

肾移植_泌尿外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E8_82_BE_E7_A7_BB_E6_A4_8D__c22_610191.htm 一、受者的选择（一）

（一）适应征1.终末期肾功能衰竭的患者，血清肌酐值高于 $800\mu\text{mol/l}$, ccr gt. 40%.高敏pra与临床超排相关。5.混合淋巴细胞培养(mlc):转化率应在10%以下，因此法需费时5~7天，仅适用于活体肾移植。（二）非免疫学选择1.活体供肾条件(1)近亲间自愿供肾.(2)年龄在18~50岁之间.(3)体检证实身体健康.(4)乙型、丙型肝炎表面抗原测定阴性.(5)肾动脉和静脉尿路造影均无异常。2.尸体供肾条件(1)除颅脑外伤，脑血管急性病变外，无其他全身性疾病。(2)年龄在18~40岁之间为宜。(3)热缺血时间愈短愈好，以不超过10min为宜。三、术前准备（一）透析：透析时间要求3个月以上，以使患者机能处在“理想”的条件下接受移植手术。术前24h内必须增加透析一次。（二）输血：适当输血可能促进受者产生免疫耐受和纠正贫血。以输血球或少量多次输鲜血为宜。最好能维持红细胞压积在20%~25%以上。（三）防治感染（四）术前切除双肾指征1.经充分透析和药物治疗难以控制的严重高血压。2.反复发作肾盂肾炎或有尿路梗阻、返流、结石等。3.急进性肾小球肾炎，先作双肾切除，以血透维持生命，直至血清补体正常，抗肾小球基底膜抗体消失，一般约6个月后方可作移植。4.多囊肾，除非有严重高血压或活动感染，一般不需预先作双肾切除术，如多囊肾占据整个腹腔或盆腔则应作双肾切除。（五）术前医嘱1.备血、备皮、青霉素和奴夫卡因试验与泌尿外科手术同。2.东莨菪碱0.3mg、安

定10mg术前30min肌注。3.输血200ml(必要时)。4.术日晨灌肠一次。5.硫唑嘌呤200mg即术前一日服，术日晨服硫唑嘌呤100mg。

(二)手术开始，静脉滴注甲基强的松龙0.5g溶于5%葡萄糖250ml中)，维持到开放血流时滴完。(三)当移植肾动脉吻合一半时，应用20%甘露醇250ml和速尿100mg。(四)开放血流见有排尿后，静脉滴注人体白蛋白50ml(10g)。(五)移植肾尚未排尿前，应尽量控制补液量，移植肾开始排尿至尿量正常后加大补液，必要时输血。

五、术后早期处理

(一)维持水与电解质平衡。(二)应用抗生素预防感染。(三)应用免疫抑制剂。硫唑嘌呤200mg手术前一日开始口服，术日晨口服100mg，术后第3天口服50mg并维持用药。术后1~2天，甲基强的松龙0.5g静滴，第3天开始口服强的松80mg，以后逐日递减10mg，减至20mg并维持。环孢素A于术后第3天口服，其用量按6~8mg/kg/d，以后根据不同时间环孢素A血药治疗窗浓度来调整用药剂量。免疫抑制剂应按下列原则控制：

(1)在发生二次排斥后剂量不再增加。(2)第一次排斥后如肾功能不能恢复正常或接近正常，剂量不再增加。(3)慢性排斥不增加免疫抑制剂量。(4)如白细胞低于 $2 \times 10^2/l$ ，不作抗排斥治疗。(5)采用小剂量的激素维持，防止其副作用。(6)有严重感染时激素减到最低维持量，同时减少或停用硫唑嘌呤，改用百令胶囊。

六、排斥反应与治疗

(一)超急排斥反应：由于受者体内预存之细胞毒抗体与供者淋巴细胞表面的HLA抗原或B淋巴细胞发生反应所致。可发生在术中，当移植肾在重建血循环后变硬呈红色，以后突然变软呈紫黑色；肾动脉搏动良好，而肾静脉塌陷。若已有尿液生成，则立即停止泌尿。若发生在手术后，常表现为突然无尿，需

与其他引起无尿原因鉴别。超急排斥反应迄今尚无有效治疗方法，唯一的办法是一经确诊尽早摘除移植肾。

(二) 加速型排斥反应：指发生在肾移植后3~5天的严重急性排斥反应。其发病机理未明。治疗措施以大剂量甲基强的松龙冲击治疗为首选，但往往效果欠佳。故宜尽早选用抗淋巴细胞生物制剂，如alg, atg或cd3等，治疗持续时间5~10天。

(三) 急性排斥反应：一般常发生在术后一周至6个月内。

1. 诊断

(1) 临床表现：体温升高，尿量减少，体重增加，关节肌肉酸痛，移植肾肿大、压痛，血压增高等。

(2) 实验室检查 血肌酐值升高和肌酐清除率下降仍是主要诊断依据。 血液流变学检查：血球压积下降2.8%~30%，红细胞聚集增加，低剪切率下全血粘度增加。 淋巴因子监测：白细胞介素2(il-2)和白细胞介素2受体(il-2r)测定可作为对排斥反应的监测手段。 供者特异性补体依赖性细胞毒性试验：取供肾时同时收集供者血液或将脾脏切除，经分离获得淋巴细胞，用液氮深低温保存备用。移植后取受者血清与供者淋巴细胞作本试验，死亡细胞大于10%为阳性，可用作对急性排斥反应及治疗效果的判断。

t淋巴细胞亚群监测：有报道认为cd4/cd8比值大于1.3时，提示为急性排斥反应。

(3) 影像学检查 b型超声检查：彩色多普勒超声仪。 核素检查：核素肾图显示排泄段延缓。肾显像时示踪剂摄取和清除慢，有效血浆流量(erpf)和排泄指数(el)同步下降。 ct检查。 磁共振成像：肾皮、髓质对比度(cmd)模糊或消失，肾锥体增大、肾窦脂肪减少或消失。

(4) 细针穿刺抽吸细胞学检查(fnab)动态观察中总校正值(tci)大幅度升高提示急性排斥反应。

(5) 经皮穿刺肾活体病理组织检查。

2. 治疗

(1) 甲基强的松龙静脉冲击治疗：大剂量(0.8~

—1.0g)，中剂量(0.5～0.8g)，小剂量(0.2～0.4g)/d, 3～5日为一疗程。将mp加入5%gs 250ml内，在30min内滴完。(2)atg(alg):适用于耐激素的急性排斥反应或强烈排斥反应严重威胁移植肾时。剂量alg20～25ml/d或atg2～5mg/kg?d,根据排斥程度使用5～12d不等。(3)单克隆抗体cd3:目前主要用于耐激素急性排斥反应。剂量: cd35mg/d, 10d为1疗程。(四)慢性排斥反应:发生于术后6个月以后，系持久的体液免疫和细胞免疫反应所致，常以前者为主。临床表现为发展缓慢的高血压、蛋白尿、移植肾进行性缩小、功能减低。血尿、少尿、血肌酐、尿素氮升高，内生肌酐清除率减低，血色素降低。在慢性排斥的基础上亦可发生急性排斥反应，在给予冲击后，可使肾功能逆转至原有水平。目前缺乏有效治疗，也无阻止病情发展的措施。七、并发症(一)外科并发症1.出血或血肿.2.输尿管梗阻.3.尿瘘.4.切口及肾周感染.5.淋巴囊肿.6.肾血管血栓或狭窄。(二)与免疫抑制剂有关的并发症1.感染.2.骨髓抑制.3.继发性皮质醇症.4.消化道并发症.5.肝脏并发症.6.恶性变。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com