



· 临床研究 ·

96 例临床输血不良反应的统计与分析

赵二妹 (广西科技大学第一附属医院输血科 广西柳州 545002)

摘要:目的 探讨我院临床输血不良反应发生的原因及类型,以提高医护人员对临床输血不良反应的认知,建立健全的机制及预防措施,达到降低我院临床输血不良反应的目的。**方法** 通过查阅我院 2015 年—2017 年的临床输血患者的《输血申请单》和《输血不良反应回报单》,统计发生临床输血不良反应的例数并分析发生的原因,比较各种血液成分发生临床输血不良反应的类型和发生率。**结果** 去白红细胞、冰冻血浆、血小板的输注导致不同程度的输血不良反应,6647 人次输血患者中发生输血不良反应的有 96 例,发生率为 1.44%,其中以输注血浆发生不良反应比例最高,为 2.62%,发生不良类型以过敏反应为主。**结论** 输血可以挽救患者的生命,但也存在潜在的风险,医务人员应严格掌握输血指征,提倡成分输血,进一步提高输血安全和疗效。

关键词: 临床输血 不良反应 统计 分析

中图分类号: R457.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 07-146-02

临床输血不良反应是指在输血中或输血后,受血者发生了用原来的疾病不能解释的新症状或体征^[1]。输血是临床抢救和治疗的重要手段之一,但是,由于人类血液成分的复杂性和多态性,输血在治病救人的同时也可能发生输血不良反应。为了解本院输血不良反应发生的情况,统计本院 2015 年—2017 年的输血不良反应回报单,分析结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2015 年 1 月—2017 年 12 月在本院接受输血治疗的患者共计 6647 例。

1.2 方法

根据《临床输血技术规范》第三十五条规定,输血完毕,医护人员要逐个对具有输血反应的患者填写输血反应回报单,之后保存到输血科中,输血科每月统计上报医务部。

1.3 输血不良反应判定标准

根据 2011 年国际输血协会血液安全监测工作委员会颁发的《非感染性输血不良反应监测标准》作为基础,输血的不不良反应包括非溶血性发热、过敏两种。其中非溶血性发热反应判断标准:输血之前没有发热,输血过程中或者输血之后 1-2h 体温升高超过 1℃或者 $\geq 38^{\circ}\text{C}$,并且排除其他导致患者体温升高的因素,患者还具有恶心、寒战、出汗、呕吐及皮肤潮红等一系列的症状;其中过敏反应判断的标准:输血过程中或者输血之后皮肤潮红、瘙痒、荨麻疹、呼吸困难及胸闷等^[2]。

2 结果

表 1: 2015 年 1 月—2017 年 12 月临床输血不良反应统计结果 (n)

血液成分	输血次数	过敏反应	发热反应	溶血反应	其他	输血反应发生率 (%)
全血	0	0	0	0	0	0
去白红细胞	3919	10	17	0	2	0.74
冰冻血浆	2065	47	6	0	1	2.62
血小板	553	12	1	0	0	2.35
冷沉淀	15	0	0	0	0	0
洗涤红细胞	95	0	0	0	0	0
合计	6647	69	24	0	3	1.44

6647 人次接受输血病例,其中发生输血不良反应 96 例,总发生率 1.44%,与相关文献报道 1%—10% 的范围相符^[3]。输注血液成分:血浆 54 例,发生率 2.62%;去白红细胞悬液 29 例,发生率 0.74%;血小板 13 例,发生率 2.35%;冷沉淀 15 例,发生率 0%;洗涤红细胞悬液 95 例,发生率 0%;全血未输注。不良反应类型:过敏反应 69 例,占 71.88%;发热反应 24 例,占 25.00%;其他反应 3 例,占 3.12%,未

见溶血性输血反应。详见表 1。

3 讨论

根据临床表现和导致的并发症表现,输血不良反应主要包括过敏反应、非溶血性发热反应、输血后紫癜、肺部水肿、枸橼酸盐中毒、空气栓子栓塞、含铁血黄素沉着症和败血症等。一般是以红细胞输血导致出现溶血性输血反应属于输血不良反应中的主要致命因素,其具有较高的病死率。一般常见疾病主要包括过敏反应和发热反应。非溶血性发热反应主要是因为血液成分导致出现的免疫反应,与其频繁输入不相配的血液制剂具有密切的联系。因为受血者血液系统中多次输入异种血液成分,受血者的血液中各种同种异型抗原导致出现白细胞、淋巴细胞毒与血小板凝集素等抗体^[4],在再一次输入不相符的血液制品的时候,抗原抗体相互结合就会出现抗原抗体反应,之后实施补体激活,其中的机体免疫应答会导致破坏血小板与白细胞,从而释放出细胞因子和热源,以此就会出现非溶血性发热反应^[5]。另外血液在贮存期间白细胞活化后及其释放细胞因子,包括白细胞介素 1 β 、白细胞介素 6 β 和肿瘤坏死因子等,都会导致出现非溶血性发热反应。输注血浆的不良反应主要包括过敏反应,其次是在单次或者多次输血或者妊娠之后出现抗 IgA 抗体,在具有 IgA 抗体的血浆到受血者人体输注的时候,就会产生抗原抗体反应,表现为极为严重的过敏反应^[6]。

对我院此次 96 例输血不良的统计分析发现:溶血性不良反应 0 例,因为溶血性不良反应一般发生在输错血型上,这与我完善的质量管理体系,与医护人员强烈的责任心是分不开的。各种输血不良反应临床表现以非溶血性过敏反应最多,占 71.88%;其次是非溶血性发热反应,占 25.00%;其他反应占 3.12%。发热反应常见于去白红细胞输注时,而过敏反应常见于输注冰冻血浆和血小板所引起的输血不良反应中^[7],可能是血浆成分复杂,含有大量免疫球蛋白和多种抗体,激活补体从而发生变态反应。未输注全血,原因是本院积极提倡成分输血,这三年成分输血率为 100%,因为成分输血更科学、更安全、更有效,最大限度地发挥血液制品的功效益且规避了某些免疫反应的发生;未见输注冷沉淀和洗涤红细胞引起的输血不良反应,这和文献^[8]中给出的结论一致,原因有可能是因为冷沉淀和洗涤红细胞已经过处理,除去了其中大部分的血浆成分和白细胞成分,抗原大幅减少不易引起机体的免疫应答,不易产生抗体,从而避免了抗原抗体复合物引起的过敏反应和补体激活。

综上所述,在临床输血的时候一般都会出现输血不良反应,就算是提高血液的质量标准,完善相关质量管理体系,还是会出现输血不良反应。为了能够避免或者减少出现输血

(下转第 150 页)



如表 4。

3 讨论

有学者认为,营养不良和生活方式不良、病毒感染,都可能导致慢性胃炎。而在感染因素中,幽门螺杆菌是一种革兰氏阴性菌,也是引起慢性胃炎等消化系统疾病的主要病原体,其也被纳入 I 类致癌因子。流行病学研究表明,世界上有半数以上人群感染幽门螺杆菌^[3-4]。研究显示,幽门螺杆菌感染与胃病之间存在相关性,因此,临床一般用抗幽门螺杆菌感染三联疗法进行治疗。其中,H-K 酶抑制剂可有效抑制胃酸分泌,而抗生素的作用直接杀死幽门螺杆菌。然而,抗生素的不合理使用应用可导致疗效欠佳且容易出现复发。因此,需要临床寻求更为安全有效的解决方案。研究显示,益生菌可调节胃肠道菌群的平衡,且可抗衡幽门螺杆菌的生长,因此在传统的幽门螺杆菌感染三联疗法基础上联合益生菌可进一步增强疗效,且可显著降低胃泌素,控制胃部炎症^[5-6]。

本研究中,对照组给予常规药物治疗,观察组则给予常规药物联合活菌制剂治疗。结果显示,观察组慢性胃炎疗效高于对照组, $P < 0.05$;观察组腹胀消失时间、食欲不振消失时间、反酸消失时间优于对照组, $P < 0.05$;治疗前两组胃泌素、C 反应蛋白、TNF- α 、白介素-6 相近, $P > 0.05$;

治疗后观察组胃泌素、C 反应蛋白、TNF- α 、白介素-6 优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组治疗副作用率和对照组无明显差异, $P > 0.05$ 。

综上所述,常规药物联合活菌制剂治疗慢性胃炎的应用效果确切,可有效改善症状和恢复血清学指标,无明显不良反应,值得推广应用。

参考文献

- [1] 朱文杰.胃镜下高频电凝联合幽门螺杆菌根除治疗疣状胃炎的疗效观察[J].中国现代药物应用,2018,12(06):48-49.
- [2] 常嘉琪,田力男.幽门螺杆菌根除性治疗对慢性胃炎的治疗价值及对胃泌素水平的影响[J].中国卫生标准管理,2018,9(03):81-82.
- [3] 李红娟.幽门螺杆菌根除性治疗对慢性胃炎患者胃泌素及细胞因子的影响[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(A1):48.
- [4] 史萍慧,刘丽.加味柴胡疏肝散联合幽门螺杆菌根除方案治疗幽门螺杆菌感染相关慢性胃炎的临床研究[J].中华实验和临床感染病杂志(电子版),2017,11(05):496-499.
- [5] 陈慕豪,王立恒,郭美萍.慢性胃炎不同中医证型与幽门螺杆菌根除率的相关性研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(04):478-482.
- [6] 喻德林,胡希亚.幽门螺杆菌根除性治疗对慢性胃炎患者胃泌素及细胞因子的影响[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(04):619-622.

(上接第 146 页)

不良反应,就要对输血指征进行全面掌握,提高用血的科学性、合理性,使用有效的手段与药物进行干预,从而降低失血,并且推广使用自体输血等先进的技术,以此能够使我院临床输血不良反应得到进一步的降低。

参考文献

- [1] 刘景汉,汪德清.临床输血学[M].北京:人民卫生出版社,2011:397-400.
- [2] 高安平.输血不良反应分析及预防[J].中国药物与临床,2012,12(8):1111-1112.
- [3] 高峰主编.临床输血与检验.第1版.北京:人民卫生出版社,

2007:193

- [4] 陈金凤,叶桂江,何子毅.东莞市常见输血不良反应相关因素调查分析[J].现代检验医学杂志,2014,29(2):102-104.
- [5] 贺江.输血不良反应的回顾性分析及安全用血初探[J].国际检验医学杂志,2016,37(1):42-44.
- [6] 夏和凤,贾燕华,于泽芝.不同血液成分输血不良反应调查与分析[J].临床输血与检验,2015,17(5):413-415.
- [7] 古丽仙·阿布拉.250例输血不良反应的报告分析[J].检验医学与临床,2012,9(6):722-723.
- [8] 蔡听,杜跃耀,陈勤奋.170次急性输血反应临床分析.复旦学报(医学版),2010,37:576.

(上接第 147 页)

症状就能够得到有效缓解。大部分患者的临床症状在用药后约 3d,在抗炎、平喘等常规对症支持治疗的辅助下得到了极大程度的改善,同时具有较少的咳嗽、咳痰量,较稀的痰液,较易咳出,临床症状具有较快的好转速度,在门急诊患者的治疗中极为适用,促进了患者就诊困难的减轻及住院费用的减少,临床效果令人满意^[6]。

本研究结果表明,联合治疗组患者治疗的总有效率 95.0% (38/40) 显著高于常规治疗组 75.0% (30/40) ($P < 0.05$)。两组患者治疗后的 FEV1、FEFR 均显著高于治疗前 ($P < 0.05$);治疗前两组患者的 FEV1、FEFR 之间的差异均不显著 ($P > 0.05$),治疗后联合治疗组患者的 FEV1、FEFR 均显著高于常规治疗组 ($P < 0.05$),说明慢性喘息性支气管炎急性发作患者应用盐酸氨溴索治疗的临床效果好,值得推广。

(上接第 148 页)

负荷优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,不稳定心绞痛病人应用曲美他嗪联合稳心颗粒治疗的有效性 with 症状改善效果确切,可短时间控制症状,减少硝酸甘油使用和改善心肌负荷,值得推广。

参考文献

- [1] 颜永乐,廖美如,陈蕾蕾等.稳心颗粒与曲美他嗪联合治疗冠状动脉硬化性心脏病合并心律失常 43 例[J].中国药业,2011,20(12):66-66.
- [2] 潘永东,姜波,王书清等.稳心颗粒与比索洛尔联用治疗老年冠

参考文献

- [1] 罗田应.雾化吸入利多卡因治疗慢性喘息性支气管炎急性发作的临床体会[J].深圳中西医结合杂志,2014,24(9):113-114.
- [2] 何学春.射干麻黄汤联合穴位敷贴治疗慢性喘息性支气管炎急性发作疗效观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(5):16,19.
- [3] 刘琴,钱静燕,冯绍中等.佳贝咳喘宁 2 号治疗慢性喘息性支气管炎急性发作期临床观察[J].中国中医急症,2017,26(7):1247-1249.
- [4] 刘俊玲.小青龙汤加减治疗慢性喘息性支气管炎急性发作效果观察[J].中国乡村医药,2017,24(16):56-57.
- [5] 杨香田,张艳.慢性喘息型支气管炎急性发作采用雾化吸入利多卡因治疗的临床效果报道[J].中国保健营养(中旬刊),2014,4(6):3897-3898.
- [6] 谢乐军,黄富强.小青龙汤加减对老年慢性喘息性支气管炎急性发作及患者生活质量的影响[J].中国疗养医学,2016,25(1):56-58.

心病室性早搏的疗效[J].心血管康复医学杂志,2010,19(3):319-321.D

- [3] 兰银花.观察稳心颗粒联合美托洛尔治疗老年人冠心病心律失常的心律失常疾病缓解率[J].中国卫生产业,2014,13(22):187-188.
- [4] 张亚静.胺碘酮联合稳心颗粒治疗心衰合并心律失常的疗效分析[J].中医临床研究,2014,6(18):42-43.
- [5] 陈淑丽.稳心颗粒治疗冠心病合并的心律失常疗效观察[J].心血管康复医学杂志,2011,20(4):392.
- [6] 贺云霞.观察稳心颗粒联合美托洛尔治疗冠心病心律失常疗效[J].临床医药文献电子杂志,2015,15(10):1971-1971.