



# 絕處逢生真本事 活體換肝衝破死神封鎖線

文／陳于媯

台灣器官捐贈風氣低迷，屍肝來源極度短缺，致使許多亟需換肝以求活命者抱憾而亡。中國醫藥大學附設醫院器官移植中心以創新思維多點突破，為患者廣開重生大門，去年施行的活體肝臟移植手術達108例，比全台屍肝移植的總數還要多，高居世界第3，患者「絕處逢生」的故事在這個施行活體肝臟移植的重鎮不斷上演。

每個活體肝臟移植的背後，都有著感人的親情與對生命的渴望，醫療團隊為此付出的能量超乎想像的巨大。從器官移植中心鄭隆賓院長深刻的自剖中，我們可以看見醫者的堅持，以及整個團隊搏命似的努力。鄭院長經常對病患與家屬說：「我們一起拚看看！」愛拚才會贏，無論是自己想活或是要把別人從鬼門關前拉回來，這俗擱有力的5個字就是成功的密碼。

等不到器官捐贈

患者只好靠親人捐肝，但未必能如願

鄭隆賓院長說，受到傳統觀念的影響，這二十幾年來，台灣的器官捐贈進展有限。以屍體肝臟移植為例，自2006-2011年，總共只做了481例，去年首度破百，有104例，但相較於苦苦等候換肝的長龍陣，仍是杯水車薪，緩不濟急。患者要生存往往只能「自力更生」，由親人捐贈肝臟成為最不得已的選項。

日本和韓國都面臨與台灣相同的困境，和美國的情況剛好相反。美國的活體肝臟移植在2001年達到524例，後因屍肝來源多，光是2008年就有5576名腦死患者捐肝遺愛人間，再加上活體捐肝有其風險在，以致活體肝臟移植逐年遞減，如今每年只做兩百多例，是台灣的半數。

由於活體肝臟移植的需求殷切，相關技術在台灣早已十分成熟。2006-2011年，全台共施行1511例活體肝臟移植，約為屍肝移植的3倍，其中光是去年就做了401例，逼近屍肝移植（104例）的4倍。但在諸多因素的牽制下，尋找適合的捐肝者並不容易，中國醫藥大學附設醫院目前有逾百名患者就連想自力更生都辦不到。

### 適應症一再放寬

#### 活體換肝開大路，不放棄任何機會

鄭隆賓院長說，活體器官移植手術最要注意的是捐贈者的安全，不能有任何閃失。根據統計，捐肝者如果是切除右肝，有5/1000的死亡風險，切除左肝的死亡風險則為1/1000，這還不包括其他併發症在內。因此，選擇捐贈者必須十分慎重，捐贈者除了要有積極意願之外，血型應與受贈者相同或相容，體型也要差不多，以避免切除過多的肝臟會對健康不利。

中國醫藥大學附設醫院2002年9月施行首例活體肝臟移植，2007年做了21例，2008年30例，2010年65例，去年出現爆發性的成長，有108例，10年累積了300例。在這些接受活體肝臟移植的病人當中，有不少是罹患肝癌，肝癌病人如果換肝，復發率遠低於其他傳統治療，因此在國內的醫療技術突破之後，適應症一再放寬。醫界早期遵循的是米蘭基準（單一腫瘤小於5公分；多發腫瘤少於3個，任一最大直徑不超過3公分），如今則採取美國加州舊金山大學的基準（簡稱UCSF）（單一腫瘤小於6.5公分；多發腫瘤少於3個，任一最大直徑不超過4.5公分，且總

直徑未達8公分），使肝癌患者有了更多的希望。

儘管如此，仍有肝癌患者在上述基準的邊緣掙扎，常有家屬跪著哭求鄭隆賓院長幫忙換肝。鄭院長認為若拘泥成規，本院去年能做的活體肝臟移植大概不到50例，換言之，半數以上的病人只能坐以待斃。所謂藝高人膽大，他自訂了一套原則，亦即患者除了符合健保認定的UCSF基準之外，經過全身電腦斷層攝影和正子造影掃描等詳細檢查，腫瘤若無肝外轉移，主要門靜脈沒有血栓，並且患者能配合在術前施行栓塞治療，將病情略加控制，那麼只要醫院的醫學倫理委員會審議通過，亦可接受活體肝臟移植。

### 家屬向醫師求救

#### 提高存活意義，換肝完成未了心願

鄭隆賓院長說，在手術適應症放寬之後，由於有些病人的狀況原本就很差，即使換了新的肝，餘命依然有限，因而拉低了本院活體肝臟移植的平均存活率，但他並不後悔這麼做。他說：「活體肝臟來自患者的血親或姻親五親等以內，不是社會財，一則不損及公共利益，二則對患者有很大的存活意義。」

有位肝癌末期患者，醫師判斷只剩1個月可活，他兒子不捨，堅持捐肝救母。手術前，患者奄奄一息的躺在床上，生活起居要由3個人照料；換肝後，可以下床活動，甚至走路到門診。雖然這名患者只多活了6個月，家屬仍對醫護團隊感激涕零。另一位患者的肝臟擠滿幾萬個大大小小的腫瘤，因主要門靜脈未被侵犯，換肝至今已經1年6個月，依

然健在，在這段「向死神偷來的時間」裡完成了許多未了的心願。

此一作法固然無法讓每個人都認同，但鄭隆賓院長說：「當病人那麼想活下去，當醫師的可以放棄病人嗎？我必須做醫師該做的事！」在這種「自反而不縮，雖千萬人吾往矣」的堅持下，他巧妙利用血漿淨化術及抗排斥藥劑的施打，克服了捐肝者與患者血型不同的問題，至今已完成13例血型不同的肝臟移植。

## 醫學上的新突破

### 讓健康的B肝帶原者捐肝，全球罕見

台灣有300多萬名B型肝炎帶原者，B型肝炎帶原成為捐肝的另一障礙。他表示，一個B型肝炎表面抗原陽性的人，若是e抗原為陰性，並且B型肝炎的DNA小於12，即屬健康的帶原者，亦即B型肝炎病毒沒有活性，可以和宿主和平共存，那麼在這種情況下捐肝應該是可行的。

經肝臟移植團隊審慎篩選對象，本院已完成9例B型肝炎帶原者捐肝給親人的手術，其中有的受贈者也是B型肝炎帶原者，術後再加上抗病毒藥物的治療，9位捐肝者均安然無恙，受贈者則有8人存活，1人後來死於肝癌，死因與手術無關。鄭隆賓院長表示：「這是新的突破，全球只有我在做，從目前的結果看來的確相當好。」

## 移植技術勤改良

### 迭有新猷，患者存活率大幅提高

除了想盡辦法為肝臟「開源」，相關的移植技術也迭有新猷，使手術進行更加順暢，大幅提高了患者的存活率。例如在

「種」肝臟時，如果患者的血管欠佳，他便改用人工血管取代；肝動脈的縫合是由心臟外科李秉純主任執行，肝動脈比冠狀動脈粗，心臟外科醫師做來駕輕就熟，比起一般的顯微手術縫合法，開刀時間可以縮短大約1小時。此外，中國醫藥大學附設醫院現在執行的肝臟移植手術，右肝移植體全部包含中肝靜脈，因而在肝臟「種」上去之後，血液循環十分理想，這在台灣也是特殊的做法。

## 全方位器官移植

### 醫療團隊分兵合擊，為患者生命而戰

鄭隆賓院長致力於將本院打造成全方位的器官移植中心，除了肝臟移植之外，腎臟移植、骨髓移植和眼角膜移植的成績都很優秀，心臟移植正在持續努力中，肺臟移植隨著胸腔外科方信元主任訓練回國即將重新啟動，小腸移植與胰臟移植則是未來發展的兩大目標。

他對細胞移植也寄予厚望，細胞移植的應用範圍廣泛，以肝臟移植為例，如果肝臟衰竭的患者一時找不到新肝可換，自體幹細胞經處理分化成大量的肝臟細胞，移植後沒有排斥問題，可助患者度過危險期，爭取時間繼續等候有機會換肝的那一天。此外，胰島細胞移植同樣可以從幹細胞分化發展而來，預期10年內將成為治療糖尿病的方法之一。

器官移植帶給患者重生的力量，一個個艱難的生命再造工程，挑戰著醫學的極限。鄭隆賓院長相信唯有勇於突破，拒死迎生，才能在不可能中創造更多的可能。醫療團隊分兵合擊，為患者的生命而戰，在這條路上，器官移植中心點燃了希望的火炬。🔥