



中国临床医学

Chinese Journal of Clinical Medicine

ISSN 1008-6358

CN 31-1794/R

合并原发肺癌的细支气管腺瘤患者临床病理特征分析

吕玲, 李晓慧, 胡波

引用本文:

吕玲, 李晓慧, 胡波合并原发肺癌的细支气管腺瘤患者临床病理特征分析[J]. 中国临床医学, 2024, 31(6): 905-910.

LÜ L, LI X H, HU B. Clinicopathological features of patients with bronchiolar adenoma complicated with primary lung cancer[J]. Chin J Clin Med, 2024, 31(6): 905-910.

在线阅读 View online: <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2024.20240078>

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

肾源性腺瘤临床病理特征分析

Analysis of the clinicopathological characteristics of nephrogenic adenoma

中国临床医学. 2024, 31(3): 470-476 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2024.20230673>

单中心肝细胞核因子1A失活型肝细胞腺瘤临床病理特征

Clinicopathological features of single-center hepatocyte nuclear 1A inactivated hepatocellular adenoma

中国临床医学. 2020, 27(3): 457-460 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2020.20200259>

肺癌合并静脉血栓栓塞症的临床特征及预后影响因素分析

Clinical characteristics and prognostic factors in patients with lung cancer complicated with venous thromboembolism

中国临床医学. 2021, 28(2): 164-168 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2021.20210528>

支气管扩张症患者肺功能与临床特征的相关性

Associations of pulmonary function with clinical features in patients with bronchiectasis

中国临床医学. 2024, 31(3): 477-483 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2024.20240447>

双侧多原发肺癌的分期手术安全间隔时长分析

The analysis on the safe interval length between two-stage resections for bilateral multiple primary lung cancer

中国临床医学. 2022, 29(3): 454-458 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2022.20212783>

多槽硅胶软管联合单项式负压引流系统在单操作孔胸腔镜肺癌手术中的临床应用

Clinical application of multi-groove silicone hose combined with monomial negative pressure drainage system in single utility thoracoscopic lung cancer surgery

中国临床医学. 2020, 27(5): 848-851 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2020.20200198>

DOI: 10.12025/j.issn.1008-6358.2024.20240078

· 短篇论著 ·

合并原发肺癌的细支气管腺瘤患者临床病理特征分析



吕 玲, 李晓慧, 胡 波

大连大学附属新华医院病理科, 大连 116000

[摘要] **目的** 探讨伴有原发肺癌的细支气管腺瘤 (bronchiolar adenoma, BA) 的临床病理特征、诊断、鉴别诊断。**方法** 收集大连大学附属新华医院 2020 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 17 例伴有原发肺癌的 BA 患者的临床资料, 总结其临床表现、组织病理学特征、免疫组织化学特点。**结果** 17 例患者中, 男性 7 例、女性 10 例, 年龄 49~82 岁; 鳞癌 2 例、腺癌 15 例。BA 大体呈结节状, 无包膜, 与周围肺组织界限清, 最大径 0.3~1.5 cm, 切面呈灰白色、灰红色或灰褐色, 质中至软, 少数切面见明显黏液; 镜下见 BA 由腔面细胞层和基底细胞层构成, 腔面含数量不等的黏液细胞、纤毛细胞、立方细胞及柱状细胞。根据腔面细胞组成, 将 BA 分为近端型和远端型。近端型 5 例; 远端型 12 例, 其中 1 例为非典型 BA。免疫组织化学结果显示, 16 例典型 BA 基底细胞 CK5/6、p63、p40 阳性, 腔面细胞及基底细胞甲状腺转录因子 1 (thyroid transcription factor 1, TTF-1) 阳性, Ki-67 增殖指数为 1%。**结论** BA 是良性肿瘤, 主要由腔面细胞和基底细胞构成, 当基底细胞缺失或不连续时, 易被误诊为恶性, 须高度警惕。

[关键词] 细支气管腺瘤; 肺癌; 临床病理特征; 误诊**[中图分类号]** R 734.1 **[文献标志码]** A

Clinicopathological features of patients with bronchiolar adenoma complicated with primary lung cancer

LÜ Ling, LI Xiaohui, HU Bo

Department of Pathology, Dalian University Affiliated Xinhua Hospital, Dalian 116000, Liaoning, China

[Abstract] **Objective** To analyze the clinicopathological features, diagnosis and differential diagnosis of bronchiolar adenoma (BA) with primary lung cancer. **Methods** Data of 17 BA patients complicated with primary lung cancer in Dalian University Affiliated Xinhua Hospital from January 2020 to December 2022 were collected, and the clinical data, histopathological features and immunohistochemical features were summarized. **Results** 17 patients included 7 males and 10 females, with 49-82 years old. There were 2 squamous cell carcinoma and 15 adenocarcinoma. BA was mostly nodular, without capsule. It had a clear boundary with the surrounding lung tissue, with a major diameter of 0.3-1.5 cm. The section of BA was gray-white, gray-red, gray-brown, with medium-soft texture, and a few had obvious mucus. Microscopically, it was composed of luminal cell layer and basal cell layer, and luminal cells contain mucus cells, ciliated cells, cubic cells and columnar cells. According to the composition of luminal cells, BAs were divided into proximal type and distal type. There were 5 proximal type and 12 distal type, including 1 case of atypical distal BA. Immunohistochemistry results showed that in typical BAs, CK5/6, p63 and p40 were positive in basal cells, thyroid transcription factor-1 was positive in luminal cells and basal cells, and the proliferation index of Ki-67 was 1%. **Conclusions** BA is a benign tumor, and is a bilayer structure mainly composed of luminal cells and basal cells. However, when the absence or discontinuity of basal cells, BA is easily misdiagnosed as malignancy, which should be highly vigilant.

[Key Words] bronchiolar adenoma; lung cancer; clinicopathological feature; misdiagnosis

细支气管腺瘤 (bronchiolar adenoma, BA) 是外周肺细支气管上皮来源的一组良性病变或恶性潜能未定的肿瘤^[1], 发病率较低, 预后较好^[2]。近年关于 BA 的报道逐渐增多, 但关于 BA 合并原发肺癌的研究较少见。有研究^[3]发现, BA 可作

为原发肺癌的伴随病变, 也可与肺癌同时存在; 并且, BA 与早期原发肺癌较难通过影像学检查和术中快速病理诊断鉴别。此外, 随着不典型 BA 报道的增多, 其更多组织形态被发现^[4-5], 导致诊断更困难。

[收稿日期] 2024-01-15**[接受日期]** 2024-09-13**[作者简介]** 吕 玲, 硕士, 副主任医师. E-mail: lvling1179@163.com

因此, BA 诊断尤其是合并肺癌时如何避免误诊、漏诊非常重要。本文通过总结合并原发肺癌的 BA 患者的临床病理资料, 分析其临床病理特征、诊断、鉴别诊断、治疗及预后等, 旨在增强临床与病理医师对合并原发肺癌 BA 的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 2020 年 1 月至 2022 年 12 月在大连大学附属新华医院确诊合并原发肺癌的 17 例 BA 患者。收集患者性别、年龄等一般资料, 肺癌及 BA 发生情况, 包括位置、数量、病理特征、影像学表现等。BA 依据第 5 版胸部肿瘤分类中的诊断标准确诊。

1.2 病理诊断方法 术中冰冻 BA 标本经普通脱水包埋, 95% 的乙醇固定, 5 μm 切片后, 快速进行苏木精-伊红 (H-E) 染色。手术切除 BA 标本用 4% 甲醛溶液固定, 石蜡包埋、以 4 μm 切片, 进行 H-E 染色、免疫组织化学 (SP 法) 染色, 显微镜下观察。p40、p63、甲状腺转录因子 1 (thyroid transcription factor-1, TTF-1)、CK5/6、Ki-67 抗体均购自北京中杉金桥生物技术有限公司。

2 结果

2.1 患者临床资料 17 例患者中, 男性 7 例、女性 10 例, 年龄 49~82 岁; BA 位于左肺 6 例、右肺 11 例, 单发 14 例、多发 3 例。患者出现肺部症状 1 个月至 3 年。2 例患者因咳嗽、胸痛就诊; 余患者无特殊临床表现, 因体检发现肺部占位就诊。患者影像学表现为双肺多发实性结节、磨玻璃影, 多伴有肺间质纤维化改变。7 例术中冰冻病理明确诊断为 BA, 2 例术中考虑为黏液上皮性肿瘤, 1 例术中误诊为原位腺癌, 7 例术后病理明确诊断为 BA。经术后病理确诊合并鳞癌 2 例、原位腺癌 1 例、微浸润腺癌 3 例、浸润性腺癌 11 例。

2.2 BA 大体特征 10 例 BA 与肺癌位于同一肺叶; 7 例位于不同肺叶。BA 大体呈结节状, 无包膜, 与周围肺组织界限清, 最大径 0.3~1.5 cm,

切面呈灰白色、灰红色或灰褐色, 质中至软, 少数切面见明显黏液, 未见明显坏死、出血。

2.3 BA 及合并肺癌病理特征及免疫组化特点 结果 (图 1) 显示: BA 由腔面细胞层和基底细胞层构成, 腔面含数量不等的黏液细胞、纤毛细胞、立方细胞、柱状细胞。根据腔面细胞构成, 将 BA 分为近端型和远端型, 其中近端型 5 例、远端型 12 例。1 例远端型 BA 可见由纤毛细胞、基底细胞层构成的腺管结构, 基底细胞逐渐缺失, 演变为单层鞋钉样细胞贴壁生长的腺癌 (图 1A)。1 例远端型非典型 BA 腔面由纤毛细胞及立方细胞构成, 其组织学结构以腺管为主 (图 1B)。2 例远端型 BA 患者合并的浸润性腺癌伴有结节状细支气管型增生, 可见炎症纤维化 (图 1C)。1 例远端型 BA 合并的浸润性腺癌伴单层 BA 样改变 (图 1D), 腺癌周围可见立方细胞呈贴壁样、腺管样生长 (图 1E), 细胞无明显异型, 间质无浸润 (图 1F)。免疫组化染色显示, 远端型非典型 BA 组织基底细胞 p63 (图 1G)、CK5/6 阴性 (图 1H)、Ki-67 增殖指数约 1% (图 1I); 余 11 例远端型 BA、5 例近端型 BA 基底细胞 p40、p63, 腔面细胞及基底细胞 TTF-1 阳性, Ki-67 增殖指数约为 1%。

2.4 治疗及预后 术后密切随访, 结合肺癌的临床分期选择合适的后续治疗方案, 定期复查肺部 CT。至 2023 年 12 月, 随访 12~24 个月, 未见患者 BA 复发。

3 讨论

3.1 BA 患者临床表现 2018 年, Chang 等^[6]首先提出 BA 的概念。2021 年 WHO 肺肿瘤组织学分类将 BA 列为新增肿瘤^[7]。BA 以中老年女性多发, 好发于右肺下叶, 其次是左肺下叶^[8-9]。BA 患者无特异性临床表现, 少数出现咳嗽、胸部不适等症状, 同时常无特异性实验室检查结果, 多在健康体检、肺部疾病筛查、肺部情况评估及恶性肿瘤或其他疾病随访过程中发现^[10]。本组伴有原发肺癌的 BA 患者年龄 49~82 岁, 其中女性占 58.9%, 以右肺多见, 仅 2 例出现咳嗽、胸痛等症状, 与以往 BA 研究结果相似。

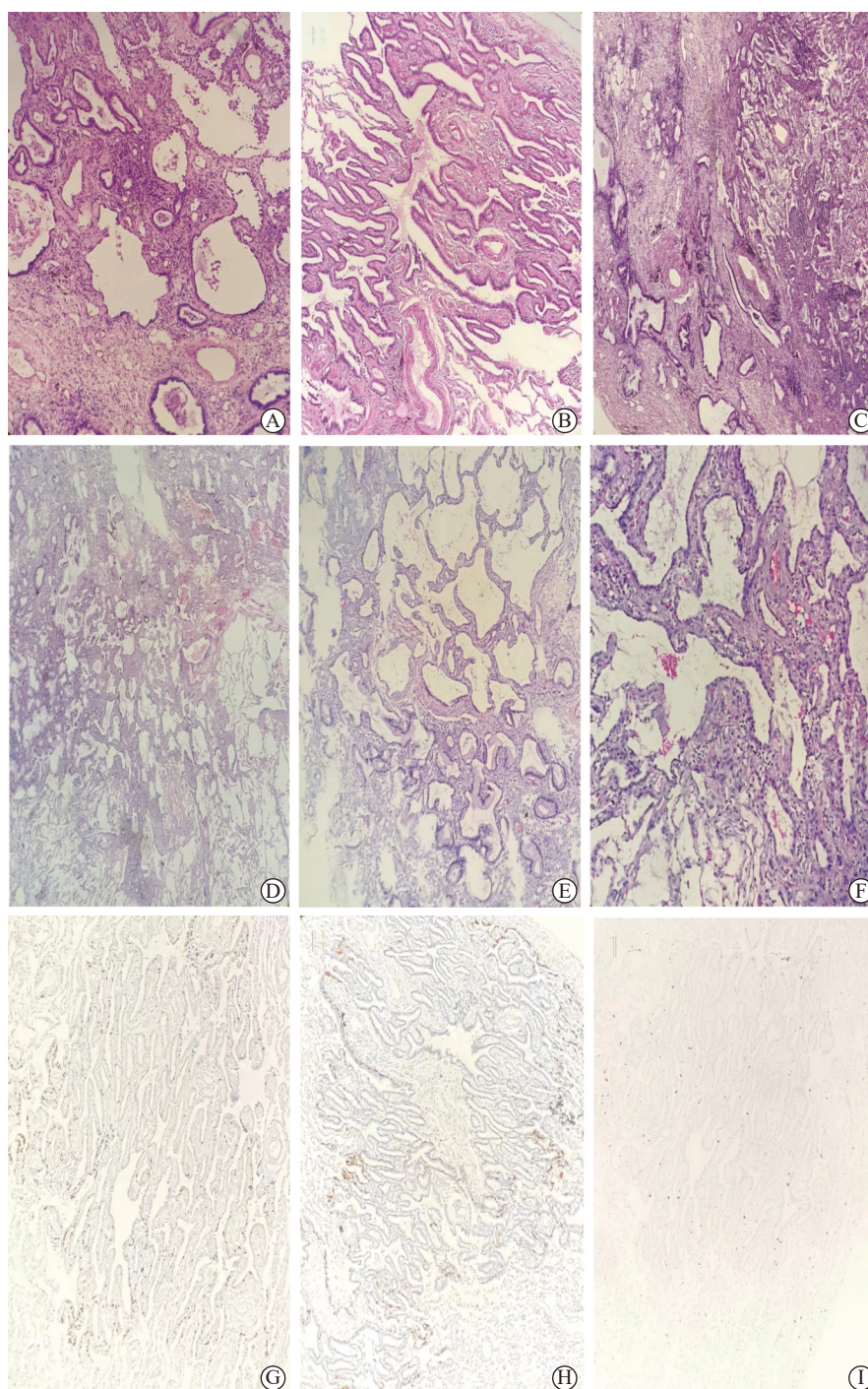


图1 肿瘤 H-E 染色及免疫组化染色

Figure 1 H-E and immunohistochemical staining results of tumors

A-F: H-E staining. A: Distal bronchiolar adenoma (BA), basal cells gradually diminish and evolve into adenocarcinoma with a single layer of apical plasma membrane growth; B: Atypical distal BA, is composed of ciliated cells and cuboidal cells arranging in a glandular tube-like manner; C: Nodular bronchiolar-type hyperplasia surrounding invasive adenocarcinoma, showing significant inflammation and fibrosis; D-F: Single-layer BA-like changes in invasive adenocarcinoma (D), cuboidal cells can be seen around adenocarcinoma, exhibiting adherent and ductal like growth (E), without atypia cell or stromal invasion (F). G-I: Immunohistochemistry staining results of the atypical distal BA, p63 is negative in basal cells (G), CK5/6 is negative in basal cells (H), Ki-67 index is approximately 1% (I). Original magnifications: $\times 100$ (A-B, F-I), $\times 40$ (C, E), $\times 20$ (D).

3.2 BA 病理特征 经典 BA 一般位于肺外周，单发，与周围肺组织界限清楚，切面灰白、灰褐色，质软或含有黏液，最大径不超过 1.5 cm。依据肿瘤双层组织学结构及腔面细胞组成，将 BA 分为近端型和远端型。近端型 BA 主要由纤毛细胞、黏液细胞构成，其组织学结构分为 2 种，一种以大小不一的乳头状和腺腔样结构为主，另一种以平坦的腺腔样结构为主，不形成乳头样结构，两种结构均可见腺腔蓄积的大量黏液。远端型 BA 主要由非纤毛立方或柱状 II 型肺泡上皮细胞，以及散在分布、有顶浆分泌样突起的 Club 细胞构成，其组织学结构以腺管为主，罕见乳头状结构及细胞外黏液。以往多认为两种分型无临床意义^[11]，但近期有研究^[12]发现远端型 BA 可转化为腺癌。本组合并原发肺癌的 BA 也以实性单发结节为主，最大径 0.3~1.5 cm，切面呈灰白色、灰红色、灰褐色，质中至软，少数切面见明显黏液，未见明显坏死、出血，组织学类型以远端型多见；1 例远端型 BA 患者合并的浸润性腺癌周围伴有单层 BA 改变。

BA 免疫组化指标主要包括 p63、p40、CK5/6、TTF-1、Ki-67 等，其中 TTF-1 在近端型表达水平低于远端型；p63、p40 和 CK5/6 在基底细胞表达，是诊断 BA 的关键指标^[13]。有研究发现基底细胞不连续 BA^[14]，张杰等^[4]称之为非典型 BA。有研究^[15]认为，典型 BA 与非典型 BA 是一组谱系病变，反映细支气管上皮良性腺瘤恶性转变的过渡过程。贾若楠等^[3]报道 1 例与肺癌同病灶的 BA，发现两者之间界限不清，基底细胞层连续到断裂至消失。本组 1 例远端型非典型 BA 基底细胞不连续，但细胞形态无异型性，Ki-67 增殖指数约 1%，与王恩华^[13]的研究结果相似。此外，刘洪杰等^[16]报道 1 例 BA 恶变病例，认为肺间质纤维化与 BA 密切相关。本组患者影像学表现多有肺间质炎症改变，2 例远端型 BA 合并的原发肺癌病灶周围发生明显炎症纤维化，可见结节状细支气管型增生。这些结果提示，促炎因子持续刺激可能是导致 BA 恶变的原因之一。

3.3 BA 相关基因突变 V-raf 鼠科肉瘤病毒癌基因同源物 B (v-raf murine sarcoma viral oncogene

homolog B, BRAF)、表皮生长因子受体 (epidermal growth factor receptor, EGFR)、Kirsten 大鼠肉瘤病毒癌基因同源物 (Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog, KRAS)、间变性淋巴瘤激酶 (anaplastic lymphoma kinase, ALK) 等基因的突变与 BA 相关，其中突变频率最高的是 BRAF V600E^[1,17-18]。Udo 等^[19]报道的 4 例 BA 患者中，2 例检测到基因突变，1 例为 BRAF V600E 和蛋白激酶 B (protein kinase B, PKB) AKT1 E17K 突变，1 例为 KRAS G12D 突变。其认为部分 BA 可能是肺浸润性黏液腺癌的癌前病变，但尚缺乏证据。典型 BA 中 EGFR 基因突变以第 19 号外显子缺失为主^[20]，而 EGFR 基因缺失和插入是肺腺癌常见的突变类型。Shao 等^[5]发现，有基底细胞变异的 BA 常有 EGFR 第 20 号外显子插入。EGFR 基因突变在 BA 与肺腺癌之间所发挥的作用尚不明确。贾若楠等^[3]报道 2 例肺腺癌伴 BA 病例，其中 1 例检测到 RET 基因融合，1 例检测到 KRAS 突变。

3.4 鉴别诊断 伴有原发肺癌的 BA 应与肺腺癌相鉴别。(1) 浸润性黏液腺癌：肿瘤细胞富含黏蛋白，细胞形态异型性小，可呈贴壁或乳头样生长，除少量外溢黏液外，一般无炎细胞浸润，呈节段性跳跃性沿肺泡孔蔓延播散。BA 虽然也可跳跃性生长，但跳跃的细胞簇之间一般不超过 3 个肺泡大小的距离。(2) 微乳头型腺癌：除微乳头状簇外，有癌组织学特征。部分 BA 见腔内微乳头状簇，纤毛细胞及缺乏癌组织学特征有助于鉴别。(3) 腺泡型浸润性肺腺癌：细胞异型性明显，呈筛状或实性巢状，可见小核仁和核分裂像，浸润性生长，患者常有胸膜牵扯或破坏等表现。BA 细胞无异型，在增宽的间质中无粗大的胶原纤维，主要是水肿和炎细胞浸润。(4) 微浸润性腺癌：可见肺泡结构被破坏，细胞以附壁生长为主型且间质浸润小于 0.5 cm，细胞有异型、胞质偏红，腺腔排列紊乱且小、僵硬、成角，间质发生胶原化。(5) 原位腺癌：原有肺泡结构未破坏，肿瘤细胞沿肺泡壁生长，细胞为单层、密度中等，很少出现拥挤重叠，无核仁和核分裂像。与上述肺部恶性肿瘤相鉴别时，须重点鉴别基底

细胞及双层结构,必要时辅助基底细胞标志物 p63、p40 及 CK5/6 检测。此外,须将 BA 与细支气管化生相鉴别。细支气管化生患者多有间质纤维化和机化性肺炎等基础肺部疾病,病灶呈多点状累及多个气道,最大径约 1 mm,当难以与 BA 相鉴别时称为“结节性细支气管型增生”。

综上所述,BA 是良性肿瘤,伴有原发肺癌时易误诊、漏诊,尤其是对于基底细胞不连续的非典型 BA,应高度警惕。BA 有恶变潜能,可能与促炎因子导致的肺纤维化有关。而且,原发肺癌中有典型 BA、非典型 BA 病变。但 BA 的生物学行为有一定争议,目前报道的 BA 多呈惰性进展,术后均未发现复发或转移^[8]。本组伴有原发肺癌的 BA 患者术后预后良好。BA 与肺癌的关系,以及 BA 是否为浸润性腺癌等恶性肿瘤的癌前病变,都需要进行大样本量研究证实。

伦理声明 本研究经医院伦理委员会审批(2023-174-01),患者知情并签署知情同意书。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突。

作者贡献 吕玲:研究设计、资料及文献收集、文章撰写;李晓慧:病理检查、文献整理;胡波:文章修订及审校。

参考文献

- [1] SASAKI E, MASAGO K, FUJITA S, et al. AKT1 mutations in peripheral bronchiolar papilloma: glandular papilloma and mixed squamous cell and glandular papilloma is distinct from bronchiolar adenoma[J]. *Am J Surg Pathol*, 2021, 45(1): 119-126.
- [2] KAMATA T, SUNAMI K, YOSHIDA A, et al. Frequent BRAF or EGFR mutations in ciliated muconodular papillary tumors of the lung[J]. *J Thorac Oncol*, 2016, 11(2): 261-265.
- [3] 贾若楠,傅兴宁,张恒明,等.细支气管腺瘤伴基因突变合并肺腺癌 2 例[J]. *国际呼吸杂志*, 2022, 42(19): 1487-1490.
JIA R N, FU X N, ZHANG H M, et al. Two cases of bronchiolar adenomas associated with genetic mutations and lung adenocarcinoma[J]. *Int J Respir*, 2022, 42(19): 1487-1490.
- [4] 张杰,邵晋晨,韩昱晨,等.细支气管腺瘤病理诊断若干问题[J]. *中华病理学杂志*, 2020, 49(6): 529-533.
ZHANG J, SHAO J C, HAN Y C, et al. Issues on pathological diagnosis of bronchiolar adenoma[J]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*, 2020, 49(6): 529-533.
- [5] SHAO J C, YIN J C, BAO H R, et al. Morphological, immunohistochemical, and genetic analyses of bronchiolar adenoma and its putative variants[J]. *J Pathol Clin Res*, 2021, 7(3): 287-300.
- [6] CHANG J C, MONTECALVO J, BORSU L, et al. Bronchiolar adenoma: expansion of the concept of ciliated muconodular papillary tumors with proposal for revised terminology based on morphologic, immunophenotypic, and genomic analysis of 25 cases[J]. *Am J Surg Pathol*, 2018, 42(8): 1010-1026.
- [7] WHO Classification of Tumours Editorial Board. WHO classification of tumours. Thoracic Tumours[M]. 5th ed. Lyon: IARC Press, 2021: 48-50.
- [8] ABE M, OSOEGAWA A, MIYAWAKI M, et al. Ciliated muconodular papillary tumor of the lung: a case report and literature review[J]. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 2020, 68(11): 1344-1349.
- [9] WANG Y Y, WANG D, WANG J, et al. Primary ciliated muconodular papillary tumor: a rare pulmonary disease and literature review of 65 cases[J]. *Thorac Cancer*, 2021, 12(12): 1917-1922.
- [10] 于丽丽,吴建宇,王伟,等.细支气管腺瘤临床病理特征及诊治分析[J]. *浙江医学*, 2022, 44(8): 841-845.
YU L L, WU J Y, WANG W, et al. Clinicopathological analysis of bronchiolar adenoma[J]. *Zhejiang Med J*, 2022, 44(8): 841-845.
- [11] KAO T H, YEH Y C. Ciliated muconodular papillary tumor/bronchiolar adenoma of the lung[J]. *Semin Diagn Pathol*, 2021, 38(5): 62-71.
- [12] LIN D L, DING L, SHAO S H, et al. Bronchiolar adenoma-like tumour with monolayered component: represent malignant transformation of bronchiolar adenoma? A series of five cases[J]. *Pathol Res Pract*, 2022, 238: 154079.
- [13] 王恩华.细支气管腺瘤:易与癌混淆的良性肿瘤[J]. *中华病理学杂志*, 2019, 48(6): 425-432.
WANG E H. Bronchiolar adenoma: a benign tumor easily confused with cancer[J]. *Chin J Pathol*, 2019, 48(6): 425-432.
- [14] RICKERT C H, PAULUS W. Tumors of the choroid plexus[J]. *Microsc Res Tech*, 2001, 52(1): 104-111.
- [15] GUO Y Y, SHI Y F, TONG J. Bronchiolar adenoma: a challenging diagnosis based on frozen sections[J]. *Pathol Int*, 2020, 70(3): 186-188.
- [16] 刘洪杰,李永元.肺多发细支气管腺瘤恶变 1 例[J].

- 中国临床医学影像杂志, 2023, 34(1): 62-63.
- LIU H J, LI Y Y. Malignant transformation of multiple bronchiolar adenomas in the lung: report of one case[J]. J China Clin Med Imag, 2023, 34(1): 62-63.
- [17] TAKEDA-MIYATA N, MIYAGAWA-HAYASHINO A, HAMADA S, et al. A clinicopathologic and molecular analysis of five cases of bronchiolar adenoma with rare mutations[J]. Pathol Int, 2022, 72(5): 273-282.
- [18] HAN X, HAO J L, DING S L, et al. Bronchiolar adenoma transforming to invasive mucinous adenocarcinoma: a case report[J]. Onco Targets Ther, 2021, 14: 2241-2246.
- [19] UDO E, FURUSATO B, SAKAI K, et al. Ciliated muconodular papillary tumors of the lung with KRAS/BRAF/AKT1 mutation[J]. Diagn Pathol, 2017, 12(1): 62.
- [20] 王 蓓, 杨 磊, 林 洁, 等. 细支气管腺瘤与混合性鳞状细胞和腺性乳头状瘤临床病理特征比较分析[J]. 中华病理学杂志, 2021, 50(5): 458-464.
- WANG B, YANG L, LIN J, et al. Clinicopathological features of bronchiolar adenoma versus mixed squamous cell and glandular papilloma: a comparative analysis[J]. Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi, 2021, 50(5): 458-464.
- [本文编辑] 姬静芳

引用本文

吕 玲, 李晓慧, 胡 波. 合并原发肺癌的细支气管腺瘤患者临床病理特征分析[J]. 中国临床医学, 2024, 31(6): 905-910.

LÜ L, LI X H, HU B. Clinicopathological features of patients with bronchiolar adenoma complicated with primary lung cancer[J]. Chin J Clin Med, 2024, 31(6): 905-910.

•读者•作者•编者•

《中国临床医学》投稿栏目及要求

1. 述评 高屋建瓴介绍领域新进展, 并展望发展前景, 一般不超过 5 000 字, 参考文献不超过 50 条。作者不超过 2 名。

2. 论著 科学性、创新性、实用性均较高, 省部级以上基金资助者优先考虑。5 000 字以上, 讨论和参考文献所占版面不宜超过 25%。以 5 000 字为例, 讨论不超过 1 000 字, 参考文献不超过 30 条。

3. 短篇论著 有一定科学性、创新性、实用性, 有基金资助者优先考虑。4 000 字以上, 讨论及参考文献要求同论著。

4. 技术与方法 介绍新技术及方法。

5. 综述 全面系统介绍学科领域进展, 结合自身工作提出新观点, 为未来研究提供参考, 一般不超过 8 000 字, 参考文献不超过 200 条。作者不超过 3 名。

6. 临床病例分析 详细介绍典型病例诊治过程, 结合文献系统回顾疾病发病机制、诊疗重点、研究亮点, 一般不超过 3 000 字, 参考文献不超过 30 条。作者必须与该病例诊疗相关, 一般不超过 6 名。

7. 指南与共识 联合多个中心制定的具有权威性和实用性的指南或共识。

请勿一稿多投, 涉及人或动物的研究符合相关伦理要求并获得相应批件。伦理、利益冲突及作者贡献声明著于正文末。图表用英文, “标题”用中英文, “注”用英文。多引用近 5 年尤其是近 3 年文献, 同义文献不宜重复引用。常识性或课本内容不引用或不作为文献; 指南尽量列出。

投稿网址 www.c-jcm.com

电话: 021-51217570