

- plantation for hepatocellular carcinoma in cirrhosis. *Hepatology*, 2001, 33(5):1080-1086.
- [13] Maddala YK, Stadheim L, Andrews JC, et al. Drop-out rates of patients with hepatocellular cancer listed for liver transplantation: outcome with chemoembolization. *Liver Transpl*, 2004, 10(3): 449-455.
- [14] Yao FY, Bass NM, Nikolai B, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: analysis of survival according to the intention-to-treat principle and dropout from the waiting list. *Liver Transpl*, 2002, 8(10):873-883.
- [15] Poon RT, Fan ST, Lo CM, et al. Difference in tumor invasiveness in cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma fulfilling the Milan criteria treated by resection and transplantation: impact on long-term survival. *Ann Surg*, 2007, 245(1):51-58.
- [16] Wiesner RH, Freeman RB, Mulligan DC. Liver transplantation for hepatocellular cancer: the impact of the MELD allocation policy. *Gastroenterology*, 2004, 127(5 Suppl 1):S261-267.
- [17] Lo CM, Fan ST, Liu CL, et al. The role and limitation of living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl*, 2004, 10(3):440-447.
- [18] Majno PE, Sarasin FP, Mentha G, et al. Primary liver resection and salvage transplantation or primary liver transplantation in patients with single, small hepatocellular carcinoma and preserved liver function: an outcome-oriented decision analysis. *Hepatology*, 2000, 31(4):899-906.
- [19] Hu RH, Ho MC, Wu YM, et al. Feasibility of salvage liver transplantation for patients with recurrent hepatocellular carcinoma. *Clin Transplant*, 2005, 19(2):175-180.
- [20] Tung-Ping Poon R, Fan ST, Wong J. Risk factors, prevention, and management of postoperative recurrence after resection of hepatocellular carcinoma. *Ann Surg*, 2000, 232(1):10-24.
- [21] Majno P, Mentha G, Mazzaferro V. Resection, transplantation, either, or both? Other pieces of the puzzle. *Liver Transpl*, 2005, 11(10):1177-1180.
- [22] 杨国欢, 樊嘉, 周俭, 等. 肝癌患者肝切除术后再行肝移植与直接行肝移植的疗效评估. *中华普通外科杂志*, 2008, 23(7): 484-486.
- [23] Belghiti J, Cortes A, Abdalla EK, et al. Resection prior to liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg*, 2003, 238(6):885-893.
- (收稿日期: 2009-11-23)
(本文编辑: 张昊)

· 读者来信 ·

对肝移植术后侵袭性曲菌病感染者不能使用氟康唑治疗

编辑同志:

阅读贵刊 2006 年第 1 期易述红等^[1]撰写的“肝移植术后侵袭性曲菌病的防治”一文受益匪浅。然而作者指出:“回顾性分析 2000 年 1 月至 2005 年 1 月完成的 576 例原位肝移植的临床资料, 总结术后侵袭性曲菌病的预防和治疗经验。9 例患者术后并发侵袭性曲菌病, 发病率为 1.56% (9/576), 首发感染部位为肺部 8 例, 中枢神经系统感染 1 例。6 例患者停用免疫抑制治疗, 3 例患者将他克莫司或环孢素 A 降低到最低有效血药浓度。6 例患者选用两性霉素 B 脂质体(其中 1 例先试用氟康唑), 3 例首选伊曲康唑进行治疗。5 例肺部感染患者痊愈, 2 例因肺部感染无法控制死亡, 2 例因并发多器官曲霉菌感染死亡”。我认为, 该文作者对肝移植术后

侵袭性曲菌病感染者使用氟康唑治疗是欠正确的。氟康唑为三唑类抗真菌药, 其作用机制是抑制真菌细胞麦角固醇的合成; 抑制真菌的过氧化酶。氟康唑抗菌谱窄, 主要对白色念珠菌敏感, 对非白色念珠菌和曲霉菌无效^[2]。

参考文献

- [1] 易述红, 陆敏强, 杨扬, 等. 肝移植术后侵袭性曲菌病的防治. *消化外科*, 2006, 5(1):35-38.
- [2] Pfaller MA, Jones RN, Messer SA, et al. National surveillance of nosocomial blood stream infection due to *Candida albicans*: frequency of occurrence and antifungal susceptibility in the SCOPE Program. *Diagn Microbiol Infect Dis*, 1998, 31(1):327-332.

河北省南皮县人民医院检验科(061500) 张晓宁

对张晓宁读者来信的答复

编辑同志:

曲霉菌已经成为包括器官移植患者在内的免疫功能低下人群致命性感染的一项重要病因, 特别是侵袭性曲菌病在移植术后一旦发生, 更是具有较高的病死率。在国内, 用于治疗侵袭性曲菌病的抗真菌药物包括两性霉素 B 及其脂质剂型、三唑类的伏立康唑、伊曲康唑、泊沙康唑以及棘白菌素类的卡泊芬净和米卡芬净等。正如张晓宁医生提出的氟康唑对于曲霉菌的治疗是无效的。本文中对使用氟康唑

的患者描述是“有 1 例先试验性选用氟康唑, 治疗 1 周确诊后改用两性霉素 B 脂质体治疗”。该患者当时临床症状较轻, 仅怀疑真菌感染, 没有诊断为曲霉菌病, 故首先经验性的使用了氟康唑治疗。在该患者高度怀疑和确诊曲霉菌感染时, 选用了敏感的两性霉素 B 和伊曲康唑(当时伏立康唑在国内尚未上市), 也取得了较好的疗效。

广州 中山大学附属第三医院肝脏移植中心(510630)

易述红