

国内50年代60年代文献报道^[1-5]风湿性瓣膜病的发病率相比较有明显的下降,这说明我国社会经济的发展,人民生活水平的提高以及医疗的普及,39岁以下的病人在本组只占30.61%,也说明风湿性瓣膜病的严重程度有所减轻。

随着抗菌素的广泛应用,链球菌毒力的改变,风湿活动的临床表现发生了改变,近年发现链球菌A群带菌者增多,典型咽峡炎已少见,50年代常见的体征皮下结节、环形红斑、舞蹈病、心包炎、胸膜炎、肺炎等已极为少见。因此国内外学者都对 Jones 诊断标准的应用,提出了新的不同看法^[6-10], Russek^[7]氏提出心脏炎诊断应着重①心动过速超过发热程度;②心包摩擦音;③心尖部有收缩期杂音;④主动脉瓣区有舒张期杂音;⑤心脏急速扩大;⑥链球菌感染后出现P—R间期延长。其他如环形红斑、皮下结节、舞蹈病、鼻出血很少见, Jones 诊断标准不能完全依赖,而咽培养,血沉, C-反应蛋白,抗O的检查,对轻型和亚临床型的风湿活动病例,是可依赖的诊断标准。Cobbs^[11]氏亦提出如血沉和 C-反应蛋白水平是正常的,风湿活动很可能是不存在的。

我们诊断风湿活动除典型表现外,对于已有心脏瓣膜病患者的风湿活动,有以下一些情况应考虑有风湿活动:①经常感冒,轻微感冒即可引起心悸、气短,病情超过半个月以上者;②无原因的急性肺水肿往往是活动性心肌炎所致左心收缩功能减弱或风湿活动性间质性肺炎伴毛细血管通透性增加而造成的;③血

沉增速或心功能不全时血沉正常,病情好转后,血沉反而加速者;④血沉加速联合一种链球菌抗体增高;⑤新的瓣膜病变杂音的出现或心杂音的变化;⑥有临床意义的心律失常;⑦心电图原发性ST—T改变;⑧窦性心动过速与体温不相称。

从本组主要合并症来看,心房颤动的发生率较文献报道有明显增高,这可能与风湿性心脏病自然病程的延长、就诊年龄增高有关。亚急性细菌性心内膜炎的发病率,较文献上报道的为低,这和近年抗菌素的广泛应用,病人的感染能得到及时治疗有密切关系。本组风心病死亡原因主要是心力衰竭,严重心律失常以及脑栓塞,而亚急性细菌性心内膜炎已不成为常见的致死原因。

(张锦秋 韩翠荣 于诚 宋晓军参加资料整理)

参 考 资 料

- [1] 俞国瑞等:中华内科杂志, 5(3):173.1957
- [2] 罗德诚等:中华内科杂志, 5(3):183.1957
- [3] 翁心植等:中华内科杂志, 5(3):191.1957
- [4] 陈国伟等:新医学, 12(2):60.1981
- [5] 黄宛等:中华内科杂志, 5(3):201.1957
- [6] 垣花昌明:内科临床杂志, 46:25.1980
- [7] Russek H.I., Cardiovascular Disease New Concepts in Diagnosis and Therapy University Park press, P347. 1974
- [8] 汪师贞等:中华内科杂志, 13(9):766.1965
- [9] 藤川敏:内科临床杂志, 45:1136.1980
- [10] 北京中苏友谊医院内科风湿病研究小组:中华内科杂志, 13(9):826.1965
- [11] Hurst, J. W.: The Heart, M. Graw-Hill Book Company P781. 1970

脑 死 亡 综 合 征

脑死亡综合征是指严重全身疾患或颅脑损伤病人,经抢救后只有心跳,无呼吸完全依靠呼吸机维持,病人完全昏迷,各种反射活动都不复出达6小时以上者。其诊断标准:

1. 昏迷伴有脑的反应性丧失,病人对外界任何刺激,甚至疼痛刺激均不产生反应。
2. 无呼吸,病人无自主呼吸,完全依赖人工呼吸机维持呼吸达15分钟以上者。
3. 瞳孔散大。
4. 脑的反射丧失包括瞳孔、角膜、眼、听、眼——前庭,眼——脑、睫状——脊髓、吸吮、咳嗽,咽和吞咽反射均丧失。
5. 脑血管造影证实脑血管不充盈,脑血循环停止。
6. 静止型脑电,脑电图描记中无脑皮层生物电活动。
7. 脑血流测定,循环时过缓超过30秒以上。
8. 脑超声图检查可见中线波搏动消失。