

成分输血治疗慢性贫血的临床效果分析

李悦

河北中石油中心医院 输血科 河北廊坊 065000

【摘要】目的：探究慢性贫血成分输血疗效。方法：我院于2022年1月至2022年12月收治100例患者，随机将其分为两组，对照组全血治疗，观察组成分输血治疗，比较两组疗效。结果：两组疗效比76.00% vs 94.00%，观察组更高（ $P < 0.05$ ）。两组不良反应比22.00% vs 4.00%，观察组更低（ $P < 0.05$ ）。治疗后对照组RBC水平为 $(3.01 \pm 0.52) \times 10^{12}/L$ 、HB水平为 $(74.15 \pm 3.02) g/L$ 、HCT水平为 $(0.32 \pm 0.12) \%$ ，而观察组为 $(3.68 \pm 0.63) \times 10^{12}/L$ 、 $(81.26 \pm 3.56) g/L$ 、 $(0.45 \pm 0.15) \%$ ，观察组均更高（ $P < 0.05$ ）。治疗后对照组血清铁水平为 $(7.11 \pm 1.02) \mu mo/L$ 、总蛋白结合力水平为 $(50.23 \pm 2.52) mo/L$ 、铁蛋白水平为 $(100.20 \pm 3.62) ng/mL$ ，而观察组为 $(9.25 \pm 1.12) \mu mo/L$ 、 $(60.32 \pm 2.63) mo/L$ 、 $(140.25 \pm 3.24) ng/mL$ ，观察组均更高（ $P < 0.05$ ）。结论：成分输血更有利于提升慢性贫血患者RBC、HB、HCT水平以及血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平，促使其获得更为显著的临床治疗效果，并且该治疗措施的不良反应该较少，具有较高的临床应用推广价值。

【关键词】慢性贫血；血清铁；全血治疗；总蛋白结合力；成分输血；铁蛋白水平

当人体外周血中的红细胞数量不足时，其便无法对人体各组织器官进行供氧，以至于人体会出现乏力、头晕等一系列症状，甚至是诱发组织器官病变，而临床将这一综合征统称为贫血^[1]。据世界卫生组织的统计调查显示，在全球范围内贫血疾病的发病率高达有24.8%，尤其是在学龄前儿童群体中，其发病率更是高达有47.4%，以及在孕妇群体中，其发病率高达有41.8%^[2]。贫血疾病依据血红蛋白含量浓度的不同而有着不同等级的划分，如其浓度含量在90g/L以上及正常值以下为轻度贫血，在60-89g/L之间为中度贫血，在30-59g/L之间为重度贫血，以及在30g/L以下为极重度贫血^[3]。与此同时，贫血疾病还有着缺血性贫血与慢性贫血之分。其中慢性贫血指的是伴随着慢性感染、炎症以及肿瘤疾病而出现的贫血现象，又被称之为继发性贫血，总体而言就是基于其他各类疾病而导致的造血功能障碍^[4]。随着慢性贫血的出现，患者的各大组织器官功能会受到严重影响，以及患者的机体代谢功能会发生紊乱，从而就此危害患者身体健康，甚至是直接威胁患者生命安全。输血治疗是目前临床治疗慢性贫血的主要方式，即通过向患者体内输注同类型血液来弥补患者机体血液不足的情况，从而就此改善患者各大临床症状^[5]。以往的输血治疗多为全血输血，尽管有着一定的治疗效果，但是容易诱发多种不良反应，导致实际疗效不甚理想。随着临床医疗技术的不断发展，有研究显示通过成分输血治疗可帮助慢性贫血患者获得更为理想的疗效。基于此，本文展开了针对性研究，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

对照组男女比26/24，年龄25-60（ 42.15 ± 2.16 ）岁；观察组男女比27/23，年龄26-58（ 42.55 ± 2.32 ）岁。对比两组信息和资料，组间差异均具有可比性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

患者在入院之后，均需要对其生理指标进行全面的监测与评估，同时需要开展配血实验，以为后续的输血治疗提供保障。若发现患者存在有过敏史，则需要在其进行输血治疗前为其提供抗过敏药物。

对照组全血治疗，即采集与患者同类型的血液，保存于含抗凝剂的

血液袋中，之后在不经任何处理的情况下以静脉滴注的方式为患者灌注该血液。需要注意的是，在对患者进行血液灌注前，需使用生理盐水对管道进行充分冲洗。

观察组成分输血治疗，即在采集与患者同类型的血液后，严格遵循成分输血的技术规范对血液进行处理，并为患者输血。需要注意的是，在输血过程中需遵循先快后慢的原则，同时需对患者进行严密的监查，一旦发现患者有不良反应情况出现，如出现有皮疹现象或者是呼吸困顿现象等，都需要在第一时间停止输血治疗，并立刻进行肾上腺素治疗。

1.3 观察指标

①疗效。②不良反应。③治疗前后RBC、HB、HCT水平。④治疗前后血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平。

1.4 统计学分析

以spss22.0软件处理数据， $P < 0.05$ 有统计学意义。

2. 结果

2.1 疗效比较

两组疗效比76.00% vs 94.00%，观察组更高（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	50	18 (36.00)	20 (40.00)	12 (24.00)	38 (76.00)
观察组	50	22 (44.00)	25 (50.00)	3 (6.00)	47 (94.00)
X^2 值	-				5.965
P值	-				0.000

2.2 不良反应比较

两组不良反应比22.00% vs 4.00%，观察组更低（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 不良反应比较[n(%)]

组别	例数	恶心呕吐	发热	过敏	胸闷	发生率
对照组	50	3 (6.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	11 (22.00)
观察组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
X^2 值	-					5.635
P值	-					0.000

2.3 RBC、HB、HCT 水平比较

治疗前: 对照组 RBC 水平为 $(2.22 \pm 0.56) \times 10^{12}/L$ 、HB 水平为 $(68.12 \pm 2.15) g/L$ 、HCT 水平为 $(0.22 \pm 0.11) %$ ，而观察组为 $(2.23 \pm 0.52) \times 10^{12}/L$ 、 $(68.33 \pm 3.25) g/L$ 、 $(0.23 \pm 0.10) %$ ，均差异小 ($P > 0.05$)。治疗后: 对照组 RBC 水平为 $(3.01 \pm 0.52) \times 10^{12}/L$ 、HB 水平为 $(74.15 \pm 3.02) g/L$ 、HCT 水平为 $(0.32 \pm 0.12) %$ ，而观察组为 $(3.68 \pm 0.63) \times 10^{12}/L$ 、 $(81.26 \pm 3.56) g/L$ 、 $(0.45 \pm 0.15) %$ ，观察组均更高 ($P < 0.05$)。

2.4 血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平比较

治疗前: 对照组血清铁水平为 $(5.84 \pm 1.02) \mu mol/L$ 、总蛋白结合力水平为 $(40.12 \pm 2.15) mol/L$ 、铁蛋白水平为 $(70.12 \pm 2.26) ng/mL$ ，而观察组为 $(5.81 \pm 1.03) \mu mol/L$ 、 $(40.23 \pm 2.16) mol/L$ 、 $(70.25 \pm 2.30) ng/mL$ ，均差异小 ($P > 0.05$)。治疗后: 对照组血清铁水平为 $(7.11 \pm 1.02) \mu mol/L$ 、总蛋白结合力水平为 $(50.23 \pm 2.52) mol/L$ 、铁蛋白水平为 $(100.20 \pm 3.62) ng/mL$ ，而观察组为 $(9.25 \pm 1.12) \mu mol/L$ 、 $(60.32 \pm 2.63) mol/L$ 、 $(140.25 \pm 3.24) ng/mL$ ，观察组均更高 ($P < 0.05$)。

3. 讨论

慢性贫血是临床上非常常见的一种综合征与贫血类型，通常是基于慢性感染、肿瘤疾病等而诱发的造血功能障碍。其属于红细胞性贫血，也被称之为继发性贫血。在发生有慢性贫血时，患者通常会表现出活动耐力下降、心前区不适、失眠多梦等症状，以至于患者的身心健康和生活质量受到严重影响^[6]。与此同时，在长期的贫血状态下，由于供血、供氧的不足，患者将出现有严重心脏病，导致生命安全受到威胁。为此，对于慢性贫血需引起高度重视，并积极加以治疗。而对于慢性贫血的治疗，临床上主张积极治疗原发病，因为在原发病得以有效缓解的情况下，患者的贫血现象将很有可能被纠正^[7]。除此之外，输血治疗也是当前临床治疗慢性贫血的一种主要方式，其通常需要以患者的实际症状表现为依据来判定患者是否需要输血。而输血的方式有全血输血与成分输血两种，均可在一定程度上帮助患者纠正贫血现象。但越来越多的研究发现，成分输血在慢性贫血患者的治疗中更具意义与价值。

本研究显示，在接受治疗之前两组患者的 RBC、HB、HCT 水平与血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平普遍较低，且组间比较均差异较小。这是因为慢性贫血是受各种疾病影响而继发出现的造血功能障碍，从而无论是血容量还是血细胞都会大量减少，以至于 RBC、HB、HCT 水平全面降低。同时在伴随有慢性炎症的情况下，血细胞功能会逐渐降低，以至于血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平也随之降低。而在接受全血治疗与成分输血治疗之后，两组患者的 RBC、HB、HCT 水平与血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平均有较大幅度的上涨。这是因为全血治疗可以有效补充患者体内的血容量与血细胞，即全血治疗是提前采集与患者相同类型的血液保存在采血袋中，并在患者接受治疗时直接将采血袋中的血液灌注到患者机体中，从而以此来补充患者的血容量与血细胞^[8]。如此，在血容量与血细胞得到补充的情况下，患者的 RBC、HB、HCT 水平与血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平便将得以提升。而成分输血治疗则是依据患者血液中所缺失或不足的成分来进行针对性补充，即从采集而来的全血样本中摄取患者所缺失的血液成分，并将该成分补充给患者。如此，患者的血液状态与功能将逐渐恢复正常，从而 RBC、HB、HCT 水

平与血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平将相较于治疗前显著提升。而值得注意的是，在治疗后观察组患者的 RBC、HB、HCT 水平与血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平相较于对照组患者更高，提示成分输血治疗相较于全血治疗有着更为理想的治疗效果。这是因为全血治疗是进行全部血液成分补充，而成分输血治疗是契合患者实际情况而具有针对性的进行部分血液成分补充，相较于前者，后者更具科学性，不仅有利于节约血液样本，还有利于避免患者出现短期内的血容量与血细胞急剧上涨现象，因而可就此帮助患者收获更为理想的临床治疗效果^[9]。即在本研究中，两组患者的治疗有效率分别为 76.00% 和 94.00%，以成分输血治疗的观察组患者更高。而与此同时，在本研究中两组患者的不良反应发生率分别为 22.00% 和 2.00%，以成分输血治疗的观察组患者更低，说明该治疗方案安全性更高。其原因在于：在全血治疗中，全血样本中的 RBC、HB 含量未获得充分净化，以及全血样本中的代谢产物含量平高，这就导致患者在输注全血之后机体容易出现免疫反应，进而出现各种不良反应，包括恶心呕吐、胸闷、皮疹以及发热等。而在成分输血治疗中，能够有效避免全血样品中的代谢物或其他杂质对患者机体的影响，不易诱发免疫反应，从而患者在治疗过程中的不良反应就相对更少，安全性也相对更高^[10]。

综上所述，成分输血更有利于提升慢性贫血患者 RBC、HB、HCT 水平以及血清铁、总蛋白结合力、铁蛋白水平，促使其获得更为显著的临床治疗效果，并且该治疗措施的不良反应该较少，具有较高的临床应用推广价值。

参考文献:

- [1] 郑天亮, 陈小翠. 重组人促红细胞生成素联合成分输血治疗慢性贫血的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(33): 30-34.
- [2] 韦菁清, 梁树聪, 黄燕娟等. 围术期输血指征评分指导围术期贫血患者输注红细胞对成分输血量及凝血功能的影响[J]. 广西医学, 2022, 44(09): 951-954+977.
- [3] 邓曦. 成分输血对治疗慢性贫血的临床效果分析[J]. 世界复合医学, 2022, 8(05): 107-109+117.
- [4] 毛建玉. 蛋白琥珀酸铁联合输血治疗新生儿重度贫血的安全性及疗效[J]. 北方药学, 2022, 19(05): 188-190.
- [5] 刘向华. 不同输血方案在极重度自身免疫性溶血性贫血患者中的应用效果比较[J]. 中国民族医学, 2022, 34(01): 144-146.
- [6] 邹丽萍. 血型基因检测在自身免疫性溶血性贫血患者输血治疗中的应用研究[J]. 当代医学, 2021, 27(35): 23-25.
- [7] 任亮. 成分输血治疗慢性贫血患者的疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(17): 143-145.
- [8] 张得胜, 王伟, 涂汉坤. 多种红细胞抗原相合性输血在自身免疫性溶血性贫血患者中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2021, 37(23): 70-71.
- [9] 张林海, 柴星星, 杨伏猛等. 单纯输血与联合重组人促红素注射液对恶性血液病贫血患者预后及安全性的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(04): 455-458.
- [10] 石礼红. 成分输血对慢性贫血患者 RBC Hb HCT 水平的影响[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(20): 2888-2889.