

救患者的同时请当地疾病预防控制中心采样,结果甲流病毒核酸检测阳性,确诊为甲流。出院诊断:甲流(危重型);葡萄球菌性肺炎;呼吸窘迫综合征;多器官功能障碍综合征;肺曲菌病。

2 结 果

2.1 确定主要诊断 本例患者出院诊断均为急或重,且每个疾病的治疗都花费很多医疗精力及费用,如何选择主要诊断,是正确编码的根本保证。根据主要诊断选择原则,以本次医疗事件中,选择对健康危害最严重、花费医疗精力最多、住院时间最长的诊断名称为患者的主要诊断^[1]。通过阅读病历与临床医生沟通、查阅相关文献资料,了解到甲流可引发一系列的并发症或者伴有一些伴随疾病,在呼吸系统疾病章节中,其编码规则中对于甲流是一个优先编码的疾病^[1]。因此甲流应作为该患者出院主要诊断,其他诊断作为次要诊断。

2.2 甲流的编码 在 ICD-10 中用主导词流行性感冒在卷 3 中 623-624 页查找^[2]。流行性感冒——伴有;——肺炎 J11.0;———其他流感病毒已证实 J10.0;——呼吸道表现 NECJ11.1;———其他流感病毒已证实 J10.1;——临床表现 J11.8;———其他流感病毒已证实 J10.8;核对卷 1 第 415 页;J10.0 流行性感冒伴有肺炎,其他流感病毒被标明;J10.1 流行性感冒伴有其他呼吸道表现,其他流感病毒被标明;J10.8 流行性感冒伴有其他表现,其他流感病毒被标明。

2.3 本例重症甲流 ICD-10 编码 综合患者的临床表现、发病机制,本例甲流(危重型)引发的并发症和一些危重的伴随疾病,即伴有葡萄球菌性肺炎,也伴有呼吸道表现呼吸窘迫综合征,同时还伴有其他表现多器官功能障碍综合征和肺曲菌病,根据编码原则,该患者出院诊断及编码结果为:主要诊断:甲流(危重型)J10.0;其他诊断:葡萄球菌性肺炎 J15.2;呼吸窘迫综

合征 J80;多器官功能障碍综合征 R65.1;肺曲菌病 B44.1。

3 讨 论

主要诊断的选择目的是为了对主要疾病的诊断进行正确的编码和统计^[3],同时 ICD-10 编码的正确与否直接关系到医院统计报表的准确程度,更是确保医疗信息准确及提高信息利用价值的关键。要正确选择主要诊断以及对主要诊断编码作出正确选择,编码员必须有高度的责任心,同时要加强 ICD-10 分类及相关专用知识的学习,多了解新病种、新技术;遇到复杂或者罕见病例,多与临床医生沟通,弥补医学知识的不足,勤学、勤问、勤讨论,力求使编码分类准确完善^[4]。

通过本案例选择主要诊断及 ICD-10 编码的分析和体会,懂得只有认真阅读病案和相关书籍,密切沟通,同时用好专业知识,才能确保编码分类工作的高质量。

参考文献

[1] 刘爱民. 医院管理学:病案管理分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:5.

[2] 北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心. 疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:11.

[3] 王羽,邓京香. 疾病诊断主要情况的选择对信息利用的影响[J]. 中国病案,2008,9(9):31-32.

[4] 李蛟,陆红,董波波. 一种疑难病症的 ICD-10 编码浅析[J]. 中国病案,2007,8(1):36-37.

(收稿日期:2010-08-21)

医院临床医护人员应加强输血医学系统化学习

马丽琼(云南省曲靖市第一人民医院输血科 655000)

【关键词】 医护人员; 临床输血; 血液
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.078 **文献标志码:**B **文章编号:**1672-9455(2011)04-0504-01

临床输血早已告别血管对血管的原始输血时代,在现代输血实践中,血液从献血者血管流出到进入受血者血管的过程,需要经历血液采集、血液检测、血液成分制备、血型与配血、临床输血等多个技术环节,输血医学长期缺乏完整体系研究的历史渊源,导致学科教学长期延续在将不同知识分隔于不同学科来讲述的教学模式中^[1]。

1 加强输血医学系统化学习的必要性

1998 年我国颁布《献血法》之后,输血医学的技术环节进一步被规范,将血液采集、血液检测、血液成分制备等技术环节从医院剥离出来,由血液中心和血站等专门的采供血机构,按照操作流程化的模式实施,医院输血科主要负责血液的存储和临床输血的配血实验,医院临床科室主要负责输血的决定和输血的实施。由于输血技术环节的独立性,各技术环节的执行者少有机会去了解其他技术环节的知识,再加上医学院校又没有对输血医学知识进行系统的培训,使得临床上不乏对输血知识缺乏全面了解的医生,“手术中患者丢失的是全血,因此应该输全血”的观念至今仍没有完全纠正,成分输血并没有得到临床医生完全的认同。在目前的分离式教学中,无论是诊断学、内科学、外科学还是护理学,都没有对静脉输血、动脉加压输血、

血浆置换和换血技术详加阐述,学生在校学习期间缺乏对临床输血技术全面准确地掌握,往往是参加工作过后,才得以通过“以师带徒”的方式接触和学习临床输血技术,这导致了不同医院不同科室的医护人员掌握临床输血技术的程度都存在较大差别^[2]。进而使得一些新参加工作的医护人员不会输血、输错血的情况也难以避免。例如临床上有的护士没有充分理解血液中不能加入药物、机采血小板易黏附聚集、冷沉淀易失活需及时快速给患者输注的原因,由此导致血液报废的事件并不少见。

2 学习临床输血学的主要内容与方法

2.1 目前,医院临床医护人员对采供血法规和体系文件的认知度不高,缺乏血液管理知识,临床医师应按照“患者缺什么补什么”的原则,选择合适的血液成分输注,而且不输入患者不需要的其他血液成分^[1],还可降低输血传染病及由异体血浆引起的不良反应的发生概率。因此学习这部分内容是临床医师的当务之急。二是学习临床各科的输血:在临床上,几乎各个学科都离不开输血。不同科室、不同疾病的患者,有其不同的输血要求。三是学习输血不良反应和输血相关性疾病的防治措施,树立输血风险意识。关于临床用血国家卫(下转第 512 页)

率、治疗前后丙氨酸氨基转移酶(ALT)的升降、HBV-DNA 的水平高低以及加强对耐药突变的检测,综合评价疗效,制定下一步的治疗方案,并加强随访^[2]。

2 HBsAg 与抗-HBs 同时阳性

HBsAg 和抗-HBs 国内外的文献以及近期国内有文章报道,这种现象出现的概率占所有的 HBV 慢性感染人群的 5% 左右。产生的原因可能包括:(1)患者处于 HBV 感染的恢复期,患者体内有存在 HBsAg、抗-HBs 的免疫符合物;(2)两种 HBV 亚型感染,一种亚型已经产生抗体,另外一种还没有产生;(3)HBV 的突变,常见于新生儿母婴感染以及肝移植的患者;(4)IFNa 治疗出现抗-HBs 血清转换,因 S 基因变异,未能清除 HBsAg;(5)疫苗接种,有正常的抗-HBs 应答,感染 α 决定簇变异免疫逃逸变异株。对于这种现象的原因分析很多,其中最重要的结论之一是与 HBsAg 同时出现的抗体不具保护作用,其亲和力很差。

3 HBsAg 单独阳性

不常见模式中还有 HBsAg 单独阳性,无抗体出现的模式,主要见于(1)急性 HBV 感染的最早期,一般随之出现 HBeAg 和抗-HBc IgM,若以后仍为持续性单一的 HBsAg 阳性,需用 HBsAg 确认实验以避免假阳性结果。(2)HBsAg 携带者母亲所生的婴儿。结合临床诊断分析,此种模式主要为慢性乙肝,且肝功能指标仅 AST 升高,提示可能处于乙肝感染的早期或低水平感染^[3-4]。

4 HBsAg 阴性而抗-HBc IgM 阳性

抗-HBc IgM 是 HBV 感染后较早出现的抗体,高滴度的抗-HBc IgM 认为是诊断急性乙型肝炎的“金标准”,即使 HBsAg 阴性,也可诊断急性乙型肝炎,高滴度的抗-HBc IgM 常表示肝脏损害,有肝功能的异常。HBsAg 阴性而 HBcAb-IgM 阳性的模式,其肝功能急性指标升高的患者较少,而慢性指标升高的患者较多,有报道认为此种模式可能是急性乙肝处于恢复的窗口期。

5 HBeAg 单独阳性

HBsAg 阴性而 HBeAg 阳性。有文献报道,HBV-S 基因区突变可使患者感染 HBV 后,产生 HBsAg 阴性结果,若运用 PCR 技术在血清或肝组织中能检测出 HBV DNA,此可视为 HBsAg 阴性的 HBV 感染,但较为少见。另有报道,抗-HBs 与

HBsAg 可形成免疫复合物,当抗体的数量恰好将抗原决定簇位点全部覆盖时,便造成血清中既不能检测到 HBsAg 又不能检测到抗-HBs 的现象^[5];类风湿因子与 HBeAg 有交叉抗原存在,当类风湿因子阳性时,可能造成 HBeAg 假阳性,此时如遇到 HBeAg 单独阳性时应做类风湿因子检测,以排除假阳性的可能。少数病例可能与干扰素治疗中 C 基因区的短暂整合或 S 基因序列中决定簇前有插入变异有关。

特别需要注意的是,有些不常见模式是由于一些外在的因素造成的,如试剂质量、方法学差异、操作误差及样本干扰等,例如 HBsAg 浓度过高,有些采用“一步法”检测的试剂盒会产生“钩状效应”,出现假阴性的结果,以上提到的不常见模式中,4、5 两种模式就有可能为“钩状效应”造成。要避免这种情况,可将标本稀释后再测或采用“二步法”的试剂进行检测。因此,对临床实验室的乙肝不常见模式不能轻易发出报告,首先要进行复查,排除试剂及操作过程造成的误差,并且最好采用不同的试剂及方法加以验证;其次应及时与临床沟通并结合 HBV DNA、肝功能等检查以及临床症状进行综合分析。此外,有条件的实验室还可以对这些标本进行基因突变的检测,这样才有利于分析这些模式产生的真正原因,也为临床的诊断和治疗提供可靠依据。

参考文献

- [1] 晓红,张中伟,郭欣,等.前 S1 抗原与 HBV 5 项标志物的关系及检测意义[J].现代检验医学杂志,2008,23(4):516-517.
- [2] 拉米夫定临床应用专家组.2004 年拉米夫定临床应用专家共识[J].中华传染病杂志,2004,22(4):283.
- [3] 李玉娟,杨丽.乙肝 6 项检测种 HBsAg 和抗-HBs 同时存在分析[J].中外医疗,2010,29(8):12-13.
- [4] 郎江明.临床免疫诊断学[J].广州:广东科技出版社,2003:44.
- [5] 温立鸿,崔慧铃.54 例特殊模式的乙型肝炎患者血清分析[J].河南预防医学杂志,2001,12(6):324.

(收稿日期:2010-09-29)

(上接第 504 页)

生部的主要规定有:《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》,临床用血要遵照《临床输血技术规范》执行,其中第 3 条规定临床医师和输血科医技人员应严格掌握输血适应证,正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术,包括成分输血和自体输血等。在《临床输血技术规范》附件 3、附件 4 中提出了各种血液成分输注的适应证。

2.2 学习的主要方法 一是临床医生一方面要认识学习输血的理论知识,另一方面,要将学到的输血理论知识运用于输血实践,从实践中不断总结;输血科技技术人员应重点加强血型血清学、血液系统感染性疾病检测技术相关知识的学习和培训;临床护士应重点加强各种成分输血技术及核查制度学习。二是用派出去学与请进来教相结合,医院可派出业务骨干进修学习,参加有关的临床输血学术会议,回来后带动本科室或本医

院的输血工作,同时还可邀请有关临床输血专家来医院做专题讲座。三是相互学习与自学相结合,组织相关人员对某些典型病例进行讨论,从而达到相互学习、共同进步的目的。

总之,临床医护人员应不断拓宽自己的知识面,更新自己的输血知识和观念,以达到输血治疗的最佳效果。

参考文献

- [1] 林繁智,胡亚远.临床输血质量与安全对策[J].实用医技杂志,2010,17(10):977.
- [2] 李文平.二级医院临床医师应加强学习临床输血学[J].重庆医学,2003,32(13):372-373.

(收稿日期:2010-08-13)