

香港浸會大學中醫藥學院全日制課程校友會 有關發展中醫藥事宜意見書

本會簡介：

香港浸會大學於一九九八年正式開辦香港有史以來首個中醫學學士及生物醫學雙學位課程。現時香港中醫藥業發展已漸漸興旺，本會在團結有志之士的同時，亦希望為香港的中醫藥發展出一分綿力。

就有關發展中醫醫院之計劃，與及就衛生事務委員會於 2014 年 3 月 17 日會議中所述，吾等提出以下的憂慮及建議，以助中醫藥之計劃更為高效、順利而確切地進行。

就著本港首間中醫藥院的成立及相關發展，本會主要有以下六點憂慮：

- 一) 中醫臨床上變質成「西醫為主」或以西醫思維處方中藥
- 二) 經費限制醫療模式與質素
- 三) 西醫式分科不符中醫學理
- 四) 欠缺「中醫為主」先導研究
- 五) 循證醫學取代中醫理論指導臨床
- 六) 中醫學術不純正；西化研究管中醫

本會主要提出六點建議如下：

- 一) 確立「中醫為主、能中不西、中西配合」的治療原則
- 二) 把中醫醫療，尤其是中醫藥，納入公營醫療服務
- 三) 以內、外、婦、兒、骨傷作先導計劃分科
- 四) 開展正統中醫臨床服務先導，適當解讀先導計劃
- 五) 循證醫學應以合乎中醫治療方式的方法進行（如真實世界研究或個體化治療），以及限於療效統計和成本核算
- 六) 以中醫學術評價和管理中醫；中醫獨立管理，自主發展

下文將會就上述各點分別闡明，以供有關方面參考。

憂慮一）中醫院有名無實，名曰中醫院，臨床卻變質為「西醫為主」或是以西醫思維指導中醫

理據：中醫醫理思維具有不可取替的特性

若局方傾向以西醫分科，易使中醫療效和運用缺乏正統中醫醫理的自身鑑督。又因滿足西化規範治療而制定非中醫思維的「協定處方」，最終使中醫治療只淪為滿足「中醫特色」而為做而做。從內地中醫院的經驗可見，結果使臨床療效不顯，最終依賴西藥成風。此外，在未有落實學術、管理、研究經費分治的情況下，使財政、管理和醫者的思維都難以傾向中醫（見下文），不利正統中醫醫術的施行。故此一直有不少專家均堅持建設「純中醫院」的願景，即使各方對「純中醫」的定義有不同演繹，但主軸都是希望做到「以中醫治療為主」、「貫徹中醫理論施治」、「以中醫學術管理和評價人材」三點。

建議：確立「中醫為主、能中不西、中西配合」的治療原則

「中醫為主、能中不西」的原則表示在一般情況下應用中醫手段作為主要治療，只有在特殊的必要情況下才使用「中西配合」。現今的中醫師均有一定的現代醫療訓練，知道何時需要轉介西醫，而計劃中的醫院亦為中西配合醫院，有足夠的西醫診療技術，安全性自不擔憂。實際上，正統中醫並不抗拒必須的西醫醫療，醫乃仁術，萬事當以病人利益為先。只是，尚未證明成體系之「中西醫結合」，不應用作臨床醫療¹。

以中醫學術自身體系指導臨床，中醫院才能起標竿效果，並且名符其實，切合市民和業界的期望。此外在教學及科研上，正統中醫比起其他未成體系的範式更具備成效與及認可，可以獲得海內外及本地中醫的認同。此外，強調「中醫為主」的特色，亦能吸引海內外高水平的名家加盟，促進交流，並為市民提供服務。

憂慮二）：經費限制醫療模式與及醫療質素

理據：自負盈虧營運模式短期內難以實行

如中醫院由私人團體或非政府組織營運，會容易因為經費所限而變得盈利導向，不利優質醫療服務及業界健康發展。醫療行業與一般商業運作不同，投入相當巨大，回報期極長。再者中醫藥是個體化治療，一般缺乏劃一性或「套餐」式治療。在這前提下，若中醫院非公營，營運機構在自負盈虧的壓力下，可能會出現不必要的大處方和貴價藥以賺取藥費，或是反過來限制醫師的用藥成本。甚者會出現不良醫風，醫者的處方或檢查非為更有效或者必要，而是「收費更高」、「利潤更大」²。此外，若以非政府機構營運，醫療質素亦難受業界監督。

再者，中西醫配合的治療模式本身就會帶來成本壓力。因院方除了要解決硬件投入的成本效益，又因病人從原本只看中醫或西醫，及後卻同時向兩個醫生求診，單單是醫生診金成本已經加倍。另外，在政府的先導計劃之中，暫時未見及有包括成本效益（cost-effectiveness）的研究。

而在開設中醫院同時，其他的中醫治療體系，如日間醫院、中醫病房、進一步擴大公營中醫診所等，均未見相關配套的發展。在欠缺這些配套和數據支持下，長遠來說未能確保中醫院達到最佳成效，讓公帑用得其所。

事實上，因為中醫藥服務利潤較低，故此要以自負營虧開展中西醫配合服務（雙倍臨床人手、兩套設備），在啟動期尤其不容易。因此香港首間中醫院，由政府帶頭提供最優質的中醫服務，作出成本效益統計，最終才可健康地市場化。

建議：

- (1) 把中醫醫療，尤其是中醫院， 納入公營醫療服務；
- (2) 在現有綜合醫院開設中醫病房；
- (3) 長遠研究中醫治療的成本效益

公營中醫院的醫療服務可以使整個產業鏈完整化，造福市民，也是具有前瞻性的投資。中醫院有高水平的純中醫服務，長遠對國外居民、與其他需要服務的人仕，均有吸引力。支持一個大體上純中醫的臨床基地，不單可成為香港中醫界的地標，響應國家解決中醫「五化」³，支持中醫原創思維的戰略。

中醫院亦應配合純中醫自身體系的研究，主要是基礎理論發掘、整理、繼承教育、適當的臨床療效統計。這些研究成本都相較實驗室研究和新藥開發低，但對市民的直接得益更大。總結過去，中醫傳播總是由療效開始，最後以數據作鐵證，是「兩條腿走路」。支持學術多元，維持中醫自身體系，不單是發展和開拓的根本，亦直接提升醫療質素，造福市民。

憂慮三)：中醫院採用西醫式分科

理據：分科方法違反中醫理論，長遠易致中醫水平下降

儘管高永文局長曾明確表示香港中醫院不會照搬國內模式，可是如果中醫院按專科專病分治其實就是「中西結合醫療」，以西醫「專科知識」取代中醫思維、邊緣化中醫。要嚴謹地保障中醫學術，我們先要明白中醫的醫理和生理觀。中醫傳統上主要只分為「內」、「外」、「婦」、「兒」，分科考慮是在一致的基礎理論和生命觀下，保持及發揮各自的臨床特點和切合需要。

中醫整體是以臟象理論，建構人體功能模型，用司外揣內的「黑箱方法」探知。針對「功能模型」為主，而不如西醫以「結構模型」為主，故此多有中醫名家認為癌證實為「見瘤不治瘤」，要先治「人」。把人的功能模型調整回最佳狀態，消除功能模型中的失衡，才真正有利病人生命，與及改變結構模型的偏差。站在嚴謹中醫角度，消化科跟腫瘤科，同為內科疾病，當運用中醫學對整體的把握來指導治療，這是中西醫醫理的根本不同點。在中醫式的「整體觀」背景底下，越能把握整體就越能提高對局部的療效。中醫院最多只是需要相關現代醫學知識作「參考」，而非西醫「分科而治」之思維，不然難言整體。

在中醫角度看，很多疾病的起因，都是由於人的自癒功能和自體生理無法正常運作而成。如以西醫的基礎科學成果，用中藥對「理化指標」作出「對抗性治療」，雖可以稍得一二，但失其八九，忘記中醫是「幫助人體自癒」，而非「對抗」。讓中醫按西醫專科化，表面上是吸收現代醫學研究成果，實為以西套中。尤其出現「抗癌中藥」，「改變理化指標中藥」，大都只是小鼠實驗，在人體重現性不高。「專科化」卻使醫者埋首於此，把「整體觀」割裂。參考現代醫學，是在不違反中醫基礎理論的前題下進行，可是部份科中，常誤用西醫或非中非西的思維指導治療。更有以生化檢測指標跟中醫辨證同等化，使病者永遠得不到正確的中醫治療，名曰中醫，實非中醫，但亦非通過三期臨床驗證的西醫療法。這種違返中醫理論的專科化，在一般臨床中已看到其極易落入西醫思維模式。

德國慕尼黑大學的前醫學教師和漢學、中醫學教授 Manfred Porkert (漢名：滿晰博，音譯：波克特 cn / 博克德 cn) 就提出⁴，盲目誤以為西醫的方法可發掘和提高中醫，結果是使中醫受到教條式的輕視和摧殘。更提出東方應該剋服文化自悲感，用中醫的方法管好中醫，才能真正把中醫推向世界。

建議：以內、外、婦、兒、骨傷作先導分科；如無法實行，醫院最終亦須設有「中醫經典」或「中醫綜合」科

憂慮四）欠缺「中醫為主」先導研究

理據：先導研究與「中醫為主」模式相關性低

「中西協作」的意義應為「在中醫主導前題下的協作」、「在中醫框架下進行的中西協作」。如在西醫管理、西醫分科、西化思路下治療，只能是「西中協作」的結果。只有我們知道「純中醫治療體系」建立住院服務的問題，才能知道如何可以真正做到「中西協作」。

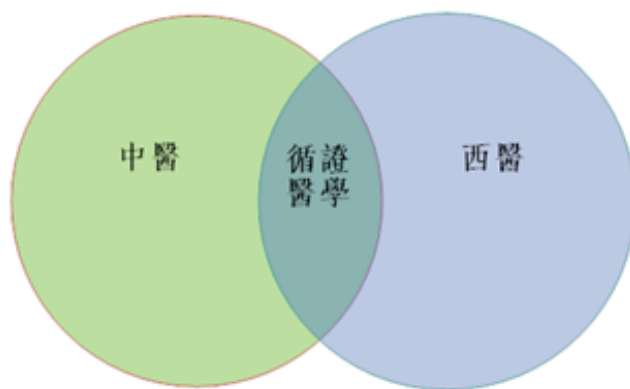
無可否認，在中醫院成立初期，使用「西醫能理解」的中醫治療是一個可行的切入點，研究亦可一步步往前推進。但同時亦應小心解讀，明瞭該視野本質上的不足，不用之指導臨床，同時該視野實際上難以幫助西醫真正理解中醫。

中醫和西醫本是研究人體不同方面的資訊，中醫研究身心、人與自然的關係等，並主要利用人體功能以達致治療疾病，相對於與從體外實驗開展的研究方法的西醫學有本質上差異。中醫理論關係網，暫均無法完全以物理學化學全面表述和研究。故此兩種體系（信息和關係網）本質上甚難⁵、甚至不可能^{6,7}融合（fusion）。這也解釋了中醫對一些西醫效果不佳或無法根治的疾病，以及在對抗性治療失效時仍可起效的原因。《劍橋醫學史》⁸編者Roy Porter也提出現代醫學應向東方傳統醫學取經的地方，就是找到建構更為人性化和整體性醫學的養化。中醫院之價值亦正在於此，而非只是用來發展一些尚未被西醫採納的技術。所以先導計劃，更希望可以做到純中醫治療，以中醫為主軸，突出所需的結果。並由中醫和西醫一起解讀，才知道如何建立配套。

如現階段缺乏進行純中醫先導計劃的條件，應清晰地向外界解釋，並且強調這只是在特定條件下的先導計劃結果。特別要注意，此等先導計劃無法為「純中醫治療」作出任何中肯評價，尤其該模式如何讓患者服用草藥湯藥，與及聘用合理的中醫團隊等都未有方案。

建議：開展正統中醫臨床服務先導，適當解讀先導計劃

知名的科學史家山田慶兒⁹在提到中醫學的生命力時，就指出現代科學對於闡述身心和複雜性體系不過剛剛開始。用這方法研究複雜的生命現象，必然是只能把握比較單純的現象，或者把實際中複雜的現象簡單化來認識，故此當然是片面和有局限。



雖然科技一直進步，但現代醫學的本質仍未有變，兩種體系相交的地方仍然很少，可是視野和方法學將決定成果。這不獨先導計劃，乃至對整個中醫發展和管理事宜，均值得注意。兩種體系有根本性的不一樣¹⁰，要尊重中醫學的體系和科學哲學¹¹才能立論，而 WHO 亦指出臨床研究需要尊重中醫的診斷和用藥方法，才會獲得認可¹²。

尤其管理人員西醫出身，更容易被其自身思維和行動習慣所驅使，致使離其習慣和視野範圍外之物，都極容易被捨棄或誤解。如因醫學研究具有特殊性，無法讓客觀持平的其他專業者主持，那則應由中西醫雙方一同參與和主導。

憂慮五) 循證醫學取代中醫理論指導臨床

理據：循證醫學只能充當一部分的中醫治療理據

循證醫學可作為中醫臨床檢證和成本核算，某程度上不失為中西醫溝通良策，但實際上不應強而為之。觀乎《中醫循證臨床實踐指南》，其中所載均未能展示中醫的正常思維，極其量只是具有「中醫特色」的自然療法。為著研究者的方便，以及提高證據等級，往往只能背棄中醫基礎理論。表面上是診斷客觀化和治療統一化，實際上是對中醫的簡單化和庸俗化¹³。循證指南可作為建議和參考；若為「指引」和「規範」，恐怕有違中醫理論。循證醫學本無意要取代任何醫學的理論體系，可是，臨床規限卻會對治療方案帶來極大限制。即使在西醫學界，對全面實施這種指引也有很大懷疑和爭論時，在中醫就自然更要有所保留。

國內就有提出「九種體質」學說，把病人分成九種體質論治。可是到臨床時，九種體質可以混合出現，即一般組合最小有十五至二十種組合。然而這跟實際臨床需要相比仍屬「過度簡化」，更忽略了治療過程中的身體轉化。現有的循證中醫研究，再多也只就疾病作四五種簡單分型論治，好些甚至只以一種治療通治，亦絲毫不按治療過程中的體質變化調整。甚至連基本的天時、地理都未有分論，莫道人和。故此對中醫臨床，並無指導價值。如人參是虛人之良藥，熱病者之毒藥，但在研究中照顧不足，只以「協議處方」不痛不癢地處理。致使療效不障，或者副作用不受控制。故此大多數研究，在中醫界中，是根本性地缺乏基本認同；而對西醫認識中醫的幫助亦非常有限，因終究是西醫視野，只能把「整體觀」抹去。最終所謂「發展中醫」，變成發展「西醫可借用的新草藥」，是由西醫發掘可用之中藥，而非由中醫自身作出提升和現代化。

建議：循證醫學應以合乎中醫治療方式的方法進行（如真實世界研究或個體化治療），以及限於療效和成本核算。臨床診斷和處方按照中醫自身的方法學主導

憂慮六）中醫學術不純正；西化研究管中醫

理據：中醫基本體系和理論是療效的根基

中醫體系，是以中醫「四大經典」為核心其及思想所發展的體系。國內在八十年代把名老中醫的成材過程，總結成《名老中醫之路》¹⁴及增補¹⁵，還修編《中國現代百名中醫臨床家叢書》¹⁶，由無可置疑的大師自述成材之路。幾乎每一篇，都談到重視中醫經典¹⁷。

這體系是由醫者出發，把臨床觀察記述，再嘗試提升為理論。經群體長時間驗證，不斷豐富和修正。其中中醫經典，就是收集各方資料，對基礎理論和方法學作出整理，並在歷史中證明治療方案效果出色。主要包括《黃帝內經》、《傷寒論》、《金匱要略》、《溫病條辨》四部（及注本）與及各科主要醫著。是完整的理論體系，而非零碎經驗。相較之下，個人幾十年的成果，不過歷史洪流之一點。中醫的方藥其實是經歷史廣泛驗證，又可按臨床需要調整的「經方」和「名方」，而不是「密方」、「秘方」、「偏方」。真正的中醫大師，都是開誠報公，從沒秘而不傳，更不會不發處方予病人。而世醫和家學，則往往是術有所長，或者病有專攻，幼承庭訓，而非脫離體系；更非以尚不完整的西化研究指導臨床。

關鍵不是年紀或者「臨床經驗」或是「法律保障」，而是醫者有否在臨床中讓歷代的研究成果主導其臨床思維，並在基礎上創新。若只沉醉於西化研究和應用，或者「各承家技」，自絕於中醫思維和體系，年資只是無根的自我重覆。曾有一段長時間，盲目地誤以為以西醫管理中醫、逼使中醫都要進行理化研究就能提高（正統中醫的研究由八十年代初>80%，到二千年<20%）¹⁸，所以就有不少國醫大師有「可以說幾十年來沒有培養出真正的中醫」、「培養中醫掘墓人」、「中醫思維弱化、中醫學術異化、中醫技術退化、中醫評價西化」¹⁹等^{20, 21, 22, 23, 24}評價。最終引致兩個人所共知的結果：國醫大師等高呼「後繼無人」；老百姓常道「好中醫難找」、「大醫院的中醫教授開不好中藥」，間接影響了同為學院中真正中醫大師的社會認受性。但香港發展中醫短短十餘年，艱難中卻有不俗成果，實與本地業者大多數堅持以中醫體系、以中醫學術指導臨床，獲得良好療效相關。

建議：

- (1) 研究經費，升遷評核、人員聘任均應以「中醫學術評價中醫」，讓正統中醫參與發展中醫
- (2) 設立「中醫藥部門」，由中醫自身領導和管理中醫發展

中醫醫院聘任之前線人員要以中醫學術主導，西化研究不納入評核範圍（或作減權）。不應用劃一標準評核「中醫臨床」與及「西化研究」人員，西化研究人員比例亦要限定，醫院畢竟是以臨床醫學為主；學術機構亦應循從多元化思路建構團體和選用研究方法。

近年國內學界已經深切優化體系和研究方法，強調中醫原創思維和正統中醫體系的傳承，香港實不應重走錯誤的舊路。要以正統中醫發展中醫醫院，用中醫學術水平評價中醫。否則即使中西醫處

方權分開，仍無法解決「牧師管寺廟」、「和尚要爭取《聖經》研究經費」、「白天當和尚、晚上苦幹《聖經》研究」等現象。

中醫管中醫，就是正統中醫作最大持份者。無論有多少其他方面的意見，正統中醫亦應作一定持份，甚至是理所當然的第一持份者。現今香港，正統中醫的傳承主要是由本地學生，與及一些優秀而學習規範的傳統業者所體現，我們應該更多起用。即便引入其他地區的名家，我們則需要小心評核其學術成份，而不盲目以「職級」、「SCI 論文數」和年紀來衡量^{25,26}。尤其香港中西醫範籌有所分野，任何人都需要兩種執照才能同時執行兩種專業。故此，一方面管理者不宜「跨專業」、「超過其專業範圍」作管理；二是我們選拔人材，應仔細看清其專業範圍，並非任同時具有博士資格和中醫資格就可稱作中醫專業人材，應查核其中醫研究成果、水平及臨床能力。一名中醫博士兼有輔導員資格，社會亦不會認為是輔導學專家。長年開西藥，做西化研究者，亦不等同中醫專家。這亦突出了為何需要正統中醫自主管理和主導發展，否則外行人難以分辨。

在二千年初制訂《中醫現代化發展綱要》的物理學、信息科學家賈謙，在一片反對聲音下，認真虛心地瞭解中醫藥。結果發現，外行的美好祝願真有不適切的地方。賈謙先生深切反省其中的錯誤²⁷，甚至作出與前述綱要截然相反的論述。並在國家支持下，配合調研，寫成《中醫戰略》²⁸一書，指出中西醫藥均一樣需要提高，一樣需「現代化」，只是應該各有進路。並對盲目錯誤的「中醫西化」作出反思和批判：「中西醫結合、以西醫標準規範和衡量中醫，這是中醫藥現代化所走的彎路，也是對中醫藥現代化的嚴重誤讀。」並指出：「不把中醫藥從衛生部拉出來，中醫藥就永遠發展不起來」。

香港中醫發展十餘年來舉步維艱，難能可貴的中醫院德政讓人生憂，主因均在於此。故此建議政府成立有關中醫藥政策之決策局，不單避免外行管內行，更可高效吸收業界意見，適時支持發展。分業管理，不單是中醫業內的呼聲，同時亦是不少科學學者^{29,30}之意見。同時又可減小人手錯配，避免西醫無可奈何要主導中醫管理的情況。

參考資料

1. 李心機, 以史為鑒,, 中醫學應按自身規律發展——重溫醫學史, 沉思中醫學, http://blog.sina.com.cn/s/blog_c3bd62a50101dvyk.html
2. 鄧鐵濤, 中醫發展要學以色列 http://epaper.nfdaily.cn/html/2012-04/13/content_7075105.htm
3. 李慎明: 《中醫藥法》是解決"五化"問題的法制保障
<http://news.takungpao.com/2014lh/article/2014-03/2347334.html>
4. 人類不能缺少中醫——採訪德國慕尼黑大學波克特教授(轉帖)
http://blog.sina.com.cn/s/blog_3f38623c0101c94m.html
5. 張宗明, 中西醫結合是一個複雜的歷史過程, <http://www.tcmforum.com/refbookdetail.php?bookID=10>
6. 祝世納, 中醫西醫為什麼不可通約, 轉載:
http://blog.sina.com.cn/s/blog_3dc1b3390101enea.html
7. 王正龍, 中醫噩夢: 中西醫結合?
http://epaper.gmw.cn/zhdsb/html/2013-12/04/nw.D110000zhdsb_20131204_1-09.htm
8. Roy Porter, The Cambridge Illustrated History of Medicine, Cambridge University Press (July 30, 2001)
9. 山田慶兒, 《傳統醫學的歷史與理論》, 1989 年讀賣新聞社主辦演講會的講稿。
轉引自廖育群《中醫學——古老而年輕的科學》
10. Fritz Wallner, 中醫的科學性特點, 截於張超中編, 《中醫哲學的時代使命》, 中國中醫藥出版社, 2009
11. 邱鴻鐘, 論中醫的科學精神和人文方法, 醫學與哲學第 20 卷第 1 期, 1999 年 1 月
12. WHO traditional medicine strategy 2002-2005,
<http://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/>
13. 中國科協學會學術部 編, 《象思維與經絡實質》, 中國科學技術出版社, 2011
14. 周鳳梧, 張奇文, 叢林編, 山東科學技術出版社 (2005, 合輯本)
15. 張奇文, 柳少逸編, 《名老中醫之路續編》, 中國中醫藥出版社, 2007
16. 《中國現代百名中醫臨床家叢書》, 中國中醫藥出版社
17. 顏純淳, 《名老中醫之路》97 位名醫讀經典分析, 江蘇中醫藥, 2011, 43(3), p.73-74
18. 李致重, 這樣的學費不能再繳了, 原載於《中醫復興論》香港, 奔馬出版社, 2005
http://blog.sina.com.cn/s/blog_e9c584600101gv2g.html
19. 國醫大師陸廣莘: 中醫傳承要避免“四化”, 原載於中國中醫藥報。轉載:
http://big5.gmw.cn/g2b/cm.health.gmw.cn/2013-06/06/content_7886040.htm
20. 國醫大師顏德馨: 中醫當自強
<http://www.ymf.com.cn/renda/node5487/node5488/node5489/u1a1606045.html>
21. 中醫訓誥大家李今庸: 古醫書守望者
<http://www.100md.com/html/DirDu/2006/02/10/18/87/53.htm>
22. 國醫大師路志正論中醫師承人才培養
<http://old.cacms.ac.cn/Html/zonghepindao/155528630.html>
23. 《國醫大師鄧鐵濤》——我的擔憂及幾點建議, 中國醫藥科技出版社, 2011
24. 人民日報: 別讓中醫薪盡火不傳 http://news.xinhuanet.com/health/2012-07/25/c_123466696.htm
25. 國醫大師能否拯救中醫 <http://focus.news.163.com/09/0707/10/5DK42LSO00011SM9.html>
26. 國醫大師“折損”九成 中醫教育鬱結難疏 <http://health.people.com.cn/n/2012/0724/c14739-18581571.html>
27. 课题组纠正中医“路线错误” <http://www.nfcmag.com/article/263.html>



28. 賈謙等,《中醫戰略》,中醫古籍出版社,2007

29. 2004 年中醫藥科學論壇

(四)<http://www.aptc.com/APTCM/21.nsf/ByUNID/266738142F2D6FC148256F10000B81C7?opendocument>

30.中醫是一門成熟的科學----晰博先生談中醫。載於張超中主編,《中醫哲學的時代使命》,中國中醫藥出版社,2009