

高职高专医药类相关专业规划教材

◎ 供专科医学及相关专业用

LINCHUANG YIXUE GAIYAO

临床医学概要

主 编 / 刘付平 胡忠亚
副主编 / 章宗武 周卫凤



APCTIME
时代出版

时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

高职高专医药类相关专业规划教材

供专科医学及相关专业用

LINCHUANG YIXUE GAIYAO

临床医学概要

主 编 刘付平 胡忠亚

副主编 章宗武 周卫凤

编 者 (以姓氏笔画为序)

刘付平 (安徽医学高等专科学校)

纪金生 (安徽医学高等专科学校)

李 新 (安庆医药高等专科学校)

陈方军 (安徽医学高等专科学校)

辛琼芝 (安徽医学高等专科学校)

周卫凤 (安徽医学高等专科学校)

胡忠亚 (安庆医药高等专科学校)

黄华山 (巢湖职业技术学院)

章宗武 (安徽医学高等专科学校附属医院)

江苏工业学院图书馆
藏书章

ARCTIME
时代出版

时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床医学概要/刘付平,胡忠亚主编. —合肥:安徽科学技术出版社,2009.9

ISBN 978-7-5337-4473-1

I. 临… II. ①刘…②胡… III. 临床医学-高等学校:技术学校-教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 123507 号

临床医学概要

刘付平 胡忠亚 主编

出版人:黄和平

责任编辑:何宗华 王勇

封面设计:朱婧

出版发行:安徽科学技术出版社(合肥市政务文化新区圣泉路 1118 号
出版传媒广场,邮编:230071)

电话:(0551)3533330

网址:www.ahstp.net

E-mail:yougoubu@sina.com

经销:新华书店

排版:安徽事达科技贸易有限公司

印刷:合肥创新印务有限公司

开本:787×1092 1/16

印张:23.25

字数:530千

版次:2009年9月第1版 2009年9月第1次印刷

定价:45.00元

(本书如有印装质量问题,影响阅读,请向本社市场营销部调换)

高等医学专业规划教材建设

专家指导委员会

主任委员:(按姓氏笔画排列)

方志斌 陈建中 赵国胜 徐淑秀 曹艳平

委员:(按姓氏笔画排列)

王迎新 王荣俊 甘心红 叶树荣 刘 玮

孙业桓 汪洪杰 汪桂林 张 生 张小来

张明群 张衍兴 陈 刚 周晓隆 章绍青

谢 晖 谢 强 裴海宏

前 言

《临床医学概要》是关于临床疾病诊断和防治的思路、原则、方法以及临床各科常见病、多发病的诊治原则和要点的教材。为适应教学改革的需要,在编写过程中,我们根据高等职业教育培养高素质技能型人才的原则,注意知识更新,把握本书的深度和广度,理论知识以实用、够用为度,把知识的传授与培养学生分析问题、解决问题能力和创新能力相结合,力争做到教师好用、学生好学。本书适用对象为专科非临床医学专业类学生,如医学检验、医学影像、药学及卫生信息管理专业学生等。

本书共分 14 章,内容涉及诊断学基础、急诊医学、感染性疾病、肿瘤及内科、外科、妇科、儿科等临床各科常见疾病,以感染性疾病及内科、外科疾病为主。本教材突出的特点有:①每个章节增加了案例+问题引导,便于老师开展启发式教学和调动学生的学习积极性与主动性;②每章有“学习目标”“本章小结”和“复习思考题”,突出了学习重点,也有利于学生复习、巩固所学知识;③增加了“知识链接”“小贴士”等形式内容,以便学生查阅有关文献,拓展知识面,培养自主学习能力;④把“预防”改为“健康教育”。本书还介绍了常见病的预防和保健知识及治疗原则、健康教育等基本知识,更适合非临床专业的学生使用。

本书在编写过程中,得到了各参与单位领导和教师的大力支持和帮助,在此表示诚挚的感谢!由于编写时间较紧、我们的水平和能力有限,疏漏和错误之处在所难免,恳请各位老师和读者批评指正。

编 者



目 录

第一章 诊断学基础	1
第一节 常见症状	1
第二节 问诊	20
第三节 体格检查	22
本章小结	42
复习思考题	43
第二章 急诊医学	44
第一节 心脏骤停	44
第二节 昏迷	46
第三节 休克	48
第四节 急性呼吸衰竭	56
第五节 有机磷农药中毒	59
第六节 急性一氧化碳中毒	63
第七节 酒精中毒	65
第八节 镇静催眠药和毒品类药物中毒	67
第九节 电击伤	72
第十节 溺水	73
第十一节 中暑	75
本章小结	77
复习思考题	78
第三章 感染性疾病	79
第一节 感染性疾病总论	79
第二节 病毒性疾病	90
第三节 细菌感染性疾病	114
本章小结	130
复习思考题	132
第四章 肿 瘤	133
第一节 概述	133
第二节 常见恶性肿瘤	142

本章小结	157
复习思考题	158

录 目

第五章 呼吸系统疾病 159

第一节 急性上呼吸道感染	159
第二节 急性气管-支气管炎	162
第三节 慢性支气管炎和阻塞性肺气肿	163
第四节 支气管哮喘	167
第五节 肺源性心脏病	171
第六节 肺炎	176
第七节 肺结核	183
第八节 胸腔积液	193
本章小结	198
复习思考题	198

第六章 循环系统疾病 200

第一节 风湿性心瓣膜病	200
第二节 原发性高血压	206
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	211
第四节 心力衰竭	216
第五节 心肌疾病	220
本章小结	224
复习思考题	224

第七章 消化系统疾病 225

第一节 胃炎	225
第二节 消化性溃疡	228
第三节 急性阑尾炎	232
第四节 肠梗阻	235
第五节 胆管疾病	239
第六节 急性胰腺炎	246
第七节 肝硬化	250
本章小结	255
复习思考题	256

第八章 泌尿生殖系统疾病 257

第一节 肾小球肾炎	257
第二节 肾病综合征	263

第三节	慢性肾功能衰竭	266
第四节	泌尿生殖系统感染	270
第五节	肾输尿管结石	274
本章小节	.....	277
复习思考题	.....	278
第九章	血液系统疾病	279
第一节	贫血	279
第二节	出血性疾病	282
本章小节	.....	285
复习思考题	.....	285
第十章	内分泌及代谢障碍疾病	286
第一节	甲状腺功能亢进症	286
第二节	甲状腺功能减退症	291
第三节	糖尿病	293
本章小节	.....	297
复习思考题	.....	298
第十一章	风湿性疾病	299
第一节	类风湿关节炎	299
第二节	系统性红斑狼疮	306
本章小节	.....	313
复习思考题	.....	313
第十二章	神经系统疾病	314
第一节	急性脑血管病	314
第二节	癫痫	324
本章小节	.....	327
复习思考题	.....	327
第十三章	妇产科疾病	328
第一节	妊娠诊断	328
第二节	异位妊娠	330
第三节	生殖系统炎症	331
第四节	妊娠滋养细胞疾病	334
第五节	生殖系统肿瘤	338

本章小结	342
复习思考题	342

第十四章 儿科疾病	343
第一节 生长发育	343
第二节 婴儿喂养	348
第三节 新生儿疾病	349
第四节 维生素 D 缺乏性佝偻病	355
本章小结	359
复习思考题	360

参考文献	361
-------------------	------------

第一章 诊断学基础

学习目标

- 掌握 各常见症状的定义和临床表现,问诊的内容及体格检查的基本方法。
- 熟悉 常见症状的实验室检查及相关辅助检查,各部位体格检查方法。
- 了解 常见症状的病因、发病机制和处理原则,问诊的重要性及注意事项。



第一节 常见症状

症状是患者对机体生理功能异常的自身体验和感受,主要是患者主观感觉到的异常或不适,如头痛、发热、眩晕等。体征是医务人员在体格检查中发现的异常的客观表现,如黄疸、心脏杂音、肝脾肿大等。有些症状既是症状也是体征,如发热、皮肤黄染等。症状可以为诊断提供重要的线索。

一、发热

体温受昼夜、年龄、性别、运动、内环境等因素的影响可有所变化。一般下午和晚上体温较早晨偏高,儿童体温较老年人偏高,等等,但都属正常现象。

正常体温:腋下 $36\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$,口腔 $36.3\sim 37.2\text{ }^{\circ}\text{C}$,直肠 $36.5\sim 37.7\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。腋下体温测量10分钟,直肠和口腔体温测量5分钟。一般口腔较腋下高 $0.2\sim 0.3\text{ }^{\circ}\text{C}$,直肠较口腔高 $0.3\sim 0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。

小贴士

体温调节中枢位于下丘脑。



案例分析

上呼吸道感染会出现发热,心肌梗死后也会有发热。

- 问题:1. 机体受病原体感染时为什么会发热? 2. 人体体温是怎样调节的? 3. 发热时有哪些临床表现? 4. 遇到高热的患者我们应怎样处理?

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。以口腔温度为标准,发热分为四度:低热 $37.3\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$,中热 $38.1\sim 39\text{ }^{\circ}\text{C}$,高热 $39.1\sim 41\text{ }^{\circ}\text{C}$,超高热 $\geq 41.1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。



(一)发热的病因

(1)感染性发热。见于各种病原体感染,是最常见的发热原因。如细菌、真菌、病毒、支原体、衣原体和某些寄生虫等引起的疾病均可导致发热。

(2)非感染性发热。常见原因有:①坏死物质的吸收,如大手术后、急性心肌梗死、内出血、大面积烧伤等;②变态反应,如风湿热、系统性红斑狼疮等;③内分泌与代谢疾病,如甲亢、重度脱水等;④皮肤散热减少,如大面积烧伤治疗后等;⑤体温调节中枢功能失常,如中暑、脑出血、自主神经功能紊乱等;⑥产热过多,如惊厥、癫痫等。

(二)发热的机制

1. 致热原性发热

致热原是指能引起人体发热的物质。致热原分为两种:

(1)外源性致热原:细菌、病毒、真菌、毒素及炎性渗出物。

(2)内源性致热原:细胞释放的代谢产物,如白介素、干扰素、肿瘤坏死因子(TNF)等。

外源性致热原被白细胞或巨噬细胞吞噬释放出代谢产物(内源性致热原),作用于下丘脑体温调节中枢,使体温调节点上移引起发热。一方面通过垂体内分泌因素使代谢增加和骨骼肌产热增多,另一方面交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,排汗减少,致使产热大于散热,体温升高而发热。

2. 非致热原性发热

非致热原性发热是指体温调节中枢功能障碍或体温调节异常所致的发热。

(1)体温调节中枢受损:如脑出血、颅脑外伤等。

(2)产热过多:如甲亢、癫痫等。

(3)散热减少:如大面积烧伤后、心衰等。

(三)临床表现

1. 发热的过程

(1)体温上升期:常有畏寒、乏力、皮肤苍白、肌肉酸痛等。分两型:①骤升型:体温急剧升高,数小时达高峰,见于肺炎、脓毒症、疟疾等;②缓升型:数日内达高峰,见于肺结核、伤寒等。

知识链接

在发热的过程中要密切观察病情变化,至少每4h测一次体温和脉搏。

(2)高热期:体温到高峰后保持一段时间,可持续数小时、数日或数周,表现皮肤潮红、烦躁或精神萎靡不振、呼吸加快加深、纳差等。

(3)体温下降期:①骤降:体温于数小时降至正常。伴有大汗,如肺炎球菌肺炎、疟疾等;②渐降:体温于数天内逐渐降至正常。如伤寒、布鲁菌病等。体温下降后精神、食欲等逐渐恢复。

2. 热型

(1)稽留热:体温在 39°C 以上持续达数日或数周,24h波动不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、伤寒高热持续期。

(2)弛张热:又称脓毒症热型,体温在 39°C 以上,24h波动幅度在 2°C 以上,体温最低时一般仍在正常值以上。常见于脓毒症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等。

(3)间歇热:高热与无热期交替出现,无热期可持续1d至数天。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。



(4)波状热:体温逐渐升高至 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常,持续数天后又逐渐升高。见于布鲁菌病。

(5)回归热:体温急剧上升至 39°C 以上,持续数日后又急剧下降至正常,高热与无热各持续数日。常见于回归热、霍奇金病等。

(6)不规则热:发热曲线无规律可循,可见于感染性疾病、肺结核、风湿热、渗出性胸膜炎等。

(四)辅助检查

(1)血常规:一般细菌性感染时白细胞增多,中性粒细胞升高,但是伤寒、副伤寒白细胞计数减少;病毒感染时白细胞计数正常或减少,如乙脑和出血热白细胞和中性粒细胞减少;白血病和严重感染类白血病反应时,白细胞明显增加,末梢血出现幼稚细胞;寄生虫病及变态反应性疾病时嗜酸性细胞增多;长期发热可有贫血,血中红细胞和血红蛋白减少。

(2)尿常规:对尿路感染、肾脏疾病有重要价值。当尿沉渣镜检白细胞大于 $3/\text{HP}$ 称为镜下脓尿,红细胞大于 $5/\text{HP}$ 称为镜下血尿。

(3)粪常规:注意外观,检查有无脓血便、虫卵等。

(4)凝血机制:血液病及严重感染可有凝血机制改变。

(5)细菌学检查:对不明原因的感染或怀疑有细菌感染时可做细菌学检查。

(6)血清学检查:针对不同的免疫及变态反应性疾病采用相应的检查。如类风湿因子、抗核抗体检查、肥达反应、外斐反应等。

(7)骨髓检查:如骨髓细菌培养、找幼稚细胞等,对血液病有确诊价值。

(8)X线检查:对肺部感染的诊断有重要价值,是早期发现肺结核病的首选指标。

(9)超声波检查:对胆管疾病、肝脏疾病、胸腔积液的诊断有重要价值。

二、头痛

头痛指患者在额、顶、颞、枕部的疼痛。头痛的病因多种多样,有功能性的,也有器质性的,因此,对其病因的诊断有时比较困难。

(一)病因

(1)颅脑病变:①各种病原体感染,如流脑、乙脑、脑脓肿等;②脑血管病变,如脑出血、脑血栓等;③占位性病变,如颅脑肿瘤、颅内包虫病等;④颅脑外伤,如脑震荡、脑挫伤等;⑤其他,如偏头痛、丛集性头痛、头痛性癫痫等。

知识链接

对于50岁以上的头痛患者应注意脑血管疾病!对于疑为脑膜炎的患者确诊前应先使用抗生素治疗!

案例分析

患者,男,60岁,有高血压病史多年,2h前因情绪激动突然出现剧烈头痛、恶心呕吐,伴右侧偏瘫。

问题:1.该患者头痛的原因是什么?
2.进一步明确诊断需做哪些检查?怎样与其他原因引起的头痛鉴别?

(2)颅外病变:①颅骨病变;②颈椎病及其他颈部疾病;③神经痛,如三叉神经痛、枕神经痛、咽喉神经痛等;④眼、耳、鼻和齿所致的疾病。

(3)全身性疾病:①急性感染,如流感、伤寒、肺炎等;②心血管疾病,如高血压病、心衰等;③中毒,如酒精、一氧化碳和有机磷农药中毒等;④其他,如中暑、尿毒症、贫血、月经期头痛等。

(4)药物性头痛:如硝苯地平、尼莫地平、硝酸酯类等引起的头痛。



(5)神经官能症:如神经衰弱、癔病性头痛等。

(二)临床表现

(1)头痛发生的急缓:急性头痛伴发热常见于急性感染;急性剧烈头痛伴意识障碍提示脑血管病变;头痛缓慢发生,进行性加重是颅内占位的表现。

(2)头痛部位:感染性疾病的头痛多为全头痛,深部头痛多为颅内病变,偏头痛多在一侧,三叉神经痛沿着其分布区痛,鼻旁窦炎在其投影部位痛,等等。

(3)头痛程度:与患者对疼痛的敏感性和耐受性有关,与病情轻重不平行。

(4)头痛性质:搏动性痛见于血管性头痛,压迫样痛见于肌收缩性头痛,闪电性痛见于神经性头痛。

(5)头痛时间:头痛晨间加剧见于颅内占位,丛集性头痛常在夜间发生,女性偏头痛常与月经有关。


(6)影响头痛的因素:用力、转体、咳嗽、吞咽时可加重头痛。

(三)辅助检查

根据临床需要和具体条件,为明确诊断选择相应的检查。对癫痫性头痛可首选脑电图,对脑血管疾病可首选头颅电子计算机断层扫描(CT),还可做磁共振成像(MRI)、三大常规及脑脊液检查等。

三、咳嗽与咳痰

咳嗽是一种防御反射,通过咳嗽与咳痰清除呼吸道的分泌物和异物以保持呼吸道的通畅,但是剧烈的咳嗽可引起不良的后果,如影响睡眠、引起气胸、加重心衰和诱发肺气肿等。



案例分析

呼吸系统疾病、心血管疾病和胸膜炎等都可引起咳嗽。

问题:有哪些因素可引起咳嗽?它们是怎样引起咳嗽的?

(一)病因

(1)呼吸道疾病:如气管与支气管炎、支气管哮喘等。从鼻咽部到小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时均可引起咳嗽,以喉部杓状间腔和气管分叉部黏膜最为敏感。

(2)胸膜疾病:如胸膜炎、胸膜间皮瘤、气胸等。

(3)心血管疾病:左心衰肺淤血、肺动脉高压、肺栓塞等。

(4)中枢神经因素:大脑皮质可通过有意识或无意识的活动影响咳嗽动作。

(二)发生机制

(1)咳嗽:是由于外界刺激传入延髓咳嗽中枢后经反射引起的。具体为呼吸道黏膜及脑、耳、内脏受刺激,神经冲动经迷走神经、舌咽神经和三叉神经传入延髓咳嗽中枢,经喉下神经、膈神经及脊神经传出,咽喉部肌肉收缩引起声门、膈肌及呼吸肌收缩,引发咳嗽动作。

(2)咳痰:呼吸道黏液-纤毛转运机制,咳痰以保证呼吸道通畅。

(三)临床表现

(1)咳嗽性质:胸膜炎及上呼吸道感染的早期等痰液较少,主要表现为干性咳嗽。慢性支气管炎、支气管扩张和肺脓肿等有大量的白色黏痰或脓性痰,表现为湿性咳嗽。



(2)咳嗽的时间与节律:突发咳嗽常见于呼吸道受到冷空气、烟雾和化学物质刺激及上呼吸道感染等;发作性咳嗽见于百日咳、支气管哮喘等;长期慢性咳嗽常见于慢性呼吸道及肺部疾病;清晨起床及晚间卧床变动体位咳嗽加剧、痰量较多见于支气管扩张、肺脓肿;夜间咳嗽见于左心衰、肺结核等。

(3)咳嗽的音色:声音嘶哑见于声带炎、喉炎、喉癌、喉返神经麻痹等;金属音调见于支气管肺癌、纵隔肿瘤等压迫气管;鸡鸣样见于百日咳、会厌喉部疾患和气管受压;声音低微或无声见于极度衰弱或声带麻痹患者。

(4)痰的性状:黏液性、浆液性、黏液脓性、浆液血性、血性等。

(5)痰色:①脓痰伴恶臭见于伴厌氧菌感染;②黄绿痰见于绿脓杆菌感染;③痰中带血见于肺癌、肺结核;④粉红色泡沫痰见于左心衰急性肺水肿;⑤铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎;⑥巧克力色痰见于肺阿米巴病;⑦烂桃样或果酱色痰见于肺吸虫病;⑧日咳数百至上千毫升浆液泡沫痰见于弥漫性肺泡癌等。

(四)辅助检查

(1)血液检查:①血常规:咳嗽伴有发热时要进行血常规检查,细菌感染往往白细胞和中性粒细胞增高;②血沉:肺结核时血沉增快。

(2)痰液检查:一般性状、颜色、病原学和脱落细胞检查。痰培养+药敏检查对指导用药有帮助,痰脱落细胞检查找到癌细胞对肺癌有确诊价值,支气管哮喘患者痰中有大量嗜酸性粒细胞,肺结核患者应做痰液抗酸染色找结核杆菌。

(3)胸部影像学检查:根据需要可选择X线、CT、MRI等。

(4)其他:对怀疑有肺癌、X线和CT不能确诊的患者,可行纤维支气管镜检查。对于慢性咳嗽的患者,要了解有无肺气肿,可进行肺功能检查。

四、咯血

喉及喉以下的呼吸道任何部位的出血经口腔排出称为咯血。但要排除口腔、咽及鼻部出血,还要注意与消化道出血鉴别(表1-1)。



案例分析

患者,女性,24岁,长期咳嗽、咳大量脓痰,反复出现咯血。近几天因受凉再次出现咳嗽及咯血。体检:右下肺有湿啰音。

问题:1.首先考虑该患者是什么病? 2.哪些原因可以引起咯血? 3.患者发生咯血时我们应注意些什么?

表1-1 咯血与呕血的鉴别

项目	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、肺炎、心脏病	消化性溃疡、肝硬化、急性糜烂出血性胃炎、胆管疾病
出血前症状	咽喉部发痒、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出,可呈喷射状
血色	鲜红	咖啡色或暗红,偶鲜红
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无,咽下血液时有	有,呕血停止后仍持续数日
出血后症状	常有血痰数日	无血痰



(一) 病因

(1) 支气管病变: 支气管扩张、肺癌、支气管内膜结核和慢性支气管炎等。出血原因主要是炎症时黏膜毛细血管扩张被咳破或肿瘤侵犯黏膜血管所致。

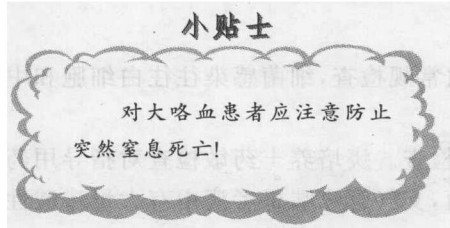
(2) 肺部疾病: 肺结核、肺炎、肺脓肿等, 其中肺结核是最常见的病因。

(3) 心血管疾病: 二尖瓣狭窄、左心功能不全等所引起的咯血主要是肺动脉压升高、肺淤血所致。二尖瓣病变所引起的咯血在早期多见, 到晚期由于血管内膜增厚出血反而减少。肺梗死咯血主要是病变区血管损伤, 咳嗽时破裂出血和血管渗出所致。

(4) 其他: 血液病、急性传染病(流行性出血热)、风湿、支气管子宫内膜异位症等。

(二) 临床表现

(1) 年龄: 青壮年患者以肺结核、支气管扩张和二尖瓣狭窄多见。对于长期吸烟的患者, 年龄大于 40 岁, 要注意肺癌的可能。



(2) 咯血量: 分三类, 小量: 每天咯血量在 100 ml 以内; 中等: 100~500 ml; 大量: 每天咯血超过 500 ml 或一次咯血量在 300 ml 以上。大量咯血时患者常有精神紧张、烦躁不安、脉搏细速、出汗及血压下降等。

(3) 咯血的颜色和性状: 鲜红色见于肺结核、支气管扩张等; 铁锈色见于肺炎球菌大叶性肺炎、肺吸虫病; 砖红色胶冻样见于克雷伯杆菌肺炎; 粉红色泡沫样痰见于肺水肿。

(4) 伴随症状: 肺结核患者常伴有午后低热、盗汗和消瘦等, 支气管扩张主要有长期咳嗽、大量脓痰和反复咯血。肺结核、肺癌患者往往痰中带血, 如较大血管受侵蚀破裂也可有大咳血。

(三) 辅助检查

(1) 血液及骨髓检查: 有助于发现有无血液系统疾病, 如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血和白血病等。

(2) 痰液检查: 包括常规、病原菌(培养+药敏)、脱落细胞检查等, 对肺癌诊断有重要意义。

(3) X 线检查: 透视是最常用的检查方法, 可早期发现病变, 如肺结核等。在诊断不明确或为了观察病情变化时, 应行摄片检查。

(4) CT 检查: 对于肺内病变, 为明确诊断可做肺部 CT 检查。

(5) 其他: 纤维支气管镜和支气管造影等, 可根据需要选做。

五、呼吸困难

呼吸困难指患者主观感到呼吸费力、空气不足, 客观表现为用力张口呼吸, 严重者有鼻翼扇动、张口耸肩、发绀, 辅助呼吸肌参与呼吸运动, 并有呼吸频率、节律和深



案例分析

患者 1, 男性, 56 岁, 有慢性咳嗽、咳痰病史 10 年, 近来因受凉发热, 出现胸闷、呼吸费力、张口呼吸、口唇发绀。

患者 2, 高血压, 近来因劳累出现心悸、胸闷, 夜间在睡眠中突感胸闷、呼吸困难而憋醒, 被迫坐起数分钟后好转。

问题: 1. 什么是呼吸困难? 哪些情况下会出现呼吸困难? 2. 这两个患者呼吸困难是怎样发生的? 3. 不同类型的呼吸困难有哪些临床表现?



度的异常。呼吸困难的原因有许多,但以呼吸和循环系统疾病常见。

(一) 病因

(1) 呼吸系统疾病:①气道阻塞:气管与支气管异物、痰液阻塞、喉头水肿、白喉等;②支气管疾病:支气管哮喘、慢性支气管炎、支气管肺癌等;③肺疾患:各种肺炎、肺脓肿、肺不张、弥漫性肺间质纤维化及水肿等;④胸廓胸膜疾病:严重胸廓畸形、多根多处肋骨骨折、胸膜广泛增厚、气胸、大量胸腔积液等;⑤神经肌肉疾病:重症肌无力、格林-巴利综合征等;⑥膈运动障碍:膈肌麻痹、大量腹水、怀孕晚期等。

小贴士

对支气管异物患者急救时
采用 Heimlich 手法可取得立竿
见影的效果!

(2) 心血管疾病:各种原因引起的心力衰竭、风湿性心瓣膜病等。

(3) 中毒:尿毒症、酮症酸中毒、一氧化碳中毒、有机磷中毒等。

(4) 血液病:重度贫血、异常血红蛋白增多、白血病等。

(5) 神经精神因素:颅脑外伤、脑出血、癔症等。

(二) 临床表现

1. 肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难按临床表现不同可分为以下三种:

(1) 吸气性呼吸困难:表现为吸气费力,吸气时间延长,严重者可出现吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷,称为“三凹征”。如喉水肿、支气管肿瘤及气管异物等。常伴有干咳及吸气时高调的喉鸣音,提示上呼吸道狭窄或阻塞,当阻塞现象去除后此表现可很快消失。

(2) 呼气性呼吸困难:表现为呼气费力,呼气时间明显延长,常伴有干啰音。此表现提示下呼吸道狭窄或阻塞。如支气管哮喘患者主要表现为呼气性呼吸困难,听诊时两肺有广泛的哮鸣音,使用支气管舒张剂可使症状缓解。

(3) 混合性呼吸困难:吸气和呼气都感到困难,往往以呼气时间延长更为明显,呼吸增快、变浅,听诊时呼吸减弱,常有异常呼吸音(如干、湿啰音),常见于广泛肺实质或间质病变及严重胸廓畸形,膈肌、胸膜和神经-肌肉疾病,如干酪样肺炎、广泛胸膜增厚、大面积肺不张、气胸等。

2. 心源性呼吸困难

心源性呼吸困难的特点是活动时出现或加重,休息后好转;平卧位时加重,半卧位及坐位时好转。

(1) 左心衰引起:①肺淤血,气体弥散功能下降引起缺氧;②肺泡张力增高;③肺循环压力升高;④肺泡弹性减退。缺氧通过刺激主动脉和颈动脉体,肺泡张力增高、肺循环压力增高刺激肺内牵张感受器,通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢,加上肺泡弹性减退引起呼吸困难。左心衰时劳力型呼吸困难出现最早,表现为活动及劳累时呼吸困难,伴有心悸、胸闷等;夜间阵发性呼吸困难,表现为熟睡中突然出现呼吸困难、胸闷、憋气而惊醒,被迫坐起,恐惧和紧张,数十分钟后好转,又称“心源性哮喘”。见于心肌病、冠心病、高血压性心脏病等。

(2) 右心衰引起:①体循环淤血,酸性代谢产物增高和缺氧刺激呼吸中枢;②右心房和上腔静脉压升高,刺激压力感受器兴奋呼吸中枢;③肝脾肿大、腹水、胸腔积液使呼吸受限等引



起呼吸困难。右心衰引起呼吸困难常伴有颈静脉怒张、肝脾肿大、下肢水肿,如肺心病、左向右分流的先天性心脏病等。

3. 中毒性呼吸困难

糖尿病酮症酸中毒表现为呼吸深长、规则,呼气时有烂苹果味;尿毒症患者呼气时有氨味;一氧化碳中毒,呼吸深快;安眠药中毒者呼吸浅慢等。

4. 神经精神性呼吸困难

颅脑损伤、脑水肿时,呼吸深慢,可有呼吸节律的异常。癔病性表现为呼吸浅快,常有精神因素。

5. 血液病

如异常血红蛋白病,因血氧含量减少刺激呼吸中枢使呼吸深快。

(三) 辅助检查

除血、尿常规外,根据需要还可选做痰液检查、胸部 X 线透视或摄片,必要时做血气分析、电解质、肝肾功能检查等。对于心源性呼吸困难,应做心电图或超声心动图检查;对于脑血管疾病和颅脑损伤,应做头颅 CT 检查。

六、发 绀

发绀是指血液中还原血红蛋白增多或血液中含有异常血红蛋白衍生物(高铁血红蛋白、硫化血红蛋白)所致皮肤和黏膜青紫现象。



案例分析

患儿,6岁,休息时有口唇、指甲发紫,活动时感呼吸困难和心悸而采取蹲踞体位以缓解症状。体检:胸骨左缘3~4肋间闻及4/6SM。

患者,男性,60岁,有慢性咳、痰、喘及反复呼吸道感染病史10年,近来因受凉而再次加重,同时有呼吸困难、口唇发青。

问题:1. 这两位患者为什么会出现皮肤及黏膜发青? 2. 不同病因引起的发绀临床上各有哪些特点?

(一) 病因及发生机制

(1) 还原血红蛋白增多:各种原因引起缺氧致还原血红蛋白增多时都可引起发绀,但主要是心肺疾病所致。正常情况下,体循环动脉血以氧合血红蛋白为主,还原血红蛋白含量约为7.5 g/L,毛细血管中还原血红蛋白约为26 g/L,不会引起发绀。当吸入气体中氧分压过低或某种心肺疾病致气体交换功能障碍引起缺氧时,可使毛细血管血中还原血红蛋白明显升高,当超过50 g/L时,可出现发绀。重度贫血时,即使严重缺氧,也难引起发绀。

(2) 血液中含有异常血红蛋白衍生物:①高铁血红蛋白血症:正常人血红蛋白分子含二价铁,与氧结合为氧合血红蛋白。当血红蛋白中铁丧失一个电子,被氧化为三价铁时,即称为高铁血红蛋白(MetHb),失去携带氧的能力。正常人血中MetHb仅占血红蛋白总量的1%左右,不会出现发绀。由于先天性因素或接触和摄入某些药物或化学物,如亚硝酸钠、硝酸铵、非那西汀、磺胺药物等,可使血中MetHb明显升高,当超过30 g/L时会出现发绀。②引起MetHb血症的药物或化学物质也能引起硫化血红蛋白血症,但须患者同时有便秘或服用硫化物(主要为含硫的氨基酸)在肠内形成大量硫化氢为先决条件,使硫化氢作用于血红蛋白,而生成硫化血红蛋白,当血中含量达5 g/L时,即可出现发绀。