

舒适护理可缓解患者紧张焦虑等不良情绪,保障患者身心健康,临床上值得推广。

参考文献

[1] 江涛,韩童利,曹小兰. 主动脉夹层腔内隔绝术患者围术期护理[J]. 护士进修杂志,2012,27(6):523-524.

[2] 钱进,江洪,姚维,等. 急性主动脉夹层 420 例回顾性分析[J]. 武汉大学学报(医学版),2012,33(1):119-122.

[3] 曹敏. ROY 护理模式在缓解主动脉夹层患者疼痛中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2012,13(13):44-45.

[4] Wang SH, Chang YS, Liu CJ, et al. Incidence and risk analysis of aortic aneurysm and aortic dissection among patients with systemic lupus erythematosus: a nationwide population-based study in Taiwan[J]. Lupus, 2014, 23(7):665-671.

[5] 王建. 整体护理干预在高血压合并主动脉夹层患者中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(24):38.

[6] Lombardi JV, Cambria RP, Nienaber CA, et al. Prospective multicenter clinical trial (STABLE) on the endovascular treatment of complicated type B aortic dissection using a composite device design[J]. J Vasc Surg, 2012, 55(3):629-640.

[7] 郭敏,李亚丽,丁密. Debakey I 型主动脉夹层瘤围术期的护理[J]. 护士进修杂志,2012,27(15):1390-1391.

[8] Rylski B, Hoffmann I, Beyersdorf F, et al. Iatrogenic acute aortic dissection type A: insight from the German Regis-

try for Acute Aortic Dissection Type A (GERAADA) [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2013, 44(2):353-359.

[9] Rylski B, Hoffmann I, Beyersdorf F, et al. Acute aortic dissection type A: age-related management and outcomes reported in the German Registry for Acute Aortic Dissection Type A (GERAADA) of over 2000 patients[J]. Ann Surg, 2014, 259(3):598-604.

[10] 贾莉,吕贝贝,姚红燕. 急性主动脉夹层并心包填塞 12 例急诊护理[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(17):76-77.

[11] 孙智山,曾建平,黄河,等. 主动脉夹层急性期院内死亡相关因素的 Logistic 回归分析[J]. 心血管康复医学杂志, 2013,22(4):369-372.

[12] 张红梅,张杨,蒯洁. 主动脉夹层腔内隔绝术合并杂交手术的护理配合[J]. 护士进修杂志,2013,28(19):1763-1764.

[13] 王莉,王晶晶. 急性主动脉夹层的临床观察及护理干预探讨[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(z1):66-67.

[14] Tsamis A, Phillippi JA, Koch RG, et al. Fiber micro-architecture in the longitudinal-radial and circumferential-radial planes of ascending thoracic aortic aneurysm media [J]. J Biomech, 2013, 46(16):2787-2794.

[15] 鲁巧梅,邹远林,曾和松,等. 急性主动脉夹层的危险评估和护理策略[J]. 护理研究,2014,28(3):351-353.

(收稿日期:2016-03-16 修回日期:2016-05-21)

• 临床探讨 •

检验申请界面中的质量探讨

雷继魁,高 月
(重庆市北碚区中医院 400700)

摘 要:目的 探讨该院经历的 4 种检验申请界面对检验科分析前质量的影响。方法 分别采用手写、纸质勾选、电脑检索、个性化组合作为的医生申请界面,监测在各种申请界面下检验结果阳性率,标本采集合格率及医生满意度 3 个指标,分析医生对检验项目的选择与申请、医生对检验标本的采集、医生对实验室的服务的认可等 3 个方面探讨申请界面对分析前质量的影响。结果 手写化验单的医生满意度 84.9%,检验结果阳性率为 45.0%,医生采集标本合格率 90.4%;纸质勾选开单界面的医生满意度 82.9%,检验结果阳性率为 47.9%,医生采集标本合格率 89.2%;以拼音电脑检索为申请界面的医生满意度 80.3%,检验结果阳性率为 53.9%,医生采集标本合格率 88.8%;以个性化组合菜单为单界面的医生满意度 92.5%,检验结果阳性率为 53.9%,医生采集标本合格率 97.2%。结论 个性化的检验申请界面有助于提高检验前分析质量。

关键词:检验申请界面; 个性化设置; 分析前质量管理; 医技沟通

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)18-2651-03

开单界面是检验科给医生搭建的第一个服务性平台^[1],它是医生选择与申请检验项目必须面对的,也是医生了解认识检验的首要窗口。国外有学者认为实验室结果出现误差的主要原因因为分析前,大约为 46.0%~68.2%^[2]。检验科谈得最多的是分析前质量控制,本科室编写检验手册和标本采集手册,开展的定期讲座及培训,也取得了一些成就。国家卫计委特别列了 6 个分析前质量控制指标^[3]。从检验科到国家卫计委,都付出了较多的辛劳,这涉及医生护士及全院的质量管理,及专

业、管理及体制,分析前质量的提高十分缓慢^[4]。在本院从 2009~2015 年开单界面演变过程中,笔者分析了开单界面的变化与分析前质量有密切的关系。2009 年前医生凭其个人经验在空白化验单上填写检验项目,为叙述方便简称第 1 种模式;2009 年检验科将本院已开展的项目按临检、生化、免疫、细菌及其他分成 5 个类别,在每个类别中列出常用的检验项目,医生直接在上面勾选简称第 2 种模式;2012 检验科依托医院信息化管理系统,将已开展的项目全部录入电脑,医生通过拼

音搜索选择所需的检验项目简称第 3 种模式^[5]。2015 年重新设置开单界面,将检验项目按类分列,为每位医生设置了多套个性化组合;可根据症状或病名检索建议选检验项目^[6]。列出当前检验项目的在检验检验科要求的标本类型及采集程序^[7],简明扼要地列出该项目的临床意义及可能的影响因素^[8]。简称第 4 种模式。笔者从质量管理的角度对三个指标进行分析:医生申请项目的针对性、有效性用检验结果阳性率表示,对标本分析前影响因素的了解用医生采集标本的合格率表示,对检验科服务质量用满意度表示。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2009~2015 年参加检验科分析前质量调查的开具检验申请的临床医生纳入本研究。

1.2 方法

1.2.1 医生分组 收集全院医生的满意度调查、检验结果阳性率和医生采集标本合格率数据,剔除 3 个指标不全的医生。在 4 次调查中,有效参与人数分别为分 53、241、437、542,按工作年限及对本院检验项目更新的关注程度分成 4 个组,分别为刚参加工作的见习组、工作 1 年以上及 10 年内不退休的中干组,10 年内将退休的专家组,退休后返聘的返聘组。

1.2.2 满意度调查 根据本院医务科编写的《医技科室临床满意度调查表》,统计四种模式下各组医生的满意度。

1.2.3 检验结果阳性率 根据《临床实验室操作规程(第 3 版)》提供的检验项目参范围,将检验结果不在参考范围内检验项目视为阳性,统计各组医生在一年内检验结果的阳性数与相应的总检验结果数之比作为的该组医生申请检验结果的阳性率。

1.2.4 标本合格率 根据本科室编写的《标本采集手册》的规则,统计各组医生在 1 年内采集的标本的不合格数与对应的由医生采集的全部标本数之比作为标本合格率。

1.3 统计学处理 采用 SSPS18.0 统计软件处理,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 参加调查的人员组成 见表 1,结果显示各组人数比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 各组人数百分比(%)

分组	第 1 种模式	第 2 种模式	第 3 种模式	第 4 种模式
见习组	6.50	6.20	6.70	6.70
中干组	72.90	71.77	72.90	73.20
专家组	16.10	16.40	15.80	14.90
返聘组	4.50	5.63	4.60	5.20

表 2 临床医生满意度(%)

分组	第 1 种模式	第 2 种模式	第 3 种模式	第 4 种模式
见习组	80.5	92.2	94.5	95.2
中干组	84.6	81.1	81.4	93.5
专家组	86.1	88.3	73.6	85.7
返聘组	92.2	79.4	65.5	94.9
医生满意度	84.9	82.9	80.3	92.5

2.2 满意度调查 见表 2,结果显示:第 4 种模式与前 3 种模式相比满意度最高,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 检验结果阳性率 见表 3,结果显示:第 4 种模式阳性率最高。差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 检验结果阳性率(%)

分组	第 1 种模式	第 2 种模式	第 3 种模式	第 4 种模式
见习组	35.4	36.4	34.5	32.1
中干组	42.6	46.5	43.2	53.4
专家组	56.2	57.2	46.1	64.2
返聘组	57.5	50.6	52.3	59.5
平均阳性率	45.0	47.9	43.5	53.9

2.4 标本采集合格率 见表 4,结果显示第 4 种模式的标本合格率比其他几种模式高。差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 标本采集合格率(%)

分组	第 1 种模式	第 2 种模式	第 3 种模式	第 4 种模式
见习组	72.5	76.2	83.4	94.7
中干组	92.6	93.4	92.5	98.5
专家组	87.1	79.3	76.5	92.4
返聘组	92.4	79.0	79.9	95.8
平均合格率	90.4	89.2	88.8	97.2

3 讨 论

医学检验质量控制分为分析前、中、后 3 个阶段。近年来,随着医学检验界对质量控制的重视,通过室内质控和室间质评在整个实验检测过程中的监控,分析中和分析后两个阶段的质量得到了有效控制。即便如此,临床医生对检验科的工作质量仍存在质疑。其实,检验工作分析前的质量控制很难由检验科控制。因此,分析前的质量控制是整个检验分析过程中的重要环节。据报道^[9],医师开出的检验申请单不合格率占 15%,护士采集标本不合格率占 31%。临床医师开具检验申请单的医嘱是检验项目开始的第一步,也是分析前质量控制的源头。

本院历经 7 年的时间进行医生申请检验项目界面的改变。从临床医生面对空白检验单到检验科将所开展的项目分类地列在纸质的申请单上,供医生选择模式再到借助 HIS 系统,将科室开展的所有的检验项目录入系统中,医生用拼音模糊地检索相关检验项目,从中选择真正所需的检验项目再到将所有检验项目分类列出,并借鉴合理用药的方式将检验项目与其临床应用和标本采集程序绑定,申请检验项目时可同步显示其标本采集要求和临床应用。鉴于医生对检验科的认识程度将参加调查的医生分为见习组、中干组、专家组和反聘组 4 组。对 4 种模式进行了收集参加医生的满意度调查、检验结果阳性率和医生采集标本合格率的统计分析。结果表明:医生对 4 种模式的满意度分别为 84.9%、82.9%、80.3%和 92.5%;检验结果阳性率分别为 45.0%、47.9%、43.5%和 53.9%;采集标本合格率分别为 90.4%、89.2%、88.8%和 97.2%。医生对前 3 种模式的满意程度基本一致,但对第 4 种模式的满意程度达到了 92.5%,与前 3 种模式相比,差异有统计学意义。检验结果阳性率和采集标本合格率第 4 种模式最高,与前 3 种模式相比,

差异有统计学意义($P<0.05$)。

前一种模式为医生主导,检验科被动接收,没有沟通与了解;第 2 种模式为检验科主导,医生被动选择,只有初步了解,没有沟通。新项目推广困难;第 3 种模与第 2 种模式相比没有本质区别,但可随时维护与更新。第 4 种模式以检验科为主导,从临床视角出发,为医生打造多种个性化开单界面,可根据实际情况再从相应的组合中选择或添加。借鉴合理用药的提示方式^[10]医生可以从检验科得到一些建议;可根据症状或病名检索建议选检验项目。可查看当前检验项目所需的标本类型及采集程序,可了解该项目的临床意义及可能的影响因素。此模式打破了检验科传统的分析前质量控制方式,从质量控制到质量管理的转变,也解决了一些长期的困扰检验科的问题^[11]。

综上所述,开单界面不仅是医生申请检验项目的地方,还是检验科进行分析前质量控制的源头,更是检验科实施全面质量管理的主要平台。把检验科很难做好的分析前质量控制变成分析前质量管理,不仅仅关注标本采集的合格率,检验前周转时间,检验结果的准确性及时性^[12],更要关注检验科所服务临床医生及患者,甚至还可以链接一个沟通的平台,让医生随时都可对我们的服务提出意见或建议。使检验科的服务质量持续改进^[13]。

参考文献

[1] 何磊.全面加强检验科与临床的联系[J].实用医技杂志,2008,15(10):1347-1348.

[2] Plebani M. Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine? [J]. Clin Chem Lab Med,2006,44(6):750-759.

• 临床探讨 •

CT 对原发性中枢神经系统淋巴瘤的诊断价值及与病理检查的对照研究

王 雁

(广东省深圳市康宁医院放射科 518000)

摘 要:**目的** 分析 CT 技术对原发性中枢神经系统淋巴瘤的诊断价值及其与病理学的对照。**方法** 选取该院 2010 年 5 月至 2014 年 5 月收治的 15 例患有原发性中枢神经系统淋巴瘤的患者作为研究对象,回顾性分析其手术及病理诊断结果及临床 CT 资料,并对其血管内皮生长因子和微血管密度进行检测,并与 15 例胶质瘤患者作为对照,探讨 CT 用于原发性中枢神经系统淋巴瘤的临床应用价值。**结果** 15 例患者中共发现 28 处病灶,其中单发有 8 例,多发有 7 例。病灶部位主要分布于其脑表面及中线部位,其中分布于脑室旁白质有 12 处,分布于灰白质交界区或脑表面有 6 处,而分布于胼胝体有 2 处。影像学多表现为结节或圆形肿块,肿瘤周围的水肿程度多为轻度至中度。10 例患者 22 处病灶经 CT 平扫表现为密度均匀的等密度影或者稍高密度影,经增强后可见其发生明显结节状、团块状均匀强化,而未见钙化及出血现象,有 2 处病灶的中心呈低密度,经增强后呈环状强化;患者经病理学检查均为非霍奇金淋巴瘤弥漫性分布,大小一致,B 细胞来源,胞质少核大、染色质的颗粒较粗大,其瘤细胞包绕血管饼干呈套袖样浸润,无明显出现、钙化或片状坏死的情况,淋巴瘤患者的 MVD 值明显低于恶性胶质瘤患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 原发性中枢神经系统淋巴瘤具有较明显的影像学特点和临床表现,采用 CT 技术对原发性中枢神经系统淋巴瘤的进行检查具有一定的诊断价值与鉴别价值。

关键词:原发性; 中枢神经系统; 淋巴瘤; CT; 临床表现

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)18-2653-04

是脊髓和脑部等中枢神经系统的恶性肿瘤,其发病率较低,仅占颅内肿瘤疾病的 1%~2%^[1],其中单发较多见,多发

[3] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.国卫办医函[2015]252 号 临床检验专业医疗质量控制指标[S].北京:中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会,2015.

[4] 李常林,张艳.突破医技科室与临床科室间沟通瓶颈的思考[J].保健医学研究与实践,2009,6(3):73-74.

[5] 彭坤,王易振,张静文,等.构建以病例为主导的医学检验与临床沟通互动平台[J].重庆医学,2014,43(28):3832-3833.

[6] 李炜煌,丛玉隆.临床检验样本采集手册[M].北京:人民军医出版社,2011.

[7] 尚红,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2015.

[8] 马新英,张示渊,肖晓红.实验室分析前质量管理与控制中存在的问题[J].国际检验医学杂志,2010,31(8):885-886.

[9] 陈鸣放.加强分析前的质量控制[J].重庆医学,2005,34(11):1754-1755.

[10] 孟威宏,史国兵.促进医疗机构合理用药的对策[J].中国药房,2011,22(5):385-387.

[11] 贺宏智,王力.论卫生检验质量控制管理的若干问题[J].现代检验医学杂志,2005,20(4):71-72.

[12] 秦晓光.分析前阶段的质量保证工作还待重视[J].中华医学检验杂志,2005,16(2):219-222.

[13] 楼慧萍.谈检验科的全面质量管理[J].中华医院管理杂志,2003,19(5):276-278.

(收稿日期:2016-03-15 修回日期:2016-05-22)

和弥漫性少见,其原发于中枢神经系统,但身体其他部位均未发现其他淋巴瘤,是罕见的非霍奇金淋巴瘤^[2-3]。由于此类疾