



水肿、假性动脉瘤、创伤性动、静脉瘘等并发症。

经皮腔内血管成形术(PTA)是移植肾动脉狭窄的首选治疗方法,也是创伤最小、最安全的治疗方法。主要包括球囊导管扩张和内支架植入术。经皮移植肾动脉球囊导管扩张术可以恢复移植肾动脉正常的血液层流,减小移植肾动脉血管张力,恢复移植肾灌注,降低血压及血肌酐值,恢复移植肾功能^[7]。本组5例患者均行球囊扩张术治疗,症状明显缓解,随访0.3~1年,无1例发生再狭窄。但据统计,球囊扩张术后约有30%的患者会发生再狭窄,此时,可行内支架植入术。Bertoni等^[8]在研究中发现,对再狭窄和严重狭窄的患者进行支架置入术后,平均动脉压下降15 mm Hg,血肌酐约下降60 μmol/L。因此,支架置入术通常被认为是治疗移植肾动脉再狭窄的有效手段。但是由于内支架比较昂贵,一些患者难以接受,制约了临床应用。也有学者认为,PTA最适合于吻合口远端的线形较短的狭窄治疗^[9]。当PTA用于吻合口狭窄的治疗时,其术后复发率会增高,而移植肾动脉扭曲可以导致PTA的治疗失败率增加60%。对于上述两种情况的患者来说,手术治疗可能是更好的选择,但手术治疗的同时也明显提高了移植物丢失、尿路损伤的风险,并增加了患者的死亡率。

参 考 文 献

1 de Moraes RH, Muglia VF, Mamere AE, et al. Duplex Doppler

sonography of transplant renal artery stenosis. J Clin Ultrasound, 2003,31:135-141.

2 Bruno S, Remuzzi G, Ruggenti P. Transplant renal artery stenosis. J Am Soc Nephrol, 2004, 15: 134-141.

3 Agroyannis B, Mourikis D, Tzanatos H. Transplant renal artery stenosis; hypertension and graft function before and after angioplasty. J Hum Hypertens, 2001, 15: 741-743.

4 Wong W, Fynn SP, Higgins RM, et al. Transplant renal artery stenosis in 77 patients-does it have an immunological cause? Transplantation, 1996, 61:215-219.

5 Erley CM, Duda SH, Wakat JP, et al. Noninvasive procedures for diagnosis of renal hypertension in renal transplant recipients; a prospective analysis. Transplantation, 1992, 54:863-867.

6 Neimatallah MA, Dong Q, Schoenberg SO, et al. Magnetic resonance imaging in renal transplantation. J Magn Reson Imaging, 1999, 10:357-368.

7 Ruggenti, Mosconi L, Bruno S, et al. Post-transplant renal artery stenosis; the hemodynamic response to revascularization. Kidney Int, 2001, 60:309-318.

8 Bertoni E, Zanazzi M, Rosat A, et al. Efficacy and safety of Palmaz stent insertion in the treatment of renal artery stenosis in kidney transplantation. Transpl Int, 2000, 13(Suppl 1): 425-430.

9 Fervenza F, Lafayette R, Alfrey E, et al. Renal artery stenosis in kidney transplants. Am J Kidney Dis, 1998, 31:142-148.

(收稿日期:2005-10-14)

Archived File
www.upholdjustice.org

• 研究报告 •

改良胰液空肠引流式胰肾一期联合移植一例

徐友和 明长生 李香铁 李慎勤 张爱民 刘仰东 李明杰 刘少鹤 孙文杰

胰肾联合移植(SKPT)是治疗胰岛素依赖型糖尿病合并终末期尿毒症的理想方法。我院2004年7月6日成功地采用改良的胰液空肠引流术式行胰肾一期联合移植1例,取得了满意效果,报告如下。

资料与方法

1. 临床资料:患者男性,52岁。1型糖尿病史12年,1年前血肌酐(Cr)升至1300 μmol/L,尿素氮(BUN)32.1 mmol/L,遂行血液透析治疗。后因出现全身严重水肿和心力衰竭于2004年1月收入我院。入院检查糖化血红蛋白为9.2%;C-肽释放曲线低平;胸片及CT提示双侧胸腔积液、心包

积液,心胸比例0.7,符合尿毒症性心肌病改变;视网膜呈增殖前期病变,眼底动脉硬化Ⅱ级;双下肢远端感觉运动神经传导速度明显减慢,左足第二趾末端皮肤发黑呈干性坏疽。

2. 供、受者配型情况:供、受者血型均为A型,淋巴毒交叉配合试验阴性,群体反应性抗体(PRA)阴性。供者HLA-A:2,24,B:51,61,BW:4,6,DR:9,12,DQ:7,9;受者HLA-A:1,24,B:57,27,BW:4,-,DR:7,12,DQ:2,7。

3. 手术方法:供者器官采用腹主动脉插管和UW液原位灌注,获取整块肝、全胰、十二指肠、脾及双肾及输尿管,置于低温中保存。供者器官热缺血时间4 min,供胰冷缺血时间9 h,供肾为6 h。受者在持续硬膜外麻醉下先行肾移植术,供肾植入左髂窝,供肾静脉与髂外静脉端侧吻合,供肾动脉与髂内动脉端端吻合,输尿管膀胱左侧壁吻合,内置入双J管。移植胰经右下腹腹直肌旁切口置于右下腹腔,胰头朝向头侧,胰尾纵向朝下,供胰动脉Carrel片和用供髂外静脉血管

作者单位:250031 济南军区总医院泌尿外科(徐友和、李香铁、李慎勤、张爱民、刘仰东、李明杰、刘少鹤、孙文杰);华中科技大学同济医学院附属同济医院器官移植研究所(明长生)