# 杜克醫院實習心得

成大醫學系 106 級 王晴瑩

*"Who has seen the wind? Neither I nor you:*
*But when the leaves hang trembling,*
*The wind is passing through.*
*Who has seen the wind? Neither you nor I:*
*But when the trees bow down their heads,*
*The wind is passing by."*
*-Christina Rossetti*

我不曾看見過風，但我見過樹葉顫動，也感受過風吹過髮梢的悸動！我想能有機會到杜克醫院實習，正是一趟感受風的旅程。能夠有三個月的時間，感受美國醫院的教學氛圍，從同學、學長姊、老師們身上看見「風」、找到典範，著實是非常深刻而難忘的體驗，可以說是充滿學習和驚喜的三個月！

三個月的時間，我分別在感染科、心臟科及神經內科實習。初來乍到時總是有許多不適應，但每天都有許多新知識等著我去探索，很多不同的細節等著我去發現！

**感染科**

我很幸運地第一站就來到感染科，學到最多的倒不是怎麼使用抗生素，而是重新學習該怎麼好好地、完完整整地評估一個病人，為這三個月的學習立下很好的基礎。感染科是個很強調病史詢問和理學檢查的科別，我每天早上接一到兩個新的病人，紮實地做好病歷回顧(chart review)、病史詢問、從頭到腳的理學檢查，然後準備下午查房報告給主治醫師聽。我必須承認光是要好好地用英文做好這些事就是頗為困難的任務，也或許是過去這一年在熟悉的環境裡沉淪太久了，我在這個月重新學習怎麼當個醫學生，如何紮紮實實地完成那些該做好的事。

而每次報完隨即而來的問題就是：So, Ingrid, what do you think? What do you want to do with this patient? 這正是學習臨床邏輯和思路的最佳時機，用一兩句話總結並提出自己的想法，雖然一開始有些困難，但卻是做為臨床醫師最關鍵 thinking process 呢。

記得學姊在心得裡寫道，她在杜克看見「一件美好的事，本來的樣貌。」我暫時想不到比這句話更貼切的形容了。每天的會議很熱絡，不論是研究、文獻討論、或者病例報告，會議的目的不是為了電住院醫師、更不是為了評鑑，而是針對可能遇到的狀況，想出更好的答案。病歷裡記載是一個個活生生的故事，病人的表現好似就浮現在眼前；寫病歷的人也是活生生的人，你可以清楚地讀到他的觀察、思路和擔憂。查房不只是為了讓主治醫師瞭解病人的情況，而是為了好好聽病人說他的症狀，從頭到腳看看每一個人。

在這個月我遇到了很多有特色的主治醫師。Dr. Hendershot 是一位很溫暖、很懂得溝通的醫師。還記得第一次見面那天，他對我說：「在你跟我說病人的故事前，先來說說你我的故事吧。」隨即就自我介紹了起來。他總是可以把氣氛變得輕鬆，然後會微笑著聽病人把話說完，

從最基本的東西討論起。他會談中最招牌的，是問病人有沒有 shaaaaaaaking chills，一邊問一邊整個人跟著抖起來，他用生動的方法澄清病人有沒有冷到不停發抖，總是可以逗得病人笑，拉近彼此之間的距離。Dr. Stout 更是用心教學，他讓我們在病人面前直接報告給他聽，一來可以確定資訊的正確性，二來也可以直接看到病人並進行檢查，每個病人他都會親自從頭到腳再做一次理學檢查，並且連細微的發現都會跟我們解釋，實在受益良多！

我記得有位 95 歲的老太太，是我的第三個 prosthetic joint infection 病人了，因為她在手術所以查房前我沒有機會去看她。在報告病人時我就把病歷上的資訊整理好，做過的培養和檢查也都一一報告。接下來，我知道老師一定會問我 assessment and plans，正當我要說的時候，他提醒我：等等，我們還沒看病人呢！這時候我才驚醒，畢竟病歷上的都是二手的訊息，最基本的事情絕對不能馬虎。

我每天都有不同的會議可以參加，case discussion, journal club, research meeting，討論都十分熱絡。另外還有內科每天 noon conference 總是可以把我們的腦袋跟肚子都餵飽，其中我最喜歡的是星期五，讓聽眾從主訴、病史到鑑別診斷的偵探推理，最後附上短短的疾病介紹，每次都收穫滿滿。而感染科的會議裡，好幾次都是有人來介紹自己的研究，有基礎研究像 EBV 如何感染細胞，也有偏向臨床的研究像是研發新型的尿管來減少感染。在案例報告討論到黴菌，就有專門研究黴菌的專家會提出新的研究成果，討論都十分熱絡。如果有問題問 fellow，他時不時也會說，喔我們科裡哪個老師就是專門做這隻菌的研究、哪個老師寫了這個主題的 uptodate。在這樣的環境下不免驚嘆，這真不愧是數一數二的研究中心啊。感染科每個星期三都有的教學活動，是到細菌實驗室去看細菌。從臨床病人的症狀談到培養出的細菌，然後從細菌生長的特性談到厭氧菌的培養和收集方法，也在顯微鏡下看細菌，覺得非常令人印象深刻。

**心臟科**

心臟科會診是非常忙碌而充實的一個月，有急診也有病房的照會，一天通常會有四到五個照會病人不等，照會的原因有很多：胸痛、心臟衰竭、各種心律不整都是心臟科的範疇。我是第一線去看這些病人的人，收集資料並且尋找解答。

這兩個月的體驗讓我覺得照會團隊(consult service)的學習非常適合醫學生，讓我們學習該科知識和找答案的方法，培養臨床思維的邏輯。在台灣，照會是由總醫師負責，而醫學生及住院醫師們看的則是住院病人；在美國，由於過度專科化，在醫院是由一般內科醫師照顧大部分的內科病人（如感染科、腎臟科都沒有自己的病房），若需要次專科醫師來解答的問題就會採用照會的方式，由照會團隊給予治療的建議。照會病人比起住院病人，症狀較為模稜兩可、診斷不確定。醫學生們通常是團隊裡第一個去看病人的成員，所以須需要在「診斷」確立之前，想辦法收集資訊，這對我們來說是非常好的訓練。另外，照會的原因常是以問題為導向，例如：這像是人工關節感染嗎？培養沒有長菌那我們用什麼抗生素好呢？這個胸痛需不需要進一步的檢查或治療呢？每一個照會的背後都是非常實際的臨床問題，是從書本進入臨床很好的學習。

在 consult team 看到的病人種類很多，也有非常多在臨床需要溝通的部分：跟 primary team 討論計畫，或是打電話到外院要先前培養的結果。要打電話這件事真的令人十分緊張，要在短時間內聽懂解對方的問題，更要能清楚表達，每次打電話前總要演練好多次。這樣的臨床溝通

十分具有實務，而這個體驗是我不曾有過的呢，

另外，很有趣的是，相同的問題常常會因為病人的情形略有不同而有完全不同的處置，同樣的胸痛，有人做了導管、有人做了核醫檢查、也有人直接回家。在台灣我接觸的主要是經過篩選的住院病人以及追蹤的門診病人，比較少看到沒有診斷或是多重問題的病人，不過相較之下，我認為在台灣我們對於處置與治療的熟悉度就比美國醫學生來得高。

心臟科的這個月讓我學到很多，我想大概是主治醫師都非常熱心教學吧！只要有空檔，我就可以跟著他們一起看心電圖、心臟超音波，或是到導管室裡看檢查。Dr. Freedman 是位非常著重生理學的老師，每次看病人都會從最根本的地方著手，除此之外對於細節也不馬虎。他教我們要從生理學的角度解讀異常理學檢查或實驗室檢查背後的原理，像是怎麼量測 pulsus paradoxus、單純看血氧飽和度為什麼會不準等等。他總是會願意花時間跟我們多講一些觀念，他說，這個照會團隊的重點就是要教學，每天都要帶新的知識回去。記得有次我們接到術後 sinus tachycardia 的照會，這對心臟科來說根本是在基礎不過的照會了，但為了教學，老師立刻說那我們坐成一圈輪流講可能 sinus tachycardia 的原因，就這樣我們輪著講了好幾圈都沒停。之後再去看病人時，一個一個想我們提出來討論的鑑別診斷，就覺得這樣基礎的照會不那麼無聊了呢！Dr. Rockman 每天都教我們一個判讀心電圖的小主題，也是從基礎的生理學出發，讓這些高高低低的波形都變得有趣了起來。如果遇到有趣的案例，他會每天要我讀小主題報告給團隊上的人聽，有次報完他問我：「資料哪裡查的？」「大部分是 Uptodate」「報告我可以給你 A，但是你這個參考資料我只能給你 B-了！」他不斷強調閱讀的重要性，特別是閱讀教科書，才可以對疾病有更全面的觀點。

神經科

最後一個月來到期待已久的神經科，我前兩週在 inpatient stroke team，看的是急性中風或是腦出血的病人，還有一些表現得像中風的疾病(stroke micmics)，像是 complex migrane, TGA, peripheral vertigo, recrudescence 等等。雖然不像 general neurology 或是 neurology consult 可以遇到那些千奇百怪的神經科疾病，但也學到很多神經知識和臨床試驗的實際應用。

之所以選神經科是因為大六去了之後很喜歡，也因為神經科往往是很重視教學的一科，想藉此深入比較美國和台灣不同的醫學教育體制。我在神經科遇到了醫學院二年級的醫學生們，跟他們一起查房、上課、討論，實在非常有趣！跟成大的 clerkship 一樣，他們在臨床實習時也安排了一些課程，但課程的時間相對比較少，一周約兩小時的 lecture 與一小時的 PBL 討論。不過我也發現他們二年級醫學生實在不太輕鬆啊，平常 pre-round、報病人、和家屬溝通解釋病情一樣都不少，表現得十分穩重大方呢。我想我們也可以把 primary care 的時間往前推移到 clerkship 就多接觸病人、和其他醫療人員溝通。我發現，美國的醫學生的表現都十分成熟，即便他們聚在一起時也和我們一樣玩在一起聊天，但是他們把面對病人當作專業展現的一部份。醫學生因為是主要接觸病人、和病人相處最久的人，所以在查房的時候其實是主導的人，把病人介紹給團隊、把團隊介紹給病人，有時候也是查房時解釋病情的人，再由主治醫師做補充。這樣的場景在台灣是比較少見的，病人多是主治醫師的老病人，查房時主治醫師在最前面、其他人跟在後面聽著主治醫師向病人說明，但我回來後試著在接新病人時這樣做過，覺得倒過來的模式可以讓自己更瞭解病人、更多和病人互動，這其實是非常好的訓練呢。

此外，二年級醫學生實習結束還有全國統一的轉站考：SHELF exam，佔了實習成績重要的部分，會影響以後的申請，所以大家回家都要很認真讀書。和好幾位同學聊過，他們覺得這樣的筆試其實會影響他們的臨床學習，回家讀自己病人相關知識的時間就會被壓縮。有個下午我跟他們一起練習了模擬考題，發現考題蠻難的，總共有一百多題選擇題，以案例為主，敘述症狀和部分檢查結果，然後問你下一步的治療處置。（所以等於轉了兩個彎，要你先確立診斷，再想治療或是給病人的建議，才能作答。）相對於我們的國考題，我覺得是非常貼近臨床情境的。

不同於前兩個月去的照會 team，stroke team 是需要照顧病人的各種大小問題的 primary team。很幸運地遇到熱衷教學的主治醫師 Dr. Julian Yang 和住院醫師 Dr. Olinda Pineta，除了報病人之外，每天查房都會講解影像、挑一兩個病人讓我們練習神經學檢查，並指出我們要改進的地方。能夠有即時的回饋真的很棒呢！（一開始要用英文做神經學檢查實在有點不輪轉啊，還要講繞口令讓病人重複，都不知道 aphasia 的是病人還是我了。）我記得 Olinda 有天下午還特地帶我去看神經科 ICU 的病人，教我 coma 的病人要怎麼做神經學檢查，以後遇到意識不清的病人，就不是只有 GCS 可以評了，而且他也當場看我做一遍，真的是手把手的帶領啊。

Dr. Yang 在我們剛到神經科的一開始就說明得十分明確，中風的病人住院最重要的目的就是要找原因(do the detective work)以預防下次發生：找到中風機制一系列的 workup、治療危險因子、衛教病人就成為最核心的部分。（許多醫師在 rotation 的一開始會簡短的說明在這個團隊中，住院醫師和醫學生各應該要學哪些東西，清楚說明教學目標我認為非常受用！）特別對於衛教，如果沒做好就功虧一簣了，老師十分強調醫學生應該要去衛教病人，確保他們瞭解什麼是中風、預防中風的方法（戒菸與控制三高）、哪些是中風時會出現的症狀（BE FAST）、發現了應該要怎麼處置（打 911，才能在救護車上就啟動 stroke code）。除了言教，老師在查房時也會自己衛教病人，或是拿這些問題來考病人，才能達成預防下次中風的目的。我在衛教病人的過程中，可以進一步評估病人的病識感，也感覺自己跟病人的關係拉得更近，從病人身上得到不少回饋。

在成大神經科的見習中，我對中風最多的學習在於神經學檢查與臨床定位。而這次的實習中，老師最強調的除了找原因之外，就是中風的治療和處理原則，讓我紮實地學到很多實證醫學的應用。以前對於治療不瞭解的地方知道要查指引(guideline)和 uptodate，但是在這些指引的背後都是一個又一個的臨床試驗。特別像是中風、心房震顫、高血壓這些常見的疾病，都有很大型的 randomized control trial 在後面支持臨床決定，所以瞭解這些臨床試驗並分析應用這些資料就成為很重要的一環。Evidence based medicine 是這裡每天臨床的一部份，老師都可以娓娓道來每個 study 的優缺點和結論，討論不同試驗的參考價值和重要性，簡直就是每天都在做 critical appraisal 呢！

我的後兩周則是在小兒神經科實習，這兩週的病人以癲癇為主，也看到各種少見的神經科疾病，像是新發現的 tuberous sclerosis、讓家長虛驚一場的 acute cerebellar ataxia，還有病人反覆出現精深症狀和語言退化的 autoimmune encephalitis。面對這些病人，我往往感到很矛盾，因為能一睹這些少見疾病的臨床表現十分難得，但同時這也代表著小朋友和家長們要面對疾病帶給他們的種種困擾。疾病和用藥往往會影響小朋友的發展與學習，也會影響和朋友的互動，更別說是長期認知功能的下降了，常令我十分不捨。

這兩週的主治醫師 Dr. Pizoli 非常俐落，她會用精準的字句和我們總結臨床思路，再用生動的手勢、簡單的語句向家長解釋病情。她總會記得要緩解家長的焦慮，在每個專有名詞之後都會詳加解釋接下來的診療計畫，多次跟家長說明確認讓他們安心。對於過度擔心的家長，她甚至說明了腦電圖的原理，告訴他們圖上顯示的波形和癲癇不一定會有直接的關係。我想，病人或家屬的緊張常常是源自於對疾病的不瞭解，而溝通與解釋就顯得特別重要吧。我常常驚訝地發現，在經過解釋之後，病人好像其實多少可以理解那些複雜的疾病知識和醫療處置。究竟是這裡的科普教育比較紮實，或是病人比較在意自己的病情，又或者是醫師花長時間解釋換來的成果，這就不得而知了。但在美國，我確實比較常觀察到主治醫師詳細說明診斷和預後，之後再重複兩三次讓病人安心(reassuring)的語句（例如：你的疾病雖然罕見，但有不少病人在我們這裡追蹤，有很好的藥物可以控制，也有很好的追蹤計畫可以幫忙），解釋過後總能讓病人與家屬放心許多。

**總結**

回頭看來，這三個月的學習與體驗可以說是非常充實，在醫學生、住院醫師、主治醫師身上學習到不同的典範。這三個月的實習經驗讓我反思了許多有關台灣醫學教育的問題，從自己的學習經驗，來思考究竟怎麼樣才是最有效的醫學教育模式。

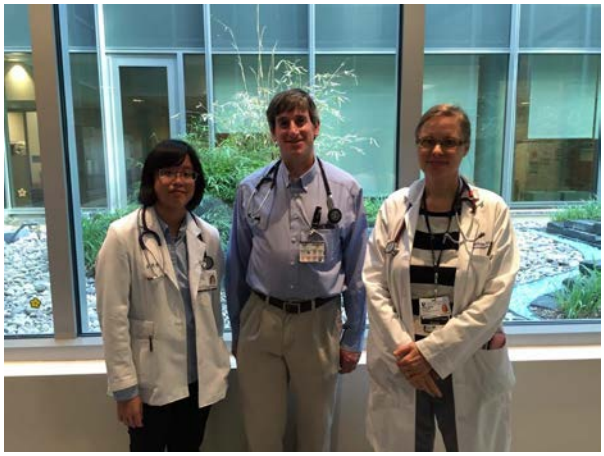
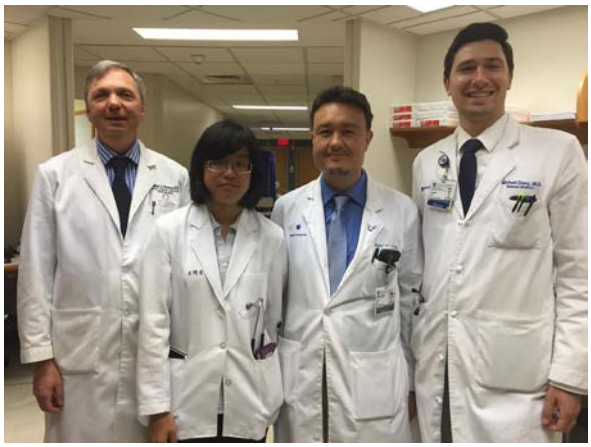
在杜克，我透過接觸病人來累積經驗，透過書寫病歷來整理思路，透過和住院醫師、主治醫師報告和討論病例來檢視自己的不足。雖然剛起步遇到很多困難，但我認為這是十分有效的學習方法。在台灣，我也會被分配每週照顧的病人，但往往停留在寫病歷給老師改、查書、問些不懂的問題。但是在杜克我每天都有機會（也必須要）向主治醫師報告病例，常被問起，所以你可不可以用兩句話來總結、你怎麼想、你打算怎麼做，這樣的過程引領著我去思考和進一步發現不足病去學習。這三個月的過程中我時常回想起在和信內科六週的時光，因為這樣的教學模式和和信的方法非常類似，所以其實也非常感謝當時王詠醫師、華皇道醫師為我們營造的教學環境。

在病歷寫作中，我一直被教導要如何寫 present illness，但從來不知道怎麼寫好病歷中 assessment and plan 的部分。老師們常說，就是要寫你為什麼覺得病人是某一個疾病，附上理由說明來說明。這個籠統的說法對於初學者其實蠻令人困惑的，想說到了臨床看學長姐怎麼寫 assessment，但大部分看到的是條列式地貼上症狀以及檢查結果，最多加上個 stationary, stable 的字句，以為這樣就足夠了。來到杜克，看到住院醫師寫的病歷都是文章式地說明原因，在條列式地把治療計畫簡潔扼要地寫出。這其實對我來說是很大的震撼，臨床邏輯相當清楚、治療計畫也非常明確，終於知道為什麼學長姊們會說這裡的病歷寫得非常清楚完整了。其實 assessment and plans 就是你怎麼想，打算怎麼做的部分，正是臨床醫師之所以為醫師的核心。而這樣的病歷紀載不只對於臨床實務上可以幫助醫護人員的交班和溝通，更能夠讓醫學生建立邏輯思考的習慣，我覺得是在行醫這條路上必須學習的重要技能。

美國住院醫師的生活比起台灣其實沒有比較輕鬆，每天都還是有滿滿的照會和病人要看，再加上門診的病人或是電話追蹤的病人，也是蠻大的工作量。但是他們仍是很感人的把教學放在很重要的位置，我想或許也是承襲下來的習慣。好幾次沒有照會的空檔（這種機會在忙碌的感染科和心臟科其實蠻少的），學長姊就會拿出一張白紙來講解小主題，更別說平常即使忙碌

但接完病人仍有的小討論了。(因此我也期待自己可以準備一兩個主題和學弟妹分享，把感受到的善意和教學傳遞下去。)另外，我觀察到的是美國住院醫師普遍雜事和文書作業比較少，很多事都由護理師處理（而台灣護理師的雜事則很多由護佐分擔)，這樣一來就可以把心力放在照顧病人和決策上。而主治醫師也和台灣的模式非常不同，因為制度的設計讓許多醫師能夠很好地分配臨床和研究的比重，分別都可以專注做好兩邊的工作。

這趟旅程意外的收穫大概是更加認識自己吧。找到自己和病人互動的模式，認識自己的長處和不足、面對挫折的反應，更進一步去調適、去轉換心情。特別在第一個月剛起步時有很多的不適應和臨床的壓力，然後來到最後一個月，意識到自己快要回台灣了，又更急切地想看到自己的進步，所以變得焦慮不安。踏出舒適圈的過程從來不簡單，更不該是簡單的，如果簡單就不有趣了嘛！

在杜克的學習旅程是難忘而充實的三個月，我很享受於每天和病人、老師、學長姊們的互動，在一天的結束後可以帶著滿滿的知識和學習回去。除了看見台灣和美國兩邊醫療和學習環境的異同，更期許自己可以把好的習慣和態度帶回來到每天的臨床工作中，把感受的氛圍、學習的典範可以保有熱情地傳遞和實踐。

一路上要感謝的人實在太多。謝謝和信醫院、黃達夫院長以及基金會；謝謝在習醫路上啟蒙、提攜我的師長們，王金龍教授、賴其萬教授、王詠醫師、華皇道醫師；也要特別感謝黃裕欽教授、周穎政教授、王新驍學長、Amy 學姊；謝謝一起走過、一起分享這三個月點滴的怡雯、葛齊、昶廷，還有一路上幫助我們的人，謝謝你們讓我經歷這一趟豐富的旅程。