



清淀粉酶至第 3 天起呈渐进性下降,2 例直至正常。

3 讨论

3.1 引起移植胰腺发生术后急性胰腺炎的主要原因 ①供体胰腺的缺氧、缺血损伤及其他损伤,如机械性损伤等。②血管吻合后血栓形成,缺血坏死。③胰液引流不畅,如胰管及肠管梗阻。④移植胰腺出血、感染等。⑤受体情况,如年龄、肥胖、吸烟等。⑥手术损伤所致受体血压低、休克。⑦排斥反应的损伤。⑧其他,如药物损伤(速尿)等。

3.2 诊断 诊断主要依靠①血清淀粉酶;②尿淀粉酶;③术后 1 周左右每日床头 B 超胰腺扫查;④胰周引流情况,包括血性引流液的量及引流液淀粉酶;⑤其他重要脏器情况,如心、肺、肾等。

移植胰腺术后急性胰腺炎分为轻型、重型。轻型表现为局部腹痛、恶心、呕吐及血、尿淀粉酶升高;重型表现为除轻型表现外,还伴有 1 个或 1 个以上重要脏器的损伤甚至衰竭。所以术后需每日监测血、尿、腹水淀粉酶,每日胰腺彩超检查,包括动脉、静脉血流情况,同时监测其他重要脏器。

事实上在临床多为胰、肾联合移植,通过对较成熟的移植肾监测可间接地监测移植胰的情况,有利于手术成功。

3.3 移植胰腺术后急性胰腺炎的预防和治疗 术后急性胰腺炎的预防和治疗要贯穿于围手术期的始终,包括供、受体的选择、运送、修剪、移植以及术后的处理等。

供、受体的选择:供、受体应尽可能有好的条件,如年龄、身体状况、无严重并存病等。供体无长期饮酒、用药史,无糖尿病、胰腺炎、胰管结石等病史。供体胰大小、硬度适中;过大说明胰腺有增生、功能差;过硬说明胰腺可能有纤维化等。

迅速良好的原位灌注及整块脏器的切取,尽可能保留宽大的动脉、静脉以便吻合,防止血栓形成,有时动脉过短,需要供体髂动脉延长,尤其在同时切取肝脏时,动脉、静脉的分配尤其重要,但亦较困难。

切取及修整胰腺一定要轻拿,勿造成挤压等机械性损伤。修整胰腺非常重要,需剪除供体胰腺周围纤维组织,减少术后缺血坏死、感染;尽可能剪开或剪除胰腺被膜,以防胰腺水肿,术后压迫致缺血坏死。但千万勿损伤供胰。胰周小血管仔细结扎止

血,以防术后胰周大出血。术中需确保供胰动脉、静脉通畅,胰管、肠管通畅。

术后第 2 天血清淀粉酶迅速升高,表明术后移植胰腺炎的发生,需立即药物等治疗;术后糖皮质激素及抗排斥药物的治疗有利于减轻移植胰腺急性胰腺炎。

胰周出血是术后最常见的并发症之一,也是术后移植胰腺胰腺炎发生的表现。彻底止血及胰周多胶管广泛引流,可减轻炎性反应,减少感染,不致因抗排斥药物的应用,免疫力低下形成脓肿。出血严重时,需再手术止血。

术后应用胰岛素、NO 制剂、生长抑制剂、胰酶抑制剂、免疫抑制剂等治疗,有利于抑制移植胰腺急性胰腺炎^[4],尤其对糖尿病、肾衰、心衰、高血压、休克以及糖尿病并发症等给以积极的预防治疗。肾功能差者可行床边透析。

监测凝血酶时间、凝血酶原时间、部分凝血活酶时间、纤维蛋白原等,必要时用抗凝药物调整至纤维蛋白原下降,部分凝血活酶时间高于正常,以防止血栓形成。但也有部分患者因胰周出血凶猛,不能抗凝治疗。

其他治疗包括禁食、胃肠减压、营养支持、抗炎、解痉镇痛等对症治疗。鼓励受者早期进食,但避免过早下地活动,造成吻合血管扭曲、断裂出血等。

实践证明,移植胰腺术后急性胰腺炎的发生及移植胰腺的最终成功成活与胰腺移植手术的操作时间明显相关,因此切取时间要短,要尽早移植于受体体内。时间愈短术后移植胰腺急性胰腺炎的发生愈轻。

参考文献:

- [1] 明长生. 胰肾联合移植术式的选择[J]. 中华器官移植杂志, 2005, 26(3): 186-188.
- [2] Farney AC, Sutherland DER. The pancreas: biology pathobiology, and disease[M]. 2nd. New York: Vay Liang W Co, 1993: 815.
- [3] Gruessner RW, Manivel C, Djunn DL. Pancreaticoduodenal transplantation with enteric drainage following native total Pancreatectomy for chronic pancreatitis: a case report[J]. Pancreas, 1991, 6(4): 479.
- [4] 郑树森. 临床胰肾联合移植进展[J]. 中华器官移植杂志, 1997, 18(4): 244-246.

[收稿: 2007-08-20]

(本文编辑 代小菊)