

頂好飯店轉住非洲草原：我的實習生涯成年禮

陽明醫七 Intern 陳膺帆

一直有個無國界醫師的憧憬。隨著在榮總跑過各科實習的經驗，自然也想到地球另一端看看當地醫療情形又是如何?很幸運在我實習生涯當中有機會能到馬拉威投入一個月的實習生活，參觀當地醫學中心的內、外、婦、兒科及衛生所的公衛計畫，因此便把這次的收穫紀實，再加上與榮總經驗之比較記錄下來：

初來乍到。非洲：人生初體驗

臺北→香港→南非→里朗威→姆祖祖

25 小時飛機+5 小時車程抵達黑暗大陸

一入境馬拉威，便是要來個最華麗的登場：明星式下飛機至機場跑道，再步行進入航廈(但不是因為我們太大牌因為機場太落後)。接著便是收到「非洲式」的歡迎禮：機場跳電。海關系統停擺，卡了半小時才順利通關。在買好網卡、拉好行李一陣忙亂過後，我們上了計程車從里朗威前往 350 公里遠的馬拉威第三大城，醫療站所在地：姆祖祖。四個半小時的車程，路上皆是臺灣的鄉間小路景色，但很難想像這已經是他們的高速公路，畢竟外國援助的柏油路就已經是進步的象徵。明月高掛，抵達 Luke International 的宿舍安頓休息，也宣告黑暗大陸生活正式開始。

3/5，初來乍到的週一就碰上馬拉威的獨立紀念日，全國休假一天。對於我們飽受車程折磨的屁股可說是一大福音，也能好好認識鎮上的環境：逛著 muzuzu 的銀行、路燈、超級市場，卻也讓我第一次清楚看見資本主義的悲哀：超級市場貨品琳琅滿目，西式用品擺放齊全。經典美式大罐化學洗衣精、規格化麵粉袋、cereal、巧克力棒、可口可樂等等...這些西方大廠滲透了在城市工作的上等黑人，而傳統農民只能在超市外賣著四元八元的蔬果，真是赤裸裸的殘酷。

省思：認識是打破刻板印象的開始。非洲大陸之壯觀遼闊，只有親自到當地才能體會。另外馬拉威清晨晚上頗冷，雨量豐沛植物蓊鬱，顛覆我們對非洲又熱又乾的單一印象。「繁榮」是世人追求的普世價值，但現今我們給非洲所帶來(援助)的不是真正的繁榮，我們不鼓勵自我培力、多樣性，卻選擇最快最簡便的文化灌輸-資本主義，結果眾人皆知。一個有機會開創人類發展模式新局的處女地，再次被資本家蹂躪粉碎。





外科

第一天的上工日，我們至 Muzuzu Central Hospital 開始外科課程。不像榮總外科分科專業精細，此處雖是醫學中心但也只能以一般外科型態包下各種手術。進入刀房，裡頭設備人力簡陋但卻也意外的合格。全套中國捐獻手術台、抽吸器、耗材等等，簡體標示清晰可見(中國為馬拉威主要邦交國)。兩位韓裔美籍 VS，助手一黑人 Fellow，中國籍麻醉科醫師。這邊就是國際援助第一線，聯合國的縮影。今天的手術是車禍的女患者 delayed intestinal perforation 進行壞死腸切除術。主治醫師 Park 開完刀和我們簡介病人病史和手術內容，他的教學讓我五體投地，純正的美國醫生 thinking process，雖是外科醫生但內科邏輯毫不含糊。

我們常說：「醫學是種邏輯」，在臺灣我們最喜歡反射動作，無腦開 order。但給美國正統訓練 Park 醫師指導後，我了解我得鞭策自己，無論知識扎實度和細膩度都要再加強！



內科

內科門診

我們跟著中國外交團的王醫師看門診。與臺灣醫療情況天差地遠，馬拉威門診最常見的疾病是瘧疾(與其他寄生蟲疾病)、HIV(盛行率：7~10%)、結核病(盛行率：300~500/十萬人)、退化性關節炎(特別是婦女常頭頂重物造成 C spine injury)和糖尿病高血壓(可口可樂是很大的元兇)。另外，馬拉威醫療福利極佳，看病免費。不過病患的回診率及 compliance 仍不佳，原因竟然是雖然看病免費但路途遙遠，居民連交通費都無法負荷...而這也成為他們公衛醫療推行的最大挑戰。

抽菸喝酒病史也是顛覆我想像的一環，在臺灣當 intern，問病史漏了這塊可是非常糟糕的事情，但在馬拉威，幾乎沒有病人有抽菸喝酒的習慣，因為他們連成癮性物質都是一種奢侈品！風土民情的不同，造就了醫師在鑑別診斷時要有完全不同的思維。

內科晨會

讓我印象深刻，晨會主題是馬拉威 TB 的回顧，比起臺灣，馬拉威的結核病是個更嚴重的問題，每年有數百位死亡的案例。肺外肺內各占一半死亡數，合併 HIV 死亡占 70%。另外，compliance 也是非常棘手的挑戰，回診率低落又無 DOTS(送藥到手，吃完再走)，讓肺結核防治成為天方夜譚...相較於預算充裕的愛滋病門診，肺結核盛行率雖然相對較低，但非外援重點項目，整個防治制度、執行力道與愛滋病可說是天差地遠...

內科病房

除了醫師，護理長在這邊也是很重要的存在。我們看到美國護理長在教導當地護士們，她的獨立思考、判斷能力非常紮實，完全等於是臺灣 PGY 等級。護理長同時也示範了腹痛的理學檢查，完整性也是電翻臺灣 Intern。這趟在馬拉威的實習，讓我不只看到當地醫生的長處，也讓我見識美國訓練出身的醫護人員，與臺灣醫學教育的差距。

省思：在內科，我深刻體會雙方醫療環境差距之大，如他們重要的 DD「瘧疾」在臺灣已經絕跡、許多病房 routine 也因資源問題受到諸多限制。我想，在馬拉威當醫師既簡單(甚麼都做不了)又困難(資源有限需盡最大努力，基本功要強)。Muzuzu 醫院各項基本藥品齊全，但這也是他們最大的問題。由於馬拉威極度倚賴外援，藥品儀器都是友邦捐助，公衛事物的推行自然依賴金主臉色。愛滋病的彩虹門診因為是外援重點項目，自然經營有聲有色。一旦外資抽離，整個計畫便嘎然而止。



婦兒

馬拉威婦女生育率高，人口分布年輕，婦產科自然是最繁忙的科別之一。每月生產數在三百到五百例間。此地與臺灣不同，自然產都是由助產士(職等為 Nurse)來接生，醫師只負責產前評估、困難生產和剖腹產等處置。雖然醫學不發達，但絕大部分的婦女都是在醫院生產了，傳統的產婆都已歸化進醫院助產士的體制。

而在婦科病房，我們可以看到許多國際援助組織在牆上張貼的 protocol，名列許多病房規範和標

準流程。可以看出 Maternal health 的確是聯合國在非洲的重點項目之一。但現今非洲婦女的小孩數也差距很大了，六七胎的婦女仍不少，但只生三胎的也大有人在。只能說外界文化的衝擊讓非洲改變迅速。

至於在小兒科實習，第一眼印象就是：小孩、媽媽多...病房擠到爆，甚至病患多到睡在地板。馬拉威小兒科醫生非常短缺，這邊小兒科只有一位專科醫生，一位中國支援醫師(非常駐)，跟數位 NP。照護人力的不足，讓布蘭戴爾醫院更是發生過駭人聽聞的事件：早產兒保溫箱老舊加上疏於監控，一位嬰兒直接被烤死。Muzuzu 的新生兒病房也是簡陋擁擠，這種離奇的事情聽來誇張，但來到這邊一切都變得「不意外」。

其實，隨著來非洲實習已兩周，對於非洲人的基因可說是五體投地。時常可以看到麻藥不足直接操作、很有菌環境做 procedure 的情景。而病患也沒感染、很 OK 的活下來了。我想就跟泥巴地長大的小朋友，反而不易生病過敏的道理是一樣的吧。



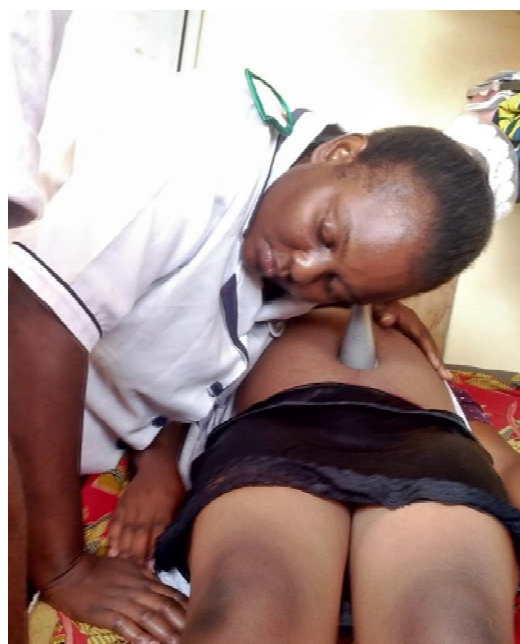
社區衛生所

結束醫學中心的實習，我們來到 Muzuzu Health Center 之下，層級相當於臺灣的衛生所。馬拉威醫療分級制度完善，衛生所接收所有的看診病患(且免費)，若經 NP 判定病情複雜再轉診至醫學中心。若要直接去醫學中心 ok，不過得付馬拉威幣 1500 元(新臺幣 60 元)，對於農民來已經是不小的數字。

身為第一線醫療，衛生所病人爆多，但由於每個月預算是少到吃驚的 28 萬新臺幣(要付所有工作人員薪水、藥費、耗材等)，因此 OPD 只有兩位 NP 看診。NP 表示，在衛生所工作挑戰艱鉅，原因當然是因為資源有限。此處連 X-ray、抽血檢查都沒有，但有一點值得慶幸(或說是不幸)，馬拉威瘧疾嚴重，超過一半以上的病患都是因瘧疾而來。只要出現典型症狀：fever, coughing, abdominal pain, anemia。很簡單，就把他們送去做瘧疾篩檢:MRDT test。若篩檢結果為陽性，開立瘧疾處方，若結果陰性再進一步轉診至 Muzuzu Central Hospital 作詳細檢查。

我們還參觀了衛生所許多的醫療部門，在參觀家庭計畫診間時出現了很有趣的對話。我很好奇，接受家聽計畫的媽媽如何選擇避孕措施?先去 OPD 跟醫生討論嗎?還是自己選擇?沒想到被護生不可思

議說:「她們不是病人，怎麼會去 OPD?」認為我把她們當病人看待(應把她們視為健康人)。這讓我再次體驗了榮總與馬拉威醫療的南轅北轍。



結語:

這次的非洲之旅大大開拓我視野國際觀，雖然事前盡力做好萬全準備，但 Africa is Africa! 整趟非洲之旅仍是意外連連! 除了遠在異鄉生活起居的困難，在聯合國援助現場體會國際醫療也是很大的衝擊。一直都以無國界醫師為目標，我曾看過宋睿祥醫師著作【回家的路是這樣走的】，裡面記載了他在葉門擔任無國界醫師的經歷。現在從馬拉威的經驗回想，宋醫師的字字句句都讓我有更實際的體會。馬拉威雖然不是戰亂國家，但在這一個月我真真實實的就在國際援助的現場經歷一切，UNAIDS, USAID, JICA, 中國醫療團, Dr. Park 等等等。我想我們在這個月都短暫的一圓無國界醫師的夢想吧!

「看人長處勝過指人短處」我想也是此次非洲行最大的收穫之一，如何在有限的醫療資源，最大化救人的效果，這在臺灣完善的醫療環境下有時是很難體會的。學海無涯，唯勤是岸。每到新環境又再次的認識自己身為 intern 的不足。我的醫學之路尚仍漫長，謝謝所有協助我順利完成非洲之旅的師長朋友。

我很幸運、仍要好好努力!