

. 经验介绍 .

穿刺引流术对高血压性脑出血患者 APACHE II 评分和 GCS 评分的影响

刘 邦 勇 林 光 飞

【摘要】目的 探讨穿刺引流术对高血压性脑出血患者急性生理和慢性健康状况评分系统(APACHE II)评分和GCS评分的影响。**方法** 2011年8月到2014年2月收治急性高血压脑出血120例,采用传统开颅手术治疗60例(对照组),采用穿刺引流术治疗60例(观察组)。**结果** 两组术前神经功能缺损量表(NDS)评分、APACHE II评分和GCS评分均无统计学差异($P<0.05$),两组术后7 d NDS评分、APACHE II评分和GCS评分较术前均明显改善($P<0.05$),观察组改善更明显($P<0.05$)。观察组术后28 d病死率(3.3%)明显低于对照组(16.7%; $P<0.05$)。APACHE II评分、GCS评分和NDS评分与术后28 d病死率都有显著相关性(相关系数分别为0.382、-0.192、0.433; $P<0.05$)。**结论** 穿刺引流术治疗急性高血压脑出血能有效降低术后APACHE II评分和提高GCS评分,从而改善神经功能状况,降低术后病死率。

【关键词】 急性高血压脑出血;穿刺引流术;APACHE II评分;GCS评分

【文章编号】 1009-153X(2016)12-0781-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*1

以往,脑出血预后评估主要根据临床表现和影像学表现,主要是GCS评分和出血量^[1],但是GCS评分不能准确反映疾病的严重程度及病情变化^[2]。急性生理和慢性健康状况评分系统(acute phy- siology and chronic health evaluation, APACHE)是评定危重病患者病情严重程度及预测预后的客观体系^[3,4]。本文探讨穿刺引流术对高血压性脑出血患者APACHE II评分和GCS评分的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象 纳入标准:临床表现和影像学表现诊断为脑出血;年龄为18~70岁;起病24 h内入院;既往有高血压病史;患者及其家属知情同意;有手术指征。排除标准:严重心、肝、肾及恶性肿瘤疾病;近2周有感染性疾病病;出血继发于外伤、海绵状血管瘤或动静脉畸形等。2011年8月到2014年2月收治符合上述标准高血压性脑出血120例,根据治疗方法分为观察组和对照组,各60例,两组性别、年龄、体重指数、脑出血量及部位无统计学差异($P>0.05$),见表1。

1.2 治疗方法 对照组:采用传统开颅手术治疗。观察组采用穿刺引流术治疗。全麻下手术,根据CT定位后描记穿刺点。穿透颅骨后,经软通道以塑料针

芯缓慢进针至血肿中心,拔出针芯后见有暗红色陈旧血液流出时接引流管,用注射器抽吸,用生理盐水反复冲洗,至冲洗液颜色变清后接引流袋进行常规引流。两组患者均给予减轻脑水肿、改善脑代谢、控制血压等治疗。

1.3 观察指标 术前和术后7 d评估两组神经功能缺损量表(neurological deficit scale, NDS)评分、APACHE II评分和GCS评分;比较术后28 d内病死率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,相关性分析采用Spearman等级相关分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 NDS 评分、APACHE II 评分和 GCS 评分比较 两组术前NDS评分、APACHE II评分和GCS评分均无统计学差异($P<0.05$),两组术后7 d NDS评分、APACHE II评分和GCS评分较术前均明显改善($P<$

表 1 两组基线资料比较

临床资料	观察组	对照组
性别(例,男/女)	38/22	36/24
年龄(岁)	46.33±5.23	46.92±4.09
体重指数(kg/m ²)	24.45±4.11	24.77±3.89
脑出血量(ml)	55.88±4.12	56.09±3.98
脑出血部位(基底节区/脑叶/小脑)	34/20/6	35/20/5

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.12.018
作者单位:211700 江苏淮安,盱眙县人民医院脑外科(刘邦勇、林光飞)

表2 两组手术前后NDS评分、APACHE II评分和GCS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	NDS评分		APACHE II评分		GCS评分	
	术前	术后7 d	术前	术后7 d	术前	术后7 d
观察组	35.67±5.68	13.00±14.36 ^{*#}	30.39±5.29	13.94±5.12 ^{*#}	6.48±1.11	10.59±1.34 ^{*#}
对照组	35.54±6.36	19.15±14.23 [*]	30.18±4.01	19.87±5.02 [*]	6.49±1.09	8.00±1.32 [*]

注:与术前相应值比,* $P<0.05$;与对照组相应值比,# $P<0.05$;NDS:神经功能缺损量表;APACHE II评分:急性生理和慢性健康状况评分系统

0.05),观察组改善更明显($P<0.05$),见表2。

2.2 两组术后28 d内病死率比较 观察组术后28 d病死率(3.3%)明显低于对照组(16.7%; $P<0.05$)。APACHE II评分、GCS评分和NDS评分与术后28 d病死率都有显著相关性(相关系数分别为0.382、-0.192、0.433; $P<0.05$)。

3 讨论

随着重症监护医学,特别是神经重症监护医学的发展,脑出血的预后逐渐得到改善,但术后28 d病死率还比较高。手术是脑出血常规治疗方法,并且随着医学技术的发展,颅内血肿微创清除术是治疗脑出血的一种有效方法。本研究观察组术后28 d病死率(3.3%)明显低于对照组(16.7%; $P<0.05$),说明颅内血肿微创清除术能有效降低病死率。

在脑出血患者的病情与临床预后评估中,GCS评分与NDS评分应用比较多。通常认为GCS评分<8分或出血量 ≥ 50 ml的高血压性脑出血患者预后较差^[7]。NDS评分可用于客观评估疾病严重程度,具有一定的预测脑出血预后的真实性^[8]。不过,这些评分有时候不仅不能提供准确的预后信息,还可能导致作出错误的决定^[9]。

APACHE II评分是评价危重病患者病情的比较经典的参考标准,常作为病情变化的估计,与实际病死率呈正相关^[10],APACHE II评分>25分是病情危重、预后较差的征兆^[11]。本研究两组术后7 d APACHE II评分明显降低,而GCS评分明显升高($P<0.05$),同时观察组改善更明显($P<0.05$);而且,等级相关分析显示APACHE II评分、GCS评分和NDS评分与术后28 d病死率都有相关性($P<0.05$)。因此,早期了解患者APACHE II评分、GCS评分和NDS评分有助于评估患者危重程度及早期干预治疗,阻止患者病情向危重发展,降低患者的死亡率。

总之,穿刺引流术治疗脑出血能有效降低术后APACHE II评分和提高GCS评分,从而改善神经功能状况,降低术后病死率。

【参考文献】

[1] 李 帆,郭 庚,刘跃亭. 微创神经外科理念在双额叶脑挫裂伤治疗中的应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2014,2(12):76-77.

[2] 刘永锋. 重症患者血清皮质醇水平与APACHE II评分的相关性分析[J]. 中国现代医生,2014,52(13):130-131.

[3] 章 娜,韩海红,庄海英,等. 多发胸部外伤合并多重耐药菌株混合感染的危险因素分析及护理对策[J]. 中国现代医生,2014,52(5):95-97.

[4] 杨文明,丛 明,张振兴. 微创与开颅手术在脑出血治疗中的疗效及安全性比较[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2014,13(4):360-361.

[5] Lorente L, Martín MM, González-Rivero AF, et al. Serum soluble CD40 Ligand levels are associated with severity and mortality of brain trauma injury patients [J]. Thromb Res, 2014, 134(4): 832-836.

[6] 胡 兵,王 科,赵冬青,等. 有颅内出血的轻型颅脑损伤患者早期凝血功能变化与进展性颅内出血的关系[J]. 浙江创伤外科,2014,5(12):843-844.

[7] 刘云宝,李 馨,康 林,等. APACH II评分与GRACE评分预测急性心肌梗死预后的比较[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2014,5(12):525-526.

[8] 綦 斌,左 程,邬 巍,等. 立体定向微创钻孔引流术辅助尿激酶灌注治疗基底节区高血压脑出血[J]. 中华实验外科杂志,2014,31(1):205.

[9] 梁元才,康国钧. APACHE II评分系统对重型老年多器官功能不全综合征患者的临床意义[J]. 中外健康文摘,2014,26(7):185-186.

[10] 曹雄彬,匡良洪,宫 丽,等. 80例原发性脑干出血的临床与预后分析[J]. 卒中与神经疾病,2014,21(1):43-45.

[11] Dou L, Gao HM, Lu L, et al. Bispectral index in predicting the prognosis of patients with coma in intensive care unit [J]. World J Emerg Med, 2014, 5(1): 53-56.

(2015-01-31收稿,2015-04-14修回)