



跨越海洋的聽診：從馬祖後送記憶到史瓦帝尼的醫療現場 —修習「醫療協作-跨領域的人文探索」之反思

醫學系二年級 曹祐彬同學

在醫學系的訓練過程中，我們習慣於精密的儀器、標準化的無菌流程，以及分工細緻的專科體系。這些現代醫學的「理所當然」，構築了我們對醫療現場的想像邊界。然而，在修習「醫療協作」這門課程時，戴夢凡醫師的分享如同一記重擊，敲碎了這層象牙塔的玻璃窗。戴醫師以其在非洲史瓦帝尼（Eswatini）的行醫經歷，以及在台灣偏鄉的服務見聞，為我們描繪了一幅在資源匱乏極限下的醫療圖景。

聽著戴醫師講述在缺乏電腦斷層、甚至連基本生化檢驗都需等待良久的環境中，如何回歸醫學的本質——依賴視、觸、叩、聽的理學檢查與臨床經驗來進行診斷。這份強烈的對比，不僅讓我重新審視「資源」在醫療實踐中的重量，更意外地喚醒了我沉睡已久的童年記憶——那段關於馬祖、關於海浪、關於螺旋槳轟鳴聲的生命體驗。

一、離島的嘆息：每日三班船與盤旋的直升機

我的童年，是在馬祖列島的一個小島上度過的。對於生活在台灣本島、享有捷運與隨處可見診所的人來說，或許很難想像「交通」與「醫療」是如何緊密地掐住離島居民的咽喉。

六歲以前，我的世界是由海水包圍的。那裡沒有閃爍著霓虹燈的急診室招牌，也沒有隨叫隨到的救護車。小島上沒有常駐醫師，醫療站往往大門深鎖，或僅有護理人員留守。居民的健康維繫在一張脆弱的交通時刻表上——每天往返大島（南竿）的交通船僅有三班。錯過了這三班船，或者在夜幕低垂、風浪驟起時生病，我們就成了一群被遺落在海上的孤兒。

那種「如果現在出事了，該怎麼辦？」的恐懼，並非杞人憂天，而是深植在每個離島居民心中的生存焦慮。而我，曾親身與這份恐懼正面對決。

那是一個尋常的日子，就讀幼稚園的我不慎落入水池中。落水的瞬間，窒息感瞬間將我吞沒，失去了意識，混亂中被救起時，情況危急。但在當時的島上，沒有醫師能處理這樣緊急的狀況，甚至連維持生命徵象的設備都付之闕如。家人的焦急、村民的奔走，最後化為天空中傳來的巨大轟鳴聲——那是緊急醫療後送的直升機。

我被送上了直升機，在巨大的旋翼聲中飛越台灣海峽，緊急後送至台灣本島搶救。雖然這段記憶因年幼而顯得破碎，但那種「命懸一線」卻「求助無門」的無力感，以及仰賴「外來資源」介入才能延續生命的震撼，至今仍深深烙印在我的潛意識裡。

如果那天陣風太大，直升機無法起降怎麼辦？如果通報系統延誤了怎麼辦？如果我住在更偏遠的無人島怎麼辦？

這些「如果」，是我成長過程中的背景音。直到今日，戴醫師在課堂上提到偏鄉醫師人力不足、一座島上可能沒有常駐醫師，全靠各大醫院的巡迴義診來維繫基本醫療量能時，我彷彿又聽見了那從海平面傳來的嘆息。從馬祖到綠島，從恆春到蘭嶼，這些被海洋隔絕的土地，雖然風景如畫，但在醫療地圖上，它們往往是蒼白而脆弱的。

二、錯置的藥單：從台灣偏鄉到非洲大陸

課前，我深入閱讀了戴醫師刊登於《報導者》的文章〈掉了一架直升機後，請不要再開錯離島空轉的「藥單」〉。該文犀利地揭示了政策制定者與第一線執行者之間存在的巨大視角落差，尤其點出危急病患的轉診機制極度僵化：醫護人員不僅必須等待繁瑣的行政流程、請示各級長官意見，甚至還須自行聯絡各項資源。這些冗長、缺乏效率的程序，無一不折磨著焦急萬分的第一線醫護人員，也象徵著當地醫療資源的取得不易。

在課堂上，戴醫師將視野從台灣拉到了非洲。從綠島、恆春到史瓦帝尼，地理跨度雖大，但核心困境卻驚人地相似：醫療資源的稀缺，以及鮮少人關注的孤獨。

戴醫師描述在史瓦帝尼的行醫日常，那是一種「減法」的醫療。沒有高階影像檢查，醫師必須將感官放大到極致，用雙手去感受病灶的溫度

與質地，用聽診器去分辨細微的雜音。這種回歸原始的臨床技能，在當今過度依賴科技的醫療環境中，顯得既古典又悲壯。這不僅是對醫術的考驗，更是對心智的磨練。

他提到馬拉威（Malawi）與史瓦帝尼的狀況，讓我看見了比我童年更為嚴峻的現實。在馬祖，我們至少還有直升機後送的希望，還有健保體系的支撐；但在非洲的某些角落，生與死往往只取決於是否有一顆乾淨的藥片，或是一杯乾淨的水。

這讓我聯想到明年一月即將展開的旅程。我計畫前往鄰近的坦尚尼亞與肯亞旅行，雖然名義上是觀光，但在聽完這堂課後，我的行囊中多了一份沈甸甸的觀察清單。我希望能夠親眼看看當地的基礎醫療設施，觀察在那些黃土飛揚的村落裡，人們是如何面對疾病的威脅。雖然我衷心希望自己不會真的需要使用當地的醫療服務，但我知道，唯有親身走進那個場域，才能真正理解戴醫師口中那種「資源匱乏」的重量。

三、貧窮與疾病的惡性螺旋：關於水、電與無菌的奢侈

戴醫師在課程中深入剖析了當地居民面臨的結構性困境，這些描述讓我深刻體會到，醫療問題從來就不只是醫學問題，而是社會學、經濟學與公共衛生學的總和。

在已開發國家，我們討論的是「少子化」與「高齡照護」；但在地球的另一端，面對的卻是高生育率與高死亡率的殘酷拉鋸。偏鄉落後的地

區中，家庭往往傾向生下許多孩子，這並非單純的文化傳統，更多時候是一種對高夭折率的生物性補償，以及對未來勞動力的需求。然而，這樣的高生育率卻讓原本就稀缺的醫療與生活資源更加捉襟見肘，形成一個難以打破的惡性循環。

更令我震撼的是關於「衛生條件」的描述。在台灣的醫院裡，我們視「無菌（Asepsis）」為最高指導原則，手術室的氣流、器械的消毒、抗生素的使用，都有嚴格的規範。但在非洲偏鄉，連「乾淨的水」與「穩定的電」都是奢侈品。

試想，當一位外科醫師準備進行手術，卻面臨一天中只有短短幾個小時有電的窘境；當護理師想要為傷口清創，打開水龍頭卻流不出一滴水，或是流出的是混濁的泥水。在那樣的環境下，我們所學的 SOP 顯得如此蒼白無力。

衛生條件的低落，使得基本防疫觀念難以普及。霍亂、瘧疾、傷寒，這些在歷史課本中似乎已經遠去的名詞，在那裡卻是鮮活且致命的日常。水資源的匱乏直接導致了疾病的蔓延，而疾病又進一步削弱了勞動力，加深了貧窮。這是一個巨大的、令人感到無力的結構性黑洞。

「資源」這兩個字，過去對我而言可能意味著預算的多少、病床的數量。但在這堂課後，它具象化為：一條能全天供電的電纜、一口能湧出清水的井、一條能讓救護車通行的柏油路，以及一位願意留下來的醫師。

這些我們眼中「理所當然」的便利，對他們而言卻是遙不可及的奢侈。這讓我重新體會到，生育、衛生與資源三者彼此緊密相連，貧窮、教育與醫療的落差交織成一個錯綜複雜的網，網住了無數等待救援的生命。

四、醫療協作的真諦：彌合落差的橋樑

「醫療協作」這門課的名稱，在此刻顯得格外有深意。協作（Collaboration），不單是指醫療團隊內部的合作，更意味著跨越地理、跨越文化、跨越資源階級的連結。

透過戴醫師的視角，我看見了落後國家與已開發國家在環境、設備、人力資源與文化等多方面的巨大鴻溝。這讓我意識到，醫療並非天賦人權般自然存在，而是無數人努力維持的系統成果。每一顆抗生素的抵達，每一位醫師的駐診，背後都是物流、政策與善意的堆疊。

回想起我六歲那年的後送經歷，那架直升機之所以能起飛，是因為有一套協作機制在運作：島上的通報、空勤總隊的待命、本島醫院的接收。而在非洲，或是台灣更偏遠的角落，這套機制可能尚不完善，甚至完全缺席。

這堂課帶給我的，不只是對異國醫療現場的獵奇窺視，更是一種對自身擁有的反思。我們身處在資源相對豐沛的環境，學習著最頂尖的醫學知識，很容易忘記在這個世界上，有很大一部分的人口，連最基本的「看病」都是一種奢求。

結語：讓醫療走進被忽略的角落

從馬祖的交通船，到非洲的紅土路；從自身的溺水驚魂，到課堂上的沈重反思。這段心路歷程讓我對「醫師」這個職業有了更立體的想像。

未來的醫師，不應只是坐在白色巨塔裡等待病患掛號的技術人員。真正的醫者，應該具備看見「結構性痛苦」的視野。當我們在開立處方時，是否能多想一步：病人是否有冰箱保存胰島素？家中的水是否乾淨能用來服藥？偏鄉的交通是否能支撐他每週的回診？

我希望自己在未來成為獨當一面的醫師時，能夠不忘記六歲那年等待救援的無助感，也不忘記戴醫師在非洲大陸上的堅持。我期許自己有能力回饋、貢獻給這些偏鄉與資源不足的地方。無論是參與巡迴醫療，或是投身無國界醫師的行列，甚至只是在政策倡議上多發一份聲。

醫療不該只是少數人的特權，也不該止步於繁華的都市邊界。讓醫療真正走進每一個被忽略的角落，去填補那從馬祖到非洲、從孤島到大陸的巨大落差，這是我在修習這門課後，對自己許下的莊重承諾。