

# 神經科星期四晨會的始末

施牧仁

成大醫學院醫學系六年級學生

醫學教育 2001；05：262-264

## (一) 第一次晨會：Morning vs. Mourning Meeting

虱目魚同學

你交來的報告一連兩次都寫成"Mourning meeting"

然正確應為"Morning meeting "

你是真覺得那樣的Morning meeting很mourning 咧

還是筆誤呢？

蔡醫師願聞其詳

接到蔡景仁醫師信件的時候，所有的同學都看到了，因為我是在護理站的電腦上收信的。一陣哄堂大笑以及我的錯愕和不解伴隨而至，更巧的是，再過一個小時，我就被叫上九樓去向蔡醫師解釋一番。

我的確是在毫無警覺的情況下拼錯了。糟糕的是，給蔡醫師逮個正著，更糟的是，我竟然拼錯國中一年級英文第一課就教過的單字，巧的是，不管是 morning meeting 或 mourning meeting，都有可以解釋得通的意思。

Mourning 這個名詞，有哀嘆、悲傷的意思，尤其特指與死亡方面的，它當名詞的另幾個解釋就是喪事、服喪。Mourning 既然是名詞，怎麼可以去形容一個 meeting 呢？姑且這樣解釋：mourn 是動詞，加上-ing 便成了現在分詞，可以當作形容詞來用，如果我們不理會 mourning 其實是個名詞的話。那麼，mourning 就變成“使人哀傷哀悼的”，而且程度上比起 sad, melancholy 更來得嚴重了！

這麼說來，好好的 morning meeting 為什麼會變成 mourning meeting 呢？每次都是蔡醫師要大家寫報告，所以說，蔡醫師讓這個 meeting 從 morning 變成 mourning 了嗎？

我仔細的想一想，再加上綜合各位同學的意見（尤其是細心的女同學），把我的觀察及發現整理出來。

就我個人而言，蔡醫師有參加的 meeting 我就會感受到比較大的壓力。我的 sympathetic tone 上升，consciousness 會 alert 到最高點。因為我知道會有一連串的問題需要我們去一起討論，發表意見，其他的主治醫師很少會讓同學有參加 meeting 的感覺，蔡醫師一來，學生感覺自己變成主角了。

同學告訴我，蔡醫師走進門的霎那，meeting 的氣氛就會改變。我問這位同學是怎麼個變法。

她回答道：meeting 在蔡醫師進來前，如果有熱烈的討論正在進行，蔡醫師走進來後，好像其他主治醫師們、住院醫師們的討論就僵住了。結果通常是只剩蔡醫師一個人以及正被他詢問的人在說話。最奇特的是，剛剛一起討論相同問題，熱烈發表的其他主治醫師也收聲安靜了。

我聽的似懂非懂，可能是我心思不夠細膩。不過有蔡醫師在場的 meeting 大家的確安靜很多，而且靜的不只是同學、住院醫師，連其他主治醫師也靜了下來。大家彷彿陷入等待、沈思的情境中，所以說出來少了，只是靜靜的聽一兩個人說話，雖然蔡醫師給同學更多的機會說話，但同學卻說得更小心了。

我無法描述自己以外其他人（同學，其他醫師）的感覺，“氣氛“是很難描述的，我只能把可以看得到的變化寫了下來。就算是這樣的氣氛，也還不至於mourning 吧！

## (二)最後一次晨會：臨床醫學是什麼？

現在是在神內的最後一個星期了，最後一次在星期四接受蔡景仁醫師的指導，以後就要等到 intern 才有機會了。

今天蔡醫師問大家一個比較輕鬆的問題：你們說說 What is clinical medicine? (臨床醫學是什麼？)

沈同學：我覺得醫學像是個偵探。雖然以前常常聽黃院長提到，可是來到這裡實際接觸病人，才親身體會到這句話的意義。

黃同學：醫學像是個萬花筒。

剛說完，全場笑聲傳出。蔡醫師隨即說道：「這的確是很逼真的說辭，所謂的萬花筒，不但是疾病的種類多，而且即使是相同的疾病，在每個病人的身上，其表現卻不盡相同，當醫師的除了要知道教科書上描述的典型表現外，更要在臨床上學習多樣化差異的經驗！例如同樣是中風，或更明確一點，同樣是犯及同一部位的中風，其臨床過程及表現並都不是完全相同，但是卻常在病歷上看到”制式”的病史，這就表示用心不夠。」

輪到我說了，我就說：臨床醫學就是有不確定、沒有答案的時候。

大家也笑了，看來好像我表達的不是很好。我會這麼說，是在昨天（星期三）的 ward round 時，大家討論一個病人的感想。

該病人有奇怪的胸腹部抖動，醫師們卻找不到能證明其抖動存在的證據，以及可能的原因。

我忘了那天旁邊坐誰了。那位同學好像用手指在數著什麼，然後附耳過來對我說：這間房間裡面有 25 個醫師，沒有一個人知道那病人到底發生了什麼事！

這時候蔡醫師剛好說話：「臨床醫學不像課本或考試，總有讓你不能馬上就可找到答案的狀況，就像昨天那位病人一樣...雖然我們不清楚他究竟是什麼疾病或原因造成，但是我們仍要從我們的所學中，思考可能的情況及原因，用一種合理的邏輯來面對各種未知...。」

講的真是深得我心，也解決了我前一天的疑惑。

大家討論熱烈的時候，我想起了三千年前的中國，老師和學生也有大家各抒己懷，無分對錯，慷慨陳詞的時候：

子曰：盍各言爾志！

子路：願車馬衣裘，與朋友共，蔽之而無憾。

XXX: 願為小相....

最後，蔡醫師告訴我們，他已經體會了醫學的確也是一種“藝術”。然後立即又問同學什麼是藝術？有同學回答說是：精雕細琢，因為藝術是除了講究整體的美感，對於其中的細節也是毫不放過。（這位同學是畫素描的！）蔡醫師聽了以後說深有同感，不過又補充說：在希伯拉底著作集的 Epidemics I 一書中提到「醫學的藝術包含疾病、病人和醫師」，其實这三者是相輔相成的，而且「醫師是這個醫學藝術的主導者」。藝術的廣義概念是真善美的綜合表現，其實每做完一件事，就相當於完成一個藝術作品，而不要把藝術只是狹隘的局限於美術、音樂.....等。因此在醫學的領域內，不論是下診斷或者是安排檢查和治療，都是一種藝術的表現。

致謝：這次的門診，我學到了很多東西，除了在醫學的領域有所收穫，也在醫病關係，溝通技巧上多所見聞，非常謝謝蔡醫師的指導。

這次門診報告的心得整理，全賴蔡醫師於過程中的指導，以及對於學生報告的不斷指正修改，才有這些報告的完成。對於蔡景仁醫師的熱誠及教學，致上崇高的謝意。

# 門診跟診心得五則

施牧仁

成大醫學院醫學系六年級學生

## 為什麼老生會常談？

醫學教育 2001；05：395-397

這一次去跟蔡景仁醫師的門診，從早上九點半到下午四點半，將近七個小時的時間，看了七十個左右的病人。

由於是癲癇特別門診，大部分的病患都是來複診的，當天只有一個初診。我們有兩位同學跟診，初診病人被同學叫去問診的時候，蔡醫師也給我不少機會，去學習癲癇發作的過程及症狀。

在等候初診的病人時，蔡醫師先把一位複診的病人介紹給我，並要求我詳細的詢問其發作情形，並且記錄下來，寫下診斷。寫完以後給蔡醫師檢查，第一個被糾正的地方就是：我沒有簽上自己的名字。

在下午四點左右，同學向老師報告早上接的初診病人，則是犯了其他的錯誤。同學把病人發病的日期從 90 年寫成 89 年，蔡醫師問這是怎麼回事？同學笑答記錯了。蔡醫師隨即正色糾正道：在病歷上寫的東西，是不能說記錯的！接著翻閱該病人舊病歷的時候，更發現入、出院診斷都是左側 pons hemorrhage(橋腦出血)，但是在病歷上的病史卻記載著 Brain CT showed left putaminal hemorrhage.....(頭部電腦斷層顯示左側被殼出血.....)。蔡醫師問我該相信哪一個？我實在答不出來。

這些情況給我一個啟示，當我們在病歷紙上寫下任何東西的時候，都要小心謹慎，不能有所謂“寫錯“或是“記錯“的說詞。套句蔡醫師的話說：There is no excuse!在病歷上最後的簽名，就是表示自己願意為自己寫的東西負責。

“老生常談“這句古諺的確是不假，很多事情都是大家容易做錯的，就算是經過前輩一再的指點，我們還是再犯同樣的錯誤。比方在同學向蔡醫師報告病人的病史時，一開始也漏了說病人的名字，直接從主訴開始，當然也馬上被糾正了。其實這件事蔡醫師提醒過我們很多次，還給我們看學長的報告，幾乎每位學長都有提到這一點，可是今天我們還是犯錯了，為什麼會發生這種情形呢？真是令人百思不解啊！

## 英雄無用武之地

平常上課、唸書的時候，老師會發講義給同學，不然同學會準備參考書目或共筆，回家以後作為溫習和應付考試之用。

就以蔡醫師的癲癇課程來說，拿到講義以後，就開始背誦：癲癇的分類、發作的臨床表現、如何處置及治療...接著會想考試要怎麼寫，可能會出哪樣的題目。等到覺得自己“念完了“，就有種感覺：癲癇這個病我大概知道了，蔡醫師不

要問太難應該可以多少回答一些，用寫的或用說的都可以，當醫生好像還蠻簡單的。

事實上卻不是這麼一回事。

跟診的過程中，給我印象最深刻的，就是現場看到病人的癲癇發作。從小到大，只有聽過羊癲瘋，seizure, epilepsy...等名詞，頂多看過錄影帶，可是這次是實際的在病人身邊看到發作的情況。在當時我卻也愣住，只有眼睛在看，忘了醫師該做的第一件事：check patient's consciousness，直到蔡醫師提醒我，我才從頭開始，並且是蔡醫師一個口令，我才有一個動作，平常背了那麼多講義，當時腦中竟是一片空白。

事後蔡醫師叫我詳細的把過程記錄下來，並且嘆口氣道：平常就只會講的頭頭是道，遇到真正的病人卻又不是那麼一回事。

## 門診個案的討論

今天的 meeting 蔡醫師討論同學跟門診的個案。

首先是一個 PKC(paroxysmal kinesigenic choreoathetosis 陣發性啟動性舞蹈指痙病)的小朋友，曾同學先給我們描述了該小朋友發作的詳細情況，再由周醫師教同學們有關 PKC 的相關知識。

PKC 是一種特殊的運動障礙，在突然要做一個動作時引發，例如起步或跑一下子就突然覺得一側或兩側肢體不聽使喚的扭動，形式有：choreoathetosis,以肢體和軀幹為主，發作時有可能會先有預兆。其病因有可能是偶發性，也有與遺傳相關，遺傳形式顯性和隱性都有，隨著年紀的增長，嚴重度有下降的趨勢。

接下來沈同學也為大家描述了一個個案，從個案的病史看來，這個病人有可能同時有癲癇大發作和 PKC。

蔡醫師在這個時候提醒大家，有時候病人已經告訴你病史中最重要的部份，只是醫師自己沒有及時領略，就可能錯失診斷的先機，像 PKC 的病人，只要能抓準病人是在哪一種情況下發生症狀的，就可以抓到線索。

我們常在講醫療品質要如何如何改進，蔡醫師說最基本也最重要的，就是從正確的診斷開始做起！

最後蔡醫師放了 PKC 病人的錄影帶給大家看，有了上面的解說和討論，這個時候放錄影帶同學就很有心得及體會，印象很深刻，讓沒有在門診接觸到這種病人的同學也學到了，不過我想還是當時親自問診的同學印象最深刻吧！

## 缺席的主角

在跟診過程中，發現很多青少年癲癇病人，都是母親代替來拿藥，病人自己都不來。看病的病人自己不來，醫師只能片斷的從家屬口中得到資訊，實在很難給予病人更好的幫助，我想這是當病人自己心理要改進的地方。

其中發生一段插曲。一個母親抱怨她 20 歲左右的兒子最近有癲癇發作，近年來成天在外遊手好閒不回家，也不跟媽媽來看病，辛苦的媽媽一直央求蔡醫師救她的小孩。蔡醫師不斷強調一定要病人自己來，才可以進一步診斷給藥，當兩方不斷說明時，媽媽的手機響，是其他家屬找到病人本人了。蔡醫師於是透過手機不斷囑咐那位年輕人馬上來看病，沒想到病人竟然答應了。那是當天看的最後一個病人，蔡醫師除了對他做了醫療上的處置外，又花了更多時間告訴病人人生的道理，以及年輕人應該做的事，還要費心去和青年朋友溝通，了解他為什麼不來看病。

我在旁邊靜靜看著，好像見到祖父在教訓孫子的感覺，心裡想到：蔡醫師真是費力，當醫師真是不容易呢！

## 由病人做抉擇

最後一個感想，來自於蔡醫師給一位中風後發生首次癲癇發作的病人兩種治療的選擇。病人的家屬看似慌張茫然，一開始不太能接受醫師給他們有選擇的樣子，猶豫了很久，一直想問蔡醫師是否有兩種方式都兼併的方法。我突然覺得，台灣的病人似乎大多數都失去對自己決定的能力，總希望醫師幫他們決定一切，最常聽到的一句話是：醫師覺得怎麼樣是最好的，就幫我那樣做吧！他們懶得去想，懶得在各種 benefit 與 risk 中作取捨，並且主觀的認為醫師做的就是最正確，一定沒有副作用或缺點的方式。一旦病人的結果不好，這就是造成醫病糾紛的隱憂。

致謝：這個門診心得報告的投稿，全賴蔡醫師於過程中對於學生報告不斷的教導及鼓勵。對於蔡景仁醫師的熱誠及教學態度，對我而言猶如暮鼓晨鐘，啟發獲益著實匪淺，所謂「傳道、授業、解惑」，就是如此吧。

## 電腦斷層或核磁共振？

施牧仁

成大醫學院醫學系六年級學生

醫學教育 2002；06：117-118

### 突發的問題

早上在護理站的時候，突然接到同學從門診打上來的電話，請我們到蔡景仁醫師的門診，一進了診間，蔡醫師馬上拿了一張頭部的切片掃描給我們看，要我們判斷這張是電腦斷層還是核磁共振的影像。

我們有三位同學，每個人都依序說出自己的看法，有些時候根本就是猜的。結果當然是連續三個人都沒能說出令人滿意的答案。

我一開始就猜電腦斷層。因為我認得在本院拍的核磁共振影像有某些圖樣，而這張片子沒有“長“得像本院的核磁共振，不是核磁共振就是電腦斷層囉，所以我很快的說：這張是電腦斷層吧！

### 思考的激發

蔡醫師也沒有說我對還是錯，只是叫我先想想看電腦斷層以及核磁共振的原理再下判斷。這個時候同學附耳過來，跟我說：這個不是在我們醫院照的！片子下面有寫其他醫院的名稱。

於是我再努力的思考，電腦斷層和核磁共振有什麼不同。我想到核磁共振的T1水分是黑色顯影，T2則是白色，在頭部就是看眼睛最準了。我看了看片子上所有切到眼睛的切面都是黑的，就很高興的對蔡醫師說：我肯定這張是核磁共振沒錯！

蔡醫師：你怎麼看出來的？

我回答：看眼睛知道的。

蔡醫師：只能看眼睛？沒有其他更重要的嗎？還有其他更基本的線索嗎？

### 回歸基本原理

於是我回頭和同學竊竊私語的討論，蔡醫師回過頭來說：電腦斷層，核磁共振的基本原理你們清楚嗎？核磁共振有哪些地方優於電腦斷層？

同學的答案很凌亂：核磁共振對軟組織的解像力較好，在顱底的干擾比電腦斷層少...

蔡醫師說：就這樣嗎？如果你們在放射科老師面前連一張片子是電腦斷層還是核磁共振都分不出來，卻大談病變在哪裡，你們覺得老師會怎麼想？

同學：老師會很傷心吧！

蔡醫師：那你們應該感到羞恥才對。明顯的異常其實就是普通人也看得到

啊！

接著蔡醫師向我們說明核磁共振是利用氫原子的核磁共振特性，由電腦處理而組成圖像，對骨頭的組織在 T1W1 呈現低訊號，或甚至無訊號，而呈現灰黑，脂肪組織則呈現高訊號的白色，這都是由於含水量不同所致。電腦斷層因為乃是利用 x 光穿透人體組織，依各切面上的透射密度差異，而由電腦處理組成圖像，對骨頭是無法穿透而呈現白色影像，兩者在骨頭上面的顯影剛好是一黑一白。據此以比較腦組織與頭殼間距的變化便可判別。

## 小道呼？大道焉？

說完以後，蔡醫師說我的判斷方式是“雕蟲小技“，總會有技窮的一天。沒有學會基本的，卻會了一堆雕蟲小技，將來總會露出馬腳的。

我聽了感到很慚愧，因為要是這張片子沒有眼睛，我的雕蟲小技就沒有用了。而且今天是我第一次思考電腦斷層和核磁共振的不同，蔡醫師又為我們上了一課，要我把心得寫下來。

孔子說：雖小道必有可觀者焉，致遠恐泥。三千年前孔子就教導門人不要專注在一些枝微末節，明白基本的大道才是最重要的，小技巧或祕技仍有其可觀之處，但是用於長久遠大的未來，就顯得拘泥而不適用。

子曰：大道以多歧而亡羊...從這句話可以感覺出孔夫子也暗示大道並不是那麼容易的，求學的人容易迷失，而喪失了本來應該追求的目標，轉而向看似簡單易懂的“小道“去了，這樣子做學問就沒有辦法達到完美的境界，故“學問之道無他，求其放心而已“。孔夫子告訴我們，最重要的就是堅定決心，把迷失的心找回來，只要能在正確的學習方法上不斷精進，必有所成。

兩千年前孔子的道理，今天蔡醫師用不一樣的方式再教了我們一次。有些事物或道理，經過不同時空的變遷，卻仍然是不變的！

致謝：面對蔡醫師這位資深的神經學醫師，一開始真令人有「瞻之在前，忽焉在後」那種不知如何跟隨的感覺。但經由老師親身的示範，教我整理自己學習的內容及感想，留下了很寶貴的記錄。

# 不同的查房

## Different Type of Ward Round

林書漢  
成大醫學院醫學系六年級

醫學教育 2002；06：248-250

醫生的使命是為了病患的福祉，醫界先輩時常這樣告誡後輩。“Before you become a doctor, become a man”，以「人與人」之間的互動來定義「醫病關係」也是學生一再被提醒的。「醫學是一門藝術」，這句耳熟能詳的心境反射，更是身為臨床新鮮人的我們企盼能夠體會的。到底怎麼做，沒有絕對的標準，但是做出來怎麼樣，卻肯定可以成為一個反映內在念頭的標竿。

### 聲勢浩大的查房

偶而看過這樣的查房：主治醫師帶著一大群人，浩浩蕩蕩地走進病房，在 bed side 由住院醫師、intern 或 clerk 開始報告病史，主治醫師邊聽邊翻病歷，有時候需要的話，會請同學到 station 把 X 光片或 CT 片拿進來病房看，然後一群醫療人員就在病人旁邊，以醫學英文專有名詞討論病情。當然病人會被問幾個問題，但是很大部份的時間病人可能呆坐在旁，聽得一頭霧水，搞不清楚自己的病情究竟有沒有改善，或診斷有沒有進一步的確立，以及到底要安排什麼樣的治療。這樣的查房，在我看來，並不是為了治療「病人」查房，而是為了治療「疾病」去查房，如果我是病人，我極有可能覺得醫師不夠貼心。但蔡醫師的形式風格迥異於此，我個人相當地欣賞。

### 不同的查房

這一天下午，是蔡景仁老師的查房時間，我們幾個小見習醫師也跟在兩位住院醫師學姊旁，準備好好地觀摩學習。「來，我們來 review 一下 history。」蔡醫師先請學姊報告病史，就在 6C 的神經內科護理站內，老師帶著我們大家一起討論待會兒要到病房去看的每一位病患的病情。

「嗯，那這代表什麼意義？」「這讓你想到什麼？」在 station 討論病史的過程中，這兩句話是老師最喜歡問的，當然，在問這個問題的同時，老師心裡也早已經有了自己的答案。先認真聽住院醫師的 interpretation，以及我們這些小 clerks 的瞎掰，然後再提出自己的看法和質疑，這是老師對我們進行的啟發式教學的最大特色。

接下來，同樣的方法，老師繼續在 station 帶著我們大家一起看病人的 image

studies，並且進行討論。討論的重點不只是在這張 image 上看到什麼，更包含了沒有看到但是應該想到的東西，以及從看到的 picture 去和 pathophysiology 相連的 thinking process。從病史回顧開始這一系列的思考，包括對於病人相關症狀的推想，以及配合影像檢查的解釋，往往可以讓我們得到很多有關的重要訊息，也學習如何在龐雜的資料中去蕪存菁，產生連結。

這些準備工夫結束之際，往往老師已經可以推知病人這一兩天病情可能的 progression，並且想到待會兒到 bed side 檢查病人時，應該要補充和釐清的病史，特別要注意的 physical and neurological examination，以及還要安排的檢查項目。老師在查房前的準備工夫讓我印象很深刻。

## 教學與醫療兼顧的查房

好不容易，終於準備出發看病人了，老師要我們把病人的 charts 放在手推車上一同帶著，並要求住院醫師待會兒在病房時，必須立即第一手地把病人自述的症狀，和我們觀察、檢查得到的結果，正確無誤地做詳實的記載。另外，從病房得到的資訊所衍生出來的推論或疑問，還有當時想到應當安排的後續檢查，也都必須確實地記錄在 chart 上。這樣的做法，我想，該是最實事求是的精神表現吧！

查房的整個過程是很耗時的，純學理的沙盤推演畢竟無法完全取代事實，臨床上的佐證具有更絕對的重要性，為了確保所有參與查房的人並非虛晃一招，我們時常必須停下來討論。有的時候老師會要住院醫師再簡短的 review 一下 history，讓大家確知等一下要看的病人的情況；有的時候老師則會詢問我們見習醫師照顧該病人的情況；還有的時候老師必須帶著我們針對 bed side 觀察到的現象作一番冗長的探討。所有的這些，都發生在病房之外，在進入每一個病房的之前或之後，在打開病房門前，在關上病房門後，在走廊上。

在我的眼裡，老師是不願意無謂地多加打擾病人吧！「治療」病人是醫師職業範圍內的主要工作，而「診斷」病人則是不可或缺的前置步驟。在病房內，老師遵循著這個原則，花相當多的時間為病人做檢查，問病人一些問題，以獲得正確的「下診斷判斷」必須的資料；並且適度地、毫不模糊其詞地為病人解釋病情，討論並告知即將安排的檢查和治療。然而，除了這些以外，與住院醫師的討論、對見習醫師的教學、其中和病人無關的部份，老師不會在病房內浪費病人的時間。在病房內，病人就是主角；病人與醫師的交流，就是主戲，這樣尊重病患權益的表現，讓我很有好感。

有那麼一位病人，我們大家在 bed side 看病人，老師請住院醫師替病人做 Babinski's reflex 的檢查。臨危授命，學姊顯然稍微有點急躁，馬上拿出工具就往病人的腳底移了過去，可是病人好像看起來還沒有做好被檢查的準備，姿勢還有

待調整，此時突然聽見老師簡短有力的說了一句話：「等一下，不要急，等病人準備好了才做。」經老師一提醒，學姊恍然意識到，便趕緊放慢了動作，告訴病人將要做的檢查，幫忙病人把身體稍微往上移動以製造腳底和床邊之間的距離，並請病人放鬆腳板，這時再來作 Babinski's reflex 的檢查，看起來就順得多了。這幕場景又再度讓我印象深刻，老師不但是為了病人好而做檢查，而且也教導了住院醫師正確的檢查方法。

## 老師與病人的應對

陳先生，一位中風住院已經一段時日的病患，在我們查房時，一直很感激地向老師道謝，只見老師輕鬆地回答：「應該的。」便繼續思考陳先生的病情，想該做的檢查。在老師眼裡，醫生做這些檢驗的工夫，純粹只是為了病患的福祉，只是盡本分而已，這樣的職業認知確實很健康，也很難得。

整個查房結束之後，我整個人都累了，不僅體力上付出，精神上也處於疲憊狀態，因為必須時常保持專注，確認每一個環節的邏輯概念。但這次的查房經驗讓我看見了老師對病人剛柔並濟的尊重與照顧，也學到了很多不同的觀念，對我們而言，這是關於醫學、關於醫病關係，一次最 vivid 的示範。

### 致謝：

年輕時，我喜歡追尋可供遵循的處世原則，喜歡嘗試。漸漸地，我了解到能夠掌握時機，靈活運用各種方法，更需要智慧！是非對錯沒有絕對的標準，但適合與否，卻是判斷的重要依據！有的時候「沈默是金」，有的時候「一字千金」！今天的神經科查房，感謝蔡老師為我上了人生寶貴的一課！

## 臨床教學的經驗與檢討

神經部癲癇科

蔡景仁

刊載於成大醫訊 2004.7 第四期 p.14-18

今年 4 月於和信醫院參加財團法人黃達夫醫學教育促進基金會舉辦的教學研習會( Teaching Workshop)，讓我有機會回想、檢討和分享自己在臨床教學上所累積的一些小小心得。研習會第一堂課的課題是教育類別的定義(definitions of education categories)，老師請所有的學員們逐一說出記憶中好老師的特色，並將所有的答案寫上白板。老師以這個方法做為上課的開場白，顯然是要先了解大家對「好老師」這個名詞的認知，再與上課的課題「教育架構(education framework)」比對並進行歸類。經老師與學員們就大家所提出的特點，共同討論應該歸到教育架構七大項之那一個項目下。結果發現，學員們所指出的幾乎都偏重於學習環境的氣氛(learning climate)和促進了解與記憶(promoting understanding and retention)兩大類。與學習環境的氣氛有關的，例如：老師風趣、幽默、面帶笑容、親切、關心學生、熱心、注重互動，和即使再忙也樂意教導等。與促進了解和記憶有關的，例如：能與學生進行充分的討論、採用小組教學、表達簡潔明確、重視思考過程、提出激發思考的問題、提出與現實生活有關的問題或實例，和教學內容豐富等。較少提到的項目為學習目標的溝通(communication of goals)，例如：鼓勵學生發問、要求學生先行解答、強調從病人學習和視病猶親；至於有關學習場面的控制(control of session)、評估(evaluation)、回饋(feedback)和促進自我引導學習(promoting self-directed learning)等項目的相關特質卻沒有學員提到。這表示學生和老師本身對於所應擁有教學能力的認知有偏重和不足，這也可能反應了台灣社會文化對於教學認知的程度，無論是老師或學生都偏重於學習環境的氣氛和促進了解和記憶兩個層面。

臨床教學要比課堂上演講式教學還來得具有挑戰性，傳統課堂上演講式的教學只要事前做好準備，上課時用幻燈片或投影片將內容放映出來，再加上具有個人風格的表達技巧等，好像就足以勝任了。但是，在門診、病房或個案討論等，即使是相同診斷的病人，其病情與病程的表現有其共通處，但也因諸多因素而形成臨床個案的多樣化和具有不確定性，這正是臨床診斷迷人之處，但也是困難之處。臨床個案的詭變，其實就等於隨時在考驗學生和老師。因此，我時常要求住院醫師不要把暫時診斷告訴我，而以偵探式的心態，由病史中的線索出發進行教學。臨床教學除了要具備基本的教學技巧和能力外，還要能就個案提出具有教育意義的問題進行分析與檢討，這除了展現教學能力的靈活度外，還考驗了臨床的實力，更由此體會教學與教育的藝術，而再激發進一步的改善。

自從到成大醫學中心服務後，對於臨床教學就一直採取啟發性的原則與策

略，實際應用時，則依情境不同而併用下列多種方式進行，綜觀整理個人歷年的教學，分述經驗如下：(1)啟發；只點出問題所在，不直接給予即席式演講或答案。那樣做，就相當於將知識反芻給學習者，反而達不到刺激思考的目的。(2)批判；對關鍵性的問題提出質疑，做為討論的引子，讓所有人自由表達意見，不直接以我的觀點做結論，鼓勵獨立批判。(3)示範；針對關鍵性的問題，由我詢問病史給學習者看。至於神經學檢查結果，若需要再確認或要評估學習者檢查技巧與能力，則先請他們實際檢查一遍，之後再由我指出需要改進的技巧，並做實際示範。(4)重視邏輯推理；學習者報告病史或討論的過程中，我都一再強調反思和邏輯推理的重要。結束報告後，一定要求報告者做簡潔的摘要，並由此分析和推斷最可能的暫時診斷和鑑別診斷，讓學習者由此過程進行邏輯思考和推理檢討。(5)即時反覆練習的訓練；對於病情的報告，強調要有能力因應不同的要求，做出最簡潔、幾分鐘，或更詳細的報告。我最常用的話是，「請以一句話或幾句話表達出你的看法」，或「請對剛才的報告做個摘要」。報告者不但要對個案有相當的了解，還要有能力應付主治醫師的各類問題，依情境不同，做最適當的報告。對於不完整的回覆，我會予以提示，並立即要求學習者在醫療團隊成員們面前一次次的重新描述與修正，讓報告者和旁聽者感受到自己在反覆練習中的進步。(6)要求專注；希望學生和住院醫師注意我在床邊教學的言行舉止，隨時對學習者提出問題：「剛才病人說什麼？」、「為什麼我會提出這個問題？」、「這個說法的理論背景是什麼？」等，讓學習者能夠專心跟上病人的敘述和我的思考邏輯，而共同 brain storming，這樣才能真正學習到最多的東西。(7)反芻；要求學習者繳交學習報告，讓他們回憶每天臨床作業與教學時所獲得的，而成為書寫學習日誌的內容。寫學習日誌時，希望先透過平鋪直述描寫經過，再寫下心得感想。這樣的要求，從學習和記憶的認知心理學而言，就是透過思考，將所學得的即時記憶轉化成短期記憶，再透過整合表達時映像到額葉，而轉變成為隨時提取的長期記憶，成為日後醫療工作需要時能夠出現反射性的反應。(8)強調基本知識的應用；許多學生和住院醫師常常以知識不足、經驗不夠做為表現不佳的辯解。不能否認這也佔了一定的份量，但是就討論的內容來看，只要活用所學的知識，應該不成問題。因此我一直在討論中指出所應用基本知識的事實，來證實一般的臨床醫療作業所面臨的問題，並非腦子裏的知識不夠，而是不懂得該如何善加運用。(9)持續檢驗病史；不管在門診、病房或個案討論，我一直都在為提升優良病史把關，指點要如何才能獲得具有區辨性的病史，而且由此推斷最恰當的暫時診斷與最必要的鑑別診斷。因為擁有最佳診斷的能力是醫師醫療生涯中最為基本的利器，而且是任何先進科技都無法取代的能力。(10)回饋；雖然有些學生和住院醫師總是質疑寫學習日誌有何意義，但我仍持續這樣做，並為此寫了一篇文章說明我的目的<sup>[註 1]</sup>。此外，過去也有同學反應寫心得報告、學習日誌和提出問題而希望能與老師溝通，總是有去無回，基於這樣的理由，我開始給予評論和回答。甚至醫學生在見習過後，如果在癲癇門診所共同看過的初診，當診斷確定時，我都會請他們回來看看該個案當時病歷上的記錄與討論。相同的也對住院醫師這樣做。(11)鼓勵；透過

學習日誌，我會鼓勵有意願、動機強的學生，進一步把日誌的內容改寫成學習心得投稿醫學教育雜誌<sup>[註 2]</sup>。(12)關懷；對於表現較不如預期的極少數學生，也盡量多方嘗試去了解問題，以求解決問題之道，雖然學生多會避而不談，但也欣見因此而有學生改變學習態度與意願。(13)堅持；過去曾有一位修習神經學的外系學生，由於個人問題，沒有參加學期考試，並且編造不實理由，甚至動員家長出面央請別人來說情。雖然如此，我仍堅持不予補考，因為與其縱容學生養成投機的心態，不如讓他了解這是要付出代價的，也讓學生和家長得到學習的機會。(14)注重全人發展；對於學習者在個人的性格、理念和習慣上值得討論及有改善餘地者，會個別討論，讓他們能自行斟酌改進。

從事教學工作十五年來，為了使學習者達到最大的獲益，我不斷的對臨床教學做改善及更新，當中除了心思與時間的投注，更要求自己對執行的毅力與堅持。在這期間也聽到一些褒貶之聲，對於極少數能給我直言反應的學生、住院醫師和主治醫師，讓我十分感激，也讓我反思檢討，的確有許多改善的空間。初識我的人，對於我的舉止言談總有人不能接受，認為我嚴肅、不苟言笑、作風剛烈、不通人情、一板一眼、追求完美，這不但是師生間的看法，在同事、病友與家屬，及行政長官之間也是如此。討論事情時也常常因為太專注而表達過於直接，令學生、住院醫師和同事大感吃不消。學生也常針對這些問題給我批評或善意的暗示。初開始時，我認為這樣做自有我的道理，抱持著對事不對人，論事不論人的原則，只管盡心盡力的做。年紀更長之後，認真的體悟這些建議，並開始改善自我，目前正在看病與教學等人際關係中努力。在尚未達到眾人所期許的「親切」之前，我則告誡學生們：「我的 EQ 不高，不要學習我的人際關係和醫病關係」，甚至可以把它當做是一種錯誤示範。

對於醫學生和住院醫師的臨床醫學教育，其方法有訓練和教學，過去一般所著重的是訓練和單向填鴨式的教學，極待加強的是注入富含教育精神的臨床醫學教育活動。因而在今年 2 月份參觀香港中文大學後，所得到的心得：『教學不一定等於教育。教學是實踐教育理念的一種方法或活動，如果不寓教育於教學時，不管是傳統式、改良式或創新式醫學教育之下的所有教學活動，都將難以達到教育的目的。』<sup>[註 3]</sup>教育的目標在於開發和引導學習者潛在的能力，促使其心靈的解放和開放，由此得以思考和創新。因此，在進行教育活動，例如臨床教學就要鼓勵關鍵性的批判性思考，並且著重於雙向互動的過程。要能達到富有這樣教育精神的教學，除了要有自覺性的反省檢討以求進步外，還要透過管道自我修習教育原理的認知、態度與實踐。最快速和有效的方法便是對各級住院醫師和主治醫師進行訓練，也就是近二十年來醫學教育所強調的 faculty development program，藉以提高與改進各層級對臨床教學的認知、態度與能力，使所有參與教學者都能提升水準，進而引導敬業精神的發揮，盡到身為臨床老師的職責。

註 1：蔡景仁：心得報告：老師的要求，學生的夢魘。醫學教育通訊 2002，18

期 P.18-21。

註 2：

1. 謝鎮陽：「醫學生涯」見習心得 Practice in “Life of Medicine”。醫學教育 2000；04：413-415。
2. 黃琮鑛：見習心得記要 Gains in Clerkship。醫學教育 2001；05：176-179。
3. 施牧仁：神經科星期四晨會的始末 Thursday Morning Meeting in Department of Neurology。醫學教育 2001；05：262-264。
4. 施牧仁：門診跟診心得五則 Five Learning Tips in an Outpatient Clinic。醫學教育 2001；05：395-397。
5. 施牧仁：電腦斷層或核磁共振？CT or MRI？醫學教育 2002；06：117-118。
6. 林書漢：不同的查房。Different Type of Ward Round 醫學教育 2002；06：248-250。
7. 孫苑庭：思考的無限可能。Unlimited Possibility of Thinking 醫學教育 2002；06：251-252。
8. 黃國倫：洗手是種美德還是習慣？醫護人員也需要衛教！Is hand washing a virtue or an habit? Medical personnel also needs hygiene education 醫學教育 2002；06：368-369。
9. 謝鎮陽：問題導向學習的教學：神經影像的詮釋。Problem-based teaching: interpretation of neuroimaging 醫學教育 2002；06：370-373。
10. 許永居：與病魔對奕。Play a Chess with Disease Devil 醫學教育 2003；07：199-201。
11. 林書漢：新進神經科住院醫師的學習心得。What a fresh neurology resident has learned 醫學教育(已接受)。

註 3：蔡景仁：訪問香港中文大學心得二則。成大醫訊 2004；02：97。