

中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查報告

**Integrative Joint Organizational Platform (IJOP)
Report on Survey of Attitudes toward Integration**

Organiser 主辦機構：



Funding Organisation 資助機構：



創 新 科 技 署
Innovation and
Technology Commission

中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

Integrative Joint Organizational Platform and Survey of Attitudes toward Integration (IJOP)

項目統籌序言

中國藥學家屠呦呦以創制新型抗虐藥青蒿素而獲得諾貝爾醫學獎令舉世注目，說明創新也需要以造福人類為目標的大道理。中醫西醫在醫療系統內並駕齊驅，於各自在自己的醫學領域上獨立運作之餘，更需互相汲取對方領域有用的知識，從而一起提升醫療水平，才可達到對病人的真正醫療。

中西醫學可以藉深入研究而結合，可從循證醫學入手，或可由臨床聯手協作。可惜中醫學大概因自身的內在特質，長久以來未能符合現代循證醫學證據的標準及要求。促成中西醫協作最需要有的細節和配合的方法，本項目的目標就是要為雙方搭建重質量及縱橫雙線溝通的平台。

用現代方法學可改善協作。其中路向的調查會藉全港中醫和西醫普查以及多階段專家領袖專訪來匯集多方意見。另外基於基層醫療的需要，對一些有潛在需要和中西醫協作缺一不可的常見社區病症，成立臨床協作專家顧問團，探究中醫西醫治理疾病可接受的協作互補理想模式，從而建立本港推行中西醫協作的穩固依據。教育方面則會就中醫和西醫關注的問題進行研討，探討中西醫藥的交替治療運用，透過交流分享，讓中醫西醫可就某些疾病案例、問題提出見解及關注點，甚至治理方法進行討論。項目進行中吃力之餘幸好也有不少好的回報。希望有助建立中醫西醫合作的環境和醫療系統，保障市民健康，減低社會的醫療成本。

本人深信項目對醫療界具深遠的意義。感謝創新科技署撥款資助項目推行；更承蒙多位政府官員、醫學界前輩、領袖、專家支持，策勵我們用心把本項目做好。在推行需集體思維時，獲青年新秀中醫西醫及顧問委員會專家群為策略議題賜與多輪意見；社區疑難病患執行分析期間，又得到三間大學中醫學院院長及主任以學術智慧幫忙剖視問題和釐訂標準和資深專家的襄助。項目的完成有賴各方的支持、意見、共識、協助和推動，以實現為香港市民更美好的生活和健康共同努力的願景。本人謹代表項目團隊致以衷心謝意。

中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查 IJOP



項目統籌 2017

中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查 (IJOP)

報告目錄

內容撮要 Executive Summary		
甲部. 第一章: 香港中西醫結合的概要		5頁
1.1	西醫及中醫在香港的現況	
1.1.1	西醫在香港的現況	
1.1.2	中醫在香港的現況	
1.1.3	小結	
1.2	中西醫協作在香港的發展	
第二章: 項目背景		11頁
2.1	香港中西醫結合醫學會背景	
2.2	項目背景及內容	
2.2.1	項目背景及目標	
2.2.2	項目願景	
2.2.3	項目內容	
2.2.4	項目組織架構	
2.2.5	項目預期成果	
	項目推行撮要	
結合簡略		
乙部. 第三章: 調查研究		17頁
3.1	專訪面談	
3.1.1	研究方法	
3.1.2	專訪面談結果	
3.1.3	撮要及評論	
3.2	問卷普查	
3.2.1	研究方法	
3.2.2	問卷普查結果	
3.2.3	撮要及評論	
3.3	以病患為主要的研究	
3.3.1	研究方法	
3.3.2	研究結果	
3.3.3	撮要及評論	
第四章: 培育項目		62頁
4.1	慢性病中西醫治療論壇暨項目啟動典禮	
4.2	「結合醫學前沿 - 臨床挑戰與路向」會議	
4.3	專題講座	
4.3.1	結合醫學之不孕治療	
4.3.2	結合醫學之濕疹及蕁麻疹治療	
4.3.3	結合醫學之中風後治理	
丙部. 第五章: 綜合討論		65頁
5.1	中西醫結合服務	
5.2	協作模式	
5.3	推進中西醫協作的積極行動	
5.4	總論	
第六章: 建議及結語		75頁
	附錄及參考資料	
	鳴謝	
	簡報	

IJOP 項目摘要

Executive Summary

本港的醫療制度十分完善，不應看見病患者仍因中西醫療間多方面的落差而承受不必要的病苦。此刻推行「中西醫醫學平台」IJOP計劃，目的是為構建一個助長中西醫協作治療的環境，廣尋文獻之餘，使用量化及定性的方法在專業意見交流中找尋銜接細節，歸納起來提升及豐富協作知識和意識形態層面。更藉此平台推廣中醫和西醫交流溝通，促進中西醫治療的發展，使業界及廣大市民受惠。

IJOP計劃之開端項目「中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查」於2015年5月展開，從一連串活動，包括中醫西醫問卷普查、對專家醫生及業界翹楚進行階段性專訪面談，了解各持份者對中西醫結合治療的意見，深入討論實際治理、政策及制度上的協調及中西醫相互實施的困難等。繼而以教育為推進的手法，一方面增強病患的相互認識，另一方面促進協作溝通渠道，潛移默化中溫和地建立中西醫協作治療的文化。

本項目因應這兩個目標，務求團結各領域專家。開始時關注小組多人展開廣泛的籌備討論，繼而進一步組織專科學院專家、家庭醫生、專科醫生及教授、中醫專家及對中西醫結合有貢獻的學者組成顧問團指導計劃推行。又得到一群年青學派西醫及中醫組成專案組協助執行小組，推行問卷普查及專家專訪。在各方支持下集體構思協作範疇，「協作問題藍本」終於成型，對將來的政策決策者應有幫助。

計劃首先界定那些是西醫中醫同共介入治療後，功效比單方面治療效果有明顯提升的常見社區病患。得到由三間大學支持共同主席組成的臨床協作專家顧問團統籌帶領這項疾病中西醫協作研究。經過詳細討論，在眾多病種中選取了濕疹、哮喘、中風後期、癌症(大腸癌及乳癌)維持期和炎症性腸病作優先研究項目。隨後展開了各疾病專家組，在各種不同病患與中醫西醫進行座談會討論，探討協作治療策略及理念。經過調查訪問專家的取向，訪問協作醫療中心，資料分析及整理，目標建立一個協作治療策略框架，使在推行時基層醫療界有指引令實踐協作更為安心。

最後的研討大會討論歸納整體中西醫協作有用的主題。項目後建議包括部分或全面協作中各種微量至緊密協作方式，增強中醫西醫間搭橋和協作環境，減輕中醫西醫語言隔閡之障礙，充實中西藥物相互作用資料庫，積極建立政府或行業領導架構推進中西醫協作。

實際協作模式中，中醫和西醫應該均是基層健康醫療體系的一部份，市民視之為醫療保健常規。決策者應該意識到中西醫協作是造出更優質有效服務的途徑，可加強個人在社區的健康質素。這兩年項目工作聯絡業界從萌動中西醫協作的基礎開始，願整個IJOP中西醫醫學平台成長和發展，直至完成它的使命！

The “Integrative Joint Organizational Platform” (IJOP), is missioned to build a conducive environment for collaborative practice of Chinese medicine (CM) and Western medicine (WM). Notwithstanding the two professions still operating independently, our well-developed medical system should be supportive that patients in their illness suffer no more from inadequate WM-CM coordination and communication. IJOP's array of events across the region is meant to instill a spirit of mutual enrichment – putting people in practice together with health makers with creative approaches. Our project aims to compose good details to prepare for CM-WM collaboration, using quantitative and qualitative inter-professional approaches as the basis for exchanging experience and ideas.

This starter two-year program, IJOP and Survey of Attitudes toward Integration, since May 2015, developed investigatory and educational activities to promote a better recognition of disease problems and enhanced collaboration between practitioners in CM and WM. A general survey of all WM doctors and CM practitioners, and secondly three-stage interviews with medical experts and leaders collected views from different perspectives in attitudes on practicalities and ideas on policy and system. To facilitate the gradual transformation to a new culture in practice, educational programs were organized for both promoting understanding in collaborative approaches to disease problems, and enhancing warm collaborative channels between WM doctors and CM practitioners.

With these two objectives, a wide recruitment in IJOP began after much preparatory discussion among a Concern Group. An Advisory Committee (of leaders from the Academy, Family Physicians, Specialist doctors, and Leader CM practitioners, and physicians well contributing in integrative medicine) was formed to give advices and supervision. Supporting the IJOP operation team, a task group of voluntary young academic doctors and CM practitioners helped to bring out the General Survey and the Experts' Interviews. The various support groups together helped the brainstorming in the formation of a model for collaborative program, which should be useful to future policy makers. These participatory activities foster a good spirit for CM-WM collaboration.

Having a framework of collaborative approach to practice should ease practitioners in community care. Discussions started on defining common community diseases amenable to collaborative practice where lacking either WM or CM is less effective. The Disease Collaboration Panel was built with the support of Co-chairmanship from the three universities, with the IJOP Chief Coordinator leading the study. A lot of discussions were done to scrutinize good rationale for prioritization in choosing the diseases for study. Finally, diseases chosen include eczema, asthma, post-stroke, maintenance stage of colon cancer and breast cancer, and inflammatory bowel disease. Expert groups and Symposiums in each field were started. In the field of Eczema management, interview of dermatology experts were carried out to find out their disposition to make a collaborative framework. In the field of Post-Stroke management, interviews were made to collaborative stroke centers to find out ways to put doctors and CM practitioners, physiotherapists and acupuncturists together in managing post-stroke patients. The final Conference was a build-up synthesizing useful themes in CM-WM collaboration. At the end, a number of recommendations were made including suggestions for collaborative models, enhancement of collaborative environment, reducing the CM-WM language barrier with biological terms, enriching drug-herb interaction database, and establishing a gearing body by Government or institutional body to guide and collate CM-WM collaborative work.

In collaborated models, both WM and CM services form part of the primary care and patients perceive it as a routine part of their health care. Planners of health care should see CM-WM collaboration a strong path to deliver quality, effective services in the context of individual well-being and improved community health status. This two-year program should have started a nurture ground to bring together people in the field, preparing for the whole IJOP to grow and develop its full mission.

第一章: 香港中西醫結合的概要

1.1

西醫及中醫在香港的現況
Development of Western Medicine and
Chinese Medicine in Hong Kong

西醫及中醫是兩個完全不同的醫療體系，其法例、規管架構及醫療制度等各有分別。

	西醫	中醫
香港法例	《基本法》第138條「香港特別行政區政府自行制定發展中西醫藥和促進醫療衛生服務的政策」。	《中醫藥條例》(香港法例第549章) 內容涵蓋中醫的註冊、中藥業者的領牌、中成藥的註冊以及其他有關事宜。
規管架構	主要由香港醫務委員會規管。	主要由香港中醫藥管理委員會規管。
醫療制度	衛生署、醫院管理局規管推行。	公營中醫教研中心，由醫院管理局、非政府機構和本地大學，以三方夥伴協作的模式推行。
醫院服務	醫院管理局現時管理42間公立醫院和醫療機構、47間專科門診及73間普通科門診。另有12間私家醫院。	暫未有。正在預備發展1間中醫醫院。
專科	有國際認可的專科制度。香港現時有15間專科學院。	暫未有專科制度。



1.1.1 西醫在香港的現況

Current Development of Western Medicine in Hong Kong

西醫醫療體制

西方醫學在香港高度發展，至今已成為一個成熟的體系。與其他地區比較，香港的死亡率處於一個甚低的水平。兩所大學(香港大學及香港中文大學)開辦全日制西醫學學位課程，現時每年平均有三百二十人畢業。

衛生署，前身為醫務衛生署成立於1939年。保障市民的健康，推廣健康生活。包括提供家庭、長者及學生健康服務，兒童體能智力測驗服務及法醫服務；負責港口衛生及旅遊健康事宜，提供牙醫及中醫藥服務，執行與藥物有關的法例，供應與配發藥物予轄下診所，管制醫療儀器，提供廣泛的遺傳病診斷、輔導與預防服務，登記專業醫護機構的註冊，進行控煙工作及衛生防護工作，提供健康教育。

1990年，醫院管理局根據《醫院管理局條例》成立，是一個法定機構。負責管理全港公立醫院及相關的醫療服務。食物及衛生局則負責制定醫療政策和監察醫管局的工作。管理42間公立醫院和醫療機構、47間專科門診及73間普通科門診。按其所屬區域，劃分為七個醫院聯網，建立敬業能幹的工作團隊，提供以病人為中心的照顧。

2004年，衛生署衛生防護中心成立，旨在提升香港公共衛生系統，以應付公共衛生的挑戰。透過建立疾病監測網絡、加強感染控制、提升化驗診斷能力、進行風險通報及健康促進活動、發展應用研究及培訓計劃，以及擬定緊急應變計劃。衛生防護中心與本港及國際的主要衛生機構合作，致力預防傳染病和非傳染病。

專科發展

- 1979年 醫務委員會成立「香港專科註冊工作小組」
- 1983年 香港醫學會與英國醫學會香港分會共同成立一個臨時委員會，負責研究工作小組有關專科醫生註冊的建議。
- 1990年 政府成立醫學專科學院籌備委員會。
- 1991年 香港醫學專科學院基金正式成立。
- 1993年 專科學院舉行就職典禮。
- 1996年 修訂「醫生註冊條例」，香港醫學專科學院根據「香港醫學專科學院條例」(Cap 419)正式成立。是一所獨立的法定機構，有權組織，監察及評核所有醫學專科訓練，並頒授有關資格，同時亦負責提供延續醫學教育。

1.1.2 中醫在香港的現況

Chinese Medicine Development in Hong Kong

香港中醫歷史悠久，近年進行制度化的規管及發展大學培訓，跟上醫療體制。

中醫醫療體制

1997年，衛生署中醫藥事務部成立。期後本地三所大學(香港大學、香港中文大學及香港浸會大學)於1998年起陸續開辦全日制中醫學學位課程及中藥學學位課程，每年均有九十人畢業。

1999年《中醫藥條例》實施。香港中醫藥管理委員會成立，中醫藥的管理更有系統，亦更具規模。

2003年4月及12月實施了中藥商領牌及中成藥註冊兩項中藥規管措施。2002年香港政府開始推出香港中藥材標準，並於2005年正式推出第一冊，至2017年公佈的第8冊，共涵蓋了275種中藥材的研究結果和標準。2010年開始實施中成藥必須註冊的法例條文及申請中成藥進行臨床證驗或進行藥物測試的法例。2011年後，中成藥必須附有法例條文訂明的標籤及說明書。

2001年政府明確提出要在2005年之前在公立醫院開設18間中醫診所。2014年7月至全港18區設立了中醫診所。

中醫註冊及規管

2001年，接納表列中醫師登記。2002年，公佈首批註冊中醫。2003年，首批本地大學培訓的中醫學士畢業，正式投入業界服務。中醫一直以來提供私家門診服務，加以現時中醫藥納入公共醫療管理體制，包括在公營架構內提供中醫門診服務。

發展香港為國際中醫中藥中心

世界衛生組織於2012年4月指定香港衛生署中醫藥事務部成為傳統醫藥合作中心。全球首間重點協助世衛組織制訂傳統醫藥政策、策略及規管標準的合作中心。

政府籌劃一所由衛生署管理的中藥檢測中心，專責中藥檢測科研，為中藥安全、品質及檢測方法建立參考標準。「香港中藥材標準」研究計劃於2002年由衛生署展開，為香港常用的中藥材制度標準成立「國際專家委員會」。中藥檢測中心亦會將《香港中藥材標準》及中藥檢測的參考標準推廣成為具權威性的國際標準，推動本港中藥業邁向國際。

政府關注中醫院的發展

2014年，政府預留一幅位於將軍澳百勝角的土地以供中醫醫院使用。2016年，政府邀請非牟利團體就興建和營運中醫醫院提交意向書，收到七份意向書。

1.1.3 小結 Interim Summary

香港醫療體系，正在面對人口老化，長期疾病年輕化（糖尿病及心臟病等），醫學服務成本上升等難題。目前提供基層醫療服務包括：

私家西醫	Western medicine private practice	(52.3%)
公營西醫門診及急症室	Government clinics / accident and emergency	(28.1%)
私家中醫	Chinese medicine private practice	(18%)
公營中醫診所	Tripartite Chinese medicine clinics	(0.8%)

(醫院管理局、非政府機構和本地大學以三方夥伴協作模式設立)

香港西醫醫療達至國際級水平。相對地，中醫發展也有極為有利的因素，藉靠著中醫藥悠久歷史的祖國，有取之不盡的中醫研究機構和人才資源。特別是國內機構來港的中醫，在香港需要以純中醫治療，不能仿效在內地實施中西醫並用。於是，他們本身既有的良好中醫訓練，便能因而提升精煉中醫的臨床醫術了。

在香港，學術機構利用主流醫學方法學，讓世界各地不懂中醫學的人士能信服中醫，亦使中醫提升至國際水平。

另外，中醫本身不需要全部用西醫方法學去處理。正好的是，內地重視香港學術和政治環境，香港有很多機緣可汲取及運用內地的智慧庫；再加上香港自己的優勢，相合可強化發展中醫。

但是雖然中醫近來在香港發展迅速，仍未能完全進入主流醫療系統。中醫醫院可當作為一個策略性的試點，培養更多的專業人才，促進中西醫協作的發展，長遠可提升臨床療效。





中西醫協作在香港的發展 Chinese-Western Medicine Collaboration in Hong Kong

中國國家政策指導應該中西醫並重。中國政府一早開展了有計劃、有組織的西醫學習中醫和中西醫結合的研究，並為中西醫結合提供了臨床實踐、人才培養、科學研究以及政策保障等方面的支持，為中西醫結合的發展創造了良好的環境及開啟知識資源。

在香港，中醫西醫為醫療體系中最大的兩個行業及組群，中西醫結合的意義是中醫西醫的合作，共同負責決定患者的診斷和臨床觀察。顯然，中西醫結合的目的是將兩種醫學理念的優勢結合在一起，加強臨床療效的成果，並儘量減少醫療過程中發生的副作用。通過將兩個系統結合到應用當中，可以制定最適合患者的方案來加速康復。

制度發展階段

A -- 初始

多年來，病人普遍會同時靠中醫和西醫治病，但會對西醫隱瞞他們有着中醫治理。在香港有研究發現最少百分之40至60的長期病患者會同時向中醫和西醫諮詢及尋求治療。

B -- 政府推動循證中醫

香港政府推動的中醫藥發展的政策方針，是要以循證為準，藉此客觀方法制訂，有臨床試驗證據的中醫療法，西醫較容易接受，醫療系統較易推行。政府亦促進發展中醫門診服務。另外，醫院管理局允許醫院病床病人可以要求中醫針灸服務。特別在十八間公營中醫門診的中醫師，可在西醫病房診治病人。

C -- 中西醫協作的預備工作

2014年9月起分階段在七間醫院展開「中西醫協作項目先導計劃」。就中風康復、下腰背痛症及癌症紓緩提供中西醫協作的治療服務，最少已有近 20 間醫院/轄下機構試行不同模式中中醫結合服務。

D -- 中西醫協作在香港未來的路向

在2017年，電子健康紀錄互通系統亦預備開放給中醫服務行業。中醫將於第二階段可以開始參與。

政府籌備興建的中醫院，院內以中醫治療為主體，即由中醫主導、中西醫協作模式運作。另外，廣華醫院重建計劃，將有56張病床為中醫病床，中醫專家可駐院研究，中西醫同時為合適的病人會診。再者，香港中文大學醫學院，籌劃建設醫院，2016年12月動土發展首間非牟利及自負盈虧的私營教學醫院，中西醫結合醫務中心的病人在住院期間，需要時可以中西醫協作形式治療。

研究

香港浸會大學在2003年開展了中醫藥治療腸易激綜合征、功能性便秘、類風濕性關節炎、帕金森氏病等臨床研究。

香港中文大學，進行糖尿病、肝炎、肺癌、哮喘、風濕病、腕管綜合症、膽石、多發性硬化症、功能性腸胃病等研究。中醫藥研究所運用分子生物技術進行中藥鑒定、品質控制等研究，並制定安全標準，建立中醫藥電腦資料庫。

香港大學，研究從傳統現代結合、在中醫藥防治心腦血管疾病、神經精神系統疾病、慢性痛症、惡性腫瘤等研究方面的基礎與臨床研究和中西醫結合的原則和方法，包括研究針灸及中藥的效用和機理。也進行了一系列的中醫藥免疫調節和抗癌藥物研究，獲得了重要的進展和成果。

香港科技大學、香港理工大學、香港城市大學也相繼成立中醫藥研究所。

由醫院管理局、非政府機構和本地大學，以三方夥伴協作的模式開展「中醫教研中心」的研究，自2006年已完成29個科研計劃，更在國際期刊發表學術文章，主題包括中西藥相互作用、肥胖、創傷性腦損傷及失眠，中風後吞嚥困難等。

香港政府於2011年成立了「中藥研究及發展委員會」。自2013年至今，委員會聯同衛生署、醫院管理局，以及香港檢測和認證局每年合辦中藥研發研討會。討論中西醫協作治療，交流中西醫互補及循證醫學經驗及研究，推動中醫發展的進程，就中西醫協作有顯著療效的重點服務領域提供參考。

有代表性的中西醫協作例子

- 2011年 東華三院夥同廣華醫院，成立中西醫治療團隊。住院病人服務以出診形式運作，中西醫藥治療中心派出中醫師，到廣華醫院的病房以出診形式為病人提供中醫服務。
- 2012年 成立香港防癌會麥紹堅伉儷中西醫結合化療中心。
- 2014年 香港中文大學醫學院中西醫結合醫學研究所成立。轄下的中西醫結合醫務中心。為本港首間由中醫及西醫教授共同管理的診所，提供中醫、西醫及中西醫結合治療、保健諮詢、教學及科研服務。



香港中西醫結合醫學會背景 Hong Kong Association for Integration of Chinese-Western Medicine

一群資深的西醫、中醫和大學教授於2001年抱著以結合運用中西醫學知識發展更好的醫學這理念成立了香港中西醫結合醫學會。學會為非牟利組織，要成功達至以上目標方法多途，其中重要的是藉著學會在組織和策略上團結各領域的專家，運用他們的專業知識，端詳分析出可構建匯聚中醫西醫一起協作的核心途徑和方法。我們知道中醫和西醫各具整套獨特的醫學理論和臨床形式應用於治療疾病及人體健康上，可惜香港一如世界各地，中西醫隔閡使醫療不能協作和長足推進。故此，在推動減少中醫西醫雙方隔距及推動協作的使命上尤覺責無旁貸，學會的目標正正志在發揮牽頭作用。

秉承創會的願景，學會以加強中醫和西醫在溝通及交流上有更多揉合平台的機會為己任。多年來在醫院管理局及香港醫學專科學院舉辦多次大型中西醫結合會議，計有：

2003 - 腫瘤

2004 - 溫病

2006 - 心臟血管病

2007 - 皮膚病

2009 - 針灸治療痛症

2011 - 針灸治療神經及精神疾病

2012 - 老人醫學

2013 - 慢性疾病

2014 - 中醫醫院營運

2015 - 中醫醫院建設性方向

2017 - 推出「結合醫學前沿 - 臨床挑戰與路向」研討會，亦定時舉辦其他持續醫學進修課程及專題講座。

在歷任德高望重的會長帶領下，包括周肇平教授、高永文醫生、黃譚智媛醫生，讓學會打下良好的基礎。至前任會長余秋良西醫中醫師，聯同一眾學術知名的副會長和委員的支持，向著中西醫結合的目標全力以赴。學會的首要目標旨在促進及助長兩種醫學學術性與專業性的交流，深入研究及與其他學術團體合作推動中醫西醫結合協作的意義和實踐，於是展開這個醫學協作平台，以探討和處理中西醫協作問題。現任會長卞兆祥教授，更進一步。誠然，香港中西醫結合醫學會仍處於要努力耕耘的階段，儘管資源有限，仍能努力實現學會的理念和目標。

喜見近來中醫西醫協作在治療癌症方面漸漸普及，在不同的醫療領域上亦越來越多機構開始關注及增加中西醫協作服務，香港政府在2013年成立中醫中藥發展委員會，本會多位成員都獲委任成為委員。此外，本學會前會長、現任會長及副會長皆當選為中國中西醫結合學會(CAIM)常任理事及理事。這些成果都為學會最強的策勵和推動。



項目背景及內容 Project Background and Details

1. 項目背景及目標 Project Objectives and Background

有見發展建立醫療結合協作實有所需，目的是為改善中醫和西醫各自治療病患者的縫隙，由於隔閡往往引起爭端以致增加社會醫療成本，對醫學界亦造成不良影響。病人本身也十分清楚這鴻溝，但只能無奈地接受這些落差。事實上，中醫對改善人體健康狀況及對疾病治療有許多貢獻，但卻未受到西醫認同。另一方面，西醫以其技術和科技在診斷及治療疾病上也有多種優勢。中醫和西醫處於不協調的狀態，造成許多社區人士病患及病苦中未能及時得到最妥善的處理。這是一種病苦，病人在精神或生理上或痛症上患病幾個月，醫者本可有更佳的治療，只可惜沒尋求另一方面更有效的方法。雖然有許多機構在不同的醫學領域提供專業治療，但未能徹底解決各種需關注的問題，雖然有很少講座及研討會舉行，但仍未見在社區層面有中西醫協作的普及行動。

其實，中醫西醫合作可以改善診療疾病的效果。要令中醫西醫無分軒輊，在醫療系統內並駕齊驅，互相汲取對方領域的新知識，從而一起提升醫療水平，才可達到真正的結合醫療。否則，雙方只能各自在自己的醫學領域上獨立運作。在拉近雙方不同的醫療診治方法時，常以採取循證醫學找出有效診治的實質證據，來分析是否有相關的協作可以運用得更好。然而，現時好的證據很少可具實質性，加上中醫學因內在特性，未必達到主流要求的可驗證為有效的標準原則，實在證據雖未真正穩固但亦是好證據的情況下，仍然可以見到中醫西醫協作夥伴的關係發揮啟發的作用。因此，我們需要尋求共識，在既定的範疇內聯手合作，集合中西醫學的良好理論和臨床經驗，成為研究夥伴，可共同驗證出有效和安全的醫療模式。特別在基層醫療上，遠景可見中醫西醫共同協作會提升治療效果和民眾健康。這正是本項目所關注的。中醫及西醫在市民大眾和政府心目中是獨立的個體，而兩者確實存在落差，因此，社會需要一個有中醫及西醫代表性的體制，以專門研究調整健康及醫療的問題。

香港中西醫結合醫學會於二零一五年五月中旬，獲創新科技署撥款資助，以推行「中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查」項目。此項目為整個「中西醫醫學平台」IJOP綱領計劃中的第一步，是為本港中醫及西醫建立協作平台做準備工作。從調查訪問西醫中醫、專家學者，及各醫療組別剖視中西醫合力從醫遇到的各種阻力及可行方案；從學習平台促進瞭解及推介一些社區疑難病患可協作診療的重要原則；推動中醫西醫溝通，透過學術會議及專題講座，共同討論、研究、交流，讓各人就不同疾病及個案與健康治理的問題作出討論，表達他們不同的意見和關注點，特別是對某些醫學上無法解釋的症狀找尋病案的治療心得，從而互相學習並提升中醫和西醫的醫療學術水平，使將來進一步的研究及調查更有根據。整個IJOP綱領計劃，旨在促成香港塑造中西醫協作平台。

可以相信「中西醫醫學平台」計劃透過一系列的專訪、學習和教育活動，讓西醫中醫溝通、表達和參與，有助建立協作環境和關係。藉個人對中西醫的心得加上三間大學學術智慧支持，能夠為中醫及西醫了解不足之處作出解釋，除去疑慮。期望與學術機構、醫療保健機

構、西醫、中醫、有關醫護人員及科學家同步倡導，好讓我們能為大眾不再因中醫西醫之間存在的落差縫隙而增加病苦。我們需要尋求資深專家的幫助，剖視現時在協作上未能解決的問題，提升合適的醫療協作流程和標準。每一位醫生或醫師在協作個案和病例上的專業做法都會備受重視，珍惜任何人發表的新見解，為他們提供適當的發表空間。我們誠意邀請各界與我們攜手合作，努力改善人們的健康，透過中西醫的結合與協作來減輕病患者的病苦。

2. 項目願景 Project Vision

項目旨在發展一個醫學協作學習平台，在合力協作的基礎上構建治療方向，加強西醫和中醫的瞭解。長遠來說，期望人們的健康可得以改善，紓緩社會常見的病苦。

項目為本港發展中西醫協作收集多方意見，由醫者、疾病，到病患者本身多方面找出理想的方案，以建立推行中西醫協作的穩固依據。通過研究和教育兩方面的活動，建立中醫西醫可相互合作的環境和系統，達至：

- (一) 推動西醫和中醫之間健康和建設性的對話；
- (二) 在基層醫療需要的基礎上，促成一些有潛力的中西醫協作；
- (三) 為中西醫協作建立一個全面、統一的交互合力環境。

3. 項目內容 The Project

項目執行小組藉顧問委員會、專案小組及香港中西醫結合醫學會等多方人事幫助，積極展開各項具體計劃，分為研究調查及培育兩方面進行。

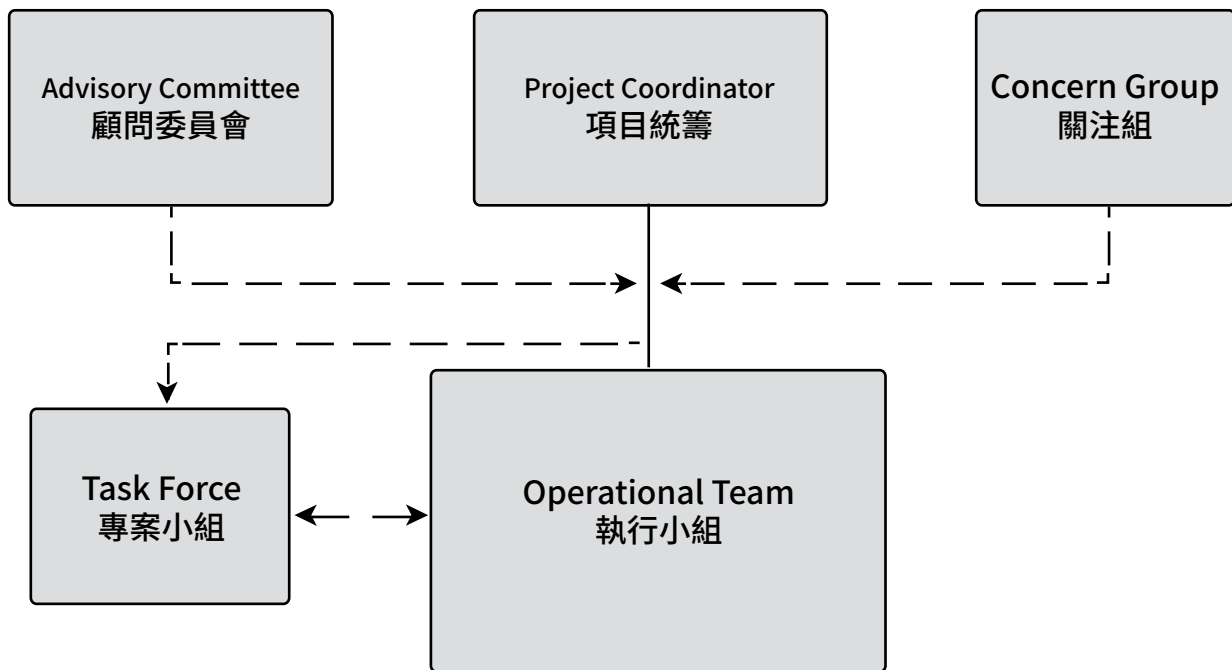
調查方面，有見本港中醫和西醫處於不協調的狀態，造成許多社區人士病患及病苦中未能及時得到最妥善的處理，項目就中西醫協作展開各項調查，分成三個部份進行：

- (一) 專訪調查：訪問本港中醫西醫的業界領袖，討論有關制定政策或系統的意見，從而瞭解目前本地醫療制度上中西醫協作可發展的因素；
- (二) 問卷普查：向全港中醫西醫進行問卷普查，收集前線醫護人員在體制實行上的態度和取向及對中西醫協作可行性提出建議；
- (三) 以病患為主的研究：對社區疑難病患作進一步分析中醫及西醫可協作醫療的模式，找出中西醫和病人三贏局面的方案，以掌握資料推動中西醫協作醫療的實現。

培育方面分兩部份進行：

- (一) 研討會：邀請本地和國際知名講者就項目關注的問題進行主題演講；
- (二) 專題講座：由本地中西醫知名講者分享專題知識，目的是激發創意整合的靈感和動力，另外亦會介紹中醫西醫治療及醫藥的交替運用。

4. 項目組織架構 Project Organizational Chart



5. 項目預期成果 Project Deliverables

- (一) 本項目提供中西醫協作的綜合學習平台，利用團隊合作形式組織起中醫西醫的務實溝通渠道。
- (二) 藉項目進行的調查和教育活動，激發本港的中醫西醫及各醫學範疇的醫療人士，投入主動學習思維。
- (三) 剖視本港的中醫西醫的思維和關注，透過調查他們對中西醫協作方面的取向，及明白其接受或抗拒的因素，瞭解他們參與協作中考慮在政策上的安全性、有效性、法律責任、缺乏法律支持及護理標準等問題，找尋特定途徑去提升香港中醫西醫的相互合作時的成功感和滿足感。

項目推行撮要

時間	活動
2015 - 7	顧問委員會會議
2015 - 8	專案小組會議
2015 - 10	中醫中藥發展委員會會議
2015 - 11	項目啟動典禮 / 慢性病中西醫治療論壇
2015 - 11	中西醫臨床協作專家顧問團電訊會議
2016 - 1	開始第一階段專訪面談 (分4個範疇, 共16位)
2016 - 1	中西醫臨床協作專家顧問團會議
2016 - 2	專案小組會議
2016 - 2	「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」研討會預備會議
2016 - 2	中醫中藥發展委員會跟進進度
2016 - 3	寄出問卷普查
2016 - 4	向創新科技署中期報告
2016 - 4	專題講座: 結合醫學之不孕治療
2016 - 5	專題講座: 結合醫學之濕疹及蕁麻疹治療
2016 - 8	專案小組會議
2016 - 8	「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」組織委員會會議
2016 - 9	開始第二階段專訪面談 (分4個範疇, 共24位)
2016 - 10	「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」學術委員會會議
2016 - 11	專題講座: 結合醫學之中風後治理
2016 - 11	中西醫臨床協作專家顧問團, 皮膚專家組會議
2016 - 12	中醫中藥發展委員會會議跟進報告
2017 - 1	顧問委員會會議
2017 - 3	「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」工作坊
2017 - 3	「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」研討會
2017 - 4	專題訪問東華東院-香港理工大學王澤森中醫藥臨床研究服務中心之治療中風專家隊
2017 - 4	專題訪問香港中西醫結合醫學研究所之治療中風團隊
2017 - 5	第三階段專訪面談
2017 - 5	專案小組會議

結合簡略

Preview of Integration

將兩種醫療理念的優勢結合在一起，令臨床療效最大化，並盡量減少醫療過程中產生的副作用，通過將兩個系統結合到應用層面，以制定最適合的醫療方案，加速病患者的康復痊癒。

整合的種類

(改編自 Fulop's typologies of integrated care 2005)

- 1. 組織整合**：通過合併或協調供應者的網絡架構，或掌控者透過中介協同，聯接各個獨立機構而組合在一起的組織。
- 2. 功能整合**：非臨床的支援和輔助功能的整合。例如電子病歷記錄。
- 3. 服務結合**：在組織層面上進行整合其提供不同的臨床服務。例如透過和多科的專業人員組成團隊。
- 4. 臨床結合**：以專業內或/和跨行業間的單一或整套處理程序，結合專業人士和供應者對病患者的治療護理。例如通過使用共用的指南和協議。
- 5. 規範性結合**：有共同價值觀的精神和對協調工作承諾的規範，以致在提供醫療服務中互信互協和互襄。
- 6. 系統性結合**：在所有組織層面均有統一的規則和政策，亦可稱為集成交接系統(integrated delivery system)。

中西醫結合的模式

中醫和西醫可透過以下方式結合：

- 深究結合醫學：通過深入的整合研究。
- 循證醫學：通過重要的臨床證據。
- 聯合臨床協作：按照精細的協調方式和良好的細節。

可由微量至緊密的，協作模式設計或實施的基礎要考慮的因素，包括病人心理和生理健康的負擔和影響，令協作更容易接軌的基層醫療服務設施，治療成本及協作對社區基層醫療產生的效益。

第三章：調查研究

項目就中西醫協作展開各項調查，以了解醫學界各持份者對中西醫協作的意見，當中包括專訪、面談、問卷普查、以病患為主要的研究。

誠然，項目的調查複雜且涉及的議題眾多，是希望可以透切而深入收集業內不同界別人士的意見，因此，本項目採用的研究方法較一般簡單、容易理解的學術調查研究不同，目標為搜集對中西醫協作政策及系統的實用性和態度取向得出結果作為參考，以應用於設計臨床醫療系統，規劃將來中西醫協作的藍圖。當中將包括四個範疇：

1. 如何增強業內西醫中醫之間的聯繫，不單是轉介方面，亦包括透過相互學習交流；
2. 強化中醫西醫之間的協作機制，包括臨床和醫療方面的權責，轉介診療及轉診機制；
3. 推動中西醫結構性改變的協作策略 (e.g. Co-location, Co-process, Co-operation) 及
4. 醫療體系運作和系統管理的考慮。

首先，為了議題能夠涵蓋各方面，廣尋文獻後，開始時以集體思維(brainstorming)，先由項目統籌擬出問題大綱，由執行小組編寫充實題目，在青年新秀中醫西醫組成的專案小組討論再擴充，然後交由顧問委員會專家群增補意見，務求廣泛包羅。之後為了使推出訪問調查時的議題更為精要，引發受訪者樂意接受訪問，推出前再品鑒突出某些主題，再經專案小組及顧問委員會調節濃集，務求詳略而精簡明確。

最後得出以下「專訪面談」的藍本依據，同時亦會作為普查的圖略。

「協作問題藍本」Model for Collaborative Program

問題1. 如何增強業內西醫中醫之間的聯繫，不單是轉介方面，亦包括透過相互學習交流

- 搭建聯繫的橋樑
- 找出共同的價值觀作為基礎 (支持循證醫學? 技術配合? 以全人治療為目標?)
- 雙方能力 (medical competence) 的相互瞭解和認受
- 協作性的醫學教育
- 行業內的跨專業學習和專家支持
- 對協作的期望
- 阻礙協作的可能原因及態度

+a: 搭建聯繫橋樑，其中包括跨專業中西醫教育，相互實踐的觀摩和創造交流平台等。這些都有利於建立跨越西醫和中醫團隊及其成員之間的協作。再者，香港應該如何對醫學本科生及業內醫生醫師發展上述相關計劃的活動？

問題2. 強化中醫西醫之間的協作機制，包括在臨床和醫療方面的權責，轉介診療及轉診機制

- 協作效益的評價方法
- 共同處理病人的操作形式

- 中醫接收西醫的轉介信的重要性
- 要有行業領導機構來克服轉介存在的困難(如影像診斷)和涉及其他法律責任的問題
- 相互了解,擁有團隊歸屬感和價值觀,行內操作系統的參考框架、治療方法和實踐範疇的路向 (disciplinary frame of reference, and approach to care and scope of practice)
- 西醫和中醫共同工作的過程中相互領行;及如何強化中醫的主導地位。
- 有否特定的疾病,由西醫輔助中醫進行醫治,中醫可以作為領行人員?

+a. 轉診機制:

這裡有三種常見的授權機制類型:(i) 個別個案轉診;(ii) 以藍本為基礎作靈活轉診;及(iii) 因特定疾病的轉診藍本,那個轉診機制較適合在香港實行?在實施所選機制時,會存在甚麼促進因素或障礙?

+b. 強化中醫的權責:如果中醫服務由西醫把關(特別是上面提及第iii項),可能會敏感引起業界中醫的反應。中西醫協作治療計劃的領導者如何能減少這種權責差異,使得中醫感到在跨專業合作上備受重視及其參與具意義。

+c. 須找出在社區內中醫和西醫能夠共同合作醫治的常見疾病,以改善病人治療的成效。

問題3. 推動中西醫結構性改變的協作策略 (e.g. Co-location, Co-process, Co-operation)

- 設立共同運作地點(未來的中醫醫院?其他?)
- 設立共同協作平台
- 聯合管理(管理機構?)
- 把關的西醫與其他中醫團隊之間以共識性會議來達成密切聯繫
- 藉聯合研究的互通經驗來增強協作
- 在西醫設施及結構的醫療機構內加入中醫中心
- 為現有政府中西醫診所重新設計西醫和中醫合作的運作流程

+a. 在中西醫協作的醫療服務運作中,於同一地點運作可促進高效率的轉診,反饋,溝通,跨越中醫西醫的界限共享病歷,並可獲得分享病人共同檢測疾病數據及使用醫療設施的機會。此外,有甚麼助力和障礙?另外,怎樣在推廣現存的三方合作及其他診所的聯系活動中配合面對?可以在未來建設的中醫醫院推動這些策略嗎?

問題4. 醫療體系運作和系統管理的考慮

- 建立對創新的支持,培養向心力和團結精神
- 溝通渠道
- 信息基礎設施建設 (Information infrastructure)
- 授權支援和有效的醫療責任 (Delegating supportive and effective roles)
- 協作性的醫療目錄指南

- 設立一個指揮機構，以運作上述所有措施是否適合
- 就西醫與中醫之間，其他基層醫療的轉診關係作出評估方法
- 西醫行醫時實踐中醫模式
- 公營中醫診所比西醫診所獲得的公共補貼所造成中醫和西醫的收費差別
- 共同管治，藍本(protocol)，支付和管理的結構
- 高層管理人員的支持和承諾，充足的資源和資金，便利的病歷系統共享，以及共同制定轉診指南
- 在政策和組織層面的協調：領導和結構
- 搭建組織層面和團隊合作的橋樑
- 西醫本科學生進行強制性的中醫教育內容？
- 中醫院內可否提供西醫研究生的實習機會？
- 如何營造西醫修讀中醫學CME學分也被納入其西醫CME進修要求(家庭醫學或其他)？

+a. 海外成熟的協作計劃，通常以西醫和中醫的臨床醫生均認可的結果，作為正式醫療評估的；如何在本港現有的醫學結合計劃中推動？有否其他的聯合協作活動形式，能否通過相互交流的管理機構，作為中西醫基層醫療共同工作的評估及培育溫床？

(附設問題) -- 關於設立協調機構/平台為推動中西醫協作目標的題目：

1. 你覺得需要有專員或機構，包含理解資料數據、經濟代價、醫療效果、邁向共識的管理會議、發展參考的學術框架，來幫助中醫西醫溝通，推行醫療及護理的實踐領域，作為推動中西醫協作行前的第一步嗎？
2. 你覺得需要一個這樣的協調機構為中西醫的協作創造機會，並為西醫和中醫建立聯網管道和平台，以減少中西醫協作時的風險負擔嗎？
3. 若有一系列中醫西醫公開論壇平台，讓各人就不同個案及疾病與健康治理的問題討論，表達他們的意見和關注點（甚至是中醫/西醫之差距），對西醫中醫協作有幫助嗎？

道德及私隱

為了保障所有面談受訪者的私隱，已收集的面談記錄(書面記錄及錄音) 會以編號來命名及標示，而編號對應的名字會放置於另一個加密檔案內。

在第一階段開始前，我們已得到香港浸會大學研究的道德規範及安全守則(HASC) 委員會的倫理審批。每一個面談受訪者都會預先收到一份書面知情同意書，他們需要細讀知情同意書內容後簽署，方可開始面談。

德菲爾法的過程中亦會對其他受訪者保密。在第二輪綜合意見文件中，意見由誰發表只會以代號表示，並不會顯示真實姓名。

只有首席調查員及聯合調查員才會知道有關資料，有關的檔案資料亦將被妥善保存在上鎖的檔案櫃中。除非獲受訪者的允許，否則調查研究小組不會將受訪者的身份及相關資訊對外披露。同時，檔案資料及相關紀錄僅供本項目研究人員查閱用途，並會於項目研究完成兩年後銷毀。

3.1

專訪面談 In-depth Interview

專訪調查以專訪面談(簡稱面談)形式,訪問業界人士,收集中醫西醫及醫療組織就制訂中西醫協作政策和管理體系所提出之問題和專業意見,瞭解業界對健康和疾病治理上協作的態度和看法,從而集思廣益商討如何制訂相關政策的方向。

3.1.1 研究方法 Methodology

[面談三階段]

第一階段：收集中西醫協作專家意見

通過與各自在中西醫協作有良好經驗的人士進行面談,以啟發多方面相關的問題、意見和解決方法,並作更多的構思。這些人士選自不同領域,平均分四組,包含公營、私營、中醫和西醫。每組4人,包括老中青人士,一共16位,以代表不同持份者的意見。

面談由中醫西醫組成之專案小組組員及執行小組人員進行拜訪,項目統籌從旁打點。除了收集意見外,亦藉這機會與專家領袖們建立或深化人際網絡,促進中西醫協作交流團結力。

面談時間大約60-90分鐘。整個面談過程會以錄音方式記錄,隨後會由執行小組人員轉錄文字檔。

面談開始前,受訪者需簽署知情同意書。為使受訪者暢所欲言,向來指明姓名保密,就是到時在報告中提出的意見為綜合各意見的總結,受訪者的名字雖於報告中列出,但瀏覽者無法得悉意見出於那位受訪者。又為了提高分析的有效性和可靠性,執行小組人員及專案小組成員會在面談過程中純作協調的角色。

第一階段專訪面談把根據「專訪面談的藍本」中的四大範疇為指南,每範疇6-16方面及1-3考慮項。收集到的面談結果,會跟著四大範疇整理後,用作第二階段專訪面談指南之用。

選擇受訪者的條件

有受過正規醫學教育或於中西醫協作有臨床經驗醫學人士

結果整理及分析

第一階段中16個專訪面談的轉錄文件經整理後發出給該次面談的專案小組成員校對及評論。專案小組成員需就每個專訪的轉錄列出5個重點。隨後執行小組人員進行整理,歸納所有重點,再分類,然後再交由專案小組挑選出一些較重要的重點,以作下一輪第二階段的議題之用。專案小組成員需就每個專訪的轉錄列出5個重點。隨後執行小組人員進行整理,歸納所有重點,再分類,然後再交由專案小組挑選出一些較重要的重點,以作下一輪第二階段的議題之用。

第二階段：了解前述意見在單是中醫或是西醫方面的認受性及可行性

此階段的目的是要得到以中醫或西醫為本行的人士對中西醫協作的模式及系統的普遍認受程度。通過與單是中醫或是西醫行業的人士進行面談，受訪者分為4個領域(公營、私營、中醫和西醫)，每個領域有6人，一共是24位。分別來自公營、私營、中醫和西醫的專業人士，希望平衡代表四個不同領域的意見。

本階段利用第一階段所集之重要議題，一共39議題，預備透過德菲爾方法 (Delphi Method)，找出對此範疇最關鍵的重點意見。再藉著通過受訪者三輪議題重答問卷，最後會得出各議題的共識。

選擇受訪者的條件

選擇的西醫受訪者需具有西醫服務或研究經驗的臨床醫生；或是負責香港基層醫療政策整體發展的人士。

選擇中醫受訪者需是在專業或服務機構中有職位的中醫。

選擇單是中醫或是西醫為本行的，於中西醫協作少有臨床參與的人士，是為了確保受訪者的觀點可堅定地基於原始背景，避免意見在業內不認受。

德菲爾方法三輪議題重答問卷收集，整理結果及分析 (Delphi Survey Data Collection and Data Analysis)

通過以口頭或書信

受訪者解釋關於德菲爾調查研究的目的和細節後，發送第一輪的議題問卷給受訪者。議題問卷共有39個議題(擷取自第一階段面談)，受訪者需就每一個議題選擇贊成該議題的分數，由1分至6分，表示完全不贊同至完全贊同。然後，他們亦需就每個議題的清晰程度打分，由1分至6分，表示很不清晰至很清晰。每個議題之下亦會提供空位以供受訪者填寫打分的原因，或提出新的議題。第一輪的問卷當中會包括了定量的評分以及定性的評論，整理後的問卷會於第二輪使用。第二輪問卷中的主要反饋信息包括 (i) 受訪者自己在第一輪的評分，(ii) 中間協議評級，(iii) 定性評論摘要，以及 (iv) 在第一輪是否達成共識。

第三階段：進一步與知名的醫學領袖尋求最佳指示和建議方向

第二階段得出的共識及意見經整理後會給予第三階段的專家更加深入地評論，希望可以獲得更多中西醫協作的寶貴理念，進一步尋求更具代表性和方向性的最佳指示和可行建議。

藉着第一和第二階段得出對中西醫協作良好理解，作為提供第三階段面談的基礎資料，讓醫療界高級人士有憑藉來衍生討論，以提出一些未及討論的方面，和尋求更具代表性和方向性的最佳指示和點子。

我們已經邀請本地某些具影響力有強力意見的醫療組織領袖參與是次專訪面談。為了保密，不在此詳解選擇背景。他日可以繼續從香港中醫藥管理委員會進修機制下認可的「行政機構」及「提供進修項目機構」中挑選受訪的中醫組織領袖，亦可邀請其他西醫療組織醫領袖或在西醫方面具影響力的組別參與專訪面談。

3.1.2 專訪面談結果 Interview Results

第一階段專訪面談結果 Stage 1 Interview Result

為了收集中西醫協作專家意見，16位在中西醫協作有良好經驗的中醫和西醫，代表著公營、私營、老、中、青不同持份者的意見。每個專訪後評選出5個重點，全部專訪重點歸納後再挑選出重點，經整理後結果重點共有39個。根據這些重點的類型分為8種類別，分別是：

1. 中西醫協作之體系 (System Needs and Institution Development)
2. 中西醫協作之安全 (Safety during Collaboration)
3. 中西醫協作之模式 (Modes of Collaboration)
4. 關於循證醫學 (Issues with Evidence-based Medicine)
5. 中西醫協作之障礙 (Barriers to Collaboration)
6. 中西醫協作之教育 (Education)
7. 中醫醫院內之中西醫協作 (Chinese Medicine Hospital for Collaboration)
8. 中西醫協作之成果 (Collaboration Outcome)

分類一：中西醫協作之體系

Category 1 : System Needs and Institution Development

1	醫院內中醫和西醫的病歷系統需要互通
2	社區內中醫和西醫的病歷系統需要互通
3	應有一個機構促進中西醫協作的交流
4	政府應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流
5	學界應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流
6	民間團體應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流
7	醫管局應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流
8	若中醫西醫要共同協作，最先應由下以上，建立一個先導形式的小規模轉介機制
9	若中醫西醫要共同協作，最先應由上以下，使用共同的治療指南
10	社區內的中西醫協作應以私人醫療保險為基礎

分類二：中西醫協作之安全

Category 2 : Safety during Collaboration

11	中西醫協作治療時，需釐清病人出現不良反應的原因
12	中藥研究需要更為貼近臨床及深化毒理及中西藥交互作用研究

分類三：中西醫協作之模式

Category 3 : Modes of Collaboration

13	香港應發展自己的中西醫協作模式，由中醫主導，西醫協作，目的是訓練本地中醫人材
14	西醫院內應該設立獨立的中醫部門，轉介西醫難以醫治的病人
15	發展中西醫協作應是臨床上多機會合作醫病為目標，發揮中西醫各自的療效

16	中西醫協作需先有雙向的轉介機制,才可以分清中醫西醫的醫療權責
17	私人診所可以實行中西醫協作的合作模式
18	中西醫協作需建立一個由志同道合的中醫西醫參與的團隊,並由其中牽頭人推動中西醫協作
19	中西醫協作在考慮中醫或西醫領行方面,可依不同病症作分工
20	若中醫西醫同時診治,成本非常昂貴,只適用於疑難雜症
21	臨床層面的中西醫協作需改善溝通,護士作為一個溝通人或作為一個中介的角色十分重要

分類四：關於循證醫學

Category 4：Issues with Evidence-based Medicine

22	中西醫協作需以臨床證據作唯一基礎,決定那一種病症應由中醫主導或是由西醫主導
23	中醫院運作少不免有中醫西醫合作的元素,惟主導思想應以中醫為主
24	西方隨機對照試驗方法需要優化,以切合中醫的特色
25	在判斷中醫療效時,應以病人為中心,全面地測量其療效

分類五：中西醫協作之障礙

Category 5：Barriers to Collaboration

26	中西醫協作的最大挑戰在於中醫西醫之間互相認識,溝通和信任均有不足
27	在發展中西醫協作時,中醫本身沒有發展藍圖,亦欠缺諮詢機制
28	中醫西醫之間需要更多互相理解,中醫要了解西醫的新技術
29	當中醫的地位與西醫有所差距時,中醫西醫很難在協作中雙向領行

分類六：中西醫協作之教育

Category 6：Education

30	中醫及西醫如果多學對方的知識,對中西醫協作會有好處
31	應借助中醫發展專科制的契機,培養一群能與西醫緊密配合的中醫師
32	護士如果多學中醫知識,對中西醫協作會有好處
33	輔助醫療人員如果多學中醫知識,對中西醫協作會有好處
34	中西醫之間合作應從醫學院學生之間開始建立

分類七：中醫院內中西醫協作

Category 7：Chinese Medicine Hospital for Collaboration

35	中醫和輔助醫療人員應加強彼此的認識及合作,為中醫院的團隊服務作準備
36	中醫院可當成中西醫協作的試點,然後在西醫院建立中西醫協作項目
37	西醫院可當成中西醫協作的試點,然後在中醫院建立中西醫協作項目

分類八：中西醫協作之成果

Category 8：Collaboration Outcome

38	中西醫協作的發展需協助政府面對疾病負擔方面的挑戰
39	中西醫協作可減低病人同時接受中醫及西醫治療的成本,從而改善病人的生活質素,令病人有最大得益

第二階段專訪面談結果 Stage 2 Interview Result

為了得到業界純中醫及純西醫對中西醫協作的看法，了解前述意見在單是中醫或是西醫方面的認受性及可行性，第二階段專訪面談的問題擷取於第一階段中西醫協作專家的39個面談重點。專訪24位於中西醫協作少有臨床參與的中醫和西醫，代表著公營(B)、私營(P)不同持份者的意見。受訪者需根據每議題的清晰程度及支持或反對程度給予意見。其後，將所有詳盡面談摘取重點，內容依支持及反對意見分類，按議題對中西醫協作之重要性，收錄相關的意見。

簡寫：

CB: 公營機構背景的中醫 Chinese Medicine (Public) 的意見

CP: 私家執業的中醫 Chinese Medicine (Private) 的意見

WB: 公營機構背景的西醫 Western Medicine (Public) 的意見

WP: 私家執業的西醫 Western Medicine (Private) 的意見

分類一：中西醫協作之體系



議題一

醫院內中醫和西醫的病歷系統 (CMIS and CMS) 需要互通		
✔支持意見	- 方便清楚了解病人的全面病情及治療方法	CB
	- 知道對方用了什麼藥，避免中西藥交互作用，方便診症	CB
	- 病人可能會就同一疾病同時求診於中醫、西醫。互通病徵及病發之歷史可能對診療有用	WP
	- 中醫要了解西醫診療方法，對中醫有益	CP
	- 有助於互相了解	CB
	- 西醫的各科都可以互通，中醫西醫也可以，是普遍的做法	WB
	- 可節省資源及時間	CP
	- 劃一中醫及西醫之間的交流	CP
	- 中醫在診症時經常需要辨証、辨症和辨病互相結合，而辨病需要病歷；辨症需要西醫診斷	CP
✘反對意見	- 對住院病人來說比較困難	WP
	- 語文問題，難以直接翻譯	CB
	- 病種語言不同	WB
👤其他意見	- 中醫和西醫病歷系統是否需統一語文，方便互通	WP
	- 互通之後有否責任去參考，中西醫雙方的病歷	WP
	- 香港中醫師只能靠病人口述病歷	CB
	- 需說明在什麼情況上的共通，內容不能簡單共通，需配合臨床需要	WB
	- EHR	WP
	- 看病人程度和病人本身需要來決定是否需要病歷互通	CP

☰ 議題二

社區內中醫和西醫的病歷系統(CMIS and CMS)需要互通		
☑支持意見	- 很多病人未必住院	
☒反對意見	- 實行有點困難。社區的中醫未必有病歷系統，而且不懂英文。反而 醫院的中醫大多受過訓練，多數大學畢業 - 私人執業中醫未必能掌握西醫之病歷，醫療水準亦較參差 - 西醫自身也沒有用CMS，暫時對社區病歷互通有保留 - 涉及病人私隱問題	CB WP WP CP
👤其他意見	- 需根據病人的需要和要求 - 中醫未必有電腦系統 - 通常應是醫院先有病歷互通，才發展到社區 - 病歷背後的醫學理論和知識才是最重要	WP CB WP WP

☰ 議題三

應有一個機構促進中西醫協作的交流		
☑支持意見	- 中醫及西醫雙方要有機構作協調 - 這個機構應該由政府來擔任	WB CP
☒反對意見	- 不清晰該機構的定位、作用或功用，也不知這是否專業上各自的發展方向 - 交流是學術交流，不需要行政機構協調	WB CB
👤其他意見	- 跟據專業及副專業來決定 - 必須考慮雙方發展之步調及意願 - 機構的組成很複雜，就算是西醫內的精神科和內科辨症已經有很大分別，所以中醫西醫分別更大 - 衛生署也可以做，因醫管局內根本沒有中醫師 - 促進中西醫協作不可能由單一機構進行，機構需要各方協調合作，更重要的是尋求醫學文化的轉變(culture change) - 中醫西醫應該互補，西醫負責急症，中醫負責慢性病 - 推動中西醫結合不一定要有機構，而是一股力量	WP WP WP CB WB WB CP

議題四至議題七問中西醫協作應由政府、學界、民間團體還是醫管局作主導，請你就各個界別分別提供意見。

 議題四

政府應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流		
<input checked="" type="checkbox"/> 支持意見	- 有資源，較公正 - 其他機構有山頭保護意識 - 可跨界別，跨部門 - 可制定醫療政策 - 政府有權威性 - 可行政主導	CB CB WP WB CP CP
<input checked="" type="checkbox"/> 反對意見	- 在中西醫業界未有共識如何協作之前，不宜由政府主導 - 官僚政府 - 太多持份者，會造成矛盾 - 政府只需負責監管	WP WB WB WP
<input type="checkbox"/> 其他意見	- 行業自主權應該被尊重 - 可有一個交流平台 - 政府可以考慮資助學界及民間團體去推行 - 推行政策可推動中西醫結合 (因現由西醫主導，未接受中醫) - 關乎民生問題	CB WP WP WP WB

 議題五

學界應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流		
<input checked="" type="checkbox"/> 支持意見	- 學界可以從病理學，診斷學及治療成效的科學化及統一化作研究 - 比較獨立 - 中西醫協作是學術問題 - 可從學術角度探討問題，研究為主 - 學界最先作主導，業界較容易接受 - 訓練多點，又有交流平台	WP WB CB WB WP WP
<input checked="" type="checkbox"/> 反對意見	- 沒有說服力 (大學各自為政) - 沒有資源 - 學界有自己的考量 - 缺乏政府的支持，學界的力量其實很弱	CB CB CB CP
<input type="checkbox"/> 其他意見	- 應加入其他成員的參與，如私人執業者等	CB

 議題六

民間團體應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流		
☑支持意見	- 有互補的作用 (可較容易接觸社區基層，填補學術界的不足，以及有另一種資源的來源)	WB
☒反對意見	- 可能眼界不夠開闊，而且有許多私人利益考量 - 很多問題會變得行為和情緒主導 - 沒有資源 - 視乎該團體本身之學術立場及利益，可能有失中立 - 力量有限	CB WP CB WP CB
👤其他意見	- 民間團體之間可互相溝通，交流，減輕政府負擔 - 民間團體可以是病人支持組織(patient support group)，韓國和日本都有例子 - 其中一個民間的病人組織，現在初期組成未必有角色，後期作用會多一點	CB WP WB

 議題七

醫管局應該作主導，協調各機構進行中西醫協作的交流		
☑支持意見	- 以公平性考慮比較合適，代表性相對強，尤其西醫方面 - 有經驗，可總結及參考先導計劃的經驗	CB CB
☒反對意見	- 主要角色在提供公共醫療服務，牽涉公私營醫療服務不太合適 - 醫管局並不是一個政策局，只是一個執行/行政機構，不能作主導 - 醫管局即是政府。很多政策限制，著重安全問題及臨床證據，西方醫學主導 - 現時先導計劃的角色也不清楚 - 未有能力作主導 - 醫管局的人不懂中醫	WP WB WB CP WP WP
👤其他意見	- 醫管局應對中西醫協作持正面態度 - 現時中西醫協作的市場發展亦很好 - 但醫管局以西醫主導，對中醫不公平，側重西醫利益	CB CB CB

☰ 議題八

若中醫西醫要共同協作,最先應從社區基層開始,由下而上,至管理機構,建立一個先導形式的小規模轉介機制		
☑支持意見	<ul style="list-style-type: none"> - 較適合社區的需要 - 順應市民基層醫療的需要,他們會較容易接受中西醫協作,可從中摸索機制 - 規模越小越容易做,一間診所有中醫有西醫 - 應是消費者主導 - 小規模作試點,看看有什麼地方可以改進 - 由小規模做起,有經驗後政府才可下決策 	WP WP CB WB CP CP
☒反對意見	<ul style="list-style-type: none"> - 容易阻礙多,效率低 - 太亂,不知誰在基層主導 - 會有利益衝突 - 私家診所溝通會出現問題 - 沒有法律條例的支持根本不能做 - 這只是一個最基本的工作。對推動中西醫協作作用有限 - 從基層開始不一定要用小規模轉介 - 想中醫西醫合作的人不多,但很多反對協作的聲音 	CB CB CB CB CB CP CP WP
👤其他意見	<ul style="list-style-type: none"> - 應該雙線推行(由上而上和由下而上),不能單一方向推動(promote integration) - 實際上要落實做研究,要有政策主導的支援 - 應在其中建立一個機構,中間做協作會更加好 	WB WB WP

☰ 議題九

若中醫西醫要共同協作,最先應管理機構開始,由上而下,至社區基層,使用共同的治療指南		
☑支持意見	<ul style="list-style-type: none"> - 框架清晰,比較容易推行。如有問題,調整上要注意滿足基層的需要 - 方向及目標會較清晰,其他人容易跟隨 - 由上而下見效會快一點,效率會比較高,爭吵較少 - 資源多 	CB WB CP CP
☒反對意見	<ul style="list-style-type: none"> - 暫時世界上未有既定的中西醫協作模式 - 中醫科研及理論發展較緩慢,勉強共用治療指南會產生不良效果 - 由上而下有很多行政限制 - 可能會離地,與實際的需要有距離 - 太多硬性規定,不可改變 	WP WP CB WB CP
👤其他意見	<ul style="list-style-type: none"> - 應有較高層次的思想,例如門診 - 好像醫管局現在正在做的,先在診所,再到基層 - 跨平台的交流可增加接受對方的機會 - 被迫學習,改變思維 	WB CP WP WP

議題十

社區內的中西醫協作應以私人醫療保險為基礎		
☑ 支持意見	- 可以考慮，西醫的醫療體系比較完善，中醫長期會造成負擔，有保險較好	WB
☒ 反對意見	<ul style="list-style-type: none"> - 香港的保險不包括基層醫療 - 不應做主導，因保險不包括中醫/未發達 - 中醫私人醫保未普遍，如以此為基礎，更會窒礙中西醫協作 - 要視乎有多少人買了醫療保險 - 醫療保險反而會限制了病人看病，例如受保的病種 - 系統普及性不足，窮苦大眾未有覆蓋 - 未能符合成本效益 - 現在應該由政府承擔及補貼某些部份 - 協作應以產品 (product) 而非資金來源為基礎，例如創作中西醫協作的“產品”，資金亦會隨之而來。 - 中西醫應先結合。再慢慢發展醫療保險 - 金錢對中西醫協作沒什麼大作用 - 保險分別賠償中醫及西醫治療並不等於中西醫合作 	WP CB WP CB CB CB WB WP WP CB WP
👤 其他意見	<ul style="list-style-type: none"> - 基礎意義不清楚：「支付」為基礎？ - 應以良心為業，不應因病人貧富而定 - 政府或保險應支持以臨床證據為基礎的醫療方法 - 中醫可以參考西醫保險的模式 - 要考慮保險對中醫的認受 - 應政府資助，保險作輔助 	CB CB WB WP WB CP

分類二：中西醫協作之安全

議題十一

中西醫協作治療時，需釐清病人出現不良藥物反應(Adverse Drug Reactions)的原因		
☑ 支持意見	<ul style="list-style-type: none"> - 必須非常重視西藥、中藥、中西藥產生的不良藥物反應 - 安全明顯很重要 - 中藥西藥均可能有各自的不良反應 - 中西藥多重覆性 	CB WP WP WP
☒ 反對意見	- 很難介定是中或西藥出現不良藥物反應	CP
👤 其他意見	<ul style="list-style-type: none"> - 建議建立一個基於病例報告的真實個案數據庫(database) - 應有協作的機制，方便釐清不良藥物反應的原因，例如先完成某次療程才加入另外的治療 - 安全及責任問題，釐清責任比釐清不良藥物反應的原因更重要 - 應有一個機制處理不良藥物反應，可能要有一個仲裁部門，會較清晰 - 現在沒有什麼中西藥交互作用(herb-drug interaction)，因現在大多中藥西藥都經過檢驗，常用的中藥都沒有問題 - 只能盡可能釐清較嚴重的不良藥物反應，很難完全釐清 - 需要很多資源去調研，釐定不良藥物反應不是那麼簡單 	CB WP CB WP CP CP CP

☰ 議題十二

中藥研究需要更為貼近臨床, 深化毒理(toxicology)及中西藥交互作用(herb-drug interaction)研究		
☑支持意見	- 現有的科學證據不足以支援醫療人員	WP
⊗反對意見	- 有難處。中西藥交互作用在動物和人身上好難分清是中藥或西藥有影響 - 應該著重臨床作用研究	CB CP
👤其他意見	- 非常重要, 尤其是對於未來的教學醫院的日常運作 - 中藥研究逐步科學化, 確立活性成份(active ingredient) 及劑量 - 應該要用西醫方式, 做工作增大數據資料 - 國內經驗可以參考 - 政府要投入資源在這方面 - 毒理不單止在動物身上做研究。政府亦應在人體上做研究 - 可以在中醫理論的前提下用藥, 特別是複方對人體的不良反應	CB WP WP WP CP CP CP

分類三：中西醫協作之模式

☰ 議題十三

香港應發展自己的中西醫協作模式, 由中醫主導, 西醫協作, 目的是訓練本地中醫人材		
☑支持意見	- 中西醫協作可吸納中醫進入現有的醫療架構	CP
⊗反對意見	- 中西醫結合並不是要訓練人材, 只為病人得到更好服務 - 西醫不會服從 - 中醫西醫應共同協作, 無分誰方作主導 - 應是西醫主導, 中醫協作	CB WB WB WP
👤其他意見	- 需要深入研究 - 香港西醫應跟上國際潮流, 例如日本物理學家值得學習, 日本人懂得結合中方及西方的方法 - 協作應視乎情況, 可西醫或中醫主導, 不可硬性規定 - 需要考慮現有的中西醫協作模式 (大多公營醫院由西醫主導) - 需要檢視或研究單一的病歷 (例如下背痛, 看看應由中醫還是西醫先進行診治) - 主流醫學始終是西醫, 無主輔或主導, 合作模式較重要 - 應該先促成一些具體可行的選項, 如中醫轉介有關檢查等。教育培訓不是本議題目的 - 目的不單止是訓練人材, 而是主要為市民服務, 釐補純中醫或西醫的不足	WP CP WB WB WB WB CB CP

議題十四

西醫院內應該設立獨立的中醫部門，轉介西醫難以醫治的病人給中醫		
☑支持意見	-----	
☒反對意見	- 只能在有證據證實中醫的治療是有用的情況下才可轉介 - 應轉介給有臨床管理能力的人 - 中醫西醫可以各自獨立，選擇適當個案轉介，不限於難以醫治的病症	WP WP WP
👤其他意見	- 「西醫院」的提法，如有「中醫部」應視為「結合醫院」 - 應視乎情況，轉介不止於難治病人，不可硬性規定 - 設立中醫部門可促進中西醫協作，共同診治 - 可以有純中醫、純西醫和中醫西醫三棟大樓醫院 - 可以考慮設立必要的轉介機制 - 有一些病症已確認了中醫醫治是有效的，或中醫西醫治療效果相同但中醫副作用較少，以上的病症都可轉介給中醫	CB WB WB CP CB CP

議題十五

發展中西醫協作應在臨床上增加合作的機會，發揮中西醫各自的療效		
☑支持意見	- 臨床合作較實用 - 增加合作機會才可以互補	CB CP
☒反對意見	-----	
👤其他意見	- 要列出中西藥交互作用 (herb-drug interaction) - 以病人利益為依歸，中西醫協作對病人更有利	WP CP

議題十六

中西醫協作需先有雙向的轉介機制(Referral System)，才可以分清中醫西醫的醫療權責		
☑支持意見	- 如果中醫有轉介權，對病人自身的安全有利，可減少延誤診斷的情況 - 目前沒有轉介機制，衍生出權責問題，例如中醫不能簽死亡證	CB CB
☒反對意見	- 雙向轉介機制並不保證可以分清權責 - 其實只要先分清醫療權責，就不需要轉介機制	WP
👤其他意見	- 需要對相關有「轉介權」的中醫、西醫進行有關知識的培訓 - 關鍵是中西醫是否各自獨立診治患者 - 應以協定操作模式(protocol driven) 作共同治療，可西醫主導，有中醫主導的，有共診而有一主診的權責則跟誰主什麼而定 - 應設立主診醫生機制 - 機制要長時間建立(例如：英國NHS) - 可先進行中西醫協作，將來再建立協作系統 - 中醫可以轉介急症給西醫，而西醫可以轉介慢病給中醫	CB WB WB WB WB CP CB

議題十七

私人診所可以實行中西醫協作的合作模式		
☑支持意見	- 比較容易做到,因為有利益上的互惠,沒有政策上的阻礙 - 可作中西醫結合的起步點 - 中西醫協作的範圍很廣,有條件的都可以開展	CB WB CP
⊗反對意見	- 現應集中公營醫療,在私人診所實行可能會造成混亂 - 協作是一個系統機制,不限定具體機構	WB
👤其他意見	- 現在有醫療集團在做,是不一樣的模式(例如連鎖式、合營、個人),但同一中心同時有中醫和西醫應診並不代表有中西醫協作 - 要視乎中醫和西醫的意願	CB CP

議題十八

中西醫協作需要建立一個由志同道合的中醫西醫參與的團隊,並由其中的牽頭人推動中西醫協作		
☑支持意見	- 志同道合相當重要。強制中醫西醫協作則困難 - 領導者很重要 - 可先從小的專業團隊開始	WB WB
⊗反對意見	-----	
👤其他意見	- 太過理想化,實際上比較難符合所有的條件 - 有人才流失的問題,所以政府需要考慮留人 - 需要個人已是中西醫結合了的人去推動,亦需要有權威的人去配合	CB CB

議題十九

中西醫協作在考慮中醫或西醫領行方面,可依不同病症作分工		
☑支持意見	- 必須分不同病症及病情處理 - 視乎誰擅長治療哪些病症	CB CP
⊗反對意見	- 難以分清病症,主要是互相包容 - 中醫在醫療界地位聲音不夠強,分工會出現問題 - 一個病會隨不同時間由中或西醫負責,大家對病症的付出不同,交接過程好重要 - 要依療效或病人的選擇來分工	CB CB WB WP
👤其他意見	- 領行的分工有矛盾之意 - 分工的形式一定要清晰 - 應分界清楚中醫西醫的分水嶺(domain niche),首先要擴闊眼界(broader sense) 西醫較擅長(domain): 急性病、感染、細菌、抗生素、手術 中醫較擅長(domain): 人體平衡、術後康復 - 應是中西醫一同會診以及商討分工 - 協作應該著重在機制 - 需要中醫西醫雙方同意	CB CB WB CP CB WP

☰ 議題二十

若中醫西醫同時診治，成本非常昂貴，只適用於疑難雜症		
☑支持意見	-----	
☒反對意見	<ul style="list-style-type: none"> - 並非疊加診金及藥費，而以一個套裝形式收費及減少藥物的使用 - 經臨床經驗之協作可以很便宜 - 應看成效，有些病人覺得錢不重要 - 疑難雜症很難定義 - 應以治療效果決定應否進行中西醫協作診治 - 成本不是極之昂貴 - 中藥貴，但治療是講求成本效益 (Cost-effectiveness analysis) - 不一定是疑難雜症 	CB WP CB CB WB WB WB WB
👤其他意見	<ul style="list-style-type: none"> - 協作不等於同時診治 - 成本是否昂貴並非重點，應先進行成本效益分析 (cost-benefit analysis)，值得則是可取 - 政府醫院應承擔此費用。私家醫院就要大家再溝通，視乎市場反應 	CB WB CP

☰ 議題二十一

臨床層面的中西醫協作需改善溝通，護士作為一個溝通人或作為一個中介的角色十分重要		
☑支持意見	<ul style="list-style-type: none"> - 實際操作上護士非常重要 - 護士可以是拍檔 - 護士可介紹病人去看中醫 - 本來溝通多了一個人會更加複雜，但護士的專業判斷可在中醫及西醫之間平衡雙方的角力 	CB WP CB CB
☒反對意見	<ul style="list-style-type: none"> - 單單由護士角度做協作太薄弱，溝通應由中醫西醫之間開始更為重要 - 公營醫院護士很忙，護士作中介有難度 - 溝通需要白紙黑字的文件紀錄，護士角色較少 - 要有權威的中醫西醫專家溝通，才能讓病人有信心 - 護士沒有中醫背景，難以幫助中醫西醫溝通 - 可能護士會變磨心 	WB WB CP WP WP
👤其他意見	<ul style="list-style-type: none"> - 應有常設溝通渠道，如病歷及面談，如何建立適切的溝通渠道 - 授權病人及教育更重要 - 可提供訓練給護士，長遠可令他們做到中介角色 - 防癌會與養和醫院的中醫西醫轉介的問題是，沒有一個中介人 - 防癌會直接由中醫和西醫合作，不用護士幫忙溝通 	WP WB WP CB CB

分類四：循證醫學




議題二十二

中西醫協作需以臨床證據作唯一基礎，決定那一種病症應由中醫主導或是由西醫主導		
☑支持意見	- 循證醫學用作說服西醫相信中醫的療效	CB
☒反對意見	- 不一定是以臨床證據作基礎，還要考慮病人意願等其他因素	CB
	- 臨床證據雖然是基礎及重要的參考，但不可以是唯一的考慮	WB
	- 中醫這方面未至如西醫那麼先進，臨床證據較少	CB
	- 武斷的決定由西醫或中醫主導不是真正的中西醫結合	CP
👤其他意見	- 協作是否必需定出誰為主導？	WP
	- 由誰作主導要協商，應以「病案」為主導，按其情況內容決定	WB
	- 由大學推動循證醫學，輸入數據很重要	WB
	- 疾病會變化，不同時期各自主導地位還會改變	CB




議題二十三

西方隨機對照試驗(Randomized controlled trial)方法需要改善，以切合中醫的特色		
☑支持意見	- 需要調整，無論在納入標準上或評價標準上都無法體現中醫的特點	CB
	- 隨機對照試驗有缺點及限制	WB
☒反對意見	- 此乃科學驗證的基礎，不需要改善	WP
	- 隨機對照試驗不只適用於西方醫學	WB
	- 隨機對照試驗是一種科學的研究方法，而不是西醫框架內的事物	WB
	- 對中醫來說，隨機可以，但雙盲法試驗就很困難(例如針灸)	CB
	- 西醫自身正確的原則無需因中醫而改變	CB
	- 改善不到隨機對照試驗的方法，已經統一化了	WB
	- 中醫難辨症	WP
👤其他意見	- 要考慮中醫的因素	CB
	- 當中醫研究往往偏離隨機對照試驗做法時，中立科學界欠缺認同性，醫療界則無法作根據	WB
	- 原因主要是中醫研究在証病定義方面不清晰，難以量化其成效	WB
	- 主張診斷用西醫病名，辨症以中醫為主	CB
	- 中醫原本也有研究，幾千年的經驗是不可置疑的	CP
	- 有需要可以做試驗，但不要否定中醫傳統理論	CP


 議題二十四

在判斷中醫療效時，應以病人為中心，全面地測量其療效		
☑支持意見	- 這些療效需要是可測量及能夠量化的 - 西醫亦逐漸著重以病人為中心的療效 - 指標應是綜合的	WB WB CB
☒反對意見	- 依病徵來判斷中醫療效不安全 - 對中草藥的效用，隨機對照試驗才是王道權威，主觀和客觀的指標也要兼顧	WP WP
👤其他意見	- 「全面」需要清晰的定義 - 西醫已有其中的元素(Quality of Life) - 在中醫的角度，每一位病人也不一樣，難以釐定判斷標準	CB WP WB


分類五：中西醫協作之障礙

 議題二十五


中西醫協作的最大挑戰在於中醫西醫互相認識，溝通和信任不足		
☑支持意見	- 西醫在認識中醫方面更為不足，因為沒有動力(無論考試、升職或科研) - 最大困難是中醫西醫沒有共用語言 - 恐懼是因為不認識	CB WB WB
☒反對意見	- 了解是一方面，政策是另一方面 - 資源及政府支持都很重要	CP CP
👤其他意見	- 在病理病因及科研應用方面大有分歧，需要磨合 - 需要考慮在大學時期開始中西醫協作 - 醫學機構可舉辦多些促進交流機會的活動	WP WB CP

 議題二十六

在發展中西醫協作時，中醫本身沒有發展藍圖，亦欠缺諮詢機制		
☑支持意見	- 香港中醫不太團結，各自為政比較嚴重，沒有實際有效的諮詢機制 - 中醫本身沒有合作概念，只講求醫病，缺乏對業界發展的藍圖	CB CB
☒反對意見	- 現在已有監管，不能說沒有發展藍圖	CP
👤其他意見	- 因中國人思想內向，沒想過發展 - 西醫發展亦沒有藍圖 - 大方向是要發展中醫現代化	CB WB CP


 議題二十七

中醫西醫之間需要更多互相理解,中醫要了解西醫的新技術		
☑支持意見	- 尤其中醫診斷上面要與西醫的技術同步 - 很多西醫覺得不用了解中醫,而中醫願不願意了解西醫則要視乎經歷(例如有沒有接受過西醫訓練?) - 互相學習有必要,但關鍵是西醫學中醫,以減少偏見與無知 - 中醫認為不一定要用到西醫技術來治療病人,只用來加強診斷	CB CB CB CP
☒反對意見	- 不需要了解新技術,只需要基本知識 - 西醫新技術未必與中醫有關 - 中醫西醫互相認識應以病人為中心,不應只在乎技術 - 要了解對方這麼多的新技術會有困難 - 簡單理解就可以了,中西醫協作保留各自專長較重要	CB CB CB WB WB
👤其他意見	-----	


 議題二十八

當中醫的地位與西醫有所差距時,中醫西醫很難在協作中雙向領行 (Either side leading case management)		
☑支持意見	- 中醫的地位與西醫一定有所差距,只不過是差距較大時才難以雙向領行	CP
☒反對意見	- 並非出於地位,而是能否根治病症 - 兩者並非有地位差距問題,而是關乎意願、互相尊重、自尊、個人特質等問題 - 地位不平等是阻礙,但仍需西醫領行 - 有難度,例如化療要視乎病人體質/年紀來調劑劑量,如果中醫多一點知識,可以說服西醫中西並用	WP WB WP CB
👤其他意見	- 如何進一步提升中醫的地位(立法或是行業自主) - 以團隊形式合作可解決主副的問題 - 地位一詞應該是關乎疾病診治來說,不是指業界地位 - 依靠政府做一些工作來提升中醫地位	CB WB WB CP


分類六：中西醫協作之教育

 議題二十九


中醫及西醫如果多學對方的知識,對中西醫協作會有好處		
☑支持意見	- 共同語言多,容易溝通 - 臨床較重要,多學知識會令臨床經驗變少	CB
☒反對意見	-----	
👤其他意見	- 西醫會有抗拒	WP

 議題三十


護士如果多學中醫知識，對中西醫協作會有好處		
☑支持意見	- 護士可擔當橋樑角色 - 應發展中醫護士 - 多學科對合作有幫助，因為是團隊工作 - 可以推廣宣傳	CB WP WB CP
☒反對意見	- 中醫和西醫仍會有間隙	WB
👤其他意見	- 西醫會有抗拒	

 議題三十一

輔助醫療人員如果多學中醫知識，對中西醫協作會有好處		
☑支持意見	- 輔助醫療人員可擔當橋樑角色 - 只適用於某些專業領域 (例如，創傷服務、康復服務及營養師) - 多學科對合作有幫助，因為是團隊工作	CB WP WB
☒反對意見	-----	
👤其他意見	- 特別是職業治療及物理治療 (物理治療師視針灸為物理治療的其中一個方法)	CB


 議題三十二

應借助中醫發展專科制的契機，培養一群能與西醫緊密配合的中醫師		
☑支持意見	- 中醫專科制很重要，但對中西醫配合的作用有限(現階段只有內科、針灸、骨傷) - 應依照西醫的病名，中醫的診治和辨症作專科 - 中醫專科對病人有好處，特別是對慢性病的治療 - 可培養中醫團隊	CB CB CP CP
☒反對意見	- 中醫專科與西醫專科不同，不能對口 - 中醫專科不應作為中醫西醫溝通渠道，和中西醫結合無關係	CB CB
👤其他意見	- 疑難雜症需要專科專家來處理 - 發展中西醫結合專科反而可以促進溝通 - 專科的培養需要西醫配合 - 可培養中西專科醫生	WP CB CP WP


 議題三十三

中西醫之間合作應從醫學院學生之間開始建立		
☑支持意見	- 西醫不了解中醫 - 可建立中醫西醫互相交流的文化	CB WB
☒反對意見	- 未必可行,先要確立本身的基礎訓練及臨床經驗 - 只有少量的課程不夠為西醫學生學中醫,是不足夠的,畢業後才學會較好	WP CB
👤其他意見	- 應增加西醫院校中醫課程比例及增加見習機會 - 不同大學發揮不同角色,外國很多機構也有做	CB WB

分類七:中醫醫院內之中西醫協作

 議題三十四

中醫院運作少不免有中醫西醫合作的元素,唯主導思想應以中醫為主		
☑支持意見	- 主導思想應以病人療效為中心,唯治療手段以中醫為主 - 中醫院思維應以中醫做主,西醫的硬件設施配合	CB CB
☒反對意見	- 純中醫難說服大家,而且有權責問題 - 應以病人需求為導向	WB
👤其他意見	- 嚴重的病人才會入醫院,急性病很難以中醫為主 - 西醫協助中醫要有共識,要持開放態度 - 以法律角度來看,西醫是作急救的角色 - 院內架構來說中醫西醫應各佔一半比例,以病症來分工	WP CP

 議題三十五

中醫和輔助醫療人員應加強彼此的認識及合作,為中醫院的團隊服務作準備		
☑支持意見	- 未必需要深入了解,但一定要有基本的認識,尤其是在診所內一起工作 - 輔助醫療人員較易接受中西醫協作	CB WP
☒反對意見	-----	
👤其他意見	- 中醫很少用到輔助醫療,也應增加他們互相認識	WP

☰ 議題三十六

中醫院可當成中西醫協作的試點,然後在西醫院建立中西醫協作項目		
☑支持意見	- 中醫院行政上較有彈性 - 中醫院或可成為訓練中心,或以項目形式進行中西醫協作	CB
☒反對意見	- 中醫院只會實踐傳統中醫,無法作試點	WP
👤其他意見	- 地點不是問題,關鍵是要有相應的人才,對中醫西醫均有相當的了解	CB
	- 西醫院和中醫院協作模式未必一致	WB
	- 要找平衡點,不能靠單一醫院	WB
	- 靠大學,如果有一大學運作中醫院及西醫院,可作為一主持和中間人	WB
	- 治未病、沒有那麼高危、康復和健康為主 - 可以一起開始嘗試,因為不知道哪一個較好	WP

☰ 議題三十七

西醫院可當成中西醫協作的試點,然後在中醫院建立中西醫協作項目		
☑支持意見	-----	
☒反對意見	- 中醫院和西醫院系統不一樣	CP
👤其他意見	- 可探討奇難雜症和複雜的個案	WB
	- 現在西醫院已在進行先導計劃	CB
	- 現時已有西醫院在做中西醫協作,不需要等中醫院建成	CP
	- 將來在中醫院可再開展,不需有先後之分,視乎條件是否成熟	CP

分類八:中西醫協作之成果

☰ 議題三十八

中西醫協作的發展需協助政府面對疾病負擔(Disease burden)方面的挑戰		
☑支持意見	- 是推進中西醫結合的契機	CB
	- 尤其政府面對的人口老化問題	WB
	- 中西醫協作有利於市民健康發展,從而減輕本地疾病負擔的壓力	CP
	- 中西醫協作可減輕醫療成本以協助政府面對疾病負擔方面的挑戰	CP
☒反對意見	- 疾病負擔可以指很多方面,協作主要目的不是幫助政府解決此類問題	WP
👤其他意見	- 分類決定病人用中醫方法或西醫方法治療或中西醫結合,這樣就不會浪費政府資源	CP
	- 幫助政府不一定要協作,協作的定義好廣泛	WB

☰ 議題三十九

中西醫協作可減低病人同時接受中醫及西醫治療的成本，從而改善病人的生活質素，令病人有最大得益

☑支持意見	- 真正意義上的中西醫協作要有交流，最終會使病人得到最大受益，無論是經濟上或是身體方面 - 要看長遠成本，市民不健康對社會成本會提高，增加承擔	CB CB
☒反對意見	- 社會學家指最後反而成本會更高，花費較多 - 中西醫協作不一定會令成本降低，因成本可包括時間和其他方面 - 如果病人自己進行中西醫結合，政府作中西醫協作反而會增加行政成本 - 協作未必能減低成本，可能是成本上升，但效益亦同時提升	WP CB CB WB
👤其他意見	- 要做研究才知道 - 因人而異 - 成本可能是病人不清楚中醫還是西醫可以幫助他們	CB CB WP

第二階段專訪面談結果的量化數據

	數目	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
支持	中醫	10	5	10	7	3	2	5	2	7	1	7	7	4
	西醫	7	6	8	4	6	5	2	4	6	2	10	10	1
反對	中醫	1	5	1	3	5	7	3	7	3	9	3	3	6
	西醫	5	6	3	6	4	5	7	6	4	9	1	1	10
共有答題數目		23	22	22	20	18	19	17	19	20	21	21	21	21

	數目	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26
支持	中醫	7	10	5	7	6	5	3	4	3	5	8	7	5
	西醫	4	10	6	9	10	8	1	4	6	4	6	9	3
反對	中醫	3	0	5	3	4	5	7	5	7	4	2	3	5
	西醫	6	2	5	1	2	3	10	7	4	6	4	3	5
共有答題數目		20	22	21	20	22	21	21	20	20	19	20	22	18

	數目	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39
支持	中醫	6	7	8	9	8	7	8	8	9	6	4	8	7
	西醫	9	2	11	9	11	7	10	7	9	4	3	9	7
反對	中醫	4	3	2	1	2	3	2	2	1	3	5	2	3
	西醫	1	8	0	2	1	4	2	3	2	5	6	2	3
共有答題數目		20	20	21	21	22	21	22	20	21	18	18	21	20

3.1.3 撮要及評論

Interim Discussion

中醫和西醫應增加交流

大部份受訪者贊成中醫和西醫應多溝通。因現在各自為政，以致中西醫未能和衷合作。所以最先一步應是雙方多交流，從而達到協作的效用。

循證醫學

面談結果顯示，受訪者偏向認為中西醫協作不需以臨床證據作唯一基礎，來決定一種病症應由中醫主導或是由西醫主導；而西方隨機對照試驗(Randomized controlled trial) 方法不需要改善，來切合中醫的特色。然而，仍有一部份西醫傾向要求中西醫協作需要有臨床證據作為基礎，保障醫療的成效。

在循證醫學的議題上，中醫西醫各有己見，暫未有一個共識；而這亦是造成中西醫協作未能普及的原因之一。

中西醫協作的制度

香港暫未有一個完善的中西醫協作制度，去監管或協調雙方合作。根據面談結果顯示，有受訪者贊同協作應由社區的小規模轉介機制開始，因可順應市民基層醫療的需要，隨後成立的管理機構亦可作出相應的改善。另一方面，有受訪者認同協作可從上層開始，應先成立一個管理機構，然後推行中西醫協作至全個社區。這個方法的好處是方向及目標會較清晰，比較容易推行。兩個制度的方案也有利弊，經過兩輪的專訪面談難以達成共識。

限制及實際困難

Limitations

申請倫理審批時遇上阻滯，導致開展專訪面談時間延遲，由於專訪面談時間延後，進行第二階段中的德菲爾方法程序時間緊絀，幸好都順利完成。

我們今次的研究只是一個初步的研究調查，第一階段收集資料豐富，第二階段的目的是收集純中醫、純西醫對中西醫協作的意見。這階段的第一輪收集的意見繁多，採用德菲爾方法研的過程中，我們發現受訪者未必能對中西醫協作的政策和路向達成共識。個別的中醫和西醫對中西醫協作認識較少，亦對對方沒有基本的認識，發現當中對某些觀念有着重大的分歧，這點亦影響了第一輪之後的回應率。如果再開展另一個新計劃的時候，應該可以廣泛諮詢不同資歷的業界人士，更能深入探討協作困難的原因。

雖然今次的研調規模比較細，但受訪者均為業界翹楚，對中西醫協作有深入的認識及了解，意見精闢，在業界擁有崇高的認受性。



問卷調查 General Survey

這次問卷調查的對象為本港已註冊的西醫和中醫，共寄出18,500份問卷，當中的6,300份寄予中醫，12,200份寄予西醫，目的為收集對中西醫協作的意見。

3.21 研究方法 Methodology

是次問卷調查集中探討以下兩個議題：

1. 當中醫和西醫因學術理念存在差異，醫療效果未能為眾多病患者進一步提升。
2. 消除中醫西醫協作的障礙，可為臨床醫療增值和提升病人復原效果。

問卷分別由5個範疇組成，分成中文版本及英文版本，其中中文版本供中醫使用，而西醫則使用英文版本。

問卷普查發放的形式

問卷分成郵寄及網上電子版本，18,500份以郵寄形式寄出，附上網址及QR Code，可接連網上谷歌的表格 (Google Form) 電子版問卷。

問卷題目

在推出問卷前，藉各方集體思維的方式得出「協作問題藍本」，再衍生及增補成實用性問題。

問卷題目的數量參考了顧問委員會及專案小組的意見而作增減，問卷形式亦曾諮詢香港中醫藥發展委員會及各醫學組織會長及領袖，希望得到他們的支持，從而可提升回應率。首先在構思的階段，問卷共有80多條題目，期後採納了各方意見，縮減成中文版有28條題目；英文版有32條題目，兩者其中A、B及C部份的18條題目相同，其餘更有開放式問題6條，再加上個人資料部份。

為了方便受訪者，問卷分成中、英文版本，是為了方便中醫或西醫受訪，除了「D部」不同以提供中醫或西醫回答，「E部」個人資料大致相同，兩個版本其餘內容一樣。

為了獲得更多新的建議和思維，中英文版問卷皆有6條開放式問題。

問卷設計5大範疇

問卷的題目根據5大範疇組成，包括有整體態度(General Attitudes)、中西醫療同用方面(CM and WM Used Together)、系統性問題(Questions on the System)、供中醫師/西醫的問題(Questions Specific to CMPs/Drs)、個人資料(Demographic Details)。

1. 整體態度 (General Attitudes)

此範疇是為了了解中醫西醫普遍對中西醫協作的態度和觀感。

2. 中西醫療同用方面 (When CM and WM Used Together)

此範疇希望知道中西醫共同使用會造成什麼改變。

3. 系統性問題 (Questions on the System)

可藉此範疇探討了解中西醫協作的系統和模式影響，例如轉介機制和協調機構等。

4. 供中醫師/西醫的問題 (Questions Specific to CMPs/Drs)

中醫師的專用問題 --

針對中醫對西醫的整體觀感，以及中醫自身與西醫協作上的問題，例如中醫的英語能力對中西醫協作是否一個障礙、中醫對西醫有否負面感覺及中醫自身有沒有能力與西醫進行交流等。

西醫的專用問題 --

西醫的專用問題重點在於西醫對中醫藥的安全問題感觀，和西醫採用中醫方式治療的關注點。

5. 個人資料 (Demographic Details)

包括受訪者性別、年齡、執業年期及工作範疇等

道德及私隱

為了保障所有問卷普查的受訪者私隱，問卷以不記名形式進行。

在寄出問卷前，我們已得到香港浸會大學研究的道德規範及安全守則(HASC) 委員會的倫理審批。每一份問卷都會連同一封書面知情同意書，他們需要細讀知情同意書內容後在問卷的最後部份簽署。

只有首席調查員及聯合調查員才會知道有關資料，有關的檔案資料亦將被妥善保存在上鎖的檔案櫃中。除非獲受訪者的允許，否則調查研究小組不會將受訪者的身份及相關資訊對外披露。檔案資料及相關紀錄僅供本項目研究人員查閱用途，並會於項目研究完成兩年後銷毀。

3.2.2 問卷普查結果 Results of General Survey

我們共收到1,025份問卷回覆，其中489份來自中醫；536份來自西醫。回覆率是5.5%。西醫的問卷和中醫的問卷題目相同的為A、B和C部份，用以上8項分析因素作研究。不同的題目，會作個別的分析。

研究結果會分成三部份：**西醫研究結果**、**中醫研究結果**和**中西醫研究結果的對比**。

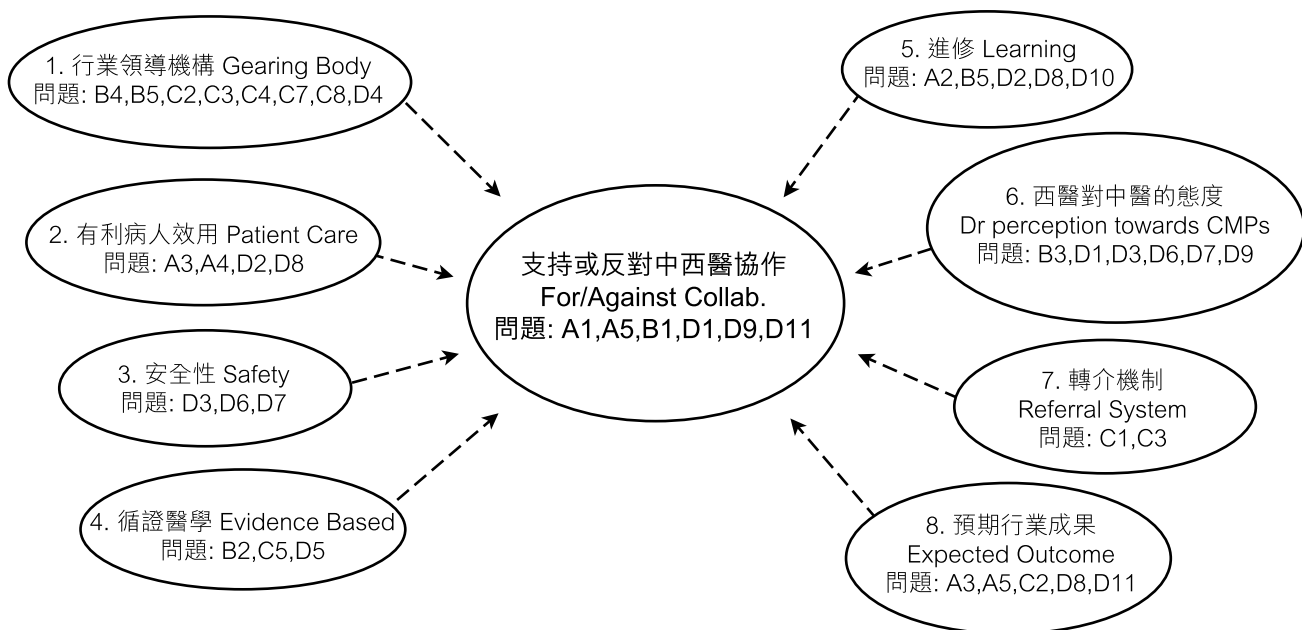
問卷普查研究因素

考慮到D部份的著重點不一樣，所以中醫及西醫的問題應作的研究因素也會有所調整。西醫問卷的D部份著重於西醫對中醫藥的安全性考量，而中醫問卷的D部份著重於中醫的語文能力。

西醫問卷普查研究因素

問卷的問題是跟據專訪面談所收集到的意見而作出分類，總共8類。當中包括：行業領導機構 (Gearing Body)、有利病人效用 (Patient Care)、安全性 (Safety)、循證醫學 (Evidence Based)、進修 (Learning)、西醫對中醫的態度 (Dr perception towards CMPs)、轉介機制 (Referral System) 和預期行業成果 (Expected Outcome)。我們假設以上8個研究因素是導致西醫支持或反對中西醫協作 (For/Against Collab.) 的原因。

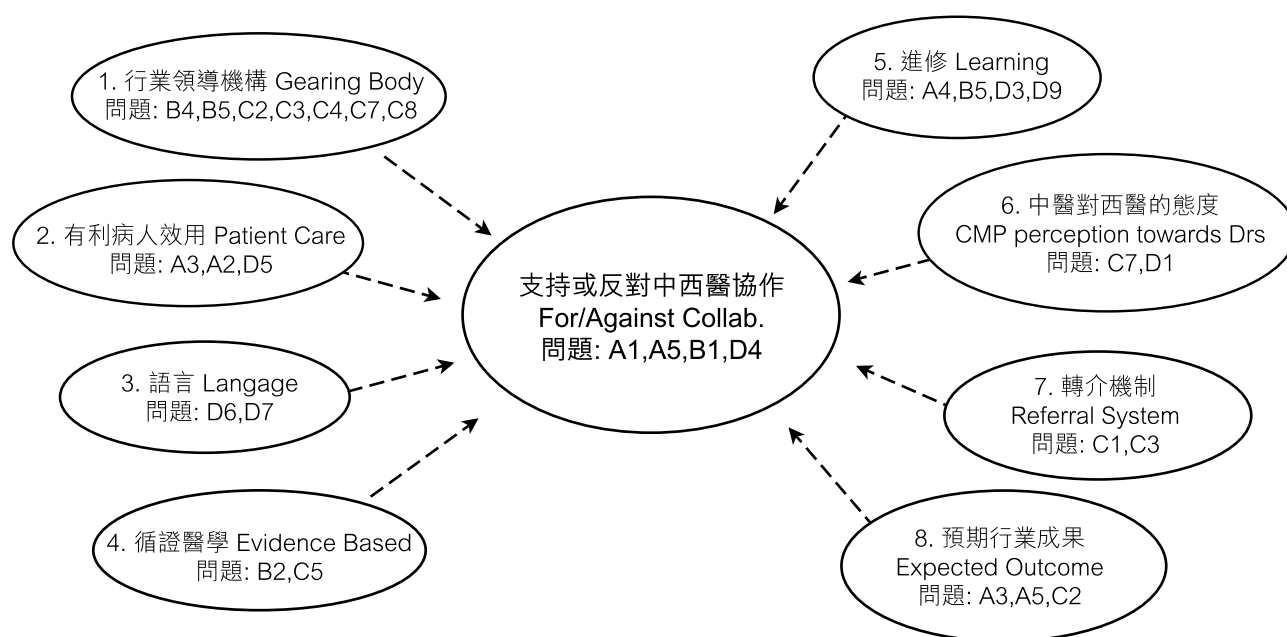
研究分析因素 (西醫)



中醫問卷普查研究因素假設

問卷的問題是跟據專訪面談所收集到的意見而作出分類，總共8類。當中包括：行業領導機構 (Gearing Body)、有利病人效用 (Patient Care)、語言 (Language)、循證醫學 (Evidence Based)、進修 (Learning)、中醫對西醫的態度 (CMP perception towards Drs)、轉介機制 (Referral System) 和預期行業成果 (Expected Outcome)。我們假設以上8個研究因素是導致中醫支持或反對中西醫協作 (For/Against Collab.) 的原因。

研究分析因素 (中醫)



*備註：中醫西醫的問卷問題大多數相同，只有「D部」不同。



西醫研究結果 Results of Western Medicine Doctors

受訪者基本資料 Demographic Details

是次受訪回答的536位西醫中，男女分別各佔66%(351人)及32%(173人)，5%(12人)沒有回答。

另外，10%受訪者年齡為30歲或以下(51人)；24%受訪者年齡為31至40歲(129人)；25%受訪者年齡為41至50歲(133人)；18%受訪者年齡為51至60歲(98人) 以及22%受訪者年齡為61歲或以上(118人)，此項有1%(7人)沒有回答。

受訪者的主要工作機構(可選多個答案)是其他非牟利團體，有274人，其次是私人機構 (自僱形式) - 個人執業，有118人。而私人機構(通過服務收費分取報酬)-團體執業的有41人；大學的有40人；私人機構(受僱形式)-團體執業有32人；私人機構(受僱形式)-個人執業只有27人。此項有14人沒有回答。

受訪者的執業範疇大多是專科，有43%(228人)，當中大多是婦產科(20人)和精神科(18人)(詳細分佈見下圖)；其次是二級或三級醫療，有28%(152人)；最少的是基層醫療人員，有26% (142人)。

受訪者的專科分佈 (228人)

	急症科	麻醉科	皮膚科	內科	神經外科	婦產科	腫瘤科	眼科
人數	13	14	6	7	7	20	6	17
	骨科	兒科	病理科	精神科	外科	泌尿科	沒有作答	其他
人數	10	13	7	18	9	8	15	58

關於受訪者的最高學歷，536位受訪者中有46%的受訪者擁有學士學位(246人)；46%的受訪者擁有碩士學位(247人)以及6%的受訪者擁有博士學位(31人)。此項有2%(12人)沒有回答。

是次受訪者中有大多數(85%)未接受過正式及正規的中醫訓練(454人)，接受過正式及正規中醫訓練的只有13% (72人)。此項有2%(10人)沒有回答。

另外，39%受訪者經接受非正式的中醫教育(209人)；59%受訪者沒有接受過非正式的中醫教育 (314人)。此項有2% (13人)沒有回答。

536位受訪者中，有50%的受訪者執業21年或以上(269人)；15%的受訪者分別執業6至10年(82人)及11至15年(75人)；11%的受訪者執業16至20年(60人)；只有8%的受訪者執業少於5年(42人)。

大部份(70%)的受訪者是香港醫學專科學院院士或有同等資歷(375人)；29%的受訪者不是香港醫學專科學院院士或有同等資歷(154人)。此項有1%(7人)沒有回答。

撇除回答不完整的問卷回覆及異常數據，分析的樣本數目由536份減至447份。

研究因素的可信性 Reliability

首先，我們為每個類別進行了研究因素的可信性測試。行業領導機構、進修和支持或反對中西醫協作的可信度最高， α 係數分別是0.93、0.9及0.81。可信度還可的類別有：有利病人效用($\alpha=0.7$)、安全性($\alpha=0.63$)、西醫對中醫的態度($\alpha=0.63$)、預期行業成果($\alpha=0.77$)和轉介機制($\alpha=0.79$)。而循證醫學沒有信度意義， α 係數只有0.5。各研究因素中， α 係數大於0.6的研究因素會用作隨後的數據分析。

(i) $\alpha \geq 0.8$	(ii) $\alpha \geq 0.6$	(iii) $\alpha \leq 0.6$
行業領導機構 ($\alpha=0.93$) Gearing Body	有利病人效用 ($\alpha=0.7$) Patient Care	循證醫學 ($\alpha=0.5$) Evidence Base
進修 ($\alpha=0.9$) Learning	安全性 ($\alpha=0.63$) Safety	----
支持或反對中西醫協作($\alpha=0.81$) For/Against Collab.	西醫對中醫的態度 ($\alpha=0.63$) Dr perception towards CMPs	----
----	預期行業成果 ($\alpha=0.77$) Expected Outcome	----
----	轉介機制 ($\alpha=0.79$) Referral System	----

(n=447)

研究因素的迴歸分析 Regression analysis

為了測量8個研究因素與支持或反對中西醫協作之間的關係，我們進行了迴歸分析。 r^2 越接近1，代表該因素和支持或反對中西醫協作關係越密切；相反， r^2 越接近0，代表該因素和支持或反對中西醫協作關係越疏離不實。從迴歸分析得知，所有因素對支持或反對中西醫協作都有顯著的影響。而行業領導機構 ($r^2=0.63$)、有利病人效用 ($r^2=0.62$)、進修 ($r^2=0.63$)、西醫對中醫的態度 ($r^2=0.63$)及預期行業成果 ($r^2=0.67$) 的 r^2 皆大過6，顯示以上因素跟支持或反對中西醫協作有關係。而與支持或反對中西醫協作關係較小的研究因素有安全性和轉介機制， r^2 分別是0.49及0.56。(詳見下圖)

研究因素	顯著性 (p值<0.05)	r^2	平均分
1. 行業領導機構	✓	0.63	4.12
2. 有利病人效用	✓	0.62	4.33
3. 安全性	✓	0.49	3.82
4. 進修	✓	0.63	4.21
5. 西醫對中醫的態度	✓	0.63	3.34
6. 轉介機制	✓	0.56	4.09
7. 預期行業成果	✓	0.67	4

(n=447)

研究因素的T檢驗 Student's T-test

跟據受訪者的個人資料，包括性別、年齡、執業範疇及教育程度，找出他們對8個研究因素及支持或反對中西醫協作的意見，在每個個人資料組別之間的平均分是否存在著差異。

1. 不同性別對各個研究因素的平均分

經過T檢驗，我們得出女性對有利病人效用、進修、預期行業成果及支持或反對中西醫協作的平均分都顯著比男性的平均分為高。數據顯示女性比男性支持中西醫協作。(詳見下圖)

研究因素	顯著性 (p值<0.05)	男性平均分	女性平均分
1. 行業領導機構	X	4.08	4.20
2. 有利病人效用	✓	4.13	4.33
3. 安全性	X	3.79	3.90
4. 進修	✓	4.15	4.37
5. 西醫對中醫的態度	X	3.77	3.89
6. 轉介機制	X	4.03	4.22
7. 預期行業成果	✓	4.08	4.28
8. 支持或反對中西醫協作	✓	3.91	4.12

(n=447)

2. 不同年齡對各個研究因素的平均分

經過T檢驗，得出第二組(31至50歲)的受訪者對所有研究因素的平均分都顯著比其他兩組的平均分為高。而相比三組不同年齡界別，第一組(30歲或以下)的受訪者對所有類別的平均分顯著為低。年輕的受訪者(30歲或以下)較反對中西醫協作(平均分=3.76)。(詳見下圖)

研究因素	顯著性 (p值<0.05)	第一組 (30歲或以下) 平均分	第二組 (31至50歲) 平均分	第三組 (51歲或以上) 平均分
1. 行業領導機構	✓	3.89	4.27	3.97
2. 有利病人效用	✓	3.96	4.40	4.10
3. 安全性	✓	3.60	3.96	3.70
4. 進修	✓	3.92	4.39	4.07
5. 西醫對中醫的態度	✓	3.63	3.91	3.72
6. 轉介機制	✓	3.84	4.27	3.90
7. 預期行業成果	✓	3.91	4.28	4.02
8. 支持或反對中西醫協作	✓	3.76	4.16	3.92

(n=447)

3. 不同執業範疇對各個研究因素的平均分

經過T檢驗，不同的執業範疇，包括基層醫療、二級或三級醫療以及專科的平均分，對任何一個研究因素都沒有顯著的分別。由此可推斷執業範疇不影響受訪者對中西醫協作的立場。(詳見下圖)

研究因素	顯著性 (p值<0.05)	基層醫療 平均分	二級或三級醫療 平均分	專科 平均分
1. 行業領導機構	X	4.11	4.06	4.16
2. 有利病人效用	X	4.21	4.19	4.19
3. 安全性	X	3.79	3.79	3.87
4. 進修	X	4.32	4.19	4.18
5. 西醫對中醫的態度	X	3.76	3.81	3.84
6. 轉介機制	X	3.98	4.11	4.14
7. 預期行業成果	X	4.17	4.13	4.12
8. 支持或反對中西醫協作	X	3.97	3.95	4.01

(n=447) (已排除退休人士的數據)

4. 不同教育程度對各個研究因素的平均分

經過T檢驗，不同的執業範疇，包括基層醫療、二級或三級醫療以及專科的平均分，除了有利病人效用外，對其餘任何一個研究因素都沒有顯著的分別。由此可推斷執業範疇不影響受訪者對中西醫協作的立場。(詳見下圖)

研究因素	顯著性 (p值<0.05)	學士 平均分	碩士 平均分	博士 平均分
1. 行業領導機構	X	4.02	4.22	4.00
2. 有利病人效用	✓	4.14	4.28	3.90
3. 安全性	X	3.76	3.89	3.73
4. 進修	X	4.13	4.32	4.01
5. 西醫對中醫的態度	X	3.76	3.87	3.72
6. 轉介機制	X	4.01	4.18	3.98
7. 預期行業成果	X	4.08	4.21	4.00
8. 支持或反對中西醫協作	X	3.93	4.05	3.86

(n=447)



中醫研究結果

Results of Chinese Medicine Practitioners

受訪者基本資料 Demographic Details

是次受訪的489中醫中，有55%是男性(269人)；43%是女性(210人)，此項有2%(10人)沒有回答。

13%受訪者年齡為30歲或以下(63人)；21%受訪者年齡為31至40歲(101人)；13%受訪者年齡為41至50歲(65人)；23%受訪者年齡為51至60歲(112人)以及28%受訪者年齡為61歲或以上(138人)，此項有2%(10人)沒有回答。

受訪者的主要工作機構是大學的有9% (42人)；其他非牟利團體有9% (42人)；私人機構(自僱形式)-個人執業有53% (257人)；醫管局及其三方合作診所所有11% (53人)；私人機構(通過服務收費分取報酬)-團體執業有6% (31人)及私人機構(受僱形式)-團體執業有9% (45人)。此項有4%(18人)沒有回答。

受訪者從本地全日制大學本科課程、本地兼讀制大學本科課程及內地全日制大學本科課程取得首個中醫臨床訓練資格居多，分別有26% (125人)、21% (103人)和24% (115人)。其次有12%受訪者是從本地中醫藥團體舉辦之課程取得首個中醫臨床訓練資格(58人)。師徒制出身的受訪者有7% (34人)。本地全日制大學碩士課程及內地兼讀制大學本科課程只有分別3% (15人)和5% (26人)。此項有3%(13人)沒有回答。

關於受訪者的中醫最高學歷，489位受訪者中有46%的受訪者擁有學士學位(246人)；46%的受訪者擁有碩士學位(247人)以及6%的受訪者擁有博士學位(31人)。此項有2%(12人)沒有回答。

是次受訪者有大約一半(51%)未接受過任何學位 / 文憑 / 證書的西醫訓練(250人)，而接受過任何學位 / 文憑 / 證書的西醫訓練的受訪者則有46% (227人)。此項有2%(12人)沒有回答。

另外，63%受訪者接受過非正規的西醫教育(306人)；33%受訪者沒有接受過非正規的西醫教育(163人)。此項有4%(20人)沒有回答。

489位受訪者中，有33%的受訪者從事中醫臨床工作21年或以上(162人)；25%的受訪者從事中醫臨床工作5年或以下(120人)；24%的受訪者從事中醫臨床工作6至10年(116人)；11%的受訪者從事中醫臨床工作11至15年 (52人)以及6%的受訪者從事中醫臨床工作16-20年 (31人)。

撇除回答不完整的問卷及異常數據，分析的樣本數目由489份減至376份。

研究因素的可信性 Reliability

與西醫研究結果一樣，我們為中醫的每個研究因素進行了可信性測試。然而，數據顯示大部份的因素沒有信度意義(α 係數少於0.5)，包括了有利病人效用 ($\alpha=0.23$) 減少、中醫對西醫的態度 ($\alpha=0.24$)、支持或反對中西醫協作 ($\alpha=0.45$)、轉介機制 ($\alpha=0.45$)及語言 ($\alpha=0.13$)。而進修 ($\alpha=0.45$)和循證醫學($\alpha=0.54$)的 α 係數亦低於0.6的水平。

雖然，預期行業成果 ($\alpha=0.61$)及行業領導機構($\alpha=0.82$)兩個研究因素的信度尚可，但只有兩個研究因素仍不足以支持下一階段的數據分析(迴歸分析和T檢驗)。因此，我們以西醫的問卷數據對比中醫問卷的數據作為分析，希望知道中醫及西醫對中西醫協作意見是否有所不同。

(i) $\alpha \geq 0.8$	(ii) $\alpha \geq 0.6$	(iii) $\alpha \leq 0.6$
行業領導機構 ($\alpha=0.82$) Gearing Body	預期行業成果 ($\alpha=0.61$) Expected Outcome	有利病人效用 ($\alpha=0.23$) Patient Care
----	----	進修 ($\alpha=0.54$) Learning
----	----	中醫對西醫的態度 ($\alpha=0.24$) CMP perception toward Drs
----	----	支持或反對中西醫協作($\alpha=0.45$) For/Against Collab.
----	----	循證醫學 ($\alpha=0.54$) Evidence Base
----	----	轉介機制 ($\alpha=0.45$) Referral System
----	----	語言 ($\alpha=0.13$) Language

(n=376)

中醫研究結果與西醫研究結果的對比

Comparison between Chinese Medicine and Western Medicine Results

熱點圖 Hot Chart

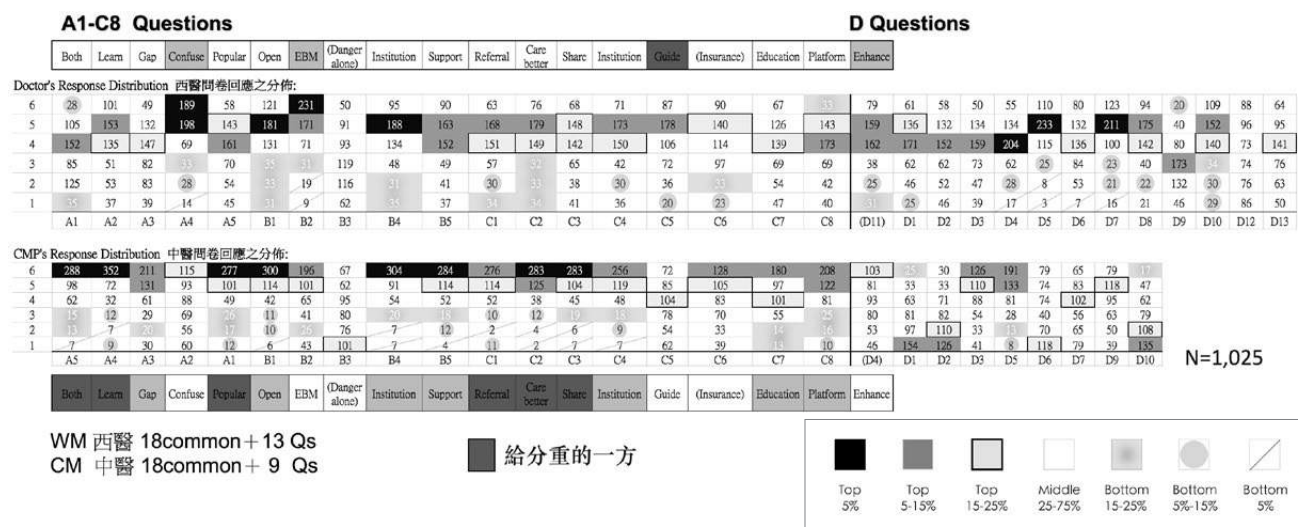
熱點圖分別列出中醫受訪者和西醫受訪者對所有量化题目的給分的人數。例如西醫問卷的A1题目，共有28人選擇6分、105人選擇5分、152人選擇4分，如此類推。根據所有的人數分佈，我們按順序排列找出最多人選擇的5%、5至15%和15至25%；以及最少人選擇的5%、5至15%和15至25%。這6個分類分別以6種顏色為標示，因此我們可清楚看出哪一條問題是最多人選擇給分是高分或低分。

從下圖所見，中醫和西醫的”熱點”（紅色/深色部份）都集中在4至6分的範圍，可推斷受訪者對中西醫協作持較正面的態度。

其後比較每條题目中醫和西醫受訪者給分的平均分，在平均分較高那邊用顏色來做標示。若兩者平均分之差大於1分，標示綠色；兩者平均分之差少於1分，標示灰色。

彩色圖 -- 請參考簡報 第96頁

圖3.2 A

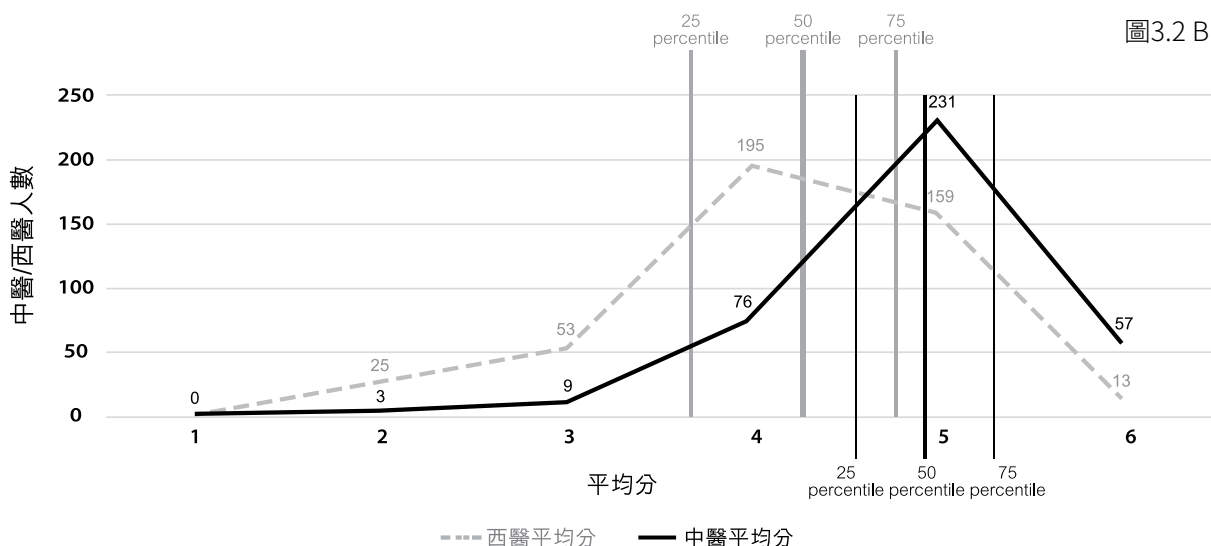


中醫西醫給分的平均分分佈

Distribution of Mean of Chinese Medicine and Western Medicine Scores

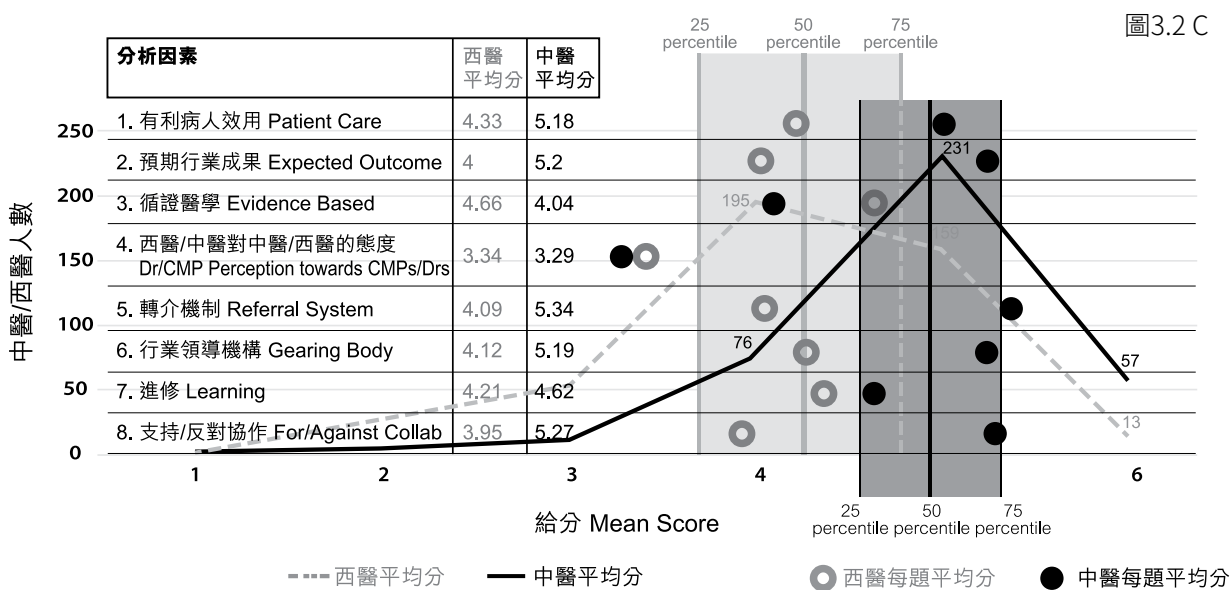
下圖顯示了中醫(n=376) 和西醫受訪者(n=447)回答A1至C8 (共18條)題目的平均分分佈。然後按各自的平均分的人數劃出三個百分位數(percentile), 分別是25%、50%及75%。

中醫和西醫的平均分曲線都偏向右面(平均分4至6分)。顯示兩者對中西醫協作持正面態度。而中醫的平均分較西醫的高, 顯示中醫比西醫更支持中西醫協作。



為了了解中醫和西醫對每個研究因素是否有不同的意見, 下圖列出了中醫(n=376)和西醫(n=447)分別對每個因素及支持或反對中西醫協作的平均分。

依圖所見, 除了中醫對西醫的態度和循證醫學這兩項因素, 中醫對其他的因素的平均分也比西醫為高。因此, 亦顯示了中醫普遍支持中西醫協作, 但有可能是中醫對西醫的態度和循證醫學這兩項因素造成了阻礙。



中醫和西醫的T檢驗 Student's T-test

將中醫受訪者和西醫受訪者對A1至C8題目的平均分進行比較，採用T檢驗驗證該平均分之差別是否顯著。除了B3 ($p=0.66$) 和C6 ($p=0.95$)，A1至C8其餘的所有題目的p值皆少於0.05，顯示中醫西醫受訪者的平均分有顯著的差別。深色的給分較重。(註：西醫問卷的A1其實是中醫問卷的A5。)

B1的數據顯示，中醫(平均分=5.36) 較西醫 (平均分=4.44) 接受中西醫協作。而C4的數據亦指出中醫(平均分=5.25)較西醫(平均分=4.20) 贊同香港需要一個協調的機構。

西醫給分	Both	Learn	Gap	Confuse	Popular	Open	EBM	Danger Alone	Institution	Support
題目	A1 (A5)	A2	A3	A4	A5 (A1)	B1	B2	B3	B4	B5
p值	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.66	0.00	0.00
西醫平均分	3.45	4.21	3.79	4.87	3.96	4.44	5.00	3.34	4.32	4.21
中醫平均分	5.26	5.48	4.88	3.94	5.18	5.36	4.46	3.29	5.32	5.30
中醫給分	Both	Learn	Gap	Confuse	Popular	Open	EBM	Danger Alone	Institution	Support

西醫給分	Referral	Care Better	Share	Institution	Guide	Insurance	Education	Platform
題目	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
p值	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.95	0.00	0.00
西醫平均分	4.14	4.27	4.03	4.20	4.30	4.22	3.88	3.91
中醫平均分	5.35	5.45	5.33	5.25	3.61	4.21	4.70	4.98
中醫給分	Referral	Care Better	Share	Institution	Guide	Insurance	Education	Platform

3.2.3 撮要及評論 Interim Discussion

問卷普查和專訪面談調查結果顯示受訪者對中西醫協作的態度趨向更加積極，結果令人鼓舞。

對西醫問卷普查結果的評論

迴歸分析顯示預期行業成果跟西醫支持或反對中西醫協作的關係最密切。若西醫認為中西醫協作可為病患帶來益處，便支持中西醫協作。跟據西醫在預期行業成果的平均分(4分)來看，仍然有一部份西醫認為中西醫協作不能帶來更好的行業成果，以致於西醫普遍對中西醫協作持較中立的態度。

另外，根據性別對不同研究因素的T檢驗，女性比男性更支持中西醫協作。女性對有利病人效用、進修、預期行業成果等因素的平均分都顯著比男性的高。可能是因為女性較容易接受新事物，持開放的態度。

最後，根據年齡對不同研究因素的T檢驗，發現原來30歲或以下的年輕西醫較年長的西醫反對中西醫協作。於專訪面談中，亦有受訪者提及過，年輕的西醫因資歷較淺，未有接觸很多

不同類型的病人，因此不知道中醫有可以幫助的範疇。而年資深的西醫，遇過的奇難雜症較多，見證過中醫的療效，因此較傾向相信中西醫協作。

對中醫問卷普查結果的評論

中醫的研究因素信度不足主要是因為中醫的回覆較多異常數據，導致結果有誤差。可能問題設計改變形式可增強信度。

此外，因中醫問卷是由英文版本翻譯而成。即使專家及研究人員再三修訂翻譯用字，仍有可能出現翻譯的偏差，因此造成西醫與中醫的回覆在信度上有所差異。

對中醫西醫比較問卷普查結果的評論

總括來說中醫較西醫支持中西醫協作。其中一個原因可能是西醫對中醫的態度問題。西醫在眾多研究因素中，西醫對中醫的態度的平均分最低，只有3.34分。因此可推斷西醫對中醫的觀念有所保留，而原因可能是基於互相不了解及溝通不足以致不信任。

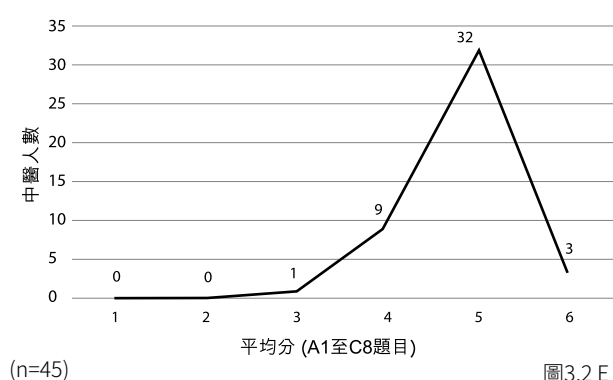
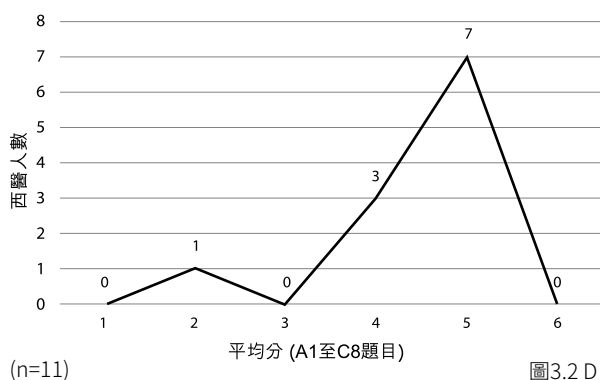
限制

Limitation

電子版的問卷普查不能從回饋的問卷得知受訪者是中醫或西醫，因此在每份問卷加上了編號，編號以1為開頭的是中醫，以2為開頭的是西醫。他們填寫網上問卷時需要首先輸入收到的郵寄版問卷上的編號才可繼續填寫。中醫西醫就此分明。

根據問卷普查的統計結果，絕大多數中醫和西醫也支持中西醫協作。可惜，回應率只有大約5% (n=1000)。這意味著非常明顯的無反應誤差，我們不知道普查人口的其他95%人士的意見。但是，如果對中西醫協作持反對意見者，傾向會填寫問卷作出反饋（以減少支持率）。有中立人士不參加調查亦不會影響調查結果。對無反應的人士，也可以被視為中立。基於以上原因，結果顯示有相當高的支持率。儘管回應率是5.5%，這個結果應該仍然有用。

另外，在進行研究分析之中，進行了對中醫及對西醫的另外的試驗研究。以非概率抽樣中醫及西醫，一群中醫及一群西醫全數人皆答問卷。西醫全數為11份，中醫全數為45份。這兩群西醫人口子集(左下圖3.2 D)及中醫人口子集(右下圖3.2 E)比較整個普查人口(前圖3.2 B)的平均分分佈，折線的形狀相近，平均分偏高。因此可證實整個普查人口的研究分析是有效的。



3.3

以病患為主要的研究 Disease-oriented study

在香港，政府推動循證中醫，在醫院展開「中西醫協作項目先導計劃」，就三個病種進行研究，包括中風康復、下腰背痛症及癌症紓緩，提供中西醫協作的治療服務。有意見認為比較偏重於西醫主導，但不失為對病種研究中西醫協作的好開始。香港中文大學中西醫結合醫學研究所同時有一個下背痛中西醫綜合服務試點模式，著重的是“以病人為中心”的護理，而不是“以疾病為中心”的護理。本項目以中醫西醫一起主導研究中西醫協作模式研究，特別是中醫在社區基層醫療病患有效，顯然社區病患這範疇是中西醫協作最幫得到市民的。

中醫和西醫不協調會引致許多人在病患及病苦中未能及時得到最妥善的處理，本項目首先在社區醫療選擇幾種疾病作為開始，探討中醫與西醫之間相互協作的可行性提出建議。IJOP本計劃就是嘗試推廣香港中醫西醫在處理病患時能夠加強認知病患和雙互的認受性。

事實上中醫和西醫的差異是如此之大，合作的開端最好是先訂定一些中醫西醫一起診治能幫助病人更佳的範疇，提供達至協作治療疾病的模式，行醫者會更加放心。常見病人求診時，感到身體某部分有莫名其妙的疼痛或覺得最近特別累，但醫生找不出原因。英國的一項研究報告指出：有四分之一以上的基層病人有這種病苦，無法查出病因，使到病症難以根治，統稱為「醫學上無法解釋的症狀」 medically unexplained syndromes MUS (也名為臨床難以解釋的軀體症狀)。相關症狀包括腸躁症、非癲癇性發作、慢性疲勞、複合性化學物質過敏症等代號，可能亦有腰痛、心悸，非心臟胸痛，不明原因頭暈、胸悶、腹脹等等。用了很多理論去瞭解，但似乎都不能完全解釋。

往往生理病患在西醫檢驗不出問題時，主力以心理精神病患醫治，一些家庭醫生和內科醫生以壓力為其形成此等病症的一大因素，治之以生活形態的改變、放鬆的技巧、運動、心理療法、認知行為治療及家庭療法等方式。雖然有用但病患者仍然困擾，也是十分消耗醫療系統資源的一個問題。從不同的角度，中醫以身心一起為整體問題視之，治理臟腑氣血變化或勞損等而整體見效。

MUS症候群，本應是中西醫可一起嘗試協作的開端範疇，更佳幫助病人，也有很多醫學報告指出治療有效。但本項目開展期間，諮詢過衛生與醫學專家及顧問委員會後，鑑於MUS複雜難以界定其定義，使到調查上有可接受的清楚研究標準，暫時不適用於本研究。轉以採取較實在的病患作研究。

3.3.1 研究方法 Methodology

以病患為主要的研究，由疾病專家開始，以團隊合作形式組織起中醫西醫的務實溝通渠道。透過學術會議及專題講座，共同討論、研究、交流，就不同疾病與個案及治理的問題作出討論，表達他們不同的意見和關注點，分享對可協作病症病案的治療心得，從而互相學習並提升醫療學術水平，在臨床實行中西醫協作上提供治理策略框架。

協作通過現代方法進行改進。本項目找出在社區內西醫中醫互相介入而治療功效有提升顯效空間的病患，在病案協作治理的觀點下，分析中醫及西醫可協作醫療的模式，尋求中西醫和病人三贏局面的方案，希望有助於建立醫生和從業人員可以接受的合作模式，促進中西醫協作的協同環境和建設體系。

就訂定範疇，以社區常見疾病討論，首先成立了一個中西醫臨床協作專家顧問團，邀請三大聯合主席，與項目統籌一起研究。幸得香港大學、香港中文大學、香港浸會大學的中醫藥學院及中西醫結合醫學研究所的院長和主任支持，勞力行教授、呂愛平教授、胡志遠教授一起領導，中西醫臨床協作專家顧問團成立，一起集思廣益審查研究出常見社區疾病的方法學原則，決定認為首先確定優先次序，以便從許多可能的提議中選出一些疾病，然後考慮那種是缺乏中醫西醫一方而療效會較差的疾病來進行協作實踐研究。

由於優先考慮理應符合一些良好的理據，在最初的統籌會議期間進行了大量的討論。有建議先行從調查中醫西醫來確定開始的目標疾病，隨着放棄這種方法。項目統籌通過文獻搜索，介紹各樣尋找何等優先設定方法的策略提案，開放考慮包括：calls for submission 徵求提交、stakeholder surveys 調查持份者、問卷調查、訪談、工作坊、焦點小組、圓桌會議、Nominal Group 名義群體法、和 Delphi technique 德爾菲法等策略來用於衍生研究重點。

經過考慮，最終決定優先次序以文獻分析為開始，藉著蘭州大學資訊科學與工程學院學者，由中國知網全文數據庫及從香港浸會大學數據庫進行搜尋，文獻最常見的中西醫協作治療的病患作數據性的學術分析，得出資料顯示，從1979-2014年，搜集取得了前50強，作為病患項目的考慮。再以7項病患甄選準則，通過顧問團討論提出了11種疾病，但考慮到：

- A) 香港基層中醫和西醫可以能夠接受的協作概念。
- B) 那些是中西醫協作也許不太複雜的疾病。
- C) 缺乏中醫西醫一方治療會令療效較為遜色的病苦疾病的提議。

顧問團就此對提交了的病種進行了廣泛而深入的討論和建議，致力縮窄研究範疇以減低開端的工作。

最後顧問團制定合適研究病苦的標準及原則。選擇研究協作的病患的合適準則如下：

1. 若只使用西醫，治療成效不顯著；
2. 有證據顯示中醫治療可得到顯著成效；

3. 中醫西醫均會接受中西醫協作治療可提高治療成效的建議；
4. 要便於溝通，並且其成效可以量化衡量的；
5. 可在現今文化系統引發正面及漸進變化；
6. 由於安全的考慮，並不包括住院病人。

經重複甄選最終選出5種西醫中醫互相介入於治療功效有提升顯效空間的病患，包括濕疹、哮喘、中風後治理、結腸癌和乳腺癌維持治療和炎症性腸病。

接着，就各種疾病研究的範圍，邀請資深專家支持，集成幾綫疾病專家組，從專題講座，共同討論、研究就不同疾病及個案與健康治理的問題作出討論，研究及探討中醫西醫協作治療策略框架。之後推出時再因應基層醫生臨床操作經驗作出修繕，希望有助於建立醫生和從業人員可以接受的合作模式。

3.3.2 研究結果

Results of Disease-oriented study

1. 濕疹 Eczema

皮膚專家會議

作為濕疹專家組，由3位中醫皮膚專家、6位西醫皮膚科專家及2位中西醫皮膚科專家組成。希望找出中西醫共同治療濕疹的大方向下，尋找可以合作的空間。

「結合醫學之濕疹及蕁麻疹治療」是IJOP項目的專題講座，於2016年5月22日舉行。其後集合專家會議，會議上共同討論：

於濕疹急性症狀時西醫治療有效。有紀錄病患者對西醫治療無反應而中醫藥有緩解症狀，中藥也有助於避免多用免疫抑製劑和抗生素。專家組在濕疹協作中佈局，考慮了香港中文大學示例中共同協商經驗的原則，準則及評估，通過對中國古代文獻進行系統評價，文字挖掘中使用大數據，汲取經驗豐富的中醫意見，通過焦點小組收集中國研究與發展研究資料。解決的方法，是建立病人效能的途徑，減少西藥治療疾病的劑量，中西藥物相互作用的風險必須記錄在案。用描述症狀的傳統醫學語言來解決中醫和西醫的問題，配對中醫和西醫進行病人轉診，建立快速通信的機制。

之後的專家會議上，建議制定一個以病患為主的問卷調查，專訪代表性的疾病專家確定取向。在這次項目進行其中的工作理論、學術、人事等繁複問題上，用了很多點時間仍未盡完成，幸得到專家們支持動手出力。之後會由中醫與西醫兩組專家分組研究立場，然後合寫交替應用的治療策略框架，希望策略框架推出時再因應基層中醫西醫的修繕以確保簡易受用，建立醫生和從業人員均可以接受的合作模式，以便收窄中醫西醫過往在醫治上的落差。

備註：希望日後能參照國內仍在研究中的濕疹循証臨床中醫藥學專著。現時銀屑病循証臨床中醫藥學專著，已由廣東省中醫院和澳大利亞皇家墨爾本理工大學聯合建立的中澳國際中醫藥研究中心，合作循証研究出版英文版，將傳統中醫診療經驗、現代臨床研究證據和實驗室證據融於一體。

2. 中風後治理 Post-Stroke Management

在中風後治理的研究方面，我們參觀了兩所提供中風後治理的中西醫協作治療機構。參觀目的為了解目前中西醫協作為中風後病人所提供的服務情況，希望能深入了解中醫西醫及醫療輔助人員之間的合作模式，從中汲取經驗，取長補短，作為日後的推廣中西醫協作治療提供參考例子。

① 東華東院—香港理工大學王澤森中醫藥臨床研究服務中心

2017年4月，訪問該中心醫師。

中心服務介紹

東華東院提供中西醫藥結合治療服務，為東華東院指定病房的住院中風病人，提供中醫針灸及藥物治療服務，由病人或其家屬主動提出要求接受結合治療服務。服務提供為期近一個月，最多十次的中醫治療。中心有兩名中醫負責服務，能同時最多為十名病人提供中醫治療，服務使用者多為病情較為穩定的病人。

中西醫協作模式

中醫在病房會見病人進行診斷後會開出藥方，由中心的中藥房出藥予病人。在這個過程中，西醫負責簽發藥單，護士派藥外亦會與中醫交代病人狀況，以及處理突發事情。以往中醫西醫會透過電話交流討論病況。

中醫西醫雖然在此協作模式中交流不多，但對病人而言，在病房能同時接受同一機構之中醫及西醫治療，已能省卻不少時間及金錢，亦不會因西醫中醫之間欠缺認識而出現矛盾和衝突。

治療情況及效果

大部份病人在接受治療後，無論在清醒程度、活動程度及吞嚥能力方面均有改善，惟因服務集中於提供臨床服務，缺乏實際研究數據。約有10%的病人因針灸帶來之痛楚等原因而中斷治療。

不少病人在使用服務時也有詢問關於中醫對中風後護理的知識，如服用安宮牛黃丸、湯水及按摩等，使病人可以更全面地改善健康。服務除了促進病人康復之外，家屬亦可與中醫師進行較長時間的交流，因而提升對治療的信心。

服務形式對中醫診症之利弊

與其他中西醫協作模式不同，中心的西醫一般不參與中醫治療過程，因此相關的行政程序較少，中醫能集中處理臨床診療，亦能有較大自由度為病人處方藥物。

因資源所限只能提供十次服務，隨後要病人到醫院的中醫診所或自行在院外接受中醫治療。另因場地消防條例所限，中醫未能採用艾灸及拔罐等治療手段。

另一方面，中醫因缺乏西醫技能及支援，對治療造成一定不便。例如中醫未有接受為病人過床及理解西醫病歷紀錄等訓練，還需要一定時間的磨合。

② 香港中文大學醫學院中西醫結合醫務中心

2017年4月訪問了研究所的中風團隊，中醫師、針灸中醫物理治療師、中心管理註冊護士。

中心服務介紹

病人自行到研究所登記接受治療。中心會先由曾接受中醫訓練的護士及中醫師為病人進行評估，視乎病況使用針灸、中藥，以及西醫治療。

中西醫協作模式

在此平台下，中醫西醫雙方可以檢閱病人病歷，了解中醫及西醫雙方的診斷，以及討論治療進度，以發掘更佳的治療方案。研究所主要為三至四個病種(例如中風復康及腰背痛等)提供中西醫結合醫療，並制定相關的治療方案。

研究所強調護士在中西醫協作中的重要性。護士扮演類似病案經理的角色，從中促進中醫、西醫、病人三者之間的交流，亦讓中醫更能認識如何能配合西醫進行治療，例如避免在病況不合適時對某些穴位進行針灸。

中心自行研發的中西結合醫療資訊系統 (Integrative Medical Information System/IMIS) 可置入中、西醫病歷，使中醫與西醫兩者更能掌握雙方的診斷、疾病評估及用藥資料，有助協商最佳的治療方案。

團隊的中醫師表示，中醫的醫術本身要有一定實力和水平，才能得到西醫的認同，方可在以西醫主導的醫療系統中順利進行協作。

治療情況及效果

團隊的中針灸中醫物理治療師表示，病人在病發後，愈早接受針灸治療，效果會愈好。病人如配合中醫針灸及西醫復康治療能促進病人康復的進度。若病人同時接受被動式及功能性訓練治療的話，對病人的活動能力、吞嚥能力等均有幫助。

除此之外，病人及其家屬十分關注關於營養補充方面的資訊，中醫可提供相關的中醫食療知識，以貼近病人日常飲食的資訊，協助病人早日康復。

服務形式對中醫診症之利弊

中心因附屬中文大學以及設於醫院內，病人對中心所提供的中醫服務信心較大。此外，不少醫護人員本身亦有到中心就診，在醫院內已建立一定口碑，使病人更容易接納進行中西醫結合治療。

中醫在中心能獲取西醫化驗數據，如電腦掃瞄、MRI、肝功能指數等資料，提供更有效的治療，令中醫無法輕易獲取數據協助診斷的問題得以解決。同時這也能令更多中醫了解到西醫的診斷方法及技術，有助中醫西醫之間的溝通。

在訪談當中特別提到中醫西醫之間的語言以及病歷系統的問題。在語言問題方面，中醫主要使用中文，西醫卻多使用英文，這窒礙了兩者之間的溝通。更深層次的矛盾是中醫與西醫使用的醫學名詞南轅北轍，雙方要了解對方的醫學概念並不容易，嚴重更會造成誤解。另一方面，中心使用了中西結合醫療資訊系統，解決了中醫西醫無法閱覽對方病歷的問題。

3.3.3 撮要及評論 **Interim Discussion**

從研究中發現有一些社區疑難病患，可在持續推動中西醫協作時，透過中醫西醫互相交流來制定交替應用的治療策略框架，並在落實基層治療時因應臨床需要作出修繕，達至完成醫療指引為止。可參考Integrative Joint Organizational Platform of Chinese Medicine and Western Medicine in the Management on Recalcitrant Atopic Dermatitis. Med Clin Res, 2017;2(2):1-2.

在訪問中西醫協作診所時，前線醫護人員提供了營運上的困難和解決方法給我們參考，這樣的交流豐富了我們的經驗和知識，有助加深了解在策略框架下的問題管理，促進中醫西醫協同環境及醫者和中西醫療輔助人員體系建設，為香港中西醫協作的發展奠下基礎。然後就要跟進評估協作效益、經濟代價及醫療效果。

第四章：培育項目 Education

培育是「中西醫醫學平台」IJOP計劃的重要一環，將協作知識意識形態的層面豐富起來，促使綜合病患管理向前推進。並藉着一連串的學術活動，在溝通及交流上擔任橋樑的角色，使學者們從互動中融合及接納，互相啟發，為中西醫協作奠定基石。

培育項目包括了：慢性病中西醫治療論壇暨項目啟動典禮、「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」會議，以及3個分別以「不孕治療」、「濕疹及蕁麻疹治療」和「中風後治理」為主題的專題講座。



慢性病中西醫治療論壇暨項目啟動典禮 **IJOP Launching Ceremony cum Chronic Disease Management with Integrative Medicine**

「中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查(IJOP)啟動典禮」於2015年11月22日假醫院管理局總部演講廳舉行。亦以該日啟動典禮後舉行的「慢性病中西醫治療論壇」，作為開啟培訓活動，帶起士氣。整個活動為IJOP項目作了一個好的開頭，希望藉此活動達到宣傳本項目的效果。而且，啟動典禮亦為隨後的問卷普查作鋪墊，藉以提升問卷普查的回覆率。

啟動典禮由當屆會長余秋良醫生致歡迎辭，並邀得食物及衛生局局長高永文醫生及創新科技署署長蔡淑嫻女士作主禮嘉賓。感謝榮譽嘉賓高局長致辭長談間作出銘心鼓勵。醫學界翹楚及醫護界同業鼎力參與，與會者反應熱烈。

論壇以「慢性病中西醫治療」為題，邀請到香港中文大學胡志遠教授、香港浸會大學卞兆祥教授及香港中醫藥管理委員會中醫組主席黃傑中醫師，分別就腸胃病中西醫、慢性病治療及中西醫夾縫法律問題等主題作分享。此外，林騁兵醫生、蘇詠怡醫生、蘇子謙西醫中醫師及莫飛智博士在王榮珍女士帶領主持下，就「慢病治本」作專題中西醫對話。

活動促進了中西醫專業知識的交流，亦為中西醫日後的協作交流奠下基礎。參與者均表示獲益良多，亦期望中西醫協作為社會作出更大貢獻。



「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」會議 **Frontiers of Integrative Medicine – Clinical Challenges and Future Directions**

「結合醫學前沿- 臨床挑戰與路向」會議於2017年3月11至12日假香港浸會大學曾陳式如會堂舉行。會議為兩日活動，包括工作坊和研究會議。

工作坊於首日舉行，就過敏性疾病、心腦血管疾病、消化系統疾病及乳癌四個病種進行探討。每個工作坊的講座由一位中醫專家及一位西醫專家負責講解病症專題，亦邀請專家就每個主題作個案介紹問題及分享解釋。參加者可深刻了解同一疾病在中醫和西醫的不同治療方法。在工作坊內，中醫專家和西醫專家亦可藉討論專病及病案中交流心得，有助促進中西醫協作。工作坊滿座共有190人出席，大部分是中醫師，其他有不少西醫、註冊護士、醫科學生和醫療專業人士。

會議大會在次日舉行。邀請到食物及衛生局局長高永文醫生榮譽嘉賓主禮，創新科技署署長蔡淑嫻女士、香港中文大學校長沈祖堯教授及中國科學院陳可冀院士作主禮嘉賓。會議講者包括海外及本地學者：哈佛大學醫學院楊世賢副教授、中國科學院陳可冀院士、肯塔基大學史香林教授；香港醫學專科學院上屆主席李國棟醫生、香港中文大學中醫學院客座教授梁挺雄教授、本項目統籌余秋良醫生、醫院管理局香港中毒諮詢中心顧問醫生謝萬里醫生、香港中文大學香港中西醫結合醫學研究所主任胡志遠教授及黃伯偉博士。會議講題內容對中西醫協作有很大及廣泛的發揮鞏固作用及指導性方向，參加者踴躍討論啟發很多好建議。會議共有259人出席，大部分為中醫師，其他也有不少專科學院的西醫、以及註冊護士、醫科學生和醫療專業人士。

會議得到香港大學、香港中文大學及香港浸會大學的支持和協辦，肯定這個計劃的成效及貢獻，特別不計財力支持邀請國外專家親臨會議分享，使是次會議順利舉行。藉此次機會我們看到世界各地的中西醫協作專家的交流，國內外著名專家的大力支持，為會議帶來很大的成效和迴響。參加者反饋這次會議的工作坊形式是一個突破，使中醫和西醫在了解病患之餘，能夠從學習專家的新知識和病案上深入討論，是一個非常好的平台供中醫西醫互相討論溝通，令他們收獲豐富。

為了評估會議的成效，兩天活動也有進行問卷調查。問卷數據顯示大多數參加者滿足是次活動，亦使他們對中西醫協作有更深入的了解。而參加者亦提出意見啟發在香港推行中西醫協作的路向，可從教育方面入手，又認為政府應積極投放更多資源推行中西醫協作。



4.3 專題講座 Seminars

就跟進以病患為主的研究所選定的5個病種，包括有濕疹、哮喘、中風後治理、癌症(結腸癌和乳腺癌)維持治療，和炎症性腸病，加上一些香港中醫西醫可成立專病協作組，及有共同興趣的題材，一起作為專題講座的考慮，最後選定了專題講座的3個主題，分別是不孕治療、濕疹及蕁麻疹治療及中風後治理。

4.3.1 結合醫學之不孕治療

Infertility: Integrative Medicine

「結合醫學之不孕治療」是IJOP項目的首個專題講座，於2016年4月25日假香港醫學組織聯會演講廳舉行。當日有94人參加，主要是中醫，其他包括有西醫及註冊護士。

是次專題講座邀請到香港中文大學香港中西醫結合醫學研究所客座副教授刁杏芳教授及香港大學李嘉誠醫學院婦產科學系臨床教授吳鴻裕教授，從中醫及西醫兩方面探討不孕的治療方法。主題對中醫和西醫反應都不錯，希望來日可成立專病協作組。

4.3.2 結合醫學之濕疹及蕁麻疹治療

Eczema and Urticaria: Integrative Medicine

「結合醫學之濕疹及蕁麻疹治療」是IJOP項目的第二個專題講座，於2016年5月22日假帝苑酒店花園廳舉行。當日有127人參加，其中有76位是中醫、43位西醫及其他人士。

講者包括有皮膚科專家陳衍里醫生、東華醫院外科部門主管鍾漢平醫生、香港浸會大學中醫藥學院臨床部副主任首席講師黃霏莉教授、皮膚科專家陳俊彥醫生及本項目統籌余秋良醫生，就濕疹療法新知、類似濕疹的外科病症、中醫治療濕疹臨床研究、蕁麻疹療法新知及濕疹和蕁麻疹的中西醫結合治療之路等題目探討中西醫協作的出路。會後中醫和西醫同聲叫好，說是難得的講解，對皮膚中西機理及治療有新的體會。

4.3.3 結合醫學之中風後治理

Post-Stroke Management: Integrative Medicine

第3個專題講座是結合醫學之中風後治理，於2016年11月13日假醫院管理局大樓閣樓演講廳舉行。當日有256人參加，大部份是中醫，亦有不少西醫及醫護人士。

是次專題講座邀請到香港大學中醫藥學院副院長(科研)教授沈劍剛教授、香港理工大學復康治療學系副系主任彭耀宗教授、香港中文大學威爾斯親王醫院醫學及藥物治療學系助理教授劉玉麟醫生及沙田醫院內科及老人科顧問醫生及註冊中醫師柯加恒西醫中醫師作演講；並由香港大學醫學院腦內科臨床教授張德輝教授聯同本項目統籌余秋良醫生作主持，高人滿席。當日中醫西醫也發表了對中風後治理的看法，而彭教授講解了物理治療對中風病人的成效，希望參加者能多方面了解中風後治理，令病人得到更大益處。

小結 Interim Remarks

以上活動承接IJOP項目，有幸邀請到不少知名專家為講座演講，尤其是有些百忙之中已很少抽空演講其他講座的講者支持。而講座安排了多學科、多元化的內容，參加者也獲益良多。高永文局長在啟動典禮的開幕演講為本項目打開了一個好的開始，而隨後更有國際級的專家為研討會大會演講，令本項目的培育活動順利完成和取得美滿的成績。

第五章: 綜合討論 Discussion

在項目中的問卷普查,三階段專訪面談,以病患為主要的研究,和透過學術會議、面談、及一起實幹時接觸到的醫學界各方人士的討論交流中,對中西醫協作路向進行了深度的調查瞭解,從政策到系統,由實用性到醫者的態度取向,總結出實在有需要推行中西醫協作,無論是單純或複合多樣化形式的協作。我們從調查結果的初步基礎上再進行分析討論和建議,希望可以幫助制定協作模式規範,作為日後實施藍圖的參考資料。

本報告提供了中西醫協作的初基。為了滿足規劃實施時的需求,討論會以醫學平台項目和路向調查所得為之原則及結果為題。



中西醫結合服務 Services with Chinese-Western Medicine Integration

香港的醫療現況,西醫體系高度發展,隨著開展中醫藥納入公共醫療管理體制及公營中醫門診服務,政府籌建中醫院、廣華醫院及香港中文大學醫學院籌劃在建設中的醫院內有中醫專家駐院,會有中西醫協作模式運作,為合適的病人會診。

一個病人向醫生求診時往往有心理的問題及生理上的病患,但生理病患在西醫檢驗不出問題時,常常就會主力以心理精神病患的方向作出醫治。其實文獻指出70%的心理問題都會在生理上有病患。本是整體身體健康出現問題,中醫治理可緩解,對勞損及社區病患有效。反之也有病人向中醫求診而漏診。各種不協調的狀況下,病人在精神或生理上或痛症上患病幾個月,醫者本可有更佳的治療,只可惜沒尋求另一方面更有效的方法,這在病人來說是一種病苦。

在本港有不少整體或個別病例統計數據顯示,向中醫求診的病人中約有60%在向西醫求診時亦會同時使用中醫。可是,大多數醫療機構或基層醫療醫生對中西醫協作的預備訓練不足或缺乏時間去理解,所以未必能全面充分解決病人的問題,有些病症需要中西醫互相啟發思維,從細節方可掌握治療的方法,看破主因、導因、本因而分清主次,往往就可能更簡單直接治病。

簡單來說,中醫西醫協作對病人更有利。政策制定者、規劃者和身心健康醫療提供者不斷努力在人們福祉和改善社區健康狀況的背景下,中醫西醫協作可提供優質有效的服務。

調查結果顯示中醫西醫對中西醫協作的態度更趨積極 Investigation Results show More Support for Collaboration

問卷普查和專訪面談結果，發覺中西醫在香港比較以往多了很多交流空間，受訪中醫西醫對中西醫協作的態度更趨積極，更多西醫中醫認同中西醫協作對市民有利，亦贊同有互相轉介機制。此外，普遍西醫中醫都視唯證重要，認同循證醫學。

任何步驟皆需要衡量市民的利益。循證醫學的目標是通過臨床對照試驗作比較來見證效力，以實質證據來好好運用中醫學和西醫學。可惜問題是西醫以病為主，臨床對照試驗本為驗證新的醫法是否更有效。然而，到目前為止，中西醫協作效用的證據經常不能達到西醫標準的要求，其中一個原因是由於中醫固有的內在特性，未必達到主流要求的可驗證為有效的標準原則。另一個原因是中醫不只是診治疾病而是整體治療，把中醫所重視的病証統一化時不一定確切，引致臨床對照試驗並不能顯示出中醫的長處。中醫學可說是聰明的運用未確定套集(indeterminate set)謀求精準，使診治模式更加精確。方法亦可說是以溯因推理法(abductive logic)來假設、設證、逆推、溯因，此法為好用的現代人工智能方法學。但現今醫學理論未至了解，因為西醫源出沒有此法，就主張(deductive)演繹法、(inductive)歸納法為證，並不能顯示出中醫學的深度。

中醫和西醫可透過以下方式結合：

- 深究結合醫學：通過深入的整合研究
- 循證醫學：通過重要的臨床證據
- 聯合臨床協作：按照精細的協調方式和良好的細節

在實質證據雖未真正穩固但亦是好證據的情況下，仍然可以見到中醫西醫協作夥伴的關係發揮啟發的作用。夥伴的關係，可由微量至緊密的協作。中西醫協作類似於發展關係，良好的協作先從好的合作夥伴開始相互了解。改善協調的方式和細節可促進良好的關係和協作。

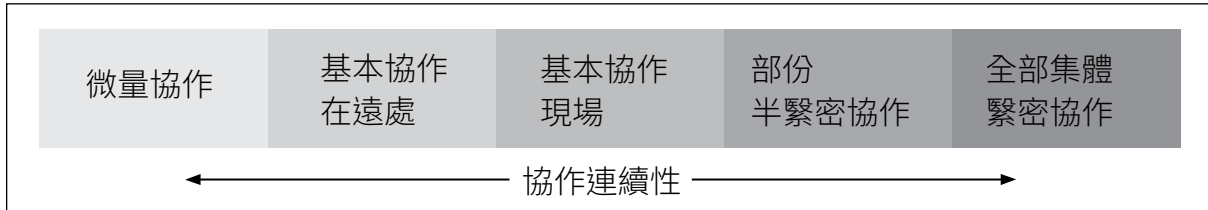
關於循證醫學態度的調查結果

- 中西醫協作不需以臨床證據作唯一基礎，來決定那一種病症應由中醫主導或是由西醫主導。
- 西方隨機對照試驗 Randomized controlled trial 方法雖不能符合中醫理念之需，但這方法不需要改善來切合中醫的特色，因為此法乃科學驗證的基礎，其效力建立了一套完整體系，已經統一化了。

5.2

協作模式 Models of Collaboration

協作的實踐模式，可以有很多方式共同合作，可由微量至緊密協作。



從部分或全面緊密的協作，實現可混合和多樣化，形式單純或是複合，經常將不同動力或多個元素合在一起。協作模式設計或實施的基礎要考慮的因素，包括病人心理和生理健康的負擔和影響，令協作更容易接軌的基層醫療服務設施，治療的成本效益，及協作對基層社區醫療有良好效果。

首先，協作模式之間有三種基本類別：協調性，共同地點和整合 coordinated, co-located, and integrated (Blount 2003)：

- 協調性：基本上協調醫療，但服務的實際交接發生在不同的地點環境中。
- 共同定位：在同一地點提供治療或服務進行交接。
- 整合：在一個治療計劃中提供行為健康和醫療服務。

協調性	共同地點	整合
篩檢、篩選	相同設施	相同地點、設施和醫輔組合
轉介關係	職員把關	一套治療計劃
信息交流	強化非正式的溝通	團隊一致配合
分配責任	診証交互和可提高醫術	團隊責任和努力
連接資源	診証交互和可提高醫術	數據庫追蹤跟進醫療服務

協作模式例子 Examples of Collaboration

- 在以色列，把關者的角色是監督及處理行政事宜，祇參與少量的臨床的工作。以建立的生物醫學篩查程式，明確界定生物醫學(西醫)及替補醫學的定義和兩者的分界。初步篩查建基於病人第一次到診時的醫學記錄。資深醫生一般是替補醫學中心的總監，擔綱起診斷者及管理員的角色，雖然會是替補醫學的專業醫生，在這個安排中並不參與生物醫學臨床工作。替補醫學診所也不提供生物醫學理療的服務。對於病者來說，當他們未能從一般西醫架構中得到幫助時，多以替補醫學視為最後的救援。

- 在瑞典，把關者不單須負責監督平等分配準則模式，還要擔任臨床的工作。替補醫學提供一個截然不同的服務，功能獨立，很少跟進接觸。在基層診所把關者是一個集生物醫學及替補醫學於一身的專業人員，負責病患的所有臨床管理，包括推介或建議生物醫學或是替補醫學的治療。這些推介及建議是由專業團隊透過病例研究討論取得共識才向病人提供。
- 多學科合作：英國國民健康服務體系(National Health Service)中五個基層醫療診所整合了人智學和傳統醫學。
- 單方雙方主理：根據一些以色列的研究結果，西醫贊成西醫主導的模式，而替補醫學治療師則傾向於使用一個雙方主理模式。
- 美國Hollenberg指出，從醫生及替補醫學從業員的關係分析中，發現兩者在綜合實踐上存在着固有的困難。據了解，兩者在協作上出現的複雜情況，乃沿於生物醫學(西醫)醫生時常保持醫學支配權，形造一個持久運作模式，對病患者的治理實行全控制，並繼續以生物醫學的術語作為溝通基礎的模式。

協作醫療環境 Environment for Collaboration

研究結合醫學的組合曾是美國國家補充和替代醫學中心策略計劃的重要組成部分。在美國，據醫生和非醫生設計和發布的合作研究，CAM替補醫學研究人員通常隸屬於醫療機構的替補醫學研究中心。在香港，中醫西醫醫療體系中最大互動群組也是在研究機構，政府促進發展中醫門診服務時，醫院管理局、非政府機構和本地大學以三方夥伴協作模式設立的公營診所也以「中醫教研中心」為開端。

在現代醫學，醫療界都視唯證重要，身為醫者學習瞭解循證醫學的原則和實踐是值得的。英國上議院的一份報告建議，在替補醫學工作的每位治療師都應該清楚地了解循證醫學的原則。本調查結果可見普遍香港西醫中醫都認同循證醫學，應可以加力培養。在外國，結合醫學專家獲得證據而支持主流醫學與替補醫學在臨床實踐，科學研究和醫學教育中有協同效應。普遍針灸較易被受認同，在各國，醫生和針灸師之間的合作也在增加。在美國，搜檢西醫和針灸師的報告，找到西醫向針灸師轉診率達到43%。

基層醫療上，成功的協作需要加強基層醫療服務體系的支持，以及政府和私人政策制定者的長期投入和承諾。Bell貝爾等 (2002) 認為結合醫學是一種新的醫學模式，將其定義為一個「強調整個人(生物心理-社會-精神維度)健康和療養為主要目標的全面基層醫療系統」。在這種模式中，病患者和中醫西醫是制定和實施治療計劃的合作夥伴。

- 在西方國家中，使用替補醫學被視為基層健康護理的直接方法。
- 在英國，有半數的醫生會轉介他們的病人予替補醫學服務。在德國有60%的醫生會在醫療中同時提供替補醫學的服務。在學術的報告中，其他的西方國家在這方面比率是13-38%。

在協作模式裏，中醫的健康醫療應是基層醫療的其中一部份，以使病人將視之為醫療的常規部分。在香港，第一線的醫生掌理基層醫療，病患者可以直接求診，包括一般內科醫生或專家，家庭醫學，兒科和婦科，以及耳鼻喉外科醫生、泌尿科醫生，眼科醫生，精神科醫生和註冊中醫師。社區醫療被描述為病患者接受大部份治理的醫療環境。

在最低程度的協作環境，醫患關係取代了團隊合作關係，病人無論看西醫還是中醫，個人可以參加個別的服務，最低限度地完成整個協作的整合。在較好被受醫育環境中，患者可自行管理支持和測試，篩選合適的西醫中醫個別服務的資訊，完成協作的整個醫療，不論多少。較高程度的協作，或者有各式各樣協調的方式，可能包括醫生之間的轉介機制或龍頭級網站設置管理，完成協作。另一方面，私家聯合性協作診所，在香港西醫中醫還未著實深入互通之際，在大學和將來的醫院則可見聯合性協作還未及發展。在醫療團隊中，團隊合作關係應用於協作醫療，團隊成員分擔病人醫療的責任，對病人的信息由團隊負責。真正醫療團隊中，每個成員提供服務都會了解到另一個人在做什麼，在某些情況下可以相互填補，形式包括患者追蹤，使用非醫務人員，採用循證指南進行病例管理。

關於協作醫療環境制度化的調查結果

- 可以最先從社區基層開始，由下而上，至終成管理機構，建立一個先導形式的小規模轉介機制，因為可順應市民基層醫療的需要，從而作出改善。但會有利益衝突、沒有法律條例支持等問題。
- 亦可最先由管理機構開始，由上而下，至社區基層，使用共同的治療指南，因為方向及目標會較清晰，比較容易推行，但會有行政限制，可能會離地。
- 西醫院內應該設立獨立的中醫部門，但不限於只轉介西醫難以醫治的病人給中醫。因要有證據證實中醫的治療是有用的情況下才可轉介，而且應轉介給有臨床管理能力的人。
- 中醫院運作少不免有中醫西醫合作的元素，惟主導思想應以中醫為主。但純中醫難說服大眾，而且要解決權責問題，所以應以病人需求為導向。

關於推行協作醫療環境的調查結果

- 西醫專家認為病人可能會就同一疾病同時求診於中醫、西醫。互通病徵及病歷可能對診療有用。
- 私人診所可以實行中西醫協作的合作模式當作起步點。亦有人認為現應先集中公營醫療，在私人診所實行可能會造成混亂。
- 中西醫協作需先有雙向的轉介機制 (Referral System)，不一定可分清中醫西醫的醫療權責。其實只要先分清醫療權責，就不需要轉介機制。
- 中西醫協作在考慮中醫或西醫主導領行方面難以分清，因為一個病症會隨病情由中醫或西醫負責，兩者對病症的治療不同。因此交接過程更重要。
- 臨床層面的中西醫協作需改善溝通，護士作為一個溝通人或作為一個中介的角色十分重要，但單單由護士擔任協作太薄弱，溝通應由中醫西醫之間開始更為重要，加上公營醫院護士很忙碌，護士作中介有難度。
- 中西醫結合並不是訓練本地中醫人才，只為病人得到更好服務。
- 在發展中西醫協作時，中醫本身沒有發展藍圖，亦欠缺諮詢機制。香港中醫不太團結，各自為政比較嚴重，沒有實際有效的諮詢機制。
- 中醫西醫之間需要更多互相理解，中醫要了解西醫的新技術，互相學習有必要，但關鍵是西醫學中醫，以減少偏見與無知。
- 應借助中醫發展專科制的契機，培養一群能與西醫緊密配合的中醫。中醫專科制很重要，但對中西醫配合的作用有限，因為現階段只有內科、針灸、骨傷，使中醫專科與西醫專科不同，不能對口。
- 中西醫之間合作應從醫學院學生之間開始建立，因可建立中醫西醫互相交流文化。
- 中醫和輔助醫療人員應加強彼此的認識及合作，為中醫醫院的團隊服務作準備，輔助醫療人員較易接受中西醫協作。

中西醫協作的障礙 Barriers to Integrated Care

在實現協作的整合過程中要遇到的障礙何其艱巨!挑戰包括中醫、西醫和健康服務者長期各自獨立運作,缺乏共享信息,收費不均,醫療保險未必承保等。

從西醫及中醫的普查,和與醫學專家和領導人進行三個階段的專訪面談,從不同角度收集對政策和制度實用性和觀念態度的看法。

關於協作障礙的調查結果

- 調查得知中醫語文使西醫有了解問題。
- 病歷系統 (CMIS and CMS) 需要互通可節省資源及時間,但閱讀記錄病歷所用的語文有時很難理解。在社區實行也有困難,因部份中醫不懂英文,或未必裝設病歷系統。
- 中醫西醫溝通渠道不足。有認為中醫西醫地位差距,成為隔閡。但亦有認為中醫西醫在協作中雙向領行,並非出於地位,而是能否根治病症、意願、互相尊重、自尊、個人特質等問題。
- 中西醫協作治療時,需釐清病人出現不良藥物反應 (Adverse Drug Reactions) 的原因,安全很重要。但介定是中藥或西藥出現不良藥物反應時,有時會很困難。
- 中醫語言西醫難明,成為障礙。

不良藥物反應 Adverse Drug Reactions

不良藥物反應,特別是中藥副作用,是中西醫協作治療時的一大障礙,這可形成醫療權責的負擔。其實中醫西醫本身都不容治療失誤,知識瞭解及實證資料都需要提升改良。

中醫藥不良藥物反應中,有些中藥如黃藥子、千里光,含有已知肝毒素,毒性與劑量相關。不過常見的,更多不是劑量相關的,屬特異質反應 idiosyncrasy。特異質反應罕見 <1/3000。中藥特異質反應,稀有事件,不明顯與劑量相關,發生時好比一串葡萄偶有個腐爛的,不知說誰的錯。至於何首烏、補骨脂引起的肝損傷,就是草藥特異質反應,可能更安全的選擇是用顆粒劑。好比說,吾之良藥汝之砒霜,用對亦不一定安全。編錄自謝萬里醫生(醫管局香港中毒諮詢中心顧問醫生) Hurdle in Chinese Herb Safety – idiosyncrasy。「結合醫學前沿 - 臨床挑戰與路向」IJOP 研討會2017。

中醫西醫語言隔閡之障礙 Western-Chinese Medicine Language Barrier

關於語言困難。在開始的時候，西醫學依據邏輯智慧不斷進步，在歷史的長河上結構出扎實的根基，現今贏得傳媒的輿論及社會的認同支持。相反，中醫學講述的「陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實」講究各力量間的平衡與協調的理論，雖然給人一種不實在的感覺，但得到民眾的支持。中醫學經歷了長遠的發展，形成了一套完整的學術語言，表達出整個醫學的理念，並取得社會的認同。

需要一個介面去減少中醫和西醫之間的語言障礙。解決的不僅僅是翻譯，而是真正的語境，既可以互相理解，最好是一個生物詞彙：對西醫有用，特別是未來在中醫院工作的醫生，可藉尋找可致兩者共識的生物語言基礎，幸好已經有些文獻啟導，以促進互相理解。

中西醫協作調查第三階段與高級醫學領袖專訪的結果

- 西醫專家理解，中醫藥經過五千年仍歷久不衰，一定有其道理。作為西醫不能參透，可能是因為西醫用純西方科學理論去理解，是有所不足的。所以香港現在以西醫角度規管中醫藥，一定會碰釘子。
- 推行中西醫結合有一個機構是勢所必然的，若是過高希望中醫院領行，因其有自己的角色和功能，未必能以中醫院推動中西醫協作。
- 另外政府應作領頭，特別是保險方面，私人執業醫生最怕賠償問題。
- 中西醫結合的培訓就需要類似香港醫學專科學院的機構，因專科學院有規模，將來可以發展有中西醫結合院士 Fellow in Integrative Medicine。
- 中西藥物相互作用，值得投放更多資源，幫助臨床，減低風險。



5.3 推進中西醫協作的積極行動 Active Work for Promoting Collaboration

中醫和西醫的差異事實上是如此之大，如果能提供達至協作治療疾病的模式，行醫者會更加放心。本調查研究報告包括更多使用的協作方式。首先我們從為社區醫療選擇幾種疾病做開始，探討中醫與西醫之間的相互關係。在社區醫療中，很多認為中醫有助於補充西醫主導的醫療服務。

以病患為主的研究

協作通過現代方法進行改進。對於基層醫療需求，成立了一個中西醫臨床協作專家顧問團及幾種疾病專家組，研究先找適合於協作實踐的常見社區疾病，缺乏西醫或中醫其中一方療效會較為遜色的，並探討中醫西醫交替應用的治療策略框架。

藉著蘭州大學信息科學與工程學院學者，由中國知網全文數據庫及從香港浸會大學數據庫進行搜尋，文獻最常見的中西醫協作治療的病患作數據性的學術分析，得出資料顯示，從1979-2014年，搜集出50項病患作考慮。再以7項病患甄選準則，選出後重複甄選以減低開端工作範圍，甄選出5種西醫中醫互相介入於治療功效有空間提升顯效的病患，有安全準則，於現今文化系統可引發正面及漸進變化。其中工作理論、學術、人事各方面繁複問題，用了多點時間仍未盡完成，還好得到專家們動手出力支持有些得著。希望之後策略框架出來時通過基層中醫西醫修繕以確保簡易受用，推動收窄中醫西醫過往在醫治上的落差。

從中可得到一些社區疑難病患可協作診療的重要原則，相信預備中需推動中醫西醫溝通，透過學術會議及專題講座，共同討論、研究、交流，讓各人就不同疾病及個案與健康治理的問題作出討論，表達他們不同的意見和關注點，從而互相學習；繼而專訪疾病專家確定取向，中醫與西醫兩組專家各自報告立場，然後合寫交替應用的治療策略框架，推出時再因應基層需要而作修繕。

這些都有助於建立醫生和從業人員可以接受的合作模式，為香港中西醫協作發展奠定基礎。開放式交流可以提供豐富的經驗和知識，分享關於案例和問題管理的觀點和疑慮，促進中醫西醫協作的協同環境和體系建設。

積極醞釀龍頭級管理落實協作

香港中西醫結合醫學會，有心推出各種理念，有意為香港中西醫協作全力以赴，使勁苦幹一幅好土壤，讓中西醫結合的種子生長結果；為改善人們的健康與各界同步，攜手努力，促進方向，引起勢頭，多重醞釀，聚沙成塔，廣結配套，水到渠成。

中西醫結合領域廣泛深遠，希望一個具有制約力、有實務功能的行業領導機構成立，促成本港實施中西醫協作的醫療願景。

關於實踐龍頭級促進管理中西醫協作的調查結果

- 政府應該促進中西醫協作的交流。
- 政府有資源、可制定醫療政策以及有權威性，應該可作主導協調各機構進行中西醫協作的交流(11/20專家支持)。
- 學界較獨立亦可從學術研究角度探討問題，應該作主導協調各機構進行中西醫協作的交流(9/18專家支持)。
- 民間團體沒有資源，有本身的學術立場，不夠中立，不應該作主導協調各機構進行中西醫協作的交流(12/19專家不支持)。
- 醫院管理局以西醫為主，只是一個行政機構，亦有很多政策限制，不應該作主導協調各機構進行中西醫協作的交流(10/17專家不支持)。
- 西醫院不可當成中西醫協作的試點，然後在中醫醫院建立中西醫協作項目，因中醫醫院和西醫院系統不一樣。而將來在中醫醫院可再開展，不需有先後之分，視乎條件是否成熟。
- 中醫醫院可當成中西醫協作的試點，然後在西醫院建立中西醫協作項目。因中醫醫院行政上較有彈性，亦成為訓練中心，或以項目形式進行中西醫協作。但有人認為中醫醫院只會實踐傳統中醫，無法作試點。



總論 Final Remarks

人們普遍預期中醫和西醫在基層醫療和健康服務中的整合，將會是未來十年健康改革的關鍵部分。

調查結果

- 若說只予疑難雜症中醫西醫同時診治，疑難雜症實在很難定義。有些(2/21專家)認為若中醫西醫同時診治，成本會非常昂貴。
- 中西醫協作可能(2/20專家)但未必(3/20專家)減低病人同時接受中醫及西醫治療的成本，亦有說社會學家指最後反而成本會更高花費較多。不過從改善病人的生活質素，令病人有最大得益，要看長遠成本，市民不健康對社區成本會提高；而且真正意義上的中西醫協作要有交流，最終無論是經濟上還是身體健康方面，得益最大的是病人(14/20專家)。

第六章: 建議及結語 Recommendations and Concluding Remarks

不論中醫西醫由單純或複合多樣化形式協作,此時都應該要預備和發展。政策制定者、規劃者和身心健康醫療提供者應該在人們福祉和改善社區健康狀況的背景下,推行中西醫協作來提供優質有效的服務。

建議 Recommendations

由微量至緊密協作,從部分或全面緊密協作

- 只要先分清醫療權責,就不需要轉介機制。
- 提升醫育環境,豐富篩選好的西醫中醫個別服務資訊,讓病患者可自我管理支持和測試,完成協作的整個醫療,不論多少。
- 私人診所可聯合起步實行中西醫協作的合作模式,增強本身營運力。
- 應借契機發展,培養一群可與西醫對口,彼此緊密配合的中醫師。
- 整合聯絡,及時轉診和協調嚴重病例專科疾病治療。
- 推出較高程度的協作的支援配套,可包括醫生之間的轉介機制或龍頭級網站設置管理,完成協作。

增強中醫西醫間搭橋和協作環境

- 培訓員工及護士,作為中西醫協作臨床層面的溝通中介。建立中醫西醫之間溝通的協作環境,使有力的溝通中介人員不需一定有全面中醫培訓也能有效。
- 中西醫之間合作文化應從醫學院學生之間開始建立。中醫和西醫及輔助醫療人員應加強彼此的認識及合作。中醫西醫在協作中雙向領行,並非出於地位,而是能否根治病症、意願、互相尊重、自尊、個人特質等問題。

優化循證醫學資料資源

- 循證醫學已經統一化,改善不到;但不須循證醫學,反而協作夥伴的關係常見可以發揮,要著重協調的方式和好的細節來促進。
- 不須因中藥有不良藥物反應,就說成是中醫藥副作用。中藥可會有特異質反應,罕見的,誇大了,反而看不到真相。中醫西醫也需要學習有必要的藥物副作用,己方的、對方常見的,自能互相尊重。

- 中西藥物相互作用，政府和大學應決意投放資源，推動收集細節資料，對中醫西醫臨床有用。而且香港常見市民同時看中醫西醫，這類資料可減低風險。

積極以龍頭級管理完成協作

政府可制定醫療政策，或設專員，或設立有權威性，作主導的領行機構，引導、促進、疏解、協調各方進行交流，中西醫協作。學界較獨立亦可從學術研究角度探討問題，也可作主導協調各機構進行中西醫協作的交流。

- 推動協作醫學教育，相互實踐的觀摩，創造交流平台，跨專業學習和專家支持。分配組合、提供指導、使用參數分配任務、評估、分享結果，以共識性會議來達成密切聯繫。
- 建立溝通渠道，建設信息基礎設施，協作性的框架指南，轉診指南。
- 找出在社區內中醫和西醫能夠共同合作醫治的常見疾病，以共同改善病人治療的成效。
- 跟進協作效益的評價，包含由理解資料數據、經濟代價、和醫療效果。
- 提升西醫中醫個別服務的資訊。新模式的家庭醫療的中醫和西醫配對，提升質量保證和認證證書的認可。
- 幫助患者準備好照顧自己，藉提供醫療教育來支持個人自我管理和測試。
- 提供服務的組織支持。實施現場諮詢，幫助醫生醫師在實踐中處理醫療狀況。支持特別有前途的方式。

整體性的建議

General Recommendations

豐富執業者中醫和西醫的概念和技能
加強跨專業協作的教育
開發臨床架構和實踐，促進中西醫協作
團隊形式的中西醫協作
促進比較有效的研究
組成結合基層醫療的機構或中心
向中醫和西醫以及從業人員教授中西醫協作醫學
促進中醫西醫在轉型健康體系中的協作
在醫療設施和病患者群體中使用中西醫協作醫療

結語 Concluding Remarks

香港的醫療水平一貫以來都獲得世界的認同，西醫學術研究的成就在國際上有很高的評價；中醫研發因有背靠祖國大陸的優良傳承，加上中華國粹的醫療方法深得市民大眾所信賴，近年也有長足的發展。可惜現時本港醫療體系是中醫西醫各自在所屬的醫學領域上獨立運作。由於彼此隔閡做成的醫療不協調，往往使病人在病苦中未能及時得到全面而妥善的治療，實為醫者最痛心見到的事。既然我們擁有以上如此多的醫學優勢，本港的中醫西醫本該可以兼併汲取對方的新知識，擴闊、提升整體醫療效果，誠然可達到對病人真正的醫治，發展醫療結合協作實有所需。

「中西醫醫學平台」IJOP計劃主要是構建新醫療理念 — 中西協作的機制。協作可以通過現代化方法進行改善。首先，利用集體智慧收集各方專家和業界各持份者對中西醫協作的意見，透過一系列科學化調查、面談及專訪來進行，然後以研討會、學習會議、專家小組、病案研究等實幹行動，增強中醫西醫之間的溝通、交流、表達和參與機會，營造團結環境，建立起緊密的人際網絡，凝聚專家們及有志之士成為核心，為來日在醫療合作上的互信互協互襄種下紮實的基礎。進一步深化IJOP計劃的核心力量，實靠其中各人集成的智謀和實踐不斷互動激發的能量推進，以個人的心得再加上外來學界和業界的補充和支持，促成中醫西醫同心同德，認真探討，整合矛盾，排除障礙，大膽拓展，建立起有香港特色的中西醫協作醫療模式，到時本港的醫療體系將會提高質素。最大的得益是市民大眾的健康保障。

承蒙創新及科技基金撥款資助推行中西醫醫學平台IJOP計劃的第一步「中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查」。項目就中西醫協作展開各項調查，當中包括問卷普查、三個階段專訪面談、以病患為主的疾病研究，了解中西醫協作從臨床實用性以至政策到醫療系統的意見。與此同時，透過一系列的學習和教育活動，搭建中醫西醫溝通渠道，以學術會議和專題講座形式讓雙方一同討論、研究、交流，抒發個人的醫療經驗和健康治理的心得，有機會互相認識和學習對方的醫療知識，加深瞭解目前本港醫療實況中協作上可發展的要素，有助我們提出實行中西醫協作可行性方案的建議。這兩年項目進行的調查和活動，以及接觸到醫學界各方同儕進行討論交流所得，皆見本港中醫西醫多表認同協作的觀念，共識到這是更有利於一起推進大眾健康的上佳醫療方法。

這份報告書匯納了香港醫學專家及業界翹楚對中西醫協作的看法、經驗和取向，為在公營及私家醫療機構的營運和決策者參考，希望能引發提高醫療質素的思維，去制定改善市民健康的政策。項目中從進行集體思維協作範疇得出了協作問題藍本，其中議論主題的精要有助政策制定者思考設計實行中西醫協作模式的圖略。另外，各項調查結果及一系列的討論和建議，特別是為推行協作所需的醫療環境，減少中醫西醫語言隔閡的障礙，鞏固中西藥物相互作用資料庫等各方面都有建設性的見地。

在建立協作模式方面，項目已從治療社區疾病中起步，選取由中醫西醫互相介入而能在治療功效上有明顯提升的病症進行研究，分析如何能解決協作問題，達至接受的治療管理新理念的臨床治療策略框架，找出中醫西醫和病人三贏的方案，作為日後要釐訂實施協作模式時最好的示範例子。

在經過充分諮詢各方專家意見的基礎上，我們確認要將中西醫協作納入本港的醫療系統內，必須要成立由有代表性的權威主導領行機構推行中西醫協作。有中醫和西醫共同參與專責研究和開發有目標、有計劃、有重點的相應指引和規範，逐步進行教育、培訓、立法及規管。時至今日，中西醫協作的重要性和緊迫性尚未被一些人所認識，中醫和西醫在多方面仍存在很大的落差和不協調等問題，但我們仍要堅持迎難而上的決心。喜見政府和越來越多的醫療機構的中西醫協作例子正不斷增加，證明策劃發展中西醫協作已屆成熟階段，謹藉這份報告書呈達我們的心聲和願景。



附錄及參考資料 Reference

香港中醫藥的發展

1. 中醫藥在香港的發展重點調查結果及建議 二零一零年 三月
中醫藥專題小組成員 梁智鴻醫生(顧問) 高永文醫生(顧問) 劉良教授(顧問) 麥世澤先生 馮紹波博士 陳以恆先生 BACKGROUND REPORT 2010. Mr. S. C. MAK, Dr. Lawrence FUNG, Mr. Andrew CHAN, Dr. C. H. LEONG (Advisor), Dr. KO Wing Man (Advisor), Professor LIU Liang (Advisor)
2. 中藥研發研討會－現況與前瞻 Sep 5, 2013
食物及衛生局局長 - 高永文醫生
<http://www.itc.gov.hk/ch/doc/area/1.%20Development%20of%20Chinese%20Medicine%20in%20Hong%20Kong-%20KO%20WingMan.pdf>
3. 東西薈萃:香港對全球傳統醫藥發展的貢獻
衛生署助理署長(中醫藥) - 徐樂堅醫生
<https://drive.google.com/open?id=0B9WgZUaxhUEpOUNFb1VfZ0V1Ync>

協作模式例子

1. Complementary and alternative health care in Israel, *Isr J Health Policy Res.* 2012; 1:7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424827/>
2. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care.Sundberg T, Halpin J, Warenmark A, Falkenberg *TBMC Health Serv Res.* 2007 Jul 10; 7:107.
3. A model of integrated primary care: anthroposophic medicine. London: National Centre for Social Research; 2001.
4. Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings.Hollenberg *DSoc Sci Med.* 2006 Feb; 62(3):731-44.

協作醫療環境

1. House of Lords Science and Technology - sixth report: Complementary and Alternative Medicine. 2000.
<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk>
2. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83807/>
3. Hollenberg D, Bourgeault I. In: Primary Health Care: People, Practice, Place. Crooks VA, Andrew GJ, editor. McMaster University: Ashgate; 2008. *New Health Geographies of Complementary, Alternative and Traditional Medicines*; p.167.
4. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. Thomas KJ, Coleman P, Nicholl *JPFam Pract.* 2003 Oct; 20(5):575-7.
5. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey.Joos S, Musselmann B, Szecsenyi *J Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;495813.
6. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005.

有利於中醫西醫共識,減少兩者隔閡的生物語言文獻

- Redescription of Zang Kidney model - *Anatomico-functional Tie. J. Chin. Med.*, 22:19-35, 2011.
- Redescription of Zang Spleen Model in Modern Anatomico-functional Terms. *J. Chin. Med.*, 24:183-209, 2013.
- Reviewing Zang Heart to Create a New Comprehensive Anatomico-functional Model 2015.
- Reviewing Zang Liver to Develop a New Comprehensive Anatomico-functional Model.

調查問卷的樣本

Sample of the Questionnaire for General Survey



問卷調查

香港中西醫結合醫學會 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

資助機構:



創新科技署
Innovation and
Technology Commission

這是一份寄給全港西醫及中醫的調查問卷。此調查問卷有助了解香港中西醫學界對於日後中醫和西醫協作的態度。您的意見極為重要，期望您真誠切實地回答所有問題。請就下列問題，選擇您認為最合適的答案，並在圓圈內的編號上標示“✓”。完成此問卷需時約 15 分鐘。

A. 整體態度

- 醫療行業的組織流程鏈需包括中醫和西醫才能有效和高效運作。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
- 病者會因為中醫和西醫就同一疾病給予不同的診斷建議而感到困惑。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
- 如中醫和西醫協作間存在縫隙，社區內許多病苦都未能得到妥善處理。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
- 作為一種終身學習，您有興趣同時學習中醫和西醫以豐富自己的醫學知識嗎？
絕對不感興趣 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對感興趣
- 西醫和中醫協作是香港的未來趨勢。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意

B. 中西醫療同用方面

- 您會接受中醫和西醫的協作嗎？
絕對不會 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對會
- 應用中醫治療必須「循證」。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
- 如果中醫獨立而不與西醫協作，會危及中醫的未來。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
- 香港需要有政府專責部門或業界機構，幫助協調、執行及發展相關事宜和規範，以推動中西醫協作。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
- 您會否希望得到更多的中西醫協作醫療教育、跨專業的學習和專家支持？
絕對不會 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對會

序號：《序號》(作網上填表使用)

第一頁

C. 系統性的問題

1. 如果中醫和西醫之間有合適的轉介診治形式，對您來說有用嗎？
絕對無用 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對有用
2. 致力填補中醫和西醫協作的縫隙有助提升香港醫療服務的質素和發展。
絕對沒用 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對有用
3. 您會否支持中醫和西醫之間共享病人的治療方案、資料和病歷？
絕對不會 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對會
4. 香港需要一個協調機構，為中西醫的協作創造機會，並為西醫和中醫建立聯網管道和協作平台，包括減少中西醫協作時的風險責任問題。
絕對不需要 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對需要
5. 除非中醫的操作指南及循證資料事宜得到解決，否則推動中西醫協作不會有進展。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
6. 除非中醫的病人保險覆蓋事宜得到解決，否則推動中西醫協作不會有進展。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
7. 就香港的醫療情況而言，西醫本科醫學生需要額外接受中醫教育。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
8. 如果有一個由認可機構提供的實質/電子社交平台，讓中醫和西醫及其他醫務人員進行交流，您會覺得有用嗎？
絕對無用 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對有用
9. 請建議一些搭建中醫和西醫聯繫橋樑之活動形式。

10. 您認為什麼態度阻礙了中西醫協作的實行？請描述。



Questionnaire

D. 供中醫師的問題

1. 您對西醫有任何負面感覺嗎？
絕對沒有 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對有
2. 您會否相信中醫師的治療效果會因為西醫同時診治而減低？
絕對不會 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對會
3. 中醫師的水平參差不齊，所以才會令願意協作的西醫對推動協作有所保留。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
4. 中西醫協作是否可以改善中醫師在香港目前的執業情況？
絕對不是 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對是
5. 當您和西醫治理同一個病人的時候，您有能力與西醫進行溝通、分享中醫學知識、診斷和治療方法。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
6. 您認為英語能力是您進行中西醫協作的一個障礙嗎？
絕對不是 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對是
7. 您認為您的英語水平(包括聆聽、說話及閱讀的能力)在近十年內的學習中有所提升嗎？
沒有提升 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 提升許多
8. 平時以英語交談時，您能明白對方最少 70%的說話內容嗎？
 是 否
9. 您認為現時本港的中醫本科教育能幫助學生認受中西醫協作嗎？
絕對不能夠 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對能夠
10. 中醫與西醫加強合作後，會對中醫的診療市場造成沖擊。
絕對不同意 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 絕對同意
11. 在中西醫的協作中，
 - (i) 您能否建議任何具體的疾病，讓中醫可於西醫提供支援時成為團隊領行者？

 - (ii) 您能否建議任何具體的疾病，讓西醫可於中醫提供支援時成為團隊領行者？

E. 個人資料

1. 您的性別是：
 男性 女性
2. 您的年齡是：
 30 或以下 31-40 41-50 51-60 61 或以上
3. 您主要工作的機構組織是：(只可選擇一項)
 大學 醫管局及其三方合作診所
 其他非牟利團體 私人機構（通過服務收費分取報酬）－ 團體執業
 私人機構（自僱形式）－ 個人執業 私人機構（受僱形式）－ 團體執業
4. 您在哪裡得到首個中醫臨床訓練資格？(只可選擇一項)
 本地全日制大學本科課程 本地全日制大學碩士課程 師徒制出身
 本地兼讀制大學本科課程 內地兼讀制大學本科課程
 本地中醫藥團體舉辦之課程 內地全日制大學本科課程
5. 您的中醫最高學歷是？
 本科以下 本科 碩士 博士
6. 除中醫本科教育以外(如有的話)，您有沒有接受過任何學位／文憑／證書的西醫訓練？
 有 沒有
7. 您有沒有接受過任何非正規學院的西醫教育？
 有 沒有
8. 您從事中醫臨床工作多少年？
 5 年或以下 6-10 年 11-15 年 16-20 年 21 年或以上

如果您認為中醫和西醫不適合進行協作，原因為何？您認為中西醫協作需要什麼先決條件或支援？

您的其他意見及建議：

本人已清楚閱讀和明白知情同意書的資料和須知，以及同意參與此問卷調查。

簽署：_____

日期：_____

問卷完

請於下方填寫您的個人資料，如欲：

1. 參與本項目將舉行的一系列中醫西醫公開論壇，讓各人就不同個案及疾病與健康治理的問題討論，及；
2. 閱覽問卷調查的總結報告

姓名：_____

電郵：_____

聯絡電話：_____

(您所提供的個人資料只適用於上述用途。沒有您的允許，我們不會公開或發表您的資料。)

第四頁



Questionnaire



Questionnaire for General Survey Integrative Joint Organizational Platform and Survey of Attitudes toward Integration (IJOP)



This is a survey distributed to all Doctors (Drs) and Chinese Medicine Practitioners (CMPs) in Hong Kong. This survey is designed to better understand attitudes toward future collaboration between western medicine (WM) and Chinese medicine (CM) in Hong Kong. Your opinion is highly valued.

Please answer all questions and select the answer you feel the most appropriate for each question below with a "✓". This survey should take no longer than 15 minutes to complete.

A. GENERAL ATTITUDES

1. Collaboration between Drs and CMPs is getting popular in Hong Kong.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
2. As life-long learning, I am interested to learn further both CM and WM to extend my medical knowledge.
Absolutely not interested ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely interested
3. Many disease and health problems are not managed well in the community if CM-WM collaboration gaps are present.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
4. Patients will be confused if Drs and CMPs are giving different diagnosis for the same illness.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
5. Both CM and WM should be included to make the medical industry's organized process chain effective and efficient.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree

B. CM AND WM USED TOGETHER

1. I am open to CM-WM collaboration.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
2. The use of CM must be "evidence-based".
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
3. If CM stands alone instead of collaborating with WM, it would be jeopardizing the survival of CM.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
4. A Commission or an Institution is needed to help coordinate matters regarding CM-WM collaboration in Hong Kong.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
5. I would like to receive more CM-WM collaborative or inter-professional learning and expert support.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree

Serial No.: «Serial_No_» (For Online Use Only)

Page1

C. QUESTIONS ON THE SYSTEM

1. A good system to identify appropriate referral between Drs and CMPs is useful for me.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
2. Promoting collaboration between CM-WM in Hong Kong delivers better service and medical care.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
3. I support sharing therapeutic modes, data and health records of patients between Drs and CMPs.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
4. An Institution is needed to develop CM-WM collaboration, to create a co-working platform for Drs and CMPs, and to help reducing liability possibilities arising from CM-WM collaboration.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
5. Any effort for CM-WM collaboration cannot go forward until Co-Operational Guide and Evidence-based information on CM are formulated.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
6. Any effort for CM-WM collaboration cannot go forward until provision of insurance coverage is resolved.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
7. CM education in the WM medical curriculum is needed.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
8. A real world or online social network platform operated by a recognized institution for communication between Drs, CMPs, and other healthcare professionals is useful for me.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
9. Please suggest some gap-bridging activities for Drs and CMPs.

10. Please suggest some barriers of CM-WM collaboration.

D. QUESTIONS SPECIFIC TO DRS

1. I believe that CM plays an important role in managing patient's health.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
2. I would like to learn to advise patients on CM health supplements.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
3. CM is generally safe if not abused.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
4. Good medicine can still be practiced even though not all WM disease treatment approaches are evidence-based.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree



Questionnaire

5. I have adequate training and knowledge to evaluate the scientific evidences to support my clinical practice.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
6. Drs should avoid recommending Chinese herbal Medicine basing simply on observations of long-term use since such lacks evidence from large randomized controlled trials.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
7. If acupuncture is effective for particular illnesses, I would recommend or refer patients to have acupuncture.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
8. I could provide better service and better patient satisfaction if I understand more about CM.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
9. I would advise patients against the use of well-received commonly used Chinese herbs.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
10. I support granting continuing medical education (CME) points to quality CM lectures for our better inter-professional development.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
11. I think CM-WM collaboration can enhance the current practice of Drs in Hong Kong.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
12. Language (Putonghua) could be a barrier for me to learn CM.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
13. My Putonghua proficiency (including level of listening, speaking and reading) has improved a lot in the past ten years.
Absolutely disagree ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Absolutely agree
14. I understand at least 70% of content when communicating with people speaking Putonghua.
 Yes No
15. If Drs and CMPs work together in CM-WM collaboration;
- (i) Please suggest any specific illness where CMP could lead the patient management.

_____.

- (ii) Please suggest any specific illness where Drs could lead the patient management.

_____.

E. DEMOGRAPHIC DETAILS

1. Gender:
 Male Female
2. Age:
 30 or below 31-40 41-50 51-60 61 or above
3. Which sector are you working in? (You can choose more than one option)
 Public Sector (university) Public Sector (non-university)
 Private Sector (self-employed) – Solo practice Private Sector (as employee) – Solo practice
 Private Sector (profit-sharing) – Group practice Private Sector (salary-based) – Group practice
4. Area of practice:
 Primary care Secondary / Tertiary care Specialty: _____
5. Highest education level:
 Bachelor's degree Doctorate Degree Post-graduate Degree
6. Have you ever received any formal, accredited training on CM?
 Yes No
7. Have you ever received any informal education on CM?
 Yes No
8. How many years have you been practicing WM?
 5 years or less 6-10 years 11-15 years 16-20 years 21 years or above
9. Are you a Fellow of the Hong Kong Academy of Medicine or possessing any equivalent qualifications?
 Yes No

If you consider it not suitable to go for collaboration of CM and WM at the moment, what is the reason? What kind of support or pre-requisite is needed to promote collaboration of CM and WM?

Your other comments and suggestions :

I have read and understood all the information of the informed consent statement and agree to participate in this study.

Signature: _____ Date: _____

THANK YOU

Please fill up your details in below if you are interested to:

1. Join CM-WM open forums regarding CM-WM integrated case studies, problems in disease as well as health management
OR
2. Receive the summary report of this survey.

Name: Dr _____

Contact no.: _____ E-mail: _____

(The information collected will be used for research purpose ONLY and would be kept strictly confidential)

Page4



鳴謝 Special Thanks

(以英文姓氏排列)

顧問委員會 Advisory Committee

卞兆祥教授	陳永光教授	陳宇齡先生	馮玖教授
馮康教授	梁榮能教授	李頌基醫生	李國棟醫生
勞思傑醫生	黃仰山教授	胡志遠教授	葉維晉醫生
俞煥彬醫師	張樟進教授		

中西醫臨床協作專家顧問團 Disease Collaborative Panel

聯合主席	勞力行教授	呂愛平教授	胡志遠教授
皮膚專家組	陳俊彥醫生	陳錦添醫生	符文樹博士
何翠芳西醫中醫師	何景文醫生	韓錦倫教授	黃霏莉教授
劉漢長醫師	盧景勳醫生	陸志剛醫生	
中風專家組	張德輝教授	劉玉麟醫生	彭耀宗教授
彭增福博士	沈劍剛教授		

專案小組 Task Group

陳錦華醫師	鍾志豪博士	何宛珊博士	洪雙雙醫師
林振邦醫師	李宇銘博士	梁善邦醫生	吳鳳亮博士
吳梓新博士	蘇子謙西醫中醫師		

專訪面談第一、二及三階段受訪者 Interviewees (3 stages)

歐陽卓倫醫生	卞兆祥教授	陳永光教授	陳偉雄醫生	張偉麟醫生
錢平醫生	蔡堅醫生	周樹立醫生	范德穎醫生	馮玖教授
郭元琦教授	何國偉醫師	黃賢樟醫師	關家倫醫師	林騁兵醫生
劉玉麟醫生	羅尚尉醫生	李捍東教授	李國棟醫生	林志秀教授
劉宇龍博士	勞思傑醫生	盧景勳醫生	柯加恆西醫中醫師	薛詠珊醫生
蘇文傑醫生	譚鉅富醫生	譚麗芬醫生	謝慶綿醫師	汪慧敏醫師
王冠明醫師	黃譚智媛教授	黃仰山教授	胡志遠教授	徐大基博士
嚴韻詩醫師	葉維晉醫生	余惠賢醫生	俞煥彬醫師	袁冰教授
鍾麗丹博士	謝達之博士			

(領域及科目包括：皮膚科、骨科、感染及傳染病科、精神科、心臟科、腸胃科、內科、兒科、醫院管理、針灸專家、腫瘤專家、公營醫院、私家醫院、醫院管理局、大學等等)

探訪機構：**香港中文大學香港中西醫結合醫學研究所**
東華東院 - 香港理工大學王澤森中醫藥臨床研究服務中心

ing Ceremony
m and Survey of
gen
Inte
015
Organ

香港中西醫結合治療之路
Possibilities for Integrative Medicine in Hong Kong

深究結合
Real Integration

循證醫學
Evidence Based
Medicine

聯手治療 Collaboration

余秋良西醫中醫師
Dr. Edwin CL Yu
IJOP 項目統籌

香港中西醫結合學會 · 2013-16會長
香港政府中醫中藥發展委員會 · 委員

HKAIM
HONG KONG ASSOCIATION FOR
INTEGRATION OF CHINESE WESTERN MEDICINE

創新科技署
Innovation and
Technology Commission

EYu

The Hong Kong Scene CM-WM
香港：中醫+西醫

- For Chinese Medicine (CM) and Western Medicine (WM), the two professions operate independently.
- Hong Kong medical system well-developed, yet
- With inadequate WM-CM coordination and communication, patients suffer from dubious search for best treatment during pains and illnesses
中醫和西醫處於不協調的狀態，造成許多社區人士病患及病苦中未能及時得到最妥善的處理。

■ 40-70% patients visiting CM practitioners while attending WM Doctors
患者看西醫時也同時找中醫

■ Patients need WM Diagnosis while attending CM practitioners
患者尋求中醫治療時需要西醫診斷

Can we be contented with the present situation 可以滿足現狀嗎?
Not good to have a kind of contest between two contestants, each of which is striving to prevail.

目標 #1

中西醫結合 可行

CM-WM INTEGRATION Possible

- ▶ #1A
- ▶ **Coupled Knowledge**
西醫中醫知識互補
- ▶ Some new useful diagnosis
- ▶ Possible Map out
- ▶ Good Advise after diagnosis -- training:
- ▶ → Pain alleviated for long
- ▶ #1B
- ▶ **Real Integration**
深究結合
- ▶ Further Understanding restarting from Root Basics 基礎開始
- ▶ More Bidirectional Understanding 互通相用 e.g. BodyCapital Attrition 正本虧損 Treatable 可治的
- ▶ Using more gentle medicine to treat diseases 用更輕的藥 (副作用少) 治療難醫的病

- ***Mental and physical health problems are interwoven***
- 心病 + 身病 一併見

- ***Pain and associated psychiatric comorbidity common***
- 痛症 + 精神問題一併見

Kessler et al. 2005

Example 例: Prolonged-insufficiency triggered symptoms

- 女F/60, 精神困擾
事因兩年前母親去世娘家不和, 開始睡得不好, 驚慌發作, 一直需靠醫院精神科予兩種精神藥加安眠藥。
多年素來很累, 大便好與爛循環, 長期週身痛, 怕冷怕熱; 曾經小產, 消瘦。

Y24874

Examination noted
BodyCapital Attrition over face and fingers 正本虧損
Treated and recovered
治療後得丈夫讚許, 不再與對方發脾氣, 自己舒服, 又減去了精神藥物。

目標 #2

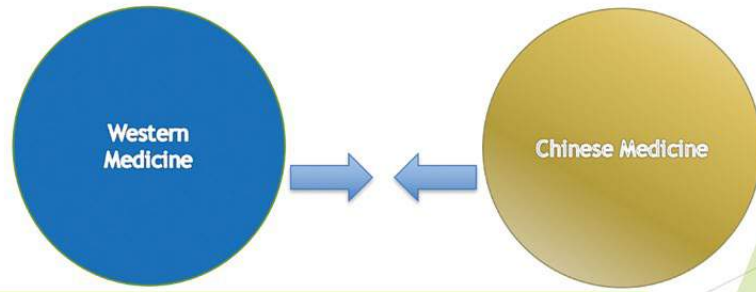
Evidence Based Medicine 循證醫學

目標 OBJECTIVE

- ▶ With Control Trials, find good use of WM-CM together

問題 PROBLEM

Only WM Disease-oriented,
Evidence for CM-WM effectiveness often low by WM standard



- ※ WM mainly concerns diseases
Trials made to see if the new CM-WM modality more effective
- ※ CM practice not only on diseases
Standardization of CM syndromes not really sharp enough to express their strength

目標 #3

CM-WM Management Path
中醫+西醫 醫療路徑

- 40-70% patients visiting CM practitioners while attending WM Doctors
- Patients need WM Diagnosis while attending CM practitioners

患者看西醫時也同時找中醫

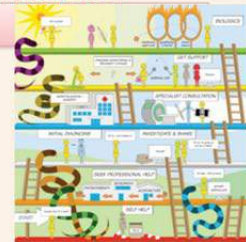
患者尋求中醫治療時需要西醫診斷

Patient's Journey 患者的旅程?

- Coverage decision
- Services offered
- Patient setup to receive treatment
- Determine status for choosing treatment
- Monitoring and Care follow-ups
- Coaching patient

Even for simple diseases
即使是簡單的疾病

Dubious path
旅程不直接

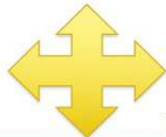


目標 #3

中西醫協作 重要

CM-WM COLLABORATION Useful

- the biggest two population of medical practitioners = Drs and CMPs
- left alone → growing gaps not good for health care
- need to respond to patient's expectations and needs,



西醫 - 中醫學

聯手治療 Collaboration

把中醫西醫互合細節做好
The fine tuning of the process on interface of WM & CM is the key for success for services.
為病患者建設醫療旅程
Making way for Patient's Journey



Normative integration

• Source: Adapted from Fulop et al (2005)

- ▶ IJOP 項目的目標就是為中西醫協作預備好的細節，為雙方搭建重質量及縱橫雙線溝通的平台。IJOP aims to prepare for details of CM-WM Collaboration and establish a platform with quality communications in various ways.

能夠發掘對方，幫助發掘自己

Disease oriented study

Disease Collaborative Panel 中西醫臨床協作專家顧問團

Co-Chairman 聯合主席 Chief Coordinator 統籌

Prof. Lao Li Xing 勞力行教授

Dr. Yu C.L. Edwin 余秋良醫生

Prof. Lu Aiping 呂愛平教授

Prof. Justin C.Y. Wu 胡志遠教授

病患中醫西醫聯手治療

- 在合力協作的基礎上**構建治療方向**
- 在**常見病症**作具體實際運作上協作**互補模式**
- Disease oriented study facilitates interactive discussion to arrive at a **framework** for future collaborative guideline in community care could be useful.

方法

- 選出相互較常見的病症，需要到西醫和中醫的良好協作以發揮協同效應。對每個病症作具體研究。
- disease amenable to collaborative practice where lacking either WM and CM is less effective.

第一階段 - 找出協作互補理想模式

Develop management framework assisting CM-WM collaboration

第二階段 - 推動收窄中醫西醫過往在醫治上的落差

Negotiate framework to suit practitioners in the field

Integrative Joint Organizational Platform and Survey of Attitudes toward Integration
IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查 2015-17

Management framework 治療綱領

assisting CM–WM collaboration in diseases amenable to collaborative practice where lacking either WM and CM is less effective

- propose principles, criteria and evaluation for co-consultation
- a communicable medical language
- pairing up of CMP and WMD for patient referral
- positions by CMP and WMD experts
- Prioritization to start with
- opened for strategies to generate research priorities.
 - submission, stakeholder surveys, questionnaires, interviews, workshops, focus groups, roundtables, the Nominal Group and Delphi technique
- A literature search to find which priority setting method is of good choice,

Integrative Joint Organizational Platform and Survey of Attitudes toward Integration
IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查 2015-17

病患為主的研究 Disease Oriented Study

A literature analysis for diseases most commonly treated with integrative medicine from CNKI Data mining, School of Information Science and Engineering, Lanzhou University, through the Hong Kong Baptist University over the years 1979-2014, Gathered top 50 for consideration
Finally chosen after ascertaining criteria:

5 Selected Disease: 5種被甄選的病患

1. Asthma (Respiratory)哮喘
2. After Stroke (Neurology)中風後病症 – Started
3. 2 Cancer (Breast cancer and colon cancer) (Oncology) 兩種癌症(乳癌及結腸癌)
4. IBD (Inflammatory bowel disease) (Gastrointestinal)大腸炎症
5. Eczema (Dermatology)濕疹 – Started

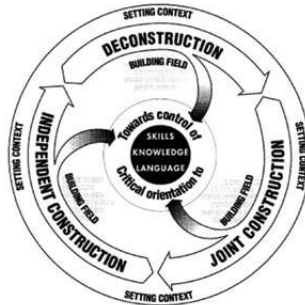
Disease selection criteria: 病患甄選準則

1. Obviously effective with WM intervention 西醫介入有明顯效果
2. CM intervention can also help 中醫介入也有幫助
3. Facilitative of WM CM collaboration 促進西醫中醫協作
4. Acceptable to both WM & CM thus cultivating mutual trust for collaboration 西醫中醫皆接受以培育協作互信
5. Room for enhancement of treatment efficacy 於治療功效有提升的空間
6. Able to illicit a POSITIVE AND PROGRESSIVE CHANGE to existing culture 可於現有文化系統引發正面及漸進變化
7. Safe 安全

10

Integrative Joint Organizational Platform IJOP 中西醫醫學平台

- Many good lectures, yet no action among the professions
- 需要動力 Build up an engine model to facilitate Integrative Processes and Momentum among Practitioners in CM and WM in Hong Kong.



11

Integrative Joint Organizational Platform IJOP 中西醫醫學平台

動能 Momentum

- Inviting leaders in both Western and the Chinese Medicine for advices and suggestions in review and strategizing 藉訪求業界中醫西醫的業界領袖構思和意見中，各人出謀劃策
- Brainstorming and discussing the existing problems and solutions 集思廣益商討潛在的問題和答案
- Improving relationship between the WM doctors and CM Practitioners 增加中醫和西醫之間關係

動向 Processes

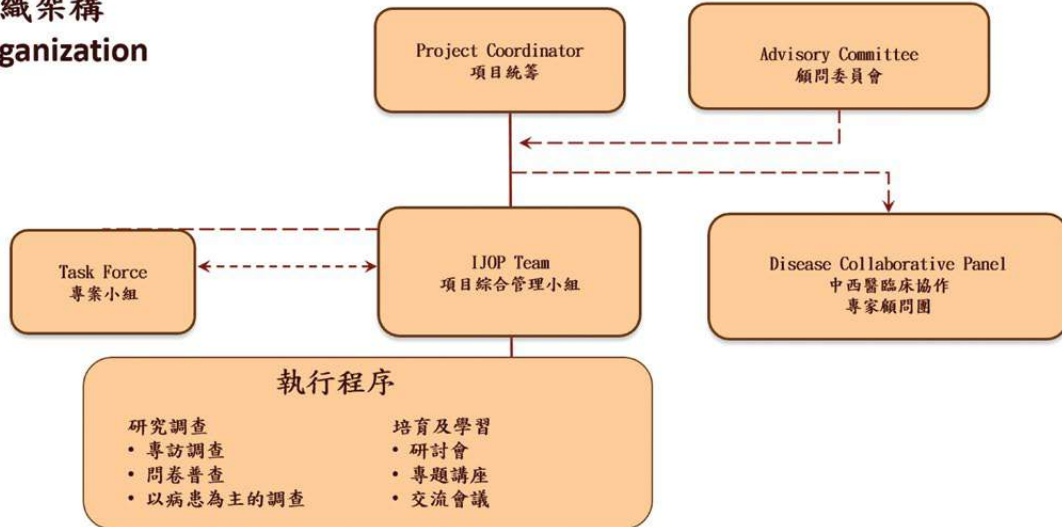
- To develop a medical collaboration and learning platform 發展一個醫學協作學習平台
- Strengthen the interactive communication of WM doctors and CM Practitioners 加強西醫和中醫的互動了解
- Build management direction upon the cooperative collaborative base 在合力協作的基礎上構建治療方向
- To find practical collaborative care mode in common diseases 在常見病症作具體實際運作上協作互補模式

IJOP執行政序

- | | |
|------------|--------|
| 研究調查 | 培育及學習 |
| • 專訪調查 | • 研討會 |
| • 問卷普查 | • 專題講座 |
| • 以病患為主的調查 | • 交流會議 |

IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

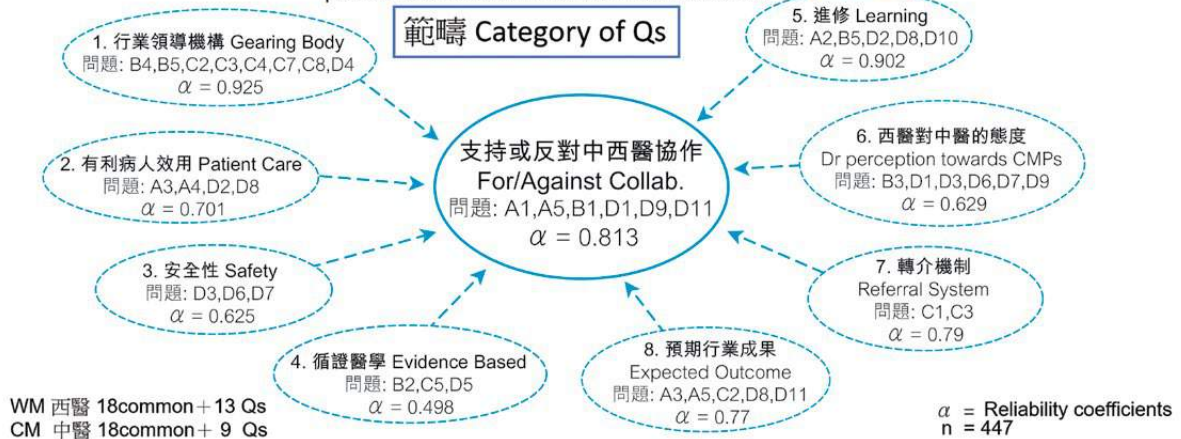
組織架構 Organization



IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

Survey 問卷普查

本項目進行全港中醫西醫的問卷普查，在體制實行上的態度和取向及對中西醫協作可行性提出建議，議訂假設觀點，在其上收集受訪者對中西醫協作的看法和可行性的意見。
A questionnaire survey to Doctors and CMPs on their attitude and inclination towards the Care System, for possibilities of collaboration between the WM and CM.



IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

Survey 問卷普查

Profile similar to a randomly selected small group WM and CM

A1-C8 Questions

D Questions



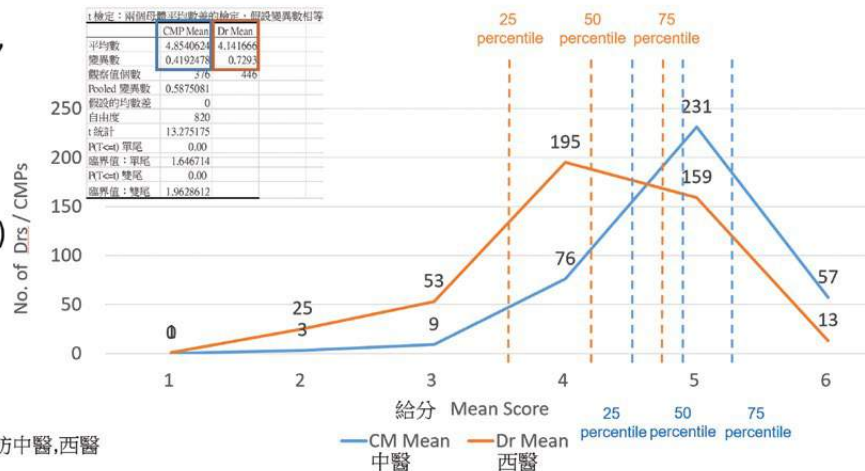
WM 西醫 18common + 13 Qs
CM 中醫 18common + 9 Qs

給分重的一方

Top 5% Top 5-15% Top 15-25% Middle 25-75% Bottom 15-25% Bottom 5-15% Bottom 5%

中醫,西醫 CM & WM Mean Distribution 問卷給分(A1-C8 Questions Mean)

- For WM and CM practitioners answering, generally favourable replies for:
 - WM-CM Collaboration
 - Having a leading institution (gearing body)
 - Having a referral system (esp. CM practitioners)
 - Evidence-based useful (esp. WM doctors)



問卷普查和專家專訪調查結果顯示受訪中醫,西醫對中西醫協作的態度趨向更加積極。

Finding Solutions

- 提出疾病的中醫西醫協作互補理想模式及治療方法
- 面對治療時的困難和問題。有否出現漏診的情況
- 這種中西醫協作對治療效果的影響
- 應採用什麼方式以縮窄醫療縫隙，以減輕病患者疾苦
- 對改善治療的綜合意見

Practicalities with essential and comprehensible support to collaboration.

Good returns by learning mutually;

Solving possible problems and barriers:

協作的實際運作需要基本及容易理解的支持。

中西醫互相學習而達協同效益固然重要，

解決協作過程中可能產生的問題和障礙也同樣重要。

IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

Interviewing Experts 專家專訪調查

- 訪求業界中醫西醫的業界領袖，對中西醫協作的構思和意見，集思廣益商討制訂相關政策和醫療體系，各人出謀劃策及處理潛在的問題和答案。

跨度

增強業內中醫西醫之間的聯繫，不單只是轉介，亦包括相互學習

聯手

強化中醫西醫間的協作機制，包括在臨床和醫療方面的權責（以至強化中醫方面），及轉介診療轉診機制

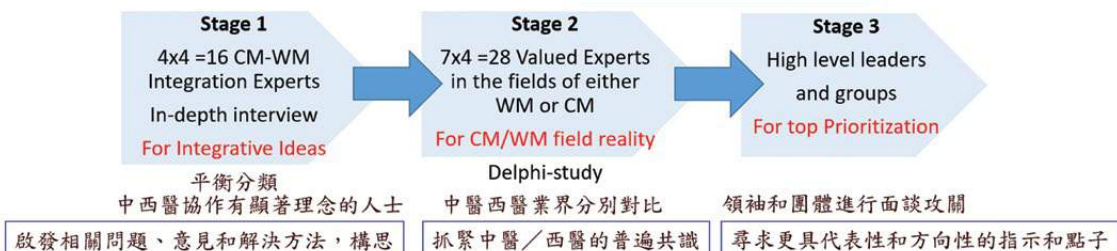
合力

推動中西醫結構性改變的協作策略

運作

醫療體系運作及系統管理的設想

面談主要四大範疇



IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

關於協作醫療環境制度化的調查結果

- 可以最先從社區基層開始，由下而上，至終成管理機構，建立一個先導形式的小規模轉介機制，因為可順應市民基層醫療的需要，從而作出改善。但會有利益衝突、沒有法律條例支持等問題
- 亦可最先管理機構開始，由上而下，至社區基層，使用共同的治療指南，因為方向及目標會較清晰，比較容易推行，但會有行政限制，可能會離地
- 西醫院內應該設立獨立的中醫部門，但不限於只轉介西醫難以醫治的病人給中醫。因要有有證據證實中醫的治療是有用的情況下才可轉介，而且應轉介給有臨床管理能力的人
- 中醫院運作少不免有中醫西醫合作的元素，惟主導思想應以中醫為主。但純中醫難說服大家，而且有權責問題，所以應以病人需求為導向

IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

關於推行協作醫療環境的調查結果

- 西醫專家認為病人可能會就同一疾病同時求診於中醫、西醫。互通病徵及病發之歷史可能對診療有用
- 私人診所可以實行中西醫協作的合作模式，當作起步點。亦有人認為現應先集中公營醫療，在私人診所實行可能會造成混亂
- 中西醫協作需先有雙向的轉介機制(Referral System)，不一定可分清中醫西醫的醫療權責。其實只要先分清醫療權責，就不需要轉介機制
- 中西醫協作在考慮中醫或西醫主導領行方面，難以分清病症，而且一個病會隨時間由中醫或西醫負責，大家對病症的可做的不同。因此交接過程更重要
- 臨床層面的中西醫協作需改善溝通，護士作為一個溝通人或作為一個中介的角色十分重要。但單單由護士角度做協作太薄弱，溝通應由中醫西醫之間開始更為重要，加上公營醫院護士很忙，護士作中介有難度
- 中西醫結合並不是訓練本地中醫人材，只為病人得到更好服務
- 在發展中西醫協作時，中醫本身沒有發展藍圖，亦欠缺諮詢機制。香港中醫不太團結，各自為政比較嚴重，沒有實際有效的諮詢機制
- 中醫西醫之間需要更多互相理解，中醫要了解西醫的新技術。互相學習有必要，但關鍵是西醫學中醫。以減少偏見與無知
- 中醫西醫在協作中雙向領行，並非出於地位，而是能否根治病症、意願、互相尊重、自尊、個人特質等問題
- 應借助中醫發展專科制的契機，培養一群能與西醫緊密配合的中醫師。中醫專科制很重要，但對中西醫配合的作用有限，因為現階段只有內科、針灸、骨傷，使中醫專科與西醫專科不同，不能對口
- 中西醫之間合作應從醫學院學生之間開始建立，因可建立中醫西醫互相交流的文化
- 中醫和輔助醫療人員應加強彼此的認識及合作，為中醫院的團隊服務作準備，輔助醫療人員較易接受中西醫協作

IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

關於實踐龍頭級促進管理中西醫協作的調查結果

- 政府應該促進中西醫協作的交流
- 政府有資源、可制定醫療政策以及有權威性，應該可作主導協調各機構進行中西醫協作的交流
- 學界較獨立亦可從學術研究角度探討問題，應該作主導協調各機構進行中西醫協作的交流
- 民間團體沒有資源，有本身的學術立場，不夠中立，不應該作主導協調各機構進行中西醫協作的交流
- 醫管局以西醫為主，只是一個行政機構，亦有很多政策限制，不應該作主導協調各機構進行中西醫協作的交流
- 西醫院不可當成中西醫協作的試點，然後在中醫院建立中西醫協作項目，因中醫院。和西醫院系統不一樣。而將來在中醫院可再開展，不需有先後之分，視乎條件是否成熟
- 中醫院可當成中西醫協作的試點，然後在西醫院建立中西醫協作項目。因中醫院行政上較有彈性，亦成為訓練中心，或以項目形式進行中西醫協作。但有人認為中醫院只會實踐傳統中醫，無法作試點

IJOP 中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查

建議 Recommendations

- 由微量至緊密的協作，從部分或全面緊密的協作
- 增強中醫西醫間搭橋和協作環境
- 利導循證醫學資料資源
- 積極以龍頭級管理完成協作
- 以病患為主研究策略框架出來通過基層中醫西醫修繕以確保簡易受用，推動收窄中醫西醫過往在醫治上的落差
- 好的醫育環境，患者可自我管理支持和測試，亦有篩選了的西醫中醫個別服務的資訊
- 培訓護士，員工。豐富執業者中醫和西醫的概念和技能
- 中醫西醫語言障礙，藉尋找兩者共識的生物語言基礎，促進互相理解
- 中西藥物相互作用，值得大量投放資源，幫助臨床，減低風險

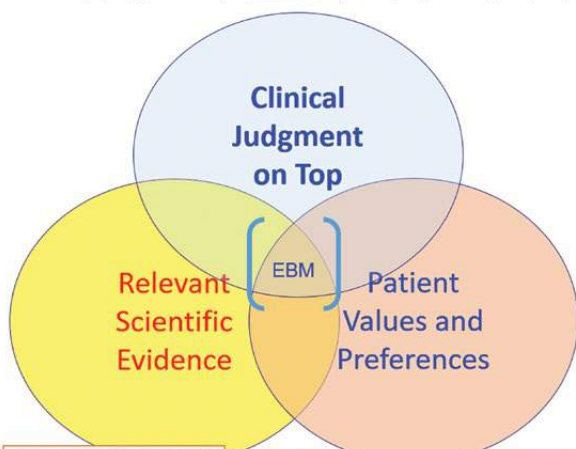
目標 #4

將來的行動 Future Activities

- 建立協作環境和系統 To build collaborative environment and system
 - 通過學習和教育計劃 Through Study and Education Program – IJOP
 - 通過平台克服困難 Through Platform overcoming difficulties – Institution 機構
 - Build up a language structure for both CMPs and Drs – 為中西醫建立語言結構
- 建立中醫西醫協作服務模式 To build a Collaborative Service Mode
 - Self-initiated vs Group-common-initiated vs Care-initiated vs Policy-initiated 自我啟動 / 群組共同啟動 / 為護理啟動 / 由政策啟動 各式各樣
 - Enabling Standard on Best Practices and Surveillance 實現優質行醫標準及監控
 - Disease or problem based Collaboration Modes 以協作模式處理疾病及問題

12

病人希望有綜合中醫西醫的治療



多一點中醫西醫合作

- Open forums are still needed that both sides can voice out their concerns during disease management 仍需公開的論壇，以便雙方表達有關疾病治療的顧慮。
- Community Care, a new model with recognition elevated by QA and audit certificates CMP 對家庭護理的新模型，通過QA和審核證書提高專業認可

病人是藉得更好更多的循證指引

Patients deserves better evidence based recommendations

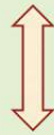
香港中西醫結合發展 Development

Work Pillars 拱柱

- **Real Integrated Practice**
中西醫深究結合形式
- **Evidence Based Medicine**
循證醫學
- **CM-WM Collaboration Mode**
香港中西醫協作模式

Master practice

師父 醫術



Applied medicine

應用 醫學

Med Ideals 理念

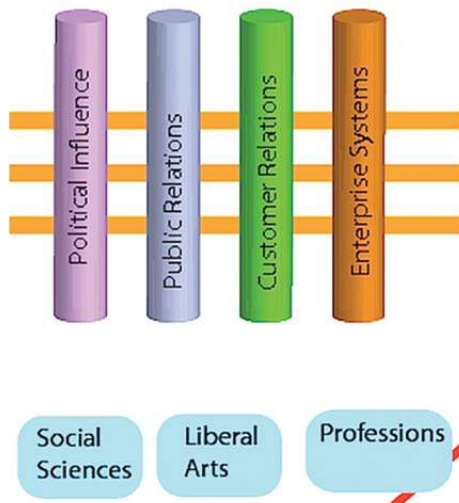
- **Inte Medicine System**
中西醫結合思維系統
- **Standardized Formal InteMedicine**
共同標準中西醫醫學

Quality 質素: safety, effectiveness, consistency, standards

指導思想、任務，組織領導，基地建設，人才培養，科技進步，學術創新，以及標準化、規範化和信息化建設

帶動機構

An institution or gearing body



- 中西協作服務
- 開展中醫院
- 服務及科研的策略
- 能與當今臨床接軌的培訓

- **An engine 發動機帶動**
 - Facilitating open exchange of experience and ideas while promoting CM-WM collaboration
開放的想法和經驗交流，促進中西醫的協作
- **Platform 平台**
 - Overcoming difficulties 解決困難
 - Teaming Up 隊伍組合
 - CMPs-Doctors pairing 中西醫配對

IJOP preparation 中西醫醫學平台

• 小的開始



• 多方情懷



• 多方支持



IJOP Launching 2015
項目啟動典禮

繼續開展





Disease oriented Studies

Disease Collaborative Panel 中西醫臨床協作專家顧問團

VISION 願景

- To become an exceedingly fair and delightful profession 成為非常可敬重的醫療行業。
- From improving commitments

用好效果帶領下進步
- May the IJOP remains with good fruits and thoughts. May we all enjoy a productive and enriching CM-WM medium as well as rewarding experience, and let Drs, CMPs and patients embrace a new era of networking high quality medical and health care that would bring us
- Prosperity exceedingly in the land 在地昌盛
- 交叉方法學: Not walk any more after performances and ordinances of the old custom 不再按藩籬舊律法的模式行事
- 多點相信, 互相包容 no envying, nor strives 沒有嫉妒、沒有不和
- Mighty achievements wrought among the people 行出許多好事

Acknowledgement 鳴謝

Supporting Organizations 支持機構



THE UNIVERSITY OF HONG KONG
SCHOOL OF CHINESE MEDICINE
香港大學中醫藥學院



香港中文大學醫學院
Faculty of Medicine
The Chinese University of Hong Kong



香港浸會大學
HONG KONG BAPTIST UNIVERSITY

School of 中醫藥學院
Chinese Medicine



The Federation of Medical Societies of Hong Kong
香港醫學組織聯合會



醫療管理學會
MANAGEMENT SOCIETY FOR
HEALTHCARE PROFESSIONALS 1984



Sponsors 贊助



曾福記藥行
Tsang Fook Kee
Medicine Co.





中西學結合 醫學新紀元

各界同步 攜手努力 促進方向 引起勢頭
多重醞釀 聚沙成塔 廣結配套 水到渠成

Any opinions, findings, conclusions or recommendations expressed in this material/event (or by members of the project team) do not reflect the views of the Government of the Hong Kong Special Administrative Region, the Innovation and Technology Commission or the Vetting Committee of the General Support Programme of the Innovation and Technology Fund.

在本刊物/活動內(或由項目小組成員)表達的任何意見、研究成果、結論或建議,並不代表香港特別行政區政府、創新科技署或創新及科技基金一般支援計劃評審委員會的觀點。