

[6] 戴幼琴,许小敏. 五种碳青霉烯类抗生素对大肠埃希菌和铜绿假单胞菌的体外抗菌活性比较[J]. 中国基层医药, 2009, 16(9): 1686.

[7] 卓超,肖书念,邱桂霞,等. 哌拉西林-舒巴坦等七种药物对非发酵菌体外抗菌活性的研究[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(12): 1015-1019.

[8] 马荣,聂大平,李瑞华,等. 联合抗菌药物对多药耐药铜绿假单胞菌体外抗菌活性的探究[J]. 中国实验诊断学, 2012, 16(7): 1246-1248.

[9] 杨信怡,胡辛欣,娄人慧,等. 头孢替坦二钠的体外抗菌活性研究[J]. 中国医药指南, 2012, 10(13): 82-85.

[10] 徐修礼,张鹏亮,樊新,等. 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的分布及联合药物体外抗菌活性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(9): 1895-1897.

[11] 杨信怡,向倩,李聪然,等. 不同配比头孢唑辛/三唑巴坦的体外抗菌活性研究[J]. 中国抗生素杂志, 2010, 35(1): 37-48, 53.

(收稿日期:2013-01-01)

• 经验交流 •

襄阳市 3 家三级甲等医院检验危急值处理报告现状

陈莹莹,陈 艳,朱国勇,曹宪华
(襄阳市中医医院检验科,湖北襄阳 441000)

摘 要:**目的** 调查襄阳市区 3 家三级甲等(三甲)医院检验危急值的制定及处理流程现状。**方法** 走访市区 3 家三甲医院实地考察,收集数据,进行分析比对。**结果** 危急值报告制度,在医院和检验科受重视,处理流程有指导文件,报告有记录表格,但是欠缺确立程序,从制定项目到项目警戒值都各不相同,显得不统一;处理报告流程和程序也缺乏统一的标准,报告表格虽比较完备,但在实际操作中以惯性工作居多。**结论** 3 家医院的危急值制度可操作区间范围太广,指导性尚可,细节规范性较差。

关键词:三甲医院; 检验; 危急值; 湖北
DOI:10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2013. 12. 054 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2013)12-1599-02

危急值是指当这种检验结果出现时,患者可能正处于有生命危险的边缘状态,临床医生需及时得到检验信息,迅速给予患者有效的干预措施或治疗,否则将失去最佳抢救机会^[1-2]。危急值报告制度的科学合理制定与实施,能有效增强医技工作人员的主动性和责任心,提高医技工作人员的理论水平,增强医技人员主动参与临床诊断的服务意识,促进临床、医技科室之间的有效沟通与整体合作^[3-4]。目前国家没有对临床检验危急值及相关报告流程、时限等的统一标准与规范^[5-6]。为了解襄阳市区三级甲等(三甲)医院检验危急值处理报告流程,笔者进行了调查,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 调查对象 走访襄阳市区内 3 家三甲医院(分别编号为一院、二院、三院),并收集其检验危急值及处理流程表。

1.2 方法 将 3 家医院表格进行系统比对分析。

2 结 果

襄阳市区 3 家三甲医院均较为重视危急值报告制度,处理流程有指导性文件,危急值报告有记录表格,但是欠缺危机值的确立程序,从制定危机值项目到制定项目警戒值都有随意性且各不相同,不完整,不统一;处理报告流程和程序也缺乏统一的标准,虽书面报告表格比较完备,实际仍以惯性工作居多。3 家医院的危急值制度可操作区间范围太广,指导性尚可,细节规范性较差。见表 1~2。

表 1 3 家三甲医院检验危急值报告项目及警戒值表

项目	低于生命警戒低值			高于生命警戒高值			检验单位
	一院	二院	三院	一院	二院	三院	
血清肌酐	—	—	—	—	—	1 000	μmol/L
尿素	—	—	—	—	—	35	mol/L
总胆红素	—	—	—	—	—	256	μmol/L
CK	—	—	—	—	—	2 000	U/L
成人空腹血糖	2.5	2.5	2.5	22.2	23.0	24.8	mmol/L
新生儿空腹血糖	1.7	—	—	16.6	—	—	mmol/L
血清钾	2.8	2.8	2.8	6.2	6.5	6.2	mmol/L
血清钠	120	120	120	160	160	160	mmol/L
血清钙	—	1.5	1.5	—	3.5	3.5	mmol/L
血清镁	—	—	0.4	—	—	3.0	mmol/L
血气分析 pH	7.25	7.2	—	7.55	7.5	—	无
血气分析 pCO ₂	20	20	—	—	55	—	mmHg
血红蛋白	60	50	50	169	—	180	g/L
白细胞(普通)	2.0	1.0	0.8	20.0	—	28.0	×10 ⁹ /L
白血球(血液病、放化疗后)	—	—	—	—	—	—	×10 ⁹ /L
血小板	10	30	25	1 000	—	—	×10 ⁹ /L
血凝时间(PT)	—	—	—	30	30	35	s
活化部分凝血酶时间(APTT)	—	—	—	70	60	60	s

续表 1 3 家三甲医院检验危急值报告项目及警戒值表

项目	低于生命警戒低值			高于生命警戒高值			检验单位
	一院	二院	三院	一院	二院	三院	
肌钙蛋白 T	—	—	—	—	—	—	ng/mL
FIB	—	—	1.0	—	—	—	g/L
Rh(D)	—	—	阴性	—	—	—	无

—: 缺项。

表 2 3 家三甲医院检验科危急值处理报告登记项目
汇总比较表

项目	一院	二院	三院	缺失度(%)
科别	有	有	有	0.0
床号	有	有	有	0.0
患者姓名	有	有	有	0.0
危急项目	有	有	有	0.0
危急值	有	有	有	0.0
重复检测	有	有	有	0.0
检验者	有	有	有	0.0
标本接受时间	无	有	无	66.7
重抽复检	无	无	无	100.0
复检者	无	无	无	100.0
电话报至该科室接收人	有	有	有	0.0
报告单送至该科室接收人	无	无	无	100.0
被报医师	无	有	无	66.7
报告时间报至分钟	有	有	有	0.0
报告人	有	有	有	0.0

3 讨 论

检验危急值制度的规范建立和正确实施是规范医院医疗行为的重要一环,是对病患者病情进行及时有效干预、抢救治疗的科学依据。如若没有一个统一规范的标准和流程,各家医院自行设立可能出现较大的漏洞和隐患,应该引起足够重视^[7-9]。

从表 1 结果来看,3 家医院存在危急值报告项目不统一、不规范的现象,从检验科学的角度来说,不同实验室不同型号检验仪器导致危机值警戒值稍有差异,是必然的,但危机值设定项目的不统一和随意,医疗风险和纠纷会大大增加^[10]。表 1 只显示了部分危机值报告项目,其他未列的如免疫、微生物方面的危急值 3 家医院涉及更少。如若表 2 中各项在实际的医疗行为中都得到了执行,那么就是一个完整规范的危机值报告流程。可是事实上缺失的比较多,对危急值的标本接收时间、重抽复检记录、被报医师和报告单送给该科室接收人,缺失率分别为 66.7%、100.0%、100.0%、100.0%。

从危急值的重抽复检情况来看,3 家医院都未设定相关登记项目,但从询问中了解到,只要出现危急值就重新抽血复查的无;以室内质控、现场操作流程、设备状态的正确与否,并以临床沟通所得病情为依据以确定是否抽血复查的有 3 家医院,在这方面,各个医院值得肯定。仅 1 家医院书面设定了报告登记项目“被报医师”,却未在实际医疗行为中执行,成为空头项目。

整个流程存在缺陷的地方还有^[11-12]:(1)应该有危急值警戒线的确立程序,包括来源、修订、补充、执行等都应该有一个程序,以保证危急值警戒线在本地区本单位的科学性合理性。(2)从检出危急值到报告出危急值没有严格的时间限制规定,

中间复查、复核的时间有较大的随意性,对危急值的危急性有很大消减,不利于临床对危急患者的及时干预和抢救。(3)经过复检报出的危急值应该特别注明“已复检”字样表示慎重,并及时送到临床,3 家医院都是以电话报告为主,对快速送出书面报告都未作要求,这在还未实行无纸化办公的今天,将是一大隐患。(4)在 3 家医院实际调查过程中,检验科联系临床科室报告危机值时,除少数由医师接听电话,直接对患者作出处理,大多数情况下都是由护士登记后转告管床医师或值班医生,所以护士有否受过有关危机值的培训,其素质、反应灵敏度以及效率就有很大的差别,而在调查的 3 家医院中,只有 1 家医院每年由检验科对临床新进和相关人员做危机值理论和报告制度的培训。建议将完善相关人员的培训作为每年的传统,做好继续培训,提高医疗服务质量。

襄阳市区三甲医院检验危急值的确立存在不统一、不完整和不规范;报告处理程序不统一且存在漏洞,特别是与临床沟通存在部分问题,容易减低医疗质量和引起纠纷;出现危急值后的复检复查程序不统一。期待得到各家医院及相关部门的重视并统一规范完善制度,降低医疗事故和隐患的发生率。

参考文献

[1] 黄祥征. 临床检验“危急值”及其报告制度[J]. 中外健康文摘, 2011,8(9):27-28.

[2] 寇丽筠. 临床实验室工作中危急值的应用[J]. 中国临床实验室, 2003,2(8):32.

[3] 梁志敏,吴剑坤. 检验结果危急值报告制度的临床应用[J]. 中国实用医药,2011,6(14):36.

[4] 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, 2010,28(3):277-279.

[5] 刘冰. 临床检验“危急值”报告规范管理的探讨[J]. 临床血液学杂志,2011,24(4):57-58.

[6] 邱骏,顾国浩,王雪明,等. 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.

[7] 丁美霞,李兴阳. 检验科建立危急值报告制度的意义及重要性[J]. 中国冶金工业医学杂志,2008,25(6):738.

[8] 周丽,纪全江. 检验科危急值报告制度的建立[J]. 医学检验与临床,2010,21(6):135.

[9] 王灿. 浅谈临床检验科危急值报告制度的建立与应用[J]. 中国实用医药,2011,28(6):273.

[10] 温和,夏昕,胡元生,等. 检验结果危急值报告制度的建立与临床应用[J]. 安徽医学,2009,30(10):1257-1258.

[11] 魏源华,陈云峰,杨学文,等. 医学检验危机值设置的分析[J]. 现代检验医学杂志,2011,25(6):141-143.

[12] 黄海东,吴晓宇,朱杰. 检验科危急值的设立、报告流程及临床价值分析[J]. 检验医学与临床 2009,24(4):111-112.