

## 儿童活体肝移植的供体评估及注意事项

蔡金贞: QQ578928077

天津市第一中心医院主任医师, 教授, 硕士生导师, UCLA访问学者, 天津市“131人才”第一层次人才

谨慎周密的供体评估是活体肝移植最重要的一步。在现有医疗技术下, 供体的并发症和死亡都是不可原谅的。供体发生严重的并发症或者发生死亡都会产生重大的负面影响, 使公众失去对移植外科医生的信任。任何进行活体肝移植的中心都应该制定一个供体评估方案并坚决执行。

在规范的草拟中参考了香港范上达有关活体供体的评估规范, 并结合我中心目前的实际情况, 我中心出现的供体相关并发症(供体的胆瘘、出血、胆道狭窄、门静脉、肝静脉血栓形成等相关并发症)同时结合目前成人给予儿童的活体供肝, 选择性的使用左外叶、活左半肝的情况。

因此, 我中心目前简单的程序为: 供体筛选程序坚持先简单后复杂、先非侵入性后侵入性的原则。同时尽可能减少患者的经济负担, 优先进行费用较低的检查, 一旦确认排除供者立即终止检查。

1. 首先进行初步筛选: 要求供者年龄18—60岁, 血型要符合输血原则, 儿童肝移植在跨血型时要求受者血型抗体第一1:16。基本的病史采集和全身体格检查, 排除心理疾病患者(必要的心理医师会诊), 排除患有全身急慢性疾病的供者。
2. 第2步实验室检查: 血尿便常规, HBV、HCV病毒和HIV、梅毒等血清学检查, 肝肾功能指标, 凝血系列, 心电图等。
3. 第3步影像学评估: 胸部X线, 腹部B超, CT平扫和增强以评估肝实质以及血管情况, 计算左右半肝体积, 计算拟切除后剩余肝重比例(小于30%者排除), CT估算移植术要求>40%的受体估计标准肝重。4, JL受者须计算供者左外叶体积。可疑脂肪肝或供者体质量指数(BMI)大于25 kg/m<sup>2</sup>时, 考虑对供者行肝穿活检。
4. 第4步进行移植科活体肝移植讨论会: 参与人员包括移植外科各级医师、移植内科各级医师、移植ICU和麻醉医师, 全面讨论手术可行性, 决定手术方案、麻醉、术后监护等。所有供受者的评估均通过伦理委员会严格审查, 公证材料及伦理委员会材料统一存档。

在肝脏外科的历史上, 活体肝移植出现以前, 从来没有健康的人为他人接受肝脏手术的记录。与肾脏捐赠手术相比, 肝脏捐赠手术更为复杂和危险。为了保护无私供体的安全, 避免不必要的后遗症和死亡, 必须采用完善的方案, 进行慎重地评估。

### 注意事项:

1. 女性供者的另一个问题是早孕的检查, HCG的排查可了解女性供者的怀孕状况而避免
2. 乙型肝炎表面抗原阳性或丙型肝炎抗体阳性者不能作为供体捐赠肝脏。香港玛丽医院的建议为: 乙型肝炎核心抗体(HBcAb)阳性者可以捐赠肝脏, 但需要术前对供体进行HBV DNA检测, 而且受体要终身接受拉米夫定的治疗。然而, 也有研究表明受体乙肝表面抗体阳性同时供体的HBVDNA为阴性时, 可以在肝移植术后停止预防性抗乙肝病毒治疗。另有文献显示, 接受HBcAb阳性移植肝的受体术后新发乙型肝炎病毒感染时, 接受短期的拉米夫定治疗可以

取得满意的疗效。尽管如此，我们仍然坚持长期使用拉米夫定治疗，因为活体移植肝实在太宝贵，不容有任何闪失。一般来讲，HBcAb阳性对供体的术后康复过程没有不良影响，但与HBcAb阴性的供体相比，阳性供体术后血清胆红素正常化的过程可能会延长。

我中心在乙肝方面术中常规应用乙肝免疫球蛋白进行乙肝预防，术前核心抗体阳性的供者要求受者在术后常规应用1年的预防乙肝治疗放案。

供体的切口及美容策略：目前供体的切口采用腹部正中的长约12到15cm的小切口或者采用腹腔镜，我中心今年完成全国首例腹腔镜供体手术。

## 外事无小事——不懈的追求

新旧方法对比



在供体的切口美容策略上的进步。



1 供体采用粘合剂粘合

2 受体康复出院

3、4 受体采用粘合剂粘合后切口恢复情况。

5 十二年前采用缝合的切口，现在生长的样子。