

白袍典禮特別報導

醫三 嚴勤凱

前言

是這樣的一件白袍，肯定了我們四年來的學習。

是這樣的一件白袍，讓我們終得跨入以病人為師的學習階段。

是這樣的一件白袍，化做橋樑引領我們從基礎踏上臨床。

於是這樣的一件白袍，負著榮譽也負著責任，載著收劍的欣喜也載著新階段對自我的期許，期許我們在學習與病魔搏鬥的經驗的同時，更加深入的去體會白袍下該有的關懷與對生命的尊敬。白袍於是不再單是一件樣式簡單的白色袍子，而是任重而道遠的醫者袈裟，時時引領著我們提醒著我們，不忘披上它的初衷。



白袍典禮「專題演講」——臨床診斷的藝術

韓良誠 醫師

主持人林其和教授，副校長暨醫學院院長宋瑞珍教授，教育部醫學教育委員會主任委員暨我們的創院院長黃崑巖教授，我的內科老師也是我敬愛的朋友，張步良教授，各位成大的同仁，各位貴賓，今天加袍的主角——各位同學以及以他們為傲為榮的各位爸爸媽媽們，大家平安。

在今年二月二十二日，我們成大醫學院十八週年院慶的晚餐會上，我剛好和林其和教授同桌，他邀請我做今天的speaker；那個時候我沒有答應，我跟他說還有很多前輩，請他再找另外一位適當的人選。結果到三月中旬，他很誠懇的再次打電話到我家裡來，一定要我來參加今天的盛會。當然，各位曉得，林其和教授是學生心目中一位新德兼備的好老師，他做每一件事就像黃崑巖教授要求的，努力把每件小事做好，所以他一直是我心目中醫者的典範，因此恭敬不如從命，我就答應了。

回想兩年多以前，我給今天在座的同學講pathology and clinical coordination of parasitic infections，那個時候各位同學還是一副freshman的模樣。轉眼間，各位已經經過通識教育還有臨床的預備教育，即將開始進入臨床教育，在這個階段，我能有這個機會參加各位的白袍典禮並且和同學在這裡共勉，其實我感到非常的榮幸，也非常的惶恐，更感覺責任非常的重大。加上昨天剛好碰到林其和教授，他又提醒我：「韓醫師，你今天講的每一句話，都會影響這些學生



一輩子。」我體會出林教授希望我好好把這一堂講好的心情，結果我壓力更大。

他給我的題目是「臨床診斷的藝術」。可是，把一個art用口頭在半個多鐘頭的時間內講完，幾乎是不太可能的。所以我想利用這三十多分鐘的時間，從一些case來探討這個問題。而這些case中，有些是成大的case，有些是我自己的case，還有一部分是我去夏威夷大學和哈佛大學醫學中心進修老人醫學的時候感到比較impressive的case，想提出來在這裡和各位共勉。各位曉得，醫學教育最近很多人認為應趕快把以疾病為中心的教育改成以病人為中心的導向。同時也希望把偏重高科技的醫療改成臨床教育和高科技並重的教育，這是非常重要的。這幾年，醫學臨床教育的導向也都是一些被扭曲的情形，所以我還是希望利用幾個case，從最被忽略的history taking跟physical examination來探討一些問題。

我固定每個禮拜三，一個禮拜在成大急診部，另一個禮拜去台大內科做臨床教學，而禮拜五都在成大急診部。所

臨床教學與臨床研究

以多年來我每個禮拜五都是從早上七點半到八點，陪這些住院醫師在他們交班的時候，我們主治醫師跟在後面，看看是不是檢查做得不夠，或者有什麼地方疏忽或者是診斷與治療有偏差，我們就在旁邊看這些事情，然後八點以後再參加病例討論會。

下面所舉出的五個cases都是某日，同一天的早上七點半到八點之間我發現的。當然我今天在這裡和各位討論，提出這些cases並沒有批評住院醫師的意思。我謹以最誠懇的態度想從純學術的立場來探討這些cases，假如說住院醫師診斷的能力不夠，今天住院醫師有任何under diagnosis 或者是 misdiagnosis，我想大部分的責任還是在老師，我個人認為老師們沒有把他們教好。所以我希望利用這些case從純學術的立場來探討這些問題，更希望各位同學不要再有這種情形發生，或是可以盡量避免。

第一個 case

這是一位差不多50歲的男性，他是剛剛在一個禮拜前才從我們病房出院的病人。在交班的時候住院醫師中間就好像互相在埋怨的樣子說：這個病人剛剛從病房出院才一個禮拜，今天又跑來了。他的 chief complain 是 anorexia, weakness。因為最近很多臨床上的 physical examination 的順序很少人會去強調，應該從 inspection、palpation、percussion 然後再來 auscultation。以致於這些 steps 中尤其是 inspection 這個 step 被 miss。這位病人我看出在左鎖骨上

方有問題，我就伸手一摸，摸到很硬很硬的 lymph node，這是所謂的 Virchow's node，我除了請這些住院醫師重新檢查之外，就趕快請 R 說這個病人重新再收回病房，好好檢查一下，也許他的 GI tract 甚至他的 pancreas 可能有惡性腫瘤。當然我也碰過在 kidney 有 cancer 的病人，在左鎖骨上方可以摸到一個很硬的 lymph node。

第二個 case

這是一位差不多70歲的高血壓病人，他晚上來醫院，渾身很不舒服，另外也說他有頭痛，住院醫師幫他量血壓，說血壓高，就開一些抗高血壓的藥給他吃。我從他的臉部可以看出有 Skin rash，另外我看他伸在棉被外面的手指也有 Gouty arthritis，我就聯想「噢，是不是吃藥出了問題？」我請他把衣服掀開來看一下，結果發現他身體上面有 Erythema multiforme。甚至他的口腔 buccal mucosa membrane 也有一些 lesions，可以診斷是 Stevens-Johnson syndrome。當然各位曉得 Stevens-Johnson





syndrome 在吃一些藥如：Sulfadrag、Metronidazole、Thiazide、allopurinol、某些NSAID、Sulphonylureas...等這些藥都有可能引起，尤其是在老人身上一旦發生，有相當高的 mortality：20%~30%左右，所以我請住院醫師把這位病人趕快收至皮膚科治療。

第三個 case

這是一位50多歲的男性高血壓病人，他來成大急診部的前一天下午右腳就開始感覺沒有力氣，到了晚上他就到急診部來，他說右腳沒有力氣，結果住院醫師就開CT，叫他去拍。做完CT，住院醫師一看好像有infarct，可是他沒有把握，就請neuro的醫師來看，neuro的醫師一看那個CT：「好像」是CVA的infarct。」於是就當infarct在治療。在他們交班中間我注意觀察這位病人，「噢，好像CVA的病的人臉孔很少看到有這麼痛苦的表情。」看到他好像很驚慌又很痛苦的樣子，我就把病人的被子翻開來，看到腳都有這張slide的情形；然後我就在住院醫師面前請這個病人再把

外褲脫下來，整隻腳是這張slide的樣子，很明顯的是arterial embolism，於是我趕快叫他們收入病房去處理。

第四個 case

這是一位差不多60歲的女性，住院醫師跟我說她已經low grade fever一個禮拜左右，一直找不到focus。chest X-ray也照了，小便也檢查了，什麼都做了，但就是找不到focus。我看這個病人好像相當的dehydration並且很weak，我猜想大概已經有好幾天沒有好好吃東西了。而dehydration當然也可以引起mild fever，可是我叫她嘴巴一開，是Candidiasis，這麼厲害的Candidiasis，這也可能是fever的原因。當然也許還有其他原因如AIDS，這個一定要查清楚。不過住院醫師沒有去注意她的口腔。——我最近有時發現一些問題，例如說有些病人頭痛很厲害，尤其是高血壓的病人，這家診所跑那家醫院跑，都當高血壓引起的頭痛在治療，結果我一看，好像眼睛不對，仔細一看是glaucoma，這種case我偶爾會碰到。在這種情況下我一向是不動聲色，就請住院醫師看一看病人的眼睛。至少我碰過兩次住院醫師說：「老師，你的手電筒借給我一下」。現在內科醫師好像也不太把手電筒放在身邊可以做這些檢查。所以這個case是根本沒看他的口腔，才会有這種情形。

第五個 case

這是三十分鐘內的第五個case，是

臨床經驗與教訓

在住院醫師他們交班的時候，我聽他們說已經開好了胃藥要給病人拿回去服用。病人還沒有回家，坐在那裡。我看不對，我看他有很輕的 cyanosis 的感覺，還有他有 orthopnea。我就問他：「你有沒有 DOE？」他說：「有啊。」「你有沒有 hypertension？」他說：「有啊。」「你晚上有沒有 orthopnea，有沒有 PND？」他說：「有啊。」我一看不對了，這是所謂 left side heart failure 症狀，結果我做了 physical examination，真的是 left side heart failure。有一次很深的印象，我一看也是跟這個 case 一樣的，一看就曉得是 left side heart failure。就問一位同學 left side heart failure 怎麼診斷？他說：「照 X-ray 啊！」我再問另一位，他說：「照 sono 啊！」他們已經把這一些最 basic 的 history taking 和 physical examination 忘記了，不曉得應該先從這個最基本的診斷方法下手。其實 left side heart failure 從他的 history 中，還有 physical examination 都可以做很好的診斷的。

我在病房有機會就向同學強調 left side heart failure。因為我的專門是老人醫學，這些老人常常會碰到這個問題，所以希望藉這個病人給各位同學一個印象，就是 left side heart failure 一定不要 miss 掉。我常常在病人對我的 heart failure 的診斷不能完全接受，自己以為是 Gastritis 時就向病人說，假如一個

heart failure 我 miss 掉，當做 gastritis 來治療，這個是相當不好的；如果 gastritis 我把它 miss 認為是 heart 的原因，也許還可以原諒。這位病人，他的胸痛常常讓他在三更半夜會驚醒過來，並且是在前胸感覺像有一大片緊緊的東西壓緊著痛，而不是像 gastritis 的那種痛。

看完這些 case，各位應該曉得 history，physical examination 的重要性。這些 case 都不需要高科技，不需要做什麼很複雜的檢查，其實都是靠 physical examination 和 history taking 可以診斷的病。

最近我看了一本書，叫做「The lost art of healing」，這是一本很好的書，我把它看了兩遍。作者 Dr. Lown，他是哈佛大學很有名的心臟科的醫師，他很大的一個貢獻就是把心臟的除顫電擊器從交流電把它弄成直流電，這樣對心肌的傷害較少。第二個貢獻是發現在使用 Digitalis 時血清中 potassium level 的高低影響病人治療成功與否的重要關鍵。當然他還有很多其他的貢獻，最後他也得到 Nobel Peace Prize。這張 slide 是他的書的封面，我引用其中的兩段話分享給各位。

Slide -

Frequent reliance on a so-called workup, engaging the heavy Medical artillery of the day, such as X-ray or Cardiac fluoroscopy, blood work, and urine analysis is testimony to a lack of clinical

skill.

它的大意是說，我們過度仰賴所謂的workup，這些workup是類似X-ray這樣高科技的東西，而這是我們缺乏臨床技巧的一個證據。（醫四陳亮好同學翻譯）

Slide -

太過仰賴所謂完整的檢查，弄出一堆現代的醫療儀器，諸如心臟X光檢查、心電圖、心音圖、血液檢驗和尿液分析等，其實只證明了醫師的功力還不夠。

Slide -

A British study showed that 75 % of the information leading to a correct diagnosis comes from a detailed history, 10% from the physical examination, 5 % from simple routine test, 5% from all the costly invasive tests, in 5 % no answer is forthcoming.

有一個英國的研究顯示：要做出正確的診斷，有75%的資訊是來自一個非常詳細的病史詢問，10%是來自理學檢查，5%是來自很簡單的一些routine的測試，5%是由一些我們所謂的比較侵入性，比較昂貴的一些test，另外5%是怎麼做都不會有結果的。（醫四陳怡君同學翻譯）

各位曉得，Dr.Lown是一位很有名的教授，他不會亂引用別人的資料，所以我想這個資料大概是可以相信的。

我1990年去夏威夷大學進修老人醫學，1994年至哈佛也進修老人醫學。我一直跟夏威夷大學Dr.Branchette（老人

醫學科主任）保持聯絡，她有一次送我幾張slide，在這裡分享给大家。

Slide -

Unfortunately, it is all too easy to skip over the detailed history - taking and careful physical examination and rush to use technology.

很不幸的，對所有人來說，實在是太容易就把詳細的病史詢問還有很小心仔細的理學檢查的步驟給忽略掉了，而大部分的人都是很趕忙著想使用現代的科技。（醫四陳怡君同學翻譯）

白袍的意義

Slide -

We should use tests to CONFIRM our diagnoses made through history taking and physical examination, not to MAKE our diagnoses.

我們應該使用那些 test，就是所謂的一些實驗室的檢查和測試去確認我們的診斷，確認怎麼樣的診斷呢？我們透過病史詢問還有理學檢查得到的診斷。運用這些 test 去 confirm (確認) 它，而不是利用這些實驗室的測試去 make (做出) 我們的診斷。(醫四劉彥麟同學翻譯)

Slide -

Physican's physical diagnosis skill continue to improve throughout our lives. Perhaps then, your eyes, hands and ears are just much better than your younger colleague. 醫師的理學診斷的檢查技巧，在他們的一生當中，應該要不斷地進步，如果能達到這樣的一個境界的時候，你的眼睛、你的手、你的耳朵會比那些年輕的同事們來得好，來得敏銳很多。(醫四劉彥麟同學翻譯)

(下期待續)

(以上紀錄由醫三陳彥年整理，在此謹致由衷的謝意——韓良誠)



心得分享

醫六 許鈞凱

今天很榮幸有這個機會能夠來參加白袍典禮。我並不是我們班上最聰明或是最優秀的學生，站在這裡感到有點心虛。不過我會盡力把我這兩年來的心得和大家一起分享。我的阿媽一直希望我能成為一個好醫生，可是十多年前她在威大的癌症病房去世了。很羨慕大家有這個機會，能邀請你們的爸爸媽媽還有阿公阿媽來參加今天活動，和他們一起分享這份榮耀。

「如何在臨床上有好的表現」。我曾在Amazon 網站上訂了一本書，名為 Iserson's Getting Into a Residency，其中它提到了 medical student 要在臨床上有好的表現必須做到三點，第一點是「effort 努力」，第二點是「effort 努力」，第三點還是「effort 努力」。此外，它也提到了 "You don't have to be a genius." 在病房，最重要的是要有一個積極的態度。

去年暑假在耶魯大學附設醫院見習認識了 Dr. Chu Edward，他常問病人的一句話是，「Is there anything I can get for you?」現在我在醫院也試著問起我的病人說：「有沒有什麼需要我幫助的地方？」我覺得這是可以用來初步和病人建立良好的關係的一句話。此外，我也碰到一位 fellow—Dr. Paul，有次他問一位癌症末的病人是否需要幫忙，病人說：「你可以幫我倒杯冰水嗎？」這位 fellow 聽完立刻親自去幫病人倒了一杯水並且加了一些冰塊。我就問他說：「你為什麼要這麼做，這在台灣並不常見？」他說：「到目前為止，我在醫學上已經沒有辦法幫助他，我現在唯一能幫助他的就是幫他倒一杯水，讓他舒服一些。」我覺得這種服務病人的心態讓我印象非常深刻。

最近在雜誌以及「急診室的春天」影集裡陸續地看到了同樣一句話：「最危險的醫師是他一直慈祥地握著病人，但卻一直為他做錯誤的決定！」這一句話一直深植在我的腦海裡，也是一直激勵我學習的一句話。我覺得在病房，最大的學習動力是病人。我的學習方法是，我在病房接完病人後，晚上我會看 textbook 或是會上 internet 查詢和病人相關 review 的文章，隔天和主治醫師或住院醫師討論，這是讓我覺得收穫最多的學習方法。

我想向各位推薦兩個讀物，第一個是 New England Medicine Journal，這是一位來自 Columbia University 的內科臨床指導教授 Dr. Cole 去年在威大內科指導時所推薦的，他不斷地建議我們要從醫學生時代就要培養閱讀 journal 的習慣。我會根據興趣很快的瀏覽 original articles，此外每個月會有 1 至 2 篇 clinical problem solving，非常適合 medical student 閱讀。另外一個讀物是「康健雜誌」，這本雜誌除了有黃院長「月眼看醫療」的專欄外，我覺得這本雜誌對我很大的幫助是，它常常會提到病人的感受，描述病人的心境。此外，它也有醫師的專訪，讓我更瞭解醫學生涯的未來。

我覺得到了五、六年級是一個相當快樂的學習過程，我曾經寫信給黃院長，信中引用了伍佰一首台語歌中的歌詞：「我的性命一生是現在尚精彩。」各位學弟妹們即將進入醫院，相信不久之後就可以和各位一起分享學習的快樂。

心得分享

醫學七 蔡慈如

以一個學姊的身分，回首自己的學習過程，此刻分享的，兩個字就可解決。有個小故事，它的標題是：What makes life 100%？如果A到Z 26個字母各代表一個積分，A是1，B是2，依此類推，Z是26。那，Hardwork，加起來有98分，Knowledge，加起來有96分。您猜，什麼加起來100分？"ATTITUDE"，態度，加起來100分。我想和大家分享的是，就這兩個字，態度。

以前，我們在課堂上課，老師們窮畢生所學，經過了排版，照相，甚至準備了笑話，把最精華的部分整理成slides上台來。不知道您是專心聽講呢？還是睡著了？或許您在挑剔老師教得不好，說得不清楚。或許，您正讚嘆老師精闢的說明。進入臨床後，學問是不會再這麼輕易地送上門來。知識需要您自己去挖掘的，如同挖寶一般。記得大五在精神科見習時，楊延光醫師用他那銳利的眼光，對我們說："你們不是飼料雞啊？！等著人家餵，是會餓死的！"所以，讓我們化被動為主動吧。用在行動上，也用在思想上。

美國杜克大學附設醫院內科主任Dr. Eugene Stead在他的著作---The Way of Thinking中，提到learning process分為兩個部分，一個是知識的累積，也就是memory。另一個部分，就是對這些累積的片斷，不斷地進行排列與整合，稱之為thinking。今天，一位老伯走進來，他會跟您說"醫生，我肚子痛！"



他不會告訴你"醫生，我duodenal ulcer！"這個診斷，由誰來決定？如何決定？真是如此的診斷嗎？這要靠各位年輕醫師去努力，去學習。建立邏輯思考的重要性，在往後的學習裡，絕對是不容輕忽的。

或許大家會覺得，下診斷很炫，可以像福爾摩斯辦案一樣。在科技發達的此刻，您或許認為要給病人最先進，最前衛的治療。那您要如何提供這樣的服務呢？在您即將進入臨床的這一刻，您或許會忙於閱讀購買各科的聖經，忙於查詢最先進的clinical studies。此刻，我想提醒大家的，是過去兩年基礎醫學的重要性。在您不知道正常機制是什麼的時候，您是無法看出病態轉變的。大體解剖，生理，病理，藥理等，都會在未來行醫生涯裡，不斷以各種形式與您再交會。或許，您會認為已唸完，來不及了。那我想告訴大家，學習，永遠沒有"來不及"。因為，學習是不斷地重複，不斷地累積，不斷地整合。

我要恭喜大家，在成大醫學附設醫院開始臨床學習的第一天。一個用熱誠，專業，與良知，辦教育，照顧病人的地方。最後，歡迎大家加入我們！！