

姐弟间成人活体肝移植 1 例

胡静荣 张 玲 耿小平 赵红川 马桂月 余孝俊

[关键词] 肝移植;肝癌;乙肝;肝硬化失代偿期;康复管理
doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2022.09.030

1 病例资料

肝移植供体,女性,36岁,身高160 cm,体质量50 kg,血型A型,系肝移植受体同父同母的姐姐,体健,已婚,育一孩,既往无手术史、住院史,无高血压、糖尿病、心脏病等基础疾病。肝移植受体,男性,32岁,身高169 cm,体质量65 kg,血型A型,体检发现乙型肝炎13年余,予以干扰素+拉米夫定抗病毒治疗,规律治疗1年半后乙肝表面抗原转阴,遂停用抗病毒药物,后未规律复查。2021年11月1日肝移植受体无明显诱因下出现右上腹痛,腹部增强CT提示肝脏多发占位,考虑肝细胞肝癌、肝硬化、脾功能亢进、胃底静脉曲张、胆囊炎。实验室检查:凝血酶原时间(prothrombin time,PT)15.6 s,甲胎蛋白(Alpha fetoprotein,AFP)15.1 ng/mL,乙肝表面抗原阳性,病毒定量108 copies/mL。肝功能Child分级B级,术前诊断为多发性肝细胞癌、乙肝后肝硬化失代偿期、门静脉高压伴食管静脉曲张、胆囊炎、脾功能亢进、腹水。肝移植受体明确诊断后予仑伐替尼+信迪利单抗行靶向免疫治疗,于2021年11月5日入住我科行肝移植术前评估,期间于11月12日行肝动脉栓塞化疗术,经肝移植供体、受体肝脏增强CT三维重建评估,供肝体积1 279.15 mL,供体与标准肝体积比为48.41%,供肝与受体体质量比值(graft to recipient weight ratio,GRWR)为0.96%,略大于GRWR临界值0.8%。经进一步细化评估和二级伦理委员会审批同意,按照术前规划,肝移植供体于2021年12月13日行不包含肝中静脉右半供肝切取术+胆囊切除术,术后未发生腹腔出血、肺部感染、小肝综合征等手术相关并发症,恢复顺利,于2021年12月24日(术后第11天)康复出院。同时肝移植受体行病肝切除+亲属活体右半肝供肝改良背驮式肝移植+脾动脉结扎术,术中见腹腔黄色澄清腹水500 mL,肝脏呈中度小结节样硬化改变,肝左叶及右叶可见多发质硬肿物,包膜尚完整,最大5 cm×5 cm,脾脏重度肿大,胆囊水肿伴增大,呈慢性炎症改变,门静脉主干及左右分支未扪及明显癌栓,符合美国加州洛杉矶分校肝癌肝移植标准。术中出血400 mL,无肝期

62 min,输新鲜冰冻血浆800 mL,血小板1个治疗量。予术后14 h顺利拔除气管插管,术后75 h从外科ICU转回移植病房。抗生素方案为亚胺培南西司他丁静滴8小时/次,连用5天;头孢哌酮舒巴坦静滴8小时/次,连用6天;拉氧头孢静滴2次/天,连用5天;经多次血、尿、痰及引流液培养均未见致病菌。术后早期采用他克莫司+糖皮质激素三联免疫抑制方案,他克莫司血药浓度维持在5.5~10.8 ng/mL,保持在理想水平。肝移植受体术后恢复顺利,于2021年12月31日(术后第18天)康复出院。术后1周,增强CT评估肝移植受体供肝再生62.8%,肝移植供体残肝再生53.8%,均增生满意,肝功能逐渐恢复正常,均无小肝综合征表现,肝移植受体未出现急性排斥反应等并发症。居家期间肝移植受体抗排斥方案为他克莫司联合西罗莫司加五酯胶囊口服,他克莫司血药浓度维持在6.9~15.8 ng/mL,西罗莫司浓度为6.8~10 ng/mL,抗乙肝病毒方案为恩替卡韦0.5 mg口服,1次/天,抗凝方案为阿司匹林肠溶片100 mg口服,1次/天,乙肝表面抗原阴性,术后一月复查AFP恢复正常水平。受体术后4月余出现胆管狭窄,总胆红素54.2 mmol/L,谷丙转氨酶118 U/L,谷草转氨酶94 U/L, γ -谷氨酰转肽酶507 U/L,行内窥镜逆行胰胆管造影治疗一周后,肝功能指标均恢复正常。截至术后5月余,肝移植供体、受体血生化指标提示肝功能良好。

2 讨论

肝癌合并肝硬化是肝移植的主要适应证之一^[1]。亲属活体肝移植的开展有效地缓解了供肝不足的局面。肝移植术后急性排斥反应发生高峰期是术后1周左右。常见的抗排斥药物他克莫司在进食中等程度的脂肪餐后服用,可导致其生物利用率下降,因此必须空腹或餐前1小时或餐后2~3小时服用。为提高他克莫司药物浓度谷值监测的准确性,实施“三固定原则”的管理,即固定时间采血、固定时间服药、固定时间进食^[2]。同时,指导患者避免食用柚子、葡萄汁、茶、人参等影响免疫抑制剂血药浓度的食物。

基金项目:国家自然科学基金项目(项目编号:81702829)

作者单位:230031 安徽合肥 安徽医科大学第一附属医院(胡静荣,张玲,耿小平,赵红川,余孝俊)

230031 安徽合肥 安徽中医药大学(马桂月)

通信作者:张玲, thtszl1996@sina.com

以糖尿病为首发症状的线粒体脑肌病伴高乳酸血症 和卒中样发作综合征 1 例

余敦敏 张真稳 闫彩凤 刘彦 冯尚勇 李影 陈晖

【关键词】 线粒体脑肌病;高乳酸血症;卒中样发作;线粒体糖尿病;卒中样发作;乳酸酸中毒

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2022.09.031

1 病例资料

患者,女性,38岁,因“血糖升高3年,反复呕吐2个月”入院,有轻度双耳听力下降,舅舅早亡,母亲及妹妹有糖尿病病史,其母亲死于“急性脑梗死”。患者3年前出现口干、多饮、体质量下降症状,在当地医院诊断为“1型糖尿病”,并开始注射胰岛素治疗(门冬胰岛素30 R 早12U 晚8U 餐前皮下注射),平素血糖控制一般,空腹血糖控制在6~8 mmol/L。2月前无明显诱因下出现恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,偶伴头晕,当地医院诊断为“1型糖尿病,糖尿病酮症酸中毒”,予以补液、降糖、纠酸等治疗后症状略有好转,但此后呕吐症状反复,为求进一步诊治来本院就诊。入院查体:体温36.3℃,心率100次/分,呼吸24次/分,血压96/57 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),身高152 cm,体质量40 kg,身体质量指数17.3 kg/m²,发育良好,神志清楚,体型消瘦,查体合作,血质外貌,无皮肤紫纹,阴毛、腋毛分布正常,双侧甲状腺I度,无结节或包块,双侧乳腺发育正常,无溢乳,无乳晕发黑,律齐,未闻及病理性杂音,双肺呼吸

音清,腹软,无压痛、反跳痛,阴毛呈女性分布。双下肢无水肿,双足背动脉搏动可,四肢肌力5级,肌张力正常,生理反射存在,病理反射未引出。

入院后行相关实验室检查:空腹血糖12.7 mmol/L,糖化血红蛋白8.6%,C肽兴奋试验:0 h 0.74 ng/mL,1 h 1.23 ng/mL,2 h 1.45 ng/mL,胰岛自身抗体(-),胰岛细胞抗体(-),抗谷氨酸脱羧酶抗体(-);血气分析:乳酸1.10 mmol/L;尿常规:尿糖3+,酮体4+。入院后继续予以充分补液、胰岛素皮下注射、止吐等治疗后症状略有好转,但仍时有中上腹不适、呕吐症状。患者入院一周后出现癫痫大发作,急查头颅CT:双侧额顶叶皮层下见多发斑点、片状低密度影,边缘欠清。双侧基底节区对称性钙化影(见图1)。血气分析示乳酸10.1 mmol/L,转入重症监护病房行连续肾脏替代疗法,治疗3天后症状好转转回我科,转回我科后仍表现纳差、中上腹不适。约1周后患者下床轻度活动后再次出现恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,予以莫沙必利、胃复安等胃动力药物治疗,效果不佳,监测动脉血气乳酸持续升高,波动于2.5~4.1 mmol/L。电测听:神经性耳聋。头

作者单位:225001 江苏扬州 苏北人民医院内分泌科

通信作者:陈晖,chenhui_75@126.com

肝移植术后一个月内为肺部感染的高发期,其中术后7天内感染发生率达70%^[3]。本案例机械通气期间实施密闭式吸痰;开展“唤醒护理”,尽早脱机减少ICU入住时间;过渡期高流量氧疗仪呼吸支持;通过震动排痰仪,呼吸锻炼阀的使用,达到辅助排痰的目的;保护性隔离防控措施落实等,成功预防了肝移植供、受体肺部感染的发生。

小肝综合征通常发生在GRWR<0.8%或供肝体积与受体标准肝体积比<40%的情况下^[4]。术后对于肝移植供、受体小肝综合征的观察尤为重要。在常规护理的基础上,采用自制的“姐弟肝移植术后观察单”置于床头,详细记录生命体征、主诉、出入量明细、检查结果、活动量、睡眠等情况,供医护晨会讨论;采用自制的测量瓶,精准监测每班引流情况。本案例术后1周,增强CT评估供肝再生62.8%,残肝再生53.8%。

亲属成人活体肝移植是常规肝移植手术的延伸。将快速康复理念用于肝移植供体、受体康复中,可减轻患者心理、生理应激反应,降低住院时间和费用,实现加速康复。如有效镇

痛、运动方案的制定、早期肠内营养的实施等。出院后早期居家期间,科室个案护士负责追踪肝移植供、受体居家康复情况,新冠疫情期间使用微信群、电话进行沟通。

参考文献

- [1] 中国医师协会器官移植医师分会肝移植学组. 西罗莫司在肝癌肝移植中应用的中国专家共识(2020版)[J]. 中华消化外科杂志,2020,19(6):589-596.
- [2] 曾妃,梁江淑渊,兰美娟. 1例肝肺联合移植术后患者的护理[J]. 中华护理杂志,2021,56(10):1540-1543.
- [3] 刘红艳,唐静,周黎,等. 预防肝移植患者肺部感染的集束化护理管理[J]. 护理学杂志,2020,35(3):40-45.
- [4] 谢闰鹏,谷明旗,张风博,等. 肝移植手术技术的现状和展望[J]. 器官移植,2022,13(1):105-110.

(2022-04-23 收稿)

(本文编校:张迪,崔月婷)