

心源性呼吸困难	<p><u>功能障碍:</u></p> <p>2) 肺泡张力增高, 刺激肺张力感受器, 通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢;</p> <p>3) 肺泡弹性降低, 导致肺通气流减少;</p> <p>4) 肺循环压力升高, 对呼吸中枢的反射性刺激。</p> <p><u>3. 右心衰引发呼吸困难机制 (背):</u></p> <p>1) 右心房与上腔静脉压升高, 刺激压力感受器反射性兴奋呼吸中枢;</p> <p>2) 血氧含量减少、乳酸等酸性代谢产物增多, 刺激呼吸中枢;</p> <p>3) 淤血性肝肿大、腹水和胸水, 使呼吸运动受限, 肺受压气体交换面积减少。</p>	<p>肺泡通气进一步减少; 仰卧位时肺活量减少, 静脉回心血量增多, 原有肺淤血加重;</p> <p>夜间呼吸中枢敏感性降低, 对缺氧反应差。</p> <p>**</p> <p>2 右心衰竭:</p> <p>半坐位, 慢性肺心病的呼吸困难与其原发疾病亦有关; 心包疾病患者喜取前倾坐位, 减轻增大心脏对左肺压迫。</p>
中毒性呼吸困难	<p>1. 各种原因引起的酸中毒: 急、慢性肾功能衰竭、糖尿病酮症酸中毒和肾小管性酸中毒→血中酸性代谢产物增多→强烈刺激颈动脉窦、主动脉体化学感受或直接作用于呼吸中枢→增加肺泡通气排出二氧化碳;</p> <p>2. 急性感染和急性传染病;</p> <p>3. 某些药物和化学物质: 吗啡类、巴比妥类、苯二氮草类药物和有机磷杀虫药中毒, 一氧化碳中毒, 氰化物中毒→呼吸中枢受抑制→呼吸变缓慢、变浅, 且常有呼吸节律异常。</p>	<p>1. 酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸): 深长规则大呼吸, 可伴有鼾声, 有尿味、烂苹果味。</p> <p>2. 急性感染和急性传染病: 呼吸快速、急促。</p> <p>3. 某些药物和化学物质: 呼吸深快见于异常血红蛋白衍化物或氰化物中毒, 呼吸表浅、缓慢见于中枢抑制, 且常有呼吸节律异常, 如Cheyne-Stokes呼吸, Biots呼吸(间停呼吸)。</p>
神经精神性呼吸困难	<p>1. 器质性颅脑疾病: 颅脑外伤、脑血管病、脑炎、脑膜炎、脑脓肿及脑肿瘤等; 呼吸中枢因受增高的颅内压和供血减少的刺激→呼吸变慢变深, 并常伴呼吸节律的异常, 如呼吸遏制(吸气突然终止)、双吸气(抽泣样呼吸)等。</p> <p>2. 癔症: 呼吸浅表而频数, 1分钟可达60~100次, 并常因通气过度而发生呼吸性碱中毒, 出现口周、肢体麻木和手足搐搦。</p> <p>3. 神经症患者: 叹息样呼吸, 偶然出现一次深大吸气, 伴有叹息样呼气, 在叹息之后自觉轻快。</p>	
血液性呼吸困难	<p>1. 重度贫血、高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症等: 红细胞携氧减少, 血氧含量降低→呼吸加速, 心率加快。</p> <p>2. 大出血或休克: 缺血与血压下降→刺激呼吸中枢→呼吸加速。</p> <p>临床表现: 呼吸表浅、急促、心率增快。</p>	

【伴随症状】

1. 发作性呼吸困难伴有哮鸣音: 支气管哮喘、心源性哮喘;
2. 骤然发生的严重呼吸困难→急性喉水肿、气管异物、大块肺栓塞、自发性气胸、ARDS;
3. 缓慢渐进行呼吸困难: COPD、弥漫性肺间质纤维化、卡氏肺囊虫肺炎;
4. 一侧胸痛: 大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、肺梗塞、自发性气胸、急性心肌梗塞、支气管肺癌等;
5. 发热: 肺炎、肺脓肿、胸膜炎、急性心包炎、咽后壁脓肿等;
6. 咳嗽、咳脓痰: 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿并发感染、化脓性肺炎、肺脓肿、支气管扩张症并发感染等, 后二者脓痰量较多; 伴大量浆液性泡沫样痰, 见于急性左心衰竭和有机磷杀虫药中毒;
7. 大量浆液性泡沫样痰: 急性左心衰、有机磷杀虫剂中毒;
8. 昏迷: 脑出血、脑膜炎、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肺性脑病、急性中毒等。

10、黄疸jaundice

名词解释 (记住)

1. 黄疸 (jaundice): 由于血清中胆红素升高, 致使皮肤、巩膜和黏膜黄染的体征。
2. 胆红素的肠肝循环: 结合胆红素进入肠道后, 由细菌的脱氢作用还原为尿胆原, 尿胆原大部分氧化为尿胆素从粪便中排出称粪胆素。小部分在肠内被吸收, 经肝门静脉回到肝内, 其中大部分再转变为结合胆红素, 又随胆汁排入肠内, 形成“胆红素的肠肝循环”。
3. Charcot三联征: 右上腹剧痛、寒战高热、黄疸。提示急性化脓性胆管炎。
4. 正常胆红素 (TB): 1.7~17.1umol/L
 结合胆红素 (CB): 0~3.42umol/L
 非结合胆红素 (UCB): 1.7~13.68 umol/L
 隐性黄疸: 17.1~34.2 umol/L
 黄疸: > 34.2 umol/L

总胆红素 (TB) =非结合胆红素 (UCB) +结合胆红素 (CB)
问：非结合胆红素与结合胆红素的区别？
答：非结合胆红素：游离性、脂溶性、不溶于水、不能经肾脏排出。
结合胆红素：水溶性、分子量小、能经肾脏排出。

【病因及发生机制】（掌握）

分类	病因	发生机制	临床表现	实验室检查
溶血性黄疸 Hemolytic jaundice	1. 先天性溶血性贫血 2. 后天性获得性溶血性贫血	大量红细胞破坏→循环中UCB过度增高超过肝脏处理能力。	1.轻度黄疸，无皮肤瘙痒。 2.原发病（溶血）表现。	1.TB增加以UCB为主。 2.尿胆原、粪胆原都增加。 3.尿中无胆红素。 4.溶血改变：血红蛋白尿，贫血，网织红细胞增加。
肝细胞性黄疸 Hepatocellular jaundice	各种原因导致的肝细胞损伤	损伤的肝细胞难以摄取胆红素，对其结合和排泄功能降低，毛细胆管受损，胆栓形成，胆汁排泄受阻反流入血，血中UCB及CB均增加。	1.皮肤浅黄或深黄。 2.伴有皮肤瘙痒。 3.肝脏原发病表现。	1.TB呈双相升高。 2.尿胆原升高，尿中胆红素阳性。 3.肝功能损害。
胆汁淤积性黄疸 Cholestatic jaundice	1. 肝内性胆汁淤积： 1) 肝内阻塞性胆汁淤积：结石、癌栓、寄生虫； 2) 肝内胆汁淤积：病毒性或药物性肝炎、PBC、妊娠。 2. 肝外性胆汁淤积：胆总管结石、狭窄、炎症、肿瘤、蛔虫等。	1.胆道阻塞导致胆红素反流入血。 2.胆汁分泌障碍、胆管通透性增加、胆盐、胆栓形成。	皮肤暗黄或黄绿，皮肤瘙痒，尿色深，陶土便。	1.TB增加以CB为主 2.尿胆原、粪胆原减少或缺如。 3.血清碱性磷酸酶及总胆固醇升高。
先天性非溶血性黄疸 congenital nonhemolytic jaundice	机制：肝细胞对胆红素的摄取、结合或排泄有缺陷。	<u>Gilbert综合征</u> ：（记住名词和特点即可） 肝细胞摄取UCB功能障碍及微粒体内葡萄糖醛酸转移酶不足，使血中UCB增加。		
		<u>Crigler-Najjar综合征</u> ： 肝细胞缺乏葡萄糖醛酸转移酶，使UCB不能形成CB， <u>UCB增加</u> 。		
		<u>Rotor综合征</u> ： UCB、CB增加		

		Dubin-Johnson综合征：CB增加
--	--	-----------------------

【伴随症状】

- 1.发热：胆管炎、脓肿、钩体病、败血症，病毒性肝炎、溶血。
- 2.上腹痛：结石、脓肿、蛔虫，病毒性肝炎、肝癌。
(***Charcot三联征：右上腹剧痛、寒战高热、黄疸，提示急性化脓性胆管炎。)
- 3.肝大：肝炎、胆道阻塞、肝硬化、肝癌。
- 4.胆囊肿大：胆总管梗阻。
- 5.脾大：病毒性肝炎、钩体病、败血症、肝硬化、疟疾、贫血、淋巴瘤。
- 6.腹水：重症肝炎、肝硬化、肝癌。

【临床表现】（背**）

	溶血性	肝细胞性	胆汁淤积性
皮肤颜色	浅柠檬色	浅黄至深黄	暗黄或黄绿色
皮肤瘙痒	无	轻度	明显
大便颜色	加深	加深	色浅或白陶土色
尿颜色	酱油或茶色	色深	色深
其他症状	发热、寒战、头痛、呕吐、腰痛；贫血、脾大	疲乏、食欲减退、腹泻、水肿、严重者可有出血倾向	可有腹痛、发热、心动过缓
TB	升高	升高	升高
DB	正常	升高	明显升高
DB/TB	<20%	>20%~<60%	>60%
ALT、AST	正常	明显升高	可升高
ALP	正常	升高	明显升高
GGT	正常	升高	明显升高
尿胆原	升高	轻度升高	降低或消失
尿胆红素	-	+	++

11、腹痛Abdominal pain

分类：急性腹痛、慢性腹痛

【病因】

1. 急性腹痛

- (1) 腹腔器官急性炎症：胃、肠、胰腺、胆囊、阑尾等；
- (2) 空腔脏器阻塞或扩张：肠梗阻、肠套叠、胆结石、蛔虫等；
- (3) 脏器扭转或破裂：肠、肠系膜、卵巢、肝、脾、妊娠等；
- (4) 腹膜炎症：胃穿孔、自发腹膜炎；
- (5) 腹腔内血管阻塞：缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤、门脉血栓；
- (6) 腹壁疾病：腹壁挫伤、脓肿、带状疱疹等；
- (7) 胸腔疾病：食管、肺、心、纵隔、胸椎；
- (8) 全身疾病：过敏性紫癜、糖尿病、尿毒症、中毒。

2. 慢性腹痛

- (1) 腹腔脏器慢性炎症：食管、胃胆囊、胰腺、腹膜、结肠等；
- (2) 空腔脏器张力变化：胃、肠、胆道等；
- (3) 脏器扭转或梗阻：胃、十二指肠、肠等；
- (4) 脏器包膜牵张：肝脾淤血、炎症、脓肿、癌症
- (5) 胃十二指肠溃疡
- (6) 肿瘤压迫及浸润
- (7) 中毒：铅中毒、尿毒症
- (8) 胃肠神经功能紊乱

【发生机制】（掌握腹痛发生的三种基本机制）

	定义	特点
内脏痛	分布于空腔脏器黏膜及黏膜肌层、内脏脏腹膜、肠系膜的感觉传入神经感受的刺激，称为内脏性疼痛。	1. 疼痛定位不明确，接近腹中线； 2. 疼痛感觉模糊，多为痉挛、不适、钝痛、灼痛； 3. 逐渐发生，持续较久； 4. 常伴有自主神经功能紊乱的症状：恶心、呕吐、出汗、心动过缓。
躯体痛	分布于壁腹膜及膈肌等的感觉传入神经感受的刺激，为躯体痛。	1. 定位准确； 2. 程度剧烈，发生急骤、消失也快； 3. 可有局部腹肌强直； 4. 腹痛可因咳嗽、体位变化而加重。
牵涉痛	不同部位的内脏与躯体感觉传入神经汇入同一脊髓后根节段，致使大脑皮层将内脏神经感觉传入感受为另一躯体部位的体表或深部组织刺激，称牵涉痛。	1. 定位准确； 2. 疼痛剧烈。

患病脏器	牵涉部位
胃、胰腺	左上腹、肩胛间
肝、胆	右肩部
消化性溃疡穿孔	肩顶部
输尿管结石	大腿内侧、会阴部
阑尾炎	上腹部或脐周
子宫与直肠	腰骶部
急性心梗	左臂、颈或下颌部

【临床表现】

1. 腹痛部位：一般腹痛部位多为脏器病变所在部位。

疾病	腹痛部位
胃、十二指肠、肝、胆、胰疾病	中上腹部
胆囊炎、胆石症、肝脓肿	右上腹
急性阑尾炎	右下腹
小肠疾病	脐部或脐周
结肠疾病	左、右下腹部
膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂	下腹部
急性弥漫性腹膜炎（原发性或继发性）、机械性肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜	部位不定

2. 腹痛的性质和程度：

- (1) 剧烈刀割样/烧灼样：穿孔
- (2) 持续剧痛伴阵发性加剧：炎症
- (3) 阵发性绞痛：胆道/泌尿系结石
- (4) 剑突下钻顶样疼痛：胆道蛔虫
- (5) 持续性广泛剧烈腹痛伴肌紧张：急性弥漫性腹膜炎

- (6) 隐痛/钝痛：内脏炎症
(7) 胀痛：包膜牵拉
3. 诱发与缓解因素：
油腻饮食史：胆道炎症/结石；酗酒/暴饮暴食史：胰腺炎；腹部手术：肠梗阻；外伤史：脏器破裂；进食与抑酸剂缓解的上腹痛多与高酸分泌有关；解痉药物缓解者则多与平滑肌痉挛关系；呕吐后缓解的上腹痛多为胃十二指肠病变。
4. 发作时间与体位的关系：
(1) 餐后痛：胆胰疾病、胃部肿瘤或消化不良；
(2) 饥饿痛发作呈周期性、节律性者：胃窦、十二指肠溃疡；
(3) 宫内膜异位：腹痛与月经周期有关；
(4) 卵泡破裂：月经间期
(5) 十二指肠雍滞症：膝胸或俯卧位可使腹痛加剧或减轻；
(6) 胰体癌：仰卧位疼痛加剧，前倾位或俯卧位减轻；
(7) 反流性食管炎病人烧灼痛在卧位或前倾位明显，而直立时减轻。

【伴随症状】

1. 腹痛伴发热、寒战：炎症
2. 腹痛伴黄疸：肝胆胰疾病、溶血
3. 腹痛伴休克：脏器破裂（肝、脾或异位妊娠破裂）；无贫血者伴穿孔、梗阻、严重的炎症、腹腔外疾病如心梗、肺炎。
4. 伴呕吐、反酸、腹泻：消化道疾病
5. 伴血尿：泌尿系疾病如结石

问：肠绞痛、胆绞痛、肾绞痛的鉴别（背）

疼痛类别	疼痛的部位	其他特点
肠绞痛	多位于脐周、下腹部	常伴有恶心、呕吐、腹泻或便秘、肠鸣音增加等
胆绞痛	位于右上腹，放射至右背与右肩胛	常有黄疸、发热、肝可触及或墨菲征阳性
肾绞痛	位于腰部，并入肋腹向下放射，达于腹股沟、生殖器、大腿内侧	常有尿频、尿急、小便含蛋白质、红细胞等

十二、呕血hematemesis

呕血（hematemesis）：上消化道出血，血液经口呕出。上消化道通常指Treitz韧带以近的消化器官，包括食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰。

【病因与发病机制】（掌握病因）

1. 常见疾病
(1) 消化性溃疡
(2) 急性糜烂性胃炎
(3) 食管和胃底静脉曲张破裂出血
(4) 食管癌、胃癌：肿瘤破裂出血
2. 其他疾病
(1) 食管疾病：食管炎、食管憩室炎、食管异物（戳穿主动脉）、食管贲门黏膜撕裂（Mallory-Weiss综合征）、食管裂孔疝等。
(2) 胃及十二指肠：血管异常，例如Dieulafoy综合征（恒径动脉破裂）引起呕血。
(3) 肝胆疾病：肝硬化、肝恶性肿瘤、肝脓肿、肝动脉瘤破裂；胆囊、胆道结石、胆道寄生虫、胆囊癌、胆管癌、壶腹癌。
(4) 胰腺：急性胰腺炎合并脓肿或囊肿、胰腺癌破裂出血
(5) 血液系统疾病：血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、白血病、血友病、霍奇金病、遗传性毛细血管扩张症、弥散性血管内凝血、凝血机制障碍等、
(6) 其他：尿毒症、钩端螺旋体病、流行性出血热、

【临床表现】（掌握）

1. 出血量多、在胃内停留时间短、位于食管则血色鲜红或暗红色；
2. 出血量较少、在胃内停留时间长，则因血红蛋白与胃酸作用形成酸化正铁血红蛋白，呕吐物呈咖啡渣样棕褐色；
3. 黑便：血红蛋白在肠道内与硫化物结合形成硫化亚铁，故粪便呈黑色，更由于附有黏液而发亮，类似柏油，故又称柏油样便。
4. 出血量的估计：
1) 出血量为10%-15%血容量：头晕、畏寒，血压脉搏无变化；