

• 经验交流 •

肝移植术后合并急性胰腺炎的治疗体会

沈中阳 刘懿禾 于立新 王峪 刘蕾 郑卫萍

【关键词】 肝移植； 胰腺炎，急性； 治疗

肝移植术后早期合并急性胰腺炎 (AP) 是肝移植术后严重并发症之一。本院移植中心 2003 年 6 月—2005 年 12 月 1 370 例肝脏移植受者中共 17 例在围手术期发生 AP, 将其诊治情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 17 例原位肝移植术后发生 AP 患者均为男性, 年龄 47~71 岁, 平均 56 岁。AP 诊断依据文献 [1] 标准。原发病: 乙型肝炎肝硬化 14 例, 丙型肝炎肝硬化 1 例, 原发肝细胞癌 2 例。患者术前均无胆道疾病和胰腺疾病病史, 经超声和腹部 CT 检查排除胆道和胰腺疾病, 且均合并门静脉血栓形成。手术均采用经典非转流术式, 胆道端端吻合并放置 T 型管, 术中均行门静脉取栓操作。6 例术中操作存在明确对胰腺的侵扰, 其中 2 例发生重症急性胰腺炎 (SAP) 患者为 71 岁原发性肝癌和 56 岁乙型肝炎肝硬化患者, 前者存活, 后者死亡。

1.2 临床特征: 患者术后入重症监护室 (ICU) 即刻开始每日检测血、尿淀粉酶, 即刻升高 1 例, 24 h 升高 12 例, 48~72 h 升高 3 例, 7 d 升高 1 例。12 例血淀粉酶升高超过正常参考值 3 倍以上, 5 例超过 1~3 倍, 其他临床表现见表 1。

1.3 治疗方法: 17 例患者均常规应用皮质激素+普乐可复+骁悉三联免疫抑制剂治疗。除常规禁食、胃肠减压、维持水和电解质平衡、抗生素治疗外: ① 5 d 内经中心静脉提供必需的热能营养, 超过 5 d 血淀粉酶仍高于正常参考值 1 倍以上者给予肠内肠外双路营养。② 17 例给予乌司他丁 200 kU 静脉滴注, 8 h 1 次; 2 例合用奥曲肽 0.1 mg, 2~4 h 1 次。③ 17 例给予乳果糖 10~20 ml, 2~4 h 1 次, 至达到腹泻效果。④ 2 例

SAP 患者应用床旁持续性静-静脉血液滤过 (CVVH) 治疗。

表 1 17 例肝移植围术期 AP 患者症状和体征

症状和体征	例数 [例 (%)]
发热	1 (5.9)
外周血白细胞 $>10 \times 10^9/L$	3 (17.6)
腹痛	2 (11.8)
恶心、呕吐	5 (29.4)
腹胀	13 (76.5)
意识紊乱	3 (17.6)
低血压	2 (11.8)
心率加快	5 (29.4)
腹膜刺激征	0 (0)
高血糖	16 (94.1)
黄疸	1 (5.9)
血钙降低	2 (11.8)
CT A~C 级	15 (88.2)
CT D~E 级	2 (11.8)
胰腺假性囊肿	1 (5.9)
合并其他器官功能障碍	1 (5.9)

1.4 结果: 12 例治疗 5 d 后血、尿淀粉酶降至正常, 3 例血、尿淀粉酶升高时间达 7~10 d。15 例患者临床症状消失, 恢复正常饮食生活, 随访 1 年其恢复经过与肝移植后未合并胰腺炎患者无差异。2 例 SAP 患者中 1 例形成胰腺假性囊肿合并胰腺外分泌功能障碍, 表现为间断脂肪泻和糖尿病; 另外 1 例死于感染性多器官功能不全。

2 讨论

2.1 在我国, AP 的首要病因是胆道疾病, 而肝移植术后早期 AP 是手术相关并发症。虽然多数情况下肝移植术后早期 AP 表现为轻型胰腺炎, 较少合并局部并发症 (假性囊肿、胰腺脓肿、胰腺坏死) 和脏器衰竭。但若处理不当也能导致严重的后果。肝移植术中门静脉取栓是术后早期发生 AP 的常见原因, 本组 17 例患者均有门静脉取栓操作的经历。

2.2 肝移植术后早期合并 AP 的治疗效果取决于对发病高危因素的认识和及时治疗。术后由于应用大剂量免疫抑制剂抑制了机体全身炎症反应的表达, 多数患者术前由于脾功能亢进存在粒细胞减少, 合并 AP 的患者大多数缺乏典型

的临床症状和体征。因此对于高危患者术后 3 d 内应注意监测血、尿淀粉酶, 力争早期诊断和治疗。

2.3 AP 细菌感染的发生率随坏死增大和病程延长而增加, AP 早期便有肠道内毒素和细菌移位 [2]。保护和促进肠黏膜屏障功能的措施包括: 口服乳果糖减少肠道细菌和促进肠道蠕动, 同时在全胃肠外营养中加用谷氨酰胺促进肠黏膜细胞生长, 血淀粉酶升高超过 5 d 但又有下降趋势者, 尽早开始鼻肠管喂养以减少细菌移位的发生。术后中期 AP 的抗生素治疗需考虑胰液内抗生素浓度和抗生素渗入至坏死组织中的能力, 以及覆盖真菌和革兰阳性 (G⁺) 球菌, 特别是肠球菌。广谱抗生素治疗一般不超过 7 d, 以减少对肠道菌群的干扰和药物肝、肾毒性, 同时注意监测免疫抑制剂血药浓度并将其控制在适宜水平。

2.4 肝移植术后早期保证门静脉有效血流量是移植肝功能恢复的关键, 本组仅 2 例 SAP 患者使用生长抑素间歇治疗, 在生长抑素治疗期间应监测门静脉血流变化。

2.5 采用血滤治疗 SAP 的机制是通过阻断细胞因子连锁反应, 重建抗炎、促炎细胞因子的动态平衡。乌司他丁能有效降低循环血中的促炎细胞因子水平, 并促进抗炎细胞因子白细胞介素-10 释放, 有助于减轻全身炎症反应 [3]。但是在肝移植术后由于免疫抑制剂的应用, 在全身炎症反应中抗炎、促炎因子的平衡特征还有待于深入研究。

参考文献:

- 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准 (S). 中华外科杂志, 1997, 35: 773-775.
- 李广阔, 田伏洲, 粟永萍, 等. 继发性胰腺感染对重症胰腺炎患者预后的影响 (J). 中国危重病急救医学, 2004, 16: 2-5.
- 邵义明, 张良清, 邓烈华, 等. 乌司他丁对全身炎症反应综合征的治疗作用 (J). 中国危重病急救医学, 2005, 17: 228-230.

(收稿日期: 2006-01-20)

(本文编辑: 李银平)

基金项目: 天津市科技发展计划项目资助 (05YFJZJC01300)

作者单位: 300192 天津市第一中心医院移植中心

作者简介: 沈中阳 (1962-), 男 (汉族), 辽宁沈阳人, 医学博士, 教授, 主任医师。