

<<皮肤组织病理学>>

图书基本信息

书名：<<皮肤组织病理学>>

13位ISBN编号：9787117168007

10位ISBN编号：7117168005

出版时间：2013-3

出版时间：人民卫生出版社

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<皮肤组织病理学>>

### 内容概要

《中国医师协会美容专业医师培训教材:皮肤组织病理学》分四篇，第一篇为总论及基本原则，主要介绍皮肤的发生及结构、皮肤病理取材及常用诊断技术、皮肤病理学常用术语，第二篇分十二章介绍炎症性皮肤病，第三篇介绍感染性疾病，第四篇介绍皮肤肿瘤和囊肿。

对于炎症疾病部分，主要参照Akerman教授炎性皮肤病的组织学诊断模式来进行介绍，同种疾病，不同的模式将在不同的章节来进行阐述；对于皮肤肿瘤部分，则是按照肿瘤的不同组织发生来介绍的。

## <<皮肤组织病理学>>

### 作者简介

高天文教授，博士研究生导师，第四军医大学西京医院皮肤科主任。

1983年毕业于第四军医大学，1992年在第三军医大学刘荣卿教授指导下获皮肤病与性病学博士学位。发表学术论文200余篇，主编及副主编专著9部，代表性著作有《现代皮肤组织病理学》和《美容激光医学》，发现并命名一新疾病—外伤后细菌性致死性肉芽肿。

现任中华医学会皮肤性病学会委员及皮肤病理学组副组长，中华医学会医学美学与美容学会常委及皮肤美容组组长等职。

主要研究方向及专长：黑素瘤、白癜风、皮肤组织病理学和激光美容。

孙建方，1957年2月出生，青岛市人。

教授，博士生导师。

中国医学科学院皮肤病研究所副所长，皮肤病理研究室主任。

享受国务院政府特殊津贴专家。

中国医师协会皮肤病分会副会长、皮肤病理委员会主任；中华医学会皮肤病性病学会分会常委、委员，皮肤病理学组组长、副组长；亚洲皮肤科学会理事；首批“新世纪百千万人才工程”国家级人选；入选江苏省“六大高峰人才”；江苏省“333工程”培养对象；国家食品及药品监督管理局新药审评委员；中华医学会江苏省皮肤病专业委员会副主任委员、皮肤病理学会主任委员；青岛大学医学院附属医院首席医学专家。

《中华皮肤科杂志》副总编；《临床皮肤科杂志》、《中国皮肤病性病杂志》、《中国麻风皮肤病杂志》、《国际皮肤性病杂志》等9本专业杂志的编委。

孙建方教授长期工作在临床第一线，在皮肤病学专业有宽广的理论基础和良好的基本功，积累了丰富的临床经验，尤其擅长少见和疑难皮肤病的诊治，同时对皮肤组织病理诊断有很深的造诣，曾在国际首报皮肤病4种。

曾负责包括国家自然科学基金在内的20余项科研基金课题，对皮肤黑素瘤、淋巴瘤、尖锐湿疣、银屑病等疾病的病因学及实验诊断进行过深入的研究。

发表论文220篇，主编或主译专业图书4部，参与过21部专业图书的编写。

获奖5项。

培养博士生27名，为全国培养皮肤病及皮肤病理进修医师数百名。

多次获得了中国协和医科大学优秀教师的光荣称号。

现为全国政协委员，农工民主党江苏省省委副主委。

## &lt;&lt;皮肤组织病理学&gt;&gt;

## 书籍目录

第一篇总论及基本原则 第一章皮肤的发生和结构 一、皮肤胚胎学 (一) 表皮的发生 (二) 皮肤附属器的发生 (三) 表皮内其他细胞的发生 (四) 真皮和皮下组织的发生 (五) 皮肤纹理的形成 二、皮肤组织学 (一) 表皮 (二) 细胞间连接 (三) 表皮内其他细胞 (四) 基底膜带 (五) 真皮和皮下组织 (六) 皮肤附属器 (七) 皮肤的神经、血管、淋巴管和肌肉 (八) 皮肤组织结构的异质性特点 第二章皮肤病理取材及常用诊断技术 一、皮肤病理取材 (一) 组织活检 (二) 活检适应证 (三) 皮损的选择 (四) 取材方法 (五) 病理报告申请单的填写 (六) 切片制作 二、常用特殊染色 三、免疫组化染色 (一) 概念 (二) 常用染色方法 (三) 常见问题 (四) 免疫组化在皮肤病理诊断中的应用 (五) 免疫组化染色阳性信号的形态特征 (六) 免疫组化中的处理原则 (七) 免疫组化的局限性 四、皮肤组织病理学常用免疫组化抗体 (一) 上皮类 (二) 软组织类 (三) 淋巴造血系统类 (四) 神经内分泌类 (五) 黑素细胞类 (六) 中枢神经类 五、免疫荧光技术 (一) 概念 (二) 常用免疫荧光技术 (三) 直接免疫荧光检查活检取材注意事项 (四) 免疫荧光结果的判定 第三章皮肤病理学常用术语 第二篇炎症性皮肤病 第一章表皮成熟和角化异常性疾病 一、鱼鳞病 二、掌跖角皮症 三、汗孔角化症 四、表皮松解性角化过度 五、棘突松解性角化不良 第二章海绵水肿、银屑病样增生性疾病 一、海绵水肿性疾病 (一) 淋巴细胞性海绵水肿 (二) 嗜酸性海绵水肿 二、银屑病样增生性疾病 第三章色素异常性疾病 一、色素增加性疾病 二、色素减少性疾病 第四章水疱大疱性疾病 一、角质层和角层下水疱病 二、基底层上水疱病 三、浸润细胞较少的表皮下水疱病 四、中性粒细胞为主浸润的表皮下水疱病 五、嗜酸或淋巴细胞为主浸润的表皮下水疱病 第五章界面皮炎和苔藓样皮炎性疾病 一、空泡性界面皮炎 二、苔藓样界面皮炎 第六章血管炎和血管病 一、中性粒细胞性血管炎 二、淋巴细胞性血管炎 三、肉芽肿性血管炎 四、血管病 第七章肉芽肿性疾病 一、结核样肉芽肿 二、结节病样肉芽肿 三、坏死性肉芽肿 四、异物肉芽肿 第八章胶原、弹力纤维异常性疾病 一、胶原纤维异常性疾病 二、弹性纤维异常性疾病 三、穿通性疾病 第九章代谢性疾病和皮肤沉积物性疾病 一、卟啉症 二、淀粉样变 (一) 原发性皮肤淀粉样变性 (二) 原发性系统性淀粉样变 三、黏蛋白沉积症 四、其他 第十章皮肤附属器性疾病 一、毛囊及毛囊周围炎 二、毛发脱落性疾病 第十一章脂膜炎 一、间隔性脂膜炎 二、小叶性脂膜炎 第十二章药疹 第三篇感染性疾病 第一章总论 一、某些炎症特点可为感染性皮肤病提供诊断线索 二、病原体阳性支持诊断, 但阴性并不能完全排除诊断 三、个别特征性病理改变作为诊断线索 第二章病毒感染性疾病 第三章细菌感染性疾病 第四章真菌感染性疾病 一、浅部真菌病 二、深部真菌感染性疾病 第五章螺旋体和寄生虫性疾病 第四篇皮肤肿瘤和囊肿 第一章表皮肿瘤 一、表皮痣 二、棘皮瘤 三、癌前病变 四、恶性肿瘤 五、其他 第二章黑素细胞肿瘤 一、基底层黑素细胞增生性疾病 二、黑素细胞痣 三、恶性黑素瘤 第三章皮肤附属器肿瘤 一、向毛囊分化肿瘤 (一) 来源于毛胚芽的肿瘤 (二) 来源于毛囊漏斗部肿瘤 (三) 来源于外毛根鞘的肿瘤 (四) 来源于毛周间质的肿瘤 二、向皮脂腺分化的肿瘤 三、向大汗腺分化肿瘤 四、向小汗腺分化肿瘤 五、其他 第四章纤维性肿瘤和瘤样增生 一、成纤维细胞性和肌成纤维细胞性肿瘤 (一) 良性肿瘤 (二) 中间性纤维肿瘤 (三) 恶性肿瘤 二、所谓的纤维组织细胞肿瘤 (一) 良性肿瘤 (二) 交界型和恶性纤维组织细胞肿瘤 第五章脉管性肿瘤 (一) 反应性血管增生和扩张 (二) 良性脉管肿瘤 (三) 中间性脉管肿瘤 (四) 恶性脉管肿瘤 (五) 其他肿瘤 第六章其他软组织肿瘤 一、周围神经肿瘤 二、平滑肌肿瘤 三、脂肪组织肿瘤 四、其他 第七章皮肤转移性肿瘤 第八章皮肤淋巴瘤 (一) 原发皮肤T细胞淋巴瘤 (二) 皮肤B细胞淋巴瘤 (三) 皮肤假性淋巴瘤 第九章组织细胞和肥大细胞增生性疾病 一、组织细胞增生性疾病 (一) 朗格汉斯组织细胞增生症 (二) 非朗格汉斯组织细胞增生症 二、肥大细胞增生性疾病 第十章皮肤囊肿 (一) 附属器囊肿 (二) 其他囊肿

## &lt;&lt;皮肤组织病理学&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：插图：（六）免疫组化中的处理原则 1. 抗体的选择 抗体的选择需符合以下条件：合适的抗体，费用少，达到目的。

因此要求病理医师对HE形态熟练掌握，既不能撒大网，使费用增加，也不能遗漏诊断，造成误诊或延迟报道。

首选敏感性及特异性都好的抗体，但特异性不高，敏感性高的抗体仍具重要作用，如采用S100诊断恶性黑色素瘤或肌上皮瘤。

抗体不仅要选准，还要选足，如标记T细胞选择CD3和CD43；B细胞选择CD20和CD79a；CD3、CD20特异性较强，而CD43、CD79a敏感性较强，这样选择可兼顾敏感和特异性，又避免因淋巴瘤可能会丢失一些标记而造成的遗漏。

以往提倡先采用一线抗体，确定一定范围，再应用二线抗体明确诊断，希望节约费用，但有时一线抗体太少，部分肿瘤的交叉反应会导致误诊。

抗体的选择还需遵循“交叉阳性”原则，如癌与恶性黑色素瘤鉴别时，要选1~2个癌阳性而恶性黑色素瘤阴性的抗体，如CK、EMA，同时还要选1~2个恶性黑色素瘤阳性而癌阴性的抗体，如S100、Melan—A。

2. 设立阳性、阴性对照 由于目前尚无公认、统一的操作规范和判断标准，所以常导致同一病例产生不同的结果，甚至于对同一张切片结果判断不一，因而成为争论的焦点。

不同抗体的定性和阳性标准不一，即使不同公司生产的同一抗体阳性标准亦有差异，使有些结果大相径庭。

所以日常工作中设立对照尤为重要。

设立阳性对照：充分利用自身对照，最为可靠，应尽量选择有正常组织的标本；熟悉选用抗体的阳性表达组织，例如S100可以标记黑色素瘤细胞，也可标记朗格汉斯细胞，当病变细胞和表皮朗格汉斯细胞均表达S100时，可确定抗体标记正确，如病变细胞表达，而表皮朗格汉斯细胞不表达S100时，不能判断为阳性表达。

亦可用同一批其他病例。

如无适当组织，可选用已知阳性标本作对照，例如将多种不同组织集成在一起，制成“腊肠”、“春卷”切片、组织芯片等。

还可采用阑尾，因其包含的组织种类较其他组织器官多。

设立阴性对照：采用正常人血清代替一抗，以判断有无特异性标记。

如CK染色、淋巴细胞标志染色时看纤维组织、肌组织等是否阳性；desmin染色时看周围上皮组织、炎细胞等是否阳性；特别要注意内源性生物素造成的非特异染色（如肝、肾及富含线粒体的细胞等）。

只有阳性对照染色阳性，阴性对照组织又基本阴性，免疫组化结果才可信。

而且阳性信号位置必须与被检测抗原在细胞及亚细胞结构的定位相一致，如定位不对应视为阴性或应重复试验。

通常阳性结果具有肯定作用，阴性为否定作用，但阳性较阴性更有意义，因许多原因（抗原修复、抗体特性、检测方法等）均可导致假阴性，而少数内源性生物素加热后可产生假阳性。

染色结果必须密切结合形态学，当免疫组化与形态学结果难以统一时，不能否定形态学。

首先要核查染色中的问题，如抗体是否正确，定位是否准确，结果解释是否正确，有/无假阳性、假阴性问题；进一步核实（查阅文献）是否存在交叉反应或异常表达。

## <<皮肤组织病理学>>

### 编辑推荐

《中国医师协会美容专业医师培训教材:皮肤组织病理学》主要用于皮肤病理培训基地的教学培训,同时本教材也适用于皮肤科临床医师、研究生以及普通病理科医师的培训学习。

<<皮肤组织病理学>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>