

骆琦结婚照	刘诗诗结婚照	高职高专院校	失眠养生	3+2学校	高级政工师论文
暑假补习班	室内花架	货车资格证考试	苹果4s如何使用	工程报价书	英文文献翻译

### 重型肝炎急诊肝移植的预后影响因素及处理

上海长征医院器官移植科(200003) 傅志仁 马钧

[关键词] 重型肝炎; 肝移植; 预后; 处理  
[中图分类号] R657.3 [文献标识码] C  
[文章编号] 1005-6483(2006)06-0340-02

移植的成功率越来越高。近 3 年我科采用急诊肝移植方法治疗了 120 例重型肝炎患者,总成功率达到 76.2%。

由于诸多因素使得重型肝炎患者选择肝移植时机较晚,进展快,尽管术前采用包括人工肝在内的综合治疗措施,转入我科后多数患者的存活时间平均 3 d 左右,故只能采用急诊肝移植方法。最短时间为患者入院 4 h 即行肝移植。

重型肝炎急诊肝移植影响预后的因素包括术前重型肝炎并发症和肝移植术后并发症。术前多数患者合并肝性脑病,凝血功能障碍(PT>40 s,甚至不凝),肝肾综合征,严重感染,严重内环境紊乱,消化道出血,肺动脉高压等。术后影响预后的因素:边缘性供肝的应用,手术并发症(术中大量出血,术后胆漏、肝动脉栓塞等),严重感染,免疫抑制剂不合理使用,肾功能障碍,心、肺、脑功能障碍等。对影响预后主要因素的处理特点本文从以下几个方面加以讨论。

#### 一、重型肝炎急诊肝移植术前评估

尽管是急诊肝移植,对刚入院的重型肝炎患者还是应该作必要的检查。有条件的单位可成立术前重型肝炎 ICU,对患者进行生命体征监测,同时进行必要的术前常规检查。如何把握重型肝炎患者肝移植的适应证值得讨论。随着麻醉及围手术期处理水平的提高,原来的禁忌证已变为相对禁忌证。愿意接受肝移植的每个重型肝炎患者是否适合急诊肝移植,我们的体会是应重视术前评估,重型肝炎患者合并有:①年龄超过 65 岁;②APACHEII 评分>20 分;③平均肺动脉压>40 cm H<sub>2</sub>O;④不易控制的严重感染;⑤肾功能衰竭。凡合并有以上五项中任何一项接受肝移植后死亡风险较大。总之,重型肝炎患者存在潜在的致死性肝外因素时接受肝移植术死亡率较高,应进行术前调理。

#### 二、重型肝炎急诊肝移植前人工肝的支持作用

虽然肝移植是彻底纠正肝功能衰竭的最直接和可靠的手段,不少患者因大出血、严重电解质紊乱、肝肾功能衰竭和感染性休克等并发症在术前死亡。近两年,我科每年有 20 余例重型肝炎患者因得不到供体或没有手术指征死亡。人工肝对重型肝炎患者有良好的支持作用,可延长患者生命,使其有更多的机会向肝移植过渡。最近本组 5 例急性重型肝炎患者中有 3 例依靠人工肝成功地等到供肝。但也有些晚期重型肝炎患者对人工肝的治疗效果不佳,仍需进一步深入研究。

#### 三、重型肝炎患者急诊肝移植术后并发症的处理

术后并发症包括手术并发症和非手术并发症。手术并发症包括术后出血、胆道梗阻、胆漏和血管并发症等,可以通过提高手术技巧,通过 B 超、DSA 等检查早期发现,适时用手术方式来解决。重型肝炎患者急诊肝移植死亡原因有 50% 是因为手术并发症及采用了边缘性供肝。进一步提高手术技巧并处理好从供肝获取至手术结束每个环节非常重要。以下讨论非手术并发症的处理。

1. 重视术前调理:术前调理有两个目的:使患者能够等到供体;使患者降低手术风险,加快术后各脏器功能恢复。术前调理的众多措施中我们认为较为重要的有以下几点:①纠正内环境紊乱,纠正酸中毒;②改善肝性脑病患者的意识状况(应用生大黄、杜秘克或白醋灌肠以降血氨,用小剂量甘露醇或甘油果糖降低颅内压,用大量 6-氨基己酸或雅博思以醒脑),使患者术后易于配合,利于早期恢复;③保护肾功能,预计肾功能较难恢复的可直接行肝肾联合移植;④术前严重感染的防治。

2. 术后严重感染的处理:近年来,葡萄球菌的感染较前明显增多,MRSA 的比例亦越来越高,有报道可高达 35%~60%。国内报道肠球菌中万古霉素肠球菌(VRE)的检出率达 5%~6%。重型肝炎急诊肝移植患者术后几乎都合并有严重混合感染。G<sup>-</sup>菌感染仍占主导地位,G<sup>+</sup>球菌感染约占 50%~70%。其中 MRSA 的检出率为 20%~30%,真菌检查阳性率 20%左右,但真菌感染临床诊断率可高达 50%以上,以念珠菌最为多见,也有合并曲霉感染。混合感染的原因:病情重,病程长,反复感染,长期使用广谱抗生素。许多患者入院时存在混合感染。根据 G<sup>-</sup>菌药敏亚胺培南、美洛培南、头孢吡肟、特治星、舒普深敏感性较好。本组患者尽管没有检测出产 AmpC 酶的细菌,但文献报道肠杆菌科细菌有 16% 的菌株持续高产 AmpC 酶和 ESBLs,有 36% 的菌株单产 AmpC 酶。持续高产 AmpC 酶菌株所致感染的危险因素与长期住院、有严重的基础疾病、免疫抑制、高龄、使用导管、机械辅助通气和大量使用三代头孢菌素有关。头孢吡肟对产 AmpC 酶的菌株有较好的抗菌活性,它对 AmpC 酶的亲和力低,能快速穿透细菌的外膜屏障,快速杀死产酶菌。术后早期可选用头孢吡肟、特治星或舒普深,联合应用替考拉宁或稳可信。亚胺培南和美洛培南不作为肝移植术后的一线用药,因为术后需长期使用免疫抑制剂,重型肝炎肝移植术后又容易发生真菌感染,一线选用此类药物会增加体内菌群失调机率,给后续治疗带来困难。当然术前有明确的 ESBLs(+ )G<sup>-</sup>菌的感染,且只对亚胺培南或美洛培南敏感,则首选用亚胺培南或美洛培南。同时强调早期病原学检测,尽早从经验性治疗转为靶向治疗。由于真菌检出率较低,术后 1~2 周又是重型肝炎患者肝移植恢复的最重要阶段,所以根据临床经验诊断成立,即使用氟康唑,本组有 20 余例患者术后第 4~7 天出现体温升高,更换氟康唑为两性霉素 B 脂质体后感染控制。病毒检测率较低,术后不作常规抗病毒治疗,如诊断明确,合并应用抗病毒药物。重型肝炎肝移植患者术后感染的控制不能局限于使用敏感抗生素,还应注意抗炎治疗,使用天普洛安等抗炎药物,可减轻对细胞、组织和脏器的损伤,改善器官血流灌注,减轻炎性介质的过度释放和过度炎症反应,对减轻移植器官缺血再灌注损伤,减少移植手术并发症有一定的作用。

同时还应调整早期激素用量和适当调低普乐可复或环孢素 A 的血浓度。

3. 术后肾功能障碍的防治:重型肝炎肝移植术后并发肾功能不全较常见,不少患者术前合并肾功能障碍,肾毒性又是钙调素抑制剂的严重副作用之一,这使得移植后早期治疗更为复杂。术前患者有肾功能不全或具有术后肾功能不全的高危险性(术前血肌酐增高,顽固性腹水,严重低钠血症等),手术方式可选择背驮式,术中可用赛尼哌或舒莱诱导(术前合并严重感染的不作免疫诱导),术后用激素和骁悉,小剂量低浓度普乐可复(1 mg,开始每天 2 次,维持 5~7 ng/ml)。同时,早期使用保护肾脏功能药物(小剂量多巴胺、前列腺素 E1 或利新等)。肾功能障碍有肾前性因素的,术后适当的扩容治疗很重要,维持 CVP 在 8~12 cm H<sub>2</sub>O,不主张早期行持续动静脉超滤。

4. 其他影响预后因素的处理:重型肝炎急诊肝移植术后 2 周是恢复最重要的阶段,是患者死亡高峰期,移植 ICU 医师亲自观察,及时处理,使患者在术后 24 h 内生命体征、内环境、凝血功能等方面都处于正常范围或接近正常范围。提倡“早”:早期脱呼吸机,拔除气管插管;早期下床活动;早期胃肠

道营养。手术结束后,只要患者神志清醒,肌力恢复,立即脱呼吸机,观察 1~3 h 血气分析正常,拔除气管插管,静脉使用沐舒坦等化痰药,同时雾化吸入,鼓励患者排痰。并发严重肺部感染影响肺功能,或术前合并严重肝性脑病意识恢复慢,预计术后 3 d 内不能脱机的应及时行气管切开,必要时人工机械通气支持。营养对肝移植患者术后的恢复非常重要,术后早期给予生大黄和胃肠道营养,有利于胃肠道功能的恢复,肠道黏膜屏障的修复,减少肝移植术后肠源性感染。重视对肝移植相关性脑病的防治,其发生机理还不清楚,可能与药物(甲基强的松龙、普乐可复等)、心理和麻醉等因素有关。术前应重建患者的信心,加强心理护理,同时可根据病情使用奋乃静、氟哌啶醇等药物。

重型肝炎急诊肝移植围手术期处理中还须密切观察早期排斥的发生,减轻器官缺血再灌注损伤,防止乙肝复发,争取更高的中长期存活率。

[作者简介]傅志仁(1960-),男,硕士,教授,博士生导师。(收稿日期:2006-04-26)

### 追查國際存檔

### · 短篇报道 ·

### 跟骨钢板治疗跟骨经关节内骨折 17 例体会

余海平

[中图分类号] R687.3\*2 [文献标识码] D [文章编号] 1005-6483(2006)06-0341-01

自 2002 年 10 月至 2005 年 10 月,我们采用跟骨钢板治疗 17 例 18 侧跟骨经关节内移位骨折,疗效满意。报道如下。

#### 临床资料

1. 一般资料:本组 17 例 18 足,男 13 例,女 4 例。年龄 20~52 岁,平均 37 岁。均为高处坠落伤。骨折类型为波及跟距关节面的跟骨骨折。所有病例均行跟骨侧轴位 X 线检查和 CT 扫描。根据 Sanders 分型:Ⅱ型 7 例,Ⅲ型 9 例,Ⅳ型 2 例。手术时机为伤后 5 h~11 d,平均 4 d。

2. 手术方法:上止血带,取侧卧位,行跟骨外侧“L”型切口。全层至骨膜下紧贴跟骨外侧壁锐性剥离,推移,将包括腓骨肌腱、腓肠神经在内的全层软组织瓣一并掀起,暴露至跟距关节及跟骰关节。将跟骨外侧壁掀开探查骨折移位情

况。首先复位前突和载距突间骨折移位。沿轴向从足跟打入一枚斯氏针撬拨跟骨结节复位至载距突骨块上,打入距骨维持。撬拨挤压内侧面骨块复位。直视下复位距下跟骨关节面,可自跟骨下外侧打入细克氏针维持复位。若关节面下有严重骨缺损,影响复位后骨块稳定,尤其是后关节面骨块稳定,宜行自体髂骨块填充。复位跟骨外侧壁。C 臂机摄片检查跟骨的侧轴位像,认为后关节面、Bohler 角、Gissane's 角以及跟骨高度、长度、宽度恢复理想后,选用合适的可塑型钢板,预弯后打入适当数量螺钉固定。拔取克氏针。避免切口下有内植人物。冲洗切口后放置负压引流管,逐层缝合,石膏托外固定。术后 4 周去除石膏,关节功能锻炼。术后 3 个月负重。

3. 疗效评定:本组疗效评定参照 Maryland 足部评分标准,其中优 11 例,

良 4 例,可 2 例,差 1 例,优良率 83%。

讨论 跟骨骨折畸形愈合使距下关节紊乱,造成创伤性关节炎。跟骨增宽,使外踝碰撞,腓骨长肌受压,引起行走痛。我们体会手术切开复位能恢复距下关节面外形,恢复跟骨的高度、宽度及长度。取髂骨植骨支撑,跟骨钢板多点固定,能维持有效复位。切缘皮瓣坏死及继发感染是主要的并发症。手术时机选择很重要。大部分患者选择在伤后 12~24 h,如肿胀剧烈则推迟到 10 d 左右。严格骨膜下锐性剥离全层软组织瓣,按皮瓣手术要求处理。术后放置负压引流。

足背筋膜室综合征是一严重并发症,较易发生在Ⅲ、Ⅳ型跟骨骨折病例。本组 1 例Ⅳ型骨折病例,观察不及时,出现此并发症,应引以为戒。

[作者简介]余海平(1974-),男,主治医师。(收稿日期:2006-02-28)

作者单位:311612 浙江省建德市第三人民医院骨科

暑假补习班	高职高专院校	高级政工师论文	货车资格证考试	工程报价书	骆琦结婚照
室内花架	失眠养生	3+2学校	苹果4s如何使用	英文文献翻译	

#### 该用户还上传了这些文档

盐酸溶液处理钕酸铈增强可	盐酸溶液和水热脱铝HEU-1	盐酸沉淀分离-氯化物发生-四	盐酸曲马多中间体间溴苯甲	盐酸改性 HZSM-5 及	盐酸吡哆辛在聚甲基胺蓝 /	盐对刷型两亲聚合物聚集行	盐助溶燃烧法快速合成小粒	益母草多糖的抗氧化性

#### 发表评论

验证码:  换一张  匿名评论

提交