实用肿瘤基础与治疗实践

郅 辉 等 主编

江西科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

实用肿瘤基础与治疗实践

[redacted]

图书在版编目(CIP)数据

实用肿瘤基础与治疗实践 / 郅辉等主编. —南昌：江西科学技术出版社，2021.7

ISBN 978-7-5390-7806-9

Ⅰ.①实… Ⅱ.①郅… Ⅲ.①肿瘤－治疗 Ⅳ.①R730.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2021)第 122548 号

选题序号：ZK2021062

图书代码：B21139－101

责任编辑：宋 涛

实用肿瘤基础与治疗实践

SHIYONG ZHONGLIU JICHU YU ZHILIAO SHIJIAN　　郅 辉 等 主编

出版发行 江西科学技术出版社

社　　址 南昌市蓼洲街 2 号附 1 号

邮编 330009　电话：(0791)86623491　86639342(传真)

经　　销 全国新华书店

印　　刷 山东道克图文快印有限公司

开　　本 880mm×1230mm　1/16

字　　数 612 千字

印　　张 24.5

版　　次 2021 年 7 月第 1 版　2021 年 7 月第 1 次印刷

书　　号 ISBN 978-7-5390-7806-9

定　　价 198.00 元

赣版权登字：－03－2021－215

版权所有，侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误，可向承印厂调换)

编 委 会

主　编　郅　辉　宁阳县第一人民医院
翟传岭　山东省枣庄市肿瘤医院
丛　林　庆云县人民医院
李运军　中国人民解放军总医院第七医学中心
周卉卉　烟台毓璜顶医院
李晋生　山西省晋城市人民医院

副主编　祝云鹤　陕西中医药大学附属医院
况红星　淄博市周村区人民医院
高钰思　内蒙古国际蒙医医院
姚　勇　恩施州中心医院
吴昭利　陕西中医药大学附属医院
范雅坤　国药同煤总医院
李　帆　晋中市第一人民医院
郭　亮　济南市第四人民医院
李　华　湖北省咸丰县人民医院
刘　辰　襄阳市第一人民医院
湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院
王　敏　陕西中医药大学附属医院
方荣超　枣庄矿业集团中心医院
张竹青　中国人民解放军总医院第七医学中心
周慧敏　襄阳市第一人民医院
湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院
邓宇成　铜仁市人民医院
谷　娟　河北省井陉县医院
王振中　桓台县人民医院

编　委　余文军　宁夏医科大学总医院
千维娜　陕西中医药大学附属医院
苏玉辉　禹城市中医院

谢　枫　新疆生产建设兵团医院
张新军　淄博岜山万杰医院
冯小兵　北京燕化医院

需要全本请访问 www.ertongbook.com

前　言

癌症是严重危害人类身体健康的常见病，我国每年癌症发病人数超过160万，死亡人数已上升为各种死亡原因中的第二位。能够早期正确地诊断和及时治疗是影响肿瘤患者临床疗效的关键。但是，并非所有临床医师都能做到这一点，原因在于对肿瘤的有关问题缺乏系统地了解。为此，我们参考大量的国内外文献，并结合多年的临床经验编写了这本《实用肿瘤基础与治疗实践》，以供广大医务工作者在工作中参考。

本书共分十六章。首先阐述了肿瘤的病因、病理等基础知识，肿瘤的预防、诊断和治疗基础，然后分别介绍了不同类型的肿瘤，如头颈部肿瘤、胸部肿瘤、腹部肿瘤、小儿肿瘤等。本书着眼于基础知识和临床实践融合，既有理论性指导，又有临床的实际应用。适用于从事肿瘤专业的临床医师和医学院校师生参考。

本书编写设置：主编郅辉编写了前言、第一章第五节至第十二节，共43.63千字；主编翟传岭编写了第三章第五节至第八节，共34.19千字；主编丛林编写了第九章第一节至第四节，共26.61千字；主编李运军编写了第十二章第四节至第七节，共25.93千字；主编周卉卉编写了第一章第一节至第四节，共25.12千字；主编李晋生编写了第二章、第三章第一节至第二节、第四章、第八章第一节至第二节，共101.8千字；副主编祝云鹤编写了第十四章第一节至第三节，共24.32千字；副主编况红星编写了第一章第十四节至第十五节，共14.25千字；副主编高钰思编写了第五章，共13.39千字；副主编姚勇编写了第七章第一节，第七章第三节、第七章第六节至第七节，第八章第五节，第十三章，共33.45千字；副主编吴昭利编写了第七章第二节、第十四章第四节，共13.11千字；副主编范雅坤编写了第十五章，共52.56千字；副主编李帆编写了第六章、第十二章第一节至第三节，共51.97千字；副主编郭亮编写了第三章第三节，共12.28千字；副主编李华编写了第九章第五节，共5.87千字；副主编刘辰编写了第十六章第一节至第四节，共5.72千字；副主编王敏编写了第三章第九节，共5.51千字；副主编方荣超编写了第十一章，共23.99千字；副主编张竹青编写了第十六章第五节至

第六节，共5.43千字；副主编周慧敏编写了第十六章第七节至第八节，共5.41千字；副主编邓宇成编写了第十章，共51.16千字；副主编谷娟编写了第一章第十六节至第十七节，共11.46千字；副主编王振中编写了第七章第四节至第五节，第七章第八节，共10.25千字；编委余文军编写了第三章第四节，共3.42千字；编委千维娜编写了第八章第六节，共2.65千字；编委苏玉辉编写了第七章第九节，共3.38千字；编委谢枫编写了第八章第四节，共3.34千字；编委张新军编写了第八章第三节，共3.26千字；编委冯小兵编写了第一章第十三节、第十四章第五节，共7.89千字。

鉴于编者知识有限，加上时间仓促，书中难免有错漏之处，敬请读者不吝赐教。

《实用肿瘤基础与治疗实践》编委会

目　录

第一章　肿瘤病理学及标志物检验 …… (1)

第一节　消化系统常见恶性肿瘤病理诊断 …… (1)

第二节　原发性肝癌病理诊断 …… (4)

第三节　乳腺癌病理诊断 …… (6)

第四节　神经系统常见肿瘤病理诊断 …… (9)

第五节　前列腺肿瘤病理诊断 …… (14)

第六节　阴茎肿瘤病理诊断 …… (15)

第七节　卵巢肿瘤病理诊断 …… (16)

第八节　子宫体肿瘤病理诊断 …… (20)

第九节　鼻腔鼻窦肿瘤病理诊断 …… (23)

第十节　鼻咽部肿瘤病理诊断 …… (26)

第十一节　肺肿瘤病理诊断 …… (27)

第十二节　喉、下咽及气管淋巴造血系统肿瘤及瘤样病变病理诊断 …… (35)

第十三节　急性髓性白血病病理诊断 …… (39)

第十四节　肿瘤相关蛋白检验 …… (41)

第十五节　肿瘤相关酶检验 …… (46)

第十六节　子宫良性肿瘤 …… (47)

第十七节　子宫恶性肿瘤 …… (51)

第二章　肿瘤的化疗 …… (55)

第一节　肿瘤化疗的基本原则 …… (55)

第二节　肿瘤化疗的临床应用 …… (59)

第三节　肿瘤化疗的实施技巧 …… (64)

第三章　肿瘤的放疗 …… (67)

第一节　X 线的产生及 X 线质 …… (67)

第二节　远距离放疗 …… (71)

第三节　近距离放疗 …… (81)

第四节　X 刀治疗技术 …… (87)

第五节　质子治疗技术 …… (90)

第六节　立体定向治疗技术 …… (96)
第七节　放疗的适应证和禁忌证 …… (105)
第八节　放疗种类 …… (106)
第九节　放射性损伤中医治疗 …… (109)
第四章　肿瘤的靶向治疗 …… (114)
第一节　肿瘤靶向治疗概述 …… (114)
第二节　以人类基因组为基础的肿瘤靶向治疗 …… (115)
第三节　基于核酸的靶向治疗 …… (117)
第四节　基于蛋白水平(抗体)的靶向治疗 …… (123)
第五节　基于表观遗传修饰的肿瘤靶向治疗 …… (124)
第六节　靶向治疗药物 …… (129)
第五章　肿瘤的蒙医治疗 …… (137)
第一节　蒙医对血液病的认识及其施治特点 …… (137)
第二节　白血病的蒙医辨证施治 …… (139)
第三节　蒙西医结合治疗急性红白血病 …… (141)
第四节　病毒性肝炎的蒙医辨治 …… (141)
第六章　头颈部肿瘤 …… (143)
第一节　口咽癌 …… (143)
第二节　眼部肿瘤 …… (149)
第七章　胸部肿瘤 …… (153)
第一节　原发性气管癌 …… (153)
第二节　支气管肺癌 …… (154)
第三节　肺部良性肿瘤 …… (160)
第四节　肺部其他原发恶性肿瘤 …… (162)
第五节　肺转移瘤 …… (164)
第六节　胸膜肿瘤 …… (166)
第七节　胸壁肿瘤 …… (170)
第八节　纵隔肿瘤 …… (173)
第九节　食管癌 …… (175)
第八章　腹部肿瘤 …… (178)
第一节　胰腺癌 …… (178)
第二节　结直肠癌 …… (185)
第三节　胆管癌 …… (194)
第四节　脾脏恶性肿瘤 …… (196)
第五节　小肠恶性肿瘤 …… (199)

第六节 原发性肝癌 …… (206)
第九章 泌尿及男性生殖系统肿瘤 …… (211)
第一节 肾上腺恶性肿瘤 …… (211)
第二节 膀胱癌 …… (213)
第三节 前列腺癌 …… (215)
第四节 睾丸肿瘤 …… (219)
第五节 阴茎癌 …… (224)
第十章 女性生殖系统肿瘤 …… (229)
第一节 外阴癌 …… (229)
第二节 宫颈癌 …… (232)
第三节 阴道癌 …… (244)
第四节 子宫体恶性肿瘤 …… (246)
第五节 子宫内膜癌 …… (254)
第六节 卵巢恶性肿瘤 …… (258)
第十一章 血液系统肿瘤 …… (263)
第一节 多发性骨髓瘤 …… (263)
第二节 淋巴瘤 …… (266)
第十二章 神经系统肿瘤 …… (277)
第一节 胶质瘤 …… (277)
第二节 脑膜瘤 …… (287)
第三节 垂体腺瘤 …… (291)
第四节 椎管内转移瘤 …… (299)
第五节 椎管内动脉瘤 …… (301)
第六节 髓母细胞瘤 …… (302)
第七节 生殖细胞肿瘤 …… (308)
第十三章 皮肤肿瘤 …… (313)
第一节 汗腺癌 …… (313)
第二节 黑色素瘤 …… (315)
第十四章 小儿肿瘤 …… (319)
第一节 软组织肿瘤 …… (319)
第二节 神经母细胞瘤 …… (325)
第三节 肾母细胞瘤 …… (328)
第四节 肝母细胞瘤 …… (332)
第五节 畸胎瘤 …… (334)

第十五章　乳腺癌骨转移 …… (337)
第一节　乳腺癌转移的器官特异性 …… (337)
第二节　溶骨性转移 …… (339)
第三节　其他骨基质细胞成分在骨转移中的作用 …… (341)
第四节　非细胞成分的作用 …… (343)
第五节　乳腺癌骨转移的诊断 …… (346)
第六节　乳腺癌骨转移的综合治疗 …… (347)
第七节　乳腺癌骨转移的核素治疗 …… (356)
第八节　骨转移癌痛的治疗 …… (358)
第九节　骨转移癌患者的功能康复 …… (365)
第十节　骨转移癌患者的心理健康康复 …… (368)
第十六章　常见肿瘤疾病的护理 …… (370)
第一节　颅内肿瘤的护理 …… (370)
第二节　颅内动脉瘤的护理 …… (371)
第三节　鼻咽癌的护理 …… (372)
第四节　喉癌的护理 …… (373)
第五节　腹部肿瘤放疗患者的护理 …… (374)
第六节　胰腺癌放疗患者的护理 …… (376)
第七节　脊髓肿瘤放疗患者的护理 …… (377)
第八节　前列腺癌放疗患者的护理 …… (379)
参考文献 …… (381)

需要全本请访问 www.ertongbook.com

第一章　肿瘤病理学及标志物检验

第一节　消化系统常见恶性肿瘤病理诊断

一、食管癌

食管癌是由食管黏膜上皮或腺体发生的恶性肿瘤。患者男多于女，发病年龄多在40岁以上。本病在我国华北及河南地区多发，高发区集中在太行山区附近，河南省林州市是主要高发区。

（一）病因

1. 生活饮食

习惯长期饮酒、吸烟及食用过热饮食可能与本病的发生有关。在我国高发区调查发现，当地某些粮食及食品中含有一定量的亚硝胺，其检出率比非高发区高。这些因素都会刺激食管黏膜，长期的刺激会导致食管黏膜损伤和慢性炎症反应。各种长期不愈的食管炎可能是食管癌的癌前病变。Barrett食管是食管腺癌发生的重要因素。

2. 环境因素

营养缺乏是食管癌高发区较普遍的现象。食管癌高发区地质土壤中缺钼硒、钴、锰等微量元素可能是引起食管癌的间接原因。钼是硝酸盐还原酶的成分，可降低植物中的硝酸盐的含量。

3. 遗传因素

食管癌高发区患者具有一定的家族性。

（二）病理变化

食管癌好发于三个生理性狭窄部，食管中段最多见，下段次之，上段最少。可分为早期和中晚期两类。

1. 早期癌

此期临床上尚无明显症状。内镜下病变处黏膜轻度糜烂或轻度增生颗粒状，钡餐检查，食管基本正常或呈管壁轻度局限性僵硬。病变局限，多为原位癌或黏膜内癌，也有一部分病例癌组织可侵犯黏膜下层，但未侵犯肌层，无淋巴结转移。5年存活率在90%以上，预后较好。镜下观，几乎全部为鳞状细胞癌。

2. 中晚期癌

此期患者已出现临床症状，如进行性吞咽困难等。肉眼形态可分为4型。

（1）髓质型：肿瘤在食管壁内浸润性生长，使食管壁均匀增厚，管腔变窄。切面癌组织为灰白色，质地较软似脑髓组织，表面可形成浅表溃疡。

（2）蕈伞型：肿瘤为卵圆形扁平肿块，如蘑菇状突入食管腔内。此型浸透肌层者较其他类型少见。

(3)溃疡型:肿瘤表面形成溃疡,溃疡外形不整,边缘隆起,底部凹凸不平,深达肌层。

(4)缩窄型:癌组织在食管壁内浸润生长,累及食管全周,形成明显的环形狭窄,近端食管腔明显扩张。

镜下观,组织学上有鳞状细胞癌、腺癌、小细胞癌、腺棘皮癌等类型。其中以鳞状细胞癌最多见,约占食管癌的90%,腺癌次之。食管腺癌几乎都起源于Barrett食管。

(三)扩散

1. 直接浸润

癌组织穿透食管壁直接侵入邻近器官。食管上段癌可侵入喉部、气管和颈部软组织;中段癌多侵入支气管、肺;下段癌常侵入贲门、膈、心包等处。受浸润的器官可发生相应的并发症,如大出血、化脓性炎及脓肿、食管-支气管瘘等。

2. 淋巴道转移

转移沿食管淋巴引流途径进行。上段癌常转移到颈部及上纵隔淋巴结;中段癌多转移到食管旁及肺门淋巴结;下段癌常转移到食管旁、贲门及腹腔淋巴结。

3. 血道转移

主要见于晚期患者,转移到肝及肺为最常见。

二、胃癌

胃癌是消化道最常见的恶性肿瘤之一。在我国不少地区的恶性肿瘤死亡统计中,胃癌居第一或第二位。胃癌好发于胃窦小弯侧,好发年龄为40~60岁,男多于女。

(一)病因

1. 饮食和环境因素

胃癌有一定的地理分布特点。胃癌的发病率可能与生活习惯以及环境因素有关。亚硝基类化合物经动物实验证明可诱发胃癌发生。

2. 幽门螺杆菌感染

流行病学调查幽门螺杆菌(HP)感染与胃癌的发生有关。HP可增加细胞的增生活性、癌基因激活及抑癌基因的失活,诱发胃黏膜上皮细胞的癌变。

另外某些久治不愈的病变慢性萎缩性胃炎、胃溃疡伴有腺上皮异型增生是胃癌发生的病理基础。

(二)病理变化

好发部位为胃窦部,特别是小弯侧(约占75%),胃体部则少见,个别地区有特殊的好发部位。

根据胃癌的病理变化进展程度分为早期胃癌与进展期(晚期)胃癌两大类。

1. 早期胃癌

癌组织浸润仅限于黏膜层及黏膜下层者,无论有无淋巴结转移均属早期胃癌。早期胃癌经手术切除治疗,预后颇为良好,术后5年生存率达90%以上,10年生存率75%。由于纤维胃镜活检和脱落细胞学检查方法的推广应用,早期胃癌的发现率有了明显提高。

早期胃癌的肉眼形态可分为3种类型:①隆起型(Ⅰ型):肿瘤从胃黏膜表面显著隆起,有时呈息肉状;②表浅型(Ⅱ型):肿瘤表面较平坦,隆起不显著。此型又可细分为:表浅隆起型(Ⅱa型),表浅平坦型(Ⅱb型),表浅凹陷型(Ⅱc型),又名癌性糜烂;③凹陷型(Ⅲ型):有溃

疡形成，溃疡可深达肌层。此型最为多见。

组织学分型：以高分化管状腺癌最多见，其次为乳头状腺癌，未分化型癌最少。

2. 进展期胃癌（中晚期胃癌）

癌组织浸润到黏膜下层以下者均属进展期胃癌，或称为中晚期胃癌。癌组织浸润越深，预后越差。

肉眼形态可分为3型：①息肉型或蕈伞型：癌组织向黏膜表面生长，呈息肉状或蕈伞状，突入胃腔内；②溃疡型：部分癌组织坏死脱落，形成溃疡。溃疡一般多呈皿状，有的边缘隆起，如火山口状；③浸润型：癌组织向胃壁内呈局限或弥散浸润，与周围正常组织无明显边界。当弥散浸润时致胃壁增厚、变硬，胃腔缩小，黏膜皱襞大部消失。典型的弥散浸润型胃癌其胃状似皮革制成的囊袋，因而有“革囊胃”之称。镜下观，常见类型有管状腺癌乳头状腺癌、黏液腺癌和印戒细胞癌等。需要指出，许多胃癌的组织学结构不是单一类型，在同一胃癌标本中往往有两种组织类型同时存在。

（三）扩散途径

1. 直接蔓延

浸润到胃浆膜层的癌组织，可直接扩散至邻近器官和组织，如肝、胰腺及大网膜等。

2. 淋巴道转移

淋巴道转移为胃癌转移的主要途径，以胃小弯侧的胃冠状静脉旁淋巴结及幽门下淋巴结最为多见。可进一步扩散到腹主动脉旁淋巴结、肝门处淋巴结而达肝内；也可到达胰头上方及肠系膜根部淋巴结。转移到胃大弯淋巴结的癌瘤可进一步扩散到大网膜淋巴结。晚期，癌细胞可经胸导管转移到锁骨上淋巴结，且以左锁骨上淋巴结（Virchow信号结）多见。

3. 血道转移

多在晚期，常经门静脉转移到肝，其次可转移至肺、骨及脑。

4. 种植性转移

胃癌特别是胃黏液癌细胞浸润至胃浆膜后，可脱落到腹腔，种植于腹壁及盆腔器官腹膜上。有时在卵巢形成转移性黏液癌，称克鲁根勃瘤。

三、大肠癌

大肠癌亦称结直肠癌，是大肠黏膜上皮和腺体发生的恶性肿瘤。常见于欧美等发达地区。

中国是大肠癌的低发地区，但近年由于生活水平提高，饮食结构变化，本癌的发病有上升趋势。患者多为老年人，但中青年人发生率在逐渐上升。患者常有贫血、消瘦，大便次数增多、变形，并有黏液血便。有时出现腹部肿块与肠梗阻症状。

（一）病因

1. 饮食因素

高脂肪低纤维饮食人群中大肠癌的发病率较高。因为高脂肪低纤维食物残渣少不利于形成规律的排便，延长了肠黏膜与食物中含有的致癌物质的接触时间。

2. 遗传因素

大肠癌的发生有家族高发现象，特别是家族性遗传性多发性息肉病有很高的癌变倾向。

3. 慢性肠疾病

如息肉样腺瘤、绒毛状腺瘤、慢性血吸虫病、慢性溃疡性结肠炎等由于黏膜上皮过度增生

而发展为癌。

（二）病理变化

发生部位：大肠癌以直肠为最多，其次为乙状结肠，两者可占全部病例的2/3以上。其次是盲肠、升结肠、降结肠、横结肠。

1. 早期大肠癌

早期大肠癌是指癌组织仅局限于黏膜及黏膜下层，无淋巴结转移者。

2. 进展期大肠癌

癌组织浸润到黏膜下层以下者均属进展期大肠癌。肉眼观：一般可分为：隆起型、溃疡型、浸润型、胶样型4型。

镜下观组织学类型有：乳头状腺癌、管状腺癌、黏液腺癌、印戒细胞癌、未分化癌、腺鳞癌、鳞状细胞癌。

（三）分期

大肠癌的分期对预后有一定的意义，现广泛应用的分期是Dukes改良分期。分期的依据是大肠癌病变在肠壁的扩散范围、是否转移到局部淋巴结以及是否远处转移。

（四）扩散蔓延

1. 直接蔓延

当癌组织已浸润到浆膜层后，可直接蔓延到邻近器官，如前列腺、膀胱、腹膜及腹后壁。

2. 淋巴道转移

早期肿瘤可沿肠壁神经周围的淋巴间隙扩散，由淋巴管转移到淋巴结。结肠淋巴结可分为结肠上、旁、中间和终末淋巴结4组，结肠癌时均可有转移。直肠癌首先转移到直肠旁淋巴结，以后再扩散，侵入盆腔和肛周组织。

3. 血道转移

晚期大肠癌可经血行转移到肝、肺、骨等处。肝转移时，转移癌的部位与原发部位有关。一般右侧结肠癌多转移到肝右叶，左侧结肠癌则左、右肝叶均可转移。

4. 种植性转移

可种植到网膜、直肠子宫窝等处。

（周卉卉）

第二节　原发性肝癌病理诊断

原发性肝癌是由肝细胞或肝内胆管上皮细胞发生的恶性肿瘤，简称肝癌。我国发病率较高，属于常见肿瘤之一，多在中年后发病，男多于女。肝癌发病隐匿，早期无临床症状，故临床发现时多已为晚期，病死率较高。近年来，甲胎蛋白（AFP）测定和影像学检查使早期肝癌的检出率明显提高。一些直径在1cm以下的早期肝癌被发现并取得满意的疗效。

一、病因

以下因素与肝癌发生有关。

1. 病毒性肝炎

现知乙型肝炎与肝癌有密切关系，其次为丙型肝炎。肝癌病例 HBsAg 阳性率可高达 80% 以上。近年报道，在 HBV 阳性的肝癌患者可见 HBV 基因整合到肝癌细胞 DNA 中。HBV 基因组编码的 HBx 蛋白能够抑制 P53 蛋白功能，还能激活有丝分裂原活化的蛋白激酶（MAPK）和 Janus 家族酪氨酸激酶（JAK）信号转导和转录激活因子通路（STATA），活化原癌基因，诱导肝癌发生。HCV 的致癌机制尚不明确，HCV 在体内不断变异，一些研究发现可能与 HCV 的直接细胞毒性作用和宿主介导的免疫损伤有关，反复再生的肝细胞可能不断积累细胞的突变，最终发生恶性转化。

2. 肝硬化

肝硬化与肝癌之间有密切关系。据统计，一般需经 7 年左右肝硬化可发展为肝癌。

3. 酒精

酒精是一种肝癌的致癌因子，间接经由肝硬化，而后修补过程中产生肝癌。

4. 真菌及其毒素

黄曲霉菌、青霉菌、杂色曲霉菌等都可引起实验性肝癌。其中以黄曲霉菌最为重要。

5. 亚硝胺类化合物。

二、病理变化

（一）肉眼类型

1. 早期肝癌

也称小肝癌，是指单个瘤结节直径在 3cm 以下或结节数目不超过 2 个，直径之和小于 3cm，患者常无症状，而血清 AFP 阳性的原发性肝癌。形态特点：瘤结节呈球形或分叶状，灰白色质较软，切面无出血坏死，与周围组织界限清楚。

2. 中晚期肝癌

肝脏体积明显增大，重量显著增加，可达 2000 ~ 3000g 以上。癌组织可局限于肝的一叶（多为右叶），也可弥散于全肝并大多合并肝硬化。肉眼可分三型：①巨块型：肿瘤体积巨大，甚至达儿头大，圆形，右叶多见。切面中心常有出血、坏死。瘤体周围常有多少不一的卫星状癌结节。

本型不合并或仅合并轻度肝硬化；②多结节型：最常见，通常合并有肝硬化。癌结节散在，圆形或椭圆形，大小不等，如融合则形成较大结节；③弥散型：癌组织弥散于肝内，结节不明显，常发生在肝硬化基础上、形态上与肝硬化易混淆，此型较少见。

（二）组织学类型

按组织发生可将肝癌分为三大类。

1. 肝细胞癌

最多见，是由肝细胞发生的肝癌。其分化较高者癌细胞类似肝细胞，分泌胆汁，癌细胞排列呈巢状，血管多，间质少。分化低者癌细胞异型性明显，常有巨核及多核瘤细胞。有的癌细胞排列成条索状（索状型）；亦可呈腺管样（假腺管型）或实体团块状（实体型）。

2. 胆管上皮癌

较为少见，是由肝内胆管上皮发生的癌。其组织结构多为腺癌或单纯癌，可分泌黏液，间质较多。较少合并肝硬化。有时继发于华支睾吸虫病。

3. 混合性肝癌

具有肝细胞癌及胆管上皮癌两种结构，最少见。

三、蔓延和转移

肝癌首先在肝内蔓延和转移。癌细胞常沿门静脉播散，在肝内形成转移癌结节，还可逆行蔓延至肝外门静脉主干，形成较大的癌栓，有时可阻塞管腔引起门静脉高压。

肝外转移常通过淋巴道转移至肝门淋巴结、上腹部淋巴结和腹膜后淋巴结。晚期可通过肝静脉转移到肺、肾上腺、脑及骨等处。有时肝癌细胞可直接种植到腹膜和卵巢表面，形成种植性转移。

（周卉卉）

第三节　乳腺癌病理诊断

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一，在我国其发病率仅次于子宫颈癌而居女性恶性肿瘤的第二位。好发于40～60岁的妇女，20岁以前很少见。男性乳腺癌极为少见，占全部乳腺癌的1%左右。

乳腺癌发生原因尚未完全阐明，一般认为是一系列基因和环境因素共同作用的结果。雌激素长期作用可能与乳腺癌的发生有关。不孕、不授乳、高脂饮食、饮酒、肥胖及电离辐射等与乳腺癌的发生也有一定关系。然而，即使暴露于相同易感因素中，拥有不同遗传背景的人的乳腺癌易感性可能不同。

研究发现抑癌基因BRAC1点突变或缺失与具有家族遗传倾向的乳腺癌的发病相关。约15%的乳腺癌患者有家族史，这些患者中15%～20%可以查见BRAC1基因突变。BRAC1基因异常在散发性乳腺癌中则非常少见。

一、临床表现

乳腺癌患者常以无痛性肿块起病，起初尚可被推动。随着肿瘤的蔓延，可累及胸部肌肉和胸壁深筋膜，肿块固定而不可活动。如肿瘤位于乳头深部，则可因肿瘤内增生纤维组织的收缩而使乳头凹陷，有时成为患者所察觉的第一体征。如癌肿侵袭并阻塞淋巴管时，淋巴液回流障碍、外溢引起局部淋巴性水肿，导致皮肤增厚，而毛囊和汗腺牵制的皮肤则相对凹陷，使局部皮肤呈橘皮样外观。有时肿瘤生长迅速，引起急性炎症反应，出现红、肿、触痛等症，被称之为炎性乳癌。少数患者可表现为乳头溢液的症状。60%～80%的乳腺浸润癌病灶内可出现微灶钙化，这种钙化可经乳腺X线片检查发现，因此临床上B超、钼靶等影像学检查成为乳腺癌筛查的重要手段。

二、病理变化

乳腺癌半数以上发生于乳房外，上象限，其次为乳腺中央区和内上象限。多为单侧，偶可双侧发病。乳腺癌主要起源于导管上皮，绝大多数来自终末导管小叶单位。早期，癌细胞局限于导管或腺泡内，称为原位癌。后期，癌细胞穿破基底膜向间质浸润，就形成浸润癌。因而乳

需要全本请访问 www.ertongbook.com