



# 臨床醫學教育的傳承與挑戰

◎長庚大學醫學院內科教授暨林口長庚心臟內科主治醫師 葉森洲

王創辦人永慶先生於民國 60 年代，有感於台灣醫療的匱乏、民眾就醫的不便。民國 65 年胸懷仁心地創辦了長庚紀念醫院，廣招天下良醫，共同為台灣的醫療，貢獻己力。一呼百應，當時從台大、榮總、馬偕及海外歸國學人，或專職、或顧問、或訪問，廣約賢良，海納百川。台灣醫療從此開創了新的一頁。當年，除了病患民眾受益外，我也是最大的受益者。

民國 66 年 5 月，長庚醫院開始招收第一屆實習醫師（現稱為實習醫學生）。時值我大學六年級，正好趕上開往現代化醫學的列車。記得那天從南部提著一個多處磨損的大皮箱，從高雄搭了六個小時的火車（你可不要問我為何不搭高鐵？那時候，中山高速公路正在十大建設中，也還沒開通）。出了火車站，搭上計程車，經過繁華的忠孝東路，轉往稻田和眷村遍佈的敦化北路，終於來到了兩棟現代化的醫療大樓。警衛先生瞄了一眼我的皮箱，以為我是來住院？或來探病？問了原由，指引我到醫教會報到，領了一張桌子及折疊式衣櫥，安頓好身心，自此開啟了我的臨床醫學訓練之路。

民國 66 年至 67 年，我在長庚當實習醫師時，各科的主治醫師陸續增加。那年除了學習實習醫師必修的臨床技能—抽血、注射、置入三管或五管、病人照護、晨會病情報告、晚會查房交班。學習如何和我的長官（住院醫師）相處，避免被海扁一頓（現在稱為 Team work, interpersonal communication）。實習醫師一年下來，王創辦人永慶先生還親自頒發結業證明。那年雖然主治醫師人數仍然不足，但是他們熱忱教學、待人親切、視病猶親的態度令人感動。在那個年代，沒有醫學人文的字眼和醫學倫理的口號。只要在長庚，你就能自然而然感染一股向上提升的氣息，戮力而為。

67 年 5 月實習生涯結束，申請長庚內科住院醫師。140 位報名，只錄取了 14 名，我幸運的名列其中，得以接受完整的住院醫師訓練。當時台灣的臨床醫學訓練，雖仍保有宋瑞樓教授的「全人醫療」的餘味。但也因大量科技的引進，逐漸物化，進而以看「病」為先，醫「人」為後。更甚而以「器官」為導向，以「檢查報告、檢驗數據」為依歸。民國 67 年是長庚重要的一年，那一年國際知名心律不整權威吳德朗教授，接受

王創辦人永慶先生的邀請，放棄在美國崇高的成就，將在美國所學的臨床醫學教育訓練、臨床醫學研究的精神、倫理，根植台灣。一起回來的，還有洪瑞松醫師。洪醫師東京大學醫學系畢業後，受訓於美國知名的梅約診所（Mayo Clinic），思維縝密，溫文儒雅，頗具梅約人之風範。在那個年代，台灣經濟正在突飛猛進，醫療也逐漸邁向設備化、科技化、分工化。核醫、斷層攝影、超音波、心導管，各種內視鏡也都一一引進。臨床醫學訓練逐漸向科技化的檢查、檢驗傾斜。

兩位大師回國後，帶來令人耳目一新的臨床教學。此臨床教學無他，但以人為本，培養會看「病人」的年輕醫師。不用依賴昂貴的儀器，只用「眼耳鼻舌身意，色聲香味觸法」，詳細問診加上系統性的身體檢查。病情及診斷就恍如撥雲見日，水落石出。為了幫我們解「毒」一深信只有高科技才能診斷之毒。兩位老師要我們每週安排一位病人，他們親自示範問診的技巧、身體檢查的技能、邏輯的推敲、思維的分析、病生理的機轉。不僅不靠檢查，尚且可預告檢查應有何種特徵、結果。如此功力，激發了我們學習的動機，帶動了同儕間的良性互動，並且矯正了我們的觀念。這種當年，對我們而言，「新式」的臨床醫學教育。事實上，是把日漸喪失的「傳統」臨床醫學教育找回。其方法是以「病人」為中心的「全人醫療」。教學的地點，就在床邊，主要在病房，一部分在門診。學習的對象一是病人，一是老師（事實上，病人就是最好的老師）。學習的步驟，是「師徒制」，老師走到那裡，你就跟到那裡。也就是亦步亦趨法。不只學習老師的看「病」技巧，更要學習老師如何向病「人」說明、

溝通。如何舉手投足、肢體語言、表情變化、一顰一笑，都要盡入眼裡，記在心裡。

走筆至此，大家也許開始困惑，既然傳統臨床醫學教育如此地好，何以近十多年來，一大堆新制的臨床醫學教育改革？小組教學，以問題為導向學習法 PBL（Problem-based Learning），審視性結構化臨床測驗 OSCE（Objective Structured Clinical Examination），迷你臨床演練 Mini-CEX（Clinical Evaluation Exercise），實證醫學 EBM（Evidence-based Medicine），以及推動所謂「醫師教育六大核心能力」。是時尚？是潮流？還是每隔數十年的律動？事實上，傳統和新式的臨床醫學教育是相輔相成，如人之足，車之輪。其教育的核心本質是不變的一以病患為中心的全人醫療，注重醫療品質、病患安全與權益。傳統的「師徒制」如孔子的教學。孔子周遊列國，學生亦周遊之。「師徒制」優點是可以建立學習典範，可以傳承。缺點是「名師」難尋，縱有名師，也不是每個學生都能親炙。若是「名師」以嚴格著稱，學生往往趨吉避凶，此時「名徒」亦難覓矣！再加以時空環境不同，病患主權的重視。因此如何改良傳統教育訓練不足之處，是這十幾年來新式教育訓練的思維基礎。如醫學生儘早走出課室，儘早看病人。以病房為課堂。以小組討論帶動自我學習，進而養成終生學習的好習慣。以科學證據為導向的醫療，亦即實證醫學。以標準病人為學習及測驗的對象，360 度全方位的考核，建立護照制度作為學習的導引及自我回饋。臨床教育則以「美國畢業後醫學教育評鑑委員會」的六大核心能力為教育訓練內容。其中包括了：

一、醫學知識（Medical knowledge）：



包括生物、心理、社會、種族、文化等與健康相關知識的理解與應用。

二、病人照顧與臨床技能（Patient care and clinical skills）：展現愛心、關懷與同理心，提供病患適切有效的治療以解決其健康問題。

三、人際與溝通技巧（Interpersonal communication and skills）：醫師必須有足夠人際溝通以便與病患，家屬及專業人員進行資訊交換。

四、專業素養（Professionalism）：對各種病患展現專業素養，表現專業責任，堅守醫學倫理原則。

五、系統為基礎的醫療（System-based practice）：認知並展現足夠能力與責任感，進而有效整合所有資源以提供適切醫療照護。

六、執業基礎的學習與改進（Practice-based learning and improvement）

：具備能力以評估現行醫療照護內容，追求醫療品質改善，落實終身學習。因此，由下列的表格看來，

「傳統臨床醫學教育」和「當代新式醫學教育」的差異，其實不大。

以上的比較，是個人的觀察，雖然未必每個人都會同意，但兩種臨床教育方法的目標卻都是一致的——「提升醫療品質，注重病患安全，全人醫療的照護」。只是新式醫學教育注重量化、制度

|          | 傳統醫學教育                | 新式醫學教育                   |
|----------|-----------------------|--------------------------|
| 1. 制度面   | 師徒制為主軸                | 強調團隊醫療                   |
| 2. 學習方法  | 以師為典範<br>親炙薰習         | 軍容威壯，聯合演習<br>（跨科系多面向學習）  |
| 3. 目標    | 醫療品質<br>病人安全<br>全人醫療  | 同左                       |
| 4. 回饋與評估 | 立即回饋                  | 透過評分，評量                  |
| 5. 學習護照  | 看在眼里<br>記在心裡<br>回味在夢裡 | 左，右二邊口袋<br>各具數本，<br>好不忙碌 |

化、層面化、系統化，以及可被評鑑化。同時，也特別注意普及化。建立全國一致性，且具有品質的臨床醫學的訓練。今值剛過教師節不久，將個人受惠於老師的教學恩典；以及邁入新式臨床醫學教育的心得，與大家分享。個人才疏學淺，偏見謬誤在所難免，祈希回饋指教。

### 參考書籍：

- 一、住院醫師教育的六大核心能力（朱宗信主編，台灣醫學教育學會—2009年3月）
- 二、提升臨床教學品質工作坊（長庚大學醫學系及林口長庚醫院內科主辦，林口長庚醫院師資培育中心協辦 2010年7月31日）

