

病理诊断：揭秘疾病真相的“金标准”

青岛市市立医院病理诊断中心 贾冬梅

绝大多数人去医院看病的时候，都有这样的疑惑：做完CT、抽血、彩超一堆检查，医生最后还是会建议做活检，等一份病理报告。

很多人不理解，明明影像和化验都出了结果，为什么还要多等一周左右的病理报告？其实在临床诊疗全流程里，所有辅助检查都只能做参考，唯独病理诊断，一直被医学界公认为判定疾病的最终依据，也就是大家常听到的诊断金标准。

很多人分不清病理检查和普通体检、影像检查到底差在哪。我们可以用一个很通俗的例子区分：抽血化验，只能看出我们身体里血液指标有没有异常，相当于看家里电表、水表的读数，只能知道数值超标，却不知道线路或者水管到底哪里坏了；CT、核磁、彩超这类影像检查，相当于给人拍高清X光大片，能看到身体里有没有肿块、有没有发炎水肿，能看清病灶的大小、位置和外形；但是没办法分辨这个肿块到底是良性增生，还是恶

性肿瘤。

而病理检查，是直接取人体一小块病变组织，放到显微镜下观察细胞最真实的形态变化，相当于直接拆开坏的零件，查看内部最核心的结构问题。不管是体表长出的小息肉、胃肠镜抓到的可疑病灶，还是手术切下来的完整脏器组织，都会送到病理科，经过固定、脱水、切片、染色等一系列繁琐工序，把肉眼看不见的细胞结构清晰呈现出来，病理医生依托细胞形态，给出最精准的疾病判定结果。

不少患者误以为病理医生和临床坐诊医生一样，每天直面病人问诊开药，其实两者工作内容完全不同。临床医生负责接诊、判断病情、安排检查和制定治疗方案，而病理医生全程不和患者见面，只和人体切片打交道。他们是藏在医院幕后的诊断法官，一份薄薄的病理报告，直接决定后续所有治疗方案；息肉要不要切除、肿瘤有没有发生转移、癌症处于早期

还是晚期、术后需不需要做放疗、选用哪种靶向药物更合适。

临床上不乏影像检查误判病情的真实案例。有患者肺部发现小结节，CT影像看上去高度疑似肺癌，患者一度做好了癌症手术的心理准备，最终穿刺病理结果显示只是慢性炎症结节，无需手术，只需要抗炎治疗就能痊愈。也有部分病灶影像看上去形态规整，偏向良性病变，病理切片却查出早期癌细胞，及时干预之后彻底阻断了癌症进展。这两类案例都能直观说明，影像检查只能看外形，细胞层面的本质变化，只有病理诊断能够精准捕捉。

随着医学技术不断进步，如今的病理诊断早就不局限于普通显微镜看细胞。免疫组化、分子病理检测已经成为常规补充手段，针对形态难以区分的疑难病灶，通过基因检测、蛋白标记进一步分型。比如同样是乳腺癌，不同分型的用药方案、预后效果天差地别，普通病理切片无法细分亚型，分子病理就能精准锁定基因突变位点，

帮助医生实现个体化精准治疗，让治疗不再一刀切。很多患者抱怨病理报告等待时间太久，少则三五天，多则一周以上，比不上抽血拍片几十分钟出结果。这份等待并不是医院效率低，而是病理检测每一步都无法提速。组织标本先要固定24小时防止细胞腐败变质，再经过十多道试剂浸泡脱水，之后切成微米级别的超薄切片，人工染色、封片，最后由资深病理医生双人阅片，疑难病例还要全科会诊，每一步都需要充足时间保障结果准确，丝毫不能赶进度。

此外，还要提醒大家，不要轻视病理报告的作用，也不要盲目恐惧活检取样。无论是微创穿刺活检，还是内镜下小组织取样，创口都很小，不会加重病情，却能换来最准确的疾病答案。看病讲究对症下药，而病理诊断就是找准病根的最后关卡。

总之，没有病理结果支撑，所有癌症确诊、手术方案制定、后续治疗规划都缺乏核心依据。在现代医学体系里，影像看表象，化验看指标，病理看本质。这份藏在幕后的诊断报告，默默守住了疾病诊断的最后一道防线，也为每一位患者的治疗之路，指明最真实、最可靠的方向。

乳腺超声、乳腺钼靶、乳腺MRI检查如何选择？

重庆市渝中区大坪街道社区卫生服务中心超声科 刘娅

不少女性做乳腺筛查时都会陷入选择难题：乳腺超声、钼靶、磁共振（MRI）三种检查该如何选择？是不是价格越贵，检查结果就越精准？事实上，这三类乳腺检查并无优劣之分，不存在相互替代的关系，而是各司其职、互为补充，共同构成守护乳腺健康的核心检查组合。结合权威乳腺疾病诊疗指南，本文梳理对比三种检查的成像特点与适用人群场景，帮助大众科学选择乳腺检查，规避漏诊、过度检查两大问题。

一、三种乳腺检查：各有优势，精准适配不同场景

乳腺超声是临床最常用的基础无创筛查手段，也是普通女性乳腺体检的首选方式。该检查依靠超声波成像，无辐射、无创伤、收费低廉、操作便捷，可重复多次检查。超声能够清晰区分乳腺囊性、实性结节，精准判断肿块边界、形态及血流信号，同时可评估腋窝淋巴结状态；针对年轻女性高发的致密型乳腺，成像优势突出，适合排查乳腺增生、囊肿、纤维瘤、乳腺

炎等常见良性病变。超声检查局限性也十分突出：对仅依靠微小钙化提示的早期乳腺癌病灶辨识度极低，极易漏诊仅以钙化为唯一表现的隐匿性早期癌；且检查判读高度依赖医师操作与诊断经验，结果存在一定主观差异。

乳腺钼靶属于低剂量乳腺X线检查，是40岁以上女性筛查乳腺微小钙化病灶的核心手段，可精准弥补超声的筛查盲区。其核心优势是能够检出0.1毫米级微小钙化点、钙化簇，而这类钙化是部分早期原位乳腺癌的唯一异常表现，可精准发现无症状、无法触摸的早期隐匿病灶，检查结果客观标准化，适配大规模人群防癌筛查。但钼靶存在微量低剂量辐射，不适合频繁检查；检查过程中需要压迫乳腺，会带来短暂胀痛感。

乳腺磁共振（MRI）为多参数磁场成像高端检查，无电离辐射，是三类检查中病灶检出灵敏度最高的项目，仅作为补充深度检查手段，不推荐用于普通人群常规筛查。它成像分辨率极高，可全方位显示乳腺组织，能够

检出超声、钼靶遗漏的多灶、多中心微小病灶，清晰评估肿瘤大小与浸润范围。但该项检查收费高、检查耗时长，检查前需静脉注射造影剂，且假阳性率偏高，容易将良性增生、炎症误判为可疑病灶。此外，体内存在非磁共振兼容金属植入物、重度肾功能不全、重度幽闭恐惧症人群不适合该项检查。

二、分人群科学筛查：对症选择不盲目

普通健康人群可根据年龄选择适配方案：35岁以下女性乳腺腺体多为致密型，常规体检首选乳腺超声，每年检查1次即可；致密乳腺钼靶成像效果差，无需常规开展钼靶、MRI检查。40岁以上女性为乳腺癌高发人群，推荐采用“超声+钼靶”联合筛查方案，每1~2年完成一次检查，两项检查相互补充，可最大程度降低漏诊风险。特殊人群中，孕妇、哺乳期女性仅需做乳腺超声，避免辐射和不必要的检查；乳腺术后复查人群，常规采用超声+钼靶复查，复杂病情遵医嘱加做MRI。

乳腺癌高危人群需强化筛查，高危群体包括有乳腺癌家族史、BRCA基因致病性突变、既往乳腺不典型增生等人群。建议每年完成超声联合钼靶基础筛查，每1~2年补充一次乳腺MRI深度排查。

三、破除常见筛查误区

体检人群对乳腺检查普遍存在认知误区。

第一，并非检查价格越高，诊断精准度就越高。MRI虽收费高、病灶检出灵敏度高，但诊断特异性偏低，易造成良性病变误判；且识别乳腺微小钙化的能力远不及钼靶，无法替代钼靶，针对良性结节鉴别诊断的性价比也低于超声，仅能作为补充检查。

第二，部分人群认为超声结果正常就无需做钼靶，属于典型认知错误。很多早期乳腺癌仅表现为微小钙化，无乳房肿块、无自觉症状，仅依靠超声极易漏诊，40岁以上女性需定期搭配钼靶联合筛查。

第三，不少女性因忌惮钼靶辐射拒绝筛查。钼靶采用超低剂量X线，单次检查辐射剂量远低于人体安全耐受阈值，年度规范筛查带来的辐射风险几乎可以忽略，该风险远低于漏诊早期乳腺癌造成的健康危害。

脑血管病全周期健康管理科普：从危险因素筛查到卒中康复

新疆维吾尔自治区焉耆县人民医院康复医学科 张玉凤 马设利 马晓洁

脑血管病（俗称“脑卒中”或“中风”）严重威胁我国居民健康，具有高发病率、高复发率、高死亡率和致残率的“四高”特点。值得警惕的是，脑卒中已不再是传统认知中的“老年病”，中青年群体的发病率正呈逐年上升趋势。本文将从危险因素筛查、预防策略、早期识别、急性救治和康复管理五个维度，系统介绍脑血管病的全周期健康管理。

一、危险因素筛查：摸清自己的“脑血管年龄”

脑血管病的发生与多种危险因素密切相关，主要包括：①高血压：脑卒中第一危险因素。我国73%的脑卒中负担与高血压有关。长期血压升高会损伤血管内皮，加速动脉粥样硬化。②糖尿病：高血糖会引发微血管病变、血液黏稠度增加，显著提高卒中发病及复发概率。③血脂异常：低密度脂蛋白胆固醇（“坏胆固醇”）升高是动脉粥样硬化的核心诱因。④心房颤动（房颤）：房颤患者心脏内容易形成血栓，血栓脱落可随血流进入脑部引发缺血性卒中。⑤不良生活方式：

吸烟、过量饮酒、高盐高脂饮食、缺乏运动、肥胖等。

二、预防策略：构筑“三道防线”

脑血管病的预防分为一级预防和二级预防。

一级预防：未病先防。针对尚未发生卒中但具有危险因素的人群，核心是改变不良生活方式+控制血管性危险因素。具体措施包括：血压控制在140/90 mmHg以下；低密度脂蛋白胆固醇分层控制，极高危患者应低于1.8 mmol/L；每日食盐摄入量不超过5克；每周坚持150分钟中等强度有氧运动（如快走、游泳）；戒烟限酒——吸烟者卒中风险增加2~4倍。

二级预防：已病防重。针对已发生过卒中或短暂性脑缺血发作（TIA）的患者，目的是防止复发。除继续控制危险因素外，还需在医生指导下规范使用抗血小板药物（如阿司匹林）。研究显示，规范使用抗血小板药可使脑梗复发风险降低约20%~25%。

三、早期识别：抓住急救“黄金时间窗”

脑卒中发作时，每分钟有190万

个脑细胞死亡。早识别、早送医是挽救生命、减少残疾的关键。推荐使用“中风120”口诀快速判断：“1”看：看1张脸——面部是否不对称、口角是否歪斜；“2”查：查2只胳膊——双臂平举时是否一侧无力下垂；“0”听：聆听语言——是否言语不清、表达困难或无法理解他人话语。出现上述任何一项症状，立即拨打120，切勿等待症状自行缓解。

四、急性期治疗：时间就是大脑

急性缺血性卒中的核心治疗是再灌注治疗，包括静脉溶栓和血管内治疗（机械取栓）。溶栓治疗需在发病4.5小时内实施，血管再通率可提高50%。对于颅内大血管闭塞的患者，血管内治疗已成为一线治疗方案。脑出血患者的治疗重点在于控制血压、降低颅内压、防治并发症。无论何种类型的卒中，都应建立急诊科、神经内科、神经外科、介入科、影像科等多学科协作机制，缩短从入院到治疗的时间。

五、康复管理：重获生活能力的“关键钥匙”

康复治疗需贯穿疾病全程，应遵循“早期、主动、全面、持续”的原则。

早期康复（发病后24~48小时）：生命体征稳定后即可开始。包括良肢位摆放预防关节挛缩、被动关节活动防止肌肉萎缩。每个关节按正常活动范围每天进行2~3组被动运动。

恢复期康复（2周至6个月）：重点进行坐位平衡、站立、行走训练，以及手部精细动作和日常生活技能训练，逐步提高自理能力。

慢性期康复（6个月以后）：继续巩固功能，回归家庭和社会。约40%的卒中患者合并抑郁，心理支持和认知行为疗法非常重要。家属应学习辅助技巧，如调整家居布局、使用防滑垫等。

结语：脑血管病防治是一场贯穿全生命周期的“终身战役”。通过科学的危险因素筛查、积极的一级与二级预防、及时的早期识别与救治、规范的急性期治疗和持续的康复管理。每个人都是自己健康的第一责任人，掌握“中风120”识别法，为自己和家人的脑血管健康筑起坚实的防线。