

PaCO₂ 比对照组降低更为明显, PaO₂ 较对照组升高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组总有效率 98.0%, 对照组 84.0%, 治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。因此, 加用苏黄止咳胶囊及中医护理全方位干预后对慢性支气管炎疗效明显, 值得临床借鉴。

综上所述, 在常规西医治疗基础上给予苏黄止咳胶囊及中医护理干预对慢性支气管炎可明显减少咳嗽、咳痰评分, 促进临床症状消失, 改善血气指标和生活质量, 提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 李春阳, 付强, 贾玉聪. 从燥辨治老年单纯型慢性支气管炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(12): 288-290.
- [2] 张伟, 郭梦倩. 三拗片治疗慢性支气管炎急性发作期患者 51 例[J]. 中医杂志, 2013, 54(24): 2140-2142.
- [3] 王卫华, 蔡雪青, 张兴坤. 护理干预对慢性支气管炎住院患者生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(12): 2245-2247.
- [4] 庾慧, 许坚, 韩云, 等. 中医药治疗慢性支气管炎随机对照试验文献的质量评价[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(1): 46-49.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 1-5.
- [6] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-55.
- [7] 刘东宇. 慢性支气管炎 X 线胸片与咳嗽辨证分型相关性研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(3): 184-185.
- [8] 钟小梅, 郑汝梅. 对老年慢性支气管炎患者进行综合护理的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(5): 203-205.

(责任编辑: 刘淑婷)

天麻联合醒脑静用药对脑出血患者愈后干预价值研究

姜英, 王慧英, 秦静

舟山医院神经外科, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察天麻联合醒脑静治疗脑出血患者的临床疗效, 并分析护理干预在治疗中的临床价值。方法: 将 80 例患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组给予天麻注射液治疗, 并给予护理干预; 观察组予天麻注射液结合醒脑静注射液治疗, 并给予护理干预, 疗程均为 14 天。观察 2 组患者治疗疗效, 治疗前后神经功能缺损 (NIHSS) 评分、Barthel 指数评分及生活质量评分, 并观察 2 组患者血肿消退情况及不良反应。结果: 治疗总有效率观察组 95.0%, 较对照组 77.5% 提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 与治疗前比较, 2 组患者治疗后 NIHSS、Barthel 指数及生活质量评分均改善, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且观察组上述评分改善程度均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组在治疗后血肿吸收率较对照组提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 在治疗并发症发生方面, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 在天麻联合醒脑静治疗脑出血患者的基础上给予护理干预治疗, 具有临床效果, 且疗效安全、可靠, 能提高血肿吸收率, 改善患者神经功能缺损程度、心理状态及生活质量, 有助于患者的康复。

[关键词] 脑出血; 中西医结合疗法; 护理干预; 天麻注射液; 醒脑静注射液; 神经功能缺损; Barthel 指数; 生活质量评分

[中图分类号] R743.34

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 05-0253-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.096

脑出血是一种脑实质出血, 是临床上较为常见的危急重症, 其发病率占脑卒中 10%~30%^[1], 其病死

率及致残率非常高, 严重危害患者生命与健康, 目前对脑出血的西医疗法尚无突破性进展^[2]。近年来, 急

[收稿日期] 2015-12-25

[作者简介] 姜英 (1987-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医结合护理干预研究。

性脑出血的发病率与致残率逐年增加,由于该疾病多会伴有心理障碍及功能障碍,致使患者治疗的依从性降低、并发症的发生率增加等,严重影响患者的预后。临床上多采用中西医结合的方法并给予护理干预措施以降低脑出血疾病的病死率及致残率,本研究选取了本院收治的40例脑出血患者给予天麻联合醒脑静进行治疗,并采取护理干预措施,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 所有患者均通过CT检查,确诊为脑出血疾病,且所有患者均符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]中医学中风病诊断与疗效评定标准中脑出血疾病的诊断标准与《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[4]西医中相关脑出血急性期诊断标准。

1.2 纳入标准 符合急性出血性中风诊断标准;年龄 ≥ 40 岁;均通过CT明确诊断;疾病发病时间 ≤ 1 周;NIHSS评分高于6分。

1.3 排除标准 合并严重肝肾功能障碍者;合并严重的心力衰竭、恶性肿瘤者;经检查证实由脑外伤、脑肿瘤、血液病等引起的脑出血者;入院24h内死亡者;对本研究药物过敏者。

1.4 一般资料 选取本院收治的脑出血患者80例作为研究对象,均于2014年2—11月收治。按照患者收治的顺序将其分为2组各40例。观察组男27例,女13例;年龄40~78岁,平均 (65.7 ± 9.43) 岁。对照组男25例,女15例;年龄40~80岁,平均 (66.3 ± 9.58) 岁。2组患者年龄、性别、病程等一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法与护理干预措施

2组患者均根据其颅内压情况,采取脱水、吸氧、控制血压、维持电解质平衡等对症治疗,避免应激性溃疡及感染发生,并进行营养饮食等。

2.1 对照组 在以上治疗的基础上,对照组患者给予60 mL天麻注射液(上海现代哈森商丘药业有限公司,规格:每支20 mg)治疗,将其采用0.9%氯化钠注射液250 mL进行稀释,静脉滴注,每天1次,疗程为14天。

2.2 观察组 患者在采取对照组治疗方案的基础上,给予患者醒脑静注射液(大理药业股份有限公司;规格:5 mL/支或10 mL/支)治疗,将20 mL采用5%

葡萄糖溶液250 mL稀释后进行静脉滴注,每天1次,疗程为14天。

在给予2组患者不同药物治疗的基础上,给予2组患者护理干预,干预措施具体如下:①入院指导:护理人员在患者入院时给予热情接待,向患者及家属认真介绍医院环境、基本情况、疾病相关知识及需注意的相关事项等,观察患者的基本生命体征、心理状态等,时刻注意患者是否存在不良体征,如发热、抽搐等,一旦发现不良情况应及时采取对症处理,增加与患者的沟通交流,说话语气要平和、耐心,以消除患者紧张等不良情绪。②心理干预:观察患者的心理动态,采用多种沟通方式与患者进行有效沟通,获得患者的信任,通过心理疏导及心理安慰的方式,缓解患者的不良情绪,如抑郁、焦虑等,增加患者治疗疾病的信心,使患者以积极的心态面对疾病的治疗。③认知干预:通过一定的方式使患者及家属对脑出血的相关知识进行了解,如发放宣传册、组织讲座、海报展示等,对脑出血相关的诱发因素及并发症给予重视,待患者疾病逐渐平稳后进行适当的康复训练,叮嘱患者配合医生的相关治疗,通过患者对疾病的相关了解以提高其治疗依从性。④饮食护理:脑出血患者通常会伴有一定的吞咽障碍,为避免不合理的饮食习惯导致肺内感染发生,临床上建议患者应以糊状、冻状食物为主。病情初期,饮食应少量,之后可酌情增加;疾病逐渐好转后,实施少食多餐的方式,避免患者暴饮暴食,对一些营养价值高的食物进行补充,禁食辛辣、油炸及质地坚硬等食物,确保患者营养的及时补充^[5]。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者治疗疗效,治疗前后神经功能缺损(NIHSS)评分、日常生活能力Barthel指数评分及生活质量评分,并观察2组患者水肿消退情况及不良反应。临床治疗效果的评定参照脑卒中患者神经功能缺损(NIHSS)程度评分标准^[6]及生活状态评分进行,其中患者吞咽功能、日常生活能力、语言能力等恢复正常,NIHSS评分降低91%~100%,病残程度为0级则判定为基本痊愈;患者吞咽功能、日常生活能力、语言能力等基本恢复,NIHSS评分降低46%~90%,病残程度为1~3级则判定为显效;患者吞咽功能、日常生活能力、语言能力等还有一定障碍,NIHSS评分降低18%~45%,病残程度

为4~6级则判定为有效；患者吞咽功能、日常生活能力、语言能力等无明显改善，NIHSS评分降低≤17%，病残程度为7级则判定为无效。

3.2 统计学方法 通过对研究所获得的数据进行统计学分析，统计学软件选用SPSS17.0，分别利用 $(\bar{x} \pm s)$ 和率(%)等计量单位对如下所得数据，如计量资料或计数资料等进行表示，采用*t*检验对计量资料进行检验，同时利用 χ^2 检验方法对计数资料进行统计学检验。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后NIHSS评分及Barthel指数评分比较 见表1。治疗前，2组患者NIHSS评分及Barthel指数评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，2组患者NIHSS评分较治疗前降低，Barthel指数评分提高，前后比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；其中观察组患者治疗后NIHSS评分

较对照组降低，Barthel指数评分提高，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后NIHSS评分及Barthel指数评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	NIHSS		Barthel	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	23.6±4.1	8.6±1.3	36.2±8.1	72.3±8.7
对照组	40	23.8±4.3	16.1±3.8	36.5±8.4	59.1±4.6
<i>t</i> 值		0.357	3.516	0.402	9.641
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

4.2 2组治疗前后生活质量评分比较 见表2。治疗前，2组患者生活质量各项评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，2组患者生活质量各项评分较治疗前提高，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；其中观察组患者治疗后生活质量各项评分较对照组提高，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后生活质量评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	躯体健康		社会功能		活力		总体健康	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	38.1±6.2	65.1±7.9	41.3±6.1	70.1±5.7	38.3±4.4	70.9±5.9	36.1±5.5	77.8±4.8
对照组	40	38.3±6.4	52.3±4.7	42.2±6.4	53.5±7.1	38.5±4.8	58.1±6.9	36.7±6.8	64.3±6.1
<i>t</i> 值		0.352	7.351	0.421	6.973	0.384	11.573	0.403	5.671
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

4.3 2组临床疗效比较 见表3。观察组治疗后临床总有效率95.0%与对照组77.5%比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组临床疗效比较

组别	n	例数				总有效
		基本痊愈	显效	有效	无效	
观察组	40	21(52.5)	9(22.5)	8(20.0)	2(5.0)	38(95.0)
对照组	40	11(27.5)	10(25.0)	10(25.0)	9(22.5)	31(77.5)
χ^2 值						3.793
<i>P</i>						<0.05

4.4 2组治疗后血肿消除情况比较 见表4。治疗前，2组患者血肿量比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，2组血肿量较治疗前降低，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；观察组患者治疗后血肿量较对照组降低，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2组患者治疗期间并发症发生情况比较 见表5。观察组患者在治疗期间并发症发生率20.0%，对

照组患者在治疗期间并发症发生率15.0%，2组间比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表4 2组治疗后血肿消除情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	40	15.42±2.53	2.23±1.21
对照组	40	15.39±2.48	3.46±1.21
<i>t</i> 值		0.315	3.462
<i>P</i>		>0.05	<0.05

5 讨论

在临床内科，急性脑出血是一种最为常见的疾病，具有较高的病死率与致残率，给社会及患者家庭带来了沉重的负担，因此，临床上需要给予积极的治疗与干预。目前，临床上治疗脑出血疾病以降低患者血压，控制颅内压为主，同时要对患者脑疝的发生给予积极预防。近年来，所用到的药物治疗尽管能够使患者血压及颅内压有效降低，但对于二次出血、继发

表5 2组患者治疗期间并发症发生情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	便秘	压疮	尿路感染	应激性溃疡	坠积性肺炎	深静脉栓塞	总并发症[例(%)]
观察组	40	1	1	2	1	2	1	8(20.0)
对照组	40	1	2	1	1	1	0	6(15.0)
χ^2 值								1.874
P								>0.05

性梗死等问题却无法有效处理,其中这几个问题正是临床上致使患者死亡率与致残率较高的原因。天麻具有降低血压、外周血管阻力的作用,同时能扩张小动脉及微血管,使微循环血流量增加。天麻素是一种提取自天麻的单体成分,具有镇静、抗癫痫、增强免疫功能等功效^[7]。有研究显示,在治疗血管性头痛、眩晕、血管性痴呆等疾病方面,天麻素具有显著的治疗效果^[8]。有研究显示,天麻在急性脑出血治疗方面具有一定的临床疗效,但在我国临床报道较少。

在中医学上,急性脑出血属中风范畴,中医学上讲究“离经之血便是瘀”,主要是由于肝肾阴虚、肝阳上亢等引发的痰瘀互结、气血逆乱,其中破血外溢、蒙蔽脑窍所导致的症状是该疾病标实之证。中医学上认为,脑出血以“标实”为主,其中以“痰热肺实”的病理机制为主。醒脑静注射液的药物组方是由“安宫牛黄丸”组成,经过将其提取、精制后获得的一种水溶性静脉注射液。组方主要包括麝香、栀子、冰片及郁金等,能够起到清热解毒、凉血活血、开窍醒脑的作用。麝香能够双向调节中枢神经系统,冰片能够起到清热解毒止痛的作用,该物质与麝香配伍联用能够起到兴奋中枢神经的作用。有临床研究发现,醒脑静注射液能够迅速通过血脑屏障,对患者的中枢神经系统进行直接作用,进而降低血脑屏障的通透性,有效调控中枢神经,因此,具有保护大脑的作用^[9]。本研究发现,将天麻与醒脑静联合应用治疗脑出血的临床疗效要优于单独采用天麻注射液治疗,且联合用药治疗患者的神经功能缺损恢复情况、日常生活能力情况及生活质量均优于单纯应用天麻治疗,并且治疗过程中并发症的发生率也不高,与单纯应用天麻注射液的并发症发生率差异无统计学意义,这就表明,天麻联合醒脑静治疗脑出血患者的临床疗效更

优,且疗效安全、可靠。

综上所述,在采用天麻联合醒脑静治疗脑出血患者的基础上给予护理干预治疗,能够起到显著的临床效果,且疗效安全、可靠,能提高血肿吸收率,明显改善患者神经功能缺损程度、心理状态及生活质量,有助于患者的康复,值得临床进一步的探讨应用。

[参考文献]

- [1] Elliott J, Smith M. The acute management of intracerebral hemorrhage: a clinical review[J]. Anesth Analg, 2010, 110(5): 1419-1427.
- [2] 张晓云, 金伟, 陈绍红. 复原醒脑法对 351 例急性脑出血临床验证观察[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(6): 968-970.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 9(1): 55-56.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [5] 沈海玲. 急性脑出血合并肺部感染患者的饮食护理[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(4): 69-70.
- [6] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点及临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [7] 张春燕, 李玉平, 李茂绪, 等. 天麻素治疗血管性痴呆疗效观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8): 26-28.
- [8] 张碎虎, 张震东, 杨永良, 等. 天麻素治疗急性脑出血的临床观察[J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(14): 54-55.
- [9] 李玻, 黄云, 陈达健, 等. 依达拉奉联合醒脑静注射液治疗急性脑出血 49 例临床疗效分析[J]. 疑难病杂志, 2014, 11(7): 671-673.

(责任编辑: 刘淑婷)