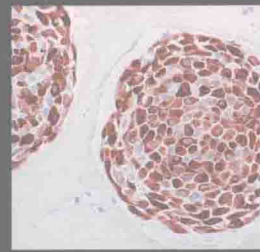
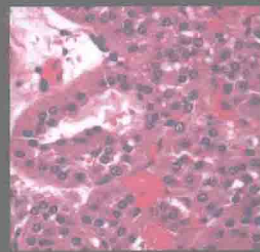
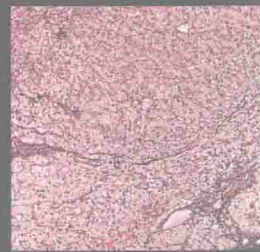
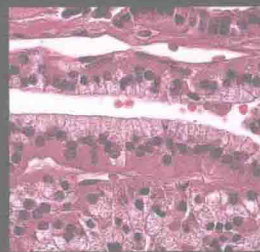
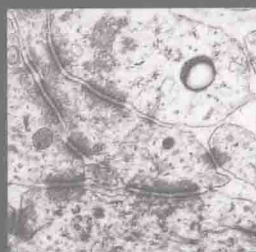
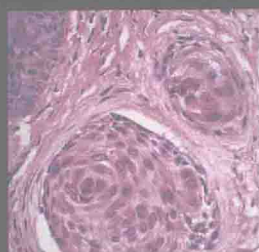


ROSAI & ACKERMAN
外科病理学

第10版 上卷

原著 Juan Rosai
主译 郑杰
副主译 沈丹华 薛卫成



北京大学医学出版社

ROSAI & ACKERMAN

外科病理学

第10版 上卷

原 著 Juan Rosai
主 译 郑 杰
副主译 沈丹华 薛卫成

北京大学医学出版社
Peking University Medical Press

ROSAI & ACKERMAN WAIKE BINGLIXUE

图书在版编目 (CIP) 数据

Rosai & Ackerman 外科病理学 : 第 10 版 / (意) 罗塞 (Rosai, J.) 原著 ; 郑杰主译. —北京 : 北京大学医学出版社, 2014.1

书名原文 : Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, tenth edition

ISBN 978-7-5659-0648-0

I . ① R… II . ①罗… ②郑… III . ①外科学—病理学 IV . ① R602

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 218000 号

北京市版权局著作权合同登记号 : 图字 : 01-2013-8874

Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, Tenth Edition

Juan Rosai

ISBN-13: 978-0-323-06969-4

ISBN-10: 0-323-06969-X

Copyright © 2011, Elsevier Inc. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

3 Killiney Road, #08-01 Winsland House I, Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200, Fax: (65) 6733-1817

First Published 2014

2014年初版

Simplified Chinese translation Copyright © 2014 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd and Peking University Medical Press. All rights reserved.

Published 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与Elsevier (Singapore) Pte Ltd.在中国境内 (不包括香港特别行政区及台湾) 协议出版。本版权仅限在中国境内 (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。

Rosai & Ackerman 外科病理学 (第 10 版) (上卷)

主 译 : 郑 杰

出版发行 : 北京大学医学出版社 (电话 : 010-82802230)

地 址 : (100191) 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 王智敏 责任校对 : 金彤文 责任印制 : 张京生

开 本 : 889 × 1194mm 1/16 印张 : 90.75 字数 : 3315 千字

版 次 : 2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

书 号 : ISBN 978-7-5659-0648-0

定 价 : 1780.00 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)

ROSAI & ACKERMAN

外科病理学

第 10 版

注 意

在医学这个领域中，专业知识和最佳实践是在不断进步的。由于新的研究和试验（实验）在不断拓展我们的知识，我们也有必要在研究方法、专业实践或医学治疗方面不断改进。开业者和研究者必须根据自己的经验和知识来评估和应用本书述及的任何信息、方法、化合物或试验（实验）。在应用这类信息或方法的过程中，他们应该密切关注自己和他人的安全，包括他们负有责任的群体。

至于本书述及的任何药物或药剂，建议读者核对：（1）有关操作方法的最新信息；或（2）每种产品的生产厂商的最新产品信息，以确认推荐的剂量或处方、服用方法和时间以及禁忌证。确定诊断、决定每位患者的最佳服药剂量和最佳治疗方式以及采取适当的安全预防措施是经治医师的责任，这有赖于他（她）们的个人经验和对每一位患者的了解。

在法律允许的范围内，出版商、作者、参著者或编者均不承担任何作为本书产品责任、疏忽或其他以及应用或实施与本书所包含的任何方法、产品、指示或观点相关的人身损伤或财产损失。

出版者

参著者名单

JOHN KC CHAN MD

Consultant Pathologist
Department of Pathology
Queen Elizabeth Hospital
Kowloon, Hong Kong, SAR China

DANIEL A ARBER MD

Professor and Associate Chair (Clinical Services) of Pathology
Department of Pathology
Stanford University
Stanford, CA, USA

RICHARD D BRUNNING MD

Professor Emeritus
Department of Laboratory Medicine and Pathology
University of Minnesota
Minneapolis, MN, USA

VALEER J DESMET MD PHD

Emeritus Professor of Histology and Pathology
Department of Pathology
University Hospital St Rafael
Leuven, Belgium

BK KLEINSCHMIDT-DEMASTERS MD

Professor of Pathology, Neurology and Neurosurgery
Department of Pathology
University of Colorado Health Sciences Center
Denver, CO, USA

NELSON G ORDÓÑEZ MD

Professor of Pathology
Department of Pathology
The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, TX, USA

MARC K ROSENBLUM MD

Chief, Neuropathology and Autopsy Service
Founder's Chair
Department of Pathology
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
Professor of Pathology and Laboratory Medicine
Weill Medical College, Cornell University
New York, NY, USA

GIOVANNI TALLINI MD

Professor of Pathology
Bologna University School of Medicine
Anatomic Pathology-Bellaria Hospital
Bologna, Italy

译者名单

主 译 郑 杰

副主译 沈丹华 薛卫成

译(校)者 (按姓名汉语拼音排序)

北京大学医学部病理学系	常 青	郭丽梅	贺慧颖	黄 欣	李 敏	刘从容
	刘翠苓	刘海静	柳剑英	陆 敏	梅 放	裴 斐
	王 华	王玉湘	谢志刚	徐晓艳	杨邵敏	叶菊香
	张 波	郑丹枫	郑 杰	钟延丰	朱 翔	邹万忠

北京大学人民医院病理科	陈定宝	戴 林	邓志娟	回允中	钱利华	史景丽
	沈丹华	孙昆昆	王功伟	王玲玲	张银丽	

北京大学肿瘤医院病理科	白艳花	时云飞	孙 利	武 莹	薛卫成	
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	--

北京大学第一医院病理科	董 颖	李兢贤	李 挺			
-------------	-----	-----	-----	--	--	--

北京大学口腔医院病理科	李铁军	张建运				
-------------	-----	-----	--	--	--	--

北京大学第三医院皮肤科	陈诗翔					
-------------	-----	--	--	--	--	--

北京同仁医院眼科	郑鹏飞					
----------	-----	--	--	--	--	--

译者前言

《Rosai & Ackerman 外科病理学》第 10 版中文译本在所有译者的共同努力下与读者见面了。首先要对他们的辛勤劳动致以衷心的感谢。

虽然对医学生、临床医生也有借鉴，但本书的主要阅读对象是病理医生。作为一本病理医生的基本外科病理学教科书，本书是不可能面面俱到的。但恰恰由于采取了点面结合、繁简适度的写作技巧，本书的系统性和可读性增加了，具有极高的参考价值。本书体现了作者的聪明和智慧，融入了作者自己对外科病理学精髓的理解和丰富的实践经验。

本版对免疫组织化学和具有诊断价值的分子病理学给予了特别关注。将免疫组织化学和分子病理学标志物引入诊断病理学常规也是时代的要求和发展趋势。

诊断病理学是典型的实践科学。病理医生的成长需要书本知识与有效率的实践的有机结合。在书斋里闭门苦读，不重视实践，或只满足于忙忙碌碌的实践，不注意理论武装，都不能成为一个好的病理医生。感觉到的事物未必就能理解，只有理解了，才能更好地感觉。真诚地希望年轻的病理住院医生能通读一本像《Rosai & Ackerman 外科病理学》这样的经典教科书。

由于翻译时间紧迫，加之译者的学识和实践经验参差不齐，纰漏和错误在所难免，诚挚欢迎批评指正。

郑 杰
2013 年 10 月

著者前言

第10版

本书自上一版出版至今已经过去7年了，在这期间，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，其对于病理学实践已经成为必不可少的辅助技术。或许从来也没有，今后也不会有哪一种技术能像免疫组织化学技术那样改变外科病理学的实践方式。新一代的病理医师已经将进行某些抗体的免疫组织化学染色视为理所当然。殊不知40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都只能基于在苏木素染色切片上见到的生长方式和细胞形态学，并且偶尔只能借助于一种或几种“特殊染色”以得到并非很有说服力的帮助。

现在，我们还处于另一种转变之中，这种转变是由分子遗传学研究取得的大量新知识应用于病理学标本造就的。分子遗传学的潜力以及——在一些方面的——实际应用显然已得到了相当的强调。也许更有益的是应该反思一下，这种新信息的强大冲击对新一代病理医师的外科病理学实践的影响，以及外科病理学所依据的传统的大体和显微镜下检查也许有逐渐被淡忘的危险；这其中有些可能是不可避免的，也可能并非所有这一切都是不为人所乐见的。然而，那些久经考验的检查方法所能提供的信息仍然如此丰富而又可靠，人们无法想象任何忽略或忽视它们的想法。基于这些原因，新的第10版责无旁贷，融入了许多应用分子遗传学新技术取得的可靠成果（重点放在临床应用已见成效的成果），并将它们与病理医师从长期以来得心应手的形态学方法得出的结果和结论进行比较。

John KC Chan 医生承担了大多数篇章的这种艰难的整合使命，他是少数几位能够将非凡的常规病理学知识与分子遗传学的技术原理、可能的应用和潜在的陷阱结合在一起的新型外科病理学家的杰出代表。

在这期间，发生的另一个重要变化是：有关标准化、管理制度和法律责任方面的要求不断增加。这个变化已促使各种病理学组织制定了一系列指导原则，以帮助病理医师适应日渐复杂的体制。

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

要适应这个快速变化和不断扩展的领域并使本书涵盖相关的内容实属不易。需要考察的信息量是如此之大，即使仅仅考察已经证实的信息或明显重复的信息也实属不易；而且，建立外科病理学分科的倾向——每一个分支都有自己的惯例和专门术语——也已加速。总而言之，这些因素都是本书写作的巨大负荷，以至于人们不禁要问，这是否超出了一个人的承受能力。然而，正如读者看到的，不要问我我是如何做到的，新的第10版即将面世了，并且再一次主要是由一位作者写就；作者再次希望，有些专门技术的不可避免的缺失（无论何种原因所致）能够被一些人所称的“一个人发出的最终的简单声音”所补偿。同样，作者继续秉持了务实风格，并为此付出了不懈努力，这也是本书无可匹敌的原作者 Lauren V. Ackerman 医生（1905—1993）赋予本书的风格。

显然，外科病理学包涵很多高度专业化的领域（主要但不局限于非肿瘤领域），要保持本书的连贯性，不能没有其他专家的参与。我非常幸运，得到了诸位杰出专家（已列在参著者名单上）的通力合作。他们把自己的丰富专业知识慷慨地贡献给了本书，在此特别表达诚挚的感谢。

一本书经过多次再版，原来的正文和插图自然会不断更新。在过去版本的几位撰稿作者中，我特别要感谢 Morton E. Smith（第30章）、Robert E. Vickers（第6章）和 John Morrow（有关外科病理学信息系统和自动化解剖

病理学系统模式的部分，第1章）三位医生。

我还要感谢我的许多同仁和助手，他们有的慷慨贡献了自己存档的图片材料，有的指出了本书的不准确、疏漏、重复或印刷错误之处。我要特别感谢下面几位，他们是意大利布雷西亚的 Fabio Facchetti 医生，佛蒙特州南柏林顿的 Robert Erlandson 医生，澳大利亚布里斯班的 Robin A. Cooke 医生，哥斯达黎加圣何塞的 Juan José Segura 医生，西班牙巴塞罗那的 Pedro J. Grases Galofré 医生，意大利圣乔瓦尼罗通多的 Michele Bisceglia 医生，米兰国家癌症研究所前细胞技术主管 Loredana Alasio 女士。我还要感谢意大利蒙萨的 Francesca Bono 医生，她协助制作了第3章中很长的免疫组织化学标志物表。

我所参与的本书不同版本的撰写工作是在不同地方完成的：第5版在华盛顿大学（圣路易斯），第6版在明尼苏达大学（明尼阿波利斯），第7版在耶鲁大学（纽黑文），第8版在 Sloan-Kettering 癌症中心（纽约），第9版在国家癌症研究所（米兰），而第10版是在意大利诊断中心。不论在什么地方，我都从我的同仁那里学到了许多知识，并从他们那里吸取了许多意见和建议。我

非常感谢每一个地方的许许多多的病理医师、病理住院医师和病理学研究生，他们默默无闻地为本书作出了很多贡献。我想他们会在本书的一些陈述中发现他们自己的观点。这些亲爱的同事实在太多了，无法一一列举，在此我提出我最近的两位助手 Tshering Dorji 医生和 Giovanni Fellegara 医生作为他们的代表。

我还要再次感谢我的妻子 Maria Luisa Carcangiu 医生对本书作出的巨大贡献。她参与了本书出版过程中各方面的工作，包括提出无数概念和实践方面的建议，进行了冗长的文字校对和参考文献的双向校对，更不要说她是我许多近乎崩溃时刻的精神支柱。

最后，我要感谢 Armanda Locatelli 夫人，她自始至终都以准确、快捷和极具奉献精神的工作予以协助。

对从事我们这种要求极高、压力十足的美妙职业——外科病理学的朋友们，我衷心希望本书会对你们有所帮助。

Juan Rosai MD
意大利米兰，2011 年

著者前言

第1版

对于外科病理学——活体病理学——这个大的学科领域而言，本书只是一本入门书。从任何角度来说，本书都不企图替代普通的病理学教科书。本书是作为这些教科书的补充而撰写的，读者应该在学习普通教科书之后或已有一定学科基础的前提下阅读本书。本书并不是包罗万象的，因为本书是将重点放在常见病变上而不是放在罕见病变上，而且在很大程度上，本书是基于作者的个人经验撰写的。

本书既是为医学生撰写的，也是为日常工作离不开外科病理学的医师撰写的。后者不仅包括外科医师和病理医师，还包括在其他一些领域工作、其决策受到病理报告影响的医师，如放射科医师和内科医师。本书自始至终强调大体病理学的重要性，运用了将大体所见与临床观察联系起来的做法。本书对大多数病理图片的选择原则是：它们要代表各种外科疾病的典型表现；作者也禁不住选用了一些自己遇到的很有意思的、罕见疾病的图片。本书每章末尾均附有参考文献，不仅列出了相对近期且容易得到的文献，还列出了一些可以引导读者详细了解有关题目的文献。

Zola K. Cooper 医生（病理学和外科病理学助教）撰写了皮肤一章中的一节；David E. Smith 医生（病理学和外科病理学助教）撰写了中枢神经系统一章。鉴于他们的学科背景以及他们目前负责的领域，他们完全有资格承担各自的任务。在此特别致以最诚挚的感谢。

Barnes 医院的许多外科同仁在有意无意间也为本书的撰写工作提供了诸多帮助。在这里，我要特别感谢 Charles L. Eckert 医生（外科学副教授），他允许我经常不断地向他请教问题，并毫无保留地介绍了自己的经验。

还要感谢接替我做 Ellis Fischel 州立肿瘤医院病理医师的 Richard Johnson 医生，他允许我使用那里的所有材料。退伍军人医院病理科的 Franz Leidler 医生也给予了通力合作。

我还必须感谢 H.R. McCarroll 医生（整形外科学助教），他给本书的骨与关节一章提出了许多建设性意见；还要感谢 C.A. Waldron 医生，他帮助我完成了与口腔相关的几节。在给予我特别帮助的其他朋友和同事中，我要特别提到以下诸位医生，他们是 Carl E. Lischer、Eugene M. Bricker、Heinz Haffner、Thomas H. Burford、Carl A. Moyer、Evarts A. Graham、Robert Elman、Edward H. Reinhard、J. Albert Key、Glover H. Copher、Margaret G. Smith 和 Robert A. Moore。

我们制图室的 Cramer K. Lewis 先生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。我们医学图书馆的 Marion Murphy 小姐和她的助手也不知疲倦地奉献了她们的时间。

随着麻醉学、抗生素和术前术后护理领域的进步，对于不同的器官，现代外科学已经可以进行根治性部分或全部切除。当今，人们对外科医师的要求是要有基础科学的丰富背景知识，无论是化学、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？”，而且还要问自己：“这位患者手术以后如何处置？”。希望本书能以某种形式在养成这种态度方面有所贡献。

Lauren V Ackerman MD
美国密苏里州圣路易斯，1953 年

目 录

参著者名单.....	vii
译者名单.....	ix
译者前言.....	xi
著者前言 (第 10 版).....	xiii
著者前言 (第 1 版).....	xv

上卷

第 1 章

绪言.....	1
---------	---

第 2 章

外科病理学大体标本检查技术.....	25
--------------------	----

第 3 章

外科病理学的特殊技术.....	37
-----------------	----

第 4 章

皮肤 — 皮肤病.....	95
皮肤 — 肿瘤和肿瘤样病变.....	128

第 5 章

口腔和口咽.....	237
------------	-----

第 6 章

下颌骨和上颌骨.....	265
--------------	-----

第 7 章

呼吸道 — 鼻腔、鼻旁窦和鼻咽.....	291
呼吸道 — 喉和气管.....	319
呼吸道 — 肺和胸膜.....	340

第 8 章

纵隔.....	437
---------	-----

第 9 章

甲状腺 (与 Giovanni Tallini 合著).....	487
----------------------------------	-----

第 10 章

甲状旁腺.....	565
-----------	-----

第 11 章

胃肠道 — 食管.....	585
胃肠道 — 胃.....	615
胃肠道 — 小肠.....	673
胃肠道 — 阑尾.....	714
胃肠道 — 大肠.....	731
胃肠道 — 肛门.....	803

第 12 章

大小涎腺.....	817
-----------	-----

第 13 章

肝 — 非肿瘤性疾病 (Valeer Desmet 著).....	857
肝 — 肿瘤和瘤样病变.....	942

第 14 章

胆囊和肝外胆管.....	981
--------------	-----

第 15 章

胰腺和壶腹部.....	1005
-------------	------

第 16 章

肾上腺和其他副神经节.....	1057
-----------------	------

第 17 章

泌尿道 — 肾、肾盂和输尿管：非肿瘤性疾病 (Nelson G. Ordóñez 著).....	1101
泌尿道 — 肾、肾盂和输尿管：儿童肾肿瘤和 瘤样病变 / 成人肿瘤和瘤样病变.....	1173
泌尿道 — 膀胱.....	1247

第 18 章

男性生殖系统 — 前列腺和精囊.....	1287
男性生殖系统 — 睾丸.....	1334

男性生殖系统 — 睾丸附件.....	1375
男性生殖系统 — 阴茎和阴囊.....	1383

下卷

第 19 章

女性生殖系统 — 外阴.....	1399
女性生殖系统 — 阴道.....	1423
女性生殖系统 — 子宫：子宫颈.....	1436
女性生殖系统 — 子宫：子宫体.....	1477
女性生殖系统 — 输卵管.....	1541
女性生殖系统 — 卵巢.....	1553
女性生殖系统 — 胎盘.....	1636

第 20 章

乳腺.....	1659
---------	------

第 21 章

淋巴结.....	1771
----------	------

第 22 章

脾 — 食管.....	1901
-------------	------

第 23 章

骨髓 (Richard D Brunning 和 Daniel A Arber 著).....	1927
---	------

第 24 章

骨与关节.....	2013
-----------	------

第 25 章

软组织.....	2105
----------	------

第 26 章

腹膜、腹膜后间隙及相关结构.....	2233
--------------------	------

第 27 章

血管系统 — 心脏.....	2271
血管系统 — 动脉.....	2290
血管系统 — 静脉.....	2303
血管系统 — 淋巴管.....	2305

第 28 章

中枢神经系统 (Marc K Rosenblum 著).....	2307
------------------------------------	------

第 29 章

垂体 (BK Kleinschmidt-DeMasters 著).....	2441
---	------

第 30 章

眼和眼的附属器.....	2467
--------------	------

第 31 章

耳.....	2503
--------	------

附录

A 解剖和外科病理学主任协会的指导性文件.....	2513
B 外科病理学的质量控制和质量保证.....	2525
C 癌症分期.....	2533
D 主要类型肿瘤标准化外科病理报告.....	2531
E 最常见和最重要外科标本的处理原则.....	2581

索引.....	I-1
---------	-----

John KC Chan 参与了第 1 ~ 8、10 ~ 22、24 ~ 27、30、31 章分子遗传学部分的编写。

绪言

1

时云飞 薛卫成 译

章 目 录

历史回顾	1	术中会诊（“冰冻切片”）	11
外科病理学和病理医师	3	诊断细胞学	12
外科病理学和临床医师	3	数字病理学和远程病理学	15
外科病理学和患者	5	外科病理学信息系统	15
外科病理报告	5	自动化解剖病理学系统模式	17
切片复查和会诊	9	质量评定	19
组织学诊断的局限性	10	外科病理学的法律问题	19
活体组织检查	11		

历史回顾

1853 年，巴黎大学的著名临床外科学教授 Velpeau 在他有关乳腺疾病的著作中曾声言^{*}，对于判断一个已经被切除的肿物是不是癌而言，应用显微镜毫无必要，自此以来，外科病理学已经走过了很长一段路。19 世纪 70 年代，柏林大学的 Carl Ruge 及其同事 Johann Veit 引入了外科活组织检查并将其视为是一种基本诊断方法^[4,6]。尽管其后的争论不断，但 Friedrich von Esmarch（基尔的外科学教授和著名的外科军医）在 1889 年召开的德国外科学大会上雄辩地论述了，对于疑为恶性肿瘤而需要实施严重致残手术的病例，术前必须有明确的组织学诊断。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认同^[18]。在美国，外科病理学这个专业

（广义的活体病理学）最初是由外科医师、妇科医师、皮肤科医师和其他专业临床医师构想和建立的^[3,7,17,19]。据信，William S. Halsted 是第一个在 Hopkins 开创外科病理学科室的美国外科医师，他使 Joseph Colt（“Bloody”）Bloodgood 成为第一个真正的美国外科病理医师^[15]。这些开拓性的尝试，最初遇到的是冷漠，偶尔还受到一些学术性病理机构的嘲讽，但实践证明是非常成功的。外科病理学专业发展的第二阶段，这一专业是由受过病理培训的医师从事，并顺理成章且不可避免地收纳入了病理科^[13]。由于“外科”病理学家和“普通”病理医师的背景、理念和目的不同，这两个学科的结合过程是缓慢的、复杂的，有时是曲折的，但总体上仍在发展。这种结合具有明显的人力、物力和财力上的优势，对各方而言都是现实可行的，然而有些临床科室（尤其是胃肠科）的医师却试图倒退回原先的结构体系。

在 20 世纪前 50 年，在诸多对巩固外科病理学专业作出贡献的美国人中，特别受到推崇的是：纽约城 Columbia-Presbyterian 医院的 Arthur Purdy Stout 及其继任

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



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. Stewart, M.D. D, Malcolm B. Dockerty, M.D. E, Lauren V. Ackerman, M.D. (A from Lattes R. Am J Surg Pathol 1986, 10(Suppl 1): 4-5; C from Stout AP. Cancer 1961, 14: frontispiece; D courtesy of Dr Lewis B Woolner)

者 Raffaele Lattes；纽约城 Memorial 医院的 James Ewing 及其继任者 Ferd Stewart；明尼苏达州罗彻斯特 Mayo Clinic（梅奥诊所）的 Malcolm Dockerty；以及密苏里州圣路易斯 Barnes 医院的 Lauren V. Ackerman^[2,8,10,12-14,16]（图 1.1）。此外，法国和加拿大的 Pierre Masson 以及澳大利亚和英国的 Rupert A. Willis 也实至名归包含在内^[1,11]。

就著作而言，这一阶段在肿瘤外科病理学（不包括亚专科）领域中最具影响力的教科书有 James Ewing 的《肿瘤病》（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。后者俗称美军病理学丛书，现已出版至第 4 版，它对于全世界的外科病理学学科建设可谓居功至伟，因为该套丛书内涵广泛，作者具有权威性，售价低廉。荣

誉属于美军病理学会（一个现已濒临解体的机构），他们对外科病理学贡献巨大，在 20 世纪他们最光辉的时期进行过非凡的和慷慨的会诊以及学术活动^[9]。

在 20 世纪前 50 年，尤其是在美国，推动外科病理学发展和进步的另一个行动是建立了外科病理学学会并举办了肿瘤研讨会。

国家一级和地方一级的学会举办了各种研讨会，如由 Arthur Purdy Stout 俱乐部（现在是一个学会）、美国临床病理学学会、加利福尼亚肿瘤组织登记库、Penrose 肿瘤医院举办的历时几十年的研讨会，以及有诸如圣安东尼奥、纽约、明尼苏达、印第安纳、加利福尼亚等州或城市成立的学会。美国放射治疗的先驱 Juan Del Regato 是肿瘤研讨会的热心推动者，曾经说道^[5]：

没有什么能像一个癌症研讨会那样可以给病理医师提供一个无与伦比的机会来认识：能有那么多不同意见，一个人能犯多少错误，或被证实正确时是多么开心。一个癌症研讨会可以显示单纯的形态学诊断的脆弱性和肿瘤诊断中多学科合作的重要性；同时可以重申组织病理学诊断的无可比拟的重要性。许多患者生命的延续正是得益于这种源于实践的朴实的、无声的进步。

这些研讨会的内容（玻璃切片、诊断以及专家的讨论）是美国外科病理学历史的重要篇章及其发展的珍贵记录。这些资料应及早转换为电子格式永久保存。美国-加拿大病理学会（USCAP）已启动 Aperio 技术项目来达到这一目的。

遗憾的是，受诸多因素的影响，这类研讨会召开的频率和普及程度似乎正在减少。所幸的是，一些新的机构热情地接过了这个火把，尤其是在 Saul Suster 领导下的 Arkadi M. Rywlin 国际病理学切片研讨会。

外科病理学和病理医师

本书的创始人 Dr. Lauren V. Ackerman 曾精湛地描述了外科病理学的基本特征。即便是在 60 年后的今天，这些特征也基本没有改变，因此，逐字逐句复述他在本书早年版本中有关的评论仍然是恰当的：

一个大型医学中心的病理科应该设立与临床和外科密切相关的外科病理科。外科病理学含有外科的意思，但现代外科病理医师与许多医学分支都有密切的关系。其中包括所有外科学专业、内科、皮肤病、神经病、放射科、放射治疗科和肿瘤科。虽然放射学研究的是影像而病理学研究的是实物，但影像与实物相对照能提高放射科医师的诊断水平，解释放射学诊断中出现的错误，并能逐渐培养谦逊而不武断的态度。放射治疗科医师和肿瘤科医师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，以及放射治疗对于正常组织的影响。另外，通过研究手术标本还能明确判断治疗是否成功。

外科病理医师在建立疾病启动期及其终末期之间的联系上拥有绝好的机会，外科病理医师应该充分利用这种机会。但外科病理医师只有通过尸体解剖奠定坚实的基础之后才能做到这一点，因为尸体解剖能清楚地显示癌症和其他疾病的损害。有了这样的基础，外科病理医师才能把在外科病理实验室见到的来自活体患者的样本与疾病的初始阶段联系起来，并对学科发展作出重要的贡献。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。

由于所提供材料本身所限，外科病理医师难免会犯些错误。他见到的可能是霍奇金淋巴瘤的最早期的、不易察觉的，甚至是令人迷惑不解的改变。他可能认识不到淋巴结的轻微的肉芽肿性反应恰恰是组织胞浆菌病的一种外周表现。对于诊断不明确的患者，进行随访是绝对必要的。时间常常是最好的诊断医师。

外科病理医师不仅必须完全了解自己的领域，还要具有丰富的临床医学背景。他需要明白临床医师的要求并作出相应的反应。他必须能够对所收到的活检或切除标本向临床医师提出建议。对于外科病理医师来说，只表述病变是良性或恶性的是不够的。他必须告诉外科医师疾病的范围，恶性度分级，切除范围是否充分，以及其他一些相关信息。他还应该指出是否需要其他治疗，并提供疾病的预后信息。他应该经常与临床医师沟通，无论是非正式的，还是通过各科间的会议。医学发展日趋复杂，外科病理学不可避免地再进行精细分科。在某些病例，临床医师需要求助于专攻某一领域且完全了解其病理所见之临床意义的病理医师。血液病理学、肾脏病理学、神经病理学以及皮肤病理学就是这种精细分科的最好例证。

知识爆炸与尖端技术在病理学研究中的广泛应用尤其需要外科病理学进行精细的分科，至少在学术领域是这样，这是显而易见的，举例来说，如果没有在精细分科领域中高度专业化人员的专门研究，很难相信过去 40 年间血液病理学能够取得如此了不起的进步^[20]。

Feanck Gonzalez-Crussi 曾在其一篇名为《一位外科病理医师的肖像素描》（A quite sketch of the surgical pathologist, from nature）随笔中对一位“外科病理医师”的反复无常和学者气质进行了诙谐的描述，很多读者对此非常感兴趣^[21]。

外科病理学和临床医师

就其本质而言，外科病理学依赖于完全了解这一专业潜能和局限性的临床医师和外科医师的投入。临床医师和外科医师应该知道，镜下诊断是一个主观评估，只

有当病理医师全面掌握必要的临床资料、手术所见及手术方式时,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、护士或做活体组织检查的外科住院医师。最令病理医师沮丧且潜伏危险的是,有时申请单上缺少足够的临床资料^[28]。我不是强调要详尽叙述患者的症状和放射影像学所见。我所指的是,对一个有肺部结节的患者却不注明该患者3年前施行过大腿肉瘤切除术;或是送检一块面部“瘢痕组织”却不说明该患者曾诊断为促纤维组织增生性黑色素瘤且此次是第4次复发。这种疏忽造成的医疗、经济和法律后果可能会很严重,就算应用免疫组织化学染色或计算机程序也不能使病理医师和患者免受其害。对于一些亚专科,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所致,都将导致得出一个不充分(或至少是不全面)的病理诊断。

临床医师想要了解什么是外科病理学以及如何更好地利用外科病理学,最佳途径之一是在任住院医师期间能在外科病理科全日制轮转一段时间。我们发现,这种措施对于建立外科医师与病理医师之间的和睦关系具有重要意义。在这种短期轮转中,外科医师不是要学习如何成为病理医师,而是要明确外科病理医师能够做什么,不能够做什么,以及如何通过沟通获得最大的益处。可惜的是,近年来由于受训人数不足,加之临床负担增加,这种轮转难以实行。

再一次引用 Ackerman 在本书早年版本中的一段话:

一名好的外科医师不仅要有精湛的技术(一种相当普遍的论调),更重要的是,还要有良好的判断力和关心患者福祉的好心肠。对疾病的病理学有很好的见解和清晰概念的外科医师,无疑是一名具有良好判断力的外科医师。外科医师如果没有这种知识背景,则其会既不认识术中具体的病理学改变,又不清楚自身知识的局限性,也就不知道什么时候应该求助于病理医师。缺乏病理学基本知识的外科医师也许其技术能力可以提高。但其判断力却不可能提高。对这种人消除他们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、妇科和胃肠病科)内仍然存在着一些争议,如组织学切片应该由谁来诊断,专业实验室应该设置在哪一科。诚然,确实有个别未经病理学训练的医师在他们各自感兴趣领域内对病理学作出了重要贡献,然而有许多理由表明,临床医师兼职本专业病理医师的做法并不可取。对于临床医师来说,具有一些病理学知识固然重要,但是一名临床医师不可能既是称职的临床医师又是熟练的病理医师,这与外科病理医师认为自己能做手术并将手术作为一个副业一样毫无道理。另一条理由是:切片评

估的客观性会受到影响,因为人们总是在有意无意地迎合自己的诊断。此外,如果镜下检查成为一种自创自定的工作,那么由于利益驱动,会做更多的镜下检查。这种状况与非放射学医师进行放射学检查可有一比,拥有一台X线机的非放射学医师使用X线机检查患者的平均次数是专业放射学医师的2倍^[22]。

再次引用 Ackerman 的话:

人体疾病的形态学模式基本上具有一致性,当疾病发生在不同的器官系统时,只有熟悉这些模式的人,才能给予正确的评估。只有从总体上去理解疾病的病理学,才能完全理解一个特定器官的疾病表现。所以临床医师不要期望能仅以自己拥有的外科病理学的某些知识就能正确处置遇到的问题。疾病不会如此配合而仅仅局限于一个解剖系统。

令人欣慰的是,美国近来有将本应属于病理科的实验室归还病理科的趋势。有趣的是,这种趋势更多是受经济利益的驱动而非受学术因素的驱动。事实上,将一个建在临床科室的分科实验室划归病理科与其所产生的经济效益成反比。无论如何,医学已经变得过于复杂,不再适于应用文艺复兴时期的方法去处理了。由妇科医师包揽患者的检查、X线阅片、施行手术、进行外科样本镜下检查并给予放射治疗的时代已经结束了。

就病理学而言,由于经济因素在影响医学实践方式中起到越来越重要的作用,病理学实践也会有很大变化。现代外科病理学实践不再是仅仅拥有一台组织处理机、一个石蜡烤箱、一组试剂和一台显微镜的实验室就能满足的,需要能进行越来越复杂的免疫组织化学及分子遗传学检测。一个医学中心的主要临床科室和外科若重复购置这些昂贵而复杂的设备,从经济角度而言是非常不合理的,医院管理层和第三方付款人都会注意到这种情况。负责组织学切片诊断的病理医师不能附属于其他临床科室的另一个理由是,病理医师只有保持独立性才能公正地发挥作用。病理医师应处于能与临床医师自由讨论有关活检、冰冻切片或手术指征的位置。组织委员会及其质量控制职责的履行很大程度上要依靠病理医师拥有一定的特权,可以在不受任何干扰的情况下提出客观事实和问题。

在这一点上公正地说,上述许多问题是我们自己造成的。临床医师开始充当病理医师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提供满足临床医师正当要求的服务。过去,取自活体患者的组织的诊断,常常委托给热衷于科研或尸检的病理医师,病理科发出的报告不仅时间上有延误,而且经常仅仅提示组织病变的良、恶性。这些情况会促使临床医师不得不直接设立某些外科病理学分科。在这种情况下,临床医师的诊断和建议往往优于那些资深却不关