

临床输血申请单规范填写情况分析

郑香花(新疆维吾尔自治区石河子市人民医院检验输血科 832000)

【摘要】 目的 通过对该院临床输血申请单填写情况统计分析,寻找原因,提高对输血申请单规范书写的重视,确保临床输血安全,防范由此引起的医疗纠纷。**方法** 统计分析该院 2010 年 8 月至 2011 年 7 月的临床输血申请单 13 800 份,按《临床输血技术规范》附件 7“临床输血申请单”所列项目检查评分。**结果** 13 800 份临床输血申请单填写合格 5 400 份,合格率为 39.1%。**结论** 目前本院临床输血申请单填写质量欠佳,填写不规范,存在引发医疗纠纷的隐患,值得医院管理部门和临床医生重视。

【关键词】 临床输血申请单; 规范填写; 医疗纠纷

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0609-02

根据《临床输血技术规范》第二章第五条要求,申请输血应由经治医师逐项填写输血申请单,由主治医师核准签字,连同受血者血样于预定输血日期前交输血科(血库)备血。为此作者分析统计了本院 2010 年 8 月至 2011 年 7 月 13 800 份输血申请单的填写情况,发现输血申请单填写存在不规范现象,由此可能引发医疗纠纷,存在安全隐患,现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2010 年 8 月至 2011 年 7 月各临床科室实施输血的输血申请单共 13 800 份。

1.2 方法 按《临床输血技术规范》附件 7“临床输血申请单”所列项目分成 25 项检查评分,每张申请单每缺一项扣 5 分,总分大于或等于 90 分为合格。

2 结果

13 800 份输血申请单中,填写规范的 5 400,占 39.1%,不规范填写 8 400 份,占 60.9%。填写不规范申请单主要缺陷为:经治医生和主治医师为同一人或只有经治医师而主治医师空格占 44.4%;血常规及输血前检查漏填或填写不全占 18.9%;输血指征掌握不严占 14.0%;既往输血史及妊娠史漏填占 10.2%;患者姓名、住院号填错占 3.6%;无临床诊断占 3.0%;血型漏填占 5.8%;血型填错占 0.1%。

3 讨论

输血申请单记录着患者输血前的状态信息,既是临床医生为患者做出输血决定的依据,也是一种具有法律效力的重要医疗文书。输血申请单填写的质量体现出一个医院临床规范用血和科学合理用血的水平,反映着临床医生人员对《临床输血技术规范》认识和执行的程度。

统计分析本院 13 800 份输血申请单,规范填写占 39.1%,不规范填写占 60.9%,这个结果令人担忧。通过本次分析发现输血申请单填写存在以下缺陷:(1)除姓名、输血成分外所有项目均有缺项现象。(2)输血申请单只有经治医生的签名,而无上级医生的签名审核,比例高达 44.4%。导致此问题的原因之一是本院临床医生对临床输血申请单的填写规范概念不清,还需要组织临床科室认真学习。(3)血常规及输血前检查漏填甚至不填占缺陷第二位,《临床输血技术规范》中规定,患者输血前必须检查血型、血红蛋白、红细胞比容、血小板、丙氨酸氨基转移酶、乙型肝炎病毒表面抗原、丙型肝炎抗体、人类免疫缺陷病毒抗体和梅毒抗体 9 项指标,并列入输血申请单的必填项目。血红蛋白、红细胞比容、血小板是判断是否有输血适应征和观察输血后效果的重要依据,漏填或不填,输血科无法

了解患者的贫血情况,对输血适应证审核缺乏依据^[1],无法指导临床合理用血;丙氨酸氨基转移酶、乙型肝炎病毒表面抗原、丙型肝炎抗体、人类免疫缺陷病毒抗体和梅毒抗体等是判断患者血液有无传染性的指标。为减少由输血引起的医疗纠纷,明确疾病传播的责任,必须在输血前对受血者进行以上项目的检查。(4)排在缺陷表第三位的是申请用血不合理,不严格掌握输血适应证。有些申请单填写的输血目的是纠正贫血,却只申请了血浆,另外,实际工作中,作者还发现,搭配输血在临床也非常常见,输 2 U 的血,就要申请 400 mL 的血浆。不排除部分临床医生未完全摒弃输注全血的旧观念,当无法获得全血时,使用 2 U 红细胞加上 400 mL 血浆以达到输注全血的目的。实质是浪费血液资源又增加传播疾病的风险。这一年中还发现有剂量不够的现象,还存在成年患者输注 1 U 红细胞的现象。输血量 and 临床用药一样,达到有效用药剂量才能获得预期的药效,否则患者未获药效却可能产生不良反应。输血必须更加强调这一点。(5)排在缺陷表第三位的是既往输血史及妊娠史漏填,由于人红细胞血型已确认有 200 多种^[2],疾病、既往多次输血、妊娠等均可能会产生抗体,给输血科的血型鉴定及交叉配血带来困难。为保障人民的生命安全、赢得宝贵的抢救时间,输血申请单的规范填写在此时尤为重要。如稀有血型患者需紧急输血又无同型血时,无输血史的 RH 阴性的男性患者和无需生育的妇女(抗筛阴性)在患者或家属知情同意的情况下可输 RH 阳性血^[3-5],以赢得时间挽救生命。因此输血申请单上的任何一项内容都不能忽视。

“输血无小事”,即使是填写输血申请单这种看起来非常简单的事情,但涉及到输血安全则决不能轻视,尤其在当前医疗纠纷日益增多的情况下,为了减少和避免因输血申请单填写不规范^[6]或用血不合理而引起的医疗纠纷^[7-8]的发生,建议采取以下防范措施:(1)医院输血管理委员会加强临床用血的规范管理和技术指导;对临床医生开展临床合理安全用血、科学用血的教育和培训;实施输血申请单填写质量管理,将规范填写输血申请单作为一项业务考核内容,经常检查记录。(2)输血科(血库)的工作人员要严格把关,发现不规范填写的输血申请单和不合理的用血,应及时与临床主管医生沟通,提醒医生不是急诊用血的应填写完整后再送输血科备血;急诊用血的患者输血前检测项目必须在输血前留取血标本送检,在输血申请单项目上注明“已抽检”。(3)临床医生和输血工作人员加强输血知识的学习,提高对输血存在危险性的认识,严格执行临床输血申请审核制度,规范填写输血申请单。严格掌握输血适应

证,才能防患于未然。

参考文献

[1] 王全立. 中国的输血安全管理[J]. 中国输血杂志, 2009, 22 (9):709.

[2] 夏琳. 临床输血诊疗技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:62.

[3] 刘淑会,王保平. eedee 患者输大量 Rh 阳性血 1 例[J]. 中国输血杂志, 2002,15(5):315.

[4] 李代渝,张洪为. rthO(一)患者输注 RhD (+)血液的处理[J]. 中国输血杂志, 2008,21(6):488.

[5] 兰炯采,魏亚明. Rh 阴性患者的科学安全输血[J]. 中国输血杂志, 2008,21(2):84.

[6] 刘利明,陈雪丽,陈蓉. 规范书写临床用血申请单的重要性[J]. 实用医技杂志, 2007,14(5):611-612.

[7] 刘明泰,孙光妍. 加强防范措施,减少医疗纠纷[J]. 中国医院管理, 2000,20(5):41-42.

[8] 向国贤,张秋英. 医疗纠纷发生原因及防范措施浅谈[J]. 中国医师杂志, 2003,1(增):326-327.

(收稿日期:2011-10-15)

胶体金和邻联甲苯胺法测定粪便隐血的比较

王明富(云南省镇沅县医院 666500)

【摘要】 目的 对常用的粪便隐血试验邻联甲苯胺法和胶体金法进行对比分析,探讨两种方法的优缺点,并对易造成假阳性和假阴性的原因进行比较分析。**方法** 对同一份标本同时进行胶体金法和邻联甲苯胺法测定。**结果** 胶体金法灵敏度高且特异性和抗干扰能力优于邻联甲苯胺法,邻联甲苯胺法灵敏度高而准确度低,干扰物质多。**结论** 胶体金法优于邻联甲苯胺法,宜在临床检测中使用,邻联甲苯胺法价格低廉,灵敏度好,适合用于体检等大批量标本筛查。

【关键词】 粪便隐血; 胶体金; 邻联甲苯胺
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 05. 057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0610-02

粪便隐血是诊断消化道出血和筛查消化道肿瘤的重要手段,具有简便易行、快速的特点^[1]。《全国临床检验操作规程》(第3版)推荐的粪便隐血的检测方法有免疫学检测法、邻联甲苯胺法和试带法3种。作者用免疫学检测法、邻联甲苯胺法对457例临床标本进行了测定,并对结果进行比较分析,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 试剂 胶体金试纸:市售浙江艾康生物技术(杭州)有限公司生产,批号201104321-3。邻联甲苯胺试剂:严格按《全国临床检验操作规程》(第3版)配方配制,10 g/L 邻联甲苯胺溶液,3%过氧化氢溶液。

1.2 标本来源 本院体检、门诊、住院患者粪便457份,1 h内检验完毕。

1.3 方法 胶体金法:严格按厂家说明书操作,稀释好粪便后插入试纸条并开始计时,标本液面不超过标记线,5 min时读取结果,出现两条红线为阳性,只有控制线显色为阴性,控制线不显色者为失效。邻联甲苯胺法:严格按《全国临床检验操作规程》(第3版)操作,取少量粪便于消毒棉拭子上,滴加10 g/L 邻联甲苯胺溶液2~3滴,3%过氧化氢溶液2~3滴,立即观察结果,2 min内显蓝色为阳性,每天试验开始前做3%过氧化氢溶液有效试验。

2 结果

结果见表1、2。

表 1 两种方法检测结果[n(%)]			
方法	n	阳性	阴性
胶体金法	457	44(9. 60)	413(90. 37)
邻联甲苯胺法	457	180(39. 39)	277(60. 60)

表 2 两种方法确认阳性结果[n(%)]			
方法	确认阳性	假阳性	假阴性
胶体金法	45	0(0)	1(0. 22)
邻联甲苯胺法	45	135(75)	0(0)

3 讨 论

从表1可以看出,邻联甲苯胺法阳性率39. 39%,胶体金法阳性率9. 6%,差异有统计学意义($P<0. 01$);经饮食药物调查、内窥镜、直肠镜、钡餐等手段确认,从表2可以看出,邻联甲苯胺法假阳性率75%,胶体金法假阳性率0%,差异有统计学意义($P<0. 01$)。通过综合分析原因,邻联甲苯胺法干扰因素多,受饮食、药物(动物血、肝脏、肉类、富含叶绿素蔬菜、中药、维生素C、过氧化氢、铁剂等)等因素影响较大^[2],灵敏度高但易产生假阳性,检测前3 d需禁食易导致假阳性食物药物比较困难。胶体金法灵敏度高,特异性好,不受食物药物干扰(猪血红蛋白小于或等于500 μg/mL,牛血红蛋白小于或等于500 μg/mL,兔血红蛋白小于或等于500 μg/mL,辣根过氧化物酶小于或等于2 000 μg/mL不受干扰^[2]),检测前无需禁食,但是上消化道少量出血易出现假阴性,有学者分析为少量的上消化道出血的血红蛋白经肠道分解后失去了抗原性而出现假阴性。

通过综合分析可知,邻联甲苯胺法易受干扰,影响因素多,需要提前3 d禁食动物血及肉类等,易出现假阳性,但方法简单,灵敏度好,价格低廉,适合于体检等大批量标本的筛查;胶体金法不受动物血红蛋白干扰,检测前无需禁食肉类,试剂价格高,但方便储存,易规范化,可自动化、半自动化判读结果,检测灵敏度准确度高,较适合于临床使用。因方法学原因,两种方法均需防止经血等人体其他部位血液污染,两种方法均不能作为确诊依据。