



染使用氟康唑 0.15 g/d, 连用 14 d。

2 结果

2.1 疗效 全组均于术后 3~4 d 开始进食, 6~7 d 下床活动, 并逐渐恢复正常饮食。术后胆汁分泌量第 1 d 50~100 mL, 3~5 d 增至 200~500 mL, 总胆红素明显下降。28 例术前 HBsAg 阳性均于术后转为阴性, 恢复顺利。随访 3~12 个月死亡 4 例, 3 例死于癌复发, 1 例死于肺部严重感染; 存活 24 例, 其中 19 例为乙肝后终末期肝硬化, 5 例为原发性肝癌, 肿瘤直径 ≤ 3 cm。存活超过 1 年 19 例, 16 例已恢复工作。

2.2 术后并发症 全组手术死亡 2 例, 1 例于术后第 7 d 发生急性排斥反应, 并发急性上消化道大出血导致休克, 经治疗无效于术后第 10 d 死亡; 另 1 例术后并发肺部严重感染及急性肾功能衰竭, 于术后第 27 d 因多器官功能衰竭死亡。切口感染 2 例经换药愈合, 1 例于术后 2 个月因 T 形管脱出造成急性腹膜炎, 及时经皮置管引流, 20 d 后治愈。

3 讨论

3.1 手术适应证的选择 目前原发的小肝癌^[2]和终末期肝硬化患者作为肝移植的手术适应证已得到公认, 但肝癌大小直接影响术后复发和生存率。米兰原则作为肝癌肝移植的标准也逐渐被接受, 但根据我国具体情况不少学者进行了改良, 临床肝癌肝移植已取得满意的效果。本组肝癌肝移植术后随访发现, 3 例肝癌直径 > 5 cm 者均在术后 6~24 个月癌复发死亡, 与文献报道一致^[3,4], 而 ≤ 3 cm 的 5 例肝癌生存超过 1 年。临床实践说明选择小肝癌作为肝移植手术适应证更为恰当。终末期肝硬化作为肝移植的手术适应证主要取决于对病人的全身和肝功能情况进行综合判断, 尤其是肺部是否存在严重感染和通气障碍。正确、合理的选择肝移植手术适应证是肝移植成功和获得长期生存的关键。

3.2 移植术后肺部感染的预防及处理 术后肺部严重感染常是导致死亡的主要原因, 终末期肝硬化患者术前都存在严重机体功能下降, 加上手术中长时间气管内插管全麻, 术中为维持有效血压而液体大出大人, 这些均是术后肺部发生感染的因素。一般多发生在移植术后 11 d 左右^[5,6], 预防性使用头孢二代抗生素 10~14 d, 同时与二代抗厌氧菌药联合应用, 重点做好雾化吸入, 协助翻身、叩背、咳痰, 效果较好。本组仅 3 例发生了肺部感染。

3.3 移植术后严重腹水的预防及处理 对术前腹水严重、肝功能衰竭、低蛋白血症患者, 我们予术后第 1 d 及早期输入大剂量白蛋白, 补充 60~80 g/d, 连续 5~7 d, 以克服移植的新肝在早期尚无合成蛋白能力时的空缺, 保持较高的蛋白水平, 保证严重创伤后的需求, 控制早期出现严重腹水。我们的经验是早期大剂量使用白蛋白可有效避免腹水的发生, 减少并发症。本组术前大量腹水者 14 例,

术后均未发生严重腹水。早期 1 例由于补充白蛋白不足, 术后很快出现腹水, 每天腹腔引流量达 2 000~3 000 mL, 再加大补充白蛋白剂量控制腹水难度较大, 时间也较长, 费用也较高, 因此早期大剂量应用白蛋白控制腹水至关重要。

3.4 移植术后预防乙肝病毒感染的治疗 目前肝移植患者, 不论是乙肝后肝硬化终末期还是原发性肝癌, 均为 HBsAg 阳性, 如何避免移植的新肝脏再次感染乙肝病毒, 以保证移植肝长期存活至关重要。据文献报道乙肝患者肝移植术后, 应用抗乙肝免疫球蛋白和服用拉米夫定预防乙肝复发有良好效果^[7]。我们于移植术前服用拉米夫定, 术中应用抗乙肝免疫球蛋白, 术后继续服用拉米夫定, 并同时使用小剂量抗乙型免疫球蛋白, 术前 HBsAg 阳性 28 例, 术后 1 周全部 HBsAg 转为阴性, 随访 3~12 个月, 无乙肝病毒复发, 说明积极预防与治疗非常重要。

3.5 移植术后规范的随访与观察 鉴于移植术后肝癌的复发和术后远期并发症以及抗排斥药物浓度的监测等问题, 术后 1 年应每月进行随访检查。肝癌肝移植术后的复发率较高, 尤其是大肝癌更是如此, 据文献报道肝癌肝移植术后 6 个月癌复发率达 60%, 多于术后 1~2 年内死亡^[3,4], 定期复查、及时发现并采用针对性治疗对延缓生存期有一定意义。有效控制远期排斥的发生, 定期检测血药浓度, 随时调整抗排斥药物剂量, 对控制远期排斥的出现, 减少并发症的发生必不可少, 并应引起高度重视。

参考文献:

- [1] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 468.
- [2] 郑树森, 梁廷波, 黄东胜, 等. 人体原位肝移植 13 例报告[J]. 中华器官移植杂志, 2000, 21(5): 272-274.
- [3] Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis[J]. N Engl J Med, 1996, 334(1): 693-699.
- [4] van-Thiel D H, Colantoni A, de-Maria N. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma[J]. Hepato Gastroenterol, 1998, 45(24): 1944-1949
- [5] Singh N, Gayowski T, Wagener M, et al. Pulmonary infection in liver transplantation recipients receiving tacrolimus. Changing pattern of microbial etiologies[J]. Transplantation, 1996, 61(3): 396-401.
- [6] 马玉奎, 严律南, 李波, 等. 肝移植术后肺部细菌感染的治疗[J]. 中华器官移植杂志, 2004, 25(5): 288-290.
- [7] Lee P H, Hu R H, Tsai M K, et al. Liver transplantation for patients with hepatitis B; prevention of hepatitis B recurrence by intravenous antihepatitis B immunoglobulin and lamivudine[J]. Transplant Proc, 2000, 32(7): 2245-2247.

(收稿时间: 2008-02-03)