

无功能和急性肾衰。术后除发生胆漏、排斥反应、药物中毒等并发症外，肝功酶谱如谷丙转氨酶、谷草转氨酶大多逐步下降，由术后1 d分别为(567.60 ± 230.26) U/L 与(437.50 ± 227.24) U/L；术后12 d 分别降为(91.62 ± 23.12) U/L、(62.30 ± 20.16) U/L。

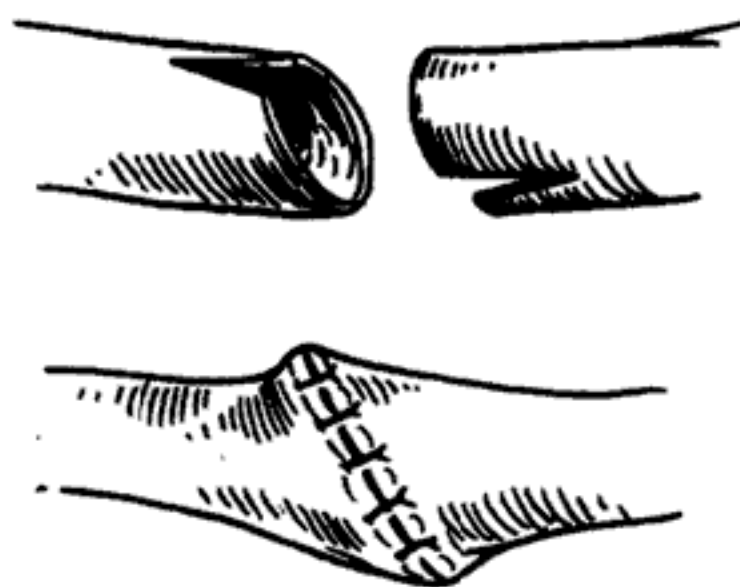


图1 胆总管修整:供受体胆总管均较细,但口径相同时,剪开两者吻合侧

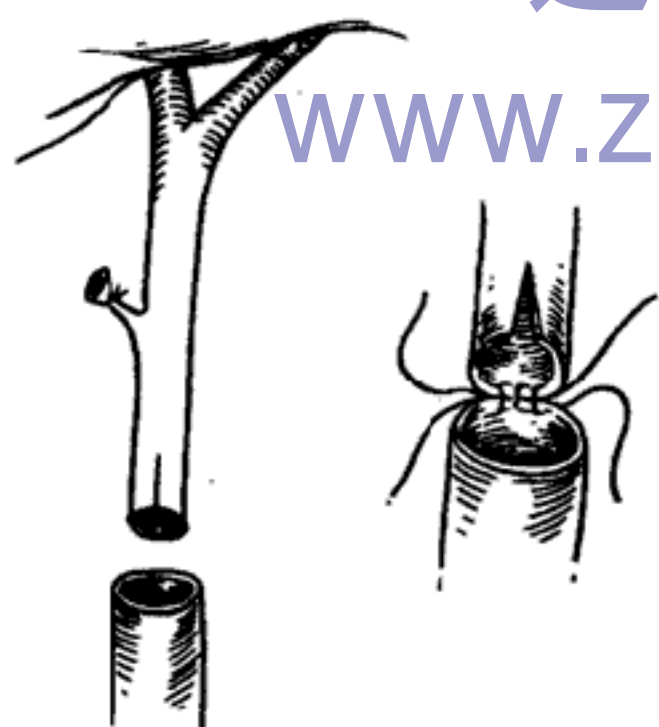
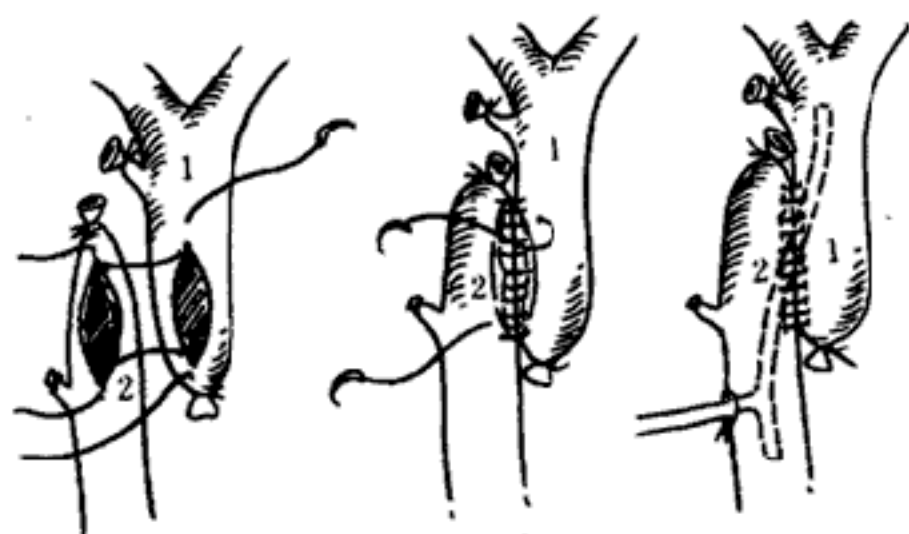


图2 胆总管修整:供受体口径不同时剪开较细侧壁



1. 供体胆总管 2. 受体胆总管

图3 胆总管侧侧吻合法

3 讨 论

肝移植受体手术操作范围广,首先要充分暴露,才可大大缩短手术时间,降低手术难度,起到事半功倍的效果^[1,2];其二,晚期肝病受体,凝血机制多出现紊乱,应尽量予以纠正,以减少术中出血,维持血液循环稳定;其三,切除病肝,一般可采用常规循序渐进的方法,先解剖肝门,然后肝周,但有时由于术前已多次手术,粘连严重,常规的分方法可造成大量失血,此时可采用非常规方法,切除病肝;其四,术中细致操作,减少出血,准确进行各种管道的重建,减少各种外科并发症。

3.1 术中、术后出血的防治

术中出血的多少直接关系到肝移植手术的质量。一方面应尽量纠正肝移植受体凝血机制紊乱,另一方面,还要从手术的每一环节着手。随着肝移植技术的进步,越来越多的肝移植手术术中无需输血,其关键在于术中细致操作。病肝切除后,肝后手术创面要彻底止血,必要时对肝后腹膜及膈肌创面连续缝合,以消灭创面。在分离切除病肝时,常会遇见因门静脉高压产生的曲张静脉丛,要小心操作避免损伤后腹膜曲张的静脉,一旦出血,止血较为困难。有时门静脉开放后,供肝四周韧带及组织小血管未结扎而导致出血,因此修肝时要仔细检查,以免遗漏。肝上血管吻合时,尤其采用改良背驮式肝移植术式,应细致缝合,吻合口应适当预设大一些,以便吻合时可收紧缝线,力争一次成功,避免门静脉开放后再来补缝漏血部分,反复翻动肝脏,加重缺血再灌注损伤。在进行背驮式肝移植术时,肝后下腔肝短静脉要严密结扎,以免遗漏结扎细小的肝短静脉,一旦肝脏植入后将难以发现,且止血困难。对于腹腔广泛的出血,应检测是否为凝血机制紊乱所致并及时纠正;同时应先用纱布压迫,从出血量大的部位开始,逐一止血,直到每一部位全部止血,如长时间仍不能彻底止血,则可考虑用纱布压迫止血,但必须术中观察纱布能不能止住,不能过分依赖纱布压迫止血。

胆管周围有较大的侧支静脉包绕,尤其在门静脉血栓时,侧支静脉呈海绵窦样变,必须将这些静脉予以缝扎,保留胆总管的周围组织以免影