

积均小于对照组($P < 0.01$), NIHSS 评分均低于对照组($P < 0.01$), 提示通络醒神汤的使用有助于减轻脑组织水肿, 从而有利于神经功能的恢复。同时治疗后 7 天, 观察组睁眼反应、肢体运动评分和总分均高于对照组($P < 0.05$), 提示了通络醒神汤可减轻患者昏迷程度, 具有一定的促醒作用。

综上, 在西医常规治疗基础上, 对 HICH 术后患者采用通络醒神汤联合依达拉奉注射液, 能减轻脑水肿, 促进神经功能恢复, 改善昏迷程度, 具有一定的促醒作用, 临床疗效优于单纯西医治疗, 值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 周一敏, 蒙剑, 张琰, 等. 针药结合对脑出血术后偏瘫早期干预的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(8): 267-269.
- [2] 朱文焕, 张俊平, 孙德举, 等. 依达拉奉注射液联合脑心通胶囊用于高血压脑出血术后的疗效观察[J]. 中国药房, 2012, 23(12): 1097-1099.
- [3] 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.
- [4] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 49-58.
- [5] 王引明, 胡玲玲, 孙钧铭. 醒脑静对脑出血患者 S100B、神经肽 Y 和脑水肿的影响[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(8): 1473-1475.
- [6] 鲍远程. 《脑出血中西医诊疗指南》解读[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(11): 941-946.
- [7] 方永军, 张毅, 柯尊华, 等. 生大黄粉对脑出血术后患者血清补体 C3、C4 及 hs-CRP 的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(2): 168-171.
- [8] 孙兆, 杨如意, 张红武, 等. 中西医结合治疗高血压脑出血 51 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(17): 271-273.

(责任编辑: 吴凌)

脑卒中绿色通道临床实施要点及中医治疗切入点

龙亚秋¹, 秦劭晨², 覃小兰¹

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 探讨急性脑卒中中西医结合绿色通道的构建方法。方法: 分为传统治疗组 65 例, 绿色通道组 44 例。制订急性脑卒中中西医结合绿色通道流程, 传统组按医疗常规完成治疗, 绿色通道组按绿色通道实施诊疗过程。观察 2 组患者一般情况、住院天数、住院费用等指标。结果: 2 组住院天数比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 实施急性脑卒中绿色通道能够优化患者诊治流程, 提高医疗质量, 保障医疗安全。

[关键词] 脑卒中; 中西医结合; 绿色通道

[中图分类号] R743.3

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 07-0037-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.017

脑卒中是神经科常见病, 具有较高致残率、致死率和复发率, 严重危害人体健康的同时也给家庭和社会带来沉重负担。近年来, 随着生活水平提高和人口老龄化, 脑卒中发病率呈上升趋势^[1]。临床路径是指针对某种疾病或手术而制定的治疗计划^[2], 其计划中详细规定了医生、护士和其他人员需要进行的诊断和治疗活动, 通过各部门紧密配合, 高效、快捷、安全的规范化管理, 提高救治质量和治疗效果。而对脑血管意外患者

开启绿色通道, 及时进行抢救可以有效地提高患者的存活率, 提高生活质量。本院通过急救绿色通道临床路径的实施取得了满意的效果, 现报道如下。

1 临床资料

本院 2005 年 4 月启动脑卒中绿色通道。本研究纳入 2004 年 10 月 1 日—2005 年 3 月 31 日急性脑梗死患者 65 例为传统治疗组。纳入 2011 年 1 月 1 日—6 月 30 日启动绿色

[收稿日期] 2015-03-23

[作者简介] 龙亚秋 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合急救。

[通讯作者] 覃小兰, E-mail: longqixinxin@163.com。

通道并确诊为急性脑梗死患者 44 例为绿色通道组。传统治疗组符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议制订的诊断标准,全部经头颅 CT 或 MR 证实。绿色通道组纳入急诊可疑卒中患者^[3]:①一侧肢体(伴或不伴面部)无力或麻木;②一侧面部麻木或口角歪斜;③说话不清或理解语言困难;④双眼向一侧凝视;⑤一侧或双眼视力丧失或模糊;⑥眩晕伴呕吐;⑦既往少见的严重头痛、呕吐;⑧意识障碍或抽搐。启动绿色通道并最终确诊为急性脑梗死。

2 治疗方案

2.1 传统治疗组 由主管医师根据脑卒中诊治指南和个人临床经验给予相应的中西医结合治疗。

2.2 绿色通道组 参照文献[4]方案。对于符合绿色通道的患者,接诊医生立即启动急性脑卒中绿色通道,在 15 min 内迅速评估病情并对症处理,20 min 内完成头颅 CT 检查,请神经专科在 5 min 内到现场完成急会诊、指导专科治疗(溶栓、介入、手术等)。坚持中医辨证施治的原则尽早发挥中医急诊的特色与优势进行中医药干预(中成药、平衡针等)。

3 评价指标与统计学方法

3.1 评价指标 根据英国 Bamford 等提出的脑梗死牛津社区卒中项目(Oxfordshire Community Stroke Project, OCSP)分型进行诊断:完全前循环梗死(TACI);部分前循环梗死(PACI);部分后循环梗死(POCI);腔隙性脑梗死(LACI)。神经功能缺损程度采用美国国立卫生研究院制订的卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)、中国脑卒中临床神经功能缺损程度评分量表、改良 Rankin 量表进行评价。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行处理,采用 One-Way ANOVA,方差不齐时采用近似方差分析 Welch 法,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。

4 结果

4.1 2 组入院后分型与量表比较 见表 1。传统治疗组纳入 65 例,男 50.8%,平均年龄(70.1 ± 1.5)岁;绿色通道组纳入 44 例,男 50.0%,平均年龄(73.4 ± 1.1)岁。2 组患者基本情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。传统治疗组患者中 6 例分型为 PACI+POCI,2 例分型为 PACI+LACI;绿色通道组患者中 4 例分型为 PACI+POCI,1 例分型为 POCI+LACI。

表 1 2 组入院后分型与量表比较

组别	OCSP 分型[例(%)]				评分($\bar{x} \pm s$),分		
	TACI	PACI	POCI	LACI	NIHSS	脑卒中量表	Rankin 量表
传统治疗组	0	43(66.2)	12(18.5)	18(27.7)	8.5 ± 0.5	10.9 ± 0.5	1.5 ± 0.1
绿色通道组	1(2.3)	30(68.2)	9(20.5)	4(9.1)	9.8 ± 0.7	12.8 ± 0.8	1.7 ± 0.2

4.2 2 组患者住院天数、费用比较 见表 2。2 组住院天数比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。住院费用比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组患者住院天数、费用比较

项目	传统组 $n=65$	路径组 $n=44$	F 值	P 值
住院天数	16.1 ± 1.2	11.9 ± 1.0	8.345	0.005
费用(元)	15308.4 ± 1.7	15190.4 ± 1.2	0.003	0.959

5 讨论

研究结果提示,70 岁以上为急性脑梗死发病高危因素,男女发病率无显著差异,急性脑梗死患者以部分前循环梗死多见,PACI 提示大脑主动脉远端主干、各级分支或大脑前动脉及分支闭塞引起的中、小梗死,但也可能是大脑中动脉近端主干闭塞,而从同侧大脑前后动脉经大脑表面的侧支循环代偿完全。

本组研究提示,绿色通道组患者住院天数明显下降,原因考虑以下两方面:其一、急诊绿色通道流程可缩短对患者进行诊疗的时间,各项检查盖绿色通道印,相关科室优先处理。此外高度重视与专科协同合作,本科与脑病中心建立了非常紧密的协同会诊机制,保证绿色通道 24 小时的畅通。会诊的及时到位,缩短了患者进行溶栓和急诊手术的时间,挽救缺血半暗带脑细胞、提高了患者的生存率。针对患者疾病凶险,如家属尚未赶到医院或未付医疗费用时,及时指挥相关科室进行积极救治,从医院层面有效保证了绿色通道的畅通。其二、在绿色通道中我们通过调整人体脏腑气血阴阳平衡的作用,针对患者在某一环节、某一症状或某一阶段进行中医药治疗,如中成药、平衡针等显示出中医药的特色与优势^[4]。阳类证常用药物:醒脑静、清开灵、通腑醒神胶囊、安宫牛黄丸、川芎嗪注射液、丹参针;阴类证常用药物:参附注射液、参麦注射液、生脉注射液、黄芪注射液、灯盏细辛注射液。平衡针为快速针刺,临床急性脑梗死患者常用穴位包括:偏瘫穴、急救穴、醒脑穴、降压穴等。

总之,急性脑卒中绿色通道充分发挥了中、西医学的各自优势,很好地实现了中西医结合,为进一步制定急性脑卒中中西医结合最佳诊治方案提供了理论和临床依据,对提高中医急诊水平也具有重要意义。

[参考文献]

- [1] 鞠树红,刘爱,宁蔡力.急性缺血性脑卒中药物治疗进展[J].中国中医药咨讯,2009,1(4):54-55.
- [2] 唐静.重型颅脑外伤患者急救中的护理路径研究[J].中国医药导报,2010,7(19):127-128.
- [3] 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].中国临床医生,2011,39(3):67-73.
- [4] 王儒平,陈雪梅.急性脑卒中中西医结合绿色通道的构建及临床探索[J].广东医学,2010,31(7):898-899.

(责任编辑:马力)