



# 带你了解过度通气综合征

深夜，一名年轻女性被护士紧急推进抢救室。这名女性患者浑身大汗淋漓，心跳异常加快，呼吸急促，四肢乏力、麻木，甚至说话都显得异常困难。这种病叫过度通气综合征，是一种可能由焦虑或应激反应导致的呼吸中枢调节出现异常，通气量超过正常生理代谢所需水平，从而引发的一系列症状。

对大多数人来说，过度通气综合征其实比较陌生，而且过度的惊恐还会加重患者本人的症状。本文旨在为读者普及该病症的基础知识。

## 一、过度通气综合征有哪些表现

过度通气综合征的患者往往会表现出一系列典型症状，包括胸闷憋气、呼吸困难、心悸以及周身软困等。这些症状会让患者感到极度不适，感觉身体要被沉重的负担压垮。此外，部分患者可能会体验到一

种强烈的濒死感，仿佛生命即将走到尽头，这种感觉会让患者感到极度的恐慌和无助。

有人可能会问：只是“通气过度”而已，为什么会出现那么重的症状？

在人体的呼吸过程中，二氧化碳起着至关重要的调节作用。当呼吸过于频繁或过于深长时，会导致血液中的二氧化碳被过度排出。二氧化碳浓度的降低会促使血液中的氧分子与血红蛋白的结合率上升，这种高结合率反而限制了氧气向人体各组织的充分供应。患者在这种情况下会感受到缺氧的不适，表现为头晕、头痛、呼吸困难等症状。缺氧会进一步加剧患者的紧张情绪，使他们感到焦虑和恐慌。为了缓解这种不适，患者往往会不自觉地加快呼吸频率，试图吸入更多的氧气。然而，这种急促的呼吸反而会加剧通气过度的情况，导致更多的二氧化碳被排出，形成一种恶性循环。

## 二、什么情况下容易出现过度通气综合征

过度通气综合征通常是由一些特定的诱因引起的，这些诱因包括但不限于情绪波动、精神压力以及身体不适等。具体来说，当一个人感到极度愤怒或情绪极度激动时，例如在观看恐怖电影或面对某些令人不安的情境时，可能会引发过度通气综合征。此外，工作压力过大、长时间劳累、身体发热、频繁呕吐以及持续腹泻等情况，也常常成为诱发这一综合征的常见原因。这些诱因会导致人体呼吸频率加快，进而引发一系列生理和心理上的不适症状。

## 三、如何确诊过度通气综合征

在处理过度通气综合征患者时，由于其主观体验常伴随显著症状，这要求医生在临床实践中，务必进行详尽的鉴别诊断，以排除诸如心肌梗死、恶性心律

失常、肺栓塞、重症肺炎及严重电解质代谢紊乱等疾病或潜在病因。为达成此目的，除深入询问病史以探寻潜在诱因、进行全面体格检查外，动脉血气分析作为一项重要的辅助诊断手段，其应用显得尤为关键。具体而言，对于过度通气且症状没有完全缓解的患者，血气分析结果中普遍呈现出二氧化碳分压显著降低及pH值升高的特征性变化，这一发现对于临床医生的诊断工作具有重要参考价值。

## 四、发生过度通气综合征如何自救

过度通气综合征在大多数情况下并不直接威胁患者的生命安全，然而，从主观感受而言，它确实会给患者带来深重的痛苦与不适。针对该病症的自救策略，其核心在于应对其发病机制的关键点——即二氧化碳的过度排出。为缓解此症状，患者可采取简单而有效的措施，如通过控制呼吸频率来

实现，具体方法包括在呼吸时默数数字，如数“一、二、三、四”后进行一次呼吸，或者佩戴口罩以减少二氧化碳的呼出量。这些措施均有助于稳定病情，减轻患者的不适感。

回看文章开篇所述之病例，该年轻女患者进入抢救室后，医生即刻施行情绪安抚措施，持续监测其生命体征，并完成了心电图、心肌酶谱、血常规及血气分析等一系列必要检查。数分钟后，血气分析结果揭示出二氧化碳分压显著降低与pH值升高的特异性改变，而其余检查项均未见异常。经过约10分钟的平稳呼吸，患者症状显著减轻，情绪亦趋于稳定，自述此前曾观看恐怖影片，随后即出现上述症状。综合患者的病史、临床表现、体征以及辅助检查结果，医生最终诊断其为过度通气综合征。患者在抢救室内安然休息1小时后，离院返家。

（柳州市人民医院急诊科 黎俊睿）

# 揭开川崎病的神秘面纱

川崎病，一个或许不为大众所熟知的病症，以其特有的发热、皮疹、黏膜充血等症状，成为儿科医生眼中不容忽视的“红色警报”。今天，就让我们一起揭开川崎病的神秘面纱，了解这一疾病的全貌。

## 一、川崎病的危险性

川崎病（Kawasaki Disease, KD）是一种常见的儿科临床发热性疾病，好发于5岁以下亚裔儿童，是一种病因未明的全身性血管炎综合征，于1967年由日本川崎富作医生首次报道，根据其临床表现，又命名为“皮肤黏膜淋巴结综合征”。1975年我国首先在北京儿童医院发现此病，之后全国陆续报道流行。

川崎病对患儿全身各个系统均可产生影响，对心血管系统影响尤其大。但是因为早期

症状不典型，容易被误诊，延误治疗，可能会出现心血管并发症，如冠状动脉病变等，为孩子的健康埋下隐患。因此，及时诊断和治疗该病非常重要。

## 二、川崎病的成因

川崎病目前仍未发现特定的感染性病原体或明确的病因，其成因可能与以下因素有关——

1. 感染性病原体：川崎病发病的季节、年龄特点及临床特征均支持存在病原体感染，但迄今为止仍未发现特定的感染性病原体。
2. 环境因素：较高的降水量和较低的温度，可导致川崎病发病率升高。川崎病是机体对这种特定环境因素或污染物的特殊免疫反应。
3. 遗传易感性：有血缘关系的亲属中患过此病，或兄弟

姐妹（尤其是双胞胎之一）患过此病的，更易患病。

4. 免疫应答：机体先天性免疫及适应性免疫应答反应，在川崎病血管炎症过程中起关键作用，但相关机制仍需更进一步研究。

## 三、川崎病的症状

1. 发热：通常患儿体温高达39℃~40℃，可持续5天以上，且抗生素治疗无效。
2. 皮疹：患儿在发病2~3天后出现皮疹，呈弥漫性红斑或猩红热样，但无水疱或者结痂，皮疹还可能出现在会阴部。
3. 结膜炎：患儿会在起病3~4天后出现一过性的结膜炎，多表现为双眼球结膜充血。
4. 肢端变化：患儿可能出现手足背部硬性水肿、掌跖红斑等，在恢复期还可能于甲床皮肤移行处发生膜样脱皮。
5. 颈部淋巴结肿大：患儿可能会出现单侧或双侧的颈部淋巴结肿大，一般表面不红，且无痛性，也无化脓。
6. 其他：还有的患儿可表现为口唇发红、杨梅舌、口干燥、皸裂等，也可能出现咽部黏膜弥漫性充血，部分患儿

还可出现冠状动脉瘤或狭窄的情况，甚至会诱发心肌梗死。

## 四、川崎病的治疗

1. 静脉注射免疫球蛋白（IVIG）：这是最重要、最有效的治疗方法。发病早期（10天以内）尽早应用，可迅速退热，预防冠状动脉病变发生。部分患儿对IVIG治疗无效（IVIG无反应型川崎病），可重复使用一次，或选择使用糖皮质激素冲击治疗。
2. 阿司匹林：尽早与IVIG联合使用，可减少发热和冠状动脉病变的发生。急性期时，须大剂量使用以抗炎；热退后可小剂量使用，以减少血小板聚集，预防血栓形成，总疗程至少12周。如有冠状动脉病变，应延长用药时间，直至冠状动脉病变恢复正常。
3. 糖皮质激素：针对IVIG治疗无效，或存在IVIG耐药高风险的患儿，应考虑早期使用糖皮质激素，可与阿司匹林和双嘧达莫合并应用。常用药物有甲泼尼龙、泼尼松等。糖皮质激素用药2~4周后，可逐渐减量停药。
4. 其他药物：除阿司匹林

外，如血小板显著升高，还可加用双嘧达莫；合并严重冠状动脉病变和血小板增多者，可选择阿司匹林联合氯吡格雷；若形成冠状动脉血栓，可加用华法林。

5. 手术治疗：严重的冠状动脉病变如多支冠脉狭窄缺血等，必要时需要进行冠状动脉搭桥术。巨大冠状动脉瘤导致血栓形成或管腔严重狭窄，在疾病后遗症期，有条件的可考虑手术介入治疗。

## 五、川崎病的预后

大部分川崎病患儿的心脏及血管病变经及时、规范治疗后，在恢复期都能完全缓解，无后遗症。少数患儿冠脉损伤严重，血管的增生病变持续存在，可迁延到成年期。

因此，为将并发症概率降到最低，患儿病情好转后，家长仍需定期复查血常规、血沉及心脏彩超等；同时在11个月内不要接种麻腮风和水痘疫苗。无心脏受累的患儿在体育活动和日常生活中没有任何限制。有冠状动脉瘤的患儿是否能参加竞技性体育活动，应该咨询专科医生。

（柳州市人民医院儿科 罗国飞）

