



个性化检验危急值在医院的应用

谢慧莉 (邵阳市脑科医院 湖南邵阳 422000)

摘要:目的 探讨个性化检验危急值在医院的应用价值。方法 选取2015年1月-2015年12月1368例常规检验危急值,设定为对照组;选取2016年1月-2017年3月1382例个性化检验危急值,设定为观察组,观察两组检验危急值漏报率、及时干预情况。结果 观察组漏报率为0.22%,明显低于对照组32.02%;观察组干预时间短于对照组;观察组及时干预率为96.23%,显著高于对照组82.04%,两组对比差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 个性化检验危急值在医院的应用,可明显预防危急值的漏报,促进对危急患者的及时干预,应用价值高。

关键词: 检验危急值 个性化 医院 应用

中图分类号: R197.323 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)15-225-02

当患者在检验过程中出现对其生命造成危害的极度异常结果,称为危急值,此结果的出现表明患者生命有可能正处于危险边缘,若未对患者实施及时治疗,有可能导致患者生命受到危害,因此应及时对患者进行干预,以便改善患者预后^[1]。若有此类检验结果的出现,需及时通知临床医师,使之能够及时进行有效治疗,避免治疗时间被错失,使得患者生命安全受到危害。对危急值界限进行确定时,因医疗机构、科室的不同,使得同一个检验项目在危急值界限方面的确定存在一定差别,所以需根据具体科室的需求制定对应的检验危急值,也就是个性化检验危急值,便于临床科室能够及时对危急值进行处理^[2]。本文选取2016年1月-2017年3月1382例检验危急值,探讨个性化检验危急值的应用价值,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年1月-2015年12月1368例常规检验危急值,设定为对照组,1368例危急值来源于53692例患者,其中男27623例,女26069例,年龄为1个月-86岁。选取2016年1月-2017年3月1382例个性化检验危急值,设定为观察组,1382例危急值来源于54032例患者,其中男28513例,女25519例,年龄为1个月-86岁。两组基础资料对比无明显统计学差异($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用常规检验危急值。

观察组采用个性化检验危急值,①统计危急值原始数据,按照具体科室、患者性别、年龄等将相关信息进行分层处理,并由此确定危急值项目、限值等,对其予以个性化信息推送,便于个性化管理。而且信息系统可对相应的分层界限予以识别,并根据其情况进行提示,由此可预防人为错误的发生。因检验结果更检验个性化,可使得临床处理更为顺利。②对住院患者的检验危急值,可通过电子报告方式,将结果发送到主班护士、医师工作站,并且应确保此信息被接收。在此发送系统中,均需医师、护士进行接收确认,并对医师处理、病程记录进行有效监管,达到全程追溯的管理目的。③可采用记录模板的方式来实现危急值病程提醒,可对危急值信息、原因、处理意见等进行自动记录,可有效降低医师工作量。④应对危急值报告制度进行有效监管,确保患者的安全。应对医师、护士进行连续培训,增强其对危急值的认知,提前其处理危急值的积极性。对危急值报告进行抽查,了解危急值处理的及时性和有效性,确保危急值得到更为合理的处理。

1.3 观察指标

观察两组危急值报告的漏报率,观察两组对危急值的干预时间和及时干预率。

1.4 统计学方法

数据均通过SPSS20.0系统录入分析,漏报率、及时干预率均采用 χ^2 进行验证,干预时间采用t进行验证, $P<0.05$ 说

明差异具有明显统计学意义。

2 结果

2.1 两组检验危急值漏报情况分析

对照组漏报率为32.02%,观察组漏报率为0.22%,两组具有明显组间差异($P<0.05$)。见表1。

表1: 两组检验危急值漏报情况分析

组别	应报数量 n	实报数量 n	漏报数量 n	漏报率 %
对照组	1368	930	438	32.02
观察组	1382	1379	3	0.22
χ^2				17.691
P				<0.05

2.2 两组及时干预情况比较

对照组开始干预时间为(21.75±5.03) min,观察组干预时间为(15.63±3.28) min,两组对比差异明显($t=9.651$, $P<0.05$)。对照组及时干预率为82.04%(763/930),观察组及时干预率为96.23%(1327/1379),两组干预率对比差异显著($\chi^2=10.913$, $P<0.05$)。

3 讨论

检验科在危急值处理中发挥着重要作用,需要对危急值进行发现、确认,并进行及时报告,因此检验科应保证危急值报告已报告给了临床,并未出现遗漏情况。在临床接收时,应确保报告完全接收,而且对危急值做出了及时的响应和处理^[3]。在临床中,实验室检验结果对于临床决策具有重要作用,可作为依据对患者病情进行判断,而且影响了医疗的质量^[4]。通常检验结果对于患者生命安全并无直接影响,但是通过对结果的判定,可使得临床医生更为合理的调整治疗方案,避免出现严重后果,此检验结果就是“检验危急值”^[5]。如出现极度异常的检验结果,说明患者生命正处于危险边缘,需要医生进行及时处理措施,也称“超生命警戒值”。检验危急值在一定程度上也影响了不良医疗事故发生率,应加强重视^[6]。

经研究可知,观察组漏报率为0.22%,明显低于对照组32.02%;观察组干预时间短于对照组;观察组及时干预率为96.23%,显著高于对照组82.04%。危急值具有较多的影响因素,常规危急值在处理时,根据危急值对患者情况进行判断,通常无法确保患者“危急”情况,使得危急值和患者病情出现一定不符的情况,因此临床适用性较差。按照具体科室实际需求,制订个性化检验危急值报告,可使得危急值结果更具有针对性。而且个性化危急值在实施后,可加强临床对于危急值的重视,并可加快医生对危急值的有效干预,降低患者生命危险程度。个性化检验危急值是按照不同科室(病种)、不同年龄段、不同治疗方法、不同检测项目来进行危急值项目以及界限的制定的,此个性化可使得临床危急信息更为准确(下转第227页)



作用下水解,释放出氨,引起血氨浓度升高^[1]。CPD保存的全血较之MAP保存的悬浮红细胞存在有更多的血浆,这可能是全血中氨浓度比悬浮红细胞中上升更大的主要原因。悬浮红细胞效期末血氨浓度增高可能与红细胞膜的通透性改变有关,红细胞中的氨浓度是血浆中的2.8倍^[2],随着时间的推移,当细胞膜的通透性改变后,胞内的血氨很容易释放到细胞外,从而造成胞外血氨浓度升高。

通过全血和悬浮红细胞中血氨浓度的监测和对比,不同品种的血液保存过程中氨的浓度成进行性升高,且浓度远大于人体内的正常值。那么在某些疾病的输血治疗中是否会引起病人体内血氨的增高而对机体产生伤害呢?据相关资料显示,除了消化道大出血外,在代谢障碍性肝昏迷、肝性脑病、重症肝炎、尿毒症及遗传性疾病时,血氨不能及时清除而导致血氨增高^[3,4]。此外,重型颅脑损伤合并肾衰竭者约占50%,这部分病人的血氨也会升高^[5,6]。这些病人本身就处于高血氨的状态,若再输入大量的高血氨的库存血,很可能会加重血氨对神经的毒害作用。因此对这类病人进行输血治疗时,建议临床医生应根据病人的代谢情况等适当考虑选择输注的

血液品种、输血量及输注方案等。尽量输注新鲜的悬浮红细胞,而不是全血。输血治疗过程应注意监测体内血氨的变化并及时调整输血方案,同时也可以配合使用一些降氨药物,防止因输血引起血氨增高而带来的机体损伤。

参考文献

- [1] 全国卫生专业技术资格考试专家委员会[M]. 临床技术(师). 北京:人民卫生出版社,2010:369.
- [2] 张秀明,李健斋,魏明竟,等. 现代临床生化检验学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:1198
- [3] LOCKWOOD. Blood ammonia levels and hepatic encephalopathy [J]. Metab Brain Dis, 2004, 19(3):345-349
- [4] 刘国珍,傅蕾,刘菲,等. 病毒性肝炎病人血氨的检测及临床意义[J]. 中国现代检验医学杂志,2004,14(8): 103-104.
- [5] 文新忠,石斌,李玉民,等. 重型颅脑损伤并发急性肾功能衰竭的危险因素和病因分析[J]. 国际外科学杂志,2007,34(8): 524-527.
- [6] 陈嘉霞,黄秀娟,林慧贞. 血氨检测的标本放置时间及临床意义[J]. 中国误诊学杂志,2012,12(3): 541.

(上接第223页)

的软组织细节分辨力较弱,具有一定局限性,且CT检查可能对患者造成一定损伤,在一定程度上限制了其临床应用。有报道称^[5],MRI在诊断外侧型椎间盘突出症是否存在髓核异位、突出程度、病理分型等方面优于CT。但MRI的扫描厚度明显高于CT,矢状位图像常不包括椎间孔。应注意的是,影像学医师在阅片过程中,应充分考虑椎管内神经压迫因素、根管及极外侧是否存在椎间盘突出物,并配合患者的临床症状,提高诊断准确率。同时,应尽量确保扫描全面,扫描整个椎间隙区域,减少漏诊发生。

综上所述,CT检查外侧型椎间盘突出症的准确率及影像学征象与MRI相近,在临床工作中,可根据患者的具体情况进行选择,也可以考虑采取两者联合检查,提高外侧型椎间

盘突出症诊断效果,更加准确的判断病变程度,为手术方案制定提供影像学依据。

参考文献

- [1] 胡迎光. 极外侧型腰椎间盘突出应用CT与MRI诊断的准确性研究[J]. 影像研究与医学应用,2018,2(06):51-52.
- [2] 张静. 不同影像学检查方式诊断最外侧型腰椎间盘突出症的对比[J]. 继续医学教育,2018,32(01):155-156.
- [3] 郭俊. CT与MRI在极外侧型腰椎间盘突出症的影像学诊断价值研究分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(05):160.
- [4] 张恩和. CT、MRI诊断极外侧型腰椎间盘突出准确性比较[J]. 黑龙江医药,2017,30(03):679-681.
- [5] 毛松伟. 磁共振成像和CT应用于极外侧型腰椎间盘突出症的诊断价值比较[J]. 实用医技杂志,2017,24(01):17-19.

(上接第224页)

环境以及有效性状态,防止出现试剂变质或者失效等现象,检验过程中应该分离适量检验样本备份以便能够进行二次检验^[5]。

综上所述,在临床免疫检验中应用强化免疫检验质量管理能够提升检验准确率,同时能够使变异指数得到降低,有助于优化患者诊断结果并促进其病情改善。

参考文献

- [1] 程丽敏,王敬衍. 强化免疫检验质量管理对临床免疫检验准确

性的影响研究[J]. 中国医药科学,2018,8(9):86-88.

- [2] 司志霖. 强化免疫检验质量管理对临床免疫检验准确性的影响研究[J]. 医药前沿,2017,7(8):87-88.
- [3] 王彦华. 强化免疫检验质量管理对临床免疫检验准确性的影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16(55):288-288,289.
- [4] 熊勋爵. 强化免疫检验质量管理对临床免疫检验准确性的影响[J]. 医疗装备,2015,(13):187-188.
- [5] 黄倩. 强化免疫检验质量管理对临床免疫检验准确性的影响分析[J]. 中国卫生标准管理,2016,7(17):149-150.

(上接第225页)

确可靠,使得临床医生对患者的处理更为及时有效。观察组实施个性化危急值,可使得临床开始干预时间明显缩短,而且可提高及时干预率,可有效预防医疗不良结果的发生^[7]。总之,个性化危急值的实施可提高医院危急值管理,危急值更具有针对性和个性化,更为准确有效,可使得临床更为重视危急值,并及时对患者进行针对性治疗,预防患者生命安全受到危害,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 李莲,管学平,朱辉. 检验危急值报告现状与分析[J]. 检验医学与临床,2013,10(14): 1878-1880.

[2] 程瑞斌. 检验危急值的排除与确认实例分析报告[J]. 湖北科技学院学报(医学版),2013,27(6): 511-512.

- [3] 范雯怡,董书,胥雪冬. 我院落实临床检验危急值管理的实践与体会[J]. 中国医院管理,2018,38(9): 52-53.
- [4] 胡瑜,周恒,仁峰,等. 医学检验危急值信息化管理平台的建立[J]. 中国医院管理,2016,36(2): 51-52.
- [5] 徐茂云,张新国,魏巍,等. 我院优化住院患者危急值管理的实践与体会[J]. 中国医院管理,2013,33(10): 22-23
- [6] 张鸿伟,李海勤,熊林怡. 个性化检验危急值实施后漏报情况的调查研究[J]. 国际检验医学杂志,2015,36(18): 2722-2724.
- [7] 温先勇,周明木,王胜会,等. 医院个性化检验危急值的建立及临床应用[J]. 中国卫生检验杂志,2017,27(10): 1510-1514.