DOI:10.16016/j.1000-5404.1982.01.017

慢性风湿性心脏病122例左心耳活检

第二附属医院

李希楷 曹克荣 瞿 瑜

心肌内存在的风湿小结(Aschoff's bodies)是风湿活动的确切根据[1]。我院于1965.1—1967.5，1676.1—1980.12期间，经二尖瓣交界分离术取左心耳活检资料较为完整的有122例，其中风湿小结阳性者19例，占15.57%（以下称阳性组），现分析其活检结果与临床的联系，以期探讨慢性风湿性心脏病（以下称风心病）合并风湿活动的诊断依据。

临床资料

病例选择：本组均系13岁以上的内科、胸外科住院病人，经临床检查诊断为风心病二尖瓣狭窄，除外了风湿活动的可能性后而施行手术者。

1. 年龄与性别

表*1* 两组患者年龄的比较

年龄		13—14	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50
例数	阳性组		3	4	4	5	2	1	
	阴性组	1	11	17	31	29	8	4	2

阳性组年龄19—44岁，25岁以前占7例（36.8%）；阴性组年龄14—47岁，25岁以前占29例（28.1%）。阳性组男8例，女11例；阴性组男40例，女63例。

2. 临床主要表现

除表2中所示外，有环形红斑史者阳性组1例，有皮下结节者阴性组1例，无原因的进行性心功能不全者3例，对洋地黄耐受量减低者1例，均为阴性组。术前体温正常心率增快者2例均为阳性组。

3. 实验室检查

术前血沉异常者13例，阳性组2例（10.52%），阴性组11例（10.67%）$P>0.05$；术后异常者阳性组5例（26.31%），阴性组13例（12.62%）$P>0.05$。抗“0”60例中，术前异常者仅阳性组2例。肾功能、肝功能术前有一项异常者仅阳性组2例。

术前心电图示房颤者10例，阳性组1例（5.26%），阴性组9例（8.73%）$P>0.05$；各种早搏、不完全性右束枝阻滞、一度房室传导阻滞、Q—T间期延长等共15例，阳性组7例（36.84%），阴性组8例(7.76%) $P<0.001$，术后出现房颤18例，阳性组3例(15.78%)，阴性组15例（14.56%）$P>0.05$；各种早搏、一度房室传导阻滞等5例，均为阴性组。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表2 两组患者临床主要表现的比较

临床主要表现	总例数	阳性组例数	%*	阴性组例数	%*	p 值
术前反复上感或咽痛	54	10	52.63	44	42.71	>0.05
过去有多关节疼痛	72	17	89.47	55	53.39	<0.001
过去有关节红肿	10	3	15.78	7	6.79	>0.05
现有关节游走性疼痛	8	3	15.78	5	1.85	<0.001
反复咯血	51	6	31.57	45	43.68	>0.05
咯血一次	15	2	10.52	13	12.62	>0.05
左心衰史	36	6	31.57	30	29.12	>0.05
右心衰史	41	7	36.84	34	33.0	>0.05
心界扩大	69	12	63.15	57	55.33	>0.05
Ⅲ级以上心功能	76	6	31.57	70	67.69	<0.001
术后体温升高持续七天以上	81	13	68.42	68	66.01	>0.05
术后并发心包炎、脑栓塞	5	2	10.52	3	2.91	<0.001
二尖办口径小于0.8厘米	68	8	42.10	60	58.25	>0.05

* 百分率系阳性组与阴性组的临床表现分别占各例数的百分率。

讨　论

在临床工作中，经常遇到风心病合并风湿活动而诊断依据不足者，常属强心甙难以纠正的心衰、易对洋地黄发生中毒反应、无其他原因的心率增快，或无原因的进行性心功能不全等情况，经抗风湿治疗有效后而确诊。多年来本组有15.57%的二尖瓣狭窄患者经临床观察属无风湿活动，却有风湿小结，比钱学贤等[8]所报导的62.9%为低，这可能与钱氏报导的病例包括风湿性早期病变——阿少夫细胞在内有关，亦可能与选择手术标准不一有关。现回顾分析这部分病例诊断过程，结合本组资料，讨论慢性心瓣膜病风湿活动的诊断依据。

一、风湿小结与年龄关系：

一般认为风湿活动主要见于年青人，本组在25岁以前的阳性组（36.8%）虽比阴性组（28.1%）要高，但无统计学意义（$P>0.05$）。阳性组中31岁以上占8例（42.1%），其中一例为44岁，说明在部分年龄稍大的患者中亦可发生风湿活动。

二、风湿小结与临床的联系：

在无体温升高、血沉增快、皮下结节、环形红斑以及心衰不易纠正等情况下，从本组资料分析，有以下临床表现者，则合并风湿活动的可能性大（见表2）：

1. 过去常有或现在仍有多关节疼痛者。
2. 心功能在Ⅲ级以上。
3. 术前出现各种心律紊乱者。
4. 术后出现心包炎并发症者，但这类病例数少，仅作为参考。

至于过去是否有反复咯血、反复上感、咽痛、急性左心衰及多次右心衰病史，本组资料未提示诊断风湿活动的意义。另外，术前心界扩大，血沉稍增快，肝肾功能异常，术后体温升高、心率增速持续七天以上未恢复正常者，以及二尖瓣口直径小于0.8厘米等与风湿活动亦

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

无明显关系（P＞0.05）。可能与术前病例选择较严，使术后阳性组病例数少有关。

三、与国内文献报导的风湿活动标准比较

典型风湿热诊断不难，参考普查资料[6]及临床实践，成年人典型风湿热已不多见，五十年代报导皮下结节、环形红斑、午蹈症等主要临床表现较易见到[2][3][4][5]，最近胡治琦等[6]报导认为上述临床表现多比1958年组明显减轻，很少发生午蹈症，具有二项以上风湿热主要资料者只占28.3%。说明风湿热的早期诊断较过去更困难，特别是风心病有风湿活动的诊断，按照修订的Jones标准[9]来衡量，只有少数患者可经临床确诊。因此，探索早期临床诊断标准，实有必要。胡、钱二氏[7][8]曾提出提示风心病风湿活动的具体条件，适于临床参考。本组对照其条件，术前临床应列为无风湿活动，但通过手术活检发现其中有部分病人确有风湿活动，说明仅依据他们提出的临床诊断条件还可能漏诊。目前一般实验室检查亦无特异性诊断方法，故临床工作中对风心病有不明原因的心率快，体温升高，血沉增快，心衰不易纠正，洋地黄易发生中毒反应，心衰纠正后血沉反加快，不明原因的进行性心功能不全，病程中有新杂音或心杂音有强度改变者应考虑风湿活动的可能。根据本组资料，风心病者过去及现在常有多关节酸痛，心功能Ⅲ级以上，出现各种心律紊乱也应提示风湿活动，但尚须积累资料分析探讨，必要时可进行抗风湿试验治疗，观察病情发展，并可进一步协助诊断。

小　　结

本文总结我院1965.1—1967.5，1976.1—1980.12七年间术前临床无风湿活动表现的122例，经手术活检证实有风湿小结者19例（15.57%），其中部分病例过去有反复多关节疼痛，现亦有关节痛，心功能在Ⅲ级以上，术前有心律紊乱，术后有心包炎等合并症者，提示合并风湿活动的可能性大。而与年龄、反复上感、咯血、左右心衰史、心界扩大、血沉稍增快等关系不显，可能与术前病例选择较严有关。

参 考 文 献

1. 董承琅等：实用心脏病学　第548页　上海科学技术出版社　上海　1978
2. 张学德等：中华医学杂志　4:319,1958
3. 胡治琦等：中华内科杂志　6:452,1958
4. 翁心植等：中华医学杂志　8:764,1958
5. 汪钦植：中华内科杂志　3:169,1962
6. 胡治琦等：中华内科杂志　20:11,1981
7. 胡治琦等：第一届全国内科学术会议论文摘要心血管病分册　第58页　1980
8. 钱学贤等：第一届全国内科学术会议论文摘要心血管病分册　第58页　1980
9. The American Heart Association: Circulation 32:664,1965

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net