

赠CD-ROM光盘1张

Changjian
Wuzhen
Bingli Tupu

常见

误诊病理图谱

主 编 / 纪小龙



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

Atlas of Indiscernible Diagnostic Histopathology

R365-64

1

常见 误诊病理图谱

主 编 纪小龙

副主编 (以姓氏笔画为序)

申明识 周先荣

黑 砚 郭云娣



人 民 军 医 出 版 社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

常见误诊病理图谱 / 纪小龙主编. - 北京: 人民军医出版社, 2005.9
ISBN 7-80194-809-2

I. 常... II. 纪... III. 误诊-病理-图谱 IV. R365-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 058190 号

策划编辑: 王 敏 文字编辑: 韩 志 责任审读: 李 晨

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经 销: 新华书店

通信地址: 北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮 编: 100842

电话: (010) 66882586 (发行部)、51927290 (总编室)

传真: (010) 68222916 (发行部)、66882583 (办公室)

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 潮河印刷有限公司 装订: 春园装订厂

开本: 889mm × 1194mm 1/32

印张: 8.375 字数: 207 千字

版次: 2005 年 9 月第 1 版 印次: 2005 年 9 月第 1 次印刷

印数: 0001 ~ 3000

定价: 79.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

电话: (010)66882585、51927252

.....[内容提要]

本书是一部专业水平较高，科学性与实用性较强的学术专著，作者纪小龙教授基于丰富的实践经验和深厚的文化底蕴，就如何在纷繁复杂的病理诊断中，减少误诊率的方法和技术进行了系统阐述。全书共15章，详细介绍了人体各系统组织中的常见病理误诊图谱，以及人为假象和病原体图谱。本书内容丰富、资料翔实，突出了新观点、新理论、新技术和新方法，适合各级各类医院病理科、肿瘤科以及基础医学研究科室的工作人员学习参考。

责任编辑 王 敏 韩 志

[作者简介]



纪小龙,男,52岁,主任医师、教授,博士生导师。现任武警总医院病理科主任,肿瘤生物治疗科主任,纳米医学研究所所长。

1978年第三军医大学毕业,1981年解放军总医院硕士研究生毕业,1987年在美国安德森肿瘤中心做博士后研究1年,1994年在香港威尔斯亲王医院进修,1997年在美国华盛顿州立大学任访问教授。现任国内11家杂志的副主编、编委以及美国《环境肿瘤病理杂志》编委。全军解剖学组织胚胎专业委员会委员,全国抗癌协会淋巴瘤委员会委员,全国、全军及北京市医疗事故鉴定委员会专家库成员。1993年开始享受政府特殊津贴。

在肿瘤早期诊断、淋巴瘤诊断方面有很深的造诣,每年在病理会诊中解决疑难及关键诊断1000例以上。1981年在国内率先开展了肿瘤免疫封闭机制的研究。1991年报道了世界上首例淋巴结核吸虫病,1996年发现并报道了特殊类型霍奇金病,1997年率先对肝癌治疗中癌细胞死亡机制进行研究报道。2003年7月组织成立国际上首家纳米医学研究所并任所长。新近开展的“肿瘤自体血活化疗法对晚期癌症患者进行生物治疗”和“肿瘤形态机制的研究”均为国内外少有人涉及的课题。发表学术论文200余篇,参加编写专著12部,获军队科技进步二等奖2项,三等奖5项,四等奖6项。

.....[前言]

误诊知多少，
误治何时了，
找出陷阱皆知晓，
预防最重要。

——对医师来说，不断积累宝贵的经验，尽可能避免失误。

——对患者来说，多一分警惕，不要让悲剧在自己身上发生。

当医师就会有失误，当一名好医师就要尽可能少失误。在每天的医疗工作中，随时都会发生各种各样的诊疗失误。本书从大量的失误病例中，将最容易发生的失误归纳总结成经验教训，以期把失误减少到最低限度。

人类的历史是一部自始至终贯穿着人与疾病作斗争的由浅入深、由低到高的认识史。医学就在这漫长的认识和斗争过程中发展成现在的较完整的体系，它分为临床医学及基础医学两部分。病理学则是基础医学及临床医学之间的桥梁，同时又是临床医学的基础学科。它运用解剖、组胚、生化、微生物等基础知识来解释人体各种疾病的发病机制，进而作出明确的诊断与鉴别诊断。

对任何疾病的有效治疗都基于正确诊断，目前在医院的所有诊断手段中病理诊断的准确率最高。病理知识是通过理论与实践

两者的有机结合而获得的。病理检查是以显微镜下观察到的组织和细胞变化为基础的。在学习过程中,紧密结合文字描述,同时观察显微镜下的典型图谱是十分必要的。尽管现在已经有许多关于病理组织学方面的图谱,但直接针对医学院校在读医学生的病理图谱却很少。因此,有必要编写一部能够帮助学生更好地理解 and 掌握病理学知识的病理学彩色图谱。

病理学的发展经历了以下几个阶段:①肉眼水平(第1层次),用人的眼直接观察,它的分辨率在1mm以上,小于1mm者便难以觉察出来;②光镜水平(第2层次),将组织或体液标本,制成切片或涂片,在光镜下放大1~1 000倍,它的分辨率是1 μm 以上,即小于1 μm 的结构便分辨不清楚了;③电镜水平(第3层次),电子显微镜目前已可放大80万~100万倍,比光镜观察能力提高了1 000倍,分辨力达1nm水平,可观察细胞器;④分子水平(第4层次),主要包括酶、抗原、蛋白、激素等生物大分子的测定,主要是免疫组织化学。按照这种发展趋势,自然会发展到第5层次——核酸蛋白质水平(基因水平)。但到目前为止,病理诊断仍是以光镜水平作为形态学诊断的基础。作为医学生,更需要了解并掌握病理变化的显微镜下形态特点,本图谱正是为满足这一需要而编写的。

本图谱汇集了大量的第一手资料,内容丰富,心得宝贵。该图谱图像清晰,实例具体,使读者一目了然,方便学习使用。再加上印刷精美,实为不可多得的病理佳作。

武警总医院 纪小龙

2005年9月

[目 录]

第 1 章 总论..... 1

- 一、病理学是基础医学与临床医学之间的桥梁..... 1
- 二、病理学能从细胞水平认识疾病的本质..... 3
- 三、病理科的工作范围和内容..... 3
- 四、任何高明的医师都会有失误..... 4
- 五、疑难诊断是客观存在的..... 5
- 六、病理诊断标准随着学科发展而不断更新..... 5
- 七、病理诊断的局限性..... 6
- 八、病理误诊的常见原因..... 7
- 九、人为假象..... 10
- 十、病理诊断困难的主要原因..... 11
- 十一、误诊的后果..... 12
- 十二、减少误诊的要点..... 13
- 十三、误诊后的处理..... 14

第 2 章 消化系统..... 16

- 一、反流性食管炎——贲门癌..... 17
- 二、胃溃疡中的炎细胞——癌细胞..... 26



三、肝细胞腺瘤——分化良好的肝细胞肝癌.....	32
四、肝脏髓外造血——恶性肿瘤.....	34

第3章 呼吸系统.....37

一、扁桃体慢性炎中增生的淋巴组织内下陷的鳞 状细胞团——鳞癌.....	37
二、鼻腔、鼻咽及鼻窦的炎症——T细胞淋巴瘤.....	40
三、肺炎性假瘤——肺癌.....	44
四、气管镜挤压组织中淋巴细胞——小细胞癌.....	47

第4章 泌尿系统.....51

一、肾囊肿——肾囊性透明细胞癌.....	51
二、血管平滑肌脂肪瘤——肾细胞癌.....	53
三、膀胱移行上皮乳头状增生——高分化乳头状癌.....	58

第5章 男性生殖系统.....60

一、诊断要点.....	60
二、前列腺增生——分化良好的前列腺癌.....	62
三、萎缩的前列腺——前列腺癌.....	71
四、附睾腺瘤样瘤——腺癌.....	78
五、软斑——淋巴瘤.....	81

第6章 女性生殖系统.....85

一、宫颈人类乳头状瘤病毒感染——宫颈原位癌.....	85
二、宫颈慢性炎淋巴组织增生——淋巴瘤.....	90

三、慢性输卵管炎——输卵管癌	101
四、卵巢硬化性间质瘤——卵巢印戒细胞癌	104
五、宫颈蜕膜样变——癌	105
六、放疗后子宫内膜上皮异型性——癌	110
 第7章 乳腺	 113
 第8章 淋巴造血系统	 129
一、坏死性淋巴结炎——恶性淋巴瘤	129
二、淋巴结栅栏状肌成纤维细胞瘤——肉瘤	140
 第9章 骨及软骨组织	 144
一、骨痂——骨肉瘤	144
二、骨化性肌炎——骨肉瘤	148
三、内生性软骨瘤——软骨肉瘤	151
四、低毒感染——淋巴瘤或浆细胞瘤	156
 第10章 软组织	 159
一、结节性筋膜炎——肉瘤	160
二、良性滑膜瘤——肉瘤	170
 第11章 神经系统	 173
一、胶质细胞增生——胶质瘤	173
二、淋巴细胞性垂体炎——淋巴瘤	175

第12章 皮肤	178
一、脂溢性角化病——鳞状细胞癌	178
二、移植物抗宿主病的皮肤——早期蕈样肉芽肿	181
第13章 内分泌系统	185
一、甲状腺滤泡性腺瘤——甲状腺滤泡性腺癌	185
二、甲状腺乳头状增生——乳头状癌	191
第14章 人为假象	198
一、组织“污染”——癌转移	199
二、棉线——病原体	200
第15章 病原体	202
一、真菌	202
二、寄生虫	203
附录A 色素在病理诊断中的意义	244
附录B 人体的组织异位	249
编后语	255



第 1 章 总 论

随着整个国民经济状况的改善，人们对医疗服务水准的要求也随之增高。以前，百姓尚为吃饭、穿衣而奔波，生病后不到万不得已是不去求医的。求医也只是找个医师看看，医师怎么说就怎么办了。现在，不仅小毛病被重视起来，而且求医时患者还想知道自己得的是什么病，怎样的诊断方法诊断才准确，什么是最佳治疗方案等。这样一来，病理诊断（目前在所有诊断方法中最具权威性）的地位也就突出起来。

病理医师（国外称之为医师的医师，doctor's doctor）的作用正在逐渐充分体现出来。总的来说这是一个进步，是一件好事，但同时对病理医师的要求也就严格了起来。病理医师签发的诊断报告再也不是以前那样可有可无，可对可错了，而是要求病理诊断的准确率达到 99% 以上（国外标准）。但是，由于我国到目前还缺乏一套完整的培养病理医师的体系，在许多医院里病理科还处于“角落”的位置，在这种情况下，就需要病理科医师不断学习，提高自己的专业水平。因此，如何认识现阶段病理诊断中的失误以及如何处理由此产生的医疗纠纷，已经成为迫切需要充分研讨的一件大事而被提到议事日程上来了。

一、病理学是基础医学与临床医学之间的桥梁

在医学院里，病理学是基础医学与临床医学之间的桥梁课程，而在医院里，病理更成为临床工作的基础（图 1-1-1）。



图1-1-1 病理学与其他医学的关系

人类的历史是一部自始至终贯穿着与疾病作斗争的由浅入深、由低到高的认识史。医学就在这漫长的认识和斗争过程中发展成现在的较完整的体系，它分为临床及基础医学两部分。病理学则是基础医学及临床医学之间的桥梁，同时又是临床医学的基础学科。它运用解剖、组胚、生化、微生物等基础知识来解释人体各部分疾病的发病机制，进而作出肯定的诊断与鉴别诊断。如果临床各科医师应用扎实的病理学知识贯穿于每个病例的诊治过程中，就很容易解难释疑。例如笔者曾遇到1例长期大量咳白色黏稠痰（500ml/d以上），两肺纹理重，无其他不适，支气管镜未见异常，经多个学科的多位专家会诊而不能明确诊断，最后无痰2d而死亡。临床医师提出2个疑点：①如此大量咳痰，来自何处，是何疾病。②为何突然无痰而死亡。经尸体解剖，从病理组织学角度揭示出：患者患了弥漫性细支气管肺泡细胞癌，黏液分泌型。由于癌细胞沿肺泡壁生长，就如同增生的肺泡上皮，因而X线上无肺部阴影而仅表现为纹理增重；由于癌细胞分泌大量黏液从气管排出，表现为500ml/d以上的大量黏痰；由于发生末梢细支气管感染，肺泡腔内黏液排泄不畅导致临床出现突然无痰后呼吸衰竭而死亡（如同

窒息)。

二、病理学能从细胞水平认识疾病的本质

病理学在现代医学的产生和发展中起到了有力的推动作用。从16世纪出现为弄清疾病而进行尸体解剖的记载,到18世纪病理解剖学已成为独立的一门学科。19世纪德国病理学家魏尔啸的《细胞病理学》专著出版,标志着现代医学的到来,奠定了疾病的细胞病理基础。直到今天,临床各科对疾病的诊治仍是以人体细胞水平的病理变化为理论基础。由于病理观察的对象是细胞水平的变化,所以它比临床很多其他检查手段所揭示的疾病异常改变要更微小、更客观、更直接一些。因此,有无病理学的介入是判断临床诊治水平高低的重要指标。

三、病理科的工作范围和内容

医院病理科的常规工作有A、B、C三项,即尸检(autopsy, A)、活检(biopsy, B)、细胞学检查(cytology, C)。充分发挥出病理工作A、B、C在医疗实践中的作用,其价值和影响力是很明显的。

尸检(或称病理解剖)在近代医学200余年发展中起到了基石和推动作用,至今它仍在医师的提高培养、新疾病的发现(如艾滋病)、对人类疾病的动态变迁认识等方面显示着独有的优势,尤其是对提高医院的医疗质量起着质量控制(质控)的“金”标准作用。因为在质控的诸多标准中首推尸检结果客观可靠。目前有人认为,现代医学在诊断、治疗、预后等方面已经不必再依赖病理解剖的最后判定了,这种认识是没有根据的。通过许多对比研究的结果发现了一个有趣的现象,即通过尸检后确定的临床误诊率在20世纪初、20世纪30年代、20世纪70年代3个不同时期均在20%~30%,再对20世纪60年代、20世纪70年代、20世纪80年代3个阶段分析结果也在同一个误诊率范围内,可见,单纯靠应用先进

的诊断设备并未使误诊率下降。因此，尸检仍是医疗质量检查的“金”标准。

活检(活体组织检查)是病理科的主要工作，目前在现代化医院中所遵循的原则是：①任何从患者身上采取的组织标本都必须经病理组织学检查；②病理科从接收标本后48h内要发出诊断报告(大标本及特殊标本可适当延长)；③活检报告的诊断准确率应在99%以上(冷冻切片在98%以上)；④任何组织标本只有在病理医师检查后，允许的情况下才能作其他用途(如教学、研究)。只有这样，才能使医院活检工作有其适当的位置，发挥其在疾病诊断中的重要作用。

活检诊断的“生命”是“准确、及时”4个字，这在术中冷冻切片诊断时更突出。如果没有准确、及时的术中病理诊断，很难想像外科医师如何进行乳腺、甲状腺、胰十二指肠、脑、肝等部位的手术。同理，如果没有病理对内镜活检的准确、及时诊断，即使进行了气管镜、胃镜、肠镜、腹腔镜等检查也是很难确诊的。

脱落细胞学检查既方便、经济而又可靠、实用。痰、尿、胸腹水以及针吸细胞学检查，都能在简单的操作中作出明确的诊断。在我们的日常工作中时常遇到一些病例，花费几千元，耗时几个月未能得到明确诊断，而根据吐一口痰就得到确诊。因此，在基层医院普及细胞学检查意义深远。

由此可见，无论从病理诊断在医疗实践中的地位还是从病理科的工作性质和内容上都明确告诉人们，病理科在医院中起着举足轻重的作用。

四、任何高明的医师都会有失误

基于人体疾病的复杂性、人们认识能力的局限性以及缺乏基本培训的现状，使得病理诊断的失误不可避免。“常在河边走，怎能不湿鞋”，人们只是主观上希望不失误而已，但客观上是做不到的，古今中外大量的实例早已证明了这一点。据笔者分析，误诊

率在5%以内者为高水平, 5%~15%为中等水平, 大于15%为低水平。作为病理医师自己应持的态度是: 用人道主义指导工作, 力争不失误, 同时检测一下自己的失误率, 找出自己的差距, 努力求学, 尽可能减少误诊率。

五、疑难诊断是客观存在的

作为常规病理检查, 是以光镜下观察组织和细胞变化为基础。在常规工作中, 90%的病例可以得出明确的诊断, 其余10%则难以作出明确的诊断。虽然从20世纪50年代发展起来的电镜和从20世纪80年代发展起来的免疫组织化学检查已使病理检查从细胞水平进入到亚细胞结构和抗原大分子水平, 有力地改变了对许多疑难诊断的认识, 如电镜可使疑难诊断中的30%获得明确, 免疫组化可达50%, 仍然有近5%的病例得不出明确结论。目前国内外已开展的原位杂交技术和PCR技术, 已从细胞膜、细胞质的探索中深入到细胞核内基因水平, 病理学中的核磁共振技术以及原子力显微镜技术已达到细胞内小分子甚至原子的观察分析水平。但这些技术目前尚未能达到实际临床应用的阶段, 因此, 要求诊断无误是不可能的。

六、病理诊断标准随着学科发展而不断更新

病理诊断是建立在对形态改变的认识的基础上的, 在这个认识过程中, 有一个从少到多、从表面到深层、从片面到全面的过程。同时, 任何学科都在不断发展之中。因此, 不能用现在的认识水平和诊断标准来回顾诊断以往的病例, 而得出正确与否的判断, 这不是历史的看问题的做法, 是不能用在病理诊断有无失误的判断上的。例如: 黏膜相关淋巴组织淋巴瘤, 在1985年以前一直认为是假性淋巴瘤, 而现在已经明确为真性肿瘤, 因此, 不能用现在的标准来判断以前的诊断对与不对。

七、病理诊断的局限性

无论是外科病理学诊断还是肿瘤病理学诊断，都是根据临床表现、手术所见、肉眼变化和光镜下特征综合作出的。有时尚须结合免疫组织化学、流式细胞分析、自动图像分析、超微结构，甚至随访结果才能确诊。所以，病理是一门依赖经验积累的诊断学科，随着不断的实践和总结才能逐步提高水平。

其次，活检标本、具体取材和切片检查均属抽样检查，最终在光镜下见到的仅是病变的极小部分，有时不能代表整个病变，病理医师在诊断时和临床医师在阅读病理报告时均应加以注意。对手术切除标本，经组织病理学检查可发现5%以上是原来未知的疾病，因而应将每例标本均送病理检查。如阑尾炎切除标本中偶可见到类癌，切除的皮肤“黑痣”中可发现恶性黑色素瘤或基底细胞癌等。病理诊断必须密切结合临床所见和其他特殊检查，如妊娠期的宫颈微囊型腺体增生酷似腺癌，鳞状上皮基底细胞增生活跃可与原位癌相似；同时因为肿瘤的病理形态是多种多样的，同一肿瘤可具有不同的形态变化，据此以区分亚型，而不同的病变亦可能在光镜下所见略同，分化良好的恶性肿瘤有时在光镜下与富于细胞的良性肿瘤甚至生长活跃的瘤样病变几乎难以区别。临床医师必须清楚：组织病理学诊断也有一定的局限性，有时可产生诊断不足或诊断过头，偶尔也可能发生判断失误，若病理学诊断与临床不符，应及时与病理诊断医师联系，以便复查。对于病情复杂的病例，可举办由临床、影像诊断和病理医师共同参加的临床病理讨论会，共同商讨后妥善处理。

正确和及时的病理诊断需要临床和病理医师良好的合作。影响肿瘤病理诊断正确性的因素很多，如前所述，诊断质量明显地取决于取材部位、肿瘤组织是否存活以及临床医师的取材技术，病理方面主要问题是制片质量欠佳或偶然发生的污染，细胞和组织形态学的局限性和相对性。病理诊断目前是肿瘤的最后诊断，主



.....