

羅徹斯特交換學生見習心得報告

(University of Rochester)



醫學系六年級

B87401092

曾峰毅

Infectious Disease Consult Service

課程簡介

在 ID consult team 分成 team 1 跟 team 2，team 1 主要就是接受一般在醫院中各科提出的感染科照會，而 team 2 是以接受和 HIV 病人相關的感染症會為主，必要時協助 team 1 照會的工作。在我四週的課程中，主要就是跟著 team 1，但是選擇在第四週時參與 team 2。但是我沒有這麼做，因為課程前半的 team 1 attending 是 Dr. Peter Marius，後半的時候，attending 是這裡的感染科大老，Professor Robert F. Betts(註)，這裡的 residents 及 fellows 都強烈建議我留在 team 1 跟著他們口中 the most brilliant and smart doctor they have met。

註：台大內科住院醫師手冊中，感染症相關章節所提出的二本 reference 都是 Dr. Robert F. Betts 的著作。

每天的流程主要從早上開始，隨著 ID fellow 在醫院各個病房 follow up 之前接受照會的病人，如果 ID service 告一段落，再視其狀況把病人從我們的 follow up list 上 sign off 或是使其出院，還有接受當天新的照會。中午的時候跟 attending 討論所有病人的情形後，再跟隨 attending 巡視狀況較複雜的病人及所有新的照

會。以 team 1 來說，只有一個 attending，一個 fellow，一個 resident 跟一個 medical student。整個醫院約六百多床，感染科醫師六個人，輪值照會的 team 1 加上 team 2 各一個人，所以一個感染科醫師要負責約三百床的照會，沒有輪值照會的醫師除了投入自己的研究工作團隊外，還有之前照會過的病從出院後的門診追蹤。除了第一個星期還在熟悉這個醫院電腦病歷作業系統、照會流程，還有等待電腦病歷系統密碼的核發(註)外，從第二個星期開始，他們就開始讓我單獨去接新進來的照會 case，整理其過去的所有 medical record lab data microbiology study disease course 還有 image study 跟所接受過的處置，並且給予適當的 antibiotics recommendation，當然，這些是在 fellow 跟 attending 的 cover 下，根據 New York State Law，international medical students 所能行使的權限比上 local medical students 的完整。當有一個新的 consult 進來，fellow 會判斷這是否是一個 good learning material，如果是的話，就會分配這個 case 給我。

註：在取得電腦病歷作業系統的身 id 跟 password 前，要先在網路上閱讀一個學習如何使用的教學網頁，再在線上回答一個十題問答題的小考試，等通過後，才能取得進入其病歷系統的密碼。

學習目標

一些常見的 infectious disease 的診斷與治療，急診、病房、甚至門診可能會遇到的 infectious disease 照會是哪些，及如何去解釋一些 microbiology test 的結果，如 blood culture 及 antibiotics susceptibility，最後就是一些適當的抗生素使用。

心得感想與所見所學

1、在 ID team 的四週內，每週有許許多多固定的 meeting 或是 conference，如每週一次的 journal club，被分配到一篇 paper 的人，會把這篇 paper 仔細讀完後，然後來到 meeting，在口頭上來向大家解釋，告訴大家這篇 paper 到底在做什麼、怎麼做、重點是什麼、有什麼新發現。是語言的關係嗎？我發現，一篇需要花我一些時間來讀的 paper，其實在他們讀過後再講出來給大家聽後，我覺得對我這個不是 native English speaker 來說，反而比較容易了解這些 paper 在做什麼，重點在哪裡。而且幾乎每個人在讀過之後，都是消化過後再回饋給大家的，所以把內容報給大家聽後，馬上就可以提出一些在讀這篇 paper 時產生的疑問，或是覺得這篇 paper 有哪些不完善可爭議之處，而且，在當場，就可以引發非常熱烈的討論，我想這是在台灣學生中比較難看到的。

2. 每週還有一次 fellow 間的讀書會，星期五早上，花一個半小時，當週輪到的 fellow 會把 Infectious Disease 上分配到的章節念完，在讀書會上也是利用口頭報告的方式，跟大家分享這幾個章節他所念到的重點。

3. 一般所接受到的照會主要來自於病房，分成三種：第一種，primary care physician 遇到照護病人的疑似感染症狀或是複雜難以控制的感染症狀，需要 ID team 來協助做最後診斷或是給予抗生素使用上的建議；第二種，primary care physician 遇到難以控制或具有多重抗藥性的 pathogen，覺得可能需要使用到第二線、第三線、甚至許多更新一代的藥物，這個時候，需要 ID team 來背書使用，如 daptomycin 在對於 VRE 的治療，caspofungin 對一些 complicated fungal infection；第三種，連以上的藥物都無法控制，病人情形很差，需要 ID team 來給予一些還在實驗階段中的藥物。

每天早上八點多開始，一直到下午四、五點或是晚上七、八點結束，維持在 follow up list 上的病人大約十二個人到十九個人不等，resident 分配到其中三分之一的病人，而 fellow 負責其中三分之二，而我在 fellow 的教學下，手上維持一個到三個的病人。每當我分配到新的照會，我就要先到 bedside 去作 history taking 及 PE，找出目前已經有的 microbiology 檢查結果，整理好，然後試著向 attending

interpret 這些已經有的檢查結果，再提出覺得合適的 antibiotics recommendation。

4、對於上述所提醫學生在 ID consult team 中所扮演的角色及應盡的責任，一開始要知道如何找到自己該找的資料，而且要能了解他們記載資料的方式，不過這些只要花點時間跟心思就能很快上手的；第二個，一般來說，他們的 chart-medical record system 已經十分電腦化了，過去所有的 medical record、所有檢查的結果、還有所謂的 image study 都是數位的資料，可以在電腦上輕易的查詢，這部分就台大已經十分相似，此外，其他的 consult form、progress note……等等，還是全部靠 hand writing，外國人的 hand writing，真的是十分的可怕，非常難以辨認，不僅我這個外國來的學生，連本地的 fellow 常常還是無法了解病歷上其他醫師的記載的意見或是想法，當然他或多或少看得懂一點，但是對我而言，幾乎不是我能了解的英文；第三個，病歷記載上及討論上使用大量的簡寫或是簡稱，我的 attending 戲謔地跟我說” In United States, we don’t use words any more....”如第一次聽到”批普他左”我根本不知道他們指的是 Piperacillin/Tazobactam，或是 caspo 指的是 caspofungin(或許是在台灣我沒看過這個藥)，其他在 history taking 上使用的簡寫更是舉也舉不完。BTW，Dr. Betts 要求 fellow、resident、medical student 提到藥的時

候不能只講商品名，一定要講出藥名，如不能只講 Zocyn (Tazocyn in Taiwan)，至少要講出 Piper/Tazo，只講商品名可是要罰一個 quarter 的呢！

5、City Wide Conference

大羅徹斯特 (Great Rochester) 地區主要有 Strong Memorial Hospital, Highland Hospital, Rochester General Hospital, Parkridge Hospital 四家主要的醫學中心，Strong Memorial Hospital 就是 University of Rochester 的教學醫院，這四家醫院有互相的合作關係，而且許多醫師都兼任二家以上醫院的工作，但是有趣的是，這四家醫院所屬的保險系統又是不一樣的，導致這四家醫院雖然地理位置上相差不大，但是所能見到的病患以及所進行的醫療處置、guideline 都是不一樣的。每個月都有一天早上，這四家醫院的感染科醫師會聚在一起，每個醫院至少都要提出一個當月所遇到困難、不尋常的案例在討論會上報出來和大家討論，討論處置是否恰當、診斷過程是否有所遺。我只有參加一次，還記得那次討論最久的一個病案是 MELAS，當場許多教授都沒有看過這個疾病，診斷出來的是一個年輕 attending，他是在英國做 fellow 時看過一次這個疾病。整三個討論會快二個小時下來，一共有近六七個案例被拿出來討論。大五在台大內科見習的時候，沒有機會

去到感染科，所以不知道台灣有沒有這樣的討論會，讓同一個地區의 感染科醫師有機會常常在一起分享經驗，從另一個角度來看，這也是一種 infection control 的方式，同一個地區不同醫院的醫師能知道這個地區最近有什麼可能的潛在感染疾病、或是出現較難處置抗藥性菌株。

6、David Ho (何大一)



(由左至右：何大一醫師、在 Rochester 感染科中國籍研究員 Yu Xia, MD、我)

我在 ID rotation 期間，剛好遇到羅徹斯特華人協會邀請他來演講，主要的講題是從這次中國的 SARS 問題延伸出來討論中國的 AIDS 問題，以及他最近所在做的一些研究和 HIV vaccine 的臨床試驗。很令我訝異的，這其實是一個十分不科學性的座談，甚至可以說十分地社交，因為這個演講的主要出席聽眾，除了一千

感染科醫師及相關研究人員外，偌大的講堂坐滿了在當地居住的中國人，只有我跟何大一醫師是台灣人。何大一醫師的演講由去年二月開始在中國、香港地區爆發的 SARS 疫情進入，清楚地描繪、敘述 index patient 在香港的旅館傳染給居住在同層樓但是來自世界不同角落其他旅客的互相關聯，用這個事件來告訴大家 SARS 這個傳染病是非常急性、而且傳染性強、傳播途徑較難以控制的。相對於 AIDS 而言，AIDS 的自然病史是屬於較慢性的，而且傳染性及藉體液傳染相對於飛沫傳染的 SARS 是比較好以預防及控制。這個時候話題就從 SARS 轉而切入目前中國的 AIDS 問題，如湖南的愛滋村…等。湖南的愛滋村，由於這個以農業起家的小村落十分貧困，早些年許多村民賣血以換取一些額外的報酬，但是衛生條件不佳、共用針頭等問題，導致 HIV infection 在這個小村莊中散播地十分迅速，何大一醫師提到當他到那個村莊拜訪停留的數天中，天天都有喪事的舉辦，而且都是患有 AIDS 的青壯年，現在這個村莊的人口結構就成了以兒童及老年人為主，幾乎沒有任何的生產力。



Aaron Diamond
AIDS Research Center

何大一醫師位在紐約市的 HIV research center 是一個私人的研究機構 (David Ho, Director and Chief Executive Officer of Aaron Diamond AIDS Research Center)，最近他們研發的 DNA based HIV vaccine 正進入 phase I 的人體實驗 (<http://www.adarc.org/clinical/HIV%20vaccine%20trial.htm>)，University of Rochester 是他們在研究上的合作夥伴之一，在學校、醫院內的電梯口、布告欄，到處可以見到他們在徵求自願者的海報。何大一醫師也提到一些他目前在中國設有一些研究以及培育人材的機構，在湖南、雲南、北京等地都有研究機構以及醫學相關組織和有合作的關係。

在演講結束的 Q&A，提問的都是一些當地民眾，像是一些在羅徹斯特華語學校的中學學生要何大一醫師分享一下十二歲半就來到美國求學、成長的過程，給大家一點鼓勵之類的。最令人意外的，是一位年輕人，舉手要求發言很久，好不容易等到主席准許他開口提問，他對全場二三百人這麼說：“I am 26 years old. I am HIV positive. I appreciate your distribution to the therapy and research on this disease very much. I flew from Minnesota to attend your speech for thanking you.....” 何大一醫師很誠懇地回答說：“I am very happy to see you looking well.” 全場都為他們兩個鼓掌，這算是整場演講的最高潮也是最令人動容、難忘的一幕。很綜藝地，在演講結束後，主持人，也就是羅徹斯特華人聯誼會的主席拿了一張像在電視上看得到的大支票出來捐給何大一醫師的 AIDS 基金會。

會後的小餐會，夏宇(譯音 Yu Xia)，一位中國籍的感染科研究員，是何大一醫師在 Rochester 合作研究的同事，親切地介紹我是同樣來自台灣的醫學生，讓我十分難得地有這個機會和何大一醫師聊上幾句，何大一醫師給我的印象是十分害羞、木訥、謙虛的，而且很親切地和我聊著他在麻塞諸塞州總醫院當完 CR 後到 San Francisco 做 fellow 時所見到一些 HIV 病患，進而影響到他投入這方面的研究。

Orthopaedics Surgical Externship

課程簡介

這裡的骨科分成七個 team : Trauma、Sports、Foot/Ankle、Pediatric/Tumor、Adult Reconstruction、Spine、Hand。醫學生四週的課程，會被分配到二個 team，其中二週一定要去 Sports，另外二週我被分配到的是 Foot/Ankle。但是我在 Foot/Ankle 第二週的時候，剛好遇到所有的 attending 都休假，所以我就去急診室跟 trauma team 以及他們的 research lab。

每天的行程就是由早上五點半開始，在六點半的 resident conference 開始前，要隨一位 junior resident 及一位 senior resident 把該 team 仍在住院的病人巡視完。六點半是 resident conference，接著是 fracture round，fracture round 是把前一天 ER 值班的 resident 把 fracture case 報告給大家，告知已經作了什麼基本處置，然後 assign 給各個 team，如 ankle fracture follow up 就給 Foot/Ankle team，hip fracture

需要換 hip joint 的就 assign 給 adult reconstruction。除了在開刀房跟刀外，一週中有一天到二天是在門診中心，而且，其中有一天下午是住院醫師門診(resident clinic)，是由住院醫師看診，來看診的對象是以沒有保險，付不起 call fee(掛號費)的一般民眾，這個時候，醫學生也能負責一個診。此外，每個週末要值一個晚上的骨科急診，晚上六點開始到隔天早上六點，因為星期五星期六的晚上都是急診最忙碌 trauma case 最多的時候，在這個時候能看到最多的 gun shot wounds 及 motor vehicle accident。

學習目標

了解常見的門診骨科疾病處置，知道手術前病人的評估及手術後病人的照護，並且熟悉與病人的交流、面談以及 PE，然後如何 summarize 病史及 PE 的重點。

心得感想與所見所學

1、台灣、德國與美國的比較

之前曾經利用暑假在德國呂貝克(Lübeck)大學的骨科見習過，所以明顯地

感覺到台灣、德國及美國，三者的大學醫院不同之處。

先講德國的系統好了，德國的大學醫院最主要的工作還是教學及 research 為主，醫療部分，一間開刀房一天最多安排二台人工關節置換的手術，手術後病人住院日數算是滿長的，做完 total knee artificial joint replacement，大概都會住院住個一個星期到十天。關於門診部分，一個上午每個診大約看個五個人左右，而且一定要先到家庭醫師那裡，有第一線的家庭醫師轉診後，才能來到大學醫院來看病。下午的特殊門診，看的病患更是少，我還印象深刻，其中有一整個星期，每天下午都是看 Ehlers Danlos Syndrome 的家庭，有來自德國北部還有波蘭各地的家庭，一個下午就只看一個 family。那個時候在德國沒有機會到急診看看，但是在病房，行事步調不快，住院醫師晚上要值病房班，醫學生不用，工作時間從早上七點多到下午三四點就結束，晚一點到五點，所以工作時間不算長。住院醫師跟醫學生都要自己抽血、on cath，而且十分注重整套的 PE，每個新的 admission 病人進來，一定會做整套的 PE，而且德國的病人似乎也很習慣這個情形。我第一次接病人 admission 時，是我跟另外一個德國本地的醫學生去接的，病患是一位要換 hip joint 的老奶奶，我們進到病房跟她問完 history 後，我去把病房門關上，再一回頭，短短地沒幾秒，這位老奶奶已經脫得只剩下內褲。事後我問他們，他們都說來這

裡住院都是要這樣做的，不管到哪一科要住院，整套的 PE、NE，每位女性也都要接受乳房觸診。

再回頭看一下這次的美國所見，很明顯地，在自由市場競爭下的醫療保險業主導整個醫療市場，而且高額的住院費用，使得許多術式的選擇，都偏向盡量選擇住院日數較短的，像在台灣、德國都習慣開刀前一天就住院，而這裡都是開刀當天才報到。開完 TKA，三天就急著趕病人出院。而且許多關節鏡的手術，開完刀，不太需要住院，但是又需要留院觀察術後情形，他們在手術房外面除了恢復室以外，還有一個類似短期暫留病房的地方，叫做 23 hours area，我想他的意思就是取自暫留不到一天。病人流動非常快，以 Foot/Ankle team 來說，一共有三個 attending，每天都有十台到二十台的刀，但是在 Foot/Ankle team 的住院病人名單上每天大約都只有五到八名左右，除了幾個有 complication 住得比較久以外，其他大部分住院日數又很短，可能病人住院流動率及開刀病人住院比例上，算是十分地低。

門診的部分，每個病人都有約定好的時間要到，而且一個醫生同時看到四個診間，那個時間要到的病人一來就直接到診間裡面去等。比如說某醫師在

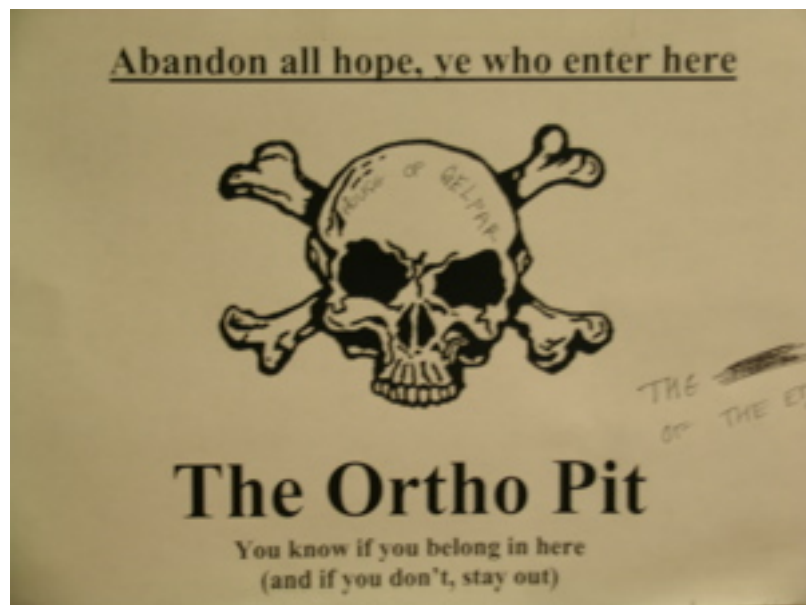
十點二十分到四十分之間約了三個病人，這三個病人時間到的時候都會在診間裡面等，而醫師就會進去看診，簡單地問完幾句話後，可能會開出一些醫囑或是處方，如：會安排重新照 x-ray、請物理治療師講解、請護士拆石膏換藥或是請廠商進來量輔具或護具，醫師就會利用這個時間去下一間房間去問病人的情形。一個醫師早上的門診時間從八點到十二點之間，看的病患人數也是四五十個人，真正和病患講話的時候大概也是五分鐘不到，真的和台灣十分相似，其實這是跟我的想像中差異最大的，似乎教科書上或老師們所提到理想的門診環境在美國已經不再存在，大家為了爭求經營的利潤，已經向現實環境讓步。和台灣門診較不一樣的地方就是，病患常常在報到的時候就把之前就醫資料、轉診資料及一些診斷書、X-ray、CT、MRI 片子交出來，所以在醫師進去診間看病人之前，常常就已經對這個病人有一個概括的想法，如果有一些疑問，也都會馬上和旁邊其他的醫師一起討論，我覺得這個情形算是對醫生比較有利的。來到大學醫院的骨科門診的病人，”理論”上還是需要有基層醫師的轉診，而且都要按照排定的時間來看，因為每個時間原本都有安排好的病人，不能 walk-in，但是仍然遇得到許多病人的毛病是十分輕微，只是簡單地扭傷等，我就問那邊的骨科醫師，想知道他們轉診的制度是什麼樣的，有什麼 indication 就會轉診，沒想到得到的答案就是老師半開玩笑的一句

話：「Sometimes patients refer themselves.」，就是還是有像台灣一樣的病人存在，就是非得到大學醫院、醫學中心看病的病患，不管是再輕微的感冒、扭傷…等，就是要到大學醫院，他們是直接要求或是間接要求(如誇大病情…等)要求 primary physician 幫他們轉診至大學醫院。

在台灣，除了門診人數偏高以外，門診病患來源大都是 walk-in，常常病患太多，所以每個病患被分配到的看診時數偏低。而且，在醫生見到病患一面之前，病患的所有資料、病史及就醫資料等，對醫師來說是完全空白的。讓我開始對台灣醫師看門診的技巧更加地佩服，要在這麼短的時間內做出正確的診斷跟處置，加上日益緊張的醫病關係，還要避免使得醫生與病人之間產生摩擦，這真的是十分地困難。開刀後的病人住院日數，明顯地台灣比美國長上一些，在美國開 TKA，三天一到就開始趕病人出院。其實這個差異主就是來自於保險給付制度、醫院獲利考量、病人流量、住院所需成本及其他醫療人員成本較高的原因。像是 knee 或 ankle，這個在台灣、美國都是一樣地，如果能用 scope 去開的話，醫師大概盡量選擇使用 scope 去開這個刀。但是 shoulder、hip 這二個關節，就比較難說，基本上在美國，shoulder 的手術如 rotator cuff tears，一些醫師堅持使用 scope 去 approach，因為他們覺得傷口小、恢復時間短、住院時間短，甚至只要簡單地去待

一下 23 hours area，這樣一來住院花費少上許多，但是開刀的時間比上 traditional open procedure 要長一些，所以開刀房及 paramedic 人事的花費較多，而且還要冒上 scope 進去，發現用 scope 無法把 rotator cuff 縫起來的情形，如斷端 retraction、tension 太大等。基本上，哪一種 approach 明顯地對病人較好還是 controvesial 的情形下，我相信在台灣大部分的醫師還是會選擇 open procedure，雖然住院日數較長，但是這是較簡單、learning curve 較短與保險地。

2、急診



醫學生在骨科，不論是在哪一個 team，都要參與一天晚上的急診值班，而且一定要是星期五晚上或是星期六晚上這種狀況最多的 weekend night，從晚上

六點到隔天早上六點，接受各科來的照會，最主要的病人想當然爾就是骨折，而且在 Rochester 地區，最常見到的二類病人就是 MVA(motor vehicle accident)及 GSW(Gun Shot Wound)，其他的比較容易見到的就是 infection、osteoporosis 造成的 fracture、pathologic fracture、sports injury 居次。我在急診骨科的日子，正逢春夏交接之際，氣溫變化大，四月甚至還是會下雪，有時白天又到攝氏二三十度。因此，比較資深的住院醫師，在晚上急診上班前，就會帶著我到急診門口站一站，感受一下氣溫，如果不會太冷，代表著今天晚上就會是一個忙碌的夜晚。

我們所見習的醫院- Strong Memorial Hospital，是 University of Rochester 的教學醫院，離 City of Rochester 的 downtown 有一段距離，旁邊就是黑人區，算是治安比較不好的地方。所以常常會有 gun shot wounds。無論是一般槍枝造成的 low velocity gun shot wound 或是 military firearm 所造成的 high velocity gun shot wound 都可以見到。我正經地問住院醫師，我不懂在美國如此開發的國家，為什麼還是可以讓人民自由地合法擁有槍枝(雖然造成 gun shot wound 的多半來自非法的槍枝)。他們都笑稱：“We still have a wild wild west.”槍枝泛濫所造成的醫療問題在這裡真的是一個很大的課題，最誇張的一次，是一個星期六夜晚，有一個 crack party，一個人吸毒太 high，就拿手槍在 party 中掃射，造成十多個人中彈，而且多

半都在下肢，造成下肢骨的骨折。

再來是 MVA，在美國這種以汽車交通、公路交通為主的國家，MVA 一定避免不了，由其是當剛下大雪，公路上積雪未清時，車子打滑處處可見。這是一個原因。再著，幅員遼闊，許多人為了減少車程時間，在公路上常常高速駕駛，這也是主要會造成車禍的原因之一。見過不少病患，印象最深刻的算是一位年輕人，騎重型機車在高速公路上跌倒，近手腕處 radial and ulnar fracture，在我們局部麻醉後，在做 reduction 時，痛哭起來，一來是因為還有一點疼痛，二來他悔不當初，知道自己 financially broken。詳細一問，才知道他是一個機械維修員，一來他骨折了，他不能工作，他一定會被開除，這樣他就沒有醫療保險，他不知道該怎麼負擔接下來所要面對的醫療問題及民生問題。這時，我突然領悟到台灣的健保制度真的如其他國家衛生政策專家所評論的，是一個烏托邦才有的健康保險制度。急診真的可以看到許多在門診、病房見不到的問題。骨科急診常常接到嚴重 infection，需要截肢的照會。美國的社會裡，許多人還是沒有健康保險的，常常有一些小病痛都盡量不會來看病，因為醫療費用實在是太高昂，許多人沒有保險的也代表著社經地位較低，負擔不起這些醫療費用。常常把一些小病痛拖到嚴重到不來看病不行的地步，才來到急診。雖然還是有 Medic Aid，這種社會救濟的制度，

急診看到 fresh DM、血糖高到三百多、嚴重足部感染要 amputation 的 case 還是不少見。

3、手術

這裡手術房的效率真的比不上台大的手術房效率，每一台手術之間的轉換比台大慢上不少，顯得使用效率不彰。我在這裡的 Foot/Ankle 及 Sports 二個 team，其實手術重複性滿大的，許多手術都同樣使用 arthroscope 在開，從 first metatarsal joint、ankle、knee、hip 到 shoulder joint，都是關節鏡。最常看到的還是 OCD(osteochondral damage)需要作 debridement，就是用這樣關節鏡在作。還有一些 ACL reconstruction、Rotator Cuff Repair，算是這裡開得比較多手術。

4、骨科 LAB

我在 Foot/Ankle team 的第二個星期遇到 attending 的復活節假期，因此我的見習改到急診 trauma team 及 lab 見習。據他們的骨科醫師自豪地說，Rochester 骨科 lab 是美全頂尖的幾個 lab，而且他們的 research team 也是十分強大的。我是沒有機會參觀到台大醫院內的骨科實驗室，但是在 Rochester 骨科的實驗室是肯定

比台大上大上許多，分成好多個部分，有分成分子生物、組織及實驗動物等三間不同的實驗室。我所見習的 project 是在實驗動物實驗室，主題是利用小老鼠，先製造小老鼠的骨折，然後給予不同的 NSAID，去觀察不同的消炎藥及發炎反應對於骨折癒合、骨痂形成的影響。

5、Morning Meeting & Conference

每天早上六點半的 conference 是一件滿盛大的事，其實對一個醫學生來說是滿有趣的，也是一個能學到很多東西的機會。如星期一都是請其他科、或是相關人士來講課，課題五花八門，如請法律事務所的顧問來教住院醫師們如何去跟醫院簽一份合同，也有請醫院內睡眠醫學中心的醫師來教住院醫師如何 manage 自己的睡眠時間，再相關一點就是請社工人員來講 child abuse 的情形及處理方式；星期二，由骨科各個不同的 team，來替大家上不同的 topic，如 spine team 的 adult scoliosis、trauma team 的 humeral fracture、小兒骨科的 genu valgus；星期三是 resident seminar，一些 resident 或 fellow 要輪流發表自己在 research 的進展或是發現，也有一些 resident 外放到其他地方，如南非、南美洲…等地，回國報告相關情形；星期四是 grand round；星期五是基礎科學課程時間，由骨科 research lab 裡的主要幾位

研究人員，來幫住院醫師上一些生物力學、分子生物…等。

附錄：

格陵蘭(Greenland)醫療概況



Tasiilag Hospital, East Greenland

在羅徹斯特交換學生課程結束後，我順道前往冰島、格陵蘭一遊，在格陵蘭主要的活動就是爬山、hiking。由於我是一個人旅行，當地的 tourist info 就知會我，如果有任何醫療上的需要，可以到當地的醫院尋求幫助，而且在格陵蘭，所有的醫療服務、藥品、手術，只要有 indication，一切都是免費的。恰巧適逢丹麥王子結婚，他們手術房放假一天，讓我得以有機會和當地的醫師見面，聊一聊他們的情形，還有他們所遭遇到的困難及



在 Tasiilag 附近的東格陵蘭地區，約有二千位居民，主要的人種為 Inuit 人，也有人叫他們 Eskimo(愛斯基摩人)，Inuit 就是他們語言中”人”的意思。其他的人種就是丹麥人及丹麥人與當地人的混血。和我見面的是 Dr. Cristine Florie，一位來自丹麥熱愛各種戶外運動的外科醫生，在這裡工作已經十五年了。這家小醫院一共有三十多床，三位醫師，守護著附近二千多位潛在病患。小部落與小部落中的交通，除了六月及七月海面沒有結冰有交通船可以使用外，就要靠直昇機，有些較大的小部落有小小的衛生所，有常駐的護士，如果有疑問可以用電話找醫院的醫師幫忙。更嚴重的病患可能就要用直昇機送到醫院，這家醫院無法處理的病患可以用飛機送到位於西格陵蘭的首都努克(Nuuk)，或是冰島的醫院尋求支援。



這裡醫師的工作算是滿全面地，如同我們早期的外科醫師，什麼手術都會開，我面談時看到我面談前一天的手術房手術表，同一個醫師從早上開到下午，從 appendectomy、knee arthroscopy、abortion 到 hip joint replacement 都開。

這裡最主要的一些疾病還是一些感染性疾病，如肺炎及一些寄生蟲…等，因為住家房舍的水準還是比不上先進國家的一般水準。不過，這個小鎮還算是十分地進步，人手一支行動電話，而且訊號清楚，覆蓋範圍廣。在健行時，我在雪地裡走了一整天，遠遠看到一個獵人向我走來，他是我走了一整天唯一看到的人，我聽到他在說話，我也向他用簡單的格陵蘭語打招呼，沒想到他看了我一眼就從我身邊走開，因為他用手機的免持聽筒藍芽耳機正在講電話。

在當地要有綠色蔬菜食用是十分困難，因為當地一整年的補給品就只靠六月的二次補給船補給(當然，醫療用品也是一樣)，他們主要的食物來源還是靠打獵，如海豹、小型的鯨豚及魚類。儘管如此，他們心血管疾病的得病率還是十分地低。由於他們吸煙比率滿高的，最主要的慢性病就是 COPD，糖尿病及高血壓比例真的是十分地低，而且醫生甚至說他在這十五年來以，從來沒有看過一個 juvenile type diabetics。冬天這裡的日照時間極短，如同其他的北歐國家，這裡的居民有一個特殊的精神疾病，seasonal affective disorder，也是這裡自殺病人最主要的原因。