

价,提高了护士长的管理意识、责任意识,促使护士长不断提升管理能力。

3.7 收入更加公平公正,调动了护士工作积极性 护理人员薪酬发放是否公平合理,影响护理人员工作的积极性和护理队伍的稳定性。而护理人员积极性下降和护理队伍的不稳定,直接导致护理质量的下降^[7]。通过绩效考核制度,按照多劳多得、优劳优酬的原则来发放绩效奖,能全面调动护士的积极性,加强服务意识及工作自觉性,激励效果明显。

3.8 创新护理服务,提升患者满意度 患者满意度是可以客观地反映医疗服务质量的好坏,是衡量优质护理服务工作的重要标准^[8]。通过开展优质护理服务,来改进健康宣教的方式和方法,并制作多种多样的小工具,为患者提供便捷的服务,促进疾病的恢复,使患者切身感受到护理人员的亲切和温暖,提高了患者满意度,提升了护理人员的社会影响力。

综上所述,绩效考核即是优质护理服务的重要内容,也是医院人文管理的一部分,对于整个护理团队及护士个体来说,公平、公正、科学的绩效考核管理模式能够营造出一个积极向上的工作氛围,通过绩效考核则可以形成良好激励机制,在一定程度上调动了护士工作的积极性,使护士由被动学习到主动学习,由被动服务到主动服务,能够充分提高护理工作效能,提升整体护理水平,提高患者满意度。

参考文献

- [1] 黄霜霞,王艳,裴静,等.绩效考核在护理管理中的应用及研究概况[J].蛇志,2011,23(2):171-173.
- [2] 张鑫,刘燕.深化优质护理服务示范工程实施护理绩效考核探讨[J].全科护理,2013,11(11):1026-1027.
- [3] 鲍凤香,马靓,瞿怀荣,等.护理绩效考核信息系统的研发与应用[J].中华护理杂志,2013,48(6):218-220.
- [4] 周异明,王梅英,李柳英.绩效考核在门诊外科护理管理中的应用[J].护士进修杂志,2013,28(2):106-107.
- [5] 黄正新.护士绩效考核标准的建立与实施[J].护士进修杂志,2011,26(1):13-14.
- [6] 杨飞卿.绩效考核平台对护理人员的激励作用及对护理质量的影响[J].中国基层医药,2014,21(22):3516-3517.
- [7] 刘红军,张伟,苏佳.绩效考核管理对护理服务质量的影响[J].中国医院管理,2013,33(8):72-73.
- [8] 岳岩.护患双方对优质护理服务效果评价的比较分析[J].中国实用护理杂志,2012,28(10):23-24.

(收稿日期:2015-09-25 修回日期:2015-11-10)

医学检验危急值报告评估分析与持续改进

袁平宗,汪永强,李 勇(四川省内江市第二人民医院检验科 641100)

【摘要】 目的 对检验科1年来危急值报告数据进行评估分析,为持续改进危急值报告制度提供科学依据。**方法** 通过实验室信息系统(LIS)系统,统计2014年的危急值项目及结果数据,经数据处理,计算出危急值项目的发生率、临床科室分布、天内分布、周内分布、评估危急值范围。**结果** 该院检验科医学危急值项目17项,报告共5 066例,危急值报告的发生率是1.86%,出现率最高的项目是钾,占危急值报告总量的13.48%,其次是血小板(10.09%)和血肌酐(9.08%);危急值报告集中在9:00~13:00,占全天46%左右;周一危急值报告最多,周日较少;危急值报告最多科室是ICU,占危急值报告总量的28.37%,其次是肾内科(16.86%)和血液科(12.16%)。**结论** 危急值报告制度需要不断进行总结、分析,加强与临床沟通,共同探讨,持续改进,才能提高检验科与临床的满意率。

【关键词】 医学检验; 危急值; 评估分析; 持续改进

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.07.061 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2016)07-1002-03

1972年被美国学者Lundberg^[1]首次提出危急值的概念,并被广泛认可和使用至今。目前,《医疗质量万里行》《三甲综合医院评审标准(2011年)》《医疗机构从业人员行为规范》《ISO15189:2007》《检验质量现场考核指标》等多个文件和规范要求各医院临床实验室制定危急值项目和界限^[2]。作者对2013年9月份本院危急值报告进行了调查分析^[3],为了更准确反映危急值报告现状,对2014年全年本院危急值报告进行了评估分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院2014年临床送检标本271 177例,其中危急值项目17项,危急值报告共5 066例。

1.2 危急值项目及报告范围设定 由医务科、检验科、临床科室、护理部、医院伦理委员会,结合周边同级医院和相关文献,共同制定本院危急值报告项目和范围。

1.3 危急值报告处理流程 当出现检验医学项目危急值时,首先工作人员确认检验仪器正常和操作过程正确,核对标本无

误,质控在控,由审核者及时通过实验室信息系统(LIS)发出报告,并立即电话通知临床科室,临床接收危急值报告人员及时在医院信息系统(HIS)上查看危急值项目及结果,并进行相应记录,主管医生根据患者病情进行医学处理,如果危急值报告与患者病情不符,应重新采集标本复查。检验科电话报告人同时做好危急值报告登记,按照检验标本处理程序进行标本保存以备查。

1.4 统计学处理 采用Excel2013软件统计检验医学危急值,按以下公式计算危急值报告频率:报告频率=危急值报告量/检验例数。

2 结果

2.1 危急值报告频率 本院2014年检验标本共271 177例,危急值项目17项,出现危急值报告5 066例,其中男2 831例,女2 235例,危急值报告发生率是1.86%,与杨大千等^[4]报道的危急值发生率(1.67%)接近,但与张莉等^[5]报道的危急值发生率(0.59%)有一定差距。由表1可见,2014年本院危急值

报告量最多的是电解质钾,占危急值报告总量的 13.48%,其次是血小板(10.09%)和肌酐(9.08%);全年报告频率最高是超敏肌钙蛋白 T(5.09%),其次是淀粉酶(2.58%)和 D-二聚体(2.03%)。

表 1 危急值报告项目发生频率

项目	检验例数 (n)	危急值报告 (n)	报告频率 (%)	构成比 (%)
钾	72 398	683	0.94	13.48
钠	72 398	257	0.35	5.07
氯	72 398	444	0.61	8.76
二氧化碳结合力	72 398	262	0.36	5.17
尿素氮	94 275	324	0.34	6.40
肌酐	94 275	460	0.49	9.08
葡萄糖	66 771	423	0.63	8.35
超敏肌钙蛋白 T	8 331	424	5.09	8.37
白细胞	113 905	413	0.36	8.15
血小板	113 905	511	0.45	10.09
血红蛋白	113 905	194	0.17	3.83
活化部分凝血活酶时间	30 562	231	0.76	4.56
凝血酶原时间	30 562	54	0.18	1.07
D-二聚体	9 057	184	2.03	3.63
淀粉酶	6 433	166	2.58	3.28
降钙素原	4 600	21	0.46	0.41
血气分析	6 203	15	0.24	0.30

2.2 临床科室危急值报告频率 由表 2 可见,危急值报告主要集中在 ICU,占危急值报告总量的 28.37%,其次是肾内科(16.86%)和血液科(12.16%),报告频率最高的是 ICU(7.95%),其次是血液科(7.06%)和肾内科(4.11%)。

表 2 临床科室危急值报告频率

临床科室	检验例数 (n)	危急值报告 (n)	报告频率 (%)	构成比 (%)
ICU	18 076	1 437	7.95	28.37
肾内科	20 777	854	4.11	16.86
血液科	8 723	616	7.06	12.16
心血管科	15 439	338	2.19	6.67
呼吸内科	17 727	261	1.47	5.15
消化内科	12 921	228	1.76	4.50
肿瘤内科	19 466	186	0.96	3.67
感染科	21 885	183	0.84	3.61
神经内科	13 180	169	1.28	3.34
肝胆外科	10 865	139	1.28	2.74
儿科	22 724	127	0.56	2.51
肿瘤外科	10 807	102	0.94	2.01
分院(妇产科、康复科)	22 670	95	0.42	1.88
胃肠外科	12 499	65	0.52	1.28

续表 2 临床科室危急值报告频率

临床科室	检验例数 (n)	危急值报告 (n)	报告频率 (%)	构成比 (%)
骨科	9 310	53	0.57	1.05
急诊科	6 443	49	0.76	0.97
泌尿外科	9 903	42	0.42	0.83
心胸外科	7 426	41	0.55	0.81
中医科	3 509	41	1.17	0.81
神经外科	6 827	40	0.59	0.79

2.3 天内不同时间段危急值报告频率 本院危急值报告高峰从上午 9:00 开始,一直持续到 13:00 以后才逐步下降。在 9:00~13:00 时间段占全天危急值报告的 46%左右,这段时间必须保持充足的检验人员,保证危急值结果能够及时通知到临床。

2.4 周内危急值报告分布 危急值报告量在星期一最多,占全周的 17.67%,其次是星期四,占 16.82%,星期日最少,占 11.39%。主要原因是由于星期一急诊患者较多,导致危急值报告量较多,星期日患者急诊较少,危急值报告量减少,见图 1。

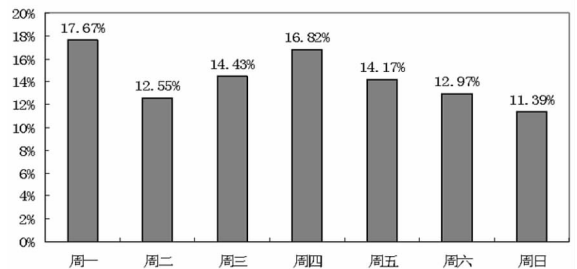


图 1 周内危急值报告量分布

3 讨论

本院 ICU 病区危急值报告构成比占 28.37%,报告频率 7.95%,均是本院最高,因为 ICU 病员是危重患者,出现危急值较多;肾内科危急值项目主要是尿素氮和肌酐,血液科主要项目是血小板和白细胞。2013 年对本院检验医学危急值调查(血小板危急值报告: $<50 \times 10^9/L$ 或 $>700 \times 10^9/L$),对血液科随访发现,部分血小板 $<50 \times 10^9/L$ 的患者其实无需处理,有些患者血小板还在上升,有好转。2014 年对血液科的血小板危急值低值调整为 $<30 \times 10^9/L$;对肾内科诊断为尿毒症患者尿素氮和肌酐不做危急值报告。对 2014 年危急值报告评估分析,血液科全年危急值报告 616 例,其中血小板危急值 268 例,占全科危急值 43.5%,如果报告范围更改为 $<20 \times 10^9/L$ 或 $>700 \times 10^9/L$,则血小板危急值 217 例,占全科危急值 38.4%,与血液科医生商议后,将 2015 年血液科的血小板危急值报告调整为 $<20 \times 10^9/L$ 或 $>700 \times 10^9/L$,其他科室血小板危急值报告为 $<30 \times 10^9/L$ 或 $>700 \times 10^9/L$,让真正的危急值危急起来,并尽可能地减少不必要的危急值,调整后在一定期限内进行临床随访,持续改进,以提高工作效率,保证每个真正危急患者得到及时的救治。

危急值报告除保证危急值报告准确性和及时性外,对于危急值操作过程中各环节和关键人的管理和控制更为重要^[6]。因此,笔者建议危急值监督小组应由医务科长、检验科主任、临床科室主任、护士长和分管领导共同组成,每年应对危急值报

告发生率、临床科室分布、天内分布、周内分布进行有效评估,提出相应的调整方案,持续改进。危急值调整的原则:第一,每一次危急值报告范围调整应慎重,是检验科与临床科室协作的一个严谨、持续不断的过程;第二,让真正的危急值急起来,并尽可能地减少不必要的危急值报告;第三,调整后在一定期限内进行临床随访。

检验科的工作是为临床医生及时地提供准确、可靠的检验信息和数据^[7]。本院检验医学危急值制度执行过程中发现存在以下一些问题^[8]:第一,检验科方面,检验人员对危急值报告项目和范围不熟悉,造成漏报,报告时间与记录时间不一致;第二,临床科室方面,对危急值报告记录不完整,报告时间与记录时间不一致,记录错误,危急值报告未及时处理,与检验科沟通不畅等问题;第三,危急值评估不当,设置危急值项目和报告范围不适用,危急值不危急,导致临床对患者未进行危急处理;第四,电话临床报告时间过长,超过了 10 min。Wagar 等^[9]对美国 163 家临床实验室进行调查,发现有 80% 的实验室所制定的儿童和成人危急值界限有差别,评估时应考虑生理差异单独设置儿童危急值界限^[10-11]。不同科室针对部分危急值项目确定不同的报告范围,不断完善危急值制度,下一步医院将通过 LIS 和 HIS 对危急值实行网络自动报送和监管^[12-13],同时检验科在出现危急值 10 min 内电话通知临床并登记,以便对危急值报告进行全程监控。

总之,危急值报告管理是医疗质量管理中医疗安全最重要内容,也是医院等级评审的重要条款;需要不断进行总结、分析、持续改进,并且制度化、规范化、常态化规范管理,保障患者医疗质量和医疗安全。

参考文献

[1] Lundberg GD. When to panic over abnormal values[J]. MLO Med Lab Obs, 1972, 4(1): 47-54.

[2] 曾蓉,王薇,王治国. 临床实验室危急值报告制度的建立[J]. 中华检验医学杂志, 2012, 35(4): 380-381.

[3] 袁平宗. 检验医学危急值管理调查[J]. 国际检验医学杂志, 2015, 36(4): 475-476.

[4] 杨大千,郭希超,徐根云,等. 危急值项目的数据挖掘分析[J]. 浙江检验医学, 2007, 5(3): 37-40.

[5] 张莉,张国良,黄伟忠. 某院临床实验室危急值的统计分析和比较[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(24): 2966-2969.

[6] 吴志平,焦瑞宝,唐吉斌,等. 检验医学危急值制度的执行和存在问题分析[J]. 现代检验医学杂志, 2013, 28(2): 65-67.

[7] 张莉,王悦宁,李明江,等. 实验室危急值报告的临床分析[J]. 现代检验医学杂志, 2012, 33(3): 263-264.

[8] 袁平宗. 检验医学危急值管理评估分析[J]. 现代检验医学杂志, 2015, 30(2): 263-264.

[9] Wagar EA, Friedberg RC, Souers R, et al. Critical values comparison: a college of american pathologists Q-probes survey of 163 clinical laboratories[J]. Arch Pathol Lab Med, 2007, 131(12): 1769-1775.

[10] 魏源华,顾万建,李岷,等. 检验科在临床沟通中可采取的措施[J]. 现代检验医学杂志, 2012, 27(3): 59-61.

[11] 王培昌. 危急值报告若干问题的商榷[J]. 中华检验医学杂志, 2013, 36(2): 117-122.

[12] 孙杰,徐炜新,任军. 信息化管理背景下建立检验危急值报告追踪预警机制的研究[J]. 检验医学, 2014, 29(4): 380-383.

[13] 陈平,陈益民. 危急值多途径报告系统的应用[J]. 临床检验杂志, 2012, 30(11): 929-930.

(收稿日期:2015-09-25 修回日期:2015-12-26)

血液分拣和贴标签模式的探讨

文秀琼,青 炜,胡贤蓉,沈秀珍(四川省绵阳市红十字中心血站 621000)

【摘要】 目的 通过血液检测和成分制备同步实施,优化血液分拣后贴标签流程,提高工作效率,同时保证血液制剂质量的稳定。**方法** 血站检测实验室在进行血液检测的同时,将起始血液信息通过现代血站管理软件发送到血液待检库,由血液待检库挑选信息一致的血液和信息发送到成分制备室进行分离制备,待检测报告发出后,实现快速对需要再检、不合格的血液制剂隔离,然后对合格血液制剂标签打印、粘贴和放行。**结果** 实现了血液检测和成分制备的同步进行,降低了血液制剂在室温下的放置时间,有利于保持冷链的完整;优化了血液制剂分批放行中血液分拣的流程,提高了工作效率同时降低了贴标签出错的可能性。**结论** 优化后的后贴成品标签手工分拣模式可以保证血液质量的稳定,同时降低血液安全隐患。

【关键词】 血液分拣; 成品标签; 血液检测; 成分制备; 同步; 血液制剂

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 07. 062 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2016)07-1004-02

血液的分拣,是指按照血液病原体检测结果,血型检测结果,血液制剂种类,以及采血和制备时间顺序等名录,将血液按照《血站质量管理规范》进行系统化的分类、包装、贴标签和储存,从而实现快速、准确地按需放行合格血液制剂,并对不合格血液制剂进行隔离报废处理。血液贴标签是血液分拣的关键步骤,按照《血站质量管理规范》的规定,血液检测合格、不合格和待检等不同状态的血液制剂应在分拣并隔离后,再进行对应的标签打印和贴签,以及随后的转移入合格血液储存库^[1]。为

了落实规范的要求,进一步提高血液的安全,最大限度地防止血液误发放,本站对血液的分拣,成分血的制备,特别是贴标签环节进行了大量摸索。血液成分制备是采供血过程质量管理的重要环节,是确保血液安全、有效的关键控制点,必须进行重点监控^[2-3]。在血液分拣后贴标签的过程中,有两个关键要素决定了血液贴标签的准确性和血液质量的稳定:(1)准确地贴签信息对应;(2)快速地完成贴标签。然而,在分拣后贴标签的实际操作中,发现了很多具体的问题(在下文中有详细描述)困