杜克實習獎學金
學生心得報告

作者：陽明陳廷宜

首先要感謝黃達夫基金會提供這個機會讓我能到杜克大學見習。從知道甄選上這個見習機會後，就一直期待著一個和台灣不同的醫療環境，這期間，我很仔細的把基金會網站上學長姊的心得報告一一看過，讓自己對之後要見習的環境稍有了解，也透過黃達夫院長在杜克的秘書 Cosi 幫忙，完成了簽證、疫苗證明以及其他文書作業。

猶記自己第一天在 Raleigh-Durham 國際機場既緊張又興奮的心情和接下來緊湊的醫院見習，卻在轉眼間，三個月就結束了。回來後，不少人都問我三個月下來有什麼感想，在每天不同的文化衝擊與新的環境刺激下，實在很難用三言兩語道出這九十天來的收穫，但是整體而言，我會說，我看到了醫學與醫療不斷追求進步與品質的典範，還有非常紮實的醫學教育，當然也免不了看到了一些和台灣一樣無法避免的通病。

杜克大學醫學研究風氣之盛是台灣醫院很難相比的，在 2005 年 Newsweek 的大學排行榜中，杜克大學又再度名列醫學院學術研究的前五名。三個月內碰到的主治醫師中，幾乎所有人都有主持特定的研究計劃，不少 fellow 和住院醫師甚至醫學生都有參與不等程度的研究，可能是基礎醫學，也可能是臨床試驗。以我在胸腔內科會診的主治醫師 Dr. Kraft 爲例，她的專長在於研究氣喘的機制，剛剛被杜克大學邀請來，在 Durham 成立的氣喘過敏研究中心擔任負責人，所以在胸腔內科一個月內就看到她做了不少 「research bronchoscopy」，主要是氣喘的病人，這些病人都是爲了她的研究，否則是沒有需要做支氣管鏡的。基本上，醫院本身非常注重醫師們的研究計劃，因此他們的制度也非常有彈性，以內科醫師爲例，有些醫師的重心放在實驗室的研究上，他們可能就不照顧住院病人，只在一年的兩三個月中參與會診的工作。在內科的 Grand Round 中，演講者不是發表自己最近刊登的研究結果就是近期的研究計劃。這些演講者中，有些是杜克本身的醫師，有些則是從美國各大醫院邀請來的醫師，他們也會藉此機會宣傳自己的研究，希望能有更多的醫師能提供病例或資源。這和台灣 Grand Round 最大不同就在於，台灣的演講內容多半是 review 國外的期刊或是疾病介紹，比較少部分是報告自己的研究，但是在杜克 Grand Round 的演講者中，可能某位就是上一期 New England Journal Medicine (NEJM) original paper 的發表作者，或者是世界研究某疾病的翹楚，他們就站在我面前，和藹可親。雖然現在的我有時連理解研究內容都有困難，沒有足夠的能力參與討論，但是我知道一旦我有問題，我是可以隨時向他們提問請教的。那種感覺對我而言其實是滿震撼的，因爲醫學的頂尖研究對我而言不再是那麼遙不可及，研究者不再只是一個遙遠國度的陌生名字，而是身邊觸手可及的一個人。

杜克大學的醫學生在第三年有一整年的時間屬於研究的時間。這和其他醫學院的課程規劃非常不同，杜克學生在第二年就進入臨床的見習，在第三年選擇自己有興趣的主題，自己找實驗室或者醫師，參與他們的研究計劃，在這一年當中，研究計劃的步調完全由指導教授和學生自己決定。我碰到的二年級學生有的即將進入愛滋病疫苗發展的實驗室，有的要到心臟內科的臨床實驗，還有些四年級學生已經完成了一年的醫學史研究或是和其他醫師一起發表院內外科手術傷口感染率的文章。由此可見，研究風氣在醫學生的時候就已經開始在培養，對

他們而言，研究不是有空閒時間才去考慮要做的事，而是一種「必須」。
除了醫學研究外，杜克的醫師也都非常重視實證醫學，在臨床上診斷治療病人，一定會依據最新發表的期刊研究，這種精神不只在實證醫學的發源地心臟內科很盛行，事實上已經普及到所有的臨床醫師。在心臟內科會診時，我們固定要在下午到門診去幫外科病人做手術前心血管疾病風險評估，有一次我們在討論一個病人該不該在手術前接受心導管的檢查質疑手術前心導管對之後死亡率的預防有多少的效應，主治醫師提到了一篇新的臨床試驗，說明術前心導管的效果並沒有當初想像的有用，所以根據這個研究，他並不是很贊同病人接受心導管的檢查。在感染科會診時，有兩次對於落實實證醫學也讓我印象深刻，一次是會診的骨科病人培養出一隻比較不常見的致病菌，我們在會診後不但給骨科醫師使用抗生素的建議，還在病歷上附上我們查到的一篇期刊，供 primary team 做參考。另一次是會診一個 neutropenic fever 的病人，primary team 給我們的問題包括需不需要使用 Granulocyte colony stimulating factor (GCSF)，接下這個病例的是杜克二年級的醫學生，在學生報完病例後，感染科主治醫師 Dr. Hicks 就問這個學生：「所以，你覺得這病人需要 GCSF 嗎?」，學生也從容不迫的拿出剛剛查的期刊回答 Dr. Hicks，根據他所查到的文章，這樣的病人給 GCSF 是沒有太大的幫助，Dr. Hicks 也採納學生的意見，不建議病人使用 GCSF。就是如此，他們的想法和作爲都有有力的證據來支持。
提過杜克的醫學研究和實證醫學，接下來我想稍微談談他們的醫學教育和多元化的住院醫師訓練制度。美國其他醫學院的課程都是前兩年上大講堂課和後兩年臨床見習，杜克的學生在第二年就進入臨床見習，第三年做研究，第四年再回到醫院見習。在杜克三個月的時間，幾乎沒有碰到四年級的學生，但是有不少機會在一些會議中碰到二年級的學生，加上今年制度的改變，我在最後一個星期的感染會診也遇到了三位二年級學生，稍微有機會了解他們在醫院見習的課程。二年級的學生必修一般內科、外科、婦產、小兒科和骨科等幾個主要的大科，只有短短的一個多月可以選擇其他自己有興趣的科別，四年級的課程則是大部分選修，依據學生的興趣可以選擇急診、眼科和放射…等科目。
因爲三個月都待在內科，在此就介紹內科的教學狀況。杜克醫院的內科住院病人，並沒有特別區分各個次專科，除非非常專門的問題如心肌梗塞、腫瘤科打化療、纖維囊腫(cystic fibrosis)、洗腎病人或是其他特別的疾病，否則一律收到一般內科(general medicine)。當一般內科的病人有無法解決的特別問題，才會會診各個次專科如心臟、胸腔、皮膚、感染科等。因此在杜克的內科裡，有專門 primary care 照顧住院病人的一般內科團隊 (general medical team)，還有專門負責會診的團隊 (consult team)，而我在杜克的三個月都在會診的團隊，包括第一個月的心臟會診、第二個月胸腔會診和最後一個月的感染會診。會診服務的對象當然不只是內科病人，團隊的 fellow 會接到來自全院包括外科、骨科、耳鼻喉…等的會診。不論是 primary team 或是 consult team，醫學生都會被派去第一線接病人，接完病人，學生就要報病例給住院醫師或 fellow 聽，從病史、理學檢查和實驗數據，並在最後加上自己的診斷處置，在這裡，他們不只希望學生能有正確的詢問病史和做理學檢查的技巧，還要能有自己的想法，知道要怎麼去診斷和處理病人。所以每次報完病例後，最常被問到的問題就是：「what’s your assessment and plan?」。會診的病例大部分問題都很明確，因此多半只要針對 primary team 的問題做評估和處理。Primary care team 的學生就不同，醫學生在接完病人後都要有一個完整的

「write up」，也就是病人住院的整個治療計劃。和台灣很大的不同是，他們並不急於給病人下一個疾病診斷，而是用 problem list 的方式寫下照顧病人的計劃。針對病人的每個問題列出需要做的檢查和治療，在寫下需要的檢查和治療時也會同時寫出他們的想法，爲什麼要開立這個檢查，是爲了要鑑別什麼樣的疾病，如果這個檢查的結果是陰性，接下來要還需要做什麼。

曾經和二年級的學生聊過，他們提到在一般內科接病人的時候壓力很大，通常在值班的下午或晚上接三個病人，隔天一大早就要報給主治醫師聽，在這期間爲了要寫完整的 assessment and plan，需要做很多的閱讀，不論是查書、Up to Date 或是查期刊。在隔天報病例時，要能很明確的告訴主治醫師，病人的哪些症狀支持什麼樣的疾病或是某些症狀並不支持哪個診斷，因此需要哪些檢查，還有這些檢查的敏感性和特定性 (sensitivity and specificity)好不好，對於檢查出來的數據要如何處理，如果是陽性要怎麼辦或是陰性是否需要加做其他的檢查，目前希望給病人什麼樣的藥物治療，應該給多少的劑量。

二年級的醫學生在內科的學習就是如此紮實，我想最主要還是他們的學習和臨床的結合非常密切，很多知識是直接在醫院從病人的問題來學習，因此非常實用而且印象深刻。他們從學生起就學習很完整的照顧病人，包括需要開立的各種檢查還有給藥的劑量方式等等都是醫學生都要知道。在台灣，我們常常會覺得學生只要知道如何問病史做正確的理學檢查，有辦法做初步的鑑別診斷就可以了，至於治療方式和藥物的劑量，等到實習醫師或住院醫師的時候再學就可以了。像我在台灣時，對於各種疾病的藥物治療，劑量的部分總是自動略去不看，覺得好像不是現在要學的。可是在美國，醫學生學習一個疾病或是照顧病人就是要從頭到尾很完整，每個細節都不能省略，也沒有所謂的階段性學習。

在杜克還有一個感觸很深，美國醫師的教學態度多半都是非常正向的鼓勵學生，鮮少責備學生在家沒有好好唸書，他們覺得醫師的責任就是在醫院要把學生教到會。雖然在見習期間還是有碰到比較不熱衷教學的住院醫師和不太喜歡帶學生的 fellow，讓我有點沮喪，但是其他大部分的醫師都會讓我感覺，在醫院學習是一件很快樂的事。記得剛到心臟內科時，對於一些理學檢查的結果或是病人的治療不太確定，報病例時語多保留，fellow 就會給我信心，他要我不用害怕說錯，他說：「學生就是要來學習，如果什麼都會，那就可以直接當主治醫師啦!」。他們也會非常信任學生，對於學生做的檢查結果和查到的資料，都會給予正面的鼓勵；如果忘了問一些問題或是做特定的檢查，住院醫師或 fellow 也會要我們不用擔心，他會再帶我們一起回去看病人把這些遺漏的部分補起來。一天下來，不論是住院醫師、fellow 或是主治醫師都會不吝於稱讚學生，也許只是簡單一句「good job!」或是「thank you!」，總是會帶給學生無比的信心。

除了紮實的醫學教育，在美國的住院醫師訓練計劃也比台灣多元化一些，在杜克就有內科精神科結合的住院醫師訓練和內科小兒科結合的訓練。fellow 的訓練也是有不同的選擇，例如心臟內科 fellow 除了臨床訓練還會有一年的做研究時間再加上 fellow 自己的興趣有心導管的訓練或是心臟電氣的訓練；在感染科，fellow 也可以選擇要不要接受微生物實驗室一年的訓練，成爲 microlab 的 fellow 考微生物實驗室的執照，如果不到微生物實驗室也可以選擇到鄰近大學修習公衛碩士一年的課程。

在照顧病人方面，杜克醫院對保護病人的隱私是不遺餘力。在電梯中會看到「respect patient’s

confidentiality」的標示，當我們一群人在討論病人病情時，一旦走進電梯，就會非常有默契的自動停下來。此外，因爲杜克大學所有的病床都是單人房，所以在詢問病情的時候，不會有洩漏病人隱私的問題，甚至當病人有訪客或家屬在時，也要斟詢病人的同意，是否願意在詢問病情時讓其他人在場。雖然沒有去外科，但是在手術病房外，也看到他們對病人和病人家屬隱私的貼心設計，相較於台灣的廣播系統或是看板系統，杜克的手術病房外並沒有設置任何的公告裝置。當病人送進手術室後，會發給家屬一個杯墊大小的顯示器(其實美國許多餐廳也是用同樣的方式)，在手術中或是手術結束後需要聯絡親人，家屬手中的顯示器就會亮起來，通知家屬到手術櫃檯，如此一來病人的姓名就不會公佈在公共區域裡。

三個月的時間看到許多杜克大學的優點，當然偶爾也會遇到和台灣一樣的問題，就像是醫病之間的溝通，我想這是很多醫院都在努力盡量改善的地方，平均而言，杜克醫師花在病人身上解釋病情和治療計劃的時間已經遠超過台灣的醫師，但是在我們會診的過程中，還是會聽到病人的抱怨，有的抱怨不明就理的被送去做檢查，有的抱怨醫師說辭前後不一；有一次在心臟會診時，另一個同學要去看會診病人，才進病房就被病人趕出來，因爲病人堅持自己根本不需要心臟科醫師。

接下來的部分，介紹我三個月在各科的狀況和當月該科的醫師群相

(一) 心內會診

一直到美國三個禮拜，才算是安定下來了，所謂的安定除了食、住外，更包括了身心的調適，慢慢的不會在醫院感到羞澀、不會感到手忙腳亂、可以從容的計劃自己的時間。到心內會診，經歷過四個主治醫師，每個醫師都有獨特的一面，一直到第三個主治醫師，才有我期待師生討論的機會，讓我有一種非常感動與興奮的感覺，因爲那樣的討論是我嚮往已久的。

論教學，每個主治醫師都非常有耐心與熱心，還記得第一天報病例給 Dr. Stamler 聽時，我一開始連病人爲什麼需要會診都沒提，Dr. Stamler 馬上就打斷說：「我需要先知道他爲什麼住院、爲什麼會診?」，我不但緊張還露出很不好意思的樣子，他卻很和藹的說：「沒關係，我知道你是第一次，我們都是這樣過來的。」，頓時之間，心理的壓力少了一大半，往後報病例也都順暢許多了。Dr. Stamler 是個很注重效率的人，希望在最少的時間內把病人看完，有些對目前病情不相關的家族病史他都會希望我們省略，在病人面前用最少的問題問出關鍵，和我們討論，有時候他自己問出來的結果和我們報的不同，他也會叫我們不用擔心，因爲他知道病人有時後說的事情也會前後不一。總覺得他是很會替他人設身處地著想，有一次，fellow 問了他寫在病例上的縮寫代表什麼，他不但立刻解釋還告訴我們，他學生時代在急診室看到病人送進醫院，急診的醫師開醫囑時唸了一連串的縮寫，他當場的反應是：「我的天!誰聽的懂阿!」，可是三十年後，他發覺自己在做和當初那個醫師一模一樣的事。雖然花在病人身上的時間很短，他對病人卻是視病猶親，有任何最新的治療，他都會盡量提供，曾經我們一起在討論一個心衰竭的病人需不需要裝上人工心律器，因爲 ACC 的 guideline 除了 EF<35%之外還列了許多額外的條款，需要病人符合幾個標準才能裝，可是在 Dr. Stamler 的觀點來看，他覺得其他的條款都是多餘的，只要 EF<35%都有需要加裝，他說：「如果是我的父親心衰竭，不論如何我會希望他裝人工心律器。」。Dr. Stamler 多半的時間花在實驗室研究 NO，我們的 fellow 認爲他是最有潛力的諾貝爾得獎人，所以他提的東西常常對學生來說太過深奧，他常和

fellow 討論得津津有味，可是我們學生就在一旁霧煞煞。
第二個主治醫師 Dr. Mark 非常喜歡和病人聊天，有些病人其實沒什麼問題，他也會花不少時間了解他們住哪裡、平常做什麼，也很樂意和病人聊他自己的家庭。不過 Dr. Mark 就比較少和我們討論治療的方向。
第一次見到 Dr. Elliott 是在術前心臟疾病危險評估的門診，對這個醫師的第一印象覺得他好像有點隨便，不太說話，聽完學生和住院醫師的報告就說：「好阿，聽起來不錯，就這樣吧!」。第二天我才發覺自己大錯特錯，他會先聽完我們的想法，再告訴我們他是怎麼想的，不僅有條理還淺顯易懂，他會用一些臨床試驗的證據來告訴我們他的想法是有原因的。有一次我們在討論一個病人該不該在手術前接受心導管的檢查，主治醫師覺得病人需要 Stress test，可是我的想法是他應該接受心導管，但是我不認爲他需要 Stress test，因此我就把我的疑慮提出來，我說很顯然這病人 Stress test 有很高的機率會顯示不正常，所以應該省略直接做心導管。主治醫師馬上解釋他爲什麼希望先做 Stress test，因爲有心臟 MRI 的 Stress test 知道病人的心肌活性，心導管才會比較有效率，我和住院醫師才恍然大悟，之後我們就開始提到手術前心導管對之後死亡率的預防有多少的效應，主治醫師提到了一篇臨床試驗，正好是住院醫師跟我提過，前一天在 NEJM 上找到，因爲看過，所以比較有概念，也就有辦法和住院醫師、主治醫師一起討論，那種感覺其實很棒，剎那間會讓我忘了自己只是個學生。在和 Dr. Elliott 討論病人的時候，我大部分都能很自在的表達意見，那樣的互動已經是遠超過單純學生問老師問題或者是老師電學生的感覺。

(二)胸腔會診

在胸內一個月其實教學並不是很多，主要是今年胸內 fellow 的安排不是很平均，一個 fellow 在同一個月需要忙著做支氣管鏡又同時支援院內的胸內會診，光是做支氣管鏡常常就佔了 fellow 一整天的時間，所以我們的 fellow 整個月下來幾乎沒有機會和我們討論到病例。我在的這個月，主治醫師是剛剛從 Denver 轉過來的 Dr. Kraft，她是研究氣喘的專家，剛剛到 Duke 開始成立她的實驗室和氣喘研究中心，所以她也是兩頭跑時間非常緊湊，花在會診的時間非常簡短，因此我和另一個日本學生在胸內接觸最多的就是兩個第三年的住院醫師。我主要跟的是 Dr. Rachael Fawcett，她已經申請上 Brigham and Women’s Hospital 的內分泌 fellowship。她是留著小捲金髮，很漂亮的女醫師，外表給人的感覺有點冷漠，第一眼看到她時其實讓我有一點害怕，可是和她一起工作後，發現她是非常直爽而且很照顧病人和信任學生的好醫師。在病房裡她會很貼心的幫病人調整氧氣 nasal canula，或是加個紗布墊讓病人帶起來比較舒服，他也會細心的把病人床邊的垃圾撿到垃圾桶。讓我印象深刻的是一位我們追蹤很久的老先生，後來發現是淋巴癌，病人本身已經很沮喪，又因爲種種檢查反覆需要禁食感到很惱怒，他氣著跟我們說：「我自己可以決定什麼時候要吃，什麼時候不要吃，我不需要護士來告訴我!」，雖然對此我們也無能爲力，可是要離開他的房間時，Rachael 就問他，我們能不能幫上什麼忙或是幫他拿點食物，老先生就說：「如果能給我一個草莓冰淇淋，我會很感激的。」Rachael 就跑到護理站想辦法跟護士要到了一盒草莓冰淇淋，親自送到病房給這位老先生。Rachael 對我們學生也很信任和尊重，有時候她沒時間去追蹤舊病人，就會直接用很信任的語氣把我報給她的狀況直接轉述給 fellow 或主治醫師聽。我在的這個月還有一位日本來的學

生，在來美國前的兩個星期摔斷了手臂，所以到美國時右手還帶著石膏，來胸內兩個星期後他開始要煩惱拆石膏的問題，因爲是在日本摔斷的所以美國當地的保險不給付，光是看診費用就要 60 美金，他打電話去約了骨科門診卻遲遲沒有回音，Rachael 很熱心的主動幫他聯絡，後來正好有骨科病人需要胸內的會診，Rachael 趕快抓緊機會請骨科的 fellow 幫忙日本學生拆石膏。最後是 Rachael 帶著日本學生去找骨科 fellow 拆石膏，還照了兩張 X 光，一毛錢也沒花到。

在胸內的一個月，多少有臨床知識上的收穫，但是老實說並沒有我預期的多，可能是經歷心臟內科豐富的教學和各式軟體資源後來到胸腔內科，在胸內相較之下就覺得除了自己唸書，少了許多臨床教學和可以深入討論病例的機會。

(三) 感染科會診

因爲在胸腔內科的會診並不是很多，常常一整個早上都沒有什麼事情，加上我自己本身對愛滋病很有興趣，所以我就請 Rachael 幫忙，寫 e-mail 給感染科的醫師，連絡上感染科的門診，在胸腔內科的期間，我一個星期有兩個上午會去感染科的門診，後來到了感染科會診後，就是一個星期一次到 Dr. Miralles 的愛滋門診。Dr. Miralles 是來自阿根廷的醫師，事實上他並不是杜克醫院的醫師，他主要在藥商公司監督愛滋藥品研發，但是他自願一星期花半天的時間到杜克醫院的門診免費幫病人看診，一方面喜歡接觸病人，一方面也讓他不要和臨床脫節。可能是拉丁美洲人的天性，他對所有的病人都是熱情無比，高昂的一聲「How are you?」就足以讓人覺得很溫暖。在看病人前，他一定會向病人介紹我是來自台灣、和他一起在門診工作的學生，接著他會坐下來，把椅子拉到病人身邊，就像朋友般向病人解釋病情；除了看病之外，他也不忘問問病人的生活和家裡親人的狀況，他更不吝於把自己的生活和病人分享，也許是最近的工作或是孩子們的照片。很特別的是，我在門診的時間正好是 Dr. Marelles 在杜克的最後兩個月，他因爲升遷的關係需要全家搬到歐洲，在門診需要一一跟病人道別。很多病人都已經受到他七、八年甚至十多年的照顧，每個人都很捨不得他離開，甚至有病人當場就掉下眼淚。不過他會告訴病人：「我們的關係是一輩子的，我給你 e-mail 住址，如果有任何問題，可以隨時寫信給我，如果沒有問題，也記得要在聖誕節的時候寫張賀卡給我，我一定會回信讓你知道我在歐洲的情形。」這就是 Dr. Miralles，教我如何讓病人信任醫師，也身體力行的告訴了我如何減少病人和醫生之間的距離。

真正來到感染科前，還發生了一個小插曲。我非常想到感染科，可是課程協調人告訴我今年的感染科改成二年級的選修，因爲我的身分相當於當地四年級的學生，無法選感染科。我聽了是極度失望，試著問他是不是有其他補救的方式，例如我可以直接和感染科的醫師談或是另外請感染科主任批准，他說除非感染科主任的秘書同意，否則沒有辦法讓我選修感染科會診。所以我就拿了秘書的聯絡方式直接到辦公室去和她談，她聽到我已經在感染科的門診而且對感染科很有興趣，所以也很熱心的幫我，她經過了電腦課程的查詢，當場就告訴我可以選修，我當然是很開心的離開她的辦公室了。不幸的是，晚上回家就收到她的 e-mail 告訴我因爲種種因素，所以最終還是不能選修。我實在是不死心，隔天又到她的辦公室，她告訴我剩下唯一的方式就是和感染科主任談，我就和她約好主任的 appointment，一個星期後再去。和主任談過後，他告訴我雖然「no guarantee」，可是他會盡力幫忙。就這樣，我第三個月來到

了感染科。
我第一個星期的主治醫師是代班的 Dr. Reller，他是資歷豐厚 medicine/pathology 的主治醫師，也是微生物實驗室的負責人，雖然 Dr. Reller 已經上了年紀，可是他一點都沒有架子，查房時間還會很體貼的配合剛當媽媽的住院醫師。Dr. Reller 喜歡學生在病人旁邊報病例，因爲之前兩個月從來都沒有在病人面前報過，開始的時候還是會有些壓力，不過一兩次之後就發現在床邊報病例有個好處，不確定的地方還可以隨時問病人，直接向病人確認我陳述的內容對不對。Dr. Reller 的頭腦就像一座寶庫，在我們一起討論的時候，他總是可以聯想到一些小軼聞或是他以前的經驗或是某篇期刊上面的文章，不是說故事給我們聽就是告訴我們可以在哪裡查到他提的 paper。他給我的感覺就是一位風度翩翩的紳士，淺詞用字都非常的文言，像是 unscathed、meticulous….還有一些我根本無從查起的單字。由於他自己本身負責實驗室，所以對於病人送實驗室的各種檢體試驗他是瞭如指掌，所以很多電腦系統尚未顯示結果的細菌培養，他都會自己推算，如果時間差不多就會直接打電話到實驗室問，常常電腦上只會秀出簡要的結果，如 Gram stain positive cocci 或是 Gram stain negative rod，他就會更進一步的解釋和分析各種細菌的可能性。在感染科的每天中午 1:15 到 2:00 都會在微生物實驗室有個 plate round，每個星期由一位實驗室的主治醫師負責帶領，依主治醫師有不同的主題，可能是細菌或是黴菌、也可能是談抗藥性，不過主要都是先由實驗室的 fellow 報一個院內病人的病例，接下來就當場在實驗室看病人的檢體，包括顯微鏡下的染色、體液培養的結果或是抗生素試驗，我第一個星期 plate round 的主治醫師就正好是 Dr. Reller，因此在 plate round 的時候就看了不少我們先前會診病人的檢體結果。以前頗害怕的微生物學在這樣實驗室與臨床病例結合的方式下，竟變成了一門非常有趣的課。
第二個星期之後就是當月的主治醫師 Dr. Hicks，Dr. Hicks 做事不急不徐，常常看一個病人就要花上一個多小時，在報病例的時候他會要求很多的細節，在討論時，他也會問學生的看法，不過他花最多的時間還是在向病人解釋病情和治療計劃。在 Duke 如果有愛滋病人或是感染 MRSA 的病人都會習慣照會感染科，所以在這兩個星期裡，看到了不少愛滋的住院病人，正好 Dr. Hicks 的專長是愛滋病，他從 San Francisco 的 fellowship 訓練到今天已經看了超過二十年的愛滋病，所以他看愛滋病人是駕輕就熟，因爲愛滋病人免疫系統嚴重受損，所以有一些測驗的結果事實上是不可信的，就像我們被照會一個愛滋病人 CMV titer positive，primary team 想要用抗病毒藥物，可是怕藥物 interaction，因此照會感染科，結果經過 Dr. Hicks 的解釋才知道，九成愛滋病病人都會 CMV positive 所以檢查的結果其實不可信，主要還是依靠臨床症狀來診斷，如果沒有任何症狀是不需要投藥的。
在這三個星期中，感染科的 fellow Dr. Anderson 也非常熱心的固定每天安排 15 到 30 分鐘的 small talk，告訴我們感染科一些比較重要的主題如 MRSA、enterococcus infection、黴菌感染用藥…..等等。這樣慢慢累積下來加上臨床看到的病人，對感染科也開始比較有概念了。

(四) 醫院之外的生活

今年我們住宿的地方和往年都不一樣，我和成大的文萱住在一間小平房，台大的文瑋則住在距離我們 30 秒鐘的另一棟房子，距離醫院都很近，步行五分鐘就到了，事實上醫院也是唯一步行可到的地方。日常生活所需的採買都是 Cosi 開車載我們去，或是仰賴當地認識的台灣學

生或成大陳柏熹醫師。午餐多半在醫院吃會議提供的食物，晚餐就是自己回家煮，雖然分開住，但我們三個人也會常常聚在一起吃晚餐，互相交換一天的見習心得。文瑋更是煮飯的箇中好手，所以我們兩個女生常常有賴他的指導，學著做菜，我們還開玩笑說，回來最大的收穫就是可以出一本食譜了。

平常從醫院回來，就是待在家裡唸書或看看電視，不會再出門。不過週末的時間，就會積極到處尋找出門的機會。有時可能就近逛杜克校園或是杜克花園，想跑遠一點的話，就自己坐一小時的公車到 Shopping mall 去逛街，如果時間上配合，陳醫師也會帶我們參加台灣人的健行活動。北卡的綠地非常多，除了州立公園外，還有許多景色優美的地方如西邊的 Asheville 和 Smoky Mountain，我們在三月份的一個週末，搭上陳醫師的便車參訪小鎮 Old-Salem 和遊歷了一小段的 Blue Ridge Parkway。四月初的時間，正好是華盛頓櫻花開的季節，我們三個也自己搭巴士趕上了賞櫻的熱潮；除此之外還約了日本學生，一起租車到北卡東南角的海邊，欣賞美國南部的海岸線與大啖海鮮。

後記

三個月的時間裡，要謝謝 Cosi、Tony Huang 還有成大陳柏熹醫師和乃蓁學姊在生活上的照顧，謝謝台大的文瑋和成大的文萱三個月來的陪伴和打氣。更謝謝所有在杜克指導過我的住院醫師、fellow 和主治醫師，在三個月中帶我整密的思考病人的問題，交給我獨立面對病人的自信，和我分享他們的個人經驗。也期許自己能如黃院長所說的，成爲一顆種子，將在杜克所學所聞，散播在台灣的醫院裡，爲提昇台灣的醫學教育與醫療品質而努力。