

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：進修)

美國加州大學醫學中心舊金山分院
內分泌外科及胰臟移植手術
進修報告

服務機關：台中榮民總醫院醫院

職 稱：一般外科主治醫師

姓 名：陳怡如

派赴國家：美國

出國期間：103.11.01~104.10.31

報告日期：104.11.30

目次

壹、摘要	-----	2
貳、目的	-----	2
參、過程	-----	2
肆、心得	-----	7
伍、建議	-----	7

壹、摘要

^職奉准於 2014 年 11 月起赴美進修「內分泌外科及胰臟移植手術」為期一年。期間於美國加州大學舊金山分校（UCSF）醫學中心擔任訪問學者。選擇 UCSF 主要是因為這個醫學中心的內分泌外科臨床及學術方面成就傲人，同時胰臟移植手術的成績也是首屈一指。本人非常高興能夠在這短短一年的之內，充分地利用時間見習觀摩到最先進的內分泌外科，手術臨床研究方面的新知及學習胰臟移植手術。茲提出心得感想與建議，希望能對醫學科學之學術發展能略盡棉薄之力。

貳、目的

內分泌外科雖然是一古老的疾病，但因診斷能力的進步，許多微小甲狀腺癌被診斷出來，經過一些國外的臨床研究，發現這些微小甲狀腺癌的治療不同，且對其他甲狀腺癌的治療也有很大的改變，故對新的治療建議深感興趣。另外，有感於甲狀腺癌研究資源在國內尚較缺乏，故選擇赴美國加州舊金山分校附設醫院進修，期望學得最新發展的技術及完整臨床研究方法。

除此之外，為了發展本院移植外科學，在 UCSF 杜光陽教授的引薦及支持下，得以同時在 UCSF 的移植團隊 Peter Stock 教授及其同仁的指導下，進行胰臟移植外科訓練。

參、過程

一、內分泌外科

UCSF 為美國西岸的學術研究重鎮，全名為加州大學舊金山分校。UCSF 醫學中心 2015

被評選為“one of the top ten hospitals”。我所在的內分泌外科，主要以治療內分泌疾病為主，臨床及研究質量居全美翹楚。指導教授是華裔的 Quan-Yang Duh 教授，他為美國內分泌外科前任理事長及常任理事。杜教授現在為 UCSF 內分泌外科主任，除了臨床外，基礎研究領域也常見他的文章發表。在外科重要期刊 *Annals of Surgery* 也有他針對投稿文章做出評論及建議。他被國際認可為微創手術的專家，也被評為美國頂尖醫師（前 1%）。另外同科部的師長 Dr. Orlo H. Clark 為知名的甲狀腺權威，他是前任世界內分泌外科主席，為各內分泌教科書的編修作者。另外有 Dr. Jessica Gosnell、Wen T. Shen 和 Insoo Suh 三位助理教授。

我參加的內分泌外科腫瘤學程為 1990 年由 Dr. Orlo H. Clark 建立，至今訓練超過 100 個 Fellow。整個學程團隊像是小型的聯合國。在這裡，荷蘭、加拿大、奧地利、葉門及泰國來的訪問學者，還有美國各大學的暑期及寒假學生，來自各不同地區之學者齊聚一堂，對於世界各地不同區域各有關議題，常有機會互相觀摩學習並討論，成為日後發展跨國際研究之重要資源。

在這段進修時間，我在杜教授及 Dr. Gosnell 指導下進行甲狀腺髓狀癌預防性外科手術之臨床研究。從病歷資料查閱申請、資料庫查閱申請、倫委會申請，甚至連申請的資料如何安全存檔都是大工程。在這過程中發現，我們醫院對病歷及資料的保存遠優於 UCSF，本院的同仁在使用這些資料時應心存感激，最後幸運及時完成這個研究案，投稿於今年在泰國舉辦的 IAES 也被接受。

臨床觀察

臨床的活動，每週兩天觀摩杜教授開刀，對甲狀腺或副甲狀腺手術而言，病人先接受手術，在恢復單位休息後大都當日出院，隔周才回診，若須住院也大都只有一晚。整體來說，

UCSF 已放棄目前最熱門的內視鏡及機器手臂甲狀腺切除手術，因此二種手術，在美國保險皆不給付，且對於疾病的治療有諸多限制。跟本院現有的手術上最大的差別在於各種器械齊備度，他們每台甲狀腺手術，皆常規使用返喉神經監視器及 **Hamonic** 超音波刀。每週一早上有臨床會議，討論之前開刀病人的併發症及病理報告、本周要開刀病人的情況以及特殊病人的讀書討論。每週五早上有實驗室會議，討論正在進行的計劃和即將投稿的文章，參加這個實驗室會議對我有很大幫助，因為 UCSF 目前沒有很多經費做基礎研究，目前的計劃皆為臨床研究，我在來 UCSF 之前，曾經苦思要如何寫出有關甲狀腺的文章，但因甲狀腺是一古老的疾病，想出的計劃大多已有人研究過了；在這個實驗室會議中，杜教授及他的同事，卻常常可以從不同的角度切入，得到許多意想不到的論點，接著經由臨床資料的分析，最後完成令人讚賞的文章。星期五，杜教授是看整天的門診，令人印象深刻的是，美國的門診人數控制，每個病人看半個鐘頭左右，整天看下來大約是 16 至 20 個病人，醫生可以有充裕的時間和病人解釋病情。因大多數的病人是轉診來的，在看診的前幾天，醫師需將病人的資料完全看一次，再寫個簡短的紀錄，因此每當醫師走進診間時，對病人的情況已經瞭若指掌，這點跟在臺灣有很大的不同，但是我們每診次要那麼多病人，應該很難做到。

每個月會有一個晚上，杜教授有文獻討論會，我們會挑選一個主題，然後找 4-5 篇相關的文獻加以討論，我覺得在這個討論會上收獲最多的不是我們讀的文獻，而是杜教授會適時的提出他個人的經驗和看法，我從中領悟到如何去截取文章中可以當成自己往後臨床和研究上可以用到的材料，而不是一味的相信這些文章。

二、胰臟移植外科

UCSF 的胰臟移植開始於 1989 年，至今已超過 500 個病人。胰臟移植的團隊負責人是

Dr. Peter Stock，他是現任美國胰臟移植協會的理事長。胰臟移植團隊其實是包括在腹部移植團隊中，其中有 8 位外科醫師，11 位腎臟科醫師，12 位肝臟醫師以及 1 位內分泌醫師。UCSF 一年的胰臟移植病人大約有 20 個，大多數是胰腎一起移植。

胰臟移植後的病人是由內外科醫師一起照護，每天早上 10 點在病房舉行團隊會議。團隊會議參與的人員包括移植外科主治醫師、腎臟內科主治醫師、臨床研究員(clinical fellow)、住院醫師、實習醫師、臨床藥師、移植協調聯絡人、營養師、復健師、社工人員以及國外進修醫師。住院醫師會報告病人的狀況，主治醫師會做出處置或教導住院醫師一些臨床及基礎的知識。大部份因外科醫師在手術，無法參與會議，但遇到較複雜的問題，會再尋問外科醫師的意見，會後再一起查房。其特色是針對病患的病情有充分的討論，然後做成治療的方針和決議及共識，其中與病人相關的事務，何如病患的社工問題，亦可同時獲得討論和解決。我認為這個團隊會議很值得我們效法，在本院肝臟移植的病人的一線照顧是外科醫師，病人有問題再照會內科或放射線醫師，在病情的處理上慢了一步，且無法獲得詳細的討論。

UCSF 沒有發展活體胰臟移植，只有大體捐贈。一開始要去參加器官的摘取手術相當困難，當有器官捐贈時，移植協調聯絡人會 e-mail 給參與的人，但因資料保密的原則，他們無法通知我；後來終於和負責摘取醫師（他只負責捐贈者，不會到醫院開其他刀）打好關係，我和他出去摘取一次器官，之後他就每次都會通知我了，大概是認為我比其他住院醫師經驗豐富。因此得到許多很特殊的經歷，如坐小飛機、摘取 DCD 捐贈者的經驗。我也去觀摩 UCSF 的肝臟移植，相較之下，我們對手術的技術或病人的照護，並不亞於世界肝臟移植首屈一指的 UCSF，深思之下，我們的問題應是在團隊合作。

肆、心得：

到UCSF進修以來，讓我感受最深的是他們團隊合作所發揮的成效，以移植外科來說，病人移植後的照顧是各相關單位一起開會討論，立即有適當的處置，如病人需要做膽道鏡，肝臟內科醫師就會安排，也會知道膽道鏡要做的重點是在何處。反觀本院，移植後病人在病情有變化時，外科醫師需要連絡其他科的醫師做進一步的處理，且有時會診的醫師並不了解病人的情況或對移植病人的處置不恰當，在時效性與專業性來說就落後許多。

伍、建議

1. 杜教授領導的內分泌外科或Peter Stock領導的胰臟移植之所以會成功，最重要的是專業分工及團隊合作。各個人都非常尊重自己的本業，專於自己的本業。建議我們所成立的團隊照護，不應只是一個名號，而應該要能落實。
2. 在美國時，趁著地利之便，參加了多個在美國舉辦的國際醫學會議，獲益良多，希望醫院可以提供更多的名額，讓我們可以藉著醫學會議，學習到新的技術或知識，進而與世界研究潮流並駕齊驅。