

# 2016 Duke 醫院 實習學生心得報告

陽明大學醫學系七年級 陳怡雯



## 目錄

新陳代謝科.....	p2-4
胸腔科.....	p5
腎臟科.....	p6-9
風濕免疫科.....	p10-13
感想.....	p14-16
感謝.....	p17

大六的生活最後在 Duke 的外調實習畫下了完美句點，非常感謝能夠有這個機會，體驗不一樣的學習和工作環境，調整最適合自己的學習方式和目標。展望大七或是更遙遠的未來，我都會繼續全力以赴的！

## Metabolism and endocrinology 2016/4/1- 2016/4/30

### <Schedule>

一整個月的課程分為前後兩個部分，前兩星期是門診，後兩星期是住院會診。每週一下午是甲狀腺腫瘤的 cancer meeting，星期二早上是內分泌的晨會，由內分泌的 fellows、NP 和主治醫師參加，fellow 輪流上台報告特殊的 case，每週五下午是內分泌的 grand rounds。醫學生在這個月可以選擇一個有興趣的 case，做成一份簡單的 case report，很可惜因為時間的因素，我並沒有能夠在星期二的晨會報告，衷心感謝 fellow Dr. Onala 以慈悲歡喜的耐心與我討論並修改我的 case report，著實讓我獲益良多！

課程的負責人 Dr. Hong 會在課程開始前，將 orientation 的資料及學習目標寄到學生的信箱，讓學生能預作準備，學習的時候目標更了然於胸。

### <Clinic>

美國的門診都是採用約診的方式，每位 follow-up 的病人約需要 20-30 分鐘的時間，新病人會預留約 60 分鐘的時間，一個早上或下午大概安排 5-10 位病人。不同的時段會有 NP、resident、fellow 或是 medical student 先看過病人、做完理學檢查，回到 workroom 與 attending 討論之後，再回到診間看病人。由於是初來乍到美國，我剛開始覺得有一些語言的障礙，隨著練習的次數增加，就比較有信心，可以自己先看過病人再報告給主治醫師聽了，因為是自己思考過 approach 的病人，印象實在比跟診深刻許多。就是在這個月戰戰兢兢的練習，奠定我第三個月在 rheumatology clinic，能夠更順利進行的基礎吧！在門診中令我留下鮮明畫面的是，有不少病人往往準備一本厚厚的筆記本，記錄了血糖、更改藥物的紀錄、新出現的症狀。病人對於藥名、劑量的熟悉度，讓我感到十分驚訝，可能是英文藥名對於以英文為母語的美國人來說，的確比較容易記憶，在這裡也觀察到許多病人為自己的疾病做了相當程度的功課呢！接觸了更多病人之後發現，社經程度有差距的病人，醫療保險的額度是大不相同，這也影響到保險可以支付的用藥，以及他們能夠選擇治療的程度，高品質的醫療體系之下，驚見到隱藏其中的貧富差距，算是在這裡門診無奈的現實面。

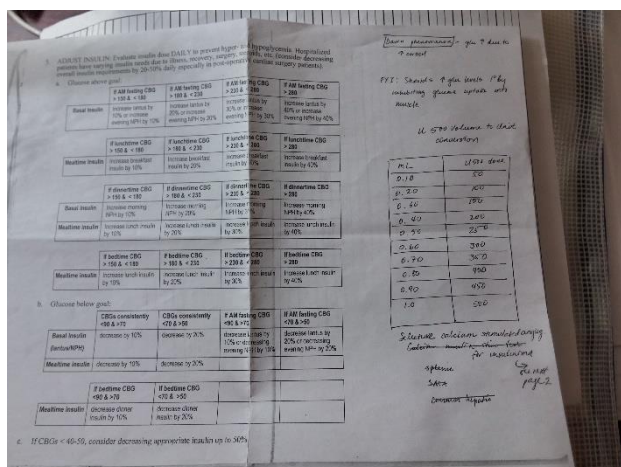
門診的學習層面廣泛，老師們有各自專精的項目，Dr. Gratian 的專精在 pituitary tumor、Dr. Akhter 的專精在 osteoporosis、Dr. Guyton 則是 lipid disorders 的專家，常見的糖尿病和甲狀腺功能異常、結節仍然在病例中占大多數。每位醫師有自己看診的個性和習慣，Dr. Corsino 是一位對待病人超級熱情的醫師，常常才進門就給予病人一個大大的擁抱。她習慣列印出最新的糖尿病 guidelines，和各種糖尿病口服藥物的主要作用與優缺點圖表，逐項詳細的為病人說明；Dr. Perkins 是一位語速飛快、說話提綱挈領的醫師，簡短的幾句話，對於病人或是醫學生，都蘊含必要掌握的醫學知識。

以 endocrine 這科來說，我覺得門診是很重要的學習場所，相較於急性的疾病，大多內分泌的疾病是需要長期追蹤控制的，因此在門診能觀察到病人長期的病情進展。每位醫師會很仔細的與糖尿病的病人核對服用藥物的情形，查看每天血糖的變化紀錄，了解是否有低血糖，家中是否有 emergency kit，並完成完整的理學檢查，包括請病人脫下襪子，檢查腳是否有傷口、足背脈搏。每年至少做一次 monofilament test 檢查病人的末梢感覺，關於糖尿病嚴重的併發症-nephropathy、retinopathy、stroke、MI，醫師也會做全面的評估。看診時間的充足，對病人的瞭解非常深入，可以在飲食、生活習慣方面提供病人明確的建議，在診間充分感受到醫師與病人間距離滿親近的氛圍，醫師甚至是很了解病人的家庭和工作狀況。在病人離開前，通常會拿到一張 after visit summary，醫師將需要注意的事項列點印出，給病人參考，並提供了需要的衛教資訊。

### <Consult service>

這兩週我的 fellow 是哈薩克裔的 Dr. Onala，她在十幾歲的時候來美國求學，是一位親和力十足的 fellow，噓寒問暖我的生活起居，給予我多面向的鼓勵，適時緩解我第一個月的緊張不安！

住院會診的病人以血糖控制為大宗，第一天 fellow Dr. Onala 就拿給我許多血糖紀錄的單張，教導我胰島素用量的控制、微調。雖然 Dr. Onala 說微調的胰島素劑量因經驗而駕輕就熟，她還是很熱心地提供給我，她初學調血糖時的筆記，裡面有建議的微調比例供初學者參考，使我不至於漫無頭緒。在她的不厭其煩，一而再，再而三的詢問我對於病人血糖控制的看法，經過不斷的反覆練習，我逐漸進步而能擬定出血糖的調整計畫。



Dr.Onala 的血糖微調參考，對於初學者滿有幫助的

遇到比較特別的 case，主治醫師 Dr. Corsino 會要求我回去查好資料，隔天進行簡短的報告給大家聽，猶記得有一次遇到一位 ipilimumab induced hypophysitis 的病人，我回去查好整理過資料，恰巧過幾天又接到類似症狀的病人，印象就超級深刻！這個月，我選作 case report 的病人是一位 56 歲的女性，有十幾年高血壓，近日才完成 left neck glomus tumor 的切除，術後發生難以控制的高血壓，需要服用五種高血壓藥物，因此會診新陳代謝科評估。從為了排除 renal artery stenosis 安排的 CTA，看到了一個疑似是下腹部 pheochromocytoma 的 mass，所幸後來照 CT 的結果只是纖維化的子宮。這個 case 中，我除了學習到 secondary hypertension 的評估、paraganglioma 的分類和 screening，更重要的是練習架構一篇正式的 report，整理自己的思考模式，訓練邏輯性。十二萬分感謝 fellow Dr. Onala 在百忙中，還願意抽出時間，將我的報告修改得臻於詳實完整。



與親切的 fellow Dr. Onala 在新陳代謝科辦公室，也許是獨自從哈薩克在美國求學，她真的真的非常關心學生的生活和學習狀況，讓我緊張的情緒緩解不少



與熱情的 attending Dr. Corsino 在 endocrine 辦公室

## Asthma clinic 2016/5/1-2016/5/15

感謝育美姊的聯絡，Dr. Tony Huang 懷抱著對醫學生教育的熱情，我幸運地能利用兩個禮拜的春假期間，跟著老師多學習。Dr. Huang 主要的工作時間是在 Asthma clinic，中間夾雜著 DRH(Duke regional hospital)的會診。每週三早上是胸腔內科、放射診斷科、病理科的 combined meeting，fellow 報告特別的 case 提供大家腦力激盪。

Asthma clinic 位於距離杜克醫學中心約五分鐘車程處。在門診的工作中，老師會先分配新病人，我必須在時間內看診並完成 note，再與他討論。

大部分的病人是 asthma、COPD，偶爾會有 sarcoidosis 的病人。即使是最常見的 asthma 和 COPD，問診和評估時都有許多細節應該要注意，包括各種可能造成 asthma 的 triggers、North Carolina 在春夏之交造成的花粉過敏、每位病人的居住及工作環境，住在哪裡？住什麼樣的房子？房子的新舊、整修情況、有沒有黴菌？前陣子旅行的地方？有沒有養寵物等細節，而 pulmonary function test 只是供醫師參考的其中一項。老師時常強調，“Treat the patient, not the guideline(PFT)!” 測試做出的數值，有時候和病人實際的症狀感受，並不是完全符合的，因此對於病人治療的建議，除了照著醫學準則走之外，更重要的是能為病人量身打造最適合、能欣然接受的治療方式。

看完病人之後，當然就要完成病程紀錄，即使是門診病人，病歷的完整格式也是完全比照住院病人，重點是 assessment and plan 能夠清楚的表達思考流程，每個相同疾病但不同狀況的病人，可藉由此看出醫師做決策的脈絡。Dr. Huang 非常仔細的幫我修改每份病歷，尤其是 assessment and plan 的部分，老師的習慣是以精簡的段落文章方式呈現，主要涵蓋的部分包括疾病的 cause、to-do、prognosis。和病人討論的主題或是治療方式，lab data 以及病人的一些症狀記錄在前面即可，不需要再在 assessment and plan 重複一遍，這是我常常需要修正的部分。

關於醫學推斷的過程，很多時候並不是絕對的，只能夠依據現有的證據做出最可能的診斷，老師說可以運用不同的詞彙，表達推測的肯定程度，由較弱到較強分為 suggest, compatible, consistent with。深深覺得一小段言之有理的 assessment and plan，是需要累積經驗和充分練習才有的功夫，真是要感謝 Dr. Huang 花了不少時間，雕琢我這方面的能力。

## Nephrology 2016/5/16- 2016/6/11

### <Schedule>

腎臟科會診的 rotation 中，主要分為三個部分：一週的 dialysis unit，一週的 transplant service，兩週的 acute(AKI) service。週四早上是 journal reading，週五早上在全院的 grand rounds 之後是腎臟科的 grand round，中午不定時會有 fellow lecture 的時間，醫學生可以自由參加。

有一次 journal reading，fellow 報告的論文是 NEJM 的 Initiation Strategies for Renal-Replacement Therapy in the Intensive Care Unit，最後的結論是早洗腎或是晚洗腎對於 ICU 病人的 mortality 沒有顯著的差異。報告的前三天，JAMA 刊登了另一篇 Replacement Therapy on Mortality in Critically Ill Patients With Acute Kidney Injury, The ELAIN Randomized Clinical Trial 的文章，提出的結論卻是早洗腎能夠降低病人的 mortality，fellow 對於這兩篇的研究方法做了深入的比較。我很喜歡在 meeting 中不分職位熱絡的討論氣氛，還有更新資訊的即時性。

### <Week1--Dialysis>

到了 dialysis unit 的第一天，fellow Dr. Singh 便非常詳盡地介紹了洗腎的基本原理、dialyzer(人工腎臟)的構造、dialysate 的各種濃度，dialysis order 中的各項目，包括 dialyzer 種類、dialysis bath、access、BFR(body flow rate)、DFR(dialysate flow rate)，是否需要加 heparin、EPO、VitD。與 CKD 患者一樣，需要同時注意 bone marrow metabolism、anemia、acidosis、electrolyte 的問題。對於臨床上最重要的評估就是 ESRD/CKD 的 underlying disease 為何、病人需不需要急著洗腎、透析的 access 是否已建立並可順暢的進行、之前透析的單位，以及出院後持續洗腎與機構的聯繫，這也是在接了新的 consult 病人，需要報告主要的幾個項目。除了看 eGFR 和 Cr，更重要的是，同時必須由臨床症狀和理學檢查，評估病人的 fluid status，來決定 dialysis 的時機。在這個禮拜的學習，我終於對洗腎背後的原理有更深入的認識，將來遇到這樣的病人，除了會診腎臟科洗腎，相信自己能比較有概念。

### <Week2--Transplant>

由於文化之間的差異，cadaver organ donor 相較於台灣來源較為充足。第二週來到了這個 team，很多知識都是從頭學起，是有趣又充滿挑戰的一週，每天早上，整個 transplant team 會先查房，成員包括了外科主治醫師和 NP/PA、腎臟科主治醫師和 fellow、藥師和藥學生、醫學生、個案管理師，一起看過所有剛接受腎臟移植手術的病人之後，腎臟科的主治醫師 Dr. Roberts 會和 fellow Dr. Supreet，帶著我查看其他曾經接受過腎臟移植，由於排斥或是感染問題住院會診的病人。有兩天沒有新會診病人，我就去移植門診觀摩，看外科醫師和腎

臟科醫師是怎麼合作，評估符合移植條件的病人，以及移植後的術後追蹤。腎臟移植之前的門診，除了評估病人本身的身心狀況，還要同時考慮家人的社會支持，若符合條件，就會登記在全國腎臟移植的 waiting list 上，等待適合的腎臟，在尚未獲得腎臟捐贈之前，需要每年回診一次。

描述捐贈腎臟的幾個重點包含:PRA(panel reactive antigens)-比例愈高代表可能與捐贈者 HLA 產生排斥反應的機率愈高、是否使用 induction 抗排斥藥物、KDPI(kidney donor profile index)-數值愈高代表移植後可能 failure 的機率愈高、CIT(cold ischemia time)、是否使用 pump、捐贈者和受贈者的 CMV serology，這些因素都可能影響移植術後恢復排斥的情形，也會決定藥物的使用，因此需要特別注意。術後最基本會使用的免疫抑制藥物是 MYFORTIC、prednisone taper、依照 FK506 濃度調整的 Prograf (tacrolimus)、預防感染的 Bactrim 和 Valganciclovir(視 CMV mismatch 的情形調整劑量)。

在 transplant 見習的那星期，剛好看到了兩位接受同一個捐贈者腎臟的病人，卻呈現出截然不同的恢復情形，一位是非裔年輕女性，一位是中年白人男性。女病人的各項實驗室數據看來都比另一位差，移植手術後移植的腎臟卻非常迅速的發揮作用，反倒是男病人的腎臟延遲了幾天才開始運作，曾為他捏了把冷汗，所幸最後他順利的出院了。有兩位病人的鮮明對比，在腎臟移植各種需要評估，影響移植成功與否的因素，術後的用藥，我能留下更深刻的了解。

### <Week3,4—Acute consult>

兩週裡，我跟隨的主治醫師是 Dr. Kovalik，是一位嚴謹用心的醫師，不吝給予學生鼓勵與讚美，每當我完成一次 consult 口頭報告，他總是不會忘記對我說：Great job today! 大大提振我工作的信心。Acute team 的工作步調快速，整個 list 下來大約會有三十幾個病人，Dr. Kovalik 工作效率很高，每天都會親自看過所有的病人，他習慣在早上八點查房，fellow 和我在他之前就會各自 pre-round 自己負責的病人，撰寫完成初步的 note。到後來比較熟悉的時候，fellow 會讓我直接發 page 或是傳 email 給當科的醫師溝通，當然她是會幫我 review 過一次啦！與 Dr.Kovalik 會合之後，再把病人特殊的狀況報告給他聽。在這段時間內，接觸了許多 acute kidney injury 的病人，診斷需要的時候，醫學生可以幫忙收集尿液檢體，離心製作成玻片以幫助釐清背後的成因。離心機和顯微鏡在腎臟科的辦公室--dialysis unit 隨時都可以使用，非常方便！

AKI 的病人之外，我也接到 hepatorenal syndrome、proteinuria during pregnancy、renal artery stenosis 需要評估是否置放 stent、diabetes insipidus、nephrotic proteinuria 的病人。讓我至今猶感慨萬千的是那位 hepatorenal syndrome 的 65 歲男病人，住院原因是 hepatic failure，是因腎功能開始惡化會診腎臟科，從病歷上的記載看到他是一位酗酒的病人，之前曾經多次錯過 GI 門診，並不符合 transplant 的條件。去看他之前，自己心裡就描繪出屬於這位病人的刻板印象，如果不能根本解決肝臟衰竭的問題，他的腎衰竭狀況只會繼續



惡化。看到病人日漸衰弱的模樣，不忍心他被病痛摧殘而難過了起來。有一天早上，他的太太熱淚盈眶的對我說：「我們沒有孩子，只是希望他能夠像這次住院之前一樣，做他喜歡做的事情，在我們的院子修剪花木，陪我們的狗狗玩，我們的狗已經開始想念爸爸了！」我內心感到無比沉重、感到萬分愧疚，只差沒有表現於外。我在未照顧到病人前，腦中不自覺的替病人貼上了標籤，認為他是不配合約診時間出現的病人，只以他的 compliance 來評斷，而忽略了他是狗狗的爸爸，太太的丈夫，樂在修剪花花草草，認真生活的一般人。到下個月時，我再回頭關心這位病人的病程，已經進入安寧療護，並在幾天之後於家中辭世！

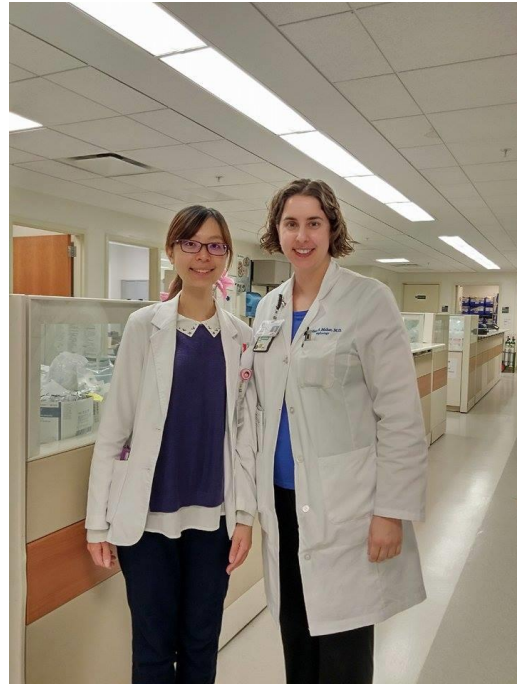
記憶中，還有一位 85 歲的奶奶，由於 hypertension urgency 以及 acute kidney injury 住院治療，同時發現有 nephrotic proteinuria。問診時得知她在十多年前曾因軀幹的皮膚斑點和近端無力，被診斷為 dermatomyositis，不過之後就沒有在 rheumatology 繼續追蹤。我們為奶奶做了腎臟切片，等待病理結果。偶爾閒談中了解，奶奶一個人居住在醫院附近，不希望自己的病痛影響到子女的生活。其實一開始與她交談，她總是悶悶不樂不多話，直到要準備做腎臟切片的早晨，禁食禁水引發她極度口渴，在我為她拿了潤濕嘴巴的刷子後，她對待我的態度，才轉變成健談且和藹可親，還熱心推薦許多附近的餐廳供我們參考呢！我再次感受到，語言縱然有些許隔閡，只要能用心體察病人的情緒，終究能將自己關懷的心意傳遞出去的！

在下個月我到 rheumatology 時，又遇到這位奶奶，關於她身體方面有了更多的線索，她有 Raynaud's phenomenon、GERD、胃部有 GAVE(gastric antral vascular ectasia)的症狀。理學檢查結果，皮膚沒有 tightening，有 salt and pepper skin discoloration，ANA 的檢驗結果是 1: 2560 (speckled)、anti-centromere Ab(+)、C3 微微下降，從而推論比較像是 scleroderma (CREST variant)。奶奶的 AKI 是不是因為 scleroderma renal crisis 造成的呢？後來腎臟切片的結果是 thrombotic microangiopathy，很多不同的原因都可能造成相似的病理結果，嚴重的高血壓是一種可能，但 scleroderma renal crisis 並無法完全排除，奶奶的病情掌控需要持續在門診追蹤。

與這位奶奶從腎臟科到風濕免疫科，整整相處了三個禮拜的時間，我每天一定會找機會去陪奶奶聊天，在人事變化迅速的 consult service，遇到能夠如此長時間相處的病人，正應驗了相逢自是有緣！



在醫學圖書館與 transplant team 的 fellow Dr. Supreet，這天剛好是她完成 fellow 訓練的良辰吉日，要準備出發到另一個醫院工作



與 acute service 的 fellow Dr. Melissa 在腎臟科的工作地點-dialysis unit 合照



舒適的醫學圖書館地下室，是我很愛的充電堡壘

## Rheumatology 2016/6/13- 2016/7/9

### <Schedule>

Rheumatology 主要的工作重心在門診，課程負責醫師 Dr. Criscione 安排三個禮拜的門診學習和一個禮拜住院病人的 consult service，每星期可以和 Dr. Criscione 約定一個時段，討論當週遇到的問題和學習上的疑問，她總是充滿熱忱的幫忙解決我的疑難雜症，提供了各式各樣教學材料，有完整的風濕免疫科理學檢查(關節觸診、ROM、肌力)的光碟片、各項 autoimmune marker 的介紹網站。在 Duke Singapore 使用的線上教材-learningin10，網站內有各個 rheumatology 疾病大約 10 分鐘的 mini lecture，加強學生對疾病臨床表現和治療重要的基本概念。早上舉辦的 meeting---週一早上八點是 fellow 一起 review board questions 的時間(我在這科的月份進行的是統計方面的問題)，週二早上是 rheumatology grand rounds，週四早上則是 journal club。

### < Grand rounds>

還沒來 rheumatology 見習就存在下述的刻板印象，這麼專門科的 grand round 必定是艱澀難懂，充滿了各種新發現的 autoimmune markers 研究、如雨後春筍般湧出的新型 biologic agents。在這個月共參加兩次 grand rounds 後，似乎找出與我原先腦子所想不同的輪廓了。

第一次參加 grand round，是一位 rheumatology fellow 的門診臨床研究報告，主題是：hydroxychloroquine 使用前，需不需要先監測 G6PD levels 呢?這個問題，醫師們的習慣不盡然相同，報告的 fellow 醫師採用 chart review 的方式，研究一千多位在 rheumatology clinic 追蹤的病人，統計其中有先 screening G6PD levels 的比例，分析 low G6PD levels 病人產生不良反應的比例。關於 G6PD deficiency，之前書上讀到需要“謹慎使用”的藥物列出了許多，hydroxychloroquine 就是其中一項，所謂“謹慎使用”的規則稍嫌模糊，是否需要 routine 做 screening，是臨床專科醫師需要更進一步釐清的事了。

這位 fellow 以基本的科學方法，將眾說紛紜的問題，提供強而有力的科學證據，臨床時可以更有把握的向病人說明。他扭轉了我原本存在的狹隘，研究不全是非常複雜的概念，隨時擁有一顆好奇心並千方百計追根究底，也是很重要的。

### <Clinic>

在某些特定時段有特殊的門診，週一下午 Dr.Clouse 的懷孕婦女門診、週三下午 Dr. Keenan 的 gout 門診、週五早上由多位主治醫師聯合的 lupus 門診、Dr. Shah 專門做關於 scleroderma 的研究。除了最常見 RA、SLE、gout 的控制，也看了一些 Behçet's disease、scleroderma、antiphospholipid syndrome、dermatomyositis、ankylosing SpA、psoriatic arthritis、fibromyalgia、relapsing

polychondritis、血管炎的病人。在門診的見習中，我體會出看新病人和追蹤病人是非常不一樣的，新病人常常是因為某些不特定的症狀，加上驗到某些 autoimmune markers 升高，被轉診到 duke clinic 做進一步的評估。rheumatology 的疾病很重視臨床症狀的評估，我被老師和學長姐們不斷地叮嚀提醒，千萬千萬不要用 lab 數據來診斷這些疾病，只能用這些 autoimmune markers 的資訊輔助診斷。

Rheumatology 的醫師們通常會先對病人說明清楚，什麼是風濕免疫科相關疾病，再針對病人的轉診原因、可能發生的問題詳盡的分析。我覺得看新病人是面面俱到的艱難挑戰，得適時紓解焦躁不安病人諸多不必要的憂慮，還得保有清楚的思維才能考慮到各種可能性。有一次在診間，是一位 uveitis 反覆發作大約十年的病人，一直以來只有使用眼藥水治療，不曾做過進一步的追蹤，全身性的症狀，如關節疼痛、皮膚病灶，病人都否認，卻不能完全排除 seronegative arthropathy 的疾病。因為病人之前在軍旅服役，還須考慮感染(如 TB、HSV、Toxoplasmosis)的可能。依照臨床症狀看來，uveitis 是 idiopathic 的可能性最高，但主治醫師和 fellow 認為以如此長期反覆的病程看來，做個完整的評估仍然是有需要的。醫師們若遇到比較特別的案例，隨時會在討論室交換意見。

追蹤病人看診之前，得先填一張 RAPID 3 的病人主觀評分表格，概略能了解病人的生活狀況和活動情形(在門診中，大多數使用 RAPID 3 score 作為疾病活性的指標，因為可以由病人的主觀感受迅速做出評估，DAS 28 常是作為研究需求使用)，從與病人對談中，再更進一步的詢問：最近是否有疾病發作、其他需要住院的狀況、病人是否清楚服用的藥名和劑量。藉由獲得的資訊，評估疾病控制的情形和使用藥物的副作用(hydroxychloroquine 會造成視網膜色素沉積影響視力，需要定期看眼科；服用 methotrexate 的病人，需要定期監測肝腎功能和血球數目，追蹤病人是否發生無法忍受的副作用，如有腸胃不適，便考慮轉換成其他藥物治療；長期使用 steroid 的病人要注意血糖、骨質疏鬆、肌肉無力、感染等問題)。

看診的過程涵蓋了鉅細靡遺的 review of systems，關節皮膚的發炎情形，全身上下器官的侵犯情形都必須釐清(整體的 fatigue、fever、weight loss，頭部的 alopecia、眼乾口乾、視力改變，四肢的 Raynaud's phenomenon、水腫，可由相關症狀進一步評估是否有肋膜、腎臟、腸胃道的侵犯)，配合完整的 physical examination，包含關節的觸診、ROM 等等。

不同的時段我被安排到不同主治醫師的診間。Dr. Shah 是一位條理分明的醫師，向病人說明時充滿邏輯性，對於 fibromyalgia 這個常被汙名化的疾病，總是很有耐心去了解病人的身心狀況並提供睡眠/運動/生活上的建議。Dr. Kaul 是一位即將離開 Duke 到另一家醫院的醫師，滿滿的看診表中，大多是長期控制相當穩定的病人，來跟她致謝道別，在走入診間後就給她一個大擁抱，送上親手寫的小卡片，甚至還有病人感性對她說：I am not kidding! I will follow you wherever

you go!有一位 29 歲 Behçet's disease 的女生，外觀看起來與正常人幾乎無異，停用藥物無疾病發作有半年的時間，原本我對她沒有太深的印象，直到 Dr. Kaul 告訴我十年前這位病人有嚴重的 ulcer，大大的影響了她的生活品質，“You will never imagine how bad it was! But now she just got married!” 能看到病人脫離疾病的折磨，回復到正常的生活，對任何醫師來說應該都是滿足快樂的一件事！

Dr. Keenan 看起來是一位稍微嚴肅的醫師，事實上他很注重與學生的互動，從 allopurinol 一開始研發出來是為了抗癌的用途，到起始 dose 為影響 hypersensitivity syndrome 風險因子的研究，他抓住看診的空檔很有耐心的與我詳細討論；Dr. Doss 是非常溫文儒雅的醫師，會在進入診間前，把病人的 whole picture 再完整的幫我複習一遍，並強調我們此次需要著重詢問病人的問題；Dr. Criscione 和 Dr. Clowse 都是很有效率的女醫師，願意細聽學生報告病人的 history 和 plan，任何疑惑找她們都能獲得清楚的解答。

Dr. Caldwell 是一位資深、親切的醫師，我只是在 fellow clinic 中與他正式接觸過一次。當天我們的病人是一個深信自己患有 Sjogren's syndrome，實際檢查的結果與病人的主訴並不吻合，fellow 和 Dr. Caldwell 都覺得必須有更進一步的資料，才能決定後續的治療方向，希望先與病人之前的地區醫院聯絡。但病人在診間崩潰大哭，對主治醫師無理咆哮，認為她一定有自體免疫疾病，醫院沒有盡力幫忙她。場面混亂之際，Dr. Caldwell 語帶誠懇緩緩的說：「許多患有這些疾病的病人，多麼希望他們沒有啊！」當下 Dr. Caldwell 的沉著以對令我既佩服又感動！隔天在走廊碰到 Dr. Caldwell 時，他與我分享一篇醫病溝通的經典論文—Taking care of the hateful patient。論文裡將這些病人分為四類：緊迫盯人的病人、強勢要求的病人、操控拒助的病人、自殘自毀的病人。下班後花時間仔細閱讀，搭配鮮明醫病關係震撼的經驗，讓我對醫病溝通有另一番深刻的體悟，真的收穫良多！

醫學生在 rheumatology 門診其實是相當有內容的學習機會，能夠看到各種疾病的臨床表現以及治療。特別喜歡的部分是：這些慢性的疾病，同時得考慮生活中的許多層面，例如運動習慣、情緒、壓力、睡眠等等，需要的是細膩、全面的照顧。許多醫師會在看診時，將病人家中發生的重大事件註記在病歷中，有助於下次回診時能夠迅速把握病人的身心狀況。rheumatology 醫師和病人是經年累月的合作夥伴，往往建立起情同老友般深厚的醫病關係。



在 lupus clinic 與 Dr.Clowse(左後 1)、Dr. Doss(右後 1)、Dr. Criscione(右前 1)、中國的訪問學者賴蓓醫師(前中)合照

### <Consult service>

在 consult team 的一個多禮拜，有幸與和藹可親的 attending Dr. Allen 和談諧幽默的 fellow Dr. Weiner 相遇，領受與門診截然不同的學習經驗。會診的病人很多是沒有經過診斷，需要許多會診科別共同努力，拼湊住院過程中所有線索的考驗，任何小地方都必須抱持著懷疑的態度，很像偵探辦案抽絲剝繭的過程，是我覺得最有趣的地方。每天 rounding 時，我們穿梭在醫院的影像科、病理科和當科醫師討論可能的 differentials。在這期間，我看到了新診斷的 inflammatory myositis、GCA 視力突然喪失、懷疑是 PMR、懷疑是 scleroderma renal crisis、Sjögren's syndrome with MPGN 的病人。

做鑑別診斷時排除和思考的過程，是我最需要學習的部分。已經確定的診斷，仍然需要再不斷的思考查詢各種可能性，那位 GCA 視力突然喪失的病人，除了做 biopsy 確定診斷，老師也提到了 multiple myeloma-associated amyloidosis 的可能，因此希望病理切片能特別做 Congo red 的染色，Dr. Allen 非常熱心地拿出她之前寫的 case report 與我和 fellow Dr. Weiner 分享呢！

medical student 寫的 chart 純粹是教學用途，沒有法律效力的，Dr. Weiner 仔細地閱讀修正我的 note 之後，會將之併入正式的 note 當中，讓我覺得很有參與感！閱讀他寫的充滿邏輯性、段落式的 assessment and plan，更是讓我收穫滿載。記得有一次，跟 fellow 約好某個時間點接完病人之後會合，我提前十分鐘結束問診和理學檢查，在要踏出病房去整理筆記準備報告時，才發現 fellow 和 attending 已經站在病房門外等候我的報告，我既不好意思被等，又莫名感動擁有兩位指導老師真心誠意帶給我的練習機會。

會診的學習過程曲折離奇，在短短的 rotation 期間，就能看到相當罕見的 case，fellow 和老師常常是埋首在論文裡，思索任何可能的情况，實在是收穫滿滿的學習經驗！



與 consult service 的 attending Dr. Allen(左 1) 和 fellow Dr. Weiner(中)合照

## 感想

三個多月的實習生活，除了醫學知識領域的增廣，也逐漸摸索、修正自己的學習方式，對於截然不同的美國醫療系統算是有進一步的了解，大大拓展了視野。下面是我在醫院的臨床、教學、環境和制度的想法。

### 病房

#### -明確分工的會診制度

除了少數幾個科別，大部分的內科病人收在一般內科病房，針對不同問和需求會診不同科別。原本我很疑惑，病人每天要接受這麼多組人馬的 roundings，重複回答問題，真的對他們有幫助嗎？會不會大家看到的問題變得很片面呢？直到後來我才發現，有些問題比較複雜的病人，每個科別的視角其實不盡相同，因此集思廣益能夠互相腦力激盪，讓病人接受各科互相討論出來最適合的治療，一般內科是個很重要的 primary care 角色，彙整大家的意見並改善病人的各個問題。對於醫學生來說，我認為會診是難得的學習機會，能夠深入的學習 approach 各科別不同的疾病。

#### -隨處可見的乾洗手液與牆上的電腦

在學校 OSCE 演練時，常常提醒不要忘記洗手，來到這裡之後，完全是慣成自然，看到大家進出病房一定會使用乾洗手液，就自然而然的仿效了。除了護理站、工作室、病房內的電腦，每隔三、四間病房外就有固定在牆壁上的電腦，接完病人之後便能很快速的記錄在 note 中，非常實際方便。

#### -Lab data

常常看到有些病人，幾乎是每天 follow up CBC/DC, renal function 等數據，感覺並不是這麼多病人都需要如此緊密的追蹤數據，有些其實是可以臨床判斷。提供充足的醫療資源，是否無形中也造成一些醫療資源的浪費呢？

### 病程紀錄

#### -邏輯性表達 assessment and plan

病歷每個部分都很詳細，看過一段好的 assessment and plan，就能夠對病人的狀況略知一二，包括可能診斷、嚴重程度和處置，理解醫師的思考脈絡，每次的撰寫病例，都是一次腦力激盪的練習。在 Duke 的這三個月當中，其實不是每位醫師都有時間為我修改 note，但從閱讀 attending 或 fellow 病歷的過程中，又是多一次的學習。

#### -一目了然的疾病史、過敏史、用藥史、家族史

每位病人的電子記錄中都包含上述各項，可以快速核對並針對有改變的部

分修改即可，避免每次由不同醫師問診需重新輸入的麻煩，也能夠有效率的確保資訊的完整性和正確性。

## 門診

### -詳細實用的門診與教學

門診都是採用約診的方式，每位 follow-up 的病人大概需要 20-30 分鐘的時間，新病人會預留約 60 分鐘的時間，大部分病人會給 resident, intern, nurse practitioner 或 medical student 先看，做初步的病史詢問與檢查，與主治醫師討論後，再一起進去診間釐清一些可能遺漏的問題，給予最後計畫。住院醫師每週會被分配固定的時間到門診工作，並沒有額外教學門診的時間。這次我選到的 endocrinology, rheumatology 都有一定門診學習的時間，如果對門診有興趣的學弟妹，是可以考慮的，兩個月下來，我應該等於參加數十次的教學門診了吧！

由於看診量有限，病人掛了號往往是排到幾個月後的 schedule，因此醫療分級對於他們來說更顯重要性。每位病人在紀錄上有一位固定的 primary care doctor，視情況將病人轉介給專科醫師，跟台灣比較起來，方便性似乎少了些。由於掛上門診往往需要一段時間，這裡的病人很常用電子系統-Duke My chart 詢問主治醫師問題(比較沒有急迫性的疾病)，經常看到主治醫師一有空檔就忙著回覆，感覺的確能紓解繁多的門診量。我覺得這樣的溝通模式，必須建立在病人對自己疾病有全面的了解和掌握之下，會比較安全的。比較台灣和美國全然不同的門診型態，各有優缺點，如何在醫療可近性和細膩度之間找到平衡點，仍然值得有識之士深入思索研究的。



從 Duke clinic 連接走到 Duke chapel 的後門，門診結束之後，最喜歡在寬廣優美的校園走一走，感受下班後的悠閒時光



## -貧富差距

不同健康保險 program 的病人，所能選擇的藥物種類也不同，像是糖尿病各型的胰島素、口服血糖藥，或是氣喘的各類型藥物，社經地位較低的病人，選擇起來相較少很多。

## 教學活動

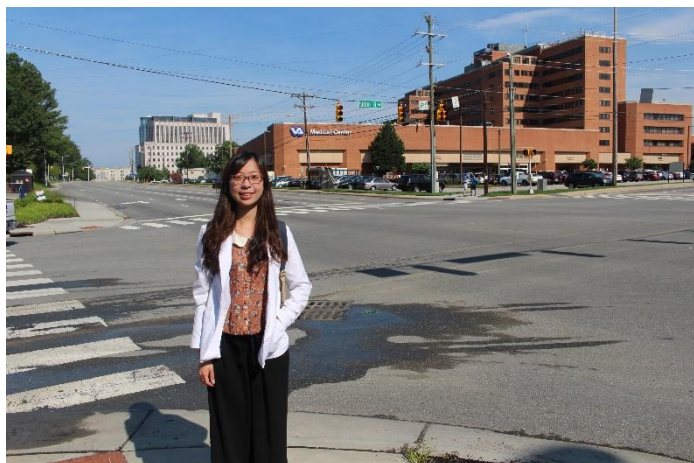
### -有吃有學的 conference

每天中午的內科都會有提供午餐的 noon conference，討論的是包含各科的主題。特別是禮拜五中午是 case 討論，由一位住院醫師找出一個有趣的 case，報告是從病人的 chief complaint 開始，大家一步一步問診、發表該做的 PE、該排的檢查，類似和信醫院的一般醫學討論會，熱絡的討論氣氛，台上台下密切的互動，是我每星期中午最期待的 conference。

禮拜五早上的 grand rounds，內容非常廣泛，有 chief resident 的生涯分享，有近日正在進行的研究 program，有趣的過程不會讓參加者昏昏欲睡，還貼心的提供源源不絕的 Starbucks 咖啡，保持大家頭腦清醒，擁有超高效率的收穫。

### -學習簡潔有力的 oral presentation

並不是每位主治醫師都有多餘的時間做額外 topic 的教學，但每位主治醫師都會讓醫學生接病人後做口頭報告，藉由簡短的口頭報告，來訓練醫學生的邏輯性，從中聽出對病人的掌握程度，適時給予缺漏方面的回饋。一開始接完病人得構思良久，到後來迫於時間壓力，得立即做出 presentation，雖然評估病人仍不免有遺漏之處，已明顯感覺到自己在口頭報告，的確是大有斬獲的！



Duke 醫院對面的 VA(Veterans Administrations, 美國版榮總)，Duke 的醫師會分配不同時段支援，在 rheumatology consult service 時，沒有會診病人時會跟著 fellow 到 VA 看門診，看到與 Duke 醫院不同型態的病人

不長的三個月裡，天天都有不同的發現，即使這裡與台灣的制度有極大的差異，也非完全沒有缺點，期許自己不要認為無能為力做出任何改變。在學習態度上，希望回到台灣之後，仍然保留住積極的思考，不成為一個淹沒在 procedure 雜事堆，只依照住院醫師或老師指示的 intern！

## 感謝

感謝和信醫院的師長們—黃院長在和信醫院、在美國北卡給我們適時的鼓勵與支持；耐心帶領我們從 clerk 一步步入門的老師們：王詠醫師、蕭慶祥醫師、詹于慧醫師、陳偉挺醫師、陳呈峰醫師、施志勳醫師、林忠葦醫師、林育鴻醫師、賴依伶醫師、賴其萬醫師、王金龍醫師、詹光裕醫師；在院內無微不至照顧著我們的昭蓉姐、豆姐、佳芳姐；幫忙我們聯絡安排 Duke 行前種種事項的育美姊。

感謝北榮和陽明的老師們—楊智宇醫師、凌憬峰醫師、周穎政教授給我們的啟發與建議；周穎政教授帶著我們到 Duke 附近的許多景點遊玩和品嚐美食。

感謝 Duke 的師長們—為我們處理所有報到前事務的 Steve；帶引我們第一天迅速跑完所有報到程序、還載我們去超市採買的 Yvonne；陪伴我們學習並體驗美國生活的 Dr. Tony Huang、Scott 學長、Amy 學姐、千光學姐；極盡呵護我們的醫院餐廳壽司店來自台南的楊叔叔夫妻！

最後感謝這三個多月來同行的好夥伴—交遊廣泛的晴瑩、運動粉絲葛齊、型男大廚昶廷，這趟學習旅程因有你們，生活更添多采多姿！



母親節時與日本名古屋大學的醫學生 Erina(右 1)一起去參加 Dr. Huang(中)的 Duke medicine orchestra 表演



和 Amy 學姐、千光學姐、周穎政老師、晴瑩、葛齊、昶廷三人一起到 Scott 學長家烤肉



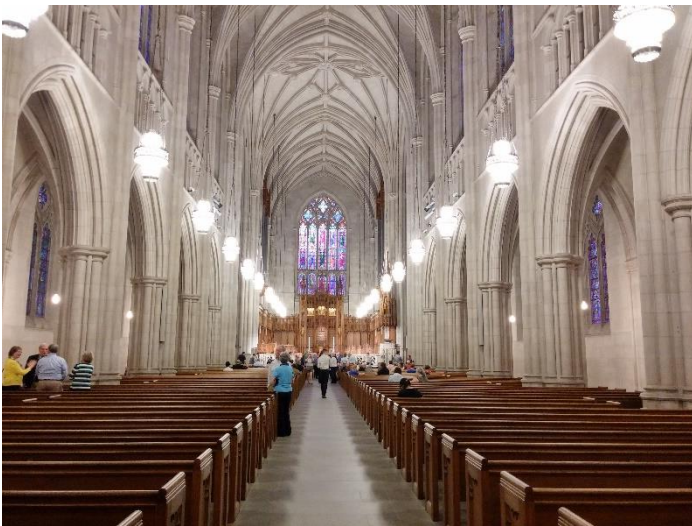
實習前的第一個週末，與黃院長(左 3)、Dr. Huang(左 2)、Dr. Tang(左 1)的午餐聚會，老師們給予我們許多建議和鼓勵



與醫院 Atrium 餐廳壽司店的楊叔叔阿姨



與周穎政老師到 Eno River State Park 健行



剛整修完富麗堂皇的 Duke Chapel 內部



綠草如茵的 Duke University 東校區



利用連假到 Great Smoky Mountains 國家公園的小旅行