

输血相关管理制度

- **一、输血质量管理内容:** (一) 严格掌握**输血适应症**。(二) 完善输血前检查如**血常规、出凝血功能、肝功能、乙肝六项、丙肝、梅毒、艾滋等**检查; 凡遇有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者, 应开展不规则抗体筛查检测; 完善输血前评估, 并在病程中记录。(三) 输血同意书规范并放入病历。(四) 输血治疗后应检测患者的血常规以明确疗效, 检测相关指标, 明确不良反应, 将输血过程及输血后效果评价记录在病程中。(五) 手术输血时手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中的出入量要完全一致。

- **二、输血工作要求:**掌握指征、完善检查、知情同意、按需申请、逐级批审；用前核对，严密观察，准确记录、定期总结。
- **三、血液保护的主要措施:**包括减少患者异体输血需求，严格掌握输血指征，应用自体输血技术，合理使用血浆代用品。
- **四、医疗机构应当建立科室和医师临床用血评价及公示制度:**将临床用血情况纳入科室和医务人员工作考核指标体系。禁止将用血量和经济收入作为输血科或者血库工作的考核指标。
- **五、输血方式**包括**自体输血**与**异体输血**，异体输血又包括同型异体输血和配合型异体输血，自体输血又包括贮存式、回收式和稀释式，前者由输血科负责实施，后两者由麻醉科负责实施

输血流程：

- 一：医生填写输血申请表、向患者或者其近亲属说明输血目的、方式和风险， 并签署输血治疗知情同意书，并将告知情况记录在病历中。
- 二：医师完成输血前筛查检测申请，护士**核对**患者信息,采血（**双人**），送血样及申请单至输血科备血。
- 三：输血科核对输血申请单、受血者和供血者血样，复查受血者和供血者**ABO**（正反定型）**RH**（**D**）血型，准确无误后交叉配血。
- 四：专业人员取血（取血、发血双方共同核对信息）。
- 五：输血前核对信息（有**两名护士**执行）。
- 六：**输血前再次核对**（护士及患者/家属/监护人/手腕带）。

- 七：输血（密切观察并记录）。**输血期间和输血后**，医护人员必须**严密监护**患者，以便及时察觉可疑不良反应的征兆。
- 八：输血后评估疗效、完善相关记录，血袋保存**24h**，血袋处置有记录。
- 九：填写输血反应调查回执单。

输血指征:

- 一、**红细胞**: 外科: $Hb > 100g/L$, 可以不输; $Hb < 70g/L$, 应考虑输; $Hb 70-100g/L$ 之间, 根据患者的贫血程度、心肺代偿功能、有无代谢率增高以及年龄等因素决定。内科: $Hb < 60g/L$, 或红细胞压积 $< 18\%$ 。
- 二、**血小板**: 外科: $PLT > 100 \times 10^9/L$, 可以不输; $PLT < 50 \times 10^9/L$, 应考虑输; $PLT 50-100 \times 10^9/L$ 之间, 应根据患者是否有自发性出血或伤口渗血决定, 如术中出现不可控渗血, 确定血小板功能低下, 不受上述限制。内科: $PLT > 50 \times 10^9/L$, 一般不输; $PLT 10-50 \times 10^9/L$ 之间, 根据临床出血情况决定; $PLT < 10 \times 10^9/L$, 应立即输。
- 三、**血浆**: 外科: PT 或 $APTT >$ 正常上限1.5倍, 创面弥漫性渗血; 大量输血后、凝血功能障碍及紧急对抗法华令。内科: 各种凝血因子缺乏。

- 内科慢性代偿性贫血输血：(有贫血但无明显临床症状)，重点针对病因治疗（如缺铁贫及巨幼贫），不轻易输血。只有当贫血可能或已经引起氧供应降低到不能满足患者需要时才应考虑进行输血。内科慢性贫血的输血治疗不能以Hb高低作为输血的最好指标，而要以临床症状为主；输血量不宜过大，Hb升高到足以缓解临床症状即可。

- **外科患者的术中用血：**
- 临床医师在术前讨论时应根据患者病情、术中预计失血量、手术情况与麻醉方式等因素，充分讨论术中输血治疗方案，输血治疗方案至少应包括输血方式、所需输注血液制剂的品种、血型、剂量等内容，履行输血前告知，并记录在术前讨论记录中，开具备血医嘱，做好术前备血工作。

输血申请审核规定:

- 医疗机构临床备用血申请实行：**用血分级申请管理制度和用血权限管理制度**。同一患者**一天**中申请血量**少于 800mL**，由具有**中级以上**专业技术职务资格的医师提出申请，**上级医师**核准签发后，方可备血。
- 同一患者一天申请血量在 **800-1600mL**，由具有**中级以上**专业技术职务任职资格的医师提出申请，经**上级医师**审核，**科室主任**核准签发后，方可备血。
- 同一患者一天申请血量达到或者**超过 1600mL**，由具有**中级以上**专业技术职务任职资格的医师提出申请，**科室主任**核准签发后，报**医务科**批准，方可备血。（用血量为红细胞+血浆用量之和）。

- 以上规定**不适用于急诊用血**（遇急诊用血，如无中级职称医师在场，初级医师需向科主任汇报需紧急输血情况，经科主任授权后，可开用血申请，手续后补）。

紧急情况下输血审批、血液及血液成分选择原则及注意事项:

- **紧急情况下输血审批:** 紧急配合型输血的启动必须由抢救现场最高职务（职称）医生决定，启动前应履行告知义务，征得患者或其近亲属知情同意，在输血申请单上标明“要求紧急配合型发血”的字样并签名，对无自主意识且无家属的患者的紧急配合型输血。应报医院授权负责人（医务科或总值班）批准同意、备案后实施，并记录在病历中。对不等交叉配血试验结果而要求先行紧急发放血液的首次发血，必须由抢救现场最高职务（职称）医生签署意见，在输血申请单上标明“不能等交叉配血试验结果，要求先发血”的字样并签字，报医务科或总值班批准，输血科工作人员方可实施。

注意事项:

- (1) 对急救用血, 输血科必须优先发放, 交叉配血采用盐水介质或聚凝胺介质法试验, 相合后在 15min内发出第一袋血液, 同时用抗人球蛋白试验确认, 一旦出现配血不合应立即通知临床停止输血;
- (2) 对于RhD阴性和其他稀有血型患者, 应采用自身输血、同型输血或配合型输血;
- (3) RH(D)血型阴性、且抗-D阴性患者采取配合性输注RH阳性血, 必须在输血前告知患者本次输血不会发生溶血性输血反应, 以后再输血就必须输RhD阴性血, 女性病人怀孕将来有可能患新生儿溶血病。

- **提倡成分输血的好处:**疗效好、副作用小、一血多用、节约血液资源及便于保存和运输。
- **成分输血的原则:**缺什么、补什么（同型输注），而不是出多少、补多少；若患者需要尽快提高血液的运氧能力且不能耐受高钾，则需输注新鲜血。
- **目前用于临床的成分输血有:**
 - （一）红细胞制剂:红细胞悬液、洗涤红细胞、冰冻红细胞、去白细胞悬浮红细胞、辐照红细胞；
 - （二）血浆制剂:新鲜冰冻血浆、普通冰冻血浆、冷沉淀；
 - （三）血小板制剂:浓缩血小板、机采血小板；

- **备血:**临床用血都应备血（抢救用血除外）。备血不仅是为了狭义的准备多少异体血，还应包括自体输血及亲友互助献血的准备工作。备血标本三天内有效，特殊或稀有血型者须至少提前三天备血。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/755320042004011140>