

匹茲堡大學醫學中心家醫科

B00401062 羅文斌

目錄

目錄	1
動機	2
家醫科角色	2
醫療環境	3
教學環境與內容	4
臨床照護	5
回顧台灣	6
家醫科角色	6
醫療環境	7
教學環境與內容	7
臨床照護	8
個人體驗	8
通勤	8
泰迪熊醫院	8
情緒諮商	9
藥局參訪	9
種族歧視	9
台裔美國醫師	10
總結	10
圖片	12
圖一、門診治療室	12
圖二、臨床課程	13
圖三、泰迪熊醫院	14
圖四、主治醫師之一	15

動機

我在匹茲堡大學醫學中心（University of Pittsburgh Medical Center, UPMC）家醫科的課程為時一個月，從二月底到三月底。能到 UPMC 見習還有賴於台大醫學系與匹茲堡大學醫學系的合作簽約，讓台大醫學生可以在赴外期間選擇到 UPMC。到 UPMC 的過程本身不需透過學校的面試，匹茲堡大學醫學系也沒有多少人數的限制。可以透過這個簽約到匹茲堡是相當幸運的。對於早已下定決心到 UPMC 的我，只有在付出鉅額學費（2100 美金）前掙扎了那麼一秒鐘。

選擇家醫科作為我赴外見習的科別，是因為自己對於不分科醫療照護的喜好，可以看到各式各樣不同的疾病，不需將自己的知識專精於某一個器官系統，是家醫科吸引我的地方，同時，也希望可以觀察家醫科在醫院與社區的不同角色。UPMC 家醫科給見習醫學生的課程分為住院病房與門診兩種，我選擇的課程是門診見習，大部分的時間需要留在社區門診參與第一線的病人照護。

家醫科角色

美國家醫科包含了各式各樣的次專科，包括青少年醫學、老年醫學、緩和醫療、疼痛醫學、睡眠醫學、運動醫學¹。其中疼痛醫學為家醫科、麻醉科、復健科、神經科、放射科、急診科所共有的次專科，不同科別負責疼痛不同的領域，家醫科的職責為慢性疼痛的處方以及用藥追蹤。而運動醫學為家醫科和復健科所共有的次專科，家醫科負責解決病因明確的骨骼肌肉疼痛，有別於復健科會對骨骼肌肉疼痛做更深入的鑑別診斷。在住院醫師訓練上，家醫科佔全美每年招收的住院醫師比例是相當高的，足以媲美內外科的陣容。

在美國，家醫科扮演了重要角色，通常民眾初次就診，在沒有明確的診斷、沒有急重症的情況下，都是先行前往家醫科，再由家醫科醫師視情況決定是否轉診到其他專科，安排更進一步的診斷與治療。美國的分級醫療落實徹底，一部分原因是保險給付的關係，驅使民眾習慣在家醫科門診進行初診，並指定自己的 primary care physician（PCP）解決所有關於醫療相關的需求，PCP 也會擔任起轉診的責任，若有任何複雜疾病，會有其他專科醫師協同追蹤。另外，處方藥通常不會由醫院和門診直接給予，民眾會自行指定一間

¹ [American Board of Medical Specialties](#)

藥局，讓所有的處方藥都送到那個藥局，通常是選擇離自己家裏最近的那一間藥局以方便領藥，同時民眾可以在藥局諮詢到更多關於用藥的注意事項。

家醫科問診，很常會需要知道病患的保險，針對保險的給付，給予不同的治療建議，一個匹茲堡地區，就有 3~4 保險公司共同經營，每個醫師對於不同的保險制度都需要有一定程度的了解，若是遇到比較罕見的處方，醫師會直接請行政人員幫忙撥電話給保險公司，確認是否補助特定的治療，而需要轉診的時候，保險也決定一個病患可以轉診給哪些醫院的醫師，可見保險制度在美國第一線醫療的角色相當重要。

醫療環境

UPMC 家醫科徹底落實了分級醫療，規模涵蓋位於醫學中心院內的住院病房，以及遍佈匹茲堡及周遭區域的門診（稱作 Family Health Center），擁有階層式的醫療結構，網羅匹茲堡民眾就診家醫科的所有需求。醫學中心院內的住院病房負責臨終照護、老人照護、院內照會等等，UPMC 的其中三個院區擁有家醫科住院病房，分別位於 UPMC McKeesport、UPMC Shadyside，與 UPMC St. Margaret，擁有家醫科的院區同時負責所有住院醫師的招募和訓練，當然也包括了醫學生的課務安排。區域門診負責社區醫療，解決所有不需住院的疾病與症狀，社區門診遍佈多個地方，包括 Squirrel Hill Family Practice、Latterman Family Health Center、Shadyside Family Health Center、Bloomfield-Garfield Family Health Center、Lawrenceville Family Health Center、New Kensington Family Health Center、UPMC Matilda Theiss Health Center²。雖然都是稱作匹茲堡體系，但其實所涵蓋的區域已經分佈到周遭的行政區域。

UPMC 只有三個院區擁有家醫科的醫院，在院內有專屬於家醫科的辦公室，負責所有的行政業務以及教學活動。院內設有圖書館，涵蓋各式各樣的臨床知識，同時也是許多員工和學生於閒暇時間休息的去處。院內也設有共用的會議室，有同一院區的所有科別互相協調使用時間，來舉辦會議和教學活動。UPMC 家醫科也提供所有參與課程和會議的醫師和醫學生餐點，對於在物價高漲的美國來說是相當好的福利，尤其是醫學生能享有同等的待遇。

² [UPMC Department of Family Medicine Contact/Locations](#)

社區門診直接附屬於醫院，所有的醫療團隊（包括主治醫師、住院醫師、護理師、藥師、社工、行政人員、學生）約莫 20 人，全部集中在同一個辦公室，在需要問診或治療的時候才到各自的診間進行。雖然是社區門診，其實所附有的設施，足以讓就診民眾不需要到醫院就可以享有醫院般的醫療照護，包括血液氣體分析儀、顯微鏡、超音波、X 光機器等影像器材，與其說是門診，不如說更像個小型社區醫院。診所內也設有休閒空間，提供無限取用的咖啡和茶水，對於在意工作環境的美國醫師來說只是基本款。每個診間都有一套標準的配備，包括電腦、治療台、聽診器、血壓計等等（圖一），空間相當寬敞，對於室內的採光也相當講究。

教學環境與內容

我的課程由位在 UPMC St. Margaret 的醫師負責安排，對於見習醫學生的教學，UPMC 同樣有很階層式的設計，課程內容會依照不同性質而安排在不同的教學場所。所有醫院課程都在 UPMC St. Margaret 進行，醫學生必須參與每週四早上的臨床課程（圖二）以及午會（noon conference），這些課程同時是給住院醫師的訓練、和主治醫師的再訓練，故課程難度不一。每週四早上的臨床課程會請不同領域的學者來進行教學以及演講，例如鴉片類止痛藥物成癮、抗生素使用等等，並於演講後提供幾道題目讓所有人現場舉手表決。同時每個禮拜也會安排一位住院醫師對於一個家醫科主題做分享，例如性別認同障礙、肌肉骨骼病變等家醫科會遇到的臨床問題，而底下的主治醫師會對報告內容給予回饋。午會則是所有人分享臨床案例的時間，會由一位住院醫師準備完整的病歷，報告個案的病史之後，會引導大家提供鑑別診斷和治療計畫，討論狀況通常是很熱烈的。醫學生也被要求在一個月的課程選擇一個午會時段來報告。

除了上述提到的時段，其他所有的教學活動都會在社區門診進行，我被分配到的門診地點是 Bloomfield-Garfield Family Health Center，座落在匹茲堡 Bloomfield 和 Garfield 交界的住宅區。醫學生每天早上和下午都必須參與門診，醫學生在每個時段會被安排給一位住院醫師，由住院醫師指導。醫學生可以獨立問診，通常一個早上或下午時段可以獨立接 2~3 位病患，完成初步的病歷，並直接輸入在醫院電子病歷系統。一天結束後，必須繳交一份依照 SOAP 格式的完整病歷，包括病史、理學檢查、檢驗數據、鑑別診斷、治療計畫。另外，整個課程結束之前，還必須繳交一份藥物報告，探討每一類藥物的作用機

制、治療機轉、藥物之間的交互作用。假使門診有一些簡單的操作，即使身為國際醫學生，仍然有機會動手操作，像是子宮頸抹片、顯微鏡操作等等。對於美國本地醫學生，在每個課程結束之後，還必須參加臨床知識筆試和臨床技能測驗（OSCE）來作為評分標準，然而對於國際醫學生，就不需要也不允許參與這項評核。

UPMC 所有的醫師都參與在教學活動，這是所有選擇留在 UPMC 工作的醫師所需盡的義務，每個學生可以享有的資源和師生比是相當好的。以我在家醫科的那個月而言，同時間與我一起見習的醫學生只有另外 3 位，而我們 4 個人又被分配到各自的門診，每個門診約有 1~2 位主治醫師、3~4 位住院醫師，師生比毫無疑問 > 1 。

臨床照護

在社區門診，可以預期不會有急重症病患就診，最常見的幾種主訴不外乎健康檢查、慢性病（例如高血壓、糖尿病）追蹤、疫苗施打、腰酸背痛、發燒、呼吸道症狀、泌尿道症狀、產前追蹤，而診斷不外乎高血壓、糖尿病、神經根壓迫、呼吸道、泌尿道感染等等。家醫科會接觸到的診斷包羅萬象，涵蓋了精神科、復健科、神經科、感染科、婦產科等常見疾病，其中又以慢性病的控制為最大宗。

以精神科來說，家醫科有一群醫師同時具有家醫科和精神科專科，若要調整精神科藥物通常會交由這群特定的醫師決定。有腰酸背痛的就診病人，最後不外乎有復健科和神經科的診斷，家醫科能給予的處置包括藥物止痛、復健指引、轉診，其中最特別的治療是 Osteopathic Manual Practitioner (OMP) 門診，病患到家醫科 OMP 門診通常已經有明確的診斷（例如神經根病變和 fibromyalgia），進入診間後，病患會在醫師的協助下伸展骨骼肌肉來促進局部延展性和止痛效果。家醫科常見的感染症狀有呼吸道、泌尿道感染，故對於抗生素的處方也必須有一定的熟悉。另外，還有一些門診時段是專門留給婦科和產科的病人，婦科病患通常是前來定期做子宮頸抹片、追蹤子宮頸切片，以及避孕處方（例如皮下避孕器植入與移除），產科病患則是來做產前檢查，包括病史詢問、產前篩檢、胎兒心音以及超音波。

通常一個早上或下午時段，只會約有 20 名病患來門診就診，每個病患被分配到各自的診間，等待不同的醫護人員進入。所有的病患由 3~4 位住院醫師平均分攤，並有住院醫師獨立看診，接完診後，再到共用的辦公室向主治醫師報告，並與主治醫師商量是否

有遺漏或需要調整的地方。由於是教學門診，病患也相當習慣時有醫學生會前來問診，之後住院醫師再評估一次，若有複雜的個案，主治醫師也會親自進入診間查看。雖然美國制度下的藥局和門診相當獨立，門診仍然設有藥師，主要會針對慢性高血壓、糖尿病的病患給予藥物調整，藥師也能夠獨立問診。

回顧台灣

這個部分會針對台灣家醫科和美國家醫科的異同進行分析比較，無意落入優劣之分。台灣部分僅以個人在台大見習的淺薄經驗來做分享，美國也僅以 UPMC 作為代表，並針對家醫科角色、醫療環境、教學環境與內容、臨床照護等四大項做細部探討。

家醫科角色

雖然家醫科講求的一般不分科醫療，理應所有的醫師對於家醫科都應該有一定程度的了解，也應具有第一線解決病患問題的能力，然而家醫科在台灣和美國都是獨立的科別，彷彿宣告了只需要有部分的醫師站在第一線解決病患的問題，專科醫師只需要負責某些診斷的門診追蹤和病房治療。然而，有趣的是，家醫科在專科化的浪潮之下，也走向了次專科指路，並針對不同器官系統的疾病做區分，台灣和美國的家醫科同樣加入了這個專科化行列，也擁有類似的次專科。在人數規模上，美國家醫科每年招收的住院醫師所佔比例是相當高的，足以媲美內外科的陣容，相較之下，台灣家醫科每年招收的住院醫師比例比起內外科就少了許多，使得大部分的執業醫師留在大醫院，在社區經營門診的醫師通常也會掛著其他專科的招牌（例如耳鼻喉科、內科等等）。台灣民眾就診的優先順位往往是將有特殊專科的門診擺在前面，甚至就直接到醫院的專科門診就診，家醫科的職責也就被稀釋到其他專科的門診部分。在台灣並沒有 PCP 的制度，台灣民眾也沒有固定只看某一位醫師的習慣，常見的是四處在大醫院自行摸索，直到找到適合自己的醫師。在台灣，醫院和門診通常還同時經營自己的檢驗部門、藥局，病人看完診後，就可以直接在醫院完成所有檢查，並領取處方藥。

醫療環境

台大醫學系有我們自己的附屬醫院，就如同匹茲堡大學醫學系有他們自己的UPMC，醫院在各個地方也設有分院來擴展經營規模和品質，在匹茲堡尤其可以感受到UPMC 在匹茲堡地區對於醫療的幾近壟斷。醫學系有自己的附屬醫院以及分院，讓醫學生可以有更多的選擇，到各個不同的地理區域見習，看到不同的流行病學。針對社區門診的規模，台灣多由個人執業，少有集團式的家醫科經營方式，更遑論以醫學中心主導的社區門診。在台灣普遍流行的模式是，醫院同時經營門診和病房，畢竟台灣民眾大多數是直接到醫院就醫。同樣地，每個診所可以分配到的資源被稀釋，診所不太容易有資金採購昂貴的檢查設備和影像儀器。種種因素交纏，造就了台灣醫院的垂直式整合，同時經營病房、門診、檢查、藥局、資訊系統等所有大小事，而民眾一有病痛也是一股腦地就往醫院衝，使得醫院門診化、門診無用化。

教學環境與內容

台灣與美國在教學環境與內容本質上大致相同。台大的家醫科同樣有臨床課程、病房見習、和社區門診（金山或雲林）見習，該有的晨會參與、個案報告、臨床知識筆試、OSCE 也是如假包換。不同的是各種類型課程的比例分配，在台灣的醫學教育，多數的時間是待在教室內參與臨床課程和案例討論，由師長主導的成分居多。對於美國醫學生而言，臨床知識的取得多從參與臨床照護直接學習，並利用閒暇時間閱讀指定參考書，即使有一些課程可以參加，通常也是針對住院醫師設計的教學活動，學習上需要更主動。UPMC 家醫科對於病歷寫作的訓練量和要求程度也超乎我的想像，在每天門診實習後，還需要花上 1~2 個小時的時間完成一份完整病歷。此外，UPMC 對於醫學生相當信任，只要有病人，都是醫學生可以獨立去問診和打病歷的，只要有臨床處置，如有醫學生適合協助甚至獨立操作的部分，醫學生都是可以爭取的。最後，就師生比來說，台灣醫學生的家醫科見習課程，每一組的人數將近 10 多人，即使偶爾分散在不同地方，仍然有許多人一起行動的時間，每個時段由一位主治醫師負責安排教學活動，相較之下，美國醫學生有更多的機會單獨跟主治醫師和住院醫師學習。

臨床照護

我在台大家醫科見習期間，門診部分主要是社區門診和旅遊醫學見習，主訴同樣有健康檢查、慢性病（例如高血壓、糖尿病）追蹤、疫苗施打等等，所處理的疾病類別也包含了慢性病、常見的感染症，但沒聽說過需要在家醫科門診執行子宮頸抹片、或執行產前檢查的情形，凡是與婦科和產科相關的問題都由婦產科醫師包辦，美國家醫科住院醫師則是對於婦產科領域相對熟悉。病人量也是相差懸殊，台灣的門診醫師每個早上或下午時段動輒 30~50 位病患，相較之下，UPMC 的家醫科門診，有 1~2 位主治醫師、3~4 位住院醫師，一同照顧約莫 20 名病患。台灣的高病人量增加主治醫師的工作負荷、讓住院醫師的訓練更紮實，也某種程度上犧牲了花在每位病患的時間。

個人體驗

通勤

在家醫科的課程安排之下，我必須在 UPMC St. Margaret（醫院）和 Bloomfield-Garfield Family Health Center（門診）之間奔波，在沒有個人交通工具，且大眾交通運輸系統匱乏的情形下，每天的奔波都是相當累人的。對於沒有個人交通工具的人，公車會是在匹茲堡唯一的選擇（沒有地鐵），公車的班次不頻繁就算了，不準時，甚至所幸停開也時有所見，這讓依賴公車通勤的人總是得在大寒天冒著風雪顫抖地提早到站牌等公車，有時冷到讓自己懷疑人生也是剛剛好。午會的課程，還好有同行的另外一位美國當地醫學生，能夠開車接送我來回中午往來醫院和門診的路程，是不幸中的大幸。

泰迪熊醫院

在家醫科實習，有幸同梯次的一位住院醫師剛好在準備她的住院醫師專題研究，需要籌備 Teddy Bear Hospital（TBH），也就是台大行之有年的泰迪熊醫院。在台灣的泰迪熊醫院，家長帶著小孩來到醫院，所有的活動就在台大兒童醫院舉行，安排診間讓小孩接觸聽診器、神經鎚等等，而醫學生就扮演病人以及協助的角色讓小孩練習。在 UPMC 家

醫科所看到的 TBH 內容，本質上與台大的大同小異，差別是 UPMC 家醫科的 TBH 是醫療團隊要親自到各個小學或幼稚園去，以班級為單位，到各個班級帶活動，小孩跟老師留在學校即可（圖三）。TBH 不管在台灣還是美國，都相當受到小孩歡迎，TBH 在 UPMC 家醫科也是行之有年，每年都會與有合作關係的小學和幼稚園一同舉辦。

情緒諮商

在星期四早上的臨床課程，有時候會安插一些驚喜課程。在 UPMC 家醫科適逢有住院醫師自殺的新聞，醫院強力要求各單位必須對所有有需求的住院醫師提供情緒諮商，家醫科也趁著星期四早上這個時段，複習了 UPMC 有哪些諮詢管道，並帶著家醫科住院醫師練習正念思考、打坐、Yoga 等活動來探索自我內心世界，也鼓勵兩兩互相指導對方是否能夠按照指引來完成練習，我認為這是所有課程中最有趣的一堂。UPMC 對於事件發生後的處理態度相當積極，有與會的主治醫師也完全投入這個課程。

藥局參訪

由於家醫科第一線服務就診民眾，常常需要開慢性處方籤，並讓病患到藥局自行領藥，因此家醫科門診與藥局的溝通就顯得相當重要。在美國時常有藥物處方不當（包括劑量不當、藥物交互作用等等），造成藥局與醫師需要來回溝通，也有的時候在門診開了處方，病人卻在藥局領不到藥，可見在兩個部門幾乎完全獨立運作的狀況下，時有溝通上面的不便。有鑑於此，家醫科在某個星期四上午安排了所有住院醫師到附近的一間藥局參觀，由藥師和藥學生讓所有臨床醫師熟悉藥局在給藥的流程，以及民眾在藥局可以自行購買哪些藥物。

種族歧視

常有人問在美國會不會遇到歧視，答案是歧視歷久不衰，當然會遇到被歧視的情形，先不論華人醫學生是否更容易被歧視這個問題，即使是住院醫師也會有某些不想看的病患。我個人在 UPMC 家醫科的體驗是，只要一開口，不是在美國土生土長的，自然原形畢露，無論你是在美國受過高等教育與否皆然，那豈不是一開口就很尷尬？我在最初的一個禮拜的確也很掙扎，不太能夠適應以英文問診，許多事件需要有住院醫師主導問診，而

我充其量扮演補充的角色，然而後來慢慢感覺，口音絕對不是一個國際醫學生在美國遇到的最大障礙，羞於開口才是。我在幾個禮拜之間才慢慢適應主動開口，當你主動開口，病人是百分之百配合的，因為他們是來尋求協助，不是來羞辱你口音的，想通這點之後，問診就容易了許多，在 UPMC 家醫科還沒遇過因為我是華人醫學生就被趕出門診的情形，最多是病人本身就不喜歡有醫學生在一旁觀看。

台裔美國醫師

我在 Bloomfield-Garfield Family Health Center 的那個月，正好有兩個台裔美國住院醫師，一位是從小就在美國生長，無法說中文但能聽懂，另外一位是高中才到美國就學的，甚至還能夠與台語溝通。在一個小小的匹茲堡診間，能夠同時遇到兩個台灣人，是難能可貴的機緣，當然也是我在 UPMC 家醫科期間最常聊天的對象，彼此也互相支持，有感受到台灣人互相照顧的溫暖。另外有一位主治醫師是中國廣州來的，用中文聊天的過程感受到我們彼此的相似性，都是在母國完成大學本科才來到美國，也能夠感受到彼此在這條路上所遇到的艱辛不言而喻，加上我也曾經到過廣州，讓彼此有更多共多話題。

總結

在 UPMC 家醫科並不是我在美國的第一個課程，前一個課程是在天普大學醫院（Temple University Hospital, TUH）的復健科，兩者分別位於美國賓州的東西邊界，在 UPMC 家醫科見習的時候算是已經有經過美國一個月的臨床訓練，但無論在訓練強度跟份量，UPMC 家醫科明顯比 TUH 復健科更為紮實，加上費城跟匹茲堡雖然同在賓州，民俗風情仍然略有不同，剛到匹茲堡仍然遭遇了不適應的階段。

台灣與美國的醫療環境都朝著集團式經營，在匹茲堡，UPMC 可以說是完全的醫療寡佔，所有的醫師都是在 UPMC 訓練，匹茲堡單一體系就可以包辦所有的醫療問題。台灣的醫院產業傾向垂直整合，有別於美國的醫院、門診、檢驗、藥局彼此獨立運作，往往需要透過簽約來確保整體醫療運作不至於中斷。另外，美國轉診制度明確，第一線醫師數目眾多，基層醫療的負擔相對輕鬆，門診設備也應有僅有，民眾不至於一有事就一股腦往大醫院衝，搭配保險的誘因與限制，讓美國 PCP 的制度完善。

在學習方面，UPMC 家醫科給予所有醫學生最大的自由，想要獨立問診、處置，都是可以爭取的，我在一個月的見習期間，每天在與病人和家屬問答的過程中，體會美國人互動的種種細節，同時也可以操作超音波、子宮頸抹片、顯微鏡檢查等等。此外，UPMC 家醫科作業的份量相當紮實，包括每天一份完整病歷、藥物報告、口頭個案報告，對我來說，學習份量是相當充足的。

回顧台灣，會發現兩者制度有些相同的趨勢，例如家醫科的專科化、次專科化，醫院的經營也以集團式經營為主流，至於不同之處也已在前面陳述。看到兩者的異同，和各自醫療體系所遭遇的困境，可以作為提升台灣醫療產業的一大借鏡與參考目標。

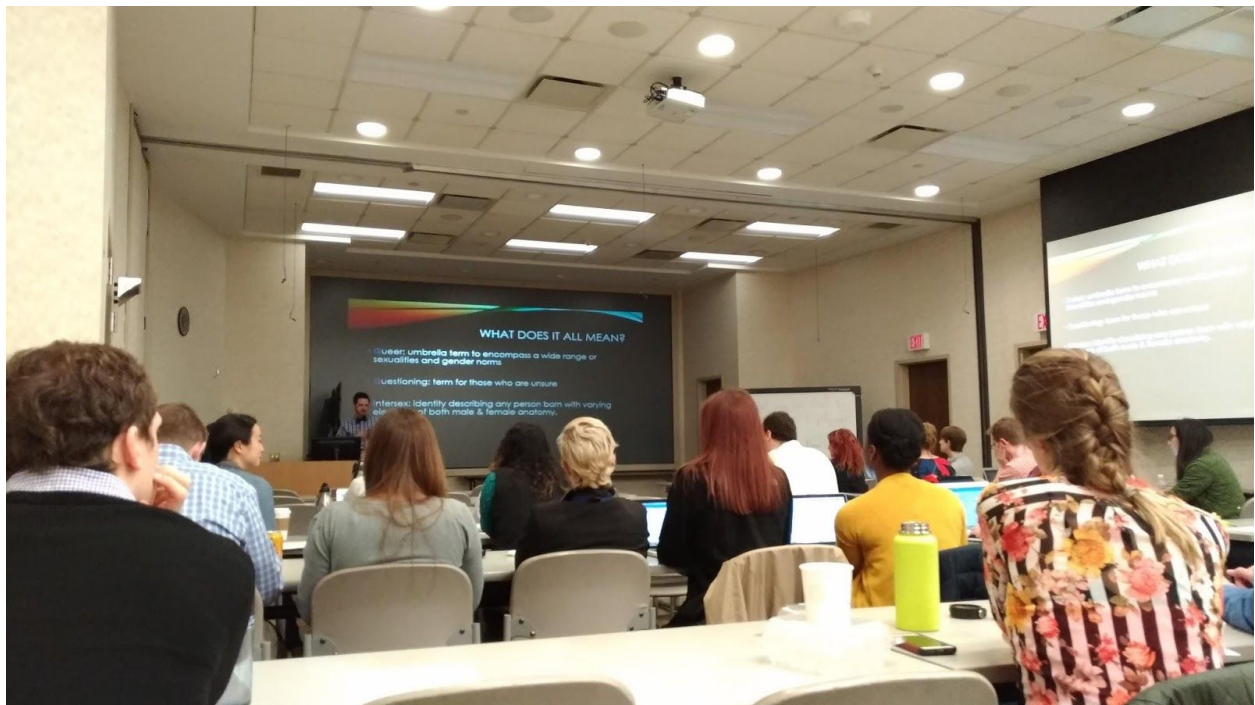
在 UPMC 家醫科見習的一個月，對我來說，知識固然可貴，更珍貴的是這個月所認識、一同工作的夥伴，住院醫師總是花最多的事件陪伴我的學習，藥師、社工師也都很願意接納一位國際醫學生到第一線的醫療場所學習，是相當溫暖的一段體驗（圖四）。

圖片

圖一、門診治療室



圖二、臨床課程



圖三、泰迪熊醫院



圖四、主治醫師之一

