



Audit of Red Blood Cell Transfusion Appropriateness at two Teaching Hospitals in Yazd: A Retrospective Study of Guideline Compliance

Yasaman Chahardah Cherik¹, Hayedeh Javadzadeh Shahshahani^{2,3} ,
Seyed Mohammad Reza Mortazavizadeh¹

¹Islamic Azad University of Yazd, Ali ibn Abitaleb Medical School, Yazd, Iran

²Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran

³Yazd Blood Transfusion Center, Yazd, Iran



Received: 2025/09/29
Accepted: 2025/01/07

 <http://dx.doi.org/10.61882/bloodj.22.2.160>

Citation:

Chahaedah Cherik Y, Javadzadeh Shahshahani H, Mortazavizadeh S.M.R. Audit of Red Blood Cell Transfusion Appropriateness at two Teaching Hospitals in Yazd: A Retrospective Study of Guideline Compliance. J Iran Blood Transfus. 2025; 22 (4): 305-315

Correspondence:

Javadzadeh Shahshahani H., Associate Professor of Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine. Postal Code: 8915913971, Yazd, Iran. Tel: (+9835) 38249517

E-mail:

h.javadzadeh@tmi.ac.ir

ABSTRACT

Background and Objectives

Red blood cell (RBC) transfusion is a life-saving intervention in modern medicine. However, inappropriate use remains common and may increase the risk of adverse events, prolong hospitalization, and raise healthcare costs. This study aimed to evaluate the indications for RBC transfusion in two teaching hospitals and assess their compliance with international guidelines.

Materials and Methods

In this cross-sectional retrospective study, we reviewed medical records of 201 hospitalized patients who received at least one unit of RBCs over a one-year period. Data collected included demographic characteristics, primary diagnoses, pretransfusion hemoglobin (Hb) levels, documented transfusion indications, and the number of units administered. Transfusion appropriateness was determined according to AABB and other internationally accepted guidelines. Data were analyzed using SPSS 22, with Chi-square or ANOVA tests. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results

The mean patient age was 56.94 ± 13.21 years; and 52.7% were male. Overall, 78.6% of transfusions were guideline-compliant, while 21.4% were inappropriate. The most common indication was symptomatic anemia (22.9%), and the highest rate of inappropriate transfusion occurred among surgical patients (46.9%, $p < 0.001$). A significant association was found between pretransfusion Hb level and inappropriate transfusion ($p = 0.01$); notably, all transfusions at Hb > 10 g/dL were inappropriate. The most frequently transfusion unit numbers was two.

Conclusions

Although most RBC transfusions were well-matched to established guidelines, substantial proportions were inappropriate, particularly for surgical patients and those with higher pretransfusion Hb levels. Implementation of patient blood management (PBM) strategies, targeted education and continuous monitoring can help improve blood product utilization and patient outcomes.

Key words: Blood Transfusion, Red Blood Cells, Hemoglobins



Copyright © 2025 Journal of Iranian Blood Transfusion, Published by Blood Transfusion Research Center. This work is licensed under a Creative Common Attribution-Non Commercial 4.0 International license.



ارزیابی میزان انطباق تزریق گلبول قرمز با راهنماهای علمی در دو بیمارستان آموزشی یزد: یک مطالعه گذشته‌نگر

یاسمن چهارده چریک^۱، هایده جوادزاده شهشهانی^۲ ID، سید محمدرضا مرتضوی‌زاده^۳

۱- پزشک عمومی - دانشکده پزشکی علی‌ابن‌طالب - دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد - یزد - ایران
 ۲- متخصص آسیب‌شناسی - دانشیار مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون و اداره کل انتقال خون یزد - یزد - ایران
 ۳- فوق تخصص خون و آنکولوژی - دانشیار دانشکده پزشکی علی‌ابن‌طالب - دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد - یزد - ایران

چکیده

سابقه و هدف

تزریق گلبول قرمز (RBC) یکی از مداخلات حیاتی در پزشکی است، مصرف نابه‌جا می‌تواند با افزایش عوارض، طولانی‌تر شدن زمان بستری و افزایش هزینه‌های سلامت همراه باشد. هدف این مطالعه بررسی اندیکاسیون‌های تزریق RBC و میزان انطباق آن‌ها با دستورالعمل‌های بین‌المللی در بیمارستان یزد است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی و گذشته‌نگر بر روی پرونده ۲۰۱ بیمار بستری که طی یک سال در دو بیمارستان آموزشی دانشگاهی حداقل یک واحد RBC دریافت کرده بودند، انجام شد. داده‌ها شامل ویژگی‌های دموگرافیک، تشخیص اولیه بیماری، سطح هموگلوبین قبل از تزریق، اندیکاسیون ثبت‌شده و تعداد واحدهای تزریق شده بود. انطباق با راهنمای AABB و سایر منابع معتبر ارزیابی شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۲ و آزمون‌های کای‌دو و ANOVA با سطح معناداری $p < 0/05$ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران $21/13 \pm 56/94$ سال بود و ۵۲٪ مرد بودند. در ۷۸٪ موارد، تزریق RBC مطابق دستورالعمل‌ها و در ۲۱٪ موارد نابه‌جا بود. بیشترین اندیکاسیون، آنمی علامت‌دار (۲۲٪) و بیشترین تزریق نابه‌جا در بیماران جراحی (۴۶٪) مشاهده شد ($p < 0/01$). بین سطح هموگلوبین پیش از تزریق و احتمال تزریق نابه‌جا ارتباط معنادار وجود داشت ($p = 0/01$)؛ به طوری که در سطح هموگلوبین بیش از 10 g/dL ، تمام تزریق‌ها نابه‌جا بودند. بیشترین فراوانی تعداد واحد تزریق شده، دو واحد بود.

نتیجه‌گیری

اگرچه اکثریت تزریق‌های RBC مناسب بودند، اما میزان قابل توجهی تزریق نامناسب، به ویژه در بیماران با هموگلوبین بالا و در بخش‌های جراحی وجود داشت. اجرای برنامه‌های مدیریت خون بیمار (PBM)، آموزش هدفمند و پایش مستمر می‌تواند به بهبود مصرف فرآورده‌های خونی و پیامد بیماران کمک کند.

کلمات کلیدی: تزریق خون، گلبول‌های قرمز، هموگلوبین



تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۷
 تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۷

doi <http://dx.doi.org/10.61882/bloodj.22.2.160>

Citation:

Chahaedah Cherik Y, Javadzadeh Shahshahani H, Mortazavizadeh S.M.R. Audit of Red Blood Cell Transfusion Appropriateness at two Teaching Hospitals in Yazd: A Retrospective Study of Guideline Compliance. J Iran Blood Transfus. 2025; 22 (4): 305-315

نویسنده مسئول:

دکتر هایده جوادزاده شهشهانی. دانشیار مرکز تحقیقات انتقال خون - مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون و اداره کل انتقال

خون یزد - یزد - ایران

کدپستی: ۸۹۱۵۹۱۳۹۷۱

E-mail h.javadzadeh@tmi.ac.ir

کد اخلاق:

IR.IAU.KHUISF.REC.1398.108

مقدمه

انتقال خون یکی از مداخلات درمانی حیاتی در پزشکی است که نقش مهمی در نجات جان بیماران و بهبود پیامدهای بالینی ایفا می‌کند. با این حال، استفاده نامناسب و بی‌شش از حد فرآورده‌های خونی، به ویژه گلبول قرمز (RBC)، هم‌چنان در بسیاری از مراکز درمانی شایع است و می‌تواند با افزایش خطر عوارض، طولانی‌تر شدن مدت بستری و افزایش هزینه‌های نظام سلامت همراه باشد (۲)، (۱).

راهنماهای بالینی معتبر تأکید دارند که تصمیم‌گیری در زمینه تزریق گلبول قرمز باید مبتنی بر شواهد علمی و با در نظر گرفتن وضعیت بالینی، شرایط فردی و بیماری‌های همراه هر بیمار انجام شود. در این چارچوب، قضاوت بالینی و ارزیابی دقیق علائم، محور اصلی انتخاب درمان محسوب می‌شود (۷-۳). این رویکرد با هدف کاهش مواجهه غیر ضروری با فرآورده‌های خونی و پیشگیری از عوارضی مانند واکنش‌های همولیتیک و آلوایمونیزاسیون که منجر به تولید آنتی‌بادی علیه آنتی‌ژن‌های گلبول قرمز و سفید می‌شود، انتقال عوامل عفونی، تعدیل ایمنی و اضافه بار در گردش طراحی شده است (۱۰-۸).

با وجود این توصیه‌ها، درصد قابل توجهی از تزریق‌های RBC خارج از این معیارها انجام می‌شود و تخمین زده می‌شود که ۵٪ تا ۵۸٪ از تزریق خون‌هایی که انجام می‌شود غیر ضروری هستند (۲). مطالعه‌ای که در هند بر روی بیماران سوختگی انجام شد، نشان داد ۳۶٪ از تزریق‌های RBC نامناسب بوده است (۱۱). تفاوت در قضاوت بالینی پزشکان، فشارهای محیطی (مانند نیاز به آماده‌سازی سریع بیمار برای جراحی)، آگاهی ناکافی از آخرین دستورات عمل‌ها و نبود نظارت مؤثر بر مصرف خون، می‌توانند از عوامل تزریق خون نامناسب باشند (۱۲).

در سال‌های اخیر، مفهوم مدیریت خون بیمار (PBM) با سه محور اصلی درمان کم خونی، بهینه‌سازی هموستاز و استفاده منطقی و مبتنی بر شواهد از فرآورده‌های خونی برای بهینه‌سازی مصرف فرآورده‌های خونی مطرح شده است (۱۵-۱۳). اجرای موفق این برنامه‌ها در مراکز درمانی مختلف، منجر به کاهش چشمگیر مصرف خون و بهبود پیامدهای بیماران شده است (۲۰-۱۶).

با وجود شواهد بین‌المللی در زمینه تزریق نابه‌جای گلبول قرمز، داده‌های بومی در خصوص الگوهای مصرف و

میزان انطباق آن با راهنماهای علمی در مراکز درمانی کشور محدود است؛ این خلأ دانشی ضرورت انجام مطالعه حاضر را برجسته می‌سازد. با توجه به اهمیت و پیامدهای بالقوه تزریق نابه‌جای RBC، بررسی الگوهای مصرف و میزان انطباق آن‌ها با راهنماهای بالینی در مراکز درمانی کشور می‌تواند در جهت بهبود کیفیت مراقبت و ارتقای ایمنی بیماران مؤثر باشد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی اندیکاسیون‌های تزریق گلبول قرمز در دو بیمارستان آموزشی و تعیین میزان انطباق آن‌ها با راهنماهای علمی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی و گذشته‌نگر بر روی تمام پرونده‌های بیماران بستری که در طی یک سال از فروردین تا پایان اسفند ۱۳۹۷ در دو بیمارستان آموزشی دانشگاهی گلبول قرمز دریافت کرده بودند، انجام شد. روش نمونه‌گیری سرشماری بود و تمام بیماران دریافت‌کننده RBC وارد مطالعه شدند. هدف اصلی پژوهش، بررسی میزان انطباق اندیکاسیون‌های تزریق با راهنماهای معتبر بین‌المللی بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیمارانی بود که حداقل یک واحد گلبول قرمز دریافت کرده بودند. بیمارانی که اطلاعات پرونده آن‌ها ناقص بوده و دسترسی به آن‌ها وجود نداشت، بیماران دریافت‌کننده انتقال خون حجیم، بیماران ناپایدار از نظر همودینامیک (ناپایداری فشار خون، نارسایی گردش خون یا شوک) و بیماران اورژانسی از مطالعه خارج شدند.

اطلاعات مورد نیاز از طریق بررسی پرونده بیماران و سوابق بانک خون استخراج گردید. متغیرهای جمع‌آوری شده شامل سن، جنس، علائم و نشانه‌های کم‌خونی، وضعیت همودینامیک، مقادیر هموگلوبین قبل از تزریق RBC، اندیکاسیون و تعداد واحدهای تزریق‌شده به بیماران بخش‌های خون و انکولوژی، داخلی، زنان و جراحی بود. تشخیص بر اساس نوع بیماری طبق نظر پزشک معالج و ثبت شده در پرونده بیماران در پنج گروه زیر طبقه‌بندی شدند:

- ۱- بدخیمی‌های غیر هماتولوژی مانند کنسر تخمدان، ریه، روده بزرگ
- ۲- بدخیمی‌های هماتولوژی مانند لوسمی، لنفوم هوچکین، لنفوم نان هوچکین، مالتیپل میلوما
- ۳- بیماری‌های داخلی مانند بیماری‌های گوارشی، ریوی،

کبدی، کلیوی

۴- بیماری‌های زنان مانند سزارین، خونریزی غیرطبیعی از رحم

۵- جراحی مانند تیروئیدکتومی، هرنی دیسک، جراحی مفصل و کله سیستکتومی

بر اساس راهنماهای بالینی معتبر، معیارهای انطباق برای تزریق گلبول قرمز به شرح زیر تعریف گردید: در بیماران پایدار از نظر همودینامیک آستانه هموگلوبین کمتر از ۷ گرم بر دسی‌لیتر؛ در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی یا دارای شواهد ایسکمی عروقی آستانه کمتر از ۸ گرم بر دسی‌لیتر؛ در موارد سکنه حاد ایسکمیک یا از دست دادن خون بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر آستانه کمتر از ۹ گرم بر دسی‌لیتر؛ و در بیماران اورمیک یا مبتلا به خونریزی ناشی از ترومبوسایتوپنی و هموگلوبینوپاتی‌ها، آستانه کمتر از ۱۰ گرم بر دسی‌لیتر در نظر گرفته شد. در بیماران با کم‌خونی علامت‌دار، بدون توجه به سطح هموگلوبین، تزریق خون انجام می‌شود (۳، ۴). در صورتی که تزریق گلبول قرمز با معیارهای فوق مطابقت داشت، مناسب و در غیر این صورت نامناسب در نظر گرفته شد.

برای اطمینان از صحت داده‌ها، دانشجوی سال آخر پزشکی پیش از شروع مطالعه با نظارت متخصصین داخلی، خون و انکولوژی و طب انتقال خون آموزش دیده و بخشی از پرونده‌ها به صورت تصادفی بررسی شد. داده‌ها ابتدا وارد فرم جمع‌آوری داده شدند که بر اساس راهنماهای معتبر طراحی شد (۳، ۴). به منظور بررسی روایی محتوایی، فرم توسط متخصصین هماتولوژی و انتقال خون ارزیابی گردید و اصلاحات لازم اعمال شد. همچنین، برای تعیین پایایی ابزار، آزمون مقدماتی بر روی ۲۰ پرونده بیمار به صورت بازآزمایی (test-retest) انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ محاسبه گردید. پس از ورود به نرم‌افزار آماری SPSS ۲۲، با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های تحلیلی مناسب مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل توصیفی از معیارهای درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل تحلیلی از آزمون‌های ANOVA و Fisher's Exact، t-test و Chi-square استفاده شد. سطح معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این پژوهش پس از تصویب در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه و با رعایت اصول محرمانگی اطلاعات بیماران انجام

شد. کلیه داده‌ها به صورت کدگذاری شده و بدون ذکر نام یا مشخصات فردی ذخیره و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه مقطعی، ۲۰۱ بیمار وارد مطالعه شدند و ۳۰ نفر از مطالعه خارج شدند. از تعداد ۲۰۱ بیماری که RBC دریافت کردند، ۱۰۶ نفر (۵۲/۷٪) مرد و ۹۵ نفر (۴۷/۳٪) زن بودند. ۹۹ بیمار (۴۹/۳٪) کمتر از ۶۰ سال و ۱۰۲ بیمار (۵۰/۷٪) بیش از ۶۰ سال سن داشتند. میانگین سن آن‌ها $21/13 \pm 56/94$ سال (دامنه ۱۶ تا ۱۰۰ سال) بود (جدول ۱).

در ۷۸/۶٪ از بیماران دریافت RBC مطابق راهنماهای تزریق خون بود و در ۴۳ مورد (۲۱/۴٪) با راهنماهای تزریق خون مطابقت نداشت. توزیع دریافت خون بر اساس اندیکاسیون‌های تزریق RBC در گروه‌های مختلف سنی و جنسی تفاوت معناداری نداشت. ۱۹۰ (۹۴/۵٪) بیمار RBC و ۱۱ (۵/۵٪) مورد RBC کم لوکوسیت دریافت کرده بودند. بیشترین فراوانی تعداد RBC تزریقی ۲ واحد و میانگین تعداد واحد تزریقی $1/15 \pm 2$ واحد گزارش شد. پیش از تزریق، ۴۶ (۲۲/۸٪) نفر از بیماران هموگلوبین کمتر از 7 g/dL ، حدود ۱۲۸ (۶۳/۶٪) نفر هموگلوبین بین 7 g/dL تا 10 g/dL و ۲۷ (۱۳/۴٪) نفر هموگلوبین بیش از 10 g/dL داشتند. بین محدوده هموگلوبین قبل از تزریق و اندیکاسیون تزریق خون رابطه آماری معناداری وجود داشت ($p=0/01$) و با افزایش سطح هموگلوبین قبل از تزریق RBC، میزان تزریق نامناسب افزایش می‌یافت، به طوری که ۱۰۰٪ تزریق خون‌ها در افراد با هموگلوبین بیش از 10 g/dL نامناسب بود. از نظر نوع بیماری، بیشترین موارد مربوط به بیماری‌های داخلی (۷۲ بیمار) و پس از آن جراحی (۴۹ بیمار) بود (جدول ۱). بیشترین درصد تزریق مناسب در بین بدخیمی‌های هماتولوژی (۹۵/۷٪) و بیشترین درصد تزریق خون نامناسب در بیماری‌های جراحی (۴۶/۹٪) مشاهده شد، که از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/001$) (جدول ۱). شایع‌ترین دلیل تزریق RBC، آنمی علامت‌دار (۲۲/۹٪) و پس از آن تزریق نامناسب (۲۱/۳٪) بود (جدول ۲). میانگین هموگلوبین پیش از تزریق $8/6 \pm 1/15 \text{ g/dL}$ و میانگین هموگلوبین پس از تزریق $10/3 \pm 2/11 \text{ g/dL}$ بود. میانگین هموگلوبین پیش از تزریق در مواردی که اندیکاسیونی برای تزریق خون وجود

نداشته، از سایر موارد بیشتر بود ($10/76 \pm 1/78$ g/dL) و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/001$). بیمارانی که تزریق RBC بدون اندیکاسیون داشتند، تعداد واحد کمتری دریافت کردند (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی انطباق تزریق RBC با راهنما بر حسب جنس، سن، سطح هموگلوبین و تشخیص بیماران

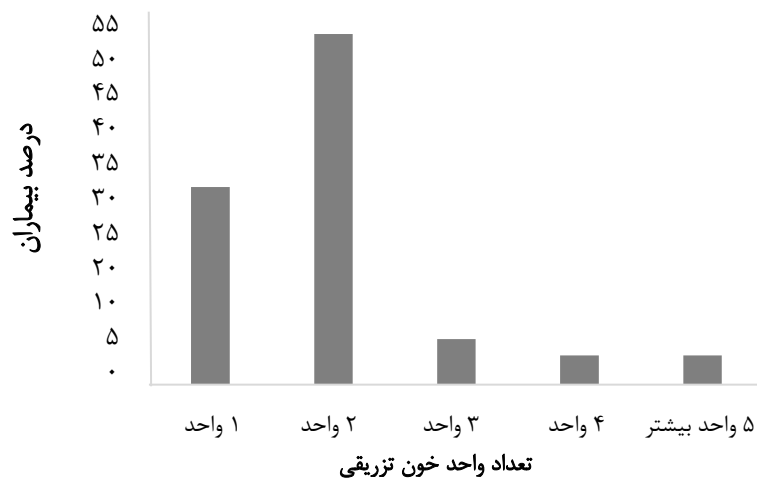
p	تزریق RBC						متغیر	
	مجموع		نامناسب		مناسب			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/167	100	106	25/4	27	74/5	79	مرد	جنس
	100	95	16/8	16	83/1	79	زن	
0/061	100	99	26/3	26	73/7	73	کمتر از 60	سن (سال)
	100	102	16/7	17	83/3	85	بیشتر از 60	
0/01	100	46	0	0	100	46	کمتر از 7	سطح هموگلوبین قبل از تزریق RBC (g/dL)
	100	45	0	0	100	45	7-7/9	
	100	60	13/4	8	86/6	52	8-8/9	
	100	23	37/8	8	65/2	15	9-9/9	
	100	27	100	27	0	0	بیشتر از 10	
<0/001	100	23	4/3	1	95/7	22	بدخیمی هماتولوژیک	تشخیص بیماری
	100	36	8/3	3	91/7	33	بدخیمی غیر هماتولوژیک	
	100	21	4/8	1	95/2	20	بیماری‌های زنان	
	100	72	20/8	15	79/1	57	بیماری‌های داخلی	
	100	49	46/9	23	53/0	26	جراحی	
	100	201	21/3	43	78/6	158	کل	

جدول ۲: توزیع فراوانی اندیکاسیون‌های تزریق RBC و تعداد فرآورده دریافتی در بیماران مورد بررسی

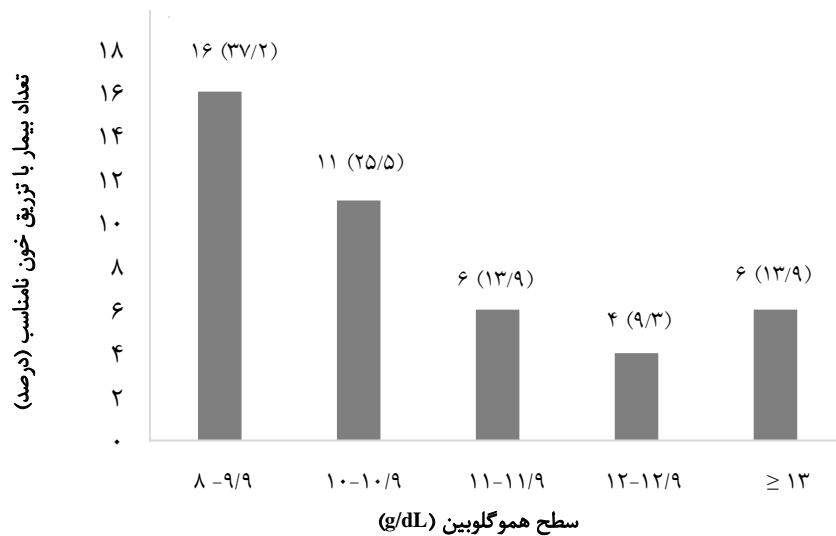
تزریق RBC	سطح هموگلوبین پیش از تزریق RBC (g/dL) (Mean±SD)	اندیکاسیون تزریق RBC	تعداد بیماران (درصد)	تعداد فرآورده دریافتی (Mean±SD) محدوده
مناسب	$8/12 \pm 1/85$	هموگلوبین کمتر از 7 g/dL در بیمار پایدار و بدون ریسک قلبی	22 (10/9)	2/0±33/85
		هموگلوبین کمتر از 8 g/dL در بیمار پایدار با شواهد ایسکمی عروقی	22 (10/9)	2/1±25/51
		هموگلوبین کمتر از 9 g/dL و از دست دادن خون بیش از 500 cc یا سگته حاد ایسکمیک	28 (13/9)	2/1±41/37
		هموگلوبین کمتر از 10 g/dL در بیمار اورمیک یا خونریزی ناشی از ترومبوسیتوپنی یا هموگلوبینوپاتی	42 (20/8)	1/0±86/86
		آئمی علامت دار	46 (22/9)	2/1±18/33
		کل	158 (78/6)	2/1±18/21
نامناسب	$10/76 \pm 1/78$	بدون اندیکاسیون	43 (21/4)	1/0±35/48
کل	$8/6 \pm 1/15$		201 (100)	2/1±0/15

جدول ۳: سطح هموگلوبین قبل از تزریق بیماران و تعداد واحد RBC دریافتی بر حسب تشخیص

واحد RBC دریافتی (Mean±SD)	سطح هموگلوبین قبل از تزریق (Mean±SD)(g/dL)	تعداد	تشخیص بیماری
۱/۹۱±۱/۱	۷/۷۱±۱/۳۵	۳۶	بدخیمی‌های غیرهماتولوژیک
۲/۲۳±۱/۴۸	۷/۴۴±۱/۴۹	۲۳	بدخیمی‌های هماتولوژیک
۲/۵۲±۱/۲۴	۷/۴۵±۱/۲۹	۲۱	بیماری‌های زنان
۱/۸۶±۰/۰۷	۹/۳۷±۲/۲۱	۷۲	بیماری‌های داخلی
۱/۹۳±۱/۴۲	۹/۳۰±۲/۲۶	۴۹	جراحی
۲/۰۰±۱/۱۵	۸/۶۳±۲/۱۱	۲۰۱	کل
۰/۱۶۴	<۰/۰۰۱		p



نمودار ۱: توزیع فراوانی بیماران بر حسب تعداد واحد خون تزریقی



نمودار ۲: توزیع فراوانی بیمارانی که تزریق خون نامناسب داشتند بر حسب سطح هموگلوبین. ۶۲/۶٪ هموگلوبین بالاتر از ۱۰ g/dL و ۶ نفر (۱۳/۹٪) هموگلوبین بیش از ۱۳ g/dL داشتند

کمترین میانگین هموگلوبین قبل از تزریق در بیماران با بدخیمی های هماتولوژی (۷/۴۴) و بیشترین آن در بیماری های داخلی (۹/۳۷) و اختلاف بین گروه ها از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/001$). در مجموع ۴۱۴ فرآورده RBC به بیماران تزریق شد که ۳۳ واحد (۷/۹٪) از نوع کم لکوسیت بود (جدول ۳). بیشترین میانگین تعداد RBC دریافتی در بیماری های زنان مشاهده شد $1/24 \pm$ (۲/۵۲ واحد) اما از نظر آماری تفاوت معناداری با بیماران دیگر نداشت (جدول ۳).

نتایج مطالعه درباره توزیع فراوانی تعداد واحد خون تزریقی در بیماران نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به تزریق خون ۲ واحدی بوده است (نمودار ۱). از میان بیماران با تزریق خون نامناسب، ۶۲/۶٪ دارای سطح هموگلوبین بالاتر از ۱۰ g/dL بودند و در ۶ نفر (۱۳/۹٪) هیچ شواهدی از آمی وجود نداشت (هموگلوبین بیش از ۱۳ g/dL) (نمودار ۲).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اندیکاسیون های تزریق گلبول قرمز (RBC) در دو بیمارستان آموزشی انجام شد و نتایج آن تصویری نسبتاً جامع از وضعیت مصرف این فرآورده خونی در این مراکز ارائه می دهد. یافته ها نشان داد که ۷۸/۶ درصد از تزریق ها مطابق با راهنماهای بالینی معتبر بوده و ۲۱/۴ درصد فاقد اندیکاسیون مناسب بوده اند. این میزان تزریق نابجا، اگرچه کمتر از برخی گزارش های بین المللی است، اما همچنان قابل توجه بوده و نیازمند مداخلات اصلاحی است. مطالعه دایاز در اسپانیا، تزریق خون نابجه را ۲۱/۴٪ و مطالعه راویشانکار در هند این میزان را ۳۶٪ گزارش کرده اند (۱۱، ۲). در مطالعه سوریل و همکاران یک سوم از تزریق های گلبول قرمز (حدود ۳۳٪) در بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه که وضعیت پایدار و بدون خونریزی داشتند، نامناسب تلقی شدند. برخی مطالعه های مشابه در کشورهای مختلف، نسبت تزریق خون غیر ضروری را بیش از ۵۰ درصد گزارش کرده اند که نشان می دهد این مسأله یک چالش جهانی در مدیریت خون بیماران است (۲۲، ۲۱).

یکی از یافته های کلیدی این مطالعه، وجود ارتباط آماری معنادار بین سطح هموگلوبین پیش از تزریق و احتمال تزریق نابجه بود. به طور خاص، در بیماران با هموگلوبین بالاتر از ۱۰ g/dL، تمام موارد تزریق فاقد اندیکاسیون بوده

است. این نتیجه با توصیه های انجمن هماتولوژی آمریکا و سایر دستورالعمل های معتبر همخوانی دارد که آستانه هموگلوبین برای تزریق را در بیماران پایدار کمتر از ۷ و در بیماران قلبی یا دارای علائم ایسکمی کمتر از ۸ پیشنهاد می کنند (۲۳، ۴، ۳).

در مطالعه اسپانیا میزان تزریق خون های به جا در هموگلوبین کمتر از ۷ g/dL، ۱۰۰٪، در هموگلوبین بین ۷-۹ g/dL، ۹۵٪، در هموگلوبین ۸-۹ g/dL، ۷۱٪ و در هموگلوبین بیشتر از ۹ g/dL، ۲۱٪ بوده است (۲). مطالعه شاندرمن و همکاران در مورد بیماران جراحی نشان داد تمامی تزریق خون های انجام شده در افرادی با هموگلوبین قبل از تزریق ۱۰ g/dL، نابجه بوده که با نتایج مطالعه ما همخوانی داشته است (۱۷). تزریق خون در سطوح بالاتر، به ویژه در غیاب علائم بالینی، نه تنها سودی برای بیمار ندارد بلکه می تواند خطر بروز عوارضی مانند واکنش های همولیتیک، انتقال عفونت، سرکوب سیستم ایمنی و افزایش حجم در گردش را افزایش دهد (۵، ۱).

از نظر توزیع تخصصی، بیشترین درصد تزریق مناسب به ترتیب در بیماران مبتلا به بدخیمی های هماتولوژیک (۹۵/۷٪)، بیماری های زنان (۹۵/۲٪) و در بدخیمی های غیر هماتولوژیک (۹۱/۷٪) و بیشترین درصد تزریق نابجه در بیماران جراحی (۴۶/۹٪) مشاهده شد. این تفاوت معنادار می تواند ناشی از عوامل متعددی از جمله تفاوت در الگوهای تصمیم گیری بالینی، فشارهای زمانی و روانی در محیط های جراحی، تمایل به اصلاح سریع کم خونی پیش از عمل، یا آگاهی کمتر از آخرین دستورالعمل ها در برخی بخش ها باشد. سایر مطالعه ها نیز نشان داده اند که بخش های جراحی نسبت به بخش های داخلی، نرخ بالاتری از تزریق های غیر ضروری دارند. مطالعه صادقی و همکاران نشان داد بیشترین درصد تزریق خون نابجه (۸۴/۱٪) در بخش های جراحی بوده است و علت تزریق خون نابجه، نگرانی از پیش آگهی بد از دست دادن خون در بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند، تخمین نادرست تعداد واحد خون های لازم جهت افزایش هموگلوبین و غفلت در مورد استفاده از جایگزین های RBC عنوان شده است (۲۴).

این موارد اهمیت آموزش هدفمند و بازخورد مستمر به تیم های جراحی را برجسته می کند (۲۵). استفاده از سیستم درخواست کامپیوتری پزشک از طریق نرم افزارهای هوشمند با قابلیت پشتیبانی تصمیم بالینی و الزام پزشک به

ناب‌ه‌جا، به طور میانگین تعداد واحد کمتری دریافت کردند (جدول ۲). این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که در موارد هموگلوبین بالا، پزشکان صرفاً یک واحد خون را به عنوان «اقدام احتیاطی» تزریق کرده‌اند، هر چند این اقدام از نظر علمی توجیه‌پذیر نیست. کاهش تزریق ناب‌ه‌جا نه تنها ایمنی بیماران را افزایش می‌دهد، بلکه هزینه‌های نظام سلامت را نیز کاهش می‌دهد و ذخایر محدود خون‌های اهدایی را برای نیازمندان واقعی حفظ می‌کند.

بر اساس دانش نویسندگان مطالعه حاضر تنها مطالعه در مورد ارزیابی میزان انطباق تزریق گلبول قرمز با راهنماهای علمی در منطقه محسوب می‌شود، لذا می‌تواند پایه‌ای منحصر به فرد برای مقایسه با وضعیت کنونی و برای مطالعه‌های آتی و مداخلات و انجام مطالعه‌های تحلیلی فراهم آورد. یافته‌های این مطالعه شکاف‌های پایدار در مدیریت خون بیماران را برجسته می‌سازد و با توجه به کمبود داده‌های مشابه در منطقه، سهم مهمی در غنی‌سازی ادبیات علمی در زمینه رفتارهای بالینی مرتبط با تزریق خون دارد. محدودیت‌های آن شامل موارد زیر است: این مطالعه به روش مشاهده‌ای در دو بیمارستان آموزشی انجام شده و ممکن است نتایج آن به سایر مراکز درمانی قابل تعمیم نباشد، همچنین، بررسی پیامدهای بالینی بیماران پس از تزریق (مانند طول مدت بستری، بروز عوارض یا مرگ و میر) انجام نشده است که می‌تواند در مطالعه‌های آینده مورد توجه قرار گیرد. با وجود شواهد قوی در حمایت از سیاست محدود کننده تزریق گلبول قرمز نسبت به رویکرد آزادانه، این توصیه یک قاعده مطلق محسوب نمی‌شود. در بیماران با ناپایداری همودینامیک، بیماری‌های قلبی یا عصبی و سایر همبودی‌ها (comorbidities)، تصمیم‌گیری باید با دقت و بر اساس شرایط بالینی بیمار و نه تنها بر اساس سطح هموگلوبین انجام شود (۳۴-۳۲). بر اساس یافته‌های یک راهنمای جدید، در بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد، تزریق گلبول قرمز در مقادیر هموگلوبین کمتر از ۱۰ گرم بر دسی‌لیتر، توصیه مشروط می‌شود؛ هر چند شواهد موجود از قطعیت پایینی برخوردار بوده و تصمیم‌گیری نهایی در مورد تزریق خون با در نظر گرفتن شرایط بالینی و همراه با اقدامات کاهش‌دهنده عوارض احتمالی انجام شود (۳۵). بنابراین در چارچوب مدیریت خون بیمار و پزشکی بیمارمحور، ارزیابی مورد به مورد ضرورت دارد. همچنین، همکاری فعال متخصصان طب انتقال خون با سایر رشته‌ها برای تعیین

مستند نمودن علت تزریق خون، هنگامی که تصمیم پزشک برای تزریق خون در چارچوب راهنماها نیست، موجب بهبود رویه تزریق خون می‌شود (۴). مطالعه‌ای در بیمارستان بزرگی در کالیفرنیا انجام شد و از سیستم درخواست خون کامپیوتری استفاده شد، آخرین نتایج آزمایشگاهی بیمار برای پزشک نمایش داده می‌شد. اگر نتایج نشان می‌داد که بیمار احتمالاً نیازی به تزریق خون ندارد، هشدار روی صفحه ظاهر می‌شد و به پزشک معالج راهنماها را اشاره می‌کرد و درخواست توجیه بیشتری برای سفارش می‌داد. نتایج نشان داد، تعداد تزریق خون‌ها به میزان ۲۴ درصد و مرگ و میر از ۵/۵٪ به ۳/۳٪ کاهش یافته، متوسط مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان از ۱۰/۱ روز به ۶/۲ روز و تعداد بیمارانی که در ۳۰ روز پس از انتقال خون نیاز به بستری مجدد داشتند، نیز کاهش داشت (۲۶). با این حال، با توجه به محدودیت استفاده از سیستم‌های هوشمند درخواست خون در ایران، راهکارهای ساده‌تر مانند فرم‌های الزام‌آور ثبت اندیکاسیون یا چک‌لیست‌های کاغذی می‌تواند جایگزین عملی باشد. از طرفی نظارت سازمان انتقال خون با پایش مستمر مصرف خون در بیمارستان‌ها و ارائه بازخورد به تیم‌های درمانی می‌تواند به اصلاح الگوها کمک کند.

از نظر اندیکاسیون، شایع‌ترین دلیل تزریق در این مطالعه، آنمی علامت‌دار (۲۲/۹٪) بود که با یافته‌های سایر مطالعه‌ها هم‌راستا است (۲۷). با این حال، سهم قابل توجه تزریق‌های نامناسب (بیش از یک‌پنجم کل موارد) نشان می‌دهد که هنوز فاصله قابل توجهی تا اجرای کامل اصول «مدیریت خون بیمار» وجود دارد. PBM به‌عنوان یک رویکرد جامع، بر استفاده منطقی از فرآورده‌های خونی تأکید دارد و اجرای آن می‌تواند به کاهش مصرف غیرضروری خون و بهبود پیامدهای بیماران منجر شود (۶). بنابراین آموزش هدفمند رزیدنت‌ها و پزشکان جوان در زمینه مدیریت خون بیمار و گنجاندن آن در کوریکولوم آموزشی دانشجویان رشته‌های مرتبط ضروری است.

از نظر تعداد واحد RBC تزریق شده، بیشترین فراوانی مربوط به تزریق دو واحد RBC بود (نمودار ۱). این الگو در بسیاری از مراکز درمانی مشاهده می‌شود، هر چند شواهد جدید استفاده از رویکرد «تزریق یک واحد و سپس ارزیابی مجدد یا (Single-unit transfusion)» را توصیه می‌کنند (۲۸-۳۱). این رویکرد می‌تواند با کاهش مواجهه بیماران با فرآورده‌های خونی، خطر عوارض و هزینه‌ها را کاهش دهد. یافته دیگر مطالعه حاضر این بود که بیماران با تزریق

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش منتج از پایان‌نامه دانشجویی با عنوان بررسی توزیع فراوانی غلل مصرف فرآورده RBC بر اساس استانداردهای بیسن‌المللی در بیماران بستری در بیمارستان‌های شهدای کارگر و شاه ولی یزد بوده و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.108 به تصویب رسیده است.

عدم تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود نداشته است.

نقش نویسندگان

دکتر یاسمن چهارده چریک: جمع‌آوری اطلاعات و نگارش اولیه مقاله
دکتر هایدی جوادزاده شهشهانی: طراحی مطالعه، نظارت بر اجرای طرح و نگارش نهایی مقاله
دکتر سید محمدرضا مرتضوی‌زاده: نظارت بر اجرای طرح و بازبینی نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش منتج از پایان‌نامه دانشجویی مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد یزد بوده است. از کارکنان مراکز درمانی وابسته به دانشگاه آزاد یزد که در این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

نیاز واقعی به تزریق خون، می‌تواند به بهبود پیامدهای بالینی بیماران منجر شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که اگر چه بخش عمده‌ای از تزریق‌های گلبول قرمز در دو بیمارستان آموزشی مورد بررسی مطابق با راهنماهای بالینی بوده است، اما هم‌چنان سهم قابل توجهی از تزریق‌های نابه‌جا (بیش از یک پنجم کل موارد) وجود دارد که عمدتاً در بیماران با سطح هموگلوبین بالاتر از ۱۰ گرم بر دسی‌لیتر و در بخش‌های جراحی رخ می‌دهد. چنین الگویی بیانگر آن است که تصمیم‌گیری‌های بالینی در برخی شرایط هنوز فاصله معناداری با استانداردهای علمی دارد. بنابراین اجرای مداخلات آموزشی هدفمند برای پزشکان، پایش مستمر الگوهای مصرف خون و استقرار کامل برنامه‌های مدیریت خون بیمار می‌تواند نقش مهمی در کاهش تزریق‌های غیر ضروری و ارتقای ایمنی بیماران ایفا کند. هم‌چنین، بهره‌گیری از سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری و الزام به مستندسازی دلایل تزریق در موارد خارج از راهنماها، می‌تواند به بهبود کیفیت و انطباق بیشتر با راهنماهای علمی کمک نماید. به طور کلی، این مطالعه نشان می‌دهد که اگر چه روند مصرف خون در مراکز مورد بررسی تا حدی مطلوب است، اما دستیابی به الگوی بهینه و مبتنی بر شواهد، نیاز به اقدامات اصلاحی و سیاست‌گذاری دقیق‌تر در سطح بیمارستانی و ملی دارد.

حمایت مالی

این پروژه بدون حمایت مالی انجام شده است.

References:

- Ackfeld T, Schmutz T, Guechi Y, Le Terrier C. Blood Transfusion Reactions--A Comprehensive Review of the Literature including a Swiss Perspective. *J Clin Med* 2022; 11(10): 2859. [DOI:10.3390/jcm11102859] [PMID] []
- Díaz MQ, Borobia AM, Erce JAG, Maroun-Eid C, Fabra S, Carcas A, et al. Appropriate use of red blood cell transfusion in emergency departments: a study in five emergency departments. *Blood Transfus* 2017; 15(3): 199.
- Elkins M, Davenport R, Mintz PD. Transfusion medicine. In: McPherson RA, Pincus MR, editors. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 23rd ed. St.Louis(MO): Elsevier; 2017. p. 741-2.
- Fung AK, Eder AF, Spitalnik SL, Westhoff CM. *Technical Manual*. American Association of Blood Banks. 19th ed. Bethesda (MD): AABB; 2017. p. 505-56.
- Carson JL, Stanworth SJ, Guyatt G, Valentine S, Dennis J, Bakhtary S, et al. Red Blood Cell Transfusion: 2023 AABB International Guidelines. *JAMA* 2023; 330(19): 1892-902. [DOI:10.1001/jama.2023.12914] [PMID]
- World Health Organization. *Patient Blood Management Guidelines*. WHO, 2021.
- Carson JL, Guyatt G, Heddle NM, Grossman BJ, Cohn CS, Fung MK, et al. *Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage*. *JAMA*. 2016;

- 316(19): 2025-35. [DOI:10.1001/jama.2016.9185] [PMID]
- 8- Bansal N, Raturi M, Singh C, Bansal Y. Immunological complications of blood transfusion: current insights and advances. *Curr Opin Immunol* 2025; 96: 102617. [DOI:10.1016/j.coi.2025.102617] [PMID]
 - 9- Naderi-Boldaji V, Zand F, Asmarian N, Banifatemi M, Masjedi M, Sabetian G, Ouhadian M, Bayati N, Saeedizadeh H, Naderi N, Kasraian L. Does red blood cell transfusion affect clinical outcomes in critically ill patients? A report from a large teaching hospital in south Iran. *Ann Saudi Med* 2024; 44(2): 84-92. [DOI:10.5144/0256-4947.2024.84] [PMID] []
 - 10- Chavez Ortiz JL, Griffin I, Kazakova SV, Stewart PB, Kracalik I, Basavaraju SV. Transfusion-related errors and associated adverse reactions and blood product wastage as reported to the National Healthcare Safety Network Hemovigilance Module, 2014-2022. *Transfusion* 2024; 64(4): 627-37. [DOI:10.1111/trf.17775] [PMID] []
 - 11- Ravishankar J, Jagannathan S, Arumugam P, Chitra M. Evaluating the appropriateness of blood component utilization in burns patients. *International J Res Med Sci* 2016; 4(12): 5364-71. [DOI:10.18203/2320-6012.ijrms20164211]
 - 12- Javadzadeh Shahshahani H, Nazari M. Evaluating the level of residents' awareness about patient blood management and the impact of education on it. *J Iran Blood Transfus* 2024; 21(2): 97-107. [Article in Farsi]
 - 13- Shander A, Hardy JF, Ozawa S, Farmer SL, Hofmann A, Frank SM, Kor DJ, Faraoni D, Freedman J; Collaborators. A global definition of Patient Blood Management. *Anesth Analg* 2022; 135(3): 476-88. [DOI:10.1213/ANE.0000000000005873] [PMID]
 - 14- Gammon R, Jindal A, Dubey R, Shipp C, Tayal A, Rajbhandary S, Bocquet C. An international survey of patient blood management practices. *Transfusion* 2025; 65(3): 505-13. [DOI:10.1111/trf.18136] [PMID]
 - 15- Murphy MF, Goodnough LT. The scientific basis for patient blood management. *Transfus Clin Biol* 2015; 22(3): 90-6. [DOI:10.1016/j.tracl.2015.04.001] [PMID]
 - 16- Muñoz M, Meier J, Falanga A. Is there no such thing as a free lunch? With Patient Blood Management, maybe there is! *Blood Transfus* 2025; 23(1): 1-4.
 - 17- Kron AT, Collins A, Cserti-Gazdewich C, Pendergrast J, Webert K, Lieberman L, et al. A prospective multi-faceted interventional study of blood bank technologist screening of red blood cell transfusion orders: The START study. *Transfusion* 2021; 61(2): 410-22. [DOI:10.1111/trf.16243] [PMID]
 - 18- Jeganathan-Udayakumar P, Tochtermann N, Beck T, Wertli MM, Baumgartner C. Haemoglobin thresholds for transfusion: how are we doing in the era of Choosing Wisely? A retrospective cohort study. *Swiss Med Wkly* 2023; 153: 40132. [DOI:10.57187/smw.2023.40132] [PMID]
 - 19- Franchini M, Marano G, Mengoli C, Pupella S, Vaglio S, Muñoz M, Liumbruno GM. Red blood cell transfusion policy: a critical literature review. *Blood Transfus* 2017; 15(4): 307-17.
 - 20- Whitaker B, Rajbhandary S, Kleinman S, Harris A, Kamani N. Trends in United States blood collection and transfusion: results from the 2013 AABB Blood Collection, Utilization, and Patient Blood Management Survey. *Transfusion* 2016; 56(9): 2173-83. [DOI:10.1111/trf.13676] [PMID]
 - 21- Soril LJJ, Noseworthy TW, Stelfox HT, Zygun DA, Clement FM. A retrospective observational analysis of red blood cell transfusion practices in stable, non-bleeding adult patients admitted to nine medical-surgical intensive care units. *J Intensive Care* 2019; 7: 19. [DOI:10.1186/s40560-019-0375-3] [PMID] []
 - 22- Jadwin DF, Fenderson PG, Friedman MT, Jenkins I, Shander A, Waters JH, et al. Determination of Unnecessary Blood Transfusion by Comprehensive 15-Hospital Record Review. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2023; 49(1): 42-52. [DOI:10.1016/j.jciq.2022.10.006] [PMID]
 - 23- Carson JL, Stanworth SJ, Dennis JA, Trivella M, Roubinian N, Fergusson DA, et al. Transfusion thresholds for guiding red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 12(12): CD002042. [DOI:10.1002/14651858.CD002042.pub5] [PMID] []
 - 24- Sadeghi A, Belali S, Ali Asgari A, Morovat Z, Malekzadeh R, Emadi A. Inappropriate Packed RBC Transfusion in a Tertiary Care Center. *Arch Iran Med* 2017; 20(2): 83-5.
 - 25- Céspedes IC, Figueiredo MS, Hossne NA Junior, Suriano ÍC, Rodrigues RC, Barros MMO. Patient Blood Management Program Implementation: Comprehensive Recommendations and Practical Strategies. *Braz J Cardiovasc Surg* 2024; 39(5): e20240205. [DOI:10.1016/j.htct.2024.09.1638]
 - 26- Anthes E. Evidence-based medicine: Save blood, save lives. *Nature* 2015; 520: 24-6. [DOI:10.1038/520024a] [PMID]
 - 27- Granfortuna J, Shoffner K, DePasquale SE, Badre S, Bohac C, De Oliveira Brandao C. Transfusion practice patterns in patients with anemia receiving myelosuppressive chemotherapy for nonmyeloid cancer: results from a prospective observational study. *Support Care Cancer* 2018; 26(6): 2031-8. [DOI:10.1007/s00520-017-4035-7] [PMID] []
 - 28- Yousef YA, Bagchee-Clark A, Walters K, Green M, Salib M, Chander A, et al. Reducing Unnecessary Transfusions of RBCs in Inpatients Admitted Across Niagara Health Community Hospitals. *Qual Manag Health Care* 2024; 33(4): 278-85. [DOI:10.1097/QMH.0000000000000442] [PMID]
 - 29- Entzel P, Nielsen M, Weiss S, Park YA, Lu R, Baskin-Miller J, et al. How do I reduce variation in red blood cell transfusion practices in a large

- integrated health care system? *Transfusion* 2023; 63(6): 1113-21. [DOI:10.1111/trf.17383] [PMID]
- 30- Warner MA, Schaefer KK, Madde N, Burt JM, Higgins AA, Kor DJ. Improvements in red blood cell transfusion utilization following implementation of a single-unit default for electronic ordering. *Transfusion* 2019; 59(7): 2218-22. [DOI:10.1111/trf.15316] [PMID] []
- 31- Podlasek SJ, Thakkar RN, Rotello LC, Fleury TA, Demski RJ, Ness PM, et al. Implementing a "Why give 2 when 1 will do?" Choosing Wisely campaign. *Transfusion* 2016; 56(9): 2164. [DOI:10.1111/trf.13664] [PMID]
- 32- Noitz M, Dünser MW, Tomić Mahečić T, Meier J. Physiologic transfusion thresholds, better than using Hb-based thresholds? *Blood Transfus* 2025; 23: 96-100.
- 33- Pagano MB, Stanworth SJ, Dennis J, Bakhtary S, Callum J, Carson JL, et al. Red Cell Transfusion in Acute Myocardial Infarction: AABB International Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med* 2025 Aug 19. [DOI:10.7326/ANNALS-25-00706] [PMID]
- 34- Franchini M, Zani M, Focosi D. Restrictive versus liberal transfusion thresholds: lights and shadows. *Blood Transfus* 2025; 23(1): 93-5.
- 35- Pagano MB, Stanworth SJ, Valentine S, Metcalf R, Wood EM, Pavenski K, et al. The 2023 AABB international guidelines for red blood cell transfusions: What is new? *Transfusion* 2024; 64(4): 727-32. [DOI:10.1111/trf.17764] [PMID]