

同种异体肾移植 36 例报告

陈海龙 齐德军 袁怀斌
安阳市中医院 安阳市 455000

关键词 肾移植 同种 异体

中图分类号:R392.4 文献标识码:B 文章编号:1672-3422(2006)10-0096-02

肾移植是目前国内外在慢性肾功能不全尿毒症期的主要治疗方法之一,我院自2000年1月~2004年12月共进行同种异体肾移植术36例,在术前、术中及术后我们应用中西医结合的治疗方法,收到了良好效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 36例病例均为我院2000年1月~2004年12月肾移植患者,其中男性20例,女性16例,所有患者除外CMV感染、HIV感染,年龄21~45岁,平均34.22岁,36例患者中原发病2例为多囊肾,6例为糖尿病肾病,其余均为慢性肾小球肾炎,病程3~20年,血压为110~210mm Hg/65~120mm Hg,其中30例服用降压药。所有患者肾移植前均行血液透析,透析时间3个月~10年,均为尸体供肾移植。

1.2 肾移植前准备

1.2.1 结肠透析 中药结肠透析液药物组成:大黄30g,制附子15g,川芎15g,水煎取液200ml。腹膜透析液(上海长征制药厂生产)500ml,水肿明显者加50%葡萄糖注射液20~40ml。上述两种透析液加温至39℃,保留灌肠30~40min后排出,病情严重者可增加透析次数。治疗开始时查BUN、Cr、Hb、CCr,用药20d为一疗程。疗程结束后复查上述生化指标。

1.2.2 血液透析 使用日本产东丽透析机,F6透析器,血流量200~260ml/min,透析时间4~5h。

1.2.3 对症治疗 尿毒症时各个器官系统的功能均失调而出现尿毒症的各种症状^[1]。因此在结肠透析和血液透析的基础上,针对患者不同的临床症状对症处理,36例患者中30例血压高,我们予降压,3例患者出现心衰,我们予强心、扩张冠状动脉等治疗。经过积极的术前准备,36例患者术前的生命体征均稳定,保证了手术的顺利进行。

1.2.4 组织配型 36例A、B、O型配型情况见表1。

1.2.5 淋巴细胞毒性试验 29例5%以下,2例万方数据

9%,5例7%。

表1 A、B、O型配型情况

n	血型	
	供体	受体
6	O	O
5	O	A
7	O	B
4	AB	AB
10	A	A
4	B	B

1.2.6 组织相容性抗原(HLA) A、B、C及Dr位点配型,26例配上2个位点;6例1个位点相同,1个位点相近;3例2个位点相同,2个位点相近;1例配上3个位点。

1.2.7 免疫抑制措施 术前12h口服免疫抑制剂MMF100mg。术中静脉使用甲基强的松龙(MP)1000mg及环磷酰胺(CTX)200mg。术后第1d开始MP减至500mg,第3d停用MP,改口服强的松(PRED)90mg,以后每2日减量10mg,减至20mg/d为止,维持终身。AZP每日100mg或MMF每日1000mg维持,待肾功能接近正常时加口服环孢霉素A(CSA)按8~10mg/(kg·d)服用。在以上方案的基础上,分别于术前24h内和术后14d静脉注射达克力莫1mg/kg,患者的急性排异反应发生率明显降低。

1.2.8 供体供肾准备 全部采用高渗枸橼酸嘌呤溶液(HC-A肾保存液),其中先灌后切15例,先切后灌21例。热缺血时间最短2min,最长13min。冷缺血时间最短3小时10分钟,最长29小时35分钟。

1.3 手术经过

1.3.1 肾移植术 本组36例全部为首次接受肾移植手术,均植入右髂窝。其中行肾动脉与髂内动脉吻合10例,26例与髂外动脉吻合。23例为左肾,13例为右肾(2例为右肾利用腔静脉壁行肾静脉延长)。

1.3.2 尿路重建术 切开膀胱顶前壁肌层2~

3cm,不切开黏膜,然后在切口低位处黏膜切一小口,将供体输尿管黏膜与膀胱黏膜吻合,并将输尿管埋于肌层下2cm。其中输尿管内放置支架管30例,不放支架管6例。术后膀胱留置导尿7d拔除。

1.4 术后治疗与护理 术后隔离特护7~10d,每小时测移植肾尿量、比重、血常规及血压,每日做 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 、 Ca^{2+} 及肾功能测定,液体进量以尿量加500mL基础量。常规用三代头孢抗生素预防细菌感染。术后第2d开始根据辩证施治原则,以院内制剂惠康胶囊为主加减。

2 结果

本组36例中,35例带肾存活,1例死亡(术后死于重度肺部感染)。术后出现并发症4例,其中2例急性排斥反应(经MP常规冲击后痊愈),1例输尿管膀胱吻合口梗阻(未放置支架管患者,发现输尿管膀胱吻合口梗阻,切除后重新吻合并放置支架管,2周后来尿,痊愈出院),1例术后病毒感染(各种抗菌素及抗病毒药物治疗无效,改服中药汤剂及板兰根冲剂,2天后体温降至正常痊愈出院)。

3 讨论

3.1 手术准备 供肾质量是移植肾功能早期恢复的关键^[2]。因此选择受体一般要求年龄较轻,无严重尿毒症的并发症。术前血透足量,应用促红细胞生成素;严密的组织配型是肾移植的必要条件^[3];高质量的取肾(供肾控制热缺血时间在10min以内)、充分的灌洗、及手术中的认真操作是肾移植成功的重要基础;减少术后并发症是降低肾移植术后早期死亡率的重要保障^[4]。

3.2 中药在肾移植中的应用 我们参考外院运用中医药治疗的经验和自己的体会,依照不同阶段

出现不同的问题,分别采取调节阴阳、活血化瘀和清热解毒的治疗原则,选用惠康胶囊加减为基础方。如移植肾出现肿胀疼痛、舌质紫暗或有瘀点、脉弦涩等血瘀症候明显者选用桃仁、红花、丹参、川芎、赤芍等;如出现尿少、头胀痛、舌红少津、脉弦细则选用滋阴平肝之品如白芍、石决明、磁石、羚羊角粉、龙齿、女贞子、龟板等;若出现面色苍白、舌质胖嫩、有齿痕、苔灰黑而嫩的肾阳气虚证,选用党参、黄芪、当归、附片、肉桂、白术等;对术后患者极易出现的肺部、尿路和肠道感染,我们在患者术后选用具有清肝火利湿热作用的龙胆草、黄芩、山栀、板兰根、黄连、银花、连翘、蚤休、马齿苋、鱼腥草等进行治疗;另外患者长期使用激素治疗,临床出现阴虚阳亢似是而非的表现,属本虚标实之证。本虚为脾肾阳虚和肝肾阴虚,以阴阳两虚为主,标实为湿浊和湿热,由脾肾两虚,运化失职,脂类及血液成分代谢障碍,湿浊不能正常代谢排泄,水湿内蕴,毒结缠绵,血瘀生风而来^[5]。我们运用健脾利湿、活血化瘀的治法,均收到很好的疗效。总之,中医药治疗对提高肾移植的成功率有着十分广阔的前景,值得我们进一步探讨。

参考文献

- 1 叶任高,陆再英. 内科学. 北京:人民卫生出版社, 2004:543
- 2 赖永通,张峻,曹文锋,等. 肾移植301例次报告. 现代泌尿外科杂志,2005,2(10):106-107
- 3 李昕,刘龙,向军,等. 1124例次肾移植回顾分析. 中华器官移植杂志,2003,24(3):105-107
- 4 薛武军,田普训,潘晓鸣,等. 肾移植1140例次总结. 中华器官移植杂志,2001,22(4):198-200
- 5 孔炳耀. 辩证治疗肾移植后高血压. 新中医,2001,33(7):31

2006-03-27 收稿

(接95页) 肿块最具有特征性。但仍有相当一部分缺乏典型表现:如在早期的病例血便尚未发生、或由于患儿哭闹、腹部膨胀,导致触诊不满意,给诊断造成困难,延误诊断和治疗。故及时做超声检查,可为临床提供及时、准确的诊断依据,而且超声检查无禁忌、无痛苦,患者容易接受。

肠套叠一旦形成后很少有自动复位者,本组4例,占4.6%。一般肠套叠单发多见,特征为肠子被套入的部分持续前进。但也要了解存在两个或两个以上部位同时发生套叠的可能性^[4]。所以,要仔细全面检查,防止漏诊。总之,应用超声检查具

万方数据

有直观、准确、可视性等优点,特别是加用高频探头探测,是诊断小儿肠套叠最为快速有效的方法。

参考文献

- 1 夏焙,吴瑛. 小儿超声诊断学. 北京:人民卫生出版社, 2001:318
- 2 孔祥泉,冯敢生,罗汉超. 急诊影像诊断学. 北京:人民卫生出版社,1998:167-168
- 3 桂新,马桂英,杨江娟,等. 肠套叠彩色超声诊断的临床意义. 实用儿科临床杂志,2004,19(7):603
- 4 蒋益民. 小儿肠套叠的超声诊断研究. 中华现代影像学杂志,2004,12(1):102-103

2006-03-02 收稿