

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0098-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.043

上消化道黏膜肿物的内镜表现及与病理诊断结果比较

李彦鹏

(东莞市寮步医院, 广东 东莞 523000)

〔摘要〕 目的: 浅析上消化道黏膜肿物(SMT)的内镜表现及与病理诊断的结果进行比较。方法: 2019年9月1日至2020年7月1日在东莞市寮步医院就诊的SMT患者274例作为研究对象, 患者均进行超声内镜检查, 分析内镜表现, 并将诊断结果与病理诊断的结果进行比较。结果: 274例患者经过内镜诊断, 确诊239例, 与病理诊断符合率为87.23%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。内镜下表现, 腺瘤: 86例处于十二指肠, 2例处于胃部。增生性息肉: 43例为稍低回声、60例为中等回声、48例为高回声; 145例病灶处于黏膜浅层, 6例处于黏膜深层。结论: SMT的内镜诊断结果虽然与病理诊断结果存在一定差异, 但内镜能确定肿物位置、特性等, 可同时指导完成手术治疗。

〔关键词〕 上消化道黏膜肿物; 内镜; 病理诊断

〔中图分类号〕 R 57 〔文献标识码〕 B

上消化道黏膜肿物(sub-mucosal tumor, SMT)属于消化系统比较常见的病变, 主要是消化道黏膜下梭形、半球形、球形异常的隆起。在临床中有着较多的类型, 如: 黏膜囊肿、血管瘤、异位胰腺、脂肪瘤、平滑肌瘤、有间质瘤等, 不同类型所处部位存在一定差异, 胃部、食管是好发生部位。因为大部分患者缺少典型表现, 很多患者是因为出现腹部肿块、消化道出血等表现就诊时被发现, 大部分是偶然在进行CT、消化道钡餐、B超、胃镜等检查时发现。由于部分SMT有着癌变几率, 需要明确诊断后积极治疗, 尽管病理诊断是金标准, 但是未明确病灶部位时进行盲目的活检, 容易出现无法准确选取病变组织情况, 还容易造成穿孔、出血等^[1]。如今内镜技术的发展及应用提高了SMT的检出率, 为了探究内镜诊断效果、表现, 笔者选取274例患者为研究对象, 与病理诊断进行比较, 详情报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将2019年9月1日至2020年7月1日在本院就诊的274例SMT患者为研究对象, 患者中, 女151例、男123例, 年龄19~75岁, 平均 (47.08 ± 3.24) 岁。纳入标准: 所有患者均存在不同程度的呕吐、腹痛、腹胀、吞咽不适等症状, 部分患者伴随腹部包块、消化道出血; 经过外科手术、消化道钡餐、胃镜检查、CT检查等确诊; 肿物最大直径 < 4 cm; 研究经过患者及其家属的知情同意^[2]。排除标准: 合并全身其他部位恶性肿瘤者; 肝肾功能、凝血功能等异常者; 对内镜检查不耐受者^[3]。

1.2 方法

1.2.1 内镜检查方法 检查前7 d服用抗凝药物者停药,

禁食禁饮8 h, 检查中, 患者呈左侧卧位, 通过口含利多卡因凝胶进行局部麻醉, 先做常规胃镜检查, 定位到SMT所处部位后, 使用频率为20 MHz的微型超声探头或是电子环扫式超声内镜, 对病灶大小、部位、生长方向、回声均匀程度、起源层次回声强度、与附近器官关系等进行全面探查^[4]。

1.2.2 内镜下治疗方法 (1) 经内镜黏膜隧道肿瘤切除术: 肿物处于贲门、食管固有肌层的患者适用该方法, 使用一次性黏膜切开刀在离肿物3~5 cm处做一个切口, 黏膜建立隧道, 从内部将肿物与附近组织剥离开, 再将瘤体整体切除, 隧道口使用钛夹夹闭。(2) 经内镜黏膜肿瘤挖除: 该治疗方法适用于肿物处于黏膜肌层或固有肌层, 最大直径不足3 cm的患者。内镜下将切除范围标记出来, 将美兰+甘油果糖注入黏膜下, 抬起病灶, 使用钩刀、IT刀将瘤体挖除, 创面使用钛夹夹闭。(3) 腹腔镜、胃镜联合手术: 瘤体腔外生长、处于深层肌层、最大直径超过3 cm, 完整切除困难较大的患者, 采用该治疗方式, 包括内镜辅助腹腔镜手术、腹腔镜辅助胃镜手术^[5]。

所有患者治疗后对切除的肿瘤组织进行病理学检验, 出具诊断结果。

1.3 观察指标

(1) 以病理诊断结果作为金标准, 分析内镜诊断结果, 进行诊断符合率的计算。(2) 分析所有患者内镜表现, 以及肿物位置分布情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS 18.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2020-09-14

〔作者简介〕 李彦鹏, 男, 主治医师, 主要从事病理科工作。

2 结果

2.1 SMT 内镜诊断与病理诊断的结果比较

274 例患者经过内镜诊断, 确诊 239 例, 与病理诊断符合率为 87.23%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 比较分析 SMT 内镜诊断与病理诊断结果 ($n = 274, n (%)$)

诊断方法	腺瘤	增生性息肉	确诊
病理诊断	105(100.00)	169(100.00)	274(100.00)
内镜诊断	88(83.81)	151(89.35)	239(87.23) ^a

与病理诊断比较, ^a $P < 0.05$

2.2 SMT 所处部位及内镜表现

腺瘤: 起源于黏膜层, 病灶为高回声, 内部回声不均匀; 86 例处于十二指肠, 2 例处于胃部。增生性息肉: 内镜下可见半圆形隆起, 边缘不清晰, 回声均匀或欠均匀, 43 例为稍低回声、60 例为中等回声、48 例为高回声; 145 例病灶处于黏膜浅层, 6 例处于黏膜深层。

3 讨论

SMT 的产生会让患者出现反酸、嗝气、腹胀、腹痛等表现, 但是这些表现缺乏特异性, 所以容易被忽视, 长期发展会恶变, 危险生命健康^[6]。经过常规胃镜检查, 可以明确 SMT 所处位置、体积, 黏膜表面有无水肿、糜烂、溃疡等症状, 但是 SMT 处于消化道黏膜下, 所以常规胃镜检查不能确定附近淋巴结情况、血流情况、病变深度、内部结构以及起源层次等, 难以为明确诊断提供依据^[7]。如果进行病理活检等创伤性检查, 存在一定肿瘤扩散、穿孔、出血等并发症风险, 所以需要找到更加可靠的诊断方式^[8]。

在 SMT 诊断中内镜的应用, 能掌握其血流、结构、病变层次等, 对准确鉴别各种类型 SMT 有着重要作用。同时, 能够指导治疗, 确定手术方案。在本研究中, 274 例患者经过内镜诊断, 确诊 239 例, 与病理诊断符合率为 87.23%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明内镜诊断与病理诊断有着一定差距, 准确率还有待提高。不过在内镜检查中, 通过典型的内镜表现, 以及肿物所处部位, 可以确定疾病类型以及治疗方案。消化道腺瘤和增生性息肉都是锯齿状病变, 其中腺瘤可向着恶性发展, 在确诊后要及时切除; 而增生性息肉为良性病变, 一般不需要手术切除^[9]。所以说, 这两种病变外观相似, 但在性质上存在差异, 需要进行准确的鉴别。在内镜下腺瘤表面可见隐窝开口, 病变多处于隐窝基底部分, 在病理检查中也可见到扩张的隐窝开口, 两者有着一致性, 所以内镜诊断的准确性较高^[10]。而增生性息肉在内镜下微血管表现为深绿色或深褐色征象, 和附近正常组织差异较大, 可以进行区分。

此外, SMT 种类较多, 在诊断中还需要对以下疾病进行鉴别, (1) 类癌: 一般直径较小, 主要发生于胃体, 为灰白色或淡黄色, 广基无蒂, 瘤体偏硬, 如果体积大会出现

溃疡或糜烂。(2) 异位胰腺: 胚胎发育异常所致, 容易发生溃疡、出血、梗阻等情况, 黏膜下层为主要来源; 内镜下如果看到胰管开口, 则可以确诊。(3) 平滑肌瘤: 患者一般仅有轻微的吞咽不畅感, 此类肿瘤生长缓慢, 但是增大后有着恶变可能; 通过内镜检查表面光滑, 呈球形或半球形, 和附近黏膜颜色相同, 部分患者顶部有可见缺血性坏死溃疡。

(4) 胃肠道间质瘤: 主要处于小肠和胃, 瘤体表面光滑, 质地硬韧, 呈分叶状或结节状, 可见囊性变、黏液、坏死、出血。(5) 血管球瘤: 主要处于动静脉吻合处, 并不多见, 内镜下可见质软的光滑瘤体。(6) 脂肪瘤: 较为少见, 且生长缓慢, 内镜检查表面光滑, 质硬, 多为橘红色, 黏膜下可见类似乒乓球样隆起。(7) 神经鞘瘤: 主要处于盲肠、直肠、胃等位置, 容易被误诊为间质瘤, 但是在内镜检查中两种形态, 间质瘤为梭形或椭圆形, 而神经鞘瘤为圆形。

(8) 错构瘤: 临床中更为罕见, 质软、梭形, 腺窝为囊性扩张, 间质为轻度水肿充血, 平滑肌纤维束呈放射状。

综上所述, 在 SMT 的诊断中, 内镜诊断结果虽然与病理诊断结果存在一定差异, 但内镜能确定肿物位置、特性等, 可同时指导完成手术治疗, 具备较大的使用价值。

[参考文献]

- (1) 王锦坡, 陈丰霖. 上消化道黏膜下肿物 106 例内镜治疗的临床及病理分析 (J). 福建医药杂志, 2019, 41(5): 45-48.
- (2) 彭金榜, 叶丽萍, 毛鑫礼, 等. 上消化道黏膜下肿瘤 1237 例次的病理学特征和分布特点 (J). 中华消化杂志, 2019, 39(2): 94-99.
- (3) 雷雅莉, 王宁, 王亚婷. 超声内镜诊治上消化道黏膜下肿瘤价值分析 (J). 人民军医, 2018, 61(8): 734-736, 751.
- (4) 吴巍, 范嵘, 谭继宏, 等. 内镜超声对消化道黏膜下肿瘤内镜术前评估的价值和局限性 (J). 中华消化内镜杂志, 2019, 36(7): 491-494.
- (5) 陈洮明, 刘健, 井贵平. 超声内镜检查在消化道黏膜下肿瘤中的诊断价值 (J). 中国医药指南, 2018, 16(1): 35-36.
- (6) 朴莲淑, 刘汉英, 姜哲, 等. 微探头超声内镜在上消化道固有肌层黏膜下肿瘤定性定位诊断中的应用价值 (J). 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(1): 124-126.
- (7) 霍江波, 于淑霞, 薛建波, 等. 超声内镜对上消化道黏膜下肿物病变部位, 病变大小, 来源层次的探查分析 (J). 中华保健医学杂志, 2019, 21(3): 77-78.
- (8) 王建锋, 王耿泽, 宋展, 等. 内镜黏膜下隧道法剥离术与内镜黏膜下剥离术治疗上消化道黏膜下肿瘤的对比研究 (J). 中华消化内镜杂志, 2018, 35(5): 361-363.
- (9) 陆晓珍, 黄明宜, 蒋旗, 等. 内镜下切除上消化道黏膜下肿瘤的安全性护理 (J). 中西医结合护理 (中英文), 2018, 4(10): 118-121.
- (10) 赵治彬, 孔宏芳, 王娟. 内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术治疗上消化道黏膜下肿瘤的临床研究 (J). 中国内镜杂志, 2018, 24(12): 104-107.