

計畫編號：CCMP94-RD-017

行政院衛生署 94 年度科技研究發展計畫

西醫住院中醫會診患者中醫療效及生活品質評估之研究：
以缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風為對象
**The study on the assessment of Chinese Medicine
therapeutic effect and life quality in hospital
in-patient with Chinese Medicine co-management:
hypoxic encephalopathy, head injury and stroke
patients**

研究報告

計畫委託機關：中國醫藥大學附設醫院

計畫主持人：謝慶良

研究人員：蔡崇豪、周德陽、李采娟、唐娜櫻、劉崇祥、
張永明、林佳萱

執行期間：94 年 01 月 01 日至 94 年 12 月 31 日

＊＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 ＊＊

計畫編號：CCMP94-RD-017

各機關研究計畫基本資料庫之計畫編號：

行政院衛生署 94 年度科技研究發展計畫

西醫住院中醫會診患者中醫療效及生活品質評估之研究：
以缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風為對象
**The study on the assessment of Chinese Medicine
therapeutic effect and life quality in hospital
in-patient with Chinese Medicine co-management:
hypoxic encephalopathy, head injury and stroke
patients**

研究報告

計畫委託機關：中國醫藥大學附設醫院

計畫主持人：謝慶良

研究人員：蔡崇豪、周德陽、李采娟、唐娜櫻、劉崇祥、
張永明、林佳萱

執行期間：94 年 01 月 01 日至 94 年 12 月 31 日

編號：CCMP94-RD-017

行政院衛生署中醫藥委員會 94 年度
研究計畫成果報告

西醫住院中醫會診患者中醫療效及生活品質
評估之研究：以缺氧性腦病變、腦外傷和腦中
風為對象

**The study on the assessment of Chinese
Medicine therapeutic effect and life quality in
hospital in-patient with Chinese Medicine
co-management: hypoxic encephalopathy,
head injury and stroke patients**

執行機構：中國醫藥大學附設醫院

計畫主持人：謝慶良

研究人員：蔡崇豪、周德陽、李采娟、唐娜櫻、
劉崇祥、張永明、林佳萱

執行期限：94 年 01 月 01 日至 94 年 12 月 31 日

** 本研究報告僅供參考，不代表本會意見 **

目 錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
壹、前言.....	1
貳、材料與方法.....	2
參、結果.....	4
肆、討論.....	6
伍、結論與建議.....	7
陸、誌謝.....	8
柒、參考文獻.....	9
捌、圖、表.....	10
圖一、57位西醫住院會診中醫治療患者的年齡分佈.....	10
圖二、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥後 對證型之影響.....	10
表一、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥 對疾病嚴重度的影響.....	11
表二、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥 對生活品質評量表 SF-36 之影響.....	11
表三、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥對證型之影響..	12
表四、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥後 證型改變與嚴重度的關係.....	13
玖、自我評估表.....	15

西醫住院中醫會診患者中醫療效及生活品質評估之研究 ：以缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風為對象

謝慶良

中國醫藥大學附設醫院

摘要

為了評估西醫住院中醫會診之中醫療效和生活品質之改善程度，其結果提供相關單位及醫療機構，作為辦理中醫住院或中西醫結合等相關議題或政策的參考。對象是西醫住院中醫會診中醫神經科缺氧性腦病變、腦外傷，和腦中風患者。中醫療效和生活品質改善的評估是比較至少服用連續兩週中醫方藥前後(1)生活品質量表 SF-36; 2)生活功能獨立量表(function independence measure, FIM); 3)modified rankin scale (MRS); 4)美國國家衛生研究研究院中風評量表(national institute of neurological disorders and stroke, NIHSS); 5)中風病辨證診斷表; 6)巴式量表(Barthel index, BI); 7) Glasgow coma scale (GCS) 的變化情形。結果從 94 年 1 月 1 日至 94 年 11 月 22 日共收案 84 人，完成的有 57 人。生活品質量表 SF-36 的因生理功能角色受限減少 26.32 ± 44.42 ; 活力減少 7.81 ± 20.96 ; 社會功能減少 18.42 ± 33.67 ; 生理構成等級減少 2.93 ± 5.64 。NIHSS 減少 2.44 ± 3.67 ; BI 增加 4.91 ± 10.15 ; MRS 減少 0.14 ± 0.44 ; FIM 增加 5.95 ± 9.74 ; GCS 增加 0.65 ± 1.22 。服用中醫方藥後風證從 46 位變為 45 位; 火熱證從 2 位變為 9 位; 痰證從 19 位變為 21 位; 血瘀證從 14 位變為 13 位; 氣虛證從 0 位變為 3 位; 陰虛陽亢證從 5 位變為 10 位。1 位風證, 2 位火熱證, 8 位痰證, 4 位血瘀證患者中醫方藥治療後, 疾病的嚴重度都下降; 9 位無陰虛陽亢證患者經中醫方藥治療後變為陰虛陽亢證, 疾病嚴重度下降。57 位患者中發生腹瀉或皮膚癢的各 1 位。

結論西醫住院患者會診中醫共同照護對病情改善方面有正面意義。住院對患者的生活品質不利。證型從有變無除陰虛陽亢證外, 疾病的嚴重度也隨著下降。另外, 需要更大的樣本數和對照組才能證明中醫的療效。

關鍵詞：西醫住院中醫會診、缺氧性腦病變、腦外傷、腦中風、療效評估

The study on the assessment of Chinese Medicine therapeutic effect and life quality in hospital in-patient with Chinese Medicine co-management: hypoxic encephalopathy, head injury and stroke patients

Ching-Liang Hsieh
China Medical University Hospital

ABSTRACT

In order to assess the therapeutic benefits and QOL changes in hospital in-patients who receive concurrent CM management. The findings will be made available for relevant medical and political institutions that are considering introducing policy models of direct CM admission of in-patients, or integrative patient care by Western medicine and CM. The subjects were hospital in patient who received CM co-management with the diagnoses of hypoxic encephalopathy, traumatic brain injury and stroke. Each appropriate candidate will have taken Chinese herbs for at least two weeks, and pre- and post-changes in efficacy and QOL measures following CM management will be documented using the following standardized instruments: 1)SF-36; 2)Functional Independence Measure (FIM); 3) Modified Rankin Scale (MRS); 4)National Institute of Health Stroke Survey (NIHSS); 5)Stroke Disorder Diagnostic Chart;6)Barthel Index (BI);7)Glasgow Coma Scale (GCS). A total of 84 patients were included in the present study, but finished 57 patients from 2005, 01, 01 to 2005, 11, 22. In the QOL of SF-36, the role of physiological function reduced 26.32 ± 44.42 ; activity reduced 7.81 ± 20.96 ;social function1 reduced 18.42 ± 33.67 ; physio-structure reduced 2.93 ± 5.64 . NIHSS reduced 2.44 ± 3.67 ; BI increased 4.91 ± 10.15 ; MRS reduced 0.14 ± 0.44 ; FIM increased 5.95 ± 9.74 ; GCS increased 0.65 ± 1.22 . After CM treatment, the wind pattern from 46 patients changed to 45 patients; Fire-hot pattern from 2 patients changed to 9 patients; Phegm pattern from 19 patients changed to 21 patients; Blood stasis pattern from 14 patients changed to 13 patients; Qi-vacuity pattern from 0 patients changed to 3 patients; Yin-vacuity and Yang-hyperactivity pattern (YV-YH-P) from 5 patients changed to 10 patients. 1 Wind pattern patients, 2 Fire-hot pattern patients, 8 Phegm patients, 4 Blood stasis pattern patients changed to pattern inexistence after CM treatment, the severity of the disease exhibited all improve. 9 YV-YH-P inexistence patients changed to YV-YH-P existenc after CM treatment, the severity of disease exhibited all improve. One patient occurred diarrhea and one patient occurred skin itching after CM treatment in the 57 in patients.

In conclusion, Hospital in patient with CM co-management is beneficial. The patient of admission is adverse effect to the quality of life. The severity of disease is improve when pattern existence changed to pattern inexistence after treatment, but except Yin-vacuity and Yang-hyperactivity pattern. In addition, Increasing the sample numbner and the contrast group are needed for to proof the CM therapeutic effect.

Keywords : Hospital in-patients with Chinese Medicine co-management, Hypoxic encephalopathy, Traumatic brain injury, Stroke, Therapeutic effect assessment

壹、前言

一、政策或法令依據

中醫醫療品質的提升，中醫臨床教育體系建立的成敗扮演一個重要的角色。目前中醫臨床教育最大的缺點在於中醫住院不發達，無法施行中醫床邊教學，而造成中醫住院無法推展的重要因素之一，是由於健保尚未有中醫住院給付。因此西醫住院中醫會診不但扮演中醫臨床教育重要的角色外，而且也是用來評估中醫療效和不良反應最佳的場所。近年來行政院衛生署中醫要委員會將建構中醫臨床教育體系作為重要的政策之一，大力推行中醫住院和西醫住院中醫會診兩大項目，一方面是為了提高中醫醫療品質，另一方面是推展中醫住院。所以西醫住院中醫會診的療效評估的成果，可作為將來健保中醫住院給付之政府政策的參考。

以往中醫藥研究皆未針對住院病人使用中醫藥之療效，作多層面的評估及中西醫結合、西醫治療效益之比較，這是因為中醫並未如西醫有完整的住院系統，因此局限了中醫藥的臨床發展，也無法提出合理和實證的數據來佐證中醫中藥的臨床療效。現代講究實證醫學的時代，需要有完善的住院系統來進行臨床評估，也需要現代的科技儀器檢查來確立診斷，才能完整觀察住院患者的治療反應和療效的評估。

二、問題狀況或發展需求

中醫尚未有完整住院系統，因此要進行中醫藥臨床療效評估，相對上有實務上的限制，故透過西醫住院中醫會診患者，實地瞭解中醫藥治療前後病情的變化和生活品質的改變，這是一個可行和容易進行的替代方法，逐步建立中醫藥的療效可信度後，再推行完整的中醫住院系統，針對中醫住院病人使用中醫中藥臨床療效及不良反應、病人接受度及醫療費用等評估，並且可以比較單純西醫診治或中西醫結合治療，兩者之間的差異。

三、國內外相關研究之文獻探討

目前並未有中醫住院患者進行中醫藥臨床療效評估，或西醫住院中醫會診有關方面的國內外研究文獻或相關議題之報導。

四、本計畫與醫療保健之相關性

本研究研究結果，可提供政府相關單位及醫療機構，作為辦理中醫住院或中西醫結合等相關議題或政策的參考。

貳、材料與方法

一、對象：

本院西醫住院中醫會診中醫神經科三種常見疾病：缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風患者。

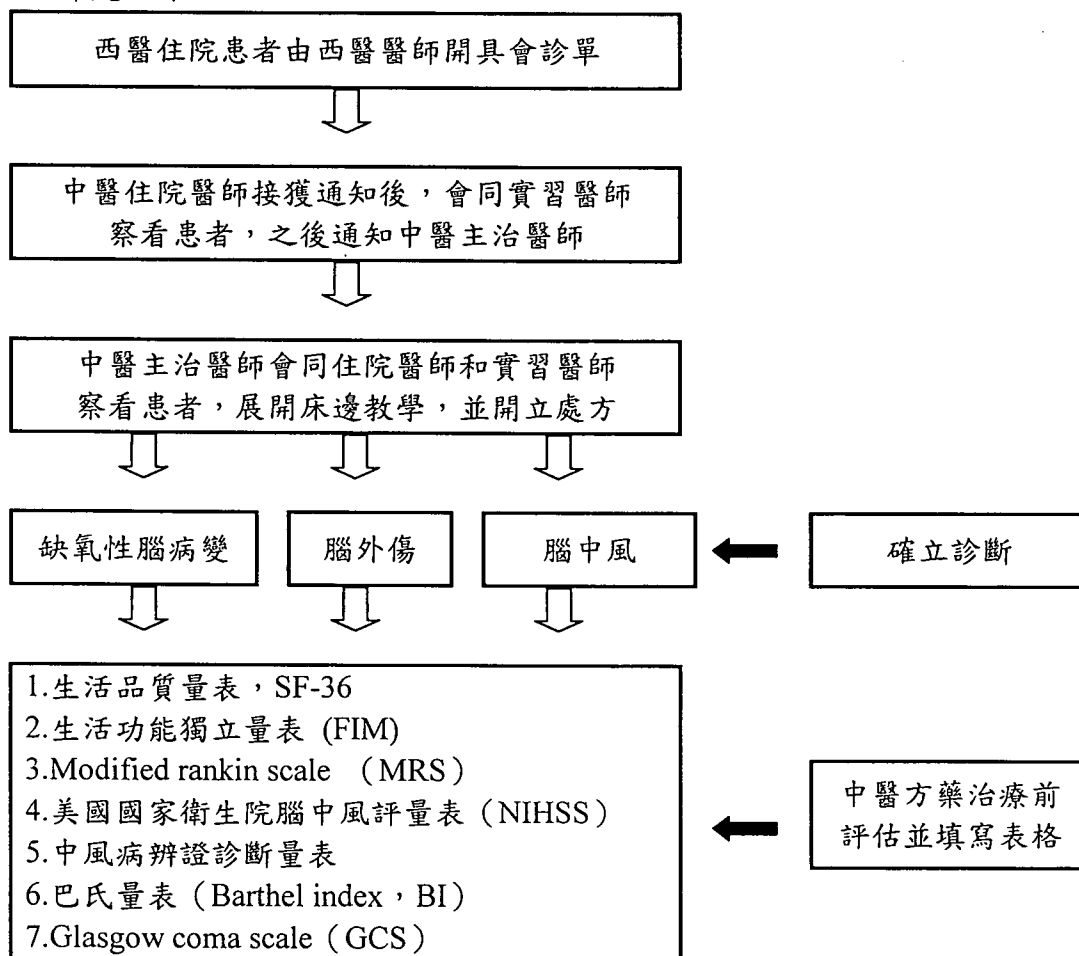
(一) 納入條件

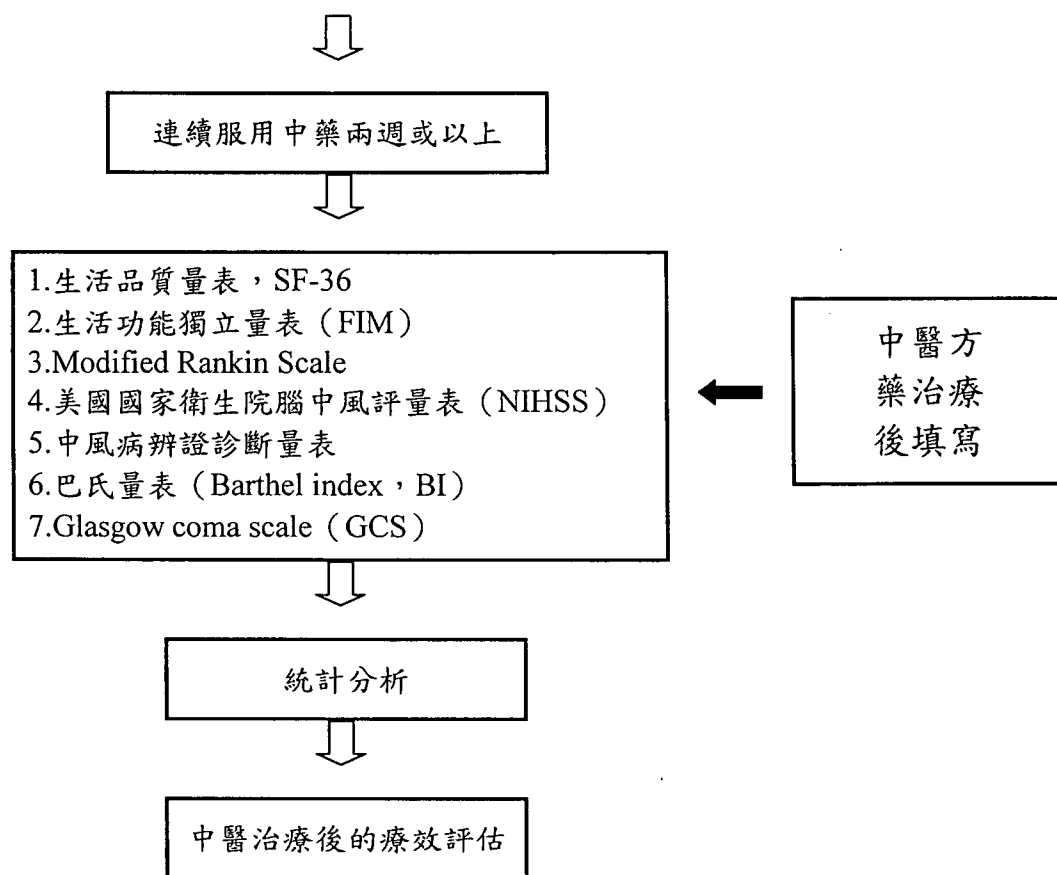
1. 蒐集西醫住院中醫會診缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風患者共 160 人（第一年和第二年各 80 人）
2. 性別：男女不限。
3. 年齡：年齡不限。
4. 有無配合針灸治療均納入，
5. 西醫住院會診中醫，服用中醫方藥連續 14 天或以上患者。

(二) 排除條件

1. 服用中醫方藥連續未達 14 天之患者，或拒絕簽署同意書者。

二、研究流程





三、統計分析方法

1. 以 paired t 檢定或 Wilcoxon's signed rank 檢定（將視變項是否成常態分布或中央極限定理是否成立）初步評估病患中醫方藥治療前後之生活功能獨立執行測量表、巴氏量表、Modified Rankin Scale、美國國家衛生院腦中風評量表、生活品質指標和中風辨證診斷量表分數是否有統計顯著差異。再以複回歸探討年齡、性別、證型和治療前等因子對治療前後變化是否有顯著之相關。
2. 以 Pearson's 或 Spearman's 相關係數（將視變項是否成常態分布或中央極限定理是否成立）來以皮爾遜相關係數（Pearson's correlation coefficient）評估中醫方藥治療前後之生活功能獨立執行測量表、巴氏量表、Modified Rankin Scale、美國國家衛生院腦中風評量表、生活品質指標和中風辨證診斷量表分數之相關。
3. 中醫證型是根據王永炎等（1994年）“中風病辨證診斷標準”，將中風病分為風證、火熱證、痰證、血瘀證、氣虛證和陰虛陽亢證。每種證型總分為30分，若大於7分則該證型成立，7-14分為輕證、15-22為中度，而大於23為重證。

參、結果

一、完成收案人數及基本資料

本研究自 94 年 1 月 1 日至 94 年 11 月 22 日共收案 84 病患，其中完成連續服用中醫方藥 14 日或以上者為 57 人（女 24 人，男 33 人），平均年齡為 58.9 ± 18.4 歲。57 人中以 51-80 歲為最多（圖一）。腦梗塞 19 人、腦出血 23 人、缺氧性腦病變 3 人、腦外傷 12 人。

服用中醫方藥未滿 14 日就出院的有 21 人，現有 5 人正繼續服藥中。另外，因病情已改善，為了減少經濟負擔的有 1 人。

二、57 位西醫住院服用中醫方藥的效用

57 位連續服用中醫方藥 14 日或以上後 NIHSS 減少 2.44 ± 3.67 ($p < 0.001$; 表一); BI 增加 4.91 ± 10.15 ($p < 0.01$; 表一); MRS 減少 0.14 ± 0.44 ($p < 0.05$; 表一); FIM 增加 5.95 ± 9.74 ($p < 0.001$; 表一); GCS 增加 0.65 ± 1.22 ($p < 0.01$; 表一)。

三、57 位西醫住院服用中醫方藥對生活品質的效用

57 位連續服用中醫方藥 14 日或以上後對 SF-36 的因生理功能角色受限減少 26.32 ± 44.42 ($p < 0.001$; 表二) 活力減少 7.81 ± 20.96 ($p < 0.01$; 表二); 社會功能減少 18.42 ± 33.67 ($p < 0.001$; 表二); 生理構成等級減少 2.93 ± 5.64 ($p < 0.01$; 表二)。

四、57 位西醫住院服用中醫方藥對中醫證型的效用

- (1) 57 位患者服用中醫方藥前風證的有 46 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後風證的有 45 位，減少 1 位（表三；圖二）。
- (2) 57 位患者服用中醫方藥前火熱證的有 2 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後火熱證的有 9 位，增加 7 位（表三；圖二）。
- (3) 57 位患者服用中醫方藥前痰證的有 19 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後痰證的有 21 位，增加 2 位（表三；圖二）。
- (4) 57 位患者服用中醫方藥前血瘀證的有 14 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後血瘀證的有 13 位，減 1 位（表三；圖二）。
- (5) 57 位患者服用中醫方藥前氣證的有 0 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後氣虛證的有 3 位，增加 3 位（表三；圖二）。
- (6) 57 位患者服用中醫方藥陰虛陽亢證的有 5 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後陰虛陽亢證的有 10 位，增加 5 位（表三；圖二）。

五、57 位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥後證型改變與嚴重度的關係

1 位風證患者經中醫方藥治療後變無風證，疾病的嚴重度也隨著降低（表四）；2 位火熱證患者經中醫方藥治療後變為無火熱證，疾病的嚴重度也都隨著下降（表四）；8 位痰證患者經中醫方藥治療後變為無痰證，疾病嚴重度也都隨著下降（表四）；4 位血瘀證患者經中醫方藥治療後變為無血瘀證，疾病的嚴重度也都隨著下降（表四）；9 位無陰虛陽亢證患者經中醫方藥治療後變為陰虛陽亢證，疾病嚴重度也都隨著下降（表四）。

六、57 位西醫住院服用中醫方藥後的不良反應

57 位西醫住院服用中醫方藥後 1 位發生腹瀉，1 位發生皮膚癢，其餘都沒有不良反應發生。

肆、討論

本研究目前為止收案而且完成評估的共 57 人，其年齡分佈以 51-80 歲最多。整體而言，服用中醫方藥 14 日或以上後 NIHSS、BI、MRS、FIM 和 GCS 都有進步，雖然不能排除疾病病程的自然改善或西醫治療的療效，但說明中西結合共同照護有其正面意義。

生活品質評量表 SF-36 方面，本研究的結果發現服用中醫方藥 14 日或以上患者，因生理功能角色受限、活力、社會功能、生理構成等級都下降，說明住院患者因生活範圍僅限於病房或醫院，甚至限制在病床上，因此生活品質都下降。

57 位患者服用中醫方藥前風證的有 46 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後風證的有 45 位，減少 1 位；火熱證的有 2 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後有火熱證的有 9 位，增加 7 位；痰證 19 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後有痰證的有 21 位，增加 2 位；血瘀證的有 14 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後血瘀證的有 13 位，減少 1 位；氣證的有 0 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後氣虛證的有 3 位，增加 3 位；陰虛陽亢證的有 5 位，連續服用中醫方藥 14 日或以上後陰虛陽亢證的有 10 位，增加 5 位，以上結果說明中醫證型會隨著治療或病情的轉變而改變。

1 位風證患者經中醫方藥治療後變無風證，疾病的嚴重度也隨著降低；2 位火熱證患者經中醫方藥治療後變為無火熱證，疾病的嚴重度也都隨著下降；8 位痰證患者經中醫方藥治療後變為無痰證，疾病嚴重度也都隨著下降；4 位血瘀證患者經中醫方藥治療後變為無血瘀證，疾病的嚴重度也都隨著下降；9 位無陰虛陽亢證患者經中醫方藥治療後變為陰虛陽亢證，疾病嚴重度也都隨著下降，以上結果說明除了陰虛陽亢證外，證型從有變無，其疾病的嚴重度也隨著下降。至於為何出現陰虛陽亢證，其病情減輕需要進一步研究。

57 位西醫住院服用中醫方藥後只有 1 位發生腹瀉和 1 位發生皮膚癢的現象，說明短期間服用中醫方藥是安全的。

由於本研究的樣本數不夠大，而且未有對照組，難以證明中醫的療效，因此需要加大樣本數和對照組才能說明非單純是西醫的療效或疾病病程的自然改善，確實證明中醫的療效。

伍、結論與建議

西醫住院患者會診中醫共同照護對病情改善方面有正面意義。住院對患者的生活品質不利。證型從有變無除陰虛陽亢證外，疾病的嚴重度也隨著下降。短期服用中醫方藥是安全的。

建議今後中醫的研究需注重療效與證型改變之關係。

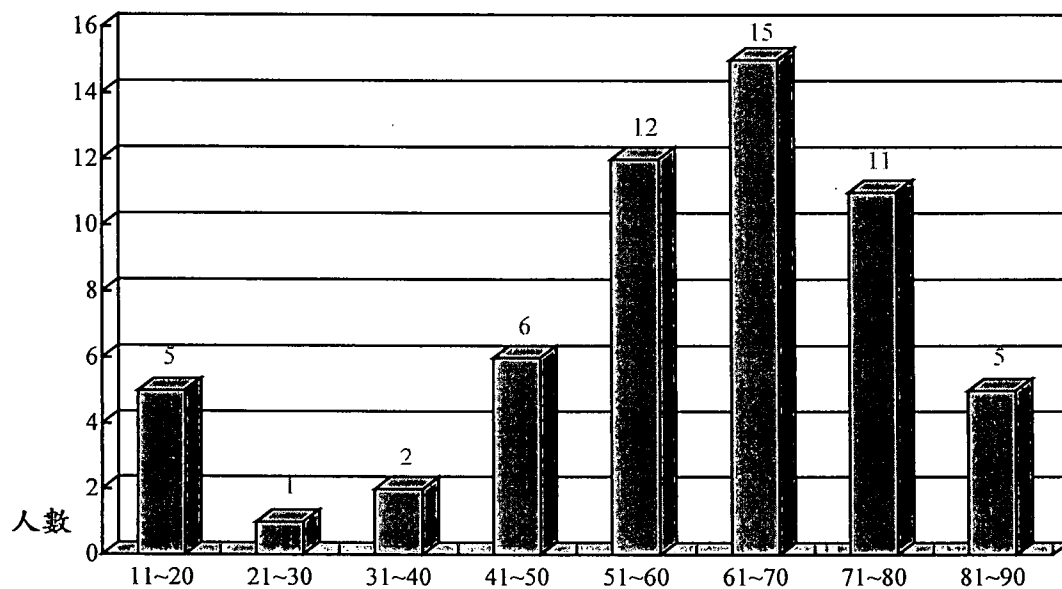
陸、誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會（計畫編號：CCMP-94-RD-017）提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

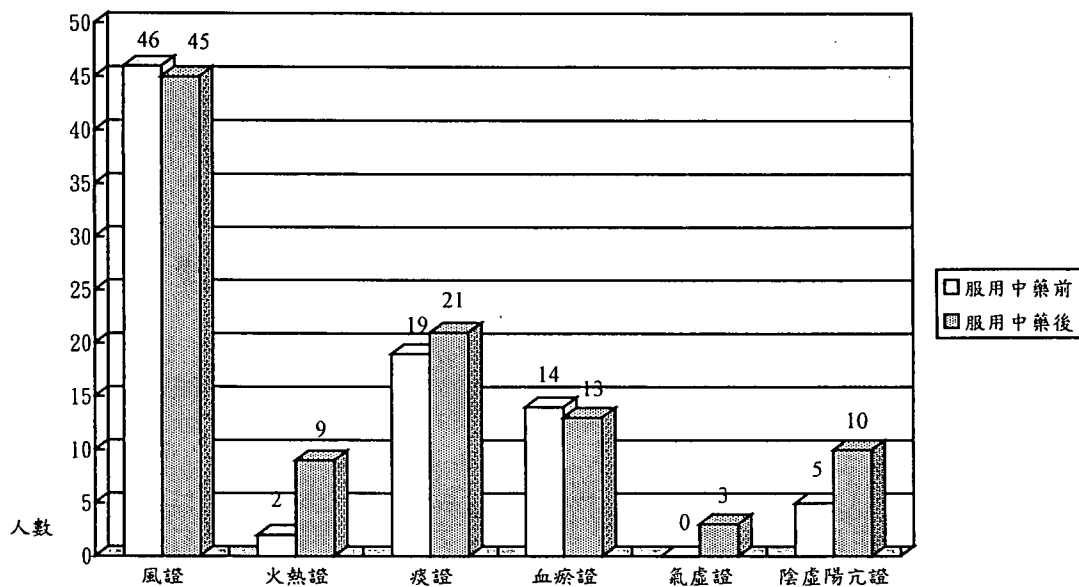
柒、參考文獻

1. Neurology and Neurosurgery Illustrated Lindsay/Bone/Callander Churchill Livingstone New York 1986.
2. Teasdale G, Jennett B., LANCET (ii) 81-83, 1974.
3. 姚開屏：台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊，台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，民國 88 年。
4. Adams, P.F., Marano, M.A. (1995). Current estimates from the National Health Interview Survey, 1994. Maryland: National Center for Health Statistics.
5. Dodds, TA, Martin, DP, Stolov, WC, Deyo, RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1993, 74:531-536.
6. Functional Independence Measure. Section III. Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation, Version 5.1, 1997.
7. Granger, CV, Hamilton, BB, Linacre, JM, Heinemann, AW, Wright, BD. Performance profiles of the Functional Independence Measure. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1993, 72:84-89.
8. Rankin J. "Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60." *Scott Med J* 1957;2:200-15.
9. Bonita R, Beaglehole R. "Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke." *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500.
10. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN, "Interrater reliability of the NIH Stroke Scale", *Archives of Neurology* 46(6)660-2, 1989 June.
11. Lyden P, et al, "Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. NINDS TPA Stroke Study Group", *Stroke*. 25(11):2220-6, 1994 Nov.
12. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61. Used with permission.
13. 樊永平 中醫藥辨証配合西醫常規治療顱腦損傷 38 例 遼寧中醫雜誌 第 28 卷 第 4 期 2001 年 4 月
14. 田蘭英 中風的辨証分型論治述要 實用中醫內科雜誌 2003 年第 17 卷第 1 期
15. 張伯臾 中醫內科學 知音出版社 台北市 中華民國八十六年六月
16. Hulley S. B., Cummings S. R., Browner W.S., Grady D. Hearst Norman, Newman T.B. *Designing Clinical Research*. 2nd, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
17. 王永炎，任占利，王順道等。中風病辨證診斷標準（試行）。北京中醫藥大學學報 1994; 17(3): 64-6。

捌、圖、表



圖一、57 位西醫住院會診中醫治療患者的年齡分佈。年齡分佈以 51-80 歲最多。



圖二、57 位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥後對證型之影響。服用中醫方藥後證型改變以火熱證和陰虛陽亢證為最多。

表一、57 位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥對疾病嚴重度的影響

項目	服用中藥前	連續服用中藥 14 天後	t-檢定後
NIHSS	21.58±10.27	19.14±10.43	-2.44±3.67***
BI	13.25±19.28	18.16±25.15	4.91±10.15**
MRS	4.60±0.49	4.46±0.66	-0.14±0.44*
FIM	36.67±22.84	42.61±28.40	5.95±9.74***
GCS	10.30±3.98	10.95±3.92	0.65±1.22**

註：本表及以下各表，NIHSS：national institute of health stroke survey；BI：barthel index
；MRS：modified rankin scale；FIM：functional independence measure；GCS：Glasgow coma scale

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.0001

表二、57 位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥對生活品質評量表 SF-36 之影響

評量項目	服用中藥前	連續服用中藥 14 天	t-檢定後
身體生理功能 (PF)	2.45±8.5	5.87±17.60	3.42±13.99
因生理功能角色受限 (RP)	29.82±46.16	3.51±18.56	-26.32±44.42***
身體疼痛 (BP)	79.89±25.70	77.28±28.42	-2.61±24.52
一般健康 (GH)	50.07±15.64	49.82±15.35	-0.25±7.93
活力 (VT)	51.40±25.72	43.60±24.56	-7.81±20.96**
社會功能 (SF)	48.90±41.41	30.48±32.73	-18.42±33.67***
因情緒角色受限 (RE)	80.70±39.81	85.96±35.04	5.26±29.41
心理健康 (MH)	64.49±15.80	65.54±15.56	1.05±8.19
生理構成等級 (PCS)	28.60±6.16	25.63±5.00	-2.93±5.64**
心理構成等級 (MCS)	51.98±11.95	50.59±9.97	-1.39±8.10

SF-36 生活品質量表的評量項目。*p<0.05；**p<0.01；***p<0.0001

表三、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥對證型之影響

證型	無 (%)		有 (%)		輕 (%)		中 (%)		重 (%)	
	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
風證	11 (19.3)	12 (21.1)	46 (80.7)	45 (78.9)	43 (75.4)	41 (71.9)	3 (5.3)	4 (7.0)	0	0
火熱證	55 (96.5)	48 (84.2)	2 (3.5)	9 (15.8)	2 (3.5)	9 (15.8)	0	0	0	0
痰證	38 (66.7)	36 (63.2)	19 (33.3)	21 (36.8)	14 (24.6)	17 (29.8)	5 (8.8)	4 (7.0)	0	0
血瘀證	43 (75.4)	44 (77.2)	14 (24.6)	13 (22.8)	12 (21.1)	11 (19.3)	2 (3.5)	2 (3.5)	0	0
氣虛證	57 (100)	54 (94.7)	0	3 (5.3)	0	3 (5.3)	0	0	0	0
陰虛陽亢證	52 (91.2)	47 (82.5)	5 (8.8)	10 (17.5)	5 (8.8)	10 (17.5)	0	0	0	0

57位患者連續服用中醫方藥藥滿14天前、後的證型改變(總分=30; ≥7證型成立; 7~14為輕型; 15~22為中型; ≥23為重型)

表四、57位西醫住院會診中醫患者服用中醫方藥後證型改變與嚴重度的關係

證型		人數	診斷	性別	年齡	NIHSS		BI		MRS		FIM		GCS	
						前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
風證	有→無	1	* 梗塞型腦中風	男	81	11	10	15	15	4	4	32	34	14	15
	無→有	0													
火熱證	有→無	2	* 出血型腦中風	女	54	26	23	0	0	5	3	18	18	11	11
			* 腦外傷	男	79	13	10	0	10	5	5	35	46	11	15
	無→有	9	* 出血型腦中風	女	56	6	6	50	70	4	4	74	94	15	15
			* 腦外傷	女	66	40	28	0	0	5	5	18	18	4	6
			* 出血型腦中風	女	71	17	12	0	30	4	4	32	54	13	15
			* 梗塞型腦中風	男	81	11	10	15	15	4	4	32	34	14	15
			出血型腦中風	女	74	30	30	0	0	5	5	18	18	6	6
			* 梗塞型腦中風	男	65	16	12	30	30	4	4	44	51	12	13
			* 腦外傷	女	62	27	20	5	10	5	5	24	30	11	13
			一梗塞型腦中風	女	88	26	36	0	0	5	5	18	18	5	3
一出血型腦中風	男	56	24	22	25	25	5	5	18	18	5	3			
痰證	有→無	8	* 出血型腦中風	女	56	6	6	50	50	4	4	74	94	15	15
			* 梗塞型腦中風	女	68	11	10	20	30	4	4	55	70	15	15
			* 梗塞型腦中風	男	69	8	2	60	85	4	3	78	102	15	15
			* 出血型腦中風	女	71	17	12	0	30	4	4	32	54	13	15
			* 梗塞型腦中風	男	81	11	10	15	15	4	4	32	34	14	15
			* 梗塞型腦中風	男	83	26	26	0	0	5	5	18	27	10	11
			* 出血型腦中風	男	49	10	9	40	35	4	4	24	30	11	13
			* 腦外傷	女	62	27	20	5	10	5	5	24	30	11	13
	無→有	10	一出血型腦中風	男	79	32	32	0	0	5	5	18	18	7	6
			* 出血型腦中風	女	17	8	5	45	70	4	4	65	93	15	15
			腦外傷	男	18	35	35	0	0	5	5	18	18	6	6
			* 腦外傷	男	26	26	22	0	0	5	5	18	18	9	11
			一梗塞型腦中風	女	82	19	19	10	5	4	4	29	29	14	14
			* 腦外傷	男	51	17	16	0	0	5	5	18	18	6	6
			* 腦外傷	男	59	31	30	0	0	5	5	18	18	6	6

證型	人數	診斷	性別	年齡	NIHSS		BI		MRS		FIM		GCS	
					前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
痰證		-出血型腦中風	男	56	24	22	25	25	5	5	46	45	11	11
		*出血型腦中風	男	70	33	30	0	0	5	5	18	18	9	8
		-缺氧性腦病變	女	17	27	25	0	0	5	5	18	18	9	8
血瘀證	有→無	*梗塞型腦中風	女	68	11	10	20	30	4	4	55	70	15	15
		*出血型腦中風	女	71	17	12	0	30	4	4	32	54	13	15
		*腦外傷	男	59	31	30	0	0	5	5	18	18	6	6
		*梗塞型腦中風	男	54	5	3	50	55	4	4	81	88	15	15
	無→有	*梗塞型腦中風	女	62	11	1	60	95	4	2	90	125	15	15
		*梗塞型腦中風	女	86	27	23	0	5	5	4	20	27	8	11
		-缺氧性腦病變	女	17	27	25	0	0	5	5	18	18	9	8
氣虛證	有→無													
	無→有	*出血型腦中風	男	34	10	5	30	65	5	3	64	97	14	15
		-缺氧性腦病變	女	17	27	25	0	0	5	5	18	18	9	8
		*腦外傷	男	79	13	10	0	10	5	5	18	18	9	8
陰虛陽亢證	有→無	*梗塞型腦中風	女	66	14	11	20	40	4	4	69	78	15	15
		*梗塞型腦中風	男	69	21	20	0	10	5	5	32	33	11	11
		*梗塞型腦中風	女	68	11	10	20	30	4	4	55	70	15	15
		-出血型腦中風	男	79	32	32	0	0	5	5	18	18	7	6
	無→有	*出血型腦中風	男	34	10	5	30	65	5	3	64	97	14	15
		*梗塞型腦中風	男	69	8	2	60	85	4	3	78	102	15	15
		*梗塞型腦中風	男	81	11	10	15	15	4	4	32	34	14	15
		*梗塞型腦中風	男	71	17	12	5	5	4	4	38	40	15	15
		*梗塞型腦中風	男	72	23	19	0	10	5	4	28	40	10	10
		*梗塞型腦中風	男	83	26	26	0	0	5	5	18	27	10	11
		*出血型腦中風	女	80	4	12	10	0	5	5	50	36	11	11
		*梗塞型腦中風	男	67	13	11	15	20	4	4	55	67	15	15
		*梗塞型腦中風	男	63	15	12	25	25	4	4	60	63	12	15

*表示疾病的嚴重度降低；-表示疾病的嚴重度增加。