纤维支气管镜活检2 600例病理形态观察与分析

Observation on 2 600 cases of bronchofibroscope biopsy

刘 岩 （佳木斯市肿瘤医院病理科，黑龙江 佳木斯 154007）

[关键词] 纤维支气管镜活检；肺癌；增生性癌前病变；病理形态
[中图分类号] R734.2；R730.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)01-0044-01

原发生肺癌的各级支气管和肺泡上皮为癌变提供了良好的形态、分子和基因方面的研究材料。了解和掌握肺癌的病理形态，对肺癌发生的病理学研究相当重要。因此我们在现有肺癌病变形态理论指导下，对支气管上皮病变的病理形态进行了观察和分析。

1 材料与方法

标本来自我院1982年至2008年纤维支气管镜钳取标本2 600例，其中包括630例肺鳞状细胞癌、280例肺腺癌、50例大细胞癌、45例腺鳞癌、4例类癌、295例小细胞癌、125例支气管粘膜结核病、1 080例支气管粘膜上皮增生。将全部病例蜡块进行切片，HE染色，显微镜下观察各种病变。

2 结果

2.1 鳞状细胞癌

癌细胞由扁平到多边形，核浓染，胞浆可见角化，癌巢呈片块状浸润，间质纤维增生。活检标本中少见细胞间桥和角化珠。不典型鳞状上皮化生和由放、化疗所引起的非角化细胞的非典型性变，可被误诊为鳞癌。因其细胞核增大，浓染，伴多而明显的核仁，染色质粗且分布均匀，核膜也均匀增厚。

2.2 腺癌

癌细胞呈立方形，柱状，或由粘液细胞构成，结构较分散，呈不规则的腺管、腺泡、团块或单行浸润。一般腺癌可分为高、中、低分化程度。细支气管肺泡癌又可分为肺泡型、乳头状和粘液细胞型。经放、化疗的病例，细胞核的染色质常模糊不清，普遍存在多核，通常保持柱状外形并具有纤毛，既使纤毛脱落也仍留有胞浆终极。具有纤毛说明了细胞为良性，对鉴别诊断最有价值。在病毒感染时有类似的退行性变化，细胞增大和染色质增多。有退行性改变且诊断材料不够多时，对癌的诊断要极为谨慎。

2.3 大细胞癌

癌细胞质比一般癌细胞大2～3倍，呈实性片块、巢状、或束状排列，出血和坏死明显，还有两种变形（透明细胞型和巨细胞型）。大细胞癌虽有成层排列的趋势，但不见角化和细胞间桥，可以与分化不良的鳞癌区别。癌细胞无形成腺泡的趋势，可与分化不良的腺癌区别。透明细胞型，胞体大，但要注意与来自肾和甲状腺等的透明细胞型癌肺转移相区别。巨细胞癌，癌细胞特大，许多单核、双核、多核的瘤巨细胞，常弥漫分布犹如肉瘤，要注意区别。

2.4 其它

腺鳞癌含有明确的腺癌及鳞癌两种成份，二者比例各异。类癌细胞中等大小，形态十分一致，呈器官样结构，癌细胞排列成实性片块、条索、小梁状、带状、栅栏状。支气管粘膜结核病纤维支气管镜下表现为粘膜表面坏死，凹凸不平，狭窄，与癌不好区别。病理所见：有坏死组织、类上皮细胞、多核巨细胞、淋巴细胞。支气管粘膜上皮增生及支气管粘膜发生在明确鳞状上皮化生的上皮。

3 讨论

纤维支气管镜可观察段和亚段支气管及其附近肺实质，急性患者可行床边检查，将支气管镜镜下表现、活检部位和光镜下表现有机结合起来对诊断很重要。如显微镜下的原位癌是取自粘膜稍增厚且不规则区的中心就具有代表性，若该活检是取自一个息肉状或溃疡性肿块的边缘可能只代表浸润性癌的边缘病变。支气管活检中出现鳞状上皮化生应认为是非特异性病变，因为它们本身可与炎症、非典型增生、原位癌或浸润癌伴随，甚至可与类癌伴随。有时主要的支气管标本病变不明显，而具有诊断意义的癌细胞团可单独存在。在小块支气管活检中最棘手的问题是当看到小的、被挤压的深染的核时，如何将小细胞癌、恶性淋巴瘤甚至是反应性淋巴细胞区别开来，仔细处理活检材料可减少这些问题，但不可能完全避免。在某种情况下，人工假象非常明显，即使有很多细胞也不能诊断。如支气管活检和其它措施未能明确诊断，患者又呈双肺弥漫性病变应行开胸肺活检。

活检是明确肺癌组织学类型的重要手段，取材是否得当是病理诊断的关键，要在病变部位多处深取，要避开坏死组织。取材活检钳要锋利，避免组织人为挤压。活检组织块很小易发生自溶，应立即固定，最好将组织块平铺在滤纸上再固定，操作要轻柔而避免组织挤压。组织应先在福尔马林液中固定1 h，再移入AF液浸泡1 h。包埋石醋的温度以60 ℃最合适，温度过高则组织变脆而不利切片。每个蜡块应连续切片5～10张左右，以供常规HE染色和必要时做免疫组化染色及特殊染色。

（编辑：郭光金）

[收稿日期] 2009-10-23 [修回日期] 2009-11-19