

## 呼吸系统近 5 年考点总结

1. 肺炎链球菌感染的痰为（铁锈色样痰），粉红色泡沫痰提示（急性左心衰竭），咳出的痰液有恶臭气味提示是（厌氧菌）感染。
2. 咳嗽、咳痰的患者每日饮水量应在（1500ml）以上，摄入高热量、高蛋白、高维生素饮食。
3. 指导有效咳嗽，适用于（神志清醒，尚能咳嗽者）。
4. 湿化气道适用于（痰液粘稠、难又咳出者）。
5. 胸部叩击与胸壁震荡适用于（久病体弱、排痰无力者）。
6. 肺脓肿、支气管扩张有大量痰液排出不畅时用（体位引流）。
7. 机械吸痰用于（昏迷者），每次吸引少于（15s），两次抽吸间隔时间大于（3min），吸氧前、后提高吸氧浓度。
8. 临床上咯血量的判断，少量咯血（ $<100\text{ml/d}$ ），中量咯血（ $100\sim 500\text{ml/d}$ ），大量咯血（ $>500\text{ml/d}$ ）或 1 次  $300\sim 500\text{ml}$ 。
9. 咯血的主要并发症（窒息），先兆：咯血不畅，胸闷气促，紧张，面色灰暗，喉有痰鸣。表现：表情恐怖，张口瞪目，双手乱抓，抽搐，大汗，神志突然丧失。窒息时，体位：（头低足高位）。
10. 咯血预防窒息：嘱病人勿（屏气）。
11. 大咯血时最重要的护理是（保持呼吸道通畅），头偏向一侧，或患侧卧位，休息要求（绝对卧床），止血药可用（垂体后叶素），禁用者（冠心病、高血压及妊娠）。
12. 咯血时体位：（头低足高位）。
13. 咯血饮食：大咯血者（禁食），小量咯血宜进少量（温凉流质饮食）。
14. 咯血时镇静药禁用吗啡，以免（抑制呼吸），年老体弱者禁用强镇咳药，如可待因。
15. 心源性呼吸困难严重者出现（三凹征），即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷。

16. 呼气性呼吸困难多见于（**支气管哮喘、COPD**）。
17. 肺源性呼吸困难体位（**半卧位或端坐位**）。
18. 儿童喉炎起病较急，呈哮吼样咳嗽，夜间加重，重者出现吸气期喉鸣及呼吸困难，**胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙吸气时下陷（三凹征）**。
19. 临床上最常见的肺炎是（**细菌性肺炎**）。
20. 社区获得性肺炎常见病原体为（**肺炎链球菌**），医院获得性肺炎的主要病原菌是（**G-杆菌**），最常见的是（**铜绿假单胞菌**）。
21. 肺炎链球菌肺炎典型症状为起病急骤，寒战、高热，体温可在数小时内达39~40℃，热型为（**稽留热**），咳嗽、咳痰，痰液颜色为（**铁锈色**），体征：典型者有（**肺实变**）体征，语颤（**增强**），听诊有（**支气管呼吸音**）和湿啰音。
22. 休克型肺炎最突出的表现是（**血压下降**），治疗首选（**补充血容量**），绝对卧床，去枕平卧。
23. 肺炎X线表现：实变期可见（**大片均匀一致的致密阴影**）。
24. 肺炎治疗首选（**青霉素**），抗生素疗程一般为（**7**）天，或热退后（**3**）天即可停药。
25. 肺炎患者有胸痛时取（**患侧卧位**）。
26. 支气管扩张最常见的病因为（**儿童期的麻疹、百日咳合并支气管肺炎**）导致（**支气管-肺组织**）感染，阻塞支气管管腔。
27. 支气管扩张的典型临床表现（**慢性咳嗽，大量脓痰，反复咯血**），常有肺部感染，局限性肺下部湿啰音。支气管扩张病人提示厌氧菌感染的是（**痰有恶臭**）。
28. 体位引流时间（**饭前**），体位原则上抬高患肺位置，引流支气管开口向下，引流时间从每次（**5~10min**）加到每次15~30min。
29. 禁止体位引流的是（**高血压、心力衰竭、高龄及危重病人**）

30. 支气管哮喘发作常见的诱因（感染），尘螨，花粉，动物的毛、屑，药物（阿司匹林、普萘洛尔），剧烈运动等。
31. 支气管哮喘的临床表现为（反复发作的呼气性呼吸困难），伴有（哮鸣音）。
32. 哮喘持续状态是指哮喘发作持续（24h）不缓解，静脉补液（2500~3000ml）以稀释痰液，重度病人（持续低流量）吸氧。
33. 支气管哮喘血液检查（嗜酸性粒细胞）增多，外源性哮喘（IgE增高）。
34. 哮喘的首选药（沙丁胺醇），使用氨茶碱时静脉注射速度（不宜过快），否则引起（严重心律失常），（血压降低）者禁用。控制哮喘发作最有效的药物（糖皮质激素）。预防哮喘的药物（色甘酸钠）。
35. 支气管哮喘痰液粘稠时（多饮水），每日入量（1500ml）以上。
36. 支气管哮喘室温要求在（18~22℃），湿度（50%~70%），避免接触过敏原，禁放花、草、地毯，防止灰尘飞扬。
37. 支气管哮喘饮食要求，营养丰富、高维生素的清淡流质、半流质饮食，禁食某些（过敏性食物），如鱼、虾、蟹、奶、蛋等。
38. 慢性阻塞性肺气肿的病因（慢性支气管炎）。
39. 慢性支气管炎最突出的症状是（长期反复咳嗽、咳痰），有时伴有喘息（咳、痰、喘、炎）。
40. 慢性阻塞性肺气肿的临床特征，在慢支的基础上出现（逐渐加重的呼吸困难），体征（桶状胸），语颤（减弱），叩诊为（过清音），心浊音界缩小、听诊呼吸音（减弱），呼气延长。
41. 慢性阻塞性肺气肿 X 线两肺透亮度（增加），呼吸功能检查，第 1 秒用力呼气量占肺活量的比值 < 60%，最大通气量低于预计值的 80%。残气量增加，残气量/肺总量超过（40%）。
42. 慢性支气管炎的治疗要点为（控制感染，祛痰，解痉平喘）。
43. 慢性阻塞性肺气肿家庭氧疗，给予鼻导管（持续低流量吸氧），（1~2L/min），氧浓度 25%~29%，每日不少于（15h），进食（高热量、高蛋白、高维生素、易消化）饮食。

44. 指导慢性阻塞性肺气肿呼吸训练的方法包括（**缩唇式呼吸法**）和（**腹式呼吸法**）。
45. 缩唇呼吸，气体经缩窄的口唇缓慢呼出，其作用是（提高支气管内压），防止呼气时小气道过早陷闭。
46. 腹式呼吸：**用（鼻）吸气，经（口）呼气**，吸气时腹肌放松，腹部（鼓起），呼气时腹肌收缩，腹部下陷，呼吸时使胸廓保持最小的活动度，呼与吸时间比例为（**2~3:1**）。
47. 引起慢性肺源性心脏病最常见的原因（慢性支气管炎伴发慢性阻塞性肺气肿 COPD）。
48. 慢性肺源性心脏病的发病机制是（**肺动脉高压**）和（**右心功能不全**）。肺动脉高压的主要体征为（**肺动脉瓣区第二心音 P2 亢进**），右心室肥大的表现为（**剑突下心尖搏动**），此为 COPD 引起的特殊表现。
49. 肺心病死亡的首要原因是（肺性脑病）。
50. 肺心病失代偿期的表现为（**呼吸衰竭**）和（**右心衰竭**）。
51. 肺心病改善通气功能，通常采用（**低浓度、低流量持续**）给氧，流量（**1~2L/min**），浓度（**25%~29%**），每天至少有 15h 持续不间断地吸氧。
52. 肺心病患者慎用（**镇静药**），避免诱发或加重（**肺性脑病**）。
53. 引起呼吸衰竭的病因有：支气管-肺疾病（如 COPD），肺组织疾病等。
54. 呼吸衰竭的发病机制有（**肺泡通气不足、通气/血流比值失调 $<0.8$ 、肺泡弥散障碍**），通气/血流比值正常为 0.8， $O_2$  的弥散能力是  $CO_2$  的 1/20。
55. 呼吸衰竭最早出现和最突出的症状是（**呼吸困难**），严重缺氧的表现是（**紫绀**）。
56. 慢性呼吸衰竭最突出最典型的表现是（**紫绀**）。
57. 慢性呼吸衰竭出现神志淡漠、肌肉震颤或扑翼样震颤、间歇抽搐、昏睡，甚至昏迷说明发生了（**肺性脑病**）。
58. 诊断呼吸衰竭最主要的依据是（**血气分析**）， $PaO_2$ （ **$<60\text{mmHg}$** ）或伴随  $PaCO_2$ （ **$>50\text{mmHg}$** ）。
59. I 型呼吸衰竭标准为（ **$PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ， $PaCO_2$  正常**），产生的原因为氧合功能障碍而通气功能基本正常，氧疗浓度（**较高， $>35\%$** ）。

60. II型呼吸衰竭的诊断标准为（ $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ ）。
61. II型呼吸衰竭的氧疗为低流量，（ $1 \sim 2\text{L}/\text{min}$ ）、低浓度（ $25\% \sim 29\%$ ），夜间不应停氧，氧疗有效的指标：呼吸困难缓解、发绀减轻、心率减慢。呼吸过缓或意识障碍加深，警惕（ $\text{CO}_2$  潴留）。
62. 对II型呼吸衰竭烦躁不安的病人慎用（镇静药），以防引起（呼吸抑制）。
63. 急性呼吸窘迫综合征（ARDS）的主要特征是（进行性呼吸困难）和（难以纠正的低氧血症）。
64. 急性呼吸窘迫综合征的X线检查为斑点状或成片状阴影
65. 急性呼吸窘迫综合征的治疗要点为（机械通气，选用 PEEP 模式）（注：PEEP 为呼气末正压）。
66. 抢救 ARDS 最重要的措施是（迅速纠正低氧血症）。