

谭郁彬 张乃鑫 主编

外科诊断病理学

Waike zhenduan binglixue

R604

TYB

0-1

111155

外科

诊断病理学

谭郁彬 张乃鑫 主编



天津科学技术出版社

解放军医学图书馆(书)



00207295

图书在版编目(CIP)数据

外科诊断病理学/谭郁彬, 张万鑫主编. —天津: 天津科学技术出版社, 2000. 6

ISBN 7-5308-2649-2

I. 外… II. ①谭… ②张… III. 外科学: 诊断学: 病理学 IV. R604

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 08951 号

责任编辑: 郝俊利

责任印制: 张军利

2280/66 01

天津科学技术出版社出版

出版人: 王树泽

天津市张自忠路 189 号 邮编 300020 电话(022)27306314

天津新华印刷二厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 1/16 印张 74.25 字数 1 788 000

2000 年 6 月第 1 版

2000 年 6 月第 1 次印刷

印数: 1-3 000

定价: 118.00 元

内 容 简 介

本书是 1976 年由原天津医学院病理解剖学教研室编著的《实用外科病理学》的修订版。本书的 1976 年版以其很好的实用性受到国内诊断病理学界的欢迎,一直作为国家卫生部委托天津医科大学(原天津医学院)举办的全国病理医师进修班的基本教材,并被国内一些医院病理科选做培训病理医师的参考教材。

新版《外科诊断病理学》的编者们在总结从事病理诊断工作和 20 余期病理医师进修班教学经验的基础上,参考近年来诊断病理学的新进展,对原书进行了全面修订,其中对于炎症和肿瘤两大类基本病变的诊断基础进行了充实,对各系统疾病的覆盖面较宽。本书提供了与外科病理诊断有关的解剖学、组织学、胚胎发生等方面的基础知识,对于病变的鉴别诊断尤多加以说明,对于软组织、淋巴网状组织、子宫内膜和内分泌系统等的病理诊断有较为全面、深入的叙述。此外,本书还简要、实用地介绍了外科病理诊断能力的基本训练、包括免疫组化在内的特殊技术、冰冻切片诊断、肿瘤脱落细胞学诊断和规范的外科病理标本检查等内容。书后附有详细的中文索引和汉英名词对照,便于读者对于本书的综合查阅。全书 180 余万字,附有表格 185 个,图片 530 幅。

本书可作为初级病理医师专业入门训练的基本教材,初、中级病理医师专业继续教育的参考教材,是医院病理科具有实用价值的案头参考书,也适于有关临床专业医师阅读。

外科诊断病理学 171

前 言

20年前我们曾编写了一部《实用外科病理学》，作为病理医师进修班的教学参考书。该书发行后，受到了国内广大病理医师欢迎。近些年来，随着一些有关新技术在外科病理学的应用，国内外病理技术和诊断经验的频繁交流，对于很多疾病性质和病变特点的认识无论在广度上还是在深度上都有了很大的提高，极大地促进了诊断病理学的发展。20年来，我们在进修班系统讲授、读片和综合诊断实习的教学过程中，根据诊断病理学的进展，不断地对原书的内容进行更新和充实。现在奉献给各位读者的这部新版《外科诊断病理学》便是在国内病理学界许多同道们的鼓励下，作者们基于多年从事专题教学和诊断工作中积累的经验，参考诊断病理学最新进展，在原书的背景上经过多年努力改编而成的。本书几乎全部都是重新编写的，诸如炎症病理诊断基础、肿瘤病理诊断基础、软组织、淋巴网状组织和内分泌系统等章的内容都有较为全面、深入的叙述，其他章节也做了相当的充实。本书注意内容的新颖，力求对病理医师，尤其是初、中级病理医师的外科病理诊断工作提供实际的帮助。本书除涉及一些病变的形态发生、肿瘤的组织来源和临床与病理的联系外，更着力于疾病的病变描述和鉴别诊断，尽可能满足读者在病理诊断工作中的实际需要。此外，本书还简要、实用地介绍了外科病理诊断能力的基本训练、包括免疫组织化学在内的特殊染色技术、冰冻切片诊断、肿瘤脱落细胞学诊断和规范的外科病理标本检查等内容。书后的详细索引有助于读者的快速检索和对于本书内容的综合查阅，有助于进行比较全面、系统的诊断思维和鉴别诊断。我们希望这部新版《外科诊断病理学》能够成为青、中年病理医师系统学习诊断病理学的进修教材和日常工作中重要的案前参考书。

本书在编写过程中曾得到病理学界同道们的热情支持和大力帮助，书中的照片是由天津医科大学医学摄影室符德照、张大卫等同志摄制的，病理学教研室的赵天如、赵晖和王欣等同志为本书的出版做了许多工作，在此一并表示谢意。

由于作者们的专业水平所限，本书难免缺点和错误，衷心希望广大读者批评指正。

谭郁彬 张乃鑫

于天津医科大学

1998年6月

编 著 者

(以姓氏笔画为序)

天津医科大学病理学教研室

马鸿达	教授	王新允	教授
王瑞琳*	副教授	江昌新	教授
孙保存	教授	张乃鑫	教授
张景全	教授	邱近明	教授
林建韶	教授	黄凤歧	教授
惠 京	副教授	谭郁彬	教授
潘彦珞	教授		

* 现在天津市天津医院病理科

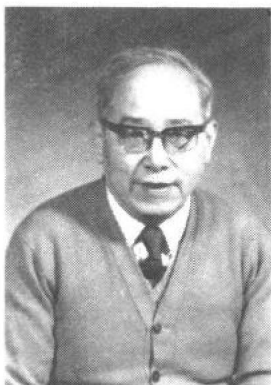
图 片 摄 影

(以姓氏笔画为序)

天津医科大学医学摄影室

李 健 刘淑萍 张大卫 傅德照

主编简介



谭郁彬 男,1924年4月生,1948年毕业于中央大学医学院。1950~1953年在北京协和医学院病理学系进修。曾任天津医学院病理教研室主任、硕士研究生导师,基础医学部主任、天津市内分泌研究所所长、中华医学会病理学会常委、中华病理学杂志常务编委、天津市病理学会主任委员、《国外医学·内分泌分册》总编、中华内分泌代谢病杂志编委等职。现任天津市病理学会名誉主任委员,中华地方病学会委员、中国地方病杂志编委。主持和执教国家卫生部委办的“天津医科大学病理医师进修班”20余年,参与培养外科病理学医师200余名。主编《实用外科病理学》(1976年,天津医学院)。协助编写朱宪彝《临床内分泌学》(1993年,天津科学技术出版社)。在内分泌病理学研究方面已发表有关地方性甲状腺肿、甲状腺炎、甲状腺肿瘤、神经内分泌免疫病理学论文30余篇。在代谢性骨病实验研究方面发表有关地方性氟病和老年骨质疏松症的基础实验研究论文20余篇。曾参加编写几种专著中有关“内分泌病理”、“内分泌肿瘤病理”、“地方性甲状腺肿病理”等章节。1991年获国务院政府特殊津贴及全国优秀教师称号。



张乃鑫 男,1936年7月生。1960年毕业于天津医科大学医疗系本科,1966年中国医学科学院、中国协和医科大学病理学系研究生毕业,1984年赴美国费城哈尼曼大学医学院考察医学教育和病理学教学、研究工作(客座副教授,一年)。现任天津医科大学病理学教授,博士生导师。曾任天津医科大学病理学教研室主任、基础医学部主任、副校长。现任中华医学会病理学会常委,天津市病理学会主任委员,天津市体视学会副理事长,天津市学位委员会委员,中华病理学杂志常务编委,诊断病理学杂志、中国肿瘤临床和天津医药等杂志的编委。参与主持和执教国家卫生部委办的“天津医科大学病理医师进修班”20余年,参与培养外科病理学医师200余名,协助主编《实用外科病理学》(1976年,天津医学院),参与编写《病理学纲要》(1989年,北京学术期刊出版社)和国家卫生部临床医学专业规划教材《病理学》(第5版,2000年,人民卫生出版社),发表有关结核性淋巴结炎变型病变、实验性氟肝病等专业研究论文60余篇和《美国医学教育的某些宏观特点》等医学教育研究论文10余篇。1993年起享受国务院特殊津贴,1995年评为全国优秀教师。

外科病理诊断能力的基本训练

绪论——外科病理诊断能力的基本训练

外科病理学是病理学一个重要而庞大的分支,是以各种疾病的病理检验和病理诊断为中心任务的一门学科。病理诊断的正确与否,关系到疾病的治疗是否得当,病人的生活质量甚至生命。病理诊断的水平与医院的医疗质量密切相关。对每个病理医师来说,如何使自己作出的病理诊断达到正确无误是至关重要的。而在浩繁的病理诊断工作中常常会遇到一些深邃、复杂的疑难问题,这就需要病理医师不断提高自己的诊断能力。外科病理学是一门科学,外科病理诊断则是一项严肃的科学实践。培养正确无误的诊断能力,除了广博坚实的基础知识和全面专深的实践经验之外,还需要坚韧的敬业精神和辩证的思维方法。在病理检验工作中,从临床资料的了解和分析,标本的检查和处理,检验技术的选择和运用,病变的观察和综合直至病理诊断的确立,各个环节都需要科学求实的态度、热情服务的精神和辩证唯物的观点。上述任何一个环节的处理不当都可能使病理诊断失误。提高外科病理诊断水平需要在日常工作中妥善处理以下一些问题。

一、病理与临床的关系

病理与临床是在疾病诊断过程中相互依存、相互制约的两部分。对病理诊断来说,必要的临床资料(包括病人年龄、性别、职业、病史和有关的临床检测结果),临床医师对病情的初步诊断或印象、病变的原位肉眼所见、送检标本的解剖学部位和手术切取的范围等,对建立正确的病理诊断都具有十分重要的作用。在缺少必要临床资料情况下所作出的病

理诊断难免片面失误。例如:不了解血象很难对骨髓活检作出正确诊断。没有相关的临床资料 and 内镜观察所见有时也很难对有关部位的活检作出合适的病理诊断。而缺少临床医师有关皮损的描述和倾向性诊断要对皮肤活检作出符合实际的诊断就更加困难了。对临床治疗来说,需要病理医师协助确定疾病的性质和病因,要求病理诊断能有助于临床确定疾病的性质、策划治疗方案和估计预后,而不是浮浅地提供病理诊断名词或简单地重复临床诊断。例如:对于因机械性肠梗阻而切除的肠段,病理医师应尽可能查找引起梗阻的病变性质,而不能满足于重复“肠梗阻”的诊断;对于切除的“肿大”脾脏,病理医师应查找引起肿大的原发病变,而不能简单地报告“脾肿大”;对于切除的“皮下结节”,病理医师不能满足于检见到“肉芽肿病变”,而应进一步探寻引起肉芽肿的病因,是结核病、真菌病、寄生虫病,还是结节病、异物反应等。

病理医师要重视每一个病例的有关临床资料和倾向性临床诊断(或印象),借以作为病理诊断的参考,如临床资料不足,应设法请临床医师补充,甚至亲自向病人或其家属查询。但是,病理诊断又只能依据对送检材料所做的客观形态学观察和科学的综合分析。病理医师是基于对病变的直接观察做出病理诊断的。这是迄今其他诊断手段所难以替代的。病理医师应充分发挥这种深层次“主观”诊断的优势和特长,而不能盲目地以临床提示作依据,随声附和,轻率地放弃有力的形态学依据或降低病理诊断标准,以此去迎合临床诊断。这实际上是病理诊断工作中的本末

倒置,不利于疾病的正确诊断和治疗。有时病理诊断与临床诊断不符合,甚至相距甚远,这是不足为奇的,遇有这种情况,病理医师首先应认真核查病理诊断过程中由接收标本、切取检材、制备切片、观察诊断直至书写和发送病理报告等各个运作环节有无差错;有时需要深切蜡块或补切标本,或附加其他手段进一步核定诊断。必要时应与临床取得联系,沟通认识,使病理诊断真正发挥应有的作用。

二、病理技术与病理诊断

正确的病理诊断需要规范的制片技术和优质的切片。劣质染片给诊断工作带来的困扰是很大的,甚至会导致误诊。病理医师要有制片技术的基本知识、熟练操作过程,能鉴定染片质量缺陷的原因所在,提出改进意见,切勿牵就从事,更不要以能在劣质染片上做出病理诊断而自视高明,这是很不可靠的,甚至要贻误工作。

优质的染片是指能满足诊断要求的切片,包括及时充分的固定、准确到位的取材、规范的包埋、薄平而完整的切片和清晰的染色等各环节。病理医师在诊断过程中要经常注意染片质量给诊断带来的影响。

(一)取材 无论是从手术切除大标本中选切组织块,还是从咬取或刮除的散碎检材中选择包埋组织,对正确的病理诊断都是关键性步骤。即使是小活检,选择合适的包埋面也往往成为正确诊断所不可忽视的问题。病理医师在取材时或处理活检标本时应经常意识到所取检的标本只是疾病某一过程中整体病变的一部分,据此所作的病理诊断只是根据“局部”的形态变化、联系整体进行分析的结果。因此,在取材时应注意选好与疾病相关的各种有代表性的部分,如病变的边缘部、主体、肿瘤的包膜内外、不同质地、色泽的部位……等等,使标本带来的“片面性”尽可能得到弥补。必要时还要补切大标本,或深

切、连切活检标本,或转位埋切。

(二)特殊技术的应用 特殊技术包括常规制片以外的各种技术,如组织化学、酶组织化学、免疫组织化学染色,电镜,DNA 倍体分析,DNA 原位杂交,图像分析等检验方法,这些技术的应用对提高病理诊断水平有重要意义,有时是不可缺少的。应根据实验室条件、诊断的需要和可能,有针对性地选用。

恰当选用组织化学、酶组织化学和免疫组织化学染色并合理评价结果,对提高诊断水平的意义受到病理医师的广泛重视。大多数细胞胞浆产物和纤维、基质成分都可用组织化学染色显示,鉴定这些成分对判断组织、细胞类型和肿瘤组织来源常常是不可少的。免疫组织化学染色可以显示胞膜、胞浆、胞核以及间质中微量的特殊成分,对判断组织、细胞的来源、类型和分化程度具有非常高的特异性和敏感性。例如,判断肌源性、神经源性肿瘤细胞和淋巴瘤细胞类型,判断甲状腺滤泡上皮和滤泡旁细胞及其肿瘤,都需要免疫组织化学染色。目前已有近百种免疫抗血清应用于免疫组织化学,协助病理诊断,对提高诊断水平,特别是肿瘤细胞来源的鉴别起着非常重要的作用。对此,病理医师应有充分的认识,并且不断提高其应用价值。但是,免疫组织化学的特异性只是相对的,目前尚未找到绝对特异的肿瘤标记物。其敏感性也有待提高。因此,过分依赖免疫组化技术而不加选择地滥用,只会使病理诊断陷入更多的困惑中,甚至导致误诊。经验表明,对于石蜡-HE 常规染片的细致观察是病理诊断的基本功,绝不能忽视。应在认真观察常规染片的基础上,提出需要解决的问题,有针对性地选用几种(往往不只是一种)免疫组织化学染色进行综合分析,这是达到正确诊断比较稳妥可靠的方法。从目前情况看,有些组织化学染色和酶组织化学染色也不是免疫组织化学染色所能取代的。诸如网状纤维染色、一些粘液染色和一些酶的染色等都有其独特的

参考价值,并具有使用方便、经济可靠等特点,如选用得当,会起到其他染色技术所达不到的作用。

适当地选用电镜观察,分析病变中重要细胞的超微结构特点也是达到正确病理诊断所必需的。例如,依据瘤细胞胞浆的结晶状肾素颗粒诊断肾球旁细胞瘤,依据瘤细胞胞浆神经分泌颗粒和核旁纤维小体诊断稀疏颗粒型生长激素细胞腺瘤,依据胞浆的 Birbeck 颗粒诊断组织细胞增生症 X 等。超微结构病理在神经源性与肌源性肿瘤鉴别诊断中的参考价值也是很高的。

DNA 原位杂交、DNA 倍体分析、计算机图像分析等技术正在引入外科病理诊断工作。这些新技术在一些病变的生物病原学诊断和在评估一些恶性肿瘤细胞分化程度及其预后等方面发挥独特的作用。为了提高病理诊断能力还需要深入开拓这些先进技术。但对当前病理诊断工作来说,这些先进技术的应用仍然必须以常规染片的观察作为基础。

三、观察与思考

仔细的观察和周密的思考是病理诊断最基本的环节。诊断过程实际就是观察与思考的统一,两个环节是不可分割的。无论是大标本还是镜片标本,都要进行仔细观察。要注意锻炼敏锐的观察力,发现可能并不引人注目的各种有诊断意义的细微病变,尤其不能遗漏任何关键性病变。有比较才能鉴别。观察病变时要注意比较病变组织与正常组织、病变组织的各个部分、原发病变与继发病变等。辨认病变,要力求准确无误,不能将模糊不清、似是而非的病变作为诊断的依据。思考过程是对大体病变与镜下病变、局部病变与整体病变、现例病变所见与往例诊断经验等进行比较、联系和综合分析的过程。进行综合分析时,应注意判断病变的异与同、主与次、典型与不典型、共性与特点等。诊断的思考过程要全面、有据和层次清楚,切忌片

面、猜测和杂乱无序的主观臆断。就诊断过程来说,观察是给思考提供依据,思考又指导进一步深入观察。二者循环往复,使诊断的范围逐步缩小。病理诊断,尤其疑难病例的病理诊断的确立,往往需要观察→思考→再观察→再思考过程的多次往复深化。

四、培养科学的诊断思维

正确的病理诊断需要科学的诊断思维。病理医师应特别注意诊断思维方法的训练和修养。病理诊断的思维方法并无固定模式,也不可能千篇一律,每位外科病理学专家都有自己经过多年专业实践形成的诊断思维方法。尽管如此,在病理诊断这一复杂的思维过程中,经常会面临一些带有业务特点的规律性问题需要病理医师明确认识和妥善处理。

(一)认定与排除 认定是指对某一诊断的认可和肯定,排除是对某些诊断的否定和舍弃。认定与排除是诊断思维中相互依存、相互排斥的两个方面,常常是交替进行的。诊断过程中,往往是在初步观察、分析病变的基础上提出若干个可能的诊断思路,通过进一步观察分析,有的诊断思路因发现更多的依据而得到支持,有的诊断思路则因不见可靠的形态支持而舍弃,有时又因观察到新的病变线索而形成新的诊断思路。

对于比较简单或特征性比较明显,因而容易确诊的病变,通常无需进行复杂的排除性诊断思维过程。有些病变较复杂、特征性病变不明显(模糊性病变),则需要从排除性诊断入手,即根据临床资料、肉眼病变、活检取材部位、镜下病变特点经过反复地观察、比较,在排除了所有不可能的诊断思路后,将最有依据的诊断思路肯定下来,形成最后诊断。为了确定病理诊断,必要时还需深切片、补切组织块,或采取其他相关检测手段(包括免疫组化染色、电镜观察等)进行深入分析。就诊断工作来说,大多是认定和排除同步进行。

一些小活检因组织很少且不能显示代表性病变,只能怀疑为某种或某些诊断,不能认定,或对某些诊断不能排除。病理医师对待这些标本的检查不能轻易放弃,应尽心尽力,尽量实事求是地作出诊断。对于经过努力,因受客观条件的限制而不能做出明确的病理诊断时,只能做出“符合”、“考虑”、“可能”、“疑为”某种疾病/病变之类不肯定的表述,提供临床参考。

(二)共同性病变与特殊性病变 共同性病变是指不同疾病所共有的组织形态表现。例如结核病、真菌病都可表现为肉芽肿,小细胞未分化癌、胚胎性横纹肌肉瘤、神经母细胞瘤、某些非霍奇金淋巴瘤等都属于小圆细胞(或小蓝细胞)恶性肿瘤;特殊性病变是能借以区分不同疾病或不同类型病变、具有一定诊断意义的病变,例如类上皮细胞、郎罕巨细胞和干酪样坏死是结核病的特殊性病变,蝌蚪形异型细胞和红染的胞浆是胚胎性横纹肌肉瘤的特殊性病变,等等。“共同”和“特殊”的区分是相对的,例如,肉芽肿病变是肉芽肿性炎症的共同性病变,而在“炎症”这一更为宽广的病变范围内却又是具有特殊意义的病变。病理诊断通常是先找出一定观察层次上的某(些)种共同性病变(例如肉芽肿、小圆细胞恶性肿瘤等),并从该类病变入手设想可能与之相关的若干种疾病(包括肿瘤),初步设定可能的诊断范围,进而寻找各初步设定疾病(包括肿瘤)所具备的特殊性病变,按照认定、排除的程序逐步向最终确定诊断推进。抓住共同性病变是对已设定的某些疾病进行病变鉴别的基础,而每个具体疾病的特殊性病变,尤其是“特征性”病变则是鉴别、确定诊断的可靠依据。共同性病变是存在于各形态相关疾病中的具体病变,是认识疾病相关性的纽带。只有熟悉各类相关性疾病的共同性病变和其中每一种疾病的特殊性病变,才能做好病理诊断工作。病理医师应采用各种有效的方法充分显示这些病变,并且仔细、认真

的寻找、识别这些病变,进行恰当的比较分析,以求达到正确无误的诊断。

(三)典型病变与不典型病变 典型病变是指某一疾病中经常出现并具有鲜明特点的病变,不典型病变则是发生了某些变异、未充分显现“标准”形态的典型病变。例如,由放射状排列的上皮样细胞包绕一个至几个郎罕巨细胞和/或干酪样坏死的肉芽肿,一般都认为是典型的结核结节,而趋于聚集的巨噬细胞、上皮样细胞团有可能是形态不典型的早期结核结节。胃肠道低分化粘液癌——印戒细胞癌的典型病变是呈现大量异型的印戒样细胞,而胞浆红染的小圆核癌细胞(小印戒细胞)则是其不典型病变。典型病变是确定诊断的依据,不典型病变对确定诊断具有重要参考意义。典型病变一般比较容易确认,不典型病变则需要积累诊断经验,提高观察的敏锐性,仔细对照、识别。病理诊断一般是从典型病变入手,但在缺少典型病变的疑难病例中(多是小活检),不典型病变则常常成为诊断思考的重要启示,成为进一步寻找典型病变的重要线索。病理医师不应满足于会以典型病变确定诊断,还更应注意在典型与不典型病变共存的切片中(多是较大块的标本),借典型病变的形态背景去体会、寻觅和认识不典型病变或是典型病变的“蛛丝马迹”,积累识别不典型病变或微小典型病变的经验,这样便有可能在难以检见典型病变时,通过深切、补取组织块和仔细观察等方法发现不典型病变,并据以其为线索,追查可能存在的典型病变,以求确诊。这就是“从典型到不典型,再从不典型到典型”的诊断训练过程。

在肿瘤病理诊断中,同样应当善于“从未分化肿瘤组织中寻找比较分化的成分”或是从不成熟的肿瘤组织中寻找可能存在的比较成熟的成分,以明确诊断。在肿瘤组织的不同区域,瘤细胞的分化、成熟水平往往有可能不一致。病理医师正是利用这种分化上的不

一致性,从难诊的低分化肿瘤中寻找分化较好、可借以帮助辨认肿瘤组织来源的成分,达到确诊的目的。例如,在弥漫分布、形态一致的小蓝细胞肉瘤中寻找胞浆红染带突起具有横纹肌分化特点的肉瘤细胞以诊断胚胎型横纹肌肉瘤,或寻找菊形团样结构、神经细丝或胞核较大的分化性神经母细胞以明确神经母细胞瘤的诊断。

(四)常见与少见 病理医师应该熟习各种常见病(典型或不典型)病变的常见部位和少见(或罕见)部位,常见的年龄和少见、罕见的年龄组,也要了解一些少见病的病变特点和好发部位、年龄等。注意它们之间在病变上有无相似点和区别所在。病变典型的常见病比较容易诊断,但若病变不典型,又出现于不常见的部位,而这些部位又可能发生具有类似病变的其他少见病,就会给诊断带来困难。例如,在外科病理标本中,颈部淋巴结是结核病的好发部位,而甲状腺的结核病却很少见。而比结核病少见、且以结核样肉芽肿为主要病变的亚急性甲状腺炎有时会与甲状腺结核病发生混淆,需要鉴别。较常见的淋巴结增生性结核病会与霍奇金病、T细胞淋巴瘤等有时出现的肉芽肿反应难以区分。对于不典型病变,在诊断时应首先考虑常见病,并寻找支持该常见病的其他病变,以达到确诊。但当遇有疑点或找不到可靠的支持病变时,则不能无根据地认定不疑,应该考虑该部位病变与之相似的少见病的可能,并且沿着相关性病变的线索进行鉴别、认定或排除。不顾疑点而固执地认定常见病不放,容易走进“先入为主”的误区。但对常见病的诊断也不要轻易放弃,否则也会使诊断“半途而废”。一般来说,对少见病的诊断应持谨慎态度,要力求根据充分,不能含糊,以免被误导。常见和少见是相对的,不能理解为绝对的。某一地区的常见病,在另一地区可能少见;某一年龄组的常见病,在另一年龄组可能少见;常见于某一部位的病变,在其他部位可能少见。

只有周密地进行实际分析,才有可能把握清楚。某一疾病的少见病变(或变型)或某一肿瘤的少见组织学类型(亚型),常常是根据临床-病理的特殊表现,从常见病变或常见类型中区分出来的。除了熟悉常见病变外,还需要敏锐地观察和反复地验证才有可能确定这些少见的“变型”或“新的亚型”。“偶然”、“意外”的发现是不多的,只有仔细观察和善于思考的病理医师才有可能抓住这样的机遇。

(五)原发病变与继发病变 原发病变是指某一疾病所固有的病变,与疾病的发病有直接联系;继发病变是在固有的原发病变基础上,由于各种原因而后续、附加的病变。原发病变可以被继发病变掩盖,从而导致诊断失误;或是因原发病变在继发病变的诱导下发生形态上的变异而被误诊。例如,子宫内膜结核病的原发病变可被继发的非特异性炎症掩盖而被误诊为非特异性子宫内膜炎;子宫平滑肌瘤如发生较大范围的出血,出血边缘的瘤细胞可出现异型而被误诊为平滑肌肉瘤。各种各样的继发病变,如大量炎细胞浸润、广泛出血和大量含铁血黄素沉着、粘液变,大量组织坏死以及组织化生等可令人眼花缭乱,以致看不清原发的固有病变而走入误区。因此,在病理诊断工作中,应该注意从杂乱的继发病变中寻找“隐藏”的原发病变,“透过现象看本质”,不为表面现象所迷惑。

五、经验的积累和总结

病理诊断能力的提高离不开诊断经验的积累和总结。经验积累应该是连续和系统的,互不相关的经验很难积累在一起,零星片面的经验很难发挥明显的效益。因此,病理诊断经验的积累要在实际工作中自觉地随时连续地进行,不宜延误或中断。积累病理诊断经验要重视完整地收集有关资料,例如病理标本的描述、测量(包括肿瘤的部位、大小、重量等)和取材情况都要全面记录。缺少必要的临床资料和病理资料就很难总结经验,

不注意在日常工作中收集有关的资料,往往是难以补救的。

积累经验应以主检病理医师自己直观的经验为主,也应包括通过会诊得来的他人经验和从专业书籍和文献中汲取的他人经验。会诊对于正确诊断和提高诊断能力都是必需的,有助于纠正诊断中的片面性,克服主观臆断倾向。会诊意见的不一致,对开扩诊断思路和深入寻找诊断依据也是有帮助的。会诊意见只能做参考,还需要通过主检病理医师自己的分析研究提出自己的诊断意见,而不能简单地、不假思索地以会诊医师的意见代替自己的意见。或简单抄录会诊医师的诊断。只有这样才能把会诊的意见与自己的经验结合起来,从会诊中汲取营养,使个人的诊断经验更为丰富、全面。只靠病理医师本人的和由会诊得来的经验对提高诊断能力是远远不够的,还需要不断地、坚持不懈地从文献、专著中汲取更广泛的间接经验。从浩繁的文献中汲取诊断经验要有针对性,要带着阅片和诊断中遇到的实际问题查阅有关资料,并与自己的实践经验结合起来进行积累和总结。要自觉地从个人和他人的诊断失误中学习。经验的积累包括成功的正面经验和误诊的负面教训。误诊的经验往往比成功的经验还要深刻和更有意义,应予充分重视。病理医师对于同道的诊断失误,应视为个人的失误来认真汲取教训,切勿借他人的诊断失误而宣扬自己。兼听众议的谦虚和该断则断的适度自信两者的恰当结合,才会使病理医师的诊断能力更快地提高,少发生失误。

对病理诊断中的复杂和疑难病例进行追踪随查是积累和总结诊断经验的重要途径。病理医师通过追踪随查,可根据患者病情的演变、后来进行的病理检查所见和疾病的结局等情况,对疾病的全过程有比较深入的了解,对原来的疑难病例做出进一步分析,从而明确诊断。

对积累的经验要进行总结,总结经验要

与积累经验交叉进行。不断地积累,不断地总结,两者相互连接、相互促进,使经验日臻全面。总结是将病理诊断工作中日积月累的零散经验汇总和联结起来,使之条理化,提升为具有科学性的理论,便于指导诊断工作。病理医师在日常工作中要勤于积累,而且要善于总结。经验要靠一点一滴的积累。总结经验则要求实事求是,切忌主观臆断。不夸张,不自眨,来不得半点虚假。虚假的总结是经不住实践检验的,反而会贻误病理诊断工作。

总结经验要讲究方法。会诊交流、学术讨论等都是向各家学习、总结经验的好机会。短篇病例报道,结合文献分析,提出自己的看法便是一种简单的总结方法。无论用什么方法总结经验都应该从全面着眼,从局部点滴经验入手,并结合他人经验从各个角度进行归纳,综合正反、主次等方面深化自己的认识,提出恰如其分的观点。总结经验还要留有余地,一时尚难明确的问题可待后来进一步检验、研讨和总结。这是因为对于问题的认识往往不能一次彻底完成。对于已经总结出的印象或结论也要自觉地准备为今后的实践经验所修正,逐步达到完善的地步。

对经验总结的理解和运用不当会给诊断工作带来消极影响,将诊断引入误区。诸如:①不适当地扩大某些诊断标准的应用范围。一些病理诊断标准是经过多次总结、修改、补充而完成的,而且有其一定的适用范围和应用条件,不应超越这些条件而随意滥用。例如不要将子宫平滑肌肉瘤的诊断标准不假思索地应用到胃肠道平滑肌肉瘤的诊断。②一种倾向掩盖另一种倾向。不适当地应用正确诊断的经验有时会产生一种倾向,即不顾根据是否充分,都按照这一“成功”经验进行诊断。在总结了确诊T细胞淋巴瘤的成功经验后,使得一些曾被漏诊的T细胞淋巴瘤得到确诊。这种误诊(漏诊)被纠正后,也会由此产生另一种倾向,即一些根据不充分的病

例也被不加疑问地诊为 T 细胞淋巴瘤。反之,在总结经验后发现过诊病例增多时,经过深入分析,总结了纠正过诊的经验教训,便又有可能产生另一种倾向,即有些应该诊断的病变也不敢诊断了。这种在病理诊断上的“一种倾向掩盖另一种倾向”的摇摆现象,即使有经验的专家,如不注意思维方法的修养,也是在所难免的。要提高纠正错误倾向的自觉性,当病理诊断工作一再“顺利”时要多想有无“过于自信”;当诊断工作难度较大而处于“逆境”时要多想有无“信心不足”,进行自觉的调整。③片面地理解他人的经验总结。例如,文献报道“富于核分裂的子宫平滑肌瘤”的诊断标准,除“核分裂 10 个/10HPF 以上”外,还应包括“多在粘膜下,呈息肉状”、“体积不大”、“无细胞异型或坏死”、“无深层侵犯”等条件。如果只考虑核分裂计数而不联系其他条件,就会导致误诊。又如,文献上总结具有毛玻璃状核的大细胞是甲状腺乳头状癌的重要形态特征。如果理解为缺少毛玻璃状核就不能诊断甲状腺乳头状癌,就会导致错误。这些片面对待经验总结的思维方法不利于汲取有关病理诊断的新经验从而提高个人的病理诊断能力。

六、提高诊断水平关键在敬业和善于学习

随着先进技术的不断引进,病理诊断的总体水平正在日益提高。只有将自己积累的经验与学习他人先进经验紧密结合起来,不断总结,不断更新知识,才能使诊断能力不断提高,保持优化势头,做好病理诊断工作。“学如逆水行舟,不进则退”,在今天科学技术进步日新月异的情况下尤其如此。病理医师一定要敬业、勤业和善于学习,要勤学苦练病理诊断的基本功,包括不断强化有关的基础知识和临床知识。要有能者为师的意识,我们固然要向师长学习,同时也要向同道(包括年资较自己低的同道)们学习,向书本学习,向文献学习,向临床医师学习,学人之长,补己之短。此外,还要向有关的患者学习(了解病史、实地观察病情以丰富病理诊断的实践经验等)。通过学习、消化、吸收有关的知识、技能和经验,索取自己所需要的东西,提高病理诊断水平。

(谭郁彬 张乃鑫)

目 录

绪论——外科病理诊断能力的基本训练	(1)
第一章 炎症病理诊断基础	(1)
第一节 炎症的基本病变	(2)
一、变质	(2)
二、渗出	(2)
三、增生	(4)
第二节 化脓性炎症	(6)
一、脓肿	(7)
二、痈	(7)
三、蜂窝组织炎	(8)
四、丹毒	(8)
第三节 肉芽肿性炎症	(8)
一、概述	(8)
二、结核病	(11)
三、麻风	(14)
四、梅毒	(15)
五、真菌病	(16)
六、寄生虫病	(23)
七、脂肪坏死	(26)
第四节 免疫反应诱发性炎症	(28)
一、概述	(28)
二、自身免疫病	(30)
三、移植排斥	(31)
第二章 肿瘤病理诊断基础	(34)
第一节 肿瘤的一般概念	(34)
一、肿瘤组织的一般特点	(34)
二、肿瘤与炎性增生和发育异常的区别	(34)
三、肿瘤的分类	(35)
四、肿瘤的命名	(35)

第二节 肿瘤的一般形态	(37)
一、肿瘤的宏观形态	(37)
二、肿瘤的主质和间质	(37)
三、肿瘤组织的排列方式	(38)
四、肿瘤细胞的形态	(40)
第三节 肿瘤的生长和扩散	(46)
一、肿瘤的生长方式	(46)
二、肿瘤的侵犯方式	(46)
三、肿瘤的转移方式	(49)
第四节 肿瘤-宿主反应	(50)
一、屏障反应	(50)
二、免疫活性细胞反应	(51)
三、淋巴结窦组织细胞增生	(51)
四、肿瘤的自发消退	(51)
第五节 肿瘤性病变的鉴别	(52)
一、肿瘤与炎性增生的鉴别	(52)
二、良性肿瘤与恶性肿瘤的鉴别	(52)
三、癌与肉瘤的鉴别	(57)
四、原发癌与转移癌的鉴别	(57)
五、肿瘤组织来源的鉴别	(58)
六、肿瘤组织的异质性	(60)
七、肿瘤的分级和分期	(60)
第六节 肿瘤特征性组织结构的鉴别诊断	(61)
一、梁状排列的肿瘤	(61)
二、岛状或小叶状排列的肿瘤	(62)
三、腺泡状排列的肿瘤	(62)
四、漩涡状排列的肿瘤	(63)
五、乳头状排列的肿瘤	(63)
六、腺性肿瘤	(64)
七、腺性(腺管或腺泡)肿瘤伴透明细胞	(65)
八、小腺泡、筛状、菊形团、圆柱瘤样排列的肿瘤	(65)
九、裂隙和花边状结构的肿瘤	(66)
十、双重结构的肿瘤	(66)
十一、形成片块的肿瘤	(67)
十二、有骨形成和钙化的肿瘤	(68)
十三、小圆细胞肿瘤	(69)
十四、肌样细胞肿瘤	(69)
十五、含多核、单核巨细胞的肿瘤	(69)
十六、形态与生物学行为不一致的肿瘤	(70)

第七节 组织化学和特殊染色技术在肿瘤病理诊断中的应用	(70)
一、胞浆产物染色	(70)
二、结缔组织染色	(74)
三、酶染色	(75)
四、细胞核染色分析	(77)
第八节 免疫组织化学染色在肿瘤病理诊断中的应用	(77)
一、肿瘤标记物的应用价值	(78)
二、肿瘤免疫组织化学诊断的应用	(83)
第九节 肿瘤细胞超微结构诊断要点	(85)
一、有助于判断肿瘤细胞来源的一些超微结构	(85)
二、某些肿瘤的超微结构特点	(90)
第三章 发育和生长异常	(99)
第一节 胚胎发育概述	(99)
一、胚层的形成	(99)
二、消化道的发生	(100)
三、呼吸道的发生	(101)
四、头面部的发生	(101)
五、泌尿生殖道的发生	(102)
六、泄殖腔的分隔和外生殖器的发生	(103)
七、脑、脊髓和轴心骨骼的发生.....	(103)
八、心、血管的发生.....	(104)
第二节 畸形	(104)
一、胎体畸形	(104)
二、消化道畸形	(105)
三、泌尿道畸形	(105)
四、心、血管畸形.....	(106)
五、生殖系统畸形	(106)
六、支气管畸形	(106)
第三节 先天发育剩件	(106)
一、齿旁上皮剩件	(107)
二、颅咽管剩件	(107)
三、鳃器囊肿和鳃痿	(107)
四、胸腺囊肿或甲状旁腺囊肿	(108)
五、甲状舌管剩件	(108)
六、卵黄管剩件	(108)
七、脐尿管剩件	(109)
八、脊索剩件	(109)
九、女性中肾管和副中肾管剩件	(109)