DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.s1.015

小儿危重病例评分方法的应用
——附416例评分结果分析

王永午* 孔祥英 李华强（第一附属医院 儿科）

为了掌握病情、了解危重病例的动态改变，1982年我科根据全国儿科急救经验交流会制定的危重病例评分试行方案[1]，加以改进，设计了一种危重病例的评分方法[2]。通过四年来临床使用，我们认为统一评分，可以指导抢救，提高抢救效率，有利于学术交流以及医疗质量的检查。现将评分方法及对416例危重病例的评分结果报告如下：

一、危重病人的评分方法

1. *评危重表现* 各种危重现象有一个从轻到重的变化过程。本方法拟订了31项危重表现（按病情可增加项目），根据严重程度分为轻、中、重三，各评为1分、2分、3分。

2. *评危重程度* 分重症、危症、高危症，由各项危重表现的得分总和减去得分的项目数，所得分数即表示危重程度，以公式表示即：

危重程度＝各项得分总和－得分项目数，如得2～3分为重症，得4～5分为危症，得6分以上为高危症。例如：某患儿有三项病危表现各得2分，一项得3分，四项共得9分，则危重度为9－4＝5分（危症）余类推。只要将各项危重表现评分确定后，即可评出危重度，计算简便，迅速，随时可以评定。

3. *评危重性质* 主要根据得分的项目而定。参考“全国儿科急救医学经验交流会”制定的危重病例评分试行方案，将危重性质分为“六衰--高”如下：

（1）呼吸衰竭（神态、紫绀、呼吸频率、呼吸状态、心率、血气）。

（2）心力衰竭（心率、心大、肝大、紫绀、浮肿、呼吸率）。

（3）循环衰竭（血压、尿量、心率、肛肢温差、紫绀）。

（4）脑水肿（神态、颅压、惊厥、瞳孔、呼吸）。

（5）肾功能衰竭（尿量、血压、浮肿、血钾、血NPN或BUN、蛋白尿或血尿）。

（6）肝功能衰竭（神态、肝大、黄疸、出血、颅内压）。

（7）高危新生儿（具有不哭、不吃、不动的一般症状）。

①新生儿颅内出血（神态、呼吸、发绀、颅压、瞳孔）。

②新生儿肺炎（呼吸、紫绀、肤色、心率、神态）。

③新生儿硬肿症（体温、硬肿、肢温、呼吸）。

④新生儿低体重（体重、神态、呼吸）。

⑤新生儿休克（肢温、脉搏、肤色、血压、心率）。

⑥新生儿溶血症（黄疸、神态、颅压、抽搐）。

⑦新生儿低血糖（血糖、神态、惊厥、紫绀）。

二、危重病例416例评分结果分析

1. *临床资料*

自1982年1月至1984年12月，三年间，住院病儿中临床判断为危重病例416例作为评分对象，占同期小儿住院数2962例的14%。其中男271例，女145例，男女比为1.9:1。年龄：新生儿78例，1～6月145例，6～12月53例，1～3岁73例，3-7岁26例，7～12岁41岁。1岁以内276例，占总数的66%；6个月以内223例，占总数的53.6%，可见危重病例多发生于幼小婴儿和新生儿。

临床诊断：新生儿78例的诊断：新生儿肺炎28例，新生儿硬肿症13例（低体温5例），新生儿颅内出血10例，早产儿5例（低体重3例），先天性心脏病4例，新生儿败血症3例，先天畸形5例，新生儿溶血症3例。化脓性脑膜炎2例，坏死性结肠炎2例，胎粪性腹膜炎、自然出血、新生儿发绀等3例。

其他小儿338例的诊断：支气管肺炎203例，婴儿腹泻14例，先天性心脏病10例，急性肾炎11例，

* 现在第二军医大学长征医院儿科

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

支气管哮喘8例，血小板减少性紫癜7例，大叶肺炎5例，败血症5例，各种中毒5例，心肌炎5例，肾病综合征4例，恶网3例，低钙惊厥3例，风心病3例，急性坏死性肠炎3例，此外化脓性脑膜炎、重度营养不良、腹膜炎、脓气胸、咽喉脓肿、心包炎、克山病、淋巴瘤、尿崩症、糖尿病、胆道闭锁、重度贫血、脑积水等49例。

治疗结果：痊愈出院366例（88%），好转(指危重度降低1度以上）出院7例，无效（指危重度无变化或升高）出院9例，死亡34例。死亡率为8.2%，抢救成功率为（373/416）89.7%。

2. 评分结果

（1）危重程度　临床判断为危重病例时首次的评分结果：0～1分21例（5%），2～3分(重症）135例（32.5%），4～5分（危症）126例（30.3%），6分以上（高危症)134例(32.2%)。其中10分以上18例,最高分为18分。经过积极抢救，危重程度即有变化，大多数治愈出院，少数死亡。经一周抢救，危重病例数逐日变化数见表1。

表1 危重病例数逐日变化表

抢救天数	0	1	2	3	4	5	6	7
2～3分	135	127	74	47	30	23	9	7
4～5分	126	62	32	14	14	7	8	6
6～7分	83	26	16	9	6	5	5	3
8～9分	33	10	8	8	4	0	1	1
10分以上	18	22	8	5	3	5	3	2
死亡数	3	12	4	5	1	4	1	4

经一周抢救，尚有危重病例19例，最后6例治愈出院，4例好转出院，5例无变化出院，4例死亡。表中，死亡34例，5天内死亡29例，死亡时评分最低为8分，最高为19分，平均11.8±2.8分。

（2）危重性质　新生儿78例，评0～1分5例，2～3分19例。4分（危症）以上54例，其中心力衰竭13例，呼吸衰竭19例，循环衰竭1例，脑水肿5例，心肺循环衰竭11例，呼吸、脑衰竭5例。

其他危重病儿338例，评0～1分16例，2～3分116例，后来加重4例。评4分（危症）以上206例，其中心力衰竭117例，呼吸衰竭35例，循环衰竭8例，脑水肿5例，肾功能衰竭9例，肝功能衰竭1例，心、肺循环衰竭29例，脑呼吸衰竭5例，呼吸肾衰1例。

3. 评分结果分析

（1）临床判断与评分的符合率　临床判断的危重病例416例，评分在2分以上395例，符合率为（395/416）95%，说明本评分方法信度较高，可适用于临床。

（2）评分与预后的关系　416例的最初评分与最后结果两者间的关系见表2。

表2可见，评分愈高，死亡率愈高，而且5分以下与6分以上之间的死亡率有极显著差异，可见评分与预后关系密切。

（3）危重性质与预后关系，见表3

表2　最初评分与最后结果表

最初评分	例数	治愈	好转	无效	死亡
		例（%）	例（%）	例（%）	例（%）
0～1分	21	21(100)	0	0	0
2～3分	135	130(96.3)	1(0.73)	1(0.73)	3(2.2)
4～5分	126	119(94.4)	1(0.8)	2(1.6)	4(3.2)
6～7分	83	70(84.3)	3(3.6)	2(2.4)	8(9.6)
8～9分	33	20(60.6)	1(3)	2(6)	10(30.3)
10分以上	18	6(33.3)	1(5.5)	2(11.1)	9(50)
合计	416	366(88)	7(1.7)	9(2.2)	34(8.2)

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

表3 危重性质与预后的关系

危重性质	例数	治愈	好转	无效	死亡
心力衰竭	130	124(95.4)	3(2.3)	1(0.77)	2(1.5)
呼吸衰竭	54	41(75.9)	1(1.9)	2(3.7)	10(18.5)
循环衰竭	9	8(88.9)	0	0	1(11.1)
脑水肿	10	7(70)	1(10)	2(20)	0
肾功衰竭	9	9(100)	0	0	0
肝衰竭	1	0	0	1(100)	0
呼吸、脑衰竭	10	0	1(10)	2(20)	7(70)
心肺、循环衰竭	40	25(62.5)	1(2.5)	1(2.5)	13(32.5)
呼吸、肾衰竭	1	0	0	0	1(100)
合计	264	214(81.1)	7(2.65)	9(3.4)	34(12.9)

结语

危重病例的评分目的在于正确评定危重程度及性质，避免临床掌握过宽或过严的现象，使临床医生做到心中有数，便于指导抢救及效果评定，且有利于学术交流和医疗质量的检查。本方法与临床判断的符合率为95%，信度较高。评分在5分以下和6分以上之间的死亡率有极显著差异。病情越重，评分越高，预后也越差，对危重病例的评定较为客观实用，只要临床医生判断认为病情危重者即可进行评分，然后再评定程度，分析性质，方法简便，易于统一和掌握，可供儿科临床参考应用。

参考文献 (略)

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net