

常见疑难病症 研究与治疗

宋文英 崔万森 主编

中国科学技术出版社

序

随着现代医学科学技术迅猛进展,临床医师必须经常不断地更新知识,才能熟悉和运用新技术、新疗法,以提高对疾病尤其是疑难疾病的正确诊断率和治愈显效率。但国内尚缺乏有关疑难疾病诊治的专著,有鉴于斯,宋文英、崔万森、王可道、李宗琴等医师撰写了这本《常见疑难病症研究与治疗》,它较为详细地对内科领域的各种常见症状和疑难疾病从纵向和横向两方面深入浅出地作了系统的阐述,还对理论和临床实践方面各种新知识作了客观的介绍。因此,本书不仅对医学院学生、临床研究生和青年医师后的实践训练过程很有助益,而且也是临床医师的一种重要参考书。故特志数言,向广大读者推荐。

安徽中医学院神经病学研究所

杨任民

1996年7月

目 录

上篇

第一章 发热	3
第一节 概述	3
第二节 发热的常见类型	3
第三节 诊断要点	4
第四节 治疗原则	6
第二章 休克	7
第一节 临床分期及其表现	7
第二节 诊断要点	7
第三节 治疗原则	8
第三章 黄疸	9
第一节 概述	9
第二节 临床分类及病理生理	9
第三节 诊断要点	10
第四节 治疗原则	13
第四章 贫血	14
第一节 概述	14
第二节 贫血的分类和临床表现	14
第三节 诊断要点	15
第四节 治疗原则	15
第五章 高血压	16
第一节 概述	16
第二节 临床分类和病理生理	16
第三节 诊断要点	17
第四节 治疗原则	17
第六章 水肿	18
第一节 概述	18
第二节 病因和临床表现	18
第三节 诊断要点	19
第四节 治疗原则	19
第七章 消化道出血	20
第一节 上消化道出血	20
第二节 下消化道出血	21
第三节 诊断要点	21
第四节 治疗原则	22
第八章 急性腹痛	24

第一节 概述	24
第二节 病因与发病机理	24
第三节 临床分类	25
第四节 临床表现	27
第五节 诊断要点	29
第六节 治疗原则	30
第九章 晕厥	32
第一节 概述	32
第二节 常见类型	32
第三节 诊断要点	35
第四节 治疗原则	36
第十章 精神障碍	37
第一节 概述	37
第二节 常见原因	38
第三节 常见症状	39
第四节 诊断要点	40
第五节 治疗原则	40
第十一章 各种颅神经损害表现	42
第一节 单颅神经损害表现	42
第二节 多组颅神经损害	47
第十二章 疼痛	54
第一节 概述	54
第二节 神经痛	54
第三节 头痛	57
第十三章 昏迷	63
第一节 病理生理	63
第二节 诊断要点	64
第三节 昏迷的分类	65
第四节 昏迷患者一般体检	65
第五节 神经系统检查和定位诊断	66
第六节 病因诊断	68
第七节 病因治疗	69
第十四章 眩晕	71
第一节 眩晕的定义	71
第二节 病因	71
第三节 临床分型	72
第四节 诊断方法	73
第五节 眩晕的常见疾病	74
第六节 眩晕的治疗	78

第十五章 睡眠障碍	80
第一节 睡眠的生理基础	80
第二节 睡眠障碍的常见类型	81
第三节 睡眠异常现象	83
第四节 睡眠异常的治疗	85
第十六章 感觉障碍	86
第一节 概述	86
第二节 常见类型	86
第三节 临床表现	86
第四节 听觉障碍的临床表现	90
第五节 感觉障碍的治疗	94
第十七章 语言障碍	96
第一节 构音障碍	96
第二节 失语	97
第三节 球麻痹	99
第十八章 肌萎缩	102
第一节 概述	102
第二节 病理生理	102
第三节 肌萎缩的分类	103
第四节 病因	103
第五节 临床表现	104
第六节 治疗原则	107
第十九章 排尿障碍	108
第一节 排尿的生理过程	108
第二节 排尿障碍的分类	109
第三节 排尿障碍的临床症状	110
第四节 排尿障碍的病因诊断	111
第五节 治疗原则	112
第二十章 眼肌与眼底病变	113
第一节 眼睑与眼球运动障碍	113
第二节 眼肌麻痹	115
第三节 复视	116
第四节 眼震	116
第五节 眼底病变	118
第二十一章 不随意运动	123
第一节 抽搐	123
第二节 痉挛	124
第三节 多动症	126
第四节 舞蹈病	128

第五节	震颤·····	130
第六节	步态异常·····	138
第二十二章	咳嗽·····	141
第一节	概述·····	141
第二节	发病机理·····	141
第三节	发病原因·····	141
第四节	临床表现·····	142
第五节	病因学诊断方法·····	142
第六节	治疗·····	143
第二十三章	咯血·····	145
第一节	概述·····	145
第二节	临床分类·····	145
第三节	发病机理与病理·····	145
第四节	常见病因及临床特点·····	146
第五节	咯血诊断方法·····	147
第六节	治疗·····	148
第二十四章	胸痛·····	150
第一节	概述·····	150
第二节	病因·····	150
第三节	发病机理·····	150
第四节	病因学诊断方法·····	151
第五节	治疗·····	152
第二十五章	呼吸困难·····	153
第一节	概述·····	153
第二节	疾病分类·····	153
第三节	病因及发病机理·····	154
第四节	诊断与鉴别诊断·····	155
第五节	治疗·····	156
下篇		
第二十六章	痴呆·····	159
第一节	概述·····	159
第二节	早期表现·····	159
第三节	痴呆的常见疾病·····	162
第四节	诊断和鉴别标准·····	168
第五节	治疗·····	170
第二十七章	脊髓病·····	170
第一节	脊髓解剖特点·····	170
第二节	脊髓损害的临床表现·····	170
第三节	脊髓横贯性损害的定位·····	171

第四节	脊髓内、外病变定位	172
第五节	脊髓疾病的特殊检查	172
第六节	脊髓炎	173
第七节	脊髓压迫症	177
第八节	脊髓血管病	183
第九节	脊髓病的鉴别与诊断	185
第二十八章	继发性癫痫	187
第一节	概述	187
第二节	癫痫的发病原理	187
第三节	癫痫的常见病因	187
第四节	癫痫的临床表现	188
第五节	继发性癫痫的常见类型	192
第二十九章	脑血管病	200
第一节	概述	200
第二节	短暂性脑缺血发作	202
第三节	脑血栓形成	204
第四节	脑栓塞	207
第五节	脑出血	208
第六节	蛛网膜下腔出血	211
第七节	脑血管病的治疗	213
第三十章	脑囊虫病	219
第一节	概述	219
第二节	发病机理	219
第三节	病理改变	219
第四节	临床表现	220
第五节	实验室检查	221
第六节	诊断与鉴别诊断	223
第七节	治疗	224
第八节	疗效判定	226
第三十一章	结核性脑膜炎	227
第一节	概述	227
第二节	病因及发病机理	227
第三节	病理	227
第四节	临床表现	227
第五节	实验室检查	228
第六节	诊断与鉴别诊断	230
第七节	治疗	231
第八节	预后	232
第三十二章	脱髓鞘疾病	234

第一节	概述.....	234
第二节	多发性硬化.....	236
第三节	急性播散性脑脊髓炎.....	243
第三十三章	内分泌疾病.....	247
第一节	概述.....	247
第二节	垂体危象.....	247
第三节	甲状腺危象.....	249
第四节	粘液性水肿昏迷.....	251
第五节	肾上腺皮质危象.....	252
第六节	嗜铬细胞瘤危象.....	253
第三十四章	内分泌代谢疾病.....	256
第一节	糖尿病酮症酸中毒.....	256
第二节	非酮症性高渗性昏迷.....	258
第三节	糖尿病性肾病.....	259
第四节	糖尿病性神经病变.....	261
第五节	糖尿病性视网膜病变.....	264
第六节	低血糖昏迷.....	267
第三十五章	代谢性疾病.....	269
第一节	乳酸性酸中毒.....	269
第二节	肥胖症.....	270
第三节	痛风.....	271
第四节	骨质疏松症.....	273
第三十六章	男性生殖内分泌疾病.....	276
第一节	男性不育症.....	276
第二节	男性功能障碍.....	289
第三节	男性更年期综合征.....	297
第三十七章	水、电解质代谢紊乱.....	299
第一节	水、电解质失衡.....	299
第二节	高钙危象.....	304
第三节	低钙危象.....	306
第四节	低磷血症.....	307
第五节	高镁血症.....	308
第六节	低镁血症.....	309
第三十八章	风湿病.....	311
第一节	概述.....	311
第二节	类风湿性关节炎.....	311
第三节	系统性红斑狼疮.....	317
第三十九章	胸腔积液.....	323
第一节	概述.....	323

第二节	病理性胸液的产生机制	323
第三节	胸腔积液的病因与分类	323
第四节	胸腔积液的诊断方法	324
第五节	棘手的胸液	326
第六节	常见胸液的病因、临床特点和治疗	328
第四十章	慢性肺心病合并多脏器衰竭	330
第一节	概述	330
第二节	呼吸衰竭与多脏器衰竭	330
第三节	其他因素引起的多脏器衰竭	332
第四节	肺心病多脏器衰竭的治疗	332
第五节	预后	334
第四十一章	肺部疑难病症的 X 线鉴别诊断与临床	335
第一节	概述	335
第二节	肺门阴影增大、肺门块影	335
第三节	肺内孤立性结节状阴影	336
第四节	肺部炎症阴影	337
第五节	肺部弥漫性粟粒性结节状阴影	337
第六节	肺不张	338
第七节	肺部空洞	338
第四十二章	支气管哮喘与猝死	340
第一节	概述	340
第二节	哮喘严重发作	340
第三节	哮喘猝死	344
第四十三章	充血性心力衰竭	346
第一节	概述	346
第二节	慢性充血性心力衰竭	346
第三节	急性心源性肺水肿	352
第四十四章	急性心肌梗塞	354
第一节	概述	354
第二节	单纯性心肌梗塞	354
第三节	心肌梗塞并发症的诊断及治疗	357
第四节	特殊类型的心肌梗塞	359
第五节	心肌梗塞的特殊检查	361
第六节	心肌梗塞的溶栓治疗	361
第四十五章	早期冠心病的诊治	364
第一节	概述	364
第二节	心绞痛	364
第三节	无症状性心肌缺血	368
第四节	冠状循环功能负荷试验在诊断隐性冠心病中的价值	369

第四十六章 原发性心肌病诊治的新进展..... 372

 第一节 概述..... 372

 第二节 扩张型心肌病..... 372

 第三节 肥厚型心肌病..... 374

 第四节 限制型心肌病..... 377

 第五节 几种特殊类型的心肌病..... 377

第四十七章 心律失常..... 380

 第一节 概述..... 380

 第二节 常见的快速性心律失常..... 391

 第三节 常见的缓慢性心律失常..... 408

上 篇

第一章 发 热

第一节 概 述

一、发热的定义 由于体温调节机能异常,使机体的产热过程超过散热过程,并保持产热和散热在高水平上的平衡,由此所致体温升高的情况称为发热。根据体温调定点理论,发热的概念也可以概括为:在致热源的作用下,体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高。一般来说,当腋下、口腔、直肠温度分别超过 37°C 、 37.3°C 、 37.6°C ,一昼夜体温波动在 1°C 以上,称之为发热。

二、病因和发病机理 引起发热的原因很多,一般分为感染性发热和非感染性发热两大类。临床上大多数发热的原因是属于感染,尤其是以呼吸道、泌尿系统、消化系统的感染最为常见,因为这些系统与外界相通,最容易遭受致病因素的侵袭,在排除常见的感染源后,要注意传染病和其他系统的感染;在非感染性发热的因素中,主要有风湿性疾病、过敏、血液病、恶性肿瘤、中暑、药物热、甲状腺功能亢进危象、癫痫持续状态以及无菌性坏死物质吸收(如内出血、急性心肌梗塞等引起的发热),此外,在非感染性疾病的发热中除合并感染,多属于低热(体温在 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$)和中等程度发热($38\sim 39^{\circ}\text{C}$);仅有少数原因中,如甲状腺功能亢进危象、中暑、癫痫持续状态等,出现体温超过 40°C 的感染性发热。对发热原因的另一种解释,认为发热主要是由致热原引起,还有部分属非致热原性发热。所谓致热原,即能引起发热的物质。致热原分为外源性和内源性两大类,外源性致热原包括各种病原体,如细菌、病毒、立克次体、原虫、螺旋体、寄生虫等的毒素及其代谢产物,尤其以内毒素最为重要,其次尚有抗原-抗体复合物、抗原、多核苷酸等。这些外源性致热原,能直接刺激存在于单核细胞和组织吞噬细胞内的内源性致热原前体,不直接作用于体温调节中枢引起发热。这些具有活性的内源性致热原一旦被释放入血液中,经过血液循环可以直接作用于体温调节中枢,体温调节中枢在内源性致热原的作用下,通过神经体液机制,使肝脏产热增加、代谢亢进和引起骨骼肌强烈收缩,机体的产热明显增加,与此同时,植物神经系统使外周血管收缩、散热减少,临床上出现发热现象,而肌肉病理性的强烈收缩则表现为寒战。非致热原性发热多由于机体产热和散热不平衡所致,如甲状腺功能亢进症、癫痫持续状态,主要是由于代谢亢进和肌肉持续收缩所致产热过多,此外,高温中暑的发热与气温过高、机体散热困难有关,而脑血管意外的发热与体温调节功能紊乱有关。

第二节 发热的常见类型

一般在无解热药物的情况下,许多发热疾病具有特殊的体温曲线,对疾病的诊断具有一定的帮助,临床上常见的热型有以下几种。

1. 稽留热 体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 达数天或数周之久,24 小时体温波动不超过 1°C ,这种热型主要见于伤寒、副伤寒等急性传染病的发热极期,也可以见于大叶性肺炎。

2. 弛张热 体温 24 小时内波动达 2°C 或更多,主要是见于败血症、结核病、局灶性的化脓性感染、感染性心内膜炎、渗出性胸膜炎、风湿热、恶性组织细胞病,等等。

3. 间歇热 体温骤然升高达 39°C 以上,往往伴有畏寒、寒颤,历时数小时后,大汗淋漓,又下降至正常,经过一天或数天后,又再次突然升高,如此反复发作称为间歇热。临床上间日疟、三日疟的典型曲线,也可以见局灶性化脓感染。

4. 波浪热 体温在数天内逐渐升高到高峰,然后逐渐下降至正常体温或微热状态,不久又再发热,呈波浪式起伏。此型发热主要见于恶性淋巴瘤、周期热、布鲁氏菌病等。

5. 回归热 又称再发热,热型特点是高热期和无热期各持续若干天,周期性相互交替。此型发热主要是见于鼠咬热、回归热等。

6. 双相热 第一次热型持续数天,然后经过一天或数天的解热,又突然发生第二次热程,持续数天而完全解热。此型发热主要是常见于某些病毒感染,如病毒性肝炎、脊髓灰质炎、麻疹等。

7. 不规则热 发热持续的时间不定,变动无规律,不规则发热为其特点。此型发热主要见于流感、结核病、风湿热、癌性发热、亚急性细菌性心内膜炎等。

总之,发热是疾病过程中人体的一种反应,发热的高低、持续时间的长短以及体温曲线类型,在很大程度上取决于人体的反应性和对接受治疗的影响。由于目前抗生素的广泛应用(包括滥用),或者应用(包括不适当使用)解热药、肾上腺皮质激素等,长期使用广谱抗生素引起二重感染所致发热,等等,已使典型的热型并不常见。热型与机体的反应性有关,年老体弱者,由于机体的反应性差、免疫功能下降,即使是化脓性感染,临床上也常常无畏寒、寒颤、高热,而表现为低热或不发热,只有在没有治疗的病例,才有可能见典型的热型。

第三节 诊断要点

引起发热的原因复杂,往往造成诊断上的困难,故凡是遇到发热未明的患者,必须认真对待,仔细观察体温变化和热型,尽可能找出一定的规律,以便及时诊断和治疗,临床上对发热病人的诊断要点主要从以下几个方面考虑。

一、临床表现

1. 病史 详细询问病史往往可提供第一线的临床资料,对发热的诊断和鉴别诊断均有重要价值,诸如起病的急缓、有无诱因、发热前有无寒颤。一般来说,急性感染性疾病起病多急剧,多因受凉、疲劳、外伤或进食不洁所致。若发热前有明显的畏寒、寒颤多属局灶性感染、革兰氏阴性杆菌感染或疟疾;而一般非感染性发热和结核感染、伤寒、病毒感染则多无寒颤。

2. 注意热型 发热性疾病有相当一部分具有独特的热型,如稽留热多见于某些传染病,如伤寒、副伤寒和肺炎球菌性肺炎;而弛张热多见于败血症、脓毒血症、恶性组织细胞病等;间歇热多见于疟疾、局灶性化脓性感染,等等。

3. 重视伴随症状 如果发热伴鼻塞、流涕、咽痛、咳嗽,而其他情况良好者多为上呼吸道感染,但对儿童要注意排除麻疹、急性病毒性肝炎;如果有胸痛、咯黄脓痰、呼吸困难则为下呼吸道感染,如肺炎等;发热伴恶心、呕吐、腹痛、腹泄者多为胃肠道炎症;若发热伴上腹疼痛、黄疸症状多为肝胆系统感染;发热伴腰痛、尿路刺激症状多为泌尿系统感染;发热伴意识障碍、头痛、抽搐者多为中枢神经系统感染;发热伴寒颤多提示细菌性感染和疟疾,细菌性感染如革兰

氏阴性杆菌败血症、急性胆道感染、急性肾盂肾炎等。

4. 对高度怀疑为传染病和流行病引起的发热 应注意季节、地区,并询问有关接触史、预防接种史和当地流行情况等。

二、体征

1. 全身情况 凡是遇到急重发热的病人,应测量生命体征:(血压、脉搏、呼吸、体温),并尽快做出诊断;若发热伴血压下降,脉搏细速、烦躁等,要注意感染性休克和败血症。

2. 面容 一般来说,急性发热者呈急性面容,在某些传染病,如伤寒、副伤寒表现为“无欲貌”或“伤寒面容”;在感染性休克、急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病常常表现为面色苍白;系统性红斑狼疮面部呈蝶形红斑;口角疱疹常见于肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎;流行性出血热可见于醉酒样面容。

3. 皮疹 皮疹可见于伴有皮疹的传染病、变态反应、血液病、风湿性疾病等。皮疹的表现多种多样,出血性皮疹在流行性脑脊髓膜炎的早期诊断具有重要价值。皮肤的疖肿及软组织的化脓病灶,常常提示发热的来源或败血症的原因或并发症;药物性皮疹常在用药治疗后的5~20天之间出现,一般在一周左右最为多见;皮肤出现黄疸,往往提示肝胆系统疾病、溶血性疾病、中毒性肝损害。

4. 淋巴结肿大 局限性淋巴结肿大疼痛常提示局部急性炎症病变,例如颌下淋巴结肿痛常提示口腔与咽部感染;淋巴瘤常常累及1~2组颈淋巴结,且淋巴结质地较硬;全身性淋巴结肿大是淋巴组织病变或全身性感染病征。全身性浅表淋巴结肿大伴周期性发热,是典型的何杰金氏病的临床特征;如果有不规则发热则应注意传染性单核细胞增多症、结核病、急性淋巴瘤、恶性网状细胞病、播散性红斑狼疮等。

5. 眼、耳、鼻、口咽部 巩膜视诊有助于黄疸的早期发现;败血症、细菌性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎的患者可以见眼结膜淤点,是较有价值的体征;眼底检查有助于急性粟粒性结核、亚急性细菌性心内膜炎、播散性红斑狼疮、白血病的诊断。耳部检查也很重要,有慢性中耳炎的病人,发热伴头痛,则可能为耳源性脑脓肿;同样,口咽部的局灶性感染常常是引起发热的原因,所以口咽部的视诊对发热的病人是不可忽视的检查之一。

三、实验室检查和器械检查 实验室检查和器械检查可以补充病史和体检的不足,尤其是对一些仅以发热为主要症状而缺乏明确反映脏器损害的症状和体征的病人,往往有重要的诊断和鉴别诊断意义。

1. 血常规检查 主要是白细胞总数及其分类的检查,能够反映人体对感染的反应状态。不同的疾病可以有不同反应,因此对每一位未明原因的发热病人,须做仔细血象检查,从中获得对疾病诊断的依据。

(1)白细胞总数:白细胞总数增多一般系指中性粒细胞数增多,极度的白细胞增多主要见于白血病和类白血病反应;白细胞增多在化脓性感染性疾病表现较为显著,在风湿热的病人也往往有白细胞增多;而在大多数病毒性感染大多无白细胞增多,这种现象也可见某些细菌感染,如伤寒、结核病的特殊类型和原虫感染。

(2)淋巴细胞计数:淋巴细胞增多主要见于淋巴细胞性白血病、传染性单核细胞增多症等;相对性淋巴细胞增多,见于某些病毒性感染、伤寒、粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血等。

(3)病原体检查:由原虫引起的感染,如微丝蚴、疟原虫。钩端螺旋体等均可以从血液中直接检出而确定诊断。狼疮细胞的检出对于确定播散性红斑狼疮具有重要意义。

(4)血沉:血沉(红细胞沉降率)加速主要是由于血浆纤维蛋白原和球蛋白增多以及白蛋白减少。病理性的血沉加速最常见于炎症、风湿性疾病、恶性肿瘤、中毒、严重肝病和贫血等。

(5)血液(或骨髓)培养:原因未明的发热,且具有感染血象者,是血液或骨髓培养的指征。血液或骨髓培养对于伤寒、副伤寒、败血症、细菌性心内膜炎的病因诊断具有决定性意义。对长期使用抗生素(或抗癌药物)和激素的治疗病人,如果在病程中有原因不明的发热要注意真菌感染和某些条件致病菌感染,即二重感染的可能性,在此情况下,血培养不容忽视。

(6)其他化验和器械检查:原因未明的急性发热有少数是由于病毒感染,病毒的分离、血清补体结合试验或抗体中和试验则有助于诊断。各项细菌学和血清学检查,可选择性地应用于各种细菌的感染。而对于原因未明的发热、伴进行性贫血者,是骨髓象检查的对象。淋巴结活检是对长期发热伴有淋巴结肿大的指征,对于体内隐匿性病灶所致的发热,可以采用相应的检查方法而进行,例如肝脓肿、肝癌可应用超声波检查;结核菌素试验应用于隐匿性结核感染的检查;电子计算机扫描适用于腹腔恶性肿瘤的诊断。

第四节 治疗原则

处理发热的关键是病因治疗,低热和中度热一般可以不做任何处理,即使高热病人体温在 39°C 以上也要慎用退热药、抗生素,以免改变其原有的热型或掩盖其他表现,给诊治带来困难。如果怀疑发热是由于感染所致,应在必要实验室和各种培养标本采集后,方可给予相应抗生素治疗,然后再根据培养药敏试验,调整有效抗生素。对发热病人需要立即给予处理的有:①体温超过 40°C ;②高热伴惊厥;③高热伴休克或心功能不全;④高温中暑。

高热对症治疗的具体措施主要有:

(1)物理降温:一般采用冷毛巾湿敷头部(前额),每5~10分钟更换一次,或者将冰袋置于额、枕后、颈部、腋下、腹股沟处降温;也可以用25%~50%酒精擦浴。上述物理降温尤适用于儿童、体质较差者或老年人。对于高温中暑的患者,如有条件可置于冰水浴池或空调房间。

(2)药物降温:视发热的程度酌情给予口服、肌注和静注解热镇痛药,常用的有布洛芬、肠溶阿斯匹林、安乃近、复方氨基比林、消炎痛及皮质激素等。对于体温过高者采用冬眠疗法以及选用血管扩张剂扩张外周血管也是降低体表温度的有效措施。

(3)其他措施:包括卧床休息,补充水分和营养,维持体内酸碱平衡,保证热量、维生素、微量元素的供给。

(梁 冰)

第二章 休 克

休克是在多种致病因素作用下,诸如心泵衰竭、过敏、感染、严重创伤、出血、脱水等,引起急性微循环障碍,使组织微循环灌流量严重不足,以致组织代谢和各重要生命器官功能发生严重障碍的一个全身性病理过程。

第一节 临床分期及其表现

休克是由于血液动力学发生了变化,可根据病理生理的特点将休克的发生发展过程分为三个时期。

1. 休克初期 病理特点是皮肤小血管和腹腔内脏血管强烈收缩,毛细血管前阻力增高,微循环的动脉血液灌流量急剧减少,微循环缺血、缺氧。所以此期又称微循环缺血期。

2. 休克期 此期的主要特点是微动脉和毛细血管前括约肌松弛扩张,毛细血管网大量开放,灌流量多而流出量大大减少,使血液大部分淤积在毛细血管中,组织器官处于严重的淤血缺氧状态之中,又称微循环淤血期。

3. 休克晚期 此期的特点是微循环系统处于血管麻痹状态,发生弥漫性血管内凝血(DIC),故又称之为微循环衰竭期。

在休克中往往提及休克肺,它主要是由于休克所引起的急性呼吸衰竭。主要的病理生理改变为肺淤血、水肿、出血、局限性肺不张和肺泡内透明膜形成,临床上为进行性呼吸困难、顽固性低氧血症,也是休克死亡的重要原因之一。

休克的临床表现主要是由于有效循环血量的下降引起的低血压、心动过速、脉搏细速、皮肤湿冷、苍白或紫绀、神志淡漠、烦躁不安、昏迷、尿量减少,代谢紊乱。内科系统休克根据病因大致分为心源性休克、感染性休克、过敏性休克、低血容量性休克(包括出血、脱水)、内分泌性休克、神经源性休克等。

第二节 诊断要点

一、临床特点

- (1)有诱发休克的各种病因。
- (2)收缩压小于 10.7kPa,或原有高血压患者血压较原血压下降 20%以上。
- (3)神志改变、意识模糊、嗜睡、昏迷或烦躁不安。
- (4)由于末梢血管收缩出现皮肤湿冷、发绀。
- (5)尿量每小时少于 20~30 毫升。
- (6)纠正引起心输出量和血压下降的因素后,休克仍然存在。

二、实验室或器械检查

- (1)血常规检查:如在感染性休克可见血白细胞增多、及核左移、中毒颗粒。而在出血性休