

## · 经验交流 ·

## 急性生理学与慢性健康状况 II 评分在外科危重患者中的应用价值

谭伟丽 蒋丽红

【关键词】 外科治疗; 预后; 急性生理学与慢性健康状况 II 评分

为了解外科危重患者的疾病危重程度评分与其预后的关系,对 216 例外科危重患者进行了分析,以探讨急性生理学与慢性健康状况 II (APACHE II) 评分<sup>[1]</sup>在外科危重患者中的应用价值,为临床危重病监护提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 病例:216 例患者中男 129 例,女 87 例;年龄 18~89 岁;疾病种类:大手术后 50 例,多发伤 47 例,感染性疾病 41 例,多器官功能衰竭 39 例,营养障碍性疾病 39 例。

1.2 APACHE II 评分方法:年龄评分按 6、5、3、2 和 0 分计;急诊手术为 5 分,择期手术为 2 分,重要脏器功能不全为 5 分;急性生理学改变由体温、血压、心率、呼吸、动脉血氧分压、血 pH 值、肌酐、血细胞比容、白细胞计数、意识障碍及血清钠、钾组成,根据异常程度分别计 0~4 分。取入院最初 24 h 最差值。

1.3 统计学处理:计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间数据用  $u$  检验。计数资料用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 存活组和死亡组主要指标比较(表 1):216 例患者 APACHE II 评分为 5~38 分,平均 16.7 分。其中存活 178 例(占 82.4%),预测病死率 16.1%,实际病死率 17.6%(38/216 例),两者呈显著正相关( $r=0.93, P<0.01$ )。存活组和死亡组 APACHE II 评分、年龄及损伤脏器数差异均有显著性( $P$  均 $<0.01$ )。

2.2 APACHE II 评分与并发症和病死率的关系(表 2):随 APACHE II 评分增高,并发症发生率呈逐渐上升趋势( $\chi^2=55.5, P<0.01$ ),病死率亦呈上升趋势( $\chi^2=58.9, P<0.01$ )。

基金项目:河南省医药卫生重点科研项目(20021010)

作者单位:450052 郑州大学第一附属医院,河南省高等学校临床医学重点学科开放实验室(谭伟丽);长葛市人民医院(蒋丽红)

作者简介:谭伟丽(1963-),女(汉族),河南省长葛市人,副主任护师。

表 1 存活组和死亡组主要指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数(例)	APACHE II 评分(分)	年龄(岁)	损伤脏器数(个)
存活组	178	12.7±3.8*	41.1±15.3*	0.8±0.6*
死亡组	38	21.6±5.9	51.2±18.9	1.6±1.2

注:与死亡组比较:\* $P<0.01$ 

表 2 APACHE II 评分与并发症发生率及病死率分布情况 例(%)

APACHE II 评分(分)	例数(例)	并发症	死亡	APACHE II 评分(分)	例数(例)	并发症	死亡
5~	19	1(5.3)	0(0)	25~	20	12(60.0)	8(40.0)
10~	51	6(11.8)	2(3.9)	30~	15	11(73.3)	10(66.7)
15~	67	18(26.9)	6(8.9)	35~	5	5(100.0)	4(80.0)
20~	39	16(41.0)	8(20.5)				

表 3 存活组和死亡组 APACHE II 评分的动态变化( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	例数(例)	第 1 d	第 2 d	第 3 d	第 7 d
死亡组	38	21.6±5.9	20.8±5.1	22.1±4.9	21.9±4.7
存活组	178	12.7±3.8*	11.7±3.3*	7.2±2.9* $\Delta$	6.9±2.5* $\Delta$

注:与死亡组比较:\* $P<0.01$ ,与本组第 1 d 比较: $\Delta P<0.01$ 

2.3 存活组和死亡组 APACHE II 评分的动态变化(表 3):存活组不同时间点 APACHE II 评分均较死亡组低。

## 3 讨论

客观、准确地评估危重病患者的病情危重程度,可为准确判断疾病发展趋势,分析疾病的预后,制定监护措施提供科学依据。1981 年 Knaus 等<sup>[2]</sup>提出了 APACHE 评分系统作为评估疾病危重程度的指标,1985 年又在原来的评分系统基础上提出了 APACHE II 评分法<sup>[1]</sup>。该方法简单、客观、可靠,目前已成为应用最广泛的危重患者预后评分系统<sup>[3-7]</sup>。

我们采用 APACHE II 评分系统分析 216 例外科危重患者,结果表明,在入院最初 24 h 内的分值平均为 16.7 分;存活组不同时间点 APACHE II 评分均较死亡组低,且 APACHE II 评分逐步下降,提示动态监测 APACHE II 评分对于判断总体病情严重程度及预测预后十分重要。预测病死率与实际病死率呈显著正相关,随着 APACHE II 评分的增高,并发症的发生率由 5.3% 增至 100.0%,病死率亦从 0 增至 80.0%;死亡组的 APACHE II 评分明显高于存活组。反映出评分与患者死亡危险性的关系,即外科危重患者存活与否与其 APACHE II 评分高低有关,根据 APACHE II 评分即

可预测预后。可以认为,APACHE II 评分系统是评估外科危重患者病情危重程度及预后的较好指标。

## 参考文献:

- 1 Knaus W A, Draper E A, Wagner D P, et al. APACHE II: a severity of disease classification system[J]. Crit Care Med, 1985, 13: 818-829.
- 2 Knaus W A, Zimmerman J E, Wagner D P, et al. APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system[J]. Crit Care Med, 1981, 9: 591-597.
- 3 费军, 黄显凯, 梁华平, 等. 创伤后多器官功能障碍综合征的预测研究进展[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 117-119.
- 4 郝江, 雷鸣, 张音, 等. 多发创伤后急性呼吸功能不全的危险因素分析[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 229-231.
- 5 陈昶, 丁嘉安, 高文. 普通胸外科术后急性呼吸衰竭的危险度评分[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 274-276.
- 6 张齐. 急性呼吸窘迫综合征预后相关指标分析[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 308.
- 7 高红梅, 常文秀, 曹书华. APACHE 评分对肝移植术后 MODS 患者的预后评估[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 371-372.

(收稿日期:2005-01-07)

修回日期:2005-04-27)

(本文编辑:李银平)