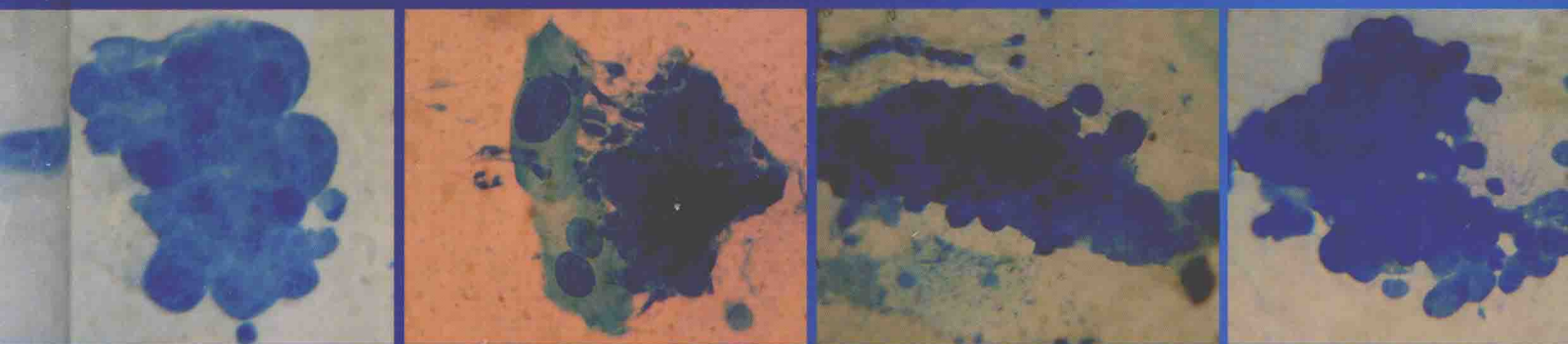


肺癌 细胞病理学 抗酸染色图谱



FEI AI XIBAO BING LI XUE
KANG SUAN RAN SE TU PU

名誉主编 ◎ 苗建军
主 编 ◎ 韩树俊 陈继理



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

肺癌细胞病理学 抗酸染色图谱

名誉主编 苗建军

主 编 韩树俊 陈继理

 科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

肺癌细胞病理学抗酸染色图谱 / 韩树俊, 陈继理主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2014.2
ISBN 978-7-5023-8632-0

I. ①肺… II. ①韩… ②陈… III. ①肺癌—癌细胞—病理学—抗酸性染色—图谱
IV. ①R734.202-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 009552 号

肺癌细胞病理学抗酸染色图谱

策划编辑: 薛士滨 责任编辑: 薛士滨 责任校对: 张咧咪 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 <http://www.stdp.com.cn>
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京金其乐彩色印刷有限公司
版 次 2014 年 2 月第 1 版 2014 年 2 月第 1 次印刷
开 本 889×1194 1/16
字 数 200千
印 张 9
书 号 ISBN 978-7-5023-8632-0
定 价 98.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

肺癌细胞病理学抗酸染色图谱

名誉主编 苗建军

主 编 韩树俊 陈继理

副 主 编 杨永辉 李学民 吝守杰 吕怀智 严金海
朱桂云

编 委 (以姓氏笔画为序)

马宝红 王世合 王伟鹏 井菊兰 刘 岩

李书林 李爱芳 杨文清 杨新生 宋巧云

杜庆林 陈 彦 陈少鹏 陈延新 张文平

张红香 何 政 赵贵生 候军奎 胡爱军

谢丰勇 暴志芹

编写单位：河北省磁县医院

序

在我国肺癌已经成为发病率最高的恶性肿瘤，而且发病率越来越高。令人担忧的是，近年肺结核也有抬头之势。目前，肺癌及肺结核都是各级医疗部门要重点防治的疾病。

查痰诊断肺结核仍是世界卫生组织提倡的主要方式，痰查癌细胞用以早期发现肺癌也是十分普遍。只要对咳嗽、咳痰超过两周或有血痰或肺部有异常阴影的患者及时查痰，就可使一部分早期肺癌病人得以早期发现。

磁县医院和磁县疾病预防控制中心密切合作，经多年研究，大胆创新，探索出利用抗酸染色痰涂片同时查肺癌细胞和抗酸杆菌的方法，实现了脱落细胞学检查和细菌学检查的完美结合。

由于肺癌和肺结核早期症状相似，一般检查难以有效鉴别。利用抗酸染色进行痰涂片检查，既可早期发现肺癌及肺结核，又可解决肺癌与肺结核的鉴别诊断，事半功倍，大大减轻了患者的经济负担，确实是一个很好的方法。

通过查痰找癌细胞，病人无痛苦，取材方便、可反复检查，费用低廉，准确性高，病人容易配合，具有较高的临床实用价值。

抗酸染色查癌细胞方法简便，易于掌握，特别适用于在基层医疗机构广泛开展肺癌的筛查工作，有利于肺癌的群防群治。

这本《肺癌细胞病理学抗酸染色图谱》详细介绍了痰涂片查癌细胞的检查方法及注意事项，并提供了大量的实景显微照片，图文并茂，确实是一本很好的参考书，值得卫生行政管理部门的领导，广大肺癌、肺结核防治人员及相关医务工作者一读。

河北医科大学第四医院癌检诊中心



2013年11月

前 言

我国对全国 30 个省、直辖市、自治区进行的普查资料显示，中国人男性肺癌年龄标准化发病率为 27.2/10 万，女性肺癌年龄标准化发病率为 16.7/10 万。分别占男性和女性各种癌症发病率的 13.15% 和 7.3%。其高发地区为东北、沿海地区以及各大中心城市。从我国近年来城乡前 10 位恶性肿瘤构成来看，肺癌已代替肝癌成为我国首位恶性肿瘤死亡原因，占全部恶性肿瘤死亡的 22.7%。且发病率和死亡率仍在继续迅速上升。根据卫生部全国肿瘤防治办公室提供的资料显示，自 2000 年—2005 年间，中国肺癌的发病人数估计增加 12 万人，其中，男性肺癌病人从 2000 年的 26 万人增加到 2005 年的 33 万人，同期女性肺癌患者从 12 万人增加到 17 万人。目前我国肺癌发病率每年增长 26.9%，如不及时采取有效控制措施，预计到 2025 年，我国肺癌病人将达到 100 万，成为世界第一肺癌大国。肺癌是常见病、多发病，也是慢性病。肺癌已成为严重危害人类身体健康的疾病，不仅是严重的公共健康问题，同时也成为严重的社会问题。搞好肺癌的早诊、早治工作已刻不容缓。

肺癌的早期症状与肺结核的早期症状有很多相似之处，容易造成误诊误治，二者鉴别诊断存在一定的难度。我们从 2006 年开始，在肺结核病的诊疗过程中，在进行痰涂片抗酸染色查抗酸杆菌的过程中，成功探索出了痰涂片利用抗酸染色同时查抗酸杆菌和肺癌细胞的新方法，这在医学上是一个很好的创新。它比较好的解决了肺癌与肺结核鉴别诊断和肺癌早期发现两大问题，很值得推广应用。

由于痰涂片利用抗酸染色查肺癌细胞方法的推出，便引申出肺癌与肺结核共同防治模式，即利用现有的、卓有成效的肺结核防治网络，对人群中凡咳嗽大于两周或有咯血的病人同时筛查肺结核和肺癌，对筛查出的肺结核病人由结核病防治机构给予免费治疗，对筛查出的肺癌病人由专业医疗机构进行治疗。这样就可以以最小的投入取得最大的肺癌防治成效。

本书共五章，涉及肺癌的流行病学特征和肺癌的基本知识、痰涂片抗酸染色方法介绍、痰涂片抗酸染色查肺癌细胞的有关问题、肺癌细胞抗酸染色的形态特征、痰涂片中正常细胞和肺癌细胞的典型显微照片。本书还附录了《原发性肺癌诊断》供读者参考应用。本书

所载的显微照片均采用 1000 倍实际视野的大小，便于读者在实际工作中与镜下所见进行对比。本书所载的显微照片是笔者在显微镜上通过数码相机从目镜中直接获取，照片的质量尚有欠缺，但它确实是不可多得的珍贵医学资料。

本书可供广大的肺结核病防治人员、肺癌防治人员、医学院校师生及从事肺癌、肺结核病研究工作的相关人员借鉴和参考。本书为结核病防治机构痰检人员和医疗机构细胞病理学检验人员的必备读物。也可以作为各级相关培训教材使用。阅读本书时，读者要善于反复将正常细胞与肺癌细胞进行比较，认真推敲，找出规律，以增强学习效果。

由于作者的水平有限，探索的时间还很短，所收集的图片类型仍不很全面。因希望本技术尽早与读者见面，并应用于临床，为广大的肺癌和肺结核防治工作者提供参考，成书时间比较仓促。关于本书存在的不足之处，敬请同行赐教纠正。欢迎有志同行共同参与痰涂片利用抗酸染色查肺癌细胞方法的研究，以便共同提高。不足之处有待再版时完善。

编者

2013 年 11 月

目 录

第一章 肺癌防治基本知识	1
第一节 肺癌流行病学特征	1
第二节 肺癌的临床表现及体征	2
第三节 肺癌应该做哪些检查	3
第四节 肺癌的诊断	5
第五节 肺癌的鉴别诊断	6
第六节 肺癌应该如何治疗	7
第七节 肺癌早期发现的重要性	11
第八节 影响肺癌早期发现的错误观念	12
 第二章 痰涂片抗酸染色方法介绍	 14
第一节 痰涂片抗酸染色检查法	14
第二节 痰涂片抗酸染色检查注意事项	17
第三节 痰玻片的保存	18
第四节 液基薄层细胞制片技术简介	18
 第三章 痰涂片抗酸染色查肺癌细胞的相关问题	 21
第一节 痰涂片抗酸染色法查肺癌细胞方法可行性分析	21
第二节 对肺癌肺结核共同防治模式的探讨	25
第三节 痰涂片抗酸染色查肺癌细胞的重点说明	26
第四节 抗酸染色在痰真菌学检查中的应用	28
 第四章 肺癌细胞抗酸染色的形态特征	 29
第一节 正常细胞抗酸染色的形态概述	29



第二节	肺癌细胞抗酸染色的形态特征	31
第三节	脱落细胞学检查的优缺点	35
第四节	抗酸染色与 HE 染色两种方法的比较	35
第五节	肺癌组织病理学检查与细胞病理学检查的比较	36
第五章	痰涂片中抗酸染色正常细胞和肺癌细胞抗酸染色的典型显微照片	38
第一节	痰涂片中抗酸染色正常细胞典型显微照片	38
第二节	痰涂片中抗酸染色杂质与其他生物典型显微照片	38
第三节	痰涂片中抗酸染色肺癌细胞的典型显微照片	39
第四节	抗酸染色其他癌细胞的典型显微照片	40
附	中华人民共和国卫生行业标准——原发性肺癌诊断	43
彩 插		60

第一章

肺癌防治基本知识

第一节 肺癌流行病学特征

肺癌发生于支气管黏膜上皮，亦称支气管肺癌。近半个世纪以来，肺癌的发病率及死亡率均在逐年增加，20 世纪初肺癌还是比较少见的疾病，20 世纪末肺癌已占恶性肿瘤死亡的首位。根据世界卫生组织（WHO）定期公布的资料显示，肺癌的发病和死亡率在各国均呈明显上升的趋势，尤其是工业发达的国家。在许多发达国家肺癌是最常见的恶性肿瘤之一，列男性常见恶性肿瘤的第一位，列女性常见恶性肿瘤的第 2、第 3 位。28 个发达国家公布的调查统计资料显示肺癌已成为恶性肿瘤中最常见的死亡原因。例如美国 1990 年肺癌的新增病例数为 15.4 万人，死亡人数是 14.6 万人，居男性发病率及死亡率的首位。许多国家的研究人员对不同人种、不同地域、不同职业等人群进行了大规模的流行病学调查，获得了许多宝贵的资料，为我们进一步了解肺癌的发生和发展奠定了基础。例如美国得克萨斯州在 1944 年至 1966 年进行了连续 23 年的严密对照研究，观察了 56 个相邻县和 3 个主要民族的癌症发病率，涉及约 400 万人口，占全州总人口的 1/3 左右。由于资料的来源详实可靠，比较全面准确的反映了不同城市、工业区、大海港、农庄，以及不同纬度地区，不同气候带（从温带到热带、亚热带），不同的遗传因素，性别、年龄等诸多因素，是一份难能可贵的科学资料，该研究资料作为发达国家癌症发病研究的缩影及范例。该研究结果显示在美国得克萨斯州 6 个不同地区的男性肺癌标准化发病率总计为 47.6/10 万，其中白人为 53.6/10 万，有色人种为 48.9/10 万，西班牙后裔者为 10.3/10 万。白人和有色人种的男性与女性的肺癌发病率之比接近 6 比 1，而西班牙裔男性与女性的肺癌发病率之比约为 3 比 1，显示出种族之间有明显的差异。在得克萨斯州 Paso 和 Laredo 地区，西班牙裔女性的肺癌发病率几乎 2 倍于白种人女性，而同一地区的西班牙裔男性的肺癌发病率则明显低于白种男性，约为 1 比 2。我国对全国 30 个省、直辖市、自治区进行的普查资料显示，中国人男性肺癌年龄标准化发病率为 27.2/10 万，女性肺癌年龄标准化发病率为 16.7/10 万。分别占男性和女性各种癌症发病率的 13.15 和 7.3%。其高发地区为东北，沿海地区以及各大中心城市。近年来，在全球范围内肺癌的发病率和死亡率呈迅速上

升的趋势。据全国肿瘤防治研究办公室公布的调查资料显示；我国肺癌的死亡率由 70 年代的 7.09/10 万上升到 90 年代初的 17.54/10 万，增加了近 1 倍半；而江苏省近 20 年来肺癌的死亡率上升了 3.67 倍；在抽样调查的 74 个城市里肺癌的死亡率占各种恶性肿瘤死亡率的第一位。上海市从 1960 年至 1976 年间肺癌的发病率从 5.25/10 万增长到 30.7/10 万，上升达 6 倍。北京地区和近郊区主要恶性肿瘤调整死亡率趋势预测中肺癌 1992 年分别为 33.7/10 万及 37.6/10 万，到 2001 年上升到 43.1/10 万及 64.5/10 万，远远超过食管癌、胃癌、肝癌及乳腺癌等主要的常见恶性肿瘤而位居首位，且差距仍在继续扩大。类似情况也出现在上海、广州、天津等各大中心城市和一些老工业区，如鞍山、个旧等。美国癌症协会（ACS）公布的统计数字显示，1992 年美国新增肺癌病人约 16.8 万人，占全部新增肿瘤病人的 14.9%；死于肺癌的病人约 14 万人，占癌症总死亡数的 28.1%。据专家权威的预测，在今后二三十年里肺癌的发病率则将继续急剧上升，并在近阶段内成为中国发病率及死亡率最高的恶性肿瘤。到 2025 年，我国肺癌病人将达到 100 万，成为世界第一肺癌大国。必将成为严重的公共健康问题和严重的社会问题。全国第六次人口普查资料说明了我国的老龄化问题日趋严重，随着老龄化社会的到来，肺癌防治的任务越来越重。

第二节 肺癌的临床表现及体征

（一）临床表现

1. 肺癌早期可无明显症状。当病情发展到一定程度时，常出现以下症状：

- （1）咳嗽，多为刺激性干咳，阵发性呛咳，无痰或少量白黏痰；
- （2）咯血，多为血丝痰或痰中带血，易反复发作；
- （3）胸痛，肺癌如累及壁层胸膜或直接侵犯胸壁时，可以引起该部位持续性疼痛；
- （4）发热，肺癌发热多为持续性低热，迁延反复，多见于阻塞性炎症时；
- （5）胸闷气短，肿瘤在气管内生长直接引起气管狭窄或压迫主支气管，肿瘤转移至胸膜，产生大量胸水时也会造成胸闷气短。

当呼吸道症状超过两周，经治疗不能缓解，尤其是痰中带血、刺激性干咳，或原有的呼吸道症状加重，要高度警惕肺癌存在的可能性。注意上述肺癌的典型症状，对肺癌的早期发现是非常重要的。

2. 当肺癌侵及周围组织或转移时，可出现如下症状：

- （1）癌肿侵犯喉返神经出现声音嘶哑。
- （2）癌肿侵犯上腔静脉，出现面、颈部水肿等上腔静脉梗阻综合征表现。

(3) 癌肿侵犯胸膜引起胸膜腔积液，往往为血性；大量积液可以引起气促。

(4) 癌肿侵犯胸膜及胸壁，可以引起持续剧烈的胸痛。

(5) 上叶尖部肺癌可侵入和压迫位于胸廓入口的器官组织，如第一肋骨、锁骨下动、静脉、臂丛神经、颈交感神经等，产生剧烈胸痛，上肢静脉怒张、水肿、臂痛和上肢运动障碍，同侧上眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷、面部无汗等颈交感神经综合征表现。

(6) 近期出现的头痛、恶心、眩晕或视物不清等神经系统症状和体征应当考虑脑转移的可能。

(7) 持续固定部位的骨痛、血浆碱性磷酸酶或血钙升高应当考虑骨转移的可能。

(8) 右上腹痛、肝肿大、碱性磷酸酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶或胆红素升高应当考虑肝转移的可能。

(9) 皮下转移时可在皮下触及结节。

(10) 血行转移到其他器官可出现转移器官的相应症状。

少数肺癌，由于癌肿产生内分泌物质，临床上呈现非转移性的全身症状：如骨关节综合征（杵状指、关节痛、骨膜增生等）、Cushing 综合征、重症肌无力、男性乳腺增大、多发性肌肉神经痛等肺外症状。这些症状在切除肺癌后可能消失。

（二）体征

1. 多数肺癌患者无明显相关阳性体征。

2. 患者出现原因不明，久治不愈的肺外征象，如杵状指（趾）、非游走性肺性关节疼痛、男性乳腺增生、皮肤黝黑或皮炎、共济失调、静脉炎等。

3. 临床表现高度可疑肺癌的患者，体检发现声带麻痹、上腔静脉梗阻综合征、Horner 征、Pancoast 综合征等提示局部侵犯及转移的可能。

4. 临床表现高度可疑肺癌的患者，体检发现肝肿大伴有结节、皮下结节、锁骨上窝淋巴结肿大等提示远处转移的可能。

第三节 肺癌应该做哪些检查

（一）影像检查

1. 胸部 X 线检查：胸片是早期发现肺癌的一个重要手段，也是术后随访的方法之一。

2. 胸部 CT 检查：胸部 CT 可以进一步验证病变所在的部位和累及范围，也可大致区分其良、恶性，是目前诊断肺癌的重要手段。低剂量螺旋胸部 CT 可以有效地发现早期肺癌，而 CT 引导下经胸肺肿物穿刺活检是重要的获取细胞学、组织学诊断的技术。

3.B 型超声检查：主要用于发现腹部重要器官以及腹腔、腹膜后淋巴结有无转移，也用于双锁骨上窝淋巴结的检查；对于邻近胸壁的肺内病变或胸壁病变，可鉴别其囊、实性及进行超声引导下穿刺活检；超声还常用于胸水抽取定位。

4.MRI 检查：MRI 检查对肺癌的临床分期有一定价值，特别适用于判断脊柱、肋骨以及颅脑有无转移。

5.骨扫描检查：用于判断肺癌骨转移的常规检查。当骨扫描检查提示骨可疑转移时，可对可疑部位进行 MRI 检查验证。

6.PET-CT 检查：不推荐常规使用。在诊断肺癌纵隔淋巴结转移时较 CT 的敏感性、特异性高。

（二）内窥镜检查

1.纤维支气管镜检查：纤维支气管镜检查技术是诊断肺癌最常用的方法，包括纤支镜直视下刷检、活检以及支气管灌洗获取细胞学和组织学诊断。上述几种方法联合应用可以提高检出率。

2.经纤维支气管镜引导透壁穿刺纵隔淋巴结活检术（TBNA）和纤维超声支气管镜引导透壁淋巴结穿刺活检术（EBUS-TBNA）：经纤维支气管镜引导透壁淋巴结穿刺活检有助于治疗前肺癌 TNM 分期的精确 N2 分期。但不作为常规推荐的检查方法，有条件的医院应当积极开展。经纤维超声支气管镜引导透壁淋巴结穿刺活检术（EBUS-TBNA）更能就肺癌 N1 和 N2 的精确病理诊断提供安全可靠的支持。

3.纵隔镜检查：作为确诊肺癌和评估 N 分期的有效方法，是目前临床评价肺癌纵隔淋巴结状态的金标准。尽管 CT、MRI 以及近年应用于临床的 PET-CT 能够对肺癌治疗前的 N 分期提供极有价值的证据，但仍然不能取代纵隔镜的诊断价值。

4.胸腔镜检查：胸腔镜可以准确地进行肺癌诊断和分期，对于经纤维支气管镜和经胸壁肺肿物穿刺针吸活检术（TTNA）等检查方法无法取得病理标本的早期肺癌，尤其是肺部微小结节病变行胸腔镜下病灶切除，即可以明确诊断。对于中晚期肺癌，胸腔镜下可以行淋巴结、胸膜和心包的活检，胸水及心包积液的细胞学检查，为制定全面治疗方案提供可靠依据。

（三）其他检查技术

1.痰细胞学检查：痰细胞学检查是目前诊断肺癌简单方便的无创伤性诊断方法之一，连续三天留取清晨深咳后的痰液进行痰细胞学涂片检查可以获得细胞学的诊断。

2.经胸壁肺内肿物穿刺针吸活检术（TTNA）：TTNA 可以在 CT 或 B 超引导下进行，在诊断周围型肺癌的敏感度和特异性上均较高。

3.胸腔穿刺术：当胸水原因不清时，可以进行胸腔穿刺，以进一步获得细胞学诊断，并可以明确肺癌的分期。

4. 胸膜活检术:当胸水穿刺未发现细胞学阳性结果时,胸膜活检可以提高阳性检出率。

5. 浅表淋巴结活检术:对于肺部占位病变或已明确诊断为肺癌的患者,如果伴有浅表淋巴结肿大,应当常规进行浅表淋巴结活检,以获得病理学诊断,进一步判断肺癌的分期,指导临床治疗。

(四) 血液免疫生化检查

1. 血液生化检查:对于原发性肺癌,目前无特异性血液生化检查。肺癌患者血浆碱性磷酸酶或血钙升高考虑骨转移的可能,血浆碱性磷酸酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶或胆红素升高考虑肝转移的可能。

2. 血液肿瘤标志物检查:目前尚无特异性肺癌标志物应用于临床诊断,故不作为常规检查项目,但有条件的医院可以酌情进行如下检查,作为肺癌评估的参考:

(1) 癌胚抗原(carcinoembryonic antigen,CEA):目前血清中CEA的检查主要用于判断肺癌预后以及对治疗过程的监测。

(2) 神经特异性烯醇化酶(neurone specific enolase,NSE):是小细胞肺癌首选标志物,用于小细胞肺癌的诊断和治疗反应监测。

(3) 细胞角蛋白片段19(cytokeratin fragment,CYFRA21-1):对肺鳞癌诊断的敏感性、特异性有一定参考意义。

(4) 鳞状细胞癌抗原(squamous cell carcinoma antigen,SCC):对肺鳞状细胞癌疗效监测和预后判断有一定价值。

第四节 肺癌的诊断

原发性支气管肺癌的诊断依据包括:症状、体征、X线表现以及痰癌细胞检查(痰检)。诊断工作中,应根据不同情况采取不同步骤。

(一) X线阴性,痰检阴性

1. 凡无症状但具有三大高危因素(男性、年龄 ≥ 45 岁和吸烟 >400 支/年)者应半年进行X线摄片或胸部透视和痰液细胞检查。

2. 凡有咯血或(和)干性呛咳,伴有三大高危因素者应反复进行痰细胞学检查,同时给以规则抗炎治疗;可以考虑作纤维支气管镜检查(纤支镜检)和电视透视。如反复痰检或镜检仍阴性,应每两个月复查一次,坚持一年。

(二) X 线阴性、痰检阳性

1. 排除上呼吸道和食管癌肿。
2. 进行纤支镜检，争取窥及亚段，遇可疑的局部黏膜增厚、粗糙或有血迹，须在该处作刷检、冲洗或穿刺支气管壁黏膜寻找癌细胞。如发现局部有高低不平或粗糙明显，应考虑作咬取活检。
3. 进行电视透视，变动体位，重点注意隐蔽部位小结节灶。
4. 如经以上检查均未能发现病灶，仍应每两个月复查痰液、电透和纤支镜检。也可作 CT 检查，在可疑处作细分层。定期复查持续不少于一年。

(三) X 线阳性、痰检阴性

1. 有段、叶性肺炎或阻塞性肺炎，怀疑为中央型肺癌者应作纤支镜检，包括经纤支镜活检 (TBB)，或选择性支气管造影；并反复加强痰检。
2. 肿块或结节病变应作局部断层片。有条件者可作经纤支镜肺活检 (TBLB)，或经皮肺活检，或抽吸作细胞学诊断。
3. 应连续痰检多次，以免漏诊。
4. 反复痰检仍为阴性，而 X 线高度怀疑肺癌时，应作剖胸探查与冷冻切片活检。

(四) X 线阳性，痰检阳性

1. 积极作手术前准备。
2. 疑有区域淋巴结肿大时，可摄正侧位倾斜分层片。必要时可作 CT。对局限期小细胞肺癌在大医院则应常规采用 CT 和正侧倾斜分层片、肝脏 B 超、骨同位素扫描和骨髓穿刺或活检涂片检查，以利制订治疗方案。

第五节 肺癌的鉴别诊断

1. 良性肿瘤：常见的有肺错构瘤、支气管肺囊肿、巨大淋巴结增生、炎性肌母细胞瘤、硬化性血管瘤、结核瘤、动静脉瘘和肺隔离症等。这些良性病变在影像检查上各有其特点，若与恶性肿瘤不易区别时，应当考虑手术切除。
2. 结核性病变：是肺部疾病中较常见也是最容易与肺癌相混淆的病变。临床上容易误诊误治或延误治疗。对于临床上难于鉴别的病变，应当反复做痰细胞学检查、纤维支气管镜检查及其他辅助检查，直至开胸探查。在明确病理或细胞学诊断前禁忌行放射治疗或化学药物治疗，但可进行诊断性抗结核治疗及密切随访。结核菌素试验阳性不能作为排除

肺癌的指标。癌性空洞易误诊为结核性空洞。肺癌表现为粟粒性病变也易误诊为粟粒性肺结核。痰涂片同时查癌细胞和抗酸杆菌有利于肺癌与结核性病变的鉴别。

3. 肺炎：肺炎一般发病较快，全身症状比较明显，经抗菌治疗后，症状消失和病变吸收也较快。大约有 1/4 的肺癌早期以肺炎的形式出现。对起病缓慢，症状轻微，抗炎治疗效果不佳或反复发生在同一部位的肺炎应当高度警惕有肺癌可能。癌性空洞易误诊为肺脓肿，炎性假瘤易误诊为肺癌。有些弥漫性肺癌病变如肺泡癌易误诊为肺炎。

4. 其他：包括发生在肺部的一些少见，罕见的良、恶性肿瘤，如肺纤维瘤、肺脂肪瘤等，术前往往难以鉴别。肺癌还需与肺部寄生虫病、肺部真菌感染相鉴别。

第六节 肺癌应该如何治疗

肺癌主要有四大基本治疗手段：手术、放疗、化疗及靶向治疗。医生应根据病人情况制定有效地个性化治疗方案。

一、外科治疗

肺癌的治疗方法中，除Ⅲb及Ⅳ期外，应以手术治疗或争取手术治疗为主导，依据不同期别、病理组织类型，酌加放射治疗、化学治疗和免疫治疗的综合治疗。而小细胞肺癌的治疗的指征，方案有待临床实践不断修正完善。小细胞肺癌对放化疗比较敏感。

关于肺癌手术术后的生存期，国内有报道 3 年生存率为 40% ~ 60%；5 年生存率为 22.9% ~ 44.3%，手术死亡率在 3% 以下。

（一）病例选择

具有下列条件者，一般可作为外科治疗的选择对象。

1. 无远处转移 (M_0) 者，包括实质脏器，如肝、脑、肾上腺、骨骼、胸腔外淋巴结等。
2. 癌组织未向胸内邻近脏器或组织侵犯扩散者，如主动脉、上腔静脉、食管和癌性胸液等。
3. 无喉返神经、膈神经麻痹。
4. 无严重心肺功能低下或近期内心绞痛发作者。
5. 无重症肝、肾疾患及严重糖尿病者。

具有以下条件者，一般应慎作手术或需作进一步检查治疗：

- (1) 年迈体衰，心、肺功能欠佳者。

(2) 小细胞肺癌除 I 期外, 宜先行化疗或放疗而后再确定能否手术治疗。

(3) X 线所见除原发灶外, 纵隔亦有几处可疑转移者。

(二) 剖胸探查术指征

凡无手术禁忌征, 明确诊断为肺癌或高度怀疑为肺癌者, 可根据具体情况选择手术方式。若术中发现病变已超出可切除的范围, 但原发癌仍可切除者宜切除原发灶, 这称为减量手术, 但原则上不作全肺切除, 以便术后辅助其他治疗。

(三) 肺癌手术切除的命名与含义

1. 姑息性切除 (P): 凡手术切除时, 胸腔内仍有残存癌 (病理组织学证实), 或手术时认为切除彻底, 如支气管残端肉眼观察正常, 但显微镜下有残存癌细胞者, 称为姑息性切除术。

凡胸腔内有可疑残存癌组织处, 术中一律用金属标记, 以便术后辅以放射治疗。

2. 根治性切除 (R): 根治术是指将原发癌及其转移淋巴结完全切除干净。

肺癌根治术, 不仅要求术者肉眼下达到根治, 更重要的是淋巴结完全清除和支气管残端在显微镜下也无癌细胞残留。为了达到这一目的, 特将肺癌根治术分为如下四个等级。

根 1(R1): 原发癌和 1 站淋巴结切除者。

根 2(R2): 原发癌和 1、2 站淋巴结切除者。

根 3(R3): 原发癌和 1、2、3 站淋巴结切除者。

根 4(R4): 原发癌和 1、2、3、4 站淋巴结切除者。

应该指出的是, 上述四个等级的根治是指手术清除淋巴结的范围, 并不代表根治术后的效果。

(四) 肺癌术式的选择

根据 1985 年肺癌国际分期法, 对 0、I、II 和 III 期的肺癌病例, 凡无手术禁忌证者, 皆可采用手术治疗。手术切除的原则为: 彻底切除原发灶和胸腔内有可能转移的淋巴结, 且尽可能保留正常的肺组织, 全肺切除术宜慎重。

1. 局部切除术: 是指楔形癌块切除和肺段切除, 即对于体积很小的原发癌, 年老体弱肺功能差或癌分化好, 恶性度较低者等, 均可考虑作肺局部切除术。

2. 肺叶切除术: 对于孤立性周围型肺癌局限于一个肺叶内, 无明显淋巴结肿大, 可行肺叶切除术。若癌瘤累及两叶或中间支气管, 可行上、中叶或下、中叶两叶肺切除。

3. 袖状肺叶切除和楔形袖状肺叶切除术: 这种术式多应用于右肺上、中叶肺癌, 如癌瘤位于叶支气管, 且累及叶支气管开口者, 可行袖状肺叶切除; 如未累及叶支气管开口, 可行楔形袖状肺叶切除。