



探讨急性脑卒中中西医结合绿色通道的构建方法

黄 志 (湖南省浏阳市中医院中风科(神经内科) 湖南浏阳 410300)

摘要: **目的** 对急性脑卒中中西医结合绿色通道的构建方法进行分析 and 探讨。**方法** 以我院 2016 年 3 月—2017 年 3 月期间收治的 100 例急性脑卒中患者为研究对象, 入组后根据随机双盲原则将患者分为观察组和对照组两组, 每组患者 50 例, 按照中西医结合绿色通道对观察组患者进行治疗, 按照常规治疗流程对对照组患者进行治疗, 比较两组患者临床疗效并总结中西医结合绿色通道构建方法。**结果** 观察组患者临床治疗时间显著短于对照组患者 ($P<0.05$), 临床治疗总有效率和满意率显著高于对照组患者 ($P<0.05$)。**结论** 在急性脑卒中患者的诊疗过程中构建中西医结合绿色通道有重要意义, 是提高患者临床疗效、改善患者满意度的有效途径。

关键词: 急性脑卒中 中西医结合 绿色通道 构建方法

中图分类号: R743.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 02-189-02

及早的诊断和治疗是保证急性脑卒中患者治疗有效、提高患者临床治疗效果的关键, 研究数据^[1-2]显示, 若患者能够在最佳时间窗内(发病后的 4.5h 内)得到溶栓治疗、血肿能够在发病后的 6h 内得到清除, 则患者临床治疗有效率可达 90% 以上。因此, 如何优化急性脑卒中患者发病后的急救流程、缩短患者诊治时间成为了现阶段急诊科的主要任务之一。基于此, 本研究以我院收治的 100 例急性脑卒中患者为对象, 通过对患者分组进行对比分析, 探讨了急性脑卒中中西医结合绿色通道的构建方法, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按照随机双盲原则将入组的 100 例急性脑卒中患者分为两组, 观察组 50 例, 男 29 例, 女 21 例, 平均年龄 (57.66 ± 4.89) 岁; 对照组 50 例, 男 31 例, 女 19 例, 平均年龄 (57.84 ± 4.69) 岁。两组患者各项资料的比较无明显差异 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 方法

按照常规治疗流程对对照组患者进行治疗。

按照中西医结合绿色通道对观察组患者进行治疗: ①遵循优先就诊、检查、治疗以及后挂号、付款、签字的“三先三后”原则对患者进行抢救, 在接诊后的 15min 内完成病情初步评估、建立静脉通道等工作, 20min 内完成头颅 CT 检查和急会诊工作。②患者病情初步稳定后, 会同家属制定具体的治疗方法, 对出血性脑卒中行急诊手术。③治疗过程中坚持中医辨证施治原则, 给予患者中成药注射或口服, 充分发挥中医急诊的特色与优势。

1.3 观察指标与评价标准

对两组患者接诊到确诊的时间以及确诊到专科治疗的时间进行统计, 计算平均值。

以《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[3]为依据, 对患者临床治疗效果分级, 痊愈: 各项症状消失, 病残程度 0 级, 神经功能缺损评分降低 90% 以上; 显效: 各项症状基本消失, 病残程度 1-3 级, 神经功能缺损评分降低 45% 以上; 有效: 各项症状好转, 神

经功能缺损评分降低 17% 以上; 无效: 功能缺损评分减少不足 17% 或疾病恶化、死亡。患者临床治疗总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 有效率。

统计两组中残疾人数、死亡人数, 计算残疾率、死亡率; 与此同时, 临出院前 1d, 使用本院自制问卷调查患者以及患者家属的治疗满意率, 问卷总分 10 分, 8 分以上表示非常满意、6-8 分表示满意、6 分以下表示不满意, 以非常满意率和满意率之和作为临床治疗总满意率。

1.4 统计学分析

选择软件 SPSS17.0 处理数据, 计数、计量资料分别用卡方、t 检验, 以 $P<0.05$ 代表数据之间的对比有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗时间比较

在临床治疗时间的比较上, 观察组患者接诊到确诊时间和确诊到专科治疗时间均明显短于对照组患者 ($P<0.05$)。具体数据见表 1。

表 1: 两组患者临床治疗时间比较表,

组别	接诊到确诊时间	确诊到专科治疗时间
观察组 (n=50)	19.27 $\pm$ 6.01	23.01 $\pm$ 6.74
对照组 (n=50)	35.45 $\pm$ 7.60	49.86 $\pm$ 8.96
P 值	<0.05	<0.05

2.2 两组患者临床治疗效果比较

两组患者临床治疗效果的比较具有明显差异, 观察组患者临床治疗总有效率显著高于对照组患者 ($P<0.05$)。详细数据见表 2。

表 2: 两组患者临床治疗效果比较表

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	10(20.00)	21(42.00)	12(24.00)	7(14.00)	43(86.00)
对照组	50	5(10.00)	15(30.00)	12(24.00)	18(36.00)	32(64.00)
P 值						<0.05

2.3 两组患者残疾率、死亡率及治疗满意率比较

两组患者残疾率、死亡率及治疗满意率的比较具有明显差异, 观察组患者上述指标值均明显优于对照组患者 ($P<0.05$)。详细数据见表 3。

表 3: 两组患者残疾率、死亡率及治疗满意率比较表

组别	例数	残疾率	死亡率	治疗满意率			
				非常满意	满意	不满意	总满意率
观察组	50	5(10.00)	1(2.00)	38(76.00)	7(14.00)	5(10.00)	45(90.00)
对照组	50	12(24.00)	6(12.00)	21(42.00)	15(30.00)	14(28.00)	36(72.00)
P 值		<0.05	<0.05				<0.05

3 讨论

本次研究顺利完成, 研究数据显示, 与对照组患者比较, 观察组患者临床治疗时间更短 ($P<0.05$)、临床治疗总有效率和满意率更高 ($P<0.05$)。研究结果表明, 对于急性脑卒中患者而言, 构建中西医结合绿色通道对其进行展开抢救和治疗是具有十分重要的现实意义的, 首先, 绿色通道下, 各科室之间的高效配合、任务的有效安排, 能够有效缩短患者接诊到确诊的时间以及确诊到接受专科治疗的时间, 这

有利于为患者争取更多、更宝贵治疗时间, 把握最佳治疗时机^[4]; 其次, 绿色通道中, 通过对患者各脏腑之间的平衡情况进行观察, 并以辨证论治原则对患者采取针对性的中药注射、针灸等治疗方法的方式, 充分凸显了中医药在中西医结合治疗中的重要地位, 各种中医疗法和西医疗法的配合, 二者取长补短, 因而能够在短时间内有效改善患者临床症状, 提高患者临床治疗有效率^[5]; 最后, 随着患者抢救治疗速

(下转第 191 页)



标,超出机体负荷量,糖尿病病情加重,导致神经病变和微血管损伤,因此机体氧化与抗氧化不平衡作用是引起周围神经功能病变的重要机制。本次研究发现甲钴胺有利于阻断糖尿病病变患者氧化应激反应过程,可以降低氧化物质含量增强抗氧化能力,对恢复周围神经损伤有益。有学者认为反应机体铁元素缺失和铁元素过量的重要指标是血清铁蛋白,对脂质过氧化、启动和催化 Haber-Weiss 反应、诱发氧化应激过程有促进作用^[5]。相关研究发现糖尿病糖耐量受损患者糖化血红蛋白与 SF 含量呈正相关关系^[6]。说明糖耐量受损的发生与铁元素异常有某种联系,因此血清铁蛋白水平可评估 DPN。

中医辨证认为“消渴”、“血痹”和西医上的糖尿病对症,消渴旨在“阴虚为本,燥热为标”,二者相互作用,步入恶性循环,使得病情加重,且阴虚灼伤脉络,不利脉道,燥热破血妄行,溢出脉外为淤,且耗损气血,气血无力,不得达于下肢^[7]。中医认为津血同源,均需要气来运载,脉搏无力,则津停血滞为瘀,瘀瘀燥热相互作用,使得脉络阻塞,病情更加严重,故而中医认为糖尿病的病机为气血亏虚,脉络瘀阻。DPN 病理机制复杂,中医认为通络化瘀、补气活血可为其一。补阳还五汤成方治疗气血两亏有明显疗效,该方大量使用补气药,佐以少量活血药,治本亦治标,诸药配伍,共奏通络活血之力,则可痊愈。DPN 的发病主因是五脏虚弱,气机阻滞。应在中医气血理论的指导下,结合脏腑理论,以“虚”,“瘀”为契机开展治疗。补阳还五汤治疗 DPN 在氧化应激方面有相关研究进展,主要在清除自由基、提高抗氧化酶活性、抑制 MAPK 信号传导通路途经、抑制细胞凋亡、抑制核因子- κ B 活化方面影响氧化应激反应进程,从而发挥重要作用^[8]。本文研究甲钴胺配合补阳还五汤治疗 DPN,改善血液循环,气滞,

修复周围神经,对患者的临床症状、神经传导速度有明显治疗效果,可减少轻微头昏,消化道不适等不良反应。临床辨证时应具体问题具体分析,依据患者病情对症下药,辨证论治。就目前的治疗方式和研究进展来看,该药虽疗效确切,仍缺乏大量有价值的医学证据,今后应加大研究力度,对其治疗机制进行更深入研究。

参考文献

- [1] 潘大军. 中医药治疗糖尿病周围神经病变[J]. 吉林中医药, 2015, 28(2):1160-1162.
- [2] 杨昕, 刘志民. 氧化应激和炎症反应与初诊 2 型糖尿病合并周围神经病变的关系[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(4):346-349.
- [3] 符春苗, 胡耀华, 吴翔. 不同年龄层次糖尿病患者糖化血红蛋白诊断标准研究[J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25(8):59-62.
- [4] 彭雨媛. 糖尿病微血管障碍的发生机制及其与周围神经病变的关系[J]. 医学综述, 2013, 19(3):513-515.
- [5] 刘杰, 孙冰, 班博, 等. 糖尿病周围神经病变氧化应激等相关机制探讨[J]. 北京医学, 2015, 37(1):16-19.
- [6] 张肖. 血清铁蛋白与糖尿病周围神经病变及神经传导速度关系的研究[D]. 河北联合大学, 2014.
- [7] 单亮亮, 邓小敏, 王振刚, 等. 五味消渴方治疗糖尿病机理探讨[J]. 陕西中医, 2017, 28(6):783-784.
- [8] 刘桂伶, 商建军, 彭正发. 补阳还五汤合增液汤加减对糖尿病周围神经病变神经功能和氧化应激反应的影响[J]. 中医学报, 2016, 31(7):968-971.

(上接第 188 页)

并延长患者生存期。胃癌在传统中医中,常被归属于“胃积”、“胃脘痛”等的范畴,但其病因病机以及病态预后与之完全不符,现代中医对其有新的认识,将其归入内科癌病范畴,命名为“胃癌病”。我单位认为,本病以脾胃虚弱为发病根本,多由饮食不节、嗜食肥甘而致,而菌虫之毒或熏腌烟酒之毒长期损伤胃腑是其最终致病因素,毒邪与痰互结伤胃腑结而成块,进而侵蚀胃腑;另外此病发病过程中,常伴情志抑郁,肝郁气滞之临床表现多伴随出现于各种症候之中。在常规西医治疗的基础上,根据患者具体情况随症加减相应的中药,可促使患者机体恢复平衡,提高临床治疗有效性。

本次研究数据显示,相较于仅接受常规西医治疗的对照组患者,接受中西医结合治疗的观察组患者 1 年生存率显著明显更高($P<0.05$);此外,观察组患者 ORR 略高于对照组患者,但两组数据比较不存在显著差异($P>0.05$);最后,两组患者在治疗期间不良反应发生率的比较上未见明显差异($P>0.05$)。研究结果证实了中西医结合治疗的优越性,在延长患者生存期的同时,还可有效控制了不良反应的

发生。

综上所述,中西医结合使用是治疗 IV 期胃癌的有效途径,一方面可提高患者临床治疗总有效率,提升患者生存质量;另一方面,不会增加患者不良反应发生风险,安全可靠,有较高的临床应用价值,值得推广。

参考文献

- [1] 秦河峰. 中西医结合治疗 III、IV 期胃癌的疗效观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7):515-516, 518.
- [2] 王晓艳. 中西医结合治疗中晚期胃癌的疗效分析[J]. 中医临床研究, 2017, 9(16):105-106.
- [3] 刘燕珠. 中西医结合治疗中晚期胃癌临床效果分析[J]. 中医临床研究, 2011, 03(16):22.
- [4] 热孜亚·库来西, 修雪梅. 中西医结合治疗晚期胃癌的临床观察[J]. 中国保健营养, 2016, 26(29):77-78.
- [5] 徐孟. 中西医结合内科治疗中晚期胃癌临床体会[J]. 世界临床医学, 2015, 9(2):16-17.

(上接第 189 页)

度的提升、临床治疗效果的改善,患者及其家属对于治疗的满意度自然能够随之得到提高,这对于增进患者家属信任、改善医患纠纷有着重要意义。

为进一步发挥中西医结合绿色通道在急性脑卒中患者治疗中的突出效果,笔者结合本次研究将中西医结合绿色通道的构建方法和要点总结如下:首先,对构建中西医结合绿色通道时,应当严格把握“以患者为中心”的基本原则,在绿色通道中明确各科室、各人员的工作职责,最大程度的优化工作流程,减少治疗环节瓶颈,提高治疗效率;其次,邀请检验科、放射科等科室共同参与绿色通道的制定之中,保证制定的各项措施的有效性和针对性;再次,建立配套的管理规则制度,营造良好的医疗环境,促使相关科室不断改进自身的工作流程,提高整体服务质量水平;最后,治疗措施要充分显示中医药的特色与优势,全面发挥中、西医学的各自优势,实现中西医的良性结合。

综上所述,构建中西医结合绿色通道对急性脑卒中患者进行诊治

有重要意义,可提高患者治疗有效性和满意度,在具体构建过程中,应当明确接诊前→接诊→病情评估→急救护理→术前护理→护送等各个流程的任务和时间,制定一套连贯、高效的救护模式与临床路径。

参考文献

- [1] 叶启福. 中西医结合治疗急性脑卒中的绿色通道构建方法及临床意义分析[J]. 医药前沿, 2013, (13):68-68.
- [2] 覃小兰, 李玉明, 杨时鸿等. 急性脑卒中中西医结合绿色通道的优化研究[C]. //2015 年广东省中医药学会脑病专业委员会学术年会论文集. 2015:388-392.
- [3] 尤茂海. 构建急性脑卒中中西医结合绿色通道研究[J]. 河南中医, 2013, 33(10):1659-1660.
- [4] 裴若燕. 急诊绿色通道护理流程在急性缺血性脑卒中患者救治中的效果[J]. 哈尔滨医药, 2016, 36(2):199-200.
- [5] 雷晓芬, 程燕玲, 司静琦等. 临床路径在创建脑卒中病人急救“绿色通道”中的应用[J]. 护理研究, 2014, 28(9):1101-1102.