

• 论 著 •

妇科肿瘤患者围手术期用血合理性调查分析

吴洁玲

(大连市血液中心, 辽宁大连 116001)

摘要:目的 探讨妇科肿瘤患者围手术期临床用血情况,为指导临床用血提供依据。方法 回顾性分析 110 例妇科肿瘤患者围手术期临床用血情况,其中良性肿瘤 50 例,恶性肿瘤 60 例,110 例均进行手术治疗。分析妇科肿瘤围手术期临床用血合理性和特点。结果 妇科肿瘤患者围手术期总体合理用血率为 75.5%,术前、术中失血小于或等于 500 mL、术中失血大于 500 mL 及术后合理性输注率分别为 78.2%、54.5%、79.5%、75.7%,4 个输血时间上的合理输注率比较差异无统计学意义($F=8.19, P>0.05$)。结论 妇科肿瘤患者围手术期不合理性输注比例为 24.5%,围手术期临床用血管理需进一步加强。

关键词:妇科肿瘤; 围手术期; 合理用血; 输血

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.11.029

文献标识码:A

文章编号:1673-4130(2015)11-1548-02

Analysis of rationality of blood transfusion in gynecologic tumor patients during perioperative period

Wu Jieling

(Blood Center of Dalian, Dalian, Liaoning 116001, China)

Abstract: Objective To analyze rationality of blood transfusion in gynecologic tumor patients during perioperative period and provide policy suggestions for reasonable blood transfusion. Methods Clinical data of 110 patients with gynecologic tumor were extracted and retrospectively analyzed. All the 110 patients underwent operations, including 50 benign tumor and 60 malignant tumor. To analyze the rationality and specialty of blood transfusion in preoperative period of gynecologic tumor. Results The total rationality of blood transfusion in perioperative period of gynecologic tumor was 75.5%. The rationality blood transfusion proportions of pre-operation, during operation with bleeding volume less than or equal 500 mL, during operation with bleeding volume more than 500 mL, post-operation were 78.2%, 54.5%, 79.5%, 75.7% respectively. The rationality of the four blood transfusion had no statistical significance($F=8.19, P>0.05$). Conclusion The unreasonable blood transfusion in perioperative period of gynecologic tumor is 24.5%, blood transfusion in perioperative period should be further strengthened.

Key words: gynecological tumor; perioperative period; rationality; blood transfusion

妇科手术创伤大、手术时间长、出血多,红细胞、血小板等各种血液制品在妇科手术中应用广泛。国内外大量研究报道医疗机构临床不合理用血比例达 4%~60%^[1-4],提示临床不合理用血现象仍然普遍存在,临床合理用血管理工作还需加强。本文对本市某三甲医院妇科肿瘤围手术期输血患者进行回顾性分析,探讨其用血的科学性、合理性。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取大连某三甲医院 110 例围手术期妇科肿瘤患者病历,110 例患者中术前输血 23 例,术中失血小于或等于 500 mL 的 11 例,术中失血大于 500 mL 的 39 例,术后输血 37 例。

1.2 方法 采用病历调查方法。以卫生部《临床输血技术规范》“手术及创伤输血指南”为依据^[5],制定围手术期用血合理性调查标准。

1.3 输注标准

1.3.1 红细胞输注标准 (1)血红蛋白(Hb) <70 g/L;(2)Hb 为 70~100 g/L 的高龄手术患者(>65 岁)、心肺代偿功能不良,血压下降大于 20%,心率大于 120 次每分钟等情况^[5];(3)手术中失血量大于总血容量的 20%。以上 3 项满足任意一项输注红细胞为合理^[6]。

1.3.2 新鲜冰冻血浆输注标准 (1)凝血 4 项检测显示凝血酶原时间(PT)或活化部分凝血活酶时间(APTT)大于正常值

1.5 倍;(2)术中急性大失血(大于 1 个血容量或纤维蛋白原小于 1 g/L),输入大量库存悬浮红细胞后。以上 2 项满足任意一项输注新鲜冰冻血浆为合理^[5]。

1.3.3 血小板输注标准 血小板计数大于 100×10^7 /L,可以不输;血小板计数小于 50×10^7 /L,应考虑输注;血小板计数为 $(50 \sim 100) \times 10^7$ /L,应根据是否有自发性出血或伤口渗血决定。

1.3.4 围手术期不合理用血判断标准 术前 Hb ≥ 100 g/L 或/和血细胞比容(HCT) ≥ 0.30 输注异体血;术中失血量小于或等于 500 mL,输注异体血;术后 3 次 Hb ≥ 100 g/L 或/和 HCT ≥ 0.30 ,输注异体血;符合红细胞合理输注指征,但异体红细胞输注后 Hb 高于输注阈值。以上任意一项符合即判为用血不合理^[4-5]。

1.4 统计学处理 采用 Excel2007 及 SPSS17.0 统计软件进行数据处理及统计学分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 F 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 110 例妇科肿瘤病理分型 110 例妇科肿瘤患者中,包括良性肿瘤 50 例,其中子宫肌瘤 26 例(26.3%),卵巢良性肿瘤 24 例(21.8%);恶性肿瘤 60 例,其中宫颈癌 31 例(28.2%),子宫内膜癌 15 例(13.6%),卵巢癌 14 例(12.7%)。110 例肿瘤患者肿瘤切除后良性肿瘤尺寸直径均大于 5 cm,恶性肿瘤

均为 II 期及以上。

2.2 各种血液成分输注合理性比较 110 例患者中,红细胞

的合理性输注构成比为 79.0%,新鲜冰冻血浆合理性输注构成比为 68.0%,血小板合理性输注构成比为 73.9%,见表 1。

表 1 各种血液成分输注合理性比较[% (n/n)]

输血类型	术前输注 (n=23)	术中失血小于或等于 500 mL(n=11)	术中失血大于 500 mL (n=39)	术后输注 (n=37)	合计
红细胞	75.0(12/16)	50.0(3/6)	90.0(18/20)	80.0(16/20)	79.0(49/62)
新鲜冰冻血浆	75.0(3/4)	50.0(1/2)	60.0(6/10)	77.8(7/9)	68.0(17/25)
血小板	100.0(3/3)	66.7(2/3)	77.8(7/9)	62.5(5/8)	73.9(17/23)

2.3 4 个输血时间上的合理输注率比较 术前合理性输注 18 例,占 78.2%(18/23),术中失血小于或等于 500 mL 合理性输注 6 例,占 54.5%(6/11),术中失血大于 500 mL 合理性输注 31 例,占 79.5%(31/39),术后合理性输注 28 例,占 75.7%(28/37)。4 个输血时间上的合理输注率比较差异无统计学意义($F=8.19, P>0.05$)。

3 讨 论

妇科肿瘤起病隐匿,多数患者发现时肿瘤已是生长晚期,目前手术切除是其主要的治疗方法。此类手术为择期手术,大量备血及做好围手术期血液管理是临床医生、麻醉科医生、输血科医生们的共同任务和责任。合理输血是临床减少不必要输血、降低输血风险、提高输血疗效和确保输血安全的重要措施之一,是衡量一个地区医院医疗质量和输血技术水平高低的重要指标。

保证血液安全的重要环节之一是合理用血^[7]。本研究调查分析了本市某三甲医院 110 例妇科肿瘤患者围手术期临床用血情况,其中不合理用血 27 例,占 24.5%,合理用血 83 例,占 75.5%。4 个输血时间上的合理输注率比较差异无统计学意义($F=8.19, P>0.05$)。经调查发现,血液不合理应用的主要原因是输注指征过宽,即未达到输血指征时输注,以及无指征输注。妇科肿瘤切除创面大,多涉及周围器官,术后渗血量,如术中止血不彻底,容易出现术后引流液丢失过量,术前、术中、术后合理输血,可使手术创面彻底止血,减少术后并发症。

输血是临床治疗的重要手段,是救死扶伤的重要措施,但任何血液成分的输注在一定条件下都可能对受血者有一定的危险性。相关研究表明,术前、术中和术后输入异体血的患者,术后感染并发症的发生率明显高于未输血或实施自体输血的

患者^[8]。由于目前科学技术水平还不能完全预防输血感染相关传染病,且一些患者可以通过自身正常的造血功能逐步康复,不合理用血可能给患者带来诸多不良隐患。因此,要求临床用血严格掌握适应症,遵循科学、合理的原则,不得浪费和滥用血液。

参考文献

- [1] Hasley PB, Lave JR, Kapoor WN. The necessary and the unnecessary transfusion; a critical review of reported appropriateness rates and criteria for red cell transfusions[J]. Transfusion, 1994, 34(2): 110-115.
- [2] 杨宝成, 孔令魁, 邵超鹏, 等. 2597 份临床输血病例用血合理性调查分析[J]. 中国输血杂志, 2008, 21(3): 193-196.
- [3] 叶萍, 席惠君, 李宁, 等. 大连地区临床用血情况调查[J]. 中国输血杂志, 2008, 21(5): 331-333.
- [4] Shander A, Fink A, Javidrooz M, et al. Appropriateness of allogeneic red blood cell transfusion; the international consensus conference on transfusion outcomes[J]. Transfus Med Rev, 2011, 25(3): 232-246.
- [5] 中华人民共和国卫生部. [2000]184 号 临床输血技术规范[S]. 北京: 卫生部办公厅, 2000.
- [6] 崔徐江, 高峰. 输血与输血技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [7] 李乃鱼, 郭建勋, 李栓林. 临床输血管理现状调查[J]. 中国卫生质量管理, 2009, 16(5): 85-87.
- [8] 高峰. 输血与输血技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.

(收稿日期: 2015-02-10)

(上接第 1547 页)

- [10] 池洪治, 姜玉荣, 李庆禄. AcL-9000 血凝分析仪两种纤维蛋白原结果对照分析[J]. 河北医药, 2010, 32(21): 3088.
- [11] 彭裕辉, 方裕森, 许镒洵, 等. VonClaus 法与 PT 衍生法测定纤维蛋白原在全自动血凝仪的应用比较[J]. 中国医药导报, 2011, 8(12): 84-86.
- [12] Lawrie AS, McDonald SJ, Perdy G, et al. Prothrombin time derived fibrinogen determination on Sysmex CA-6000 [J]. Clin Pathol, 1998, 51(6): 462-466.
- [13] Chitolie A, Mackie IJ, Grant D, et al. Inaccuracy of the derived fibrinogen measurement [J]. Blood Coagul Gibin, 1994, 5(3): 955-

959.

- [14] 苏奶助, 温燕芳. 全自动血液凝固分析仪两种纤维蛋白原测定方法的评价及其应用[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(24): 2104-2105.

(收稿日期: 2015-02-16)

