

脑梗死急性期使用中医临床路径进行治疗的效果观察

叶思文 林晓敏 张小玲 李亦聪

(惠州市第一人民医院中医科, 惠州, 516001)

摘要 目的:探讨分析脑梗死急性期使用中医临床路径进行治疗的效果。方法:以 2015 年 5 月至 2016 年 5 月间我院收治的 70 例脑梗死急性期患者为研究对象,随机分为临床路径组与常规治疗组(各 35 例),常规治疗组患者给予常规对症与支持治疗,临床路径组采用中医临床路径模式进行治疗,随访观察 3 个月。结果:临床路径组临床治疗总有效率(91.43%)远高于常规治疗组(71.43%),NHSS 评分、住院时间与治疗费用皆远低于常规治疗组,3 个月内再住院率(11.43%)明显低于常规治疗组(31.43%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:实施中医临床路径治疗脑梗死急性期患者,提高临床治疗疗效、改善神经功能、缩短住院时间、减少治疗费用、降低再住院率,具有更高的临床应用价值。

关键词 脑梗死;急性期;中医临床路径;NHSS;疗效

Chinese Medicine Treatment Pathway in Acute Cerebral Infarction

Ye Siwen, Lin Xiaomin, Zhang Xiaoling, Li Yicong

(Traditional Chinese Medical Department of the First People Hospital of Hui Zhou, Huizhou 516001, China)

Abstract Objective: To investigate the effect of acute cerebral infarction by TCM clinical treatment pathway. **Methods:** Total 70 cases of acute cerebral infarction between May 2015 to May 2016 in our hospital were randomly divided into clinical pathway group and conventional therapy group with 35 cases in each group. The conventional therapy group adopted the general symptomatic and supportive treatment, and the clinical pathway group adopted the TCM clinical path mode treatment, and followed-up lasted for 3 months. **Results:** Total effective rate of the clinical pathway group (91.43%) was much higher than conventional clinical therapy group (71.43%), NHSS score, duration of hospital stay and treatment costs of the clinical pathway group were much lower than the conventional treatment group, the readmission rate within 3 months of the clinical pathway group (11.43%) was significantly lower than the conventional treatment group (31.43%) ($P < 0.05$). **Conclusion:** Clinical medicine pathway treatment is effective in acute cerebral infarction patients in improving clinical efficacy and nerve function, shortening time of hospitalization, reducing treatment costs and readmission rates, which is worthy of clinical application.

Key Words Cerebral infarction; Acute phase; TCM clinical pathway; NHSS; Efficacy

中图分类号:R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.10.017

脑梗死(Cerebral Infarction, CI)又称缺血性卒中,中医称之为卒中或中风,是脑部常见的疾病,系由各种原因所致的局部脑组织区域血液供应障碍,导致脑组织缺血缺氧性病变坏死,进而产生临床上对应的神经功能缺失表现^[1-2]。脑缺血梗死发病后 14 d 内称为脑梗死急性期,具有起病急、症状严重、治愈率低、致残致死率高的特点,且往往治疗费用较高,给家庭和社会造成沉重的负担^[3-4]。提高医疗服务质量和降低医疗成本是卫生医疗机构追求的两大目标,这对于降低社会、家庭的经济负担,提高医疗机构的竞争力均具有十分重要的意义^[5-6]。临床路径(Clinical Pathway)是指针对某一疾病建立一套标准化的治疗模式与治疗程序,是一个有关临床治疗的综合模式,以循证医学证据和指南为指导来促进

治疗组织和疾病管理的方法,最终起到规范医疗行为,减少变异,降低成本,提高质量的作用^[7-8]。我们以 2015 年 5 月至 2016 年 5 月间我院收治的 70 例脑梗死急性期患者为研究对象,就中医临床路径的应用效果进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文研究对象为 2015 年 5 月至 2016 年 5 月间我院收治的 70 例脑梗死急性期患者,所有患者均为发病 2 周以内,经临床诊断及头颅 CT、MRI 等影像学检查确诊符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病中医诊断疗效评定标准》中医相关诊断标准^[9]和中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》西医相关诊断标准^[10],且患者

如同时患有其他疾病,则该疾病须为住院期间不需特殊处理,也不影响临床路径流程实施的疾病类型,并排除合并蛛网膜下腔出血、脑实质出血、其他器官系统重症疾病及脑肿瘤、脑外伤、血液病等引起的脑梗死者。由患者家属在知情同意下签署本研究的知情同意书。随机将 70 例患者分为临床路径组与常规治疗组(各 35 例)。临床路径组中,男 20 例,女 15 例,年龄 51 ~ 78 岁,平均(63.8 ± 5.4)岁,神经功能缺损 NHSS 评分(5.5 ± 0.6)分。常规治疗组中,男 21 例,女 14 例,年龄 52 ~ 79 岁,平均(64.2 ± 5.5)岁,神经功能缺损 NHSS 评分(5.6 ± 0.7)分。2 组患者性别、年龄、病情一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),组间均衡性良好。

1.2 研究方法 所有患者入院后均立即开展血常规 + 血型、尿常规、便常规 + 潜血、肝功能、肾功能、血脂、血糖、电解质、凝血功能检查、血压、心电图、胸部 X 线透视或胸部 X 线片、经颅多普勒超声(TCD)(必要时选择加做颅外段)、血管功能评价(颈动脉超声)、头颅影像学检查(CT 或 MRI)等检查,以确定脑梗死的诊断、确定是否采用溶栓治疗、识别急性内科和神经科并发症、确定血管分布和病因线索。

常规治疗组:1)维持呼吸功能:及时清理呼吸道分泌物;对于 Glasgow 评分 < 8 的患者,征得家属同意后经气管插管或气管切开,监测脉氧饱和度,控制目标为 $\geq 95\%$ 。意识障碍和脑干梗死患者,因口咽部运动障碍和保护性咳嗽反射消失,更易出现呼吸道并发症,气管内插管、辅助通气有助于治疗。2)给予营养支持:以吞水试验或改良钡餐试验评估患者吞咽功能,不能经口进食者给予静脉输液,每日入液量可按尿量 + 500 mL 计算;有意识障碍、消化道出血者禁食 24 ~ 48 h,然后酌情安放胃管,给予充分的营养支持。3)调整血压:急性期血压升高是对颅压升高的一种代偿反应,也可因烦躁、膀胱充盈、疼痛、原有高血压存在等因素引起,因此首先要去除引起血压升高的诱因,并予脱水将颅压治疗。理论上降压治疗可改善脑水肿、降低梗死性出血的危险性、避免血管进一步损害。4)控制血糖:高血糖加重脑梗死,急性期不易输入高糖液体,如血糖 > 300 mg/dL,应给予胰岛素。急性脑梗死患者很少发生低血糖,若发现及时纠正。5)控制体温:缺血性脑卒中后体温升高,可能与代谢需求的增加、神经递质释放、自由基产物增加有关,有关报道提示^[11],卒中后体温升高与明显增加的发病率、死亡率有关。降低急性升高的体温可改善患者的预后,方法有药物和

物理手段如冰毯行全身降温。6)并发症防治:有肢体瘫痪、神志清楚者,待病情稳定后应及早进行在病床上适当活动肢体,有意识障碍者,应按时翻身、拍背、被动活动肢体、抬高床头,掌握鼻饲营养的量及鼻饲的方法,以预防肺部感染、肺栓塞、体位性低血压、下肢深静脉血栓形成、褥疮、关节强直等;对于泌尿系感染、肺部感染者,应根据细菌培养加药敏结果,合理使用抗生素,避免因抗生素使用不当而出现的菌群失调和真菌感染;脑血管病患者,易发生应激性溃疡,部分临床研究表明使用 H_2 受体拮抗剂西米替丁、雷尼替丁,对上消化道出血并无预防作用,且碱化的胃液增加肺炎的发生率,给予肠内营养制剂可有效的防止应激性溃疡的发生^[12-13]。

临床路径组:采用中医临床路径模式进行治疗,具体内容参考中医药管理局 2010 年发布的《22 个专业 95 个病种中医临床路径》中的“中风病(脑梗死)急性期中医临床路径”^[14]制定,主要内容包括患者基本信息、发病时间、住院时间、主要诊疗工作、重点医嘱、主要护理工作、病情变异记录、责任护士签名、医师签名等项目,采用辨证选择口服中药汤剂或中成药、辨证选择静脉滴注中药注射液、针灸、推拿、中药熏洗、香疗、蜡疗、呼吸功能维持与并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、颅内高压和脑水肿、合并感染及发热的内科基础治疗、康复训练及辨证施护相结合的中医综合进行治疗,由责任护士与主管护士按照中医临床路径表依次进行实施,责任护士对于完成项目及时予以记录,经主管护士查验签字评价。在治疗护理的过程中,充分了解患者及家属的实际情况,收集其反馈意见交由中医临床路径制定专家进行集中探讨研究,不断完善临床路径管理内容。当患者病情稳定,主要症状有所改善,病程进入恢复期,没有需要住院治疗的并发症,初步形成具有中医特色的个体化的康复方案和二级预防方案时,可办理出院,标准住院日为 ≤ 21 d。

2 组患者出院后继续随访观察 3 个月。

1.3 评价方法 比较 2 组患者临床治疗疗效、神经功能缺损 NHSS 评分、住院时间、治疗费用及 3 个月内病死率与再住院率之间的差异。临床治疗疗效判断分为基本痊愈、好转与无效 3 个层次,基本痊愈:脑梗死中医症候基本消失,功能缺损评分降低至 0 ~ 1 分;好转:脑梗死中医症候明显好转,功能缺损评分降低至 2 ~ 3 分;无效:未达到基本痊愈与好转标准,甚至恶化或者死亡;临床治疗总有效 = 基本痊愈 + 好转^[15]。

1.4 统计学方法 研究数据录入 Epidata3.1 软件,导出至 SPSS 17.0 进行统计学比较,计量资料表示为均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$),采用两独立样本 t 检验方法比较,率的资料表示为百分比(%),采用 χ^2 检验方法比较, $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 2 组患者临床治疗疗效比较 研究结果显示,临床路径组临床治疗总有效率(91.43%)远高于常规治疗组(71.43%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床治疗痊愈率的比较(n/%)

组别	例数	基本痊愈	好转	无效	总有效(率)
临床路径组	35	8	24	3	32(91.43)
常规治疗组	35	5	20	10	25(71.43)
χ^2 值	-	-	-	-	4.629
P	-	-	-	-	0.0314

2.2 2 组患者 NHSS 评分、住院时间与治疗费用比较 研究结果显示,临床路径组患者 NHSS 评分、住院时间与治疗费用皆远低于常规治疗组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者 NHSS 评分、住院时间与治疗费用比较($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	NHSS 评分	住院时间(d)	治疗费用(元)
临床路径组	35	2.1 ± 0.4	11.5 ± 2.4	8875.4 ± 1124.8
常规治疗组	35	3.2 ± 0.5	15.6 ± 3.3	10374.6 ± 1587.3
t 值	-	10.163	5.944	4.559
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 2 组患者 3 个月内病死率与再住院率比较 研究结果显示,2 组患者病死率无统计学意义($P > 0.05$);临床路径组患者 3 个月内再住院率(11.43%)明显低于常规治疗组(31.43%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者 3 个月内病死率与再住院率比较(n/%)

组别	例数	病死(率)	再住院(率)
临床路径组	35	1(2.86)	4(11.43)
常规治疗组	35	2(5.71)	11(31.43)
χ^2 值	-	0.000	4.158
P	-	1.0000	0.0414

3 讨论

脑梗死严重的影响患者的健康与生活质量,威胁患者生命安全^[16-17]。据统计,我国每年新发的脑梗死患者约 250 万,因脑梗死死亡的患者达 160 万,幸存的患者约 750 万,其中高达 70% 的幸存患者遗留有不同程度的残疾^[18]。在我国,每年因为脑血管

病的直接医疗费用达高 400 亿元,间接费用高达 1000 亿元,给家庭和社会带来了沉重的负担^[19-20]。

急性期是脑梗死治疗的黄金时间段,如果采用及时有效的治疗干预,不仅可以使患者转危为安,还有助于实现血管再通,避免并发症的发生,因而如何进行脑梗死急性期治疗直接影响着患者的预后,具有十分重要的临床意义^[21-22]。近 20 年,世界各地纷纷采用临床路径作为解决医疗成本与护理质量矛盾的卫生策略,旨在有效地通过充分利用人力资源,建立规范化的医疗护理行为,达到缩短住院时间、改进服务质量的目的^[23-24]。国家中医药管理局为了规范中医院诊疗行为,于 2010 年制定发布《22 个专业 95 个病种中医临床路径》,目的是缩短平均住院日,合理支付医疗费用,按病种设计最佳的医疗和护理方案^[25-26]。作为一种新型的标准化诊疗模式,这样既规范了常规的诊疗操作过程,减少那些不必要、不合理或者不规范的诊疗行为,增强诊疗活动的计划性,还可以规范诊疗行为应完成的时间,近年来已逐渐得到了大家的认可^[27-28]。本研究中,我们以卫生部制定的脑梗死诊疗流程为基础,在脑梗死急性期患者中应用取得了较好的临床效果。

研究结果显示,临床路径组临床治疗总有效率远高于常规治疗组($P < 0.05$),我们认为,中医临床路径通过在组织管理、流程规范、培训宣传、信息化建设、变异管理、环境改善、评价改进、检查监控等几个方面综合的医疗护理结合,在治疗脑梗死急性期患者中疗效显著,极大的改善患者的中医症候,提高了临床治疗疗效。同时,临床路径组患者 NHSS 评分、住院时间与治疗费用皆远低于常规治疗组($P < 0.05$),提示我们,在脑梗死急性期患者中应用中医临床路径,与传统常规的治疗护理相比,将流程设计与临床治疗、护理工作相结合,把琐碎的病种平均住院日、一般用药、辅助检查、化验、治疗、并发症等常规护理工作与中医学治疗护理特色统统纳入中医临床路径之中,并通过治疗前有路可循、治疗过程的路径变异、治疗后的路径评价与改进,不断完善中医临床路径的实施,最终大幅的降低了患者的神经功能缺损程度,缩短住院时间,降低治疗费用,在改善神经功能的同时降低了患者的经济的负担,这对于提高患者治疗信心与依从性具有十分重要的意义。另外,临床路径组患者 3 个月内再住院率明显低于常规治疗组($P < 0.05$),充分的说明采用中医临床路径更有利于患者病情得到根本的控制,预后更佳,长期效果更好,具有更高的临床应用价值。

综上所述,我们认为,实施中医临床路径治疗脑梗死急性期患者,提高临床治疗疗效、改善神经功能、缩短住院时间、减少治疗费用、降低再住院率,具有更高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 宣正,翟正平,闫福岭,等.急性脑梗死进展发生的相关危险因素分析[J].中国脑血管病杂志,2014,21(11):569-575.
- [2] 刘沛霖,王林,李新,等.初发急性脑梗死的时间序列研究[J].天津医药,2014,24(4):370-373.
- [3] 苏占清,丁莹,陆倩,等.急性脑梗死病因病机临床初步分析[J].国际中医中药杂志,2013,35(12):1059-1061.
- [4] 张善举,韩冠先,李瑞垣,等.中风病(脑梗死)急性期中医药疗法的运用及效益研究[J].现代中西医结合杂志,2013,22(1):3-5.
- [5] 张杰果.脑梗死急性期中医辨证施护[J].内蒙古中医药,2014,33(29):136-137.
- [6] 耿青,邹庆霞,顾巧华,等.临床优质护理路径对急性脑梗死患者的效益分析[J].护士进修杂志,2014,23(23):2169-2171.
- [7] 郭燕周,马建伟,王小雨,等.脑梗死分期与中医病性证素相关性研究[J].江苏中医药,2015,21(11):21-22.
- [8] 杨西强.中医辨证结合西医分期治疗急性脑梗死效果观察[J].中国伤残医学,2013,27(7):175-175.
- [9] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9—94.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:276.
- [10] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中国全科医学,2011,14(35):4013-4017.
- [11] 壮新军,束永新.急性脑梗死的中医临床路径疗效评价[J].医药前沿,2015,28(18):308-309.
- [12] 于翔,罗俊超.中医辨证施护对急性脑梗死患者神经功能缺损和日常生活能力的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(2):247-248.
- [13] 李辉.急性脑梗死的中医证治[J].长春中医药大学学报,2012,

28(6):998-999.

- [14] 国家中医药管理局医政司.22个专业95个病种中医临床路径(合订本)[M].北京:中国中医药出版社,2010:127-131.
- [15] 李树浩,邱浩强.急性脑梗死患者临床路径管理应用效果评价[J].东南大学学报:医学版,2014,25(5):605-608.
- [16] 吴永贵.脑梗死急性期中医辨证分型与颈动脉粥样硬化的关系探讨[D].武汉:湖北中医药大学,2012.
- [17] 杨福云,汪爱琴.脑梗死急性期中西结合治疗研究[J].长春中医药大学学报,2012,28(2):255-256.
- [18] 杨旭,杜彩明,张红君,等.脑梗死80例中医临床路径管理(内科部分)[J].江西中医药,2014,45(2):46-47.
- [19] 刘尧.中医临床路径在中风患者护理中的应用[J].中外健康文摘,2013,24(41):220-221.
- [20] 彭勃,周德生.急性脑梗死的中医临床路径应用评价[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(21):20-21.
- [21] 李进,黄坚红.中医临床路径发展概述[J].医学信息,2015,28(34):379-380.
- [22] 刘晓松,赵丽华.中医临床路径在护理带教中的应用[J].价值工程,2012,31(27):229-230.
- [23] 王嘉麟,郭蓉娟,张允岭,等.脑梗死恢复期气虚血瘀证患者中医临床路径评价与思考[J].环球中医药,2012,5(12):908-910.
- [24] 李静,沈冲.中医临床路径的影响因素分析及建议[J].国际中医中药杂志,2014,36(7):585-587.
- [25] 徐云龙,石学峰,季江南,等.中医医院实施中医临床路径个案研究[J].河北中医,2015,37(3):478-480.
- [26] 谢晴宇,孟庆刚,王永炎,等.中医临床路径实践模式的思考[J].北京中医药大学学报,2013,36(1):5-9.
- [27] 姚洁.将中医临床路径引入内科护理学教学的探讨[J].护理研究,2014,23(13):1644-1645.
- [28] 吴欣欣,钟远辉,李树然,等.家庭病床患者采用中医临床路径的成效分析[J].国际中医中药杂志,2013,35(8):686-688.

(2016-01-11 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第2004页)

- [6] 姜昌明.自拟降脂方治疗高脂血症合并脂肪肝临床疗效观察[J].四川中医,2015,33(11):42-44.
- [7] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第2辑)[S].北京:中国医药科技出版社,1995:171-172.
- [8] 康艳娟.绞股蓝用于高脂血症合并脂肪肝患者的治疗效果观察[J].中国基层医药,2013,19(23):3657-3658.
- [9] 张玲.祛脂保肝方治疗脂肪肝合并高脂血症临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(11):12-14.
- [10] 柯斌,师林,张俊杰.加味苓桂术甘汤联合短期极低热量饮食治疗脾虚痰湿型高脂血症合并脂肪肝的临床研究[J].实用医学杂志,2012,28(4):655-657.

- [11] 黄竹娥.熊去氧胆酸联合辛伐他汀治疗48例脂肪肝合并高脂血症临床效果研究[J].中国卫生产业,2013,10(3):81.
- [12] 崔岩.清肝降脂颗粒治疗高脂血症合并脂肪肝[J].中国实用医药,2011,6(35):176-177.
- [13] 刘纯钢.熊去氧胆酸联合辛伐他汀治疗脂肪肝合并高脂血症的疗效观察[J].胃肠病学和肝病杂志,2011,20(7):621-623.
- [14] 黄孟君,羊敏.楂七降脂袋泡茶对高脂血症大鼠血脂及肝组织的影响[J].湖南中医药大学学报,2010,30(3):23-25.
- [15] 郇宏岩,朱惠芬,杨琴.HPLC法测定三七降脂胶囊中三种皂苷的含量[J].现代医药卫生,2008,24(24):3780-3781.

(2016-01-07 收稿 责任编辑:洪志强)