

三方協作中醫教研中心發展建議

利用門診網絡平台，提升中醫在服務、教育和臨床研究三方面的水平，是成立三方合作中醫教研中心的目標之一。首間中心成立至今已逾 15 年，政府有必要周詳地檢視和回顧中心的定位，以配合特首提出的中醫發展計劃。

本人將以個人名義，就醫教研這三個方面提出幾點建議供大家討論參考。

1. 醫療: 加入重點服務，應對慢性病負擔

根據衛生署 2016 年的報告，本港的頭號殺手分別為癌症、心腦血管疾病和慢性呼吸道疾病 [1]。最近的調查亦顯示，有骨骼肌肉疾病、神經系統疾病(例如痛症、中風後復康)，以及心理健康問題的市民亦經常使用中醫服務 [2]。

除了這些疾病，現時已有大量的臨床證據顯示中醫能有效治療各種常見疾病，我參與的團隊亦已把相關數據和資訊以化繁為簡的方式，呈現於《証視中西醫理》網站 [<http://www.hkiim.cuhk.edu.hk/ceim/tc/index>]，方便政策和服務制訂者參考，以發展循證醫學為本的中醫專病服務。

現時，本港有超過 15% 的長期病患者同時使用中西醫服務治療疾病 [3]，而我相信這個數字會隨著人口老化而日漸增多。香港中醫發展的定位，首重如何發揮中醫的優勢，預防及治療這些主要疾病，分擔公營醫療系統的壓力。本人建議在現有服務基礎上，三方合作診所可以加入針對這些重大疾病負擔的重點服務。

2. 醫療: 成立中西醫雙向轉診服務

香港未來的醫療發展，將著重跨專業合作為本的基層醫療。但我參與的團隊在中醫教研中心進行的研究顯示，病人普遍認為中醫教研中心與公營醫療系統缺乏聯繫，並期望在病歷共享和中西醫雙向轉診方面作出改善[4]。我剛才提到，中醫的療效和安全性已有一定的臨床證據支持，但為什麼在公營醫療系統中，中西醫互相轉介服務的進展卻停滯不前？

以早前流感高峰期為例，急症室服務負荷劇增，如何分流大量非緊急病人成為當時公營醫療系統的棘手難題。這原可成為中醫界與公營醫療合作的良好契機，但最終為何無法成事？我們的研究發現，主要的困難在於公營醫療系統與中醫合作的歷史短，決策者未必有充份

的中醫網絡，醫療工作者之間沒有中西醫合作的同業榜樣，亦無沒有外在誘因作出改變 [5]。現在可以做的，是成立一個中醫流感應變小組，將中醫治療流感的臨床證據向醫護人員和病人宣傳，並統籌一個可以快速實行的試點計劃，提前做好急症室和中醫診所雙向轉診的機制，以及設計中醫在護老院預防流感的措施。

同時中醫界和公營醫療系統須有領導者去促成試點計劃，召集不同持分者負責推廣及執行，並準備整個計劃的評價方案，以便從中汲取經驗，以便快速應對下一輪的流感高峰期。

國際經驗指出 [6]，這些計劃都必須由受正式委任的執行者及高層官員牽頭。政府提出要成立的中醫藥處，應該從醫療系統的角度，考慮如何在不同的範疇增強三方合作診所和公營醫療系統的聯繫，為中西醫雙向轉診服務的成立提供有利的環境。最終，中醫教研中心應成為每區中西醫協作的樞紐。

3. 科研: 進行中醫應用研究，支持中醫臨床服務發展

我很高興得知特首已建議設立專項基金，以支持中醫應用研究。如果政府希望中醫可以分擔醫療系統的負擔，研究的目標便應在於如何把現有的臨床證據轉化為實際的服務，直接惠及市民大眾。我認為政府應該參考外國的成功經驗，令這些公帑可以真正貢獻於中醫臨床服務的發展。

最近我有幸認識了 Academic Consortium for Integrative Medicine and Health (包括哈佛耶魯等七十多間北美著名醫學院的結合醫學學術大聯盟) 的主席 Prof Robert Saper。他們的近年的工作 [7] 對於推動傳統醫學的實際臨床應用極為重要:

- a. 他們早前做了一個非常大型的系統評價，綜合了所有非藥物療法對於下背痛的臨床和成本效益的證據。結果發現不論是急性、亞急性，還是慢性的下背痛，非藥物療法(包括針灸和手法治療等等)應該是一線治療，而不是藥物療法。
- b. 研究結果獲得了 American College of Physicians 認可 [8]，並在最新的臨床指引當中，推薦非藥物療法為下背痛治療的首選。
- c. 然後，基於這個臨床指引，要求醫療機構服務質素的認證組織，把是否用非藥物療法用作下背痛一線治療，定為其中一個關鍵的評價指標。
- d. 再用這些證據，向保險公司大力遊說希望將來美國的醫療保險可以支付這些療法。
- e. 準備不同非藥物療法證據的概要 (有網上版也有口袋大小的提示卡)，時刻提醒醫護人員非藥物療法是治療下背痛的第一選擇。

這種研究的成本不高，假若有研究基金支援，同類型研究亦可在其他疾病中進行，促進中醫服務或中西醫雙向轉診機制的制訂。中醫教研中心可進一步的實踐研究具體機制，方案完善後就可拓展到其他教研中心和中醫診所，進一步加強中醫的服務規模。

現在醫療衛生研究基金和研究資助局均不鼓勵這種研究項目，所支持的大多為偏向上游的中藥研究，忽視中醫服務發展研究。我希望政府可以多吸收外國的經驗，勿囿於單一中醫研究範疇。

4. 教育: 加強中醫教研中心在畢業後教育的角色

現時香港的本科中醫教育為六加三模式: 包括六年在大學學習，在通過執業考試後，大部分的畢業生均會在中醫教研中心工作三年。因應中醫日後在香港發展的需要，中醫教研中心在畢業後教育方面必須有更重要的角色。

去年國務院總結了中醫教育多年來發展的成敗得失，並發表了《關於深化醫教協同進一步推進醫學教育改革與發展的意見》文件 [9]，其內容明確指出中醫畢業後教育必須符合以下幾點要求，而我認為這些要求對香港日後的畢業後中醫培訓改革有明顯的啟示:

- a. 落實並加快完善中醫畢業生規範化培訓制度，嚴格培訓過程管理和結業考核，持續加強培訓質量建設;
- b. 保障中醫畢業生培訓期間待遇;
- c. 探索建立培訓招收計劃與臨床崗位需求緊密銜接的匹配機制;
- d. 健全臨床帶教激勵機制;
- e. 加強師資隊伍建設，完善中醫藥師承教育制度，加強師承導師，學科帶頭人，中青年骨幹教師培養; 建立以中醫藥專家，教學名師為核心的教師團隊，加快推進中醫藥高層次人才培養。

隨著內地的經濟發展和醫療需求增加，日後願意來港的內地中醫專家可能會越來越少。現時中醫教研中心雖然有資助醫師往內地進修，但由於兩地醫療法規不同，在內地使用的中西醫結合或西醫為主的治療模式，在香港不一定適用。香港必須馬上建立自己的中醫教學，臨床帶教，管理及前線臨床人員，培養本地中醫發展的中堅力量。

同時，對中醫畢業生的生涯規劃也必須做出改革，中醫教研中心的培訓應採取精英化制度，在三年規範化培訓後，表現優秀者應提供更深進的訓練和有競爭力的待遇，避免人才流失，並為日後中醫院的團隊作好人才儲備。

總結

中醫藥教研中心對香港未來中醫藥業的發展非常重要，在醫療服務，教學和科研方面均可扮演關鍵的角色。可惜現時政策有不少不足之處，政府應盡快檢討現時教研中心的管理和撥款制度，讓教研中心可以得以發揮所長。

鍾志豪 註冊中醫師

香港浸會大學中醫學及生物醫學學士(一級榮譽)

英國牛津大學循證醫學碩士

香港中文大學公共衛生學博士

[1] Hong Kong Department of Health: Death rates by leading causes of death. Available at: <https://www.chp.gov.hk/en/statistics/data/10/27/117.html>

[2] Wong, W., Lam, C. L. K., Bian, X. Z., Zhang, Z. J., Ng, S. T., & Tung, S. (2017). Morbidity pattern of traditional Chinese medicine primary care in the Hong Kong population. *Scientific reports*, 7(1), 7513.

[3] Chung, V. C., Lau, C. H., Yeoh, E. K., & Griffiths, S. M. (2009). Age, chronic non-communicable disease and choice of traditional Chinese and western medicine outpatient services in a Chinese population. *BMC Health Services Research*, 9(1), 207.

[4] Chung, V. C., Yip, B. H., Griffiths, S. M., Ellen, L. M., Liu, S., Ho, R. S., ... & Wong, S. Y. (2015). Patients' experience of Chinese Medicine Primary Care Services: Implications on Improving Coordination and Continuity of Care. *Scientific reports*, 5, 18853.

[5] Chung, V. C., Ma, P. H., Lau, C. H., & Griffiths, S. M. (2012). Developing policy for integrating biomedicine and traditional Chinese medical practice using focus groups and the Delphi technique. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012.

[6] Chung, V. C., Ma, P. H., Hong, L. C., & Griffiths, S. M. (2012). Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies. *PLoS one*, 7(11), e50022.

[7] Academic Consortium for Integrative Medicine and Health: Moving beyond medications. Available at: <https://www.imconsortium.org/secure/painMailer/>

[8] Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 166(7), 514-530.

[9] 國務院辦公廳《關於深化醫教協同進一步推進醫學教育改革與發展的意見》
http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-07/11/content_5209661.htm