

## 论临床经验的总结和积累 ——深入探究某些特殊病例的重要性

汪敬业, 汪凯

安徽医科大学第一附属医院神经内科, 安徽省合肥市 230022

**摘要:** 在日常临床工作中, 由于我们知识的欠缺, 对患者病情观察不仔细, 对化验、检查结果认识不透彻, 会使得某些病例的临床诊治过程充满曲折。本文通过详述一例以脑梗死为首发表现的隐匿性恶性肿瘤病例以及两例视神经脊髓炎谱系疾病病例的诊治过程并加以剖析, 试图探讨深入研究这些特殊病例在临床思维训练及经验积累方面的重要意义。通过研究这些病例的临床诊治过程, 我们能够掌握最新知识和进展, 学会关注病情演变、化验、检查等细节, 梳理其中的逻辑思维过程从而训练临床思维能力, 不断总结经验教训, 做到举一反三。

**关键词:** 病例探究; 临床经验; 思维训练

DOI: 10.16636/j.cnki.jinn.2019.01.018

### Summarization and accumulation of clinical experience: A discussion on the importance of exploring some special cases

WANG Jing-Ye, WANG Kai. Department of Neurology, First Affiliated Hospital, Anhui Medical University, Heifei 230022, China  
Corresponding author: WANG Kai, E-mail: wangkai1964@126.com

**Abstract:** The lack of knowledge, careless observation of patient's condition, and incomplete understanding of the results of laboratory tests and examinations make the clinical diagnosis and treatment of some cases in our daily practice full of twists and turns. In this article, a detailed description and analysis was provided on the diagnosis and treatment of one case of occult malignant tumor with cerebral infarction as the first manifestation and two cases of neuromyelitis optica spectrum disorders, with an attempt to explore the significance of in-depth study of these special cases in training clinical thinking mode and accumulating experience. By studying the clinical diagnosis and treatment of these cases, we can grasp the latest knowledge and progress, learn to pay attention to the details of disease evolution, laboratory tests, and examinations, and rearrange the logical thinking process in order to train our clinical thinking ability, constantly sum up experience and lessons, and infer other cases from one instance.

**Key words:** case study; clinical experience; thinking mode training

临床工作中我们每天要接诊大量患者, 尤其是中国医生始终在疲于应付患者, 缺少回顾总结的时间和精力。国外医生虽然每天只看几个病人, 但是却会产生许多原创性成果或发现, 因为他们对每一例患者研究都比较透彻。虽然诊治过的患者无数, 但是又有多少病例我们去追踪过当时诊治过程的正确与否, 尤其是某些疑难患者, 有可能错误了

却不知, 缺乏反思和总结。对这些特殊病例的追踪, 开始可能思路难以理清, 但随着该过程中查阅资料、积累知识, 也许某个时候你会豁然开朗, 也知道当时是怎么产生错误的, 是对病情演变缺乏认识、还是对某些检查结果视而不见, 还是知识面不够等等。深入研究某些病例有助于我们深入理解疾病演变过程、理解每项检查结果的意义, 学习到

基金项目: 国家自然科学基金(81870918)

收稿日期: 2018-10-31; 修回日期: 2019-01-04

作者简介: 汪敬业(1982-), 男, 博士, 副主任医师, 副教授, 硕士生导师, 研究方向: 脑血管病基础和临床、神经影像学。E-mail: jyewang@163.com。

通信作者: 汪凯(1964-), 男, 博士, 主任医师, 教授, 博士生导师, 研究方向: 神经心理学与神经认知。E-mail: wangkai1964@126.com。

的知识得以进一步深华,加深理解和记忆。在对这些病例的总结中会发现一些特殊现象,也可能成为临床科研的思路或点子。本文详述 3 例特殊病例的诊治过程并进行深入剖析,试图阐述探究某些特殊病例的临床意义。

## 1 病例 1

### 1.1 病史及诊治经过

患者,女性,44 岁,2013 年因“突发言语不清 3 d”入院,入院当日夜间突发意识模糊、肢体瘫痪,2 d 后再次加重出现昏迷,最后死亡。脑梗死症状加重后,行 CT 检查显示,胆道系统恶性肿瘤伴多发转移。

因该患者年轻,恶性肿瘤无任何临床症状,且早期床旁超声检查未能发现肿瘤,开始脑梗死症状较轻,但短期内反复加重直至死亡,必有其特殊之处。本人仔细研究各检查结果发现,该患者入院时 D-二聚体(48.23 mg/L)和 FDP 值(90.15 mg/L)明显增高,两者联系起来考虑可能是隐匿性恶性肿瘤诱导血液高凝状态,高凝状态的首发症状表现为脑栓塞。该病例使我第一次认识到恶性肿瘤与脑梗死之间存在某种关联,为进一步总结两者的关系,本人收集了我院 2012 年 1 月到 2016 年 5 月住院的脑梗死合并恶性肿瘤患者 61 例。结果发现这部分患者中 D-二聚体、FDP 值增高是普遍现象,D-二聚体  $>2.785 \mu\text{g/ml}$  是肿瘤相关性脑梗死的重要预测指标,其阳性率甚至高于常用的肿瘤指标。隐匿性恶性肿瘤首发表现可以是脑栓塞,脑梗死短期内容易反复加重,肿瘤多来源于消化系统或肺部,诊断时肿瘤转移比例高,影像学上梗死病灶容易出现在多个循环尤其是前后循环,且以多发小病灶为主<sup>[1,2]</sup>。以上这些特点可以作为临床寻找脑梗死非常见病因的线索,尤其是潜在的隐匿性恶性肿瘤。

### 1.2 经验总结和积累

从这个病例的深入探究中我获得了以下几点知识的积累和提升:①系统地复习了导致 D-二聚体、FDP 值增高的各种病因。②查阅了大量最新文献,认识了肿瘤相关性脑梗死的临床、影像学特点。③对脑梗死的影像学特点有了全面的认识,学会了关注 MRI 脑梗死病灶分布特点,并据此推测病因及发病机制:影像学上脑梗死可以分为单发性脑梗死、多发性脑梗死(又分为单循环和多循环累及),各自病因及发病机制不同,MRI 显示病灶为

多循环累及的多发性脑梗死需要考虑体循环导致的脑栓塞可能。④系统地梳理了脑栓塞的相关病因:知晓脑栓塞可以是隐匿性恶性肿瘤的首发表现,肿瘤相关的脑栓塞与心源性脑栓塞的临床及影像学是存在差别的,肿瘤相关的脑栓塞以多循环累及的小病灶为主,短期内容易复发加重,而心源性栓塞多为大动脉闭塞,短期内复发概率相对较小。⑤实验室检查的早期预测价值:临床上肿瘤指标是非常规检查项目,但凝血 6 项是常规检查项目,虽然导致 D-二聚体值增高的因素较多,但 D-二聚体增高的脑梗死患者需要高度关注肿瘤相关的脑梗死,甚至追查可能的隐匿性恶性肿瘤<sup>[1]</sup>。

## 2 病例 2 和 3

### 2.1 病史及诊治经过

病例 2,男性,40 岁,2009 - 08 - 10 因“复视 45 d,加重 1 周”入院(第二次住院)。2 年前因“结核性脑膜脑炎”抗结核治疗 1 年半(第一次住院)。2009 - 08 - 14 行头颅 MR 提示,右侧脑室旁、四叠体、两侧大脑脚、脑桥多发 T2 异常高信号,胶质瘤可能。科室讨论考虑脱髓鞘性病变,在诊断性抗结核治疗同时予以大剂量激素冲击治疗后,症状好转出院,出院时因结核性脑膜脑炎诊断依据不足停用抗结核治疗。因患者第一次的影像学表现不符合结核性脑膜脑炎,且病变位置与第二次影像学表现有诸多重叠,我们怀疑第一次结核诊断是否正确,因此本人去结核专科医院查阅了患者当年住院病历,获取了更多临床和检验资料。2 年前患者因头痛在综合性医院住院,15 d 后出现头痛、高热、意识障碍,同时合并有双侧巴氏征阳性。MRI 显示 T2 像右侧脑室旁、胼胝体、下丘脑、大脑脚、中脑、脑桥上部片状异常高信号,增强显示脑实质和脑膜不均匀强化。腰穿压力 310 mmH<sub>2</sub>O,脑脊液中蛋白 1.02 g/L,白细胞  $606 \times 10^6/\text{L}$ ,淋巴细胞占比 95%,红细胞  $20 \times 10^6/\text{L}$ ,诊断考虑结核性脑膜脑炎,遂转至结核专科医院治疗。抗结核治疗联合 10 mg 地塞米松,治疗 3 d 后头痛、意识障碍症状明显好转,第 4 天复查腰穿压力 200 mmH<sub>2</sub>O,脑脊液中蛋白 0.2 g/L,白细胞  $30 \times 10^6/\text{L}$ ,红细胞  $10 \times 10^6/\text{L}$ ,好转出院后继续抗结核治疗,住院期间结核各项检测指标均阴性<sup>[3]</sup>。2009 - 10 - 28 患者因“复视 4 月余,左侧肢体麻木伴乏力半月”再次入院(第三次),MRI 显示病灶扩展到右侧脑桥,再次使用激素好转出院。因其脑

部病灶的特殊分布且对激素敏感,出院后我们怀疑患者所患的是视神经脊髓炎谱系疾病(neuromyelitis optica spectrum disorders, NMOSD),因此电话通知其送检血标本到上海华山医院检查水通道蛋白抗体,结果显示为阳性,至此诊断明确。一年半后患者自行激素减量,再次出现左眼视力下降,予以激素治疗后症状减轻。

病例3,女性,38岁,因“头痛半月,加重4 d”于2012-04-07入院,之后出现头晕、呕吐。头颅MR平扫+增强示:双侧三脑室、侧脑室周围脑实质、颞叶、胼胝体、丘脑、小脑和小脑脚多发T2高信号,脑内及脑膜呈云雾样、细铅笔线样多发强化。2012-04-10患者出现神志模糊、胡言乱语、小便障碍。2012-04-10腰穿压力200 mmH<sub>2</sub>O,脑脊液常规示:白细胞 $625 \times 10^6/L$ ,单核细胞占比65.1%,糖1.68 mmol/L,蛋白2.85 g/L,脑脊液IgG 300 mg/L。科室讨论考虑“结核性脑膜脑炎”可能性大,结核专科医院会诊也考虑结核性脑膜脑炎,遂于2012-04-11予以三联抗结核治疗,同时辅予以每日10 mg地塞米松静滴。2012-04-16复查脑脊液:白细胞 $348 \times 10^6/L$ ,单核细胞占比99.7%,糖2.55 mmol/L,蛋白0.84 g/L,腰穿后予以异烟肼鞘内注射。2012-04-20出现浅昏迷、水平和垂直眼震、四肢瘫、双侧巴氏征阳性。2012-04-21头颅MRI平扫+增强示:部分病灶较前增大,部分病灶较前缩小,强化更加明显,颈椎MRI显示纵向延伸的异常高信号。头颅MRI及颈椎MRI显示病灶均位于水通道蛋白高分布区域,影像学特点高度提示NMOSD,临床拟诊NMOSD,加用1000 mg甲强龙治疗,3 d后症状及体征明显好转。之后送检血标本检测水通道蛋白抗体,结果显示为阳性,至此诊断明确。10 d后腰穿复查脑脊液:白细胞 $38 \times 10^6/L$ ,单核细胞占比100%。

## 2.2 经验总结和积累

这两例病例的起病过程罕见,诊断过程出现了曲折和错误,随着疾病的进展,对病情的演变过程及化验、检查的深入分析,最终得以正确诊断,幸好没有对患者造成伤害。病例2患者在省级综合性医院住院就诊后因考虑“结核性脑膜脑炎”转入结核专科医院治疗,按照结核治疗“好转”出院,幸运的是当时辅助使用了10 mg地塞米松。病例3患者抗结核治疗同时鞘内注射抗结核药物,也拟转入结核专科医院治疗,因为出现四肢瘫及脊髓病变

且MRI表现不符合结核性脑膜脑炎,有了病例2患者的诊治经验及知识积累后,我们及时考虑NMOSD诊断,给予大剂量激素冲击治疗后好转,送血标本检测水通道蛋白,显示阳性而确诊。

探究这两例患者的诊治过程我们有如下的经验总结和教训:①忽视影像学表现:这两例患者开始误诊“结核性脑膜脑炎”主要是因为忽视了影像学表现。结核性脑膜脑炎脑实质损害多表现为炎性水肿或脑梗死,以脑膜强化或结核球强化为主,这两例患者表现为脑室周围弥漫性T2高信号,显然不符合结核的脑实质损害表现,强化特点也不符合,因此考虑“结核性脑膜脑炎”明显不妥。②过于强调脑脊液细胞数量,而忽略细胞比例的重要性:两例患者细胞数均在500以上不能除外结核,但病例2患者第一次腰穿单核占比即达到95%,病例3患者第一次腰穿呈混合细胞反应且糖低符合结核表现,但第二次腰穿单核占比即达到99.7%,而结核治疗过程中很长时间都将呈混合细胞反应,从单核细胞占比看也不符合“结核性脑膜脑炎”。③仅关注治疗结果而不分析其好转原因,也不分析患者好转是否符合疾病治疗转归:病例2患者治疗后症状及脑脊液检查3 d后即明显好转,好转太快反而不符合结核性脑膜脑炎的治疗转归,我们推测应该是地塞米松发挥的作用,而非抗结核治疗;病例3患者对激素敏感性稍差,抗结核联合10 mg地塞米松治疗过程一直在加重,1000 mg甲强龙冲击治疗后才好转。④之前我们认识的是经典的NMO,2009年NMO脑部MRI特点以及NMOSD的概念刚刚提出不久<sup>[4]</sup>,因此绝大部分医生对其特点不知晓,当时水通道蛋白抗体检测全国也仅有少数大医院作为科研项目开展。病例2患者的探究过程中我们查阅了大量最新文献,知晓了NMO脑部病灶特点,NMOSD的诊断要点以及和NMO的区别,正是明了NMOSD脑部病灶影像学特点才考虑送检水通道蛋白抗体而最终明确诊断,有了病例2临床知识和经验的积累,病例3患者的诊断相对简单了许多。⑤在这两例病例的探究过程中我们深入系统的理解了各种脑炎的脑脊液细胞数量、细胞比例、磁共振影像学表现、以及疾病临床表现和治疗转归,尤其是对免疫性脑炎有了更新的认识和理解。这两例病例分别在浙江、安徽两省作为全省疑难病例讨论,国际上我们也在《Multiple Sclerosis》杂志首先报道了NMOSD以脑膜脑炎起病<sup>[3]</sup>。

### 3 总结

疾病病理生理本质决定患者的临床表现、影像检查及化验结果,对其深入掌握有助于更好地理解疾病的临床表现和转归,全面理解病因、病理生理、影像及临床表现之间的因果关系,是我们认识疾病的理论基础。当深究某一个病例时,我们需要去追踪患者病情的整个演变过程,仔细研究每一个化验、检查结果的异常,使用罗列法从症状、体征、影像、化验结果等方面去罗列有类似表现的所有疾病,以及该疾病不会出现的某种异常,即诊断要点方面符合与不符合的要素。这个过程需要不断查阅文献,反复进行鉴别诊断分析,理解并熟知每个疾病的差异,该过程也是不断理清思路、增加临床思辨能力的过程。平时听课或从书本上学习的知识没有经过临床运用、自身消化很容易遗忘,而在此过程中习得的知识将终身难忘,且有助于提高我们对检查结果的敏感性,而非视而不见。不断探究

某些特殊病例的诊治过程,能够使我们在临床上做到举一反三,学会灵活运用。

#### 参 考 文 献

- [1] 张艳召,汪凯,张辉,等. 以急性脑梗死为首表现的隐匿性恶性肿瘤患者13例临床特点总结[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2017, 44(1): 58-62.
- [2] Wang JY, Zhang GJ, Zhuo SX, et al. D-dimer  $> 2.785$   $\mu\text{g/ml}$  and multiple infarcts  $\geq 3$  vascular territories are two characteristics of identifying cancer-associated ischemic stroke patients[J]. Neurol Res, 2018, 40(11): 948-954.
- [3] Wang JY, Wang K, Chen XW, et al. Meningoencephalitis as an initial manifestation of neuromyelitis optica spectrum disorder[J]. Mul Scler, 2013, 19(5): 639-643.
- [4] Wingerchuk DM, Lennon VA, Lucchinetti CF, et al. The spectrum of neuromyelitis optica[J]. Lancet Neurol, 2007, 6(9): 805-815.