

比较无显著性差异 ($P>0.05$), 这可能是由于本研究样本个体之间存在一定差异。CD4⁺/CD8⁺ 比值对 AA 与低增生性 MDS 都存在重要影响, 故本研究根据其参考值范围对两组患者进行分组比较后发现, 在比值正常组中, AA 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例低于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$), 而两组 CD19⁺B 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$); 在比值倒置组中, AA 组 CD19⁺B 细胞比例高于低增生性 MDS 组 ($P<0.05$), 而两组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例对比无显著性差异 ($P>0.05$); 在比值超高组中, AA 组与低增生性 MDS 组 CD3⁺CD16⁺CD56⁺NK 细胞比例及 CD19⁺B 细胞比例对比均无显著性差异 ($P>0.05$)。这充分说明了在不同 CD4⁺/CD8⁺ 比值条件下, AA 与低增生性 MDS 患者 NK 淋巴细胞及 B 淋巴细胞的差异有不同的表现。综上所述, 淋巴细

胞亚群可作为 AA 和低增生性 MDS 鉴别诊断的参考指标。

参考文献

- [1] 李丽娟, 邵宗鸿. 骨髓增生异常综合征造血细胞增殖分化异常研究进展[J]. 中国实验血液学杂志, 2015, 23(5): 1504-1508
- [2] 张梦颖, 马杰, 孙慧, 等. 低、中危骨髓增生异常综合征和慢性再生障碍性贫血患者外周血淋巴细胞亚群分析及其对早期治疗反应的影响[J]. 中国实验血液学杂志, 2014, 22(2): 377-381
- [3] 范雯, 张阳萍. 淋巴细胞亚群在 MDS 和 AA 患者中的变化和意义[J]. 国际检验医学杂志, 2018, 39(20): 2579-2581
- [4] 汪可, 张晓雅, 高涵, 等. 基于 Logistic 回归模型的低增生性骨髓增生异常综合征和再生障碍性贫血的鉴别诊断研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 52-57
- [5] 冯秀梅, 许洪志, 张婧瑶, 等. 再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征和急性髓系白血病患者 CD4⁺T 细胞亚群转录因子表达的变化及其临床意义[J]. 中国实验血液学杂志, 2014, 22(4): 1038-1042

(收稿日期: 2019-05-11)

胃镜活检在胃癌临床诊断中的应用

陈智慧 谢小平 马美春

(广东省韶关市第一人民医院病理科 韶关 512000)

摘要:目的: 探讨胃镜活检在胃癌临床诊断中的应用效果。方法: 选取 2017 年 1 月~2018 年 8 月收治的 68 例疑似胃癌患者作为研究对象, 术前均行胃镜活检, 术中行快速病理诊断, 术后做外科病理诊断, 将外科病理诊断作为金标准, 分析胃镜活检诊断准确率, 细胞分化程度检出率与病理类型检出率。结果: 68 例疑似胃癌患者术后经外科病理诊断, 确诊 65 例, 非胃癌 3 例。将外科病理诊断作为诊断金标准, 胃镜活检的灵敏度为 83.08%(54/65), 特异度为 66.67%(2/3), 准确度为 82.35%(56/68)。与外科病理诊断比较, 胃镜活检的分化不良型检出率较高, 分化型的检出率较低 ($\chi^2=7.270, P=0.007$)。胃镜活检对管状腺瘤的检出率 5.56% 低于外科病理诊断的 30.77%, 乳头状腺瘤检出率 46.30% 高于外科病理诊断的 27.69%, 黏液腺瘤检出率 44.44% 高于外科病理诊断的 24.62%, 印戒细胞瘤检出率 3.70% 低于外科病理诊断的 16.92%, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 术前胃镜活检对胃癌的诊断准确率虽低于外科病理诊断, 但仍可作为胃癌诊断的重要手段。外科病理诊断对胃癌的诊断准确率较高, 可鉴别细胞分化程度。为进一步提高临床胃癌患者诊断的准确性, 临床可将胃镜活检与外科病理诊断相结合。

关键词: 胃癌; 胃镜活检; 外科病理诊断

中图分类号: R446.8

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.068

随着经济水平不断发展, 人们生活习惯的改变, 胃癌的发病率呈逐年上升趋势。胃癌属于消化道恶性肿瘤, 具有较高的死亡率。该病发病隐匿, 初期临床症状并不明显, 不易引起人们重视, 诊断难度相对较大。随着病情进展, 患者常表现出胃痛、黑便、呕血等较为明显的症状, 此时, 患者通常已经处于胃癌晚期, 生存质量及预后均较差。因此, 早诊断、早治疗对胃癌患者生活质量的提高和预后具有重要意义^[1-2]。本研究探讨胃镜活检在胃癌临床诊断中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2018 年 8 月收治的 68 例疑似胃癌患者为研究对象。其中男 44 例, 女 24 例; 年龄 35~65 岁, 平均 (50.23±4.54) 岁; 病程 5 个月~2 年, 平均 (2.98±1.12) 年。患者及其家

属对本次研究知情且自愿签署知情同意书。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 检测方法 所有入组患者均术前先行胃镜活检, 术后行外科病理诊断。胃镜活检方法如下: 通过导管将内窥镜缓慢置入胃部及肠道等处, 根据患者病情选取黏膜组织, 对于平坦型患者选取中央或四周区域; 溃疡型选取接近内侧区域或四周区域; 隆起型选取基底底部或顶部。选取病理组织时, 为提高病理准确性, 需选取 3~5 块病灶进行活检。外科病理诊断: 取材时需根据患者病情选择不同的取材方式, 病灶直径 ≤1.0 cm 需全部取材; 病灶直径 >1.0 cm 需选择性取材, 应选取较为典型的部位。标本选定后, 采用 10% 的甲醛溶液进行有效固定, 之后用石蜡包埋、切片, 最后用苏木精-伊红染色。由临床经验较为丰富的医师, 在光学显微镜下, 对肿瘤组织的分

化、细胞学形态、浸润程度、病理组织类型等进行观察,并准确记录,根据相应标准做出专业诊断。

1.3 观察指标 将外科病理诊断作为金标准,分析胃镜活检的准确率,对细胞分化程度及病理类型的检出率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件对数据进行处理。计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 外科病理诊断 68 例疑似胃癌患者经术中经快速外科病理诊断,确诊 65 例,非胃癌 3 例。

2.2 胃镜活检诊断结果 将外科病理诊断作为诊断金标准,胃镜活检的灵敏度为 83.08% (54/65),特异度为 66.67% (2/3),准确度为 82.35% (56/68)。见表 1。

表 1 胃镜活检诊断结果(例)

胃镜活检	外科病理诊断结果		合计
	胃癌	非胃癌	
胃癌	54	1	55
非胃癌	11	2	13
合计	65	3	68

2.3 两种诊断方式细胞分化程度检出率对比 术前接受胃镜活检确诊患者中,与外科病理诊断比较,胃镜活检的分化型检出率较低,分化不良型检出率较高,差异有统计学意义($\chi^2=7.270, P=0.007$)。见表 2。

表 2 两种诊断方式细胞分化程度检出率对比[例(%)]

诊断方式	n	分化型	分化不良型
胃镜活检	54	19(35.19)	35(64.81)
外科病理诊断	65	39(60.00)	26(40.00)
χ^2		7.270	7.270
P		0.007	0.007

2.4 两种诊断方式病理类型检出率对比 胃镜活检对管状腺瘤的检出率低于外科病理诊断,乳头状腺瘤检出率高于外科病理诊断,黏液腺瘤检出率高于外科病理诊断,印戒细胞瘤检出率低于外科病理诊断,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两种诊断方式病理类型检出率对比[例(%)]

诊断方式	n	管状腺瘤	乳头状腺瘤	黏液腺瘤	印戒细胞瘤
胃镜活检	54	3(5.56)	25(46.30)	24(44.44)	2(3.70)
外科病理诊断	65	20(30.77)	18(27.69)	16(24.62)	11(16.92)
χ^2		12.026	4.424	5.197	5.297
P		0.001	0.035	0.023	0.021

3 讨论

胃癌是发生于胃黏膜上皮的恶性肿瘤,在胃的各个部位均可发生,尤以胃小弯、贲门部与胃窦部多见,会对胃壁造成不同程度的损伤。随着人们生活

水平的不断提高,生活习惯随之发生巨大改变,胃癌的发病率呈逐年上升趋势,对患者的生命安全与身心健康造成极大危害^[3-4]。

胃癌早期临床症状不明显,极少数患者会出现恶心、呕吐等胃肠道症状,难以引起人们的重视,因此,该病早期诊出率较低。随着病情进展,患者逐渐伴发上腹部疼痛程度加重、身体乏力、食欲减退;若病变部位在贲门胃底部,患者常表现出胸骨后疼痛与进行性吞咽困难;当肿瘤侵及血管,使血管遭到破坏后,患者常出现黑便和呕血的症状;当病情进入癌症晚期,患者出现典型的贫血、营养不良、消瘦^[5]。韩靖等的研究指出,早期胃癌患者若能够得到及时有效的治疗,生存期至少能延长 5 年,甚至有治愈的可能^[6]。晚期胃癌患者错过了最佳的治疗时间,即使采取有效措施治疗,预后也极差。因此,尽早诊断、尽早治疗对延长胃癌患者生命周期,减少痛苦,改善预后,提高生命的生活质量尤为重要^[7]。临床对胃癌的检查与诊断方式较多,如外科病理诊断、X 线钡餐检查、腹部超声、纤维胃镜检查等,各种检查方式各有所长。本研究结果显示,外科病理确诊率较胃镜活检确诊率高,主要因为胃镜活检在实际操作时,仍具有一定的局限性,如获取病灶组织时,操作空间相对封闭;医护人员操作具有一定主观性;样本量少,难以覆盖病灶周边组织,存在误诊、漏诊的可能性较大^[8-9]。胃镜活检与外科病理检查的细胞分化程度及不同病理类型检出率均存在明显差异,主要因为外科病理诊断能够对病灶进行全面分析,对病变组织进行完整判断,诊断的准确度相对较高;胃镜活检无法对病灶全貌进行组织分析,因此其诊断结果与外科病理诊断存在一定的差异性。病理活检的病理类型与细胞分化程度只能作为临床诊断的参考依据,最终确诊须以术后外科病理诊断为准^[10]。

综上所述,术前胃镜活检对胃癌的诊断准确率虽低于外科病理诊断,但仍可作为胃癌诊断的重要手段。外科病理诊断对胃癌的诊断准确率较高,可鉴别细胞分化程度。为进一步提高临床胃癌患者诊断的准确性,临床可将胃镜活检与外科病理诊断相结合。

参考文献

[1]孔世杰,张继红,卫聪莉,等.DCEUS 对胃癌患者术前 T 分期诊断准确率的影响[J].实用中西医结合临床,2018,18(11):132-134

[2]孙鹤,黄体政,李洪德.胃镜活检与外科病理检查对早期胃癌的诊断价值比较[J].实用癌症杂志,2018,33(1):106-108,112

[3]李航,吴锴,刘盛,等.胃癌患者术前胃镜活检病理与外科术后病理诊断对照分析[J].中国实验诊断学,2018,22(9):1541-1542

明显下降,且观察组较对照组下降更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肿瘤坏死因子($\mu\text{g/L}$)		C反应蛋白(mg/L)		白介素-1 β (ng/L)		白介素-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	69.2 \pm 9.1	31.5 \pm 6.8*	9.37 \pm 0.71	6.15 \pm 0.58*	32.1 \pm 4.0	23.6 \pm 5.8*	99.1 \pm 8.8	75.1 \pm 7.3*
观察组	66	67.6 \pm 8.8	18.5 \pm 5.3**	9.59 \pm 0.76	4.90 \pm 0.61**	31.7 \pm 3.8	15.4 \pm 3.2**	97.6 \pm 9.7	62.1 \pm 4.2**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生比较 对照组不良反应发生率为5.00%,观察组为6.06%,两组不良反应均较少,发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表3 两组不良反应发生比较

组别	n	恶心(例)	头晕(例)	心动过缓(例)	不良反应发生率(%)
对照组	60	1	2	0	5.00
观察组	66	2	1	1	6.06

3 讨论

有研究报道,冠心病猝死与心脏的交感神经活动加强以及迷走神经的活动减弱有关^[2]。目前在冠心病的治疗中, β 受体阻断剂使用较多。卡维地洛和美托洛尔欧洲试验(COMET)研究结果显示,在对冠心病患者应用 β 受体阻断剂时,应尽量达到其最大耐受剂量或目标剂量,只有足量治疗,才能最大程度地保护冠心病患者的生命,降低冠心病患者的死亡风险^[3]。从目前的状况来看,由于临床医师考虑到患者的个体耐药性的风险,加之自身经验等多种因素,临床使用美托洛尔缓释片多不足量,未达到临床用药指南标准。

除血压等传统因素外,心率加快也会使冠心病猝死率增加。研究显示,静息心率和冠心病关系密切,其升高严重影响冠心病患者预后^[4]。在本研究中,两组治疗后静息心率、血压都较治疗前有所下降,但治疗后观察组的静息心率、血压下降更为明显($P<0.05$),说明常规用药联合美托洛尔治疗疗效更好,对冠心病患者过高的静息心率和血压的改善更为明显。

C反应蛋白是人体肝脏中合成的非特异性炎症反应标志物,它可以预测心血管疾病发生风险。白介素-1 β 能够使心肌细胞肥大,表型发生改变,持续性高水平的白介素-1 β 不仅会降低心血管功能,还

会使心肌细胞纤维化。白介素-6能够对机体的炎症或者损伤快速做出反应,它能够减弱心肌收缩力,诱导心肌细胞死亡。在冠心病中,肿瘤坏死因子水平上升可使心肌细胞凋亡坏死,重塑心室。研究发现,冠心病患者各种血清炎症因子水平上升和冠心病患者的预后密切相关^[5]。本研究中,两组治疗后血清炎症因子水平均较治疗前有所下降,且观察组治疗后血清炎症因子水平下降更为明显($P<0.05$),说明常规疗法结合美托洛尔治疗冠心病能更好降低患者机体炎症水平,改善患者的心脏功能。

美托洛尔缓释片是 β 受体阻断剂,对心脏 β_1 受体具有高度选择性,它可以竞争性结合 β 受体从而减弱心脏交感神经活动,增强迷走神经活动。它控制血压的同时,能够减慢心率,减少心肌的耗氧量,从而改善心脏功能。它还能通过对肾素-血管紧张素的阻断,加强系统对血压的调节,使心输出量减少,从而降低心绞痛的发作,改善冠心病的预后^[3]。研究表明,美托洛尔缓释片降低血清中炎症因子水平的功能可能与它减慢心率后心功能的改善相关^[6]。综上所述,足量的美托洛尔能够有效控制冠心病患者的血压、心率,改善患者心功能,且不良反应少。

参考文献

[1]陈珊珊,陶四明,韩明华.足量美托洛尔缓释片治疗冠心病的临床观察[J].昆明医科大学学报,2017,38(11):101-103

[2]陈伟伟,王文,隋辉,等.《中国心血管病报告2016》要点解读[J].中华高血压杂志,2017,25(7):605-608,600

[3]李智,李庆淑,于俊.美托洛尔剂型选择对老年不稳定型心绞痛患者心率变异性及QT间期离散度的影响分析[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(2):186-188

[4]张松,闫小英.生脉饮联合琥珀酸美托洛尔治疗老年慢性充血性心力衰竭的临床研究[J].医学综述,2014,20(17):3222-3223

[5]洗展超,彭长农,王小庆,等.美托洛尔缓释片对血流储备分数 >0.80 冠心病患者心功能的影响[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(12):109-112

[6]陆铭,蒋庆渊,刘春兰,等.美托洛尔缓释片对慢性心力衰竭患者炎症因子及心功能的影响[J].疑难病杂志,2017,16(10):977-980,984

(收稿日期:2019-05-04)

(上接第132页)

[4]韩坤,唐海灵.中老年胃癌患者胃镜下漏诊因素与临床病理诊断的研究[J].癌症进展,2017,15(10):1216-1220

[5]郝晓雯,孙秀静,李鹏.超声内镜引导下穿刺活检对常规胃镜活检阴性病灶的诊断价值[J].首都医科大学学报,2018,39(5):657-662

[6]韩靖,黄小英,郭志云,等.胃镜活体检查和外科手术病理在胃癌诊断中的价值对比研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(4):455-457

[7]方莉.外科病理检验和胃镜活检在早期胃癌临床诊断的效果观察

[J].现代诊断与治疗,2016,27(21):4143-4144

[8]陈明,蒋树丽,王亚伟,等.胃镜组织学活检与细胞学刷检对胃癌的诊断价值比较[J].实用医学杂志,2016,32(5):784-785

[9]杨勇,田敏.胃镜活检病理对胃癌诊断价值分析[J].现代消化及介入诊疗,2017,22(5):653-654

[10]谢光琴,刘强.术前胃镜活检病理在胃癌中的诊断价值[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(z1):134-135

(收稿日期:2019-06-18)