

Xinbian Neikexue Zhenliao jingyao

新编内科学诊疗精要

主 编： 宋大庆 张全新 费艳艳

 吉 林 出 版 集 团
吉林科学技术出版社

Xinbian Neikexue Zhenliaojingyao

新编内科学诊疗精要

主 编： 宋大庆 张全新 费艳艳

 吉 林 出 版 集 团
 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

新编内科学诊疗精要 / 宋大庆主编.
— 长春 : 吉林科学技术出版社, 2013. 5
ISBN 978-7-5384-6724-6

I. ①新… II. ①宋… III. ①内科—疾病—诊疗
IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 066222 号

新编内科学诊疗精要 Xinbian Neikexue Zhenliaoingyao

主 编 宋大庆 张全新 费艳艳 申建军
徐秋霞 赵宏文 姚沛雨

出 版 人 李 梁

责任编辑 孟 波 杨晓蔓

封面设计 许建华

制 版 霄云阁图书

开 本 880mm×1230mm 1/16

字 数 700 千字

印 张 42

印 数 1—1000 册

版 次 2013 年 5 月第 1 版

印 次 2013 年 5 月第 1 次印刷

出 版 吉林出版集团

吉林科学技术出版社

发 行 吉林科学技术出版社

地 址 长春市人民大街 4646 号

邮 编 130021

发行部电话 / 传真 0431-85677817 85635177 85651759
85651628 85600611 85670016

储运部电话 0431-84612872

编辑部电话 0431-85630195

网 址 www.jlstp.net

印 刷 山东天马旅游印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5384-6724-6

定 价 88.00 元

如有印装质量问题可寄出版社调换

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85635185

编 委 会

主 编: 宋大庆 张全新 费艳艳 申建军

徐秋霞 赵宏文 姚沛雨

副主编: 袁 铭 张志强 段长虹 周克飞

李红梅 徐常合 王绍臣

编 委: (按姓氏笔画)

王绍臣	秦皇岛市山海关人民医院
申建军	沙河市人民医院
宋大庆	济宁市第一人民医院
张全新	山东省莱芜市新矿集团莱芜中心医院
张志强	新乡医学院第一附属医院
李红梅	河南省开封市中医院
周克飞	河南省开封市中医院
姚沛雨	河南省开封市中医院
段长虹	新乡医学院第一附属医院
费艳艳	山东省胜利油田管理局机厂卫生院
赵宏文	石家庄井陉县康宁医院
徐秋霞	菏泽市立医院
徐常合	青岛经济技术开发区第一人民医院
袁 铭	西京医院



宋大庆

男，急诊科主任，主任医师，硕士研究生导师。现任山东省医师协会中毒与职业病分会副主任委员、山东省毒理学会中毒救治专业委员会常委、山东省医学会急诊医学分会委员、山东省病理生理学会危重病专业委员会委员、济宁市中毒与救治委员会主任委员、济宁市急诊专业委员会副主任委员。

在省级以上杂志上发表专业学术论文 10 篇，参与出版著作 5 部，其中主编 1 部，副主编 1 部，编委 3 部。参与完成科研课题 4 项，分别获得市科技进步二、三等奖。国家实用新型专利 2 项。



张全新

男，副主任医师，新矿集团莱芜中心医院神经内一科主任，毕业于山东大学医学院。主要从事神经系统疾病的诊断与治疗。主要专业特长：1、急性脑血管病的规范治疗，急性期脑梗塞进行静脉及介入溶栓取栓治疗。2、脑血管造影及支架植入，动脉瘤介入栓塞术。3、帕金森氏病和老年痴呆等老年神经疾病；4、癫痫和偏头痛等发作性疾病。



费艳艳

女，1979 年 8 月出生，主治医师，毕业于滨州医学院，先后参与《实用急诊诊疗学》、《现代危重症救护学》等学术专著的编写，发表论文《社区糖尿病的预防及治疗措施探讨》，参与执行的 QC 小组活动《降低糖尿病并发症的患病率》获得石油工业质量管理小组成果二等奖，参加了科技成果《GSES POMS-SF QLQ-C30 技术在癌症患者康复期中的应用》和《蛋白质组学技术与 HE4 CA125 在诊断卵巢恶性肿瘤中的应用》的临床研究。

前 言

内科学是临床医学的基础,许多疾病都是临床工作中的常见病和多发病,严重威胁着人们的健康。近年来,随着医学新技术的不断创新、新药物的不断问世和分子生物学的不断开拓,内科领域的诊断治疗技术也取得了突飞猛进的发展。临床内科医师需要不断学习,吸收现代医学的先进理论和经验,才能跟上时代的发展,更好的为患者服务。为了反映当前临床内科常见病的最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在广泛参阅了国内外最新最权威文献资料基础上,并结合自己的经验,编撰了《新编内科学诊疗精要》一书。

本书从临床实用性出发,介绍了内科临床常见病的诊断与治疗方法,对每种疾病均介绍了其病因、发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断和治療措施等。全书分为上下两篇,上篇总论篇介绍了内科常见病诊疗的相关基础知识与基本理论;下篇分论篇详细介绍了呼吸系统疾病、消化系统疾病、内分泌系统疾病、心血管疾病、神经系统疾病及泌尿系统疾病的常见病、多发病。在整个编撰过程中,力求资料详实、内容丰富,争取集科学性、先进性和实用性于一体。

本书得以顺利出版要感谢各位编者的辛勤工作,但限于编者知识范围有限、时间仓促、血液学研究进展迅速,书中亦有可能存在不足和疏漏之处,敬请读者和同行不吝指正。

《新编内科学诊疗精要》编委会

2013 年

目 录

上篇 总论	(1)
第一章 内科病常见症状	(1)
第一节 昏迷	(1)
第二节 呼吸困难	(1)
第三节 发绀	(3)
第四节 咯血	(4)
第五节 心悸	(5)
第六节 晕厥	(6)
第七节 恶心与呕吐	(7)
第八节 呕血	(8)
第九节 便血	(9)
第十节 黄疸	(10)
第十一节 水肿	(11)
第十二节 急性少尿与无尿	(12)
第十三节 意识障碍	(12)
第二章 内科常用体格检查	(16)
第一节 体格检查的基本方法	(16)
第二节 一般检查	(19)
第三节 头部检查	(29)
第四节 颈部检查	(34)
第五节 胸部体表标志及分区	(35)
第六节 胸廓、胸壁与乳房检查	(37)
第七节 肺和胸膜检查	(39)
第八节 心脏检查	(47)
第九节 血管检查	(59)
第十节 循环系统常见疾病的症状与体征	(61)
第十一节 腹部检查	(65)
第十二节 脊柱与四肢检查	(76)
第十三节 生殖器、肛门与直肠检查	(81)
第十四节 神经系统检查	(85)
第三章 内科其他辅助诊断技术	(96)
第一节 影像学诊断	(96)
第二节 超声检查	(101)
第三节 放射性核素诊断	(104)
第四节 内镜诊断	(108)
第五节 电生理学诊断	(110)

第四章 内科常用诊疗技术	(114)
第一节 胸膜腔穿刺术	(114)
第二节 腹膜腔穿刺术	(115)
第三节 骨髓穿刺术	(116)
第四节 腰椎穿刺术	(117)
第五节 导尿术	(118)
第六节 氧气疗法	(119)
第七节 雾化吸入疗法	(122)
第八节 气管插管术	(123)
第九节 气管切开术	(124)
第十节 机械通气	(125)
第十一节 人工心脏起搏	(129)
第十二节 射频消融术	(132)
第十三节 经皮球囊左房室瓣成形术	(135)
第十四节 溶栓疗法	(138)
第十五节 血液透析	(141)
第十六节 腹膜透析	(144)
第五章 心肺脑复苏技术	(146)
第一节 心脏骤停	(146)
第二节 脑死亡	(148)
第三节 心肺脑复苏	(148)
第六章 休克	(154)
第一节 概述	(154)
第二节 低血容量性休克	(160)
第三节 心源性休克	(167)
第四节 感染性休克	(169)
第五节 过敏性休克	(176)
下篇 分论	(179)
第七章 神经内科诊疗精要	(179)
第一节 短暂性脑缺血发作	(179)
第二节 脑血栓形成	(181)
第三节 脑栓塞	(184)
第四节 脑出血	(186)
第五节 蛛网膜下腔出血	(189)
第六节 化脓性脑膜炎	(191)
第七节 流行性脑脊髓膜炎	(193)
第八节 结核性脑膜炎	(195)
第九节 流行性乙型脑炎	(196)
第十节 疱疹性脑炎	(198)

第十一节 急性脊髓炎	(199)
第八章 呼吸内科诊疗精要	(202)
第一节 总论	(202)
第二节 上呼吸道感染	(205)
第三节 急性气管-支气管炎	(207)
第四节 慢性阻塞性肺疾病	(208)
第五节 肺源性心脏病	(216)
第六节 肺血栓栓塞	(219)
第七节 特发性肺动脉高压	(227)
第八节 支气管哮喘	(232)
第九节 支气管扩张	(237)
第十节 肺炎	(239)
第十一节 原发性支气管肺癌	(246)
第十二节 肺部良性肿瘤	(252)
第十三节 肺结核	(255)
第十四节 肺脓肿	(264)
第十五节 结核性胸膜炎	(272)
第十六节 气胸	(276)
第十七节 睡眠呼吸暂停低通气综合征	(281)
第十八节 呼吸衰竭	(290)
第九章 心血管内科诊疗精要	(305)
第一节 心力衰竭	(305)
第二节 心律失常	(332)
第三节 高血压病	(347)
第四节 心绞痛	(361)
第五节 心肌梗死	(367)
第六节 心脏瓣膜病	(377)
第七节 感染性心内膜炎	(394)
第八节 心肌病	(403)
第九节 病毒性心肌炎	(407)
第十节 急性心包炎	(408)
第十一节 缩窄性心包炎	(412)
第十二节 心脏停搏与心脏性猝死	(414)
第十章 消化内科诊疗精要	(420)
第一节 概述	(420)
第二节 胃食管反流病	(423)
第三节 急性胃炎	(427)
第四节 慢性胃炎	(428)
第五节 消化性溃疡	(430)

第六节	胃癌	(438)
第七节	肝硬化	(442)
第八节	肝性脑病	(446)
第九节	急性胰腺炎	(451)
第十节	结核性腹膜炎	(454)
第十一节	溃疡性结肠炎	(455)
第十二节	肠易激综合征	(460)
第十三节	上消化道出血	(462)
参考文献		(467)

上篇 总论

第一章 内科病常见症状

第一节 昏迷

昏迷是最严重的意识障碍,即意识完全丧失,系由于弥漫性大脑皮质或脑干网状结构的损害或功能抑制所致。根据程度分为:①浅昏迷,对强烈痛刺激有反应,基本生理反应存在,生命体征正常;②中度昏迷,对痛刺激的反应消失,生理反应存在,生命体征正常;③深昏迷,除生命体征存在外,其他均消失;④过度昏迷,即脑死亡,临床表现为意识丧失,运动、感觉和反射障碍,各种刺激不能唤醒。

一、病因

可归纳为颅内和颅外(感染与非感染)两大类。

(1) 颅内感染性疾病:乙型脑炎,流行性脑炎,结核性脑膜炎,单胞病毒性脑炎等。

(2) 颅内非感染性疾病:严重颅脑外伤,颅内占位性病变,脑血管疾病,脑水肿,癫痫持续状态等。

(3) 颅外感染性疾病:全身性感染(如败血症、中毒性菌痢)所致中毒性脑病及 Reye 综合征。

(4) 颅外非感染性疾病:食物、药物或酒精中毒,严重肝病,肺性脑病,尿毒症,急性循环障碍,糖尿病,酮症酸中毒及高渗状态,低血糖,垂体或甲状腺或肾上腺皮质功能减退危象,高温中暑,触电等。

二、鉴别诊断

昏迷的鉴别诊断,首先应解决是否昏迷。如是昏迷,昏迷的病因是什么。所以,昏迷的鉴别诊断包括了昏迷状态的鉴别和昏迷病因的鉴别。

昏迷必须与类昏迷鉴别。所谓类昏迷是指患者的临床表现类似昏迷或貌似昏迷,但实际上并非真昏迷的一种状态或症候。它一般包括假性昏迷(如癔症性不反应状态、木僵状态、闭锁综合征)、醒状昏迷(如去皮质状态、无动性缄默及植物状态)及其他一些病症(如晕厥,失语,发作性睡病)。

第二节 呼吸困难

呼吸困难指患者呼吸时感到费力。客观表现为呼吸活动用力,重者有鼻翼煽动,张口耸肩,发绀,并有呼吸频率、深度与节律的改变。它既是症状又是体征。

一、病因、病理

(一)肺源性呼吸困难

由呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍,导致缺氧和(或)二氧化碳潴留。因呼吸系统病变部位不同,临床可表现为吸气性、呼气性及混合性呼吸困难。

(二)心源性呼吸困难

由左心和(或)右心衰竭引起。左心衰竭所致呼吸困难较为严重。急性左心衰时,常出现阵发性呼吸困难,多在夜间睡眠中发生,称夜间阵发性呼吸困难,有的甚至不能平卧,称端坐呼吸。可有哮鸣音,称为心源性哮喘。

(三)中毒性呼吸困难

代谢性酸中毒时,可出现酸中毒大呼吸(kussmaul呼吸);急性感染时,由于体温升高及毒性代谢产物的影响,刺激呼吸中枢,使呼吸频率增加;某些药物和化学物质中毒如吗啡类、巴比妥类药物、有机磷中毒时,呼吸中枢受抑制,使呼吸变慢,并可以表现为呼吸节律异常。

(四)神经精神性呼吸困难

重症颅脑疾患如颅脑外伤、出血、炎症、肿瘤时,呼吸中枢因受增高的颅内压及供血减少的影响,使呼吸变慢而深,并常伴有呼吸节律异常。神经官能症或癔症患者,由于精神或心理因素的影响可有呼吸困难发作,常表现为自诉胸部压迫感、气短,呼吸频率明显增快,但仔细观察并无呼吸困难客观表现。

(五)血源性呼吸困难

重度贫血、高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症等,因红细胞携氧量减少,血氧含量降低,致呼吸变快,伴心率加快。大出血或休克时,因缺血或血压下降,刺激呼吸中枢,也可使呼吸加速。

二、诊断要点

(1)突然发生的呼吸困难:见于肺梗死、自发性气胸。

(2)急性发作性呼吸困难:见于急性左心衰竭、支气管哮喘、喘息型支气管炎。

(3)慢性呼吸困难:见于慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、弥漫性肺纤维化,充血性心力衰竭、大量胸水、腹水。

(4)吸气性呼吸困难:见于上呼吸道梗阻,如急性喉炎、大气道异物、肿瘤,可出现“三凹征”。

(5)呼气性呼吸困难:见于气道远端阻塞、痉挛,如慢性阻塞性肺气肿,此时可见腹肌在呼气时收缩,而发生腹部凹陷。

(6)混合性呼吸困难:见于大叶性肺炎、气胸、大量胸水胸廓限制性疾病等。

(7)端坐呼吸:见于急性左心衰竭、自发性气胸、支气管哮喘。夜间阵发性呼吸困难为左心衰竭的典型早期临床表现。

(8)深大呼吸:见于代谢性酸中毒。

(9)浅快呼吸:见于癔症、胸膜炎、肺炎、大量胸腹水。

(10)潮式呼吸:中枢神经系统病变,充血性心力衰竭,一些老年人深睡时,脑动脉硬化,中枢神经供血不足时均可出现。比奥呼吸多发生于中枢系统疾病,比潮式呼吸更为严重,预

后多不良。双吸气、下颌呼吸见于呼吸停止前。

第三节 发绀

发绀指血液中还原血红蛋白增多,其绝对值在 50 g/L(5 g/dl)以上时,表现为皮肤、黏膜呈青紫色的现象。广义的发绀包含少数由于异常血红蛋白衍生物(高铁血红蛋白、硫化血红蛋白)所致皮肤、黏膜青紫现象。发绀在皮肤较薄,色素较少和毛细血管丰富的部位,如口唇、鼻尖、颊部与甲床等处较为明显,易于观察。有时临床所见发绀,不能确切反映动脉血氧下降情况,因为血红蛋白低于 60 g/L,即使有严重缺氧,发绀也不会出现。

一、病因、病理

(一)血液中还原血红蛋白增多

1. 中心性发绀

由于心、肺疾病导致 SaO_2 降低引起。发绀的特点是全身性的,除四肢及面颊外,也见于黏膜与躯干的皮肤。皮肤温暖。按摩后发绀不消失。

2. 周围性发绀

由于周围循环血流障碍所致,发绀的特点是常见于肢体的末梢与下垂部分如肢端、耳垂、鼻尖,局部皮肤发凉,按摩或加温后,发绀即可消失。可分为淤血性周围性发绀与缺血性周围性发绀。

3. 混合性发绀

中心性发绀与周围性发绀并存,可见于心力衰竭患者。因肺淤血,血液在肺内氧合不足以及周围血流缓慢,毛细血管内血液脱氧过度所致。交叉发绀:见于先天性动脉导管关闭不全,表现为上半身正常、下半身发绀。

(二)血液中存在异常血红蛋白衍生物

(1)药物或化学物质中毒所致的高铁血红蛋白血症,当血中高铁血红蛋白量达 30 g/L 时,即可出现发绀。

(2)先天性高铁血红蛋白血症。自幼即有发绀,而无心、肺疾病及引起异常血红蛋白的其他原因。

(3)硫化血红蛋白血症。当血中硫化血红蛋白含量达 5 g/L 时,即可出现发绀。发绀的特点是持续时间很长,可达几个月或更长,因硫化血红蛋白一经形成,不论在体内或体外均不能恢复为血红蛋白,而红细胞寿命仍正常。

二、诊断要点

(一)发绀伴杵状指(趾)

说明发绀较久。见于先天性心脏病、某些慢性肺部疾病、风湿性心脏病并发感染性心内膜炎。

(二)发绀伴呼吸困难

常见于重症心肺疾病和急性呼吸道阻塞、气胸等。发绀急性起病伴循环衰竭见于休克、急性中毒、急性心力衰竭等。

(四)发绀出现的部位

仅出现于上半身,见于上腔静脉阻塞;仅出现于下半身,见于下腔静脉阻塞;主要出现在指、趾端,见于雷诺现象、休克及血栓闭塞性静脉炎。

第四节 咯血

咯血是指喉及喉以下呼吸道出血经口排出。

一、病因

(一)呼吸系统疾病

以肺结核最多见,其次为支气管扩张、肺癌。其他原因包括肺脓肿、慢性支气管炎、肺炎、肺梗死、支气管结石、肺寄生虫病、肺囊肿、尘肺、支气管异物及韦格内肉芽肿等。

(二)其他系统疾病

循环系统疾病(如二尖瓣狭窄、房间隔缺损、动脉导管未闭等)、血液病(如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、再生障碍性贫血等)、风湿病(如白塞病、结节性动脉周围炎等)、传染病(如肾综合征出血热、钩端螺旋体病等)、肺出血肾炎综合征及子宫内膜异位症等。

二、诊断

(1)明确病因:通过详细的病史询问、全面的体格检查、胸部X线及其他必要检查综合判断。如咯血伴低热、盗汗,胸片示空洞等病灶时应考虑肺结核病(痰查到结核杆菌可确诊)。40岁以上的男性吸烟者,少量咯血,胸片示占位性病变,应考虑肺癌可能(病理学确诊,如纤维支气管镜检查等)。长期咳嗽、咳脓痰、反复咯血,应考虑支气管扩张(支气管造影可确诊)。发热、咯血、皮下出血、尿少、休克、肾功能异常,可能为肾综合征出血热。咯血伴全身出血倾向,应考虑血液病,需做相应的检查。

(2)确定出血部位:胸部听诊及酌情选择X线、CT、纤维支气管镜以及支气管动脉造影等检查。

(3)判断严重程度:每日咯血量 $<100\text{ ml}$ 为小量咯血, $100\sim 500\text{ ml}$ 为中等量咯血, $>500\text{ ml}$ (或1次咯血 $>300\text{ ml}$)为大量咯血。1次出血量 $>800\text{ ml}$ 可有血压改变, $>1500\text{ ml}$ 可发生休克。短时间内大量咯血,血块阻塞气道可引起窒息,表现为突然烦躁不安、极度紧张、端坐呼吸、咯血不畅、发绀、昏迷、抽搐等。

三、治疗原则

(一)小量咯血

应镇静、止咳、保持大便通畅,酌情应用止血药物,如卡巴克络(安络血)片、云南白药等。

(二)中等量及大量咯血

1. 一般处理

卧床休息(患侧卧位)、镇静、通便、吸氧、监护生命体征等。

2. 止血

(1)药物:垂体后叶素 5 U 加入 50% 葡萄糖液 40 ml ,缓慢静脉注射。继用 $10\sim 20\text{ U}$ 加

入 50% 葡萄糖液 500 ml 中静脉滴注维持。冠心病、高血压患者及孕妇忌用。普鲁卡因 200 ~ 300 mg 或酚妥拉明 10 ~ 20 mg 加入 5% 葡萄糖液 500 ml 静脉滴注。云南白药 0.5 g, 每日 3 次口服。

(2) 经纤维支气管镜局部止血: 灌注冷生理盐水、凝血酶止血, 明胶海绵、Fogarty 气囊压迫止血, 或激光止血氩气刀止血等。

(3) 支气管动脉栓塞疗法。

(4) 反复大量咯血, 内科治疗无效者, 出血部位明确, 对侧肺无活动性病变, 且无手术禁忌证, 可行相应肺叶或肺段切除术。

3. 输血

咯血量过多, 可根据血压和血红蛋白酌情输注新鲜血。

(三) 窒息

(1) 立即取头低脚高体位, 拍击患者背部, 以便血块排出。

(2) 尽快挖出或吸出口、咽、喉、鼻部血块, 保持气道通畅。

(3) 必要时气管插管或气管切开, 吸出淤血, 解除呼吸道阻塞。

(4) 充分给氧。

(5) 心跳、呼吸停止者, 立即予心肺复苏术。纠正酸碱平衡失调。

(四) 其他

病因治疗。

第五节 心悸

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感觉或心慌感。心悸时心率可快、可慢, 也可有心律失常。

一、病因、病理

(一) 心脏搏动增强

心脏收缩力增强引起的心悸, 生理性原因有: ①剧烈运动, 精神过度紧张; ②饮酒、茶、咖啡; ③药物如肾上腺素、甲状腺片等。

病理性原因有: ①心室肥大如高血压心脏病及主动脉瓣、二尖瓣关闭不全, 动脉导管未闭, 室间隔缺损等; ②甲状腺功能亢进症、贫血、发热、低血糖症等可引起心脏搏出量增加, 搏动增强。

(二) 心律失常

(1) 各种原因引起的窦性心动过速、阵发性室上速或室性心动过速(室速)。

(2) 窦性心动过缓, 病态窦房结综合征(病窦)或高度房室传导阻滞。

(3) 房性或室性早搏, 心房颤动。

(三) 心脏神经官能症

由自主神经功能紊乱所致。

二、诊断要点

(一)病史

有基础心脏病或其他疾病的病史、症状和体征,或存在上述某种诱因。

(二)伴随症状

(1)心悸伴心前区痛可见于冠心病(心绞痛、心肌梗死)、心肌炎、心包炎,亦可见于心脏神经官能症。

(2)心悸伴发热见于急性传染病、风湿热、心肌炎、心包炎、感染性心内膜炎。

(3)心悸伴晕厥或抽搐见于高度房室传导阻滞、心室颤动或室速、病窦综合征。

(4)心悸伴贫血见于各种原因引起的急性失血,此时常有虚汗、脉搏细弱、血压下降或休克。

(5)心悸伴消瘦及出汗见于甲状腺功能亢进症。

三、治疗

(一)一般处理

治疗原发病,解除诱因。

(二)对症处理

(1)心率快者可应用减慢心率的药物,如普萘洛尔(心得安)10~20 mg,一日3次口服。

(2)心率慢者给予阿托品、异丙肾上腺素或行心脏起搏治疗。

(3)如为心律失常,则根据其不同类型选用相应的抗心律失常药物。

第六节 晕厥

晕厥是由于一过性脑血流量不足所引起的短暂性意识丧失。

一、病因及诊断要点

(一)反射性晕厥

由于反射性周围血管扩张,心脏输出量减少及(或)小动脉收缩,反射功能失常而引起。

(1)血管抑制性晕厥:也称血管迷走性晕厥,最为常见,多见于青少年,女性多见。发作前有焦虑、情绪刺激等诱因,多在站立位。发作前有全身不适,心悸、胸闷、恶心、苍白、出汗、乏力等前驱症状,逐渐摇晃、跌倒,晕厥时间数秒至数分,当时血压降低,心率减慢,少数可有暂时性抽搐。

(2)体位性低血压晕厥:发生于自卧位或下蹲位突然站立时,患者猝然跌倒,并无前驱症状,当时血压下降,心率不变。

(3)颈动脉窦晕厥:见于颈动脉窦过敏及颈动脉硬化者。衣领过紧、突然转颈、吞咽动作均可导致发病,无前驱症状,当时血压下降,心率可慢或不变。

(4)排尿性晕厥:多见于中年男性,发生于排尿时或排尿后,尤其是夜间起床小便时。

(5)反射性停搏:迷走神经功能亢进时,某些刺激可引起短暂的传导阻滞甚至停搏,如舌咽神经痛、食管刺激、胸膜和支气管刺激等。

(二)心源性晕厥

由于心排血量不足引起。其特点是发作与体位无关,多无前驱症状。

(1)心律失常:①心动过缓型心律失常,如房室传导阻滞、窦房阻滞、窦性停搏等;②心动过速型心律失常,如阵发性室上型心动过速、阵发性快速型房颤、室性心动过速等;③QT或QTu间期延长常致尖端扭转型室速、室颤;

(2)急性心脏排血受阻:①主动脉瓣狭窄;②肥厚型梗阻性心肌病;③心房黏液瘤或球瓣样血栓;④心脏压塞;⑤主动脉夹层;

(3)心肺功能不全:①先天性心脏病,如法洛四联症等;②原发性肺动脉高压,可在运动时或运动后发生晕厥;③肺动脉栓塞;④缺血性心脏病多在急性心肌梗死(AMI)时或后发生晕厥,常由心律失常引起;

(三)脑源性晕厥

由于脑血管阻力过高或血管运动中枢调节失常引起的晕厥。

(1)脑动脉粥样硬化:椎基系统动脉硬化常会引起一过性脑供血不足而引起晕厥。

(2)无脉症:原发性无脉症涉及颈动脉,晕厥多在仰视时发生。

(3)脑干病变:如肿瘤、炎症、变性可直接或间接影响延髓的血管运动中枢而致晕厥。

(四)其他病因

(1)咳嗽性晕厥:剧烈咳嗽引起胸腔和腹腔压力升高而影响静脉回流,或间接产生颅内压升高。

(2)屏气性晕厥:持续用力屏气可产生晕厥,机制同上。

(3)仰卧位低血压综合征:少数孕妇和腹腔巨大肿瘤患者,仰卧位时下腔静脉受压而产生晕厥。

(4)癔症性晕厥:有精神刺激史,卧倒不动或伴发不规则肢体动作,生命体征正常。

二、处理

(一)病因治疗

根据不同病因采取相应措施。频发血管抑制性晕厥者须避免久立、疲劳。频发体位性晕厥者,如非药物引起可给予高盐饮食;频发颈动脉窦晕厥者可施行该窦的神经切除术;排尿性晕厥患者宜在夜间排尿时取坐位。心动过缓型晕厥可安装心脏起搏器,心动过速晕厥者可药物治疗心律失常或安装抗心律失常起搏器。

(二)对症治疗

绝大部分晕厥者将体位平卧,头部放低后,不久可恢复,快速心律失常如室速、室颤者应尽快采取电复律术。

(宋大庆)

第七节 恶心与呕吐

恶心为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉;呕吐则是胃或部分小肠内容物通过食管逆流经口腔排出现象。