

# 建议把临床终极诊断从症状诊断提升到疾病的精准诊断

马廉亭

【关键词】疾病诊断;症状诊断;精准诊断

【文章编号】1009-153X(2019)07-0385-02

【文献标志码】C

【中国图书资料分类号】R 44

临床对疾病的正确诊断是疾病治疗的前提和基础。没有正确的诊断,就没有正确的治疗。祖国医学也强调“治病求本,标本兼治”,本就是病因、病理,标就是症状、表像。

目前,临床诊断上,把一些疾病共有的症状,如脑出血、脑梗死、蛛网膜下腔出血、脑动脉瘤、脑卒中、脑积水、脑肿瘤、癫痫等症状或综合征,作为对疾病的终极临床诊断,是不科学的,不符合对疾病诊断的要求,对病人也未尽到完全、彻底的职责。建议临床医生应把对疾病的症状、综合征诊断上升到对疾病的精准诊断,包含病因、病理、发病机理、部位、症状等。这样既有利于指导对疾病进行恰如其分的精准治疗,也便于积累、提取、总结资料,进行书面或口头交流。在现代化医院医疗条件下,通过认真询问病史、详细地体格检查,结合先进的影像学、相关实验室检查、病理及某些分子水平的检查,绝大多数疾病都能达到明确的精准诊断,尤其在手术前或需进行病因治疗等。近日,我在微信群发出两篇短文,即《脑梗死是病还是症?关于正确诊断的商榷》和《大禹治洪水、医生治脑水,脑积水是病还是症?继承大禹治水精神治疗脑积水》。今列于后供大家参考、批评雅正。

## 1 脑梗死是病还是症?关于正确诊断的商榷

脑梗死,又称脑梗塞,是由多种原因导致脑血管腔狭窄、闭塞或突然血栓形成、栓子堵塞,使其供血区脑组织缺血而形成水肿、坏死、软化,产生相应的神经功能障碍。就像“发烧”、“头痛”、“头晕”、“腹痛”等一样,脑梗死不是一个独立的疾病,而是一个症状或一个表象。但目前在临床上,尤其在门诊,往往把一个现代影像学表现在脑组织内的“缺血灶”作为一个疾病的诊断名称,是不全面、不科学、也是不符合对“疾病”诊断概念的,对一个疾病诊断名称应包含病因、部位、病理、症状、发病机理等。

实际上,引起“脑梗死”的原因有多种。

脑血栓形成是脑梗死的最常见类型,根本原因为动脉粥样硬化,引起血管腔内膜粥样硬化斑块形成,导致血管腔狭窄、血栓形成,可发生在大脑供血的前循环颈内动脉系统、后循环椎基底动脉系统的任何部位,以血管分叉处最多见。动脉粥样硬化也常与高血压并存,二者互为因果,高脂血症以及糖尿病也会加重动脉粥样硬化的发展进程。

另外,多种病因均可堵塞血管腔导致脑栓塞性脑梗死,例如心房纤颤形成的血栓脱落、心内膜和瓣膜炎性赘生物、心脏粘液瘤栓、癌栓、脂肪栓、空气栓及医源性栓子误栓(如栓塞微粒、ONYX胶、弹簧圈、导丝等)。

除此以外,结缔组织病、脑动脉脉畸形、夹层动脉瘤壁间血栓脱落以及脑动脉非特异性血管炎引起的脑基底血管异网形成(所谓烟雾病)也可导致脑梗死。这些疾病存在一定家族聚集性,但并没有研究表明其属于遗传疾病。

还有脑挫裂伤后因脑微小血管受损致脑组织缺血、坏死、软化也可形成脑梗死。

其它少见的原因,如易栓症、血液病等致脑小动脉血栓形成,引起脑梗死或静脉窦血栓形成致颅内静脉高压性脑梗死。

门诊医生、住院部医生,尤其是神经内外科、介入神经放射科医生,不应把一个现代影像学表现的脑“缺血灶”作为一个临床疾病的终极诊断,而应像对待“发烧”待查一样,做为一个症状诊断,去进一步检查找出引起“脑梗死”终极病因,把症状诊断上升到疾病诊断,从而进行更合理的病因治疗;而不仅仅是针对“脑梗死”的对症治疗。这才是科学的、合理的,也是对病人认真负责的。

病人在门诊可以“发烧”、“腹痛”、“脑梗死”等待查诊断收入院,但病人住院经一系列检查明确引起“脑梗死”的原因后,出院诊断就不应再以“脑梗死”作为出院诊断的名称。如脑动脉粥样硬化(急诊取栓术后):①左颈内动脉起始部斑块形成;②左大脑中动脉M1段血栓形成;③左大脑半球急性脑缺血(再通术后)。

## 2 大禹治洪水,医生治脑水:脑积水是病还是症?继承大禹治洪水精神治疗脑积水

脑积水是由多种原因导致脑脊液分泌、吸收、循环障碍等引起脑室、脑池及脑脊髓蛛网膜下腔脑脊液含量增多、脑室局部或全部扩大、脑池及脑脊髓蛛网膜下腔增宽、颅内压力增高的一组综合征。

2.1 引起脑积水的病因 以脑脊液循环通路障碍引起者居多。

2.1.1 脑脊液分泌增多 原因有先天性。发生脑积水的病因学说较多,公认的学说则为侧脑室脉络丛增生,分泌旺盛,引起脑室脉络丛分泌脑脊液功能紊乱,从而发生脑积水。

2.1.2 脑脊液吸收障碍 见于胎儿期脑膜炎导致蛛网膜颗粒吸收脑脊液障碍而发生脑积水。

2.1.3 脑脊液循环通路障碍的原因 室间孔闭塞(Monro 孔),见于先天性、炎症性、外伤性、出血性脑血管疾病、脑室内肿瘤、脑室外肿瘤压迫(如颅咽管瘤、巨大垂体腺瘤)。

中脑导水管(Sylvius)闭塞,见于先天性、炎症性、外伤性、出血性脑血管疾病、肿瘤压迫(如脑干、小脑、桥小脑脚、松果体区肿瘤等)。

第四脑室蛛网膜下腔中间孔(Magendie 孔)与 外侧孔(Luschka 孔)闭塞,见于先天性、炎症性、外伤性、出血性脑血管疾病、颅后窝与枕骨大孔区肿瘤、脊髓肿瘤。

易栓症等致颅内静脉窦血栓形成、中耳炎致静脉窦炎性闭塞、骨折片或硬膜外血肿压迫优势侧回流横窦致脑脊液吸收障碍、血液回流受阻继发脑积水、颅内压增高。

2.2 分类 因引起脑积水的原因不同,脑积水可按病因分类,例如先天性与后天性,原发性与继发性,炎症性、外伤性、出血性、肿瘤性;按脑室扩大部位不同分为局部性与整体性;因循环通路通畅与否分为交通性与梗阻性(非交通性);按颅内压高低不同分为颅内压增高与正常颅内压脑积水;也有特殊命名的脑积水,如耳源性脑积水或耳源性良性颅内压增高。

2.3 脑积水的诊断 脑积水的诊断不应笼统诊断为“脑积水”,停留在症状诊断水平,终极诊断应上升到疾病诊断水平,内涵包括引起脑积水的病因、部位、类型、发病机理与症状等。

2.4 脑积水的治疗

首先是病因治疗,应酌情选择,如引起脑积水的病因适合选用药物、手术或介入治疗解决,应尽早实施,如切除脑室内、外肿瘤解除对脑脊液循环通路的挤压堵塞,静脉窦血栓形成可用抗凝、抗聚药物治疗或静脉窦内取栓、溶栓、置管溶栓,有狭窄者可植入支架开通静脉窦;手术疏通或置管疏通中脑导水管等治疗方法就都体现了大禹

治水“疏”的基本原理。

有急性颅内压增高危象脑疝者,应紧急行脑室外引流术降低颅内压,避免发生脑疝。

分流手术是对症治疗方法,过去曾用侧脑室-腹腔分流、侧脑室-颈外静脉心房分流、侧脑室-胸导管分流、侧脑室-胸腔分流、侧脑室-输尿管膀胱分流、侧脑室-枕大池分流、腰大池-腹腔分流;脑室终板造瘘、脑室脉络丛切除、电灼等治疗。随着临床经验的积累以及分流管设计与制造技术的进步,最终仅保留多数用侧脑室-腹腔分流、少数用腰大池-腹腔分流、有适应证者采用符合人生理标准的侧脑室-枕大池分流。

大禹治水在中华文明发展史上起重要作用。在治水过程中,大禹依靠艰苦奋斗、因势利导、科学治水、以人为本的理念,克服重重困难,终于取得了治水的成功。由此形成以“公而忘私、民族至上、民为邦本、科学创新”等为内涵的大禹治水精神。大禹治水精神是中华民族精神的源头和象征。

医生治病,包括治疗“脑积水”,就要学习大禹治水的精神、聪明和智慧,接受大禹治水的启发。大禹治洪水采用“疏”、而不是“堵”,“疏”是治本、而“堵”是治标。治病求其本(本就是病因),而求其表(标)(表就是表象),应标本兼治,重在治本,方能有效。看看遗传至今,公元256年前李冰父子率众修建的、至今仍在造福人民的“都江堰”工程,就是中华文化、科技的精髓。

## 3 对急性缺血性脑卒中初诊命名的建议

“脑卒中”(cerebral stroke),又称“中风”、“脑血管意外”(cerebrovascular accident, CVA)。脑卒中是因脑部出血或缺血导致一过性或永久性脑功能障碍的一组综合征。脑卒中分为缺血性与出血性两类,其中缺血性脑卒中发病率占脑卒中的60%~70%,而出血性脑卒中占0~40%。

缺血性脑卒中是因多种原因致供应脑血液的颈内、椎基动脉系统管腔内膜斑块增生、狭窄、闭塞,脑动脉血栓形成,外源性或医源性栓子堵塞脑动脉,导致其供血区局部脑组织突发缺血、坏死、软化而产生相应脑功能障碍的一组综合征。简单讲脑组织突发缺血就称为缺血性脑卒中。

缺血性脑卒中又可分为一过性脑缺血,又称短暂性脑缺血(transient ischemic attack, TIA),发作后一般不遗留后遗症,但应高度重视,它可能是即将加重的危险信号。

缺血性脑卒中分为:短暂性脑缺血发作(TIA);可逆性神经功能障碍(reversible ischemic neurological deficit, RIND);进展性卒中(stroke in evolution, SIE);完全性卒中(complete stroke, CS)。TIA 不引发脑梗死,而 RIND、SIE 和 CS 有不同程度的脑梗死形成。

(2019-05-13 收稿)