



· 临床研究 ·

在老年肿瘤患者输血治疗中去白细胞成分输血的临床应用价值分析

邱小娥 (桂阳县人民医院检验科 湖南郴州 424400)

摘要：目的 探讨与分析在老年肿瘤患者输血治疗中去白细胞成分输血治疗方案的可行性及疗效。**方法** 选择来我院肿瘤患者63例作为研究对象，均为老年患者，随后对这些患者进行随机分为以下三组，即去白组（给予去白细胞悬浮红细胞干预）、悬红组（给予悬浮红细胞干预）、对照组（未输血，仅给予常规治疗），各组21例。随后观察三组患者预后的不良反应、术后感染情况、术后伤口愈合时间等各项指标，以对比三组患者所接受的相应治疗方案的安全性及疗效。**结果** 去白组的输血不良反应发生率明显低于悬红组，两组间存在明显差异，具有统计学意义， $P < 0.05$ ；另外，去白组术后感染率明显低于悬红组、对照组（具有统计学意义， $P < 0.05$ ）；此外，去白组与对照组的平均术后伤口愈合时间没有显著性差异，而两组与悬红组相比则存在较大差异，即去白组与对照组的平均术后伤口愈合时间较短于悬红组。**结论** 在老年肿瘤输血治疗活动中，去白细胞悬浮红细胞干预治疗方法具有不良反应发生率低、术后感染率低的特点，在很大程度上提高了患者的体质耐受水平，因此，该治疗方案值得实施。

关键词：肿瘤 老年患者 去白细胞悬浮红细胞 输血治疗

中图分类号：R457.1 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187(2017)10-130-02

老年肿瘤患者其往往合并贫血症状，据相关数据统计可以了解到^[1]，晚期肿瘤患者其贫血发生率高达百分之九十，而贫血症状的存在给临床手术治疗活动带来很大的阻碍影响，甚至还会威胁到患者的生命。为了能够提高肿瘤患者治疗中的耐受能力以及改善其贫血症状，则有必要对患者展开输血治疗，与此同时，输血治疗也是肿瘤患者在接受放疗、化疗过程中的必要支持疗法，在改善患者贫血症状的同时，还能够有效控制术后感染情况的发生。而输血治疗的血液成分包括以下几种，即悬浮红细胞、去白细胞悬浮红细胞及机采血小板、洗涤红细胞等，其中去白细胞悬浮红细胞对于老年肿瘤患者而言十分重要，这是因为其输注不仅不良反应发生率低、感染率低，而且还能够获得良好的治疗疗效^[2]，因此，在当前老年肿瘤临床治疗活动中该血液较为常用。现以下选择来我院老年肿瘤患者63例作为研究对象，探讨在老年肿瘤患者输血治疗中去白细胞成分输血治疗方案的可行性及疗效，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选择来我院老年肿瘤患者63例作为研究对象，这些患者经X线、CT等诊断后均确诊为肿瘤患者，其中肝癌患者13例、肺癌患者22例、胃癌患者18例，其他10例。另外，这些患者的年龄为65~87岁，平均年龄为(72.46±3.46)岁，女性患者29例，男性患者34例。根据输血成分不同而设立去白组、悬红组（各21例），同时，将未接受输血治疗的小组设为对照组（21例）。通过对比这些患者的临床一般资料得知，他们之间无明显差异，无统计学意义， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

本研究对去白组患者给予去白细胞悬浮红细胞干预，对悬红组患者给予悬浮红细胞干预，而对对照组患者仅给予常规治疗方案干预。各组临床治疗方案如下：

1.2.1 去白组治疗方法：给予去白组患者输注的血液均由当地地区血站中心提供，在对患者实施输血治疗活动前，对其进行常规配血操作（HGB 小于100g/L），待配型成功后则可以对患者进行输血处理。随后，严密观察患者输血反应情况，如果出现发热、皮疹情况时，则立即给予相应治疗处理。

1.2.2 悬红组治疗方法：首先，HGB 小于100g/L 时进行常规配血操作；其次，配型完成后则给予输注悬浮红细胞悬液。

1.2.3 对照组治疗方法：对照组患者仅给予常规营养治疗方案处理，在开始手术活动前，对对照组以及以上两组患者均给予抗生素药物治疗，以预防感染。

1.3 观察指标

对三组患者实施不同治疗方案后，定时观察他们术后感染情况以及伤口愈合时间情况。与此同时，还需要严密观察去白组、悬红组患者治疗后的不良反应，比如说发热、皮疹等，并且对出现的不良反应

进行及时处理。

1.4 统计学方法

本研究对所有患者的临床数据均应用SPSS15.0软件统计包进行统计、分析，对计数资料应用卡方检验，并且以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料，当 $P < 0.05$ ，则视为具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组术后感染发生情况对比分析

对三组患者实施相应治疗方案后，去白组患者术后感染发生率明显低于悬红组与对照组，并且存在显著性差异，具有统计学意义， $P < 0.05$ ，详情如以下表1所示。

表1. 三组术后感染发生率对比分析 (N=63)

	手术切口感染	肺炎	合计
去白组 (N=21)	1 (4.75%)	1 (4.75%)	2 (9.5%)
悬红组 (N=21)	4 (19.0%)	4 (19.0%)	8 (38.0%)
对照组 (N=21)	4 (19.0%)	5 (23.8%)	9 (42.8%)

注：去白组与悬红组、对照组比较， $P < 0.05$ 。

2.2 两组输血治疗后不良反应情况对比分析

去白组与悬红组经过输血治疗后，去白组的输血不良反应发生率相较于悬红组而言较低，二组对比存在有显著性差异，具有统计学意义， $P < 0.05$ ，详情如以下表2所示。

表2. 两组输血干预后不良反应发生情况对比分析

	发热	皮疹	合计
去白组 (N=21)	1 (4.75%)	0 (0.0%)	1 (4.75%)
悬红组 (N=21)	4 (19.0%)	2 (9.5%)	6 (28.5%)

注：去白组与悬红组比较， $P < 0.05$ 。

2.3 三组术后伤口愈合时间对比分析

去白组平均术后伤口愈合时间相较于悬红组而言存在着很大差异（有统计学意义， $P < 0.05$ ），而与对照组相比则无明显差异（无统计学意义， $P > 0.05$ ），详情如以下表3所示。

表3. 三组术后伤口愈合时间对比分析

	例数	平均术后伤口愈合时间
去白组	21	(10.7±1.5) d
悬红组	21	(13.7±1.8) d
对照组	21	(11.4±1.9) d

注：去白组与悬红组比较， $P < 0.05$ 。

3 讨论

由于老年肿瘤患者人群大多数伴有贫血症状，而贫血症状的存在不仅加大手术治疗难度，而且致死率也较高，因此，在对他们展开手术治疗活动前需要采取输血方式对其贫血症状进行改善^[3]。另外，输血治疗本身也是肿瘤放疗、化疗过程中的一种支持疗法，在改善肿瘤患者贫血症状的同时，还能够提高他们治疗过程中的耐受能力^[4]，对



整个临床治疗活动起到十分重要的作用。

在输血治疗活动中,为了能够有效降低输血带来的非溶血性输血反应发生率,则对患者输注去白细胞成分悬浮红细胞,这是因为当输入的血液成分中含有白细胞时,其能够与受血者发生HLA同种免疫反应,从而出现非溶血性发热反应。因此,去除白细胞成分能够在很大程度上控制了输血不良反应情况的发生。另外,有研究结果表明^[5],一些病毒如EBV、CMV等其与白细胞有着很大的关联,它们之间有着较高的亲和性,如果没有去除白细胞而直接输注给患者的话,那么患者极易感染上述几类病毒,感染率非常高,这对于老年肿瘤患者而言是非常致命的,因此,为了确保输血安全,预防输血引起感染情况的发生,则需要将血液中的白细胞进行滤除。

通过上述研究结果显示可以了解到,去白细胞成分输血治疗方案下患者的不良反应发生率、感染发生率明显低于悬浮红细胞输血治疗方案下的悬红组,与此同时,去白细胞成分输血治疗方案也缩短了肿瘤患者手术后伤口愈合、恢复时间,在很大程度上改善了他们的健康状态,从而提高了他们的生活质量。由此可见,去白细胞成分输血

治疗方案明显优越于悬浮红细胞悬液输血治疗方案,有着较高的临床应用价值。因此,在今后肿瘤临床治疗活动中,积极推广与实施去白细胞成分输血治疗方案。

参考文献

- [1] 李昱瑛,李薇.肿瘤相关性贫血的治疗[J].肿瘤代谢与营养电子杂志.2015,2(01):11-13.
- [2] 李铁华.去白细胞成分输血在老年肿瘤患者输血治疗中的应用价值[J].中国当代医药.2015,23(25):1264-1265.
- [3] 李洪兵,陈周,冉柏林,王纯,文玲.去白细胞成分输血在老年肿瘤患者输血治疗中的应用价值[J].实用临床医药杂志.2013,12(14):135-136.
- [4] 黄娜,宋娜丽,陈敏,张治华,陈驰,陆华,赵树铭.白细胞去除术联合化疗药物治疗高白细胞慢性粒细胞白血病1例[J].重庆医学.2013,9(07):91-93.
- [5] 董海伟.去白细胞输血和常规输血患者大剂量输血的效果观察[J].中国实用医药.2013,7(05):76-78.

(上接第125页)

疗帕金森病伴发抑郁障碍的研究[J].中国现代医生,2015,03(24):7-10+15.

[3] 马元业,李刚,周东林,等.低频重复经颅磁刺激治疗首发抑郁症患者的临床疗效观察[J].国际精神病学杂志,2015,02(14):21-24.

[4] 郭力,蔡敏,刘高华,等.度洛西汀合并重复经颅磁刺激

疗广泛性焦虑障碍患者的对照研究[J].临床精神医学杂志,2015,03(24):176-178.

[5] 奉俊敏,李少明,郭伟,等.低频重复经颅磁刺激治疗帕金森病伴抑郁的优化联合方案研究[J].海南医学,2012,16(18):35-38.

[6] 张岩滨.低频重复经颅磁刺激联合度洛西汀治疗难治性抑郁症的疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2013,15(23):47-49.

(上接第126页)

期刊,2016,16(20):101+99

[2] 高昀.手法复位小夹板固定联合中药内服治疗桡骨远端骨折39例[J].西部中医药,2017,30(2):102-104.

[3] 谢红喜.手法复位小夹板外固定治疗桡骨远端骨折的优势分

析与研究[J].医药前沿,2017,7(9):175-176

[4] 蒋泰煥,刘伟军,姚茂盘,等.手法复位后石膏夹板固定治疗桡骨远端骨折的疗效分析[D].内蒙古中医药,2016,35(15):56-57

[5] 陆鹏,曾宪铁.手法复位小夹板外固定治疗桡骨远端骨折40例[J].亚太传统医药,2016,12(21):107-108

(上接第127页)

[3] 王珊珊,白田雨,刘敏等.肌电生物反馈和针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(2):129-131.

[4] 张美荣,王丽.VitalStim 吞咽治疗仪联合咽部冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的效果观察[J].内蒙古医学杂志,2010,42(8):983-985.

[5] 肖明辉,罗忠伟.吞咽功能障碍治疗仪联合咽部冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效[J].航空航天医学杂志,2015,26(10):1233-1234.

[6] 覃木秀,欧海荣.Vitalstim 吞咽障碍治疗仪联合咽部冰刺激治疗外伤性脑出血后吞咽障碍57例[J].广东医学院学报,2011,29(3):277-279.

[7] 张国华.吞咽障碍治疗仪配合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中国煤炭工业医学杂志,2013,16(8):1293-1295

[8] 吴卓华,刘磊,吴宜娟等.VitalStim 吞咽治疗仪联合咽部冰刺激治疗老年脑卒中后吞咽障碍的疗效[J].中国老年学杂志,2013,33(21):5351-5352.

[9] 李志明,黄茂雄,李建廷等.生物反馈治疗理论与吞咽障碍生物反馈治疗的现状与进展[J].中华物理医学与康复杂志,2009,31(12):796-798.

[10] 招少枫,窦祖林.肌电生物反馈和低频电刺激在吞咽障碍中的应用进展[J].中华脑科疾病与康复杂志(电子版),2013,3(3):196-199.

(上接第128页)

值得推广。

参考文献

[1] 信效堂,孟勇,陈聪,等.胸腰椎间盘多节段突出导致椎管狭窄的外科治疗[J].中国骨肿瘤骨病,2011,10(2):115-118,126.

[2] 羊国民,郭德全,徐国平,等.后路钉棒系统复位内固定植骨融合治疗退行性腰椎滑脱[J].临床骨科杂志,2008,11(3):288-289.

[3] 曾忠友,严卫锋,唐宏超等.腰椎椎弓峡部裂伴椎体Ⅱ°或以上滑脱的手术治疗策略[C]//第二届全国中西医结合骨科微创学术年会论文集.2012:168-170

[4] 任保瑞.多层螺旋CT对腰椎滑脱并椎弓崩裂的诊断价值[J].中国实用医药,2011,06(2):94-95

[5] 于观平,陈娟,黄振海等.多层螺旋CT对腰椎滑脱并椎弓崩裂的诊断价值分析[J].中外健康文摘,2014,(27):177-177,178.

(上接第129页)

临床疗效确切,降低术中出血量,加快病情恢复,可在临床中推广。

参考文献

[1] 李锐锋,黄勇.微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床效果分析[J].实用心脑血管病杂志,2014,22(11):123-124.

[2] 唐海川,徐志莹.微创颅内血肿清除术治疗老年高血压脑出

血临床疗效观察[J].河北医学,2014,20(3):503-505.

[3] 尹宗杰,康全利.颅内血肿微创清除术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效[J].中国药物与临床,2015,15(10):1460-1461.

[4] 李志峰.高血液脑出血患者经微创颅内血肿清除术治疗的临床效果观察[J].临床医药文献杂志,2016,3(47):9281-9282.