

胃镜活体检查病理在胃癌诊断中的价值

王丽梅

(开远市人民医院 云南 开远 661600)

摘要：目的：探讨胃镜活体检查病理在胃癌诊断中的价值。方法：将 2021 年 9 月-2022 年 9 月期间在我院就诊且疑似为胃癌的 20 例病人纳入研究，所有病人均接受胃镜活体检查，并以外科病理检查为此次研究金标准评估胃镜活体检查的诊断价值。结果：胃癌诊断准确率胃镜活体检查（85.00%）与外科病理检查（100.00%）有差异，但对比无统计学意义（ $\chi^2=3.243$ ， $P>0.05$ ）。病变 Lauren 肠型、Lauren 弥漫型诊断准确率胃镜活体检查（50.00%、45.00%）与外科病理检查（40.00%、30.00%）有差异，但对比无统计学意义（ $\chi^2=0.404$ 、 0.960 ， $P>0.05$ ）；Lauren 混合型诊断准确率胃镜活体检查（5.00%）低于外科病理检查（30.00%），对比有意义（ $\chi^2=4.329$ ， $P<0.05$ ）。病变高、低分化型诊断准确率胃镜活体检查（40.00%、60.00%）与外科病理检查（70.00%、30.00%）差异较大，对比有意义（ $\chi^2=3.636$ ， $P<0.05$ ）。结论：胃镜活体检查有较高的胃癌检出率，有助于胃癌的早发现、早诊断、早干预，但是在对胃癌病变形态及分化程度检验中依然要参照外科病理检查结果，以进一步提升诊断准确性，进而为临床提供更为完整的数据参考。

关键词：胃镜活体检查；外科病理检查；诊断；胃癌

胃癌是中国临床常见消化道恶性肿瘤，且由于近年来人类生存、饮食结构的变化，其发病率呈逐渐增加态势，且对病人生活质量、身心健康均带来巨大危害。并且胃癌和大多数的癌变疾病一样，其早期表现并没有特异性，病人多无典型临床体征，大部分病人在症状出现时就已经中期或晚期，因此错失了最佳的治疗时机^[1]。而胃癌的预后情况也与其早期的治疗方法有着很大关系，在早期胃癌得到准确、合理的治疗后，通常可延长存续期限达五年以上，甚至就能获得根治^[2]。现阶段胃癌已经有许多的检查手段，包括了组织病理学检查、胃液分析、免疫学检验和 CT 检测等，且病理诊断为临床金标准，可有效指导临床工作的进一步展开^[3]。而本篇重点探讨胃镜活体检验在胃癌中的诊断效果，希望为临床胃癌治疗方法的选用提出依据，现做如下报告：

1 资料和方法

1.1 一般资料

将 2021 年 9 月-2022 年 9 月期间在我院就诊且疑似为胃癌的 20 例病人纳入研究，其中男性 12 例（60.00%），女性 8 例（40.00%）；年龄 41-76 周岁，均值（63.59±5.71）周岁；体重 49-86kg，均值（65.30±7.47）kg；病程 8-17 月，均值（12.92±2.26）月。

纳入标准：（1）临床资料完整；（2）沟通/依从性良好；（3）存在上腹膨胀、疼痛，以及上消化道出血等胃癌疑似症状；（4）知情研究内容并同意参与。

排除标准：合并（1）精神/认知状态异常；（2）严重免疫/代谢性疾病；（3）其他系统恶性肿瘤；（4）中途退出研究。

1.2 方法

1.2.1 胃镜活体检查

所有病例均通过胃镜进行检测，仔细观察其胃黏膜病变状况。活检位置需按照病人本身状况做出适当决定。对于胃癌为隆起型的病人，则必须要将隆起部分剥离，再选择病人胃黏膜下基底部分的顶端组织为活体取材，而针对胃癌的内凹型病灶，则要求选择溃疡附近的组织为活体取材；针对皮肤黏膜下病灶则要求选择中央凹陷组

织为取材。同时必须针对病患状况进行有效判断，再根据病患状况选择活检方式，最后采用活检钳取出，在处理过程中活检钳必须与黏膜成 45° 的夹角，在取出时先要置于吸水纸上，随后要用 10% 甲醛溶液密封，待做进一步病理检验。

1.2.2 外科病理检查

所有病例均在胃镜活体检查后均展开外科病理检查，当病灶直径 < 1cm 时采用完全取材，病灶 ≥ 1cm 时则采用局部取材。完全取材后用 4% 多聚甲醛溶剂固定，一般切片为 3-5 μm，用苏木精-伊红染料，并使用显微镜对其加以检测。具体采用的操作步骤为：对溃疡局部边缘划分为四象限并实施取活检，针对已经发生糜烂病变的人群，应当及时在糜烂局部实施取活检。正常活检的取材量，一般以 6-10 块为最佳。

1.3 指标观察

1.3.1 诊断准确率，包括确诊率、漏诊率及误诊率。

1.3.2 参照美国肿瘤研究联合委员会制定的胃癌 Lauren 分型标准，判断病变形态分型（肠型、弥漫型、混合型），并计算判断准确率。

1.3.3 病变分化程度（高分化型：乳头状腺癌及高、中分化管状腺癌，低分化型：低分化腺癌、印戒细胞癌、黏液腺癌以及未分化癌）诊断准确率。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件处理数据，变量资料以“t”计算，定性数据用 χ^2 核实，分别以（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示， $P<0.05$ 为统计学意义。

2 结果

2.1 诊断准确率分析

胃癌诊断准确率，外科病理检查 > 胃镜活体检查，但对比无意义（ $P>0.05$ ）。见表 1：

表 1 诊断准确率分析[n（%）]

检查方式	例数	确诊率	漏诊率	误诊率	准确率
------	----	-----	-----	-----	-----

外科病理检查	20	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)
胃镜活体检查	20	17 (85.00)	2 (10.00)	1 (5.00)	17 (85.00)
χ^2	-	-	-	-	3.243
P	-	-	-	-	0.071

2.2 病变形态分析

外科病理检查在病变 Lauren 肠型、Lauren 弥漫型、Lauren 混合型判断中, 准确率分别为 40.00% (8/20)、30.00% (6/20)、30.00% (6/20); 胃镜活体检查准确率分别为 50.00% (10/20)、45.00% (9/20)、5.00% (1/20); 其中 Lauren 肠型、Lauren 弥漫型判断准确率胃镜活体检查 > 外科病理检查, 但对比无意义 ($\chi^2=0.404, 0.960, P=0.525, 0.327$); Lauren 混合型判断中外科病理检查 > 胃镜活体检查, 对比有意义 ($\chi^2=4.329, P=0.037$)。

2.3 病变分化程度分析

外科病理检查在病变高分化型、低分化型判断中, 准确率分别为 70.00% (14/20)、30.00% (6/20), 胃镜活体检查准确率分别为 40.00% (8/20)、60.00% (12/20), 对比均意义 ($\chi^2=3.636, P=0.046$)。

3 讨论

胃癌是目前中国恶性肿瘤死亡率居首位的疾病, 并有着极高的病逝率, 其基因、环境和 HP 感染因素等是引起胃癌的主要原因^[4]。早期病人大多伴有恶心、呕吐、胃肠道不适应感和胃口下降等的症状, 如果治疗不及时会使得病情进一步发展到晚期, 从而威胁病患生命^[5]。这主要是由于胃癌病人的早期表现并没有特异性, 进而可错误认同为是胃炎甚至是胃溃疡, 直至表现明确时已是胃癌晚期, 所以早期检查对胃癌的诊断有着关键的意义。且有学者指出, 不同期型的胃癌预后状况与其早期的诊断时间有着很大关系, 在早期确诊后进行适当处理时, 其生存期将到达甚至大于五年, 甚至部分病例还可以达到痊愈。相比之下, 晚期胃癌病例的五年成活率约为 5.0%。由此可见, 及时、准确诊断对胃癌病人尤为重要^[6]。

由于现代医学技术水平的日益提升, 以及内镜检查技术设备的不断完善, 使胃镜活体检测逐渐应用到胃癌中, 它主要依靠一根长度在一厘米左右的导光纤, 其前端还配有内视镜头, 通过口部放入病人食管、胃、十二指肠中, 利用光源装置内发出的光源观测到被检查部位的健康状况^[7]。必要时, 通过胃镜小洞深入夹子对病灶组织进行切片检查, 从而判断病人是否具有癌变表现。并且在现阶段临床工作中胃镜活体检查方法在恶性疾病上实现了很高诊断价值。但使用胃镜进行活体检测会出现相应的问题, 比如选材的局限性无法对病灶组织的特征做出客观的反映, 在病灶的形态以及分化程度等方面也存在着相应的检测偏差。而既往针对胃癌, 外科手术病理检测结果为其“金标准”^[8]。且能对病灶部位取样检查, 并通过对其取样的细胞学特性、分化程度和浸润情况等对癌症详情进行判断, 所以其在诊断癌症组织起源、特性、范围中的价值明显, 且具

备较高权威性和准确度。本次研究对 20 例胃癌疑似病人均展开外科病理检查与胃镜活体检查, 结果显示, 胃镜活体检查下胃癌诊断准确率, 病 Lauren 肠型、Lauren 弥漫型检出率与外科病理检查略有差异, 但对比无统计学意义 ($P > 0.05$), 结果表明胃镜活体检查对胃癌有较高检出率及诊断准确率。但是 Lauren 混合型及病变高、低分化型诊断的胃镜活体检查与外科病理检查区别很大, 对比有意义 ($P < 0.05$), 说明了胃镜活体检查在胃癌诊断中还存在一些不足之处, 但其根本原因在于此类癌组织经常在胃壁呈现弥漫浸润状生长, 与胃镜活体检测对疾病整体的客观性和全面性的缺失密切相关^[9]。以及所采用胃镜技术切片检查时如只取了局部的, 极易引起取材位置偏离了癌化的集聚位置, 因此并不能对病变情况作出客观全面的研究, 进而导致病理状态和分化水平的检验具有差别, 从而容易发生漏诊与误诊, 最终不能对病人胃癌状况进行正确评估。当然本论文还存在许多缺陷, 如样本数较小, 重要数据少等, 但通过与其他文献资料的比较发现差距不大, 由此表明该文已具备较高可靠性, 建议后续临床研究进行多样本、多数据的验证, 以进一步明确胃镜活体检查的临床应用价值。

综上所述, 胃镜活体检测对胃癌的确诊率较高, 但在对胃癌作出全面评价时由于胃镜活体检测很容易发生取材方式不当, 进而造成准确性下降, 因此对胃癌病灶形态的分化程度和形态也只能作为主要判断根据, 而仍须以外科手术病理的检验结论为主要标准。

参考文献:

- [1]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(9):121-122.
- [2]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.
- [3]吕丹丹.胃癌术前胃镜活检病理与外科术后病理的临床分析[J].中国社区医师,2021,37(17):122-123.
- [4]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):142-139.
- [5]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.
- [6]包辉,曲利明,杨凯,金梦.胃镜活检病理应用于胃癌临床诊断的应用价值分析[J].中国继续医学教育,2020,12(7):66-68.
- [7]翟建欣,冯文博.胃镜活检病理检查在提高胃癌患者前诊断准确度中的作用[J].肿瘤基础与临床,2020,33(4):329-331.
- [8]牛蕾.胃癌病人术前胃镜活检病理与外科术后病理的差异分析[J].中国医药指南,2020,18(18):96-97.
- [9]万霞,陈萍.胃癌术前胃镜活检与术后病理诊断的差异分析[J].中国当代医药,2020,27(09):138-140.