，常常聽到的是『以我的經驗來說....』這類的說法，讓人覺得知識似乎不太足夠。在成大，漸漸大家也注意到 evidence based medicine 的重要，也在努力地朝這方面前進。

有一點我們國內的學生甚至住院醫師應該感到慚愧的，就是參加演講的主動性真是太低了。在 Duke，只要有別的醫院來的學者演講，或是院內的教授有演講，通常是座無虛席，並且會有踴躍的問題出現，不像在台灣，學生通常是被規定去參加，很少有學生主動地，並且感到有興趣地去聽演講。心態是最大的問題，如果我們覺得這是一種 loading，那麼再怎麼樣也沒有辦法樂意地去參加，如果學生把他當作是一種 gain，去參加時的心情應該就會輕鬆許多。當然，Duke 那裡能夠提供的演講水準都相當的高，國內相對的來講許多演講就不是那麼精采，但是這種態度是代表一種求知的主動性，老實說，國內學生的 motivation 和國外的學生比實在差很多。但是我覺得這種 motivation 是可以培養的，如果再聽演講時，或是聽演講完後，有人能夠指導，一起討論演講的內容，讓我們明白其內容及演講的意義，我想以後不論是學生或住院醫師，參與演講的意願都會提昇。

在硬體資源方面，Duke 可是好的沒話說。在 Cardiology 有個 Harvey 告訴我們 cardiology 的 physical examination 其 physiology 的意義為何，並且說明了問題的治療方法。每個人都能在病房的電腦上網，可以連到圖書館，Medline，MDconsult，Clinical pharmacology 等網站，對於在病房遇到問題的我們，能夠馬上查到資料是非常重要的，不僅能得到最新的資訊，馬上有問題馬上查，我們能得到的印象也最深。這一方面應是我們學校先天不足的地方吧！期待學校的努力了。

再來談談醫療制度的不同吧！在 Duke 的時候，最讓我驚訝的是，民眾的醫療教育水準非常的高。最明顯的，就是大部分的民眾知道他們吃的藥的藥名，並且知道他們的功用，這在台灣根本不可能。美國人在教育下一代上所花的心思實在是令人動容。有一次 weekend 去了一趟 Baltimore，看看新開的水族館，當然水族館少不了的是海豚表演。在海豚表演前，水池旁大螢幕放映了許多有關於 Baltimore 所在的港灣的地理知識，並且告訴我們許多海豚方面的

知識，海豚表演不只是娛樂，還是一種教育。我想美國人醫療教育水準如此的高，不只是國家住重公共衛生，醫師在看病人時所提供的教育也是相當地 essential。台灣『三分鐘門診』一直是為人詬病的一個情形。在短短的三分鐘內，醫師不僅無法完全地 evaluate 一個病人的病情，也無法給病人良好的教育。在 Duke 時，我跟了我的 Attending Dr. Tylor 的門診數次，主要是 oncology 方面的門診。一個門診約有二十個診間，病人通常有預約，而門診排定時間約 30 分鐘左右一位病人。和台灣最大的不同是，這個門診不只由一個 surgical oncologist 負責，而是 medical oncologist, radiological oncologist 都在此看他們的病人，必要時，病人將會由三位 oncologist 診察過，而三位 oncologist 會討論決定最佳的治療法。這種情形可能是 oncology 特有的吧！和信醫院也是這種看診法。雖然成大醫院也有這種聯合看診，但好像不常有這種門診。每個病人都在自己的診間等醫師來，除了護士和醫師外，沒有人會在醫師看診時走進診間，病人擁有充分的隱私權，不像台灣，看診時常常有別的病人，醫師的朋友，廠商，電話來打擾。醫師在診間外先瞭解病人的檢查結果，病人的簡略病史，心理先有一個充分的準備後，再去見病人。而在診間外，可能同時有兩位 surgical oncologist, 及 medical and radial oncologist 在，可以先討論後，再進入房間看病人。從中午十二點到晚上七點，大概看了 29 個病人。這是 Dr. Tylor 人數最多的一次門診，大家都已經忙得不可開交了。和台灣的三分鐘門診比起來，病人不僅有尊嚴，隱私，也能得到較好的治療。

回國後，我曾和許多醫師討論過，為什麼他們在門診時沒有辦法好好的對病人說明疾病的來龍去脈，治療的原則，以及說明藥物的作用在何處，他們的回答大部分都是：在門診，健保所支付的診療費一個人只有 320 元，而醫院又會有業績上的要求，必須要維持一定量的門診病人，想要好好的對病人解釋，總是心有餘卻力不足。在公立醫院中，對於病人的處理大多是按部就班，可能無法和私人醫院如此的彈性化相比，而且許多私人醫院在成本的考量下，有時就會有不按照 criteria 處理，或是不處理的情形，講難聽一點，就是挑好吃的大口吃，不好吃的就丟給別人吃的這種情形，如此造成的效率和態度，往往會給病人一種幻象。在健保的這種制度下，台灣的醫療可能會造成劣幣驅良幣的情形。健保的實施，給人民了一個錯誤的印象，就是以爲醫療是很便宜的商品，但事實上卻是相反，台灣的民眾又有一種錯誤的態度，就是：我付了保費，不多拿一點藥，多看幾次病，就是在賠錢。可見大家並不明白保險的意義，貪小便宜的態度造成了過度的浪費。在美國醫療保險的保險費用相當的高，大多數的人仍必須負擔高額的保險費以維持較佳的醫療水平，相較於美國，在台灣以健保這樣的給付希望能夠的到較好的醫療水平，似乎不甚合理。在美國，醫療是由高消費，高品質，以及民眾的高醫療素質在互相抗衡，而台灣則是低消費，低品質，低醫療素質在抗衡。我想要達到美國的水準，必須有一個條件先被提升，我想最容易提升的，應該就是民眾的醫療素質了。但是美國也有經濟情形不好的病人，付不起高保費。在 Duke University hospital 旁就有一間榮民醫院，保險主要由國家給付，聽說病人族群和 Duke university hospital 完全不同，但是服務醫療團隊即 Duke university hospital 的醫師，其他不同的可能是硬體上的差異吧。我想這是美國保險的一個問題，依據保費的不同，可能會出現貴族醫療和貧民醫療，台灣若走向美國的保險制度，可能就會有以上的問題出現。

在 Duke 的門診看到的許多病人都是由別的醫院轉診而來的，轉診時當然有轉診單，這在台灣也是一樣。在那裡看到的轉診單，就好像在台灣看到的出院病歷一樣，有完整的病史，身

體檢查結果，其他實驗檢查的結果，以及治療經過等，相當完整。大部分病人轉過來時也帶來影像檢查的結果。所以接受轉診的醫師通常對於病人的情形都能夠相當的明瞭，另外也省去一次重新作檢查的消費，對於處處經濟拮据的健保來說，也算節省了一比開銷。在台灣，往往轉診單上只有寫病人的主訴，用心一點的寫了一些有關病人的 data，但常常連 present illness, past history 都沒有。轉來的意思好像是：『病人就交給你了，已經沒我的事啦！』的這種感覺，相當的不負責任。而且用手寫的字有時還十分潦草，看不懂。(字太潦草倒是在美國看 chart 時令我最受不了的) 還有一點，就是美國是個土地廣大的國家，常常被別人轉過來的病人是住在幾百公里以外的城市裡，開車來回都要好幾個小時，所以地區醫院所需具備的診療能力就必須相當的高，當然轉診時所能夠提供的資訊也比較多。在台灣，相對的病人離醫學中心或是大型醫院較近，開業醫師比較容易將病人轉到醫學中心，因此會變成小病自己看，較嚴重，或看不懂的病就轉到大醫院去，最後許多新一輩的醫師就變成立志要開業看小病。這一點非常的糟糕，而且以台灣的現狀，許多開業醫師並沒有再繼續深造，因此有人戲稱有些開業醫師『開業後就沒有再讀書了』，這一點我想相當地影響台灣整體的醫療品質。在健保的制度下，醫學中心還必須要維持門診的量以維持業績，實在像『大人向小孩子搶糖吃』，有失院格。在台灣的醫療體系下，轉診的制度並不好，各級醫院收費不公平，醫師無法詳細對病人解釋病情，在加上病人醫療知識不足，所以造成病人常常有 doctor shopping 的情形。我想這一切的解決之道在於『教育民眾』，提升民眾的醫療知識水平，以民眾來監督台灣的醫療走向，是最根本的。而如何提供醫師一個教育民眾的誘因，是個值得討論的課題。

其實這次去 Duke，我覺得讓我收穫最大的是黃院長的一番話：『Enjoy your life, and learn to be humorous.』。當醫師不是要當苦行僧，能夠樂於工作，享受工作，讓自己有個好的生活品質，進而讓病人有好的醫療品質是很重要的，醫療不是慈善事業，當然要先獨善其身，才能兼善天下。很高興回國後在麻醉科當 intern 時，也能聽到麻醉科主任強調這個觀念，我想這種觀念以後將會影響大多數的醫師。台灣的醫療環境如此糟糕，我想許多醫療界的前輩必須負起相當的責任，當然政府的政策也是一個很重要的原因。也有許多醫學界的前輩發現了台灣的問題，希望能夠從現在開始導正台灣的醫療發展，很幸運地我能夠在這個時候，能夠接收到正確的觀念，盼未來我也能對台灣的醫療有所貢獻。