

見習心得報告

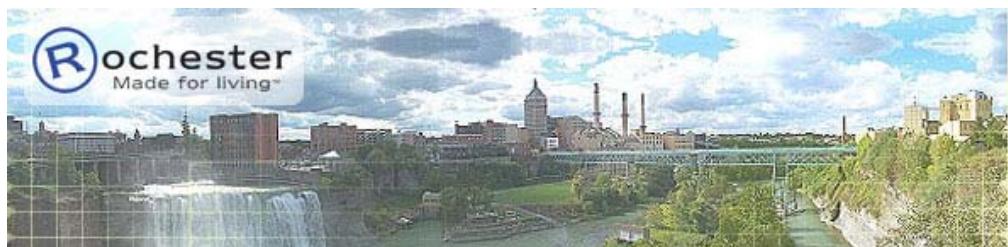
University of Rochester School of Medicine & Dentistry



B88401095

邱郁淳

■ 學校簡介



美國有兩個 Rochester，一個位於 Minnesota，有個很有名的貴族醫院 Mayo Clinic，另外一個是 New York state 的 Rochester city，這才是 University of Rochester 的所在地。NY 的 Rochester City 是一個小城市，沒有繁華熱鬧的市容，更不是熱門觀光景點，如果你嘗試著在旅遊手冊上尋找 Rochester，唯一可能的線索就是 Niagara fall，來這裡之前，只能從學長姐的心得報告中一窺究竟，不過還有一個很棒的當地網站 <http://www.visitrochester.com/>，讓我初步拼湊出 Rochester 的面貌。

雖然 Rochester 不是有名的大城市，卻是兩間無人不知的大公司的總部所在—柯達・伊士曼和全錄!!George Eastman 先生更是土生土長的 Rochester 人，走在 Rochester 街頭，處處可見以 Eastman 為名的建築，學校裡的 Music school 和 Dental school 也是以他為名，他對當地的貢獻至今仍為人津津樂道!

University of Rochester (<http://www.rochester.edu/>)是一間私立學校，雖然非長春藤聯盟，排名還是十分傑出，UR 的 The Eastman School of Music 還是全美排名第一的音樂學院(不是 Julia 唷)。根據 US NEWS 2006 全美排名，URMC research 全美第 30 名，primary care 全美第 17 名(2005 年全美第 13 名)。UR 建於西元 1850 年，校友和員工中共出現過 8 位 Nobel Prize Winners 和 11 位 Pulitzer Prize winners，其中有位 Nobel Prize 得主：發現 Whipple disease 的 George H Whipple 就是 UR 的某任醫學院院長。URMC 旗下共有 Strong Memorial Hospital、Golisano Children's Hospital(這兩家在同一區)、Highland's Hospital 和一些周圍合作的醫療機構。



■ **醫院見習心得**

爲期八週的課程中，我選了三個 course，分別是兩週的 Pediatric Neurology (Neurology)、三週的 Clinical Infectious disease consult (Internal Medicine)和三週的 Pain Management (Anesthesiology)，以下，是我週週以來在這三個課程中的所見所聞和心得感想。

Pediatric Neurology in SMH and Golisano Children's Hospital

這是我的第一個 course, pediatric neurology 在 SMH 是屬於 Neurology，而且這個 course 是 consult team，並沒有實際 primary care，和我們在 NTUH run 小兒科不太一樣。基本上，pediatric neurology 的活動還是跟著 adult neurology 一起，每天都有滿滿的教學活動（neurology 的教學非常紮實，還有編寫詳細精美的 Clerk 講義，選 adult neurology 和 pediatric neurology 都可以學到很多東西），早上只有當我的 resident 要去看照會病人時，我們才離獨自作業，而我下午的活動就是跟門診，每天都是不同的 attending。因爲這是我在 SMH 的第一個 course，speaking 還是有些問題，再加上病人都是小朋友，所以，帶我的 resident 沒有讓我獨自接病人而是跟在他旁邊看，下午的門診也是觀察爲主，從 History taking 到 PE、NE，但有些 attending 會放手讓我做 PE 和 NE。這裡的初診病人原則上是由 NP、PA 或 Resident 先進行 History 和初步檢查的工作，接下來主治醫師才會進入診間和病人、家屬會談、檢查。由於美國有發達的家庭醫師制度，因此，來到大醫院的病人都已經被初步篩檢過，不會像台灣有許多根本不需要到大醫院就醫的病人，不過偶而還是可見看診之後發現根本不需就醫的病人；但基本上，他們的轉診制度健全許多，病人來診前，家庭醫師都會先送一份照會信和病人的病歷摘要，所以接受照會的醫師能很容易得獲得病人的整體訊息。

在 Neurology，因為早上要參加教學活動，下午要跟門診，所以我非常少遇到 consult team 的 attending，幾本上都是跟著 resident Dr. Marc

Haltzman。他是一位 MD. PHD. 比其他的 resident 年紀都大，不過，懂得東西也更多，面對學問非常的嚴謹，不僅對自己的要求很高，對學生也如

此，一開始我還滿緊張的，深怕他覺得我笨手笨腳的，但相處幾天後，發現他很樂意教學，回答我各式各樣的問題，所以，從他身上我學到了不少。他雖然看起來有些嚴肅，但在面對小朋友有時挺有一套的，我邊看邊偷偷學了幾招！他對我非常好，不但會 teaching 還常請我喝咖啡哩！一開始，他們講話超快我不太聽得懂，他也會記得稍稍減速或停下來等我唷！



病房看到的 case 以 seizure 為主，可以看到各種 type 的 seizure，不過，在病房看到的小朋友幾乎都已經被治療過了，所以當我看到時，幾乎和正常的小朋友沒兩樣，只有少數有典型的表現，或偶而在 ER 看照會能看到正在發作的小病人；所以，我覺得病房並不是我學到最多的地方。但門診就不一樣囉，門診除了 F/U 的病人外，還有為數不少的新病人，從問病史到做 PE、NE，每個病人都是一個有趣的故事。

每天下午的活動是門診，通常，一下午會有兩到三位的 attending，每位 attending 的專長、風格不盡相同，學生可以自己挑喜歡的門診跟。我最喜歡的是常常背著鮭魚包包的 Dr. Mink 和王力宏的爸爸 Dr. Wang，這兩位醫師對小病人最有辦法，而且都很熱心教學!! 在門診最常看到的病人還是 seizure 為主，但偶而會看到其他的問題，例如：developmental delay、Cerebral palsy 和 NMJ disease 等等。由於在 Pediatric neurology 以跟在醫師旁觀察為主，沒有自己接病人，所以對病人的印象不像在 ID 一樣從頭到尾非常瞭解，不過，還是看到許多印象深刻、如 text book 描述的畫面，例如：有 Gowers' sign 的小女孩，Erb's Plasy 的小 BABY，和說話說到一半突然 Absence seizure 發作的小女孩；親眼看過後，腦中的印象非常深刻，至今仍很難忘。



兩週下來最大的收穫是把 NE 練得很熟，此外，用英文溝通的能力也漸漸上軌道，最後一天，attending Dr. Gilbert 讓我自己接了個西班牙裔的小病人，雖然我不懂西班牙文、他英文懂得很少，實在是有些雞同鴨講，但是還是在比手劃腳中，向家屬將 history 問完也幫小病人做完 PE 和 NE，儘管不完美，但還是比剛來時大有進步了，算是為我下來的 ID consult 做了準備吧！

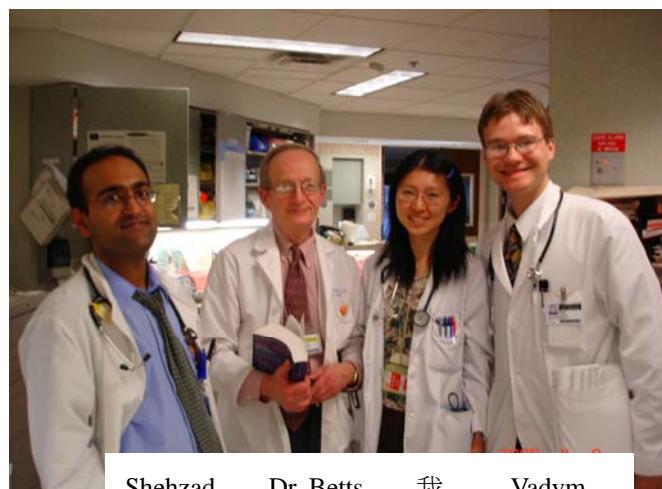
Clinical Infectious Disease Consult in SMH

ID 是我的第二個 course，也是我最喜歡的 course，它和 pediatric neurology 滿不同的，會把事情放手給學生做，學生和住院醫師一樣，每天都得 F/U 舊病人，也需要接新的照會，在這個 team 的生活，每天都很忙碌很累人，但是學得很多，過得充實又愉快。

我到這個 team 的第一天，從 ID 辦公室得知 fellow 的 pager 號碼，call 了 fellow 但根本還沒看過他，就被指派一個新病人了，當天覺得手忙腳亂，還有一點點不開心，事後想想，還好沒有因此放棄去換 course，不然，哪能有這麼有收穫的三週呢？！

在這個 team 中，當接到新照會時，學生得先自行前往病房瞭解病人的情形：看病歷、跟 primary care 的住院醫師或護士討論和查詢病歷系統中的資料內容，接下來就是在病床邊 take history 和做 PE。填寫完 ID consult sheet 後聯絡 team 中的 fellow，他會和我再去看一次病人，注意看看有什麼漏掉的地方，接著，attending 會在下午巡房時帶著整個 team 一起去看過病人，並就治療方案作討論。

ID consult 有兩個 team，team I 是 non-HIV team，team II 是 HIV team，在這邊的三週，我都是跟 team I。前兩週 team I 的 attending 是 Handbook of Antibiotics 的作者 Dr. Robert F. Betts，他是個很紳士、很聰明、很有學者氣質的醫師，做事情一向從容不迫的慢慢來，對病人很有耐心，也很愛教學，每次聽他講話，我都很驚訝為什麼有人可以把看過的論文記得那麼清楚，就連是作者是誰也都記得一清二楚！我們的 Fellow 是 Dr.



Shehzad Dr. Betts 我 Vadym

Shehzad Merchant, 他在巴基斯坦畢業後, 到加拿大當住院醫師, 現在在 SMH 當 **fellow**, 他非常認真、做事絕不含糊, 對學生也很好, 不過說話有濃濃的口音, 到了第二週我才聽得懂他在說什麼。另外還有一位醫學生 **Vadym**, 來自烏克蘭的交換學生, 無敵愛問問題的學生, 如果在台灣, 一定會被白眼, 不過在這裡, 很鼓勵學生問問題, 而且絕對沒有笨問題!!來了這邊之後, 才發現以前的學習態度真的要改進, 有問題不問, 放在心裡也解決不了, 積非成是絕對不是追求學問真相的態度!!只是在台灣時, 大家都怕自己問了笨問題, 擔心被罵或被笑, 甚至怕問太多問題會被討厭, 久而久之, 就變成偽裝成什麼都懂的啞巴了。

每天早上的例行公事是 **F/U** 自己的舊病人(就是之前接過的照會病人), 看看病歷、查查電腦、問問病人, 如果有疑問再和住院醫師或護士討論一下, 大約 AM 11:00 左右, **pager** 就會響起, 接到指示後, 出發去看新照會囉! 下午吃過中餐, 整個 **team** 會聚在一起跟 **attending** 報告舊病人的狀況, 因為不是 **primary care team**, 所以通常只會去看不穩定或有疑問的舊病人, 下午主要的工作是看新病人。自己接的病人得自己報給 **attending** 聽, 報完後, 整個 **team** 會一起再去看過病人, 通常看完病人後, **attending** 會問:「**What's your plan?**」。在台灣, 通常我們在寫 **SOAP** 時, 多半是參考住院醫師的 **plan**, 很少會自己去思考, 再加上我大五沒有去過感染科, 所以, 剛開始, 我真的有點嚇到了, 根本不知道要怎麼回答! 不過, 外國人士非常坦白的, 不知道就說不知道, 沒有人會笑你, 但 **Dr. Betts** 會引導我去思考, 再加上, 後來我都會先跟 **Fellow** 討論過, 因此, 慢慢的, 就知道要怎麼訂治療計畫了。和台灣非常不同的一點, 這裡的主治醫師很尊重住院醫師和學生的看法, 決定治療時, 不會直接下指示, 多半會先問問大家有沒有什麼意見提出來共同討論, 就算是對學生也是如此, 如果合理, 學生的看法也是可以推翻主治醫師的治療方案的, 重點是: 對病人最好的選擇!!如果說錯了, 也沒關係, 因為大家互相學習, 主治醫師會趁機教學一番。再加上 **Dr. Betts** 超級熱愛教學, 常常完成工作後都已經九點多了, 所以大家的口袋裡都有巧克力, 回家後再晚餐連宵夜一起吃。經由這樣的過程, 才發現, 從前是多麼欠缺獨立思考的能力, 台灣學生一向是服從命令, 連住院醫師也是如此, 主治醫師說什麼做什麼, 有時候根本沒想清楚為什麼要這麼做, 更別提去質疑可能錯誤的抉擇了! 當初入學時, 大家都是各方菁英, 高人一等的智商誰不羨慕, 然而, 念了幾年之後, 越來越沒有思考批判的能力, 人云亦云、越變越笨, 這就是我們輸給西方醫學生之處啊!

因為我實在太喜歡這個 **team** 了, 所以決定第三週還是留在 **team I**(其實, 如果想看看 **HIV team** 也是可以換到 **team II** 的, 這邊對醫學生的態度是, 你交學費所以你最大, **You can do whatever you like to do !**)。結果, 到了第三週, **Dr. Betts** 離開了換成 **Dr. Graman**, **Vadym** 也離開了, 新的醫學生是 **UR** 的 **M4** 學生 **Margret**。一開始, 我非常不習慣, 因為 **Dr. Graman** 是非常講效

率的人，步調非常得快，不僅走路快（好幾次，我跟在後面走，差點跌倒），講話也只講重點、甚少閒聊，問問題他還是樂意教，但如果你不問問題，他是不會主動教你的。我對這位 M4 的學生 Margret 印象非常深刻，因為他是第一個和我一起工作的當地醫學生（這邊的 course 選擇非常多，又分成許多 team，所以每個 course

幾乎都只有 1~2 個學生），而且他非常優秀!!也許是美國學生從小訓練表達能力，你會發現他們非常能講，不管懂不懂，都可以講一大堆，但 Margret 就更厲害了，報 case 有條有理，頭頭是道，在提治療方案時，不管是 DD 還是 Plan，程度之好會讓你驚訝美國 M4 學生能做到如此，為什麼我們不能!從她身上，我真的學到很多，加上她又對我無敵友善，我對他真是崇拜到不行!



Margret 我 Shehzad Dr. Graman

在這三週中，看了很多病人，邊做邊學的結果，成熟的很快，從一開始支支吾吾，問病史不停地 "pardon me"，到每天輕鬆自在的去看病人，還能跟家屬閒聊。我常在想，這樣的課程順序挺不錯的，剛到美國，語言還是個問題，因為先去小兒神經科，沒有太多的機會自己接病人（多半是跟著住院醫師，或下午跟門診），所以藉由在旁觀察，學到不少接觸病人的技巧和語言，等於是幫接下來的見習做預備工作，要不然，來美國的第一天就得獨自接病人，一定會覺得很挫折。過了適應期，到了 ID consult team，就有點信心獨自面對病人和家屬了。

這邊的病人、家屬對學生非常友善，因為他們都明白，如果你到了醫院，就必須面對學生，如果不讓他們有學習的機會，他們那能成熟呢？另外，令人印象深刻的是，醫師、藥師對病人的藥物衛教做得很好，美國的病人都很清楚自己因為什麼病吃了什麼藥（包括藥名唷，很優秀吧）、劑量多少、一天吃幾次藥，所以在問藥物史時，不會像台灣一問三不知的情況。另外一點很大的不同是，美國的病人比較誠實，大多數的病人（還是有例外啦）發生什麼事都會一五一十的告訴你，甚至連很敏感的 sexual history，我一開始都不好意思問，可是病人會主動告知，因為他們覺得他們有義務告訴你全部的資訊，這樣你才能正確的幫助他們！！

ID 三週內，看了快兩打的病人，遇到很多典型的例子，也看到罕見的病例，某天，我連續接了兩個 cellulitis 的病人，一個左腳一個右腳，還住同一個病房；一位是 Staphylococcal toxic shock syndrome，另一位是 Group G

Streptococcal cellulitis，兩個病人的病程和臨床表現都 text book 一模一樣，Dr. Betts 打趣說，我還真是幸運!另一個印象深刻的病人是 **Hickman catheter infection (S. aureus)**，比較特別的是，病人的 **underlying disease** 是連聽都沒聽過的 **Diamond-Blakfan Syndrome**，除了學到處理 **Catheter-related infection** 的處理程序外，還多知道了一個罕見的病。

在這三週中，我印象最深的照會病人並不是感染的問題。Mrs. Marciano，73 歲西班牙裔女性，老煙槍，兩年前戒煙，六年前右側乳癌，手術切除後接受完整 R/T 和 C/T 療程，，持續追蹤一切正常，除此之外，HTN、Rheumatic heart disease、Hypercholesterolemia 和 Hypothyroidism。近來咳嗽達數月之久，都是白白的痰，最近兩週出現 dyspnea，尤其是活動後喘得更明顯，沒有發燒或類似感冒的症狀。女兒帶他去看家庭醫師，在診所照的 CXR 發現 bilateral infiltration 和 pleural effusion，轉診治地區醫院，沒有發燒，CBC 和 B/C 一切正常，醫師把他當肺炎治療，Chest CT 看到 multiple patches 和 bilateral pleural effusion，所以決定做 lung biopsy，手術當天因為 low O₂ saturation on table 而改做 brushing，結果長了 C. albicans : 1 colony。轉來 SMH 準備第二天進行 lung biopsy 或 decortication。手術前一晚，主治醫師照會 ID，因為他們想知道他們給的 Moxifloxacin 和 Fluconazole 是否恰當，我接到通知去看 Mrs. Marciano，一問之下發現病歷中漏了很多重要資訊，病人有明顯的 orthopnea 和 heart failure sign，動物接觸史：家裡養了很多鴿子；除了外院的影像資料外，其他檢查都沒做，跟 attending 報告前，我也覺得很疑惑，因為除了 1 colony 的 C. albicans 外，Mrs. Marciano 根本就沒有感染的跡象，而 1 colony 的培養結果通常是不能算數的，但 CXR 看起來除了 bilateral pleural effusion 外一切正常，Chest CT 上也的確有奇怪的 patches。我決定告訴 Dr. Betts 我的疑惑，他看過片子後，告訴我，這的確看起來不像 typical 的 heart failure 表現，但也不像 infectious process；花了很多時間跟病人聊後，Dr. Betts 說怎麼想都像 congestive heart failure，因而決定擋下手術改照會 CV，他說：「雖然 lung biopsy 可以證明一切，但是我覺得她沒必要藉由挨這一刀來證明她不是 lung infection。」，。事後證明，我們是對的，病人有很嚴重的 MR 和 MVP，雖然心臟的 size 沒有明顯的大，但功能不佳，經由 CV 治療後，症狀明顯改善，CT 的 patch 也好轉，一切穩定後，病人接受 MV replacement。雖然不是 ID 的問題，Dr. Betts 交代我天天去 F/U，確定她如我們所預期，兩週下來，每次家屬遇到我，都很熱情的打招呼，不停的道謝，讓我覺得很有成就感—我想，對醫師來說，這就是最大的回饋了!!

經過這件事後，我超喜歡這種抽絲剝繭—探究竟的過程，因為大家的細心，幫病人省去挨刀或不必要的治療，做出對他最好的抉擇，這就是醫學迷人之處阿!!Dr. Betts 常說：看照會不能只看自己的領域，必須看整體，不然只是盲目的跟從別人的診斷，這樣就失去照會的意義了!!本來就很佩服 Dr. Betts 的

多聞，再經過這件事後，我對他更是敬佩萬分，在我離開前，他送我一份彌足珍貴的禮物—Handbook of Antibiotics 的中文版，很神奇吧!!

Pain Management in SMH

疼痛控制是屬於麻醉科的 consult team，這個 team 負責全院的術後疼痛用藥照會(Acute pain service, APS)和癌痛病人照會(Cancer pain service, CPS)。在這個醫院裡，需要開刀的病人在術前會先照會麻醉科，根據病人的意願和需求而選擇口服、注射或病人自控式止痛，如果病人選擇 PCEA，麻醉科醫師會在術前先幫病人放置 Epidural catheter，一方面是麻醉前即可定位麻醉範圍(較術後再定位準確)並確定 catheter 可以使用，另一方面是術後可立即給予止痛劑。醫學生在這個課程中，除了要跟著整個 team 在醫院看病人外，每週還有兩天到門診見習主治醫師看診或看 fellow 進行各種針對 chronic pain(最常見的是下背痛)的門診術式。

這個 team 有兩位 attending 輪流：Dr. Thakur 和 Dr. Issacson，和一位負責 APS 的 resident : John Schroeder。每天的病人數量不一定，依當日照會數目而定，但原則上約 5~10 人，在全院的 consult teams 來說算是比較輕鬆的。根據當地學生的說法和自己親身經驗，這個 course 的生活相當愜意，上午跟完病房下午還有時間去門診，還可學些止痛用藥(我的前一個 course ID 就超級累)，加上在台灣沒有去過疼痛控制門診或課程，對我來說挺新鮮的，所以，就挑了疼痛控制當我的第三個 course 囉!



也來自 NTU 的許藝瀚 Dr. Thakur 我

病房裡的照會多半以術後止痛為主，偶而會出現 cancer pain 的病人，每當我們接到一個新的 consult，通常會先 review 病人的病歷，在過去病史中找出病人疼痛的可能原因以及疼痛的機轉，過去過敏病史，現在服用的藥物，是否有藥物上癮的病史以及其他重大疾病或是手術史。大致蒐集了病人的資訊後，我們就會進入病房和病人聊聊了。對 Pain management team 來說，除了一般病歷會有的記載外，我們還很關心病人的 pain score(0~10)和 vital sign—詳細的詢問疼痛的質與量，以及其他影響的因素可以幫助我們更進一步的了解病人疼痛的本質，最後則是理學檢查，特別著重在神經學檢查上，詳細的檢查病人的感覺功能以及運動功能有助於往後的追蹤。由於疼痛是很主觀的症狀，

我們請病人用數字來表達他的疼痛程度，0 表示完全不痛，10 表示痛到不能再痛，大致評估病人的疼痛狀態。但是 **pain score** 不是唯一的標準，我們還需要參考病人的臨床表現(如 **vital sign, primary care** 的紀錄，疾病恢復的程度)和日常生活的行為，我們會有一個病人，天天說他 7~8 分痛，結果每次看到他都是輕鬆愉快的吃東西、聊天、看電視，這時候，就要對病人的自述疼痛程度打個折扣了。

每天早上我們會先跟 **resident** 在病房 run 過一遍，接下來跟 **attending** 報告完會再 run 一次，由於 **pain service** 的病人遍佈全院，每天早上都像逛大街般一群人在醫院走來走去。每天的追蹤，其實便是快速的重複以上的過程，根據病人實際的狀況以及對疼痛的預期，調整劑量以及劑型。對於 **epidural** 的病人，則必須特別注意其感覺的範圍，以及是否有影響了運動機能。疼痛不僅僅是生理上的現象，心理層面的影響也很大，因此，**APS run** 的另一個主要目的在於給予病人精神與情緒上的支持與鼓勵，尤其是對於有長久疼痛病史的人，長久的疼痛往往使得病人對於自己與未來失去了信心，適度精神上的支持對於他們來說，格外的重要。在醫病關係上，每位主治醫師都有自己不同的風格，有人以自信、專業的表達方式贏得病人的信服(**Dr. Issacson**)，有人以獨特的幽默感與病人取得良好的溝通與安慰，也有人以同理心、關心的態度獲得病人的認同 (**Dr. Thakur**)。疼痛是病人感覺身體健康狀態的一個非常直覺的方式，解決疼痛會使病人舒服許多，心情也跟著輕鬆了起來。

病房活動結束時，大家就會往門診移動，疼痛門診的負責醫師是 **Dr. Thakur**，他是一個十分細心而關心病人的女醫師。相較於 **APS**，疼痛科門診所面對的病人就比較複雜了，不過還有近八成的病人是下背痛，其餘的是各式各樣的 **chronic pain**。來到門診的病人，大多過去都有相當長的疼痛病史，疼痛的樣式千奇百怪，許多病人可能早已在不同的科別輾轉了許多年了，最後才來到疼痛科，此外，由於長期的疼痛，病人的心境轉趨消極態度也較不佳(大多數的新病人都有一點憂鬱症的傾向)，在溝通比住院病人困難許多，所以這裡的疼痛門診還配有精神科醫師，隨時可以協助麻醉科醫師進行診療。

在止痛方式的選擇上，口服，注射(**with or without PCA**)，或是 **epidural injection**，都是常用的選擇。口服最方便，也是病人能夠帶回家的唯一選擇，但其能給予的劑量有限，所以注射是住院病人最常用的方法，還可以再分為病人自控或非病人自控。病人自控的給藥途徑有 **PCA** 和 **PCEA** 兩種，一陣子之後如果適應、復原情況良好，會嘗試暫時停止 **PCA** 或 **PCEA** 改用口服止痛劑，如果還是適應得很好，這個病人就可以帶著他的 **oral pain medicine** 從 **pain service** 畢業啦!!**PCA** 是 **Patient control analgesia** 的簡稱，從 **IV** 紿予病人止痛劑，好處是方便簡單，只要一條 **IV line**，壞處是因為經由 **IV** 紉藥，藥物經由全身循環，常常有全身性的副作用，最常見的副作用是昏昏欲睡，減量又不

容易達到該有的止痛程度。PCEA 是 Patient control epidural analgesia，壞處是需要照會麻醉科醫師放置 **epidural catheter**，或有的病人難以接受在背上裝一根管子，好處是可以在需要的部位進行局部麻醉，達到足夠的麻醉深度而不造成全身性的副作用。我最常看到的給予 PCEA 病人是 **thoracic surgery** 的病人，因為術後傷口疼痛，病人常常不敢深呼吸或咳嗽，因而易導致肺部併發症；如果給予適當的止痛劑，病人可以很舒服的呼吸、說話或咳嗽，復原情況會好多，早日出院。

藥物的選擇不外乎 **NSAID**，**Narcotics**，**anti-epileptics or TCA**(針對神經性疼痛)，以及 **local anesthetics(for epidural)**，**NSAID** 對於骨骼或是肌肉的疼痛有良好的效果，**Narcotics** 則對所有的疼痛都有一定的效果(尤其是 **nociceptive**)，**anti-epileptics** 以及 **TCA** 則對神經性疼痛較有效。藥物在選擇上以避免病人的不良反應為主，所以病人的過去藥物過敏史和藥物史很重要，如過去對嗎啡過敏或有不良反應者，則盡量選用其他藥物。

APS service 通常會盡量在病人出院之前結束，若病人需要帶著止痛藥回家，則我們會把藥物一律改口服，減去 **1/3** 作為平時服用之劑量，再多給 **10-20%** 作為 **break through pain** 之用。

台大醫院有疼痛門診的設置，但過去在醫院的見習中卻沒有機會去看看疼痛控制是在做些什麼，因此這個 **course** 對我來說是個很不一樣的體驗，挺新鮮的，在這三週中，學了些止痛藥，相信不管是對自己或對病人，都是很實用的！

■ 綜合心得

在美國短短的兩個月，到了三個課程，不敢說真的學到了多少東西，但這段時間裡，真的看到許多和國內醫療生態及醫學學習環境的相異處，有些部分，台灣值得向美國學習，但也有些部分，還是台灣好阿!! 個人最大的收穫是學習態度，實際參與他們的學習活動後，真的深深體會他們積極主動學習的態度和有條不紊的表達能力，既然他們能，為什麼我們不能？來到 **URMC** 後，發現台大醫圖的資源真是不少(期刊數目 **URMC** 的圖書館還是比台大少)，但以前沒有好好利用過，在這邊倒是天天跑 **URMC** 的醫圖。雖然沒有人逼我該做什麼該念什麼，但邊做邊學時覺得自己少了什麼就到圖書館或網路查查，兩個月下來，**uptodate** 念的篇數比在台灣多得多了！

在台灣時，因為是自己熟悉的語言，從來不覺得 present 有什麼困難，到了美國，開始用英文表達，也許是緊張也許是不熟悉，總是慌慌亂亂的。到了 ID team 一開始沒有當地的學生，在每天 present 下雖然有逐漸進步，但是沒有比較總是不知道缺點在哪。到了第三週遇到 Margret，非常驚訝他的整理、分析、表達能力，就算我用國語報 case，也沒辦法像她一樣好—看看別人如何 present 再看看自己，覺得自己真的需要多加油了!! 雖然只有短短的一週，進步有限，但已經和一開始有很大的不同，變得有條理多了不再落東落西，不過還是有進步的空間!!

SMH 的門診跟台大挺不同的，我們是醫師在診間裡等病人，他們是每個人都在不同的診間裡，醫師會一一到各診間裡進行醫療活動。令我印象很深刻的是，無論我跟到的是 attending、resident、PA 或 NP，只要敲門進門後，第一件事一定自我介紹，而且他們一定會記得把我介紹給病人，非常重視禮貌；查房時也是如此，不像台灣，主治後面跟了一大群的學生，而病人覺得是一堆莫名其妙的陌生人盯著他看的窘況。這裡的病人對學生都非常習以為常也很友善，不但不介意學生在一旁見習，有時還會特別問問我要不要試試看。在病房裡，所有人都對醫學生很尊重，因為工作的關係，我常常需要跟 primary care 的醫師、護士詢問病人的狀況，他們對待我的態度就像是把我當作治療團隊的同事一般，不會因為我是學生，就有所不耐煩！最令我驚訝的一次是某天我在 PACU 看主治醫師做局部麻醉，不小心擋到了護士小姐，依照以前的經驗，一定會被罵的，所以我習慣性的邊閃開邊說 I'm sorry!! 結果，他把我輕輕推向前說"Go ahead! You are student. You have the right to learn! I can get my space to do my work" 當下，我真是感動得不得了.....

在美國這三週，印象最深的是大家彼此討論的風氣，無論是大型的 conference 或是 team 內每天例行的報告，大家都會很踴躍的發表自己的想法，再奇怪的可能性都可以提出來討論，不會有人認為它是笨問題或笨答案。因此在這種氣氛下，大家集思廣益，很熱真地琢磨討論，共同為病人找出最佳解決之道。也因為有如此鼓勵發言的環境，促使每個人要獨自思考，而非人云亦云，久而久之，美國的醫學生和年輕醫師很有自己的想法，也懂得表達自己的意見，不會只是一味服從主治醫師的命令，為什麼要如此治療都不知道。相對的，台灣學生往往不知道也不敢表達自己的意見，長期單向吸收、被動學習的結果，漸漸失去思考能力，更遑論要表達自己的想法了。

另外，美國的衛教做得非常好，病人對藥物的瞭解常常令我非常驚訝。在台灣，問到藥物史時，通常只能得到像這樣的回答：「吃高血壓的，就小小一

顆的，粉紅色的」，但是，在美國，幾乎所有的病人都可以告訴你他吃的藥的名稱、劑量、何時服藥等等，更厲害的，還可以告訴你他的醫師跟他說為什麼得吃這個藥，上醫院時也會記得把現在吃的藥帶來給醫師看，回答問題時也比台灣的病人誠實多了，因為他們都瞭解，你瞭解這些是為了幫助他們，而且，在美國要上大醫院非常不容易，所以他們都很希望你能確實瞭解他們的情形，正確的幫助他們！

說了這麼多美國的好，其實，台灣也是有比美國優秀之處的！也許是因為美國的人力比較充足，許多系統也變得電腦化（不得不稱讚一下他們的病歷和影像系統，超級人性化，好用又快速，省去許多調閱病歷和片子的時間，電腦影像的解析度更是好得沒話說!!），在醫院裡大家做事都是慢慢來，有時候真是慢到讓我這個習慣台北生活的人快抓狂。這裡的 **resident** 工作量也比台灣少得多，一個 **primary care** 的 **resident** 大概只有四、五床病人，所以他們有很多時間慢慢的做該做的事，科內給 **resident** 的教學活動也相當多！最誇張的一次，有個 **intern**（相當於我們的 R1）跟我抱怨他最近病人太多（7 個），當時我心想，你應該來看看台灣的醫師有多辛苦—每次有人知道我從台灣來，都會問我台灣的醫療情形，他們對台灣的病房 **loading** 和門診量都感到十分不可思議！

還有一點我一直百思不解，SMH 的醫師很不喜歡戴口罩，我的第二個 course 是 ID，每天在查房時，他們一定會記得戴手套，而且換病人前一定會記得脫掉、洗手，遇到有 **drug resistance** 的病人還會穿防護衣，但是，三週內，從來沒看他們戴過口罩，就算進 **bone marrow transplant** 的病房亦如此，有一次，我終於忍不住問了 **resident**，他說：「帶口罩會影響溝通....」話雖如此，但是他們似乎一點都不擔心某些感染是會飛沫傳染的。

很高興能有這個機會到美國看看，我們念的 **text books** 通常都自來自美國，所有的數據和治療建議多是美國的，這一趟，有機會實際參與他們的醫療活動，確實滿足我的好奇心，親身體驗美國的醫療生態。雖然台灣的醫療相當進步，絕對不輸其他國家，但不可否認的，在某些方面，美國在世界上的確還是領先的。除了醫院外，這一趟還參觀了一些實驗室，他們地大物博資源多，在研究方面，無論是空間、硬體或是經費都比台灣來得充足，好的環境可以鼓勵更多優秀的人才投入研究行列，做出優秀的研究成果，得到更多的經費.....這是一個好的循環，因此科學研究會更加蓬勃！！

除了在醫院和校園外，課餘時也和了來自世界各國交換學生及台灣留學生出門走走看看，趁著週末，到了不少地方，深刻的體會了當地人的生活，這是一個非常特別，值得回憶的經驗！再加上 UR 是一個非常照顧交換學生的學校，相信在所有同學中，我們四個到 UR 的同學應該是受校方關心照顧最多的一群了，無論是日常生活、課後運動娛樂或學校課業方面，UR 和 URMC 的辦公人員給予我們非常多的協助，還配了專門處理交換學生事務的工作人員，無論是什麼問題都可以去找他，讓我們在 Rochester 過得非常的開心。雖然我沒有排到交換學生住的 Alba house，學校仍然幫我安排了住宿，和我住在一起的房東人非常好，不但生活一切自由方便，在大雪紛飛的三月，她甚至每天早起載我去醫院，直到四月下旬天氣變得較為暖和為止，讓我好感動，不僅感謝她，也感謝校方的用心。在醫院裡遇到的所有人也都很親切、熱情，無論是在院內或院外，走在路上時時都有不認識的人和我打招呼、問候，兩個多月下來，我對 Rochester 這個可愛的小城市留下非常美好的印象。



房東 Mary Ellen 我

如果有人問我，再讓你選擇一次，你會不會再選擇當交換學生？我的答案是非常肯定的：「會！！而且我會還是會選 University of Rochester！」