

給莫三比克希望

口述／夏毅然 臺北慈濟醫院牙科部主任

從莫三比克回來之後，如果我聽到有人因為種種因素而抱怨生活，我會對他說：「你應該去東非看看。」如果你想知道心中理想的天堂在哪裡，其實你從東非回來了之後，就會發現——天堂其實就在我們的身邊，不要再去各處尋找了。

出發前做足準備 多看些病人不忘護自己

根據我的經驗，國外牙科的義診，除了補牙之外，很多病人來看牙科就是想要拔牙，我的專長是口腔外科，在拔牙方面駕輕就熟，所以得知要去莫三比克，我就說：「好啊，去！」可以去發揮我的專長。

當得知當地是愛滋病盛行地區，而我是自願參加的，萬一「不小心」發生針扎，我也不會有抱怨。因此事前我就做足準備，花了近一萬元買一種藥，萬一不小心被針扎到，立刻服藥後有百分之七、八十可防止愛滋病毒滋生，讓風險降到剩下兩三成。而且，我也六十多歲了，也不會在乎了。

時鐘轉一圈半距離的國度 眼見才相信的貧窮

我很高興跟著臺北、臺中、大林、花蓮慈院四位院長等一行人出發，我們



在五月十七日下午一點半時到桃園國際機場準備前往莫三比克，約在五月十八日下午一點半到達莫國的貝拉市，相當於臺灣時間晚上七點半。為什麼交通時間會那麼長？莫三比克在哪裡？它在非洲的東方，幾乎橫越了半個地球才能到達。地圖上看起來這個國家擁有大平原，又靠近海，理論上它好像該是個富裕的國家，但它不是，它是聯合國宣布為極度窮困的一個國家。貝拉市是莫三比克第二大城市，可是出了機場之外，卻是像臺灣某個社區的小公園而已，不像個是國際型機場外的環境。莫三比克有多窮？用幾個例子來說。

水災經過兩個月後，莫三比克的公家醫院、大學的教室，連屋頂不見了，都沒有錢修復。政府機關如此，一般老百姓的家，根本不曉得何年何月才修得好。街上到處可見倒塌的樹木枝條，都沒有清運。替政府機關工作的牙醫師

們，三年沒拿到薪水了，還是繼續在工作。

莫三比克也有貧富差距，在市區還可以看到房子，愈到鄉村，房子都是土磚和茅草建成的。愈走到鄉下，房子完全是竹籬笆維持出來的茅草屋，這種房子我相信現代的人都沒看過，我以前也沒看過。茅草屋因為木材有限，木材都很短，沒辦法蓋得很高，你要進屋子，要彎著腰進去。從外觀看似乎還可以，但蹲下來看，牆壁根本是一堆大窟窿，只見籬笆掉了或有竹子露出來。而孩子們，只要能蓋住身體的衣服他們就穿，不管合不合適。



莫三比克的孩子，有衣服穿就好了。夏毅然主任遇到孩子跟他要拖鞋，很難過幫不上忙。攝影／蔡凱帆

我在義診時就遇到一個小孩，他的衣服比我家的抹布還要爛、還要髒。當我走到鄉間的時候，有很多小孩子指著他的光腳丫跟我要拖鞋，但我沒有拖鞋可以給他，覺得很難過。

我看到小孩子要做家事，一個小孩用著眼前一個不大的塑膠容器裡的一坨水幫家人洗衣服。住屋簡陋，教室更別說了。一大群孩子擠在簡陋的房子裡念書，這算不錯的，有些更在樹下念書，老師們則露天辦公批改作業，不可能有辦公室。我也看到一戶家人，就坐在門口，一臉無助的樣子，其實我心裡很難過，因為他們也不曉得明天的希望在哪裡。

不可思議的樂觀

然而，他們的生活那麼苦，但心裡不苦。哪怕一個小孩子，見到我們就會主動打招呼，或許是熟悉慈濟志工們的身影了，看到我們就展露笑容，讓我覺得憂鬱、憂愁的人應該去莫三比克看看。在如此窮困的生活環境下，用水也困難，小孩要分擔家務等等，看到我們時，卻是歡笑又唱歌地歡迎我們，讓我覺得「很不可思議」，沒有物質生活，但臉上寫著的都是快樂。或許孩子們學會從父母身上看到，生活就是這樣過，那就安貧樂道吧。

記得看到一個小孩，看他拿著甘蔗在路上走，表情都好高興。哪怕一點點小幸福，都能帶給一個人歡笑。這是我們應該學習的，不要再去追求很多。

再窮也懂得付出的精神

而從當地的牙醫師們身上，我感受他們「窮也懂得付出」的精神。為什麼？因為這些公立醫院的牙醫師已經沒有薪水，我們沒有給他們金錢，他們卻願意來義診幫忙，也順便幫我們翻譯。

而且，當地最主要的交通工具，是「走路」。當地牙醫有男有女，從清晨三點或三點半從家裡出發，在很少有路燈或甚至沒有路燈的情況下，摸黑走兩個多小時來跟我們會合，再出發去各地義診，連續三天在貝拉市都是如此，他們這種精神真的很偉大。

而我們能做的就是為這些當地牙醫師

準備好早飯，一起上工作義診；我們忙到晚上七點半、八點多才從義診會場離開時，想辦法備車載他們回家。

然後第四場的義診是回到首都馬普托，沒有貝拉市的牙醫師來當翻譯了，就由我們臺灣牙醫團隊自己來，幸好前幾天從這些牙醫師身上學會了「嘴巴打開」、「嘴巴閉起來」兩句葡萄牙語，才能順利完成工作。

一天拔五十顆牙 孩子和醫師互相好奇

我們到莫三比克進行了四天義診，義診每天都到不同地方，最後一天回到首都馬普托市區「慈濟的家」來義診。在



在貝拉市的拉梅高村，孩子已學會慈濟人雙手合十，與夏毅然主任互道感恩。攝影／王忠義



當地牙醫師也前來貝拉市的義診協助，他們工作沒有領薪水，義診也無償，但仍願意來參加，不吝向慈濟人醫會的牙醫學習專業。攝影／王忠義

義診期間都會有很多小孩在窗口好奇的看我們，因為他們第一次看到臺灣的醫師，說實在的，我們也是第一次看到莫三比克的居民，所以大家都互相好奇。或許，沒有錢的他們，一生中看到第一個醫生說不定就是我們這些臺灣來的醫生。

牙科診間外面真的都排了很多民眾，有些是第一次看牙齒，我想，說不一定他們一生都沒有刷牙的。因為他如果窮得飯都沒得吃，哪來的錢買牙膏牙刷。

而相對於前兩次在貝拉市鄉間的義診，蛀牙的人非常多，但回到貝拉市區和馬普托市區的第三、四次義診，民眾



為因應愛滋防護，牙科器械使用後都徹底消毒。攝影／蔡凱帆



到首都馬普托「慈濟的家」時，當地志工用傳統儀式迎賓，夏毅然醫師坐上椅子後被抬起來，感受大夥誠摯的歡迎。攝影／王忠義

牙齒狀況明顯比較好，我再次感受到還是有一些貧富上的差異。

要看牙的人很多，所以每次都要從白天做到黑夜，你說累不累？真的累。我一個小時要拔到將近六顆牙齒，平常在新店臺北慈院，我一個禮拜幫我病人拔牙不到五顆，可是這邊我一天義診要拔到將近五十顆牙齒，是我好幾個禮拜的工作量。當我想要休息的時候，牙科助理黃鳳嬌師姊說：「他們等了一輩子才有機會看到醫生，我們累這幾個小時，算什麼呢？」這句話，鼓勵了我們大家都趕快做，能盡量做就做。

義診結束的餘韻

這一次莫三比克義診，為因應防護愛滋病，我們在消毒上做得很精進，很多器械使用過後就立刻用高壓消毒。而義診結束，我們把一些器械和牙科椅留給了當地醫院，讓什麼都缺的他們至少多一點資源。

而這一次義診經歷了很有趣的歡迎儀式，就是到「慈濟的家」時候，當地志工請我們坐上一張椅子，然後把我們抬起來，在一旁唱歌邊歡迎我們。對了，也要謝謝大愛感恩科技，平常我開

刀站久了會腰痠背痛，但這次穿了防穿刺鞋加上鞋墊，我站久了居然不會累。

翻轉非洲不容易 值得走下去

如果要靠莫三比克自己人來進行風災之後的修復重建，根本不可能。看到近日的國際新聞，已經不再報導莫三比克，應該是世界都忘記了他們，還好，慈濟沒有忘記他們。

莫三比克的第一顆種子蔡岱霖師姊說，慈濟以前只是去發放賑災，這次舉辦義診之後，當地人感受有醫生來幫忙，增強了慈濟在當地的形象，號召本土志工變得很容易，她說最近有二十位

說要加入慈濟參加培訓了。

東非之行我學到什麼呢？我相信很多人跟我一樣，學到「人生的價值，就是做慈濟」，去幫助很多需要幫助的人。我很感恩，岱霖師姊和傅迪諾師兄，第一天見到他們時，他們耳朵上貼了很多耳針，等到我要離開時，他們耳朵上已是貼滿了耳針，數不清了，真是太「辛苦」的四處奔忙。有一個遺憾是，我沒有牽他們的手一起唱〈一家人〉。翻轉東非的路，真的不好走，但是，我覺得值得走下去，他們需要我們。（整理／黃秋惠、吳燕萍）🍀



在莫三比克一天義診平均要拔五十顆牙，想著或許是病人一生難得的機會，再累也撐下去。攝影／蔡凱帆

小兒外科， 我願意

口述／楊筱惠 花蓮慈濟醫院一般外科第四年住院醫師
慈濟大學醫學系（2007-2013）第十四屆畢業生



二〇〇七年我進入慈濟大學醫學系，畢業後即留在花蓮慈濟醫院接受一般醫學訓練，接著進入外科部當住院醫師。二〇一八年十一月幸運獲得醫院計畫補助到日本九州大學的兒童外科進修，預計今年（二〇一九）完成一般外科訓練後，前往臺北馬偕醫院的小兒外科進行兩年的次專科訓練。而我在花蓮所追尋的夢想，需從小兒外科談起……。

談到小兒外科，一般會覺得是一個從零歲到十八歲各年齡層需要動外科手術的一項次專科，但因為成年前的不同年齡層有不同的解剖構造、病理構造等等，兒童並不是大人的縮小版，小兒外科與成人外科的專業其實也是天差地別。

小兒外科比較常見的疾病類型，如常聽到的生殖尿道疾病，包括隱睪症、尿道下裂、膀胱輸尿管逆流或是腹股溝疝氣；其他還包括腹腔、胸腔的手術，像膽道閉鎖、新生兒壞死性腸炎、先天性橫膈膜疝氣，或是食道瘻管等等。而小兒外科疾病跟成人不同的是，小兒手術除了病灶切除之外，更重要的是修補與重建的部分。

目前小兒外科在臺灣西部的北、中、

南各區約有二十位左右的小兒外科次專科醫師，但整個花東地區目前卻只有唯一的一位——彭海祁顧問。為什麼我會想要成為一位小兒外科醫師呢？要從我醫學系五年級時說起了。

那時我很幸運地跟到一臺刀，是剛出生嬰兒臍腹裂的手術，在彭海祁醫師的妙手之下，以及麻醉科、新生兒科的通力協助，這位小小病人膨出來的腸子順利地回到腹腔，也度過接下來一些呼吸方面的治療；我覺得自己很幸運，在五六年級的時候有了這樣子的經驗。

那段時期我也剛好看了一本小兒外科的漫畫《頂尖神醫》，印象很深的內容是一個媽媽帶著小孩來看診，那位媽媽小時候曾接受過小兒外科手術，後來她長大、結婚了之後，又帶她的小孩來就找當年救她的小兒外科醫師。所以我認為，小兒外科不只是拯救當下那個小孩的生命，更重要的是之後的生命的延續，得以讓那個孩子有自己的孩子、未來的家庭。

在實習時期觀摩手術的經驗和書中的理想投射，我萌生想要當小兒外科醫師的夢想。

但以上這些真的是「太夢幻」了！很多學長和外科醫師便跟我分享許多小兒外科的問題，讓我理解現實。

首先，由於出生率下降，使小兒外科成為低需求的科別，簡單來說就是「吃不飽、餓不死」的科，也因為業績很差，成本又很高，對醫院的經營一定是虧損的；第二，同事少，所以很多醫院的小兒外科醫師甚至是天天值班，遇到比較困難的手術，有可能會缺乏後援；第三，在住院醫師訓練的時候，因為兒童的特性，疾病診斷相對困難，而且疾病跨太多系統、種類很多樣，目前特殊的案例都集中在北部少數醫院，導致具有訓練資格的醫院很少；第四，相對其他科，小兒外科的醫療訴訟風險相對高，對住院醫師的放刀（獨立手術）時間更慢，以一個小兒外科醫師來說，要能獨當一面，整個訓練要到至少主治醫師第十年以上。

為什麼沒有什麼小兒外科醫師願意過來花東地區呢？我想，遇到困難的案例沒有後援，其實是主要原因，而且個案數太少造成整個養成訓練的問題，可能在器械和耗材方面的申購也不容易，這是在花蓮慈院會特別遇到的問題。

自五六年級時種下朝小兒外科發展的梦想，所以畢業後，我選擇在花蓮慈濟醫院進行一般外科的訓練，希望可以先進行一般外科的紮實訓練後，再到北部去接受小兒外科次專科訓練。感恩醫院及外科部的師長了解我的志向，因此調整對我的教學還有訓練進度；且去年（二〇一八）十一月，在外科發展中心

賴鴻緒教授的引薦下，我有機會前往九州大學附設醫院參訪。

日本九州附設醫院是日本南部最大的兒童外科醫院，他們曾做過肝移植、腸移植，以及大部分的兒童癌症。這次參訪，我非常榮幸跟到日本兒童外科界非常權威的主任教授田口智章 (Tomoaki Taguchi)，跟著教授查房、晨會、進手術室，從中觀察到他們對每一個環節，包括術前的麻醉、術前準備到手術的分工精細，以及對每一件事的自我要求，而且無論小手術、大手術，每一臺刀至少都有三到四位主治醫師等級一起進行。

九州大學兒童外科的學術研究在日本也非常有名，最令人印象深刻的是每一位臨床醫師即便很忙，但都還能進行自己的研究；此外，他們也很注重科別間或跨院間的合作，甚至還有遠從北海道來的醫生，到這裡和他們進行博士研究計畫，這讓我體會到外科住院醫師訓練過程那麼忙的生活，還是不能忽略研究的部分。

在日本的學習，開拓了我在小兒外科的視界，接下來在今年年底，我將前往臺北馬偕醫院進行小兒外科的次專科訓練，除了手術技巧之外，也會著重在小兒內科的知識和小兒重症照護。希望未來的每一天，我都能不忘醫學系五年級時的初發心，往成為一名專業小兒外科醫師的目標努力邁進。（整理／魏旨凌，二〇一九年二月二十三日花蓮慈院醫師合心共識營分享）🍀