

的理论基础。至于预防乳腺癌发生、发展的工作则更加艰巨,应从基础做起,结合临床,在防治乳腺癌的各有关方面和不同层次上,作出更多的贡献。

• 学术动态 •

著名病理学家 Billingham 教授谈心肺移植病理

1994 年 9 月 8~10 日由《中华外科杂志》、《中华病理学杂志》和北京心肺血管医疗中心、首都医科大学附属安贞医院联合在北京安贞医院举办了中美心肺移植讲习班,约有百余人参加,特邀世界著名病理学家 Margaret. E. Billingham 教授前来讲学。Billingham 教授曾任世界心肺移植学会主席,现任美国科学院院士,英国皇家科学院院士,美国心血管病理学会主席及 Stanford 大学医学院病理科主任。1990 年在她主持的国际心脏移植会上,统一了目前国际采用的心脏移植急性排异反应的病理分级诊断标准。此次讲习班由 Billingham 教授主讲。她首先介绍了国际上心、肺移植的发展史及现状,并详细地讲解了心、肺移植急性排异反应分级的病理诊断标准。强调心脏排异反应的各种无创性检测虽对诊断排异有些帮助,但仍不能替代心内膜活检。她指出在心脏移植前应作一次心内膜活检,以验证是否为移植的适应症。术后 1~24 小时内发生超急性排异,要立即移植另一个心脏或安装心脏辅助装置。术后 1~3 周内心脏可发生缺血、再灌注损伤及升压药物等所致的心肌微小点状坏死,需与排异反应鉴别。移植后远期(1 年后)心脏有肥厚、冠脉血管有硬化病变,她建议称“移植血管疾病”而不要称“粥样硬化”。因前者血管壁为全层向心性增厚,内弹力板完好,血管大小分支均受累,与后者截然不同,故不能统称粥样硬化。并阐述了体液排异反应需要用免疫荧光法的重要性。另外移植术后的感染与排异鉴别非常重要,若有巨细胞病毒感染则死亡率极高,而排异处理得当,则存活率很高。

在肺移植时,术前应了解受体有无活动性感染及肿瘤。术后监测时需要仔细观察肺活检切片,若很快发生淋巴性支气管炎,可能为术中保存组织和手术操作刺激引起缺血所致,若血管周围有明显水肿,则为淋巴系统被切断造成,均非排异反应,应注意区别。如疑有感染可作原位杂交, Giemsa 或银染色来鉴定感染的菌类。绝大部分慢性排异的闭塞性支气管炎在一年内发

生,与巨细胞病毒感染及去神经有关,与排异无关。用免疫抑制剂治疗可延缓发生,若已经发生需再次移植。心肺联合移植时,因肺排异反应重,故不能用心内膜活检来监测肺排异,需要做肺活检。心、肺的取材的部位均很重要。肺组织活检必须取得深,得到真正的肺组织,最好是根据 X 线片取到病灶处。Stanford 大学要求一定要取到中、下叶肺组织。她介绍了 Stanford 大学采用的一种由颈内静脉插入,较短的心肌活检钳,使得心脏移植术后门诊病人无需住院,休息 2 小时即可返家。心内膜活检多愿取室间隔部位,因间隔壁厚、避免穿透。心、肺移植活检在显微镜下均需小心辨认取材部分是否已到位,以避免误诊。活检钳以 9 号为宜。取材的块数,心、肺均不少于 4 块,块数越少假阴性率越高。另需有组织块作电镜、免疫组化、PCR、DNA 和微量元素检测。切片需薄($4\mu\text{m}\sim 6\mu\text{m}$),应切 3 个水平的连续切片,作 HE、Masson's、六胺银染色。诊断时要参考临床资料;如年龄、过敏史,有无特殊治疗(如安起博器)等以助诊断。Billingham 教授还专门讲解了非移植的各种心肌活检,如各种心肌炎、心肌病、右室发育不全等的诊断、注意事项及鉴别要点,成人和儿童心肌活检所表现的不同点等等。

最后, Billingham 教授提到病理学家在器官移植中的作用非常重要。在移植前检查,为临床提供信息,以保证手术的成功;移植后监测排异反应,使病人得到及时治疗,提高存活率及存活质量;作进一步的研究工作,使器官移植水平得到提高。

此外,安贞医院心、肺外科专家陈宝田及陈玉平两位教授分别介绍了年初去美国 Pittsburgh 大学医疗中心考察学习心、肺移植的体会,重点阐述了适应症的选择,移植的时机,技术的操作,存在的问题和困难。

(白逸秋 张慧信整理)

(收稿:1994-10-06)

(本文编辑:霍临明)