

# 胃镜活检与外科病理检查对早期胃癌诊断价值的比较分析

高颖

(青海省格尔木市人民医院 青海格尔木 816099)

**【摘要】**目的：探析胃镜活检与外科病理检查在早期胃癌诊断中的应用效果。方法 选取2021年1月-2023年2月本院120例临床确诊的早期胃癌患者，所选患者均采用胃镜活检与外科病理检查，分析检查结果。结果 胃镜显示：(1) 病灶部位：胃窦、胃底及贲门、胃角、胃体46.67%、8.33%、20.83%、24.17%。(2) 病灶直径： $\leq 1.0\text{cm}$ 、1.0-2.0cm、2.0-3.0cm、 $> 3.0\text{cm}$  占比为40.00%、35.83%、15.00%、9.17%。经胃镜活检检查，早期胃癌确诊107例，13例疑诊，对比外科病理检查，诊断一致率是89.17%。胃镜活检与外科病理检查在早期胃癌组织分型检查中的一致率是78.33% (94/120)，与外科病理检查存在明显差异 ( $P < 0.05$ )。胃镜活检与病理检查对癌细胞浸润诊断的一致率是94.17% (113/120)，胃镜活检与病理检查存在显著差异 ( $P < 0.05$ )。胃镜活检与病理检查对癌细胞分化程度的抑制率是85.83% (103/120)，两种检查方法存在显著差异 ( $P < 0.05$ )。结论 胃镜活检与外科病理检查在早期胃癌诊断中应用价值较高，虽然胃镜活检应用价值较高，但是与外科病理检查有差异，胃镜检查时，以病变实际情况为依据取材，从而促进胃镜活检诊断准确率的提高。

**【关键词】** 早期胃癌；外科病理检查；胃镜活检

Comparative analysis of the value of endoscopic biopsy and surgical pathology for the diagnosis of early gastric cancer

Gao Ying

(People's Hospital of Qinghai Province, Qinghai Province 816099)

**[Abstract]** Objective: To analyze the effect of gastroscopy biopsy and surgical pathological examination in the diagnosis of early gastric cancer. Methods 120 clinically confirmed early gastric cancer patients from January 2021 to February 2023 were selected for endoscopic biopsy and surgical pathological examination to analyze the examination results. Results Gastroscopy showed: (1) focal sites: 46.67%, 8.33%, 20.83%, and 24.17%. (2) Diameter of the lesion: the 1.0cm, 1.0-2.0cm, 2.0-3.0cm,  $> 3.0\text{cm}$  proportion was 40.00%, 35.83%, 15.00% and 9.17%. After gastroscopy and biopsy, 107 cases of early gastric cancer were confirmed, and 13 cases were suspected. Compared with surgical pathological examination, the diagnostic consensus rate was 89.17%. The agreement rate between gastroscopy biopsy and surgical pathological examination in the early gastric cancer tissue classification examination was 78.33% (94 / 120), which was significantly different from the surgical pathological examination ( $P < 0.05$ ). The consistent rate of gastroscopy biopsy and pathological examination on the diagnosis of cancer cell infiltration was 94.17% (113 / 120), and there was a significant difference between gastroscopy biopsy and pathological examination ( $P < 0.05$ ). The inhibition rate of gastroscopy biopsy and pathological examination was 85.83% (103 / 120), and there were significant differences between the two examination methods ( $P < 0.05$ ). Conclusion Gastroscopic biopsy and surgical pathological examination have high application value in the diagnosis of early gastric cancer. Although the application value of gastroscopy biopsy is high, it is different from the surgical pathological examination. During gastroscopy, the actual situation of the lesion is used accordingly, so as to improve the diagnostic accuracy of gastroscopy biopsy.

**[Key words]** Early gastric cancer; surgical pathological examination; endoscopic biopsy

胃癌是临床常见、多发的恶性肿瘤之一，主要来源于胃黏膜上皮，具有发病率高、死亡率高等特点<sup>[1]</sup>。近年来，随着经济的发展，人们的生活方式、饮食习惯发生了显著改变，工作压力、生活压力也随之提高，胃癌患病率明显提高，且朝着年轻化方向发展。许多胃癌患者初期临床症状并不明显，随着疾病的发展，患者很容易出现嗝气及上腹部不适等

症状，极易与胃溃疡、胃炎等混淆<sup>[2]</sup>，所以早发现、早诊断、早治疗尤为重要。病理组织学诊断是胃癌诊断的金标准，该方法诊断准确率高，但是其具有一定的创伤性，导致临床应用范围受到限制<sup>[3]</sup>。胃镜活检是早期胃癌诊断常用技术，根据早期胃癌分型实施诊断，将胃镜活检的诊断价值发挥出来<sup>[4]</sup>。基于此，本文针对胃镜活检与外科病理检查在早期胃癌

诊断中的应用效果进行分析, 详情如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

选取本院 2021 年 1 月-2023 年 2 月收治的 120 例临床确诊的早期胃癌患者, 其中 67 例男, 53 例女; 年龄: 35-79 岁, 均值 (51.68 ± 7.13) 岁。经医院医学伦理委员会批准, 且所有患者自愿签署研究同意书。

纳入标准: (1) 意识清楚, 且研究资料齐全、完整; (2) 表达能力、认知能力正常。

排除标准: (1) 具有传染疾病史, 或者精神异常; (2) 存在血液系统疾病、免疫系统疾病、凝血功能障碍; (3) 哺乳期、妊娠期妇女; (4) 合并其它恶性肿瘤; (5) 中途选择退出。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 胃镜活检

术前, 所有患者都采取胃镜活检检查。首先, 对胃黏膜仔细观察, 如果肉眼观察并不能准确、有效判断病变组织位置, 则需要采取胃黏膜活检, 根据病情变化, 选择适当的活检位置。若早期胃癌表现为凹陷型, 组织活检时, 选择溃疡四周组织细胞。若早期胃癌表现为隆起型, 先去除隆起位置, 活检组织细胞采集包括色泽改变顶端、改变位置、糜烂粗糙部位和胃黏膜基底位置等。若胃癌表现为平坦性病灶, 活检位置选择病灶周边黏膜皱襞中断位置; 如果病灶在黏膜下方, 活检采集为黏膜中央凹陷部位组织细胞。

#### 1.2.2 外科病理检查

所有患者均采取外科手术治疗, 术中认真、仔细观察淋巴结转移情况、肿瘤部位、肿瘤大小等, 准确记录各项指标。对于肉眼可以发现的病变, 每 0.5cm 左右采集组织 1 次并固定, 以福尔马林溶液为主, 常规石蜡包埋后, 切片, 结合苏木精-伊红染色, 然后放置到显微镜下观察, 仔细观察胃癌组织病理学分化程度、病理学分型、浸润深度和淋巴转移情况。由两名病理医师观察, 如果两者获得的结果不同, 则选

择 3 名经验丰富的医师判断, 给出最后的判定结果。

### 1.3 观察指标

1.3.1 观察早期胃癌胃镜下表现, 包括病灶部位、病灶直径。

1.3.2 观察胃镜活检早期胃癌检出情况。

1.3.3 观察胃镜活检与外科病理检查组织学分型诊断结果, 组织学分型有粘液腺癌、低分化腺癌、乳头状腺癌、印戒细胞癌与乳头状腺癌。

1.3.4 观察早期胃癌癌细胞浸润深度。

1.3.5 观察早期胃癌癌细胞分化程度。

### 1.4 统计学方法

本次研究数据的处理均应用统计学软件 SPSS20.0, 计量资料与计数资料的表示方法分别是 ( $\bar{x} \pm s$ ) 与率 (%), 分别采用 t 与  $\chi^2$  检验; 两组比较, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。

## 2 结果

### 2.1 分析胃镜下表现

胃镜显示: (1) 病灶部位: 胃窦、胃底及贲门、胃角、胃体分别有 56 例、10 例、25 例、29 例, 占比分别是 46.67%、8.33%、20.83%、24.17%。(2) 病灶直径:  $\leq 1.0\text{cm}$ 、1.0-2.0cm、2.0-3.0cm、 $> 3.0\text{cm}$  分别有 48 例、43 例、18 例、11 例, 占比为 40.00%、35.83%、15.00%、9.17%。

### 2.2 分析胃镜活检早期胃癌检出情况

经胃镜活检检查, 早期胃癌确诊 107 例, 13 例疑诊, 对比外科病理检查, 诊断一致率是 89.17%。

### 2.3 两种检查方法病变组织学分型诊断结果对比

早期胃癌 120 例患者中, 组织学分型: 粘液腺癌 6 例, 乳头状腺癌、印戒细胞癌分别有 8 例与 17 例; 管状腺癌 35 例, 低分化腺癌 54 例; 胃镜活检与外科病理检查在早期胃癌组织分型检查中的一致率是 78.33% (94/120), 与外科病理检查存在明显差异 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两种检查方法病变组织学分型诊断结果对比

胃镜活检	病例检查					总计
	低分化腺癌	管状腺癌	印戒细胞癌	乳头状腺癌	粘液腺癌	
低分化腺癌	39	2	2	3	0	46
管状腺癌	4	31	2	0	0	37
印戒细胞癌	6	0	13	0	0	19
乳头状腺癌	3	2	0	5	0	10
黏液腺癌	2	0	0	0	6	8
总计	54	35	17	8	6	120

## 2.4 两种检查方法癌细胞浸润深度对比

胃镜活检与病理检查对癌细胞浸润诊断的一致率是 94.17% (113/120), 胃镜活检与病理检查存在显著差异 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组检查方法癌细胞浸润深度对比

胃镜活检	病理检查		总计
	黏膜内	黏膜下	
黏膜内	76	2	78
黏膜下	5	37	42
总计	81	39	120

## 2.5 两种检查方法癌细胞分化程度对比

胃镜活检与病理检查对癌细胞分化程度的抑制率是 85.83% (103/120), 两种检查方法存在显著差异 ( $P < 0.05$ ), 见表 5。

表 5 两种检查方法癌细胞分化程度对比

胃镜活检	病理检查		总计
	分化型	分化不良型	
分化型	68	11	79
分化不良型	6	35	41
总计	74	46	120

## 3 讨论

近年, 胃癌患者越来越多, 发病率表现为增加趋势, 该病的发生与遗传、不合理饮食及不良生活习惯等存在紧密联系, 此外, 胃黏膜息肉、慢性萎缩性胃炎、胃溃疡等同样可能导致胃癌的发生, 所以在发现胃部疾病后, 应及早采取针对性治疗, 避免病情被延误, 随着疾病的发展转为胃癌, 对患者生命安全造成了严重威胁<sup>[5]</sup>。据有关资料显示<sup>[6]</sup>, 许多患者采取治疗时, 疾病已经发展到中晚期, 该阶段患者病情相对严重, 及早采取全胃切除术, 患者 5 年的存活率也仅有大约 30%。这一现象, 主要是因为胃癌初期症状相对隐匿, 再加之患者意识有待提高, 造成最佳治疗时间被延误。临床上, 胃癌的治疗建议早发现、早诊断、早治疗, 从而提高临床治疗效果。

随着医疗行业的发展, 内镜技术水平越来越高, 并被广泛应用于临床中, 胃镜下胃组织活检在早期胃癌诊断中具有显著效果, 而且近年诊断准确率越来越高。本次研究中, 所选患者平均年龄大约 51 岁, 临床体征及临床症状特异性不足, 所以对于年龄高于 50 岁的患者, 尤其是具有胃癌家族史的中老年人群, 建议患者定期进行胃镜检查。但是实际检查期间, 因胃镜取材范围受限, 取材仅可以选择部分胃组织,

再加之胃镜检查视野存在一定限制, 检查时, 无法将所有的病变组织显示出来, 达到外科手术切除组织病理检查难度较大<sup>[7]</sup>。尽管有同一位病理医师多次对同一位患者实施胃镜活检, 两次检查结果也可能存在差异。所以胃镜活检中病变位置组织的选择是胃黏膜病理诊断准确率提高的重点。

手术切除组织与胃镜下病灶取得的病灶存在一定差异, 可能是由于胃镜属于动态观察方法, 且伴有立体腔状结构和胃黏膜皱襞等, 手术病理检查提取的组织为胃壁组织, 然后采用甲醛固定, 轻度凸起或者凹陷的病灶大部分表现为平坦。胃镜钳取组织的尺寸、位置和深度都影响着早期胃癌诊断结果<sup>[8]</sup>。针对溃疡样病灶, 因病灶底部和病灶表现都伴有白细胞和纤维素等渗出物、坏死组织、肉芽组织等, 在该位置取材, 通常是坏死组织、渗出物等, 为提高诊断阳性率, 需要从溃疡样病灶隆起边缘内侧提取组织<sup>[9-10]</sup>。组织钳取时, 防止加压组织细胞, 严格控制力度。钳取的组织块长度通常超过 2mm, 每次取 3-4 块, 严格控制深度, 直至黏膜下层。结果显示, 胃镜显示: (1) 病灶部位: 胃窦、胃底及贲门、胃角、胃体 46.67%、8.33%、20.83%、24.17%。(2) 病灶直径:  $\leq 1.0\text{cm}$ 、1.0-2.0cm、2.0-3.0cm、 $> 3.0\text{cm}$  占比为 40.00%、35.83%、15.00%、9.17%。经胃镜活检检查, 早期胃癌确诊 107 例, 13 例疑诊, 对比外科病理检查, 诊断一致率是 89.17%。胃镜活检为上消化道内镜检查方法, 缓慢向十二指肠、食道和胃部插入检查仪器, 在视角下直接暴露病灶, 经胃镜上方放入钳子, 提取病变组织, 然后实施病理检查诊断。外科病理检查则是在手术后进行, 针对患病位置采取切片分析, 早期胃癌诊断过程中, 外科病理检查与胃镜活检是临床常用的检查方法, 胃镜活检同样具有较高的诊断准确率, 同时临床诊断期间, 可尽量避免出血等情况的发生, 可使患者痛苦程度减轻<sup>[11-12]</sup>。

通过本次研究发现, 胃镜活检在早期胃癌诊断中具有较高的应用价值, 但是从诊断结果方面来看, 与外科术后病理检查结果依然存在差异, 通过该方法判断病变组织分化程度和病变组织分型, 可为胃癌疾病的诊断提供参考, 确诊时, 仍需要结合术后病理检查。在胃镜技术水平日益提高的背景下, 部分早期胃癌患者可利用黏膜切除术或者内镜下黏膜剥离术根治。临床上, 应进一步增强早期胃癌诊断意识, 以患者胃镜下病变情况为依据, 合理取材, 特别是需要加强对内镜下不规则病灶、浅表病灶和微小病灶的观察, 从而促进早期胃癌诊断准确率。除此之外, 与外科病理检查结果综合分析, 对胃癌分化程度、组织形态和浸润深度等综合评估, 以便患者预后改善。

总而言之, 胃镜活检与外科病理检查在早期胃癌诊断中

应用价值较高,虽然胃镜活检应用价值较高,但是与外科病理检查有差异,胃镜检查时,以病变实际情况为依据取材,从而促进胃镜活检诊断准确率的提高。

#### 参考文献:

- [1]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.
- [2]谭秋芬,温坤. 早期胃癌患者采用外科病理检查与胃镜活检诊断的一致性研究[J]. 黑龙江医药,2022,35(5): 1199-1201.
- [3]李发臻. 对比外科病理检查与胃镜在早期胃癌临床诊断中的应用价值[J]. 中国农村卫生,2021,13(7): 38-39.
- [4]肖宇,冯庆云. 胃镜下活体组织检查与外科手术病理诊断胃癌的价值对比分析[J]. 系统医学,2021,6(14): 31-34.
- [5]刘红梅. 经外科手术病理检查与胃镜下活体组织检查在胃癌病情评估中应用价值分析[J]. 黑龙江医学,2021,45(9): 930-931.
- [6]司云凤. 胃镜下活体组织检查与外科手术病理检查诊断胃癌的效果比较[J]. 中国实用医药,2022,17(1): 92-94.
- [7]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(6): 841-842.
- [8]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.
- [9]牛蕾. 胃癌患者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.
- [10]申小雄. 胃镜下病理活检和外科手术病理在胃癌评估中的应用分析[J]. 中国社区医师,2022,38(16): 87-89.
- [11]刘立波. 胃癌术前胃镜活检病理与外科术后病理的临床效果[J]. 医疗装备, 2018, 31(11): 31-35.
- [12]陈福伟. 胃镜活组织病理检查与外科病理诊断在胃癌诊断上的差异分析[J]. 今日健康, 2016, 15(6): 12-17.