

世界医学新进展(一)

蔡贵娣 编

浙江省医学情报研究所

世界經濟新趨勢——

國際化與區域化

新加坡經濟學商會 編文輯

前 言

为了使广大读者及时了解和掌握世界医学发展趋势，促进医学事业的发展，我们编辑出版了“世界医学新进展专辑（一）”，主要内容为1987～1988年各种国际医学学术会议和专题讨论会的部分情况介绍，在一定程度上反映了当前世界医学各学科的新成果、新动向。希望能对广大医务、科研及管理人员掌握信息、开拓思路有所帮助。

编辑出版“世界医学新进展”，是一项新的工作，读者有何意见可及时告诉我们，以便在今后的工作中加以改进，更好地为广大读者服务。

本专辑由本所蔡贵娣同志编辑整理，浙江省医学科学院高柏生副研究员审阅。

浙江省医学情报研究所

世界医学新进展(一)

目 录

南太平洋国际心脏病大会·····	(1)
国际心钠素临床应用学术会·····	(2)
世界卫生组织关于适当的心血管病诊断技术专家咨询会·····	(3)
日本导管介入心脏学近况·····	(6)
中法心血管病学术交流·····	(7)
第12次国际高血压学会学术大会(介绍高血压病防治进展)·····	(7)
第3届欧洲高血压会议·····	(9)
世界胃肠学第8届会议·····	(10)
东京第4届世界微循环大会·····	(14)
伦敦第6届国际病毒性肝炎会·····	(16)
中美上海传染病学术会纪要·····	(20)
国际流行病学协会地区性学术会在泰国举行·····	(21)
第28届日本肺癌学会学术年会·····	(21)
日本第20届骨、软组织肿瘤研究会·····	(22)
京都国际肌骨骼系统肿瘤抢救研究会·····	(23)
第15届国际化疗会议·····	(25)
纽约第4届国际肿瘤护理会·····	(28)
1987年国际骨髓增生异常综合征讨论会·····	(30)
日内瓦欧洲血液病理协会第一次会议·····	(32)
第10届国际神经病理学术会·····	(33)
北京第1届中法精神病学术交流法方医疗介绍·····	(36)
日本第29次临床血液学会·····	(38)
美国血库协会第39届年会(介绍美国输血工作现状)·····	(41)
美国第53届骨科医生年会·····	(43)
北京泌尿外科国际讨论会·····	(47)
伦敦第10届国际肾脏病学术会·····	(51)
国际器官移植学术会·····	(56)
日本仙台国际脑卒中外科专题介绍·····	(56)
日本第46届脑神经外科学会年会·····	(62)
第32届国际外科学术会小儿外科学术交流·····	(64)
慕尼黑第6届世界人工器官会和第14届欧洲人工器官会·····	(67)

北京第6届免疫缺陷动物实验研究国际讨论会.....	(67)
北京第1届中日临床麻醉学讨论会.....	(69)
曼谷第3届亚太地区国际老年学会议.....	(71)
北京第2届国际妇幼营养研讨会.....	(71)
罗马第11次欧洲围产医学会议.....	(72)
北京第2届国际围产医学会议.....	(73)
1988年世界儿童状况.....	(73)
西德第9届国际人种医学学术会.....	(74)
第22届国际职业卫生大会.....	(75)
匈牙利第7届国际职业卫生委员会农药科学委员会会议.....	(77)
北京大剂量电离与非电离辐射生物效应国际会议(ICBER).....	(79)
西柏林第4届国际室内空气质量及气候会议.....	(84)
新加坡第1届亚太地区环境与职业毒理学讨论会.....	(84)
国际麻风节简介.....	(85)
日本放医研(NIRS)第15次环境讨论会.....	(86)
芝加哥第73届北美放射学年会.....	(88)
北京中日环境氡监测研讨会.....	(90)
国际放射防护委员会1987年科莫会议.....	(91)
北京国际核医学学术会.....	(92)
上海第3届中日国际微生物学会.....	(92)
罗马第9届欧洲免疫学会.....	(封3)
北京国际医学影像诊断学研讨会.....	(封3)
珠海国际病理学术会.....	(封3)
消息:我医史学者马堪温被选为英国皇家热带病学及卫生学会会员.....	(68)

南太平洋国际心脏病大会

广东省心血管病研究所 林曙光 罗征祥

大会于1987年9月21日在法属玻利尼西亚召开。

妊娠与心脏病：孕妇心脏病的种类可因地区、人种而不同。Acar报道法国408例中，风湿性心脏病（RHD）占208例，先天性心脏病（CHD）125例，充血性心肌病75例。母婴合并症及病死率较高。Ismail报道128例妊娠心脏病中胎（婴）儿死亡35例（27%），孕妇可出现出血、心衰、心律失常等。还有12例血栓栓塞及5例感染性心内膜炎（IE），其中10例死亡。故她们是高危病人。已行人工瓣膜置换术者的抗凝药物，有人认为以维生素K拮抗剂为主，至妊娠晚期改为肝素，以减少分娩及产后出血。但亦有认为肝素不透过胎盘屏障，妊娠早期宜用肝素。心功能III-IV级者应在早期决定人工流产或心脏手术与否，心脏手术因有合并症常难以接受。继续妊娠者应严密监测血流动力学，尤其是围产期。

心脏病患者避孕如采用局部措施失败率较高；宫内避孕器在抗凝者可增加出血，增加IE发生率；输卵管结扎是首选方法；Taureal提倡应用微型黄体酮片（micro-progesterone pill），他观察40例达10年，效果好，对心脏病及代谢无不良影响，宫内避孕器为次选。

感染性心内膜炎（IE）：IE菌株虽有改变，但链球菌（S）感染仍占多数（50~60%）。换瓣、肺动脉分流修补术及原有IE者应视为IE高度易患者；瓣膜病、CHD、心肌病、二尖瓣脱垂等则为中度易患者。口腔是IE细菌常见入路，经耳鼻喉及支气管者少，经阴、

尿道罕见，经消化道多为D族S。预防用的抗生素推荐青霉素G或羟苄青霉素，可口服。术前1小时给予，有主张用至术后24小时，也有主张48~72小时。亦可用红霉素或万古霉素。

关于血培养阴性的IE，Kaplan认为真正的约5~15%。但临床上血培养阳性率仍低，条件较好的亦只时到50~70%（译者注：我国低于40%）。原因如检查前已用抗生素，常规方法对特殊细菌无效。Q热、鹦鹉热及真菌感染也是造成阴性的原因。超声心动图及循环免疫复合物（CIC）的检查对明确IE帮助较大。Caban认为90%以上的IE可检出CIC，它可作为血培养阴性的IE与风湿热（RF）包括RHD的风湿活动的主要鉴别点。由于其病死率高于病原体明确者，必须积极处理。经验性使用抗生素无效者（持续发热>7天）或有进行性血液动力学恶化时，应考虑手术。Acar报告114例经外科治疗者，术后5年存活率74%，10年存活率63%，必要时可再手术。Jault报道89例换瓣后出现IE而手术者大部分瓣环已形成脓疡，手术死亡率16.7%。

风湿热及风湿性心脏病的防治：Stollerman认为A族S（AS）已被公认为RF的致病菌，通过免疫机制致病，富有M蛋白（MP）的AS更可能是风湿原性（rheumatogenic），这次美国RF再流行培养出的细菌大部分为M₅及M₁₈。已知AS有71种MP亚型，其中肾病原性（nephritogenic）有M₁₂、M₁₄，风湿原性有M₆、M₁₈、M₁₉、M₂₄。传统培养法不

能满足临床需要。有一种快速免疫诊断法,可用对AS多糖抗原起反应的IgG试剂与咽拭子起聚集反应,5分钟内有结果。WHO证实其敏感性>90%,特异性>95%。推荐用于RF原发性预防及普查。会议呼吁进一步加强原风湿性AS的合作研究。

Kaplan报告1987年4月WHO专家会议对Jones标准修改的三点主要意见:①诊断RF时明确AS感染是必要的。②承认1982年美国心脏协会对Jones标准的修改意见。③有三种情况可不受原来的标准所限,包括排除其他原因的舞蹈病,排除其他原因的迟发性心脏炎及RHD的风湿活动(亦应有AS感染证据)。Stollerman认为全心炎的表现有阶段性,医生临诊时可只见到其中某些表现;如果原有RHD出现杂音改变,不明原因心衰,或心衰不能控制,严重心律失常等应

高度警惕是否有RF活动。

Carras介绍诊断AS感染的抗酶抗体法包括ASO、抗链激酶、抗链球菌透明质酸酶、抗链球菌DNA酶B。AS感染后,其滴定度约于1周后升高,但不全部。每一个体每种抗体升高的阳性率只有60~70%,同时测2~3种以上可发现95%患者。目前推荐ASO及抗链球菌DNA酶B联用。应注意单纯ASO升高可见于C和G族S感染。

台湾学者吕鸿基报告183例共844人/年的RF继发性预防,其中394人/年用每3周肌注长效青霉素120万U疗法,无一例RF复发,450人/年用4周一次疗法有6例出现RF复发。他认为RF继发性预防应以3周疗法为宜。

摘自《中华心血管病杂志》1988; 16
(2): 123~124

国际心钠素临床应用学术会

徐 东

于1987年11月1~2日在加拿大蒙特利尔举行。美国、日本、加拿大、英国、法国、新西兰、澳大利亚和中国等100多名专家参加了这次会议。有20位国际心钠素研究的知名学者作了专题报告。我国北京医科大学的谢翠微博士和汤健教授亦应邀作了心钠素临床应用的专题发言。

新西兰医学院的Richards博士在会上首先报告了8例正常受试者静脉滴注2pmol/kg/min α -hANP的结果,发现应用心钠素后可引起降压和利尿作用,同时可降低血浆醛固酮和肾上腺素的水平。美国明尼苏达大学医学院的Burnett教授给6例充血性心力衰竭的患者,应用0.008 μ g/kg/min的心钠素后,明显增加肾小球滤过率和肾血流量;降

低肾血管阻力及其血浆肾素和醛固酮的水平;增加尿钠和尿量的排出,而未见有任何不良反应。美国纽约州立大学的Cody和Laragh博士比较了正常人和心功能不全患者应用不同剂量心钠素(0.1和40pmol/kg/min)的反应,发现心功能不全患者对心钠素的反应降低,但仍可明显增加肾小球滤过率,肾血流量和利钠、利尿效应,并可使肺毛细血管嵌顿压降低。美国圣路易斯大学的Needleman和瑞士伯尔尼大学的Saxenhor等分别给3例肾功能不全的患者应用心钠素后(0.05 μ g/kg/min或75 μ g/次)明显改善肾功能,使尿Na⁺、K⁺、Mg²⁺、Pi和Ca²⁺排出量增加,产生明显利尿反应,但肾小球滤过率不变或轻度增加;并可使收缩压和舒张

压降低。法国巴黎大学Adnot博士将心钠素应用于急性缺氧性肺动脉高压的患者,发现可显著扩张肺动脉,使肺动脉压和肺毛细血管嵌顿压明显降低。美国Hricik博士比较了心钠素和速尿对3例肝硬化和肾病患者中的作用,发现两者都可引起明显的利尿作用,但心钠素有降压作用,而速尿不仅无此效应,反而使血压轻度增加。日本Matsuo教授在会上报告了7例正常人血浆中 β -h-ANP的水平为80~479.6pg/ml;其利尿作用相当于 α -h-ANP的1/4;其降压作用为 α -h-ANP的1/8~1/2。认为 β -ANP亦是心脏分泌的一种激素。瑞士Brunner比较了不同剂量(0.015, 0.06, 0.075, 和 0.3 μ g)的心钠素对正常人的作用,发现随着剂量加大,其利尿作用反而降低,而降压作用则加强。一

次静脉注射1 μ g或2 μ g/kg的心钠素其利尿和降压作用并无明显差别。我国学者在会上报告了17例高血压、心功能不全和肝硬化患者应用心钠素治疗的结果。这是会上临床应用心钠素病例最多,病种最全的报告,受到与会者的关注。绝大多数的专家认为人体应用心钠素均无副作用。但亦有一些作者(Gomez和Francosaenz)报告,应用大剂量心钠素(1.0 μ g/kg/min.)后可出现一过性面部潮红、心率增加和低血压反应。

会上,可以看出心钠素所具有的强大利尿、利尿、降压、改善心肾功能的作用,对临床高血压、心功能不全、肾功能不全和肝硬化的治疗具有良好的前景,当然目前仍处于试用阶段。

摘自《中华内科杂志》1988;27(8):515

世界卫生组织关于适当的心血管病诊断技术专家咨询会

上海市心血管病研究所 陈灏珠

咨询会于1987年11月23~30日在日内瓦召开。16国专家出席会议。比利时Kulbertus教授和印度Bhatia教授主持。会议的召开是鉴于诊断技术飞速发展促使心血管病防治水平不断提高,但目前存在不适当地应用这些技术的情况。各专家就心血管病各种诊断技术的应用指征、限度和效率价值比进行评价,按其在同级别医疗机构应用中的适当性提出建议。

一、病史询问

完整而详尽的病史对诊断心血管病极其重要,病史可以提供心血管病的性质和严重程度,家族、环境和社会因素的影响以及预后等方面的信息,作诊治的参考。缺点是症

状属于主观申诉,难以定量,有的单靠病史不能下诊断。病史询问在各级医疗机构均可进行,如事先制定一些标准的提问,则非医务人员也能担当询问工作。

二、体格检查

正确的物理诊断方法有助于诊断瓣膜病、先天性心脏病、心肌病、体循环和肺循环高压、心包炎和心律失常等。适用于各级医疗机构,其效率价值比高。听诊器和血压计所费有限,其中血压计需定期予以定准。

会议强调临床医师有责任作详细的病史询问和体格检查,并与患者建立密切的关系,而不是削弱基本方法,单纯地依靠一些现代诊断技术来作诊断。

三、心电图及有关检查

心电图对诊断心律失常、心肌梗塞和传导阻滞最有价值,其次是对心肌缺血、心室和心房肥大、心包炎、系统疾病中的心脏受累、药物作用、电解质失调的诊断,以及安置起搏器后的随访和判断预后等亦有帮助。心电图操作简便,经过训练的医师和技术员即可读图分析。心电图电脑自动分析系统诊断正常心电图尚可,异常心电图还需复阅,可能仅适用于要分析大量心电图的单位。用电话和无线电传送的心电图设备可用于指导流动急救单位、远距离的心电图会诊以及带起搏器和康复患者的监测。

心电向量概念在心电图的教学中有其价值,但心向量图本身未能提供更多的诊断资料。仪器价格昂贵并需有经验的医师来解释图形,故其效率价值比不高。

动态心电图用于诊断可疑的心律失常、判断抗心律失常药物的疗效、诊断无症状的心肌缺血。仪器包括患者携带的记录器、回放分析系统等,价格昂贵,技术操作和分析需有训练有素的技术员、护士或医师负责。

四、胸部X线检查

规范的胸透和摄片可了解心脏大小、某一心腔的增大、异常的心血管阴影、心包和心内膜钙化,并可观察肺野和肋骨情况,不需复杂设备。用影象增强的胸透有助于观察瓣膜、冠状动脉和心包的钙化,人造瓣膜的功能和肺门舞蹈,并协助放置起搏电极心导管。本法需要有经验的医师负责。

五、心音图和机械图检查

前者记录心脏的音频信号,可助分析听诊所获得的资料;后者记录心脏的低频搏动波。二者结合应用可对心功能异常及其程度提供参考指标。不能作为诊断手段,但在教学上仍有作用。

六、超声心动图检查

M型超声心动图对测量心脏大小,心壁

厚薄,了解瓣膜结构和功能、心腔内肿块和心包情况有助,但有些部位探测不到。扇型二维超声心动图可了解瓣膜和瓣膜下的结构和功能、心室整体和局部功能、射血分数、室壁厚薄和室壁瘤形成、先天性畸形、心腔内肿块、心包疾病、主动脉瘤等;与脉冲多普勒相结合还可了解血流异常,诊断分流和评估心排血量;与连续多普勒相结合,通过对血流和瓣口面积的观察,可研究瓣膜前后的压力阶差。超声心动图检查所提供的资料,使有些先天性心脏病和瓣膜病患者免除手术前的心导管检查,但它对冠状血管的检查目前尚不满意。

用食管内的超声探头可以更好地探查心房和主动脉,目前尚待推广。彩色化的多普勒技术使诊断更为直观,但看来并非必需。用电脑处理从超声检查得到有关心腔大小、心壁厚薄和喷血分数的资料,方便准确。注射吲哚青蓝绿、盐水、含气的液体或患者自己的血液进行“超声造影”,有助于显示血流情况和分流,可以代替部分的多普勒检查。

超声心动图检查多在医师指导下,由经过训练的技术员操作,并由医师分析图形。M型超声心动图价格较廉,二维或兼有多普勒者则较贵,应备儿童用和成人用的两种探头。

七、运动试验

踏车和平板运动试验已被确认对诊断冠心病、心肌缺血及其程度有助,并是评定疗效的方法之一。连续监测3~12个导联的心电图和记录血压已成为常规方法。目前本法还用于判断患者是否需要进一步作冠状动脉造影,指导康复的心肌梗塞患者的运动量,发现运动引起的心律失常和传导阻滞,在特定高危人群中筛选冠心病等,但不宜作为普查冠心病的手段。对中年女性其特异性低,假阳性率高;对非高危人群特异性亦低。

运动试验较安全,可重复。但伴有肺、

神经或骨科疾病的患者，静息心电图示预激综合征，左束支传导阻滞或左心室肥厚，应用洋地黄、 β 阻滞剂等药时，都限制它的应用。心力衰竭、不稳定型心绞痛、危及生命的心律失常、主动脉瓣狭窄或重度心脏传导阻滞者禁用本试验。其他可供选择的心脏耐量试验如心房调搏、等长握力试验、冷压试验和潘生丁试验，临床效果都不及运动试验。

运动试验设备带电脑控制者价格昂贵，而电脑部分实非必需。操作可由经训练的技术员进行，但需医师在场并备心脏复苏的设施。

八、核心脏病学检查

以 γ 照相机摄片的 ^{201}Tl 心肌灌注显象广泛应用于诊断冠心病，并可兼作运动试验。灌注有缺陷的区域提示心肌血供不足，有疤痕或损伤，如运动后3~4小时灌注缺陷区仍存在，则提示为后两者，如消失则为前者。通过节段分析有助于推测哪一支冠脉狭窄。但分析 ^{201}Tl 心肌灌注显象时，常受到分析者主观因素及投照部位的影响，可用旋转 γ 照相和断层显象法解决。心肌显象适用于心绞痛不典型或有心电图异常使心电图运动试验分析有困难的患者以及心肌缺血和坏死的定位和范围。本检查设备及 ^{201}Tl 的费用极昂贵，并需经专门训练的人员操作。本法不能普及使用。

放射性核素心血管造影可无创伤地目测或定量评价心室功能。一次通过法造影可通过几次心搏的记录即获得评价心功能的资料，可用于诊断分流和心腔内肿块。多门电路控制法造影可分析心室壁整体和局部动作以及心动周期中心室容量的系列变化。

正电子发射断层显象扫描用于探测心肌局部血流和心肌代谢，目前尚在研究阶段。

九、心导管检查和选择性心血管造影

该法为诊断心脏病，评定其严重程度并了

解其血液动力学异常的最有效技术。心导管检查需要相应的X线设备（床旁右心导管检查监测可无需X线设备）、监测和除颤器、心导管、测心血管腔内血压和血氧含量设施以及受过良好训练的人员。可同时进行指示剂稀释曲线测定，选择性心血管造影。因此可全面了解血液动力学变化和心室功能、瓣膜狭窄和（或）大血管间的分流。选择性冠状动脉造影可以定位和定量地诊断冠状动脉病变。

心导管检查和选择性心血管造影虽非全无危险性，但对诊断先天性心脏病、瓣膜病和心肌病变有决定性意义，已在临床上应用数十年。冠状动脉造影则为冠脉手术（包括经皮腔内冠脉成形术）前必需的检查。但如无施行心脏手术的条件或患者不愿手术，则本检查宜暂缓。近年心导管术还用于经皮腔内冠脉成形术、狭窄瓣膜扩张术、冠脉注射药物和心脏起搏等治疗领域。

建立、装备和维护心导管-心血管造影检查室价格昂贵，检查的成功率和完全性取决于检查组的业务水平和有足够的检查对象（每年400~800）。因此心导管-心血管造影检查室只宜建立在有条件进行心脏手术的或与之挂钩的单位。

十、其他显象技术

数字减影法心血管造影可增强造影剂阴影的浓度，从周围静脉或右心注入造影剂可得到良好的肺血管、左心和大动脉显影。但如选择性地注射造影剂则其效果更好，造影剂用量可减少。本检查亦用于显影主动脉-冠状动脉旁路移植血管、主动脉的分支和周围动脉，但目前显影冠状动脉的质量尚不够满意。本检查设备昂贵，但能通过安全的途径得到过去需较不安全而复杂的创伤性检查才能取得的资料。

电脑控制断层显象（CT）可作全身各部的横切面断层检查。此种设施已在许多医

疗机构中使用,但其诊断心血管病的价值有限,价格昂贵,如已有此项设备可选择性地用于主动脉瘤的诊断。(核)磁共振显象应用非离子化方法产生软组织显象对比而无需注射造影剂,可作三维显象研究心肌形态学和生物化学现象。本法设备及维修费极昂贵,在心脏病诊断应用中仍在研究阶段。

十一、心脏内电生理检查

本检查对诊断、评价和处理传导阻滞和其它缓慢性心律失常的价值不大。但对反复发作心动过速可提供诊断和治疗的选择(选择有效的治疗药物、外科手术、经电极导管电灼阻断术或安置抗快速心律失常起搏器)。本检查在曾患原发性室颤或心肌梗塞患者中的作用,高危预激综合征患者的判断都无定论。本检查用心导管室设备需由有经验的医师施行,对心室刺激有一定危险性,

宜限于有条件用外科或经电极导管电灼阻断术、安置起搏器等手段治疗顽固性心动过速的单位。

十二、心内膜心肌活体组织检查

本检查属有创伤性,在有经验者操作下,取得4块以上的组织,仍属安全。适用于诊断有弥漫性心肌病变和判断移植心脏的排斥反应,鉴别扩张型和限制型心肌病以及心肌炎。组织切片需由有经验的病理学家阅读(光学和电子显微镜),还需排除取材时心肌受损的组织学变化。本检查需在心导管检查室内进行。

此外,会议还讨论了周围血管病的适当诊断技术、适当的实验室检查、动态血压监测技术等。

摘自《中华心血管病杂志》1988; 16

(3): 184~186

日本导管介入心脏学近况

陈传荣

1988年1月,应邀到日本访问了几家医院(以心血管病为重点),考察导管介入心脏学的发展近况。

心内膜心肌活检及心脏窥镜在日本应用较早,发展也快,但近年冠状动脉造影、冠状动脉腔内成形术(PTCA)及经皮气囊二尖瓣成形术(PBMV)的发展更为迅速。人口只有100多万的北九州市,仅小仓纪念医院就作冠状动脉造影20000余例,PTCA近4000例,其中约10%为难度较大的须作Kissing技术的PTCA。今年1月头17个工作日,共作各类心导管术306例,平均每天18例。50%以上为PTCA,这是因为部分病例在其他医院已作冠状动脉造影,认为须作PTCA才转到该院,故PTCA多于诊断性的冠状动脉造

影。笔者见延吉正清医生在4小时内作PTCA 9例(其中2例须作Kissing技术)和PBMV 2例,手术在两间导管室同时进行。PTCA的病例在指引导管插入前及扩张完毕以后的操作和PBMV病例在房间隔穿刺前及扩张二尖瓣后的操作均由助手完成。延吉医生本人在每台手术交接的间隙,还有时间多次离开心导管室去做别的临床工作、行政事务及接待国内外来访医生等。多数病例全部操作时间为30~40分钟,其中PTCA病例自插入指引导管至冠状动脉病变被成功地扩张只须7~28(平均14.4)分钟,PBMV自房间隔穿刺至二尖瓣扩张成功分别为10及7分钟。技术之熟练使参观者为之惊叹。

自井上宽治1984年首次报道用他自己设

计的橡胶-尼龙气囊导管作PBMV成功后。由于气囊扩张导管结构及操作技术的改进,1987年以来发展很快,至今在日本已有40间医院开展PBMV治疗,总数在400例以上,取

得满意疗效,无1例死亡。

摘自《中华心血管病杂志》1988;16

(4):196

中法心血管病学术交流

沈 璐 华

根据法国 Merck Sharp & Dohme-Chibret制药公司与卫生部医疗卫生国际交流中心1987~1990年关于心血管病学术交流计划,1987~1988年已举行了8次学术报告会(北京、上海各3次,西安、广州各1次),第九次也已于10月7日在北京举行。这次报告会,中法双方各有四位医师发言。法方Fauvel医师介绍了原发性心肌病的心律紊乱,对其机制和治疗进行了讨论,对检出有猝死预兆的心律失常,提出采用24~48小时动态心电图较程序刺激电生理检查或晚电位更优越、实用。Barjon医师讨论了顽固性高血压诊断、治疗的有关问题。Idatte 医师报告了系统性红斑性狼疮肾脏病变,重点介绍

了免疫病理及晚近的治疗方案。Sole医师就不同心血管疾病在眼部的表现进行了介绍。中方空军总医院江一清医师报告了用麦角新碱诱发的冠状动脉痉挛、血栓形成、心肌梗塞动物模型的血液动力学、心电图、冠状动脉造影、生化和病理的研究。阜外医院陈新医师报告了起搏器综合征的临床、血液动力学及电生理研究。安贞医院范亚明医师介绍了黑木耳降血脂及抗血栓的研究,进行了动物实验及临床观察。最后,友谊医院沈璐华医师就继发性高血压中一种罕见的疾病——肾素分泌瘤,综合了国内文献所报道的8例,进行了介绍。

摘自《中华内科杂志》1988;27(12):733

第12次国际高血压学会学术大会

——介绍高血压病防治进展

新疆医学院第一附属医院内科

何秉贤

新疆 心血管病研究所

大会,于今年5月22~26日在日本京都举行。会后又分专题分别召开24个分会,代表来自58个国家和地区,共有2,500多人出席,我国大陆代表9名,大会共收到论

文4,000多篇。

概 况

1. 新中国成立后,我国科学技术虽有很大的发展,但与世界先进国家相比,差距还

很大。高血压是危害人民群众最常见的疾病,尤其是东方国家严重,我国亦属高发国家,是引起脑卒中的主要原因。但是在基础研究方面,严格的人群防治方面,我国都还相当薄弱,前者未见交流材料,后者则多为流行病学方面的资料。

2. 台湾代表普遍愿与我们交谈,交流经验,希望不久的将来能直接来往。台湾在会议上交流的材料亦不多。

3. 降压药物的研制和推销甚活跃,在大会上各药厂竞争紧张,竞相召开各种报告会和招待会及展览会。而在我国,在这方面甚为薄弱,没有一个药厂参加这种活动。

4. 世界上以治疗和观察预后为目的的科研试验方案很多,从1967年开始,据不完全统计就有14个著名方案。我国“七五”攻关计划也开始从事此工作。

高血压防治进展

1. 高血压是世界各国最常见的心血管疾病,若用 $>140/90\text{mmHg}$ 为诊断标准,多数国家成年人约15%患有此病,此中绝大多数没有症状,但潜在着发生脑卒中、冠心病、心力衰竭和肾功能不全的危险。最有效的防治方法是定期体检,随访观察和有效的防治。美国自1962年开始从事此防治工作,到1983年,其心血管病总死亡率下降了37%,其中冠心病下降了38%,脑卒中下降了54%,这与防治高血压是有关系的。

2. 关于高血压的诊断标准,多数主张应分层次,根据舒张压: $<85\text{mmHg}$ 为正常血压,85~89为正常偏高,90~104为轻型高血压,105~114为中等度高血压, ≥ 115 为重型高血压。当舒张压 $<90\text{mmHg}$,收缩压 <140 为正常,140~159为可疑(borderline)单纯收缩期高血压, ≥ 160 为单纯收缩期高血压。根据世界上几个较大型的科研方案的报告,上述根据舒张压诊断高血压的人群中患者分布的情况是:轻型占71.5~85.8%,中度占

10.8~18.8%,重型占3.4~9.7%。

3. 高血压形成的机理十分复杂,其致病因素较为肯定的有: ① 遗传: 现已可获得动物高血压的遗传模型,但由何种形式遗传的还不完全清楚; ② 钠盐摄入过多,这较为肯定,但其确切机理还不完全清楚,可能对盐敏感有遗传性; ③ 饮食总热量与成份: 已证实肥胖与血压相关,锻炼和控制饮食使体重下降,即使不减摄盐量也可使血压下降; 饮食中低钾、低钙、低鱼类和豆类蛋白者血压高,反之则低; ④ 吸烟与高血压的直接关系还不明确,但大量饮酒有升压作用,工作环境、心理因素等与高血压也相关。还有认为文化低、社会经济地位低者高血压者多。

4. 高血压的治疗

(1) 非药物治疗: 这是重要的,而且没有副作用,但并非人人都能做到。这包括: 限盐、减肥、忌酒、运动和行放松疗法。放松疗法包括中国的气功和太极拳,与会代表对上海高血压研究所报告这方面的研究很感兴趣。新疆的研究证实,吃瓜果多者,高血压患病率低。

(2) 阶梯疗法已应用10余年,现仍有人应用,但不那么强调,首选药物正在改变中,但这并不是说噻嗪类和 β 阻滞剂用于降压已经淘汰,而是更有选择性。

噻嗪类利尿剂用于容量依赖性高血压,例如老年人,肥胖者,低肾素性高血压、无低钠低钾和糖及脂质代谢紊乱和肾功能不全者,尤其是摄盐过多者应用是适合的,也是有效的。

β 阻滞剂则适合用于年轻人、高动力和高肾素者和伴有冠心病劳力型心绞痛者。

(3) 高血压必须早期治疗,因为有相当多的高血压患者无症状而不重视,来治疗时往往已较晚。现在认识到、高血压者的血管未受损以前就治疗,预后会更好。定期体检是

重要的,一旦发现血压偏高,应随访观察,改变生活方式,经3~6个月,有20~40%的轻型高血压可以由于改变生活方式及或应用安慰剂而使血压降为正常,否则应加用一定降压药物。

(4) 有高血压者若有其他冠心病的危险因素,其治疗和控制这些危险因素应更积极有效。所以,高血压的防治,宣传教育是重要的。

(5) 已有冠心病者,舒张压不宜降得太低,经长期观察证实以85mmHg左右为最佳,太低与太高死于心肌梗塞的病例均增加。

(6) 降压治疗对防止脑卒中是肯定有效的,但对防止冠心病,目前的结论还不肯定。

(7) 目前降压药物有希望的有三大类,即:血管紧张素转换酶(ACE)抑制剂,现已有长效制剂;钙通道阻滞剂,现已有专供降压的制剂;高度选择阻滞 β_2 受体的制剂。因

为这些药物不影响代谢,长效,不降低生存质量,不抑制心脏功能,不损害肾脏功能,但目前价格普遍较贵。现已证实,ACE抑制剂有肾功损害者仍可用,且有好处。有人预言,今后钙通道阻滞剂降压药可能会成为首选药。ACE抑制剂用于低肾素高血压,现已证实仍然适合。过去降压治疗未能减少冠心病发作,很可能是由于所用药物影响了脂质、糖、钾的代谢,因此认为有必要继续进行试验。

(8) 收缩期高血压对促发其他心血管病的作用比舒张压更明显,尤其是冠心病,所以同样应该治疗。

我国脑卒中发病率为120~180/10万/年,为心肌梗塞的5倍,其主要原因是高血压。所以加强高血压病的防治工作已是迫不及待的任务。

摘自《中华内科杂志》1988;27(10):

647~648

第3届欧洲高血压会议

上海高血压研究所 赵光胜

会议于1987年6月14~17日在意大利米兰市召开,2000余名专家参加,会议交流论著700余篇。

血液动力学:原发性高血压(EH)发生左室肥厚和治疗后的消退似早于血管结构改变;早期可能已有舒张期心功能障碍;高血压的心肌肥厚程度并不常与血压呈正比;不同降压药对大血管的作用各异;血管紧张素I转换酶抑制剂(ACEI)降低收缩压的作用较强;老年单纯收缩压性高血压的研究受到学者们的重视。

心源性体液因子:据报道除钠离子状态的改变外,刺激心肺受体、肾素-血管紧张

素系统(RAS)或 α 肾上腺素能受体兴奋时均促进心房肽(ANP)释放。自发性高血压大鼠(SHR)脑区(尤其在穹隆下器官和AV, V区)ANP含量明显低下。实验提示不但在周围,可能在中枢ANP与RAS亦相互拮抗,中枢ANP也参与血压和容量调节。SHR和EH血浆ANP升高, EH对ANP的扩血管反应增强。不同降压药对血浆ANP的影响各异,钙拮抗剂、 α_2 受体兴奋剂(可乐宁)可使其降低,而 β 受体阻滞剂、长压定可使其升高。近年来的研究强烈提示心脏存在RAS,心内肾素、血管紧张素原mRNA的表达即是依据。心脏的RAS系统可能是调节心

功能的自身激素系统,是RAS全身、局部作用的靶器官;ANP 正常起抑制肾素释放的作用,但在已产生心脏结构改变的EH 和肾功能不全时,这种调节机制发生障碍,故心脏也是RAS的调节器官。不同降压药对心脏RAS的作用不同,ACEI对心脏的病理生理影响是通过逆转恶性循环而具潜在的临床应用价值。

神经肽、神经胺: 肾上腺素在鼠高血压和EH 发病机制中可能起重要作用。研究提示在 EH存在低多巴胺能活性。 β 内啡肽能活性降低(EH 血浆含量降低)能使中枢交感过度兴奋及肾上腺素过度分泌(高血浆NE 水平),内源性阿片肽在中枢控制血压中起作用。血管加压素似介入交感兴奋及抑制的调节。

遗传、细胞膜离子转运: 钠离子进入血管平滑肌细胞除通过被动扩散外,尚依赖主动Na-H交换;红细胞 $\text{Na}^+\text{-Li}^+$ 逆向转运缺陷和肾廓清Li负相关(后者系反映首段肾小管控Na、水的指标);EH血小板 Ca^{++} 升高似依赖cAMP代谢;大多数膜离子流动异常与血浆甘油三酯及磷脂呈正相关,与高密度脂蛋白呈负相关。

营养: 许多营养与高血压关系的研究是在细胞水平进行的。据报道,油酸、亚油酸可使血压降低,维生素C缺乏使血压升高;补钾能预防高血压性卒中发生及阻断5-羟色胺对血小板聚集率及胞浆 Ca^{++} 的增加反

应;含硫氨基酸可延缓高血压及动脉粥样硬化病变在易卒中SHR的发生和发展;锌可能参与血压调节机制,用利尿剂后缺锌能抑制细胞免疫功能,锌与ACE(金属酶)相互作用能降低RAS活性;EH红细胞 Mg^{++} 偏低时,镁对应激及高盐时的升压反应具保护作用;在吸烟、饮酒升高血压和减重、体育锻炼降低血压机制中有细胞 Na^+ 或 Ca^{++} 的改变。

抗高血压药物: 目前还是比较集中在对钙拮抗剂、ACEI和 β 受体阻滞剂方面的研究,往往将机制与临床药理研究结合进行,对同一分子结构具备多种药理作用,特别是长效药的研究继续受到重视,例如Hopindol(长作用、非心脏选择性、具轻度内源性拟交感活性的 β 受体阻滞剂)、Dilevalol(Labetalol的RR异构体,在单分子具有扩血管及 β 受体阻滞作用)、Urapidil(中枢及 α_1 受体阻滞作用)。近年来发现实验性恶性高血压的恶化不完全依赖血管内压的增加,钙过度负荷也明显加剧其进程。实验研究发现可能抑制和拮抗动脉粥样硬化及小动脉结构改变而使人们对其兴趣倍增。高钠时钙拮抗剂的降压效应更佳,它可用于治疗原发性醛固酮增多症(能降低醛固酮释放),保持脑血流和不潴钠。现对ACEI能否保护心肌细胞损伤的研究兴趣颇浓。

摘自《中华心血管病杂志》1988; 6
(3): 184~6(3): 187

世界胃肠学第 8 届会议

郑芝田 潘国宗 张忠兵

世界胃肠学会(Organisation Mondiale de Gastro-Enterologie, OMGE)成立于1958年,同年在美国华盛顿召开第一届会

议。以后每4年召开一次。1986年9月7~12日在巴西圣保罗召开了第八届世界胃肠学大会,并同时举行第六届世界消化内镜和第

三届世界结直肠大会。来自全世界90多个国家和地区的七千多名代表参加了大会。现就消化道常见疾病的研究进展作一综合性报道。

食管

反流性食管炎(RE)是西方国家的常见病。论文较多。以探讨RE的病因居多。比较一致的看法是食管贲门括约肌功能不全,食管下端括约肌压力低下造成胃酸、胃蛋白酶和胆汁反流引起食管粘膜糜烂和出血。日本认为胃酸和胃蛋白酶高分泌状态及咽喉疾病也可引起反流。引起反流的时间多数认为在白天和餐后。英国Backwell发现直立位最易引起反流,而夜间及卧位不是导致反流的主要因素。临床诊断除病史外,用流动24h食管内pH测定(ambulatory 24h pH metry)及内镜。英国Caestecker强调气钡双重造影。如果同时做加压法,气钡造影准确率达81%。新西兰Wesdorp认为,硫糖铝在改善症状和促使病变愈合优于呋喃唑酮(Ranitidine);奥地利Dammann认为噻风咪唑(Omeprazole)强于 H_2 受体阻滞剂。其次加服氨基甲酰甲基胆碱、胃复安、胃得灵(Domperidone)等促胃肠运动药物也能改善病人症状。英国和新西兰等介绍一种新药——Cisapride能特异性增加食管下括约肌压力,特别对压力低的病人疗效更显著,且无中枢神经系统副作用。

胃和十二指肠

一、慢性胃炎(CG)

侧重于病因及病理生理的研究。60~90%CG病人胃体或胃窦粘膜可培养出弯曲菌。因此有人提出幽门弯曲菌感染是慢性胃炎的重要病因之一。奥地利Hirschi在体外药敏试验中发现对青霉素、氨苄青霉素、红霉素、庆大霉素和先锋霉素等均敏感。比利时Burette在临床使用中认为amoxycillin的疗效最好。荷兰Tytgat报告单用amoxycillin

的疗效为70%,单用胶性铋(Colloidal bismuth subcitrate)的疗效为50%,两者同时服用的疗效为90%。

二、消化性溃疡(Pu)

这方面的论文最多。Pu的病因研究除了胃酸和胃蛋白酶分泌异常、粘膜屏障功能降低、内分泌激素失调等因素外,还强调以下几个因素:①粘膜局部前列腺素合成降低。日本和意大利等国学者发现胃体、胃窦和十二指肠球部溃疡基底部及其边缘的前列腺素 E_2 和 I_2 浓度显著低于正常对照组。②细菌感染。日本和荷兰的研究发现100%十二指肠溃疡(Du)和95%胃溃疡(Gu)均有幽门弯曲菌感染。西班牙DaJares报告Du阳性率为88%,Gu阳性率为74%。澳大利亚Marshall发现弯曲菌感染与Du的疗效和预后有关。17例Du经抗酸治疗6周末愈者,弯曲菌感染阳性16例占93%;13例弯曲菌阳性病人治愈后随访6个月,12例复发。印度Anand认为弯曲菌感染可能是继发,不一定是Du的病因。③胃运动功能异常。英国William发现大部分Pu有胃窦和幽门狭窄或平滑肌增生导致胃肠蠕动不协调,引起胆汁反流和溃疡。

治疗大部分是介绍抗溃疡新药及各种药物的用量、给药时间、与其它药物比较和合用以及预防复发的给药量和持续时间等问题。

(一) H_2 受体拮抗剂类:①甲氰咪胍(Cim)以往的用法是200mg,每日3次,晚上加服400mg,后有人用200mg每日3次。最近又有人用400mg,晚上服一次与传统用法的疗效相似,4周愈合率为75%左右。然后用200~400mg,每晚一次维持一年,复发率仍在20~30%。②雷尼替丁(Ran)较Cim抑酸能力强。最初用150mg每日2次,现在每晚给300mg亦可收到同样效果。4周愈合率为70~80%,为预防复发每晚给

150mg维持治疗,一年内复发率为10%。

③ Nizatidine(Niz)抑酸作用与Ran相似。五个国家163例治疗结果示每晚一次口服300mg,4周溃疡愈合率为73.3~96.1%;用Ran作对照,4周愈合率为70.3~83.3%,稍高于Ran。④ Famotidine(Fam)是这次大会重点推荐的抗溃疡新药。Fam没有咪唑环,但抑制胃酸的作用比Cim和Ran强。不影响肝血流,也不抑制胃的排空;保护胃粘膜脱氧作用,防止微循环障碍;同时,对垂体和性激素均无影响。用药剂量小,一般为20mg每日2次或40mg睡前服。目前主张小剂量的 H_2 受体拮抗剂治疗溃疡即夜间服药一次。一个疗程后溃疡未愈合者改用抗酸剂或粘膜保护剂。因此有人提出疑问: H_2 受体拮抗剂并非特效,复发率又高,作为治疗溃疡病的首选药物是否合适?

(二) H^+-K^+ATP 酶抑制剂——Omeprazol(Ome):抑酸作用很强,并非单纯在局部起作用,静脉注射较口服效果更明显。临床研究表明2、4及6周后的溃疡愈合率分别为66%、95%及100%,与Cim对照有显著差异。由于Ome抑酸作用太强,影响胃肠道的生理功能明显,所以一般多不主张用于普通型溃疡病。而且长期服用使胃内细菌过度繁殖,可能成为致癌的原因。

(三) 前列腺素制剂:是最引人注目的药物,也是大会重点介绍的抗溃疡新药。它的主要作用是抑制胃酸分泌,其机理可能与壁细胞膜上的前列腺素受体结合,阻断腺苷酸环化酶引起的胃酸分泌。动物实验证明外源性前列腺素可以预防有害物质对胃粘膜的损伤。化学合成的前列腺素类似物(Prostaglandin analogue)的优点是作用时间长。目前有四种制剂已应用于临床: Misoprostol(PGE_1)、Enprostil(PGE_2)、Tipostilil(PGE_2)、Reoprostil(PGE_1)等。

Misoprostol(Cytotec)200mg,每日3

次,4周后的溃疡愈合率为79.6%。Enprostil 35 μ g,每日3次,4周后的溃疡愈合率为65%;Triprostil 3mg每日2次,4周后的溃疡愈合率为61.5%;Reoprostil 300 μ g,每日2次,4周后的溃疡愈合率为57%。PGE类似物制剂近期疗效与Cim相似,维持治疗需1/2~1年。副作用较少,约4~5%病人有腹泻,1%不能耐受治疗。

(四) 粘膜被覆剂(Coating agent):

① 三钾二枸橼酸铋胶(De-Nol)在粘膜表面及溃疡局部与血浆蛋白形成保护膜,防止 H^+ 反渗,促进 PGE_2 合成。对溃疡合并幽门弯曲菌感染的病人特别有效,而且复发率低。临床治疗4周后的溃疡愈合率为84%,8周达100%。② 蔗糖铝(Sucralfat,Suc)也能在溃疡表面形成一层保护膜,对粘膜有保护作用。有一组报告42例使用De-Nol,48例服用Suc,4周后的疗效虽无显著差异,但较 H_2 受体阻滞剂复发率低。

肝 脏

一、病毒性肝炎

B型病毒性肝炎(HBV)在全世界流行,大部分论文注重研究HBV疫苗及慢活肝的治疗。大肠杆菌制备的疫苗免疫原性低,血清提纯HBV制备疫苗价格昂贵。现发现酵母菌能进行HBsAg基因表达,产生的颗粒具有HBsAg免疫原性。有人将HBsAg-mRNA密码转录序列插入牛痘病毒的基因组,可以皮内注射牛痘病毒产生对HBV的免疫力,慢性活动性肝炎的治疗强调禁酒和抗病毒治疗。阿糖腺苷10mg/kg,4周后HBeAg转阴率10%; α -干扰素治疗的有效率达60%;先用泼尼松40mg/日治疗4周后再用阿糖腺苷治疗4周,HBeAg转阴率达67%。

二、肝硬化

病因研究提出局部T抑制淋巴细胞减少,不能杀伤肝炎病毒;淋巴细胞分泌的淋巴毒素使纤维母细胞增殖,血铜增加,锌和