DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.04.022

细针针吸细胞学诊断的临床应用

姜 军 林水金 靳明林

（第一附属医院 普外科）

身体表浅部位肿块或淋巴结肿大是外科常见病症，常不易确诊。我科近年采用细针穿刺细胞学检诊（以下称针吸）206例，现小结如下：男96例，女110例，年龄最大90岁，最小11天。病程最短2天，最长12年。检查部位和结果见表1。经切除包块病理检查证实诊断87例，可与针吸诊断对比者81例，见表2。

表1 206例针吸检查结果

部位	例数	未见癌细胞	见恶性瘤细胞	见良性瘤细胞	结核	炎症	未得诊断	未见细胞成分
颈部	104	24	30	5	15	20	9	1
乳腺	54	17	12	10		8	2	5
其它	48	18	11	3	3	12	1	
合计	206	59	53	18	18	40	12	6

表2 81例针吸细胞学与活检结果对比

针吸诊断结果	例数	活检符合数	针吸误诊
未见癌细胞	15	14	1
见恶性瘤细胞	34	30	4
见良性瘤细胞	8	6	2
结　核	8	7	1
炎　症	16	15	1
合　计	81	72	9

肿瘤针吸诊断技术虽久已应用于临床，但仅在采用细针穿刺法后，并经不少学者长期对比研究证实此法几乎无致癌播散危险，亦不影响远期生存率后，才得到普遍推广[1][2][3]。经体表可触及的肿块或肿大淋巴结的病因繁杂，很多病例除手术活检病理诊断外，常难确诊。本组病例检查部位广泛，诊断率为92%，与组织学检查对比符合率达88.9%，是一种有价值的辅助诊断方法。

我们体会，针吸检查的独特优点是：（1）简便，可在门诊进行。获得结果快，痛苦小，易被病人接受。（2）安全，几乎适用于所有病人的体表各种部位，本组年龄自出生11天至90岁，无并发症。故对某些不宜手术活检的病人，晚期肿瘤，婴幼儿等更为适用。（3）定性诊断准确性高，可重复进行，如结合临床其它检查，多数病人于术前能明确病变性质。炎症、结核、囊肿、血管瘤等常在针吸当时即可得出初步诊断。

本组资料原发或转移的恶性肿瘤占23.8%，有时原发癌灶隐袭，仅以转移的淋巴结肿大为首

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

发症状，针吸可根据细胞学特征和淋巴引流方向提示原发癌灶的部位。本组有数例证实转移癌后，再认真反复检查或活检而发现了较隐袭的鼻咽癌、甲状腺癌和胃癌等。对疑为结核的病例可避免因活检引起的伤口愈合不良。证实诊断后尚可抽出脓液及干酪样物质，考虑全身和局部用药治疗。我们用链霉素液冲洗结核性脓腔5例，每周一次，可促进吸收，病灶多在1月内缩小，效果较好。肌肉深处血管瘤诊断较困难。门诊曾遇6例，均一次针吸获确诊。故对诊断不清楚的包块，针吸是一种可取的方法。甲状腺包块，当^{131}碘扫描为冷结节而超声检查为实质性者，若针吸能证实为癌，则可一次确定手术方案。对较小的乳腺癌，针吸诊断有其较为准确而简便的优点，阳性率较高[4]。

正确的针吸操作，获得足够标本是保证细胞学诊断准确性的关键。应避免血液污染标本。本组标本血染14例，仅2例报告为炎症，2例可疑瘤细胞，余10例为“无癌细胞”或未能得出诊断。其中再针吸3例，2例见癌细胞；活检4例，2例为良性肿瘤，1例为肉瘤，值得注意。有报告[5]抽得血性液时应使其凝固，甲醛固定，送切片检查；如抽得液体应离心取沉淀物送检，对囊性包块，减压后包块不能消失者应注意再抽吸残余的实质部分送检，可提高检出率。本组细胞学检查有假阳性4例，假阴性5例，并有18例未获诊断。可能与下列因素有关：（1）肿物过小，不易获得足够细胞。有报告[6]乳房包块最大直径小于1厘米时针吸阳性率降低。（2）穿刺技术操作不正确或涂片质量差。（3）结核或炎症病变中细胞变性可误为癌瘤细胞。（4）有些肿瘤分化程度较高，少数细胞恶性特征不明显（如滤泡型甲状腺癌），可误为良性肿瘤，应予注意。需结合其它检查或活检以明确诊断。

参考文献

（1）Robbing GF, et al: Cancer 7:774, 1954
（2）Berg JM, et al: Cancer 15:826, 1962
（3）邢寿富等：中华肿瘤杂志 1(2):133, 1979
（4）彭孝敬等：肿瘤防治研究 1:51,1980
（5）Russ JE, et al: Am J Surg 136:342, 1978
（6）阚秀等：肿瘤防治研究 1:47,1980

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne