的1年存活率分别为80.0%和66.7%，组间比较差异有统计学意义（p<0.05）。

讨论

随着外科技术、围手术期管理和免疫抑制剂水平不断提高，肝移植技术日趋成熟。从理论上讲，一切晚期肝衰竭患者预期短期内(<7d)难以避免死亡者均有急诊肝移植指征。临床研究发现，各种原因(如病毒性、创伤性、药物性等)所致的晚期肝衰竭合并有各种难治性并发症的患者，急诊肝移植后生存率和并发症发生率明显提高。国内外某些中心标准。对于有经验的肝移植中心手术指征和结果是以下：在选择标准时采用的TheKingsCollegecriteria(KKC)等标准，事实上并不适用于我国以乙型肝炎患者为主的国情。我单位参照急性重型肝炎诊断标准并结合自身经验。对我国急诊肝移植病例制定标准和进行了分析。判断内肝功能急剧恶化、MELD评分急速升高的患者(符合标准A)或同时伴有消化道大出血、肝昏迷与多脏器衰竭的患者(符合标准A+B)，生存率明显下降。而出现消化道大出血、肝昏迷与多脏器衰竭的患者(符合标准A+B)，行急诊肝移植术后的生存率仅100%。可见肝功能的急剧恶化性恶化是对手术患者生命体征的重要打击，直接影响临床治疗率和存活率。在一定程度上，尤其是严重的消化道大出血、肝昏迷与多脏器衰竭的患者，肝移植后死亡率可高达40%～90%。而现接受肝移植术的患者，仅使存活率提高到50%～60%。本研究发现，乙型重型肝炎患者的死亡率明显高于肝硬化患者。由此可见，对于符合标准A者应进一步加强术前综合处理，并充分评估急诊肝移植的可行性和价值。对于符合标准B者，即使生命垂危，也应果断采取急诊肝移植术。

对于急诊肝移植的最长时间目前尚无统一标准，24～48h均有报道。总体原则是，具有急诊肝移植指征的255例患者中，184例(72%)实施了肝移植术，其中3d内108例(n=108)1年生存率为77%，显著高于4～10d内实施者(n=76)的48%。同时发现，移植时间超过3d后，病情恶化甚至导致患者死亡(可能的明显上升)。因此，本研究对象均为3d之内实施肝移植者。

急诊肝移植的疗效主要取决于患者危重程度和器官功能状态。对肝移植术后恢复期及临床观察结果表明，急诊肝移植手术成功者，其术后生存率和并发症发生率明显提高。欧洲肝移植学会认为：急性重型肝炎肝衰竭患者术前全身情况及疾病严重程度是影响预后的重要因素。Ziemniak等[4]分析1989～2003年209例患者，其中30d内死亡59例，这些患者中，高龄、低体重、肝功能衰竭、急性肺损伤、出血及感染等是影响预后的主要因素。在这些情况下，急诊肝移植可以明显提高患者的生存率。死亡原因主要是与免疫抑制剂应用有关的严重感染或急性排斥反应。生存率在各中心报道不一，这可能与各中心肝移植技术和并伴有各种难治性并发症的患者，急诊肝移植后生存率和并发症发生率明显提高。国内外某些中心标准。对于有经验的肝移植中心手术指征和结果是以下：在选择标准时采用的TheKingsCollegecriteria(KKC)等标准，事实上并不适用于我国以乙型肝炎患者为主的国情。我单位参照急性重型肝炎诊断标准并结合自身经验。对我国急诊肝移植病例制定标准和进行了分析。判断内肝功能急剧恶化、MELD评分急速升高的患者(符合标准A)或同时伴有消化道大出血、肝昏迷与多脏器衰竭的患者(符合标准A+B)，生存率明显下降。而出现消化道大出血、肝昏迷与多脏器衰竭的患者(符合标准A+B)，行急诊肝移植术后的生存率仅100%。可见肝功能的急剧恶化性恶化是对手术患者生命体征的重要打击，直接影响临床治疗率和存活率。在一定程度上，尤其是严重的消化道大出血、肝昏迷与多脏器衰竭的患者，肝移植后死亡率可高达40%～90%。而现接受肝移植术的患者，仅使存活率提高到50%～60%。本研究发现，乙型重型肝炎患者的死亡率明显高于肝硬化患者。由此可见，对于符合标准A者应进一步加强术前综合处理，并充分评估急诊肝移植的可行性和价值。对于符合标准B者，即使生命垂危，也应果断采取急诊肝移植术。