

A Common Problem Diagnosis Analysis of 2000 Cases of Pathological Consultation

Yingling Weng¹, Mingyao Wu²

¹Department of Pathology, Chaozhou City People's Hospital, Chaozhou Guangdong

²Department of Pathology, Medical College, Shantou University, Shantou Guangdong

Email: chaozhou2396148@163.com

Received: Feb. 19th, 2016; accepted: Mar. 6th, 2016; published: Mar. 9th, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Objective: By collecting the consultation cases in the Chaoshan area, we analyze the common problems in basic-level hospitals pathological diagnosis and problems. **Materials and Methods:** Collect 2000 cases from Chaozhou city people's hospital and department of pathology of Shantou university medical college (east Guangdong pathologic consultation center) in March 2012-October 2014 consultation to classify analysis. **Results:** 2000 consultation cases according to the order of frequency are digestive tract, the female reproductive system, etc.; the proportion is about 20%. **Conclusion:** Pathologic consultation common diseased region and pathological diagnosis of common problems and solutions of basic-level hospitals are proposed.

Keywords

Pathology Consultation, Pathology Diagnosis, Diagnosis Problem

2000例病理会诊常见诊断问题分析

翁映玲¹, 吴名耀²

¹广东省潮州市人民医院病理科, 广东 潮州

²汕头大学医学院病理学教研室, 广东 汕头

Email: chaozhou2396148@163.com

收稿日期: 2016年2月19日; 录用日期: 2016年3月6日; 发布日期: 2016年3月9日

摘要

目的: 通过收集潮汕地区的会诊病例, 分析基层医院病理诊断中常见的问题和难题。**材料与方法:** 收集潮州市人民医院和汕头大学医学院病理学教研室(粤东地区病理会诊中心) 2012年3月~2014年10月会诊病例2000例, 进行分类分析。**结果:** 2000例会诊病例按出现频率顺序为消化道、女性生殖系统等, 各占比例的20%左右。**结论:** 提出病理会诊常见的病变部位及基层医院病理诊断常见的难题和解决方法。

关键词

病理会诊, 病理诊断, 诊断难题

1. 引言

病理诊断迄今为止, 仍被临床医师认为是疾病诊断的金标准。但病理从业人员的素质参差不齐, 导致有些诊断结果不一, 直接影响到患者的治疗和预后。国内、外已有研究证实[1], 通过会诊可以增加病理诊断的准确性。近年来, 随着医疗纠纷的增加, 医疗风险的增大, 病理会诊逐渐增多。以致使病理会诊成为病理医师日常的主要工作之一。但是, 为什么要会诊? 会诊的都是什么病例, 基层医院病理科一般感到疑难的病例是什么, 均不得而知。我们试图通过对大组病例的分析, 以解决上述的问题。

2. 材料与方法

材料

收集潮州市人民医院病理科和汕头大学医学院病理学教研室(粤东病理会诊中心)2012年3月~2014年10月收检的病理会诊病例2000例, 病例按会诊序号收集, 入组病例均有原单位送检单和玻片。全部病例均有10%福尔马林液或酒精固定, 石蜡包埋, 4 μ m厚的HE染色片。显微镜下观察组织结构和细胞的形态进行分型分类诊断, 部分缺乏形态学分化的病例则加做免疫组织化学染色协助诊断。

3 结果

一般资料

本组病例经病理会诊后, 其中明确诊断的有1380例, 占69.0%; 需做免疫组化协助确诊的585例, 占29.3%; 余35例由于资料不全或切片质量及染色极差而无法诊断。所有明确诊断的病例五花八门, 涉及各个系统、各种肿瘤与瘤样病变, 其中以消化道和女性生殖系统最多, 各占20%左右。依次为皮肤软组织、呼吸道、淋巴结、乳腺、甲状腺、胸腹水等, 均在14%以下, 其他少见的部位如大脑、眼睛、颌下腺、纵膈、泌尿、前列腺、腹膜后和骨组织。按常见顺序归类如下, 见表1。

4. 讨论

4.1. 会诊的原因

每个医院的医生均相信本院的病理诊断, 在手术或治疗之前仍需本院病理科确认; 这就占了一部分的会诊量, 约占总量的1/5以上。部分医生由于对本院病理科的诊断与临床不符而存在怀疑或者本院病理科由于顾虑到责任或技术上的问题而在报告内用“考虑”、“可能”或“可疑”字眼, 要求病人去会诊, 而有的则直接建议到上一级医院会诊。另有一些病人或者病人家属则由于种种原因而愿意到外院会

Table 1. Classification of pathology consultation cases
表 1. 病理会诊病例归类

病变部位	例数	比例(%)
消化道	426	21.30
女性生殖系统	380	19.00
皮肤软组织	279	13.95
呼吸道	193	9.65
淋巴结	160	8.00
乳腺	133	6.65
甲状腺	93	4.65
胸腹水	86	4.30
泌尿系	60	3.00
肝胆	27	1.35
其他	163	8.15
	2000	100.00

诊[1] [2]。

4.2. 会诊的难点及解决的方法

会诊的难点很多, 分析其原因主要有如下几点: 1) 食管、胃肠黏膜的上皮内瘤变与癌: 胃肠道癌一般诊断不难, 难的是癌前病变, 如异型增生(上皮内瘤变)分轻度和重度(或低级别和高级别)2 级, 每个病理医生的诊断标准可能不相同; 这就容易引起争议。小块组织会诊需仔细观察, 不放过任何微小改变, 一个腺体或数个印戒样细胞都是线索(图 1), 深切及反复切片、免疫组化标记 CK、CEA 染色对诊断有很大帮助。2) 子宫平滑肌肿瘤的良恶性一直是困扰病理医生的难题, 虽然已有人提出了若干诊断恶性的条件, 如坏死、细胞密度、异型性以及病理性核分裂等, 但具体病例仍需具体分析。多年的实践, 我们发现上皮样的平滑肌肿瘤更具恶性潜能, 在诊断时应加以注意。卵巢肿瘤主要会诊的类型有二种, 即卵黄囊瘤与性索间质细胞瘤, 前者多种结构为主要成分, 仔细观察及多处取材, 获得内胚囊样结构是诊断的主要证据(图 2)。性索间质细胞肿瘤由颗粒细胞、泡膜细胞、支持细胞、Leydig 细胞和成纤维细胞混合而成, 诊断上应按那种细胞为主去诊断。3) 皮肤组织病变包括炎症性和结缔组织病及特殊性炎症和肿瘤, 各种病变均有其特点。皮肤肿瘤常见的是恶性黑色素瘤, 无色素者较难诊断。凡是形态上似癌又似肉瘤, 首先要考虑恶性黑色素瘤。免疫组化 CK、Vim、HMB45 和 S-100 套餐可协助诊断。其次是 T 细胞淋巴瘤(图 3), 也是依靠免疫组化诊断的。软组织肿瘤较难诊断的是滑膜肉瘤, 凡青、少年手足近关节或腱鞘旁的肿瘤均应考虑在内, 此瘤双相分化的较易诊断, 单相性则要与腺癌或纤维肉瘤区别, 免疫组化 CK、EMA、CD99、特别是 BCL-2 阳性有鉴别意义, 分子及细胞遗传学可与其他肿瘤区别。4) 鼻咽癌是我区常见的癌肿之一, 其中分化型鳞癌有明显的癌巢, 诊断当无问题。主要引起会诊的是未分化型非角化性癌, 因癌细胞散在而结构不清, 但仔细观察仍可发现散在核仁明显的上皮样细胞; 如无法观察清楚的, 可做免疫组化 CKpan 来协助。目前, CT 引导下肺部肿物穿刺是一种安全、准确和痛苦少的定性诊断, 肺癌的病理分型有 2015 年版 WHO 肺部肿瘤组织学新分类, 腺癌也参照 2011 年 IASLC/ATS/ERS 肺腺癌国际多学科分类。穿刺组织切片对肺癌的诊断准确率达 90%~95%, 对部分缺乏形态学分化的可应用 CK5/6, CK7, CK14, TTF-1, CD56, P63 六种抗体进行免疫组化检测协助分型[3]。5) 淋巴结: 组织细胞性坏

死性淋巴结炎可能是最容易误诊的一种淋巴结增生, 由于组织细胞增生核形不规则, 又杂有大核的免疫母细胞和浆样单核细胞, 加上淋巴结结构的破坏, 很容易误诊为外周 T 细胞淋巴瘤。另外, 淋巴结常见的病变是淋巴结转移癌, 但癌来自何方? 其中转移性鳞癌常来自鼻咽、食管和肺部; 转移性腺癌则可借助于免疫组化 CA-15-3、TTF-1、CEA、CA-19-9、Villin、CDX-2、PSA 等来区分乳腺、肺、消化道结肠或前列腺等来诊断。淋巴瘤诊断的难度和分型为所有病例之最, 一般诊断的前提是淋巴结正常固有结构或多或少被破坏, 内见不同于正常分化阶段的各种淋巴细胞, 主要表现在细胞核大于相应分化阶段的细胞核或单一异型细胞浸润血管、神经、脂肪、包膜。有关淋巴瘤的诊断是一项系统的工程, 在此不做详述。6) 经典的乳腺导管内乳头状瘤与导管内乳头状癌的区别早已不是问题, 而常见的诊断问题是乳腺导管内的交界性乳头状病变。所谓交界性导管内乳头状病变是指导管内乳头状瘤偶尔内含类似于低级别导管原位癌(DCIS)或不典型性增生(ADH)的单一形态的细胞群, 这类病变以往称谓很多, WHO 乳腺肿瘤分类(2012)中作为一种导管内乳头状瘤的变型列出。诊断除了详尽的形态学观察并根据乳腺终末导管上皮定向干细胞的分化过程表达蛋白谱使用 CK5/6、CK14、CK8/18 和 SMA 抗体等免疫组化来协助。7) 甲状腺癌: 甲状腺乳头状癌的诊断不难, 真性乳头伴磨砂玻璃核和钙化, 浸润性的生长方式; 但有些病人因为年纪较轻, 病人家属一时难以接受而要求会诊。有些病例则因为乳头不典型, 如甲状腺胶样腺瘤, 滤泡上皮向内呈乳头状生长而受到怀疑。甲状腺滤泡癌(主要是包裹性血管浸润型)由于浸润包膜和血管浸润不明显, 需多取材多切片, 借助免疫组化 CD34 标记血管来协助诊断。8) 胸、腹水的细胞学检查: 组织学诊断的准确性优于细胞学是全体病理诊断人员的共识, 由于细胞在浆膜腔内久置变形而难以诊断而需要会诊。细胞学诊断的难度在于反应性间皮细胞与腺癌细胞的区别, 一般间皮细胞散在不成团, 核居中, 虽肿胀但不异型; 腺癌细胞则显示细胞及胞核的多形性, 核/浆比例增大, 核膜不规则增厚, 胞浆内常见黏液空泡, 将核挤向一侧而呈印戒状, 核分裂像易见。常见较多的癌细胞聚集在一起, 形成增殖球(图 4)。当这些特征明显时, 诊断当无困难。但要注意的是反应性增生的间皮细胞有时有特别的增殖能力, 可在

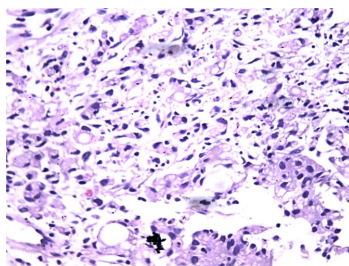


Figure 1. Poorly differentiated gastric adenocarcinoma. HE × 200

图 1. 胃低分化腺癌。HE × 200

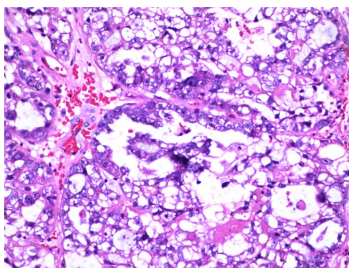


Figure 2. Ovarian yolk sac tumor. HE × 400

图 2. 卵巢卵黄囊瘤。HE × 400

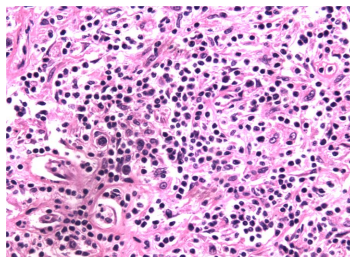


Figure 3. Primary cutaneous CD4 positive T cell lymphoma. HE × 400
图 3. 原发性皮肤小 CD4 阳性 T 细胞淋巴瘤。HE × 400

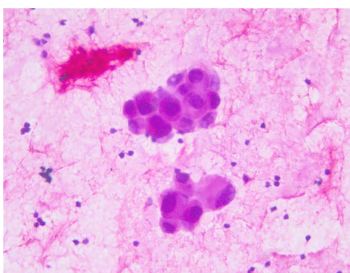


Figure 4. Pleural effusion positive adenocarcinoma cells. HE × 400
图 4. 胸水腺癌细胞阳性。HE × 400

胸水中大量出现并且有时可见核分裂像，易误诊为腺癌。目前我们利用胸水离心做成细胞块后进行免疫组化检查，对鉴别诊断有很大的帮助。

5. 结论

病理会诊是病理诊断的重要组成部分，明确疾病的诊断是临床正确治疗的重要前提[4]。对全部会诊病例的来源分析，主要引起会诊的病例最多是消化道，其次是女性生殖系统，各占 20%左右；这可能是因为这二个系统多数为手术前常规会诊病例。此外，皮肤软组织、呼吸道、淋巴结、乳腺、甲状腺和胸腹水等也是常见的会诊病例，其中每个系统或部位都各有难点。研究证明，会诊对绝大多数病例能提供十分有益的帮助[5]，了解这些会诊常见的问题，对于县级以下基层医院病理医生诊断水平的提高，有很大的益处。

参考文献 (References)

- [1] 陆珍凤, 印洪林, 杜军, 等. 12206 例外院病理会诊分析[J]. 中华病理学杂志, 2009, 38(10): 678-681.
- [2] 马健波. 基层医院病理会诊常见的技术问题与解决对策[J]. 诊断病理学杂志, 2014, 21(12): 786.
- [3] 翁映玲. 缺乏形态学分化非小细胞性肺癌的免疫组化分型[J]. 汕头大学医学院学报, 2014(3): 159-160.
- [4] 李印, 陈天法, 刘梅, 等. 专家会诊 2800 例病理诊断分析[J]. 临床误诊误治, 2006, 19(9): 85-87.
- [5] 陆珍凤, 杜军, 周晓军, 等. 病理会诊诊断涉及的问题与对策[J]. 医学研究生学报, 2009, 22(12): 1307-1309.