

休克_全身_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E4_BC_91_E5_85_8B__E5_85_A8_c22_608826.htm 休克概述：休克是临床上较为常见的一个急症系由于各种致病因素引起有效循环血量下降使全身各组织和重要器官灌注不足从而导致一系列代谢紊乱细胞受损及脏器功能障碍其临床表现为面色苍白四肢湿冷肢端发组脉搏细速尿量减少及神志迟钝血压下降等 休克的特征为微循环障碍临床上各科均可遇到不论其病因如何导致休克的根本因素为有效血容量锐减最终使组织缺血缺氧细胞代谢异常造成细胞死亡因而早期诊断休克及时处理同时积极查找病因对于挽救患者的生命有十分重要的意义休克病因：

：导致休克的病因很多且有许多休克的病因不只一种临床上遇到休克时必须对其病因做出明确诊断以便针对性地对病因进行治疗提高治愈率休克在临床上大体可分为以下几种类型：1出血性休克 2感染中毒性休克 3心源性休克 4过敏性休克 5创伤性休克 6神经源性休克 7血流阻塞性休克 8内分泌性休克 休克诊断：一病史 病史对于休克的病因诊断具有十分重要的参考价值患者如果出现呕血或黑便既往有溃疡病史则应考虑溃疡病引起上消化道大出血而致失血性休克；患者若以腹痛为主要症状应注意腹痛的部位程度及性质等如上腹部剧痛应怀疑为急性胰腺炎或胆道感染全腹痛则可能为腹膜炎女性患者下腹部疼痛时应高度怀疑宫外孕破裂腹腔内出血造成失血性休克 以发冷发热为主要症状者应考虑为感染中毒性休克儿童常见的病因多为中毒性痢疾暴发型脑膜炎；育龄期妇女易患泌尿系感染和产道感染；老年男性则因前列腺肥大而易致

泌尿系感染；若患者在应用肾上腺皮质激素免疫抑制剂或长期留置导尿管静脉切开滞留针等过程中出现休克亦应考虑为继发感染而导致的感染中毒性休克这种情况多见于患有糖尿病恶性肿瘤及一些慢性疾病体质虚弱的患者 中年以上患者出现胸骨后或心前区压榨样疼痛伴大汗淋漓恶心呕吐且疼痛时间超过半小时者应高度怀疑为急性心肌梗死此时若出现休克多为心源性休克 过敏性休克多发生在接触致敏物质的过程中起病迅速如注射青霉素时严重者在进行皮试或闻到青霉素气味时即可发生过敏性休克 另外有外伤史如骨折挤压伤撕裂伤者应考虑为创伤性休克；有内分泌疾病史如脑垂体肾上腺甲状腺疾病者多为内分泌性休克；肺栓塞夹层动脉瘤等可引起血流阻塞性休克；而强烈的神经刺激则可导致神经源性休克如心包胸腔腹腔穿刺过程中发生的休克多属此类 详细的病史不仅对于诊断十分必要而且也是治疗过程中不可忽视的重要方面但切不可单纯依靠病史而延误诊治造成不可挽回的损失

二体格检查 无论何种类型的休克患者一般都有烦躁不安全感全身皮肤湿冷面色苍白口唇及肢端发绀等表现全身静脉多萎陷血压下降根据血压下降的程度不同休克可分为以下三种程度：碰休克收缩压在7.98 kPa-12 kPa（60—90 mmHg）之间中度休克指收缩压在7.98 kPa（60mmHg）以下而重度休克则收缩压常为零但必须注意的是休克早期血压并不下降有时反而升高但脉压差显著降低可至3.99 kPa（30mmHg）以下或原有高血压病的患者未经特殊处理血压较原来的水平突然下降3.99-6.65 kPa（30—50mmHg）以上虽然此时血压水平仍在正常范围之内亦应警惕休克的发生 另外根据休克类型及原发病的不同不同的休克又有其特殊的体征如心源性休克的患者可

有颈静脉怒张呼吸困难或肺底湿音；发生于心脏病基础上的休克可有心脏增大；心率在一般的休克病人常常是增快的但病态窦房结综合征或高度房室传导阻滞引起的休克患者其心率通常很慢因失血过多而导致的出血性休克患者常有腹水征及腹壁静脉曲张提示休克与食管静脉曲张破裂出血有关；或有严重的创伤造成大出血查体可见明显的创伤面败血症引起的感染中毒性休克患者常有高热昏迷全身皮肤可出现瘀点及瘀斑等总之休克患者可有各种各样的体征在积极处理休克的同时进行仔细的体格检查不仅有助于病因的诊断还可以及早发现问题避免后患

三实验室检查 必要的实验室检查有助于休克的诊断出血性休克和创伤性休克的患者血常规检查有红细胞血红蛋白及红细胞压积减少而过敏性休克上述三者增加感染中毒性休克患者的白细胞常明显增加创伤性休克患者的白细胞亦可轻度升高各种类型的休克患者每小时尿量一般在20ml以下尿相对密度多增高尿肌酐与血肌酐之比大于20根据休克的类型及原发病的不同可针对性地进行一些相应检查如怀疑为急性心肌梗死可测定心肌酶肌红蛋白肌钙蛋白等；疑为急性胰腺炎者可测定血尿淀粉酶；而出凝血时间血小板计数纤维蛋白原定量及凝血酶原时间的测定对弥散性血管内凝血的诊断十分必要

四器械检查 心电图和超声心动图检查对于患心脏病的患者十分重要而X线检查可发现患者是否有骨折气胸血胸及胃肠穿孔对于一些X线不易发现的疾病还可进行CT扫描的中心静脉压的测定对休克的诊断处理均有重要的意义正常值为0.58-0.98kPa（60—100mmH₂O）若中心静脉压降低为血容量不足的表现见于出血性休克此时应大量补充血容量；心源性休克患者中心静脉压升高而心输出量下降

为心功能减退的表现应同时降低周围血管阻力等等这些检查措施对休克的诊断价值很大

休克鉴别诊断：

一、出血性休克 所谓出血性休克指的是由于大量丢失血液而造成的休克其病因包括内出血和外出血两种内出血由于发病隐匿极易造成漏诊常见的引起内出血而致休克的疾病包括急性胃十二指肠溃疡大出血以及脾破裂女性宫外孕破裂主动脉夹层动脉瘤破裂等等例如急性胃十二指肠溃疡大出血的患者在出现大量呕血和黑便之前胃肠道内的积血可多达1000 ml以上足可以导致休克发生而患者却不出现消化道出血的特有症状此时详细的病史及体格检查就十分必要此类患者多有长期慢性上腹痛病史或溃疡病病史脾破裂的患者常有外伤史但也可为自发性脾破裂患者常先出现左上腹疼痛以后波及全腹且出现腹部移动性浊音这些线索对于脾破裂的诊断具有重要的参考价值但确诊有赖于腹腔穿刺另外宫外孕破裂而致休克的患者多有阴道出血造成漏诊和误诊的原因多因对月经史注意不够经阴道后穹隆穿刺出血液即可确诊至于主动脉夹层动脉瘤破裂造成休克的患者多发生在长期高血压主动脉瓣关闭不全及手术的基础上患者发病急骤表现为胸骨后剑突下或后肿区突然刀割样或撕裂样疼痛伴濒死感同时出现面色苍白皮肤湿冷发绀等休克症状但此时血压并不下降甚至突然升高随后可下降至正常范围以下超声心动图及主动脉造影均可确诊本病

外出血主要由于外伤或手术过程中失血过多而致失血量一般超过总血量的15%以上造成有效循环血量减少从而发生休克诊断较易少有误诊

出血性休克属于低血容量性休克这种休克还包括由于体液丧失所致的休克如烧伤急性胃肠炎过度利尿及肠梗阻胰腺炎等其特征为血液浓缩血常规及红细胞压积测定有助于诊断

二

感染中毒性休克 感染中毒性休克在内科临床上多见系指由于病原微生物及其代谢产物引起的以微循环障碍为特征的急性循环功能不全各种类型的病原菌均可导致本病常见的有革兰阴性菌感染所致的暴发型流行性脑膜炎中毒型菌痢胆管炎以及革兰阳性球菌所致的休克型肺炎另外亦常见于流行性出血热近年来随着抗生素及激素免疫抑制剂的大量应用继发性念珠菌感染日益增多念珠菌败血症同样可导致感染中毒性休克应引起重视其他少见的病原菌如螺旋体立克次体病毒等亦可导致本病的发生

（一）暴发型流行性脑膜炎 本病由脑膜炎双球菌感染所致多发病于冬春季节儿童多见但在流行时成人亦可发病起病迅速伴有高热头痛呕吐等症状皮肤和黏膜在短期内出现瘀点瘀斑并逐渐融合增多患者精神萎靡可伴有轻度意识障碍但脑脊液多清亮可无脑膜刺激征本病的特征之一即为休克可于起病早期发生临床上遇有上述表现而无其他原因可解释的患者时应想到本病的可能其血培养常可发现脑膜炎双球菌

（二）中毒型菌痢 本病亦多见于儿童发病多在夏秋季节中毒型菌痢的病原菌为痢疾杆菌可于患者的粪便中培养出但因本病起病急骤在出现肠道症状如腹痛腹泻及脓液脓血便之前便可发生昏迷抽搐及休克故在临床上怀疑本病时应立即进行灌肠或肛门拭子采取粪便检查若发现大量脓细胞及红细胞即可作出临床诊断

（三）革兰阴性杆菌败血症 革兰阴性杆菌引起败血症者以大肠杆菌为多见但克雷伯杆菌绿脓杆菌等亦不少见其中约30%革兰阴性杆菌败血症可发生休克患者以女性多见多有原发病的基础且病灶多位于泌尿道胆道或产道休克于败血症早期即可发生常表现高热寒颤全身酸痛及神经精神症状血压降低明显皮肤湿冷确诊有赖于血培养阳性

（四）休

克型肺炎 此型肺炎的病原菌多为肺炎双球菌或金黄色葡萄球菌属于革兰阳性球菌本病多发于冬春季节可有发热咳嗽胸痛及咯血咯铁锈色痰等症状其中约5%病例可发生休克且常发生于呼吸道症状出现之前尤其是老年人休克发生时体温并不升高白细胞总数亦在正常范围但中性粒细胞明显增多并有中毒颗粒早期肺部体征不典型只是在做胸部X线检查时才发现有肺部感染的病灶

（五）流行性出血热 本病多发于每年的11-12月及5-6月发病前常有野外作业史或鼠类接触史以青壮年患者多见发热出血及肾脏损害是本病的三大特点起病急骤全身症状较重高热寒颤结膜及面部颈部充血明显呈醉酒貌于病程3—5d在结膜口腔部膜及全身皮肤出现针尖大小的出血点可排列呈链条状此时约半数患者可出现休克患者可有不同程度的肾脏损害早期可出现蛋白尿及血尿部分发生急性肾功能衰竭本病的诊断有赖于流行病史临床症状及实验室检查其血中流行性出血热抗体滴度多在1：1280以上有诊断意义

三心源性休克 心源性休克多发生于急性心肌梗死及严重的心律失常重症心肌炎等患者其中又以急性心肌梗死引起的心源性休克最为多见系由于心输出量锐减而导致休克的发生

（一）急性心肌梗死 本病多见于40岁以上的男性典型症状为胸骨后压榨样疼痛伴大汗淋漓恶心呕吐患者可有窒息及濒死感心电图示ST段抬高及病理性Q波心肌酶学升高尤其是肌酸磷酸激酶及其同工酶的升高最具诊断价值本病患者约5%—15%可发生心源性休克血压下降迅速颈静脉怒张中心静脉压升高面色苍白皮肤湿冷口唇及肢端紫组急性心肌梗死并发心源性休克病死率极高临床上须引起足够重视但应除外其他原因方可诊断

（二）心律失常 心律失常导致休克多见于室性心动过速病态窦房结

综合征及高度房室传导阻滞室上性心律失常一般不易导致休克但如发生在原有器质性心脏病的基础上或持续时间较长者亦可发生休克如阵发性室上性心动过速心房扑动等这些心律失常的诊断主要依靠心电图检查

（三）心肌炎 本病以青年人居多发病前1—4周常有上呼吸道感染的病史其病原菌多为柯萨其病毒心肌炎造成休克主要见于心肌损害严重的患者心脏彩超示心肌弥漫性损害或心电图出现高度房室传导阻滞者确诊依据为心肌活检发现病毒抗体或血清中病毒抗体滴度于发病2—3周后增高4倍以上

四过敏性休克 过敏性休克在内科临床上以药物引起者为多见其中又以青霉素为最常见其次为链霉素其他如磺胺普鲁卡因解热镇痛药镇静剂等引起者亦不少本病多发生于过敏体质的患者常于肌肉注射或静脉点滴时发生严重者在口服含片用甚至皮试时即可发生休克另外在应用血清制品时也常发生这种现象多见于曾注射过动物血清而致敏的人或有变态反应性疾病病史的人在接受动物血清注射时

过敏性休克的特征之一是发生迅速患者在接触致敏物的过程中突然出现呼吸困难面色苍白四肢厥冷以及血压急剧下降严重者可发生抽搐及昏迷甚至呼吸心搏骤停而死亡

五创伤性休克 创伤性休克多见于外科临床常发生于严重的外伤撕裂伤挤压伤及骨折烧伤的患者其临床表现较为复杂早期常表现为出血性休克后期由于创面继发感染而表现为感染中毒性休克

创伤性休克的病因诊断往往显而易见但由于有多种因素参与其发生发展故临床上在遇到此类患者时应及时观察病情变化切不可掉以轻心贻误病情

六神经源性休克 神经源性休克临床上较少见系指由于患者受到强烈的神经刺激如严重创伤剧痛等情况下反射性地引起血管舒缩中枢抑制失去对周围血管的调

节作用从而使周围血管扩张血液大量淤积于扩张的微血管中造成有效循环血量减少休克发生临床上此类休克可发生于胸腔腹腔穿刺及心包穿刺脊髓麻醉脊髓创伤等本病须注意与血管抑制性晕厥相鉴别后者常在强烈的精神打击如恐惧过度悲伤等条件下发生患者表现面色苍白血压下降四肢冰冷等甚至可出现意识不清但这些表现乃由于一过性血管舒缩障碍所致持续数秒或数分钟后可自然恢复正常且多发生于体质虚弱的年轻女性一般无后遗症与神经源性休克有着本质的区别

七 血流阻塞性休克 血流阻塞性休克指的是由于急性血流梗阻而引起的休克一般发生于大的血流通道梗阻时例如肺栓塞急性心包填塞夹层主动脉瘤等

（一）急性肺栓塞 髂环静脉或右心房血栓脱落进入肺循环导致肺动脉栓塞使肺静脉回流和左心室充盈急剧减少心输出量锐减发生休克此类患者多患血栓性静脉炎持久性心房纤颤或由于长期卧床形成静脉血栓可突然发生胸痛呼吸困难及咯血严重者出现急性肺源性心脏病合并休克甚至死亡

（二）急性心包填塞 本病见于急性心包炎癌性心包炎等情况下由于大量心包积液于短时间内迅速产生患者出现已包填塞体征如颈静脉怒张呼吸困难奇脉血压下降等心脏搏动受限可发生致命性的休克

八 内分泌性休克 一些内分泌疾病如垂体前叶功能减退症慢性肾上腺皮质功能减退症及黏液性水肿等在某些应激情况下的感染出血人或急性肾上腺出血手术摘除等过程中造成急性肾上腺功能不全可发生休克另外由于内分泌过多也可造成休克如嗜铬细胞瘤甲状腺危象及原发性醛固酮增多症甲状旁腺机能亢进症等

休克预防：休克的预防应采取综合措施对有可能发生休克的伤病员应针对病因采取相应的预防措施对外伤病员要进行及时而准确的急救处

理活动性大出血者要确切止血；骨折部位要稳妥固定；软组织损伤应予包扎防止污染；呼吸道梗阻者需行气管切开；需后送者应争取发生休克前后送并选用快速而舒适的运输工具运输时病人头向车尾或飞机尾防行进中脑贫血后送途中要持续输液并做好急救准备 严重感染病人采用敏感抗生素静脉滴注积极清除原发病灶（如引流排脓等）对某些可能并发休克的外科疾病抓紧术前准备2小时内行手术治疗如坏死肠段切除必须充分做好手术病人的术前准备包括纠正水与电解质紊乱和低蛋白血症；补足血容量；全面了解内脏功能；选择合适的麻醉方法还要充分估计术中可能发生休克的各种因素采取相应的预防低血容量休克的措施 综上所述可概括为积极消除病因保护呀提高机体的调节代偿能力 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com