

醫療化下循證醫學 融合另類醫學的爭議 以香港「中西醫協作 先導計劃」融合協作 模式為例

Controversies of Integrating Alternative Medicine with Evidence-based Medicine in Medicalization A Case Study on the Model of “Integrated Chinese-Western Medicine Pilot Program” in Hong Kong

陳永新 蕭至健*
Chan Wing Sun Siu Chi Kin

摘要

西方社會曾經指出，另類醫學以循證醫學的框架被納入主流西醫專業主導的醫療系統時，會產生很多分歧。本文旨在探討在醫療化的社會脈絡底下，西醫專業主導了主流醫療系統和循證醫學框架，在這框架底下進行的中西醫融合協作只會令中醫藥在醫

* 陳永新 加拿大曼尼托巴大學 (Manitoba) 社會學系博士研究生
蕭至健 北京中醫藥大學臨床中醫藥碩士、註冊中醫師
收稿日期：2015 年 8 月 12 日；通過日期：2016 年 9 月 7 日。

療系統中落在更邊緣的處境。本文將審視「中西醫協作先導計劃」的框架，分析該計劃對中醫藥發展的深遠影響。最後，本文指出以西醫專業主導的循證醫學為框架進行融合協作，不能為中醫帶來具體的發展，而只會凸顯了中西醫學在哲學範式、教學和臨床實務等方面的不同問題。因此，社會應當重新思考香港現時的中西醫融合協作的方向是否正確。

關鍵字

中西醫融合、香港、醫療化、循證醫學、範式分歧

Abstract

Various studies have identified the drawbacks of integrating alternative medicines (AM) into westernized societies, where mainstream healthcare systems are dominated by an evidence-based medicine (EBM) framework. The “Integrated Chinese-Western Medicine Pilot Program” in Hong Kong illustrates the above argument; Similarly, we argue that this integration causes the deterioration of the local reputation of traditional Chinese medicine. The program framework has demonstrated the fundamental contradictions between AM and biomedicine and has considered whether the current integration method, which EBM dominates the healthcare system, can serve as a criterion for further integrations.

Keywords

Evidence-based Medicine, Hong Kong, Integrated Chinese-Western Medicine, Medicalization, Paradigmatic contradictions

引言

香港中醫藥在過去 20 年得到香港醫療制度重新重視。由

1990 年代中期開始，香港政府、中醫業界和中藥科技生產商的緊密合作，使中醫藥在香港開始「復興」和迅速發展（Chiu, Ko and Lee, 2005）。於 2013 年 2 月，香港特區行政長官成立「中醫中藥發展委員會」（Legislative Council Panel on Health Services, 2014）。該委員會旨在集中探討中醫藥的四大範疇，分別是中醫服務發展、人才培訓及專業發展、科研發展及包括中藥檢測的產業發展（Legislative Council Panel on Health Services, 2014）。

2014 年 9 月，香港醫院管理局（下稱「醫管局」）推行了「中西醫協作先導計劃」（Hospital Authority, 2014），目的是透過試辦中西醫協作項目，探索中西醫協作的可行性、協作模式及汲取中西醫協作的實務經驗（Hospital Authority, 2014）。醫管局於「中西醫協作先導計劃」採用循證醫學（Evidence-based Medicine）作為主要的理論和臨床實踐框架。循證醫學意指以系統化的審視和評定程序及臨床研究結果為基礎，為病人尋找最好的臨床治療方案（Belsey, 2009）；（Rezazadeh et al., 2014）；（Shea, 2006）。雖然「中西醫協作先導計劃」在社會中得到正面的評價，但這計劃事實上存在不少爭議，尤其是在中西醫理論和臨床實務的協作層面上，中醫似乎被約化為輔助現行西醫的其中一類治療選擇（香港浸會大學中醫藥學院全日制課程校友會，2014）。

在協作模式上，「中西醫協作先導計劃」顯示了循證醫學的問題在於把根本不相容的整全性治療範式（holistic paradigm of healing）的中醫納入了以病源學（specific etiology）為根本的西醫治療範式。有見及此，本文旨在指出西醫專業因為醫療化（Medicalization）在制度中處於領導的地位後，怎樣影響循證醫學的發展。同時，本文將會解釋西醫主導的循證醫學在香港中西醫融合協作的過程中所引伸的爭議。本文首先簡介有關醫療化、循證醫學與西醫¹和另類醫學融合的社會科學討論，然後概括地

介紹香港中醫藥和循證醫學在香港的發展概況。最後本文以香港「中西醫協作先導計劃」為例，集中討論為何以循證醫學為框架作為中介，中西醫融合協作沒有令香港中醫藥因此邁向多元化的發展，反而令中醫藥在制度中處於更邊緣的地位。

一 醫療化及循證醫學

醫療化 (Medicalization) 這個概念是 1970 年代於美國由 Illich、Zola、Conrad 等人提出 (Clarke and Shim, 2011)。醫療化描述美國二十世紀開始醫療專業 (profession) 支配了人對身體和健康的認知與概念 (Clarke and Shim, 2011)。Conrad 給醫療化下了一個精簡的定義，「醫療化是形容醫療代理人 (medical agents) 把非醫療的 (nonmedical) 問題當成醫療的 (medical) 問題處理，而常見的方法是把它們看作疾病 (illness) 和錯亂 (disorder)」(2004: p. 4)。在醫療化的討論中，主要涉及兩個命題：第一是探討醫

-
- 1 為了統一不同文獻及政策文件中對現代醫學的命名，作者在文中將會一律採用「西醫」表示現代醫學 (Biomedicine)。根據 Kleinman (1993) 及 Tarnas (1993)，現代醫學源自十六至十七世紀及後來十七至十八世紀歐洲的啟蒙運動 (the Enlightenment) 時期，歐洲哲學發展擺脫猶太基督教的一神論 (Monotheism) 觀點，崇尚科學革命 (the Scientific Revolution)，以理性 (Rationalism) 為探究真理的原則，當時以笛卡兒 (René Descartes, 1596–1650) 為代表的身心二元論 (Body-mind Dualism) 嘗試分開身、心兩個範疇，身、心現象雖是互相連繫但是分別存在。現代醫學承襲了二元論觀點，進一步發展出「身體 (physical body) 是疾病 (illness) 出現的地方」、「以科學方法能夠了解身體運作」及「以機械比喻身體運作 (Mechanical Metaphor)」等觀點 (Sagell and Fries, 2011)；(Russell, 2013)。直至十九世紀開始，現代醫學藉專業化的大學醫學訓練、抗生素的出現、藥廠的迅速發展等成功主導了西方醫學發展 (Lovell, Daneshnia and Fries 2012)；(Russell, 2013)。筆者了解「西醫」一詞所指的西方醫學其實包含多種醫學體系，例如：脊骨神經醫學 (Chiropractic)。而且不是所有西方醫學體系都是建基於二元論觀點的，例如：同類療法 (Homeopathy)、自然療法 (Naturopathy)、生物反饋療法 (Biofeedback) 等 (Lovell, Daneshnia and Fries, 2012)。

生作為醫療化的主要代理人怎樣主導醫療系統（Clarke and Shim, 2011）。即是醫生怎樣建立「醫療帝國主義」（Medical Imperialism）（Strong, 1979）。第二是探討醫療化怎樣在定義（definitional）、司法（jurisdictional）和制度（institutional）三個層面把事物建構成醫療問題的過程（process）、錯綜複雜的關係（complexities）及後果（consequences）（Clarke and Shim, 2011: p.174）。Conrad 和 Schneider（1980）提供了概念（conceptual）、制度（institutional）及醫生與病人關係（physician-patient interaction）三個面向解理醫療化這個社會過程。

有關第一個命題，Freidson 分析了美國當代西醫專業主義（Medical Professionalism）。Freidson（1970）指出西醫專業在當代美國社會中得到崇高的專業地位，主要因為他們掌握了只有少數人才能得到的專業知識（esoteric professional knowledge）。除此之外，西醫專業、政府及相關的官僚制度的緊密合作進一步鞏固其專業權威地位（Freidson, 1970）。例如美國有關西醫專業的政策和評核，都是由西醫專業人士訂立準則，民眾（layman）是無從參與，更遑論挑戰其權威（Freidson, 1970）。而且，他們因能夠操控其專業知識和技術，同時這些知識和技術又被認為是對社會有大利益，所以西醫專業能夠合法地壟斷醫療制度（Freidson, 2001）。因此，在二次大戰後的美國社會，西醫專業完全壟斷了美國的醫療制度，所以當時被稱為「西醫的黃金時期」（the golden age of doctoring）（Timmermans and Oh, 2010）。

有關第二個命題，Illich 等學者在 *Disabling Professions* 一書中指出西醫專業的建立是一個政治事件。西醫專業、政府和相關官僚機構透過制訂和行使法例，把普通人的事務交到專業精英的手中（Illich et al., 1977）。例如西醫專業往往是決定什麼原因構成特定的病症，生產某些藥物則決定了社會不能接受某些身體「不正常」的特徵，在法庭上西醫專業往往能決定誰生了病，流

行某種藥物又往往決定了誰必須接受治療 (Illich et al., 1977: pp. 20–21)。另一方面，他們指出民眾傾向需要專業知識為問題提供解說，又渴望專業人士能為他們尋找解決方法，結果反而削弱了自我照顧的能力。例如：民眾愈來愈依賴西醫專業解釋身體不適，結果更多身體不適在西醫定義下被視作疾病，而這些疾病亦必須由西醫去解決 (Illich et al., 1977: pp. 22–23)。

關於醫療化及其後果，Zola 在 *Healthism and Disabling Medicalization* 一書中指出在西醫專業不斷滲入民眾的日常生活中，民眾的想法都習慣了以健康和疾病的比喻 (metaphor) 來解理社會問題，因為他們覺得這是從最道德中立 (moral neutral) 的角度了解社會問題 (Illich et al., 1977: pp. 62–63)。結果，西醫專業成為定義和解決社會問題的關鍵角色 (Illich et al., 1977: p. 63)。而且，被西醫專業定義「有問題」的人，他們被認為是可以透過西醫治療改變現狀，同時他們也應該接受西醫治療 (Illich et al., 1977: p. 65)。這隨之而來的後果便是以西醫專業為名不斷介入個人生活和持續不斷的社會控制 (Illich et al., 1977)；(Zola, 1972)。對於醫療化伴隨的社會控制，Foucault 提出西醫的凝視 (medical gaze) 這個概念。Foucault (1973) 指出西醫專業不斷發展有關人類身體的西醫知識，但同時割裂了病人的身、心關係。結果身體成為了知識和權力的運作場域。身體漸漸變成被操控、監視和干預的對象 (Foucault, 1973)。

循證醫學的哲學起源可追溯至十九世紀的中期的法國巴黎 (Sackett et al., 1996)。然後，在 1940 年代發展的對照試驗 (controlled trials) 的基礎上，英國流行病學者 Archie Cochrane 教授在 1972 年於英國卡迪夫 (Cardiff) 發表他的新書 *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*，首次使用循證醫學這個概念 (Belsey, 2009)。這個概念在 1980 年代末至 1990 年代初由美國北卡羅萊納州的杜克大學 (Duke University) 和加拿

大多倫多的麥克馬斯特大學 (McMaster University) 進一步發展成為一套臨床醫學方法 (Belsy, 2009) ; (Sackett et al., 1996) 。

循證醫學的基本定義是嚴謹地 (conscientiously)、明確地 (explicitly)、明智地 (judiciously) 使用最佳的證據去為病人決定治療的方法 (Sackett et al., 1996) 。然而，執行循證醫學的五大步驟是：(1) 將資訊需求轉變成可以回答的臨床問題；(2) 尋找相關的醫學證據；(3) 評估證據的效度 (validity) 和可應用程度 (applicability)；(4) 把證據和臨床專業知識和病人的價值信念融合，然後在臨床治療中應用；(5) 透過病人的反應評估該臨床治療方案 (Sackett, 2000) 。而證據主要來自病人對治療的反應、醫生專業推論及直覺、同儕的意見及有重要性的已發表的證據 (Belsy, 2009) 。換言之，病人的經驗、診斷和醫藥成效都以一套緊密的專業知識高度量化 (quantified) 和標準化 (Timmermans and Berg, 2010) 。這目的是盡可能減低臨床實務上的風險 (Timmermans and Alison, 2001) 。

循證醫學評鑒證據有五個特定的級別，而這些級別會直接影響決策者決定是否使用該證據。這些級別於 1979 年由加拿大定期健康檢查工作小組 (the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination) 的報告中首次提出，於 1989 年由 Sackett 醫生進一步發展 (Burns, Rohrich and Chung, 2011) 。及後不同醫療機構和期刊都有改良這個證據評鑒級別，例如美國整形外科學會 (the American Society of Plastic Surgeons) 和循證醫學中心 (Centre for Evidence Based Medicine) (Burns, Rohrich and Chung, 2011) 。香港現在應用的級別是來自美國衛生保健政策研究所和循證醫學中心 (Professional Development and Quality Assurance, 2012) (表 1 及表 2) 。無論使用哪套分類等級，主要的評鑒證據標準都是來自對照試驗得到的結果做標準 (Belsy, 2009; Burns) ; (Rohrich and Chung, 2011) 。

表 1 香港現時循證醫學應用的「證據級別」
(Professional Development and Quality Assurance, 2012)

級別	證據類型 (美國衛生保健政策研究所 1992 年分類)
Ia	從整合分析隨機對照試驗得出的證據
Ib	從一次以上隨機對照試驗得出的證據
IIa	從一次以上妥善設計的 (非隨機) 對照試驗得出的證據
IIb	從一次以上妥善設計並帶有試驗性質的其他類型研究得出的證據
III	從妥善設計的非試驗性質描述性研究 (例如比較研究、相關研究及病例對照研究) 得出的證據
IV	從專家委員會的報告或意見及/或權威人士的臨床經驗得出的證據

表 2 香港現時循證醫學應用的「推薦意見的級別」
(Professional Development and Quality Assurance, 2012)

級別	推薦意見 (美國衛生保健政策研究所 1994 年界定)
甲級 (證據級別為 Ia、Ib)	求至少有一次隨機對照試驗，作為整體質量良好且行文一致且討論特定推薦意見文獻的組成部分
乙級 (證據級別為 IIa、III)	要求有順利進行的臨床研究，但無需針對推薦意見主題進行的隨機臨床試驗
丙級 (證據級別為 IV)	要求具備專家委員會的報告或意見及/或權威人士的臨床經驗得出的證據，但無需直接適用的高水平研究

二 另類醫學

根據國際衛生組織的定義，另類醫學² (alternative medicine) 的意思是而非當地傳統或還未融入當時主流醫療系統的所有醫療方法 (World Health Organization, 2015)。固然，這些另類醫學也包括了傳統醫學³ (traditional medicine) (World Health Organization,

2 另類醫學又可稱為替代醫學 (Complementary medicine)，這幾個名稱在學術討論中時常都交錯使用 (World Health Organization, 2015)。而常見的名稱是「替代及另類醫學」(complementary and alternative medicine) (Sagell and Fries, 2011)。

3 傳統醫學意指在不同的文化裏保持健康和預防、診斷、改善及治療身體和精神疾病的方法 (World Health Organization, 2015)。而這些治療方法是該文化裏基於該文化特定的理論、信念及經驗建立的醫療知識、技術和實作 (World Health Organization, 2015)。

2015)。換言之，於現時以西醫主導的治療制度中，「非西醫」的醫學體系多被納入另類醫學。不過，值得一提是另類醫學雖指未納入主流西醫主導的醫學體系中，但這未必等於它們是邊緣化的醫學。即是該另類醫學醫師及其用家都未必一定處於社會的邊緣狀況（O'Conner, 1995）。除了居於偏遠地區、移民不熟悉移居地的文化、強烈的群族身份（ethnic identity）、貧窮、低教育水平、低社經地位等因素外，其他因素都會使人嘗試使用醫學，這些因素例如：在西醫裏得不到好的治療效果、西醫根本對該病症沒有治療方法、用家持有另類的世界觀等（Segall and Fries, 2011: p. 317）。事實上，使用另類醫學的人一直都不少，以香港為例，使用中醫的人在過去 20 年都不斷增長（表 3）。由 1992 年的 6.3% 人口上升至 2012 年的 11.1%。⁴

表 3 由調查當日算起，曾在過去 30 天使用醫療服務的人士，根據中醫和西醫服務作出劃分的百分率（1992-2012）

	中醫	西醫
1992	6.3	93.7
1996	7.5	92.5
1999	19.9	86.5
2001	16.9	89.0
2002	11.4	91.9
2006	13.2	91.3
2008	11.4	91.2
2010	13.2	90.9
2012	11.1	92.2

資料來源：1992-1996 年的資料來自 Chiu, Ko and Lee (2005: p. 1049)；1999 至 2012 年的資料來自 Hong Kong Census and Statistics Department (2000; 2002; 2007; 2009; 2013)

三 循證醫學於中西醫融合的爭議

近年來，中醫試圖透過循證醫學的框架進一步融入香港的醫

4 香港實際人口由 1992 年起不斷增加，所以實際人數的增幅比百分比的增幅更明顯。

療制度，不過爭議在於循證醫學在證據的等級是以西醫主導的標準和西醫專業機構為基礎。而採納證據的標準都只是以後實證主義的（post-positivist）「科學化」範式為依歸，所以循證醫學不能處理整全性醫學（中醫）和病源學（西醫）在基礎觀點上的分歧。

循證醫學搜集證據的過程傾向根據一系列標準化準則，而這些準則又會妨礙另類醫學融入主流西醫體系。循證醫學主要目的是盡量減低每個治療方案的不確定因素和差異，務求把治療程序轉化成「烹飪書式的醫學」（cookbook medicine）（Timmermans and Berg, 2003）。這意思是循證醫學為治療方法找出一套「黃金標準」（the Golden Standard），在過程中排除所有不能被標準化的證據（Timmermans and Berg, 2003）；（Timmermans and Kolker, 2004）；（Timmermans and Mauck, 2005）。此外，整個搜集證據過程都由西醫機構主導。無論藥廠、政府機構及受建制資助的研究機構，都是在建立循證醫學的證據等級系統中最有權力和資源進行科學研究和發表有力的研究報告，例如：循證醫學時常用西醫醫療指引來控制程序變數。Timmermans 和 Mauck（2005）指出每年美國由不同醫療機構、學術部門等發表的專業醫療指引超過 1,000 個，而這些專業醫療指示多作為西醫採用循證醫學時的重要參考。在香港，上文提及的循證醫學證據等級和推薦意見指引都是由權威的西醫研究開發和確立。由此可見，由整個循證醫學訂立準則的過程，都是由現有的西醫專業以「科學化」之名主導和控制，在這個制度下，中醫那些非「科學化」的數據和例證，都很難被納入考慮之列。

另外，循證醫學採納證據的標準都是以後實證主義的範式為依歸。Goldenberg（2006）指出在循證醫學的框架下，西醫專業人員傾向認可由後實證主義⁵範式產生的證據，而排斥由其他範式產生的證據，例如由女性主義和現象學等觀點產生的證據。現時循證醫學繼承後實證主義的觀點，把醫療問題理解為只能以

科學化的實驗方法才能了解到藏在數據背後的真相 (Goldenberg, 2006)。而科學化的實驗是十分注重可量化的數據分析和控制變項 (Timmermans and Berg, 2003)。但是，現時循證醫學由其教育開始就忽略了判斷和解釋科學化研究的結果其實是一個人類的社會過程 (human social process)，即使是強調價值中立的所謂科學知識，這其實是某班持特定價值觀念的人集體建構出來 (Colliver, 1996)。事實上，基於不同的知識論 (epistemologies)，經驗不會只有一種呈現方式。例如女性主義強調是社會上所謂的客觀經驗是由特定的群體 (受教育的白種男性) 為主軸建構，事實上經驗應因不同群體身處的社會環境有所不同，有些經驗應是十分多元化的 (Goldenberg, 2006)。同時，Goldenberg (2006) 在文中批評現在循證醫學以一個假設的客觀實證標準 (以男性為主軸) 以理解女性在醫療服務，尤其是婦科醫療服務。這是約化了女性在醫療過程中的經驗。換言之，現時所謂的單一實證標準，是不能有效地量度和觀察女性在醫療過程的經驗。現時，愈來愈多學術討論也開始質疑循證醫學的理論根據是否可信 (Mykhalovskiy and Weir, 2004)，及循證醫學本身又是否合乎後實證主義的標準 (Nasr, 2010)。

然而，循證醫學不能處理整全性醫學和病源學醫學的在觀點上的分歧。Lowenberg 和 Davis (1994) 指出整全性醫學和病源學醫學在觀點的分歧可以歸納為對疾病因果論的關注重點 (the locus

5 後實證主義是 1960 年代因 Kuhn, Feyerabend, Hanson 和 Toulmin 提出對邏輯經驗主義 (logical empiricism) 的批評和修改而發展出來，他們相信在實驗中觀察 (observation) 和量度 (measurement) 仍然是探求真理 (truth) 的方法，但他們因意識到實驗的過程不能擺脫負載理論觀察 (theory-laden observation) 的主觀判斷 (judgment) 和詮釋 (interpretation)，所以他們認為所有的觀察和理論都是可以被否定 (falsified) 和被修改 (revised) (Alvesson and Skoldberg, 2009)；(Colliver, 1996)。

of causality)、病原存在的空間 (pathogenic sphere) 及醫生和病人的權力關係三個方面。關於對疾病因果論的關注重點，雖然整全性醫學和病源學都強調個人因素會構成疾病，而整全性醫學也會和公共衛生學說相似地把疾病和環境因素扣連解釋，例如：環境中的毒素引致疾病。但是，整全性醫學有別於病源學的是，前者同時強調人和環境的相互影響導致疾病 (Lowenberg and Davis, 1994: p. 587)。關於病原存在的空間方面，整全性醫學強調健康是由身、心、情緒和靈性的不同面向體現，雖然他們也會有類似病源學醫學強調生活習慣和健康的關係，但整全性醫學不像病源學醫學一樣為了預防疾病而不斷擴張對人們日常生活習慣的單方面監視和控制 (Conrad and Schneider 1980: p. 34)。相反，整全性醫學重視病人原來的生活習慣是因為他們認為生活習慣的改變和病人身、心、情緒和靈性狀態有密切關係，所以他們不會強行監控病人的生活 (Lowenberg and Davis 1994: p. 592)。關於醫生和病人的權力關係方面，整全性醫學在實務上傾向較平權的關係和相互參與，整全性醫學的醫師在衣著、言談和角色上都傾向去專業化 (deprofessionalization)。因為整全性醫學的醫師放棄建構醫學觀點就是真理的形象，在治療過程中十分着重尊重病人的意見和經驗，所以他們在治療的過程中以顧問角色多於以一個權威的診療者角色出現 (Lowenberg and Davis, 1994: p. 590)。這可以理解為，整全性醫學是從人本身生態上理解並解決疾病的發生，而病源學醫學則將人身作為疾病發生場所去研究疾病。

另外，循證醫學也沒有處理兩套醫學體系截然不同的醫療文化。西醫由病源學為基礎觀點開展一套醫療文化，它主張疾病是人體的物理性問題、患病因為自己沒有盡個人衛生責任、疾病必須使用針對病原體的治療、醫生和病人是一個專家和非專業用家的關係及對病人以「生病角色」⁶ (sick role) 的觀點看待 (Alster, 1989)。對於這套醫療文化衍生的社會控制 (social control)，

美國在 1970 年代醞釀了一場整全性健康運動 (the holistic health movement)，目的是以整全性醫學文化抗衡當時主流的病源學主導的西醫醫療文化，例如鼓勵應用另類醫學的觀點和治療方法 (Alster, 1989)。因此，強調身心靈健康的整全性醫學被認為是一個去醫療化 (demedicalization) 的醫學體系 (Crawford, 1980)。

由此可見，西醫在社會發展中因得到不同的權力機構支持，以及掌握被社會認為專業艱深的知識，在醫療制度中得到主導權。現時，循證醫學在證據的分級是以西醫主導的標準和西醫專業機構為基礎，採納證據的標準都是以西醫重視的後實證主義的範式作依歸，例如：循證醫學着重對照試驗和隨機對照試驗作為主要搜集證據的途徑、在實驗中觀察和量度測試結果。這變相排拒了以其他範式為知識基礎的另類醫學體系和證據。因此，現時循證醫學在理論觀點和臨床實務上其實都明顯地向西醫專業傾斜。而且，由於整全性醫學和病源學醫學觀點的分歧建構了西醫專業和另類醫學體系在實務和文化上的差別，這都導致循證醫學在臨床判斷和決策過程方面，強調實證和控制的西醫專業，多會處於主導地位 (Mykhalovskiy and Weir, 2004)。這個不對等的協作關係實際扭曲了不同醫學的融合協作經驗。

-
- 6 生病角色這個概念是由美國結構功能學派社會學家 Talcott Parsons 於 1951 年提出，這概念涉一套針對病人在社會系統的預期行為。Parsons 認為病人因患病在社會系統中暫時喪失了功能，嚴重影響社會的運作，所以社會系統刻意建構了這個暫時的社會角色讓病人具有另一種的行為規範和期望令病人能夠暫時免除工作職務靜養，以求快速康復 (Segall and Fries 2011:31)。而且，這個角色同時更包含了醫生和病人雙方，乃至病人家屬對患病的反應和行為，而生病角色對此都有特定的期待 (Segall and Fries, 2011: p. 31)。

四 由香港中醫藥復興到中西醫融合的爭議

西方國家有不少西醫和另類醫學融合的例子，當中不少融合的過程都存在明顯的權力不平等情況。Kelner 等學者（2004a）曾分析加拿大常見的另類醫學，包括：脊骨神經醫學、自然療法、中醫、同類療法及靈氣療法（Reiki therapy）怎樣在西醫主導的醫療系統中找尋生存空間。研究發現西醫專業為了保障既有的地位，多不情願支持另類醫學的專業化。首先，西醫常會透過堅持有關安全和效能的科學化的證據支持，最常見的方式為另類醫學專業化設立「科學化」和「客觀」的安全標準和自我規管的機制（Kelner et al., 2004a: pp. 920–921）。其次，在融合的過程中，西醫多會以合作的方式進行，他們會擔當守門人（gatekeeper）的角色，在融合不同療法的團隊中合作，其中一個合作方式是透過由西醫把病人轉介（refer）到另類醫學的醫師接受治療（Kelner et al., 2004a: p. 923）。

另外，西醫會在融合的過程中反對政府把資源偏重另類醫學的研究、教育、保險涵蓋（Kelner et al., 2004a: p. 925）。政府面對融合中西醫專業的強大阻力，縱使消費者對另類醫學需求殷切，但政府多會以迴避的態度處理（Kelner et al., 2004b）。結果，為了在西醫的強大阻力下爭取生存空間，另類醫學在有限的資源下透過不斷提升其治療師的專業教育水平、提升實務的標準、建立更多同行評審的研究和增強行內的凝聚力希望促使融合（Kelner et al., 2006）。在亞洲，情況和北美其實頗為相似。Cho（2010）分析西醫和另類醫學的融合過程中，行業間的矛盾其實不只於醫療系統裏的利益，融合還涉及藥廠的龐大經濟利益和公眾的支持，這變成了一個高度政治化的社會過程。香港的情況與亞洲其他國家和北美的情況相似，以下我們將探討香港中西醫融合的情況。但如要了解現時中西醫融合的爭議，為何中醫藥在香港歷史悠久，

但一直以來在香港的醫療制度中長期處於次要地位，但又為什麼近期政府和有關當局又重新重視中醫藥的發展？這不得不簡單介紹一下香港中醫藥的發展。有鑑於香港主權回歸則是香港中醫藥發展的分水嶺（Chiu, Ko and Lee, 2005），下文將會集中介紹香港中醫藥在 1997 年主權回歸前後的發展作為背景以探討現時中西醫融合的爭議。

香港開埠初期，居民有病都習慣找中醫中藥來治療，而當時英國殖民地政府為了尊重中國人的傳統風俗習慣，對民間的中醫藥使用都不加干預，也沒有立例管制（謝永光，1998：頁 1-2）。而早期常見的中醫是以擺路邊攤的形式營業（謝永光，1998：頁 1）。早在 1850 年代香港島為英國殖民地時期，中成藥集中在當時位於香港島水坑口街以東、威靈頓街口以西的皇后大道中一帶的南北行（謝永光，1998：頁 45）。而香港的正規中醫培訓在辛亥革命後由潘陸仙先生在威靈頓街的診所招收學徒，每人規定收學費 200 元（謝永光，1998：頁 104）。其後陳慶保、陳伯壇等人相繼在港開辦中醫學校，這發展直到 1950 年代仍然活躍（謝永光，1998：頁 105-112）。中醫藥正式在香港設立醫療機構其實可追溯至 1870 年的東華醫院，當時東華醫院是香港首間提供中醫藥服務的醫院（謝永光，1998：頁 131）。不過，由於英國殖民地政府百多年來都對中醫採取不聞不問的態度，而當時又沒有註冊制度，課程又多以業餘的規模運作，以致當時中醫藥的質素十分參差（謝永光，1998：頁 113）。縱使香港中文大學新亞書院董事長趙冰博士於 1953 年已提出增設中醫學和農學院，以維繫和發揚中國文化，但因為得不到政府支持而不了了之（謝永光，1998：頁 117）。直至 1991 年，香港大學專業進修學院率先開設為期一年的中醫藥進修證書課程，而 1998 年起香港浸會大學、香港中文大學及香港大學均陸續開設了中醫藥的大學本科學位課程，一直發展至今（謝永光，1998：頁 120-121）。

對於中醫在香港回歸後的「復興」，其實可以由社會政治的角度說明。Chiu, Ko 和 Lee (2005) 把香港中醫藥在 1990 年代之後的發展歸因於香港解殖民地化 (decolonization) 的發展。他們指出其實在 1980 年代末到 1990 年代中時，因為香港準備回歸中國，支持香港英國殖民政府的建制菁英權力開始削弱 (Chiu, Ko and Lee, 2005)。而在這個政治力量新舊交替的時期，香港本土及親共的政治組織藉時在建制中 (例如：區議會和立法會) 建立本身力量，當中不少是來自中醫組織 (Chiu, Ko and Lee, 2005)。同時，中醫藥以保存及發揚中國文化的論述為前提下把中醫藥專業化和科學化，西醫在政治上希望盡量保持政治正確而沒有對中醫藥產生阻力，結果中醫藥發展在 1997 年主權回歸後得到政府大力支持而順利在香港「復興」(Chiu, Ko and Lee, 2005)。

其實，香港特區政府在 1997 年回歸之後大力發展中醫藥業。香港基本法第 138 條清楚指出「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。社會團體和私人可依法提供各種醫療衛生服務」(Hong Kong Basic Law, 2015)。故此，香港三任行政長官都大力支持香港的中醫藥發展。第一任特首董建華在 1997 年的施政報告第 132 段中提及：

為保障公眾健康，我們計劃在下一個立法年度提交條例草案，設立法定架構，以評核和監管中醫師的執業水平、承認中醫師的專業資格，以及規管中藥的使用、製造和銷售。一套完善的規管系統，會為中醫和中藥在香港醫療體系內的發展奠定良好基礎。我深信香港具備足夠條件，能夠逐步成為一個國際中醫中藥中心，在中藥的生產、貿易、研究、資訊和中醫人才培訓方面都取得成就，使這種醫療方法得到進一步發展和推廣。(Tung, 1997)

第二任特首曾蔭權在 2009 年的施政報告中除了提議興建香港首間中醫院，還建議在 2012 年把常用中藥的標準由 60 種增加至大約 200 種。政府還設立檢測實驗室，吸納內地知名中醫來港參與臨床研究和教學，令香港中醫藥走向國際化平台 (Tsang, 2009: Paragraph 33)。然後，第三任特首梁振英於 2013 年的施政報告提出成立「中醫中藥發展委員會」籌備小組，集中研究發展香港中醫中藥的政策，「重點包括提升中醫師專業水平及地位；加強促進中醫藥研發；鼓勵中西醫結合治療；擴大中醫中藥在公營醫療系統的角色，以及設立中醫住院服務等」(Leung, 2013: paragraph 169)。

此外，香港政府在 2001 年成立了香港賽馬會中醫藥研究院，它的任務是「促進官、產、學、研合作，支援科研、質控、臨床循證和應用，推動中藥現代化和業界發展」(the Hong Kong Jockey Club Institute of Chinese Medicine, 2011)。雖然研究院在中醫藥發展作出了不少貢獻，例如成立檢測和認證局和提升了本地大學於中醫藥科研能力和設施等，但是整體上都未合乎成本效益，所以於 2011 年已關閉 (Panel on Commerce and Industry, 2012)。由此可見，香港中醫藥受益於香港政府在回歸後的大力推動，所以成功在國際間迅速發展，為香港經濟帶來可觀的收入 (Hong Kong Census and Statistic Department, 2000; 2012)。

更重要是，根據香港食物及衛生局的立法會文件顯示，香港政府 2013 年成立「中醫中藥發展委員會」，該委員會致力探討中醫藥的四大範疇，分別為：(1) 中醫服務發展；(2) 人才培訓及專業發展；(3) 科研發展及 (4) 產業發展 (包括中藥檢測)。該委員會向政府提出了三點建議：(1) 發展中醫院；(2) 實行「中西醫協作項目」先導計劃；(3) 推動「香港中藥材標準」計劃 (Food and Health Bureau, 2014)。

有關本文重點探討的「中西醫協作項目」先導計劃，根據政

府的文件顯示，計劃針對三個病種（中風治療、急性下腰背痛症治療及癌症紓緩治療）訂立臨床計劃，參與者的篩選準則包括：（1）經科研證實中醫治療有效或中西醫協作治療可發揮協同效應的病種；（2）可預見有一定病人數量的病種；（3）可明確定義納入及排除標準的病種（Food and Health Bureau, 2014）。香港醫院管理局於2014年9月22日於東華醫院試行中風治療、屯門醫院試行癌症紓緩治療及東區醫院試行急性下腰痛治療的中西醫協作（Hospital Authority, 2014）。服務範圍方面，臨床計劃會提供特定的住院服務（包括日間醫院），也會為相關病人提供跟進的問診服務（包括西醫門診和相應的中醫教研中心的門診），而每個臨床方案都會根據該病種的情況明確定義服務的切入點和退出點（Food and Health Bureau, 2014）。關於臨床管理方面，計劃會以「循證為本」的安全操作，每個病種的臨床方案需以科研實證為基礎，由中、西醫專家組成的工作小組共同制定包括中醫融合的臨床指引、納入和排除標準、臨床效果指標以及臨床風險管理（Food and Health Bureau, 2014）。與此同時，醫管局會設立不良反應及事故通報機制，以及安排臨床稽核，醫管局也會為參與的醫護人員提供相關的專業培訓，務求中西醫可以互相理解和溝通（Food and Health Bureau, 2014）。

該先導計劃的運作框架包含了運作指引和計劃管理兩部分。醫管局為先導計劃提供運作指引，除了財務、保險、風險管理及投訴方面等行政安排外，指引列明中、西醫務人員的角色及責任、病人的轉介、出院及跟進流程及病人醫療記錄互通的機制等（Food and Health Bureau, 2014）。而計劃管理方面，醫管局透過可行性研究，以及與先導計劃的持份者商討，確立計劃的設計大綱，這包括：治療模式、基礎架構、目標及成果以及撥款安排。醫管局會督導及監察計劃實施的進度，和安排成效評估（Food and Health Bureau, 2014）。

結果，根據「中西醫協作項目」先導計劃於 2015 年 4 月 30 日為止的臨床統計顯示，三間參與計劃的公立醫院，有 525 名病人經過篩選推薦參與計劃，其中 114 人參與計劃，當中 41 人已退出計劃，整個先導計劃病人的住院病床日數為 1,383 日（表 4），根據這個階段的結果，醫管局計劃於 2015 年第四季於其他四間公營醫院推行先導計劃的第二階段（立法會衛生事務員會，2015）。

表 4 由 2014 年 9 月 22 日至 2015 年 4 月 30 日的臨床統計資料
（立法會衛生事務員會，2015）

選定病種	醫院	病人人數			住院病床日數
		已篩選	參與計劃	已退出計劃 *	
中風治療	東華醫院	200	32	6	733
急性下腰背痛症治療	東區醫院	212	39	6	156
癌症舒緩治療	屯門醫院	113	43	29	494
總數		525	114	41	1,383

* 先導計劃的退出準則包括：(i) 接受中西醫協作治療並無額外可見效益；(ii) 已達到最大的效益，無須再接受中西醫協作治療；(iii) 無法耐受中醫治療；(iv) 自願退出；(v) 已完成為時最長六個月的跟進期。

最近，有報道指「中西醫協作先導計劃」初步結果「不理想」；計劃進行了半年，僅 75 位病人參加，病人除了覺得收費較貴，有病人覺得治療效果與期望有落差（東方日報，2015 年 3 月 24 日）。事實上，由於有關當局未為第一階段的計劃成效作出具體評論，而「已退出計劃」人士的數字也不能闡明正面與負面的退出原因，同時也未有詳細公佈具體中西醫協作的臨床經驗，闡述以循證醫學模式怎樣把中西醫融合為病人帶來更好的治療方案及療效，所以成效暫時無從得知，也無從評論。不過，如我們由「中西醫協作項目」先導計劃和循證醫學的框架觀察，雖然該計劃由構思到執行都把中西醫和各個持份者放在一起協商，希望發展出

一套最有利病人的醫療方案，但循證醫學因為以西醫的哲學基礎和研究方法主導，中西醫融合協作似乎呈現了幾點重要分歧。這不只是技術層面的，而是兩套醫學由哲學、教育到臨床實務的分歧。而且，循證醫學的框架是無從梳理這些分歧的。

五 中西醫融合協作的分歧

中西醫協作的雛形，應該追溯回國內的中西醫結合這一發展方針，中西醫結合的構想並不是應學術需求發展出來，而與歷史因素關係較大。在文化大革命以後，中華文化近乎崩潰，中醫自然深受打擊。中醫教育再開辦之初，因為國家提出中醫與西醫要互相合作，在中醫學術被摧毀打亂的背景下，中醫院校教育採取中西醫同時學習的方案，中醫學生不僅要學習中醫內容，更多課時用於學習西醫科目，至今中西醫混雜的情況依然，甚至變本加厲（鄭丹，2010）。同樣地，香港開辦中醫教育，基於社會本身對中醫教育認識的空白及政治經濟因素，自然而然走上了同一條路。本來中西醫協作目的在於改善臨床局限，但實際執行時卻執着學術內容造成分歧。在循證醫學的框架底下，中醫從教育到臨床都必然與西醫產生分歧。

1 中醫哲學很難令西醫理解

中醫與西醫雖然同是醫學，但本身屬於兩門學科。中醫學的根本，即首先對人的認識理解，建基於陰陽五行之上。陰陽、五行，是古人認識天地事物規律，觀察、歸納、演繹所得，並非虛無飄渺的空想，就如古印度哲學中四大元素（地水火風），都是古人用以解釋世上事物性質的一種取象比類，如本文前述，基於不同知識論，經驗絕不會只有一種呈現方式。古人透過陰陽之道，構成五臟六腑、經絡腧穴體系，連繫人身氣血津液變化去解釋生