

出國報告（出國類別：短期研習）

**主題：伊利諾大學芝加哥分校（UIC）
感染科會診四週實習心得**

服務機關：國立陽明交通大學醫學系（醫師科學家組）110 級

姓名：黃昱潔

派赴國家：美國芝加哥

出國期間：2022/06/20 -2022/07/15

報告日期：2022/08/11

摘要

關鍵字：感染科、國外實習、會診

在伊利諾大學芝加哥分校（University of Illinois at Chicago, UIC）感染科（會診）實習的四週中，我跟了兩組 fellow/attending 各兩週，於內科基本能力、感染科知識、與團隊成員及病人的溝通上都有所成長，也遇到幾位讓我印象深刻的病人，從病人身上學習到許多，並獲得 fellow 和主治醫師正面的回饋。醫學知識以外，在平時與團隊、病人和日常生活的溝通中，我也更了解和適應了當地的文化，並且更知道要怎麼於不熟悉的文化環境中自處。下文依據目的、過程，及八點心得，詳述了這四週的收穫。

本文目次

一、 目的.....	4
二、 過程.....	4
三、 心得.....	5
一、事前準備讓學習事半功倍.....	5
二、內科基本能力具通用性：應在原本的基礎上，把握每次臨床接觸精進能力..	7
三、感染科不只是背誦，還富有邏輯—收集感染科的 CLINICAL PEARLS	10
(一) 抗生素使用時間怎麼計算？.....	10
(二) <i>Osteomyelitis</i> 的抗生素怎麼挑選？	11
四、與同事溝通時，應彼此尊重但不需自我貶低	12
五、與病人溝通時，學習理解病人的處境	14
六、三位病人教會我的三件事.....	15
七、醫學以外的文化適應和成長.....	17
八、小結	18

本文

一、目的

本次去伊利諾大學芝加哥分校（University of Illinois at Chicago, UIC）感染科（會診）實習，目的可區分為醫學面和個人面。

從醫學面，大的目的為觀察美國的醫療環境且由美國的醫療照護中學習如何更精進自己的臨床能力；細節而論，則是學習如何照顧常見感染症的病人、如何與不同背景的病人溝通、如何精確的向臨床團隊傳達訊息、如何扮演好自己在團隊中的角色並幫助團隊一同提供病人良好的照護。

從個人面，此行為學習對不同的文化保持敏銳和尊重很難得的機會，因此我將個人面的目的設定為學習如何在面對不熟悉的文化時，快速適應並做出適當的反應，以讓自己想要表達的原意能夠用文化合宜的方式傳達出去；雖然我為自己設定了這個個人面的目的，但文化的適應和學習是循序漸進且無法由書本上習得的，因此我是以比較輕鬆的心態去面對這個部分，期待能在日常生活中逐漸進步。

二、過程

此行一個月的實習過程可切割為兩個兩週的 block。因為月底時 team 的 fellow、attending、resident 都會換，因此這個月的前兩週和後兩週我分別跟了兩個不同的團隊；前兩週的 fellow/attending 為 Dr. Knodle/Dr. Trotter、後兩週為 Dr. Chirunomula/Dr. Jarrett。兩週實習結束時，attending 都會主動找 team 上的醫學生和住院醫師去給 feedback。實習期間，醫學生直接的 supervisor 是 fellow，因此 fellow 最了解我們的學習情況，也會隨時給予 feedback。

因為我們是會診科別，因此每天要等 primary team 會診我們（大約 8:30-9:00 之間）才會開始上工。我們每天約會接到 4-8 個新的會診，而醫學生每天要接一個新的會診病人。新會診的病人，醫學生會獨立去接病人，且需要寫完整的 consult note（其實就是初診病人的病歷格式，需要寫完整的 HPI）。Attending 通常會下午 1 點查房，查房通常會進行 2-3 小時，查房時我們要完整的報告新接的病人並 update 舊病人的狀況；我通常每天共要報告 3 位病人的狀況。查完房，我們要打電話給 primary team 跟其溝通我們的判斷和建議的治

療計畫，並完成病歷後再下班。團隊平常會一起在工作室 chart review 和打病歷，大家都彼此尊重和講求效率，雖然每天 team 上都要接很多新病人，但大家通常能夠 5-6 點前下班。

三、心得

一、事前準備讓學習事半功倍

實習前，感染科的計畫協調人寄來了一些文件，其中包含感染科的常見疾病清單（圖一）。實習前一週，我將這些主題唸過一遍，學習資源主要為 Hopkins Abx Guide 以及 Uptodate，輔以 IDSA guidelines，並將這些主題以 OneNote 整理成筆記（圖二）。Hopkins Abx Guide 為實習時 fellow Ryan 提到他個人推薦的資源，我也非常喜歡這個資源，因為這份 Abx Guide 不僅告訴讀者不同疾病該怎麼用藥，連疾病常見的 pathogen 跟重要的病生理機制也會簡單提及，可以高效率的了解感染科常見疾病。最重要的，Hopkins Abx Guide 建議的治療選項和用藥長度都跟 IDSA guideline 符合，可以省去閱讀很長的 IDSA guideline 的時間。Uptodate 則有助於更深入瞭解疾病的病生理機制，但因為 Uptodate 為個別作者所寫，有時候建議的治療跟 IDSA guideline 會不太一樣，因此我通常只會閱讀 Uptodate 的 summary 以確認自己沒有遺漏重要的資訊。

將這些常見主題整理成自己的筆記讓我在實習期間事半功倍。接新病人時，我可以快速由筆記中確認我問診時需要特別問病人什麼 risk factor，並且可以快速擬定出符合 guideline 的治療計畫，而能幫助團隊照顧好病人，並讓團隊留下好的印象。先念書也讓我實習期間的晚上不需要額外花很多時間唸書，而能有空煮飯、運動，維持正常的生活作息。

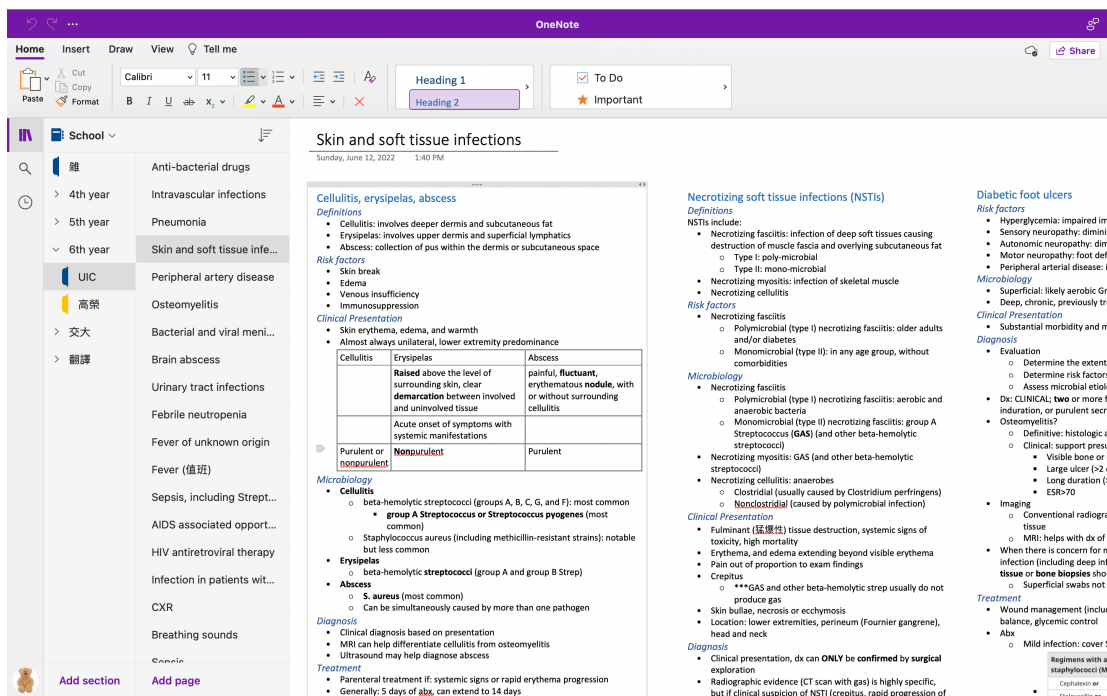
Objectives:

- 1) Learn to conduct an ID focused medical interview.
- 2) Master the basic principles of diagnosis and treatment for the most common infectious diseases seen in the hospital setting:

Intravascular infections, including endocarditis and line bacteremia.
 Nosocomial and community acquired pneumonia
 Skin and soft tissue infections, including diabetic foot ulcers
 Infection in patients with indwelling devices
 Bacterial and viral meningitis
 Urinary tract infections
 Fever and Neutropenia
 Osteomyelitis
 Sepsis, including Streptococcal and Staphylococcal TSS

- 3) Learn the basic principles of appropriate antibiotic use
- 4) Appropriately work up a patient with fever of unknown origin
- 5) Recognize and appropriately manage the most common AIDS associated opportunistic infections
- 6) Recognize the most common complications of HIV antiretroviral therapy.
- 7) Learn to appropriately interpret gram stain and culture data.

(圖一：UIC 感染科計畫協調人事前寄來的學習目標)



(圖二：行前我根據學習清單整理的筆記)

二、內科基本能力具通用性：應在原本的基礎上，把握每次臨床接觸精進能力

美國的醫學生通常被期望有獨立 primary care 病人的能力，而因為在和信進行內科實習時，我也被要求每天要自己 primary care 病人，因此來到 UIC 後能夠比較快上手；這也顯示了內科基本能力的重要性。不過，我也仍有許多需要精進的地方，而臨床最有趣之處就是每天都會有出乎意料的學習機會。在 UIC 的感染科，因為我們是會診科別，每天 team 上都有很多新的 consult，因此我每天都要接和報告一位新病人，而有充分的機會更精進自己的能力。

剛來到美國時，面對人生中第一次用英文跟病人溝通，雖然小時候在加拿大住過、對英文比較熟悉，但還是對自己不太有自信，而且第一天就踢到了鐵板。第一天接病人時，fellow Dr. Ryan Knodle 人很好 offer 帶第一次在新環境照顧病人的醫學生去接病人，而我接到一位有些重聽跟輕微 cognitive impairment 的奶奶。在 bedside 跟奶奶溝通時，我的音量和我的問問題的方式讓奶奶很難懂我在問他什麼，經過十幾分鐘不太有效的問診後，Ryan 因為時間壓力就 take over。我發覺 Ryan 音量大聲、問題簡短，因此奶奶能夠清楚回答 fellow 提出的問題。對此，我除了對自己蠻失望的，也不希望自己就此放棄而失去把病人的病史瞭解清楚的機會。因此，出病房後，我馬上跟 Ryan 說如果他不介意，我希望回到 bedside 把問診問得更完整，不過為了不要佔用他額外的時間我可以自己回去問診，Ryan 也欣然同意。回病房後，我試著放輕鬆、把問診問完整，後來順利問完診，回工作室後 Ryan 也主動跟我說他覺得是病人聽不太到女聲比較高頻的聲音，我不用太氣餒，甚至還跟我道歉說他很抱歉打斷我問診，因為他當醫學生時很討厭問診被人打斷。我則跟 Ryan 說我覺得他完全沒有問題、是我自己花了太多時間，而且我也覺得他問問題的方式更直接易懂。雖然第一天的問診不是那麼順利，不過也因此我有機會看到自己的缺點、把握每次跟病人的接觸讓自己更進步。

之後幾週，我發覺自己逐漸能夠將在台灣培養的內科能力發揮，且在問診、報病人、病歷寫作、提出治療計畫上都更熟練。問診方面，在和信時我就已經習慣了要獨立去問診，不過相比我在和信內科時常常要在進病房前在紙張上寫下一堆問題才不會在 bedside 忘了要問什麼，隨著我更加熟悉感染科常見疾病的風險因子和併發症，我逐漸可以帶著一小張紙進病房問診，憑著自己對疾病的了解問出 pertinent positives 和 pertinent negatives；review of systems

(ROS) 上，我也要求自己能夠不看小抄就問完，以加速問診的節奏並讓病人覺得受尊重（若要一直低頭看紙張再抬頭問病人問題，病人的感受不會太好）。

報病人方面，在台灣時我有被訓練過報病人的架構，不過，感染科的病人病史往往很複雜，因此仔細的 chart review 並且將病史用邏輯通順的方式呈現也是把病人報好的關鍵。在我已知的報病人架構上，加上每天 chart review 的訓練，到後兩週時，我報病人已經不太緊張了，而且也經常會在報完後獲得 fellow Dr. Samantha Chirunomula（大家通常稱呼她 Sam）或是 attending Dr. Jarrett 正面的回饋。

病歷寫作方面，美國的病歷架構跟台灣的很像，不過他們非常在意 assessment & plan (A&P) 的段落要清楚明白呈現鑑別診斷和治療的邏輯，而不能夠只寫出一個診斷。其實，A&P 是他們最在意的段落；尤其我們是會診科別，雖然我們都會很認真問完整的病史、寫出非常仔細的 HPI，但有時候 primary team 只會看我們所寫的 A&P 段落，因此 fellow 跟 attending 也都特別在意我們的 note 的 A&P 要清楚書寫，甚至他們在簽醫學生的病歷時會自己加註一段 A&P，以確保 primary team 理解我們的建議。在台灣 run 內科時，曾有老師很仔細的幫我改病歷，並訓練我寫好 A&P 段落，因此來到 UIC 後，我也能夠在每天的病歷寫作中發揮這個能力，甚至 fellow Ryan 曾於第一週某天下午改我的病歷時跟我說我的 A&P 的段落他會預期是 senior resident 所寫的，讓我受寵若驚（下文方框內是去識別化後的我所寫的 assessment 段落）。後來 Ryan 在簽我的病歷時，如果我的 A&P 寫得夠好，他就不會另外加註 A&P 段落了；能夠看到他乾淨利落簽核我的病歷是我每天的小確幸之一，除了很開心自己的能力受到認可外，我也很高興能夠稍微幫上團隊的一點忙，讓 fellow 的工作壓力減少一些。

XXX is a XX-year-old male with a past medical history significant for [disease] adenocarcinoma (diagnosed [date], completed [treatment] on [date]) c/b [disease], [...redacted rest of PMH...], who presents as a direct admission from the oncology clinic for failure to thrive.

The patient had decreased appetite, fatigue, abdominal pain and n/v prior to admission. On admission, leukocytosis and elevated total bilirubin and AlkP were found. [date] RUQ ultrasound found markedly dilated common bile duct measuring 19.3 mm. [date] blood cultures are 1/2 positive for Raoultella planticola; [date] blood cx 2/2 positive for Raoultella planticola and GPC. Given the patient's cholestasis, dilated CBD duct and RUQ tenderness, the patient's GNB bacteremia is most likely 2/2 acute cholangitis. We recommend ERCP for infectious source control once his blood cultures have cleared for 48 hours (anticipated: [date] 11AM). We

recommend keeping the patient on his current abx regimens of cefepime 2g Q8H + metronidazole 500mg Q8H pending [date] blood culture identification + susceptibility. [date] abdominal CT scan found CBD dilatation to 2.9 cm, subcapsular splenic fluid collection of 1.4 x 5.8 cm, pneumoperitoneum, and hepatic cystic collection of 5.5 x 3.3 cm (may be an enlarged cystic stump or cystic duct remnant). Given his non-toxic clinical appearance and non-diffuse abdominal tenderness, bowel perforation is less likely; splenic fluid collection more likely hematoma vs. abscess due to weak contrast enhancement; hepatic cystic collection unlikely source of acute infection due to persistence on imaging since [date] CT scan.

(方框一：新病人的 A&P 範例)

XXX is a XX y.o. male with a past medical history significant for [...redacted...], who was admitted to outside hospital on [date] and transferred to UIH on [date] for higher level of care for alcoholic hepatitis. He has presented with persistent leukocytosis since admission to OSH and [date] blood cultures found 1/2 VRE bacteremia.

The patient is still afebrile, with stable VS, and non-toxic looking. His persistent leukocytosis is more likely related to alcoholic hepatitis and less likely infectious in etiology. He has been on daptomycin 8mg/kg Q48H ([date]-) for 1/2 VRE (*Enterococcus faecium*), which is an appropriate dose for his susceptible-dose dependent VRE and current below 30 creatinine clearance. His blood cultures on PM of [date] have been no growth for 2 days. Can now discontinue daily blood cultures and continue daptomycin for 2 weeks from date of negative blood cultures ([date]- last dose on [date]).

(方框二：舊病人 progress note 的 A&P 範例)

提出治療計畫方面，剛上工時，Ryan 會讓醫學生在查房前先花 5-10 分鐘跟他討論，以免出現查房時提出 attending 覺得很奇怪的計畫這樣的窘況。不過，隨著每天持續接病人，以及每天問 Ryan 問題、從他身上學習，到第二週時，我大致上能夠自己提出合理的計畫，而通常不需要先問過 Ryan，或是只需要快速跟他 go over 我的想法。到後兩週時，我通常不用先問過 Sam 就能於查房時報病人；這樣的進步也讓我見識到人在壓力下的學習潛力。

綜合而言，這四週中，我的內科能力成長了不少，最後也獲得兩位主治醫師正面的回饋；Dr. Jarrett 回饋說有 intern（相當台灣的 PGY1）的程度。雖然我仍有許多要學習的地方，但知道自己的努力有轉化成臨床能力，仍是很令人高興的！

三、感染科不只是背誦，還富有邏輯—收集感染科的 clinical pearls

提到感染科，許多人或許會馬上想到抗生素，並且覺得感染科需要背誦的內容很多。雖然抗生素的使用確實有蠻多需要記憶的部分，不過我也由 fellow Ryan 所帶領的討論中發覺許多感染科的治療都有其道理。Ryan 一週通常會挑幾天早上帶領 team 上的教學。他的教學都是 discussion-based 的，會不斷問我、另一位芝加哥當地醫學生 Sheel，以及 resident 問題，引導我們思考。同時，因為 Ryan 人很親和，也非常樂意回答我們的問題，我也常能由問他問題中學習。在所學的知識中，有兩個撿到的 clinical pearls 讓我覺得特別實用：

(一) 抗生素使用時間怎麼計算？

抗生素的使用大致有幾個關鍵：要挑什麼藥物 cover 什麼細菌、要 PO 或 IV form (bioavailability)、藥物可以 penetrate 什麼位置，以及要治療多久。關於要治療多久，guideline 通常都會給出蠻明確的時長，不過臨床上究竟要怎麼計算這段時間？比如，osteomyelitis 要治療 6 週，這 6 週的起點是什麼時候？是從給抗生素的第一天開始算嗎，還是有其他計算方式？這是頭兩天開始照顧病人、要獨立提出治療計畫後就令我困惑的問題，也很感謝 Ryan 給出了詳細的回答（圖三）：大概念是要有足夠時長的 effective therapy；若有明確的感染源，要將 effective source control 的日期當作抗生素的 day 1；若無，通常則是以 negative cultures 的日期作為 day 1，以此確保抗生素在體內發揮真正作用的時間夠久。以 osteomyelitis 而言，6 週的起點應為 debridement 的日期。而為何在有明確感染源的感染中（比如，有 port infection 的 bacteremia），抗生素的 day 1 是由 source control 開始計算，而不能夠由 negative cultures 日期計算？Ryan 解釋說因為在清除感染源前，細菌很可能還是不斷 seeding 在血液中而散佈全身、抗生素可能無法殺死這些細菌（並未達成 effective therapy），只是因為血液中的抗生素濃度高到實驗室無法培養出這些細菌，因此出現 negative cultures。

- Abx day count
 - Bloodstream infections
 - Count 1st day from first day of negative cultures if the organism is more virulent: Candida, Staph aureus, GAS
 - Count 1st day from first day of "effective therapy" provided that the organism cleared quickly if the organism is: Enterococcus, GNB
 - Effective therapy according to sensitivity results from culture
 - Other infections
 - Count 1st day from day of "effective source control"
 - Ex. I&D for abscess
 - Ex. Catheter line removal for catheter-associated bacteremia

(圖三：fellow 講解抗生素時長計算的筆記)

(二) Osteomyelitis 的抗生素怎麼挑選？

Ryan 某一天的教學主題是感染科三天兩頭會遇到的 osteomyelitis。因為 osteomyelitis 治療的時長很久，找出致病菌、給予適當的抗生素，盡量減少對病人正常菌叢的影響很重要；因此，給抗生素前應該先做 bone biopsy/culture。此外，為了增加病人的 adherence，若有適當的口服藥物，OVIVA trial 的結果告訴我們是可以安心開立口服藥物的。Ryan 也帶我們思考了哪些口服藥物有足夠良好的 bioavailability 和 penetration，並且可以 cover 特定的細菌，而適合用於治療（圖四）。

- Bone biopsy/culture **before** abx if the patient is stable without skin/soft tissue infection
 - Empiric abx decrease the yield of a subsequent bone biopsy
- Treat according to bone culture results, for at least **6 weeks**
- IV vs. oral: Bioavailability and penetration
 - Oral Versus Intravenous Antibiotics for Bone and Joint Infection (OVIVA) trial : no statistical difference in the rate of treatment failure between groups
 - This trial did **not** exclude prosthetic joint infections
 - **Oral** with great bioavailability (>75%) and good bone penetration
 - Penicillins and cephalosporins **less** desirable: erratic bioavailability & lower vascular penetration of bone

Drug	Covers special bugs	Notes
Doxycycline: broad	MRSA	
Clindamycin: G+	MRSA Anaerobes	At least TID: inconvenient for patient Risk of C. diff infection
TMP-SMX: broad	MRSA	Pseudo-AKI because creatinine secretion is inhibited
Fluoroquinolones: broad	Pseudomonas	Check QTc: <500 Tendon issues Photosensitivity
Linezolid: G+	MRSA	Pancytopenia Neuropathy: irreversible!

(圖四：fellow 帶領 osteomyelitis 治療選擇討論的筆記)

四、與同事溝通時，應彼此尊重但不需自我貶低

去到 UIC 的第一天，我就見識到當地醫療人員有多麼彼此尊重。跟著 Ryan 去看病人時，病房內有護理師正在忙。見狀，Ryan 並非直接走進去開始問診，而是自我介紹自己是誰，並詢問現在他方不方便進去問診，或是他要晚點再回來？這讓我印象深刻，因為在台灣時，醫師一般不會詢問護理師自己會不會打擾到對方。後來，我看到病房內有其他人在忙，我也會先自我介紹說「Hi, I'm the med student from the ID team. I'm here to ask the patient some questions. Is this a good time, or should I come back later?」同時，我發覺其他醫療人員也會給予我相同的尊重。比如護理師看到醫學生在問診時，會盡量不進去打針或給藥；他們若走進來，也通常會盡快給完藥，並跟我說我不用暫停。這樣的習慣，除了是醫療團隊彼此間的尊重，也會讓病人感覺比較好。如此來，病人就不需要在看著護理師打針、聽著護理師解釋他要吃什麼藥的同時，還要應付醫學生的問題。

主治醫師在跟團隊溝通時也不會高高在上。7 月份是美國新的 intern（相當台灣的 PGY1）上工的時間。我們團隊的 new intern 對感染科報病人跟病歷寫作的方式比較不熟悉，有一次他報病史比較複雜的病人時，時序沒有整理清楚而被 attending Dr. Jarrett 打斷並跟他說他應該要怎麼報。雖然 Dr. Jarrett 一開始語氣比較急，不過我們能感受到她給出 criticism 是因為「想要大家更好」而非「心情不好想要罵人」，因為她馬上就修正了自己的語氣並露出微笑，並開始解釋說報病人的架構應該如何。Intern 也沒有表現出被念之後很失落或是情緒很差的樣子，而馬上積極的反問 Dr. Jarrett 說她的意思是不是要怎樣報才對？後來，intern 也沒有因為自己是我的「學長」就覺得他不應該問我問題，反而主動找我問說我覺得他可以怎麼改進。當隔天 intern 報病史報的比較好時，Dr. Jarrett 發現自己查房時忘了馬上給 positive feedback 後，甚至於查完房後特別繞回工作室跟 intern 說他進步很多。這樣彼此尊重互助的模樣讓我印象深刻。

另一個體現主治醫師尊重團隊成員的點是他們很樂意分享和討論自己的 thought process。查房時，即便不是我 primary care 的病人，我也通常能夠理解病人發生的事情，因為 Dr. Jarrett 習慣會總結自己的 thought process。我在最後 feedback 時跟她說我很喜歡她這樣的作法，她也跟我分享說她覺得主治醫師願意解釋自己的 thought process 很重要，不是因為可以教導團隊上其他成員

「應該」怎麼照顧病人，而是因為這樣團隊上的人才有機會去思考說「如果是我，我會怎麼做」。Dr. Jarrett 是這麼說的：「I don't always agree with other people's plans, but it is important that I understand them, so in the future when I am the one making decisions, I can think, do I want to do what they did? Or do I want to do something else? That is why it is important for attendings to explain their thought process, and also why you should always be able to ask them what their thought process is.」Dr. Jarrett 並不覺得我身為醫學生就必須接受他的想法，而是尊重每個人有自己的思維，希望幫助團隊成員建立自己的臨床能力。

也因為主治醫師這麼尊重醫學生的意見，我甚至可以在我覺得我們的治療計畫跟我看到的 guideline 不太一樣時詢問她。有一次，我照顧到 infective endocarditis 做完瓣膜手術的病人。根據 guideline，如果術中所取的組織 cultures positive，則抗生素治療時長要從手術日期開始計算。我們討論這個病人時，他 gram stain positive，cultures 結果還沒出來，不過 Dr. Jarrett 直接說我們可以照他原本的抗生素計畫繼續治療。因為我不理解為什麼我們不用考慮 cultures 的結果，我就點開了 guideline 解釋了我的疑惑，Dr. Jarrett 也仔細的回答說因為 gram stain positive 可能是已經死掉的菌、要等 cultures 才準，所以我們可以先按照原先的治療計畫繼續給 2 週的抗生素，並且在這兩週結束前安排門診回診，若到時候 cultures positive 再調整治療計畫就好，而不需要為了 cultures 是否 positive 這個點把病人繼續留在醫院內治療。聽完他的解釋，我就馬上理解了是我原本誤會了；也是因為 Dr. Jarrett 平時很樂意解釋自己的想法，我才會覺得足夠自在去向他提出問題，而有機會學習到新知。不過，雖然在美國比較不在意輩份，我覺得在表達自己的疑問時，讓對方明確知道你是尊重他的也很重要；我在詢問別人的 thought process 時，會盡量以「This is just for my learning purposes,...」或是「For my education, could I ask...」開頭。這樣的溝通方式是我從當地醫學生 Sheel 身上學到的；Sheel 在問問題時常常會這樣開頭，以表達出自己態度是友善、想要學習的。

不過，尊重同事並不同要過分貶低自己的姿態。Dr. Jarrett 身為 black female provider，在他醫學訓練和執業的過程中，遇過不少病人或是同事因為他的外表而不尊重他，也因此，他很在意我們在尊重他人的同時，也要尊重自己。有兩件事讓我特別印象深刻。第一次是在其他 team 會錯科別時（他們應該要會診別的 team，但不小心會診到我們這邊），fellow Sam 打電話告知他們時，下意識說了「Yes, I'm sorry about that.」。Dr. Jarrett 聽到後就說「There's

too much apologizing in this room. It's not your fault, you shouldn't be apologizing.」。

另一次，我報完病人並告知我所想的治療計畫後，Dr. Jarrett 說「You need to remove the question mark from the end of your sentences.」他進一步解釋說，我剛剛講的都非常合理，我不應該不斷用上揚的語氣、像是提問般講述我的想法。我應該要對自己有信心、用肯定的語氣表達自己。但對自己有信心也不等於要膨風或自大。7/1 new interns 上工時，有一位 new intern 打電話給 fellow Ryan，說「Hi, I'm Dr. xxx.」。Ryan 掛電話後，轉頭就跟 Sheel 跟我說：「Only a male provider would call himself Doctor on his first day.」因為在醫院內，除了 attending，大部分的醫師只會以 first name 彼此稱呼，包括 fellows 也都要我們叫他們 first name；甚至有些 attending 也會請你叫他 first name，而只會於跟病人講話時自稱為 Dr.，因此 Ryan 才會覺得那位 new intern 有點太自視甚高了。

五、與病人溝通時，學習理解病人的處境

在 UIC，我也學會更理解病人的處境，並改進自己的表達方式。第一天時，Ryan 就跟我們說，他希望我們報病人時，若病人沒有照醫囑服藥，我們不要使用「not compliant（不願意遵照）」這樣的詞，而應該要說「not adherent（未(與醫囑)一致)」，因為病人有時不是不願意服藥，而是有其他的原因。後來，有一位病人也體現了這件事。這位病人因為失業失去醫療保險，而付不起他的糖尿病藥物，因此好幾個月沒有吃藥。雖然我後來上網查，失業的病人如果家庭所得足夠低，應該適用政府提供的健保，但或許申請的過程對於已經忙著找工作的病人來說也過度費時跟複雜。無論如何，這位病人都並非「不願吃藥」，因此用 noncompliant 這個詞實在是不夠尊重病人。

Ryan 的 bedside manner 也有許多值得我學習之處。他除了問診問的很精確外，也會適時回應病人的閒聊，藉由 small talk 理解病人的生活和思維，同時也拉近跟病人的關係。此外，他在離開病房前，總會很認真的看著病人、伸出手跟病人握手致謝。雖然因為我的個性比較內向，以及我對於美國的 small talk 文化還比較不熟悉，因此我沒辦法像 Ryan 總是能夠得體幽默的回應病人，但我也盡量學習怎麼更用心注意到病人除了疾病以外的部分，並讓病人覺得受到尊重，比如問完診時跟病人握手，或是查房離開病房時不要只是低著頭跟著主治醫師走出去，而可以跟病人保持 eye contact 跟他說謝謝。

學習理解病人的處境也可以讓我們在表達時更有效地傳遞訊息。Dr. Jarrett 常會在查房時，要我們在 bedside 直接跟病人解釋我們的治療計畫。有一次，我的病人的計畫是將 IV 換成口服抗生素繼續服用兩週。Dr. Jarrett 請我解釋時，我因為突然被問而變得緊張，在表達時先解釋了抗生素的時長，而非先解釋我們要換成口服抗生素。病人當時已經住院住很久、很想回家了。他聽到還要治療兩週後，以為他還需要繼續住院兩週，馬上激動的回應說他不要，且不想繼續聽我解釋。Dr. Jarrett 看到病人變得激動，並沒有 take over，反而用嚴肅的語氣跟病人說他應該繼續聽我講，再轉頭請我講完。解釋完我們要換成口服抗生素所以他可以回家後，病人馬上就接受了。出病房後，Dr. Jarrett 跟我說病解時最好先講好消息，再講壞消息，因為先講壞消息的話病人的情緒很容易就會變差。我很感謝 Dr. Jarrett 給我機會把治療計畫解釋完，且教導我應該怎麼表達自己；同時，我也檢討了自己不夠設身處地思考病人會怎麼接收我的話，並期望自己之後能做得更好。

六、三位病人教會我的三件事

這個月中，有三位讓我印象深刻的病人，教會我三件事情。

第一位病人是 J，他的母親教會我「不要預設病人跟家屬的理解程度。」J 是一位出生時就患有 cerebral palsy、眼盲、無法說話，約 20 歲的病人，因為肺炎入院。會診感染科的原因是於肺炎治療結束後，J 開始持續高燒、但沒有明顯的感染源。他的母親非常用心照顧他，有一本筆記本詳細記錄了他從小至大的醫療狀況。美國的病人通常都蠻清楚自己的身體狀況、知道自己服用什麼藥物，不過 J 的母親甚至可以清楚告訴你過去幾個月內，他幾月幾號開始出現了什麼症狀、痰開始變色。某天早上，我由病歷系統中看到 J 的 primary team 把他的抗生素升階了，同時他的尿液中培養出了 VRE（雖然 colony 濃度不高）。我去看 J 時，詢問 J 的母親團隊是否因為尿液中長了細菌所以把他的抗生素換了，J 的母親露出困惑的神色、跟我說 primary team 說是因為痰長出了 MDRO（是的，J 的母親甚至連 multi-drug resistant organism 的簡寫都記得起來）才換抗生素的，同時也有些緊張的問我說 J 的尿液怎麼了。我當下發現自己漏掉了痰的培養結果，同時可能不必要的造成了病人家屬的緊張，因此跟 J 的母親說尿液的結果可能沒有臨床的意義，請他不用太擔心，而我會在查完房後跟他更

新我們的判斷。回工作室後，我有些擔心我透露了不應該講的資訊，所幸資深的住院醫師跟我說病人本來就可以由手機看到 lab data，且由系統上看起來，J 的母親剛剛也進系統看了尿液培養結果了，因此我並沒有講了不該講的事情。至於 J 的痰中的 MDRO 跟尿中的 VRE，經過討論後，團隊認為可能都只是 colonization，因為 J 的臨床狀況並沒有符合有這些嚴重感染病症的 toxic 程度。後來，我回去跟 J 的母親講解時，她很快就聽懂了 colonization 的意思，以及跟 infection 的差異，並且於理解後馬上露出放鬆的表情和微笑。整個過程讓我印象深刻，並教會我不要小看病人和家屬的理解力，同時也不要預設哪些資訊對於病人跟家屬來說過於複雜；只要在他們的理解範圍內，這些資訊都可能幫助他們在理解身體狀況後，心情更加放鬆。

第二位病人是 B，他教會我「不要對病人報有成見。」B 是一位飲酒併發 alcoholic hepatitis，膽紅素達到雙位數的病人，因為 persistent leukocytosis 而會診感染科。Primary team 的病歷記載：「病人對於最後一次飲酒的時間說詞反覆」。乍看下，這應該是一位酗酒又「難搞」的病人。不過，B 卻是我整月中遇過數一數二客氣的病人。即便每天因為 lactulose 而一直拉肚子（甚至會來不及去廁所而拉在褲子裡）、即便每天身體功能都越來越差（creatinine 每天都在飆升），而且因為戒酒時間不夠長無法換肝、只能一直在醫院中度日，他仍提起精神很認真回答我所有的問題。至於他的飲酒狀況，我用自然中性的語氣由抽菸、喝酒、毒品一路問下來時，他告知我的最後一次飲酒的時間，跟他的 family doctor 的診所病歷所記錄的時間是一致的。離開他的病房時，我脫下手套，跟他握了手，感謝他跟我談話。我不知道 B 是否清楚他的身體可能快要撐不住了，也不知道我能夠為他做些什麼，不過我在我的病歷中寫下「The patient's last reported alcohol intake time is consistent with records from his family doctor.」，希望看到我的病歷的醫療人員能夠放下對飲酒者的成見，友善的對待 B，讓他在醫院內也能受到尊重。

第三位病人是 X，他教會我「不要仰賴家屬作為溝通媒介。」X 是一位因為手指頭腫起來、疑似 osteomyelitis 而會診我們的病人。我們一開始以為他只會講廣東話（而不會國語）。這位病人其實是 fellow Ryan 去接的；因為我們以為他不會說國語，因此我一開始並沒有跟著 Ryan 去病房當翻譯。教科書上常寫說「不要請家屬當翻譯，要找口譯員」、醫院內也有 telephone interpreter 的服務，可以由 bedside 連接到口譯員翻譯，不過實際上，電話口譯員有時候要

等個 2、30 分鐘才能接通，對於醫療人員來說，往往還是會需要仰賴家屬翻譯。Ryan 一開始也是請 X 的女兒當翻譯，並且似乎也問到了許多重要的資訊，比如「X 的手指頭過去幾年內反反覆覆會腫起來，但以前都只會腫個幾天就自己消下去、不像這次一樣已經好幾週了」、「X 沒有自體免疫疾病，也沒有相關家族史」。不過，我們發覺女兒有時候會直接代 X 回答問題，而且後來我們發現 X 其實也會講國語，因此我們決定由我隔天再去多問問 X 他的病史。問了 X 本人後，發現他「過去也曾有關節腫了很久才消退，最久的一次長達幾個月」、「X 之前回中國時曾被醫師告知有類風濕關節炎抽血指標升高」、「X 的母親有類似類風濕關節炎的問題」。Ryan 聽到我問診的結果後有些哭笑不得，不過他很誠實跟 attending Dr. Trotter 告知這個狀況、承認自己的疏忽，我也將這些新得到的資訊另外寫成一篇病歷，希望能提供其他團隊更多資訊。雖然這些多的資訊沒有顯著影響我們的治療方向（無論如何，我們都認為 X 需要 bone biopsy 確認病因），不過這麼顯著的資訊差異還是讓我們團隊深刻體會親自詢問病人病情的重要性。

七、醫學以外的文化適應和成長

這四週，除了臨床上的學習，我也更適應了日常生活中大家溝通的方式。有一些習慣我一開始很不適應。比如，走進很多店裡時，店員都會問「How are you?」。相較台灣的「你好」通常只是單方的問候，被問「How are you?」時，給出回應（「I'm good」「Good! How are you?」）是基本的禮貌。經過一段時間後，我也學會自然的給出回應。又或者是 small talk 文化。來到 UIC 前，我就聽聞美國有 small talk 的文化，也下定決心這次要盡量多練習。第一天 orientation 見到其他國際學生時，我就抱著要多練習的心態，東問西問大家各種問題，跟每個人都聊了幾句。後來，我也比較知道怎麼跟團隊成員 small talk，比如跟大家聊芝加哥有什麼好吃的、暑假有什麼好玩的活動，或是週末前問一下「Do you have plans for the weekend?」。

此外，我也學習在融入當地文化的同時，也要保有自我、擁抱自己的成長軌跡。一開始 Ryan 問我的名字時，因為我過去的經驗是外國人通常不會發「黃」這個音，因此我把我的姓念得像「Huang」英文的念法。某天跟 Ryan 閒聊時，他跟我說他以為我的姓是念「黃」，我跟他說確實是，只是通常大家不

會念，他就半開玩笑的跟我說「你是不是覺得白人都不會念其他人的姓？」，然後跟我說我不應該因為怕別人不會念就改變自己名字的念法。這讓我意識到適應當地的文化的同時，也需要尊重自己的文化。此外，我也發覺有些東西我不知道也沒什麼好不好意思的。比如，我往往會看不懂義大利菜的菜單，一開始我會因此覺得有壓力，但想了一下，這本來就不是我習慣的文化，與其偽裝，不如坦然的表達我不知道；直接跟店員說「I'm from Taiwan and I'm not that familiar with Italian dishes, could you recommend a dish?」，還能夠吃到更好吃的菜，順便學到一些義大利菜的知識呢。

八、小結

此行累積了許多內科跟感染科的知識和能力，也更知道怎麼和團隊和病人溝通。醫院內，同事彼此尊重互助的文化，以及平時照顧病人時，大家對於evidence跟guideline的重視也是讓臨床工作很愉快的部分。不過，與台灣相比，我也深刻體會了美國醫療體系對社經地位弱勢的族群的不友善。經過此行，我更加珍惜台灣的健保制度；同時，我也希望能將所學習的知識，以及尊重互助的文化實踐於日後的臨床工作中。