

. 个案报告 .

重型颅脑损伤术后并发甲状腺危象 1 例

程龙阳 李韶雅 陈春雷 徐曼曼 王 娟 代海滨 赵鹏来

【关键词】 重型颅脑损伤;去骨瓣减压术;甲状腺危象
【文章编号】 1009-153X(2023)09-0605-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 651.1¹5

1 病例资料

34 岁女性,因外伤后神志不清 5 h 入院。既往无特殊病史。入院体格检查:体温 36.5 ℃,心率 104 次/min;神志昏迷,GCS 评分 6 分;右侧肱骨开放性骨折,予以包扎;颈部未见肿大。入院头颅 CT 检查示脑挫裂伤、硬膜下血肿,脑肿胀明显,中线结构偏移,考虑脑疝形成。X 线检查示右侧肱骨下段骨折。胸部 CT 示肺部炎症,考虑意识障碍后误吸。因考虑脑疝形成,急诊行颅内血肿清除+去骨瓣减压术。颅脑手术过程顺利,术后复查头颅 CT 示血肿清除满意,术中植入颅内压监测探头,术后动态监测颅内压正常;肱骨开放性骨折行清创、包扎,待颅内情况稳定后择期行骨折处理。术后常规脑保护、抗癫痫及脱水降颅内压等治疗;动态监测颅内压示颅内压力正常;监测电解质示高钠血症,予以纠正电解质紊乱。术后当天出现高热,最高 40 ℃,心率增快达 130 次/min,结合颅脑损伤、肺部影像学检查及炎性指标偏高,考虑中枢性发热及肺部炎症可能,予以镇痛、镇静、冬眠合剂及冰毯降温降低脑代谢,同时加强呼吸道管理、肺部抗感染治疗,生命体征趋于稳定。术后 1 周,仍间断生命体征不稳,复查头颅 CT 示出血及脑水肿吸收好转,胸部 CT 示肺部炎症吸收好转,炎性指标下降,肺部抗感染治疗满意。术后 8 d,再次出现高热,最高 39.2 ℃,心率高达 208 次/min,查甲状腺功能示 TSH<0.005 IU/L、FT3 为 25.40 pmol/L、FT4 为 80.00 pmol/L、T3 为 6.92 nmol/L、T4 为 262.00 nmol/L,考虑甲亢合并甲状腺危象。请内分泌科会诊,在当前治疗基础上加用氢化可的松琥珀酸钠及丙硫氧嘧啶治疗,待生命体征稳定后酌情行血滤治疗,但仍表现高热、心率增快,血滤风险极大,继续予内科保守治疗。2 周后,神志清楚,复查头颅及胸部 CT 示脑水肿及肺部炎症好转,但生命体征仍不稳,体温波动再 38~39 ℃,心率波动在 120~160 次/min,复查甲状腺功能示 TSH<0.005 IU/L、FT3 为 22.0 pmol/L、FT4 为 81.5 pmol/L、T3 为 6.13 nmol/L、T4 为 230.00 nmol/L。内分泌科及甲状腺外科讨论后建议行

血滤治疗,但风险极大,与病人家属沟通后予以行血滤治疗,血滤期间出现血压下降,双瞳孔散大,经积极抢救后生命体征仍无法改善,最终临床宣布死亡。

2 讨论

甲状腺危象也称甲亢危象,是甲状腺毒症急性加重的综合征,临床少见但病情凶险,治疗不及时可危及病人生命,常见死因为多器官功能衰竭,病死率在 20% 以上。其发生原因可能与循环内甲状腺激素水平骤然升高有关。临床上,甲状腺危象多见于甲亢治疗不充分或未治疗的病人,常见诱因包括感染、手术、创伤、精神刺激等。甲状腺危象早期缺乏特异性指标,临床表现多不一致,典型临床表现为体温骤升(常>39 ℃)、心动过速(常>160 次/min)、大汗淋漓、烦躁不安、意识障碍、呕吐、腹泻等,可因多器官功能衰竭死亡。一旦确诊,应尽早治疗,内科治疗一般在 36~72 h 开始好转,随着时间的延长,可引起其他器官损伤,导致治疗困难,增加病死率。内科治疗包括改善心、脑、肺等多器官功能,纠正水、电解质紊乱;镇静、降温降低脑耗氧量而达到脑保护作用,可选用巴比妥类药物;抑制甲状腺激素的合成,首选口服丙基硫氧嘧啶(PTU),如无 PTU,可选择甲基硫氧嘧啶,甲硫咪唑也可选用;抑制甲状腺激素释放,可选用大剂量的碘剂;补充糖皮质激素进行抗炎、抗休克及抗甲状腺毒性作用。治疗的同时,密切观察病情变化,对于短时间内症状未见明显好转的病人,应紧急行血滤治疗。

临床上,甲状腺手术或非甲状腺手术均可诱发甲状腺危象,多数为术前甲亢未得到充分控制。本文病例例因严重颅脑损伤并发脑疝,必须立即手术以挽救生命,未充分了解病人是否有甲亢病史及未完善甲状腺功能检查,术后 1 周才明确甲状腺危象诊断,病人最终死亡。重型颅脑损伤术后病人多表现为意识障碍,可出现中枢性高热及心动过速等交感神经亢进表现,与甲状腺危象相互重叠,因此甲状腺危象容易被忽略而延误治疗。因此,提高对本病的认识尤为重要。重型颅脑损伤术后出现无法解释的高热、呕吐、腹泻、心动过速、大汗淋漓,特别是有甲亢病史的病人,应警惕甲状腺危象,应积极完善甲状腺功能检查,及时排除甲状腺危象所致的生命体征不稳,提早判断,早做准备,重视病人的全身情况,及时治疗而改善病人临床预后。