

出國報告(出國類別：行動醫療團)

北印度行動醫療團工作報告

③

服務機關：國防醫學院三軍總醫院

姓名職稱：田炯璽、小兒科主治醫師

張耀文、家庭醫學科主治醫師

蘇聖強、一般內科總醫師

派赴國家：印度

報告日期：98年12月16日

出國時間：98年11月22日至12月7日

摘要

三軍總醫院應財團法人國際合作發展基金會之邀請支援，派遣內科、家庭醫學科、及小兒科專科醫師各一員，自九十八年十一月二十二日至十二月七日，參加前往北印度之行動醫療團，協助大吉嶺西藏難民自助中心及該鄰近區域之藏人寺廟與屯墾區進行免費看診醫療服務。內文包含工作歷程概要、看診病人之基本情資、及三位參與醫師之心得經驗分享及建言，期許未來能協助三軍總醫院積極參與國際援助之醫療行動，達成醫學中心之使命。

目次

一、 目的	4
二、 過程	4
時程簡介	4
工作概要	4
三、 心得與建議	6
內科（蘇聖強撰）	6
家醫科（張耀文撰）	8
小兒科（田炯璽撰）	9
四、 附錄	14

內文

目的

應財團法人國際合作發展基金會（International Cooperation and Development Fund，以下簡稱國合會、略為 ICDF）之邀請支援，與當地之西藏難民自助中心（Tibetan Refugee Self-Help Center，略為 TRSHC）合作，協助在印度北部大吉嶺鄰近地區之流亡藏胞及當地民眾，進行衛生醫療合作服務。

過程

一、時程簡介

- 11 月 22 日：班機赴印度新德里
- 11 月 23 日：班機赴北印度 Bagdogra，並進駐 Salugara
- 11 月 24 日：Salugara 鎮上喇嘛寺廟內義診醫療服務
- 11 月 25 日：驅車前往錫金山區，進駐 Rabangla
- 11 月 26 日：Rabangla 藏人屯墾區義診醫療服務
- 11 月 27 日：Gangtok 城外 Bojorghari 義診醫療服務
- 11 月 28 日：驅車前往 Kalimpong 城進駐。
- 11 月 29 日：Kalimpong 義診醫療服務，當晚驅車往大吉嶺進駐。
- 11 月 30 日：大吉嶺藏人自助中心診所(TRSHC Clinic)義診醫療服務
- 12 月 01 日：大吉嶺周邊 Sonada 義診醫療服務
- 12 月 02 日：大吉嶺周邊 3rd Mile 小鎮義診醫療服務
- 12 月 03 日：大吉嶺周邊 Mirik 鎮喇嘛寺廟內義診醫療服務
- 12 月 04 日：大吉嶺藏人自助中心內義診醫療服務
- 12 月 5~7 日：與當地藏人交誼、整理行裝、下山、班機返國。

二、工作概要

行動醫療團(Mobile Medical Team) 乃國合會與「國際衛生醫療策略聯盟」合作搭配之機動性高且具彈性運作之醫療團隊。在參加國合會行前會議中的準備資料裡，即明確揭櫫行動醫療團之五大任務：

1. 健康照護：診療服務、預防醫學、衛教宣導等。
2. 疾病情資蒐集。
3. 人力資源開發：教育訓練、臨床技術轉移等。

4. 醫療產業評估。
5. 強化我國國際衛生醫療援助實務經驗。

此次行動醫療團與印度藏民自助中心之人員合作。醫療服務所需之藥品部分由台灣攜入印度，另外一部分則由藏民自助中心負責人在印度當地藥局機構購買，在首站義診場地整合清點後，由藥師計算控管分批使用。衛材則全數由台灣攜入印度。藏民自助中心支援所有交通及運輸聯繫、義診當天飲食及義診場地安排聯繫等，交通費用及其餘食宿由國合會支應。因語言溝通之問題，藏民自助中心亦安排當地之具有相當教育程度之口譯人員，其同時具有英語、藏語、印度語、尼泊爾語之能力，負責作看診時病患問診之傳譯，看診時醫護人員與口譯人員皆用英語溝通。此外，本團此次尚有前衛生署長李明亮教授伉儷與桃園後厝國小陳松宜校長應藏民自助中心負責人凱度頓珠先生邀請隨團參訪，看診工作期間幾乎全程參與協助，也在過程中提供許多實際作為及醫療衛生概念的建議，是難得的經驗。

此次為第五次與藏民自助中心合作之北印度行動醫療團，因已有相當合作經驗，在部分看診場地因為已經造訪數次，口譯人員、當地居民與寺廟僧侶配合度相當高。全程尚有三位國合會派駐大吉嶺之長期志工協助諸項工作，並視各地狀況有當地藏民或獅子會會眾安排之志工數位協助場地安排及看診諸事。看診場地之安排、動線規劃等由團長與藏民自助中心之執行秘書 Lhak Chung 先生視場地可用狀況當下安排，極富機動性與彈性。看診場地設置如下：

1. 檢傷分類站：提供掛號、病歷資料填寫、身高體重、生命徵象測量，及分科。
2. 分科診間：此次有內、外、婦、兒、牙科等共六員醫師看診醫療服務。本院支援內科及家醫科醫師共同負責內科病人看診，兒科醫師負責兒科病患看診。
3. 藥局：藥師依照處方籤發放藥物並提供用藥衛教及諮詢。
4. 檢驗車：為國合會集資捐贈藏民自助中心診所之巡迴檢驗車，隨團駛至各義診定點，提供全血球計數、尿液生化檢驗、少數血液生化項目檢驗、單一導程心電圖、及胸部 X 光檢查等。其品質僅供參考。

看診時間視看診地點距離及場地設置狀況決定，團長均要求於上午九點半以前必須開始服務。上午原則上看診至十二點半，用餐休息一小時後，下午一點半繼續服務，至候診病患消化完畢或設定之結束時間為止，一般結束為四點半至五點半間。若民眾等候掛號者眾多，則於檢傷分類處發放候診號碼牌，領得號碼牌者方予以掛號，功用為限制人數，一個上午或下午原則上限制總人數 200 號。確認掛號之病人均有一張醫囑（處方）單，書名姓名、身高體重、體溫等重要生命徵候，並以具有顏色之標籤標示科別，如兒科為黃色，內科為深藍色，而診間門口則有相應顏色之旗幟標示，以提供不識字之民眾正確至其診間候診。

看診服務內容包括疾病治療及醫療衛生諮詢。兒科病患之年齡上限在看診時並無確切之劃分，一般十四歲以下在檢傷時會劃歸兒科處理。看診時若某科患者過多，內、婦、兒科醫

師將適時互相支援，先進行病史詢問，處理時視病人需求再徵詢相關專科意見。因病人前來看診時可能問題不止一個，亦設會診機制，遇潛在慢性疾患或專科問題時可徵詢專科意見處理。若遇病患急重症無法即時處理或現有藥物無可治療時，將給予醫療建議，並在醫囑單上記載主訴、病史、體檢結果及臆斷，請病人家屬瞭解病情後，儘速送往當地醫療機構就診。

本次之口譯人員，大多已歷經前四次北印度行度醫療團，甚至配合之相關科目也固定，故經驗豐富，翻譯時也能馬上掌握要領。因其跟隨既定科目看診，因此看診時除向口譯人員說明病人病情及給予衛教外，也適當給予口譯人員醫療健康相關知識之灌輸，及衛教宣導之內容，甚至適時教導其學習簡單之身體檢查技巧，以及指導檢驗車上人員正確操作心電圖機，以盡教育訓練之目的，期望各口譯人員回到自助中心診所時，平時也能發揮協助民眾及診所醫師之功能。

每日義診醫療服務結束後，團長都會集合團員進行簡短工作報告會議，針對看診流程、病患人數和特殊狀況、建議改進等內容請各工作人員提出討論。同時也分享許多在歐、亞、美、非洲等各國行動醫療團之經驗，並增進團員間之情誼。

內科看診病患統計圖表、家醫科看診病患統計表及高血壓病患統計表、及兒科病患之年齡分類及疾病粗分類統計表如附錄。

心得與建議

一、內科

此次行動醫療的工作一定需要用英文來跟當地的醫療人員來溝通後才能進一步跟求診的病人互動，這也是國際醫療中很難進行的難處所在。因為我們並非英語系國家，在加上有些醫療術語要完全轉換成英文表達可能會與本意失真；在加上駐地醫療人員並非人人皆是醫學背景出身，可能在轉換語言的過程中造成必然的語意誤差，增加了醫師在臨床工作上正確診視病人的難度。在 11 月 24 日於喇嘛院的診療工作便真的深深體會到這誤差的存在，還好我的助手十分聰明且她本身有當地護士的背景，在一開始診視病人雖狀況不斷但是漸漸也能得心應手。

像我自己就覺得有很嚴重的無力感與不確定感，除了因為少了大醫院要甚麼有甚麼的檢驗檢查來佐證我的臆斷外，語言的不通更是難處之所在。再加上實際上所能運用的藥品很有限且非面面俱到，一些病人的疾病若是太嚴重或是慢性疾病根本很難藉由短期醫療提供實質的福益。同時也發現很多居民很清苦，營養不均衡在這裡很常見，但我們能做的有有限，這可能要靠印度政府全面性重視醫療保險制度及推行公共衛生政策才能從根本解決問題。而

我也發現了一些病人真的很嚴重但實在於行動醫療團無法給予太大幫忙。實際上內科這次還有同行的家醫部張主治醫師幫忙一起看診所以減少自己很多病人，要不還真是無法利用一天的時間看完所有的病人。

明顯發現錫金地區為觀光地區所致居民大多自給自足，普遍人民生活條件尚可，疾病的盛行率與山下的鄉村城市差甚多。當然有可能實際有病甚至是重病的人根本無法來看病而造成了低估，或是本身有疾病卻不自知的壯年人，為了生活下山賺錢而造成了我們此次看診人數銳減。另外我也發現可能是天氣寒冷的關係，普遍人民吃較鹹或是很辣甚至很甜，結果高血壓來看診的增多了，而且其中大部分都不自知有高血壓！不過也有可能是因為天氣冷或是氧氣較稀薄而導致血壓適應性增高或是代償增高；另外也發現了氣喘病患開始增加，但礙於手邊藥物種類不多，大多只暫時給予病人噴劑與衛教並囑咐要在當地追蹤後續疾病變化。然而在寄生蟲感染方面此處與山下喇嘛院一樣皆有不少病例，可能與印度居民常隨地便溺且環境雜亂、水源汙染息息相關。其實從這幾天下來大致知道因當地的氣候與環境關係，其實非常需要心臟科、腸胃科與胸腔科的內科醫師來診療；所攜帶的藥物大多也與這幾個分科相關，由其是 ACEI 或是 ARB 加上利尿劑更是首選用藥。然而經濟上考量以及病人在義診後的用藥連續性，還有相當多的難題需要克服，而且不要忽略了潛在未看診的病人，他們的健康更是值得要進一步去考量的。所以李前署長在每日檢討的醫療會議中曾指示應該建立區域性的公衛調查與十大死因和十大盛行率疾病普查，如此才能針對最常見、較為重要的重症優先投注心力防治，之後再透過各式管道與策略來達成公共衛生防治的目的。

診間中雖有基本的檢查儀器，但是少了敲診槌對於診療疑似神經方面問題的病人的確是相當不便。原本我從台灣想帶來使用但那時心想應該神內相關的病人不多吧，但實際上來這發現病人還真不少。我也發現了不少精神科的病人，有家人陪同或是自行來求診的。其中有疑似精神分裂症也有憂鬱症的，仔細問我的助理似乎精神科醫師比例在印度國內更是十分稀少，這類病人在診療後望著他們的背影離去真是令我感慨萬千，也許在這樣的國度有些病人就真的因為醫療資源的缺乏而必須被眼睜睜的放棄了。

我想，除了要以自己的專業來執行醫療業務外，更重要的事以當地的眼光來教育駐地的醫療人員、以當地的思維來完整看待一件事情，這點也是在行動醫療團中是很重要的，因為畢竟我們在怎麼努力也只有兩週的時間留在這服務，但是當地的醫療人員卻是日後擔任第一線的人員！因為在當地要請位醫師或是尋求醫療資源真是多不容易之事！至此心中不僅暗想在國內的生活真是好太多了，除了全民健保外更有不輸給歐美的先進醫療，但對這邊的人民是多遙不可及的夢想阿！此外，誠如陳志福團長所言，不要侷限在數據人次的迷思，應該要著眼在看不到的地方，也就是駐地人員的進階醫療教育；此外也藉由此次醫療行動團蒐集當地的疾病情資以及相關流病的調查工作，以為下次造訪錢更完善的醫療評估之必須。此外，這次難得寶貴的經驗亦可用於國內偏遠地區的醫療甚至是重災後的醫療支援工作，他山之石

亦能運用在國內偏遠醫療工作的遂行並促進社區健康的營造。

這次行動醫療團與我之前的認知有極大不同之處，因為之前我參加了國內 88 水災的救災工作，體認到偏遠地區醫療的困難以及這些地區醫療資源的貧乏是極需要醫師的熱心奉獻的，所以在部科主任都全力支持下以及其他同仁的幫忙利用時間參與了國合會在年底最後一梯次的行動醫療團活動。原先的認知以為這是一種外交活動且對於達賴喇嘛的一種民間支持活動，而且純粹是一種義診服務，後來親身體驗後才知道行動醫療團並非純粹為了表面上的外交工作，更是重要的疾病情資收集、人力資源開發、醫療產業評估、健康照護與強化國際衛生醫療援助實務經驗等工作，而且發現其實教育駐地的醫療人員或是與當地的醫師護士交換醫療新知與訊息才是最重要的。因為我們的團隊是暫時性的，藥品的給予亦為亦有限的時段，然而在地方的醫療人員或是醫師才是一直追蹤病人與持續第一線照顧病人最主要的。如果能利用每一次寶貴的臨床實務經驗教導並改正之前錯誤的想法或觀念，我個人認為好處會勝過久久來一次大陣仗的純粹義診的醫療團。

這次的體驗使我覺得國內的醫療環境尤其是偏遠地區何嘗不能取之為借鏡，以同樣的概念來執行，再輔以國內健全的醫療系統，想必對於偏遠地區的醫療照護與社區健康營造必有相當程度的助益。至於用於印度政府則是建議應建立社區性的公衛普查，先得到一小地方的疾病資料後再針對當地環境與氣候來擬定公共衛生計畫，進而推至社區整體健康營造；當然醫療保險制度必須要當地政府好好招及專家學者來規劃，或者是以勞工保險的制度先建立基層性的輔助之後再漸漸推廣至一省或一州。西藏難民自助中心可以國內幾家知名醫學中心建立遠距醫療合作關係，以網路或視訊來輔助醫療資源上之不足。同時亦可於每次行動醫療團時提供當地及時欠缺的資源或藥品俾利醫療團事前準備補充，而醫療團已可針對事前提供資訊來擬定本次醫療團參與的醫師與相關的醫事人員。另外在當地尚可建議加強宣導健康飲食以及運動的重要性，並鼓勵社區共同購買一血壓計或血糖機，鼓勵社區民眾定時量測血壓與血糖以為健康之追蹤。並適時聯繫社區內醫療相關資源或是醫療院所，以建立健全的醫療後送管道。最後附上這次行程相關的醫學統計資料俾利參考。

二、家庭醫學科

本次行程除 Salugara 外，其餘地區皆在喜馬拉雅山區內，海拔約在 2000-3000 公尺左右，此高度尚不會造成高山症。但是在搭車移動的過程中，皆是迂迴山路，且經常在山嶺與河谷地帶上下，因此經常導致暈車與高度落差導致的中耳不適。本團團員幾乎都有感冒，多半為上呼吸道感染的症狀，包括喉痛、頭痛、鼻水、咳嗽等。一名團員出現發燒不適，內科醫師診斷為支氣管肺炎，給予點滴注射、口服抗生素以及退燒藥物後於三日內症狀緩解，返台前已恢復健康。或許是飲食及飲水都很注意，本團腹瀉的情形較少見，僅有一人出現持續性水瀉且有輕微脫水的症狀，但是在補充飲水及症狀治療後，並未有重大影響。

在這次義診的過程中，經常有民眾攜帶病歷資料與檢驗報告來諮詢。翻閱病歷時發現，其實當地醫院的基本醫療技術與台灣差不多，但是因為處於偏遠山區，缺乏特殊專科診療服務的問題與台灣相同。然而對於慢性疾病，醫療團的義診通常無法有實質性的幫忙，僅能提供慢性疾病的診療與保健資訊，請藏民工作人員進行衛教。在治療上，印度的製藥工業相當地發達，藥物種類眾多且價格較台灣來說相對便宜許多。診療中發現印度高血壓、糖尿病、消化性潰瘍等用藥，有許多單一劑量合併用藥。針對以上常見慢性疾病，如果能夠瞭解當地常見藥物品項及藥名，便可以提供合適處方讓民眾自行購買。

對於在印度的藏民來說，需要制度化的健康照護服務來確保身心的健康。藏民在印度並沒有醫療保險或是公醫制度，雖然大吉嶺也有不少私人診所以及醫院，但是醫療費用對於大多數的藏民來說，仍然是個沉重的負擔。藏民們來到印度已經五十年了，許多從西藏來到此地的人已逐漸老化，環境不佳、加上慢性疾病的多重影響，更顯得健康照護需求的急迫性。缺乏當地的營養及健康狀況，將無法提供適合的醫療照護建議。因此在社區健康營造的最重要步驟，便是取得當地的健康資訊，並找出健康問題。個人從以下幾個部份對於西藏難民自助中心提出建議：

A. 營養狀況調查

- 1.調查員培訓：由國合會護理志工協助培訓當地調查人員。
- 2.問卷翻譯：將國合會設計之問卷翻譯成藏語、尼泊爾語及印度語各版本。
- 3.資料蒐集：由調查員前往目標社區進行家訪。
- 4.資料統計：以 TRSHC Diagnostic Center 為中心，將資料轉譯為英文，並進行統計。

B.常見疾病統計

- 1.常見死因統計：瞭解目標社區居民常見的死亡原因及年齡別死因。
- 2.常見疾病統計：瞭解目標社區居民常見的疾病及年齡別疾病。

C.基礎衛生教育種子師資培訓

- 1.學童健康照護：口腔保健、肺結核防治、皮膚傳染性疾病防治。
- 2.青壯年健康照護：高血壓、糖尿病之預防保健、骨關節疾病預防保健。
- 3.基礎衛生教育種子師資培訓營：邀請學校老師、喇嘛院教師，進行 1-3 天的師資培訓營隊。配合行動醫療團活動，進行義診與篩檢。

三、小兒科

心得

大吉嶺地區為高寒區域，居民以尼泊爾人居多，主要語言也是尼泊爾語及錫金話。但北印度行動醫療團歷來與藏人難民自助中心合作，故所經之區域多為藏人集中之區域。十一至十二月間正值秋冬交界之際，氣候乾冷，午後常起霧。山區供電經常不穩定，而飲用水除靠山下運水車供應品質較好之飲水外，民眾多接引山泉水引用，全無自來水設施。因水資源及

電力問題，民眾生活習慣甚少沐浴，約一週一次，且多以冷水沐浴，老少皆同。衣物之洗滌則視情況而定，也多用雙手或腳踩等最原始方式清洗。因此在群居之藏民學校宿舍或喇嘛寺廟內皮膚疾病及手足凍傷之病情為常見疾病。雖然北印度行動醫療團已歷五次造訪，仍可見群聚之頭癬、疥瘡等皮膚疾患盛行於孩童及年幼喇嘛，但已有逐年減少之趨勢，且寺廟年長喇嘛或宿舍負責人均反覆接受預防衛教，已有相當治療及預防概念，唯受生活環境影響，預防仍屬不易。尤其高寒地區飲水煮沸不易，又缺乏電力及燃煤，上述之水源問題亦容易衍生腸胃道寄生蟲疾患及腸胃炎，在幼童易造成食慾不振、貧血、營養不良等疾患。看診時亦普遍發現生長發育與台灣兒童之差距。

就診之兒科病患最常見之疾病仍為呼吸道感染疾患及皮膚疾患。喇嘛寺廟經常可見呼吸道感染疾患及皮膚疾患之群聚感染，小城鎮則以呼吸道感染、腸胃道疾患與寄生蟲疾患居多。而在大城鎮如 Kalimpong 或大吉嶺藏人自助中心等處，病患社經環境或教育程度較佳，就會遇到健康狀況或兒童生長發育等諮詢。大吉嶺及錫金等山區也常見關節肌肉問題，臆測因兒童大多需跋涉遙遠山路去學校上課，故常有足部肌肉關節酸痛之主訴。

此次所使用之藥物部分為在台灣購買，其餘則委託藏人自助中心負責人在印度購買，藥物種類乃根據以往四次北印度行動醫療之經驗，對常見病症所用之藥物。因藥物種類有部分缺乏，故有在印度當地補購，在印度藥局之實際經驗為其藥價相當便宜，約為台灣之半以下，其藥價可能與國情及國民平均所得有關。唯其腸胃及呼吸道用藥多為複方，對症狀使用不易單純化。而且因水劑攜帶不易，此次大部分口服藥物均為錠劑，只有抗生素 Amoxicillin 有部分為瓶裝藥粉稀釋使用之水劑劑型，以及當地購買之止瀉藥水為複方水劑（Pectin + Metronidazole），對幼兒開立處方劑量拿捏相當不易。藥物種類之考量也是一大問題，自台灣可購得之藥種齊全，但在印度當地不見得可以購得，許多高貴或長效用藥將造成病患接受處方後如仍須持續治療，在當地藥物取得的問題。且對於所有慢性病疾患，如高血壓、糖尿病、氣喘等，行動醫療均無法長期控制，僅能短期藥物治療、衛教並建議其往當地醫院就診追蹤治療。此外，結核病也是該區域之盛行疾患，但行動醫療團無力診斷及治療，僅能臆測並給予建議。

印度醫療為公醫制，醫師雖多在公立醫院執業，但亦可在公醫之餘自行開業。此種現象造成病患至公立醫院求助時，醫師僅應其主訴安排可行之檢查，於病情診斷後則囑其至私人診所治療並收取其費用，而檢查費用多半亦需民眾自行負擔。看診時遇當下無法處理建議其至當地醫院就診、或需做進一步檢查之建議時，經常遇民眾詢問可能需花費之費用，可略見其就診之不易。此外，亦常見病症因遭忽視或無力就醫，或民眾缺乏認知延遲就醫而造成之併發症，例如在孩童常見化膿性中耳炎併發耳膜穿孔，甚有反覆穿孔造成聽力喪失者。

西藏難民自遭中共迫害由西藏逃往鄰近之印度、不丹、尼泊爾等國迄今已滿五十年。藏

民生性純樸樂觀、堅忍有毅力，而且對藏傳佛教之信仰促成其民族向心力及團結特性，可以由此次與我合作之口譯人員及隨行藏人志工感受到以上特質。然而藏人雖避居印度國境內，卻並不接受印度國籍之歸化，僅擁有居留權，故醫療上也無法受印度公醫制的服務，僅能自費接受診療。此外因大吉嶺藏人多未歸化無國籍之故，也無法離開印度國境，進入如台灣等其他國家接受醫療教育訓練。大吉嶺藏人自助中心幸受台灣國合會及相關慈善團體挹注，自行成立自助中心診所，除擁有一台檢驗車外，於診所亦能聘請當地合格內科醫師及牙科醫師駐診，診所內尚有電腦、腹部超音波等儀器，可以服務當地藏民及其他民眾。

藏民十分注重其後代之教育，除在屯墾區廣設學校外，透過寺院受教育亦為其教育之特點。屯墾區及自助中心內亦設孤兒照顧中心及幼兒托育中心，分工合作相互照料之機制良好，在看診時經常可見保母帶數位孤兒一齊前來看診，衛教上也會非常注意聆聽。然在某些看診區，會遇到當地幼兒園或學校之學生群聚前來看診，沒有家長陪同，而帶孩童而來的老師可能只有一位，或甚至沒有老師陪同之學生。此時對病人或陪同者之衛教其是否瞭解，以及病人對醫囑之順從性均為堪慮。

行動醫療在看診時需拋棄台灣原有醫療環境之習性，摒棄倚賴檢驗檢查，結合對當地病情及民眾生活習性之瞭解體會，快速積聚臨床經驗，所憑藉的是病史詢問及身體檢查做立即的鑑別診斷。在這樣的診療行為內，難以追蹤病患療效，有相當的危險性。況且在無邦交國內施行醫療行為，形同無照行醫，自省有相當風險。然而這也是對自我醫療能力的一大挑戰，透過行動醫療每日工作後的檢討會提出特殊案例討論，還要靠回國後，對於自己臨床與疾病實際接觸的經驗與知識再回顧，才能將工作經驗吸收。其實在台灣仍有少數地區也如同大吉嶺一般，醫療資源不普及，民眾相對貧窮缺乏知識。國內醫療界近年來才逐漸重視社區醫學，行動醫療的模式，也可以視做一種機會教育，而我們參與的醫師，無疑是再度加強了自己一般醫學的再教育。對於自己的參與，覺得經驗珍貴。

外交關係對行動醫療團可從事之工作範圍影響甚劇。印度與中華民國僅互設代表辦事處，並無正式邦交。此次在印度觀察到，即使有當地辦事處人員斡旋及外交部出函懇請通關協助，在海關時仍受到嚴格之盤點檢視，所攜之藥、衛材耗費冗長時間才盡數通關，相當不易。職因曾參加赴中美洲之多明尼加共和國之行動醫療團，其為與我有良好邦交之國家，除進行醫療看診活動可獲得當地之有力團體支援外，大使館方面亦全力支持，甚至能在其醫療院所內進行教學互動式之看診及經驗交流活動。而且，與受援國之邦交可以使醫療團對於公共衛生及該國對醫療團服務地區重視程度有較為深遠的影響，對於真正影響民眾健康之慢性病及感染症防治，才能收到真正的改善之效。

建議

對於國防部能准許三軍總醫院人員參與國合會至非邦交國從事行動醫療援助，予以公假出國，尤其是院部長官對此行之重視，給予授旗、贈帽及行前精神訓話，使參與人員對於此次任務更增添使命感與精神士氣。職在此除感謝各級長官外，衷心希望國防部及院部長官能對國內外此類活動繼續保持支持之態度，讓應為之醫療不要僅侷限在醫院，落實教學中心醫院對於社區醫學及國際援助之使命。此外**國軍人員赴派友邦國家進行行動醫療**，也可考慮攜帶相當數量軍醫自行研發之**戰傷用醫、衛材**（如紅外線血管透視器、急救包，全套救護醫裝等）至看診場地實際運用，並提出**使用效益評估報告**，也可教導友邦醫護人員使用，未來可將自行研發之戰傷醫、衛材提昇至國際援助使用之地位，增廣其實際效益與開發潛能。

對國際醫療援助之實際作為，亦為教學中心級醫院評鑑之必備項目。雖然名為義診，但國合會亦編列工作人員相當生活費之補助，雖金額為數實不及平日工作收入，也代表國合會對所有工作成員之重視。然而按照醫院醫勤獎金作業規定，若出國時間長，而剛好不如此次行程恰為跨月，將會影響出國人員之薪資收入，進而將影響日後相關國際援助醫療行動之參與度。建議院部長官及相關部會（民診處、人事室）**研擬獎金特別案**，針對參與國際援助醫療行動人員，雖不能豁免於醫勤獎金作業規定之限制，但須給予其獎勵使其薪資不少於平日作業，甚至應高於其基本獎金，方能收到**鼓勵**之效，使得**參與意願提高**。相關獎勵辦法成文後，也能成為醫院支持國際援助之實質作為，將對中心級醫院評鑑有所助益。

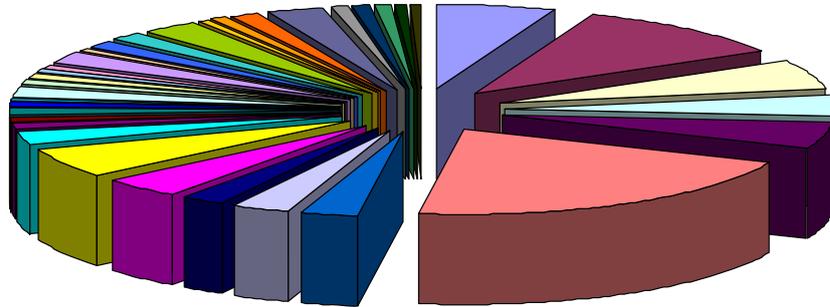
職已有兩次參與國合會行動醫療團（第一次到達多明尼加共和國，採自假模式）之經驗。雖然行動醫療團內大致兼具內、外、婦、兒四大專科，實際看診時又可互相會診，然視各看診地點之民情不同，經常有婦、兒科醫生閒置，而內、外科醫生狂忙，或反之的情況。團長經常會視現場狀況做支援之配置，兒科或婦科醫師則視自己能力分擔少數內、外科之病患看診工作。如今應醫策會之改革，畢業後一般醫學訓練(PGY)訓練將來之醫師均具內、外、婦、兒科之基本能力，此一教育模式所訓練出來之主治級醫師，成效將可以在此類行動醫療團中看出，使其能跨科診療服務。然而自民國 100 年 PGY100 實施起，仍要等待數年後才可看出成果。建議院內長官研擬相關訓練辦法，使志願度高之專科主治醫師得仿照 PGY 進行**多專科之短時程密集訓練**，使其成為專業國際援助醫師，兼具專科及全人醫療之職，滿足行動醫療之需求。

此外如前所題，行動醫療在看診時需拋棄原有醫療環境之習性，摒棄倚賴檢驗檢查，結合對當地病情及民眾生活習性之瞭解體會，快速積聚臨床經驗，所憑藉的是病史詢問及身體檢查做立即的鑑別診斷。對於畢業後一般醫學住院醫師訓練正是秉持此種精神。雖於現實層面不實際，但對於醫學教育的建議是：可**適度派遣住院醫師隨行動醫療團觀摩學習**，感受及體認一般醫學在需要援助地區之重要性及實際情形，能訓練出更具國際觀、生命宏觀、及落實於一般醫學實務經驗的醫師，對未來醫院及全體台灣之醫療品質均有助益。

西藏難民在印度的情況，是一個政治與文化上的特殊存在。藏人的存在亦普遍影響到鄰近的印度社區，使得印度人民受其宗教、經濟、及文化上的影響。雖其處境特殊，但是藏人的民族及其文化特性是值得社區醫學教育紮根落實的一個良好環境。對西藏難民在印度的人道援助，雖難以獨立於政府之政治觀感之外，但在道義上及我國致力於促進世界衛生之理念上，應**持續至當地**對印度藏人**給予醫療衛生訓練**，改善其教育與環境，使藏人民眾健康提升。此一經驗透過醫療人員之論文發表成果，也可使我國在世界衛生組織之實質經驗加分。對於其他友邦的醫療援助，也應採取永續經營之理念，透過教育訓練，而非義診或藥物援助，而達成永久改善友邦公共衛生及民眾健康狀況之成效。

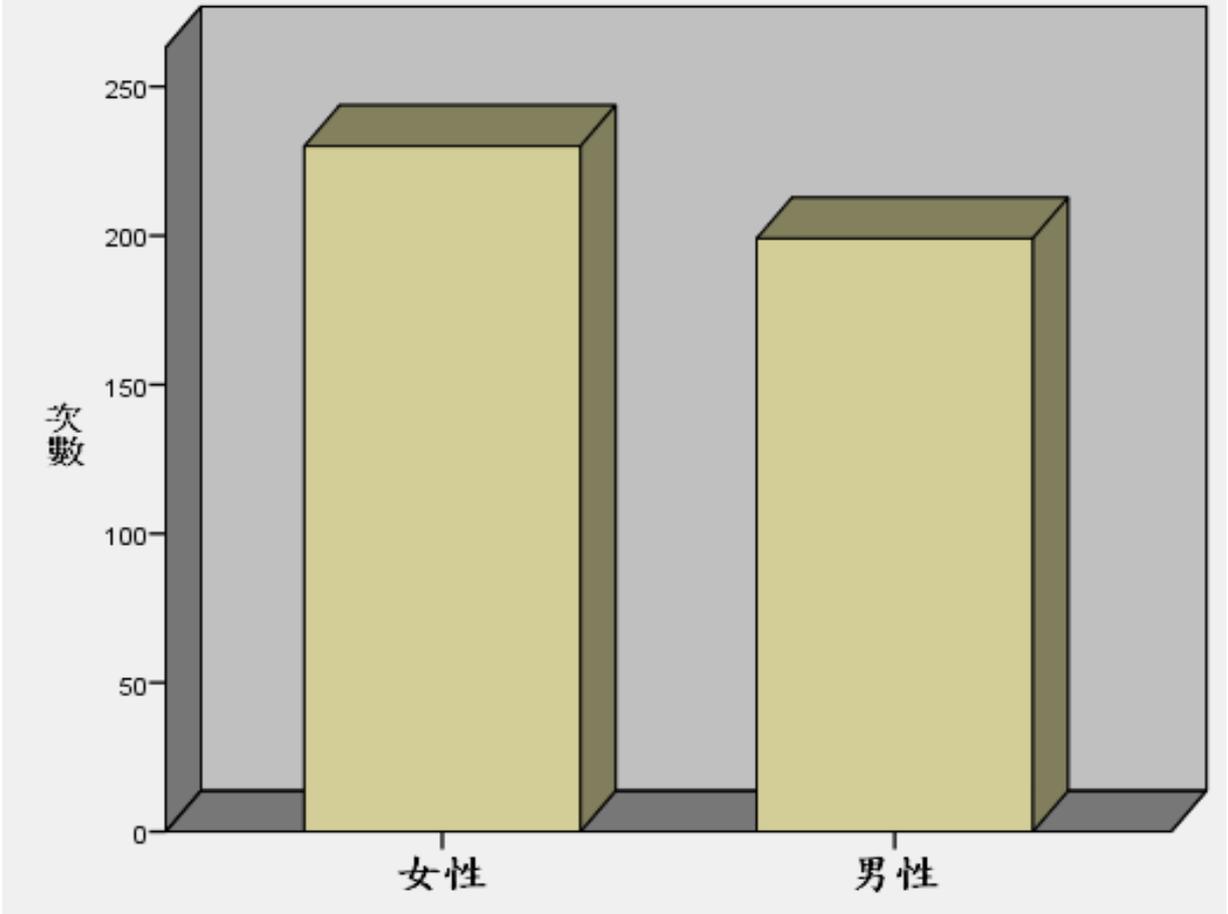


北印度山區就診病患診斷分布圖

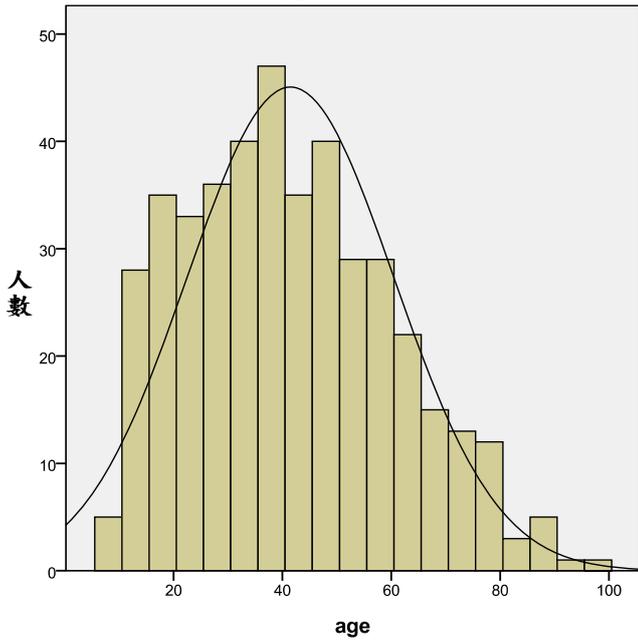


gastritis	acute URI	Constipation	PUD
GERD	HTN	DM	Malnutrition
bronchitis	OA of knee	OA of lumbar spine	parasite
arthritis	oral ulcer	IDA	VHD
arrhythmia	migraine	IBS	Tinea
hepatitis	conjunctivitis	costochondritis	myofasciitis
pharyngitis	TB	Headache	sciatica
pneumonia	AGE	asthma	eczema
angina	scabies	gout	gallstones

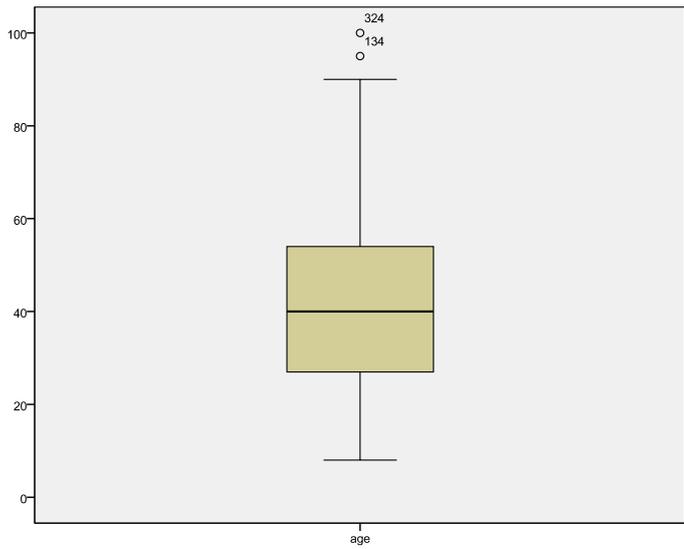
北印度山區內科就診病患分布圖



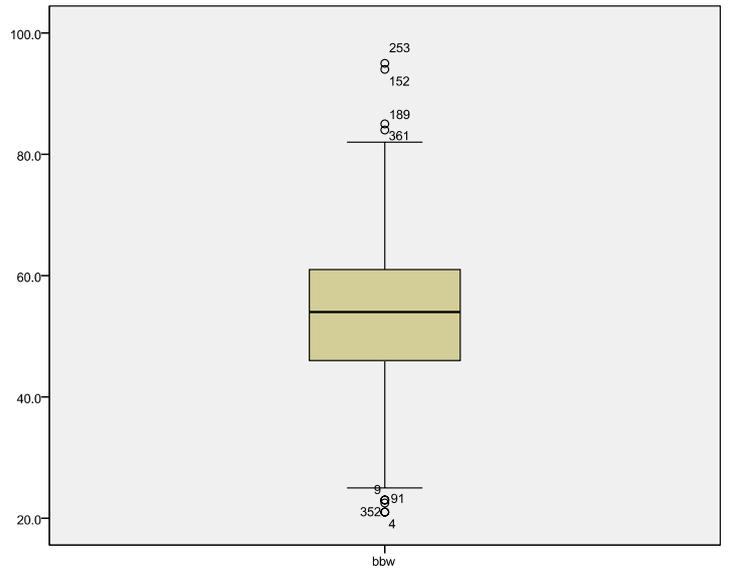
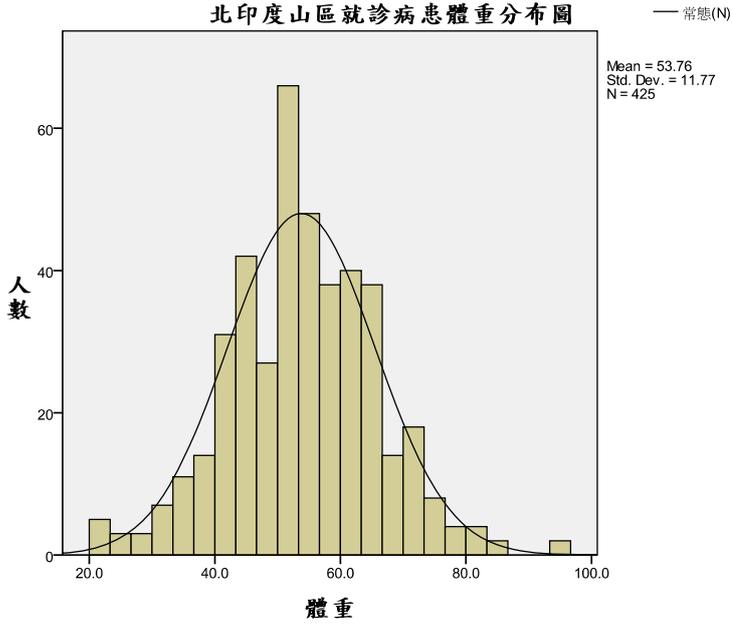
北印度山區就診民眾年紀分布圖



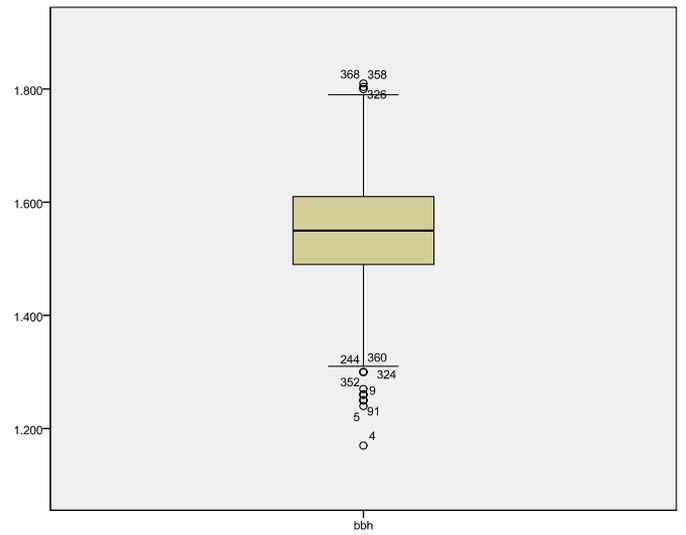
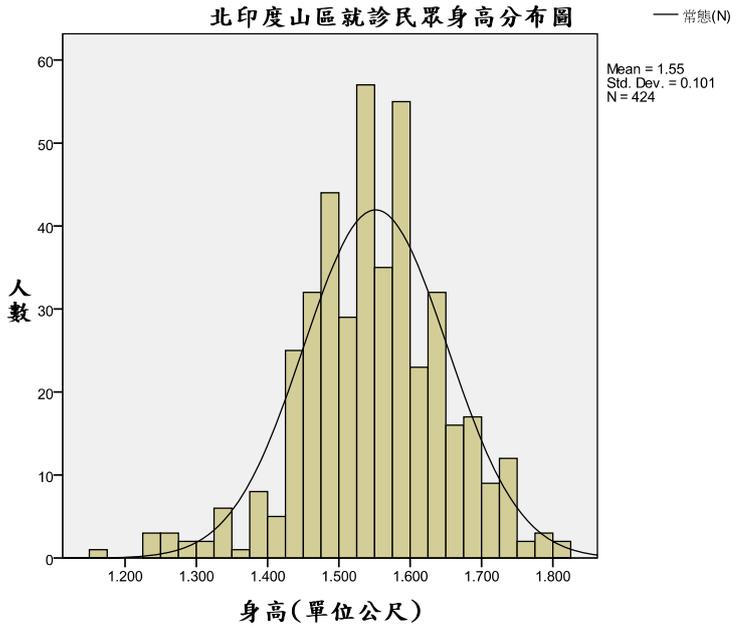
— 常態(N)
Mean = 41.48
Std. Dev. = 18.992
N = 429



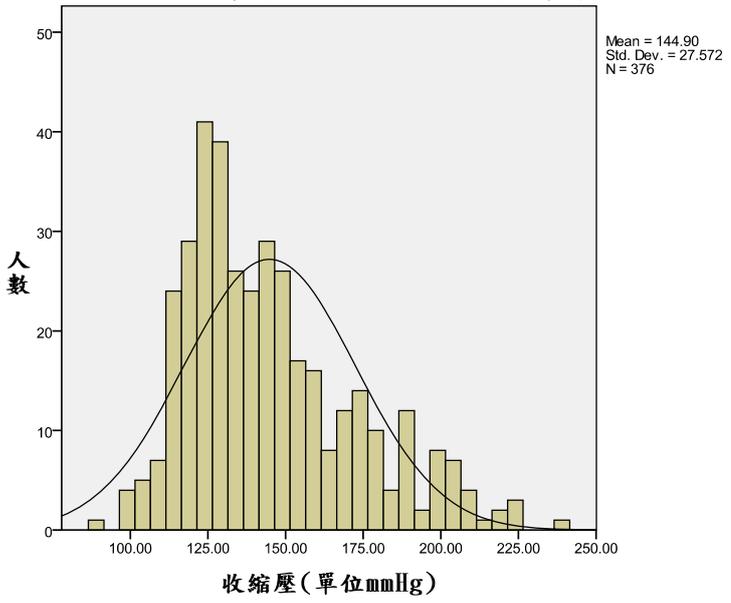
北印度山區就診病患體重分布圖



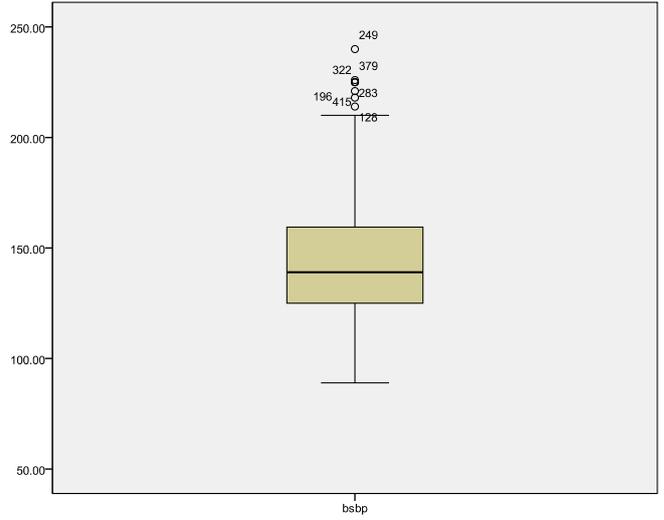
北印度山區就診民眾身高分布圖



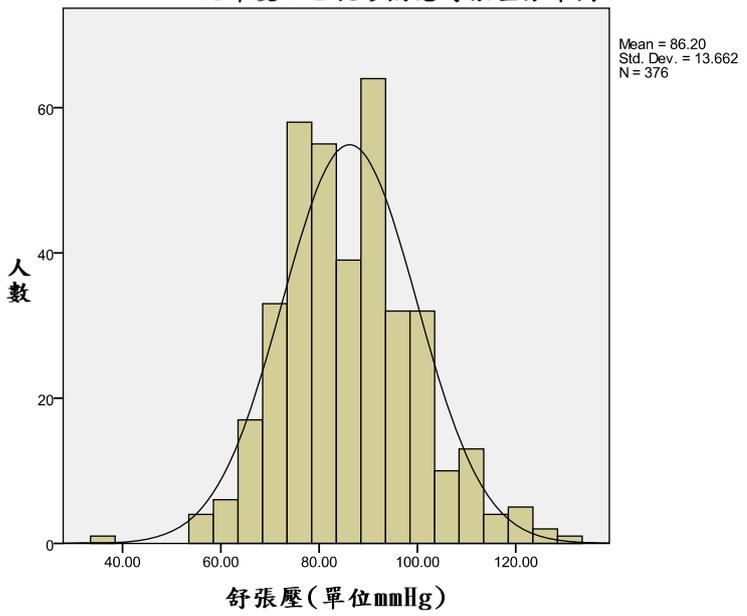
北印度山區就診病患收縮壓分布圖



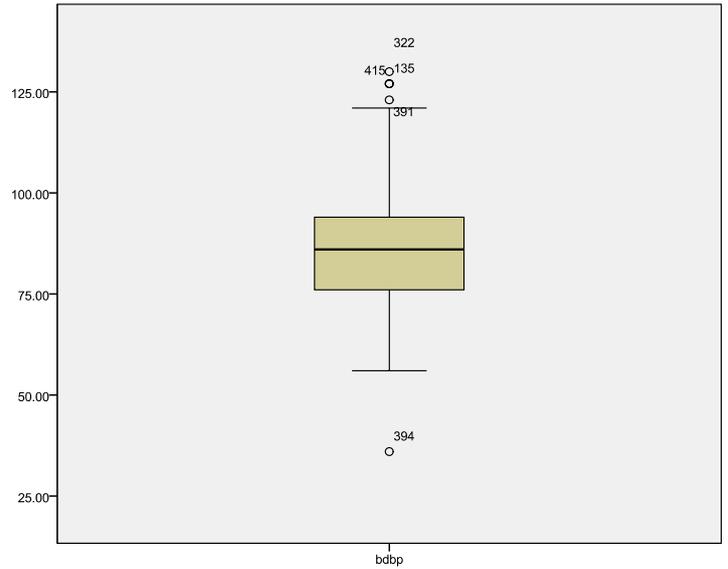
— 常態(N)

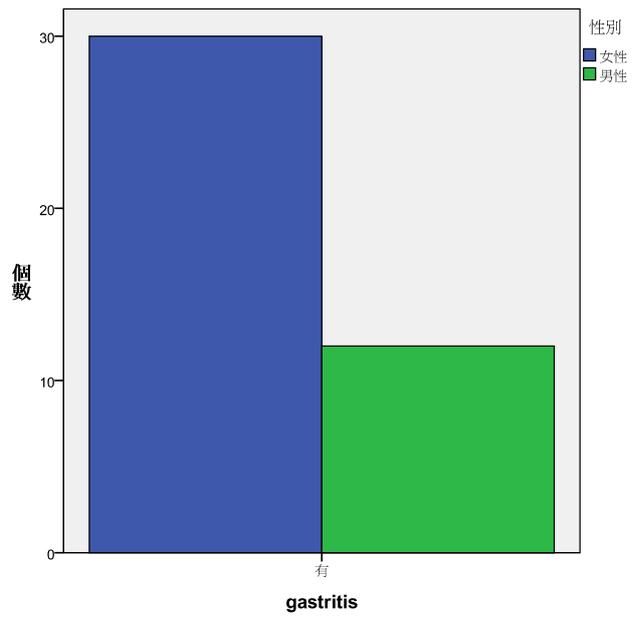
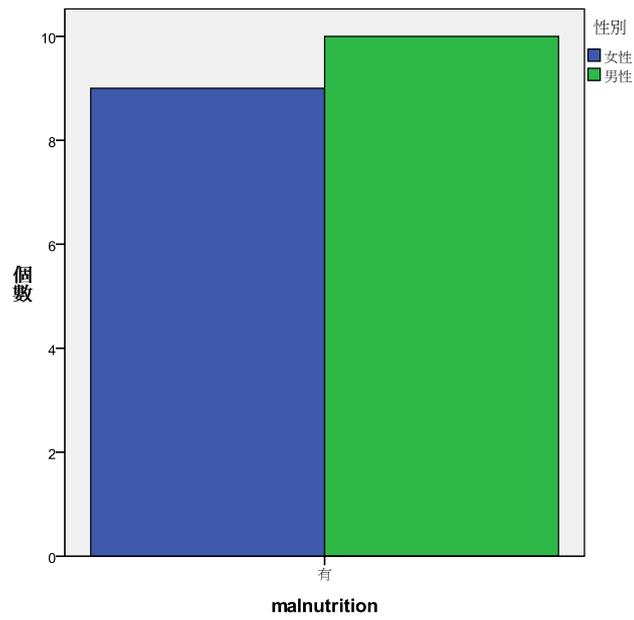
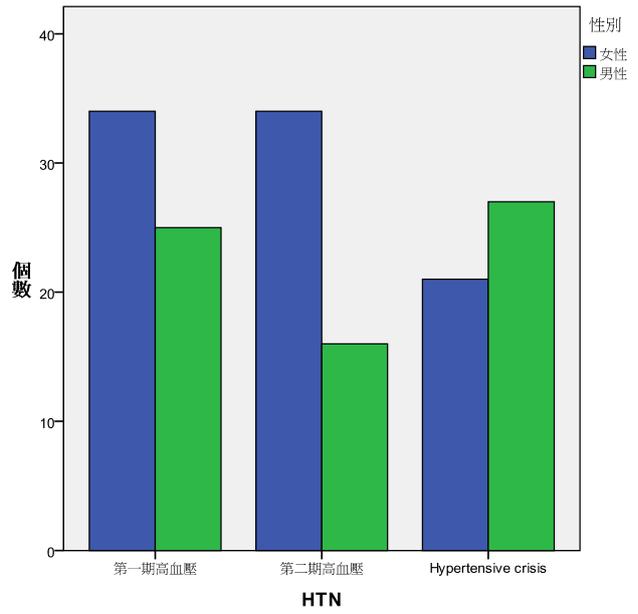
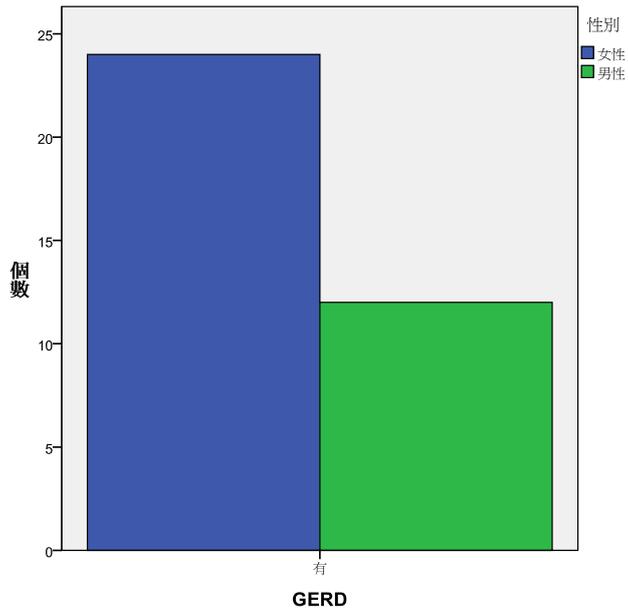


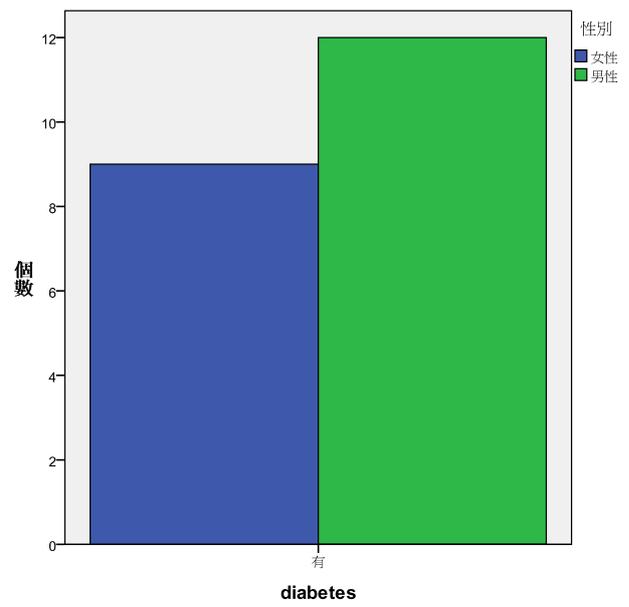
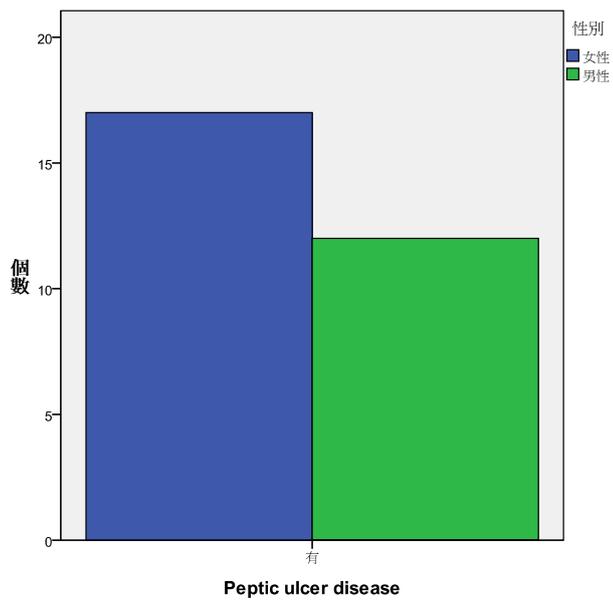
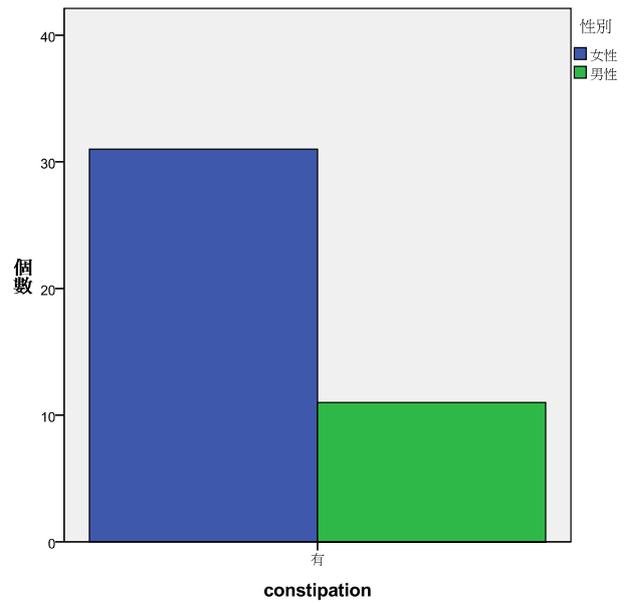
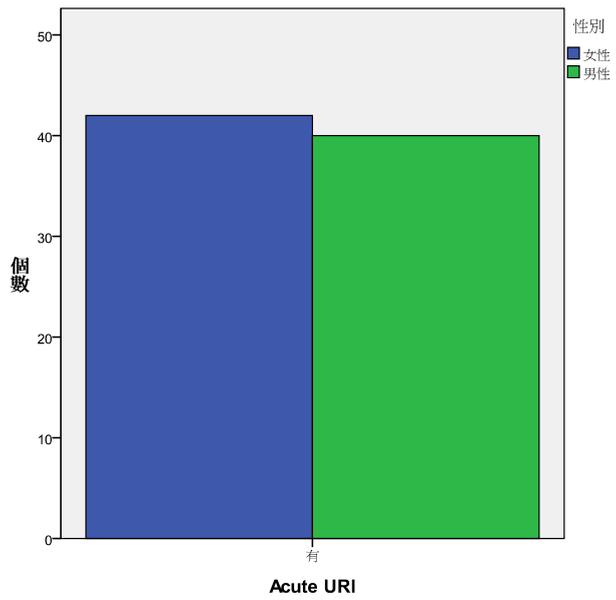
北印度山區就診病患舒張壓分布圖

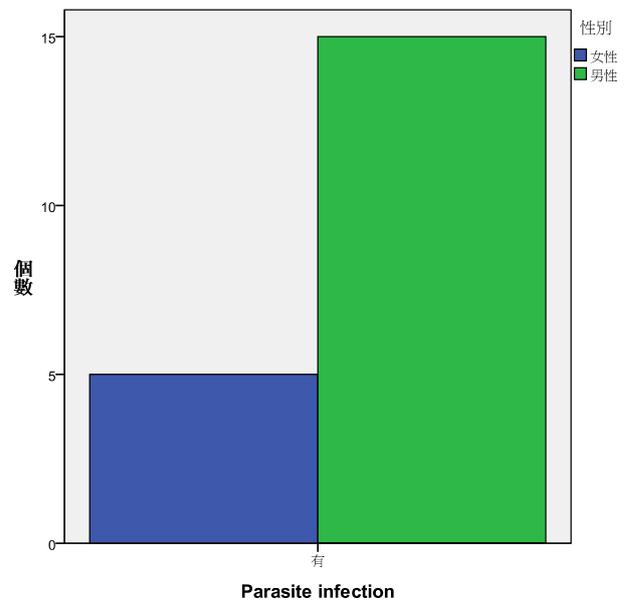
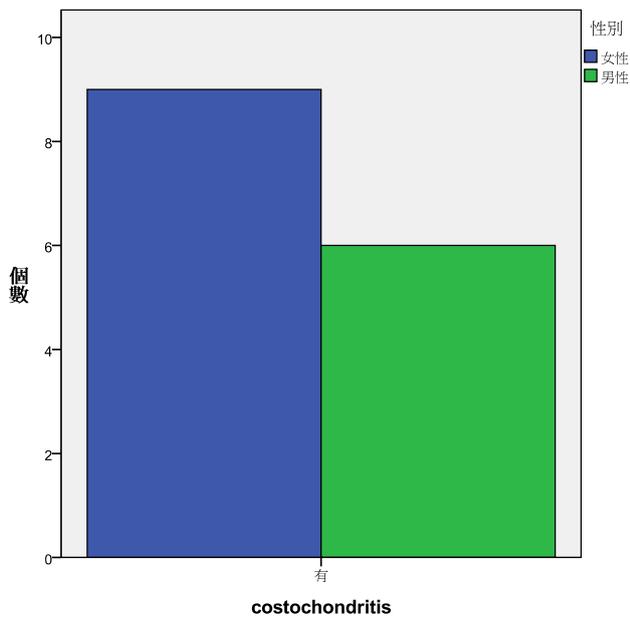
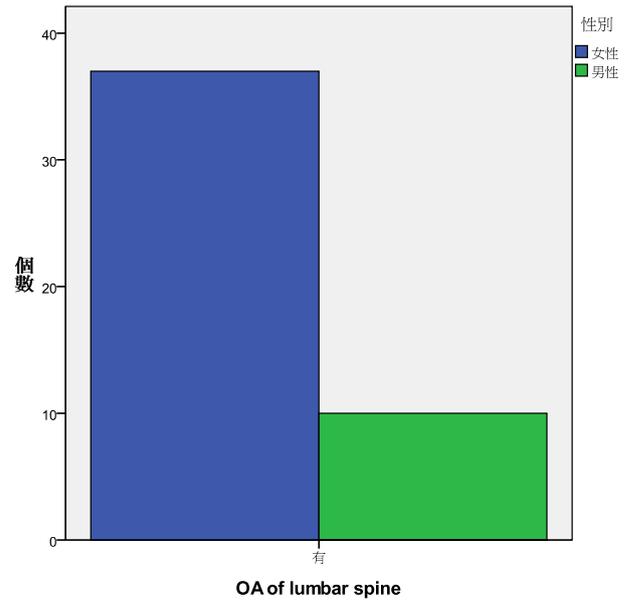
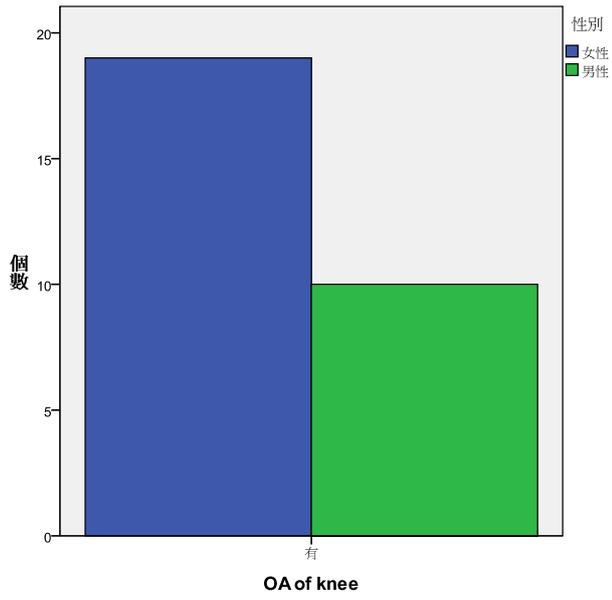


— 常態(N)









附件三 家醫科就診人次 (依地點、年齡分組)



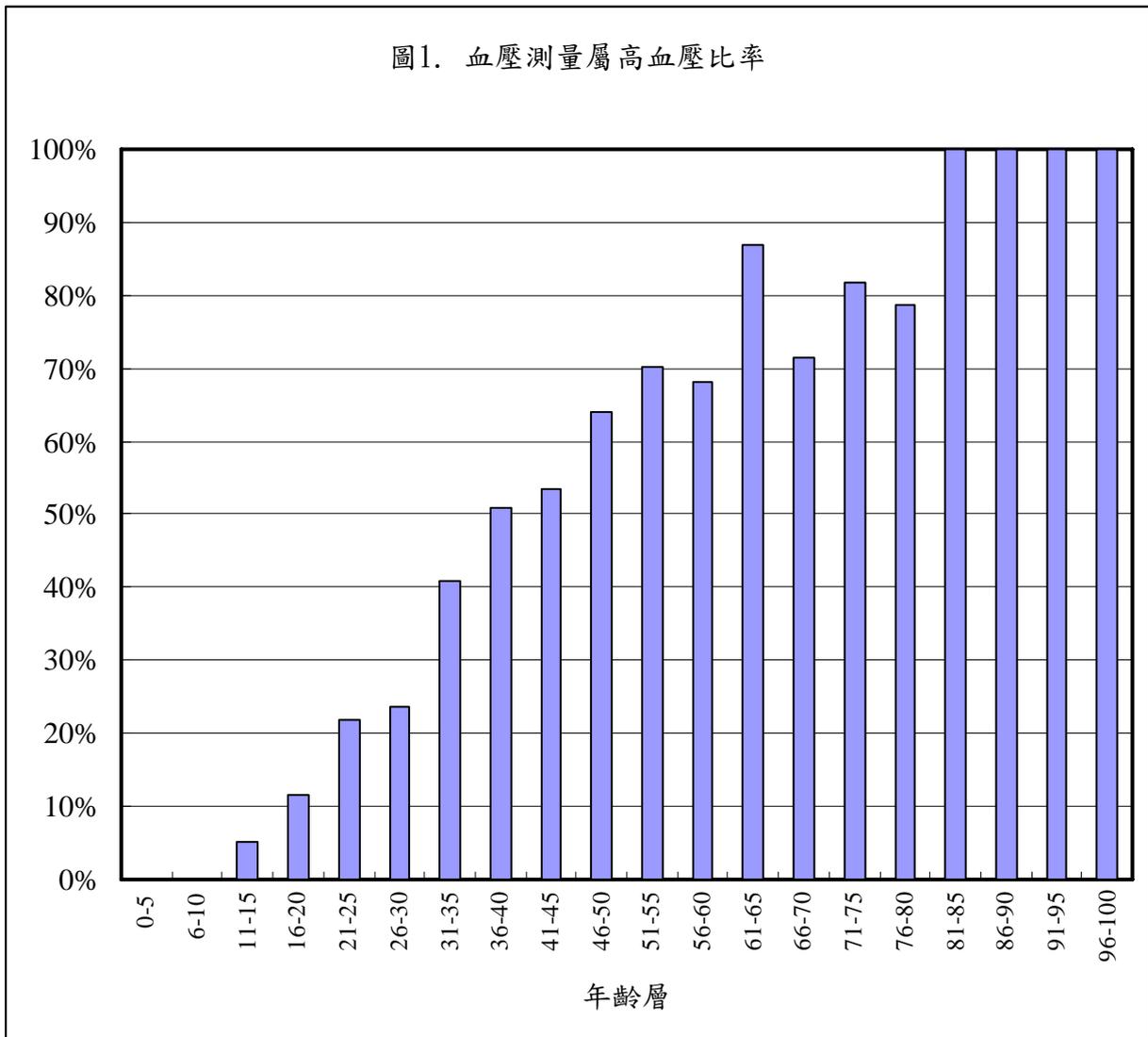
日期	11/24	11/26	11/27	11/29	11/30	12/1	12/2	12/3	12/4	
區域	Salugara	Sikkim	Sikkim	Kalimpong	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling
地點	Salugara	Ravangla	Gangtok	Kalimpong	TRSHC clinic	Sonada	3rd Mile	Mirik	TRSHC	
年齡										小計
0-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6-10	2	0	2	0	0	0	0	5	0	9
11-15	7	10	3	0	0	3	6	10	0	39
16-20	11	2	3	1	0	3	5	1	0	26
21-25	1	2	8	6	3	1	3	3	5	32
26-30	1	4	7	7	2	1	8	2	2	34
31-35	7	2	6	9	3	4	8	3	7	49
36-40	6	3	9	9	8	1	6	6	3	51
41-45	3	2	10	8	2	2	9	2	5	43
46-50	3	4	6	9	6	2	3	1	5	39
51-55	1	1	6	13	6	0	8	0	2	37
56-60	2	1	4	6	2	2	1	0	4	22
61-65	1	6	1	7	0	1	4	0	3	23
66-70	1	0	6	6	1	3	0	2	2	21
71-75	0	3	0	2	1	2	2	0	1	11
76-80	1	3	0	1	2	3	1	0	3	14
81-85	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4
86-90	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
91-95	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
96-100	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
遺漏	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
總數	48	45	71	85	36	30	64	35	44	458

附件四 家醫科血壓測量屬高血壓人數 (依地點、年齡分組)



日期	11/24	11/26	11/27	11/29	11/30	12/1	12/2	12/3	12/4	
區域	Salugara	Sikkim	Sikkim	Kalimpong	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling	Darjeeling	
地點	Salugara	Ravangla	Gangtok	Kalimpong	TRSHC clinic	Sonada	3rd Mile	Mirik	TRSHC	
年齡										小計
0-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6-10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11-15	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
16-20	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
21-25	1	0	2	1	0	1	1	1	0	7
26-30	0	1	1	4	0	0	2	0	0	8
31-35	2	0	3	3	3	1	4	1	3	20
36-40	2	2	5	3	4	1	3	5	1	26
41-45	1	2	4	6	0	2	6	1	1	23
46-50	1	4	5	5	3	2	3	0	2	25
51-55	1	1	6	7	3	0	6	0	2	26
56-60	2	1	3	4	0	2	0	0	3	15
61-65	1	6	1	6	0	0	3	0	3	20
66-70	0	0	5	3	0	3	0	2	2	15
71-75	0	3	0	1	0	2	2	0	1	9
76-80	1	3	0	0	1	2	1	0	3	11
81-85	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4
86-90	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
91-95	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
96-100	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
年齡不詳	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
總數	15	25	35	44	14	18	32	12	23	218

圖1. 血壓測量屬高血壓比率



北印度行動醫療團兒科病患年齡分佈統計表

看診日 / 地點 患童年齡層	11月24日 Salugara	11月26日 Rabangla	11月27日 Bojorghari	11月29日 Kalimpong	11月30日 TRSHC Clinic	12月1日 Sonada	12月2日 3rd Mile	12月3日 Mirik	12月4日 TRSHC Center	總和統計
< 6 months	1	0	3	1	0	0	1	0	1	7
6 ~ 12 months	0	2	5	1	0	0	4	0	0	12
1 ~ 6 years	12	13	61	12	3	6	24	4	12	147
7 ~ 12 years	21	24	34	23	23	34	32	20	27	238
>= 13 years	15	4	5	12	3	8	8	18	8	81
總人數	49	43	108	49	29	48	69	42	48	485

北印度行動醫療團兒科病患疾病粗分類表

看診日 / 地點 疾病粗分類	11月24日 Salugara	11月26日 Rabangla	11月27日 Bojorghari	11月29日 Kalimpong	11月30日 TRSHC Clinic	12月1日 Sonada	12月2日 3rd Mile	12月3日 Mirik	12月4日 TRSHC Center	總和統計
上呼吸道病毒感染	16	25	75	23	10	10	32	33	12	236
下呼吸道感染	1	2	5	1	0	0	1	3	4	17
呼吸道過敏疾患	0	1	12	5	0	0	2	1	1	22
心血管疾患	0	0	1	1	1	0	2	0	1	6
血液疾患	0	1	0	1	1	0	0	0	1	4
腸胃道疾患	11	11	12	6	3	3	10	4	4	64
外、中耳感染	0	1	13	5	1	2	8	3	2	35
腸道寄生蟲疾患	8	4	6	4	4	1	4	0	10	41
關節肌肉疾患	4	1	7	4	7	4	7	0	5	39
神經疾患	4	4	6	4	4	6	6	0	3	37
眼部疾患	2	2	3	1	3	6	2	1	2	22
皮膚疾患	8	4	3	16	7	27	9	3	8	85
醫療諮詢及其他	7	0	5	3	1	2	4	1	5	28
疾患總數	61	56	148	74	42	61	87	49	58	636
病患總人數	49	43	108	49	29	48	69	42	48	485

註：一病患可能存在多種問題，故疾患總數多於病患總數