



我院急诊危重病科联合神经内、外科救治颅内静脉窦血栓并发脑出血患者

2022-01-17

静脉血栓性疾病需要抗凝治疗，但如果患者同时伴有颅内出血，抗凝就有可能加重出血风险。在两者之间找到最佳的治疗方案，格外考验医务人员的临床判断和医院的综合实力。近日，我院急诊危重病科联合神经内科、神经外科等科室，通过完善的多维度、个体化救治方案，成功救治了一位罕见的颅内静脉窦血栓并发脑出血、颅高压的危重患者。

这位患者今年28岁，平素体健且酷爱运动，此次因“头痛3天”来我院急诊就诊。接诊医生为他进行颅脑CT检查后发现右侧额顶叶血肿。就在就诊过程中，患者病情突然急剧加重，出现了癫痫发作，进一步行颅脑CTV检查，发现上矢状窦充盈缺损。神经内科刘佩峰副主任医师会诊后，认为患者随时都有生命危险，常规的抗凝治疗难以取得良好效果，需要立即采取神经介入治疗。患者很快接受了颅内静脉取栓术，随后转入重症监护室继续后续治疗。

看着患者从手术台下来，家属们长舒了一口气。然而，急诊危重病科（北）副主任谢晖领衔的医疗小组深知，该患者救治的挑战才刚刚开始。

静脉血栓性疾病的患者术后仍需要进行抗凝治疗，但患者入院时的CT检查已经发现其并发右侧额顶叶出血，抗凝治疗必然存在加重颅内出血风险，而无论是血栓还是出血都可能致命。

术后2天，治疗团队担心的问题果然发生了。患者虽经积极脱水降颅压、营养神经等治疗，但是神经功能进一步恶化，出现中枢性高热、抽搐等表现。复查CT后，检查结果显示“右侧额顶叶血肿伴大片脑水肿，继发大脑镰疝”。一边是静脉血栓术后，一边是患者颅内出血、脑水肿加重，抗凝治疗要不要停止？治疗团队必须尽快做出关键性的抉择。

急诊危重病科主任王瑞兰教授邀请了神经内科刘佩峰副主任医师、王岩副主任医师和神经外科张桂云副主任医师开展MDT讨论，仔细复盘、推演病情。常规脑出血大多是动脉破裂造成的，如果给予抗凝治疗，血管破裂口则不能正常止血且会增加出血量；但该患者是静脉系统堵塞，脑出血是因为动脉回流不畅压力过高导致的，所以需要继续抗凝打通堵塞的静脉系统，恢复血液再通，实现血管内压力下降，从而减轻脑水肿，并促进血液吸收。鉴于此，MDT团队做出决定，在制订完善的多维度、个体化救治方案基础上，继续加大抗凝剂量！

在监护室（北）护士长张琦带领的重症护理团队严密监护下，治疗团队实时滴定抗凝药物剂量、动态床旁超声评估颅内压、监测瞳孔变化，早期ICU被动康复也及时介入。最终，在3周的艰辛治疗后，该患者终于渡过了危险期，顺利脱机拔管。脱机后，重症康复团队立刻开始主动康复治疗。在患者转出ICU后，神经功能较前显著改善，左下肢肌力恢复至IV级，保留了运动功能。

在此次诊治过程中，我院医护人员表现出了精湛的诊治水平、对患者高度责任担当的精神和高效的MDT诊疗模式，各科之间的协调、沟通、协作，也充分展现了多学科合作的优势及我院的综合学科实力。

（通讯员/急诊危重病科 陈子阳）

上一条: 11道疤痕横栏入路，3厘米切口巧切肿瘤 我院泌尿中心完成一例超高难度前列腺癌根治术

下一条: 我院召开临床专科运营助理2021年度工作总结会