

白袍典禮「專題演講」--臨床診斷的藝術 (下)

韓良誠 / 韓內兒科醫院院長、醫學院兼任教授

底下我舉三個在我自己的 clinic 看過的病人為例，與各位探討這個問題。

第一個例子是一位94歲的老公公，他在兩個禮拜之內跑了五家的診所，都診斷是骨刺、感冒、老人病。可是我問他的history，曉得他有fever，有cough，有purulent sputum，然後他做深呼吸的時候也會胸痛（我還沒做 physical examination）。問完 history，我就一直在思考，是不是他的胸腔裡面有感染在進行。然後做完 physical examination，我知道這是膿胸，我用針頭抽（那時候還沒照X光），一抽出來是frank pus；在他來OPD兩個小時之後，我就給他放chest tube，放完chest tube後，有750c.c.好像豆漿加蛋黃的pus流出來。

從這個case，我的感想與建議是，在臨床醫學教育中，應該強化 history taking 及 physical examination 的訓練。其實這個case中，假如醫師能夠好好的做 history taking，病人應該不必跑五家診所。

醫學院的教學應該讓學生在知識、技術、態度三方面均衡發展，而態度可能是醫學上最容易被忽略的部分。我想這個態度，看病的態度和同理心，以及站在病人的立場來考慮是很重要的。我常常給學生講，今天假如聽到一個murmur，你不要一聽到就直接想到是有病的心臟的murmur，你要考慮假如病人這個murmur是在你身上，你應該怎麼處

理？同樣的，假如你今天在病人肚子上摸到一個hepatoma，假如這個hepatoma是你自己身上的腫瘤時你會怎麼處理，也應該以同樣的心來處理這個問題，所以我覺得態度這個部分是非常重要的。

第二個例子是一位71歲的女性，她在五年中間跑遍南台灣很多的醫院和診所，其中兩家醫學中心的心臟專科醫師都給她說是angina。可是在我問history時，好像聞到很臭的味道，她講話時很臭，我就開始懷疑，我一直問她，到底在什麼地方痛，什麼時候痛，痛的character怎樣，結果我得到的結論是，她的pain是food intake related not effort related。甚至她跟我說，她晚上常常起來吐酸水，甚至有時候幾餐以前的東西都會吐下來。我就心裡有數當場給她做upper Gi。結果證明有achalasia。我當天就介紹她去找胸腔外科安排開刀。開完刀結果esophagus最寬的部分已經是7公分，算是非常嚴重的achalasia。

我的感想是：過早又過度細分科的結果，造成現在有些將來想走CV的residents，他對GI的case好像沒有什麼興趣。而想走GI的，對CV的病人好像也沒有什麼興趣，所以只想將來走什麼專科而已，以致於他們常常見樹不見林，但有時連樹也看錯了。第二個感想是，過度的專業使醫師只專注於其專長的某一個器官，他一直認為來找CV的一定是heart的問題，不會去想到其他的organ，

這一點希望各位同學要培養自己更廣闊的醫療視野。尤其是看病，要從整個病人來考慮，不要老是看同樣單一個器官。

最後這個 case 是一位60歲左右的女性，有一天，據她說是非常厲害的 abdominal pain，去一家醫院的急診部，然後急診部就馬上把她送到消化系病房。消化系病房馬上給他做gastroscope，結果gastroscope看起來沒有怎麼樣，就把她送回病房並且交待病人/兩天後做colonoscopy。可是病人在病房肚子實在痛得受不了，她就跟護士小姐講，又跟醫師講，他們只是打了止痛針，告訴她兩天以後再說。結果她實在痛得很厲害，只好自動出院，到我診所來。我看她走進來的姿勢，肚子保持不敢太動的走路的方法，我第一個印象就是peritonitis。果不其然，躺下來一摸就是panperitonitis。我就想盡辦法讓她重新回同一家醫院，因為假如這個 case 我介紹到另一家醫院的話，也許會有醫療糾紛。我說，我一定會跟他們交待如何處理，我會繼續保持連絡，等等這些話。然後她就回同樣一個醫院，開完刀，外科醫師馬上打電話來告訴我說，肚子裡有 frank pus 850c.c.，看起來大腸已經破掉了3、4天了。

我的感想與建議是，偏重科技導向的醫學過度注重高科技專業的訓練，而忽視病史詢問和理學檢查以及基層醫療的特殊訓練。第二是過度依賴儀器而相

對減少醫病之間的互動與關懷。假如這個 case 處理的過程中醫師跟病人之間的互動再多一點的話，我想這種情況是可以避免的。一直靠這些高科技的設備做檢查，就像Dr. William Osler所講的，無論做再多的檢查，也不能取代一個肯思考的頭腦。

有一年我去夏威夷一個專收 dementia 病人的病房。在查病房的時候，噢！我注意到一個九十幾歲的老人，（她已經在這個病房住三年多了！），她好像在偷看我一樣。我跟他們查完病房，那一天下班以後我就跑去她的病床前，想跟她（那個是日本後裔，日本人移民夏威夷的第一代）談一談。起初我跟她談（她坐在床邊椅子上，當然我也弄一個椅子在她對面坐），她都不理我；我問她幾歲？問她在夏威夷多久？你最近好不好？怎麼問她都不理我。結果我就想，好，我就唱一個日本歌，一個日本小學一年級的歌。唱完了之後，我看她兩隻手把椅子的手把得抓的很緊很緊。噢，我就想為什麼會有這個動作，然後我就唱小學三年級的歌。結果唱完以後，她就坐正了，她本來是頭都往底下看，她本來不理我，然後就坐正來了，看她的眼神有一點好像開始興奮的樣子。我想了一下，再唱五年級的歌。我唱完以後，真的，她那個眼睛一直盯著我看，我看這個不像是 dementia 病人的眼睛，怎麼看都不像。後來不知道是怎麼搞的，大概是神來之筆，我就唱起日本的國歌。因為各位曉得那個年代的日本

人，九十幾歲的，她對國家皇室是相當效忠的，聽到國歌是要立正的。我唱完，她把我抱起來抱得緊緊的。她哭了，我也哭了，我感覺到她心跳得很快。事後我自己這樣想：我沒有用高科技，我就是用唱歌，把一個 Depression 病人診斷出來。我趕快非常高興的跑去跟病房主任講，這個病人不是 dementia，這個病人是 depression，然後就把她當 depression 的病人治療，結果終於讓她有機會轉出 dementia 的病房。這件事給我自己覺得蠻高興，很有成就感，我沒有用高科技，我就是用唱歌，把一個病人多年的病診斷出來。

最後我講一個我去哈佛進修的一點經驗。

我在哈佛的時候，會利用下午下班後去急診部待一段時間，希望盡量利用時間多看一些東西。當時有一位學生，也是跟你們一樣是 clerk，對我的 physical examination 有興趣，於是他就跟我說：你去哪裡我也跟你去。有一天我們去急診部，剛好一個 CR 在那裡教一個 R3 怎麼放 chest tube，我就很感興趣地在旁邊看。這時剛好電話來找 CR 去聽，也許那個 R3 也對我的 physical examination 有興趣，他問我你要不要做 physical examination 看一下？我就說好啊！然後我先來 inspection 之後就做 percussion；我 percussion 完了以後在心底會心的微笑了一下。我再聽診後很有

把握的跟這位 R3 先生講，今天你做這個開刀，不必這麼小題大做，用 needle aspiration 就好。要做 diagnosis，我贊成；若是 for treatment, I say no. 我剛好講完這些話，CR 回來，當然我只是去做客的，不便太堅持，我就在旁邊看他們放 chest tube。結果放完 chest tube 沒有東西出來。他們兩個弄得滿頭大汗，當時桌子上面放兩個兩千 C.C. 的瓶子，另外桌子上還有很多東西，如手套、針、線、縫皮器，很浪費。看完後我就想離開了，那個 R3 先生問我：「為什麼你剛才說這樣？」我說「你們開刀以前有沒有看 X-ray？」他說「有啊！」「X-ray 一片白」，我說「好，來看一下 X-ray」，結果看完 X-ray 更清楚的看到，絕對不是 empyema。各位曉得假如是 empyema，這種情況 heart 是會跑到 healthy side；可是假如是 pleura 的 chronic inflammation / 有 fibrosis 的話，是會往 disease side。這個明明是往 disease side。這種 miss 情形在哈佛也會出現，這就是沒有好好做 physical examination。片子照是照了也沒有好好看的結果。跟我一起去的 Clerk 先生事後似乎對我很佩服，於是就在我們分開的時候我拍拍他的肩膀對他說 "Be a good doctor"。回國一個月後，我意外地收到他們寄來的 application form 要我填。填一填寄回去，他們就給我一張很漂亮的 certificate，說我已經夠資格完成他們的老人醫學的 faculty

training module。

多年前，我回來以後不久，我申請成大兼任副教授，那個時候，那位主任就寫一封信給黃院長，他說如果我願意留在夏威夷的話，他願意收我為faculty。當然我也很感謝黃院長，我去夏威夷去哈佛，都是他給我寫的recommendation，如果沒有黃院長的recommendation，大概我也沒有機會去這兩家醫學中心，我在這裡再次感謝黃院長。

最近常常有機會聽到有人在宣導，小病看小診所，大病看大醫院。我非常不同意這句話，因為各位曉得我們在看OPD的時候，有時候大病的前期症狀都是普通的小症狀，假如一不注意就會疏忽掉。假如第一線的醫師對這些不注意而沒有早期發現的話，有時候會引起醫療糾紛，即使沒有醫療糾紛，醫師對病人也是會有內疚的。

在medical center對住院醫師看 OPD 的 training 還是不夠。大病初期病人常常先找小診所，因此學生和住院醫師應更加強門診的訓練，以免大病的初期症狀被當成小病，要注意各種常見的疾病的初期好發症狀，各位同學一定要把這些初期看起來像小病的大病想辦法盡量不要miss掉。當然我也不敢講我不會miss，所以我看病一直還是戰戰兢兢的。

基礎醫學的教學應該可以減少，並減少臨床學科的講述教學。因為我最近總是覺得現在的學生要得到informations好像比老一代的學生比較容易，他們最缺乏的是一些clinical diagnosis的skill。

Slide- It's important to get INVOLVED with patients because you can't always solve their problems just by looking at X - rays and beeing



scientifically correct. -"The Power to Heal" page 68. (醫四顏廷聿同學翻譯)

只靠著看X光片並不能夠保證你一定就是對的，所以說，最重要的是你必須和病人融在一起，你才會了解一個病應該怎麼處理。

Slide- Can often do very much to help than the patients expect..... cure OCCASIONALLY, ameliorate OFTEN, helpful ALWAYS. (醫四顏廷聿同學翻譯)

我們除了治療病人或者是像幫助改善他們的病痛之外，我們常常可以做得比病人預期的更多。

最後，各位同學大概都看過了這張slide，它的主題是叫「醫者之像」，我把它改為是「後悔」，因為也許他後悔當學生的時候沒有好好用功，結果他沒有辦法把這個病人醫好；也許他後悔他診斷錯誤；也許他後悔他選錯行。所以這本來是「醫者之像」，我把它改做是「後悔」，希望各位不要做一位後悔的醫生。

今天曉得黃院長要來，我臨時加了一張slide，請各位再看一下，黃院長說，"I was born to be a teacher, but not a born teacher." 我非常欣賞這段話，因為在台灣話，醫生常被稱呼為「先生啊、先生啊」，很多病人把醫生當做是teacher，所以你要教導你的病人怎麼樣來避免疾病；你也要教導病人的家屬，

讓他們不會再因知識不足而得到同樣的疾病；更進一步，你對社會大眾應該給他們對疾病有一個正確的觀念，這個是做為一個老師的責任。當然各位當醫師，醫師的「師」，我想廣義的說，也是老師的「師」。希望各位以當老師的心情來看這些病人。

(以上紀錄由醫三陳彥年同學整理、醫四陳怡君、劉彥麟、顏廷聿、陳亮好等同學翻譯，在此謹致由衷的謝意 - 韓良誠)

