

危急值不同告警方式对响应时间影响的分析研究

邱跃文

长沙市中心医院超声科 湖南长沙 410004

[摘要] 目的 对危急值不同告警方式对响应时间的影响进行分析与探索。方法 对本院分别使用弹窗设置危急值告警方式和图标闪烁危急值告警方式各一个月的情况下,危急值报告记录,确切计算危急值临床响应的时间,分析危急值不同告警方式对响应时间所产生的影响。结果 本院采用弹窗全屏置顶告警方式的临床平均响应时间为 (7.86 ± 6.36) min,采用图标闪烁提醒告警方式的临床平均响应时间为 (10.65 ± 9.85) min,两种危急值不同告警方式的临床平均响应时间存在明显差异,有统计学意义($P < 0.05$)。结论 医院采用弹窗置顶危急值告警方式能够有效的缩短临床响应时间,对于提高信息接收的及时性和保障患者的生命健康与安全具有重要积极意义,值得应用并推广。

[关键词] 危急值;告警方式;响应时间

[中图分类号] R197.32

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)01-353-02

Lundberg 在 1972 年首次提出了危急值的概念,其认为,危急值应该是指某项异常的检查结果能够提示患者可能正处于生命危险边缘的一种状态,临床护士以及医生能够根据危急值相关信息对患者的病情进行及时了解,并且制定有效的干预措施,以此保证患者的生命安全^[1]。我国医院协会在 2007 年将危急值引入到了患者安全目标中,并且在 2014 年对患者的安全目标作出了进一步的完善,强调需要建立比较科学的、完善的、有效的临床危急值报告制度。临床的危急值报告信息的传统传播方式为电话,但是随着当前电子信息技术的发展,医院的信息化建设不断加快,在危急值报告信息的传输方面已经能够应用信息系统,其中比较常见的告警方式应该有图标闪烁告警方式和弹窗全屏置顶告警方式。本次研究主要对本院采取的危急值不同告警方式对响应时间的影响进行了分析与探索。具体研究报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本院临床护士以及临床医生在 2016 年 6 月 1 日至 6 月 30 日的危急值接收工作中采用图标闪烁告警方式。经过 7 月的软件系统修改,于 2016 年 8 月 1 日至 8 月 31 日将危急值接受工作改为弹窗全屏置顶告警方式。临床效应时间主要是指临床阅读信息的时间与危急值发布时间的的时间差,一般精确到 min。

1.2 方法:对本院临床护士以及医生在 2016 年 6 月 1 日至 30 日和 8 月 1 日至 8 月 31 日分别采用危急值图标闪烁告警方式和弹窗全屏置顶告警方式的响应时间进行计算和分析。

1.3 统计学方法:本次研究当中的所有数据均采用 SPSS19.0 统计软件进行处理,计量资料采用均数 $(\bar{x})$ 标准差 (s) 表示,组间比较采用 (t) 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

表 1 各科室危急值不同告警方式的响应时间 $(\bar{x} \pm s)$

科室	图标闪烁告警方式 响应平均时间 (min)	弹窗全屏置顶告警方式 响应时间 (min)
儿科	11.63	4.68
产科	9.02	3.06
骨科	0.01	14.02
呼吸科	12.35	18.21
妇科	51.25	4.22
肾科	10.01	2.33
心脏科	15.18	6.51
眼科	3.05	0.00
血管外科	6.47	5.41
血液科	10.16	11.84
神经外科	15.94	11.83
神经内科	6.28	11.07
老年医学科	10.24	10.04
内分泌科	7.41	5.62
泌尿外科	13.64	7.26
普通外科	15.57	9.72
均值	10.65 $\pm$ 9.85	7.86 $\pm$ 6.36
P 值	0.0101	
t 值	2.4564	

通过表 1 的相关数据可以发现,本次研究中,本院各个科室临床护士与医生采用危急值图标闪烁告警方式的响应时间平均为 (10.65 ± 9.85) min,采用危急值弹窗全屏置顶告警方式的响应时间平均为 (7.86 ± 6.36) min,两种危急值不同告警方式的临床平均响应时间存在明显差异,有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

危急值概念大致至今已经被各个国家的临床所重视,但是至今仍旧没有比较统一的报告方式和流程^[2]。在危急值报告中,主要原则为准确和快速。传统的报告方式有电话报告,随着医院信息化进程的不断加快,在危急值报告中亦能够应用比较先进的信息技术。此时,危急值报告方式更加丰富,包括了医院信息系统、短信、即时通讯软件等多种方式。

3.1 传统报告方式存在的不足:传统电话报告方式在医院危急值报告中的应用率比较高,能够稳定且可靠的进行危急值信息的传输。但是,随着时代的发展以及人们对于生命健康情况的关注,传统的电话报告方式逐渐出现了不足之处。首先,传统电话报告的时间过长,在接受率上比较低,一般通过电话对危急值进行报告的平均响应时间能够达到 30min,主要由于其中包括了查找电话号码、拨打电话、找到相关主管医师、告知危急值、信息回读等诸多环节,即便如此仍旧会有 50% 左右的电话危急值报告并不能够接受成功,平均响应时间会达到 1h 以上^[3]。其次,危急值检验工作人员的工作量比较大,其不仅需要完成大量的检验报告整理、审核与发布,更要开展拨打电话进行危急值报告和手工记录的业务,若产生的危急值信息比较多,则大部分工作人员均不能够正常的、顺利的进行工作,极有可能导致危急值信息的发布不准确或者延误。再次,传统电话报告方式中会出现信息记录错误、不完整现象,主要由于电话记录中存在一定嘈杂环境影响,个别时期会产生笔误或者口误,对于信息的准确性影响较大。最后,传统电话报告方式的危急值信息均需要手工记录,在记录量较大时会形成记录本,并不利于保管、分析和统计。

3.2 信息化报送方式的优势与不足:信息化报送方式随着医院信息化建设进程的加快在危急值报告中得到了广泛的应用。首先,信息化报送方式能够自动识别危急值,进行快速且准确的报送,极少会出现漏报、错报的情况,并且在发现危急值时能够自动发出警告,对相关工作人员予以一定提示,继而缩短危急值的报送时间和响应时间^[4]。其次,信息化报送方式具有较高的准确性,能够避免手工报送与记录的误记、误听等情况的发生,且极大程度的减轻了相关工作人员的工作负担。最后,信息化报送方式能够对危急值的关键时间节点进行完整且准确的记录,便于对数据进行保存、查询、分析和统计。但是,在信息化报送方式的应用中,危急值主要报送至临床护士工作站,一线的临床医生并不能够直接发现危急值,在一定程度上响应时间仍旧会有所影响。另外,在危急值报送较多的情况下告警声音会此起彼伏,个别工作人员会将告警声音关掉,因此亦会对响应时间产生影响^[5]。

3.3 危急值告警方式改进并应用的效果:危急值告警方式随着信息化进程的发展当前已经主要有图标闪烁告警方式和弹窗全屏置顶告

(下转第 356 页)

3.2 放疗

放疗可分为单纯放疗、术前放疗、术后放疗,其中术后放疗的主要目的是预防复发,对于能否提升患者总生存率尚不明确。侯晓荣等回顾分析 265 例 I 期子宫内膜癌术后放疗疗效和不良反应,5 年随访的总体生存率为 92.8%,无病生存率为 89.7%,局部复发为 4.5%,远处转移率为 6.4%,由此提示,子宫内膜样腺癌为主的 I 期内膜癌患者进行术后辅助放疗的疗效良好。

3.3 化疗

化疗是大多数子宫内膜癌晚期患者或复发患者的必要治疗手段。目前,临床上常用的化疗方案主要包括 IP、AP、CAP、TC 等,不同化疗方案所产生的治疗效果与副毒作用也存在一定的差异性。国外有研究学者认为 AP 方案与 TC 方案的生存率相近,但 AP 方案的副毒作用较大。另有研究表明,子宫内膜癌患者术后同时进行放疗与化疗是可耐受的。刘斯洁对比术后单纯放疗与同期放化疗的效果,结果发现,

同期放化疗组术后 5 年的总生存率、无复发的生存率均高于单纯放疗组,但急性骨髓抑制的发生率也明显高于单纯放疗组,因此建议临床治疗时应以患者实际病情而定。

[参考文献]

- [1] 尹正芳. 子宫内膜癌相关危险因素研究进展 [J]. 医药卫生: 全文版, 2016(9):289-290.
- [2] 李丽, 郭东辉, 王轶英, 等. 子宫内膜癌病理研究进展及临床意义 [J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(11):806-808.
- [3] 刘辉, 赵艳晖. 遗传性子宫内膜癌的研究进展 [J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(6):972-974.
- [4] 杨媛, 赵丽君, 王志启, 等. 子宫内膜癌分型的研究进展 [J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(6):474-476.
- [5] 吴雅冬, 王丽娜, 胡玉红. 子宫内膜癌相关分子机制的研究进展 [J]. 医学综述, 2015, 21(17):3135-3137.

(上接第 352 页)

动取得了良好的成果。

实施品管圈活动,对医院药学和每位圈员都十分有益。医院药学可以培养不同层次技术人员发现问题和解决问题的能力,充分调动员工的积极性和创造性,提升服务质量,增加工作效率,建立和谐的工作团队。圈员可以拓展知识面,学习新理论及品管工具,通过自动自发进行品质管理的整个过程,获得自信心,得到肯定,增强人际关系,增加成就感,提升团队荣辱与共的精神,为医院药学的发展共同努力。

[参考文献]

- [1] 林逸胜. 台湾医院的 "品管圈" [J]. 中国卫生人才, 2002 (10): 42.
- [2] 陈佳丽. 四川大学华西医院心血管外科成立多个主题化 "品管圈" 小组 [J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2011 (06).
- [3] 孔响方, 包映辉. 品管圈在医院后勤管理中的应用 [J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28 (11): 872.
- [4] 周长明, 谢迎光, 郑小青. 实现医院西药零损耗的实践 [J]. 药事实践杂志, 2007, 25 (6): 417.
- [5] 祝子明, 李海霞, 倪旭, 等. 浅谈药品损耗情况及管理措施 [J]. 安徽医药, 2011, 15 (12): 1605.

(上接第 353 页)

警方式两种。本次研究在对危急值不同告警方式对响应时间的影响进行分析时发现,采用危急值图标闪烁告警方式的响应时间平均为 (10.65±9.85) min,采用危急值弹窗全屏置顶告警方式的响应时间平均为 (7.86±6.36) min,两种危急值不同告警方式的临床平均响应时间存在明显差异,有统计学意义 ($P < 0.05$)。

[参考文献]

- [1] 林智敏. 危急值报告在医院安全管理中的应用 [J]. 医院管理论坛, 2016, 10 (03):17-18.

- [2] 陈艇, 陈少琴, 洪超群. 检验危急值的信息化管理 [J]. 科技创新导报, 2016, 14 (03):89.
- [3] 庄广云, 杨秀敏, 刘雪双, 等. 门诊设置专岗接获危急值管理方法的探讨 [J]. 中国护理管理, 2015, 08 (05):1014-1016.
- [4] 袁静, 张华, 刘国伟. 野战医疗信息系统中的危急值发送系统设计 [J]. 医疗卫生装备, 2013, 05 (04):1-2.
- [5] 王磊. 医院危急值语音自动上报系统与物联网技术的应用 [J]. 信息通信, 2016, 03 (10):114-115.

(上接第 354 页)

用 [J]. 中国继续医学教育, 2014, (06):79-80.

[4] 王秀红. 护理干预在老年原发性高血压治疗中的应用效果 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, (06):132-133.

[5] 林霞, 李慧. 护理干预在老年高血压患者中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2014, (24):196-197.

[6] 黄雅琴. 护理干预在老年高血压动脉粥样硬化患者中的应用及临床效果分析 [J]. 中国实用医药, 2016, (23):273-274.

[7] 伍燕. 综合护理干预在老年糖尿病合并高血压患者中的应用 [J]. 糖尿病新世界, 2016, (15):193-194.

[8] 廖晓梅. 综合护理干预在老年高血压患者中的应用效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, (A3):26-27+30.

[9] 刘维如. 综合护理干预在治疗老年高血压并发心力衰竭中的应用意义探讨 [J]. 中国医药指南, 2015, (35):245-246.

[10] 王淑静. 综合护理干预在老年糖尿病合并高血压患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, (19):79-80.

[11] 袁小荣. 综合护理干预在老年冠心病合并高血压患者中的应用效果 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, (12):149-150.

[12] 柳娜. 人性化护理干预在冠心病合并高血压老年患者中的应用 [J]. 中国医药指南, 2016, (27):260.

[13] 陆忠红, 仇训华, 黄丽儿. 人性化护理干预在老年高血压患者住院期间的应用效果观察 [J]. 当代医学, 2012, (05):123-124.

[14] 丁婉芳, 丁玉芳, 韦璵. 社区综合护理干预在老年高血压患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2014, (21):81-82.

[15] 项芳, 韩玉玲. 社区护理干预在老年高血压患者中的应用效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, (80):340-341.

[16] 蒋群英. 社区护理干预在老年高血压患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2013, (09):72-73.

[17] 赵新华. 社区护理干预在老年高血压患者护理中的应用体会 [J]. 大家健康 (学术版), 2016, (10):240.

[18] 陈粉珊, 罗晓苑. 社区优质护理干预在老年高血压患者中的应用效果观察 [J]. 中国医药指南, 2015, (08):241-242.

[19] 温燕霞, 周瑾, 林梅兰. 系统化护理干预在老年干部病房高血压病患者中的应用及效果观察 [J]. 中国医药指南, 2014, (25):10-11.

[20] 段微秀, 华中昌, 王远湘. 家属参与护理干预在社区老年高血压病患者管理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2013, (05):39-41.