

# 海外中医制度文化探索之马来西亚中西医 结合概况与发展战略初探

蔡高茂 张其成

(北京中医药大学,北京,100029)

**摘要** 在马来西亚,中西医结合是指马来西亚卫生部推出政策,明确规定要将包含中医的传统与辅助医药纳入以西医为主的政府医疗服务体系,与西医达成共生共存,一起促进马来西亚国民的卫生与保健。为了实践传统与辅助医药与现有西医体制的结合(本文简称中西医结合),马来西亚政府在 2006 年开展了一项计划,把传统与辅助医药服务纳入政府医院。针对过去 10 年来马来西亚中西医结合发展的回顾,梳理与总结,得出结论是有必要提出符合马来西亚国情的中西医结合发展宏观理论,以便指导接下来 10 年发展战略的制定。结合马来西亚的特殊国情与中西医本身的内在发展规律,未来 10 年,马来西亚的中西医结合发展有必要回归到各自的文化母体,作出明确的定位,厘清彼此间的关系。

**关键词** 马来西亚;中西医结合;宏观战略框架;中西医战略定位;传统与辅助医学;中医发展史;中医文化;中西医结合概念

## Overseas Chinese Medicine System Culture Exploration-A Survey of the General Situation and Development Strategy of Integration of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in Malaysia

Chai Koh Meow,Zhang Qicheng

(Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100029,China)

**Abstract** In Malaysia,the term integration of traditional Chinese and western medicine refers to the policy of Ministry of Health Malaysia to incorporate the traditional and complementary medicines into the existing western medicine dominated healthcare delivery system for co-existence of both medical practices that enhance the health outcome and wellness of Malaysian. In 2006,the Malaysian government launched a project to incorporate selected practice of traditional and complementary medicine into the government hospitals. This paper reviewed and evaluated the development of the integration policy. It is concluded that there is a need to propose a strategic framework suitable for Malaysia condition so as to provide theoretical guide for the formulation of strategic direction in the next ten years. It is also concluded that the future development of the integration should take into consideration the cultural origin,internal development trends as well as establish clear relationships and strategic positioning of the respective medical practices.

**Key Words** Malaysia; Integration of traditional Chinese medicine with western medicine; Strategic framework; Strategic positioning of traditional Chinese medicine and western medicine; Traditional and complementary medicine; History of traditional Chinese medicine; Cultural aspect of traditional Chinese medicine; Development concept of integrated medicine

中图分类号:R2-031 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.11.061

### 1 马来西亚中西医结合的现况

1.1 中西医结合在马来西亚的缘起 从英殖民统治直到独立建国期间,马来西亚历届当权者都把中医药排除在体制之外,不支持,也不禁止,把中医归为民间文化活动,任由中医自生自灭。直到 20 世纪 90 年代,马来西亚政府在政策与法规上才做出了突

破性的决定。马来西亚卫生部在 1996 年成立了传统与辅助医药单位(包含中医)并由家庭健康发展局所管辖。这是基于马来西亚人民对于传统与辅助医药的认识逐渐提高以及全球迈向规范传统与辅助医药的发展趋势而做出的安排<sup>[1]</sup>。

2001 年,马来西亚卫生部推出了传统与辅助医

基金项目:国家社科基金重大项目(16ZDA234)——中医药文化助推中华优秀传统文化复兴研究

作者简介:蔡高茂(1963.08—),男,博士研究生,副主任,马来西亚卫生部,传统医辅助医学管理局,政策与发展组,研究方向:中医文化, E-mail:drchaikohmeow@moh.gov.my

通信作者:张其成(1959.10—),男,博士,教授,国学院院长,研究方向:中医文化, E-mail:zhangqicheng96@163.com

药的国家政策。该政策明确规定要将传统与辅助医药纳入以西医为主的政府医疗服务体系,与西医达成共生共存,一起促进马来西亚国民的卫生与保健<sup>[1]</sup>。

为了实践传统与辅助医药与现有西医体制的结合(以下简称中西医结合),马来西亚政府在2006年开展了一项计划,把传统与辅助医药服务纳入政府医院。在2006年1月11日,内阁批准了该项计划并把位于北部的檳城,南部的柔佛新山以及中部的布城共3所医院列为试点项目。初期,成立门诊给患者所提供传统与辅助医药服务。其中包括针灸,中草药辅助癌症治疗,马来传统按摩,其他服务包括马来传统产后按摩和印度传统医学中的滴头油(shirodhara)也陆续在2011年于政府医院推出。截至2014年年底,在以西医为主的政府医院里共建有14所传统与辅助医药门诊<sup>[1]</sup>。

1.2 西强中弱,以西医为主中医为辅的中西医结合模式 马来西亚西医在政府的政策上的倾斜,资经上大量的投入,经过半个世纪的建设与经营,已经发展成为马来西亚境内的主流医学,几乎完全取代原有的传统民间医学。现今的西医的体系建设已经相当完善。早在上世纪50年代,政府就推出有关西药注册,生产,行销与广告法令以及西药师的注册法规。1971年,进行西医师注册管理,到了1998年随着私人医疗执业场所法令的推出,西医的法律与监管系统的建设,基本上完成。直到21世纪的今天,西医无论在从业人员的总数,资格,科研队伍,教育体系,医院硬体与软件的建设与规模,都是全国之冠。

反观中医的发展,经历几个世纪的排挤后,直到上世纪90年代才受到政府的关注,开始投入建设监管体制。1992年传统中药被纳入以监管西药为主的药品管制体系,直到2016年才正式推出第一部包括中医从业人员的注册法令并开始执行。中医的监管体制的建设才刚刚起步。政府在资金上的直接投入微不足道。中医从业人员数目不到西医的1/6。全国只有一间小型的中医医院。许多私人界的投资都因体制建设还未完善而无法进行。马来西亚中医的发展正面对教育,临床,科研和监管体制上的四大挑战。

在中医教育上,目前虽然有八所私立大学提供本科教育,但是都面临学生来源不足,教学语言上的困扰,随时面临倒闭的局面。各大学所采用的教材,都是原封不动的直接来自中国。因国情不同,中国

的中医教育,是中西医并重的,其花在学习中西医的时间比例几乎同等,进入临床后,更是以西医为主。马来西亚的国情不同,中西医体系是泾渭分明的,中医师不能在同一个时候同一个地点中西医同用。这种生搬硬套,罔顾国情,只管套利的办学方式,所造就的中医人才,无法在马来西亚的特殊国情下发挥应有的角色。马来西亚本土中医教学历史已有60多年,其教学经验不亚于中国大陆。历经多年的努力,已经探索出一套符合马来西亚国情的中医教材。重经典,早临床可以说是其经验的累积。更可贵的是它能造就爱中医和对中医有使命感的人才。只可惜多年的教学经验还未被认真总结,没有引起足够的重视。

马来西亚中医的医疗服务结构严重失衡。全国只有一间同善中医医院。大部分从业人员就业于私人界的基层诊所,中层与顶层的中医医疗服务严重缺失,政府与私人的参与几乎为零。马来西亚中医科研无论人才,软体与硬件,基础都非常薄弱。其中以科研方向失准,定位失据最为严重。以西套中,多年努力毫无成果。

在临床上,马来西亚中医界对常见高发的慢性病如心脑血管,糖尿病等中医所能扮演的角色还没有行成共识,并有效的向外宣传,导致患者以及其他医药从业者对中医了解不足,进而产生误解,使中医被排除在主流外。在监管体制建设上困难重重,药物监管,以西套中,无方无度,成事不足,败事有余。

马来西亚的中西医结合是在西强中弱的情况下进行的。很自然的就采取以西医为主,中医为辅的模式<sup>[2]</sup>。政府推行的中西医结合门诊服务,患者就诊必须获得西医同意并转介。中医师无权过问。长久下去,必然造成中医凋零,其后果可想而知,千万不可轻视。

1.3 官方部分结合,小步探试,民间中西分家,受制于现有法律 马来西亚的中西医结合的推进主要靠政府的努力。现今政府推行的中西医结合是以西医为主,中医只扮演辅助性的角色<sup>[2]</sup>。这些努力实属小规模의试探。内部还没有形成强大的共识,时常面对内部高层以西医为主的不同的声音。在全国的146间公立医院中,只有十四间设有传统与辅助医学门诊,所聘用的从业人员不足60人。在这些门诊所设的针灸服务只限于西医所认同的慢性痛症和中风后遗症的处理,对于其他适应证暂时不受理。

在民间,有碍于法律上的规定,西医执业场所不准执行中医治疗。现行的办法是中西医分别设在2

个不同但比邻的建筑设施里头,中医与西医的治疗是分头进行的,这对患者是十分不方便和加重不必要的负担。再加上中医本身的监管系统尚未完善,在私人界,中西医只能分家,根本谈不上结合。

## 2 马来西亚中西医结合的挑战

马来西亚中西医结合实行至今,所面临的挑战除了法律与监管体系所带来的制约外,各医疗从业人员对中西医的知识结构不对称和科学实证的运用误区是2个重大的挑战。

2.1 现行法律与监管体系的制约 马来西亚中西医结合在私人界的实行严重受制于现行的一些法令,其中主要的有1950年代就开始实行的一系列与药物监管有关的法令,1971年的西医从业人员注册法令与1998年的西医执业场所法令。在有关的药物监管法令下,中医不允许使用西药,同时许多常用中药也被禁用。在西医从业人员注册法令下,西医师不鼓励应用西医以外的治疗手段与药物,虽然同时拥有中西医资格,但有关从业人员,不能在同一时间,同一个地点,对同一个患者同时使用中西医治疗。中西医治疗严格分开。综观以上的法律与监管系统,它是针对西医西药的管制而建立的。历史上这一系列的法令在制定时并没有把中医考虑在内。然而在执行时却以西套中,造成严重不良后果。

2.2 知识结构不对称 结构不对称是泛指各医疗从业人员缺乏对对方学科的知识与了解。列如在马来西亚有众多的西医,对中医完全不了解,常对中医有不必要的偏见,认为中医不能治病,常把中医等同于骗子。其根源就是对中医没有掌握足够与正确知识,进而产生偏激的态度。同样的,在马来西亚也有许多中医师对西医知识掌握不足,在一知半解的情况下,把错误的资讯传达给患者,列如在没有充份掌握病情的情况下,建议患者放弃手术或化疗,被西医批评为有失专业,也饱受患者家属的诟病。在这种情况下,中西医从业人员,无法有效沟通,互信无法建立。这对中西医结合的推广是严重的挑战<sup>[2]</sup>。

2.3 科学实证的运用误区 几乎所有的西医都把科学作为中西医结合的唯一的准绳,对科学以外的的学科理论,如中医的阴阳五行,不想了解,也拒绝接受。也有许多中医界的人士,也抱着类似的心态,以科学实证的方法,探寻中医之道。这一观点必须进一步商榷<sup>[2]</sup>。中医理论是根据自身的哲学体系发展起来的,在古代,严格意义上的科学还未形成。再用语言的隐喻,用英文文法来讲中文,只能造成不中不西,两头不到岸,其结局也只是中文的异化与死

亡。中医的哲学,理论是以中华文化为根,科学是以西方文化为体,文化上的差异,以西套中,将导致中医被异化,形成不中不西的怪胎,其终将是胎死腹中。战略上举西抑中,已经造成中医话语权的丧失,中医的原创性不能发挥其应有的角色。中医的理论源自易经,其时空象数是统一的,这是中医的自主原创,是有极大的发展战略价值。

## 3 马来西亚中西医结合发展战略

综观上述的各种挑战,其产生的根源是中西医结合宏观理论的缺失所造成的。要解决上述的诸多挑战,中西医首先必须回归到各自的文化源头。

3.1 回归到文化源头 哲学包含世界观与方法论。哲学对医学的方方面面是起指导的作用。祝世纳认为医学的生命观,人体观,疾病观源自哲学的世界观。哲学的方法论转化到医学中成为医学的方法论,决定着医学的研究的立足点,着眼点,着重点,支配着解答医学问题的方向和途径。在学术思想上,中医是建立在元气论,阴阳五行学说上。在思想方式上,中医遵循的是元气论,生成论的思维。在科学技术内涵上,中医吸收的是中国古代技术的知识和方法。在学术内容上,中医学注重宏观,整体,功能关系为突出的特点<sup>[3]</sup>。

相对于中医,西医经历了不同的历史发展。在学术上,哲学基础是元素论原子论。在思想方式上,西医遵循原子论,构成论的还原论的思维。在技术内涵上主要是吸收现代科学技术的知识与方法。中西医之间哲学背景,思想方式,研究方法,各有特点,其差异也是巨大的,必须得到重视。

### 3.2 厘清关系,明确定位

中西医结合下一步的发展,有赖于各方如何恰当处理中西医的异同所产生的问题。我们认为下一步有必要回归到中医的文化母体与本源,对中西医之间的关系作明确定位。中医与文化,中医与科学,中医与西医的关系定位是什么?我们在亚细安中医药大会上提出,明确中西文化,哲学与医学的定位与关系,是发展中西医结合的关键战略决策。其关系如下。

3.2.1 中医与中华文化是母与子的关系 文化为母中医为子。这一对母子关系也与树和土地的关系一样。中医是根植于中华文化的土地里成长起来的。要探寻中医发展策略,必须回归中医的文化母体,尤其是对中华文化的主干,群经之首的易经进行探源。

3.2.2 中医与科学是主与客的关系 在中医的殿

堂内,中医为主,西医为客。相反的,在西医的殿堂内,中医为客,西医为主。传统上是客随主便。

3.2.3 中医与西医是比肩的关系 中西医同属医学,如同朋友彼此间互相启发,参考与激励,共同救死扶伤,造福人群。

在关系定位明确的情况之下,中医,西医,中西医结合,可以平行落实,其先后缓急,以关系定位,发展成效为主轴。

### 4 马来西亚中西医结合宏观理论

回顾马来西亚中西医结合发展,我们在 2001 年首先在国家政策上正式提出,2006 年开始落实小型门诊的建设,至今已经过了 15 个年头。当初我们广泛参考与借鉴世界各主要国家的模式后,开始迈出试探性的第一步。15 年后的今天,经梳理总结后,发现我们最缺的是符合马来西亚国情的宏观理论的指导。2015 年,我们在马来西亚中西医结合峰会上,首次提出结合了马来西亚特殊国情的中西医结合发展宏观理论。它包含了中西医结合的阶段观、层次观、概念观和路径观 4 个观点。

4.1 中西医结合的阶段观:知阶段之长远 中西医结合是 2 种不同文化的碰撞,调适与融合的过程。它肯定不是一个短期的过程。在制定中西医发展战略时,必须有长远的视角,审视其长期的过程。结合马来西亚的国情,中西医结合可分为各自表述、交流启发、创新演化和建立新医学 4 个阶段。

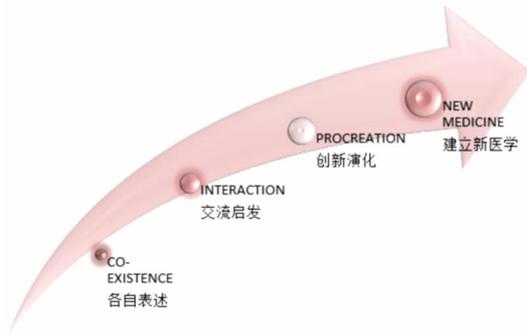


图 1 中西医结合的 4 个阶段

早在明清时期,西医已通过传教士,传播到中国与马来西亚。当时在马六甲,中医与西医是同时存在的。碍于文化与语言隔阂,中西医在马来西亚交流不多,只处在各自表述的阶段。西医大多只服务于洋人,中医服务当时下南洋的华人。中西医交流启发的阶段,起源于上世纪 70 年代,中美建交后,随之而来的针灸中医热。这股热潮也开始带动马来西亚中西医之间的交流。真正意义的交流是在 2001 年马来西亚官方正式提出中西医结合为基本政策后开始。列如在 2007 年马官方邀请中国 3 位中医肿

瘤专家协助开办中草药辅助治疗癌症患者的专家门诊。2014 年,上海曙光医院马文医师应邀到马来西亚怡保中央医院与西医麻醉师进行针麻交流。中西医相互交流启发之后,随之而来的是创新演化的阶段。最明显的例子就是针灸热潮所带来的对针灸医疗机制的研究。西医陆续提出以神经内分泌为主的展新的理论,这对西医是一种理论与技术的拓展。对于中医也有启发的作用。创新演化之后,为新医学的建立,打下良好的基础。这整个过程是长期的,它延续了好几百年,新医学的建立也需要好几代人的努力。

4.2 中西医结合的层次观:晓层次之深浅 从纵深的角度来看,中西医结合有 3 个层次:表面层次、技术层次和哲学层次。



图 2 中西医结合 3 个层次图

表面层次的结合是泛指中西医应用时的简单相加。例如在不了解中西药连用机制的情况下,中西药并用。或者中医师利用血压计量血压,表面上是中西医结合,实质上中医理论没有血压这个概念。技术层次的结合是指中医或者是西医采用对方的技术来提升各自的诊断与资料水平。例如,中医骨伤科应用 X 线技术,加强骨折诊断水平,减少误诊或漏诊。哲学层次的结合包括对中西哲学的深度了解与比较。从而总结出中西医之间深层结构的异同。现代大多数人都集中在技术层面的探讨,似乎被困在其中,难以超脱。中西医结合战略的制定,必须有哲学的深度,才能掌握中西医自身的发展规律。我们所提出的回归文化母体,明确定位,厘清关系,制定宏观理论的战略就是得益于对中西医哲学层面的深入探讨。

4.3 中西医结合的概念观:明概念之利害 中西医结合的概念观包括简单相加与创新演化 2 个概念。简单相加的概念是泛指中西医在没有充分掌握其连用机制的情况下简单意义上的重叠使用。创新演化是指中西医经历了,相互启发,各自内部的调适与创新,产生了一种不同于母体但却源自母体的新医学。例如一对男女,简单相加的概念就有如把这对男女绑在一起,希望他们能够成为一个更完整的人。这

一种概念常出现在现今中西医结合体制内。这对男女原本是不同的个体,其家庭背景,个人情况各不相同,如今强行把他们绑在一起,其结果是,男女双方都得不偿失。创新演化就有如这对男女,共处一个屋檐下,营造浪漫的气氛,使其相爱,产生下一代。所生下的孩子是新的个体,但是拥有父母的遗传。

4.4 中西医结合的路径观:解路径之异同 中西医在相互结合的过程中,由于自身的起始与条件不同,各自发展所走的路径自然不一样。在发展战略的制定上,不能以偏盖全,中西医的发展路线有必要个别对待。



图3 中西医结合产生新医学

结合马来西亚的特殊国情,尤其是以私人界为主体的中医,在西强中弱的情况下,中医在结合西医的过程中,其主要的发展路径有赖于私人界的强势参与,而不能单单依靠官方。在理论与临床实践上必须以中医原创的哲学与理论为其安身立命的法宝。西医的大本营在国营医院,无论是政府的资金保障或政策支撑都有先天的优势。因此西医的发展路径有赖于官方的直接参与。

## 5 结论

针对马来西亚中西医发展的回顾,梳理与总结,得出结论是有必要提出马来西亚中西医结合发展宏观理论,以便指导接下来10年发展战略的制定。结合马来西亚的特殊国情与中西医本身的内在发展规律,未来10年,马来西亚的中西医结合发展有必要回归到各自的文化母体,作出明确的定位,厘清彼此间的关系。

## 参考文献

[1]张伯礼,朱建平.百年中医史[M].上海:上海科学技术出版社,2016:1135-1143.

- [2]蔡高茂,周晓菲.马来西亚中医现况和治未病的推广战略初探[J].新加坡中医杂志,2017(43):75-79.
- [3]张其成.中医哲学基础[M].北京:中国中医药出版社,2004:346-356.
- [4]张其成,周晓菲,等.中医文化学[M].北京:人民卫生出版社,2017:127-142.
- [5]张其成.中医生命哲学[M].北京:中国中医药出版社,2016:36-48.
- [6]张其成.中医文化精神[M].北京:中国中医药出版社,2016:100-107.
- [7]祝世纳.中西医学差异与交融[M].北京:人民卫生出版社,2000:92-126.
- [8]李致重.中医临床辩证:辨证论治思维汇讲[M].太原:山西科学技术出版社,2015:106-108.
- [9]李致重.中医复兴论:沉思启蒙,正本清源[M].太原:山西科学技术出版社,2015:35-50.
- [10]李致重.医界:告别中医西化[M].太原:山西科学技术出版社,2012:66-70.
- [11]李致重.医求真:中医形上特性还原[M].太原:山西科学技术出版社,2012:120-123.
- [12]李金龙.马来西亚中医药发展史略[M].新加坡:中医药出版社,1996:10-33.
- [13]饶师泉.我走过86年春秋的人生历程:饶师泉回忆录[M].吉隆坡:万安隆药行有限公司,2002:36-70.
- [14]饶师泉.饶师泉.医学文集[M].吉隆坡:马来西亚中医师公会,1996:44-65.
- [15]区结成.当中医遇上西医:历史与省思[M].北京:生活,读书,新知三联书店,2005:22-50.
- [16]林水豪,王介英.洪天赐教授70华诞论文集[M].吉隆坡:马来西亚大学中文系毕业生协会,2009:73-83.
- [17]Hong Hai. The Theory of Chinese Medicine: A Modern Interpretation [M]. London: Imperial College Press, 2014: 20-55.
- [18]Chai Koh Meow. Traditional and Complementary Medicine Blueprint 2018-2027(Healthcare) [M]. Kuala Lumpur: Traditional and Complementary Medicine Division, Ministry of Health Malaysia, 2018: 1-60.
- [19]Muzaffar Desmond Tate, et. al. History of Medicine in Malaysia-The Foundation Years[M]. Kuala Lumpur: Academy of Medicine of Malaysia, 2005: 22-123.
- [20]Koh Hwee Ling, et al. A Guide to Medicinal Plants: An Illustrated, Scientific and Medicinal Approach [M]. Singapore: World Scientific Publishing Co Pte Ltd, 2009: 3-44.

(2017-10-17 收稿 责任编辑:芮莉莉)