危急值

潮水中心卫生院　孙丽娟

一、危急值定义、制度

- “危急值”是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医生需要及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可能挽救患者生命否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。
- 危急值报告制度
- 指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。

潮水医院检验科

1、危急值项目和范围

- 我院危急值涉及科室为:检验科、影像科、B超室、心电图室等。危急值报告项目及范围定期调整，经临床、医技科室评定认可，在全院范围内公开。

潮水医院检验科

二、危急值的设定

- 根据临床工作需要，医院建立危急值项目表，制定危急限值。并根据临床需要定期修改，删除或增加某些检验（查）项目，以适合于本院病人群体的需要。

潮水医院检验科

三、危急值发现

- 工作人员发现“危急值”情况时，检验者首先要确认仪器、设备和检查过程是否正常，操作是否正确，核查检验标本是否有错，检验项目质控、定标、试剂是否正常，仪器传输是否有误。在确认检验过程各环节无异常的情况下，需立即电话通知临床科室人员“危急值”结果，并在《危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记。

潮水医院检验科

三、危急值发现

- 发现检验（查）结果符合危急值报告范围时，工作人员应立即确认检查仪器、设备是否正常，检验检查过程是否符合操作规范，操作是否正确，质控是否在控;相关信息(包括患者姓名、科室、住院(门诊)号、诊断、标本、检测检查项目等)是否有误，仪器传输是否有误;检测的原始标本采集是否合格且储存条件、储存时间是否正确。

潮水医院检验科

四、危急值的处理

- 临床医生接到危急值的电话报告后应及时识别，在半小时内做出相应处理，并在病程记录中详细分析、记录，并及时复查。若与临床症状不符，要关注样本的留取存在是否缺陷。如有需要、即应重留取标本进行复查。

潮水医院检验科

2、危急值报告登记制度

- 制定《危急值登记本》，明确登记项目，规定流程，遵循谁报告(接收)，谁记录”的原则，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。各医技科室在确认检查结果出现危急值后，应在10分钟内，报告患者所在的临床科室，不得瞒报、漏报或延迟报告。临床科室接到危急值”报告后，应立即采取相应措施，抢救病人生命，保障医疗安全。

潮水医院检验科

五、危急值登记

- 复核确认和报告危急值及了解临床对患者处理情况的制度及程序，并在《危急值登记本》上详细记录。记录内容包括，检验日期、患者姓名、住院号、床号、检验项目、检验结果、复查结果、 临床联系人、联系电话、联系时间。

潮水医院检验科

六、危急值记录

- 临床科室接到“危急值”报告后，应立即采取相应措施，抢救病人生命，保障医疗安全。并及时做好登记，登记内容包括患者姓名、住院号、床号、检验（查）项目、检验（查）结果、复查结果、报告人、报告时间(具体到分钟)。

潮水医院检验科

	检验项目名称	危急值低限	危急值高限	参考区间
生化检验	血钾K	≤2.8mmol/L	≥6.2 mmol/L	3.50-5.50 mmol/L
	血钠Na	≤120 mmol/L	≥160 mmol/L	135-147mol/L
	血钙	≤1.75 mmol/L	≥3.5 mmol/L	2.08-2.60mol/L
	空腹血糖	≤2.2 mmol/L	≥22.2 mmol/L	3.3-6.1 mmol/L
	肌钙蛋白		>0.2ng/ml	0-0.1ng/ml
	尿素		>35.7mmol/l（透析例外）	1.70-8.30mmol/l
	肌酐		>707umol/l（透析例外）	男:<115umol/l女：<97.0umol/l
	总胆红素		>340umol/l	5.1-19umol/l
	淀粉酶		正常参考范围3倍以上	<135u/l
血细胞检验	血小板PLT	≤30x10^9(血液病、化疗除外)	≥1000x10^9(血液病、化疗除外)	125-350*10^9
	白细胞WBC	≤2.0x10^9 且中性粒细胞≤0.5，(血液病、化疗除外)	≥30x10^9(血液病、化疗除外)	3.5-9.5*10^9
	血红蛋白Hb	≤50g/L(血液病、化疗除外)	≥200g/L(血液病、化疗除外)	115-175g/L
血凝	凝血酶原时间		>40s	10-15s
	国际标准化比值INR		≥6.0（应用抗凝剂除外）	0.8-1.5
	活化部分凝血活酶时间APTT		≥70s(应用抗凝剂除外)	24-35s
免疫	艾滋病抗体		阳性	阴性

检验项目		生命警戒线低值	危险性 .	生命警戒线高值	危险性
电解质	血清K+	≤2.8mmol/L	呼吸肌麻痹、心律失常	≥6.2mmol/L	呼吸肌麻痹、心律失常
	血清Ca2+	≤1.75mmol/L	低血钙性手足抽搐	≥3.5mmol/L	甲状旁腺危象
	血清Na+	≤120mmol/L	低渗状态	≥160mmol/L	高渗状态
肾功能	肌酐			≥707umol/L	急性肾功能衰竭
	尿素氮			≥35.7mmol/L	
糖代谢	血糖	成人≤2.2mmol/L	缺糖性神经症状、低血糖性昏迷	成人≥22.2mmol/L	糖尿病酮症酸中毒、高渗性非酮症糖尿病昏迷
		新生儿≤1.6mmol/L		新生儿≥16.6mmol/L	
心肌标志物	肌钙蛋白			≥0.2ng/L	急性心肌梗死
″血常规	血红蛋白	≤50g/L	急性大量失血或严重贫血		
	白细胞	≤2.0x10^9/L	高度易感染	≥30x10^9/	急性白血病、严重感染
		≤2.0x10^9/L	普通患者有引发致命性感染的可能		
	血小板	≤30x10^9/L	严重出血倾向;临床输注血小板阈值		
血气	PH	≤7.25（动脉血）	酸中毒	≥7.55	碱中毒
	PCO2	≤20mmHg	急性呼吸衰端	≥70mmHg	急性呼吸衰端
	PO2	≤50mmHg	急性呼吸衰竭		
凝血功能	疑血酶原时间	PT		≥40s	DIC
	活化部分凝血酶APTT原时间	APTT		≥70s	

超 声 室 “ 危 急 值 ” 项 目

1、腹部及妇科超声危急值项目

①急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人；

②急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；

③考虑急性坏死性胰腺炎；

④怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；急性睾丸扭转、

⑤晚期妊娠出现羊水过少并胎儿呼吸、心率过快。

⑥急性动脉栓塞、急性静脉血栓

2、心脏彩超危急值项目

①大面积心肌坏死；

②主动脉夹层

③大量心包积液合并心包填塞。

④动脉瘤破裂、心脏肿瘤、粘液瘤、室壁瘤破裂、急性心肌梗死等心血管疾病危害到患者生命情况

心 电 图 室 “ 危 急 值 ” 项 目

1、急性心肌缺血，ST段下移≥0.20mv（不适宜平板）

2、急性心肌梗死

3、致命性心律失常

①心室扑动、颤动

②多源性、ront型室性早搏

③频发室性早搏并Q-T间期延长

④预激伴快速心房颤动

⑤心室率大于150次/分的心动过速

⑥心室率小于40次 / 分的心动过缓

⑦大于3秒的心室停搏

放 射 科 “ 危 急 值 ” 项 目

1、一侧肺不张

2、气管、支气管异物

3、液气胸，尤其是张力性气胸（大于50%以上）

4、急性肺水肿

5、食道异物

6、消化道穿孔、急性肠梗阻（包括肠套叠）

7、外伤性膈疝

8、严重骨关节创伤：

①脊柱骨折伴脊柱长轴成角畸形；

②多发肋骨骨折伴肺挫裂伤及或液气胸；

③骨盆环骨折。

医学影像科“危急值”项目

1、中枢神经系统

①严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；

②硬膜下/外血肿急性期；

③脑疝、急性脑积水；

④颅脑CT诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；

⑤脑出血或脑梗塞复查CT，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过15%以上。

2、脊柱、脊髓疾病：

X线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊。

3、呼吸系统：

①气管、支气管异物；

②液气胸，尤其是张力性气胸；

③肺栓塞、肺梗死。

医学影像科“危急值”项目

4、循环系统：

①心包填塞、纵隔摆动；

②急性主动脉夹层动脉瘤。

5、消化系统：

①食道异物；

②消化道穿孔、急性肠梗阻；

③急性胆道梗阻；

④急性出血坏死性胰腺炎；

⑤肝脾胰肾等腹腔脏器出血。

6、颌面五官急症：

①眼眶内异物；

②眼眶及内容物破裂、骨折；

③颌面部、颅底骨折。

危急值报告流程

- 住院患者危急值报告流程
- (1)住院患者出现危急值情况后，检验科与主管医生或值班医生沟通后立即通过LIS系统将危急值结果发送至临床科室。危急系统将危急值结果发送至临床科室。危急值通过LIS系统发送至医生工作站后由医师点击确认，方视为危急值报告承接完毕，超过15分钟未承接，则由检验科电话通知。临床科室及时处理。
- (2)除检验科以外的其他医技科室发现危急值后在《医技科室危急值报告登记本》上登记，并第一时间将“危急值”结果电话通知主管医生或值班医生。医生需将危急值结果复述，以免发生差错，并在《临床科室危急值报告登记本》详细记录，避免空项。

潮水医院检验科

危急值报告流程

- 门、急诊患者出现危急值情况后，医技科室应立即与接诊医师沟通，检验科将结果通过LIS系统直接报送至接诊医师门诊工作站;其他医技科室则采用电话通知的方式联系接诊医师，接诊医师将危急值结果在《门诊危急值报告登记本》上登记。

潮水医院检验科

危急值报告流程

- 接到危急值”报告后，接诊医师应及时通知患者或家属及时就诊并领取报告;无法通知患者时，应及时向门诊部或总值班报告。必要时医疗管理部门应帮助寻找该患者，并负责跟踪落实。接诊医师应将对“危急值”报告的处理过程记录到门诊病历中。如不能及时联系到门诊医生时(非工作时间)，则需联系接诊医生所在科室主任处理。

潮水医院检验科

危急值有效性评估

- 1、能按制度执行，工作流程合理。
- 2、相关人员熟悉并遵循上述制度
- 3、能有效及时通知各临床科室，防范意外发生，及时救治病人。
- 4、危急值数据较合理。
- 5、进一步规范实施“危急值”及检验结果报告制度，确定危急值的报告范围，进一步规范复核、报告、记录、维护等环节，要求检验科室的医生一旦发现患者中出现报告＂危急值”及重要检验结果，经复核后，第一时间电话报告临床科室，并做好相登记工作。临床医生接到报告后，对“危急值”分析和评估并汇报上级医生，做出妥善的处理意见，并将处理的结果及需要观察的情况病情进行记录。
- 6、合理、规范的应用临床危急值，能挽救患者性命，提高临床医生的诊疗水平，提高医院管理水平和保证医疗安全。
- 7、后期需进一步加强与各科室沟通，必要时追踪患者的诊况，为进一步改进管理，提高有效性大有益处。

潮水医院检验科

谢　谢

潮水医院检验科