

间 ≤ 15 d。

1.3.2 排除标准 ①合并脑实质或蛛网膜下腔出血；②在入院后因各种原因未能按临床路径进行治疗者；③病历资料欠完整者；④出院后失访者。

1.4 疗效评定标准 住院时间以患者住院天数进行评价，住院费用根据住院总费用进行评价，疗效评价包括神经功能缺损程度、恢复程度、日常生活能力、住院病死率、治疗90d再住院率及病死率。神经功能缺损程度评分采用NIHSS评分标准，0~1分为神经功能轻度缺损，2~6分为中度缺损， ≥ 7 分为重度缺损；日常生活活动能力采用Barthel Index评分标准，100分为I级，75~95分为II级，50~70分为III级，25~45分为IV级，0~20分为V级。

1.5 脑梗死中医临床路径的建立和实施 按照卫生部脑梗死临床路径制定流程，具体包括：成立临床路径制订小组，小组成员有专科医师、专科护理人员等组成，制定出临床路径管理内容，如一般治疗、护理项目、检查和化验、饮食、运动、康复锻炼、健康教育、出院计划，以上项目均采用表格化的路线图表示，并以严格的时间来执行。其中中医治疗和护理项目包括：①中药辨证施治；②针灸推拿；③中药循经按摩；④辨证耳穴治疗。在实施过程要根据患者恢复情况进行及时讨论和修正。

1.6 统计学处理 采用SPSS13.0软件进行统计分析。计量资料采用 t 检验，等级资料采用Mann-Whitney秩和检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况比较 两组患者基本情况相似，具有可比性，详见表1。

2.2 评价指标比较 与传统组相比，路径组住院时间明显缩短（ $P < 0.05$ ），住院总费用有下降的趋势，但差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗14d后神经功能缺损程度及住院病死率比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），治疗90d后患者日常生活活动能力提高显著（ $P < 0.05$ ），治疗90d后病死率及再住院率比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。两组自身内对照比较，治疗前后NIHSS及BI比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2和表3。中医证候疗效比较，传统组优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表2 治疗14d后两组患者神经功能缺损情况及住院费用等比较

组别	病死例数 (n)	住院总费用 (元)	NIHSS			
			轻度	中度	重度	McQ(75)
传统组	2	10010.66±8256.33	15	60	3	3(6)
路径组	1	8873.65±8345.98	23	54	7	3(5)
$\chi^2/t/Z$ 值	0.047	0.653	-0.349			
P 值	0.763	>0.05	0.696			

表3 两组患者90d后随访的BI分布及住院天数等比较

组别	住院天数 90d	病死例数 90d	再住院 (n)	BI				
				I	II	III	IV	V
传统组	21.38±5.5	5	5	23	38	11	2	1
路径组	16.68±4.3	6	9	32	30	13	3	1
$t/\chi^2/Z$ 值	6.45	<0.001	0.44	-2.345				
P 值	<0.05	0.995	0.595	0.012				

表4 治疗后两组中医证候疗效比较 [n(%)]

组别	n	治愈例数	%	好转例数	%	未愈	%	总有效率
传统组	80	5	6.25	65	81.25	10	12.50	87.50
路径组	85	8	9.41	68	80	9	10.59	76.67
P 值	0.036	<0.05						

3 讨论

3.1 中医临床路径的制定 国内关于急性脑梗死中医临床路径尚无统一标准，笔者所采用的中医临床路径是本科室在参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组《中风病中医诊断疗效评定标准》（1995）并结合本院实际情况制定的具有本院特色的中医临床路径，即在中医辨证论治的基础上配合针灸推拿、中药循经按摩、辨证耳穴治疗等传统中医治疗，具有特色鲜明、疗效显著的优点，值得临床推广。

3.2 中医临床路径的实施 笔者所在医院实施中医临床路径4年多以来，患者的住院时间、住院费用等有下降趋势，而临床疗效得到显著提升。但中医临床路径仍有许多有待进一步完善的地方，比如能否进一步减少医疗费用，进一步缩短住院时间，进一步提高治疗效果以及能否采用纯中医药治疗等问题，关系到如何更好地在临床上进一步推广中医临床路径，也恳请各位专家批评指正，多提宝贵意见。

综上所述，脑梗死中医临床路径能够缩短脑梗死患者住院时间，提高医疗资源利用率，显著提高患者日常生活活动能力，提高医疗质量，值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 张正华, 高居中. 实施临床路径的意义和方法[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 18(9): 514.
- [2] 胡善联, 龚向光. 中国缺血性脑卒中的疾病经济负担[J]. 中国卫生经济, 2003, 12(22): 18-20.

(本文校对: 苏玲 收稿日期: 2013-07-19)

中医冬季养生八“宜”原则（二）

宜健脚：健脚即健身。人们必须经常保持脚的清洁干燥，袜子勤洗勤换，每天坚持用温热水洗脚时，按摩和刺激双脚穴位。每天坚持步行半小时以上，活动双脚。早晚坚持搓揉脚心，以促进血液循环。此外，选一双舒适、暖和轻便、吸湿性能好的鞋子也非常重要。

宜防犯病：冬季气候诱使慢性病复发或加重，寒冷还会诱发心肌梗死、中风的发生，使血压升高和溃疡病、风湿病、青光眼等病症状加剧。因此，患者应注意防寒保暖，特别是预防大风降温天气对机体的不良刺激，备好急救药品。同时还应重视耐寒锻炼，提高御寒及抗病能力，预防呼吸道疾病发生。

宜水量足：冬日虽排汗排尿减少，但大脑与身体各器官的细胞仍需水分滋养，以保证正常的新陈代谢。冬季一般每日补水不少于2000~3000mg。