

0131731

第一次保健學術座談會 資料彙編

中華人民共和國衛生部保健局編

1964年7月

前 言

由卫生部保健局主持的第一次保健学术座谈会于1964年4月13日至22日在北京召开，出席会议的代表有37人，其中来自12个省市(上海、广东、浙江、四川、云南、辽宁、吉林、河北、山东、内蒙、解放军代表来自南京及西安)的代表20人，来自北京八个单位(北京医院、医学科学院、北京医学院、北京市属医院、北京军区总医院、解放军总医院、中医研究院、北京中医医院)的代表17人。代表包括西医专家和中医专家，老专家和青壮年专家。在北京的保健医生约80人列席了会议。会议主要目的是从学术上交流保健工作经验，对保健工作中有关心血管病及肝炎的一些具体问题进行讨论。前三天半大组发言，主要由代表报告本单位的临床经验和科研成果共31篇；有关心血管方面的发言共19篇，有关肝炎的发言共12篇，现在都汇集在这里。报告者有人交来发言全文，有人交来摘要，我们都按交来的原件编印，个别较长的材料或只有提纲的材料(注*者)均由座谈会办公室同志代作摘要。会议第二阶段为专业小组讨论，共进行了四天，肝炎及心血管小组分别对肝炎及冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊断标准、名词统一、防治措施和今后研究方向进行了讨论，并参照已有的全军、全国或国内外已制定的标准方案、结合近几年的工作经验，提出了一个或二个建议方案。有的项目会上取得一致意见，就提出一项建议方案，有的未能统一意见，就提出两个建议方案。现将两小组的小组讨论总结汇集在这里，这些意见只供代表回原单位后参考，并不要求一致遵行。参考的方案也汇集在这里，以资对照。过去各地病人互相转诊时，往往由于诊断名词不一，造成病人顾虑，医生互不了解，对于工作不利，今后有转诊时，最好在病历摘要有关诊断的地方，注明根据何项诊断标准(如长春会议方案，陶寿淇氏二级梯运动试验阳性标准，或第一次保健学术座谈会方案)，在化验检查结果上注明本医院的正常值(如SGPT 98注明本院正常值100)。这样就可以便于互相了解，也便于向病人解释。会上有的代表提出过去只凭心电图的文字描述，进行分析颇有困难，因而建议今后在心脏病病人出差或转地医疗时，最好在病历摘要中附以主要的心电图原件或复制件以便于比较诊断，决定治疗措施。这个建议也很值得重视。

我们还将实验性动脉粥样硬化专业小组的经验交流小组会总结介绍在这里，供新开展此项工作的单位参考。

经过这次会议，代表们交流了经验，沟通了情况，彼此之间有了进一步的了解。今后各地保健工作者如有新的阶段性总结材料，新的科研成果，或对本次会议建议方案的补充修改意见，或有值得介绍的临床治疗经验，都希望及时交流，以便保健工作不断提高。

目 录

一、有关心血管方面大組发言

- ✓ 心电图二級梯运动測驗在冠状动脉粥样硬化性心臟病普查的应用.....胡康宁(5)
- 几种影响血清胆固醇物质的效果记录*楼福庆(9)
- ✓ 关于心臟停搏的急救*陶寿淇(11)
- 胸外心臟按摩术的一些体会*馬万森(13)
- 高血压病中西医綜合疗法远期疗效之初步总结.....翏湘耀(15)
- 腎穿刺活組織檢查在高血压中的应用.....李宗明(22)
- 食用玉米油对血清胆固醇的影响(摘要).....黃 宛(23)
- 一組中年以上人人心血管系統檢查四年隨診中的一些观察(摘要).....黃 宛(25)
- ✓ 雄激素治疗冠状动脉粥样硬化問題.....翁心植(27)
- 急性心肌梗死的抗凝治疗.....方 圻(30)
- 急性心肌梗塞抗凝治疗的近期观察.....馬英达(33)
- ✓ 雌激素对冠状动脉粥样硬化性心臟病人血清脂质的影响.....馬英达(36)
- 70例心肌梗死发生前后的临床观察与分析(摘要).....聞穎梅(38)
- ✓ 心电图 $T_{v_1} > T_{v_5}$ 对早期冠状动脉粥样硬化诊断价值的探索(摘要)高德恩(40)
- 鉀盐对心肌梗塞患者节律紊乱的治疗价值(摘要).....高德恩(41)
- 实验性动脉粥样硬化中的几个問題*張宁仔(42)
- Mer-29 对实验性动脉粥样硬化家兔血清胆固醇和主动脉粥样斑块的
影响(摘要).....李景春(45)
- ✓ 心絞痛在诊断及治疗上一些問題的探討.....陶恒乐(46)
- 关于心电图二級梯运动測驗的一些問題.....吳 洁(48)

二、有关肝炎方面大組发言

- 肝炎诊断上的几个問題(摘要)*蔡志超(50)
- 关于肝炎诊断治疗及劳动力鉴定的商榷(摘要)*尹学熙(52)
- 肝炎的诊断及治疗中发生脂肪肝問題*韓康玲(57)
- 傳染性肝炎的诊断和預防(摘要).....賈克明(60)
- 实验性肝細胞坏死与再生, 对肝組織細胞呼吸及某些酶系影响的动态
研究(摘要).....黃大有(61)
- 肝炎患者血清过氧化氢酶(Catalase)的初步研究(摘要)黃大有(62)
- 肝病患者糖耐量試驗及去氫皮质素糖耐量試驗的研究(摘要).....黃大有(65)
- 血清轉氨酶增高和肝臟病理改变关系及肝炎肝脂肪性变問題的探討
(摘要).....蔣国彦(67)
- 傳染性肝炎預防和诊断的若干問題(摘要).....陈国桢(71)
- 广东地区 1306 例肝炎随訪結果分析張 孝(74)

无黄疸型肝炎鉴别诊断的体会	翁心植(79)
慢性营养不良病例肝功能试验结果分析(摘要)*	李健斋(81)
三、心血管小组总结内容	(82)
〔I〕冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊断	(82)
I 冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊断名称与诊断标准	(82)
II 心电图负荷测验与心冲击图的临床评价	(83)
III 关于血脂分析的诊断意义	(84)
〔II〕冠状动脉粥样硬化性心脏病的预防及治疗	(84)
I 一般性的防治措施	(84)
II 各类型冠状动脉粥样硬化性心脏病的治疗	(86)
(一)可疑冠状动脉粥样硬化性心脏病	
(二)急性冠状动脉粥样硬化性心脏病	
(三)心绞痛	
(四)急性心肌梗死	
III 冠状动脉粥样硬化性心脏病的药物治疗	(88)
(一)降低胆固醇的药物	
(二)冠状动脉扩张剂	
(三)抗凝血剂治疗	
〔III〕今后工作建议	(89)
I 提高诊断及防治工作的研究	(89)
II 研究方法	(90)
III 加强各地保健组织之联系协作及交流经验	(90)
〔IV〕几项诊断标准的建议	(90)
I 冠状动脉粥样硬化性心脏病的分类与诊断标准	(90)
(一)草案甲	
(二)草案乙	
II 心电图二级梯双倍运动测验(草案)	(91)
III 心电图进餐测验(草案)	(92)
IV 心电图葡萄糖负荷测验(草案)	(93)
V 心电图餐后二级梯双倍运动测验(草案)	(93)
四、肝炎小组总结内容	(94)
〔I〕传染性肝炎的诊断	(94)
I 急性肝炎和急性肝炎疑似病例的诊断标准	(94)
II 迁延性肝炎诊断标准	(95)
III 慢性肝炎诊断标准	(95)
IV 临床治愈标准	(96)
V 治愈标准	(96)
〔II〕传染性肝炎的预防	(97)
I 传染源的管理	(97)

II 切断傳染途徑·····	(98)
III 注射丙种球蛋白·····	(98)
〔III〕治疗·····	(98)
I 膳食·····	(98)
II 休息·····	(98)
III 药物·····	(99)
IV 其他合并症之治疗·····	(99)
〔IV〕劳动力的鉴定和轉归·····	(99)
I 劳动力鉴定·····	(99)
II 轉归·····	(100)
III 隨診·····	(100)
〔V〕今后临床保健和研究的方向·····	(100)
I 預防方面·····	(100)
II 診斷方面·····	(100)
III 治疗方面·····	(100)
IV 轉归和预后方面·····	(100)
✓ 附件一：冠状动脉粥样硬化性心臟病之名詞分类，診斷标准参考方案·····	(101)
〔I〕1964年上海方案·····	(101)
〔II〕黃宛氏方案·····	(101)
〔III〕1962年解放軍心血管专业會議有关冠状动脉粥样硬化性心臟病分类与診斷标准·····	(102)
〔IV〕苏联 Мяшников 氏方案·····	(103)
〔V〕苏联 Тумановский М. Н. 氏方案·····	(103)
✓ 附件二：心电图二級梯双倍运动測驗判断标准参考方案·····	(104)
〔I〕Lepeschkin 氏 (1958年)·····	(104)
〔II〕西安會議 (1959年)·····	(104)
〔III〕胡治琦氏 (1959年)·····	(104)
〔IV〕陶寿洪氏 (1961年)·····	(104)
〔V〕解放軍心血管會議标准(1962年)·····	(104)
〔VI〕Master 氏 (1963年)·····	(105)
〔VII〕上海 (1964年)·····	(105)
附件三：冠状动脉粥样硬化性心臟病防治措施(草案)	
(解放軍总后勤部卫生部干部保健处)·····	(106)
附件四：关于动脉粥样硬化性心臟病有关問題(上海心血管专家小組建議)·····	(108)
附件五：实验性动脉粥样硬化专业小組經驗交流小結·····	(110)
附件六：全国傳染性肝炎学术會議討論紀要(長春會議)·····	(112)
附件七：傳染性肝炎防治方案(解放軍总后勤部卫生部)·····	(117)
附件八：上海地区关于傳染性肝炎意見的摘要*·····	(122)

心电图二級梯运动測驗在冠状动脉粥样硬化性心臟病普查的应用

报告者 南京军区总医院 胡康宁

冠状动脉粥样硬化性心臟病，近年来已引起了国内临床医师們的注意，特别是对它的早期诊断，目前尚存在一些困难。心电图檢查是比較可靠的客观依据之一。但根据临床經驗，真正的心絞痛患者在休息时作心电图檢查，大約有 40—50% 在正常范围。因此，有必要有意的謹慎地使用各种方法，产生一定程度的冠状动脉供血不足以致在心电图上发生变化，以协助早期诊断。比較安全简单的方法是嘱患者作适量的运动，增加心臟的工作，使原有的冠状动脉供血不足更显著而产生暂时的心电图异常。多年来 Master 氏二級梯运动測驗在国内应用最为广泛。由于文献中对于这种測驗的阳性标准尚不一致，而引起了临床诊断意見的不同。本文将近一年来保健檢查的 385 例心电图二級梯运动測驗結果，按照四种不同的阳性标准进行分析比較。同时又选择了 54 名健康的青壯年人作尽量的运动測驗，以观察运动量对此种測驗的影响。

材料及方法

一、測驗方法：保健檢查組 385 例全部均采用双倍 Master 氏二級梯运动測驗，即根据性别年龄体重按 Master 氏規定的上下次数增加一倍，在 3 分钟內走完。特固定应用二架心电图描記器（Mingograf 12，西門子厂出产的 Cardiostat 及意大利之 Officine Galileo）。运动前每例先作标准与单极肢体和 $V_1 V_3 V_5$ 9 个导联心电图，运动后即刻，2 分钟，与 6 分钟各作心电图一次。运动后作 $V_3 V_5$ II aV_F I 依此导联排列順序測定 5 个导联。

二、測驗对象：保健檢查組 385 例多为 35 岁以上的較强脑力劳动者，經過詳細詢問病史，体格檢查，血尿常規檢查，胸部 X 綫透視或攝片檢查：（1）无心臟瓣膜病或其它心血管畸形；（2）无可疑風濕熱或近期的感染史；（3）无肺部疾病；（4）无貧血；（5）休息时心电图正常，临床上亦无典型心絞痛症狀。依据血压及血清胆固醇与脂蛋白測定，将保健檢查組 385 例分为四組。

第一組为高血压組：凡舒張压超过 90mm Hg（声音消失）者。

第二組为脂质代謝紊乱組：凡血清胆固醇超过 200mg% 或 β 脂蛋白比例超过 80%。

第三組为高血压兼脂质代謝紊乱組，同时具备第一組与第二組之条件者。

第四組为无高血压及脂质代謝紊乱組。

385 例中以男性为主（男性 342 例，女性 43 例）年龄以 40 岁以上者为多。其年龄性别在各組的分布見表一。

三、心电图的測量与阳性标准：所有心电图均固定由 2 位比較熟練的同志作第一次測量。以后又由二位同志复查一次。若遇疑難問題，則小組共同討論分析。基綫不穩的心电图，則

表一 385 例年龄与性别的分布

组 别	例 数	年 龄						性 别	
		25—29	30—34	35—39	40—49	50—59	60以上	男	女
高血压	5	0	3	3	33	9	3	44	7
脂质代谢紊乱	111	0	2	8	75	24	2	99	12
高血压及脂质代谢紊乱	82	1	0	4	54	17	6	73	9
无高血压及脂质代谢紊乱	141	1	6	13	94	25	2	126	15
合 计	385	2	11	28	256	75	13	342	43

不列入统计。由于文献中关于阳性标准的规定各有不同，而且为数甚多。本文仅选择了国内文献中三种阳性标准及 Master 氏 1961 年修改的标准，将每例心电图作比较分析。

1. 胡治琦氏等所规定的阳性标准为：(1)凡 S-T 段在任何导联中，降低超过等电位线 0.5mm，且当与 R 波所构成的角度等于或大于 90° 角。(2)运动后在 I、II、AVR、V₁ 导联中，发生 T 波方向的变化。T_{avF}、T_{avL} 运动后改变的意义，则根据心电位来判断，凡反应左心室壁导联的 T 波变化，才认为是阳性表现。(3)运动后出现 Q 波，出现严重的心律紊乱，房室传导阻滞或 QRS 时间延长。

2. 冠状动脉粥样硬化性心脏病普查方案所规定的阳性标准为：(1)S-T 段压低，在标准导联超过 0.5mm，V₃ V₅ 达 1.0mm。(2)T 波由直立变为等电；双相或倒置。房室或束支传导阻滞，过早搏动呈二联律或多源性者，阵发性心动过速，心房扑动或颤动。

3. 陶寿淇氏等所规定阳性标准为：(1)运动后 S-T 段(包括 J 点，若同时 P-R 段向下倾斜，则以 Lepeschkin 氏等法加以校正)压低在标准导联达 0.75 mm 以上，或胸导联 1 mm 以上。(2)T 波倒置，双向，或低且有切迹，如延迟出现或持续 2—6 分钟且见于 R 波占优势的导联。(3)运动后 T 波变为平坦或变为心房颤动，频发过早搏动等，重要心律失常者，列为可疑不正常。

4. Master 氏等于 1961 年将阳性标准修改为(1)任何 S-T (即 J 点)压低达到或超过 2 mm。(2)J 点压低之时限较长，或伴有心室电收缩的时限延长。(QX/QT 之比值等于或大于 50%，或 Q-T 比率等于或大于 1.08，或者两者均有)。(3)缺血型 S-T 段压低(即 S-T 段呈水平型而其时限至少为 0.08 秒，或呈向下倾斜型)。此种缺血型 S-T 段压低，肉眼即可确定诊断，而绝大多数其 QX/QT 等于或大于 50%。以及 Q-T 比率等于或大于 1.08。

讨 论

心电图二级梯运动测验，目前在国内外已成为保健检查常规项目之一。若在心电图测量上及阳性标准上掌握不够严格，则可产生较多的假阳性，运动测验本身仅是测验心脏功能的情况，对冠状动脉粥样硬化性心脏病并无特异性意义，故诊断应以综合分析临床资料及结合病人具体情况着手。关于阳性标准问题，作者目前尚提不出具体意见，仅根据体会认为典型缺血型 S-T 段压低，其压低程度 ≥ 0.5 mm，其 QX/QT $\geq 50\%$ ，Q-T 比率 ≥ 1.08 ，又无其他因素存在，则对冠状动脉硬化的诊断有重要意义。本组有二例阳性 Master 氏运动测验的心电图属于缺血型 S-T 段压低，而又符合上述条件，一例于运动测验 5 日后发生前壁心肌梗死。另一例于运动测验 53 日后发生后壁心肌梗死。关于 J 点压低的意义问题，国内外作者意见

不一致。Myers 氏与 Talmers 氏认为无诊断意义。Master 氏观察了 196 例 J 点压低病例，其中 58 例有器质性心脏病，因此，有必要累积更多追踪观察的资料来下决定。

阴性的双倍 Master 氏运动测验，亦不能完全排除冠状动脉粥样硬化性心脏病。本组 385 例中，有一例男性患者，45 岁，因怀疑有肝炎入院检查，住院期间胆固醇 208 毫克%，双倍 Master 氏运动试验按本文所载 4 种标准均为阴性（见图）。出院 10 天后，患者突然胸部发闷，不能坚持工作，当天下班回家曾看文件等，其时仍感觉空气不足而打开窗户，睡至晨二时，病人突然抽搐，患者家属开灯看时，病人已无呼吸心跳，病理检查发现后左主动脉瓣与前瓣联合处，与相对之主动脉根部，有明显粥样硬化。后右瓣与后左瓣联合处亦有明显之粥样硬化。后左瓣之左冠状动脉开口处亦有粥样斑块，约占左冠状动脉开口处周径之一半。左冠状

表二 385 例按四种标准及分组阳性率的比较

组 别	高 血 压	脂 质 代 谢 紊 乱	高血压兼脂 质代谢紊乱	无高血压及 脂质代谢紊 乱	总 计	
检 查 例 数	51	111	82	141	385	
阳 性 率	例数 %	例数 %	例数 %	例数 %	例数 %	
胡 治 琦 氏 1959	S-T 段压低 $>0.5\text{mm}$ 且 与 R 所成角度 $>90^\circ$	2	4	7	7	20
	单独 T 波改变	1	0	0	1	2
	心律失常	0	0	0	1	1
	合 计	3 5.88	4 3.60	7 8.54	9 5.97	23 5.97
普 查 方 案 1960	S-T 段 标准导联 $>0.5\text{mm}$	0	0	4	5	9
	压低 $V_3V_5 \geq 1.0\text{mm}$	2	4	1	1	8
	单独 T 波改变	2	2	3	2	9
	心律失常	0	0	0	1	1
合 计	4 7.84	6 5.41	8 9.76	9 6.38	27 7.01	
陶 寿 淇 氏 1961	ST 段 (包括 J 点) 压低 标准导联 $>0.75\text{mm}$	0	1	4	6	11
	胸导联 $>1.0\text{mm}$	4	4	1	4	13
	单独 T 波改变	4	3	4	3	14
	合 计	8 15.69	8 7.21	9 10.98	13 9.22	38 9.87
Master 氏 1961	缺血性 S-T 段压低	4	6	10	8	28
	J 点压低 $\leq 2.0\text{mm}$	1	0	0	0	1
	J 点压低 $<2.0\text{mm}$ 但 QX/QT $>50\%$ 或 QT 比例 >1.08	2	3	2	6	13
	合 计	7 13.73	9 8.11	12 14.63	14 9.93	24 10.91
符合上列四种标准中任何一种者		10 19.61	12 10.81	17 20.73	17 12.06	56 14.55

动脉前降枝，距开口处三厘米处有一粥样斑块，大小約 0.5×0.3 厘米，占該处血管周徑3/5，其余冠状动脉及其分枝无特殊。此例說明了双倍 Master 氏运动測驗的假阴性。

摘 要

一、本文分析了保健檢查 385 例心电图二級梯运动測驗之結果，其阳性率按胡治琦氏等的标准(1959)为 9.92%；普查方案(1960)为 9.52%；陶寿淇氏等(1961)为 8.53%；Master 氏等(1961)为 10.52%。

二、385 例分成四組(一)高血压組，(二)脂质代謝紊乱組，(三)高血压兼脂质代謝紊乱組，(四)无高血压及脂质代謝紊乱組，結果按上述四种标准以脂质代謝紊乱組阳性率最高，而无高血压及脂质代謝紊乱組最低。

三、选择了 54 例青壯年健康人作尽量运动測驗結果，其阳性率較 无高血压及 脂质代謝紊乱組为高。

四、对心电图二級梯运动測驗的阳性标准略加討論，根据作者体会认为典型缺血型 S-T 段压低，对冠状动脉粥样硬化的診斷有重要意义。另报告了一例假阴性病例。

表三 56例阳性者(符合四种标准中任何一种)
运动后各种阳性改变的比較

組 別	例 数	阳 性 改 变			
		缺血型 S-T 压低	J 点 压 低	T 波 改 变	心 律 失 常
高血压	10	4	4	4	0
脂质代謝紊乱	12	6	5	3	0
高血压加脂质代謝紊乱	17	12	4	6	0
无高血压及脂代謝紊乱	17	8	10	3	1
合 計	56	30	23	16	1

表四 56例阳性者(符合四种标准中任何一种)各导联
中最显著的阳性改变发生数的比較

活 动 后 阳性心电图改变	导 联					合 計
	I	II	av _F	V ₃	V ₅	
缺血型 S-T 压低	1	12	5	0	12	30
J 点降低(陶、M)	0	8	0	2	13	23
T 波改变(胡、普、陶)	0	0	1	10	5	16

几种影响血清胆固醇物质的效果记录(摘要)*

报告者 浙江医科大学 楼福庆

一、冠状动脉粥样硬化的发病机制目前尚存在着争论,一般认为脂质代谢障碍是本病发病主要原因,血清胆固醇和三酸甘油酯增加是本病特点,作者用卵磷脂、烟草酸、维生素B₆、茶叶、维生素C以及花生油等物质作家兔实验,以观察对家兔实验性高胆固醇血症和主动脉粥样斑块的影响。

结 果

组 别	动物只数	喂饲食物每日1克胆固醇外加并加	主动脉粥样硬化程度(级别)	血清胆固醇 mg/100ml
对 照 组	(7只)		2.9	2815.8
卵 磷 脂	4	0.176gm/天	2.6	1176.0
烟 草 酸	7	0.72gm/天	2.0	1284.8
维生素B ₆	6	14mg/天	2.5	1407.5
茶 叶	6	6gm/天	1.9	894.7
维生素C	6	200mg/天	1.5	726.0
花 生 油	5	10cc/天	2.4	1582.8

从初步结果看来,以维生素C组效果最好,茶叶和烟草酸次之,卵磷脂、维生素B₆和花生油与对照组比较无显著差异,并加以讨论了这些物质的作用。

二、作者又从临床观察了用二种不同剂量维生素C及丙酸睾酮对降低血清胆固醇的作用。

I 维生素C组分二种剂量:

① 26例:维生素C 500 mg + 50% 葡萄糖 20cc, 每日静注一次, 20天为一疗程。
治疗前血清胆固醇 205—415 mg/100 ml, 平均 301 mg/100 ml。
治疗后血清胆固醇 177—420 mg/100 ml, 平均 262.2 mg/100 ml。
平均降低数为 37.8 mg/100 ml, 为原数值的 12.6%。

② 9例:维生素C 1000 mg + 50% 葡萄糖 20cc, 每天静注一次, 20次为一疗程。
结果: 治疗前血清胆固醇 264—328 mg/100 ml, 平均 293 mg/100 ml。
治疗后血清胆固醇 194—262 mg/100 ml, 平均 240.9 mg/100 ml。
平均降低 52.1 mg/100 ml, 为原数值的 17.8%, 疗效较为显著。

II 丙酸睾酮组 11例, 每天肌肉注射 50 mg, 30天为一疗程。
治疗前血清胆固醇 210—360, 平均 285 mg/100 ml。
治疗后血清胆固醇 189—290, 平均 235 mg/100 ml。
平均降低 49.5 mg/100 ml (17.4%)。

病人一般感觉精神较好，心前区疼消失。

作者最后总结认为初步看来维生素 C 有效，茶叶是日常生活中的一种饮料，清口味美，值得推广，丙酸睾酮有一定的效果。

关于心臟停搏的急救*

报告者 上海第一医学院 陶寿洪

一、心臟失去有效的排血能力：常表现为以下几种情形：

1. 心室或全心停頓；
2. 心室顫动；
3. 心室自身节律而心室律显著减慢，或心臟收縮无力者；
4. 严重室性心动过速。

二、内科中心臟停搏的主要原因(主要指比較突然的心臟功能改变)：

1. 冠心病，包括心肌梗死；
2. 药物毒性作用如奎尼丁，洋地黄，鉀等；
3. 各种原因引起的高度房室阻滯；
4. 其他：心肌炎或原因不明的心肌病变，触电、窒息等。

三、診斷：根据以下临床表现：

1. 抽搐，失去知觉，呼吸停止(停搏后 20—30 秒)；
 2. 脉搏(颈动脉)与心音消失；
 3. 瞳孔散大(30—60 秒后)。
- 3—4 分钟后大脑损害，不可恢复。

四、急救措施：

1. 如停搏时立即发现，可先試拳击心前区 1—2 下，如呼吸已停止，即口对口或口对鼻呼吸 3—4 下。

2. 胸外心臟按摩：病人背躺在硬板上进行，操作者跪在病人身旁，用手根放在劍突之上方，向下压 4—5 cm 約 0.5 秒，然后放松。每分钟 60—80 次。

3. 間断(一个人)或有規律的(13—20*/分)作对口呼吸，以后用面罩或插管及气袋人工呼吸。

4. 观察心按摩效果：

- (1) 脉搏恢复情况；
- (2) 有效者，收縮期血压可提高至 70—80mmHg；
- (3) 自动呼吸；
- (4) 知觉恢复，瞳孔縮小；
- (5) 皮色改变。

5. EKG 檢查，注意观察与鉴别：

- (1) 胸外按摩时所产生的电波；
- (2) 心室停頓或慢的心室自身节律；
- (3) 心室顫动；
- (4) 竇性、結性等心律，但心室收縮无力。

6. 药物治疗：

(1) 腎上腺素用于心室停頓或細小顫動波時，1:1000 藥液再稀釋 10 倍，5cc 心腔內注射(1:1000 1cc+N. S. 9cc)注意不要注入心肌內，如按摩有效，可注入靜脈(如當時已有靜脈內針頭或插管)按摩 1—2 分鐘無效，即用腎上腺素，3—5 分鐘後可重復。

(2) Isuprel 用于心室停頓尤其是先曾發生心室顫動或在洋地黃 Quinidin 中毒或血鉀過高時，0.02—0.04mg(2—4cc)心腔內或 I. V.

(3) Procain Hcl 200—300mg(3—5cc)心腔內，或 Procain amide 50mg(心腔內)，或 200mg I. V.，用于較粗的心室顫動。顫動波細者，可以注射腎上腺素。

(4) 克分子乳酸鈉用于心室自身節律較慢而低的心室顫動，或血鉀過高或 Quinidin 中毒，10—20cc 心內，或 20—40cc I. V. (<1 min)。

(5) 硫酸阿托品用于高度房室傳導阻滯，亦可試用于心室顫動，前者 0.5—1.0mg I. m. 或 I. V.，後者 1—2 mg 心內或 I. V. (加心臟按摩)。

(6) 氯化鈣：用于心室搏動微弱者，10% 3—10c.c. 心內或 I. V. (慢)，疑有洋地黃中毒者禁用。

注射藥物後要繼續按摩，使藥物繼續起作用。

7. 開胸按摩問題。

8. 電除顫器：心室顫動時使用。

(1) 胸外用；

(2) 開胸用。

目前須先按摩及注射腎上腺素，使顫動波變得較粗，去顫後心室停頓繼續按摩並用藥。

9. 電起搏器用于心室停頓或搏動緩慢若心臟本身起搏點作用已喪失，無效(顫動者無效)。

(1) 胸外：放于胸腔外，急救用，還在試驗階段；

(2) 靜脈引入心腔內；

(3) 心內切開胸腔，電極埋入心肌內，用久易感染。

五、復跳後處理：

1. 立即：

(1) 去顫後心律較慢者靜脈滴注 Isuprel 1mg in 200c.c.；

(2) 升壓藥復跳後血壓低者；

(3) NaHCO_3 3.75gm 50c.c. 緩慢 I. V.，每隔 10 分鐘可注入 6 至 7 次(如心臟繼續停搏)以糾正酸中毒。

2. 洋地黃中毒者用 Kcl 或 EDTA。

3. 後期：

(1) 繼續觀察；

(2) 神志仍不清(循環已恢復)者，用降溫與尿素(40—120gm I. V. 30—120 分鐘)，以控制腦水腫。

4. 高度房室傳導阻滯，心室律不穩者，較長時期使用電起搏器。

六、急救技術要人人掌握。

事先要有充分準備。

對搶救病人要有信心。

胸外心臟按摩術的一些體會*

報告者 北京醫學院 馬萬森

循環突然停止(心停搏或心室纖維顫)不但在進行大手術(尤其是心臟手術)時常遇到,在一般的醫療工作,亦不少見,故心臟復蘇是醫務工作者的重要任務之一。

引起循環突然停止原因很多,可歸納為以下幾類:

- (1) 心臟病理性變化——其中以冠狀動脈硬化為最重要(50%),其次為心肌炎(風濕、白喉,克山病,急性感染……等)。
- (2) 藥物中毒——洋地黃、奎尼丁、三價銻……等。
- (3) 手術——尤其是心臟手術(低溫麻醉)心導管術,氣管插入術……等。
- (4) 繼呼吸停止——窒息(氣管阻塞,氧缺乏)休克,腦溢血,觸電。
- (5) 電解質紊亂——尤其是鉀(多則停跳,少則心室纖維顫)。
- (6) 植物神經系統平衡失調——頸動脈竇症候群,神經系統與其他的病因結合尤為重要,如大便時可使迷走神經亢進。

鑑別心室停搏與心室纖維顫非常重要,在作心臟手術時直視心臟的情況下很容易,在其他情況下,以心電圖為最準確。但常常不夠及時。發病前心跳的情況可作參考,如心跳過緩,或嚴重的房室傳導阻滯常引起心室停搏,而多發性室性期前收縮或室性陣發性心動過速,常引起室性纖維顫,但不能完全肯定是那一種。

治療方面:1960年以前,除在手術室立即開胸按摩心臟,有1/4病人復活外,其他治療方法很不滿意。自1960年Kowrenhoren在J. A. M. A發表20例的胸外心臟按摩術(非開胸式的)以後,醫學界認為這是搶救工作中的非常重要的進展,20例中有14例生存良好。

胸外心臟按摩術的方法已經介紹過了。

其他文獻報導 Bariner 1961(美),84例中4例復活,33例心臟病皆死亡。Shipman 1962(美)30例(49次),成功率71%,(33%,存活良好,10例無心臟病者療效較好。)

我親自參加胸外心臟按摩術的两个例子

例 1. 男55歲,農業社員1963年4月22日入院,主訴胸痛一日,心電圖為急性前壁心肌梗死,入院後13天情況良好。

第14日突然發生室性心動過速(150±/分)持續發5天(Procaine amide 0.5 gm Q6H無效)

第18日9:30突然昏迷,心音消失,血壓0,呼吸即將停止,立即開始胸外按摩,口對口人工呼吸,胸外按摩80次/分,氣管插管吸純氧,心電圖(示波器發現)室性纖維顫。室內注射 Procaine amide 0.4 及 Noradrenaline(I.V.)無效,室纖一直存在,但無紫紺,瞳孔不大,肢體溫暖(無胸外除纖器)

10:30 開胸直接按摩5分鐘後仍為室纖。

10:40 除顫2次後心停搏。

10:56 仍為心室纖維顫。11:00 Procaine amide 0.3(I.V.)5分鐘後室性心動過速140/分,11:30關胸
11:35自動呼吸開始(臨床死亡後2小時)下午1:00 50% Glucose 60c.c. 股動脈注射。1:10 B. P. 110/70, 1:25

B. P. 110/80 心率 110/分, 竇性(临床死后 4 小时), 2:30 神智清醒(死后 5 小时)。B. P. 110—90/90—70 心率 130—140/分, 呼吸 30—40/分。

64.4.9 0:05 突然死亡(死后 15 小时)其間 一直用去甲腎上腺素 10mg in 100c.c. 30—60 滴/分 Procaine amide 0.5 gm Q. 6.h Hydrocortisone 及 Atropine 0.5mg Q. 4.h

总结此例:

1. 室性纖維顫一小时仍能复苏——說明胸外心臟按摩确实有效。
2. 胸外除顫器的必要性,——开胸后縫合以后不再适用胸外按摩。
3. Procaine amide 0.4—0.3——1½ 小时内注入心室。对除顫可能有效, 可使之先变为室性过速然后变为竇性。
4. 去甲腎上腺素 10mg in 100cc I.V. 灌注 10 小时以上似尚能耐受。

例 2 梅毒性心臟病, 有心力衰竭, 端坐呼吸(在急診室)心臟突然停搏(EKG証实), 胸外按摩 30 多分钟未成功, 腎上腺素 1mg I.V. 亦无效。

按摩技巧提供启示:

1. 正确的适当的技巧, 可使 QRS 波, 出現 B. P. 可达 60, (平均压)。
2. 在人工呼吸方面, 可用作基础代謝的接口装置(可帶一皮管), 方便有效, 一人可作呼吸及按摩, 每按摩四次, 人工呼吸一次。
3. 应有胸外人工起搏器及胸外除顫器的设备。

抢救中問題

1. Procaine Amide 靜注剂量 (治疗, 預防)
2. Atropine 的应用 剂量 (防顫、防冠状动脉痙攣)
3. Adrenaline 的应用对顫織的影响。QS(傳导時間)/QT(不应期)↑ 易产生室性纖維顫, ↓ 可防止室性纖維顫。亲交感神經药物常减小 QS, 故可能防止纖維顫(Covino)。
4. Isoproterenol (即 Isuprel) 的应用
5. Procaine amide 在房室傳导阻滯时的应用

高血压病中西医综合疗法远期疗效之初步总结

报告者 广东省人民医院 潘湘耀

我院所自 60 年 5 月份起分批开展了高血压病中西医结合综合疗法(以下简称综合疗法)先后共 97 人接受了此项疗法,其中 65 例平均已追踪三年零三天,最短为二年五个月,最长为三年五个月,本文就其远期疗效与综合治疗组别关系进行分析,借以对综合疗法给予初步之估价。

材料与 方法

本文分析 97 例平均追踪 3 年。根据 65 例材料进行分析。(其余 32 例有 4 例于追踪期间死亡,2 例失去联系,26 例因各项原因未能回院复查,均不列入统计)65 例中男 56 人,女 9 人,年龄最小 23 岁,最大 71 岁,平均 52.23 岁。

按全国高血压分期草案规定,65 例中 I_A 7 人, I_B 5 人, II 期 47 人, III 期 6 人,合并有冠状动脉供血不足 24 例,平均病程 5 年 9 个月。

治疗组别,全部病例开始时均曾住院三周,进行综合疗法(参照北京阜外医院方法)出院后再根据整个追踪期间,患者接受治疗之情况分为:

(1) 服降血压药组:指服用双氢克尿塞或肼苯类物质, (中药因若干客观原因,未能经常使用,故不列入统计)共分三组。

① 降 1 组:指整个追踪期间持续服用上述降压药物,由于若干客观原因,大部份病人在大部份的追踪期内只能服用其中一种药物,通常是一种双氢克尿塞或降压灵。

② 降 2 组 断续服用。

③ 降 3 组 不服或偶服。

(2) 气功组:

① 气 1 组 指整个追踪期间坚持气功,每日 1—2 次,且多半能入静,质量较好者,此组病例多同时进行太极拳,主观能动性亦发挥较好。

② 气 2 组:断续进行气功者。

③ 气 3 组:不作或偶作气功者,多不作太极拳,主观能动性亦较差者。

(3) 根据(1)及(2)拟定综合治疗组别。

① 综 1 组:指综合疗法进行较好者:包括降 1 气 1 组,降 1 气 2 组,及降 2 气 1 组,共 18 例。

② 综 3 组:指综合治疗效果较差者,包括降 3 气 3 组,降 3 气 2 组及降 2 气 3 组,共 27 例。

③ 综 2 组:指介乎上述二者之间者,包括降 2 气 2 组,降 1 气 3 组,及气 1 降 3 组共 20 例。

远期总疗效:系根据综合疗法,住院前以及平均三年追踪后(简称治疗前后)的高血压严