

阿克曼外科病理学

原著 [美] JUAN ROSAI

主译 回允中

第8版
上 卷

Ackerman's
*SURGICAL
PATHOLOGY*

辽宁教育出版社

Ackerman's
SURGICAL
PATHOLOGY
阿克曼外科病理学
第八版
上 卷

原 著 JUAN ROSAI

主 译 回允中

Ackerman's
SURGICAL
PATHOLOGY
阿克曼外科病理学
第八版
下 卷

原 著 JUAN ROSAI

主 译 回允中

辽宁教育出版社

版权合同登记：06 - 1999 年第 20 号

图书在版编目(CIP)数据

阿克曼外科病理学 第 8 版 上、下卷 / [美] 罗赛(Rosai, J.) 著; 回允中译. - 沈阳: 辽宁教育出版社, 1999. 9

书名原文: Ackerman's Surgical Pathology

ISBN 7 - 5382 - 5506 - 0

I. 阿… II. ①罗… ②回… III. 外科学: 病理学 IV. R602

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 08504 号



Dedicated to Publishing Excellence

Copyright © 1996 by Mosby-Year Book, Inc.

Previous editions copyrighted 1953, 1959, 1964, 1968, 1974, 1981, 1989

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the publisher.

本书中文简体字版由 Mosby-Year Book, Inc. 授权辽宁教育出版社独家出版, 未经出版者书面许可, 不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

出版发行/辽宁教育出版社

地 址/沈阳市和平区北一马路 108 号

电 话/23268161

邮 编/110001

总发行人/俞晓群

责任编辑/马芳 韩梅

封面设计/曹太文

技术编辑/袁启江

责任校对/马慧 王文斌

印 刷/深圳当纳利旭日印刷有限公司

规 格/889×1194 毫米 1/16

印 张/182.5

版 次/1999 年 8 月第 1 版

印 次/1999 年 8 月第 1 次印刷

定 价/780.00 元(上、下卷)



前列腺子宫内膜型癌。镜下所见类似于一般类型的子宫内膜腺癌。这个肿瘤来源于前列腺的大导管。

Contributors

Chapter 13: Liver (Non-neoplastic diseases)

Kenneth W. Barwick, M.D.
Chief of Anatomic Pathology
Baptist Medical Center
Jacksonville, Florida

Chapter 17: Kidney (Non-neoplastic diseases)

Nelson G. Ordóñez, M.D.
Professor of Pathology
The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center
Houston, Texas

Chapter 23: Bone Marrow

Richard D. Brunning, M.D.
Professor of Laboratory Medicine and Pathology
Head, Hematopathology Laboratory
University of Minnesota Medical School
Minneapolis, Minnesota

Chapter 28: Neuromuscular System (Peripheral nerves; Skeletal muscle)

Juan M. Bilbao, M.D.
Associate Professor of Neuropathology
University of Toronto Faculty of Medicine;
Associate Pathologist
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario, Canada

Lee Cyn Ang, MBBS, FRCPC, FRCPath
Associate Professor of Pathology
University of Toronto Faculty of Medicine
Toronto, Ontario, Canada;
Staff Neuropathologist
Department of Pathology
Sunnybrook Health Science Centre
North York, Ontario, Canada

Chapter 28: Neuromuscular System (Central nervous system)

Marc K. Rosenblum, M.D.
Chief, Neuropathology and Autopsy Service
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center;
Associate Professor of Pathology
Cornell University Medical College
New York, New York

Chapter 29: Pituitary Gland

Juan M. Bilbao, M.D.
Associate Professor of Neuropathology
University of Toronto Faculty of Medicine;
Associate Pathologist
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario, Canada

主 译 回允中

译(校)者

北京医科大学

人民医院病理科 郭铃新 阙 秀 回允中
戴 林 沈丹华 钱利华
于 虹 廖晓耘 薛卫成
鲍冬梅

病理学系 廖松林 邹万忠 郑 杰 高子芬
钟延丰 高冬霞 柳剑英 潘增刚
刘从容 裴 斐 郑鹏飞

第一医院病理科 李竞贤 闫 辉

口腔医学院病理研究室 于世凤 李铁军

北京协和医院病理科 陈 杰 蒋昭实

北京积水潭医院病理科 黄啸原 霍 冰

北京宣武医院病理科 徐庆中 董 彬 周 婕

邮电总医院病理科 叶大雄

译者的话

《阿克曼外科病理学》(Ackerman's Surgical Pathology)一书被誉为美国外科病理医师的《圣经》，在国际病理学界也有广泛而深远的影响。

本书自1953年问世以来，每隔4~7年即修订再版，至1996年已出第8版。在为新版《阿克曼外科病理学》撰写的书评中，我的导师，美国辛辛那提大学医学中心病理系主任、前国际病理学会主席、著名病理学家Dr. Fenoglio认为第8版《阿克曼外科病理学》像以往的各个版本一样，在外科病理学界仍然占领着不可替代的顶尖位置(Am J Surg Pathol 1998; 22: 378)。本书的最大特点是内容全面，非常实用。它既保留了从前各版所有的精华，又加进了相应的免疫组化资料，介绍了新的肿瘤标记物以及分子病理学技术，跟上了时代的发展。另外，书中还扩大了有关正常组织学的内容以及临床与病理之间的相互联系。

日常的病理诊断工作千头万绪，病理医师案头需要一本像《阿克曼外科病理学》这样经典的诊断病

理学参考书，因此，我萌生了将其译成中文的愿望。感谢辽宁教育出版社的鼎力支持，使这一愿望得以实现。翻译出版《阿克曼外科病理学》旨在提高病理医师的诊断能力，并为临床医师提供一些有价值的临床与病理之间相互联系的信息。为了尽量保持原书的本色并减少译文的随意性，要求译者逐句逐段进行翻译，并尝试采用中文版与原版书页页、图图对应的方法进行排版。书中引用的文献未译，书末索引按英-汉名词对照形式排印。

《阿克曼外科病理学》第8版的中文译本就要与读者见面了。由于本人缺乏组织翻译如此大型书籍的经验，加之译(校)者文学水平及专业知识有限，书中缺点和错误在所难免，敬请读者批评指正。

回允中

北京医科大学人民医院

病理科主任、教授

1999年2月12日

第八版 前言

从本书第七版出版至今的7年时间里,外科病理学在某些方面取得了长足的进展。由于新发现的免疫标记物层出不穷,促使免疫组化技术在诊断上的应用得以不断地扩大。过去10年中,分子技术的突飞猛进及其能够奇迹般地应用于常规处理的人体组织,已在外科病理学领域产生了深远的影响,而且种种迹象表明这还仅仅是个开始。同时,内部和外部的规章约束力也正在对专业实践产生越来越大的影响。

这一新的版本试图展示与这些问题有关的最重要的资料,并作了另外一些修改。上一版中提出的为某些肿瘤专门设计的临床病理格式,实际上已被用于所有的主要肿瘤类型。这一版对特殊技术这一章节作了更加详细地描述,其中描写了免疫组化、细胞遗传学以及分子病理学的新发现,特别是声称具有诊断和预后意义的发现,因此,明显地加大了具有预后意义参数的篇幅。由几个组织(特别是解剖和外科病理学主任协会)提出的有关外科病理学实践的各种建议和准则,已经以附录的形式编写出来了。实际上,每一章节都增加了与该部位病理有关的正常解剖学和组织学的简要内容。

本版中增加的所有电镜照片都是Memorial Sloan-Kettering 癌中心诊断电镜实验室主任Dr. Robert A. Erlandson慷慨提供的。几乎所有其它的新插图,不论是出现在正文中,还是以照片版插页形式表现出来的,均被复制成彩色图片。

与前几版一样,本书多数章节均由不同作者分别撰写,希望凡是可能被遗漏的地方能由另一作者在其它章节中加以补充,这就叫做“一家之言最愚钝”。按照这种方法我们进行了不断的尝试,尽可能保留本书的鼻祖Dr. Lauren V. Ackerman赋予本书实用性的风韵。尽管仍有不足之处,但这一版应被看做是对美国外科病理学巨匠Dr. Lauren V. Ackerman远见卓识及献身精神的一份奉献。他于1993年去世,享年88岁。

保持文笔的连贯性固然重要,但如果没有专家

们的贡献就无法涉及那些高度专业化的领域。我很幸运有佛罗里达州杰克逊维尔基督教医学中心的Dr. Kenneth W. Barwick在肝脏疾病一章的合作;多伦多St. Michael医院的Dr. Juan M. Bilbao在周围神经和骨骼肌(后一部分与Dr. Lee C. Ang合作)以及垂体一章的合作;明尼苏达大学的Dr. Richard D. Brunning在骨髓一章的合作;休斯敦M. D. Anderson医院的Dr. Nelson G. Ordóñez在肾脏疾病一章的合作,以及我们系里Dr. Marc K. Rosenblum在完全重写中枢神经系统一章的合作。

这一版中仍然保留了Drs. José Costa, John S. Morrow, Hector A. Rodriguez-Martinez, Richard K. Sibley, Morton E. Smith和Robert A. Vickers多年来对于本书正文和插图作出的某些贡献。有许多其他的同仁,在过去几年中以不同的形式与我共享他们的资料并允许将那些资料以照片的形式收入本书。单独感谢他们太困难了,但在这里我还是要感谢他们的信任和好意。

我的妻子Maria Luisa Carcangiu对于这一版的贡献大于前一版。在准备过程中她提出了无数的建议;仔细地评阅了全部草稿、长条校样和分页校样;精选并组织文献书目材料;亲自为新照片选择材料;以及最后、但并非最不重要的一点是在我稍有懈怠时,她毫不宽容地鞭策我。对于她酷爱这项工作并将一整年的休假都花在了这项工作上,仅仅道声感谢是远远不够的。如同以前一样,应该说是超过了以前,这本书是我的同样也是她的。

最后,我想表达我对Rita Freed和Cindy Behrman的感谢,在过去的3年中他们对本书多次修改的手稿进行了打印和改写。

Juan Rosai, M.D.
New York, New York

回允中 译

第一版 前言

本书仅仅是外科病理学的一个入门，对于读者来说，它不能代替普通病理教科书，其目的只不过是作为普通病理教科书的补充。本书内容并不完全，因为其重点放在常见疾病而不是罕见病上，而且在很大程度上，其内容取决于作者本人的经验。

本书是为医学生和那些日常与外科病理有密切联系的医师而写，这不仅包括外科医师和病理医师，也包括其它一些领域的医师，如放射医师以及内科医师。本书始终强调大体病理，以期将大体所见与临床观察联系起来。多数插图选自各种典型的外科疾病，尽管在个别情况下作者也选用了一些有趣而罕见疾病的照片。每章的最后均有文献目录，不仅列出了新近容易得到的文献，而且还列出了一些能够引导读者较为详细地了解本章内容的文献。

病理学和外科病理学助理教授 Dr. Zola K. Copper 写了皮肤一节，Dr. David E. Smith 写了中枢神经系统一章，因为其背景以及目前在这些领域内的地位，他们完全有资格发挥各自的作用，特别感谢他们为我所做的努力。

Barnes 医院的许多外科同仁均有意无意地给予诸多的帮助。特别感谢外科学副教授 Dr. Charles L. Eckert，我经常向他请教一些问题，他能坦诚地说出自己的经验。Dr. Richard Johnson 接替我作 Ellis Fischel 州立肿瘤医院的病理医师，使我能够分享到那里所有的材料。老兵医院的病理医师 Dr. Franz Leidler 给予了较多的合作。

我特别感谢矫形外科学助理教授 Dr. H. R.

McCarroll，他对骨和关节一章作了建设性的评论，还要感谢 Dr. C. A. Waldron 帮助我完成了与口腔有关的几个章节。在给予我帮助的其他一些朋友和同事中，我要特别提到 Dr. Carl E. Lischer, Dr. Eugene M. Bricker, Dr. Heinz Haffner, Dr. Thomas H. Burford, Dr. Carl A. Moyer, Dr. Evarts A. Graham, Dr. Robert Elman, Dr. Edward H. Reinhard, Dr. J. Albert Key, Dr. Glover H. Copher, Dr. Margaret G. Smith 和 Dr. Robert A. Moore。

我们绘图科的 Mr. Cramer K. Lewis 对于我的要求总是非常耐心，他的努力和技巧是非常宝贵的。负责我们医学图书馆的 Miss Marion Murphy 及其同事不知疲倦地为此工作。

由于麻醉、抗生素以及术前术后护理的新进展，现代外科允许对不同的器官进行部分或全部根治性切除。现今要求勤于思考的外科医师必须具有丰富的基础科学背景，无论是化学、生理学，还是病理学。现代的外科医师不应该仅仅问自己“我能做好这个手术吗？”，而且要问自己“对于这个病人将来作何处理？”希望这本书在某些方面能够有助于获得这样的共识。

Lauren V. Ackerman, M.D.
St. Louis, Missouri

回允中 译

目 录

上卷

- 第1章 绪言 1
- 第2章 外科病理学大体标本检查技术 13
- 第3章 外科病理学的特殊技术 29
- 第4章 皮肤 63
 - 皮肤病 63
 - 肿瘤和瘤样病变 106
- 第5章 口腔和口咽 223
- 第6章 下颌骨和上颌骨 257
- 第7章 呼吸道 289
 - 鼻腔、副鼻窦和鼻咽 289
 - 喉和气管 314
 - 肺和胸膜 338
- 第8章 纵隔 435
- 第9章 甲状腺 493
- 第10章 甲状旁腺 569
- 第11章 胃肠道 589
 - 食管 589
 - 胃 616
 - 小肠 667
 - 阑尾 711
 - 大肠 729
 - 肛门 800
- 第12章 大小涎腺 815
- 第13章 肝 857
- 第14章 胆囊和肝外胆管 943
- 第15章 胰腺和壶腹周围部 969
- 第16章 肾上腺和其它副神经节 1015
- 第17章 泌尿道 1059
 - 肾、肾盂和输尿管 1059
 - 膀胱和男性尿道 1185
- 第18章 男性生殖系统 1221
 - 前列腺和精囊 1221
 - 睾丸 1257
 - 睾丸附件 1298
 - 阴茎和阴囊 1305

下卷

- 第19章 女性生殖系统 1319
 - 外阴 1319
 - 阴道 1340
 - 子宫颈 1353
 - 子宫体 1392
 - 输卵管 1448
 - 卵巢 1461
 - 胎盘 1540
- 第20章 乳腺 1565
- 第21章 淋巴结 1661
- 第22章 脾 1775
- 第23章 骨髓 1797
- 第24章 骨和关节 1917
- 第25章 软组织 2021
- 第26章 腹膜、腹膜后间隙和相关结构 2135
- 第27章 心血管系统 2173
 - 心脏 2173
 - 动脉 2194
 - 静脉 2217
 - 淋巴管 2221
- 第28章 神经肌肉系统 2227
 - 中枢神经系统 2227
 - 周围神经 2365
 - 骨骼肌 2398
- 第29章 垂体 2415
- 第30章 眼和眼的附件 2449
- 第31章 耳 2509

附录

- A 外科病理学报告的标准化 2519
- B 解剖病理学报告中免疫染色资料的并入 2523
- C 主要肿瘤类型外科病理学报告的规格化 2525
- D 外科病理学会诊 2565
- E 外科病理学的质量控制和质量保证 2569
- F 质量控制和质量保证纲要 2573
- G 肿瘤分期 2587
- H 最常见和最重要外科标本的处理原则 2629
- I 外科病理学的信息系统 2727

照片版插页

- 第3章 62
- 第7章 434
- 第8章 492
- 第11章 814
- 第17章 1220
- 第18章 1318
- 第19章 1562
- 第20章 1660
- 第24章 2019
- 第25章 2133

第1章 绪 言

回允中 薛卫成 译

历史回顾	外科病理学报告	活体组织检查	质量评估
外科病理学和外科病理学家	切片复查和会诊	冰冻切片	外科病理学的法律问题
外科病理学和非外科病理学家	组织学诊断的局限性	诊断细胞学	

历史回顾

自从巴黎公会著名的临床外科学教授 Velpeau 1853 年在他有关乳腺疾病的著作中陈述^{*}：“显微镜的应用对于判断已经被切除的一个肿物是不是癌毫无必要”以来，外科病理学的发展已经日臻完善。18 世纪 70 年代，柏林大学的 Carl Ruge 及其同事 Johann Veit 提出将活体组织检查作为外科手术的一种必要的诊断方法。尽管接着出现了不可避免的争论，但 Friedrich von Eamarch，基尔的外科学教授和著名的军队外科医师在 1889 年举行的德国外科学大会上仍然强调对怀疑恶性肿瘤需要广泛致残手术的病例，术前必须确立镜下诊断。此后不久，冰冻切片问世了，冰冻切片诊断加快了人们对这一建议的接受^[71a]。在德国，确立了外科病理学专业，最初的工作是由外科医师和妇科医师开展的，据说 William S. Halsted 是开创 Hopkins 外科病理学分支的第一个美国外科医师，并使 Joseph Colt (“Bloody”) Bloodgood 成为第一个正式的美国外科病理学家^[56]。这些开拓性的尝试，最初遇到的是冷漠且偶尔受到专门病理学机构的藐视，但最终证实是非常成功的。在其发展的第二阶段是由病理培训的医师从事这一专业，接着自然而然地结合且不可避免地成立了病理科^[54]。由于“外科”病理学家和“普通”病理学家的背景、宗旨和目的不同，这两个学科的结合是缓慢的、复杂的，有时甚至受到挫折，而作为单一的学科则仍然在发展。然而，这种结合在智力、物力和财力上的益外是显而易见的，对需要作出选择的各方而言都是一种现实可行的考虑。

在本世纪的前 50 年中，诸多对于巩固病理学专业作出了贡献的美国人中特别受到赏识的是纽约城 Columbia-Presbyterian 医院的 Arthur Purdy Stout, 纽

约城 Memorial 医院的 James Ewing 及其接班人 Fred Stewart, Mayo 医院的 Malcolm Dockerty, 以及密苏里州圣路易斯 Barnes 医院的 Lauren V. Ackerman^[7,25,39,53,62](图 1-1)。

外科病理学和外科病理学家

本书的创始人 Dr. Lauren V. Ackerman 用熟练的语言描写了外科病理学的基本特点。在差不多 50 年后的今天，这些特点基本没有改变，因此逐字重复他在本书早年版本中有关这一方面的评论仍然是恰当的：

一个大的医学中心的病理系应该有与临床和外科学系密切相关的外科病理学分支。外科病理学含有外科的意思，但现代外科病理学家却与许多医学分支均有密切的关系。其中包括所有的外科专业，内科学，皮肤病学，神经病学，诊断放射学，放射治疗学，以及医学肿瘤学。虽然放射学研究的是影像而病理学研究的是实体，但是影像与实体的相互关系却能提高放射学家的诊断水平，解释放射学诊断中出现的错误，并能逐渐培养谦逊而不是武断的态度。放射治疗学家和医学肿瘤学家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，通过研究外科标本尚能明确解释放射治疗是成功还是失败。

外科病理医师具有填补疾病开始及其终末阶段之间这一空白的极好的机会，而且他应该充分利用这种机会。只有通过尸体解剖奠定了坚实的基础之后，才能做到这一点。因为尸体解剖能清楚地显示癌和其它疾病的损害。有了这样的背景，才能把在外科病理实验室见到的（来自病人身上的）标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生命科学。

由于提供的材料过于原始，外科病理医师难免会犯些错误。他所见到的可能是 Hodgkin 病的最早期且有时是令人迷惑不解的改变。他可能认识不到淋巴结轻微的肉芽肿性反应恰恰就是组织胞浆菌病的一种外周表现。对于没有确立诊断的病人进行随访是绝对必要的。时间常常是一个最好的诊断医师。

* 引自 Velpeau AALM: Traité des maladies du sein et de la région mammaire. Paris, 1853. 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引自Lattes R: Am J Surg Pathol 10[Suppl1]: 4-5, 1986; B引自Stewart F: Arch Pathol 36: 325-330, 1943; C引自Stout AP: Cancer 14: frontispiece, 1961; D承蒙Dr. Lewis B. Woolner允许)

外科病理医师不仅必须完全了解他自己的领域，而且还必须具有丰富的临床医学背景。他需要理解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意见。对于外科病理医师来说，仅仅说出病变是良性还是恶性是不够的。他必须能够告诉外科医师疾病的范围，恶性肿瘤的分级、切除的是否充分以及其它一些相关的信息。他还应该能够提出是否需要进行另外的治疗，并能给出有关疾病预后的信息。他应该经常与临床医师保持联系，并开展与各科之间的讨论。医学发展过程中出现的问题日趋复杂，必然导致外科病理学领域内出现专业的分化。无疑，在某些病例临床医师最好求助于具有某一领域专业知识并能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是这种专业分化最好的例证。

呈指数增长的知识 and 尖端技术越来越多地应用到病理学的研究中，这就格外需要专业分化，起码在学术机构是这样。一个明显的例子就是，没有高度专业化人员的努力，很难相信在过去25年间血液病理学能够取得如此明显的进步^[21]。

外科病理学和非外科病理学家

就其本质而言，外科病理学依赖于了解这一专业潜能和局限性的临床医师和外科医师的介入。临床医师和外科医师应该知道镜下诊断是一个主观的评论，只有当病理医师全面掌握了必要的临床资料，

手术所见以及手术种类时,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,或作活体组织检查的外科住院医师去作了。对于打算作冰冻切片的病例,手术前夜外科医师和病理医师通话可能促成次日冰冻切片的完成。

临床医师要了解什么是外科病理学以及如何能更好地利用外科病理学的最好的途径之一,是在任住院医师时期能在外科病理轮转一段时间。我们已经发现,这种实践对于建立外科医师和病理医师之间的和睦关系具有重要的意义。不幸的是,近年来由于受训练的人数不足加之临床需求增加,使得这种轮转难以实行。

呈指数增长的知识和尖端技术越来越多地应用到病理学的研究中,这就格外需要专业分化,起码在学术机构是这样。一个明显的例子就是,没有高度专业化人员的努力,很难相信在过去25年间血液病理学能够取得如此明显的进步^[21]。

再一次引用Dr. Ackerman在本书早年版本中的一段话,

一个好的外科医师不仅要有熟练的技术,而且更要有良好的判断能力并关心病人的健康。对于疾病的病理学具有明确见解和清楚概念的外科医师,就是一个具有良好判断能力的外科医师。没有这种知识背景的外科医师,既认不出手术时特殊的病理学改变,又对其知识的局限性缺乏清楚的概念,因此也就不知道什么时候应该求得病理医师的帮助。缺乏病理学基本知识的外科医师的技术能力可以提高,但其判断能力决不可能提高。人们也许会说,消除这种人的无知胜过增加他的知识。

不幸的是,在病理学的某些领域(特别是妇科学,皮肤病学和胃肠病理学)内仍然存在着某些方面的争论,诸如组织学切片应该由谁来阅读,这些专业实验室应该设置在哪一科。诚然,确有个别并非经过病理训练的医师,在他们各自感兴趣的领域内对病理学作出了重要的贡献,然而有许多理由说明临床医师成为他们自己专业的病理医师是不可取的。对于临床医师来说具有一些病理学知识固然重要,但是一个临床医师不可能或很难既是有资格的临床医师又是熟练的病理医师,正如外科病理医师认为自己能做手术并可将手术作为一种副业一样是没有道理的。另一个理由是切片的客观评估并不具有原则性,因为人们总是在有意无意地迎合自己的诊断。此外,因为这是一种自己安排的工作,就有经济上的刺激去作较多而不是较少的镜下检查。这种状况可与非放射学医师进行放射学检查相比,拥有一台X线机的非放射学医师使用X

线检查平均为将病人委托给放射学医师的同事使用X线检查的2倍^[13]。

人体疾病的形态学基本上具有一致性,当它们发生在不同的器官系统时,只有熟悉这些形态的人,才能给予正确的评价。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达。这是一个临床医师为什么不能仅仅期望与外科病理学某些小分支交往的主要理由。疾病远非仅仅限于一个解剖系统。

除了把经济上的利益作为压倒一切因素的皮肤病理之外,美国的趋势是明显地朝向将本来属于病理系的归还给病理系。医学已经变得过于复杂,以致应用文艺复兴时期人的方法无法处理一些医学上的问题。妇科医师包揽病人检查、X线阅片、手术治疗、显微镜下检查手术标本以及给予放射治疗的年代已经结束了。

就病理学所关心的问题而言,经济因素可能促进了这一过程。经济在医学实践发展中起着日益重要的作用。现代正规外科病理系的实验室不再是仅仅拥有一个组织处理机,一个石蜡烤箱,一组试剂和一台显微镜。它需要进行电镜、酶组织化学、免疫组织化学、组织培养以及分子生物学检查技术所需要的设备。一个医学中心的每一个主要的临床和外科系均拥有这些昂贵而复杂的设备,从经济上看是不合理,医院管理人员和第三方付款人已经注意到这一事实。解释组织学切片的病理医师不应归入临床得室的另一个理由是,只有保持病理医师的独立性才能毫无偏见地发挥其作用。病理医师应该能够自由地与临床医师讨论有关活检、冰冻切片、或手术的指征。各种委员会及其所履行的重要质量控制职责,主要依赖于病理医师特有的权力,在不受任何干扰的情况下提出事实和问题。

就这一点公平而言,上述许多问题是由我们自己造成的。临床医师开始担任病理医师并在自己科内建立小的病理实验室的一个主要原因,是许多病理科不能或不愿意提供满足临床医师正当要求的服务。过去,从患者身上取下的用于诊断的组织,常常委托给住院医师,病理科发出的报告不仅时间上有延误,而且也经常仅仅是提示组织的良恶性。这些情况有时迫使临床医师控制外科病理学的某些分支。在这种情况下,临床医师的诊断和建议往往优于那些具有经验但缺乏兴趣的病理医师的诊断和建议。所幸的是,这种局面已经有了根本的改变,然而也不能因此而沾沾自喜。当代病理医师的责任是通过不断适应日趋复杂的工作任务来改进外科病理提供的服务质量。

外科病理学报告

标本送到外科病理学实验室后就开始了一系列复杂的处理过程,直至最后发出病理学报告。

外科病理学报告是一种重要的医学文件,不仅需要尽可能完整而简要地描述一个病例全部有关的大体和镜下特征,而且要向临床医师解释它们的重要性。报告要及时、准确、简练。病理医师应避免应用不必要的与病例结局无关的组织学术语,而应集中描写与治疗与预后有关的各个方面。下面引用 Richard Reed 的一段话*:

一名合格的病理医师不单单是一个组织学术语的存储器。临床诊断一旦确立,能够机械地列举镜下所见是不够的。能从镜下所见的描述中提供临床的鉴别诊断是外科病理医师成熟的标志。此外,他还应该能够记录有预后意义的资料或对相关的临床试验提出建议。具有识别细胞学和组织学特征的能力仅仅是一个开始。能够将镜下所见归并到有意义的描述中才是病理医师独具的特征,并且也是病理学的艺术所在。

外科病理学报告通常主要由5个部分组成。第一部分称为“病史”,包括病理医师在口述大体标本描写时已知的必要临床资料,如病人的性别、年龄、症状、手术所见和手术方式,如果患者从前作过活检也应一并列出。我们坚持在所有的病理报告中都保留“病史”部分,因为无论多么简短它都能使阅读报告的人,无论是临床医师还是其他病理医师,立即了解导致这个特殊手术的问题的性质。

第二部分称为“大体”,包括标本的大体描述。大体描述应该准确而完整,因为一旦标本被处理后,这种描述便是评估该病例大体特征的惟一的记录。大体描述要指出不同标本是如何被外科医师识别的,收到的标本是新鲜还是固定的,是完整还是切开的。标本的描述要按逻辑顺序,清楚地描述大体所见的异常及其部位。应该避免对正常结构进行过多的解剖性描述。所有病变的大小、颜色和部位均应记录。测量全部使用公制系统。主张给出具体的测量和描述,而不是与常见物体如水果或蔬菜进行比较。必要时记录整个标本的重量,有时还要记录标本中逐个器官或病变的重量。大体描述重要的是要准确、符合事实和不带有个人的意见,要尽可能避免主观性的解释。Azzopardi^[8]提出,一个乳腺囊肿的内容物

最好描述为淡黄色、浅棕色、浅绿色、不透明或白色,而不是描述为“血性”、“脓液”或“乳状”,因为决定分泌物颜色的原因常不清楚。这种切合实际的建议同样应该应用到其它病变。我们喜欢按英文字母顺序标记组织不同的部位(而不用标本的第一个字母或某些其它符号),并且将这种标记列在大体描述的末尾,而不是写在每个标本之后。在报告“大体”部分的最后要注明是否所有送检组织均用于组织学检查,并有进行大体检查的病理医师签名。

第三部分称为“镜下”。我们认为镜下部分是报告的可选择性部分,在多数病例中是不必要的。当镜下部分写入报告时,应该简短而中肯。外科医师通常对核仁嗜酸、嗜碱或两染性不感兴趣,他们所关心的是这些改变意味着什么。如果另一位病理医师对此感兴趣,他或许会亲自阅读切片。

报告的第四部分也是最重要的部分,称为“诊断”部分。收到的每一个标本都应当有一个单独的诊断,我们的惯例是将每个诊断分为两个部分,用破折号将其分开。第一部分列出器官,器官中的具体部位和手术,第二部分给出形态学诊断(如骨、股骨、活检—骨肉瘤)。这样做有利于编码,并且能为看报告的人提供有关送检标本的全部必要的信息。应该按照医学分类命名法(systematized nomenclature of medicine, SNOMED)进行编码。

第五部分仅适用于某些病例,是“注释”或“评论”部分。在这一部分中,病理医师可能提及鉴别诊断,列出诊断依据,为本病例提供一些有关预后和治疗的见解,以及所选用的参考文献。

如果做过冰冻切片,有关活检的器官,作出的诊断,做冰冻切片的病理医师的姓名,以及相当于冰冻样本的最后诊断等信息均应包括在报告中。可以单独作为一部分(我们喜欢这种做法),也可以并入病史或大体部分中。

近年来,病理报告中所提供的信息量,尤其是肿瘤病例,已经明显增加。几十年前对于乳腺切除标本报告为“浸润癌伴有3个淋巴结转移”就已经满意了。近来,要求为这样一个标本提供的信息量令人生畏^[15]。显而易见,对于各种类型肿瘤报告的客观要求是以统一的形式按照完整性、术语化以及序列化的原则来表示^[4](附录A和B)。由于很少有人能根据经验凭记忆去完成这项任务,使用标准化的表格作指导是可取的^[36]。只要能实现其重要功能,是应用供核对用的清单还是应用在计算机数据库中可调整的“存储句子”并不重要。我们在Memorial医院制定的有关主要肿瘤类型的表格列在附录C中^[55]。

* 引自Reed RJ: New concepts in surgical pathology of the skin. New York, 1976, John Wiley & Sons, Inc. (Wiley Series in Surgical Pathology, Hartmann W, ed.)

由美国病理学家学会发起的计划周密的调查发现,各医院结肠切除标本病理报告的完整性主要取决于是否应用标准化表格,而不是其它的参数(如医院的学术状况,外科标本的数量以及病理住院医师培训计划的有无)^[73]。

病理医师对一个病例作出的诊断和注释应该尽可能清楚地以书面病理报告的形式保存在病例中,这在医疗和法律上都是重要的。这项工作必须进行,因为有时病理医师给临床医师的口头诊断与临床医师转述在病例中的诊断明显不符。每个重要的口头报告均应包含在最后的病理报告中。冰冻切片时,给予手术医师的口头诊断应逐字抄写在适当的表格上,并将其中一份立即放入病例中,另一份则保留在实验室,与冰冻切片一起存档。如果冰冻切片由几位医师轮流担当,重要的是要由一位高年病理医师定期复查材料以保证切片的质量以及冰冻切片诊断与最后诊断的符合率,保持在一个可以接受的水平。这种定期复查也有利于指出各系及其成员应用和误用这一程序的情况。

当需要根据病理所见作出紧急决定时,临床医师不必等待常规打印的报告带给他的信息。现在,外科病理报告可以通过计算机趋动的电话传真(fax)装置传送^[69a]。计算机屏幕的电子显示,使得医院、诊所及医师办公室能在病理医师以电子形式“签发”报告后立即得到信息。这种方法也被常规应用,并且证实它能非常有效地缩短交流时间。然而,应该记住没有任何技术的进步能够代替由来已久的两位医学专家之间的讨论,这种讨论是在弄清情况之后立即就如何最好地治疗病人进行的。

应该重申,外科病理医师工作的一个关键方面是其时间性。无论是以分计算的冰冻切片操作,还是以小时或天计算的常规标本处理,均必须确保时间在最低限度。进行冰冻切片检查并与其同事分享快乐的病理医师,应该记住还有别人正在某种不同的环境和心情下度过同样的时间。这种情况也适用于热衷于将明显良性的汗腺肿瘤继续划分为众多亚型中的某一类型的外科病理医师。这是一项值得称赞的学术性工作,可能具有某些临床意义。然而,也要提醒他去考虑其实际时限。在此过程完成及正式诊断确立之前,应该考虑打电话通知临床医师病变是一个良性汗腺肿瘤(或良性附属器肿瘤),无需进一步手术,病人可能已

经完全治愈,对本病进行精确分类的其它研究正在进行。

切片复查和会诊

病理学的一个非常幸运的方面(尽管有人可能认为它是一个灾祸)是用以作出诊断的材料(即组织学切片)可以永久性保存,能够让不同的观察者或同一个观察者在不同的时间内进行评估。病理医师应该最大限度地利用这一特征。如果条件允许,所有切片和蜡块均应无限期地保存。每当实验室收到一个标本时,都要在存档中查找有无同一病人以往的材料。如果有以往的材料并与现在的疾病可能有关,就应该复查切片及报告。在外院转入的患者开始治疗之前,病理医师有义务复查外院已经作出组织学诊断的切片。委托医院的病理科是这种材料的合法保管者,它有责任将此材料仔细包装并随同一份他们的病理报告送出^[57]。至于是临床医师还是病理医师索要切片并不重要,但最终要由病理医师进行检查,发出正式报告,其中一份应发给提交切片的病理医师。病理医师不应该反对这项工作,这并不是怀疑他们的诊断,而是为了保证在一个医院内诊断和命名的一致性,允许与同一病人后来的材料进行对比,并使材料能够提交给科室间的讨论会进行讨论^[1a]。如有可能,部分或全部切片应保留在索要材料的医院中,因为以后可能需要进行复查或对比。我从不明白为何有的病理医师总是坚持将切片归还给他们,孰不知他们拥有蜡块,不需花费许多他们便可很容易地得到50张或更多相同的切片。如果只有一张切片显示诊断性部位或者标本是细胞学涂片,则另当别论。

就疑难和有争议的病例与其他病理医师进行会诊已日趋普遍。如果理由正当且形式妥当,它将成为一项有益于委托病理医师、会诊医师和患者健康的工作。为了从会诊中获得最大的益处,应该遵循一些基本原则^[5,61](附录D)。对于委托病理医师,重要的是要仔细复习临床病史,并将所有相关的信息提供给会诊医师,其中包括大体所见描写,所有相关的切片以及他对病变的解释。如果认为需要进行免疫组化或其它特殊染色,则应提供一套未染色的切片或者(最好是)提供蜡块。可能的话,应该告知会诊医师该病例随后的进展,尤其是