

病例报告

肺动静脉瘘 6 例手术报告

钟佛添 陈振光 巫国勇 曾 讯

(中山医科大学附属第一医院心脏外科; 广州, 510080)

主题词 动静脉瘘; 肺切除术; 肺疾病

中图分类号 R 654.2

肺动静脉瘘(Pulmonary arteriovenous fistula)是肺内先天性血管畸形。肺动、静脉支在肺内直接交通,形成一个或多个血管瘤样囊腔,流经瘘囊未经氧合的血液直接经肺静脉流至左心,心脏外的右到左分流使动脉血氧降低,产生一系列病理生理改变。本病临床较少见,是一种进行性病变,可引起咯血、血胸、脑血栓等严重并发症,及时诊断和治疗十分重要,现将我院 1978~1993 年经手术及病理证实的 6 例分析报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

男、女各 3 例,年龄 12 个月~58 岁(平均 31.4 岁)。病变部位:右肺 4 例,左肺 2 例。活动后均有不同程度的乏力、气促。反复少量咯血 2 例,每次约 50~150mL。紫绀及杵状指(趾)3 例,胸壁皮肤毛细血管扩张 1 例。胸部相应部位收缩期吹风样血管杂音 3 例。X 线胸片显示:2 例肺纹理增粗,有弥散小片状阴影,肺动脉造影见肺小动静脉广泛扭曲扩张。4 例见密度均匀、边界较清楚的单发(3 例)或多发(1 例)球形或卵圆形阴影。其中 3 例可见与肺门相连斜行走向的索条状影。术前 3 例确诊,另 3 例分别误诊为肺部良性肿瘤、肺癌与肺脓肿。

1.2 手术方法

手术在气管内麻醉下施行,右下肺叶切除 2 例,左下肺叶切除 2 例,右中、下肺叶切除及单纯囊瘘摘除各 1 例,切除标本经病理学检查均符合本病诊断。

2 结果

手术及住院期无死亡,术后恢复良好。术前有紫绀及胸部血管杂音的病例,术后消失。术后 5 例随访 4~19 年,均存活,恢复学习或工作。症状消失,紫绀未见出现,胸部听诊无血管杂音,胸部 X 线拍片未见肺野异常阴影。

3 讨论

肺动静脉瘘多为先天性,少数为胸部创伤、肺结核、血吸虫、放线菌病等引起^[1]。多数学者认为是胚胎发育期中胚叶血管形成不全产生肺动、静脉间短路,出生后受动脉压作用而徐徐扩张、变形以

至形成囊瘘,是一种进行性病变^[2]。进入囊瘘的肺动脉常是 1~2 支,再由 2 支以上肺静脉引出。囊瘘壁极薄,含纤维组织、弹力纤维组织和残余平滑肌,附近肺组织被挤压。本病多发(本组 5/6),也有多发者(本组 1/6);可发生在任何部位,但多在下肺^[3]。多数单发瘘表面为脏层胸膜包盖,突出于肺表面或部分埋藏在肺实质内。病变部位的血不经过肺内血管网,直接经肺静脉进入体循环,致动脉血氧饱和度降低,机体缺氧产生紫绀、气促。由于囊瘘血流缓慢,加之红细胞数升高,血液粘稠度增加,易形成肺血管内小血栓,脱落可产生脑血管栓塞。壁薄的囊瘘易破裂,与支气管或胸膜相通时可致大咯血和血胸^[3]。

典型者有发绀、杵状指(趾)、活动后气促,红细胞及血红蛋白明显增高,胸壁相应部位听到收缩期或连续性血管杂音,本组 3 例有上述典型表现。X 线胸片常见肺内密度均匀、边缘清楚的团块状阴影,有 2~3 条粗大的索条状血管阴影连结肺门与块状阴影。断层片呈典型的“慧星”现象^[3],说明肿块与肺血管的相关性。根据上述表现诊断本病多无困难,但由于本病少见,有发绀者易误诊为先天性紫绀型心脏病,无发绀者有时可和肺结核球、肺部慢性炎症、肺肿瘤等混淆。采用肺动脉造影可以明确诊断,还可发现隐蔽处如心影后的病灶。超选择性肺动脉造影多体位投照,更可清楚显示引流血管、瘤囊形成及其关系。

本病一旦诊断,不论有无症状均应手术治疗,因为即使无症状也会并发出血、脑血栓与脑脓肿而死亡。双侧多囊性瘘或有严重禁忌症者除外。手术切除以尽可能保留肺组织并彻底切除瘘灶为原则,采用楔形、肺段或肺叶切除较普遍,多发性病变不得已亦可做全肺切除。肺表面孤立性瘘可将流入动脉、流出静脉连同瘘灶一起切除,既不损害正常肺组织又避免复发。手术时对胸壁粘连应仔细分离,勿撕破表面囊瘘,以免出血难于控制;肺脏牵拉应轻柔,避免囊瘘向肺内溃破而溺血致死。只要手术切除彻底,无遗漏,愈后甚佳。近年采用经皮穿刺肺动脉栓塞治疗,痛苦小,能缓解症状,提高动脉血氧分压,有一定治疗作用。

参 考 文 献

- 1 张志泰,陈玉平,胡燕生,等.肺动静脉瘘 10 例报告.心肺血管学报,1992,1(11):25
- 2 李翔九,陈巽昭.肺动静脉瘘.中华胸心血管外科杂志,1990,4(6):217
- 3 丁嘉安,曹旋生,张彦树,等.肺动静脉瘘.中华外科杂志,1980,18:33

(1997-12-09 收稿,1998-03-28 修回)