

因此血清 hs-CRP 联合其他生化指标测定,可动态监测 DN 的治疗、发展和预后。

本文研究发现,DN 患者各测定指标明显高于对照组,各单项测定结果阳性率分别达到 68%(mALB)、63%(α_1 -MG)、71%(NAG),三项指标联合检测阳性率则高达 90%,说明项目联合检测可提高对糖尿病患者早期肾损害的检出率。经统计 DM 患者通过饮食控制、运动、药物治疗后血糖控制良好者上述各测定指标明显下降、趋于正常,这就充分说明了 DN 早期患者只要及时进行干预治疗,血糖控制在合理水平后肾脏功能可得以恢复。

综上所述,尿 mALB、 α_1 -MG、NAG 可作为 DN 早期检测的敏感指标,联合检测可降低干扰因素,将大大提高早期 DN 诊断的灵敏度和特异度,提高检测的阳性率和诊治效率,而血清 hs-CRP 作为辅助性指标参加联合检测,则可更好地监测 DN 的发生、发展及临床治疗效果。

参考文献

[1] 安月,王冬霞,何晓琳,等.超敏 C 反应蛋白与 β_2 微球蛋白检测在糖尿病肾早期诊断中的意义[J]. 大连医科大学学报,2010,32(6):703-705.
[2] 苏宏业,王乃尊.糖尿病肾病治疗研究[J]. 医学综述,2008,14(9):1376-1378.
[3] 王世东,陈亮,尿 NAG、尿微量清蛋白及血清超敏 C 反应蛋白对 2

型糖尿病早期肾损伤的诊断价值[J]. 中国实用医药,2009,4(3):131.
[4] 钱荣立.关于糖尿病的新诊断标准与分型[J]. 中国糖尿病杂志,2000,8(1):5-6.
[5] 包玉倩.糖化血红蛋白临床应用解析[J]. 中国糖尿病杂志,2013,5(1):11-14.
[6] 姚碧婉.多项生化检测指标对糖尿病肾病的早期诊断价值[J]. 国际检验医学杂志,2014,14(35):1873-1877.
[7] 鹿新红,方海荣.570 例糖尿病患者微量清蛋白测定结果分析[J]. 国际检验医学杂志,2009,8(30):807.
[8] 谢文.尿微量清蛋白与 hs-CRP 联合检测糖尿病早期肾损害[J]. 中国现代药物应用,2008,2(17):81.
[9] 熊建辉,吴凯,高龙.辨析 CysC、RBP、MA、NAG、 β_2 -MG 对 2 型糖尿病肾脏早期损害的诊断价值[J]. 实验与检验医学,2010,28(3):243-244.
[10] 罗晓露,李凤梅.尿酶与微量清蛋白联合检测对 2 型糖尿病早期肾损伤的诊断价值[J]. 西部医学,2007,19(3):453-454.
[11] 覃毅华.2 型糖尿病患者早期 hs-CRP 水平的改变[J]. 国际医药卫生导报,2010,4(12):231.
[12] 王芳,徐国新.尿微量清蛋白、超敏 C 反应蛋白对糖尿病肾病的诊断价值[J]. 检验医学与临床,2012,9(2):219-220.

(收稿日期:2015-05-18)

• 临床研究 •

普通外科检验危急值分析及护理管理对策

张桂凌

(新乡市中心医院普通外科,河南新乡 453000)

摘要:目的 分析普通外科常见检验危急值,讨论危急值的护理管理策略。方法 收集并分析 2012 年 1 月至 2014 年 12 月普通外科的检验危急值报告项目及范围,总结及探索护理策略。**结果** 观察组的护理差错率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通过分析普通外科常见临床检验危急值,规范危急值处理流程,并严格监督落实危急值护理管理,提高医疗安全。

关键词:普通外科; 检验危急值; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.15.066

文献标识码:A

文章编号:1673-4130(2015)15-2271-02

危急值由研究者 1972 年首次提出,是指危及生命的极度异常的检验结果,说明患者可能处于有生命危险的状态,如果临床医生不给予及时有效治疗,患者将处于危险的状态,或者及时给予有效治疗可改善预后及提高抢救成功率。一旦这样的检验结果出现时,应立即报告临床医生,提醒其快速采取相应的治疗措施;否则错过最佳的抢救机会而使患者的生命安全受到威胁^[1-2]。普通外科住院患者多为急危重,严重电解质紊乱、消化道穿孔、消化道大出血、严重腹部外伤、急性重症胰腺炎等,若未认真落实危急值报告制度或对危急值处理措施不熟悉,就可能错过抢救最佳时机,甚至导致患者死亡。通过研究普通外科近 2 年来危急值发生情况,总结出危急值护理管理的方法、策略,为持续改进危急值报告护理管理制度和提高本科危急值护理管理水平提供科学依据,提高了医疗安全,现对本科 2012 年 1 月至 2014 年 12 月报道的危急值项目进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本科 2012 年 1 月至 2014 年 12 月实施

危急值报告制度前后的 212 例次进行统计学分析,总结、归纳本科危急值发生的情况,制定出相应的护理管理方法。将 2012 年 1 月至 2013 年 6 月实施危急值报告之前的 103 例次作为对照组,2013 年 7 月至 2014 年 12 月实施危急值报告后的 109 例次作为观察组。

1.2 方法 危急值通过查阅新乡市中心医院普通外科《临床检验危急值报告登记本》获得,该登记本内容包括检验日期、患者姓名、科室床号、住院号、检验项目、检验结果、检验医师、临床护士、报告医生时间、医生签名、处理意见、备注等项目。护士接到检验科电话后,及时与主管医生或值班医生联系,临床医生接到危急值的电话报告后应及时识别,做出相应处理措施。护士立即执行临床医生开出的处理医嘱,如给予升高血小板药物、输血小板、补钾、补钙等,动态观察患者的病情变化,有病情变化时及时向医生报告。最后由医生和护士共同在危急值报告登记本上签名,若与临床症状不相符合,要关注标本的留取、存放等是否不规范,如有需要,即应重新留取标本进行复检,表 1 为本科常见危机值项目和范围。(下转插 I)

(上接第 2271 页)

1.3 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计学软件对所得数据进行分析和处理,计数资料的比较采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

本病区 2 年内危急值报告共 212 例次,从表 2 得知,危机值发生率最高的为血小板,其次为血钾、血钙、血糖、血钠、淀粉酶异常、血红蛋白、白细胞、血培养、胆红素异常。观察组护理差错出现 5 例次,而对照组护理差错出现 15 例次。观察组的护理差错率明显低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 本科常见危机值项目和范围

试验项目	危机值(低限)	危机值(高限)
血钾(mmol/L)	2.8	6.2
血钠(mmol/L)	120	160
血钙(mmol/L)	1.75	3.50
血糖(mmol/L)	2.2	22.2
血小板($\times 10^9/L$)	50	1 000
白细胞($\times 10^9/L$)	2.5	30
血红蛋白(g/L)	50	200
血淀粉酶(U/L)	414	—
总胆红素($\mu\text{mol/L}$)	—	307.8

—:无数据。

表 2 项目危急值占总报告危急值的比例[$n(\%)$]

试验项目	危机低值	危机高值	合计
血钾	23(10.85)	5(2.35)	28(13.20)
血钠	18(8.49)	1(1.53)	19(8.96)
血钙	19(8.96)	0(0.00)	19(8.96)
血糖	4(1.89)	19(8.96)	23(10.85)
血小板	31(14.62)	0(0.00)	31(14.62)
白细胞	11(5.19)	6(2.83)	17(8.02)
血红蛋白	13(6.13)	0(0.00)	13(6.13)
血淀粉酶	15(7.07)	—	15(7.07)
总胆红素	—	9(4.24)	9(4.24)
血培养	12(5.66)	—	12(5.66)

—:无数据。

表 3 两组例次的护理差错率情况比较

组别	n	差错率[$n(\%)$]
观察组	109	5(4.85)
对照组	103	16(15.53)
χ^2	—	3.1506
P	—	0.032 2

—:无数据。

3 讨 论

临床检验危急值报告制度的建立体现了对医疗管理过程中的细节化,严格执行并落实危急值报告流程,加强医疗、检

验、护理三方部门的沟通和合作,建立医院、科室定期考核系统,不仅能提升了急危重患者的抢救成功率,患者的生命安全得以保证,而且也提高了医院的诊治水平和管理水平^[8]。

本科严格按照危急值操作流程进行,即标本的采集、存放、送检、报告、登记、处理、复检等一套程序。由经过正规培训的护士进行标本的采集,避免标本溶血、受污染等情况,减少存放时间,由检验科专门人员对待检标本进行收集、送检。护士接到检验科危急值电话通知后,或在医院信息系统查看到检验科所发送的危急值提醒信息后,立即通知临床医生,危急值结果经临床医生、护士确认无误后,5~10 min 内对患者进行必要的处理或抢救,并填写危急值登记本。内容包括:来电话时间、检验科人员姓名、患者姓名、住院号、报告危急值项目及结果、接电话人员姓名、报告医生姓名、处理结果、备注等。接到危急值报告后若认定该检验结果与患者的目前临床病情不符或标本的采取存在问题时,嘱护士应立即重新留取标本进行复检。临床医生和护士应追踪患者的危急值变化,动态观察病情变化,护士应完善危急值的交接班,将接到的危急值情况、患者病情变化及采取的治疗方法、抢救措施详细记录在护理记录本上,并在晨会交接班上报告,使得患者的临床治疗及护理工作得以继续观察,预防医疗安全隐患的发生^[4-5]。

本科自实施危急值报告以来,护理差错率明显下降,如漏报、延迟报告、处理不及时等情况的发生较实施前减少。差错率由原来的 15.53%下降至 4.85%,患者的抢救成功率也有所提高,此管理制度的实施还有效改善了护士的危急意识及快速处置能力,同时危急意识的提高也促使护士更积极的学习危急值的知识,相关危急值知识掌握情况也更好,对危急值的处理程序和护理措施的掌握也更好,护士的综合素质得到大幅度提升。

制定、实施临床检验危急值报告制度是对患者生命安全的负责,不仅能有效增强医生、检验、护士三方人员的主动性和责任心,而且提高了他们的理论水平。医院的职能管理部门应做好定期检查,及时总结反馈危急值报告,追踪患者的病情的变化,是否因为推行了临床检验危急值的报告制度而有所好转,提出临床检验危急值报告制度持续改进的方案和措施^[3,6]。所以推行科学化、规范化、标准化的临床检验危急值报告制度,加强护理安全管理,也是保证医疗安全的关键所在^[7]。

参考文献

[1] 张真路,刘泽金,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] 蔡秋妮,张娜,钟玲娟,等. 护理人员对临床检验危急值报告制度的认知调查[J]. 护理学杂志,2011,26(3):54-56.
[3] 周英. 危急值报告制度在临床护理工作中的应用与体会[J]. 当代护士,2012,11(11):180-182.
[4] 孙伟峰,蔡锡雅,张健,等. 危急值报告的护理管理[J]. 中华护理杂志,2010,4(8): 743-744.
[5] 胡志学,马永国. 检验危急值的护理管理[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(7):139-140.
[6] 范晓英,赵荣甫,杨省利,等. 心血管内科检验危急值分析及护理方法研究[J]. 检验医学与临床,2013,1(18):2476-2477.
[7] 张娟,胡俊灵,龚云,等. 在护理安全管理中推行检验危急值报告制度存在的问题与对策[J]. 护理研究,2010,24(10):2612-2613.