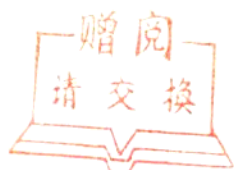


北京市 肿瘤防治研究资料

肺癌学习班讲义



北京市肺部肿瘤研究所
北京市肺癌防治研究协作组 编

1978年

北京市 肿瘤防治研究资料

肺癌学习班讲义

出版:

北京市肿瘤防治研究办公室
北京市科学技术情报研究所
北京市卫生局医学情报室
北京市肿瘤防治研究所情报资料室

印刷: 通 县 印 刷 厂

1978年11月出版

前 言

在以英明领袖华主席为首的党中央提出“抓纲治国”伟大的战略决策指引下，在深揭狠批“四人帮”群众运动逐步深入和“工业学大庆”、“农业学大寨”的群众运动的鼓舞下，按照北京市委和市卫生局党委“一套班子两个任务”的指示精神，北京市各结核病防治单位和各肿瘤防治研究单位组成了北京肺癌防治研究协作组，担负起北京市肺癌的防治研究任务。为了培养肺癌防治骨干，举办了肺癌防治短训班。本书就是在短训班讲义的基础上加以修改编写而成的。参加编写单位有：北京市肺部肿瘤研究所、北京市结核病研究所、中国人民解放军总医院、北京市肿瘤防治研究所等。由11位作者执笔。

本书对肺癌的流行病学、分类、病因、病理，肿瘤与核酸，肿瘤免疫学以及肺癌诊断、鉴别诊断和治疗等都作了扼要的介绍。但由于我们的业务水平有限，书中一定存在很多不足和错误之处，恳切希望读者提出批评指正。

编 者

1977年12月15日

肺 癌 防 治

目 录

第一章	肺癌的流行病学	(1)
第二章	胸部肿瘤的分类	(9)
第三章	肺癌的病因学	(14)
第四章	肺癌的病理学	(20)
第五章	肿瘤的免疫学	(25)
第六章	肿瘤与核酸	(34)
第七章	肺癌的诊断方法	(41)
第一节	肺癌的临床表现	(41)
第二节	肺癌的X线诊断	(44)
第三节	支气管镜检查	(61)
第四节	肺癌的痰涂片细胞学检查	(66)
第八章	肺癌的鉴别诊断	(72)
第九章	肺癌的治疗	(76)
第一节	肺癌的外科治疗	(76)
第二节	肺癌的抗癌药物治疗	(85)
第三节	肺癌的放射治疗	(96)
第四节	肺癌的中医中药治疗	(100)
第五节	肺癌的免疫治疗	(103)
第十章	肺癌的早期发现	(116)
附:	纵隔肿瘤及囊肿	(119)

第一章 肺癌的流行病学

肺癌是最常见的恶性肿瘤之一，其发病率有逐步增高的趋势。肺癌的死亡率在很多地区已占各种恶性肿瘤的首位。根据五大洲五十五个地区的统计，肺癌发病占各种肿瘤第一位的有二十八个地区，占第二位的有十七个地区，占第三位的有六个地区。国际抗癌协会1973年统计，肺癌死亡率在英国、奥地利等国均占首位。苏联在男性仅次于胃癌，女性仅次于子宫癌。美国死于肺癌者仅次于乳腺癌。我国上海市卢湾区统计，肺癌死亡占各种恶性肿瘤的第二位。1975年北京市统计，肺癌死亡占各种恶性肿瘤死亡的首位。这说明肺癌已成为人类因病死亡的重要原因之一，也是我国人民的重要死亡原因之一。因此，早日解决肺癌问题已成为广大人民的迫切要求。

调查研究肺癌在不同地区、民族中的分布，比较和分析各地特殊环境、生活习惯等，可能为寻找肺癌病因及防治提供有价值的线索。这一方面的研究近年来受到很大的重视，而且逐步形成了一个专门的课题，即肺癌的流行病学。其任务是通过有计划地了解和积累有关肺癌流行资料，进行整理，加以综合统计分析，掌握肺癌流行特点和规律，探索它在人群中发生、发展、消亡的客观因素和条件，做到胸中有数，有的放矢地深入开展肺癌防治研究工作。肺癌流行病学也是制订肺癌防治措施、考核防治效果和改进防治工作的重要依据。

近年来我国肿瘤防治研究工作蓬勃开展，很多省、市、自治区进行了肿瘤普查、回顾调查和建立了登记报告制度，为肺癌的流行病学观察研究积累了不少资料。但对肺癌流行客观规律的认识还很不足，有待更系统、更深入、更广泛地观察研究，以便为我国制订肺癌防治措施，降低肺癌的发病和死亡提供理论依据。

肺癌流行病学调查统计

肺癌流行病学调查统计是掌握肺癌流行情况和研究肺癌流行病学的手段。它以大量人群作为观察对象，先经周密计划，然后进行调查分析；在日常工作中累积资料，按时分析总结也很重要。

在进行全面大规模调查工作时，必须发动群众，组织当地医疗卫生机构共同协作，分工负责，在统一规划、统一步骤、密切合作的情况下进行。

死亡与发病的统计是肺癌流行病学调查统计研究的基础。

一、死亡调查统计

由于目前肺癌处在发展快、病程短、治愈率低、死亡率高的阶段，因此死亡调查统计是目前反映肺癌流行情况的主要资料，它最明显地反映出肺癌对生命的影响程度。

肺癌死亡资料一般来自居民的死亡报告。凡能认真执行死亡调查报告制度的地区，就可以根据死亡报告得出肺癌死亡资料。我国目前城市已大多执行死亡报告制度，报告的死亡原因的准确性也在不断提高，这是进行肺癌死亡统计工作的有利条件。在还没有实行死亡报告

的地区,要在某一系统内了解某一时期肺癌死亡情况时,可采用回顾性死因调查的方法。由于肺癌有明显的病程经过,家属、亲友、邻居对肿瘤也很关心,在开展回顾性死因调查时,此类患者一般不易遗漏。但如回顾年限过长,可影响其准确性。

人口数和人口性别、年龄的构成资料,是计算各项死因统计分析所必需的基本数据,因此必需掌握。

肺癌死亡情况一般用肺癌死亡专率表示,即每十万人中一年内因肺癌死亡的人数。其计算方法为:某地区一年中因肺癌死亡的总人数除以当地当年的平均人口数,乘以100,000,以/十万人表示之。

$$\text{肺癌死亡专率} = \frac{\text{肺癌死亡总人数}}{\text{当地当年人口平均数}} \times 100,000.$$

了解肺癌死亡占恶性肿瘤死亡中的比重也十分重要,可以提示肺癌防治工作在整个肿瘤防治工作中的位置。计算方法是肺癌死亡人数除以当地当年因恶性肿瘤死亡数,乘以100,以百分比表示。见表1。

表1 本市新街口街道各种癌症死亡占癌症死亡的比重(1971—1975)

顺 位	肿 瘤 名 称	例 数	构 成 比(%)
1.	肺 癌	45	16.2
2.	胃 癌	43	15.5
3.	子 宫 癌	34	12.2
4.	食 管 癌	30	10.8
5.	肝 癌	27	9.7
6.	乳 腺 癌	26	9.3
7.	肠 癌	25	9.0
8.	其 他	48	17.3
总 计		278	100.0

比较不同地区肺癌的死亡率及同一地区的逐年变化,并从年龄、性别等方面进行分析,观察动态改变,是掌握肺癌流行特点的重要指标。

二、发病调查统计

目前由于肺癌死亡率很高,死亡率尚能间接反映肺癌的发病情况。但随着肺癌的早期发现,治疗的进步和因此导致治愈率的提高,那时死亡统计就不能准确地反映肺癌的发病率。肺癌发病率是表明肺癌流行的发展趋向,也反映肺癌防治措施的效果。理论上肿瘤的登记报告将是肺癌发病资料的最好来源。但是,这些登记管理,要求十分准确地收集人群中所有新发生肺癌病例的材料,并要注意其诊断的依据,即可靠性如何。在一些国家(如丹麦、芬兰等)已开展了全民性或选择性地区的肿瘤登记报告。北京市也在1977年起正式实行全市肿瘤登记报告制度。为了做好此项工作,各医疗单位应有专人负责卡片报告,并定期进行检查,不断提高报告水平,防止遗漏。在尚未建立肿瘤登记报告制度的地区,也可采用回顾性调查的方法获得发病资料,进行统计分析。

肺癌发病率是指在健康的人群中,一定时间内新发生肺癌病人的情况,其计算方法为:

某年一年中全部发生的病人数除以该年的平均人口数，乘以100,000，以/十万人口表示之。

$$\text{肺癌发病率} = \frac{\text{一年中全部发生肺癌病人数}}{\text{当地当年平均人口数}} \times 100,000$$

肺癌发病率因年龄、性别和各种不同环境因素有很大差别，应分别进行统计分析。

肺癌流行情况的统计研究，除通过登记报告制度、死亡登记、回顾性调查等途径获得资料，进行死亡和发病统计分析外，还可以通过普查、病理检验、病例调查等方法进行。

肺 癌 流 行 特 点

一、肺癌发病的地区差异

为了探索肺癌发病的因素及确定肺癌防治的重点地区，了解地理分布特点是很有意义的。从目前掌握的流行资料看，有以下二种情况：

(一)肺癌在全世界均有发病，但各国分布很不平衡：欧美国家较高，亚洲其次，拉丁美洲国家较低。具体见表2。

表2 一些国家一九七三年肺癌死亡专率(每十万人口)

国 家	死 亡 专 率	国 家	死 亡 专 率
英 国	65.4	捷 克	44.7
奥 地 利	43.3	苏 格 兰	69.8
美 国	34.9	瑞 士	32.2
加 拿 大	27.8	澳 大 利 亚	27.7
丹 麦	40.4	日 本	11.8
法 国	25.4	新 加 坡	16.1
西 德	35.6	菲 律 宾	2.3
意 大 利	30.1	墨 西 哥	3.4
荷 兰	44.3	洪 都 拉 斯	0.5
匈 牙 利	37.0	尼 加 拉 瓜	0.3

我国部分地区调查结果，总的说来与亚洲一些国家接近，但各地区的分布也不完全一样。见表3。

表3 我国部分地区肺癌死亡专率(每十万人口)

地 区	死 亡 专 率	地 区	死 亡 专 率
湖 北 省 (1971年)	5.3	上 海 卢 湾 区 (1952年)	3.2
天 津 塘 沽 区 (1970—1972年)	11.2	上 海 卢 湾 区 (1957年)	7.7
北 京 城 区 (1974年)	18.9	上 海 卢 湾 区 (1966年)	20.1
北 京 城 区 (1975年)	19.5	上 海 卢 湾 区 (1971年)	33.2

这种国家和地区之间的差异,除肺癌本身发生有差别外,可能尚受统计资料准确程度的影响。

(二)城市高于近郊,近郊高于远郊。总的说城市高于农村。1975年北京市城区肺癌死亡率为19.5/十万,近郊为10.8/十万,远郊为10.3/十万。国外(如丹麦)材料也反映了同样的分布规律,见表4。

表4 丹麦不同地区男性肺癌死亡专率(每十万人人口)

年 份	首 都	城 镇	农 村
1935	9.2	3.2	2.2
1940	13.0	5.7	4.8
1945	22.5	8.0	6.8
1950	36.9	13.5	10.1

二、肺癌发病的逐年变化情况

根据某些国家统计,肺癌发病在二十年代就开始增加,这种现象一直延续到现在。如英国近五十年肺癌增加了约40倍,其逐年变化见图1、2。美国1920年肺癌死亡为1.1/十万,1970年为31.9/十万,五十年中增高28倍。1970年至1973年资料表明仍在继续增高,见表5。肺癌这种逐年增高的情况是世界性的,并非个别国家或个别地区的反映。见表6。

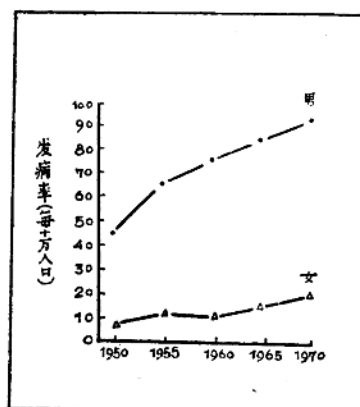
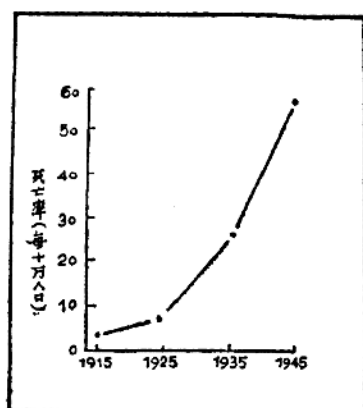


图1 英国男性肺癌死亡率(1915年—1945)年

图2 英国肺癌发病情况(1950—1970年)

表5 美国肺癌死亡专率的逐年变化(每十万人人口)

年 份	男	女	总
1930	3.1	1.8	—
1945	13.2	4.2	—
1949	19.1	4.4	—
1968	50.0	10.3	29.7
1970	53.0	11.8	31.9
1971	54.4	12.9	33.2
1972	56.8	14.0	34.9
1973	57.9	14.6	35.7

表6 一些国家男性肺癌发病率(每十万人口)

国 名	1950—1951	1954—1955	1960—1961	1964—1965
英 国	39.09	50.49	62.22	67.72
苏 格 兰	38.59	50.30	66.06	75.55
北 爱 尔 兰	20.47	28.46	36.24	39.49
荷 兰	23.78	29.97	42.32	51.12
美 国	18.44	24.03	31.36	36.86
新 西 兰	17.42	23.81	28.52	35.72
法 国	10.70	15.62	22.22	25.55
日 本	2.65	5.25	9.97	12.64

我国肺癌增加情况也基本相同,上海市卢湾区肺癌死亡率从1952年的3.2/十万,至1971年为33.2/十万(表3),近二十年中增加8倍。北京城区肺癌死亡率由1958年的7.9/十万,上升至1975年的19.5/十万。十余年增加了一倍多。

引起肺癌病人增加的原因,考虑有以下三方面:

(一)由于现代医学科学的发展,有了比较现代化的诊断方法,如X线,纤维支气管镜,痰细胞学检查,活体组织检查,开胸等方法使肺癌诊断率有所提高。

(二)人的寿命延长,使人口构成发生改变,老年人的比例增加,肺癌在人群中发生的机会自然增多。

(三)除以上二个因素外,肺癌本身的发生实际上也有增多。

有些国家报告,肺癌病人增加的现象已有缓和的趋势,即增加的幅度有所减小。这主要反映在男性肺癌的发生方面。英国男性肺癌发病率增高百分比1950年—1955年为42%,而1966年—1970年增高百分比为9%。近几年增高百分比继续有下降。见图3。

肺癌发病与年龄、性别的关系:

(一)肺癌发病机会随年龄的增长而增加。一般在40岁以后开始上升,50岁以后明显上升。因此,肺癌主要是一种以中、老年为主的疾病。青年虽有发病,但比例较少。见图4。从

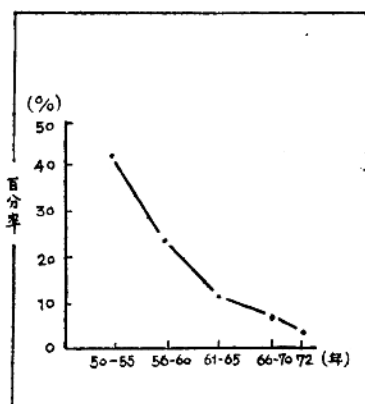


图3 英国男性肺癌发病增高百分比 (1950—1972年)

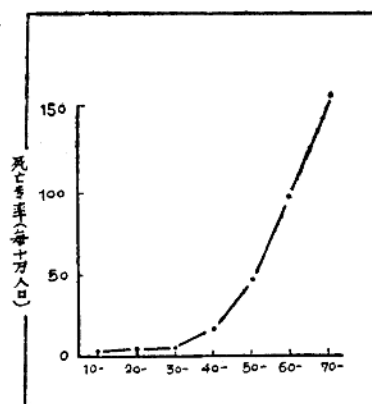


图4 1975年北京市不同年龄组肺癌死亡专率

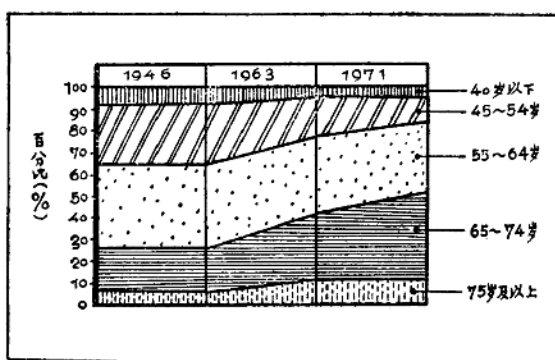


图5 英国肺癌不同年龄组构成百分比

原因有待研究。从逐年变化来看，肺癌发生的两性差别有缩小的趋势。如英国1950年肺癌发病率男女之比为5.4:1，1970年下降到4.9:1，1973年为4.5:1；上海市卢湾区报告1965年男女之比为3:1，1972年为1.8:1；北京1958年男女之比为1.17:1，1975年为1.03:1。

表7 不同地区肺癌死亡专率不同性别之比

地 区	肺癌死亡专率(每十万人人口)		男 女 之 比
	男	女	
法 国(1973)	45.1	6.5	6.9 : 1
英 国(1973)	108.8	24.3	4.5 : 1
美 国(1973)	57.9	14.6	4 : 1
日 本(1973)	17.4	6.5	2.6 : 1
新 加 坡(1974)	25.9	10.9	2.3 : 1
中国 北京(1975)	19.8	19.2	1.03 : 1

(三)男女间各年龄组发病逐年变化有明显差别。英国从1950年至1970年20年中，男性40~49岁年龄组发病率没有增加，反有下降，年龄越大，发病率上升越明显；而女性的发病率在各年龄组中的变化大致相同。见表8。

表8 1950—1970年肺癌发病率男女变化(英国)

年 龄 组(岁)	男 性 倍 数	女 性 倍 数
40—44	×0.85	×1.5
45—49	×0.87	×2.1
50—54	×1.0	×2.2
55—59	×1.5	×2.1
60—64	×1.7	×2.5
65—69	×2.4	×2.0
70—74	×4.0	×2.0

男性发病的高峰由1950年的65~69岁年龄组至1970年推移到70~74岁年龄组，而女性的发病高峰没有改变。图6、图7。有人根据肺癌发病的年龄高峰逐年地向高年龄组推移的现象，提出肺癌可能在某一代人中流行的假说（主要指男性）。如按这个假说，待此代人群去世之后，如没有出现第二个高峰，则肺癌的发病可能会有所下降。

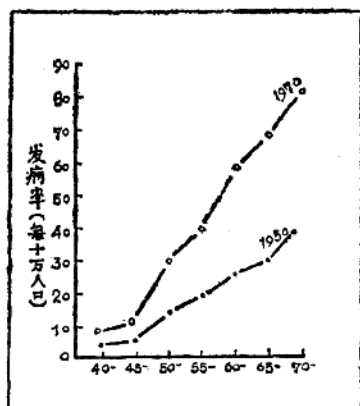


图6 英国1950—1970年女性各年龄组肺癌发病率

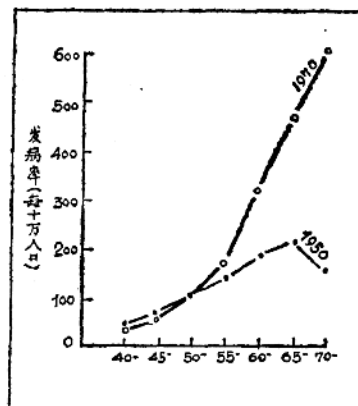


图7 英国1950—1970年男性各年龄组肺癌发病率

影响肺癌流行的可能因素

一、吸烟

目前比较公认吸卷烟与肺癌发病有关。有人曾对一百万以上的人群进行了二年以上7次对照研究观察(其中美国5次，加拿大1次，英国1次)，结果吸烟者得肺癌是不吸烟者的10.8倍。说明吸烟和不吸烟得肺癌的机会是有差别的，吸得多的人群又比吸得少的容易得肺癌。见图8、表9。

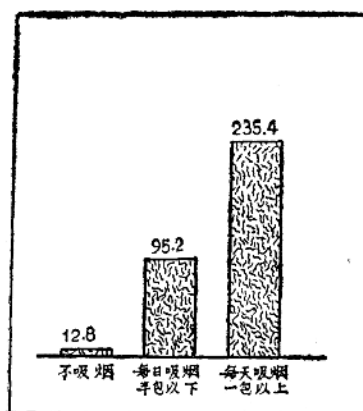


图8 吸烟与肺癌死亡率关系 (每十万人)

1960—1962年北爱尔兰35岁以上男性肺癌标准死亡率(每十万人人口)

日吸烟支数	农 村	城 市
0	10	21
1—10	25	121
11—22	74	171
23 ⁺	173	515

二、肺部慢性疾病

(一)关于肺癌与肺结核的关系过去有过不少争论。近年来肺癌与肺结核并存的报告越来越多,主要是陈旧性肺结核病人合并肺癌的增多,而不是活动性肺结核病人。如1973年莫斯科两个区的门诊部对81,350名居民进行了X线照片,结果发现40岁以上男性原有肺结核者肺癌发生率为该年龄、性别组无肺结核全体受检者的4倍。

(二)接触石棉尘特别有石棉肺者其肺癌的发生率有明显的增高。根据世界各地区的病例累计表明,死于石棉沉着症的工人中患有肺癌者达20—50%。

(三)有人认为慢性气管炎与肺癌有一定关系。1971年有人报告562例肺癌病人中有慢性气管炎或慢性咳嗽史者252例,占45%。

三、电离辐射

十六世纪在捷克的约阿希姆塔尔和法国的什内堡矿工中发现肺癌,认为与矿中含有放射性物质有关。有人追踪长崎,广岛原子弹爆炸后的十万生存者,其肺癌发生率超过一般人。另有人调查铀、钍、镭及银矿的井下工作者肺癌发病率都较高。

四、接触某些化学物质

接触某些工业废物、烟雾的人群肺癌发病相对较高。如冶铜工业、萤石、重铬酸盐工业等。有人报告制铬盐工人中得肺癌机会是一般人群的15—30倍。

第二章 胸部肿瘤的分类

一、胸壁肿瘤

除乳腺及皮下组织引起的肿瘤外,其余的均少见。有的很小而症状明显,有的很大而不出
现症状。胸壁肿瘤可起源于软组织或骨组织,分良性及恶性。良性主要是脂肪瘤,恶性主要
是肉瘤。

分类:

(一)原发性肿瘤

良性:软骨瘤,骨软骨瘤,骨瘤,血管瘤,神经源性肿瘤,黄色瘤,脂肪瘤,淋巴管
瘤。

恶性:肉瘤,有骨肉瘤,软骨肉瘤,粘液肉瘤,纤维肉瘤,脂肪肉瘤,伊文氏瘤,交感
母细胞瘤,骨髓瘤,恶性间皮细胞瘤。

(二)转移性肿瘤:有乳腺、肺、肾、甲状腺癌的转移。

肉瘤转移。肋骨的肿瘤原发性较少,转移者较多。

(三)假性肿瘤:肺疝。

诊断时应与炎性病变区别。

二、胸腔肿瘤

(一)纵隔肿瘤

纵隔结构复杂,有各种不同的组织,由此可发生各种肿瘤及囊肿。

肿瘤可分为原发肿瘤、囊肿及转移性肿瘤三种。

1.原发性肿瘤有四类:(1)神经源性肿瘤;(2)畸胎瘤;(3)间叶性肿瘤;(4)胸腺
瘤。

2.囊肿系发育异常所引起,可分为支气管囊肿、食管囊肿、胃囊肿、肠囊肿及心包囊
肿。这些囊肿没有见到恶性变的。

3.转移性肿瘤多继发于支气管癌,也可继发于腹部器官、食管、乳腺、颈部和其它部
位的恶性肿瘤。

(1)神经源性肿瘤:发生于神经组织的肿瘤,可为神经纤维瘤或神经节瘤。纵隔神经原
性肿瘤起自脊柱旁交感神经干及脊髓神经的后根,偶尔来自肋间神经。

大多数的神经纤维瘤是良性的,常在常规X线检查发现,时间久后有潜在的恶性能
力。起源于脊髓神经后根的神经纤维瘤可向前生长,把壁层胸膜向前推,也可向后生长,
穿过椎间孔压迫脊髓,称做哑铃状肿瘤。

(2)畸胎瘤:是一种混合瘤,由二个以上胚叶的多种组织的细胞所构成。此瘤来源没
有定论,多数人认为胚胎时纵隔组织发育障碍是纵隔畸胎瘤发生的基础。有实性及囊
性两种。实性的肿瘤称为畸胎瘤,囊性的叫做皮样囊肿。常在青年或者壮年时期被发
现。畸胎瘤的结构有三个胚叶的组织,而皮样囊肿只含外胚叶及中胚叶组织即含有上
皮、腺体、毛发、软骨、

骨及牙齿等组织，没有内胚叶组织（呼吸道、消化道组织）。

实性的畸胎瘤有恶变的可能，发展为表皮样癌和腺癌。如咯出毛发及X线下纵隔局限性阴影中发现牙齿，就可以确诊。

(3) 间叶性肿瘤：可为纤维、脂肪、骨、软骨、平滑肌及血管等组织的肿瘤，有良性或恶性的。其中脂肪瘤最常见，生长缓慢，体积可很大。

(4) 胸腺瘤：可发生在胸腺的部位，也可发生于异位的胸腺（如肺门部、颈部）。15—25%的重症肌无力伴有胸腺瘤。胸腺瘤是具有一定恶性的，特别在青年人中恶性者较多。此瘤可位于前纵隔的任何部位，早期有包膜，恶变后，可侵犯邻近组织及纵隔淋巴系统，并可发生远处转移。

(5) 支气管源性囊肿：常位于上纵隔的后部、后纵隔的上部，在气管分叉或大气管处，但也可位于支气管树的任何部分或肺内，有时见于食管壁内。囊肿壁是支气管壁的正常构成组织，囊壁上有假复层纤毛柱状上皮。腔内含有粘液样分泌物，囊腔不与支气管相通。

(6) 食管囊肿：囊壁内层为复层鳞状上皮，囊壁组织与食管相通。

(7) 胃肠囊肿：胃囊肿壁似胃，内容物含盐酸，粘膜上可有溃疡。肠囊肿的囊壁似小肠组织。

(8) 心包囊肿：系由中胚叶组织发育异常引起，位于前纵隔，一般在心膈夹处，与心包、前胸壁或膈接触。囊壁有扁平细胞，囊内含清液，常在X线检查下发现。

除了上述三类囊肿外，纵隔中还可有三类获得性囊肿：(1) 寄生虫性囊肿；(2) 实质性肿瘤的囊性变；(3) 血肿退变引起囊肿。

(9) 转移性肿瘤

常通过淋巴管，有时直接蔓延而来。常来自支气管癌，也可来自乳腺癌、胃癌、直肠癌或全身任何地方的肉瘤。

体积大者可阻塞上腔静脉，增大的淋巴肿块可压迫气管、支气管或食管引起狭窄和阻塞。

纵隔各种肿瘤好发部位

纵隔内肿瘤都有其好发部位，对于诊断极为重要。

前上纵隔多属胸腺肿瘤、甲状腺瘤，后纵隔常为神经源性肿瘤、食管囊肿、胃肠囊肿，前下纵隔为畸胎瘤、皮样囊肿、心包囊肿；中纵隔则以淋巴组织瘤、支气管囊肿为多。

原发性纵隔肿瘤最多见的是神经源性肿瘤，其次为畸胎瘤、支气管囊肿、胸腺瘤，再次为心包囊肿、淋巴系肿瘤、甲状腺腺瘤等。

纵隔肿瘤分类表

<u>前纵隔</u>	<u>后纵隔</u>
良性：畸胎瘤（皮样囊肿）	神经纤维瘤
甲状腺瘤（胸骨后）	神经节瘤
心膈角囊肿	嗜铬细胞瘤
支气管囊肿	脊膜瘤
胸腺瘤	囊肿：支气管、胃、肠
脂肪瘤	甲状腺腺瘤

副甲状腺瘤
动脉导管瘤

恶性：淋巴母细胞瘤
恶性畸胎瘤
白血病
恶性胸腺瘤

食管肿瘤：平滑肌瘤、纤维瘤、脂肪瘤
主动脉瘤
软骨瘤
食管癌
肉瘤

转移性肿瘤：

支气管癌、乳腺癌、胃癌、直肠癌、肾癌、肉瘤
在诊断时，要考虑纵隔内的假性肿瘤及炎性病变。

(二) 肺部肿瘤

分类：

1. 据美国纽约癌症中心纪念医院：

I、表皮样癌(1)角化型鳞状上皮癌

II、雀斑细胞癌

III、腺癌(1)腺癌(2)细支气管癌或细支气管肺泡性癌

IV、未分化型大细胞癌

V、支气管类癌

VI、气管支气管粘液腺肿瘤(1)柱状细胞瘤(2)粘液表皮样癌(3)支气管粘液腺癌

VII、乳头状瘤及乳头状癌

VIII、肉瘤(1)恶性淋巴瘤(2)平滑肌肉瘤(3)其它

IX、畸胎瘤，胚胎性肿瘤，混合瘤。

X、胸膜间皮细胞瘤(1)上皮性或弥漫性(2)纤维肉瘤性(3)胸膜的其它肉瘤

2. 据世界卫生组织：

I、表皮样癌

(高度、中度或轻度分化)

II、小细胞性未分化癌

(1)梭形细胞型

(2)多角细胞型

(3)淋巴细胞样(“燕麦”)型

(4)其他

III、腺癌

(1)支气管源性

甲、腺泡状
乙、乳头状

伴或不伴有粘液形成

(2)细支气管癌

IV、大细胞癌

(1)实性肿瘤伴有粘液样物质

(2)实性肿瘤不伴有粘液样物质

(3)巨细胞癌

(4)“透明”细胞癌

V、复合性表皮样癌及腺癌

VI、类癌

VII、支气管腺体肿瘤

(1)圆柱瘤

(2)粘液表皮样瘤

(3)其他

VIII、表面上皮的乳头状肿瘤

(1)表皮样

(2)表皮样伴有杯细胞

(3)其他

IX、“混合”性肿瘤及癌肉瘤

(1)“混合”瘤

(2)胚胎型癌肉瘤(胚母细胞瘤)

(3)其他癌肉瘤

X、肉瘤

XI、未分类肿瘤

XII、间皮瘤

(1)限局性

(2)弥漫性

XIII、黑色素瘤

XIV、与恶性肿瘤拟似的肺内良性病变

(1)硬化性血管瘤

(2)浆细胞性肉芽肿

(3)假性淋巴瘤

3. 据北京医学院第一附属医院病理科:

一、按肺癌的组织来源和发生部位分:

1. 支气管癌

2. 细支气管癌

二、按肺癌的肉眼形态分:

1. 中心型

2. 边缘型

3. 弥漫型

三、按组织病理形态分:

1. 鳞状细胞癌

I级: 分化最好

II级: 分化较差

III级: 分化更差

2. 腺癌
3. 未分化癌
4. 细支气管—肺泡上皮癌
5. 类癌
6. 腺样囊性癌

四、肺癌的转移规律:

1. 淋巴道转移
2. 血行转移
3. 直接蔓延