



外籍教师颅内动脉瘤破裂 江大附院神经外科团队深夜“拆弹”

本报通讯员 钱小菁 孙卉
本报记者 杨冷
本版摄影 杨光曦

“Thank you, guys!”4月24日上午9点,例行查房接近尾声,病床上的尼克(化名)对江苏大学附属医院神经外科主任谢正兴一行竖起大拇指,郑重表达感谢。就在11天前,这位在我市任教的外籍教师曾与死神擦肩而过。

4月13日晚,尼克在家中突然晕倒,被送往江大附院救治,检查提示其颅内动脉瘤破裂,该病死亡率达30%至40%,一旦发生二次破裂出血,死亡率可超60%。

用最短的时间精准拆除脑内这颗随时可能再次被“引爆”的“炸弹”，成为神经外科团队的深夜紧急任务。他们不负众望，凭借一场出色的介入手术，成功守护了尼克的生命。

致命“脑风暴”骤然来袭 外籍教师身陷险境

4月13日晚上7点左右,40岁的尼克在家中毫无征兆地晕倒在地,呼之不应。约10分钟后,尼克逐渐恢复意识,紧接着便是炸裂般的头痛席卷而来。据尼克描述,这种痛感是他从未经历过的,痛到怀疑人生。

尼克随即被救护车送至江大附院急诊中心,头颅CT检查提示蛛网膜下腔出血,进一步头颅CTA(CT血管造影)确诊为前交通动脉瘤破裂导致的脑出血。

这一诊断,让前来会诊的神经外科副主任医师周加浩立刻绷紧了神经。“动脉瘤突然破裂,血液瞬间涌入蛛网膜下

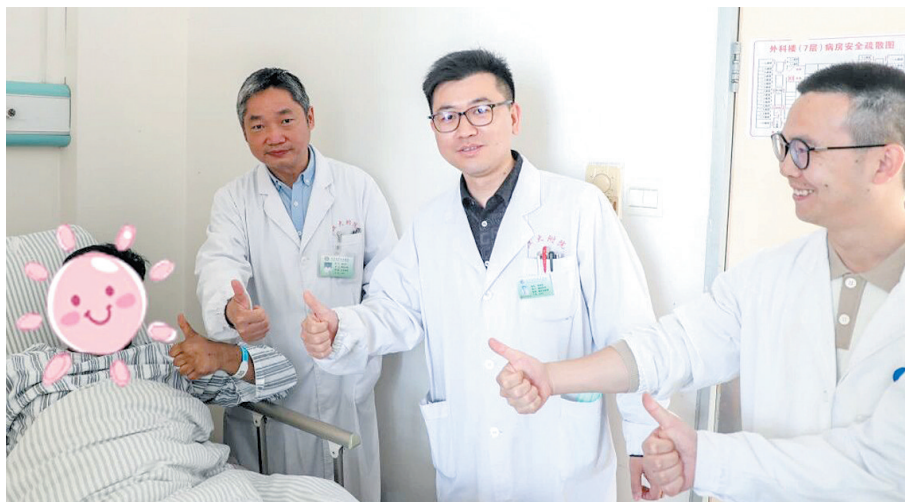
腔,引发了一场致命的‘脑风暴’。”周加浩解释,脑动脉瘤被称为大脑里的“不定炸弹”,平时藏得极深,大多数人没有任何症状,发生破裂后的病残率、死亡率很高,更凶险的是,动脉瘤破裂后72小时内存在二次破裂高峰,一旦再次出血,死亡率将直线飙升。

每一分每一秒,都是与死神竞速。

不开颅的颅内手术 从大腿根进入“风暴区”

传统的颅内动脉瘤手术需要开颅,用钛夹夹闭动脉瘤颈,创伤大、手术过程长,患者恢复慢、并发症多。而介入栓塞术作为一种血管内介入治疗术式,不需要开颅,也无需动刀,超微创,恢复快,成为目前动脉瘤治疗的主流。

周加浩用英语跟尼克家属交代了病情的严重性,详细介绍手术方案及风险,家属商量后决定行血管内介入治疗。在谢正兴的组织下,脑血管介入小组周加浩、邓引生两位副主任医师及主治医师方震立即进入手术室实施手术,从尼克的大腿根部股动脉做一个针眼大的穿刺口,成功置入血管鞘,为导管输送搭建安全通道。接着,将纤细的微导管在DSA(脑血管造影)引导下,顺着股动脉缓缓送入,穿过髂动脉、腹主动脉、颈动脉,谨慎避开颅内复杂的血管分支,精准抵达动脉瘤所在位置。定位确认无误后,团队通过微导管,将弹簧圈缓慢送入动脉瘤腔内,弹簧圈逐渐展开并填充,逐步封堵动脉瘤腔,阻断血流进入,从根源上杜绝再次破裂出血的可能。手术结束后只留下针眼大的创口。



“你看，这是我的女儿，她在家等我回去。”病床上的尼克精神饱满，拿起手机给谢正兴一行分享女儿的萌照。从入院时的头痛欲裂，到如今的神态自若、侃侃而谈，尼克坦言：“我的家属也咨询了我们当地的医生朋友，他们建议是吃药，如果身体足够强壮，也许就能挺过来。幸亏我在这里，遇到了这么好的医疗团队！”

尼克康复出院前,其所任教的学校代表特意赶到江大附院,为神经外科团队赠送锦旗表达感谢。

100 人中就有3至7人患病 炸裂般头痛是典型信号

很多人一听到动脉瘤,第一反应是长了肿瘤。然而,动脉瘤并不是瘤,它更像脑血管壁上鼓起的“小气球”。因为血管壁局部薄弱,在血流长期冲击下鼓出

一个小囊泡,平时安安静静,一旦破裂,就会引发致命的蛛网膜下腔出血,堪称藏在大脑里的“隐形炸弹”。

颅内动脉瘤在人群中的患病率为3%至7%，也就是说，每100个人里，就有3至7个人的大脑里藏着这样一个“不定时炸弹”。不过，大部分动脉瘤都是安静的隐患，年破裂率仅为0.1%至1%，但一旦破裂，情况就会变得异常凶险。

动脉瘤破裂前,大多毫无征兆,如果破裂,会立刻出现“这辈子最痛的头痛”,还可能伴随恶心呕吐、脖子僵硬、畏光、意识模糊,严重时直接昏迷、呼吸心跳骤停,黄金抢救时间非常有限。

头颅CT是判断出血的首选,DSA是诊断动脉瘤的金标准,它能精确定位瘤体。对于未破裂的脑动脉瘤,要根据其位置、大小、形态以及和周围血管的关系,决定随访或手术治疗。