

讨 论

经过几十年的发展和革新,随着外科学技术、围手术期管理以及免疫抑制剂水平不断提高,肝移植技术日趋成熟,近年来肝移植逐渐应用于急诊领域,并积累了一定经验。

从理论上讲,一切肝病用内外科常规疗法不能治愈,预计在短期内无法避免死亡者,均可作急诊肝移植。但由于受到手术风险、手术难度及必要性等因素的限制,如今急诊肝移植只在各型病毒性肝炎引起的急性肝功能衰竭、严重外伤性肝损伤、急性药物性肝功能衰竭、肝切除术后急性肝功能衰竭、肝硬化并发不可控制的上消化道大出血等疾病中应用较多。在我单位,急诊肝移植已成功应用于各类肝病患者。许多移植中心已经对急诊肝移植最佳时间限制进行过探索,认为24小时、48小时、72小时之内最适合者都有报导。综合考虑了紧急程度、供肝的获取可能性、等待中死亡的危险、术后存活率等因素,Bjoro等经过北欧多中心资料分析发现,在列入急诊肝移植受体名单的255例病人中,184例(72%)实施了肝移植术,其中3d内实施者(n=108)1年生存率为77%,显著高于4~10d内实施者(n=76)的48%。作者还发现,移植时间超过3d后,病情恶化甚至导致患者死亡的可能性明显上升。

急诊肝移植的疗效一直是关注的焦点,有报道提示,急诊肝移植的疗效主要取决于病人危重程度和供肝质量这两方面,而本研究主要考虑前者对急诊移植受体的影响。欧洲肝移植登记中心对2003年因急性肝衰而行移植的患者死亡率的统计得出的结论也揭示,患者术前全身情况及疾病严重程度是左右预后的重要因素。而对于出现肝病并发症但无病情急剧恶化者,行急诊肝移植将获得较好的治疗效果。Zieniewicz等发现,急诊移植组的术后早期死亡率(30d内)明显高于择期移植组(急诊45% vs 择期15%),急诊术后早期死亡的主要原因是MODS、再灌注综合症、大出血、ARDS、感染等。对于术后一年生存率,急诊移植与择期移植分别为50.0%、79.8%,而3年生存率分别为47.0%、73.5%,此期的死亡原因主要是与免疫抑制剂相关的各系统严重感染或是激素抵抗的急性排斥反应。Rene等报道其2000~2003年急性肝功能衰竭移植术后的1年和2年生存率分别为73%和71%。而我中心的术后存活率明显高于Zieniewicz报道,究其原因可能与Zieniewicz等纳入病例时间跨度较长(1989年~2003年),早期肝移植尚处于不成熟阶段,各种并发症的诊治经验相对不足且受体选择标准不一致等因素有关。随着肝移植实施程序和受体选择标准的优化,围手术期管理日趋成熟,对于各种术后并发症的诊治水平不断提高,急性排斥反应的发生率得到降低,与其有关的各种感染也得到良好的控制,因而在急诊肝移植患者中仍可以达到84.8%的一个月生存率和69.6%的一年生存率。

国外一些急性肝功能衰竭肝移植时采用的KCH(The Kings College criteria)标准等,事实上并不适用于我国以乙型肝炎病人为主的国情,因而我单位参照急性重型肝炎诊断标准并结合自身经验,对适合我国病人情况的受体选择标准进行了探索。研究发现仅符合B标准的患者,即只出现消化道大出血、严重电解质紊乱等并发症,而一般情况并没有在短期内严重进行性恶化的患者,及时行急诊肝移植术其术后的生存率高达100%;而对于符合A或者同时伴有A+B者,生存率明显低于单纯符合B者。可见肝功能的骤然进行性恶化是对患者术前全身情况的重大打击,从而对其生存率产生明显的影响。

对于不同病因的患者进行分析可以发现,药物性肝功能衰竭及多囊肝伴多囊肾患者均死亡,肝脏术后肝衰的死亡率次之,而乙型重型肝炎患者的死亡率明显高于乙肝肝硬化患者。这些乙肝肝硬