

前言

「回想起抵達 Durham 的第一個早晨，我也是在同一張長椅上，曬著暖暖的陽光，望著蔚藍無際的天空，想像著這趟旅程接下來的模樣。想不到時間就這樣飛也似的過去，就像是做了一場太甜美的夢，即使到了離別的時候，依然讓人留戀不已。」

看著日記本上潦草的筆跡，我的思緒又彷彿回到了半個地球外的小鎮 Durham，三個月的點點滴滴驀然浮上心頭，即使到了現在，記得在出國之前，問起曾到訪 Duke 的學長姐，他們總眉飛色舞地說：這一定會是一趟收穫豐富的旅程，但如果不是親自體驗，也不會明白原來這樣的機會多麼難得吧！接下來，我將介紹在杜克醫院實習的三個科別，以及個人的一些感想與回憶。文筆不佳之處，希望大家海涵。

放射科 Radiology

杜克醫院的放射科在美國頗負盛名，旗下有相當完整的分科，包括 Chest, Body CT, Neuro image, Breast image, Musculoskeletal, Pediatric, nuclear medicine 以及 vascular intervention。和我一起實習的還有三位 4th year medstudent，同時也有 2nd year medstudent 約十人左右，不過我們的 schedule 各不相同，2nd year 的 rotation 相當緊湊，每個分科都只待兩天，同時每位學生都分配一個 fellow，除了上課時間以外都必須跟著指定的 fellow 閱片、看檢查、參加 meeting。4th year 相對自由，完全沒有硬性規定。到放射科的第一天，負責人 Dr. Carrico 就很親切的和我們面談，聽聽學習目標，然後量身打造我們的 schedule。出於興趣考量，我選擇的是 chest, body CT, Musculoskeletal 和 Neuroradiology 各去一周。至於另外三位 4th year 因為都已經 match 到了畢業後服務的醫院，選擇也各有不同：Josh 是感染科，選擇和我大同小異，小兒科的 Ufoma 安排了半個月的 Peds radiology，骨科的 Daniel 雖然只選了一週的 musculoskeletal，但除了口頭報告和期中期末考，再也沒有看他出現過了。

在 PACS 系統裡(對，這裡也用 PACS)，每個分科都有內建專門給 medstudent 練習的資料夾，約 20-25 個 case，每天早上趁著 R, fellow 還沒上工，我們就可以摸進閱片室獨享三面 HD 螢幕，看不懂的 case 可以晚點問問 R，或是請 attending 帶你跑過一遍，比較有耐心的 attending 甚至給你機會說說自己的 finding 喔！等到大家人手一杯咖啡魚貫而入，就乖乖跟著 resident, fellow 或是 attending 閱片吧！通常會和 resident 先閱片一次，累積了一定的量之後，再和 attending 看過一次。基本上和在台灣其實並沒有不同，總會有人熱誠滿點、有問必答還分享私房記憶口訣讓人通體舒暢，也會有人悶著頭拼命閱片，偶爾和 attending 討論熱絡卻對你的問題反應冷淡。但無論如何，找到願意教的人，厚著臉皮的一直黏在他身邊一定不會錯！和 R 一起 differential diagnosis，兩個人你一言我一語的交換意見，靠著螢幕上的影像猜猜病人的 underlying disease 或是 medical disposition，再上醫院系統兩相對照，過程像是在進行推理遊戲一般有趣。在 resident(通常是

R1)閱片過後，attending 會再和他 review 一次片子，除了 finding 本身之外，attending 也會旁徵博引引出相關的 topic 和我們討論。比如在 Neuroradiology 時遇到 Dr. enterline，從基本的 normal hyperdensity structure in brain CT 到 anatomical anomaly of brain vessel, arch anomaly 有如滔滔江水連綿不絕，讓人大呼過癮。

另外，每個分科通常都有自己的專科 conference，比如 musculoskeletal 每天下午 4 點固定的 roll out conference, 每周三早上 chest-pulmonary combine meeting 等等，我最喜歡的是周一中午的 hot seat meeting，除了主要 topic 的 lecture 之外還有許多 case 當配菜，主講者不時丟出問題挑戰讓坐在前排的 R 們練習，在後排的菜鳥如我，除了趁機測試一下自己有沒有當 radiologist 的潛力之外，也順便觀摩 Resident 的 thinking process，一舉兩得。

Lecture

每天下午都會有兩堂 lecture，通常是由 attending 上課，偶爾也會有 senior R 參與，所有在放射科的醫學生都要參與。授課的內容涵蓋各個分科，雖然主題繁雜，從最基本的 CXR, CT 到 musculoskeletal 的 MRI 都有，但深入淺出，完全不會讓人昏昏欲睡。這些課堂多半重點明確，attending 知道不可能在短短的一個小時之內把所有臨床的精髓灌輸到學生的腦中，所以在選擇教材上幾乎都是臨床實用導向，時不時來個情境題測驗一下學生是否真正吸收，或是丟出問題讓學生一起腦力激盪，結尾的時候再以 take home message 強調主軸，整堂課下來很有記憶點。

比如兒童虐待的影像判讀。老師整堂課舉了許多例子就在強調四個重點：1. 影像異常是 developmental variant 還是 Real Injury? 2. 能不能解釋受傷的機轉? 3. 有沒有其他骨骼異常? 4. 特別留意 metaphyseal fracture 和 posterior rib fracture，是兒虐最常見的骨折。這堂課前我對兒虐一無所知，雖然上完之後我依然不是專家，但起碼對兒虐的影像更有警覺性。

另外一堂 mediastinal image 也讓人印象相當深刻，Dr. Raven 不用教學投影片，只攜帶了八張 CXR，就把前中後縱膈腔的常見、罕見影像一網打盡。在北榮，老師教導我們前縱膈腔腫瘤要想到 3T1L，杜克醫學生的口訣則是 4T，其實兩者如假包換，只不過 4T 最後一個 T 指的是 terrible lymphoma. Dr. Raven 笑稱這個口訣實在有些牽強，不過卻有其背景。原來 T 也可以代表 Hodgkin lymphoma 的發現者“T”homas Hodgkin！這個冷知識讓大家哄堂大笑，想忘記也難。

杜克醫學生在課堂上是相當認真的，lecture 的內容事前都會放到線上空間供大家下載，有些人不僅早早預習，課堂上有問必答，還準備了 problem list，十足積極的態度舉世皆然。但就算沒做功課，提出問題的時候可絲毫不羞澀，attending 也不會因為學生問的問題沒水準就敷衍回答，或請學生回家找 textbook，相反地他們會詳細解釋之後再三確認大家是否都明白了，再繼續下一階段的課程，在這樣的氣氛之下，學習一點也不緊張肅殺，反而相當輕鬆愉快。

課程的最後，每個學生都會被要求報告一個 topic，不由 attending 指定，但是要求報告的格式除了 image explanation 之外，還要包括 differential diagnosis,

treatment 和 extended discussion. 期中期末考則是單純的選擇題，考的範圍除了 lecture 的內容以外，還包含了每個分科的 study guide。不得不說 Study guide 真的是好物，其實它是一本問題集，我們得靠自己找到問題的答案。這些問題從最基本的 X 光原理到試畫出 hemorrhage stroke 在 brain MRI 的變化，涵蓋基礎和臨床，念完之後覺得自己彷彿融會貫通了許多。

Clerk 時期在北榮的放射科受到老師學長們扎實的訓練，讓我在杜克放射科很快就適應了，經過大六近一年的臨床工作經驗，也讓我對影像的重要性及判讀重點有更進一步的認識，這一個月除了對影像判讀更有信心以外，和杜克醫學生的交流也讓我留下相當深刻的印象。

腎臟科 Nephrology

Acute Renal service & Renal transplant team

所謂的 consultation team，顧名思義就是專門會診，只要 primary care doctor 有專科的問題想會診，我們就往哪裡去，因此我的工作並不包含在病房照顧病人。會診的要求多半會聚焦在專科的問題上，相對的對於單一病人的整體評估就比較薄弱了，這是比較可惜的地方。通常在 fellow/Resident 接到會診通知之後，我們這群斥候就會被派上前線，迅速掃過病人的病歷，帶上 pink sheet(會診單)，單槍匹馬拜訪病人，attending 會聽取我們的報告，和我們充分討論，偶爾整個 team 再一起去拜訪病人，最後留下建議處置在會診單上。沒有會診病人的時候，attending 或 fellow 就會找個風水寶地，大家坐下來上個小型 lecture，或是延伸討論病人的狀況...etc

三個星期我被分配到兩週 acute renal service，一週 renal transplant，第一周的 attending Dr. Berkoben 是位 dialysis 大師，平日不苟言笑，連 fellow 和 resident 都有些戰戰兢兢，雖然不會長篇大論的 teaching，但是偶爾也會坐下來和我們討論一些有趣的臨床問題。比如：「為什麼 post-renal AKI 的病人尿量會是正常的呢？」「為什麼評估病人的腎功能要用 GFR 而不是 Serum Cr？」腎臟科的會診大宗是 Acute kidney injury、dialysis、electrolyte imbalance. 尤以 AKI 為最，接到 AKI 留病人的尿液看看 urine sediment 已經是反射動作了，Dr. B 總會帶我們在顯微鏡下找找鼎鼎大名的 muddy-brown cast，。

在 renal transplant 的一周我緊跟著 fellow Dr. Malone 和 attending Dr. Patel，雖然是個完全陌生的領域，但因為只有我一位醫學生，所以不論跟門診、跟 biopsy、接會診我都可以肆無忌憚的問問題，一個禮拜下來除了 renal transplant 本 team，連 dialysis 也多弄懂了不少，Dr. Malone 雖然時常嚷嚷著：This is not a good team for student, we are too busy to teach students. 但是一有空就當個解說員導覽整個洗腎室，或是隨手就開始解釋 dialysis 的原理、renal transplant 常見的 rejection 等等。

最後一周回到 acute renal service，覺得自己已經很熟悉內科的步調了。這週的 attending 是 Dr. Kovalik，神似 Freddie Mercury 的他，查房快速卻不遺漏細節，

在我們回報會診的時候總是強調重點，他說這週遇到的 case 也都相當有趣，第一次看到 SIADH 的病人上 Conivaptan，第一次接到 Type II RTA，印象最深刻的是會診一個 severe hypophosphatemia 的病人，從完全沒有頭緒，一步步抽絲剝繭找到兇手原來是幾天前用過的 bisphosphonate！雖然治療後發現可能也和 Re-feeding syndrome 有關，但是整個 team 一起找答案的感覺充滿成就感！！

心臟會診 Consultative cardiology

CV lecture and Harvey

到了心臟科當然不能不提名為 Harvey 的模擬機器人，簡單來說它是一個類似安妮的操作模具，但是內建了脈搏、心跳、心音，能讓學生在它身上反覆練習理學檢查以及反覆熟悉典型的病徵。在基礎學科的時候，心臟生理學和動力學對我來說就一直似懂非懂，但經過課程的 leader: Dr. Crowley 的指導後，理學檢查越來越熟練，症狀與檢查結果背後的病生理意義也好像點亮了一盞燈。不只如此，Harvey 還能鏈接上電腦的互動軟體，軟體內設計了十五個 case，引領我們 case by case 詢問病史、量血壓、摸脈搏、目測靜脈壓和靜脈波形、心臟觸診、聽心音、鑑別診斷、判讀心電圖、判讀心臟超音波，甚至病理切片，從各個面向完整的解析一個疾病，每個小章節還會有心臟科的教授提醒重點以及示範理學檢查，每深入研究完一個 case 就覺得又收穫了不少，深深體會到心臟的病生理學相當具有邏輯性，也對杜克醫學生擁有 Harvey 這樣實用的教學工具感到非常羨慕。

Cardiac Consultation

經過前一個月的訓練，接會診對我已經相當熟練。每天早上我總會先追蹤之前會診病人的後續發展向 resident 回報，再接一到兩個會診，通常接完會診之後，都會和 resident 一起分析病人，之後再向 attending 回報。四個星期一共四位 attending，風格大相逕庭。Dr. Kontos 熱情洋溢，無論何時都掛著滿滿的笑容：“Hey, David, do you have any interesting story? ”, “I have a very interesting case for you”, “Let’s look at his interesting echo” 接著信手拿起筆，畫下 SVT with aberrancy, VT 的機制比較、2:1 AV block 的分析，困難的 Arrhythmia 被他解釋地有趣極了！同時 Dr. Kontos 也是杜克 MD-PhD 學程的負責人，他也毫不吝於和我分享他投入研究的原因，從醫學生到現在的心路歷程，良師益友莫過如此。是要求完美的 Dr. Freedman，比起 Dr. Kontos 循循善誘的鼓勵式教學，Dr. Freedman 對我們絲毫不留情。口頭報告時病史問不清楚一定會被抓出來問到啞口無言，pink sheet 上 lab 寫不完整就是 You are not doing your job，還曾經因為寫太多 present illness 被說 totally wasting time...。但出身哈佛的他 teaching 起來出口成章引經據典，每每和我們詳細解釋處置背後的理由，是出自某年某月的某篇 Journal 的某幾頁，或是某年某個研究機構做的 XX trial，不親自見識還真不能相信。Dr. Gunn 最喜歡問跳 tone 的小問題了！比如查房查到一半，突然從口袋掏出一張 EKG strip，神秘兮兮

的說：大家來猜猜這個 EKG strip 是甚麼？大家想破頭也猜不出來，結果是一張正常的 EKG—但病人在刷牙。或是搭電梯的時候突然問：好吧，如果有一天你們心臟被捅了一刀，你會想被捅哪個 chamber？這種寓教於樂的方式，實在是太新奇了！在這裡的每一天我都迫不及待的想接新會診，零碎時間就和同科的日本交換生和杜克醫學生討論彼此的 case 或是拜訪 Harvey，非常充實。

Grand rounds and noon conference

每個周末都會收到 CV 下周的 schedule，除了固定的 grand round 之外，中午幾乎都有給 Resident 和 fellow 的 meeting，內容相對的就深入許多，hi-5 clinical cases 坐在旁邊聽他們討論 echo 就像鴨子聽雷，但偶爾也會有難度適中的 topic，比如 pregnancy and heart disease。另外還有 CV 和 CVS 的 combine meeting，和 radiology 的 multi-modality image meeting，都不強迫參加噢！

感想

之前總是靠著口耳相傳，聽著前輩師長們描述著兩個世界的差異。但身在其中才更體會到一個友善的環境能帶來多大的效益，也了解經營一個優良的環境需要多龐大的資源，有多麼不容易。

杜克的病房乾淨明亮，採光良好。即使在急診室，也是清一色單人房，既保障病人隱私、避免病家互相干擾，甚至能容納較多的家屬，居住品質相較四人房、六人房高上許多。如果哪天生了重病，也希望能夠在這麼舒適的環境養病。換個角度，病房空間大做 procedure 不會礙手礙腳，單人房感染管制較容易，解釋病情也較輕鬆，對醫生來說也是一舉數得。

不能不提這裡充足、快速、方便的電子資源，除了工作站、護理車上的行動電腦，還有每三個病房就配置一台牆上的電腦，幾乎走到哪裡足夠數量的電腦與印表機給醫生使用。而且網路相當快速，系統也不常當機，一旦有問題，隨時隨地都找的到人幫忙。我自己就有幾次經驗，比如在 Radiology 時剛到醫院的我不熟悉操作系統，需要授權 PACS 卻屢試不通，行政人員居然就在電話中立刻一步一步指示我該怎麼做，花了 10 分鐘，問題很快獲得解決。反觀我們早已習慣老舊緩慢又數量缺乏的電腦/網絡/印表機，真是情何以堪。其實工欲善其事必先利其器，直接影響臨床工作效率與士氣，我認為對提升醫療品質的幫助，並不下於採購動輒千萬的昂貴儀器。

其次，人力資源不虞匱乏。每間病房都有書記處理非醫療相關的一切行政事務，護病比在 1 比 4 到 1 比 6 左右，心電圖、抽血、鼻胃管等台灣實習醫師嫻熟無比的 procedure，這裡都有專門的 technician 代勞，我常戲稱我們領先杜克醫學生最多的一定是操作 procedure 的能力，而且恐怕超過不只一個馬身噢！Patient resource management，是一個結合志工、社工、個案師的部門，負責打點病人的 social status、financial status、homecare、甚至到 pastoral 和 bereavement service 也是業務範圍，減輕住院醫師的不少負擔。更難想像的是，總醫師可以把全副精

神放在教學相關事務上，因為有秘書幫你處理非醫療相關行政事務。其實還有很多例子，族繁不及備載，而你我都知道這一切人力物力不會憑空得來。

讓我把焦點轉移到這裡無比友善的學習環境吧，熱愛教學且積極教學的臨床教師「比例非常高」，而且教學方式各有特色，無論何時何地都可以教學，從 attending 到 resident 甚至 technician，隨手拈來紙筆就可以是一堂精彩的尿結晶分析，隨便找台空電腦，就可以解釋 heart echo、perfusion scan 半個小時，fellow 會跟你分享他的研究成果和自製的教學 ppt，resident 會告訴你他的私房記憶口訣，連在 echo room 的心超 technician 都願意一個 view 一個 view 帶你慢慢看。教學在這裡跟吃飯喝水一樣自然，是發自本能的反射動作，就像 Dr. Freedman 說的：This is a teaching hospital! We have to teach! 當然偶爾也會碰到不怎麼樣的地雷，但絕大多數情況下，醫學生在團隊裡鮮少被斥責，不會沒有參與感，臨床教師看待醫學生的角色截然不同，在這裡醫學生是團隊的一份子，「What do you think?」是每個 attending 必問的問題，也是訓練臨床思考的一大重點，在這裡，如何去 approach 一個未知的病人，如何從一大堆資訊當中理清頭緒，如何設計自己的治療目標是非常重要的訓練。但在我們的醫學教育之中，我覺得這個部分相對薄弱。嚴格來說，PBL 可能是較接近這個模式的做法，但到了實習階段需要累積經驗的時候，診斷和處置的學習卻弱勢許多，醫學生常只負責報告 history 和 PE，老師們也總是強調 history 與 PE 的重要性。diagnosis 和 treatment 大部分都聽從主治醫師交代，老師說甚麼就是甚麼，錯失從醫學生開始培養獨立思考與診斷的能力，真的很可惜。印象最深刻的就是，某次同科的日本醫學生向 attending 回報會診病人，在一段落落長的 history and PE 之後，attending 不疾不徐的說：OK，so what's your diagnosis? 日本醫學生愣了一下：mmm...he has a crescendo-decrescendo systolic murmur...，attending 立刻接著說：No, I want to know your diagnosis, not description! 當下真的有當頭棒喝的感覺，想想自己當 intern 也已經一年，說來慚愧，很多時候也沒有用心思考每個病人的診斷和治療計畫，每天寫 progress note 除了仔細觀察 S/O 以外，A/P 總是直接請教學長姐，慢慢的似乎就懶於動腦了。在責備自己的同時也不由得有些羨慕，有這種鼓勵思考的環境，就算想偷懶也會覺得可惜。Attending 願意在查房時花時間引導醫學生思考，願意和醫學生討論診斷和處置上的疑問，同時解說自己的 thinking process 和 evidence，一切彷彿理所當然。大家都很習慣「思考」「討論」與「發問」，真正落實 evidence base medicine，即使是 attending，遇到不會的 topic 也不怕詢問醫學生，更多時候乾脆整個 team 一起來找答案，讓每個 team member 都很有參與感，或許這麼說有些過頭，但那種孜孜矻矻追求真理的執著，懷抱著以科學幫助世界的理想，彷彿每個人都對此價值觀深信不疑，讓身在其中我無比震懾於這個環境的氛圍，原來熱情真的會傳染。

重視住院醫師和醫學生的學習，也體現在其他的面向上。每天中午內科部都會舉辦 noon conference，resident 或 attending 輪流報 topic，題材不限。醫療相關比如有 Resident 簡報非洲行醫的經歷，介紹母國醫療流病現況，本國醫療保險

困境，或是「老師帶你怎麼讀 paper」等等，精彩不在話下。但非醫療相關的 topic 更讓我大呼過癮。有一次邀請一位資深的內科 attending：Dr. G 來跟大家談談他治療攝護腺癌的心路歷程，由一個原本生殺大權在握，治療別人的醫生變成楚楚可憐任人宰割的病人，聽起來是個老掉牙的話題，但是 Dr.G 硬是讓我們上了一堂幽默和感動兼具的醫學人文課程。每周五的 chair conference 也非常讓人期待，形式類似 CPC，但是由某位 resident 權充病人，讓坐在台下的 resident 輪番 take history 和 PE，一旁的 fellow/attending 時不時丟出幾個問題，比如：why do you ask OOX\$%#？which diagnosis would you put on the top of your list？就像一場巨大的 brainstorming，聽 resident 們侃侃而談他們的 thinking process，再和自己心裡所想兩相對照，彷彿自己也正在和一群 resident 一起接一個新病人。隨著劇情開展，影像以及各種檢查結果出爐，專科的 fellow/attending 會適時解說影像判讀以及檢查結果的意義，直到答案水落石出，再以一個 mini-lecture 做為句點，每每讓人有驚喜的收穫。Conference 也提供免費的午餐和飲料，毫無疑問是一大德政。除了 noon conference，還有 grand round、combine meeting、mini-symposium，當然有些對醫學生而言難度太高，但我想對 resident 而言，這些場合無疑是最好的在職學習。難能可貴的是，Attending 也很尊重 resident 的學習機會，我就曾聽見 attending 對 resident 說：You should go to the noon conference, don't worry, I'll handle this. 就我看來，固然美國 resident 少了很多雜事和非醫療相關的負擔，但也沒比台灣 resident 輕鬆，但有一個不只是把 resident 當 worker 的環境，有 attending 在 resident 背後做最堅實的後盾，resident 的成熟一定能更快速，醫學生同理可證。但不論是把醫學生真正納入團隊，或是提供 Resident 更有力的在職訓練，都需要大家的共識。畢竟，沒有人願意淪為只是 note producer 或是 procedure technician。

接著我想談美國的醫學生不同於我們的特質。他們清楚自己想要甚麼，且把握每一個機會去爭取。杜克的學制是在第一年上完台灣醫學院三四年級的課程，可說相當相當緊湊。不過今年發生了一件大事，杜克醫學院修改一年級的課程模式為全 TBL(team based learning)，政策倉促上路而錯誤百出，引起杜克醫學生強烈反彈，在醫學生們大力奔走之下，最後醫學院方面妥協醫學生可以選擇自己要不要來上課，當然考試照考。美國學費是台灣學費的 20 倍左右，也許正因為如此，醫學生對於自己想要獲得甚麼樣的教育格外重視吧！第二年相當於 clerk，特別在於第三年，這一年學生可以自由揮灑！有的人選擇參與 NIH(國家衛生院)的 Program，有的人跟著 attending 做田野調查，有的人投身實驗室做研究，有的人攻讀另一個學位，有的人開發第二專長，有的人乾脆流浪一整年，也有人直接進入 MD-PhD program(類似陽明的醫師科學家學程)。其實許多人到了第二年就已經立定志向，哪裡適合自己，哪裡有發展空間，一點不馬虎。就算不清楚自己的方向，也很勇敢的去尋找自己的熱情所在。舉個例，在心臟科一起實習的杜克醫學生 Simon 第二年結束後去念了個生物統計的 PhD，會診的時候親眼看著他熟練的用流病公式推導出這個病人為什麼他不認為需要做 stress test。很難描述我的感

受。一直以來我以為，多數的醫學生都在同樣一條道路上前仆後繼，就像一條輸送帶，經過幾道加工手續之後，成為本質類似形狀各異的個體。但其實我大錯特錯，其實這條輸送帶的終點並不是終點，在終點之後，還有其他的輸送帶，而且其實我也可以選擇在這條輸送帶上暫停，或跳到另一條輸送帶，端看我的選擇。在杜克認識的一位越南醫學生 **Giang** 和 **attending Luke Chen** 不約而同的說了類似的話：**Just go get it, if that's what you want.** 也許我們都該靜下來想想，自己是不是有勇氣準備好去追求自己想要的人生了呢？

最後我想聊的是醫病關係。到一個完全陌生的環境說不會惶恐當然是騙人的，幸運的是這裡多數人都相當親切。走在路上永遠有數不清的笑容，即使雙方壓根本不認識，錯身而過的時候、共乘電梯的時候，一句 **Have a nice day** 也讓我心情忍不住飛揚起來。曾有次在路上被一位老太太拉住，她說：醫生，願上帝祝福你，讓妳能幫助到所有你想幫助的人。(大意如此，原文亡佚。)也曾有一次，當我正在病歷上振筆疾書時，一位經過的老奶奶拍拍我：**You are the doctor in ED!** 我一抬頭，發現是前天在急診室接的新病人，一下子回憶全蹦進腦海。老奶奶一聽到我們診斷為 **MI** 需要進導管室，當場情緒崩潰，嚷嚷著她就要死了，像個小寶寶似的哭鬧不休。是大家使盡全力安撫，在 **Dr. Kontos** 再三保證 **everything would be alright** 之下，才緩和了她的情緒，幸好還記得她的名字。老奶奶說他已經做完導管了，謝謝我那天的幫忙，她很快就可以出院。當下彷彿一股暖流走遍全身，有多久沒有這樣的感動了呢？回想起來，在自家醫院裡的深刻回憶多半都是讓人心有餘悸的病家，一個自豪於人情味濃厚的國家，居然會有如此糟糕的醫病關係，想想還真是有些諷刺。平時師長總耳提面命、以身作則地要求我們醫療人員的專業素養，醫學倫理四象限，六大核心能力...。但是當病人不再信任醫師，甚至將醫師當作敵人的時候，我們是否還能做到視病猶親呢？我相信美國當然也不乏惡意難纏、動輒提告的病人，也承認我們花在每個病人的平均時間較少，和病人的溝通效率也較差，但會造成如今這個局面，絕非一個環節脫鉤所導致。醫病關係是需要雙方共同經營的，如果醫病雙方都能著眼於自己的缺點，試著去聽懂對方的語言，也許有一天我也有機會看到醫療環境的曙光吧！

結語

Everything has a beginning has an end.

回想起這三個月的旅程，就彷彿是從現實世界進入母體走了一遭，在一個我從未認識過的環境裡盡情探索與嘗試，能親身感受兩個世界的差異固然讓人興奮，但我們並未從現實世界隔離。三個月來，從神外判賠 3200 萬、護理師集體請辭、台大總醫師出走、割膽法官...還有層出不窮的負面新聞，即使遠在半個地球之外，也能感受到島內低迷的氛圍。我們的醫療環境居然已經走到幾乎無以為繼的地步，純粹是因為我們的醫療體系破洞百出嗎？大家常說美國的醫療品質遠優於台灣，但美國是全世界醫療花費最高的國家，佔 **GDP16%**，整整多了 **10 個百分點**。如果讓你決定，願不願意用這樣巨大的資源交換醫療品質呢？又，是否

真能交換到相對應的醫療品質呢？說實話，我是有些不服氣。因此這段時間我努力留心著周遭的一草一木，希望能為我們自己的環境帶來一些新的養分。但最後，我發現獲得最多養分的其實是自己，這趟旅程就像打開了一扇門，拓展了視野，走出去，親眼看看這個世界，才發現我要努力的地方還有很多很多。

能夠有這樣珍貴的機會到杜克實習，要感激的人實在太多了。和信醫院黃院長、Dr. Tony Huang、王詠老師、陳呈峰老師和甄選委員們、華皇道老師、陳偉挺老師、育美姐、昭蓉姐，陽明大學陳主任、凌憬峰主任、楊令瑀主任、文馨姐。在杜克實習期間，也深受 Howard、Wendy 等學長姐以及 Patrik、Brian 等台灣醫學生的照顧，因為有你們的支持與協助，這趟珍貴的旅程才能成行。特別要感謝好 Partner 智元、佩幸、鈺玫，三個月的相處你們是最可靠最貼心的夥伴，還有很多地方要向你們學習呢。這次的收穫我會好好沉澱在心中，希望以後能把這份感動也散播給對醫學有熱忱及理想的所有人。

2012 夏 鎧蔚

全文完