

血吸虫病重危症的抢救

罗柱流 黄其晶

上海人民出版社

血吸虫病重危症的抢救

罗柱流 黄其晶

上海人民出版社出版

(上海绍兴路5号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷三厂印刷

开本787×1092 1/32 印张8.75 字数189,000

1977年9月第1版 1977年9月第1次印刷

统一书号: 14171·249 定价: 0.51元

目 录

锑剂所致心源性脑缺血综合征	1
一、发病机理	1
二、发病情况及临床表现	2
三、诊断	3
四、治疗	4
(一)发作时的急救	4
(二)心律失常的治疗	5
1. 抗心律失常药物的应用	5
2. 心房调搏器的应用	11
(三)补充钾盐	11
(四)纠正酸中毒	12
(五)镇静剂	12
(六)能量药物	13
(七)防治并发症	13
(八)去除锑剂的病因作用	14
(九)禁忌药物	14
(十)观察期	14
五、预防	16
锑剂所致中毒性肝炎	21
一、病理和发病机理	21
二、发病因素	22
三、临床表现	23
四、诊断	23
五、治疗	24
六、预防	23

急性五氯酚钠中毒	31
一、入侵途径和中毒原因.....	31
二、临床表现.....	31
三、诊断.....	33
四、治疗.....	33
五、预防.....	35
腹水型晚期血吸虫病	36
一、发病机理.....	36
二、临床表现.....	39
三、诊断与鉴别诊断.....	41
四、治疗.....	43
(一)支持疗法.....	43
(二)消除腹水.....	44
(三)外科手术治疗.....	53
(四)病原治疗.....	54
肝昏迷	55
一、发病机理.....	55
二、诱发因素.....	58
三、临床表现.....	60
四、诊断.....	61
五、治疗.....	62
(一)一般疗法.....	62
(二)减少氨的生成和吸收.....	62
(三)去氨药物.....	65
(四)恢复正常神经传导介质.....	66
(五)能量药物.....	66
(六)肝昏迷并发脑水肿的防治.....	67
(七)中医中药.....	67

六、预防·····	67
肝肾综合征·····	70
一、发病机理·····	70
二、临床表现及分期·····	72
三、诊断·····	73
四、预防和治疗·····	73
原发性腹膜炎·····	77
一、病因·····	77
二、发病机理与病理·····	77
三、临床表现·····	78
四、诊断与鉴别诊断·····	79
五、治疗·····	79
(一)一般治疗·····	79
(二)抗菌素的应用·····	80
(三)外科引流·····	81
(四)并发症的处理·····	82
败血性休克·····	84
一、病因与发病因素·····	84
二、发病机理·····	85
三、临床表现·····	86
四、实验室检查·····	88
五、治疗·····	89
(一)一般治疗和观察·····	89
(二)补充血容量·····	90
(三)纠正酸中毒·····	90
(四)血管扩张剂·····	91
(五)洋地黄·····	93
(六)胰高糖素·····	93

(七) β -受体阻滞剂	93
(八)肾上腺皮质激素	94
(九)抗菌素	94
(十)弥漫性血管内凝血的治疗	95
(十一)防治并发症	95
加杂症血吸虫病的治疗	101
一、对加杂症血吸虫病治疗的意见	101
二、抗血吸虫药物的选择	104
三、常见加杂症血吸虫病的治疗措施	106
(一)消化系统	106
1. 肝炎	106
2. 溃疡病、胃炎	107
3. 慢性腹泻	107
4. 胆道疾患	107
(二)心血管系统	107
1. 器质性心脏病	107
2. 高血压	108
3. 心律失常	109
(三)呼吸系统	111
1. 慢性支气管炎、哮喘性支气管炎、支气管哮喘	111
2. 肺结核	111
(四)精神神经系统	112
1. 癫痫	112
2. 神经官能症	112
3. 耳源性眩晕	112
4. 精神病	112
(五)泌尿系统	113
1. 肾盂肾炎或尿路感染	113
2. 肾小球性肾炎	113
(六)其他	113
1. 贫血	113

2. 脾功能亢进.....	113
3. 血吸虫病性肝硬化.....	113
四、关于老年人血吸虫病的病原治疗	114
伤寒、副伤寒加杂血吸虫病的临床特点和治疗	116
一、伤寒加杂血吸虫病的临床特点	116
二、治疗	117
(一) 抗菌药物.....	117
(二) 肾上腺皮质激素.....	118
(三) 血吸虫病病原治疗.....	118
三、预后	119
急性血吸虫病	121
一、流行病学	121
二、发病机理	122
三、临床表现	123
四、诊断与鉴别诊断	125
五、治疗	126
(一) 治疗原则.....	126
(二) 一般治疗和对症处理.....	126
(三) 杀虫治疗.....	127
六、预防	128
脑型血吸虫病	132
一、病理与发病机理	132
二、临床表现	132
三、诊断与鉴别诊断	134
四、治疗	135
(一) 对症治疗.....	135
(二) 病原治疗.....	135
(三) 手术治疗.....	136

血吸虫病性结肠病	138
一、发病机理	138
二、临床表现	139
三、诊断	140
四、治疗	140
(一)病原治疗	140
(二)对症治疗	141
(三)手术治疗	143
抗血吸虫药物的临床应用	144
一、锑剂	144
二、呋喃丙胺	152
三、血防-846	155
四、敌百虫	158
五、抗血吸虫药物的联合应用	159
(一)呋喃丙胺合并敌百虫肛栓疗法	159
(二)呋喃丙胺合并敌百虫穴位注射	160
(三)锑钾加锑-273 合并疗法	161
(四)锑-273 加敌百虫穴位注射	162
(五)锑钾加呋喃丙胺合并疗法	162
(六)血防-846加锑-273 合并疗法	162
六、评论	163
巨脾型晚期血吸虫病	180
一、诊断	180
二、病原治疗时机的选择	181
三、切脾的疗效	182
四、切脾的指征	183
五、对术前肝功能试验的评价	183
六、加杂症的手术治疗	185

(一)正确对待加杂症的手术治疗·····	186
(二)几种主要加杂症的处理·····	187
1. 心血管加杂症·····	187
2. 肺部加杂症·····	189
3. 肝脏加杂症·····	189
4. 肾脏加杂症·····	190
七、老年人的手术治疗·····	190
八、“老大难”病例的手术治疗·····	191
九、关于脾切除术中肝活体组织检查的价值、指 征和注意事项·····	194
十、外科手术方式的评价和选择·····	196
食管、胃底静脉曲张破裂出血·····	198
一、门静脉高压的形成·····	198
二、食管、胃底静脉曲张的发病机理·····	199
三、食管、胃底静脉曲张破裂出血的诱发因素·····	201
四、临床表现·····	203
五、诊断与鉴别诊断·····	205
六、治疗·····	207
(一)一般治疗和观察·····	207
(二)治疗休克·····	207
(三)止血措施·····	208
(四)并发症的防治·····	212
(五)外科手术治疗·····	213
七、预防·····	217
脾破裂·····	218
一、脾破裂的临床类型·····	218
二、血吸虫病脾破裂的特点·····	219
三、临床表现·····	219

四、诊断	221
五、预防和治疗	221
脾切除术中大出血	223
一、出血类型及损伤原因	223
二、不同损伤原因出血量	224
三、处理	225
(一)手术紧急止血	225
(二)血容量补充	226
(三)止血剂及激素的应用	227
(四)弥漫性血管内凝血的治疗	228
(五)纠正酸中毒和电解质紊乱	228
(六)循环和呼吸的维持	229
(七)急性肾功能衰竭的防治	230
四、预防	232
五、几点体会	233
脾切除术后并发症	235
一、发热与感染	235
(一)发热的分类	235
(二)感染	237
1. 膈下脓肿	237
2. 腹水感染	240
3. 革兰氏阴性杆菌败血症及败血性休克	241
4. 肠炎	241
5. 肺炎	242
6. 胸腔积液和脓胸	243
二、出血	243
(一)腹腔内出血	243
(二)上消化道出血	244
(三)其他出血倾向	245

三、肝功能代偿不全	246
(一)腹水.....	246
(二)黄疸.....	247
(三)肝昏迷.....	247
四、腹痛	248
五、肠系膜血栓形成	248
六、电解质和酸碱平衡失调	249
七、其他	250
(一)气胸、血胸.....	250
(二)胆汁性腹膜炎.....	250
输血在抢救血吸虫病重危症的应用和输血反应的防治 ...	252
一、输血的适应症	252
二、输血反应及其防治	253
(一)溶血反应.....	253
(二)发热反应.....	256
(三)过敏反应.....	256
(四)传染疾病输入.....	257
(五)细菌污染反应.....	258
(六)肺水肿.....	259
三、大量输血的并发症及其防治	262
(一)出血倾向.....	262
(二)对肺功能的影响.....	265
(三)对心脏功能的影响.....	265
(四)氨中毒.....	267

锑剂所致心源性脑缺血综合征

治疗血吸虫病药物,目前仍以锑剂疗效较好。常用的锑制剂有酒石酸锑钾和没食子酸锑钠(锑-273)。二种锑剂对人体均有毒性,其中最严重的毒性反应表现在心脏方面,可引起心肌中毒和心律失常,而严重的室性心律失常(室性心动过速、心室扑动、心室颤动)可进一步导致心源性脑缺血综合征(以下简称心源性脑缺血征),甚至造成病人死亡。解放以来,在毛主席革命路线指引下,广大工农兵和革命医务人员遵照毛主席关于“人类总得不断地总结经验,有所发现,有所发明,有所创造,有所前进”的教导,对锑剂所致心源性脑缺血征的抢救积累了丰富的经验,抢救成功率有了显著的提高。现对锑剂所致心源性脑缺血征的发病机理、发病情况及临床表现、诊断、治疗和预防等几个问题加以讨论。

一、发 病 机 理

从心源性脑缺血征发作时,心电图的检查表明:心源性脑缺血征的发作是由于心室扑动、心室颤动所致。心室扑动、颤动使心脏丧失有效的收缩和排血功能,血液循环同时停止,因而产生一系列心源性脑缺血征的临床症状。在临床实践中,往往观察到心室颤动有一个发展过程,即心室颤动发生前,常有频发或多源性室性早搏、室性二联律、短阵室性心动过速。因此可以认为:心室颤动是由室性早搏、室性心动过速演变而

来。了解这一点，对预防心源性脑缺血征有着重要的意义。

至于锑剂产生心律失常的机理如何，目前尚未完全阐明。一般认为，锑剂对心肌有直接损伤作用，可引起心肌局部应激性增强，为异位心律的产生造成了病理基础。另一方面，锑剂可影响中枢神经及植物神经中枢，使植物神经中枢处于失衡状态，在某些诱因的作用下，可产生强烈的迷走神经反射和交感神经兴奋。迷走神经亢进可降低窦房结的自律性，使潜伏异位起搏点失控而自律性增强；交感神经兴奋，通过释放儿茶酚胺，提高心脏自律性，加速潜伏起搏点的频率，缩短房室结的有效不应期，降低心室颤动的阈值，因而有助于心律失常的发生。再一方面，锑剂亦可抑制心肌细胞膜的三磷酸腺苷酶活力，影响心肌的正常代谢，使心肌细胞膜通透性发生变化，引起细胞内钾离子外渗或阻碍细胞外钾离子内移，造成心肌细胞内缺钾。此外，锑剂是一种催吐剂，可引起恶心、呕吐、减食等胃肠道反应，进而导致缺钾。因此，在心肌细胞内外缺钾的情况下，使潜伏起搏点自律性和应激性进一步增强，从而助长了心律失常的发生和发展。

二、发病情况及临床表现

发生率：锑剂所致心源性脑缺血征发生率各地报告不一致，酒石酸锑钾约为 0.5~1.0%；锑-273 约为 0.16%。我们于 1958~1972 年共见 95 例，其发生率占同时期锑剂治疗例次的 0.35%。

性别与年龄：成人多于儿童；女性多于男性。在我们所见的 95 例中，成人、儿童之比为 22.7:1；女性、男性之比为 4.3:1。女性中尤以月经期及哺乳期妇女更易发生。

发作时间：无论制剂或疗法如何，均多见于疗程后期或治疗结束 1~2 天内。个别也可在治后一周以上发作，也遇到极少数患者在疗程前半期发作。

诱发因素：以精神创伤、情绪激动、发热、过度劳累、严重呕吐、显著减食为多见。但也有部分病例无明显诱因可寻。

前驱症状：有严重恶心呕吐、减食、精神萎靡、胸闷、心慌、心悸、头晕、眼睛发暗、第一心音低钝、心动过缓、过早搏动等。部分患者可毫无预兆而突然发作。

发作时的临床表现：患者突然面色苍白、紫绀、神志丧失、抽搐、脉搏消失、心跳呼吸停止。这些症状可发作一次，也可反复发作，多者数十次，每次发作对病人生命带来严重威胁，甚至造成死亡。发作时若进行心电图检查呈现心室颤动、心室扑动。发作前后可观察到频发性或多源性室性过早搏动、室性二联律及短阵室性心动过速。部分患者发作突然，发作前后始终未能发现心律失常。

三、诊 断

在锑剂治疗期间，凡有神志丧失、抽搐、脉搏摸不到、心音消失、呼吸停止等症状出现，心源性脑缺血征的诊断即可成立。如发作时心电图描记有心室颤动、心室扑动则可确诊。但某些心源性脑缺血征发作不典型，发作时医务人员不在现场，未能及时检查，则可造成诊断上困难。因此，认识和鉴别不典型表现甚为重要。不典型症状包括昏厥、无缘无故跌倒、恶梦呓语、睡眠中发出声响等。曾有误诊为一般昏厥、癔病、癫痫、中暑、低血糖等情况，必须引起注意。应当了解：神志异常和心律失常是心源性脑缺血征的两个重要标志，诊断时必须加

以重视。凡是不能以其他原因解释的神志异常，即使是十几秒钟的神志丧失，如常有不引人注意而含糊的心悸、短暂发作的眩晕及眼前发暗等，都要考虑心源性脑缺血征发作的可能性。如果发作前后有心律失常，几乎都是一次心源性脑缺血征的发作。

四、治 疗

(一)发作时的急救

心源性脑缺血征的发作是由于心室扑动、心室颤动所致。急救时，心前区叩击、心脏挤压、人工呼吸乃是首要的步骤。心前区猛然叩击 1~2 次，对心室扑动来说，有时即可恢复窦性心律。若心室扑动已转为心室颤动，则心前区叩击无效。在心脏停搏时，心脏挤压是维持血液循环功能所必需的措施，必须认真操作。操作方法：病人平卧在木板床上，操作者两手相迭，用掌根按压胸骨下 1/3 部位，使胸骨下降 3~4 厘米，然后突然放松挤压，如此有节奏地每分钟挤压 60~70 次。心脏挤压是否能维持血液循环功能，可观察股动脉搏动；如股动脉未见搏动，表明挤压无效，必须调整操作方法。心脏挤压本身可兴奋窦房结，具有起搏作用，有不少患者经心脏挤压而恢复窦性心律。

如心脏挤压不能立即恢复心跳，应尽快静脉注射复苏药物。药物选用可按下列次序进行：阿托品 1~2 毫克、异丙肾上腺素 0.5~1.0 毫克、利多卡因 50~100 毫克、溴苄胺 0.125~0.25 克，无效时可反复交替使用。心内注射可损伤心肌和冠状血管，不宜随便采用。只有在静脉注射无效时才可将上述药物作心腔内注射。循环骤停时间较长，则还需采用乳

酸钠、碳酸氢钠、氯化钙等药物。应当指出：注射药物后必须立即继续进行心脏挤压以维持血液循环，方能使药物随着血流进入冠状动脉，以发挥药效。

如药物复苏不成功，可使用非同步直流电去颤器进行去颤。在电去颤前，如颤动波细小，可先注射肾上腺素或异丙肾上腺素 0.5~1.0 毫克，这二种药物可使细颤变成粗颤，而有利于电去颤。若电去颤无效，可于注射溴苄胺、利多卡因之后或加大功率再进行去颤，有时可达到恢复正常窦性心律的目的。

心源性脑缺血征首次发作时，只要心脏停搏的诊断成立，应立即进行心前区叩击、心脏挤压，勿忙于寻找药物或做心电图检查而浪费抢救时间。在我们所见的 95 例中，死亡 17 例，其中 7 例是首次发作，就是由于忙于寻找药物，未及时进行心脏挤压而造成死亡。我们认为，首次发作的抢救是个关键问题。而首次发作的抢救大都在基层治疗组医务人员中进行。因此，基层医务人员做好首次发作抢救的技术训练和物质准备，是降低心源性脑缺血征病死率的有力措施。近几年来，我们组织血防抢救组，加强上述措施，共抢救 20 余例心源性脑缺血征患者，除 1 例首次发作抢救失败死亡外，其余病例全部治愈出院，治愈率达 95% 以上。

（二）心律失常的治疗

1. 抗心律失常药物的应用

心源性脑缺血征发作急救成功后，心律失常可反复出现，若不控制，心源性脑缺血征可能再发。在抗心律失常药物中，以阿托品、异丙肾上腺素、苯妥英钠、普鲁卡因酰胺、利多卡因、溴苄胺等六种药物为常用。兹分述于下：

（1）阿托品：阿托品能解除迷走神经对心脏的影响，加

速窦性心律的恢复,从而达到控制室性异位心律作用。剂量和用法:首次静脉注射1~2毫克,同时肌肉注射1毫克,继以每半小时至4小时静脉或肌肉注射0.5~1.0毫克,以后根据情况逐步减量和延长注射间隔,用量以保持较快心率(一般保持在100~120次/分之间)而不出现过早搏动为原则。如48小时内心律失常不再发,可考虑停用。阿托品由于安全、有效,特别是首次应用有效率较高,仍为广大医务工作者所乐用。但随着发作次数增加或应用时间延长,有效率有逐渐下降的趋势。有人报告应用阿托品抢救40例资料分析,首次应用时有效率为85%;6~12小时有效率下降为45%,12~24小时有效率为22.5%,24小时后继续有效仅有10%。在临床实践中应用阿托品有时不能提高心率,且剂量较大时可引起兴奋、烦躁、幻觉、闭汗、体温升高、尿潴留等中毒症状。我们认为目前有效的抗心律失常药物较多,不宜盲目使用大剂量阿托品。如果治疗失效或出现中毒症状,应及时改用其他抗心律失常药物。此外,东莨菪碱、土莨菪碱(654-2)与阿托品有相同的药理作用和治疗效果,而中枢神经系统的副作用则较少或不明显,因此可作为阿托品的代替药物使用。

(2) 异丙肾上腺素:是一种人工合成的 β -受体兴奋药。由于兴奋心脏 β 受体,可加速窦房结的频率及房室、室内传导速度,并有增强心肌收缩力作用,增加心率的效果优于阿托品。对于某些阿托品治疗失效的患者,异丙肾上腺素可能有效。剂量和用法:0.5~1毫克加入5~10%葡萄糖液500毫升中静脉滴注,注意调节滴速以保持心率每分钟在100~120次,通常维持48小时才考虑停药。异丙肾上腺素可导致室性异位心律、使心肌细胞丢失钾离子、增加心肌氧耗量,大剂量还可引起心肌坏死或心肌梗塞。因此,异丙肾上腺素的