

血吸虫病防治丛书

晚期血吸虫病的治疗

江紹基 徐家裕 編著

科技卫生出版社

內 容 提 要

本書先談晚期血吸蟲病的定義、臨床類型和治療原則，然後分述中西醫的治療方法，強調“辨證論治”，採取綜合措施。對於晚期血吸蟲病的錐劑治療、中醫治療和外科治療作了全面的闡述。

血吸蟲病防治叢書

晚期血吸蟲病的治療

江紹基 徐家裕 編著

科技衛生出版社出版

(上海南京西路2004號)

上海市書刊出版業營業許可證出093號

上海市印刷四廠印刷 新華書店上海發行所總經售

開本787×1092 1/32 印張3/8 字數9,000

1958年10月第1版 1958年10月第1次印刷

印數1—2,000

統一書號：14 · 572

定價(9)0.07元

557
C267

晚期血吸虫病的治疗

江紹基 徐家裕

在社会主义建設总路綫的照耀下，祖国已經进入了一个大跃进的新时代，技术革新到处开花，血防工作亦不例外。血吸虫病的治疗方面，經推广高功效的短程疗法以后，在短短的几个月之内，所有近千万的慢性早期病例，都能获得治疗，大大地縮短了基本上消灭血吸虫病治疗任务的时间。目前存在的主要是晚期血吸虫病的问题。

晚期血吸虫病的定义和临床类型

所謂晚期血吸虫病，系指血吸虫病肝硬化有显著的門靜脉高压和肝功能代偿失效者，临床上表现为腹水，脾肿大并有脾功能亢进，发育不全或显著的全身营养不良。根据主要的临床表现，可分为下列几种类型：

1. 腹水型 肝硬化有腹水，腹水可为輕度、中度或重度。
2. 肝脾显著腫大型 肝脾均有明显肿大，尤以脾脏为甚。某些病例，脾脏几可占据整个左腹，甚至延及右侧腹部，即所謂“巨脾型”。常有脾功能亢进現象。
3. 侏儒型 系儿童期感染严重血吸虫病而引起，致届20岁以上而犹如童稚，无青春期前加速生长的現象。
4. 发热型 显著的肝硬化而有不明原因的临晚发热。
5. 高度貧血型 显著肝硬化而有高度貧血現象，紅血球在250万以下，血紅蛋白在5克以下，患者常同时有全身

浮腫。

6. 嘔血型 明显肝硬化而有多次发作嘔血者。

7. 惡液質型 患者有肝硬化和显著消瘦，外貌骨瘦如柴，全身肌肉萎縮，感軟弱而疲乏，动辄气促。

晚期血吸虫病目前尚无滿意的分类方法，上述系根据我们的体会而訂制。事实上其临床表現錯綜复杂，无一病例以單純的形态出現，常同时兼有数种不同的类型。虽然此种分类并不合乎理想，但从治疗的角度来看，頗多助益。

治 疗 原 則

目的在杀灭血吸虫，制止疾病进展及改善受損脏器的功能，使患者早日恢复健康。由于我们面临的是复杂而严重的肝硬化病人，故决非單純应用酒石酸銻鉀所能奏效，治疗时应考虑整个机体的情况，在保証安全的原则下，采取綜合性措施。除銻剂而外，应兼用中西医的輔助疗法，如休息、补充营养、中藥以及外科手术等。对不同的病例，应按“辨症論治”的精神，灵活掌握。

根据无錫血防所及我们的經驗，約70—80%的晚期患者，可接受长程銻剂治疗，其中仅小部分需事先經過一个短时期的准备阶段。治后1—2年的随访，疗效頗佳。且治疗愈早，疗效愈显著，所以我们对晚期患者，应采取尽早給予銻剂治疗。对某些病情过重而不能耐受銻剂治疗的患者，則应尽力用中西医的支持疗法（包括外科手术），改善病情，为銻剂治疗創造条件。有严重的加杂病者，則应先去除加杂病。

治 疗 方 法

1. 边銻剂边培本亦即边攻边补的治疗方法，适用于多数一般病情尚佳的輕度腹水型、肝脾显著肿大、侏儒型和发

熱型的患者。

2. 先培本後錫劑亦即先補後攻的治療方法適用於一般情況較差的中度以上的腹水型、惡液質型和顯著貧血的患者。

嚴重腹水患者，表示肝臟顯著受損，不能耐受錫劑的治療。這類患者必須多靜臥，以求增加肝臟的血運，改善肝細胞的營養，促進其修補作用和功能的恢復。飲食必須富於營養，蛋白質每公斤體重最好在1—2克左右，並應忌鹽和含豐富之維生素，尤以乙族維生素為重要。飲食之總熱量極為重要，應儘可能提高到2,500卡以上，此對腹水之消退肝功之恢復極有幫助。此外并可輔以間歇的撒利汞注射，按具體情況每星期注射1—2次。如撒利汞失靈，則可日給氯化鈣6—10克，待2—3天後再予注射。與上述療法的同时，並可給以中藥治療，一般採用緩瀉劑與撒利汞交替使用。偶亦可施行腹腔穿刺放液。多數患者在此種療法之下，腹水均得消退，但亦有頑固的患者。陳子達氏(1957)曾輔用熱藏組織療法，稱療效卓著，另亦有稱應用治療血清而奏效者，在注射後食欲和精神狀態顯著改善。

惡液質型和嚴重貧血型患者主要以營養為主。貧血型患者必須探查病源，如因併發鉤蟲所引起，則在驅蟲和給予鐵質後可得迅速改善，如因脾功能亢進之故，則需施行脾切除手術。叶酸和維生素 B_{12} 亦可試用。

3. 先手術後錫劑或先錫劑後手術的治療方法。有顯著門靜脈高壓症以及巨脾、有脾功能亢進症的患者，大多不擬在應用一般支持療法和錫劑後得到解除，故有精於外科手術。嘔血患者亦常需在應用錫劑之前施行手術。

錫 劑 治 療

劑量及治療 一般可採用長短程兩種治療方法。長程者

总剂量可按每公斤 25 毫克計算，20—30 天为一疗程。短程者又可分为三天及五天两种疗法。三天者总量按每公斤 12 毫克計算，分成 6 針每日二次注射；五天者总量按每公斤 12—14 毫克計算，分成 10 針每日二次注射。长期疗法适于一般晚期病例，但由于短程疗法的創用，已主要用于肝硬化有中度以上的腹水型、肝脾显著肿大及侏儒型而一般情况較差者及发热型患者；短程疗法則适于侏儒症，肝硬化有輕度腹水以及肝脾明显肿大而一般情况尚佳的患者。如所有晚期患者均应用长程治疗，則無論在人力、物力和財力方面，耗費巨大，难能在短期內奏消灭之效果。短程疗法的創用提供了消灭晚期血吸虫病极有利的条件。

治疗反应 长程治疗的反应一般不大。无錫血防所 (1955) 治疗的 315 例中 295 例完成一疗程，治程中未見严重反应。在陈子达氏 (1954 年) 治疗的 22 例中，8 例因气喘发热或黄疸而中途休息或停針，但最后仍可完成一疗程。并发黄疸的一例系在注射完毕后出現，經积极治疗后黄疸消退。許本謙氏等 (1957) 治疗的 26 例在治程中无明显反应，仅一例曾发生皮疹。梅英石氏等 (1957) 治疗的 18 例則在治程中反应出現較多，仅 10 例能完成治程。这些报告中不同的观察，可能与病情不同及机体对錫期的反应不同有关。

我们 (1956 年) 治疗的 68 例中有 59 例順利完成一疗程，亦发现反应一般較早期为少而輕。反应以食欲减退、眩晕、头疼、腹胀、发热及关节酸痛較为常見，恶心呕吐的发生率不高，这些反应与陈氏等的报告略有参差 (見表)。所有病例中未发现有严重的心脏和肝脏中毒。大部分腹水患者，在治疗过程中腹圍略增大，有不适症状时給予汞剂利尿或小量腹腔穿刺放液，未見不良后果。在治疗初期曾有少数出現肝区疼痛，但在繼續治疗中陸續消失。2 例在治疗接近拟注总剂量时出現

晚期血吸虫病酒石酸锑钾长程治疗的反应

反 应	江紹基氏等 (68例)		陈子达氏等 (22例)		附 注
	例数	%	例数	%	
食欲减退	36	52.2	15	68.2	一般在注射 10 针后
腹 痛	31	45.5	8	36.4	輕微
头 暈	31	45.5	16	72.2	輕微
头 痛	31	45.5	3	13.6	輕微
暖 嗽	27	39.5	3	13.6	
腹 脹	26	38.0	5	22.7	絕大部分由于气脹, 其 余由于腹水增加
关节酸痛	23	33.5	5	22.7	輕度
發 熱	19 [△]	28.0	4	18.2	△多因上呼吸道感染
胸 悶	14	20.5	—	—	
腹 瀉	14	20.5	7	31.8	治前已有腹瀉者除外
惡 心	14	20.5	13	39.1	
鼻 翹	7	10.2	2	9.1	少量
嘔 吐	5	7.3	6	27.3	一般 1—2 次
金 屬 味	5	7.3	6	27.3	
皮 疹	4	5.8	4	18.2	
带状疱疹	4	5.8	3	13.6	
肝区压痛	3 ^{△△}	4.4	4 [△]	18.2	△△在治程初期 △在治 程中期
黃 疸	2	2.9	3	13.6	一般在治程后期出現
嘔 血	2 ^{△△}	2.9	—	—	△△过去均有嘔血史
哮喘	1	1.4	2	9.1	原有支气管哮喘症
流 涎	—	—	3	13.6	

輕度黃疸,但因一般病情良好,故均仍繼續治療,治程完畢時亦未見惡化。9例中止治療的原因為極度軟弱、嘔血、黃疸、嚴重氣管炎伴有持續性發熱、嚴重貧血、以及持續性哮喘,與無錫血防所報告中的治療中止原因大致相仿。

短程治療的反應並不因晚期而有所增加。根據我們對 99 例(腹水型 11 例,肝脾腫大型 66 例,惡液質型 5 例,侏儒型

14例, 发热型3例)的经验, 94例给予锑剂治疗, 其中84例顺利完成一疗程, 中途放弃或暂停治疗者主要因呕血、发热、极度衰弱等原因, 一例在疗程后期因呕血而死亡。

晚期血吸虫病锑剂治疗中最严重而危及生命的反应为:

(1) 上消化道曲张静脉破裂出血, (2) 中毒性肝炎, 及(3) 阿、斯二氏综合症。

上消化道出血 不论长程或短程均可发生, 常由于恶心呕吐等反应所引起。锑剂所致肝脏损害, 可能亦是诱发因素。在我们长程治疗的68例中, 发生者2例, 均获救; 短程治疗者94例中发生者1例, 结果死亡。

呕血一旦发生, 应立即进行抢救。一方面设法给予输血、输液、静脉 Pitressin (10单位) 注射及维生素 K 肌肉注射等内科治疗, 另方面应作手术的准备。如内科治疗无效, 即应进行紧急手术处理。

中毒性肝炎 晚期患者肝脏本已有相当程度的损害, 故锑剂治疗极易引起肝脏中毒, 产生肝区压痛、黄疸等症状, 严重者可致死亡。短程者因单剂量大, 故更易发生。一旦出现, 应即中止注射, 给予葡萄糖生理盐水、输血、大量维生素及 ACTH 或 Cortisone 等药物治疗, 并应立即静注二巯基丁二酸钠, 每次一克, 每日4—5次, 持续3—5天, 借以减轻锑剂的毒性和增速其排泄。后者在动物实验中证明解毒作用极佳, 但在临床应用上的资料还不多, 还有待于今后进一步的观察。

阿、斯二氏综合症 长程者要在疗程后期出现, 短程者则多发生在疗程完毕后48小时之内。发病者以年轻女性为多, 如发生则应按防治手册所规定者进行抢救。

疗效 根据目前68例观察, 长程疗法的疗效似颇令人鼓舞。无锡血防所对104例6个月到二年的随访, 发现劳动力恢复者达61%, 侏儒患者治后发育者达74%。大部分病例症

狀均有顯著的減輕或消失，半數有肝臟的縮小，脾臟亦較前縮小，腹水患者亦多減退或消失(97%)，血象和肝功能試驗亦多有恢復者。

我們對 92 例 1—2 年的隨訪，結果與無錫方面的觀察相似。並且覺得年齡愈小，療效亦愈佳。凡有高度腹水、惡液質和多次嘔血而不能接受錳劑治療者，預後惡劣。不能治療或中止治療的 33 例中，二年內死亡者 14 例(32%)，而完成治療者 59 例中死亡僅 3 例(5%)。59 例中勞動力大多增加，原發育不全者亦多發育，原有發熱和消瘦者亦多數消退和變得強壯有力，原有腹瀉者 80% 消失，肝脾亦均有縮小現象，而以前者為甚，脾臟顯著縮小者僅一例。紅血球亦從 250 萬的平均值提高到 400 萬，白紅蛋白從 8.4 克增至 12 克%，白血球從平均值 4,100 增至 5,000，肝功能亦均示不同輕度的改善，血清蛋白电泳見白蛋白自平均值 42% 增至 54%，丙種球蛋白從平均 38% 減至 23%。療效較差者均屬有中度以上腹水、惡液質、高度貧血和巨脾患者。

無錫方面 6 月到 2 年的隨訪，大便復發率約為 52%；我們二年隨訪的結果亦相似。這與一般情況的改善率並不相稱，顯然治療後隨訪中糞便的陰性率並不足以否定錳劑療效。

短程療法還在開始試行階段，其療效尚待今后的觀察。

中 醫 治 療

中醫並無血吸蟲病的名稱。腹水中醫稱之為蠱，或包括晚期血吸蟲病在內。蠱的治療，中醫已累積了數千年的經驗，有很多驗方行之有效。中醫蠱治，採“八綱四診，辨症論治”的法則，按不同情況，或先補後攻，或先攻後補，或攻補兼施，合理地應用補、瀉、溫、消四種方法。到目前為止，已有不少患者獲得痊癒，從而為錳劑治療創造了有利條件。

中医治蠱，或以泻、消(利尿)为主，或以滋补为主，均按具体情况灵活掌握。泻剂亦有峻泻和缓泻两种。如患者消瘦显著，全身虚弱，食欲不振，目光无神，过去并有多次的呕血病史者则不宜用峻泻剂，应以补和利尿为主，或仅用缓泻药物。如患者并无明显消瘦，亦不十分虚弱，精神和食欲良佳而过去又无呕血病史者，则可考虑用峻泻药物，在峻泻的同时或以后，可给以开胃健脾的补药。

在应用中药的同时，西医治疗可同时并举，两者间并无冲突。高热量的营养饮食、丰富的维生素和忌盐均对病人有利，汞利尿剂亦可与泻剂交替使用。在少数中西医协作治疗腹水的经验，证明结果极佳。

泻剂 峻泻者陈方有含巴戟丸(主要药物为巴豆和巴戟)、舟車丸(主要含药为黑丑、甘遂、芫花、紅芽大戟等)、甘遂黑丑末、十枣丸等，民间验方有龙虎草、腹水草、天平一支香、浮胀草等。缓泻如大黄炭、麝香木香丸等。

这些药物，强烈刺激胃肠道，可引起恶心呕吐和腹痛的副作用，泄泻后可使患者引起严重的衰弱，对肝功能本来极差者，甚至可引起肝性昏迷而死亡，故应用时应熟虑中医学上所称“慎思、明辨、审察”的明训。

补剂 一般用五苓散、六味丸加减、巴戟丸、河車大造丸、香砂六君丸、黄芪和党参等。这些药物，能开胃健脾、活血和补血，改善病人一般的体力。

利尿剂 一般用复方防己黄芪丸(川黄芪无效)、虫笋胡芦煎剂及半边莲等，但疗效还未能完全肯定，有报告有效者，亦有报告无效或不佳者。

外科治疗

如前所述，内科治疗并不能解决严重的門静脉高压症、巨

脾和脾功能亢进症，亦不能防止上消化道出血的复发。这些问题的解决，必须求助于外科手术。

晚期血吸虫病患者均有不同程度的脾脏肿大和脾功能亢进症，其中巨脾超过三级者达半数以上。此种巨脾严重地影响了患者的健康，削弱了劳动力，并且严重地增加了患者的精神负担，使所有求治者都迫切要求手术截除。因此，血吸虫病防治的扫尾工作，外科将占重要的地位。

一、門靜脈高压症的外科治疗

1. 分流术 分流术是目前降低門靜脉压力最有效的手术。分流术分两种，即脾腎靜脉吻合术和門腔靜脉吻合术。后者虽能有效地使門靜脉压力降低，但不能纠正脾功能亢进现象，并且有诱致肝性昏迷的危险（腸壁从腸道内吸收的物质（包括氮），不遵生理途径的先入肝脏而直接分流入腔靜脉而进入全身循环），故临床上并不主张此项手术。脾腎靜脉吻合术则可克服上述缺点，为目前所普遍应用者。根据兰錫純氏等（1956，1957）的报告，术时即期降压平均为18—23厘米水柱，手术死亡率约为4%，术后食道曲張靜脉均有显著的减轻，肝功能和血象亦有明显的改善。必须指出者分流术只适用于有門靜脉高压，过去有上消化道出血史以及肝功能损害尚不严重的病例，对兼有腹水患者，则必须在腹水稳定以及肝功能改善之后才能施行手术。分流术可部分地解决了出血的问题，但对肝脏本身的病变无多大帮助。兼之手术操作复杂，难于大规模推行。

2. 脾脏截除术 正常門靜脉系统的血流约20—40%来自脾脏，在脾脏肿大时可能供应的血流量更多，故門靜脉高压而有脾肿的患者，在脾脏截除后可使压力降低，一般可降低12厘米水柱，同时脾功能亢进症亦可获得矫正。脾脏截除术降低門靜脉压力虽不及分流术，但手术操作要较分流术便当

得多，一般医院均有条件进行此项手术，故值得推广采用。最近嘉兴方面报告采用本手术治疗 68 例晚期患者脾切除术后的即期疗效颇佳。

3. 肝动脉结扎术 血吸虫病晚期患者的肝硬变，肝动脉及其分支常有代偿性开放，增加肝脏血流的供应，因之间接地影响了门静脉压力的增高。如结扎肝动脉则可阻断此项血流的供应，因而可使门静脉压力减低。酈安坤及傅培彬氏等（1956）曾应用此项手术治疗 12 例门静脉高压症患者，术后门静脉高压下降约 20—30 厘米水柱，一般情况均有所改善，有呕血者皆控制，有腹水者均消退。12 例中 2 例死亡，死亡率约为 17%。此术适用于一般情况较差不能耐受分流术的患者，亦可作为上消化道大量出血的紧急处理。如有脾肿大和脾功能亢进症者，则同时可作脾切除术。根据目前的临床观察，未见有因此而产生肝坏死者。肝动脉结扎术可采用两种方式，一种结扎肝总动脉（肝动脉距胃十二指肠动脉近端处），另一种结扎肝固有动脉（距胃十二指肠动脉远端处）。前者则保留了胃右动脉及胃十二指肠动脉对肝脏的侧支循环，后者则阻断了肝脏的所有动脉血流。酈氏等采用者系肝总动脉结扎手术。

二、腹水的外科治疗 腹水不是外科的问题，而是内科的问题，前述中西医的内科治疗均有良好效果，外科疗法只处于辅助的地位。

1. 腹钮安置术 此法用一银制腹钮，一端用丝线缝于腹膜，另端缝于腹直肌前筋膜层，籍以将腹水导入皮下组织而被吸收。此术方法简易，腹水内所含蛋白质并不致损失，对腹水严重患者在内科治疗的同时可以试用，借以帮助和加速腹水的吸收。根据兰锡纯氏等 16 例的观察，收效达 80% 以上，无锡血防所亦认为颇具疗效。但根据我们及嘉兴方面的经

驗，均認為效果不佳。

2. 网膜固定 腹壁网膜固定术能增进門静脉及腹壁静脉间的血运循环，但作用过小，效果不著。腹膜后大网膜腎周圍固定术系把大网膜包被于腎周圍，借以增进側支循环，减少門静脉循环血流。此法常与脾切除术同时应用。根据沈克非氏(1958)动物实验，效果极佳。目前已在临床上应用，但时间过程，尚不能下肯定結論。

三、上消化道曲張靜脈破裂大量出血的紧急处理 过去均采用内科的輸血疗法及米、阿氏管的气囊填塞法，但对大量出血的病例，效果不佳，死亡率极高。如前所述，曲張靜脉不一定限于食道下端，在胃底的发病率亦頗高，二者均有破裂引起出血的机会。气囊填塞易控制食道靜脉出血，但对胃底靜脉的出血就比较不易控制。兰錫純氏等(1956)倡用剖胃直接結扎胃底部粘膜下曲張靜脉，不但能直接控制胃底部靜脉出血，并可阻断食道靜脉的血流而间接地控制出血，收到良好效果，从而減低了保守疗法的死亡率。此法操作簡便，誠不失为此种患者的有效紧急处理。手术时如发现脾肿过巨，有碍手术視野，則可同时作脾切除术。手术时需給予大量輸血，血吸虫病流行区域鎮血源供应困难，故应尽量利用肿大脾脏內所含血液。

对此种病例另有人主張作急診分流手术者。上海第二医学院外科总論教研組曾作十例，收效良佳，无一例死亡。

結 語

晚期血吸虫病患者，病情錯綜复杂，故治疗应配合中西医采用綜合性措施。根据目前的观察，晚期患者除极少数外大多数对錳剂仍有相当耐受性，治后疗效亦頗显著，故在可能条件下，应尽早爭取錳剂治疗。侏儒症、肝脾显著肿大型和輕度腹

水患者如一般情况尚可，則可边給予中西醫的支持療法，边予錫劑注射，且可应用短程療法。中度腹水、惡液質、貧血和发热型者，可試用錫劑小量長程療法（少数情况較佳者亦可試用短程），但在治程中应予严密观察。这些患者亦可先采用中西醫协作的支持療法，一般均可获显著改善，为錫劑治療創造有利条件。外科手术时晚期的治療亦极重要，可解决門靜脉高压、嘔血和巨脾症。总之晚期血吸虫病的治療，应采取中西醫內科和外科的綜合性措施。在党的领导下，根据目前血防工作跃进的形势，晚期血吸虫病的消灭，当不在远。

参 考 文 献

1. 无錫血吸虫病防治所：血吸虫病晚期患者的治療和临床观察。中华內科杂志 3：709，1955。
2. 徐家裕，江紹基，陈尙文，黃銘新：錫劑長程治療晚期血吸虫病的療效及二年随访，待发表。
3. 江紹基，黃銘新，徐家裕，朱人璋：晚期血吸虫病的短程治療，未发表資料。
4. 陈子达等：晚期血吸虫病的治療。1956年血吸虫病研究資料汇编，第303頁，上海卫生出版社，1957。
5. 許本讓等：組織療法、溶血療法与酒石酸錫鉀合并治療晚期血吸虫病初步报告。1956年血吸虫病研究資料汇编，第318頁，上海卫生出版社，1957。
6. 梅英石，楊宜，尤伯英，鄭亦賢：晚期血吸虫病的分类和治療，第321頁，上海卫生出版社，1957。
7. 兰錫純，姚川汶，錢緊鄂：門靜脉高压症。中华外科杂志，6：399，1953。
8. 鄭安坤等：肝动脉結扎术治療肝內阻塞性門靜脉高压症。中华外科杂志，3：570，1955。
9. 兰錫純，鄭耀麟，孙建民，朱人璋：上消化道曲張靜脉大量出血的緊急处理。中华外科杂志，4：884，1956。