

编者按：呼吸困难作为一种常见的临床表现，是许多患者就诊的主要原因，也是心肺疾病住院和死亡的原因之一。呼吸困难的病因涉及呼吸、循环、消化、神经、血液、精神等多个系统，进行鉴别诊断需要系统和科学的临床思维方法，在其临床诊治中常常发生误诊。目前我国在呼吸困难诊断和处理方面的研究尚不足。为此，中国医师协会北京医师分会组织有关专家，参照美国胸科协会（ATS）相关文件及近年发表的有关呼吸困难的重要文献，撰写了《呼吸困难诊断、评估与处理的专家共识》。共识分为呼吸困难定义、病理机制和常见原因、呼吸困难的语言表述、评估方法、鉴别诊断、处理和展望七部分。

呼吸困难诊疗专家共识解读

提出新定义，评估时注意隐匿的致命情况，强调综合判断能力

▲ 中日友好医院呼吸内科 刘国梁



刘国梁 副主任医师

呼吸困难诊断基本判定原则：呼吸困难应主要依靠患者的自我描述进行判定；对呼吸困难症状的表述应有具体内容；对呼吸困难性质的描述可更有利于对其病因的鉴别诊断。

提出呼吸困难新定义

共识提出呼吸困难新定义：呼吸困难指患者的不同强度、不同性质的空气不足、呼吸不畅、呼吸费力及窒息等呼吸不适感的主观体验，伴或不伴呼吸费力表现，如张口呼吸、鼻翼扇动、呼吸肌辅助参与呼吸运动等，也可伴有呼吸频率、深度与节律的改变，患者的精神状况、生活环境、心理因素及疾病性质等对其呼吸困难的描述具有一定的影响。

该定义为广义呼吸困难定义，即认为呼吸困难既是患者表述的一种症状，又可作为医生判断病情的客观依据。该定义既含有患者主观感受及体征描述（如端坐呼吸，发绀等），还包括患者主观感受之外的附加客观表现描述（如呼吸费力等），使得呼吸困难的诊断既有主观感受的评价，又有客观观察指标可循，从而更有利于医生对患者呼吸困难的鉴别与判断。此外，该定义还强调，患者个人经验、文化心理因素等对呼吸困难的表述有一定的影响。因此，

医生在判断患者呼吸困难症状表现时，应考虑患者的精神状况、生活环境、心理因素等，才能更准确有效地进行呼吸困难诊治。

2012 年 ATS 呼吸困难共识中的定义为“呼吸困难是某种包括不同强度、不同性质的呼吸不适感的主观体验”，目前我国通用教科书中对呼吸困难的定义为“呼吸困难是指患者主观上感到空气不足、呼吸费力，严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸、甚至发绀、呼吸肌辅助参与呼吸运动，

并且可有呼吸频率、深度与节律的改变。”ATS 的定义是狭义呼吸困难的定义，仅将呼吸困难作为患者主诉，从而将呼吸困难定义为患者的一种主观感受，在很多情况下不利于医生对患者病情进行客观观察和评估。我国的呼吸困难定义则为广义呼吸困难的定义，但没有指出患者主观感受与客观感受之间的关系，易使人误解为呼吸困难必须同时伴有客观呼吸费力的表现，在一些情况下（如心因性呼吸困难并无客观呼吸费力表现等）会增加误诊风险。

评估时尤其要注意隐匿和不典型致命情况

目前尚无通用的呼吸困难评估方法。共识提出呼吸困难的评估应包括临床感知情况、呼吸困难感受严重程度以及呼吸困难症状的影响和负担等三方面。

急、慢性呼吸困难的评估侧重点不同：对于急性呼吸困难者，应首先评估其生命体征是否平稳，症状是否进行性加重，并迅速判断气道、呼吸及循

环情况，以便进一步进行临床处理；对于慢性呼吸困难，应侧重于呼吸困难症状的影响和负担，以便进行长期治疗与管理。主要通过综合问卷或疾病特异性问卷等方法进行评估。

共识指出，在处理原因暂未明确的急性呼吸困难时，评估的重点是判断患者是否存在紧急症状及生命体征是否平

稳。不同疾病紧急症状表现不同，应予迅速判断评估，尤其应注意甄别隐匿和不典型的潜在致命性紧急症状。由于临床情况复杂，医生在临床实践中应注意总结不同情况下的患者呼吸困难情况，在理解共识基本原则的基础上，进一步积累呼吸困难判断和处理经验，而不应囿于共识指出的症状紧急情况。



病因	提示诊断要点
气道阻塞：喉痉挛，异物吸入	有异物吸入或呛咳史；听诊可在喉部或大气道闻及吸气相哮鸣音
急性呼吸窘迫综合征	有肺部感染、误吸、脓毒症等高危因素；呼吸增快、窘迫；胸部 X 线：两肺浸润阴影；PaO ₂ / 吸入氧浓度（FiO ₂ ）≤ 300 mm Hg；除外心源性肺水肿
肺栓塞	有制动、创伤、肿瘤、长期口服避孕药等诱发因素；合并深静脉血栓形成的症状与体征；血浆 D-二聚体测定有排除意义
肺炎	伴有咳嗽、咳痰、发热、胸痛等；肺部听诊闻及湿啰音及哮鸣音
慢性阻塞性肺疾病及其急性加重	有吸烟史、粉尘接触史；慢性咳嗽、咳痰及喘息病史；进行性呼吸困难；桶状胸、呼气相延长，肺气肿体征等
支气管哮喘及其急性加重	过敏史，哮喘病史，双肺呼气相哮鸣音
气胸	有抬举重物等用力动作或咳嗽、屏气等诱发因素；合并一侧胸痛；体检发现气管向健侧移位，患侧胸部膨隆，呼吸运动减弱，叩诊呈过清音或鼓音，听诊闻及呼吸音减弱或消失
间质性肺疾病	有职业及环境暴露；进行性呼吸困难；干咳；肺部吸气相湿啰音；杵状指（趾）
心功能不全	多有高血压、冠心病、糖尿病等基础疾病；感染、劳累、过量或过快输液等诱因；体检发现双肺湿啰音，左心扩大，可闻及奔马律或心脏杂音；胸部 X 线：肺淤血、心脏增大等征象
精神性	有情绪异常、神经质、焦虑和抑郁病态；伴有叹气

表 1 共识推荐的急性呼吸困难常见病因的诊断提示要点

要求医生具备综合判断能力

共识在呼吸困难的诊断方面提出基本判定原则：呼吸困难应主要依靠患者的自我描述进行判定；对呼吸困难症状的表述应有具体内容；对呼吸困难性质的描述可更有利于对其病因的鉴别诊断。医生在判断呼吸困难时应综合考虑以上三点。不同文化背景、地域的患者对呼吸困难的具体表述存在明显差异，在问诊中应注意患者的“具体内容”是什么，是感觉“吸气不足”，还是感到“气不够用”等；应注意对病因有一定提示作用的具体描述，如劳力性、胸部发紧感、空气渴求感 / 吸气不足感等，以利于呼吸困难病因的鉴别诊断。

共识强调了医生综合判断能力的重要性，即呼吸困难鉴别诊断要求医生具有综合判断能力，主要依靠患者病史和体检，正确运用、理解、判断相关辅助检查的临床意义，对鉴别呼吸困难的原因也十分重要。应注意呼吸困难常见病因的提示诊断要点（表 1）。在全面系统了解患者病情的基础上，遵循“系统、有序、快捷、准确”原则。

处理应有的放矢

共识首次提出了病因（图 1），希望在以后的暂时未明的急性呼吸困难临床实践中进一步完善难患者的处理流程意见和验证。

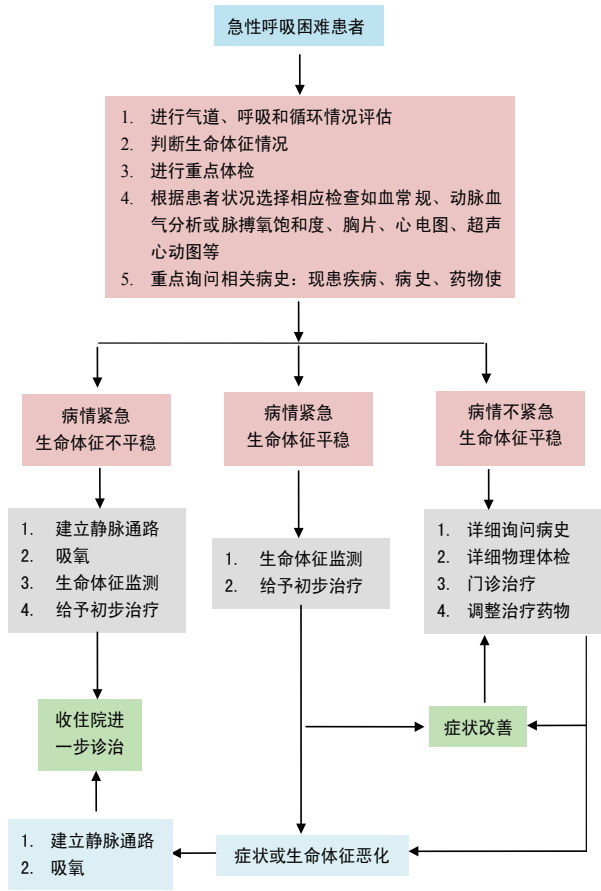


图 1 共识推荐的急性呼吸困难患者处理流程图