

豪华的专家团队支招考试

医路领先

YI LU LING XIAN

严谨的设题理念对接考题

切题·适学·易考

临床执业医师资格考试

设题点

巧记速记

专业综合

症状与体征

精神神经系统疾病

传染病、性传播疾病 其他

2

(共5册)

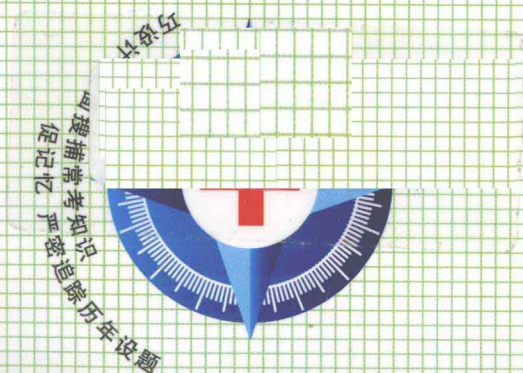
总主编：“医路领先”命题研究中心

主 编：中国协和医科大学

北京大学医学院

宁君华

李卫平



医路领先

YI LU LING XIAN

切题·适学·易考

临床执业医师资格考试

设题点

巧记速记

专业综合

症状与体征

精神神经系统疾病

传染病、性传播疾病 其他

2



中国时代经济出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床执业医师资格考试设题点巧记速记. 2, 专业综合部分 / 优特图书编辑部编. — 北京: 中国时代经济出版社, 2010. 11

ISBN 978 - 7 - 5119 - 0352 - 5

I. ①临… II. ①优… III. ①临床医学—医师—资格考核—自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 203258 号

临床执业医师资格考试 设题点巧记速记 2

出 版 人: 宋灵恩

责任编辑: 王 凯

出版发行: 中国时代经济出版社

社 址: 北京市西城区车公庄大街乙 5 号鸿儒大厦 B 座

邮政编码: 100044

发行热线: (010)68320825 68320484

传 真: (010)68320634

邮购热线: (010)88361317

网 址: www.cmepub.com.cn

电子邮箱: zgscdj@hotmail.com

经 销: 各地新华书店

印 刷: 北京朝阳印刷厂有限责任公司

开 本: 850 × 1168 1/32

字 数: 215 千字

印 张: 6.75

版 次: 2011 年 1 月第 1 版

印 次: 2011 年 1 月第 1 版印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5119 - 0352 - 5

定 价: 15.80 元

本书如有破损、缺页、装订错误,请与本社发行部联系更换

版权所有 侵权必究



编委会名单

总主编：“医路领先”命题研究中心

主 编：中国协和医科大学
北京大学医学院

宁君华

李卫平

副主编：河北大学附属医院
河北大学附属新市医院
华中科技大学同济医学院
上海复旦大学医学院

崔冬梅

康文丹

高春晖

林朝阳

编 委（按姓氏笔画为序）：

王 弘

王 伟

宁君华

刘 超

陈 虎

张士友

李卫平

罗 凯

罗 漪

金 祥

林朝阳

胡 适

胡 锋

胡 川

高春晖

崔冬梅

康文丹

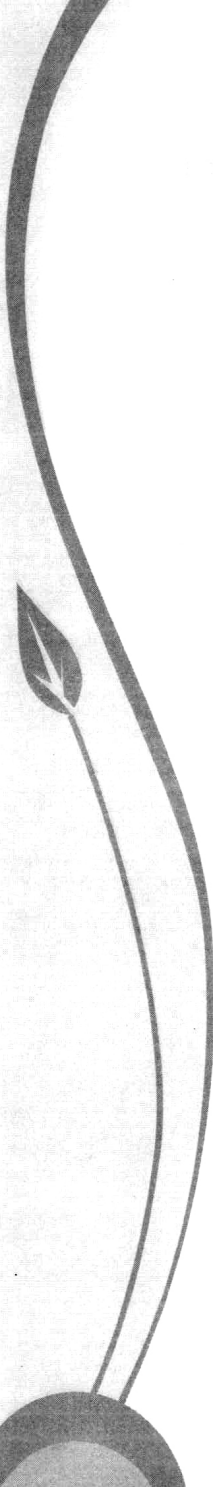


- 【品 名】《临床执业医师资格考试 设题点巧记速记》
- 【成 份】按最新考试大纲的完整知识体系和考试要求提炼的考试设题点，辅以历年常考设题点
- 【性 状】本品为双色印刷，关键知识点醒目，无干扰项，强化记忆
- 【功能主治】适合复习的第二阶段，主治知识点遗忘症以及工作繁忙引起的复习时间不足
- 【规 格】32 开，分五个分册，便于携带，各个击破
- 【用法用量】一日两次，一次复习两小时以内
- 【不良反应】未发现不良反应
- 【禁 忌】知识基础特别薄弱者慎用，可能比较吃力
- 【研制单位】“医路领先”命题研究中心

使用说明 ○○○○○○○○

高效提高复习质量，轻松增加过关机会，是《临床执业医师资格考试 设题点巧记速记》系列图书所肩负的使命。针对复习弱项，抓住得分重点，是本系列图书的两大关注点。

在临床执业医师资格考试备考学员中，几乎所有人都有一个共同的心声：教材内容浩如烟海，看了后面忘前面；考查知识点难以捉摸，不知孰重孰轻。基于此，本书严格按照最新大纲的知识体系和考试要求，根据历年考试的出题比例和分值分布，提炼出了可能命题的知识点，并辅以双色印刷。因此，本系列图书不仅大大浓缩了教材的篇幅，而且系统性地保证了知识点几乎 100% 的覆盖率，节省了您再反复翻看教材的时间；双色的印刷设计，更能强化您对知识点的记忆。



经过对多年考试真题的研究，我们发现，在考试命题中，对一些基本知识记忆的试题，占据总分 67% 以上，如果抓住这些得分题，那么考试过关就会一蹴而就。本书不仅系统收集整理了这些容易设题的点，而且每章辅以历年常常考过的设题点，旨在用最短的时间，最大程度地让您提高分数。

本系列图书特别适合在复习的第二阶段使用。当您需要快速记忆厚重教材的知识点的时候，巧记速记就成了您最佳的帮手。如果您的基础知识还可以，或者您因工作繁忙而无暇全面通读教材，那么，巧记速记无疑为您大大节省了时间。

本书的编撰，是在“医路领先”命题研究中心分析整理了大量历年试题考点基础上，由不同大学和医学院的专家团队主编，并经全国 16 所大学或医学院的专家共同审核完成，在此，谨向这些付出辛勤劳动的老师们表示诚挚的谢意！

第一章 症状与体征

知识点快速记忆	1
第一节 发热	1
第二节 咳嗽与咳痰	3
第三节 咯血	4
第四节 发绀	6
第五节 呼吸困难	7
第六节 呼吸频率、深度及节律变化	9
第七节 语音震颤	10
第八节 叩诊音	10
第九节 呼吸音	11
第十节 啰音	12
第十一节 胸膜摩擦音	13
第十二节 水肿	14
第十三节 心悸	15
第十四节 胸痛	16
第十五节 晕厥	17
第十六节 颈静脉怒张	18
第十七节 心前区震颤	19
第十八节 心界	19
第十九节 心音	20
第二十节 心音分裂	21
第二十一节 额外心音	22
第二十二节 心脏杂音	24
第二十三节 心包摩擦音	27
第二十四节 周围血管征	27
第二十五节 恶心与呕吐	28
第二十六节 进食梗噎、疼痛、吞咽困难	29
第二十七节 腹痛	30
第二十八节 腹泻	32
第二十九节 呕血及便血	33
第三十节 便秘(略)	35
第三十一节 蜘蛛痣	35
第三十二节 腹壁静脉曲张	35
第三十三节 黄疸	36
第三十四节 腹水	39

目录

contents

目录

contents

第三十五节 肝大	40
第三十六节 脾大	41
第三十七节 腹部肿块	41
第三十八节 排尿异常	42
第三十九节 尿路刺激征	42
第四十节 异常白带	42
第四十一节 异常阴道流血	43
第四十二节 外阴瘙痒	44
第四十三节 淋巴结肿大	45
第四十四节 紫癜	45
第四十五节 意识障碍	47
第四十六节 头痛	48
本章历年常考设题点	50

第二章 精神神经系统疾病

知识点快速记忆	51
第一节 神经病学概论	51
第二节 周围神经病	60
第三节 脊髓病变	63
第四节 颅脑损伤	66
第五节 脑血管疾病	72
第六节 颅内感染	81
第七节 颅内肿瘤	82
第八节 颅内压增高.....	83
第九节 脑疝	84
第十节 帕金森病	86
第十一节 偏头痛	88
第十二节 癫痫	89
第十三节 神经—肌肉接头与肌肉疾病	94
第十四节 精神疾病	97
第十五节 脑器质性疾病所致精神障碍	102
第十六节 躯体疾病所致精神障碍	103
第十七节 精神活性物质所致精神障碍	104
第十八节 精神分裂症	107
第十九节 心境障碍（情感性精神障碍）	109
第二十节 神经症和癔症	113

第二十一节 应激相关障碍	118
第二十二节 心理生理障碍	119
本章历年常考设题点	122

第三章 传染病、性传播疾病

知识点快速记忆	124
第一节 总论	124
第二节 常见疾病	127
第三节 性传播疾病	148
本章历年常考设题点	156

第四章 其他

知识点快速记忆	157
第一节 无菌技术	157
第二节 围手术期处理	159
第三节 外科患者的营养代谢	164
第四节 外科感染	167
第五节 创伤与战伤	175
第六节 烧伤	179
第七节 肿瘤	183
第八节 乳房疾病	186
第九节 风湿性疾病概论	192
第十节 系统性红斑狼疮	194
第十一节 中毒	198
本章历年常考设题点	202

第一章

症状与体征

知识点快速记忆

第一节 发热

一、概念

当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。

二、常见病因

1. 感染性发热:多见,指由各种病原体引起的感染所致的发热,无论急性或慢性,局部或全身性感染,均可引起发热。

2. 非感染性发热:主要病因有无菌性坏死物质的吸收,抗原-抗体反应,内分泌与代谢疾病,皮肤散热减少,体温调节中枢功能失常,自主神经功能紊乱。

三、发病机制

1. 致热原性发热(多见),致热原包括外源性和内源性两类。致热原刺激下丘脑体温调节中枢,使其将温度调定点水平提高,体温调节中枢对体温重新调节,使机体产热增加,散热减少。机体产热大于散热,体温升高,引起发热。

2. 非致热原性发热,见于:①体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血、炎症等。②引起产热过多的疾病或健康状态,如剧烈运动、癫痫持续状态、某些内分泌疾病等。③引起散热减少的疾病,如广泛性皮肤病、阿托品中毒等,心力衰竭伴皮肤水肿时,大量失水、失血时,由于血容量减少,散热也减少,尤其多见于小儿。

四、临床表现

发热的分度,低热:37.3~38℃,中等度热 38.1~39℃,高热 39.1~41℃,超高热 41℃以上。

1. 发热的临床过程及特点

(1)体温上升期:产热大于散热。



(2)高热期:体温上升高于调定点,产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

(3)体温下降期:调定点降至正常,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常。

2. 临床常见热型

(1)稽留热:体温恒定,维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎。

(2)弛张热:又称败血症热型,体温常在 39°C 以上,24小时内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、重症肺结核及化脓性炎症、感染性心内膜炎。

(3)间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期可持续1天至数天,高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎、胆道感染等。一日内发热呈两次升降者称双峰热,见于革兰阴性杆菌败血症。长期间歇热,又称消耗热。

(4)波状热:体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次,常见于布氏杆菌病、结缔组织病、肿瘤等。

(5)回归热:体温急骤上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(6)不规则热:发热的体温曲线无一定规律,可见于结核、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

五、常见伴随症状及临床意义

1. 寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

2. 结膜充血:常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 单纯疱疹:口唇单纯疱疹多见于急性发热性疾病,如大叶肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流感等。

4. 淋巴结肿大:常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

5. 肝脾肿大:常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布鲁菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、黑热病、急性血吸虫病等。

6. 皮肤黏膜出血:可见于重症感染及某些急性感染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、严重再生障碍性贫血、恶性组织细胞病。



7. 关节肿痛:常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。
8. 皮疹:常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。
9. 昏迷:先发热后昏迷常见于乙脑、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒型细菌性痢疾、中暑等;先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥类中毒等。

● 第二节 咳嗽与咳痰 ●

一、常见原因

1. 呼吸道疾病:呼吸道各部位受外界刺激均可引发咳嗽。
2. 胸膜疾病:胸膜炎、胸膜间皮瘤或胸膜受刺激。
3. 心血管疾病:当二尖瓣狭窄或左心衰竭引起肺动脉高压、肺淤血、肺水肿,或因右心及体循环静脉栓子脱落引起肺栓塞时,肺泡与支气管内的漏出物或渗出物刺激肺泡壁及支气管黏膜。
4. 胃食管反流病:反流物刺激或损伤食管壁可引起咳嗽与哮喘,也可因反流物吸入气道引起吸入性肺炎,甚至肺间质纤维化。
5. 中枢神经原因:大脑皮质疾病、脑炎、脑膜炎时刺激咳嗽中枢可引起咳嗽。

二、临床表现

1. 咳嗽的性质:咳嗽无痰或痰量很少,称干性咳嗽,见于急性咽喉炎、胸膜炎、喉及肺结核等;咳嗽伴有痰液称湿性咳嗽,见于慢性阻塞性肺疾病、肺炎、肺脓肿、支气管扩张症、空洞型肺结核、支气管胸膜瘘等。
2. 咳嗽的时间与节律:突发发作性咳嗽见于吸入刺激性气体所致急性咽喉炎与气管-支气管炎、气管与支气管异物、支气管内膜结核等;长期慢性咳嗽多见于慢性呼吸道疾病,如慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症、肺结核、特发性肺纤维化。此外,慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症和肺脓肿等,咳嗽多于清晨或夜间变动体位时加剧,且慢性阻塞性肺病于每年寒冷季节时加重,气候转暖时减轻或缓解。胃食管反流病多为餐后咳嗽或平卧、弯腰、夜间阵发性咳嗽,与季节无关。左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显。
3. 咳嗽的音色:①咳嗽声音嘶哑,多见于喉炎、喉结核、喉癌和喉返神经麻痹等;而常清咳咳嗽、有鼻后咽部滴漏的感觉,常见于鼻炎、鼻窦炎所致鼻后滴漏综合征。②金属音调咳嗽,见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌、淋巴瘤压迫气管等。③阵发性连续剧咳伴有高调吸气回声(鸡鸣样咳嗽),见于百日咳,会咽、喉部疾患和气管受压。④咳嗽声音低微或无声,见于严重肺气肿、极度衰弱或声带麻痹患者。



4. **痰的性状和量**:痰的性质分为黏液性、浆液性、黏液脓性、脓性、血性等。急性呼吸道炎症时痰量较少,多呈黏液性或黏液脓性;慢性阻塞性肺疾病时,痰多为黏液泡沫样。支气管扩张症、肺脓肿、支气管胸膜瘘时痰量较多。脓痰有恶臭气味者提示厌氧菌感染。黄绿或翠绿色痰,提示铜绿假单胞菌感染;痰白黏稠、牵拉成丝难以咳出,提示白色念珠菌感染;大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物,提示棘球蚴病。粉红色泡沫样痰是肺水肿的特征。反复剧烈咳嗽后,咳出淡红色或乳白色有弹性树枝状物,较韧,提示纤维素性支气管炎。

三、伴随症状及临床意义

1. 发热,多见于呼吸系统感染、胸膜炎、肺结核等。
2. 胸痛,多见于各种肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、肺栓塞和自发性气胸等。
3. 呼吸困难,多见于喉炎、喉水肿、喉肿瘤、支气管哮喘、重度慢性阻塞性肺疾病、重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液、气胸及肺淤血、肺水肿、气管与支气管异物等。
4. 大量脓痰,见于支气管扩张症、肺脓肿、肺囊肿合并感染和支气管胸膜瘘等。
5. 咯血,见于肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌、二尖瓣狭窄等。
6. 杵状指,主要见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌和脓胸等。
7. 哮鸣音,见于支气管哮喘、慢性支气管炎喘息型、心源性哮喘、气管异物等。支气管肺癌引起气管与大支气管不完全阻塞时,喘鸣音为局限性分布,呈吸气性。
8. 鼻塞、经常有鼻后滴漏或经常清喉,提示可能为鼻后滴漏综合征。
9. 心窝部烧灼感、反酸、饭后咳嗽明显,提示为胃反流性咳嗽。

第三节 咯 血

一、概念

喉及喉以下呼吸道任何部位的出血,经口排出者,称为咯血。

咯血与呕血的鉴别

	咯 血	呕 血
病 因	肺结核、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性糜烂出血性胃炎、胆道出血
出血时症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等



续表

	咯 血	呕 血
出血方式	咯 出	呕出,可为喷射状
血 色	鲜 红	棕黑、暗红,有时鲜红
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
反 应	碱 性	酸 性
黑 便	除非咽下,否则没有	有,可为柏油样便,呕血停止后仍持续数日
出血后痰性状	常有痰数日	无 痰

二、常见原因及发病机制

1. **支气管疾病**: 常见有支气管扩张、支气管肺癌、支气管结核和慢性支气管炎等;其发生机制主要是支气管黏膜或毛细血管通透性增加,或黏膜下血管破裂所致。

2. **肺部疾病**: 常见有肺结核、肺炎、肺脓肿等。肺结核是我国引起咯血的首要原因。其咯血的机制为结核病变使毛细血管通透性增高,血液渗出,导致痰中带血或小血块;如病变累及小血管使管壁破溃,则造成中等量咯血;如空洞壁使肺动脉分支形成的小动脉瘤破裂,或继发的结核性支气管扩张形成的动静脉瘘破裂,则造成大量咯血。

3. **心血管疾病**: 较常见于二尖瓣狭窄,其发生机制多因肺淤血造成肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂和支气管黏膜下层支气管静脉曲张破裂所致。

4. **其他**: 血液病,某些急性传染病,风湿性疾病,或气管、支气管子宫内膜异位症等均可引起咯血。

三、临床表现

1. **年龄**: 青壮年咯血常见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄等。40岁以上有长期吸烟史者,应高度注意支气管肺癌的可能性。

2. **咯血量**: 一般认为每日咯血量在100ml以内为小量,100~500ml为中等量,500ml以上或一次咯血100~500ml为大量。大量咯血主要见于空洞型肺结核、支气管扩张和慢性肺脓肿。支气管肺癌主要表现为持续或间断性痰中带血,少有大咯血。

3. **颜色和性状**: 因肺结核、支气管扩张、肺脓肿和出血性疾病所致咯血,其



颜色为鲜红色;铁锈色血痰可见于典型的肺炎球菌肺炎,也可见于肺吸虫病和肺泡出血;砖红色胶冻样痰见于典型的肺炎克雷伯杆菌肺炎。二尖瓣狭窄所致咯血多为暗红色;左心衰竭所致咯血为浆液性粉红色泡沫痰;肺栓塞引起咯血为黏稠暗红色血痰。

四、伴随症状及临床意义

1. 咯血伴发热:多见于肺结核、肺炎、肺脓肿、流行性出血热。
2. 咯血伴胸痛:多见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺栓塞(梗死)、支气管肺癌等。
3. 咯血伴呛咳:多见于支气管肺癌、支原体肺炎等。
4. 咯血伴脓痰:多见于支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染等。
5. 咯血伴皮肤黏膜出血:可见于血液病、风湿病及肺出血型钩端螺旋体病和流行性出血热等。
6. 咯血伴杵状指:多见于支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌等。
7. 咯血伴黄疸:须注意钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺栓塞等。

● 第四节 发 绀 ●

一、概念

发绀是指血液中脱氧血红蛋白增多使皮肤和黏膜呈青紫色改变的一种表现,也可称紫绀。这种改变常发生在皮肤较薄、色素较少和毛细血管较丰富的部位,如口唇、指(趾)、甲床等。

二、常见原因及发病机制

1. 机制:发绀是由于血液中脱氧血红蛋白的绝对量增加所致。当毛细血管内的脱氧血红蛋白超过 50g/L (5g/dl) 时皮肤黏膜可出现发绀。

2. 病因

(1) 血液中脱氧血红蛋白增多:肺部疾病引起通气换气障碍,氧合不足;心衰引起肺内气体交换障碍;先天性心脏病使静脉血未经氧合直接由异常通道进入体循环,还有吸入气中本身氧分压就偏低等原因,均可造成血液中脱氧血红蛋白增多。

(2) 血液中存在异常血红蛋白衍化物:高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症,均可出现发绀。



三、分类与临床表现

1. 血脱氧血红蛋白增加(真性发绀)

(1)中心性发绀:特点表现为全身性发绀,除四肢及颜面外,也累及躯干和黏膜,皮肤温暖。主要见于有心肺功能不全的疾病和右-左异常分流的先天性心脏病。常伴心悸、咳喘等心肺症状。

(2)周围性发绀:发绀常出现于肢体的末端与下垂部位。这些部位的皮肤温度低、发凉,但若给予按摩或加温,使皮肤转暖,发绀可消退。此特点亦可作为与中心性发绀的鉴别点。

(3)混合性发绀:中心性发绀与周围性发绀同时存在。可见于心力衰竭或心肺疾病合并周围循环衰竭者。

2. 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高铁血红蛋白血症:发绀特点为发生急剧,暂时性,病情严重,抽出的静脉血呈深棕色,氧疗症状不缓解,只有给予静脉注射亚甲蓝或大量维生素C,发绀方可消退。由于大量进食含亚硝酸盐的变质蔬菜引起的中毒性高铁血红蛋白血症,也可出现发绀,称“肠源性青紫症”。

(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,身体一般状况较好。

(3)硫化血红蛋白血症:后天获得性,特点是持续时间长,可达数月以上,血液呈蓝褐色,分光镜检查可证明有硫化血红蛋白的存在。

四、伴随症状及临床意义

1. 伴呼吸困难:常见于重症心、肺疾病及急性呼吸道阻塞、气胸等,先天性高铁血红蛋白血症和硫化血红蛋白血症虽有明显发绀,但一般无呼吸困难或不明显。

2. 伴杵状指(趾):提示病程较长。主要见于发绀型先天性心脏病及某些慢性肺部疾病。

3. 伴意识障碍及衰竭:主要见于某些药物或化学物质急性中毒、休克、急性肺部感染等。

第五节 呼吸困难

一、常见原因

1. 呼吸系统疾病:常见于气道阻塞,肺部疾病,胸壁、胸廓、胸膜腔疾病,神



经肌肉疾病,膈运动障碍等。

2. 循环系统疾病:常见于各种原因所致的左心和(或)右心衰竭、心包压塞、肺栓塞和原发性肺动脉高压等。

3. 中毒性呼吸困难:由各种中毒所致,如糖尿病酮症酸中毒、吗啡类药物中毒、有机磷杀虫药中毒等。

4. 神经精神性疾病:如颅脑疾病引起呼吸中枢功能障碍和精神因素所致呼吸困难,如癔症等。

5. 血液病常见于重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症等。



临床常见类型与特点

1. 肺源性呼吸困难

(1) 吸气性呼吸困难:特点为吸气费力,严重者吸气肌极度用力,胸腔负压增加,吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷,出现“三凹征”,常伴干咳与高调吸气性喉鸣。提示喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞。

(2) 呼气性呼吸困难:主要特点表现为呼气费力、呼气缓慢、呼吸时间明显延长,听诊肺部常有干啰音。见于下呼吸道阻塞性疾病。

(3) 混合性呼吸困难:特点为吸气期及呼气期均感呼吸费力、呼吸频率增快、深度变浅,可伴有呼吸音异常或病理性呼吸音。常见于广泛肺实质或肺间质病变。

2. 心源性呼吸困难:左心衰竭常见,特点为:活动时呼吸困难出现或加重,休息时减轻或消失,卧位明显,坐位或立位时减轻,因此当病人病情较重时,往往被迫采取半坐位或端坐位呼吸。急性左心衰竭时,常可出现夜间阵发性呼吸困难,重者出现心源性哮喘。右心衰竭亦常取半卧位以缓解呼吸困难,多见于慢性肺心病及心包疾病。

3. 中毒性呼吸困难:如代谢性酸中毒,其主要表现为:①有引起代谢性酸中毒的基础病因,如尿毒症、糖尿病酮症等。②出现深长而规则的呼吸,可伴有鼾音,称为酸中毒大呼吸。

4. 神经精神性呼吸困难:因颅脑疾患所致者呼吸变为慢而深,并常伴有呼吸节律的改变,如双吸气(抽泣样呼吸)、呼吸遏制(吸气突然停止)等。癔症患者呼吸困难主要表现为呼吸频率快而浅,伴有叹息样呼吸或出现口周、肢体麻木或手足搐搦等呼吸性碱中毒表现,严重时也可出现意识障碍。



临床意义

1. 发作性呼吸困难伴哮鸣音:多见于支气管哮喘、心源性哮喘。突发性重度呼吸困难见于急性喉水肿、气管异物、大面积肺栓塞等。