

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach	Ulotka informacyjna	SOP – Exp 2.15/A-11
	PRZEMYWANY KONCENTRAT KRWINEK PŁYTKOWYCH (PKKP)	Data obowiązywania: 21.04.2014r
		Wersja 1
		Strona 1 z 1

1. Producent: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach

2. Opis składnika krwi:

Składnik stanowią krwinki płytkowe, pozbawione osocza i zawieszone w fizjologicznym roztworze NaCl. Składnik można otrzymać ze zlewanego KKP lub z KKP wyprodukowanego metodą automatyczną. Zawiera taką samą ilość składników komórkowych jak produkt macierzysty. Objętość PKKP : 250-340ml.

3. Przechowywanie i termin ważności:

- składnik powinien być przetoczony jak najszybciej, nie później jednak niż w ciągu **2 godzin** od chwili zakończenia preparatyki (roztwór NaCl nie zapewni odpowiednich warunków do przechowywania krwinek płytkowych); na etykiecie podana jest godzina, w której składnik traci ważność;
- jeśli zachodzi taka konieczność, KKP należy przechowywać w temperaturze od +20 do +24°C stale mieszając (w mieszadle horyzontalnym lub obrotowym).

4. Transport: w pojemniku z izolacją, w temperaturze od +20 do +24°C.

5. Wskazania do stosowania:

- w celu uzupełnienia niedoborów płytek u chorych z przeciwciałami skierowanymi przeciwko białkom osocza, szczególnie typu IgA,
- w celu uzupełnienia niedoborów płytek u chorych z objawami ostrych reakcji alergicznych, występujących po przetoczeniach KKP zawierających osocze,
- w przypadkach alloimmunologicznej małopłytkowości noworodków do transfuzji KKP pobranych od matki.

6. Dawkowanie i przetaczanie:

- niemowlęta – 10 ml/kg m.c.
- dzieci – 1 j. około 60ml /10÷15 kg m.c.
- dorośli – jednorazowo 4÷6 j. KKP (ok. 1 j./10 kg m.c.)

Ocena efektywności przetaczanych płytek opiera się na:

- ocenie klinicznej, tj. ustąpieniu krwawień i zaprzestaniu pojawiania się wybroczyn i wylewów podskórnych
- ocenie wzrostu liczby płytek krwi chorego (najczęściej przyjmuje się za zadawalający wzrost o $10 \times 10^9/l$ po 1 godz., albo o $5 \times 10^9/l$ po 20÷24 godz. od przetoczenia).

Brak potransfuzyjnego efektu wzrostu płytek może wynikać z przyczyn:

- immunologicznych – alloimmunizacja antygenami HLA lub HPA
- nieimmunologicznych – gorączka, infekcja, hypersplenizm, DIC, krwawienie, leczenie amfoterycyną B.

Przetaczać przez filtr 170÷200 µm natychmiast po otrzymaniu.

7. Środki ostrożności podczas stosowania:

- przetaczanie KKP chorym zimmunizowanym antygenami HLA / HPA powinno być poprzedzone doбором dawców i próbą zgodności w zakresie antygenów HLA / HPA,
- nie zaleca się przetaczania KKP pobranego metodą aferezy od dawców, którzy są krewnymi biorcy,
- nie zaleca się przetaczania KKP pobranego metodą aferezy od dawców, którzy zostali wytypowani jako potencjalni dawcy komórek macierzystych lub szpiku dla danego biorcy,
- nie zaleca się przetaczania RhD ujemnej dziewczynce lub kobiecie w wieku rozrodczym RhD dodatniego KKP. W razie konieczności zastosowania takiego KKP, należy zastosować immunoglobulinę anti-D, aby zapobiec immunizacji antygenem RhD. Podać należy jednorazowo 50÷100 µg immunoglobuliny anti-D (20 µg immunoglobuliny anti-D na 1 ml przetoczonych Rh dodatnich krwinek czerwonych),
- przetoczenie Rh(D)-dodatnich KKP pacjentom Rh(D)-ujemnym może odbywać się jedynie sporadycznie, w wyjątkowych wypadkach a pisemne polecenie dokonania takiej transfuzji musi wydać lekarz.

8. Powikłania:

- niehemolityczne reakcje poprzetoczeniowe (głównie dreszcze, gorączka, pokrzywka - rzadko).
- alloimmunizacja antygenami HLA i HPA (ryzyko jest mniejsze, jeśli zastosuje się ubogoleukocytarny PKKP),
- przeniesienie zakażenia kiłą,
- przeniesienie zakażenia wirusowego (np. HCV, HIV itp.) - jest możliwe, pomimo starannej selekcji dawców i wykonywania badań przesiewowych,
- przeniesienie zakażenia pierwotniakami (np. malarią) - może wystąpić w rzadkich przypadkach,
- posocznica spowodowana mimowolnym zakażeniem bakteryjnym składnika,
- małopłytkowa plamica poprzetoczeniowa,
- poprzetoczeniowa ostra niewydolność oddechowa (TRALI),
- przeniesienie zakażenia innymi czynnikami zakaźnymi, które nie są badane lub rozpoznane,
- potransfuzyjna choroba przeszczep przeciwko biorcy (TA-GvHD) u pacjentów o obniżonej odporności immunologicznej.

9. Oznakowanie: zgodnie z międzynarodowym standardem ISBT 128

