

西非小島國~聖多美普林西比行醫感想



張裕泰醫師擔任本校2010年駐聖多美普林西比共和國醫療團團長，其為日本信州大學醫學部博士，曾獲臺北市醫師公會第13屆杏林獎、第16屆醫療奉獻獎及第6屆國家公益等獎項。后文為其在《台灣醫界雜誌》所發表之聖國行醫的感觸，字字珠璣，閱雲校長特別推薦。

■前言

筆者於1995年加入臺灣路竹會前往國內各偏遠地區部落義診，2000年開始跟隨臺灣路竹會做短期國際醫療援助。2009年底接到臺北醫學大學的邀請前往西非邦交國駐一年援助該國醫療。雖有短期國際醫療服務經驗，但尚未有長期駐地服務經驗，2010年初藉此機會體驗一下，於是答應帶領醫療團前往西非我邦交國~聖多美普林西比國行醫一年，一年來有著深切的感觸，提出與大家分享。

■現況

2010年1月13日於台北出發，15日清晨抵達位於西非幾內亞灣赤道上的島國~聖多美普林西比國，這個由聖多美島(約52×32Km)與普林西比島(約30×6Km)組成的國家，人口約20萬人，普林西比島約占6千人左右，其餘居住聖多美島，聖多美峰高達海拔2千餘公尺，雨季雨水足，樹木茂盛，可可、咖啡、棕櫚、椰子樹林多，以農為主；七個行政區(Aqua Grande、Me Zoi、Cantagalo、Caué、Lemba、Lobata、Principe)。曾為葡萄牙殖民地，獨立後共產主義治國，後來放棄共產主義制度改民主主義制度，是非洲最早實施民主憲政國家。1997年與我國建交，1998年我國派遣醫療團前往該國服務至今。

出機場後給人印象是以葡式建築物為主的民房，說葡語，少數人說法語，主食為米，由於到處有香蕉樹且種品很多、麵包樹、蘆薈蜜樹、魚類等，物產比非洲本土豐富且綠意盎然。每個行政區內設有醫院，每間醫院只有一名醫師兼衛生廳廳長(類似國內衛生室規模)。最大醫院Aryyas Hospital(俗稱中央醫院，類似國內地區醫院規模)，醫師多數集中於此醫院。該國無醫學院，早期國家派40名學生至舊蘇聯習醫，有些至古巴、巴西、澳門、莫三比克、希臘、意大利等國家習醫，目前尚在執行醫療業務者約70名(領有外國執照、學徒出身無執照自稱醫師及我國聘請之古巴醫師十幾名等)。護校設於此醫院旁每三年招收35名護生。由於醫師待遇很差留不住人，依現況是缺醫護人員狀況。有一百多個大小社區，有衛生站但無藥品，有些站有衛生員但有些連衛生員都沒有。



剛到任，在翻譯陪同下前往各醫院拜訪院長(或廳長)，除中央醫院外各醫院規模都很小，設備也都很簡陋，中央醫院雖最大但無高貴醫療器材。由於我駐聖國大使希望本團以改善中央醫院為主要目標，因此除了繼續前團的業務外也進駐中央醫院協助醫療並瞭解該院狀況，人生地不熟，一開始工作很不順，主因在於當地人的要求比我們想像中還多及團員無安排行前共識取得共識，尋求國內支援又限於經費與相隔遙遠無法即時與順利給予適時援助，沒多久就陷入工作無法推展的窘境裡，不自覺自問：為何而來？來做什麼？能做什麼？心裡雖有著百般無奈但不甘心就此被打敗，於是決定突破個人心理障礙，再次挑戰自己的極限，以mission impossible及cooperation with NGO作為自己的座右銘，重新開始。(圖：左邊3層樓之

建築為中央醫院之住院大樓)

先安排團員以中央醫院為主要支援對象，內容包括門診、手術、會診、教學訓練、值班、器材維修與提供等，其他包括首都門診中心、Guadalupe醫院、咖啡山診所、Neves醫院等只做門診支援，牙科只在首都門診中心駐診。中央醫院有簡陋燒燙傷病房，設於手術室上方三樓，剛進駐前往查房時，看到許多位成人與小孩的燒燙傷病人，只見葡萄牙修女兼護理師耐心地為病人換藥，看不到外科醫師做任何處置。隔天再度上三樓房間瞭解收住的數名大面積燒燙傷病人狀況時，葡萄牙修女正為一名6歲臉頰、上肢、胸背部大面積燒燙傷男童換藥，據修女所述：這病童已在醫院住了6個月，臉頰與上肢離傷口已結疤但胸背部傷口還未完全癒合且臉部皮膚縮造成嘴角會流口水及兩側腋下皮膚縮縮無法上舉，細問之下，才明白醫師為何不管，每天只由修女幫忙換藥，主因為欠缺整形外科專業知識與醫療器材與耗材，又因病人家境清寒無法送至葡萄牙就醫(雖然葡國每年給予150名重症免費醫療名額)。【圖：張裕泰團長在聖國為民眾進行相關檢查】



相隔不久，前往西岸南部Neves醫院看門診時，廳長請我會診一名右下肢背側燒傷7歲病童，已在該院治療一個月傷口尚未癒合且右腳膝窩不已因皮膚縮縮無法站直。心想如何幫助這兩位病童？與駐館陳大使商量後，於2010年3月15日下午進行首次遠距醫療會診，先嚐試用SKYPE與臺北醫學大學萬芳醫院整形外科做遠距視訊會診，於是一場前所未有的橫跨半個地球的轉診作業就開始上演。雖然面臨許多問題需突破，在駐館的協助下、國內善心人士與慈善機構的贊助下，本團與北醫全體動員下終於成功治好這兩位該國未來主人翁。

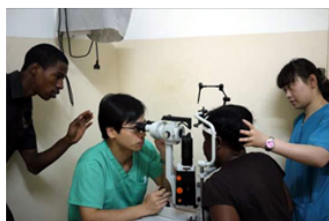


【圖：左為2010年3月15日首次遠距醫療會診，右為兩位聖國病童於同年4月在萬芳醫院燒燙傷中心就醫接受治療】

有一天上午與急診室主任前往急診室瞭解急診作業流程時，看到室外病人很多像菜市場，室內像迷宮，沒有檢傷站(據說是前總理規定)。同時也瞭解為什麼只有星期一至五上午病人很多，下午與假日就很少？主要原因為該國憲法是在共產主義體制時期制定的，當時規定急診病人及住院病人的醫療費全免，延用至今。在手術室內也發現該院水與電力很不穩定，且缺乏有效率的醫院管理人員，儀器常故障，東西壞了就放在一邊不管，醫院醫護人員薪資少，工作效率差，中

午過後全醫院裏除值班人員外，看不到醫護人員。他國資助的儀器也常因基礎設施不完善，很容易就發生機器故障，無法使用之現象，還有些是不會用放在角落棄置。在眼科門診也瞭解有一千多名白內障病人正等待治療，立即與葡萄牙 NGO 組織 SAUDE PARA DOTOS 協調人員協商，以雙邊合作關係來幫助聖國醫療，既可節省醫療資源又可服務更多這些正等待眼科醫師做白內障手術的病人。

雙方有了共識後該協調人安排葡國醫師6月來聖國做白內障手術，臺北醫學大學則於9月安排眼科醫師做短期主題式醫療，共完成29名白內障病人手術，術後則由本醫團負責追蹤病人術後狀況，如此合作關係既省經費也照顧更多病人，並可建立葡國醫師與本團的良好互動關係。



【圖：北醫大於2011年3月由蔡振行醫師等赴聖國執行眼科主題式醫療】

本團參加館團會議時也接受大使館參事建議，與我國駐該國技術團合作，發展社區總體營造，希望將來能帶動該國一百多個社區成為健康社區。也瞭解該國6~9月乾季缺水嚴重與水質問題，臺北醫學大學派遣公共衛生學教授前往勘查，發現自來水廠水中含餘氯量過高與含鈣量也過高，長期飲用有礙健康。同時也發現檢驗寄生蟲技術員水準低，只能檢驗出5~8種寄生蟲。WHO每年2、5、10月全面給小學校學童吃Mebendazole殺寄生蟲，但投藥後沒做效果評估。

臺北醫學大學10月派寄生蟲學教授前往做短期主題式學童寄生蟲篩檢與訓練技術員；發現學童寄生蟲感染率高達70%，意味著目前的治療方式是有待改進。目前瘧疾感染率已被我國長期派駐該國防瘧顧問團控制在約4%左右。該國AIDS感染率約4%左右，雖低但因性開放的關係有在上昇，值得注意。該國因窮人多且衛生條件不好，有許多下肢有慢性潰瘍病人，本團也開設慢性傷口特別門診，即將派整形外科醫師前往做短期主題式醫療。該國雖小但交通不便且衛生環境差，雖然許多國家的NGO在該國協助，但成效不彰，原因可能在於推動環保的人士不希望非洲的這塊綠地很快就淪陷，因為許多現代化產品都是靠輸入，垃圾、廢棄物等無法有效銷燬或回收與再利用。

■感想

五十年前臺灣接受美援，如今是一高科技島國。雖然在國際上政治地位不如落後國家，但經濟地位不輸已發展國家。由於生活水平越來越高，技術水準也越來越優良，在心有餘力之下，許多人也越來越關心人道救援。反觀同是海島國的聖多美普林西比國，相較之下落差就很大。該國以前是黑奴轉運站，葡萄牙殖民後也沒將技術轉移給該國人民，一個只賣咖啡、可可、棕櫚油、椰子等原料的國家，自己無加工、製造產業，更不用說高科技產業。醫療儀器、藥品、材料等都仰賴國外輸入。當因沒有材料及能力做維修，加上輸入之零件耗時又昂貴，儀器設備用壞了就放在角落等著援助國或非政府組織買新機器供他們使用，藥品與耗材用盡也是等他國捐贈。有些儀器即使要求援助國購買給他們也沒人願意學習操作（據說是請他們來學習，若沒車馬費就免談），導致沒人會使用，放在角落無法發揮其功能。

這一年利用當地有限醫療資源，也推動了幾項工作：

1. 協助該國醫療服務並建立遠距醫療會診系統成功治癒數名病人，雖然當時有許多國家想做此計劃案，且在衛生部開過協調會議，但最後不了了之。
2. 與我國常駐聖國技術團合作推展社區健康總體營造。
3. 與他國非政府組織建立合作關係，安排短期主題式醫療，成功地治癒白內障病人。
4. 急診室房間過多，浪費人力與時間，加護病房無法24小時持續供應氧氣，手術室只有兩間不敷使用等，本團也提供建議與設計給我駐該國大使館與該國新任總理、衛生部長、中央醫院院長等，希望能階段性做改善，漸近式提昇該國醫療水平。預計2011年底動工。



熱帶疾病有些在國內已消失，但時有境外移入之案例，不容忽視，建議臺北醫學大學能於該國成立熱帶醫學研究中心，提供國內外醫學生學習與研究場所。且可利用已成熟的遠距視訊做教學，透過遠距教學來訓練該國優秀醫護人員，可解決目前該國派醫護人員到國內受訓時，無法實際操作的困境。當今國內醫療行為逐漸商品化，醫療的核心價值已被邊緣化，醫師行醫已漸忽視醫學人文涵養、詳細問診、理學檢查等，在此環境下若能讓年輕醫師有機會體驗不靠高科技醫療儀器來診斷病人病情的話，當有天遇上類似311東日本大地震的大災難時，才不會因斷水斷電導致機器無法運轉而束手無策的窘境。【圖：張裕泰醫師帶領當地醫事人員為患者施行手術治療】

而且，在落後國家裡行醫是能夠受到病人之敬重的，年輕學子應可在此體會到醫師誓詞的涵義與重估當醫師尊嚴。若國際人道醫療援助能夠讓所有醫學生體驗到其真正醫學的核心價值時，是有意義且值得的教育方式。希望未來每一位即將、或正在參與海外醫療的醫師先進們能夠將此價值回歸主流。願從事醫療工作者跨出國界走入地球村尋找「要緊」人生美夢。在落後地區透過無遠弗界的網路系統來做遠距視訊會診那些也許能夠讓你救治好的病人，是有意義且有其必要性。若能更進一步在地球村各角落裡推廣與落實社區健康營造，追求所有地球村的人都健康並免於疾病之痛苦，不愧為人道援助之最高境界。

筆者也從短期醫療的國際人道援助之經驗與長期駐地國際醫療援助之經驗中，統整兩者之優缺點如下：

長期駐地醫療援助：醫師不易招募、人事費用高、能否派遣適合之專科醫師很難說？門診數未必多、能做急症與一般手術、能做教學、浪費專科醫師人力、可做手術後與慢性病人治療後之追蹤、可收集同類性病人、可做研究。短期停留醫療援助：較容易招募到醫師、人事費用成本較低、能正確派遣專科醫師、門診人數也同時可看很多、可做手術、可教學、節省人力、無法做術後追蹤與服務、無法追蹤慢性病人狀況、無法收集同類性病人，可做某種程度的研究。綜觀上述兩者優缺點，我們可以瞭解到短期剛好可彌補長期的缺點，若能互補優缺點，可節省人事費用也可幫助該國病人，同時訓練種子，提昇醫療水準並可永續經營。

■結語與建議

綜合上述論點，筆者認為：若想協助該國中央醫院提昇醫療品質的話，該國政府、我國政府（外交部、駐地大使館、國合會）、得標廠商（如：臺北醫學大學）、執行任務之醫療團等應有短、中、長程計畫及共識，先建立穩定之基礎設施，一步一步階段性完成，不應以頭痛醫頭，腳痛醫腳，只顧現在，不求永續經營的方式來做國際人道援助，換句話說：不要短視。

以目前該國狀況，若能改善如下之建議事項，相信可更上一層樓：

- 1.其員工工作態度：大都態度不佳，缺乏熱誠。主要是設施不完備，薪資低廉，造成士氣低落與被動。若能提供醫院經營管理者建立獎懲與績效制度，激勵員工對工作的熱誠，提昇醫療服務品質，還可留住該國優秀醫護人才。
- 2.資訊取得較慢與不容易，因此醫院經營者無經營理念：因主管無經營理念，下屬無中心目標且無共識，外來援助者也無法瞭解如何協助達成目標與理想，無法提昇醫療品質。該國衛生部應積極派遣人員參加我國醫學大學所提供之訓練名額，培養醫管人才。如此，對外（援助國）而言：可將經費精準的用在刀口上，減少浪費並提昇醫療水準。對內（員工）而言：可培養適時適切之專業醫療人員，提供高品質醫療服務。
- 3.醫團無法管理我國聘請之外籍醫師：大使館聘請十幾位古巴醫師，醫團無法監督與管理這些醫師。外聘醫師應回歸由醫團團長管理與考核。
- 4.無法培養種子來拓展我國醫療據點，因此無法永續經營，人走計劃也跟著結束。我醫團團員若一直是第一線人力支援的話，會造成該院對我醫團的依賴性越強烈，無法培養當地醫師，若我醫團能退居第二線，挪出一筆經費來聘用當地醫師學習並依我方意思進行業務推展，等這批醫師熟練後，即使我方結束計劃案，這些醫師已經是我醫團種子教官，可延續我方想繼續推展之工作，如此才能達到永續經營之目標。
- 5.任用留台畢業歸國學生，一方面可當翻譯，一方面可推展我國國民外交。當地人才外流因經濟貧窮及國家無強烈政策與其他誘因可留下優秀之醫療衛生等人才，導致人才無法久留聖國。
- 6.醫療資源不足，發展不易：該國醫療相關技術之支援缺乏與其他相關醫療產業不足，導致各項重大醫療儀器、設備一旦損壞，便沒有人能夠進行維修，也無法於當地購置相關維修零件，皆須仰賴外援，除造成時間、金錢等兩方面成本的損耗外，無形中也喪失了病人追求健康夢想。

我方若能改善如下之建議，相信可以更有效率的提昇該國醫療水準：

- 1.政府、北醫、醫團及聖國等方面若能協調出一個完整共識並規畫出優先順序，循一漸進幫忙改進與提升，會比各自先有盤算，事後在尋求謀合要來的順利與快速、完美。
- 2.廣納不同領域志工支援：在人事經費有限之下，增加不同醫療相關領域之志工，作為推展不同面向之業務，會有所助益。
- 3.團員角色定位不清：角色定位不清楚，造成有人認為只需做其專業工作即可或行政工作即可，前往駐地後常需花很長時間溝通與謀合，浪費經費與時間。應舉辦行前講習或共識營來取得共識，可提昇團隊合作精神，展現工作熱情，立即融入與投入。
- 4.建立獎懲制度：團員的獎懲制度也須明確訂定並確實執行，才不會有劣幣驅良幣之現象發生。（本文轉載自「中華民國醫師公會全國聯合會」《台灣醫界雜誌》第55卷，第3期<http://www.tma.tw/ltk/101550312.pdf>）

