

近 5 年阳江市互助献血调查与分析

梁振鸿¹ 王家林² 尹江源¹ 谭劲珠¹ 陈红梅¹

[摘要] 目的:了解阳江市 5 年来互助献血的开展情况及存在问题,探讨解决互助献血引发的社会矛盾,消除弊端。方法:统计 2007—2011 年互助献血人数、比率及血液检测结果,并与同期自愿献血人数、比率及血液检测结果进行比较。同时分析比较互助献血人群退出及新加入自愿献血的情况。结果:互助献血人数占无偿献血比率 12.4%,互助献血人数比率从 2008 年的 6.2% 上升到 2011 年的 19.5%,差异有统计学意义($P<0.01$),而同期自愿无偿献血人数比率呈下降趋势;互助献血和自愿无偿献血的血液检测总不合格率和单项不合格率(HB-sAg、抗-HCV、抗-TP、ALT)的比较均差异有统计学意义(均 $P<0.01$);互助献血人群中首次献血者比率为 72.4%,首次献血者和多次献血者血液不合格率差异有统计学意义($P<0.01$);参加互助献血后退出自愿献血者每年增加的人数比率与往年相比和同期由互助献血新加入自愿献血每年减少的人数比率与往年相比均差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。结论:互助献血的血液安全潜在风险比自愿无偿献血者高,同时积累的矛盾对自愿无偿献血产生了比较明显的负面影响。

[关键词] 无偿献血;互助献血;自愿无偿献血;血液安全;分析

[中图分类号] R457.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1004-2806(2012)12-0798-03

2010 年,波及全国大部分城市和地区的临床用血紧张引起了全国关注。在临床用血比较紧张的城市和地区(如北京、上海、柳州等^[1-3]),互助献血成了自愿无偿献血无法完全满足临床医疗用血时血液来源补充的重要手段,由此产生的社会矛盾更是引发了部分公众对互助献血的不满和对无偿献血的质疑。本市从 2007 年开始将互助献血纳入无偿献血管理,至今已 5 年。互助献血在一定程度上缓解了临床用血的紧张,特别是临床用血严重偏型及献血淡季血库告急时,发挥了重要作用。但是,随着互助献血的深入开展,其积累的社会矛盾和潜在的弊端也正逐渐显现。我们就本市 5 年来互助献血的开展情况进行调查,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 调查对象

2007—2011 年本市符合《献血者健康检查标准》(GB-18469)的无偿献血 97 973 人,其中自愿无偿献血者 85 823 人,互助献血者 12 150 人。

1.2 方法

比较互助献血和自愿献血以及互助献血中首次献血者和曾经献血者的血液不合格情况;分析互助献血逐年发展趋势,同时比较互助献血者中 2 次以上的自愿献血者参加互助献血后退出自愿献血和不退出自愿献血以及首次参加互助献血后新加入自愿献血 1 次以上三者的趋势发展情况等。

1.3 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件中的 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

5 年来互助献血率逐年增加,差异有统计学意义($P<0.01$),详见表 1。

表 1 5 年互助献血者和自愿无偿献血者的比率

n(%)			
年份	例数	互助献血者	自愿无偿献血者
2007	19 548	1 233(6.3)	18 315(93.7)
2008	20 538	1 278(6.2)	19 260(93.8)
2009	21 324	2 888(13.5)	18 436(86.5)
2010	18 068	3 144(17.4)	14 924(82.6)
2011	18 495	3 607(19.5)	14 888(80.5)
合计	97 973	12 150(12.4)	85 823(87.6)

互助献血者和自愿无偿献血者血液检测不合格情况详见表 2。

5 年来通过大力宣传互助献血,使得多次献血者逐年增加,详见表 3。

互助献血者中首次献血及多次献血的不合格情况见表 4。

因互助献血而退出自愿献血与未退出自愿献血和新加入自愿献血之间的比较见表 5。

3 讨论

为了保障急救和临床医疗用血需求,促进采供血工作依法、有序开展,本市从 2007 年起,在卫生行政部门的统一协调下,将互助献血工作纳入无偿献血管理,并制定统一的流程,在季节性的献血淡季、血型偏型严重、突发事件致血液不足时,由医疗临床单位和采供血单位共同动员患者家属、亲友或相关社会人士参加互助献血。互助献血不向患者收取任何互助金,且互助献血者享有与自愿献血者同等的权利。统计显示,本市互助献血存在的优点和缺点均比较明显,其优点表现为:①在临床急救

¹ 阳江市中心血站(广东阳江,529500)

² 阳江市妇幼保健院

通信作者:梁振鸿, E-mail: yjxzjy@163.com

表 2 互助献血者和自愿无偿献血者血液检测不合格情况 n(%)

献血方式	例数	不合格	单项不合格					合计**
			HBsAg	抗-HCV	抗-HIV	抗-TP	ALT	
互助献血	12 150	1 045(8. 60) ¹⁾	342(2. 81) ¹⁾	100(0. 82) ¹⁾	8(0. 07)	117(0. 96) ¹⁾	528(4. 35) ¹⁾	1 095(9. 01) ¹⁾
自愿无偿献血	85 823	5 253(6. 12)	1 519(1. 77)	387(0. 45)	39(0. 05)	586(0. 68)	3 062(3. 57)	5 593(6. 52)

与自愿无偿献血比较,¹⁾ $P<0. 01$ 。

表 3 5 年互助献血者中首次献血及
多次献血的比率 n(%)

年份	例数	首次献血	多次献血
2007	1 233	1 008(81. 8)	225(18. 2)
2008	1 278	996(77. 9)	282(22. 1)
2009	2 888	2 122(73. 5)	766(26. 5) ¹⁾
2010	3 144	2 204(70. 1)	940(29. 9) ¹⁾
2011	3 607	2 471(68. 5)	1 136(31. 5) ¹⁾
合计	12 150	8 801(72. 4)	3 349(27. 6)

与 2008 年比较,¹⁾ $P<0. 01$ 。

表 4 互助献血者中首次献血及多次献血的不合格情况

献血次数	例数	不合格数	比率/%
首次献血	8 801	917	10. 42
多次献血	3 349	128	3. 82 ¹⁾

与首次献血比较,¹⁾ $P<0. 01$ 。

表 5 退出、未退出和新加入自愿献血之间的比较 n(%)

年份	例数	退出 自愿献血	未退出 自愿献血	新加入 自愿献血
2007	1 233	86(7. 0)	139(11. 2)	192(15. 6)
2008	1 278	83(6. 5)	199(15. 6)	181(14. 2)
2009	2 888	343(11. 9) ¹⁾	423(14. 6)	280(9. 9) ¹⁾
2010	3 144	424(13. 5) ¹⁾	516(16. 4)	302(9. 6) ¹⁾
合计	8 543	906(10. 6)	1 307(15. 3)	955(11. 2)

与 2008 年比较,¹⁾ $P<0. 01$ 。

或者用血紧张的情况下,血液的来源能得到明显改善,缓解用血紧张效果比较明显;②部分互助献血者被发展为自愿献血者。而其缺点主要表现为:①互助献血的血液安全潜在风险比自愿无偿献血者高,且会随着互助献血比率的升高而增加(表 2、表 4)。互助献血者血液不合格率明显高于自愿无偿献血者,其差异有统计学意义($P<0. 01$),这与国内的黄金环^[4]、林昂等^[5]的相关报道相符。互助献血单项不合格率除抗-HIV 外,HBsAg、抗-HCV、抗-TP、ALT 的不合格率比自愿无偿献血高,差异均有统计学意义($P<0. 01$),这与国内的相关报道不完全相同,这可能与病毒感染的地区差异不同有关。虽然本市互助献血者和自愿无偿献血者抗-HIV 不合格率差异无统计学意义($P>0. 05$),但是 5 年互助献血共发现 HIV 感染者 8 例,潜在风险仍然很大,原因与本市属广东省 HIV

报告的主要感染者集中的 7 个城市之一^[6]有关,本市 HIV 感染率高于广东省内报告的 HIV 感染率^[6]和全国报告的 HIV 感染率(表 2)。互助献血中首次献血和曾经献血的血液不合格以首次献血为主(10. 42%),两者差异有统计学意义($P<0. 01$)(表 4)。②互助献血积累的矛盾对自愿无偿献血产生了比较明显的负面影响,其主要有:血站、医疗单位和患者三者之间的矛盾加大,自愿无偿献血者每年流失增加,血源招募工作者产生依赖思想导致自愿无偿献血招募的主观能动性和紧迫感降低。5 年来,本市互助献血者占无偿献血者的总比率为 12. 4%,自愿无偿献血的总比率为 87. 6%,但是按照年份分析,从 2008 年 6. 2%到 2011 年的 19. 5%,互助献血者所占比率逐年增长趋势比较明显,逐年增长的比率差异有统计学意义($P<0. 01$),而同期自愿无偿献血比重逐年下降趋势明显(表 1)。互助献血人群中,以首次献血人员为主(72. 4%),2009—2011 年的曾经献血者比率与 2008 年相比,差异具有统计学意义($P<0. 01$),自愿献血者参加互助献血的比率逐年增加(表 3)。2007—2010 年,因互助献血而退出自愿献血的人数比率在增加,同时因互助献血而新加入自愿献血的人数比率却逐年递减,两者 2009—2010 分别与 2008 年相比,均差异有统计学意义(均 $P<0. 01$)(表 5)。对存在缺点的原因分析:①互助献血血液不合格率偏高,国内众多报道主要认为是献血者的原因:如动机不同、迫于亲人或朋友的用血压力、隐瞒自身健康状况等^[7-8]。但笔者认为,除献血者原因外,不应忽略采供血机构及其工作人员的主观原因。由于供需矛盾,存在为了满足临床用血,在制订工作策略上,以招募足够血源为前提,血源招募和血液采集人员质量意识与质量管理要求脱节的情况。所以在血液紧张及患者家属、亲友的恳求下,把血液安全寄托于血液检测环节,从而出现对献血前咨询标准把关不严的情况。②由于对互助献血的政策宣传不到位,互助献血流程及沟通机制不甚完善,以及临床医务人员及采供血机构工作人员服务质量有待提高等方面的问题。部分医务人员和采供血工作人员在和患者或家属进行沟通和解释时表现为简单、生硬和不负责任的情况,造成患者和家属对医疗机构或血站产生不满情绪;采供血机构对互助献血的解释不到位及对献血者服务

不到位,容易伤害献血者的感情,部分自愿献血者参加互助献血后不再参加自愿无偿献血,存在等待亲人朋友用血时再参加献血的思想,而且还会带动和影响身边的亲人朋友,社会负面影响较大。针对存在问题本市采取的策略和措施:①以提高自愿无偿献血比率,降低互助献血比率为目标,加大无偿献血工作力度,以巩固和扩大固定无偿献血者队伍作为首要任务,大力做好献血者的维护工作;②加大互助献血的政策宣传并规范互助献血流程,成立专门工作组,把政策宣传和解释工作延伸到患者和家属。建立医疗机构和采供血部门定期沟通机制,就涉及临床用血的问题进行沟通和协调;③加强医务人员培训,重点在专业知识、互助献血宣传发动、献血者的甄别与沟通技巧和献血者的劝阻等方面,使医务人员牢固树立质量第一的理念,具备较高的专业技能知识和良好的沟通能力,从而提高服务质量和水平;④提高全面质量管理能力。充分利用现代科技,在血液采集前实施部分血液快速筛查项目如 HBsAg、ALT 等,在采血前有效劝阻部分不合格献血者;同时提高血液检测水平和能力,在国家标准允许的范围下,结合自身实际,使用更好的设备、方法对血液实施检测及质量控制,把潜在风险

降到最低。

参考文献

- [1] 宫伟,邱艳,郑英杰,等.北京市无偿献血工作的现状和思考[J].中国输血杂志,2006,19(2):168-169.
- [2] 罗庆峰,吴英,朱燕霞,等.家属互助献血与单位无偿献血血液初筛检测结果对比分析[J].深圳中西医结合杂志,2003,13,(6):380-380.
- [3] 卢平,黄筱曼.柳州市 2010 年互助无偿献血调查分析[J].中国输血杂志,2011,24(11):985-986.
- [4] 黄金环,庞栋,梁义安,等.互助献血者血液检测结果分析[J].广州医药,2011,42(4):47-48.
- [5] 林昂,庄文.亲友互助献血与街头自愿无偿献血血液筛查结果对比分析[J].实用医技杂志,2008,15(9):1155-1156.
- [6] 林鹏,王晔,李杰,等.广东省艾滋病流行概况及预防控制策略[J].华南预防医学,2008,34(5):1-5.
- [7] 姚琳,曾少红,李彬.新形势下南宁中心血站开展互助献血工作的现状和思考[J].医学理论与实践,2010,23,(12):1547-1548.
- [8] 卢媛,高明.患者亲属互助献血与街头自愿无偿献血相关因素对比分析[J].临床血液学杂志,2010,23(10):591-592.

(收稿日期:2012-04-29)

无偿献血血液报废原因分析与预防

华玉娟¹

[摘要] 目的:了解导致血液报废的常见原因,进而采取针对性措施,减少血液的浪费。方法:对 2009—2011 年无偿献血的血液报废原因归类并进行统计分析。结果:最常见的原因是 ALT 不合格,其后依次是脂肪血、抗-HCV、HBsAg、TP、抗-HIV、不足量、溶血、破袋、凝块、过期以及其他。结论:为减少血液的浪费,必须做好献血前宣教及征询指导工作,严把体检质量关,同时完善改进检测模式,严格按 SOP 操作,确保血液的质量和输血安全。

[关键词] 无偿献血;血液报废;原因

[中图分类号] R457.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1004-2806(2012)12-0800-03

血液在临床救治患者中发挥着重要的作用,而血液作为目前尚无替代品的宝贵资源,只能来源于健康的无偿献血者。随着无偿献血工作的深入开展,我市的临床献血量逐年增加,同时血液报废量也相对增多,因此,我们在工作中不断总结分析血液报废的原因,并采取相应的控制措施,从而降低血液报废率,节约血液资源和不必要的采集、制备、检测等成本费用,确保临床血液安全与供应,现将我站无偿献血的血液报废原因归类、进行统计分

析,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我站 2009—2011 年无偿献血 115 751 人次,无偿献血量 218 353 U(其中献全血 110 296 人次,全血量 209 782 U;机采血小板 5 455 人次,共采集血小板 8 571 个治疗量,1 个治疗量为 1 U)。所采集的全血、血小板经成分室分离制备、加工后入待检库,对采集、检测、分离制备过程所发生的不合格血液进行报废处理,合格血液则进入成品库发往临床。

¹ 泰安市红十字会中心血站(山东泰安,271000)
通信作者:华玉娟, E-mail:taxzhyi@126.com