

术前胃镜活检病理与外科术后病理 在胃癌诊断中的实施效果探究

杨 莉

三台县人民医院 四川 绵阳 621100

【摘要】目的：探讨术前胃镜活检病理与外科术后病理在胃癌诊断中的实施效果。**方法：**选择2019年1月—2021年6月我院收治的疑似胃癌患者56例为对象，行胃大部分切除术治疗，术前行胃镜活检病理，术后行病理诊断。以外科术后病理检查结果作为金标准，比较胃镜活检病理和外科术后病理检查结果，评价两种方法用于胃癌诊断的实施效果。**结果：**胃镜活检胃癌的阳性检出率为100.0%，外科手术病理检查和术前胃镜活检结果显示，胃癌病理类型一致25例（44.64%），31例（55.36%）不一致，Kappa分析结果显示，Kappa=0.209，P=0.000。分化程度一致39例（69.64%），17例（30.36%）不一致，Kappa分析结果显示，Kappa=0.351，P=0.000。**结论：**术前胃镜活检对胃癌患者术前病情诊断非常关键，可准确地检出患者的病情，但用于患者胃癌病理类型和分化程度判断时，胃镜活检有一定局限性，外科术后病理检查对胃癌患者的病情全面评估有着积极作用。

【关键词】胃癌；胃镜活检病理；外科术后病理；临床诊断

【中图分类号】R735.2

【文献标识码】B

【文章编号】2096-1685(2021)46-179-02

胃癌属于常见消化系统恶性肿瘤，病情会对患者的身体健康造成明显影响，如果未能及时有效地治疗，可危及患者的生命安全^[1]。胃癌发病早期患者并无明显的临床症状，临床准确诊断的难度较大，多数患者自觉临床症状严重就诊时，肿瘤已进展至中晚期，而中晚期肿瘤的临床治疗手段较少，尤其是晚期胃癌，综合治疗后仍不能有效提高存活率^[2]。胃癌早期诊断和治疗、预防非常关键，要准确地检出胃癌患者，为患者积极地采取个体化治疗，控制恶性肿瘤进展，以期延长患者的生存时间。本文对56例疑似胃癌患者的临床资料进行回顾性分析，探讨术前胃镜活检病理与外科术后病理在胃癌诊断中的实施效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月—2021年6月我院收治的疑似胃癌患者56例为对象。56例患者年龄26~75岁，平均 (52.39 ± 5.72) 岁；男女占比为31:25；病程6个月至6.7年，平均 (2.84 ± 0.39) 年；发病部位：胃窦19例、胃体18例、胃角10例、胃底9例；临床症状：上腹痛52例、上腹部胀气31例、上腹部不适感16例、胸骨后不适感25例、上消化道出血18例。

1.2 方法

56例患者接受术前胃镜活检和外科术后病理检查：（1）胃镜活检。经胃镜检查患者的胃黏膜，如果观察过程中不能以肉眼明确辨别患者的病变组织，则对病变组织做胃黏膜活检，活检部位以实际病情判断和确定，针对病变组织隆起的患者，将隆起的病变组织去除，病理活检组织顶部和基底层；针对病变组织凹陷或溃烂的患者，活检凹陷溃烂周围的组织；针对黏膜下病变的患者，活检黏膜中央凹陷部位的组织。（2）病理检查。基于外科病理学的原则和规定为患者进行外科术后病理检查，以患者的病变组织直径获取相应的检查组织，针对直径 $> 1\text{cm}$ 的病变组织取典型位置组织进行检查；针对直径 $\leq 1\text{cm}$ 的病变组织行全部取材进行检查。将获取的组织标本以4%多聚甲醛进行固定，予以石蜡包埋，以 $3\mu\text{m}$ 为标准对标本进行切片，随后对标本进行染色处理。经显微镜对标本的淋巴结转移和浸润、组织分型等情况进行观察，判断患者的病变组织有无发生分化。

1.3 观察指标

观察外科手术病理检查和术前胃镜活检的结果，比较两种方法对胃癌患者的病理分化程度和病理类型的诊断结果。病理分化程度分为分化不良型和分化型，根据WHO的标准观察两种方法诊断胃癌的病理类型，包括管状腺癌和低黏附性癌、乳头状腺癌、混合型腺癌等。

1.4 统计学分析

用SPSS 20.0软件处理研究数据，用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料，用%表示计数资料，一致性系统用Kappa检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃镜活检结果

56例患者的胃镜活检结果指出均是早期胃癌，病情均确诊，有5例（8.93%）患者为乳头状腺癌，9例（16.07%）患者为印戒细胞癌，15例（26.79%）患者为低分化腺癌，19例（33.93%）患者为管状腺癌，4例（7.14%）患者为黏液腺癌，4例（7.14%）患者为其他特殊胃癌。41例（73.21%）患者的病变组织分化较差，15例（26.79%）患者的病变组织分化较好。

2.2 病理检查结果

56例患者的病理检查结果显示，26例（46.43%）患者为低分化腺癌，7例（12.5%）患者为印戒细胞癌，1例（1.79%）患者为乳头状腺癌，3例（5.36%）患者为黏液腺癌，17例（30.36%）患者为管状腺癌，2例（3.57%）患者为其他特殊胃癌。37例（66.07%）患者的病变组织分化较差，19例（33.93%）患者的病变组织分化较好。

2.3 两种方法诊断结果

56例患者经胃镜活检检出阳性56例，100.0%的阳性检出率。外科手术病理检查和术前胃镜活检结果显示，胃癌病理类型一致25例（44.64%），31例（55.36%）不一致，Kappa分析结果显示，Kappa=0.209，P=0.000。分化程度一致39例（69.64%），17例（30.36%）不一致，Kappa分析结果显示，Kappa=0.351，P=0.000。

3 讨论

胃癌诊断的金标准主要是外科术后病理检查，术后对手术过程中切除的病变组织进行检查，通常是予以免疫组化病理检查，准确地了解患者的病变组织病理改变情况，以便准确无误地诊断患者的病情^[3]。但免疫组化病理检查主要是在外科术后进行的一种检查手段，目前对患者的手术方案制定并无积极作用，对胃癌患者术前诊疗的实际价值欠佳。近年来，我国医疗事业飞速发展，内镜技术水平不断提高，用于临床诊疗的内镜活检技术已获得肯定，能对消化系统疾病进行准确的检查和诊断，且内镜活检取材的效率高，操作便捷安全。胃镜活检病理属于术前病理诊断手段，检查时经患者的胃管将胃镜置入，医生在胃镜下观察患者的消化道情况，确定发生病变的部位，采集病变组织作为病理检查标本，为临床诊疗提供依据。胃镜能清晰地观察到患者消化

道中的情况,可准确地为活检取材,使患者的病情明确,在患者接受手术治疗前对其病理进行分型,准确地鉴别区分患者的病情,这种检查方法并不需要在患者对应部分作切口,检查不会对患者的机体造成损伤,用于胃癌术前诊断的作用显著,能为胃癌患者的病情确诊和手术方案制定提供有效的参考^[4]。

本次胃镜活检对早期胃癌的确诊率为100.0%,阳性检出率为100.0%,胃癌患者多为管状腺癌,低分化腺癌的发生率较高,次之为印戒细胞癌、乳头状腺癌和黏液腺癌等,多数患者的病变组织分化差,外科手术病理检查和术前胃镜活检结果显示,胃癌病理类型一致44.64%,55.36%不一致,Kappa分析结果显示,Kappa=0.209,P=0.000;分化程度一致69.64%,30.36%不一致,Kappa分析结果显示,Kappa=0.351,P=0.000。说明胃癌患者术前进行胃镜活检的效果显著,可灵敏地检出患者的病情,并能对患者的病理分型进行鉴别,用于胃癌术前诊断的价值高,能为患者的手术治疗方案制定提供有价值的意见。但临床经验显示,胃癌患者接受胃镜活检时,病变组织标本获取的操作空间呈封闭状态,致使医生不能全方位地观察和准确了解病变组织的位置,这是术前胃镜活检的局限性,建议临床为胃癌患者胃镜活检时,适当地增多取样量,确保标本量充足,保证获得的标本均来自病变组织的周围。

胃癌患者的病变组织有变质性,同位置肿瘤组织有不同位置分化程度不同的情况,且病理类型可能有一定的差异,医生在为胃癌患者胃镜活检取材过程中需高度关注上述情况。胃镜活检取材要有针对性,通常有溃疡的胃癌患者取材时要在溃疡隆起边缘,

如果患者疑似有癌变,取材部位要超过3个位置,以确保检测结果准确。建议临床医生在为胃癌患者检查时,合理地应用倒镜,提高标本的采集量,保证胃底和胃体、胃窦、胃角等部位的病变组织得以有效观察和取材,这对胃镜活检有效性和准确度的提高有着积极作用,可为胃癌患者的病情诊疗提供可靠的参考依据。

综上所述,胃癌患者的早期诊断和诊疗尤为重要,胃镜活检能用于早期胃癌患者的病情诊断,可以为患者的病情诊疗提供可靠的依据,但患者胃癌类型和分化程度的确诊,要注重外科术后病理检查,综合考量两种方法的检查结果,对胃癌患者的病情进行综合评价,提高胃癌诊断准确率,降低临床诊断的误诊率与漏诊率,保证患者的病情得到全方位的评估,以确保患者的手术治疗方案科学合理,并对患者的后期治疗作指导,重在提高胃癌的临床治疗效果,提高患者的病情预后和生命质量,延长患者的存活时间。

参考文献

[1] 何苗,孙宇,卢红明,等.比较研究胃癌术前胃镜活检与术后标本病理诊断的有效性[J].中外女性健康研究,2021(3):182-183.
 [2] 范桂莲,何苗,孙宇,等.探讨胃镜活检与外科病理检查对早期胃癌诊断的一致性[J].中外女性健康研究,2021(7):183-184.
 [3] 黄冬香.早期胃癌患者胃镜下活检与术后病理诊断的对比分析[J].当代医学,2021,27(13):112-114.
 [4] 王淮证.胃癌患者术前胃镜活检与术后标本病理诊断的差异性分析[J].临床研究,2019,27(1):131-133.

(上接第168页)

现。在这种情况下,患者自身的配合力度也会得到一定的增强,避免了因患者自身情绪问题对治疗工作带来的影响,使得整个治疗过程更加顺利。

下颌低位埋伏阻生智齿的存在,有时候会引发多种并发症,如:邻牙龋坏、颌骨囊肿等,并发症的出现,会让患者感到更加痛苦,给其精神乃至心理上均会带来一定的影响。为此,当下颌低位埋伏阻生智齿出现时,最好是尽早接受治疗,将其拔除,以此来保证患者的口腔健康。从患病人群年龄的分布上来看,多以年轻人为主。对患者下颌低位埋伏阻生智齿位置、形态进行分析,通常处于较为隐秘的部位,解剖结构处通常在下齿槽神经分布的部位,并且受到的阻力较多。因此,在整个手术治疗过程中,会受到许多限制性因素的影响,临床医生需要对其进行综合考量。另外,对于存在下颌低位埋伏阻生智齿的患者,部分患有不同程度的根尖周炎、牙周炎,具体存在中度、重度的情况。在具体拔牙手术过程中,具体的难度不会太大。但对于系统性疾病患者,或者年龄超过50岁的患者群体,在对其进行拔牙治疗时,通常所面临的难度较高。主要原因在于其较差的意志坚守和拔牙配合度。在这种情况下,针对传统的拔牙方式,患者在心理上很难真正接受,受到患者主观因素的干扰,不仅会增加手术风险,术后并发症的出现概率也会升高。因此,在本次研究中,针对此类患者并没有列入参选人员的标准。

传统的拔牙技术对医生来说,每一次手术的执行都是一种挑战。想要降低手术风险,医生普遍将重点放在了手术时间的缩短及组织创伤程度的减小两大方面的研究当中。在微创拔牙技术使用前,许多医生因以上两点无法实现而受到许多困扰。

由本次研究结果中的相关描述可知,在传统凿骨劈冠拔除法与微创拔牙技术两种手术方法的应用下,关于患者的手术时间这一观察指标的比较,观察组的(18.26±6.24)min与对照组的(38.54±7.54)min相比,手术时间的消耗明显缩短,对应数值差异符合统计学标准(P<0.05)。由此可见,在手术时间上,

微创拔牙技术的应用明显更胜一筹。分析原因,在微创拔牙技术应用过程中,通常会涉及一些微创型器械的使用,加上微创理念的支撑,使得整个拔牙过程中相关操作更加精准化和细致化,难度性大大降低,因此手术治疗效率也会得到较大的提高,故手术耗时较短。另外,在两组患者并发症发生率的比较中,观察组(24.24%)与对照组(6.06%)相比,仍存在明显优势,组间差异具有统计学意义(P<0.05)。分析原因,在传统凿骨劈冠拔除法的应用下,针对锤凿敲击操作的实施,较大的振动频率不仅会加剧患者心中的恐惧程度,还存在周围软硬组织损伤的风险。此外,在患牙拔除时,由于下齿槽神经的分布,若操作不当发生断根情况,便会直接导致出现各种并发症,从而对患者的口腔造成二次伤害。但对于微创拔牙技术的使用,其在整个操作过程中,并没有锤凿敲击行为的出现,所使用的器械均为微创手术专用,加上手术技巧的灵活运用,很好地避免了因仪器振动对患者心理产生的影响,能够消除患者恐惧,心理舒适度更高。手术操作的精准性,能够很好地避免人为失误的出现,患者术后并发症发生率降低,治疗效果更佳。

在本次研究当中,应用微创拔牙技术的观察组患者不仅在手术时间上明显缩短,还具有较低的并发症发生率,各项指标显示均明显优于对照组,差异符合统计学标准(P<0.05)。由此可见,微创拔牙技术较传统凿骨劈冠拔除法在下颌低位埋伏阻生智齿治疗中的应用效果更好,临床具有推广与借鉴意义。

参考文献

[1] 徐海龙,谢洪,孙晓菊,等.齿槽外科中应用无痛微创拔牙技术临床效果评价[J].中国实用口腔科杂志,2015,8(12):745-746.
 [2] 任抒欣,胡秀莲,李健慧,等,林野.Benex微创拔牙技术在前牙不翻瓣即刻种植中的临床应用[J].上海口腔医学,2016,25(3):334-339.
 [3] 段瑞,李永生.高速涡轮牙钻及微创拔牙刀在阻生智齿拔除术中的应用[J].广东医学,2016,37(12):1859-1861.