

- [6] 梁佐堂,李继峰,董乐,等. 对比分析 X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中应用的价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2015,13(2):84-87.
- [7] HOOGE M D, Rosaline van den Berg, Victoria Navarro-Comp. Magnetic resonance imaging of the sacroiliac joints in the early detection of spondyloarthritis; no added value of Gadolinium compared with short tau inversion recovery sequence[J]. Rheumatology, 2013, 52(7):1220-1224.
- [8] 王智方,胡侦明,郝杰,等. 经椎弓根内固定治疗退行性腰椎侧凸并椎管狭窄症[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(17):2728-2733.
- [9] 司泽兵,吴继功,马华松,等. 成人重度僵硬性脊柱侧后凸合并脊髓畸形的截骨手术治疗[J]. 颈腰痛杂志, 2015, 36(6):453-458.
- [10] LANDEWO R, BRAUN J, DEODHAR A, et al. Efficacy of certolizumab pegol on signs and symptoms of axial spondyloarthritis including ankylosing spondylitis: 24-week results of a double-blind randomised placebo-controlled Phase 3 study[J]. Ann Rheum Dis, 2014, 73(1):39-47.
- [11] 王英杰,贾连顺. 人工椎间盘置换术与颈椎融合术治疗神经根型颈椎病手术疗效的比较[J]. 中国矫形外科杂志, 2015, 23(19):1734-1739.
- [12] 李忠海,侯树勋,吴闻文,等. 单节段颈椎动态稳定器植入术对颈椎曲度和活动度的影响[J]. 中国骨与关节杂志, 2013, 12(10):574-579.
- [13] 娄纪刚,刘浩,龚全,等. 单节段 PrestigeLP 人工椎间盘置换术后置换节段活动度的影响因素分析[J]. 颈腰痛杂志, 2015, 36(1):20-24.
- [14] 栗向东,王臻,郭征,等. 后路 I 期全脊椎整块切除治疗胸腰椎原发和转移性肿瘤的疗效分析[J]. 中国骨与关节杂志, 2014, 13(5):336-340.
- [15] 楚戈,张宏其,唐明星,等. 钛网及植骨融合修复中重度脊柱后凸畸形[J]. 中国组织工程研究, 2013, 17(22):4034-4041.

(收稿日期:2017-11-03 修回日期:2018-01-06)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.047

不同输血方法对自身免疫性溶血性贫血患者血清学指标的影响

戎世琴

(海安县人民医院输血科,江苏南通 226600)

摘要:目的 研究不同输血方法对自身免疫性溶血性贫血(AIHA)患者血清学指标的影响。方法 选取 2015 年 1 月至 2017 年 1 月该院收治的 173 例 AIHA 患者为研究对象,依据输血方式的不同把患者分为洗涤组(57 例)、悬浮组(58 例)、联合组(58 例)。洗涤组输入洗涤红细胞,悬浮组输入悬浮红细胞,联合组采用血液置换结合输入洗涤红细胞。比较 3 组患者输血前后的血清胆红素、血红蛋白、网织红细胞和红细胞水平,以及并发症发生情况、治疗效果等。结果 3 组患者输血后网织红细胞、血红蛋白、血清胆红素和红细胞水平均有好转,与输血前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);联合组患者效果更佳,输血后与洗涤组、悬浮组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);联合组输血的总有效率为 96.55%,高于洗涤组的 71.93%和悬浮组的 74.14%,差异有统计学意义($P < 0.05$);3 组患者间并发症发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 血液置换结合洗涤红细胞输入为治疗 AIHA 的有效方法,可提高患者的治疗效果,明显改善临床血液指标。

关键词:自身免疫性溶血性贫血; 洗涤红细胞; 悬浮红细胞; 血液置换

中图分类号:R556.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)09-1352-03

自身免疫性溶血性贫血(AIHA)是临床上较为常见的疾病,主要是由于患者体内 B 淋巴细胞功能异常,增加了体内红细胞的抗体水平,使红细胞进一步受到损伤,若被骨髓产生的红细胞代偿,则会引起免疫性的溶血,如果机体内抗自身的血小板抗体与抗自身的红细胞抗体同时产生,则会发生血小板的降低症与贫血^[1-3]。AIHA 还会引起心悸、全身虚弱、气短、头昏等症状,严重者甚至威胁患者的生命安全。对 AIHA 患者进行治疗的主要方法是输血,但每例患者有自身血清学免疫的特点,所以选取适当的输血方式对疾病疗效与预后有重要作用^[4-5]。本研究通过探讨不同输血方法对 AIHA 患者血清学指标的影响,以期为该疾病的治疗提供一些新的思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2017 年 1 月在本院接受治疗的 AIHA 患者 173 例为研究对象,患者均符合 AIHA 的诊断标准,其中原发性 AIHA 患者 69 例,继发性 AIHA 患者 104 例,继发性 AIHA 患者中包括传染性的单核细胞增多症 13 例,骨髓增生异常的综合征 10 例,系统性的红斑狼疮 23 例,淋巴瘤 38 例,再生障碍性贫血 20 例。依据输血方式的不同将患者分成 3 组:洗涤组 57 例,输入洗涤红细胞,其中男 34 例,女 23 例,平均(57.2±10.2)岁;悬浮组 58 例,输入悬浮红细胞,其中男 36 例,女 22 例,平均(58.1±9.5)岁;联合组 58 例,采用血液置换结合输入洗涤红细胞,其中男 31 例,女 27 例,平均(56.7±

9.6)岁。本研究经医院伦理委员会批准后进行,3 组患者性别、年龄等基本临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 患者输血情况 医生需要掌握输入红细胞的指征,输注的阈值为 60 g/L,若患者出现深棕色尿液、头晕、发热、乏力和黄疸等临床症状,红细胞水平低于 60 g/L,给予患者输血;其中洗涤组患者输血 170 次,输血量 64 U;悬浮组患者输血 174 次,输血量 62 U;联合组患者输血 166 次,输血量 41 U;检测患者输血前后的血清胆红素、血红蛋白、网织红细胞和红细胞水平的改变情况,并观察患者输血前后的并发症情况。

1.3 患者治疗效果的判断 显效:患者血清胆红素、血红蛋白、网织红细胞和红细胞水平恢复正常,临床症状消除;有效:临床症状基本清除,网织红细胞低于 5%,血红蛋白大于 85 g/L,血清胆红素低于 35

mol/L^[6]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,多组间比较采用方差分析,多组间中的 2 组比较采用 q 检验,计数资料以例数或百分率表示,多组间比较采用 χ^2 检验,多组间中的 2 组比较采用 Fisher 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 输血前后患者血液相关指标的变化 3 组患者输血后其网织红细胞、血红蛋白、血清胆红素和红细胞水平均有好转,与输血前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);联合组患者效果更佳,输血后与洗涤组、悬浮组对比,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 输血前后患者血液相关指标的变化($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	网织红细胞(%)	血红蛋白(g/L)	血清胆红素(mol/L)	红细胞($\times 10^{12}$ /L)
洗涤组	57	输血前	34.02 $\pm$ 5.04	38.97 $\pm$ 4.89	52.37 $\pm$ 8.06	2.26 $\pm$ 0.51
		输血后	16.09 $\pm$ 3.89* [#]	80.24 $\pm$ 5.16* [#]	35.91 $\pm$ 6.82* [#]	3.54 $\pm$ 0.28* [#]
悬浮组	58	输血前	32.15 $\pm$ 4.57	40.25 $\pm$ 5.94	53.66 $\pm$ 7.28	2.55 $\pm$ 0.48
		输血后	17.64 $\pm$ 5.07* [#]	79.64 $\pm$ 7.81* [#]	36.25 $\pm$ 7.02* [#]	3.56 $\pm$ 0.41* [#]
联合组	58	输血前	33.67 $\pm$ 5.27	39.17 $\pm$ 6.04	54.08 $\pm$ 7.77	2.41 $\pm$ 0.60
		输血后	9.85 $\pm$ 5.27*	101.39 $\pm$ 9.25*	23.91 $\pm$ 7.25*	4.82 $\pm$ 0.41*

注:与输血前比较,* $P<0.05$;与联合组比较,[#] $P<0.05$

2.2 3 组患者输血治疗效果比较 联合组输血的总有效率为 96.55%,高于洗涤组的 71.93%和悬浮组的 74.14%,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者输血的治疗效果情况对比

组别	<i>n</i>	无效[n(%)]	有效[n(%)]	显效[n(%)]	总有效率(%)
洗涤组	57	16(28.07)	14(24.56)	27(47.37)	71.93*
悬浮组	58	15(25.86)	16(27.59)	27(46.55)	74.14*
联合组	58	2(3.45)	15(25.86)	41(70.69)	96.55

注:与联合组比较,* $P<0.05$

2.3 3 组患者的并发症对比 3 组间并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 3 组患者并发症情况对比

组别	<i>n</i>	皮疹(<i>n</i>)	发热 $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ (<i>n</i>)	$<38\text{ }^{\circ}\text{C}$ (<i>n</i>)	合计[n(%)]
洗涤组	57	1	1	2	4(7.0)
悬浮组	58	1	2	2	5(8.6)
联合组	58	2	2	2	6(10.3)

3 讨 论

AIHA 为患者机体内免疫调节功能紊乱的一种病症,依据红细胞膜上作用抗体所需要温度,可以把 AIHA 分成冷抗体型与温抗体型。原发性的冷抗体型和温抗体型的患者都没有基础性疾病^[7]。继发性

的温抗体型患者的病因有甲状腺的疾病、类风湿关节炎、炎症性肠病、淋巴瘤、结肠癌和白血病等;继发性的冷抗体型患者主要病因包括感染、B 细胞淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病等^[8]。急性发病患者一般还伴随腹泻、寒战、呕吐和腰背痛等症状,严重者可能还会发生休克现象^[9]。

AIHA 的病因有很多,主要包含溶血机制、遗传因素及免疫功能紊乱等,通过改变患者红细胞膜的抗原与免疫功能,以及基因突变等进一步刺激患者产生抗红细胞的自身抗体,致使红细胞的寿命减少,引发患者出现溶血^[10-11]。当前治疗 AIHA 的主要方法为输血,输血可明显缓解患者的临床症状,还可扭转体内肾、心、肝和脑部等脏器缺氧的情况,再结合药物的治疗,能够使患者血红蛋白水平明显提高,溶血症状得到改善,全身状况得到改善^[12-13]。本研究显示,3 种输血方式进行输血后 3 组患者血液内网织红细胞、血清胆红素水平平均明显降低,血红蛋白和红细胞水平明显提高,说明这 3 种方法对 AIHA 患者的治疗均有效;联合组患者的效果比洗涤组和悬浮组更佳,对患者临床指标的改变更明显,在洗涤红细胞时结合血液的置换可使免疫复合物与自身抗体水平明显下降,并可提高药物有效浓度,对缓解患者病情起到更好的效果,与李岚等^[14]研究结果相符。联合组患者的并发症

略高于洗涤组和悬浮组,但差异无统计学意义($P>0.05$),与陆紫敏等^[15]研究一致,说明联合组的安全性也比较高,不会引起过多的并发症,对患者病情的稳定和预后的改善有积极意义。

综上所述,血液置换结合洗涤红细胞的输注为治疗 AIHA 的有效方法,可提高患者的治疗效果,明显改善临床血液指标。

参考文献

[1] 王明慧,方春燕,梁萍,等. 洗涤红细胞输注在自身免疫性溶血性贫血治疗中的应用研究[J]. 临床和实验医学杂志,2015,106(24):2101-2103.

[2] 董祥翠,高元元. 洗涤红细胞与去白红细胞治疗自身免疫性溶血性贫血的随机对照研究[J]. 临床输血与检验,2015,17(5):437-441.

[3] WANG J, JIANBIN L I, SHAN H. Comparison on the efficacy of two kinds of transfusion of red blood cell products on autoimmune hemolytic anemia[J]. Chin J Blood Trans, 2015, 17(4):215-219.

[4] 李素萍,杨国丽,孙璐璐,等. 40 例治疗自发性溶血性贫血的患者输注悬浮红细胞与输注洗涤红细胞的对照[J]. 黑龙江医药,2015,28(6):1329-1331.

[5] 魏中菲,许亚茹,栾明瀚,等. 不同输血方法治疗自身免疫性溶血性贫血疗效的 Meta 分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2015,46(7):1191-1196.

[6] 杨云霞,胡小倩. 浅析不同输血方法用于自身免疫性溶血性贫血患者中的临床效果[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16(54):61-62.

[7] ZHANG XM. Different Blood Transfusion Methods Applied Research in Patients With Autoimmune Hemolytic Anemia[J]. Chin Cont Med Educ, 2015, 55(8):320-325.

[8] LI B, YUAN X, JIANG Y, et al. Retrospective analysis of 30 severe autoimmune hemolytic anemia patients treated by whole blood exchange transfusion[J]. Transfusion, 2015, 55(9):2231-2236.

[9] NAZEL K B, JAFARI M, VAZINI H, et al. Cold autoimmune hemolytic anemia due to high-grade non hodgkin's b cell lymphoma with weak response to rituximab and chemotherapy regimens[J]. Intern J Hemtol Oncol Stem Cell Res, 2015, 9(3):157-160.

[10] 卫瑞娟,吴倩,王欣. 观察应用不同输血方法在自身免疫性溶血性贫血患者中的临床疗效[J]. 中国保健营养, 2016, 26(13):198.

[11] SHERBECK J P, COOLING L, DAVENPORT R D, et al. Significant methemoglobinemia with bovine hemoglobin infusion in a case with severe autoimmune hemolytic anemia[J]. Transfusion, 2016, 56(3):777-783.

[12] 孙俊波,陆应玉. 某三甲医院 2014 年临床应用洗涤红细胞的调查分析[J]. 临床输血与检验, 2016, 18(2):173-175.

[13] 刘珍,郑翠苹,吴圣豪,等. 溶血性贫血自身免疫性输血治疗效果及临床意义[J]. 中国医刊, 2015, 81(9):82-84.

[14] 李岚,薛俭成. 自身免疫性溶血性贫血患者成分输血的疗效观察[J]. 中国生物制品学杂志, 2010, 23(6):636-638.

[15] 陆紫敏,纪黎明,梁萍,等. 不同输血方法在自身免疫性溶血性贫血患者中应用研究[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(9):750-752.

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 09. 048

(收稿日期:2017-11-09 修回日期:2018-01-11)

探讨个性化延续护理干预对慢性阻塞性肺疾病老年患者再入院率的影响

李 利

(重庆市大足区人民医院呼吸内科,重庆 402360)

摘要:目的 探讨个性化延续护理干预对慢性阻塞性肺疾病(COPD)老年患者再入院率的影响。方法 收集 2012 年 8 月至 2016 年 8 月在该院呼吸内科收治的 433 例 COPD 老年患者为研究对象,按照随机数字表法分为干预组(216 例)和对照组(217 例),出院时,对照组患者接收常规出院指导,干预组在此基础上结合个性化延续护理干预。比较出院后 30、90 d 内 2 组再入院率、送急诊率,以及 COPD 评估测试(CAT)评分。结果 干预组在出院后 30、90 d 内再入院、送急诊,以及送急诊且再入院人数均明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);Logistic 回归模型在调整了性别、年龄等其他变量后,90 d 内对照组患者相对干预组患者再入院及送急诊的风险均有所增加($P<0.05$);出院后 30、90 d 干预组 CAT 评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 个性化延续护理干预可以减少 COPD 老年患者再入院率、送急诊率,值得推广使用。

关键词:个性化延续护理干预; 慢性阻塞性肺疾病; 老年; 再入院率; 生活质量

中图法分类号:R563.3/R471 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)09-1354-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种常见的以气流受限为特征,可以防治的慢性呼吸系统疾病,发病率和致死率均较高^[1-2],特别是 COPD 老年患者,常因吸烟、空气污染、呼吸道感染等因素导致病情反复发作,另外,由于老年患者出院后遵医嘱用药、自护禁忌事项等依从性较差,也更容易导致病情加重,从而再入