

香港居民對中醫藥及流感認知與運用的調查

調研報告

項目統籌人：彭波 教授

摘 要

目的：收集香港居民對於以中醫藥防治流感的認知和運用情況，以實證為本介入本地流感防治。

方法：採用電子問卷形式，由受訪者本人自行填寫或調查員電話訪談完成該問卷，收回有效問卷 1596 份。

結果：本港約七成人得過流感，四成五的人群曾接種疫苗；流感感染男女比例相若，接種疫苗後預防效果稍優。在本次調查中，有 1034 名港人（64.79%）會用中藥預防流感，並且以 36-65 歲的中年人為最多。有將近 6 成半的受訪者表示會使用中醫藥預防流感，肯定中藥或涼茶預防流感的有效性；在出現流感症狀後，受訪者無論是否接種過疫苗都首選即刻就診西醫的佔比最多，其次為服用中成藥；中醫及中藥在香港具有一定的基礎，近 9 成的人，相信中醫可以治療流感；並且首先尋求中醫治療的人，基本上認為中醫療效優勝（第一時間尋求中醫比為 24.37%，認為中醫療效優勝的佔比為 19.36%）。

結論：在本次調查中，64.79%受訪者會使用中醫藥預防流感，86.38%認為中醫可以治療流感，中醫治療流感有一定的支持度，但患病後首選中醫的比例比首選西醫的要低 32.33%，因此以中醫藥治療流感的優勢仍有推廣的空間。

目 錄

背 景	5
第一部分 文獻綜述	6
1 現代醫學對流行性感冒的認識.....	6
1.1 流行性感冒的概念.....	6
1.2 流感的治療.....	7
2 中醫學對於流感的認識.....	8
2.1 流感的文獻複習.....	8
2.2 中醫對於流感的治療.....	9
3 中西醫對於流感的認識對比.....	11
4 中醫藥治療流感的特色和優勢.....	11
4.1 目前西醫治療流感存在的問題.....	11
4.2 中醫藥治療流感的特色.....	12
4.3 中醫藥治療流感的優勢.....	13
5 流感經典治療方.....	14
5.1 白虎湯.....	14
5.2 銀翹散.....	14
5.3 麻杏石甘湯.....	14
5.4 升降散.....	14
5.5 清肺飲.....	14
5.6 小柴胡湯.....	15
第二部分 調查報告	16
1 對象與方法.....	16

1.1 調查對象.....	16
1.2 研究及調查時間.....	16
1.3 調查方法.....	16
1.4 保密.....	18
1.5 統計方法.....	18
2 研究結果.....	19
2.1 基本情況.....	19
2.2 中醫藥防治流感的認知和運用.....	22
2.3 中醫藥的認知和運用.....	30
3 討論.....	38
3.1 基本情況.....	42
3.2 中醫藥防治流感的認知和運用.....	43
3.3 中醫藥的認知和運用.....	50
4 結語.....	52
4.1 結論.....	52
4.2 展望.....	53
5 鳴謝.....	53
參考文獻	54
附錄 1 調查表.....	57
附錄 2 電話訪談流程.....	63
附錄 3 贈送書籍 – 香港浸會大學、賽馬會「擁抱健康」中醫計劃系列.....	64
附錄 4 保密協議書.....	65
附錄 5 質量控制小組成員.....	69
附錄 6 專家諮詢會會議記錄.....	70
附錄 7 會議記錄.....	72

背 景

中醫藥具有顯著的臨床療效、濃郁的民族特色、獨特的診療方法、系統的理论體系，不僅為保障中華民族的健康和繁衍昌盛做出了不可磨滅的偉大貢獻，有著幾千年歷史的中醫藥，已經是香港大眾日常生活的一部分，已成為獨特的香港模式。但目前中醫藥在防病治病以及保健方面，還不能完全與香港居民相適應，缺少必要的科學支撐和積累。

季節性流行性感冒（流感）是由流感病毒引致的急性呼吸道病。流感病毒會不時衍生新的病毒株，且沒有規律。當新型流感病毒出現抗原轉移（重大改變）而導致其可以有效地人傳人時，就會產生能造成流感大流行的病毒品種。人類對這種病毒的抵抗力有限，甚至沒有抵抗力，令新病毒傳播得更迅速及廣泛。

從漢朝的傷寒論到明清的溫病學，流感防治，可謂積累厚重。流感的中醫藥防治過程中取得了令人矚目的成績，相關資料顯示中國的患者死亡率明顯低於國外，這不能說與中醫藥的積極救治無關。流感季節醫院爆滿、病人抱怨，無疑也給了中醫施展抱負的曙光。如何發揮中醫藥優勢、規範治療，應用中醫藥防治流感是當務之急。

本調查搜集香港居民對中醫藥及防治流感的認知和運用，以實證為本，介入流感防治，更好發展中醫藥，協助政策制定。

第一部分 文獻綜述

1 現代醫學對流行性感冒的認識

流行性感冒（以下簡稱流感）作為一種急性呼吸道傳染病，並不僅僅是一場普通的感冒。可引起多種威脅生命的嚴重併發症。流感病毒每年都會以一種全新面貌如約而至，引發季節性流行。流感及其併發症被全社會嚴重低估。世界衛生組織（WHO）估計，全球範圍內，每年流感季節性流行可導致 65 萬例死亡^[1]，相當於每 48 秒就有 1 人因流感死亡。全球每年成人的流感罹患率可達 5%-10%，兒童更高達 20% 左右。這意味著在流感高發季，每 10 個成人中就有一人感染流感；每 5 個兒童就會有一個人感染流感。

1.1 流行性感冒的概念

流行性感冒（以下簡稱流感）是由流感病毒引起的一種急性呼吸道傳染病，在世界範圍內引起暴發和流行^[2]。流感可由多種類型的流感病毒引起，已知可感染人類的季節性流感病毒有三種類型：甲型、乙型和丙型。甲型流感病毒可依據病毒表面的血凝素（haemagglutinin，即 H）及神經胺酸酶（neuraminidase，即 N）兩種抗原類型，再細分為不同亞型。而本港最常見的是 H1N1 及 H3N2 兩種甲型流感和乙型流感。

本港全年都有流感病例，但一般在一月至三月/四月及七月至八月較為常見。病毒主要透過呼吸道飛沫傳播，患者會出現發燒、喉嚨痛、咳嗽、頭痛、肌肉疼痛、流鼻水及全身疲倦等症狀。患者一般會在 2 至 7 天內自行痊癒。然而，免疫力較低的人和長者一旦染上流感，可以引致較重病情，並可能會出現支氣管炎或肺炎等併發症，嚴重時更可導致死亡。健康人士亦有可能發生嚴重流感感染。潛伏期一般約為一至四天。患者可在病發前約一天至病發後 5 至 7 天內感染他人。而幼兒或免疫功能嚴重受損人士的傳染期甚至會更長。

1.1.1 季節性流行性感冒和流感大流行

季節性流感是指在人類廣泛傳播和引起疾病的流感病毒，尤其在每年流感季節期間。流感大流行則屬罕見。當一種與在人類之間已經流行的流感病毒，出現抗原轉移（重大改變）從而產生新型流感病毒出現時，才會發生流感大流行。由於人類對這種新病毒的抵抗力有

限，甚至根本沒有抵抗力，所以新病毒能夠在人與人之間輕易傳播和引起疾病。流感大流行在過去每隔約 10~50 年出現一次。然而，流感大流行在未來出現的時間是無法預測的。

1.1.2 禽流感及豬流感

禽流感病毒主要出現在鳥類及家禽（雞、鴨等）的身體，通常不會感染其他物種，但當病毒發生變異（例如 H5N1），就有機會傳染人類。人類主要透過直接接觸染病的禽鳥（活鳥或死鳥）、其糞便或受污染環境而感染禽流感病毒，由於未有抗體，這種病毒是有機會致命。

研究人員曾從香港的豬隻樣本中發現甲型流感(H1N1)pdm09(前稱人類豬型流感)病毒。本港專家認為在豬隻發現的甲型流感(H1N1)pdm09 病毒是從人類傳播到豬隻的。在罕見情況下，於豬隻中流行的豬流感病毒有機會感染人類。

1.1.3 流感與普通感冒的區別

流感表現為全身症狀較重，突然畏寒、發熱、頭痛、全身酸痛、鼻塞、流涕、乾咳、胸痛、噁心、食欲不振等。普通感冒主要表現為打噴嚏、流鼻涕等上呼吸道症狀，全身症狀較輕，不發熱或僅有低熱，一般 3 至 5 天痊癒。

普通感冒可由多種病原體引起，如鼻病毒、腺病毒、冠狀病毒、呼吸道合胞病毒較為常見，一般人在受涼、雨淋、過度疲勞後，因抵抗力下降時容易發病。上呼吸道感染還包括細菌及支原體、衣原體等感染^[3]。

流感的傳染性很強。普通感冒較流感傳染性相比流感要弱得多，往往是個別出現，很少像流感流行那樣病人成批大量出現。

1.2 流感的治療及預防

1.2.1 治療方法

流感的治療方法主要就是充足休息和多喝水。若出現流感病徵，不應上班或上學。如果病徵持續或惡化，應立即求診。抗生素是治療細菌感染而非病毒感染的藥物，服用抗生素不能治癒流感或加快痊癒。抗病毒劑能減輕病情和縮短患病時間。

1.2.2 預防流感

流感疫苗可以安全有效地預防流感以及有機會引致的併發症。如果疫苗的抗原與流行的病毒吻合，滅活流感疫苗對 65 歲以下人士提供的保護效用可達百分之 70 至 90。除了打針，保持良好的個人衛生，如常洗手、戴口罩等，以及保持良好的環境衛生等也很重要。

2 中醫學對於流感的認識

中國是一個歷史悠久的國家，具有五千多年的文明。在漫長的歷史過程中，中國發生了很多次大的流感，中醫藥在防治流感過程中，起到了巨大的作用。

2.1 流感的文獻複習

流感與中醫學中的“時行感冒”相似，屬於溫病中風瘟、冬瘟、春瘟、暑瘟、秋燥等範疇。發病原因為“非時之氣”，亦稱為四時不正之氣。

2.1.1 傷寒範疇病名

《素問·生氣通天論》提出“冬傷於寒，春必溫病”的論述，也是伏氣學說的起源。東漢末年曹植《說疫氣》記載：“建安二十二年，疫氣流行，家家有僵屍之痛，戶戶有號泣之哀，或闔門而殞，或覆族而喪”。東漢時期張仲景所著的《傷寒論》，書中序言提及“向餘二百，建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者三分有二，傷寒十居其七……癘氣流行，家家有僵屍之痛，室室有號泣之哀……感往昔之淪喪，傷橫夭之莫救，乃勤求古訓，博采眾方”，撰寫了《傷寒雜病論》，成為了後世治療和預防外感風寒及內傷雜病的典範。以上論述都是以“傷寒”命名感冒，

2.1.2 感冒病名

“感冒”作為病名始見於北宋·楊士瀛《仁齋直指方論·諸風》，原文云“感冒風邪，發熱頭痛，咳嗽聲重，涕唾稠黏”。

2.1.3 時行病名

“時行”一詞首見於晉代王叔和撰寫的《傷寒例》，文中云“凡時行者，春時應暖而反

大寒，夏時應熱而反大涼，秋時應涼而反大熱，冬時應寒而反大溫。此非其時而有其氣，是以一歲之中，長幼之病多相似者，此則時行之氣也”，論述了時行之病病因及發病特點。

2.1.4 時行感冒病名

經過歷代醫家的不斷總結，發展至明清時期，對時行感冒的認識日趨成熟。

清代·林珮琴在其著作《類證治裁》中首倡“時行感冒”，書中記載“時行感冒，寒熱往來，傷風無汗，參蘇飲、人參敗毒散、神術散”。

2.1.5 時行與流行

“時行”在現代漢語詞典解釋：①四時運行。②應時而下。③當時流行的；時髦的。如時行歌曲。

“流行”在現代漢語詞典解釋：廣泛傳佈；盛行：～性感冒！這首民歌在我們家鄉很～。可見，時行包含流行，流行包含於時行。所以說流行感冒相當於時行感冒。

2.1.6 時行感冒理法方藥的成熟

溫病四大家的湧現，使得時行感冒在理法方藥各個方面幾近成熟，為後世時行感冒的正確辨治打下了堅實的基礎。葉天士首創衛氣營血辨證體系，其著作《溫熱論》為外感病的證治提供了新思路；吳鞠通所著《溫病條辨》，創立了三焦辨證，其創立的銀翹散、桑菊飲為後世治療風熱感冒之良方；王孟英所著《溫熱經緯》，將溫病分為新感和伏氣兩大類，為後世正確診治溫病提供了參考。明末醫家吳又可，針對十七世紀中期的那場大瘟疫，撰寫了我國醫學史上第一部溫疫學專著《溫疫論》，並且創製出著名的方劑達原飲，為後世醫家認識和治療瘟疫奠定了堅實的基礎^[4]。

2.2 中醫對於流感的治療

2.2.1 熱病治療大法

流感中醫認為是屬於外感熱病。

《內經·素問》熱論篇提出了熱病、溫病、病暑、傷寒、六經、兩感於寒概念以及六經受邪的症狀特點，提出了熱病的治療大法“治之各通其臟脈，病日衰已矣。其未滿三日者，可汗而已；其滿三日者，可泄而已”，是《傷寒論》及溫病學派創新的直接理論源泉。

2.2.2 “癘氣”學說與疏利透達法

吳又可在《溫疫論》著作中提出“癘氣”學說，以祛邪為第一要義進行治療。又提出邪伏膜原之說，提倡“客邪貴乎早逐”“邪不去則病不愈”的治療觀點，創立疏利透達的治法，形成早中晚三期防治原則。在發病初起，用達原飲疏利透達膜原；中期邪已陷胃，用三承氣湯專主瀉下，以邪盡方止；後期重在滋養津液，清解餘邪。

2.2.3 衛氣營血及三焦論治

時行感冒的中醫學經典病機包括六經病機、溫熱病病機、濕熱病病機和溫疫病機。

葉天士創衛氣營血辨證體系，“溫邪上受，首先犯肺，逆傳心包；肺主氣屬衛，心主血屬營”、“衛之後方言氣，營之後方言血”，確立了溫病治療大法“在衛汗之可也，到氣才可清氣，乍入營分，猶可透熱，仍轉氣分而解，至入於血，則恐耗血動血，直須涼血散血”。對於氣病不傳血分而邪留三焦者，用分消走泄之法；三焦之邪不從外解而裏結陽明胃腸者，當用陷胸、瀉心等苦泄之法；

葉天士在《溫熱論》中提到“再論氣病有不傳血分而邪留三焦亦如傷寒中少陽病也。彼則和解表裏之半，此則分消上下之勢，隨證變法，如近時杏、樸、苓等類，或溫膽湯之走泄。”開創了用分消走泄法治療三焦濕熱證之先河。肺病逆傳，則為上焦的心包，肺病順傳，則為中焦的脾、胃、大腸，中焦病不解，則傳下焦肝、腎。

吳鞠通創三焦辨證提出溫病“始上焦，終下焦”，“上焦病不治，則傳中焦，胃與脾也；中焦病不治，即傳下焦，肝與腎也”。創制了溫病治療大法“治上焦如羽（非輕不舉），治中焦如衡（非平不安），治下焦如權（非重不沉）”。喻嘉言倡溫疫分三焦論治，提出“上焦如霧，升而逐之，兼以解毒；中焦如漚，疏而逐之，兼以解毒；下焦如瀆，決而逐之，兼以解毒”。

總言之，《內經·素問》提出了熱病的治療大法，《傷寒論》建立六經辨證體系，形成傷寒學派；葉天士著《溫熱論》、吳鞠通著《溫病條辨》，形成溫病學派，建立衛氣營血辨證體系和三焦辨證體系。

2.2.4 天人合一、運氣學說

中醫治未病思想和“中醫體質學說”、“五運六氣”、“天人合一”整體發病觀等理論，綜合天文學、氣象學、流行病學、系統科學、資訊學、統計學等多學科方法，從中醫原創思維出發，體現中醫防治時行感冒的特色思維^[5]。

3 中西醫對於流感的認識對比

18 世紀義大利病理學家 Giovanni Battista Morgagni (G. B. Morgagni) 創建了器官病理學，開始從人體的器官結構尋找疾病的位置，發現感冒和流感一類的疾病會引起肺部的改變。G. B. Morgagni 的創舉改變了醫學對疾病的判定標準，直到今天我們對疾病的判定依然延續了 G. B. Morgagni 的方法。只不過由於認識水準的深入和診斷技術的進步，我們對疾病的診斷已經不再局限在器官，而是深入到細胞，甚至可以達到基因水準。但是尋找到疾病的位置並不代表能找到對應的治療方法。

中醫的“證”則是從另外一個角度來認識和判定疾病。是從宏觀的角度，根據病人的臨床表現，對於病人整體疾病狀態的概括，也可對疾病進行判定。是不同層面、不同角度、不同階段對於疾病的認識，因此亦為疾病防治開闢了新的思路。

中醫與西醫在治療傳染病方面最大的不同在於：西醫以殺死致病的細菌或病毒為目的，而中醫則以調動身體的免疫機能為主，以此抵抗細菌或病毒的攻擊，中醫所講“正氣存內，邪不可干”的道理即於此。所以中醫這種認識人體、抵禦疾病、維護健康的方法，是對西醫外因論思想的補全，值得深入研究和發揚。

4 中醫藥治療流感的特色和優勢

4.1 目前西醫治療流感存在的問題

4.1.1 流感疫苗局限性

流感疫苗的應用，對於流感的預防起到了重要的作用，但是由於流感病毒的變異性強，對某些流感病毒有效的疫苗對其他流感病毒無效，對新型的流感病毒更是無效。流感病毒會不時衍生新的病毒株，沒有規律。因此科學家需要在疫情爆發後迅速尋找最新的病毒樣本，依此來研製疫苗。所以有效疫苗的使用，存在明顯的滯後性。

4.1.2 尚無治療流感的特效藥物

目前尚無治療流感的特效藥物，雖然認為抗病毒藥物奧司他韋 Oseltamivir（特敏福）對治療流感仍然有效，抗病毒效果還有待提高，對症和支持療法仍被認為是必要的治療措施。

4.1.3 治療流感需要有更好的工具

2019 年世衛組織發佈了《2019-2030 年全球流感戰略》，通過這一戰略，將為預防、發現、控制和治療流感開發出更好的工具。這些工具包括更有效的疫苗、抗病毒藥物和治療方法。該戰略明確提出了我們需要有更好的工具來對抗流感。

4.2 中醫藥治療流感的特色

4.2.1 辨證論治，進行個體化治療

中醫強調整體觀念，三因制宜（因人因時因地制宜），治療疾病要根據人體的體質、性別、年齡等不同，以及季節、地理環境以制定適宜的治療方法的原則。對不同的個體處以不同的方藥，更符合臨床實際。

4.2.2 扶正祛邪，標本同治

細菌或病毒，在西醫上，就是病因，就是本；而在中醫上，細菌或病毒其實是標，正氣才是本。所以抗菌抗病毒就是治標，自然就留有首尾。而中醫的辨證論治相對就較為全面了。

4.2.3 把握人與自然相協調，重視六氣

風、寒、暑、濕、燥、火，在正常的情況下，稱為“六氣”。是自然界六種不同的氣候變化，人們在長期生活實踐中，對六氣的變化，已具備了與之相適應的能力，所以正常的六

氣，是不容易致病的。六淫”是指自然界風、寒、暑、濕、燥、火六種氣候的太過、不及。非其時而有其氣，或在人體抵抗力下降，不能適應其變化時，成為致病的邪氣而言。中醫強調天人合一，五運六氣，重視氣候異變對人體的影響。

4.2.4 自然療法，綠色治療

中醫強調藥食同源，中藥同平常吃的蔬菜一樣，並且比蔬菜檢驗更嚴格，為更自然的療法，純天然藥物。

4.3 中醫藥治療流感的優勢

4.3.1 整體觀念

中醫強調辨證論治，多靶點、多途徑發揮療效，耐藥性的可能性小、副作用少等。

中醫以調動身體的免疫機能為主，遮罩細菌或病毒的攻擊屬性，減輕、緩解病毒對人體的損害，加快人體機能的恢復。中醫所講“正氣存內，邪不可干”的道理即在於此。西醫以殺死致病的細菌或病毒為目的，中醫治病不單在於驅殺病邪，而是讓邪氣得以逐出體外，回到本來的自然中去，給邪以出路。

在辨證準確的前提下，明顯減輕症狀，縮短發熱時間和住院時間，促進病情平穩過渡，減輕後遺症中藥的不良反應相對較少。同時中藥可以減輕抗病毒藥物的某些不良反應，提高生存品質，增加患者的依從性。

由此可見，中醫藥這種從宏觀角度認識人體、抵禦疾病、維護健康的方法，是對西醫外因論思想的補充，值得深入研究和發揚。

4.3.2 治法靈活

中醫通過對疾病整體的認識，把握病機，具有治法豐富的優勢，早期干預，截斷病程，逆轉病情。在病變過程中，往往可兼夾濕、滯、痰、結、瘀等有形之邪，可配合化濕、導滯、祛痰、攻結、化瘀等法。

運用這些治法的優勢是不必等到明確引起病變的病原體後才能用藥，即使今後再出現一些新的呼吸道病毒性疾病，中醫仍然可以在辨證論治理論的指導下，根據這些疾病的臨床表

現，提出一整套相應的治療方法。

4.3.3 藥材資源豐富

傳統中醫歷史悠久能夠被廣大患者接受，有較好的藥物可行性和覆蓋面。

5 流感經典治療方

5.1 白虎湯

白虎湯出自《傷寒論》，由石膏、知母、甘草、粳米四味藥組成。主要用於治療陽明熱盛證，吳鞠通拓展了白虎湯的應用，把它作為治療氣分熱盛的代表方劑，和桑菊飲、銀翹散並稱為辛涼三劑。辛涼重劑白虎湯治療肺經氣分證，以“達熱出表”。後世醫家進一步提出當疾病發展至氣分證階段，即表邪入裏化熱或裏有鬱熱，都可使用白虎湯加味治療，不一定陽明熱證各症狀俱在。

5.2 銀翹散

銀翹散出自明代吳鞠通《溫病條辨》，主要由金銀花、連翹、苦桔梗、薄荷、竹葉、生甘草、荊芥穗、淡豆豉五錢，牛蒡子組成。具有辛涼透表、清熱解毒的功效。

5.3 麻杏石甘湯

麻杏石甘湯出自東漢張仲景的《傷寒論》，由麻黃、杏仁、石膏、甘草4味藥組成。具有宣肺泄熱，止咳平喘的功效。

5.4 升降散

出自《傷寒溫疫條辨》，是清代名醫楊栗山所創的治溫之總方，由僵蠶、蟬蛻、薑黃、大黃組成，其中僵蠶、蟬蛻乃輕清之品，辛涼解表，透達鬱邪外出；薑黃清解，大黃攻下，二藥合力苦泄邪熱，使鬱熱在腸道而解。

5.5 清肺飲

清肺飲是已故著名中醫學家董建華教授集古人和其多年臨床經驗總結而成，組方為麻杏石甘湯加桔梗、黃芩、牛蒡子、僵蠶、白花蛇舌草等。具有清肺化痰、解毒透邪之效。

5.6 小柴胡湯

小柴胡湯出自《傷寒論》，由柴胡、黃芩、人參、半夏、甘草、大棗、生薑 7 味藥物組成，為和解少陽的代表方。

第二部分 調查報告

1 對象與方法

1.1 調查對象

涵蓋全港年滿 18 歲或以上的陸上非住院人口，不包括外籍家庭傭工和旅客。

1.1.1 納入標準

①在香港出生且長期居住，或非在香港出生但已定居香港生活達 7 年以上（含 7 年）的 18 歲以上（含 18 歲）的居民；

②疾病有無不限；

③對調查知情同意者。

1.1.2 排除標準

①年齡未滿 18 歲，及在香港居住或定居生活未滿 7 年的人群；

②患有精神疾病、行為及認知障礙、或病情危重等不能對自身身體狀況進行可信自我評價者；

③因教育、文化程度等原因未能很好地理解調查問卷內容者；

④在調查過程中因故未能完成問卷或填寫錯漏者；

⑤未獲得知情同意者。

1.2 研究及調查時間

研究時間為 2020 年 04 月至 2022 年 03 月，調查時間為 2020 年 07 月至 2021 年 9 月，以香港特別行政區（以下簡稱“香港”）本地永久居民為研究對象。

1.3 調查方法

1.3.1 抽選樣本

先從通訊事務管理局香港電訊服務號碼計劃獲取已分配予電訊商的電話字頭，已配予之號碼段號—其中，4、7、8 字頭為 2018 年發出；預留或備用者已排除於此列。然後以隨機方

式預設在 5、6、9 字頭的 34 個電話連續段中各選號 148 個電話號碼，結合電腦撥打及過往調查記錄，剔除無效號碼成為最終樣本。接觸目標進行訪問共 5032 個。

1.3.2 資料收集方法

(1) 資料收集：進行手機通訊調查 (WhatsApp) 結合電話訪問，填寫問卷。正式開展問卷調查前，已隨機方法抽取合資格人士作為訪問樣本。使用 Qualtrics 系統建立網上問卷，再以手機通訊軟件 WhatsApp 發送資訊結合電話訪談，邀請填寫網上問卷調查後，課題組根據納入及排除標準，確認是否符合研究資格，認定有效問卷。

(2) 問卷回收：本次共發放問卷 5032 份，收回問卷 2012 份，回收率約 39.98%；回收問卷填寫完整者有 1596 份，有效率約 79.32%。調查以電話訪談形式（每次訪問時長約 5 分鐘）及發送 WhatsApp 信息自行填寫問卷進行調查，分別收集到有效問卷 691 份及 905 份，總數已達到預期的數量（1400 份）。

(3) 回饋浸會大學保健叢書：為了提高回應率，是次調查訪問開始前先電話聯繫所有樣本內的人士。為感謝受訪者支持和參與，他們在完成問卷之後，可獲得項目組準備的相關科普材料，藉此提高其參與調查的積極性和依從性。受訪者通過聯絡項目組接收領取信息或憑電子問卷末頁截圖，自行到浸會大學各中醫診所領取浸會大學保健系列叢書乙本。為免出現個別診所出現臨時派發數量不足及屆時書籍庫存不足等情況，項目小組總共向 10 間診所一次性發放保健書籍，共 7000 本。除作為完成問卷的答謝，亦希望能向大眾推廣中醫藥。

1.3.3 調查工具

以網上電子問卷形式進行問卷收集，調查包括一般人口學資料、中醫藥防治流感的認知運用及中醫藥的認知運用。課題組編制共 21 條問題成調查問卷，包括以下四部分：知情同意書、受訪者資格篩查、基本情況調查、選擇題。

1.3.4 研討會及試點調查

專家研討會：於 2020 年 11 月 20 日以網上會議形式進行專家諮詢會，邀請陳永光會長、林志秀教授、柯加恆教授、林聘兵教授、羅翌教授及項目小組成員張學斌教授、劉忠弟教

授、彭波博士等與會研討，主要針對問卷內容，文字表述及目的等多方面提出建議（詳見中期報告相關會議記錄）。

進行試點調查：為充分測試問卷，以香港浸會大學中醫藥學院的中醫系本科在讀學生作為對象，進行預調查。該調查受訪者皆不計入主調查樣本，問卷在試點調查中獲得充分測試，並根據從試點調查獲得的觀察結果改良其內容。

1.3.5 訪問員培訓

為了確保訪問員在資料搜集的一致性，在訪問前，訪問員均接受培訓。在訪問期間，訪問員參與每週簡報，以協助訪問員解決在進行訪問期間遇到的問題，及強化訪問員的訪問技巧。

1.3.6 質量控制

是項調查採用一系列的質量控制措施，以確保實地調查所搜集的全部資料有良好質量。質量控制措施包括為訪問員提供培訓和定期現場監督。另外，獨立的質量控制小組審核員會複核每名訪問員至少 15% 的完成問卷。

1.4 保密

所有填入資料的問卷和數據檔案皆視為機密檔，研究小組均會謹慎處理此類記錄以免資訊洩漏。是次調查的相關人員皆被要求簽署一份保密協議書。

1.5 統計方法

採用 SPSS 進行統計分析。

2 研究結果

2.1 基本情況

2.1.1 性別、年齡分佈

參與本次問卷調查的 1596 名受訪對象中，男性 368 人（23.06%），女性 1228 人（76.94%）；以年齡段 56 至 65 歲的居民為主，有 466 名（29.20%），其次為 46 至 55 歲的有 360 名（22.56%）及 36 至 45 歲的有 302 名（18.92%），各年齡段人數分佈詳見表 1、表 2。

表 1 性別分佈 N=1596

性別	人數	構成比（%）
男	368	23.06
女	1228	76.94
總計	1596	100

表 2 年齡分佈 N=1596

年齡（歲）	人數	構成比（%）
18-25	89	5.58
26-35	198	12.41
36-45	302	18.92
46-55	360	22.56
56-65	466	29.20
≥66	181	11.34
總計	1596	100

2.1.2 教育程度

按照不同教育程度統計，大專或以上學歷的有 861 名（53.95%）及高中學歷的有 520 名（32.58%），其餘分佈詳見表 3。

表 3 教育程度 N=1596

教育程度	人數	構成比（%）
未正式接受教育	1	0.06
小學	34	2.13
初中	180	11.28
高中	520	32.58
大專或以上	861	53.95
總計	1596	100

2.1.3 居住地

以居住地統計，全港 18 個分區都有。其中沙田區的居民最多，為 171 名（10.71%）；其次為觀塘區 141 名（8.83%）、東區 128 名（8.02%）、屯門區 120 名（7.52%）及葵青區 116 名（7.27%），各區人數分佈詳見表 4。

表 4 所屬地區 N=1596

居住地區	人數	構成比（%）
中西區	45	2.82
東區	128	8.02
南區	39	2.44
灣仔區	18	1.13
九龍城區	98	6.14
觀塘區	141	8.83
深水埗區	92	5.76
黃大仙區	108	6.77
油尖旺區	69	4.32
離島區	36	2.26

葵青區	116	7.27
北區	54	3.38
西貢區	108	6.77
沙田區	171	10.71
大埔區	62	3.88
荃灣區	88	5.51
屯門區	120	7.52
元朗區	103	6.45
總計	1596	100

2.1.4 飲食習慣

在飲食習慣的統計，清淡飲食為主要的口味喜好，選擇為 718 人次，佔了總樣本數的 18.19%；其次是偏好溫熱飲食有 556 人次（14.08%）及甜食有 522 人次（13.22%）。其餘分佈詳見表 5.1

表 5.1 飲食習慣（可多選）

選項	回應		普及率（n=1596）
	n	回應率	
喜食甜	522	13.22%	32.71%
喜食酸	224	5.67%	14.04%
喜食鹹	192	4.86%	12.03%
喜食辛辣	319	8.08%	19.99%
喜食清淡	718	18.19%	44.99%
喜食油膩	101	2.56%	6.33%
喜食煎炸	398	10.08%	24.94%
喜食燒烤	195	4.94%	12.22%
喜食生冷	255	6.46%	15.98%

選項	回應		普及率 (n=1596)
	n	回應率	
喜食熱	556	14.08%	34.84%
無特別偏好	468	11.85%	29.32%
總數	3948	100%	247.37%

2.2 中醫藥防治流感的認知和運用

本部分主要從四個切入點去瞭解調查對象以中醫藥防治流感的認知和運用情況：流感病史及疫苗接種史、中醫藥防治流感的認知和運用、運用中醫藥防治流感的意願及療效。

2.2.1 流感病史及疫苗接種史

在 1596 名受訪人士中，曾患過流行性感冒的佔多數，共有 1117 人（69.99%）。按照流感病史的男女人數分佈統計，其在各自的男女總數佔比相若，男性有 266 人（72.28%）及女性 851 人（69.30%）。

表示未曾患過流感患過流感的有 307 人（19.24%），不知道的則有 172 人（10.78%）。

在流感疫苗接種史的統計中，有 722 人（45.24%）表示曾經接種過，且在接種的同年沒有患有流感的有 455 人（63.02%），詳見表 6。

表 6 流感病史及疫苗接種史 N=1596

問題	選項	人數	佔各項總人數比 (%)
1. 您是否曾經患有流感？	是	1117	69.99
	否	307	19.24
	不知道	172	10.77
2. 您是否接種過流感疫苗？ (回答“否”者跳過第 3 題)	是	722	45.24
	否	874	54.76
3 您接種過流感疫苗後，	是	267	36.98

是否同年仍患有流感？

否

455

63.02

2.2.2 中醫藥防治流感的認知和運用

2.2.2.1 運用中醫藥預防流感的選擇

在 1596 名受訪人士中，有 1034 名會使用中藥或涼茶預防流感。在 1034 名會使用中藥或涼茶預防流感的受訪人士中，以 56 至 65 歲的年齡段為主，有 341 人（佔總受訪人數的 21.37%），不會的以 36 至 45 歲的年齡段為主，有 132 人（佔總受訪人數的 8.27%），詳見表 7 及 8。

表 7 選擇運用中醫藥預防流感的人數 N=1596

選項	人數	構成比(%)
是	1034	64.79
否	562	35.21

表 8 不同年齡段選擇運用中醫藥預防流感的選擇 N=1596

選項	歲數（歲）	人數	構成比(%)
是 N=1034	18-25	31	3.00
	26-35	109	10.55
	36-45	170	16.44
	46-55	252	24.37
	56-65	341	32.98
	>65	131	12.67
否 N=562	18-25	58	10.32
	26-35	89	15.84
	36-45	132	25.49
	46-55	108	19.22
	56-65	125	22.24
	>65	50	8.9

2.2.2.2 出現流感症狀後的抉擇

在處理流感症狀的方法選擇偏好，即刻就診西醫的人次為 821，佔總樣本數的 31.24%；其次則是使用中成藥的人次為 576（21.92%）及湯水的人次為 472（17.96%）。即刻就診西醫的選項內，最多人會同時選擇中成藥，有 202 人次（24.6%），其次為湯水的 191 人次（23.26%）及就診中醫的 174 人次（21.19%）。選擇其他的有 128 人，根據受訪者自行填寫的內容，主要可以歸納為“飲涼茶”、“服用西藥”、“服用保健品”、“休息”及“不處理，順其自然”。詳見表 9。

表 9 出現流感症狀後的抉擇分佈（多選）

選項	回應		普及率（n=1596）
	n	回應率	
湯水：如生薑紅糖水、果皮水、川貝雪梨水等	472	17.96%	29.57%
中成藥：如銀翹片、葛根湯等	576	21.92%	36.09%
自然療法：如汗蒸、桑拿浴等	186	7.08%	11.65%
即刻就診中醫	445	16.93%	27.88%
即刻就診西醫	821	31.24%	51.44%
其他（請寫出）	128	4.87%	8.02%
總計	2628	100%	164.66%

2.2.3 運用中醫藥治療流感的意願

在 1596 名受訪人士中，認為中醫可以治療流感的有 1378 人（86.34%）。

在優先次序方面，選擇先找西醫的有 905 人（56.70%），第一時間尋求中醫比無特別喜好者略多，分別為 389 人（24.37%）及 302 人（18.92%）。如經西醫治療流感症狀無明顯改善，大多數受訪人士都會尋求中醫繼續治療，有 1465 人（91.79%）。

總體而言，受訪人士認為中西醫結合治療流感的療效優勝於較單一選擇中醫或西醫，有 932 人（58.40%），認為純西醫或者中醫治療較優勝的人數相若，分別有 355 人（22.24%）及

309 人（19.36%）。詳見表 10。

表 10 運用中醫藥治療流感的意願分佈 N=1596

題目	選項	人數	構成比（%）
6.你認為中醫可以治療流感嗎？	可以	1378	86.34
	不可以	44	2.76
	沒有意見	174	10.90
7.如果您患上流感， 會先尋求中醫還是西醫治療？	中醫	389	24.37
	西醫	905	56.70
	無特別喜好	302	18.92
8.如經西醫治療症狀無明顯 改善，是否會尋求中醫治療？	是	1465	91.79
	否	131	8.21
9.您認為在流感療效方面， 中醫還是西醫較優勝？	中醫	309	19.36
	西醫	355	22.24
	中西醫結合	932	58.40

表 10.1 選擇中/西醫的優先次序及認為其療效高低的關係

題目	選項	如果您患上流感，會先尋找中醫還是西醫治療？			總計
		中醫	西醫	無特別喜好	
您認為在流感療效方面， 中醫還是西醫較優勝？	中醫	218(56.04%)	51(5.64%)	40(13.25%)	309(19.36%)
	西醫	16(4.11%)	311(34.36%)	28(9.27%)	355(22.24%)
	中西醫 結合	155(39.85%)	543(60.00%)	234(77.48%)	932(58.40%)
總計		389	905	302	1596

2.2.4 運用中醫藥治療流感的療效

在一系列流感症狀中，受訪人士認為中醫在緩解“咳嗽”、“疲倦”較為明顯，兩者的選擇人次相約，分別為 999 人次（19.63%）、982 人次（19.29%）；其次為“喉嚨痛”有 921 人次選擇（18.09%）。其餘詳見表 11。

表 11 認為中醫治療流感較明顯的症狀（多選）

選項	回應		普及率（n=1596）
	n	回應率	
發燒	296	5.82%	18.55%
咳嗽	999	19.63%	62.59%
喉嚨痛	921	18.09%	57.71%
流鼻水	553	10.86%	34.65%
頭痛	704	13.83%	44.11%
肌肉痛	635	12.48%	39.79%
疲倦	982	19.29%	61.53%
總計	5090	100%	318.92%

2.2.5 飲食習慣與流感病史的關係

表 12 顯示，曾患有流感患者，飲食偏嗜前三位分別為：喜食清淡，46.02%；喜食熱，35.09%；喜食甜，31.87%。

表 12 飲食習慣與流感病史的關係

選項 (多選)	您是否曾經患有流行性感冒？（%）			總計（n=1596）	
	是（n=1117）	否（n=307）	不知道（n=172）		
飲食習慣	喜食甜	356（31.87）	94（30.62）	72（41.86）	522（32.71）
	喜食酸	161（14.41）	38（12.38）	25（14.53）	224（14.04）

選項 (多選)	您是否曾經患有流行性感冒？(%)			總計 (n=1596)
	是 (n=1117)	否 (n=307)	不知道 (n=172)	
喜食鹹	137 (12.26)	31 (10.10)	24 (13.95)	192 (12.03)
喜食辛辣	229 (20.50)	61 (19.87)	29 (16.86)	319 (19.99)
喜食清淡	514 (46.02)	126 (41.04)	78 (45.35)	718 (44.99)
喜食油膩	69 (6.18)	20 (6.51)	12 (6.98)	101 (6.33)
喜食煎炸	274 (24.53)	82 (26.71)	42 (24.42)	398 (24.94)
喜食燒烤	137 (12.26)	38 (12.38)	20 (11.63)	195 (12.22)
喜食生冷	182 (16.29)	49 (15.96)	24 (13.95)	255 (15.98)
喜食熱	392 (35.09)	106 (34.53)	58 (33.72)	556 (34.84)
無特別偏好	321 (28.74)	98 (31.92)	49 (28.49)	468 (29.32)

2.2.6 是否患有流感與中醫藥預防流感的關係

在 1117 名有流感病史的受訪者中，有 67.95%會用中醫藥預防流感，比不會用的多約 2.12 倍；在 307 名沒有流感病史的受訪者中，有 58.63%會用中醫藥預防流感，比不會用的多約 1.4 倍。在以是否有流感病史為分組而言，各組大部分受訪者都會用中醫藥預防流感。（詳見表 13）。

表 13 運用中醫藥預防流感的比例

題目	選項	您是否曾經患有流行性感冒？(%)			總計
		是(%)	否(%)	不知道	
		(n=1117)	(n=307)	(n=172)	
您會用中藥或涼茶預防流感嗎？	是	759(67.95)	180(58.63)	95(55.23)	1034(64.79)
	否	358(32.05)	127(41.37)	77(44.77)	562(35.21)

2.2.7 疫苗接種史與選擇中醫藥預防流感的關係

有 722 名受訪者有流感疫苗接種史。接種疫苗並用中醫藥預防流感人數為 460 人，佔比為 63.71%；未接種疫苗，但用中醫藥預防流感人數為 574 人，佔比為 65.68%；兩者無太大差異。

表 14 疫苗接種史與選擇中醫藥預防流感的關係 N=1596

題目	選項	您是否接種過流感疫苗？		總計
		是(%)	否(%)	
您會用中藥或涼茶預防流感嗎？	是	460(28.82%)	574(35.96%)	1034
	否	262(16.42%)	300(18.80%)	562

2.2.8 疫苗接種史與認同中醫藥對流感療效的關係

表 15 表示接種疫苗並認同中醫藥治療流感療效的人數為 617 人，佔比為 85.46%；未接種疫苗，但認同中醫藥治療流感療效人數為 761 人，佔比為 87.07%；兩者無明顯差異。

表 16 顯示，有接種疫苗史的受訪者認為中西醫結合治療流感較優勝的佔 59.70%，其次選擇純西醫治療的比純中醫治療的多約 6.5%；未接種疫苗的認為中西醫結合較優勝的佔 57.32%，選擇純西醫或中醫的比例相近。

表 15 疫苗接種史與認同中醫藥對流感療效的關係 N=1596

題目	選項	您是否接種過流感疫苗？		總計
		是(%)	否(%)	
您認為中醫可以治療流感嗎？	可以	617(38.66%)	761(47.68%)	1378(86.34%)
	不可以	13(0.81%)	31(1.94%)	44(2.76%)
	沒有意見	92(5.76%)	82(5.14%)	174(10.90%)

表 16 疫苗接種史與認同中西醫對流感療效的對比 N=1596

題目	選項	您是否接種過流感疫苗？		總計
		是(%)	否(%)	
您認為在流感療效方面， 中醫還是西醫較優勝？	中醫	122(7.64%)	187(11.72%)	309(19.36%)
	西醫	169(10.59%)	186(11.65%)	355(22.24%)
	中西醫結合	431(27.01%)	501(31.39%)	932(58.40%)

2.2.9 疫苗接種史與處理流感症狀的方法的對比

表 17 顯示有疫苗接種史的被訪者在出現流感症狀時採取的措施，排名前三位的是：即刻就診西醫 413 人，佔比 57.20%；服用中成藥 265 人，佔比 36.70%；湯水 211 人，佔比 29.22%。無疫苗接種史在出現流感症狀時採取的措施，排名前三位的是：即刻就診西醫 408 人，佔比 46.68%；服用中成藥 311 人，佔比 35.58%；湯水 261 人，佔比 29.86%。

表 17 疫苗接種史與處理流感症狀的方法對比

題目	選項	您是否接種過流感疫苗？（%）		總計（n=1596）
		是(%)	否(%)	
當您出現流感症狀後， 會選擇：（可多選）	湯水	211（29.22）	261（29.86）	472（29.57）
	中成藥	265（36.70）	311（35.58）	576（36.09）
	自然療法	82（11.36）	104（11.90）	186（11.65）
	即刻就診中醫	192（26.59）	253（28.95）	445（27.88）
	即刻就診西醫	413（57.20）	408（46.68）	821（51.44）
	其他（請寫出）	46（6.37）	82（9.38）	128（8.02）
	-涼茶	4（0.55）	5（0.57）	9（0.56）
	-西藥	28（3.88）	41（4.69）	69（4.32）
	-保健品	5（0.69）	8（0.92）	13（0.81）
	-休息	14（1.94）	24（2.75）	38（2.38）
	-不處理	2（0.28）	8（0.92）	10（0.63）

2.3 中醫藥的認知和運用

本部分主要從三個切入點去瞭解調查對象對中醫藥的接受程度、日常運用中醫藥的比例及對本港中醫藥發展的意見。

2.3.1 中醫藥的接受程度

對於中醫藥持以非常信任的態度有 270 人，女性在該選項的佔比在其性別總數高於男性，分別為 74.44%及 25.56%；持以信任態度的有 1071 人（67.11%），女性在該選項的佔比在其性別總數高於男性，分別為 78.80%及 21.20%；無明確態度則有 208 人，女性在該選項的佔比在其性別總數高於男性，分別為 74.52%及 25.48%。（詳見表 18、19.1 及 19.2）

在 6 個年齡群組中，46 至 55 歲的受訪人士非常信任中醫藥的百分比相對最高，有 70 人（佔選項組別總數的 25.93%），36 至 45 歲及 56 至 65 歲組別的佔比相若，分別有 58 人及 59 人（各佔選項組別總數的 21.48%及 21.85%）。56 至 65 歲的受訪人士信任中醫藥的百分比相對最高，有 338 人（佔選項組別總數的 31.56%）；46 至 55 歲的則有 245 人（22.88%）。無明確態度的以 56 至 65 歲組別為主，有 54 人（佔選項組別總數的 25.96%），其次為 36 至 45 歲的有 48 人（佔選項組別總數的 23.08%）。（詳見表 18、19.1 及 19.2）。

表 18 受訪人士對於中醫藥的態度 N=1596

選項	人數	構成比（%）
①非常信任	270	16.92
②信任	1071	67.11
③不了解，無明確態度	208	13.03
④懷疑	23	1.44
⑤目前不滿意，但相信未來很好	24	1.50

表 19.1 不同性別對於中醫藥的態度分佈

選項 (同表 18)	性別 (人)				
	男	構成比 (%)	女	構成比 (%)	總計
①	69	25.56	201	74.44	270
②	227	21.20	844	78.80	1071
③	53	25.48	155	74.52	208
④	12	52.17	11	47.83	23
⑤	7	29.17	17	70.83	24

表 19.2 不同年齡對於中醫藥的態度分佈

選項 (同表 18)	年齡 (人)						總計
	18-25 歲	26-35 歲	36-45 歲	46-55 歲	56-65 歲	≥66 歲	
①	5(1.85%)	43(15.93%)	58(21.48%)	70(25.93%)	59(21.85%)	35(12.96%)	270
②	55(5.14%)	128(11.95%)	186(17.37%)	245(22.88%)	338(31.56%)	119(11.11%)	1071
③	22(10.58%)	23(11.06%)	48(23.08%)	41(19.71%)	54(25.96%)	20(9.62%)	208
④	6(26.09%)	2(8.70%)	7(30.43%)	2(8.70%)	3(13.04%)	3(13.04%)	23
⑤	1(4.17%)	2(8.33%)	3(12.50%)	2(8.33%)	12(50.00%)	4(16.67%)	24

2.3.2 日常運用中醫藥的比例

有 1067 人 (66.85%) 在日常有時尋求中醫師的幫助，年齡介乎 56 至 65 歲的組別為最高，為 338 人 (佔其組別總數的 31.68%)。“病後調養”和“日常保健”為受訪者選擇中醫治療的主要原因，分別有 1115 人次 (31.89%) 及 1114 人次 (31.86%)；其中總是尋求中醫師的幫助主要需求在“日常保健”方面，有 318 人 (84.13%)，有時尋求中醫師幫助的主要需求在“病後調理”方面，有 749 人 (70.20%) 詳見表 20、20.1、21.1 及 21.2。

表 20 受訪人士尋求專業中醫的頻率

選項	人數	構成比 (%)
①會，我總是尋求中醫師幫助	378	23.68

②會，我有時尋求中醫師幫助	1067	66.85
③不會，我只基於個人對中醫的理解去處理小毛病	113	7.08
④不會，我從來不依賴中醫	38	2.38

表 20.1 不同年齡組別的受訪人士尋求專業中醫的頻率

選項 (同表 20)	年齡 (人)						總計
	18-25 歲	26-35 歲	36-45 歲	46-55 歲	56-65 歲	≥66 歲	
①	12(3.17%)	56(14.81%)	69(18.25%)	96(25.40%)	95(25.13%)	50(13.23%)	378
②	55(5.15%)	124 (11.62%)	200(18.74%)	236(22.12%)	338(31.68%)	114(10.68%)	1067
③	12(10.62%)	16 (14.16%)	20(17.70%)	25(22.12%)	27(23.89%)	13(11.50%)	113
④	10(26.32%)	2(5.26%)	13(34.21%)	3(7.89%)	6(15.79%)	4(10.53%)	38

表 21.1 選擇中醫治療的原因 (多選)

選項	回應		普及率 (n=1596)
	n	回應率	
日常保健	1108	31.80%	69.42%
疑難雜症	407	11.68%	25.50%
慢性疾病	771	22.13%	48.31%
病後調養	1111	31.89%	69.61%
其他 (請寫出)	87	2.50%	5.45%
總計	3484	100%	218.30%

表 21.2 尋求專業中醫的頻率與原因的關係

選項	12. 您在日常生活中看過中醫嗎？（%）				總計 (n=1596)
	會，我總是尋求 中醫師幫助 (%)	會，我有時尋求 中醫師幫助 (%)	不會，我只基於個人 對中醫的理解去處理 小毛病(%)	不會，我從來 不依賴中醫 (%)	
日常保健	318 (84.13)	708 (66.35)	62 (54.87)	20 (52.63)	1108 (69.42)
疑難雜症	142 (37.57)	247 (23.15)	14 (12.39)	4 (10.53)	407 (25.50)
慢性疾病	239 (63.23)	485 (45.45)	36 (31.86)	11 (28.95)	771 (48.31)
病後調養	270 (71.43)	749 (70.20)	70 (61.95)	22 (57.89)	1111 (69.61)
其他 (請寫出)	19 (5.03)	58 (5.44)	6 (5.31)	4 (10.53)	87 (5.45)

2.3.2 對中醫藥發展的意見

2.3.2.1 中醫藥的主要優勢

最多受訪者認為中醫藥的主要優勢是“副作用小”，有 1359 人次，其中有 1019 人次（74.98%）的選擇 2 個或以上的選項，705 人次（51.87%）同時有選擇“能除病根”；其次選擇“能除病根”的有 874 人次，詳見表 22。

選擇其他的有 70 人次，根據受訪者自行填寫的內容，主要可以歸納為“個人喜好”、“辨證論治”、“養生保健”、“藥物天然”及“人文關懷”，詳見表 22.1。

表 22 中醫藥的主要優勢（多選）

選項	回應		普及率 (n=1596)
	n	回應率	
療效明顯	359	10.80%	22.49%

選項	回應		普及率 (n=1596)
	n	回應率	
藥費便宜	205	6.17%	12.84%
安全度高	463	13.93%	29.01%
副作用小	1359	40.88%	85.15%
能除病根	868	26.11%	54.39%
其他（請寫出）	70	2.11%	4.39%
總計	3324	100.00%	208.27%

表 22.1 中醫藥的主要優勢之【⑥其他】選項歸納

選項【⑥其他】歸納	人次	填寫內容（以下內容為受訪者原始表達文字）
6.1 個人喜好	4	1. 不喜歡西藥
		2. 口碑
		3. 個人體質較適合中醫治療
		4. 可因身體狀況調較合適草藥和份量，感覺好過西藥。
6.2 辨證論治	22	1. 適合華人體質
		2. 針對體質、容易見專科醫生、容易配藥
		3. 五行取平衡：藥物對整個人的五行也照顧到
		4. 能分體質醫治。
		5. 不像西醫，頭痛醫頭，腳痛醫腳，會看整體全身氣息，找出病源
		6. More holistic approach
		7. 根據個人體質去用藥。
		8. 西醫解決不到如子宮內膜移位
		9. 對某些疾病療效比西醫好，例如久咳，過敏。

10. 不是頭痛醫頭，中醫藥可以全面治療其他地方。
11. 針對每個病人不同體質及病情開藥，對病人的體質傷害較少
或甚至可補益病人的身體
12. 適合老人。
13. 根據個人體質治療及開藥
14. 按個人體質有不同療法
15. 有個體性，能根據病人情況調整藥量
16. 全面改善身體
17. 對症下藥.
18. 既可祛邪輔正, 同時固本培元
19. 並非頭痛醫頭脚痛醫痛，而是視人體為一個完整系統
20. 度身訂造
21. 整體治療
22. 可因身體狀況調較合適草藥和份量，感覺好過西藥。

6.3 養生保健

39

1. 養生
2. 改善體質
3. 改善體質
4. 長期病患調理
5. 調養身體較好啊！
6. 溫和調理
7. 五行取平衡：藥物對整個人的五行也照顧到
8. 對調理身體有效
9. 調理
10. 改善根本體質
11. 溫和，適合長期調理身子

12. 保養調理
13. 調理身體
14. 醫治外也調理
15. 調理身體
16. 可治病連調理身體
17. 調理
18. 養生
19. 調理
20. 可作長期調理
21. 日常保健
22. 調理身體較西藥優勝
23. 提升整體體質
24. 調理
25. 溫和調理
26. 固本培元
27. 保健
28. 調理身體
29. 身體調理
30. 調理保健
31. 固本培元
32. 可作長期調理身體
33. 治病同時調理身體
34. 提升體質
35. 可作慢性調理
36. 藥性較溫和，容易調理身體

		37. 治本，溫和，調理
		38. 調理.固本
		39. 治病同時調理身體
6.4 藥物天然	1	1. 天然
		1. 中醫師較西醫更細心
6.5 人文關懷	4	2. 醫師會解說仔細身體狀況及醫治方法
		3. 醫師會說明日後應如何保養
		4. 以人為本，唔似西醫咁，睇二三分鐘就完，求求其其
總計	70	

2.3.2.2 香港目前中醫藥發展的不足

最多受訪人士認為香港目前中醫藥發展的不足之處是“缺少中醫院”，有 1083 人次，其次是“缺乏中西醫合作”有 994 人次，選擇“中藥質量良莠不齊”及“政府對患者資助較低”的相若，分別為 964 人次及 915 人次，詳見表 23。

選擇其他的有 77 人次，根據受訪者自行填寫的內容，主要可以歸納為“醫師水準參差”、“治療過程繁瑣”、“行業未完規範”、“保險理賠限制”及“專科發展停滯”及“量化標準含糊”；部分內容可以歸屬兩個範疇，因此總計為 77 人次，詳見表 24。

表 23 香港目前中醫藥發展的不足（多選）

選項	回應		普及率（n=1596）
	n	回應率	
缺少中醫院	1083	19.02%	67.86%
就醫不便	320	5.62%	20.05%
藥費昂貴	510	8.96%	31.95%
中藥質量良莠不齊	964	16.93%	60.40%
政府對患者資助較低	915	16.07%	57.33%
政府對業界資源投放較少	831	14.59%	52.07%

選項	回應		普及率 (n=1596)
	n	回應率	
缺乏中西醫合作	994	17.46%	62.28%
其他 (請寫出)	77	1.35%	4.82%
總計	5694	100.00%	356.77%

表 24 香港目前中醫藥發展的不足【⑧其他】選項歸納

選項【⑧其他】歸納	人次	填寫內容
8.1 醫師水準參差	31	1. 良莠不齊
		2. 水準參差
		3. 中醫師能力良莠不齊
		4. 難找可靠配合的專業中醫
		5. 中醫水評不斷下降唔專業
		6. 醫師質素亦存在參差
		7. 中醫良莠不齊。
		8. 治療方法/配方不一致
		9. 治療成效慢
		10. 中醫良莠不齊
		11. 中醫水準良莠不齊
		12. 中醫師辯證不準
		13. 醫師質量良莠不齊。有些醫師亂下藥，只問症，不懂把脈。
		14. 缺少資深中醫師
		15. 有經驗質素的醫師難尋要四處試檢視效果耐
		16. 中醫辨證水準參差

-
17. 中醫質素參差，現代大學中醫沒有承傳古醫道
 18. 小部分中醫濫竽充數
 19. 缺乏政府中醫診所。中醫質素參差
 20. 擔心中醫師的質素
 21. 年輕中醫師功力有待進步
 22. 中醫師醫術專長不一。醫療效果日久才見。
 23. 中醫師的質素
 24. 同一個病症，如慢性蕁麻疹，未能根治。看不同的註冊中醫師，高學歷的有、從醫幾十載的有，各有各說、大家的看法完全不同、開方用藥也不同。作為一個病人，會想究竟邊個才對？結果症狀還在。接觸的中醫普遍只會堅持自己的方向不會錯
 25. 難找合適的中醫，診金昂貴
 26. 好難搵到可信中醫
 27. 難判斷醫師質素
 28. 中醫師認可性成疑
 29. 功效不明顯
 30. 中醫良莠不齊
 31. 中醫醫術良莠不齊
 1. 煲中藥麻煩
 2. 煲藥麻煩
 3. 煲藥費時
 4. 煲藥不方便
 5. 要好有耐性去治療
 6. 治療成效慢

8.2 治療過程繁瑣 14

7. 處理中藥較費時失事，另對病情療效雖徹底但效果較慢
 8. 花時較長，藥味不好
 9. 治療時間長
 10. slow
 11. 煲藥
 12. 治療時間較長
 13. 煲藥麻煩，藥好苦
 14. Need to cook, cannot take it instantly
1. 配套不足，缺乏監管
 2. 醫生透明度不足，有辦法查證醫生是否好
 3. 監管不及
 4. 中醫經常兼營非醫療行業，例如售賣海味，兌換人民幣
 5. 西醫管中醫
 6. 西醫一聽到中醫兩個字就不高興不願意合作
 7. 公司要求西醫病假紙
 8. 沒有治療指引
- 8.3 行業未完規範 14
9. 沒有全面統一醫療標準及教學
 10. 培育不出人才 中醫與養生治療師 職責界定不清 其實 刮痧拔罐 甚至正骨 艾灸 治療師可以進行 不一定要中醫師 但下針 必須由中醫師進行 而非物理治療師 這方面 中醫必須爭取 但又不爭取 只懂和治療師爭做
 11. 系統及認證不清晰
 12. 對中醫監管還有很多改善地方
 13. 缺乏中醫護理，服務不夠全面
 14. 中醫師認可性成疑

			1. 保險不包含、不夠溝通渠道 2. 保險要 claim 的額度不足 3. 保險保額極少 4. 保險一般不對中醫藥作賠償 5. 社會認受性較低，如保險不包或較西醫的保險少 6. 保險賠償金額較低 7. 保險 cover 太少 8. 公司醫療保險唔包括中醫 9. 公司醫療證明只指定少量中醫診所 10. 保險資助較少 11. 不能 claim 保險 12. 普通保險唔包
8.4	保險理賠限制	12	
			1. 專科醫師不足，例如；骨傷科 2. 沒有先分類後專科轉介的醫療系統 3. 缺乏像西醫般的家庭醫生，可以自細了解病人情況
8.5	專科發展停滯	3	
			1. 沒有可以供參考價值的資料數據顯示自己的問題，持續改善 2. 系統及認證不清晰 3. 同一個病症，如慢性蕁麻疹，未能根治。看不同的註冊中醫師，高學歷的有、幾醫幾十載的有，各有各說、大家的看法完全不同、開方用藥也不同。作為一個病人，會想究竟邊個才對？結果症狀還在。接觸的中醫普遍只會堅持自己的方向不會錯
8.6	量化標準含糊	3	
總計		77	

3 討論

流行性感冒是由流感病毒引起的一種急性呼吸道傳染病，嚴重危害人群健康。流感病毒其抗原性易變，傳播迅速，每年可引起季節性流行，在學校、托幼機構和養老院等人群聚集的場所可發生暴發疫情。每年流感季節性流行在全球可導致 300 萬至 500 萬重症例，29 萬至 65 萬呼吸道疾病相關死亡。孕婦、嬰幼兒、老年人和慢性基礎疾病患者等高危人群，患流感後出現嚴重疾病和死亡的風險較高。尤其是今年全球新冠疫情嚴重流行態勢仍將持續，今冬明春可能會出現新冠疫情與流感等呼吸道傳染病疊加流行的情況^[6]。有效地預防流感可以減少其相關疾病帶來的危害及對醫療資源的佔用。

3.1 基本情況

3.1.1 年齡 36 歲至 65 歲階段，對社會的關注度和健康的關注度更高

表 2 年齡分佈可見，前三位的分別是：年齡段 56 至 65 歲的居民為主，有 466 名（29.20%）；其次為 46 至 55 歲的有 360 名（22.56%）及 36 至 45 歲的有 302 名（18.92%）。可見 36 歲至 65 歲年齡階段的人，參與度高。這個年齡階段，處於人到中年，身體機能處於由壯及衰的重要過程，家庭社會壓力也是最大，可能是更關注身體健康。

3.1.2 教育程度高的人，更關注健康

表 3 教育程度分佈可見，大專或以上學歷的有 861 名（53.95%）及高中學歷的有 520 名（32.58%），學歷越高，參與比例越高。表明教育程度高的人，可能更加的關心健康。

3.1.3 居住地來自全港 18 個分區，分佈較為廣泛合理

表 4 所屬地區分佈可見，全港 18 個分區都有。其中沙田區的居民最多，為 171 名（10.71%）；其次為觀塘區 141 名、東區 128 名、屯門區 120 名及葵青區 116 名。分佈較為廣泛合理。

3.1.4 香港人以“喜食清淡”為多，其次為“喜食熱”及“喜食甜”

唐代孫思邈《千金要方》：“食能祛邪而安臟腑，悅神，爽志，以資氣血。”合適的飲

食口味對於患病者或體虛之人而言，是能起扶正作用。均衡的飲食習慣亦能為人體長期的穩定健康帶來正面影響，脾胃氣血得到均衡的滋養就能使體質趨於平和，達至“正氣存內，邪不可干”。

《黃帝內經》所提及的“謹和五味”正正反映合理的飲食結構，是維持臟腑功能及人體陰陽平衡的關鍵；“寒熱適宜”則道出根據季節和疾病的性質去選擇相應適宜的食物，才是避忌邪氣和扶養正氣的原則^[7]。如《素問·至真要大論篇》：“夫五味入胃，各歸所喜，故酸先入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，鹹先入腎。”指出五味和五臟的關係。《素問·生氣通天論篇》指出：“味過於酸，肝氣以津，脾氣乃絕；味過於鹹，大骨氣勞，短肌，心氣抑；味過於甘，心氣喘滿，色黑，腎氣不衡；味過於苦，脾氣不濡，胃氣乃厚；味過於辛，筋脈沮弛，精神乃央。”說明五味偏嗜太過會影響臟腑正常運作，進一步還會損傷與其臟腑相關的器官。《靈樞·第二十九篇師傳》記載：“食飲者，熱無灼灼，寒無滄滄。寒溫中適，故氣將持，乃不致邪僻也。”表示飲食寒溫適中才能將養臟腑氣血，過則容易引起變證。飲食冷熱失於常度，日久則會使臟腑陰陽失調，如“水穀之寒熱，感則害於六府”。

表 5 顯示，在飲食習慣方面，以選擇“喜食清淡”為主，有 718 人次，其次為“喜食熱” 556 人次及“喜食甜” 522 人次。

3.2 中醫藥防治流感的認知和運用

3.2.1 喜食清淡、喜食熱、喜食甜較易誘發流感

表 12 顯示，患有流感患者，飲食偏嗜前三位分別為：喜食清淡，46.02%；喜食熱，35.09%；喜食甜，31.87%。現今糧食充足，食材選擇豐富，人們對於飲食的追求不僅為裹腹，而是盡情享受各式美味佳餚，口味亦因個人喜好和地理環境等因素影響，出現不同程度的偏嗜。在現代的體質調研中發現，偏頗體質人群與常吃甜品及喜溫熱食物的關連性較強^[8]，偏嗜甘者以氣虛質、氣鬱質、陰虛質較多及偏嗜辛者以氣虛質、陰虛質、濕熱質較多^[9]。

根據本港衛生署衛生防護中心資料，本地主要以甲型（H1N1、H3N2）季節性流感病毒為主，其次為乙型^{[10][11]}。香港人煙稠密，土地面積相對較小，且受亞熱帶的氣候影響，常年炎熱和潮濕的環境也會導致甲型流感病毒持續活躍^[12]。

在本次調研中，有近 7 成受訪人士承認曾患有流感，當中以飲食口味的偏好排序（詳見表 21），“喜食清淡”的佔數最多，其次為“喜食熱”、“喜食甜”、“喜食煎炸”、“喜食生冷”亦佔較多比例。清淡飲食雖然不會對脾胃產生負擔，但長期偏好清淡則有可能出現營養不足的可能性，人體沒有攝取足夠的營養食物以化生精微，削弱五臟功能導致無法維持正常的宗氣、營氣及衛氣，影響其生理活動。當外邪來犯的時候，就容易中病。後者此類食物可概括而言為“膏粱厚味”，長期偏嗜會對脾胃的運行造成負擔，肥甘生熱壅中，窒礙其升清降濁之力；中陽不運易生濕，化痰生熱，造成體質偏於濕熱或痰熱型。肺脾兩臟互相協同，一旦脾胃失運，母病及子則會從病理上影響肺，肺之宣肅失常，影響衛氣運行，使其無法正常執行對人體的屏障功能。一旦遭遇時邪侵襲則會容易觸感發病。

以飲食口味與過往相關調研結果作對比，兩者關聯頗吻合：香港地區一般居民的體質類型有將近半數為平和質，餘下 8 種偏頗體質則以陽虛質、氣虛質及濕熱質較多^[13]。口味偏嗜為在飲食上特別喜好某類型食物，作出過分喜好或過量食用的行為模式。這種非常度的飲食習慣容易造成人體自我調節的失常，長期下來則會逐漸傷及氣血、陰陽，導致臟腑功能受損^[14]。有如《素問·五臟生成》有云：“多食鹹，則脈凝而變色；多食苦，則皮蕘而毛拔；多食辛，則筋急而爪枯；多食酸，則肉胝胎而唇揭；多食甘，則骨痛而髮落”。

香港的氣候屬於亞熱帶季候風海洋性：長年炎熱、空氣濕潤、颱風較多、降雨量豐沛，四季界限模糊。久居此地者，腠理疏鬆較易汗出感邪；加上港人的飲食習慣多好陰柔燥熱之物，如冰飲、酒、海產、油炸食品等，脾胃功能多有不同程度的受損。內外相因之下，人的體質會偏向痰濕質、脾虛質、陰虛質和氣陰虛質^[15]。根據學者韓麗的研究指出，嶺南地區人士的痰濕體質主要會向火熱轉化^[16]。粵港毗鄰，因此這種體質轉化套用於港人身上亦有高度的參考價值。

梁嘉恩等對嶺南地區感冒易感人群的中醫體質特點進行研究，發現這類人群主要體質類型以陽虛質為主，兼夾體質以氣虛質多見^[17]。王曉才等對甲型流感中醫證候與體質類型的相關分析得出：單衛分證與平和質、特稟質正相關；氣分證與陰虛質正相關；衛氣合併證與陰虛質相關^[18]。

既往研究提示，偏頗及兼夾體質在流感發病及證型方面存在一定的相關性。闕詩雲¹通過 Logistics 回歸分析篩選出流感樣疾病的危險體質類型主要是濕熱質、痰濕質、氣虛質、保護性體質類型是平和質；發病與反復勞累史、近期流感樣病例接觸史等因素相關，近一年流感疫苗接種史是保護性影響因素^[19]。

流感多為風熱外邪入侵人體所致，感邪後的證候反應及病勢走向與患者平時的體質密切相關，這關係著疾病的發展程度和病期長短，對於其日常生活及身體感受都會造成不同影響。流感疫苗雖然能很大程度地降低感染流感的風險，但並不能保護人體完全避免感染。因此，感染流感、發生重症及併發症的機會率與個人體質有很大的關係。若在體質平和的狀態感染流感，人體正氣充足則不易被外邪入裡，多數能在衛分與邪氣交爭，出現症狀較輕的衛分證而痊愈，病程自然較短。若在偏頗體質下感染風熱之邪，如港人常見的痰濕體質：風熱夾痰易壅積於肺，出現風熱犯肺，甚至痰熱鬱肺；風熱夾濕則會導致濕熱中阻，進而出現脾胃系的病證，病情較普通衛分證複雜，病程亦會因此延長。

雖然本次調研結果中，喜好清淡飲食的受訪者最多，但由於地理環境、生活節奏及工作壓力等因素影響，港人的基礎體質多偏向痰濕質、脾虛質、陰虛質，加上飲食口味並非單一化，有好食甜膩、煎炸及生冷的習慣，容易從不穩定的平和質走向各個易感體質，並受時邪的影響增加感染時疫的風險。

因此，為維持人體長期處於相對健康的狀態，最有效的方法是均衡飲食以攝取充足的營養去滋養五臟六腑，維持其正常的運作，達致“正氣存內，邪不可干”以減低受時疫的侵犯。

3.2.2 七成人得過流感，感染流感的男女比例相若

從表 6 可見，在 1596 名受訪人士中，曾患過流行性感冒的佔絕大多數，共有 1117 人（69.99%）。按照流感病史的男女人數分佈統計，其在各自的男女總數佔比相若，男性有 266 人（72.28%）及女性 851 人（69.30%）。

根據世界衛生組織統計：全球每年估計有 10 億宗流行性感冒病例，其中 300 至 500 萬為重症，29 萬至 65 萬例與流感相關的呼吸道死亡。嚴重的流感大流行對於全世界的公共衛生

防護帶來極具破壞性的挑戰。

現時本港各界大多都認為疫苗接種是目前最有效預防流感的方法，政府亦分別透過「政府防疫注射計劃」及「疫苗資助計劃」為有較大機會受感染的合資格群組提供免費及資助季節性流感疫苗接種^[20]然而本港目前的季節性流感疫苗接種率不高，並未達到有效的群體免疫程度。Lau JT^[21]等的調查研究指出，本港普遍市民對於流感疫苗抱持觀望態度，有一半以上的醫護人員表示不願意接種。另外，大規模疫苗接種的類型選定依據，是以過往流感數據及專家經驗來推敲決定的，存在誤判的可能性。而且，身體在接種疫苗約 2 周後才會產生抗體來預防流感病毒，在此期間感染病毒的風險沒有明顯降低。

3.2.3 四成五的人群接種疫苗，接種疫苗後預防效果較優

在流感疫苗接種史的統計中，有 722 人（45.24%）表示接種過且在接種的同年沒有患有流感的有 63.02%，比整體沒有患流感的 19.24%較優。根據世界衛生組織資料，當疫苗的抗原與流行的病毒吻合，滅活流感疫苗對 65 歲以下人士提供的保護效用可達百分之 70 至 90。至於滅活流感疫苗，海外研究及經驗一般顯示噴鼻式流感疫苗能提供與滅活流感疫苗相若的保護力。

本次調研中有將近 6 成半的受訪者表示會使用中醫藥預防流感（見表 13），肯定中藥或涼茶預防流感的有效性：沒有同時接種流感疫苗的比例最多，佔總體的 35.96%；同時有接種者則佔 28.82%，比單純接種者多約 12.4%(見表 14)。大部分受訪者認同中醫治療流感的有效性，對於中醫治療流感的療效持正面態度，佔總體的 86.34%；沒有同時接種疫苗者但認同中醫療效者佔比最多，佔 47.68%；其次為有接種疫苗且認同中醫療效者，佔 38.66%(見表 15)。最多受訪者認為中西醫結合治療流感的療效最佳，佔 58.40%，當中沒有接種疫苗者比有的多 7.52%（見表 16）。在出現流感症狀後，受訪者無論是否接種過疫苗都首選即刻就診西醫的佔比最多，其次為服用中成藥(見表 17)。

香港地處嶺南，嶺南人士素有飲用中藥熬製的涼茶作防治疾病的習慣，也為中醫藥防治流感的廣泛性帶來一定基礎。現時，除了在傳統的涼茶鋪購買藥茶，市面上亦有售不同的袋泡藥茶及中成藥製劑，方便大眾自行購買，且具節省煎煮時間，口感良好的優勢。

另外，在以中醫藥治療流感方面，既往中醫業界和六大善團（即東華三院、保良局、博愛醫院、仁濟醫院、九龍樂善堂、仁愛堂）在農曆年假作出特別開診服務，以應對市民不同的求診需要^[22]。香港浸會大學中醫藥學院在流感高峰期前，通過旗下的中醫診所免費向 65 歲以上長者及有需要人士派發防流感草藥，並隨之附上原方，使更多市民受惠。以此強調中醫「治未病」的重要性，向公眾宣導「正氣存內，邪不可干」的預防思想。因此，專業的中醫團隊在疾病流行期間積極向社會提供協助和服務，能進一步加深公眾在當下和日後選擇中醫藥的意願，持續為業界帶來正面的影響。

3.2.4 大部分港人都會用中藥預防流感，並且以 36 至 65 歲的中年人為最多

表 7、表 8 顯示，在 1596 名受訪人士中，有 1034 名會使用中藥或涼茶預防流感，佔比為 64.79%。在 1034 名會使用中藥或涼茶預防流感的受訪人士中，以 56 至 65 歲的年齡段最多，有 341 人，佔預防總人數的 32.98%；46 至 65 歲的年齡段，有 252 人，佔預防總人數的 24.37%；36 至 45 歲的年齡段，有 170 人，佔預防總人數的 16.44%。調查表明，大部分港人都會用中藥預防流感，並且以 36 至 65 歲的中年人為最多，佔比為 73.79%。

大部分港人認為中醫藥預防和治療流感效果可靠，但仍然有進一步推廣空間。

表 9 顯示，出現流感症狀後自己會選擇用中醫療法及中藥類處理的佔比 39.88%，其中中成藥最多，佔比 21.92%；選擇即刻就診西醫佔 3 成，比選擇即刻就診中醫的多。

表 10 顯示，在 1596 名受訪人士中，認為中醫可以治療流感的有 1378 人（86.38%）。在優先次序方面，選擇先找西醫的有 905 人（56.70%），第一時間尋求中醫比無特別喜好者略多，分別為 389 人（24.37%）及 302 人（18.92%）。如經西醫治療流感症狀無明顯改善，大多數受訪人士都會尋求中醫繼續治療，有 1465 人（91.79%）。總體而言，受訪人士認為中西醫結合治療流感的療效優勝於較單一選擇中醫或西醫，有 932 人（58.40%），認為純西醫或者中醫治療較優勝的人數相若，分別有 355 人（22.24%）及 309 人（19.36%）。

表 11 顯示，在一系列流感症狀中，受訪人士認為中醫在緩解“咳嗽”、“疲倦”及“喉嚨痛”的症狀較為明顯，分別有 999 人次、982 人次及 921 人次。

表 13 顯示，將近 6 成半的受訪者選擇使用中藥或涼茶來預防流感，但當中僅得 11.28%

示沒有患過流感，47.56%則有流感病史。即雖然市民有使用中醫藥預防流感的意識，及願意嘗試除流感疫苗以外的預防方法，但推測還有其他因素影響中醫藥預防流感的有效性，例如：藥量、服用方法、證候等。

當出現流感症狀，如：頭痛、發熱、怕冷、咳嗽等，約 7 成受訪者首選傾向以各式中醫藥療法及中醫面診處理，表示大眾肯定中醫藥治療流感輕證或單一症狀的療效，有信心以此阻斷流感的進一步發展。雖然有超過 5 成的受訪者表示高度懷疑自己患流感後會首選西醫治療，但在西醫治療無明顯改善症狀時，超過 9 成受訪者會繼續尋求中醫治療，與其後認同中西醫結合治療流感能取得較好療效的意見吻合。

中醫及中藥在香港具有一定的基礎，近 9 成的人，相信中醫可以治療流感。選擇首先尋求中醫治療的 389 名受訪者中，有 56.04%認為中醫療效優勝，其次近 4 成認為中西醫結合較優勝。在首先尋求西醫或者無特別喜好的受訪者群組，則認為中西醫結合方式治療流感比單一療法較優勝，分別有 60%及 77.48%。由此可見，即使是優先選擇西醫治療流感的群組，對於中醫介入治療是持開放及接納的正面態度。（詳見表 10.1）可見中醫藥預防和治療流感效果較為可靠，對“咳嗽”、“疲倦”及“喉嚨痛”的症狀較為明顯。

涼茶作為嶺南一帶獨特的醫藥文化，因嶺南地理自古多瘴多雨及氣候炎熱，使當地居民體質偏於濕熱，容易“熱氣上火”。為防治熱病，尤其是在長夏季節，傳統以來都會採集本地草藥製作清熱解毒，祛濕下火的茶飲湯劑。因此飲用涼茶不但是本地人平時調理保健的常用方法，在預防及治療疾病方面都扮演相當重要的角色。香港在開埠初期，本地華人普遍更信任中醫藥，對於西醫治療疾病的態度保守，因此日常防止疾病都多依靠應用涼茶。當時更有政府法例規定，搭載從香港出發往海外謀生的華工船隻，必須配備與搭船人數相符比例的中草藥，去製作涼茶提供予途中不適的人服用。^[23]由此可見，從民間華人至英國殖民政府都肯定中草藥的功效。涼茶通常分為三類：苦寒瀉火除濕、甘涼清熱除鬱及甘涼清熱潤燥，不同時節或根據顧客需要可選擇不同功效的涼茶飲用^[23]。

3.2.5 有無注射疫苗的受訪者與對中醫的認知沒有差異，並大都認為中西醫結合防治流感更優勝

表 14 顯示接種疫苗並用中醫藥預防流感人數為 460 人，佔比為 63.71%；未接種疫苗，但用中醫藥預防流感人數為 574 人，佔比為 65.68%。可見受訪者有無接種疫苗，與應用中醫藥預防沒有關係。

表 15 表示接種疫苗並認同中醫藥治療流感療效的人數為 617 人，佔比為 85.48%；未接種疫苗，但認同中醫藥治療流感療效人數為 761 人，佔比為 87.07%；兩者無明顯差異。表 16 顯示，曾接種疫苗者認為中西醫結合優勝的佔 59.70；未曾接種疫苗者認為中西醫結合優勝的佔 57.32。可見受訪者有無接種疫苗，與認同中醫藥治療流感療效沒有關係。

表 17 表示曾接種疫苗者處理出現流感症狀前三位的是：即刻就診西醫 413 人，佔比 57.20%；服用中成藥 265 人，佔比 36.70%；湯水 211 人，佔比 29.22%。未曾接種疫苗者處理出現流感症狀前三位的是：即刻就診西醫 408 人，佔比 46.68%；服用中成藥 311 人，佔比 35.58%；湯水 261 人，佔比 29.86%。可見有無接種疫苗，患者感冒後都會首選西醫即刻就診佔比較。

內地多項臨床研究指出單用中藥製劑，或同時結合中醫療法均有較好的臨床療效。陳芳等以防感顆粒治療甲型 H1N1 輕症發揮良好作用^[24]。黃士傑等結合清瘟敗毒散加大椎叩刺放血治療兒童甲型流感 H1N1，療效較扎那米韋有更好的預防復發效果^[25]。陳定潛等採用前瞻性隨機對照法研究四川地區中醫藥治療輕症甲型 H1N1 流感，發現中藥治療組具有有效縮短熱程及緩解症狀的雙重作用^[26]。在中西醫結合治療流感方面，方識進¹採用小兒熱速清糖漿聯合奧司他韋治療甲型 H1N1 流感病毒性小兒呼吸道感染，顯示顯著改善臨床症狀及縮短病程^[27]。張秀芹¹等發現清開靈口服液聯合西藥治療流感具有抗病毒、抗炎、解熱作用且毒副作用小，中西醫結合治療比單純西藥的療效更顯著^[28]。

因此，以中醫藥治療流感的優勢是通過縱觀整體情況提出相應的治法用藥，面對不同的流感病毒及其可能出現的變異，不必待進一步的化驗結果明確致病的病原體才選擇相應的藥物，而是根據辨證論治的指導原則個體化處理，達至舒緩症狀、縮短病程及減少引發併發症的機會。同時，中醫藥治療是作用於多個靶點，耐藥情況亦不易出現。

3.3 中醫藥的認知和運用

3.3.1 大部分港人信任中醫藥，以中年為多

在本次問卷調查中，有 8 成人會找中醫師幫助，其中 2 成多人為總是尋求中醫幫助。尋求中醫的原因主要是調理身體。在表 19.2 選擇信任中醫的 1071 名受訪者中，主要集中在 36 至 65 歲的年齡群組，總共有超過 6 成半：當中以 56 至 65 歲的群組最多，有 31.56%。表 20.1 顯示選擇時常尋求專業中醫師的幫助較多的年齡群組有 46 至 55 歲及 55 至 65 歲，佔比相若：分別為 25.4%及 25.13%；在 1067 名選擇“有時尋求中醫師的幫助”的受訪者中，56 至 65 歲的組別為最高，佔比超過 3 成。由此可見，目前對中醫藥較多正面態度及接觸度的主要以中年人為主。

表 22.2 顯示“病後調養”和“日常保健”為受訪者選擇中醫治療的主要原因，分別有 1115 人次（31.89%）及 1114 人次（31.80）。可見大部分患者尋求中醫的原因主要是調理身體。

3.3.2 中醫藥的優勢：副作用小

表 22 顯示最多受訪人士認為中醫藥的主要優勢是“副作用小”，有 1359 人次。表 22.1 亦歸納了選項未有涵蓋的範疇，分別為：1.個人喜好：有受訪者表示基於口碑及既往用藥經驗而優先選擇中醫藥治療疾病；2.辨證論治：受訪者認為中醫根據個體化開藥，因人而異，對證下藥能對病情兼顧得更加全面；3.養生保健：受訪者認為中藥藥效溫和，以固本培元的方式照顧人體，對於長期病患及調理方面更具優勢；4.藥物天然：中草藥取材於自然，非化學合成；5.人文關懷：受訪者據過往體驗表示，接受中醫服務時得到更細心的解說，在日常調護方面瞭解得更加清晰。

3.3.3 缺乏中醫院

表 23 顯示最多受訪人士認為香港目前中醫藥發展的不足之處是“缺少中醫院”，有 1083 人次（19.02%），其次是“缺乏中西醫合作”有 994 人次（17.46%），選擇“中藥質量良莠不齊”及“政府對患者資助較低”的相若，分別為 964 人次（16.93%）及 915 人次（16.07）。

在本次問卷調查中，本地中醫藥發展最備受公眾關注的是缺少中醫醫院。自 1989 年成立中醫藥工作小組，至 2018 年食物衛生局（現稱醫務衛生局）才正式成立中醫醫院發展計劃辦事處。港府在近 30 年的時間裡對於發展本地中醫院的規劃落後，反映了政府在中西醫療衛生資源方面的分配失衡，且公眾過去對於具規模的綜合性中醫院認知不足，不了解以中醫主導的住院診療服務而導致他們對此的關注甚少。但隨著香港回歸之後與內地的交流增加，兩地密切的往來亦逐漸使更多的香港居民去嘗試使用內地的醫療服務，從而讓他們對於大型的綜合性中醫醫院有初步認識，感受到有別於本地私人執業的中醫診療的好處，如：中西醫結合的住院治療、院內中藥製劑等。

另外，因應 2012 年實行新高中學制，國家教育部推行內地高等院校免試招收香港學生，包括多間著名的中醫藥大學，使更多有志投入中醫藥事業的年輕一輩得到更多的教育機會。由此可見，中醫藥以教育為切入點打開公眾的視野之餘，亦為未來香港本地業界的發展奠定基礎。

除此之外，由於新冠疫情而收窄的出入境條例，令到部分依賴內地中醫醫院服務的患者無法獲得恆常治療和前往複診，驟然改變診療方案為病情反復帶來不確定性。雖然東華三院旗下的部分治療中心有提供中西醫結合治療服務，但限於對象為住院病人，且集中在腫瘤科、內分泌科、婦產科及兒科的個別病種。為應對公眾對於更深入的中醫服務需求，逐漸把中醫重心轉移回來，故建立本地中醫醫院系統是必要的，公眾對於即將在 2025 年第二季度投入營運的中醫醫院報以熱切的關心和期待。

3.3.4 缺少中西醫合作

公眾逐漸通過各種管道感受到中醫藥對於很多疾病的確切療效，認識到其不可取代的作用，即使某些西醫治療的優勢病種，在中醫藥的配合之下還能取得更好的療效，減輕部分藥物帶來的副作用及經濟負擔，如：價格高昂的標靶藥。

從內地治療新冠肺炎的經驗可知，中醫藥發揮了積極作用，是對抗新冠肺炎的重要組成部分：輕中度症狀的病人經中醫治療後容易痊愈；中度轉重症病例明顯減少；中醫對於重症及危重症患者的血氧飽和度和呼吸困難的症狀有一定輔助治療作用^[34]。

近代著名中醫學家張錫純在《醫學衷中參西錄》中就首次提出“合中西醫融貫為一”的中西醫結合理論，為現代中西醫結合開啓先河^[35]。他認為：“醫學以活人為宗旨，原不宜有中西之界限存於胸中，在中醫不妨取西醫之所長，以補中醫之所短，應師古而不泥古，參西而不背中，以衷中參西為宗旨，匯通中西醫學。”提出中西醫在生理上互通的論點：“神明之體藏於腦，神明之用出於心”、“肺為五臟六腑之所終始與西醫肺循環相當說”、“副腎髓質與命門相關說”；中西醫在藥理上結合：如西醫用醋酸鉛治吐血，以麥角治下血，皆能收縮血管而取效。但西醫不辨證，不分寒熱虛實，是以愈後變生他證。張氏認為若以二藥收縮血管，以中藥辨證治其寒熱虛實，且更兼用化痕消滯之品，防其血管收縮之後致有窟血為恙，無疑將提高療效^[36]。

由此可見，中西醫合作不但歷史悠久，且能發揮“一加一大於二”的優勢，本地醫療若能結合中西醫各自的長處，促進雙方合作，則能為本地居民帶來更全面的健康保障。

4 結語

4.1 結論

從本次調研結果可見，年齡 36 歲至 65 歲階段的中年人及教育程度高的人，對健康的關注度更高。本港約七成人得過流感，四成五的人群曾經接種疫苗；流感感染男女比例相若。大部分港人都會用中藥預防流感，並且以 36 至 65 歲的中年人為最多。

大部分港人信任中醫藥，以中年為多，有 8 成人會找中醫師幫助，其中 2 成多人為總是尋求中醫幫助。尋求中醫的原因主要是調理身體。大部分港人認為中醫藥預防和治療流感效果可靠，及中醫治療流感有一定的支持度和群眾基礎；以中醫緩解“咳嗽”、“疲倦”及“喉嚨痛”的症狀較為明顯。無論受訪者有無疫苗接種史，他們都對中醫藥的認知沒有差異，認為中西醫結合防治流感更優勝。

大部分港人認為中醫的優勢是中醫藥能補益身體，保健調理，副作用小。在中醫發展方面，受訪者認為目前缺乏中醫醫院及缺少中西醫合作。

4.2 展望

近年本地中醫藥正面的社會形象正逐步紮根，大眾對於中醫藥的接受度及認可度亦在不斷上升。在中醫藥知識推廣方面，本地多間大專院校的中醫藥學院以不同方式去接觸公眾，提高其認知程度。如派發保健書籍、介紹相關疾病的海報、舉辦教育講座等，使市民能夠輕易從不同管道瞭解到中醫藥對於疾病的預防和治療的優勢。除此之外，在電視及網絡平台上不乏見到越來越多與中醫藥相關的節目，如由賽馬會與香港浸會大學合作的“中醫症解”、香港開電視的“中西合醫”等的電視節目。另外香港中醫院也正在建設中，2025 年將投入使用，更有助於中醫的教育及普及。正確認識中醫藥及明白箇中基本理論知識，能夠提升民眾對於中醫藥的信任，在面對流感的時候更大機會考慮以中醫藥療法去應對。

總體而言，大眾對於中醫藥防治流感的療效是抱持正面的態度。這與中醫藥業近年的積極發展密切相關。香港的中醫藥發展起源於 80 年代，當時政府為回應社會對於中醫藥的關切和期望，在 1989 年 8 月成立中醫藥工作小組，正式開展管理中醫的執業及中醫藥的使用情況，並為業界的發展和推廣提供意見。繼在 2013 年成立中醫中藥發展委員會後，於 2019 年啟動中醫藥發展基金，對業界的教育、科研、從業、服務及推廣等多方面提供項目資助，既能擴大市民從不同層面去認識中醫藥的機會，亦有助於業界中不同持份者的深化發展，如：培育精英人才以提升整體業界水準、支持中醫藥的科學研究等。

將來的研究方向：進一步進行研究中醫藥預防流感的方法；進一步進行研究中醫藥治療流感的方法；構建流感的中醫藥診治方案；構建流感的中醫藥臨床路徑。

5 鳴謝

感謝以下機構及香港浸會大學各部門的協助：香港中醫藥發展基金的資助；香港浸會大學中醫藥學院臨床部、教學部、科技處、財務處等工作人員的幫助！感謝研究團隊所有成員的努力付出！

參考文獻

- [1] World Health Organization., Fact sheet on influenza(seasonal), [EB/OL], World Health Organization.
- [2] 國家衛生和計劃生育委員會，國家中醫藥管理局.流行性感感冒診療方案（2018 年版）.中國感染控制雜誌，2018，17(2):181-184
- [3] 衛生防護中心專題報道. 2021-22 季度本港季節性流感疫苗接種常見問題.中文版 [EB/OL].香港:特別行政區政府衛生署,2021.
- [4] 李安德，王曉才，陳燕力，等.時行感冒的辨證體系與治療法則淺說.中國中醫急症，2013，22（8）：1348-1350
- [5] 童佳兵，李澤庚，劉健等.流行性感感冒的中醫藥防治優勢探討. 亞太傳統醫藥，2009，5(9):145-146
- [6] 中國疾病預防控制中心.中國流感疫苗預防接種技術指南（2020-2021）.中國病毒病雜誌 2020 年 11 月第 10 卷第 6 期:403-415
- [7] 宗文靜,趙凱維,張玉輝,杜松.《黃帝內經》飲食養生理論研究[J/OL].中國中醫基礎醫學雜誌:1-11[2021-12-29].
- [8] 李海,林闡釗,歐愛華,楊志敏,韋舒妍,蘆環玉,葉子怡,賓煒,劉美芳,蘇俊傑.飲食與中醫體質的關聯性[J].長春中醫藥大學學報,2015,31(02):331-334.
- [9] 姚星,常少瓊.飲食偏嗜的中醫體質分佈特點研究及思考[J].中醫藥導報,2012,18(01):31-32.
- [10] 衛生防護中心.流感速遞(第 13 期第 1 號).中文版[EB/OL].香港:特別行政區政府衛生署,2015.
- [11] 衛生防護中心.流感速遞(第 17 期第 8 號).中文版[EB/OL].香港:特別行政區政府衛生署,2020.
- [12] Paul K.S., Chan H.Y., Mok T.C., Lee Ida M.T., Chu Wai-Yip Lam, Joseph J.Y. Sung, Seasonal influenza activity in Hong Kong and its association with meteorological variations [J]. Journal of Medical Virology, 2009,81(10), 1797 – 1806.

- [13] 黃志堅,李杏,劉彬,臧書文,周迎春.香港地區 1022 例中醫體質流行病學調查[J].熱帶醫學雜誌,2011,11(02):144-148.
- [14] 李小可,劉燦,趙丹丹,於娜,高思華.飲食偏嗜的成癮性及病機規律探析[J].中醫雜誌,2015,56(10):816-820.
- [15] 劉穗寧.香港生態環境與港人外感濕證的相關性研究[D].北京中醫藥大學,2009.
- [16] 韓麗.體質學說在嶺南溫病治療中的意義——嶺南溫病研究與臨床[M].廣州:廣東教育出版社,1999,249-255.
- [17] 梁嘉恩,陳欣燕,林熾釗,李海,楊志敏.嶺南地區感冒易感人群的中醫體質特點研究[J].臨床誤診誤治,2018,31(05):53-56.
- [18] 王曉才,趙洪傑,董曉根,李安德,陳燕力,孫利紅,崔甯,葛華穎,郭子寧,榮偉.甲型流感中醫證候與體質類型的相關性分析[J].中醫雜誌,2016,57(02):149-153.
- [19] 闕詩雲.中醫體質與外感發熱疾病（流感樣疾病）及其發病因素相關性的臨床研究[D].山東中醫藥大學,2019.
- [20] 衛生防護中心.2018/19 年度政府防疫注射計劃合資格組別（季節性流感疫苗）附件. 中文版[EB/OL].香港:特別行政區政府衛生署,2018.
- [21] Lau JT, Yeung NC, Choi KC, Cheng MY, Tsui HY, Griffiths S. Acceptability of A/H1N1 vaccination during pandemic phase of influenza A/H1N1 in Hong Kong: population based cross sectional survey [J]. BMJ. 2009 Oct 27;339: b4164.
- [22] 政府新聞公報.食物及衛生局局長在有關應對季節性流感記者會開場發言. 中文版[EB/OL].香港:特別行政區政府,2019.
- [23] 有關自然界和宇宙的知識和實踐：涼茶[EB/OL].香港非物質文化遺產資料庫
- [24] 陳芳,宋康,朱尚鴻,等. 防感顆粒治療甲型 H1N1 流行性感冒的臨床研究[J]. 浙江中醫藥大學學報, 2010,34(5):658-660.
- [25] 黃士傑,謝菊英.清瘟敗毒散加大椎叩刺放血治療甲型 H1N1 流感臨床觀察[J].中國中醫急症,2010,19(06):925-926.

- [26] 陳定潛,徐蓉,溫賢敏,陳紹宏,曾義嵐,葉慶,劉亞玲,劉大鳳,陳紅,李林華,周曉飛.四川地區中醫藥治療輕症甲型 H1N1 流感的隨機對照研究[J].中華實驗和臨床感染病雜誌(電子版),2011,5(03):278-287.
- [27] 方識進.中西醫結合治療甲型 H1N1 流感病毒性小兒呼吸道感染的臨床療效[J].西部中醫藥,2021,34(12):112-115.
- [28] 張秀芹,吳宇欣,王志國,張蕾,孫江潔.中西醫結合治療流行性感冒[J].長春中醫藥大學學報,2017,33(02):272-273.
- [29] 王歡,江津津,賈強.中醫食療藥膳的應用與推廣[J].現代食品,2021(19):118-120.
- [30] 倪立堅,羅春燕.淺議藥膳應用[J].海峽藥學,2017,29(9):231-233.
- [31] 蒙福花.中醫藥膳食療與治未病的研究進展[J]. 東方藥膳,2021,5(4):27.
- [32] 吳寒斌,吳曉明,劉鯤.試論中醫思維的十大特色[J].陝西中醫,2007(11):1510-1512.
- [33] 張志琴.正確看待中藥毒副作用[J].中國現代藥物應用,2015,9(07):240-241.
- [34] 抗疫背後的中西醫合作——中醫藥在抗擊新冠肺炎中的重要作用[J].中國總會計師,2020(03):174.
- [35] 張錫純（2016）.《醫學衷中參西錄》.北京：中醫古籍出版社.
- [36] 余志波.張錫純中西醫結合理論探討[J].中醫研究,2005(11):50-52.

附錄 1 調查問卷

I．知情同意書

尊敬的先生/女士：

您好，香港浸會大學中醫藥學院為了解香港居民對於中醫藥認知與運用，誠邀您參與我們的調查研究。您的每個選擇對香港居民認識中醫藥及流感的運用現況都非常重要，懇請您根據自己的真實情況認真填寫每個量表。是次調查採取不記名方式，閣下提供的任何資料和選擇將被絕對保密。成功完成問卷後，您將獲得由浸會大學出版的科普保健系列叢書乙本，再次感謝您的貢獻與支持。本人已瞭解上述事項，並同意參與調查。

- ① 我同意
- ② 我不同意

II.受訪者篩選條件

1. 您是否 18 歲或以上人士？

- ① 是
- ② 否

2. 您在香港的居留情況？

- ① 在香港出生並長期居住
- ② 非香港出生但定居滿 7 年或以上
- ③ 非香港出生且定居未滿 7 年
- ④ 公共機構/社團院舍的住院人士或水上居民

III.基本情況

1. 性別

- ① 男

② 女

2. 年齡

① 18-25 歲

② 26-35 歲

③ 36-45 歲

④ 46-55 歲

⑤ 56-65 歲

⑥ 66 歲或以上

3. 婚姻狀況

① 未婚

② 已婚

③ 喪偶

④ 分居/離婚

4. 教育程度

① 未正式接受教育

② 小學

③ 初中

④ 高中

⑤ 大專或以上

5. 現居住地

☐ 中西區

☐ 灣仔區

☐ 東區

☐ 南區

☐ 九龍城區

☐ 深水埗區

- ☐油尖旺區 ☐黃大仙區 ☐觀塘區 ☐北區 ☐西貢區 ☐沙田區
☐大埔區 ☐離島區 ☐葵青區 ☐荃灣區 ☐屯門區 ☐元朗區

6. 飲食習慣（可多選）

- ☐喜食甜 ☐喜食酸 ☐喜食鹹 ☐喜食辛辣 ☐喜食清淡
☐喜食油膩 ☐喜食煎炸 ☐喜食燒烤 ☐喜食生冷 ☐喜食熱 ☐無特別偏好

IV.中醫藥防治流感的認知和運用情況

7. 您是否曾經患有流行性感冒？

- ① 是
② 否

8. 您是否接種過流感疫苗？

- ① 是
② 否（跳過第9題）

9. 您是否接種過流感疫苗後，同年仍患有流感嗎？

- ① 是
② 否

10. 您會用中藥或涼茶預防流感嗎？

- ① 會
② 不會

11. 當您出現頭痛、發熱、怕冷、咳嗽等症狀後，會選擇？

- ① 湯水，如生薑紅糖水、果皮水、川貝雪梨水等
- ② 中成藥，如銀翹片、葛根湯等
- ③ 自然療法，如汗蒸、桑拿浴等
- ④ 即刻就診中醫
- ⑤ 即刻就診西醫
- ⑥ 其他（請詳細列明）_____

12. 您認為中醫可以治療流感嗎？

- ① 可以
- ② 不可以
- ③ 沒有意見

13. 如果您患上流感，會先尋找中醫還是西醫治療？

- ① 中醫
- ② 西醫
- ③ 無特別喜好

14. 如經西醫治療症狀無明顯改善，是否會尋求中醫治療？

- ① 是
- ② 否

15. 您認為在流感療效方面，中醫還是西醫較優勝？

- ① 中醫
- ② 西醫
- ③ 中西醫結合

16. 您認為中醫對於流感的何種症狀療效明顯？

- ① 頭痛、身痛
- ② 發熱
- ③ 流鼻水
- ④ 咳嗽
- ⑤ 咽喉腫痛

V.中醫藥的認知和運用情況

17. 總括而言，您對中醫藥的態度是？

- ① 非常信任
- ② 信任
- ③ 不了解，無明確態度
- ④ 懷疑
- ⑤ 目前不滿意，但相信未來很好

18. 您在日常生活中看過中醫嗎？

- ① 會，我總是尋求中醫師幫助
- ② 會，我有時尋求中醫師幫助
- ③ 不會，我只基於個人對中醫理解去處理小毛病
- ④ 不會，我從來不依賴中醫

19. 您在什麼情況下會選擇用中醫治療？（可多選）

- ① 日常保健
- ② 疑難雜症

- ③ 慢性疾病
- ④ 病後調養
- ⑤ 其他（請詳細列明）_____

20. 您認為中醫藥最主要的優勢是？（可多選）

- ① 療效明顯
- ② 藥費便宜
- ③ 安全性高
- ④ 副作用小
- ⑤ 能除病根
- ⑥ 其他（請詳細列明）_____

21. 您認為香港目前中醫藥狀況存在哪些不足？

- ① 缺少中醫院
- ② 就醫不便
- ③ 藥費昂貴
- ④ 中藥質量良莠不齊
- ⑤ 政府對患者資助較低
- ⑥ 政府對業界資源投放較少
- ⑦ 缺乏中西醫合作
- ⑧ 其他（請詳細列明）_____

附錄 2 電話訪談流程

第一部分 自我介紹

喂，先生／小姐／太太你好，我姓 X，我係浸會大學中醫藥臨床研究中心的訪問員，我地而家進行緊一項有關中醫藥治療流感的調查，想阻你幾分鐘時間，同我地做一份問卷。咁請你放心，你的電話號碼係經由我地電腦隨機抽樣抽中，而你提供的資料係會絕對保密。請問我地可唔可以開始訪問呢？

- 可以→開始訪問
- 可以，但現時忙→另約時間再致電
- 唔可以→訪問告終，多謝合作，拜拜

第二部分 篩選被訪者

呢份問卷的訪問對象係 18 歲或以上的香港永久居民，

- 請問你係咪 18 歲以上人士？
- 請問你係咪香港出世？

第三部分 問卷主題部分

- 打開網上問卷按順序訪問

第四部分 個人資料

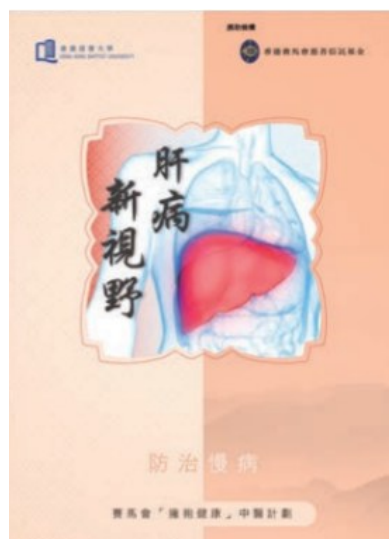
我地想請問你一啲簡單嘅個人資料以作人口學綜合分析，你所提供的資料係會絕對保密，請放心

- 按網上問卷順序訪問

第五部分 結語

我地問卷已經完成，好多謝您接受我地嘅訪問，如果你對今次訪問有任何疑問，稍後可以係辦公時間打返呢個電話查詢返有關參與研究嘅權利，拜拜。

附錄 3 贈送書籍－香港浸會大學、賽馬會「擁抱健康」中醫計劃系列



附錄 4 保密協議書



香港浸會大學
HONG KONG BAPTIST UNIVERSITY

School of 中醫藥學院
Chinese Medicine

保護患者或研究參與者個人隱私承諾

項目名稱：香港居民對於中醫藥及流感認知與運用

主要研究者：彭波 博士

本人承諾：不會把可能獲取的任何個人資訊提供給其他機構或個人，參與者的醫療記錄（包括研究病歷等）將按規定保存在香港中醫藥臨床研究中心。研究結束後不會披露參與者的個人身份。

姓名： 彭波

簽名： 彭波

日期： 2020-12-1



香港浸會大學
HONG KONG BAPTIST UNIVERSITY

School of 中醫藥學院
Chinese Medicine

保護患者或研究參與者個人隱私承諾

項目名稱：香港居民對於中醫藥及流感認知與運用

主要研究者：彭波 博士

本人承諾：不會把可能獲取的任何個人資訊提供給其他機構或個人，參與者的醫療記錄（包括研究病歷等）將按規定保存在香港中醫藥臨床研究中心。研究結束後不會披露參與者的個人身份。

姓名： DENG KEXIN

簽名：

日期：

2020.08.07



香港浸會大學
HONG KONG BAPTIST UNIVERSITY

School of 中醫藥學院
Chinese Medicine

保護患者或研究參與者個人隱私承諾

項目名稱：香港居民對於中醫藥及流感認知與運用

主要研究者：彭波 博士

本人承諾：不會把可能獲取的任何個人資訊提供給其他機構或個人，參與者的醫療記錄（包括研究病歷等）將按規定保存在香港中醫藥臨床研究中心。研究結束後不會披露參與者的個人身份。

姓名：

林之琳

簽名：

Jimmy

日期：

7.12.2020



香港浸會大學
HONG KONG BAPTIST UNIVERSITY

School of 中醫藥學院
Chinese Medicine

保護患者或研究參與者個人隱私承諾

項目名稱：香港居民對於中醫藥及流感認知與運用

主要研究者：彭波 博士

本人承諾：不會把可能獲取的任何個人資訊提供給其他機構或個人，參與者的醫療記錄（包括研究病歷等）將按規定保存在香港中醫藥臨床研究中心。研究結束後不會披露參與者的個人身份。

姓名：

林銳君

簽名：

林銳君

日期：

01.09.2021

附錄 5 質量控制小組成員

成員 1： 彭波博士

成員 2： 林之琳

附錄 6 專家諮詢會會議記錄

香港居民對中醫藥及流感認知與運用相關的調查

項目啟動會暨諮詢會會議記錄

日期：2020 年 11 月 20 日星期五

時間：晚上 8 時 30 分至 9 時 30 分

地點：網上會議（ZOOM ID：541 161 7918）

主席：卞兆祥教授

出席者：專家：陳永光會長、林志秀教授、柯加恆教授、林騁兵教授、羅翌教授。及項目組成員張學斌教授、劉忠弟教授、彭波博士等

秘書：林之琳

主要內容：

一、彭波博士報告項目情況。

二、本次會議 2020 年 10 月 19 日以電郵形式向中醫藥發展基金執行機構彙報。

三、研究助手林之琳入職。

四、調查表修改。12 月份完成。

- (1) 問卷第 14 題關於“西醫門診治療效果不佳”，提議可作文字修飾，避免觀感偏頗；第 16 題可結合實際情況，增加“咽喉腫痛”選項；是否考慮增加分組討論形式，深入瞭解受訪者想法和態度，或將來就此成立新的研究課題。
- (2) 問卷內容應翻譯成粵語版本方便香港市民理解和填寫。

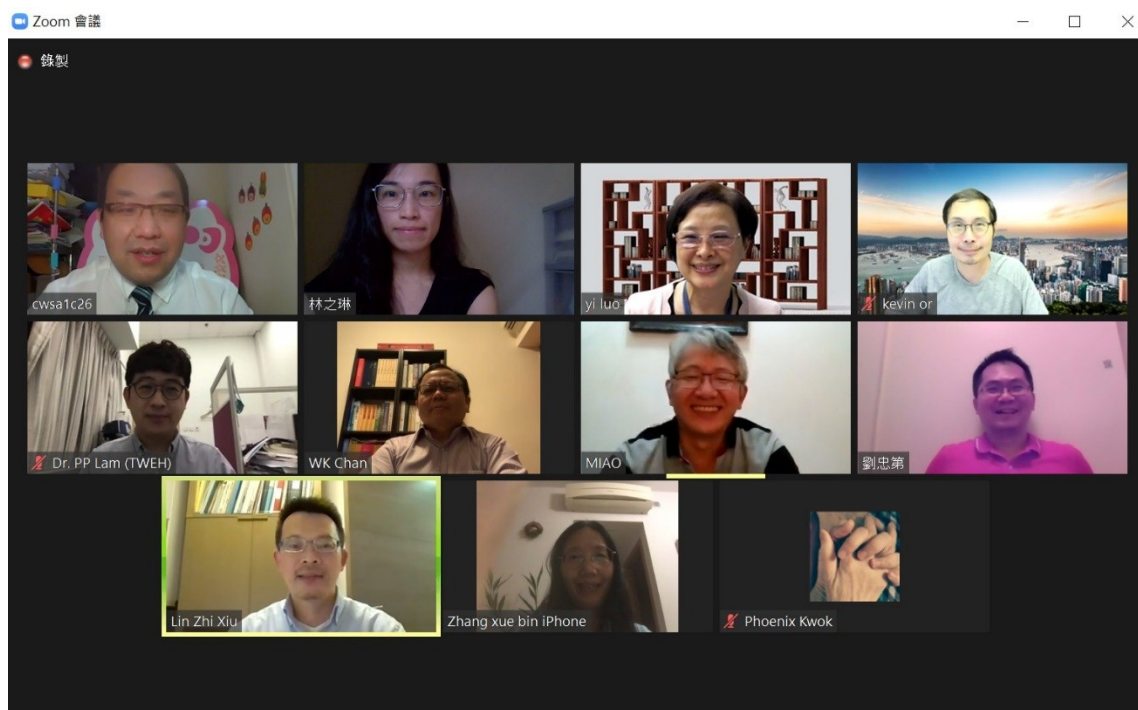
五、用網絡形式再進行調查，擴大樣本量。

六、修改後調查表，重新進行預調查，調查對象為浸會大學中醫藥學院本科生，1 月份完成。

七、購買網絡設備以進行調查。

八、本次會議代替 12 月例會，12 月不再開會。

會議截圖記錄：



附錄 7 會議記錄

會議形式：郵件、WhatsApp、wechat、電話、個別面談。

（由於新冠肺炎形勢，所以盡量通過非見面方式溝通）

會議記錄：2020 年 4 月 1 日---4 月 6 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、蔡嘉傑、Pauline

記錄人：彭波

主要內容：

- 一、通報項目整體情況。
- 二、準備項目啟動、聘請專家、招聘研究助手。
- 三、討論調查表。
- 四、諮詢研究經費落實情況。

會議記錄：2020 年 4 月 29 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、蔡嘉傑、Pauline

記錄人：彭波

主要內容：

- 一、通報項目情況。
- 二、討論研究經費沒有到位如何處理。結論是向部門及學院匯報。
- 三、繼續落實研究經費情況。

會議記錄：2020 年 5 月 12 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、蔡嘉傑、Pauline、Janice

記錄人：彭波

主要內容：

- 一、通報項目情況。
- 二、討論研究經費沒有到位如何處理，結論是向部門及學院匯報，請求指導。
- 三、必須要招聘研究助手。（請 Janice 負責）

四、向中醫藥發展基金執行機構匯報情況，並請求原來“2020 年 04 -- 2020 年 06 ,月期間的任務，推遲到 9 月完成。原計畫研究的終點時間 2022 年 3 月不改變。（彭波負責）

五、繼續落實研究經費情況。（請 Pauline 負責）

會議記錄：2020 年 6 月 10 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、蔡嘉傑、Pauline、Janice

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況。

二、繼續就研究經費向部門及學院匯報，請求指導。

三、討論研究助手應聘人選，決定面試、及上班時間。（請 Janice 負責）

四、繼續落實研究經費情況。（請 Pauline 負責）

會議記錄：2020 年 7 月 05 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、蔡嘉傑、Pauline、鄧可欣（研究助手）

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況。

二、研究助手已經開始上班，給予相關安排。

三、繼續落實研究經費情況。（請 Pauline 負責）

四、準備項目啟動會、調查表討論、會議專家確定（討論中）、調查表轉化成網上形式，請大學資訊部配合，完成人員培訓。

五、向大學申報倫理。

六、召開發佈會時間，上報部門確定。

七、聯繫電訊局購買所需電話號碼。

八、申辦手機上網，備用調查。

會議記錄：2020 年 10 月 18 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑、Pauline、Janice

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況。

二、回復日中醫藥發展基金機構的來信。

三、2020 年 10 月 14 日週三，收到日中醫藥發展基金機構的來信。之後便向團隊進行了通報，並決定於 10 月 18 日週六下午 6:00-7:00 進行討論，結果是：團隊繼續支持申報，並有能力完成兩個項目。雖然很想打電話給各位領導、老師匯報，但由於我的廣東話比較差，語言交流可能會有障礙，故而只能做書面回答。根據貴機構的要求和我們的討論，具體見上次給貴機構的匯報材料。

四、啟動會暨諮詢會啟動，待專家確定會議日期。擬定的專家為：林志秀（中大）、馮亦斌（港大）、柯加恒（香港中西醫結合學會）、陳永光（香港註冊中醫學會）、林騁兵醫生。

五、發佈會時間，等待上報部門確定。

六、繼續完成電訊局電話號碼隨機分配，彭波、劉忠第、鄧可欣負責。

七、研究助手鄧可欣提出辭職，正在招聘。

會議記錄：2020 年 11 月 11 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑、Pauline、Janice

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況。

二、重點召開啟動會暨諮詢會。

- 三、擬定的專家為：林志秀（中大）、馮亦斌（港大）、柯加恒（香港中西醫結合學會）、陳永光（香港註冊中醫學會）、林騁兵醫生。
- 四、發佈會時間，等待上報部門確定。
- 五、繼續完成電訊局電話號碼隨機分配，彭波、劉忠第、鄧可欣負責。
- 六、完成研究助手面試，等待大學審批后，上崗。

會議記錄：2021 年 11 月 13 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況。

二、預調查 100 例（2021 年 1 月 12 日週二）完成。

1、第一階段（2020 年 12 月 18 日-2021 年 01 月 03 日）：主要調查浸會大學中醫藥學院中醫係的所有本科生，約有 100 餘名，只提交了 51 份，有效 45 份，未完成 4 份，不同意參加 1 份，未滿 18 歲 1 份。經過分析原因（主要為擔心隱私洩露、調查表頁面加強提醒）和學生的意見對調查表的文字做了修改。對中藥係的學生進行調查。

2、第二階段（1 月 5 日-1 月 12 日）：發放中藥係。完成有效問卷 100 例。

3、本次調查，本想用問卷調查，教學秘書蕭尚元認為目前疫情，建議用網絡，所以本次很遺憾的選用了網絡。打算等疫情穩定條件合適後，再重新對中醫藥學院對本科生進行一次紙質問卷調查。

4、感謝 elaine 的幫助。

三、本週末結束預調查。

四、公開招募林之琳正在請 yoyo 幫忙進行中。

五、專家諮詢會議費用正在報銷中，已交由 WaiHo 處理。

六、下一步工作，初步分析預調查情況，完善調查表，儘快開展正式調查。

會議記錄：2021 年 02 月 24 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況

二、預調查結束

收集數量未如預期，偏差原因：由於疫情關係暫停面授課堂，故未能即場派發問卷予目標學生，改以發送郵件邀請自願填寫。調查時間：2020 年 12 月 18 日至 2021 年 1 月 15 日，每週五發送微信提醒及時填寫，共收到 114 份問卷；在剔除無效問卷後，得到 95 份有效問卷。其後參考學生對問卷內容及排版提出的建議，作出優化修改。

三、確定問卷最後版本

四、正式開始問卷調查

五、專家諮詢費成功報銷

會議記錄：2021 年 03 月 17 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況

二、正式開展調查，結合發送 WhatsApp 問卷及網上問卷調查，目前收到 545 份問卷回覆。

三、關於 WhatsApp 發送信息的速度：最初因同時大量發送相同邀請信息，被 WhatsApp 誤判為傳銷或廣告內容而封號，後向其解釋後解封。因此需要減慢發送速度，並請求有意回答問卷者在 WhatsApp 作字面回覆。

四、派發《體質養生》計劃

- 診所：領取者向職員出示問卷末頁或經登記的領取信息，每人一本
- 九龍塘浸會大學入口保安登記處：接納保安部建議，避免人員聚集在入口登記健康申報，領取者向保安出示問卷末頁或經登記的領取信息，每人一本

五、商討網上貼文內容及製作相關影片，在中醫藥研究中心 Facebook 主頁發佈本項目詳細信息，增加曝光度，期望接受問卷信息的人士在瀏覽完相關諮詢後，提升填寫意願。

六、後續工作

- 繼續問卷調查
- 與印刷部確定訂書量，預約校車前往 9 間診所送書及向職員解釋相關安排

會議記錄：2021 年 04 月 21 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況

二、開展調查，結合發送 WhatsApp 問卷及網上問卷調查，目前收到 1240 份問卷回覆。

三、中醫藥研究中心 Facebook 主頁發佈本項目詳細信息，後台數據顯示：55 歲以上人士似乎對中醫的內容更感興趣，他們更願意看影片吸收更多資訊和 更願意。雖然 1200x1200 圖片更能將信息推廣出去，但影片形式更能吸引到受眾填寫問卷。當中，女

性的戶動率更高。這反映女性可以更關注自己健康及有經常留意中醫資訊。

四、登記來電查詢：以 Excel 表格記錄詳情，回覆狀態及日期，及時與個診所職員更新資訊

五、準備中期報告及中期審計報告

- i. 由於中醫藥發展基金網站未有「中醫藥應用調研及研究資助計劃(B2)」的中期報告範本，故應基金會電話查詢之後，應其建議參考 B1 計劃的終期報告範本正在撰寫及整理附件
- ii. 已通知財務部正式開始審計。

六、財務報銷：2-3 月雜費開支等費用

會議記錄：2021 年 05 月 21 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況

二、開展調查，結合發送 WhatsApp 問卷及網上問卷調查，目前收到 1251 份問卷回覆。

三、擬定綜述論文大綱：

「香港地區中醫治療流行性感冒的應用進展」

➤ 序言

描述題目設定、各小節的內容概要

➤ 中醫對流感的認識及證候特點

古代、近代、現代（全國、南方地區、嶺南地區）

➤ 香港流感近況及應對策略

西醫：疫苗應用、藥物治療；中醫：複方

➤ 本港中醫及西醫預防流感的措施對比

➤ 本港中醫及西醫治療流感的措施對比

➤ 本港對於治療或預防流感的中醫研究

➤ 本港中醫治療或預防流感的局限

➤ 小結

四、中期報告進度：

卞兆祥教授及彭波博士對中期報告內容批閱及簽署。

中期審計報告尚未完成，目前已完成基本審計，相關文件已獲郭毅可副校長、彭波博士、李德文（財務部）簽署，5/21 從 CLNC 經 Campus Mail 送往 TWC，待審計員統整完成及簽署後，預計最快下週內能收到審計報告。

會議記錄：2021 年 06 月 25 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況

二、開展調查，結合發送 WhatsApp 問卷及網上問卷調查，目前收到 1332 份問卷回覆。

三、論文撰寫進度：「香港地區中醫治療流行性感冒的研究綜述」初步完成；思考部分宜分小標題；需要修改論文及參考文獻格式。

四、中期報告進度：

5 月 27 日向 RO 順利交付中期報告及中期審計報告

6 月 21 日收到 CMDF 對中期報告的意見，目前已就其提出的疑問作出補充說明，並根據提供的範本重新填寫及交於郭毅可副校長簽名，預計下週可收回報告並再次向基金會遞交。

會議記錄：2021 年 07 月 29 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波

主要內容：

一、通報項目情況

二、開展調查，結合發送 WhatsApp 問卷及網上問卷調查，目前收到 1374 份問卷回覆。

三、對 WhatsApp 邀請信息無回應之號碼，開展電話訪談

四、中期報告進度：7 月 21 日收到 CMDF 對於本項目中期報告之意見，要求補充相關說明文件，7 月 30 日已整理完畢提交。

五、財務相關：

1. 審計報價，F0 由於當時時間緊迫、平均分配兩次審計預算費用、編制整理財務資料及多部門簽署的行政耗時，直接於 2021 年 5 月 4 日與林國榮會計師行確認以 1 萬港元開展審計。

*備註：2022 年的終期審計報告需要求 F0 提交正式報價單

2. 財政狀況：截至 2021 年 6 月 30 日共支出 200,778.52 港元，剩餘 10,842.54 港元。
3. 8 月需積極跟進中期報告及撥款情況

會議記錄：2021 年 08 月 26 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、開展調查，結合發送 WhatsApp 問卷、網上問卷調查及電話訪談，目前收到 1575 份問卷回覆。

三、對 WhatsApp 邀請信息無回應之號碼，開展電話訪談

四、中期報告進度：8 月 24 日收到 CMDP 對於本項目中期報告之意見，要求補充相關說明文件，預計 8 月 27 日整理完畢提交 R0。

五、財務相關：

4. 截至 2021 年 8 月 27 日共支出 220,725.90 港元，目前賬目收支：-9,104.83 港元。
5. 9 月繼續跟進撥款情況

會議記錄：2021 年 09 月 30 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、結束調查，根據 Qualtris 問卷收集系統，合共收集到 2012 份，初步篩選出 1596 份全部完成的問卷，分別通過電話訪談 691 份及 WhatsApp 自行完成 905 份。

10 月進一步篩查問卷。

三、財務相關：

1. 截至 2021 年 9 月 29 日共支出 240,673.28 港元

2. 10 月繼續跟進撥款情況

四、論文及報告計劃：

1. 修改完成文章“香港中醫藥防治流感的優勢與思考”

2. 根據預調查的學生數據，撰寫預調查報告

3. 整理正式調查的數據，撰寫調查報告

會議記錄：2021 年 10 月 28 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、財務相關：繼續跟進第二期撥款進度

三、論文及報告：整理正式調查數據

會議記錄：2021 年 11 月 25 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、財務相關：繼續跟進第二期撥款進度

三、論文及報告：整理正式調查數據，文獻搜集整理及開始撰寫報告

會議記錄：2021 年 12 月 30 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、財務相關：繼續跟進第二期撥款進度

三、論文及報告：撰寫報告

會議記錄：2021 年 1 月 28 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、財務相關：與財務部確認收到第二期撥款，由郭毅可副校長簽收回條，並回郵至中醫藥發張基金會

三、論文及報告：初步完成報告；撰寫論文。

會議記錄：2021 年 2 月 28 日

參會人員：彭波（召集人）、卞兆祥（項目指導）、劉忠第、張學斌、蔡嘉傑等

記錄人：彭波、林之琳

主要內容：

一、通報項目情況

二、財務相關：與財務部確認最後可報銷的日期，及處理與審計報告相關的事項

三、論文及報告：完成報告；向《香港中醫藥雜誌》投稿論文：香港居民對中醫藥防治流感的認知調查；撰寫總結報告。

四、發佈會：向中醫藥發展基金會申請進行舉辦網上發佈會，獲得接納；準備相關事項。