

# 胃镜活检病理诊断胃癌的价值

王 昆

贵州中医药大学第一附属医院病理科 贵州贵阳 550001

**摘要:** **目的:** 选择分析胃镜活检病理诊断胃癌的价值。**方法:** 选择我医院2015年1月-2021年12月间诊断出的21名胃癌病例, 术前行胃镜活检, 术中手术及病理检查, 以评估其对胃癌的诊断价值。**结果:** 经胃镜检查证实的确诊率为71.43% (15/21), 与外科病理诊断相比, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 病理组织学观察发现管状腺癌、乳头状腺癌、印戒细胞癌和粘液腺癌的发生率均接近 ( $P > 0.05$ ); 胃镜下组织切片的恶性分化发生率为80.00% (12/15), 明显高于外科病理学的47.62% (10/21) ( $P < 0.05$ )。**结论:** 胃镜检查 and 病理检查对胃癌有较高的诊断价值, 但对胃癌的综合评价还需要进一步的外科检查和病理检查。

**关键词:** 胃镜活检病理诊断; 胃癌; 价值

胃癌是临床常见恶性肿瘤, 研究显示, 中国的死亡率和发病率则是全世界50%, 而东亚地区的胃癌患者数量超过了一半, 而中国、韩国和日本更是如此。根据不同的病理分类, 可以分为管状腺癌、粘液腺癌、低粘附性癌 (包括印戒癌和其他亚型)、乳头状腺癌等。所以, 在正规外科手术前, 确定其病理类型对于后续的处理非常有实际的价值。胃镜检查是一种非常有用的检查手段。目前胃癌的诊断主要依据是内窥镜检查技术, 它对胃癌的诊断、鉴别和预后都起着举足轻重的作用。但是, 一般情况下, 胃镜组织学检查仅限于肿瘤的部分特征, 其整体特征与手术和手术病理诊断有很大区别<sup>[1]</sup>。本研究选择我医院2015年1月-2021年12月间诊断出的21名胃癌病例, 术前行胃镜活检, 术中手术及病理检查, 以评估其对胃癌的诊断价值, 并对胃镜活检病理诊断胃癌的价值进行了分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我医院2015年1月-2021年12月间诊断出的21名胃癌病例, 术前行胃镜活检, 术中手术及病理检查, 以评估其对胃癌的诊断价值, 男14例, 女7例, 年龄34-78 (56.12 ± 2.91) 岁。病期为2~15个月, 平均为5.46 ± 1.17。所有病人都有明显的呕吐和上腹痛症状, 局部有淋巴肿大、腹水、贫血等症状。所有选择的病人都符合确诊要求。①入组条件: 所有患者经影像学、手术病理组织病理检查证实为胃癌; 手术之前没有放疗和胃部手术史者, 放射治疗无远侧转移者; 病人对本试验了解; ②排除不能进行外科手术、体质不佳; 有腹腔积液、

大网膜转移及小肠系膜转移的患者。

### 1.2 方法

全部病例均行标准的胃镜活检术和手术切除标本。取材时, 按病灶大小选择合适的取材方法: 病变小于等于1 cm的取材方法是全部取材, 病变大于1 cm的取材方法是选择取材; 取材料后, 先用10%福尔马林溶液固定, 再用石蜡包裹, 再切开, 涂上红色。在观察标本时, 要由有丰富临床经验的病理学家透过显微镜观察, 以判断病灶的种类及分化情况, 并与胃镜检查及手术病理检查的结果相对照。

### 1.3 观察指标

(1) 评估术中胃镜活检的诊断率, 以手术和病理检查为标准, 组织切片的分化、血流、细胞学特征符合胃癌组织学特征, 即可确诊为胃癌;

无异常通常是没有诊断的;

(2) 对不同组织的胃镜检查, 如管状腺癌、乳头状腺癌、印戒细胞癌、粘液腺癌等;

(3) 对比分析胃粘膜活检术在胃癌组织中的应用。

### 1.4 统计学方法

在SPSS21.0软件中, 计数行 $\chi^2$ 统计, 计量行t检验,  $P < 0.05$ 表示差异有意义。

## 2 结果

经胃镜检查证实的确诊率为71.43% (15/21), 与外科病理诊断相比, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 病理组织学观察发现管状腺癌、乳头状腺癌、印戒细胞癌和粘液腺癌的发生率均接近 ( $P > 0.05$ ); 胃镜下组织切片的恶性分化发生率为80.00% (12/15), 明显高于外科病理学的

47.62% (10/21) (P<0.05)。

表1 两组不同分型发生情况比较

组别 (n)	管状腺癌	乳头状腺癌	印戒细胞癌	黏液腺癌
胃镜组 (15)	4 (26.67)	4 (26.67)	4 (26.67)	3 (20.00)
手术组 (21)	6 (28.57)	5 (23.81)	5 (23.81)	5 (23.81)
X <sup>2</sup>	0.134	0.275	0.275	0.064
P	0.581	0.585	0.585	0.801

### 3 讨论

目前, 由于饮食、吸烟、饮酒等因素的影响, 胃癌的发病率和病死率随着饮食结构的变化而不断增加, 对病人的健康造成了极大的危害。胃癌前期一般没有什么特别的表现, 也有少量会出现呕吐、恶心等问题, 这与溃疡性疾病的上消化道表现类似, 不易引起足够的注意, 当癌细胞继续增长时, 会对胃功能造成一定的损害, 从而出现明显的临床表现。体重减轻和疼痛是一种胃癌的常见表现, 一般表现为上消化道出现饱胀感、上腹不适等, 随着疾病的发展, 上腹疼痛加重、乏力、食欲减退等。因为肿瘤的位置不同, 其临床症状也是有其特点的, 当患者得了贲门胃底癌时, 会有吞咽进行性困难、肋骨后疼痛等症状。一旦血管被肿瘤所毁, 就会出现出血、便血、呕血、黑便等情况。中国高发病率的原因有(1)膳食结构。饮食不健康、饮食过快、饮食不规律、暴饮暴食等都会增加得胃癌的几率, 另外, 还容易食用烟熏食物、饮食不洁、长期食用煎炸烧烤、长期食用高盐类食物等。(2)男女。一般来说, 胃癌的发病率都会在一定程度上增加, 尤其是到了中年之后, 更容易发生, 但近年来, 胃癌越来越趋向于年轻化, 需要引起足够的关注。而且, 男性得胃癌的几率要高于女性, 一般都是女性的两倍, 尤其是在中年以上的男性身上。(3)身体素质。病人的身体状况会对病情的发展有很大的影响, 而在胃癌的发展中, 病人的身体素质也会受到一定的影响, 而与身体的免疫情况、遗传、神经体液的调控等有很大的关系。

胃癌的早期表现通常不明显, 难以确诊, 应采取相应的处理方法。目前, 以外科为主的放射和化学治疗是目前胃癌治疗的主流方法, 正确的治疗方法有助于提高治疗方案的准确性, 避免误诊和增加病人的术后创伤。目前, 胃镜下的病理切片是目前胃癌手术中的重要检查手段, 具有操作简单, 诊断准确率高, 创伤少, 应用范围较广。随着内窥镜狭窄带成像技术的发展, 胃病的诊断不仅能提高视场的清晰性, 而且还能将图像投影到大荧光屏上, 让多位医生一起检查和评估, 能清晰地看到

病人的胃情况, 并能做出更高的判断<sup>[2]</sup>。

胃镜手术前组织学检查对胃癌的诊断意义在于(1)对疾病的高效诊疗。在做胃镜检查的时候, 需要先将胃镜放进去, 收集病人病变的组织, 再进行病理分析, 这样可以让病人的症状更加的清晰, 从而为疾病的分类和诊断奠定基础。(2)确保胃癌的组织学正确率。组织学检查是一种非常有用的检查手段, 它可以提高检查的灵敏度、精确度和特异度, 并且可以在手术中取得与手术后的病理检查类似的效果, 这是一种非常有用的检查手段, 在检查的时候, 要尽可能的多收集材料, 尽可能的降低材料的使用范围。(3)预防肿瘤的传播。在确诊的时候, 胃角、胃窦、胃体、胃底等都是胃癌的高发区域, 在癌变的时候, 人体的功能会一直处于衰退状态, 所以要对肿瘤进行有效的治疗, 这样才能更好的掌握病情<sup>[3]</sup>。

术前胃粘膜活检的基础及手术后的组织学检查需要注意的事项是: 胃镜下镜要按照相应的步骤, 准确、缓慢地将胃镜送入胃、食管和肠道, 同时还要调整胃镜的光源和焦点, 确保影像的清晰度, 同时还要注意胃壁、胃窦、胃粘膜等部位的明显病变, 如果有可疑病变, 可以采用钳子夹住, 再进行组织学检查。通过对病变的大小、分布、浸润等因素的综合判断, 可以在术中对可疑病灶有初步的认识和了解。也可以采用石蜡切片的方法进行病变的诊断, 在显微镜下进行仔细的观察, 了解癌细胞的分布和侵袭程度, 最后得出诊断报告。胃癌的确诊, 会在医生的报告上做出明确的判断, 有些病人和病人的家人会怀疑胃癌的早期、晚期、中期。其实, 胃镜活检只是为了明确病变的具体情况, 需要通过外科手术将大部分的标本进行切除, 以确保取材和摄片的充足, 同时还要在显微镜下进行检查, 以评估组织的实际情况、淋巴结转移程度、分化程度<sup>[4-5]</sup>。

然而, 目前的胃镜下病理检查尚有一些缺陷, 如取样量少、浅、医师经验不足等, 难以对所有的胃部病灶进行完整的收集, 从而导致了检查的局限性, 从而导致漏诊误诊, 从而降低了对肿瘤的诊断精度。外科和病理学是胃癌确诊、病情分化、疾病分型的金科玉律, 综合

评估整个胃体、胃部与周围组织关系、肿瘤浸润情况,在标本取样时,取样的完整性、有效取样深度等都能保证,所以其诊断的准确性非常高<sup>[6-7]</sup>。

本研究21名胃癌病例,术前行胃镜活检,术中手术及病理检查,以评估其对胃癌的诊断价值。经胃镜检查证实的确诊率为71.43% (15/21),与外科病理诊断相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。本文以外科及病理确诊为参照,对其进行了胃镜的诊断和鉴别,并对其进行了比较。结果显示,与外科及病理切片检查比较,发现不同的方法有不同之处,如取样时的空间较小,观察空间较小,取样样本数量较少,取样样本量较少,取样不能完全遮蔽病变周边的情况,会影响到整个检查的准确性,从而降低了胃癌的检出率。

病理组织学观察发现管状腺癌、乳头状腺癌、印戒细胞癌和粘液腺癌的发生率均接近( $P > 0.05$ )。在胃癌的各种类型中,胃镜下的病理切片显示,管状腺癌、乳头状腺癌、印戒细胞癌和粘液腺癌的发生率接近于外科和病理,表明在胃癌的分类中,采用胃镜进行组织切片是最有希望的。

胃镜下组织切片的恶性分化发生率为80.00% (12/15),明显高于外科病理学的47.62% (10/21) ( $P < 0.05$ )。在对胃癌的分化检测中,组织切片的分化阳性检出率高于外科和外科检查,表明两者的鉴别诊断仍然有一定的差别。马彬<sup>[8]</sup>通过对84名胃癌病人行胃镜检查 and 外科检查的对比,发现两者的诊断正确和肿瘤的分化情况都有一定的差别。可见,虽然胃镜检查 and 外科检查有较大差别,但对胃癌患者的术前检查有一定的指导意义。为了对胃癌病人的疗效进行综合评价,还需要通过外科和组织的检查来确定。

目前,针对胃癌的肿块,利用内窥镜进行病理检查是一种行之有效的方法,但其存在着不足之处,如病灶区周围组织炎症等问题,将会对其诊断精度产生不利的作用。而且,胃镜检查也只是从活检的角度,并不能准确地判断整个组织,特别是在肿瘤的分化情况下。在目前的胃癌中,手术病理检查仍然是最安全、最重要的检

查方式,但是由于胃镜检查可以早期发现肿瘤的性质,特别是对于胃粘膜和萎缩性胃炎的早期诊断,所以在临床上也有一定的参考作用<sup>[10-12]</sup>。

综上,胃镜检查和病理检查对胃癌有较高的诊断价值,但对胃癌的综合评价还需要进一步的外科检查和病理检查。

#### 参考文献:

- [1]周君.术前胃镜活检病理诊断胃癌的临床价值及准确度分析[J].中外医学研究,2021,19(20):67-68.
- [2]周灿宦,李红全,李成之,蔡晓燕.术前胃镜活检病理与外科术后病理对胃癌的诊断价值分析[J].智慧健康,2021,7(10):64-66.
- [3]李晓燕.胃镜活检与外科病理诊断胃癌的临床比较研究[J].医学食疗与健康,2020,18(19):65-77.
- [4]翟建欣,冯文博.胃镜活检病理检查在提高胃癌患者术前诊断准确度中的作用[J].肿瘤基础与临床,2020,33(04):329-331.
- [5]欧彩颜.胃癌患者术前胃镜活检与术后标本病理诊断的临床比较[J].数理医药学杂志,2020,33(06):841-842.
- [6]黄燕.术前胃镜活检病理诊断胃癌的临床价值分析[J].基层医学论坛,2020,24(17):2463-2465.
- [7]周情.胃镜活检与外科病理检查对早期胃癌的诊断价值与对比[J].当代医学,2020,26(16):72-74.
- [8]马彬.比较胃癌患者术前胃镜活检病理与外科术后病理的异同[J].中国医药指南,2018,16(9):46-47.
- [9]马克美.胃镜活检病理对胃癌临床诊断有哪些价值[J].家庭生活指南,2020,(05):157.
- [10]张静.胃镜活检与术后病理检查在胃癌诊断中的效果及准确性影响评价[J].首都食品与医药,2020,27(09):121-122.
- [11]陈鹤.胃镜活检与外科病理诊断胃癌的临床对比研究[J].中国医药指南,2020,18(11):144-145.
- [12]张萍.胃镜活检病理与外科手术病理对胃癌诊断的研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(41):142.