

## 就發展中醫醫院及中西醫協作之意見書

自港府提出發展興建中醫醫院後，引起了中醫界熱烈討論。中醫界普遍支持興建一所由「中醫主導」的醫院。不過，對於什麼是「中醫主導的醫院」，並無一個清晰定義；對於醫院如何才能以「中醫主導」，亦未見具體建議。筆者不希望「中醫主導」淪為一個政治正確，但空無一物的口號，故此撰文，希望引發討論。

### 度身設計

筆者認為「中醫主導的醫院」應定義為：以中醫服務為核心而度身設計的醫院，輔以能提升其服務質素的配套。

一間以中醫服務為核心而設計的醫院，不只是由中醫師擔任管理層便能簡單做到。試想，假如我們在瑪麗醫院管理委員會加入相當數量的中醫師，在院內開設中醫門診、中藥房及中醫師巡房服務，瑪麗醫院會否就此成為一間中醫醫院？當然不會。因為這間醫院是以西醫服務為核心而設計的，中醫僅只作為提升醫院的臨床服務而設立。醫院管理架構的設計及思維模式，自然是傾向解決西醫臨床問題：「本院在這方面效果不理想，加入中醫或許有幫助。」因此，以「中醫主導」的醫院，實行一套以中醫服務為核心而度身設計的臨床架構相當重要。

醫院臨床架構是因應中醫服務需要而設立的。具體來說，中醫病房可劃分為內、外、婦、兒及骨科。可是各科範圍廣闊，究竟怎樣的疾病才應該住院，而非在家中自行服藥？入院轉院準則如何？此等問題，應由醫院臨床決策委員會制定指引，由醫院門診中醫師執行。譬如考慮到艾灸治療引起的空氣問題，醫院應該設立艾灸治療區，集中病人，以及特別設計抽氣系統。中藥房及煎藥房亦要考慮此問題。

### 西醫輔助

輔助服務對提升中醫服務質素也很重要。傳統醫院在病人入院前要接受胸部X光檢查以排除肺結核之類傳染病；入院病人需要注射抗凝血藥物以防止致命併發症等的措施，俾能提供一個安全的住院環境，這些可以考慮照做。面對致命的併發症，沒有電腦素描、手術室及西醫是很危險的。可是，為了發生機會很細的併發症而購買電腦素描儀器、設立手術室及聘請西醫待命，在財政上是不可行的，亦可能因此影響中醫服務作為核心的原則。故此，醫院可建於鄰近傳統醫院的地區，最好是一路之隔，例如瑪嘉烈醫院及葵湧醫院的距離，並令其成為姊妹醫院，萬一事情發生時，能急召對面的醫師前來救命，或速送病人到對面醫院的急症室。姊妹醫院平時亦能派遣一兩名前線醫生前來駐守，注射抗凝血藥物，監督血像等；醫院設計時亦可加設特別緊急通道前往姊妹醫院。這樣，西醫擔任輔助服務，有助提升中醫服務質素。

如此類推，只要以圍繞中醫主導去思考問題，設計醫院，這所醫院即使不叫「中醫院」，亦自然會成為中醫院。

對於香港將出現的第一所中醫院的服務定位，本地中醫界暫未有共識。究竟，這個以中醫服務為核心的醫院，應該定位為綜合醫院，抑或專科醫院？筆者將從醫師角度出發，解釋為何成立一家專科醫院對香港更合適。

## 綜合醫院

綜合醫院雖然提供全方位臨床服務，但會影響中醫服務質素。雖說綜合醫院提供一個廣闊的臨床環境予中醫師展示精湛醫術，亦可服務多數病人，但其作為地區醫療樞紐，並不是隨便堆砌各科病床便能組成。除了容量要高，醫院還有責任提供完整的其他服務以應付任何臨床需求，譬如：西醫、物理治療、職業治療、足病診療、義肢矯形、言語治療、心理治療、深切治療、病理診斷、放射診斷和手術室等。此等「中西配合醫院」或能提升綜合服務質素，可是，從經濟學的角度看，這些成本高昂，動輒千萬的設置定必耗費大量資金。況且，營運者要絞盡腦汁增加這些設施的使用率，去增加財政收入和善用公共醫療資源。因此，管理層難免會忽略了核心中醫業務。除了財務上不可行外，醫院運作亦不切實際，因為，此等服務需要長期聘用西醫任之。西醫作為一個發展成熟的醫療體系，醫科生從畢業到成為獨當一面的專科醫師的道路都是編排好了，難以想像會有西醫放棄專科訓練和治療病人的主導權，跑到中醫院陪襯。假如成立綜合醫院，預計會在財政及聘用西醫方面出現問題，波及核心中醫業務。

## 專科醫院

專科醫院雖然縮窄了臨床範圍，卻能提升核心中醫業務的質素。從醫師角度看，醫院的優勢在於病種多及醫師能監察治療過程，對於個人醫術發展莫有裨益。但誠如上述所說，綜合醫院將會在財政及運作方面困難重重。專科醫院的優勢在於目標專一，資源集中。譬如內科醫院，住院部分為心、肝、脾、肺和腎科。以脾科為例：常見病為胃痛、噎膈、嘔吐、呃逆、泄瀉、痢疾、腹痛和便秘。推想當中有住院需要的是嚴重影響生活的慢性胃腹痛、嘔吐、泄瀉和痢疾。於是，政府財團只需根據治療病種，把資源投入到相應的人手設施輔助中醫便足夠，例如：讓姊妹醫院派遣客席西醫到來、購買生化檢查儀器、藥物以分析脫水病人的情況、緊急處理和預防併發症，速送病人到附近的姊妹醫院治療。只有如此清晰的服務定位及要求，醫院才不用沒完沒了地解決財政及運作問題，騰出能力發展教學、專科培訓及研究業務。而且，病種或許少了，但醫師仍能監察治療過程，精湛醫術。相比起包括所有的綜合醫院，設立專科醫院，限制服務範圍，更能集中診療力量，提升臨床服務質素及學術發展。至於專科的範圍和程度，還須看資源多寡。

住院較門診優勝之處在於前者方便了需要密切監察，頻繁覆診、轉藥和治療，或行動不便的病人。假如病人沒有上述三項條件之一，可到門診治療，不用入院。

食物及衛生局長高永文醫生傾向建立中風、痛症和癌症為主的專科醫院。中醫師治療中風和痛症，多以頻繁鍼灸處理，此類病人多行動不便，假若令其頻密覆診，倒不如入院治療，得益更多。中風和痛症病人滿足了入院治療的兩項條件，因此筆者對於建立相關的專科醫院並無異議，但對於癌症專科方面則有些少疑惑。

## 門診能處理癌症病人

癌症病人未必需要住院。西醫治癌不外乎手術、放療和化療。無疑，手術病人必須住院；放療和化療則未必，此乃癌症病人能一般能自由活動四肢，且情況穩定，不須密切監察和頻繁覆診接受治療。在香港，很多癌症病人都是定期往來醫院的癌症中心進行治療。如此，他們亦能到醫院的中醫門診治療，開幾日藥再覆診。

## 病房會診未能溝通中西

中西醫的知識水準不足以互動。無疑，病房治療能讓中西醫合作，討論病情，制定治療計劃，分工合作。若要達到這個效果，先決條件是中西醫掌握了對方的理論邏輯。雖然醫學院開設了幾堂中醫講座和見習給醫科生，而中醫學系亦有三成課程關於現代醫學，但三言兩語實在難以讓雙方掌握對方的理論邏輯。筆者取得中醫學學士，考進了醫學系後才發覺以前學過的盡是西醫的「實況知識」(factual knowledge)，從沒掌握過其理論邏輯。中醫師或許知道貧血是紅血球不足引起，知道處理方式是補血，但他們卻未必能從病歷和驗血報告中推論貧血的成因；西醫師或許知道喉痛多由熱氣引起，知道常用銀翹散，但他們卻未必能從病歷和舌脈推論喉痛是實是虛，在肺在胃。在這種只知事實，而不求甚解的情況下，中醫師難以參與西醫師的診療，反之亦然，難免在癌症病房會診時出現「一個病人，各自表述」，跟看門診無異。這些情況，東華醫院 60 位中醫師已曾聯署反映過。<sup>1</sup>若中西醫師未能互相溝通，而大部份癌症病人亦沒有以上三種條件，住院治療癌症的價值為何，值得商榷。

## 探討住院治療癌症的價值

香港醫院管理局在其轄下醫院內選擇了一部分病房，進行中西醫合作臨床模式的探索。與此同時，前身為黃竹坑南朗醫院的香港賽馬會癌症復康中心，以療養院模式營運了三年，現提供74張病床，中西醫會診。這些臨床和營運經驗對於探討住院治療癌症的價值和設立癌症專科醫院，莫有裨益。筆者期望政府和這些有經驗的機構能夠舉行研討會與業界交流。

## 人材培訓

中西醫協作最困難之處是缺乏人材。若要作此等發展，政府需要匯通中西醫學的人材。因為，他們擁有分別在中醫和西醫場所工作的經驗，令他們擁有兩方專業的眼光視野，深刻體會過雙方的臨床需要，長處和不足，對中西醫協作定必有一番見解，非中醫師或西醫師一方所能體會。縱觀香港，由於學貴和時間投資巨大，修畢中西醫雙專業的醫生不多。香港政府或香港醫院管理局可考慮發放獎學金予中醫師修讀內外全科醫學士課程或西醫師修讀中醫學學士課程，以鼓勵中西醫專業互動。

。因此，無論是中醫師主導，抑或是西醫師主導，都是中西醫協作的外行人。

1. 大公報·中華醫藥版：中醫藥新天地《走出『公營』，進入公營，邁向中醫新里程》2014年3月28日。

中醫謝昆良  
香港大學中醫學學士  
香港及澳洲註冊中醫  
內外全科醫學士課程學生  
2014年5月8日