

乡村全科助理医师考试:《答疑周刊》2019年第46期

问题索引:

【问题】

一、呼吸困难的常见原因和临床特点有哪些?

二、呼吸困难如何处理和转诊?

三、胸痛的常见病因与临床特点有哪些?

具体解答:

一、呼吸困难的常见原因和临床特点有哪些?

呼吸困难常见病因和临床特点

引起呼吸困难最常见的原因是呼吸系统疾病和心血管系统疾病,其次为中毒性、中枢性及精神性(心理性)等。

(一)肺源性呼吸困难

呼吸系统疾病引起的呼吸困难也称为肺源性呼吸困难。常见于各种原因引起的气道狭窄、哮喘、慢性阻塞性肺疾病(COPD)、气胸、大量胸腔积液、重症肺炎、肺肿瘤等。

1. 吸气性呼吸困难 主要见于大气道狭窄,如急性喉炎、喉头水肿、气管异物、气管肿瘤或气管受压。临床特点是吸气费力,吸气时间延长,病人可有刺激性干咳或吸气性喉鸣;查体可见“三凹征”,即吸气时由于呼吸肌过度用力而出现胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙明显凹陷。

2. 呼气性呼吸困难 主要见于哮喘、COPD,是由于小气道或肺泡弹性回缩力下降引起。临床特点是呼气费力,呼气时间延长;查体可闻及哮鸣音。

3. 混合型呼吸困难 主要因气体交换面积减少所致。临床特点是呼气浅快、局部呼吸音减弱或消失、可伴有病理性呼吸音。常见于重症肺炎、大面积肺栓塞、气胸、大量胸腔积液、肺间质纤维化、尘肺等。

(二)心源性呼吸困难

心血管系统疾病引起的呼吸困难又称为心源性呼吸困难。主要见于各种心脏病引起的左心衰竭。也可见于右心衰竭、大量心包积液、先天性发绀型心脏病。

1. 左心衰竭有急性与慢性之分。

(1) 慢性左心衰竭主要表现为活动后呼吸困难及夜间阵发性呼吸困难。前者常在终止活动后缓解;后者坐起后可减轻或缓解。严重左心衰竭的病人不能平卧,睡眠时只能高枕卧位或坐位。体检可发现原有的心脏病体征(如心脏扩大、病理性心脏杂音等)。

(2) 急性左心衰竭时病人有明显的喘憋、呼吸急促,伴有大汗、端坐呼吸,严重者咯白色或粉红色泡沫痰;查体可见口唇发绀、呼吸加快、双肺湿啰音(肺底明显),有时可伴有哮鸣音。急性左心衰竭因症状酷似支气管哮喘发作,故又称为心源性哮喘。体检除原有的心脏病体征外,心尖部常可闻及舒张期奔马律。

2. 其他心脏疾病 右心衰竭及心包大量积液时静脉回流受阻、淤血性肝大、腹水、胸腔积液,导致呼吸运动受限、肺受压、气体交换面积减少因而出现呼吸困难。先天性发绀型心脏病由于血氧含量下降可导致呼吸困难,活动后更明显。

(三)其他原因导致的呼吸困难

1. 中毒性呼吸困难 代谢性酸中毒引起的呼吸困难表现为呼吸深大而节律规整,其中糖尿病酮症酸中毒者呼气中有烂苹果味,尿毒症所致代谢性酸中毒者呼气中有氨味。一氧化碳中毒者有相应的暴露史,病人口唇呈樱桃红色。有机磷中毒者出现大量白色泡沫痰伴全身湿冷、肌颤、瞳孔缩小。

2. 中枢性呼吸困难 脑血管意外、颅内肿物引起的颅压升高者表现为呼吸深慢、节律不规则。

3. 精神性呼吸困难 癔症病人呼吸浅快,常伴有口周麻木、手足搐搦;神经症病人常自诉有胸闷、气短,长出气后感到舒适,体检无呼吸困难的体征。

4. 贫血引起的呼吸困难 严重贫血者有睑结膜、甲床苍白。

二、呼吸困难如何处理?

呼吸困难的处理

1. 急救措施

(1) 气道异物:应立即采用 Heimlich 手法进行救治;发生窒息时应及时做环甲膜穿刺术或切开术以开通过道。

(2) 过敏所致喉头水肿:立即使病人脱离致病原。如输注青霉素等药物时突然发生喉头水肿,应立即停止使用青霉素;皮下或肌内注射肾上腺素 0.3~0.5mg,可每 5~10 分钟重复给药,若发生心搏骤停,可 1mg 静脉推注或肌内注射;静脉注射地塞米松 5~10mg;异丙嗪(非那根)10mg 缓慢静脉注射(或 25mg 肌内注射)。

(3) 脱离中毒环境:一氧化碳中毒应及时将病人转移至空气新鲜处。有机磷农药中毒应迅速清除毒物,将病人撤离中毒环境,去除被污染的衣物,清洗污染的皮肤;口服者予以催吐或用清水洗胃。

2. 对症处理

(1) 休息,急性肺栓塞、气胸应绝对卧床休息。

(2) 急性左心衰竭者取半卧位或坐位,其他情况应帮助病人采取可缓解症状的体位。

(3) 吸氧, COPD 病人宜低流量给氧。

(4) 保持呼吸道通畅,及时清理分泌物,可酌情给予解痉、祛痰药物。

3. 尽可能明确呼吸困难的病因,根据病因进行处理 如哮喘可使用支气管解痉药,心源性哮喘可用强心、利尿、扩张血管药;糖尿病酮症酸中毒应使用胰岛素治疗;大量胸腔积液及气胸者应作胸腔穿刺治疗。对于不能判断是支气管哮喘还是心源性哮喘的病人可先给予茶碱治疗以缓解症状。

三、胸痛的常见病因与临床特点有哪些?

(一) 心脏血管疾病

1. 心绞痛 是中老年病人胸痛的常见原因。其特点是:胸骨后或心前区压榨性疼痛/闷痛,范围如手掌大小;疼痛可放散至心前区、下颌、左上肢,发作持续数分钟,体力负荷增加时诱发,休息或用硝酸酯类药物后可缓解;发作时心电图出现缺血性 ST-T 改变。

2. 急性心肌梗死 表现为更严重的心绞痛。其特点是无明显诱发因素,突发心前区与胸骨后剧烈疼痛,伴有濒死感和恐惧感,持续时间长,服硝酸甘油无效,可伴有休克、心力衰竭、心律失常等。心电图出现单向曲线型的 ST 段抬高或 ST 段的显著降低;同时伴心肌坏死标志物升高。

3. 心包炎 呈急性或亚急性发病,多见于青壮年,先有呼吸道感染症状,持续性或间歇性胸痛,吸气与咳嗽可使疼痛加重;伴有发热、气短。体检可听到心包摩擦音。心电图多导联 ST 轻度抬高;超声心动图可发现心包少量积液。

4. 主动脉夹层 中年以上发病,有高血压、动脉硬化史。突然发生剧烈胸痛,可放射至头、颈、上肢、腰背、中下腹甚至下肢,疼痛剧烈可有休克征象。体检两上肢血压或上、下肢血压有明显差别;颈部血管或主动脉瓣区出现杂音。心电

图改变缺乏特异性。超声心动图可能看到升主动脉增宽、主动脉出现夹层。

5. 肺栓塞 病人有慢性血栓闭塞症的危险因素。突然发生一侧胸痛伴呼吸困难、发绀、咳嗽、咯血;重症者可有晕厥。查体:肺动脉瓣区第二音亢进。心电图出现 $S_1Q_3T_3$ 改变,或右束支传导阻滞、电轴右偏、顺钟向转位;超声心动图示肺动脉高压、三尖瓣关闭不全。

(二) 胸膜疾病

1. 自发性气胸 在持重物或剧烈咳嗽后突然发病;一侧胸痛伴呼吸困难、干咳。查体:气管向健侧移位;叩诊患侧呈鼓音,患侧呼吸音减低或消失。胸部 X 线检查示患侧肺压缩。

2. 胸膜炎 急性或亚急性起病,胸痛伴发热、咳嗽、气短。查体:患侧叩诊浊音,听诊有胸膜摩擦音。胸部 X 线片可见少量胸腔积液。

3. 肺炎大叶性肺炎 当炎症累及胸膜时可出现胸痛。急性起病,胸痛伴发热、咳嗽、咳痰。查体:叩诊患侧浊音,听诊有支气管呼吸音及湿啰音。胸部 X 线片可见片状阴影。

(三) 食管疾病

1. 胃食管反流病 特点为胸骨后烧灼样疼痛,饱餐后平卧易发生,常于夜间发作。平时经常有反酸、胃灼热的症状。

2. 食管癌 特点是吞咽时疼痛发作或加剧,常伴有吞咽困难;病人有进行性消瘦。

(四) 胸壁疾病

1. 肋骨骨折 有外伤史,呼吸时疼痛加重,局部有压痛、骨擦感。胸部 X 线片有时可见骨折(也可能不明显)。

2. 肋软骨炎 可持续数周或数月,呼吸及上臂活动时加重。查体:肋软骨有压痛。心电图、胸部 X 线片无异常。

(五) 神经与精神性胸痛

1. 带状疱疹 亚急性发病,一侧剧烈胸痛,夜间重。发病数天后胸壁出现疱疹,沿神经走行呈簇状分布。心电图、胸部 X 线片无异常。

2. 肋间神经痛 胸痛为刺痛、串痛,肋骨下缘可有压痛并沿肋间神经走行放散。心电图、胸部 X 线片无异常。

3. 心脏神经症 青年或中年女性,有神经衰弱的症状,胸痛为短暂的刺痛或较久的隐痛;经常有胸闷、气短等不适,与情绪有关。心肺检查正常,心电图、胸部 X 线片无异常。

(六) 腹部疾病

1. 膈下脓肿、肝脓肿 亚急性发病,寒战高热,下胸部或背部疼痛,右侧较重。查体:局部有明显压痛。胸部透视膈运动减弱;血常规、胸部 X 线片、B 超检查有助于诊断。

2. 胆囊炎、胆石病 发作时右上腹疼痛,可向右胸部及右肩部放散。腹部超声可明确诊断。

乡村全科助理医师考试:《答疑周刊》2019 年第 46 期(word 版下载)

【医学教育网版权所有,转载务必注明出处,违者将追究法律责任】