

检验科危急值的确立、报告流程及在医疗安全管理中的作用

李 泉

(重庆市长寿区人民医院检验科, 重庆 401220)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.17.067

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2012)17-2169-02

本院检验科每天要接收上千个标本,分析 400 多个检验项目,4 000 多个检验测试。为临床提供有关患者诊断、治疗、病情变化等方面的大量信息。但在这些信息中“危急值”信息至关重要,对其处理的及时性与患者的生命安全密切相关。临床医生及时得到“危急值”信息,迅速给予患者有效的干预措施或治疗,就能挽救患者的生命;否则就有可能出现严重后果,失去最佳抢救时机^[1-2]。

1 危急值的定义

目前,本院检验报告上标注的是参考值。是指对一组特定人群用特定方法测定的一组生理、生化实验室数据,其结果范围包括 95% 正常人群。患者测定值在此范围即称为参考值。当低于或高于此范围,表示患者可能存在健康问题。而“危急值”也被称为“panic value”^[3],即当这种实验结果出现时,说明患者可能正处于生命危险的边缘状态^[4],因此将这种实验数值称为“危急值”。现在美国把是否有完整的危急实验项目作为实验室被认可的重要条件之一。随着《医疗机构临床实验室管理办法》的实施,医学实验室质量和能力的专用要求 ISO15189 认可和医疗机构评审联合委员会国际部认证的推广^[5]。“危急值”制度的建立同样也是《医疗事故处理条例》举证中的重要部分。

2 危急值的确立

危急值的确立至关重要,盲目扩大、缩小临床实验室危急值医学决定性水平的范畴都是不符合循证医学的。实验室危急值属医学决定性水平的范畴^[2],但不完全等同,虽包括范围较广,但也并非所有的检验项目都属于有危急值的项目。因此,在临床应用中,不同性质的医院,根据其工作性质选择相应的实验室危急值,应是实验室危急值确立的原则^[6]。中国医院协会《2007 年患者安全目标》中,关于“建立临床实验室危急值的报告制度”明确指出:危急值项目可根据医院实际情况决定^[7]。即危急值的确定必须从符合医疗机构实际需求、以患者为中心、确保医疗安全这一目的出发,要防止危急值定得过宽、过泛。危急值的项目范围及危急值界限应该由临床实验室与临床医师共同商定,并要求完整记录商定内容且双方签字。

3 危急值的报告流程

及时报告危急值,是保证医疗安全十分重要的环节。危急值一旦出现,必须迅速报告,这是原则。当出现危急值时,临床实验室检测人员必须立即确认仪器设备运行是否正常,检测试剂是否有效、有无电磁干扰、室内质量控制是否正常等。在确认检验过程各环节无异常的情况下,立即复查,复查结果如与第 1 次结果吻合,立即按如下顺序电话告知临床(护士→医生→主任→总值班→分管院长)直到有人接听电话为止。并要求接听人复述结果,以免发生差错;检测人员必须在生命危急值

结果登记本上同时详细记录,记录内容包括:检验日期、患者姓名、住院号、病区床号、检验项目、检验结果、复查结果、临床联系人、联系电话、电告时间(记录到分钟)、报告人等。临床医生和护士接到“危急值”后,如果认为该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题时,应重新留取标本送检进行复查;如结果与上次一致或误差在许可范围内,临床实验室应重新向临床报告“危急值”。

4 生命危急值报告制度在医疗安全管理中的作用

4.1 重视生命危急值的流程管理,是杜绝医疗安全的有力保证 危急值一旦出现,必须迅速报告,这是原则。并要求接听人复述结果,以免发生差错;本院各临床科室都建立了“危急值结果记录本”必须如实准确无误地记录内容,并立即告诉临床医生。但保证电话的畅通是前提。目前已发现部分临床科室电话没人接,或不记录电话结果,或不及时告诉临床医生,或不回答自己的姓名等行为都是造成医疗事故的隐患,应引起各科室的高度重视,建议把危急值结果记录本纳入医院质管部门督导内容。同时检测人员也必须在“生命危急值结果登记本”上同时详细记录,做到双方科室记录结果的一致性,可溯源性,出了问题做到有据可查。也是杜绝医疗安全的有力保证。同时检验科内部立有专人每天进行危急值督导,并有记录。

4.2 要重视危急值 生命危急值关系到患者的生命安全,不能忽视。与危急值相关的重点科室虽然是急诊、手术科室、重症监护病房等,但其他科室也都可能遇到,只是概率不同而已。所以临床医生对危急值的报告必须了解,并认真对待。临床医生得到危急值的报告后,一定要结合患者临床表现做出判断,并迅速采取相应措施,并要完整记录采取措施后对危急值的再评估。危急值检测结果如与临床表现不符时,必须与临床实验室联系,检测人员也必须提供咨询服务。如果检测结果发到护士办公室,值班护士必须迅速将结果报告有关医生,严防推诿现象发生。

4.3 加强危急值监督工作的管理是减少医疗事故发生的重要保证 医疗管理部门对危急值报告制度的执行情况要定期进行检查总结,目的是确信危急值的信息对临床实验室和临床医护人员都有意义^[8-10]。如医生在得到危急值报告后,对患者采取了哪些治疗和患者哪些情况得到了改善,对发病率、抢救成功率 and 死亡率有何影响等。构建了一个由检验者、检验科内部督导者、行政职能部门督导者组成的管理体系。

参考文献

- [1] 张真路,刘泽全,赵耿生,等.临床实验室危急值的建立与应用[J].中华检验医学杂志,2005,28(4):452-453.
- [2] 邱骏.生命危急值报告系统的建立与应用[J].临床检验杂志,2008,26(6):412-413.

[3] Lundberg GD. It is time to extend the laboratory critical(Panic) value system to include vital valuse[J]. MedGenMed, 2007, 9(1): 20.

[4] 寇丽筠. 临床实验室工作中危急值的应用[J]. 实验室与临床, 2003(2): 32-34.

[5] 魏昊, 丛玉隆. 医学实验室质量管理与认可指南[M]. 北京: 北京计量出版社, 2004: 22-80.

[6] 宋涛. 临床实验室危急值的应用及意义[J]. 中国实用医药, 2010, 5(13): 260-261.

[7] 刘月皎, 魏源华. 危急值的建立与临床应用[J]. 实验与检验医学,

2008, 28(3): 277-278.

[8] 何有琴, 刘岩. 危急值报告制度应用于医疗质量管理中的研究进展[J]. 卫生软科学, 2009(2): 212-213.

[9] 宋守君, 孙长华, 马起龙, 等. 基于电子病历系统的“危急值”报告制度[J]. 医学信息学杂志, 2010, 31(11): 24-26.

[10] 顾玲莉. 危急值报告制度的全程管理[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(20): 2551-2553.

(收稿日期: 2012-04-09)

• 检验科与实验室管理 •

急诊科对检验危急值反馈系统的改进及效果分析

张 玲¹, 肖金生¹, 杨大金²

(厦门大学附属成功医院/解放军第一七四医院: 1. 检验科; 2. 急诊科, 福建厦门 361003)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2012. 17. 068 文献标识码: B 文章编号: 1673-4130(2012)17-2170-01

急诊科重症患者起病急, 病情进展迅速, 如不能得到及时有效的治疗, 往往预后凶险。一些重要的临床异常检验值常常能对患者的病情起到重要的提示作用, 急诊科是抢救危重症患者的前沿, 对各种危机值的及时处理是提高抢救成功率的关键。因此, 异常检验结果的迅速处理及危急值的反馈就显得尤为重要。本院急诊科从 2011 年 1 月起在医院检验危急值预警系统下对危急值的反馈机制进行改进, 在原有的电话登记和院内网反馈系统的基础上, 与信息科、检验科合作, 增加了通过连接在计算机上的移动电话用短信形式直接发送相关查询提示信息到经管医生的手机上, 短信息一经经管医师查看即返回短消息接收回执, 对危重急诊患者的抢救及提高危重症抢救成功率方面取得明显效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 统计危急值反馈系统改进前 12 个月(2010 年 1~12 月)及反馈系统改进后 12 个月(2011 年 1~12 月)本院急诊科危重患者标本的检验结果回报时间、医疗干预开始时间及危重患者的抢救成功率。其中检验危急值反馈系统改进前病例 697 例, 检验危急值反馈系统改进后病例 854 例。

1.2 反馈系统的改进 本院在 2010 年建立了检验危急值预警系统, 系统的模式如图 1 所示, 急诊科结合临床实际将反馈系统进行改进, 增加了急诊医生、护士手机短信接收回复检验危急值。

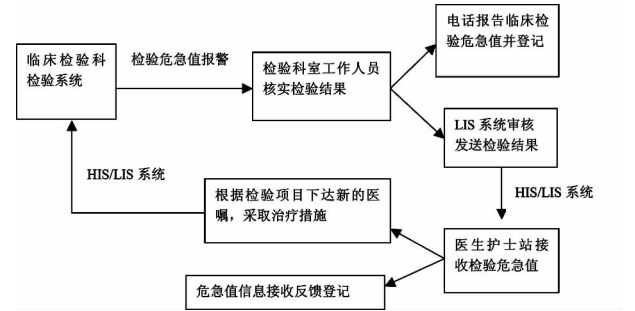


图 1 检验危急值预警系统

1.3 方法 对危急值管理建立前、后的患者标本检验结果回报时间、医疗干预开始时间及监护病房、普通病房重患的抢救

成功率进行比较。

1.4 统计学处理 所有数据采用 SPSS13.0 统计软件包进行统计, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用成组 t 检验, 计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 危急值反馈系统改进前后患者标本检验结果回报时间比较 反馈系统改进前, 危急值检验结果回报时间为 (37.5 ± 17.5) min; 反馈系统改进后, 检验结果回报时间为 (25.9 ± 11.7) min。危急值反馈系统改进前后的患者标本检验结果回报时间比较差异有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。

2.2 危急值反馈系统改进前后患者标本检验后的医疗干预开始时间比较 危急值反馈系统改进前, 急诊医生查看结果, 做出医疗处置, 进行医疗干预时间需要 (41.6 ± 5.1) min; 危急值反馈系统改进后, 医疗干预开始时间为 (21.7 ± 8.1) min, 前后医疗处置时间上的比较差异有显著性统计学意义 $(P < 0.05)$ 。

2.3 危急值反馈系统改进前后危重患的抢救成功率比较 危急值反馈系统改进前, 急诊重患抢救成功率为 $(77.5 \pm 7.4)\%$, 改进后为 $(91.1 \pm 7.5)\%$, 前后比较差异有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。

3 讨 论

危急值的概念临床检验危急值被称为“panic value”或“critical value”, 表示有危及生命的状况存在的检验结果, 即当这种检验结果出现时, 说明患者可能正处于危险的边缘状态^[1-2]。此时, 如果临床医生能及时得到检验信息, 迅速给予有效的干预措施或治疗, 就可能挽救患者生命, 否则就有可能失去最佳抢救机会。出现严重后果。因此, 把这种检验数据称为危急值, 也有人将危急值称为“超生命警戒值”^[3]。急诊科的危急值项目及危急值范围随患者的年龄、性别、种族、地域等因素变化不大^[4], 对于目前医院制定的危急值范围都可以适用, 只是急诊科患者的病情重, 变化快, 需要医生护士根据检验结果及时进行抢救处置, 平稳患者生命体征, 然后根据病情的不同分送到各个住院病区。

危急值的及时识别和确认在制定出危急值项目后, 当危急值一旦发生, 检验人员能即刻发现并报告给临床(下转插 II)