



脑疝病人的护理



脑疝的概述



脑疝的临床表现



脑疝的治疗



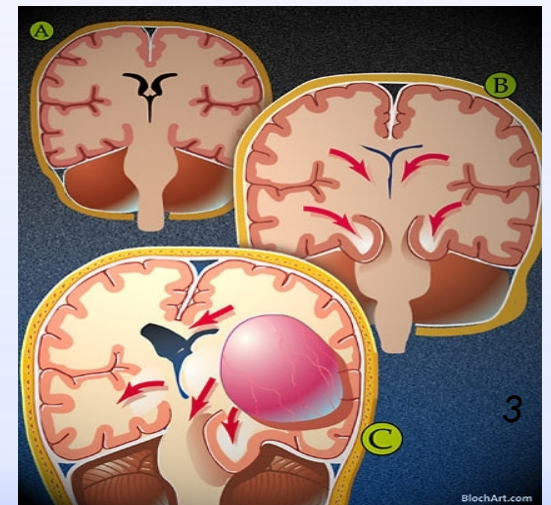
脑疝的病情观察



脑疝的急救护理

脑疝的概念

脑疝是由于颅内压增高，尤其是颅内占位病变或外伤引起某些部位的颅内压压力不平衡，造成某部分组织受压移位，从压力较高处通过附近的解剖上裂隙（如小脑幕等硬脑膜裂隙）或颅骨生理孔道（如枕骨大孔）向压力较低处移位、嵌顿。从而压迫相应的脑组织（如脑干）、颅神经、血管；另一方面，疝入组织本身亦产生缺血、水肿，坏死等病理改变；而急性发作（少数也可亚急性或慢性发作）产生意识障碍、瞳孔不对称、肢体运动、感觉障碍以及呼吸障碍等生命体征的异常改变。





脑疝的病因

- 最常见的是各种原因引起的颅内占位病变如颅内赘瘤、脓肿、肉芽肿、囊肿等
- 颅脑损伤如颅内血肿、严重脑挫裂伤、广泛性颅骨骨折、手术严重创伤等
- 急性脑血管病如高血压性脑出血、大面积脑梗死等；
- 颅内炎症如脑炎、脑膜炎等
- 其他 脑缺氧、中毒等

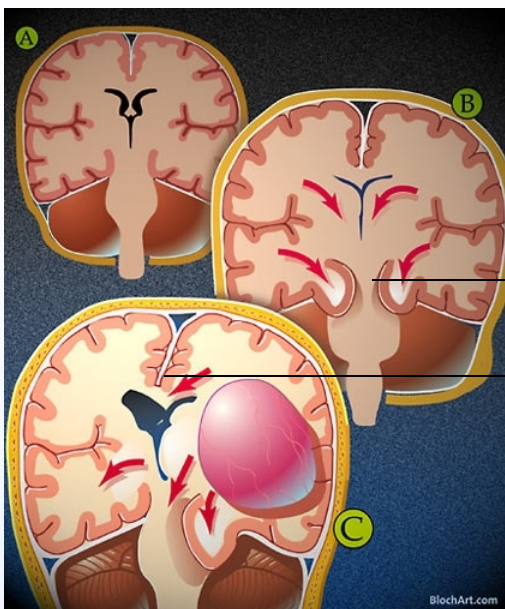


脑疝的分类

- 小脑幕疝
- 小脑幕切迹疝：又称天幕裂孔疝、颞叶钩回疝
- 小脑幕正中疝
- 枕（骨）大孔疝：又称小脑扁桃疝
- 大脑镰（下）疝：又称扣带回疝

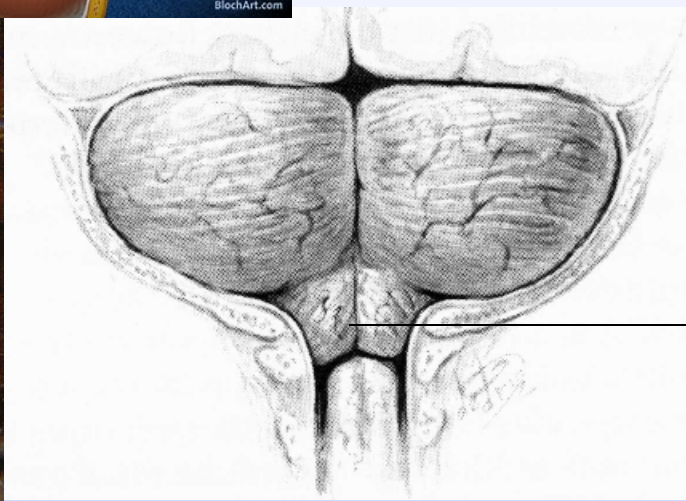
脑疝

脑疝的命名：根据疝发生的部位命名。



小脑幕切迹疝

大脑镰下疝



枕骨大孔疝



小脑幕切迹疝

引起小脑幕切迹疝的常见病变及诱因

- ① 颅内血肿
- ② 颅内肿瘤
- ③ 颅内脓肿
- ④ 颅内寄生虫及各种慢性肉芽肿
- ⑤ 腰穿（应高度重视的医源性诱因）



小脑幕切迹疝

病理生理：当幕上一侧占位病变不断增长引起颅内压增高时，脑干和患侧大脑半球向对侧移位。半球上部由于有大脑镰限制移位较轻，而半球底部近中线结构如颞叶的钩回等则移位较明显，形成小脑幕切迹疝（transtentorial herniation），使患侧的动眼神经、脑干、后交通动脉及大脑后动脑受到挤压和牵拉。



小脑幕切迹疝

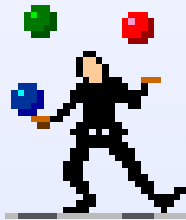
临床表现

- ◆颅内压增高
- ◆意识障碍
- ◆瞳孔变化
- ◆锥体束征
- ◆生命体征改变



小脑幕切迹疝

- 治疗
- ①维持呼吸道通畅；
- ②立即经静脉滴注20%甘露醇溶液125—250ml；
- ③病变性质和部位明确者，立即手术切除病变；尚不明确者，尽快检查确诊后手术或作姑息性减压术；
- ④对有脑积水的病人，立即穿刺侧脑室作外引流等病情缓解后再开颅切除病变或作V-P分流术。





枕骨大孔疝

枕骨大孔疝（小脑扁桃体疝）是后颅窝占位病变易发生，幕下压力高于椎管内压力，小脑扁桃体经枕大孔推挤至椎管内。



枕骨大孔疝

病理生理：

- ①延髓受压
- ②脑脊液循环障碍
- ③疝脑组织的改变



枕骨大孔疝

临床表现

- ①枕下疼痛、项强或强迫头位
- ②颅内压增高
- ③后组脑神经受累
- ④生命体征改

与小脑幕切迹疝相比，枕骨大孔疝的特点：生命体征变化出现较早，瞳孔改变和意识障碍出现较晚。

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/066103030143010112>