



脑膜瘤的护理

主要内容

- 1、病例介绍
- 2、脑膜瘤相关医学知识介绍
- 3、脑膜瘤患者的病情观察
- 4、脑膜瘤患者的护理诊断与护理措施
- 5、脑膜瘤患者的健康宣教

教学目标

- 掌握脑膜瘤的临床表现病理生理相关知识
- 重点掌握脑膜瘤术前术后病人的护理要点
- 掌握该病人的护理诊断、护理措施
- 掌握管道脱落的防范措施与应急程序
- 掌握手术病人交接规范与流程



病例介绍



病例介绍

- 患者女性，42岁，因头部胀痛不适，头昏约20天，无呕吐抽搐，无发热，在当地医院查头部CT示左侧额叶占位性病变性质待查，于5月9日9:50步行入院。体查：神清语利，双侧瞳孔3mm，等大等圆，对光反射灵敏，额纹对称，伸舌居中，鼻唇沟无歪斜，脊柱无压痛，四肢活动好，肌力，肌张力正常，GCS评分=15分。

病例介绍

- 门诊资料：头部CT示：左侧额叶占位性病变。入院诊断：左侧额叶占位病变：脑膜瘤？
- 实验室检查：血常规，凝血功能，肝肾功能均正常，胸片，心电图正常。

病例介绍

- 治疗经过：入院后完善术前准备，于5月16日在气管插管下行左侧额叶肿瘤切除术。术毕带硬膜外引流管、导尿管于麻醉复苏室返病房，神志清楚，双侧瞳孔3mm，等大等圆，对光反射灵敏，四肢自主活动，予下病重，上氧，心电监护，监测神志瞳孔、生命体征、予脱水、抗炎、止血、护胃、护脑、激素等对症支持治疗，5月17日查MRI示左侧额叶占位病变已完全切除，局部水肿，予拔除硬膜外引流管。5月20日医生行腰穿放出清亮脑积液，5月26日头部伤口拆线愈合良好，于6月2日出院。

Hospital

相关医学知识



相关医学知识介绍

是起源于脑膜及脑膜间隙的衍生物，发病率占颅内肿瘤的19.2%，居第2位，女性：男性为2:1，发病高峰年龄在45岁，儿童少见。凡属颅内富于蛛网膜颗粒与蛛网膜绒毛之处皆是脑膜瘤的好发部位。矢状窦旁，大脑凸面，大脑镰旁者多见，其次为蝶骨嵴、鞍结节、嗅沟、小脑桥脑角与小脑幕等部位，生长在脑室内者很少，也可见于硬膜外。其它部位偶见。

临床表现

因肿瘤的膨胀性生长，患者往往以头痛和癫痫为首发症状，依肿瘤部位不同，可以出现视力、视野、嗅觉或听觉障碍及肢体运动障碍等。老年患者以癫痫为首发症状者多见。

脑膜瘤运动障碍表现为从足部开始，渐至下肢，继而 upper limb 肌力障碍，最后波及头面部，如肿瘤向两侧生长，可出现双侧肢体肌力弱并伴有排尿障碍，癫痫，颅内压增高症状等。



病因病理

脑膜瘤的发生可能与一定的内环境改变和基因变异有关，并非单一因素造成，可能与颅脑外伤，放射性照射、病毒感染以及合并双侧听神经瘤等因素有关。

脑膜瘤呈球形生长，与脑组织边界清楚。瘤体剖面呈致密的灰色或暗红色的组织，有时瘤内含砂粒体。瘤内坏死可见于恶性脑膜瘤。脑膜瘤有时可使其临近的颅骨受侵而增厚或变薄。肿瘤大小可由直径1厘米直至10余厘米。瘤体多为球形、锥形、扁平形或哑铃形。

常见类型

- 常见的脑膜瘤有以下各型：
- 1) 内皮型
- 2) 成纤维型
- 3) 血管型
- 4) 砂粒型
- 5) 混合型或移行型
- 6) 恶性脑膜瘤
- 7) 脑膜肉瘤

一般将前5种归类于良性脑膜瘤的范畴，以血管型脑膜瘤最常发生恶变，多次复发者亦应考虑恶变可能。

易发部位

- ①矢状窦约占50%
- ②鞍结节
- ③筛窦
- ④海绵窦
- ⑤桥小脑角
- ⑥小脑幕等。



临床诊断

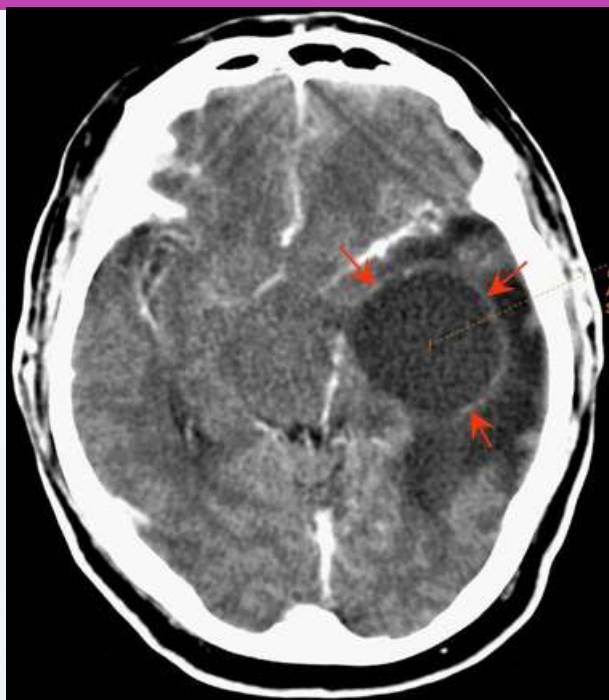
脑膜瘤的临床特点是发病缓、病程长。不同部位脑膜瘤可有不同的，临床表现，因成年人发病较多，故凡成年人有慢性头痛、精神改变、癫痫，一侧或两侧视力减退甚至失明、共济失调或有局限性颅骨包块等，特别是伴有进行性加重的颅内压增高症状时，要考虑脑膜瘤的可能性。眼底检查常发现慢性视神经乳头水肿或已呈继发性萎缩。

临床诊断

肿瘤的确诊还需依靠辅助性诊断检查。诊断脑膜瘤，其有重要参考价值的检查包括颅骨平片，CT扫描和脑血管造影。不仅可以达到定位，还可以了解肿瘤大小和定性。

此外腰椎穿刺可反映颅内压增高，脑脊液蛋白含量增高的情况，在诊断与鉴别诊断上仍有一定参考意义。

CT图片



右颞部恶性脑膜次瘤

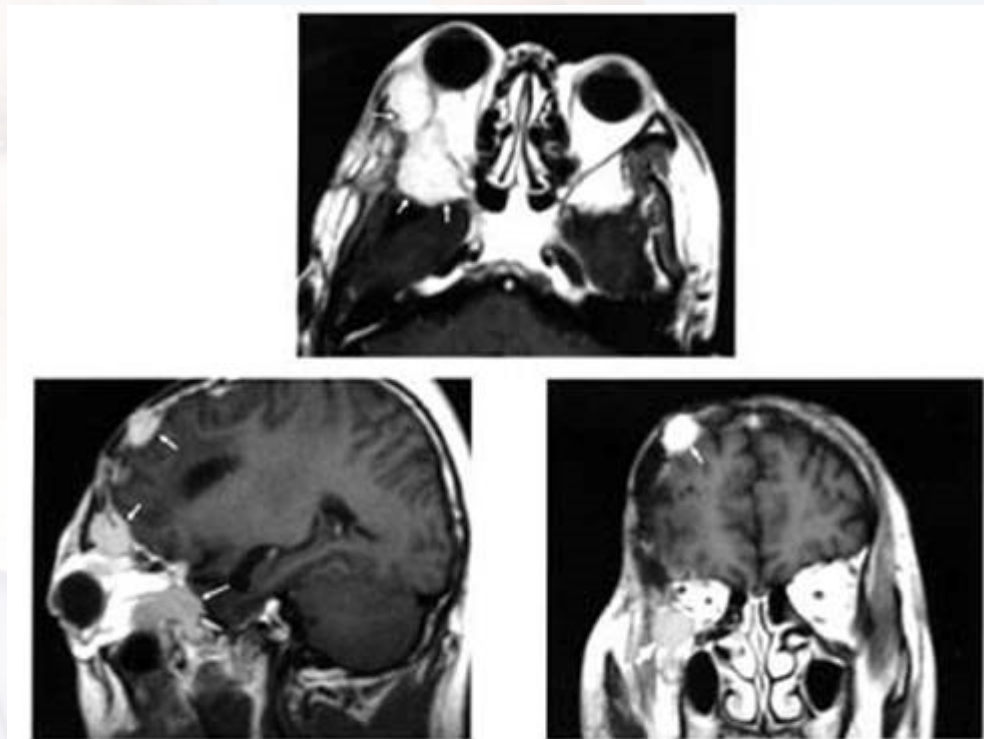
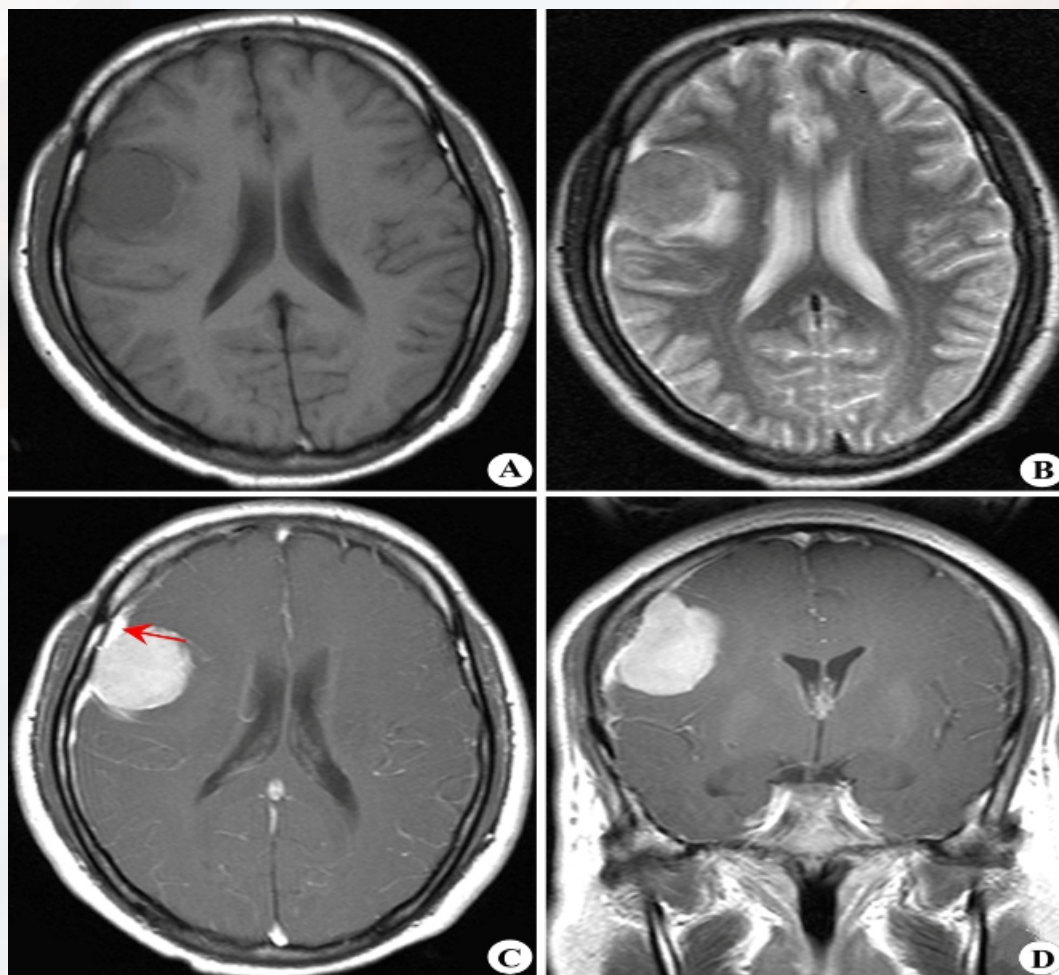


图4 颅内恶性脑膜瘤眶内侵犯(2)

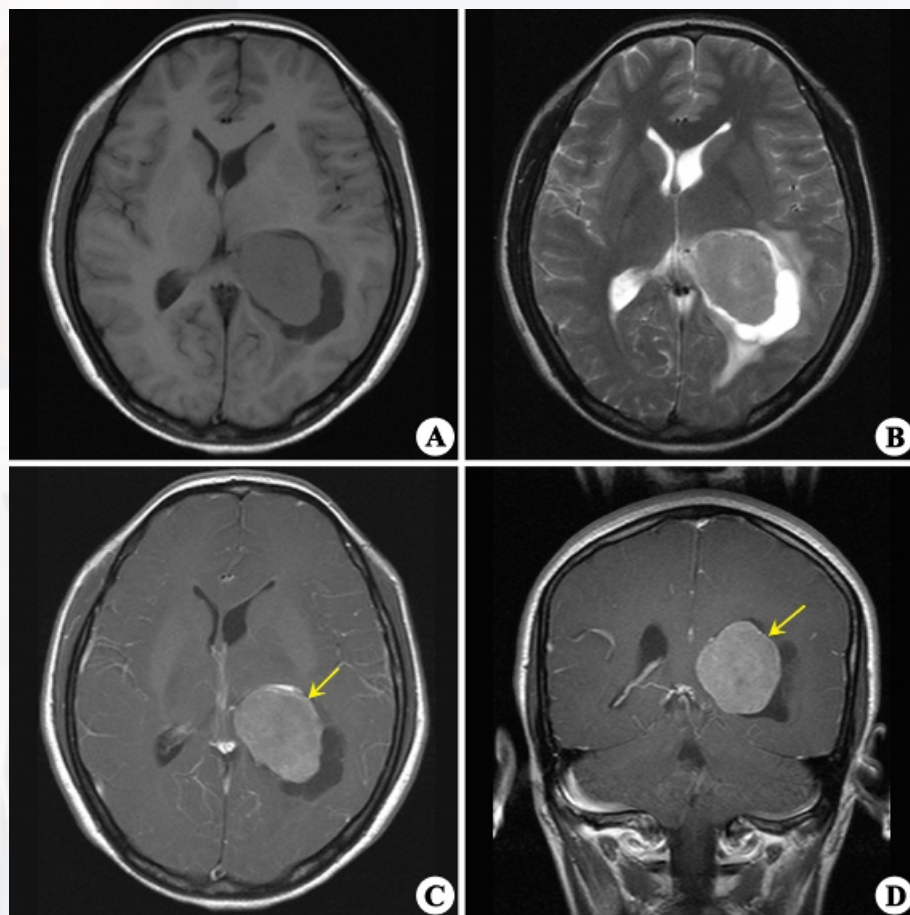
C~E. 增强横轴位、矢状和冠状MRI显示眶内、颅内多发病灶增强(箭头)

CT图片

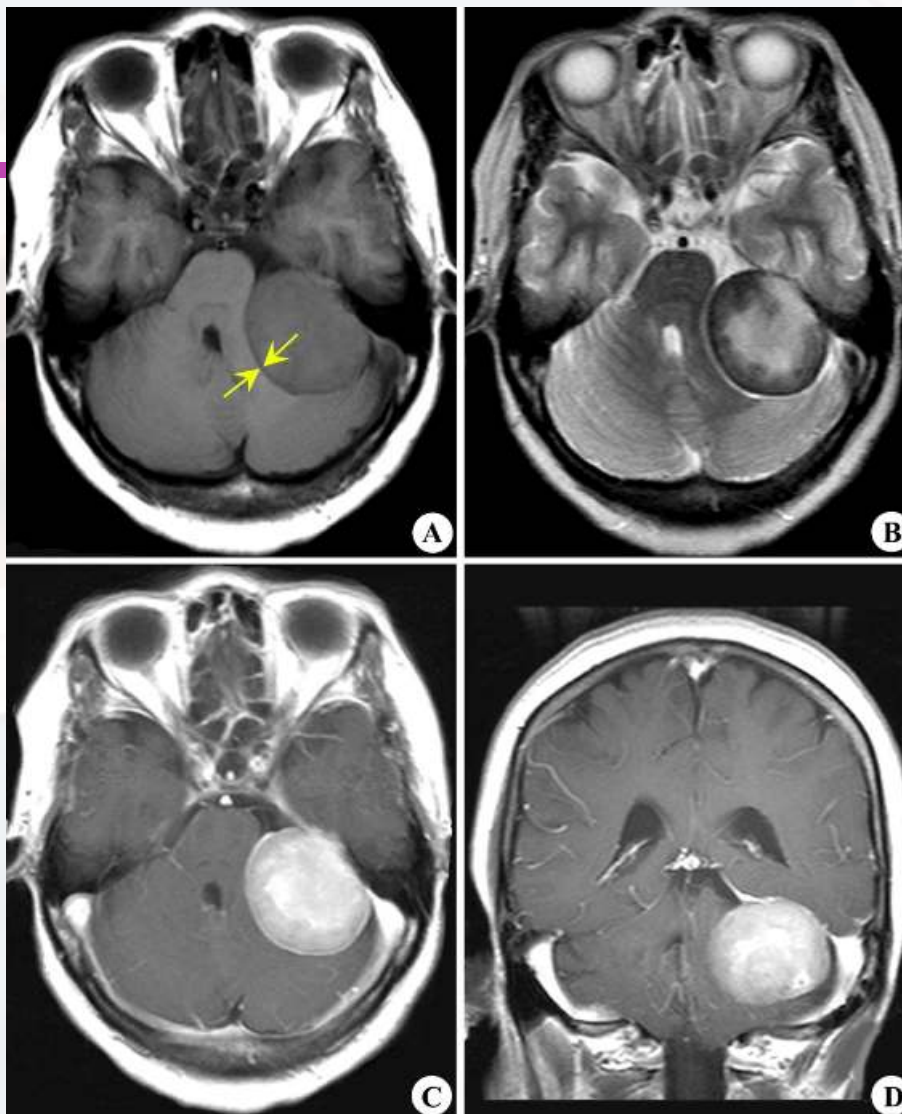


右侧额顶部脑膜瘤

CT图片



侧脑室脑膜瘤



左侧脑桥小脑脚脑膜瘤

治疗

对脑膜瘤的治疗，以手术切除为主。原则上应争取完全切除，并切除受肿瘤侵犯的脑膜与骨质，以期根治。

依据生长位置及生长特点，脑膜瘤切除需把周边的脑膜一同切掉才可以彻底的治愈，不再复发，但对于颅底以及脑膜不好切除的部分约50%无法全切，为了避免手术后功能损害，即使为全切术，在原发部位仍会有肿瘤残存，所以很难根治，复发率很高。



护理评估

护理评估

- 病史
- 高危因素、诱因、局灶和全脑症状、CT所见
- 身体评估
- 肢体肌力、肌张力、血压、瞳孔、神志。
- 辅助检查
- 头颅CT或MRI



格拉斯哥昏迷评分法?



格拉斯哥昏迷评分 (GCS)

睁眼运动	言语反应	运动反应
自动睁眼 4分	定向力正常 5分	能按指令动作 6分
言语呼唤后睁眼反应 3分	应答错误 4分	对针痛能定位 5分
痛刺激后睁眼反应 2分	言语错乱 3分	对针痛能躲避 4分
痛刺激后无睁眼反应 1分	言语难辨 2分	刺痛肢体屈曲反应 3分
	无言语反应 1分	刺痛肢体过伸反应 2分
		肢体无反应 1分

护理诊断

- 术前的护理诊断有：
- P1 知识缺乏：与对疾病的知识及手术相关知识不了解有关。
- P2 焦虑：与担心手术效果及预后有关。
- P3 舒适改变：与头昏有关。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/198022031116006062>