http://www.doc88.com/p-6961965892798.html
白银投资骗局 高职专科学院 室内花架 去眼袋的小窍门 销售培训管理
客户档案管理 电子病历 货车资格证考试 学生如何瘦腿 远程教育学院 职业选择测试

同种异体原位肝脏移植术的临床应用研究（附 9 例报告）

李 森*，李春友，杜福田，庄冠一，丁 伟，宋钦华

（潍坊医学院附属潍坊市人民医院肝胆外科，山东 潍坊 261041）

［摘 要］ 目的 总结原位全肝移植术的经验教训，以进一步提高肝移植治疗终末期肝病的效果。方法 2001 年 3 月～2006 年 8 月，为 9 例终末期肝病患者实施了原位全肝移植术，其中 6 例为良性终末期肝病，3 例为肝癌患者。前 5 例实施背驮式肝移植，后 4 例实施经典式非转流肝移植。结果 1 例病人存活 3 年以上，2 例病人存活 2 年以上，1 例病人存活 1 年以上，2 例术后 3 个月，均恢复正常的工作和生活。手术后死亡病例中，1 例术后 1 年 9 个月死于应用大剂量激素抗排斥反应所致的应激性溃疡大出血。2 例巨大肝癌病人分别于术后 27d 死于肾功能衰竭、高血钾和术后 56d 死于脑出血。1 例小肝癌病人术后出现神经并发症，术后 4 个月死于脑出血。结论 肝移植是治疗终末期肝病的唯一有效方法。

［关键词］ 终末期肝病；肝肿瘤；肝移植

［中图分类号］ R 735.7 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1004-3101（2006）06-0410-04

The Clinical Application of Orthotopic Liver Transplantation（A Report of 9 Cases）

LI Sen，LI Chun-you，DU Fu-tian，ZHUANG Guan-yi，DING Wei，SONG Qin-hua

（*Department of Hepatobiliary Surgery*，*Weifang People's Hospital*，*the Affiliated Hospital of Weifang Medical College*，*Weifang* 261041，*China*）

追查國際存檔
www.zhuichaguoji.org

［**ABSTRACT**］ ***Objective*** Through sum up the experience and lessons of orthotopic liver transplantation，to further elvate the effectiveness of liver transplantation for end-stage liver disease. ***Methods*** From March 2001 to August 2006，nine cases of end-stage liver disease patients received orthotopic liver transplantation，six cases were benign end-stage liver disease，3 cases were liver carcinoma. The first five cases operation were piggy-back liver transplantation，the last four cases were classical bypass liver transplantation. ***Results*** The post－operation survied patient，one patient survived more than 3 years，2 patients survived more than 2 years，one patient survived for more than one year，two cases only three months，all of them resume their normal work and life. Patients died after surgery，one patient died one year and nine months due to stress ulcer bleeding followed by large doses hormone to anti-rejection response，two cases of large hepatocellular carcinoma patients，one died of kidney failure and hyperkalemia after 27 days，another died of a brain haemorrhage after 56 days，one cases of small hepatocellular carcinoma patient with neurological complications，died of cerebral hemorrahage after four months. ***Conclusion*** Liver transplantation is the only effective way to treat the end-stage liver disease.

［**KEY WORDS**］ End-stage liver disease；Liver carcinoma；Liver transplantation

我院于 2001 年 3 月～2006 年 8 月，完全依靠自己的力量独立为 9 例终末期肝病患者实施了同种异体原位全肝移植术，其中 6 例为良性终末期肝病，3 例为肝癌患者。实施背驮式肝移植术 5 例，经典式非转流肝移植术 4 例。现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 受体情况 本组 9 例，男 8 例，女 1 例，年龄 31～60 岁。患慢性重症乙型肝炎发生亚急性肝坏死，肝功能为 Child C 级，生命垂危者 2 例；巨块型原发性肝癌 3 例；全肝管结石并肝硬化、门脉高压、上消化道大出血，曾有胆结石手术史及脾切除手术史者 1 例；慢性乙型肝炎并肝硬化、门脉高压、上消化道大出血 1 例；原发性胆汁性肝硬化，重度黄疸，长期内科治疗无效，肝功能 B 级 2 例。接受同种异体原位背驮式肝移植术 5 例，经典非转流原位肝移植术 4 例。

1.2 供体情况 均取自健康青年男性新鲜尸体，按输血原则进行血型配型，供体均肝功能正常，乙肝五项阴性。

1.3 供肝切取与修整 供肝采取肝脏原位灌洗后快速整块切取法，热缺血时间约 5～8min，冷缺血时间为 6～10h，修整分别历时 36～98min。

---

* ［基金项目］ 山东省科学技术发展计划资助课题（课题编号：2002BB1BGBA1）

［作者简介］ 李森（1956 年 3 月～），男（满族），吉林省吉林市人，主任医师，学士学位，硕士研究生导师。主要研究方向：肝胆外科学。

万方数据

1.4　肝移植手术　①同种异体原位背驮式肝移植术：受体肋缘下大“人”字形切口进腹，检查病肝情况，肝肿瘤无肝外转移，无门静脉主干癌栓列入适应证。行背驮式肝移植的病肝切除时先切断肝周围韧带，打开肝上裸区，尽可能显露第二肝门的肝左、中、右静脉。在第一肝门接近肝门板处打开肝蒂，分离肝左、右动脉并切断，切断左、右肝管，保留门静脉的向肝供血。将右半肝轻轻翻出切口，沿下腔静脉前间隙分离第三肝门，将所有肝短静脉切断直至显露出第二肝门的肝左、中、右静脉，切断肝右静脉增加肝活动度。此时全肝分离完成，在切断门静脉后，肝脏完全翻起将肝静脉钳置于第二肝门的肝左、中静脉的共干及部分下腔静脉纵轴夹闭，切断肝静脉共干，移除病肝。将肝中静脉共干修剪扩大至下腔静脉，使流出道直径达到 3cm 后进行供肝的植入。供肝的肝上下腔静脉与受体修整好的肝中静脉、下腔静脉流出道吻合。用 3-0 血管缝合线连续外翻缝合。肝下下腔静脉对端缝合，保留小的回血口使门静脉低温灌洗液能够回流。然后进行门静脉的对端吻合，完成吻合后，供肝的冷却血结束，开放门脉血流，在供肝完全充血后经肝下下腔静脉有回血，此时缓慢开放肝上下腔静脉钳，完成肝脏静脉血流的恢复，肝脏周围温水复温，进行肝动脉吻合、胆管吻合。②经典非转流原位肝移植：肝脏分离完成后，肝上肝下下腔静脉分别钳夹阻断，切断第一肝门结构后，切断下腔静脉，将病肝连同肝后下腔静脉整块切除。供肝的植入是将肝上下的下腔静脉直接对端吻合，门静脉、肝动脉、胆管的吻合同背驮式肝移植。

肝动脉吻合：其中 1 例因供肝动脉切取时接近左右肝动脉分叉，而采用受体右大隐静脉一段，长约 4cm，行供受体肝动脉搭桥式吻合。实施供受体的肝总动脉和胃十二指肠动脉对端双口吻合 6 例，供受体肝总动脉与胃十二指肠动脉分叉处修剪成喇叭口对端吻合 2 例。

2　结果

3 例背驮式肝移植和 3 例经典非转流肝移植病人术后恢复顺利，均获得长期存活，恢复正常的工作和生活，原乙肝病人无乙肝复发。其中 1 例于术后 1 年 9 个月时出现右上腹不适、食欲不振、轻度黄疸、转氨酶升高，考虑为急性排斥反应，给予甲强龙 300mg，静脉注射，每日 1 次，应用 3d 后出现应急性溃疡上消化道大出血，抢救无效死亡。1 例术中行脾动脉结扎后，出现巨脾局灶性坏死，经治疗后痊愈。2 例原发性肝癌行原位背驮式肝移植病人，1 例术后 T 管无胆汁流出，48h 后二次手术放入小儿胃管引流胆道，术后每日胆汁量在 100～220ml，术后 27d 死于肾功能不全、严重水电解质紊乱、高钾血症；1 例术中因开放血流后肝上下腔静脉吻合口出血，缝合止血，因门静脉吻合口狭窄，而重新阻断入肝血流 10min，致新肝发生热缺血。术后第 3 天出现 ARDS，重新行经鼻气管插管，机械通气，第 7 天拔除气管插管，前 6d 每天胆汁引流在 50～70ml，色深粘稠，第 7 天后每天增加至 150～600ml，色淡稀薄，出现胸腹水，置胸腔闭式引流，17d 后夹管，第 29 天咳绿色浓痰，痰培养证实为绿脓杆菌感染，术后第 56 天死于脑出血。1 例经典非转流病人术后第 4 天开始出现语言含糊、流涎，第 5 天出现构音障碍、癫痫发作、右侧偏瘫。经处理后癫痫得到控制，但其他精神神经症状无明显好转，考虑脑桥中央髓核溶解症的特征所致，于术后 4 个月死于脑出血。

3　讨论

3.1　肝移植适应证的选择　肝移植作为一种成熟的外科治疗手段已成为治疗急慢性终末期肝病的常用方法。以往对于 HBV 感染后的晚期肝病患者，由于存在 HBV 再感染和移植肝存活时间短而存在很大的争论。但随着肝移植后预防乙肝复发治疗的进展，包括乙肝免疫球蛋白（HBIG）、拉米夫定等的应用，肝移植后 HBV 再感染率已由 32.5％降至 3.1％[1]。我国又是世界上 HBV 感染者最多的国家，慢重肝及由慢性乙型肝炎所导致的终末期肝病在我国是肝移植的一个重要和主要的适应证。早期小肝癌作为肝移植的适应证已得到认可，也有了国际上的“米兰标准”（1996 年意大利 Milan 制定：单发肿瘤直径 ≤ 5cm；多发肿瘤数目 ≤ 3 个，直径 ≤ 3cm）。而晚期肝癌作为肝移植的适应证有很大争议。由于对于器官移植等医学知识认识上的缺陷，加之我国的肝脏病患者受传统观念和经济等各种因素的影响，常把肝移植作为其最终选择的治疗方法，这类患者常濒临死亡，或者为肝癌晚期，肝细胞损害严重，肝脏和其它相关器官的功能很差，几乎丧失治疗机会，这对我国移植外科医师是一个严峻的考验。对于不可能实行手术或介入治疗的晚期肝癌患者，如果不接受肝移植，将失去任何治疗机会。而实施肝移植后，可获得近期良好的生活质量和延长生存期。但是晚期肝癌患者肝移植术后癌肿的转移与复发难以避免，因此仍须慎重选择病例。最近国内几个大的移植中心的专家在 Milan 标准的基础上，联合制定了我国的原发性肝癌肝移植适应证：[2]①单发肿瘤直径 ≤ 9cm；②多发肿瘤数目 ≤ 3 个，最大直径 ≤ 5cm，所有肿瘤直径总

追查國際存檔
www.zhuichaguoji.org
万方数据

高职高专院校　无缝钢管　眼袋怎么消除　家具营销策划　2014专升本
高职专科学院　二本军校　会计类论文　展厅设计　英语b级考试　3+2学校

和≤9cm;③肝脏无大血管癌栓,包括门静脉主干或主要分支癌栓、肝静脉主干癌栓、下腔静脉癌栓;④肝脏无肝外肿瘤转移证据(包括肝门部淋巴结转移、远处转移和其他系统肿瘤)。特别是对于晚期肝癌而又有长期高血压、糖尿病等伴随病的病人,要更加注意和警惕。本组报告早期的 2 例巨大肝癌的病人因适应证不好,没能达到理想的效果。

3.2　手术时机的把握　肝移植作为一项成熟医疗技术早已由最初的仅仅是挽救生命的过程,转变为以提高病人的生活质量为主要目的。已由急症或半急症手术转变为择期手术,并由此提高了手术的成功率和术后的长期存活率。这需要相关专业的外科医师、内科医师和肝病患者对此有新的认识并转变观念。严重影响肝移植预后的几个危险因素有:肝性脑病(Ⅳ期)、临床出血、肾功能衰竭、需要呼吸机支持、代谢性酸中毒、低血糖、血流动力学不稳定及败血症等。若迅速出现肝性脑病、严重出血、脑水肿或肝脏迅速缩小者,常提示不可逆性肝损害,应尽快争取在上述危险因子出现之前,当机立断行肝移植术。肝癌病人的肝移植越早越好。

3.3　维持血流动力学稳定　肝移植病人往往由于手术前存在组织水肿、大量腹水、严重出血及代谢障碍等,同时术中术后可能有大量失血、失液及大量输血、输液,存在顽固的低蛋白血症及渗出大量腹水,加之免疫抑制剂的使用可诱发肺水肿与水钠潴留,易造成血流动力学的不稳定,甚至出现腹内高压,并导致急性肾功能衰竭[3]。因此术中及术后的血流动力学监测必不可少。必须迅速有效地纠正凝血功能障碍,一般随着新肝功能的发挥,再同时补充相应的凝血因子、血小板及纤维蛋白原等,凝血功能多能迅速改善。输液时要密切观察,随时调整,适当利尿,稳定血容量,维持较高的尿量,对血流动力学的稳定及保护肾功能有重要意义。由于肝移植技术的迅速提高和围手术期处理的成熟,对于肝癌肝移植现在一般采取非转流经典式肝移植,无肝期时间短,术中出血少,明显减少了术后的并发症。

3.4　术中血管吻合技术及可能出现问题的处理　在 9 例病人肝移植过程中,我们体会以肝上下腔静脉的吻合和肝动脉、胆管的吻合最为重要,应多加注意。吻合时要注意缝合严密,力求一次成功,确保吻合口管径匹配,无狭窄、无渗漏血。胆管对端吻合有指征的使用细 T 管[4]。肝动脉的吻合我们采用的是供体的肝总动脉和胃十二指肠动脉与受体的肝固有动脉、胃十二指肠动脉对端双口吻合。我们认为优点有三:①管径相匹配,易于吻合;②从血液流变学上讲,不会产生涡流,既能保证新肝动脉血的有效灌注,又尽可能地减少或避免吻合口血栓的形成;③双口较单口吻合显然成倍增加了保证肝动脉血流的保险系数。我们在具体操作时作到:①供肝切取修整和病肝切除时确保血管的完整性;②在 2.5 倍放大镜下行显微技术吻合,保证吻合质量;③开放血流后即用术中超声检查肝动脉的供血情况。我们在 1 例病人供体肝动脉过短的情况下,用受体本身大隐静脉做搭桥吻合,收到了良好效果。

对于肝上下腔静脉吻合口漏血,采用再次阻断门静脉血流翻转肝脏在吻合口漏血处加针修补法。一定注意不能将吻合口修补过窄。发现吻合口过窄的指标是新肝过度充盈,质地变硬,阻断门静脉血流后肝脏恢复较慢。这时就应该立即进行肝上下腔静脉吻合口的再探查,以防止新肝受到进一步损害。手术后新肝的凝血功能障碍,胸、腹水不能得到有效缓解,脑出血等症状可能都与此有关。

门静脉对端吻合时要注意吻合口狭窄环的形成,成熟的经验是在最后打结时预留出扩张余地约 3~5mm。如果门静脉吻合过窄,阻断血流后重新吻合一般多在 10min 内完成。但是会出现肝脏的再次热缺血,影响肝功能的恢复甚至出现其他严重的并发症。

3.5　精神神经并发症和免疫排斥反应的防治　肝移植术后精神神经并发症除由免疫抑制剂诱发外,最为严重的还是因为内环境紊乱,尤其是可能因低钠血症纠正过快导致的脑桥中央髓核溶解症和脑桥外脱髓鞘[5];由于血流动力学、凝血机制异常等所致的脑血管并发症,死亡率极高,重在预防[6]。肝移植术后发生的神经精神系统并发症的治疗主要有去除中毒因素,包括及时减少免疫抑制剂如环孢霉素 A 和普乐可复(FK506)等药物的用量或停用;降低危险因素,包括控制血压,纠正严重的凝血机制障碍,治疗已存在的肺部或其它部位的感染;调整机体代谢,纠正电解质紊乱等。特别要注意手术中的电解质平衡,绝不能大量晶体液快输快进。本组 1 例病人因术中大量失血,给予大量快速补充晶体液,结果可能使细胞内外的钠离子梯度差、渗透压发生剧烈的变化,导致出现脑桥中央髓核溶解症,治疗极其困难,应用镇静剂和对症治疗可能是目前无奈的选择。新一代的免疫抑制药物已能有效地预防和治疗肝移植后的急性排斥反应,对排斥反应的诊断要行肝脏穿刺活检明确,应用大剂量激素冲击治疗时对于可能产生的副作用如上消化道大出血等,要有充分的预防措施加以保障。

追查国際存檔
www.zhuichaguoji.org
万方数据

［参考文献］

［1］ 陈规划.加强术后中长期管理,改善和提高我国肝移植受者的长期生存质量［J］.中华肝胆外科杂志,2006,12(5):289～291.

［2］ 杨广顺,尤天庚,田利国.原发性肝癌肝移植治疗——我们的共识［J］.中国实用外科杂志,2006,26(7):481～482.

［3］ Schachtrupp A, Graf J, Tons C, et al. Intravascular volume depletion in a 24-hour porcine model of intraabdominal hypertension［J］. *J Trauma*, 2003,55:734～740.

［4］ 严律南,李波,曾勇,等.提高肝移植手术效果的探讨(单个中心连续 200 例肝移植病例分析)［J］.中华肝胆外科杂志,2006,12(5):292～294.

［5］ 李春友,李森.肝移植术后神经精神系统并发症［J］.山东医药 2005,45(17):64～65.

［6］ 徐庆祥,丁义涛,仇毓东,等.肝移植术后神经系统并发症 28 例分析［J］.中华器官移植杂志,2006,27(4):201～203.

［收稿日期］　2006-11-06

恶性肿瘤伴高效价抗-Ⅰ1 例

阎东河[*],李永青,赵月凯

(潍坊医学院附属潍坊市人民医院输血科,山东 潍坊　261041)

［关键词］　间胚叶未分化肉瘤;IgM 抗体;病例报告

［中图分类号］　R 457;R 730.262　　［文献标识码］　B　　［文章编号］　1004-3101(2006)06-0413-01

抗-Ⅰ为 IgM 抗体,以弱的冷凝集素存在于正常人的血清中。最近,我们发现 1 例恶性肿瘤患者产生高效价抗-Ⅰ,现将血型血清学检查结果报告如下。

追查國際存檔

患者,男,35 岁,因腰腹部疼痛半个月来我院就诊,发现左上腹部有一包块。患者自述既往身体健康,寒冷季节未有不适之感,否认有输血史。2004 年 4 月 15 日,行剖腹探查术时,发现左侧腹膜后有 15cm × 20cm 包块,取活检送病理室检查,诊断为腹膜后间胚叶未分化肉瘤。术前临床配血时发现正定型(试管法)为 AB 型,反定型患者血清凝集 ABO 全部试剂红细胞,提示患者血清中含有 ABO 以外的抗体,故对患者血样做进一步检查,见表 1。

www.zhuichaguoji.org

表 1　患者血清与试剂红细胞反应结果

细胞号	试剂红细胞	盐水(℃)			木瓜酶	AGT
		4	室温	37		
1	O.CCDee.MN	4 +	2 +	0	0	0
2	O.ccDEE.N	4 +	2 +	0	0	0
3	O.CcDEe.M	4 +	2 +	0	0	0
4	O.ccdee.MN	4 +	2 +	0	0	0
5	O.Ccdee.N	4 +	2 +	0	0	0
6	脐血 1	0	0	0	0	0
7	脐血 2	0	0	0	0	0
8	脐血 3	0	0	0	0	0
9	自身细胞	0	0	0	0	0

结果所示,患者血清与 5 份 O 型试剂红细胞及自身红细胞在 4℃和室温时均发生凝集,4℃凝集强于室温,37℃呈阴性反应,酶介质及间接抗人球蛋白(AGT)均为阴性,表明患者血清中含有的冷抗体为 IgM,患者血清与 O 型脐血 1 份,O 型脐血 2 份,O 型脐血 3 份混合,在 3 种介质中均不发生凝集,推测患者血清含抗-I。患者血清分别与成年人 ABO 型红细胞在 4℃及室温下反应,结果在 4℃均呈 4 + 凝集,室温呈 2 + 凝集,则排除了抗HI,抗-AI,抗-BI 的存在,为单一的抗-I。用 O 型成人混合红细胞测定患者血清中抗-I 效价,4℃时为 512,室温时为 8。

讨论　高效价的抗-I 可导致溶血性贫血及冷凝集素综合征。网状细胞增多症、传染性单核细胞增多症、淋巴细胞性白血病及恶性肿瘤、病毒性肺炎后遗症者血清中可产生高效价抗-I,该患者血型血清学检查证实血清中含有高效价抗-I IgM 型冷凝集素。高效价抗-I 可影响血型鉴定及交叉配血试验,实验应在 37℃水浴箱中进行,若在 37℃冷抗体中仍有活性,可将患者红细胞表面抗原抗-I 在 56℃放散掉,同时将患者血清用 O 型成人红细胞在 4℃吸收掉抗-I,再鉴定血型及交叉配血试验。本例血型鉴定时用 37℃保温洗涤红细胞 3 次,采用递增温度至 37℃配血相合。高效价抗-I 患者输入库存血后,冷抗体被激活,引起血液凝集而导致严重溶血反应,重者可造成输血事故的发生。本例在手术中输血时是在血型鉴定及配血无误后,用未放冰箱的新鲜血,将输血器输血管道盘旋在 37℃水浴箱内,术中输血 600ml,亦无不良反应发生。

［收稿日期］　2006-10-07

---

[*] ［作者简介］　阎东河(1953 年 8 月～),男(汉族),山东省青州市人,副主任检验师。主要研究方向:临床输血。

万方数据

房地产培训
中学生如何瘦脸
工程报价书
美凯龙家具
高职高专院校
租房合同下载
出租车考试题库
装修预算清单
考试真题
资格证模拟试题
食堂大锅菜菜谱
该用户还上传了这些文档

骨髓造血祖细胞在支气管哮

骨髓腔内输注技术在儿科领

骨髓干细胞移植与肺损伤修

骨髓干细胞在IgA肾病发病

骨髓干细胞可塑性的研究进

骨髓基质细胞转化心肌细胞

骨髓基质细胞对白血病细胞

骨髓基质细胞向心肌分化的

骨髓像诊断先天性巨幼红细

发表评论

验证码： 换一张 □ 匿名评论

提交

道客巴巴网站 版权所有 | ©2008-2014 | 网站备案：京ICP备12004711号 京公网安备1101082111号