



朱榆红, 女, 1982年毕业于昆明医学院. 医学博士, 博士生导师, 国家二级教授, 省级教学名师, 省级有突出贡献的优秀专业技术人才. 云南省脑血管疾病研究所所长, 中华医学会脑血管病学组成员, 中华医学会神经病学专业委员会全国委员, 中华老年医学神经病学组成员, 中国康复医学会脑血管病学全国常务委员, 中国颅脑超声专业委员会全国常务委员, 云南省神经病学分会主任委员, 云南省康复医学会脑血管病专业委员会主委等. 《中华脑血管病杂志》、《国际神经及神经外科杂志》、《中国医刊杂志》等杂志编委. 曾到法国巴黎 Salpêtrière 医院进修学习 1 a, 获国家自然科学基金、省科委基金、省卫生厅科研基金、省教育厅科研基金资助课题研究 20 项; “十五公关项目”、“十二五支撑计划项目”及国际合作项目研究 8 项; 获省科技进步二等奖 1 项、三等奖 8 项, 省教育科研二等、三等奖各 1 项, 卫生厅科技进步奖及昆明医学院优秀教学成果奖 8 项. 先后在国家级、省级学术刊物上发表论文 100 多篇. 撰写专著 8 部, 编写教材 9 部. 建设卫生部临床药理研究基地 1 个, 省继续医学教育基地 1 个; 是昆明医学院校级“一类课程”, “精品课程”, “双语示范课程”, “教学团队”及云南省级“精品课程”和省级“双语教学示范课程”的主要负责人.

TIA 定义的演变意味着什么

脑血管疾病是我国公众的头号杀手, 其中短暂性脑缺血发作 (transient ischemic attack, TIA) 在我国存在着“知晓率低, 发病率高, 漏诊率高, 治疗率低”的“双高”“双低”现象, 疾病现状不容乐观. 纵观 TIA 定义的演变, 对 TIA 的认识已由关注 TIA 临床症状持续时间转变到关注 TIA 引起组织学损害过程. 与传统 TIA 的定义 (1965 年) 比较, Albers (2002 年) 的定义强调了症状持续时间, 多数 TIA 局限在 1 h 之内, 并且增加了影像学是否有脑梗死的证据, 2009 年 6 月, 美国心脏协会 (american heart association, AHA)、美国卒中协会 (american stroke association, ASA) 在《Stroke》杂志上发表新的卒中指南, 完全取消了 TIA 定义中的对症状持续时间的限制, 由此将对 TIA 的诊断从单纯的临床时间概念引入到一过性缺血症状很可能造成永久性组织学损害上. 临床医师对 TIA 应有新的认识, 它并非是完全良性病灶, 必须摒弃 TIA 是一个良性过程需等待病情自行好转的错误认识, 以免延误最佳的治疗时机^[1].

1 TIA 定义的演变

TIA 研究起自 20 世纪 50 年代, 然而有短暂性脑缺血症状者尸检发现脑梗死的情况可以追溯到 19 世纪. 关于 TIA 最早的文章可能是 1898 年苏格

拉医生 Bramwell 在英国《Brain》杂志报告的 1 例突发语言不能又在几小时内缓解的病人^[2], 1956 年第 2 次普里斯顿脑血管会议上, Fisher 做了题为《间断性脑缺血》的会议发言, 首次提出了 TIA 的临床特征; TIA 可持续数分钟到数小时, 但大多数发作 5~10 min. 但他并未指出发作时间的严格分界. 1961 年 Fisher 在第 3 次普林斯顿会议上采用了如下 TIA 的概念: 单次或多次脑功能障碍, 通常持续不到 1 h 而没有任何残存症状, 同时谈到脑梗死的诊断并无明确的时间限制. 19 世纪 60 年代初期的文献中, 北美、英国及欧洲大陆学者均支持此相似的定义^[3].

1964 年 Marshall^[4]提出 TIA 为“发生在颈动脉或椎基底动脉供血区内症状不超过 24 h 的神经功能障碍”. 1965 年第 4 届普里斯顿脑血管会议着重讨论了 TIA 的定义^[5]. 到 1975 年美国国立卫生研究院 (national institutes of health, NIH) 脑血管病分类修订版中正式采用了 24 h 的定义: “大脑局灶性或区域性缺血产生的神经功能缺损症状并在 24 h 内完全消失”^[6].

此后, 短暂 Broca 失语者的尸检发现 Broca 区病灶以及症状持续时间短暂的脑梗死患者中一部分并无大血管病变等事实, 对 24 h 定义提出了挑战^[7]. 诸多因素促成了 TIA 定义的修改. 2002 年美国 TIA 工作组起草心的定义, 并于 11 月由 Albers 等^[8]

撰写发表。新定义为“局限性脑或视网膜缺血所致的短暂的神经功能异常，典型的临床症状持续不足1h，且没有脑梗死的明确证据”。随着影像学技术的发展以及临床实践经验的积累，TIA症状持续时间的概念被不断淡化，同时影像学在区分TIA与脑梗死上的意义被给予更深入的研究和探讨。2009年6月AHA、ASA提出的新的定义^[9]：脑、脊髓或视网膜局灶性缺血所致的、未伴发急性脑梗死的短暂性神经功能障碍。再此定义下，症状持续的时间不再是关键，是否存在脑梗死是TIA与脑梗死的区别所在。2011年美国新修订的卒中指南完全采用了这个新的定义。

2 TIA定义的演变，意味着必须提高对TIA认识和处理

2.1 TIA的预警性

传统观念认为TIA由于可以自发缓解并且不留后遗症，因此是良性的临床经过。然而越来越多的研究表明，TIA会增加近期内发生脑梗死的风险。研究报告TIA后4%的患者24h内发生脑梗死^[10]，这是急性冠状动脉综合征患者24h内发生心肌梗死或死亡比例的2倍；5%的患者2d内发生脑梗死，8%~12%在7d内发生脑梗死，9.2%在30d内发生脑梗死，10%~20%在90d内发生脑梗死^[11]。在TIA发生后的最初几天内脑梗死的风险更高。有研究表明在TIA后90d内发生的脑梗死中，1/4~1/2是最初2d内发生的^[11-13]。除此之外，TIA后心脏事件的发生率也提高，一项大型临床表明，2.6%的TIA患者在发作后90d内因心血管事件（心肌梗死、不稳定心绞痛，室性心律失常等）住院治疗^[14]。以上研究数据提示TIA是神经内科的急症，临床医生必须高度重视，及时的病因诊断以及2级预防是非常必要的。

一个人从出生之后到发生卒中，要经过6个台阶。第一个台阶是遗传因素，也就是说，如果父母卒中，那么下一代生下来就会贴上卒中高危人群的标签。如果在出生后，又附加了不良的生活习惯，例如抽烟、喝酒、不爱运动，这就迈向了卒中第二个台阶。在这个时候，如果再加上疾病危险因素，血压高、血脂高或者是心脏病，就开始迈上了第三个台阶。如果还没有引起足够的重视，这个时候就会上到第四个台阶，也就是短暂性脑血管病发作。但这个时候可能还没有引起脑组织完全坏死，直到迈上第五个台阶引起卒中发作，可能才会引起关注。这时候就已经离第六个

台阶不远了，也就是卒中的复发。6个台阶走完之后，迎接患者的将是死亡。很多患者在第3、第4次复发之后，就会走向生命的终点。因此，早期干预才能避免惹出大麻烦。

TIA是卒中的预警器。TIA发病后的2d至7d为卒中的高风险期。研究表明，患者7d内卒中风险可高达10%。因此，尽早启动TIA的评估和2级预防，可将患者的中风风险降低80%。

《2011年加拿大抗血小板指南》新增了TIA治疗推荐，明确指出在TIA早期需要采取积极的抗血小板治疗。但目前在我国，TIA治疗领域的低估现象严重，TIA患者的住院率仅约6%，远低于发达国家30%的比例。非住院患者对于药物治疗的依从性也亟待提高。

提高患者对于TIA治疗的重视，临床医生起着重要作用。医生应与患者充分沟通，帮助患者更好地认识TIA可能造成的大麻烦，理解规范治疗的重要性，最大程度上避免中风的发生。

2.2 抓住“5个一过”症状

TIA是神经内科急症，TIA后24h内，每20个人中就有1人会继发卒中，48h内发生卒中的风险最高。但是，由于其症状不明显，持续时间短，很容易被人忽略。

很多卒中患者，在发病前，都曾经不明原因摔过跟头，或者出现半边身子发麻、头晕等症状，但往往都会被误认为是不小心摔的，或者认为是累了才会不舒服，而且这些症状很快就没有了，也就不会引起重视，更不会去医院就诊。直到发生卒中了，送到医院接受治疗时，通常已错过了最佳治疗时机。因此，提高患者的疾病意识对于TIA的及时诊断也很重要。特别是患有高血压、糖尿病等基础性疾病的患者，一旦出现一过性症状，一定要提高警惕。

主要有“5个一过”症状：一过性头晕；一过性头痛；一过性视物不清；一过性言语不利；一过性肢体麻木。一旦出现这“5个一过”症状时，要在第一时间就医，争取把握住住治疗的最佳时机。

此外，《短暂性脑缺血发作中国专家共识更新版》中也指出，TIA发病72h内，高危人群或门诊不能在48h内完成系统评估的，均应收入医院接受住院治疗，以便发生脑梗死时采取早期的溶栓治疗并开展2级预防。

2.3 抗血小板治疗抵御TIA复发

TIA后发生卒中，会给患者及其家属带来极大的痛苦和负担。不仅如此，有过卒中史的患者，又有着极高的复发风险，而卒中一旦复发，将导致更

高的死亡率和致残率。所以，一旦 TIA 后发生卒中，应积极配合医生，坚持规范化治疗。

卒中 2 级预防是一个长期的过程，对医生和患者来说，手中最重要的就是抗血小板治疗。尤其是对于高危患者，应提高药物的依从性，长期使用抗血小板药物。患者要在医生的指导下，坚持长期、正确使用，以避免卒中重复发作的危险。

此外，在坚持抗血小板治疗的同时，患者还需积极控制中风的危险因素，包括降血压、降血脂，有规律地锻炼身体，吸烟者一定要戒烟等。只有有效治疗辅以健康的生活方式，才能真正预防中风的复发。

TIA 定义的演变过程，体现了疾病定义应为临床服务的原则，同时诊疗技术的进步也深刻影响了人们对疾病的认识。TIA 依旧是当今脑血管疾病领域研究的热点。

[参考文献]

- [1] 韩菲,杨中华. 短暂性脑缺血发作定义的演变及最新进展 [J]. 中国卒中杂志,2010,5(3):245-250.
- [2] MOHR J P,PESAIN M S,FINKELSTEM S,et al. Broca aphasia:pathologic and clinical [J]. Neurology,1978, 28: 311-324.
- [3] MOHR J P. Historical perspective [J]. Neurology,2004, 62:3-6.
- [4] ARSHALL J. The natural history of transient ischemic cerebrovascular attacks [J]. Q J Med,1964,33:309-324.
- [5] SIEKERT R G,WHISNANT J P,EDS. Cerebral vascular diseases:fourth conference [R]. New York:Grune & Stratton,1965.
- [6] A classification and outline of cerebrovascular disease [J]. Stroke, 1975, 6:564-616.
- [7] PESSIN M S,DUACAN G W, MOHR J P, et al. Clinical and angiographic features of carotid transient ischemic attacks [J]. N Eng J Med, 1977,296:358-362.
- [8] ALBERS G W,CAPLAN L R,EASTON J D,et al. Transient ischemic attack:proposal for a new definition [J]. N Engl J Med,2002,347:1 713-1 716.
- [9] EASTON J D,SAVER J L,ALBERS G W,et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack:a scientific statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association stroke council;council on cardiovascular surgery and anesthesia;council on cardiovascular radiology and intervention;council on cardiovascular nursing; and the interdisciplinary council on peripheral vascular disease.the american academy of neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists [J]. Stroke, 2009, 40: 2 276-2 293.
- [10] LOVETT J K,DENNIS M S,SANDERCOCK P A,et al. Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack [J]. Stroke,2003,34:138-140.
- [11] COULL A J,LOVETT J K,ROTHWELL P M,et al. Population based study of early risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke:implications for public education and organization of services [J]. BMJ,2004, 328:326.
- [12] KLEINDORFER D,PANAGOS P,PANCIOLI A,et al. Incidence and short-term prognosis of transient ischemic attack in a population-based study [J]. Stroke,2005,36: 720-723.
- [13] ELKINS J S,SIDNEY S,GRESS D R,et al. Electrocardiographic findings predict short-term cardiac morbidity after transient ischemic attack [J]. Arch Neurol,2002,59: 1 437-1 441.
- [14] KAREN L F,SCOTT E K,ROBERT J A,et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack [J]. Stroke,2011,42:227-276.

(2011-01-13 收稿)