DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.04.057
第23卷第4期 第三军医大学学报 Vol. 23, No. 4
484 2001年4月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Apr. 2001

论著

文章编号:1000-5404(2001)04-0484-03

伴嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生的临床病理分析

尹 锐,习庆春,王 鲁,钟白玉 (第三军医大学附属西南医院皮肤科,重庆 400038)

提 要:目的 探讨伴嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生的临床病理学特征。方法 对我科1950~1999年期间所诊治的伴嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生的7名患者的病理标本重新切片,进行病理学上的分析。结果 伴嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生在病理学上有其特征,形态学上的改变主要表现在以下3个方面:①真皮内大量毛细血管增生;②血管内皮细胞增生肿大,似"墓碑"状突入血管腔;③病变处有淋巴细胞、嗜酸性粒细胞混合浸润。结论 伴嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生是一种良性局限性血管增生,其病因及发病机制尚不清楚。熟悉这一疾病的组织学改变对避免误诊为其他类似疾病有重要意义。

关键词:嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生;临床表现;病理改变
中图法分类号:R447;R543.04 文献标识码:A

Clinicopathological analysis on angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia

YIN Rui, DIAO Qing-chun, WANG Lu, ZHONG Bai-yu (Department of Dermatology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To analyze the clinicopathological features of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE). Methods The pathological specimens of 7 cases of ALHE collected in our department from 1950 to 1999 were sectioned, stained and observed. Results There were 3 pathological characteristics in ALHE: ①massive hyperplasia of capillaries in the dermis; ②the endothelial cells proliferated and swelled, projecting into vascular cavity like tombstones; ③mixed infiltration of lymphocytes and eosinocytes in the vessels. Conclusion ALHE is a disease with local benign proliferated vessels, whose etiology and pathogenesis is still unknown. It is necessary to grasp the pathological changes of ALHE to distinguish it from other diseases.

Key words: angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia; clinical manifestation; pathological changes

伴嗜酸性粒细胞增多性血管淋巴样增生(Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia, ALHE)又称假性或非典型性化脓性肉芽肿(Pseudo- or atypical pyogenic granuloma)。本病较少见。在临床上常与其他病相混淆,但病理改变上有一定的特异性。现总结我科从1950年至1999年12月收治的7例ALHE患者,探讨该病的临床病理学特点,以利于诊断及鉴别诊断。

1 临床资料

1.1 临床表现

7例患者中,男1例,女6例,男女之比为1∶6,发病年龄为13~55岁,平均34岁。病期8个月至5年不等,平均为4.7年。患者一般情况良好,不伴有明显的免疫性及器质性疾患。皮疹为圆形或半球形丘疹或结节,触之较硬,无触痛,直径0.2 cm至数厘米,呈皮色或红褐色,界限清楚。数目不定,有2例为单发,其余5例均为多发,其中有2例结节数目多达50个以上。3例发生于耳后,1例发生于颜面及上下唇粘膜,1例发生于大腿外侧,1例发生于肩背部,均偏于一侧。所有患者都有不同程度的痒感,搔抓后易出血,就诊时,5例表面有血痂及瘢痕,其中1例有无痛性近处淋巴结肿大。

作者简介:尹 锐(1976-),女,四川省西昌市人,硕士研究生,医师,主要从事皮肤病理学方面的研究。电话:(023)68754491

收稿日期:2000-05-17;修回日期:2000-09-23

1.2 实验室检查

外周血白细胞计数及分类,IgE水平都在正常范围,嗜酸性粒细胞计数有1例为0.35×10^9/L,略高于正常。

1.3 技术操作

将既往保存的7例患者的石蜡标本重新切片,铺片,固定。二甲苯脱蜡。依次通过无水酒精,95%、85%、75%乙醇,水洗,HE染色,脱水透明后,普通光学显微镜下观察。

2 结果

2.1 制片情况

所有标本均能良好着片,无脱落。标本层次清晰,染色分明。

2.2 组织病理

2.2.1 低倍镜下观察 7例标本中,有4例表皮大致正常,有1例表皮部分区域有海绵形成,并有嗜酸性细胞微脓疡,炎细胞向表皮外渗。有2例表皮有部分缺损,其中有1例表面被覆炎性渗出物,有1例表皮有部分增厚。2例标本病变位于真皮浅层,5例累及真皮全层。

2.2.2 高倍镜下观察

2.2.2.1 血管及内皮细胞 所有的病变内均见大量增生的厚壁毛细血管,其中4例同时伴有薄壁毛细血管增生,有1例还伴有淋巴管扩张,见图1。血管内皮细胞增生肥大,排列紊乱,细胞及核大小不一,形态不规则,部分内皮细胞向血管腔突出。增生的血管管腔大小不一,肿胀的管腔内大部分无血液,少部分有红细胞,少部分血管闭塞,见图2。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net



图 1　真皮层中可见大量增生的小血管　(HE× 40)

Fig 1　Proliferated small blood vessels in the dermis　(HE× 40)

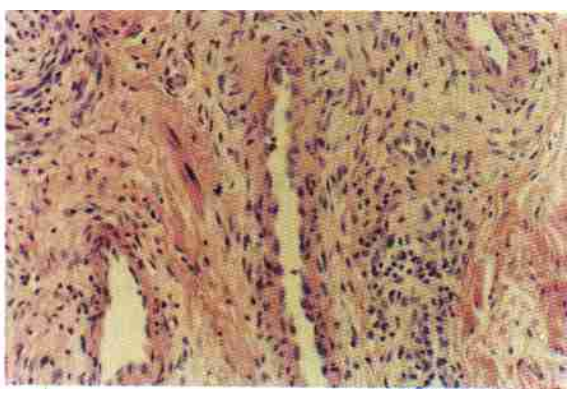


图 2　血管内皮细胞增生肿胀, 周围有淋巴细胞、组织细胞、嗜酸性粒细胞浸润　(HE× 200)

Fig 2　Proliferated and swelled endothelial cells with infiltration of lymphocytes, histocytes, eosinocytes　(HE× 200)

2.2.2.2　浸润细胞　　病变局部有较多混合性炎性细胞浸润, 主要为淋巴细胞和嗜酸性粒细胞, 有 2 例有组织细胞浸润, 有 1 例未见到嗜酸性粒细胞, 见图 2。

2.2.2.3　其他　　7 例标本中, 有 1 例有间质水肿, 有 1 例间质有粘液样变性。所有的标本均未见有淋巴滤泡样结构形成。

3　讨论

3.1　病因及发病机制

ALHE 病因及发病机制目前尚不清楚。Driesh 的研究表明, 该病内皮细胞及浸润细胞均表现出较高的免疫性, 认为是 IgE 介导的免疫反应。Cook 等则认为本病为一种感染性或变态反应性疾患。但目前大多数临床病理学研究认为 ALHE 是一种原发性血管内皮细胞良性肿瘤性疾病, 伴不同程度的炎症性改变[1]。还有人认为本病与单纯疱疹病毒-8(HHV-8)型感染有关[2]。

3.2　临床表现

ALHE 皮损多发于头颈部, 尤以颞部及耳周多见[1], 亦可见于口腔粘膜、眼睑、头皮[4] 等处, 表现为绿豆至蚕豆或更大的圆顶隆起的丘疹及结节, 表面光滑, 界限清楚, 皮损可显暗红, 红褐或皮色[1]。患者可有压痛等感觉, 抓后易出血。本组患者中有 6 例有不同程度的痒感, 有 1 例无任何感觉。但抓后出血是其共有的主诉。

3.3　实验室情况

ALHE 患者外周血中嗜酸性粒细胞百分比大于 10%的病例仅占 11%, 而血清 IgE 水平的升高则很少见。

3.4　组织病理

病变主要位于真皮层, 以血管显著增生及淋巴细胞、嗜酸性粒细胞混合性炎症浸润为特征, 镜下见真皮血管显著增多, 血管内皮细胞肿大, 形态似组织细胞或上皮样细胞, 或呈"墓碑"状突入血管腔, 细胞核大, 胞浆常见空泡[4~6]。这在其他血管增生性疾病中很少见。Ackerman[6] 提出这种改变是诊断 ALHE 的线索。ALHE 血管周围浸润细胞以淋巴细胞为主, 但形成淋巴滤泡的情况少见[3,4]。淋巴细胞多数为 T 细胞, B 细胞少见[7]。

3.5　鉴别诊断

在临床上主要与表皮囊肿, 血管瘤, 化脓性肉芽肿, 血管肉瘤, Kaposi's 肉瘤, 淋巴瘤, 面部肉芽肿和皮肤嗜酸性淋巴滤泡病(Kimura's disease, KD)等相鉴别。除 KD 外, 其他疾病结合病理均易与本病区分。KD 和 ALHE 均好发于头颈部, 有复发倾向, 病理学上均有淋巴细胞、嗜酸性粒细胞浸润。但在组织学上二者最重要的区别是 ALHE 病变仅在真皮, 有"组织细胞样"或"上皮样"内皮细胞血管, 而 KD 病变主要发生在皮下, 有淋巴滤泡样结构形成, 且为特征性改变, 在生发中心常有 IgE 沉积, 对放射治疗有效[4,5]。KD 的临床和组织学特点与血管、淋巴细胞、嗜酸性粒细胞参与的变应性或自身免疫过程一致[1], 而 AIHE 则表现为一种原发性血管内皮细胞良性肿瘤性疾病伴不同程度的炎症性改变[1,4]。AIHE 虽然为良性局限性血管增生性疾病, 少数病例皮损可完全消退[4], 但迄今采用的所有治疗方法均不能完全有效地将其根治, 不再复发, 故有必要对该病的病因及发病机制进行深入研究, 以指导临床治疗。

参考文献:

[1] Oslen T G, Helwing E B. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: A clinicopathologic study of 116 patients[J]. J Am Acad Dermatol, 1985, 12(5 Pt1): 781—796.

[2] Li N, Anderson W K, Bhawan J. Further confirmation of the association of human herpesvirus 8 with Kaposi's sarcoma[J]. J Cutan Pathol, 1998, 25(8): 413—419.

[3] Googe P B, Harris N L, Mihm M C, *et al*. Kimura's disease and angiolymploid hyperplasia with eosinophilia: two distinct histopathological entities[J]. J Cutan Pathol, 1987, 14(5): 263—271.

[4] Moy R L, Luftman D B, Nguyen Q H, *et al*. Estrogen receptors and the

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

response to sex hormones in angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia [J]. Arch Dermatol, 1992, 128(6): 825—828.
[5] Filo V, Ferak I, Borecka D. Multiple unilateral reddish tumors on the ear and forehead in a woman with early syphilis[J]. Arch Dermatol, 1994, 130(3): 369—371.
[6] Ackerman A B. Clues to diagnosis in dermatopathology[M]. Chicago: American Society of Clinical Pathologists Press, 1991. 254.
[7] Mehregan A H, Shapiro L. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia [J]. Arch Dermatol, 1971, 103(1): 50—57.
[8] Mccreedy C A, Icken J N, Cripps D J. Erythematous auricular papules [J]. Arch Dermatol, 1990, 126(9): 1 226—1 227, 1 229.

(编辑 薛国文)

经验与短篇

文章编号: 1000-5404(2001)04-0486-01

烤瓷贴面在前牙美容修复中的临床应用体会

Clinical application of ceramic veneer in cosmetic repairing of front teeth

李长霞, 李春雷 (广州军区直属第一门诊部, 广州 510080)

前牙美容修复的口腔门诊病例 41 例, 其中男性 19 例, 女性 22 例。治疗 164 颗牙齿, 其中上颌 128 颗, 下颌 36 颗, 以连续 4~6 颗牙齿进行修复者居多, 占总人数的 77%。患者年龄 20~45 岁, 其中 86%是 20~35 岁患者。

制备研究模型: 每位病人治疗均需制取普通石膏的研究模型, 进行检查咬牙合关系和模拟备牙, 筛选适合病例, 并预制临时冠套。

在模型备牙的基础上, 进行临床常规备牙和特殊备牙。特殊备牙: 多发性龋坏者, 先去净龋坏, 并用光固化树脂充填窝调; 上切牙唇向倾斜者先内收备牙, 控制冠长轴的转矩角; 个别牙扭转、拥挤者先修整牙弓曲线, 使错位牙和邻牙弓曲线平滑等。常规备牙: 根据牙位, 用 2%利多卡因进行上齿槽神经浸润麻醉, 或下齿槽神经阻滞麻醉。用柱状金刚砂针, 进行牙体预备。备牙要求唇面预备 0.5 mm, 两侧边缘沟加深 0.3 mm; 切缘预备 0.8~1.2 mm, 切缘沟加深 0.3 mm。备牙中强调表面平整, 边缘流畅, 光滑清晰。翻模后制备瓷片。

制作完成的贴片组织面用 2.5%瓷酸蚀剂处理 2.5 min, 冲洗吹干后涂偶联剂(SILANCE BOND ENCHACER), 吹干后准备进行粘固。

粘固贴片: 将准备好的贴片用超强粘结材料(LIGHT-CURE ULTRA BOND PASTE/PASTE 系统)粘贴到酸蚀好的牙齿上。调整位置, 去除多余材料, 光固化 1 min, 调整咬牙合关系、邻接关系和颈缘外形, 抛光。

评价标准: (1)瓷片的颜色不能接受。(2)染色。(3)崩瓷、裂痕。(4)松动、脱落。(5)继发性龈炎。(6)继发性龋坏。凡有上述各条中的任何一条即可判定为修复不满意。

结果: 经过 2 年的随访及复诊, 瓷片基本显示预期优势。

讨论

本组实验对象, 在烤瓷贴面美容修复后, 均能正常进行咬牙合功能, 对美观效果满意程度极高。对其中不满意的病例, 分析其原因: (1)瓷片颜色不满意的患者为重度四环素牙, 底层颜色对修复体的颜色产生了影响, 经过重新调整遮色层及瓷片颜色和厚度, 病人满意。(2)瓷片破损及脱落患者, 问题出现在下颌扭转牙齿, 咬牙合过紧造成的, 经过重新备牙, 再修复后效果良好。(3)出现龈炎的患者, 经过颈缘外形的重新调整, 再做消炎护理, 疗效满意。

烤瓷贴面是比较理想的前牙美容手段。一般用于变色牙、氟斑牙、釉质发育不全、钙化不全牙齿、牙列稀疏(间隙< 3 mm)、个别轻度错位牙、轻度上颌前突牙。(覆牙合在正常范围内)。而不适用于咬牙合过紧、龈炎高发患者、骨性上颌前突等矫正范围内的错牙合牙等。

烤瓷贴面有着传统方法不可比拟的优势。但是, 在固位方面仍存在问题。有报道指贴面脱落的部位在粘结树脂与釉质的界面上[1]。有人认为它仍然是一种非永久性修复体[2]。针对这种情况, 我们在临床备牙上做了边缘加深沟、切缘加深沟, 在粘贴之前对瓷片组织面进行喷砂, 用酸蚀剂并使用耦联剂, 大大增强了固位效果。

烤瓷产品的优势之一就在于其色泽逼真, 具有仿真牙的光泽度。在瓷片应用中, 颜色选择方面除了与其它瓷产品有着相似的标准比色板选色原则外, 我们采用了芒塞尔颜色体系的比色方法, 在应用中依据患者牙颈部及双眼巩膜进行比色, 使之达到协调自然, 取得了满意的疗效。同时遮色剂的使用是瓷片颜色成功的另一个技巧, 特别是对重度四环素牙, 单纯靠烤瓷贴面很难遮盖底色。

(致谢: 本文中的瓷片制作受到美国加州大学口腔医学博士林兴永的热情指导与参与, 特此感谢。)

关键词: 美容; 修复; 前牙; 变色牙; 瓷贴面
中图法分类号: R783.1 文献标识码: B

参考文献:

[1] 巢永烈. 上前牙薄型瓷贴面的临床应用研究[J]. 中华口腔医学杂志, 1993, 28(4): 216—218.
[2] 胡晓阳. 烤瓷贴面的应用观察[J]. 中华口腔医学杂志, 1993, 28(1): 17—19.

(编辑 汪勤俭)

作者简介: 李长霞(1965—), 女, 黑龙江省哈尔滨市人, 主治医师。电话: (020)87665078
收稿日期: 2001-01-07; 修回日期: 2001-03-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net