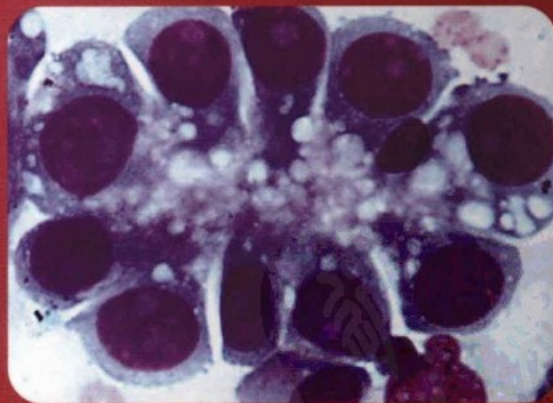
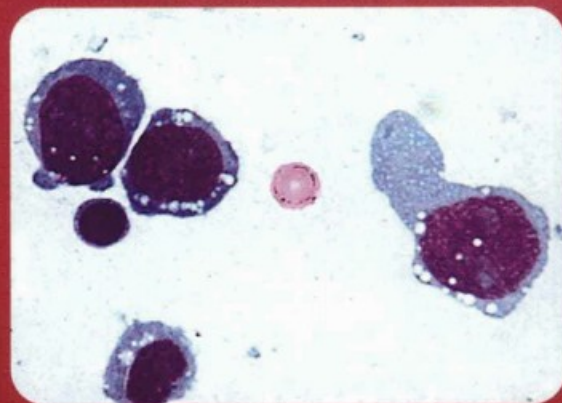
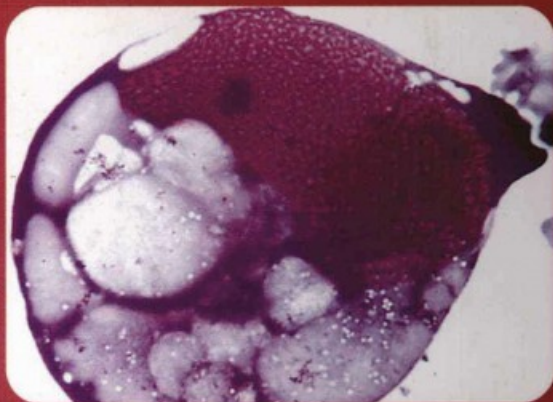
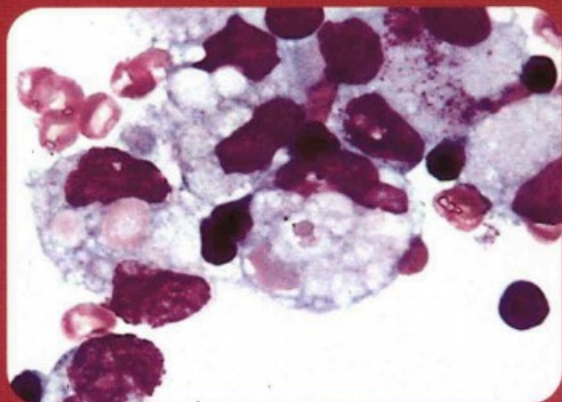



# 体液

## 脱落细胞学图谱



策划编辑 张令宇  
责任编辑 冯慧敏 张令宇  
封面设计  张亚楠  
版式设计 魏红波

销售分类：检验科

人民卫生出版社网站：

门户网：[www.pmph.com](http://www.pmph.com) 出版物查询、网上书店

卫人网：[www.ipmph.com](http://www.ipmph.com) 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

ISBN 978-7-117-14559-6



9 787117 145596 >

定 价：96.00 元

# 体 液

---

# 脱落细胞学图谱

卢兴国 马顺高 康可上 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

体液脱落细胞学图谱/卢兴国等编著. —北京:  
人民卫生出版社, 2011. 8  
ISBN 978 - 7 - 117 - 14559 - 6

I. ①体… II. ①卢… III. ①体液 - 细胞脱离 - 细胞  
诊断 - 图谱 IV. ①R446. 8 - 64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 119352 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

体液脱落细胞学图谱

编 著: 卢兴国 等  
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 59780011)  
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号  
邮 编: 100021  
E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)  
购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830  
010 - 59787586 010 - 59787592  
印 刷: 北京人卫印刷厂  
经 销: 新华书店  
开 本: 889 × 1194 1/16 印张: 14  
字 数: 442 千字  
版 次: 2011 年 8 月第 1 版 2011 年 8 月第 1 版第 1 次印刷  
标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 14559 - 6/R · 14560  
定 价: 96.00 元  
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



体液脱落细胞学检验诊断,长期以来是检验医学中的弱项,其原因有三:其一为出版的相关专著绝大多数是用病理学方法和视角介绍的,不太适用于检验医学的细胞形态学诊断;其二是检验医学(包括院校)对体液脱落细胞学检查诊断的基础、技能教学(育)和培养的投入不足;其三是体液细胞学世界精彩迷人,即使同一病例标本,常表现千姿百态形态,评估性诊断时,又需要一定的临床和病理为基础,故普遍性重视不够。

我们长期从事血液和骨髓细胞学与病理学诊断,体液脱落细胞学则是临床实践中赋予我们而衍生的额外工作。体液脱落细胞学检验的重点是肿瘤细胞形态学诊断,检验方法是推片(聚集大细胞于推片末梢而易于针对性检查)、Wright-Geimsa 染色(细胞着色鲜艳明亮,容易观察)、低倍寻找、油镜(细胞放大而易于观察精致)确认。在这方面,检验方法和检出肿瘤细胞的阳性率显有优势。

《体液脱落细胞学图谱》成于2008年,因故未出版。现状和责任的使然,又热我血。在原稿中补充了新的病例标本和新的见地,并在人民卫生出版社的大力支持下顺利面世。

《体液脱落细胞学图谱》包括胸水、腹水、心包液、脑脊液、尿液和胆汁等标本细胞。全书分七章,彩色图像1120余幅。第一章和第二章介绍体液脱落细胞学检查技术和质量管理,细胞免疫化学染色和质量管埋;第三章介绍体液一般细胞学和炎症细胞学;第四章和第五章为体液腺癌细胞学与体液鳞癌细胞学;第六章为体液白血病、淋巴瘤和骨髓瘤细胞学;第七章为体液其他肿瘤和可疑肿瘤细胞学。

本着实际应用和结合临床的原则,编写以病例方式为主,在章节起始的概要性导引下,介绍病例的细胞形态特征以及进一步评估的依据。相信《体液脱落细胞学图谱》将是适用于不同等级医院检验科的一本有益参考书,并冀望检验界同仁和专家对本书的不足提出宝贵意见和建议,互学共研,促进我国体液脱落细胞学检验诊断的发展和完善。

感谢浙江大学医学院附属第二医院呼吸科、消化科和神经科等临床医师三十余年来工作上的充分信任;感谢病理科耿艳华副主任医师病理难点释疑,同事朱蕾、龚旭波和钟国梁收集部分病历资料,胡型忠(温州市第二医院)、吕萍(浙江省青春医院)、杨国顺、桑卫洪、秦红群和子建文技术上帮助;感谢浙江大学医学院附属二院和两家合作单位(云南大理医学院非直属附属医院、浙江慈溪市人民医院)领导、科室主任和同仁的关心与支持!

卢兴国

2011年5月

<b>第一章 体液脱落细胞学检查技术和质量管理</b> .....	1
<b>第一节 胸腹水脱落细胞学检查技术和质量管理</b> .....	1
一、体液脱落细胞学送检单的设计和要求.....	1
二、标本制备过程质量管理.....	1
三、标本运送和保存.....	4
四、染色及其质量评价.....	4
五、镜检及其质量管理.....	4
六、诊断意见和报告质量管理.....	9
七、标本保存、外借、读片、室间质评和总结制度.....	17
<b>第二节 其他体液脱落细胞学检查技术和质量管理</b> .....	18
一、心包液.....	18
二、脑脊液.....	18
三、尿液.....	19
四、胆汁.....	20
五、其他标本.....	20
<b>第二章 细胞免疫化学染色和质量控制</b> .....	21
一、SP法.....	24
二、结果判断.....	25
三、方法和镜检评析.....	25
<b>第三章 体液一般细胞学和炎症细胞学</b> .....	26
一、间皮细胞.....	26
二、中性分叶核粒细胞、淋巴细胞和不典型淋巴细胞.....	32
三、嗜酸、嗜碱性粒细胞和肥大细胞.....	35
四、单核巨噬细胞.....	36
五、脂肪样或气球样变性细胞.....	49
六、狼疮细胞.....	50
七、凋亡细胞.....	50
八、多核巨细胞.....	52
<b>第四章 体液腺癌细胞学</b> .....	53
一、肺腺癌细胞.....	53

二、胃(腺)癌细胞 .....	78
三、胰腺癌细胞 .....	92
四、乳腺癌和甲状腺癌细胞 .....	101
五、卵巢腺癌和子宫内膜腺癌细胞 .....	106
六、大肠癌细胞 .....	115
七、其他腺癌细胞(原发部位不明) .....	118
<b>第五章 体液鳞癌细胞学 .....</b>	<b>131</b>
一、肺鳞癌细胞与可疑鳞癌细胞 .....	131
二、食道鳞癌(可疑癌细胞) .....	142
三、子宫颈鳞癌细胞 .....	143
<b>第六章 体液白血病、淋巴瘤和骨髓瘤细胞学 .....</b>	<b>145</b>
一、淋巴瘤细胞 .....	145
二、急性白血病原幼细胞 .....	159
三、粒细胞肉瘤和慢性粒细胞白血病急变细胞 .....	165
四、浆细胞骨髓瘤细胞 .....	167
五、胸腹水标本中意义未明的造血细胞 .....	170
<b>第七章 体液其他肿瘤和可疑肿瘤细胞学 .....</b>	<b>172</b>
一、肺腺鳞癌和可疑腺鳞癌细胞 .....	172
二、肺小细胞癌和小细胞性肿瘤细胞 .....	175
三、卵巢癌细胞 .....	179
四、肝胆管(囊)癌细胞 .....	181
五、膀胱尿路上皮细胞癌和尿路上皮乳头状瘤细胞 .....	186
六、脑膜癌和髓母细胞瘤细胞 .....	193
七、原发性腹膜癌和恶性间皮瘤细胞 .....	198
八、壶腹周围癌细胞 .....	200
九、其他肿瘤和原发部位不明的(可疑)恶性肿瘤细胞 .....	202





图 1-2 胸腹水脱落细胞学专用标识试管

需要,可以送两份标本。

### (二) 接收查对制度

严格执行标本查对制度。认真查对标识试管上的病人姓名、床号和联号,查看送检单检查项目,送检标本是否符合要求,并按序登记、编号、记录接收标本时间。

### (三) 准备载玻片

准备洁净的一端有磨砂区的载玻片 6 张,在每张磨砂区写上患者姓名和编号。

### (四) 离心和倾液规定

即刻离心,2500rpm/min 离心 5min。离心后试管底的细胞沉渣端向里,一手持离心管缓慢弃去上清液,倾斜至  $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$  左右保持 30s(图 1-3),另一手持棉球吸去残液,沉渣量应少于 0.05ml。

离心后,红细胞明显过多时,应吸取白细胞层涂片。显著血性的标本,红细胞过多会明显影响涂片上的有核细胞量,可往离心管内加入适量的低渗氯化钾溶液(48g/L 氯化钾溶液),破坏红细胞,再次离心后取沉淀物制片。

### (五) 推片要求

将管底沉淀细胞摇散,将它慢慢沿管壁置于载玻片上,制成 6 张涂片,或用移液器吸取涂片。涂片与一般涂片制备不同,规定推制的涂片膜面宜厚且需有良好的尾部(位于涂片的  $2/3 \sim 3/4$  处,起浓缩大细胞的作用),涂片长宽以  $2 \sim 2.5\text{cm} \times 3.5 \sim 4\text{cm}$  左右为宜。若管底残留灰白色微细胞团(块)须用小棒或移液器取之压碎拉片或展片。

### (六) 涂片分选和染色

选取 3~4 张 Wright-Giemsa 混合染色(与一般染色方法相同),1~2 张作细胞免疫化学染色,按要求固定。染色盒和晾片架见图 1-4。

### (七) 未用和未染色涂片的处理

涂片干燥后叠放,其最上一张涂片面朝下,或存放于特制的有机玻璃盒内(图 1-5)。以防潮湿、微生物污染以及虫啃等对标本质量的影响。

### (八) 废弃体液和涂片标本的处理

完成标本制备后,弃用的胸腹水(还有心包液、脑脊液等),倒入消毒液[康威达消毒片(三氯异氰尿酸)2片+1000ml 水]浸泡 4 小时。然后,再倒入专用水槽排送至医院污水站消毒处理。

弃用的涂片标本(载玻片),浸入消毒液(康威达消毒片 4 片+1000ml 水)浸泡 4 小时后,污水弃入污水道进医院污水处理站,载玻片用清水洗净,干燥箱烘干(重复使用)。



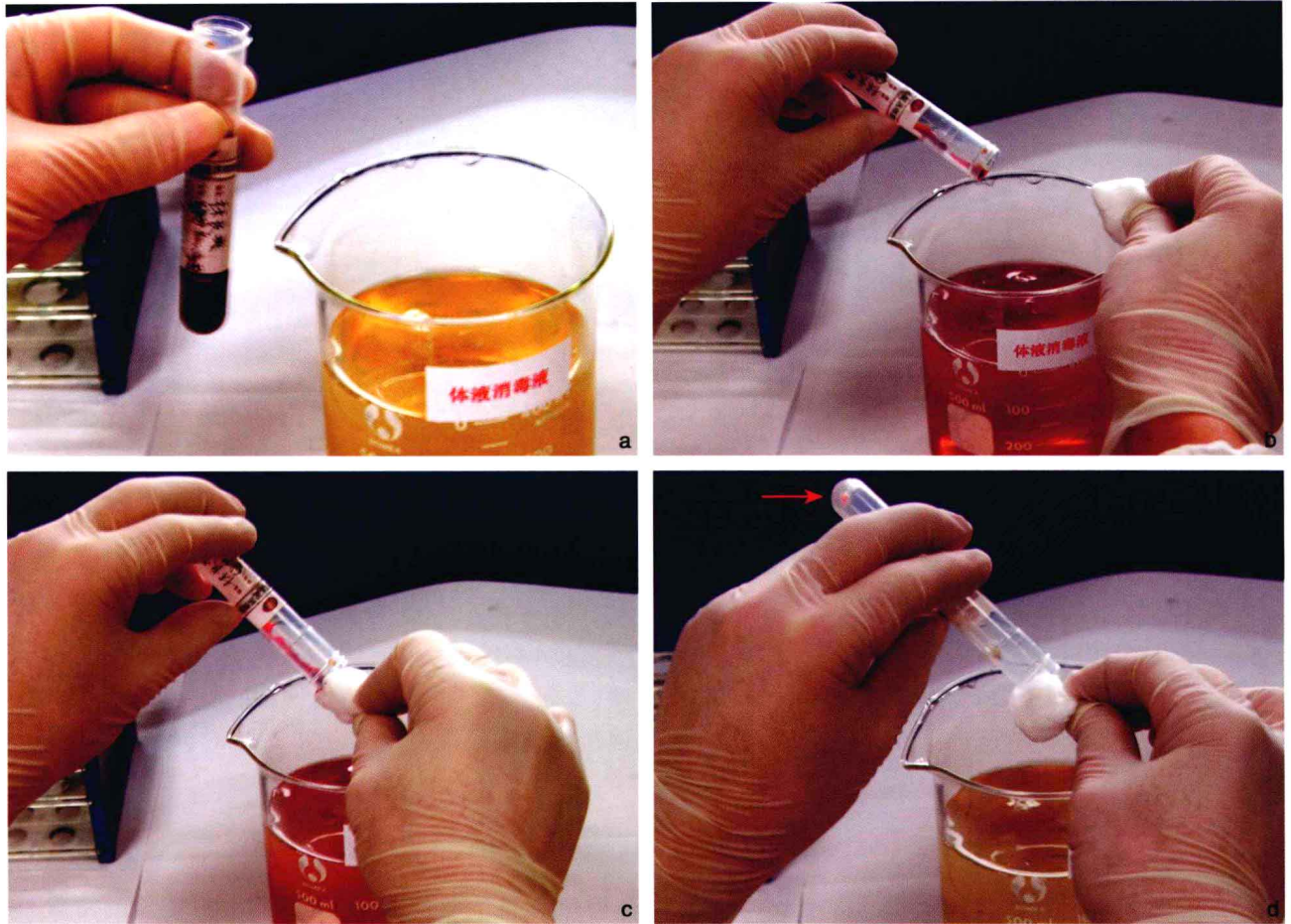


图 1-3 弃去上清液试管倾斜度和棉球吸去管内残余液体示意图

a 为离心沉淀后去试管盖;b 试管倾斜,将其内上清液缓缓倒入体液消毒处理液的烧杯内;c 为试管倾斜约  $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ , 30s,另一手用棉球将试管内多余液体吸去;d 为另一标本吸去残液后,在管底显现细胞沉淀物

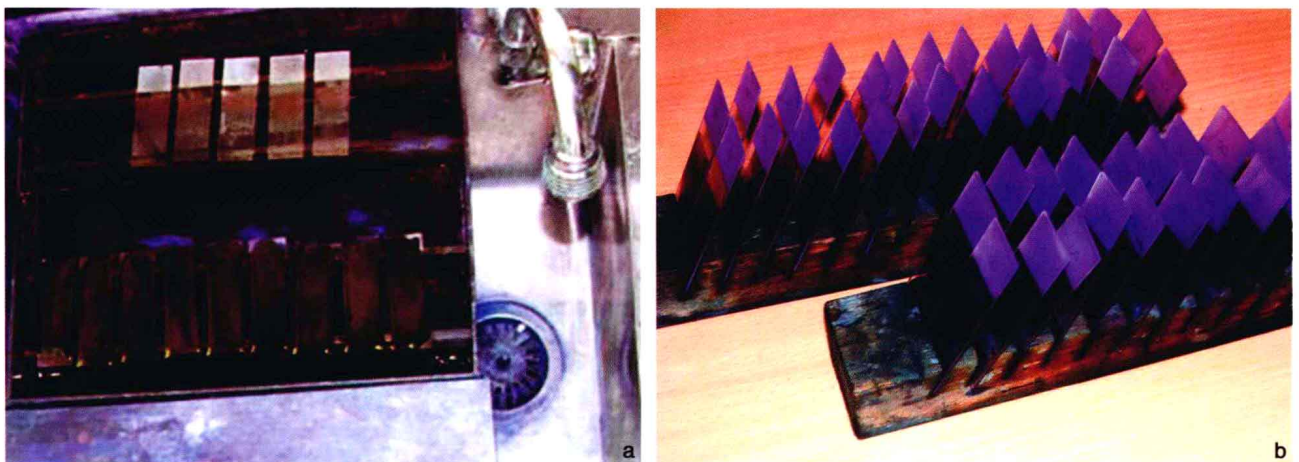


图 1-4 涂片染色盒和晾片架

a 为涂片染色盒;b 为晾片架



图 1-5 存片盒

### 三、标本运送和保存

临床医师采集胸腹水等体液标本,应按要求盛于 EDTA-K<sub>2</sub> 抗凝剂塑料软塞 10ml 标识试管中,并于 0.5~1 小时内送到实验室。若临床以盐水瓶为容器送检的大标本量,未凝固的应先弃去大部分上清液体,留下十几毫升倾于 10ml 塑料软塞标记试管离心处理;若标本已发生凝块应退回,并与临床医生交流说明标本采集的要求和不符合标本对检验结果的影响。遇特殊情况不能及时将标本送达时,可将标本置于 4℃ 冰箱,以减轻细胞的变性退化。

### 四、染色及其质量评价

染色包括普通和特殊两大类。Wright-Giemsa 混合染色为目前临床检验用于涂片的较佳的常规性标准染色。Wright 染色质量,同血液、骨髓细胞染色要求。特殊染色有细胞免疫化学染色等,详见第二章。

### 五、镜检及其质量管理

#### (一) 镜检前质量管理

**1. 显微镜和图像技术的要求** 显微镜质量直接影响细胞形态学辨认和诊断,要求应该比病理科使用的显微镜质量还高。尤其在基层医疗单位对显微镜质量更应予以重视,并需要安装计算机高清晰度细胞采图系统(图 1-6)。

**2. 了解临床和相关实验室信息** 密切结合症状、体征及相关实验室信息是提高诊断可靠性的重要措施。镜检前尽可能多地了解一些相关的参考信息,并与镜检中发现的每一异常细胞或成分进行有机结合和实验室评价(laboratory evaluation)。

临床信息不但从医师开具的检验送检单上,也需要我们主动与临床交流。重要的参考因素有患者年龄、浆膜腔积液单双侧与多部位、积液的时间、量、眼观色觉、积液局部症状与全身症状之间的联系等。

(1) 年龄 以胸腹水为例,癌症浸润浆膜腔大多见于 40 岁以上患者,罕见 30 岁以下者。相反,年轻者的恶性积液多为淋巴瘤和其他小细胞性肿瘤浸润。

(2) 浆膜腔积液单双侧与多部位 炎症性或结核性积液多为多浆膜腔积液或双侧积液,恶性积液以单侧和双侧居多。

(3) 症状 如胸腔积液伴随无诱因性胸闷、气急、咳嗽、消瘦,以及原先不明显的症状突然加重者;腹

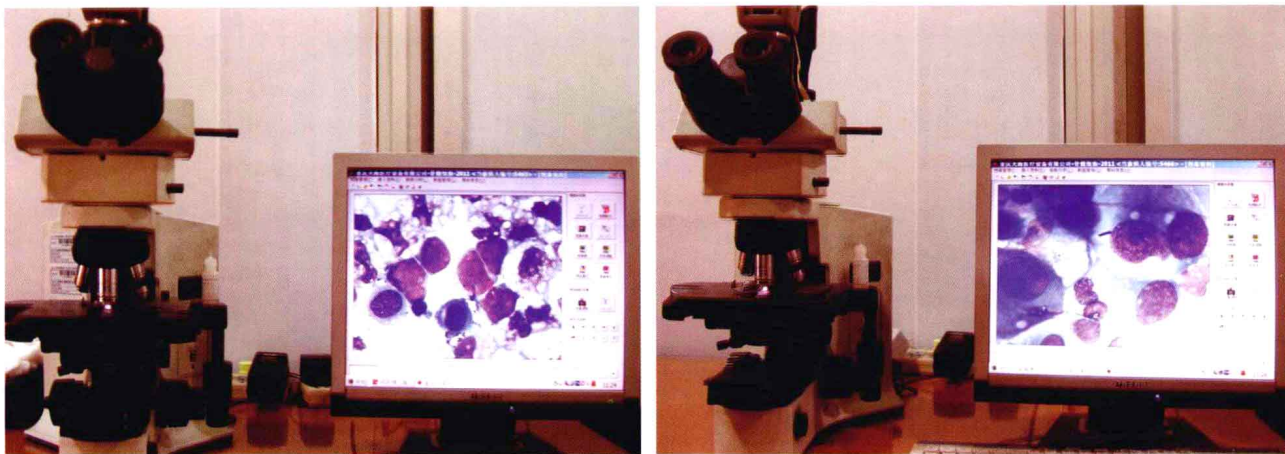


图 1-6 显微镜及计算机图像采集系统(作者实验室)

水伴有无明显原因的上腹部不适和隐痛,反复腹泻、腹胀和纳差,进食后腹部胀痛和乏力等表现者,恶性积液的可能性会增大。

**3. 严格执行镜检前核对制度** 认真核对体液脱落细胞学送检单上患者的姓名、编号、患者标本袋编号和患者涂片标本编号是否一致(图 1-7),所要求的检查项目是否一致,所需的几种染色是否完成。

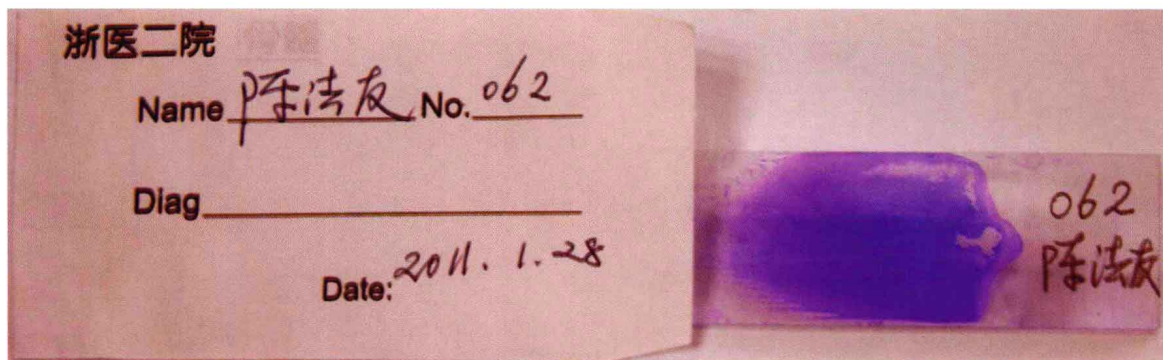


图 1-7 标本核对

镜检前仔细核对标本姓名、标本号和标本袋上标识

**4. 强化培训** 肿瘤细胞阳性检出率的高低与检查者对形态学把握的深度、检查的仔细程度和花费的时间相关,它和被动学习与一般工作胜任者的要求有所不同。因此,对已有一般细胞形态学经验工作者,还是需要强化脱落细胞学的进一步培训,包括敬业精神和心理素质要求方面的培养。对细胞形态学具有浓厚兴趣,又具有学习能力、良好心理素质,以及有敬业、探索和奉献精神的人员,予以重点培养。

## (二) 镜检及其质量管理

**1. 低倍巡视镜检** 由于脱落细胞学检验的根本性在于检出癌细胞和其他肿瘤细胞,其定性检验的重要性大于定量检验(如细胞分类)。因此,低倍镜巡视所有染色涂片边端区域(图 1-8),仔细、细心寻找有无大细胞、大核和异形的细胞,以及有无类似造血组织的原始细胞,尤其重要。一般,首先注意的是涂片尾部区域,当这一区域无异常细胞检出时,进一步观察涂片起始端和涂片的两个边际部分。

检查时,首先用低倍镜巡视全片,对发现的可疑细胞转用油镜确认(图 1-9),对应补充的本实验室项目即时进行(如细胞免疫化学染色)。能否娴熟地运用低倍和油镜的关系,将影响到细胞学检验的速度和

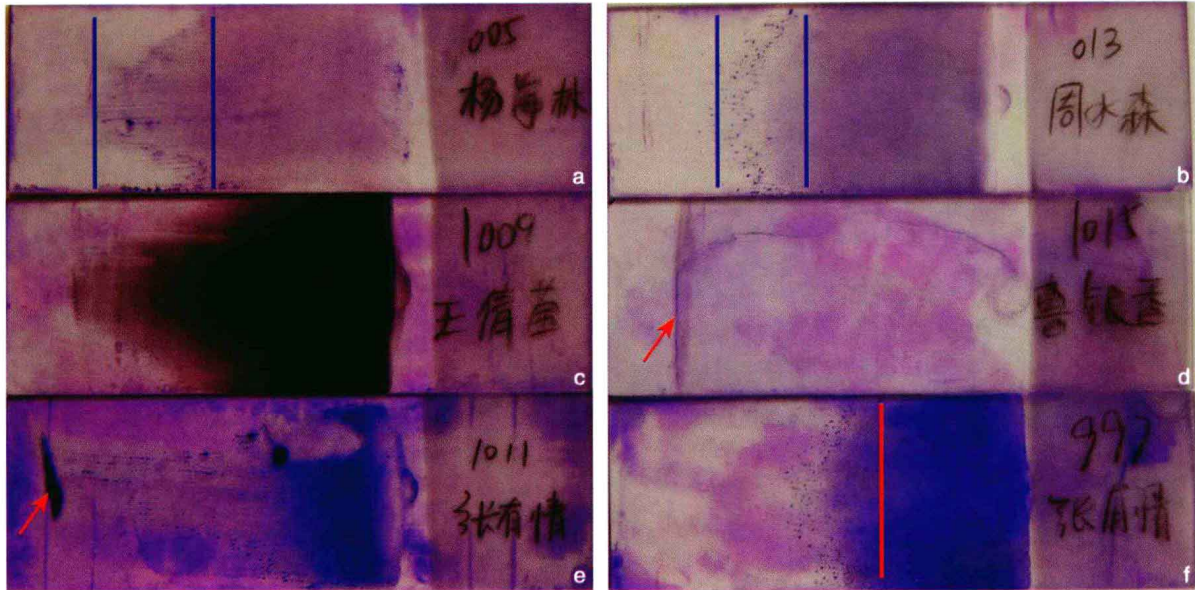


图 1-8 涂片观察区域和染色性

a、b 示有核细胞增多,染色偏紫,观察的重点区域为尾部两线之间的末梢区;c 为染色偏红,血性标本,有核细胞少;d 为有核细胞和红细胞均少标本,推片不佳,对未推出末梢尾部的直条状厚区(箭头指处),更是细胞学的必检区域;e 为细胞显著过多而染成深紫色,未推出末梢的厚区不能漏检(箭头指处);f 为细胞过多而染成深紫色,涂片厚但推片尚佳,红线右侧的涂片区域(除了头部边缘外)不作为重点观察

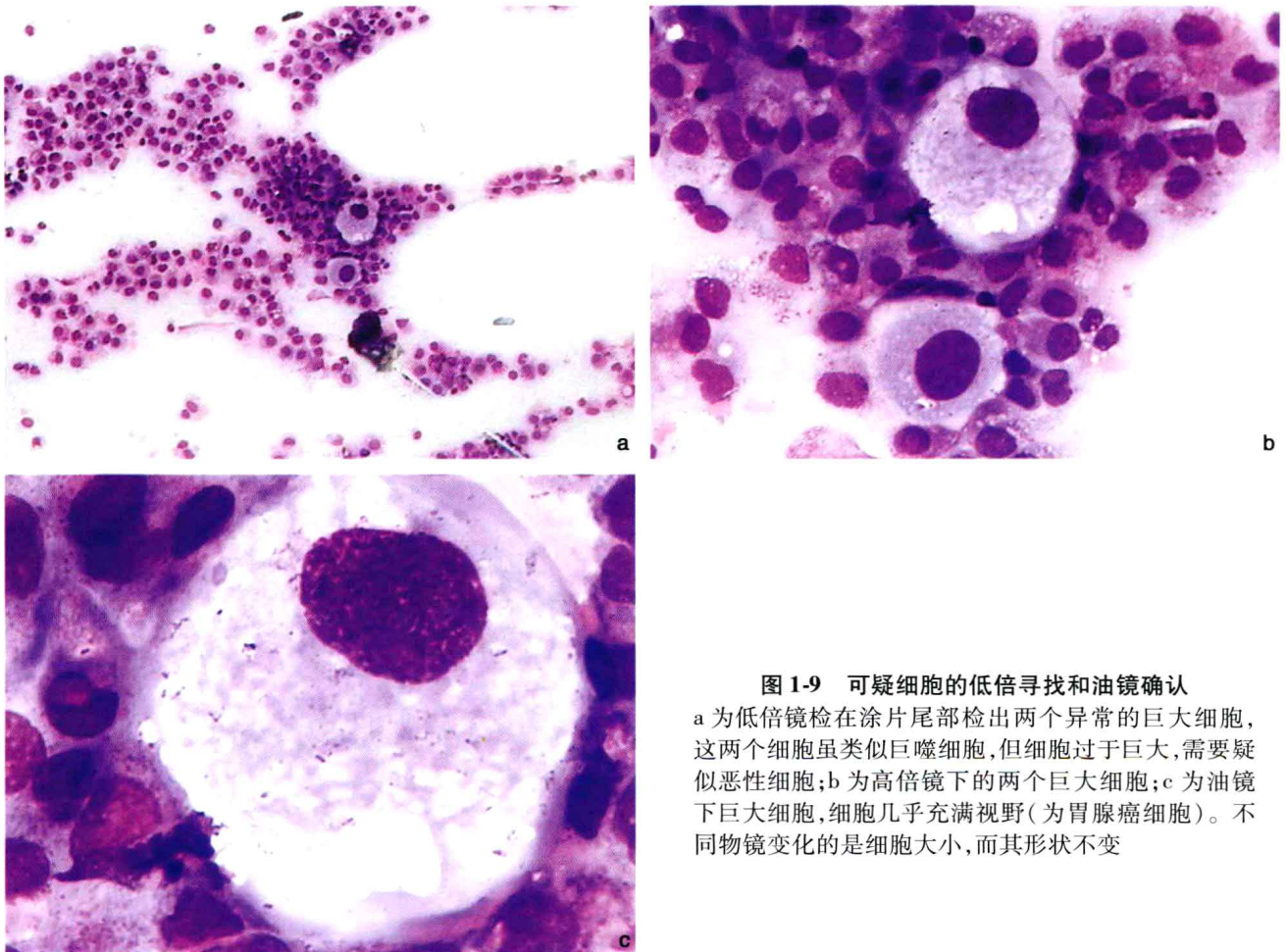


图 1-9 可疑细胞的低倍寻找和油镜确认

a 为低倍镜检在涂片尾部检出两个异常的巨大细胞,这两个细胞虽类似巨噬细胞,但细胞过于巨大,需要疑似恶性细胞;b 为高倍镜下的两个巨大细胞;c 为油镜下巨大细胞,细胞几乎充满视野(为胃腺癌细胞)。不同物镜变化的是细胞大小,而其形状不变

阳性检出率。

**2. 镜检涂片张数** 恶性肿瘤浸润,体液中的瘤细胞多少显著不一。一部分患者体液标本中的恶性肿瘤细胞非常少,就需要仔细观察所有染色的涂片,以增强阳性细胞的检出率。对偶见的大细胞、胞核明显紫红或成簇状等醒目的异常(图 1-10),需要引起高度重视。

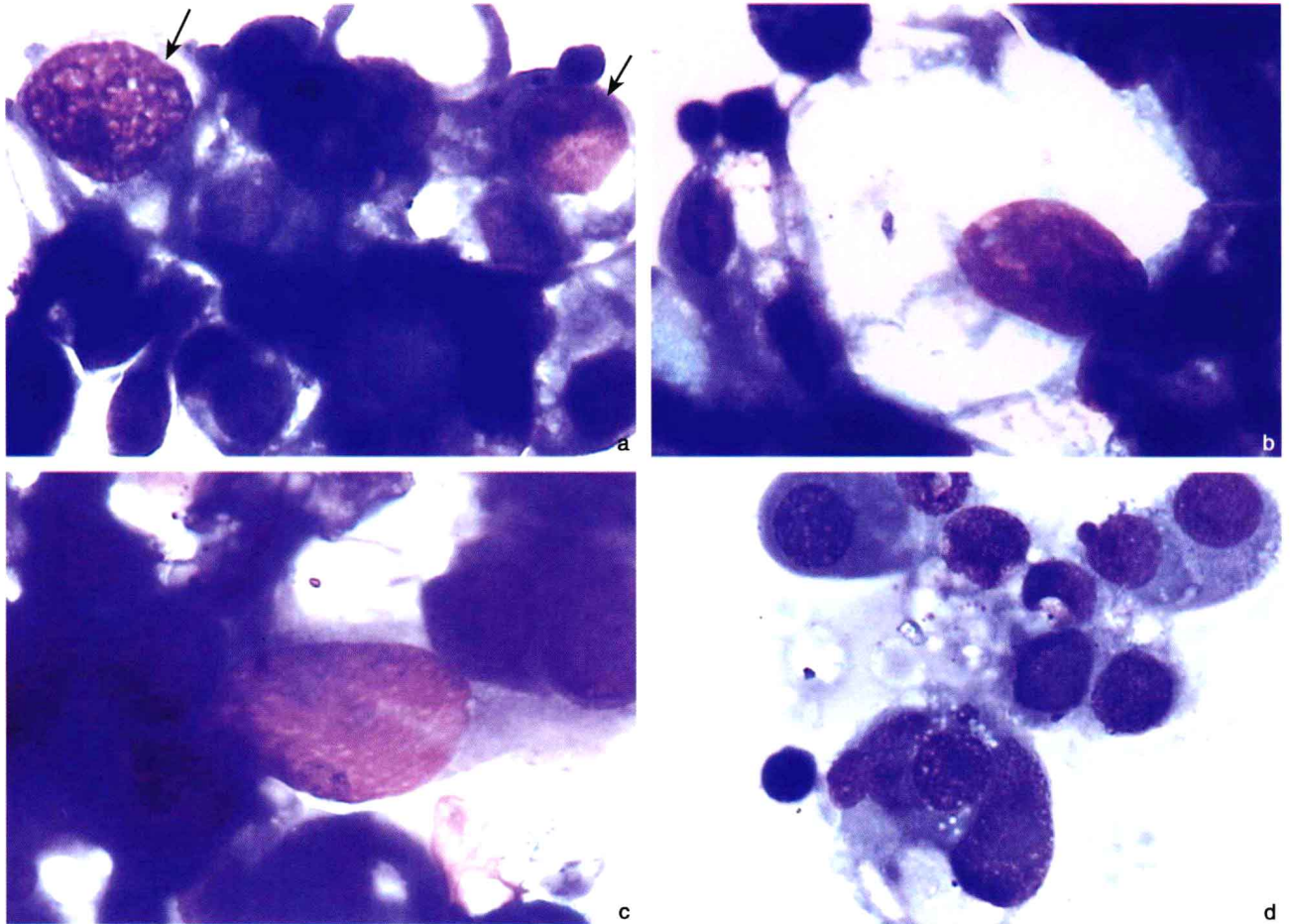


图 1-10 体液细胞学检验中需要重视的某些醒目细胞

a~c 为不清晰结构和不典型细胞的背景中,突显出二个(a)和一个(b、c)醒目的紫红色胞核并具有恶性特点的异常细胞;d 为不典型但醒目的类似乳头状排列的恶性肿瘤细胞

体液标本中,常见可以明确判断为恶性(细胞)的一些形态(图 1-11):①细胞过大而胞核异常(如染色质幼稚和畸形)或胞质染色浑厚者;②核仁大而蓝染者和核形形状异常者;③细胞明显异形和幼稚,如造血原始细胞样细胞;④中大型细胞核背靠背或结对现象(如一个胞核极性偏位呈扁平样,或两个胞核中一个深一个浅位于两极节呈结对状)和胞质异常者;⑤中大型细胞组成的团状、套叠现象和囊泡状胞质结构者等。

**3. 细胞免疫化学染色检查** 细胞免疫化学染色观察,需要与 Wright-Giemsa 染色的形态学相结合。重点关注异常细胞在细胞免疫化学染色中的阳性或阴性反应性,详见第二章。

**4. 2 级镜检制度** 脱落细胞学检查需要执行检验和复检 2 级镜检制度。1 级检查包括体液标本的检查和结论(诊断意见);2 级检查是对 1 级细胞学检查质量的全面评定,确认提出的初步诊断是否中肯,并结合临床和实验室信息有无遗漏检查、有无漏检异常成分等。

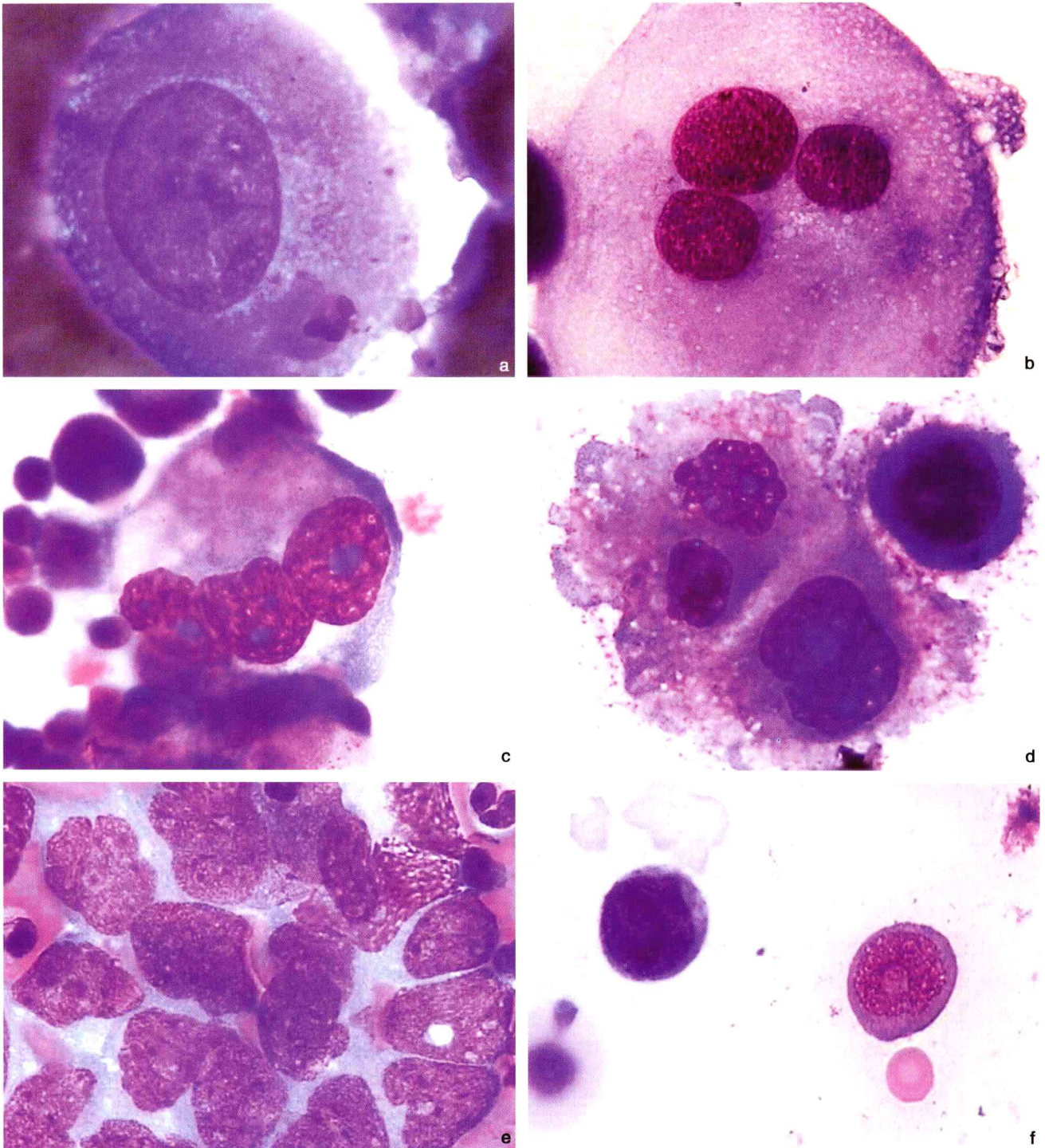


图 1-11 可以判断恶性肿瘤细胞的常见形态

a 为胞体胞核超巨的细胞；b 为胞体超巨的细胞，胞核较小，但染色质稀疏并可见蓝染小核仁；c、d 为核仁大而蓝染的细胞；e 为胞核畸形的细胞；f 为造血原幼细胞样细胞

## 六、诊断意见和报告质量管理

### (一) 诊断思路和判断的把握

**1. 下结论重证据** 下诊断结论以形态学的证据为基础,结合临床和其他实验室结果,客观、全面、慎重地评价细胞形态学异常所见的灵敏性和特异性、量变与质变及其相互影响的关系。疾病临床期诊断意见按级报告(肯定性、符合性、提示性、可疑性、描述性),对非肯定性诊断(如提示性、可疑性、描述性的病症和细胞)宜提出进一步检查的建议。对不符合要求的标本而可能影响检验结果或诊断意见者,在报告单中予以说明。

例如找到癌细胞或(恶性)肿瘤细胞[(提示)腺癌];找到可疑癌细胞或肿瘤细胞(或描述性结论),建议×××检查;未找到癌细胞或(恶性)肿瘤细胞;检出造血原始(样)细胞,结合临床提示或符合造血肿瘤(白血病、淋巴瘤)浸润等。

**2. 诊断思路和判断的把握** 尽管每一位工作者所认知的疾病和掌握的技术不一,但是分析思路和诊断方向性的原则是一致的。对标本检验与疾病符合性的客观评估的最终结果,有多大价值就用相应的文字(如肯定性、符合性、疑似性或提示性)下多大分量的诊断性意见;对疾病的分析以及给出的诊断范围由大到小,重在分析诊断的思路、疾病诊断的方向(图 1-12),没有足够的依据不下过细的诊断。肿瘤细胞被包含在狭义和广义的异常细胞范围中。一般,细胞学检验能作出找到恶性肿瘤细胞或癌细胞已是满意的结论,进一步的分析性诊断常会有难度。腺癌、鳞癌等类型诊断,以及癌细胞分化性诊断是由组织病理学作出的。但是,在体液脱落细胞学中,尤其胸腹水、心包液和脑脊液标本中,由于浸润性癌的特性和癌细胞的形态,也可对癌细胞的腺癌(典型形态者)和鳞癌(典型形态中的部分者)属性做出进一层面的形态学评估,但对细胞分化性则不易作出进一步的结论。

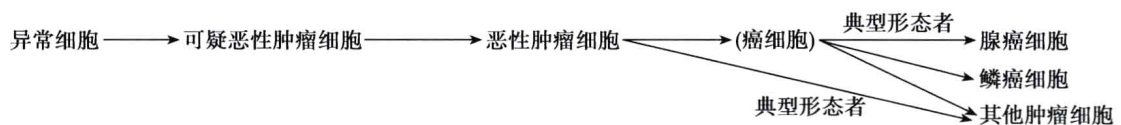
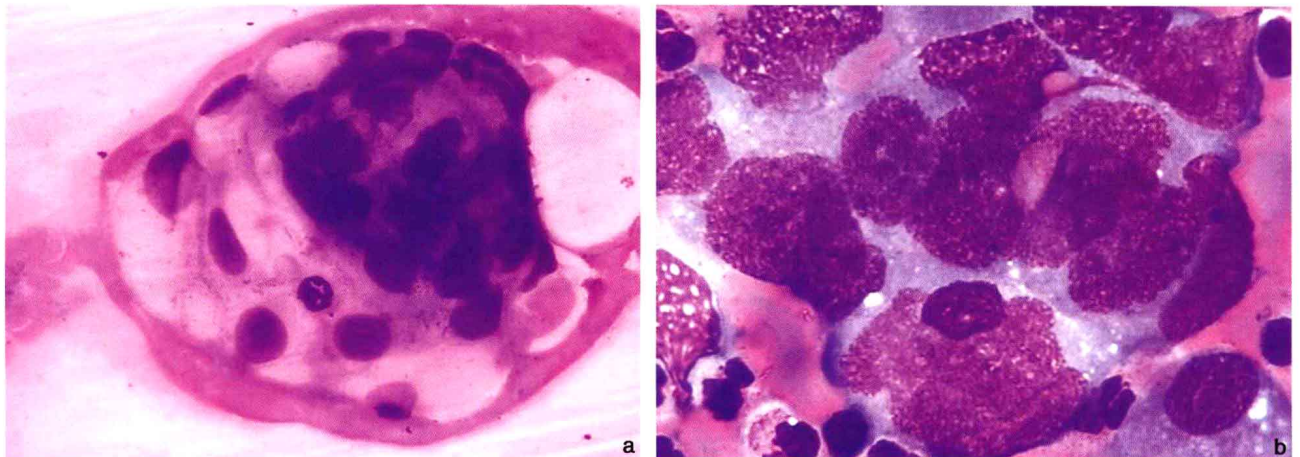


图 1-12 脱落细胞学检验诊断的分析流程和判断的把握

诊断程度的把握还与恶性细胞的多少有关,众多的异常细胞数量作为整体容易做出评判。恶性细胞越少就越不容易明确结论,尤其是形态不够典型时。惟有明确的典型形态才可以作出诊断。除了技术人员或检验医师的本身因素外,细胞形态受涂片厚薄的区域和染色质量、标本从采集到染色的时间等因素的影响。故在阅片中还需要注意细胞形态学的整体观察和评判。

浸润浆膜腔的造血和淋巴组织肿瘤细胞,由于生长环境的改变,肿瘤性原幼细胞可见明显的形态变化,如 B 原幼淋巴瘤细胞浸润时,可见明显的胞质嗜碱性、胞核多形性和肿瘤细胞高凋亡形态。浆细胞



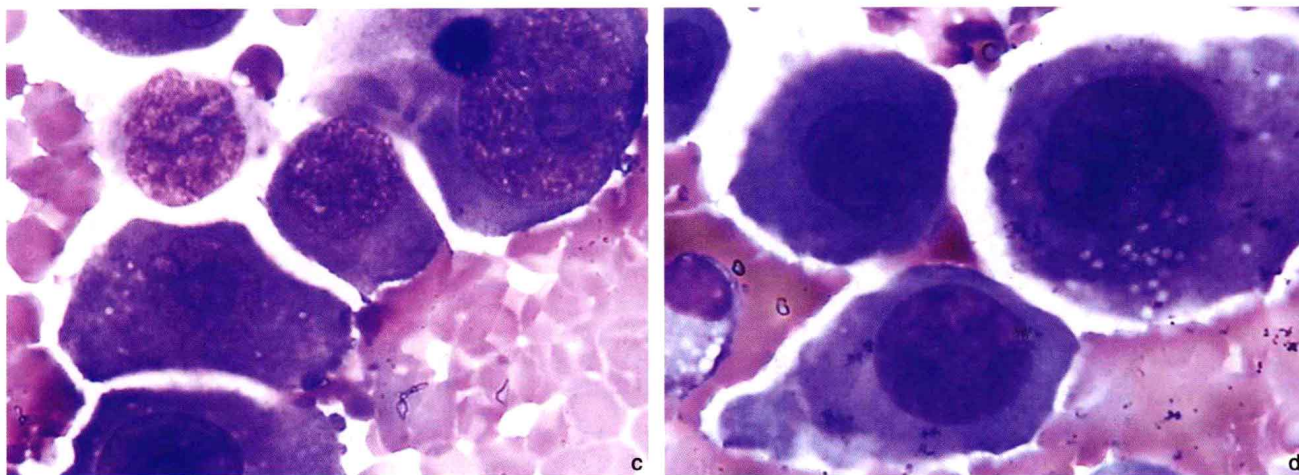


图 1-13 胸水鳞癌细胞形态

a 为癌细胞角化珠样结构;b 为胞核畸形和聚集癌细胞;c~d 为胞核轻度异形、胞质有边形状

骨髓瘤浸润时也可见瘤细胞的高增殖(有丝分裂象多见、细胞量丰富)和胞核的显著异形性(细胞凋亡)。巨噬细胞的多量存在也是肿瘤细胞高凋亡的依据之一。AML 浸润时原始细胞形态变化常不及淋巴瘤明显。

癌细胞中,腺癌和鳞癌的进一步定性,依据于细胞形态学和(或)细胞免疫化学染色等信息的结合。典型鳞癌细胞形态学常有散在性、不规则(如多变形、梭形、蝌蚪状)和散在性、圈曲样细胞团(图 1-13)等特点,但体液标本中以大型异常间皮细胞样形态居多。

体液标本中最多见的是腺癌细胞,腺癌细胞常呈簇或成团,有时呈(不)典型腺腔样结构,细胞大小较一致,细胞膜较清晰,核仁明显,胞质丰富,含囊泡样内容物。形态学上可以辨认和评估腺癌细胞的特征是花瓣样、菊花状成团的细胞(图 1-14);细胞大或巨大、核偏位而较为规则圆形的细胞;胞质丰富、不均匀性囊泡状(黏多糖成分)或局部不均匀着色或明显的分层和蜂窝状细胞;细胞边缘较为整齐(图 1-15);套叠状、层状、胞核大小不一和染色深浅明显不一的细胞团;核小而融合状或合体样的大或巨大细胞(图 1-15 和图 1-16);腺管状和异型上皮样结构者(图 1-17)。

体液中不同上皮来源的癌细胞虽有不同的形态特征,但整体上的细胞变化也是显著的。有些标本中形态典型,有些不典型,但更多的是典型与不典型、大小悬殊、形状各异细胞共存。形态学检验诊断中,重要的是检验其中可以起评判性或决定性意义的癌细胞,如找到若干数量的典型癌细胞,就可对不典型的癌细胞在整体上作为同样的或类似的价值看待。脱落细胞形态学对癌细胞的分化性评判意义(较)差。

核异质细胞为不典型性增生细胞,形态学所见为核增大、核形不规则、染色质增多粗糙和染色不均、核膜增厚和边缘不整齐等。在浆膜腔液脱落细胞学中,心包液间皮细胞不典型性增生最明显。轻度、中度核异质细胞见于许多良性疾病,高度核异质也可见于严重的炎症性体液标本,整体形态学的评估非常重要。

胸腹水标本中,除了肿瘤细胞外,常见多形态性单核巨噬细胞。检验巨噬细胞多少和不同形态类型可评估机体的防御功能,包括细胞凋亡状态。在结核等感染性标本中,丰富的巨噬细胞反映巨噬细胞与病原体或异物的剧烈较量;在高肿瘤细胞和高巨噬细胞量中,意味着肿瘤细胞的高凋亡和机体的良好免疫应答。

## (二) 报告(单)质量管理

**1. 2 级报告审核制度** 脱落细胞学检查需要执行 2 级报告审核制度。检查即将输送的报告单信息中是否有遗漏的内容和错误,包括用字等,也就是说对打印的报告单进行审核。

**2. 报告时间** 脱落细胞学检验诊断报告时间各地不一,有长至一周发出报告的。我们规定在接收标本后的第二个工作日下午四时前(通常 48 小时左右)发出报告。临床医师急需了解结论时可以口头报告方式或电话初步报告。报告时间长不适宜于现代医学的反应性。



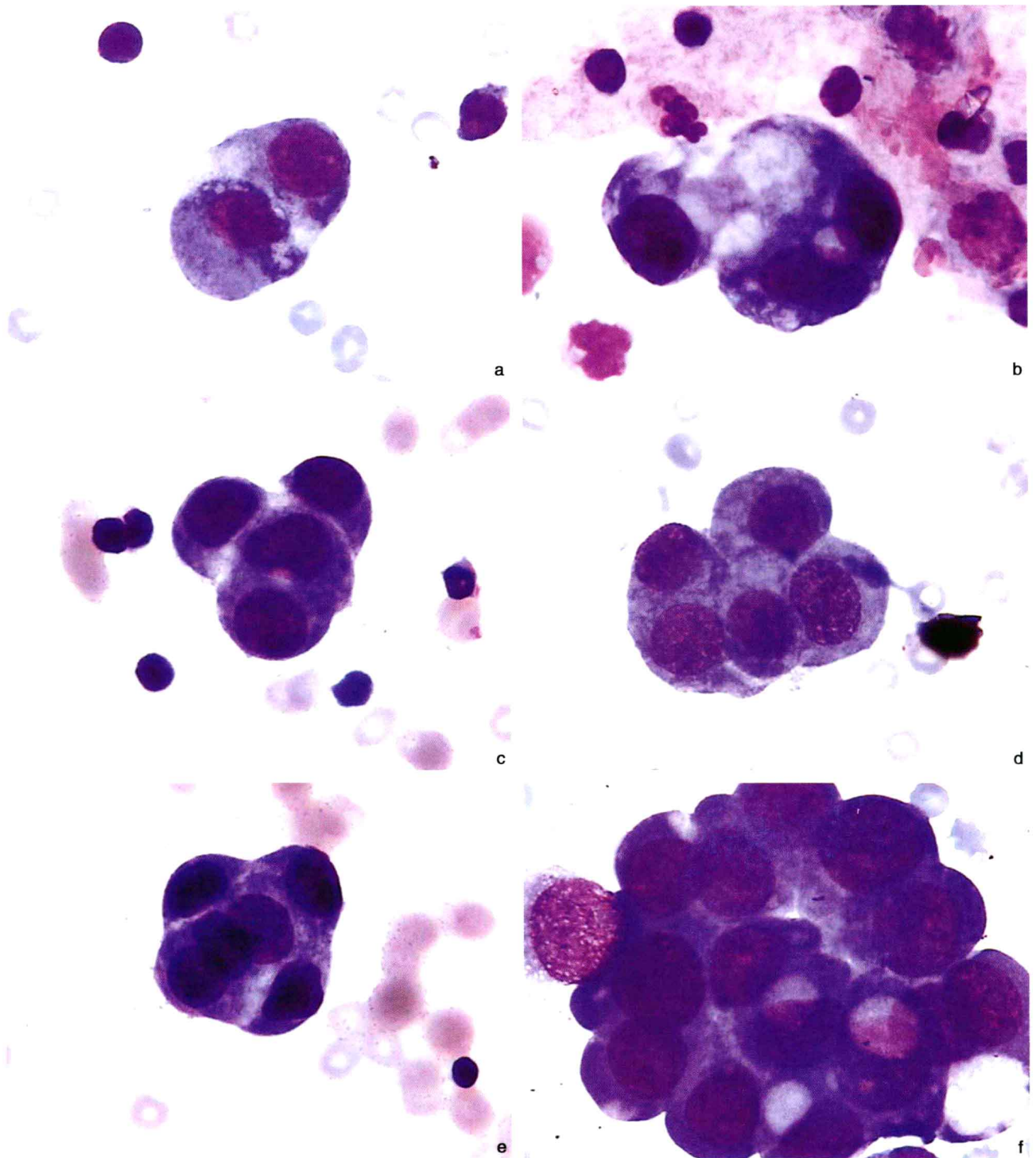


图 1-14 腺癌细胞的团状形态特征

a、b 为二个和三个细胞黏在一起；c、d 为四个和五个细胞团；e 为六个细胞团；f 为更多细胞组成的细胞团。细胞小、较规则，胞质有空泡或囊泡状，细胞成团（有的花瓣样）出现，常是分化程度较低腺癌细胞的形态学特点，但当不紧密排列时，需要与小细胞性肿瘤细胞作出鉴别