献血前健康教育在保证血液质量中的作用探讨

刘 璨(重庆市綦江区中心血库 401431)

【关键词】 献血; 健康教育; 血液制品; 血源

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0570-03

随着无偿献血的发展,广大市民献血意识增强,献血者越来越多,献血量增加,但质量得不到保证。由于献血者传染病的发生率呈不断上升趋势,为保证血液质量,对市民在献血前加强健康教育十分重要,甚至必不可少。笔者选择 1 000 名献血者,将其分为 2 组,并进行为期 1 年的追踪、观察和随访,探讨献血前健康教育在保证血源和血液质量、提高献血者满意度、预防和控制献血者疾病等方面的作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月本血库献血者 1 000 名,将其分为常规组和健康教育组,每组各 500 名献血者,其中常规组男性 248 名,女性 252 名,年龄 18~55 岁,平均 34 岁;健康教育组男性 243 名,女性 257 名,年龄 18~55 岁,平均 33 岁。2 组献血者在性别、年龄、文化程度等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对常规组献血者进行常规健康征询→体检→初筛→采血→献血证→抽样调查;对健康教育组献血者在献血前期进行健康教育,在献血后期进行回访和健康指导。统计主动退出、主动延期献血的献血者人次,采血量,献血后血液报废(脂血、不足量、凝块、检测阳性)和再次献血人数。

1.3 献血前健康教育 对献血者普及无偿献血、献血无损健康和血液等各种基本知识,本血库把血液及无偿献血知识编制成宣传展板、綦江献血小报、綦江血库记事本、动画等进行广泛宣传教育,通过血源科组织讲座、发放宣传资料等形式,现场解答献血者的疑问,让献血先进人物现身说法,讲解献血不但无损健康,而且有益健康的原理。

1.3.1 血液的生理知识 让献血者了解血液中的细胞是不断新陈代谢的,一般 4 个月红细胞要更新 1 次,不管是否献血,每天都有大量的细胞产生和死亡,献血会刺激造血功能,促进新陈代谢,有利于身体健康;人体血液只有 80% 在血管中流动,维系生命,而 20% 的血液贮存在肝、脾等“血库”内,献血(失血)时,这些储存的血液会迅速补充血容量,使人体血容量在短时间内恢复正常;每个成年人全部血量占体质量的 7%~8%,1 次献血 200~400 mL 的量,还不足全部血量的 5%~10%,献血后机体会很快得到补充恢复到献血前的水平,所以健康人适量献血是不会影响自身健康的。

1.3.2 针对无偿献血者害怕传染疾病的恐惧心理,做好健康教育 血库严格按照技术操作规程,所用的针头和血袋都是经严格灭菌消毒的一次性用品,符合国家标准,三证齐全。每批针头和血袋到血库,库房收货后,由质管科抽检合格后贴上“可用”标识。出示所使用的耗材均为一次性的,由有资质的生产厂家制造,有明确的生产日期、失效期^[1]。采血前每位采血护士还要逐一检查每个血袋的质量。每位献血者都使用一套新的血袋和针头,如有穿刺不成功者,重新穿刺要更换针头和血袋。所以本血库采血是安全的,不可能传染疾病的。

1.3.3 针对危险行为不能献血的原因,做好健康教育 注射

毒品、卖淫嫖娼、同性恋、双性恋、有多个性伙伴、文身及与有上述行为者发生性行为都属于危险行为^[2]。有危险行为的人有可能感染了输血传染病,如果处于窗口期,试剂又不能检出标志物,可能造成受血者的输血传染病。献血者捐献有传染性的血液会给受血者带来危险,应承担对受血者的道德责任。在献血前健康教育中,告知有危险行为的献血者传染性血液的危害性,请他们自动退出无偿献血,对那些出于周围同事、朋友的压力而献血的有危险行为的献血者,本库为他们提供保密性弃血服务,并为其严格保密。

1.3.4 告知献血前、后注意事项 告知献血者在献血前 1 d 保证充足睡眠,避免过度劳累,把手臂特别是肘部采血部位清洗干净,且献血前不饮酒,献血前至少 24 h 内不能进食肥肉、鱼、豆花、鸡蛋等高脂、高蛋白食品,因为进食高脂、高蛋白食物的时间与采血时间之间间隔越短,乳糜血的发生率越高^[3],而乳糜血可能引起受血者输血不良反应,重度乳糜血只能报废。献血前不能空腹,以免在献血过程中出现心慌、头晕、出汗等不良反应。此外,还须告知献血者在献血时携带有效身份证件,献血后至少休息 10 min 后才能离开采血点,回家后应注意多补充水分,避免高空危险作业,保证睡眠。

1.3.5 提倡 1 次献血 400 mL 针对献血量 200 mL 的人群,加强宣传适量献血的健康理念,消除他们对献血的顾虑,提高他们无偿献血的积极性^[4]。1 次献血 200 mL,对体内的神经内分泌调节系统触及较小,对身体健康的献血者来说,每次献血 400 mL,能够更好地触及到神经内分泌调节系统,促使暂存于肝、脾内的血液进入血液循环,刺激新鲜血液再生和降低血黏度的作用更强,更有利于健康。在减少献血者穿刺痛苦、减少采血人员工作量的情况下,可成倍增加血液量。每次献血 400 mL,检测 1 份标本就有 400 mL 血液,如果 1 次献 200 mL 血液,检测 2 份标本才有 400 mL 血液。提倡 1 次献血 400 mL,可大大节约试剂,减轻检测工作人员的工作量,并且来自同一人的血更利于减少受血者的同种免疫输血不良反应。

2 结果

2.1 献血人数及献血量增加 如表 1 所示,常规组采血 401 名,占招募人数的 80.2%,其中采血 200 mL 者 301 名,占招募人数的 60.2%,采血 400 mL 者 100 名,占招募人数的 20.0%。健康教育组采血 431 名,占招募人数的 86.2%,其中采血 200 mL 者 111 名,占招募人数的 22.2%,采血 400 mL 者 319 名,占招募人数的 63.8%。健康教育组采血人次及采血 400 mL 的人次较常规组显著增加,献血前健康教育有利于保证血液数量和质量。重视献血者前期健康教育,将不合格的献血者排除在献血征询之前,使献血者掌握献血知识及献血前、中、后期的注意事项,在其心理和生理都处于最佳状态时来献血。健康教育组中有不适合献血的人员在献血前期的健康教育中就主动退出或主动延期,而常规组中不适合献血的人员则全都是在征询和初筛中被淘汰的,说明献血前健康教育有助于减少献血者

征询和初筛的人力、物力和财力。

表 1 献血人数统计(n)

组别	主动退出	主动延期	不愿献血	征询或初筛不合格	1 次献血 200 mL	1 次献血 400 mL
常规组	0	0	30	69	301	100
健康教育组	56	8	3	3	111	319
合计	56	8	33	72	412	419

2.2 血液质量评价结果 血液质量评价结果,见表 2。常规组所采血液 401 袋中,有 92 袋不合格,309 袋合格。健康教育组所采血液 431 袋中,6 袋不合格,424 袋合格。健康教育组不足量、脂血、凝块、检测阳性的血液量明显低于常规组。说明献血前健康教育不仅减少了检测的人力、物力和财力,而且还降低了窗口期不能检出的危险,降低了血液因采集不足量、脂血、采集速度慢而形成凝块及检测阳性报废的比例,增加了合格血液的数量,降低了受血者感染传染病的风险。

表 2 血液质量评价(袋)

组别	不足量	脂血	凝块	检测阳性	保密性弃血	其他	不合格	合格
常规组	1	39	1	48	0	3	92	309
健康教育组	0	0	0	2	1	3	6	424
合计	1	39	1	50	1	6	98	746

2.3 再次献血人数 常规组初次献血者 401 名,其中 48 名因有输血传染病被屏蔽,符合再次献血条件者 353 名,再次献血 1 次者 228 名,占初次献血人数的 64.6%。再献 2 次血液者 208 名,占再次献血 1 次人数的 91.25%。健康教育组初次献血者 431 名,其中 2 名因有输血传染病被屏蔽,符合再次献血条件者 422 名,再次献血 1 次者 401 名,占初次献血者的 95.0%,与常规组相比大大增加了,再献 2 次血液者 208 名,占再次献血 1 次人数的 92.0%,与常规组相差不大,见表 3。

表 3 再次献血人数统计(n)

组别	初次献血人数	屏蔽人数	符合再次献血条件人数	再献血 1 次人数	再献血 2 次人数
常规组	401	48	353	228	208
健康教育组	424	2	422	401	369
合计	825	50	775	629	577

3 讨 论

3.1 提高目标人群的主动参与性和配合度 献血前健康教育不但有助于目标人群主动参与、配合,促进他们的身心健康,而且还能通过他们的亲身体会宣传献血知识,献血前、后期的注意事项,使献血者有备而来,提高市民无偿献血的自觉性和主动性。团体招募制度作为无偿献血的一项重要措施,为无偿献血提供了更多的血液资源,拓展了献血人员的范围,保证了血液的足够供应,开辟了血液供应的渠道,实行团体献血使更多人有更多的机会了解国家的无偿献血政策,了解无偿献血是“治病救人,升华自我”的行为,从而使被动献血的健康人群,主动成为自愿献血者^[5]。随着用血量的增加,无偿献血的需求量也在增加,人体血液暂无替代品,特别是 2011~2012 年全国大

范围出现血荒。要按要求和需求动员市民参加无偿献血和成分献血,避免浪费,尽量不采集不合格血液^[6],保证血液质量和数量,就必须加强献血前健康教育。自 2006 年“两个规范”的实施及 2008 年綦江中心血库质量体系的建立以来,对献血者的献血中、后期健康教育得到了很大的提高,但是对献血前期的健康教育还需要加强。

3.2 避免高危人群献血,预防和控制疾病的传播 不合格的献血者要尽量在健康征询和初筛时发现,献血前的健康教育让大部分不宜献血者或暂不献血的人员退出,因此健康教育组在征询和初筛中只淘汰了 3 名献血者。实行献血前健康教育,可以让有危险行为的人自动退出,如果只在献血征询时发现,献血者可能会出于一些原因而不愿退出,现场工作人员没有一一告知保密性弃血,从而增加了输血传染病的风险。

3.3 降低血液报废率,保证血液数量和质量 精神因素造成献血反应的比例较大,多见于初次献血者,由于缺乏献血的知识和心理准备,精神过度紧张,造成心肌收缩力减弱,心率减慢,心输出量减少,回流心脏的血量不足,使脑供血不足而出现症状^[7]。献血反应一旦发生,不仅会影响本人的再次献血,还会给周围的献血者造成心理压力,影响他人的献血积极性^[8]。对献血者进行献血前健康教育,使献血者的身心都处于最佳状态,不会因出现献血反应而采血不足量,不因血流缓慢而形成凝块,不因饮食造成乳糜血。有危险行为的献血者在献血前就自动退出,使检测阳性率明显低,还使没有检测出阳性的有危险行为的献血者主动与血库联系保密性弃血,从而保证血液数量和质量。

3.4 稳定献血者队伍,保证血源充足 献血前健康教育是无偿献血的第一步,有效的献血前健康教育对无偿献血的招募工作起着决定性的作用^[9],可使献血者的不适得到及时处理,指导献血者避免一些危险行为,保持身体健康,符合再次献血。常规组中一些合格献血者再次献血后检测出阳性,有可能是因为他们本身具有危险行为,在上次献血时处于窗口期,没能检出,也可能是献血后发生了一些危险行为,出现了输血传染病而不能献血,使献血人员减少,同时对受血者和献血者造成了危害。

献血前健康教育不但可以明显降低献血反应的发生率和发生程度,使更多的初次献血者成为安全固定献血者,而且可扩大和稳定无偿献血队伍^[10]。血库工作人员要加强自己的业务知识学习,提高操作技能,筛选合格献血者的重要性要高于采血后的检验过程及临床输血过程。最理想的血源来自真正的自愿无偿献血者,理想的献血模式应是自愿的无偿献血模式,既能保证血液的质量,又能满足临床用血的需求^[11],所以要确保临床用血的质量和数量,就要加强献血前健康教育。

参考文献

[1] 朱琴. 无偿献血者献血前后的心理分析及护理对策[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(12): 19-21.
 [2] 王乃红, 傅雪梅, 廖耘, 等. 影响公民自愿无偿献血的因素调查分析[J]. 中国输血杂志, 2006, 19(2): 111-114.
 [3] 王长秀. 320 例无偿献血者重度乳糜血分析[J]. 长江大学学报: 自科版, 2012, 9(2): 41.
 [4] 廖耘, 李桂芝, 尹恒. 无偿献血者献血量与献血次数关系分析[J]. 现代临床医学, 2012, 38(2): 129-130.
 [5] 郭鹏. 无偿献血团体招募工作的研究[J]. 管理观察, 2012

(12):156-157.

- [6] 盖福亮, 吴江亭, 闫爱英. 对无偿献血者献血知识认知情况的调查[J]. 中国医药导报, 2010, 7(2):136.
- [7] 刘桂兰. 无偿献血者献血反应的发生及预防[J]. 中外医学研究, 2010, 8(6):135.
- [8] 崔书华, 许玉华. 系统化整体护理理论与实践[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1996:6-40.
- [9] 闫莉. 对中学生进行献血前教育的意义及方法的探讨

[J]. 中外妇儿健康:学术版, 2011, 19(2):105-106.

- [10] 涂可平. 健康教育对无偿献血者的影响效果[J]. 医学信息, 24(5):2580-2582.
- [11] 周银素, 陆典瑞, 卢岑, 等. 影响无偿献血模式的多因素研究[J]. 现代预防医学, 2007, 34(20):3862-3864.

(收稿日期:2013-07-27 修回日期:2013-10-11)

1 例剖宫产术并发迟发性羊水栓塞的急救护理

杨清蓉, 周容[△](重庆市第五人民医院手术室 400062)

【关键词】 剖宫产术; 迟发性羊水栓塞; 急救; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0572-02

羊水栓塞(AFE)是指在分娩过程中,羊水突然进入母体血液循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、弥散性血管内凝血(DIC)、肾衰竭或猝死的严重分娩并发症^[1],常发生于足月妊娠时,羊水栓塞产妇的病死率高达80%以上^[2]。少数患者在阴道分娩或剖宫产后1h内,不经心肺功能衰竭及肺水肿阶段直接进入凝血功能障碍所致的大量阴道出血或伤口渗血阶段,为迟发型羊水栓塞(DAFE)^[3]。DAFE因缺乏急性AFE典型的临床表现,容易误诊而延误治疗时机导致不良结局。2013年3月,本院成功抢救了1例剖宫产后即发生DAFE的患者,现将急救护理配合报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者女,30岁,妊娠41⁺2周G₃P₁枕左横位,行阴道试产,缩宫素诱发宫缩。宫口开大8cm,规律宫缩,羊水Ⅱ度,胎心65~85次/分,先露“0”位,枕左横位,考虑急性胎儿宫内窘迫,急诊入手术室,在持续硬膜外麻醉下行剖宫产术,取出一活男婴。术中子宫切口无裂伤,子宫收缩欠佳,共用缩宫素50U促进子宫收缩。于缝合皮肤时发现皮下渗血,按压子宫,流出约600mL不凝血,予以卡前列素氨丁三醇250μg宫体注射,持续按摩子宫,之后阴道仍有间断少量不凝血。血压90/56mmHg,心率109次/分,血氧饱和度100%,呼吸20次/分,面色及眼睑苍白,意识清楚,尿量约100mL,暗红色。血压进行性下降,积极进行抢救。急查血常规及凝血象,血常规提示:血红蛋白75.2g/L,红细胞比容21.62%,血小板103×10⁹/L,凝血象检测不出,考虑为DIC。复查血常规提示:血红蛋白66.2g/L,血细胞比容19.02%,血小板40.2×10⁹/L。凝血象提示:凝血酶原时间(PT)23.9s,活化部分凝血酶时间(APTT)49.1s,纤维蛋白原(Fib)0.79g/L,凝血酶时间(TT)24.3s。

1.2 结果 产妇产中及术后出血约5000mL,抢救过程中输注红细胞悬液13U、冷沉淀20U、血浆1400mL、凝血因子Ⅷ500U等。转入ICU继续监测生命体征及出血情况变化。术后第15天治愈出院:切口Ⅱ/甲级愈合,子宫收缩好,宫底脐下6横指,阴道恶露量少。

2 急救与护理

2.1 成立抢救小组 立即成立由麻醉医生、手术医生、护士组成抢救小组,由高年资人员担任负责人,主持抢救工作。由护

士长或主管护师组织人力,协调工作中的各个环节和各个部门,使抢救工作做到分工合作、有条不紊。同时立即电话告知业务副院长及医务科,电话联系血库至中心血站,准备冷沉淀及凝血因子Ⅷ。开通抢救绿色通道,保证抢救物品、药品及实验室检查的高效运行,有效避免院内诊治时间的延误。

2.2 维持心肺功能防止休克

2.2.1 保持呼吸道通畅 患者仰卧,头偏向一侧,以防止呕吐等误吸造成窒息,保持负压吸引通畅。面罩正压吸氧100%,6L/min。协助医生准备气管插管及气管切开物品,以备病情变化建立人工气道。

2.2.2 维持血液循环量,纠正休克 (1)迅速开放3条静脉通路,选择18G留置针,固定稳妥,防止脱落。保证抢救用药及时输注,快速补液。(2)调节手术室温度25~30℃,增加盖被保暖。(3)抬高头胸部10°~20°,下肢20°~30°,保证患者重要器官的血液灌注。(4)羊水含致敏原可引起过敏性休克,使血循环量更显不足,减少组织灌注,遵医嘱静脉滴注地塞米松抗过敏。(5)备好抢救药物:升压药,如多巴胺、多巴酚丁胺等,肾上腺素,氨茶碱,氯化可的松,葡萄糖酸钙等。(6)准备除颤仪、抢救车,随时做好发生心搏骤停的急救应变准备。

2.2.3 防治DIC 控制及防止进一步出血,纠正DIC改善微循环灌注是防治DIC的先决条件。(1)按医嘱尽快输入红细胞悬液、血浆、冷沉淀、氨甲苯酸,静脉缓推凝血因子Ⅷ。有报道冷沉淀不仅可以补充多种凝血因子,还能补充纤维蛋白原及纤连素,可以清除母体血液中的羊水成分^[4]。做好大量输注血液制品的护理。(2)按压减少伤口出血,静脉穿刺时止血带不宜扎得过紧,拔针后穿刺部位压迫至少5min。(3)做好全子宫切除的物品准备,以备保守治疗无效时,及时行全子宫切除术,挽救产妇生命。

2.3 及时采集血标本,准确记录实验室检查结果 血小板、PT、Fib等实验室检查是判断DIC的敏感指标,也是监测治疗效果的动态指标。同一时间采血量应足够,避免反复穿刺。电话通知检验结果时,按危急值书面记录,内容包括报告人、记录人姓名、记录时间、报告内容,并复诵1遍,确定无误后及时告知医生。

2.4 严密观察病情 在抢救的同时,安排专人严密观察患者意识程度、血压、脉搏、呼吸、瞳孔、体温等的改变,并准确记录;

[△] 通讯作者, E-mail: zhourong-yun@163.com。