

肺移植的新进展

肺移植是成功的和已被认识为末期肺部疾患可选择的治疗手段。临床需要肺移植的疾病有肺气肿, 肺纤维化(包括类肉瘤病), 囊性纤维化, 和肺高压(原发与继发)等, 改进的免疫抑制剂, 细致的外科手术, 和预防方案的制定均使感染性疾病的生存期得以延长。肺移植效果的被接受形成一个长的等待接受新肺人的名单, 不幸供者库很不景气, 许多等候的病人在接收到新肺前常需等待一年以上, 约1/3病人在等待期中死去。

近日发展的供者肺叶切除术曾使供者肺容量增加并减少等待选择的时间, 但重症病人可能不能生活到等待接受尸体肺的时间。有时肾移植所需的器官可成功地从活着的供者得到, 但活着的供者供出肺做移植自开始就遇到广泛的批评, 早期对这种办法的认识包括: 将危险硬加于供者, 害怕增加费用, 及带有强烈感情的协议可能曲解判断等。保证供者及受者最大安全的指南建立后上述各种惧怕已有所减轻, 同时附有不强迫供者, 不使供者有精神社会性质的困难, 使供者享有正常的医疗条件等内容的保证书。迄今已经有60位供者切除的肺叶供给30位受者作肺移植而没有供者死亡, 受者的一年存活率为70%, 与移植尸体肺的病人者一致。

自八十年代中期开始用免疫抑制剂防止移

植的器官排斥主要依靠环孢素, 硫唑嘌呤, 和泼尼松等。尽管用这些治疗, 急性排斥仍然发生, 至少有60%受者发生过一次, 发生时间在移植后1—12周之间。有30%—40%生存较长的受者于移植后8—12个月间发生慢性排斥, 必然出现的慢性排斥是闭塞性毛细支气管炎, 表现为呼吸困难, 胸片清朗, 和进行性气道阻塞, 治疗用皮质类固醇药物, 抗淋巴细胞剂(抗淋巴细胞球蛋白, OKT-3), 或二者同时联用, 细胞毒制剂(如氮甲嘌呤和环磷酰胺)和有时用全淋巴放射照射等用于长期排斥。治疗干预虽对急性排斥有效因而鼓舞了对慢性排斥的处理, 但慢性排斥的预后不好, 特别是没有尽早给予治疗。

两个近日开发的免疫抑制剂似乎有希望。环孢素是一个T-细胞特异性的真菌大环内酯, 自1981年开始应用, 但因其具有的亲脂性质, 其代谢产物稳定在一个油质载体上, 故其吸收是可变的且常不充分, 这些性质常导致血浆浓度不稳定, 造成不适当的免疫抑制作用和较大的移植物丧失或排斥的危险, 新的环孢素微粒体改进了亲水性和有较稳定的吸收及生物利用度, 在正常志愿者和肾, 肝及肺移植患者中研究观察肯定了其疗效, 改进的药物动力学形象, 和较肯定的吸收, 并且病人间差异较少。Tacrolimus是另一个作用与环孢素相似的新药, 在肝, 肾, 和肺移植受者中研究与环孢素为基础的初级免疫抑制作用相比较, 受者较少发生排斥现象, 用于挽救治疗时有肯定的疗效。

敏江译自 West J Med 1996; 164 (5) :439~440

敬告作者: 希望作者来稿不要复写, 字迹要工整, 尤其单位、地址、姓名等, 必须书写清楚, 以免影响稿件录用。谢谢!

——本刊编辑部