

[3] 任燕,朱健华,顾艳茹,等.脑卒中后肢体功能障碍的早期康复训练研究[J].护理研究,2013,27(1):17-18.

[4] 王晶晶,曾玉萍,余珂.早期康复护理干预对脑梗死后肢体偏瘫患者运动功能恢复的影响[J].华西医学,2015,30(7):1312-1314.

[5] 汪素琴.康复护理联合功能锻炼对脑梗死急性期肢体康复的作用[J].蚌埠医学院学报,2013,38(9):1210-1211.

[6] 韩振霞,时庆,王敏,等.超早期康复训练与特殊护理对急性脑梗死患者心身功能恢复的影响[J].中国临床医生,2013,41(7):45-46.

[7] 金小红,任燕,陈美华,等.路径式早期康复护理对脑梗死患者神经功能恢复的影响[J].江苏医药,2016,42(2):237-238.

[8] Grasel E,Schmidt R,Biehler J,et al. Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients [J]. Clin Rehabil,2006,20(7):577-583.

[9] 孟晓旭,朱浩猛.早期康复护理模式对脑梗死患者神经功能及生活质量的影响研究[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(3):444-447.

[10] 任燕,顾艳茹,金小红,等.路径式早期康复护理对脑梗死病人上肢功能恢复的影响[J].护理研究,2015,29(11):3913.

(收稿日期:2016-12-21 修回日期:2017-01-12)

• 临床探讨 •

# 护理干预对非糜烂性胃食管反流病患者临床症状及生命质量的作用

莫 阔,王秀珍<sup>△</sup>

(湖北省襄阳市中心医院/湖北文理学院附属医院消化二科 441021)

**摘 要:****目的** 探讨护理干预对非糜烂性胃食管反流病患者临床症状及生命质量的影响。**方法** 选取该院 2012 年 10 月至 2014 年 10 月诊治的非糜烂性胃食管反流病患者 218 例,随机分 2 组,对照组患者 109 例实施常规护理,观察组患者 109 例实施护理干预。于护理前后给予患者简明健康调查问卷(SF-36)、临床症状积分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)进行评定,同时比较 2 组患者的治疗依从性与护理满意度。**结果** 护理后,2 组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)均显著增加,临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)、HAMA 评分、HAMD 评分均显著降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)、治疗依从性、护理满意度均显著高于对照组,临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)、HAMA 评分、HAMD 评分均显著低于对照组,临床症状改善时间(胃灼烧消失时间、反酸消失时间、口苦消失时间、胸痛消失时间)均显著早于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 护理干预可显著改善非糜烂性胃食管反流病患者临床症状,大幅提升患者的生命质量。

**关键词:** 护理干预; 非糜烂性胃食管反流病; 临床症状; 生命质量; 影响  
**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)08-1169-04**

非糜烂性胃食管反流病是临床常见的一种消化系统疾病,主要临床症状为胃灼烧、反酸、口苦、胸痛,会给患者带来显著疼痛感,大幅降低患者的生命质量<sup>[1]</sup>。近年来,该病发生率有显著增加趋势<sup>[2]</sup>,可能与生活方式、饮食结构等因素有关,已成为威胁人们身心健康的常见疾病。有研究显示,非糜烂性胃食管反流病的临床治疗过程中,护理也发挥着重要作用<sup>[3]</sup>。但不同护理方法所取得的护理效果有显著差别的。本研究对 109 例非糜烂性胃食管反流病患者实施了有针对性的护理干预,效果显著。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 10 月至 2014 年 10 月本院就诊的非糜烂性胃食管反流病患者 218 例,排除器质性疾病、精神疾病的患者,随机分 2 组。对照组患者 109 例;年龄为 21~70 岁,平均(51.6±10.3)岁;病程为 1~17 个月,平均(2.3±0.4)个月;男 71 例,女 38 例。观察组患者 109 例;年龄为 22~71 岁,平均(51.8±11.4)岁;病程为 1~16 个月,平均(2.4±0.5)个月;男 70 例,女 39 例。年龄、病程、性别等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 2 组患者的临床用药治疗方案相同,口服药物为埃索美拉唑(阿斯利康制药有限公司生产,国药准字 H20046380),每次口服 20 mg,每天 2 次,疗程 8 周。对照组患

者实施常规护理,告知患者如何正确用药。观察组患者实施护理干预,内容如下:(1)认知干预。通过发放图书资料,播放影音资料的形式,给予患者讲解相关知识,告知患者相关的注意事项,以提高其认知水平。非糜烂性胃食管反流病为良性疾病,临床可以治愈,其发病与食管抗反流屏障失常、食管酸清除障碍、胃排空延迟、食管黏膜防御降低等因素相关。(2)心理干预。通过沟通和交流,了解患者的心理状况,给予患者有效的心理疏导,帮助其消除不良心理因素的影响,同时多给予患者安慰和鼓励,家庭多给予患者家庭支持和社会支持,注意稳定患者的情绪,提高患者配合治疗的积极性和主动性。(3)饮食干预。了解患者的身体状况,因人而异,为其制订科学合理的饮食方案,告知患者要多食用低盐低脂、富含维生素、蛋白质、纤维素类食物(如面条、香蕉、软饭等),不要食用刺激性食物(如咖啡、巧克力、浓茶、可乐、葱姜蒜、薄荷等)。(4)生活习惯指导。指导患者养成良好的生活习惯,要戒烟戒酒。烟酒会造成机体食管下段括约肌压力下降,易增加反流频率,还会减缓清除作用,延长酸与上皮的接触时间,对鳞状上皮有直接损伤作用。注意保持睡眠时间,睡前 4 h 不进食,将床头适度抬高,减少远端食管酸暴露时间。开展适度运动,严格控制体质量。

**1.3 观察指标** 非糜烂性胃食管反流病患者的观察指标:护理前后生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体

疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)、护理前后临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)、临床症状改善时间(胃灼烧消失时间、反酸消失时间、口苦消失时间、胸痛消失时间)、护理前后心理状况[汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)]、治疗依从性(治疗依从、治疗不依从)、护理满意度(护理满意、护理不满意)。

**1.4 评定标准** 生命质量评分标准<sup>[4]</sup>:采用简明健康调查问卷(SF-36)进行评定,共 36 个条目,分为 9 个维度,分别是健康自我评价变化、生理功能(10 个条目,10~30 分)、生理角色限制(4 个条目,4~8 分)、躯体疼痛(2 个条目,2~12 分)、总体健康(5 个条目,5~25 分)、活力(4 个条目,4~24 分)、情感角色限制(3 个条目,3~6 分)、社会功能(2 个条目,2~10 分)、心理健康(5 个条目,5~30 分),满分 145 分,分数越高,生命质量越好。临床症状积分的评定标准<sup>[5]</sup>:内容包括胃灼烧、反酸、口苦、胸痛,分别计分,无症状为 0 分,有症状但不影响正常生活为 1 分,症状严重且显著影响生活为 2 分,隔 3~4 d 以上发作 1 次为 1 分,隔天发作 1 次为 2 分,每天频繁发作为 3 分,两者相加为症状评分,分数越高,症状越显著。焦虑标准<sup>[6]</sup>:HAMA 进行评分,共计 14 个项目,满分 56 分,分数越低,焦虑病症越轻。抑郁标准<sup>[7]</sup>:HAMD 进行评分,共计 17 个项目,满分 68 分,分数越低,抑郁病症越轻。

**1.5 统计学处理** 用 SPSS19.0 软件行统计学处理;计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料采用例数或

率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,;以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 2 组患者护理前后生命质量评分比较** 护理后,2 组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)均显著增加,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)均显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1、2。2 组患者护理后比较,生理功能  $t = 5.727, P = 0.033$ ;生理角色限制  $t = 4.935, P = 0.041$ ;躯体疼痛  $t = 4.546, P = 0.045$ ;总体健康  $t = 4.658, P = 0.044$ ;活力  $t = 4.712, P = 0.043$ ;情感角色限制  $t = 4.251, P = 0.048$ ;社会功能  $t = 4.097, P = 0.049$ ;心理健康  $t = 4.207, P = 0.048$ 。

**2.2 2 组患者护理前后临床症状积分比较** 护理后,2 组患者临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)均显著降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3、4。2 组患者护理后比较,胃灼烧  $t = 5.513, P = 0.035$ ;反酸  $t = 7.016, P = 0.020$ ;口苦  $t = 7.462, P = 0.016$ ;胸痛  $t = 6.332, P = 0.027$ 。

表 1 对照组患者护理前后生命质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分, $n = 109$ )

| 时间  | 生理功能     | 生理角色限制  | 躯体疼痛    | 总体健康     | 活力       | 情感角色限制  | 社会功能    | 心理健康     |
|-----|----------|---------|---------|----------|----------|---------|---------|----------|
| 护理前 | 17.8±2.6 | 4.9±0.7 | 7.1±1.3 | 14.2±1.7 | 14.2±0.7 | 3.9±0.5 | 5.3±0.8 | 18.5±1.1 |
| 护理后 | 22.4±1.9 | 6.2±0.5 | 9.7±1.0 | 19.9±1.4 | 19.5±1.1 | 4.8±0.2 | 8.2±0.7 | 25.1±1.4 |
| $t$ | 5.942    | 5.653   | 6.662   | 6.573    | 6.732    | 5.308   | 8.472   | 6.982    |
| $P$ | 0.031    | 0.034   | 0.024   | 0.025    | 0.023    | 0.037   | 0.006   | 0.021    |

表 2 观察组患者护理前后生命质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分, $n = 109$ )

| 时间  | 生理功能     | 生理角色限制  | 躯体疼痛     | 总体健康     | 活力       | 情感角色限制  | 社会功能    | 心理健康     |
|-----|----------|---------|----------|----------|----------|---------|---------|----------|
| 护理前 | 17.5±3.1 | 4.8±0.6 | 7.2±0.8  | 14.1±1.6 | 14.0±1.4 | 4.0±0.4 | 5.2±0.6 | 18.7±1.8 |
| 护理后 | 28.1±1.2 | 7.4±0.3 | 11.2±0.7 | 23.2±1.0 | 22.7±0.9 | 5.4±0.3 | 9.1±0.5 | 28.0±1.2 |
| $t$ | 9.471    | 8.416   | 8.714    | 9.428    | 8.713    | 6.529   | 10.526  | 8.561    |
| $P$ | <0.05    | 0.006   | 0.003    | <0.05    | 0.003    | 0.025   | <0.05   | 0.005    |

表 3 对照组患者护理前后临床症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分, $n = 109$ )

| 时间  | 胃灼烧     | 反酸      | 口苦      | 胸痛      |
|-----|---------|---------|---------|---------|
| 护理前 | 3.8±0.6 | 4.9±0.1 | 3.3±0.5 | 3.6±0.7 |
| 护理后 | 2.0±0.7 | 1.4±0.5 | 1.3±0.4 | 2.0±0.6 |
| $t$ | 12.534  | 28.172  | 18.385  | 11.094  |
| $P$ | <0.05   | <0.05   | <0.05   | <0.05   |

**2.3 2 组患者临床症状改善时间比较** 观察组患者临床症状改善时间(胃灼烧消失时间、反酸消失时间、口苦消失时间、胸痛消失时间)均显著早于对照组,差异有统计学意义( $P <$

0.05)。见表 5。

表 4 观察组患者护理前后临床症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分, $n = 109$ )

| 时间  | 胃灼烧     | 反酸      | 口苦      | 胸痛      |
|-----|---------|---------|---------|---------|
| 护理前 | 3.7±0.9 | 4.8±0.2 | 3.2±0.7 | 3.5±0.8 |
| 护理后 | 1.6±0.4 | 1.0±0.3 | 0.9±0.2 | 1.5±0.4 |
| $t$ | 16.125  | 41.297  | 28.561  | 16.357  |
| $P$ | <0.05   | <0.05   | <0.05   | <0.05   |

**2.4 2 组患者护理前后心理状况比较** 护理后,2 组患者 HAMA 评分与 HAMD 评分均显著降低,差异有统计学意义

( $P<0.05$ );观察组患者 HAMA 评分和 HAMD 评分均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 6、7。2 组患者护理后比较,HAMA 评分  $t=10.541$ , $P<0.05$ ;HAMD 评分  $t=11.157$ , $P<0.05$ 。

| 表 5 2 组患者临床症状改善时间比较( $\bar{x}\pm s$ ,d, $n=109$ ) |             |            |            |            |
|---------------------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| 组别                                                | 胃灼烧<br>消失时间 | 反酸<br>消失时间 | 口苦<br>消失时间 | 胸痛<br>消失时间 |
| 对照组                                               | 8.0±1.6     | 7.2±1.1    | 9.3±0.8    | 6.8±1.2    |
| 观察组                                               | 6.7±1.2     | 6.1±1.5    | 7.4±1.3    | 5.6±1.0    |
| $t$                                               | 4.940       | 4.778      | 5.568      | 5.143      |
| $P$                                               | 0.041       | 0.043      | 0.035      | 0.039      |

| 表 6 对照组患者护理前后心理状况比较( $\bar{x}\pm s$ ,分, $n=109$ ) |          |          |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| 时间                                                | HAMA 评分  | HAMD 评分  |
| 护理前                                               | 27.9±2.0 | 30.5±3.7 |
| 护理后                                               | 10.7±1.3 | 13.8±1.6 |
| $t$                                               | 19.075   | 16.078   |
| $P$                                               | <0.05    | <0.05    |

| 表 7 观察组患者护理前后心理状况比较( $\bar{x}\pm s$ ,分, $n=109$ ) |          |          |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| 时间                                                | HAMA 评分  | HAMD 评分  |
| 护理前                                               | 27.7±2.3 | 30.7±4.2 |
| 护理后                                               | 6.1±0.7  | 7.6±0.8  |
| $t$                                               | 38.642   | 35.856   |
| $P$                                               | <0.05    | <0.05    |

**2.5 2 组患者治疗依从性和护理满意度比较** 观察组患者治疗依从性 99.1%显著高于对照组的 92.7%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者护理满意度 98.2%显著高于对照组的 89.9%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 8。

| 表 8 2 组患者治疗依从性和护理满意度比较[n(%), $n=109$ ] |           |        |           |          |
|----------------------------------------|-----------|--------|-----------|----------|
| 组别                                     | 治疗依从      | 治疗不依从  | 护理满意      | 护理不满意    |
| 对照组                                    | 101(92.7) | 8(7.3) | 98(89.9)  | 11(10.1) |
| 观察组                                    | 108(99.1) | 1(0.9) | 107(98.2) | 2(1.8)   |
| $\chi^2$                               | 5.679     | 6.626  |           |          |
| $P$                                    | 0.017     | 0.010  |           |          |

3 讨 论

非糜烂性胃食管反流病是消化内科的常见病症之一,又可称为内镜阴性反流病。随着人们生活方式和饮食结构的改变,非糜烂性胃食管反流病发生率呈显著增加态势<sup>[8]</sup>,已成为严重影响人们生命质量的主要消化系统疾病。非糜烂性胃食管反流病发病机制尚不清晰,可能与防御因素和侵袭因素的不平衡有关<sup>[9]</sup>。

非糜烂性胃食管反流病的主要病症为胃灼烧、反酸、口苦、胸痛,其中胃灼烧是指胸骨后烧灼样不适,有时会向颈部放射,最常见于餐后,其原因可能是胃酸对机体食管黏膜上皮深层感觉神经末梢造成的刺激而引发。反酸则不同,患者食管或胃内

内容物在无腹部收缩刺激的情形下,可轻易将内容物反流到口咽部,会造成患者显著不适。口苦是指口腔异味。如果患者胃内酸性物质对食管造成了长期刺激,易引发食管损伤,从而引发食管炎,恶化病情,同时对食管造成的长期刺激还易引发食管收缩,出现类似心绞痛病症的胸痛。目前,临床治疗非糜烂性胃食管反流病常见方法为药物治疗<sup>[10]</sup>。

长时间病症困扰会造成患者会出现不同程度的焦虑、抑郁,逐渐对治疗失去信心,甚至抵抗、拒绝治疗,因而有必要针对患者的具体情况,进行准确分析,为其制订有针对性的护理干预措施<sup>[11]</sup>。随着护理模式的不断转变,常规护理已无法满足患者需求,目前护理模式要考虑向生物-心理-社会医学模式转变。给予患者认知干预,可提高患者对疾病与治疗的了解程度,使其可以正视疾病治疗。给予患者心理干预,帮助患者树立治疗的信心和决心,助于提高患者配合治疗的积极程度,确保治疗的顺利进行,让患者从主观上能够正确对待治疗。饮食干预可在一定程度上降低不良因素的刺激,提高机体免疫力和抵抗力,有助于身体恢复。指导患者养成良好的生活习惯,可以降低相关危险因素的影响。

本研究结果显示,护理后,2 组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)均显著增加。观察组患者生命质量评分均显著高于对照组,说明护理干预可大幅提升患者的生命质量,从诸多方面均有所体现。护理后,2 组患者临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)均显著降低。观察组患者临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)均显著低于对照组,说明护理有效,可在一定程度上缓解患者的临床病症。观察组患者临床症状改善时间(胃灼烧消失时间、反酸消失时间、口苦消失时间、胸痛消失时间)均显著早于对照组,提示护理不仅可以减轻患者的病症程度,还能一定程度上缩短患者的临床治疗时间,加速其恢复,也有助于改善患者的预后。护理还可显著改善患者的心理状况,提高患者的认知,使患者积极应对疾病治疗。

观察组患者治疗依从性 99.1%显著高于对照组的 92.7%,护理满意度 98.2%显著高于对照组的 89.9%,说明护理干预得到了广大患者的认可与肯定,能在一定程度上提高患者的配合度,更易为患者所接受<sup>[12]</sup>。

参考文献

[1] Valentina M, Mentore R, Massimo G, et al. Oesophageal mucosal intercellular space diameter and reflux pattern in childhood erosive and non-erosive reflux disease[J]. Digest Liver Dis, 2012, 44(12): 981-987.

[2] 田秋实,戴高中. 非糜烂性胃食管反流病的研究及中西医结合治疗进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(12): 772-775.

[3] 吴秀珠,林晓芳,吴晓锐,等. 护理干预对非糜烂性胃食管反流病患者临床症状及生活质量的临床意义[J]. 实用医技杂志, 2014, 21(2): 123-125.

[4] 曹文君,化前珍,王庸晋,等. SF-36 量表在中国老年人群中应用的心理学特征测评[J]. 现代预防医学, 2014, 41(6): 964-971.

[5] 朱秀琴,余媛,郭巧珍. 护理干预对胃食管反流病患者临床症状及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(4): 17-19.

- [6] 项洪艳,金亚蓓,孙占玲.背俞穴埋线对围绝经期抑郁焦虑患者 Kupperman 评分和 HAMA 评分的影响[J].上海针灸杂志,2013,32(5):347-348.
- [7] 金亚蓓,项洪艳,郑利芳.背腧穴埋线对围绝经期抑郁焦虑妇女 HAMD 评分和血清性激素的影响[J].中华中医药学刊,2013,31(6):1322-1324.
- [8] 刘小曼,陈朝明.非糜烂性胃食管反流病中医治疗进展[J].中医临床杂志,2015,27(1):131-134.
- [9] 史燕妹,赵公芳,黄华.胃食管反流病的发病机制及其诊治的进展[J].世界华人消化杂志,2012,20(36):3713-3718.
- [10] 黄盛宜,廖伟南,杨贤杰,等.非糜烂性胃食管反流病患者不同药物治疗方案评价[J].中国实用医药,2012,7(7):156-157.
- [11] 杨静华,吴温玉,刘付群,等.PDCA 循环护理干预在胃食管反流病患者中的应用及效果观察[J].齐鲁护理杂志,2013,19(3):62-64.
- [12] 高淑娟,韩雪琴,黄晋兰,等.护理干预对胃食管反流病患者治疗依从性的影响[J].基层医学论坛,2013,17(3):292-293.

(收稿日期:2016-11-25 修回日期:2017-01-16)

• 临床探讨 •

## 5 379 例患者 ABO 血型分布及不规则抗体检测结果分析

曲淑君

(河北省遵化市人民医院检验科 064299)

**摘要:**目的 对河北省遵化地区部分就诊患者 ABO 血型及不规则抗体检测结果进行分析,比较该地区患者 ABO 血型分布与健康人群血型分布的差异,并探讨不规则抗体筛查试验在临床安全输血中的意义。方法 采用微柱凝胶技术对 5 379 例待输血患者进行 ABO 血型检测,并进行不规则抗体筛查。结果 5 379 例标本检出 A 型 1 390 例(占 25.84%),B 型 1 826 例(占 33.95%),O 型 1 614 例(占 30.00%),AB 型 549 例(占 10.21%)。5 379 例中检出不规则抗体 17 例,阳性率 0.32%,分别为抗-E 7 例(占 41.2%)、抗-M 4 例(占 23.5%)、抗-D 3 例(占 17.6%)、抗-c 1 例(占 5.9%)、自身抗体 2 例。有输血史和或妊娠史的阳性率 0.51%(13/2 549)高于无输血史和或妊娠史的阳性率 0.14%(4/2 830)。结论 本地区患者 ABO 系统 4 种血型分布特征与健康人群一致。输血前进行不规则抗体的常规筛查,可避免由此引起的输血反应,保证临床输血安全。

**关键词:**ABO 血型; 不规则抗体筛查; 输血安全**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.049 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)08-1172-02

人类红细胞血型在民族、地域分布上有显著差异,早在 20 世纪就有学者对我国民族的血型分布进行调查。近年有研究总结了我国超过 100 万的汉族人调查结果,其中 A 型、B 型、O 型和 AB 型人的频率分别为 20%~30%、20%~38%、30%~40%、6%~12%<sup>[1]</sup>。人 ABO 表型与某些疾病的易感性有关,人红细胞膜 ABO 血型抗原减弱的情况见于临床众多疾病中,包括第 9 条染色体的移位突变、相应的白血病及任何血液生成受抑制的疾病(如珠蛋白生成障碍性贫血、先天性再生障碍性贫血等)<sup>[2]</sup>。研究各地区人群血型可能会对某些高发疾病的成因及其预防、治疗提供有价值线索。目前,随着输血学技术的日新月异,由患者体内的免疫性抗体引起的迟发性溶血等不良反应可被预防,特别是对于有输血史和(或)妊娠史的患者,不规则抗体筛查已成为输血前相容性检测的重要组成部分。为了解河北省遵化地区部分患者 ABO 血型分布与健康人群血型分布的差异,探讨不规则抗体检测试验在临床安全输血中的意义,选取本院 5 379 例待输血患者,进行 ABO 血型与不规则抗体筛查,统计结果现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 6 月本院待输血患者共 5 379 例;年龄 2~83 岁;其中男 2 616 例,女 2 763 例;有输血史和或妊娠史的患者共 2 549 例(占 47.39%)。

**1.2 仪器与试剂** 卡式法专用孵育器、离心机均购自长春博研公司。0.2 mol/L 2-ME 应用液、0.8% ABO 血型反定型试剂盒(人血红细胞)、ABO、RhD 血型定型检测卡(单克隆抗体)、不规则抗体检测卡均购自长春博迅公司;抗体筛查细胞购自长春博德公司;10 人份抗体鉴定谱细胞,主要含有 D、C、E、

c、e、M、N、S、s、P1、Lea、Leb、K、k、Fya、Fyb、Jka、Jkb 抗原,购自上海血液生物公司。试剂使用均符合有效期规定。

**1.3 方法** 标本血型检测、抗筛试验均采用卡式法,按试剂卡说明书操作及判断。应用 10 人份 O 型红细胞组成的谱细胞对抗筛阳性的标本进行卡式法特异性鉴定,患者血清分别与配好的 0.8% 谱红细胞及自身红细胞反应。与谱细胞中大于等于 1 人份凝集,且与自身红细胞不凝集为抗体阳性,根据与谱细胞的反应格局判定抗体特异性。若标本血清与自身红细胞凝集,使用疏基试剂排除自身冷凝集素干扰后再进行鉴定。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理;计数资料采用例数或率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 5 379 例患者 ABO 血型分布** 河北省遵化地区待输血患者 ABO 血型分布 A 型 1 390 例(占 25.84%),B 型 1 826 例(占 33.95%),O 型 1 614 例(占 30.00%),AB 型 549 例(占 10.21%)。由多到少为 B>O>A>AB,与文献[2](O>B>A>AB)不相符。

**2.2 5 379 例患者不规则抗体筛查** 5 379 例在本院住院待输血患者中共检出不规则抗体 17 例,阳性率 0.32%。抗-E 为 7 例,占检出抗体比 41.25%;抗-M 为 4 例,占检出抗体比 23.5%;抗-D 为 3 例,占检出抗体比 17.6%;抗-c 为 1 例,占检出抗体比 5.9%;自身抗体为 2 例,占检出抗体比 11.8%。

**2.3 不同患者(输血史/妊娠史)不规则抗体阳性率比较** 不同患者检出不规则抗体数不同,差异有统计学意义( $\chi^2 = 5.84$ , 自由度=1,  $P < 0.05$ )。见表 1。