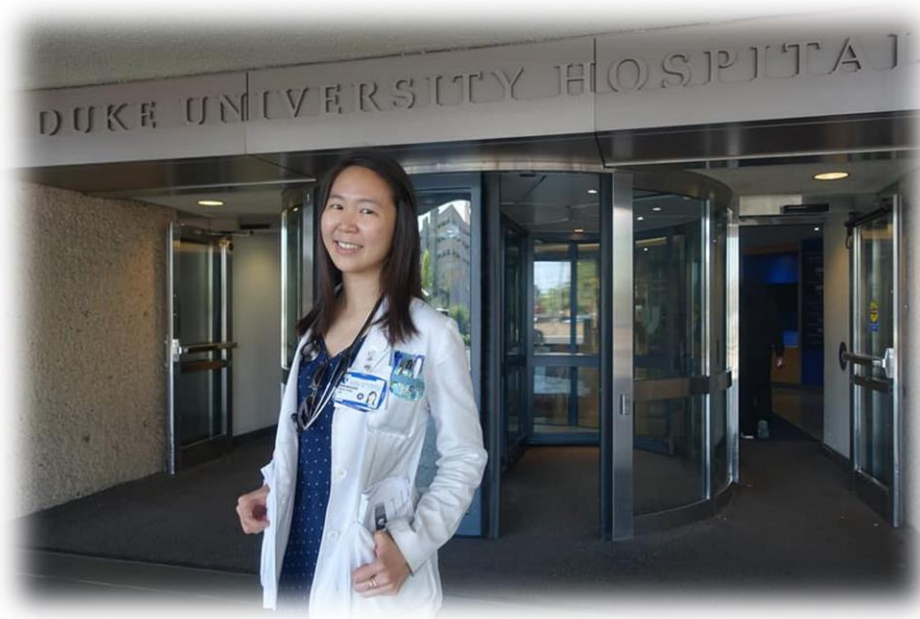


We are not physicians until we have hypothesis.



0

國外醫院實習心得

學號：19801040

姓名：林姵霖

實習醫院：Duke University Hospital

實習月份：2018/04, 2018/05, 2018/06

實習科別：心臟內科、內分泌暨新陳代謝科、腎臟內科

There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

目錄

序 · 美國醫療 v.s. 台灣醫療	2
Consultative Cardiology	3
MICU + palliative care	8
Metabolism and Endocrinology	11
Nephrology	15
總結	19

We are not physicians until we have hypothesis.

序 · 美國醫療 v.s. 台灣醫療

這次非常感謝和信的基金會還有師長們的幫忙，讓我們能有這個機會來到 Duke University Hospital 實習，除了在不同科別學習到不同的專業知識以外，也體會到了很多美國醫療環境和台灣醫療環境的不同。

除了眾所皆知的美國病人量比較少以外，我個人感受最深的其實是他們很重視每個人的個人價值。在查房的時候，很鼓勵每個人的發言，尊重每個人的個體價值。每次查房輪到學生報病人的時候，整個團隊都會停下來聽你說什麼，還會針對你說的每一句話去細問。也很在意你跟病人之間芝麻蒜皮的互動。這些舉動，會讓我覺得即使身為一個學生，還是對於這個團隊有極大的貢獻，他們也會針對你的貢獻給予你應有的 credit，讓你覺得在這個團隊中很有一席之地，享受身為團隊的一份子！

接下來為了方便學弟妹觀看選科，我會把每科的推薦與否放在該科的第一頁；若有想細嚼則可再往下觀賞心得區。但無論是 run 什麼科，都絕對有它值得細細品味的部分，並在此強力推薦學弟妹務必好好享受在這裏實習的美好時光！

There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

We are not physicians until we have hypothesis.

Consultative Cardiology

真心話推薦：就是個經典不敗 course，教學和 loading 都蠻適量的，推薦必選。

每日行程

基本上就是處理全院病人心臟問題的會診。行程固定，每天就是七點半在 7200 的會議室見面，會進行一個小 teaching 或是討論昨晚急診的 case，八點後會由 team 上的 senior R 分派病人給大家，然後就各自去接新病人或去看自己的舊病人，等主治約莫九或十點來查房，一一報病人並查房。中午十二點通常會放飯，讓我們可以去參加內科的 noon conference(附免費午餐，只要選內科系的都可以去吃 ^_^)。Conference 結束後回到工作集散地(工作集散地會依照每週不同的 senior R 有不同的喜好 XD，可能是 7200 中間的電腦區或是 7100 醫師工作室)，然後看有沒有新病人，心有餘力的話可以接，然後把新舊的 note 都打一打，接著就看主治下午有沒要再查房或是 R 有沒有要 teaching。

碎碎念

因為這對 R 們來說是個比較輕鬆的 course，所以大部分 R 都蠻有時間和心力 teaching 的，如果有問題他們基本上一定會教你；但如果要他們主動 T 的話就要看運氣。病人量的部分，我自己平均每天都會接 1-2 個新病人，但以手上不超過 3 個病人為限，很適合喜歡接病人的學弟妹。至於幾點下班？因為每週 R 和主治的組成會變(通常是以一週為單位換人，但我其中兩個禮拜是每天換不同主治 XD)，所以下班時間就看他們喜好。通常不會太晚，我自己大概有三個禮拜都是五點之前就可以走，只有其中一個禮拜有到六七點。



←第一週的 R 們

There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

心得區

第一天上班就被滿滿的生理學震撼。他們在描述每一個疾病、症狀的時候，都會把背後的生理學機轉討論一遍。重點是每個醫生，上至主治醫師，下至醫學生，大家都非常了解各種生理學的機轉，每個人都像一本 **walking Harrison** 一樣，真的是讓人瞠目結舌。甚至當他們不確定答案的時候，他們會把每個人的認知貢獻出來，然後互相補充，互相修正，最後得到一個完整的生理機制。我覺得這裡面有兩點很值得學習，第一點就是在台灣實習的時候，很多時候我們都只是被教這個疾病要用什麼藥，卻不會特別去了解這個疾病背後的生理機轉，可能少數時候會討論到藥理如何作用，但是對疾病本身的了解卻非常少，我覺得非常可惜；第二點則是我覺得美國非常鼓勵我們表達自己的想法，有的時候講出來的第一個答案未必是對的，但是他們不會因此否定這個答案，他們會針對我講出來的東西，去引導我思考，讓我可以自己想出來。在我實習的這段期間，每當我嘗試回答老師的問題時，就算我講出來的答案是錯的，我也絕少甚至完全沒聽過任何一個醫生直接跟我說”No, that’s wrong.”，我聽到的通常都是”Well, let’s think this way...”。我覺得有時候有些問題本來就比較不直觀，要直接要求學生答出來真的是有點過分，但透過這種引導式思考的方式，讓學生可以自己想過一遍，不只是加深印象，更加深了學習的成就感。這部分給了我很大的震撼，也讓我深深覺得如果未來自己也成為一個老師的時候，也不要忘記用這種循循善誘的方式來教導學生。

而我到的這個科別非常特別，他實際上是一個心內的會診團隊。每天的工作就是接受來自全院各種科別的住院病人關於無法調控的心臟問題會診。一開始得很不可思議，居然有會診自成一個團隊的！台灣的會診通常就是直接發會診單給單一醫生，從來沒有想過醫院裡會有一個團隊就叫做會診團隊，每天的任務就是負責處理所有的該科會診！後來跟老師聊了以後，才知道因為現在的知識日新月異真的太快了，每天都有無數的 **paper** 發出來，光自己科內的都不一定看得完了。如果只會診單一醫師，很可能會有所缺漏，因此就發展出“會診”這個團隊，每天由不同的主治醫師帶領，可以給予病人治療不同的 **input**，讓病人獲得時下最適切的治療，而會診的醫師也可以同時獲得該科的新知識。想一想這好像是未來一個不錯的趨勢，因為現在個個專科實在是分得太細，而且每科的學問又都很深，又不斷推層出新，形成一個術業有專攻的局面，若想要讓病人獲得更全面的照護，似

乎就該有個會診團隊來完整地處理。並且藉由團隊的形成，我們會每天持續追蹤會診我們的病人，看他們的狀況是否好轉決定是否將病人從會診名單上移除。這樣不像會診單一醫師，可能給完意見就不再追蹤了；在這裡，我們會持續追蹤，來確定我們的建議是有效的，或是根據病人的病情變化來改變藥物，讓病人在心臟方面的問題可以獲得全面且專業的控制。而且在美國，感覺念 paper 似乎是家常便飯，常常看住院醫師打的會診 note，都會看到他們在某些處置或是病因下面 cite paper，非常與時俱進，除了讓人瞠目結舌於他們打 note 的用心，也很佩服他們在工作時間之外，認真地補足自己在不同科別的知識。

這個團隊每天的行程是每天早上七點半會先有一個 mini lecture 或是討論前一天晚上急診的病人，到了八點就會由 team 上的 senior R 統整今天的會診，然後分發給團隊中的每一個人。我在第三天的時候被分配到了一個病人，雖然前兩天已經有觀摩過學長姐接病人的樣子，但是真正要自己上場講英文時還是非常緊張。病人是一個年輕的墨西哥男性，可能因為彼此口音的關係，有一些互相不太理解的部分，當下感到非常挫折，幸好 PGY 有陪同前往，並在適時的時候介入讓對話可以繼續，也讓我順利的問完病史。接完病人回到護理站後，更是另一個考驗，要在短短的半小時到一小時的時間內，把病人的病史和問到的資訊統整好，等等在查房時，在全團隊面前報給主治醫師聽。因為英文並非母語，所以我當下真的非常緊張，雖然已經把要報的東西寫好逐字稿，還請 PGY 先幫我聽一次，但真正報的時候，還是一直結巴。幸好老師非常有耐心的聽完，也會針對病人跟我講的一些小事情——雖然可能不影響疾病或治療的主軸——給予適當的笑容或回饋。到了最後終於講到所以這個病人應該是 heart failure with systolic dysfunction，所以我們可能要限水然後加什麼什麼藥。本來以為到這邊就可以告一段落，結果主治突然面帶笑容地看著我說“Great, so why do you think is the cause of his heart failure at this young age?” 當下真的是腦袋一片空白，我在思考的時候，只在意眼前的病人有什麼疾病要怎麼治療，但我卻完全忽略了去探究疾病的病因。當下當然是支支吾吾地被學長姐救援，然後覺得天呀好羞愧，我居然都沒有想到要怎麼幫助這個病人解決他根本的問題，根本就是治標不治本。從這次的報告也讓我深深體會到，了解疾病的病因，其實和治療一樣重要，因為若 underlying 的疾病是可以治療或預防的，我們的治療方針就會有所不同，且如果 underlying 的疾病是和基因有關，或許我們下一步就要考慮是否應該篩檢家人、下一代？若真的篩檢出來有預防的

方式嗎？還是只會造成病人家屬的恐慌？有許許多多需要考量的層面，都是我當下沒有想過的，經過這個月的學習，又讓自己對於疾病與病人思考更加的全面與完整。

這整個月中印象最深刻的病例則是 *arrhythmia right ventricular cardiomyopathy*，病人是一位中年男性，數十年前曾在 *gym* 運動時有過一次 *syncope*，當下好像有 *VT* 但病人自己不是非常清楚，也因為當時是送地區醫院，所以在病人心電圖正常、症狀緩解以後，並沒有做任何進一步的檢查。這次則是在旅行結束開車返家的途中，據病人描述當下非常疲倦，然後開一開突然覺得胸口非常不舒服幾近暈厥，坐在副駕駛座的太太趕緊要他路邊停車並叫救護車。急診一進來以為是 *MI*，但是心電圖和心肌酵素都沒有 *MI* 的相關變化，雖然當下症狀已經緩解，但因病人家屬的考量，決定收住院查找病因。本來真的是一頭霧水，但在某次的 *EKG* 中，發現了 *ventricular tachycardia of left bundle-branch morphology*，加上病人的病史，老師便毅然決然地安排了 *cardiac MRI*。結果真的看到了 *RV akinesia*，當下馬上湊齊了兩個 *Major criteria*，診斷了病人為 *ARVC*。但下一步除了藥物治療以外，便是開始決定是否該幫病人家屬做疾病篩檢。但是因為美國沒有全民健保，所以就要看病人家屬所保的保險公司是否願意買單。主治醫師為了這件事，也和家屬進行了一個長談，最後總算讓家屬同意前往進行基因篩檢。這裡也讓我看到美國醫療保險和台灣健保最大的不同——多半時候，醫生只是扮演著一個建議者的角色，要不要吃這個藥，或是要不要做這個檢查，最後決定權還是在病人，因為最後付錢的人是病人。一開始覺得內心很衝擊很不能接受，因為就會站在一個醫師本位主義覺得有病就是要吃藥、要檢查，但是在這裡實習的這幾個月，開始會去站在病人的角度，去思考他們如何看待疾病這件事情，尤其必須在疾病的後果和一筆並非小數的金錢間作取捨。有時也不禁會想，如果是我，站在病人的角度會不會接受這個檢查呢？如果是站在病人家屬的角度又是作何感想呢？這次的實習，又讓我對於不同環境的醫療體系有了更深一層的認識與發想。

另一件有趣的事情，則是在第三個禮拜時，團隊加入了一個同樣也是 *MD.PhD.* 學程的 *M4* 學生。*Duke* 這邊非常的特別的是，他們 *M1* 上課，*M2* 實習，*M3* 則是一整年的 *research year*，*M4* 再回來實習。每個人的 *M3* 也因此不同，有些人會去唸個一年的 *MPH* 或是 *master*，也有人延長自己的 *M3* 做更多年研究或是乾脆去念個 *PhD*。從和 *M4* 學生聊天的過程中，我才發現原來美國醫學院對於研究的重視，不只希望學生能有研究的經驗，

We are not physicians until we have hypothesis.

也會鼓勵住院醫師多做研究發 paper。這在台灣似乎是比较少見的，很多人在念醫學系的期間完全沒有任何 exposed to research 的機會，如果想要有 research 的經驗，就要犧牲自己的寒暑假甚至 gap year，就會讓大家對於研究的興趣降低，真的很可惜。希望台灣醫學院也有機會推廣學生時期就接觸研究，或許也能減低台灣醫學生對於念 paper 的恐懼。

總體而言，我覺得這一個月是我覺得自己學到最多東西的一個月，不管是英文口說、知識量、還是接病人、報病人的方法等等，雖然一開始真的覺得很挫折，但是就一點一滴地看到自己的成長，也可以獨立去接病人，真的是成長鉅變的一個月。也希望自己能記得這些衝擊與成長，在未來行醫的路上好好努力成為一個好醫師。

↓圖為在心臟內科最後一週與整個團隊的合影，

由左到右依序為：內科 R3、主治醫師、我、M4 學生、PGY、麻醉 R2



There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

MICU + palliative care

真心話推薦：可以看到很多末期照護的部分，但是沒有機會自己接病人有點可惜。

每日行程

兩個禮拜都在 MICU 跟著老師查房，早上通常就是九點前到跟 PA 或 NP 會合，然後等主治來查房。因為病人狀況比較複雜，加上老師們覺得我們是來 shadowing 的，所以比較不會分派病人給我們。通常上午就會查完房，下午老師和 PA 或 NP 都會忙著打 note 沒時間理我們。所以就是等著看病人有沒有什麼 procedure 要做，或是有沒有 family meeting 可以參加，或是另外一個 MICU team 有沒有要 teaching。有餘力的話也可以練習打 note。

碎碎念

這是黃教授額外幫我們安排的兩個禮拜的科別，可以看到一些安寧照顧的部分，但是比較沒有機會自己照顧病人有點可惜。Procedure 的部分，基本上台灣都看得到，沒有特別一定要看什麼。算是比較清閒沒有負擔的科別。

心得區

因為這個科別比較特殊，所以心得部分都是以分享 case 為主。Team 上很多病人都是末期病患，其中有幾個 case 讓我印象相當深刻：

有一個 42 歲女性，因為 Eisenmenger's syndrome 導致肺高壓，年紀輕輕就接受了肺臟移植手術，原本以為年輕人應該術後恢復較快，但幾乎術後所有可能發生的併發症都發生在她身上，她 on 上了 VV ECMO with IABP，開胸，有大量出血，ASD repair failure, RLL necrosis 只好把 RLL 切掉，急性胰臟炎，多處 DVT，GI bleeding，ureaplasma pneumonia, KP, VRE empyema/clamshell wound infection/bacteremia，Candidemia, renal failure, RUL PTLD，反正就是各種想得到的術後可能併發症都陸續發生在她身上。住院天數長達 275 天。這次因為腎臟功能急性惡化所以轉入 ICU，雖然有慢慢嘗試把她洗腎的機器 off 掉，準備轉出，但是其實不難想像她可能會在短短幾天內就又回到這裡。病人本人也覺得非常

煎熬，常常每次查房都會問我們她什麼時候可以出院？覺得生命很煎熬，卻又同時不得不努力讓生命繼續過下去。而且常常會想，這種住院天數的花費，如果有天她真的順利出院了，該如何支付？這裡沒有健保，只有貴桑桑的醫療保險，病人家境看起來也並不富裕，她真的有辦法負擔嗎？而且當初也不知道花了多少錢才好不容易獲得肺臟移植，結果卻變成現在這樣，這樣當初的移植真的是值得的嗎？就會讓人開始思考生命岔路的抉擇。

另一個病人則是一個 25 歲的女病人，雖然病況並非末期，只是比較急性，但是她與家人的互動卻深深烙印在我的心中。她的病史為 **Hongikin's Lymphoma s/p 6 cycles of CABD**，這次因為 **SOB**，住院治療感染，但因為病況惡化快速，昨天被從一般病房轉到加護病房。因為戴了 **BiPAP** 氧氣還是拉不上來，所以今天在跟家屬以及意識清醒地本人討論過後決定要直接 **on endo**。老師在早上 **rounding** 的時候跟病人和家屬解釋了很久，你看得出來那個年僅 25 歲的女孩真的很害怕，她爸爸幫她拿出她已經寫好許多問題的小筆記本，讓醫師一一回答，很多問題是關於 **endo off** 不掉，醒不過來等等的問題。最後終於達成了共識，女孩也願意接受插管。**run** 完其他病人後，**RT** 也準備好了，我們就一群人浩浩蕩蕩地進入病房，輔剛闖入那一剎那，女孩的爸媽急忙從病床旁的椅子起身，匆匆俯身親吻了女孩說 **"We love you"** 然後趕緊將椅子拿開讓位讓醫護人員可以靠向床邊。那句 **"love you"** 是那麼倉促卻又充滿了滿滿的不捨與挹注的親情。當下差點暴淚，還好戴著口罩掩蓋了一些難過不安的情緒。覺得面對病人在困難抉擇時，最辛酸的其實不是看到病人受苦或是死掉，而是她身旁的摯愛那些掙扎不捨的樣貌，真的會讓人很揪心。我進了臨床也才一年多，不敢說自己體質差，但和死亡的病人交手也不下數回。我還記得我進內科當 **clerk** 的第一個月，我的 **primary care** 病人就死了兩個，一年多下來，也壓過好幾次 **CPR** 最後都沒有回來的，會慢慢麻木地看著病人心電圖變一直線；聽老師宣死時，也逐漸少了那份難過和恐懼，好像只是一個生命灰飛煙滅的感覺。但是病人的家屬的掙扎卻是常常讓我久久不能釋懷的一塊。記得之前在奇美急診的時候，有一個阿伯是喘不過氣進來，醫師評估以後跟太太說這個可能差不多了，要太太趕快聯絡家人。那時太太在護理站旁趕緊打給在當警衛住在宿舍的兒子：「阿龍啊，緊趕來啦，你阿爸今天下午就喘到不能講話，那時他就一直要提筆寫字，寫說一定要看到你一面.....」後面是一連串泣不成聲的敘述。我

We are not physicians until we have hypothesis.

坐在有點距離的護理站看著電腦假裝與己無關，卻也無法克制地淚眼盈眶。常常最揪心的不是病人的死亡，而是旁邊的摯愛的掙扎與不捨，那些才真的讓人覺得死亡是多麼殘酷。

還有一個三十幾歲的年輕肝硬化男性，好像是某公司的鉅子，但他爸媽只有在工作的時候才會看到他。一開始因為喘送到外院，但外院看到肺部 X 光白花花的一遍以為是 PE 合併肺炎，所以就給了 heparin drip，但是沒有好轉，最後就插管，結果變成 traumatic intubation，endo 上去以後出來全部是血，因為他肺內白白的一攤其實不是 pneumonia 而是肺出血，結果又加上 heparin 真的就是一發不可收拾。轉來 Duke 以後也只能給 supportive care，等肺部的血自己吸收。但是他的肝功能真的很差，整個人一天比一天差。他的父母對醫生很客氣，也很能理解我們的處置，但是還是不能接受自己兒子的病程，他們願意嘗試任何東西，即便最後可能都是一場空，但還是堅持不肯簽 DNR。這時候就不禁讓人開始思考，什麼是有效醫療？什麼是無效醫療？這世界上真的有所謂無效醫療嗎？要怎麼定義無效？能達到病人甚至病人家屬心理安慰作用的話算不算無效呢？就算病人的 lab data 可能完全沒有任何進步？

雖然這兩個禮拜沒什麼醫學知識的大幅長進，但是也看到了很多臨終照護的樣貌，也盪起了心底很多漣漪，希望自己也不要忘記這兩個禮拜所受到的衝擊與思考。



與黃教授合照

There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

Metabolism and Endocrinology

真心話推薦：是個非常清閒的科，適合想要好好體驗美國生活的你 XD。

每日行程

兩個禮拜的門診和兩個禮拜的住院病人會診。門診部分基本上是早上八點開始，上午診通常到十二點可以跟老師說要去吃午餐或參加內科 **noon conference**(附免費午餐，只要選內科系的都可以去吃 ^_^)，一點回來繼續跟下午的診。通常上下午會跟不同老師，端看助理安排。住院病人會診部分，大約是八到九點間要跟 **fellow** 會合，看 **fellow** 有沒有要指派新病人給你或是帶你去看病人，然後等主治查房。中午一樣可以去 **noon conference**，下午回來把 **note** 打完，**fellow** 會進行一個小 **teaching** 然後把你趕走，約莫兩三點可以下班。

碎碎念

跟門診的部分我自己覺得有點無聊，大部分都是在聽老師跟病人講話，基本上不太有機會自己接新病人(我自己兩個禮拜內都沒接過)，只有一些數分鐘的空檔可能可以跟病人聊家常，老師有空可能會 **teaching** 一下。住院病人會診的部分也不太難，大多都是糖尿病、甲狀腺或腎上腺的問題，我自己在這兩個禮拜內只有報過兩個病人給主治聽，比我自己前一個月的 **loading** 少很多，剛開始有點不習慣，但是也在這個月內好好體驗了美國生活 XDD

心得區

在這個科別中，要跟兩個禮拜的門診和兩個禮拜的住院病人會診。在前兩個禮拜中，我被分派到跟門診。內容和台灣差不多，主要是看糖尿病，參雜著一些甲狀腺問題，或是一些腎上腺的問題。雖然說內分泌很多時候就是正負正負，一直在調藥物的劑量，但是要怎麼讓病人願意乖乖服藥，或是根據病人的生活習慣來調整藥物真的是一門學問。

舉最簡單的調血糖來說好了，真的可以說是最簡單也最難，除了每天的血糖值都要根據病人的飲食習慣來調整，還要根據病人的生活型態、工作方式來決定要給予短效還是長效的藥物。而且有時候病人的血糖還會不明的過高或過低，或是明明沒有吃藥還會騙你，除了專業上的調控以外，和病人搏感情似乎也成為一個調控血糖的必要條件。除此之外，

也看到科技不斷推層出新，最令我驚訝的是有一款機器，叫做 FreeStyle Libre，只要在手臂固定一個貼片，想測血糖的時候，就用該血糖機掃描過該貼片，就可以知道血糖值了！完全不用再戳指頭流血，真的是非常方便也讓病人免於繼續受皮肉之苦。在這裡真心感受到科技所帶來的便利，不只讓許多疾病得到良好的控制，也讓病人生活更加有品質。

另外，這裡的門診和台灣很不一樣的地方，就是在門診結束後，醫師會印一份 **after visit summary** 給病人，上面除了提醒病人應注意的事情以外，也包含了這次醫生問到的病史，還有這次抽血所測量的 **lab data** 或檢查結果等等，讓病人可以 **double check** 自己講的和醫生記錄到的是不是同樣一回事。我覺得這是一個很不錯的設計，可以填平醫生和病人之間的鴻溝，隨時和病人對齊，共同處理這個疾病。

而在門診的過程中，雖然很少有機會和病人互動，但是在老師出去印 **after visit summary** 的時候，還是能有機會和病人進行小小的聊天。雖然大部分時間都在聊最近的天氣或是病人最近發生的各種事情，但其中有一個病人讓我印象非常深刻，也讓我非常的手足無措。他是一位有 **juvenile diabetes** 的中年婦女，是老師的舊病人，在問診的時候，顯得非常正常活潑開朗。老師出去以後，我一如既往地與她聊天，但她突然問我她是不是我第一個遇到的 **juvenile diabetes**，本來以為只是病人想讓自己顯得很有教育意義，但她突然一個悲從中來，開始聊到他的老公突然被診斷 **cholangiocarcinoma**，然後從診斷到死亡只花了六個禮拜，她非常不能理解她老公怎麼會得到這個病。”他跟我一樣都健康運動飲食啊！”然後同時也感慨她怎麼這麼不幸得到現在這個疾病。我知道我當下應該適時說一些安慰的話，可是我連“**you really did a good job, 'cause you went through all these things and came to stand in front of us.**”這種國中小程度的英文句子都講得歪七扭八。當下真的很想挖個地洞鑽進去，然後覺得自己英文怎麼可以這麼差，連安慰別人都不會。繼上個月的訓練，本來以為自己能用英文問病史、蒐集資料已經很不錯了，平常聊天也都還可以，現在才發現原來要用英文安慰病人是一件這麼困難的事情。不得不說，連用中文安慰人都很困難了，更何況要用非母語的語言去安慰一個完全不同國情不同文化的人，真的是難上加難。回家以後認真想想，覺得應該要加說一句“**you did a good job, and that's why we are here to help you**”之類的。希望自己下次如果還有機會可以再能多給病人一些 **support**。

We are not physicians until we have hypothesis.

除此之外，也看到了美國醫療保險和台灣健保的大大不同：美國醫療保險非常多元，但是也非常混亂。常常醫生在開藥的時候，都會直接跟病人說我不知道你的保險公司有沒有給付這個藥，如果沒有的話你再來跟我們說，我們再開另外一種同樣但是不同廠牌的藥給你。變得病人比較麻煩，醫師也比較麻煩。好處就是每個病人可以選擇不同的保險制度，依照自己的需要來投入適當的保險金額，也可以減少醫療的浪費，因為病人會衡量自己真正的需求來決定是否應該就醫或是應該吃藥或做檢查；壞處就是整個制度非常混亂，醫師和病人都必須花很多的精力和時間來達到最符合該病人經濟效益的模式。相對的，台灣雖然健保赤字，但是對於大多數醫生來說，都非常清楚哪些藥健保有無給付，開立時就可以讓病人選擇是否決定自費用藥，不要事後再來更改處方箋，且就醫也比較方便便宜，可以讓病人在疾病初期就得到完善的控制，減少之後更多醫療保險的支出。另外也可以明顯感受到，這裡的醫師真的非常注重 **share decision making**，會讓病人自己決定是否應該要做檢查或吃藥，雖然可能與錢和保險有關，但是也讓我真正體會了”病人自主權”，和台灣過去的父權式醫療完全不同，病人更有病識感，也更願意參與整個決策過程。

13



← 這個圖非常有趣，是怕病人在掃甲狀腺超音波時太無聊，在天花板貼了許多照片，讓病人可以在做檢查時好好欣賞以達到放鬆心情的目的！是非常貼心的小舉動！

到了後面兩個禮拜，我進入了全院病人內分泌會診團隊，這個團隊只有一個 **fellow** 和一個主治醫師，所以每天就是跟著 **fellow** 去看病人，然後等主治醫師查房。有時候也可以自己接病人然後報告。有了上個月的訓練，這個月到了最後一個禮拜，我已經可以獨立去接病人，並將病人病史完整的報給 **fellow** 聽然後一起討論處置計畫，雖然英文還是講得沒有很順，但是已經可以感受到自己的進步，有次在報完給 **fellow** 聽以後，還被直接說”Good, I think you are ready to present this patient to the attending!” 真的非常開心！

There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

We are not physicians until we have hypothesis.

其中，也有感受到一些和台灣比較不一樣的，就是這裡的醫生非常在意病人的感受，會一直用很同理心的對話去回應病人"you must be very frustrated"、"you must be hurted..."，非常注重情緒這一塊。在台灣，可能因為東方比較保守，不只不常表露自己的情感，更不常去觸碰病人的情感，感覺問診病人只是公事公辦，真的很可惜。

另外，這邊查房也很重視多專科團隊，除了看病人時會問護理師的意見外，甚至在主治面前報病人的時候，還會 involve 護理師進來報告病人的狀況，也很尊重護理師的意見，對於她們的觀察和想法都給予很高的肯定，我覺得這相當地難能可貴；在台灣，查房的時候護理師頂多站在旁邊聽，或是插個話說病人拒絕吃藥之類的，很少聽到護理師會表達自己的想法或建議哪些東西可以拿掉或加上去。除此之外，這裡也會很尊重護理師的存在，要開個 Q2H 的藥，還會跟護理師說抱歉讓你麻煩了。我覺得這樣的互相體貼很好，會讓一個團隊變得很好，也讓病人照護品質更加完善。

這個月真的學到了很多內分泌的生理機轉，也學到了如何調血糖藥和各種五花八門的新科技，更見識到了美國門診的樣貌，真的學到了很多，也感受到了文化國情的差異！

↓下圖為在會診團隊時的合照，由左至右依序為 fellow、主治、我



There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

Nephrology

真心話推薦：教學和 loading 比心內輕鬆一點點，還蠻不錯的，可以選一下。

每日行程

在這個月中，會有兩個禮拜是在 acute consult service，主要是負責全院 CU 病人有關於腎臟問題的會診；一個禮拜在 floor consult service，處理全院一般病房的病人腎臟問題的會診；一個禮拜則是 transplant service，追蹤所有腎臟移植後住院的病人。每天早上大概八點到九點間集合，consult team 都是跟 fellow 會合，等 fellow 分新病人給你，然後去看新病人，再回來等主治查房，中午一樣可以去 noon conference(附免費午餐，只要選內科系的都可以去吃好吃滿喔^_^)，下午回去一樣看有沒有要接新病人，然後把 note 打一打，然後看 fellow 或主治有沒有要 T，基本上五點前一定會下班。

碎碎念

腎內的 loading 和教學量大概介於心內和新陳代謝科之間。acute consult service 比較沒有那麼好玩，因為通常就是 AKI，然後決定病人要不要急洗腎，而且病人的狀況通常不太能跟你對話；floor consult service 就比較能跟病人聊天，但也多在決定病人要不要洗腎；transplant team 是我覺得最好玩的，病人可以因為各種原因住院，有點在 run 一般內科的感覺 XD，比較刺激的是早上要跟腎臟移植的外科 team 一起大查房，如果剛好是接到這邊的病人，就要一早九點在兩個 team 面前報病人。

心得區

在 consult service 時，主要接觸的病人都是需要急洗腎，我們的工作基本上就是要決定病人是否需要接受洗腎。本來以為這些就是一個個簡單的是非題，但是真正接觸了許多病人以後，發現我們所要考慮的層面，遠比我原先想像的還更多。

We are not physicians until we have hypothesis.

有一個 case 是一個 30 歲的女性，在九年前被診斷 SLE 然後出現了各種的併發症：neuro vasculitis、lupus nephritis、還有心臟的問題。這次因為 cardiogenic shock 進來，但因為我們覺得她心臟已經不行了，洗腎也無法幫忙，所以就堅持不讓她洗腎。但是風濕免疫科看起來還很積極，還排了很多檢查，甚至感覺那個女生明後天就會被上 ECMO 了，可是 she is dying! 但是居然她居然還是 full code。雖然我們都無法苟同積極治療，但這時就有人說 "This is what the patient wants right? We are doing what the patient wants." 現在的科技這麼進步，心臟不跳了有 ECOM，肺臟沒有驅動力了還有 Endo，不管怎樣都可以有辦法活下去，但是這樣活下去的意義是什麼？每個人在自己臨終都有不同的抉擇，但要尊重每個人的抉擇到什麼地步，我覺得真的是很難拿捏，也會是行醫一生的課題。

只是在 run 個決定病人要不要洗腎的科別，居然也可以遇到這麼多生命臨終的探討和抉擇，真的是覺得自己思考還不夠廣不夠縝密，真的需要看了很多不同的 case，遇到很多不同家庭背景的人，才能真正思考出屬於自己的一個方式。



↑這是在腎內第一個禮拜的 team，由左至右依序為 fellow、主治、我、R2

There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

不過也趁機學到了一些與病人溝通的技巧，像是有一床女生，得了 cutaneous T cell Lymphoma，sepsis 進來住了一個禮拜後，最後 shock，也是很年輕才三十幾歲，母親非常不能接受，她一直說 "I have belief in God and God is not yet to take my daughter away." 最後老師只好跟她說 "I believe in God, too. And if God is going to take her, we'll let him." 也從中感受到宗教對於美國人影響重大，真的是文化上很大的差異。

還有一個是一個五十幾歲的女生，有複雜的家庭關係，但是對老師一直都不是很客氣。記得最一開始老師說他叫做什麼 procedure 的時候，問她有沒有要我們打給誰，要打給兒子嗎？病人居然回 "Yes, you had better call him" 真的是很頤指氣使。在老師一輪又一輪地勸說要她開始洗腎後，病人有點生氣大吼地說 "So it doesn't matter what I want right now, right?" 如果在台灣應該就會被無限白眼，然後覺得這個病人真的鬼打牆，不過老師還是非常有耐心地又安撫了她一次 "We know, your current situation is hard. You don't want to live in the hospital forever. We know your ultimate goal is to go home with your loved ones and to where you work around, so we are trying to help you recover to help you leave the hospital." 真的覺得老師真的修養很好，也真的很會講話，也真的很從病人的角度出發，去看看為什麼病人會有這樣的反應，以及要怎樣才能良好地說服病人。

在腎臟內科的時候，遇到了很好的 fellow，會一個字一個字看我打的 note 然後給我建議，讓我可以再改進。他對於我的第一個評價就是 "我可以看到你做了這個、做了那個，但是我看不到你為什麼想做這個和那個，你並沒有把你的思考邏輯打進去"。當下真的是蠻訝異的，本來想說只要精實的每天記錄發生什麼事就好，沒想到真的會有人 care 你是怎麼想這個病人的。因此之後幾天就格外的認真，但是每天總會又被揪出來說漏了哪裡漏了哪裡。好不容易到了最後一天，終於被說 "Excellent! This is the note I want to see" 真的覺得很有成就感，也更知道要怎麼好好的、確實地打一篇 note！

最後一個禮拜在移植團隊，我們早上的時候會和外科團隊一起查剛進行完腎臟移植的病人，因此報病人就要在兩個團隊面前報，真的是非常緊張。但美國的醫學教育真的很好，全團隊都會停下來認真的聽你報，也會對於你報的內容給予點頭和肯定，真的是讓人覺得非常有參與感！而且整個團隊除了醫師，還會有護理師、復健師、藥師、個管師等

We are not physicians until we have hypothesis.

等，每個病人報完，每個不同專業的人都會 input 一些意見，需要問問題的時候，也隨時找得到人問，讓病人可以在非常有效率的情況下受到照顧。

總體而言，最後這個月真的學到了腎臟方面的知識，也學到了如何 spin down 尿液來看裡面的 crystal，確診是因為 AKI 還是有其他的疾病，也開始學習去探討 AKI 背後可能的病因，以及治療的方式。除此之外，也看到了很多生命末期的型態，也開始思考自己未來成為一個醫生時，究竟要怎麼面對臨終的病人以及病人的家屬。希望自己有朝一日成為照顧別人的醫生時，可以不要忘記實習期間看到的、體會到的、各種從病人與家屬角度出發的心情。

↓圖為在腎臟內科最後一天與整個團隊的合影，

由左到右依序為：我 3、fellow 1、fellow 3、主治醫師、M2 學生



There are some memorable cases throughout your training that make you learn something.

總結

這三個月真的看到了很多，也感受到很多衝擊，除了美國好的部分，我也想在最後提一些可能比較少人注意到，但是莫名地自己很有感觸的部分。

先說說大多數人熟悉的文化衝突與摩擦。美國雖是個民族的大熔爐，這次實習也打破了我一直以為醫生這種高社會地位的工作都是白人的概念，在這裡我也遇到了來自世界各國的主治醫師、fellow 和住院醫師。但是也因為美國一直都是多元文化民族的熔爐，長期下來也產生了很多摩擦，對於民族之間不滿的情緒持續累積，最後爆發不滿。而我們也曾聽過有白人病人直接拒絕亞洲醫師幫他看診，堅持要真正的”白人”醫師(“real doctor”)來幫他看診。我覺得這大概是美國最可惜的地方，明明有一個這麼共通的語言讓來自世界各地的菁英可以聚集在一起交流意見，互相成長，但是卻有一些潛在的種族意識成為隔閡。

另一點我想提的主要還是男性主義至上的醫界。在台灣，醫學系就是男性為主的一個科系，在美國，雖然這樣的狀況慢慢改善，甚至很多醫學系女生比男生還多，但在職場上，我覺得女性醫師還是稍微吃虧一些。在我在腎臟科的兩個禮拜，剛好遇到了兩個都相當傑出的女性 R，一個是發了一篇 paper 即將改變美國 HF criteria 的 R2，一個則是即將前往 Mayo Clinic 做 Hematology fellowship 的 R3。她們共同的特質，就是必須跟醫院所有人關係都很好！從主治到護理師，遇到每個人都必須打屁聊天，然後取得大家對她的認可。但即便是這樣，她們很多時候還是會被家屬認為護理師，或是因為性別而被家屬質疑她們的決策；反觀大部分的男醫師，通常不需要跟護理師特別好，就只要默默地發號一句司令，也沒有特別體諒護理同仁或什麼，但家屬就會很尊重他，護理師也會唯命是從。剛好又在這個很有感觸的時刻聽到 Shawn Mendes 有一首叫做 “A little too much” 的歌，歌詞內容主要講述一個女性總是會自己咬著牙關克服所有困難，不會尋求別人幫助，但有時候事情就是會太超乎能力所及讓人無法承受，因此寫了這首歌安慰她。因為自己剛好是女性，就覺得看見眼前兩位這麼優秀的學姐，又聽到這首歌，就覺得格外有感觸。或許性別平等這件事，就和種族歧視一樣，經過時間和演進，總會慢慢好轉的吧！

希望在世界不斷向前走的過程中，對於不同種族包容與尊重也能更加進步！共勉之！