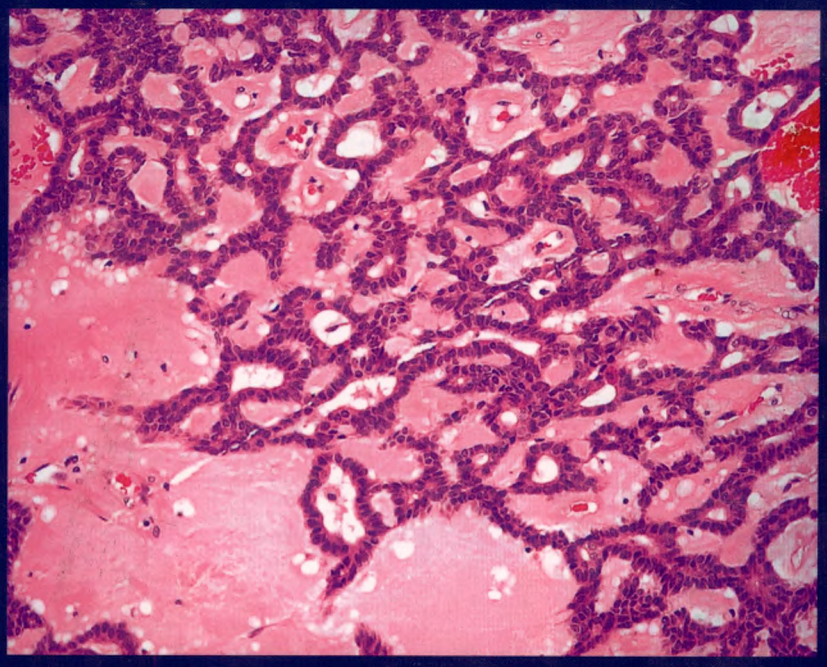
第9版

ROSAI & ACKERMAN

外科病理学

原著 Juan Rosai

主译 回允中



上卷

北京大学医学出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

ROSAI & ACKERMAN

外科病理学

第9版

注　意

医学在不断进步。虽然有关安全问题的注意事项必须遵守，但是由于新的研究和临床经验在不断拓宽我们的知识，在治疗和用药方面做出某些改变也许是必需的或适宜的。建议读者核对所开每种药品生产厂商的最新产品信息，确认推荐剂量、服药方法与时间及禁忌证。决定患者服药剂量和最佳治疗方式的责任在实施治疗的医师，即有赖于其个人经验和对每位患者的了解。出版商和著者对于因本出版物而引起的任何人身或财产损伤和(或)损失，均不承担任何责任。

出版者

ROSAI & ACKERMAN

外科病理学

原著　Juan Rosai

主译　回允中

第9版

上卷

北京大学医学出版社

Peking University Medical Press

ROSAI AND ACKERMAN'S Surgical Pathology, ninth edition
Juan Rosai
ISBN: 0-323-01342-2
Copyright © 2004 by Elsevier. All rights reserved.

Authorized translation from English language edition published by the Proprietor.
ISBN: 981-259-179-6

Copyright © 2006 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd
3 Killiney Road, #08-01 Winsland House I, Singapore 239519
Tel: (65) 6349-0200, Fax: (65) 6733-1817

First Published 2006
2006 年初版

Printed in China by Peking University Medical Press under special agreement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由北京大学医学出版社和 Elsevier (Singapore) Pte Ltd 在中国大陆境内合作出版。本版仅限在中国境内(不包括香港特别行政区及台湾)出版及标价销售。未经许可之出口，是为违反著作权法，将受法律之制裁。

北京市版权局著作权合同登记号：01-2004-5929

ROSAI & ACKERMAN WAIKE BINGLIXUE

图书在版编目（CIP）数据

ROSAI & ACKERMAN 外科病理学：第 9 版/（美）罗塞（Rosai, J.）原著；回允中主译.
—北京：北京大学医学出版社，2006.1
书名原文：Rosai and Ackerman's Surgical Pathology
ISBN 7-81071-727-8

Ⅰ. 外... Ⅱ. ①罗...②回... Ⅲ. 外科学：病理学 Ⅳ. R602

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2005）第 131234 号

ROSAI & ACKERMAN 外科病理学

主　　译：回允中
出版发行：北京大学医学出版社（电话：010-82802230）
地　　址：（100083）北京市海淀区学院路 38 号　北京大学医学部院内
网　　址：http：//www.pumpress.com.cn
E - mail：booksale@bjmu.edu.cn
印　　刷：北京圣彩虹制版印刷技术有限公司
经　　销：新华书店
责任编辑：马联华　朱丽虹　吕 朱　　**责任校对**：杜 悦　　**责任印制**：郭桂兰
开　　本：889mm × 1194mm　1/16　　**印张**：97.5　　**字数**：2843 千字
版　　次：2006 年 3 月第 1 版　2006 年 3 月第 1 次印刷
书　　号：ISBN 7-81071-727-8/R·727
定　　价：1750.00 元（上、下卷）
版权所有，违者必究
（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目　录

译者前言 vii

第 9 版著者前言 ix

第 1 版著者前言 xi

其他著者名单 xiii

译者名单 xv

上卷

1 绪　言 1

2 外科病理学大体标本检查技术 25

3 外科病理学的特殊技术 37

4 皮　肤 93

皮肤病 93

肿瘤和瘤样病变 130

5 口腔和口咽 247

6 下颌骨和上颌骨 279

7 呼吸道 305

鼻腔、副鼻窦和鼻咽 305

喉和气管 335

肺和胸膜 359

8 纵　隔 459

9 甲状腺 515

10 甲状旁腺 595

11 胃肠道 615

食管 615

胃 648

小肠 712

阑尾 757

大肠 776

肛门 856

12 大小涎腺 873

13 肝 917

非肿瘤性疾病 917

肿瘤和瘤样病变 992

14 胆囊和肝外胆管 1035

15 胰腺和壶腹周围部 1061

16 肾上腺及其他副神经节 1115

17 泌尿道 1163

肾、肾盂和输尿管 1163

膀胱 1317

18 男性生殖系统 1361

前列腺和精囊 1361

睾丸 1412

睾丸附件 1457

阴茎和阴囊 1466

索　引 I1

下卷

19 **女性生殖系统** 1483
外阴 1483
阴道 1508
子宫颈 1523
子宫体 1569
输卵管(包括阔韧带和圆韧带) 1636
卵巢 1649
胎盘 1737

20 **乳 腺** 1763

21 **淋巴结** 1877

22 **脾** 2019

23 **骨 髓** 2047

24 **骨与关节** 2137

25 **软组织** 2237

26 **腹膜、腹膜后间隙及相关结构** 2373

27 **心血管系统** 2417
心脏 2417
动脉 2438
静脉 2455
淋巴管 2458

28 **神经肌肉系统** 2461
中枢神经系统 2461
周围神经 2623
骨骼肌 2663

29 **垂 体** 2683

30 **眼和眼附属器** 2713

31 **耳** 2771

附 录 2783
A 解剖和外科病理学主任协会的指导性文件 2783
B 外科病理学的质量控制和质量保证 2793
C 癌症分期 2801
D 主要肿瘤类型的标准化外科病理学报告 2833
E 最常见的和最重要的外科标本处理原则 2939

索 引 I1

译者前言

《Ackerman外科病理学》被誉为外科病理医师的圣经。作为培训外科病理医师的病理学“教科书”，《Ackerman 外科病理学》自1953 年问世以来，在世界范围内产生了广泛而深远的影响，无数外科病理医师通过阅读她的不同版次和版本而受益匪浅。1999 年，《Ackerman外科病理学》第8版的中文版出版后在国内病理学界也引起颇大反响，众多病理医师爱不释手，在日常病理学实践中常伴在身。

时隔 8 年，书名改为《Rosai & Ackerman 外科病理学》的第9版于2004年出版。全书分为上、下两卷，共 31 章，主要由 Dr. Rosai 一人所著，个别章节(肝、肾、骨髓、神经肌肉系统和垂体)由其他 6 位卓越的病理学家所著。Dr. Rosai 是全球闻名的最受尊敬的病理学家之一，享有病理学界泰斗之誉。为了撰写本书，他倾注了大量的心血，付出了不懈的努力，保证了本书文体和观点的相对一致性，这是常人难以做到的事情。本书书名冠以 Rosai 的名字，当之无愧。

毫无疑问，作为外科病理学的经典巨著，最新的《Rosai & Ackerman 外科病理学》第 9 版仍然是最优秀的外科病理学参考书，她在提高我国病理医师诊断水平方面所能起到的作用将是无法估量的。毋庸置疑，随着时间的推移，会有越来越多的病理学界同仁从中受益。

为了能使最新一版的《Rosai & Ackerman 外科病理学》的中文译本尽早与国内病理医师见面，各位译者齐心协力，不辞辛苦，不失时机地将其译成中文。经过 1 年多的努力，《Rosai & Ackerman 外科病理学》第 9 版的中文版就要与广大读者见面了，在此，我要感谢北京大学医学出版社，感谢诸位译者和编辑，没有大家的通力合作，在这么短的时间内完成这样一部病理学巨著的翻译和出版工作是难以想象的。希望最新的《Rosai & Ackerman外科病理学》中文译本能够进入每一家医院的病理科，成为案头必备的病理学参考书。翻阅“圣经”，有如亲耳聆听 Dr. Rosai 的会诊意见，外科病理医师可以从中领略到“教科书会诊”(textbook consultation)的乐趣。

由于译(校)者水平有限，中文译本缺点和错误在所难免，敬请读者批评指正。

回允中

2005 年 11 月

第9版著者前言

这一版和上一版之间8年过去了，8年间外科病理学实践发生了重大变化。免疫组织化学取得了长足的进展，其对病理学实践已经成为必不可少的辅助手段。从来没有哪一种技术像免疫组织化学那样如此改变了外科病理学的实践方式。在新一代病理医师看来，应用某些抗体进行免疫组织化学染色是理所当然的事，殊不知就在30年前，即使有名望的病理医师也得不到这些抗体，他们的所有诊断和对组织发生方面的考虑只能基于H.E.染色切片上见到的生长方式和细胞形态学，偶尔借助于一种或几种特殊染色，但是得到的却是并非很有说服力的结果。

我们现在正处于另一种变革时期，这种变革是由分子遗传学研究所取得的大量新知识应用于外科病理学标本所产生的。无须赘述，分子遗传学这门技术具有巨大的潜力，并且在某些方面已见成效。也许更有益的是反思一下，这些新信息的冲击对新一代病理医师外科病理学实践的影响，以及外科病理学建立所依据的大体和显微镜下传统检查也许正面临逐渐被淡忘的危险。其中有些可能是不可避免的，而且并非都不尽如人意，但是，这些久经考验的检查方法所能够提供的信息是如此丰富而又可靠，人们无法想象任何忽略或忽视它们想法将会导致什么样的后果。基于上述原因，这一版有意收入了许多分子遗传学这门新技术已取得的可靠成果(重点放在临床应用已见成效的成果)，并与病理医师用长期以来非常熟悉的形态学方法得到的结果和结论进行比较。

这个期间发生的另一个重要的变化是有关标准化、管理制度及法律责任方面的需求日渐增加，这个变化促使各种专业学术组织为帮助病理医师适应日渐复杂的体制，制定了一系列指导原则。

此外，这个期间电子信息系统对外科病理学实验室的几乎所有工作产生了重要影响，从某种程度上说，病理学实践已经离不开电脑。

本书所涵盖的内容要适应这个迅速变化和不断扩展的领域是很难的。需要考察的信息量非常之大，即使仅仅考察那些已经证实的或简单重复性的信息，而且外科病理学的细分倾向——每一分支都有其自己的惯例和专门术语——也在加速。总而言之，这些因素都成为编写本书的巨大负荷，以致人们会产生疑问，这是否超出了一本书的承载能力。然而，正如读者看到的，不要问我是如何做到的，新一版《Rosai & Ackerman外科病理学》已经面世，并且再一次主要由一个作者写就，同时作者再次希望，由此造成的有些专门技术的不可避免的缺失能够为一些人所称的“一个人发出的最终的简单声音”所补偿。为了达到这种效果，本版将继续保持务实风格，作者为此付出了不懈的努力，这也是本书的原作者Dr. Lauren V. Ackerman (1905 ~ 1993)赋予本书的无与伦比的风格。

显然，外科病理学包涵诸多高度专业化的领域，要保持本书的连贯性不能没有诸多专家的参与。我非常幸运，能够得到这些已列在著者名单上的各位杰出人士的通力合作，他们慷慨地将他们的丰富专业知识贡献给了本书，在此特别表达诚挚的感谢。

一本书经过如此多次的再版，必然会有原来的正文和插图不断被新的正文和插图替换的情形，但是对原创者，我们仍然铭记在心。在诸多以前的作者中，我想提一下Dr. Morton E. Smith(第30章)、Dr. Robert E. Vickers(第6章)及Dr. John Morrow(有关外科病理学中的信息系统和自动化解剖病理学系统模式的部分，第1章)。

我还要感谢我的同仁和助手，他们将他们自己存档或发表的照片材料慷慨地提供给我。下面我要特别

提到几位重要的贡献者，他们是澳大利亚Brisbane的Dr. Robin A. Cooke，佛蒙特州South Berlington的Dr. Robert Erlandson，意大利Brescia的Dr. Fabio Facchetti，西班牙Barcelona的Dr. Pedro J. Grases Galofrè，以及Ms. Loredana Alasio，她是我所在的Milan癌症研究所病理系的细胞技术人员的主管。

我曾参与过本书的几个版本的编写，这些工作是在不同的地方完成的：如第5版在华盛顿大学，第6版在明尼苏达大学，第7版在耶鲁大学，第8版在Memorial Sloan-Kettering癌症中心，而这一版则是在米兰国家癌症研究所编写的。不论在什么地方，我都从我的同仁那里学到了许多知识，并且从中汲取了许多的意见和建议。我非常感谢来自每一个地方的许许多多的病理医师、病理住院医师及病理学研究生，他们默默无闻地为本书做出了许多的贡献。我想其中某些人在本书的一些陈述中将会发现他们自己的观点。

我要再次感谢我的妻子Dr. Maria Luisa Carcangiu对本书所做出的巨大贡献。她参与了本书编写过程中的每一个方面。

Juan Rosai, MD

米兰，2004年

第1版著者前言

对于外科病理学这个庞大学科领域——活者的病理学而言，本书只是一本入门书。本书并不打算在任何方面替代普通病理学教科书，其目的是作为它们的补充，在假定读者已学习过这类教科书或已有一定基础的前提下编写而成。本书内容并不那么全面，因为本书重点是放在常见疾病而不是罕见疾病上，而且在很大程度上是基于作者的个人经验。

本书既是为医学生而写，也是为那些日常工作与外科病理学有密切联系的医师而写。后者不仅包括外科医师和病理医师，而且还包括那些在其他一些领域工作的且其决策受到病理报告影响的医师，如放射科医师及内科医师。本书运用将大体所见与临床观察联系起来的做法，始终强调大体病理学检查的重要性。多数插图选自各种典型外科疾病，虽然少数情况下，作者止不住也选用了一些自己遇到的很有意思的罕见疾病的照片。每章结束部分均引入参考文献，不仅列出了相对近期且易得到的文献，而且还列出了那些可以引导读者详细了解有关题目的文献。

病理学和外科病理学助理教授Dr. Zola K. Cooper写了皮肤一章的一部分，病理学和外科病理学助理教授 Dr. David E. Smith 写了中枢神经系统一章。鉴于他们二位的背景及其目前在这些领域中的责任，他们完全有资格承担他们各自的任务。再此特别致以最诚挚的感谢。

Barnes医院的许多外科同仁有意无意间也为本书的编写工作提供了诸多帮助。这里我要特别感谢外科学副教授 Dr. Charles L. Eckert，他允许我经常不断地向他请教问题，并毫无保留地向我介绍自己的经验。还要感谢接替我做Ellis Fischel州立肿瘤医院病理医师的 Dr. Richard Johnson，他允许我使用那里的所有材料。老兵医院的病理医师 Dr. Franz Leidler 一直以来也都予以通力合作。

我还必须感谢整形外科学助理教授 Dr. H. R. McCarroll，他对骨和关节一章提出了建设性的意见，以及 Dr. C. A. Waldron，他帮助我完成了与口腔相关的几个章节。在给予我特别帮助的其他朋友和同事中，我要特别提到 Dr. Carl E. Lischer, Dr. Eugene M. Bricker，Dr. Heinz Haffner, Dr. Thomas H. Burford，Dr. Carl A. Moyer, Dr. Evarts A. Graham, Dr. Robert Elman, Dr. Edward H. Reinhard，Dr. J. Albert Key, Dr. Glover H. Copher, Dr. Margaret G. Smith 和 Dr. Robert A. Moore。

我们绘图科的Mr. Cramer K. Lewis对我提出的要求总是非常耐心，他的努力和技艺是无与伦比的。负责我们医学图书馆的Miss Marion Murphy和她的助手也不知疲倦地奉献了他们的时间。

由于近来麻醉学、抗生素及术前术后护理的进步，现代外科手术可对不同的器官做根治性部分或全部切除。当今世界要求外科医师勤于思考，要有基础科学的丰富的背景知识，无论化学、生理学，还是病理学。现代外科医师不但要问自己“我能做好这个手术吗?”，而且要问 “这个患者手术以后如何处理?”希望本书也能以某种形式在养成这种态度方面有所贡献。

Lauren V. Ackerman M. D.
圣路易斯，密苏里州

需要全本请访问 www.ertongbook.com

其他著者名单

Chapter 13: Liver (Non-neoplastic diseases)
Valeer J. Desmet, MD PhD
Emeritus Professor of Pathology
Universitair Ziekenhuis St Rafael
Leuven, Belgium

Chapter 17: Kidney (Non-neoplastic diseases)
Nelson G. Ordòñez, MD
Professor of Pathology
The University of Texas M.D.Anderson Cancer Center
Houston, Texas, USA

Chapter 23: Bone Marrow
Richard D. Brunning, MD
Professor Emeritus
Department of Laboratory Medicine and Pathology
University of Minnesota Medical School
Minneapolis, Minnesota, USA

Chapter 28: Central Nervous System
Marc K. Rosenblum, MD
Chairman, Department of Pathology
Memorial Hospital
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center;
Professor of Pathology
Weill Medical College
Cornell University
New York, New York, USA

Chapter 28: Peripheral Nerves; Skeletal Muscle;
Chapter 29: Pituitary Gland
Juan M. Bilbao, MD
Staff Neuropathologist
Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre
North York, Ontario, Canada;
Office of the Chief Coroner for Ontario, Canada;
Associate Professor of Pathology
University of Toronto Medical School
Toronto, Ontario, Canada

Lee Cyn Ang, MBBS, FRCPC, FRCPath
Director of Neuropathology
Department of Pathology
London Health Sciences Centre and
University of Western Ontario
London, Ontario, Canada

译者名单

主　　译　回允中

译(校)者

北京大学人民医院病理科	回允中	阚　秀	戴　林	沈丹华	谢大鹤
	钱利华	廖晓耘	薛卫成	鲍冬梅	陈定宝
	孙昆昆	郑红芳	冯　娟		
北京大学医学部病理学系	廖松林	邹万忠	郑　杰	高子芬	钟延丰
	高冬霞	刘从容	柳剑英	谢志刚	杨邵敏
	贺慧颖	李　玲	李　敏	陆　敏	黄　欣
	董格红	孔秀珍			
北京大学第一医院病理科	李競贤	李　挺	董　颖		
北京大学口腔医院病理科	于世风	李铁军			
北京协和医院病理科	陈　杰	冯瑞娥			
北京宣武医院病理科	徐庆中	宣　琪	汤国才	陈　莉	
首都儿科研究所病理科	邹继珍				

1 绪 言

Introduction

薛卫成 译 回允中 校

历史回顾	1	术中会诊(冰冻切片)	9
外科病理学和病理学家	2	诊断细胞学	12
外科病理学和非病理学家	3	数字病理学和远程病理学	13
外科病理学报告	5	外科病理学的信息系统	14
切片复查和会诊	7	自动化解剖病理学系统的模式	16
组织学诊断的局限性	8	质量评估	19
活体组织检查	9	外科病理学的法律问题	19

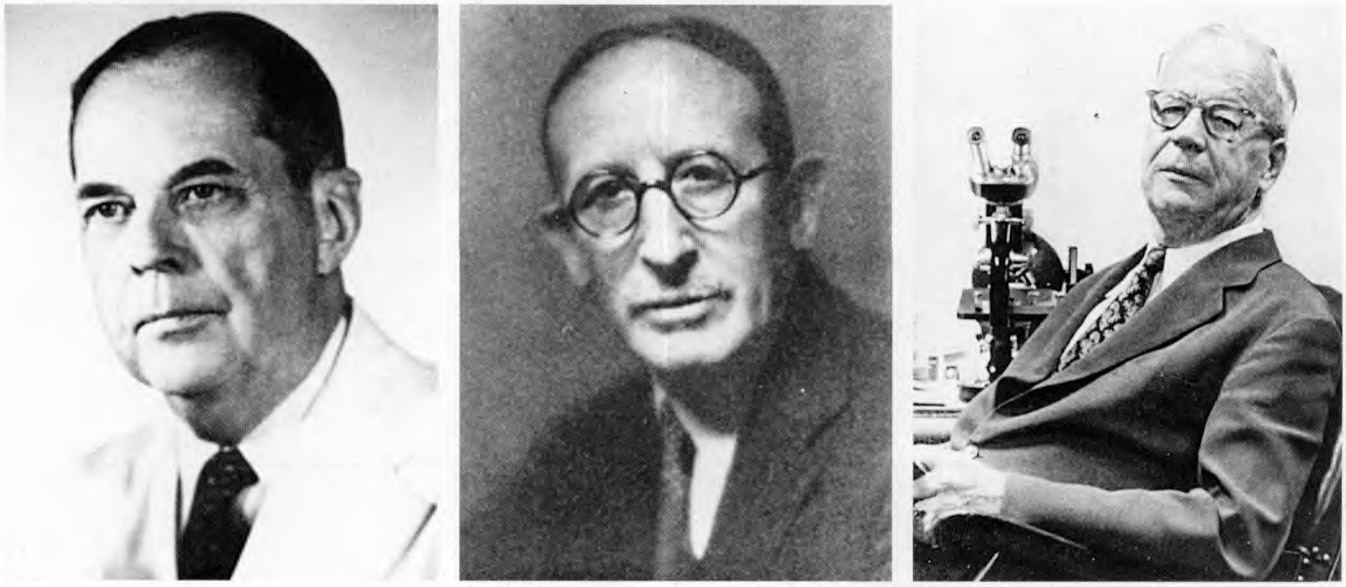
历史回顾 Historical perspective

自从1853年巴黎大学著名的临床外科学教授Velpeau在他发表的有关乳腺疾病的著作中说*：“显微镜的应用对于判断一个已经切除的肿物是否具有癌的性质毫无必要”以来，外科病理学已经走过了漫长的道路。19世纪70年代，柏林大学的Carl Ruge及其同事Johann Veit将手术活体组织检查作为一种基本的诊断方法引入[2]。尽管其后出现了诸多争议，但在1889年举行的德国外科学大会上，基尔的外科学教授和著名的军队外科医师Friedrich von Esmarch充分地论证了需要进行广泛致残手术的疑为恶性肿瘤的病例术前必须确立组织学诊断。此后不久，冰冻切片机问世了，冰冻切片诊断加快了人们对这一建议的接受[11]。在美国，最初考虑设立外科病理学专业的人是外科医师和妇科医师[2a, 10a]。据说William S. Halsted是创建Hopkins外科病理学专门科室的第一个美国外科医师，是他使Joseph Colt (“Bloody”) Bloodgood成为第一个成熟的美国外科病理学家[9]。这些开拓性的尝试，最初遇到的是冷漠，偶尔还受到有些学术性病理学机构的嘲讽，但是事实表明获得了巨大成功。在外科病理学专业发展的第二个阶段，这一专业开始由受过病理培训的医师从事，接着这一专业自然而然地，或许也是不可避免地纳入了病理科[8]。由于“外科”病理学家和“普通”病理学家的背景、宗旨和目的不同，这两个学科的结合是缓慢的、复杂的，有时甚至是令人灰心的经过，但这个过程始终是不断进步的。不管怎样，这种结合在智力、逻辑和财力上的益处是显而易见的，对于各方而言都是一种现实可行的选择。

在20世纪的前50年，在诸多对巩固外科病理学专业做出贡献的美国人中，特别受到赏识的人是：纽约城Columbia-Presbyterian医院的Arthur Purdy Stout及他的继任者Raffaele Lattes；纽约城Memorial医院的James Ewing及其继任者Ferd Stewart；Mayo Clinic的Malcolm Dockerty；以及密苏里州圣路易斯Barnes医院的Lauren V. Ackerman[1, 3, 5, 7, 8, 10] (图1.1)。此外，这些人中还必须加上法国和加拿大的Pierre Masson、澳大利亚和英国的Rupert A. Willis的名字[6]。

就著作而言，这一阶段在肿瘤外科病理学(不包括分支学科)领域中最具有影响力的教科书有James

* 引自 Velpeau AALM. Traité des maladies du sein et de la region mammatre. Paris, 1854. Translated into English by Henry M. A treatise on the diseases of the breast and mammary region. London, 1856, pp. 479–480.



A B C D E

图 1.1 美国外科病理学的奠基人。A. Arthur Purdy Stout, M.D.; B. James Ewing, M.D.; C. Fred W. Steward, M.D.; D. Malcolm B. Dockerty, M.D.; E. Lauren V. Ackerman, M.D.。(A 引自 Lattes R. Am J Surg Pathol 1986, 10[Suppl 1]:4-5; B 引自 Stewart F, Arch Pathol 1943, 36: 325-330; C 引自 Stout AP, Cancer 1961, 14: 卷首插图；D 承蒙 Dr. Lewis B. Woolner 允许)

Ewing的《肿瘤性疾病》(Neoplastic Diseases)(1919)，Pierre Masson的《肿瘤》(Tumeurs)和《诊断组织学》(Diagnostic Histologiques)(1923)，Arthur Purdy Stout的《人类癌症》(Human Cancer)(1932)，Rupert A. Willis的《肿瘤病理学》(Pathology of Tumors)(1948)，Lauren V. Ackerman的《外科病理学》(Surgical Pathology)(1953)，以及始于1949年的著名的《肿瘤病理学图谱》(Atlas of Tumor Pathology)汇编。《肿瘤病理学图谱》汇编俗称军队病理学会丛书(A.F.I.P. Fascicles)，现在出版的已经是它的第四个系列；这套图书对外科病理学学科在全世界的建立，可能比其他任何书籍的贡献都更大，因为它涵盖广泛，作者具有专长，而且每册图书的价格低廉。荣誉归于军队病理学学会(一个正在经受着可怕的财政困难的机构)，他们在这个方面做出了巨大的贡献，更不用说他们在20世纪的大部分时间内进行过的富有声望和慷慨的会诊及其他学术活动[4]。

外科病理学和病理学家 Surgical pathology and the pathologist

本书的创始人Dr. Lauren V. Ackerman用熟练的语言描写了外科病理学的基本特点。在50年以后的今

天，这些特点基本没有改变，因此逐字重复他在本书早年版本中有关这一方面的评论仍然是恰当的：

一个大的医学中心的病理系应该有与临床和外科学系密切相关的外科病理学科室。外科病理学含有外科的意思，但是现代外科病理学家却与许多医学分支均有密切的关系。包括所有的外科学专业、内科学、皮肤病学、神经病学、放射诊断学、放射治疗学及医学肿瘤学。虽然放射学研究的是影像，而病理学研究的是实物，但是将影像与实物联系起来却能提高放射学家的诊断水平，解释放射学诊断中出现的错误，以及逐渐形成谦逊而不是教条的作风。放射治疗学家和肿瘤医学学家也能从外科病理学的研究中学到许多东西，特别是放射治疗的敏感性和肿瘤组织学分类之间的关系，以及放射治疗对正常组织的影响。另外，通过研究外科标本还能明确解释放射治疗是成功还是失败。

外科病理医师具有填补疾病开始及其终末阶段之间这一空白的极好的机会，而且应该充分利用这种机会。只有通过尸体解剖奠定了坚实的基础之后，才能做到这一点。因为尸体解剖能够清楚地显示癌和其他疾病的损害。有了这样的背景，才能把在外科病理实验室见到的来自患者身上的标本与疾病的初始阶段联系起来，并对学科发展做出重要的贡献。由于与临床所见密切相关，病理解剖学仍然是一门活生生的学科。

由于所提供的材料处于非常原始的状态，所以外科病理医师难免会出现一些错误。他见到的可能是霍奇金病最早期而且有时甚至是令人迷惑不解的改变。他可能认识不到淋巴结轻微的肉芽肿性反应恰恰就是组织胞浆菌病的一种外周表现。对于没有确立诊断的患者，进行随访是绝对必要的。时间常常是一个最好的诊断医师。

外科病理医师不仅必须完全了解自己的领域，而且还必须具有丰富的临床医学背景。他需要理解临床医师的要求并做出相应的反应。他必须能够就所收到的活检或切除标本向临床医师提出意见。对于外科病理医师来说，仅仅说出病变是良性的还是恶性的是不够的。他必须能够告诉外科医师疾病的范围，恶性肿瘤的分级，切除是否充分，以及其他一些相关的信息。他还应该能够提出是否需要进行另外的治疗，并给出有关疾病预后的信息。他应该经常与临床医师保持联系，并且开展与临床各科之间的讨论。医学发展过程中出现的问题日趋复杂，必然导致外科病理学的分化。无疑，对于某些病例，临床医师最好求助于具有某一领域专业知识并完全了解其病理所见之临床意义的病理医师。血液病理学、肾病理学，神经病理学及皮肤病理学是这种专业分化的最好例证。

呈指数增长的知识和尖端技术越来越多地应用到病理学的研究中，这就格外需要专业分化，起码在学术机构是这样。一个明显的例子是没有高度专业化人员的努力，很难想像血液病理学在过去30年间能够取得如此明显的进步[12]。

外科病理学和非病理学家 Surgical pathology and the nonpathologist

就其本质而言，外科病理学必须依赖于完全了解这一专业潜力和局限性的临床医师和外科医师的介入。临床医师和外科医师应该知道，镜下诊断是一个主观的评价，只有当病理医师全面掌握了必要的临床资料、手术所见及手术种类时，镜下诊断才具有完整的意义。病理学检查申请单最好由熟悉这个病例的医师亲自填写，而这项工作常常被委托给医学生、护士或进行活体组织检查的外科住院医师去做了。病理医师可能遇到的最不高兴而且可能存在危险的情况之一是，有时申请单上缺少足够的临床资料[15]。我并不是强调要详尽叙述患者的症状和放射影像所见。我所要讨论的是，一个有肺部结节的患者，却没有提到3年以前曾经切除过大腿的肉瘤，或者送检面部的“瘢痕组织”，却不提是来自于纤维组织增生性黑色素瘤的第四次复发。这种疏忽造成的医疗、经济和法律上的后果可能是严重的，就算应用免疫组织化学染色或者计算机程序也不能保护病理医师和患者免受其害。对于某些分支专业，如果临床资料不充分(包括皮肤病的临床鉴别诊断)，不论是无知还是疏忽，都将导致一个不充分(或者起码是不全面)的病理学解释。

临床医师要了解什么是外科病理学及如何更好地利用外科病理学的最好途径之一是，在住院医师期间能在外科病理全时轮转一段时间。我们已经发现，这种实践对建立外科医师和病理医师之间的和睦关系具有重要意义。在这种短期的轮转中，当然不是要求外科医师学习成为病理医师，而是能够更好地感受外科病理医师能够做什么，不能够做什么，以及从外科病

理学中可以获得多少益处。可惜的是，近年来由于受训练的人数不足，加之临床需求增加，这种轮转难以实行。

再一次引用Dr. Ackerman在本书早年版本中的一段话：

> 一个好的外科医师不仅要有熟练的技术(一种相当普遍的论调)，更重要的是要有良好的判断能力并且关心患者的健康。对疾病的病理学具有明确见解和清楚概念的外科医师，就是一个具有良好判断能力的外科医师。没有这种知识背景的外科医师，既认不出手术时特殊的病理学改变，又对其知识的局限性缺乏清楚的概念，因此也就不知道什么时候应该求得病理医师的帮助。缺乏病理学基本知识的外科医师其技术能力可以提高，但其判断能力却不可能提高。人们也许会说，消除这种人的无知胜过增加他们的知识。

不幸的是，在病理学的一些特殊领域(特别是皮肤病学、妇科学和胃肠病理学)仍然存在着一些方面的争论，这些争论包括组织学切片应该由谁来诊断，以及这些专业病理实验室应该设置在哪一科。诚然，确有个别并非经过病理训练的医师在他们各自感兴趣的领域对病理学做出了重要的贡献，然而有许多理由说明，临床医师成为他们自己专业的病理医师是不可取的。对于临床医师来说，具有一些病理学知识固然重要，但是一个临床医师不可能或者很难既是有资格的临床医师又是熟练的病理医师，正如外科病理医师认为自己能做手术，并且可以将手术作为一种副业是没有道理的一样。另外一个理由是，切片的客观评估并不具有原则性，因为人们总是在有意无意地迎合自己的诊断。此外，由于这是一种自我安排的工作，就有经济上的刺激去做较多而不是较少的组织学检查。这种状况可与非放射学医师进行放射学检查相比，拥有一台X线机的非放射学医师应用X线检查患者的平均数是他的同事委托给放射学医师进行X线检查的2倍[13]。

人体疾病的形态学结构基本上具有一致性，当疾病发生在不同的器官系统时，只有熟悉这些形态结构的人，才能做出正确的评价。只有从总体上去理解疾病的病理学，才能完全领会一个特定器官的疾病表现。这是一个临床医师为什么不能期望与外科病理学某些小的分支进行充分交流的主要原因。疾病远非仅仅局限于一个解剖系统。

人们应该知道，美国的趋势是明显地朝向将本来属于病理系的归还给病理系。值得注意的是，这种趋势的形成主要是由经济因素而不是学术因素驱动的。实际上，一个属于临床科室的亚科病理学实验室回到病理系的可能性似乎与这个实验室所创造的收益成反比。不管怎样，医学已经变得过于复杂，以致应用文艺复兴时期的方法无法处理一些医学上的问题。妇科医师包揽检查患者，阅读X线照片，参加手术，显微镜下检查手术标本及给予放射治疗的时代已经结束了。

就病理学所关心的问题而言，经济因素可能促进了这一过程。经济因素在医学实践过程中起着日益重要的作用。现代学术机构病理系的实验室不再是仅仅拥有一个组织处理机、一个石蜡烤箱、一组试剂和一台显微镜的实验室。它需要进行电子显微镜、酶组织化学、免疫组织化学及分子生物学检查技术所需要的一些设备。一个医学中心的每一个主要临床和外科系均拥有这些昂贵而又复杂的设备，从经济上看这种重复拥有的现象是不尽合理的，医院管理人员和第三方付款人已经注意到了这一事实。进行组织学切片诊断的病理医师不应归入临床科室的另外一个理由是，只有保持病理医师的独立性才能毫无偏见地发挥其作用。病理医师应该能够自由地与临床医师讨论有关进行活检、冰冻切片或者手术操作指征等问题。组织委员会及其所履行的重要质量控制职责主要依赖于病理医师特有的权力，在不受任何干扰的情况下提出事实和问题。

就这一点公平而言，上面提到的许多问题都是由我们自己造成的。临床医师开始充当病理医师角色并在自己科内建立小的病理实验室的主要原因之一是，许多病理科不能或不愿意提供满足临床医师正当要求的服务。过去，对从患者身上取下的组织进行诊断常常委托给住院医师，从病理科发出的报告不仅时间上有延误，而且也经常仅仅能够提示组织是良性的或是恶性的。这些情况有时迫使临床医师控制外科病理学的某些分支。在这种情况下，临床医师的诊断和建议往往优于那些具有经验但是缺乏兴趣的病理医师的诊断和建议。所幸的是，这种局面已经有了根本的改变，然而也没有因此而沾沾自喜的必要。当代病理医师的

需要全本请访问 www.ertongbook.com