

都只能诊断为限制性障碍而没有阻塞证据。

作者又将按呼吸描记法标准诊断为限制性功能障碍的61例与体积描记法诊断进行对照,其中仅27例按体积描记法标准可诊断为限制性障碍,其敏感性为44%。呼吸描记法诊断无限限制性障碍的150例中,仅4例符合体积描记法限制性障碍诊断标准,故根据呼吸描记法标准排除限制性障碍的特异性为97%。

呼吸描记法和体积描记法两者都诊断为限制性功能障碍者共29例,两者都不能诊断限制性障碍者为146例,故两种标准诊断相符总数为175例,符合率为83%(175/211)。

作者结论:以临床和体积描记法诊断限制性功能障碍的病例,如按呼吸描记法FVC减少,FEV_{1.0}/FVC 70%为界限作为诊断限制性障碍的标准,则后者的敏感性为93%,检出或排除限制性障碍的特异性为82%。临床和体积描记法诊断阻塞性障碍的病例中,仅10%在呼吸描记法中显示限制性障碍。体积描记法检出的限制与阻塞混合性障碍虽很少,但呼吸描记法却只能显示限制性障碍,阻塞性障碍均被漏诊。

(翁曼蓉摘 李华德校)

140 原发性肺动脉高压的抗核抗体

[Rich S, et al. JACC 1986; 8(12):1307(英文)]

业已报道,原发性肺动脉高压与自身免疫现象有关,其意义尚不清楚,因为在胶原性血管病时,也出现肺动脉高压,故推测在原发性肺动脉高压和胶原性血管病或自身免疫病之间可能有关。作者对原发性 and 继发性肺动脉高压患者检测了抗核抗体滴度和阳性率,并研究二者是否相关。

受试者包括43例原发性肺动脉高压和16例继发性肺动脉高压患者及20例健康对照者,作者对其临床和血液动力学特点,以及与阳性抗核抗体的关系进行了研究。每例患者都应用了KB细胞底物免疫荧光试验进行了抗核抗体的测定。原发性肺动脉高压滴度1:80以上的抗核抗体阳性率占40%。并且原发性肺动脉高压抗核抗体阳性患者与阴性患者的临床和血液动力学状态并无差别。继发性肺动脉高压患者抗核抗体的阳性率为6%,与正常人群相似。

原发性肺动脉高压患者与合并胶原血管病的原因不明的肺动脉高压患者,在临床、血液动力学、血清学和组织学方面均相似。这提示,某些原发性肺动脉高压患者可能存在肺胶原血管病。在胶原血管病的领域中,根据抗核抗体试验的阳性率,原发性肺动脉高

压介于类风湿性关节炎和硬皮病之间。作者预料免疫抑制剂治疗对这些病人可能有益。

(宁立中摘 苏哲坦校)

141 单侧肺移植应用于肺纤维化

[Cooper JD, et al. N Engl J Med 1986; 314(18): 1140(英文)]

随着免疫抑制剂的应用和外科技术的进步,单侧肺移植用于选择性的晚期肺间质病变具有了可能。本文报告2例肺纤维化所致呼吸衰竭的病人,经单侧肺移植后,肺功能得到很大改善,并分别于术后26个月和14个月仍健康地生存。

例1 男性,58岁。胸片示双侧肺间质性浸润,肺功能呈严重限制型通气障碍和弥散功能减退。诊断为特发性肺纤维化,并经开胸肺活检证实。由于大剂量强的松治疗无效,2年后行右侧肺移植术。手术要点是,行右肺切除术和肺移植术,再经腹腔游离出带血管蒂的网膜瓣,包裹支气管吻合口。免疫抑制剂选用足量的环孢多肽(Cyclosporine)口服,血浆浓度维持在²00μg/L,同时静脉给予硫唑嘌呤(1mg/kg/d)。术后第6天和第16天因低氧血症和右肺浸润,予以机械通气。为了控制排异反应,随即给予冲击量甲基强的松龙(0.5/d×3)及抗淋巴细胞球蛋白。第21天停用硫唑嘌呤改用口服强的松30mg/d,并逐渐减量。术后8个月恢复工作,肺功能改善,FVC由移植前1.6L增至2.4L,FEV₁由1.4L增至1.7L。PaO₂由50mmHg增至83mmHg。26月后仍能正常生活和工作。

例2 女性,35岁,肺功能呈限制型通气障碍,胸片示两肺野显著间质性病变,经支气管肺活检证实为特发性肺纤维化。由于激素治疗无效,7年后进行了左肺移植,手术过程及用药情况同例1。术后第5天出现排异反应,胸片呈进行性肺浸润,经用甲基强的松龙冲击和抗淋巴细胞免疫球蛋白治疗,并予辅助通气,病情得到缓解。6周后PaO₂ 80mmHg,2个月后肺活量较移植前增加了2倍。14个月后仍正常地生活着。

上述二例肺纤维化病人单侧肺移植成功的经验是,肺移植早期用环孢多肽代替皮质类固醇激素作为免疫抑制剂的常规治疗,可减少支气管愈合不良的合并症。但二例都因排异反应使用了甲基强的松龙,故未能完全排除皮质激素的早期应用。同时,用网膜包裹支气管吻合口可以加速供体(Donor)支气管血液循环的恢复,防止吻合口裂开。

(殷小双摘 许广润校)