

与单采血小板的需求量较小有关,另一方面,单采血小板的献血间隔较短,对于单采血小板的重复献血者感染 HIV 的,有必要追溯其上一次献血时间,评估是否在感染的窗口期内献血。尽量减少受血者经输血感染 HIV 的隐患。团体预约献血者的 HIV 检出率明显低于普通自愿无偿献血人群,是真正意义上的低危人群。这部分献血者大多来源于有组织的企事业单位、高等院校,学历层次和认知程度较高,对艾滋病相关知识掌握比较全面,基本不存在高危行为者恶意献血^[11]或者有目的体检的意图和行为,是安全、稳定的无偿献血者队伍。

艾滋病是全球性的公共卫生问题,研究人员需要继续探索不同空间、不同地域的流行因素,分析其发展、扩散的深层次客观原因,采取前瞻性措施缩小流行区域和范围,加强疫情监测力度,科学防控。

参考文献

[1] 中国疾病预防控制中心,性病艾滋病预防控制中心,性病控制中心. 2018 年第 3 季度全国艾滋病性病疫情[J]. 中国艾滋病性病,2018,24(11):1075.

[2] 王遵伍,刘慧君,王莹. 中国艾滋病流行的空间分布及集聚特征[J]. 中国公共卫生,2019,35(12):1593-1597.

[3] 魏丽,廖燕,张明敏,等. 资阳地区 2008—2017 年无偿献血

血人群中 HIV 感染状况调查[J]. 中国输血杂志,2019,32(1):19-21.

[4] 周金玲,王莉,周丹,等. 辽宁省 1993—2015 年艾滋病病例特征分析[J]. 中国公共卫生,2017,33(8):1209-1212.

[5] 胡莹,刘莉,罗映娟,等. 2011—2015 年四川省男男性行为者艾滋病疫情分析[J]. 预防医学情报杂志,2017,33(7):642-647.

[6] 杨作凯,方益荣,卢巧玲,等. 绍兴市男男性行为人群艾滋病疫情分析[J]. 预防医学,2018,30(3):281-283.

[7] 欧阳雪,郑惠能,马桂林,等. 厦门市 2015 年 HIV/AIDS 疫情分析[J]. 疾病监测与控制杂志,2016,10(11):888-890.

[8] 李艳霞. 山东省大学生感染艾滋病的困境、原因及化解对策初探[J]. 中国卫生事业管理,2019,36(5):393-396.

[9] 黄掣驰,毛翔,张伟,等. 沈阳 HIV 阳性已婚男男性行为者的配偶告知状况及阻碍因素分析[J]. 中国艾滋病性病,2018,24(3):250-253.

[10] 黄小娟,全非,辛艳泓. 解放军兰州血液中心无偿献血者 HIV 感染情况分析[J]. 中国艾滋病性病,2019,25(1):77-78.

[11] 杨青成. 如何杜绝高危行为者反复恶意献血的探讨[J]. 临床血液学杂志,2013,26(2):119-120.

(收稿日期:2019-09-14 修回日期:2020-03-03)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.10.037

肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗术的临床应用研究

肖 川¹,王 勇¹,李璐宏¹,易正金¹,李素琼¹,杨正荣²,张凤昌³,胡迁发⁴,
彭 洪¹,刘翔宇¹,曹景朝¹,李 鑫¹,王树斌¹,飞国庆¹,罗继元¹,陈 亮¹

1.攀钢集团总医院,四川攀枝花 617023;2.四川省凉山彝族自治州会东县人民医院,四川凉山 615200;
3.四川省凉山彝族自治州德昌县中医医院,四川凉山 615500;4.四川省攀枝花市盐边县人民医院,四川攀枝花 617100

摘 要:目的 探讨通过输尿管软镜内开窗术治疗肾盂旁囊肿的有效性及安全性。方法 回顾性分析 2015 年 2 月至 2019 年 7 月收治肾盂旁囊肿患者共 32 例,术前均行 CT、增强 CT、核磁共振成像及尿路造影(IVU)检查以明确诊断,选择≤2 个的靠近肾集合系统的肾盂旁囊肿为入组病例。所有患者均行手术。结果 32 例患者中 2 例中转腹腔镜去顶减压手术,其余均开展输尿管软镜内开窗手术。手术后并发症:持续疼痛 3~5 d 有 8 例;不同程度血尿 15 例;输尿管双 J 管移位 1 例;腰痛伴发热 2 例。上述并发症均得到有效治疗并恢复出院。出院 2~4 周后,在当初进行手术治疗的医院或当地医院门诊行膀胱镜拔除输尿管双 J 管。术后 3 个月复查双肾彩超或双肾 CT,29 例患者囊肿消失,1 例患者囊肿缩小一半;术后半年复查双肾彩超或双肾 CT,30 例患者囊肿均消失;最长随访两年,复查双肾彩超或双肾 CT,在同一位置未见囊肿复发。结论 肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗术,具有创伤小、出血少、安全性高、恢复快及疗效满意等特点,值得临床推广。

关键词:输尿管软镜; 肾盂旁囊肿; 内开窗术
中图法分类号:R692.7 **文献标志码:**A

文章编号:1672-9455(2020)10-1437-03

肾盂旁囊肿最常见的手术方法是腹腔镜囊肿去顶减压术,随着输尿管软镜的发展,囊肿切开内引流术也得到广泛应用^[1-2]。回顾性分析攀钢集团总医院、四川省凉山彝族自治州会东县人民医院、四川省凉山彝族自治州德昌县中医医院、四川省攀枝花市盐边县人民医院 2015 年 2 月至 2019 年 7 月共开展输尿

管软镜内开窗术治疗肾盂旁囊肿 32 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择攀钢集团总医院、四川省凉山彝族自治州会东县人民医院、四川省凉山彝族自治州德昌县中医医院、四川省攀枝花市盐边县人民医院 2015 年 2 月至 2019 年 7 月共开展输尿管软镜内开窗

术治疗肾盂旁囊肿 32 例患者,术前均行 CT、增强 CT、核磁共振成像及尿路造影(IVU)检查以明确诊断,选择 ≤ 2 个的靠近肾集合系统的肾盂旁囊肿为入组病例。其中男 14 例,女 18 例;年龄 48~86 岁;囊肿最大径 3.2~6.8 cm;部分肾外型 26 例,完全肾内型 6 例;合并双侧肾囊肿 9 例,合并肾结石 7 例,合并高血压 13 例,合并感染 5 例,合并腰痛 17 例,合并糖尿病 3 例;合并高血压、糖尿病及感染者术前均得以调整。

1.2 手术设备 WOLF(F9.8)输尿管镜,STORZ(F8.5)纤维输尿管软镜,奥林巴斯纤维输尿管软镜,爱科凯能钬激光 200 μm 光纤。

1.3 方法 患者均使用全身麻醉,取截石位,消毒铺巾。直视下置入 WOLF(F9.8)输尿管镜进入膀胱,找到双侧输尿管开口,在 3F 导管或斑马导丝的引导下,进入患者输尿管开口,到达肾盂内。留置斑马导丝,退出镜子。通过斑马导丝,置入输尿管鞘(COOK)至肾盂内。将输尿管软镜通过输尿管鞘进入肾盂内,结合术前检查于肾盂内找到相对薄弱处,用钬激光光纤低能高功率下(20 Hz,10 J)将肾盂切开,找到囊肿,将肾盂黏膜与囊肿壁粘连处切开,切至能顺利通过输尿管软镜镜体。将输尿管支架自带导丝通过输尿管软镜置入肾盂旁囊肿,退出输尿管软镜。通过导丝,将输尿管双 J 管置入肾盂旁囊肿,退出输尿管鞘。再次更换为输尿管镜,将输尿管双 J 管在膀胱内留置合适的长度,结束手术,送回病房。

2 结 果

30 例患者成功使用输尿管软镜内开窗方法治疗肾盂旁囊肿,术后住院时间 2~9 d(平均 3.7 d),无重返手术,无大出血需输血及肾动脉造影栓塞的病例;2 例患者因术中囊肿未能定位,中转腹腔镜手术。

30 例患者成功实施肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗术,部分出现并发症,术后持续疼痛 3~5 d 有 8 例,术后出现不同程度血尿 15 例,输尿管双 J 管移位 1 例,术后出现腰痛伴发热 2 例,均得到有效治疗并恢复出院。出院后留置输尿管双 J 管 2~4 周后在当初进行手术治疗的医院或当地医院门诊行膀胱镜拔除双 J 管。术后 3 个月复查双肾彩超或双肾 CT,29 例患者囊肿消失,1 例患者囊肿缩小一半;术后半年复查双肾彩超或双肾 CT,30 例患者囊肿均消失;最长随访两年,复查双肾彩超或双肾 CT,在同一位置未见囊肿复发。

3 讨 论

坎贝尔泌尿外科学将来源于肾实质的紧邻肾盂的肾盂旁囊肿命名为肾盂旁囊肿^[3]。单纯性肾盂旁囊肿自然发生率为 0.5%~5.7%^[4]。对于此类疾病,并非均需行手术治疗,但对于合并症状或肾积水患者,仍主张手术纠正^[5]。近年来腹腔镜下囊壁切除或开窗去顶手术逐步替代了以往的开放手术方式,但对

于位置较深、肾表面无明显隆起的肾盂旁囊肿,术中定位往往较为困难,且因囊肿与肾蒂关系密切,操作难度大,仍有手术失败的报道,而且如囊肿突出部分较小时,因开窗范围有限,无法充分引流时,可导致囊肿复发^[6-7]。而肾盂旁囊肿内开窗术对该类疾病有明显优势,现将本组病例在成功开展肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗术方面的经验总结如下。

3.1 手术指征 (1)肾盂旁囊肿性质:术前需排除囊肿肾癌、假性尿囊肿及局限性肾积水等;(2)囊肿部位:位于靠近肾集合系统;(3)囊肿数量: ≤ 2 个;(4)输尿管情况:造影排除输尿管是否存在狭窄及扭曲;(5)无泌尿道感染;(6)无严重心肺疾病及出血性疾病。

3.2 肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗定位技巧 (1)术前结合影像学资料(CT 平扫及增强、静脉肾盂造影、核磁共振成像)定位囊肿的位置;(2)术中根据术前定位,通过输尿管软镜进入目标盏,仔细观察找到肾盂与囊肿之间的最薄弱处;(3)切除过程最好在 B 超引导下进行,必要时可先穿刺囊肿,术中注入亚甲蓝帮助在肾盂内寻找囊肿^[7-8]。

3.3 肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗防止术后复发技巧 (1)内开窗范围在安全的范围内尽可能地大;(2)囊肿壁多采取放射状切开方式^[9];(3)术中将输尿管双 J 管放置入囊肿内;(4)术后留置输尿管双 J 管时间大于 1 周;(5)术后患者尽量多地健侧卧休息,促进肾囊液的流出。

3.4 肾盂旁囊肿内开窗手术的并发症及处理

3.4.1 出血 术后 15 例有不同程度的出血,占 50%。出血可分为术中出血及术后出血。(1)术中出血原因考虑为肾盂黏膜毛细血管出血、囊肿壁血管出血、肾实质损伤出血等。根据出血严重程度,可通过暂停手术,退出镜体,置入输尿管软镜鞘内芯,通过肾盂内压力作用,压迫止血;压迫止血失败应及时终止手术;如压迫止血成功后可继续手术或终止手术,待 II 期再行软镜手术或腹腔镜手术;也可通过 1 470 nm 激光凝血模式将出血点止血。(2)术后出血多数为输尿管双 J 管引起,绝大多数拔除输尿管双 J 管后能自行好转,但拔管时间不宜过早,建议超过 1 周后可考虑拔除输尿管双 J 管;如拔除输尿管双 J 管后仍有出血,需及时行双肾 CT 平扫+增强,如有肾动脉活动性出血,需行经皮穿刺肾动脉造影联合 B 超选择性肾动脉栓塞或再次手术;严重者需开放腹腔镜或开放手术缝合止血。

3.4.2 感染 该类患者术前均不存在感染。2 例术后腰痛伴发热患者,分析原因:尿外渗、尿反流或输尿管支架引起。处理方式:术后预防应用抗生素;及时复查尿常规及尿培养,并根据结果调整抗菌药物的应用;合并腰痛者,可行 CT 检查,如提示肾周渗出多,可行腹膜后引流。

3.4.3 疼痛 术后疼痛者有 8 例,占 26.7%,分析原

因:肾盂压力过高、囊肿减小引起肾周神经牵涉痛、尿外渗、尿反流、肾周渗出等。针对术后疼痛,首先保持头高脚低位,检查引流通畅情况,再根据视觉模拟评分法(VAS)选用镇痛药物。对于疼痛持续存在、不缓解的患者,需行上腹部CT判断有无肾损伤及尿外渗,严重时需再次手术。

3.5 护理指导 (1)恢复体位的指导:根据“水往低处流”的原理,不论囊肿位于上、中、下盏,均建议患者健侧卧休息,肾脏解剖位置发生改变,即肾盏上位、肾盂位于下方,可促进囊液排出。(2)出院宣教:指导恢复体位,强调拔管时间,制订出院回访及检查时间。

以上为笔者开展肾盂旁囊肿输尿管软镜内切开手术的经验分享。近年来随着输尿管软镜及激光技术在国内的开展,也有其他文献报道了输尿管软镜下激光切开内引流治疗肾盂旁囊肿的经验^[10-11],该类手术进一步弥补了开放手术、穿刺术、腹腔镜下囊肿去顶减压术、输尿管镜处理肾盂旁囊肿的不足和局限,并且可同时处理双侧肾囊肿,具有可重复操作性,能有效节约医疗资源^[12]。故笔者认为肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗术,具有创伤小、出血少、安全性高、恢复快及疗效满意等特点,值得临床推广。

参考文献

[1] 邹岷,肖民辉,徐万超,等.微创通道经皮肾镜钬激光内切开引流治疗肾深部囊肿临床观察[J].临床泌尿外科杂志,2014,29(2):132-134.

[2] 张国玺,徐辉,邹晓峰,等.经尿道 NOTES 肾盂旁囊肿内切开引流术[J].临床泌尿外科杂志,2013,28(2):81-83.

[3] WEIN A J,KAVOUSSI L R,NOVICK A C,et al. Camp-

bell-Walsh Urology[M]. 10th ed. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier, 2012; 3194-3196.

[4] 徐志兵,王国民,张永康,等.上海市 2 659 名体检者中单纯性肾盂旁囊肿发生率分析[J].中华泌尿外科杂志,2012,33(10):612-613.

[5] 骆声福,胡海平.输尿管软镜下钬激光内切开引流术治疗肾盂旁囊肿 11 例报告[J].中国内镜杂志,2019,25(6):77-80.

[6] 邵世修,张淑香,尚东浩,等.腹腔镜囊肿去顶术治疗肾盂旁囊肿和肾外周囊肿效果比较[J].山东医药,2007,47(8):10-12.

[7] 杨勇,姚启盛,陈从波,等.斜仰卧截石位下输尿管软镜钬激光治疗肾盂旁囊性疾病[J].国际泌尿系统杂志,2017,37(3):389-391.

[8] 康哲,乔保平.输尿管软镜下钬激光切开内引流术治疗肾囊性疾病的体会[J].河南外科学杂志,2019,25(2):44-45.

[9] 赵大委,陈如,马锋,等.输尿管软镜钬激光内切开术治疗肾盂旁囊性 11 例[J].国际泌尿系统杂志,2018,38(4):639-641.

[10] 俞蔚文,张大宏,何翔,等.输尿管软镜下钬激光切开内引流术治疗肾盂旁囊肿的临床研究[J].中华泌尿外科杂志,2013,34(7):489-492.

[11] 杨嗣星,吴旭,廖文彪,等.输尿管软镜下钬激光内切开引流术治疗肾囊性疾病的安全性及疗效[J].中华泌尿外科杂志,2016,37(1):17-20.

[12] 李秀齐.逆行输尿管软镜联合钬激光治疗肾盂旁囊肿合并肾结石的临床研究[J].首都食品与医药,2019(8):43-44.

(收稿日期:2019-08-02 修回日期:2020-03-03)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.10.038

家庭医生团队管理对社区高血压患者管理依从性、血压控制情况及并发症的影响

袁美娟

上海市宝山区友谊路街道社区卫生服务中心,上海 201900

摘要:目的 分析家庭医生团队管理对社区高血压患者管理依从性、血压控制情况以及并发症的影响。方法 选择 2018 年 1 月至 2019 年 1 月经过该社区服务中心治疗的 80 例高血压患者作为研究对象,分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组实行常规的社区高血压管理,观察组实施家庭医生团队管理。比较两组患者干预前后管理依从性、血压控制情况以及干预后并发症发生情况。结果 干预后,两组患者服药、定期检测血压、合理运动以及自我管理依从性均明显升高,且观察组各项依从性均明显高于对照组($P<0.05$)。干预后,两组患者收缩压、舒张压均明显改善,观察组血压控制情况明显优于对照组($P<0.05$)。观察组患者血肌酐升高、心律失常、脑卒中等并发症总发生率(15.00%)明显低于对照组(50.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 家庭医生团队管理能够明显提高社区高血压患者管理依从性,有效控制患者血压变化,降低并发症发生率,值得临床推广。

关键词:家庭医生团队管理; 社区; 高血压; 依从性; 并发症

中图法分类号:R473.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)10-1439-03

高血压是社区常见的慢性疾病,多见于老年人,而近几年以来,随着我国人口老龄化逐渐升高,高血