

# 烏干達醫療服務記

鍾令儀

這真是個忙昏頭的週末：參加醫師資格考試第二關，「爬」過了將近四百個選擇題的終點線，回到宿舍，把這一輩子的家當，裝箱儲藏，把今後兩個月的基本生活用品裝袋，一通通電話，打給過去一年疏於聯繫的好友，清理空房內掃不完的灰塵，訂購三個月後到尼加拉瓜的機票，(在烏干達八個禮拜後，要到尼加拉瓜作五個月的醫療服務)，五分鐘後，跳上往機場的車，二十小時後，終於來到非洲，烏干達！

我們四位愛因斯坦醫學院的學生，念完三年後，決定延後一年畢業。在老師(傑利)派西歐尼醫師帶領下，來到烏干達西南角的一個小鄉村：基索洛。頭三個禮拜，在一家醫院幫忙，後五個禮拜，則投入社區醫療服務。其他三位夥伴是：艾美卡(我在愛因斯坦的室友，也是在烏干達的室友)及兩位男同學泰德與查維。派西歐尼教授(我們都叫他傑利醫師)負責指導我們及當地的醫學院學生。儘管他經常只靠咖啡提神，甚至很晚才用餐，他卻好像有用不完的精力。在沒有愛克斯光、沒有掃瞄、沒有各種檢驗，一切資源匱乏的狀況下，他實在是個最了不起的老師與醫生。

我們在安特比下機後，擠進一輛小吉普車，載著所有行李、醫療用品，一路搖晃顛簸過滿是大小洞的山路，來到基索洛。路上也遇到一些滿身塵土、打著赤腳的小孩，身穿美國圖案的衣服(居然還有肯達基大學的「野貓」，讓我這在肯達基長大的感到特別親切)。他們喊著「唔中古(白人)！你好嗎？給我錢！」

## 一天的挑戰

抵達基索洛的第二天一大早，我們就開始工作，在病人及家屬的注目下走進醫院。這些家屬，大半在醫院的院子裏露宿，院子裏擠滿了帳篷、鍋碗瓢盆、草蓆、晾曬的衣物。整個醫院共有兩百五十個床位，分為男區、女區、婦科、小兒科、牙科、精神科、眼科等，還有病人進進出出的診所，都屬於這醫院。另外還有一個很小很小的化驗室(只能做一些基本的血液分析、細胞分析)。

儘管有這麼多科、這麼多病房，還有診所，整個醫院就只有四位醫師、五位護士，這幾位醫師幾乎是全能的，除了看病外，手術、接生、樣樣都來。

所謂病房，是一個房間，擺二十七張担架般、大半生鏽的病床。此外，床位不夠，就在地上鋪草蓆。醫生要檢查病人下體或肛門時，就用一個又破又舊的屏風，象徵性的隔著。疲憊無神、面無表情的病人，眼睛盯著我們跑上跑下。發燒、流汗、兩眼發黃、傷口發炎，還有難聞的惡臭，不用說，他們確是缺乏照顧。

第一天工作，就充滿挑戰。整個男病房，就只一位護士。她把一堆病歷表，交給我跟泰德，還有零零碎碎的紙條，有些還是匆忙中寫在衛生紙上，難以讀懂。泰德跟我，互望一眼，不說一句話，我們都在想，有可能在一天內整理出個頭緒嗎？在美國時，我們經常抱怨支援不夠、管理不週。來到這，什麼怨言都沒了。在這裏，人員、藥物都缺乏，卻有這麼多急需照顧的病人。我發現這裏的護士，也有生存之道：我們能做的就這麼多，急也沒用 | 所以不用急。

泰德跟我，卻投入一個從來沒這麼急過的狀況。一個人先負責十位病人，再加上新進來的病人也不少。有幾個瘧疾病患，發燒得厲害。一位十七歲的年輕人，神智不清躺在床上，褲子浸在屎尿中，他已經住院十六天

了，初步診斷是肺結核，影響到脊椎了，右邊屁股又莫名其妙疼痛。在女病房的兩位同學，也為個各式各樣的病人傷腦筋，肺病、愛滋病末期、心臟衰竭等等。太多太多的病人，太多太多的故事。

我們的「一天」大致是這樣的：早上巡房，第一件事，是看看病人是否還在呼吸(我可一點也不誇張)，看看那個病人最急須吃藥。問題是，醫院裏的藥經常缺貨，護士也沒時間去填訂單。一位二十四歲的男病患肚子脹得超大，初步診斷是裝滿了蛔虫。一位十七歲的男孩，七天前剛做好皮膚移植，整個右腿三級灼傷。一位老人得了敗血症，又因肺炎發高燒，已經六小時沒打點滴、沒服藥，泰德想替他找抗生素，卻遍找不著值班護士。另一位三十四歲的病人，兩隻大眼深凹，又乾又瘦的骨架，左大腿的腫瘤正在流血，咳嗽也咳出血來，他有氣無力的說，他已經兩天無法進食。蒼蠅比我們還忙，它們從這病患飛過那病患，從這傷口飛到那傷口：

一位七十來歲的老人，跌跌撞撞進來醫院，一手摀著胸口，一手上下揮舞。辦入院時，護士判他是瘧疾，我想這不太可能。量血壓，六十，還好，呼吸急促。透過翻譯問他，今天入院的嗎？全身疼痛嗎？這位乾瘦的老人呻吟地說，快給我打針，胸口痛、肩膀、脖子、背兩邊都痛，從昨天起，胸痛超過十八小時，沒停過。還不錯，醫院還有儀器作心電圖，是個俄製的老儀器，聽說救過不少人。問題是，不知道擺到那裏去了。花了一番功夫，終於在手術房的一個角落找到它。沒說明書，也沒標籤，只好亂按，終於吐出來一張皺巴巴的紙。不過大有幫忙，這就是老人的心電圖，就像教科書教我們的，老人得了嚴重心臟病。問題是，什麼藥都缺，傑利醫師先給他阿斯匹靈，讓他躺下、放鬆、深呼吸：

我們也終於鬆了一口氣，已經下午五點了，還沒吃午餐呢。剛坐下來，且慢，「教授！」有人來把傑利醫師拉去，我們也跟著衝回病房。急診！一個年青小伙子，滿嘴流血呼喊著痛，一根很搶眼、大約六公分的鐵片，

插在他右邊肋骨下方，到底發生什麼事？問了半天沒回答，原來他完全不懂英語，終於找來一個會英語的。他騎腳踏車，衝得太快，撞上一輛車，反彈回來，正好掉在翻覆的腳踏車上，他勉強起身，上了腳踏車，踩沒兩下，就痛苦倒地。急診的各項基本步驟，都查不出大毛病，呼吸道正常，也沒任何動脈破裂。當傑利醫師忙著檢查病患，我卻在做白日夢，回到美國的醫院。這種急診案例，必須進行掃描或超音波，要給他上頸套、人工呼吸器，這個、那個。就在這時我們擅長「一望聞問切」的傑利醫師作出診斷：嚴重內出血，立刻送大醫院。後來傳回消息，傑利醫師的診斷完全正確。

天黑了，從醫院遠望的火山也矇矓了。護士站唯一的日光燈，一閃一閃的。翻譯回家了，泰德也先回去休息。夜班護士還沒來，大約三十分鐘的空檔(好長的三十分鐘)，就只我一人。我再巡房一次，可不希望有病人隔個夜就往生。就在我們忙著急救時，也有好幾位新病人進來。如果我要在天亮前回去休息的話，實在不可能把他們的病歷一一看完。

一張衛生紙上寫著：燒傷、傷口膿血。也不知道這病人進來多久了。藉手電筒的光，我摸到十六號病床。一個小男孩，左腳纏著雜亂而且髒兮兮的布條。他向我微笑打招呼：「唔中古」，至少讓我暫時放了心，孩子的一張笑臉，就是個好預兆。從布條縫隙中，可以看到結疤，也看到膿水。

從他不甚靈光的英語，我了解個大概。一年前，他家房子燒了，他一直沒看醫生，自己療養。先替他訂抗生素，明天再處理。下一位新病人，兩眼通紅，酒氣濃重，呼吸急促，又顯得非常痛苦。他不懂英語，診斷時還時而睡去。到底我該怎麼處理？我的心，就像那一閃一閃的日光燈，愈來愈沉黯。還好，鄰床的一位十三歲小男孩及時救援，我永遠不會忘記那一刻。這男孩(他後來天天跟我借筆)無法走路，一輩子都無法走路，兩隻腳都患骨

髓炎，右邊屁股又先天性缺陷，但他很聰明，英文相當不錯。在小男孩及附近病人及家屬的幫忙下(他們幫我吼醒這位醉漢)，我終於弄懂了，他右邊肋骨的刺痛，是被他太太用石塊砸的，顯然是一場「惡鬥」，折了肋骨。

終於回到護士站，想把病歷表作最後整理。看看錶九點了，就在九點一分七秒的時候，整個醫院停電了，我跟值班護士都嘆口氣笑了。在這烏干達基索洛醫院的病房裏，在那肋骨折斷的醉漢呻吟中，在好幾位肺結核病患的乾咳聲中，我似乎聽到醫院外傳來，牛群深沉的咕嚕聲。

## 醫療背後的問題

來烏干達差不多一個月了，過去兩個禮拜，都沒機會「上網」寫信。整個醫院就只兩部舊電腦，這兩個禮拜，網路故障，上不了網。還好，我們親眼見證到「最高明的頭腦」與「最先進的科技」接軌了 | 泰德終於發現是插頭沒插好。

這段期間，也讓我有機會多思索一些問題。

剛來的第一個禮拜，難免被新環境的震撼淹沒了。接下去，也碰到層出不窮的難題、挑戰、挫折、沮喪、煩惱、不耐、無奈。剛來時，總會想如果在美國的醫院，將會如何如何，如果我們有這個設備、那個設備，會如何如何，如果我們有這藥、有那藥，又如何如何。醫療方面的比較，文化語言差異的衝擊，總會讓你深思。(一個在美國出生的台灣女孩，在肯達基長大，又到紐約念醫學院的女孩，跑到烏干達農村鄉下，花五分錢租腳踏車來騎，路邊小孩喊著「日本人」、「唔中古」(白人)、「給我錢」：到底我來這幹嘛呀?) 環境的差異，文化的新奇，擠進我們習以為常的心靈時，總會讓我們產生新的視野、新的想法。

這是我的第二次國際醫療服務經驗。兩年前，我到秘魯亞馬遜河去服務過。面對烏干達的新奇經驗，我難免會把它跟秘魯經驗相比，在我腦海中浮現各種國際醫療需求的景象。來到這，再度挑起對落後國家、對貧窮與死亡的新觀感。除了替他們感到不平外，也對人的韌性衷心佩服，內心自然湧起想為他們「做些事」的衝動。我憤世嫉俗嗎？第一個禮拜看到護士幾近「投降」的心態，對「在這裏能做的就這麼多」的嘆氣，我確實思潮雲湧。在異國學到的醫療經驗，對開發中國家醫療保健需求的更深層了解，當然是讓我往前進步了。但是我經常問自己在醫療「態度」上，我有沒有退步呢？面對種種問題，我有沒有變得麻木呢？

這幾個禮拜，傑利醫師教我們，在資源如此匱乏之下，如何達成最大的醫療效果，沒有各項儀器、沒有各種檢驗的支援下，如何作出正確的診斷。在美國的醫界同仁，會不會笑我們是傳統療法、赤腳醫生？（有些時，我們對傳統療法的藝術，可能太過藐視了）。其實，當我們用聽筒按在病人胸口，當我們的「光筆」照進他們各個竅穴，當我們手按他們小腹，要他們深呼吸時，我可以想像，這些病人也可能把我們當作來自美國的另類「巫醫」呢！

傑利醫師教我們各種檢查病人的方法。在沒有愛克斯光，或各種檢驗的狀況下，我們靠著手指的「聽力」，加上醫生與病患間的真誠互信，這就是我們「最單純」的醫療方式，（不用什麼填表報告的繁文縟節，不必動不動就叫病人去作全身掃描，不必去為檢驗結果誤差多少煩惱），這也是既新穎又有效的醫技。這也讓我聯想到另一個問題：什麼是最基本的資源需求、最基本的檢驗，讓我們達成最有效的醫療。這是不是先進國家的醫療系統，也該考慮的問題？

這裏的病人對我們相當敬服。那位四十幾歲骨瘦如柴的肺炎病患，宣

稱我們有「上帝之手」。那位浸在屎尿中的十七歲年輕人，已經可以自己站起來了，他緊握泰德的手，眼睛注視著泰德，把他當作「神」。我們為這些「新」的診斷技術沾沾自喜之餘，也難免要問，在沒有檢驗證實之下，我們真能相信自己的「神力」嗎？而且在這設備缺乏、資源缺乏的背後，還有更大、更嚴重的問題，那就是整個經濟與社會環境的問題。這些考量引發出我們對「醫療服務」，必須作更廣泛的定義。有些病患需要長期醫療，但他們卻沒錢買藥。有些病患因為沒錢，自行提早出院。大半民眾缺乏營養，環境衛生又不良。如果他們買得起的，只是馬鈴薯跟豆子，我們

教導他們如何從食物中攝取營養，又有什麼意義呢？此外還有文化問題，本地的保健工作者說，豆苗葉子很有營養，但一般人不願吃，因為大家認為吃豆葉是貧窮的象徵。

我不斷提醒自己，不能只專注在如何診斷眼前的病人，還要想到如何讓他們有藥可吃、願意回診，如何讓他們有長期醫療計劃。很不幸的，想到這些問題時，往往已成「後見之明」。譬如那位宣稱我們有「上帝之手」的皮包骨的男病患，不等我們給他抗生素就提早出院了，我感到懊惱的是，沒來得及跟他「兩位太太」溝通。為什麼要顧慮到他太太、他的第二位太太、或其他家屬的健康呢？首先，我們無確定他是否已經完全沒肺結核了，更糟糕的是，他離開醫院幾小時後，他的檢驗報告回來了——他是愛滋病的帶原者。這種情況下，他的幾位太太都必須接受檢驗，但太遲了，人去床空，醫院又沒留下他的住址。

前面提到，我們來此第一個禮拜，靠著俄式老儀器，替一位七十歲的老人，診斷出他的心臟病，救了他一命。但是生命的維持，不能光靠運氣。如果病人在無預警之下，自行決定離開醫院，還談什麼維持生命？沒有治療、沒有追蹤看護，光有正確的診斷，也是空洞無意義的。我還沒來得及

跟這位老人及家屬，討論長期服藥及保養須知，老人捲起他兩套破襯衫，撐著他磨平的拐杖，赤腳空拳回家了。是的，兩手空空，一片藥丸都沒帶就走了。就在同一天，泰德的第十號病床的患者死了。轉個身，幾乎整區的病人，都捲舖蓋走光了。到底是迷信呢？還是對我們這些「唔中古」的醫療魔術失去信心了？這恐怕是個永遠找不出答案的問題。在此地，有關出院後的各項吩咐，恐怕必須在入院時就交待清楚。因為出院是病人自己決定的，他們認為自己已稍好了，要趕回家上農場打工賺錢。住院期間完全沒有收入，全家經濟很快就會陷入困境。

基索洛的醫院，各方面看起來落後，但醫師的醫技都是一超群」的。大概是環境磨出來的吧，他們樣樣通，甚至連「皮膚移植」都做得來。一位叫「班森」的十七歲男孩，煮飯時被煤炭燒傷，一個禮拜後才來入院。醫生替他做了成功的皮膚移植手術，讓他在第十七號病床恢復。我們到此時，他已在那不知躺了多少天，繃帶紗布都沒換過，還在等醫生來作手術後的檢查。別怪負責這區病房的唯一的醫生，他每天都要負責急診、接生、門診等等，實在很少時間巡房探視病患。誰曉得這些病患的床舖、毯子裏，藏了多少蟲蛆，到處又滿是灰塵。大約是手術後第十一天吧，班森抱怨說

傷口癢得不得了，他鄰床的一位家屬，用結結巴巴的英語，跟我說了一堆。我那天似乎特別心煩沮喪，倒不是因為環境的惡劣，而是許多病人抓住機會，要這要那。我剛好要幫一位脫水的病患打點滴，所以對班森的問題就虛應過去了。等到第二天，天快黑了，我才猛然想起那段結結巴巴的英語，最後一句好像是說「繃帶、癢、蟲、蟲、蟲子」。趕過去檢查，不是蟲子。一項成功的皮膚移植手術，差點就被一堆黑色的蛆搞得功虧一簣。繃帶上結成的髒兮兮的棉球上，長滿一羣羣細小的黑蛆。還好，還沒長到傷口上。繃帶的棉球、血塊、膿、傷口的皮膚，緊緊的黏在一起，稍微一拉，可能就會把移植的皮膚移植全都掀起。藉著手電筒的微光，我們用鹽水浸泡他

的紗布傷口，小心翼翼地將長滿黑蛆的繃帶紗布從他皮膚剝開。鄰床的病患跟家屬也熱心幫忙遞剪刀，幫忙翻譯解釋我的幾句破「土話」。班森在我們到後的第三個禮拜出院了，移植的皮膚還好好的，可惜我們沒有足夠的紗布跟醫護材料讓他帶回家。有個土辦法，塗上蜂蜜可以防止傷口長蛆。但是，防得了螞蟻嗎？

## 我的眼淚多餘嗎？

在我們離開醫院的前一天下午，一位叫維瑞娜的女孩過世了，她是在我們巡房的時候走的。維瑞娜入院時，臉跟雙腳都極浮腫，我們到這家醫院的第一天就見到她。年紀輕輕就心臟衰竭，她患的是積水性心包炎，我們的聽筒稍稍接觸她胸前，就可以聽到好大的摩擦聲。那天早上，她已進入彌留狀態，呼吸困難痛苦，她媽媽一直陪在她身邊。

這是一個特異的感情上的衝突。我們這些「唔中古」來到此地就是要幫忙病患，此時我們不正該去看下一位病患了嗎？但是維瑞娜的呼吸聲，一聲聲敲擊著我們。我們應該繼續巡房嗎？每位病人、每個生命，不是同等價值、同等重要嗎？或者，我們應停下來，陪這位媽媽守護將死的女兒，雖然我們非親非故，卻感同身受啊！就在那一刻，我忍不住了，也許是幾個禮拜來積壓的吧，我無法克制自己，就跑到廁所去哭了起來。過去幾個禮拜，我似乎沒錯過任何一個狀況。像一個禮拜前，早上一進來，就發現那位腦膜炎的病患走了。我也親眼看到，泰德負責的那位患愛滋病及大腿腫瘤的病患，咳出最後一口血，走了。還有那位穿洋裝的十四歲女孩，我清楚記得她胸前的蝴蝶結，隨著她急促的呼吸震盪著，好像震得比她心跳還快。那天早上，他們告訴我，前一晚，小女孩半夜痛苦地呼喊著「我的心破了！我的心破了！」一大早，她心臟衰竭，走了。面對這些，我到底有沒有悲傷過？

作為一個醫學院學生，面對那麼多醫學名詞術語，那麼多資訊知識，學業及臨床的種種要求、種種負擔，我們是不是從週遭的生與死中，把我們的感情抽掉了呢？難道我們只是在「表演」我們的慈悲與同情嗎？難道是我太久沒「表達」我的感情了？雖然幾年來，我自認為很能面對病患與死亡，但我實在還無法相信自己確實如此。

那場哭，對我來講確實是個覺醒。廁所裏味道很濃，從廁所的小窗望出去，可以清清楚楚看到那遙遠的火山。維瑞娜的姊姊進來廁所，拍拍我的肩膀說：「別擔心，她現在安祥了，她走了。」我的心難免悸動一下。

第二天早上，幾位護士跟我笑談我的淚水，有位說：「難道在妳的國家，人就不會死嗎？」她說，她剛到病房工作時也常哭，尤其是小孩死的時候。但漸漸的，死亡與存活是一樣熟悉的事，她也不再哭了。「我們把死者蓋上布，接著就去看下一位病人。」

這段對話，使我想起前一陣子讀的，一位外科醫生寫的書。結尾時，他給醫學院學生一個忠告：「面對那些讓你不安適的狀況，你要設法讓自己安適。」我卻覺得，我們也應該「在安適的狀況下，要設法讓自己覺得不安適。」（不能看多了病痛與死亡，就麻木了）。

## 再見吧，基索洛！

離開醫院後，我們投入社區醫療服務。訪問了六十多家貧戶，收集各種健康、衛生、營養等資料，也到附近幾個鄉村去，幫忙預防注射。

時間過得太快了，把烏干達當了兩個月的「故鄉」，居然就要揮手說再見了。這兩個月，看了太多太多的不同的病人、不同的病症，心中有難以解釋的感受，看到此地婦女，在她們光鮮圖案的衣服下，蘊藏著沉默的

韌力，又有一種難以形容的敬服。

最後一天，我們回到醫院，將過去幾個禮拜，在社區作的調查結果，作一個簡報。就在簡報結束的那一刻，又停電了，這就是烏干達的「風俗」吧！這回我們沒嘆氣，接著作結論。感謝醫院的所有醫生、護士、員工、司機、翻譯，也感謝我們最敬愛的傑利醫師。這許多人，不但讓我們學到很多醫學知識與經驗，不但讓我們改變許多觀念，也讓我們學會將來面對新環境時，如何去調整我們的觀念。

抵達基索洛這小鄉村的情景，恍如昨日。而今，大清早，我們又要踏上那十小時顛簸的、滿是大小洞的路程，去坎培拉搭機。再見吧，基索洛！我們會回來的。基索洛，希望你也有了一個安全、祥和的旅程！