

肝移植治疗暴发性肝功能衰竭 3 例临床观察

温浩*, 张金辉, 赵晋明, 王喜艳, 张新峰, 何铁汉,
 玉素甫·依米提, 买买提江·阿布都卡得尔
 (新疆医科大学第一附属医院普外科, 新疆 乌鲁木齐 830054)

摘要: 目的: 探讨肝移植治疗暴发性肝功能衰竭的效果及失败原因, 总结肝移植治疗暴发性肝功能衰竭肝性脑病的临床经验。方法: 对 3 例暴发性肝功能衰竭肝性脑病患者行肝移植手术治疗的临床资料进行回顾性分析, 3 例患者均采用“背驮式”肝移植。结果: 3 例中 1 例存活 1 年, 1 例存活 9 个月, 1 例至今已经存活 1 年半时间, 目前状况良好。2 例死亡原因均为肺部感染致多器官功能衰竭。结论: 肝移植是治疗暴发性肝功能衰竭肝性脑病的一种有效方法, 患者术前状况决定肝移植效果; 肺部并发症是暴发性肝功能衰竭肝移植术后死亡的主要原因; 暴发性肝功能衰竭肝性脑病不是肝移植手术的禁忌证。

关键词: 肝移植; 暴发性肝功能衰竭; 肝性脑病

中图分类号: R657.3; R575.3 文献标识码: A 文章编号: 1009-5551(2005)11-1035-02

Liver transplantation in FHF patient: 3 cases report

WEN Hao, ZHANG Jin-hui, ZHAO Jin-ming, et al

(Department of General Surgery, First Affiliated Hospital, Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, China)

Abstract: **Objective:** To investigate the effect of liver transplantation in treatment of fulminant hepatic failure (FHF) patients. **Method:** A retrospective analysis was made for 3 FHF patients treated with liver transplantation. **Result:** The causes of death include pulmonary infection, multiple organ failure. **Conclusions:** The outcome of liver transplantation in treatment with FHF is depended on preoperative common condition of patients. The main cause of post-operation death is attributed to pulmonary complications. Orthotopic liver transplantation (OLT) is an effective means for treating fulminant hepatic failure and hepatic encephalopathy.

Key words: transplantation; fulminant hepatic failure (FHF); hepatic encephalopathy

暴发性肝功能衰竭 (fulminant hepatic failure, FHF) 是较常见的危急重症, 发病迅速, 病情凶险, 预后极差。肝移植是目前被认为治疗 FHF 的最佳方案^[1]。本文对我院 2003~2004 年收治的 3 例 FHF 患者行肝移植的临床资料进行回顾性分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 3 例 FHF 患者, 女性 1 例, 男性 2 例, 年龄分别为 38、31、31 岁。本组女性患者为妊娠合并脂肪肝造成的急性肝功能衰竭, 2 例男性患者分别为上消化道出血诱发的急性肝功能衰竭和重症肝炎引发的肝功能衰竭。3 例患者均病情危

重, 一般情况差, 血清平均总胆红素 > 482 μmol/L, 最高达 583 μmol/L, 出现胆酶分离; 凝血酶原时间 (PT) > 40 s, 活化部分凝血活酶时间 (APTT) > 120 s, 并且伴有肾功能不全、肺部感染及全身皮下出血。

1.2 方法 为尸体供肝, 采用原位灌注多器官联合切取法, 肝移植术式为“背驮式”肝移植, 门静脉阻断时间平均为 47 min, 手术时间平均为 5.5 h, 出血量约 1 000 ml。患者使用呼吸机辅助通气约 24 h, 术后给予护肝、利胆、抗感染、抗病毒、营养支持、纠正酸碱平衡及电解质紊乱、补充凝血因子等综合治疗。免疫抑制方案: 术中及术后 3 d 常规使用甲基强的松龙 500 mg, 此后为环孢素 (CsA) + 骁悉 (MMF)

* 作者简介: 温浩 (1957-), 男, 教授, 主任医师, 研究方向: 肝胆外科器官移植。

万方数据

+ 强地松 (Pred) 免疫抑制方案, 术后半年内维持 CsA 浓度谷值 220~280 ng/ml。

2 结果

1 例患者术后存活 1 年, 1 例存活 9 个月, 死亡原因为肺部感染致呼吸衰竭及多器官功能衰竭。1 例存活至今约 1 年半时间, 目前肝功能基本正常, 生活完全自理。

3 讨论

FHF 是指患者在发病后 2 周内即发生急性、严重、广泛、大量肝细胞坏死而表现为急性肝功能衰竭所致的出血、昏迷、无尿等一系列严重症候群, 发病快、进展快, 且死亡快。临床治疗 FHF 主要包括血浆置换、血液透析及应用前列腺素、类固醇激素和人工肝治疗, 但疗效不佳, 治愈率 10%~20%。在我国其原发病主要为乙型病毒性肝炎, 易发生多脏器功能衰竭和不同程度的肝性脑病。尽管内科治疗发展很快, 但病死率仍非常高。

近年来由于肝移植技术的不断完善, 肝移植治疗 FHF 和肝性脑病取得了一定的疗效。Maddrey 等^[2]报道 1988~1998 年欧洲 FHF 肝移植的 1 年存活率为 69%, Bismuth 等^[3]报道法国 FHF 肝移植 1 年存活率 68%, 效果均较非 FHF 良性肝病肝移植者差, 后者 1 年存活率可达 80% 以上, 有些移植中心甚至超过 90%^[4]。我院实施的 1 例抢救性肝移植, 术后存活 1 年, 未能长期存活的原因主要是与患者术前情况极差有关。患者术前均存在明显的凝血机制异常, 而出、凝血时间显著延长并伴有肝性脑病、肝肾综合征, 术前患者准备不充分, 加上受体来源时间的影响, 致使患者适应证放宽, 包括肺部感染者, 这些也是患者存活时间较短的重要原因。存活超过 1 年者有正常的肝功能和劳动能力, 说明肝移植为 FHF 的有效治疗方法。患者肺部感染致呼吸衰竭依然是导致死亡的主要原因, 这和国内外大量文献报道相符^[5-7], 相关因素有: (1) 患者术前因严重肝功能不良导致抵抗力下降而易被感染, 患者在术前即有肺部感染, 由于必须尽快行肝移植以挽救生命, 所以肺部感染未能得到充分有效的治疗, 为术后复发造成隐患; (2) 患者因凝血功能差, 加大手术难度, 使麻醉插管时间大大延长, 增加了感染的风险; (3) 术后强效免疫抑制剂和大剂量激素的应用使感染迅速扩散、加重。患者术后长期不能脱离呼吸机及气管切开也加重肺部感染; (4) 广谱强效抗生素长期应用导致耐药菌和真菌感染增加, 使肺部感染更加顽固难以治疗; (5) 术后腹水、肠胀气、血流动力学异常、胸腔积液、出血、长期卧床均导致肺部

通气/血流比例失调。此外, 手术创伤、治疗与观察所需的多根引流管、胸穿、肝穿等侵入性检查也增加了感染机会。在细菌培养上亦可发现肝移植术后耐药菌株明显增多, 而广谱抗生素的使用又易出现大量嗜芽单胞菌和真菌感染等混合感染, 加重肺功能损害, 治疗非常困难, 致使死亡率升高。

由于供肝的缺乏, FHF 患者在等待过程中病情会突然恶化, 因此常不得不采用 ABO 血型不配的供肝进行肝移植。Hashimoto 等^[8]成功地进行 ABO 血型不配的肝移植手术, 手术前用血浆置换 (plasmapheresis, PP) 方法降低受体体内抗体水平, 然后行急诊肝移植手术, 取得较好的临床效果。但 Bismuth 等^[3]指出 FHF 肝移植术后死亡率与供肝的质量和血型配合有直接关系, 应尽量避免血型不配的肝移植手术。

肝移植是 FHF 最有效的治疗方法, 但目前疗效不甚理想, 主要与术前患者的选择有关, 经过充分的术前准备包括人工肝的过渡, 内外科密切配合, FHF 的肝移植治疗效果将会有较大的提高。

总之, 肝移植明显地改善了 FHF 和肝性脑病的预后, 是治疗 FHF 肝昏迷的有效措施之一, 肝昏迷病人应尽早行肝移植手术, 尽量避免 ABO 血型不配, 术后要加强综合治疗, 提高肝移植的存活率。

参考文献:

- [1] Ostapovich G. Acute hepatic failure: A western perspective[J]. Gastroenterol Hepatol, 2000, 15 (5): 480-488.
- [2] Maddrey WC, Schiff ER, Sorrell MF. Transplantation of the liver [M]. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001. 363-370.
- [3] Bismuth H, Samuel D, Castaing D, et al. Orthotopic liver transplantation in fulminant and subfulminant hepatitis: The daul brousse experience[J]. Am Surg, 1995, 222: 109-112.
- [4] Wang SH, Chen CL, Chen YS, et al. Living donor liver transplantation: the kaohsiung experience [J]. Transplant Proc, 2000, 32 (7): 2137-2141.
- [5] 郑树森, 吴健, 梁廷波, 等. 肝移植与感染 (附 52 例肝移植分析) [J]. 外科理论与实践, 2002, 7(2): 128-130.
- [6] 马俊. 肝移植受者感染的诊治进展 [J]. 中国抗感染化疗杂志, 2001, 1(4): 252-254.
- [7] Abouas GM, Ganguly PK, Hamdy HM, et al. Extracorporeal liver perfusion system for successful hepatic support pending liver regeneration or liver transplantation [J]. Transplantation, 1999, 67(12): 1576-1583.
- [8] Hashimoto T, Suzuki T, Shiniizu Y, et al. ABO-incompatible living related liver transplantation for fulminant hepatitis: report of a successful pediatric case with long-term follow-up [J]. Transplant Proc, 1998, 30(7): 3510-3512.

[收稿日期: 2005-09-15]

万方数据

该用户还上传了这些文档



发表评论

验证码: