

◆肺气肿和特发性肺纤维化患者接受单肺移植后发生闭塞性支气管炎综合征有何不同

闭塞性支气管炎综合征(BOS)是一种小气道疾病,通常发生在肺移植术后,目前根据第一秒用力呼气量(FEV_1)的多少来分级。

有人提出肺移植前受者的肺脏功能状态可能影响移植后肺脏功能和生存期。英国曼彻斯特 Wythenshawe 医院西北肺研究中心和心胸外科的研究人员对肺气肿和特发性肺纤维化(IPF)患者接受单肺移植后发生的闭塞性支气管炎综合征进行比较后提出,BOS的分类应考虑肺脏原发疾病的情况。

该项研究包括31例肺气肿患者和25例特发性肺纤维化患者,他们都接受了单肺移植,有发生BOS的危险。研究者对两组患者的肺功能和生存期进行了对比研究。结果显示,肺气肿组发生了10例BOS,IPF组有6例BOS,两组间BOS的发生率无明显差异。发生BOS后,肺气肿组平均 FEV_1 值是1.26L(预期值的15%),而IPF组的平均 FEV_1 值是2.11L(预期值的67%),直至患者死亡之前,仍存在这种肺功能的差异。肺气肿组是0.8升(预期值的30%),IPF组是1.65升(预期值的51%)($P<0.05$)。但肺气肿组的生存期要高于IPF组,前者的中位生存期是18个月,而后者只有8个月。

(来源: *Journal of Heart and Lung Transplantation*, Vol 21, Issue 3: 327-333.)

◆手助式腹腔镜活体供肾摘取法比传统的开放式供肾摘取法优越

在第八届世界内镜外科大会上,美国宾夕法尼亚大学医院的 Ergun Velidedeoglu 博士报告了他们125例活体供肾摘取的回顾性研究结果,并认为无论是有效性还是安全性,微创活体供肾摘取法都要比开放手术优越。

在其研究中,50例供肾经传统的开放手术摘取,40例经腹腔镜摘取,36例经手助式腹腔镜摘取,比较指标包括:供者手术时间、供者住院时间、供者住院费用、受者术后第一天和第二天的尿量、受者的血肌酐水平及供者和受者的术后并发症。其中有3例腹腔镜手术和1例手助式腹腔镜手术因故改为开放式手术。

根据受者尿量和血肌酐水平判断移植肾早期功能,3组间无明显差异,开放手术组手术时间短于腹腔镜手术组和手助式腹腔镜手术组($P<0.001$)。腹腔镜手术组和手助式腹腔镜手术组的住院时间则短于开放手术组($P<0.001$),但前二者的住院费用似乎高于后者。开放手术组中有2例供者术后发生深静脉血栓、伤口感染和尿外渗。腹腔镜手术组中发生的并发症有供肾血栓、供者脾撕裂和肾积水。手助式腹腔镜手术组的并发症有尿外渗和淋巴囊肿。

微创活体供肾摘取法由于可减轻供者疼痛和住院时间,所以将促进更多的器官捐献。研究者认为与开放手术相比,腹腔镜和手助式腹腔镜活体供肾摘取是一有效、安全方法。

(来源: *DG 特别新闻*)

◆血乳酸水平可评估扑热息痛所致肝功能衰竭的预后

英国伦敦 King's College 医院(KCH)肝脏研究所的 Julia Wendon 医生最近提出动脉血乳酸水平有助于快速有效判断扑热息痛所致肝功能衰竭患者的预后情况,并决定哪些患者须接受肝移植治疗。

扑热息痛所致肝功能衰竭接受紧急肝移植的 KCH 标准现为世界泛为应用,主要根据肾功能衰竭、肝性脑病、凝血障碍和严重的酸中毒等指标。Wendon 医生等对103例扑热息痛所致肝功能衰竭患者做了回顾性分析,并对107例患者进行了前瞻性研究。在回顾性资料中,死亡患者的血乳酸平均水平是8.5 mmol/L,而存活患者的平均水平是1.4 mmol/L,如以3.5 mmol/L为下限,则血乳酸水平预测存活率的灵敏性是67%,特异性是95%。在前瞻性研究中,KCH 标准结合复苏治疗后血乳酸水平可使诊断灵敏度从76%提高到91%,假阴性率从0.25降至0.10。

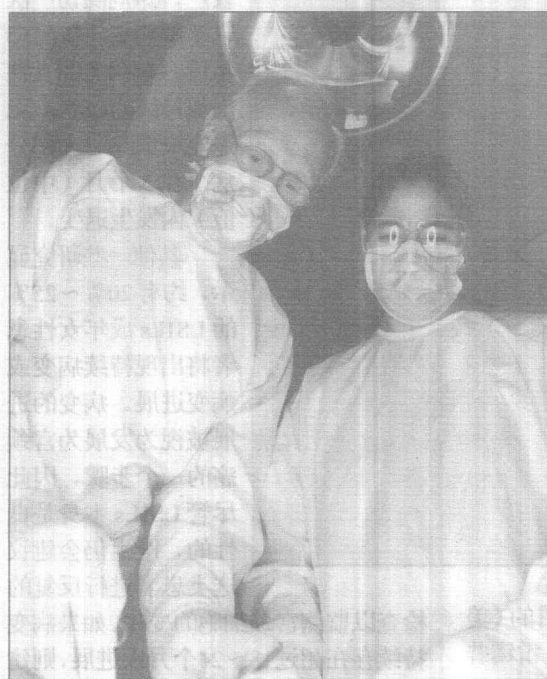
Wendon 等认为应改良 KCH 标准,增加早期和补液复苏治疗后血乳酸水平的指标,以达快速准确决定应行肝移植的病例。

(来源: *Lancet* 2002; 359: 558-63)

◆劈离式肝移植术可使更多的受者接受手术

劈离式肝移植术指一个正常供肝经劈离后,提供给两个受者完成肝移植,这一方法可完成更多的肝移植。

由于尸体供肝供需矛盾日益突出,美国宾夕法尼亚大学医院外科移植组的



研究人员在1993~1999年间,完成了34例劈离式肝移植术,同时,有8例患

者进行了全肝移植。结果显示,全肝移植组的1年存活率是88%,右半肝移植组是74%,左半肝组是88%。移植肝1年存活率,全肝移植组是88%,右半肝移植组是74%,左半肝移植组是75%,2年存活率则分别是85%、74%和43%。劈离式肝移植术组的动脉和胆道并发症分别是6%和22%,与传统的肝移植类似。与全肝移植相比,采用劈离式肝移植术可增加62%的肝移植受者。

如对待供者和受者的选择有严格的标准,改变现有的供肝分配方式,并加强相关技术的协作交流,劈离式肝移植术将会有更大的发展。

(来源: *Liver Transpl* 2002; 8(1): 82-84)

◆英国将开展肝细胞移植

英国伦敦 King's College 医院肝移植中心近日宣布将进行肝细胞移植以挽救更多的肝病患儿。Anil Dhawan 医生提出6个月内即可开始这项研究。由于供体短缺,英国每年有60例患者在等待肝移植中死亡。Dhawan 医生认为根据动物实验结果,输入几千万个肝细胞来代替肝脏器官移植的前景非常乐观。

供者肝细胞经提取并特殊处理后,可输入代谢异常的肝病患儿体内,也可当出现急性肝功能衰竭时,用以争取时间以待更理想的治疗。肝细胞移植后,患儿仍需抗免疫治疗,但避免了手术创伤,而且可以保留原有肝脏。这种治疗在未来的基因治疗时代将更具优势。

英国儿童肝病基金会总裁 Catherine Arkley 认为肝细胞移植虽仅是早期阶段,但前景很好,将来可以建立冰冻肝细胞库,更便于需要时使用。

(来源: *Reuters 新闻*)

◆免疫抑制方法的进步提高肠移植的存活率

法国巴黎 Necker-Enfants Malades 医院的 Olivier Goulet 博士最近提出肠移植有可能成为末期肠衰竭的主要治疗方法。最近10年中,由于免疫抑制方法的进步和临床经验的积累,肠移植的成功率得到很大的提高。

法国 Necker-Enfants Malades 医院完成了36例儿童肠移植,其中有单纯小肠移植,小肠和肝移植及右半结肠移植,供体来自于尸体。供肠平均长度3米。术后抗免疫抑制方案包括应用FK506、皮质醇激素、硫唑嘌呤和 Simulect(抗R-IL2单克隆抗体)。经6个月到7年不等的随访,8例在术后2个月内死亡,17例患儿发生22次小肠排斥反应,16次经加大FK506剂量和甲强龙冲击治疗后得以缓解。4例需应用ALG,2例死于脓毒症。同时接受肝移植的

移植肠2年存活率要显著高于单纯移植者($P<0.05$),提示肝移植有助于免疫耐受的产生,但仍需进一步验证。

美国匹兹堡大学医学中心移植研究所是目前完成肠移植最多的医疗机构。在过去11年中,共有180例患者接受了191次肠移植,65次是单纯肠移植,75次是同时行肝脏或其他多器官移植。免疫抑制以FK506和强的松为基础。1994年以后,又辅助以环磷酰胺或赛尼哌,骨髓输注,移植供肠经放射线照射等方法。移植肠1年存活率是75%,5年存活率与10年存活率分别是54%和42%。

匹兹堡大学医学中心的 Bond 医生指出,与单纯肠移植相比,肝肠联合移植的存活率相对较高而风险较小,儿童肠移植效果要优于成人肠移植,1994年采用多种免疫抑制方法后,移植效果得到了提高。

(来源: *DG 特别新闻*)

◆根据尿培养结果治疗 SCL 患者尿路感染效果差

脊髓损伤(spinal cord lesion, SCL)患者需长期留置尿管,常并发尿路感染。

丹麦哥本哈根神经科学中心的 Biering-Sorensen 教授指出根据尿培养结果采用的抗生素对尿管生物膜所致的尿路感染效果不佳,主要原因在于长期留置尿管表面有细菌生物膜的形成,生物膜形成后使细菌可抵御抗生素和宿主的免疫反应的作用。生物膜的生长可导致慢性顽固性感染,在生物膜中,耐药信号可在细菌间传递。菌尿、生物膜和脲酶微生物还将导致尿管结垢、堵塞尿管,更易引起尿路大感染。浮游型细菌与生物膜固着型细菌有不同的生物学特性,尿培养反映的抗生素敏感性只是针对前者,而后者才是尿路感染的主要原因。

目前根据临床经验和实验研究结果,在SCL并发尿路感染的治疗中,氧氟沙星优于甲氧苄啶-磺胺甲基异恶唑,此外,环丙沙星可穿透生物膜,较好的抗生素治疗方案是氟喹诺酮、大环内酯和磷霉素类抗生素的联合应用。其它措施有改进尿管材料(如亲水性尿管、抗生素预置尿管和银渗合尿管),采用耻骨上膀胱造瘘方法引流尿液,每1~2周更换尿管等。有证据显示酸果蔓果(cranberry)对防治尿路感染也有效。

(来源: *Current Opin in Urology*, 2002, 12: 45-49)

更正:

本刊第7期《充分利用网上的信息资源》一文作者“蓝荫”应为“蓝荫洞”。对于我们工作中的疏漏,特向作者致歉。

本刊编辑部

(编译 宜云 本版编辑 司徒誉)