

甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断准确性以及误漏诊原因研究

杜迎亭 张敏^{通讯作者}

(吉林市人民医院(病理科) 吉林省 132000)

【摘要】目的:探究甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断准确性以及误漏诊原因。方法:选取 2016 年 6 月到 2018 年 5 月我院接诊的甲状腺肿瘤疾病患者 57 例进行分析,全部患者均行甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断和石蜡病理切片诊断,对比两种病理诊断的诊断结果。结果:术中冰冻切片病理诊断准确性、误诊率、漏诊率与病理诊断结果对比,差异不具有统计学意义($P > 0.05$)。结论:甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断准确性对确定患者的下一步治疗计划有着重要意义,可改善患者预后,在临床中具有较高的应用价值。

【关键词】甲状腺;微小癌;术中冰冻切片病理;石蜡病理诊断

临床中,将直径小于 10mm 的甲状腺癌称为甲状腺微小癌,由于癌瘤体积较小,在临床诊断中较为困难,漏诊率和误诊率极高,若该病不能够得到有效诊断,则会对患者的生命造成危险^[1]。通过有效的诊断方式对确定患者的治疗方案有着重要意义,可改善患者的预后,提高患者的生存率。因此,本文主要探究甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断准确性以及误漏诊原因,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 57 例我院接诊甲状腺肿瘤疾病患者进行分析,研究起止时间为 2016 年 6 月到 2018 年 5 月,全部患者均行甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断和石蜡病理切片诊断。参与本实验的甲状腺患者的中,男性患者为 29 例,患者的年龄为 45-53 年,平均年龄为(49.58 ± 3.25) 年;患者的肿瘤病直径为 2-10mm,平均肿瘤直径为(6.25 ± 0.32) mm,女性患者为 28 例,患者的年龄为 44-55 年,平均年龄为(50.34 ± 3.67) 年;患者的肿瘤病直径为 1-8mm,平均肿瘤直径为(6.37 ± 0.46) mm。

纳入标准:①患者均行甲状腺微小癌手术治疗;②患者均为单侧病灶;③患者均为自愿加入实验。

排除标准:①排除甲亢、甲状腺功能衰退的患者;②排除血液疾病患者;③排除认知功能障碍的患者。

1.2 方法

手术冰冻切片:应确保采集的标本的有效性,应尽快将手术中切除的病灶组织进行检验,制作过程:①病理医师应采集大体标本中的新鲜部位进行检查,病理医师应通过肉眼确认病理改变部位,并选取该部位 1-4 块组织,将获取的组织放入冷冻切片中进行处理,本实验采用的冷冻切片为恒冷式切片机,型号为 LAICA CM 1850 型,病理切片操作在零下 20℃进行,于所取的每个组织切片取 2 片进行检验,保证每个切片的厚度在 5.5 μm,使用酒精进行固定,染色为苏木精-伊红染色法,染色完成后,应将切片放置于显微镜下观察,由 2 名医生对病理检测结果数据进行分析。

石蜡切片:采集切片标本方法与冰冻切片相同,将采集的组织放入固定液中固定,对固定的组织进行脱水处理,使用的脱水剂为乙醇,随后将石蜡完全浸入组织中,使石蜡完全取代组织中的透明剂,完成后,将标本放置蜡块中包埋,并进行切片和贴片步骤,染色以及观察方法与冰冻切片相同。

1.3 观察指标

对比两种病理诊断的诊断结果。

1.4 统计学分析

本次研究的例患者所有数据均行 SPSS17.0 软件处理,用率(%)的形式表示诊断准确性、误诊率、漏诊率,行卡方检验,当数据对比呈现为 $P < 0.05$ 的差异性时,统计学意义存在。

2 结果

2.1 甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断结果与石蜡病理诊断结果

本次实验将石蜡病理诊断结果作为诊断金标准,经检验,45 例患者为阳性,12 例患者为阴性,诊断准确率为 100.0% (57/57),误诊率为 0.00%,漏诊率为 0.00%。

冰冻切片中,诊断准确率为 94.74% (54/57),误诊率为 9.09% (1/11),漏诊率为 4.44% (2/45)。

表 1 甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断结果与石蜡病理诊断结果

诊断金标准	冰冻切片		合计
	阳性	阴性	
阳性	43	2	45
阴性	1	11	12
合计	44	13	57

2.2 对比甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断结果与石蜡病理诊断结果

两种病理诊断结果对比,差异不具有统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 对比甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断结果与石蜡病理诊断结果

组别	n	误诊率	漏诊率	诊断准确率
石蜡病理	57	0.00%	0.00%	100.0% (57/57)
冰冻病理	57	9.09% (1/11)	4.44% (2/45)	94.74% (54/57)
χ^2	-	-	-	3.0811
P	-	-	-	0.0792

3 讨论

甲状腺微小病灶直径小于 10mm,临床诊断困难程度极大,部

分患者因病灶较为微小,通常需要通过手术病理诊断得以确诊,虽然
(下转第 5 页)

出的成绩,实现了阶段性目标,1990年至2010年的20年间,患病率减少了50%,死亡率下降了接近80%^[8]。但与此同时我国的结核病防控形势依然非常严峻,其中耐药结核病患者越来越多,2007年全国结核病耐药性基线调查报告显示,我国肺结核的耐药率为8.3%,但由于人口基数大,我国的耐药结核病患者数占到了全球的1/4~1/3,达到12万例^[9]。耐药结核治疗成功率低,仅为50%~74%^[10],所以耐药结核发病率长期的居高不下严重影响了我国结核病的防控工作,为结核病的有效控制增大了难度,而其中复治肺结核病患者是耐药结核病产生的重要来源之一。所以减少复治肺结核的发生率并有效的治疗复治肺结核患者,在我国的结核病防控工作中的地位显现的越来越突出。但现有的抗结核药物和化学治疗方案已远远不能满足耐药结核病治疗需要^[11]。目前当务之急是开发出全新结构和全新作用机制的抗结核药物,能够有效的治疗复治耐药结核病。但是西药新药的研发周期过长,难度非常大,费用也相对昂贵,所以利用已有的传统中医、中药治疗复治耐药结核应该是一条较为理想的捷径,既可以节省时间,又可以节省大量的研发费用。中医中药治疗也以“杀虫”和“补虚”为两大基本治则,能显著减轻耐药性,现有相关报道已表明中医药能够延缓、抑制耐药菌,对于耐药肺结核,无论是全耐药还是多耐药均能起到很好治疗作用^[12]。自从抗结核化疗药物问世以来,我国的结核病治疗也随之发生了历史性的转折,这其中,中医中药的抗痨作用被严重低估,中医中药在治疗结核病中的优势也同样被忽视。西医过分注重应用抗结核药物化疗,而常常忽视了患者的自身机能状况。而中药治疗结核病的优势在于,中药抗痨途径和西药不同,不是千篇一律,而是辨证施治,能够因人、因时、因地制定个体化治疗方案,既能调整机体的机能状态增强免疫力、减轻抗结核药物的不良反应,又能延缓化疗药物耐药性的产生。

我们通过选择临床上较为常见的肺阴虚、阴虚火旺及气阴两虚三型共71例首次诊断复治菌阳肺结核患者的肺部CT影像学资料及肺功检查进行回顾性分析,旨在探讨复治肺结核的中医证型与其CT影像学及肺功检查的关系。经过研究,我们发现本组病例肺CT影像学征象及肺功检查与中医证型的关系密切。因此根据肺部的CT影像学检查及肺功检查,可了解到本病的病情严重程度及发病的阶段。肺阴虚型患者CT上以斑片影、磨玻璃状影、腺泡结节影表现多见,虽有肺实质改变,但病变范围相对较小,正常肺组织可代偿,故对肺功能影响相对较小,因此肺功能基本正常。阴虚火旺型患者由于虚火煎着导致患者肺呈实性改变,干酪性肺炎较多见,患者肺弹性降低,导致进入肺泡的空气减少,从而出现了限制性通气功能障碍。气阴两虚证主要表现为增生、胸膜肥厚粘连、纤维化及毁损性病灶。因其肺活量受限产生了限制性通气功能障碍,又由于广泛纤维化、局限性肺气肿,可以使气道扭曲狭窄,使小气道功能减损而部分患者出现阻塞性通气功能障碍,从而产生了混合性通气功能障碍,而部分患者由于气虚无力咳嗽,导致患者气管干酪物附着形成支气管

结核,从而出现了阻塞性的通气功能障碍。本文研究结果显示,肺结核患者各证型之间在影像学及肺功检查上存在差异,对肺结核的辨证诊断有积极的参考意义,能较早地反映病情,有助于判断疾病的发展趋势,结合患者的临床症状,对中医辨证分型提供应用价值,能更好的治疗肺结核患者,以降低患者的复发率和耐药率。我们要结合现代医学严谨、规范、科学的实验原则,完善中医药研究的实验设计,制定规范合理的诊断及疗效评价标准,探索出在更为有效的中医药防治结核方案,为中医证型的标准化提供重要依据,使中医辨证更为准确,使中医施治效果更为显著,从而有效的提高复治患者的治愈率,降低因反复治疗而引起的耐药结核的发生率。

参考文献:

- [1]中华医学会结核病学分会.肺结核诊断和治疗指南.中华结核和呼吸杂志,2001,24(2):70-74.
 - [2]肖东楼,赵明刚,王宇.中国结核病防治规划实施工作指南[M].北京:中国协和医科大学出版社,2008:22-29.
 - [3]中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南-中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:14-16.
 - [4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:3.
 - [5]余靖.中国现代百名中医临床家丛书洪广祥[M].北京:中国中医药出版社,2007:20-90.
 - [6]国家技术监督局.中医临床诊疗术语证候部分[M].北京:中国标准出版社,1997:20-23.
 - [7]WHO. Global tuberculosis report 2014.WHO/HTM/TB/2014.08. Geneva, Switzerland: WHO,2014.
 - [8] World Health Organization. Global tuberculosis control WHO report [R/OL].Geneva: World Health Organization. 2013[2013-12-09]. <http://www.who.int/tb/publications/global-report/en/index.htm>.
 - [9]中华人民共和国卫生部.全国结核病耐药性基线调查报告(2007-2008).北京:人民卫生出版社,2010.
 - [10]World Health Organization. The global plan to stop TB 2011-2015:transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Geneva: World Health Organization:2010:1-100.
 - [11]唐神结.结核病临床诊治进展年度报告(2014).北京:人民卫生出版社,2015:172-173.
 - [12]王胜圣,周杰,张彦峰,等.肺结核中医证候规律研究.世界中西医结合杂志,2014,9(5):498-500.
 - [13]董芳,王胜圣,周杰,等.中医药防治肺结核的优势及发展趋势.中医临床研究,2011,3(12):113-114.
- 基金项目:黑龙江省卫生计生委科研课题(课题编号2016-251)
作者单位:150056 哈尔滨 黑龙江省哈尔滨市胸科医院
通讯地址:郭春辉

(上接第1页)

经过穿刺细胞学检验,能够对部分患者作出诊断,但仍然有一部分患者需要行外科手术才能够得以确诊,手术过程中行冰冻切片病理诊断对确定下一步患者的手术治疗方案有着重要意义^[2]。

冰冻病理切片是临床手术中较为常用的一种疾病诊断方式,该种病理诊断方式具有快速诊断、准确率高的特点,医生可以根据冰冻切片结果确定手术肿瘤组织切除的范围以及确定手术类型,若出现漏诊和误诊等现象,则会对患者预后产生较大影响,行冰冻病理切片诊断过程中应给予高度重视。参与本实验的患者中,导致患者出现误诊、漏诊的原因与肿瘤直径有关,肿瘤直径均小于5mm。一例误诊患者主要表现为乳头状结构均存在局部区域,通过仔细观察可发现少量细胞核、具有重叠性,细胞间质纤维组织可发生增殖现象^[3]。两例患者的漏诊因素与病理医师取材有关,病理医师在取材过

程中未能够对切开的组织进行仔细观察,导致病变组织被忽略掉,进而影响病理诊断结果。

综上所述,冰冻切片病理诊断准确性对确诊甲状腺微小癌患者疾病有着重要意义,可为患者制定手术方案提供有价值的信息。

参考文献:

- [1]王杰,杨春育.甲状腺癌术中冰冻切片病理检查可信性分析[J].中国实用外科杂志,2016,25(4):185-186.
- [2]王跃生,谷新珠,尹士慧.甲状腺肿块术中冰冻切片诊断的初探[J].临床与实验病理学杂志,2017,2(3):226-228.
- [3]陈积贤,孙利敏.776例甲状腺肿块术中冰冻切片诊断分析[J].中国肿瘤临床,2016,33(3):154-156.