doc88.com/p-6874714709326.html
DOC88.COM 在线文档分享平台
请输入关键词...
分类
上传我的文档
注册
登录
嘉康利净水器 租房合同下载 学生如何瘦腿 就业最好的专业 叉车模拟考试 金融学院排名 出租车考试题库 白酒销售方案 生产线看板 电子病历 叉车考试

【文章编号】 0258 - 5898(2006)06 - 0626 - 03

· 临床研究 ·

急诊肝移植术治疗食管曲张静脉破裂出血

张建军, 李齐根, 张　明, 陈小松, 韩龙志, 罗　毅, 沈丛欢, 邢天宇, 奚志峰, 夏　强
(上海交通大学医学院仁济医院器官移植中心, 上海　200127)

【摘　要】 **目的** 评价急诊肝移植术治疗食管曲张静脉破裂出血降门脉压力效果和围手术期安全性。**方法** 回顾本中心自 2004 年 9 月～2005 年 10 月急诊肝移植术治疗食管曲张静脉破裂出血的 8 例病人的临床资料。对比术前、术后门静脉压力(PVP)、脾脏斜径、门静脉(PV)血流速以及术后有无再次出血,评估降门脉压力效果。以术中、术后的并发症和死亡率发生情况评估安全性。[illegible] 急诊肝移植术治疗食管曲张静脉破裂大出血,能有效降低门脉压力而控制出血,但对于肝功能 Child C 级同时有合并症的病例需选择更合适的手术时机。

【关键词】肝移植; 食管曲张静脉; 出血
【中图分类号】R657.3; R571.3 【文献标识码】A

Emergent Liver Transplantation for Active Esophageal Variceal Hemorrhage

追查國際存檔

ZHANG Jian-jun, LI Qi-gen, ZHANG Ming, CHEN Xiao-song, HAN Long-zhi, LUO Yi,
SHEN Cong-huan, XING Tian-yu, XI Zhi-feng, XIA Qiang
(*Center of Organ Transplantation, Renji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200127, China*)

www.zhuichaguoji.org

Abstract: ***Objective*** To evaluate the effectiveness to decompress portal system and the reliability during perioperation for patients with esophageal variceal hemorrhage treated by emergent liver transplantation. ***Methods*** The clinical data of eight patients with variceal hemorrhage secondary to portal hypertension who received emergent liver transplantation from September 2004 to October 2005 in our center were reviewed. Decompression was evaluated by comparison of pre- and post- operative portal venous pressure (PVP), spleen size, portal venous velocity and postoperative hemorrhage. The safety was examined by the morbidity and mortality. ***Results*** All patients survived the operations with the average blood loss of 2 846 mL (1 200 to 4 800 mL). Significantly decreased PVP ($P<0.0001$) strongly indicated effective decompression by transplantation, whereas the other parameters failed to assess the effectiveness. Only one rebleeding occurred. Four patients complicated with acute renal failure followed by pulmonary infection, among whom one survived by emergent treatment while the rest with Child C grade sacrificed within two weeks. ***Conclusion*** For patients with active esophageal variceal hemorrhage, emergent liver transplantation could be an effective and rescue therapy. However, those with worse liver function of Child C grade and other complications should be more cautious to choose the better timing of operation.

Key words: liver transplantation; esophageal variceal; hemorrhage

食管曲张静脉破裂大出血是导致肝硬化病人死亡的主要原因之一。有效的非手术治疗为内镜下注射硬化剂和血管套扎以及经颈静脉肝内门体转流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS),手术治疗包括分流术和断流术[1]。在我国,近年来肝移植术亦成为这部分病人的治疗选择。肝移植术不仅解除门脉高压同时治疗原发肝病,其远期效果最佳。但是,对于常规方法无法控制的大出血或合并肝功能衰竭的病人,紧急施行肝移植术的风险则可能增大。国外等待供体时间较长很难施行急诊肝移植,而国内尚未见相关报道。本文回顾我院8 例相关病人资料以评估其降门脉压效果和围手术期安全性,并结合相关文献探讨肝移植时代食管曲张静脉破裂大出血的治疗。

【作者简介】张建军(1968 -),男,河南洛阳人,回族,副教授,博士

资料与方法

资料来源 上海交通大学医学院附属仁济医院器官移植中心,2004 年 9 月～2005 年 10 月共完成肝移植术 152 例。12 例受体病人在等待供体期间,出现门脉高压引起的食管曲张静脉破裂大出血,其中 4 例经内科积极治疗无效而死亡。8 例在内科治疗无法控制出血的情况下,施行肝移植术(即急诊肝移植术),其中 3 例患者曾经采用三腔管压迫止血(食管气囊注气 80～100 mL,胃内气囊注气 150～250 mL,负重 500 g,间隔 6～12 h 松驰 1 次),而病人均在停止使用三腔管压迫后再次出现大出血;例 1 和例 3 在等待期间内为间隙性出血。既往有上消化道出血病史,施行肝移植术前出血已明确停止的病例不列入本报道。

手术方法 所有病例均施行经典原位肝移植,术中不应用 TIPS,不行胃底周围曲张血管离断或脾切除等附加手术。其中 3 例门静脉栓塞的病人术中行血管内血栓取出术,重建后术中彩色超声证实通畅。除例 3 外所有病例在无肝期结束前,胃管内均吸出咖啡色或暗红色胃液。

观察和评估 所有病例均经住院、门诊、网络或电话获得随访;对比术前术后的门静脉压力(portal venous pressure, PVP)、脾脏大小、门静脉(portal venous, PV)流速和食管静脉破裂出血停止与否,评估降门脉压力效果;以术中、术后的并发症和死亡率发生情况评估手术安全性。①术前出血量:由于出血量估计困难,记录术前输血量(红细胞悬液和血浆)和血红蛋白浓度来评估术前出血的严重程度;②术前等待供体时间:此次出血发生至施行肝移植术的天数。③PVP:所有病例开腹后均经大网膜静脉测量,无肝期结束后再测量;④脾脏大小:手术前后超声测量其斜径估计;⑤PV 流速:手术前后分别用同一台彩色超声机选择受体门静脉段测定;⑥并发症和死亡率:记录分析术中、术后的并发症和死亡率发生情况。

统计学方法 SPSS(Version13.0)软件分析,采用配对 t 检验。

结　　果

一般情况 8 例患者术前临床资料详见表 1。本组手术成功率 100%,无肝期平均 48 min(39～56 min),术中输血 2 846 mL (1 200～4 800 mL)。门脉压力 术后 PVP 明显降低($P<0.0001$),脾脏斜径变化不明显($P>0.05$),术后 PV 流速明显增快($P<0.05$)(2 例术前 PV 不完全栓塞的患者除外)(表 2)。1 例术后第 2 天再次出现明确的上消化道出血,因病情危重未能进一步行内镜检查明确出血部位,不能排除应激性溃疡导致的出血。

表 1　8 例患者原位肝移植术前临床资料
Tab 1　Clinical data of eight patients before liver transplantation

Item	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5	Case 6	Case 7	Case 8
Age(years)	58	62	58	44	47	42	38	48
Sex	Female	Male	Male	Female	Male	Male	Male	Male
Diagnosis	Ci + H	HCC + Ci + H	HCC + Ci + H	Ci + H	Ci + H	Ci + H	Ci + H	Ci + H
Child-Pugh score	A	C	B	C	B	C	C	B
Bleeding history	Yes	No	No	Yes	No	No	Yes	No
Transfusion(mL)	1 200	2 800	1 600	3 000	1 600	1 600	1 800	1 200
Treatment	Con	Con + BC	Con	Con + BC	Con	Con + BC	Con	Con
PV thrombosi	No	Yes	Yes	No	No	No	Yes	No
Complications	No	Encephalopathy	No	No	No	Lung infection	No	No
Haemoglobin(g/L)	96	84	91	69	72	76	57	99
Waiting time(d)	6	2	18	3	1	1	2	1

HCC: hepatocellular carcinoma; Ci: cirrhosis; H: hepatitis B; Con: conservative; BC: balloon compression

并发症和死亡率 例 1、5、7、8 分别随访 13、6、4、3.5 个月,目前情况良好。例 3 术后表现出无尿、移植肝功能异常,随着肝功能逐渐恢复,同时人工肾替代治疗、气管切开、积极抗感染等治疗 1 月余后,肾脏功能恢复、感染控制,随访 8 月,目前情况良好。例 2、4、6 术后即出现无尿,肌酐每日成倍升高,诊断急性肾功能衰竭,继而进一步合并肺部感染,呼吸机辅助呼吸不能中止,术后 48 h 后总胆红素快速升高,最终 3 例患者均因感染不能控制、肾功能不恢复,导致多脏器功能衰竭,于术后 2 周内死亡。

矿山机电论文 大专学校 叉车理论 装修业务怎么跑 艾灸养生馆加盟 高职类院校 会计类论文 中石油远程培训 高一衔接班 护理专业论文 钳工技师论文

表 2　8 例患者手术前后 PVP、脾脏斜径和 PV 流速
Tab 2　PVP, splenic incline diameter and portal venous velocity of eight patients pre- and post-operation

Case	PVP (cmH_2O)		SID (mm)		PVV (cm/s)	
	Pre-	Post-**	Pre-	Post-	Pre-	Post-*
1	35	16	168	160	20	90
2	31	14	140	146	60	29.4
3	28	14	149	160	45	30
4	27	18	131	128	15	76
5	36	20	128	132	23.8	49.2
6	38	22	101	120	32	56
7	41	12	194	184	0	42
8	28	15	114	125	15.8	21.9

* $P<0.05$, ** $P<0.01$ *vs* pre-
SID: splenic incline diameter; PVV: portal venous velocity

讨　　论

门脉高压导致上消化道大出血的治疗面临多种选择,包括早期的三腔管压迫止血,内镜下硬化治疗,外科的选择性或非选择性分流术和断流术,后期的 TIPS,以及肝移植时代的移植治疗[1]。目前,较为一致的观点是对于肝功能较好(Child A～B)的病例采用手术分流或断流术,TIPS 远期(2 年以上)效果欠佳,对于 Child C 级或者合并有其他并发症的病例须选择肝移植治疗[1-3]。在国外由于等待供体时间长,手术和非手术治疗均作为等待期间内的一种过渡性治疗手段[3]。对于出血量多或出血合并肝功能衰竭的病人,同时有合适的供体,是否急诊行肝移植术,还是通过其他手段治疗将出血控制再过渡至移植手术,目前尚无相关文献报道。可以推测,肝移植术既能有效降低门脉压,又能治疗原发肝病而改善肝功能[4],但活动性出血的肝病病人,术前大量失血和失血对肺、肾等重要脏器功能的影响,加之术中循环可能不稳定、手术创伤等因素的不利作用,术后并发症的发生率可能升高。

理论上,肝移植术切除了硬化的病肝可降低门脉压力。8 例病例术前和术后 PVP 比较均有明显下降;脾脏大小比较差别不明显,可能与充血性脾脏大小难以改变有关,但可以观察到脾静脉由术前的离肝血流变为向肝血流;6 例病人术后 PV 流速加快,但例 2 流速反而减慢,主要与术前门静脉不完全栓塞有关。仅 1 例病人术后出现上消化道再次出血,但由于病情危重未能行内镜检查以明确出血部位,因而不能排除应激性溃疡出血可能。为防止术后上消化道再次出血,我们曾设想是否可在肝移植结束后,行胃底周围血管离断或脾切除等附加手术,但考虑附加手术可能减少来自脾胃区的向肝血流,影响门静脉的血流量,而未予实施。

术后 4 例出现严重并发症。起初均为肾功能衰竭,继而出现肺部感染。导致肾衰的原因是多因素作用[5],包括术前肝病和低血压、术中低灌注、无肝期、缩血管药物、感染以及术后药物肾毒性等。例 2、4、6 受多个不利因素影响,最终多器官衰竭导致死亡。不利因素主要指急性肾衰、手术创面渗血、肺部感染,导致治疗上多重矛盾,比如渗血导致低血压需快速补液,而补液可能加重肺水肿和中心静脉压升高,继而加重肺部感染和影响移植肝功能的恢复。例 3 术后供肝功能欠佳,后随肝功能恢复则逐渐好转。死亡的 3 例病人术前出血凶猛并三腔管压迫止血,Child 分级均属 C 级,同时其中 2 例有其他术前并发症(肝性脑病或肺部感染)。尽管另 1 例 Child C 级的病人术后无并发症发生,但仍提示 Child C 级的病人合并活动性食管曲张静脉破裂出血时,肝移植治疗风险高。实际上,对于这部分病人,肝移植术又是唯一的有效治疗手段。我们曾收治 4 例病人在等待供体期间内因上消化道大出血死亡。因而,需要指出的是,内科医师和移植外科医师需要有良好的沟通,使这部分病人在相对良好的时机接受肝移植术,若估计等待供体时间长,可否考虑采用 TIPS 作为过渡性治疗。

总之,急诊肝移植术治疗食管曲张静脉破裂大出血能有效降低门脉压力而控制出血,但对于肝功能 Child C 级同时有其他合并症的病人需选择更合适的手术时机。由于本组病例数量较少,随访时间短,尚需要更多的病例累积,从而进行更缜密的探讨。

【参考文献】
[1] Rikkers LF. The changing spectrum of treatment for variceal bleeding[J]. Ann Surg, 1998,228(4):536 - 546.
[2] Rikkers LF, Jin G, Langnas AN, et al. Shunt surgery during the era of liver transplantation[J]. Ann Surg, 1997,226(1):51 - 57.
[3] Ringe B, Lang H, Tusch G, et al. Role of liver transplantation in management of esophageal variceal hemorrhage[J]. World J Surg, 1994,18(2):233 - 239.
[4] Ho KS, Lashner BA, Emond JC, et al. Prior esophageal variceal bleeding does not adversely affect survival after orthotopic liver transplantation[J]. Hepatology, 1993,18(1):66 - 72.
[5] Gainza FJ, Valdivieso A, Quintanilla N, et al. Evaluation of acute renal failure in the liver transplantation perioperative period: incidence and impact[J]. Transplant Proc, 2002,34(1):250 - 251.

【收稿日期】2006 - 02 - 07 【本文编辑】王淑平

就业最好的专业 租房合同下载 学生如何瘦腿 电子病历 出租车考试题库 二本军校 白酒销售方案 叉车考试 嘉康利净水器 金融学院排名 叉车模拟考试
该用户还上传了这些文档
6 p. 和谐社会构建背景下的清真
2 p. 吴仪：生活没有赋予我恋爱
3 p. 听话的孩子也顶嘴
2 p. 向一个人的死因致敬
2 p. 后传统广告传播方式类别探
5 p. 吉林省最低生活保障制度与
2 p. 吃饭该点几个菜？
2 p. 史上那些嗜酒的文人
4 p. 召聘广告小，写作学问大
发表评论
验证码： 换一张
☐ 匿名评论
提交