

术中冰冻病理与常规病理报告 差别有多大

手术那天,患者家属在等候区焦急等待。护士出来说病理结果出来了,可转头一想——不对啊,病理是“金标准”,怎么这么快就出结果了?等到出院拿到常规病理报告,仔细比对,发现两份报告描述不太一样,心里开始打鼓:是不是诊断出错了,还是有什么被漏掉了?

作为病理科医生,我时常碰到患者拿着两份报告来问这些问题。今天在这里跟您讲清楚:术中冰冻和常规病理,从来不是“对错”的关系,它们是配合默契的搭档,在手术不同阶段各司其职。

速度之争:一个争分夺秒,一个精雕细琢

那份半小时内出来的“术中冰冻病理”,背后是与时间的赛跑。患者躺在手术台上,麻醉已经打好,外科医生焦急地等待病理科的判断。每多一分钟都是额外风险,所以术中冰冻必须“快”。

它的流程极速:标本取材后立刻放进零下20摄氏度冷冻机,几分钟内冻硬,再快速切片、染色、封片,马上在显微镜下观察。

整套流程20到30分钟出结果。但快是有代价的。极速冷冻会让细胞产生微小冰晶,细微结构被破坏,组织切片质量远不如常规制作的切片清晰。因此术中冰冻只能看“大方向”——良性还是恶性?切缘有没有肿瘤?更精细的判断,它力不从心。

常规病理报告走的是“慢工出细活”的路:组织先在福尔马林中固定十几小时,再经过脱水、浸蜡、切片、染色、封片,细胞核呈蓝色、细胞质呈粉红色,清晰地展现在显微镜下。这一套流程至少需要3到5个工作日,换来的是细胞最原本的模样——细胞核的形态、细胞排列关系、细微浸润痕迹,都清清楚楚。这也是为什么常规病理被称为“最终诊断”的原因。

精度之别:一个看大局,一个看细节

两份报告的深度也不一样。术中冰冻只能“抽样检查”——病理医生挑出1到2块代表性组织送检,综合诊断准确率约95%。对于交界性病变、微小浸润

癌,术中冰冻容易“看走眼”——但这不是医生水平不行,而是冰冻切片质量本身限制了观察细节,且取材的局限性影响了诊断的精确性。

常规病理则进行“全覆盖”检查:肿瘤不同区域多点取材、手术切缘逐一检查、所有清扫淋巴结逐个切片。有时一个标本要切几十甚至上百块。这种“地毯式”排查,诊断准确率接近99.8%。

使命之分:一个管手术决策,一个管后续治疗

术中冰冻本质上是为外科手术服务,帮助外科医生在手术台上做决策——只切肿块还是扩大切除?要不要清扫淋巴结?这个决策必须在台上立刻做出,容不得等待。

常规病理报告才真正管后续治疗,告诉您肿瘤类型、分级、分期,还可进行免疫组化、分子检测,决定后续要不要放疗、化疗,用什么靶向药。常规病理是“治疗路线图”,所有医生都围绕它制定方案。

两份报告不一样,正常吗

完全正常。术中冰冻像战地快讯——信息未必全面,但能让指挥官立刻行动;常规病理像事后的详细报告,把所有细节梳理清楚。如果结果有出入,请不要慌张——这不是诊断错误,而是两份报告本该有信息量的差别。临床上,始终以常规病理报告为准。

给您的建议

良性手术通常一份常规病理就足够,术中冰冻未必需要做。恶性肿瘤请妥善保管全部病理资料——包括常规报告、免疫组化、分子检测报告等。后续复查、转诊、用药、报销,这份档案都是不可或缺的依据。

最后提醒:本文帮助您理解病理报告背后的逻辑,但绝不代表您可以自行解读报告。拿到结果后,一定要找主治医生或病理科医生专业解读,不要对着网络信息自行对号入座。

(作者:游治杰 福州大学附属省立医院 主治医师)

胸腔镜手术 创伤小恢复快

不少人体检中发现可疑肺部结节,听到需要手术治疗时,常会产生顾虑,既担心手术风险,也害怕术后漫长的恢复期打乱生活节奏。随着胸外科技术的发展,胸腔镜微创手术已成为肺部手术的常用方式,在保证治疗效果的基础上,能有效降低手术创伤,加快术后恢复。

如果把传统开胸手术比作完全打开胸腔、在直视下直接操作,胸腔镜手术更像是通过胸壁上的小孔完成精细修整。医生只需在患者胸壁做数个直径一两厘米的小孔,将高清摄像头与细长的手术器械送入胸腔,借助屏幕上放大的术野画面,完成病灶的精准切除与相关处理。整个过程无须切断肋骨,也不用大范围撑开胸腔,对胸壁的肌肉、骨骼损伤很小。配套的高清成像系统可以清晰呈现术区的细微血管与神经组织,帮助医生完成更精细的操作,操作精度有充分保障。

创伤小、疼痛轻是胸腔镜

手术十分突出的优势。传统开胸手术的切口较长,需要切开多层胸壁肌肉,甚至撑开或切断肋骨,术后疼痛往往比较剧烈,患者不敢深呼吸、用力咳嗽,容易引发肺部感染、肺不张等并发症。胸腔镜手术对胸壁正常组织的破坏少,术中出血少,术后疼痛程度明显减轻,患者可以更轻松地完成深呼吸与有效排痰,不必长期忍受剧烈疼痛的困扰,术后出现胸壁慢性隐痛、皮肤感觉异常的情况也相对更少。同时手术引发的全身炎症反应更轻,对机体免疫功能的干扰也更小。

恢复速度快也是很多患者选择微创方案的重要原因。传统开胸手术后,患者通常需要卧床多日,出院与完全恢复都需要较长时间。胸腔镜手术后,在医护人员的指导下,多数患者术后第一天就可以尝试坐起与下床活动,通常数天即可达到出院标准。早期下床活动能促进全身血液循环,降低下肢静脉血栓等术

后常见并发症的发生风险。住院周期缩短,也能在一定程度上降低院内交叉感染的发生概率。患者的胃肠道功能恢复也相对更快,术后不久就可以逐步恢复正常饮食,回家休养一段时间后便可回归日常工作与生活,整体康复周期明显缩短。

很多人担心微创手术切不干净,其实在高清视野的辅助下,医生对病灶的观察更清晰,操作精度更有保障。针对恶性结节,胸腔镜下同样可以完成规范的淋巴结清扫,符合肿瘤根治性治疗的原则。同时因为对正常肺组织的牵拉与损伤更少,患者术后肺功能保留更好,对日常活动与运动能力的影响更小,治疗效果与传统开胸手术相当。对于早期肺癌与良性肺结节,胸腔镜手术已是临床常用的标准治疗方案。

当然,胸腔镜手术也有对应的适用范围,并非所有患者都适合。如果病灶体积较大、侵犯周围大血管或气管,或存在严重的

胸腔粘连、基础疾病无法耐受全麻,医生会综合评估后选择更合适的手术方式。随着手术器械的更新与术者经验的积累,部分相对复杂的病例,在经验丰富的医疗中心也可尝试胸腔镜手术,但需要严格评估风险与获益。无论选择哪种术式,核心原则都是在保障治疗效果的前提下,尽可能降低对患者身体的损伤。

如今肺部手术早已告别了“开大刀”的时代,微创治疗理念的普及,也让更多高龄、合并基础疾病的患者有机会耐受手术,获得规范治疗。对于需要接受肺部手术的患者来说,胸腔镜手术以较小的创伤实现理想的治疗效果,降低了疾病对生活的影响。具体治疗方案需要由专业医生根据病情综合判断,患者无须过度焦虑,配合诊疗即可平稳度过围手术期。

(作者:彭凯明 福建医科大学附属协和医院 主治医师)