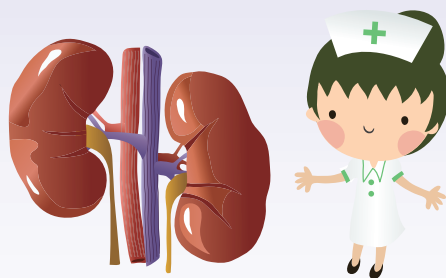


慢性腎衰竭治療新趨勢～ 親屬捐贈活體腎臟移植

◎林口長庚一般泌尿及腎臟移植科主治醫師 劉冠麟



台灣因慢性腎病而接受透析的患者盛行率長年居全球之冠。然而隨著移植醫學的進步，愈來愈多的尿毒症患者選擇接受腎臟移植手術。雖然腎臟移植手術存在一定的風險，而且移植手術後須長期服用免疫抑制劑，但是只要移植手術前做審慎的評估及篩選，手術的風險可降至最低。而且移植腎的功能隨著時間漸趨穩定，免疫抑制劑的劑量會慢慢減低，藥物的副作用及不適就會慢慢降低；腎臟移植患者與血液透析或腹膜透析患者相比，少了透析的時間及行動的限制，更能突顯出腎臟移植於改善工作能力及生活品質上的好處。

近幾年，台灣腎臟移植手術的成功率已可與歐、美等先進國家並駕齊驅，甚至近年的研究統計顯示，移植病人及移植腎臟的存活率，已超越歐、美等先進國家。以林口長庚為例，本院自 1981 年首例腎臟移植至今，已完成了 800 多位末期腎病患者的腎臟移植手術，其成

果皆不輸於歐美等國家。然而與西方歐、美等國家相比較，相對於等候腎臟移植患者數，台灣器官捐贈的比例明顯偏低。根據財團法人器官捐贈移植登錄中心的統計，在台灣約有 6 千多名慢性腎衰竭患者登記等候腎臟移植，而每年卻只有兩百多例大愛捐贈的腎臟移植手術。在國外，可能 3 至 5 年即可等到腎臟移植；但在台灣需等候 20 年，甚至 30 年的案例比比皆是。

在台灣，經過政府及醫學界的大力宣導及努力，器官捐贈的情形已有明顯的改善。根據器官捐贈移植登錄中心公布的 102 年民調結果，高達 9 成 6 以上的國人聽過「器官捐贈」一詞，而聽過的民眾之中，又有 60% 以上願意捐贈器官。影響器官捐贈最主要的原因，仍是民間傳統的信仰，以及家人反對等因素，這些都是我們仍須努力及進步的地方。

腎臟移植手術中，除了大愛病人的

器官捐贈外，另外一個選項就是親屬捐贈活體腎臟移植手術。親屬捐贈活體腎臟移植手術，並不是一個剛開始、新的手術技術，相反的這是一個行之多年，成熟的末期腎衰竭患者的治療方式。在亞洲的鄰近國家中，與我們同樣醫學進步的日本，相似的地理位置及民間傳統，死後的器官捐贈及移植也面臨了極大的阻力，再加上腦死法律的問題，最終造成日本末期腎病患者的腎臟移植，是以活體捐贈的腎臟移植為主。

親屬捐贈的活體腎臟移植，因為要從一位健康的親屬身上摘除一顆腎臟，可能造成一般人對活體腎臟移植存有疑慮。其實親屬捐贈的活體腎臟移植，在手術前要經過非常嚴格的評估及篩選，以林口長庚醫院為例，除了須經過腎臟移植醫師評估，確定捐贈者兩側腎臟在功能及結構上皆正常，不會因摘取一顆腎臟造成捐贈者腎功能不足外，還須精神科醫師及社服人員對於心理及社會方面的評估，最後在通過醫學倫理委員會的審查後，才能進行親屬捐贈的活體腎臟移植。

親屬捐贈的活體腎臟移植，與腦死捐贈腎臟移植相比，除了免除 20 年，甚至 30 年的等候時間外，另一個優點就是活體移植的腎臟，不像腦死捐贈的腎臟可能會經歷腦死判定前的低血壓，甚至缺血、缺氧的過程，而這些情形都可能會影響腎臟移植之後，移植腎的功能。

另一個關於親屬捐贈的活體腎臟移植的問題就是血型問題。一般腦死捐贈

之腎臟移植，皆為 ABO 血型相容之腎臟移植；所謂的 ABO 血型相容，意思是指 AB 血型患者能接受各種血型捐贈者的腎臟，但是 A 血型患者只能接受來自 A 或 O 血型捐贈者的腎臟，B 血型患者只能接受來自 B 或 O 血型捐贈者的腎臟，而 O 血型患者就只能接受來自 O 型捐贈者的腎臟移植手術治療。至於腦死捐贈之腎臟移植，為了讓捐贈的器官能發揮最大功效，血型相容是必然的。然而在考慮親屬腎臟捐贈時，就可能發生剛好沒有適合的血型相容親屬。以目前移植醫學的進步，對於血型不相容的腎臟移植，血漿過濾及血漿置換，新的免疫抑制藥物，嚴密的監控免疫反應，血型不相容已是可以克服的問題。美日皆有多篇國際文獻報告指出，血型不相容的活體腎臟移植，其成果並不比血型相容的活體腎臟移植差。林口長庚醫院針對血型不相容的腎臟移植，已經於數年前陸續派遣三位資深主治醫師至目前國際上案例最多的國家之一——日本交流學習，院內的相關診斷技術如流式群組反應性抗體、抗捐贈者特異性抗體，人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢都已齊備。林口長庚向以高品質的透析技術自豪，血漿過濾，置換技術也不成問題，血型不相容的腎臟移植在國內已有多家醫院成功，對我們而言並非困難，不管大愛捐贈，親屬捐贈，甚至血型不相容的移植，我們一直都是兢兢業業，寧缺勿濫，長期的器官功能才是我們追求的目標！