

ORAL
AND
MAXILLOFACIAL
TUMORS

口腔颌面部肿瘤

主编

俞光岩

高岩

孙勇刚

人民卫生出版社

ORAL
AND
MAXILLOFACIAL
TUMORS

口腔颌面部肿瘤



主 编 俞光岩 高 岩 孙勇刚
编 者 (以姓氏笔画为序)
毛 驰 孙勇刚 俞光岩
高 岩 郭传瑛
绘 图 林冠华



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔颌面部肿瘤/俞光岩等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2002

ISBN 7-117-04812-3

I. 口… II. 俞… III. 口腔颌面部疾病: 肿瘤
IV. R739.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 018921 号

口腔颌面部肿瘤

主 编: 俞光岩 等

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京人卫印刷厂(尚艺)

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 31

字 数: 933 千字

版 次: 2002 年 6 月第 1 版 2002 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-04812-3/R·4813

定 价: 198.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

口腔颌面部肿瘤外科是口腔颌面外科的主要分支学科，也是口腔颌面外科医疗工作的主要内容之一。在口腔颌面外科各分支学科中，已陆续有牙及牙槽突外科、口腔颌面创伤、颞下颌关节疾病、涎腺疾病、正颌外科、唇腭裂序列治疗等专著出版，但在国内罕见口腔颌面部肿瘤的专著。虽在有关头颈部肿瘤的专著中涉及，但对于口腔科及口腔颌面外科医生来说，口腔颌面部肿瘤的专著仍属必需。

近些年来，一些学者广泛开展了口腔颌面部肿瘤的基础研究，对肿瘤发生和发展的机制有了深刻的了解，形成了新的理论和学说。新的治疗方法正在探索，并展现出良好的应用前景。

本书的主要对象为临床医生，故坚持以临床实用为主，但包括足够的应用基础知识，侧重于解剖（包括精细解剖及组织学）、临床病理及临床处理（以手术为主），使临床医生不但知其然，而且知其所以然。有关肿瘤研究的基础知识不作详细介绍。

病变区以及相关区域的解剖学及组织学知识是了解肿瘤扩散途径、组织愈合以及各种组织瓣设计的基础，故本书详尽介绍了局部应用解剖及组织学。

理想的肿瘤外科医生应是半个病理科医生，了解肿瘤的病理表现及其生物学行为，对于治疗方案的确立以及预后判断都是极为重要的。为此，本书较详细地描述了所在部位常见肿瘤的眼及组织病理学表现及其生物学行为。

治疗以手术为主，包括肿瘤切除及术后缺损的修复。随着医疗技术及人民生活水平的提高，患者对提高生存质量的要求更为迫切。因此，本书以足够篇幅描述肿瘤术后缺损的各种整复方法，其它非手术治疗方法仅作简要叙述。

在编写形式上，本书分肿瘤所在部位描述，包括良性肿瘤及恶性肿瘤。当肿瘤无部位特异性时，不同部位各有侧重。特殊类型肿瘤，如多原发性癌瘤、原发灶不明颈部转移癌等专门章节描述。

本书力图把发生于口腔颌面部，特别是上、下颌骨的各类肿瘤包括在内，以体现其完整性，便于读者查阅。当然，要真正做到这一点是很困难的。

无论病理诊断，还是外科操作，作为参考书，图片是非常重要的，有时可以起到文字难以表达的作用。为此，本书插入大量图片，并尽量以彩图形式出现。部分病例采用了成套的系列照片，包括术前面像及影像学表现、手术过程、肿瘤标本、组织病理学表现、术后面像及随访结果等。希望通过图文并茂的形式，来提高本书的可读性及实用性。

本书编写出版过程中，得到许多专家和同事的大力支持和帮助，书中部分图片应用了本院口腔颌面外科、口腔病理研究室以及口腔放射科累积的资料，这是全体同志长期努力的心血的结晶。我院张祖燕、王思博、李自力、彭歆、徐蓬等许多大夫为本书提供了图片资料，绘图室林冠华同志绘制了大量图片，李威、李雪同志打印书稿。在此一并表示衷心的感谢。

由于作者知识有限，难免存在缺点和错误，敬请读者批评指正。

俞光岩 高 岩 孙勇刚
北京大学口腔医学院
2001年11月



目 录

第一章 外科医师与病理科医师的配合	1
一、病理检查申请单的填写	1
二、活体组织检查	1
三、术中快速冰冻切片诊断	2
四、超微病理检查	3
五、免疫病理检查	3
六、信息反馈	4
第二章 肿瘤外科的基本原则	5
一、根治肿瘤	5
二、保存器官功能	6
三、整复缺损	6
四、综合治疗	6
第三章 整复外科	8
第一节 游离皮肤移植	8
一、皮肤的解剖组织学	8
二、分类和适应证	12
三、外科技术要点	15
四、皮肤移植后的生理变化	18
第二节 皮瓣移植	18
一、皮瓣的一般概念和分类	18
二、皮瓣的生理学	20
三、皮瓣的生物力学	25
四、局部皮瓣	28
五、远位皮瓣	47
第三节 肌皮瓣移植	51
一、胸大肌皮瓣	51
二、胸锁乳突肌皮瓣	53
三、斜方肌皮瓣	54
四、颈阔肌皮瓣	55
五、背阔肌皮瓣	56
六、舌骨下肌群肌皮瓣	57
第四节 颞部组织瓣	57

一、颞部组织瓣的应用解剖	57
二、颞部组织瓣的应用类型	58
第五节 游离组织瓣移植	59
一、前臂皮瓣	60
二、肩胛皮瓣	64
三、大腿前外侧皮瓣	68
四、上臂外侧皮瓣	71
五、足背皮瓣	74
六、腹直肌皮瓣	77
七、背阔肌皮瓣	80
八、腓骨瓣	82
九、髂骨瓣	87
十、受区血管的选择	93
十一、双游离皮瓣移植技术	93
第六节 皮肤扩张技术	94
一、术前准备	94
二、手术要点	95
三、并发症及处理	96
第七节 瘢痕整复术	97
一、手术切除	97
二、瘢痕不规则化	97
第四章 唇部肿瘤	104
第一节 解剖学	104
第二节 临床病理	106
一、常见肿瘤类型	106
二、肿瘤的浸润与转移	110
第三节 临床表现	110
第四节 肿瘤切除与整复	111
一、肿瘤切除的原则	111
二、唇红缺损的修复	112
三、下唇缺损的修复	113
四、上唇缺损的修复	121
五、涉及口角的上、下唇缺损的修复	123
六、颈部转移灶的处理	123
第五节 预后	123
第五章 舌部肿瘤	125
第一节 解剖学	125
第二节 临床病理	127
一、常见肿瘤类型	127
二、肿瘤的浸润和转移	130



第三节 临床表现	131
第四节 肿瘤切除	132
一、原发癌切除	132
二、颈部转移灶的处理	135
第五节 缺损修复	135
第六节 预后	136
第七节 术后功能评价	137
一、正常功能	137
二、舌缺损对功能的影响	137
三、术后功能评定标准	138
第六章 口底肿瘤	140
第一节 解剖学	140
第二节 临床病理	141
一、常见肿瘤类型	141
二、肿瘤的浸润和转移	142
第三节 临床表现	143
一、瘤样病变	143
二、口底癌	145
第四节 肿瘤切除	145
一、口底皮样、表皮样囊肿摘除	145
二、舌下腺切除	145
三、口底癌切除	146
第五节 缺损修复	148
一、软组织缺损修复	148
二、骨组织缺损修复	149
第六节 预后	152
第七章 颊部肿瘤	154
第一节 解剖学	154
第二节 口腔粘膜组织学	154
第三节 临床病理	156
一、癌前病变及常见肿瘤类型	156
二、肿瘤的浸润和转移	160
第四节 临床表现	161
第五节 肿瘤切除	162
一、原发肿瘤切除	162
二、颈部转移灶的处理	162
第六节 缺损修复	163
第七节 预后	165



第八章 下颌肿瘤	167
第一节 解剖学	167
第二节 牙源性囊肿	169
一、根端囊肿	169
二、始基囊肿	171
三、含牙囊肿	171
四、牙源性角化囊肿	172
五、腺牙源性囊肿	177
六、牙旁囊肿	177
七、根侧囊肿	177
第三节 牙源性肿瘤	178
一、成釉细胞瘤	178
二、牙源性钙化上皮瘤	187
三、牙源性透明细胞癌	188
四、牙源性鳞状细胞瘤	189
五、牙源性钙化囊肿	189
六、牙瘤	190
七、成釉细胞纤维瘤	191
八、成釉细胞纤维牙瘤	192
九、牙成釉细胞瘤	192
十、牙源性纤维瘤	193
十一、牙源性粘液瘤	193
十二、良性成牙骨质细胞瘤	195
十三、恶性成釉细胞瘤及成釉细胞癌	196
十四、原发性骨肉瘤	196
十五、成釉细胞纤维肉瘤	196
十六、牙源性影细胞癌	197
第四节 牙龈良性肿物	198
一、婴儿龈囊肿	198
二、成人龈囊肿	198
三、萌出囊肿	198
四、牙龈瘤	199
五、化脓性肉芽肿	200
六、先天性牙龈瘤	200
七、牙龈纤维瘤病	201
第五节 牙龈恶性肿瘤	202
一、牙龈鳞状细胞癌	205
二、磨牙后区粘液表皮样癌	205
第六节 骨、关节良性肿瘤及瘤样病变	205
一、骨瘤	206
二、骨软骨瘤	206



三、软骨瘤	208
四、软骨母细胞瘤	208
五、良性骨母细胞瘤	209
六、软骨粘液样纤维瘤	210
七、滑膜软骨瘤病	210
八、骨化性纤维瘤	211
九、骨纤维结构不良	212
十、根尖周牙骨质结构不良	215
十一、巨大型牙骨质瘤	215
十二、巨颌症	216
十三、骨巨细胞肉芽肿	218
十四、单纯性骨囊肿	219
十五、动脉瘤性骨囊肿	220
十六、朗格汉斯细胞组织细胞增生症	220
十七、骨巨细胞瘤	222
十八、髁突良性肥大	223
第七节 骨、关节恶性肿瘤	224
一、骨肉瘤	224
二、密质骨旁骨肉瘤	225
三、软骨肉瘤	226
四、滑膜肉瘤	228
五、骨髓瘤	229
六、尤文肉瘤	230
七、纤维肉瘤	230
第八节 下颌肿瘤切除	232
一、下颌骨矩形切除术	232
二、下颌骨部分切除术	232
三、半侧下颌骨切除术	233
四、次全或全下颌骨切除术	234
第九节 口腔下颌骨缺损的修复与重建	234
一、重建的适应证	234
二、重建的时机	235
三、重建的目标	235
四、术前考虑	235
五、术中考虑	236
六、重建方法的选择	236
七、髁状突的处理	238
八、义齿修复	238
第九章 上颌牙龈、腭及上颌窦肿瘤	243
第一节 解剖学	243
第二节 上颌发育性囊肿	245



一、鼻腭囊肿·····	245
二、球上颌囊肿·····	246
三、鼻唇囊肿·····	246
第三节 牙源性囊肿及肿瘤·····	247
一、牙源性腺样瘤·····	247
二、婴儿黑色素神经外胚瘤·····	247
第四节 腺源性肿瘤·····	249
一、发病情况·····	250
二、临床表现·····	250
三、诊断及鉴别诊断·····	250
四、治疗及预后·····	251
第五节 鳞状细胞癌·····	255
一、发病情况·····	255
二、肿瘤的浸润与转移·····	255
三、临床表现·····	256
四、诊断及鉴别诊断·····	257
五、治疗·····	258
六、预后·····	263
第六节 非上皮性肿瘤·····	263
一、恶性黑色素瘤·····	263
二、中线肉芽肿综合征·····	268
三、恶性纤维组织细胞瘤·····	270
四、伯基特淋巴瘤·····	271
第七节 上颌骨重建·····	272
一、应用解剖·····	272
二、历史回顾·····	272
三、上颌骨重建技术·····	273
第十章 面部皮肤肿瘤·····	282
第一节 解剖学及组织学·····	282
第二节 面部皮肤良性肿瘤及瘤样病变·····	282
一、角化棘皮瘤·····	282
二、皮脂腺腺瘤·····	283
三、毛发上皮瘤·····	285
四、钙化上皮瘤·····	285
五、汗管瘤·····	286
六、圆柱瘤样汗管瘤·····	286
七、色素斑痣·····	287
八、光线性角化病·····	288
九、皮角·····	289
十、脂溢性角化病·····	289
十一、着色性干皮病·····	290



十二、表皮样囊肿·····	290
十三、假上皮瘤样增生·····	291
第三节 颜面部皮肤恶性肿瘤·····	291
一、鳞状细胞癌·····	291
二、基底细胞癌·····	292
三、汗腺癌·····	294
四、恶性黑色素瘤·····	295
第四节 颜面部缺损修复·····	296
一、直接缝合·····	296
二、游离植皮·····	297
三、眼睑缺损的修复·····	297
四、外耳缺损的修复·····	303
五、鼻缺损的修复·····	309
六、额部皮肤缺损的修复·····	313
七、头皮缺损的修复·····	318
第十一章 大涎腺肿瘤·····	324
第一节 应用解剖学和组织学·····	324
一、应用解剖学·····	324
二、组织学·····	329
第二节 发病情况·····	331
第三节 发病因素·····	332
第四节 临床病理·····	333
一、上皮性肿瘤组织学类型及生物学行为·····	333
二、大涎腺非上皮性肿瘤·····	347
三、大涎腺瘤样病变·····	347
第五节 大涎腺肿瘤的临床诊断和分类分期·····	349
一、病史·····	349
二、临床检查·····	349
三、影像学诊断·····	350
四、涎腺癌国际 TNM 分类及分期·····	356
第六节 治疗原则·····	356
一、手术治疗·····	360
二、放射治疗·····	360
三、化学药物治疗·····	361
第七节 腮腺肿瘤·····	361
一、腮腺浅叶肿瘤·····	370
二、腮腺深叶肿瘤·····	373
三、副腮腺肿瘤·····	374
第八节 颌下腺肿瘤·····	377
第九节 舌下腺肿瘤·····	



第十二章 颈部肿瘤	382
第一节 颈部肿块分类	382
第二节 颈部肿块的诊断及鉴别诊断	383
一、颈部肿块的诊断方法	383
二、诊断中应注意的几个问题	384
第三节 颈部良性肿瘤及瘤样病变	385
一、神经鞘瘤	385
二、颈动脉体瘤	388
三、鳃裂囊肿	390
四、甲状舌管囊肿	395
五、血管瘤和血管畸形	397
六、淋巴管瘤	402
七、淋巴结结核	404
第四节 颈部恶性肿瘤	405
恶性淋巴瘤	405
第十三章 多原发性肿瘤	411
一、病因	411
二、发病情况	412
三、患者预后	414
四、处理原则	414
第十四章 原发灶不明的颈部转移癌	416
一、发病情况	416
二、临床表现	417
三、原发灶的寻找	417
四、颈部转移癌的处理	418
五、预后	418
第十五章 口腔、颌骨及涎腺转移癌	420
第一节 口腔及颌骨转移性癌瘤	420
一、发病情况	420
二、原发癌瘤部位	420
三、转移癌瘤部位	421
四、转移癌瘤临床表现	421
五、治疗及预后	422
第二节 涎腺转移癌瘤	422
一、发病情况	423
二、原发癌瘤的部位	424
三、转移癌瘤的病理类型	424
四、治疗及预后	424



第十六章 颈淋巴清扫术·····	426
一、颈淋巴结·····	426
二、颈淋巴清扫术发展简史·····	429
三、颈淋巴清扫术的分类·····	430
四、颈淋巴清扫术术式的选择·····	432
五、颈淋巴清扫术的手术方法及技巧·····	432
第十七章 口腔颌面部肿瘤的放疗、化疗及其他非手术治疗·····	442
第一节 放射治疗·····	442
一、放射源的种类·····	442
二、放射治疗的照射方式·····	442
三、放射治疗量·····	443
四、影响放疗剂量因素·····	443
五、放疗增敏·····	443
六、放射损伤·····	443
七、口腔颌面部上皮性癌的放疗原则·····	444
八、术前放疗和术后放疗·····	444
第二节 化学药物治疗·····	444
一、口腔鳞癌常用的有效化疗药物·····	445
二、口腔癌化疗原则·····	447
第三节 激光治疗·····	448
一、CO ₂ 激光·····	448
二、Nd:YAG 激光·····	448
三、氩离子激光·····	450
四、光动力学疗法·····	450
第四节 冷冻治疗·····	451
一、冷冻导致细胞损害的机制·····	451
二、用于冷冻治疗的制冷剂·····	451
三、冷冻设备·····	451
四、适应证·····	451
五、冷冻方法·····	452
六、冷冻剂量·····	452
七、冷冻反应、并发症及注意事项·····	452
第五节 栓塞治疗·····	453
一、适应证·····	453
二、禁忌证·····	453
三、器材及栓塞材料·····	454
四、栓塞方法与原则·····	454
五、头颈血管性肿瘤、畸形的栓塞治疗·····	455
六、高血运良性肿瘤栓塞治疗·····	455
七、恶性肿瘤的栓塞化疗·····	456



八、术后处理·····	456
九、并发症·····	456
第六节 肿瘤的热疗·····	457
一、热疗抗癌机制·····	457
二、热疗和放疗结合·····	457
三、热疗和化疗结合·····	457
第七节 电化学疗法·····	458
一、作用机制·····	458
二、适应证·····	458
三、操作方法·····	458
四、并发症·····	458
第八节 营养治疗·····	459
一、营养支持·····	459
二、营养手段干预肿瘤生长·····	459
第九节 生物治疗·····	461
一、肿瘤的细胞因子疗法·····	461
二、肿瘤的过继免疫疗法·····	462
三、肿瘤的基因治疗·····	463
中文索引·····	468
英文索引·····	475



第一章

外科医师与病理科医师的配合

在医院内，外科医师和病理医师在工作上的关系是最密切的。病理医师和外科医师的密切配合非常有利于外科某些疾病特别是肿瘤的治疗，这是保证和提高医疗质量的一个重要环节。

一、病理检查申请单的填写

病理申请单的设计主要是为了病理医师的诊断工作。其中各项内容对于病理医师来说都是诊断时的重要参考，同外科病历一样是重要的医疗文件，同时也是非常有价值的科研资料。因此必须认真、逐项和仔细填写。下级医师填写的申请单应由上级医师校阅。主要病史、临床检查所见、实验室检查结果、X线检查结果、患者的既往史、特别是肿瘤病史包括全身各部位的肿瘤史、既往病理检查史、全身皮肤病的现病史及既往史、家族史均应填写。需要病理医师特别注意的部位可用缝线作标记，并在申请单中说明。

有些医师对病理申请单的填写不够重视，如填写时缺项，病史填写过于简单等。这将影响病理医师在诊断时对病情的分析，不利于正确诊断，同时不利于病例的分析总结和科研工作，甚至使医师在发生医疗纠纷时处于非常不利的地位。出现这种现象主要是少数外科医师对病理诊断的认识不够造成的。有些外科医师认为只要有病变组织，病理医师就能作出诊断。实际上有些疾病包括肿瘤前病变、肿瘤、瘤样病变的病理表现并没有截然的界限，而有一定的重叠，适当的临床资料则有利于病理医师作出鉴别诊断，有时临床资料对于病理诊断是必需的。

二、活体组织检查

本章中的活体组织检查也包括术后标本的病理检查。活体组织检查简称活检，其首要目的是明确疾病的诊断，这是对疾病实施有效治疗的前提。术后病理检查是将经过或未经过术前活体组织检查的术后标本进行病理学检查，其目的除确定诊断外，在肿瘤患者还可确定切除的组织边缘是否有肿瘤的残留以及淋巴结是否有肿瘤转移等，依此来确定术后的治疗方法和判断患者的预后。

活体组织检查的原理是取一定量的病变组织，将其制成组织切片，再进行染色。通过显微镜观察病变的组织结构，从而明确病变的性质，确定疾病的诊断。特殊情况下，可通过电子显微镜观察组织的超微结构，或用组织化学、免疫组织化学方法鉴定组织中的特殊成分，还可以用分子生物学方法检测组织中特定的 RNA、DNA 序列，达到对疾病的诊断和鉴别诊断的目的。



活体组织检查是诊断疾病的有效手段之一。但其前提是所取组织必须是疾病有代表性的组织，而有时病变体积或范围较大，所取的小块组织不一定代表病变的本质。因此临床和病理医生应密切合作，全面分析患者的临床及各项其他检查所见，进行综合分析，方能得出正确诊断。

（一）适应证

1. 临床上不能明确诊断的、性质不清的肿块。
2. 某些分型不明的良、恶性肿瘤。目的是确定组织分型，以有利于治疗。
3. 不明原因的、经治疗两周以上不愈合的溃疡。
4. 某些长期按炎症治疗无效的病变。
5. 口腔粘膜白斑、红斑。为明确其上皮异常增生的程度或是否有癌变而进行活检。
6. 临床上某些鉴别困难的粘膜病。
7. 因肿瘤或其他疾病手术切除的标本。
8. 某些肿瘤如腮腺和颌下腺肿瘤，恶性黑色素瘤和血管瘤，活检有造成肿瘤种植、扩散或出血的危险，一般不应进行活检。伴急性炎症的病变应在炎症消退或得到控制后再行活检。

（二）标本切取的注意事项

1. 为避免影响组织染色，切取表面溃疡及粘膜病变时，尽量不用有色消毒液。
2. 在进行局部麻醉时，注射针不应穿过肿瘤组织。麻醉液应尽量远离拟切取的组织，以免麻醉剂影响组织结构（特别是口腔粘膜组织），不利诊断。
3. 切取肿瘤及其他组织时，要有足够的深度。对于口腔粘膜应包括上皮、固有层和粘膜下层。切取溃疡组织时，应取溃疡边缘与正常组织交界处及部分溃疡组织。无论是溃疡还是肿物的切取，都应避免切取坏死组织。
4. 活检所用手术刀应锋利，禁忌挤压、钳夹拟切取的组织，否则组织因挤压变形，无法诊断。特别是淋巴细胞丰富的组织更易发生组织变形。口腔粘膜多处或大范围的病变，临床上表现多样时，可在有代表性的区域切取2块以上的组织。
5. 要求对术后标本的特殊部位如组织边界、淋巴结等进行病理检查者，应在此部位作适当的标记，或单独切取，单独固定。

（三）组织固定

1. 切取的组织应立即置于10%formalin溶液固定（用于冷冻切片病理检查者除外），固定液的体积至少为组织标本体积的10倍，否则固定效果不佳。需要强调说明的是，切取的组织特别是术后标本，如果不及时固定，将发生组织自溶；标本较大而固定液过少，如用较小的容器盛较大的标本时同样会引起组织自溶。组织自溶后，影响常规染色结果，给诊断造成困难；同时组织自溶导致的抗原的丢失，会导致在使用特殊方法如免疫组织化学染色进行鉴别诊断时出现假阴性，不利于肿瘤的鉴别诊断。这对科研工作也同样不利。

2. 薄片状组织如上颌窦粘膜，已剖开的薄囊肿壁，直接投入固定液中易卷曲，造成切染及观察困难。可将其平铺在滤纸上，再置于固定液中。

三、术中快速冰冻切片诊断

冰冻活体组织检查的适应证主要是不适宜先行进行一般组织活检的病变和组织。主要目的是术中确定疾病的诊断或确定恶性肿瘤切除的边界，特殊情况下可用来监测深部肿瘤的活检，判断所取组织是



否正确。

对术中是否作冰冻切片检查,最好事先有所计划。根据患者的具体情况决定冰冻诊断的目的是确定病变性质或确定切除边界,并事先填好病理检查申请单,以便病理科安排工作。

标本切取时,应选择病变典型区,组织块应有足够的体积。骨组织或骨样组织一般不做冰冻检查。

四、超微病理检查

(一) 适应证

超微病理检查在病理诊断工作中适用于对肿瘤的鉴别诊断。其主要原理是通过观察肿瘤细胞中特殊的细胞器,判断肿瘤的组织来源,达到鉴别诊断、指导治疗的目的。如对癌与肉瘤的鉴别(癌细胞内有张力细丝,癌组织有基底膜结构;肉瘤细胞内无上述细胞器)、鳞癌与腺癌的鉴别(鳞癌细胞内主要的细胞器为张力细丝,而腺癌细胞内有分泌物及微囊)、恶性黑色素瘤的鉴别(瘤细胞内有黑色素小体)、神经内分泌肿瘤的鉴别(瘤细胞内含内分泌颗粒)、软组织肿瘤的鉴别(如横纹肌来源的肿瘤有Z线)等。

(二) 标本切取及固定

标本的切取一般同冰冻标本的切取,应选择有代表性的、非坏死和变性的新鲜肿瘤组织。标本切取后,应分切成 1mm^3 大小的组织块,用新配制的2.5%戊二醛固定。

某些情况下,如果事先未取到新鲜肿瘤组织,术后的常规石蜡包埋的肿瘤组织也可用来做超微病理检查。

超微病理检查的主要缺点是成本较高,时间较长。

五、免疫病理检查

免疫病理检查是通过使用特异性抗体检测肿瘤中的特异性抗原,对肿瘤中的抗原进行定性和定位,从而达到对肿瘤的诊断和鉴别诊断的目的。肿瘤的诊断和鉴别诊断中,免疫组织化学的方法得到了越来越广泛的运用。这主要是由于免疫组织化学方法特异性强,参考价值较高,方法日趋成熟,许多诊断中常用的抗体已商品化;同时免疫病理检查的技术要求不是很高,容易普及,成本也比较合理。

(一) 适应证

主要用于肿瘤的鉴别诊断和某些肿瘤的诊断。

(二) 标本切取及固定

标本切取同活体组织检查。多数情况下固定的要求也同活体组织检查。某些特殊抗原需新鲜标本或中性甲醛溶液固定。多适用于二次手术或活检的病例。

(三) 免疫病理常用方法及运用

免疫组织化学染色最常用于肿瘤特别是恶性肿瘤的鉴别诊断。一般在肿瘤的组织来源不明确时,采用三种针对较特异性组织来源抗原的抗体,来确定组织来源。通常为抗细胞角蛋白抗体,此为上皮组织的特异性抗体;抗波形蛋白的抗体,为间叶组织特异性抗体及抗白细胞共同抗原抗体(淋巴组织的特异性抗体)。如果待诊肿瘤细胞为细胞角蛋白阳性而其他染色阴性,说明此肿瘤为上皮性来源,如

