

对于“病理诊断”，我们应该了解的知识

杨 红

四川省肿瘤医院·研究所, 四川省癌症防治中心, 电子科技大学医学院 610041

【中图分类号】R446

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2020) 03-085-01

病理诊断被誉为“金标准”，通过对送检病变进行肉眼和/或镜下组织结构、细胞形态的观察而做出的疾病性质及类型（疾病是炎症还是肿瘤、良性病变还是恶性病变、恶性肿瘤的具体类型）的诊断，因此它比临床上根据病史、症状和体征等做出的分析性诊断以及利用超声、CT、核磁共振等影像学检查所做出的诊断更具有客观性和准确性。很多人对于病理诊断还不是很了解，现在就来科普一下。

一、病理诊断的类型及其意义

1. 细胞学病理诊断及意义

细胞学病理诊断是指病理医生通过观察细胞学涂片得出的病理诊断。这种细胞涂片主要是用采集的脱落细胞和各种细针穿刺获取的细胞制成。这种涂片只能观察细胞的形态，无法进行组织结构的分析和进一步的免疫组化检测。因此细胞病理学诊断存在一定的局限性：（1）假阴性，其是指在恶性肿瘤患者的有关标本中未能查见恶性细胞，假阴性率一般为10%左右，所以，细胞病理学检查的阴性结果并不能否定临床医师的恶性肿瘤诊断；（2）假阳性，其是指在非恶性肿瘤患者的有关标本中查见了“恶性细胞”，假阳性率通常 $\leq 1\%$ ，细胞病理学诊断应密切结合患者的临床资料，对于临床上未考虑为恶性肿瘤的患者的阳性细胞学诊断应持慎重态度。

2. 组织学病理诊断及意义

当送检标本量足够，可将送检组织通过脱水、石蜡包埋、切片、染色等一系列工序后制成切片进行镜下观察，组织学病理诊断是对而做出的病理诊断。这种诊断可以在镜下观察送检的结构细胞细胞，同时还可以做免疫组化或者基因协助诊断。所以其准确率高于细胞学病理诊断。对于不同送检组织得到的诊断报告内容存在一定的差异。对于内窥镜和穿刺活检的小组织，诊断主要集中在定性和大致的分类上，对于肿瘤细胞的分化程度和疾病的分期情况无法给出准确判断；而术后根治标本，则可以不仅定性，还可以给出肿瘤细胞的分化程度和疾病的分期情况。

二、病理学诊断表述的基本类型

病理学诊断表述可以分为4类：（1）I类：检材部位、疾病名称、病变性质明确和基本明确的病理学诊断；（2）II类：不能完全肯定疾病名称、病变性质，或是对于拟诊的疾病名称、病变性质有所保留的病理学诊断意向，可在拟诊疾病/病变前冠以诸如病变“符合为”、“考虑为”、“倾向为”、“提示为”、“可能为”、“疑为”、“不能排除（除外）”之类的词语；（3）III类：检材切片所显示的病变不足以诊断为某种疾病（即

不能做出I类或II类病理学诊断），只能进行病变的形态描述；（4）IV类：送检标本因过于细小、破碎、固定不当、自溶、严重挤压（变性）、被烧灼、干涸等，无法做出病理学诊断。

三、影响病理诊断准确性的因素

病理诊断在临床诊疗活动中占有非常重要的作用，但病理诊断也不是万能的，和其他学科一样，也有其固有的主、客观的局限性。会有众多因素影响病理诊断的准确性，尤其是活检小标本。

1、取样部位的限制，这种情况主要发生在活检小标本中。因病变本身的复杂性需要较多的病变组织进行分析，活检标本仅送检了其中部分病变组织，因而导致小活检组织得出的诊断与最终根治标本诊断存在一定的差异。

2、疾病本身是一个发展的过程，只有当最终形成某种疾病时才能做出肯定的诊断。比如淋巴结的增生性病变，有时仅有结构的改变和部分异常细胞的出现，还没有发展到可以确诊为淋巴瘤时，即使做了各种免疫组化和基因检测都无法明确，只能诊断为淋巴结非典型增生，这时需要对疾病进行密切的随访观察，等过一段时间疾病发展为典型病变时才能诊断，当然这种情况是比较少见的。

3、相同的肿瘤可以发生在不同的器官，大部分肿瘤在病理上可以通过免疫组化和基因检测找到相应的原发部位，但少数肿瘤即使做了免疫组化和基因检测也无法判断来源器官，这时需要结合临床、影像综合考虑。

4、肿瘤（尤其是恶性肿瘤）可以发生远处转移，小部分患者可以在原发灶都不明显的情况下就发生转移，这就给病理诊断带来很大的挑战。加之少数患者会隐瞒病史或未提供准确的病史，也会影响病理诊断的准确性。

5、医学的发展是一个过程，对相对疾病的认知在不同时期是不一样的，必须用当时环境下的认知去理解。

6、病理医生知识理论水平不同也会在一定程度上影响病理诊断的准确性。

结束语：

综上所述，病理诊断能够有效帮助医生确诊，为疾病治疗方案的制定提供依据。不同的送检标本类型能得到的诊断信息存在一定的差异，且在少数情况下由于各种因素的影响，病理诊断的准确性还会被降低。因此，需要临床与病理的密切结合，同时患者在拿到病理诊断报告之后，不要过分紧张，有任何疑问都可以与专业医生进行沟通，在医生的指导下进行下一步治疗。