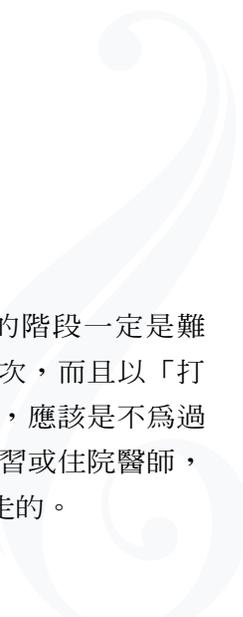


醫行醫

住院醫師成專業

口述 / 王正一教授
現任慈濟醫院董事
花蓮慈濟醫學中心顧問
台大醫學院榮譽教授
整理 / 黃秋惠



相信對於每一位資深醫師，住院醫師訓練的階段一定是難以忘懷的，因為其中充滿許多醫學訓練的第一次，而且以「打落牙齒和血吞」來形容熬過艱苦與奮鬥的過程，應該是不為過的。而我也希望，當病人或家屬看到生澀的實習或住院醫師，請給他們多點鼓勵，畢竟行醫這條路是不容易走的。

甲醇中毒心衰竭 大機器電擊成功

一九六七年，第二年住院醫師的我，生平第一次有機會使用電擊器，且成功地搶救一條生命。當時，急診送進來一位住在桃園觀音的病人，研判病人是誤飲假酒，甲醇中毒，因此緊急CPR，同時請示心臟科的吳教授，希望向他借電擊器。因為甲醇中毒使病人產生心室顫動，必須利用電擊，讓心臟受到強大的電力後先停止跳動，然後再重新開始正常跳動。而在那個年代，電擊器的大小有如一臺大型超音波儀器，得到吳教授慨然允許後，我立刻衝去把機器推過來為病人急救。

上述整個過程聽起來似乎稀鬆平常，但是，我卻要告訴大家，這在臺灣醫療界是一個很重要的開始。因為以前的電擊都是心臟科老師的專利，甚至連電擊強度要超過四百焦耳，都必須請示教授。第二年的住院醫師取得教授的同意，使用電擊器，不僅因此救回病人一命，就此也為電擊搶救生命的普及化開了一個先例。現代的急救醫療，已經有袖珍型電擊器可供一般民眾使用，只要打開電源，聽從電擊器播出來的步驟，一個口令一個動作，就能夠為心房或心室顫動的病人急救。在歐美等國家，這種電擊器已經如滅火器一般，是機場等公共場所的必備急救設施；這也是臺灣急待改進的地方。

臺灣ICU誕生 住院醫師福音

一九六二年左右，歐美有了重症加護病房(Intensive Care Unit, ICU)的設置。在醫療知識透明的現代，或許有不少病人或家屬也熟悉ICU這個名稱了。而美國早期的ICU就是為了照顧重症心臟病而設立。



而臺大醫院ICU的前身，稱為「內科急救室」，則是在一九六八年設立。

當我在住院醫師時期，在急診是兩天值一次班，在病房是約三天值一次班；半夜送來急診的病人，通常都是很嚴重的，萬一個晚上送來五個病人，心裡就有個底，那天晚上不用睡了。

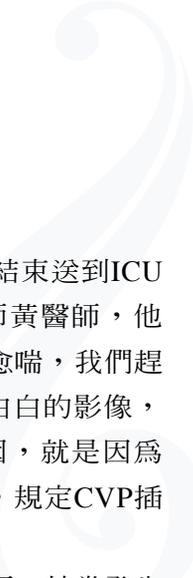
自己受過這個階段的苦自己知道，所以在我第三年住院醫師這一年，擔任總醫師的時候，向當時的主任建議，能夠把嚴重的病人集中在一起，譬如八床放在一處，讓醫師密集觀察；臺大醫院的「內科急救室」應運而生，第一年由腎臟科的高壽龍醫師擔任主任。有了內科急救室，嚴重的病人就統統送到這邊來，大幅減少了住院醫師在夜間值班的工作負荷。這間「內科急救室」也就是加護重症病房(Intensive Care Unit, ICU)的前身。ICU英文諧音 I See You，「我看得見你」，正是加護病房的最佳詮釋。有了內科急救室，對於可能突發心房或心室顫動的高危險群，便能提供即時的照顧。

ICU基本訓練 CVP導管安置

在加護病房(ICU)裡，有一個不可或缺的主角是——CVP，中心靜脈導管(Central venous pressure catheter)。每一位住進加護病房的病人都會先裝置CVP，方便經由大靜脈注入輸液，可以大量又快速地輸入體內，這是臨床休克治療非常方便而重要的技術。中心靜脈血壓(Central venous pressure)是判斷病人生命跡象的重要指標；一旦病人的中心靜脈血壓突然下降，可能導致脫水現象，此時，醫護人員就可以立刻為病人注入輸液，很快地就能讓血壓回升。早期的CVP裝置都是由總醫師執行，經過一段時間的爭取，才同意傳承給第三年住院醫師，之後，再向下普及。現在的臨床醫療，住院醫師和護士們很早就有機會學這項技術，應該覺得這一點都不難。

擔任總醫師那一年，我們碰到了一個案例，改變了以後為病人裝設CVP的標準流程。那時遇到一位內分泌系統疾病的病人





要動手術，在當時來說，算是「大手術」。手術結束送到ICU來時已經是晚上，還記得值班的是一位住院醫師黃醫師，他為病人裝CVP，然後注入輸液，誰知病人卻愈來愈喘，我們趕緊推他去照胸部X光，結果發現左邊的肺部一片白白的影像，原來是三千西西的輸液跑進肺裡去了。肇事原因，就是因為CVP(中央靜脈導管)沒有插入血管內。從此以後，規定CVP插好，要將病人推去照X光以確定成功打入靜脈內。

而在年度檢討時，也整理了CVP使用的相關問題，較常發生的是導管用得較久了會發生感染。不過當時有件比較離譜的事，就是發生CVP導管斷裂，跑到心臟裡去了！唉，年輕的住院醫師，經驗不足又粗心大意。所以，在醫療上，一些儀器很好用，有助於病情診斷，但是須正確使用啊。如同刀刃兩面，萬一錯用了，後果不堪設想。

三日夜未眠 值班如住院

我在醫學系七年級，實習醫生期間，曾經創下連續工作七十二小時沒有睡覺的個人紀錄，這個紀錄我印象深刻；還記得那時是因為過年期間，南部同學回鄉，加上晚上值班，隔天又遇上開刀，當時的自己雖然忙但樂在其中。只不過，還是累壞了。

而醫學系畢業，進入「住院」階段，成為住院醫師，自然是忙上加忙了。雖然住院醫師所接受的嚴苛訓練是成為專科醫師的必經階段，然而累過頭了，對身體不好，工作也可能發生差錯。

三、四十年前，臺大醫院夜間住院病人多，有些症狀又比較危險，容易出問題，長期照顧下來非常累。幸好後來有了「內科急救室」，住院醫師不用穿梭奔忙，能專心照顧重症者。尤其是有心臟疾病的患者，一發生狀況，必須儘快急救，人工按摩，如果急救時間超過三分鐘，腦部就會永遠壞死，即使存活也可能變成植物人。

相形之下，值班醫師的職責非常重要，當你值班，就要有



「住院」的心理準備，這是值班醫師的「天職」；值班的時候必須隨時在崗位上待命；如果值班時離病房太遠，等到有事再跑過來，百米衝刺也來不及，所以應該待在病房的值班室，如果一人值兩個病房，應在晚上先看過病人然後判斷，擇近照顧，以有心臟問題或重症的病房為優先。當然，在醫務的管理上，一位住院醫師最好不要同時值兩個病房，只是實務上人力欠缺的狀況是難以避免。

十大建議 培植新血輪

前一段時間到美國芝加哥參加導師訓練營(TTT, Train the Trainers Training)，其中一項重要的討論課題，便是「如何減輕年輕醫師的工作負荷」。美國醫師的每週平均工作時數約八十五小時，包含工作與值班，臺灣與歐洲醫師約五十二到五十五小時，比起來，臺灣的醫師是幸福多了。不過專家建議，合理的週工作時數為五十小時。

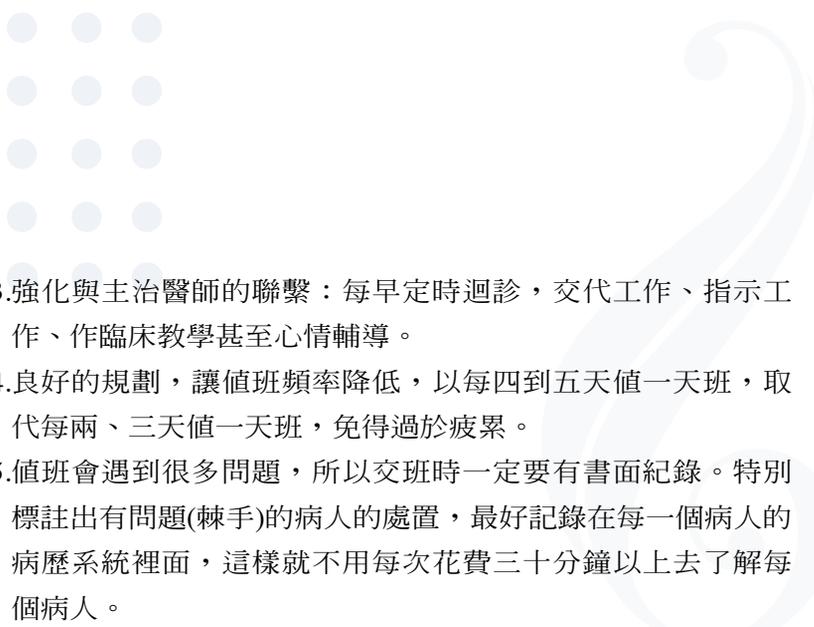
親身經歷的訓練與多年教學的經驗，對於住院醫師訓練的相關規定，我認為要合理。如果住院醫師忙過頭，身心疲累會無法專心，也沒有精力去認真聽病例報告。英文稱病人為Patient (意指耐心)，就是指要對病人有耐心，萬一累得延誤了病人的診治，脾氣也不會好；所以工時太長會影響效率和情緒。

所以於此，我提出一些建議，希望藉由嚴格但合理的訓練，讓臺灣醫界的新進醫師們專業度成熟，但又保有對於醫學的熱忱。

- 1.住院醫師不要一次照顧超過十二個病人，需考量醫學中心床數與住院醫師的比例。
- 2.減少常規性的工作：

以前的住院醫師，要自己取抽血、取糞便、尿液檢體，送到中央檢查室檢驗，要跑去借X光片子；現在，有PACS的電腦影像系統直接看X光片，而且會有影像醫學科醫師寫的報告，而相關的檢查有護士、專科護理師協助作業。電腦也可以即時查閱。



- 
- 
- 3.強化與主治醫師的聯繫：每早定時迴診，交代工作、指示工作、作臨床教學甚至心情輔導。
 - 4.良好的規劃，讓值班頻率降低，以每四到五天值一天班，取代每兩、三天值一天班，免得過於疲累。
 - 5.值班會遇到很多問題，所以交班時一定要有書面紀錄。特別標註出有問題(棘手)的病人的處置，最好記錄在每一個病人的病歷系統裡面，這樣就不用每次花費三十分鐘以上去了解每個病人。
 - 6.建議早上六到八點交班結束時，讓住院醫師回宿舍休息一下、睡一下，約兩、三個小時，例如：下午兩點鐘再出來上班。交班後休息的空檔，由實習醫師或專科護理師處理，真的有問題的話，請找主治醫師多擔待，讓住院醫師得到充分的休息。
 - 7.夜間住院的處理：
收病人住院最好在晚上九點以前，讓住院醫師於晚上十點到十一點可以多些時間休息，不會忙到凌晨；一個晚上不要接新病人超過兩例。超過九點，則請留急診觀察，隔天早上再送入病房。病情緊急者，直接送ICU。
 - 8.教學醫院的個案報告(case report)是非常重要的，例如：Grand Round(大討論會)與內、外科討論會的時間錯開，避免讓住院醫師養成敷衍的態度，而能夠仔細地準備資料、做功課。
 - 9.建議醫院成立「年輕醫師關懷小組」，輔導住院醫師及實習醫師；例如遭遇多位病人死亡，精神上的壓力與沮喪；或照顧病人後有挫折、或挨了家屬的責罵後心情沮喪 等等。
 - 10.醫師的給假也是一門學問，需全盤考慮：同一段時間內至多一或二人休假。建議醫師們一年可以有十到十四天的假日；譬如：第一年住院醫師給年休七到十天；第二年到第六年住院醫師則依醫院規定，十四天的假分三次休完。
有很好的休假制度，讓住院醫師們轉換心情，也可以回家探視家人、或出國旅行，繁重的醫師工作，才可獲得喘息。 🌿