

在 UCSD，我學會早起

在 San Diego 的第一個月，我來到了骨折外傷科(Ortho-trauma)，整體學習經驗很愉快，也非常有收穫，爲了避免心得淪爲流水帳，我把重點以條列的方式分項敘述：

摸黑上班，路途漫漫

在骨科實習的四個禮拜，沒有一天在五點「以後」起床，最早則可以早到三點半，對我而言真的是震撼教育！每一天下班時總醫師會公布隔天的查房時間，而 intern(PGY1)與我們這些 med student 的任務就是比查房時間還要早一個小時到，整理一份「交班單」，內容是將前一晚收入的新病人，包括病史、基本資料、診斷等加進名單，同時將舊病人前一晚的生命徵象、新 lab data、復健進度等更新，製作成一份完整的病人概況。接著，就由總醫師帶領全 team 進行查房。查房的過程中，總醫師會換藥，而我們就提著換藥籃，在旁邊遞東西，一開始完全不熟悉那些彈繃、彈紗、棉捲、膠帶的英文「暱稱」，經常傻在那兒不知道該怎麼辦！後來慢慢觀察、學習也就清楚了，偶爾也被稱讚機伶呢！查房的過程中可以觀察總醫師與病人、家屬之間的互動，以及總醫師對傷口的評估、對外固定或牽引治療的效果衡量，有時也練習跟病人閒聊些家鄉的故事，畢竟 San Diego 是個度假勝地，經常有外地的人來旅遊，一不小心就摔斷了腿，只好來住院。

這樣早起的經驗，在我的人生中大概是第一次，真的還滿震撼的！每天早上，心裡都懷著一絲絲恐懼，一個人摸著黑疾走在空無一人的街道，路程是扎扎实實的三十分鐘，其中還有十分鐘的上坡路段！以前在台灣實習，老覺得外科好早好早，現在查房的時候看到窗子外頭的太陽緩緩升起，心裡不禁笑了，誰說美國人懶惰了？經過了這樣的早起訓練，我發現自己真的變了，學會「往前」要時間，而不只是一味的往半夜裡要時間，早上的工作時間真的可以很長，做很多事情，大家一起愉快的在下午三、四點結束一天的工作，並且趁著太陽下山前享受屬於自己的午後，其實是我們不曾體驗過的自由時間表。

主動積極，「機」不可失

在美國實習期間，經常會遇到一起實習的當地醫學生。科內的晨會、各種會議、在刀房跟刀或是跟門診其實都有很多問答、表現的機會。晨會時，X 光閱片通常就是由 med student 進行，這時真的可以見識到美國醫學生相當積極的一面，其實他們的臨床經驗並不比我們豐富，(這跟制度有關)但他們決不會放棄任何一個可以表現的機會，就算是答錯了也可以泰然處之！熟悉了這樣的風氣，我也開始主動爭取第一個發言的機會，畢竟站在最前面對著全 team 完整檢視一張 X 光片，還是容易緊張、會有所遺漏，不過被主治醫師小電一下，真的能夠印象深刻！他們非常在意程序，閱讀一張 X 光片要從拍照的角度、左右、部位開始，接著評估骨質、軟組織的情況，再來才進入骨頭 cortex 的完整性，是否有骨折、

哪一種骨折、alignment, displacement, 哪一種方向的移位？移位了多少比例？熟悉了這套程序對於閱讀骨折的 X 光片內心更加的踏實。清楚了這裡常見的骨折類型以後，好好把解剖複習了一回，在 anatomy 即時問答中通常都能命中！

在刀房中常見的刀有：tibial plateau fracture, ankle fracture, hip fracture 偶爾也有一些 pelvic fracture (acetabular fx, SI joint widening, pubic rami fracture, open book fracture)。看了幾次以後，就慢慢清楚了他們的開刀程序，我盡量在開始前主動閱片並且跟住院醫師稍微討論等一下開刀的流程、我可以站的位置，接著我盡量記得他們擺位的方式，在他們開口前就把需要的東西準備好。其實不管在世界的哪裡，刀房的規矩好像都是一樣的，少說話、多做事、別抱怨、別擋路！偶爾也會遇到病人在消毒前突然噴尿、或是必須幫他們舉著一隻二、三十公斤的大腿之類的狀況，當然也就是默默承受啦！

刀房工作裡我最大的心得就是，解剖真的很重要，每一天都會知道第二天要開什麼刀(除非是急診刀！)，先把相關位置的 anatomy 搞清楚可以快速的進入狀況，進入狀況以後才有可能做更進階的思考。有問題都可以問，但是要挑對時機，隨著同類型的刀看得多了，自然可以問出比較有程度的問題，重點是要去想。

門診初體驗，外國醫學生也上陣！

另外一個特別的經驗來自門診，非常有挑戰性！這裡的習慣不論是 Physician assistant、Residence 或 med student 都要第一線先接病人，拿到病歷以後，就先把舊檔案叫出來看，了解他的病史、這次的主訴並且先看過片子，接著就實際去看病人、問診、做 PE，接著就跟主治醫師 present 病人、討論完影像、計畫後再一起去看病人，結束後打一分看診紀錄給主治參考。一開始對系統陌生也不習慣直接跟門診病人互動，就先跟了幾次，直到比較有信心了就開始仿照這個模式直接接病人，其實到最後還滿 enjoy 這個過程的，尤其當看到當時我上過刀的病人來回診，復原狀況良好，心裡還滿開心的！

我很喜歡這裡的診間配置。有非常多診間，病人被帶進診間後就等醫生來診查，診間裡有電腦(上面已經開好病人本次的影像)和一些骨頭的模型。醫生來診查時，可以用電腦跟模型對病人解釋病情，但不會在診間中打病歷，完全是一對一的溝通時間，醫病之間沒有電腦螢幕的隔閡，自然也就多了 eye contact。至於病歷就等會談結束後回到辦公室再打。並不像一些理想化的醫德大老說什麼診察半小時一小時連小孩、太太、親家母都關心一輪那樣，但我想在那十五分鐘內，病人可以感受到他獲得醫生百分之百的注意力和關心。

另外，這裡對於 DVT 的預防非常重視，所有的骨折開刀病人都一定在術後 23 小時內開始給 anti-coagulant，給的時間長短則視不同骨折而定。還有，他們對於物理治療的接軌也做得非常好，在院內就先會診，開始設定計畫，出院時就會和病人討論好出院以後在哪家診所繼續復健。門診追蹤時也一定詳細記錄現在病人的復健進度，整體規劃相當完整。

成果驗收，唱獨角戲！

在最後一個禮拜，我們被要求做一個 20~30 分鐘的 oral presentation，主題可以自己決定，端看我們在實習的過程中對甚麼樣的主題有興趣。其中一位骨科的住院醫師對我影響很大。在前幾個禮拜的禮拜四，都由他們的住院醫師輪流準備報告，而這位住院醫師跟我們說：我準備報告一定會準備一個大家都有興趣的主題，不需要是多嚴肅的主題，但必須很實用，我有興趣，而對大家也都有幫助。在那個禮拜我們剛好討論到 WoundVac，一種傷口的負壓抽吸引流裝置，於是他就決定以此為主題，討論它的特色、優缺點及跟傳統 wet dressing 對於傷口照顧的差別。這種 problem-based learning 的精神一直是陽明的醫學教育想落實的，但到現在我才感覺到那種因為單純想解決臨床問題而燃起的求知慾，真的很有啟發性。

而我選擇報告的題目是「開放性骨折」。在美墨邊界的海灘聖地，有很多人來此從事極限運動，一些高能量的創傷也就在所難免。在看了幾個嚴重的 open fracture 後，以前那些教條式的分類、治療 guideline 等突然之間就像是在我的腦裡活了過來。所以我找了教科書、review paper，也試圖蒐集病患的病程、傷口的照片，甚至還在病患接受完骨科治療後，又跑去跟整形外科皮瓣移植的刀，目的就是希望能對開放性骨折的團隊治療有更完整的認識。最後為了怕上台會一時怯場，自己也私下練習了好幾次，最後在全科面前報告的時候，算是相當順利！還獲得主治醫師與總醫師的讚賞。能夠針對自己有興趣的 topic 去準備一份報告，而不是被動的被給予一個主題，其實讓整個準備的過程都比較愉快，尤其當我們從臨床工作中遇到的問題著手，那種知行合一的感覺真的很不錯！

我覺得在 UCSD 骨科的一個月，讓我能夠更主動的去思考自己所遇到的問題，同時也不害怕提出問題、表達意見，重點不是人家怎麼看你，而是自己怎麼看待自己。當然，最重要的，我學會早起。



With my orthopedic teammates!!!



With my attending doctor, Dr. Schwartz

Trauma call~~~ABCDE!!!!

在 trauma unit 度過的四個禮拜真的非常漫長，每天的工作時數是整整十二個小時，從早上六點到晚上六點。28 天裡(包含週末)可以選擇四天休假，其餘日子就算是週末也要正常上班。每個禮拜值班一天，值班的隔天可以放半天假。到底這麼漫長的工作時數中我們都做些甚麼呢？以下就以 Primary assessment 的 ABCDE 簡單說明：

Always the same routine

這裡對於創傷的處理非常制式化，可以完全背出這套流程。在病人被通報進入我們 trauma system 的同時，trauma team 的每一位成員都會收到一通簡訊(在非常老舊的 pager 上)，告訴我們在幾分鐘內會有病人到。接著所有成員就會放下手邊工作衝到平常接病人的 trauma bay 並穿上鉛衣，守在 trauma bay 的護士會將電話聯絡的內容先寫在白板上，包括病人的性別、年齡、受傷機轉、可能受傷部位、急救人員在現場已進行的處置等。接下來 EMT 就會把病人送進來，所有人就在病床邊待命，EMT 會先報告病史、vital sign、受傷經過等，接著病人一換到我們的病床上，所有人就開始動作。帶頭的 doctor 1 會先跟病人對答，立刻可以對 airway 進行評估，接著聽呼吸音評估 breathing、摸頸動脈評估 circulation，然後就從頭部、眼睛、鼻子、耳朵、頸部、胸、腹、四肢一路評估下來。在此同時我們早已把病患全身的衣服剪開、蓋上溫毛毯，徹底的 exposure 和 disability 同時完成。正面評估完就由一人扶住 c spine 轉兩個側邊，看看脊椎是否有損傷、背部是否有傷口，並且 routine 的做 DRE，主要是看是否有潛血。而在進行這些 ABCDE 評估的同時，放射師已經照好 Chest AP view 和 Pelvic AP view 並且立刻把影像打在房間的螢幕上，做立即的評估。接下來，技術員就推著超音波進場，為病人掃 FAST，在此同時剛剛的 doctor 1 會經過評估決定病人還應該多做甚麼檢查，像是四肢的 X ray、電腦斷層、破傷風疫苗等並記錄在白板上，接下來大家就會依照這些醫囑開始著手進行。

雖然乍看之下幾乎像是在教傻瓜的一套 trauma management 「公式」，但真的不得不佩服這種徹底落實 primary assessment 的精神。或許有些病人我們一看就知道問題在哪裡，因此也就心有定見，只針對那個問題進行評估，但當中間有所遺漏，卻誰也不會發現。相較之下，其他的外傷再急也急不過呼吸道，在一團混亂的情況下，能有一套既定的流程，有一位醫生帶頭大家就不會亂，一步一步來，排除了會威脅生命的問題，其他該處理的自然也都能迎刃而解。我想熟悉 Primary assessment 的流程就是這個 course 對我而言最大的收穫。

Bedside procedure

也不知道為什麼，在這裡他們對於 bedside procedure 非常的「敢放」。像我們外國醫學生來進行短期的實習，他們照樣讓我們縫頭皮、縫臉、或是各處的

laceration。對於已經當了幾個月 intern 的我而言，suture 並不算太難，當地的住院醫師看我縫了一兩次以後也就相當的信任，從此只要是 laceration、尤其是下班前三十分鐘送進來的 trauma case 都變成我的責任，雖然很感謝這樣的練習機會，但很多時後在醫院待了這麼久，還真的挺想下班的！在 suture 的部分其實流程跟台灣都是大同小異，他們很重視 irrigation，都會以高速至少沖 250cc 的 NS 加上 betaiodine，接著才開始進行縫合。其實 bedside procedure 裡不只是 procedure 還有“bedside”，很多時後在清醒的病人或甚至病人家屬面前進行 procedure 是非常有壓力的，尤其在自我介紹時一開始真的覺得有點尷尬，覺得自己好像既是 student，又是 visiting，怎麼樣感覺都像是個無照駕駛的計程車司機！不過慢慢發現，他們其實對於醫學生的存在多半接受度都滿高的，也不太會去質疑我們的能力或決策，慢慢也就放寬心了。偶爾，住院醫師也讓我去解釋病情，雖然一開始有點緊張，擔當家屬們都是那麼認真急迫的想知道自己親人的狀況，也就讓我變得更想幫助他們，心裡也就沒有疑慮了！

不過一次我真的遇到非常棘手的狀況，一位年輕女孩摔傷了下巴，有道約三公分長的 laceration 需要 suture，我看到傷口後心想：傷口還算整齊，但下巴這個位置真的很難 approach，從頭也不順，從兩側也很卡，等一下腰一定很痠！另外，既然是年輕女生，又在臉部周圍，可能得縫小針的美容針。結果這個 case 的難度完全超越我的想像！！在我開始幫病人打局部麻醉以後，病人突然告訴我她從小就很難被麻倒，以前看牙醫時，就算用了兩三倍劑量的麻藥她都還是會有感覺，我心底涼了一大截…一打、再打、再打，怎麼打 lidocaine 她都還是有感覺，這下連我也慌了！眼看她每被我打一針麻藥都是一樣的痛苦，我真的不知道該怎麼辦！她突然很硬派的跟我說：沒關係，你就直接縫吧！我小心翼翼的幫她縫了六針，每一針她都算得清清楚楚，而她的朋友在一邊握住她的手一邊低頭看著我的一舉一動。這大概是我做過最 stressful 的一次 bedside procedure，事後檢討，我實在應該在試著要看看其他種麻藥，向是 Bupivacaine 之類的，因為有些人缺乏對 lidocaine 的受體，這樣的經驗對病人真的很 suffer！

有了這次的經驗其實對於面對病患或家屬都能更沉穩，若需要進行 procedure 也比較從容，對於各式各樣的傷口處理也多了些經驗和認識。

Co-workers matter!!!

在 trauma team 的四個禮拜，每個禮拜由不同的 VS 帶領查房。每位 VS 風格不同，有的比較專注於一些艱澀的學術，也有的態度很冷淡，永遠擺著一張臭臉，只要開口一定是要罵人，當然也有非常大器又熱愛教學的醫師。不過 VS 對我們的帶領很有限，除了每天早上的查房，而我們在報告我們所負責的 case 時，偶爾會得到一些回饋之外，幾乎沒有甚麼互動。然而我們在醫院 on call 的時間又非常長，所以在這之間，與同事的關係就非常重要了！這裡的住院醫師與 intern (PGY1)都是由外科和急診 rotate 來支援的，人數不少，一開始也比較難混熟，但美國的醫學教育一向很鼓勵教學、討論、表達自己的意見，所以一些熱心的住院

醫師常常會以教學為己任，甚至鼓勵我們也像 PBL 一樣，自己找一個 topic、蒐集資料以後來 teaching 大家。於是 residence, intern, med students 就像是組成了一個小型讀書會一樣，經常可以運用沒有 trauma call 的零碎時間進行一些互相教學的活動。大家針對自己照顧的病人面臨的一些臨床問題去做調查，再把找到的資料跟大家分享，我滿喜歡這樣的風氣的，不但會鼓勵你做更深入的觀察與思考，也會強迫你把所查到的資料做系統化的整理跟分析。

Doing what's right??

在 trauma bay 有點像戰場，很多病人有喝酒、嗑藥，一進來就相當躁動，口出惡言甚至拳腳相向，也有人會對於我們強制性的剪破他們的衣服非常的不高興，極力的想抵抗我們、拒絕醫療。對於躁動的病人，我有一次印象很深刻的經驗：那是一個拒絕插管的病人，然而他在 trauma bay 對醫護人員非常的無禮且完全不配合，這時負責的 VS 就直接下令插管！他當時說：我尊重他有選擇不插管的權力，但同時我也擔心若不將他鎮定並插管，他會傷害到別人以及他自己。我不知道原來醫療負予我們這麼大的權力，畢竟這些病人幾乎都是倒在街上被 EMT 發現或是路人報警送進來的，他們本身並沒有主動尋求醫療的協助，而我們就強制性的破壞了他們的財產(衣物)、侵犯他們的身體(打針、抽血、放尿管、做肛門指診、電腦斷層等具有輻射線的檢查)，若是對於意識喪失的病人我們或許可以直接以醫療法規中的緊急狀況處理去假設他希望被救治，但對於一些喝醉酒或嗑藥的人呢？難道我們也可以直接假設他們都神智不清嗎？Trauma bay 的醫療強制性其實讓我困惑了很久，我希望相信我們在做對的事，但這件事到底是站在誰的角度決定的？是醫生的角度？醫院的角度？社會公義抑或醫療環境的角度？還是最重要的，病人的角度？

在這樣的戰場上，我們到底該依循甚麼樣的 guideline？總覺得 protocol 好像被訂出來以後就沒有人會去質疑，但當我看著這一切不停的上演的時候，心裡總會有點納悶，當護士一次又一次大聲的在病人耳邊說：You need to calm down. We're trying to help you!! 這句話到底是說給病人聽的，還是在試圖說服我們自己心裡的那些問號？

English is not enough!!!

充滿陽光的 San Diego 地處美墨邊境，不論是偷渡來的、來度假的、或是在墨西哥受傷被當地醫院亂搞一通只好緊急轉診過來的病人，很多並不會說英文，這時候會說第二外語真的非常重要！而在這裡最常用的外語當然就是西班牙文了，需要的只是簡單的對答，就可以獲得很多資訊，像是要簡單的詢問人、時、地以評估 orientation，或是問他哪裡會痛，怎麼樣比較痛之類的簡單症狀描述，真的要學並不難，但卻非常實用。其實即使是中文也偶爾派得上用場呢！加州的民族組成非常多元，有來自世界各地的移民，而亞洲就是一大宗，年輕一代英文都成了母語，但很多老一代的其實並不太會講英文，在這種緊急的時刻，能有人

用母語跟你溝通或解釋病情，對病人而言都是很大的安慰！語言的重要性竟然會在美國這種強是大國顯露出來，這點是我之前史料未及的！真的不應該妄自菲薄，原來在美國，能告訴別人你的家鄉在哪裡，而你的母語並不是英語，就已經領先了一大步呢！

在 trauma unit 的四個禮拜其實不如我想像中的充實豐富，高度的重複性卻缺乏對病人「縱向」的觀察。而帶領查房的 VS 一直更換，也比較難建立好的 rapport。另外，醫療團隊中的人口流動也非常快，好不容易熟起來了可能到了下週就換人。好在同期一起 run 的一位德國醫學生與我非常投緣，互相陪伴、在一些無聊的時候聊聊天也分享自己家鄉的故事。後來跟美國的醫學生也熟起來以後就更熱鬧了。很多機會要自己主動爭取，像是趁著會診醫師來看病人趕快跟上去，請學長多教學，或是自己跑進刀房希望能多看、多學一點。或許在國外，除了要學會凡事為自己努力爭取外，就是練一張厚臉皮吧！其實積極的態度，老師們還是感受的到，以「外國醫學生」之名發表意見不但比較有「免責權」也容易被接受。在經過這個 rotation，除了上述的幾項收穫，另外大概就是主動爭取學習機會以及良好的人際互動技巧吧！



接病人的 trauma bay!!! 與來自 ER 的 R3 Elezer，他是衣索匹亞人。



UCSD 當地醫學生們！