

# 杜克實習獎學金 學生心得報告

作者：陽明 葉奕廷

「親愛的學弟妹，首先要恭喜你們獲選參加黃達夫醫學教育基金會主辦的 Duke 實習計畫，這可以說是目前全國最好的醫學生交換計畫之一，而我相信在北卡的這三個月你們不僅能夠體驗全球最頂尖的醫學教育，也能夠體驗美國不同的文化風情。」

到達 RDU 時，班機誤點、行李卡在芝加哥，最後搭機場計程車到 Brookwood Inn 時已經夜深了。雖然有些疲憊，但看到茶几上 Cosi 帶來的水果與麵包，讓我們雖在異鄉倍感溫馨。打開電腦，反覆讀著育美姐寄來、前一屆成大李子豪學長所寫「Duke 大學生活指南」，開始對接下來兩個多月的生活有些期待：Duke 到底是什麼樣的地方？美國的醫療型態與台灣到底有什麼不一樣呢？能有這個機會零距離觀察他們的醫學教育，得好好看看當中有何玄機！

## Otolaryngology, Head and Neck Surgery

在前一天下午，我怯生生的向服務台問了用院內電話呼叫醫師的方式，在中央電梯旁牆上的電話撥出了 ENT 值班醫師的呼叫器號碼，剛掛上話筒不久，鈴聲隨即響起，在簡短自我介紹之後，我詢問了隔天早上 round 的時間地點「...Welcome! See you tomorrow morning at 6:30, in the workroom at 6300!」心中的一塊大石總算落了地，但隔天六點半要查房，恐怕晚上要失眠了！

隔天早上，一踏進 6300 病房的 workroom，住院醫師們早已到齊，討論著昨天看會診遇到特殊病例的影像學檢查與主治醫師的處置，見我進來，昨天在電話中給我指引的值班住院醫師 Jason 暫時放下手邊的工作，與我握手寒暄，並介紹團隊中的總醫師以及各位住院醫師們讓我認識。在台灣醫療體制中慣於以「學長學姐」、「學弟學妹」相稱的我，一時間要改以 first name 相稱，還真的有點不習慣。

六點半一到，總醫師帶著大家風塵僕僕的開始查房。到房門口，住院醫師會先進去跟病人說聲早安，接著在門口由 intern（第一年住院醫師）、PA Resident（訓練中的醫師助理）或負責的醫學生報告病人情況，從「夜間事件」、「生命徵象」、「理學檢查發現」、「實驗室檢查結果」，到最後的「評估與治療方針」，總醫師適時的提問並與大家討論治療方針後才進門看病人，並親自檢視傷口、理學檢查，向病人解釋目前病況與接下來會給予的治療之後，總不忘問句「還有沒有問題？」，並給病人言語上的鼓勵與打氣後才離開病房。Duke Hospital 幾乎全為單人房，但房間不大，在一張大床、一張陪客椅、廁所之外所剩空間並不多，而病患住院也很少會有家屬在病房內陪伴，一切照護工作皆由護理人員包辦。

由於病人數不多，在查房完畢到看門診或進刀房之間仍會有些空檔，住院醫師們習慣一起到一樓的 Atrium 餐廳一面用早餐一面聊是非。無論在台灣或在美國，ENT 都算是外科系中較特殊的專科，除了開刀以外，門診病史詢問、理學檢查與局部治療也是住院醫師養成訓練中非常重要的一部份，所以在 ENT，除了要在刀房中參與手術進行，也必須安排時間到門診學習。

在刀房中，醫學生的任務跟在台灣醫院裡差不多，除了要幫忙準備病人外還必須上手術檯幫忙拉鉤，對於稍有外科實習經驗的人來說應該是駕輕就熟。而和台灣很不一樣的是，在這邊要開刀的病人到櫃台報到之後會先在恢復室的床位上，由麻醉科醫師進行訪視，並給予一些抗焦慮的 pre-medication，然後在麻醉科醫師護送之下進到刀房。病患一進門，流動護士就上前自我介紹，並簡短說明接下來要幫病人進行的術前準備，並從保溫箱中拿出溫暖的毯子幫病人蓋上。

學習很快的與病人建立關係，而且每個動作在執行之前都會告知病人、讓他有心理準備，這是我在刀房中的第一個文化衝擊。

這裡的手術麻醉皆由麻醉科醫師執行，住院醫師主責，而主治醫師則在一旁監督。在進行麻醉給藥之前，麻醉醫師已經從術前訪視和病人建立了良好的關係（而且也用了些藥物讓病人不要太為焦慮），所以病患總顯得十分鎮定且配合，而在檢視病人生命徵象、以及注射藥物時，也都習慣性的大聲念出數字及劑量（以 mg 為單位），並馬上在麻機上觸控式電腦進行處置及給藥紀錄。麻醉中的監控以及給藥也都由麻醉科住院醫師全程負責，與台灣麻醉護士的制度大不同。

Otolaryngology, head and neck surgery 的範圍可以說是非常廣泛多樣，因為頭頸部的解剖構造複雜：臉部事關病人的「面子」，且有負責顏面肌肉神經穿梭於腺體之中；頸部則是頭部與身體之間呼吸、循環、消化、神經、肌肉骨骼各個系統貫通的幹道；耳鼻喉，小小孔洞中別有洞天，中耳、內耳負責聽力平衡，鼻喉則是吞嚥呼吸道（還與語言發音有關），所以 ENT 醫師總以「airway specialist（呼吸道專家）」自居。

位於 Duke Hospital 南棟的 Duke Clinic（門診區）則，讓我耳目一新：一個診區有三至四間檢查室，裡面有 ENT 檢查椅、檢查台和軟式內視鏡的設備，而醫師辦公室則是獨立的空間。病患報到之後由護理人員帶進檢查室後，醫師在辦公室閱讀病人舊病歷與本次就診原因後再進入看診。這樣的配置讓檢查室形成一個緩衝的空間，多少可以減少候診等待造成的焦慮，而且也讓病人有自己是房間主人的錯覺，感覺較被重視。

門診多由住院醫師先看，詢問病史做理學檢查之後擬定診斷和處置，向主治醫師報告後再和主治醫師一起看一次，最後並負責 dictation（口述病歷）的工作。如此一來，住院醫師有非常多的機會能紮實的訓練自己的診察技巧，同時也磨練自己整理、記憶病人病情、口頭報告、在不看範本的情況下記錄病歷的能力。醫院肯花錢聘請聽打人員繕打病例，也使病歷紀錄更口語化、更貼近病人的敘述。依我之見，國內要推行病歷紀錄中文化，若沒有聽打服務，恐怕只會徒增基層醫師書寫病歷的負擔，時間壓縮、品質下降，造成病歷書寫潦草無法辨識的問題。

### [Being Competent]

一個外科醫師是否 competent，除了診斷疾病、開刀的技術以外，更重要的是與病人的互動關係。我曾經側面聽過兩個主治醫師討論住院醫師的學習狀況，他們覺得前景最好的住院醫師，是那個在路上看到還記得病人名字，在看門診時很快和病人建立信任關係、理出病人問題頭緒的一位資深住院醫師（不過我想他開刀技術應該也不錯，否則主治醫師們幫他解圍都來不及了，更別說有餘力讚美他）。

### [解釋病情]

我在門診遇過一個舌癌的病患，做過電化學治療之後效果不好，只能選擇進行全舌切除術，並取腹直肌皮瓣進行患部重建。那一次的門診是他和他太太一起約醫師進行術前的病情解釋，在場除了醫師和病患、家屬外，還有一位個案管理師，他們翻出一本厚厚的筆記本，上面列滿了考慮其間所想過的問題準備向醫師發問，而由於醫院採預約時間制，醫師有充分的時間和病人討論、回答病人的問題。這位病患可說「有備而來，無憾而回」，最後手術和術後恢復的情況也很令人滿意。

由於頭頸部癌症對於放射線治療的效果很好，所以常常病人都會需要放射腫瘤科醫師的幫忙，在這間醫院有門診會診的模式，在約定好的時間，外科醫師會同放射腫瘤科的醫師一起和病人

解釋病情與各種治療模式，病人不用多跑一個門診，醫師之間有些療程協調上的問題，也可以當面解決。

有人說外科醫師查房「像一陣風」似的，剛進房門打聲招呼、摸摸肚子，說聲「好，不錯」恐怕就必須往前推進，否則會耽誤一整天的行程。有一次，在幫一位加護病房病情複雜的病人進行氣管切開術之後，雖然不是該病人的主責醫師，資深住院醫師仍花了許多的時間向病人及家屬解釋今天的手術內容及接下來的照顧。他提醒我說，多花這樣子的時間解釋，能讓家屬較為安心，更或許能免掉以後的法律問題，投資報酬率是非常高的。

### **["I saw this patient. I know all about him"]**

在我 ENT 第二個禮拜，開始有 Duke 的二年級醫學生來科內見習。雖然開刀、開藥等等的責任不在他們身上，但對於自己被分配到的病人，他們總以「熟知病人情況」自豪。而每天早上在向總醫師報告自己今天要去刀房或者去門診學習的時候，他們的理由也多半是「自己對病人病況了解」。

我想這樣子的風氣養成和查房時總醫師的態度有關：他們總會很有耐心的讓醫學生把病人病情報告完畢，並且鼓勵醫學生根據自己所見所學，針對病人病況做出評估與處置。

ENT 是外科中的小科，但麻雀雖小，五臟俱全，而且團隊氣氛好、內聚力強，也不像「大外科」一般階級明顯氣氛嚴肅，往後若有學弟妹來 Duke 想選擇外科，ENT 是一個初到美國，還在適應環境時的好選擇。

### **Consultative Cardiology**

這是歷屆學長姐推薦的好科，除了有親切的 Dr. Waugh、充實的 Harvey 自學課程、Dr. Tracy Wang 深入淺出的「Clinical Correlations」主題討論以及 Dr. Greenfield 每周三次的 EKG 時間。

由於前幾屆學長姐對於 Consultative Cardiology 都有詳盡的介紹，我就直接進入感想部分。

在一個全美頂尖的醫學中心，所有的會診第一線工作居然讓二年級的醫學生來負責聽起來是一件很不可思議的事情。在台灣，我們在發出會診單之後，通常是總醫師以上的人物會來看病人、打會診單給建議，而醫學生則鮮少接觸會診的業務。其實我覺得除了病房、門診之外，讓學生去看會診才是能讓學生第一線接觸到 fresh case（未被診斷過的病人）的不二法門。而在 Duke，一旦提出會診，被會診的醫師就會把他當作自己的病人、自己的責任，每天去追蹤最新病況，適時給予建議。而醫學生也都會主動去追蹤以前看過的會診病患，並且在查房的時候向主治醫師報告最新情況，練習做出自己的評估與處置。如此長期的追蹤，讓學生學到整個病程，而非僅有單次橫切面的臨床表現。

在 Duke，fellow（研究醫師）接到會診電話後，會在電話中口頭聽取病史，確定會診的 indication，若情況緊急，則立即給予建議，若可以稍等幾個小時，則會分配給團隊中的醫學生或住院醫師。而我們的工作，就是先 fellow 一步去看病人，詢問病史、理學檢查、整理各項檢查資料，最後與 fellow 討論該給的評估與建議，在主治醫師查房的時候，也由醫學生或住院醫師報告給主治醫師聽，做最後的定奪。

在台灣，大部分的內科實習模式，都是讓學生待在病房，半個月內跟著一個團隊，透過主治醫師每天一至兩次查房、以及接新入院的病人，來進行床邊的教學。認真的醫學生會盡量去了解手上病人的疾病的病因、症狀、診斷、病理以及預後，並透過親自詢問病人以獲得第一手資訊。但某些打混的學生，在這樣的教學模式下，可能兩個禮拜過去了卻什麼都沒有學到，只懂得 copy & paste（剪下貼上），聽從主治醫師、住院醫師的指示做事。

但看會診的病人和看門診有點像：面對一個初次見面的病人，必須很快的與病人建立關係，並且從零開始將病史詢問、理學檢查、實驗室檢查等等的發現，套入教科書本上所寫的各種診斷標準，形成自己對於這個病人疾病過程的一套理論，並擬定治療計畫與專業建議供提出會診的醫師參考。在沒有看診時間（和排隊等候病患無形的壓力）限制之下，其實學員能更有時間把東西搞懂，而且也能訓練與病人建立關係的能力，與口頭報告的能力，是很好的學習。

我在 **Consultative Cardiology** 的期間，很幸運的跟到幾位對於教學非常有熱忱的主治醫師。他們很有耐心的聽完我們的報告之後，總不忘先問我們的想法，並逐步引導我們思考這個病人身上，疾病可能的病生理，以及各項處置背後的想法邏輯。

其中 **Dr. Jonathan Stamler** 本身是 **NO** 領域的大師級人物，雖然他幾乎所有的精力都花在實驗室裡，但排到他帶會診團隊時可一點也不馬虎，一樣重視病史詢問、理學檢查，而研究醫師常和他有不同意見，常互相用推理的方式捍衛自己的論點進行討論，雖然有些病生理機制不是醫學生一下子能了解的，但仍十分欣賞這樣理性、開放的討論模式。

另外 **Dr. Terry Fortin** 獲選為該年度「教學優良教師」，在跟他的那個禮拜發現，她不但問病史自己有一套訣竅，能很快的切入問題的核心，但不流於引導式詢問，而且除了利用會診病例進行床邊教學，也常用零碎時間進行專題討論（從並生理的角度切入 **HOCM**、右心導管波形、**stress test** 等等），我覺得「教學優良」的榮譽是實至名歸。醫院讓熱心教學的醫師能無後顧之憂的從事教學活動，不必蠟燭兩頭燒般的「犧牲奉獻」，讓住院醫師、醫學生能受惠，連帶著病人也能獲得更佳的照護。

在 **Duke Hospital** 的病房，也感受到資訊化所帶來的一些優勢。日常病歷資料、實驗室檢驗結果查詢，用的是一套 **eBrowser** 系統，整合所有病歷（包括醫師、護理、麻醉、職能治療、社工等等），以及所有的檢查報告（包括各項侵入性、抽血、影像、病理等等），系統運作快速，所有資料指在彈指之間，非常方便，而他們也會定期將所有未電子化的病歷資料進行掃描歸檔，方便以後查詢。而病房內除了 **workroom** 裡外有電腦外，還設有壁掛式的電腦和行動電腦推車，方便在查房時使用電腦查詢資料、尋找文獻或開立醫囑。我在台灣實習過的醫院，曾有護理人員抱怨醫學生佔用電腦，讓他們沒有辦法用電腦寫紀錄。會有這樣的聲音，我想是同一時間在該病房實習的學生人數眾多的緣故，但反過來想，若有這麼多的需求，在院內無線網路涵蓋率幾近 **100%** 的情況下，為什麼不撥些經費廣設電腦，順便推展「查房一有問題就立即利用電腦查閱文獻、資料庫」的風氣呢？

### **Surgical Intensive Care Unit**

本來在後面兩個月，想選擇一個月的內科和一個月的「大外科」，但陰錯陽差的被排到了外科加護病房（**SICU**）。不過後來一想，這樣的安排之下，在三個月當中能夠到外科、內科和重症照護，三個很不同的環境進行見習，是個難得的體驗。

在 **Duke**，外科（含創傷）加護病房是由麻醉科和外科共同負責，主治醫師除了麻醉科背景之外，其他幾乎皆為創傷外科出身。而病人大多以術後觀察、或處理併發症為多，偶而會遇到外傷的病人。而 **SICU** 是個 "**semi-open unit**"，雖然實際照護是由 **SICU** 的醫師負責，但仍掛在原外科醫師名下，使得 **intensivist**（重症醫師）們與外科醫師之間的溝通更形重要。

我初到加護病房時，團隊中的三位 **Duke** 二年級醫學生已經在 **SICU** 待了一個禮拜，無論是對環境、流程都比我熟悉許多，但最讓我佩服的是他們在團隊中的角色與參與程度。

一個醫學生平均會「認領」兩個病人，每天從清晨六點的住院醫師交班中了解病人昨晚的情況與今天預訂的目標（如拔管、排檢查、轉到普通病房等等），再先自己去看病人、評估病情，

並在查房時向主治醫師報告。由於加護病房有制式的病歷格式，包括主訴、病史、目前問題、已解決的問題、生命徵象、呼吸器設定、管路、輸液及抗生素、理學檢查、目前用藥、微生物培養結果，以及依系統分列的評估，其實在查房時只要全部從頭到尾宣讀一遍，也不怕會有遺漏的情形。但他們雖然是二年級的醫學生，卻已經能掌握病情要點而不至於流於朗誦，也常會在住院醫師的評估之外有自己的意見，讓我十分佩服。

醫學方面的知識不提，他們對病人身心靈方面的關懷與評估也超乎我的期待。我以一個例子來說明：R 先生因為腹主動脈瘤破裂，緊急由血管外科開刀修補，但由於腦部缺血時間過久，意識狀態好好壞壞，除了無法脫離呼吸器外，血壓不穩定必須靠升壓劑維持，所以術後住進加護病房治療。而團隊中最了解他、和家屬關係最好的，是負責照顧他的醫學生 Jessica，她透過長期和家屬的互動，發現家屬對於病情及預後的理理解似乎與團隊的想法有點落差，所以主動在查房時提起這個問題。主治醫師非常重視這個意見，甚至讓 Jessica 主持 R 先生的 code status meeting（與家屬討論病人是否應採積極治療、必要時進行急救的會談）。讓一個對病人沒有責任、缺乏經驗的學生主持這樣子的會談，是我原本沒辦法想像的事情，但會後（我並沒有參加）主治醫師對於 Jessica 帶領討論的過程給予極高的評價，想必她做了許多準備，也很了解家屬對病情的理解、接受程度。

### [理性討論，沒有階級]

在台灣醫院裡主治醫師查房的景象可能是這樣的：主治醫師帶著研究醫師、住院醫師、偶而會有藥師、個管師、社工師隨行，後面拖著長長的隊伍，而醫學生則做著挑柴打水的工作：開門、陪笑、抄下主治醫師的醫囑、等著被問問題。而住院醫師簡單報告完病人的情況後，則聽取主治醫師的指示行事，比較少看到會跟主治醫師有異議而當場討論起來的情形。

而在 Duke，醫師的養成教育中，就教你要從手上現有的資訊當中，產生自己的想法，若被人挑戰或質疑的時候，可以用邏輯推理的方式來為自己的想法辯護。在討論病人病情的時候，每個人都有發言權，只要你說得出理由，大家就會傾聽你的想法，研究醫師、藥師、呼吸治療師、護理人員因為與主治醫師對病人病況有不同的意見，而互相爭論不休的情況更是屢見不鮮，連帶著在團隊中建立一種自由理性的討論風氣，而這也正是照顧有多重系統問題的重症病患所必需的。而大家在討論各項處置時，總是很習慣的會提出最新的研究、臨床試驗資料作為佐證來加強自己的論點，而非僅僅靠自己的「臨床經驗」，讓人能夠信服。

### [Respiratory Care]

在 ICU 訓練中，呼吸器教學是很重要的一部份，而 Duke Hospital 有一群很強的 respiratory therapist，能根據病人狀況調整呼吸器，給醫師呼吸治療方面的建議（如 oscillator 使用的時機），再進行 bronchoscopy 時也在一旁協助，處理突發呼吸方面的狀況。而每個到 ICU 訓練的醫師，呼吸治療師都幫我們會上一堂「呼吸器教學」的課程，講解各種模式的使用時機，而教學方式是發給學員每人一個 NPPV 用的 face mask，實際接上呼吸器讓學員體驗各種模式、不同強度的氣流壓力與時間設定下病人的感受，除了對呼吸器的調整方面能有實際動手的經驗，對於被接上呼吸器病人的感受也能進而產生同理心。

### [Medical Students]

在 Duke，二年級的醫學生就開始進入醫院見習，三年級時則選定一個主題進行為期一年的研究。有的人選擇到國家衛生研究院（NIH）做研究，有人則攻讀公共衛生學位，而最近 Duke 和新加坡大學的合作密切，所以有些學生也選擇利用三年級的時間到新加坡進行交流研究。我遇

過最特殊的，莫過於是選擇「到哥倫比亞進行意外傷害的流行病學研究」的 Jessica，她是在一堂精神醫學的課堂中聽聞這方面的研究，透過老師從中牽線，獲得這個難得機會。她在一年級時參加過 EMT-P 的訓練，未來想成爲一個創傷外科醫師！許多的 Duke 醫學生都有類似的故事，他們大多已經決定未來的方向，幸運的是 Duke 又有許多優秀的典範人物讓他們模仿、學習。

### [Conference]

我很幸運因爲選擇科別的關係，得以參加內科部 Noon Conference、Grand Rounds，以及外科部的 Grand Rounds 與 Mortality & Morbidity Conference。兩大部門會議時的氣氛明顯不同，內科部除了醫學方面主題的專題演講（例如當時正熱的新流感防治）外，也曾請過籃球隊教練來講團隊經營，請資深住院醫師帶大家討論人際網絡，也以 case challenge 讓大家自由發問、討論的出鑑別診斷的教學活動。而外科部的會議則以學術性質爲主，氣氛較爲嚴肅，在 Mortality & Morbidity Conference 中，台下的批判更是毫不留情，但整場會議的氣氛感覺是「對事不對人」，大家都絞盡腦汁，思辯原來個案中各項處置的方式和時機是否恰當？以及未來可行的改進方式。而在台灣普遍 Mortality & Morbidity Conference 進行的方式則大不同，因爲顧及對方顏面，除了當權者外大多不敢直言批判，所以總會要求報告者必須在個案報告之後附上一篇相關議題的文獻討論，以投影片講解的方式幫大家「上課」，雖也能達到教育意義，但這樣的「上課」方式，對於經驗稍淺的年輕晚輩而言，還是需要前輩醫師們提點才能看出處置當中能再改進之處，而我想這也才是 Mortality & Morbidity Conference 的重點。

ICU 則有自己的 Critical Care Grand Rounds，進行的方式也相當多元：有一次的主题是「氣管切開術的時機」，由兩位 intensivist 各持早期、晚期進行的論點，進行文獻回顧與討論

### [Practice Course]

Duke 二年級的醫學生每個禮拜三整個下午都有 Practice Course 的課程，討論的是倫理、醫病溝通相關的議題，在 Duke 見習的最後一週，我好奇的跟著 Jessica 參與了一次課程的進行。這次的課程討論的是「Healing」，首先由小兒血液腫瘤科的醫師幫大家（所有的二年級學生）上課，之後分組帶開進行小組討論。在小組中除了六到七位 Duke 學生外，還有兩位指導老師，其中一位是家庭醫學專科醫師、另一位則是心理學家。首先指導老師先從大家的現況開始，以聊天的方式炒熱氣氛，而再由「主席」針對課前選定的閱讀資料與大堂課的內容請大家發表意見。氣氛非常輕鬆、沒有發言的壓力，而大家也自然天馬行空的進行討論，從「Healing 與 Cure」的不同點開始，討論到「病人對疾病的認知」、「病人文化背景」、「醫病認知落差」的問題。由於小組當中有兩位華人，我提出最近有關「針灸對於下背痛是否真有療效」的文獻，討論「另類／傳統醫療」，而剛好美國最近發生「Homeopathic 家長拒絕讓小孩接受西醫治療」的事件，引起大家的熱烈討論。而我也趁機與大家分享和信陳呈峰醫師在見習時幫大家安排 History & Physical 演練課程當中病史詢問的小技巧：「一定要問病人覺得自己爲什麼會生病」，提供「疾病認知」的重要資訊以利之後的醫病溝通，得到小組其他成員的認同。

### 醫院之外

由於校園中宿舍一位難求，所以我們這次被安排住在醫院對面的旅館 Brookwood Inn，多了便利性，但也少了自己料理的樂趣，以及與其他國際學生共住一屋簷下交流的機會，不過仍非常感謝 Cosi、Dr. Tony Huang 以及 Atrium 餐廳壽司店老闆夫婦在三個月期間無微不至的照顧。

難得來到美國，我利用周末獨自搭灰狗巴士到 Washington, DC 遊覽，與中國裔瑞士 visiting student Shuyang 到 The Outerbanks 欣賞 Carolina 海岸線的風采。在倒數第二個週末，還向 Duke Outpost 借了帳篷睡袋，自己隻身租車到 Great Smoky Mountain National Park 以及 Blue Ridge Parkway 露營，都是相當難得的經驗。

感謝黃達夫院長及黃達夫醫學教育基金會提供我這個機會，能克服語言的恐懼、出國開拓自己的視野，並交到許多在專業上能互相幫忙、勉勵的朋友。也感謝給予我支持鼓勵的父母，和信醫院育美姐，以及在見實習時指導過我的臨床老師們。明年開始，Cosi 即將把照顧赴美見習學生的責任交棒，並積極的發展自己退休後的事業第二春（樂團小提琴手，快出唱片了！）。不過我相信這個計畫的精神將會延續下去，從改變醫學生的視野開始，為國內醫學教育、及醫療環境的發展努力。