

使患者自觉摒除日常生活中的不稳定因素,采取放松技巧有效应对各方面的压力,进而建立起健康的行为方式和心理方式,有效改善患者的生活质量。

综上所述,认知行为护理干预可以有效提高血液透析患者的自我效能感,改善生活质量,建议将认知行为护理干预纳入血液透析的常规护理。

参考文献

[1] 张焱,高峰.血液透析滤过与血液透析联合血液灌流治疗尿毒症顽固性高血压的疗效比较[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(2):203-204.

[2] 王建民,张亚琴,王静,等.血液灌流联合血液透析对维持性血液透析患者微炎症状态的影响[J].长春中医药大学学报,2016,13(1):315-317.

[3] 雷延兰,罗玲,陈莉,等.协同护理模式对血液透析患者自我护理能力和透析治疗依从性的影响[J].中国血液净化,2016,15(1):58-62.

[4] 黄丽,赖静.认知行为干预对维持性血液透析患者生活质量的影响[J].西部医学,2015,27(2):309-311.

[5] 尹祥广,周元,邢双双,等.维持性血液透析患者自我效能感测评工具的研究进展[J].护理学报,2016,23(20):32-35.

[6] 刘睿.肾康注射液联合血液透析治疗对慢性肾功能衰竭患者肾功能、肾性贫血及细胞因子含量的影响[J].海南医学院学报,2016,22(20):2386-2389.

[7] 黄美莲,叶婷香,古慧莲,等.有效侧支通路在无肝素血液透析中静脉壶完全堵塞后回血的意义和护理[J].护士进修杂志,2016,31(12):1133-1134.

[8] 吴晓芸,白莹,李迎婕,等.综合性护理干预对保护慢性肾衰竭患者出院后脂质代谢及肾功能的作用观察[J].山西医药杂志,2017,46(9):1105-1107.

[9] 周月泉,李建军,廖珍慧,等.自我效能理论在老年 COPD 患者用药依从性中的应用[J].公共卫生与预防医学,2016,27(3):115-117.

[10] 徐丽,周惠雅,赵娟,等.认知行为干预运用于癌痛患者中对疼痛控制障碍、服药及自我效能感的影响[J].河北医药,2018,40(4):618-620.

(收稿日期:2019-06-17 修回日期:2019-11-13)

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.04.028

洗涤红细胞临床应用回顾性分析

李凤侠

江苏省徐州市新沂市人民医院输血科,江苏徐州 221400

摘要:目的 分析新沂市人民医院 2017—2018 年临床应用洗涤红细胞持续增长的原因,为科学、合理使用洗涤红细胞提供依据。方法 调查新沂市人民医院输血科 2017—2018 年发放洗涤红细胞的电脑明细,通过输血前相容性检查结果以及患者的科室、疾病分布等情况分析 49 例患者输注洗涤红细胞是否合理。结果 2018 年洗涤红细胞用量比 2017 年增长了 74.1%;49 例患者洗涤红细胞合理输注占 58.1%,搭配输注占 27.3%,疑难配血输注占 14.6%。结论 洗涤红细胞的优点很多,但临床医生对其使用前评估不严谨,输血科对输血前血清学检查水平应不断提高。

关键词:洗涤红细胞; 临床应用; 疑难配血

中图分类号:R457.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)04-0530-03

洗涤红细胞是采用特定的方法将保存期内的全血、悬浮红细胞用大量等渗溶液洗涤,去除几乎所有血浆成分和大部分非红细胞成分,并将红细胞悬浮在氯化钠注射液或红细胞添加剂中所制成的红细胞成分血^[1]。由于其优点很多,临床医生大多认为其安全性相对较高,经验性应用日益增加。笔者根据本院 2017—2018 年临床应用洗涤红细胞情况及相关血清学检查结果进行综合分析,现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017 年本院用悬浮红细胞总量 8 874 U,2018 年总用量 8 934 U;2017 年本院洗涤红细胞用量 120 U,2018 年总用量 209 U。2017—2018 年输注洗涤红细胞的患者共 49 例,输注洗涤红细胞共 329 U,其中男 29 例、女 20 例,年龄 1~91 岁。

1.2 调查方法 通过输血科信息系统调取 2017—2018 年输注洗涤红细胞的患者的信息,根据患者的疾

病、科室以及输注洗涤红细胞量进行分类汇总,同时根据《临床输血技术规范》附件成分输血指南中洗涤红细胞的常用适应证,凡符合适应证的判为合理输注,输注洗涤红细胞的患者同时或期间又输注血浆或血小板判定为搭配输注,查阅输血申请记录、输血科疑难交叉配血记录,凡是因交叉配血不合而输注洗涤红细胞的判定为疑难配血输注。

2 结果

从表 1 可以看出 2018 年本院洗涤红细胞用量较 2017 年增长了 74.1%,用量最多的科室主要是血液科。2017—2018 年输注洗涤红细胞 49 例患者根据输注情况分类见表 2。其中合理输注 28 例,共输注 191 U,占总量的 58.1%;搭配输注患者有 8 例,共输注洗涤红细胞 90 U,占总量的 27.3%;因疑难配血而输注的患者有 13 例,共输注洗涤红细胞 48 U,占总量的 14.6%。

表 1 2017—2018 年洗涤红细胞临床科室使用汇总

科室	2017 年		2018 年		洗涤红细胞增长量[U(%)]
	n	洗涤红细胞用量(U)	n	洗涤红细胞用量(U)	
血液科	6	76	18	162	86(113.1)
肝肾科	3	16	2	4	-12(-75.0)
肿瘤科	3	8	6	17	8(112.5)
其他	4	20	7	26	6(30.0)
合计	16	120	33	209	89(74.1)

表 2 49 例患者洗涤红细胞临床应用分析

项目	n	洗涤红细胞用量(U)	用量比例(%)
合理输注	28	191	58.1
搭配输注	8	90	27.3
疑难配血输注	13	48	14.6
合计	49	329	100.0

3 讨 论

洗涤红细胞由于去除 98% 以上的血浆,可降低过敏、非溶血性发热反应等输血不良反应,主要用于因血浆蛋白过敏而又需要继续输血,以及因自身免疫性溶血性贫血(AIHA)、阵发性睡眠性血红蛋白尿(PNH)、高钾血症、新生儿溶血病、反复输血产生非溶血性发热性输血反应(FNHTR)及肝肾功能障碍需要输血的患者^[2]。本院输注洗涤红细胞的患者大多为血液科、肿瘤科、肝肾科患者,与文献^[3]报道基本一致。血液病患者,每年应用洗涤红细胞的量最多,增长也最多。肾性贫血发病机制主要是促红细胞生成素(EPO)生成减少,目前大多采用 EPO 治疗^[4],所以临床用量有所减少。肿瘤科及其他科室用量也有所增加,但增加不明显。

49 例患者中合理输注 28 例符合上述适应证,其中有 3 例 AIHA 患者共使用洗涤红细胞 60 U,占总量的 18.2%。8 例搭配输注患者中有 5 例是血液病患者,输注洗涤红细胞的同时又输注单采血小板,另外 3 例患者输注洗涤红细胞的同时输注病毒灭活血浆,这些患者的输注说明了临床医生没有充分认识到输注洗涤红细胞的真正目的,对洗涤红细胞输注评估不严谨。疑难配血输注的 13 例患者均是由于交叉配血时主侧无凝集,次侧凝集(微柱凝胶法),不规则抗体筛查阴性,患者直接抗人球蛋白试验(DAT)阳性,输血科工作人员为了安全,与临床医生沟通建议输注洗涤红细胞。其实引起 DAT 阳性的原因很多,健康人中 0.1% DAT 阳性,住院患者 DAT 阳性率为 1.0%~1.5%,这些人大多数无溶血表现^[5]。遇到 DAT 阳性的患者,输血科工作人员应与临床医生及时沟通,了解患者病史,13 例患者中有 5 例是多发性骨髓瘤(MM),由于患者体内有大量异常免疫球蛋白导致交叉配血次侧阳性,相关报道也提及 MM 患者易导致交叉配血不合^[6];排除患者病史无输血史,询问患者的最近用药史,熟知能引起 DAT 阳性的常用药

物,同时查阅相关实验室检查,了解患者是否有溶血表现。目前已超过 130 种药物可以引起免疫性溶血^[7],所以药物引起的免疫性溶血反应临床越来越重视,这类患者首选治疗是停止可疑药物,必要时才选择血液输注^[8]。对于近期有输血史 DAT 阳性的患者在交叉配血时可以用患者 45℃ 放散后红细胞进行交叉配血,这样可以除去患者自身抗体的干扰,同时对放散液进行不规则抗体筛查,筛查是否存在有临床意义的同种抗体,虽然输注避开该抗体的血液效果较好,但即使输注未避开此类抗体的血液,也不会刺激免疫系统产生大量抗体进而引起严重的免疫性溶血^[9]。在相关报道中也有关于 DAT 阳性患者的输血策略^[10],没有提及该类患者必须输注洗涤红细胞。所以对于患者 DAT 阳性的标本,不能为了避免次侧交叉配血而为患者预定洗涤红细胞,这样也会导致危重患者延误治疗。

由此可见,本院输注洗涤红细胞持续增长的原因主要有以下几个方面:首先临床医生对于长期输血的血液病患者,为了规避输血风险,从安全角度预防性申请输注洗涤红细胞。其次,输血科的工作人员对于交叉配血次侧不合的患者不仔细查找原因,认为洗涤红细胞不要求次侧交叉配血而错误地指导临床医生预约洗涤红细胞,在相关报道中^[11]也有类似应用,从而折射出洗涤红细胞的应用存在共性现象。另外,市血液中心 2016 年之前提供的洗涤红细胞是手工制备的,保存期只有 24 h,目前提供的洗涤红细胞是全自动机洗的,由于是红细胞添加剂保存的,保存期与洗涤之前悬浮红细胞一样,所以医生在申请用量时可以预约患者 2~3 d 的用量,这也是导致洗涤红细胞用量增加的主要原因之一。虽然全自动机洗红细胞的红细胞回收率比手工法提高许多,远远超过国家标准,但笔者认为洗涤红细胞制备过程中红细胞的丢失对于不需要输注洗涤红细胞的患者来说是一种间接的血液浪费,并且洗涤红细胞制备过程中的反复离心所造成的机械损伤、变形性降低、脆性增加等缺点也不容忽视^[12]。

综上所述,科学、合理使用洗涤红细胞必须从两方面着手,一方面加强对临床医生的培训,使其充分了解洗涤红细胞的制备过程,牢固掌握其适应证,输血前合理评估;另一方面输血科应不断提高输血前血清学检测水平,及时与临床沟通,真正做到合理指导临床用血。

参考文献

[1] 胡丽华. 临床输血学检验技术实验指导[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:14.
 [2] 付涌水. 临床输血[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:33-35.
 [3] 廖荣仙,傅国英,吴少云,等. 临床应用洗涤红细胞的调查

分析[J]. 中国输血杂志, 2017, 30(7): 760-761.

[4] 刘景汉, 李志强, 王海林. 临床单病种输血[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 26-27.
 [5] 王兰兰. 医学检验项目选择与临床应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 433-434.
 [6] 崔颖, 杜鹃, 杨世明, 等. 多发性骨髓瘤患者血型鉴定和交叉配血的影响因素及处理办法[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2017, 33(10): 1419-1421.
 [7] GARRATY G. Immune hemolytic anemia caused by drugs [J]. Expert Opin Drug Safe, 2012, 11(4): 635-641.
 [8] 李翠莹, 范秀. 药物性抗体引起免疫性溶血反应的探讨[J]. 临床输血与检验, 2018, 20(1): 4-7.

[9] BLACKALL D P. How do I approach patients with warm-reactive autoantibodies? [J]. Transfusion, 2011, 51(1): 14-17.
 [10] 李建刚, 赵家宁. 直接抗人球蛋白试验阳性患者交叉配血方法的探讨[J]. 现代检验医学杂志, 2015, 30(4): 130-131.
 [11] 王玲, 刘毅, 郑凌, 等. 临床安全、合理应用洗涤红细胞的探讨[J]. 国际检验医学杂志, 2014, 35(8): 1057-1058.
 [12] 王爱梅, 梁文华, 王群, 等. 不同保存期全血制备洗涤红细胞的超微结构变化[J]. 临床输血与检验, 2004, 6(3): 173-176.

(收稿日期: 2019-05-28 修回日期: 2019-11-02)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2020.04.029

风险护理辅助卡培他滨联合羟基喜树碱在胃癌患者中的应用

任娜娜

陕西省延安市人民医院肝胆外科, 陕西延安 716000

摘要:目的 探讨风险护理辅助卡培他滨联合羟基喜树碱在胃癌患者中的应用效果。方法 选取2017年3月至2018年3月胃癌患者80例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组40例。两组均给予卡培他滨联合羟基喜树碱治疗,对照组治疗过程中给予常规护理,观察组在对照组基础上联合风险护理,护理1个月后对效果进行评估,比较两组患者的满意度、生活质量、不良反应发生率。结果 观察组护理总满意度显著高于对照组($P < 0.05$);干预后,观察组生活质量评分显著低于对照组($P < 0.05$);观察组患者在护理干预后周围神经炎、白细胞减少、胃肠道不适、静脉炎的发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论 卡培他滨联合羟基喜树碱治疗胃癌时给予风险护理有助于提高护理满意度,能降低不良反应发生率,提高患者的生活质量,值得推广应用。

关键词: 风险护理; 羟基喜树碱; 胃癌; 卡培他滨

中图法分类号: R473.73

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)04-0532-03

胃癌是我国常见的恶性肿瘤,目前胃癌的治疗多以化疗为主^[1]。但是,化疗是一种全身治疗方法,在杀死肿瘤细胞的同时会对机体组织产生影响,再加上患者对疾病、治疗方法缺乏认识,导致患者不良事件发生率较高,影响患者治疗的耐受性、依从性^[2]。风险护理是一种新型的护理模式,是对可能发生的风险制订有效的措施进行干预,最大限度减少不良事件的发生率,但是在胃癌患者中的应用研究较少。因此,本研究以胃癌患者作为研究对象,探讨风险护理辅助卡培他滨联合羟基喜树碱在胃癌患者中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年3月至2018年3月胃癌患者80例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组40例。对照组中男24例,女16例;年龄24~82岁,平均年龄(60.3±4.1)岁;肿瘤分期:Ⅰ~Ⅱ期23例,Ⅲ~Ⅳ期17例;分化类型:高分化18例,中分化16例,低分化6例。观察组中男22例,女18例;年龄25~83岁,平均年龄(61.5±4.3)岁;肿瘤分期:Ⅰ~Ⅱ期21例,Ⅲ~Ⅳ期19例;分化类型:高分化16例,中分化17例,低分化7例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P >$

0.05),具有可比性。纳入标准:(1)均符合胃癌诊断标准,均经病理组织检查确诊;(2)符合卡培他滨联合羟基喜树碱治疗适应证,且患者均能耐受;(3)意识清楚,能与医生进行沟通、交流。排除标准:(1)临床资料不完整的患者;(2)有精神类疾病的患者;(3)有其他脏器的重大疾病患者^[3]。

1.2 方法 对照组:给予常规护理。向患者及家属讲解卡培他滨联合羟基喜树碱治疗的适应证,告知患者治疗过程中的注意事项,尽可能获得患者的支持与配合;加强患者治疗过程中常规护理干预,定时进行消毒,以防造成患者二次感染,对住院患者进行细心、全面的护理服务,当患者因为治疗期间发生不良反应时,及时地对症处理并采取措施^[4]。

观察组:在对照组基础上联合风险护理。(1)风险识别。患者每次用药前加强患者身体状态评估,了解患者卡培他滨联合羟基喜树碱治疗的耐受性^[5],了解患者的病情严重程度、是否合并基础疾病、意识状态等,对于可能出现的风险进行评估与识别;针对可能存在的风险如坠床、噎食呛咳、感染、压疮等^[6],制订相应的护理措施。(2)加强风险干预。针对患者可能存在的风险,结合科室情况加强患者护理,具体落实每例患者的护理情况,并成立相应的护理风险管理