

性髓系白血病的预后分析[J]. 中国实验血液学杂志, 2015,23(1):173-177.

[11] 刘焕凤,张曦,高蕾,等. 双次自体造血干细胞移植治疗恶性淋巴瘤的临床分析[J]. 重庆医学,2011,40(30):3042-3043.

[12] 邵兰兰,肖秀斌,仲凯励,等. 自体造血干细胞移植不同预处理方案治疗恶性淋巴瘤 100 例临床观察[J]. 中国实验血液学杂志,2012,20(3):598-602.

[13] 李斌,梁玉环,梁惠如. 自体造血干细胞移植治疗恶性淋巴瘤 18 例临床分析[J]. 内科,2015,10(4):520-521.

[14] Budde LE, Guthrie KA, Till BG, et al. Mantle cell lymphoma international prognostic index but not pretransplantation induction regimen predicts survival for patients with mantle-cell lymphoma receiving high-dose therapy and autologous stem-cell transplantation[J]. J Clin Oncol,2011,29(22):3023-3029.

[15] Al KM, De Almeida JR, Guyatt GH, et al. Autologous stem celltransplantation in follicular lymphoma: a systematic review and meta-analysis[J]. J Natl Cancer Inst, 2012,104(1):18-28.

[16] 蔡坤,王昭前,庞海云. 自体造血干细胞移植对恶性淋巴瘤患者血清微量元素及乳酸脱氢酶活性的影响研究[J]. 中国生化药物杂志,2015,35(8):83-85.

(收稿日期:2016-07-15 修回日期:2016-10-09)

• 临床探讨 •

APACHE II 评分与 BISAP 评分在急性胰腺炎患者中的临床意义

陈 芳

(中国人民解放军第一五九中心医院检验科,河南驻马店 463000)

摘 要:**目的** 探讨急性生理功能和慢性健康状况(APACHE II)评分与急性胰腺炎严重程度床边指数(BISAP)评分在急性胰腺炎中的临床价值,并对这两种评分系统进行比较。**方法** 对 2013 年 10 月至 2015 年 10 月 66 例被确诊的急性胰腺炎患者进行回顾性分析,按严重程度分为轻症急性胰腺炎组(MAP 组)29 例,中度重症急性胰腺炎(MSAP)组 17 例,重症急性胰腺炎(SAP)组 20 例;根据患者出院时的结局,分为生存组 54 例和死亡组 12 例,对两组患者的 APACHE II 评分和 BISAP 评分进行比较,并计算受试者工作特征(ROC)曲线及曲线下面积。**结果** (1)APACHE II 评分在 MAP、MSAP 和 SAP 组组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$),在生存组和死亡组组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$);(2)BISAP 评分在 MAP、MSAP 和 SAP 组组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$),在生存组和死亡组组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$);(3)评价疾病严重度的 BISAP、APACHE II 评分的 ROC 曲线下面积分别为 0.849(95%CI:0.753~0.912)、0.773(95%CI:0.673~0.873);评价预后方面的 BISAP 评分和 APACHE II 评分的 ROC 曲线下面积分别为 0.832(95%CI:0.753~0.912),0.720(95%CI:0.615~0.825),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** BISAP 评分用于评估急性胰腺炎患者严重程度和预后的准确性高于 APACHE II 评分系统,并且简单易行,可在临床推广使用。

关键词:急性胰腺炎; APACHE II 评分; BISAP 评分
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)06-0839-03

急性胰腺炎是临床常见的急腹症,其中有 20% 左右易转化成为重症胰腺炎,其进展迅速,易引起局部及全身感染,病死率很高^[1]。目前仍常用淀粉酶和 CT 检测来预测急性胰腺炎的严重程度及预后,但是上述指标不利于动态检测,对病情判断的特异性差^[2]。临床有多种评分系统来对急性胰腺炎进行预测和判断,以提高救治的成功率。本研究通过急性生理功能和慢性健康状况(APACHE II)评分系统和急性胰腺炎严重程度床边指数(BISAP)评分系统来对 66 例急性胰腺炎患者进行分析,以评估这两种评分系统在急性胰腺炎发生、发展过程中及预后的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2013 年 10 月至 2015 年 10 月就诊的 66 例急性胰腺炎患者,男 40 例,女 26 例;年龄 17~78 岁,平均(50.0±16.0)岁。急性胰腺炎的诊断符合中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组制订的中华急性胰腺炎诊治指南^[3]。根据 2013 年亚特兰大标准分型^[4]:轻症急性胰腺炎患者(MAP)29 例,中度重症急性胰腺炎患者(MSAP)17 例,重症急性胰腺炎患者(SAP)20 例。根据患者出院时的结局,分为死亡组 12 例,存活组 52 例。排除入本院资料不全、发病 2 d 后入院或从其他医院转来但缺乏最初发病的确切资料的患者,以

及有心血管疾病、合并其他感染性疾病、代谢性疾病患者。

1.2 方法 APACHE II 评分根据 APACHE II 评分表进行。BISAP 评分由尿素氮(>25 mg/dL)、意识障碍昏迷量表(格拉斯哥量表)评分最高为 15 分,表示意识清楚;12~<15 分轻度意识障碍;9~<12 分为中度意识障碍;9 分以下为昏迷)、系统性炎症反应综合征(SIRS)、年龄(>60 岁)和胸腔积液 5 项指标构成。以上 5 项项目,24 h 内出现 1 项记 1 分,总分为 5 项指标得分总和。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 各组 APACHE II 评分和 BISAP 评分的比较 APACHE II 评分和 BISAP 评分在 MAP、MSAP 和 SAP 3 组组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 生存组与死亡组 APACHE II 评分和 BISAP 评分比较 APACHE II 评分和 BISAP 评分在生存组与死亡组组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两种评分预测急性胰腺炎严重度和预后的受试者工作特征(ROC)曲线 评价疾病严重度的 BISAP、APACHE II 评分

的 ROC 曲线下面积分别为 0.849(95%CI:0.753~0.912)、0.773(95%CI:0.673~0.873);评价预后方面的 BISAP 评分和 APACHE II 评分的曲线下面积分别为 0.832(95%CI:0.753~0.912),0.720(95%CI:0.615~0.825),差异有统计学意义($P<0.05$)。BISAP 评分的 ROC 曲线下面积较 APACHE II 评分大,说明预测急性胰腺炎的严重程度和预后 BISAP 评分更准确,见图 1~2。

表 1 各组 APACHE II 评分和 BISAP 评分的比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	n	WBC($\times 10^9/L$)	APACHE II 评分	BISAP 评分
MAP 组	29	10.8 $\pm$ 2.7	6.23 $\pm$ 3.36	1.57 $\pm$ 0.32
MSAP 组	17	10.9 $\pm$ 3.7*	8.83 $\pm$ 3.59*	2.25 $\pm$ 0.51*
SAP 组	20	12.4 $\pm$ 3.0*#	10.12 $\pm$ 4.01*#	3.61 $\pm$ 0.84*#

注:WBC 为白细胞计数;与 MAP 组比较,* $P<0.05$;与 MSAP 组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 各组 APACHE II 评分和 BISAP 评分比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	n	WBC($\times 10^9/L$)	APACHE II 评分	BISAP 评分
生存组	54	12.0 $\pm$ 3.3	7.07 $\pm$ 3.35*	1.96 $\pm$ 0.51*
死亡组	12	14.4 $\pm$ 3.5	13.12 $\pm$ 5.22	3.88 $\pm$ 0.82

注:与死亡组比较,* $P<0.05$ 。

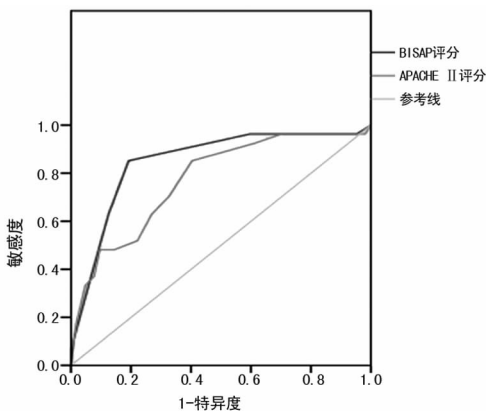


图 1 APACHE II 评分和 BISAP 评分预测急性胰腺炎严重度的 ROC 曲线

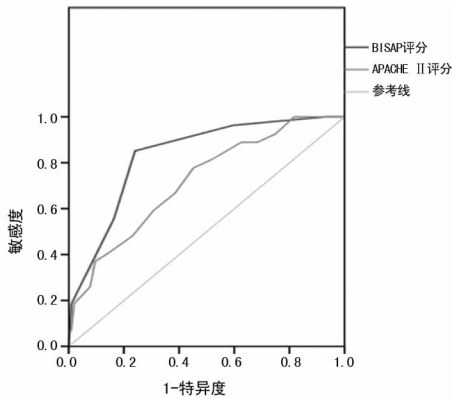


图 2 APACHE II 评分和 BISAP 评分预测急性胰腺炎预后的 ROC 曲线

3 讨 论

急性胰腺炎是临床上严重的急性炎症,能引起局部或全身的病理生理的改变,从而导致患者死亡。目前常用的诊断方法仍然是影像学 and 实验室检查,有多种可对急性胰腺炎进行严重

度和预后评估的评分系统,如 APACHE II、BISAP、Ranson's 评分系统等。

Ranson's 评分系统在预测器官损伤和病死率方面有一定的准确性,但此评分系统中需要发病 48 h 内的数据,其数据复杂,有些指标还容易受到治疗过程的影响,不利于动态检测^[5]。APACHE II 评分系统被认为是评价急性胰腺炎严重程度和预后的较好评价系统^[6],但也有研究认为 APACHE II 评分系统具有明显的局限性,在评估病死率方面表现相对较差,并且操作繁琐费时^[7]。也有研究认为 APACHE II 评分系统中年龄 >65 岁的评分占 5 分,所占的权重过大会导致对疾病严重度和预后的评估发生偏差^[8]。2008 年,美国 Wu 等^[9] 提出了 BISAP 评分,并研究认为 BISAP 评分系统能够早期预测严重程度及病死率,并且方法简单可靠。BISAP 评分系统可以反复对急性胰腺炎患者病情进行评价,从而动态观察患者病情变化并做出预后评价^[10]。

本研究发现,随着急性胰腺炎病情的加重,APACHE II 评分和 BISAP 评分也都随之增加,差异均有统计学意义($P<0.05$),这和陈国林等^[11]的研究结果是一致的。通过表 2 可见,在预测急性胰腺炎患者预后时,在生存组和死亡组之间,APACHE II 评分和 BISAP 评分差异也均有统计学意义($P<0.05$)。陆恒等^[12]的研究也得出相似的结论。而通过 ROC 曲线下面积,可清楚表明两种评分对急性胰腺炎严重度及预后方面是有价值的,同时也可以发现 BISAP 评分在评价急性胰腺炎严重度及预后方面都明显优于 APACHE II 评分,差异有统计学意义($P<0.05$)。

两种评分系统对急性胰腺炎的严重度及预后方面的比较可以发现,BISAP 评分系统优于 PACHE II 评分系统,虽然两评分系统各有其优缺点,但是 BISAP 评分简单易行,指标易于检测,不受治疗影响,在临床更加容易推广使用。但是,本研究是病例数有限的回顾性研究,并没有从病因方面进行分析,因此也具有一定的局限性,笔者将在以后的前瞻性研究中来进一步完善和比较 APACHE II 评分系统和 BISAP 评分系统在急性胰腺炎的严重度及预后方面的临床价值。

参考文献

[1] Vege SS,Gardner TB,Chari ST,et al. Low mortality and high morbidity in severe acute pancreatitis without organ failure;a case for revising the Atlanta classification to include "moderately severe acute pancreatitis" [J]. Am J Gastroenterol,2009,104(3):710-715.

[2] 赵琦,李振方,王瑞春. 急性胰腺炎患者血淀粉酶变化和 CT 诊断的比较[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2012,21(1):71-73.

[3] 王兴鹏,李兆申,袁耀宗,等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年)[J]. 临床肝胆病杂志,2013,33(9):656-660.

[4] Banks PA,Bollen TL,Dervenis C,et al. Classification of acute pancreatitis:2012 revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus [J]. Gut, 2013,62(1):102-111.

[5] 金洲祥,刘海斌,王向昱,等. 四种评分系统对急性胰腺炎严重程度的预测价值[J]. 温州医学院学报,2012,42(5):449-452.

[6] 蒲虹,康焰. APACHE II、Ranson 与 BalthazarCT 评分在重症急性胰腺炎患者预后评估中的应用价值[J]. 中国循

- 证医学杂志,2009,9(9):946-948.
- [7] 陈玉华. 急性胰腺炎预后评分的进展[J]. 医学综述, 2012,18(3):401-404.
- [8] 郭子皓,郝建宇. 急性胰腺炎评分系统综述[J]. 临床肝胆病杂志,2011,27(11):1170-1173.
- [9] Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study[J]. Gut, 2008, 57(12):1698-1703.
- [10] Singh VK, Wu BU, Bollen TL, et al. A prospective evaluation of the bedside index for severity in acute pancreatitis score in assessing mortality and intermediate markers of severity in acute pancreatitis [J]. Am J Gastroenterol, 2009, 104(4):966-971.
- [11] 陈国林,陆士奇,林兆奋. BISAP 评分系统评估急性胰腺炎患者严重度的价值[J]. 江苏医药, 2014, 40(9):1073-1075.
- [12] 陆恒,施慧,汪芳裕. BISAP 评分在重症急性胰腺炎预后的评估价值[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(12):1102-1104.
- (收稿日期:2016-09-12 修回日期:2016-11-23)

• 临床探讨 •

循证护理干预对新生儿缺氧缺血性脑病智能发育的影响

赵友谊, 张晓兰, 丁敏, 卢林阳, 芦玮玮

(安徽省儿童医院, 合肥 230000)

摘要:目的 探讨循证护理干预对新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)智能发育的影响。方法 选取 2013 年 1 月至 2014 年 10 月在该院新生儿科治疗的 72 例 HIE 患儿为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 36 例。对照组采取常规护理,观察组给予循证护理干预。比较两组临床疗效、运动发育指数(PDI)、智能发育指数(MDI)及智能发育商数(DQ)。结果 (1)临床疗效比较:观察组总有效率(92.85%)明显高于对照组(76.19%),差异有统计学意义($\chi^2=4.459, P<0.05$);(2)PDI 与 MDI 评分比较:6 月龄及 12 月龄时,观察组患儿 PDI、MDI 评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);(3)DQ 评分比较:6 月龄及 12 月龄时,观察组语言、精细运动、大运动及适应性行为评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 循证护理干预有助于促进 HIE 患儿运动功能及智能发育,改善患儿预后。

关键词:新生儿; 缺氧缺血性脑病; 循证护理; 智能发育

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)06-0841-03

新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)是指围生期胎儿(新生儿)窒息、缺氧引起的脑缺氧缺血性损伤,是导致围生儿死亡的原因之一,幸存的 HIE 患儿可因神经系统永久性损伤导致脑瘫、癫痫及智力发育低下等后遗症^[1]。加强胎心监测、减少新生儿窒息是预防 HIE 发生的主要方法。循证护理是一种在充分了解患者病情,查阅相关文献、病例的基础上,为患者制订最佳的、个性化的护理方案^[2]。国内外相关循证护理的文献报道很多,但大多数护理研究都以改善 HIE 患儿预后为主^[3],关于循证护理干预对 HIE 智能发育的影响研究较少。本文采取随机对照研究方法,探讨循证护理对 HIE 智能发育的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 10 月在本院新生儿科治疗的 72 例 HIE 患儿,所有患儿均符合 HIE 的诊断标准,排除先天性疾病、颅内感染及合并遗传代谢性疾病患儿。本研究经医院伦理委员会批准,患儿家长均知情同意。采用随机数字表法,随机分为观察组和对照组,每组各 36 例。观察组:男 27 例,女 9 例;胎龄 37~42 周,平均(39.46±0.52)周;出生体质量 2 550~4 130 g,平均(3 560.20±285.30)g;Apgar 评分 3~7 分,平均(5.63±1.27)分。对照组:男 29 例,女 7 例;胎龄 37~42 周,平均(39.50±0.48)周;出生体质量 2 610~4 080 g,平均(3 520.30±296.10)g。两组患儿性别、胎龄、出生体质量等资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患儿均给予抗感染、脱水降低颅内压、控制惊

厥及营养脑细胞等对症支持治疗。对肢体活动障碍、怀疑脑瘫患儿给予穴位针灸、按摩及其他物理疗法辅助治疗。对照组患儿给予常规护理,包括迅速纠正低氧及保暖,供给适量葡萄糖,严密观察病情,防止呕吐物反流引起吸入性肺炎,合并症的护理,预防和控制感染,心理护理等。观察组在常规护理的基础上实施循证护理,具体措施如下。

1.2.1 建立循证护理小组 由新生儿科护士长担任循证护理小组组长,由 5 名具有 5 年以上新生儿科护理经验的护士担任小组成员,并经过循证护理系统培训、考核合格。

1.2.2 病情评估与制订护理方案 HIE 患儿入院后,循证护理小组护士即对患儿病情进行初评,采用新生儿行为神经测定评分法判断患儿病情程度,针对 HIE 患儿的护理需求,通过查阅相关参考文献、数据库,以及成功案例,依照患儿的胎龄与生理状况,筛选、评估并制订个性化的护理干预方案,并在执行过程中根据病情变化,及时调整护理方案,待患儿病情稳定后进行干预。

1.2.3 护理实施 (1)皮肤抚触:包括对患儿手足、头面、躯干进行抚摸。首先将患儿安置仰卧位,抚触从上至下轻柔地按摩患儿头、面、颈、胸、腹等处皮肤,随后将患儿安置俯卧位,同法按摩患儿头、背、臀及下肢皮肤。每次按摩 10~15 min,早晚各 1 次。按摩时注意保持室温在 25~28℃,同时指导并教会患儿母亲掌握正确的皮肤抚触手法。(2)被动运动锻炼:帮助患儿被动运动改善肌张力,护士轻轻握住患儿手脚,被动帮助患儿反复屈伸上下肢,并有意识地锻炼患儿的四肢活动能力。每侧肢体各拉伸 3~5 min,每次被动锻炼 15~20 min,2 次/天。