**考点三十九、脑出血**

　　(一)常见病因

　　以高血压性脑出血最为常见。 此外，先天动脉畸形、动脉瘤、血液病、梗塞性出血、抗凝药物的使用不当也可引起脑出血。

　　(二)临床表现

　　1.一般表现　多在 50~70 岁发病，常见高血压病史，通常在情绪激动、酒后、体力劳动、气候变化等时发病。

　　大多数病例无预兆，数分钟到数小时症状达到高峰。 临床表现因出血部位及量不同而异，重症者可突感剧烈头痛、呕吐、意识模糊或昏迷。

　　2.出血大多位于内囊-基底节区。

　　①壳核出血可出现典型“三偏”综合征。 ②丘脑出血:一般病情较为严重。 ③脑桥出血:小量出血，出血灶直径在 1.0 cm 以下无意识障碍，有交叉性瘫和共济失调性偏瘫，两眼向病灶侧凝视麻痹，大量出血(>5 ml)，患者迅速出现昏迷、双侧针尖样瞳孔、呕吐咖啡样物、中枢性高热、中枢性呼吸障碍、眼球浮动、四肢瘫、去大脑强直发作等，多在 48 小时内死亡。 ④小脑出血:患者有眩晕、频繁呕吐、枕部剧痛和平衡障碍等，无肢体瘫痪是常见特点。

　　(三)诊断

　　有高血压病史的中老年患者，突发剧烈头痛、呕吐、失语、偏瘫等，均应考虑到高血压性脑出血。 进一步检查可做头部 CT 扫描，脑部 CT 检查是首选检查，可见出血区呈高密度影，周围有低密度水肿带。

　　(四)治疗原则

　　脑出血急性期治疗的目的是挽救患者的生命，预防各种并发症，使患者顺利度过急性期。 处理原则如下:

　　1.保持安静和卧床休息　 尽量减少不必要的搬动，最好就近治疗。 定时观察血压、脉搏、呼吸和意识的变化。

　　2.保持呼吸道通畅　侧卧位较好，便于口腔分泌物自行流出和防止舌后坠。 呼吸道分泌物及痰液过多者，必要时做气管切开。

　　3.保持营养和水、电解质平衡　对清醒且无呕吐者，可试进流质饮食，意识不清者，3~5 天后病情较平稳可鼻饲，有呕吐的患者应禁食，经静脉补充营养维持水、电解质平衡。

　　4.降低颅内压　常用药物有 20%甘露醇、25%山梨醇或甘油制剂。

　　5.调整血压　原则上降压不宜过低、过快，维持血压在略高于发病前水平为宜。

　　6.防治并发症　昏迷患者易发生肺部感染，要勤翻身和防止产生压疮。 注意口腔清洁，随时吸出口腔分泌物及呕吐物，定时更换体位，保持肢体功能位等。 对于病情严重患者给予抗生素以预防肺部感染。

　　7.外科治疗　脑出血量在 30 ml 以上，或者有偏瘫、昏迷等情况时应行手术治疗。 早期手术清除血肿，有利于抢救患者生命并减少并发症及后遗症的出现。

　　8.微创血肿清除术　对颅内性血肿幕上>30 ml、幕下或丘脑>10 ml、脑室内出血(除脑干出血、脑干功能衰竭者外)均可采用微创颅脑血肿清除术治疗。

**考点四十、类风湿关节炎**

　　(一)概述

　　类风湿关节炎是慢性全身性自身免疫性疾病，主要侵及各关节，呈多发性对称性的慢性炎症。 发病年龄在25~45 岁，女性多于男性，多见于温带及寒带地区。

　　(二)临床表现

　　多发生在 20~45 岁，女性多见。 早期出现乏力，全身肌肉痛，低热和手足麻木、刺痛等全身症状，以及反复发作的、对称性的、多发性小关节炎。 受累关节以近端指间关节、掌指关节、腕、肘、肩、膝和足趾关节最为多见，关节炎常表现为对称性、持续性肿胀和压痛，晨僵常长达 1 小时以上。 最为常见的关节畸形是腕和肘关节强直、掌指关节的半脱位、手指向尺侧偏斜和呈“天鹅颈”样表现。 手指近端指间关节的梭形肿胀是类风湿患者的典型症状之一。

　　(三)诊断依据

　　依据美国风湿病协会制定的标准，确诊类风湿关节炎最少需符合下述两个标准，如符合四个以上的标准，则诊断为典型的类风湿关节炎。

　　(1)晨僵最少 6 周。

　　(2)三个关节以上的肿痛最少 6 周，手关节肿胀最少 6 周，关节的对称性肿胀最少 6 周。

　　(3)类风湿结节。

　　(4)血清类风湿因子。

　　(5)典型的放射性检查结果。

**考点四十一、骨关节炎**

　　(一)概述

　　骨关节炎多发生于 45 岁以上的中老年人，也可见于有关节病变的青年，如继发于骨折、关节韧带损伤等创伤。 女性略多见。

　　(二)临床表现及诊断

　　骨关节炎呈慢性进展，逐渐加重。 受累关节疼痛，僵直，活动障碍。 疼痛在活动时加重，休息后可减轻。关节有压痛，有时可触及增生的骨赘。 发生于脊柱者由于骨质增生压迫神经根引起相应症状。 由于关节失用可引起相应肌肉的萎缩。 实验室检查多为阴性。 X 线检查可见骨性关节面轮廓不规则，关节间隙变窄，关节面致密硬化，并出现边缘性骨赘，滑膜和韧带附着骨骼处的纤维软骨骨化。 关节面下出现圆形、边界清楚的密度减低区。 增生的骨赘在两关节骨端形成骨桥。 有时可见关节内的游离体。

**考点四十二、肋骨骨折**

　　(一)概述

　　无论是闭合性胸部损伤还是开放性胸部损伤，并发肋骨骨折最为常见，约占胸廓骨折的 90%。 肋骨骨折常发生在第 4~10 肋。 第 1~3 肋较短，且有肩胛骨、锁骨保护，不易骨折。 第 11~12 肋为浮肋，活动度大，骨折少见。

　　(二)临床表现

　　1.局部疼痛　是肋骨骨折最明显的症状，并且随咳嗽、深呼吸或身体转动等运动而加重。

　　2.呼吸动度受限。

　　3.反常呼吸运动　是导致和加重休克的重要因素之一。

　　(三)诊断

　　有胸部外伤史，胸部肿胀、疼痛，呼吸功能障碍等表现，局部压痛或挤压痛，骨擦感。 多根多处肋骨骨折可有浮动胸壁和反常呼吸运动。 辅助检查胸部 X 线胸片显示有骨折线。