

背景

醫院管理局參照本地及國際專家意見，合併兩間肝臟移植中心，將肝臟移植手術集中於瑪麗醫院進行。此舉是為了集中專業醫療技術、提升醫療成效、確保病人得到公平的服務、確保服務的成本效益，最終惠及廣大市民。醫管局首先將兩間移植中心的輪候名單合併，並於 2003 年 7 月成立肝臟移植中央輪候名冊。

目標

中央輪候名冊是根據客觀醫學準則，評定病人輪候屍肝的先後次序，以達致下列目標：

- * 貫徹公平原則，將肝臟分配給最危急、最迫切需要移植的病人
- * 有效管理捐贈的肝臟
- * 確保醫生以病人的福祉為首要考慮，就醫療判斷達成共識

評分系統（捐贈器官的分配準則）

系統依據每位病人醫療狀況的緊迫性計算出病人的致命風險值（即在器官移植前的死亡機會率），以每位病人的風險數值高低排列輪候次序。此評分系統是沿用國際公認的 MELD（末期肝病風險計算模式），適用於成年病人及十二至十七歲的兒科病人及 PELD（兒童末期肝病風險計算模式）系統，適用於十二歲以下兒科病人，以客觀的臨床醫療數據計算出數值，代表病人在三個月內的死亡風險。MELD/ PELD 值愈高顯示病情愈危急，分數最高的病人會獲優先換肝。

對於肝癌二期的成人患者，等候肝臟移植的 MELD 計分方法作了適當的調整。在肝癌患者等候肝臟移植的名單上，等候時間滿六個月，肝功能正常或 MELD 計分少於 18 分，而腫瘤沒有惡化，基本 MELD 計分為 18 分，隨後每三個月增加 2 分；若肝功能異常，基本 MELD 計分按肝功能損害程度計算(MELD>18)，隨後每三個月增加 2 分。

MELD / PELD 依據的客觀醫學根據：

MELD	PELD
<ul style="list-style-type: none"> * 血清膽紅素 * 血清肌胺酸 * 血凝時間國際標準化比值 * 適用於成年病人及十二至十七歲兒科病人 	<ul style="list-style-type: none"> * 與 MELD 相若，因考慮兒童生長的特殊需要，使用稍微不同的準則 * 使用 PELD 計算模式的兒科病人為十二歲以下

MELD 分數 = $[0.957 \times \text{Log}_e(\text{血清肌胺酸 毫克/分升}) + 0.378 \times \text{Log}_e(\text{血清膽紅素 毫克/分升}) + 1.120 \times \text{Log}_e(\text{血凝時間國際標準化比值}) + 0.643] \times 10$

PELD 分數 = $\{0.480 \times \text{Log}_e(\text{血清膽紅素 毫克/分升}) + 1.857 \times \text{Log}_e(\text{血凝時間國際標準化比值}) - 0.687 \times \text{Log}_e(\text{血清蛋白 克/分升}) + 0.436 (\text{假如病人在列入名冊時是少於 1 歲，直至 24 個月大為止}) + 0.667 (\text{假如病人有成長障礙})\} \times 10$

(As at 1 Dec 2017)

醫管局設有內部審核系統以確保每一個捐贈的肝臟都會被分配給最危急的病人。
輪候移植人士的血型必須與捐贈屍肝相同。

當有合適的屍肝時，肝臟移植統籌主任會檢視輪候冊上與屍肝血型相同組別，尋找 MELD/PELD 值最高的病人。這位病人會被通知有可能進行移植手術。

分肝移植

由於捐贈者與接受者的肝臟體積大小不同，醫生會視乎捐肝大小決定是否將其分成兩個部分，分別移植給兩位輪候人士，充分利用器官資源，盡可能挽救更多生命。

在下列情況下，移植手術可能無法進行：

捐贈者的狀況	接受移植者的狀況
<ul style="list-style-type: none"> * 若臨床發現捐贈者並不適合捐肝 * 無法取出肝臟 * 若屍肝外表或者根據病理學評估為不健康、不正常或有任何懷疑 	<p>移植手術約有 10%機會因接受者腹水感染、嚴重黏連或癌症擴散等原因而不能進行</p>

移植手術的成功率約為 90%，出現併發症的機會為 30%。

如果在手術期間發現因某種原因導致手術不能繼續進行，移植組會立刻向病人或家屬解釋。
局方並不能保證下一個捐贈的屍肝將分配給該位病人。
屍肝分配是按照當時病人輪候優先次序決定。

病人在輪候名冊上的名次時有變動，原因包括新病人的加入、病人情況的改變及現有病人脫離名冊等。肝臟移植小組很樂意與病人討論病情及將分數告知病人。如有問題，病人可於覆診時，向醫生提出或向病人聯絡主任查詢（電話：22553838）。