

响^[2]。大量的临床资料表明,手术时患者的全身状态是发生肝移植术后并发症的主要因素。本组资料显示术前肝功能 Child C 级的患者围手术期并发症明显高于 A 级、B 级的患者,因此,努力改善其术前状况成为围手术期的重点。术前通过一系列综合治疗,包括保肝、纠正低蛋白血症、改善凝血机制、利尿、控制感染等治疗,都取得良好的围手术期治疗效果。本组有 2 例患者术前经过人工肝支持系统治疗后,改善凝血机制,血清胆红素降低,延长等待供肝时间,为手术的顺利进行打下了良好的基础。

3.2 呼吸系统并发症的防治 肺内血管扩张,通气/血流比值失调,氧气弥散障碍及肺内不同程度的分流是终末期肝病普遍存在的问题,肝移植术中静脉液体负荷的剧增、血流阻断时血管床内瘀血及缺血再灌注时移植肝产生的炎性介质等因素严重影响受者术后呼吸功能的恢复。本组 9 例发生肺部感染,发生率为 26.05%,其中 1 例为肺部的严重感染,导致 ARDS 死亡。笔者建议:①术前充分评估肺功能,术前肺部有炎症应完全控制后再手术;②手术时气管插管要做到绝对无菌,术后要加强肺部护理,及时行放射线检查及痰培养,指导抗生素临床应用;③术后呼吸机的规范应用是保障有效血氧分压和血氧饱和度,防治 ARDS 的关键措施。本组并发 8 例胸腔积液,6 例为右侧胸水,2 例为双侧胸腔积液,发生率为 23.5%。发生胸腔积液可能与下列因素有关:①肝移植术中游离肝脏时对膈肌的损伤,致胸腔反应性的胸水生成;②术后炎性物质刺激膈肌引起胸腔积液;③术后低蛋白血症;④术后肺部感染等。少量的胸水患者无明显的临床症状可不处理,大量的胸水可引起低氧血症、肺不张、肺部感染,引起严重的临床症状,通过胸腔穿刺,改善患者的全身情况,都能治愈,胸水常为复发性,可反复胸腔穿刺,尽量避免胸腔闭式引流治疗胸腔积液,防止胸腔感染的发生。

3.3 胆道并发症的防治 近年国外学者认为“T”管可导致一系列并发症,如胆漏、胆管炎、胆道梗阻以及拔管后的胆汁性腹膜炎等。因而有的学者提倡废弃“T”管^[3]。本组 34 例均采用胆管对端吻合,除 1 例放置“T”管,其余未留置“T”管引流,术后无 1 例发生胆漏。本组患者有 4 例在术后 3 个月左右出现黄疸,1 例经内镜治疗效果不佳,再次手术行胆肠吻合后黄疸消退;2 例行再次肝移植;1 例仍在内镜治疗中。以下几点有利于预防胆道并发症:①供受者的胆总管不宜过分游离,以防损伤胆道血供;②胆道吻合技术必须完善,确保吻合口无张力;③充分冲

洗供肝胆道,尽可能缩短冷热缺血时间;④保证肝动脉的吻合成功。胆道并发症是常见并发症,各大移植中心报道发生率在 8%~30%,胆道并发症是肝移植比较严重的并发症,直接影响患者的长期生存^[4],所以必须重视胆道并发症的预防。

3.4 肝动脉并发症的防治 肝动脉血栓形成是移植肝早期最严重的并发症之一。成人发生率为 1.6%~12.0%^[5],常发生在移植术后的 5~10d。本组 1 例肝动脉血栓形成,经二次肝移植后患者因肺部严重感染病死,肝动脉血栓形成是肝移植最严重并发症,可直接导致肝移植失败,应引起高度重视。我们的体会是,血管修整、吻合时防止血管扭曲,实现血管内膜对内膜的端端吻合,术中严格止血,术后避免应用止血药物,保持轻度低凝状态,术后 1 周内应用低分子右旋糖酐静脉滴注 10ml/h,前列腺素 E1 持续泵入,口服肠溶阿司匹林 50mg/d,必要时使用速避凝,对预防肝动脉血栓形成可能会有一定作用。每日多普勒超声肝动脉血流扫描可及时发现肝动脉血栓形成,经动脉造影确诊后可及早介入溶栓或再手术。

3.5 腹水的防治 本组 34 例术后都有不同程度的腹水,量少且无明显症状,经对症治疗,均可消失,但有 3 例术后出现大量腹水,严重影响术后恢复。这 3 例术前一般情况差,为慢性重型乙型肝炎,经过输注白蛋白、保护新肝、促进新肝功能的及早恢复,利尿,反复的腹腔穿刺(最长腹腔引流管留置达 2 个月)等治疗痊愈出院。笔者认为腹水生成与以下因素有关:①新肝功能恢复差,时间长;②血浆蛋白低,血浆胶体渗透压低;③术后肾功能不全,尿排量减少;④免疫抑制剂引起的钠水潴留;⑤第一肝门毛细淋巴管结扎不彻底,导致的淋巴液漏,可引起严重腹水,所以术中仔细地结扎第一肝门毛细淋巴管,对防止术后大量腹水至关重要。

3.6 急性排斥反应的防治 随着新型免疫抑制剂的应用,肝移植受者生存率逐步提高,但急性、亚急性排斥反应仍是肝移植术后常见并发症之一。术后发生第一次排斥反应的时间多为术后 8d 左右^[6],典型的排斥反应可表现为发热,精神萎靡,胆汁量少,血清 ALT 和胆红素升高。但急性排斥反应有时很难与感染、肝动脉血栓、移植肝无功能、药物性肝损害相鉴别。肝穿刺病理活检是诊断急性排斥反应的重要手段。多采用甲基泼尼松龙冲击治疗,调整免疫抑制剂用量及免疫方案。本组 5 例均病理诊断为急性排斥反应,增加抗排异药物剂量或调整抗排异方案如由“CsA+MMF+Pred”调整为“FK506+MMF+