

高职高专工学结合教改规划教材系列

社区常见健康问题处理

Treatment of Common Health Problems in a Community

陈根强 周向锋 主 编



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

高职高专工学结合教改规划教材系列

社区常见健康问题处理

陈根强 周向锋 主 编



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

社区常见健康问题处理 / 陈根强, 周向锋主编.
—杭州: 浙江大学出版社, 2014.1
ISBN 978-7-308-12733-2
I. ①社… II. ①周…②陈… III. ①社区—卫生保健 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 000214 号

社区常见健康问题处理

陈根强 周向锋 主编

责任编辑 张凌静 (zlj@zju.edu.cn)

封面设计 姚燕鸣

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排版 杭州中大图文设计有限公司

印刷 浙江省邮电印刷股份有限公司

开本 787mm×1092mm 1/16

印张 10.5

字数 263 千

版印次 2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-308-12733-2

定价 25.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部联系方式: 0571-88925591; <http://zjdxcbbs.tmall.com>

编 委 会

主 编 陈根强 周向锋

副主编 章良忠 冯 涛 王小兵 付文君

编 委 周爱君 吴玲玲

前 言

金华职业技术学院临床医学专业秉承“全科特色、基层特长、定位社区、救死扶伤”的办学理念,致力于培养造就“下得去、留得住、用得上”的从事基层医疗工作的应用型医学人才。2009年,浙江省开展定向培养农村社区医生试点工作,我院被列为首批定点培养的三所学校之一。

为了提高人才培养的针对性和有效性,我们优化了课程设置。在原有公共基础课、医学基础课的基础上,增设了《社区常见健康问题处理》、《社区预防医学》、《社区康复医学》、《社区急诊医学》等社区医学相关课程。

《社区常见健康问题处理》是临床医学(社区医学方向)专业的必修课程。本课程涵盖社区医生的常用社区急症处理、慢性病管理(慢性病防治)、社区康复、定点人群保健等能力的培养,为临床医学(社区医学方向)专业的核心课程,对培养临床医学学生的社区卫生服务工作能力起着重要的支撑作用。同时,本课程也是本专业全程实施“教学做评一体化”教学改革的重点课程。

经过多年的建设,校本教材和实训教程的编写已完成,并在2008和2009级临床医学专业学生中进行试用。试用期间,本课程于2009年被评为“校级精品课程”,于2010年被批准为“全国高职高专临床教指委精品课程”。

一方面,由于目前市场上已出版的《社区常见健康问题》等教材在国内均作为社区医生培训教材之用,因此不能适应临床医学专科层次的大专生教学之用。另一方面,《社区常见健康问题》等教材主要内容包括:疾病的常见症状、体征的诊断与处理,常见疾病的诊断与处理,常用实验室检查,社区急症诊断和鉴别诊断及处理等,与临床各科课程重复较多。鉴于以上原因,笔者组织编写了本教材。

本教材与上述教材的不同之处主要在于以下两方面:

1. 内容的选取和组织

本课程以社区全科医生工作任务为依据,舍去与《诊断学》及临床各科课程中的相关重复内容,增加了社区康复、保健等内容,并以典型案例为载体设计学习性工作,使学生能在解决实际问题中进一步强化理论知识和操作技能。



2.编写体例

本教材以工作任务为引领,教材中所有教学内容均以案例导入,适合利用仿真医院及社区教学基地真实的工作环境为教学场所,开展实境教学之用。案例导入式教学的开展,有利于理论学习与社区实践的较好衔接。

希望本教材的使用利于强化社区卫生服务的实际工作能力培养,使学生毕业后能更快地适应工作岗位的需求,并有助于实现“用得上”的培养目标。

由于水平有限,时间仓促,书中缺点和不足之处在所难免,恳请读者批评指正,以便再版时修正。

编 者

目 录



CONTENTS

项目一 急危重症处理与转诊	1
任务 1 心肺复苏 /1	
任务 2 休克患者的急诊处理与转诊 /8	
任务 3 创伤现场急救与转诊 /16	
任务 4 急性中毒患者的急救与转诊 /29	
任务 5 其他意外伤害 /38	
项目二 社区慢性病管理	42
任务 1 高血压患者的管理 /42	
任务 2 冠心病患者的管理 /51	
任务 3 糖尿病患者的管理 /55	
任务 4 肿瘤患者的管理 /62	
任务 5 精神病患者的管理 /65	
项目三 社区康复	70
任务 1 心肌梗死后患者的社区康复 /70	
任务 2 脑卒中患者的社区康复 /74	
任务 3 骨折患者的社区康复 /89	
任务 4 截瘫患者的社区康复 /105	
项目四 社区重点人群保健	112
任务 1 儿童保健指导 /112	
子任务 1 各年龄期儿童保健 /112	
子任务 2 散居和集体儿童保健 /119	
子任务 3 体格锻炼与游戏发展 /123	
子任务 4 计划免疫 /126	



任务 2 老年保健指导 /129

任务 3 妇女保健指导 /137

子任务 1 妊娠期妇女保健指导 /137

子任务 2 产褥期妇女保健指导 /146

子任务 3 社区育龄期及围绝经期妇女健康管理 /151

项目一 急危重症处理与转诊

任务1 心肺复苏

本任务主要介绍心肺复苏的急救程序,培养学生“时间就是生命”的急救意识和“珍惜生命,爱护生命”的意识。

【案例】

2009年11月,某市运动会上一位正在进行100m决赛的选手突然倒地,随即心跳呼吸骤停。承担医疗服务的医生马上赶到现场实施急救,呼吸心跳恢复后,紧急送往市人民医院进行进一步救治。

如果你就在现场,面对这样的情景,你该怎么办?

【任务要求】

- 1.能正确进行病情的评估。
- 2.能熟练且规范地进行心肺复苏。
- 3.能正确进行心肺复苏的效果评价。

【基本活动】

以工作过程为导向,通过观看录像“心跳呼吸骤停患者的抢救”、角色扮演等活动达到任务要求。

【知识链接】

一、确保现场环境安全

了解现场是否还存在险情、险境,如地震的余震、山体依旧塌方下滑、火灾火势加剧、毒气继续泄漏等,以及这些险情是否能对伤员与救护人员造成新的伤害。如果还存在以上险情,应遵循“先抢后救”的原则,使伤员尽快脱离险境,然后再进行急救。

二、判断意识

救护人员俯身靠近伤患者,轻扣其肩部,并分别对其双耳根部大声呼喊“喂!你怎么了,需要帮助吗?”如果伤患者有意识,则保持康复体位,随时观察其病情变化。如果是婴儿,则



拍击足跟。如伤患者对呼唤、轻拍无反应,婴儿不能哭泣,可判断其无意识。如果伤患者有意识,则保持复原体位,随时观察其病情变化。

三、呼救求援

若伤患者无意识,应大声喊“来人啊!救命啊!”寻求周围群众的帮助,协助开展救护,并马上打电话到“120”,通报伤患者基本情况,如伤患者所在地点、伤情、人数,留下自己的联系方式,与“120”急救系统保持联系;如遇交通事故,应及时拨打“110”,并做好现场保护,维持秩序、疏导交通,防止新的交通事故发生;如果远离城区,交通不便,应该向最近的有急救资质的医院求援。

四、调整体位

对心脏骤停的伤患者不要随意搬动,应该就近就便,并立即将伤患者调整成复苏体位——仰卧位,平放在木板床或坚实平整的地面上,不能在弹簧床、沙发床等软物件上进行胸外按压。在翻动时,要注意保护伤患者的颈部。

五、检查脉搏、呼吸

判断心跳(脉搏)应选大动脉测定脉搏有无搏动。成人及儿童触摸颈动脉,婴儿触摸肱动脉,在5~10秒内判断伤员有无脉搏。

颈动脉:用一手示指和中指置于颈前正中部(甲状软骨),手指从颈前正中滑向甲状软骨和胸锁乳突肌之间的凹陷,稍加力度触摸到颈动脉的搏动。

肱动脉:肱动脉位于上臂中点内侧,稍加力度检查是否有搏动。

检查脉搏的同时,解开伤患者的衣服,充分暴露其胸廓,同时观察伤员的呼吸。

六、胸外心脏按压

救护人员判断伤患者已无脉搏搏动、无呼吸或仅仅为喘息,或在危急中不能判明心跳是否停止,脉搏也摸不清,不要反复检查耽误时间,而要在现场进行胸外心脏按压等人工循环,及时救护。

1. 按压定位:胸骨正中,胸骨下1/2,两乳头连线中间的部位。

2. 按压姿势:救护人员的上半身前倾,双手掌根重叠,十指相扣掌心翘起,手指离开胸壁,腕、肘、肩关节伸直,以髋关节为轴,垂直向下用力,借助上半身的体重和肩臂部肌肉的力量进行按压。对于儿童(1~8周岁),用单手或双手操作;对于婴儿(1周岁以下),用两指手法操作。

3. 按压深度:成人(含8周岁以上儿童),按压深度至少为5cm;儿童,按压深度约为5cm;婴儿,按压深度约为4cm;新生儿,按压深度约为1.5cm。

4. 按压频率:为了使按压有救,按压应该有力而快速,成人(含儿童)至少每分钟100次。

5. 胸外按压与人工呼吸比值:成人、儿童、婴儿均为30:2。

注意事项:

(1) 按压要有节奏,保证按压后胸廓能够完全弹回,松开的时间与按下的时间应基本相等。胸廓不完全回复会导致胸膜腔内压升高,从而减少冠状动脉和脑动脉的灌注。

(2) 按压时不是用整个手掌施压,而是手掌的掌根部用力,并局限在胸骨下段,范围不可过大,以免压断肋骨、刺伤心肺或扩展到肝脾的破裂损伤。

(3) 按压时应尽量减少中断,中断会使冠状动脉灌注压降低。如果双人替换,中断时间不超过 10 秒。

(4) 婴儿、儿童心脏骤停时,如果只有一人在事发现场,要先进行 5 轮的心肺复苏(约 2 分钟),再呼救求援拨打“120”急救系统电话,然后按 30:2 的比例进行心肺复苏,直至专业人员到达。

(5) 在进行心肺复苏的过程中,不要搬动伤患者,除非环境危险或伤患者出现大出血等需要紧急处置的情况。按压时,注意观察伤患者反应及面色的改变。

七、清除气道内异物,打开气道

用最短的时间,先将伤患者的衣领、领带、围巾等解开,戴上手套迅速清除伤患者口鼻内的污泥、土块、痰、呕吐物等异物,以利于呼吸道畅通,再将气道打开。

打开气道的方法如下。

(一)仰头举颏法

救护员用一手的小鱼际(手掌外侧缘)部位于伤患者的前额,另一手指、中指置于下颏将下颌骨上提(注意手指不要压颏下软组织,以免阻塞气道),使下颌角与耳垂的连线和地面垂直。气道开放的角度成人一般为 90° ,儿童为 60° ,婴儿为 30° 。

(二)托颌法(抬位颌法)

此法适用于怀疑有头、颈部创伤的伤患者。

救护人员将手放置在伤患者头部两侧,握紧伤患者下颌角,用力向上托下颌,如伤患者紧闭双唇,可用拇指把口唇分开。如果需要行口对口呼吸,则将下颌持续上托,用面颊贴紧伤患者的鼻孔。

八、人工呼吸(口对口、口对鼻、口对口鼻)

1. 保持气道开放,救护人员用放在伤患者前额手的拇指和示指捏紧伤患者的鼻翼,以防气体从鼻孔逸出。

2. 救护人员吸一口气,用双唇包严伤患者口唇四周,再缓慢持续将气体吹入,吹气时间持续 1 秒,同时观察有无胸部隆起。

3. 吹气完毕,救护人员松开捏鼻翼的手,侧头吸入新鲜空气并观察胸部有无下降,听、感觉伤患者呼吸情况,准备进行下次吹气。

4. 连续进行两次吹气。成人以每分钟 10~12 次(儿童每分钟 12~20 次)的频率给气,成人每 5~6 秒吹气一次,每次吹气时间应超过 1 秒。

注意事项:

(1) 进行人工呼吸时,频率不要过快,吹气量不要过大,以免增加胸内压力,减少心脏的静脉回流,减少心排出量,降低抢救的成功率。

(2) 避免迅速而强有力的人工呼吸。因为过度的通气会导致胃膨胀,引起胃内容物反流与误吸。同时,过度通气会导致膈肌抬高,限制肺运动,降低呼吸肌的顺应性,造成伤患者新的窒息。



(3)如果吹气后伤患者的胸廓不能抬起,证明气道没打开,要重新开放气道。

(4)遇到口腔和面部损伤严重的伤患者或者救护人员因其他原因不能进行口对口或者口对鼻人工呼吸时,可直接进入胸外按压程序。

(5)偶尔的喘息不是有效的呼吸,而是一种只有偶尔的出气(呼气)而没有进气(吸气)的呼吸,对这样的伤患者也应该进行人工呼吸。

九、按压通气比率

单人进行施救时,成人、儿童与婴儿的按压与通气比为 30 : 2;两位人员进行施救时,儿童与婴儿的按压与通气比为 15 : 2。

十、心肺复苏有效指征

- 1.面色、口唇由苍白、青紫变红润。
- 2.恢复可以探知的脉搏搏动、自主呼吸。
- 3.瞳孔由大变小、对光反射恢复。
- 4.伤患者眼球能活动,手脚抽动,呻吟。

【拓展知识】

一、胸外心脏按压的原理

1.心脏泵机制学说:在对胸部按压时,位于胸骨与脊柱之间的心脏被挤压,推动血液向前流;而当胸部按压解除时,心室恢复舒张状态,产生吸引作用,使血液回流,充盈心脏。

2.胸腔泵机制学说:在对胸部按压时,心脏仅是一个被动的管道。按压胸部增加了胸腔内静脉、动脉以及胸腔外动脉的压力,但胸腔外静脉的压力依然低,从而形成周围动静脉压力梯度,使血流从动脉流入静脉;胸腔按压解除后,胸腔内压力下降至零,静脉血回流主右心和肺,血液也从胸腔动脉反流回主动脉,但胸腔内动脉床容量较小,且主动脉瓣关闭,因此反流的血量有限。

不论用何种学说阐述,国内外大量的实践和研究资料表明,只要尽早应用胸外按压,方法正确,同时配合有效的口对口吹气,胸外心脏按压的效果十分可靠,为全世界绝大多数学者所接受,现已成为标准。

在心跳骤停的过程中,正确执行的胸外心脏按压能产生 8~10.7kPa(60~80mmHg)的动脉收缩压,舒张压很低。胸外按压的心输出量可能仅是正常心输出量的 1/4 或 1/3。

二、特殊对象救护

(一)胸外按压

1.儿童:年龄 1~8 岁。

(1)定位:胸部正中乳头连线水平(胸骨下 1/2 处)。

(2)操作:

1)一只手掌根垂直向下用力。

2)按压深度为胸廓前后径的 1/3,约 5cm。

- 3)放松时,掌根不要离开胸壁。
- 4)按压频率为每分钟至少 100 次。
- 5)按压与吹气之比为 30 : 2。
- 6)儿童也可用双手掌根按压,但力量要减小。

2. 婴儿:年龄小于 1 岁。

- (1)胸部正中,贴紧乳头连线下方水平。

(2)救护员用一手示指置于婴儿两个乳头连线与胸骨交界处,中指、无名指与示指并拢置于胸骨。

- (3)将示指抬起,中指、无名指同时用力垂直向下按压。

- (4)按压深度为胸廓前后径的 1/3,约 4cm。

- (5)放松时,手指不要离开胸壁,确保定位准确。

- (6)按压频率为每分钟至少 100 次。

- (7)单人施救时,按压与吹气之比为 30 : 2;两人施救时,按压与吹气之比为 15 : 2。

(二)人工呼吸

1. 口对鼻吹气。

适用于口不能张开、口部严重受伤或难以使口密封时采用。

- (1)保持气道开放,救护员用举颏的手将伤患者的双唇紧闭。

- (2)救护员吸气,双唇包严伤患者鼻孔并吹气,观察伤患者胸部隆起。

- (3)完成吹气,救护员双唇从伤患者鼻孔移开,救护员松开封闭口唇的手。

- (4)连续进行两次吹气,确认气道通畅,再进行有效的人工呼吸。

- (5)成人每分钟 10~12 次,每次吹气均要保证有足够量的气体进入并使胸廓隆起。

- (6)基本方法与口对口吹气法相同。

2. 口对口鼻吹气。

适用于婴儿。

- (1)保持气道开放,救护员的双唇紧贴婴儿口与鼻开口处,每分钟吹气 12~20 次,约 3~5 秒吹气一次。

- (2)缓缓并均匀地吹气入肺,观察胸部有隆起即可。

三、体位安置方法

(一)心肺复苏体位(仰卧位)操作方法

- 1.救护人员位于伤患者一侧。
- 2.将伤患者的双上肢向头部方向伸直。
- 3.将伤患者远离救护员一侧的小腿放在另一侧腿上,两腿交叉。
- 4.救护人员一只手托住伤患者的后头颈部,另一只手插入伤患者远离救护员一侧的腋下或胯部。
- 5.将伤患者整体翻转向救护员一侧。
- 6.伤患者翻为仰卧位,再将伤患者上肢置于身体两侧。

(二)复原体位(侧卧位)操作方法

- 1.救护人员位于伤患者一侧。



2. 救护人员将靠近自身的伤患者手臂肘关节屈曲置于头部侧方,将伤患者另一只手臂弯曲置于胸前。
3. 将伤患者远离救护员一侧的膝关节弯曲。
4. 救护人员用一只手扶住伤患者肩部,另一只手扶住伤患者的膝部,轻轻将伤患者侧卧。
5. 将伤患者上方的手置于面颊下方,防止面部朝下,打开气道。
6. 将伤患者弯曲的腿置于伸直腿的前方。

四、《2010 美国心脏协会心肺复苏及心血管急救指南》建议

1. 强调实施高质量心肺复苏的需要,包括:

- (1) 按压速率至少为每分钟 100 次(而不再是每分钟“大约”100 次)。
- (2) 成人按压幅度至少为 5cm;婴儿和儿童的按压幅度至少为胸部前后径的 1/3(婴儿大约为 4cm,儿童大约为 5cm)。
- (3) 保证每次按压后胸部回弹。
- (4) 尽可能减少胸外按压的中断。
- (5) 避免过度通气。

2. 鼓励医务人员根据最有可能的骤停病因展开施救行动。

如果医务人员独自一人时看到一位患者突然倒下,该人员可以认定该患者已发生原发性心脏骤停且出现需电击处理的节律,应立即启动急救系统,找到自动体外除颤器(automated external defibrillator, AED),回到患者身边,并开始心肺复苏和使用 AED。但是,对于推测因溺水等原因导致窒息性骤停的患者,应首先进行胸外按压并进行人工呼吸,在大约 5 个周期(大约 2 分钟)后再启动急救系统。

3. 美国心脏协会心血管急救成人生存链。

(1) 立即识别心脏骤停并启动急救系统。

(2) 尽早进行心肺复苏,着重于胸外按压。

(3) 快速除颤。

(4) 有效的高级生命支持。

(5) 综合的心脏骤停后治疗。

4. 非专业施救者成人心肺复苏流程(见图 1-1)。

5. 成人、儿童和婴儿 CPR 比较(见表 1-1)。

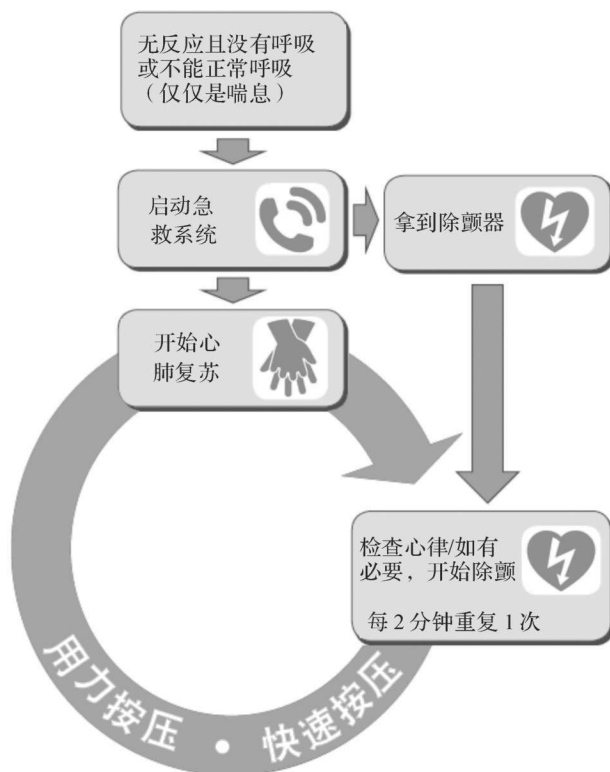


图 1-1 非专业施救者成人心肺复苏流程

表 1-1 成人、儿童和婴儿 CPR 比较

内 容	建 议		
	成 人	儿 童	婴 儿
识 别	无反应(所有年龄)		
	没有呼吸或不能正常呼吸 (即仅仅是喘息)	不呼吸或仅仅是喘息	
	对于所有年龄,在 10 秒内未扪及脉搏(仅限医务人员)		
心肺复苏程序	C—A—B		
按压速率	每分钟至少 100 次		
按压幅度	至少 5cm	至少 1/3 前后径 大约 5cm	至少 1/3 前后径 大约 4cm
胸廓回弹	保证每次按压后胸廓回弹 医务人员每 2 分钟交换一次按压职责		
按压中断	尽可能减少胸外按压的中断 尽可能将中断控制在 10 秒以内		
气道	仰头提颏法(医务人员怀疑有外伤,推举下颌法)		
按压—通气比率 (置入高级气道之前)	30 : 2 1 或 2 名施救者	单人施救者 2 名医务人员施救者	30 : 2 15 : 2
通气:在施救者未经培训或 经过培训但不熟练的情况下	单纯胸外按压		
使用高级气道 通气(医务人员)	每 6~8 秒 一次呼吸(每分钟 8~10 次呼吸)。与胸外按压不同步,大约每次呼吸 1 秒,见明显的胸廓隆起		
除 颤	尽快连接并使用 AED。尽可能缩短电击前后的胸外按压中断;每次电击后立即从按压开始心肺复苏		

6. 电击治疗。

《2010 美国心脏协会心肺复苏及心血管急救指南》强调在给予高质量心肺复苏的同时进行早期除颤是提高心脏骤停存活率的关键。

(1)建议公共场所安保人员进行第一目击者心肺复苏并使用 AED,以提高院外心脏骤停患者的存活率。建议在发生有目击者心脏骤停概率相对较高的公共区域(例如,机场、赌场、体育场馆)推广 AED 项目。为了尽可能提高这些程序的有效性,美国心脏协会继续强调组织、计划、培训、与 EMS 系统连接,以及建立持续提高质量的过程的重要性。

(2)建议如果任何施救者目睹发生院外心脏骤停且现场有 AED,施救者应从胸外按压开始心肺复苏,并尽快使用 AED。

(3)在医院和其他机构使用现场的 AED 或除颤器治疗心脏骤停的医务人员应立即进行心肺复苏,并且尽可能使用准备好的 AED 或除颤器。

以上建议旨在支持尽早进行心肺复苏和早期除颤,特别是在发生心脏骤停且现场有 AED 或除颤器的情况下。

如果院外心脏骤停的目击者不是急救人员,则急救人员可以开始心肺复苏,同时使用 AED 或通过心电图检查节律并准备进行除颤。在上述情况下,可以考虑进行 1.5~3 分钟的心肺复苏,然后再尝试除颤。如果有两名或三名施救者在场,应进行心肺复苏,同时拿到



除颤器。对于院内心脏骤停,目前没有足够的证据支持或反对在除颤之前进行心肺复苏。但对于有心电监护的患者,从心室颤动到给予电击的时间不应超过 3 分钟,并且应在等待除颤器就绪时进行心肺复苏。

任务 2 休克患者的急诊处理与转诊

【活动情境】

男性,27 岁,10 分钟前左上腹部被汽车撞伤,既往体健,无特殊可载。

查体:血压 10.7/2.7kPa(80/50mmHg),脉搏 148 次/分,心率 40 次/分。神清合作,痛苦状,呼吸急促,口唇苍白,颈静脉无怒张。双肺呼吸音较粗,未闻及啰音。左心界叩诊清,心律整,心率 148 次/分,心音较弱,未闻及杂音。腹部平软,左上腹压痛,无肌紧张,肠鸣音正常,肝脾未及,下肢无浮肿,四肢活动正常,未引出病理反射。

【任务要求】

休克的诊断要点及治疗方法。

【基本活动】

1. 出现休克的常见疾病有哪些? 病史询问重点是什么? 体检重点是什么?
2. 制订、讨论及修改治疗方案。
3. 根据病情及诊疗条件,制订转诊条件。

【知识链接】

休克是一个由多种病因引起,但最终共同以有效循环血量减少、组织灌注不足、细胞代谢紊乱和功能受损为主要病理生理改变的综合征。其主要特点是:重要脏器组织中的微循环灌注不足、代谢紊乱和全身各系统的功能障碍。

所谓有效循环血量,是指单位时间内通过心血管系统进行循环的血量(不包括贮存于肝、脾的淋巴血窦中或停留于毛细血管中的血量)。有效循环血量依赖于充足的血容量、有效的心排出量和完善的周围血管张力三个因素。当其中任何一个因素发生改变,超出人体的代偿限度时,即可导致有效循环血量急剧下降,造成全身组织、器官氧合血液灌注不足和细胞缺氧而发生休克。在休克的发生和发展中,常常上述三个因素皆累及,且相互影响。

【病因与分类】

引起休克的原因很多,采用较多的分类法是将休克分为低血容量休克、感染性休克、心源性休克、神经源性休克和过敏性休克五类。按原因分类,有利于及时消除原因,进行诊断和治疗。

一、低血容量休克

1. 由急性大量出血(如上消化道出血、肝脾破裂、宫外孕及外伤性大出血等)引发的休

克,临床上称为失血性休克。

2.由大量血浆丧失(如严重烧伤时)引起。

3.由脱水(如急性肠梗阻、高位空肠瘘等)引起。由于剧烈呕吐,大量体液丢失所致。

4.由严重创伤(如骨折、挤压伤、大手术等)引起,常称为创伤性休克。除主要原因为出血外,组织损伤后大量体液渗出、分解毒素的释放以及细菌污染、神经因素等,均是发病的原因。

二、感染性休克(又称中毒性休克)

由严重的细菌感染(如败血症、阻塞性胆管炎、腹膜炎等)引起,多见于严重的革兰阴性杆菌,也可见于革兰阳性菌,以及真菌、病毒和立克次体的感染。临床上按其血流动力学改变分为低排高阻型(低动力型、心输出量减少、周围血管收缩)和高排低阻型(高动力型、心输出量增加、周围血管扩张)两种类型。

三、心源性休克

由急性心肌梗死、严重心律失常、心包填塞、肺动脉栓塞等引起,致使左心室收缩功能减退,或舒张期充盈不足,致心输出量锐减。

四、神经源性休克

由剧烈的刺激(如疼痛、外伤等)引起强烈的神经反射性血管扩张、周围阻力锐减、有效循环量相对不足所致。

五、过敏性休克

某些物质和药物、异体蛋白等,可使人体发生过敏反应致全身血管骤然扩张,引起休克。

外科常见的休克多为低血容量休克,尤其是创伤性休克,其次为感染性休克。在外科患者中多由于化脓性胆管炎、弥漫性腹膜炎、绞窄性肠梗阻、烧伤败血症等引起。

【病理生理】

病理生理方面的变化主要体现在微循环变化、体液代谢改变和内脏器官的继发性损害三个方面。

一、微循环变化

1.微循环收缩期:当循环血量锐减时,血管内压力下降,主动脉弓和颈动脉窦的压力感受器反射性使延髓心跳中枢、血管舒缩中枢和交感神经兴奋,作用于心脏、小血管和肾上腺等,使心跳加快提高心排出量,肾上腺髓质和交感神经节后纤维释放大量的儿茶酚胺,使周围皮肤、骨骼肌及内脏(肝、脾等)的小血管和微血管的平滑肌(包括毛细血管前括约肌)强烈收缩,动静脉短路和直接通道开放。结果是微动脉的阻力增高,毛细血管的血流减少,静脉回心血量尚可保持,血压仍维持不变。脑和心的微血管由于 α 受体较少,故脑动脉和冠状动脉收缩不明显,重要生命器官仍得到较充足的血液灌流。毛细血管的血流减少,使得血管内压力降低,血管外液体进入血管内,血量得到部分补偿。微循环收缩期,就是休克的代偿期。