

**·医学影像·**

# 甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断的准确性报道分析

祖峰

(长春市中心医院, 吉林 长春 130051)

**摘要:**目的 研究并探讨甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断的准确性,为临床工作的良好进展给予一定的指导。方法 随机性选取2017年6月至2018年6月之间我院收治的甲状腺患者100例临床病例资料作为主要的研究内容,对所有甲状腺患者实行常规石蜡切片病理诊断,并在常规诊断的基础上加入手术中冰冻切片病理诊断,然后分析并对比两种诊断方法的结果,比较准确性。结果 在100例甲状腺患者中,有10例被确诊为甲状腺乳头状微小癌,其检出率达到了10.0%。在手术中经过确诊,有40例为甲状腺乳头状微小癌,确诊率为40.0%,其中,有10例患者受到其他各种各样因素的影响,有1例误诊,误诊率为10.0%,错误诊断和延迟诊断各2例,误诊率和延迟诊断率均为20.0%。错误诊断为甲状腺微小癌细胞均无阳性病例,显示为假阴性。结论 术中冰冻切片病理诊断有利于明确甲状腺病变的性质,可显著降低误诊率和漏诊率,提高甲状腺微小癌病理诊断准确率,方便临床制定针对性治疗方案,提高疗效。

**关键词:**甲状腺微小癌术; 冰冻切片; 病理诊断; 准确性

中图分类号:R36

文献标识码:B

DOI:10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.75.120

本文引用格式:祖峰.甲状腺微小癌术中冰冻切片病理诊断的准确性报道分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(75):154-155.

## 0 引言

所谓的甲状腺微小癌,在临床中比较常见,其属于甲状腺癌的重要范畴,根据WHO肿瘤国际组织的研究,对甲状腺微小癌进行重新定义,以甲状腺癌的直径为主要定义出发点,以直径小于10 mm甲状腺癌来定义为甲状腺微小癌。通过临床观察,甲状腺微小癌的主要特征是体积比较小、临床症状不是非常典型、具有隐匿性。根据甲状腺微小癌的特征,在临幊上,将其纳入隐匿性肿瘤的范围。因为甲状腺微小癌不明显,其临床特征比较隐匿,因此,在临幊诊断中,容易出现误诊或者漏诊的不良情况,临幊诊断误诊率比较高,激发影响了临幊上治疗甲状腺微小癌的效果,其对于预后效果产生非常不利的影响。近年来,随着临幊研究工作的进展,如何采取切实可行的方法与措施,进一步提高甲状腺微小癌的诊断准确性,已经成为临幊工作的重要课题,当然也是甲状腺癌之间的难点与重点<sup>[1]</sup>。在本文的研究中,随机性选取我院收治的100例甲状腺患者作为主要研究对象,以甲状腺微小癌术中的冰冻切片病理性诊断为主要研究内容,具体报道分析如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料。随机性选取2017年6月至2018年6月我院收治的甲状腺患者100例作为研究对象,在临幊上,经过术后石蜡切片确诊之后,有10例甲状腺乳头状微小癌,检出率为10.0%,在所有患者中,男6例,女4例;且患者年龄为6-66岁,平均(49.0±4.5)岁。在所有甲状腺微小癌患者中,患有单侧甲状腺微小癌为8例,患有双侧甲状腺微小癌为2例。对于甲状腺微小癌患者而言,其病灶直径通常在1-10 mm之间,其中,有5例患者病灶直径<5 mm。所有甲状腺患者都需要采取手术切除的方法,来达到一定的治疗效果。

1.2 方法。对所有患者行手术切除治疗之后,以手术切除之后没有固定新鲜甲状腺组织作为主要病理性检查部位,查看大体标本,然后以肉眼观察可见为标准,选择1-4块具有灰白质硬小结节的病变组织作为主要研究对象,并在LAICACM1850的恒冷式冰冻切片机中,制作切片,切片温度控制在-20℃以下。并在每一片选择出来的组织中取出切片2张,且厚度在5-7 μm,并使用酒精来固定,然后开始HE

染色,将切片放置在显微镜下方,进行观察。最后在医院病理医师的整体讨论下,对疾病进行确诊。

1.3 观察指标。①对甲状腺微小癌的临幊诊断,其标准总结如下:经过冰冻切片诊断,与石蜡切片诊断之后,如果两种诊断方法的结果比较相近,或者说结果完全具有一致性,所谓的诊断结果具有一致性,指的是经过诊断之后,两种诊断中切片在良性、恶性方面,具有一致性,但是在病灶类型方面,可以存在一定的差异性,对手术方法的选择,并不会产生很大的影响。②误诊:经过冰冻切片病理诊断,与石蜡切片病理诊断之后,二者的结果呈现出一定的差异性,例如,经过冰冻切片确诊为恶性,但是石蜡切片确诊为良性,两种诊断方法在手术方式上完全具有差异性。③延迟诊断:在冰冻切片病理诊断中,对于病变性质,该方法不能够准确判断,必须要石蜡切片的配合,才能够辅助确诊结果。④漏诊:漏诊主要是指在冰冻切片取材中,对于患者的肿瘤病变组织,没有全部取出来,进而引起假阴性结果,称之为漏诊。

## 2 结果

在100例甲状腺患者中,有10例被确诊为甲状腺乳头状微小癌,其检出率达到了10.0%。在手术中经过确诊,有40例为甲状腺乳头状微小癌,确诊率为40.0%,其中,有10例患者受到其他各种各样因素的影响,有1例误诊,误诊率为10.0%,错误诊断和延迟诊断各2例,误诊率和延迟诊断率均为20.0%。错误诊断为甲状腺微小癌细胞均无阳性病例,显示为假阴性。

## 3 讨论

近年来,随着人类医学事业发展水平的不断提高,各种医学知识与信息的不断普及,加之社会公众保健意识的逐渐强化,还有目前先进的高分辨率超声,在临幊医学中得到了广泛的应用。患有甲状腺微小癌的患者数量明显增多,检出率在不断提高,尤其是在健康常规检查中,对于甲状腺微小癌患者的检出率也在明显增多,且国内外甲状腺微小癌患者数量都有一定的增长趋势,由此可知,这种疾病已经严重影响了人们的正常生理性活动,且逐渐受到临幊工作的高度关注和重视,但是在临幊上对于甲状腺微小癌,如何采取科学、规范的方法去治疗,已经成为全球诊治的重要课题。在过去,

人们对于甲状腺微小癌疾病存在着某一方面的认识障碍物偏差,甚至有一部分学者认为,甲状腺微小癌长期没有进展,因此临床表现不明显,对于不发生转移的甲状腺微小癌,可以不必采取手术治疗方法,只要定期检查,做好随访工作就可以。但是,也有很多学者认为,即使甲状腺微小癌的长期预后效果比较优质,且病灶大小基本不变,也容易发生远距离转移,进一步引起患者死亡。而且甲状腺微小癌与其他疾病的临床表现相比,存在着一定的特殊性,不容易准确判断疾病。在临幊上,不耽误患者的最佳治疗时机,临幊医生应该深刻意识到,甲状腺微小癌同样也会对患者身体构成非常严重的影响,例如,可以促进颈部淋巴结转移甚至远器官转移,如果肿瘤一旦发生转移和扩散,对于靶器官或者靶细胞的影响就非常大,对人体喉、气管、食管等周围重要脏器构成不良影响时,再接受手术治疗,增加了手术的难度,且会影响患者器官的功能性表达,对患者生活质量、经济压力负担等,都会产生非常不利的影响。因此,尽早确诊甲状腺微小癌,具有积极的意义<sup>[2-3]</sup>。

在甲状腺微小癌术中冰冻切片病理性诊断中,临幊工作者对于冰冻切片的病理性诊断准确性,应该给予高度的关注和重视。在本次研究中,有几例患者因为受到其他因素的不良影响,在确诊中出现延迟诊断,通过综合分析其原因,可以总结出,其中的1例患者是因为机体组织的因为钙化,导致不能够顺利取出癌组织,而1例患者是因为病理医师针对甲状腺病变过程中乳头状增生以及乳头组织形态、间质纤维组织改变情况认识不充分,另外1例患者主要是因为在冰冻

切片过程中,对于甲状腺癌包膜无法准确认识。

对于甲状腺微小癌术中冰冻切片病理性诊断中误诊的原因进行总结,具体如下:

- ①通过显微镜观察,冰冻切片具有结节性甲状腺肿的临床特征与症状。②冰冻切片出现桥本氏甲状腺炎的临床特征。③一部分患者在局部区域中,存在着乳头状结构,间质出现纤维组织增生。

通过分析冰冻切片中的病理性漏诊原因,总结如下:医务工作者在取材过程中,没有严格遵循甲状腺癌标本的相关原则与规范,也没有进行全面、仔细的检查,导致部分病变组织被遗漏。为进一步降低误诊、漏诊的发生率,在甲状腺微小癌中冰冻切片病理性诊断时,应该做好如下几点:第一,如果出现类似甲状腺增生良性或者恶性的情况,应该明确细胞特征。第二,在取材中,应该具有3 min间隔,并对甲状腺标本进行1次平行切面处理,对于已经检查出钙化的标本,进行常规的石蜡切片管理,在处理中应该尽可能维护细胞原有的结构。第三,操作者要熟练掌握实验步骤,及时更换设备与试剂,并充分保持冰冻切片的稳定性与完整性。

## 参考文献

- [1] 刘丽云,张志勇,胡月明,等.甲状腺疾病术中冰冻及石蜡病理诊断结果的对比与分析[J].中国实验诊断学,2018,22(02):295-298.
- [2] 邵水丰,郭新海,赵臣银,等.甲状腺乳头状微小癌中央区淋巴结转移高危因素分析[J].现代实用医学,2018,30(02):178-179.
- [3] 高丹,徐青雨,刘鹤,等.52例甲状腺乳头状癌术中冰冻病理诊断分析[J].中国医疗器械信息,2018,24(04):23-24.

(上接第152页)

多数研究证实,ECT全身骨显像在骨转移肿瘤早期诊断中的检出率在70%到90%之间,本次得到的检出率为86.67%,恶性肿瘤病程、病理类型等因素都会影响检出率,在实施ECT全身骨显像检查时,由于瘤细胞会分泌出多肽物质,在破骨细胞上形成作用,导致溶骨产生,减少了新骨的形成量,进而出现ECT全身骨显像结果为阴性的情况,同时也可能出现假阳性,主要是受到以下几种原因的影响:代谢性骨病、局部血流改变、关节退行性变、局部炎症或外伤等<sup>[7]</sup>,故此在ECT全身骨显像检查后若不确定结果,则增加活检。一般情况下转移瘤都是多发性的,因此若是在ECT全身骨显像检查过程中发现单发性孤立病灶,则需要判断是否是骨创伤等疾病,但是也可能是早期骨转移征象,多发性骨转移病灶多集中在肋骨、四肢、椎骨,无规律性,可根据病史判断骨转移情况。

(上接第153页)

- [4] 武永富,庞江娜.MSCT、MRI及二者联合在诊断腰椎体压缩性骨折中优劣势分析[J].中国CT和MRI杂志,2017,15(12):136-139.
- [5] 丁超,孙强,唐成.3.0TMRI与SPECT-CT诊断骨质疏松性椎体压缩骨折的比较分析[J].中国组织工程研究,2016,20(39):5885-5891.
- [6] 郭宝英,朱魏,赵太茂.原发性骨质疏松椎体压缩性骨折的X线、MRI

总而言之,骨转移是恶性肿瘤发展到中晚期后比较常见的并发症,肿瘤细胞可能扩散到身体的多个部位,需要尽早确定,采取放化疗等治疗手段控制住病情,X线、CT等技术在骨转移肿瘤早期诊断中有所应用,但其检出率都比较低,手术病检虽然准确性高,但创伤性较大,肿瘤患者本身身体比较虚弱,若是有额外的创伤,容易加重病情,ECT全身骨显像属于无创性的一种检查方式,本次研究证实,其应用在骨转移肿瘤早期诊断中具有较高的检出率,可以明确转移的具体部位,为临床治疗方案的制定提供指导。

## 参考文献

- [1] 刘俊,翟允鹏,孙瑾.ECT联合肿瘤标志物检测对肺癌骨转移的诊断意义探析[J].中国医药指南,2017,15(7):19-20.
- [2] 余颂科,陈晓良,蒋世曦.99Tcm-MDP SPECT/CT图像融合对非典型骨转移肿瘤的诊断价值[J].检验医学与临床,2016,13(7):876-877.

影像诊断价值分析[J].中国CT和MRI杂志,2016,14(11):124-126.

- [7] M.Kaup,J.L.Wichmann,J.E.Scholtz,等.基于双能CT的成像对不同经验影像医师诊断骨质疏松性椎体压缩性骨折骨髓水肿准确度的影响:与MRI比较[J].国际医学放射学杂志,2016,39(5):574-575.
- [8] 邹贵平.CT与MRI在脊椎骨转移瘤诊断中的应用价值对比分析[J].临床医学研究与实践,2016,1(18):122-123.