

無盡的咖啡、無盡的愛

——嘉基兒科奠基者倪安華醫師 (Dr. Andre Jon Nelson)

倪安華醫師在 1975 年第二次來臺後的短短四年內，傾盡全力培育兒科醫護、制定各項規範，身教、言教立下良好的典範。他用無數杯的黑咖啡支撐著，傾囊相授，規劃周全，只為了讓嘉基兒科奠下成長茁壯的基礎；幫助一位又一位病人得到醫治，只因他覺得理應如此。因為在美國的大學貸款等著他繳，女兒們的未來也等著父親的協助。四年後，倪醫師帶著同工、病人滿滿的愛返美。時間雖短，但他以身作則，用實際行動傳遞出無私奉獻，將上帝的愛彰顯於世人眼前，也將服務理念長留嘉基。



倪安華

(Andre Jon Nelson, 1941.9.13 ~)

- 1941 9月13日，出生於中國河南，父親倪爾森博士（Dr. Russell E. Nelson）的宣教地；其後隨父母至廣東蛇口、香港沙田宣教。1955年入明尼蘇達州明尼哈哈學院（Minnehaha Academy）就讀。
- 1956 隨同父母來臺，1957年進入臺北美國學校就讀。
- 1959 返美就讀明尼蘇達州奧斯堡學院（Augsburg College）；1963年進入明尼蘇達大學醫學院就讀。
- 1967 自明尼蘇達大學醫學院畢業。該年造訪臺灣時，於嘉基認識了未來的人生伴侶女執事宣教護士施愛蓮（Elaine Snustad）。返美後進入派克蘭紀念醫院（Parkland Memorial Hospital）實習。
- 1968 取得美國明尼蘇達州醫師執照。7月6日，與施愛蓮結婚；9月偕同新婚妻子至嘉基擔任內科醫師，並於外科葛銳之醫師執行手術時負責麻醉工作。
- 1970 6月26日，長女 Jennifer Marie Nelson 於臺灣出生。
- 1971 4月，結束在嘉基第一次的醫療宣教士任期。返美後至1974年間，赴德州達拉斯兒童醫學中心，以及德州大學西南醫院專研小兒科，並完成小兒科住院醫師及總醫師訓練。
- 1973 8月7日次女 Renee Joy Nelson 於德州出生。
- 1975 取得美國小兒科專科醫師資格，於9月1日再度舉家赴臺，9月2日抵達嘉基，著手創立小兒科，並擔任主任。
- 1976 6月，擔任副院長，仍兼小兒科主任。
- 1979 6月，任期屆滿，開創小兒科的任務順利完成，舉家返美。7月，擔任明尼蘇達州 Hennepin 郡醫學中心新生兒加護病房新生兒科醫師；擔任明尼蘇達大學醫學院講師至1981年12月。
- 1981 取得美國新生兒周產期醫學會專科醫師資格。
- 1982 1-10月，擔任明尼蘇達大學醫學院助理教授，同年擔任明州明尼阿波里斯兒童醫學中心新生兒加護病房及新生兒科醫師。
- 1994 擔任明尼蘇達大學醫學院小兒科臨床教師。
- 2007 自明尼阿波里斯兒童醫學中心退休，現定居於明尼蘇達州。

1906 年元月，臺灣總督府立臺北醫院（今臺大醫院）將小兒科由內科部獨立出來，成立小兒科部，打破以往內科疾病不分成人與兒童，均由內科診治的慣例，臺灣小兒科獨立

診察醫療自此開始。¹臺灣總督府立嘉義醫院（今衛生福利部立嘉義醫院）則於 1934 年設立小兒科。但這僅限於大型醫院，直到戰後，兒科獨立於內科之外的概念並未深入民間。至 1960、1970 年代的雲嘉南地區，絕大多數兒童看診還是到內兒科，鮮少有獨立的小兒科，更不用說早產兒的醫療照護。不過這情況隨著倪安華醫師（Dr. Andre Jon Nelson）到來而有所改變。



1969 年，倪安華醫師夫妻於嘉基的合影（倪安華提供）

倪安華的宣教意念

倪安華醫師於 1941 年 9 月 13 日出生於中國河南，父親倪爾森博士（Dr. Russell E. Nelson）為美國奧古斯塔納

1 莊永明著，《臺灣醫療史：以臺大醫院為主軸》（臺北：遠流出版，1998），頁 98。

信義會的宣教士，1931 年被差派至北京宣教，之後陸續到廣東、河南、汕頭及香港等地神學院從事神學教育工作，1957 年改派至臺灣，翌年出任臺灣信義神學院院長一職，為信義會培育宣教人才。倪安華 1941 年於河南許昌出生，年幼的他跟隨著父母在大陸宣教，但中日戰火的陰影讓倪爾森一家陷入危機中。他們為躲避戰鬥機的轟炸，有時露宿荒郊野外，有時克難的在河裡洗澡，艱難的生活條件讓年幼的倪安華得了重病。所幸他們安全抵達重慶，倪安華得以在一家天主教醫院裡接受醫治，並在修女的照顧下恢復健康。隨後家人帶著他輾轉經過加爾各答、孟買、澳大利亞，終於安然抵達美國。² 二戰結束後，他跟隨父母在香港、臺灣生活，於 1957 年進入臺北美國學校就讀，1959 年畢業時還擔任班級的畢業代表。³ 之後返美進入明尼蘇達州奧斯堡學院（Augsburg College）與明尼蘇達大學醫學院接受大學與醫學教育。在醫學院高年級期間曾於羅徹斯特市梅約診所（Mayo Clinic in Rochester）學習 6 個月，並以數個月的時間在香港大學進行病理學研究。1967 年在香港期間順道來臺灣旅行，⁴ 就是這趟旅程，讓倪安華確立了他

2 Jennifer Marie Nelson 整理，〈各界友人祝賀倪安華醫師 80 大壽賀詞〉，2021 年。其中收錄了倪安華姐姐對弟弟倪安華的幾則印象深刻的回憶。

3 “U Medical Graduate to Work in Taiwan, 1968.8.24”，報紙報導，Archives of ELCA 提供。

4 “Dr. and Mrs. Andre Nelson”，Archives of ELCA 提供。

的人生方向—醫療宣教。

在臺期間，在參觀了臺北馬偕、彰基、花蓮門諾及臺東基督教醫院等數處教會醫院後，他認為臺北及彰化等地的教會醫院已經發展的很好，也頗具規模。相較之下，嘉義基督教醫院規模較小，更需協助。而就他本身來說，因著成長歷程的影響，讓他想要為華人服務，也希望透過醫療的手，將上帝的愛傳遞給世人。⁵因此，他帶著宣教理念返美完成學業，取得醫師資格後，進入芝加哥路德神學院的東方宣教學院研習。⁶1968年，倪安華接受美國信義會的差派，再度來臺，進入嘉基擔任醫療宣教士。

初至嘉基的倪安華除擔任內科醫師，於門診看診外，



1970年，嘉基已開始收治早產兒住院，但那時設備缺乏，經常是8名早產兒擠在四個保溫箱裡。



1976年左右，倪安華為新生兒檢查的情形。
(倪安華提供)

5 〈前醫療副院長 Dr. Andre Nelson 口訪紀錄〉，2001年1月22日，陳重光訪談、李黛妮翻譯整理。

6 “'U' Medical Graduate to Work in Taiwan, 1968.8.24”。



新增小兒麻痺中心。

亦協助當時來院短期支援的美籍外科醫師葛銳之（Dr. Robert Gruys）⁷，在他執刀時協助麻醉病人。⁸在1967年的參訪之行中，他知道嘉基缺乏麻醉專業人員，所以他在實習時特別接受麻醉訓練，包括使用開放式滴乙醚全身麻醉，以及經由麻醉機進行標準氣管內管 Halothane 吸入性麻醉。⁹

這段期間，倪醫師在內科門診為孩童看診時，感受到雲嘉南地區小兒科醫療水準亟需提高，不僅極度缺乏小兒科專科醫師、護理人員及設備，也不重視預防接種，更遑

7 葛銳之，美國信義會（American Lutheran Church, ALC）醫療宣教士，於1968年5月到1970年3月，戴德森醫師返美進修期間擔任嘉基外科主任及代理副院長。

8 葛銳之醫師不會中文，迫切需要一位能以英文溝通的麻醉人員，因此倪醫師接受這個任務。

9 倪安華著，〈一位美籍醫師看1968-1971年的嘉義基督教醫院 CHIAYI CHRISTIAN HOSPITAL 1968-1971-An American physician's perspective〉，查檢網站「嘉義基督教醫院」，查檢網址 https://www.cych.org.tw/cychweb/cych2/messenger_show.aspx?pid=363，查檢日期2022年6月6日。



1967 的嘉基，那年嘉基陸續擴建二樓及增建北側的門診部二層

論幾近空白的新生兒與早產兒醫療照護領域。雖然那時的嘉基是嘉義市唯一擁有保溫箱的醫院，卻沒配置呼吸器，僅由護士監控保溫箱內嬰兒的呼吸狀況，刺激他們持續呼吸；因為沒有兒科專科醫師，僅能以照顧一般病人的方式來照顧小嬰兒，¹⁰ 因此還曾發生新生兒因膽紅素過高出現核黃疸，最後導致死亡的病例。¹¹



醫院正面。

所以倪安華醫師決定返美後朝向小兒科專科醫師之路發展，他的目標是為嘉基建立一個現代化的小兒科，來照顧雲嘉南地區兒童、嬰幼兒、早產兒的醫療需求。¹²

10 〈Debby 護士月會分享〉，2006 年 6 月 7 日，李黛妮整理。

11 Jennifer Marie Nelson 整理，〈各界友人祝賀倪安華醫師 80 大壽賀詞〉，2021 年。

12 陳博憲著，〈嘉基兒童醫學部緣起〉，查檢網站「嘉基兒童醫學部」，查檢網址 <https://www.cych.org.tw/pediatrics/Templates/background.html>，查檢日期 2022 年 6 月 2 日。

「遭遇」大事

倪安華醫師第一次到嘉基的期間，遇到兩件大事。第一件是嘉基竟然差點要關門了。1968年，嘉基剛完成擴建，病床數增加到 100 多床，但佔床率僅有 45%。醫療設備老舊簡陋，加上巡迴醫療、小兒麻痺復健及慈善性質的低額甚至免費的醫療，使得醫院的財政狀況不佳。為改善醫療品質，嘉基致信母會美國信義會，請求一筆購買醫療設備的專案補助。或許是因為費用龐大，母會於 1968 年秋天請 Dr. McGilvray¹³ 來院訪查。經過一天半考察，Dr. McGilvray 遞交給美國信義會總會一份評估報告。報告指出醫院位置偏僻，外籍宣教士、慈善性質醫療及員工數都過多，以及病人照護成本過高等評語，認為嘉基的醫療事工當初根本就不應該開始。這項評估內容與結論幾乎沒有考慮醫療宣教的初衷及醫院未來發展性，因此當時的代理院長張一正醫師，便與院內的宣教士們—護理傅珍珠主任、外科葛瑞之醫師、當時任職於內科的倪安華醫師，以及總務黃宗川

13 James McGilvray，出生於英國，曼徹斯特大學畢業後，於牛津、波昂接受醫院管理訓練，1935-1967 年於印度、美國、菲律賓等地擔任宣教士期間，曾擔任醫學院院長、醫務管理與諮詢、教會醫療計畫的訓練管理等。世界教會評議會（World Council of Churches）的基督教醫療委員會（Christian Medical Commission）1968 年創立時的首位主任，直到 1976 年退休。“Editorial Note”，*Contact: A bimonthly publication of the Christian Medical Commission World Council of Churches*，no.81, 1984.10, p.1.



1969 年在嘉基的宣教士群。左起女執事宣教護士柯凱倫、傅珍珠教士，葛銳之之子，葛銳之醫師夫婦、安得生教士、閔克難藥劑師夫婦、白肯諾醫師、倪安華醫師夫婦。

主任商議，集眾人的經驗意見，以及對於醫療宣教的想法提出回應報告。所幸母會接受了嘉基的請願與建議，撥下了一筆為數可觀的資金，使嘉基得以採購醫療器材，改善設備，繼續為雲嘉南地區民眾服務。¹⁴

另一件則是與倪醫師切身相關的大事，在嘉基遇見了他人生的另一半——施愛蓮（Elaine Snustad）。1962 年 30 張病床的嘉基落成了，急需訓練有素的護理人員加入，因此由美國信義會宣教委員會與明州信義會女執事姊妹醫院（Lutheran Deaconess Hospital）合作設置了「臺灣獎學金計劃（Deaconess Taiwan Scholarship Program）」，每年提供一名該院附設護理學校學生獎學金，而獎學金得主畢

¹⁴ “CHIAYI CHRISTIAN HOSPITAL’S COUNTER REPORT TO THE REPORT OF DR. JAMES MCGILVRAY, 8 DECEMBER 1969 Final Draft”，倪安華提供。

業後需赴嘉基服務兩年。施愛蓮是差派來嘉基的第三任護士，任期是 1966 年 1 月至 1967 年 12 月，但倪安華是在 1968 年來嘉基服務，他們兩人是怎麼認識的呢？原來倪醫師在 1967 年拜訪嘉基的那趟臺灣旅程中，因著戴德森醫師一句「你跟施愛蓮都應該參加山地巡迴醫療」而締結良緣。不像現今視訊通話的便利性，當年倪醫師來臺前，曾由施愛蓮協助安排臺灣之旅，或許因為那時的書信往來，讓他誤以為她是位「老派的護士」，但那趟戴醫師安排的巡迴醫療，他們卻激發出互相欣賞的火花。倪安華返美後在達拉斯派克蘭醫院（Parkland Hospital）實習，並與施愛



上圖為 1971 年倪安華醫師在嘉基宿舍裡抱著大女兒珍妮。
右圖為倪愛蓮騎腳踏車準備帶珍妮外出。



蓮保持著魚雁往返。¹⁵1968 年施愛蓮在臺任期結束返美，她從三個工作機會中選擇了倪醫師所在的派克蘭醫院服務，最終有情人終成眷屬，攜手相伴一生。¹⁶

開創嘉基兒科

倪安華醫師返美後，於 1971 至 1974 年間在德州達拉斯兒童醫學中心，和西南大學醫學院擔任小兒科住院及總醫師，於 1975 年取得兒科專科醫師資格後，立刻向美國信義會申請再度來臺灣服務四年，隨即於 9 月 1 日帶著全家飛抵臺灣，隔日即搭乘火車抵達嘉義，著手建置嘉基兒科。

再次回到嘉基的倪安華，目標明確地朝向將小兒科自內科獨立出來的方向前進。他引進最新的技術與設備、治療方法與觀念，一切從零開始，導正錯誤觀念，¹⁷ 將傳統中嬰兒與兒童視為成人縮影的醫學觀引導至小兒專業領域。

他從基礎建立小兒科的照護制度。醫療上引進氣管、

15 〈前醫療副院長 Dr. Andre Nelson 口訪紀錄〉，頁 4。

16 John S. Kerr, "Telling Good News in Good Health", *Lutheran Women-Creation is waiting on tiptoe to see the unveiling of God's family*, 1971.4, pp.16。

17 陳博憲撰，〈深遠的愛—倪安華醫師〉，《嘉基院訊》，第 91 期，2002 年 4 月，頁 28-29。



上圖為 1976 年小兒科病房，專供兒童住院。下圖為供嬰兒住院的病床設有欄杆。

臍靜脈、臍動脈插管及動脈氣體分析，使用頭皮針，以及新生兒黃疸換血、蠶豆症檢驗、診斷以及腹膜透析，設立小兒呼吸加護病床……等；對病房、嬰兒室、泡奶室等單位制訂護理、管理、消毒規則等各種規範及相關流程，使之制度化；設置新生兒加護病房，積極展開早產兒醫療照護，讓嘉基成為當時極少數設有小兒加護病房的醫院。此外，本著「預防勝於治療」觀念，倪醫師也極力推動媽媽教室的衛教工作及嬰幼兒預防接種。在

用藥上，禁用含 Pyrine（比林）的藥劑當退燒或止痛藥，由時任藥局主任的張耿端研製 Acetaminophen Syrup（止痛消炎藥），這更是當時的創舉。¹⁸

開創工作是艱鉅的。當時從門診到住院，從醫療到醫師教育工作完全由倪醫師包辦。由於起步之初，許多設備不是缺乏，便是由美國募來的二手舊器材，必要時只得用

¹⁸ 陳博憲撰，〈深遠的愛—倪安華醫師〉

克難的方式來執行醫療。

若嬰幼兒病人需要呼吸治療，卻缺乏設備時，醫師與護理人員不畏困難，齊心協力，費時數個鐘頭，輪流用手壓呼吸器來拯救小生命；因為沒有孩童專用點滴輸液組，孩童輸血使用玻璃空針慢慢地推；打點滴時，一小時需要打入多少 CC，倪醫師就用鉛筆在瓶上劃線標記，並依病況適時加入不同的藥水。

調奶室？ 餵奶怎麼餵？ 泡奶與餵奶也講究

餵奶，奶粉加熱水，搖一搖不就可以喝了？不是喔。舉例來說，配方奶的濃淡會影響小嬰兒的營養吸收與腸胃適應；溫度適宜與否，會影響配方奶的營養成分與適口性；奶瓶持拿角度影響小嬰兒是否容易溢奶。其中可是藏了許多細節，因此倪醫師開創小兒科之初，所規劃的配套單位中，便包含了「調奶室」。

調奶室，專門處理處方奶的沖調。從奶瓶的消毒、奶粉與水的沖泡比例、溫度、幾公斤孩子喝多少，到調奶人員及環境的消毒清潔均有規範，以確保新生兒能喝到衛生且符合需求的配方奶。

餵奶也有規矩的，護士進入嬰兒室前需換上消毒袍，餵奶前、後均須清潔雙手，每次只餵一名小嬰兒，必須抱在懷裡餵，餵好後拍嗝、潔淨雙手，用消毒過的紙巾擦乾後再餵下一名，以防交叉感染；餵奶的姿勢、持拿奶瓶的角度，奶瓶中的奶需要滿到何種程度，才不會讓小嬰兒吸到空氣，餵到何種程度即該拍嗝，之後再繼續喝就不會溢奶等，都有明確的指導與規則。



1979 年，林恆文醫師（右一）在手術室為新生兒換血，陳博憲醫師（站立者）從旁指導。（倪安華提供）

曾有一位 12 歲全身浮腫的腎臟病病人，嚴重高血壓、尿量少，又發燒，在極需洗腎卻無設備的情況下，倪醫師緊急用簡單的方式做腹膜透析，徹夜未眠的在旁邊照顧，隨時注意病情變化。黃疸是新生兒常見問題，若膽紅素（Bilirubin）指數超過 20，成為病理性黃疸就需換血，否則會致

使腦細胞受損而導致腦性麻痺。在當時，這項醫療必須在開刀房無菌環境中進行，以稀釋的方式，從臍帶抽一點血出來，再輸一些血進去，每次換血都要好幾小時，非常耗時耗力。但即使倪醫師隔天還需看診，他也是徹夜未眠細心為小病人慢慢換血。¹⁹就在這樣缺乏資源的環境中，倪醫師帶領著團隊，以無比的耐心與愛心克服所有難關，一點一滴地將小兒科建立起來。

倪安華醫師更堅持提供病人需要的治療，即使病人阮囊羞澀，他也會自掏腰包幫他們支付費用。自兒科開始看診便跟隨倪醫師的退休護士周愛卿與葉春子，她們對倪醫師自掏腰包一事記憶深刻。尤其是早產兒所需的保溫箱治

¹⁹ 〈葉春子女士訪談稿〉，2003 年 10 月 3 日，劉淑慎訪談整理。

療與病理性黃疸換血，這兩項治療的費用高，有的家庭甚至因負擔不起而選擇放棄治療。²⁰ 為拯救接受治療便可得救的小生命，倪醫師時常貼錢幫忙，讓他們得以接受醫治；病人沒錢拍攝 X 光、領藥，他會出錢幫忙病人；遇到嚴重腹瀉需要換高價特殊奶粉的孩子，家長無力負擔而拒絕時，他也會自掏腰包來幫助他們。



左為 1978 年倪安華夫婦與在嘉義中學擔任數學老師的李辰二夫婦合影於孔廟。（倪安華提供）



下為 1997 年倪安華夫婦與李老師一家合影。倪醫師是他們孩子的兒科醫師，因著倪醫師對小朋友的愛心、耐心，讓他們的關係從醫師與病人家屬轉而成為數十年的好友。（倪安華提供）

²⁰ 在沒有健保的年代，早產兒照護費用高昂。資深護理前輩楊玫蓉主任記得，那時費用表會貼在保溫箱上，上面表列出已進行的治療項目費用明細，家屬來時便會提醒家屬前去繳費。但積累的金額經常是相當可觀的，有的家屬會因無力負擔而想放棄治療。

咖啡是我的「Gasoline」（能量來源）

這是認識倪安華醫師的嘉基人共同記憶，倪醫師走到哪都會端著黑咖啡，而且從咖啡還可以知道倪醫師口袋的情況。周愛卿回憶道，若倪醫師口袋還有餘錢，他會拎一整罐即溶咖啡放在診間，讓跟診人員隨時幫他續杯，一罐沖完再補一罐。但若出現倪醫師從家裡帶著一杯沖好的咖啡來，那就知道倪醫師的本月薪資已告用罄。周愛卿還曾因此與葉春子兩人湊錢買了罐咖啡送給倪醫師。他的弟子們也曾合買一整箱 12 大罐即溶咖啡送給倪醫師，不過，這一大箱這也僅夠倪醫師喝三個月。

在倪醫師與兒科同仁積極、用心的努力下，小兒科一步一步的步上正軌，慢慢的許多病情嚴重的病人送到嘉基，得到了妥善的醫療照護，甚至有一名還未取名的新生兒，在陳博憲、陳明玉兩位醫師聯手救治後，父母因感念醫師救命恩情而將孩子命名為「嘉基」。²¹ 工作雖然辛苦，面對種種困難他們總能克服過去，但最困難的不是繁雜的制度建立及沉重的臨床醫療，而是與傳統觀念、社會環境的奮戰。

21 〈白袍下的生活 | 退休員工系列：救起來的新生兒—被取名為嘉基 by 李蒼櫻〉EP66，查檢網站「醫本初心 / 嘉義基督教醫院」，查檢網址 <https://podtail.com/podcast/72443ac6/ep66-by/>，查檢日期 2022 年 6 月 6 日，李黛妮整理。

觀念的衝擊

臺灣人的就醫態度在老醫師吳平城的《草地醫師》一書中有清楚的描述：

草地人一方面經濟困難，一方面迷信又重，生病時總是先採生草吃，吃了不行，就求神拜佛，甚至有時也問神明看東南西北哪一個方向的醫師高明，真的看漢醫不行時，最後才來看西醫。所以來找我們時，通常已經拖無可拖，耽誤好一段醫治時間了。²²

吳平城的醫療經驗真實的反應了臺灣民間的傳統醫療觀。草藥、偏方、符水、香灰、收驚、求神拜佛，試了一輪之後，不得已才送醫，送醫後若沒錢診治，那就回家等著奇蹟發生。因此民間流傳著「千算萬算，毋值天一劃」、「盡人事，聽天命」、「好歹，由在天」²³等安慰心靈的諺語。隨著臺灣社會教育、經濟水準日漸提高，再到 1995



1979 年倪安華醫師與兒科醫師們討論病例。(倪安華提供)

22 吳平城、胡慧玲著，《草地醫師》（臺北：玉山社出版，1997），頁 96。吳平城，臺南人，1914 年生，卒年不詳，1938 年日本岩手醫專畢業，之後回臺南故鄉，在今臺南安南海尾地區，開業一般科。

23 吳瀛濤著，《臺灣諺語》（臺北：臺灣英文出版社，1992.11），頁 42、85、685。



1970 年代末的嘉基嬰兒室

年「全民健康保險」制度上路，臺灣人有了引以為傲的醫療環境，因此整體生命觀、醫療觀也與過去大為不同。

回首兒科草創時期，雲嘉南地區是以農業為主，經濟狀況普遍不佳，缺乏醫學概念。當孩子生病時，在老人家「以前都是這

樣帶大」、「收收驚就好」、「吃吃符水、香灰就好」、「某某神明很靈驗」等權威與老經驗的言語下，致使延誤治療，甚至喪命的案例屢見不鮮。

自嘉基小兒科創立以來便跟隨倪醫師學習且並肩作戰的陳博憲醫師，²⁴ 對那時遭遇到的舊觀念挑戰記憶十分深刻。小兒黃疸在當時很普遍，有時嬰兒喝不下奶，黃疸嚴重傷到腦，出現敗血症需要住院接受換血或紫外線照光術治療的狀況。但阿公阿嬤卻是覺得沒胃口喝奶，那醫師開藥給孩子吃，讓他胃口好些就好；面對「照光治療」。有的家屬認為回家用紅紙貼在燈上，燈光照出來皮膚紅紅

24 陳博憲，1944 年出生，1970 年自臺北醫學院畢業，翌年 7 月 16 日到嘉基任職，先後擔任過外科、內科住院醫師，倪安華醫師 1975 年到職後，便跟隨倪醫師學習，一同創建小兒科，亦師亦友。倪醫師返美後由陳醫師接任小兒科主任，並歷任嘉基醫療副院長、院長、院務顧問、彰化基督教醫院董事。現嘉基小兒科主治醫師，在嘉基服務超過 51 年，守護雲嘉南地區兒童，於 2007 年獲得第 17 屆醫療奉獻獎。

的，看不出來就好了，甚至腦膜炎嚴重到孩子都已抽筋，也會認為是被嚇到，收收驚就可以，全然沒有敗血症、黃疸過高的醫療觀念，也不認為腦膜炎是很嚴重的事。²⁵又如麻疹，為了打麻疹疫苗也得苦勸良久。因為長輩們認為小孩就該出麻疹，大家都這樣，不出不行。然而染上麻疹可能會引發腦膜炎或肺炎等諸多併發症，容易致命，但囿於過去的觀念，很難與家屬溝通。即使孩子都發生敗血症、抽筋，他們還是說要回去拜拜土神，弄一把土在客廳，把土神壓住就好。

即使面對許多匪夷所思的說法，倪醫師始終不輕言放棄，他以誠懇的態度耐心的持續解釋，半個小時、一個小時的不斷勸說，甚至是拜託他們將小孩留在醫院治療；若還是不肯住院，倪醫師依然不放棄，他會在小病人返家後繼續打電話關切。曾有一位三歲孩童因延遲就醫，讓肺炎惡化成肺膿瘍，一側肺部嚴重積膿，導致呼吸困難發疳。孩童父母一直想放棄治療，而倪醫師一邊插管引流，另一邊持續努力地與家屬溝通，並請宗教部的同工協助免去醫療費，兩三周後小病童終於健康的出院了。種種的一切讓倪醫師非常不解，他曾向李蒼櫻問道：「你們臺灣有沒有這種法律？如果父母不要治療這個孩子，那法院可以把孩

25〈陳博憲醫師訪談稿〉，2002年9月5日，劉淑慎訪談整理。

子判給醫院，等孩子治療好後再還給父母。」²⁶

面對早產兒，當時臺灣人在觀念上認為極難存活、難養大，因此若孩子提早出生，常會悲觀以待。其實早產兒出現呼吸窘迫的現象，若肺部成熟，只要施以氧氣噴霧治療，通常三、四天後就會好轉，約十天即可出院返家。但有的父母卻會說兩天後若沒好轉，就將嬰兒帶回家，導致小嬰兒回家不久便死亡，這令人心碎的時刻總讓他難過不已。²⁷

而「保溫箱」這早產兒醫療中極為重要的設備，就曾因為人們的不了解而導致悲劇發生，讓倪醫師記憶深刻。當時有對雙胞胎需要保溫箱來調節體溫，但他們的父親卻說「我可以在家裡做，不需要醫院的保溫箱」，便將雙胞胎帶回家，放在設定最低溫的電爐旁。隔天凌晨兩點，雙胞胎被帶回醫院，當時他們的體溫已高達攝氏 42°C 頂標，其中一個已經死亡，另一個因腦部嚴重損傷，留下腦性麻痺的後遺症。²⁸ 早產兒由於過早離開母體，身體機能尚未成熟，無法自行維持正常體溫而導致某些器官衰竭、死亡。因此早產兒需待在維持 33-35 度的保溫箱中，由護理人員

26 〈李蒼櫻女士訪談稿〉，2003 年 9 月 30 日，劉淑慎訪談整理。

27 〈前醫療副院長 Dr. Andre Nelson 口訪紀錄〉，頁 1。

28 〈前醫療副院長 Dr. Andre Nelson 口訪紀錄〉，頁 1。

與醫師時時觀察，視情況調節溫度，而非想像中用電爐就可以取代的。

八寶粉真好用？還是會延誤病情？

小孩愛哭不好帶，怎麼辦？至今仍有長輩會說「八寶粉」很有效，吃了會乖乖的睡覺，好帶的很。久聞八寶粉的神效，讓倪安華醫師深覺其中必有「奧妙」。

某日，倪醫師交代林永豐醫師帶個籠子來，他自己則帶隻兔子來，要做甚麼呢？原來他想做個簡單的實驗，來了解八寶粉為何會如此「好用」。他們倆為兔子插上鼻胃管，將用水勻開的八寶粉灌入管裡，沒多久兔子便昏沉入睡了大半天，原來這八寶粉裡的成分有鎮靜嗜睡作用。不會說話的嬰幼兒，僅能透過躁動、啼哭來反應身體不適，若孩子真的生病了，八寶粉的鎮靜嗜睡作用反而會壓制病徵，讓父母失去戒心，延誤治療時機。因此倪醫師常勸家長不要用八寶粉，要讓醫師來判定孩子是否有問題。

還有，顏福源醫師也提及，急診時常遇到小孩送來時衣服上沾有咖啡色樣的殘留物，剛開始拍 X 光檢查，發現肚子裡有一團白色不透明的斑塊，起初還懷疑是否肚子裡長東西？後來插鼻胃管洗胃後加以檢驗，才發現是含鉛或汞的八寶粉，難怪 X 光也照不透。那時才知道，原來不少孩子來掛急診前，曾被大人先餵食了八寶粉呀。



1978-1979 年間，嘉基兒科醫師一起研讀資料。左起陳博憲、林永豐、顏福源。（林永豐提供）

身教·言教

臨床醫療工作雖然忙碌，但倪醫師也知道他一人能力有限，若只是看病，對嘉基、對雲嘉南地區幫助並不大，唯有將所學傳授下去，為嘉基兒科奠好基礎，永續發展才是長久之計。所以他來臺行囊裡裝的教科書遠比自己的

行李還多，甚至多到滿滿一車，為的就是培訓醫護人員。

那時，除早晚兩次病例個案討論、早上查房的床邊教學外，中午倪醫師還犧牲午休時間，運用教科書及幻燈片做系統性的教學。因為倪醫師的病人一向很多，經常看到中午一點多，匆匆返回宿舍吃完午餐後，便帶著一大杯他稱之為 Gasoline（能量）的黑咖啡到圖書室為醫師們上課。有的醫師還會打瞌睡，但倪醫師總是精神飽滿，這讓來上課的醫師們常常感到緊張與不好意思，倪醫師看診的時間長，又犧牲休息時間來為他們上課，他們居然還打瞌睡。顏福源醫師曾說：「……那時我都捏大腿，一直捏，腰一直捏，眼皮一直捏，還是會想睡覺。」²⁹ 對於醫學新知的

²⁹〈葉春子女士訪談稿〉。

掌握，倪醫師也不放鬆。他不因自己已在美國取得專科執照而鬆懈，他仍會定時閱讀 *JAMA Pediatrics*、*Pediatrics* 等兒科醫學期刊，並且將閱讀心得分享給住院醫師們，加快他們吸收最新醫療資訊的速度與深度。³⁰

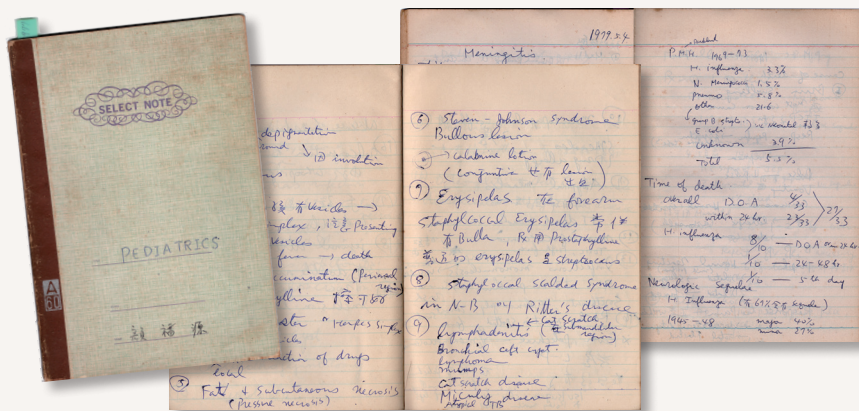
誠如曾受倪醫師教導過的林永豐醫師所說「Dr. Nelson 說過，你來我這裡，你不會的我把你教到會，你會的我把你教到能力更好，這與其他醫院非常地不同。在其他地方除非是門生……」。倪醫師的做法是你來嘉基，我便將所知道的傾囊相授，連教材、幻燈片都是倪醫師自備，講義也主動印妥分給來上課的醫師。有時利用幻燈片、教材、醫學期刊講課，有時讀書報告，偶爾也會來個考試驗收學習效果。林永豐醫師推崇道：「嘉基兒科的金字招牌能這樣歷久不衰，實在應該歸功於倪安華醫師對嘉基的熱愛與遠見，不只給魚吃，更重要的是教你如何釣好魚的功夫」。³¹

30 〈顏福源醫師電話訪談稿〉，2022 年 11 月 29 日，劉淑慎訪談整理。

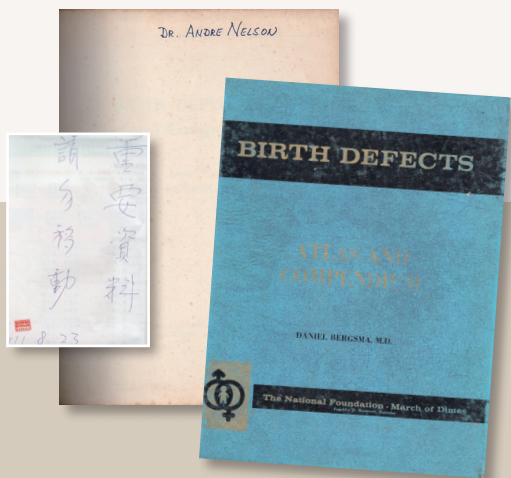
31 〈林永豐醫師訪談稿〉，2002 年 9 月 20 日，劉淑慎訪談整理。林永豐醫師，嘉義人，於 1977 年大學六年級下學期於嘉基見習，1978 年畢業後即到嘉基兒科擔任住院醫師，跟隨倪安華醫師學習，1980 年底離開嘉基。



倪安華醫師返美前贈送給顏福源醫師的病例幻燈片及清單。返美前，倪醫師仍舊掛念著嘉基兒科醫師的學習，自費將他從美國帶來的幻燈片沖洗了數份，以及親用手打字機繕打的幻燈片明細，分送給他所訓練兒科醫師們，希望他們不忘時刻學習，勿忘病人福祉。（顏福源捐贈）



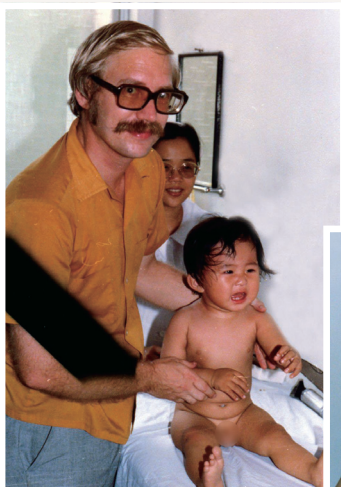
顏福源醫師 1978-1979 年，於倪醫師授課時所記錄的小兒科學筆記。（顏福源捐贈）



倪安華醫師贈送給小兒科，1973年出版的 *Birth Defects-Atlas and Compendium*，內頁中尚有倪醫師的親筆簽名。擔心書本被不知者移動丟失，陳博憲醫師還特地在上頭留下紙條「重要資料，請勿移動」。（陳博憲提供）

但這釣魚功夫，並非只是表面上的醫療知識傳授，更重要的是內在，人格特質的傳遞。無論在查房或門診時，倪醫師總會帶著一到兩位住院醫師，讓他們觀察、學習臨床上如何為小朋友診治。

看診前倪醫師會先查房，下班時必定再查房一次，尤其是情況較為嚴重者。查房後，再進診間看診。倪醫師每天固定早診，為何呢？因為他經常超時。他平均看一位初診病人需 15 分鐘、複診病人則為 10 分鐘的看診速度。初診時，除了仔細詢問孩子的成長史、病史外，對於小幼童他會請孩子的父母協助脫去小朋友的衣服，詳細檢查體表



1979 年倪安華醫師為初診幼童看診的情景。（倪安華提供）



特徵、感官反應、神經反射、小男童是否隱睪等，儘可能了解孩童的健康狀態，希望任何異常都能早期發現。³²

倪醫師對小小孩總是耐心以對，認真地檢查，仔細地傾聽家屬或小病人的回答。他曾說，小兒科醫師最重要的是極佳的 EQ(情商)，而非最高的 IQ(智商)。³³ 因為小朋友可不像大人可以清晰的表達，僅能從小朋友的情緒、外部特徵、含糊的言詞，以及家人的陳述來判斷，因此兒科醫師需要具備的基本條件就是耐心、細心、愛心。

32 〈林永豐醫師電話訪談稿（二）〉，2022 年 9 月 27 日，劉淑慎訪談整理。

33 〈林永豐醫師電話訪談稿（二）〉。

倪醫師時刻將病人牽掛在心，門診時，若擔心病人病情可能會有變化，他就在掛號證後面寫上“If this patient registers as an emergency, call me.”（如果這個病人來掛急診，請通知我）。因此，只要急診掛號人員看到背後有此註記的病人，便會立即通知倪醫師，即使是深夜，倪醫師也會立刻到院診療。同樣的，若有肺膿瘍的孩子來院，急須插管引流治療時，不論多晚住院醫師仍會打電話請倪醫師過來，因為他曾叮囑過，如果有肺膿瘍的病人一定要叫他，雖然是半夜一、兩點，倪醫師仍舊立刻過來，而且面帶微笑地，不讓半夜叫醒倪醫師的住院醫師感到負擔或擔心。更值得一提的是，倪醫師用藥謹慎，不隨便開藥，因此面對焦急擔心的家長，倪醫師甚至會將家裡的電話號碼給家長們，讓他們在孩子病況有變化時，可以打電話詢問，絲毫不介意私人時間受到打擾，全心為病人著想。³⁴

倪醫師對醫療工作的嚴謹，也反映在住院醫師的訓練上。顏福源醫師回憶他的住院醫師時光時提到「倪醫師在美國接受了完整正規的兒科專科訓練，而他也將在美國學到的整套帶來嘉基教導住院醫師」。顏醫師提到，有次倪醫師在門診中收治了一名孩子住院，當時已經中午了，但倪醫師還在門診，便由顏醫師接手。顏醫師寫好醫囑後，

34〈顏福源醫師電話訪談稿〉。



1978 年左右的兒科病房護理站。前排左起
林恆文醫師、顏福源醫師、陳博憲醫師。

想著稍事午休再來寫病歷，誰知倪醫師一下診隨即到病房查看，發現病歷沒完成，便到值班室中將顏醫師喚起，請他完成病歷，並叮囑他病歷要馬上完成，切不可拖延。醫師們寫的病歷，倪醫師也會檢查，當他對於醫師的處置有疑問時，會立即詢問其處理方式的依據、原因，討論處理方式洽當與否。³⁵

病歷書寫也是倪安華醫師的特色，林永豐醫師曾提到「倪醫師病歷寫的很完整，我從來沒看過其他人的病歷寫的比他完整。他不只寫病人的發展情形，還會寫這個病人可能有什麼疾病，要有什麼對策都寫的很清楚，但他的字很難懂。不過他是一個很認真的人，花很多的時間在訓練小兒科醫師。」³⁶不只是看診、住院病歷寫得仔細，身體檢查、打預防針他同樣仔細對待，詳細紀錄。³⁷

35 〈顏福源醫師電話訪談稿〉。

36 〈林永豐醫師訪談稿〉。林永豐 2022 年 8 月 8 日電話訪談中補充道，這是因為倪醫師是左撇子，寫字快，字跡個性十足，難以辨識，需要逐字詢問才能了解其意。

37 〈顏福源醫師電話訪談稿〉。

除了醫師，他對醫療工作人員也秉持著細心教導的原則。1970 年到嘉基任職於檢驗室，目前已退休的李蒼櫻，當時負責小兒科檢驗工作，她認為倪醫師對檢驗最重要的影響便是全人的檢驗觀。當倪醫師要為病人做採血、脊椎穿刺、血管穿刺等檢查時，會通知檢驗科檢驗項目為何，讓他們準備器材在床邊做檢驗。倪醫師會一邊教檢驗人員怎麼採血，能讓檢驗有正確結果，也不會傷到小朋友，³⁸還會教導她怎麼觀察。她說：「倪醫師會叫我觸摸或移動病人，或做一些頭部、手、腳檢查，問我會不會覺得他脖子比較硬、手腳比較軟、無力嗎？或眼神會不會比較呆滯、呼吸比較急促等等的問題。從外觀去發現這個孩子有什麼不一樣。其實就是讓我們知道方向，檢驗時比較不會誤判。」³⁹

雖說檢驗工作是將檢體化為數據提供醫師判斷，但倪醫師不讓檢驗師只是在實驗室工作，而是引導檢驗師實際觀察病人，讓檢驗工作得到更明確的方向，使醫師在前線能得到更精準的資料來制定正確的醫療方案。

38〈葉春子女士訪談稿〉。

39〈李蒼櫻女士訪談稿〉。



1979 年倪醫師與同仁在診間的合影。桌上的保溫杯裝著的就是倪醫師的能量 (gasoline) 來源，保溫杯與倪醫師形影不離，一杯又一杯的黑咖啡，支撐著倪醫師度過忙碌的每一天。左起為兒科住院醫師黃美娜、倪安華、葉春子。(倪安華提供)

推動衛生教育

臺灣人對疾病的反應有其長久以來的迷思，發燒一定要先退燒，不然腦袋會燒壞；看病一定要開藥，怎麼可以不開藥、不打針呢？當這個醫師開的藥吃一兩次，感覺沒效，馬上又換一個醫師，總是希望立即見效。倪醫師的診間裡也經常面對這樣的情況。其實這背後的原因是臺灣人對於疾病的認識太少、以訛傳訛下的錯誤認知，因此倪醫師非常注重病人的衛生、醫藥教育。

在門診，他時常會面對因小孩發燒，擔心燒壞腦子而心急如焚，開口就要打針退燒、開藥的家長。但發燒不僅不會燒壞腦子，更是觀察疾病發展的重要訊息，而且兒童

疾病中約 70%-80% 是病毒感染，抗生素是對細菌有效，而非對抗病毒，因此打抗生素是沒用的。⁴⁰ 為導正觀念，倪醫師除了詳細診斷、合理用藥外，他還會開出「門診衛教」這個處方。由他親自，或請具有專業護理背景的門診護士周愛卿協助門診衛教，向家長們詳細解釋疾病發展歷程，何時會有高峰期、哪個階段會有甚麼症狀，詳細分析講解。不過，別認為周愛卿解說時，倪醫師就一心看診，充耳不聞，他會留意解說的內容是否正確，如有錯誤、缺漏之處，他會一一指出修正，因為衛生教育是建立社會健康的根本，正確與否至關重要。⁴¹

現在的媽媽比以前的媽媽幸福多了，不僅小孩一出生就有兒童手冊可以按部就班的觀察、執行，表格上的時間到了就到醫院打疫苗，而且坊間、網路上還有許多育兒知識可供參考。但以前的媽媽只能靠老一輩的經驗來養育小孩。「經驗」固然寶貴，但其中也有諸多不科學、迷信或以訛傳訛的方法，例如紅嬰水、八寶粉。

40 〈林永豐醫師電話訪談（二）〉。

41 〈周愛卿女士電話訪談稿〉，2022 年 8 月 11 日，劉淑慎訪談整理。

「適當」才是正確的



臺灣醫療最大的問題——用太多藥了（TAIWAN'S BIG PROBLEM-TO MUCH MEDICINE），這是倪安華醫師給醫師們的幻燈片中最後一張，編號第 115 號幻燈片的命名，明白的指出臺灣人愛吃藥的習性。

臺灣人愛吃藥、又性急，急著把症狀壓下。不僅一般人如此，連身為小兒科醫師的爸爸在自己孩子生病時，也會出現心急則亂的情況。

顏福源醫師清楚的記得，那天早上有位爸爸焦急地抱著孩子到醫院找倪醫師看診，說著孩子前一天呼吸聲咻咻的，特別大聲，痰很多，這爸爸急了，又是氣管擴張劑，又是抗生素、類固醇的，一個晚上用了許多種治療方式，情況卻沒多大改善。

倪醫師檢查一番後，判斷應當是細支氣管炎，便讓孩子住院，給予氧氣罩治療，隨時觀察、拍痰、抽痰，就這樣在沒用任何藥物的情況下，孩子的病好了。孩子出院時，倪醫師給孩子爸爸的建議是，不要緊張，也不要給予不必要的治療。「適當的治療」永遠比「過多的治療」、「過多的藥物」好，這是倪醫師奉行的醫療準則。

為建立科學衛生的養育觀念，也鑒於臺灣當時流行病多、衛生知識不普及，因此倪醫師十分看重衛生教育。每位從嘉基出院的媽媽在抱回新生的小寶貝前，必定經過一番「行前教育」，也就是出院衛教，其中包含如何照料小嬰兒的細節，以及何時返院健康檢查、預防接種卡介苗、小兒麻痺疫苗。

不管是門診衛教或出院衛教，家長們、媽媽們當下大

都半信半疑，畢竟許多內容與傳統觀念、經驗相違背，但事後他們會發現真的是這樣呀。小嬰兒的媽媽們回家後如實操作後發現，之前大寶、二寶身上發生的狀況，在小寶身上卻沒有出現；門診的小朋友不吃藥、不打針可以嗎？就醫的孩子回家後，病程發展也真如衛教時所說的情況，他們便會相信，而且鄉下地方大家會互通消息，一傳十、十傳百，也就接受了衛生教育的概念。這不僅使嘉基出生的小嬰兒回診率極高，同時也建立信任的醫病關係及嘉基兒科的良好口碑。⁴²

注重衛教，幫助病人及其家屬面對疾病的正確觀念；詳細的病歷紀錄呈現出臨床問診檢查時的細節，完善的治療規劃是倪安華對於病人的用心；隨時注意病人的情況，是他的責任心與關懷；不放棄每一個病人更是來自他的耐心與愛心。他展現出的人格特質與實際的行動感染著周遭同仁，成為跟隨他學習的住院醫師們的好「模範」，感動著他們，這不就是「身教重於言教」的最佳示範嗎？正如陳博憲醫師所言，倪醫師有耐心、愛心，肯付出，讓他很感動。而倪醫師周遭的人也受到影響，會掏腰包買奶粉幫助有困難的病人。⁴³

42〈周愛卿女士電話訪談稿〉。

43〈陳博憲醫師訪談稿〉。



上圖中的保溫箱即為廠商贈送的新款保溫箱。左側綠色儀器為倪安華醫師於 1978 年引進的 Babybird 嬰幼兒呼吸器，嘉基為當時雲嘉地區最早有該設備的醫院。保溫箱右邊的儀器為定時定量注射裝置，亦為倪醫師引進，這三項設備為當時早產兒照護的三大利器。（倪安華提供）



上為 1977 年 12 月 23 日全院慶祝聖誕節活動。（前排左一戴德森醫師夫婦，中間的外籍人士為倪安華醫師及長女 Jennifer。（葉春子提供）

他的擇善固執

1976 年 6 月，倪醫師接下了副院長一職，仍兼任小兒科主任。參與醫院擴建、設備採購、人事管理及各項行政、董事會議，這讓倪醫師更忙碌了。

倪醫師的中午，往往是在圖書室教學中渡過，而且美國醫院沒有午休制度，因此他改變規定。原本中午 12:00-13:30 午休，下午 5:30 下班，改為中午不午休，大家輪流用餐，吃完就得回到工作崗位，下午 4 點下班。實施後，

由於大家習慣了午間休息，驟然取消，精神支撐不住，常坐著打瞌睡，甚至有人還會找隱密的地方偷偷打盹。鑒於民情不同，而且中午門診量非常少，因此倪醫師從善如流的恢復午休制度。倪醫師看似嚴格，但實際上非常體恤下屬，沒有上課的中午，他會帶著咖啡回到他專用的診間，交代跟診護士，若有急診，不要去叫正在休息的醫師，由他來看診就好，因為他知道大家中午都在睡覺。⁴⁴ 曾有人覺得鬍鬚⁴⁵ 很兇，但只要跟他說清楚，有道理，倪醫師是會接受的。

倪醫師的性格在老嘉基人的印象中是良善且富有愛心的，但另一方面，他也是非分明，就有著這麼一件著實令陳博憲醫師印象深刻的事。保溫箱是早產兒醫療照護上必備的重要設備。因為嘉基是教會醫院，而且當時民眾收入普遍不佳，所以醫療費用偏低；若有教會證明是貧民，還會再打個七、八折，比其他醫療院所便宜許多，但這也導致醫院財政拮据。⁴⁶ 那時的保溫箱是由美國募捐來的二手

44 在葉春子與林永豐醫師的訪談中，都曾提及此事。

45 因為倪醫師留著一臉落腮鬍，因此私底下常有人以此特徵稱呼他「鬍鬚」。

46 林永豐醫師對於醫院對貧苦民眾的救治也有同樣的回憶。他說：「當時醫療只是輔助傳道的工作，所以嘉基從來不將獲利作為醫療的首要之務，像慈濟說他們住院不用保證金，其實嘉基很早開始就住院不一定要保證金，因為我在那邊上班我就碰到過。有的貧苦人家的小孩來時都快死了，我們照樣乒乒乓乓將小孩收住加護病房，用很好的藥來治療，再請宗教部同仁去他家調查，若真的付不起，也不會跟他收錢，只會讓他簽一張以後會來還錢的單子，但也沒人知道是否會來還。」



1979年倪醫師全家返美前與嘉基兒科醫師的合影。（前排左起長女 Jennifer、倪安華、倪愛蓮、次女 Renee，後排左起林永豐、顏福源、陳博憲、林恆文。（林永豐提供）

設備，不但不夠用，還很舊，常故障，修也修不好，因此陳醫師便建議向奶粉廠商募捐。他認為醫院跟當時廠商購買的奶粉數量龐大，既然一定要採購奶粉，那是否可以請廠商捐保溫箱？起初，倪醫師拒絕了這項建議，他認為若接受捐贈，往後很容易為人左右，受其影響。但陳醫師分析道，不論捐贈與否，醫院仍會自行評估需求來採用奶粉，由廠商捐贈也能解決醫院難題。幾經思考後，倪醫師接受了，醫院跟廠商簽下奶粉採購契約，由兩家奶粉公司各捐贈一部最新的日本原裝保溫箱，解決了兒科一大問題。⁴⁷

47〈陳博憲醫師訪談稿〉。

任務完成

細心診療，是倪醫師行醫的基本原則；苦口婆心的勸說，是倪醫師不放棄任何一個病人的努力；掏出皮夾，為需要的病人墊付各種費用，更是倪醫師不求回報的付出。他殫精竭慮的積極建構、教學，只要肯學，無不傾囊相授；身教、言教並行，將他細心、耐心、負責任的態度傳遞給接任的醫師們，為的是讓嘉基兒科能夠在他離開後，由臺灣團隊一手支撐，完全自立。他展現出來的善良、愛心、盡責的人格特質，感動著他身邊的每一個人。他的積極、熱忱、善良也感染著他周遭的同仁。葉春子曾說到，跟隨過倪醫師的小兒科醫師們日後步出嘉基，也成為深受民眾信賴的醫師。⁴⁸ 顏福源也曾說倪醫師對他的指導，深深地影響了他往後數十年的行醫之路。四年後，1979年，如同他設下的目標，為嘉基建立小兒科、開拓小兒重症及早產兒加護醫療。當這一切都上軌道時，他也因任職期滿而返美。

為何僅來臺四年就要返美呢？林永豐醫師曾向倪醫師提出這個問題，倪醫師說他要回去 earn money（賺錢）。

⁴⁸ 葉春子及陳博憲醫師提及，曾跟隨倪醫師學習過的醫師有陳博憲、黃美娜、李明哲、顏福源、林永豐、林恆文、吳盈璋、鄭永穆。

嘉基給的薪水不夠嗎？在老員工的回憶裡，倪醫師常常說自己沒有錢，做醫師的怎麼會沒錢？一般人總認為醫師都領著豐厚的酬勞，怎麼倪醫師常說自己沒錢呢？根據嘉義基督教醫院董事會會議紀錄顯示，1974 年嘉基主任級醫師第一年的月薪為臺幣 17,000 元。⁴⁹ 倪醫師為美國差會差派來臺的醫療宣教士，薪水是由差會支付，並無其他收入。根據現存於臺灣信義會總會的臺灣信義會差會檔案裏，一份 1964 年修訂的「Rules of the Division of World Mission-The American Lutheran Church」（宣教士管理規則）中有關宣教士薪津規定顯示，當時宣教士薪水已婚者基本薪水一年 3,000 美元，另補助子女津貼，1-5 歲孩童補助 150 美元，6-12 歲補助 200 美元，13-18 歲補助 250 美元，大學到未滿 23 歲者補助學費 50%，上限為 900 美元。在這樣的薪資水準下，宣教士的子女若選擇高學費的醫學院，通常需申請就學貸款，不僅倪醫師本身如此，⁵⁰ 創院院長戴德森醫師的子女亦是如此。⁵¹

49 「嘉義基督教醫院董事會第二屆第九次會議紀錄」，收入於〈嘉義基督教醫院 1968 年 5 月至 1990 年 4 月董事會紀錄〉，嘉義基督教醫院典藏，檔案編號 CCH_02_02_0001。

50 根據一份由 ELCA 提供的倪安華醫師 1968 年以前的個人履歷顯示，倪醫師約 18 歲自臺北美國學校畢業的那年暑假，便開始了兼職工作，先在臺北海軍眷屬夏季休閒計畫工作約兩個月。返美後於 1960-1963 年間陸續於餐廳、工廠打工來幫助家計。

51 The American Lutheran Church-Division of World Mission, *Rules of the Division of World Mission-The American Lutheran Church*, Minneapolis, The American Lutheran Church, 1964, pp.6-7。

以此標準計算，倪醫師年薪約 3,300-3,350 美元，當時美元對臺幣匯率折合臺幣約為 132,000-134,000 元，月薪約臺幣 11,000 元，不到臺籍醫師的三分之二，而這也是他唯一的經濟來源。這筆薪水，除了養家，還不斷的掏出錢給病人，連女兒想買個小玩具都買不起。⁵² 他身為醫師的心，讓他不斷地掏出

少許收入，無償的給予病人，只為了提供病人最好的治療；但他身為父親的心，卻暗自為無法買個小玩具給小女兒而內疚難過。此外，倪醫師幾乎將所有時間都奉獻給醫院，半夜還要被喚醒，這樣的勞累讓與他相識於嘉基，也支持他來臺從事醫療宣教的妻子十分擔心。因此，為了他的子女、為了家庭他必須返美執業。

1979 年，倪醫師完成四年任期，放心的將小兒科的棒



1979 年，在倪安華醫師（左）返美歡送宴上，由時任嘉基行政副院長的孔澤仁牧師（右）代表嘉基致贈紀念品給倪醫師。（倪安華提供）

⁵² 葉春子曾提及，外國宣教士延續國外注重休閒的習慣，倪醫師約半年就要帶著全家到墾丁或香港度假，他說：「如果我半年不去渡假，工作比較會有脾氣」。倪醫師常跟她說到香港玩時，他女兒看到一個玩具好喜歡，可是他買不起，孩子一直吵，讓他心裡很難過。〈葉春子女士訪談稿〉。

子交給陳博憲醫師，帶著一家返美工作。即使已經回到美國，倪醫師未曾忘記嘉基兒科，仍舊持續關心著一手創立的嘉基小兒科，不放過機會的提升兒科醫療水準，安排醫師、護理人員到國內外大醫院接受訓練，吸收新知，他也經常回到嘉基為兒科團隊提供新知。

右為 1979 年倪安華醫師返美時，陳博憲醫師於中正國際機場（今桃園國際機場）送行時，致贈紀念金戒指給倪安華醫師。當時中正機場剛落成，倪醫師擔心路途不熟，影響搭機時間，因此前一天還特地開車走了一遍。（陳博憲提供）



1979 年倪安華醫師返美時，嘉基同仁由 Uncle（倪傑）開著醫院多功能救護車載同仁北上送行。上圖為同仁、友人與倪醫師一家於中正國際機場登機門前的合影。左起倪傑、Renee、柯玉芬、林瑩琦、葉春子、倪愛蓮、Jennifer、倪安華、劉敦盛、陳博憲、顏福源、李辰二夫妻。（陳博憲提供）

嘉基兒科在這穩固的基礎上，在陳博憲醫師及其後繼者的手中持續發光，成為雲嘉地區兒童重症的後送醫院、早產兒照顧重症醫院，規模也日益龐大，各次專科也陸續發展，直至今日幾乎已完全涵蓋所有兒科次專科。能有今日的規模，倪醫師或許未曾想到，但他埋下的小種子已經茁壯成長，成為守護雲嘉兒童的大樹。

右為 2008 年倪安華醫師返臺參加 50 周年院慶時，為兒科醫師講授醫療新知。



1988 年倪安華醫師一家返回嘉基探望老同事。後排右起張耿端、顏福源、陳博憲、倪安華、Jennifer、Renee、倪愛蓮、賴美年、翁瑞亨、林慶和、林恆文，前排右起鍾秀毓、周愛卿、李蒼櫻、蕭碧霞、葉春子、汪朝麗、陳明玉。

附記

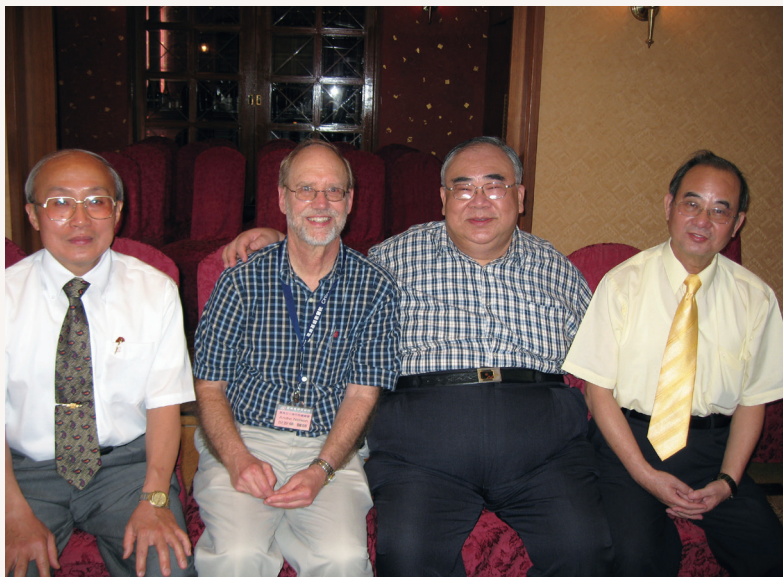
嘉基差點關門了

2008 年，倪安華醫師應邀回嘉義參加嘉基五十週年院慶，在全院演講會中，分享了一個現在嘉基人都不知道的消息，嘉基差點關院了，這是一個多令人訝異的消息呀。那時發生了甚麼事？是甚麼原因？倪安華醫師帶回了那時的一份評鑑報告書，並於演講會中娓娓道來。以下為倪醫師於 2008 年 4 月 24 日演講譯文。⁵³

一位美籍醫師看 1968-1971 年的嘉義基督教醫院

我曾經以醫師的身分在嘉義基督教醫院服務過兩段時間。第一段時期是 1968 年到 1971 年，我當時是一個剛結束實習的年輕醫師，主要的工作是協助葛銳之醫師。他是位五十幾歲的外科專科醫師，在他執行手術時，我在旁邊幫病人麻醉。來嘉義服務前我知道要執行麻醉工作，因此在美國實習時就接受特別麻醉訓練，包括使用開放式滴乙醚全身麻醉，以及經由麻醉機進行標準氣管內管 Halothane 吸入性麻醉。

⁵³ 倪醫師講稿內文及譯文曾刊載於《嘉基院訊》第 129 期。



2008 年倪安華醫師回嘉基參加嘉基五十周年院慶時，與昔日的兒科醫師們合影。左起顏福源、倪安華、林永豐、陳益生。

在我結束達拉斯兒童醫學中心和德州大學西南醫學院四年的小兒科住院訓練之後，再度來到嘉基。1975 年到 1979 年是我在嘉基的第二段時期，當時的任務是建置小兒科。

先談談我在嘉基的第一段時期——從 1968 到 1971 年，當時我覺得在這段時間，這間戴醫師為「傳遞醫療宣教使命」而選擇在嘉義設立的基督教醫院，幾乎瀕臨消失的命運，今天在座仍有少數人曾參與了那場嘉基保衛戰。

1968 年嘉基面臨到一個艱困時刻。那時候醫院剛從 40 床擴建到 118 床，而戴醫師正回去美國學習骨科，醫院

的佔床率只有 45%，且財務狀況不佳。當時懷抱著熱情，已經來臺灣服務兩年的美籍外科醫師葛銳之，對醫院可提供他執行開刀的設備感到非常失望。當時沒有血庫，賣血人（俗稱血牛）就在院內長廊守候，等到病人有需要的時候才抽血；並且手術台無法正常使用，麻醉是用開放式滴乙醚，只有紗布口罩。X 光機已經有 25-35 歲了，心電圖儀（EKG）不是每次都能用。葛醫師是這樣說的，「太令人難以置信，坐在『四柱床』上就想飛上天！」

當時的張一正代理院長、總務主任黃宗川與護理部主任傅珍珠聯名寫了一封信到臺灣醫院協會和支持我們美國信義會總會，急迫地表達嘉基需要一筆補助專款來購買所需的醫療器械。他們覺得醫院如果沒有這些必備的器械，就沒有辦法提供適當的醫療照護，也無法彰顯基督關懷形象。

當醫院的管理階層提出必要的經費援助需求後，來自美國信義會總會的回應，就是聘請一名顧問來評估嘉基現況。1969 年的秋天，McGilvray 先生應世界教會協會基督教醫療委員會之邀，從美國來到嘉基進行為期兩天的評估，隨後，McGilvray 將這兩天到訪的感想，寫成報告，長篇大論一番，文中提到：

1. 這所醫院蓋在一個錯誤的地方，如果要蓋，應該是

在以下列三種情況才對：

- 1) 在這個地區只有這一家醫院；2) 或者這是一家已經在市區有聲譽，但需要擴充空間的後送醫院；3) 或者地點並不重要，是因為醫師的名氣或是醫院擁有特殊的設備，自然會吸引病人不管距離遠近或其他不便因素，都願意前來。第三個情況最成功的例子就是明尼蘇達州的梅約聯盟醫院，不過也要達到像梅約這樣等級的醫院，才有成功的可能。
2. 醫院從 40 床擴充到 118 床的時機尚未成熟。
3. 外籍員工人數太多（現有 6 位），因此需要付較高的薪資。
4. 全院員工數太多了。
5. 每二十四小時照顧一個病人的成本過高（以 1968 年來說是 4.47 美元，約臺幣 180 元）。
6. 用在巡迴醫療和小兒麻痺病房的花費過高，且耗盡醫院的財源。

總結 McGilvray 先生評語，「客觀分析後的結論，在嘉義的醫療事工是個冒險也是規畫不週的決定，當初根本就不應該開展。」

這個報告出爐後，醫院的員工不但沒有喪氣，反倒激發了在地與外籍員工的士氣。張一正院長和員工們迅速地

回應，寫了一封抗辯信給美國信義會總會的中華顧問委員會。

針對嘉基所在位置，員工一致看法都是理想的。醫院坐落在省道上，交通方便；因為不在市中心，所以價格較便宜，能同時一次買下大片土地，作為未來醫院擴充之用，並提到當初臺北馬偕醫院也是蓋在稻田中間。

關於「醫院近期擴充的時機尚未成熟」的看法，聯名寫信的員工表示：若沒有從原本的 40 床擴充到 118 床，就沒有病床得以應付平均每天 45 名病人，或在尖峰時期 65 名病人的服務量。

關於「醫院雇用太多的外籍員工」，他們提醒 McGilvray 曾在兩年前的「臺灣基督徒醫療進展」報告中提到，「他（戴醫師）渴望再加一名外科或小兒專科的外籍醫師來穩固醫療服務，我們衷心的贊成這項請求。」在提案當時也是有 6 名外籍員工。

關於「每二十四小時照顧一個病人花費 4.47 美元，成本太高了」，醫院員工指出馬偕醫院同年度的花費是 8.1 美元。

提到「停止巡迴醫療及小兒麻痺的計畫」，醫院員工堅信此時這些慈善計畫對於醫院的宣教工作是不可或缺

的，不能因為無法自行達到收支平衡就取消這些計畫。

而說到「醫院雇用太多員工」，張一正院長和員工回應，若病房有 60 個病人住院，那醫院照護人力比則是 1.4 個員工照顧一個病人。當時彰基若滿床，是 1.4 個員工照顧一個病人，而馬偕醫院則是 2.1 個員工照顧一個病人。

張院長和員工們在結論中樂觀的指出，若能提供嘉基這筆經費，擁有等同臺灣其他醫院的設備，並且維持現有外籍員工數，嘉基在未來能有更好的機會得以成為自足自給的機構，有助提升更具基督樣式的醫療照護能力。

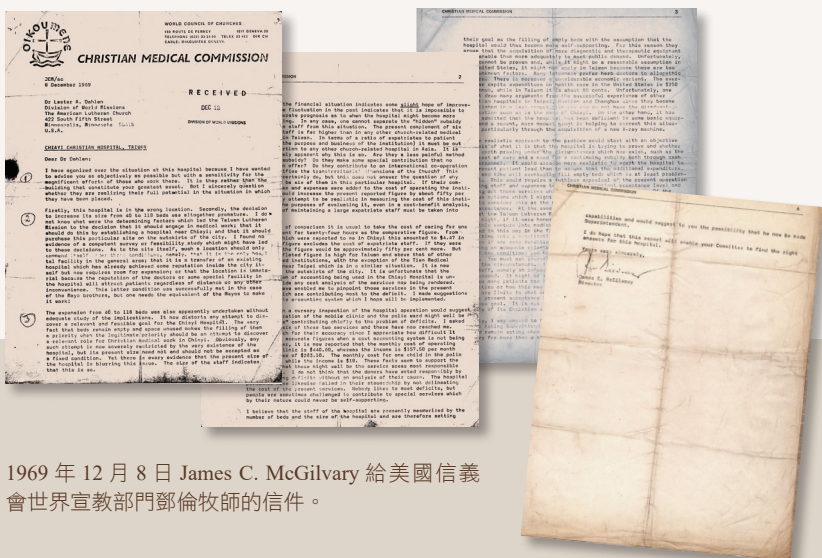
美國信義會總會，在陸續接到 McGilvray 和嘉基員工的報告後，否絕了 McGilvray 大部分的評估，並決定照著張一正院長與嘉基員工的提案進行。美國信義會總會更撥下一筆為數不少的援助資金，隨後所需要的醫療器材也陸續抵達，讓剛擴建的嘉基醫院順利在更完善的設備中繼續營運。

接下來的幾年，更多在地的醫護人員加入嘉基成為醫院員工，院內手術量明顯再成長，麻醉的設備逐漸進步，開放式滴乙醚技術已成為過去式，X 光的使用次數同樣增多，醫院的赤字隨之減少。

這段戴醫師對嘉義地區所懷抱的醫療宣教異象差點就

消失，卻又被保留了下來的經歷，讓美籍與在地的同工更加同心努力於醫院運作，嘉基在本國籍院長陳博憲醫師的領導以及在地醫師的努力下，社區民眾也逐漸養成稱呼嘉基為「嘉義基督教醫院」，漸漸取代過去「美國仔病院」的暱稱。

嘉基持續成長到現在我們所看到的樣貌，我深感驕傲可以參與在嘉基成長的歷史當中。



1969年12月8日 James C. McGilvary 給美國信義會世界宣教部門鄧倫牧師的信件。

CHIAYI CHRISTIAN HOSPITAL 1968-1971

An American physician's perspective

I was a doctor at Chiayi Christian Hospital during two periods. The first period was from 1968 to 1971 when I was a young physician who had just finished his internship. My main role at this time was to provide support to Dr. Robert Gruys, a Board Certified Surgeon in his 50's, who had requested that I give anesthesia to his patients during surgery. Knowing that I would be doing anesthesia in Chiayi I had done a special rotation in anesthesia during my internship. This included special instruction for me in the use of open drop ether general anesthesia as well as the standard endotracheal halothane anesthesia through an anesthesia machine.

My second period at Chiayi Christian Hospital was from 1975 to 1979 following 4 years of pediatric residency at Dallas Children's Medical Center and the University of Texas Southwestern Medical School. My role during this period was to establish a department of Pediatrics at Chiayi Christian Hospital.

Today I would like to talk about the first period from 1968 to 1971 because I feel that it was during this period that Dr. Ditmanson's vision of a thriving Christian Hospital in Chiayi was almost lost. A few of you participated in this period.

In 1968 Chiayi Christian Hospital had reached a critical time. It had recently expanded from 40 beds to 118 beds. Dr. Ditmanson

had left for his Orthopedic Residency in the United States. The hospital occupancy was only about 45%. The financial situation of the hospital was dismal. Dr. Robert Gruys, an enthusiastic American surgeon, had arrived for a two year commitment but was very disappointed with the hospital facilities available to help him do his work. There was no blood bank. Donors waited in the hall and blood was only drawn if it was needed. The operating table did not work properly. Anesthesia was open drop ether through a gauze mask. The X-ray equipment was 25 to 35 years old. The EKG machine did not always function. Dr. Gruys said, “It is unbelievable. Like trying to go to the moon on a four poster bed.”

Together with Dr. I.C. Chang (Superintendent) , Mr. James Huang (Business Manager) and Miss Margaret Friberg (the new Director of Nursing) a letter was sent to the Taiwan hospital board and the supporting American Lutheran Church urgently requesting a special grant to buy needed medical equipment. They felt that without the needed equipment the hospital would not be able to provide adequate medical care and would not provide a Christian example.

This request was met with a response which is common when hospital administrations ask for more capital funds. This was to hire a consultant to evaluate the situation. Dr. James McGilvray of the Christian Medical Commission of the World Council of Churches was asked to do the evaluation. He came for two days in the fall of 1969 and subsequently wrote a fairly lengthy report.

Among other things in his report he said:

1. “This hospital is in the wrong location....Such a location should only commend itself under three conditions, namely,

that it is the only hospital facility in the general area; that it is a transfer of an existing hospital which has already achieved some reputation inside the city itself but now requires room for expansion; or that the location is immaterial because the reputation of the doctors or some special facility in the hospital will attract patients regardless of distance or any other inconvenience. This latter condition was successfully met in the case of the Mayo brothers, but one needs the equivalent of the Mayo's to make it work.”

- 2.The expansion of the hospital from 40 to 118 beds was premature.
- 3.There were too many expatriate staff (6) and they were very expensive.
- 4.The total staff of the hospital was too large.
- 5.The cost of caring for 1 patient per 24 hours (US \$4.47 in 1968) was too high.
- 6.The mobile clinic and polio ward were too expensive and were a drain on hospital finances.

In conclusion Dr. McGilvray said, “An objective analysis might lead to the conclusion that this venture into medical work was ill-conceived and should not have started in this way in the first place.”

Following this report, rather than being discouraged, the hospital staff, both Chinese and expatriate, seemed energized. Superintendent Dr. I.C. Chang and his staff quickly responded and wrote a rebuttal letter to the China Advisory Commission of the American Lutheran Church.

In regard to the hospital location, they said it was ideal. It was located on the main highway with convenient transportation. The

lower cost of land away from the center of the city of Chiayi made it possible to buy a piece of land large enough for future hospital expansion. They mentioned that when Mackay hospital was built it also was in the middle of the rice paddies.

In regard to the “premature” recent hospital expansion, they noted that if the hospital had not expanded from 40 beds there would be no room to place the current average 45 patient census or the peak recent census of 65 patients.

In regard to the claim that the hospital had too many expatriate staff, they reminded Dr. McGilvray that he himself in a report two years earlier on “Christian Medical Progress in Taiwan” had written “He (Dr. Ditmanson) is anxious to secure the services of an additional expatriate doctor with a specialty particularly in surgery or pediatrics and we heartily approve this request.” At that time there were also six expatriate hospital staff.

In regard to the excessive cost of US \$ 4.47 to care for one patient for 24 hours, the staff noted the cost at Mackay hospital during the same year was US \$8.10.

In regard to discontinuing the mobile clinic and polio programs, the staff insisted these programs at that time were integral to the mission of the hospital. They could not be discontinued just because they were not self supporting.

In regard to the hospital being overstaffed, Dr. Chang and his staff responded that if one assumed a bed occupancy of 60 patients, then the hospital had 1.4 staff per patient. Changhwa hospital if 100% full would have 1.4 staff per patient and Mackay hospital had 2.1 staff per patient.

Dr. Chang and staff concluded optimistically that if funds were provided to equip the hospital similar to any general hospital in Taiwan and if expatriate staff could be maintained, at least for the present, then there was a good chance that the institution could become self supporting in the future. Its ability to provide Christian medical care would be enhanced.

After receiving both Dr. McGilvray's report and the hospital staff response, the American Lutheran Church rejected most of Dr. McGilvray's assessment and decided to follow the proposal of Dr. Chang and his staff. A sizable capital grant was given by the American Lutheran Church. Much needed medical equipment was obtained to complete the newly expanded hospital.

Over the next few years more Chinese health care workers and doctors joined the hospital staff. The number of surgical procedures increased significantly. Anesthesia support improved. Open drop ether became a thing of the past. The number of X-rays taken increased. The hospital deficit decreased.

The threat of losing the vision that Dr. Ditmanson had for a Christian Hospital in Chiayi diminished. American hospital staff and Chinese hospital staff worked even closer together to make this hospital function. With the hospital under the leadership of a Chinese Hospital Superintendent and with the medical support of hospital physicians such as Dr. B.S. Chen, the community gradually stopped calling Chiayi Christian Hospital "The American Hospital."

The continued growth toward the amazing hospital we see today had begun! I am proud to have been a small part in that growth.