

诊断病理学

1365

99809

1714

诊断病理学

主 编 刘 彤 华

副主编 李 维 华

人 民 卫 生 出 版 社

C0167661



图书在版编目 (CIP) 数据

诊断病理学/刘彤华主编. —北京: 人民卫生出版社,
1994

ISBN 7-117-02133-0

I. 诊… II. 刘… III. 诊断学; 病理学 IV.R44: R3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (94) 第 06904 号

2V46/34⁰⁵

诊断病理学

刘彤华 主编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里 10 号)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092 毫米 16 开本 67 $\frac{1}{4}$ 印张 4 插页 1571 千字

1994 年 12 月第 1 版 1995 年 8 月第 1 版第 2 次印刷

印数: 4 001 9 000

ISBN 7-117-02133-0/R · 2134 定价: 102.20 元

编著者 (以姓氏笔画为序)

王家璧 北京协和医院皮肤科 教授
王泰玲 北京中日友好医院病理科 教授
刘彤华 北京协和医院病理科 教授
刘鸿瑞 北京协和医院病理科 教授
陈杰 北京协和医院病理科 教授
朱昌仁 北京天坛医院病理科 主任医师
纪小龙 北京解放军总医院病理科 教授
李维华 北京解放军总医院病理科 教授
李德春 北京协和医院病理科 讲师
邹万忠 北京医科大学病理教研室 教授
何祖根 北京协和医院病理科 教授
严庆汉 北京铁路总医院病理科主任医师
张慧信 北京安贞医院病理科 副教授
贲呈瑞 北京医科大学口腔医学院口腔病理研究室 教授
高子芬 北京医科大学病理教研室 副教授
韩巽 北京积水潭医院病理科 教授
廖松林 北京医科大学病理教研室 教授
臧旭 北京协和医院病理科 教授
特约编辑 蔡振国 霍临明 侯存明 王云亭
责任编辑 赵永昌

前 言

目前国内能为医院病理科医生用的病理参考书不多，鉴于此，我们编写了这本《诊断病理学》。全书共二十一章，包括全身各器官组织的炎性和非炎性病变、肿瘤和瘤样病变等。本书系各位编著者以自己的材料为主，参考近年国外文献书写而成，点出了各种疾病病变的临床病理特点、形态诊断依据（包括免疫组化、电镜及其他新技术如核酸分子杂交等）以及与其他病变的鉴别要点。本书内容丰富和全面，希望能成为从事病理诊断医生的主要参考书，遇到问题能在本书中有处查阅，有所参考。

本书面向全国各医院病理医生，对不同层次医院病理医生及部分临床医生均有参考价值。

李佩娟教授和张长淮主任医师为本书的第十四章提供了部分照片，李广生教授为第十七章提供了部分照片，特此致谢。

本书能编写成功首先应感谢北京协和医院陆召麟院长和科研处单渊东处长的大力支持。北京协和医院病理科赵砚平、彭旭军二位同志完成了大量的微机打印工作。协和医院病理科全体同志对本书的完成予以有力的支持，特别是杨堤、陈杰、崔全才、郭丽娜、王志永、曾春旬、郭洪涛、张雷、许雅、蒋继红、卢涛、张蕾、卫大鹏以及全体进修生同志在本书后期的修改、校对和索引工作中做了大量工作。特此一并致以最衷心的感谢。

限于我们的学识和水平，本书一定还存在许多缺点和不足，敬请读者指正。

刘彤华

1994年1月

序

近年来,免疫学、细胞生物学和分子生物学的发展极为迅速并渗透到医学的各个学科,使诊断、治疗和研究水平上升到一个新的高度,还兴起了一些如基因诊断等新的领域,也极大地丰富了临床病理诊断的内容和方法。

由刘彤华、李维华教授为正副主编和有关专家共同撰写的《诊断病理学》一书,综合了近年来国内外临床病理诊断的新成就、新进展,针对国内广大病理和临床工作者的需要,付出极大的劳动,使本书得以及时问世。我认为这本书内容非常丰富,其特点包括:

一、根据诊断上的需要,收集疾病的类别比较齐全、栏目清楚。

二、病变叙述详细,着重列出光镜、电镜或/及免疫组化检查所见的要点和特征,对少数在确诊上需要更深入探讨的病变,着重介绍应用一些特殊染色或分子生物学技术例如原位杂交方法所检测的结果,供读者参考。

三、以形态叙述为主,重视病征,X线及实验室检查的结果,结合病因学、组织发生学等方面的知识综合分析,理论联系实际。

四、重视对主要疾病或疑难病变的分析,注意细胞间或组织结构间的内在联系,归纳其主要特征,列出注意要点,强调鉴别诊断。

五、以在工作中所收集的病例和图片资料举例说明,即切合实际又可及时总结经验。第二十一章介绍的有关方法和新技术是一个创举。全书图文并茂,结构严谨、文字流畅。

本书的撰写人都具有丰富的实践经验和理论知识,根据各人的专长结合国内外有关文献和新进展对不同疾病,尤其是对一些复杂病变的观察,即重视借鉴国际同行专家的经验又注意结合国情和本人的心得,有分析、有综合、有观点、有创新,是非常难能可贵的。我相信这本书的出版将对我国病理学尤其是临床病理诊断水平的提高和发展起着重要的推动作用。

余铭鹏

中国医学科学院基础医学研究所

中国协和医科大学基础医学院

1994年1月

目 录

第一章	诊断病理学的任务和准则	(1)
第二章	口、咽、涎腺及颌骨	(7)
第三章	食管、胃、肠和肛门	(47)
第四章	鼻腔、鼻窦、鼻咽及喉	(115)
第五章	气管、支气管和肺	(144)
第六章	纵隔、胸膜及心包	(212)
第七章	肝、胆、胰	(234)
第八章	腹膜、网膜、肠系膜及腹膜后	(297)
第九章	内分泌系统	(321)
第十章	泌尿系统	(380)
第十一章	男性生殖系统	(447)
第十二章	女性生殖系统	(488)
第十三章	乳腺	(563)
第十四章	淋巴结、脾及骨髓	(600)
第十五章	软组织	(706)
第十六章	骨和关节	(784)
第十七章	心血管系统疾病	(834)
第十八章	神经系统	(899)
第十九章	皮肤	(944)
第二十章	眼及耳	(989)
第二十一章	诊断病理学的方法学及新技术	(1011)
索引		(1042)

第一章 诊断病理学的任务和准则

一、什么是诊断病理学.....	1
二、诊断病理学的任务.....	2
三、进行诊断病理学实践和研究所需的设备.....	2
四、病理标本的检查、取材和诊断中的一些要点.....	3
(一) 大体观察和取材	3
(二) 大体标本的照相 (包括幻灯片的制作)	3
(三) 固定	3
(四) 一张好的 HE 切片是保证正确病理诊断的关键	4
(五) 小活检和细胞学	4
五、冰冻切片.....	5
六、辅助检查.....	5
七、病理材料的存档.....	5
八、诊断病理学医生与临床医生密切联系.....	6

一、什么是诊断病理学

病理学是研究疾病病因、发病机制、形态结构改变以及由此而引起的功能变化的一门基础医学与临床医学之间的桥梁学科。病理学作为一门科学是在 18 世纪中期开始的。Morgagni(1682—1771)将他一生中所经历的约 700 例精心解剖的尸检各器官所见与临床表现相联系,于 1761 年著成了《疾病的位置与原因》一书,此书为病理学的发展奠定了基础。以后许多学者将尸检所见与临床表现相联系,相继发现了许多疾病的临床和形态特点,大大丰富了病理学的内容。尸检成为检验临床诊断正确性的必不可少的程序。这样的器官病理学到 19 世纪 Rokitansky (1800—1878) 时代达到了顶峰。Rokitansky 亲自解剖了约 3 万例尸体,并掌握了约 6 万例尸检的材料,详细描述了全身各器官的各种病变,从而极大地丰富了病理学宝库。1843 年 Virchow 开始用显微镜观察病变部位的细胞和组织的结构,1858 年 Virchow 发表了他著名的《细胞病理学》,从而开创了细胞病理学时代。临床各学科的发展推动了病理学向专科病理分支如妇产科病理、神经病理、肿瘤病理、皮肤病理及儿科病理等的发展。1932 年 Knall 和 Rusha 发展了透射电镜,1938 年 Ardenne 首创了扫描电镜。电子显微镜的问世使病理学从细胞水平向亚细胞结构深入,由此产生了超微结构病理学。免疫学的进展促进了免疫病理学和免疫组织化学的发展。细胞遗传学的研究进展进一步充实了有关疾病的病理学。20 世纪 50 年代是生物化学突飞猛进的时期。1953 年 Watson 和 Crick 发现了 DNA 的双螺旋结构及 DNA—RNA—蛋白质 (包括各种酶) 的化学顺序。分子生物学技术目前在病理学中的广泛应用促使病理学

进一步深入到分子水平,为分子病理学的建立奠定了基础。

综合上述,近百余年来由于医学生物学各分支如生物学、微生物学、生物化学、免疫学和分子生物学等的迅猛发展以及许多新仪器如透射电镜、扫描电镜、图象分析仪及流式细胞仪等的研制成功,使病理学能发展到目前这样具有许多分支的重要学科,当然病理学的发展也促进了临床医学的发展。

应该强调的是病理学从建立之时起就负有一个重要使命即协助临床医生对疾病作出诊断。古代学者通过肉眼观察器官改变与临床征候相联系。细胞病理学问世后,病理医生能从细胞和组织结构的改变为临床提供病理诊断。1870年柏林大学的 Carl Ruge 及其同事 Johann Veit 最先将外科活检作为重要的诊断工具。从此以后病理医生可根据手术标本、各种活检、穿刺及脱落细胞学为临床不同疾病提供诊断。尸检更可核实或纠正临床诊断,或发现新的疾病和病变。病理学中这一方面的实践和研究以往称为外科病理学,通俗称为临床病理诊断,这些名称并不全面,因为送病理科作病理诊断的标本不都是来自外科,几乎所有的临床科室都可能送病理标本,所以应称之为诊断病理学 (diagnostic pathology)。诊断病理学不仅包括对各种活体标本 (包括细胞学) 的诊断,也包括对尸检的诊断。诊断病理学是病理学的一个大分支,是为病人的医疗服务中不可缺少的重要组成部分。

二、诊断病理学的任务

诊断病理学的任务是对有关疾病①提出明确的病理诊断;②提供可能的病因学证据或线索;③提供有关的预后因素。当病理学还处在细胞病理学时代时,病理医生能根据病理标本的形态改变 (大体和显微镜下) 提出病理诊断已经是完成了任务。目前随着医学生物学各分支的迅速发展,病理医生已能将病理形态结合其它种种辅助手段如电镜、组织化学、免疫组织化学、DNA 倍性及种种分子生物学技术为临床提供更精确的病理诊断,如过去单凭形态不能区分的小细胞恶性肿瘤,现已能依靠免疫组织化学和电镜区分出淋巴瘤、小细胞未分化癌、胚胎性横纹肌肉瘤、神经母细胞瘤或 Ewing 瘤。分子生物学技术特别是 PCR 的应用使病理医生能从病人的组织 (新鲜或石蜡包埋组织) 中检测出不同的病原体 (细菌、病毒和其它),如为鉴别真假尖锐湿疣可用 PCR 检测 HPV;怀疑病毒性肝炎,可检测各种肝炎病毒等。当然在没有先进的 PCR 技术之前,病理界的前辈们早已重视病原体的检查,他们教导后人对怀疑有感染的新鲜标本一定要有一部分作微生物学检查 (各种培养) 或切片作特殊染色,但对检测病毒来说 PCR 技术却是最敏感和最快的方法。流式细胞术的一个重要功能是 DNA 分析,决定瘤细胞的倍性 (ploidy),计算出不同细胞周期中细胞的百分率,如一肿瘤中异倍体和 S 期细胞百分率增加表明恶性,对某些肿瘤如膀胱癌来说,这些指标说明预后差,对一些癌前病变来说 DNA 分析可预测该病变的生物学行为。

诊断病理学医生虽不直接接触病人,但他面对临床医生。在临床医生诊断治疗病人的过程中,诊断病理学医生应是临床医生最好的咨询者和合作者。

三、进行诊断病理学实践和研究所需的设备

无论是大的医学院校附属医院的病理科,或是小的县区级医院病理科,他们的主要

任务是进行病理诊断,其设备应包括有设备较齐全的尸检室、手术和活检病理标本检查取材室、常规切片制片室(可包括特殊染色及冰冻切片设备)、细胞室(包括制作各种细胞学和细针穿刺细胞学的涂片和切片等)、医生读片室(或称诊断室)、照相室(备有能摄制各种大体标本和显微镜下照片以及幻灯片一黑白及彩色一的设备)、免疫组织化学实验室、大体标本制作室、大体标本陈列室以及各种材料的存档处(包括文字档案、标本、玻片及蜡块存档处)等。

一个现代化大医院病理科还应备有电镜室(扫描及透射电镜)、塑料包埋切片制作室、荧光显微镜、偏光显微镜及多头显微镜(教学用)、分子生物学技术实验室(进行原位杂交及PCR扩增等技术)、细胞培养室、组织库或低温冷藏箱、流式细胞仪、图象分析仪和电脑及显微录像设备(TV camera)等。今后有条件的单位可安置进行传真病理学Telepathology的仪器,这样不同城市之间甚至不同国家之间可进行切片会诊交流。

四、病理标本的检查、取材和诊断中的一些要点

(一) 大体观察和取材

病理标本的检查,常规应包括大体检查和显微镜下观察。一些诊断病理医生重视显微镜下改变,忽视大体形态,认为镜下形态是诊断的主要依据。殊不知许多标本,特别是手术切除标本的大体形态和取材部位可直接影响诊断正确性,如手术切除的甲状腺只重视大结节,忽视了小的白色硬结,可导致隐匿癌的漏诊;大的卵巢肿瘤应作多个大切面观察,应在不同色泽和质地的部位取材检查,因卵巢肿瘤经常有混合型,只取少数瘤组织块,不能代表肿瘤的全部成分。总之标本的大体观察非常重要,要全面仔细观察和描述病变。临床送检的标本不管大小均应详细检查,如果一例标本有多件,则每一件均要取材作切片观察。根治术标本在未固定前应仔细寻找淋巴结,因为淋巴结中癌的转移率,直接影响病人的治疗和预后。肿瘤标本除取不同部位的肿瘤外还应取肿瘤与正常组织交界处、切断端及淋巴结。

(二) 大体标本的照相(包括幻灯片的制作)

一般医院的病理科都没有很富裕的空间来存放大体标本,因此在大体检查之后,对一些病变典型、特殊或罕见的标本最好尽量照相留档,这样除少数可制成陈列标本外,日常大量已检查并取材的大小标本,在病理报告发出后一段时间(一般为1—2个月)就可弃除。如果检查当时没有详细记录,可对照照片进行补充描述。照相前应将病变充分暴露,剔除多余的脂肪和结缔组织。标本的切面一般来说均较表面有特征性,照相的清晰度和反差等取决于设备及摄影者的技术。一张好的黑白像和/或彩色像不仅是存档的重要资料,也是总结和书写论文必不可少的材料。彩色幻灯片对教学和会议交流等均有用。

国外许多医院病理科还备有照大标本的X线设备,对检查有钙化的病灶以及骨组织很有用。

(三) 固定

常用的固定液为10%中性formalin,其它有Zenker、Bouin和Carnoy等固定液。固定液的体积应10倍于标本的体积。10%formalin的渗透组织能力为1mm/小时,所以一般标本均需固定数小时,大标本切开后应固定过夜。用作取组织块的大标本应在新鲜时就切成0.5cm—1cm厚的大片块,待固定后再修整,组织块厚度不能超过3mm。腔状器官

如胃肠道,应将标本剪开后用大头针固定在薄的木板上(粘膜面向上),在大的容器内固定,表面覆以浸有固定液的湿纱布或棉花。需要立埋的标本应用大头针或染料标明需要包埋的面。标本不能冻存,特别是已含固定液的标本,因冰冻后水份在组织内形成针状结晶,破坏组织和细胞的结构,从而影响诊断。

(四) 一张好的 HE 切片是保证正确病理诊断的关键

病理切片质量的好坏除取决于病理制片室的设备和病理技术人员的技术和经验外,部分还取决于病理医生取材是否合乎要求,如大标本未经适当固定就取材,这样的组织块在固定、脱水和浸蜡过程中会扭曲变形,影响包埋和制片;另外组织块太厚,中心脱水透明及浸蜡不好亦影响切片质量。一张质量上乘的 HE 切片(除疑难病变外),对病理医生来说一般不会发生诊断困难,但质量很差的 HE 切片(切片厚、刀痕多、组织细胞挤压、组织裂开及染色透明差等)总会造成诊断上的困难,特别是淋巴结。大多数淋巴结的疑难病例是由于制片造成的。

目前虽然已有许多辅助手段和工具如电镜及免疫组织化学等,但要做这些辅助检查之前首先要对该病例有一初步的病理诊断意见,才能考虑用什么手段或什么工具来进一步证实或否定该诊断,所以对于一天要处理大量病理标本和诊断的病理医生来说,质量好的 HE 切片是完成工作的保证。

(五) 小活检和细胞学

随着医学的发展,病理医生所收到的标本越来越小,现在医院病理科除手术切除的标本和手术切除活检外,大量的各种内窥镜活检、粗针穿刺活检和细针吸取活检(fine needle aspiration biopsy, FNAB)的标本。越来越小的标本就要求病理医生仔细检查和病理技术人员高水平的制片技术。遇到有些小的内窥镜活检首先要核对“块数”,如内窥镜医生注明“8块”,则送检瓶内应核实是否有“8块”。除检查瓶内标本外,还应检查瓶盖内是否还有标本,有时这一块行将“漏网”的活检可能恰恰是病变的关键。小的标本如内窥镜活检应用纱布或滤纸或袋装茶叶的纸或其它裹起来固定、脱水和浸蜡。特别小的标本应用伊红或苏木素染色后再包裹固定、脱水、浸蜡,否则浸蜡后小标本与蜡混在一起不易辨认。这种小活检的切片要求技术人员用快刀切,并在载玻片上捞数个至十数个蜡片。病理医生看片时应每一切片上的组织片均仔细观察,有时常常在某几个组织片中有具诊断意义的病变。

细胞学(亦称诊断细胞学)现在越来越广泛用于诊断。除各种脱落细胞学外,细针穿刺吸取细胞学检查(FNAB)已在全世界广泛开展。细针是指针的外径为0.6mm—0.9mm,由于针细,损伤小,吸出的细胞是活存的,所以制成涂片后较脱落细胞学(细胞常退化)更易诊断。目前FNAB几乎已能用于穿刺全身所有部位的肿瘤,它的阳性率高,假阳性极少,所以很受临床和病理医生欢迎。FNAB的成败取决于:①穿刺医生能击中目标;②制成一张薄而均匀的涂片;③病理医生对细胞学的经验。三者中缺一就可影响诊断。

细胞印片,特别是怀疑有肿瘤的淋巴结切面的印片对诊断很有参考价值,因一张好的印片比起冰冻切片和石蜡切片来说可真实反映细胞的形态和结构,并可用于免疫组织化学,因此除了纤维组织较多的组织和肿瘤外,一般细胞丰富的组织和肿瘤,在新鲜标本切开后最好都做印片观察。

五、冰冻切片

手术台上做冰冻切片的唯一理由是决定下一步治疗的方案,如乳腺肿块的良恶性,决定是否需作根治术,又如肢体肿瘤的性质,决定是否要截肢等。除了这一原因外,其它均无申请作冰冻切片的理由。对病理医生来说冰冻切片要求快、准确、可靠。但是冰冻切片的质量一般均不如石蜡切片,另外取材有限,因此并不是所有的冰冻切片都能做到快、准确和可靠。所以遇到不能作出明确诊断时应请临床医生再取代表性的组织或请临床医生等石蜡切片的结果,切勿勉强诊断,以免造成误诊或事故。

六、辅助检查

一个大医院或医学院校附属医院的病理科在诊断病理方面除要求能做出质量好的HE和特殊染色切片外还应具备上述种种设备和仪器。如果送检材料是手术切除的新鲜标本,则部分新鲜标本应留作以下检查或研究:

1. 电镜检查
2. 分子生物学研究,用以提取DNA或RNA,作核酸分子杂交和PCR等
3. 细胞培养
4. 染色体检查(细胞遗传学研究)
5. 流式细胞术
6. 受体及表面标记
7. 印片,特别是淋巴结
8. 特殊塑料包埋
9. 特殊固定
10. 冰冻切片作免疫荧光或部分单克隆抗体免疫组化染色
11. 组织库

石蜡包埋组织除常规切片染色和特殊染色外,还能做原位杂交、PCR、免疫组化、流式细胞术、及图象分析等。

七、病理材料的存档

如前所述大体标本应尽量照相存档。这样经过一段时间后,大体标本就可处理掉。除已制成示教或陈列的标本外,大体标本不宜长久保留(包括尸检标本),一方面这些标本占据很大的空间;另一方面长期保存的大体标本不仅色泽外形均会改变,而且这种标本已不适合取材作组织切片(染色不好,并有formalin色素沉淀)。

文字资料(包括各种报告的存档部分)、玻片及蜡块均应永远保存。这些材料犹如病人的病例一样,随时可用于复查,特别是一些疑难病例,多次的手术标本或活检集中起来复查时可能会得出更明确的诊断。此外这些材料也是病理医生教学和科研用的第一手资料。有些医院病理科把玻片和蜡块如同大体标本一样“定期处理”,这是不可取的。有时常常因为病人的病理资料不全而影响诊断。

国外一些大医学中心为节省空间,将文字资料微缩成小胶卷,更好的办法还是将文字资料输入电脑(微机)。国外以及国内一些大的医院病理科在尸检和外检发出正式报告

后,随即将病理诊断和病人的有关资料编码输入电脑。这样不仅起到了存档作用,更方便的是随时能从电脑中提出有关病例的病理资料,以资复习和研究。目前国际上通用的编码是参考 SNOMED。

八、诊断病理学医生与临床医生密切联系

病理诊断是医院对许多病人的医疗服务中的一个重要环节。诊断病理学医生虽然不直接面对病人,但他作出的正确病理诊断可使病人获得正确的治疗,相反错误的病理诊断可延误病人的治疗,甚至导致重大的医疗差错或事故。

临床医生应象请其它科医生会诊那样,向病理医生提供必要的病史、手术所见及化验室检查结果。当然有些典型的病变,不需要临床病史就能作出诊断,但多数情况下病理医生在作出诊断前需要参考病史,因相似形态的肿瘤,发生在不同部位,可能作出不同的诊断,如儿童头面部的小细胞恶性肿瘤,很可能是胚胎性横纹肌肉瘤,而发生在儿童肾上腺的小细胞恶性肿瘤则神经母细胞瘤的可能性大;又如发生在子宫的平滑肌肿瘤,核分裂 $<5/10\text{HPFs}$ 仍诊断为平滑肌瘤(细胞性平滑肌瘤 cellular leiomyoma),但同样的平滑肌瘤发生在消化道则能诊断为平滑肌肉瘤,类似的例子很多,总之适当的临床病史是病理医生作出正确诊断必不可少的。国外许多诊断病理专家对没有病史的病理标本一概不予以诊断。

要求手术中做冰冻切片的病例,临床医生更有责任事先向病理医生介绍病情,甚至请病理医生到手术室去,观察病变性质、部位及切除作冰冻切片的组织的部位,这样使病理科的医生和技术人员能做好物质上和思想上的准备,从而有利于病理医生作出快、准确和可靠的冰冻切片诊断。

临床医生与病理医生要相互理解、相互支持。有些临床医生把病理医生看作技术人员或化验员,这种不平等的对待,造成一些医院病理医生与临床医生之间的隔阂和关系紧张。另一方面一些病理医生只管看片子,毫不关心病人的情况,也不满足临床医生提出的合理要求。临床和病理医生的不能密切合作,受害的只能是病人。我们提倡病理医生和临床医生加强合作,相互理解、相互信任,为了病人的利益,共同努力。

(刘彤华)

第二章 口、咽、涎腺及颌骨

第一节 口和口咽部	10
一、口腔粘膜病	10
(一) 白斑	10
(二) 红斑	10
(三) 白色水肿	10
(四) 粘膜良性淋巴组织增生病	11
(五) 复发性口腔溃疡	11
(六) Behcet 综合征	11
(七) 复发性坏死性粘膜腺周围炎	11
(八) 异位皮脂腺	11
(九) 白色海绵状斑痣	11
(十) 其他口腔粘膜病	11
二、口腔及口咽的炎性病变	11
(一) 粘膜慢性炎	11
(二) 结核	12
(三) 放线菌病	12
(四) 结节病	12
(五) 肉芽肿性唇炎	12
(六) Melkersson-Rosenthal 综合征	13
(七) Crohn's 病	13
(八) Wegener 肉芽肿	13
(九) 溃疡性嗜酸性肉芽肿	13
(十) 组织胞浆菌病	13
(十一) 念珠菌病	13
三、其他非肿瘤性病变	13
(一) 囊虫病	13
(二) 淀粉样变	14
(三) 坏死性涎腺化生	14
(四) 粘液囊肿	14
(五) 舌下囊肿	14
(六) 鳃裂囊肿和鳃瘻管	14
(七) 表皮样囊肿、皮样囊肿和皮脂腺囊肿	15
(八) 疣状黄瘤	15
(九) 纤维瘤病	16

四、表皮肿瘤及瘤样病变	16
(一) 乳头瘤样病变和人类乳头瘤病毒 (HPV)	16
(二) 原位癌	16
(三) 鳞状细胞癌	16
(四) 疣状癌	17
(五) 腺鳞癌	17
(六) 小细胞癌 (燕麦细胞癌)	17
五、小涎腺肿瘤和瘤样病变	17
(一) 涎腺错构瘤	17
(二) 腺瘤样增生	17
(三) 小涎腺肿瘤	17
六、外周性造釉细胞瘤	18
七、黑色素细胞病变及黑色素瘤	18
(一) 雀斑和雀斑样痣	18
(二) 黑色素性棘皮瘤	18
(三) 黑色素沉着病	18
(四) Peutz-Jeghers 综合征	18
(五) 黑色素痣	18
(六) 恶性黑色素瘤	18
八、淋巴组织肿瘤及瘤样病变	18
(一) 淋巴组织增生性息肉	18
(二) 恶性淋巴瘤	18
(三) 浆细胞瘤	19
(四) 白血病	19
九、其他肿瘤及瘤样病变	19
(一) 外周性巨细胞性肉芽肿	19
(二) 先天性牙龈瘤	19
(三) 颗粒细胞瘤	19
(四) 血管瘤	19
(五) 淋巴管瘤	19
(六) 平滑肌瘤	20
(七) 横纹肌肉瘤	20
(八) 外周性神经瘤	20
(九) 其他良性软组织肿瘤	20
(十) 滑膜肉瘤	20
(十一) Kaposi 肉瘤	20
十、转移性肿瘤	20
第二节 涎腺	20
一、涎腺的异位	20

二、涎腺炎症	20
(一) 急性涎腺炎	20
(二) 慢性涎腺炎	20
(三) 涎腺特异性炎	21
三、涎腺非肿瘤性病变	21
(一) 涎石病	21
(二) 涎痿	21
(三) 涎腺变性肿胀	21
(四) 嗜伊红淋巴肉芽肿	21
(五) Mikulicz 病	21
(六) Sjögren 综合征	21
四、涎腺肿瘤	21
(一) 涎腺肿瘤分类	21
(二) 涎腺良性肿瘤	22
(三) 涎腺恶性肿瘤	27
(四) 其他涎腺肿瘤	31
(五) 转移性涎腺肿瘤	31
第三节 颌骨	31
一、颌骨炎症	31
(一) 根尖肉芽肿	31
(二) 颌骨骨髓炎	31
二、颌骨瘤样病变	32
(一) 巨细胞性肉芽肿	32
(二) 家族性巨颌症	32
(三) 慢性纤维性骨炎	32
(四) 骨纤维异常增殖症	32
(五) 颌骨 Paget 病	33
(六) 颌骨组织细胞增生症 (histiocytosis X)	33
(七) 巨大型牙骨质瘤	33
三、牙源性肿瘤	34
(一) 牙源性肿瘤的分类	34
(二) 良性牙源性肿瘤	34
(三) 恶性牙源性肿瘤	40
四、颌骨囊肿	41
(一) 颌骨囊肿分类	41
(二) 上皮性囊肿	42
(三) 非上皮性囊肿	43
五、颌骨其他肿瘤	43
(一) 良性肿瘤	43

(二) 恶性肿瘤 44

第一节 口和口咽部

一、口腔粘膜病

(一) 白斑

1978年WHO口腔癌和癌前病变研究中心指出,白斑在临床或病理上都不能描述为任何其他疾病的白色斑块。这个定义被广为接受。白斑发病与局部长期刺激有关,吸烟和饮酒是最普遍的原因,局部机械刺激也是重要方面。男性比女性多见,以颊和舌最好发。

大体 表面平坦者称均质性白斑,而非均质性白斑是指有刺状突起的疣状白斑,以及粗糙呈颗粒状或结节状的颗粒性白斑。

光镜 白斑表面上皮过度角化或不全角化,棘层增厚或少数也可萎缩,基底膜完整,结缔组织中有轻度慢性炎细胞浸润。

极少数白斑上皮伴有轻、中和重度的异常增生,这与宫颈癌分级常用的I-III级相对应。上皮异常增生程度越重,则潜在恶性越高,可变为上皮内癌。一般均质性白斑绝大多数为良性病变,而非均质性白斑癌变机会相对较多。

白斑的上皮异常增生常伴随苔藓样变化,出现过度角化,粒层明显,基底不规则具有锯齿状钉突,上皮下有带状炎细胞浸润,这种被认为是苔藓样异常增生改变应与真性口腔扁平苔藓相鉴别,后者上皮无异常增生改变,基底细胞层有液化变性,炎症浸润带上缘不清与表皮相连,下缘界限清楚。

(二) 红斑

也称Queyrat增殖性红斑,是指粘膜出现的边界清楚、色泽鲜红似天鹅绒样的斑块,并多伴有上皮异常增生、原位癌或早期浸润癌。红斑发病男女无差异,好发于舌缘、龈、龈颊沟、口底和舌腹。

红斑可分为以下4型:

1. 均质性红斑 边界清楚、平坦、质地柔软,此型癌变较少。
2. 间杂性红斑 为红白斑间杂、多有癌变。
3. 颗粒性红斑 在红斑的表面出现多数颗粒或小结节,此型往往是原位癌或早期浸润癌。
4. 增殖性红斑 为高起于粘膜的红斑,表面可呈颗粒样或结节状。光镜为非典型增生或鳞癌。

(三) 白色水肿

此病为白色边界不清的斑块,好发于颊粘膜,与吸烟有关。

光镜 上皮增厚,细胞内水肿,胞核固缩消失,出现空泡变性。未见此病有异常增生或癌变。