

台灣中醫藥尋寶之旅（一）

趙中振

（香港浸會大學中醫藥學院中藥部主任、講席教授）

2010年1月，應台灣行政院科學委員會之邀，我到寶島台灣進行了為期11天的學術交流。從台北、台中到台南，走訪了教育、研究、醫療、生產、貿易機構與中藥市場。我曾多次到過台灣，但這次逗留的時間最長，日程也安排得最緊。2010年4月，我又隨香港醫藥專家代表團來到台灣，拜老友、結新朋，共同探討中醫藥發展的現狀與未來。寶島尋寶，滿載而歸。

我第一次到台灣是在1998年，那時去台灣比出國還難。我當時尚在日本，以「日中國科盟醫藥協會會長」的身份，擔任赴台交流團團長，還勞駕了當時的中國醫藥大學謝明村校長出面作擔當保人，寫了保證書，幾經周折，足足花了幾個月的時間，終於成行。訪問團裏一位知名的教授，平素辦事謹慎，特地將這寶貴的通行證存放進了日本三菱銀行的保險櫃。不巧，出發當日正值週末，銀行休息。雖找到了銀行的保安人員交涉，但他也未能取出通行證與我們同行。這段小插曲成了大家至今難忘的笑談。

1 中醫藥高等教育

台灣的中醫藥教育經歷了艱辛曲折的摸索過程，累積了寶貴的經驗，為台灣的中醫藥事業發展奠定了重要基礎。

1945年抗戰勝利後，雖然國民政府接管了台灣，但仍然沿襲日據時期對中醫的取締制度。當時具有中醫師資格的人寥若星辰。自上世紀五十年代起，台灣開始實行對中醫的特考制度，然後發牌給合格者執業以應急需。這種處理方法，有些類似於現今香港對執業10年以上的中醫師進行的考核制度。

台灣的正規中醫藥教育開始於1966年，遲於中國大陸十年。50年的中醫藥高等教育，培育出了一批批中醫藥專才。實施了60年的中醫特考過渡制度，將在明年，也就是辛亥革命100年後的2011年宣告終止。這也將結束台灣歷史上無正規中醫教育、中醫師良莠不齊的歷史。

1958年創建於台中的中國醫藥學院，現已發展為中國醫藥大學。在1966年率先建立了中醫學系（7年制，後改為8年制）；1985年又成立學士後中醫系（取得學士學位後再修讀5年中醫課程），其教育目標是培養中西醫匯通人才。這一學制有些類似歐美國家的醫學院，學生先修讀一個本科學位後，才可讀醫學院。從其複雜的學制轉換亦可看出中醫教育模式仍在不斷探索之中。

現今台灣，中醫藥高等教育從北到南已經有三個基地，即台北長庚大學之中醫學系（1998年開始），台中中國醫藥大學中醫學系（1966年開始）、學士後中醫學系（1985年開始），以及高雄義守大學之學士後中醫學系（2010年開始）。學制為中西醫雙主修8年，中醫單主修7年，學士後中醫系5年。台灣的中醫學士學位教育也是目前世界上學制最長的中醫高等教育。

此外，台灣還有專門培養研究型中醫人才的研究所，大陸多稱研究生院。如在中國醫藥大

學開辦了碩士（1975年開始）與博士學位（1988年開始）課程。專業也有中醫、中藥與中西醫結合之分。

在台灣，修讀中醫的學生是相當優秀的，入學分數也很高，錄取率大約只有6%。迄今為止，中國醫藥大學是台灣最大的中醫藥人材培訓基地。在我所相識的一些台灣中醫藥的棟樑之材當中，謝明村、張永賢、林昭庚、張賢哲、張永勳、張成國、張恆鴻、高尚德、蘇奕彰、郭昭麟、林宜信、李威著等都曾是這裏的高材生。

中國醫藥大學現設有六大學院：醫學院、中醫學院、藥學院、健康護理學院、公共衛生學院、生命科學院。在中藥的高等教育方面，2005年中國醫藥大學在藥學院下建立了中藥資源學系，學制四年，每年招生約60人。與香港很為類似的是，目前台灣尚無中藥師的註冊制度，但畢業生的就業市場良好。事實也證明了中藥專業是社會所需要的，是應當堅持辦好的。

在中國醫藥大學，我有幸參加了一次中藥專業的課堂教學。學院專程從台北請來了中藥商公會的陳許延先生。陳先生是一位具有豐富製藥經驗的老師傅，他現場展示的精湛的製作水泛丸的技術，讓在場學生們興奮不已。我也應邀體驗了一下，同學們看到我搖起藥丸筐來好似內行一般，給予了鼓勵的掌聲。殊不知歷史上藥工與農工在很大程度上是不分的。我心底的祕密是，30年前我下鄉務農兩年，在篩選麥種時所使用的工具與此大致相似。

台灣的醫學界，西醫為主，中醫為輔。台灣的中西醫是雙軌制，如果一個人兼具中西醫雙重資格，衛生署限制，只可選一個資格登記從業。醫學生畢業之後，有10%的人從事中醫，這一比例同目前台灣中西醫院和診所的比例、中西醫人數的比例大致相符。張永賢教授曾撰寫過一篇文章，從歷史的角度專門探討「醫師」與「醫生」名稱的由來與關係。簡言之，台灣與香港類似，西醫大夫稱醫生，中醫大夫稱醫師，二者稱謂不可混淆。究其原因，主要是醫師的地位不如醫生。這也說明中醫有待發展，中醫師的地位有待提升，既有的醫療體制有待改革與完善。

談及近代史上大人物對中醫藥的推動作用，中國大陸首推毛澤東。「中國醫藥學是一個偉大的寶庫，應當努力發掘加以提高」的「最高指示」，促成了大陸中醫藥高等院校與研究院所的建立。而在海峽對岸，民國史上的名人、國民黨元老陳立夫在推動台灣中醫藥事業方面功不可沒。他曾擔任中國醫藥大學的董事長，為中國醫藥學院附設醫院的建立四處籌資、捐款。學校中不少中醫藥大樓、博物館、中醫藥獎都是以「立夫」命名的。

中國中醫藥大學黃榮村校長語重心長地說：「50年前學院的創始人旨在發展中醫藥，如今大學內西醫的部分已有了長足進展。中醫如何發展，是值得深思的。我們切不可忘卻建院的初衷與前人的重托」。

2 醫療保險與中醫院

面對人口老化，醫療制度的改革是世界的難題。2010年，美國奧巴馬政府在醫療制度改革方面邁出了全民醫保十分艱難的一步，成功與否，人們拭目以待。台灣似乎在全民健康保險方面走在前面，得到世界許多國家的讚許。1995年，台灣實行全民健康保險，中醫藥也包括其中。中醫在健康保險中所佔有的比重約為4%。在台灣，90%以上的人都看過中醫，民間流行有「白天看西醫，晚上吃中藥」之說。中醫藥在台灣相當有民眾基礎，也有廣闊的發展空間。台灣約有2300萬人口，西醫醫生約3萬人，執業中醫師約5000人。現共有醫院610間，其中西醫574間，

中醫36間。診所共有17618間，其中中醫2601間，西醫9287間，另有牙醫5730間。實行全民醫療保險以來，醫院出現了兩極分化的情況，大的愈大，小的愈小。超大型醫院已超過萬張床位。小型診所靈活，亦為醫改健康保險的受益者。台灣的醫療福利相當高，可以憑藉健保卡，僅負擔約30元港幣之掛號費，從北到南，到任何醫院看病，包括住院。

在榮民醫院，甚至掛號費都減免，造成濫用，一些退休榮民甚至每天到醫院看診，成了熟客。有這樣一個小故事，退休的老王每天都到醫院來，久而久之成了這裏的一道風景。這一天突然不見老王的身影，一打聽人們才知道，原來「老王今天生病了，不能前來」。

在台灣，診所與醫院是這樣界定的：「醫療機構有病房收治病患者為醫院，僅應門診者為診所」，二者之別關鍵是有無病床，可否留醫。「10張以上病床可稱為中醫醫院；醫院中，40張病床以上為綜合醫院，應當有內、婦、兒、針、傷等五科以上」。

我們參觀了位於林口的長庚醫院附屬中醫醫院，我想這裏是迄今我所見到海外中醫院最適合華人的成功模式。長庚醫院是台塑大王王永慶昆仲為紀念其父親王長庚先生，斥鉅資創設的一所非營利性綜合教學醫院。自1976年開設醫院30餘年來，每日門診病患者約3萬人，現擁有9千張病床。1996年成立中醫門診，1999年成立中醫分院。這裏也是台灣目前唯一的一家具有留醫病床的中醫醫院。該醫院設有50張中醫病床，醫院設備精良，服務周到，完全是五星級賓館的水準。患者住院期間，可以由中西醫會診，治療和護理則主要以中醫為主。每人每天的住院費用約4,700新台幣，約合1,200港幣，這部分目前需自費。但診費、藥費（只付給「科學中藥」，詳見下文）、藥品調劑費、針灸治療費、傷科治療費、脫臼整復治療費等由健康保險涵蓋。中醫院的建立，有利於年輕醫師的培養、患者的治療護理和中醫科研的發展。如果未來保險制度能夠涵蓋住院治療費用，將成為中醫院迅速發展的激活劑，但其實現難度似乎不亞於奧巴馬的醫療改革。

據張恆鴻副院長介紹，該院十分注重臨床研究，如中醫脈診、舌診診斷儀器的研究，每年都有大量的學術論文發表。鑑於對中藥使用的投訴案件不斷發生，中藥的安全性倍受民間和國際關注。長庚醫院在行政院衛生署中醫藥委員會補助下，建立了中藥不良反應通報系統，這在台灣的醫院當中還是首創。我在台期間，正值血府逐瘀湯投訴案件發生，報刊連篇累續的報導引起軒然大波。據介紹，像這樣雖非該院發生，但在社會上出現的投訴案例也會在其系統中備案。我想，中國內地和港澳也應建立這樣的系統，並與台灣實現連接，共同為保障中藥安全使用設警。

醫院的中醫養生健康中心和治未病研究室融入了中醫藥文化，開設有中醫體質辨證、養生中藥水療（薰蒸、氣泡浴身）、芳香經絡調理、中醫五行音樂療法、養生茶飲系列。在這裏，中醫的治未病與康復手法被發揮得淋漓盡致。我在思考，台灣的中醫院是否在走一條「為而不爭」之路。

在台中，我們參觀了中國醫藥大學的附設醫院，這裏擁有1700張病床，設備堪稱世界一流，特別是癌症大樓以及急重症大樓，為台灣中部最大之醫學中心。這裏交通便利，購物方便，環境優雅，一般都有空調設施，還有閱覽室。醫院設有中醫部，分內、婦、兒、針、傷及中西醫結合等6科。唯僅提供門診服務，中醫部也開發了舌診、聽診之聲波分析及脈診儀作為診斷之輔助。
(待續)

【鳴謝】：台灣中國醫藥大學張永賢教授、張永勳教授介紹第一手資料。

(編委：馮玫審校 2010.6.4)

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved