



中醫總額醫療照護試辦計畫 執行結果評核報告

報告人：洪裕強 醫師、博士

中華民國中醫師公會全國聯合會 副秘書長
高雄長庚醫院中醫內科主任



執行結果及成效評估報告大綱

- ④ 腦血管疾病患者西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫
- ④ 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫
- ④ 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫
- ④ 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫
- ④ 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

d 邱顯學主任：腦血管疾病
西醫住院病患中醫輔助醫
療試辦計畫

d 李育臣主任：腦血管疾病
後遺症中醫門診照護計畫

d 陳建仲主任：腫瘤患者手
術、化療、放射線療法西
醫住院病患中醫輔助醫療
試辦計畫

d 李科宏主任：小兒腦性麻
痺中醫優質門診照護試辦
計畫

d 羅綸謙主任：小兒氣喘緩
解期中醫優質門診照護試
辦計畫

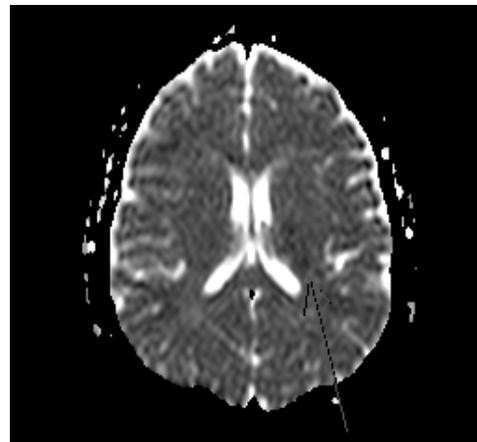
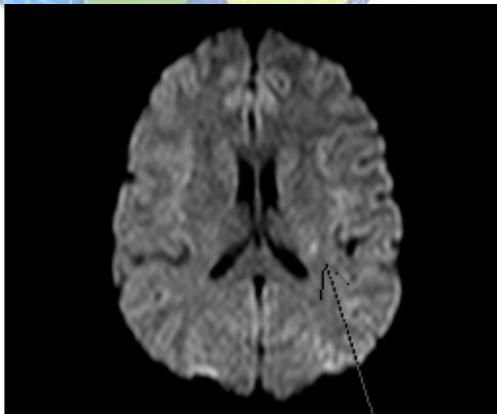


d 高雄長庚醫院中
醫內科主任
d 長庚大學臨床醫
學研究所博士
d 陽明醫學院公共
衛生研究所碩士
d 中國醫藥學院中
醫學系學士



98年度會員
學術論文獎得主洪裕強醫師
陳維昭理事長(左)頒贈獎狀
獎金

腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫



2009.2.25



行政院衛生署中醫藥委員會
推動中醫藥療效評估及診斷標準化類
委託研究計畫書

針灸對腦中風療效評估之實證研究及文獻回顧

計畫期間：99.11.18~100.11.20

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：林昭庚

協同主持人：許重義、宋鴻樟、孫茂峰、施純全



腦血管疾病西醫住院中醫輔助醫療 試辦計劃疾病嚴重度分析(一)

表1 住院天數和住院費用

	中風住院病人		P-value
	Case N=183	Control N=732	
住院天數	36.02(26.45)	12.92(25.29)	<0.0001
住院費用	228,414.25(243,609.17)	80,658.25(163,768.38)	<0.0001

註1:根據年齡(±2歲)、性別以1:4比例配對

註2:以住院天數和住院費用來看，case組皆顯著較多。



腦血管疾病西醫住院中醫輔助醫療 試辦計劃疾病嚴重度分析(二)

表2 ICU病房

	ICU		Crude odds ratio
	No(n=647)	Yes(n=268)	
Case(n=183)	92(50.27)	91(49.73)	3.10(2.22,4.34)
Control(n=732)	555(75.82)	177(24.18)	1.00(-,-)

註1:根據年齡(+2歲)、性別以1:4比例配對

註2:ICU是Case組顯著較高



腦血管疾病西醫住院中醫輔助醫療 試辦計劃疾病嚴重度分析(三)

表3 Surgery

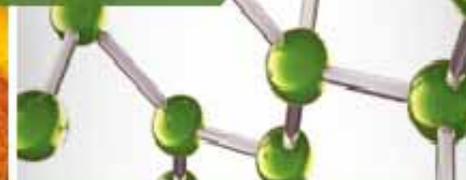
	Surgery		Crude odds ratio
	No(n=829)	Yes(n=86)	
Case(n=183)	143(78.14)	40(21.86)	4.17(2.63,6.61)
Control(n=732)	686(93.72.)	46(6.28)	1.00(-,-)

註1:根據年齡(±2歲)、性別以1:4比例配對

註2:Surgery是Case組顯著較高



Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine



[About this Journal](#)

[Submit a Manuscript](#)

[Table of Contents](#)



Journal Menu

- [Abstracting and Indexing](#)
- [Aims and Scope](#)
- [Article Processing Charges](#)
- [Articles in Press](#)
- [Author Guidelines](#)
- [Bibliographic Information](#)
- [Contact Information](#)
- [Editorial Board](#)
- [Editorial Workflow](#)
- [Free eTOC Alerts](#)
- [Reviewers Acknowledgment](#)
- [Subscription Information](#)

• [Open Special Issues](#)

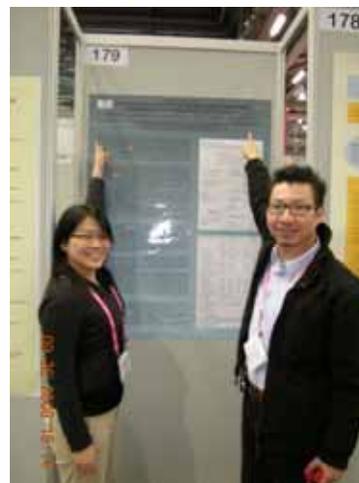
Research Article

[Provisional PDF](#)

The Pilot Scheme of Health Policy in Stroke Adjuvant Acupuncture Therapy (HPSAAT) for Acute and Subacute Ischemic Stroke in Taiwan

Yi-Chia Wei, Mao-Feng Sun, Ku-Chou Chang, Chee-Jen Chang, Yu-Chiang Hung, Yu-Jr Lin, and Hsien-Hsueh Elley Chiu

Received 10 August 2010; Revised 28 December 2010; Accepted 7 February 2011





腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

◎ 成效評估：以高雄長庚醫院為例之執行成效探討

腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：高雄長庚醫院的二年經驗

腦血管疾病住院輔助中醫治療試辦計畫(HPSAAT)發表摘要

Evidence Based Complement Alternat Med. 2011;2011:689813. 2011 Apr18－邱顯學)

本研究回溯分析95年到97年間高雄長庚神經內、外科共4,064人次急、慢性腦中風住院病患中申請治療的273名病患，其中26人是早期介入針灸治療的缺血性腦中風病患，根據性別、年齡隨機配對抽樣未針灸的52名對照組病患。

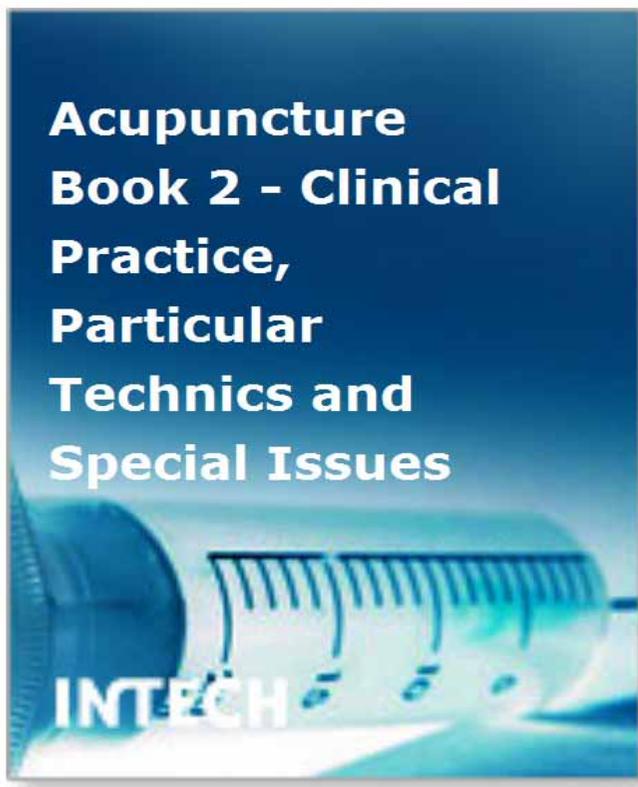
研究顯示，住院期間針灸組沒有人死亡，對照組則有3人；出院後6個月內，針灸組有2人、對照組有7人因其他疾病再住院；另外出院後追蹤6個月，針灸組沒有人死亡，對照組有2人死亡。

26位HPSAAT參與者和52位年齡性別配對的隨機對照者中，HPSAAT參加者的中風基線嚴重度比非HPSAAT的控制組嚴重。雖然死亡率和併發症與中風的嚴重程度密切相關，但這項研究指出，HPSAAT參加者在中醫針刺治療過程無明顯住院併發症與死亡率，輔助中醫針刺在急性和亞急性缺血性中風的階段被認為是安全的。但由於中風的基線嚴重程度不均勻，這項研究的臨床神經功能缺損減少和功能恢復的好處沒有確定。



Acupuncture Book 2

ISBN 979-953-307-214-1



1	Chapter Number
2	Acupuncture for Disorders of
3	Consciousness - A Case Series and Review
4	Wen-Long Hu ^{1,2,3} , Yu-Chiang Hung ^{1,2} and Chih-Hao Chang ^{2,3,4}
5	¹ Department of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Chang
6	Gung University College of Medicine, Kaohsiung,
7	² Kaohsiung Medical University College of Medicine, Kaohsiung,
8	³ Fooyin University College of Nursing, Kaohsiung,
9	⁴ Division of Chinese Medicine, Kaohsiung Municipal Chinese Medical Hospital,
10	Kaohsiung,
11	Taiwan
12	1. Introduction
13	The lives of numerous patients in critical condition have been saved since the development
14	of neuro-intensive care medicine in the 1960s. However, an unfortunate outcome of this
15	development is the existence of a pool of surviving patients with unresponsiveness. This
16	previously rare condition has been a new challenge for the medical community. After
17	decades of medical development, a general framework of diagnosis and treatment of
18	unresponsiveness has gradually been established, although the current knowledge is mainly
19	derived from personal experience, and consensus is lacking for well-defined and effective
20	diagnostic and treatment procedures (Liang, 2006). Disorders of consciousness mainly
21	include coma, vegetative states (VSs), and minimally-conscious states (MCSs) (Bernat, 2006).
22	The causes of consciousness disorders are mainly traumatic brain injury and
23	cerebrovascular diseases, but they may also include hypoxia resulting from cardiac arrest
24	and resuscitation, shock, and carbon monoxide (CO) poisoning. The lesions are
25	predominantly found in the cerebral cortex, hypothalamus, and midbrain (Povlishock &
26	Christman, 1995; Kampel et al., 1998). Consciousness emerges from interactions of the
27	reticular activating system between the two cerebral hemispheres and the brain stem. Any
28	factor interfering with these delicate processes may decrease alertness. The cerebral cortex
29	lacks any intrinsic mechanism to promote responsiveness, which instead requires
30	subcortical structures to generate and maintain consciousness. External stimuli are
31	transmitted to the brain stem through the sensory organs, subsequently relayed to the
32	thalamus, and eventually delivered to the cerebral cortex. The hypothalamus also plays a
33	crucial role during this process, especially in controlling periodic rhythms. Different
34	etiological factors of consciousness disorders result in differences in neuropathology. This is
35	exemplified by studies of nerve electrophysiology showing that short-term brain hypoxia
36	mainly affects the cerebral cortex; however, as the duration of hypoxia extends, deeper
37	structures are also compromised (Hoesch et al., 2006). The pathology of VS is divided into
38	three categories: large-scale damage to the cerebral cortex, injury to links (e.g., thalamus)



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

◎成效評估(一)：中醫治療腦血管疾病成效評估之 相關實證研究

作者(年)	資料來源	重要結果
謝慶良(96)	問卷 (SF-36、巴氏量表、 NIHSS、FIM、MRS、 中風病辨證診斷表、 GCS)	1. 中醫治療組改善的有109位(86.5%)比對照組的43位(66.2%)的百分比多 2. 生活品質量表SF-36方面中醫治療組減少生理功能角色受限比對照組大
馬作鏞(95)	問卷 (SF-36)	中西醫合併治療SF-36總分平均78.8分，西醫治療SF-36總分平均71.4分，中西醫合併治療成本效果比=236.9元/unit
孫茂峰(96)	問卷 (NIHSS、巴氏量表)	腦中風患者基期的狀況多不如對照組，治療後在巴氏量表和中風衝擊量表的表現多有進步，且有明顯優於對照組的項目



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

◎成效評估(二)：院所回覆之相關生、心理問卷 成效評估

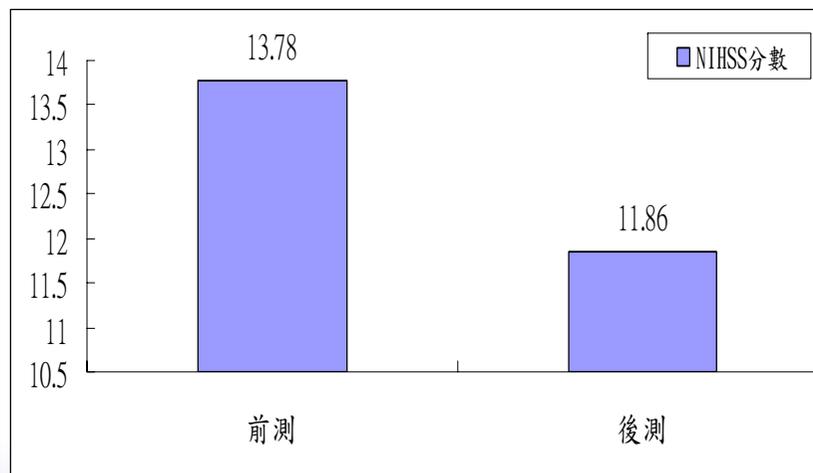
評估工具	NIHSS、巴氏量表
評估方法	1.採取前後測之評估方法，於病患入院與出院時各測量一次，比較前後測得分差異 2.出院時記錄有無中藥使用與針灸次數，使用t檢定來檢定中醫治療方式和病患之神經功能狀態、日常生活獨立情形的關係
結果	樣本數：1,118人 前後測的相隔時間平均為12天 樣本來源為北中南各承辦計畫醫院



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

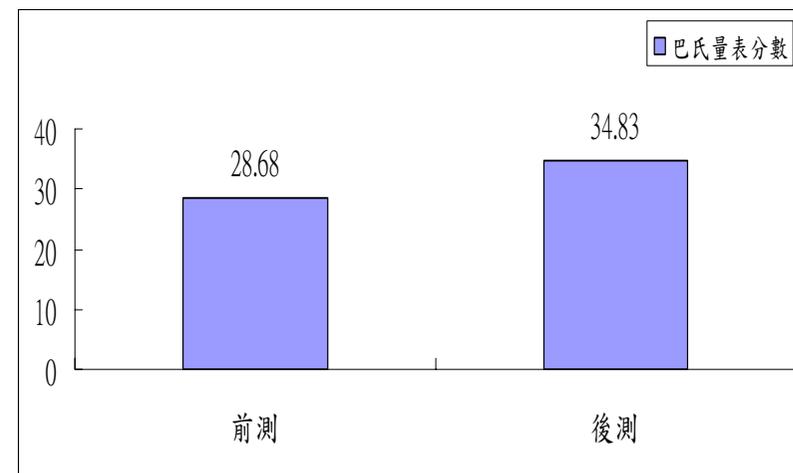
◎NIHSS與巴氏量表之前後測分數差異

項目	前測		後測		差值	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
NIHSS分數	13.78	11.39	11.86	10.97	-1.27	3.48
巴氏量表分數	28.68	28.53	34.83	30.48	5.42	12.53



註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重

2011/07/25



註：分數越高生活品質越好

中華民國中醫師全聯會



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

◎腦血管病患之NIHSS前後測分數差異與中醫治療 方式之檢定

治療模式	人數	平均值	標準差	檢定值 ¹	P值 事後檢定
有無中藥治療					
無中藥治療(0)	785	-1.28	3.14	-11.46	<.0001
有中藥治療(1)	231	-1.61	4.81	-5.08	<.0001
針灸次數					
無針灸(0)	412	-1.13	3.12	-7.37	<.0001
1~5次(1)	348	-0.89	2.73	-6.08	<.0001
6~10次(2)	153	-1.92	3.87	-6.12	<.0001
11~15次(3)	81	-2.89	5.95	-4.37	<.0001
16~20次(4)	13	-2.62	4.82	-1.96	0.0742
21次以上(5)	10	-4.3	8.35	-1.63	0.1380

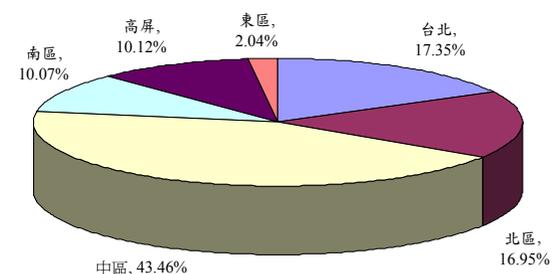
註：*p<0.05；***p<0.001
2011/07/25

部分問卷未標示是否有給藥或針灸
中華民國中醫師全聯會



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

醫療服務提供統計概況



年度	項目	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天服務人次
95		14	51	1,571	6.87
96		19	83	3,426	7.67
97		22	81	4,047	8.93
98		26	104	4,934	8.87
99		30	114	6,053	7.39
98-99成長率		15.4%	9.6%	22.7%	-16.7%



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

◎民眾利用統計概況-1

年度	項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
95		10,843	910	11.92
96		26,366	1,864	14.14
97		36,374	2,736	13.29
98		43,825	3,692	11.87
99		44,721	4,377	10.22
98-99成長率		2.04%	18.55%	-13.93%



腦血管疾病患者西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫

◎民眾利用統計概況-2

年度	項目	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
95		10,465,780	965	11,501
96		25,509,940	968	13,686
97		36,167,250	994	13,219
98		44,326,180	1,011	12,006
99		49,186,750	1,100	11,238
98-99成長率		10.97%	8.80%	-6.40%

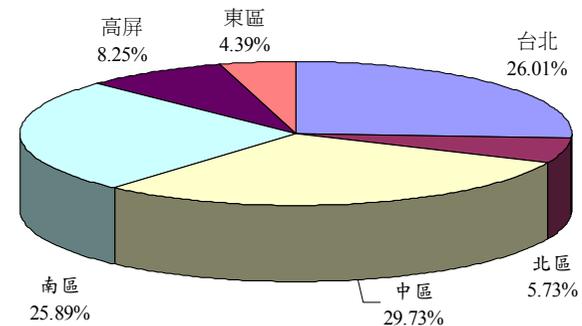


腫瘤患者手術、化療、放射線療法後
西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫



腫瘤患者手術、化療、放射線療法後 西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

醫療服務提供統計概況



年度 \ 項目	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天次服務人次
98	20	85	2,325	2.55
99	23	92	3,283	2.77
98-99成長率	15.00%	8.24%	41.20%	8.63%



腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院 病患中醫輔助醫療試辦計畫民眾利用統計概況

年度 \ 項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
98	5,932	1,121	5.29
99	9,102	1,831	4.97
98-99成長率	53.44%	63.34%	-6.06%

年度 \ 項目	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
98	7,293,240	1,229	6,506
99	11,312,430	1,243	6,178
98-99成長率	55.11%	1.09%	-5.04%



腫瘤患者手術、化療、放射線療法後 西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

◎成效評估：院所回覆之相關生、心理問卷成效評估

評估工具	腫瘤患者生命值量表(EORTC的QLQ2C30(V3.0)) 生活品質評估(ECOG)
評估方法	1.計畫採取前後測之評估方法，於病患入院時進行腫瘤患者生命值量表(QLQ 2C30)與生活品質評估(ECOG)的測量。 2.治療前後兩組樣本使用t檢定來檢定中醫治療方式和病患之神經功能狀態、日常生活獨立情形的關係。
結果	樣本數：70人 樣本來源為北中南各承辦計畫醫院



腫瘤患者手術、化療、放射線療法後 西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

◎腫瘤病患之QLQ2C30各領域前後測分數差異檢定

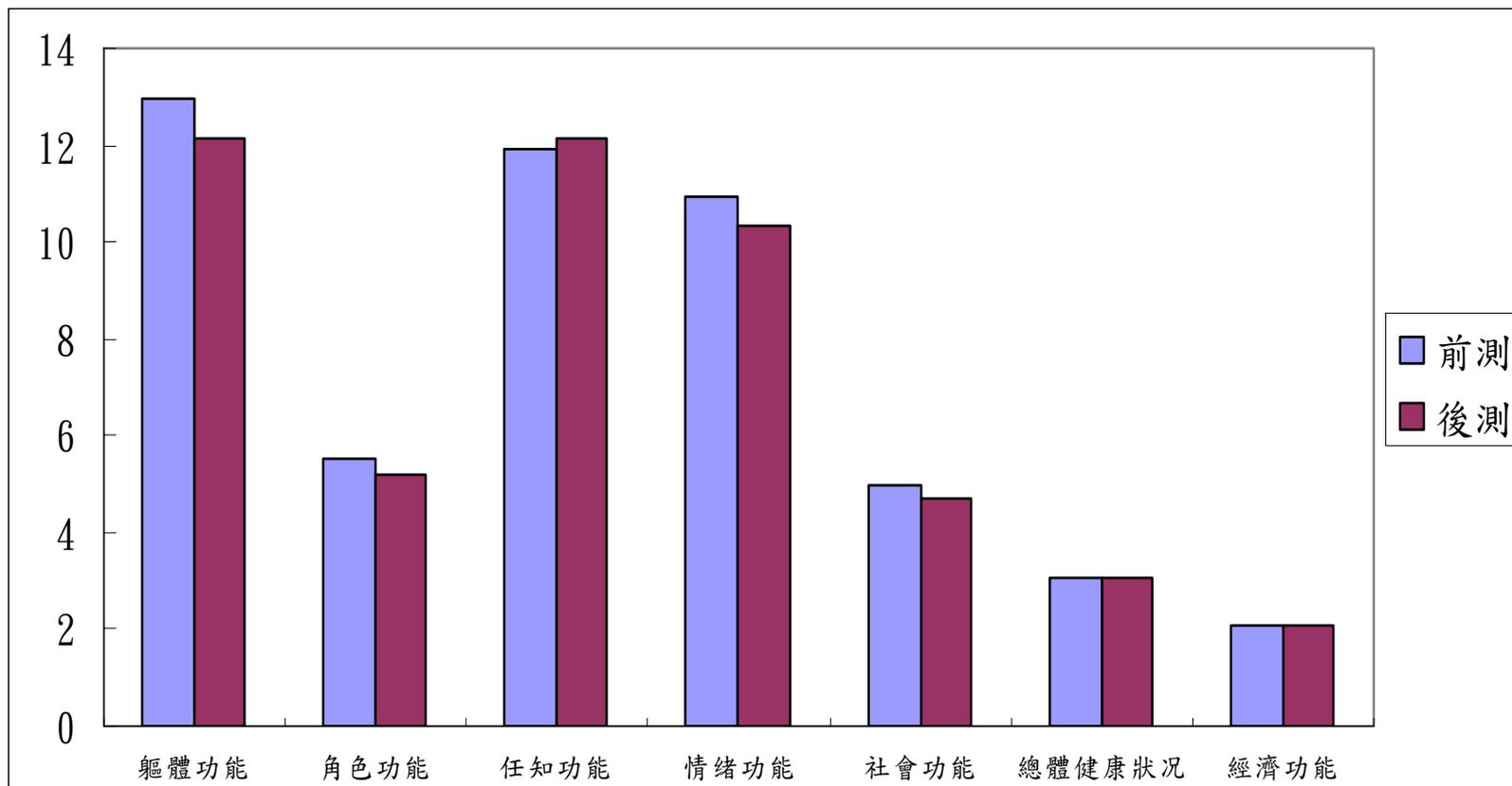
各領域	前後測 分數差值	標準差	檢定值	P值 事後檢定
七個功能				
軀體功能	-0.854	3.6084	-1.64	0.1077
角色功能	-0.313	1.7401	1.24	0.2196
任知功能	0.25	3.4053	0.51	0.6134
情緒功能	-0.583	4.4666	-0.9	0.3702
社會功能	-0.229	2.156	-0.74	0.4651
總體健康狀況	0	0		
經濟功能	0.0208	0.9107	0.16	0.8747
三個症狀				
乏力	-0.021	0.9563	-0.15	0.8807
疼痛	0.1458	1.1107	0.91	0.3676
噁心嘔吐	0.3542	1.8961	1.29	0.202

註：*p<0.05；***p<0.001



腫瘤患者手術、化療、放射線療法後 西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

◎腫瘤病患在QLQ2C30之前後測分數差異



註：分數越高表示狀態愈嚴重

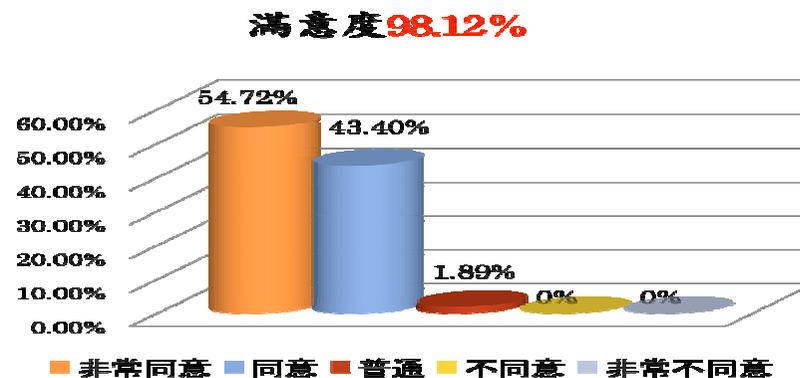
2011/07/25

中華民國中醫師全聯會

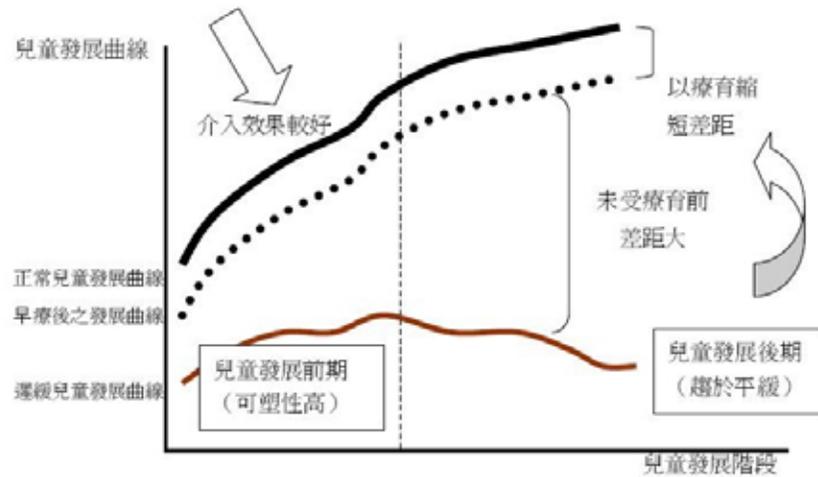


中醫腫瘤試辦計畫滿意度問卷分析(慈濟)

- 1. 您認為健保局提供住院會診中醫的政策不錯? 96.22%
- 2. 您認為住院期間中醫輔助治療對您有幫助? 90.56%
- 3. 您可以接受住院期間中醫師診察過程、巡房頻率? 94.34%
- 4. 中醫護理衛教所提供的資訊對您有幫助? 94.34%
- 5. 整體而言，您對會診中醫所提供的治療及衛教指導的服務感到滿意? 98.12%

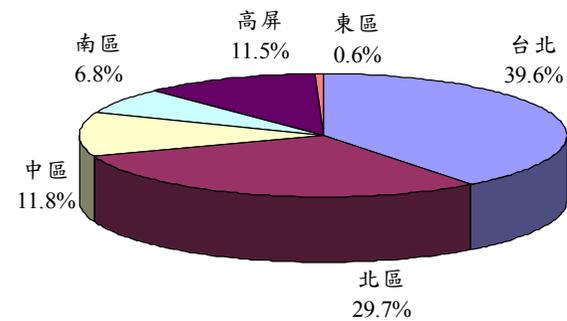


小兒腦性麻痺中醫優質 門診照護試辦計畫





小兒腦性麻痺中醫 優質門診照護試辦計畫



醫療服務提供統計概況

年度	項目	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天次 服務人次
95		6	19	613	8.52
96		7	26	1,284	7.31
97		7	22	1,214	7.64
98		9	28	1,118	7.05
99		11	24	1,238	6.46
98-99成長率		28.57%	-14.29%	10.73%	-8.31%



小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

◎民眾利用統計概況-1

年度	項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
95		5,221	311	16.79
96		9,385	371	25.30
97		9,273	358	25.90
98		7,880	305	25.84
99		8,001	320	25.00
98-99	成長率	1.54%	4.92%	-3.22%



小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

◎民眾利用統計概況-2

年度	項目	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
95		13,871,190	2,657	44,602
96		24,941,140	2,658	67,227
97		24,528,950	2,645	68,517
98		20,754,390	2,634	68,047
99		19,958,760	2,495	62,371
98-99	成長率	-3.83%	-5.29%	-8.34%



小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

◎成效評估(一)：中醫治療小兒腦性麻痺成效評估 相關實證研究-1

作者(年)	資料來源	重要結果
馬作鏞(95)	問卷 (SF-36)	中西醫合併治療SF-36總分平均96.5，腦性麻痺西醫治療SF-36總分平均85.5。中西醫合併治療成本效果比=159.4元/unit
林昭庚(96)	問卷 (SF-36)	中西醫組每增加一單位的生活品質總分只需多花費1852.9單位成本，西醫組在增加生活品質總分上不具任何成本效果
孫茂峰(96)	問卷 (CCDI、GMFM、 PedsQLTM4.0)	實驗組接受中醫治療約3個月後，腦性麻痺患者在粗動作功能評量上有顯著優於對照組的進步



小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

◎成效評估(一)：中醫治療小兒腦性麻痺成效評估 相關實證研究-2

作者(年)	主題與資料來源	重要結果
ZHOU Xue-juan et al(2005)	測量病患之運動神經功能與社會適應能力 J.of Zhejiang University. 6B(1)57-60	運動神經功能與社會適應能力治療前後皆達顯著差異($p < 0.01$)，結論：合併中西醫和家庭支持的治療方法對小兒腦性麻痺患者為有效益的治療方法
Yuqing Zhang, M.D. (2010)	整合針灸、推拿、中藥和藥浴治療小兒腦性麻痺患者的臨床試驗 The journal of alternative and complementary medicine.375-379.	整合針灸、推拿、中藥和藥浴配合傳統的復健治療，有助於小兒腦性麻痺患者身體、心理、生活自主與語言功能的進步



Traditional Chinese Medicine for treatment of cerebral palsy in children: a systematic review of randomized clinical

trialsZhang Y, Liu J, Wang J, He Q. J Altern Complement Med. 2010 Apr;16(4):375-95.

- a Thirty-five (35) RCTs involving 3286 children with CP using TCM therapy and conventional therapy (CT) including physical, occupational, and speech therapy, hyperbaric oxygen, cranial nerves nutrition agents, or any combination of above were included.
- a Meta-analysis showed acupuncture combine with CT improved **activities of daily living (95% confidence interval 5.15-7.61; $p < 0.00001$, $n = 160$)** compared with CT alone.
- a Acupuncture plus tu'ina, or plus herbal medicine and CT showed significant beneficial effects on **comprehensive function in terms of both physical and mental aspects, independence, and verbal function** compared with CT alone.



小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

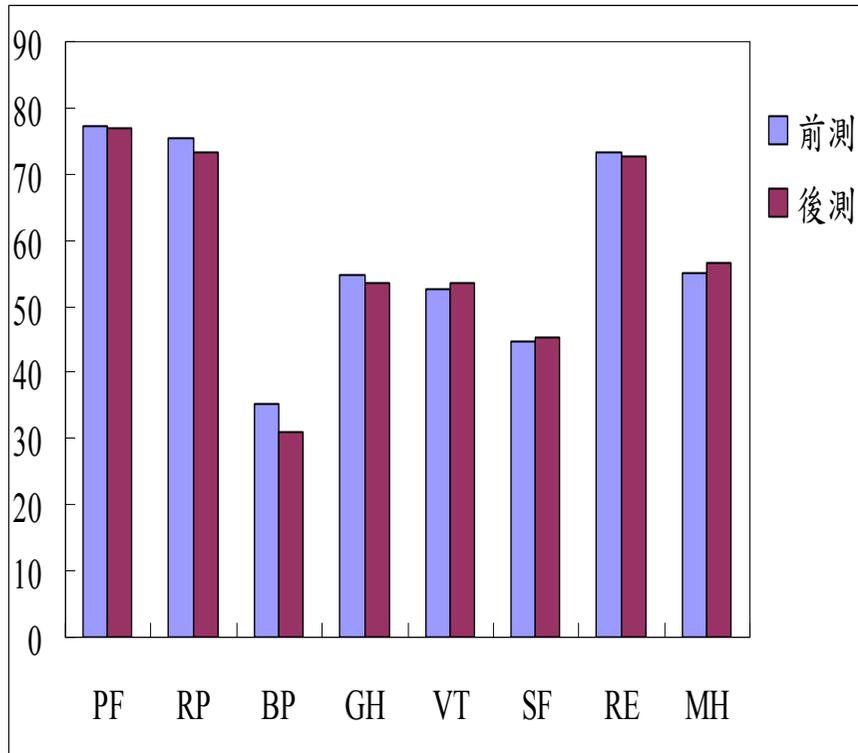
◎成效評估(二)：院所回覆之相關生、心理問卷 成效評估

評估工具	SF-36生活品質問卷、GMFm粗動作功能量表
評估方法	針對98年至99年期間至設有中醫門診之醫院就診，且年齡在12歲以下(含12歲)之腦性麻痺患童，評估中醫優質門診照護計畫是否能改善小兒腦性麻痺患童的生活品質與粗動作功能情形
結果	樣本數：54人 樣本來源為北中南醫院各承辦計畫醫院 ◎SF-36生活品質問卷：前後測相隔時間平均約為3個月 ◎GMFm粗動作功能量表：第一次與第二次評估相隔時間平均約為3個月；第一次與第四次檢測相隔時間平均約為11個月



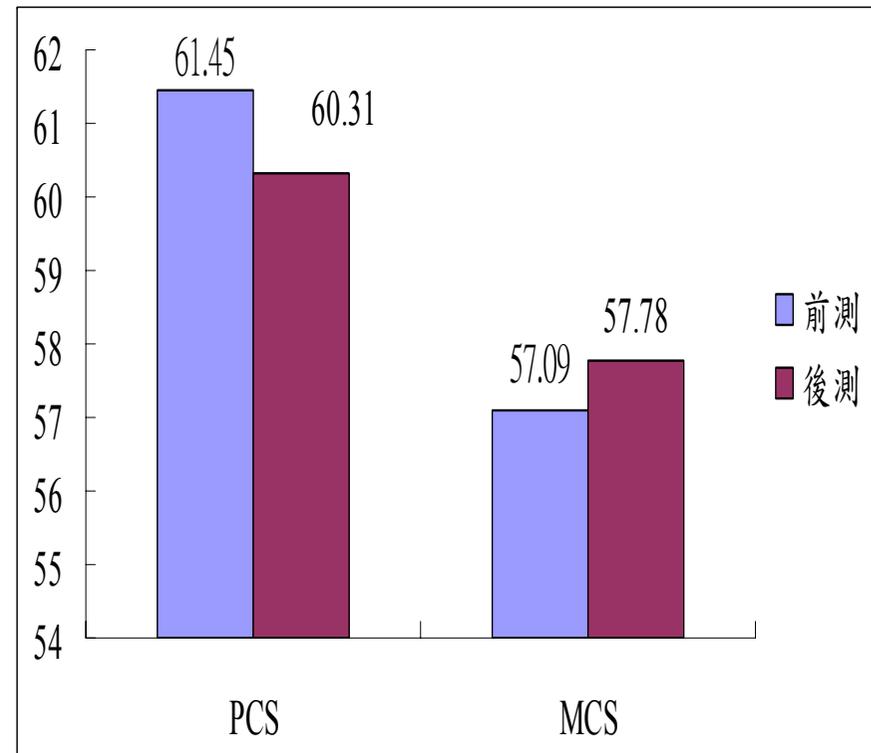
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

小兒腦麻病患在SF-36八構面之前後測分數差異 小兒腦麻病患在SF-36兩大面向之前後測分數差異



註：得分越高表示生活品質越佳

VT:活力狀況;SF:社會功能;MH:心理健康



註：得分越高表示生活品質越佳

PCS:整體生理;MCS:整體心理

2011/07/25

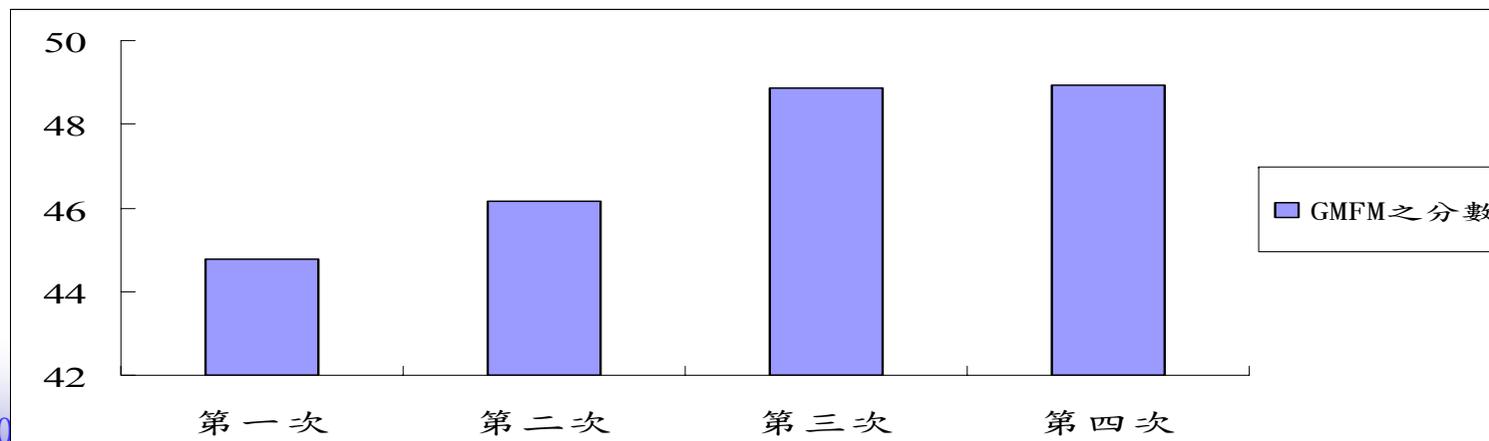
中華民國中醫師全聯會



小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

◎小兒腦麻病患在GMFM之四次受訪差異性檢定

受訪	(N=54)		T Test 檢定值	P值
	MEAN	SD		
第一次	44.76	32.87	10.01	<.0001
第二次	46.17	32.06	10.58	<.0001
第三次	48.85	31.85	11.27	<.0001
第四次	48.92	33.68	11.37	<.0001





小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

◎成效評估(三)：以桃園長庚醫院為例之成效評估探討

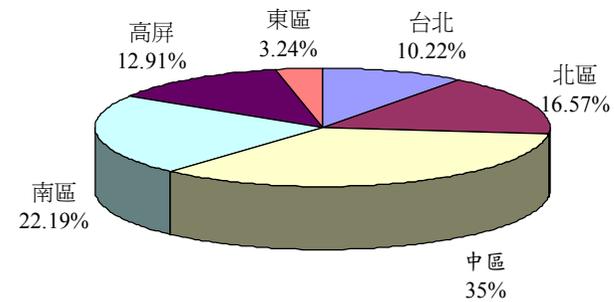
N=99	第一次	第四次	第八次	P值
GMFMA	33.97(12.15)	43.08(10.05)	44.05(12.25)	0.005
GMFMB	31.80(21.37)	37.93(20.55)	41.12(21.02)	0.007
GMFMC	13.51(51.03)	16.48(15.10)	21.94(17.24)	0.001
GMFMD	7.81(11.82)	9.76(12.31)	15.46(16.28)	0.000
GMFME	10.73(18.60)	13.53(19.65)	21.75(24.95)	0.001
GMFM TOTAL	102.81(69.34)	120.78(67.47)	144.32(82.54)	0.000



小兒氣喘緩解期中醫優質
門診照護試辦計畫



小兒氣喘緩解期中醫 優質門診照護試辦計畫



醫療服務提供統計概況

年度	項目	承辦院所數	參與醫師數	服務天次	平均每天次服務人次
95		8	23	491	5.08
96		9	28	983	3.02
97		11	28	1,043	3.24
98		13	31	1,097	3.58
99		13	35	1,299	3.73
98-99成長率		0%	12.90%	18.41%	4.45%



小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫

◎民眾利用統計概況-1

年度	項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
95		2,494	239	10.44
96		2,970	282	10.53
97		3,380	274	12.34
98		3,922	316	12.41
99		4,851	393	12.34
98-99	成長率	23.69%	24.37%	-0.55%



小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫

◎民眾利用統計概況-2

年度	項目	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
95		6,333,979	2,540	26,502
96		7,022,306	2,364	24,902
97		8,226,584	2,434	30,024
98		10,345,765	2,638	32,740
99		12,215,102	2,518	31,082
98-99成長率		18.07%	-4.54%	-5.06%



小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫

◎成效評估(一)：中醫治療小兒氣喘成效評估相關實證研究

作者(年)	資料來源	重要結果
林昭庚(96)	問卷 (SF-36)	中西醫組每增加一單位的生活品質總分，只需多花費362.96單位成本，而只接受西醫治療，需多花費409.99單位成本，故顯示小兒氣喘中醫照護比西醫治療更具成本效果
孫茂峰(96)	問卷 (氣喘控制檢測)	氣喘患者在氣喘控制測驗的表現與對照組近似
羅綸謙(100)	彰基病例	氣喘中醫輔助性治療可減少小兒氣喘患童急診求診次數、住院率與住院天數。

CLINICAL EVALUATION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE HOLISTIC TREATMENTS ON PEDIATRIC ASTHMA

Lo L.C.¹, Chang S.C.¹, Lee C.Y.¹, Lee T.C.¹, Huang S.Y.¹, Cheng C.L.², Sun M.F.³

¹Department of Chinese Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan

² Graduate Institute of Statistical and informational Science, National Changhua University of Education, Taiwan

³Department of Acupuncture, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

RESULTS

58 patients, including 14 girls and 44 boys were recruited. The average age is 5.67 ± 3.03 years. After TCMHTP intervention, the frequency of EDV descended from 0.97 ± 0.85 to 0.69 ± 1.22 times per year (with $p=0.047$) and the IAR decreased from 0.86 ± 0.81 to 0.36 ± 0.77 times per year (with $p=0.001$). Furthermore, the average LH reduced from 4.59 ± 4.43 to 1.10 ± 1.86 (with $p=0.000$) days per year. Parasympathetically mediated HRV (normalized high frequency power) reduced significantly from 60.42 ± 15.33 to 54.89 ± 16.45 nu (with $p=0.016$).

CONCLUSION

TCM holistic treatments significantly reduced the frequency of EDV, IAR, and LH on pediatric asthma.



小兒氣喘中醫試辦與非試辦患童比較

氣喘	參與機構與醫師	95-99年平均每人急診次數	95-99年平均每人住院次數
試辦	教學醫院中醫部門且受訓合格之中醫師	0.198(0.26+0.15+0.27+0.16+0.15)/5=0.198)	0.036(0.07+0.02+0.03+0.04+0.02)/5=0.036)
非試辦	診所且未經受訓合格之中醫師	0.214(0.28+0.22+0.20+0.18+0.19)/5=0.214)	0.034(0.06+0.04+0.02+0.03+0.02)/5=0.034)

腦血管門診 中醫師 疾病後遺症 照護計畫



治療前



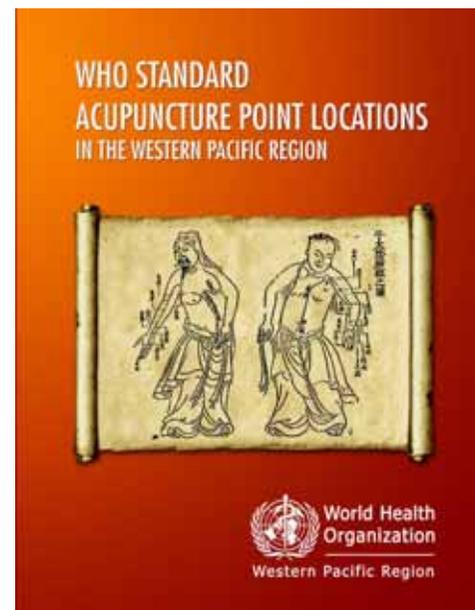
治療後(8個月)



治療前



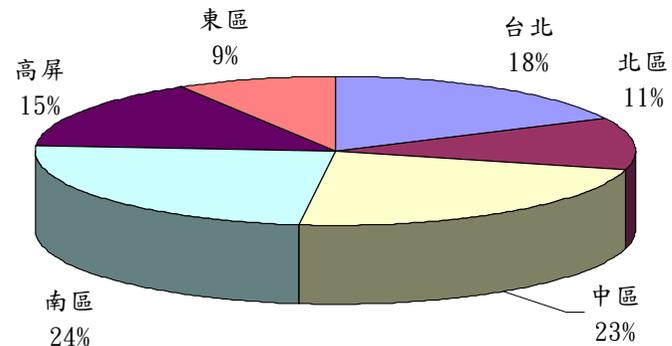
治療後(8個月)





腦血管疾病後遺症 中醫門診照護計畫

◎99年民眾利用統計概況-1



年度 \ 項目	就醫次數	就醫人數	平均就醫次數
台北	9,403	540	17.41
北區	4,954	402	12.32
中區	8,520	619	13.76
南區	9,072	496	18.29
高屏	6,045	307	19.69
東區	1,865	106	17.59
合計	39,859	2,470	16.14



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

◎99年民眾利用統計概況-2

年度	項目	醫療費用	平均每次 就醫費用	平均每人 就醫費用
	台北	6,806,920	724	12,605
	北區	4,107,920	829	10,219
	中區	7,081,070	831	11,440
	南區	7,998,340	882	16,126
	高屏	4,262,640	705	13,885
	東區	1,318,920	707	12,443
	合計	31,575,810	792	12,784



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

◎成效評估(二)：院所回覆之相關生、心理問卷 成效評估

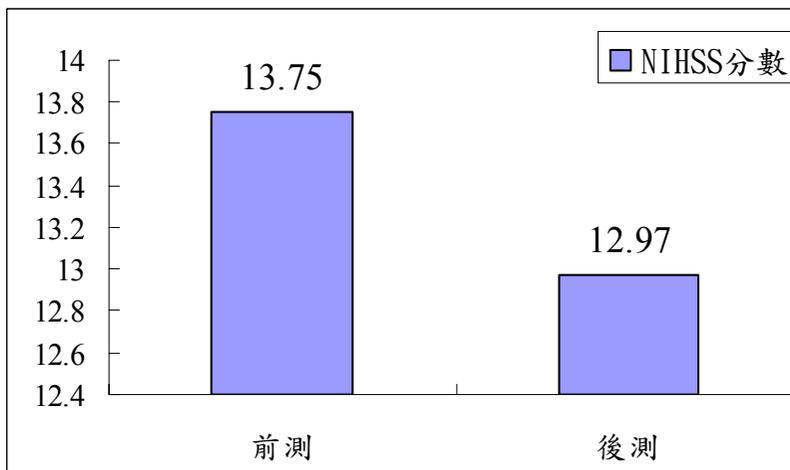
評估工具	美國國家衛生研究院中風量表(NIHSS)、巴氏量表
評估方法	計畫採取前後測之評估方法，並於病患出院時再次測量中風評量表、巴氏量表且記錄有無中藥使用、針灸次數，最後比較病患在神經功能狀態與日常生活獨立情形的前後測得分差異，使用兩組樣本t檢定來檢定中醫治療方式和病患之神經功能狀態、日常生活獨立情形的關係
結果	樣本數：128人 樣本來源為北中南各承辦計畫醫院 前後測相隔時間平均約為14天



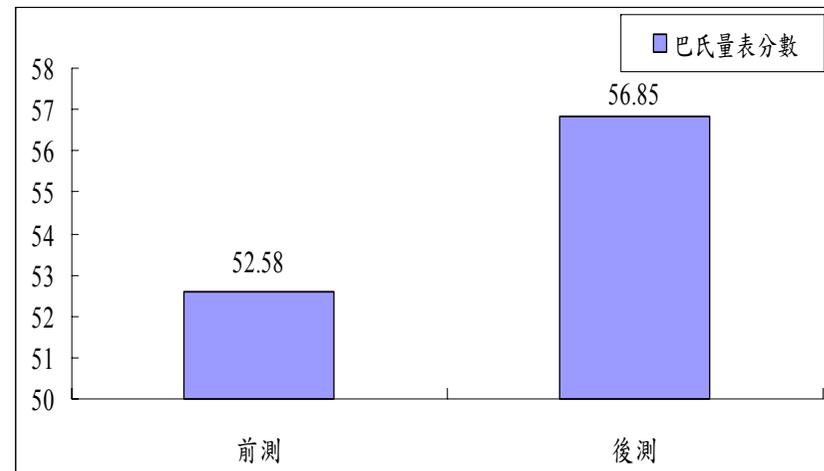
腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

◎NIHSS與巴氏量表之前後測分數差異

項目	前測		後測		差值	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
NIHSS分數	13.75	15.60	12.97	16.71	-0.781	7.5867
巴氏量表分數	52.58	36.20	56.85	37.62	4.195	18.03



註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重



註：分數越高生活品質越好



腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

◎腦血管病患之NIHSS前後測分數差異與中醫治療方式之檢定

治療模式	人數	平均值	標準差	T檢定值	P值 事後檢定
有無中藥治療					
無中藥治療(0)	50	-0.82	11.72	-0.49	0.6229
有中藥治療(1)	78	-0.76	2.75	-2.42	0.0177
針灸次數					
無針灸(0)	49	-0.82	11.84	-0.48	0.6315
1~20次(1)	10	0.00	2.54	0.00	1.0000
21~40次(2)	22	-0.86	2.40	-1.69	0.1057
41~60次(3)	20	-1.80	2.84	-2.83	0.0106
61次以上(4)	23	-0.44	2.89	-0.72	0.4781

註：* $p < 0.05$ ；*** $p < 0.001$

2011/07/25

中華民國中醫師全聯會



財團法人私立中國醫藥大學附設醫院

目的：給予腦血管疾病病患出院後一年內健保給付的完整中醫醫療，增進病患健康減少致殘。

對象與方法：腦血管疾病病患出院後一年內，至中醫醫療院所或安養機構接受中醫治療和中醫護理和臨床營養衛教，以及以 NIHSS 和 Barthel index 量表評估。

結果：從 99 年 3 月 1 日至 99 年 12 月 31 日共執行腦血管疾病病患出院後一年內中醫針灸、中藥、中醫推拿、貼布敷貼治療 3,053 人次，以及完成中醫護理衛教 212 人，身心理評估 217 人次。本研究統計 19 位腦血管疾病病患出院後一年內中醫治療，其巴氏量表 10 個項目中第六項為平地行走，治療前後有顯著增加 ($p<0.05$)；又 NIHSS 部份 11 個項目中第四項顏面麻痺，治療前後改善，有顯著意義 ($p<0.05$)。

結論：本試辦計劃使腦血管疾病病患出院後一年內獲得健保給付的中醫輔助醫療和診察，以及門診的中醫護理衛教，是中醫邁向全方位治療的一步，並且提供到醫療院所外安養機構，值得讚許與繼續推動。本試辦計劃顯示中醫治療有利病情發展。



桃園長庚紀念醫院

二、初診病例完整登錄者，其中 Barthel index 與 NIHSS 登錄 2 次以上者，共 36 人。

1. 針對 Barthel index 與 NIHSS 治療前後之比較，統計上出現明顯的差異 ($P < 0.001$)。如表一所示。

表一，Barthel index 與 NIHSS 治療前後之比較

	治療前	治療後
NIH	9.64 ± 5.6	7.86 ± 5.2 ^{**}
Barthel index	48.61 ± 26.98	56.67 ± 29.49 [*]

^{**} $P < 0.001$, ^{*} $P < 0.05$

治療前後 NIH 及 Barthel index 指數差值之比較

五、結論

腦中風恢復期後，進入後遺症期於門診接受傳統西醫復健治療外，介入針灸推拿中藥的中醫藥治療模式，可以促進日常生活功能提升與神經功能損傷的恢復。



長庚紀念醫院高雄分院中醫科系

美國國家衛生研究院腦中風量表(NIH Stroke Scale)

所有中風後遺症門診病人針灸治療統計

		NIHSS 分數平均值 \pm 標準差	P 值	平均治療天數
首次接受針灸治療 (人數=30人)	門診療程開始	14 \pm 9	<0.001	30
	門診療程結束	13 \pm 9		
非首次接受針灸治療 (人數=120人)	門診療程開始	13 \pm 7	<0.001	45
	門診療程結束	12 \pm 7		



(2)腦外傷病案共 12 人，依巴氏量表(Barthel Index)與 GCS 分析治療後改善幅度(表三)，MP 分析治療後改善幅度(表四)。患側肢體在右邊收案共計 6 人，有效評估問卷為 6 份；患側肢體在左邊收案共計 6 人，有效評估問卷為 6 份。

*巴氏量表(Barthel Index)與 GCS 分析治療後改善幅度 (表三)

評估項目 發生類型		巴氏量表 (Barthel Index)		GCS	
		初次	末次	初次	末次
患側在 右邊	平均分數	26.67	30.83	41.83	43.17
	平均改善幅度	4.16		1.34	
患側在 左邊	平均分數	30.00	35.83	42.00	47.50
	平均改善幅度	5.83		5.50	

* Muscle power 分析治療後改善幅度 (表四)

	部位	Muscle power		改善幅度
		初次	末次	
患側在 右邊	RU	2.17	3.33	1.16
	RL	2.33	3.00	0.67
	LU	3.33	3.67	0.34



高雄市立中醫醫院

有接受前後評估的患者量表評估之統計：人數 18 人

NIHSS 平均值	首次	末次	差值平均 (改善程度)	改善最大值
	12.3	9.4	2.89	14
巴氏量表平均值	首次	末次	差值平均 (改善程度)	改善最大值
	51.4	59.7	-8.33	-65

全部量表評估之統計：人數 30

NIHSS 平均值	首次	末次	差值平均 (改善程度)	改善最大值
	10.3	8.6	1.7	14
巴氏量表平均值	首次	末次	差值平均 (改善程度)	改善最大值
	61.0	66.0	-5.0	-65

若將改善差值為 0 者剔除 (僅計算改善與惡化)

人數	13 人		NIHSS 無改善：17 人	
NIHSS 平均值	首次	末次	差值平均 (改善程度)	改善最大值
	17.1	13.1	4.0	14
人數	6 人		巴氏量表無改善：24 人	
巴氏量表平均值	首次	末次	差值平均 (改善程度)	改善最大值
	28.13	58.1	-10.6	-65

若以分數變化靈敏度，NIHSS 有變化的 13 人，而巴氏量表有變化的 6 人。NIHSS

2011/07/2 評估方式較能反應出治療情況。



問題檢討分析
&
未來努力方向



問題檢討分析&未來努力方向

◎ 經費執行情形

各項延續性試辦計畫執行率逐年遞增，至98年皆達97%；99年執行率也可達100%以上。

99年新增「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，雖99年執行率為35.08%，但隨民眾就診需求增加及後續其他院所的加入，預期未來執行率將持續增加。



問題檢討分析&未來努力方向

◎ 資源分布問題

各項試辦計畫因初步執行規畫都限大型醫院附設中醫部門參與，加上區域醫療生態特性，承辦的醫療院所分布略有差異。



問題檢討分析&未來努力方向

◎ 院所回覆之相關生、心理問卷

受限於醫療院所規模大小、人員配置及資源分布之不同，導致腫瘤、小兒腦性麻痺與小兒氣喘等計畫的問卷回收不盡完善，未來將進一步要求改善，若仍未改善者於評估後將停止執行辦理試辦計畫服務。



問題檢討分析&未來努力方向

◎ 未來努力方向

各計畫初步成效評估，基於醫學倫理與病患就醫權益考量，無法執行中醫與西醫的對照療效評估，但以使用統計學上治療前、後測的比較，提供統計評量表結果，做為研究與計畫改善之參考，並採取中西醫合併治療(實驗組)與單純西醫治療(對照組)的比較，做臨床療效評估對比之依據，進一步落實實證醫學的精神。

感謝聆聽

