

國立台灣大學醫學院附設醫院  
住院醫師短期出國研修報告書

短期出國研修計畫名稱：

消化系癌症手術之再進修及日本一般外科住院醫師訓練制度之考察

姓名：張東晟

服務單位：外科部 一般外科

台大醫師  
張東晟  
YL0495

外科部  
主任 李元麒

國立台灣大學醫學院附設醫院



0976020814

目次：

目的	3
過程	4
日本國立研究中心大致情況	4
胃外科	7
內視鏡科	9
大腸直腸外科	9
肝膽胰外科	10
心得及建議事項	12
住院醫師訓練	12
開刀房醫院管理	13
癌症治療	13

## 目的：

日本和台灣地理位置相近，同位於亞洲東部。人口組成及消化系癌症之發生近來也有類似的比率，其中，日本對於胃癌的治療可說領先全球，從對於早期胃癌的各種類型手術，從幽門保留胃切除手術，腹腔鏡胃切除等的微創手術，到目前熱門的內視鏡下黏膜上胃癌切除都有最新的進展，至於其它消化道手術也有極佳的治療成績，並且將腹腔鏡手術大量的使用於癌症手術。

這次去進修的日本國立癌症研究中心，目前國際公認在消化系癌症手術居於領先地位。尤其是胃癌的手術治療，其 2007 年胃癌手術共 725 台手術，在全日本或全世界的醫院來說都可以說是最多的之一。目前台灣地區消化道癌症在所有癌症死亡原因的排名依序是肝癌、結腸直腸癌、胃癌、食道癌、胰臟癌、膽囊癌、小腸癌、腹膜癌，佔所有癌症死亡人數的 46.77%。本部一般外科承襲過去前輩的努力及現今眾多同仁全心投注心力之下，治療成績斐然。然而，如何早期診斷出消化道癌症及對於早期消化道癌症手術治療方針仍有再精進的空間。

本人自從進入台大醫院擔任外科住院醫師以來，歷經五年的學習期間，對於消化道手術已有初步的了解，然而所接觸和看到的，都是我們所熟悉的老師的方法，至於外面世界新方法和新觀念都只能從學術期刊或演講耳聞，無法親眼看見，因此這次到日本進修，就是希望彌補以上的不足，看看除了我們平日所熟悉的事物中，希望從不同的角度、創新的思維，來增加自己在外科及手術方面的能力。

本部一般外科住院醫師訓練制度的規劃已投注許多心力，也使其訓練逐漸趨於完整。然而，目前對住院醫師的逐年升等，除了現有的學習護照及老師對臨床表現的評分外，對於其能力及技能方面，尚缺乏更完整、更客觀的考核機制。若能藉此住院醫師短期出國研修機會，考核日本外科住院醫師訓練制度，尤其是學習及訓練的課程設計及導入時機，以及如何因應畢業後一般醫學訓練對專科訓練的衝擊，使外科部得以再評估，及修正現行一般外科住院醫師訓練及考核制度，使人才適得其所，並接受良好的訓練，為本院留下優秀的人才，並能發揮其長才。

## 過程：

### 日本國立癌症研究中心大致情況：

日本國立癌症研究中心中央病院(以下簡稱 NCC)座落於有名的築地市場對面，只要出醫院大門過馬路就可以去市場買鮮魚吃壽司。此醫院是一個轉介醫院，規模和台灣的醫院比起來並不算大，總共有地上十九層和地下二層，十五間開刀房共六百床，沒有急診室，所有的病人都是從其它的醫院轉介而來，或是癌症術後治療追蹤的病人。不過因為是癌症研究中心，所以所有的病人都和腫瘤有關係，這和一般的醫院有所不同。至於醫院的分科和我們台灣的醫院相似，但是分得比較細一些，例如在消化道內科裡面又分了消化管內科、內視鏡內科、肝膽胰臟內科，而消化系的外科又分為食道外科、胃外科、肝膽胰外科、大腸直腸外科，然而在台灣食道的手術是包括在胸腔外科裡面，但是在日本食道的手術和肺的手術是分開的。

先來說這家醫院病人的流動，如果一個病人在地區醫院或更大的醫院被診斷為胃癌，這個病人可以選擇在當地的醫院治療，也選擇在其他醫院治療，如果他想到 NCC 接受治療，要先有原醫師的介紹信，然後在白天 10 點到下午四點打醫院的初診預約電話預約，至時再來門診看診。其介紹信通常都是一個正式的信封，裡面裝著病人檢查報告等資料還有介紹醫師的信，有時這封信洋洋灑灑兩三頁，這就是日本人的風格吧。這個病人看完門診後如果要開刀，那就會預約時間排開刀。

幾乎所有要接受消化系手術的病人，都是術前兩天住院，把沒有做完的檢查再將其完成，另外醫師會和病人解釋開刀的風險和術後併發症，以及可能的後續治療，以及不能全部切除時會有那些做法，而這份術前解釋日本稱為「面談票」，將所有和病人談的都寫在上面或畫在上面，這份面談票通常都有五、六頁，解釋得非常詳細，在台灣是前所未見。主治醫師及住院醫師在每一頁上面簽名，病人及家屬也簽名，在台灣還沒有看過這樣的手術同意書。

開刀當天由普通病房推入開刀房，手術完就住進術後恢復病房，幾乎所有的病人術後都是住在這個病房，住加護病房的比率沒有我們高，主要的一個原因是這個病房有部份 ICU 的功能，另一個原因是所有的病人都使用硬膜上脊髓止痛，所以術後對呼吸的影響比較小。病人住在術後恢復病房的時間通常兩到三天再轉到普通病房。切胃的病人一般住兩個星期出院，出院之後再回門診追蹤，如果術後一段時間都沒有問題，病人也可以回到原來轉介的醫院追蹤。如果術後的病人有緊急狀況要看診，那要先打電話和主治醫師連絡，和醫生約好後來醫院的緊急櫃台，然後再接受治療。

由於 NCC 屬於轉介的醫院，不像一般的大學醫院有實習醫師，所以大部份的事情都是落在住院醫師身上。要進入 NCC 成為住院醫師的資格，是要有兩年的臨床經驗就可以應徵，不過大部份的住院醫師其實都是已經在其他醫院完成住院醫師訓練的醫師，簡單說就是已經有專科醫師資格、可以在其他當主治醫師，大部份的住院醫師都三十歲以上。

既然已經可以做主治醫師，那為甚麼還要來這裡做住院醫師呢？一方面是這家醫院是以癌症為主，所以要對癌症治療有再深一層了解，就會再選擇這一類的醫院做再一次進修的場所，另一方面因為日本醫師養成屬於慢熟型，在當住院醫師期間能開的刀並不多，就算在一些大學醫院裡面，常常主治醫師也只是當教授的助手，所以他們在其他醫院完成住院醫師訓練後，會想再來這裡接受進一步的訓練。

NCC 住院醫師的修業年限是三年，如果是外科住院醫師會在所有的外科各三個月，也會在病理部和內視鏡以及麻醉科有一到兩個月的時間，而最後有九個月會在自己有興趣的某一分科。如果有的住院醫師之前只有兩年的臨床經驗，在 NCC 訓練完之後，那就一定還要完成總醫師的訓練，才可以考專科醫師。如果已經有專科醫師的人，三年後可以選擇離開或再進修。至於總醫師，是另外招考，不是由住院醫師升上去，其資格是已在 NCC 完成住院醫師訓練者，臨床經驗五年以上，而且有日本厚生省認定有大體解剖及保存的資格，在訓練結束後可以取得病理專科醫師的應試資格，訓練的時間是兩年，第一年臨床為主，第二年主要是研究。

因此，NCC 住院醫師訓練的目的，就是希望在住院醫師訓練後對癌症的診斷和治療能更有所精進，而總醫師的訓練是希望在訓練完之後在某個分科可以完全獨當一面，另外具備外科病理的能力。將日本一般醫院住院醫師訓練制度列於下表(以一般外科為例)。

因為卒業後臨床研修 2004 年以後才施行，所以有人只有卒業後臨床研修就來 NCC 當住院醫師，而 2004 年以前卒業者，先有外科初期研修兩年，再去唸博士，然後來 NCC 當住院醫師，也有人在其他地方已完成住院醫師訓練。因此這些住院醫師會有一些程度上的差異，尤其在開刀方面可以感覺得出來。臨床經驗比較多的住院醫師對組織的敏感度、解剖學的了解以致整台手術的掌握，都比資淺的好很多，所以這也是 NCC 制度上產生的一些問題。所以來這裡的住院醫師，就是看他們想要獲得甚麼，有些人就是住院醫師訓練，有些人是臨床再進修，而這裡的主治醫師也會看人來放刀，我想很少國家有這樣複雜的訓練制度了。

訓練年數		說明
6 年	醫學院	包括一年實習醫師，畢業後可考醫師執照
2 年	卒後臨床研修	2004 年以後開始實施，也就是一般醫學包含內科六個月，外科三個月，急診麻醉科加起來三個月，小兒、婦產、精神、社區醫學各一個月，自選八個月。結束後有認證。
2-3 年	外科初期研修	相當於我們外科前二年，這一段時期訓練的時間每一家醫院不同，每一個分科也不同。
2-3 年	前期外勤	相當於我們一般外科的資深住院醫師，這一段時期

		訓練的時間每一家醫院不同，每一個分科也不同。
1年	病棟主任	就是總醫師。
1年	專門醫研修	相當於 fellow 結束後可以考專科醫師，並非每一家一院有這一段時期。
4年	學位取得	就是去攻讀博士，這是自由選擇，而且不一定等住院醫師完成後來唸，可以大學畢業唸或上述任何一段時間來攻讀博士。

上表所有的階段都不一定要在同一家醫院完成

住院醫師工作的內容以胃外科為例，病人住院之後都會配上一個負責的住院醫師，這個醫師要負責此病人所有的事情，從排檢查、解釋同意書、放鼻胃管、上刀、術後抽血及所有大小事都包辦，工作內容有點像我們沒有實習醫師時的住院醫師，不過他們病人沒有我們多，一個星期約九台刀，而加總醫師共有六個住院醫師，因此實際一個住院醫師手上的病人約只有三、四個，所以全部的文書工作沒有我們多。至於總醫師和我們的工作有點像，通知病人住院排手術時程，上刀以及第一線照顧病人，不過不用管床，管床是台大總醫師最煩的事情吧。

至於他們的薪水，由於是公立醫院，因此並不高，住院醫師年薪未稅 360 萬日元，總醫師未稅 400 萬日元，至於主治醫師以年輕的來說每個月 60 萬日元，資深的我就知道了，這和日本的物價比起來實在不怎麼多，但是他們的住院醫師會去外面兼差，兼差在日本是合法的，兼差的薪水和正職收入差不多，而主治醫師會有額外的收入，最大宗的應屬術後的謝禮，其實就是錢，也就是我們所說的紅包，這在日本是公開且也合法，其它的收入如演講，或外國訓練醫師的訓練費，這在後面會再提到。

而外科的住院醫師來這裡最想學的還是開刀，在胃外科比較簡單的胃癌手術，主治醫師都會帶住院醫師一個步驟一個步驟的開刀，開到那裡要注意什麼，手勢要怎樣，非常詳細，這種方式在台大醫院或台灣其它的醫院我還沒有看過。

而這家醫院目前有一個大問題，就是今年四月時不准麻醉科在外面兼差，因而麻醉科醫師大量離職，以致麻醉科醫師不足，因此刀量大為下降，約為原來的三分之二到一半。由於麻醉科的關係，刀量減少很多，所以很多住院醫師在做完這一年後就會離職。至於主治醫師，影響也很大，像有名的胃外科佐野部長，七月做完就要離職去其它醫院，主要原因就是臨床的外科醫師還是喜歡臨床工作，對於醫院的行政工作很受不了，例如今天要開感染控制的會，明天開醫院管理的會，簡單得講就是我們所說的雜事太多很煩，而且刀量下降，所以很多臨床的研究結束的時程就要往後延長，因此就選擇離職了，這可能是這家醫院目前最主要的問題。和我一起去的亞東醫院吳醫師也有同感，亞東醫院因為要維持評鑑繼續是醫學中心，因此也是大大小小

的會開不完，對於主治醫師來說就是一個很大的負擔。

### 胃外科：

由於本次進修是以胃外科為主，所以前面七個星期在胃外科見習。我去的第一天，加上我總共有三個外國人見習，一個是巴西人，一個是亞東醫院吳醫師，過了兩個星期後又多了一個英國人。早上七點四十五分，所有的住院醫師及主治醫師都會在八樓的護理站集合，然後一起去看病人，這個早上的查房是以術後兩到三天的病人再加上有併發症的病人為主，沒有看全部的病人。

對於術後的病人查房，最主要的工作就是換藥，由於所有的住院醫師一起換藥，而且所有的換藥工具都是商業包裝的，所以速度很快，除了換藥之外就是拔鼻胃管和引流管了。癌術後的病人第一天就拔鼻胃管，這比我們臺灣通常等到病人術後喝水後再拔快很多，我想一個最主要的原因是他們都接Roux-en Y，所以胃排空的功能會比較好，而且逆流的情形也比較少發生。

早上查房還有一個目的，就是看病人術後引流管的情形，所有的切胃的病人術後每天都會檢查引流管澱粉酶的濃度，一般做次全胃切除的病人，通常術後第二天拔引流管，全胃切除的病人約三天左右兩邊都拔掉了，這也比我們快很多，這方面我也問了很多國家的人，得到的結論是已開發國家都很早拔管子，開發中國家都比較慢一點。

查完房的時間約是八點，此時住院醫師去處理等一下要開刀的病人，我們就去吃早餐。早餐我們四個外國人每天都去十九樓餐廳，680日元吃到飽，在日本這樣算很便宜，對於外科醫師來說中午通常不吃，所以早餐吃很多。早上這段時間算的上是我們幾個人的交流時間，說說各國醫療的情況以及醫院的制度，以及星期假日的去處，這些交流算是出國進修的另一種收穫吧。

所有分科的刀幾乎都是九點開始，因此吃完飯就去看刀。看他們開刀是踩在高的凳子上、腰彎著看，所以一天如果看個兩台刀，腰還蠻酸的，只有腹腔鏡有電視看不用彎腰，另外他們的住院醫師也會一起看刀，所以一台刀可能有六七個人在看，場面頗為壯觀，也因為如此不是每一個角度都看的到，所以每天站的角度都不太一樣，如此才可把整台刀的湊齊。

到六月之後情況比較好一些，因為只有我一個外國人在胃外科，這時候每一台刀才比較可完整的看完。他們開刀的特點是很會用電刀，幾乎都是主刀醫師從頭到尾拿著電刀完成的，這和我們不太一樣，另外一個特點就是很細膩，所有的血管和神經都分的清清楚楚，很像在做大體解剖。NCC第三期胃癌的五年存活率約50%，這比台灣一般的醫院好很多，但是他的壞處是併發症較高，術後產生胰漏的情形約15%。雖然開的很細膩，不過手術時間不會很久，一方面因為主治醫師對於這部份的大體解剖都很熟悉，所以較沒有不必要的動作，另外一方面是在手術台上的人等於很多都是主治醫師，所

以每個人都知道自己的工作，主刀的人很少在叫第二助手要怎樣拉勾的。

日本的早期胃癌約佔全部胃癌的一半以上，而胃癌的發生率約是每年每十萬人 30-40 人左右，而台灣胃癌的發生率是每年每十萬人 10.6 人，且早期胃癌不到 10%，所以我們在早期胃癌的經驗比他們少很多。日本治療胃癌是依據日本所訂的 Gastric cancer treatment guidelines in Japan 這份準則，而這份準則很重要的部份在早期胃癌的治療，除了日本和韓國，其它國家早期胃癌都不多，而且歐美一直質疑 D2 淋巴腺清除的意義，所以這份準則沒有通行全世界。

要能發現這麼多早期胃癌，內視鏡醫師的功力要很深厚，因為小形胃癌在胃鏡有時很容易漏看、或沒發現，而且小於兩公分且分化良好的胃癌是以內視鏡切除，超出了這個範圍才手術治療，因此關鍵是內視鏡醫師要有足夠的能力，才有辦法診斷以及內視鏡切除，內視鏡不能治療的胃癌就交給外科。因為有很多早期的胃癌，所以就演變出很多開刀的花樣，像幽門保留胃切除，迷走神經保留胃切除，而對於噴門側胃切除則有很多種防逆流的方法，這在以前都沒有看過，在這裡見習可以說是開了眼界。

NCC 的術中的腹水細胞學檢查，可以在術中就知道結果，因此可以很快的依據細胞學的結果改變術式。詢問之下才知道，大部份日本的醫院都可以立即知道細胞學的結果，因此台大醫院如果要成為真正的癌症治療中心，這方面可能還有努力的空間。

手術切下來的標本的處理也很有特色，切下來之後所有沒上刀的住院醫師都會一起處理標本，首先把胃剪開，看腫瘤有沒有拿下來，隨後一堆人就和標本一起去病理部，在病理部大家把淋巴腺照號碼分開，然後一顆一顆的將淋巴腺分開，在肉眼下判斷淋巴腺有否轉移，然後測量胃的腫瘤的大小，侵犯的深度，還要畫圖，最後再請專業攝影師照像，整個過程約一小時。

至於手術記錄，則是一本小冊子，總共十二頁，內容之詳盡，前所未見，也因此日本對於胃癌才有很詳盡的數據，這樣的手術記錄，對於日後要研究或是流行病學上的統計都很方便，不會有資料不全的情形發生。

由開刀所用的器械，可以發現日本是一個很有錢的國家，所有的東西除了金屬的器械，都是商業包裝、用過就丟，這和我們很多器械重複使用很多次不一樣。一台刀使用五、六隻內視鏡自動吻合器似乎是司空見慣，而所有的針線都是帶針線，這些手術器械的費用保險都會給付，同行的幾個外國人大概只有英國可以和他們相比。台灣只有在癌症時健保會給兩隻普通自動吻合器的錢。另外醫療保險方面詢問下才知道，日本的健康保險一般病人的部份負擔是 30%，三歲以下是 20%，這比我們的 10% 高出許多，部份負擔較高是比較有使用者付費的精神，對於健保這方面我比較過了幾個國家，這在後面會提到。

至於在麻醉方面，所有的病人都使用脊髓硬膜上止痛，也因此大部份的病人術後都沒有很痛的樣子，而且老人可以很快的拔管，減少加護病房的使



用，脊髓硬膜上止痛現在似乎是一種趨勢，很多國家都是例行的止痛方法，但是我們受限於健保的關係，所以只有特別的病人或是病人自費才會使用。另外一個特點，就是麻醉都麻的很穩，幾乎每台刀病人的心跳都是 60-80 左右，很少看到 90 以上的，而且開一半病人很少會動，至於真正的原因我就不是很清楚。

另一個特色，就是每一間都一定有一個主治醫師，這和台灣很多間一個主治醫師不一樣，也因此他們麻醉的品質比我們好。還有一個有趣的地方，就是麻醉醫師大量離職，所以有時候住院醫師要負責麻醉病人、照顧一整台刀，他們大部份的住院醫師在以前訓練時都只接受了三到五個月的麻醉科訓練，因此在這方面對病人有點危險。

在胃外科的時候，佐野醫師還幫我們上兩堂課，一堂是講為何要做 D2 淋巴廓清，一堂是開刀的方法，佐野醫師在日本頗有名聲，每年定期幫王子做胃鏡，經過大師的講解，很多以前對胃癌治療的疑惑頓時獲得解決，這兩堂課在日本收獲最多的課程。一天如果兩台刀看完時約是下午四點或五點，此時回去不用擠地鐵，至於周末就不用去醫院就是自己的時間，想去哪就去哪。

#### 內視鏡科：

因為這個醫院的內視鏡非常有名，幾乎三分之二的外國醫師來 NCC 都是來看他們的內視鏡，因此我也挑了兩天去內視鏡室。內視鏡室上午都是做篩檢或追蹤，下午做早期胃癌切除或大腸瘻肉切除。他們的內視鏡室總共有五間，大小約略是我們開刀房的大小，如果是下午的時段，小小一間有時加上外國的醫生會超過二十個人。這裡有兩個主治醫師很有名，一位是齊藤醫師，專門做大腸鏡，看他做大腸鏡平均五分鐘一個病人，兩分鐘就看到盲腸了，非常快而且病人都不會痛。另外一位是後藤田醫師，專門做胃鏡，其早期胃癌內視鏡切除，手法非常俐落。

在這裡只有兩天，所能看到的並不多，有點像是走馬看花，不過其內視鏡像開刀一樣，使用的器械特別多，從止血、吸引器、夾子、到各種角度的內視鏡應有盡有，因此可以做胃裡面各個位置，各種角度的內視鏡下胃癌切除。另外前面已經提過強大的內視鏡科對於整體消化道癌症的診斷和治療有很大的影響，其實另一方面對於整體的國民健康也有重大的影響，以韓國為例，韓國的胃癌發生率約每年每十萬人 40 人左右，過去一直是癌症死亡的第一名，但是這幾年政府花很多錢學日本做大量胃鏡篩檢，一下將胃癌的死亡率降到第二名以後，早期胃癌的比率上升到 50% 左右，換算成平均餘命約可增加 0.5 到 1 年，成效顯著。

#### 大腸直腸外科：

日本的大腸癌其發生率並沒有胃癌高，所以這也反應在手術的數量，一

星期約只有五到六台刀。手術的種類只有直腸癌骨盆腔淋巴清除這種手術在日本比較有人做，其他的手術和我們或其他國家並沒有太大的不同。而直腸癌骨盆腔淋巴清除這種手術其手術範圍之大，真是前所未見，但是這樣的手術對病人是否真的有益處就沒有得到真正的證明了。另外腹腔鏡大腸直腸切除，和我們醫院的程度相去不遠，所以也就沒有耳目一新的感覺。

這一科的制度和胃外科有些不一樣，像是早上的查房並沒有換藥，只是總醫師把所有的病人唸出來，看看今天要做那些事，而且只有科主任會來，因此只是病人唸一唸，對我們外國人來說，實在沒有太大的意思，感覺上這一單位對外國人不怎麼友善。由於一天常常只有一台刀，所以時常早上開完了，還不到中午就沒事了，如此對於我們外國人還可以去其他的分科去看其它的手術，至於對住院醫師就不是一件很好的事，因為一個住院醫師一星期只上一台刀或一台都沒上，這樣的訓練看起來問題還蠻大的。

### 肝膽胰外科

相反的肝膽胰外科對於外國人就比較友善，其主治醫師和總醫師會主動和外國人說話，而且也會主動和我們解釋病人的情況和手術的步驟。其早上查房和胃外科一樣，所有的人都會出現，然後大家一起看病人，他們的病人拔管子也很快，鼻胃管約術後一天就拔掉，開完胰頭十二指腸病人的引流管如果沒什麼問題約五天就拔了，這都比我們快，這主要的原因是他們後面後援的組織如放射科或內視鏡科都可以隨叫隨到，所以有問題可以很快獲得解決。

這一部門的刀都很大，胰頭十二指腸切除加切肝每週都有，所以時間都很長，一般都需要六到八小時，有時要十小時，所以他們一天都只排一台刀，總共四個主治醫師，平均每個主治醫師一星期一台刀。胰頭十二指腸切除的特色是，淋巴節會清十二、十三、十四、十六、八和九，而且如果腫瘤沒有太大，上腸繫膜動靜脈切斷再重新吻合是例行的術式，雖然這樣做對病人的愈後沒有比較好，不過他們已經習慣這樣做了，還有一個特色就是總膽管切得很高，約只剩半公分的長度，所以肝管和小腸吻合的時候比較困難。至於重建的方式它們是選擇 Roux-en Y 的方式。在做膽管癌手術時會將總膽管送病理切片，如果有還有癌細胞就再往上切，其病理部不管多晚都可以送冷凍切片，這和我們醫院過了五點就不能送冷凍切片差別很大。由於肝膽胰外科的刀並不多且在那邊只有兩個星期，所以有些部份不是很清楚，未來如果有人能再去 NCC 肝膽胰外科，建議以兩個月比較適當。

肝膽胰外科一星期有三次病歷討論，一次在星期一的下午六點，是和腫瘤科的討論，主要是討論開完刀的病人以及複發的病人要用怎樣的化學治療；目前化學治療越來越進步，像胃癌以前認為化學治療沒甚麼效果現在有很多藥也很有效，在這個病歷討論可以看出他們有很多種化療的臨床試驗，可能不久的將來也會有很有很有效的藥對抗胰臟癌。星期四下午六點是和病

理科的討論會，這個討論會有點像我們的外科臨床病理討論。星期五下午六點則是下一週手術的術前報告，雖然只有四或五個病人，不過討論熱烈有時會問我們這些外國人的看法，也算是很有趣的。這三個討論會可以發現一件事就是不管內科或是外科對所有病人的治療都很積極，很多病人化療做三、四個循環，然後又開兩、三次，又做 RFA，感覺我們對病人沒有這樣的積極，至於原因是什麼可能要再深入思考。

在肝膽胰外科有一天順便一起去御茶之水參加東京消化外科年會，雖然討論的主題不多，但是獲得很多新的觀點，算是一項額外的收穫。

## 心得及建議事項：

### 住院醫師訓練：

前面把整個住院醫師的制度都解釋過了，整個制度顯得很複雜，和一般國家那種一條鞭式的差別很大。這次我只有在 NCC 並沒有去看其他的大學醫院，所以對於大學醫院的情況就不是很清楚，所以在此只對 NCC 的制度做一個評論。因為住院醫師都是從全國各個醫院來，而且資歷都不同，有人只有兩年的一般醫學訓練有人已經是主治醫師，所以各方面的人都有，最大的好處是各種不同的觀念可以在此交流產生激盪，尤其是對於年輕的主治醫師來說可以學到不一樣的技巧和觀點。另外一個特別處是 NCC 的病人是責任制，病人住院之後這個病人就是給這個住院醫師還有主治醫師負責，因此所有大小事都是由住院醫師去承擔，因此晚上有事會直接連絡住院醫師，並不會去管你有沒有值班，另外抽血換藥還有其他林林總總都是住院醫師要做，因此雖然他們沒有幾個病人，但是只要輪到外科就很累很多事要做，因此在外科就沒有辦法兼差，這樣的好處是對於一個病人從住院到出院有完整的了解，即使晚上或假日發生什麼事也都很清楚，當然以我們醫院要做到完全的責任制有很大的困難。以目前我們外科有一部份是跟主治醫師，但還有很多分科住院醫師不是跟主治醫師而是以病房分段，這個方法的好處是可以讓住院醫師學習到各個不同的主治醫師，但是只要病人一轉床就和原來的住院醫師無關了，因此在照顧病人常常只學到片段，也因為如此，主治醫師對於病人的照顧常常也只和總醫師討論，因此這會使得很多第一年或第二年的住院醫師覺得只是在做文書工作每天辦出院住院而已。這個問題已經存在很久，在當我做完總醫師後發現，這個方法的最大好處是方便總醫師管理，但對於第一年和第二年住院醫師的訓練並不好。但是以目前的情況要完全變為住院醫師跟主治醫師還是有困難，例如一般外科病房和病人太多，一個住院醫師的病人如果分散在醫院的各個角落，對於病人照顧的品質還是有很大的影響。

他們複雜的住院醫師訓練還是有不好的地方，例如一個醫學院的學生在 2004 年畢業後接受兩年的一般醫學訓練就直接去 NCC 那這樣的訓練也有它的問題，因為這樣只有對癌症處理的學習，並沒有廣度的訓練，例如在這樣的住院醫師就沒有遇過急診以及急性腹症的病人，對於外科醫師的養成也是有問題的，而且這些人如果三年住院醫師結束，其外科訓練並沒有結束，如果去其它的大學醫院可能也很難從中插入，所以也只能繼續 NCC 的總醫師訓練了。如果是 2004 年以前畢業的人比較沒有這樣的問題，因為他們至少還有兩年基本外科的訓練。另外一般醫學兩年在短期來看對非內外婦兒科會有較大的影響，但長期來看對醫師的養成還是有他的好處，如此醫師比較不會太早進入專科，比較可以全方位照顧病人，而且在一般醫學訓練時比較了解外科的辛苦，所以外科離職率會比較低但是這樣住院醫師選擇外科的也會變少，因此在日本實行這樣的制度後選擇非內外婦兒科的人就上升很多了。台灣在不久的將來也想把一般醫學延長為一年或兩年，而選科要在一般醫學之

前還是之後，以及一般醫學訓練對學員的考核，是一般醫學訓練是否成功的關鍵，我覺得這個還需要長久的評估，貿然施行，會有很多問題發生。

### 開刀房和醫院運作

看過 NCC 的開刀房運作大概找不出比他們還沒效率的醫院了，病房空床很多，開刀房一天大概只用一半的房間，全部的原因都來自於沒有麻醉科醫師，這理由很可笑，這可以看出一個麻醉科就可以影響全部醫院的運作。台大醫院也是一個公立醫院，但是我們的佔床率和開刀房使用率比他們好很多，但是很多刀能不能開到，麻醉科還是扮演一個很重要的關鍵，台大醫院目前有時候外科系的刀有時也會受限於開刀房以及麻醉科人的不足，以至於病人常會被延到下一個開刀日，如果我們醫院的麻醉科能再多增加一些人手，以及晚上急診房能再增加一兩間開刀房，相信對於醫院績效以及病人滿意度的提升，都有更好的結果。麻醉科對於所有外科系的部門都有影響，所以醫院如果要提升外科系的業績，就要再加強開刀房的使用率，以 NCC 的例子來看，多雇些麻醉護士，再改變排班的方法，這個多年問題應該可以解決。

再來是床位的管理：我問過很多國家的管床方法，國外很多醫院也像我們一樣是總醫師管床，也要打電話叫病人來住院，所以產生的問題也和我們差不多。而提升整體醫院病床的使用率以及每單位病床產值，就要用財團法人醫院的方法治理才有可能達成。我們醫院這種制度最大的好處就是可以全方位的訓練總醫師，在台大醫院外科裡面總醫師又是住院醫師訓練裡面最精華的一段，如果以教學醫院的角度來看，這個制度的存在有其必要。所以到底那一種方法好就要看醫院的定位和方向了，不然就是將長期低佔床率的病房床位釋放出來給其它科使用，以達到更好的效率。

電腦系統在現在的時代對於醫院運作也是很重要的，NCC 的病歷已經完全電子化，只有同意書，手術記錄等一定要有書面的文件才夾在病歷，NCC 電腦系統的特色就是電腦很多，系統很快，對使用者很友善，我們醫院自從換系統之後，這個新系統最大的問題就是速度太慢，對使用者不友善，因此讓住院醫師花很多時間在電腦的文書處理上面，而對病人的照顧就會花比較少的時間。

### 癌症治療

看了兩個多月的癌症手術，並不會覺得他們一定很會開刀，而且很多開刀的觀念也不算是對病人比較好，但整體的感覺就是日本人的做事方法就是一絲不苟，每一個細節都盡量做到完美，這種態度已經融入日常生活之中，所以對於一種疾病的治療，從診斷到治療到術後追蹤，每一個環節都做到盡善盡美。還沒有去日本之前對於他們癌症手術以為只是淋巴節清得很乾淨，去了之後才知道其實是全面性的，不光淋巴腺闊清很乾，其實從診斷到治療，到術後的化學治療或追蹤都有一個很完整的依循規則，而且這些方法或

規則很多都是全國統一，每幾年定期修改一次，有這種制度做各種臨床試驗就比較方便，而且可以很多家醫院一起做，速度也可以提升。而我們台灣要學習他們的制度基本上是很困難的，即使其他先進國家也不容易，因為絕大多數的人做事的態度並不能像日本人這樣一絲不苟。

雖然不能完全的學他們做事的態度，但是還是可以挑一些適合我們去做改善的地方。例如開刀的方法，這只是個人開刀觀念的改變以及技術的提升，我回來之後也會根據所學，與師長及同儕討論，統整過去根基，發展出對病人最好的治療策略。在診斷方面整個醫院或國家可以專注在早期診斷癌症的方向發展，日本人的癌症大部份都是小小的大到不能開的不多，這主要是歸功於早期診斷，因此胃癌超過百分之五十是早期，大腸癌都小小的，我那兩個星期沒有看到超過五公分以上，即使胰臟癌都很小，因此國民健康可以提高許多，而韓國學習日本的方法，也得到很好的成果。因此我們的衛生機關可以朝此方向大力發展，這個投入的金錢絕對比一堆不能開的癌症造成的社會成本少很多。

## 結論

所謂讀萬卷書，行萬里路正可用來描述我從日本回來的心情，非常感謝醫院以及師長能夠給我這個機會去國外學習。很多事物雖然可以耳聞，或從書上獲得，但是實際上看到又有不同層次的體驗。另外出國進修可以體會當地風土人文，以至於產生出來的制度和規範以及人們的想法，這個只有身在異地才能有所感觸，再將這些和國內的制度做一比較，往往可以激發出許多靈感以及想法。另外出國認識許多外國的友人，因此可以了解其他國家的文化和制度，這些人在回過繼續連絡在往後行醫生涯也是可以產生許多助益。最後希望此計劃可以每年都舉辦，讓醫院的後輩都有出國學習的機會。