

## 2006 Harvard Medical School Exchange Clerkship Program 心得報告



Beth Israel Deaconess  
Medical Center



A teaching hospital  
of Harvard  
Medical School



醫學系 90 級 林紀穎

## 寫在前頭

在今年有幸透過了 Harvard-KMU Alliance 的補助計畫，得以於暑假前往美國 Boston 一個月，一方面見識體驗美式醫療生態，一方面從中學習；過去的這段時間裡，我在見習與生活的領悟及想法上都激盪出了新的火花，希望能藉由這份心得感想野人獻曝，其一用以感謝學校給予的機會，其二期盼能對學弟妹有所助益。

## Why Gastroenterology?

相信對大部分人來說，選填志願往往是件傷透腦筋的事。

我的選填邏輯是先填科再填醫院；因為個人的興趣，32 個志願裡頭，幾乎都以內科系為主；再者，由於不想在寶貴的大五下學期(當時正值內科 rotation) 花太多心力交涉租屋的問題，我選擇了宿舍 Vanderbilt Hall(Vanderbilt Hall 具地利之便，民生方便且又能和許多哈佛醫學院學生交流，價錢在暑假雖然偏貴，但尚能接受，如今回想起來也真的替我在台灣與波士頓省時省事，算是能列入考慮的住宿選擇)；故當時主要的選填醫院，便是和 Vanderbilt Hall 同樣位在 Longwood medical area 的 BWH 與 BIDMC。

很幸運的，最後的結果是第二志願，也就是 Beth Israel Deaconess Medical Center Gastroenterology Division。

## Beth Israel Deaconess Medical Center

Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC)是哈佛醫學院主要教學醫院之一，有趣的是，它也是波士頓紅襪隊的 official hospital，並且與鄰近的 Joslin Diabetic Center 有建教合作關係；BIDMC 由創立於 1916 年的 Beth Israel Hospital 與 1896 年的 Deaconess Hospital 於 1996 年合併而成；如今分成東西兩個 campus，East Campus 主要以 primary care, inpatient, clinical and administrative function 為主，West Campus 主要以 emergency department, department of human resources,以及各式 specialties 為主。此外尚有一間 10 樓高的 Shapiro Clinical Center，負責大部分的 out-patient clinic；全院佔地規模頗大，在 New England 地區僅次於 Massachusetts General Hospital(MGH)。

BIDMC 和鄰近的 BWH 皆以 advanced patient care 與蓬勃大量的醫學研究為其特色，前者也是我在選填志願時以這兩間醫院為主的主要因素之一，因為在過去的大五這年，身為 clerk 的我們一直被灌輸照護病人的重要性，能夠在當 intern 前有更多親近病人並學習基礎照護觀念與技巧的機會，是我非常想把握的。

此外，BIDMC 在 hormonal disorders, digestive disorders, respiratory care, heart and heart surgery, cancer care, kidney disease 甫於不久前獲得 2006 U.S. News and World Report Best Hospitals edition 的肯定，我想這個資訊能提供給學弟妹作為日後選科的參考。

## The Duty

我的見習工作主要可分下列幾項：

### 1. *Consult service*

BIDMC 是一間 tertiary care hospital，病人收住院時往往都是先收進一般內科病房，由 primary care team 接手後，會再依照病人不同的問題發照會給某個 specialty consult team，例如 GI；此外，除了因 GI problem 而入院的病患之外，其它因素入院到最後才併發 GI symptoms 的，亦通通屬於照會團隊的責任範圍。而 consult team 的責任就是在照會之後，將 assessment 以及認為合適的 treatment plans 以”suggestion”的方式告知 primary care team，使其有治療的方向與準則，然而，最後要不要依循 consult team 給予的建議做治療，決定權都是在 primary care team attending physician 手上。

所以我每天早上 8:00 到院後要做的第一件事情，便是前往 follow up 之前由我負責照會的病人(要追蹤到他們出院為止)，寫完 SOAP 後便向負責該週所有照會工作的 fellow(約等同於台灣的 CR)做口頭報告，並請 fellow co-sign；接下來的時間 fellow 會視 case 的難易度和複雜度，將 consults(一天約有 5~6 個左右)分配給 fellow 群、住院醫師及實習醫師群、或是我，大家分頭前往照會(包括 history taking, physical examination, tentative diagnosis and initial plans)後，再各自回來向 fellow 報告、討論、做修正。上面這些工作都必須在下午 3:00 開始的 attending round(主治醫師查房)前做好，才能向該週負責的主治醫師 present；報告後，主治醫師便會帶著整個 team 一起去查房，進一步詢問更詳盡的病史或 PE，順便和病人以及 primary care team 討論安排各種不同治療計畫的可能性及預後等等問題，往往要到晚上 7:00 左右才結束。常見的 complaints 有 dysphagia、abdominal pain、UGI&LGI bleed、melena、diarrhea、constipation，而常見的診斷有 infectious enterocolitis、diverticulosis、angiodyplasia、pancreatitis、inflammatory bowel disease(UC and Crohn's disease)等；較不常見的例子有 oral candidiasis、non-ischemic heart disease caused ischemic enterocolitis(由於病人 heart ejection fraction 已經無法恢復，所以要採取 heart transplant)、post-ERCP hemorrhagic pancreatitis(甚至出現了難得一見的 Grey-Turner's sign Cullen's sign)等等。

然而，當沒有接到 consult，或是接完 consult 後仍有空的時，時間的運用就非常彈性了，這時，我通常會選擇下面幾項工作參與：

## 2. *EGD & Colonoscopy*

在 BIDMC 看到的 EGD 和 Colonoscopy 不論流程或是 indications 其實都和台灣大同小異，最明顯不同的有兩點：第一點是，在台灣做 scope 時往往只有 topical anesthesia，但是美國的做法往往會加上 fentanyl 以及 midazolam 做 intravenous sedation，procedure 前後也都是採取推床進出病房，目的都是希望能將病人的痛苦程度減輕至最低，但相對的病人做完後就必須有恢復期，醫療成本也同時拉高不少。第二點是在美國，進食能力差的病人(例如中風)做 PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) 的風氣頗盛，對我而言算是較新奇的經驗。



GI scope room hallway

## 3. *Conferences*

在見習的一個月裡面，我主要會參與的 conference 總共有兩種：

### (1) *Lunch conference*

由於七月是美國新實習醫師(resident one)上手的期間，所以醫院往往會安排許多訓練課程，好讓實習醫師能快點步上軌道；所以每天的中午 12:00~13:00，在 west campus Deaconess 3<sup>rd</sup> floor 會有 lunch conference (顧名思義，是有附免費午餐的)，訓練的對象就是住院醫師以及實習醫師，而 fellows 和 residents 也非常鼓勵其他 medical students 前往參加，所以在會場我也往往能接觸到 HMS 或來自其他國家的學生。會議的內容以 topic teaching 性質為主，例如：NASH&NAFLD, drug use on pregnant woman, infectious disease - Ehrlichiosis 等；每個禮拜四還會將 conference room 隔成兩間，一間給 resident 2 & 3 做 paper reading and discussion，一間給 resident 1 做臨床常見重要急症或用藥課程訓練，例如：approach and management of acute and chronic pancreatitis, management of chest pain, antibiotics。



## (2) *Longwood conference*

這是一項屬於 Longwood medical area Gastroenterology 內部的活動：每個禮拜四下午 1:00，來自 BIDMC、BWH、Children's hospital 三院的胃腸科醫師會聚在一起開會討論病例，往往是各院派一個代表(通常是 fellow)上台 present case，case 種類很多，從 common disease or symptoms 如 UGI bleed 到有點棘手、不那麼常見的 case 如 AIDS patient's diarrhea、esophageal cancer、Criglar-Najar syndrome 到找不出 infection source 的 mortality case 都有；演講者往往在講完 chief complaints、present illness、PE 後會賣個小關子，請台下的醫師進行猜測，發言也往往非常踴躍，特別是主治醫師群，各有獨到見解與經驗&新知分享，卻又能尊重彼此的意見，非常精采。



## 4. *Topic Reading*

每個禮拜二 12:00~13:00，我和我的 director Dr. Cheifetz 都會有個午餐約會☺。屆時我會前往他位於 east campus 的辦公室，和他討論一個禮拜以來的見習心得與疑問；除了平常在臨床見到但還未弄懂的小問題之外，我會再從上個禮拜選出較感興趣的幾個 case，閱讀相關 topic 後再和他討論；這樣的 topic reading 是從第二週開始的，看過的 topics 有 pathogenesis of acute pancreatitis, post ERCP complications and management, GI scope, IBD, diverticulitis, anal fissure, abscess, and fistula。



## 5. *Out-patient clinic*

美國的門診和台灣的門診就形式上而言差別很多；BIDMC 的門診是安排在 Shapiro clinical center，病患到門診區後會先向門診區櫃檯的護士小姐報到，然後坐在美輪美奐的候診區等待，physicians 則會流動式的行走，到候診區找到自己的病人後，領著他們走到後方的診間(診間裡頭沒有護士)，看完病後再和他們一起出來，接著再換下一位。從第二個禮拜起，我開始跟 Dr. Cheifetz 的門診，他的專長是 inflammatory bowel disease，每次會診一個病人的時間都在一到兩個小時，醫師詢問

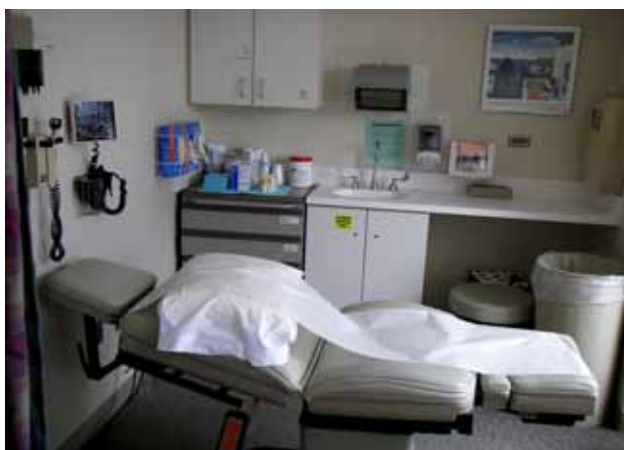
病史往往非常詳盡，特別是有關可以用於鑑別診斷的症狀以及用藥史都問得非常清楚，而病人也都非常勇於發問，從症狀到治療計畫也都非常有想法(由於 IBD 是個纏人的疾病，BIDMC 又是 tertiary care center，所以病人往往是經由好幾次轉介，或是屢治不好而來尋求第二意見的)，接受某項檢查(例如 EGD)的自主意願相較於台灣的病人也都強烈許多。整體而言 patient-doctor rapport 非常好，醫師對病人的整體背景了解較深，而病人到後來往往也能信賴醫師，兩者甚至像朋友一般；而就理學檢查而言，和台灣不同的是檢查台上往往會舖著一層紙，待病人做完後紙就要通通換掉，再給下一位病人使用以期衛生；而在 GI 的門診或是之前提過的 consult，rectal examination 是一定一定要做的，做完後除了要詳細描述於病歷上之外，也要當場做潛血反應測試(occult blood test)。



Shapiro center 外觀



由候診區通往診間的走廊



理學檢查台



潛血反應試紙

## The New Input

以下是在過去的這段時間來，我所得到的 new inputs：

### ★ Patient first

#### 1. Privacy (有關 privacy，於下面 computer system 亦會提到)

美國非常尊重病人的隱私，我所遇到最明顯的例子是當在做 EGD 或 colonoscopy 時，學生必須站在檢查室外面，等 physician 詢問病人的同意後才能進去，即使站到檢查室裡面等病人的同意也不行，因為病人可能會 feel obligatory to say yes，這樣一來就不是他們的本意了；猶記第一次看 procedure 時我就像以往一般一股腦兒地直接跟進檢查室，後來主治醫師才告知我這項禮儀，所幸在 rotation 期間的每個病患都非常親切地表示願意讓我觀察 procedure，待我進檢查室都十分願意回答我的問題(例如：為什麼來照大腸鏡，是純粹超過 50 歲而 screening 嗎？有 colorectal cancer family history 嗎？)並且和我話家常，讓我印象極好。

#### 2. Concept of asepsis

在 BIDMC 十分強調無菌的觀念，首先一進醫院的大門就可看見一個很大的標誌，上面告知每位進院者「無菌」對院內病患的重要，以及酒精洗手乳的放置位置；在廁所裡隨時可見標語：“All the staffs must wash their hands before returning to work.”；而在 attending round 時，團隊裡的每個人進病房前後都會，也必須習慣性地用病房外的消毒乳液做雙手消毒才能繼續進行工作，因為每個人都有機會將身上的病菌傳給病人，哪怕只是遞個筆燈與壓舌版，或僅是調整病床的傾斜度。有一次，一位 resident 忘了消毒雙手，還被主治醫師叫出來消毒後才能進去，重視程度可見一般；此外，他們的許多器材也是不重複使用的，包含 on foley 用的鏟子(不同於台灣，是塑膠製的)、EGD patient 穿的襪子等等小東西都是，不會再回收重新消毒。

#### 3. Acquaintances and P-D Rapport

“Patient has the right to know who you are.”是我在見習時強烈感受的一點，在還沒自己獨立做照會的前幾天或是在門診時，較高階的臨床指導者，總會在開始工作前先向病人介紹我，這點實在非常的重要；例如在第一天報到後 fellow 就先帶我到急診讓我做第一個照會，在他自我介紹以及講述目的後便開始對病人介紹：“This is the medical student with our team, and he’s going to ask you some questions about your blood from below.”藉由這樣的介紹，除了 patient 和我都感到多一分尊重之外，更讓 patient 對我多了一分信賴感，對接下來的流程幫助頗大；在接下來的幾週輪到我自己去看病人，或是當主治醫師尚未到達 bedside 時，我也會仿做類似上面的自我介紹，病人都能欣然接受，

不會因為我只是個 student 就較輕忽隨便，這點讓我很感激。

What's more, "Patient has the right to know where we are."這點在理學檢查時尤其明顯，當要換一個部位，或甚至在同一個部位做不同檢查時(e.g. abdomen 的視聽扣觸)，除了請病人按照指示做動作之外，為何要做這個動作的目的往往也是需要說明清楚的："Can you turn your head this side because I need to feel your neck lymph nodes." "Would you please sit up because I'd like to listen to your chest."，如此一來病人能夠知道現在進行到哪兒，更能配合檢查者的目的做動作，整體的檢查流程會感到順利許多。這點是和我以往自己在台灣時，僅僅請病人按照指示做動作有所不同的。

### ★ *Abundant resources*

#### 1. *Computer / computer system*

BIDMC 的電腦架數很多，computer system 也很完善，院內或院外的資訊幾乎都由同一個主畫面連結出去，且都在同一個系統內，例如 Clinical resources(e.g. On-line medical record and image, UpToDate, Medical library science, On-line pharmacopedia), Clinical manual and forms, Patient care services, References 以及 staff web email and paging system，彼此之間不會有系統間不相容的問題，查起東西來省時又省事，非常方便；值得一提的是，computer system 又是該院對病人隱私權保障的一大表現，從電腦開機，一直到登入各個畫面，無一不需要帳號和密碼，而就某些較嚴密的選項如 on-line medical record 還不能按 front page 回到上一頁，需要重新輸入；此外，醫療照護者，即使是醫師，都不能看見別人對病人所做的 online medical record(除了病人以往的 discharge note 之外)，也算是和高醫不同之處。

#### 2. *To print as you want..*

在該院的紙張每天消耗數量非常的嚇人，除了日常的病歷或檢查報告如胃鏡大腸鏡報告之外，任何需要的資料，舉凡 UpToDate 查到的新資訊、或是圖書館裡的 journals，一律都是免費列印及影印，還附加釘書針和迴紋針方便整理，只要是 hospital staff 全都能使用；雖然取用非常方便並且省時省事，但也無形中造成許多資源的浪費，而且他們往往沒有節約紙張的習慣，列印不會採用雙面列印，印錯了話有時還會直接送進碎紙機裡頭，讓人看得有點心疼，是值得詬病的一點，所幸有回收箱，算是彌補的方式。



### ★ *Passion of Teaching*

在這次遇到的師長裡面，不論性格平易近人與否，只要遇到問題，個個都會變得非常熱血，討論通常會從基本的 *physiology mechanism* 或 *anatomy* 開始，再延伸觸角到 *clinical aspect*，感覺十分完善，一位醫師告訴我，會留在教學醫院的人，通常就是有熱忱要留下來教後輩的，有些特別有熱忱的甚至還會在當完 *resident* 之後先不急著當 *fellow*，選擇當 *chief resident*，將自己的所學所聞教予後輩，令人十分佩服！而我在那兒時常常有一種感覺：“No matter how busy they are, they always have time for you.”起先我以為自己是被當成客人所以特別被禮遇的緣故，可是仔細觀察一陣子後，發現並不單單只有我是這樣被教導的，舉凡上對下，回答問題時的熱忱均是很一致。

### ● *To Conclude*

其實，上面所述的這些東西因著不同國家，國情本有不同，資源取得與來源亦有差別，沒有什麼所謂絕對好或絕對差，只要好好發展出自己的特色，去蕪存菁，我們台灣也能擁有令人稱羨與學習的醫學文化。

### **Thanks For Your Dedications!**

最後，除了再次感謝學校給予我這次機會之外，我還要向在這段時間以來協助我的師長們致上最深的謝意，特別是 *KMU-Harvard Alliance* 陳美瑜醫師，*BWH* *Dr. Hsiao*, *M88* 黃文嬋學姊、張鵬遠學長，*M89* 蔡明儒、陳俊龍學長、郭純雅學姊，以及我的家人；因為有你們的建議、分享與鼓勵，這趟學習之旅才能成行並且順利完成；這次的學習經驗對我來說真是彌足珍貴，除了讓我有不同的體驗之外，更讓我看見自己不足的地方；anyways 謝謝你們！



with Dr. Mei Lee



with Dr. Hsiao