

肺移植 1 例

彭品贤 张本固 蔡广振 梁建辉 方丹青 林清文

1996 年 12 月,我们为 1 例重症右肺支气管扩张病人施行了右肺移植。

病人 女,56 岁。咳嗽、气促、反复大咯血 4 年。查体:活动后口唇轻度发绀。痰培养有嗜麦芽假单胞菌生长。X 线胸片、CT 检查示右肺支气管扩张及左肺支气管炎。核素肺通气灌注显像示右肺弥漫性通气功能障碍。肺功能检查结果示用力肺活量(FVC)为 50%,第 1 秒用力呼气量(FEV₁)为 0.30,最大通气量(MVV)为 0.43。显示肺重度阻塞伴中度限制性通气功能障碍。心电图正常,肝、肾功能正常。

供体为 27 岁男性脑死亡者,血型与受体相同,受体 PRA 阴性,受、供体 CDC 阴性,HLA 组织配型有 3 个位点相同,相容性较好。

全麻、双腔气管插管下切除右全肺,按右肺静脉袖—右房、右肺动脉—右肺动脉、右主支气管—右主支气管顺序进行吻合,手术历时 3 小时 25 分。移植后血气明显改善,说明移植肺已有功能。

术后以呼吸机辅助呼吸,第 4 天拔除气管插管,第 5 天重新经鼻气管插管,间断用呼吸机辅助,第 29 天行气管切开。术后基础免疫抑制治疗联合应用环孢素 A、硫唑嘌呤和强的松龙;监测环孢素 A 浓度及白细胞,调整用量。术后第 5、13、24、33 天出现急性排斥反应,连续 3~5 天应用冲击量甲基强的松龙及抗胸腺细胞球蛋白治疗,4 次急性排斥反应都得以控制。术后按药敏试验结果选用多种抗生素,由于病人合并霉菌感染,加用了氟康唑。定期用纤维支气管镜吸痰,抗生素及抗真菌混合液作支气管肺泡灌洗。第 40 天,发现多处皮下紫斑,血小板计数 $7.9 \times 10^9/L$,停用硫唑嘌呤。第 41

天突发抽搐、呕吐,头颅 CT 检查见右侧丘脑区、右额顶部、脑干多发脑出血,并破入脑室系统,形成脑疝,经救治无效,于第 45 天死亡。

讨论 肺部感染是肺移植的严重并发症。本例术后并发肺部细菌及真菌感染,虽选用了多种抗生素及抗真菌药物,仍未能完全控制感染。有作者报道^[1]对于肺部有感染的病人应行双肺移植。肺移植时,供、受体的体重及体表面积差应少于 20kg 或 $0.5m^2$ ^[2]。本例供肺大于受体肺,行右肺移植时,膈肌受肝脏的影响不易下降,肺膨胀受限,影响支气管分泌物引流,加重了肺部感染。

本例发生了 4 次排斥反应。我们采用冲击量免疫抑制剂治疗,均得以缓解。

本例由于肺部感染、急性排斥反应及供肺偏大,导致呼吸道分泌物增多,加之去神经所致的咳嗽反射及下呼吸道清除机制减弱,严重影响了病人的呼吸功能。采用纤维支气管镜吸痰及支气管肺泡灌洗方法,清除呼吸道分泌物,效果较好。虽然感染未能完全控制,但也未急剧恶化,故不是导致死亡的直接原因。

本例死于脑出血,我们认为可能与免疫抑制剂的副作用如血小板减少、出血倾向、血压升高等有密切关系。故在用药时,要作好严密的监控,及时调整剂量,减少并发症的发生。

参考文献

- 1 陈玉平,张志泰,韩玲,等.肺移植治疗肺纤维化一例报告.中华外科杂志 1996,34:25-28.
- 2 赵凤瑞,葛炳生,辛育龄.肺移植现状.中华胸心血管外科杂志,1990,6:241-243.

(1997-06-28 收稿 1998-04-23 修回)

作者单位:510260 广州医学院第二附属医院心胸外科

作者须知

论著及实验研究文章须附中、英文摘要。

摘要必须包括目的、方法、结果(应给出主要数据)、结论四部分,各部分可冠以相应的小标题。采用第三人称撰写,不用“本人”、“作者”等主语。

考虑到我国读者可参考中文原著资料,为节省篇幅,中文摘要可简略些;英文摘要则需相对具体些(400 个实词