

6582

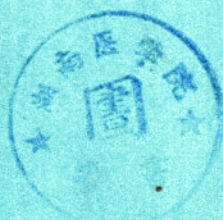
001348

顺序号	442
分类号	2.9/4

50464

1961年科学研究論文汇编

(内部資料)



上海铁道医学院

1962年11月

目 录

1. 右侧乙状结肠和降结肠位置异常的一例报告	(1)
2. 肘窝浅静脉的活体观察	(3)
3. 原发性肝癌 107 例 (尸检) 在病理学上的探讨	(9)
4. 铁路员工及家属中所见 1252 例肿瘤的统计分析	(28)
5. 葡萄糖醛酸的简易制法	(39)
6. 泽漆废草利用	(42)
7. 治疗痰饮病的体会	(43)
8. 白血病证治	(44)
9. 中西医结合治疗胫骨干骨折, 不固定关节几点初步体会	(53)
10. 骨科手术前后应用中药治疗初步疗效观察	(57)
11. 淋巴管造影的临床应用	(62)
12. 腰疼的群众性治疗	(65)
13. 子宫绒毛膜上皮癌 10 例分析	(71)
14. 从肝肾观点对溃疡性角膜炎、中心性网膜病变、青光眼的中医疗法体会	(77)
15. 超声波眼轴测定初步统计分析与近视眼成因探讨	(81)
16. 106 例牙齿再植术远期疗效观察	(89)
17. 牙髓病综合治疗	(97)
18. 口底皮样囊肿 (附一例报告)	(106)
19. 肾肿瘤的 X 线研究 (附 90 例分析)	(113)
20. 胃癌 X 线诊断错误的原因分析以及提高其正确率的方法的探索 (附 80 例分析)	(123)

右側乙狀結腸和降結腸位置異常的一例報告

人体解剖学教研组 张祺祥

右侧乙状结肠和降结肠位置异常颇为少见。在所能收集到的文献中仅 Bhattachayya 氏 (1926)^[1] 报告过三例右侧乙状结肠, 据该氏所载二例为成年男性, 一例为老妇, 三例乙状结肠及其系膜均在右髂窝。此外, 在西成甫氏^[2] 和 Rauber-Kopsch 氏^[3] 解剖学教科书中, 虽然记载了多种异位的乙状结肠, 但均未论及乙状结肠系膜有位于右侧者。在国人异常统计中, 此种变异尚未见有记述。考虑到本例异常或有一定临床价值, 因此, 提出报告, 以供临床医师或他日整理祖国解剖学资料时的参考。

解 剖 所 见

标本为一男性儿童约 2—3 岁, 外形及发育均正常, 营养中等, 死因及家族史不明。解剖前经福尔马林溶液固定保存。在指导学生解剖腹腔脏器时发现右侧乙状结肠和降结肠位置异常。

降结肠(图一, 3)全长约 31 厘米, 由结肠脾曲沿左肾外侧缘下行至左髂嵴上方 2 厘米处钩绕左肾下极, 由该处呈凸向下的弓形跨过第四五腰椎之间及大血管的前面, 然后转向右上方达右肾下极, 恰在盲肠(图一, 4)内侧急转向下至右髂窝, 适在右髂窝中部腰大肌外侧移行于乙状结肠。因此, 降结肠借第四五腰椎分为左段与右段。

乙状结肠(图一, 5)全长约 20 厘米, 呈“S”形构成二个肠襻, 一为外侧襻指向左下方达小骨盆口右侧边缘, 另一为内侧襻方向与前者相反, 列腰大肌前面。二襻呈锐角互相移行, 约在第一骶椎上缘移行于直肠。乙状结肠系膜位于右髂窝, 呈“八”形, 系膜外侧支向左上方达髂外动脉之起端, 系膜内侧支降入盆腔约在第一骶椎上缘消失。系膜尖端指向上方而形成乙状结肠间隐窝。右输尿管恰在该窝顶端深面通过。

盲肠及升结肠列右腰区外侧, 由盲肠起端至结肠肝曲长约 7 厘米。阑尾为盲肠后位, 适在右髂嵴上方腰方肌外侧。

小肠系膜根也较正常者短缩, 长约 7.5 厘米, 由十二指肠空肠曲斜向右下方达第四腰椎右侧约 1.5 厘米。

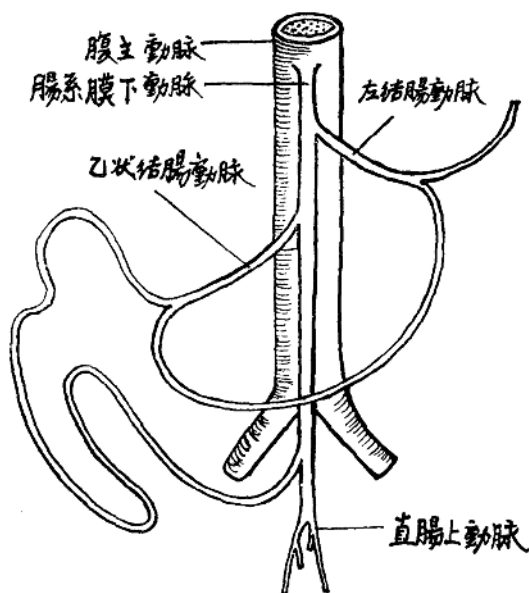
此外观察了肠系膜下动脉(图二), 分为左右二支, 左支即左结肠动脉, 起自肠系膜下



图一: 标本照象(腹前壁打开空迴腸移除)

1, 2. 空迴腸斷端; 3. 降結腸;
4. 盲腸; 5. 乙狀結腸。

动脉上端，向左分布至降结肠左段。右支即乙状结肠动脉，在左支的下方发出，向右分布至降结肠右段及乙状结肠。左右二支的分支沿肠管相互吻合。而肠系膜下动脉之本干则垂直下行，约在第一骶椎上缘分为二支至直肠，为直肠上动脉，并有分支与乙状结肠动脉吻合。



图二：肠系膜下动脉模式图

討 論

关于乙状结肠之定位，作者依据乙状结肠系膜、结肠袋、结肠带及肠脂垂来区别乙状结肠与降结肠和直肠。因后二者缺乏系膜，而结肠袋、结肠带和肠脂垂均在第一骶上缘处消失。此外，游离带和网膜带在该处会合并分散于直肠的前面；系膜带则分散于直肠的后面。如此，乙状结肠、降结肠和直肠的界限已明。

至于本例异常形成的原因，必须追溯其胚胎发育过程。依 Gross 氏^[4]和 Arey 氏^[5]等的叙述，于正常发育过程中，胚胎的第 6—10 周消化管的生长比体腔快，以致部分中肠突入脐带基底内，约在第 10 周，腹腔生长加速，中肠又回纳到腹腔并依反时针方向由左向右进行正常旋转。与此同时，后肠（降结肠、乙状结肠及直肠的前身）及其系膜渐向左侧移动。当正常旋转完毕后，降结肠直接续连于直肠，此时尚无乙状结肠可言，而后者是在降结肠末段继续增长而形成。至第五月末，降结肠及直肠的系膜完全与后腹壁愈合，而乙状结肠系膜游离。正常发育即概括至此。Hamilton 氏^[6]记述可由于肠管反旋转而造成肠管的紊乱或异常。但本例并非由于旋转异常所致，而是在正常旋转过程中，后肠增长较快，其近侧段仍移向左侧而远侧段则移向了脊柱右侧，以致降结肠由左斜向右跨越脊柱达右髂窝。因此，右侧乙状结肠是移向右侧的后肠的一部分继续增长而形成的，其系膜即附着在右髂窝。

小肠系膜根较正常者短缩，乃由于右髂窝被降结肠末段及乙状结肠所占据，故小肠系膜根在盲肠不能到达右髂窝正常位置的情况下而固定于后腹壁所致。因此，小肠系膜根之末端

位置较正常者高些。

肠系膜下动脉之分为左右二支，即乙状结肠动脉行向右侧，乃是血管适应肠管转移的结果。

小 结

(1) 本文报告了一例右侧乙状结肠和降结肠位置异常。

(2) 降结肠自结肠脾曲呈向下凸的弓形跨过第四五腰椎体之间及大血管的前方达右腰区转入右髂窝。

(3) 乙状结肠及其系膜完全列于右髂窝。

本文承蒙胡哲揆教授指导并审阅，吴国栋同志代为拍照，特此一并感谢。

参 考 文 献

- [1] Bhattachayya, B. Three Cases of right Sided Sigmoid Colon. J. Anat. 60:229—231, 1926.
- [2] 西成甫著，精撰解剖学（上），汤尔和译，396—397 页，同仁会发行，1936。
- [3] Rauber-Kopsch. Anatomie des Menschen. Abt. 3, 6 Aufl. S. 158—159, 1914.
- [4] Gross, R. E. Normal rotations and attachments of intestinal tract.
The Surgery of infancy and Childhood. pp. 192—193, W. B. Saunders, 1953.
- [5] Arey. Developmental anatomy. 6th ed. p. 277, 1957.
- [6] Hamilton, J. D. Human embryology. 2nd ed. p. 214, 1957.

肘窝浅静脉的活体观察

人体解剖学教研组 李明治

指导：胡哲揆教授

緒 言

肘窝浅静脉的类型不仅为解剖学家所注意，即临床医师亦一向极为重视，查阅文献。早在 1908 年 R. J. A. Berry 及 H. A. S. Newton 两氏已发表 3000 英国人上肢浅静脉的论文^[1]，到了 1922 年日本人岡本氏也将他所研究的 100 名关于日本人上肢浅静脉的报告^[2]公之于世，1932 年 C. M. Charles 氏将调查美国人肘窝浅静脉安排的结果在“解剖学记录”杂志中作了报道^[3]，至于国人浅静脉类型的资料，虽属不多然已有桥本^[4]和唐竹吾、孙廷魁^[5]诸氏等的调查统计，总的看来，肘窝浅静脉的类型不论中外，是以头静脉依靠肘正中静脉与贵要静脉相连以及头静脉依靠“Y”型前臂正中静脉与贵要静脉相连的两个类型为最常见。

本文的主要目的是提供国人肘窝浅静脉的主要类型及其变异资料以供解剖学家和临床医师们参考。

材 料 和 方 法

我们调查的材料是本院 58 年及 59 年级同学和部分教职工同志，共观察 889 只上肢，内

中女性 507 只 (右 250, 左 257 只) 男性 382 只 (右 195, 左 187 只)。

我们采用的方法是以橡皮带结紮上臂中分使肘窝浅靜脈明晰可見, 如因脂肪多, 靜脈模糊不清者概不列入。

整理材料时先以数目多少分別定型, 其中又分男女和左右側, 并列出其出現率, 最后將各型的百分比列表。

观察結果

第 I 型 (图 1) 头靜脈依靠“Y”型前臂正中靜脈和貴要靜脈相连的为数最多占 48.94% (表一), 其中前臂正中靜脈一支在肘窝分叉为头正中靜脈和貴要正中靜脈, 分別连接头靜脈和貴要靜脈的 (典型) 占 76.79%, 在这基础上, 出現一支前臂正中靜脈的占 16.41%, 內中注入貴要正中靜脈的占 11.21% 注入貴要靜脈的 4.07%, 注入于头正中靜脈的 0.68%, 注入于头靜脈的占 0.45%, 二支的较少, 占 5.88%, 都注入于貴要正中靜脈的占 3.40%, 一支注入貴要正中靜脈另一支注入貴要靜脈的占 0.90%, 一支注入头正中靜脈另一支注入貴要正中靜脈的占 0.46%, 二支都注入貴要靜脈的占 0.89%, 一支注入头正中靜脈另一支注入貴要靜脈的占 0.23%, 三支的最少占 0.69%, 其中三支都注入貴要靜脈的占 0.23%, 三支都注入貴要正中靜脈的占 0.23%, 二支注入貴要正中靜脈一支注入头正中靜脈的占 0.23% (表二)。

第 II 型 (图 2) 头靜脈和貴要靜脈間借肘正中靜脈相连的占次多数计 32.36% (表一), 其中沒有前臂正中靜脈的 (典型) 占 23.06%, 一支前臂正中靜脈的占 57.07%, 其中注入于肘正中靜脈的占 54.58%, 注入于貴要靜脈的占 2.49%。二支前臂正中靜脈的占 17.29%, 內中二支都注入肘正中靜脈的占 13.39%, 一支注入肘正中靜脈另一支注入貴要靜脈的占 3.20%, 一支注入肘正中靜脈, 另一支注入头靜脈的占 0.35%, 一支注入貴要靜脈另一支注入头靜脈的占 0.35%, 三支前臂正中靜脈的占 2.12%, 內中三支都注入肘正中靜脈的占 0.71%, 二支注入肘正中靜脈, 另一支注入貴要靜脈的占 0.71%, 四支前臂正中靜脈都注入肘正中靜脈的占 0.35% (表三)。

第 III 型 (图 3) 头靜脈和貴要靜脈間沒有靜脈连接的占 15.68% (表一), 其中沒有前臂正中靜脈的 (典型) 占 11.36%, 一支前臂正中靜脈的占 47.96%, 內中注入于貴要靜脈的占 41.57%, 注入于头靜脈的占 6.39%, 二支前臂正中靜脈占 37.95%, 內中都注入貴要靜脈的占次多数为 15.17%, 二支前臂正中靜脈分別注入貴要靜脈和头靜脈的占 11.36%, 二支前臂正中靜脈都注入头靜脈的占 1.42%, 三支前臂正中靜脈占 2.84%, 內中二支注入貴要靜脈一支注入头靜脈的占 1.42%, 三支都注入貴要靜脈占 1.42% (表四)。

第 IV 型 (图 4) 前臂头靜脈和上臂头靜脈并不相续, 前臂头靜脈在肘窝斜向內上注入貴要靜脈的占 1.55% (表一), 內中以一支前臂头靜脈注入貴要靜脈的占 42.86%, 二支的占 57.14%。

第 V 型 (图 5) 沒有上臂头靜脈, 而前臂头靜脈和第 IV 型一样注入貴要靜脈的占 1.45% (表一), 其中一支前臂头靜脈的占 46.15%, 二支的占 53.85%。

在我们的材料中有副头靜脈的不多见, 只有 2 例, 有島形成的计 9 例, 其中头靜脈島形成 3 例, 貴要靜脈島形成 6 例, 有二条肘正中靜脈的计 6 例。

討 論

在我们的资料中,第 I·II 型的出现符合有关文献资料的总情况,但仍有差别,我们的第 I 型(“Y”型前臂正中静脉连接头静脉和贵要静脉)为最多,占 48.94%,大大超过唐竹吾、孙廷魁(28.5%)和 Charles (27.5%——白人) 诸氏的统计数字,我们检查的女性固以此型最为普遍(53.41%)即使男性具此型者也占 46.36%,第 II 型即依靠肘正中静脉来连接头静脉及贵要静脉的总数占 32.36%,和唐、孙二氏的数字(56.5%)相比少得很多,更不能和桥本(69.1%)、Charles (70—71%)以及岡本(84.5%)的结果相比,第 III 型即头静脉和贵要静脉之间没有静脉连接的占 15.68% 和岡本(14.5%) Charles (14.5%——黑人),桥本(10.3%)相近而大大高于唐、孙二氏(3.5%)的数字,第 IV 型即前臂头静脉不和上臂头静脉相续,而前臂头静脉在肘窝内斜向内上连于贵要静脉的占 1.55% 和唐、孙二氏的第六型数字还是接近,我们也同意唐、孙二氏的意见,认为此型为其它学者所未观察到的,虽百分率不大,有供临床医师参考的价值,第 V 型即没有上臂头静脉而前臂头静脉和第 IV 型相仿注入贵要静脉大,有占 1.45% 较唐、孙二氏的数字(0.3%)为多。

我们所见到的前头静脉,头静脉和贵要静脉的岛形成以及前肘正中静脉例数均少。

結 論

我们观察了 889 只活体上肢的肘窝浅静脉后,共归纳为五个型,第 I 型即头静脉依靠“Y”型前臂正中静脉与贵要静脉相连的为数最多计 48.94%,第 II 型即头静脉依靠肘正中静脉与贵要静脉相连的次之计 32.36%,第 III 型即头静脉与贵要静脉间没有静脉连接的更次之,计 15.68%。第 IV 型是前臂头静脉和上臂头静脉不相续,前臂头静脉斜向内上注入贵要静脉,计 1.55%,第 V 型没有上臂头静脉,前臂头静脉斜向内上注入贵要静脉 1.45%。

有副头静脉的只 2 例。

有岛形成的计 9 例,内中贵要静脉岛形成的 6 例,头静脉岛形成的 3 例。

有副肘正中静脉的计 6 例。

参 考 文 献

- [1] Berry. R. J. A. and Newton H. A. S.
A study of the superficial veins of the superior extremity in 300 living subjects.
Anat. Anz. Bd. 33. S. 591—601. 1908.
- [2] Okamoto K. (岡本)
A study of the superficial veins in the Superior extremity of living Japanese.
Anat. Rec. vol. 23. pp. 323—331. 1922.
- [3] Charles. C. M.
On the arrangement of the superficial veins of the cubital fossa in American white and American negro males. Anat. Rec. 54. pp. 9—14. 1932.
- [4] 桥本正武:
上肢的皮下静脉。满洲医学杂志, 33. 954—972. 昭和 15 年。
- [5] 唐约吾、孙廷魁
国人肘浅静脉的变异调查 解剖学报, 第二卷, 第二册, 181—190. 1957.

附:

表一: 肘窝浅静脉类型的百分率%

类 型	性 别		男		女		右左		男女		男女	
	右	左	右	左	右	左	男	女	右	左	右左	男女
I	24.09	22.27	26.14	27.27	46.36	53.41	50.23	49.54			48.94	
II	22.42	18.15	30.97	28.45	40.67	59.42	53.39	47.60			32.36	
III	13.47	19.88	28.11	37.63	33.35	65.74	41.54	57.51			15.68	
VI	21.42	35.71	28.41	14.21	57.13	42.62	49.83	49.92			1.55	
V	30.72	38.45	23.04	7.86	69.17	30.72	53.76	46.13			1.45	

表二: 第1型中前臂正中静脉的支数及其注入的静脉百分率%

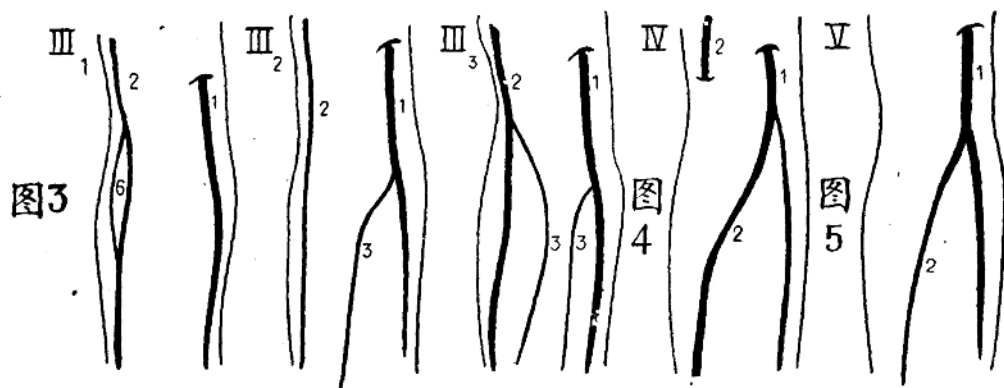
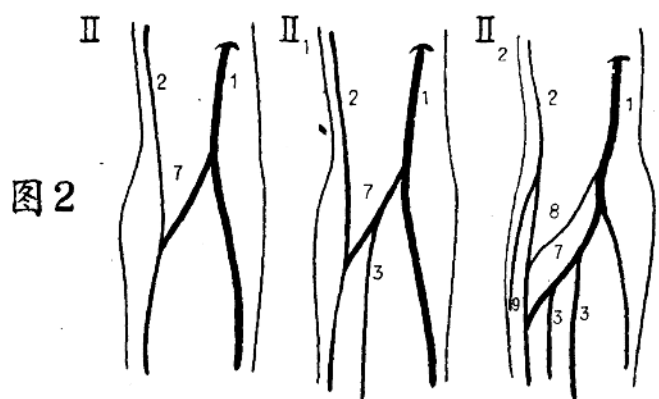
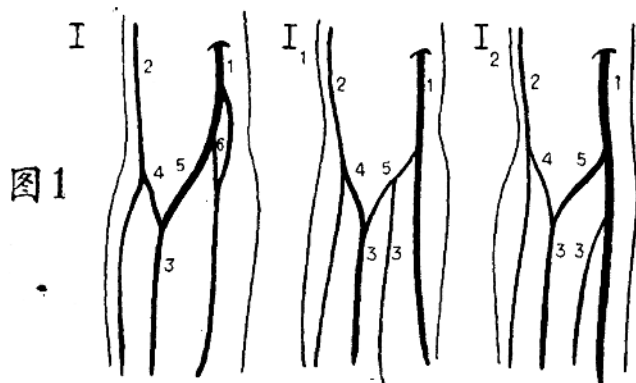
		注 入 的 静 脉	男		女		左 右		男 女		男女	总数
			右	左	右	左	男	女	右	左	右左	
		典 型	15.90	15.22	22.27	23.40	31.13	45.68	38.18	38.63	76.79	76.79
支 数	一 支	贵要正中静脉	3.40	3.63	1.81	2.27	7.03	4.08	5.21	5.90	11.21	16.41
		贵 要 静 脉	0.90	0.45	1.13	1.59	1.35	2.72	2.03	2.04	4.07	
		头正中静脉	0.45	0	0.23	0	0.45	0.23	0.68	0	0.68	
		头 静 脉	0	0.45	0	0	0.45	0	0	04.5	0.45	
	二 支	贵要正中静脉	2.04	1.13	0	0.23	3.17	0.23	2.04	1.36	3.40	5.88
		贵要正中静脉 贵 要 静 脉	0.45	0.45	0	0	0.90	0	0.45	0.45	0.90	
		贵要正中静脉 头正中静脉	0.23	0.23	0	0	0.46	0	0.23	0.23	0.46	
		贵 要 静 脉	0.45	0.23	0.23	0	0.68	0.23	0.68	0.23	0.89	
		头正中静脉 贵 要 静 脉	0	0.23	0	0	0.23	0	0	0.23	0.23	
	三 支	二支贵要正中静脉 一支头正中静脉	0.23	0	0	0	0.23	0	0.23	0	0.23	0.69
		贵 要 静 脉	0	0	0.23	0	0	0.23	0.23	0	0.23	
		贵要正中静脉	0	0.23	0	0	0.23	0	0	0.23	0.23	

表三：第Ⅱ型中前臂正中靜脈的支數及其注入靜脈的百分率%

		注入的靜脈	男		女		右左		男女		男女	总数
			右	左	右	左	男	女	右	左	右左	
		典 型	3.49	3.49	9.38	6.70	4.98	13.08	9.87	8.19	23.06	23.06
支 数	一 支	肘正中靜脈	11.39	2.26	21.71	19.22	13.65	40.93	33.10	21.48	54.58	57.07
		貴要靜脈	0.71	0	1.07	0.71	0.71	1.78	1.78	0.71	2.49	
	二 支	肘正中靜脈	5.98	4.56	0.71	2.14	8.84	2.84	5.70	5.70	13.39	17.29
		肘正中靜脈 貴要靜脈	1.42	1.78	0	0	3.20	0	1.42	1.78	3.20	
		肘正中靜脈	0	0	0	0.35	0	0.35	0	0.35	0.35	
		貴要靜脈	0	0.35	0	0	0.35	0	0	0.35	0.35	
		貴要靜脈 頭靜脈	0	0.35	0	0	0.35	0	0	0.35	0.35	
	三 支	肘正中靜脈	0.35	0.71	0	0.35	1.06	0.35	0.35	1.06	1.41	2.12
		二支肘正中靜脈 一支貴要靜脈	0.71	0	0	0	0.71	0	0.71	0	0.71	
	四 支	肘正中靜脈	0.35	0	0	0	0.35	0	0.35	0	0.35	0.35

表四：第Ⅲ型中前臂正中靜脈的支數及其注入的靜脈百分率%

		注入的靜脈	男		女		右左		男女		男女	总数
			右	左	右	左	男	女	右	左	右左	
		典 型	0.71	0	4.97	5.68	0.71	10.65	5.68	5.68	11.36	11.36
支 数	一 支	貴要靜脈	4.68	3.97	15.46	17.46	10.65	36.92	24.14	23.43	41.57	47.96
		頭靜脈	0	2.13	0.71	3.55	2.13	4.26	0.71	5.68	6.39	
	二 支	貴要靜脈	3.26	5.81	2.13	3.97	12.07	7.10	6.39	12.78	15.17	37.95
		貴要靜脈 頭靜脈	2.13	3.55	3.55	2.13	5.68	5.68	5.68	5.68	11.36	
		頭靜脈	0	0	0	1.42	0	1.42	0	1.42	1.42	
	三 支	二支貴要靜脈 一支頭靜脈	0.71	0	0	0.71	0.71	0.71	0.71	0.71	1.42	2.84
		貴要靜脈	0	0.71	0.71	0	0.71	0.71	0.71	0.71	1.42	



原发性肝癌 107 例(尸检)在病理学上的探讨

上海第一医学院病理解剖教研组 应越英 馬正中 徐元鼎

上海铁道医学院病理解剖教研组 雷学熹

上海第二医学院病理解剖教研组 梁书鋒

第二军医大学病理解剖教研室 刘潜心

指导者 谷鏡研

据 1958 年中华病理学会的统计^[1], 在全国 21,706 例尸检材料中原发性癌肝共 260 例, 即占 1.19%, 且占有恶性肿瘤的第一位(13.1%)。前者较欧美各国的数字大 4~8 倍, 后者大 4~13 倍^[2], 这就指出了肝癌是一个很值得我们注意的问题。在病理学上我国各地对于这一问题也有了不少的报告, 如华南有梁、董^[3]二氏报告了 38 例, 侯氏^[4]在香港报告了 200 例, 华中有林从氏^[5]的 53 例, 其中包括外检 38 例, 华北则有刘氏^[6]的报告计 19 例。在国外据许多学者的观察^[7~11]认为近年来肝癌的发病率也有增加, 其中的主要原因是与肝炎和其它坏死性肝硬化的增加有关, 这更说明了问题的严重性和复杂性, 对它有必要进一步探讨的必要。因此中华医学会上海分会病理科学会肝癌小组在上海市从各方面收集了 107 例肝癌的尸检材料, 进行了观察与分析, 特别对于肝癌的组织发生和各种肝硬化与肝癌之间的关系进行了探讨。兹分别叙述于下。

1. 肝癌在尸检材料中的统计 据上海全市自 1938 至 1960 年统计, 共有尸检 3498 例, 其中有肝癌 107 例, 占 3.06%。同一时期尸检中的恶性肿瘤共计 576 例, 而肝癌占其中 18.9%, 这一数字较国内其它各处的统计数字尤高(较华中的肝癌 19% 略低)。

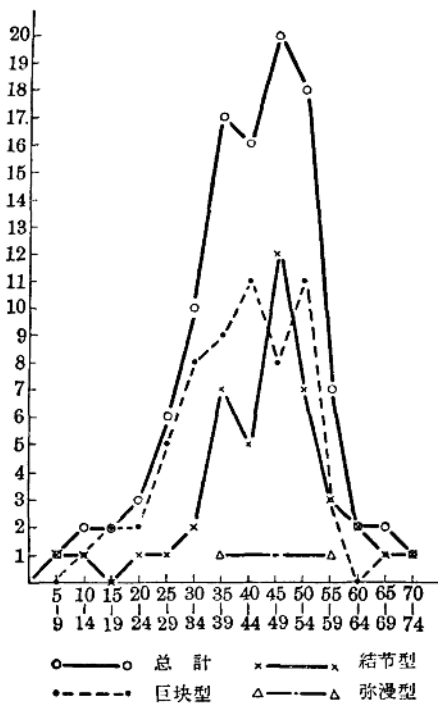
至于国外的情况, 在美国波士顿^[12]一地的统计, 在 1917~1946 的 30 年中, 肝癌占尸检总数 0.34%, 在 1947~1954 年这一阶段中增加至 0.72%。可见先后在同一地区肝癌的发病率增加了一倍多。在欧洲方面。据 Kettler 氏^[9]报告, 1930 年以前在欧洲的 136,966 例尸检中, 肝癌只有 162 例, 即 0.11%, 但到了 1931~1958 年间增加至 0.31%, 先后相差的数目几乎高到 3 倍。在日本据 Shikata 氏^[11]的统计, 1930~1945 年间的肝癌解剖例占尸检总数的 2.02%, 从 1946~1955 年增加到 3.1%, 可见日本的肝癌发病率也有明显的增加(几乎增加 50%)。

在上海方面, 我们查了上海市历年尸检记录, 发现了 1938~1945 年间肝癌的发病率为 0.58%, 1946~1950 年急骤地增加到 2.76%, 1951~1955 年代中略低, 计 2.04%, 在 1956~1960 年代中又急骤地增加到 4.29%, 可见肝癌在尸检中的发病率不断有明显的增加, 而且在最后一个阶段中的增加更为显著, 比之其它各国统计数字的增加尤为突出。但我们应该指出, 上海市近年来把肝癌订为重点研究问题之一, 这可能使肝癌病例在上海市尸检材料中增加得更多的原因之一。同时也必须指出, 以上国内外的统计数字都是根据尸检方面而来的, 不能代表肝癌的真正发病率。真正的发病率究竟增加了多少, 尚有待进一步详细的调查。

2. 年龄和性别 在本组 107 例的材料中, 患者最小的年龄是 9 岁, 最大的为 71 岁。大

多数病例是在 45~49 岁之间(表 1)，这一统计数字较之欧美各国要早 10 年左右，而较非洲的病例则晚 10 年至 20 年。

表 1 各型肝癌的年龄分布



从性别方面来说，本组中的病例男多于女，男性计 98 例，占 91.59%，而女性为 9 例，占 8.41%(表 2)。查我们全部解剖记录中，男女病例数目的对比约为 2:1，可见男性解剖例在全部尸检的数目中比女性本来多一倍，故上述男女肝癌的比例折算起来，应约为 5:1。这一数字与国外所报告的有些差别（如 Steiner^[12] 的统计，在美国男女肝癌的比例为 3:1，而在美洲则为 7:1）。

表 2 各型肝癌在男女患者之分布

类 型	性 别 例 数	男 98 例 (91.59%)	女 9 例 (8.41%)	总 计 107 例 (100%)
		例 数	例 数	例 数
巨 块 型		56	5	61
结 节 型		40	4	44
弥 漫 型		2	0	2
肝 细 胞 型		83	4	87
胆 管 细 胞 型		6	4	10
混 合 型		9	1	10

3. 临床症状及死亡原因

(1) 症状: 原发性肝癌的临床表现有多种多样, 在本组 107 例中, 巨块型的主要症状以腹痛、腹胀等较多见, 而结节型则以腹胀、腹水及黄疸略较多见(表 3)。何以会有这些差别, 主要应考虑到肝癌的伴发病变, 如肝硬化、肝内瘤栓的多少、肿瘤的生长速度及部位等, 其中以肝硬化尤为重要。

表 3 107 例肝癌的主要临床症状

症 状	类 型 例数及%	巨 块 型 (61例)		结 节 型 (44例)		弥 漫 型 (2例)		总 计 (107例)	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
腹 痛		41	67.21	26	59.09	1	50	68	63.55
腹 胀		37	60.65	30	68.18	2	100	69	64.48
腹 水		31	50.81	27	61.36	1	50	59	55.14
脾 大		25	40.98	21	47.72	0	0	46	42.99
腹 块		25	40.98	22	50.00	1	50	48	44.85
腹 泻		17	27.36	8	18.18	1	50	26	24.29
黄 疸		31	50.80	30	68.18	2	100	63	58.87
发 热		29	47.54	8	18.18	1	50	38	35.51
消 瘦		36	59.01	27	61.36	2	100	65	60.74
乏 力		23	37.70	11	25.00	0	0	34	31.77

(2) 死因: 在本组 107 例中计 69.8% 死于症状出现后 1~6 个月之间, 其死因主要有四种: ① 恶病质, 占全数的 33.6%; ② 肝昏迷, 占 24.3%; ③ 肿瘤破裂引起腹内出血, 计 15.9%; ④ 上消化道出血, 计 13.1%(表 4)。这里值得指出的是, 在巨块型的破裂出血较之在结节型有明显的差别 (22.9:6.8%)。

表 4 各型肝癌与主要死因

部 位 类 型	肿瘤破裂出血	上消化道出血	肝 昏 迷	恶 病 质	其 它
巨块型 (61例)	14 (22.9%)	7 (11.4%)	14 (22.9%)	21 (34.4%)	5 (8.2%)
结节型 (44例)	3 (6.8%)	6 (13.6%)	11 (25%)	15 (34.1%)	9 (20.4%)
弥漫型 (2例)	—	1 (50%)	1 (50%)	—	—
总 计 (107例)	17 (15.9%)	14 (13.1%)	26 (24.3%)	36 (33.6%)	14 (13.1%)

4. 形态观察 我们按照一般常用的巨体分类法将原发性肝癌分为三型, 即: 巨块型、结节型和弥漫型。

(1) 巨块型：在我们的巨块型病例中，除了单独的巨块型肝癌(图 1)病例之外，还包括着由许多密集的结节融合而形成的一个巨大的块物者在内(图 2)，此型共计有 61 例。巨块型的肝癌形态多呈圆形，直径在 10 厘米以上，大的可以占据肝脏之大部。所以这一型肝脏的份

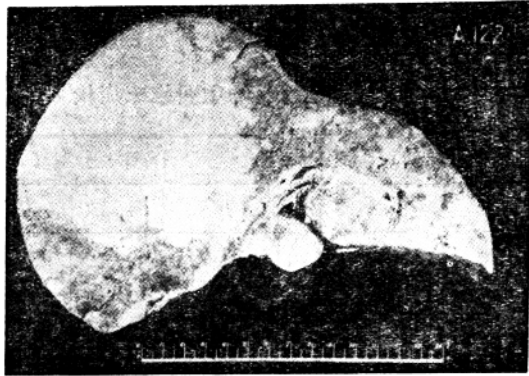


图 1 巨块型肝癌：大块的癌肿占领着右叶之大部。

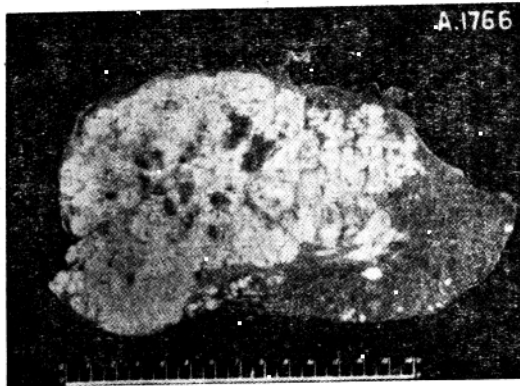


图 2 巨块型肝癌：许多密集的癌结节融合而成巨大的肿瘤。

量一般较重，最重的有 6035 克。癌结节在多数病例分布在肝脏的右叶(右：34 例，左：5 例，左及右：22 例)(表 5)。这型肝癌的生长方式，在巨体上看来，近乎膨胀式，所以附近肝组织中较坚固的成分，如大血管、较大的门静脉区，常被压迫和排挤，形成假包膜。此外巨块型的特征为癌组织容易发生坏死，可因此引起肝脏破裂和内出血。

表 5 107 例肝癌部分之分布

部 位 类 型	右 叶	左 叶	左叶及右叶	方 叶	肝 门	弥 漫
巨 块 型	34	5	22	—	—	—
结 节 型	15	3	23	2	1	—
弥 漫 型	—	—	—	—	—	2
总 计	49 (45.8%)	8 (7.5%)	45 (42.1%)	2 (1.9%)	1 (0.9%)	2 (1.9%)

在巨块型的 61 例中，有 51 例(83.6%)在肝内、外门静脉系统内都有瘤栓形成，其中在门静脉总干和肝内分枝者为数最多，各为 30 及 39 例。其余少数病例则在门静脉的肝外分枝，肝静脉和下腔静脉也见瘤栓的形成，甚至继续发展至右心和肺，引起肺的出血性梗死 (A. 1598)。

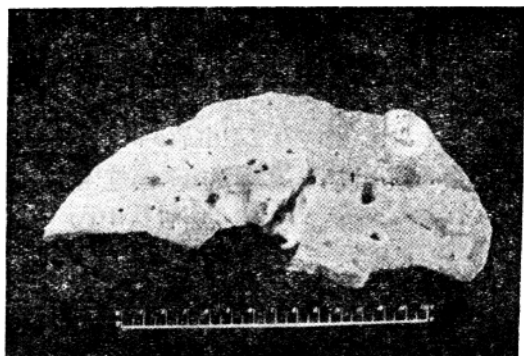


图3 结节型肝癌：单个结节。



图4 结节型肝癌：多个结节。

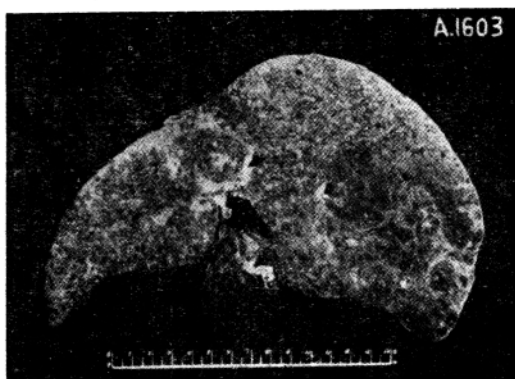


图5 弥漫型肝癌：癌结节呈弥漫状分布在肝脏的各处。

(2) 结节型：结节的大小不一，最小的直径为 0.5 厘米，大的 6.5 厘米。结节型的全数 44 例中，在 32 例可见多个结节(图 3, 4)。无论单个或多个结节，多数均在肝的右叶。在本型癌结节与四周肝组织的分界，一般不及上一型的明确，在 44 例中，22 例(50%)有门静脉内、外系统中的癌栓形成，这一发病率与上一型的有所差别。

(3) 弥漫型：这型在本文材料总数中只有 2 例((A. 1603, A. 2775)(图 5)，都是伴发着轻度的硬化。癌结节一般均甚小，分布较弥漫，故与增生的假小叶难以区别。

从组织学方面，我们将本组的材料也分为三型，即：肝细胞型、胆管细胞型和混合型(表 2)。

(1) 肝细胞型：属于此型者计 87 例，为三型中最多的一型，其形态特点主要是癌细胞类似正常的肝细胞，即细胞呈多角形，有丰富的胞浆，呈颗粒状，染明显的伊红色，有时尚有胆汁的形成，排列成索状，索的宽狭不一，一般在索间只有丰富的血窦，而无其它间质成分(图 6, 7)。此外，尚有癌细胞的各种变异：

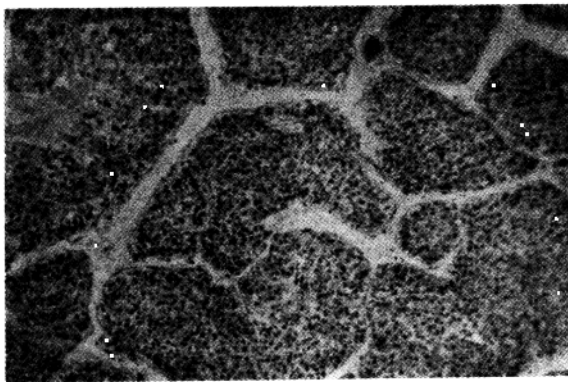


图 6 肝细胞癌：癌细胞呈多角型，作巢状排列，为丰富的血窦所分隔。(×96)

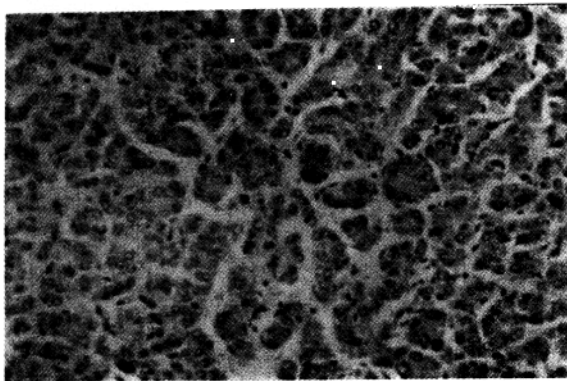


图 7 肝细胞癌：癌细胞呈索状排列，索间有丰富的血窦。(×184)

1) 细胞的体积变成大小不一，有时形成多量巨细胞(图 8)或者较小的细胞，后者有时类似燕麦形细胞。

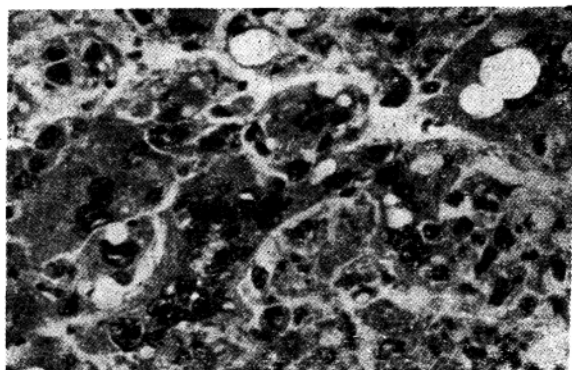


图8 肝細胞癌：癌組織中有巨細胞形成。(×320)

2) 有关细胞排列的变异, 常见的为细胞集中的腺腔形成(图9), 腺腔的大小不一, 大者甚至形如囊肿(图10)。

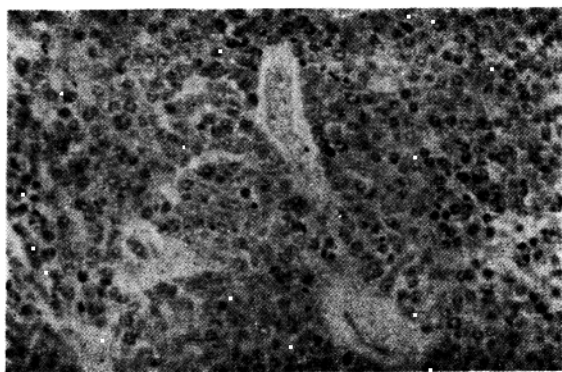


图9 肝細胞癌：癌細胞群中形成腺管。(×96)

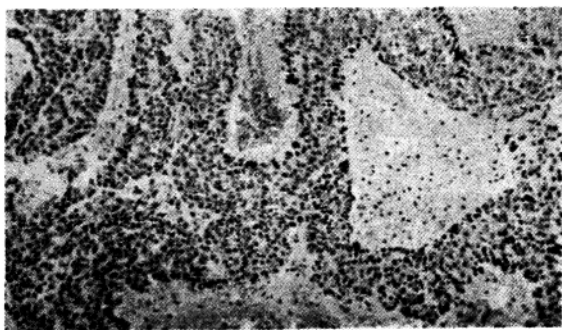


图10 肝細胞癌：癌細胞群中形成囊腔。(×480)