

## · 临床研究 ·

# 乳腺癌术中冰冻病理诊断准确性的影响因素分析

王婕

(山西省人民医院, 山西 太原 030012)

**摘要:** 目的 分析乳腺癌术中冰冻病理诊断准确性的影响因素。方法 选择我院自2016年8月至2017年8月收治的经手术治疗的乳腺癌患者50例,所有患者入院后均接受术中冰冻病理诊断,最后对其诊断结果进行观察,并与术后石蜡病理组织学结果进行比对。结果 若患者具有较高等级的肿瘤组织,冰冻诊断符合率也明显提升。若患者具有较大的肿块直径且送检组织充分会提升符合率。另外,快速切片操作程序具有较高的精细度,病灶组织染色资料具有较高的清晰度,X线钼靶细胞具有较高的钙化组织会提升符合率。与石蜡病理检查结果比对,冰冻病理检查的准确率可达82.0%。结论 虽然术中冰冻病理可以对乳腺癌疾病程度予以判定,但是需与石蜡病理检查结果相结合,从而提升准确率。另外,对影响术中冰冻病理诊断准确性的主要因素进行总结可以使冰冻病理方案提高,可在临幊上进一步普及。

**关键词:** 乳腺癌; 术中冰冻病理诊断; 准确性; 影响因素

中图分类号: R737.9

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.74.046

本文引用格式: 王婕. 乳腺癌术中冰冻病理诊断准确性的影响因素分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(74):66-67.

## 0 引言

在女性恶性肿瘤中乳腺癌较为常见,其引发因素与遗传存在相关性,在绝经前后有较高的发生率。据有关资料显示,近年来该疾病的发生率逐年增加,在一定程度上对女性身心健康造成严重威胁。通常情况下,术中实施冰冻病理诊断可以对乳腺癌的病理类型和疾病分级予以明确,从而为临床后续手术方案的拟定奠定良好基础<sup>[1]</sup>。为此,此研究选择我院近一年(2016年8月至2017年8月)收治的经手术治疗的乳腺癌患者50例,分析乳腺癌术中冰冻病理诊断准确性的影响因素。

## 1 资料与方法

1.1 基础资料。此次研究抽取的乳腺癌患者50例,收治时间为2016年8月至2017年8月。患者为29-70岁,平均( $57.26 \pm 8.04$ )岁,患病时间在1个月至1年。

为确保本次研究更具真实性和有效性,将所有经术后病理确诊的原发乳腺癌患者纳入此研究,所有患者的病理资料完整;所有患者均可以参与以下检查,如:免疫组化检查、组织分级和TNM分期;所有患者均对该研究知情,自愿参与实验调查后均将知情同意书签署,我院伦理委员会已通过。

### 1.2 具体流程

1.2.1 使用的仪器和试剂:①免疫组化以抗试剂;抗原修复液;DAB和苏木素染色液。全自动免疫组化染色机、脱水机和冷冻切片机,同时还包括切片机和显微镜。

1.2.2 治疗方法:首先对患者的基本情况充分掌握,如:临床特征、疾病性质和疾病分级,之后依据具体结果将针对性手术方案予以制定,如:乳腺癌改良根治术和保乳手术等。若患者的肿瘤组织在3.0 cm之上,配合辅助性化疗,若肿瘤组织面积缩小显著需事先观察其生命体征,之后实施保乳手术治疗。

1.2.3 冰冻病理:首先选取患者的乳腺标本组织,送至病理科室后病理医师需利用肉眼对其观察,在此期间需详细记录病灶组织的尺寸信息。在显微镜条件下检查病灶组织体积和病理类型,同时对疾病分级进行观察。病灶组织分类依据WHO乳腺肿瘤组织血分类标准进行评估<sup>[2]</sup>。最后利用Excel表格将患者的信息录入,主要为:组织分级、X线钼靶的钙化组织和肿块组织面积等。

1.3 卡方和T值的检验。将研究中的各项数据结果输入软件(SPSS 19.0)进行证实,计数资料的表现形式以(%)为基准,组间予以卡方检验,计量资料的表现形式以均数(±)标准

差表示,组间予以T值检验,结果证实时差异呈 $P < 0.05$ ,则表示统计学意义产生。

## 2 研究结果

2.1 石蜡病理结果分析。50例乳腺癌经石蜡病理诊断后,18例患者的疾病等级为一级,20例患者的疾病等级为二级,12例患者的疾病等级为三级。40例患者的肿块组织直径超过2 cm,10例患者的肿块组织直径低于2 cm。从X线钼靶的钙化组织结果来看,发生弥漫性钙化征象的患者有10例,未发生钙化点的患者有40例。

2.2 冰冻病理诊断准确性的影响因素。与石蜡病理检查结果相比较,冰冻病理检查结果的准确率可达82.0%(41/50)。与此同时若患者具有较高等级的肿瘤组织,冰冻诊断符合率也明显提升。其中一级、二级和三级组织疾病符合率分别为77.8%、75.0%、100%,若患者具有较大的肿块直径且送检组织充分会提升符合率。另外,快速切片操作程序具有较高的精细度,病灶组织染色资料具有较高的清晰度,X线钼靶细胞具有较高的钙化组织会提升符合率,表1为详细数据,展开如下。

表1 冰冻病理诊断准确性的影响因素[n (%) ]

影响因素	n	n	是否符合	
			符合	不符合
疾病等级	一级	18	14 (77.8)	4 (22.2)
	二级	20	15 (75.0)	5 (25.0)
	三级	12	12 (100)	0 (0.0)
肿块组织直径	>2 cm	40	36 (90.0)	4 (10.0)
	≤ 2 cm	10	5 (50.0)	5 (50.0)
X线钼靶的钙化组织	发生弥漫性钙化征象	10	6 (60.0)	4 (40.0)
	未发生钙化点	40	35 (87.5)	5 (12.5)

## 3 讨论

在女性恶性肿瘤中乳腺癌较为常见,且该疾病近年来的发生率逐年增加,在一定程度上对女性患者的身心健康造成严重威胁<sup>[3]</sup>。医疗诊断技术的日新月异,诊断乳腺癌的技术呈多样性发展,既往的检查常选择穿刺活检,虽然该方法可以有效明确患者的疾病信息,但是手术者会受到诸多因素的影响,如:操作水平、乳腺组织细胞总数等提升假阳性发生率,从而引发误诊。在临床治疗中手术治疗为主要治疗方法,

乳腺结构中 NAC，即乳头乳晕复合体为极为重要，采用保留 NAC 乳腺癌改良根治术对乳腺癌进行治疗，其乳腺功能完整性可以有效保留，美容效果较好。现阶段，国内冰冻病理技术逐渐得到了完善，且凭借诸多优势受到了临床的高度认可，其精准度较比穿刺活检更优，但是较比石蜡病理方案存在一定的不足<sup>[4]</sup>。由此可见，分析乳腺癌术中冰冻病理诊断准确性的影响因素对诊断符合率的提升具有重要意义<sup>[5]</sup>。

从此次研究结果可以看出，若患者具有较高等级的肿瘤组织，冰冻诊断符合率也明显提升。若患者具有较大的肿块直径且送检组织充分会提升符合率。另外，快速切片操作程序具有较高的精细度，病灶组织染色资料具有较高的清晰度，X 线靶细胞具有较高的钙化组织会提升符合率。与石蜡病理检查结果比对，冰冻病理检查的准确率可达 82.0%。

临床主张，要想提升冰冻病理符合率，在开展手术时需对以下几项密切注意，如：①对患者乳腺标本组织收集时，取出需保证充分，同时需避免对正常组织造成损伤，在一定程度上可以有效保证组织面积的充分性，便于日后医师的评估，观察是否出现浸润性生长。与此同时，对癌细胞成分溢出进行规避，这样可以防止癌细胞组织发生种植生长<sup>[6]</sup>。②完善切片流程，提升病灶组织染色资料清晰度，这样可以为医师的阅片奠定基础。③若病理组织结果相对复杂，临床需与免疫组织化学染色技术相结合，在一定程度上可以有效提升结果精确度。④据有关资料表明，若冰冻切片送检组织相对较小，会提升误诊率和漏诊率<sup>[7]</sup>。临床初步认为组织过小会破坏修片时的病灶，因此临床需对送检组织高度重视。

综上总结，虽然术中冰冻病理可以对乳腺癌疾病程度予

以判定，但是需与石蜡病理检查结果相结合，从而提升准确率。另外，对影响术中冰冻病理诊断准确性的主要因素进行总结可以使冰冻病理方案提高，可在临幊上进一步普及。

## 参考文献

- [1] 汪峰,宋晓燕,贺慧杰,等.影响乳腺癌术中冰冻诊断准确性的病理与临床因素分析[J].中国实验诊断学,2011,15(10):1674-1677.
- [2] 唐顺莉.影响乳腺癌术中冰冻诊断准确性的病理与临床因素研究[J].黑龙江医学,2014,38(4):403-404.
- [3] 杜媛.乳腺癌术中冰冻病理诊断准确性的影响因素分析[J].中外医学研究,2016,14(32):61-62.
- [4] 王勇炫.影响乳腺癌术中冰冻诊断准确性的病理与临床因素研究[J].中国当代医药,2016,23(28):19-21,25.
- [5] 姬国强.影响乳腺癌术中冰冻诊断准确性的病理因素研究[J].中国医药指南,2015(16):148-149.
- [6] Sabel,M.S.,Jorns,J.M.,Wu,A.et al.Development of an intraoperative pathology consultation service at a free-standing ambulatory surgical center:Clinical and economic impact for patients undergoing breast cancer surgery[J].The American Journal of Surgery,2012,204(1):66-77.
- [7] Jorns,J.M.,Visscher,D.,Sabel,M.et al.Intraoperative frozen section analysis of margins in breast conserving surgery significantly decreases reoperative rates: One-year experience at an ambulatory surgical center[J].American Journal of Clinical Pathology:Official Publication of American Society of Clinical Pathologists,2012,138(5):657-669.

(上接第 65 页)

疗方案，上述两种治疗方案的基础为附近残余牙，应用制备基牙且链接装置对人工牙齿进行固定，利用人工牙代替缺牙，进而达到促进发音、咀嚼功能的恢复，因此，在针对该疾病的治疗过程中，应掌握患者的全部资料<sup>[5]</sup>。

临幊上，针对该疾病的治疗，多选用常规修复进行治疗，虽然有着一定程度的治疗效果，但是，基牙极易产生磨损，使得整体治疗效果不甚理想，随着我国种植技术的不断完善，口腔种植修复技术的不断提升，口腔种植修复逐渐取代常规修复成为了主要的治疗方案，口腔种植修复不会对患者的牙槽骨产生刺激，能够有效预防牙槽骨萎缩和疏松的现象，能够提供有效固定力，避免残余牙体损伤或磨损，与患者口腔牙体的符合率非常高，能降低牙周炎的发病率，本文中，对比常规修与口腔种植修复应用于牙列缺损患者中的应用效果，发现，观察组的咀嚼功能、固位功能、牙齿舒适度、言语功能评分高于对照组，统计学有意义 ( $P < 0.05$ )；表明，在为牙列缺损患者进行治疗的过程中，常规修复有着一定程度的治疗效果，整体治疗效果较差，随着口腔种植修复的普及，逐渐成为了最佳的治疗方法，被广泛应用，能够有效提升患

者的咀嚼功能、固位功能、牙齿舒适度、言语功能，应用价值极高，值得牙列缺损患者优先选用。

综上所述，口腔种植修复应用于牙列缺损患者中的应用效果显著，相比于常规修复，提高了治疗效果，口腔种植修复值得牙列缺损患者应用。

## 参考文献

- [1] 孙长安,李志刚,陈晓玉.Bicon 种植套筒冠义齿在牙周炎伴牙列缺损患者中的临床应用[J].南京医科大学学报(自然科学版),2014,12(3):382-384.
- [2] 李艳莉,何升腾,邓金勇.种植修复和常规修复在牙列缺损修复中的应用效果比较[J].现代中西医结合杂志,2015,17(21):2349-2350.
- [3] 黄海霞,兰玉燕,潘兰兰,等.种植修复后慢性牙周炎患者种植体的松动度、SBI 及 PIS 指数的变化水平[J].重庆医学,2015,22(28):3935-3937.
- [4] 田敏,吉兆华,马楚凡,等.种植支持冠桥修复患者主观满意度的调查和分析[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2016,14(3):167-170.
- [5] 张庆福,刘国勤,刘刚,等.自体骨移植与引导骨再生在外胚层发育不全综合征种植修复中的应用[J].口腔颌面外科杂志,2014,24(6):443-447.