

床疗效报告如下。

对象和方法

入选标准 1999年8月至2008年9月所有在新疆本地医院接受活体肾移植患者。1999年至2006年3月间亲属活体肾移植需有知情同意书,2006年3月后所有活体肾移植需有医院器官移植伦理委员会审核同意书。

观察指标 患者移植前一般状况,血型,组织配型,冷、热缺血时间,急性排斥反应,移植术后并发症和人/移植肾存活率。

人/移植肾存活时间 人、肾存活时间为接受活体肾移植后至2008-09-30或最后一次随访时间。随访均采用定期医院专人门诊随访或电话随访。

急性排斥反应(AR) 临床诊断标准为临床表现(尿量减少),生化指标(血肌酐升高),彩色多普勒B超(肾血管阻力升高)和抗排斥治疗肾功恢复;肾活检病理诊断按Banff'97标准。治疗方案为甲基泼尼松龙(MP)冲击3d,无效者用OKT3(鼠源单克隆抗体)5mg或抗淋巴细胞球蛋白500mg,静点,连用5~10d。

免疫抑制剂方案 整体免疫抑制治疗分为诱导期、减量期和维持期。

诱导期(术后3个月内)方案 手术当天给予静脉MP 1000mg,术后第一天和第二天各500mg、500mg。自2003年1月按患者意愿应用给抗CD-25单抗(生物制剂赛尼哌)2个剂量。口服免疫抑制剂在2002年以前为泥尼松片(Pred)+环孢素胶囊(CsA)+硫唑嘌呤(Aza),2003年起为Pred+CsA+霉酚酸酯(MMF)或Pred+普乐可复(FK506)+MMF三联免疫抑制疗法。诱导期药物剂量为Pred 30mg/d;CsA 4~5mg/(kg·d),CsA血药浓度C₀维持在250~350ng/ml,C₂在900~1200ng/ml;MMF按体重调整,患者体重<60kg按照1.5~2.0g/d;>60kg者2~3g/d;FK506 0.1mg/(kg·d),谷浓度在9~12ng/ml;Aza 150mg/d。

减量期(术后3-6个月) 方案同诱导期,药物剂量为Pred 30~15mg/d;CsA 3~4mg/(kg·d),血药浓度C₀ 200~300ng/ml,C₂ 800~1000ng/ml;MMF 1.5~2g/d;FK506 0.1mg/(kg·d),C₀ 8~10ng/ml;Aza 100mg/d。

维持期(术后6个月) 方案同减量期,药物剂量为Pred 10mg/d,CsA 2mg/(kg·d),血药C₀维持在150~250ng/ml,C₂ 400~800ng/ml;MMF 1.5g/d;FK506 0.1mg/(kg·d),C₀ 4~8ng/ml;Aza 75mg/d。

结 果

供者:供者平均年龄为(28.4±8.1)岁,男:女=2.2:1,供者术后并发症为一过性的肌酐升高约为59%,但在术后2周内均可恢复正常。1例供者(母亲)在供肾后2年出现紫癜性肾炎,至2008年9月该供者仍正常生活,受体存活良好。在160例人白细胞抗原(HLA)配型患者中,HLA 3个抗原错配28例(17.5%),4个抗原错配37例(23.1%),5抗原错配74例(46.3%),6个抗原错配21例(13.1%)。供者与受者血缘关系如图1、图2所示,包括亲属供肾175例,非亲属供肾1例,为汉族给少数民族患者供肾。亲属供肾包括直系亲属15例,汉族占66.7%(10/15例),三代旁系157例,少数民族占78.3%(123/157例),夫妻间3例,均为少数民族。在少数民族中93.2%(123/132例)来自三代旁系亲属供肾,在汉族为77.3%(34/44例)来自三代旁系亲属供肾,根据HLA错配不同各组供肾来源情况见表1。

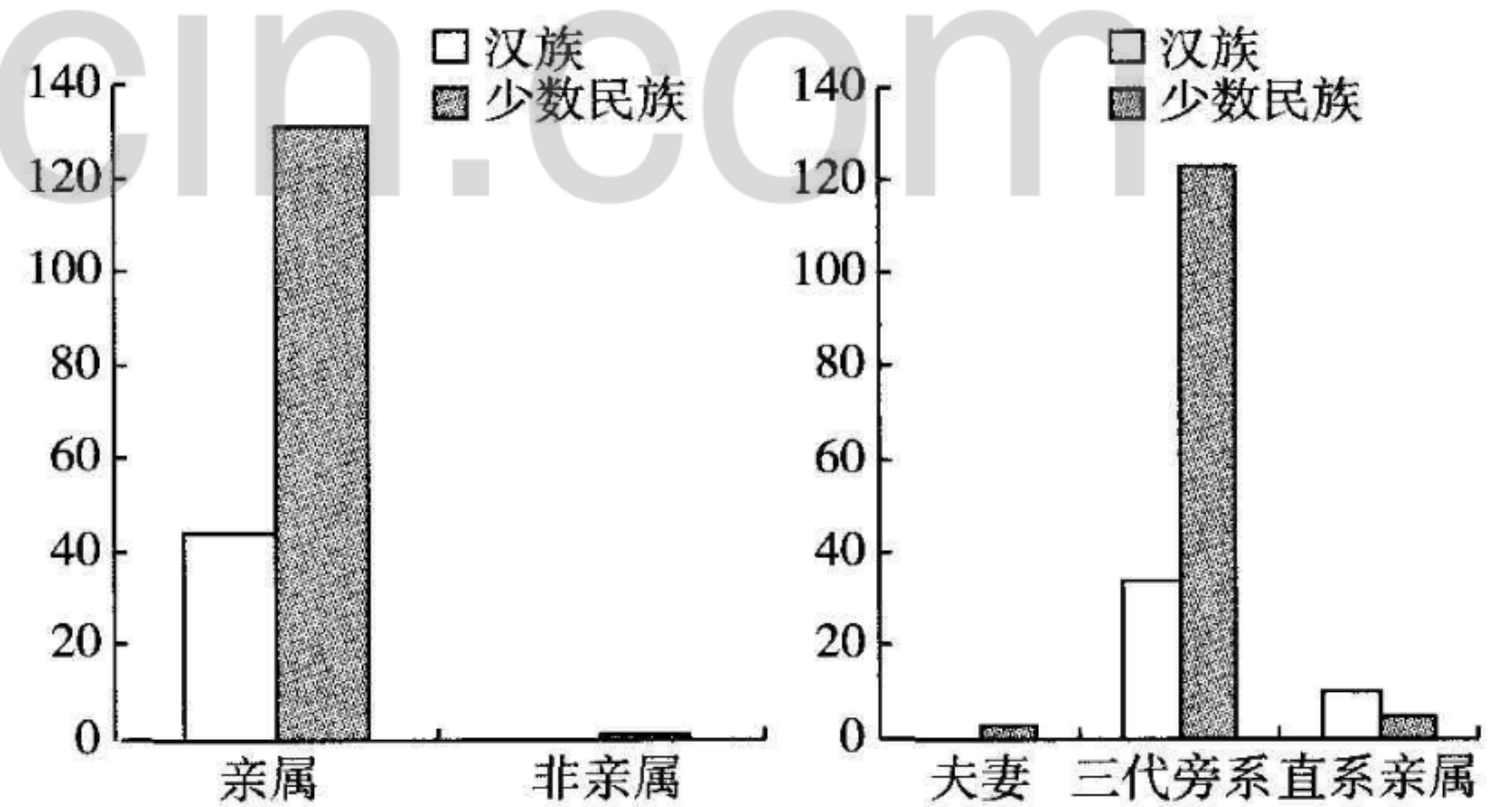


图1 供者与受者血缘关系 图2 亲属间供肾来源

表1 人白细胞抗原错配与供肾来源

	3个位点错配 (例)	4个位点错配 (例)	5个位点错配 (例)	6个位点错配 (例)
直系亲属	3	0	0	0
三代旁系	12	53	59	19
夫妻	0	1	1	1
非亲属	0	0	0	0