

化患者均为最终出现急性肝衰或严重并发症者，此结果提示即使在乙肝肝硬化晚期行肝移植术，仍可获得较好的预后，在当前国人尚不能完全接受肝硬化早期就行肝移植的观念，在患者出现病情加重、并发症甚至是生命垂危时刻果断采取急诊移植的手段，仍可以相对弥补因无法行其他有效治疗而死亡的遗憾。据报道，重型肝炎所致的急性肝衰若未行移植的死亡率可高达40%~90%，而及时接受肝移植可使1年生存率达到50%~90%，由此可见急诊肝移植对于此类肝衰患者的意义，69.0%的术后生存率表明我单位急诊手术效果明显，但仍低于其他良性肝移植病人，其疗效仍待进一步提高。

Gonzalez 等人对非胆汁性肝硬化行肝移植术的术前指标分析发现，术前患者的肾功能情况是决定患者短期与长期预后的重要因素，而 Ricci 等也发现肾功能结合 Child 分级和 UNOS 分级与移植术后并发症出现的几率相关。Baliga 等也称，血肌酐水平是肝移植手术的一个独立危险因素。Gunning 等报道，即使术前肾功能正常，肝移植术后也经常出现明显的肾小球滤过率下降，下降幅度可达43%。如果术前即存在肾功能严重不全，由于肝病患者体内存在长期累积的代谢产物和毒素，加上移植术中大出血、低体温、无肝期肾血流灌注不佳以及术后免疫抑制剂、大量药物的使用等因素的影响，肝移植术后肾功能进一步损害以致肾衰甚至死亡。我单位发现死亡组病人术前血 Cr 水平显著高于存活组，且术前高血 Cr 水平患者在存活组与死亡组之间的分布也有显著性差异，同样提示术前高血 Cr 水平可能是预测术后预后不良的重要指标。

CTP 分级虽是评价肝病患者术前情况的一个成熟的方式，但由于其过分依赖腹水和肝性脑病这两项主观评价指标，且3个级别的分级对于死亡率的预测过于粗糙，限制了此模型的广泛运用。MELD 积分原用于评价将行 TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) 治疗肝硬化患者的情况，由于其采用全客观指标来进行评价且分值范围较广，在2002年2月，美国已经用 MELD 代替 CTP 来决定移植优先权。因常见的肝病并发症（如肝性脑病、腹水、静脉曲张出血等）对于 MELD 的影响很小，且 CTP 分级是由临床经验总结的资料所得，而 MELD 分级由前瞻性分析统计资料所得，预计后者具有更好的预测作用。近年来，许多临床研究者已经将 CTP 和 MELD 在不同的患者中进行比较，发现 MELD 较 CTP 在预测早期死亡率更准确。Kamath 等发现在运用 MELD 评估失代偿肝病患者、非淤胆型肝硬化患者预后时，对3个月的预后有良好的预测，如3个月病死率与 MELD 的关系为：MELD ≤9 分为4%，10~19 分为27%，20~29 分为76%，30~39 分为83%，≥40 分为100%。我中心的统计结果表明两者对急诊肝移植受体预后均具有一定的预测性，不同分组中生存率存在显著的差异，CTP C 级和 MELD 35 分以上患者生存率明显下降，生存组与死亡组的两项分值比较也有明显差异，且两个评价方式在评价移植受体时具有一定的相关性，尤其在符合 A+B 组受体中相关性更高。从分析资料中还可以看到，CTP 将病情限制于8分之内，不可避免存在同一级别中患者实际病情差异大的情况，尤其在 C 级中死亡者人数较多（36例），不能对最严重的患者进一步区分，当有一项或几项指标数值影响时，可能混淆我们对患者的病情严重程度、急诊移植的必要性及预后的判断；而 MELD 分值范围则较大（6~>40），对于描述患者的具体病情更有利，能较好的区分出病情的轻重，如我研究示 MELD 评分 <35 的两个分组的1年生存率明显高于高分组，而在低分组 25~30 分组与 31~35 分组之间、高分组 35~40 分组与 >40 分组之间的1年生存率比较虽有下降趋势，但尚未发现显著性差异，提示其评价的有效性、精确性更高。但由于 MELD 评分没有考虑原发疾病以及受体选择标准对于患者预后的影响，因而在本研究中，无法获得各分组间生存率具有显著性差异的