

● 刘复生 孙耘田 主编

肿瘤病理

诊断指南

中国协和医科大学出版社

肿瘤病理诊断指南

主 编 刘复生 孙耘田
编 者 (按章节次序排列)
刘洪刚 刘复生 宋雨光 邹霜梅
刘尚梅 石素胜 夏成青 吕福东
果 红 张宏图 杨红鹰 文小刚
赵连生 杨 华 段 鹏 冯晓莉
王家耀 王美清 张 洵 宋 艳
李 凌 邓炳幸 王奇璐 卢德宏
孙耘田

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤病理诊断指南 / 刘复生、孙耘田主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.12

ISBN 7-81072-612-9

I. 肿… II. ①刘…②孙… III. 肿瘤-病理-诊断
IV. R730.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 116766 号

肿瘤病理诊断指南

主 编: 刘复生 孙耘田
责任编辑: 刘建春 马兆文

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 850 × 1168 毫米 1/32 开
印 张: 24.625
字 数: 620 千字
版 次: 2005 年 4 月第一版 2005 年 4 月第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 56.00 元

ISBN 7-81072-612-9/R·605

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

肿瘤的诊断有多种手段，其中最重要的手段是病理诊断，它指导着临床治疗方式的选择，也关系到治疗效果的判断。因此，作好病理诊断关系着病人的极为重要的切身利益。错误的诊断，必将带来相当严重的后果。良性误认为恶性必将治疗过分；恶性诊断良性，则将延误患者的治疗，影响患者的存活时间。

作好病理诊断，首先要规范工作程序，其中包括取材方法，取材部位，肉眼观察，组织学分类等等，只有各单位统一规范工作程序，诊断结果才能比较一致，这不但有利于病人的治疗，也有利于治疗结果的判断，更有利于临床医师总结经验，提高医疗质量。

多数病理材料，一般病理医师多能作出诊断。但约有 10% 的病例，由于种种原因，诊断有一定困难，其中主要原因是细胞分化太差，或制片质量欠佳。对于前者，除了应该多做切片，仔细观察，寻找蛛丝马迹以外，新技术的应用是不可缺少的，例如电镜，免疫组化及分子生物学技术等。但是，这些新技术还只能作辅助手段，它并不能代替光学显微镜观察，因此，规范病理工作程序，仍是做好工作的关键。

本《指南》是根据我们的实践与经验，结合国内外的新趋势，新观点，新方法编写出来的，目的是提高病理诊断水平，希望起到抛砖引玉的作用。由于时间紧迫，加上我们的水平有限，错误处很难避免，欢迎各位批评指正。

中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院

刘复生 孙耘田

2004.2.5

目 录

第一章	颌面部肿瘤·····	(1)
第二章	食管肿瘤·····	(38)
第三章	胃肿瘤·····	(57)
第四章	肠道肿瘤·····	(74)
第五章	肝胆肿瘤·····	(119)
第六章	胰腺及壶腹部肿瘤·····	(146)
第七章	耳鼻咽喉部肿瘤·····	(160)
第八章	肺和胸膜肿瘤·····	(193)
第九章	纵隔肿瘤·····	(225)
第十章	软组织肿瘤·····	(257)
第十一章	乳腺肿瘤·····	(295)
第十二章	皮肤肿瘤·····	(316)
第十三章	骨、关节肿瘤·····	(359)
第十四章	泌尿系统肿瘤·····	(390)
第十五章	男性生殖系统肿瘤·····	(420)
第十六章	女性外阴肿瘤·····	(455)

2 肿瘤病理诊断指南

第十七章	阴道肿瘤·····	(482)
第十八章	子宫颈肿瘤·····	(498)
第十九章	子宫体和输卵管肿瘤·····	(524)
第二十章	卵巢肿瘤·····	(543)
第二十一章	甲状腺及肾上腺肿瘤·····	(575)
第二十二章	恶性淋巴瘤·····	(608)
第二十三章	腹膜及腹膜后肿瘤·····	(636)
第二十四章	眼部肿瘤·····	(673)
第二十五章	神经系统肿瘤·····	(699)
第二十六章	细胞病理学·····	(749)
第二十七章	肿瘤尸体解剖·····	(769)

第一章 颌面部肿瘤

第一节 颌面部恶性肿瘤取材、病理 报告内容举例

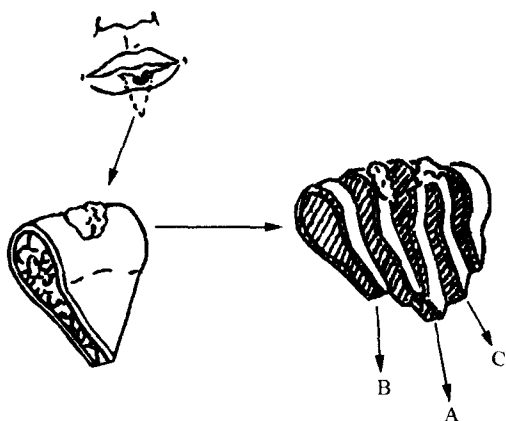
一、唇癌

(一) 标本的固定、取材 标本固定或切开固定数小时后，用墨汁标记全部手术切缘，按下图切取标本。至少应包括肿瘤的最大切面、切缘及与正常组织的交界处。有相关淋巴结时应注明，逐一取之。描述内容应包括标本切除的方式、大小，肿瘤的大小、形态、位置、与切缘的最大及最小距离，切面形态特征及肿物与周围组织的关系等。

(二) 病理报告内容 应包括标本切除的方式（如楔形切除唇组织标本）；原发肿瘤的有无；肿瘤的名称；肿瘤位置及浸润深度范围；肉眼及镜下分型；分化程度；大小；切缘有无肿瘤；切缘距肿瘤距离的提示；血管及淋巴管浸润情况；淋巴结有无转移；转移的数目；转移淋巴结的大小；远处器官转移情况；与肿瘤诊断及鉴别诊断、增殖活性及治疗和预后相关的标志物检测的结果（如特殊染色、免疫组化、原位杂交等）；最后恶性肿瘤应给出该病例的病理学 TNM 分期（pTNM）。良性肿瘤则可省略无关内容。

二、下颌骨肿瘤切除标本

(一) 标本的固定、取材 ①标本固定一夜，用墨汁标记切缘；②骨肿瘤用锯经骨和软组织锯开多个切面，以福尔马林进一步固定并脱钙；③对黏膜和软组织肿瘤，则将软组织从下颌骨上



分离下来，解剖方向是从下向上，由后向前，然后按软组织取材方法取材；④如标本包括颈根治术淋巴结，淋巴结的分离取材应按颈根治术标本进行。

描述应包括标本切除的类型（部分切除或全切）及哪一侧，病变的位置，与断端的距离，大小、形态，切面的特征，骨有无累及，切面外观，有无牙齿及其数目和外观。取材应包括肿瘤（多少可因肿瘤大小而定），肿瘤周围软、硬组织、手术切缘黏膜、软组织、骨组织及下颌神经的断端。在肉眼下或可疑有骨组织受累时应取骨组织。

（二）报告涉及内容 应与其他恶性肿瘤相同。

第二节 口腔黏膜上皮肿瘤及瘤样病变

一、良性

（一）乳头状瘤（papilloma） 是口腔内最常见的良性肿瘤，常与非肿瘤性乳头状增生难以鉴别。多见于20~50岁，好发于腭、舌、唇和牙龈。肉眼观察呈乳头状，疣状或菜花状。多数广基性

或无蒂。角化明显时带灰白色，角化少时色发红。大小多在 1cm 以下，也有较大者。

镜下表现为有蒂、广基或无蒂的上皮呈外生性生长，由于上皮条索同时向下增生而使肿瘤呈树状形态，富含小血管的结缔组织构成乳头的轴心。增生的上皮主要是棘细胞层，有时基底层可见核分裂象，但无排列的极性紊乱，上皮表层可见不同程度的角化与不全角化。

本病应与乳头状增生和疣状黄瘤等相鉴别。

(二) 乳头状增生 (papillary hyperplasia) 呈乳头状反应性增生。多由于咀嚼或义齿刺激时所致，也可和炎症及肿瘤合并发生。有时乳头状增生仅限于义齿使用者的腭部出现炎性乳头状增生，故又称腭乳头状增生。当出现上皮瘤样增生时需与鳞癌相区别。

镜下观察：为多个小乳头状突起，表层可见不全角化，突起中央为富含血管的结缔组织轴心。本病上皮分化良好，无异常增生。

(三) 角化棘皮瘤 (keratoacanthoma) 本病在临床及组织学上与高分化鳞癌近似。口腔主要见于口唇，累及其他部位口腔黏膜者少见。可见于任何年龄，女性多见。肉眼观察为质硬半球形突起，中央部凹陷，内有角栓。临床常在 4~8 周达到最大，持续数周自行消退，可留瘢痕。镜下观察病灶两端似火山口样隆起，其显著增厚的鳞状上皮向周围黏膜组织内潜掘状生长。但增生的上皮分化良好，无异型性，应注意与高分化鳞癌鉴别。

二、恶性

(一) 口腔白斑 (oral leukoplakia) 白斑的定义不完全相同，在临床上一般指黏膜表面的白色斑块，不能被擦掉，也不能被诊断为其他疾病。病理界则多以上皮有异常角化为必要条件。局部慢性机械性刺激，如吸烟、饮酒被认为是最常见的原因。白斑的定义有所不同，因此在不同国家和地区其发病率不尽相同，差别

较大。好发年龄一般在40岁以上，男性较女性多见，以颊、唇、舌和腭部黏膜多见。

肉眼观察：国际上将白斑分为均质型和非均质型。前者表面平坦，质地均匀（相当于我国的单纯型），后者可为白色或红白色病变（红白斑），形态不规则，形成刺状突起，颗粒状或结节状（包括了我国分类中的疣状型、颗粒型及溃疡型）。

镜下观察：白斑可表现为上皮单纯性增生、上皮异常增生（epithelial dysplasia）、原位癌或早期浸润癌。上皮单纯性增生表现为上皮过度角化，多为正角化，棘层增厚或少数也可萎缩，基底膜完整，上皮下结缔组织中可见轻度慢性炎症细胞浸润。此种白斑未被列入癌前病变。实际工作中对上皮异常增生程度的判定标准同宫颈鳞状上皮的异常增生，被认为是白斑的癌前病变，其癌变率在40%~60%之间。

（二）红斑（erythroplakia），又称Queyrat增生性红斑。临床指黏膜上出现边界清楚的鲜红色、天鹅绒样斑块，而不能诊断为其他疾病者。多见于41~50岁，男女发病无明显差异，以舌缘、牙龈及牙槽处多见。肉眼观察红斑分为：①均质性红斑，病变平坦，质地柔软；②间杂性红斑：红斑中出现白色斑点；③颗粒性红斑：红斑表面出现颗粒样结节。镜下观察红斑表现为上皮由轻度异常增生，至浸润性癌的各种形态。均质性红斑癌变较少，间杂性红斑多有癌变，而颗粒性红斑往往是原位癌或早期浸润癌。有报告红斑的恶性检出率达50%。

白斑和红斑的病理报告应注意明确上皮增生的类型是单纯增生还是异常增生及异常增生的程度。

（三）原位癌（carcinoma in situ） 又称上皮内癌（intraepithelial carcinoma）。在临床上可表现为白斑或红斑。镜下上皮增厚或变薄，上皮全层或几乎全层出现异常增生。具有明显的异型、多型性，核分裂象及排列的极向紊乱等，但基底膜完整，未突破基底膜向深层浸润。原位癌及异常增生亦可见于癌旁，故病理报

告中应注明断端情况。

(四) 鳞状细胞癌 (squamous cell carcinoma)

1. 鳞状细胞癌 是口腔颌面部最常见的恶性肿瘤,国内报告占颌面部恶性肿瘤的 58.6%,口腔黏膜发生的恶性肿瘤绝大多数是鳞状细胞癌。口腔内各部位的发生率在不同国家和地区报告结果不完全一致,一般以牙龈、舌、颊、口底、硬腭、唇部为多见,多发生于高龄人群,但 40 岁以下者也可见到。男性大约为女性的 2~3 倍。

肉眼观察口腔鳞癌可分为白斑型,疣状型,溃疡型及浸润型。白斑型色如白斑,表面较平坦。疣状型肿瘤色白呈疣状或乳头状向外生长。溃疡型由于早期形成溃疡,故溃疡周边多隆起,触之有硬结感。浸润型则向深部弥漫性浸润、增生。也有人按发生部位进行命名和归类,如牙龈癌,舌癌、唇癌、口底癌等。

牙龈癌常累及上颌及下颌两个部位,其中下颌者多见,常发生颌下和颌下淋巴结转移,上颌牙龈癌常引起颌下及颈上深淋巴结转移,取材时应注意寻找。

舌癌是指发生于舌前 2/3 轮廓乳头前方的癌,舌后 1/3 发生的称为舌根癌。舌癌多发生于舌侧缘,也可见于舌腹,舌背少见。舌癌易发生早期转移,至颌下及颈上深淋巴结。

口腔鳞状细胞癌镜下根据肿瘤组织分化程度通常分为 I~III 级, I 级预后好, III 级预后差。多数口腔鳞癌分化较好,有角化倾向。有时与乳头状瘤,乳头状增生,疣状癌等难以区别。下列疾病有时也需与之鉴别,包括颗粒细胞瘤,盘状红斑狼疮(有恶变为鳞癌的报道),正中菱形舌炎,角化棘皮瘤,坏死性涎腺化生,契维茨口旁器,慢性增生性念珠菌病,疣状黄瘤,寻常疣,尖锐湿疣。

口腔黏膜早期鳞状细胞癌的病理诊断尚缺乏统一标准,国内有人提出的条件是:癌组织突破基底膜后浸润深度等于或小于 2mm;癌组织未侵犯血管和淋巴管;未发生区域淋巴结转移;病

变最大直径不超过 2cm。符合这些条件者预后较好。

口腔未分化癌也可见到，但发生率低。

2. 鉴别诊断 前述需与口腔黏膜鳞状细胞癌相鉴别的疾病在不同章节有所描述。此处重点介绍与下列病变的鉴别要点。

(1) 坏死性涎腺化生 (necrotizing sialometaplasia) 本病好发于 40~50 岁男性病人，临床以发热和疼痛为主诉，发病 2~3 周出现涎腺肿大，好发于腭部，大涎腺也可被累及并被当做肿物摘除。镜下被覆上皮呈反应性增生，小叶内腺泡坏死，小叶间及小叶内可见淋巴细胞、浆细胞及组织细胞明显浸润。残留的导管柱状上皮鳞状化生及增生，易误诊为鳞状细胞癌及基底细胞腺癌，当残留有黏液细胞时亦需同黏表癌相鉴别。鉴别要点是坏死性涎腺化生常见小涎腺腺泡组织坏死，可有黏液池，鳞状细胞团块分布于小叶轮廓内，鳞状细胞分化好，无异型性。

(2) 假上皮瘤样增生 (pseudoeplitheliomatous hyperplasia) 假上皮瘤样增生是对上皮瘤样增生的一种病理组织学描述，不是一种独立疾病。可发生于慢性炎病刺激、特殊感染、机械损伤、术后创口周围及某些肿瘤，如颗粒细胞瘤、疣状黄瘤（见后）时的被覆上皮增生。当其增生明显时在结缔组织及炎性肉芽组织中形成散在的鳞状细胞团块，可出现角化，故易误为鳞癌。主要鉴别点是假上皮瘤样增生的鳞状细胞团分化好，常相互连接，无异型性，细胞大多排列规则，角化珠为正角化，周围角化细胞可见透明角质颗粒。颗粒细胞瘤应注意取到深部的颗粒细胞。鳞状细胞癌癌周围细胞有异型性，核深染，癌浸润范围较大，上皮团巢可见不规整及离断，常为不全角化。

(五) 疣状癌 (verrucous carcinoma) 多见于老年男性，好发于颊及下颌牙槽黏膜处。肉眼观察肿物呈疣状及乳头状外生性生长，角化显著，生长缓慢，但向上皮下及骨内浸润，偶见转移。镜下由高分化的复层鳞状上皮组成，细胞缺乏异型性，外侧呈疣状或乳头状，基底部上皮增生呈粗钝的杵状，上皮下方可见

淋巴细胞及浆细胞浸润。本病应多取材，如出现鳞状细胞癌小灶，应按鳞癌处理。当角化和增生上皮较厚、取材深度不够时可导致误诊及漏诊。有报告疣状癌经放疗后可以转化为未分化癌。

(六) 腺样鳞状细胞癌 (adenoid squamous cell carcinoma) 腺样鳞状细胞癌是鳞癌的一种亚型，可见于口唇，偶见于口腔黏膜。镜下特征是出现腺管样结构，细胞呈立方状或多角形，与基底膜相连，具有浓染、异型性明显的细胞核和嗜酸性的胞质。腺腔内可见游离脱落的细胞。腺管样结构常与鳞癌合并存在。

(七) 基底样鳞状细胞癌 (basaloid squamous cell carcinoma) 可见于舌、牙龈、腭、咽部等。临床表现同一般鳞癌。镜下肿瘤由基底样细胞聚集成片状、带状，外围细胞呈栅栏状排列，异型性不明显，但胞质少，核深染，核分裂象可见，肿瘤细胞团块中心常发生坏死，呈粉刺样结构。间质中可见慢性炎细胞浸润，肿瘤内找到灶性鳞癌结构被认为是鉴别诊断的一个重要特征。大多认为恶性程度高于一般鳞癌。

(八) 梭形细胞癌 (spindle cell carcinoma) 口腔黏膜可发生梭形细胞癌，其组织发生尚未明确，鳞癌放疗后可转化为梭形细胞癌，但也见于未放疗的病例。形态上应注意与间质肉瘤样反应、癌肉瘤和梭形细胞黑色素瘤鉴别。应注意多取材，本瘤鳞癌成分不明显，可结合免疫组织化学染色和电镜下超微结构观察以助鉴别诊断。

(九) 基底细胞癌 (basal cell carcinoma) 好发于颌面部皮肤，口腔黏膜原发性基底细胞癌偶见，有时来自唇基底细胞。发生于牙槽处的基底细胞癌应注意与向颌骨外生长的成釉细胞瘤鉴别。

(十) 腺鳞癌 (adenosquamous carcinoma) 口腔腺鳞癌可能来自小涎腺的腺管或表面上皮，同时具有腺癌和鳞癌组织结构特征。鳞癌可以是原位癌或浸润癌，腺癌为腺管样结构，构成腺管的细胞为基底样，柱状或黏液分泌细胞。此癌应注意与高分化黏液表皮样癌及腺样鳞状细胞癌鉴别。腺鳞癌腺管和鳞状成分更清

楚些。

第三节 口腔软组织肿瘤及瘤样病变

口腔软组织肿瘤及瘤样病变与发生于身体其他部位者近似，本节不作详述，仅对口腔内有一定临床和病理特征及较常见的病变作一简述。

一、纤维组织肿瘤

(一) 纤维瘤 (fibroma) 与纤维性增生 (fibrous hyperplasia) 纤维瘤在软组织良性肿瘤中最多见。近来的观察认为其大部分为反应性增生，而非真性肿瘤。常见于牙龈、颊、舌和腭等部位，直径多在 0.5 ~ 1.0cm，呈结节状，半球型，也可呈息肉状。切面灰白色，质韧编织状。镜下为成熟的纤维组织，同时可伴有明显的鳞状上皮增生。

未见明显包膜者笼统地称为纤维性增生。真性的纤维瘤少见，而纤维性增生常见。

(二) 纤维瘤病 (fibromatosis) 多见于牙龈，其他口腔部位软组织内亦可发生，但不多见。临床经过缓慢，可呈侵袭性生长，但不是真性肿瘤。镜下与腹部纤维瘤病无区别。有人报告结节性筋膜炎及肌纤维瘤病也可发生于口腔软组织及骨。

(三) 纤维肉瘤 (fibrosarcoma) 可发生于口腔黏膜和颌骨。发病年龄多在 35 ~ 55 岁，发病率低，有时发生在放射治疗后，以舌、颊黏膜、唇和下颌相对多见。镜下与呈梭形细胞形态的肉瘤不易鉴别，应以免疫组织化学染色等方法辅助诊断。

二、骨组织肿瘤

(一) 骨瘤 (osteoma) 颌骨的骨瘤有骨膜外和骨膜内两种。镜下为由丰富骨小梁组成的坚硬骨瘤和由纤细骨小梁组成的海绵状骨瘤。临床上在硬腭和下颌骨磨牙的舌侧见到的正常骨隆起 (腭隆凸 torus palatinus 和下颌隆凸 torus mandibularis) 增大明显时

往往与骨瘤难以鉴别，临床上后者一般两侧对称出现，镜下为致密的层板状骨组织，与正常骨组织相同，较大的病变中央可见海绵状骨，属瘤样病变。

(二) 骨母细胞瘤 (osteoblastoma) 骨样骨瘤 (osteoid osteoma) 颌骨发生的骨母细胞瘤稀少。镜下骨母细胞增生明显，有不规则骨小梁形成，间质疏松，富于血管，与牙骨质母细胞瘤相似；两者有时难以鉴别。与骨肉瘤的鉴别点是瘤细胞无异型性。

颌骨的骨样骨瘤仅有数例报告，多认为与骨母细胞瘤为同一疾病。

(三) 骨化性纤维瘤 (ossifying fibroma) 多数人认为与骨纤维异常增生症为不同的疾病，与后者相比，骨化性纤维瘤在 X 线片上边界清楚，镜下可见包膜样结构，块状及颗粒状的骨样组织及骨小梁，其内很少见到细胞，类似牙骨质纤维组织呈瘤样增生，可见纤维性成骨，与化牙骨质纤维瘤有类似之处。发生于小儿者，生长速度快，有人认为属恶性肿瘤。

(四) 骨纤维异常增生症 (fibrous dysplasia of bone) 分为单骨性和多骨性。发生于颌骨者以单骨性为多，双侧及上下颌骨多发者也不少见。临床多见于青少年，呈无痛性肿胀，进入成年期可停止进展，也有在某一时期生长快速者。X 线表现为特征性的边界不清的毛玻璃样或囊胞状阴影。镜下由排列不规则的骨小梁和小梁间增生的纤维组成。骨小梁可见“O”形、“C”形、“V”形等形态，小梁周围可见成排的骨母细胞和破骨巨细胞，数量不是很多，有时可见层板状骨。纤维组织可发生纤维化，疏松水肿及小囊腔等。

(五) 巨颌症 (cherubism) 又名家族性颌骨纤维异常增生症 (familial fibrous dysplasia of the jaws)。此病少见，大部分为家族性。原因不明，一般认为是骨的形成障碍。本病仅发生于幼儿，主要侵犯下颌，常表现为双侧下颌肿大，若侵犯眶底时，则眼球向上移位，露出巩膜。X 线显示为边界清楚的多囊性密度减

低区。镜下在纤维组织、血管增生的同时可见巨细胞呈小堆聚集或环绕在血管周围。血管壁薄，周围常见嗜伊红均质样物环绕，形成袖口状。这些也是与巨细胞肉芽肿的不同点。

(六) 骨肉瘤 (osteosarcoma) 在口腔肉瘤当中相对多见，下颌多于上颌。高龄发病的较四肢骨肉瘤多见，可见于 50~60 岁。临床经过迅速，X 线检查以溶骨性改变多见，也可见成骨像或混合像，发生于骨膜部位者可见日光放射影。镜下改变同四肢骨肉瘤。颌骨骨肉瘤多为颌骨中心性发生，与四肢骨肉瘤相比预后较好。

三、血管瘤和淋巴管瘤

(一) 血管瘤 (hemangioma) 是口腔颌面部最常见的软组织良性肿瘤。大多为单发性，除发生于软组织外，偶见于颌骨内。好发部位是唇、舌和颊部黏膜或皮下。发病多在幼年期。镜下可见毛细血管瘤，海绵状血管瘤，血管内皮细胞瘤及蔓状血管瘤，血管外皮细胞瘤也可见到。

(二) 淋巴管瘤 (lymphangioma) 多见于儿童和青少年的舌、唇、颊等部位，近表面者可呈囊性水泡状，发生于深层者可引起巨舌症和巨唇症。镜下可见肿瘤多紧贴于上皮下，由增生的薄壁淋巴管组成，内含淋巴液。所谓的颈部囊性水瘤即为颈部和颌下发生的囊性淋巴管瘤。

四、颗粒细胞瘤 (granular cell tumor)

又称颗粒性肌母细胞瘤，少见。口腔内者多见于舌。肉眼为舌背或舌侧的绿豆大半球形息肉状突起，镜下瘤细胞较大，胞质嗜酸，颗粒状，内有浓染而小的细胞核。被覆上皮有时可见假上皮瘤样增生。本肿瘤被认为来自肌母细胞。

五、婴儿黑色素神经外胚瘤 (melanotic neuroect odermal of infancy)

好发于 1 岁以内尤其是 6 个月内婴儿的上颌骨前部。肉眼观察为黑色肿块。X 线显示颌骨多囊性破坏，或侵袭性恶性肿瘤表

现。镜下瘤细胞由含有色素颗粒的大型细胞和无色素的小型细胞组成，呈条索状、裂隙状及片状增生，细胞内有时可见细纤维结构。电镜下色素细胞内有黑色素小体，非色素细胞结构似未成熟的神经母细胞。

六、巨细胞肉芽肿 (giant cell granuloma)

又称巨细胞修复性肉芽肿，属瘤样病变。可见于颌骨内及牙龈牙槽突，后者又称巨细胞性龈瘤。以前牙区多见，有蒂或无蒂，X线表现为单囊或多囊的透影区，镜下为较多的巨细胞和增生的纤维组织，巨细胞大小不一，分布不规则，可吞噬红细胞及含铁血黄素，纤维组织较疏松，可见出血及小囊腔形成。颌骨内发生者可使骨质变薄，但很少像巨细胞瘤那样穿破骨皮质。现认为颌骨内的病变大多数为巨细胞肉芽肿。

七、牙龈瘤 (epulis)

牙龈瘤是发生于牙龈的限局性瘤样病变，为一临床用语，也有人认为是良性肿瘤。多见于20~30岁的唇、颊侧牙龈，女性略多见。肉眼观察有蒂或无蒂，半球状，表面平滑，也可呈分叶状，其色泽和硬度因纤维组织和血管多少的不同而有差异，表面常有溃疡。镜下有以下分型：

1. 肉芽肿性龈瘤 (epulis granulomatosa) 镜下似炎性肉芽组织。病变早期炎性细胞浸润明显，细胞增生扩张，表面被覆上皮大多增生。此型又称为化脓性肉芽肿，可复发。

2. 纤维性龈瘤 (epulis fibrosa) 往往是已愈性肉芽肿性龈瘤，纤维组织增生，炎细胞的浸润一般限于血管周围。有的病例伴有骨化或牙骨质小体，称外周性牙源性纤维瘤。

3. 血管瘤性龈瘤 (epulis haemangiomasosa) 毛细血管增生扩张显著，呈血管瘤样形态，血管间的纤维性间质可有水肿和黏液样变。发生于妊娠期妇女称妊娠瘤 (pregnancy tumor)。

4. 巨细胞性龈瘤 (giant cell epulis) 又称外周性巨细胞性肉芽肿 (peripheral giant cell granuloma) 病变为含有丰富巨细胞的