

原位肝移植5例

刘建华, 闫庆辉, 石运明, 张宏飞, 吴卫忠
 (河北医科大学第二医院肝胆外科, 河北 石家庄 050000)

【关键词】 肝移植; 肝硬化; 癌; 肝细胞; 回顾性研究

【中图分类号】 R73-352

【文献标识码】 B

【文章编号】 1007-3205(2003)03-0159-02

目前我国肝移植正处于新的发展时期, 我院自2001年10月~2002年10月共施行肝移植5例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 男性3例, 女性2例; 年龄43~64岁, 平均52岁。原发性肝癌2例, 酒精性肝硬化1例, 结节性肝硬化癌变1例, 结节性肝硬化1例。肝功能分级: Child A级2例, B级1例, C级2例。原发性肝癌患者的临床分期: II期1例, IIIa期1例。均为尸体供肝, 供者年龄20~40岁, 无感染、恶性肿瘤及慢性疾病, 供受体 ABO 血型均相同。

1.2 手术方法

1.2.1 供肝切取与修整: 采用单独肝脏灌洗切取法。以4℃肾保存液灌洗, 门静脉灌洗量2000 ml, 腹动脉肾保存液灌洗量3000 ml。切开胆囊, 用肾保存液冲洗, 并于胆总管内注入肾保存液100 ml, 然后将肝脏切下放入塑料袋内, 用肾保存液1000 ml保存。供肝植入前予以修整, 将供肝置于4℃肾保存液的无菌盒中, 放入盛有无菌碎冰的无菌盒中以避免升温; 肝动脉从腹腔动脉开口分离到胃十二指肠动脉, 结扎胃十二指肠动脉; 修整肝上、肝下下腔静脉, 保留适应长度, 切断所有膈肌。

1.2.2 病肝切除: 全身麻醉下, 取肋缘下屋顶形切口进腹, 先分离肝周韧带, 然后切开十二指肠韧带, 分离胆总管及固有动脉并结扎, 充分游离门静脉约2 cm。分离第三肝门, 结扎各肝短静脉, 分离肝右、中、左静脉, 切断结扎肝右静脉, 钳夹肝中、左静脉, 切除病肝。

1.2.3 供肝植入: 用下腔静脉侧壁钳纵形钳夹肝

[收稿日期] 2002-11-27; [修回日期] 2003-01-03

[作者简介] 刘建华(1963-), 男, 河北武邑人, 河北医科大学第二医院副主任医师, 副教授, 医学硕士, 从事肝癌、胆管癌及肝移植研究。

中、左静脉及其下下腔静脉壁约4 cm, 成形肝中、左静脉开口并下沿切口约3 cm。将供肝置于正常解剖位置, 表面置少量冰屑。管道吻合次序依次为肝上下腔静脉、门静脉、肝动脉和胆管。胆管重建均采用胆总管端端吻合。供肝热缺血时间3~10 min, 平均4.4 min; 冷缺血时间4~12 h, 平均8.5 h; 手术时间6~14 h, 平均10 h; 术中输血量(5 825±16) ml, 全血(3 000~4 500) ml, 血小板1~3 U, 冷沉淀400~500 U, 输纤维蛋白原1.0~4.0 g。

1.3 术后抗排斥治疗: 2例采用三联法, 3例采用FK506和激素治疗, 5例受者未出现明显反应。

1.4 术后治疗: 术后给予常规抗感染治疗, 低分子肝素0.1~0.2 mg皮下注射, 3次/d, 监测凝血酶原时间和部分活化凝血酶原时间, 控制两者较对照延长1.5~2.5倍, 以防止肝动脉和门静脉血栓形成。每天做肝脏血管超声多普勒检查, 观察流出道、肝动脉及门静脉通畅状况。

2 结果

2.1 术后胆汁分泌及肝功能变化: 5例受者术后立即分泌胆汁, 平均分泌100~300 ml/d。术后第7天谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、直接胆红素达最高峰, 以后肝功能逐渐恢复正常。

2.2 术后生存质量: 3例已存活1年以上, 均能从事家务、参加一般社会活动, 生活质量良好; 1例恢复良好, 已超过1个月; 1例已渡过围手术期, 已正常进食及下地活动, 正在恢复中。

3 讨论

3.1 肝移植适应证: 肝移植已成为各种不同原因终末期肝病治疗的重要手段。由于术后生存率的不断提高, 在欧美国家, 对慢性肝病患者, 建议其接受肝移植治疗的时间越来越早。尽早接受肝移植治疗不但可以避免肝功能失代偿后的各种并发症, 而且可以大大提高手术的成功率。国内患者在同意接受

肝移植时, 几乎失去治疗机会。目前全球多数移植中心仍把小肝癌作为肝移植的适应证^[1], 这是因为与肝切除相比, 小肝癌移植后生活质量佳^[2]。

3.2 肝移植术式的选择: 危重期肝病患者的全身情况差, 对打击的承受能力减弱, 因此最好选用一种相对创伤较轻的手术方法。标准的原位肝移植技术包括肝脏及肝后段下腔静脉的切除, 下腔静脉的阻断必然要干扰血液动力学以及内环境的稳定。本组5例肝移植术式均采用改良背驮式肝移植, 保留受者的肝后段下腔静脉, 由于该术式不阻断下腔静脉, 不需静脉转流^[3], 因此不但术中血液动力学较为稳定, 而且还避免了由静脉转流导致的各种并发症^[4], 为患者的术后恢复打下了良好的基础。

3.3 术中、术后管理: 从国内目前情况看, 开展肝移植从技术角度而言已不成为主要问题。但减少手术并发症是提高治疗效果的关键, 在早期病例中, 手术技术因素仍是导致外科并发症的主要因素, 也是主要死亡原因。由于凝血机制异常以及腹腔内侧循环丰富, 术中出血难以自止。因此, 减少术中出血, 保持平稳的手术过程, 对术后的恢复至关重要。与之相比, 术中及术后的一系列管理技术尚不成熟。患者术后短期死亡大多与术中、术后的管理不当有关。如术中麻醉管理、血液动力学状态、对无肝期机体代谢特点的认识、新肝植入后再损伤、肾功能保护、合适的中心静脉压等问题。本文5例肝移植病例提示, 在目前抗排斥反应用药已经成熟的条件下, 呼吸道的管理及营养的供给是十分重要的, 有助于

安全渡过应急期, 有利于肝细胞的再生及肝功能的恢复。同时也发现, 术前肝功能情况愈差, 术后发生感染等并发症的可能性愈大, 导致术后恢复时间长, 医疗费用高。故应大力进行宣传, 尽早进行移植以提高治愈率。

3.4 免疫抑制剂的应用: 本组5例患者, 3例采用FK506及激素疗法后发现: FK506能明显减少肝移植后的急性排斥反应、耐激素排斥反应及难治性排斥反应, 其优点是不需三联用药, 吸收不受胆汁排泄影响, 合用激素6~12个月即可停用, 故在肝移植中FK506是值得推荐的一种免疫抑制剂。

根据本文5例肝移植的经验, 肝移植是治疗终末期肝病的有效手段, 也是目前的最佳治疗手段。

【参考文献】

- [1] 夏穗生. 论我国肝移植的健康发展[J]. 中华肝胆外科杂志, 2000, (6): 243-245.
- [2] Colella G, Rondin GF, Delarisl I, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: prognostic factors associated long-term survival [J]. Transplant Int, 1996, 9(1): 109-112.
- [3] 叶启发, 陈知水, 曾凡军, 等. 50例背驮式肝移植技术回顾分析[J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22(6): 282-284.
- [4] Busque S, Esquivel CO, Concepcion W, et al. Experience with the piggyback technique without caval occlusion in adult orthotopic liver transplantation [J]. Transplantation, 1998, 66(1): 77-82.

常用单位的标准化符号

国家标准中列出的很多单位符号是来自单位名称的缩写, 这些缩写已得到国际公认, 成为标准化符号。但在一些稿件中至今仍沿用一些非标准的符号, 必须予以纠正。现将最常用单位名称的标准符号列表如下, 敬请广大作者遵照执行。

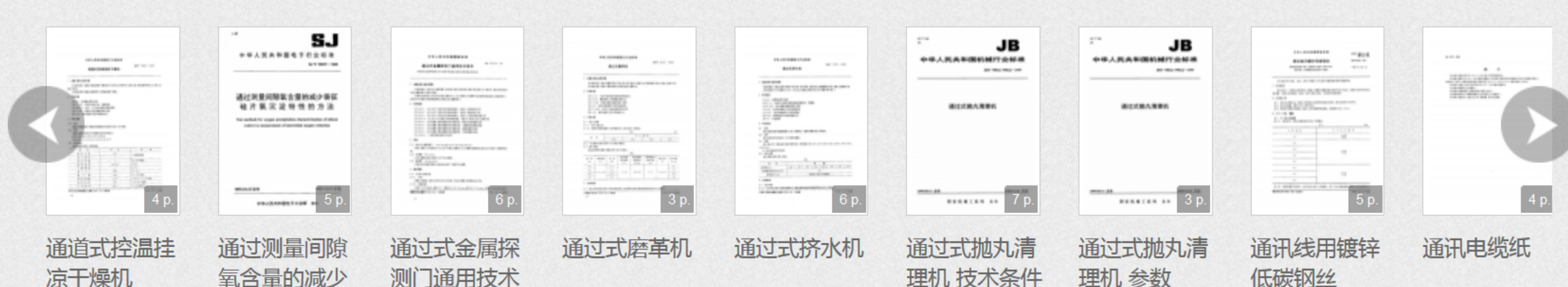
尤其应该注意的是以下几个单位: ①年的标准符号为 a, y 或 yr 均为非标准符号; ②转每分标准符号为 r/min; ③星期与月的标准符号分别为“周”和“月”。**必须废弃非标准符号, 使用标准符号。**

常用单位的标准符号

单位名称	标准符号	非标准符号
分	min	m
秒	s	sec
天	d	day
[小]时	h	hr
年	a	y, yr
摩尔	mol	mole
焦耳	J	Joule
[细胞]个每升	/L, L ⁻¹	cells/L
转每分	r/min	rpm
星期	周	W, wk
月	月	m, mo

室内花架 工程师发表论文 装修价格明细 房地产培训 叉车模拟考试
 北大夏令营 客户档案管理 热门专业排行榜 中石油远程培训 2014专升本 客服培训

该用户还上传了这些文档



发表评论

验证码: 换一张 匿名评论

关于我们

关于道客巴巴 网站声明
 人才招聘 网站地图
 联系我们

帮助中心

会员注册
 文档下载
 如何获取积分

关注我们

新浪微博 加关注
 腾讯微博



官方公共微信