

肿瘤国际组织学分类

(1—10 分册)

肿瘤国际组织学分类

(1—10 分册)

世 界 卫 生 组 织

(W.H.O.)

浙江医科大学病理学教研组译

(本书图片部分由杭州市第一医院病理科与本组共同参加工作)

前 言

在毛主席无产阶级革命卫生路线的指引下，我国广大革命医务工作者积极地开展了肿瘤的防治工作，取得了可喜的成绩。但由于肿瘤的命名和分类意见分歧颇大，造成了病理诊断上的混乱，给临床工作者在防治肿瘤工作中带来一定的困难。

遵照毛主席关于“洋为中用”的教导，我们教研组组织部分同志翻译了《肿瘤国际组织学分类》一书，此书由世界卫生组织(WHO)组织国际上部分病理学工作者撰写的，包括人体各种组织和器官肿瘤的简要定义，概述了各肿瘤的组织病理学特征及生物学行为，并指出了鉴别诊断的要点，每种肿瘤及瘤样病变均附有彩色图片加以对照，内容较新颖，可作为病理学工作者及肿瘤防治工作者参考用书。为此，我们将已经出版的1—10分册（下面均改为章）进行全文翻译（除总的前言部分删去外）。由于我们水平有限，在翻译工作中肯定存在不少缺点和错误，热情欢迎读者批评指正。

浙江医科大学病理学教研组

《肿瘤国际组织学分类》翻译小组

（本书图片部分，由杭州市第一医院病理科及我组共同参加工作）。

一九七五年七月

目 录

第一章	肺肿瘤的组织学分型.....	1 页
第二章	乳腺肿瘤的组织学分型.....	30 页
第三章	软组织肿瘤的组织学分型.....	55 页
第四章	口腔和口咽部肿瘤的组织学分型.....	151 页
第五章	牙源性肿瘤、颌骨囊肿和瘤样病变的组织学分型.....	179 页
第六章	骨肿瘤的组织学分型.....	261 页
第七章	唾液腺肿瘤的组织学分型.....	350 页
第八章	女性生殖道细胞学.....	379 页
第九章	卵巢肿瘤的组织学分型.....	463 页
第十章	膀胱肿瘤的组织学分型.....	545 页

第一章 肺肿瘤的组织学分型

肺肿瘤分型的一般原则

在论及肺癌的广泛的文献中，对于肺癌的分布、病因学、诊断、治疗以及预后存在着非常矛盾的观点。这些差异，部分是由于过去的半个世纪中，肺癌的发病率在很多国家中快速地增加；以及这种增加的起始时间及其速率在各个国家之间，甚至在同一国家中的不同地区，均有很大程度的不同所致。再者，“肺癌”这个名词包括了很多不同的肿瘤类型，而且对某一类型的观察，未必适用于其他类型；加之，很多的肺癌是低分化的，这些原因造成了在诊断及分型方面的很多困难。

过去，当肺癌尚处于是一种较罕见的疾病时，这种混乱状态关系不大。还是早在 1924 年，Marchesani 氏在 Innsbruck 病理解剖研究所，根据所观察的 26 个病例，将肺癌区分为下列四型：

基底细胞癌(Basal cell carcinomas)

多形细胞癌(Polymorphocellular carcinomas)

角化性鳞状细胞癌(Keratinizing squamous cell carcinomas)

圆柱状细胞腺癌(Cylindrical cell adenocarcinomas)

事实上，这个分类是如此的全面和合乎逻辑，以致这个分类保持了约 25 年基本不变。

不同分化程度的“通常”的腺癌(adenocarcinomas)是易于识别和理解的，因其很相似于被复支气管的立方—柱状上皮。

鳞状细胞癌(Squamous cell carcinomas) 当其充分发展时，亦是易于诊断和接受的。因其相似于肺脏的支气管扩张、空洞以及其他慢性病变时所致的并不少见的上皮化生性改变。

“间变性”或“未分化性”肿瘤是较为疑难的，其中某些肿瘤是相当多形性的，并与其来源组织没有任何明显的相似性。对此，热心的病理学家随意地提出了多种名称。特别是与 Marchesani 氏分类中的基底细胞癌相当的小细胞间变性癌(small cell anaplastic carcinomas)引起人们相当大的兴趣。

在英国，Barnard(1926)在一个古典的和详细的研究中断定：“后纵隔的所谓‘雀麦细胞肉瘤’(‘oat-celled sarcoma’)是支气管的一种髓样癌”。在他的叙述和图解中，他着重地说明了小雀麦细胞的特点，但是，在这些肿瘤中也包括了“多边形细胞”和“梭形细胞”，两者均大于固有的雀麦细胞。该氏也叙述了“被复有立方形及柱状细胞的小管”的形成。

同年，德国的 Brandt 氏对于小细胞的来源发表了相同的意见，而 Rostoski, Saupe 以及 Schmorl 氏(1926)则接受 Risel 氏以前表达的观点(未发表)，认为 Schneeberg 矿工的小细胞肿瘤是真性癌肿。此型癌肿的多形性后来被确认，并广泛讨论。

大细胞间变性癌(Large cell anaplastic carcinomas) 即 Marchesani 氏分类中的多形细胞癌，也是一开始即有很多讨论的。这些细胞不仅相当大，而且有时出现巨细胞。Lindberg 氏(1935)及后来的 Abrikossow 氏(1947)强调某些大细胞癌肿显示向腺癌方向分化，而另一些大细胞癌肿则向表皮样癌的方向分化。这个重要的观察，表明了有可能减少这种非特异性

肿瘤的数量。

然而，随着时间消逝，病理学家们发现了新的肿瘤类型，不能归入 Marchesani 氏的简单分类中。根据病理学和临床的表现，一种特殊类型的腺癌从“通常”的类型中分立出来了，并被命名为“肺泡细胞癌”或“细支气管细胞癌”。其另一个发展，是对于肺脏的“腺瘤”或“类癌”的认识和描述。近年来，对于多种类型的，大概来自支气管腺体的肿瘤有所描述。这些包括了“圆柱瘤”或囊性腺瘤。“混合瘤”，“癌肉瘤”以及“母细胞瘤”的来源未确定，虽然其中有些肿瘤亦类似于唾腺的某些肿瘤。

即使说大多数上述的肿瘤归入其适当的类型是可能的，但仍然有一些肿瘤是不能归入任何确定的类型中，因而被称为“未分类”。

一个合理而有用的分类，应该是广泛的，而且这种分型应该是能够复制的，因而只有很少数的肿瘤留于尚不能分类。因此，在起草现在的分类时，力图使标准足够正确和客观，使任何病理学家对一定的肿瘤能同样地进行分类。具有这些特征的一个分类，尚希能表示生物学方面的一致性，在那些相同类型的肿瘤中，应具有某些共同的重要的生物学特性。

为观察肿瘤的原发部位及其发展、临床行为以及病因之间的联系，任何肺脏肿瘤的分型均应根据客观标准的形态学差异而区分之。在本分类中，分型首先根据细胞学和组织学的标准，虽然对其组织来源也给予某些考虑，如腺瘤亚型的分类。某些争论的问题，如蜂窝状及周缘部疤痕的重要性的争论则未顾及。另一方面，对于某些较罕见的类型，现已包括在本分类中，并作了广泛的说明，以便使病理学家们对此注意，并求得对其真实性质有较好的认识。

多数肺肿瘤根据现在的分类法，应用常规的苏木素和伊红染色的标本进行分型并无很大困难。若要更准确的分型，更须注意组织学的技术；对于一个完整的分型，应用一种粘液染色是重要的。本文中所有的切片，均按照附录第 9 页的方法染色的。

尸体解剖的标本应尽快收集，并作适当的固定。

外科检验的标本，亦应尽快固定，必须避免操作粗鲁、暴露于温暖的空气及干燥。酸性福尔马林作为固定液对大多数的病例是适用的。用中性福尔马林固定是不够适宜的。

若能作精细的组织化学及电子显微镜研究，则可获得很有兴趣的新的所见，但在本分类中，未应用这些资料。

在制订各型的定义中，广泛地应用了“分化”这个名称，因而需作某些讨论。正常成熟的器官代表“充分分化”。在肿瘤中，其分化无论在质方面或在量方面均有或多或少的缺陷。分化不足表现在质方面的改变，是指肿瘤来源的组织或器官的细胞学及组织学（结构）方面，特征性表现的减少；表现在量方面的改变，意味着失去来源组织特异性分化的组织增加。肺脏与其他器官一样，肿瘤可用“高度”，“中度”或“低度”分化来描述，对其分型无需作任何的改变。

若肿瘤中没有任何明显可识别的来源组织的成分，则常应用“未分化性”或“间变性”这样的名称。但在肺脏，几种特殊的肿瘤类型，不管其间变如何，传统地是能够识别的。某些细胞形态或某些生长方式，是如此的特征，因而现已单独分型。

肺脏是一个具有几种多潜能细胞类型的器官。被复于支气管的上皮，可发展成圆柱形细胞，后者可形成腺体；但是，由于化生的结果，它可变成高分化的具有显著角化的表皮样上皮。

除了分泌细胞及导管细胞之外，正常支气管腺体的近基底膜处，具有肌上皮细胞及某些分枝状的“神经分泌”细胞，后者可借其颗粒而识别。“神经分泌”细胞可形成具有明显的

上皮型细胞的肿瘤（类癌），细胞小而多边形，呈实性团块或小梁状生长；有时可发展成腺体样结构，甚至包含梭形细胞。支气管腺体与存在于其他解剖部位的同源组织一样，其所产生的肿瘤成分，除了常规的上皮及间质之外，也可产生原始软骨或成熟软骨，或具有上皮或间叶来源的星形细胞的粘液团块；这些被称为“混合瘤”。

对于肺脏肿瘤，建立如下一种按分化程度递减排列的分类，似乎是合理的。

1. 具有可识别的来源组织成分的肿瘤（腺癌；表皮样癌）。
2. 具有特征性的规则排列或细胞学特点，但不类似于来源组织的肿瘤（类癌）。
3. 具有粘液样物质，而缺乏明显的腺体或腺样结构的肿瘤。
4. 那些只能借细胞的大小及形态或其生长方式如花冠状、线条状、菊形团等而识别的肿瘤（小细胞间变性癌及其亚型）。
5. 肿瘤细胞的形态、大小及组织结构均完全不规则，以致不能特殊分类的肿瘤。

只有那些由原始细胞组成的第4类及第5类肿瘤，才考虑为真性“间变性”肿瘤。

这一分级是根据目前的技术及知识所制订的。随着组织化学及电子显微镜技术的发展，毫无疑问，识别其他特殊的图象将是可能的，因而将进一步地缩小最后一类肿瘤的比例，甚至对本分类作必要的改变。

“多形性”常是明显的，尤其在间变性肿瘤更是这样，但其本身并不表示间变；这可以嗜铬细胞瘤为例证，后者的多形性是经常现象。

间变性肿瘤的迅速生长，常借坏死灶及大量的核分裂而证明。而后者未必表示快速生长，因为大量的核分裂也可是核分裂时间延长的一种表现。

分型命名的困难可能由于在同一肿瘤中的不同部位具有不同程度的分化，或甚至存在着数种类型的分化所致。

第一，两种明显的肿瘤独立地发生，随后相互融合，导致真正的复合性肿瘤（combined tumour）。

第二，两种很确定的组织来源的图象（上述第1类）可在一种肿瘤中或同一个肿瘤中见到，例如一种腺癌及另一种表皮样癌同时出现。复合性肿瘤的名称常用于此种情况，并且是易被接受的。对于这样的肿瘤，除了其他目的而外，一般不应使用“混合瘤”这个名称。

第三，同一肺癌可一部分显示分化很好（第1类），而其他部分则显示分化差（第4类）。按照其他脏器肿瘤常用的分类方法，则应根据其最高度分化的组织而确定类型，附以分化不良部分的分化程度的形容词，（换句话说，即组织学“分级”）。但是，正如上述，在肺脏分化很差的肿瘤可有显著特征性，即使某些“间变性”的肿瘤，也能加以特殊地分型。这样就造成一种左右为难的的局面。兹举一例：同一个肿瘤的某些部分显示高度分化的特征性的表皮样癌，而另一部分则可由分化不良的小细胞间变性癌所构成。这样的肿瘤，如图9所示，在这种情况下，适当的类型命名，究竟系“表皮样癌，部分未分化”，或“小细胞癌，部分表皮样癌”，还是“表皮样癌合并小细胞癌”？所有这三种命名均可被病理学家们应用，或许各有其充分的理由。在一个客观的分类中，对于这样的病例，应有所属的类型。

第四，一个肿瘤可很大部分地呈现一种很明确的类型，只有小部分细胞呈现另一种特殊性的分化。人所共知的例子为小细胞间变性癌，如Barnard(1926)所描述的，它可包含有小团大而淡染的细胞和小区角化，或含糊不清的成层结构以及在基底层中有圆柱状的菊形团

和发育不全的腺样结构。大多数病理学家对于这样的肿瘤根据其主要的细胞类型进行分类，其他细胞的存在只注明，以便进一步估价。毫无疑问，对于这种病例的分型可以结合以往个人或一般的经验，包括病因学及临床情况的实际考虑加以决定。

某些病理学家们可能试图应用象“未分化表皮样癌”这些名称。这样的名称应予避免，因为它们自相矛盾。

最后，病理学家们对于用 PAS 染色，粘液胭脂红染色(mucicarmine)及 Alcian 染色所证明的某些粘液样物质的解释不一致，因而这样的物质在分型中的作用仍是个争论的问题。

总之，尽可能地根据形态学标准分型并列出亚型，可能的话按照特殊的目的把不同的型别归入“各组”，这可能是合理的。例如表皮样癌及小细胞间变性癌，在病因方面是密切有关的，但在临床上，其生长及播散速率、扩展及转移方式，以及对治疗的反应方面，均颇为不同。

上述困难不应得出这样一个结论，即肺肿瘤的分型是高度武断的。相反地，为了统计的目的，若应用良好质量的切片以及坚持严格的分类标准，则可获得高度的一致。在这样的情况下，意见分歧将是很少的。

组织病理学分型

I. 表皮样癌

II. 小细胞间变性癌

1. 梭形细胞型
2. 多边形细胞型
3. 淋巴细胞样(“雀麦细胞”)型
4. 其它

III. 腺癌

1. 支气管源性
 - a. 腺泡状
 - b. 乳头状伴有或不伴有粘液形成者
2. 细支气管—肺泡性

IV. 大细胞癌

1. 具有粘液样物质的实性癌
2. 没有粘液样物质的实性癌
3. 巨细胞癌
4. “透明”细胞癌

V. 复合性表皮样癌和腺癌

VI. 类癌

VII. 支气管腺体的肿瘤

1. 圆柱瘤
2. 粘液表皮样瘤
3. 其它

VIII. 表面上皮的乳头状肿瘤

1. 表皮样型
 2. 具有杯状细胞的表皮样型
 3. 其它
- IX. “混合”瘤及癌肉瘤
1. “混合”瘤
 2. 胚胎型癌肉瘤 (“母细胞瘤”)
 3. 其它癌肉瘤
- X. 肉瘤
- XI. 未分类肿瘤
- XII. 间皮瘤
1. 局限性
 2. 弥漫性
- XIII. 黑色素瘤

附: 类似恶性肿瘤的肺良性病变

1. 硬化性血管瘤
2. 浆细胞性肉芽肿
3. 假性淋巴瘤

※

※

※

说 明

I. 表皮样癌(Epidermoid carcinomas)

是具有角化或细胞间桥的肿瘤。肿瘤形态有质和量的不同。质的不同指的是角化成熟程度的不同(角化过度、不全角化、角化异常);量的不同指的是角化细胞的多少。分型的命名可以高度分化,中度分化或低度分化加以描述。

表皮样癌具有主要转移至局部淋巴结的倾向,切除后常复发;具有局限于胸腔内的倾向。

II. 小细胞间变性癌(Small cell anaplastic carcinomas)

是高度恶性的肿瘤,早期淋巴道及血道广泛转移。形态学方面包括如下亚型:

1. **梭形细胞癌**(Fusiform cell carcinomas) 此型肿瘤的梭形细胞的大小可有很大不同。胞浆明显;胞核卵圆,具有粗的染色质颗粒。癌细胞常交织呈束状,在有些癌中可呈缎带状排列,具有棱柱状基层细胞的倾向。

2. **多边形细胞癌**(Polygonal cell carcinomas) 由小的多边形细胞构成,胞浆丰富,胞核圆形至卵圆形,核染色质结构明显,常见核仁。瘤细胞可形成花冠状及缎带状或呈较实性的团块。

3. **淋巴细胞样(“雀麦细胞”)癌**[Lymphocyte-like (“oat-cell”) carcinomas] 癌细胞很小,胞浆很少,胞核小,致密,略呈圆形或卵圆形,呈相当弥漫的浸润。本型癌细胞在涂片上呈“裸核”。有些癌中,于血管壁见到大部分由核酸组成的嗜苏木素的团块。这种现象偶而亦可见于其他亚型。

4. 其它 在少数癌肿,除了具有小细胞间变性癌的结构之外,尚有鳞状细胞或腺管状的小区及菊形团的结构。这些肿瘤的临床表现与其他小细胞间变性癌相同。

在有些病例,难于区别非常低分化的表皮样癌和那些Ⅱ.1,Ⅱ.2以及Ⅱ.4或Ⅳ.2及Ⅳ.4肿瘤;但后二者具有较大的细胞。这些癌肿较那些高分化性癌肿为恶性。

大多数与已知致癌物质(Schneeberg及Jachymov矿物,镍,铬,煤蒸馏产物,烟草烟)有关的肺癌属第Ⅰ型及第Ⅱ型,并且本世纪肺癌总数的增加,主要是由于上述类型肺癌的增加所致。

III. 腺癌(Adenocarcinomas)

本型癌肿的基本形态学特征是,形成具有粘液的或没有粘液的管状及腺样结构,常伴有乳头状生长。癌肿的分化有质和量的不同,可用高度、中度或低度分化加以表明。即使只有小区为腺样结构,而肿瘤的大部分由未分化的实性团块所构成,腺癌的诊断仍是确立的。在某些病例,区别低分化腺癌和某些大细胞癌是有困难的(Ⅳ.1,Ⅳ.2及Ⅳ.3)。

某些腺癌可来自较大支气管,而另一些腺癌则发生于更为外周的支气管。按照定义,两者均为腺癌,但在某些组织学方面及生物学特性方面可见到不同。因此,考虑分为下列亚型:

1. 支气管源性腺癌(Bronchogenic adenocarcinomas) 此为高度恶性的癌肿,具有不同的分化程度。广泛转移,以血道转移为主。

2. 细支气管—肺泡癌(Bronchiolo-alveolar carcinomas) 这些高度分化的腺癌据推测来自肉眼可见的支气管以下的肺周缘部位,倾向于在原先存在的肺泡壁上生长。组织学结构常呈乳头状,肺泡腔内通常衬有纤细的圆柱状细胞,常产生丰富的粘液。肿瘤经过久暂不一的局限性生长之后,有经肺泡或淋巴道播散的倾向。淋巴结转移时,常产生乳头状结构。当癌肿仍为局限时,玻璃样变的间质可以是丰富的。与其他腺癌严格区分未必完全可能,必须细心地排除其他部位的原发性腺癌转移至肺,例如胃肠道或卵巢的癌肿。半数病例即使癌肿于肺内广泛地生长,也不转移至胸腔外。

IV. 大细胞癌(Large cell carcinomas)

这些癌肿由大细胞构成,没有表皮化或腺样结构形成。其临床表现通常颇似支气管源性腺癌。有如下亚型:

1. 具有粘液样物质的实性癌(Solid tumours with mucin-like substances) 这些癌肿胞浆中具有PAS阳性的物质,此种物质对粘液胭脂红染色(mucicarmine)及Alcian染色显示不同程度的阳性。各种化学物质可能具有这些染色的特性,但其胞浆内物质的性质还不清楚。具有腺样结构的类似肿瘤归入Ⅲ.1.a。

2. 没有粘液样物质的实性癌(Solid tumours without mucin-like substances)

3. 巨细胞癌(Giant cell carcinomas) 由颇为多形性的细胞构成,常具有显著的嗜酸性胞浆。有时,癌细胞具有多核,并在外形上极为怪状,且可呈现吞噬现象。必须高度注意排除原发性肾上腺肿瘤。

4. “透明”细胞癌(“Clear” cell carcinomas) 由水样透明的或泡沫状的癌细胞(可含有或没有糖元)所构成。若癌肿显示粘液形成则归入Ⅳ.1。

V. 复合性表皮样癌和腺癌(Combined epidermoid and adenocarcinomas)

这是较少见的癌肿，应该在某些部位具有确定的表皮化的证据；同时，在其他部位也有明显的腺癌图象。

VI. 类癌(Carcinoid tumours)

此癌大多为中心性分布，癌细胞呈多边形，胞浆略呈颗粒状，胞核规则卵圆，常呈镶嵌状或梁状排列。可有腺泡状结构，或由梭形细胞构成，尤其当来源于亚段支气管时更是如此。梭形细胞可呈旋涡状排列，略似神经鞘瘤。在所有这类肿瘤中核分裂均罕见。有的癌肿，胞浆中含有嗜银性颗粒，此相当于电镜下所见的“神经分泌”颗粒。这种中心性肿瘤可发生转移，主要为局部淋巴结转移，但其过程比支气管原发性癌远为良性。

VII. 支气管腺体的肿瘤(Tumours of bronchial glands)

1. **圆柱瘤 (Cylindromas)** 类似于身体其他部位的来自粘液性或浆液性腺体的圆柱瘤。可见玻璃样物质沉着或粘液。不到半数的病例可发生转移，通常较迟，但可远处转移。

2. **粘液表皮样瘤(Mucoepidermoid tumours)** 肿瘤部分由产生粘液的细胞，部分由角化细胞构成。肿瘤多半无蒂，可呈息肉状，有时呈浸润性生长。

3. **其他** 这些肿瘤明显地来自支气管腺体，其分化程度不一，可从单纯的增生至分化较差并呈明显的浸润性癌。

VIII. 表面上皮的乳头状肿瘤(Papillary tumours of the surface epithelium)

有数型。一般说来，这些肿瘤具有比支气管原发性癌较为良好的预后，对放疗可能敏感，这是当肿瘤来自接近于气管隆突时（该瘤常发生于此处）可利用于治疗的一种特性。

1. **表皮样乳头状瘤 (Epidermoid papillary tumours)** 本瘤由分叶状的结缔组织蒂所支持的鳞状细胞团块所构成。其分化程度不一，从分化良好，到低分化。尤其在后者，可呈浸润性生长。有时难于区别癌和乳头状瘤。

2. **粘液表皮样乳头状瘤 (Mucoepidermoid papillary tumours)** 本瘤除了含有杯状细胞外，其解剖学和生物学方面的特性均类似于 VIII.1 亚型。当出现浸润时，与 VII.2 亚型易于混淆。

3. **其他** 其他乳头状瘤是外生性的肿瘤，由产生粘液的或未分化的细胞构成，有时瘤细胞成多层。

IX. “混合”瘤及癌肉瘤(“Mixed” tumours and carcinosarcomas)

把类似唾腺“混合”瘤结构的肿瘤和那些既有类似上皮的成分，又混有类似结缔组织成分的肿瘤试行合并为一类。这是由于“混合”瘤中的软骨样组织究竟是真性的间叶组织还是转化的上皮，这个问题还不能确定所致。在某些肿瘤中，具有如横纹肌这样的组织与上皮组织合并存在这一事实说明：与子宫癌肉瘤相似的真性癌肉瘤，事实上亦可发生于肺。至今为止，少数手头的观察资料提示：癌肉瘤和“混合瘤”比支气管源性癌的预后较好。

1. **“混合瘤” (“Mixed tumours”)** 这些肿瘤包括与类似圆柱瘤中的星形细胞团块相密切连接的具有腺样结构的肿瘤，有时亦存在软骨样组织团块。

2. 胚胎型癌肉瘤(Carcinosarcomas of embryonal type) 此瘤由存在于类似胚胎性间叶组织的非常疏松的间质中的小多边形细胞或星形细胞团块所构成，其中常有不规则的腺泡状组织；有时，也存在鳞状细胞团块及横纹肌纤维。这些肿瘤又称为“母细胞瘤”。

3. 其它癌肉瘤(Other carcinosarcomas) 这类肿瘤包含不同的亚型。其中大多数包含具有软组织肉瘤特点的低分化细胞以及任一型癌肿的界限清楚的上皮。其一个亚型为支气管内息肉样肿瘤，具有产生粘液的细胞，呈数层被复于大的腺泡，并有增生的梭形细胞间质。复发时，以肉瘤组织占优势为其特征。本肿瘤可发生于很年轻者，其复发和转移可局限于胸腔内。

X. 肉瘤(Sarcomas) 于软组织肿瘤部分讨论。

在肺脏，这些肿瘤年令分布很广，很多发生在很年轻的人。有的呈息肉状团块发生在大支气管；其余发生于肺周缘部分。与支气管源性肺癌相比其预后要好得多。

XI. 未分类肿瘤(Unclassified tumours)

这是不能归入上述各类的肺原发性肿瘤。

XII. 间皮瘤(Mesotheliomas)

虽然它不能被认为是肺脏固有的肿瘤，但在肺肿瘤的鉴别诊断中常可发生困难。间皮瘤一般特点将于软组织肿瘤部分叙述。分为两个亚型：

1. 局限性间皮瘤(Localized mesotheliomas) 可呈浸润性生长，其结构类似纤维瘤或肉瘤。其真正性质为组织培养中呈片状结构的生长所证明。这些肿瘤倾向于良性，手术切除后不复发。

2. 弥漫性间皮瘤(Diffuse mesotheliomas) 常由上皮样细胞及肉瘤样细胞混合而成。前者常呈乳头状排列，但可形成简单的腺泡或细胞团块。此型肿瘤几乎总是弥漫蔓延、复发以及局部浸润，但常不广泛转移。这种弥漫性间皮瘤常伴有肺内石棉的沉着。

XIII. 黑色素瘤(Melanomas)

黑色素瘤可原发于肺，常在大支气管呈无蒂性浸润性生长。可有色素性或无色素性。无色素性黑色素瘤，其梭形细胞巢呈“器官样”排列，围以薄层结缔组织包膜，并有大的斑点状的嗜酸性核内包涵体，根据上述形态可得到启示。常需排除其他部位的原发性黑色素瘤，因为黑色素瘤不但可发生肺实质的转移，而且可发生支气管壁的孤立性转移灶，非常类似于原发肿瘤。这样的转移可于皮肤原发病变切除后长达十五年后才出现。肺脏的原发性黑色素瘤的最好证据是肺病变手术切除后永不复发。

附：类似恶性肿瘤的良性病变

除了肺恶性肿瘤外，肺内尚存在着类似恶性但临床上为良性的肿瘤或瘤样病变。例如“硬化性血管瘤”、浆细胞性肉芽肿以及局限性假性淋巴瘤。

1. “硬化性血管瘤”(“Sclerosing haemangiomas”) 主要为血管的增生，并有缓慢的反复出血。肿瘤向远端气道内生长，常产生乳头状结构，后者被复有异型上皮。在玻璃样间质中有吞噬脂质及含铁血黄素的巨噬细胞聚集。这些病变常与乳头状癌或错构瘤相混淆。

2. 浆细胞性肉芽肿 (Plasma cell granulomas) 以浆细胞为其主要成份，曾被误诊为骨髓瘤。然而其病变局限，可发生于任何年岁，即使局部切除后，亦呈良性病程。这种病变既没有明显的蛋白质代谢异常，又没有骨髓的骨髓瘤性浸润。有的病变可部分地或大量地被淀粉样物质所代替。

3. 假性淋巴瘤 (Pseudolymphomas) 区别肺脏的假性淋巴瘤和真性淋巴肉瘤的标准，在现在是不明确的。两者均由多量的成熟淋巴细胞所构成。总的来说，如局部淋巴结没有被浸润，则病变呈良性经过。这种病变尚有付淀粉样物质 (paraamyloid) 的存在以及淋巴细胞以外的其他细胞的混杂。

附 录

角蛋白及粘液样物质的复合染色法

1. 试剂

天兰 (Celestin blue)：以 5 克铁明矾溶于 100 毫升的蒸馏水中过夜。加 0.5 克天兰，煮沸 3 分钟。冷却，过滤至一染色缸内，加 14 毫升甘油。此液将保存数月。

Alcian 绿：把 1% Alcian 绿 (2 GX) 水溶液 50 毫升和 1% 醋酸 50 毫升相混合，并加麝香草酚 20 毫克。用前过滤。

醇化番红花 (Ethanollic saffron)：将 1 克 Gâtinais 番红花干雄蕊或 4 克西班牙番红花干雄蕊置于一研钵中加以磨碎。若事先把番红花置于一低温冰冻器内冰冻，则更易磨成粉。把粉末置入一烧瓶内，加 100 毫升无水乙醇 (C_2H_5OH)。于烧瓶上装好回流冷凝器，置于水浴中，煮沸 1 小时。把黄色上清液轻轻倒入另一玻璃瓶中，并于烧瓶内再加无水乙醇 100 毫升。再煮沸 1 小时，并把上清液轻轻倒入玻璃瓶中。如此反复五次。过滤复合浸出液。约得深黄色溶液 700 毫升，足以染数千张切片。此溶液应以软木塞紧塞之。

2. 步骤

- (a) 将切片浸于水中。
- (b) 核染色：把切片浸于天兰溶液中染 5 分钟，水中漂洗；再浸于 Mayer 氏苏木素液中染 5 分钟，再于水中漂洗。
- (c) 置于 0.5% 盐酸中快速分化。
- (d) 自来水充分冲洗。
- (e) 于 1% 曙红水溶液染 5 分钟。
- (f) 于水中快速漂洗。
- (g) 于 96% 乙醇中快速分化。
- (h) 水中快速漂洗。
- (i) 于 Alcian 绿溶液中染 5 分钟。
- (j) 水中漂洗 (此时眼观切片应呈粉红色)。
- (k) 将切片浸于 96% 无水乙醇中快速脱水。
- (l) 置于醇化番红花溶液中染 5 分钟。
- (m) 于无水乙醇中换洗二次。
- (n) 二甲苯透明，橡胶封固。

3. 结果

各种成份染色如下：

核：深兰色。

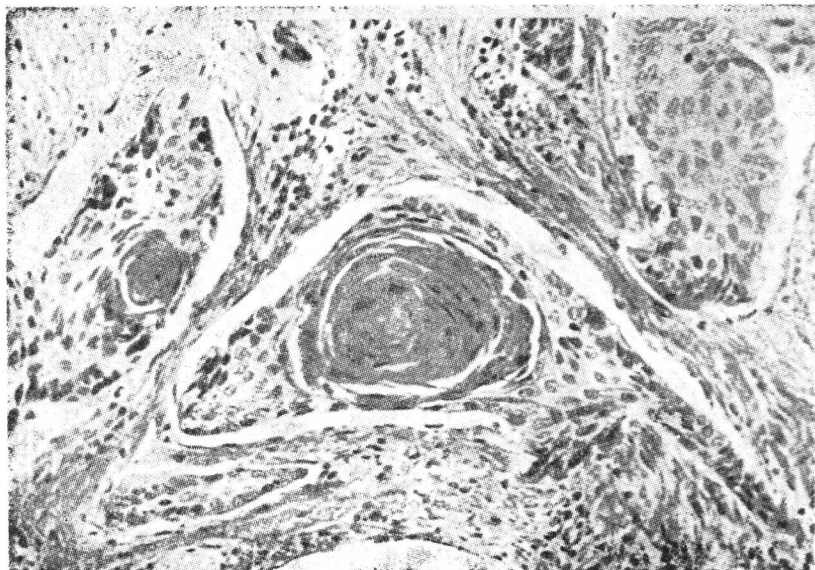
酸性粘多糖：绿色。

结缔组织：黄色至橙色。

角蛋白：深红色。

其他成份：不同程度的红色。

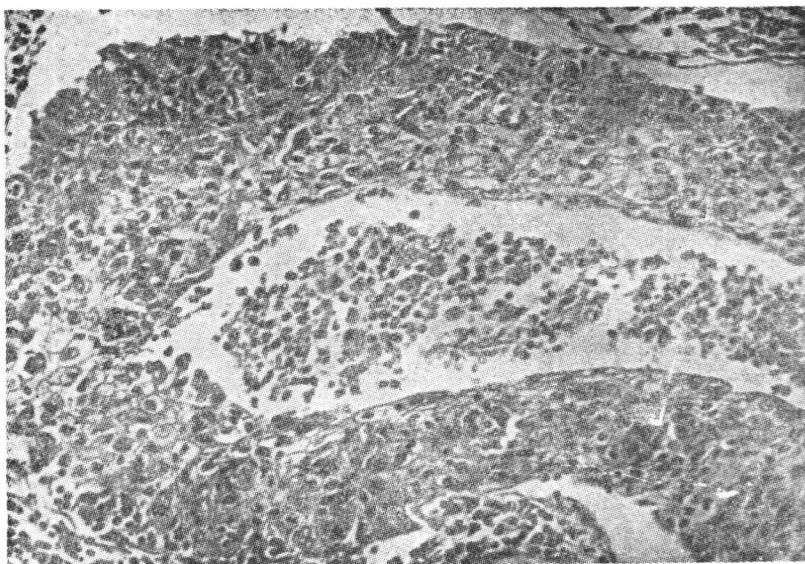
(译自：Kreyberg, L., et al., Histological Typing of Lung Tumours. WHO. Geneva. 1967.)



× 200

图 1 表皮样癌，高度分化型 (I)

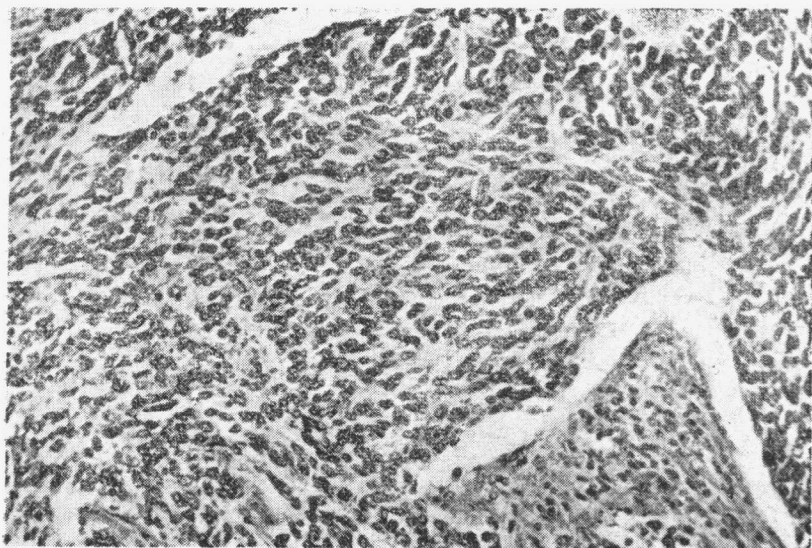
男，62岁



× 200

图 2 表皮样癌，中度分化型 (I)

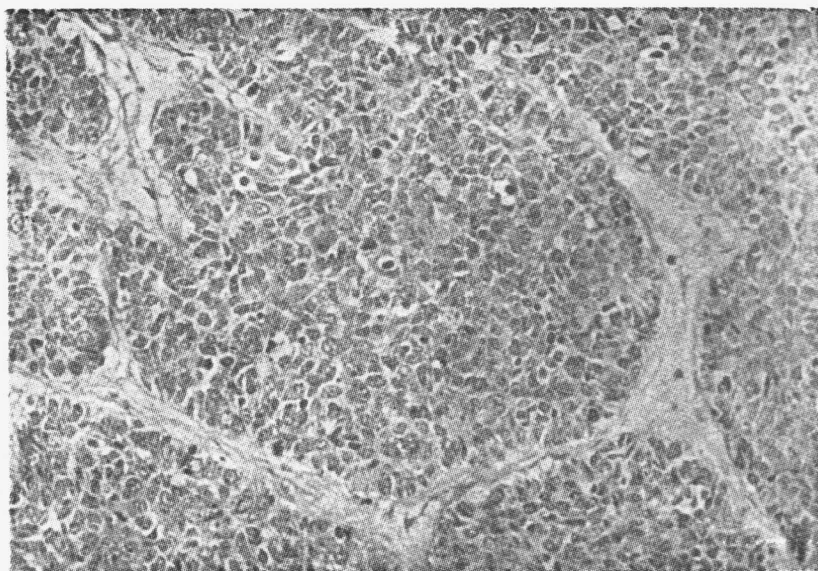
男，60岁



× 200

图 3 小细胞间变性癌，梭形细胞型 (Ⅱ.1)

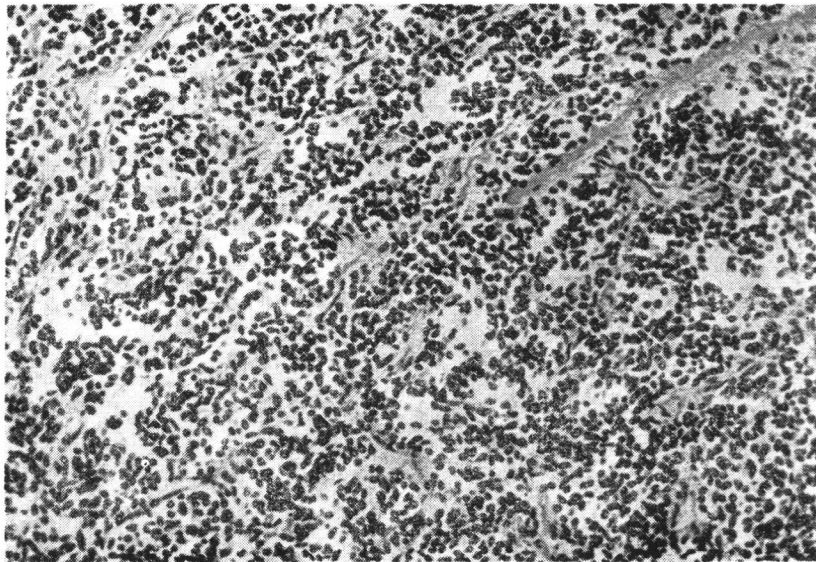
男，47岁



× 200

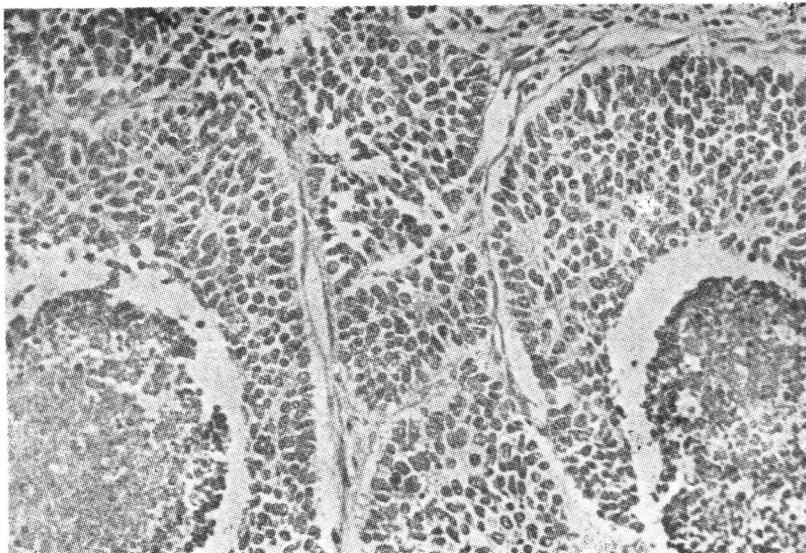
图 4 小细胞间变性癌，多边形细胞型 (Ⅱ.2)

男，55岁



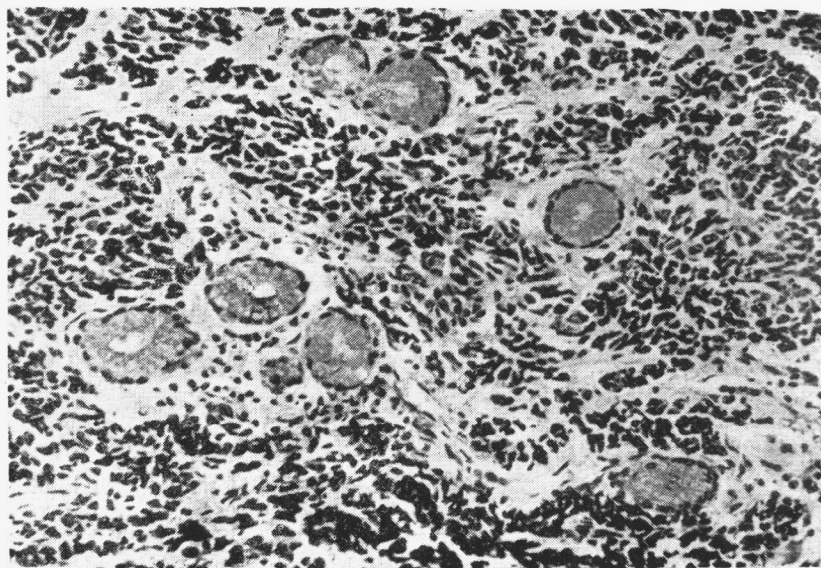
× 200

图 5 小细胞间变性癌，淋巴细胞样型 (Ⅱ.3)
男，45岁



× 200

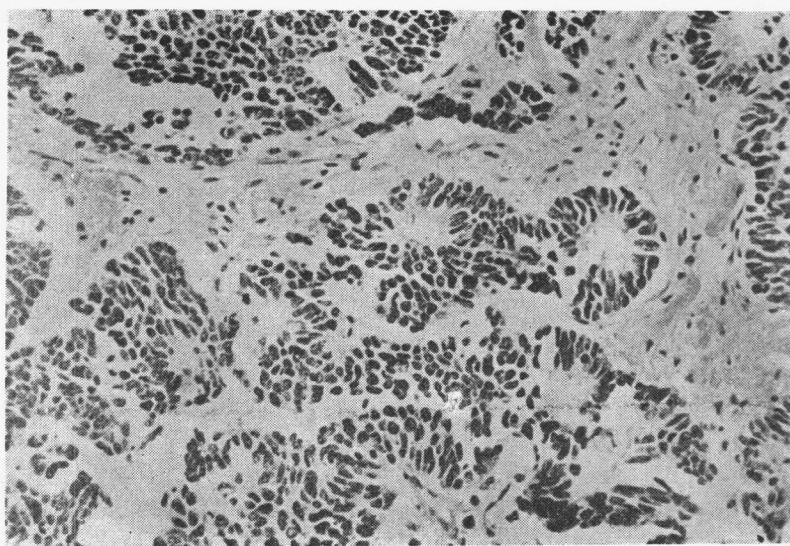
图 6 小细胞间变性癌 (Ⅱ.4)
男，58岁



× 200

图 7 小细胞间变性癌 (Ⅱ.4)

男, 53 岁



× 200

图 8 小细胞间变性癌 (Ⅱ.4)

男, 53 岁, 与图 7 为同一肿瘤