

計畫編號：CCMP95-RD-032

附件 1-1

行政院衛生署九十五年度科技研究發展計畫

中西醫合診臨床療效評估及成本效益分析之結果研究
The cost-benefit analysis and result analysis of the outcome of
Chinese-western joint therapy

研究報告

計畫委託機關：中國醫藥大學

計畫主持人：馬作鑑

研究人員：林昭庚、陳俊明、李卓倫、邱鈺婷

執行期間：95年5月3日至95年12月31日

** 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 **

各機關研究計畫基本資料庫之計畫編號：

行政院衛生署九十五年度科技研究發展計畫

中西醫合診臨床療效評估及成本效益分析之結果研究
The cost-benefit analysis and result analysis of the outcome of
Chinese-western joint therapy

研究報告

計畫委託機關：中國醫藥大學

計畫主持人：馬作鏞

研究人員：林昭庚、陳俊明、李卓倫、邱鈺婷

執行期間：95年5月3日至95年12月31日

行政院衛生署中醫藥委員會九十五年度
研究計畫成果報告

中西醫合診臨床療效評估及成本效益分析
之結果研究

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：馬作鎡

研究人員：林昭庚、陳俊明、李卓倫、邱鈺婷

執行期限：95年5月3日至95年12月31日

** 本研究報告僅供參考，不代表本會意見 **

目 錄

壹、前言.....	(6)
貳、材料與方法.....	(14)
參、結果與討論.....	(19)
肆、結論與建議.....	(27)
伍、參考文獻.....	(29)
陸、圖、表.....	(31)
柒、附件一—SF-36 問卷	
捌、附件二—成本問卷	

中西醫合診臨床療效評估及成本效益分析之結果研究

馬作鐵

中國醫藥大學

摘要

一、目的：

- 1.使計畫執行者接受教育訓練更謹慎的執行臨床試驗
- 2.同時本研究針對中西醫合診的病患，進行療效評估，並進一步評估是否具有成本效果，以作為未來推行計畫及研究者的參考依據。

二、研究方法

本計畫為中西醫合診療效之分析，分別對腦性麻痺中醫門診照護之療效及生活品質評估之研究以及腦中風住院患者中醫會診照護作業療效評估，再對中西醫合診成本效益做進一步研究。

為使所有中西醫會診計畫順利進行，總指揮中心底下，設立教育組。其執掌及負責事項如下：教育組：為了使研究者能清楚研究須注意之事項，成立教育組，負責安排教育訓練。本計畫將不定期聚辦中西醫合診相關教育課程，針對各計畫執行人員，由指揮中心排定與計畫相關之教育訓練課程。

研究對象來源為加入中西醫合診試辦計畫的醫療院所，針對特定疾病前來就醫的患者，依照就診的類型為區分標準。實驗組為採用中西醫合診的病患，對照組為僅採用西醫的患者。病患於收案後即進行評估，評估工具為生活品質量表(Short Form-36,SF-36)。

在成本評估方面，包括醫療機構所需花費之成本(包含直接成本及間接成本)。

透過本研究，可以由 SF36 結果可知腦中風中西醫合併治療生活品質總分平均 78.8，腦中風西醫合併治療生活品質總分平均 71.4，腦性麻痺中西醫合併治療生活品質總分平均 96.5，腦性麻痺西醫合併治療生活品質總分平均 85.5。

中西醫合併治療病患於個案醫院戒治的成本與效果(包含成中西醫合併治療生活品質的改善)，可計算出腦中風中西醫合併治療成本效果比=236.9 元/品質改善，腦性麻痺中西醫合併治療成本效果比=159.4 元/品質改善。可見腦中風及腦性麻痺在治療中加入中醫治療所增加成本並不高，但卻對於生活品質的改善卻相當顯著，可建議此兩種疾病病患可加入中醫治療，提高醫療品質。

關鍵詞【至少三項】：中西醫合診，成本效益，SF-36，

The cost-benefit analysis and result analysis of the outcome of Chinese–western joint therapy

Ma, Tsochiang

China Medical University

ABSTRACT

Objective:

- 1.To supervise each plan and make the sub plan go on smoothly
- 2.To make planning executors accept education and training which have more prudent execution on clinical testing.
- 3.In the meanwhile, this research also to aim at Chinese and western medicine combine therapy patient, carry the curative effect evaluation out and evaluate the result of cost further. It's to be the reference bases for researcher in the future.

Methods:

This study make a diagnosis the analysis of the result jointly for traditional Chinese and western medicine, and research that quality of the life assess and headstroke patient Chinese medicine is it look after curative effect of the homework assess to hold a consultation in hospital to brain paralysis curative effect that traditional chinese medical science clinic look after separately, and then examine the cost-effective and do nearly one step to study to traditional Chinese and western medicine jointly.

In order to make all plans go on smoothly, under the general command centre , set up supervision , education and coordination three groups. It wields and responsible for the item as follows: Educational group: In order to enable researcher clearly to know what a research must be paid attention to, the educational group is established, take charge of arranging education and training class. To be aimed at the operational staff, the command centre will arrange related education training program.

The research object source is to join traditional Chinese and western medicine and examine the medical institutes which runs the plan as an experiment jointly, to the specific of disease patient

coming to seek medical advice, according to the type of going to a doctor in order to distinguish the standard. The patient of experiment group was adopt traditional Chinese and western medicine combine therapy, contrast group was the patient only adopt Western medicine. After collecting the case, then promptly carry front test out. The assess tools as Short Form-36, And evaluate through the doctor, the improvement of Health-related Quality of life will be used as the effectiveness of treatment. The Health-related Quality of life is assessed by utilizing SF-36. Pre-and post test score of SF-36 are collected separately. after asserting that this patient examines the necessary condition after already meeting, namely examine assessing after implementing .

Assess the respect in the cost, including the cost of necessary cost of medical organization (include the direct cost and the indirect cost)

Through this research that wind traditional Chinese and western medicine in the brain amalgamates and treats average 78.8 total points of the quality of the life, Western medicine of the headstroke amalgamates and treats average 71.4 total points of the quality of the life, brain paralysis traditional Chinese and western medicine amalgamates and treats average 96.5 total points of the quality of the life, brain paralysis Western medicine amalgamates and treats average 85.5 total points of the quality of the life.

Traditional Chinese and western medicine amalgamates and treats patients to give up the cost and result managed in the case hospital (include into traditional Chinese and western medicine and amalgamate and treat the improvement of the quality of the life), it can calculate out wind in the brain the traditional Chinese and western medicines amalgamate not treating cost result of than =236.9 yuans /improve quality ,last cost result brain paralysis traditional Chinese and western medicine than =159.4 yuan / quality is improving. It is obvious that it is not tall that headstroke and brain paralysis join Chinese medicine to treat the cost increased in treating, but the improvement of the quality of the life is quite apparent , can propose that this two kinds of disease patients can join Chinese medicine to treat , improve medical quality .

Keyword: Traditional Chinese and western medicine combine therapy, cost-effective , education and training , clinical trial

壹、前言

一、研究問題之背景與現況

(一)、中西醫的淵源

中西醫的淵源是從民國時期，由於西醫勢力的影響擴大，中西醫日趨對立，而中醫界內部也開始產生西化情勢，此時中醫界面臨西醫衝擊和政府當局限制排斥，但仍開始從組織、政治、教育等方面進行旨在保存和發揚中醫藥的活動，並受到中醫藥界和廣大群眾的支持與歡迎，成為近百年來中醫藥學繼續發展的重要關鍵。民國三十八年後，大陸方面，中醫仍擔負維護人民健康的任務，其研究成果，日漸受到國際醫療界矚目；臺灣方面則設立中國醫藥學院，培養中醫師，增設中醫醫院或中醫門診，中醫醫療方式成為民眾看病時的另一選擇；近年來，經由中國傳統醫學與西方醫學的相互激盪影響，在醫學理論與臨床上，「中西醫結合」，除發揚中國醫學之精義，並融合西方醫學，已成為現代醫學的發展趨勢。

(二)、中醫療效與重要性

關於中醫療效方面也有具體的例證，例如使用「生肌」治療皮膚潰瘍，在許堯欽的生肌散的歷代中醫典籍暨臨床與實驗研究論文中提到，發現生肌散在實驗環境中確實能有效的清除 Xanthine/Xanthine oxidase 所產生的氧自由基，且能有效的抑制由 FeCl₂ 所誘發產生的脂質過氧化作用。兒茶則對於白血球產生過氧化氫，次氯酸與超氧陰離子有明顯的抑制作用。這可能是生肌散的有效作用機轉之一。可以有效的加速壓瘡(皮膚潰瘍)傷口癒合的效果(許堯欽，民 89)；另外，在張映遠紅外線穴位熱敷貼於憂鬱症失眠患者照護成效之探討論述中提到，中醫也可用來治療憂鬱症，結合遠紅外線穴位熱敷貼照護措施，對憂鬱症失眠患者緩解改善臨床症狀有顯著之成效(張映，民 92)。由以上兩件例子可見，利用中醫治病雖然不比西醫快，但是中醫的重要性卻是不可忽視的。

(三)、中西醫結合淵源與效益

「中西醫結合」是現今在醫界中常被提及的概念，欲融合中西醫學體系於一元中。早在清末即有醫生提出匯通中西醫學的論調(皮國立，92)。接著民國 18 年，中醫面對優勢西方醫學的反應分為三種：吸收西醫優點的「中醫科學化」、認為中西醫學各有所長，應各補所短的「匯通派」、及堅持中西依其源各異，中醫優

於西醫的「國粹派」。這30年來在台灣參與中西醫整合的人力族群有：兼學中西醫的中國醫藥大學中醫系、傳統中醫師、西醫背景者轉而兼習中醫、史學界對中國醫學史的研究、以及數理對醫學整合的幫助。台灣由於本身所具備的中西醫資源，對中西醫之爭採取一種更廣闊、更一致的視野來看待，那便是中西醫學的「整合」。整合的用意在於尋找中西醫學於解剖、生理、病理、藥理的匯通與結合。其中以藥理的差異最大，期間的整合需經病理管道才能找到相互的對應。（整合中醫學年刊，民89）

中西醫是在不同的歷史條件下，運用不同的觀點和研究方法發展起來的兩種理論體系。因此綜合中西醫各自的優點，更能有效的為人民防治疾病。中西醫結合是辨病與辨症相結合，中醫強調「辨症論治」，症是中醫的理論核心，了解症的實質是揭示中醫治病奧妙、提高療效、促進中醫現代化的重要措施。中醫的「症」可以理解為病因作用於人體後產生的病理生理反應狀況。完整的「症」是內因性、整體性、個體性、時間性四個特點的結合；西醫認為不同因引起的病，在某一階段引起相同的症，可以用同一種方法治療，稱為「異病同治」，而同樣的病，可能因為年齡、體質、環境不同在不同階段症狀不同(如流感)，因此需用不同方式治療，稱為「同病異治」。辨病是要認識疾病發展全程的規律性、包括辨明各種病的病理變化、生理變化、生化改變，雖然西醫對於種疾病的本質尚未能完全闡明，但相對來說辨病是西醫的專長，中西醫結合初步途徑是中醫的辨症與西醫的辨病相結合。臨床方面若遇到病與症相矛盾，中醫與西醫有不同見解時，就要照唯物辨症法，判斷出主要矛盾與次要矛盾而決定取捨。（許蘊碧 民83）

中西醫結合療效方面，在臨床部分也有顯著的例證，治療皮膚病、腦中風、小兒哮喘等，均有明顯成效，小兒氣喘方面，按病情分為急性期與恢復期二期，急性期給予清熱解毒，宣肺平喘的中藥，雙花、虎杖、麻黃、杏仁、石膏與活血化瘀藥：紅花、單參、桃仁等。兩期皆配合西藥的酚妥拉明，每天二到三次，兩方結合診斷有效使病情緩減(濟寧醫學院，1994)；在腦中風方面，徐英敏、杜約孔的中西醫結合治療40例腦出血臨床觀察中，分別以中西醫結合治療與對照組只有西醫治療比較，總有效率明顯多了5.7%（徐英敏、杜約孔，光明中醫雜誌1994年），如下表一：

表 1 中西醫結合辨證分型療效統計

辨證分型	例數	治愈	好轉	無效	總有效率%
中臟腑(陽閉)	18	10	5	3	83.3%
中臟腑(陰閉)	5	3	1	1	80%
肝腎陰虛 中臟腑 風陽上擾	17	12	4	1	94.1%
備 注	三型 40 例病人, 總有效率 85.7%				

表 2 對照組療效統計

對照組例數	治愈	好轉	無效	總有效率%
40	21	11	8	80%

在康承芳的中西醫結合治療腦血栓 35 例中，有實證證明，中西醫結合治療，可以取長補短、縮短病程，提高療效（康承芳，1994 江蘇中醫）。而在中西醫結合治療混合性中風上，西醫能降低顱內血壓、預防感染；中醫以開竅豁痰、鎮肝熄風、兼用降逆止嘔。中西醫互補得到滿意的效果，因而說明中西醫結合在治療複雜難治性疾病中的重要作用（張海洋、劉兆連、宋風武，1994 年中醫藥研究期刊）。另外在皮膚炎上中西醫藥合用，西醫外用藥可使抗過敏、中醫外用藥黑豆榴油有止癢消炎、收斂及防腐的作用、冰片是常見用藥可止癢、消炎，用藥後減少或阻斷患者經常性搔抓，而使皮膚損傷處恢復正常（趙維曉，江西中醫藥 1994 增刊）。

中醫治療首要重點在於辨證之後才能論治，因此若藉由西醫有根據的辨證是為其主要關鍵。中西醫藥結合 (Combination of Chinese and Western Medicine) 的方式為：1. 辨病與辨証結合 (Combination of diagnostic of disease and causes)。2. 現代檢測指標探索辨証意義 (Use of modern technological markers to investigate the cause of disease)。在強調證據科學的醫學領域裡，無論中醫、西醫或中西醫合併的治療都必須有證據醫學的研究，已證實其在各項疾病的療效。以往的研究都著重於臨床的療效上，但卻有較少的研究是著重在非臨床的療效評估，例如：生活品質；前者是醫療專家客觀的評估，後者卻是重視患者的主觀和客觀的知覺。醫療照護最終的結果不應只是照護過程中以臨床工作者或醫師的角度為評斷，而必須同時注意到患者個人的認知與實際的健康狀態，才是最終的結果與目的。因此後續的研究應透過嚴謹的臨床實際設計方法，建立以生活品質作為療效評估的證據醫學，作為日後療效管理或療效研究的基礎（邱晏麟，2002）。

(四) 中西醫整合的探討與整體評價

自19世紀中葉，西方醫學以較快的速度傳入中國後，就產生了對兩種醫學的不同認識，甚至矛盾、碰撞與鬥爭，歷時百年，時起時伏。中醫在大陸不但沒有被消滅，反而是以中醫為主，西醫為輔。

為因應科際整合，強化競爭力，台灣的醫療產業雖早有中西醫整合的構想，卻始終無法突破瓶頸，至今未有明顯成效。就學制來講，除中國醫藥學院外，其他醫學院皆屬西醫學制，中醫有被邊陲化的危機，而我們的西醫也僅是一昧的承襲西方的現代醫學，即使號稱國內一流的學府，研究發展上也無法造就一位諾貝爾獎候選得主，程度上也遠遠的落在歐、美、日之後，其來有自，我們應檢討改進。

中西醫是在不同歷史條件下與不同文化背景下形成的，互補性很強，中西互補已得到大多數中西醫所認同；創新是中西醫整合的根本目的，必須傾注更多的力量。（汪德欣，2004）

(五) 健康相關生活品質

由於近年來國際社會逐漸的注重，「生活品質」已成為當前國家發展與社會資源的重要指標。但由於概念抽象、涵蓋的範圍較廣，內容也常隨著社會環境的變遷及普世價值的改變而有所不同，使生活品質成為一個相當複雜且難以定義的概念（陳柏熹、王文中，1999）。世界衛生組織對生活品質的定義為：個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受程度與個人的目標、期望值、標準、關心等方面有關，它包含一個人的生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面，此定義強調個人於自己文化下之主觀感受的重要性（蘇顏洲，2003）。

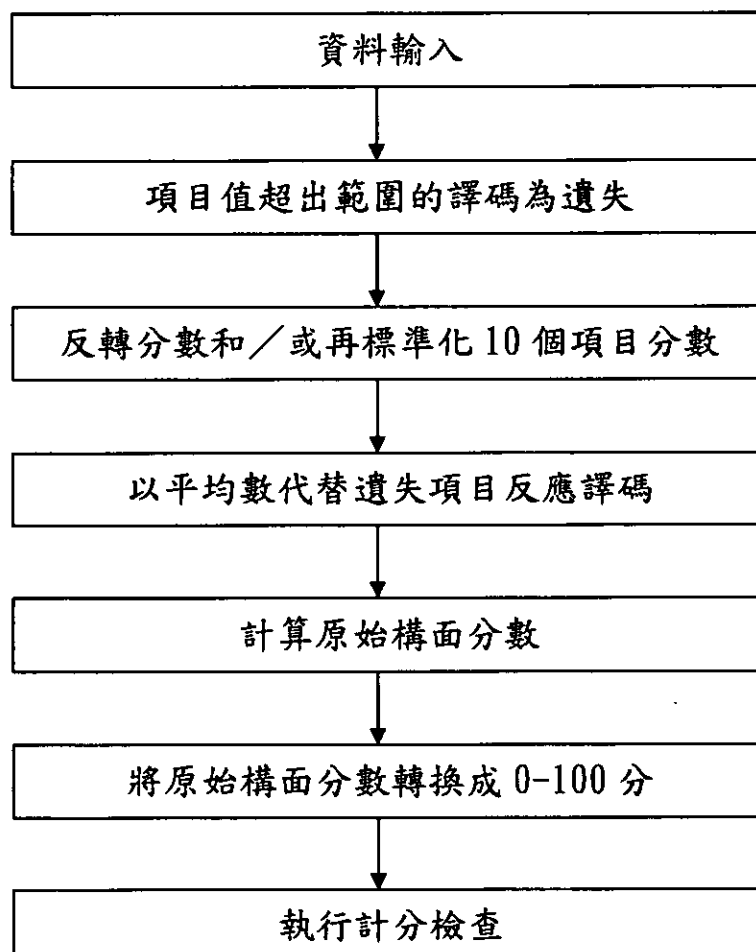
因為人類健康意識的抬頭以及「以病人為中心」概念的盛行，促使醫療院所開始重視病患在接受醫療照護過程中的主觀感受，過去單由病患生理狀況來評估醫療照護的結果已經不符合時代需求，因此檢視健康照護的品質、效果和效益就成醫療院所的例行工作，所以病人的健康相關品質也自然成為醫院管理和公共衛生上的一個重要指標，用以影響健康醫療照護對國民生活福祉的影響。（張慧如，2004）。

健康相關生活品質指的是個體對生活中受到健康而影響之重要部份的滿意程度。測量健康相關生活品質的「健康狀態〈health status〉」的好壞程度，主要是指個體在生理失能、疾病症狀、功能損失方面之相對健康程度，也就是從生理

狀態的角度來反應生活品質。Lohr 曾對醫療照護結果之測量分成五個等級，即所謂的 5D：死亡〈Death〉、疾病〈Disease〉、殘障〈Disability〉、不適〈Discomfort〉、不滿意〈Dissatisfaction〉，其中死亡以死亡率〈mortality〉的計量為代表，疾病、殘障和不適則可合為以罹病率〈morbidity〉的計量為代表（蘇顏洲，2003）。醫藥衛生的發達，使得人類生命歲數延長，疾病型態由過去的傳染性疾病演變成今日的慢性疾病為主，因此死亡率〈mortality〉和罹病率〈morbidity〉的多寡不再成為代表生活品質好壞的指標；另外醫療成本日漸增加，醫療資源付出者期望所付出的是最具有醫療價值及效果的，並且目前的治療方式越來越重視病人個體的主觀感受〈subjective perception〉，致使醫療及經濟學者開始探討以病人為中心，能測出健康相關生活品質療效的工具，目前則以病人的主觀感受〈subjective perception〉及多向度〈multidimensional〉的角度來測量生活品質〈姚開屏，2002〉。

目前針對健康相關的生活品質發展的測量工具已頗多，同時也被廣泛運用在不同領域中。其中 MOS SF-36 為一般性的測量工具。

MOS SF-36 是目前世界上公認的具有高信度和效度的普遍性生活品質評價畫表，亦是目前世界上相當廣為使用的健康自評量表。所以，本研究將採用此量表做為中西醫合診治療後和只有西醫治療後之健康狀況評估。所有標準試驗一樣，內容和計分標準化才能去解釋 SF-36，下圖為 SF-36 之計分流程（Aaronson NK，1992）。



SF-36 主要測量的八個面向 (Ware JE, 1996) :

1. 生理功能 (physical functioning, PF)
2. 因身體健康問題所導致的角色扮演受限 (role-physical, RP)
3. 身體疼痛 (bodily pain, BP)
4. 一般自覺健康 (general health, GH)
5. 活力狀況 (vitality, VT)
6. 社會功能 (social functioning, SF)
7. 因情緒問題所導致的角色扮演受限 (role-emotional, RE)
8. 心理健康 (mental health, MH)

其中八個面向又可分為兩大構面：生理構面 (Physical Component Summary, PCS) 和心理構面 (Mental Component Summary, MCS)。將生理功能、因身體健康問題所導致的角色扮演受限、身體疼痛、一般自覺健康歸類為生理構面 PCS 值，將活力狀況、社會功能、因情緒問題所導致的角色受限、心理健康歸類為心理構面 MCS 值。

(六) 成本效果分析

健康照護系統的基本目的在於追求民眾健康的極大化。但是，有限的資料總是無法滿足每個人的健康照護需求。因此，決策者往往必須選擇最適當的方案 (Robinson, 1993)。亦即，在既定的資源下，求得社會最大的總體健康利益 (Weinstein 與 Stason, 1977)。而經濟評估 (economic evaluation) 提供了一個決策制定架構，以協助醫療或衛生決策者制定決策，合理分配有限的資源，以發揮資源利用的最大效用 (Robinson, 1993; Drummond 等人, 1997)。

本研究是採用經濟評估中的「成本效果分析法」(cost-effectiveness analysis, 簡稱 CEA)，也就是比較成本與效果的分析方法。一般有兩種不同的表示方式 (Weinstein 與 Stason, 1977)，第一種為平均成本效果比值 (average cost-effectiveness ratio)，是某介入方案之成本和其所產生效果之比值；另一種為邊際成本效果比值 (marginal cost-effectiveness ratio)，為估計從某方案換到另一方案的每單位效果之成本，其分子和分母分別代表不同方案間的成本差異與效果差異。CEA 最大的用途在於從具有共同效果的選擇方案 (options) 中，去確認最有成本效果的策略 (Haddix 等人, 1996)。所以，不論被評估的計畫性質為何，只要有共同的效果測量指標，皆可以用 CEA 加以評估 (Drummond 等人, 1997)。也因此 CEA 大都採用邊際成本效果比值表示法。然而，Gold 等人 (1996) 認為

使用“漸增的” (incremental)，而非“邊際的” (marginal)。因為 CEA 通常是比較兩各不同的替代方案 (alternative)，有時是全不然不同的計畫；有時是相同的計畫，只是其強度 (intensity) 不同，而只有後者才符合“邊際的”的一般定義。

CEA 的成本單位為金額，包括直接成本與間接成本。直接成本一般是指因介入方案所耗用的資源 (Gold 等人，1996)，又可分為直接醫療成本和直接非醫療成本 (Haddix 等人，1996)。前者為醫療的成本，如住院費、檢查費或藥費等；後者則與醫療有關，但非醫療本身所產生的成本，如就醫的交通費。間接成本係指因生病 (morbidity) 或死亡 (mortality) 所減少的生產力 (Gold 等人，1996；Haddix 等人，1996)。CEA 經常以收費 (charge) 或給付 (payment) 的資料來作成本分析，不過兩者皆會隨時間或地區不同而改變 (Pettitti，1994)。由於收費並不能代表真正的經濟成本，即機會成本，因而 Haddix 等人 (1996) 建議儘可能使用經濟成本。

CEA 的效果單位則為自然單位 (natural unit) 或實際指標，如增加生命年數 (life years gained)、減少早逝人數 (premature mortality averted)、減少疾病案數 (case prevented) 或發現病例數 (case identified Drummond 等人，1997)。因此，成本效果比值 (cost-effectiveness ratio，簡稱 C/E ratio) 的表示法為每單位健康效果的成本 (cost per health outcome)。健康效果有兩種，即“中間的” (intermediate) 效果和“最後的” (final) 效果。前者如發現病例數，後者如減少死亡人數。通常是使用最的效果，除非最後的效果無法獲知，或是最後的效果不能由中間的效果導出 (Robinson，1993；Haddix 等人，1996；Drummond 等人，1997)。

總而言之，由於中西醫合診和只用西醫治療的成本不同，效果也不同，在健保支付點數有限的情形下，選擇適當的治療方法成為醫院管理者以及醫療服務提供者極為重視的議題。因此，本研究將利用 CEA 來分析中西醫合診治療的結果及其成本耗用，與只利用西醫治療的結果及其成本耗用，來選擇最具成本效果的一種，作為管理者和醫師臨床治療上的參考。

二、研究目的

為了評估各種醫療成效 (medical outcome)，成果研究 (Outcome study) 及成果管理 (Outcome study) 已逐漸受到重視，他能提供廣泛、大量且正確的資料供做醫療決策者進行決策時的參考。為了進行多方向的成果管理，因此生活品質已經成為衡量臨床實驗效果的一種重要測量方法。生活品質被廣泛的運用，同時也是作為決定醫藥治療方式的重要決策指標。(Spilker,1996)。世界衛生組織 (WHO) 定義的健康為生理、心裡及社會全方位功能的健全 (WHO,1948)。以往對醫療療效的評估多只著重在臨床數據上的評估，所以為了達成更健全的療效評估，則生活品質的測量是不可忽略的。目前針對健康相關的生活品質發展的測量工具已頗多，同時也被廣泛運用在不同領域中。其中 MOS SF-36 為一般性的測量工具，並非針對特殊疾病、年齡或是治療而設計，主要測量受訪者身心健康的八個類別，共有 36 項問題，同時必須由受訪者自填的一種問卷。美國版的 SF-36 於 1990 年定版，該問卷的完成已有相當充足完善的信效度檢定，而台灣版的 SF-36 也於 1996 年授權翻譯，翻譯的工作由過內多位相關學者完成，同時也已經授權國內多項的研究。

目前對腦中風、腦性麻痺患者雖已有幾位學者針對針灸治療以及合併其他西醫治療方式進行比較研究，但都只著重在臨床數據上的研究，未著墨於生活品質的測量上。因此本研究希望彌補臨床評估不足之處，增加 SF-36 對生活品質的測量進行嚴謹的實驗設計，提供療效評估另一新的思考方向，作為傳統中醫證據醫學的根據。同時希望成為醫療決策者進行成果管理時的決策依據，找到最有效益的醫療方式，節省醫療成本及提高病患自覺的生活品質。

醫療成本的控制和醫療品質的提升，對醫療機構也日趨重要。醫療機構的管理者必須針對每一種疾病找出最符合成本效益的治療方式，一方面降低醫療成本，一方面重視醫療品質以滿足病患的需求，同時也達到健保局的醫療品質要求。為了找到最有效益的醫療方式，除了西醫的治療疾病方式之外，若配合以我國傳統的中醫給予另一種的治療方式，也是能達到減少醫療資源的耗用，且增加病患滿意度。

貳、材料與方法

一、研究設計與架構

(一) 研究設計

本計畫分別對腦性麻痺及腦中風住院患者做中西醫合診之成本效果分析 (Cost-effectiveness Analysis)。

1、為使計畫順利進行，設立教育組。其執掌及負責事項如下：

教育組：為了使執行西醫住院中醫輔助醫療之醫師能清楚須注意之事項，成立教育組，負責安排教育訓練。由指揮中心排定與計劃相關之教育訓練課程，舉辦主題如下所示：

教育課程主題
「西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」如何執行療效評估
中醫藥臨床試驗教育訓練課程-包含臨床試驗之資料處理流程、完整臨床試驗之規劃與執行、可行性評估之流程...等
成本效益的概念與運用、量表之介紹
成本之攤銷及成本資料之收集
治療性的風險管理
臨床試驗查核、臨床試驗報告書之撰寫

2、臨床療效評估及成本效益分析：

(1) 準實驗設計：

本研究採用準實驗設計方法 (quasi-experimental design)，係前瞻性的研究設計 (Prospective study design)。研究組別共分為二組，第一組實驗組是接受中西醫合診的治療方式，第二組對照組則是單純接受西醫治療。在資料的收集則是從計劃開始執行之後配合中醫師全聯會推行的「西醫住院病患中醫輔助醫療及中醫優質門診照護試辦計畫」，即開始收案，收案期間為7月至11月。

1. 研究組別：

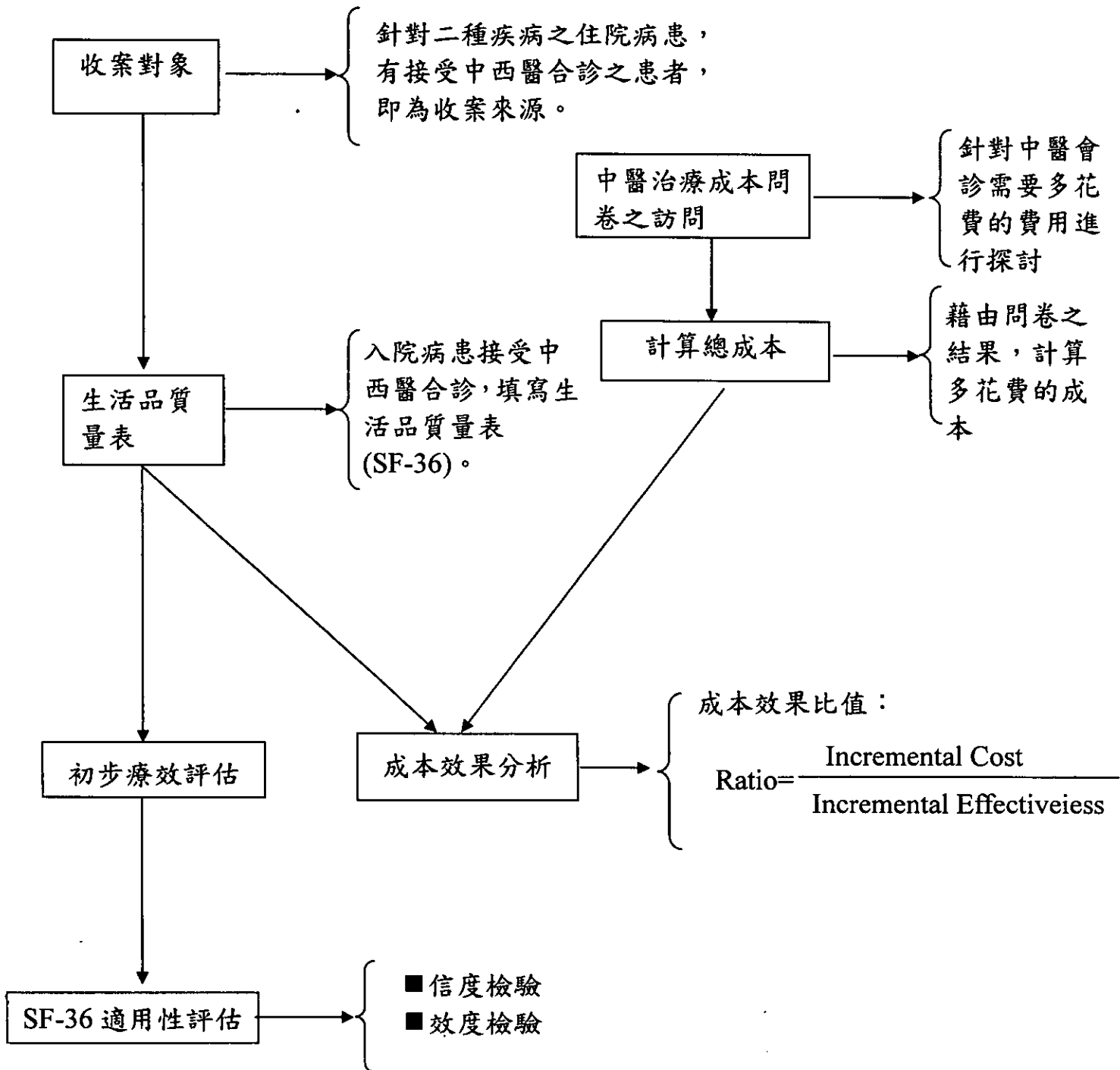
實驗組—接受中西醫合診的治療方式

對照組—單純接受西醫治療

2. 實驗設計：

	介入	收案
實驗組	×	O ₁
對照組		O ₂

(2) 研究流程圖：



二、 研究對象：

(一) 樣本來源

本研究於民國九十五年七月至民國九十五年十一月三十一日間，接受中西醫合診之腦性麻痺患者及腦中風患者，來源為承辦中醫師公會全國聯合會之中西醫合診試辦計畫之醫院，以北區及中區某醫學中心為主要來源。

單純接受西醫治療之腦性麻痺患者及腦中風患者來源則以中區某醫學中心及其他醫院為主。

(二) 收案樣本數

本研究之研究對象分為實驗組為接受中西醫合診之病患各 30 名，腦性麻痺患者主要來源為北部某醫學中心，腦中風患者來源則為中部某地區醫院。對照組為純接受西醫治療之病患各 30 名，腦性麻痺患者及腦中風患者來源為中部某醫學中心及地區醫院為主。總計 120 名個案。

三、 研究工具

(一) 研究及分析工具

1. 生活品質 (Quality of life)：本研究的生活品質係採用中文版的 SF-36 (附件一) 進行測量。SF-36 包含 8 個次量表 (scales) 亦即 8 個構面，以及另一項自我健康狀態的評估，共計 36 小題 (items)。每個次量表的分數從 0 分至 100 分，0 分代表健康狀態最差，100 分代表健康狀態最佳。分數的計算係依據 SF-36 使用手冊 SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide 的計分方式，計分前有 10 小題必須先做重新譯碼，再依換算公式分別計算 8 個次量表的分數。轉換對照表及換算公式如下：

「表一」SF-36 分數轉換對照表

Scale	編譯後各題原始 總分	最低及最高可 能原始總分	可能原始分 範圍
生理功能	$3a+3b+3c+3d+3e$ $+3f+3g+3h+3i+3j$	10,30	20
角色限制—生理	$4a+4b+4c+4d$	4,8	4
身體疼痛	$7+8$	2,12	10
一般自覺健康	$1+11a+11b+11c+$ $11d$	5,25	20
活力狀態	$9a+9e+9g+9i$	4,24	20

社會功能	6+10	2,10	8
角色限制—情緒	5a+5b+5c	3,6	3
心理健康	9b+9c+9d+9f+9h	5,30	25

資料來源：SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide，Ware1993

原始分數轉換公式：

$$\text{Transformed Scale} = \left[\frac{\text{實際原始總分} - \text{最低可能原始分}}{\text{可能原始分範圍}} \right] \times 100$$

2、資料分析

以描述性統計包含平均數、次數分配及百分比進行基本資料的分析，同時利用 effect size 求算效應的大小。另外並進行信度的分析及統計推論。

(1) 描述統計：以平均數及百分比敘述各組別患者的基本資料特性。

(2) 推論統計：推論研究假設

a. 利用 effect size 檢測比較，實驗組與對照組在 SF-36 的八個量表的分數是否有差異。

b. 利用邏輯斯迴歸，以人口變項推論是否接受中醫治療。

c. 利用皮爾森卡方 (X^2) 檢定進行名目類別資料如性別、患部、職業、教育等基本資料的分析。

d. 求算 SF-36 各次量表的 Cronbach'α 係數檢測各次量表的信度。

e. 利用 Item-scale Analysis 進行 SF-36 整體健康量表區別建構效度的檢定。

3、成本效果比(cost effectiveness ratio)：

本研究將分別對執行西醫住院中醫輔助治療之腦性麻痺及腦中風患者進行成本效能比的計算，對有執行中西醫合診之醫院進行成本問卷(附件二)的訪問，藉由問卷之結果計算出患者在住院期間會診中醫時多申報之處置費用及診察費用，同時利用醫院之成本費用比率，計算出會診中醫多花費的成本，再將計算出的成本，與 SF-36 的結果互相比較，即可求得成本效果比。成本效果比的計算公式如下所示：

(1) 平均申報處置費用：接受中醫會診之病患平均數×一週看診平均次數×
一次申報處置之平均費用

(2) 平均診查費申報費用：接受中醫會診之病患平均數×一週看診平均次數×
一次申報診察費之平均費用

(3) 實際花費成本=(平均申報處置費用+平均診查費申報費用)×醫院之成本費
用比率

(4) 成本效果比 = $\frac{\text{使用中醫治療多花費之成本}}{\text{單純接受西醫治療與中西醫合診治療 SF - 36分數之差異}}$

參、結果討論

一、教育訓練課程

本計劃為了讓全國各醫院有意承辦中西醫會診並了解應注意之事項，與中醫師公會全國聯合會合作，分別在6月25日及8月27日，在台北及台中舉辦對「腦中風、小兒腦性麻痺及小兒氣喘」三種疾病之中西醫會診試辦計畫說明會。

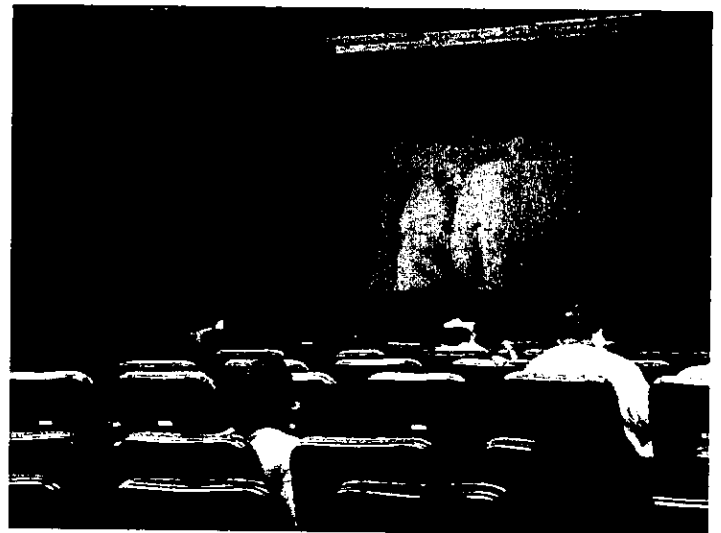
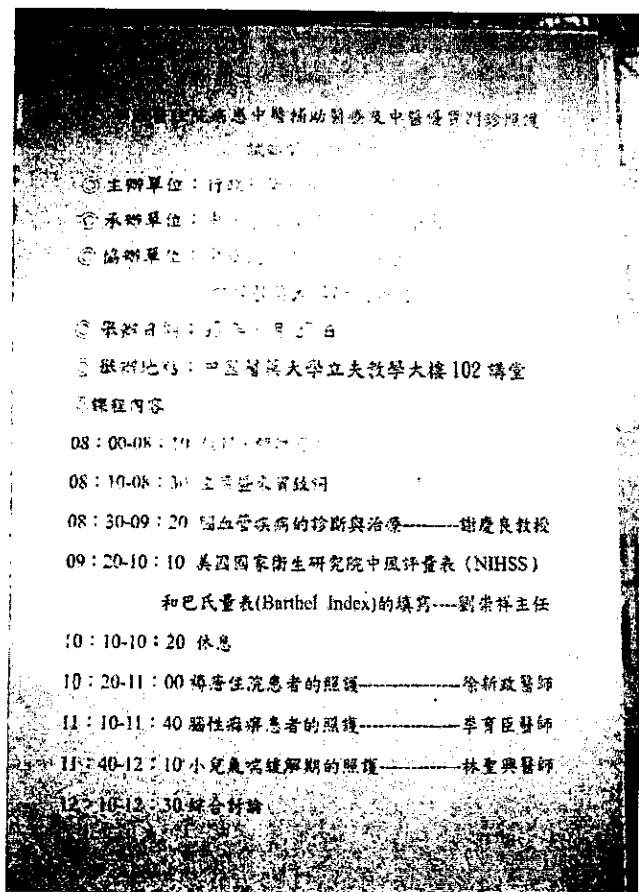
1. 6月25日：上課內容及講師

「西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」 如何執行療效評估	中國醫藥大學 馬作鑑教授
「腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」執行報告	長庚紀念醫院中醫針灸科主治醫師 楊建中醫師
「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」執行報告	長庚紀念醫院中醫針灸科主治醫師 李科宏醫師
「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」執行報告	長庚紀念醫院中醫兒科主治醫師 詹金淦醫師
廣州中醫藥大學參訪心得報告	長庚紀念醫院中醫針灸科主治醫師 孫茂峰醫師／黃國慶醫師



2.8月27日：上課內容及講師

腦血管疾病的診斷與治療	謝慶良教授
美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 和巴式量表 (Barthel Index) 的填寫	劉崇祥主任
褥瘡住院患者的照護	徐新政醫師
腦性麻痺患者的照護	李育臣醫師
小兒氣喘緩解期的照護	林聖興醫師



二、生活品質量表之評估結果

1. 研究對象基本資料

本研究於民國 95 年 7 月至民國 95 年 11 月期間，依研究對象選取標準分別在北部某醫學中心、中部某醫學中心及地區醫院收集個案，其中腦中風患者共收集 58 名病患，單純接受西醫治療之患者為 30 名，接受中西醫合診治療為 28 名。腦性麻痺患者共收集 58 名病患，單純接受西醫治療之患者為 30 名，接受中西醫合診治療為 28 名。其基本資料如表二、三所示。以下分別就所有患者、西醫治療患者及中西醫合診治療患者的基本資料進行部分描述。

就性別而言，腦中風患者男性共 39 名，佔所有樣本 67%，女性共 19 名，佔總樣本 33%。西醫患者男性共 17 名，佔西醫樣本 56.7%，女性共 13 名，佔西醫樣本 43.3%。中西醫合診男性患者共 22 名，佔中西醫合診樣本 78.6%，女性患者 6 名，佔中西醫合診樣本 21.4%。腦性麻痺患者男性共 31 名，佔所有樣本 53.4%，女性共 19 名，佔所有樣本 46.6%，西醫患者男性共 13 名，佔西醫樣本 46.4%，女性共 15 名，佔西醫樣本 53.6%。中西醫合診男性患者共 18 名，佔中西醫合診樣本 78.6%，女性患者 12 名，佔中西醫合診樣本 21.4%。

就年齡而言，腦中風患者多數在 55 歲到 64 歲之間，佔所有樣本數 43.1%。腦性麻痺患者多數在 14 歲以下，佔所有樣本數 63.8%。

2. SF-36 健康量表基本資料

本研究由測量人員直接面對面進行訪談，腦中風及腦性麻痺八個次量表的分數分別呈現於表四、表五中，其中腦中風之八項次量表中，其中生理的角色限制 RP 平均分數最低 2.16 分，其次為生理功能 PF 6.72 分。在西醫組及中西醫合診組患者的比較方面，八項次量表分數在兩組的患者中差異並不大，只有活力狀態次量表分數及心理健康次量表分數中醫患者顯著低於西醫患者。腦性麻痺之八項次量表中，其中身體疼痛 BP 之次量表分數最低為 19.83 分。在西醫組及中西醫合診組患者的比較方面，生理功能 PF、生理角色受限 RP 及身體疼痛之次量表分數中西醫合診組顯著高於西醫組，社會功能之次量表分數中西醫合診組則顯著低於西

醫組。由表六、表七則可得知腦中風及腦性麻痺患者各次量表的極大值與極小值。另外對男性及女性進行比較結果如表八、表九所示，男性與女性患者在腦中風及腦性麻痺之各次量表分數比較皆無顯著之差異。

3、SF-36 信度分析

(1) 信度評估

本研究採用腦中風 58 位患者及腦性麻痺 58 位患者的 SF-36 問卷資料進行信度的探討，同時以 Cronbach' α 係數作為各次量表的內部一致性信度 (internal consistency reliability) 分析。八項健康次量表的信度係數如表十、表十一所示，腦中風患者之身體疼痛 BP、一般自覺健康 GH、活力狀態 VT、社會功能 SF 及心理健康 MH 之信度係數為略低於 0.7，其餘次量表係數皆高於 0.7，甚至高達 0.8 以上。腦性麻痺之一般自覺健康 GH 及心理健康 MH 這兩項次量表係數為低於 0.7，其餘皆高於 0.7。

(2) 效度的評估

理論上而言，組成某次量表的題目與該次量表間會有相關，同時該題與該次量表間的相關程度應該大於與其他次量表間的相關。為了解各次量表施測題目與各次量表間的相關，因此利用 Item-Scale correlation 進行分析。各題目與各次量表間的相關係數及 P 值如表十二、表十三所示，各題目與自身的次量表分數間皆有顯著相關。

(3) 回歸分析

腦性麻痺患者是否接受中西醫合診治療之回歸模型，主要探討患者接受中西醫合診之影響因素，利用人口變項進行分析，其中包含性別、年齡、職業別及居住地，性別、職業別及居住地設為虛擬變項，年齡則分 10 歲一組，從 14 歲~84 歲。結果如表十四所示，各變項標準化係數為，性別-0.028、年齡-0.083、職業別 0.04、居住地-0.916，其中年齡有達到統計上顯著差異。腦性麻痺之回歸直方圖及散佈圖如圖一、圖二所示

迴歸模型如下：

接受中西醫合診治療與否 = $0.04 \times \text{職業別} - 0.028 \times \text{性別} - 0.083 \times \text{年齡} - 0.916 \times \text{居住地}$

腦中風患者是否接受中西醫合診治療之回歸模型，主要探討患者接受中西醫合診之影響因素，利用人口變項進行分析，其中包含性別、年齡、職業別及居住地，性別、職業別及居住地設為虛擬變項，年齡則分 10 歲一組，從 14 歲~84 歲。結果如表十五所示，各變項標準化係數為，性別-0.099、年齡-0.117、職業別 0.396、居住地-0.36 其中職業別、居住地有達到統計上顯著差異。腦中風之回歸直方圖及散佈圖如圖三、圖四所示

迴歸模型如下：

接受中西醫合診治療與否 = -0.099×性別 - 0.117×年齡 - 0.396×職業別 - 0.36×居住地

在控制性別、年齡、職業別三個變項後，腦中風病患在接受中西醫合診治療的生活品質是單純接受西醫治療病患的 8.667 倍，同時也達到統計上顯著差異。P=0.004，因此，是否接受中西醫治療對病患之生活品質有顯著影響。

在控制性別、年齡、職業別三個變項後，腦性麻痺病患在接受中西醫合診治療的生活品質是單純接受西醫治療病患的 13.918 倍，同時也達到統計上顯著差異。P 值趨近於 0，因此，是否接受中西醫治療對病患之生活品質有顯著影響。

4 成本效果評估

中西醫合併治療成本評估

成本效果分析法係為比較效果與成本間之分析方法，即投入每單位之成本可產出多少效果，或產出之效果需花費多少成本，因此需先計算病患在接受中西醫合併治療比起只接受西醫治療所多耗用之成本，包含人事成本以及一般成本。

本研究之成本評估方法為首先估算一週中醫師之人事成本，而後分攤至每週接受中西醫合併治療病人數，即為每位病患之治療成本。一般治療成本估計的來源必須採用「市價」來評估，當有些項目資料無法取得市價時，必須使用「成本費用比(cost to charge ratio)」來將收費(charge)換算為成本，成本費用比的計算方法為：全院的總成本/全院的總申報費用，而目前醫院收入主要全院總健保申報費用/成本比。以下則將腦中風及腦性麻痺病患時實際發生之醫療成本項目分別加以評估。

a.腦中風疾病:

個案 1 醫院:

人事成本：中醫部門編制有 6 位主治醫師，全部參與西醫住院病患會診，6 位主治醫師一年薪資共 2400000 元，西醫治療中醫輔助之中醫師平均每週工作約 72 小時，其中 參與西醫住院病患會診 7 小時，每週接受治療的病患數為 8.4 人，故主治醫師成本計算如下：

$$\frac{2400000}{52} \times \frac{7}{72} \div 8.4 \text{ 人} = 534.1 \text{ 元/人}$$

一般治療成本：接受中醫輔助治療之病患一週平均會診 2 次，接受中醫會診處置方式及各項處置之健保申報費用 1250 元(針灸申報平均費用 400，藥浴申報平均費用 0，食療申報平均費用 0，其他申報平均費用 850)，醫院成本費用比率為，故一般治療成本計算如下：

$$1250 \times 3 \times 0.7 = 2625 \text{ 元/人}$$

故個案 1 醫院總成本為=3159.1 元/人

個案 2 醫院:

人事成本：中醫部門編制有 4 位主治醫師，全部參與西醫住院病患會診，4 位主治醫師一年薪資共 1440000 元，西醫治療中醫輔助之中醫師平均每週工作約 72 小時，其中 參與西醫住院病患會診 4.5 小時，每週接受治療的病患數為 5.5 人，故主治醫師成本計算如下：

$$\frac{1440000}{52} \times \frac{4.5}{72} \div 5.5 \text{ 人} = 314.6 \text{ 元/人}$$

一般治療成本：接受中醫輔助治療之病患一週平均會診 3 次，接受中醫會診處置方式及各項處置之健保申報費用 200 元(針灸申報平均費用 200，藥浴申報平均費用 0，食療申報平均費用 0，其他申報平均費用 0)，醫院成本費用比率為，故一般治療成本計算如下：

$$200 \times 3 \times 0.97 = 582 \text{ 元/人}$$

故個案 2 醫院總成本為=896.6 元/人

個案 3 醫院:

人事成本：中醫部門編制有 10 位主治醫師，5 位參與西醫住院病患會診，5 位主治醫師一年薪資共 1200000 元，西醫治療中醫輔助之中醫師平均每週工作約 72 小時，其中 參與西醫住院病患會診 32 小時，每週接受治療的病患數為 20 人，故主治醫師成本計算如下：

$$\frac{1200000}{52} \times \frac{32}{72} \div 20 \text{ 人} = 512.8 \text{ 元/人}$$

一般治療成本：接受中醫輔助治療之病患一週平均會診 2 次，接受中醫會診處置方式及各項處置之健保申報費用 360 元(針灸申報平均費用 360，藥浴申報平均費用 0，食療申報平均費用 0，其他申報平均費用 0)，醫院成本費用比率為，故一般治療成本計算如下：

$$360 \times 2 \times 0.96 = 691.2 \text{ 元/人}$$

故個案 3 醫院總成本為=1204 元/人

b.腦性痲痺:

個案 1 醫院:

人事成本：中醫部門編制有 6 位主治醫師，全部參與西醫住院病患會診，6 位主治醫師一年薪資共 2400000 元，西醫治療中醫輔助之中醫師平均每週工作約 72 小時，其中 參與西醫住院病患會診 7 小時，每週接受治療的病患數為 7 人，故主治醫師成本計算如下：

$$\frac{2400000}{52} \times \frac{7}{72} \div 7 \text{ 人} = 641 \text{ 元/人}$$

一般治療成本：接受中醫輔助治療之病患一週平均會診 1 次，接受中醫會診處置方式及各項處置之健保申報費用 2030 元(針灸申報平均費用 350，藥浴申報平均費用 0，食療申報平均費用 0，其他申報平均費用 1680)，醫院成本費用比率為，故一般治療成本計算如下：

$$2030 \times 1 \times 0.7 = 1421 \text{ 元/人}$$

故個案 1 醫院總成本為=2062 元/人

個案 2 醫院:

人事成本：中醫部門編制有 4 位主治醫師，全部參與西醫住院病患會診，4 位主治醫師一年薪資共 1440000 元，西醫治療中醫輔助之中醫師平均每週工作約 72 小時，其中參與西醫住院病患會診 4.5 小時，每週接受治療的病患數為 9 人，故主治醫師成本計算如下：

$$\frac{1440000}{52} \times \frac{4.5}{72} \div 9 \text{ 人} = 192.3 \text{ 元/人}$$

一般治療成本：接受中醫輔助治療之病患一週平均會診 1 次，接受中醫會診處置方式及各項處置之健保申報費用 2380 元(針灸申報平均費用 350，藥浴申報平均費用 0，食療申報平均費用 0，其他申報平均費用 2030)，醫院成本費用比率為，故一般治療成本計算如下：

$$2380 \times 1 \times 0.97 = 2308 \text{ 元/人}$$

故個案 2 醫院總成本為=2500.3 元/人

(4) 中西醫合併治療成本效果評估

總結上述，腦中風中西醫合併治療成本個案 1 醫院總成本為=3159.1 元/人，個案 2 醫院總成本為=896.6 元/人，個案 3 醫院總成本為=1204 元/人。腦性麻痺中西醫合併治療成本個案 1 醫院總成本為=2062 元/人，個案 2 醫院總成本為=2500.3 元/人。

由 SF36 結果可知腦中風中西醫合併治療生活品質總分平均 78.8，腦中風西醫合併治療生活品質總分平均 71.4，腦性麻痺中西醫合併治療生活品質總分平均 96.5，腦性麻痺西醫合併治療生活品質總分平均 85.5。(圖五、圖六)

中西醫合併治療病患於個案醫院戒治的成本與效果(包含成中西醫合併治療生活品質的改善)，可計算出中西醫合併治療成本效果比值。

腦中風中西醫合併治療成本效果比=

$$\frac{\text{中西醫合併治療增加的成本}}{\text{中西醫合併治療生活品質改善}} = \frac{(3159.1+896.6+1204)/3}{78.8-71.4} = 236.9$$

腦性麻痺中西醫合併治療成本效果比=

$$\frac{\text{中西醫合併治療增加的成本}}{\text{中西醫合併治療生活品質改善}} = \frac{(3159.1+896.6+1204)/3}{96.5-85.5} = 159.4$$

肆、結論與建議

以下分別針對政策決策者、未來相關研究者，同時對治療人員以及患者提出本研究的結論與建議。

1. 本研究證實了 SF-36 運用在腦中風及腦性麻痺疾病的使用上其信效度頗佳，可以使用在腦中風及腦性麻痺疾病上，因此建議可以做為治療介入的療效評估工具。對決策者而言，必須使用一項較全面性的測量工具作為決策的參考，除了包含生理的指標也必須包含心理方面的健康指標，更不能忽略了患者自覺的主觀感受。本研究證實 SF-36 在腦中風及腦性麻痺的適用性，可以作為完整成效管理 (Outcome management) 工具，所以建議可以使用在腦中風及腦性麻痺疾病上，同時作為決策參考。
2. 另外決策者往往必須比較不同疾病間的治療效益，因此一般性的測量工具 SF-36 不限定特有疾病的使用範圍，所以可以做不同疾病彼此間的比較，成為相同的比較工具。而且 SF-36 的使用簡便回答時間簡短，因此建議可以將 SF-36 作為經常性的監測工具，經常的在臨床上或門診間使用。一來可以作為決策參考，再者大量收集的資料亦能作為日後研究的比較與參考。
3. 雖然已證實了 SF-36 於腦中風及腦性麻痺的適用性，但因 SF-36 屬於一般性的整體健康狀態問卷，所以在對特定疾病於生理上的威脅一般性問卷仍有不足之處，無法直接且敏銳的反應特定疾病對特定生理健康的影響。因此如同多位學者的建議，當使用一般性問卷於特定疾病時，合併使用其他疾病相關的問卷更能使得結果的測量全面性及敏銳性兼備。所以一般性健康相關的生活品質問卷，應該扮演著輔助的角色，臨床上及生理上的療效指標也是最終的醫療照護成果所不可或缺的指標。
4. 本研究僅就治療的成效進行討論，只對臨床指標及生活品質進行評估。但完善的醫療照護品質應該同時兼具過程面與結果面，因此除了治療的介入因子，照護過程中的總總因素也是不可或缺的考量因素，可能也間接的影響照護的結果。例如患者在照護過程中的時間成本、經濟成本或是對照護過程中的整體滿意度也都必須同時被考量。
5. 本研究的中西醫合併治療患者和只接受西醫治療患者肌本資料中，相較於其他研究以女性患者居多，本研究男性患者偏多，腦中風主要集中於 55~64 歲，腦性麻痺主要集中於 14 歲以下以及 15~24 歲，由於收案樣本數較少，且只限於某幾間特定醫院。往後研究收案可擴大於全省各層級醫院，增加樣本數量，並

可將醫院層級、醫師等變項納入研究，使結果更具代表性。

6. 腦中風患者在活力狀態和心理狀態有接受中西醫合併治療都顯著高於只接受西醫治療的病患。腦性麻痺患者在生理、身體疼痛、社會功能方面有接受中西醫合併治療都顯著高於只接受西醫治療的病患。由成本效果分析中腦中風中西醫合併治療每增加一單位生活品質改善耗費成本 236.9 元，腦性麻痺中西醫合併治療每增加一單位生活品質改善耗費成本 159.4 元。可見腦中風及腦性麻痺在治療中加入中醫治療所增加成本並不高，但卻對於生活品質的改善卻相當顯著，可建議此兩種疾病病患可加入中醫治療，提高醫療品質。
7. 中西醫整合治療在健保的給付上並沒有相當完整的配套措施，但從研究初步的結果上顯示，中西醫整合治療的病患在生活品質上明顯的高過於單獨接受西醫治療的病患，由於中醫輔助治療在臨床症狀上面，要快速看到臨床改善之效果並不容易，或者需要較長時間，但從生活品質量表的結果可看出，接受中西醫合診治療之病患在某幾項構面的結果來看，都有顯著之改善，這對於癒後都有好的結果，但是真正要下此結論是需要有實証醫學的，但是在全世界在中西醫整合治療的實証醫學上是非常缺乏的，國內應該在中西醫整合上需要更多經費來做實驗組及對照組這方面之實驗，以建立實証醫學來證實傳統醫學在治療疾病上是具有成本效益的。

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：CCMP95-RD-032）提供經費贊助，以及中醫師公會全國聯合會協助本計劃執行期間相關問卷之收集，使本計畫順利完成，特次誌謝。

伍、參考文獻

1. Drummond, M., B. J. O'Brien, G. Stoddart, G. Torrance. *Methods of Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
2. Francis Lau, Andrew Penn, Deborah Wilson, Tom Noseworthy, Douglas Vincent, Sandra Doze, 1998, "The diffusion of an evidence-based disease guidance system for managing stroke", *International Journal of Medical Informatics* 51, pages 107-116
3. Gold, M. R., J. E. Siegel, L. B. Russell, M. C. Weinstein. *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
4. Group, F. H. and Owrang, M. M., 1995, "Database Mining Discovering New Knowledge and Cooperative Advantage", *Information System Management*, Vol. 12, No. 4, pp26-30.
5. Hagop S. Mekhjian, MD, Thomas D. Bentley, RN, MS, Asif Ahmad, MS, MBA, Gail Marsh, MHA, 2004, "Development of a Web-based Event Reporting System in an Academic Environment. ", *Journal of the American Medical Informatics Association*, Volume 11, Number 1 10. Sankar K. Pal, Varun Talwar, Pabitra Mitra, 2002, "Web Mining in Soft Computing Framework: Relevance, State of the Art and Future Directions. ", *IEEE Transactions on Neural Networks* 2002
6. Haddix, A.C., S. M. Teutsch, P. A. Shaffer, D. O. Dunet. *Prevention Effectiveness: A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
7. J. Han and M. Kamber. (2001) *Data Mining: Concepts and Techniques*. Morgan Kaufman, San Francisco, CA, 2001.
8. McKinley, P.K.; Chiping Tang; Mani, A.P. (2002) "A study of adaptive forward error correction for wireless collaborative computing." *Parallel and Distributed Systems*, *IEEE Transactions on*, Volume: 13 Issue: 9, Sept. 2002. Page (s): 936-947
9. R. Agrawal and R. Srikant. (1994) "Fast algorithms for mining association rules. " In *Proc. 1994 Int. Conf. Very Large Data Bases*, pages 487-499, Santiago, Chile, September 1994.
10. R. Agrawal, T. Imielinski, and A. Swami. (1993) "Mining association rules between sets of items in large databases." In *Proc. 1993 ACM-SIGMOD Int. Conf. Management of Data*, pages 207
11. Robinson, R. "Economic evaluation and health care: What does it mean?". *BMJ* 1993; 11; 307(6905): 670-3.
12. Stephen E. Brossette, Alan P. Sprague, PHD, J. Michael Hardin, PHD, Ken B. Waites, MD, Warren T. Jones, PHD, Stephen A. Moser, PHD, 1998, "Association Rules and Data Mining in Hospital Infection Control and Public Health Surveillance." *Journal of the American Medical Informatics Association*, Volume 5, Number 4

13. Vitali Sintchenko, MD, Enrico Coiera, Mbbs, PHD, Jonathan R. Iredell, MD, PHD, Gwendolyn L. Gilbert, MD, 2004, "Comparative Impact of Guidelines, Clinical Data, and Decision Support on Prescribing Decisions: An Interactive Web Experiment with Simulated Cases.", Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 11, Number 1
14. Weinstein, M. C., W. B. Stason. "Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices". N Engl J Med 1977; 296: 716-21.
15. Petitti, D.B. Meta-Analysis Decision Analysis and Cost-Effectiveness Analysis- Methods for Quantitative Synthesis in Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1994.
16. 中西醫藥診斷治療方式與給藥途徑上的不同：http://www.drugnet.com.hk/tcm/tcm_east&west.htm
17. 行政院衛生署中醫藥委員會學術暨臨床應用研討會成果彙編 2002-2003。
18. 林宜信主編：建構台灣中藥用藥安全環境，衛生署中醫藥委員會，93年12月。
19. 皮國立，當中醫臟腑生理遇上西醫解剖形質—唐宗海（1851—1897）的中西醫折衷身體觀析論，2003
20. 邱晏麟，針灸及西醫治療冷凍肩的療效評估—SF-36的應用，2002
21. 李俊霖，西醫腦中風醫療相關性探討，2002
22. 汪德欣，中西醫整合理念之實踐—以法制與課程為探討核心，2004
23. 姚開屏：台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用。台灣醫學雜誌 2002
24. 徐英敏、杜約孔，中西醫結合治療40例腦出血臨床觀察，光明中醫雜誌，1994
25. 許堯欽，生肌散的歷代中醫典籍暨臨床與實驗，2000
26. 許蘊碧，中西醫的結合與方法，海南醫學院，1994
27. 張映遠，紅外線穴位熱敷貼於憂鬱症失眠患者照護成效之探討，2003
28. 張海洋、劉兆連、宋風武，中西醫結合治療混合性中風7例，中醫藥研究期刊，1994
29. 張慧如，健康相關生活品質與醫療資源耗用之間的關係—以南投縣埔里地區為例，2004
30. 陳柏熹、王文中（1999）：生活品質量表的發展。中國測驗學會測驗年刊
31. 整合中醫學年刊，2000
32. 濟寧醫學院期刊，1994
33. 康承芳，中西醫結合治療腦血栓35例，江蘇中醫期刊，1994
34. 趙維曉，中西醫藥合用治療皮膚病驗案4則，江西中醫藥，1994增刊
35. 濟寧醫學院學報第17卷第1期，1994
36. 蘇顏洲，乳癌患者治療成本效用與其生活品質之探討，2003
37. 賴俊雄等：建立台灣中藥境外認證品質管制中心(機制)計畫，行政院衛生署中醫藥委員會學術暨臨床應用研討會成果（2004）匯編第五冊，台北，2003年9月，p.789-817。

六 圖、表

「表二」腦中風類別變項基本資料表

	所有樣本 n=58		中西醫合診樣本 n=28		西醫樣本 n=30		X 檢定
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
性別							0.009
男	39	67	22	78.6	17	56.7	
女	19	33	6	21.4	13	43.3	
年齡	人數	百分比					0.00
25~34	4	6.9	4	14.3			
35~44	6	10.3	5	17.8	1	3.3	
45~54	13	22.5	7	25	6	20	
55~64	25	43.1	12	42.9	13	43.3	
65~74	6	10.3			6	20	
75~84	4	6.9			4	13.3	
職業	人數	百分比					0.00
農林漁牧礦	5	8.3	5	16.7			
商	1	1.7	1	3.3			
工	7	11.7	6	20	1	3.3	
服務業	2	3.3	1	3.3	1	3.3	
公務人員	2	3.3	2	6.7			
家管	1	1.7	1	3.3			
學生	1	1.7	1	3.3			
專業人員	1	1.7					
待業中			1	3.3			
其他	38	63.3	10	33.3	28	93.3	
居住地	人數	百分比					0.00
台北	1	1.7	1	3.3			
中彰投	37	61.7	26	86.7	11	36.7	
雲嘉南高屏	20	33.3	1	3.3	19	63.3	

「表三」腦性麻痺類別變項基本資料表

	所有樣本 n=58		中西醫合診樣本 n=30		西醫樣本 n=28		X 檢定
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
性別							0.599
	男	31 53.4	18	60	13	46.4	
	女	27 46.6	12	40	15	53.6	
年齡		人數 百分比					
	14 歲以下	37 63.8	30	100	7	25	
	15~24	8 13.8			8	28.6	
	25~34	7 12.1			7	25	
	35~44	2 3.4			2	7.1	
	45~54	2 3.4			2	7.1	
	55~64	1 1.7			1	3.6	
	75~84	1 1.7			1	3.6	
職業		人數 百分比					
	農林漁牧礦	5 8.6			5	17.9	
	商	4 6.9			4	14.3	
	工	3 5.2			3	10.7	
	公務人員	4 6.9			4	14.3	
	家管	1 1.7			1	3.6	
	學生	27 46.6	18	60	9	32.1	
	待業中	1 1.7			1	3.6	
	其他	13 22.4	12	40	1	3.6	
居住地		人數 百分比					
	台北	30 51.7	30	100			
	中彰投	24 41.4			24	85.7	
	雲嘉南高屏	4 6.9			4	14.3	

「表四」腦中風 SF-36 八項次量表基本資料 (一)

	所有樣本 n=58		西醫樣本 n=28		中醫樣本 n=30		M-W 檢定
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	P 值
PF	6.72	15.96	10.18	19.60	3.50	11.00	0.06
RP	2.15	13.48	3.57	18.90	8.33	4.56	0.94
BP	33.28	22.35	38.21	21.78	28.67	22.24	0.07
GH	56.90	10.08	55.00	11.86	58.67	7.87	0.16
VT	48.71	13.03	53.21	12.34	44.50	12.41	0.01
SF	41.16	16.22	40.63	18.83	41.67	13.67	0.63
RE	28.16	44.96	26.18	43.84	30.00	46.66	0.64
MH	51.34	24.77	57.36	33.00	45.73	11.15	0.03

註：** P<0.01 *P<0.05

「表五」腦性麻痺 SF-36 八項次量表基本資料 (一)

	所有樣本 n=58		西醫樣本 n=28		中醫樣本 n=30		M-W 檢定
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	P 值
PF	55	38.46	34.64	33.55	74	32.94	0.00
RP	45.69	43.46	24.11	36.94	65.83	39.66	0.00
BP	19.83	19.24	12.50	14.81	26.67	20.57	0.00
GH	50.52	11.19	49.64	10.71	51.33	11.74	0.65
VT	48.97	12.80	50.54	14.80	47.50	10.64	0.42
SF	41.81	12.29	45.09	11.95	38.75	11.99	0.02
RE	51.15	45.97	46.43	48.30	55.56	44.06	0.38
MH	53.45	12.91	53.29	15.51	53.60	10.16	0.70

註：** P<0.01 *P<0.05

「表六」腦中風 SF-36 八項次量表基本資料 (二)

		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
個數	有效的	58	58	58	58	58	58	58	58
	遺漏值	0	0	0	0	0	0	0	0
平均數		6.72	2.16	33.28	56.90	48.71	41.16	28.16	51.34
中位數		0	0	30	57.5	50	37.5	0	48
標準差		15.96	13.48	22.35	10.08	13.03	16.22	44.97	24.77
變異數		254.87	181.68	499.61	101.60	169.79	263.21	2021.85	613.53
最小值		0	0	0	25	25	0	0	20
最大值		75	100	80	85	75	100	100	216

「表七」腦性麻痺 SF-36 八項次量表基本資料 (二)

		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
個數	有效的	58	58	58	58	58	58	58	58
	遺漏值	0	0	0	0	0	0	0	0
平均數		55	45.69	19.83	50.52	48.97	41.81	51.15	53.45
中位數		62.5	37.5	20	50	50	37.5	66.67	52
標準差		38.46	43.46	19.24	11.19	12.80	12.29	45.97	12.91
變異數		1478.95	1888.99	370.15	125.17	163.79	151.05	2113.67	166.57
最小值		0	0	0	25	0	12.5	0	0
最大值		100	100	90	75	80	62.5	100	84

「表八」腦中風男生與女生 SF-36 各次量表獨立樣本 Mann-Whitney 檢定

	男性	女性	M-W 檢定 P 值
	n=31 平均數	n=27 平均數	
PF	28.18	32.21	0.278
RP	29.23	30.05	0.582
BP	30.13	28.21	0.682
GH	28.72	31.11	0.607
VT	30.92	26.58	0.353
SF	30.03	28.42	0.72
RE	29.28	29.95	0.869
MH	30.17	28.13	0.664

註：** P < 0.01 *P < 0.05

「表九」腦性麻痺男生與女生 SF-36 各次量表獨立樣本 Mann-Whitney 檢定

	男性	女性	M-W 檢定 P 值
	n=31 平均數	n=27 平均數	
PF	30.71	28.11	0.557
RP	30.26	28.63	0.7
BP	30.27	28.61	0.701
GH	29.27	29.76	0.912
VT	32.19	26.41	0.185
SF	28.52	30.63	0.615
RE	30.82	27.98	0.492
MH	29.74	29.22	0.906

註：** P < 0.01 *P < 0.05

「表十」腦中風內度一致性信度 (n=58)

八項次量表	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Cronbach' α	0.9359	0.9407	0.6205	-0.4678	0.5763	0.6912	0.9356	0.1241

「表十一」腦性麻痺內度一致性信度 (n=58)

八項次量表	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Cronbach' α	0.9704	0.8906	0.7198	-0.317	0.7696	0.7182	0.8992	0.263

「表十二」腦性麻痺各次量表題目與八項次量表之相關性(n=58)

次量表	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF item3a Pearson 相關	.767(**)	.559(**)	-0.21	-.323(*)	-0.101	-0.018	.361(**)	0.039
P 值	0	0	0.113	0.013	0.452	0.892	0.005	0.772
item3b Pearson 相關	.896(**)	.492(**)	-0.103	-0.183	-0.15	-0.089	.259(*)	-0.065
P 值	0	0	0.44	0.17	0.261	0.505	0.049	0.629
item3c Pearson 相關	.918(**)	.471(**)	-0.04	-0.228	-0.134	-0.116	0.225	-0.042
P 值	0	0	0.767	0.085	0.316	0.387	0.089	0.753
item3d Pearson 相關	.900(**)	.453(**)	-0.102	-.264(*)	-0.109	-0.118	.260(*)	-0.104
P 值	0	0	0.448	0.045	0.416	0.376	0.049	0.439
item3e Pearson 相關	.859(**)	.476(**)	-0.108	-0.174	-0.086	-0.179	.273(*)	-0.121
P 值	0	0	0.421	0.192	0.519	0.18	0.038	0.365
item3f Pearson 相關	.884(**)	.459(**)	-0.086	-.319(*)	-0.117	-0.083	0.24	-0.093
P 值	0	0	0.521	0.015	0.38	0.536	0.07	0.488
item3g Pearson 相關	.895(**)	.491(**)	-0.147	-.400(**)	-0.015	-0.185	.260(*)	-0.063
P 值	0	0	0.271	0.002	0.909	0.165	0.049	0.637
item3h Pearson 相關	.932(**)	.545(**)	-0.127	-.300(*)	-0.038	-0.211	.266(*)	-0.078
P 值	0	0	0.341	0.022	0.775	0.112	0.044	0.562
item3i Pearson 相關	.912(**)	.533(**)	-0.08	-0.24	-0.114	-0.217	0.159	-0.116
P 值	0	0	0.549	0.07	0.395	0.102	0.232	0.385
item3j Pearson 相關	.934(**)	.512(**)	0.022	-0.213	-0.163	-0.144	0.23	-0.145
P 值	0	0	0.873	0.108	0.221	0.279	0.082	0.276
RP item4a Pearson 相關	.489(**)	.864(**)	-.262(*)	-0.219	-0.079	-0.225	.554(**)	-0.128
P 值	0	0	0.047	0.098	0.557	0.09	0	0.338
item4b Pearson 相關	.434(**)	.875(**)	-.266(*)	-.260(*)	-0.094	-0.165	.653(**)	-0.055
P 值	0.001	0	0.044	0.048	0.484	0.216	0	0.682
item4c Pearson 相關	.505(**)	.897(**)	-0.176	-0.165	-0.166	-0.118	.414(**)	-0.008
P 值	0	0	0.186	0.215	0.213	0.379	0.001	0.955
item4d Pearson 相關	.58	.58	.58	.58	.58	.58	.58	.58
P 值	.521(**)	.835(**)	-0.046	-0.215	-0.169	-0.117	.368(**)	-0.03
BP item7 Pearson 相關	0.027	-0.11	.904(**)	.330(*)	0.085	-0.082	-.269(*)	-0.016
P 值	0.839	0.41	0	0.011	0.528	0.538	0.041	0.903
item8 Pearson 相關	-0.242	-.287(*)	.866(**)	.360(**)	0.098	0.031	-.468(**)	0.13
P 值	0.067	0.029	0	0.006	0.462	0.815	0	0.331

註：*題目與該次量表之相關

粗體部分為相關未大於與其他量表相關

次量表			PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
GH	item1	Pearson 相關	-0.249	-.353(**)	.467(**)	.576(**)	0.075	0.207	-.509(**)	0.022	
		P 值	0.059	0.007	0	0	0.576	0.118	0	0.868	
	item11a	Pearson 相關	.261(*)	.294(*)	-.295(*)	0.048	-0.055	-0.141	0.23	-0.079	
		P 值	0.048	0.025	0.024	0.723	0.679	0.292	0.082	0.558	
	item11b	Pearson 相關	-.503(**)	-.370(**)	.402(**)	.607(**)	0.219	0.076	-.310(*)	0.207	
		P 值	0	0.004	0.002	0	0.098	0.569	0.018	0.118	
	item11c	Pearson 相關	0.061	0.132	-0.249	0.221	-0.132	0.212	0.178	0.03	
		P 值	0.648	0.322	0.059	0.096	0.324	0.11	0.181	0.825	
	item11d	Pearson 相關	-0.22	-.282(*)	.557(**)	.619(**)	0.091	-0.098	-.399(**)	0.252	
		P 值	0.096	0.032	0	0	0.499	0.465	0.002	0.056	
VT	item9a	Pearson 相關	-0.181	-.349(**)	.567(**)	0.238	.528(**)	-.287(*)	-.369(**)	.331(*)	
		P 值	0.173	0.007	0	0.072	0	0.029	0.004	0.011	
	item9e	Pearson 相關	-0.134	-.270(*)	.536(**)	.271(*)	.453(**)	-0.15	-.341(**)	0.255	
		P 值	0.317	0.041	0	0.04	0	0.262	0.009	0.053	
	item9g	Pearson 相關	0.059	0.141	-.320(*)	-0.151	.579(**)	-0.091	0.092	.288(*)	
		P 值	0.657	0.292	0.014	0.258	0	0.496	0.491	0.029	
	item9i	Pearson 相關	0.01	0.158	-.524(**)	-0.157	.464(**)	-0.152	0.251	.278(*)	
		P 值	0.942	0.238	0	0.238	0	0.253	0.057	0.034	
	SF	item6	Pearson 相關	-.533(**)	-.413(**)	.382(**)	.314(*)	-0.121	.481(**)	-.272(*)	-0.004
			P 值	0	0.001	0.003	0.016	0.364	0	0.039	0.976
item10		Pearson 相關	.397(**)	0.249	-.420(**)	-0.214	-0.192	.456(**)	0.194	-0.112	
		P 值	0.002	0.059	0.001	0.107	0.148	0	0.145	0.402	
RE	item5a	Pearson 相關	.295(*)	.589(**)	-.371(**)	-.284(*)	-0.226	-0.024	.946(**)	-0.219	
		P 值	0.025	0	0.004	0.031	0.088	0.855	0	0.099	
	item5b	Pearson 相關	0.249	.500(**)	-.443(**)	-.311(*)	-0.149	-0.106	.921(**)	-0.102	
		P 值	0.06	0	0	0.018	0.263	0.428	0	0.444	
	item5c	Pearson 相關	0.235	.480(**)	-.298(*)	-.373(**)	-0.082	-0.106	.870(**)	-0.167	
		P 值	0.076	0	0.023	0.004	0.543	0.428	0	0.21	
MH	item9b	Pearson 相關	0.021	0.128	-0.131	-0.068	.283(*)	-0.095	0.157	.625(**)	
		P 值	0.874	0.339	0.329	0.613	0.031	0.478	0.24	0	
	item9c	Pearson 相關	-0.029	0.126	-0.245	-0.052	.326(*)	0.026	0.104	.557(**)	
		P 值	0.828	0.346	0.064	0.698	0.013	0.848	0.438	0	
	item9d	Pearson 相關	0.021	-0.112	.308(*)	0.229	.278(*)	-0.23	-0.254	.425(**)	
		P 值	0.874	0.402	0.019	0.084	0.035	0.082	0.055	0.001	
	item9f	Pearson 相關	-0.083	0.115	-.274(*)	0.045	.315(*)	0.136	-0.065	.604(**)	
		P 值	0.537	0.391	0.038	0.739	0.016	0.31	0.627	0	
	item9h	Pearson 相關	-0.165	-.376(**)	.401(**)	.366(**)	0.254	-0.093	-.392(**)	.343(**)	
		P 值	0.215	0.004	0.002	0.005	0.055	0.489	0.002	0.008	

註：*題目與該次量表之相關達顯著相關

「表十三」腦中風各次量表題目與八項次量表之相關性(n=58)

次量表		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF item3a	Pearson 相關	.417(**)	.545(**)	0.036	-0.005	0.114	-0.053	0.027	0.032
	P 值	0.001	0	0.79	0.968	0.395	0.692	0.84	0.814
item3b	Pearson 相關	.362(**)	-0.021	-0.079	-0.025	0.116	-0.03	0.213	0.09
	P 值	0.005	0.874	0.554	0.851	0.387	0.822	0.108	0.502
item3c	Pearson 相關	.731(**)	.599(**)	0.204	0.096	-0.049	0.055	-0.158	-0.027
	P 值	0	0	0.124	0.473	0.717	0.683	0.238	0.839
item3d	Pearson 相關	.895(**)	0.034	0.222	-0.015	-0.146	-0.002	-0.1	-0.014
	P 值	0	0.799	0.094	0.911	0.275	0.989	0.454	0.918
item3e	Pearson 相關	.895(**)	0.034	0.222	-0.015	-0.146	-0.002	-0.1	-0.014
	P 值	0	0.799	0.094	0.911	0.275	0.989	0.454	0.918
item3f	Pearson 相關	.756(**)	.301(*)	0.258	-0.043	-0.049	-0.1	-0.187	-0.021
	P 值	0	0.022	0.05	0.747	0.717	0.457	0.16	0.877
item3g	Pearson 相關	.946(**)	0.246	0.15	0.039	-0.076	0.02	-0.112	-0.024
	P 值	0	0.062	0.26	0.771	0.571	0.88	0.404	0.859
item3h	Pearson 相關	.924(**)	0.233	0.14	0.011	-0.129	0.011	-0.046	-0.028
	P 值	0	0.079	0.294	0.933	0.333	0.936	0.731	0.832
item3i	Pearson 相關	.58	.58	.58	.58	.58	.58	.58	.58
	P 值	.942(**)	.290(*)	0.198	0.041	-0.166	0.031	-0.069	-0.033
item3j	Pearson 相關	0	0.027	0.136	0.758	0.214	0.817	0.609	0.807
	P 值	.894(**)	.449(**)	0.16	-0.054	-0.081	-0.032	-0.16	-0.023
RP item4a	Pearson 相關	.338(**)	.853(**)	0.1	0.011	-0.054	0.03	-0.119	-0.01
	P 值	0.01	0	0.455	0.932	0.686	0.821	0.372	0.939
item4b	Pearson 相關	.320(*)	.970(**)	-0.079	-0.091	0.065	-0.03	-0.084	0.004
	P 值	0.014	0	0.554	0.495	0.63	0.822	0.532	0.979
item4c	Pearson 相關	.320(*)	.970(**)	-0.079	-0.091	0.065	-0.03	-0.084	0.004
	P 值	0.014	0	0.554	0.495	0.63	0.822	0.532	0.979
item4d	Pearson 相關	.320(*)	.970(**)	-0.079	-0.091	0.065	-0.03	-0.084	0.004
	P 值	0.014	0	0.554	0.495	0.63	0.822	0.532	0.979
BP item7	Pearson 相關	.266(*)	0.006	.875(**)	0.067	-0.123	-0.167	-.454(**)	0.044
	P 值	0.044	0.967	0	0.616	0.356	0.209	0	0.744
item8	Pearson 相關	0.079	-0.05	.829(**)	0.257	0.258	0.054	-0.236	0.123
	P 值	0.555	0.707	0	0.051	0.05	0.69	0.075	0.356

註：*題目與該次量表之相關

粗體部分為相關未大於與其他量表相關

次量表			PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
GH	item1	Pearson 相關	0.138	0.136	0.164	.629(**)	0.106	-0.241	-0.082	0.114
		P 值	0.301	0.308	0.218	0	0.43	0.069	0.542	0.393
	item11a	Pearson 相關	0.241	0.257	0.201	0.256	.279(*)	0.137	0.136	-0.041
		P 值	0.068	0.052	0.13	0.052	0.034	0.306	0.31	0.759
	item11b	Pearson 相關	-.265(*)	-.273(*)	0.082	.361(**)	-0.052	-0.044	-.282(*)	-0.152
		P 值	0.044	0.038	0.543	0.005	0.697	0.741	0.032	0.254
	item11c	Pearson 相關	0.093	-0.022	-0.159	0.239	0.067	-0.071	0.233	0.087
		P 值	0.487	0.869	0.233	0.07	0.619	0.596	0.079	0.515
	item11d	Pearson 相關	-0.184	-0.212	0.051	.453(**)	-0.088	0.176	-0.193	-0.109
		P 值	0.167	0.111	0.703	0	0.513	0.187	0.146	0.414
VT	item9a	Pearson 相關	-.349(**)	-0.188	0.085	0.24	.652(**)	0.187	-0.001	0.008
		P 值	0.007	0.158	0.525	0.069	0	0.159	0.995	0.95
	item9e	Pearson 相關	-0.058	-0.093	0.182	.350(**)	.528(**)	0.013	-0.158	0.125
		P 值	0.664	0.489	0.172	0.007	0	0.923	0.235	0.351
	item9g	Pearson 相關	0.067	0.15	-0.236	-.270(*)	.363(**)	-0.079	0.229	0
		P 值	0.619	0.26	0.075	0.04	0.005	0.556	0.084	0.998
	item9i	Pearson 相關	0.195	0.241	0.06	-0.044	.496(**)	0.075	0.05	.285(*)
		P 值	0.143	0.068	0.652	0.743	0	0.576	0.71	0.03
SF	item6	Pearson 相關	-0.052	-0.113	0.25	0.19	0.1	.521(**)	-.362(**)	-0.079
		P 值	0.696	0.397	0.058	0.153	0.455	0	0.005	0.554
	item10	Pearson 相關	0.047	0.107	-.337(**)	-0.202	0.006	.449(**)	.376(**)	0.029
		P 值	0.726	0.424	0.01	0.128	0.966	0	0.004	0.827
RE	item5a	Pearson 相關	-0.068	-0.083	-.310(*)	-0.061	0.152	-0.003	.917(**)	0.206
		P 值	0.612	0.533	0.018	0.648	0.255	0.982	0	0.12
	item5b	Pearson 相關	-0.107	-0.092	-.390(**)	-0.108	0.043	-0.019	.973(**)	0.207
		P 值	0.424	0.492	0.002	0.419	0.747	0.887	0	0.12
	item5c	Pearson 相關	-0.157	-0.113	-.468(**)	-0.114	-0.072	0.012	.933(**)	0.162
		P 值	0.238	0.4	0	0.394	0.59	0.927	0	0.224
MH	item9b	Pearson 相關	0.07	0.167	-0.117	0.128	0.187	.343(**)	0.048	.307(*)
		P 值	0.604	0.209	0.38	0.338	0.161	0.008	0.721	0.019
	item9c	Pearson 相關	0.13	0.105	-0.086	-0.177	-0.144	-0.221	0.133	0.255
		P 值	0.33	0.433	0.521	0.184	0.281	0.095	0.319	0.053
	item9d	Pearson 相關	0.026	-0.062	0.107	0.153	0.102	0.084	-0.145	0.245
		P 值	0.845	0.641	0.426	0.252	0.448	0.529	0.277	0.063
	item9f	Pearson 相關	-0.04	-0.015	0.125	-0.124	0.111	-0.187	0.242	.913(**)
		P 值	0.764	0.914	0.349	0.352	0.405	0.159	0.067	0
	item9h	Pearson 相關	-0.16	-0.173	0.035	0.068	.356(**)	.284(*)	-0.049	.263(*)
		P 值	0.229	0.193	0.792	0.612	0.006	0.031	0.718	0.046

註：*題目與該次量表之相關達顯著相關

「表十四」腦性麻痺是否接受中醫治療之邏輯斯回歸分析

變項	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性	R 平方	調過後的 R 平方
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配				
(常數)	1.293	0.048		26.915	0	0.984	0.983
性別	-2.80E-02	0.018	-0.028	-1.546	0.128		
年齡	-2.89E-02	0.008	-0.083	-3.625	0.001		
職業別	6.45E-03	0.004	0.04	1.703	0.094		
居住地	-0.288	0.007	-0.916	-39.739	0		

「表十五」腦中風是否接受中醫治療之邏輯斯回歸分析

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性	R 平方	調過後的 R 平方
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配				
(常數)	2.527	0.343		7.36	0	0.505	0.468
性別	-0.105	0.109	-0.099	-0.966	0.338		
年齡	-4.81E-02	0.051	-0.117	-0.94	0.351		
職業別	-5.17E-02	0.014	-0.396	-3.595	0.001		
居住地	-0.28	0.086	-0.36	-3.259	0.002		

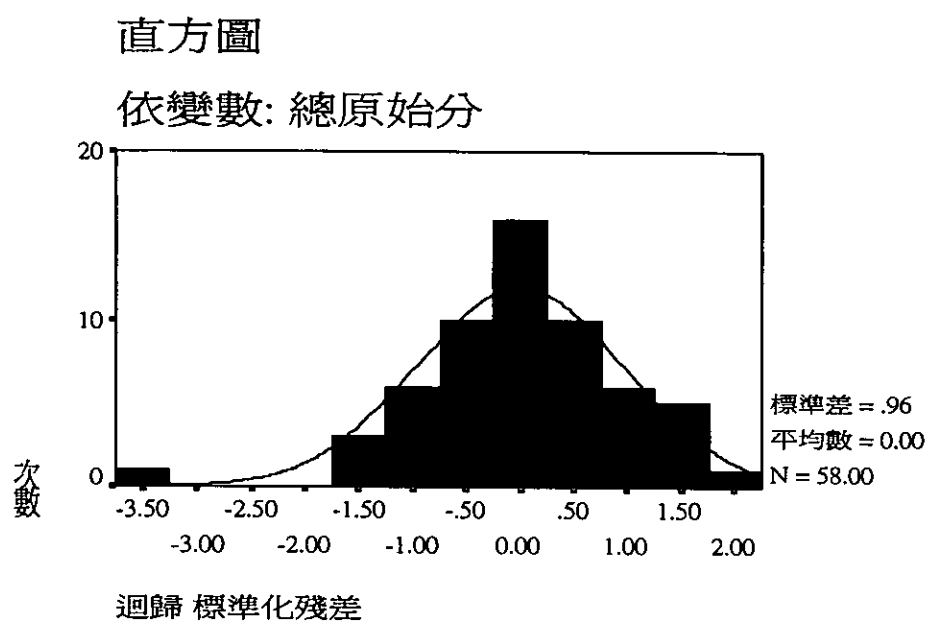
「表十六」腦中風疾病 SF36 總分之複回歸分析

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性	R 平方	調過後的 R 平方
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配				
(常數)	80.715	7.293		11.067	0	0.192	0.131
是否中醫治療	8.667	2.847	0.488	-3.044	0.004		
性別	0.185	2.483	0.01	0.075	0.941		
年齡	0.295	1.118	0.04	0.264	0.793		
職業別	-0.379	0.362	-0.163	-1.045	0.301		

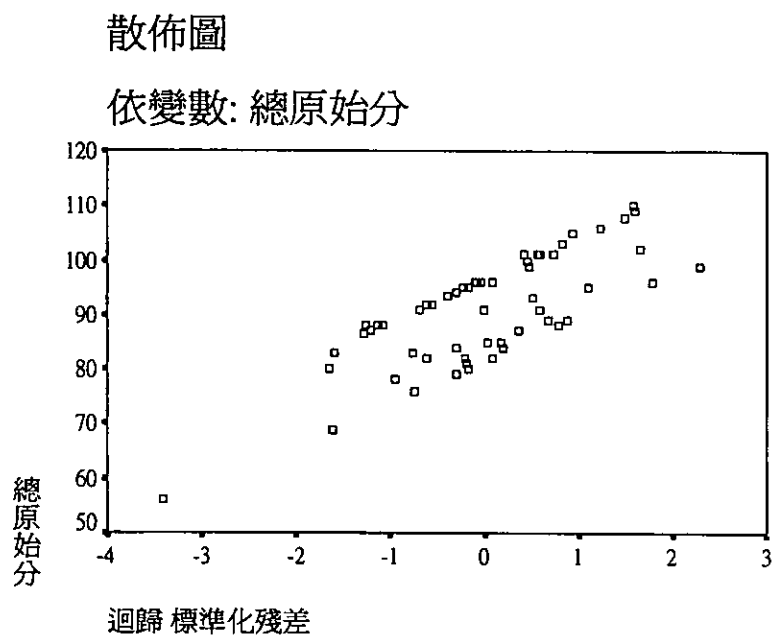
「表十七」腦性癱瘓疾病 SF36 總分之複回歸分析

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性	R 平方	調過後的 R 平方
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配				
(常數)	78.807	5.739		13.731	0	0.405	0.36
中醫治療	13.918	3.006	0.7	4.63	0		
性別	-1.099	2.215	-0.055	-0.496	0.622		
職業別	0.352	0.467	0.11	0.754	0.454		
年齡	2.318	0.998	0.336	2.324	0.024		

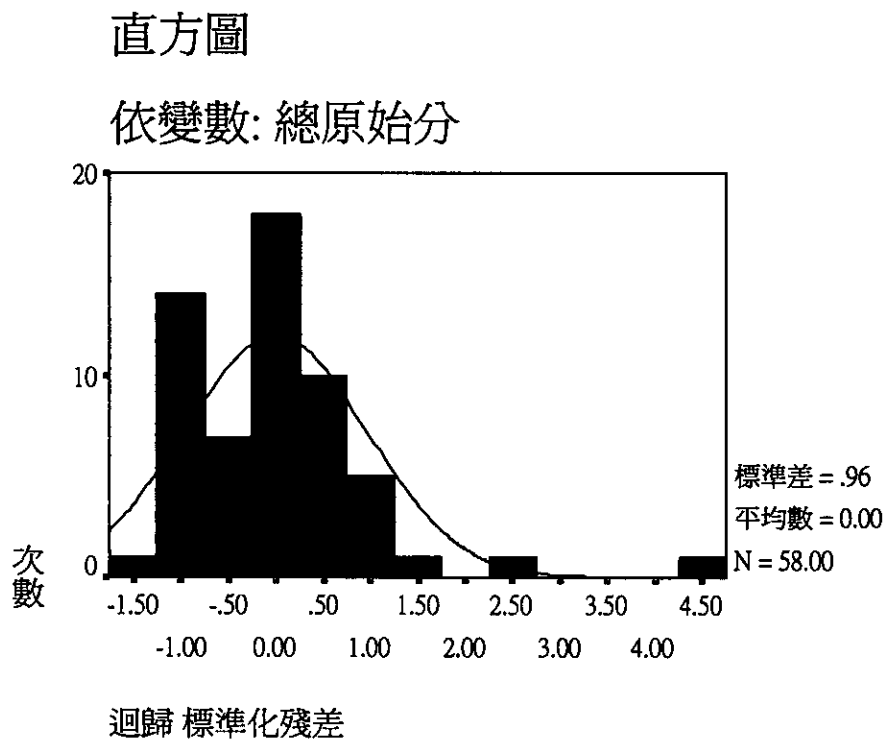
圖一 腦性麻痺之直方圖及散佈圖



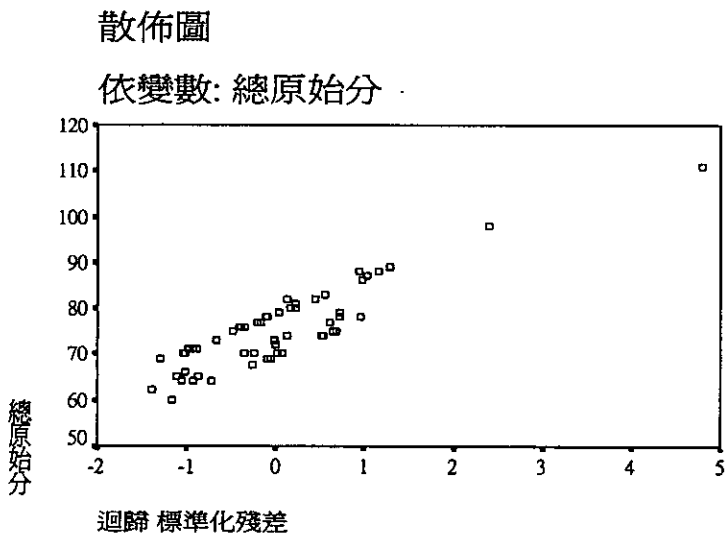
圖二 腦性麻痺之散佈圖



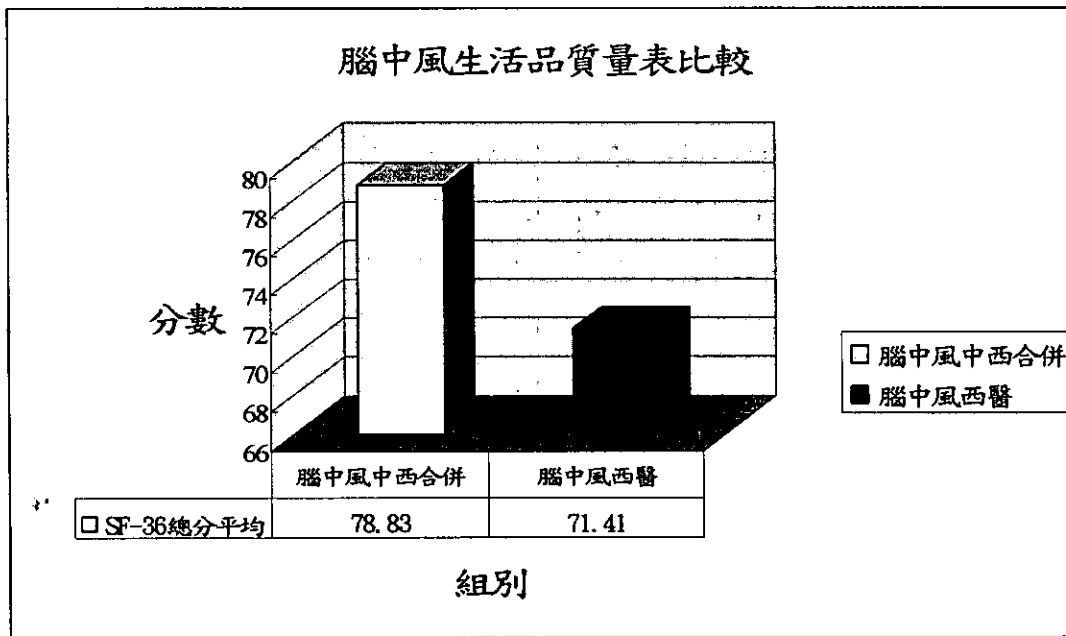
圖三 腦中風之直方圖



圖四 腦中風之散佈圖



圖五 腦性麻痺 SF-36 總分比較圖



圖六 腦中風 SF-36 總分比較圖

