

内科危重症诊治与护理

主编 姜淑君 李秀举 安丰芳
王洪军 刘新宇



第二军医大学出版社

内科危重症诊治与护理

主 编:姜淑君 李秀举 安丰芳 王洪军 刘新宇

副主编:(按姓氏笔画排序)

马 颖	马守翠	王贵宾	尤守娟	李文兰
刘传霞	杜道凤	陈绍爱	张善英	钟振美
段晓红	聂平会	曹淑泉	彭向梅	谭庆霞

编 委:(按姓氏笔画排序)

马 颖	马守翠	王洪军	王贵宾	尤守娟
李秀举	李文兰	刘传霞	刘新宇	安丰芳
杜道凤	陈绍爱	张善英	姜淑君	钟振美
段晓红	聂平会	曹淑泉	彭向梅	谭庆霞

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科危重症诊治与护理/姜淑君,李秀举,安丰芳等主编. —上海:第二军医大学出版社, 2005.9

ISBN 7-81060-545-3

I.内… II.①姜… ②李… ③安… III.①内科-急性病-诊疗
②内科-险症-诊疗 ③内科-急性病-护理 ④内科-险症-护理
IV.①R505.97 ②R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 098803 号

内科危重症诊治与护理

主编:姜淑君 李秀举 安丰芳 王洪军 刘新宇

责任编辑:罗 杰

第二军医大学出版社出版发行

(上海市翔殷路 818 号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店销售

徐州医学院印刷厂印刷

开本:850 mm×1168 mm 1/32 印张:14.375 字数:360 千字

2005 年 9 月第 1 版 2005 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 7-81060-545-3/R·417

定价:28.00 元

目 录

第一章 呼吸系统重症诊治与护理	1
第一节 呼吸系统疾病常见症状体征.....	1
第二节 呼吸系统常用急救技术	21
第三节 呼吸衰竭	49
第四节 成人呼吸窘迫综合症	56
第五节 哮喘持续状态	84
第六节 中毒性肺炎	94
第七节 肺性脑病	97
第八节 咯血	100
第九节 自发性气胸.....	109
第二章 循环系统重症诊治与护理	113
第一节 心血管系统疾病常见的症状和体征.....	113
第二节 心血管系统常用急救技术.....	144
第三节 急性心力衰竭.....	167
第四节 心律失常.....	172
第五节 急性心肌梗死.....	191
第六节 高血压病.....	210
第七节 心脏性猝死.....	226
第三章 消化系统重症诊治与护理	245
第一节 消化系统疾病常见症状.....	245
第二节 消化道出血.....	254
第三节 消化性溃疡.....	266
第四节 急性胰腺炎.....	281

第五节	肝硬化	290
第六节	胆囊炎	306
第四章	泌尿系统重症诊治与护理	311
第一节	泌尿系统疾病常见临床表现及综合症	311
第二节	急性肾功能衰竭	320
第三节	急性肾动脉阻塞	327
第四节	护理	329
第五章	内分泌系统和代谢重症诊治与护理	335
第一节	酮症酸中毒	335
第二节	甲状腺功能亢进危象	341
第三节	肾上腺危象	346
第四节	嗜铬细胞瘤	351
第五节	护理	355
第六章	神经系统重症诊治与护理	365
第一节	神经系统疾病常见症状	365
第二节	脑出血	379
第三节	蛛网膜下隙出血	387
第四节	脑血栓形成	394
第五节	周期性瘫痪	417
第六节	癫痫持续状态	420
第七节	Guillain - Barre 综合征	424
第八节	重症肌无力	427
第九节	护理	433

第一章 呼吸系统重症诊治与护理

第一节 呼吸系统疾病常见症状体征

一、咳嗽

咳嗽是一种保护性反射动作,通过咳嗽反射能有效清除呼吸道内的分泌物或进入气道内的异物。如长期、频繁、剧烈地咳嗽则影响工作和休息,引起呼吸疼痛,则属病理现象,为呼吸系统疾病引起肺部损害的常见症状。

(一)病因

1. 感染因素

(1)上呼吸道疾病 感冒、急慢性鼻炎、副鼻窦炎、急慢性咽炎或喉炎、慢性扁桃体炎、急性会厌炎、喉结核等。

(2)气管、支气管疾患 急性气管支气管炎、支气管扩张、支气管内膜结核、毛细支气管炎等。

(3)肺、胸膜疾患 病毒性、细菌性或支原体性肺炎、肺真菌病、肺脓肿、肺结核、胸膜炎、脓胸等。

(4)传染病与寄生虫病 麻疹、百日咳、白喉、流感、流行性出血热、传染性单核细胞增多症、钩端螺旋体病、肺吸虫病、肺包虫病、急性血吸虫病、钩虫病、肺阿米巴病等。

2. 理化因素

任何阻塞、压迫或牵扯呼吸道使管壁受刺激或管腔被扭曲变窄的病变均可引起咳嗽。

(1)呼吸道阻塞 呼吸道分泌物、呕吐物或其他异物吸入呼吸

道;支气管腺瘤或癌、支气管狭窄(如支气管内膜结核)、肺不张、肺水肿、肺气肿、肺泡微石症、肺泡蛋白沉积症等均可造成呼吸道不同程度的阻塞而引起咳嗽。

(2)呼吸道受压迫 纵隔肿瘤或淋巴结肿大,胸骨后甲状腺,食管囊肿、憩室或癌,肺门或支气管淋巴结结核、弥漫性肺间质纤维化、肺囊肿、尘肺、肺充血或淤血、结节病、肺肿瘤、心脏增大、心包积液、胸腔积液、气胸、胸膜肿瘤等。

(3)气雾刺激 吸入高温气体或寒冷空气,吸烟,吸入刺激性工业气体如氯、氨、光气、臭氧、二氧化硫、氮氧化物或硫酸、硝酸、甲醛等形成的雾气。

3. 过敏因素

过敏性鼻炎、枯草热、支气管哮喘、吕弗硫综合征、热带嗜酸性粒细胞增多症、血管神经性水肿等。

4. 其他

膈疝、膈下脓肿、Wegener 肉芽肿、白血病、恶性淋巴瘤、尿毒症及结缔组织疾病所致的肺浸润等。

(二)发病机理

咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受刺激引起。刺激可来自呼吸系统以外的器官(如脑、耳、内脏),但大部分来自呼吸道黏膜、肺泡和胸膜,经迷走神经、舌咽神经和三叉神经与皮肤的感觉神经纤维传入,来自中枢的神经冲动经喉下神经、膈神经与脊神经分别传到咽肌、声门、膈与其他呼吸肌,引起咳嗽动作。

咳嗽动作首先是快速、短促地吸气,膈下降,声门迅速关闭,随即呼气肌、膈肌与腹肌快速收缩,使肺内压迅速升高;然后声门突然开放,肺内高压气流喷射而出,冲击声门裂隙而发生咳嗽动作与特别音响,呼吸道内分泌物或异物亦随之被排出。

(三)诊断要点

1. 病史

(1)咳嗽的性质 干咳或刺激性咳嗽见于急慢性咽喉炎、喉痛、支气管异物、气管受压、支气管肿瘤、初期胸膜炎、轻症肺结核及外耳道刺激；湿性或多痰的咳嗽则见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺寄生虫病及空洞型肺结核等。

(2)咳嗽的时间与节律 急性骤咳多因急性上呼吸道炎症及气管或支气管内异物所致；发作性咳嗽常见于百日咳、支气管淋巴结核、呼吸道异物及肿块压迫气管；周期性咳嗽可见于慢性支气管炎、支气管哮喘及肺结核等；夜间咳嗽加剧可见于慢性左心功能不全、肺结核、咳嗽型哮喘等，可能与夜间迷走神经兴奋性增高有关。

(3)咳嗽的音色 即指咳嗽声音的改变。短促的轻咳，常见于伴有胸痛的患者，如大叶性肺炎初期、干性胸膜炎、急性纵隔炎、胸腹部创伤或手术后，患者在咳嗽时常用手按住患处以减轻疼痛；犬吠样咳嗽多见于喉头疾患、声带肿胀、气管异物或气管受压；咳嗽呈金属调，常见于纵隔肿瘤、支气管肺癌、主动脉瘤直接压迫气管；咳嗽声音嘶哑，可见于声带麻痹、喉癌等；咳嗽无声或声音低微见于极度衰弱的患者、声带水肿或溃疡。

2. 伴随症状

(1)咳嗽伴发热 提示呼吸系统有急性或活动性感染存在、肺部恶性肿瘤、结缔组织疾病。

(2)咳嗽伴多痰 见于肺脓肿、支气管扩张、脓胸穿破支气管引起支气管胸膜瘘。

(3)咳嗽伴胸痛 提示病变累及胸膜，可见于胸膜炎、大叶性肺炎、支气管肺癌、纵隔炎、纵隔肿瘤等。

(4)咳嗽伴哮鸣音 可见于支气管哮喘、喘息性支气管炎、心源性哮喘及气管内异物。

(5)体位改变后咳嗽加剧 见于支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核等。

3. 体征

咳嗽伴有双肺弥漫性湿啰音及肺气肿体征者,多见于慢性阻塞性肺部疾病;肺部啰音局限于肺下野者常见于支气管扩张;肺尖部局限性啰音,多为肺结核;咳嗽伴杵状指,多见于支气管扩张、慢性肺脓肿、支气管肺癌;若出现锁骨上淋巴结肿大,则提示肺癌转移。同时要注意全身性疾病的相应体征。

4. 辅助检查

血常规如有白细胞总数及中性粒细胞增多,提示有感染性疾病存在。痰涂片、培养、动物接种等查找病原菌,是诊断肺炎、肺霉菌、肺结核的常用方法;痰脱落细胞学检查对肺癌的诊断有重要意义;痰找寄生虫卵有助于肺寄生虫病的诊断。放射学、心电图、超声心动图、超声波检查,对心、肺疾病的诊断有重要意义。纤维支气管镜肺活检、肺穿刺活检,有助于气管、支气管、肺部疾病的诊断与鉴别诊断。

(四)处理原则

1. 病因治疗

应针对引起咳嗽的病因作相应的治疗,如应用抗生素控制感染,积极治疗原发性疾病等。

2. 对症治疗

一般轻度咳嗽无需特殊处理,如咳嗽剧烈而影响休息时,或可使原发疾病恶化、播散时,应给予适当处理。咳嗽剧烈而无痰者,可给予镇咳药,如咳必清、咳美芬、复方甘草合剂或磷酸可待因等。若咳嗽剧烈伴有大量粘痰者,不宜用镇咳剂,应给予祛痰剂,如氯化铵、碘化钾、必漱平、痰易净等,亦可雾化吸入湿化排痰,以生理盐水 20 ml,酌情加入 α 糜蛋白酶、支气管解痉剂及适量抗生素超声雾化吸入。对痰液量多,患者无力咳出者可行吸引器或纤维支气管镜吸痰。

二、咳嗽

咳嗽是通过咳嗽动作将呼吸道内病理性分泌物排出口腔外的病态现象。正常支气管黏膜只分泌少量黏液,使呼吸道黏膜保持湿润。当咽、喉、气管、支气管和肺各种原因(生物性、物理性、化学性、过敏性)使黏膜或肺泡充血、水肿、毛细血管通透性增高和腺体、杯状细胞分泌增加,漏出物、渗出物(含白细胞、红细胞、吞噬细胞、纤维蛋白等)及黏液、浆液、吸入的尘埃与组织破坏产物,一起混合成痰。在呼吸道感染和肺寄生虫病时,痰中可检出病毒、细菌、肺炎支原体、立克次体、阿米巴原虫和某些虫卵等。此外,在肺淤血和肺水肿时,因毛细血管通透性增高,肺泡和小支气管内有不同程度的浆液漏出,也会引起咳嗽。

(一)病因

气管、支气管与肺实质受到理化因素刺激,或由于过敏、感染等均可发生炎症而形成痰。

1. 支气管疾患

急性与慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管内膜结核、异物、肿瘤、支气管扩张、支气管胸膜瘘等。

2. 肺部疾患

细菌、病毒、支原体、真菌、寄生虫等引起的肺部感染,以及肿瘤、尘肺、肺气肿、肺水肿、肺梗塞、弥漫性肺间质纤维化、肺含铁血黄素沉着症、结节病、吕弗勒综合征、热带嗜酸性粒细胞增多症等。

3. 全身性疾病

风湿病如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎、Wegener 肉芽肿等疾病所致的肺浸润,恶性肿瘤的肺转移等。

(二)发病机理

正常成人的呼吸道黏膜,每日分泌黏液约 100ml,以保持呼吸道黏膜的湿润。当咽、喉、气管、支气管或肺发生炎症时,黏膜充

血、水肿,黏液分泌增多,毛细血管壁通透性增加,浆液渗出。渗出物中含有红细胞、白细胞、吞噬细胞及纤维蛋白等,其与黏液及吸入的尘埃等混合而成痰。在肺瘀血与肺水肿时,肺泡毛细血管也有不同程度的浆液渗出,可引起咳嗽与咳痰。

(三)诊断要点

1. 临床特点

(1)痰的性状 浆液性痰或泡沫状痰见于肺水肿,黏液性痰无色透明而黏稠多见于急性炎症,黏液脓性痰见于气管炎、肺结核等,黄色或绿色脓性痰见于化脓性细菌所致的支气管肺炎,血性痰多见于异物损伤、毒化剂侵蚀、炎症波及气道黏膜,也可见于肺癌。

(2)痰量 痰量多的疾病有肺水肿、支气管扩张、肺脓肿、肺泡细胞癌、脓胸、支气管胸膜瘘等。检查痰量一般以 24 h 为准,痰量增多反映支气管和肺的化脓炎症进展,痰量减少提示病情好转,中毒症状减轻。

(3)气味 一般痰无臭味,放置久时可因细菌的分解作用产生臭味。厌氧菌感染时痰有恶臭,见于肺脓肿、肺坏疽、支气管扩张、肺癌晚期。

(4)颜色 无色透明或灰白色黏液痰见于正常人或轻度气管黏膜炎症时;黄色痰见于化脓性炎症;绿色痰见于黄疸、肺部绿脓杆菌感染;红色或红棕色痰见于肺癌、肺结核、肺梗塞等;粉红色或血性泡沫样痰见于急性肺水肿;红褐色或巧克力色痰见于肺阿米巴病;烂桃样或果酱样痰见于肺吸虫病;棕色痰见于心力衰竭;灰色或黑色痰见于尘肺。

2. 显微镜检查

对干酪样、脓性或颗粒状痰块涂片镜检,可以发现异常物质。弹力纤维见于肺组织有破坏性病变时,如肺脓肿;库施曼螺旋体常见于支气管哮喘;夏-兰晶体可见于支气管哮喘和肺吸虫病;大量

脓细胞见于呼吸道化脓性炎症;红细胞的存在表示呼吸道出血;有时还可见到色素细胞、寄生虫、放线菌丛等。痰染色涂片镜检可发现细菌、癌细胞及嗜酸性粒细胞等。

(四)处理原则

1. 病因治疗

针对引起咳嗽的病因及原发疾病作相应治疗,如应用抗生素控制感染。

2. 祛痰剂的应用

大量痰液可影响呼吸道的防御功能及通气功能,使病情恶化,因此,合理使用祛痰剂很有必要。常用的祛痰剂有氯化铵、碘化钾、必漱平、糜蛋白酶、痰易净、胰脱氧核糖核酸及甘草、远志、桔梗等。亦可采用生理盐水加祛痰剂、抗生素作超声雾化吸入。

3. 体位引流

对肺脓肿、支气管扩张等患者,痰液量多时,可采用病变部位高于气管和喉部的体位,使痰液顺势咳出,每次 15 ~ 30 min, 2 ~ 3 次/天。

4. 吸引疗法

对痰液黏稠不易咳出,或昏迷、气管切开的患者,可用吸引器吸引痰液,亦可采用纤维支气管镜吸引痰液。

5. 其他处理

对手术后及长期卧床的患者,应鼓励其咳嗽排痰,并且让患者勤翻身,用手轻轻拍击胸背部,使痰液松动,有助于将其排出。

三、胸痛

胸痛是临床常见症状之一,疼痛的部位和严重程度相一致。胸痛的病因很多,发病机理亦不尽相同,胸内、胸外疾病皆可引起胸痛。

(一)病因

1. 心血管系统疾病

心绞痛、急性心肌梗塞、心肌炎、心肌病、心脏瓣膜病、急性心包炎、先天性心脏病、胸主动脉瘤、肺栓塞与肺梗塞、心脏神经官能症。

2. 呼吸系统疾病

胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、肺结核、肺炎、肺癌等。

3. 食管疾病

食道裂孔疝、食管癌、返流性食管炎、贲门失迟缓症。

4. 胸壁疾病

胸部外伤、流行性胸痛、肋间神经痛、脊柱疾病、肋骨疾病、带状疱疹。

5. 纵隔疾病

纵隔炎、纵隔肿瘤、纵隔气肿。

6. 其他

膈下的腹部疾病、如肝炎、肝癌、阿米巴肝脓肿、胆道疾病、脾梗塞等可引起下胸、上腹部疼痛。

(二) 发病机理

各种化学因素或物理因素刺激肋间神经感觉纤维、脊髓后根传入纤维、支配心脏及主动脉的感觉纤维、支配气管、支气管及食管的迷走神经感觉纤维或膈神经的感觉纤维等，而引起胸痛。致痛物质是组织损伤时释放的化学物质，如 K^+ 、 H^+ 、组织胺、5-羟色胺、缓激肽及 P 物质等，这些化学物质作用于对痛觉敏感的游离神经末梢，产生疼痛。此外，内脏病变除有局部疼痛外，尚可产生放射痛，如心绞痛时除出现心前区、胸骨后疼痛外，其疼痛尚可放射至左肩及左前臂内侧。这是由于病变内脏与分布体表的传入神经进入脊髓同一节段，来自内脏的痛觉冲动可直接激发脊髓体表感觉区神经元，并达大脑皮层而产生放射痛。炎症、肌肉缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物刺激、化学刺激、外伤及肿瘤等原因均可引起

胸痛。如肺癌时由于支气管壁、纵隔淋巴结浸润或壁层胸膜受累而产生胸痛；夹层主动脉瘤、纵隔气肿是由于组织扩张引起胸痛；心绞痛是由于心肌缺血、缺氧而致胸痛。

(三) 诊断要点

1. 病史

心绞痛及心肌梗塞引起的胸痛，患者常有高血压或冠心病史；支气管肺部疾病引起的胸痛常有咳嗽、咳痰、咯血史；返流性食管炎常有返酸、食物返流史；食管癌有进行性吞咽困难史。

2. 疼痛的部位及性质

心绞痛常位于胸骨下端或心前区，可放射至左肩及左臂内侧，呈压榨样疼痛并伴有压迫感或窒息感；纵隔或食管疾病所致的疼痛在胸骨后；胸壁疾病所致的胸痛常固定于病变部位；肋间神经痛呈阵发性灼痛和刺痛，并沿肋间分布，肌痛呈酸痛，骨痛呈酸痛或锥刺痛，且局部多有明显压痛；胸膜炎所致的胸痛，常在胸廓扩张度较大的部位；肺癌常有极难忍受的胸部闷痛；膈疝的疼痛在胸下部或心前区，呈灼痛或膨胀痛；突然发生的下胸部或上腹部剧烈疼痛，伴有发热、呼吸浅快，应考虑流行性胸痛；单侧胸痛常见于胸膜炎、肺炎、气胸、肋骨骨折、肋间神经炎等。

3. 胸痛时间与影响因素

心绞痛常在体力活动、情绪激动或饱餐后诱发，呈阵发性，一般1~5 min 停止；心肌梗塞时疼痛剧烈而持久，常伴有呼吸困难、面色苍白、发绀、冷汗；胸膜炎常见于深呼吸、咳嗽时发生胸痛或胸痛加剧，胸廓运动停止则缓解；食管疾病的疼痛常于吞咽食物时发作或加剧；心脏神经官能症所致的胸痛则于转身或弯腰时加剧；胸壁疾病所致的胸痛常见于局部压迫或胸廓活动时加剧。

4. 伴随症状

胸痛伴发热，并有相应的胸部体征，可见于传染性非典型肺炎、大叶性肺炎、脓胸、结核性胸膜炎等；胸痛伴咳嗽、咳痰、咯血

时,可见于肺结核、支气管扩张、肺癌等;胸痛伴胸闷、呼吸困难者,常见于支气管哮喘、气胸、纵隔气肿、肺气肿及心血管疾病,如心肌梗塞、心肌病、主动脉夹层动脉瘤等;胸痛伴吞咽困难可见于食管癌、贲门失弛缓症等。

5. 体征

(1)心肺体征 心音、心率、节律等有无改变,有无病理性杂音及心包摩擦音等。呼吸音有无改变,有无啰音及胸膜摩擦音。注意心肺部的体征,有助于胸痛的病因诊断。

(2)局部体征 皮肤、肌肉、肋骨等处有无红肿、疱疹、畸形、压痛等,脊柱有无畸形、压痛、活动受限等。

(四)处理原则

1. 病因治疗

应针对引起胸痛的病因及原发疾病做相应的处理。

2. 对症处理

镇痛剂可选用消炎痛 25 mg 口服,3 次/天;布洛芬 0.2 口服,3 次/天;可待因 30 mg 口服,3 次/天;强痛定 30 mg 口服,3 次/天。严重者可给予强痛定每 6 小时肌内注射 100 mg,或盐酸哌替啶(度冷丁)50~100 mg 肌内注射,也可采用 1%普鲁卡因 5~10 ml 局部封闭。

四、呼吸困难

呼吸困难是患者主观上有空气不足或呼吸费力的感觉,而客观上表现为呼吸频率、深度和节律的改变。患者用力呼吸,可见辅助呼吸肌参与呼吸运动,严重者可呈端坐呼吸或发绀。

(一)病因

1. 肺源性呼吸困难

由呼吸系统疾病引起,上呼吸道狭窄可引起吸气性呼吸困难,见于急性喉水肿、喉异物、急性咽后壁脓肿、白喉、喉癌等。肺组织

病变可致呼气性呼吸困难,见于急性细支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、棉尘肺、霉草尘肺等。肺呼吸面积减少可致混合性呼吸困难,见于慢性阻塞性肺气肿合并感染、大量胸腔积液、自发性气胸、急性粟粒性肺结核、细菌性肺炎、大片肺不张、急性肺水肿等。

2. 心源性呼吸困难

见于充血性心力衰竭、冠心病、风湿性心脏瓣膜病、心肌炎、心肌病、肺心病、心包积液、缩窄性心包炎、先心病室间隔缺损、法乐四联征等。

3. 血源性呼吸困难

见于重症贫血、输血反应、白血病、高铁血红蛋白血症、休克、大出血等。

4. 中毒性呼吸困难

见于感染性毒血症、酸中毒、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、药物中毒、有机磷农药中毒、化学毒物或毒气如亚硝酸盐、苯胺、氰化物、强酸蒸气、氯、氨、光气、臭氧、二氧化碳、甲醛中毒等。

5. 其他

大量腹水、气腹可使膈肌抬高、重度颅脑疾病以及癔病等均可引起呼吸困难。

(二)发病机理

呼吸困难的发生机理由于病因不同而异。呼吸系统疾病常使肺组织弹性阻力增大,肺顺应性降低,吸气时必须用更大的力而出现吸气性呼吸困难。若病变使呼吸道气流阻力增大,则呼气慢而长,表现为呼气性呼吸困难。任何病理条件使动脉血氧分压过低时,可通过外周化学感受器反射性地发生呼吸困难。动脉血二氧化碳分压过高或脑脊液 pH 值降低均可刺激外周化学感受器增加呼吸频率,也表现为呼吸困难。此外,大脑皮层的高级神经活动可以影响呼吸运动;由于情绪激动也可引起呼吸困难,如癔病;脑部疾病直接累及呼吸中枢时可引起呼吸困难。

(三)诊断要点

1. 病史

有无异物吸入史、心脏病、慢性支气管炎、支气管哮喘、糖尿病及感染病史。儿童呼吸困难多注意呼吸道异物、先天性疾病、急性感染等；青壮年多考虑胸膜疾患、结核、风湿性心脏病；老年人应多考虑冠心病、肺气肿、肿瘤等。另外，还应注意呼吸困难与劳力活动、职业环境以及基础疾病的关系。劳力性呼吸困难是心力衰竭的早期症状；接触各种粉尘的职业是诊断各种尘肺的基础，饲养者、种蘑菇者发生呼吸困难应考虑外源性过敏性肺炎。

2. 临床特点

(1)起病缓急 突然发生的呼吸困难多见于呼吸道异物、自发性气胸、纵隔气肿、支气管哮喘、肺栓塞、急性肺水肿、急性中毒等；反复发作的呼吸困难常见于慢性阻塞性肺部疾患、弥漫性肺间质纤维化、肺心病等。

(2)呼吸频率与深度 呼吸超过 24 次/分钟者为呼吸频率加快，见于呼吸系统疾病、心血管疾病、贫血及发热等；呼吸少于 10 次/分钟为呼吸频率减慢，是呼吸中枢受抑制的表现，见于镇静药物中毒、颅压增高、尿毒症、肝昏迷等。呼吸加深见于糖尿病与尿毒症酸中毒，呼吸变浅见于肺气肿、呼吸肌麻痹及镇静药过量等。

(3)呼吸节律改变 ①潮式呼吸：多见于脑部疾病、颅内压增高、肺功能不全、心力衰竭等。②毕欧(Biot)呼吸：为不规则呼吸与呼吸暂停呈交替现象，多见于脑炎、脑膜炎、日射病等病情危重者。③深大(Kussmaul)呼吸：多见于尿毒症、糖尿病昏迷及各种代谢性酸中毒。

(4)呼吸时限 ①吸气性呼吸困难时吸气延长而费力，多伴喘鸣、频繁干咳及三凹征阳性，常因上呼吸道狭窄所致，见于喉水肿、喉异物等。②呼气性呼吸困难时呼气明显延长而费力，常伴哮鸣音，是由于小支气管狭窄或痉挛及肺组织弹性减低所致，见于支气