维普资讯 http://www.cqvip.com

增加较大危险性和相对多的并发症。③增加病人手术痛苦和住院费用。作者体会，腹部刀刺贯通伤有无内脏损伤，初期的临床表现并不十分明确，对有腹膜炎体征，肠音减弱或消失的病人应行急诊手术；对脉搏血压正常，无腹膜炎体征或仅局部有腹部压痛、肠音正常或活跃；虽腹腔抽出不凝血，但无腹腔移动性浊音；无腹胀的病人行保守治疗，严密观察，如出现腹膜炎，或腹腔引流引出胃肠内容，或引出血量超600 ml，甚至引出鲜血凝结，则中转手术，本组1例左下胸刀刺伤，X线透视左膈下少量游离气体，左上腹压痛，腹腔无移动性浊音，肠音正常，腹腔穿刺阴性，保守治疗痊愈，提示膈下游离气体可以以腹壁伤口或膈肌穿孔伴气胸而从外界进入。

2.认真细致探查，避免遗漏病灶：腹部外伤者约1/3以上是多脏器伤，本组腹内2～5处伤者为38.4%，因此术中不能满足于发现一处伤或一个脏器伤，而处理一处或一个脏器就罢，应有计划有步骤地逐一全面认真细致地探查，特别应注意不要遗漏那些隐蔽部位的损伤，以免造成不良后果。本组一例27岁男性病人，手术缝合胃前壁破口，忽略打开胃结肠韧带，探查后壁有无损伤，术后腹痛腹胀，继发中毒性休克，第3天死亡。尸体解剖：胃体后壁遗有一1.5 cm×1.0 cm破口。还有一例青年男性也做过胃前壁破口缝合术，术后腹痛腹胀，腹膜炎体征进行性加重，术后3天再次剖腹探查，发现胃后壁有一2.0 cm×1.5 cm破口，并胰体也有裂伤，虽予缝合，腹腔引流，术后积极抢救，但终因中毒性休克，抢救无效而死亡，教训极为深刻。另有一例男病人左腰背侧刀刺伤，术前导尿非肉眼血尿，剖腹探查：空肠浆肌层及肠系膜裂伤，予以缝合，经穿通伤道可及12肋骨折端，腹腔冲洗关腹，术后左腹出现包块，并进行性增大，3个月达26 cm×15 cm，B超检查包块显液性暗区，穿刺抽出淡黄色液体950 ml，随注入亚甲兰2 ml，观察尿着兰色，顺行肾、输尿管造影检查为输尿管破裂，予以置管外引流，再择期二次手术治疗。这次教训使工作更加谨慎细心了，例如对结肠、十二指肠的刀刺伤，特别注意探查对侧壁有无贯通伤；肠系膜缘的血肿即使不大，也需打开检查，以免遗漏小的穿孔；凡胃损伤，常规打开胃结肠韧带探查胃后壁有无穿孔，曾遇一例翻转检查没有发现，而通过挤压胃体，结果损伤部位漏气出泡沫而发现。还可经胃管注入亚甲兰2 ml加生理盐水200 ml混和液，有助检查胃破裂口。

腹部刀刺贯通伤过去认为应尽快手术，以挽救病人的生命。近几年来，国外有的学者[1]认为几乎有一半腹部刺伤的病人可行非手术治疗。对有腹膜穿透，网膜或肠管脱出，膈下游离气体和腹腔穿刺阳性，均不是外科手术的绝对适应证。国内有的学者[2]认为腹部刀刺伤的处理有保守治疗的可能性，因为腹部刀刺贯通伤剖腹探查的阴性率22.5%。本组统计也有20%的病人是完全可以非手术疗法治愈的。随着医学的发展，诊断方法的增多，诊断技术的提高，抗生素的发展和外科临床经验的不断丰富，腹部刀刺伤，常规剖腹探查的认识是会转变的，也是应该转变的。医疗实践中，通过外科医生对病人的认真观察，细致检查，科学分析，把握病情，是能够较准确的选择手术或保守治疗的，以不断提高其疗效。

参 考 文 献

1. Demetriades D. Indications for operation in abdominal stab wounds. Ann Surg, 1987, 205:129.
2. 王永征. 腹部刀刺伤的处理. 中华创伤杂志, 1992, (8)6:368－369.

（收稿日期：2002－10－18）

64例肺癌病理分析

姜庆久* 唐发功**

据WHO统计，在发达国家16种常见肿瘤中肺癌居首位。上海肿瘤研究所预测上海、北京肺癌发病率在2000年时将增高30%～50%，男性肺癌仍将居首位。同济医科大学1992～1993年临床病检恶性肿瘤3283例，肺癌占11.02%（362例），次于胃癌（20%）和结肠癌（18%），居第3位。患病年龄在50～59岁组占39.23%，60～69岁组占31.76%。肺癌患病年龄的峰值较文献报道者（70～79岁）年轻约20年。男与女患者比例为5.94:1；高于国内报道的2.13:1[1]。现将我院2001年肺癌病例65例报道如下。

一、资料与方法

本组65例病例均来自本院病理科2001年全年肺癌病例，其中男性52例，占80%，女性13例，占20%，男女比例为4:1。其中，年龄最大者79岁，最小者33岁。50～59岁组15例，占23.08%，60～69岁组23例，占35.38%，50岁以下组14例，占21.54%，70岁以上组12例，占18.46%。本组病例均用10%福尔马林固定，酒精脱水，石蜡包埋，HE染色，光镜检查。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院病理科
** 绥芬河市阜宁镇卫生院

维普资讯 http://www.cqvip.com

二、结果

本组65例肺癌病例分型及主要病理变化报道如下：

1.鳞癌：32例，依据癌细胞内角化、角化珠形成和细胞桥等鳞癌特征，可将肺鳞癌分为三型：高分化型－角化珠明显，有细胞内角化和发育良好的细胞间桥。核大小不等，染色质颗粒状，核仁明显，核膜有凹沟，核分裂像少。中等分化型－癌胞巢界限尚清楚，癌巢周边区有椭圆形细胞核，仍有向巢中央呈栅状排例倾向。有细胞内角化但无角化珠形成。低分化型－无细胞角化现象或角化珠。癌细胞大小不等，松散，细胞间桥不明显。核异型性明显，核仁大，核膜厚，有时可见多角核。

2.腺癌：19例，腺泡型16例，柱状或立方型癌细胞排列成管状或腺泡型。高分化腺癌以腺泡型多见。细胞核大、胞浆丰富淡染。核圆形或卵圆形，位于远离腔面部位。染色质细颗粒状，核仁明显，核分裂像3～4个/10HPFs。中等分化型腺癌，高柱状癌细胞紧密相连。常单层或多层排列成腺腔状，腔内有粘液蓄积。核较大，染色质颗粒状，核膜厚，核分裂像易见。低分化型腺癌，细胞大小不等，排列松散，偶见粘液分泌和腺腔样结构。核异型性明显，核分裂像平均每高倍视野1～2个。当癌细胞分泌粘液较明显时，称为粘液腺癌。乳头状型1例，癌细胞核异型性明显，核仁大，核分裂像易见。实体型2例，分化低异型性高。大部分癌巢的腺腔样结构不明显或完全消失成为实体癌。

3.腺鳞癌：1例，属腺癌与鳞癌混合型肺癌。在同一癌组织内，腺样癌细胞巢与鳞癌癌细胞巢以分隔区域性或交错性存在。

4.细支气管肺泡癌：2例均为乳头状型，癌细胞增生形成乳头状结构，突向肺泡样或腺样腔隙内，纤细的纤维血管中轴的分枝较少。

5.小细胞癌：11例，尖圆形淋巴细胞样癌细胞，短梭形燕麦形细胞或短梭形癌细胞成片状，无一定构形，淋巴样或燕麦形癌细胞较小，相当于2个成熟淋巴细胞，胞浆稀少，梭形癌细胞略大，相当于3个成熟型淋巴细胞，胞浆略多一些微嗜碱性。各形癌细胞核多浓染，无明显核仁，部分癌细胞核淡染，染色质颗粒状，排列稀疏，也无明显核仁，核分裂像多，坏死灶明显。

三、讨论

肺癌是我国最常见的癌瘤之一。近50年来，肺癌的发病率有逐渐增高的趋势，这不仅是因为放射摄影、支气管镜及细胞学技术的改进而使其诊断率提高，而确是由于肺癌发生率实际上升。因此，对肺癌发病因素、组织发生、形态学分类及其生物学特性等基础理论的研究，以及对肺癌的诊断与治疗，日益受到病理工作者和临床医生的重视。特别是对临床治疗和预后的判断上，需要一个既能反映其组织发生、又能显示其组织形态特征和生物学行为的分类[2]。本组病例中鳞癌32例，占总病例的49.23%，腺癌19例，占29.23%，小细胞癌11例，占16.92%，细支气管肺泡癌2例，占3.08%，腺鳞癌1例，占1.54%。肺癌中以鳞癌的存活率最高。有人统计一组长期存活的肺癌，鳞癌约占一半，而小细胞癌的存活率最低，但其亚型之间也还存在差别。淋巴细胞样型与中间型之间，呈无明显的预后差别。但纯粹的小细胞癌要比小细胞癌/大细胞癌的存活期长。在手术切除病例中，5年存活率随肿瘤的分化程度而异，分化好者为40%，中分化者为20%，分化差者为7%。大细胞及任何组织学类型的肺癌中有巨细胞瘤出现，预后较差。巨细胞癌发展快，预后差，无治愈者。肺癌的准确诊断及其组织学类型的确定，只能通过病理学检查来解决，肺癌的组织学类型与其治疗手段和对预后的判断有密切的关系。

参考文献

1.刘彤华，主编.诊断病理学.北京：人民卫生出版社，1998，171.
2.同济医科大学，中山医科大学，合编.外科病理学.武汉：湖北科学技术出版社，1999.49.

（收稿日期：2002－10－07）

大肠癌肝转移的外科诊治体会

朱 杰* 张 硕** 杨铁成**

根据解剖特点，肝脏是大肠癌最常见的转移部位。据报道单纯转移肝脏者约占大肠癌病人的25%，而转移病灶局限于肝一侧叶者，占肝转移病人的25%。我院自1990年至2001年共收治大肠癌肝转移病人24例。现通过文献学习和回顾性总结分析将诊治体会报告如下。

一、资料与方法

1.一般资料：本组共24例，男性17例，女性7例。年龄40岁～73岁。原发于结肠癌16例，直肠癌8例。转移癌局限于一叶者8例，二叶以上但转移病灶不超过5个者13例，广泛转移者3例。

2.治疗方法：本组病例行根治性手术者17例，非根治性手术者7例。其中大肠癌与肝转移癌同时行根治性切除者，并术后行肝动脉插管化疗8例，术前肝动脉插管化疗一个月后再行根治性切除者9例；非根治性切除者4例，大肠癌原发性切除，

* 作者单位：114001 辽宁省鞍山市交通医院外科
** 鞍钢立山医院外科