

原位肝移植 5 例

虞磊 李建平 金慧涵 胡明华 竺来法 戴途

我院于 2000 年 12 月~2003 年 3 月共施行了 5 例原位肝移植,手术均获得成功。5 例患者均存活,且身心健康,生活工作如常人。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院分别于 2000 年 12 月 25 日,2002 年 1 月 30 日,2002 年 3 月 13 日,2002 年 9 月 28 日和 2003 年 3 月 24 日为 5 例肝病患者成功地施行了原位肝移植术。5 例患者中,由药物中毒引起的肝小静脉闭塞症 1 例,乙型肝炎肝硬化并发原发性肝癌 2 例,血吸虫性肝硬化 1 例,乙型肝炎肝硬化 1 例。年龄 38~53 岁,平均 45.6 岁。其中男性 4 例,女性 1 例。A 型血 2 例,B 型血 1 例,O 型血 2 例。术前肝功能分级 CHILD A 2 例,CHILD B 3 例。

1.2 方法

1.2.1 供肝获取 5 例供体均来自心跳刚停止的新鲜尸体,采用快速供肝切取技术,即取腹部大“十”字切口进腹,迅速探查肝脏,如肝颜色、质正常,向肝脏表面及周围放入碎冰,自髂血管分叉上方剪开腹主动脉前壁,置入弗雷氏尿管 20 cm,前端气囊充气远端结扎。开始 UW 液灌注,速度 200 ml/min,总量约 2 500~3 000 ml。自肝十二指肠韧带后方显露门静脉,门静脉插管 UW 液灌注,灌注速度 200 ml/min。5 分钟后减慢至 100 ml/min。切开膈肌在其上方切断肝下腔静脉,自肝上下腔静脉右侧以剪刀向下切断膈肌。沿胰腺上缘切断肝十二指肠韧带。切断脾动脉及腹主动脉。切开左侧膈肌,将供肝完整切取。此过程用时约 10 分钟,UW 液用量 1 500~2 000 ml。将供肝放入肝锅,周围置冰。门静脉灌注持续至保存液面超过供肝,并对供肝轻轻按摩以使灌注更加满意。切开胆囊灌注胆道,保存液温度 0~4℃。

1.2.2 供肝修整 供肝修整过程中始终在保存液中进行,游离肝动脉、门静脉、胆总管以备吻合。结扎肝周韧带、左右三角韧带,剔除膈肌,游离肝上、肝下下腔静脉,剔除肝下下腔静脉周围脂肪组织。仔细检查肝后静脉及肝门部血管有无渗漏。如发现,仔细进行缝扎、结扎或修补。其中 1 例供体较大,后减体积,即行肝左外叶切除术。整个取肝修肝过程,热缺血时间不超过 5 分钟,冷缺血时间 5~13 小时。

1.2.3 受体手术方法 全麻下屋顶型切口进腹探查,解剖第一肝门,游离胆总管、肝动脉、门静脉;小心处理肝短静脉,即第三肝门;解剖第二肝门,游离肝镰状韧带,显露出肝上下腔静脉及肝静脉各支。最后靠近肝内将胆总管肝动脉、门静脉、腔静脉切断。其中我院第 1 例肝移植因经验不足,在切除病肝前行腋静脉-股静脉转流术。将病肝取出称重,仔细对后腹膜止血,然后将供肝放入腹腔。分别行肝上下腔静脉、肝下下腔静脉、门静脉吻合。术中注意供受体血管不要保留过长,血管不要扭曲,对合一定要好,缝合时一定要血管内皮化。完

成后开放门静脉及肝上下腔静脉,从肝下下腔静脉放血 200~300 ml 后,恢复肝脏血流,结束无肝期。最后肝动脉重建,胆总管端端吻合,切除胆囊。

1.2.4 术后处理 术后患者转入重症监护室,密切监测生命体征,术后常规、肝肾功能监测。胆管的引流液、胆汁、尿的培养和检测每周一次。术后 1 周内根据药敏应用抗生素。术后 2 周内应用抗病毒药更昔洛韦,术后 3 周内改口服阿昔洛韦,并检测 CMV-DNA 或 PP65。术后 1 周静脉滴注大扶康。同时为防止卡氏肺囊虫,使用磺胺药每周 2 次。在免疫抑制方面,采用甲基强的松龙、骁悉、新山地明或者 FK506“三联”免疫抑制方案。以后甲基强的松龙逐步减量,1 周后改用强的松。常规术后 1 周行肝穿刺活检,了解排斥反应情况,及时更改免疫药物的剂量。另外,在抗凝方面使用低分子右旋糖酐或者前列腺素 E,2 周后改用阿司匹林,共 6 周。

2 讨论

肝移植是目前治疗大部分终末期肝病的最有效的手段。然而由于手术技术复杂,治疗效果要受到患者术前情况、供肝质量以及外科医生手术技术、围手术期管理等因素的影响。我院已成功实施了 5 例肝移植。5 例受体都是经过挑选,术前状况较好,肝功能评估 CHILD A 级 2 例、CHILD B 级 3 例,年龄较轻,平均 45.6 岁。供肝为脑死亡的健康青壮年男性,供肝质量好。这些都是保证肝移植手术成功的关键。我们强调供肝获取采用快速供肝切取法^[1],尽量减轻肝脏的损害。本文 5 例供肝热缺血时间基本为零,尽量减少冷缺血时间,我院 5 例冷缺血时间均控制在 15 小时以内,时间越短越好。5 例中有 1 例因使用外地供肝冷缺血时间达 13 小时,此例患者术后第 1、2 天胆汁的引流量仅为 5 ml、10 ml,在排除急性排斥反应后,经保肝利胆治疗后,第 3 天达到 50 ml,以后逐日增加直至正常。此外,乙型肝炎病毒的复发或再感染也是影响肝移植手术成功的一个关键因素。对乙型肝炎后肝硬化行肝移植历来有意见分歧,有人认为移植后移植肝乙型肝炎病毒再感染的发生率可达 60%~90%,多于术后 2 年内发生^[1]。众所周知,我国是一个肝炎大国,大部分的终末期肝病均由乙型肝炎病毒所引起。肝移植的对象也就大部分是乙型肝炎病毒所致肝硬化或并发原发性肝癌。我们的经验是,凡是肝移植患者常规服用拉米夫定,如为乙型肝炎患者,术后第 1 周内每日肌注 400 U/800 U 乙肝免疫球蛋白(HBIG)1 次,第 2 周肌注 1 次,1 月后每 2 周肌注 1 次,以后每月肌注 1 次,长期应用。我院第 1 例患者因未服用过拉米夫定及肌注 HBIG,故发生了乙型肝炎病毒再感染,其余 4 例则未发生复发或再感染。术后肝移植急性排斥反应的诊断及处理也至关重要。据有关报道,尽管 CsA、FK506 等新型免疫抑制剂的

作者单位:南京医科大学附属无锡市第二人民医院
邮编 214002 收稿日期 2003-10-08

1368

Journal of Qiqihar Medical College, 2003, Vol. 24, No. 12

肾蒂淋巴管剥脱治疗重症乳糜尿

张格金 蔡维奇 马袖珍

乳糜尿是我国苏北地区比较常见的疾病,多数继发于班氏丝虫感染后,重症患者对机体影响大,可导致贫血,营养不良,以致丧失劳动力。我们自 1992 年 12 月~2001 年 12 月,采用肾蒂淋巴管结扎治疗重症乳糜尿,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 92 例,男 44 例,女 48 例,年龄 32~66 岁,平均 42 岁。均为重症乳糜尿,并发乳糜血尿者 38 例,均有乳糜尿凝块,伴肾绞痛 10 例,有尿潴留者 14 例。行膀胱镜检查双侧乳糜尿 9 例,单侧 83 例,左侧 42 例,右侧 50 例,并发肾结石 2 例。所有病例均行静脉肾盂造影检查。

1.2 手术方法 适当做术前准备,贫血严重者给予输血,纠正低蛋白血症。全麻或硬膜外麻醉,采用 11 肋间切口,距肾门约 2 cm 处游离肾动静脉周围脂肪纤维及淋巴组织,游离输尿管上段约 5 cm,术毕行肾下极与腰大肌固定,并发结石病例,肾周围淋巴管结扎后,行切开取石术。

2 结果

并发气胸 6 例,均予抽气后缝合胸膜。所有病例均有血尿,一般持续 1 周左右。本组随访 68 例,术后所有病例尿液均转清,尿乳糜检验阴性。患者全身症状明显好转,体重增加,贫血基本消失,2 例在 3 月后复发,复查膀胱镜,1 例来自术侧,但症状较轻,予中药治疗好转。1 例为对侧,予手术治疗后好转,随访 1 年未复发。

3 讨论

乳糜尿多数继发于丝虫感染后,其发病机理是丝虫寄生于淋巴系统内,机械性与过敏性炎症破坏,造成乳糜池、腰、肠总干附近淋巴管壁尤其是瓣膜的损坏失效,引起淋巴管迂曲扩张,瓣膜关闭不全,液体向远心端管道内返流淤积,终至淋巴液返流至肾形成痿管与尿液混合,形成乳糜尿^[1]。乳糜尿诊断容易,一般根据尿乳糜试验阳性,尿中有脂肪颗粒即可诊断。

由于乳糜尿患者尿中有脂肪及蛋白的丢失,特别是重症

患者,易引起患者消瘦、贫血,甚至导致丧失劳动力,因此应予重视。乳糜尿发作的自然缓解率较高,对于初发时间短,间歇发作者,予卧床休息,低脂肪饮食多数可缓解。使用硝酸银等硬化剂肾蒂淋巴管结扎术,复发率较高。有人报告肾蒂淋巴管结扎术,复发率 10%~20%。对于重症患者,我们认为是肾蒂淋巴管结扎术^[2]。分流性淋巴系统内压力,使乳糜尿减轻。但由于淋巴管很少流速较慢,淋巴管比较细,易致吻合口梗阻,故远期效果差。我们认为行阻断性肾蒂淋巴管结扎术效果好,由于隔绝淋巴尿路联系,促使侧支循环形成淋巴重新流通,使乳糜尿得以改善。

我们认为术前应行静脉肾盂造影及 B 超检查,了解对侧肾脏功能情况。由于乳糜尿是消耗性疾病,特别是重症患者体质较差,如不能解决尿内蛋白脂肪的丢失,病情就不能好转,故如无严重心肺疾病,应尽早手术。对于重症患者,单纯膀胱镜检查即可定位,不必行淋巴造影。双侧乳糜尿患者可选择较重的一侧手术,症状大多数能消失,如仍不好转,可择期再行对侧手术。对于熟练掌握该手术的外科医师并发症少。仔细操作一般不会损伤肾蒂血管,术中应距肾门约 2 cm 处分离肾蒂周围组织,沿血管表面分离淋巴管,两端端均应结扎以防淋巴管再通,同时避免结扎异位的肾血管。少数患者肾蒂有粘连,但和肾血管之间有界限,应沿肾血管表面游离。术后复发多为肾动静脉血管之间淋巴管漏扎所致,如果复发,再次手术困难。术后多数病人出现血尿,一般 1 周左右消失,主要为术中牵拉和挤压肾脏所致,故术中操作应轻柔,术毕做肾固定术,卧床 1 周以利肾脏与周围组织粘连固定。术后放置皮管引流,一般 3 天后拔除。在 1 个月内应避免高脂饮食以减低淋巴系统压力。

参 考 文 献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993: 372-374
- [2] 梅骅. 泌尿外科手术学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 749-752

作者单位:江苏省宿迁市市吾医院(张格金)
江苏省宿迁市人民医院(蔡维奇、马袖珍)
邮 编 223800 收稿日期 2003-09-02

应用,但是急性排斥反应的发生率仍高达 50%~70%^[2]。一般来讲,急多发生于 7~15 天,我院 5 例中有 3 例分别于第 7、10、12 天发生了急性排斥反应,其诊断标准为患者出现不同程度的头痛、发热、精神萎靡、食欲减退、全身皮肤粘膜黄染、肝区疼痛、胆汁引流量减少且颜色变淡质变稀,血常规中白细胞增加,中性粒细胞、嗜酸性粒细胞百分比增加。肝功能中血清总胆红素增加,谷丙转氨酶、碱性磷酸酶升高,出凝血时间延长,免疫学检查中血清游离 IL-2R 升高,CD4/CD8 比值、

抗体抗 I 类 MHC 抗体、粘附因子等均增加。肝穿刺活检均示急性排斥反应,即行甲基强的松龙 1 000 mg 冲击治疗 3 天后,症状缓解。

参 考 文 献

- [1] 郑树森, 范上达, 等. 肝脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 14: 327-328
- [2] Klintmalm BG, Nery JR, Husberg BS, et al. Rejection in Liver transplantation[J]. Hepatology, 1989, 10: 978-985

中国论文期刊网 发表服务 期刊论文 杂志论文 中国期刊论文网 中国学位论文网

该用户还上传了这些文档

- 假草属3种根茎型牧草
- 假松天然林保护管理的建议
- 倾斜圆盘气吹式播种器设计
- 倾听在有效沟通中的重要性
- 债权人债转股相关问题分析
- 债券市场的功能分析
- 倪氏复口吸虫的寄生对鲢及尾蚴和尾囊虫
- 借款费用的确认与计量

发表评论

验证码: 匿名评论