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

维普资讯 http://www.cqvip.com

肝脏转移灶未能切除，且术后行肝动脉或门静脉插管灌注化疗及全身化疗者3例。

二、结果

行根治性切除病人术后一年生存者15例，2例死亡均系原发疾病，三年生存者10例，五年生存者6例；非根治性手术病人一年生存者4例，三年生存者1例，五年生存者为零。

三、讨论

1. 大肠癌（结直肠癌）肝转移的诊断

大肠癌常见的转移部位是肝脏，这是因为癌细胞通过血行转移的结果。因此，对大肠癌肝转移的正确诊断和合理治疗是大肠癌整个治疗过程中的关键，也是提高生存率和生活质量的主要问题。B超检查目前已是肝脏病灶检查的首选方式，但B超检查仅对直径大于2 cm的肿瘤敏感度高，可达95% 以上。对直径小于1 cm的转移灶，敏感度较差。CT检查虽较B超敏感，但受扫描层次所限，对小于1 cm的病灶敏感度仍不能达到临床满意效果。CEA检查，对于中晚期肿瘤还有一定的敏感性，但对早期癌，尤其对特定肝转移癌效果很不明显。所以术前B超、CT反复检查，尤其是CT在动脉造影或静脉造影下的扫描是完全必要的。

对于大肠癌术后随诊十分重要。本文认为应对病人建立术后复查档案，定期（3～6个月）B超和CT检查，严密追踪，一旦发现有肝转移发生者应争取早期发现病灶，尽快予以根治性切除。

2. 手术适应症和手术时机的选择

对于大肠癌肝转移，本文认为手术切除仍是治愈病人和提高生存期的首选方法。然而对于手术适应证和手术时机的选择仍是关键问题。作者认为刘全达的方法比较合理，具体是：(1)肝转移病灶为孤立结节或病变范围较局限。(2)无肝外转移病灶或临近脏器（膈肌、门静脉）转移。(3)经直肠癌切除后肝转移、原发癌灶局部复发可切除者。(4)肝转移癌灶手术切除后复发者病灶较局限，且无肝外转移也可考虑再次手术切除。(5)出现肺部转移可行手术治疗，但具体还要根据病人的情况而定。

3. 关于对肝转移的延期手术切除问题

对于肝内多发或体积较大的转移癌，不能同期切除者，作者认为可先行切除原发的大肠癌后，同时置肝动脉泵，或术后肝动脉灌注化疗，肿瘤缩小或局限，以便再次手术切除。目前国内有报道行肝动脉栓塞和门静脉栓塞化疗结合可提高肝转移癌的可切除性和安全性，尤其对孤立巨大转移灶效果明显，故值得借鉴。

参 考 文 献

1. 刘全达，蔡志民. 结直肠癌肝转移的外科治疗进展. 中华普通外科杂志，2001.12(16):753－754.
2. 汪建平，王 磊. 晚期结肠癌的综合治疗. 中国实用外科杂志，1998.18:660－622.
3. Jamagin WR, Fong Y, Ky A, et al. Liver resection for metastatic colorectal cancer: assessing the rick of occult irresectable disease. J Am Coll Surg, 1999.188:33－42.
4. 甑作均，陈焕伟. 结直肠癌肝转移的外科治疗. 中国胃肠外科杂志，1999.6:104－106.

（收稿日期：2002－10－23）

小儿肠套叠的彩超及B超诊断

金国应* 曹 霞* 王 薇* 王 良*

肠套叠为婴幼儿期常见急腹症，自2001年9月至2002年10月，我院急诊及小儿外科住院患者共30例，均经手术及超声证实，现报告如下。

一、资料和方法

30例患者中，男21例，女9例，年龄6个月～3岁。全部病人均有不同程度的腹痛，呕吐，其中腹部包块18例，血便10例。使用仪器为德国西门子SONOLINE pyima超声诊断仪和ATL HDI－3500型多功能彩色超声诊断仪，探头频率3.5 MHz，采取仰卧位、侧卧位进行多切面、多角度对腹部进行广泛扫查，详细记录声像图特征并摄片保存。

二、结果

30例肠套叠均经手术治疗证实。术中发现经小肠末端回盲部套入升结肠的16例，占53.3%(16/30)，其中一例经回盲瓣套入达乙状结肠，套入肠管100 cm；14例阑尾套入其中，充血水肿，占87.5%(14/16)；7例经回盲部套入至结肠肝区，占23.3%(7/30)；3例达结肠脾曲，占10%(3/30)；回肠远端套入回肠之后再套入结肠的2例，占6.7%(2/30)；小肠套入近端小肠的2例，占6.7%(2/30)。

三、讨论

肠套叠是婴儿时期的一种常见病，随着年龄的增长发病率逐渐降低，多见于2岁以下婴幼儿，其中4～10个月的婴儿最多[1]，男孩多于女孩，春季好发，B超诊断小儿肠套叠的准确率较高(97.6%)[2]。肠套叠系肠管的一部分进入另一段肠腔之中，多为顺行性，即近端肠管进入远端肠腔中。套管的部分即有最外面的鞘套、中间的套入部和最里面的肠管构成三层套筒。这一特殊的解剖结构形成了超声图像的特征性表现[3]，即

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院物理诊断科