

世界卫生组织 2002-2005 年 传统医学战略



世界卫生组织
日内瓦

这是世界卫生组织首次制定的全球传统医学战略，是在广泛磋商的基础上起草的。但是，鉴于各地区传统医学及补充和替代医学的应用和作用的多样性，或许有必要对战略作灵活调整，以适应区域级的不同情况。此外，应当指出，对描述疗法及制品的词汇加以准确定义仍存在困难。相关数据的准确性也往往有争议。收集数据所使用的方法往往难以相互比较，一些参数也没有明确加以界定。因此，世界卫生组织总部的传统医学处欢迎对本战略所涉及的任何数据提出意见。来信请寄：Dr Xiaorui Zhang, Team Coordinator, Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland 或发电子邮件至：zhangx@who.int.



目录

感谢语.....	v
缩略语及世界卫生组织区域.....	vii
内容提要：2002-2005 年世界卫生组织传统医学战略.....	1
什么是传统医学？.....	1
广泛和日益增长的应用.....	1
为什么应用如此广泛？.....	2
盲目的热情与无知的怀疑.....	2
开发传统医学/补充和替代医学潜力的挑战.....	3
世界卫生组织目前的作用.....	4
行动框架.....	5
战略实施.....	6
1. 全球回顾.....	7
1.1 什么是传统医学？致力于工作定义.....	7
1.2 广泛应用和受欢迎.....	9
1.3 花费.....	12
1.4 使用和推广原因.....	12
1.5 应对传统医学/补充和替代医学的普及.....	15
2. 挑战.....	19
2.1 需要做些什么？.....	19
2.2 国家政策与法律框架.....	20
2.3 安全性、有效性、质量.....	21
2.4 可及性.....	24
2.5 合理应用.....	26
3. 世界卫生组织当前的作用.....	29
3.1 开发传统医学/补充和替代医学，并将其纳入国家卫生保健系统.....	29
3.2 确保合理、安全和有效地利用传统医学.....	31
3.3 提高传统医学/补充和替代医学信息的可及性.....	32
4. 传统医学的国际和国家资源.....	35
4.1 联合国机构.....	35
4.2 国际组织.....	37

4.3 非政府组织.....	38
4.4 全球性专业协会.....	39
4.5 国际和国家专业协会.....	40
4.6 特定行动.....	41
5. 2002-2005 年 战略和行动计划.....	43
5.1 政策：通过制定和实施国家传统医学/补充和替代医学政策和规划， 酌情将传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统.....	44
5.2 安全性、有效性和质量：通过扩大传统医学/补充和替代医学的知识 基础，并通过提供管制和质量保证标准的指导，提高传统医学/补充 和替代医学的安全性、有效性和质量.....	46
5.3 可及性：提高传统医学/补充和替代医学的可获得程度及可负担性， 重点为提高贫困人群的可及性.....	47
5.4 合理使用：促进提供者和消费者正确使用适当的传统医学/补充和替 代医学进行治疗.....	48
附件 1：世界卫生组织传统医学合作中心.....	49
附件 2：世界卫生组织关于传统医学的部分出版物及文献.....	51
国家政策及监测.....	51
质量、安全性和有效性.....	51
合理使用.....	52
世界卫生组织传统医学合作中心.....	53
参考文献.....	55



感谢语

该

战略是由世界卫生组织总部及区域办事处负责基本药物和医药政策的人员,在与世界卫生组织其他项目人员及主要开发伙伴磋商的基础上制定的。此后,在与会会员国代表、广泛的联合国系统、非政府组织及其它国际组织、世界卫生组织传统医学合作中心及世界卫生组织专家委员会磋商的基础上完成。

它包含了国家、区域、区域间以及全球的工作,是基于世界卫生组织传统医学研究及评价方法磋商会(2000年4月11-14日)讨论的基础上的。该磋商会由传统医学专家以及世界卫生组织总部及区域办事处负责传统医学工作的人员参加。此次会议后,又召开了一系列世界卫生组织总部与区域办事处之间,以及与会会员国及联合国伙伴的电话会议,以审议《2002-2005年世界卫生组织传统医学战略》草案。

世界卫生组织感谢全球医药界各成员的积极参与和建设性的评论。他们包括:

会员国:亚美尼亚(E. Gabrielyan)、澳大利亚(G. Morrison)、比利时(J. Laruelle)、加拿大(Y. Bergevin, P. Chan)、中国(M. Chan, T. Leung, L. Peilong)、丹麦(P. Rockhold)、德国(K. Keller)、加纳(E. Mensah)、印度(S.

Chandra)、印度尼西亚(K. Ritiasa)、意大利(P. Procacci)、伊朗(M. Cheraghali)、日本(A. Yokomaku)、荷兰(M. ten Ham)、尼日利亚(T. Fakeye)、挪威(O. Christiansen, E. Salvesen)、巴基斯坦(F. Chowdhary)、大韩民国(H.W. Han)、瑞典(A. Nordstrom)、泰国(M.N. Songkhla)、英国(J. Lambert)、美国(B. Clay, L. Vogel)、越南(L. Van Truyen)、津巴布韦(L. Matondo)

其他联合国及多边机构:欧洲委员会(L. Fransen)、联合国艾滋病规划署(J. Perriens)、联合国开发计划署(M. Bali)、联合国教科文组织(M-F. Roudil)、世界知识产权组织(S. Bhatti)、世界银行(R. Govindaraj)

非政府组织及基金会:福特基金(V. Davis Floyd)、伊斯兰医药科学组织(A. Awady)、John D. and Catherine T. MacArthur 基金(D. Martin)、洛克菲勒基金(A. So)、世界自疗药物工业组织(H. Cranz, J. Reinstein)、Li Ka Shing 基金(K. Lo)

世界卫生组织传统医学合作中心:
贝塞斯达国家补充及替代医学中心(N. Hazleton)、芝加哥伊利诺伊大学(N. Farnsworth)

世界卫生组织专家委员会及专家小组：
F. Takaku, D. Jamison

世界卫生组织区域办事处：非洲区域办事处 (O. Kasilo, E. Samba)、美洲区域办事处 (G. Alleyne, C. Borrás, R. D'Alessio, S. Land, D. López-Acuna, J.C. Silva)、东地中海区域办事处 (H. Gezairy, P. Graaff, A. Salih)、欧洲区域办事处 (M. Danzon, K. de Joncheere)、东南亚区域办事处 (P. Abeykoon, U.M. Rafei, K. Shein)、西太平洋区域办事处 (K. Chen, S. Omi)

世界卫生组织总部(基本药物及医药政策司)：

G. Baghdadi, A. Creese, J. Graham, H. Hogerzeil, Y. Maruyama, J. Quick, L. Ragö, J. Sawyer, G. Velásquez, D. Whitney, X. Zhang.

世界卫生组织总部(其它项目)：

O.B.R. Adams (政策依据和信息部门/卫生服务提供组织司), A.D.A.S. Alwan (非传染病及精神卫生部门/非传染病管理司), A. Asamoah-Baah (对外关系和

理事机构部门), R. Bengoa (非传染病及精神卫生部门/卫生保健司), J. Cai (世界卫生组织日本神户卫生发展中心), J. Frenk (政策依据和信息部门), D. Heymann (传染病部门), Y.

Kawaguchi (世界卫生组织日本神户卫生发展中心), B. Kean (对外关系和理事机构部门/对外合作与伙伴关系司), A. Kern (一般管理部门), M. T. Mbizvo (家庭及社区卫生部门/生殖健康与研究司), A. Mboi (家庭及社区卫生部门/妇女卫生司), D. Nabarro (总干事办公厅), B. Saraceno (非传染病及精神卫生部门/精神卫生与物质依赖司), Y.

Suzuki (卫生技术及药物部门), D. Tarantola (高级政策顾问), T. Tamen (家庭及社区卫生部门), E. M. Wallstam (可持续发展和健康环境部门/可持续发展中的卫生司), D. Yach (非传染病及精神卫生部门)。

该战略由T. Falkenberg、J. Sawyer和X. Zhang起草，J. Graham、J.D. Quick、J. Sawyer、P. Thorpe、D. Whitney和X. Zhang进行修改和编辑，V.A. Lee和Y. Maruyama提供秘书支持。



缩略语及世界卫生组织 区域

AFRO	世界卫生组织非洲区域办事处（分管会员国见后）
AIDS	获得性免疫缺乏综合征
AM	对抗疗法医学
AMRO/PAHO	世界卫生组织美洲区域办事处/泛美卫生组织（分管会员国见后）
CAM	补充和替代医学
CDS	传染病司
DGO	总干事办公厅
EGB	对外关系和理事机构部门
EGB/ECP	对外关系和理事机构部门/对外合作与伙伴关系司
EIP	政策依据和信息部门
EIP/OSD	政策依据和信息部门/卫生服务提供组织司
EMEA	欧洲医药制品评价机构
EMRO	世界卫生组织东地中海区域办事处（分管会员国见后）
EURO	世界卫生组织欧洲区域办事处（分管会员国见后）
FAO	联合国粮农组织
FCH	家庭及社区卫生部门
FCH/RHR	家庭及社区卫生部门/生殖健康与研究司
FCH/WMH	家庭及社区卫生部门/妇女卫生司
GMG	一般管理部门
HIV/AIDS	人类免疫缺陷病毒/获得性免疫缺乏综合征
HTP	卫生技术及药物部门
NCCAM	（美国）国家补充和替代医学中心
NGO	非政府组织
NMH	非传染病及精神卫生部门
NMH/CCH	非传染病及精神卫生部门/卫生保健司
NMH/MNC	非传染病及精神卫生部门/非传染病管理司
NMH/MSD	非传染病及精神卫生部门/精神卫生与物质依赖司
RHR/TSC	生殖健康与研究司/国家技术支持（家庭及社区卫生部门的一部分）
SDE/HSD	可持续发展和健康环境部门/可持续发展中的卫生司
SEARO	世界卫生组织东南亚区域办事处（分管会员国见后）
TCM	传统中医学
TM	传统医学

UN	联合国
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
UNDP	联合国开发计划署
UNESCO	联合国教科文组织
UNIDO	联合国工业发展组织
WKC	世界卫生组织卫生发展中心（日本神户）
WHO	世界卫生组织
WIPO	世界知识产权组织
WPRO	世界卫生组织西太平洋区域办事处（分管会员国见后）
WSMI	世界自疗药物工业组织

世界卫生组织非洲会员国：阿尔及利亚，安哥拉，贝宁，博茨瓦纳，布基纳法索，布隆迪，喀麦隆，佛得角，中非共和国，乍得，科摩罗，刚果，科特迪瓦，刚果民主共和国，赤道几内亚，厄立特里亚，埃塞俄比亚，加蓬，冈比亚，加纳，几内亚，几内亚比绍，肯尼亚，莱索托，利比里亚，马达加斯加，马拉维，马里，毛里塔尼亚，毛里求斯，莫桑比克，纳米比亚，尼日尔，尼日利亚，卢旺达，圣多美和普林西比，塞内加尔，塞舌尔，塞拉里昂，南非，斯威士兰，多哥，乌干达，坦桑尼亚联合共和国，赞比亚，津巴布韦。

世界卫生组织美洲会员国：安提瓜和巴布达，阿根廷，巴哈马，巴巴多斯，伯利兹，玻利维亚，巴西，加拿大，智利，哥伦比亚，哥斯达黎加，古巴，多米尼加，多米尼加共和国，厄瓜多尔，萨尔瓦多，格林纳达，危地马拉，圭亚那，海地，洪都拉斯，牙买加，墨西哥，尼加拉瓜，巴拿马，巴拉圭，秘鲁，波多黎各，圣基茨和尼维斯，圣卢西亚，圣多美和普林西比，苏里南，特立尼达和多巴哥，美利坚合众国，乌拉圭，委内瑞拉。

世界卫生组织东地中海会员国：阿富汗，巴林，塞浦路斯，吉布提，埃及，伊朗伊斯兰共和国，伊拉克，约旦，科威特，黎巴嫩，利比亚，摩洛哥，阿曼，巴基斯坦，卡塔尔，沙特阿拉伯，索马里，苏丹，叙利亚阿拉伯共和国，突尼斯，阿拉伯联合酋长国，也门。

世界卫生组织欧洲会员国：阿尔巴尼亚，安道尔，亚美尼亚，奥地利，阿塞拜疆，白俄罗斯，比利时，波斯尼亚-黑塞哥维那，保加利亚，克罗地亚，捷克共和国，丹麦，爱沙尼亚，芬兰，法国，格鲁吉亚，德国，希腊，匈牙利，冰岛，爱尔兰，以色列，意大利，哈萨克斯坦，吉尔吉斯斯坦，拉脱维亚，立陶宛，卢森堡，马耳他，摩纳哥，荷兰，挪威，波兰，葡萄牙，摩尔多瓦共和国，罗马尼亚，俄罗斯联邦，圣马力诺，斯洛伐克，斯洛文尼亚，西班牙，瑞典，瑞士，塔吉克斯坦，前南斯拉夫马其顿共和国，土耳其，土库曼斯坦，乌克兰，联合王国，乌兹别克，南斯拉夫。

世界卫生组织东南亚会员国：孟加拉国，不丹，朝鲜民主主义人民共和国，印度，印度尼西亚，马尔代夫，缅甸，尼泊尔，斯里兰卡，泰国。

世界卫生组织西太平洋会员国：澳大利亚，文莱达鲁萨兰国，柬埔寨，中国，库克群岛，斐济，日本，基里巴斯，老挝人民民主共和国，马来西亚，马绍尔群岛，密克罗尼西亚，蒙古，瑙鲁，新西兰，纽埃，帕劳，巴布亚新几内亚，菲律宾，大韩民国，萨摩亚，新加坡，索罗门群岛，托克劳，汤加，图瓦卢，瓦努阿图，越南。



内容提要： 2002-2005 年世界卫生组织 传统医学战略

传

统医学以及补充和替代医学带来了各种各样的反应—从盲目的热情到无知的怀疑。然而传统医学（TM）仍然在发展中国家广泛使用，与此同时补充和替代医学（CAM）的应用也在发达国家迅速增长。在世界许多地方，政策制定者、医学专业人员及公众正为这种卫生保健形式的安全性、有效性、质量、可获得程度及其继承和进一步发展的问題所困扰。

因此，世界卫生组织明确其在传统医学/补充和替代医学方面的作用，制定战略来解决传统医学以及补充和替代医学的政策、安全性、有效性、质量、可及性及合理应用等问题是非常及时的。

什么是传统医学？

“传统医学”是传统中医学、印度医学及阿拉伯医学等传统医学系统以及各种形式的民间疗法的统称。传统医学疗法包括药物疗法（若使用草药^a、动物器官和/或矿物）和非药物疗法（如在

基本不使用药物的情况下进行，比如针刺疗法、手法治疗及精神治疗）。在主要卫

生保健系统基于对抗疗法或传统医学尚未纳入国家卫生保健系统的国家，传统医学经常被称为“补充”，“替代”或“非常规”医学^b。



广泛和日益增长的应用

传统医学得到广泛应用并对卫生系统和经济起着日益重要的作用。在非洲，近 80%的人口以传统医学来满足他们的卫生保健需求。在亚洲和拉美，由于历史和文化的原故，人们仍继续使用传统医学。在中国，传统医学占有所有卫生保健服务的约 40%。

与此同时，在许多发达国家，补充和替代医学正越来越普及。至少使用过一次补充和替代医学的人群在

^a 草药包括含有植物、植物原料或其组合等活性成分的药草、药草原料、药草制剂及药草成品。

^b 在此文中，涉及非洲、拉美、东南亚和/或西太平洋地区时使用“传统医学”一词；而涉及欧洲和/或北美（及澳大利亚）时使用“补充和替代医学”一词。当泛指上述所有地区时则使用“传统医学/补充和替代医学”。

大利亚占 48%，在加拿大占 70%，在美国占 42%，在比利时占 38%，在法国占 75%。

在世界许多地方，传统医学/补充和替代医学的花费不仅显著，而且在迅速增加。在马来西亚，每年花在传统医学/补充和替代医学上的花费估计为 5 亿美元，而对抗疗法医学上的花费仅为 3 亿美元。在美国，1997 年补充和替代医学的人群自付费用为 27 亿美元。在澳大利亚、加拿大和英国，每年补充和替代医学花费估计分别为 8 千万美元、24 亿美元和 23 亿美元。

为什么应用如此广泛？

在发展中国家廉价且易获得

在发展中国家，传统医学的广泛应用常常是由于其可负担性和可获得性。例如在乌干达，传统医学医生[°]与人群的比例在 1:200 至 1:400 之间，这与对抗疗法医生与人群 1:20 000 或更低的比例形成明显反差。而且，后者的人员分布



也不均匀，大部分分布在城市地区，因此对农村人口而言其可及性很低。

传统医学有时也是世界上最贫困患者唯一能够负担得起的卫生服务。研究表

明在加纳、肯尼亚和马里，抗疟疾药息疟定一个疗程的费用可达若干美元。而在加纳和肯尼亚，每年个人人均卫生支出仅为 6 美元。相反，用于治疗疟疾的草药要便宜得多，而且可以以物品抵还所需费用或视患者的“财产”情形而定。

传统医学在许多发展中国家广泛普及的另一个原因是它已牢固地植于人们的信仰中。

发达国家卫生服务的替代方法

在许多发达国家，补充和替代医学的广泛应用是由于人们对化学药品副作用的担心，对对抗疗法的方法和假设的疑问，以及卫生信息对于公众的可及性。

同时，人们寿命的延长也增加了发生心脏病、癌症、糖尿病及精神疾患等慢性病的危险。对许多病人来说，补充和替代医学似乎提供了比对抗疗法更为温和的对付上述疾病的办法。

盲目的热情与无知的怀疑

许多传统医学/补充和替代医学医生谋求对他们领域的持续的和更多的认可和支持。与此同时，许多对抗疗法的医生，甚至是传统医学有着悠久历史的国家的医生，对传统医学/补充和替代医学的益处表现出强烈的保留及明确的怀疑。管理者们为传统草药学的安全性 and 有效性的问题所困扰，而诸多企业集团和消费者则抵制可能限制

[°]传统医学医生一般理解为民间郎中、整骨者、草药剂师等。传统医学提供者包括传统医学医生和对抗疗法专业人员，如为患者提供传统医学/补充和替代医学治疗的医生、牙医和护士，例如，许多医生也使用针刺疗法治疗病人。

传统医学/补充和替代医学可及性的卫生政策的制定。关于某些传统医药的强免疫激活作用的报道在艾滋病毒感染者中引发了希望，而另一些人则担心这些“疗法”的使用会误导艾滋病毒/艾滋病患者，并会延误“已经证实的”疗法的治疗。

因此，随着传统医学/补充和替代医学应用的日益广泛，对传统医学/补充和替代医学产品和行为的安全性、有效性和质量提供证据的要求也在不断增加。有意思的是，许多传统医学/补充和



代医学的科学文献使用的是与现代外科相同的方法：个案病例报告及患者系列，没有对照组，甚至没有比较组。然而，对于针刺

疗法的很多应用、某些草药以及一些手法治疗进行的随机临床实验所获得科学证据却很有说服力。

总体上讲，在传统医学/补充和替代医学应用日益普及的同时，支持传统医学/补充和替代医学的临床证据在数量、质量和可获得性上并没有提高。

开发传统医学/补充和替代医学潜力的挑战

为了最大限度地利用传统医学/补充和替代医学作为一种卫生保健资源的潜力，必须首先解决一系列问题。这些问题与政策；安全性、有效性和质量；可及性；以及合理使用有关。

政策：传统医学/补充和替代医学良好行动的基础

只有为数不多的国家（世界卫生组织的191个会员国中只有25个国家）制定了传统医学和/或补充和替代医学的政策。然而这样的政策为明确传统医学/补充和替代医学在国家卫生保健服务系统中的作用，确保制定必要的管理和法律机制以促进和维持良好的行为，确保平等的可及性，保证地道、安全和有效的治疗提供了良好的基础。它还可确保为科研、教育和培训提供充足的经费。

事实上，许多发达国家已经认识到补充和替代医学安全性和质量、执业许可及培训标准以及研究重点等问题最好能在国家政策的框架下得到解决。在许多人群依赖传统医学作为卫生保健的形式，而传统医学尚未纳入国家卫生保健系统的发展中国家，制定国家政策的需要尤为迫切。

国家政策数目的增加对全球问题的解决有益，这些问题包括制定和实行国际认可的传统医学/补充和替代医学安全性和有效性研究的标准和规范、以可持续的方式使用药用植物以及保护及公平使用民间和传统医药知识。

安全性、有效性及质量：对扩展传统医学/补充和替代医学服务至关重要
传统医学/补充和替代医学的实践在不同地区的不同文化中孕育而成。因此，没有相应的国家或国际标准和办法来对它们进行评价。

对传统医学/补充和替代医学产品的评价也存在问题，对草药来说尤甚，因为草药的效果和质量可受许多因素的影响。

响。对传统医学/补充和替代医学的研究无疑也是不足的,从而导致了数据的贫乏和研究方法开发不足。这也延缓了传统医学/补充和替代医学有关规定和立法的制定。

用于监测和评价不良反应的国家监测系统也不多见。因此,尽管许多传统医学/补充和替代医学疗法很有潜力,且应用日益广泛,但其中有很多没有经过验证,其使用也没有经过监测。正是由于这个原因,人们对其潜在副作用的了解也是有限的。这使得人们更难以找到最安全有效的治疗方法,并促进其合理应用。为了使传统医学/补充和替代医学成为卫生服务的一种资源,努力促进其合理应用并找到最安全有效的治疗方法是至关重要的。

可及性: 使传统医学/补充和替代医学可获得和负担得起

尽管据报道发展中国家的许多人群严重依赖传统医学来满足其卫生保健需求,目前仍缺乏准确的数据。因此呼吁进行定量研究以明确目前可及性的水平(经费上和地理上),同时进行定性研究以找出扩大可及性所面临的困难。重点应放在对贫困人口造成最重负担的疾病的治疗上。

同时,要对某些产品和疗法所依赖的自然资源进行保护,才能使可及性得到大大改善。有时草药原材料在野生植物中被过分大量采摘。

另一个主要的挑战涉及知识产权和患者的权利。传统医学知识的大规模应用所产生的经济效益是巨大的。然而,如何将这些效益在发明者和传统医学知识的所有者之间完好分配的问题尚未得到解决。

合理应用: 确保合理性和成本效益

传统医学/补充和替代医学的合理应用有许多方面,包括提供者的资格和执业许可;适当使用高质量的产品;传统医学/补充和替代医学提供者、对抗疗法医生和患者的良好沟通;以及提供科学信息和对公众的指导。

教育和培训方面的挑战有两方面含义。首先是确保传统医学/补充和替代医学提供者有足够的知识、资格和培训。其次是通过培训确保传统医学/补充和替代医学提供者 and 对抗疗法医生了解和理解他们所提供的卫生服务的互补性。

适当使用高质量的产品还可大大减少与传统医学/补充和替代医学产品如草药等相关的危险性。但是,在大多数国家,草药方面的规定和注册制度尚不完备,销售的草药制品的质量通常得不到保障。

还需做工作使人们了解何时使用传统医学才适当(并具有较高的成本效益),何时不应使用,以及为什么使用传统医学/补充和替代医学时要小心。

世界卫生组织目前的作用

世界卫生组织在基本药物和医药政策方面的使命是缩小基本药物的潜力与数以百万人(尤其是贫困和弱势群体)得不到、负担不起药物,不安全或不当用药的事实之间的巨大差距,以拯救生命和改善健康。它通过履行若干核心职能来完成其使命:阐明政策和立场;与合作伙伴一



起工作；制定准则和实用工具；制定规范 and 标准；激励战略和应用研究；开发人力资源；以及管理信息。

在传统医学/补充和替代医学方面，世界卫生组织通过以下活动完成上述职能：

➤ 促进将传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统

具体措施：帮助会员国制定本国的国家传统医学/补充和替代医学政策。

➤ 制定传统医学/补充和替代医学准则

具体措施：制定和提供传统医学/补充和替代医学疗法和产品研究及传统医学/补充和替代医学产品生产使用的国际标准、技术准则和方法。

➤ 激励传统医学/补充和替代医学的战略研究

具体措施：为传统医学/补充和替代医学安全性和有效性的临床研究项目提供支持，尤其是针对疟疾和艾滋病毒/艾滋病等疾病的研究。

➤ 倡导传统医学/补充和替代医学的合理应用

具体措施：促进以事实为依据的传统医学/补充和替代医学的应用。

➤ 管理传统医学/补充和替代医学信息

具体措施：作为促进传统医学/补充和替代医学信息交流的中心。

但是前面描述的挑战要求世界卫生组织在这一领域的活动有所扩大和增加。

行动框架

《2002-2005 年世界卫生组织传统医学战略》回顾了全球的传统医学/补充和替代医学状况，勾画出世界卫生组织自身在传统医学/补充和替代医学方面的作用和活动。但更为重要的是，它为世界卫生组织及其合作伙伴提供了一个行动框架，旨在使传统医学/补充和替代医学在降低特别是贫困人口的过高死亡率和患病率方面起到更为重要的作用。该战略包含了以下四个目的：



一个行动框架，旨在使传统医学/补充和替代医学在降低特别是贫困人口的过高死亡率和患病率方面起到更为重要的作用。该战略包含了以下四个目的：

1. 政策—通过制定和实施国家传统医学/补充和替代医学政策和项目，酌情将传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统。
2. 安全性、有效性和质量—通过扩展传统医学/补充和替代医学的知识基础并提供管理和质量保证标准方面的指导，提高传统医学/补充和替代医学的安全性、有效性和质量。
3. 可及性—酌情提高传统医学/补充和替代医学的可获得程度和可负担性，重点关注贫困人口的可及性。
4. 合理应用—促进传统医学/补充和替代医学提供者和消费者的合理临床应用。

该战略实施的初期重点在前两个目的。实现安全性、有效性和质量的目标将为实现可及性和合理应用的目标提供必要的基础。

战略实施

最大限度地发挥传统医学/补充和替代医学在改善全球健康状况方面潜力的任务十分艰巨，它包含了各式各样的活动，要求许多种专业知识。值得庆幸的是，世界卫生组织已经建立了一个全球传统医学/补充和替代医学合作网，其成员包括国家卫生当局、世界卫生组织合作中心及研究机构的专家，以及其它致

力于传统医学/补充和替代医学的非政府组织。他们会响应世界卫生组织的号召，提供必要的帮助。许多组织为《2002-2005 年世界卫生组织传统医学战略》的制定做出了贡献，他们当中的许多同意在该战略的实施中成为我们的伙伴。

关键指标的应用将促进在每一个战略目标下国家进展情况的监测。

1 全球回顾

传

统医学 (TM) 及补充和替代医学 (CAM) 在卫生服务提供和卫生部门改革方面正越来越受到关注。许多因素促进了传统医学/补充和替代医学的广泛应用。但是要成功地发掘这些因素的潜力，必须解决一些重要的问题。

1.1 什么是传统医学？致力于工作定义

有很多传统医学系统，包括传统中医学、印度医学和阿拉伯医学。还有各式各样的民间传统医学系统在不同的历史时期在亚洲、非洲、阿拉伯、印地安土著、大洋州、中美和南美洲以及其它文化中形成。由于受历史、个人态度和哲学等因素的影响，它们的实践在国家之间和地区之间存在很大的差别。无疑，它们在理论和应用上常常与对抗疗法有着显著的不同。
(方框 1)

可以根据传统医学/补充和替代医学使用的治疗方法对其进行分类。如其使用草药^d、动物和/或矿物质，则被分类为药物疗法；如其主要不使用药物，如针刺疗法、手法治疗、气功、太极、热疗、

瑜伽及其它物理、精神及意念-身体疗法。

方框 1

什么是传统医学？

传统医学可以被立法、管理、公开传授及广泛和系统地实施，并受益于数千年的经验。

另一方面，它也可能高度保密、神秘和极端地区化，仅口头传授其知识。它可以是基于明显的身体症状或感知的超自然力量。

显然，在全球水平，传统医学没有精确的定义或描述，它包含了各式各样的，有时相互矛盾的特性和观点。但是赋予其一个工作定义是有用的。就世界卫生组织而言，这样的定义应当是全面而包罗万象的。

世界卫生组织因此定义传统医学为包括各种医学实践、方法、知识和信仰，它整合了单独或联合应用以维护人类健康并治疗、诊断或预防疾病的以植物、动物和/或矿物质为基础的药物、精神疗法、手法治疗和运动。

补充和替代医学

“补充”和“替代”（有时也称“非常规”或“平行”）等词用来指不属于一个国家自身传统或未纳入其主流卫生保健系统的一系列卫生保健实践。

针刺疗法是一种传统中医学治疗方法。但许多欧洲国家将针刺疗法及一般的

^d 草药包括含有植物、植物原料或其组合等活性成分的药草、药草原料、药草制剂及药草成品。

传统中医学定义为补充和替代医学，因为它们不是其自身卫生保健传统的一部分。同样，由于顺势疗法和脊椎指压治疗法系统起源于 18 世纪的欧洲，时间在对抗疗法医学的引入之后，因此未被列为传统医学系统，也未被纳入欧洲的主流卫生服务形式，而被认为是补充和替代医学^e的一种。

“说起‘替代医学’就如同谈论外国人一字眼含糊其词且带轻蔑，意指庞大混杂的根据其所非属而不是其所属进行的分类。”¹

1999 年《英国医学杂志》的补充和替代医学丛刊中列举了一些常见的传统医学/补充和替代医学治疗方法（见表 1）。此表并非面面俱到，现有疗法的新的分支正不断涌现。

将传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统

世界卫生组织定义了三种形式的卫生系统，以描述传统医学/补充和替代医学被官方认可为一种卫生服务形式的程度。

在整合系统中，传统医学/补充和替代医学得到官方认可，并被纳入卫生服务提供的所有领域。这意味着：有关国家药品政策包含了传统医学/补充和替代医学；提供者和产品均被注册和管理；公立和私立的医院和诊所均可提供传统医学/补充和替代医学治疗；传统医学/补充和替代医学治疗费由医疗保险报销；开展有关研究；有传统医学/补充和替代医学教育。全世界只有中国、朝鲜民主主义人民共和国、大韩民国和越南可被认为达到了整合系统。（表 2）

表 1

常用的传统医学/补充和替代医学疗法和治疗技术								
	中医	印度医学	阿拉伯医学	自然疗法	整骨疗法	顺势疗法	脊椎指压治疗法	其它
草药	●	●	●	●	■	●		● ^a
针刺疗法/穴位指压	●				■			■ ^b
手法治疗	推拿 ^c	●	●	☉	●		●	指压 ^d
精神疗法	●	●	●	●				催眠、康复、意念
运动	气功 ^e	瑜伽		放松				

- 经常使用此疗法/治疗技术
- 有时使用此疗法/治疗技术
- ☉ 使用治疗触摸

^a 例如，非洲和拉美的许多非正式传统医学系统使用草药。

^b 例如，泰国的一些常见传统医学疗法融合了针刺疗法和穴位指压法。

^c 传统中医学所使用的一种手法治疗。

^d 指源于日本的手法治疗，系以拇指、手掌等按压身体的某些点。

^e 传统中医学的组成部分，将运动、意念和呼吸的调节相结合，以增强体内生命能量（气）的流动，从而改善循环并增强免疫功能。

^e 在此文中，涉及非洲、拉美、东南亚和/或西太平洋地区时使用“传统医学”一词；而涉及欧洲和/或北美（及澳大利亚）时使用“补充和替代医学”一词。当泛指上述所有地区时则使用“传统医学/补充和替代医学”。

包含系统承认传统医学/补充和替代医学,但尚未将其完全纳入卫生保健的所有方面,不管是卫生服务、教育、培训还是管理。传统医学/补充和替代医学可能不在所有级别的卫生服务机构提供,医疗保险可能不覆盖传统医学/补充和替代医学治疗,大学中可能没有官方的传统医学/补充和替代医学教育,对传统医学/补充和替代医学提供者和产品的管理可能不足或只是片面的。因此,政策、管理、开业、医疗保险覆盖、研究和教育方面的工作尚有待完成。有此包含系统的国家包括赤道几内亚、尼日利亚、马里等具有国家传统医学/补充和替代医学政策、但对传统医学/补充和替代医学产品没有或少有管理的发展中国家,以及加拿大和英国等没有大学传统医学/补充和替代医学教育、但正为确保传统医学/补充和替代医学的质量和安全性付出努力的发达国家。具有包含系统的国家最终有望达到整合系统。(表 3)

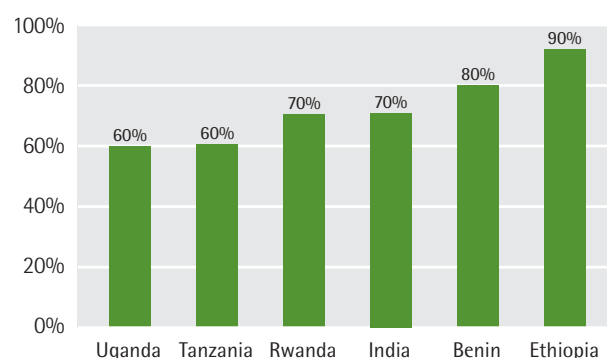
在具有容忍系统的国家,国家卫生保健系统完全基于对抗疗法医学,但有些传统医学/补充和替代医学实践受到法律的容忍。

1.2 广泛应用和受欢迎

在许多发展中国家,正如政府报告所述,大部分人继续使用传统医学来满足其基本卫生保健需求(图 1)。同样,2000 年 8 月世界卫生组织非洲区域第 50 届区域委员会会议通过的题为“促进卫生系统中传统医学的作用:非洲区域的战略”的决议中提到,非洲会员国人口的约 80%使用传统医学来满足其卫生保健需求。² 这包括使用传统接生

婆(TBAs)。事实上,一些非洲国家认识到接生婆对初级卫生保健的贡献,发起了培训项目,以改善接生婆的技巧和初级卫生保健知识(图 2)。其中一些国家还为药剂师、医生和护士提供传统医学培训。

图 1
传统医学在一些发展中国家中广泛用于初级卫生保健



资料来源:由国家政府给世界卫生组织的报告编辑而成。

图 2
对传统接生婆进行卫生保健培训的非洲国家



资料来源:世界卫生组织,2000 年。³

表 2 传统医学/补充和替代医学整合方法国家举例

国家传统医学/补充和替代医学政策		卫生部内的传统医学/补充和替代医学单位或司	草药产品及草药产业法规	传统医学人力资源	在包括公立医院在内的各级机构的情况（如公立医院中存在传统医学/补充和替代医学,则说明其已纳入国家卫生系统）		医疗保险对治疗和产品的覆盖	传统医学/补充和替代医学研究机构	大学水平针对医生、药剂师和护士的传统医学和对抗疗法医学官方教育
中国	1949 年宪法中包含传统医学政策	国家中医药管理局	法规一有 药典中包含草药 基本药物目录中包括草药 生产厂家 600 草药农民 340 000	传统中医学医师 525 000 传统中医学/对抗疗法医学医生 10 000 传统中医学药剂师 83 000 传统中医学医生 72 000 对抗疗法医学药剂师 55 000	传统中医学医院 2 500 传统中医学/对抗疗法医学医院 39 总床位数 35 000 少数民族传统医学医院 127	全部	全部	170 所国家和省级研究机构	30 所传统中医药大学 3 所少数民族传统医学学院 51 所传统中医药大学卫生技校
韩国	1969 年国家传统医学政策	东方医学局	法规一有 药典中包含草药	东方医学医生 9 914 针刺疗法医生 4 500	107 所东方医学医院和 6 590 所地方医学诊所	全部	全部	1 所国家研究机构	11 所东方医学大学
越南	1955 年国家传统医学政策	传统医学司	法规一有 基本药物目录中包括草药 国有生产厂家 2	传统医学医生 25 500 针刺疗法医生 20 000 传统医药提供者 5 000	48 所医院有传统医学科室	全部	全部	3 所国家研究机构	3 所医学院有传统医学系, 2 所传统医学卫生技校

资料来源：由国家政府给世界卫生组织的报告编辑而成。

表 3 传统医学/补充和替代医学包含方法国家举例

国家传统医学/补充和替代医学政策		卫生部内的传统医学/补充和替代医学单位或司	传统医学和/或草药制品法规	传统医学/补充和替代医学在包括公立医院在内的各级机构中是否存在（如公立医院中存在传统医学/补充和替代医学,则说明其已纳入国家卫生系统）	医疗保险对治疗和产品覆盖	国家或大学水平的传统医学/补充和替代医学研究机构	大学水平针对医生、药剂师和护士的传统医学和对抗疗法医学官方教育
印度	是	是	两者都有	是, 在一些医院	否	是	是
斯里兰卡	是	是	两者都有	否	否	否	否
印度尼西亚	是	是	两者都有	是, 在一些国立医院	否	是, 在 一些地区	否
日本	否	否	两者都有	是, 在一些国立医院	是	否	否
澳大利亚	否	是, 在一些州	草药制品	是, 在一些国立医院	部分	否	是
阿拉伯联合酋长国	否	否	两者都有	是, 在一些国立医院	否	是	否
德国	否	否	两者都有	是, 在一些国立医院	部分	是, 在一所国立大学	否
挪威	是	专人负责	两者都有	是, 在一些国立医院	部分	否	否, 尚在准备
英国	是	否	两者都有	是, 在一些国立医院	部分	是, 在 一些国立大学	否
加拿大	是	是	两者都有	是, 在一些国立医院	部分	是, (美国) 国家补充和替代医学中心及在 一些州立大学	否
美国	否	否	两者都有	是, 在 一些州医院	部分	是	否
加纳	是	是	两者都有	否	否	是	否
尼日利亚	是	是	两者都有	是	否	是	否

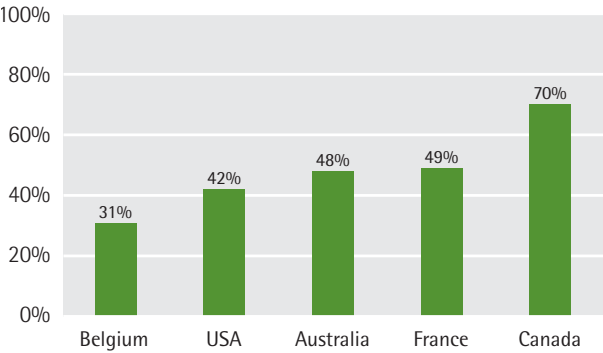
资料来源：由国家政府给世界卫生组织的报告编辑而成。

在许多亚洲国家,尽管对抗疗法医学很容易获得,但传统医学仍被广泛使用。在日本,60-70%的对抗疗法医生为患者开汉方药。在马来西亚,传统形式的马来、中医和印度医学被广泛使用。在中国,传统医学约占所有卫生服务的40%,每年被用来治疗大约2亿患者。⁴在拉丁美洲,据世界卫生组织美洲区(AMRO/PAHO)报道,智利人口的71%和哥伦比亚人口的40%使用过传统医学。⁵

在许多发达国家,某些补充和替代医学疗法非常受欢迎。各种政府和非政府报道(图3)指出,曾经使用过补充和替代医学的人群在澳大利亚占46%,在法国占49%,在加拿大占70%。^{6,7,8}一项对610名瑞士医生的调查显示,他们当中的46%使用过某种形式的补充和替代医学,主要为顺势疗法和针刺疗

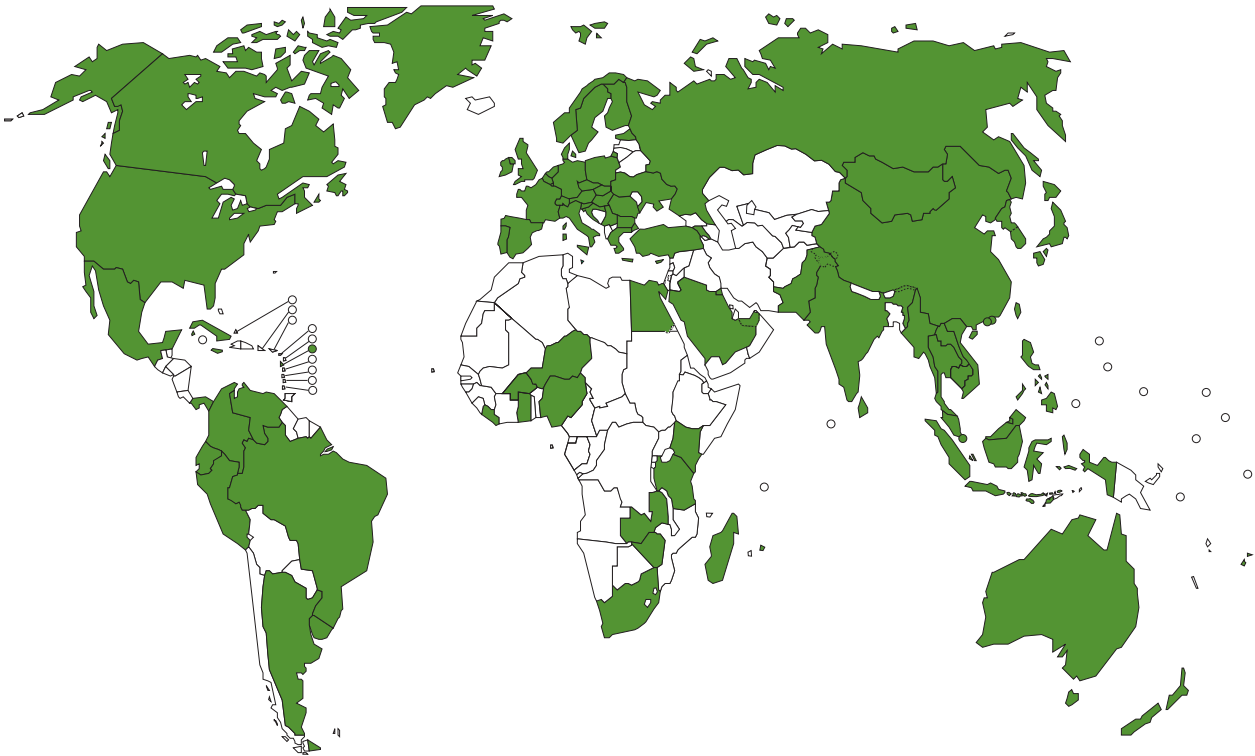
法。这与瑞士总人口使用补充和替代医学的比例相符。⁹在英国,近40%的对抗疗法医生提供某种形式的补充和替代医学转诊或治疗。¹⁰在美国,一项由美国医学协会杂志报道的全国调查显示,上一年中使用16种替代疗法中至少1种的比例由1990年的34%上升到

图3
几个发达国家中至少使用过一次补充和替代医学的人群的比例



资料来源:1999年Fisher P & Ward A; 2001年Health Canada; 1998年世界卫生组织。^{7, 8, 6}

图4
仅由对抗疗法医生或对抗疗法医生及针刺疗法医师进行针刺疗法治疗的国家



资料来源:2000年世界针灸联合会;世界卫生组织(待出版)^{11,12}

1997 年的 42%。¹³到补充和替代医学提供者就诊的人次数远远超出美国所有初级保健医生的就诊人次数。

针刺疗法尤其受到欢迎。源于中国的针刺疗法目前在 78 个国家中使用，提供者不仅仅是针刺疗法医师，还有从事对抗疗法的医生（图 4）。根据世界针灸联合会的统计，亚洲有至少 5 万名针刺疗法医师。在欧洲有大约 1 万 5 千名针刺疗法医师，其中包括同时从事针刺疗法的对抗疗法医生。在比利时，74%的针刺疗法治疗由对抗疗法医生进行。在德国，77%的疼痛诊所提供针刺疗法。在英国，46%的对抗疗法医生推荐患者进行针刺疗法治疗或自己用针刺疗法治疗病人。美国有 1 万 2 千名注册针刺疗法医师—针刺疗法在 38 个州是合法的，有 6 个州正在制定针刺疗法有关政策。^{11,14,15}

表 4
1997-1998 年美国最畅销草药产品的销售增长情况

草药名称	销售额 (百万美元)		销售额 增长率 (%)
	1997	1998	
全部草药制品	292	587	101
松果菊	33	64	96
大蒜	66	81	24
二裂片银杏	52	126	143
人参	76	96	26
金丝桃	1	103	102
其它草药	64	118	85

资料来源：美国 Scanner Data, FDM 公司的数据。¹⁸

1.3 花费

有关国家总传统医学/补充和替代医学费用的报道非常少见。以传统医学/

补充和替代医学进行自身治疗的全国总自付费用支出的信息更为少见。但还是有一些数据，而且随着传统医学/补充和替代医学在全球越来越广泛的使用，公共和私人支出显然在增加。在马来西亚，每年用于传统医学/补充和替代医学的支出估计为 5 亿美元，而每年用于对抗疗法的支出仅为 3 亿美元。⁶在美国，1997 年用于补充和替代医学的自付费用估计为 27 亿美元，相当于同年所有用于医师服务的估计自付费用。¹³在英国，年补充和替代医学支出约为 23 亿美元。¹⁶在加拿大，1997-1997 年用于补充和替代医学的支出约为 24 亿美元。⁸

以传统知识为基础的草药世界市场约为 600 亿美元。¹⁷在美国，1996 年 5 月至 1998 年 5 月草药在主流市场的销售额增长了 101%。最受欢迎的草药制品包括人参、二裂片银杏、大蒜、松果菊和金丝桃（表 4）。¹⁸

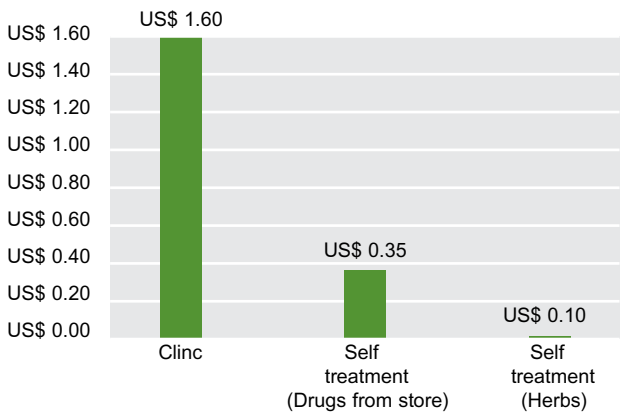
1.4 使用和广原因

在发展中国家可获得且负担得起
在一些发展中国家，传统医学的存在比对抗疗法医学广泛得多。在坦桑尼亚、乌干达和赞比亚，研究者们发现传统医学医生^f与人群的比例为 1:200-1:400。这与对抗疗法医生通常为 1:20 000 或更低的比例形成强烈反差。^{19,20}1991 年美国国际开发署的一项调查发现，南撒哈拉非洲传统医学医生与对抗疗法医

^f 传统医学医生一般理解为民间郎中、整骨者、草药剂师等。传统医学提供者包括传统医学医生和对抗疗法专业人员，如为患者提供传统医学/补充和替代医学治疗的医生、牙医和护士。例如，许多医生也使用针刺疗法治疗病人。

生的比例为 100 比 1。²¹而且对抗疗法医生主要集中在城市或城区。因此,对许多农村人口来说,传统医学是唯一可获得的卫生服务资源。1998 年世界卫生组织遏止疟疾项目的调查显示,在加纳、马里、尼日利亚和赞比亚,60%以上的高热儿童在家里接受草药治疗。^{22,23,24,25} 其中一个主要原因是草药在农村很容易获得。(另见图 5)

图 5
在加纳以草药治疗疟疾比其它治疗形式便宜得多



资料来源：1997 年 Ahorlu C et al.²⁶

传统医学有时也是唯一可负担的卫生资源，尤其是对最贫困的患者而言。研究表明在加纳、肯尼亚和马里，抗疟药物息疟定一个疗程的费用可达若干美元。而在加纳和肯尼亚，每年个人人均卫生支出仅为 6 美元。也就是说，有些人负担不起化学药品。²⁷ 另一方面，草药不仅相对便宜，而

且可以以物品抵还所需费用或视患者的“财产”情形而定。同样，在萨尔瓦多，公立医院门诊治疗一例腹泻病儿童的收费（包括诊费和药费）可高达 50 美元。而传统医学医生的治疗收费则不超过 5 美元，或可以实物相抵。²⁸

人们更便于接受传统医学医生的服务，加上对其治疗慢性病和顽症的信心，这也许是大部份非洲艾滋病毒/艾滋病患者使用传统草药来减轻症状和治疗机会感染的原因。传统医学医生常常由于他们在卫生保健和预防许多性传播疾病⁸ 方面的专长而享誉社区。同时，传统医学扎根与人们的信仰中，并一直成为许多人生活中重要的有机组成部分。因此，联合国艾滋病规划署倡导在南撒哈拉非洲的艾滋病预防和护理中与传统医学医生进行合作。^{29,30}

“2000 年 6 月在坎帕拉由联合国艾滋病规划署组织的一次会议上，有人指出，传统医学实际上正承担着非洲艾滋病临床护理的任务。这一趋势总体上被各国卫生部和国际组织所忽视。”³¹

传统医学在亚洲的发展中国家也得到了广泛应用。印度政府报告，对于其 65%的人口来说，传统医学是唯一可获得的卫生服务。在一些亚洲国家，政府正积极地倡导传统医学。老挝卫生部鼓

⁸ 一些国家的研究者们发现，一些不被生物医学疾病分类学列为性传播的疾病可能在一些地方被民间郎中或患者认为是性传播疾病。

励传统医学的应用，包括将题为“药在你家的花园中”的报告在社区中广泛传播。在泰国，卫生部正努力提高人们的认识，更多地将药用植物用于初级卫生保健。这包括《用于初级卫生保健的药用植物手册》一书的出版。

发达国家卫生保健的替代或补充措施

在许多发达国家，补充和替代医学应用的增加标志着传统和费用以外的因素在起作用。对化学药品副作用的担忧，对对抗疗法医学的方法和假设的疑问，公众获得卫生信息能力的提高，价值观的转变及对家长式作风更加缺乏忍耐等只是其中的一些。^{16,32}

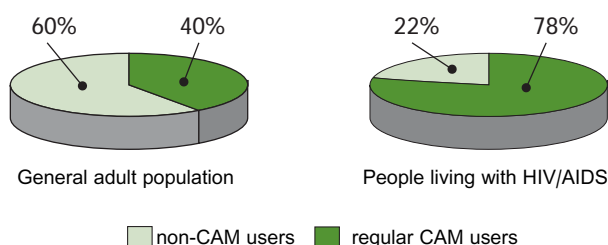
“传统医学是以个体的需求为基础的。不同的人可能接受不同的治疗，尽管按照现代医学的理论，他们患有同一种病。传统医学是建立在这样的信仰之上的，即每一个个体都有其自身的体质和社会环境，从而使他们对‘病因’和治疗出现的不同反应。”

同时，人们寿命的延长也增加了发生心脏病、癌症、糖尿病及精神疾患等慢性病的危险。²⁷ 尽管对抗疗法的治疗方法和技术很丰富，但有些患者发现这些治疗方法和技术并没有提供满意的解决办法。治疗和技术还不够有效，或导致了副作用。美国的一项全国调查显示，大部分补充和替代医学使用者事实上并不将补充和替代医学看作是对抗疗法的“替代”，而看作是其“补充”。³³ 最近的一项调查表明，美国 78%

的艾滋病毒/艾滋病患者使用某种形式的补充和替代医学（图6）。^{34,35,36}

图 6

美国艾滋病毒/艾滋病患者使用补充和替代医学的情况



资料来源：1993 年 Anderson W et al.；1995 年 Mason F；1997 年 Ostrow MJ et al.。^{34,35,36}

发达国家就医行为和消费者满意程度的调查发现人们对补充和替代医学医生所提供服务质量高度满意。人们对传统医学以过程为基础的治疗方法的低风险的认识可能是传统医学受欢

“必须承认和肯定常规医学所起的关键作用，承认和肯定它对急症和创伤应急反应的能力，在诊断和治疗方面的技术革命，以及基础科学发明的迅速临床应用。然而，在综合护理和慢性疾病的治疗方面，常规医学的更为简化、机械化和专注于某一器官的方法则是欠缺的。”³⁷

迎的另一个因素。对 1990-1996 年美国不良行医数据的分析表明，总体上讲，对脊椎指压治疗法医生、按摩医生和针刺疗法医生的不满比对一般医生不满出现得少，且损伤程度轻。对全球文献的搜索表明，15 年中仅有 193 例针刺疗法引发的副反应（包括相对较轻表现，如擦伤和头晕）。³⁸

1.5 应对传统医学/补充和替代医学的普及

各国政府正在应对传统医学/补充和替代医学的广泛应用。几个国家正在制定脊椎指压治疗法的规定，而有 24 个国家已经有了这样的规定（图 7）。其他一些国家正努力对草药进行管理。世界卫生组织会员国中有草药相关规定的由 1994 年的 52 个增加到 2000 年的 64 个（图 8）。仅在 2000 年一年，就有澳大利亚、加拿大、马达加斯加、尼日利亚和美国制定了草药的有关规定。（世界卫生组织帮助马达加斯加和尼日利亚制定了其规定。）

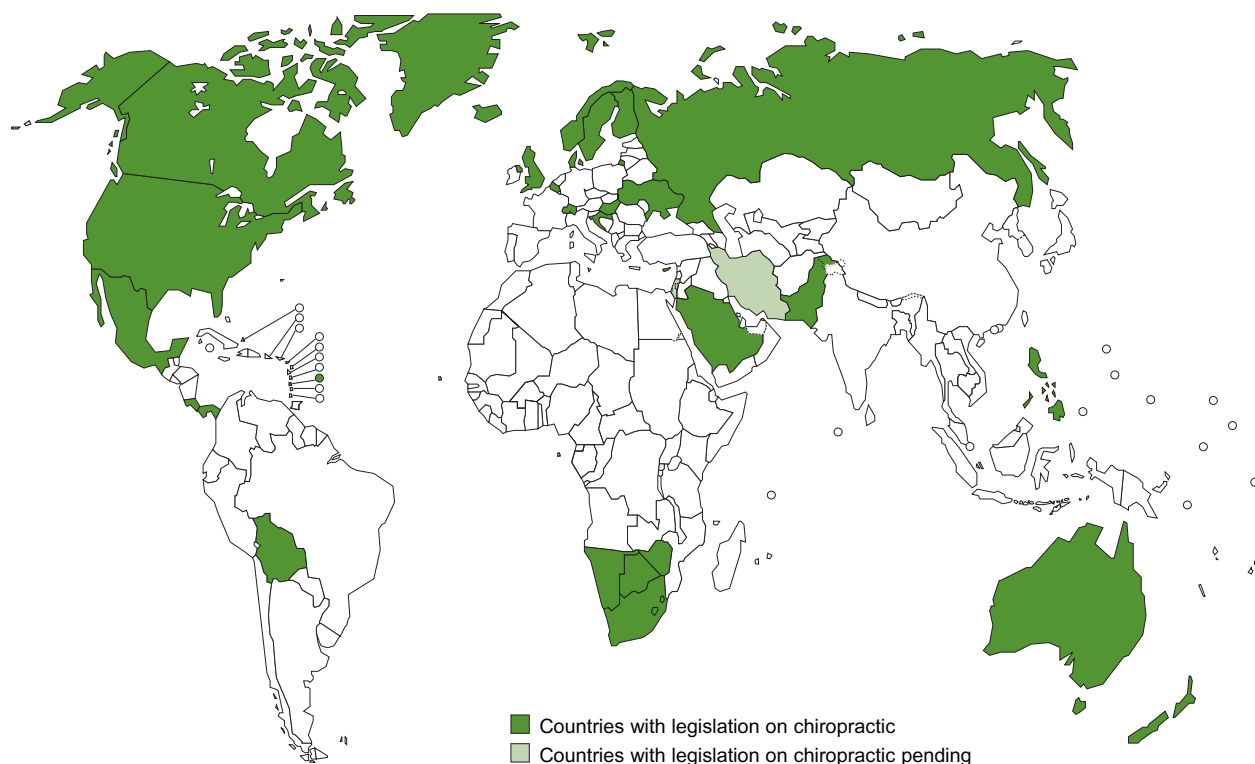
在一些国家，传统医学/补充和替代医

学方面的组织结构、预算和培训正在稳步发展（表 5）。

发展中国家国家传统医学研究机构数目的增加也是传统医学重要性提高的标志。事实上，目前大多数发展中国家已经有了国家传统医学研究机构。显著的例子是中国、加纳、朝鲜民主主义人民共和国、大韩民国、印度、马里、马达加斯加、尼日利亚、泰国、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、斯里兰卡和越南。（另见图 9。）

与此同时，在发展中国家，对补充和替代医学受欢迎程度提高的反应也越来越广泛。挪威议会于 1995 年对

图 7
有关脊椎指压治疗法的法律在世界普及的情况



资料来源：由世界脊椎指压治疗法同盟及世界脊椎指压治疗法联盟 2000 年报道。^{39,40}

图 8



如何将补充和替代医学更好地纳入挪威的卫生服务进行了调查。这包括补充和替代医学专业培训和教育的证书制度,以及对补充和替代医学治疗进行记录。1997年,卫生与民政部建立了一个检查补充和替代医学各个方面的委员会。委员会的报告建议废除《庸医相关问题法令》,并创建补充和替代医学提供者注册系统。委员会还建议调拨5年的经费,以便增加补充和替代医学知识并激励补充和替代医学提供者与挪威卫生保健系统的合作。⁴²后一项建议在1999年通过中国与挪威两国卫生部长签署的《卫生合作谅解备忘录》在国际级得到了落实。协议的目标是促进两国的卫生及卫生服务,重点在传统医学/补充和替代医学以及医院的发展,管理和组织工作。

图 9



资料来源：世界卫生组织，2000。³

表 5

越来越多的非洲国家已建立起传统医学方面的机构、预算和培训

国家	传统医学法律框架	国家管理或协调机构	传统执业医生协会	传统执业医生名册	用于传统医学的国家预算拨款
安哥拉		●	●	●	
博茨瓦纳			●		
布基纳法索	●	●	●		
喀麦隆			●	●	
科特迪瓦	●	●	●		●
刚果民主共和国	●	●			
赤道几内亚	●	●	●		
厄立特里亚					●
埃塞俄比亚	●		●		●
冈比亚				●	
加纳	●	●	●		●
莱索托	●	●	●	●	
马达加斯加	●	●	●	●	
马拉维		●	●		
马里	●	●	●	●	●
毛里塔尼亚			●		
莫桑比克	●		●		
纳米比亚	●	●	●		
尼日尔	●	●	●	●	
尼日利亚	●	●	●		●
卢旺达		●	●	●	●
圣多美和普林西比	●	●	●		
塞内加尔			●		●
赞比亚	●	●	●	●	
津巴布韦	●	●	●	●	

资料来源：世界卫生组织，2000。³

在英国，随着对传统医学安全性关注的增加，已正式审查了补充和替代医学的提供与应用。当今，除了被法律保护的整骨疗法和脊椎指压治疗法，任何人都可以不经任何培训就提供补充和替代医学治疗。1999 年，上议院要求科学技术委员会对这类卫生保健进行调查。委员会建议创建一个中央机制来协调、指导、监督补充和替代医学研究方面的培训（经费由政府 and 慈善机构提供）。其次，委员会建议国家卫生服务研究与

发展指导理事会和医学研究委员会以美国国家补充和替代医学中心（见下页）为模式，提供研究经费来建立一些优秀的补充和替代医学研究中心。¹⁶

在英国，补充和替代医学培训和教育机遇的增多也反映了对这种卫生保健方式兴趣的提高。例如，越来越多的学术机构提供针刺疗法方面的培训。医学生也能够学习补充和替代医学课程，尽管只是倾向于提供学术性简介，而不是教

授具体的临床技能。1995-1997 年，英国开设此类课程的医学院校比例从 10% 上升到了 40%。⁴³ 在美国，大量医学院校开设了选修课并召开补充和替代医学研讨会。⁴⁴

在发达国家，补充和替代医学研究经费和研究机构的建立同样有所增长。在英国，国家卫生部门最近为两项用针刺疗法治疗慢性疼痛的实验提供了经费。在德国，慕尼黑科技大学的一个补充和替代医学研究中心已进行了一系列重要的系统性回顾。⁴³

在美国，美国国会于 1992 年成立了国家卫生机构替代医学办公室（见 <http://nccam.nih.gov/>）。随着办公室发展成为国家补充药物与替代医学中心（NCCAM），1999 年办公室被赋予了更大的权力。NCCAM 的预算呈递进式增长，到 2000 年增至 6840 万美圆（见图 10）。同时，白宫在 2000 年成立了

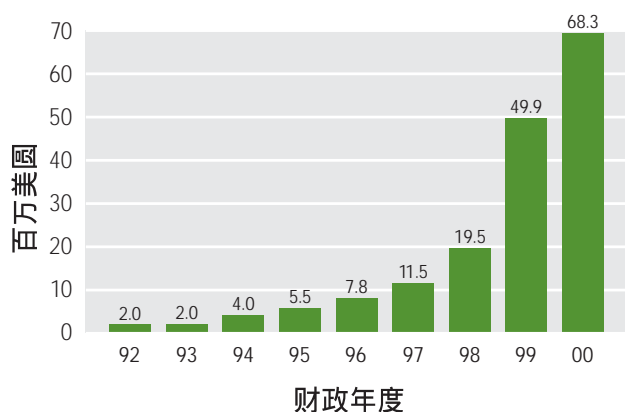
白宫替代医学委员会。根据 2000 年 3 月 8 日通过的执行规定，委员会负责提出一套具有法律和行政效力的建议，使普通公众能最大限度地受益于补充和替代医学。委员会有 10 名成员，包括参议员和专家。

在各研究机构，如马里兰大学、纽约的哥伦比亚大学、马萨诸塞的哈佛大学、纽约的斯隆-科特林肿瘤中心等，美国还有许多补充和替代医学研究单位。⁴³

国际上有关传统医学/补充和替代医学的活动也变得更加突出。欧盟（EU）最近完成了关于“非常规医学”的 COST（欧洲在科技研究领域的合作）项目。1999 年欧盟的一次议会会议（名为“欧洲特色的非常规医学”）号召成员国促进医学机构对补充和替代医学的正式承认，鼓励在医院中应用补充和替代医学，并鼓励对抗疗法医生们到大学学习补充和替代医学。⁴⁶ 在欧洲，欧洲医药制品评估机构（EMA）负责医用草药制品质量、安全性和药效方面的工作。欧洲医药制品评估机构在 1997 年建立了医用草药制品特别工作组（另见第四章）。

53 个非洲国家和政府首脑在 2000 年签署的《遏制疟疾阿布加宣言》认可了传统医学在抵御疟疾方面做出的重要贡献。《宣言》包括要求政府确保传统医学治疗的有效性，并使社区中的最贫困人群能获得和利用这种服务。

图 10
补充和替代医学经费在美国显著增长



资料来源：美国补充和替代医学中心，2000。⁴⁵

2 挑战

传

统医学/补充和替代医学有许多积极的特征，包括：多样性与灵活性；在世界上的许多地区具有可获得性和可负担性；被发展中国家的人们广泛地接受；被更多的发达国家的人们所接受；比较低的费用；技术投入的水平较低；以及不断增强的经济重要性。这些可被视为应尽量加强的机遇。

但是，这种卫生保健方式其它的特征被视为必须应对的挑战。内容包括：政府认可的度各不相同；许多疗法缺乏关于有效性的可靠科学依据；与本地的传统医学知识保护有关的困难；以及确保合理应用方面的问题。

世界卫生组织丰富的传统医学/补充和替代医学专业知识意味着它处在有利的地位，可以帮助应对这些挑战。事实上，世界卫生组织会员国在世界卫生组织各区域委员会会议期间，在国际药物管制当局大会（ICDRAs）上，以及国际政府论坛上反复持续地要求在传统医学/补充和替代医学方面获得更多的帮助和指导。

2000 年，有 25 个国家卫生部长出席的世界卫生组织非洲区域委员会会议要求在下方面给予支持：为传统医学创

造有利的环境；为形成和评估国家传统医学政策制定准则；建立机制以改善就地生产传统药物的经济和法律环境。² 1999 年世界卫生组织东南亚区域办事处⁴⁷、2000 年中国传统医学政府论坛和 1999 年第 9 届 ICDRA 会议都提出了相似的要求。

有些挑战是一些地区共有的。例如，中国和印度关心如何在偏远地区更好地利用传统医学来加强基本卫生保健。在非洲，许多国家正在寻找方法使地方传统医学资源得到充分利用并使传统医学成为最基本的卫生保健一揽子计划中不可缺少的组成部分。对世界卫生组织欧洲会员国来说，安全与质量、执业许可和培训标准、方法以及研究重点已迅速成为非常重要的问题。

2.1 需要做些什么？

表 6 概括了需要解决的最重要问题，并将其分为 4 类：

- 国家政策与管制框架
- 安全性、有效性和质量
- 可及性
- 合理利用

表 6

传统医学/补充和替代医学的挑战分为 4 类

国家政策与管制框架	<ul style="list-style-type: none"> • 缺乏对传统医学/补充和替代医学及其提供者的官方承认 • 传统医学/补充和替代医学未纳入国家卫生保健系统 • 缺乏管制与法律机制 • 本地的传统医学知识和产品效益的合理分配 • 传统医学/补充和替代医学发展和能力建设资源的分配不足
安全性、有效性和质量	<ul style="list-style-type: none"> • 缺少研究方法 • 传统医学/补充和替代医学的疗法和产品的依据基础欠缺 • 缺乏确保传统医学/补充和替代医学疗法和产品安全性、有效性和质量控制的国际和国家标准 • 缺乏适当的草药管制和注册 • 缺少对传统医学/补充和替代医学提供者的注册 • 对研究的支持不够
可及性	<ul style="list-style-type: none"> • 缺少衡量可及性水平和可负担性的数据 • 需要认定安全有效的治疗方法和产品 • 缺乏对传统医学/补充和替代医学提供者作用的官方承认 • 传统医学/补充和替代医学提供者与对抗疗法医生之间缺乏合作 • 不能持久地利用医用植物资源
合理利用	<ul style="list-style-type: none"> • 传统医学/补充和替代医学提供者缺乏培训，对抗疗法医生缺乏传统医学/补充和替代医学方面的培训 • 传统医学/补充和替代医学医生与对抗疗法医生之间以及对抗疗法医生与消费者之间缺乏沟通 • 公众缺乏关于合理使用传统医学/补充和替代医学的信息

2.2 国家政策与法律框架

尽管传统医学广泛地应用于疾病的预防、诊断、治疗和管理，但是很少有国家制定了传统医学/补充和替代医学国家政策。

“没有对什么应纳入系统、什么不应纳入系统的有效评估，我们就有可能建立一个费用较高、安全性较低、且无法以对公众负责的态度管理慢性病的卫生保健系统。”³²

然而，为了明确传统医学/补充和替代医学在国家卫生保健提供系统中的作用并使之成为卫生部门的改革做出贡献，这些政策是十分需要的。这些政策还能确保具备必要的管制和法律机制以促进和保持良好的做法，确保传统医学/

补充和替代医学可及性的合理性，并确保任一治疗方法的可靠性、安全性和有效性。没有这些政策，传统医学/补充和替代医学的实践就没有政府的监督，也没有对患者/消费者的保护。

因此，传统医学/补充和替代医学政策应涉及一系列问题，包括：关于草药产品和使用疗法的立法和管制；提供者的教育、培训和执业许可；研究与发展；经费及其他资源的调拨（表 7）。简单地说，健全的传统医学/补充和替代医学政策能增加患者和消费者能够利用的安全有效的卫生保健类型。到目前为止，世界卫生组织 191 个会员国中只有

25 个国家制定了传统医学/补充和替代医学国家政策。

表 7

传统医学/补充和替代医学国家政策中应包含的关键要素

- 传统医学/补充和替代医学的定义。
- 政府在发展传统医学/补充和替代医学方面作用的定义。
- 确保传统医学/补充和替代医学疗法和产品安全性和质量的规定。
- 建立或补充与传统医学/补充和替代医学提供者及草药管制有关法规的规定。
- 关于传统医学/补充和替代医学提供者教育和培训的规定。
- 促进传统医学/补充和替代医学适当应用的规定。
- 关于传统医学/补充和替代医学人力资源能力建设的规定，包括财力资源的调拨。
- 关于国家健康保险覆盖面的规定。
- 考虑到知识产权问题。

如果有关国家拥有用于传统医学/补充和替代医学产品的有价值的本地传统医学知识和/或自然资源，就还需要注意知识产权问题。一些团体建议在现在或新的知识产权形式下保护传统医学。另一些团体出于伦理或经济的原因反对这一建议。然而，“生物盗窃”-未经许可就盗用传统医学知识和材料，受到广泛指责。很明显，当起草国家传统医学/补充和替代医学政策时，应充分考虑保护知识产权的目标和影响。⁴⁸

事实上，制定传统医学/补充和替代医学政策时通常应十分谨慎。首先应审慎地评估有关国家中传统医学/补充和替代医学的应用和实践情况以及利用制定传统医学/补充和替代医学协助国家实现卫生保健目标的最适合的方法。国

家政策应有益于患者利用传统医学疗法。如果出现下列情况，国家政策将无法体现益处：不能确保传统医学/补充和替代医学产品和实践的安全性、有效性和质量；不适当地约束传统医学/补充和替代医学的实践；导致更高的卫生保健费用；无正当理由地阻碍患者选择治疗方案；或者影响对抗疗法医生交叉转诊患者的能力。

2.3 安全性、有效性、质量

对抗疗法医学是基于西方文化产生的。因此，行医者强调它的科学性，并主张它是纯客观的，也无文化价值观的烙印。

传统医学/补充和替代医学治疗方法受到其最初形成时的文化条件和历史条件的深刻影响，有了



不同的发展。它们共同的基础是对生命的整体观念，精神、身体及其环境间的平衡，以及强调健康而非强调疾病。一般情况下，行医者更关注个体患者的整体情况，而不是病人所患的特定疾病。

“有关传统医学安全性和有效性的信息数量和质量，远不能符合在世界范围内应用传统医学所需的标准。缺乏研究信息的原因不仅与卫生保健政策有关，而且是由于缺少足够的或可接受的评价传统医学的研究方法。应注意到，各国已有已出版和未出版的传统医学研究信息，但还应促进安全性和有效性的深入研究并改善研究…质量。”⁴⁹

这种更加复杂的卫生保健观念使传统医学/补充和替代医学对许多人有很强的吸引力。但是也使评估极为困难，因

为必须考虑到这么多因素。由于传统医学/补充和替代医学的实践是在不同地区的不同文化中形成的,所以进行评估的标准和方法并没有相应平行的发展,无论是国内的还是国际的。而且,补充和替代医学提供者来自根本不同于治疗方法最初形成时周围环境的文化和哲学背景。这可能导致解释和运用方面的问题。因此,在有些国家,对抗疗法医生不愿将患者转给补充和替代医学提供者诊治于是可以理解的。(这转而使卫生保险系统不愿对补充和替代医学治疗费用进行报销,实际上是减少了患者对卫生保健的选择。)

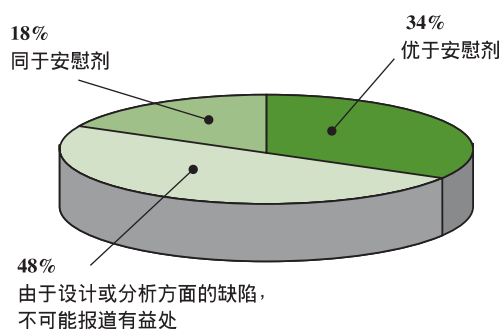
评估草药等传统医学/补充和替代医学产品特别困难。分辨植物的精确性很重要,提取有效成分也是如此。后者是复杂的,因为药用植物的性质受植物采集时间和植物产地(包括环境条件)的影响。同时,一种药用植物可包含上百种自然成分。因此,确定哪种成分有哪种作用是非常昂贵的。随着草药在世界范围内的流行。但由于草药在世界范围内广泛受欢迎,急需以有限的资源评估草药的一种广泛适用的、适当和有效的方法。

研究、研究方法和成本效益

回顾显示临床实验数量很少,规模很小而且缺乏对照。这可能并不令人惊讶。循证替代领域(见第4章)发现,索引中列为“替代药物”类的文章仅占1966-1996年间MEDLINE医学文章总量的0.4%。(但是,在此期间每年的总

量一直稳步增长,而且随机临床实验(RCTs)报告比例的增加表明出现了走向以依据为基础的医学的趋势。)报告的随机临床实验中,只有一些包括费用(用于所涉及的疗法,并包括咨询、使用的材料等费用)。事实上,对传统医学/补充和替代医学所做的可靠和全面的经济分析是很少的。

图 11
对有些草药,已有关于有效性的有力证据—但常常缺乏评估



随机临床实验(RCTs)的比例表明草药的益处(基于使用10种草药针对18个治疗指标的50次随机临床实验)

资料来源: 基于《草药资料: 以依据为基础的观察》的数据。治疗学, 1998年6-7月第25期。

近几年无法支持在这一领域的研究,结果是传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量方面的数据缺乏,也无法发展评估方法。但是,已表明至少一些常用的替代疗法,例如一些草药、手法治疗和超脱静坐等行为减压技术,能对慢性病进行有效的管理(方框2)。方框3列出了正开始进行的一些更具体的成本效益分析。这方面更多强有力的证据可极为有助于提出理由以更大程度地承认和应用传统医学。事实上,若要促进并扩大传统医学/补充和替代医学的获取并确保合理使用这种卫生保健形式,这就是一个先决条件。

有发展潜力

草药和针刺疗法在传统医学/补充和替代医学疗法中应用得最为广泛。国际著名的科学杂志已出版了一些有关传统医学临床效能的调查报告。例如，针刺疗法治疗疼痛¹⁰和恶心⁵⁰的有效性已被最终证明，现在已在世界范围内获得公认。

对草药来说，除了用艾属一年生植物治疗疟疾，一些关于草药产品有效性的广为人知的依据包括用金丝桃治疗轻中度抑郁症。对患者来说，使用中草药会比用阿密曲替林等抗抑郁药有更少的副作用。这些成果推动了世界范围的研究工作，以确立广泛使用的其它传统医学/补充和替代医学疗法的有效性。在

实验室中，已表明植物提取物有多种药理学作用，包括消炎、血管舒张、抗菌、抗痉挛、镇静和退热作用。¹⁰但是，几乎没有开展过随机对照研究以调查草药提供者日常工作中行医和治病的情况。其它多数传统医学/补充和替代医学疗法的情况也是如此。

关于非药物疗法，1999年《英国药理学杂志》的补充和替代医学丛刊评论说，随机对照试验很好地证明催眠和放松术可以减轻焦虑并预防恐慌和失眠。随机试验还表明催眠术对治疗哮喘和急性肠炎综合征很有价值，瑜伽对哮喘很有益处，太极拳可以帮助老年人减少对跌交的恐惧。¹⁰

秘鲁的补充和替代医学成本效益研究

秘鲁补充药物国家项目和泛美卫生组织开展了一项研究，对补充和替代医学与对抗疗法在秘鲁社会保障系统内的诊所和医院中使用的情况进行了对比。

补充和替代医学的相关有效性从以下方面评估：

- 所见临床有效性
- 用户/患者满意度
- 随着生活方式的改变，降低未来的医疗风险。

对病历和/或临床评价中记载的同等严重程度选定的病症进行了治疗比较。

对 339 名患者进行了为期一年的追踪，其中 170 名接受补充和替代医学治疗方法，169 名接受对抗疗法。对以下病症的疗法进行了分析：中度骨关节炎；腰痛；焦虑导致的神经官能症；轻度或间断性哮喘；消化酸疾病；神经性偏头痛；外源性肥胖；面部神经瘫痪。

结论（显著性为 95%）总结如下：

1. 用补充和替代医学的直接成本的总体平均水平低于常规疗法。（为了评估两个系统的直接费用，对选定的每种病症治疗期间发生的实际费用作了计算和比较。）
2. 对于评价的每一种标准—临床效果、患者满意度和未来风险的减少，补充和替代医学的有效性高于常规疗法，包括：
 - 副作用较少
 - 患者感受到的效力和临床观察到的效力之间的关联度更高
 - 患者对医疗系统在解决卫生问题方面所起的作用给予更高层次的认可。
3. 对选定的病症，补充和替代医学总体成本效益比常规疗法高 53-63%。

资料来源：EsSalud 和泛美卫生组织，2000。⁵¹

在国家级确保安全性和质量低水平的研究工作已使确保传统医学/补充和替代医学治疗方法和产品安全性和质量的国家标准的发展速度放缓。特别是技术指导和信息的缺乏,已障碍了草药管制和注册制度的发展。这又使诸如监测和评估不良事件的国家监测系统等方面的发展速度放缓。到 1997 年 4 月向世界卫生组织报告的 771 例有关假药的案例中只有 3%涉及草药,这一事实可能反映监测水平较低,而不是表示草药不良作用较少。⁵²

表 8

确保传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量的关键要求
国家水平:
<ul style="list-style-type: none">• 国家对草药的管制和注册。• 草药和其它传统医学/补充和替代医学的安全性监测。• 支持传统医学/补充和替代医学的临床研究以解决本国的常见卫生问题。• 评估传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量的国家标准、技术准则和方法。• 药用植物的国家药典和专著。
全球水平:
<ul style="list-style-type: none">• 通过交流准确的信息和联网合作,获取现有的传统医学/补充和替代医学知识。• 为了治疗 and 解决常见的疾病与卫生问题,分享对传统医学/补充和替代医学使用情况的研究成果。• 关于传统医学/补充和替代医学产品和疗法安全性、有效性和质量的依据基础。

确定研究需要

科技委员会提交给上议院的第 6 份报告提到与英国补充和替代医学研究相关的一些问题,并视为在总体上适用于该领域的研究问题。委员会发现研究基

础设施低劣,并认为研究质量常常太差是由于未能很好地理解研究的伦理准则,缺乏完善的方法,资源供应不足,而且研究人员不愿评估依据。表 8 总结了确保传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量的关键要求。

表 9 概述了一些重点研究领域。

表 9

重点研究领域
<ul style="list-style-type: none">• 每一种疗法的效果: 有效性、安全性和成本效益。• 研究每一种疗法的作用机制,包括对治疗的反应模式。• 对传统医学/补充和替代医学类本身进行研究,包括对求助于传统医学/补充和替代医学的患者的动机和传统医学/补充和替代医学使用模式的社会研究。• 研究专门针对传统医学/补充和替代医学模式的新的研究战略。• 研究所用诊断方法的有效性。• 研究传统医学/补充和替代医学在特定卫生保健环境中的使用 and 效果。

资料来源: 上议院, 2000。¹⁶

2.4 可及性

统计数据充分证明,世界上最贫困的国家最需要能治疗传染病的廉价、有效的方法。在 1999 年死亡的 1050 万儿童中, 99%为发展中国家的儿童。在发展中国家, 超过 50%的儿童死亡仅仅源于 5 种传染病。与之相似, 每年死亡的 200 万结核病人, 99%存在于发展中国家, 日前 3000 万艾滋病毒/艾滋病感染者中的 80%生活在南撒哈拉非洲。⁵³



同时, 在传染病造成最大问题的地区, 现代化学药品的可及性最低。原因广为

人知,包括经费不足和落后的卫生保健提供。但在发展中国家,传统医学相对而言比较便宜。另外,虽然不一定获得官方承认,但传统医学医生受到广泛的信任和尊敬。

但是若要提高传统医学的可及性以帮助发展中国家改善卫生情况,必须解决几个问题(见表10)。首先,必须制定真实的标准指标以准确地衡量传统医学在经费和地域方面的可及性水平。还应开展定性研究以帮助确定阻碍扩大普及面的因素。

表 10

提高传统医学/补充和替代医学可获得程度和可负担性的关键要求

国家和全球水平:

- 确定最安全有效的传统医学/补充和替代医学疗法和产品(包括:治疗方法有效的依据;治疗方法安全的依据;治疗方法具有成本效益的依据)。
- 研究安全有效的传统医学/补充和替代医学疗法,用于尤其对贫困人口造成最重负担的疾病。
- 承认传统医学医生在发展中国家提供卫生保健方面的作用。
- 优化和提高发展中国家传统医学医生的技术。
- 保护和继承本地的传统医学知识。
- 药用植物的可持续种植。

其次,必须确定最安全有效的传统医学疗法,为促进传统医学提供坚实的基础。重点应是治疗对贫困人口造成最重负担的疾病。这意味着注重于研制抗疟药物以及治疗和预防艾滋病毒/艾滋病。

显然,提高安全有效的传统医学的可及性不应意味着代替可提高对抗疗法可及性的项目。相反,应创造增进传统医学医生与对抗疗法医生合作的机遇以满足患者的需要,使他们既能利用传统医学,也能利用对抗疗法。当然,在所有地方都应是这样(其中也包括补充和替代医学)。但在难以获取对抗疗法的地区,意义尤其重大。幸运的是,在这些地区,传统医学医生往往地位稳定并很受尊敬。同这些医生一起工作能促进重要卫生信息的有效传播,并促进安全的传统医学实践。

若要持久地提高传统医学的可及性,就必须维持传统医学所常常依赖的自然资源。例如,草药的原料常从野生植物群体采集。由于当地使用量的增加或为了满足出口的需要而导致的过量采集,是一个日益严重的问题。在东非和南非,野生非洲土豆(*Hypoxis hemerocallidea*-原*H. rooperi*)的生存受到了威胁,原因是许多人知道这种植物可以治疗艾滋病毒/艾滋病,使得对它的需求猛增。³¹由于绝大多数植物基因资源和生物多样化的其他形式存在于或发源于几乎无能力对其进行保护的发展中国家,所以这些问题急需解决。

未解决的知识产权问题是可及性的另一个问题。传统医学研究对确保获取安全有效的治疗是至关重要的,而研究人员掌握的关于本地传统医学手段和产品的知识可为公司和研究机构带来巨大效益。似乎越来越常见的是,传统医

学知识被科学家和企业占有、改用并定为专利，而对原拥有者只给予少量补偿或没有补偿，也未征得他们的同意。¹⁷

2.5 合理应用

在许多国家，对以下方面要求开展相当大量的工作：提供者的资格和执业许可；保证质量的产品的正确使用；传统医学/补充和替代医学提供者、对抗疗法医生和患者之间的良好沟通；向公众提供科学信息和指导。

表 11

促进提供者和消费者合理使用传统医学/补充和替代医学的关键要求

国家水平：

- 为最常用的传统医学/补充和替代医学疗法提供培训准则。
- 加强并增加传统医学/补充和替代医学提供者的组织工作。
- 加强传统医学/补充和替代医学提供者与对抗疗法医生之间的合作。
- 为消费者提供有关正确使用传统医学/补充和替代医学疗法和产品的可靠信息。
- 改善对抗疗法医生与患者关于利用传统医学/补充和替代医学的沟通

教育与培训

这一领域的挑战至少是双方面的（见表



11)。首先，确保传统医学/补充和替代医学提供者有充分的资格和培训。

其次，通过培

训确保传统医学/补充和替代医学提供者 and 对抗疗法医生理解并认识到他们提供的卫生保健的补充作用。第一方面

涉及在可能的地方建立传统医学/补充和替代医学的考试和执业许可系统以及法规，以至只有具备资格的人才能在传统医学/补充和替代医学领域行医或出售传统医学/补充和替代医学产品。第二方面要求为传统医学/补充和替代医学提供者修改培训规划以包括初级卫生保健和公共卫生的基本要素，并确保药理学、医学和公共卫生学位包括关于传统医学/补充和替代医学的组成部分。

正确使用保证质量的产品

正确使用保证质量的产品也能减少与草药等传统医学/补充和替代医学产品相关的风险。但是，许多国家还未充分形成对草药的管制和注册。产品可能被污染，或在成分、质量和安全性方面有极大差异。例如，大蒜有降低胆固醇的作用，但如果用某种方法加工可能无法产生这种效果。⁵⁴ 同时，

控制草药标签和宣传的标准很少。而且，许多草药直接出售或被作为

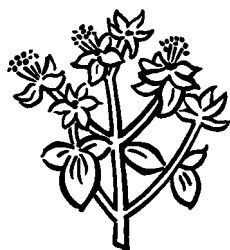


饮食补给品出售，很少有关于正确使用的说明。消费者可能不清楚潜在的副作用，也不知道草药何时吃、如何吃才是安全的。要改变这一状况，就需要更严格地控制传统医学/补充和替代医学产品更加严格的控制并在这一领域更努力地教育公众。

信息与沟通

对传统医学/补充和替代医学的使用正在迅速增长。但对所具风险的认识和

如何避免风险还未步入正轨。结果是，消费者不理解为什么只能找接受过培训并且取得适当资格的医生求诊，或为什么在使用传统医学/补充和替代医学产品时应非常谨慎。又如，还不能普遍理解，草药和化学药品同时服用可产生副作用。例如，人



参本身很少有不良反应。但是如果与华法令抗凝剂混合，它的抗血小板活动会造成超常抗凝血的危险。⁵⁵与之相似，同标准的抗抑郁症药物丙咪嗪相比，金丝桃作为抗抑郁症药物应用效果良好。但是如果正在服用银地那维（一种艾滋病毒蛋白酶抑制剂）的患

者再服用金丝桃，银地那维在血液中的水平会降至阻碍艾滋病毒繁殖的水平以下。^{56,57}

没有关于这些相互作用可能性的知识，患者就不会告诉医生他们正在服用传统医学/补充和替代医学产品，而医生也不会去问。在美国，1990和1997年中使用补充和替代医学疗法的案例只有不足40%告诉了医生。¹³同时，可能被普通大众作为信息源泉的对抗疗法医生、护士和药剂师可能都不了解补充和替代医学，因此不能回答患者有关选择补充和替代医学治疗的问题。

信息、教育和沟通战略能够解决一些问题，并提高对传统医学/补充和替代医学潜在效益的认识。

世界卫生组织当前的作用



世界卫生组织在传统医学/补充和替代医学方面当前主要的目标是提供规范和国家规划支持，以使得会员国能：

- 发展它们自己的传统医学/补充和替代医学，并将之以适当的方式融入它们国家的卫生保健系统，
- 保证以适当、安全和有效地使用传统医学/补充和替代医学。

世界卫生组织同时也寻求：

- 使会员国、在科学界与公众能更多地获取传统医学/补充和替代医学相关问题的准确信息。

下文概述了世界卫生组织旨在达到这些目标的一些成就和当前的活动。

在开展其传统医学/补充和替代医学的活动时，世界卫生组织不仅仅直接与会员国、国家和国际组织以及地区机构一起工作，而且与其合作中心网一起工作。

3.1 开发传统医学/补充和替代医学，并将其纳入国家卫生保健系统

世界卫生组织特别积极地支持非洲、东南亚和西太平洋地区传统医学的发

展。这包括帮助会员国制定国家政策和法规，推动各地区就这些问题的信息交流，并支持开展工作以确保产品安全和保证有受过训练的合格人力资源。

非洲

正如第二章提到的，世界卫生组织非洲区域委员会在 2000 年通过了关于《促进传统医学在卫生系统中的作用：非洲区域战略》的决议。² 该决议承认传统医学对实现非洲区域“人人享有卫生保健”的重要性和潜力，并且建议加速发展就地生产传统药物。决议进一步敦促会员国在适当立法和国家与地方级具体干预计划的基础上把战略转变为现实，并在实施和评估方面积极与所有伙伴进行合作。

该战略发展的具体成效正日益显现出来，其中包括在 16 个非洲国家中的传统医学法律框架。

美洲

在 1999 年，美洲区域办事处的一个工作组对该区域传统医学的状况和使用情况（包括国家政策和管制）进行了评审，并建议召开两个会议—关于草药制

品的管制和本土医药的研究。由世界卫生组织总部和美洲区域办事处主办的草药制品管制问题区域会议于 2000 年召开,分析了与国家政策、经济以及草药制品管制和注册相关的问题。另外,还介绍了世界卫生组织草药制品安全和功效评价准则。与会者还通过了关于草药制品注册统一要求的一项议案。后者将推动在美洲区进一步把传统医学与国家卫生保健系统融为一体。特别在以下这些国家已经建立了草药制品的管制和注册制度:玻利维亚、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、厄瓜多尔、洪都拉斯、危地马拉、墨西哥、秘鲁、委内瑞拉。第二届有关本土医药研究的会议于 2001 年 3 月在危地马拉召开。

“全世界范围内的卫生政策制定者们正在认识到传统医学和草药植物的使用仍然是一个国家的文化、历史和信仰的重要部分,其中很大一部分的实践应当被看作该国卫生体系的一部分进行分析。”

欧洲

有超过 12 个西欧国家已经根据《世界卫生组织草药评估准则》建立或修正了对草药的管制。在管制传统医学/补充和替代医学和如何评价其安全性和功效方面,世界卫生组织正在越来越积极地向欧洲国家提出建议。

东南亚

传统医学在整个东南亚得到了广泛的应用和重视。1998 年,东南亚地区卫生部长会议倡导在此地区国家的初级

卫生保健实践中更有效地使用这一笔“丰富的遗产”和“重要资源”。作为反应,随后一年,东南亚区域办事处组织了一次关于发展传统医学的区域协商会。会上重点探讨了加强国家传统医学规划以及传统医学专门知识在改进地区卫生体系方面的作用。另外,会上还分享了国家传统医学政策和规章方面的信息。东南亚继续积极支持各会员国制定传统医学国家政策并把传统医学纳入到它们的卫生保健体系的工作。

世界卫生组织尤其支持了印度医学系统和顺势疗法司的活动,该部门是 1995 年在印度卫生与家庭福利部内建立的。1998 年和 1999 年间,该司加大了提高印度医学、阿拉伯医学和顺势疗法药物质量控制并使之标准化的努力,其同时也完成了印度草药药品生产质量管理规范指南,并推动了印度传统医学教育。

西太平洋

西太平洋区域同样拥有丰富的传统医学遗产,其会员国渴望能充分地利用它们。在 1997 年和 1999 年西太平洋区域卫生部长会上,与会者再次重申了他们对更广泛地应用和发展传统医学以改善卫生状况的全力支持。

西太平洋区域办事处(WPRO)不仅支持会员国制定国家传统医学政策和规章,而且推动传统医学与卫生服务体系的融合。举例来说,在世界卫生组织帮助下起草并于 1997 年 12 月 8 日签署的法令创建了菲律宾传统和替换卫生保健学院。它还帮助巴布亚新几内亚制定

了国家传统医学政策。该政策已纳入 2001-2010 年的国家卫生计划，并将传统医学的研究列为一项首要的重点。在新加坡，中医从业人员法令于 2000 年在议会得到了通过，其中结合了西太平洋区域办事处关于从业人员管制方面的许多建议。

“该区域（世界卫生组织西太平洋区域）越来越多的国家和地区的政府已表达出促进正确使用传统医学并将之纳入正式的卫生服务体系之中的愿望...现在该区域有 14 个国家和地区已制定政府官方文件，认可了传统医学及其实践。这和几年前形成了对照，那时仅有四个国家（中国、日本、大韩民国和越南）官方认可了传统医学在正式卫生保健系统中的作用。”⁵⁹

与此同时，澳大利亚、中国、香港（中国）、日本、大韩民国和越南的大学中正在提供全日制的传统医学学位课程，其中许多受益于西太平洋区域办事处的投入。

西太平洋区域办事处的其它活动包括在 1997 年制定《草药合理使用指南》，目的是推动该区域的国家合理使用草药。该指南可于协助制定国家草药政策和规划。事实上，制定和实施国家传统医学政策是西太平洋区域办事处参与越来越多的一个领域。1999 年，世界卫生组织制定国家传统医学政策的一个讲习班审议了传统医学在西太区的作用并明确了拟订相关政府政策时的问题。1999 年早些时候，世界卫生组织关于传统医学和对抗疗法的一次咨询会研究了如何协调这两种卫生保健手段以达到对卫生最大的影响。在 2000 年世界卫生组织关于传统医学和卫生部门发展的一次区域讲习班上，草

拟了太平洋 20 多个岛国的传统医学行动计划。

3.2 确保合理、安全和有效地利用传统医学

传统医学/补充和替代医学疗法通常是在非常特殊的文化环境中形成的。但是，它们越来越多地传播到其它文化环境。这就提出了安全和功效的问题。比如，运用这些传播而来的疗法的人具备和原始环境中使用者一样程度的培训、技能和知识吗？针刺疗法就是个例子。

针刺疗法如

今在中国一

它的起源国

一之外的许

多国家被广

泛应用，并

可能已成为

世界上最流

行的一种传

统医学/补

充和替代医

学疗法。世

界卫生组织

已据此与针

刺疗法专家

一起制定了

国际标准语

汇编，如今

已被广泛接

受。世界卫

生组织同样

还已经制定

了《针刺疗

法基本培训

和安全指南

》和《针刺

疗法临床研

究指南》。这

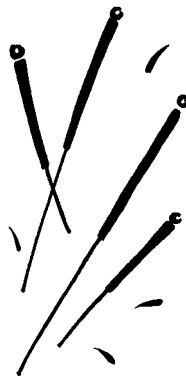
些指南强烈

鼓励国家卫

生当局管理

针刺疗法实

践和研究。



同样，传统医学/补充和替代医学制品，特别是草药，如今在地区间和国际上进行贸易。许多国家的卫生当局关切其使用是否合理和安全，特别是如果缺乏相关的规章并且不能确保这些制品的质量和安全性。世界卫生组织已对此做出了反应，拟订了《药用植物材料质量控制方法》等参考文件，不仅便利了药品管制机构的技术工作，而且鼓励各国开展草药质量控制工作。

世界卫生组织工具及协助

在大部分发展中国家,已建立起国家传统医学研究所—比如在中国、朝鲜民主主义人民共和国、加纳、印度、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马里、马达加斯加、尼日利亚、大韩民国、斯里兰卡、泰国和越南。世界卫生组织不仅



提供指南和科学信息以支持它们的研究,而且为传统医学/补充和替代医学使用的安全性和功效研究提供资助。在非洲,世界

卫生组织正在支持 21 个国家的传统医学疗法研究。举例来说,它已经提供了研究资金以支持肯尼亚医学研究所、加纳国家草本药物科学研究中心和尼日利亚国家药物研究与发展研究所对草本抗疟药物进行临床研究。此研究遵循了《世界卫生组织传统医学研究与评估方法综合指南》。

与其它组织的合作

世界卫生组织促进合理、安全和有效利用传统医学/补充和替代医学的工作得益于许多国家组织和国际组织的技术支持。比如美国的 NCCAM 在 1996 年被指定为世界卫生组织的一个传统医学合作中心。它不仅为制定《世界卫生组织选定药用植物专刊》和《针刺疗法基本培训和安全指南》提出了技术意见,而且为拟订诸如《传统医学研究与评估方法综合指南》等文件提供了财政支持。

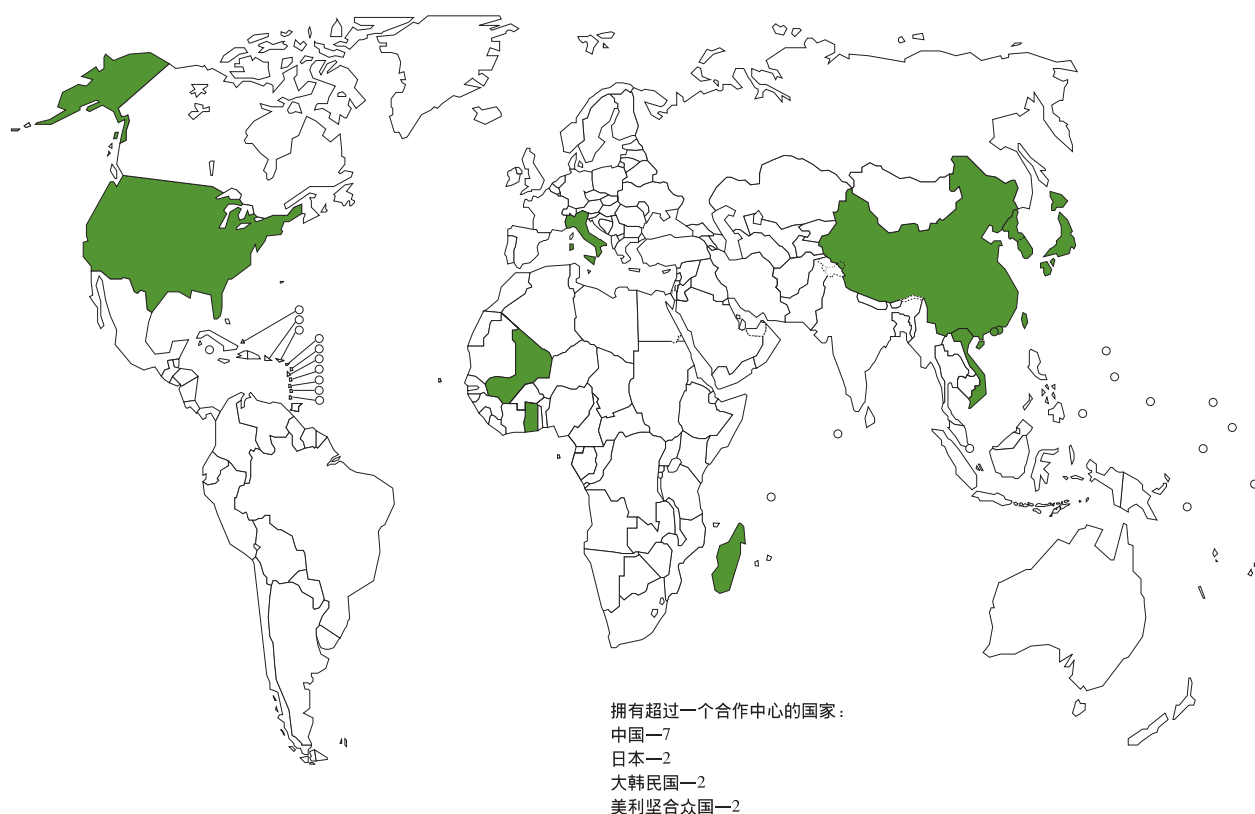
在欧洲,已与欧洲医药制品评价机构草药制品特别工作组开展了合作。该工作组协助制定了《世界卫生组织选定药用植物专刊》、《传统医学研究与评估方法综合指南》和《草药评估指南》。因此,进一步鼓励欧洲国家利用世界卫生组织关于传统医学/补充和替代医学的技术文件。

世界卫生组织同样与其传统医学合作中心合作以开展国家、区域以至全球的活动。(这些合作中心的完整名单见附录 1。)世界卫生组织传统医学合作中心同意通过它们的研究和培训规划促进本国的传统医学(图 12)。它们还同意提供技术意见和信息以支持世界卫生组织制定技术指南和文件,并应世界卫生组织的要求提供针刺疗法专家培训以及调查草药安全性和功效的研究技术方面的培训。

3.3 提高传统医学/补充和替代医学信息的可及性

世界卫生组织拥有 191 个会员国,参与传统医学的一系列活动,并能直接获取关于许多传统医学问题的专门技术,因此在帮助提高传统医学精确信息的可及性方面处于非常有利的地位。这包括制定权威的参考资料—比如在药用植物方面,以及提供国家政策、培训、良好做法、疗法的选择和使用等方面的指导(见附录 2)。本组织还在越来越多地促进信息交流。

图 12
世界卫生组织传统医学中心 — 不断增长的资源



权威信息

《世界卫生组织选定药用植物专刊》对广泛使用的药用植物的安全性、有效性和质量控制提供了科学的信息。这包括简明的药用植物植物学特性概要，植物主要化学成分清单和如何确保采自这些植物的草药材料质量控制的说明。

《专刊》同时从三方面概述了药物使用：药理学、剂量学、禁忌症，并提出了应对可能副作用的注意事项。这是国家卫生当局、科学家和制药公司的一套极为重要的参考书，同时也用于指导非专业人士合理使用草药。另外，世界卫生组织不同的会员国如贝宁、墨西哥、南非和越南在制定本国的专刊或药典时已把该《专刊》作为样本使用。第 1

卷被欧洲委员会指定为其成员国的权威参照。

尽管《专刊》内容和出版的总体责任在世界卫生组织，但它仍然是一项合作的体现，正是这一合作增加了它的精确性和可靠性。时至今日，已有除世界卫生组织传统医学专家咨询组成员以外的 200 多名专家以及 50 多个国家的药物管制机构参与了《专刊》的编写。第 1 卷于 1999 年出版并随后广为散发。第 2 卷于 2001 年出版，而第 3 卷也已于 2001 年晚些时候完成。

《草药管制状况：全世界范围的评估》也是世界卫生组织和许多会员国之间的一项合作成果。这本参考著作提供了

来自 50 个国家的草药管制信息，对其
它国家中现在正寻求建立本国草药管
制和注册体系的卫生当局可作为指南。
研究机构和制药产业也发现该《评估》
很有益。《药用植物材料质量控制方
法》是世界卫生组织最近出版的另一部
极为重要的参考书。

促进信息交流

除了使其本身的出版物和文件广为传
播外，世界卫生组织还通过其传统医学
合作中心促进信息的交流。国家卫生当
局、科学家和公众的询问就是与世界卫
生组织的这些合作中心合作回答的。

表 12

通过世界卫生组织设在芝加哥伊利诺大
学药学院的传统医学合作中心开展的信息
交流

世界卫生组织总部 或区域办事处	收到的 请求数	回应提供 的条目数
总部	171	17 396
非洲区域办事处	1 759	31 238
东地中海区域办事处	28	1 784
美洲区域办事处/泛美卫 生组织	5 135	131 760
东南亚区域办事处	2 801	179 113
西太平洋区域办事处	288	46 549

世界卫生组织设在芝加哥伊利诺大学
药学院的传统医学合作中心有一个药

用植物数据库，该数据库拥有 150 750
条天然产品编码信息。其中包括与民
族医药、提炼物与纯化合物药理学以
及植物化学有关的条目。自 1994 年以
来，该中心为《世界卫生组织选定药
用植物专刊》第 1 至 3 卷的起草工作
提供了可贵的帮助。它同时也为发展
中国家免费提供信息。2000 年，它对
世界卫生组织总部和区域办事处收到
的来自发展中国家的 10 182 份请求给
予了回复，提供的参考条目数为 407
840（见表 12）。

此外，中国（北京中国中医药研究院临
床科学与信息研究所）、大韩民国（汉
城国立大学自然作物研究院）和美国
（国立卫生研究院补充和替代医学中
心）的世界卫生组织传统医学合作中心
同样也有传统医学/补充和替代医学信
息数据库，在为医疗
提供者和公众提供科
学信息方面起到了重
要和明显的作用。



世界卫生组织总部和
区域办事处还正在建
立有关传统医学/补充和替代医学的网
页以提供有关国家传统医学/补充和替
代医学政策、管制传统医学/补充和替
代医学实践和使用情况的规章以及传
统医学/补充和替代医学疗法安全性、
功效和使用研究数据的信息。

4

传统医学的 国际和国家 资源

最

大程度地利用传统医学/补充和替代医学的潜力以改善全世界范围的卫生状况是一项令人畏惧的任务，它包含了众多的活动并要求许多不同种类的专业知识。幸运的是，致力于解决传统医学/补充和替代医学问题并能应世界卫生组织的请求给予协助的组织数量正在增加。其中的一些组织在下文中

“政府认识到传统医学对本区域人口健康的重要性并创造了有益于开展工作的环境，是优化传统医学使用的基础。需要通过倡导和使用社会推销手段及参与性方式，使决策者、传统医学执业者、非政府组织、职业团体、社区、教学和培训机构及其它利益相关方面形成可持续的政治承诺和支持。”²

将予以介绍，同时也给出了这些组织与世界卫生组织之间业已发生合作的情况。

4.1 联合国机构

《国际濒危动植物贸易公约》(CITES) (<http://www.cites.org/index.html>)于1975年7月生效，如今已有125个缔约国。这些国家禁止对列入濒危物种名录的动植物进行商业开发，同时也对那些可能濒危的动植物的贸易进行管理和监控。公约秘书处由联合国环境规划署管理，并通过对其条款进行解释并提供实施建议，协助各国实施《国际濒危动植物贸易公约》。秘书处还开展一些项目以促进《公约》的实施，比如培训研讨会，并检查贸易所涉物种的状况以确保它们的开发保持在可维持的限度以内。

联合国粮农组织 (FAO) (<http://www.fao.org/>)的职责是提高营养水平和生活水平，增加作物产量，并改善农村人口生活条件。该组织的一项特定重点是鼓励农业和农村的可持续发展，包括一项保护和管理自然资源的长期战略。从上世纪80年代起，粮农组织林业司已开始着手制定一系列有关非木材林业产品的文件—其中有一些包括药用植物。

文件中包含了有关国家政策、保护工作和相关研究数据及活动的信息。粮农组织与世界卫生组织合作，为后者编写《选定药用植物专刊》的工作提供了研究数据。

联合国贸易和发展会议（UNCTAD）（<http://www.unctad.org/>）的主要目标是尽量扩大发展中国家的贸易、投资和发展机遇，并帮助它们面对全球化产生的挑战。世界上许多产品都建立在传统知识的基础上并且是收入、食物和卫生保健的主要来源。同样，大部分植物基因资源和其它多种形式的生物起源于或可见于发展中国家。据此，联合国贸发会议非常深入地参与了保护传统知识的问题。目前，它正在应对传统医学知识不时被盗用的问题。联合国贸发会议和世界卫生组织之间的合作仍处于初级阶段，但 WHO 在 2000 年参加了联合国贸发会议的保护传统知识、革新和实践系统与国家经验专家会议，而联合国贸发会议则出席了世界卫生组织在曼谷召开的有关传统医学的知识产权问题区域间讲习班。

联合国工业发展组织（UNIDO）（<http://www.unido.org/>）帮助发展中国家和转型经济体达到可持续的工业发展。它尤其寻求在政策、制度和企业的层次上从事有关竞争经济、良好环境、生产就业等事宜。1986 年，联合国工发组织的一次专家会议倡议广泛鼓励草药的研究、发展和传播，并将之融入

卫生服务系统，特别是在发展中国家。1987 年，联合国工发组织第三届制药产业咨询会上倡议由联合国工发组织支持药用植物的工业化利用，包括工厂生产草药，提高草药生产的技术水平，以及制定标准化的草药生产工艺。联合国工发组织如今支持发展中国家发展草药生产的工业能力。联合国工发组织也参加了世界卫生组织制定《世界卫生组织选定药用植物专刊》的一次协商会。

世界知识产权组织（WIPO）（<http://www.wipo.org/>）“致力于促进人类精神产品的使用和保护”。它管理着涉及知识产权保护不同方面的 21 个国际条约。1998 年，世界知识产权组织的成员国要求该组织发起一项有关知识产权和传统知识的工作规划。从那时起，世界知识产权组织已举办了亚洲地区传统医学知识产权问题研讨会（1998 年 10 月，新德里），并且与联合国环境规划署合作，进行了有关知识产权在分享药用植物使用和相关传统医学知识效益方面作用的两次案例调查。它还承担了知识产权与传统知识实情调查任务（1998—1999 年），并召集了关于知识产权和传统知识的两次圆桌会议。它同时制定了一个样本型的传统知识数码式图书馆（TKDL），包括大约 50 种药用植物和相关传统知识信息。世界知识产权组织邀请世界卫生组织参加它的会议并请求世界卫生组织在制定 TKDL 方面给予合作。

4.2 国际组织

英联邦秘书处 (<http://www.thecommonwealth.org/>) 是英联邦的主要组织, 它是一个由独立主权国家组成的志愿机构, 不仅有发达国家, 也有发展中国家。除了寻求改善民主及良好的管理并作为形成全球共识的平台以外, 英联邦还为可持续发展提供实际帮助。这包括在最近推动了草药生产。秘书处为讲英语的非洲国家提供了有限度的资金以支持草药生产, 并在 2000 年晚些时候在南非开普敦召开了一次药用植物论坛。该论坛研讨了尤其在非洲增加并鼓励种植和保护植物并增加草药的产量以提供能负担得起的药物。该论坛同时也探讨了与贸易相关的问题, 如非关税壁垒, 管制与执业许可, 专利与质量。秘书处在该论坛上首次发行了《欧洲市场药用植物及提取物指南》。该《指南》详细说明了欧洲草药业的成长及发展情况, 并包括供药用植物生产商和出口商使用的实用信息。

欧洲医药制品评估机构 (EMA) (<http://www.ema.eu.int/>) 致力于公众和动物健康的保护和促进。它努力确保高质量的医药制品评估; 制定有效透明的程序以便利使用者及时得到新开发的药物; 并尤其通过其药物警戒合作网控制人用和兽用药物的安全性。1997 年, 欧洲医药制品评估机构成立了一个特别草药制品工作组。该工作组作为成员

国交换有关草药制品信息和经验的论坛。它也推动对该领域现有立法作出一个通行的解释并给各国药物管制当局提供了有关草药问题的指导。此外, 该工作组正在准备提案, 提出修订并制定确保草药制品质量、安全性和功效的新指南与要求。

欧洲草药疗法科学合作组织 (ESCOP) (<http://info.ex.ac.uk/phytonet/escop.html>) 成立于 1989 年。它致力于提高植物类药物的科学地位^h, 并在欧洲层面上帮助协调其管制状况。ESCOP 的科学委员会已经完成了一些概括植物药用途 (包括其安全性) 的欧洲专著。ESCOP 认为这一活动对协调是必不可少的。截至 1992 年已出版了 15 本专著。从那时起, 注意力主要集中在编写单个植物性药物的产品特性概要, 主要是已有欧洲或国家药理学专著的药物。每一概要内细目的顺序安排是为了突出有关植物性药物的临床使用情况, 包括药效学、药理过程学和临床应用前的安全数据。

欧盟 (EU) (<http://userpage.chemie.fu-berlin.de/adressen/eu.html>) 是由 15 个独立国家在欧洲共同体的基础上建立的同盟。它的成立是为了增强政治、经济和社会方面的合作。成员国授权代表整个欧盟、其成员国及其公民利益的独立的机构处理某些事务。欧盟注重于传统医学/补充和替代医学的两个方面: 政策和管制, 以及对“非常规”医学的研究。最近完成的 COST (欧洲在科学

^h 欧洲草药疗法科学合作组织将植物类药物定义为“无论在未提炼状态还是在加工过程中仅含有植物、植物部分或植物材料或者三者相结合作为活性成分的医药产品。”

和技术研究领域内的合作)项目研究了被称作常规和非常规医药在概念、研究和实践方面的不同之处,非常规医药日益普及的原因和常规医药因此所受的影响,以及当前的非常规医药研究状况。

世界银行 (<http://www.worldbank.org/>) 是世界上发展资助的最大来源,每年为其客户国提供大约 170 亿美元的贷款。它运用其财政资源、人员和知识库,寻求在与贫困的斗争中帮助发展中国家获得稳定、可持续和公平的发展。如今,这包括协助许多发展中国家制定药用植物保持、种植、加工和营销的政策和战略。另外,该银行还实行了一个本土知识规划(见 <http://www.worldbank.org/afr/ik/index.htm>),其目的是将农业,卫生保健、食物生产、教育、自然资源管理和社区关注的许多其它领域内的本土/传统知识纳入发展工作合作伙伴活动的主流。正在使用不同的战略以实现这一目标。其中包括关于本土/传统知识和实践的数据库以及一系列的“本土知识记录”。该规划还支持非洲各地致力于鉴别和传播本土/传统知识与实践的资源中心。该规划与政府和地方合作伙伴一道,也已经开始帮助把本土知识的应用纳入世界银行项目和国家发展规划的主流。

世界贸易组织(WTO) (<http://www.wto.org>) 是负责为国际贸易制定基本法律原则的国际组织。尽管世界贸易组织只到 1995 年 1 月才开始正式运转,但它

是成立于 1947 年的作为多边贸易体系的关贸总协定的后续组织。其目标是促进如下方面:无歧视、贸易壁垒的逐步消除、可预见的政策和透明性、竞争以及对发展中国家的特别规定。世贸组织的贸易相关知识产权问题协定ⁱ理事会临时权宜地授予世界卫生组织观察员的身份。世界卫生组织如今可以旁听世贸组织可对卫生部门有影响的所有相关问题的讨论。(在 1999 年 5 月世界卫生组织受委托检测和分析药品贸易协定对公共卫生的影响。) 2000 年,世界卫生组织和世界贸易组织召开了关于区别对待基本药物定价与资助的一次国际研讨会。

4.3 非政府组织

全世界范围内有许多非政府组织(NGOs)正在从事传统医学/补充和替代医学工作。下面仅列出了少数几个例子。

通过准备、维持和促进获取对卫生保健干预效果的系统评估, **循证合作组织**

(<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/>)

致力于帮助人们在得到充分信息的基础上做出有关卫生保健的决定。循证医学领域是关注卫生问题以外的卫生保健问题的循证类别,比如保健环境(如初级保健)、消费者类型(如老年人)、提供者类型(如护士)或干预措施类型(如物理疗法)。从事某一领域内工作的人员手工检索专业杂志,帮助确保合作评估小组的工作反映他们

ⁱ 即通常所说的“TRIPS”协定。

专业领域内的重点和观点，编制专业评估数据库，协调与该组织以外的相关机构的活动，并对其专门领域的系统评估作出评价。循证补充医学领域建立于 1996 年，以便对传统医学/补充和替代医学问题作出和维持系统评估，并散发评估结果。

福特基金会 (<http://www.fordfound.org>) 的宗旨是“减少贫困并在全世界促进正义”。它支持非政府组织、学校、大学、研究机构、文化团体和政府机构。它特别关注非洲的艾滋病毒/艾滋病流行，并相信如果没有传统医务人员和传统医学组织的积极参与，非洲的艾滋病流行不可能得到遏制。它的一个主要捐助对象是传统医学促进会（见下文），并与之在讲英语和法语的非洲国家开展传统医学活动。

总部设在塞内加尔达喀尔，并在贝宁、喀麦隆和美国设有办事处的 PRO.ME.TRA，即传统医学促进会 (<http://www.prometra.org>)，致力于提高传统医学的利用水平和接受程度。在运作一个由 450 个经过认证的医师组成的协会和设立在塞内加尔法提克的研究治疗临床机构的同时，它还为针对艾滋病毒/艾滋病的斗争提供健康教育信息。其沟通战略综合利用了印刷、电子媒体和数字卫星技术，并在瑞士日内瓦的当代基金会和美国的世界空间基金会的帮助下正在予以实施。

全世界自然基金 (WWF) (<http://www.panda.org>) 是世界上最大的独立保护

组织。和世界自然保护联盟 (IUCN) (<http://www.iucn.org>) 一样，全世界自然基金致力于协助世界各地的协会保护自然的完整性和多样性，并确保公平、在生态方面可持续地利用自然资源。这包括可持续管理非木材林业制品的项目和研究，其中通常包括药用植物。这两个组织已表明对野生药用植物皮、根和整株的巨大需求会引起某些种类种群数量的严重下降，并有可能导致灭绝。为了强调这一问题，这两个组织已将保护主



义者和资源使用者召集到一起以探讨可能的解决办法并研究药用植物的可持续的收割方法。两个组织都对如何保护药用植物制定了指南。

4.4 全球性专业协会

国际顺势疗法医学联盟 (LMHI) (<http://www.lmhi.net/>) 成立于 1925 年，代表着 50 个国家的大约 8000 名顺势疗法执业人员。其目标是：支持会员国努力确保顺势疗法得到法律认可；在获得执业许可并有医学证书的医师中创建联系；并在顺势疗法教育、顺势疗法研究和顺势疗法手段的记录方面对国家顺势疗法组织提供帮助和支持。它还推动健康保险计划报销顺势疗法的诊疗费用。

世界针灸协会联合会 (WFAS) (<http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo194.htm>)

成立于 1987 年，拥有来自不同区域 40 个国家 73 个针刺疗法组织的近 60 000 名会员。这些会员中，70% (35 000) 要么是医生，要么已经从被国家政府官方认可的传统医学院校和大学毕业（如在中国、大韩民国和越南）。其余的则是已获得执业许可的针刺疗法医师。世界针灸协会联合会努力推动全世界各针灸协会之间的理解与合作，加强针灸国际学术交流并对针灸科学的发展作出贡献。世界针灸协会联合会与世界卫生组织合作制定了有关针灸的世界卫生组织技术指南和国际标准。这包括为世界卫生组织关于针刺疗法方面的许多技术文件作出贡献。

世界脊椎指压治疗法联盟（WFC）(<http://www.wfc.org/>)与国家国际组织一道在脊椎指压治疗法和世界卫生组织领域提供信息和其它协助；在脊椎指压治疗法教育、研究和实践方面促进统一的高标准；努力在所有人中形成对脊椎指压治疗法的知情舆论；并应要求对会员国中脊椎指压治疗法的有关立法提供意见。当前与世界卫生组织进行的活动包括关于腰痛的研究和分国别收集脊椎指压治疗法实行的管制及注册管理信息。后者将协助世界卫生组织评估传统医学的法规状况并准备相关文件。

作为 54 个协会的联盟，世界自疗药物工业组织（WSMI）(<http://www.wsmi.org/guide.html>)成立于 1970 年，代表着非处方药（即柜台出售的药物）生产商和零售商，而这些非处方药的很大一部

分是草药。种植、加工及销售草药的许多公司都隶属于世界自疗药物工业组织的成员协会。世界自疗药物工业组织鼓励建立自疗药物工业协会以推动可靠的自疗药物的发展和对其的理解。事实上，它要求成员协会制定和实行广告操作自律准则并鼓励采用便于消费者识别的标签。世界自疗药物工业组织从 1977 年开始与世界卫生组织建立正式关系，并与本组织合作制定了草药评估指南以及草药研究与评估方法。它还提供研究数据支持《世界卫生组织选定药用植物专刊》的制定。

4.5 国际和国家专业协会

许多不同的国际专业协会支持世界卫生组织的活动。比如，伊斯兰医药科学组织（IOMS）(<http://www.who.int/inanngo/ngo/ngo192.htm>)计划与世界卫生组织合作制定一本药用植物使用手册。伊斯兰医学融入了现代西方医学，但是它的第五项“使用一切有用的资源”的标准，意味着它同时愿意考虑任何可能有用的治疗方法，包括传统医学/补充和替代医学疗法，如使用草药治疗。伊斯兰医学科学组织在科威特建立了草药研究中心。作为非赢利组织，它将其服务扩大到所有寻求用草药和其他产品治疗的人们。

许多国家专业协会也与世界卫生组织合作。国家专业协会包括非洲和亚洲各传统医学医师协会。例如在南撒哈拉非洲有 22 个传统医学医师协会。在中国，

存在兼用对抗医学和传统医学家的国家专业协会,手法治疗医生的国家专业协会以及营养和保健食品专家的国家专业协会。在印度,长期以来存在着印度医学、阿拉伯医学和顺势疗法医生专业协会。

4.6 特定行动

全球传统卫生系统行动 (GIFTS) (<http://users.ox.ac.uk/~gree0179/>) 受到了英联邦秘书处的支持 (见第 4.2 节)。它寻求提高国际上对传统卫生系统作用的认识,并寻求促进制定确保其继续

使用的政策。这一工作包括发展传统卫生系统、生物多样性保护和经济发展之间的联系。

传统抗疟方法研究行动 (RITAM)

(http://mim.nih.gov/english/partnerships/ritam_application.pdf) 于 1999 年发起,是世界卫生组织、全球传统卫生系统行动、牛津大学以及世界各地正在研究植物抗疟特性或对之有兴趣的研究人员和其他人员的合作项目,目的是开发或确认预防和治疗疟疾的当地草药。该行动于 1999 年 12 月在坦桑尼亚莫希举行了发起会议。

2002-2005年 战略和行动计划

降

低特别在贫困和边际人群中过高的死亡率、发病率和致残率，是2002-2005年世界卫生组织的战略方向之一⁶⁰。由于传统医学在许多低收入国家是高度普及和能够承担的，所以世界卫生组织在已证明其安全性和有效性的地方正在促进将其纳入改善健康状况的计划。

同时，全球人口老龄化使慢性病发病率日益升高，传统医学/补充和替代医学



为控制这些疾病提供了可能的手段。确实在发达国家，越来越多的人正在使用传统医学/补充和替代医学——与对抗医学结合使用或取而代之，以便帮助减轻慢性疼痛和/或提高生活质量。

但必须达到几项目标才能确保传统医学/补充和替代医学的最佳使用。同时，世界卫生组织的资源是有限的，它努力的方向必须是确保使最大数量的人取得最大的公共卫生效益。因此，2002-2005年传统医学/补充和替代医学的具体目标是支持国家：

- 通过制定和实施国家传统医学政策和规划，酌情^j将传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统；
- 通过扩大传统医学/补充和替代医学的知识基础及通过提供关于管理和质量保证标准的指导，提高传统医学/补充和替代医学的安全性、有效性和质量；
- 酌情提高传统医学/补充和替代医学的可获得程度和可负担性，并特别强调对贫困人群的可及性；
- 促进提供者和消费者正确使用适宜的传统医学/补充和替代医学进行治疗。

每项目标还含有两到三项具体内容并提及预期效果（表13）。每项目标含有一项关键指标，并将用于帮助评价世界卫生组织在这方面的的工作。此外，将与会员国和非政府组织合作，进行与传统医学/补充和替代医学政策以及传统医学/补充和替代医学管制和应用相关的一些调查，以评价进展情况。

^j“酌情”一词所指的情况是，用传统医学/补充和替代医学疗法治疗疾病和解决健康问题的费用不比建议的对抗医学疗法费用更高，安全性和有效性也不比后者低。

在今后四年,世界卫生组织将把重点放在前两项目标上:制定和实施国家传统医学/补充和替代医学政策,并提高传统医学/补充和替代医学的安全性、有效性和质量。这将包括管制草药和其他传统医学/补充和替代医学产品。它还将包括重点加强研究方法,提高临床证据的可获得性,并提高其数量和质量,以支持关于传统医学/补充和替代医学有效性的说法。

“传统医学中积累的临床经验和知识财富值得承认,并应使用可靠的方法对传统做法的规模和局限性进行研究。患者、政府、传统行医人员和现代医学的医生都可获益于以依据为基础的传统医学实践。要想将传统医学纳入主流卫生服务,就需要科学界和现代医学医生的支持。”⁶¹

5.1 政策:通过制定和实施国家传统医学/补充和替代医学政策和规划,酌情将传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统

组成部分

- 承认传统医学/补充和替代医学。帮助国家制定国家传统医学/补充和替代医学政策和规划。

- 保护和保存与卫生相关的当地传统医学知识。帮助国家制定保护当地传统医学知识的战略。



世界卫生组织的战略

世界卫生组织将鼓励政府承认某些形式的传统医学/补充和替代医学对增进和保护健康的重要贡献。它还将加强其总部与区域办事处传统医学规划之间的合作,以便高效率和高效益地确定和执行共同的任务。它将继续与联合国其他相关机构合作,并探讨与新合作伙伴合作的可能性。这将包括为国家卫生当局组织一系列区域和区域间传统医学/补充和替代医学政策和应用讲习班。

最重要的是,世界卫生组织将帮助会员国制定和实施国家传统医学/补充和替代医学政策和规划,并根据世界卫生组织的准则促进安全和有效的本土传统医学形式。世界卫生组织还将促进国家间传统医学/补充和替代医学的信息交流。

关键指标

战略目标	报告有国家传统医学政策的世界卫生组织会员国数/世界卫生组织全体会员国数	1999 年状况	2005 年目标
有国家传统医学政策的世界卫生组织会员国数	25/191	13%	25%

2002-2005 年期望结果

- 通过全面的国家传统医学政策增加政府对传统医学/补充和替代医学的支持。
- 将相关的传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统服务。
- 更多地记录和保护当地传统医学知识,包括发展传统医学数字图书馆。

表 13

世界卫生组织 2002-2005 年传统医学战略—目标、内容和期望结果		
目标	内容	期望结果
政策：通过制定和实施国家传统医学/补充和替代医学政策*和规划，酌情使传统医学/补充和替代医学与国家卫生保健系统相结合	1. 承认传统医学/补充和替代医学 帮助国家制定国家传统医学/补充和替代医学政策和规划	1.1 通过全面的国家传统医学/补充和替代医学政策，加强政府对传统医学/补充和替代医学的支持 1.2 将相关的传统医学/补充和替代医学纳入国家卫生保健系统服务
	2. 保护和保存与卫生相关的当地传统医学知识 帮助国家制定保护当地传统医学知识的战略	2.1 更多地记录和保存当地传统医学知识，包括发展传统医学数字图书馆
安全性、有效性和质量：通过扩大传统医学/补充和替代医学的知识基础及提供关于管理和质量保证标准的指导，提高传统医学/补充和替代医学的安全性、有效性和质量	3. 传统医学/补充和替代医学的依据基础 提高传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量知识的可及性并扩大其范围，尤其注重于疟疾、艾滋病毒/艾滋病等重点卫生问题	3.1 通过联网合作和交流准确的信息，提高传统医学/补充和替代医学知识的可及性并扩大其范围 3.2 对传统医学/补充和替代医学用于预防、治疗及管理常见病方面的研究进行技术审评 3.3 有选择地支持对传统医学/补充和替代医学用于疟疾、艾滋病毒/艾滋病和常见病等重点卫生问题的临床研究
	4. 草药管制 支持国家建立有效的管制系统，用于草药的注册和质量保证	4.1 确立和实施国家对草药的管制，包括注册 4.2 对草药及其他传统医学/补充和替代医学产品和疗法进行安全检查
	5. 安全性、有效性和质量准则 制定和支持实施技术准则，以确保草药及其他传统医学/补充和替代医学产品和疗法的安全性、有效性和质量控制	5.1 评价传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量的技术准则和方法 5.2 以依据为基础的传统医学/补充和替代医学疗法安全性、有效性和质量数据标准
	6. 承认传统医学/补充和替代医学医生在卫生保健方面的作用 通过鼓励传统医学/补充和替代医学医生和对抗疗法医生之间的互动和对话，促进对传统医学/补充和替代医学医生在卫生保健方面作用的承认	6.1 尽可能确定标准和指标，以衡量传统医学/补充和替代医学的成本效益和公平获取 6.2 更多地通过国家卫生服务提供适宜的传统医学/补充和替代医学 6.3 增加国家传统医学/补充和替代医学提供者组织的数量。
可及性：酌情提高传统医学/补充和替代医学服务的可获得程度和可负担性，并特别强调对贫困人口的可及性	7. 保护药用植物 促进可持续使用和栽培药用植物	7.1 与药用植物相关的农业规范指南 7.2 可持续使用药用植物资源
	8. 提供者适当使用传统医学/补充和替代医学 提高传统医学/补充和替代医学提供者适当使用传统医学/补充和替代医学产品和疗法的能力	8.1 为对抗疗法医生进行常用传统医学/补充和替代医学疗法的基本培训 8.2 为传统医学医生进行初级卫生保健的基本培训
合理使用：促进提供者和消费者正确使用适宜传统医学/补充和替代医学进行治疗	9. 消费者适当使用传统医学/补充和替代医学 提高消费者对使用传统医学/补充和替代医学产品和疗法作出知情决定的能力	9.1 向消费者提供关于适当使用传统医学/补充和替代医学疗法的可靠信息 9.2 改进对抗疗法医生与患者之间关于使用传统医学/补充和替代医学的沟通

* 除中国、朝鲜民主主义人民共和国、大韩民国和越南外，其他任何地方都没有这样的结合。它表明这样的事实，即在某些国家需要进行国家评估，以便确定什么模式的传统医学/补充和替代医学最便于纳入国家卫生保健系统。

5.2 安全性、有效性和质量：通过扩大传统医学/补充和替代医学的知识基础，并通过提供管制和质量保证标准的指导，提高传统医学/补充和替代医学的安全性、有效性和质量

组成部分

- **传统医学/补充和替代医学的依据基础。**提高传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量知识的可及性并扩大其范围，尤其注重于疟疾、艾滋病毒/艾滋病等重点卫生问题。
- **草药管制。**支持国家建立有效的管制系统，负责草药的注册和质量保证。
- **安全性、有效性和质量准则。**制定和支持实施确保草药及其他传统医学/补充和替代医学产品和疗法安全性、有效性和质量控制的技术准则。

世界卫生组织的战略

世界卫生组织将加强和扩大现有的全球传统医学/补充和替代医学专家网络，其组成包括世界卫生组织合作中心、国家卫生当局、学术和研究机构以及其他相关的国际机构，例如欧洲医药制品评估机构、欧洲药典、联合国粮农组织、非洲统一组织和联合国工发组织。它与这些伙伴合作，继续制定技术准则和收集科学信息，特别在草药方面。本组织将扩大其传统医学的依据基础，以便确

定哪些传统医学/补充和替代医学疗法被证实安全有效，从而提高传统医学/补充和替代医学在公共卫生方面的可信度。这些工作将包括对传统医学/补充和替代医学在预防、治疗和管理常见病的临床应用方面的技术审评，以及对传统医学/补充和替代医学安全性和有效性临床研究的进一步支持。

世界卫生组织总部和区域办事处将建立草药及其他传统医学/补充和替代医学疗法安全监测系统的全球管理网络。这将包括帮助国家确立对草药的售后监测。世界卫生组织将继续与相关专业协会和学术机构合作，以制定和提供某些手法治疗基本培训的准则。它还将为国家当局组织培训规划和讲习班，以提高它们在草药安全性与有效性方面的知识。

关键指标

战略目标	报告有草药法律和规定的世界卫生组织会员国数/世界卫生组织全体会员国数	1999 年状况	2005 年目标
有草药法律和规定的世界卫生组织会员国数	65/191	34%	40%

2002-2005 年的期望结果

- 通过联网合作和交流准确的信息，提高传统医学/补充和替代医学知识的可及性并扩大其范围。
- 对使用传统医学/补充和替代医学预防、治疗与管理常见病的研究进行技术审评。
- 有选择地支持对使用传统医学/补充和替代医学解决疟疾、艾滋病毒

/艾滋病和常见病等重点卫生问题的临床研究。

- 确立和实施国家草药管制，包括注册。
- 对草药及其他传统医学/补充和替代医学产品和疗法进行安全监测。
- 制定评价传统医学/补充和替代医学安全性、有效性和质量的技术准则和方法。
- 确立以依据为基础的关于传统医学/补充和替代医学疗法安全性、有效性和质量的数据标准。

5.3 可及性：提高传统医学/补充和替代医学的可获得程度及可负担性，重点为提高贫困人群的可及性

组成部分

- 承认传统医学/补充和替代医学医生在卫生保健中的作用。通过鼓励传统医学/补充和替代医学医生和对抗疗法医生之间的互动和对话，促进对传统医学/补充和替代医学医生在卫生保健方面作用的承认。
- 保护药用植物。促进可持续使用和栽培药用植物。

世界卫生组织的战略

广泛遭受疟疾、艾滋病毒/艾滋病和其他常见传染病折磨的多数国家，人均每年用于卫生的费用不到 15 美元。有些

国家人均每年用于药物的支出只有 0.75 美元。世界卫生组织将探讨使用可得和可负担的传统医学/补充和替代医学资源与常见传染病作斗争的可能性。这将包括对最有效草药的研究，以及鼓励政府制定保护野生药用植物群落和可持续种植这些植物的战略。（这不仅有利于获得卫生保健，而且可以保护环境和创造收入。）在进行的任何研究中，都将促进保护当地与健康相关的传统医学知识并公平地分享其效益。

世界卫生组织还将鼓励传统医学/补充和替代医学医生和对抗疗法医生之间的对话和互动，以促进对传统医学在提供卫生保健中作用的认识。在发展中国家，它将与传统医学医师协会和非政府组织合作，以便最大限度发挥传统医学医生在预防和管理常见传染病方面的作用。

关键指标^k

战略目标	报告专业上承认传统医学医生的世界卫生组织非洲会员国数/世界卫生组织全体非洲会员国数	1999 年状况	2005 年目标
专业上承认传统医学医生的世界卫生组织非洲会员国数	21/46	45%	60%

2002-2005 年的期望结果

- 尽可能制定标准和指标，以衡量成本效益和公平获取传统医学的程度。
- 通过国家卫生服务，更多提供适宜的传统医学/补充和替代医学治疗。
- 增加国家传统医学提供者组织的数量。

^k 只有非洲区域的数据。

- 制定与药用植物相关的农业规范准则。
- 可持续使用药用植物资源。

5.4 合理使用：促进提供者和消费者正确使用适当的传统医学/补充和替代医学进行治疗

组成部分

- 提供者正确使用传统医学/补充和替代医学。提高传统医学/补充和替代医学提供者正确使用传统医学/补充和替代医学产品和疗法的能力。
- 消费者正确使用传统医学/补充和替代医学。提高消费者对使用传统医学/补充和替代医学产品和疗法作出知情决定的能力。

世界卫生组织的战略

世界卫生组织将鼓励国家为对抗疗法医生组织培训规划，使他们获得传统医学/补充和替代医学的基础知识，并促进持照行医。

“我们必须拓宽补充和替代医学以及常规卫生保健执业者的知识基础，使之包含所有安全有效的卫生保健措施—真正扩大卫生保健的范围。这些措施可以纳入与患者共同制定的最佳多科治疗计划。这些必要条件使之有必要在科研、培训、教育和沟通方面作出极大的努力。”⁴⁵

世界卫生组织将为各会员国继续编写权威性参考材料，如《世界卫生组织选定药用植物专刊》。它还将编写（包括翻译）信息和教材并发展传统医学/补充和替代医学网站，以便提高对合理使用传统医学/补充和替代医学必要性的认识并指导公众安全使用。

关键指标

战略目标	有国家传统医学/补充和替代医学研究所 ¹ 的世界卫生组织会员国数/世界卫生组织全体会员国数	1999 年状况	2005 年目标
有国家传统医学/补充和替代医学研究所的世界卫生组织会员国数	19/191	10%	18%

2002-2005 年期望结果

- 为对抗疗法医生进行传统医学/补充和替代医学常用疗法的培训。
- 为传统医学医生进行初级卫生保健的培训。
- 向消费者提供关于正确使用传统医学/补充和替代医学疗法的可靠信息。
- 改进对抗疗法医生与患者之间关于使用传统医学/补充和替代医学的沟通。

¹ 国家研究所在此系指政府支持的国家研究所。



附件1 世界卫生组织 传统医学合作中心

合作中心总数：19

按区域划分

非洲区域	3
美洲区域	2
欧洲区域	1
东南亚区域	1
西太平洋区域	12

非洲区域

- Centre for Scientific Research in Plant Medicines, Mampong-Akwapim, Ghana
- Centre National d'Application des Recherches Pharmaceutiques (CNARP), Antananaviro, Madagascar
- Institut National des Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

美洲区域

- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Bethesda, USA
- College of Pharmacy, University of Illinois at Chicago, Chicago, USA

欧洲区域

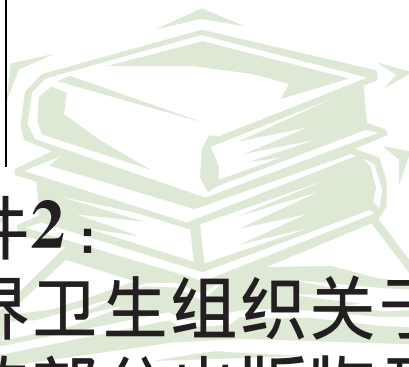
- Centre of Research in Bioclimatology, Biotechnologies and Natural Medicine, State University of Milan, Milan, Italy

东南亚区域

- Academy of Traditional Korean Medicine, Pyongyang, Democratic People's Republic of Korea

西太平洋区域

- 中华人民共和国北京，中国中医研究院针灸研究所
- 中华人民共和国北京，中国中医研究院临床科学情报研究所
- 中华人民共和国北京，中国医学科学院药用植物开发研究所
- 中华人民共和国北京，中国中医研究院中草药研究所
- 中华人民共和国南京，南京中医药大学
- 中华人民共和国上海，复旦大学针灸研究所
- 中华人民共和国上海，上海中医药大学
- Oriental Medicine Research Centre, The Kitasato Institute, Tokyo, Japan
- Department of Japanese Oriental Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University, Toyama, Japan
- East-West Medical Research Institute, Kyung Hee University, Seoul, Republic of Korea
- Natural Products Research Institute, Seoul National University, Seoul, Republic of Korea
- Institute of Traditional Medicine, Hanoi, Viet Nam



附件2： 世界卫生组织关于传统医学的部分出版物及文献

以下出版物和文件备有英文版。如果还有法文和/或西班牙文版，则标出 F 和/或 S。

国家政策及监测

Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001.

Development of National Policy on Traditional Medicine. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review. Geneva, World Health Organization, in press.

The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting. Geneva, World Health Organization, 1978 (WHO Technical Report Series, No. 622).

Regulatory Situation of Herbal Medicines: a World-wide Review. Geneva, World Health Organization, 1998 (document reference WHO/TM/98.1) (F in press/S).

Report of the Inter-regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Geneva, World Health Organization (document reference WHO/EDM/TRM/2001.1).

The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China (Based on an Inter-Regional Seminar Sponsored by the WHO in Association with the Ministry of Public Health of the People's Republic of China, 9–21 October 1985). Geneva, World Health Organization, 1986 (document reference WHO/TM/86.2).

Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information.

Washington, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2000.

Traditional Medicine and Health Care Coverage. Geneva, World Health Organization, 1983. Reprinted 1988.

Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers. Geneva, World Health Organization, 1995 (document reference WHO/SHS/DHS/TM/95.6).

质量、安全性和有效性

药用植物

Basic Tests for Drugs: Pharmaceutical Substances, Medicinal Plant Materials and Dosage Forms. Geneva, World Health Organization, 1998 (F/S).

Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products. Annex 8 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 863) (F/S).

- Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 23).
- Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines. Annex 11 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report*. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 863) (F/S).
- Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials*. Geneva, World Health Organization, 1998.
- Medicinal Plants in China*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1989 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 2).
- Medicinal Plants in the Republic of Korea*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 21).
- Medicinal Plants in the South Pacific*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 19).
- Medicinal Plants in Viet Nam*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1990 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 3).
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants*. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1999.
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants*. Vol. 2. Geneva, World Health Organization, 2001.

研究

- Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products. Report of a WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 26–28 September 1990*. Geneva, World Health Organization, 1990 (document reference WHO/TM/GPA/90.2).
- General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva, World Health Organization, in press (document reference WHO/EDM/TRM/2000.1).
- Guidelines for Clinical Research on Acupuncture*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1995 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 15).
- In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. Report of an Informal WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 6–8 February 1989*. WHO Geneva, 1989 (document reference WHO/GPA/BMR/89.5).
- Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1993.
- Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

合理使用

针灸穴位命名

- A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group*. Geneva, World Health Organization, 1991.
- Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. Lyon, France, 28–30 November 1990*. Geneva, World Health Organization, 1991 (document reference WHO/TM/91.2).
- Standard Acupuncture Nomenclature*, 2nd ed. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1993.

药用植物的保护

- Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation, Chiang Mai, Thailand, 21–27 March 1988.* Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1991.
- Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional Value. Proceedings of the First WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement. Kobe, Japan, 26–28 August 1991.* Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1992.
- WHO/IUCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants.* Gland, Switzerland, International Union for the Conservation of Nature, 1993 (F/S).

疗法选择和和使用

- WHO/DANIDA Intercountry Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programmes. Report of an Intercountry Course Held in Kadoma, Zimbabwe, 26 June – 6 July 1989.* Geneva, World Health Organization, 1991 (document reference WHO/TM/91.1).
- WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care. Report of an Inter-Regional Workshop Held in Bangkok, Thailand, 25 November – 4 December 1985.* Geneva, World Health Organization, 1986 (document reference WHO/TM/86.1).

培训和规范

- Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care.* Geneva, World Health Organization, 1995 (document reference WHO/SHS/DHS/TM/95.5).
- Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture.* Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference WHO/EDM/TM/99.1) (F).
- Prospects for Involving Traditional Health Practitioners. Report of the Consultation on AIDS and Traditional Medicine, Francistown, Botswana, 23–27 July 1990.* Geneva, World Health Organization, 1990 (document reference WHO/TM/GPA/90.1) (F).
- Acupuncture: Review and Analysis of Reports.* Geneva, World Health Organization, in press.
- Training Package for Practitioners of Traditional Medicine.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1999.

世界卫生组织传统医学合作中心

- Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. Beijing, People's Republic of China, 23–26 October 1995.* Geneva, World Health Organization, 1996 (document reference WHO/TM/96.1).
- Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. Beijing, People's Republic of China, 16–20 November 1987.* Geneva, World Health Organization, 1988 (document reference WHO/TM/88.1).



参考文献

1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. World Health Organization. *Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010*. Harare, World Health Organization, 2000 (document reference AFR/RC50/Doc.9/R).
3. World Health Organization. *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999)*. Harare, WHO Regional Office for Africa, 2000.
4. World Health Organization. *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference (WP)TM/ICP/TM/001/RB/98–RS/99/GE/32(CHN)).
5. World Health Organization. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington DC, WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization (Working group OPS/OMS), 1999.
6. World Health Organization. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Philippines, 18 September 1998*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998.
7. Fisher P & Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 309:107–111.
8. Health Canada. *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A Collection of Papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Health Canada, 2001.
9. G. Domenighetti et al. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parmi les médecins suisses. *Médecine & Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C & Vickers AJ. *ABC of Complementary Medicine*. London, BMJ Books, 2000 (reprinted from a series of articles that appeared in the *British Medical Journal* during 1999).
11. World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies. *The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent*. Beijing, World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies, 2000.
12. World Health Organization. *The Legal Status of Traditional and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review*. Geneva, World Health Organization, in press.
13. Eisenberg DM et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1569–75.
14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G & Aldridge D, eds. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991. Quoted in reference 7.

15. Marthiessen P, Rosslenbroich B & Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen — Bestandaufnahme zur Forschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialien zur Gesundheitsforschung, Band 21.) Quoted in reference 7.
16. House of Lords, United Kingdom. Select Committee on Science and Technology. Session 1999–2000. *6th Report. Complementary and Alternative Medicine*. London, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. United Nations Conference on Trade and Development. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development, 2000 (document reference TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Data from Information Resources, Inc. Scanner Data, quoted in *Herbal Gram, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association*, 1998, 43:61.
19. Mhame P. *The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania*. Paper presented at UNCTAD Expert Meeting on Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices, 30 October – 1 November 2000, Geneva.
20. Quoted in: Spry-Levertton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. *UNICEF Information Feature, October 2000*. At: <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. *Local production and dispensing of herbal antimalarials*. A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8–11 December 1999.
22. Gyapong M et al. *Report on Pre-testing of Instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana*. 10 January 1999.
23. Diarra D et al. *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*. 2–28 January 1999.
24. Brieger W et al. *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Procedures. IDO Local Government, Oyo State, Nigeria*. 13 November – 4 December 1998.
25. RBM Country Team. *The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia*. 21 December 1998 – 20 January 1999.
26. Ahorlu CK. Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
28. Personal communication from Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, March 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, California, Alta Mira Press, 1999.
30. UNAIDS. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*. Geneva, UNAIDS, 1999.

31. Burford G et al. *Traditional Medicine & HIV/AIDS in Africa. A Report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenya, 16–19 May 2000.* 3 July 2000.
32. Jonas WB. Alternative medicine — learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.
33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
34. Mason F. *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey.* Toronto, 1995.
35. Anderson W et al. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
36. Ostrow MJ et al. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.
37. Chez AR & Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
38. Studdert DM et al. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1569–1575.
39. Reported by World Federation of Chiropractic, 2000.
40. Reported by World Chiropractic Alliance, 2000.
41. World Health Organization. *Regulatory Situation of Herbal Medicines. A Worldwide Review.* Geneva, World Health Organization, 1998 (document reference WHO/TRM/98.1).
42. Norges Offentlige Utredninger [Norway Official Reports]. NOU 1998:21. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial — og helsedepartementet Avgitt til Sosial — og helsedepartementet [Report of a committee, appointed by the Ministry of Health and Social Affairs, to the Ministry of Health and Social Affairs]. *Alternativ Medisin [Alternative Medicine]*. 1998.
43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686.
44. Bhattacharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
45. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Expanding Horizons of Healthcare. Five-year Strategic Plan 2001–2005.* Maryland, National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2000.
46. Council of Europe. Resolution 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extract from the *Official Gazette of the Council of Europe* — November 1999) (document reference 8435). Parliamentary Assembly. 4 November 1999.
47. World Health Organization. *Regional Consultation on Development of Traditional Medicine in South-East Asia Region, 1999.* New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 1999 (document reference SEA/Trad.Med./80).
48. World Health Organization. *Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Thailand, 6–8 December 2000.* Geneva, World Health Organization, 2001 (document reference WHO/EDM/TRM/2001.1)

49. World Health Organization. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document reference WHO/EDM/TRM/2000.1).
50. European Commission. *COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993–98*. Brussels, European Commission, 1998 (document reference EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. *Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud (Study of Cost-Effectiveness: National Program in Complementary Medicine. Social Security of EsSalud)*. Lima, EsSalud/Organización Panamericana de Salud (Pan American Health Organization), 2000.
52. World Health Organization. *Counterfeit and Substandard drugs in Myanmar and Vietnam*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference WHO/EDM/QSM/99.3).
53. Speech of WHO Director-General Dr Gro Harlem Brundtland at the opening of the Commission for Macroeconomics and Health, Paris, 8 November 2000. Accessible at: http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108_paris.html.
54. Berthold HK, Sudhop MD & Bergmann K. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism. *Journal of American Medical Association*, 1998, 279:1900–1902.
55. Kleijnen J, Knipschild P & ter Riet G. Garlic, onions and cardiovascular risk factors. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 28: 535–544.
56. Nortier JL et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(23):1686–1692. Quoted in reference 45.
57. Piscitelli SC et al. Indinavir concentrations and St John's wort. *The Lancet*, 2000, 355(9203):547–548. Quoted in reference 45.
58. World Health Organization. *Regional Meeting on Regulatory Aspects of Herbal Products. November 13–16, 2000, Final Report, Washington, DC*. Washington, DC, WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization, 2000.
59. World Health Organization. *The Work of WHO in the Western Pacific Region. Report of the Regional Director, 1 July 2001 – 31 June 2001*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001.
60. World Health Organization. *Policy and Budget for One WHO*. Geneva, World Health Organization (document reference PPB/2002–2003).
61. World Health Organization. *Traditional Medicine*. Regional Committee for the WHO Western Pacific Region. Fifty-second Session, Brunei Darussalam, 10–14 September 2001. Provisional Agenda Item 13. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001 (document reference WPR/RC52/7).

