

• 调查报告 •

三甲医院重症医学科患者疾病构成及转归分析 ——附聊城市人民医院 2019 至 2021 年 3 249 例病例分析

孙梦雪 吴铁军 田辉

聊城市人民医院重症医学科, 山东聊城 252000

孙梦雪现在徐州市第一人民医院急诊医学科, 江苏徐州 221000

通信作者: 田辉, Email: tianhui_jeff@163.com

【摘要】 目的 通过分析三甲医院重症医学科患者的疾病构成及转归情况, 为建立重症患者数据库提供依据和方向。**方法** 回顾性分析聊城市人民医院重症医学科 2019 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日收治的 3 249 例患者的病例资料, 包括性别、年龄、入科时间、入科途径、诊断、入科 24 h 急性生理学与慢性健康状况评分 II (APACHE II)、转归等信息。**结果** 3 249 例患者平均年龄 (61.99 ± 18.29) 岁, 以 60~74 岁年轻老年组占比最多 (34.01%); 男性 (1 800 例) 多于女性 (1 449 例); 以 1 月份收治患者最多 (119 例), 3 月份最少 (75 例); 重症医学科收治病种排在前 8 位的依次是呼吸系统疾病 (21.88%)、多发伤 (12.65%)、心血管系统疾病 (11.48%)、胃肠外科疾病 (9.42%)、病理产科 (7.76%)、消化系统疾病 (7.63%)、泌尿系统疾病 (5.69%) 及神经系统疾病 (5.23%)。3 249 例危重症患者中有 54.36% (1 766 例) 病情好转后转至普通病房治疗, APACHE II 评分 (17.99 ± 5.51) 分; 15.91% (517 例) 病情好转后回当地医院继续治疗, APACHE II 评分 (22.48 ± 6.57) 分; 1.51% (49 例) 转上级医院, APACHE II 评分 (21.71 ± 5.18) 分; 24.22% (787 例) 自动出院, APACHE II 评分 (25.64 ± 5.45) 分; 4.00% (130 例) 在重症监护病房 (ICU) 内死亡, APACHE II 评分 (29.08 ± 8.10) 分。ICU 内死亡患者 APACHE II 评分明显高于病情好转后转科、转院、自动出院患者, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.001$)。3 249 例中有 1 265 例是由于感染加重所致脓毒症入住 ICU, 1 265 例中有 44.43% (562 例) 经治疗后病情好转转至普通病房, APACHE II 评分 (18.99 ± 5.46) 分; 有 19.21% (243 例) 经治疗后好转回当地医院, APACHE II 评分 (22.79 ± 6.74) 分; 有 1.50% (19 例) 转上级医院继续治疗, APACHE II 评分 (21.21 ± 4.81) 分; 31.54% (399 例) 自动出院, APACHE II 评分 (25.55 ± 4.84) 分; 3.32% (42 例) 在 ICU 内死亡, APACHE II 评分 (27.69 ± 7.92) 分。ICU 内死亡患者 APACHE II 评分明显高于病情好转后转科、转院、自动出院患者, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.001$)。**结论** 聊城市人民医院重症医学科 2019 年至 2021 年收治的患者中以呼吸系统疾病占第一位, 多发伤占第二位, 其次是心血管系统疾病、胃肠外科疾病、病理产科等, 男性及 60~74 岁的年轻老年患者重症比例较高; APACHE II 评分与患者预后相关。

【关键词】 重症医学; 疾病构成; 转归; 回顾性分析

基金项目: 聊城市科技发展计划项目 (2013GJH23); 国家卫健委能力建设和继教项目 (2016-C-01-06); 山东省医药卫生科技发展计划项目 (2015WS0387)

DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20220113-00057

Analysis of disease composition and outcome of patients in intensive care department of 3A hospitals: analysis of 3 249 cases in the department of Liaocheng People's Hospital from 2019 to 2021

Sun Mengxue, Wu Tiejun, Tian Hui

Department of Critical Care Medicine, Liaocheng People's Hospital, Liaocheng 252000, Shandong, China

Sun Mengxue is working on the Department of Emergency, Xuzhou First People's Hospital, Xuzhou 221000, Jiangsu, China

Corresponding author: Tian Hui, Email: tianhui_jeff@163.com

【Abstract】 Objective To provide the basis and direction for the establishment of the database of severe patients by analyzing of the disease composition and outcome of patients in the department of critical care medicine of the 3A hospital. **Methods** The clinical data of 3 249 patients admitted to the department of critical care medicine of Liaocheng People's Hospital from January 1, 2019 to December 31, 2021 were retrospectively analyzed, including gender, age, admission time, admission route, diagnosis, acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) score 24 hours after admission, outcome and other information. **Results** The mean age of 3 249 patients was (61.99 ± 18.29) years old, and the proportion of young and old patients aged 60~74 years accounted the largest (34.01%). There were more males (1 800 cases) than females (1 449 cases). The most patients were admitted in January (119 cases) and the least in March (75 cases). The top eight diseases in the department of critical care medicine were respiratory system diseases (21.88%), multiple injuries (12.65%), cardiovascular system diseases (11.48%), gastrointestinal surgery diseases (9.42%), pathological obstetrics (7.76%), digestive system diseases (7.63%), urinary system diseases (5.69%) and nervous system diseases (5.23%). Among 3 249 critically ill patients, 54.36% (1 766 cases) were transferred to the general ward for

treatment after improvement, with APACHE II score was 17.99 ± 5.51 . 15.91% (517 cases) returned to local hospital for further treatment after improvement, APACHE II score was 22.48 ± 6.57 . 1.51% (49 cases) were transferred to superior hospitals, APACHE II score was 21.71 ± 5.18 . 24.22% (787 cases) were discharged automatically, APACHE II score was 25.64 ± 5.45 . 4.00% (130 cases) died in intensive care unit (ICU), APACHE II score was 29.08 ± 8.10 . The APACHE II score of patients who died in ICU was higher than that of patients who were transferred to another department, another hospital or discharged automatically after their condition improved, and the differences were statistically significant (all $P < 0.001$). Among 3 249 patients, a total of 1 265 patients were admitted to ICU for sepsis caused by aggravated infection, and 44.43% (562 cases) of the 1 265 patients improved to the general ward after treatment, with APACHE II score was 18.99 ± 5.46 . 19.21% (243 cases) returned to local hospital after treatment with APACHE II score was 22.79 ± 6.74 . 1.50% (19 cases) were transferred to superior hospitals for further treatment with APACHE II score was 21.21 ± 4.81 . 31.54% (399 cases) were discharged automatically with APACHE II score was 25.55 ± 4.84 ; 3.32% (42 cases) died in ICU with APACHE II score was 27.69 ± 7.92 . The APACHE II score of patients who died in ICU was higher than that of patients who were transferred to another department, another hospital or discharged automatically after their condition improved, and the difference was statistically significant (all $P < 0.001$).

Conclusions Among the patient admitted to ICU 2019–2021 in Liaocheng People's Hospital, respiratory system diseases accounted for the first, multiple injuries accounted for the second place, followed by cardiovascular system diseases, gastrointestinal surgery diseases, pathological obstetrics, etc. Males and elderly patients aged 60–74 years have a higher proportion of severe cases. APACHE II scores were associated with patients' prognosis.

【Key words】 Critical care medicine; Disease composition; Outcome; Retrospective analysis

Fund program: Liaocheng City Science and Technology Development Plan Project (2013GJH23); National Health Commission Capacity Building and Continuing Education Project of China (2016–C–01–06); Shandong Medical and Health Science and Technology Development Plan Project (2015WS0387)

DOI: 10.3760/cma.j.cn121430–20220113–00057

重症医学科的患者跨越各年龄段,病种繁杂,涉及多学科,对医疗能力提出了严峻考验。对本院重症医学科 2019 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日收治的 3 249 例患者进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料: 收集 2019 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日山东省聊城市人民医院重症医学科收治的 3 249 例患者的临床资料。收集患者性别、年龄、病种、入科时间、转归、入科 24 h 急性生理学与慢性健康状况评分 II (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II) 等资料。以患者入重症医学科首诊医师接诊时间为入科时间,诊断参照《重症医学》《急诊医学》《内科学》《外科学》作为系统疾病分类的基本标准,多种疾病按患者主要诊断为准。脓毒症诊断符合 Sepsis 3.0 标准^[1]: 感染或怀疑感染 + 序贯器官衰竭评分 (sequential organ failure assessment, SOFA) 增加 ≥ 2 分; 感染由临床医师根据各系统感染的临床诊断标准进行判断; APACHE II 评分的计算选择入科 24 h 内最差的指标。

1.2 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准,经聊城市人民医院伦理委员会批准 (审批号: 2021073)。

1.3 统计学分析: 用 Excel 表格登记汇总数据,使用 SPSS 22.0 软件对数据进行统计分析。单个样本计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,多组间均值的差异比较采用单因素方差分析 (ANOVA),两两比较采用 SNK 检验。计数资料以构成比表示,组间比

较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 重症医学科收治患者的来源分布: 入重症医学科患者主要入院途径有 3 种,依次为普通病房转入 1 323 例 (40.72%)、急诊直接转入 1 218 例 (37.49%)、手术室转入 708 例 (21.79%)。

2.2 重症医学科收治患者的性别、年龄分布 (表 1): 共入选 3 249 例患者,年龄 9 ~ 98 岁,平均 (61.99 ± 18.29) 岁; 男性 1 800 例,女性 1 449 例,男女比为 1.24 : 1,男性患者年龄为 (63.34 ± 16.98) 岁,女性患者年龄为 (60.31 ± 19.67) 岁。根据联合国世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 提出新的年龄分段,本院重症医学科收治患者最多的为年轻老年组 (60 ~ 74 岁),其次为老年组 (75 ~ 89 岁) 及中年组 (45 ~ 59 岁)、青年组 (≤ 44 岁)。其中青年组女性患者多于男性,中年组、年轻老年组、老年组及长寿组中男性患者多于女性。各年龄段组患者性别分布比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.001$)。

表 1 聊城市人民医院重症医学科 2019 至 2021 年收治的 3 249 例重症患者的性别、年龄分布

组别	性别 [例 (%)]		总计 [例 (%)]
	男性	女性	
青年组 (≤ 44 岁)	268 (8.25)	369 (11.36)	637 (19.61)
中年组 (45 ~ 59 岁)	367 (11.30)	225 (6.92)	592 (18.22)
年轻老年组 (60 ~ 74 岁)	660 (20.31)	445 (13.70)	1 105 (34.01)
老年组 (75 ~ 89 岁)	453 (13.94)	380 (11.70)	833 (25.64)
长寿组 (≥ 90 岁)	52 (1.60)	30 (0.92)	82 (2.52)
总计	1 800 (55.40)	1 449 (44.60)	3 249 (100.00)

2.3 重症医学科收治患者例数的全年时段分布(图 1):重症医学科收治患者的时间具有一定的时段性,1 月份平均收治例数最多(119 例),其次为 12 月份和 11 月份;2~10 月份收治例数波动较小,其中 3 月份收治例数最少(75 例)。

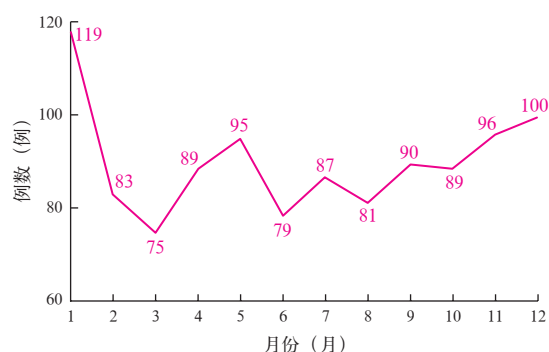


图 1 聊城市人民医院重症医学科收治患者数时段分布

2.4 不同疾病谱重症患者的性别、年龄分布(表 2):重症医学科收治重症患者中排在前 8 位的依次是呼吸系统疾病、多发伤、心血管系统疾病、胃肠外科疾病、病理产科、消化系统疾病、泌尿系统疾病及神经系统疾病。内科系统疾病患者平均年龄较高,主要集中在年轻老年组及老年组,多发伤患者主要集中在青年组、中年组,男性患者多于女性患者,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

表 2 聊城市人民医院重症医学科 2019 至 2021 年收治的重症患者主要疾病谱及性别和年龄分布

疾病谱	患者数 [例(%)]	性别[例(%)]		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)
		男性	女性	
呼吸系统疾病	711(21.88)	453(13.94)	258(7.94)	69.33 ± 14.83
多发伤	411(12.65)	301(9.26)	110(3.39)	52.17 ± 16.51
心血管系统疾病	373(11.48)	201(6.19)	172(5.29)	69.63 ± 14.42
胃肠外科疾病	306(9.42)	184(5.66)	122(3.76)	68.38 ± 14.26
病理产科	252(7.76)	0(0.00)	252(7.76)	32.83 ± 7.10
消化系统疾病	248(7.63)	165(5.08)	83(2.55)	64.57 ± 16.86
泌尿系统疾病	185(5.69)	98(3.02)	87(2.68)	61.15 ± 14.65
神经系统疾病	170(5.23)	96(2.95)	74(2.28)	65.31 ± 16.59
血液系统疾病	130(4.00)	68(2.09)	62(1.91)	58.15 ± 15.11
骨外科疾病	120(3.69)	66(2.03)	54(1.66)	74.54 ± 14.12
内分泌系统疾病	64(1.97)	36(1.11)	28(0.86)	60.53 ± 17.86
肝胆外科疾病	58(1.79)	30(0.92)	28(0.86)	66.73 ± 14.45
其他	56(1.72)	34(1.05)	22(0.68)	57.88 ± 20.99
口腔外科疾病	33(1.02)	20(0.62)	13(0.40)	58.89 ± 16.26
中毒	32(0.99)	11(0.34)	21(0.65)	52.96 ± 19.45
妇科系统疾病	25(0.77)	0(0.00)	25(0.77)	57.77 ± 17.09
心胸外科疾病	20(0.62)	13(0.40)	7(0.22)	66.54 ± 11.14
免疫系统疾病	17(0.52)	8(0.25)	9(0.27)	51.12 ± 18.64
两腺外科疾病	14(0.43)	1(0.03)	13(0.40)	55.33 ± 12.16
烧伤	10(0.31)	4(0.12)	6(0.18)	52.95 ± 11.57
耳鼻喉科疾病	8(0.25)	7(0.22)	1(0.03)	67.38 ± 7.56
血管外科疾病	6(0.18)	4(0.12)	2(0.06)	75.17 ± 9.54
总计	3 249(100.00)	1 800(55.40)	1 449(44.60)	

2.5 重症医学科收治患者的转归情况(表 3):3 249 例危重症患者中有 54.36% 好转后转至普通病房治疗,15.91% 好转后回当地医院继续治疗,1.51% 转至上级医院,24.22% 自动出院,4.00% 在重症监护病房(ICU)内死亡。130 例死亡患者的 APACHE II 评分最高,其次为自动出院患者;ICU 内自动出院患者 APACHE II 评分高于好转至普通病房、好转回当地医院、转至上级医院患者,ICU 内死亡患者 APACHE II 评分高于好转至普通病房、好转回当地医院、转至上级医院、自动出院患者,差异均有统计学意义(均 $P < 0.001$)。

表 3 聊城市人民医院重症医学科 2019 至 2021 年收治的 3 249 例重症患者的转归、年龄、APACHE II 评分

转归	患者数 [例(%)]	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	APACHE II 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)
好转至普通病房	1 766(54.36)	57.98 ± 19.10	17.99 ± 5.51 ^{ab}
好转回当地医院	517(15.91)	67.61 ± 16.86	22.48 ± 6.57 ^{ab}
转至上级医院	49(1.51)	56.28 ± 17.43	21.71 ± 5.18 ^{ab}
ICU 内自动出院	787(24.22)	68.08 ± 14.41	25.64 ± 5.45 ^b
ICU 内死亡	130(4.00)	59.42 ± 17.99	29.08 ± 8.10

注:APACHE II 为急性生理学及慢性健康状况评分 II,ICU 为重症监护病房;与自动出院比较,^a $P < 0.001$;与死亡比较,^b $P < 0.001$

2.6 脓毒症患者的感染灶分布(表 4):2019 至 2021 年重症医学科收治的 3 249 例患者中,脓毒症患者 1 265 例,其中肺部感染占比最高(达到 63.79%),其次为腹腔感染(占 26.17%),血流感染、皮肤软组织感染和其他部位感染分别占 3.64%、3.08% 和 3.32%。

表 4 聊城市人民医院重症医学科 2019 至 2021 年收治 1 265 例脓毒症患者的感染灶分布

感染灶	例数(例)	百分比(%)	感染灶	例数(例)	百分比(%)
肺部感染	807	63.79	皮肤软组织感染	39	3.08
腹腔感染	331	26.17	其他部位感染	42	3.32
血流感染	46	3.64	总计	1 265	100.00

2.7 脓毒症患者的转归情况(表 5):1 265 例患者经治疗后,有 44.43% 的患者病情好转至普通病房,19.21% 的患者好转回当地医院,1.50% 转至上级医院继续治疗,31.54% 自动出院,ICU 内病死率达 3.32%。死亡患者 APACHE II 评分最高,病情好转至普通病房者 APACHE II 评分最低;ICU 内自动出院的脓毒症患者 APACHE II 评分高于好转回到普通病房、好转回当地医院、转至上级医院患者,ICU 内死亡的脓毒症患者 APACHE II 评分高于好转至普通病房、好转回当地医院、转至上级医院、自动出院患者,差异均有统计学意义(均 $P < 0.001$)。

表 5 聊城市人民医院重症医学科 2019 至 2021 年收治的 1 265 例脓毒症患者的转归、年龄、APACHE II 评分

转归	患者数 [例(%)]	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	APACHE II 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)
好转至普通病房	562 (44.43)	65.56 $\pm$ 16.88	18.99 $\pm$ 5.46 ^{ab}
好转回当地医院	243 (19.21)	70.36 $\pm$ 14.74	22.79 $\pm$ 6.74 ^{ab}
转至上级医院	19 (1.50)	65.89 $\pm$ 14.71	21.21 $\pm$ 4.81 ^{ab}
ICU 内自动出院	399 (31.54)	70.12 $\pm$ 13.64	25.55 $\pm$ 4.84 ^b
ICU 内死亡	42 (3.32)	67.89 $\pm$ 15.07	27.69 $\pm$ 7.92

注: APACHE II 为急性生理学及慢性健康状况评分 II, ICU 为重症监护病房; 与自动出院比较, ^a $P < 0.001$; 与死亡比较, ^b $P < 0.001$

3 讨论

重症医学科是危重患者集中抢救治疗的场所, 对就诊患者特点进行分析, 以了解本科室重症患者疾病类型及流行病学特点, 建立重症患者数据库, 对指导抢救工作及重症医学的发展提供依据。

本研究中 3 249 例重症患者的基本资料统计显示, 总体上男性患者多于女性患者 (1.24 : 1), 中年组、年轻老年组、老年组及长寿组也均表现为男性患者多于女性患者 (分别为 1.63 : 1、1.48 : 1、1.19 : 1、1.73 : 1), 青年组女性患者多于男性患者 (1.38 : 1), 考虑为育龄期女性因病理产科类疾病入科所致, 各年龄段组间性别构成差异均有统计学意义。随着我国社会老龄化加快、人均寿命延长^[2], 在年龄分布上, 重症医学科患者中以 60 ~ 74 岁 (年轻老年组) 患者居多, 提示老年患者将是重症医学科的主要病源。对本研究纳入重症患者入科途径调查的结果显示, 入重症医学科有 3 种途径, 依次为普通病房转入占 40.72%、急诊科直接收入占 37.49%、手术室转入占 21.79%。普通病房转入患者以内科系统疾病 (呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病) 为主, 急诊科直接收入患者以呼吸系统疾病、多发伤为主, 手术室转入患者以多发伤、病理产科、胃肠外科疾病为主。病理产科患者入科途径主要是术后手术室直接转入占 86.51%。多发伤患者主要入科途径有两种, 其中术后从手术室转入重症医学科占 60.10%, 从急诊直接收入重症医学科占 39.90%。重症患者入科途径与本院重症救治体系建设及各专业科室重症患者救治能力有关。比如病理产科患者剖宫产结束妊娠后直接由手术室转入重症医学科, 最大程度保护了母婴的生命安全。多发伤的特点是来势凶猛, 伤情危重且复杂, 已成为患者的重要死亡原因之一^[3]。多发伤患者危及呼吸循环时, 在急诊科或手术室给予简单有效的手术方法控制出血, 然后将患者送至重症医学科予以复苏, 并进行各器官

功能监测及支持, 待病情稳定后行确定性手术治疗。本院创伤救治理念遵循损伤控制理论^[4], 重症医学科在整体的创伤救治流程中起到了关键的作用。

本研究显示, 近 3 年期间, 1 月份收治患者例数最多, 3 月份最少, 其他月份收治患者例数相对稳定, 提示本科病源相对稳定。1 月份患者数量激增, 考虑与冬季呼吸系统感染性疾病增多及慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)、心脑血管疾病急性加重有关。因此, 1 月份重症医学科工作强度增大, 要合理安排值班人员, 保证患者安全和医疗质量, 尤其要注意院感防控。

本研究中, 重症医学科收治重症患者排在前 8 位的依次是呼吸系统疾病、多发伤、心血管系统疾病、胃肠外科疾病、病理产科、消化系统疾病、泌尿系统疾病及神经系统疾病。王薇等^[5]报道的北京地区某医院急诊危重症疾病谱前 4 位分别为心血管系统、神经系统、呼吸系统和消化系统, 与本研究结果有所不同, 考虑这可能与地区之间生活水平、健康宣教的差异有关, 加之本市拥有专业脑科医院, 一定程度上承担了神经系统急危重症的救治压力。呼吸系统疾病位居危重症之首、且发病年龄较高, 呼吸系统疾病主要以 COPD 急性加重期、重症肺炎为主, 这与我经济欠发达, COPD 及感染性疾病高发有关。有研究发现, 国家的贫困水平与其国内普遍存在的肺功能下降及 COPD 病死率有较强的联系^[6]; 全球数据分析也显示, 多数 COPD 患者的死亡发生在低收入区域, 患者的经济水平与 COPD 的发生有一定相关性^[7]。侯刚等^[8]研究发现, 不良经济状况是 COPD 发病的主要环境因素之一。心血管系统疾病以急性心肌梗死、心力衰竭为主; 病理产科以妊娠期高血压疾病为主; 消化系统疾病以消化道出血、重症胰腺炎为主; 血液系统疾病以急性白血病、骨髓增生异常综合征为主; 神经系统疾病以脑梗死为主; 胃肠外科疾病主要以消化道穿孔、肠梗阻及消化系统肿瘤为主。本院部分专业有自己的专科 ICU, 如呼吸科、心内科、神经内科、泌尿内科, 外科系统除神经外科均无专科 ICU。普通病房患者病情加重, 出现单个器官功能障碍时转入专科 ICU 或重症医学科, 专科 ICU 患者治疗效果欠佳或出现 2 个或 2 个以上器官功能障碍时转入重症医学科。重症患者收治范围参考《中国重症加强治疗病房 (ICU) 建设与管理指南》(2006)^[9]规定。

本研究显示, 入住聊城市人民医院的 3 249 例

危重症患者中有 54.36% 好转后转至普通病房治疗, 15.91% 好转后回当地医院继续治疗, 反映了本院重症医学科的救治水平及与各县级医院的协作医疗; 有 1.51% 患者转入上级医院治疗, 提示可通过完善上级医院远程会诊机制, 加强与上级医院的交流与合作, 制定更有效的救治方案, 转入上级医院的患者病情好转后可以转回重症医学科或其他专业科室继续治疗。24.22% 患者自动出院, 占较高的比例, 考虑与以下因素有关: ① 聊城市经济水平欠发达, 虽然城镇居民合作医疗已经广泛普及, 但是经济水平仍然制约了治疗方案的实施。② 受当地风俗习惯影响: 中国传统丧葬文化讲究寿终正寝, 患者垂危之时, 亲属要给他穿戴好内外衣, 守护他度过生命的最后时刻, 这种习俗在聊城周边农村尤其盛行。

APACHE II 评分已被广泛用于危重病患者的病情分类及预后的预测, 重症患者的 APACHE II 评分与预后有关^[10]。本研究 3 249 例患者中有 24.22% 的患者自动出院, 4.00% 的患者 ICU 内死亡, ICU 内自动出院患者 APACHE II 评分高于好转至普通病房、好转回当地医院、转上级医院患者; ICU 内死亡患者的 APACHE II 评分高于好转至普通病房、好转回当地医院、转上级医院、自动出院患者; 在 1 265 例脓毒症患者中, 也得到了相同的结果, 提示 APACHE II 评分与患者预后相关, 这与现有研究结果^[10]是一致的。

重症患者常发生脓毒症^[1, 11-12]。本研究显示, 38.94% 的重症医学科患者诊断为脓毒症, 感染部位以肺部为主, 其次为腹腔感染。肺部感染是脓毒症最常见的感染源, 占所有脓毒症的 50% 以上^[13]。脓毒症是危重病患者的首要死亡原因^[14], 随着脓毒症诊疗指南不断更新^[15], 彭志勇^[16]提出在重症医学科以外其他科室、急诊室、院前急救医护人员应用快速序贯器官衰竭评分 (quick sequential organ failure assessment, qSOFA)^[17]对脓毒症患者早期识别、早期救治, 在重症医学科与其他科室之间建立常规的脓毒症预警系统, 将对脓毒症的识别与治疗前置, 力求达到脓毒症的“早期预防与阻断”^[18]。

综上所述, 对本院重症医学科 2019 至 2021 年数据分析显示, ICU 患者具有年龄跨度大、疾病谱广的特点。呼吸系统疾病位居榜首, 其次是多发伤、心血管系统疾病、胃肠外科疾病等, 男性及年轻老年患者多见; APACHE II 评分与预后相关。作为重症医学科的医师, 应该针对本科患者的疾病构成特点,

针对性地开展业务学习; 加强与上下级医院、院内各科室之间的沟通、学习与交流, 更加连贯的掌握患者疾病发展过程与转归, 及时总结救治原则与经验; 同时应逐步建立 ICU 重症患者数据库, 为重症医学学科发展、科学研究、质量提高提供依据和方向。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 762-774. DOI: 10.1001/jama.2016.0288.
- [2] 李兵, 葛文汉, 阮海林, 等. 15 074 例住院创伤患者流行病学特征调查分析 [J]. 中国全科医学, 2014, 17 (33): 3961-3965. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2014.33.015.
- [3] 张曼. 1 例巨大植物性异物致多发伤患者的急救与护理 [J/CD]. 实用器官移植电子杂志, 2015, 3 (3): 164-166. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2015.03.014.
- [4] 尤建权, 戴佳文, 校爱芳, 等. 一体化结合损伤控制模式救治在严重多发伤中的应用 [J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 27 (8): 929-930. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2018.08.022.
- [5] 王薇, 王长远, 王晶. 急诊危重症患者流行病学分析及疾病谱特点: 附北京市 1 家医院 2017 年 3 176 例急诊病例分析 [J]. 中华危重病急救医学, 2018, 30 (10): 987-990. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2018.10.017.
- [6] Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Study. Chronic obstructive pulmonary disease mortality and prevalence: the associations with smoking and poverty: a BOLD analysis [J]. Thorax, 2014, 69 (5): 465-473. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2013-204460.
- [7] Burney PG, Patel J, Newson R, et al. Global and regional trends in COPD mortality, 1990-2010 [J]. Eur Respir J, 2015, 45 (5): 1239-1247. DOI: 10.1183/09031936.00142414.
- [8] 侯刚, 尹燕, 孙丽丽, 等. 社区 35 岁以上人群慢性阻塞性肺疾病流行病学患病率及危险因素研究 [J]. 中国全科医学, 2012, 15 (16): 1831-1833. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2012.06.017.
- [9] 中华医学会重症医学分会. 《中国重症加强治疗病房 (ICU) 建设与管理指南》(2006) [J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18 (7): 387-388. DOI: 10.3760/j.issn.1003-0603.2006.07.003.
- [10] Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system [J]. Crit Care Med, 1985, 13 (10): 818-829.
- [11] Funk DJ, Parrillo JE, Kumar A. Sepsis and septic shock: a history [J]. Crit Care Clin, 2009, 25 (1): 83-101, viii. DOI: 10.1016/j.ccc.2008.12.003.
- [12] Vincent JL, Martinez EO, Silva E. Evolving concepts in sepsis definitions [J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2011, 23 (1): 29-39. DOI: 10.1016/j.ccell.2010.12.002.
- [13] China Critical Care Clinical Trials Group. Epidemiology and outcome of severe sepsis and septic shock in intensive care units in mainland China [J]. PLoS One, 2014, 9 (9): e107181. DOI: 10.1371/journal.pone.0107181.
- [14] Cohen J, Vincent JL, Adhikari NK, et al. Sepsis: a roadmap for future research [J]. Lancet Infect Dis, 2015, 15 (5): 581-614. DOI: 10.1016/S1473-3099(15)70112-X.
- [15] Sepsis Definitions Task Force. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 775-787. DOI: 10.1001/jama.2016.0289.
- [16] 彭志勇. 拯救脓毒症运动脓毒症指南 2018 更新的启示 [J]. 医学研究生学报, 2019, 32 (1): 18-20. DOI: 10.16571/j.cnki.1008-8199.2019.01.005.
- [17] Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.
- [18] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会, 中华医学会急诊医学分会, 中国医师协会急诊医师分会, 等. 中国“脓毒症早期预防与阻断”急诊专家共识 [J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32 (5): 518-530. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200514-00414. (收稿日期: 2022-01-13)