

# 脑梗死中西医结合临床路径疗效及卫生经济学回顾性分析

凌孟晖<sup>1</sup>, 解龙昌<sup>2</sup>

1. 番禺区中医院神经内科, 广东 广州 511400; 2. 广州医科大学, 广东 广州 510000

**[摘要]** 目的: 对本科实施中的脑梗死中西医结合临床路径进行初步评价, 为脑梗死的中西医结合诊疗方案的优化研究和临床路径的制定提供可靠的依据。方法: 将脑梗死患者 200 例分为 2 组各 100 例, 其中实施脑梗死急性期诊疗路径的病例资料纳入路径组, 未实施路径的病例资料纳入传统组。对比 2 组美国国立卫生研究院制订的卒中量表 (NIHSS) 评分、BI (Barthel Index) 评分、住院费用、患者满意度。结果: 与传统组比较, 路径组在治疗 90 天后 BI 评分及患者满意度方面均优于传统组 ( $P < 0.05$ ), 而在治疗第 14 天 NIHSS 评分及单病种费用方面 2 组间比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 实施的中西医结合临床路径对脑梗死治疗效果理想, 患者接受程度高, 值得推广。

**[关键词]** 脑梗死; 临床路径; 中西医结合疗法; 回顾性分析

**[中图分类号]** R743.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0038-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.018

## Retrospective Analysis of Therapeutic Effect and Medical Economics of Integrated Chinese and Western Medical Clinical Pathway for Cerebral Infarction

LING Menghui, XIE Longchang

**Abstract:** **Objective:** To preliminarily evaluate the effect of integrated Chinese and western medical clinical pathway for cerebral infarction, so as to provide reliable references for pathway promotion. **Method:** Two hundred patients were divided into two groups. The pathway group received clinical pathway of integrated Chinese and western medicine therapy, and the routine group did not receive pathway. The scores of National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Barthel Index (BI) scores, hospitalization expenses, and patients' satisfaction were observed. **Results:** The BI scores and patients' satisfaction of pathway group were superior to those of the routine group after treatment for 90 days ( $P < 0.05$ ). No statistical significant differences were found in the NIHSS scores and hospitalization expenses between the two groups after treatment for 14 days ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Integrated Chinese and western medical clinical pathway has certain curative effect, and higher patient acceptance for cerebral infarction, showing good prospects in clinical application.

**Keywords:** Cerebral infarction; Clinical pathway; Integrated Chinese and western medicine therapy; Retrospective analysis

临床路径(Clinical pathway)是指针对某一疾病建立一套标准化治疗模式与治疗程序, 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<sup>[1]</sup>。在我国, 脑卒中(70%为缺血性脑卒中)已成为危害中老年人身体健康和生命的主要疾病。虽然目前现代医学投入大量资源开展急性期脑梗死防治措施的研究, 但其发病率、死亡率、致残率、复发率仍居高不下, 如何有效降低“四高”是目前脑梗死治疗的难点和焦点。建立临床路径是否能提高脑卒中治疗效果, 国内外评价不一。本科根据自身情况, 建立起一套中西医结合治疗脑梗死的临床路径。

笔者收集相关数据并进行回顾性分析, 现将结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 通过本院住院病人信息系统收集符合标准的 2010—2012 年脑梗死患者 200 例, 其中实施脑梗死急性期诊疗路径的病例资料纳入路径组, 未实施路径的病例资料纳入传统组。路径组男 65 例, 女 35 例; 年龄 35~98 岁, 平均 66.41 岁; 发病时间 0.5~5 天, 平均 1.37 天; 入院时美国国立卫生研究院制订的卒中量表(NIHSS)评分 2~21 分, 平均 6.75 分; BI(Barthel Index)评分为 20~100 分, 平均 76.6 分; 血压 113~157/62~94 mmHg, 平均 132.74/77.11 mmHg;

**[收稿日期]** 2014-09-28

**[基金项目]** 广州市医药卫生科技项目 (20142A010027)

**[作者简介]** 凌孟晖 (1981-), 女, 主治医师, 主要从事神经内科临床工作。

**[通讯作者]** 解龙昌, E-mail: longchang3907@163.com。

糖化血红蛋白 4.62%~10.21%，平均 6.27%；吸烟 32 例，饮酒 30 例；低密度脂蛋白 1.88~4.38 mmol/L，平均 2.96 mmol/L；心脏疾病病史 16 例；住院天数为 5~21 天，平均 10.91 天。传统组男 52 例，女 48 例；年龄 36~93 岁，平均 65.26 岁；发病时间 0.5~6 天，平均 1.33 天；入院时 NIHSS 评分 2~22 分，平均 6.96 分；BI 评分 20~95 分，平均 73.15 分；血压 113~153/63~95mmHg，平均 131.33/77.16 mmHg；糖化血红蛋白 4.37%~10.98%，平均 6.27%；吸烟 29 例，饮酒 29 例；低密度脂蛋白 1.87~4.67 mmol/L，平均 3.03 mmol/L；心脏疾病病史 12 例；住院天数为 5~21 天，平均 11.83 天。2 组一般资料经统计学处理，差异均无显著性意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中国急性缺血性卒中诊治指南 2010》相关标准：急性起病；局灶性神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损；症状和体征持续数小时以上；脑 CT 或 MRI 排除脑出血和其他病变；脑 CT 或 MRI 有责任梗死病灶。中医辨证参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》相关标准，主要症状：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。次要症状：头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，共济失调。急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。发病年龄多在 40 岁以上。具备 2 个以上主症，或 1 个主症、2 个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊；不具备上述条件，结合影像学检查结果亦可确诊。

**1.3 纳入与排除标准** 第一诊断必须符合中风病(TCD 编码：BNG080)和脑梗死(ICD-10 编码：163)的患者；病期属于急性期；患者同时具有其他疾病，但在住院期间不需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入本路径；第一次发病或既往有中风病史但无后遗症；住院时间 $\leq 21$  天；患者及家属知情同意。排除由脑肿瘤、脑外伤、血液病等引起的脑梗死患者；排除符合溶栓条件且患者同意转符合条件医院诊治者；排除脑出血或出血性脑梗死；排除大面积脑梗死而生命体征未平稳者；排除过敏体质，对多种药物有过敏史者；排除合并严重认知障碍或严重心血管、肝肾、造血系统等原发性疾病者；排除拒绝合作或因患有精神疾患等无法合作者。

**2 诊疗方案**

**2.1 路径组** 参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组中风病(脑梗死)急性期诊疗方案”结合《中医内科学》、《中医内科常见病诊疗指南》证候制定中医治疗方案，西医治疗方案则参照 2010 年中华医学会神经病学分会脑血管病学组编制的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》制定。①抗血小板聚集：阿司匹林肠溶片 100 mg，每天 1 次，口服或鼻饲。②他汀类降脂药稳定斑块：阿托伐他汀钙 20 mg，每晚 1 次，口服或鼻饲。③神经保护：神经节苷酯 40 mg，静脉滴注。④内科基础病治疗：根据患者实际情况，同时治疗内科基础疾病(由于该部分费用不计算到单病种费用里，故不详细叙

述)。⑤根据证候诊断给予中成药或中药汤剂治疗并辅以中医特色疗法。详见表 1。

**表 1 路径组诊疗方案**

证候分类	中成药	中药汤剂	中医特色治疗	
中脏腑	痰湿蒙蔽心神	苏合香丸	涤痰汤加减	醒脑药枕
	痰热内闭心窍	复方天贝片	羚羊角汤加减	醒脑药枕
	元气脱散，心神散乱	参附针	参附汤加减	醒脑药枕
中经络	肝阳上亢	羚羊角口服液	天麻钩藤饮加减	清脑药枕
	风痰阻络	脉血康胶囊	化痰通络方加减	活络药枕
	痰热腑实	复方天贝片	大承气汤加减	清脑药枕
	阴虚风动	灯盏生脉胶囊	镇肝熄风汤加减	清脑药枕
	气虚血瘀	通心络胶囊	补阳还五汤加减	活络药枕

**2.2 传统组** ①抗血小板聚集：阿司匹林肠溶片 100 mg，每天 1 次，口服或鼻饲。②他汀类降脂药稳定斑块：阿托伐他汀钙 20 mg，每晚 1 次，口服或鼻饲。③神经保护：神经节苷酯 40 mg，静脉滴注。④内科基础病治疗：根据患者实际情况，同时治疗内科基础疾病(由于该部分费用不计算到单病种费用里，故不详细叙述)。⑤予疏血通 6 mL，静脉滴注。

**3 研究方法与统计学方法**

**3.1 研究方法** 采用非同队列研究方法，采集传统组及路径组的数据资料，填写观察表，并进行对照研究。住院费用根据住院单病种费用进行评价，患者满意度按满意评分进行评价，疗效评价包括治疗 14 天 NIHSS 评分及治疗 90 天 BI 评分。

**3.2 统计学方法** 采用 Epidata 3.1 软件构建数据库，转出生成 SPSS13.0 数据库。采用 SPSS13.0 统计软件进行分析处理，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用  $t$  检验；多组间比较用方差分析， $F$  检验；进一步多组间两两比较采用 S-N-K 分析， $q$  检验；非正态分布或方差不齐时采用秩和检验。所有的统计检验均采用双侧检验。

**4 治疗结果**

2 组相关观察指标比较，见表 2。与传统组比较，路径组在治疗 90 天后 BI 评分及患者满意度方面均优于传统组( $P<0.05$ )，而在治疗第 14 天 NIHSS 评分及单病种费用方面 2 组间比较，差异无显著性意义( $P>0.05$ )。

**表 2 2 组相关观察指标比较( $\bar{x} \pm s$ )**

组别	NIHSS 评分(分)	单病种费用(元)	BI 评分(元)	满意度(%)
路径组	5.87 $\pm$ 3.164	9493.9263 $\pm$ 5560.55768	88.20 $\pm$ 13.210 <sup>1</sup>	8.41 $\pm$ 1.408 <sup>1</sup>
传统组	5.79 $\pm$ 3.453	9235.1816 $\pm$ 4490.58652	82.95 $\pm$ 16.968	7.68 $\pm$ 1.510

与传统组比较，① $P<0.05$

**5 讨论**

脑梗死的预后受多种因素影响，研究显示肺部感染、发热、年龄及意识障碍是影响急性脑梗死预后的独立危险因素<sup>[2]</sup>。刘冬生等<sup>[3]</sup>进行的一项 Logit 模型分析显示除感染外，合并上

消化道出血、冠心病的患者或大面积脑梗死、基底节梗死的脑梗死患者预后较差。另外,孙丽华等<sup>[4]</sup>发现代谢综合征脑梗死患者预后较差。本研究2组患者在年龄、血糖、血压、血脂、发病时间方面的数据、入院时NIHSS评分及BI评分,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),说明其病重程度相当,故可排除这些因素对预后的影响。另外,如患者在住院期间出现病情恶化或合并严重感染时则作退出路径处理,故这方面的影响亦不存在。所以,就本研究而言,影响2组患者预后的主要因素是治疗方案。研究结果显示实施临床路径后患者单病种费用及治疗14天后NIHSS评分跟传统组比较并无明显差异,但在患者满意度评分、治疗90天后NIHSS评分、90天后BI评分方面路径组优于传统组。提示增加中医特色治疗可提高对中风患者的远期疗效,这除了与规范了中药的应用有关外,还可能与规范诊疗流程后,患者接受程度及依从性提高有关。但对患者近期(14天内)神经功能缺损改善无明显效果,国内多个类似的研究均有这样的结果,王文闻<sup>[5]</sup>认为这可能与脑梗死的神经功能恢复和重建需要一定时间,在短期内不可能神经功能出现大幅度的改善有关。另外,由于早期已开始中医特色康复治疗,并完善各项风险评估检查,而住院天数未有明显减少,故单病种费用未有降低。

综上所述,本次研究的脑梗死中西医结合临床路径有较显著的远期疗效,值得继续推广,但却未能缩短患者的住院时间及单病种费用。故下阶段的优化重点在于怎样减少重复使用功效类似的中医,以降低成本,减少单病种费用。

#### [参考文献]

- [1] 赵琨,张莹,马莉,等. 公立医院临床路径管理试点工作开展现状与效果评估:基于卫生部临床路径上报数据[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(1): 76-80.
- [2] 任彬彬,郭忠琴,张宇,等. 影响急性脑梗死预后的因素分析[J]. 宁夏医学院学报, 2005(6): 452-453.
- [3] 刘冬生,邵燕,欧阳菊香,等. 脑梗死预后影响因素的累积logit模型分析[J]. 中国卫生统计, 2010, 27(4): 381-382.
- [4] 孙丽华,韩乐峰,王君,等. 代谢综合征对脑梗死预后的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(9): 1128-1129.
- [5] 王文闻. 脑梗死患者实施临床路径管理的临床效果分析[J]. 临床医学, 2010(14): 96.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)

## 平喘汤联合氧气雾化治疗儿童哮喘发作期临床观察

金菊花,柴红英

杭州市省立同德医院儿科,浙江 杭州 310012

**[摘要]** 目的:观察平喘汤联合氧气雾化治疗儿童哮喘发作期的临床疗效。方法:将86例患儿随机分为2组,各43例,均接受抗炎、平喘、抗感染等常规西医治疗,对照组在此基础上行氧气雾化治疗;实验组在对照组治疗基础上口服自拟平喘汤治疗。结果:总有效率实验组95.35%,对照组81.40%,2组比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。中医证候积分2组治疗后与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P<0.05$ )。治疗后实验组积分明显下降,与对照组比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。结论:自拟平喘汤联合氧气雾化治疗儿童哮喘发作期临床疗效显著,并能明显改善喘息症状,不良反应少。

**[关键词]** 儿童哮喘发作期;平喘汤;氧气雾化

**[中图分类号]** R256.12

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0040-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.019

相关调查统计,我国哮喘发病率为0.5%~2%左右,其具有发病急、隐匿性、延期难愈等特点<sup>[1]</sup>。中医学认为哮喘病因较为复杂,与外邪入侵、情志不稳、环境、遗传等密切相关,其中多由外邪入侵引起,临床治疗以宣肺、平喘、祛

痰为主<sup>[2]</sup>。笔者以平喘汤联合氧气雾化治疗儿童哮喘发作期,收到较好的疗效,现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院2012年2月—2014年2月收治的

**[收稿日期]** 2014-10-11

**[作者简介]** 金菊花(1978-),女,主治医师,研究方向:呼吸系统疾病。