تیمیه: هدف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر دفع پیوند مجدد کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام خمینی شهر ارومیه می‌باشد.

پیش‌گیری: در این مطالعه پیوند بسته در سال‌های اول، دوم، سوم و پنجم در پیوند اول بیش‌تر 77 درصد، 66 درصد و 3 درصد و در پیوند دوم به ترتیب 88 درصد، 77 درصد، 3 درصد و 12 درصد در پیوند اول در پیوند اول کرایتین، فشار خون و نوع داروهای سرکوب کننده ایمنی و در پیوند دوم کرایتین، نوع داروهای سرکوب کننده ایمنی و داشتن ارتباط داخلی با شخص دهنده پیوند، پیشگیری کرایتین و پیوند بودند.

نتایج گیری: کرایتین سرم در همه سو می‌شود و بیش‌تر از پیوند و صرع داروهای سرکوب کننده ایمنی از مؤثرترین عوامل در بقاء طولانی‌تر بیماران در هر دو پیوند بودند.

واژگان کلیدی: پیوند جدید کلیه، دهنده پیوند، داروهای سرکوب کننده ایمنی

دریافت مقاله: ۸۸/۸۹/۲۳- پذیرش مقاله: ۱۲/۱۰/۸۲

Email: Kazem_an@modares.ac.ir

کیمیا، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۱، گروه آمار زیستی
است. در واقع، تنها کیلی پوند شده در 50 درصد بالغین طی 10 سال بعد از عمل جراحی عملکرد مطلوب خود را حفظ خواهد کرد (2). نازرسایی پوند به علت دفع مزمن یکی از شاخص ترین دلایل نیاز به پوند مجدد کلیه و عامل مؤثری در کاهش بقاء دراز مدت بیماران محروم می‌شود (5). بیمارانی که در آن عوامل مؤثر بر دفع مزمن کلیه عامل مؤثر و قابل پیشگیری جهت جلوگیری از نیاز مجدد به پوند کلیه بوده و از طریق موجب افزایش بهره دراز مدت بیماران خواهد شد. دفع مزمن پوند مشاهده شده در افراد بیمارانی که تحت عنوان (H LA) سیستم و عوامل غیرایمونولوژیکی در آن دخیل می‌باشند (6). به علاوه عوامل غیرایمونولوژیکی دفع مزمن را می‌توان به دو دسته عوامل رمبوی به دهنده و عوامل مرتبی به گیرنده تقسیم نمود. عوامل غیرایمونولوژیکی مرتبی به دهنده کلیه شامل نوع دهنده (زنده یا جسد) سن (پیش از 50 سال) و نزدیک دهنده می‌باشد. عوامل غیرایمونولوژیکی گیرنده شامل وضعیت هموگلوبینیک گیرنده سن (سن بالای 55 سال) جنسیت (زنان در مقایسه مردان) و نزدیک شاخه کنندگان گیرنده (6). همچنین بیماری اولیه منجر شوندبه اختلال کلیه (دیابت) نوع دیالیز (هموگلوبین نسبت به دیالیز صافی) و تعداد دفعات (پوند (9) است.

علاوه بر دفع مزمن کلیه، دفع حاد در اولین سال بعد از عمل، پیشگیری کننده کاهش بقاء دراز مدت پوند کلیه می‌باشد (1). در برخی از مطالعات، تأخیر در عملکرد کلیه نیز به عنوان عاملی جهت کاهش در بقاء دراز مدت پوند گزارش شده است (3). با توجه به اهمیت بقاء پوند برای گلوکورنیز پوند مجدد در سراسر جهان تعداد بیماران نیازمند پوند کلیه روزبروز در حال افزایش می‌باشد به‌گونه ای که در ایالات متحده آمریکا سالانه 7 گیاهان این بیماران فرزند می‌شود (1). از طرفی یکی از مهم‌ترین مشکلات بر سر راه پوندیه عبارت می‌باشد از چالش‌های اخلاقی مطرح در سراسر جهان می‌باشد. محدود بودن منابع عضو پوندی از جمله کلی به وجود آمده و درمان مشتری راه پوندی موجب کاهش و زندگی بیماران محروم می‌شود. به‌طور کلی در بالغین دریافت کننده پوند از دهنده غیرزنده، برای یک ساله از 1986 درصد در سال 1988 به 7/6 درصد در سال 1996 رسید و این مقدار در دریافت کننده از دهنده زنده به ترتیب 88/7 درصد و 93/9 درصد گزارش گردید که نشاندهنده بهبود در بقاء کرتیسیس بوده است. با این وجود بهبود قابل توجهی در بقاء دراز مدت پوند ایجاد نشده است (1).

در پارهایی از مطالعات مشخص کرده که بقاء شال پوند به شدت کاهش می‌باشد. به‌طوری که در کودکان دریافت کننده پوند از دهنده غیرزنده بقاء شال ساله 64 درصد و در دریافت کننده از دهنده زنده این مقدار 73 درصد می‌باشد. در بالغین میزان بقاء دراز مدت در سال دوم بعد از پوند در گیاهان از دهنده غیرزنده 73 درصد و در گیاهان از دهنده زنده 72 درصد گزارش شده
مانندی به‌یاد می‌آید که خطر ضروری بوده تا با شناسایی
این عوامل آثار آنها محدود شده و بقای دراز مدت
پویش بهبود یابد. همچنین آزمایشگری که عواملی جوین
تعداد دفعات پویش و نیز سن بیمار در بقای پویش مؤثر
می‌باشد محکم لازم دید تا ابتدای بیماران با دفع
پویش مجدد و لحاظ تعویض این دور عامل، عوامل مؤذن
بر بقاء دراز مدت پویش را مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌کار
این مطالعه مقیاسی به‌صورت کلیوشتنگار با بررسی پرونده
پرشکی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی
ارومیه جهت عمل پویش کلیه انجام گردید. در این مطالعه
کلیه بیماران که عمل پویش مجدد در طی سال‌های 1367
تا 1377 داشته‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند. هدف از
این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر دفع پویش مجدد کلیه در
بیمارستان مراجعه‌کننده به مکمل درمانی امام خمینی
ارومیه می‌باشد. برای این منظور دو متغیر زمان به عنوان
متغیر پایش در اختار دارم که کیک طول فاصله زمانی پویش
اول تا زمان دفع و نیاز به دیالیس مجدد و دیگری طول فاصله
زمانی از تاریخ پویش دوم تا زمان دفع پویش مجدد و با
زمان آخرين ویژت بیمارانی که تا زمان دفع پویش
مجدداً نداشته‌اند، می‌باشد. برای بیمارانی که تا آخرين
ویژت از نظر عملکرد کلیه در وضعیت مانگی بوده و نیاز
به دیالیس نداشته باشد طول فاصله زمانی از تاریخ پویش نا
تاریخ آخرين ویژت به عنوان زمان سفر که نظر گرفته
شد به‌کار گرفته کلیه پویش. این زمان پویش تا دفع
عضو پویشی و نیاز بیمار به دیالیس می‌باشد.

خصوصیات جمعیت‌شناختی و باینی بیماران و متغیرهای
مربوط به قبل از عمل پویش بر اساس سیستم مرکز پویش
آکسفورد جمع‌آوری شد. این اطلاعات شامل سن، جنس،
BMI و وزن در هنگام انجام پویش، گروه خونی و RH

1 Kaplan-Meier
2 Log-rank
3 Cox-Regression
جلد 1 میزان کربناتین و انواع لیپیدهای سرم در ۳ و ۶ ماه پس از دریافت یبوسند به تغییر یبوسند اول و دوم

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>یبوسند دوم Mean ± SD</th>
<th>یبوسند اول Mean ± SD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۶ ماه پس از یبوسند</td>
<td>کربناتین (mg/dl) 127/17 ± 127/46</td>
<td>کربناتین (mg/dl) 127/46 ± 127/46</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>کلسترول (mg/dl) 216/31 ± 216/31</td>
<td>کلسترول (mg/dl) 216/31 ± 216/31</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تری-گلیکوپریتید (mg/dl) LDL 127/46 ± 127/46</td>
<td>تری-گلیکوپریتید (mg/dl) LDL 127/46 ± 127/46</td>
</tr>
</tbody>
</table>

از نظر مصرف داروهای سرکوب کندنه ایمنی، در پیوند اول از بیماران ۲۴ مورد معادل ۹۱/۸ درصد دسته داروی آنتایپورین، سیکلپرسین و

بردنیزولون (دسته دوم دارویی) دریافت
دخالتان درحالی که در پیوند دوم 14 مورد (6/87), دسته اول دارویی و 35 مورد (7/126) درصد دسته دوم دارویی در دیافراگم داشته‌اند. یعنی نیاز به پیوند کلیه دوم در 41 مورد (2/6) درصد دفع مزن پیوند اول، در 6 مورد (2/6) درصد دفع شدید حاد و در 6 مورد (2/6) دفع حاد پیوند اول گزارش گردیده بود. در نهایت تأخیر در عملکرد کلیه پیوندی در پیوند اول 3 مورد و در پیوند دوم نیز یک مورد مشاهده شده بود. این نتایج به ترتیب ۷۴ درصد، ۶۶ درصد، ۵۳ درصد و ۴۱ درصد و در پیوند دوم میزان بقاء در طی این موارد (۱) بیماری پیوند اول و دوم به تغییر نقش داده است.

در هر دو پیوند زمان بقاء با دردیافراگمی سرکوب کننده اینمی ارتباط معنی‌داری نشان داد. ارزش P این ارتباط در پیوند اول ۰/۱۴ و در پیوند دوم ۰/۰۳ بود. به طوری که متوسط زمان بقاء در پیوند دوم در بیماران که دسته دارویی اول داشته‌اند بهبود با ۵۴/۲۴ درصد یک برابر با ۵۴/۲۴ ماه و در بیماران با دسته دارویی دوم ۷۸/۱۵ ماه بوده است. بنابراین زمان بقاء در پیوند دوم در بیماران دارای کننده دارویی سرکوب کننده اینمی دسته دوم بیشتر بوده است. در پیوند اول با وجود ارتباط معنی‌دار بین دوگانه مصرفی و زمان بقاء، به عنوان حجیم نمونه کم بیماران در پیوند خون در بیماری اول محاسبه نشد.
پیوند وجود داشته و در مورد داشتن رابطه خویشاوندی با هدف پیوند، این دسته جمعی مرتبط به زمان بقاء پیوند در بیمارانی که آنیتیموزیست گلوبولین (ATG) اینداسکن شدند برای بالا 10/63 10/63 این دسته جمعی مرتبط به زمان بقاء بیمارانی که اینداسکن داشتند (57/65 متوسط زمان بقاء پیوند در میان اینداسکن داشته و نسبت به زمان بقاء پیوند (P=0/012). نمودار 2 میزان بقاء پیوند در نسبت به عوامل تفاوت زمان بقاء پیوند و در این مطالعه، ابزار معنی‌دار بین زمان بقاء پیوند و عوامل مربوط به آن به‌صورت آماری در نظر گرفته شد.
پژوهندهان، فشار خون و نوع داروی دریافتی به علاوه عامل خطر بودند. در حالتی که میزان کلسترول و تری‌گلیسرید 6 ماهه اول در این پرینوت قابلیت است و در پرونده دوم، سابقه رد هاد پرونده اول، ایندکس با ATG میزان کراتین ماه و شش، نوع داروی دریافتی و داشتن ارزابط فامیلی به شخص دهنده پرونده
پرونده
به علاوه عامل خطر شناسایی گردیدند.

براساس این نتایج، برای انتخابی بیش از یک واحید کراتینین در ماههای
دم و ششم در این پرونده راه بر حسب دو و
شش پرونده مورد استفاده GDF

جدول ۴ ضرایب، خطا و دما به طور مورد عیان

| عوامل مؤثر بر زمان بقا در پرونده های کلیه | عنوان داروی دریافتی | کراتینین | میزان DL | سطح شماره
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اره</td>
<td>0.0003</td>
<td>0.057</td>
<td>0.369</td>
<td>0.0003</td>
</tr>
<tr>
<td>کراتینین 3 ماه</td>
<td>0.0012</td>
<td>0.773</td>
<td>0.0001</td>
<td>0.0001</td>
</tr>
<tr>
<td>کراتینین 5 ماه</td>
<td>0.0008</td>
<td>0.659</td>
<td>0.0006</td>
<td>0.0006</td>
</tr>
<tr>
<td>کراتینین 7 ماه</td>
<td>0.0000</td>
<td>0.000</td>
<td>0.0000</td>
<td>0.0000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث

براساس نتایج بدست آمده این تحقیق، میزان بقا پرونده اول در ماهه ۴۴ درصد، ۶۶ درصد، ۱۰ درصد و ۴۳ درصد درمیان بقا پرونده اول در ماهه ۴۴ درصد، ۶۶ درصد، ۱۰ درصد و ۴۳ درصد می‌بایست. در مطالعه‌ای که در کرومسهای جدید بود، بقا پرونده اول در ماهه ۴۴ درصد، ۶۶ درصد، ۱۰ درصد و ۴۳ درصد می‌باشد (۱۰). نسبتاً میزان بقا پرونده اول در مطالعه‌ای اخیر می‌باشد. همچنین میزان بقا پرونده اول در مطالعه‌ای که در تهیه انگش است. بود مشابه نتایج اخیر می‌باشد. به طوری که در این پرونده نیز میزان بقا پرونده اول در ماهه ۴۴ درصد، ۶۶ درصد و ۱۰ درصد و ۴۳ درصد بود. اما در مطالعه‌ای که بر روی ۷۵۵ بیمار (۷۰۸ مورد پرونده اول و ۷۰ مورد پرونده مجدد) در فاصله سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۷ در بیمارستان امام خمینی ارومیه انجام شده بود میزان بقا یک، پنج و ده ساله بیماران به ترتیب ۹۱ درصد، ۸۷ درصد و ۸۲ درصد بود.
شکل ۱۲۴: درصد و ۶۷ درصد گزارش شده است (۱۶) که این مقادیر بالاتر از تناهی مطالعه‌ای خود می‌باشد.

همچنین میزان بقاء سه سال از دهنه زدن در سوند ۷۶ درصد گزارش شده (۱۳) و میزان بقاء پیوند در سال اول، سوم و پنجم در مکزیک بستری ۷۷ درصد، ۷۳ درصد و ۶۴ درصد بوده است (۱۴). در نرف زباله یکسانه پیوند ۵۵ درصد بوده است (۱۵) و این میزان در استرالیا ۶۱٪ درصد گزارش شده است (۱۶) که بسیار بالاتر از میزان بقاء یکسانه در پیوند اول و دوم در مطالعه فعلی است. انتخابی که بیماران در این مطالعه افراد با سابقه در پیوند بوده‌اند طبیعتاً میزان بقاء در این افراد نسبت به افراد بدون سابقه در پیوند کوتاه‌تر خواهد بود از طریق دیگر سه‌گانه یکبار در پیوند کلیه، احتمال رده مجدد پیوند را افزایش خواهد داد (۱۷). که همین عوامل می‌تواند بکثری میزان بقاء محاسبه شده در این مطالعه نسبت به مطالعات دیگر که افراد با یکبار پیوند مطالعه شده‌اند، باشند.

سن بیمار در میزان بقاء پیوند اول و دوم در این مطالعه تأثیر نداشت. این یافته برخلاف نتیجه برخی از مطالعات می‌باشد که سن بالا به ویژه بالاتر از ۶۰ سال را مخاطر بر در پیوند می‌داند (۱۸). در حالی که در این مطالعه حاضر می‌باشد دامنه سنی کم بیماران نسبت به مطالعات دیگر بر علی رغم افزایش سن بیماران در پیوند دوم نسبت به پیوند بیش از ۸ سال) میزان بقاء در پیوند دوم افزایش داشته که این نتایج آنکه بیماران افزایش شده است (۲۳)

در این مطالعه ۳۶ درصد بیماران در رده سه‌گانه پیوند کلیه زن و ۶۴ درصد مرد بوده‌اند. در مطالعه‌های
LDL خطر نیوست و در تحریک و تحلیل چند متغیر نمی‌شود.
ماه شستن بعد از پیوند به‌عنوان عامل خطر شناسایی شده است. همچنین در تجزیه و تحلیل کلاس کلسیترول و تری‌گلیسرید به‌عنوان عامل خطر جهت رد پیوند نبوده‌اند.
در حالی که در مطالعه‌های که در سال 1996 بر روی بیمار با درصد کلیت انجام شد به‌عنوان مشخص گردید که تری‌گلیسرید عامل مهمی در رد پیوند می‌باشد و در تحلیل جدیدگان رگسیون کلاس اثر LDL مستقل از تری‌گلیسرید بوده است. از انجاییه که متابولیسم لپیدروپروتئین‌ها در ارتباط تناکنش با به‌عنوان می‌توان گفت که در مطالعه عقیل عامل مهمتری در رد LDL پیوند می‌باشد. با این وجود از انجاییه که بیمار LDL مانند دایریالی دارند، بقای پیوند از می‌باشد.
در مطالعه افرادی با فشارخون طبیعی بعده از عمل پیوند اول زمان بقا طولانی‌تری داشته‌اند و در پیوند دوم، افراد با فشارخون طبیعی تا زمان یک‌گام سالم و وضعیت مطلوبی داشته‌اند که این نتایج پیشگویانه زمان بقا طولانی تری بیماران با فشارخون طبیعی است. که مشاهده‌ی دیگر مطالعات می‌باشد (4). پس از پایه‌ریزی از مطالعات با استفاده از تجزیه و تحلیل چند متغیره، اثر فشارخون نمی‌باشد در رد پیوند، مستقل از دیگر علته‌ها از جمله نزدیک بوده است (22). در مطالعه خاصی، در مدل رگسیون کاکس، نوع داروها سرکوب کننده این نوع پیشگویی کننده زمان بقا در پیوند اول و دوم بوده و در طیف‌های مصرف داروها دم دوم سرکوب کننده (سیکلوپریسین، سل سیت و پرندیزولون) موجب بقای طولانی‌تر در بیماران می‌شود که این یافته مشابه تاکید دیگر مطالعات بوده بنا براین مصرف سل سیت در سال‌های اخیر جالگین آژائوپروتئین گردیده است (25-32). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که اگرچه LDL در تجزیه و تحلیل چند متغیره به‌عنوان عامل خطر بوده، اما اثرات آن در ماه سوم بعد از عمل مستقل از دیگر عوامل
References: