

血吸虫病中医证治研究

● 主 编：汪定襄

● 副主编：刘炳凡

● 编 著：（以姓氏笔划为序）

江起雄 何子胥 邹连秋

周德喜 罗 斌 罗士荣

● 湖南科学技术出版社

血吸虫病中医证治研究

王定襄 主编

责任编辑：王一方

*

湖南科学技术出版社出版发行

(长沙市展览馆路8号)

湖南省新华书店经销 湖南省新华印刷二厂印刷

*

1991年2月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/32 印张：6.125 插页：2 字数：134,000

印数：1—3,600

ISBN 7—5357—0830—7

R·178 定价：2.55元

地科 68—042

目 录

§ 1 血吸虫病源流及进展	(1)
§ 1.1 流行历史	(1)
§ 1.2 证候认识	(3)
§ 1.3 治疗认识	(6)
§ 1.4 近四十年中医研究进展	(8)
§ 2 各期(型)血吸虫病	(14)
§ 2.1 急性血吸虫病	(14)
§ 2.2 慢性血吸虫病	(22)
§ 2.3 脑型血吸虫病	(35)
§ 2.4 晚期血吸虫病	(45)
§ 3 血吸虫病并发症及其处理	(96)
§ 3.1 黄疸	(96)
§ 3.2 上消化道出血	(100)
§ 3.3 原发性腹膜炎	(110)
§ 3.4 肝昏迷	(115)
§ 3.5 术后发热	(120)
§ 3.6 术后肠粘连	(123)
§ 4 血吸虫病常见夹杂病及其处理	(126)
§ 4.1 胃、十二指肠溃疡	(126)
§ 4.2 慢性胃炎	(130)

§ 4.3 病毒性肝炎·····	(133)
§ 4.4 慢性胆囊炎、胆石症·····	(137)
§ 4.5 慢性结肠炎·····	(140)
§ 4.6 细菌性痢疾·····	(143)
§ 4.7 慢性支气管炎·····	(147)
§ 4.8 肺结核·····	(150)
§ 4.9 原发性高血压·····	(154)
§ 4.10 心律失常·····	(157)
§ 4.11 慢性肾炎·····	(160)
§ 4.12 肾盂肾炎·····	(163)
§ 4.13 神经衰弱·····	(167)
§ 5 抗血吸虫病药物副反应的处理·····	(171)
§ 5.1 吡喹酮所致副反应的处理·····	(171)
§ 5.2 硝硫氰胺所致副反应的处理·····	(173)
附：方剂索引·····	(175)

§ 1 血吸虫病源流及进展

§ 1.1 流行历史

一、流行概况

血吸虫病在我国流行年代久远。在有文字前，本病就流行于我国。如殷墟甲骨文中已有“蛊”字的记述。根据范行准(1951)的考证，远在公元前16、15世纪，我国已有类似血吸虫病的记载。如《周易》卦象上有“山风蛊”之述。《周礼·秋官庶氏》即为掌除毒蛊官衙。“蛊”字在许慎《说文解字·虫部》云：“蛊者，腹中虫也，从虫从皿。”段注：“腹中虫者，谓之腹内中食蛊之毒也，自外而入，故曰中，自内而蚀，故曰虫。”《风俗通义》卷八引《史记》云：“秦德公始杀狗彘四门，以御蛊。”说明我们的祖先不仅发现了本病，而且普遍认识到本病的传染性和流行性，其论述中蕴含朴素的预防医学思想。在国外，Ruffer报道埃及在公元前10~20世纪的木乃伊体内找到埃及血吸虫卵，这是人类血吸虫病历史悠久的科学依据。在我国，亦于距今2100多年的长沙马王堆出土的西汉女尸驮侯妻的直肠和肝脏内检获大量血吸虫卵；其后，湖北江陵凤凰山（虎丘）出土的西汉男尸体亦检获大量血吸虫卵，该墓较马王堆墓还早一百余年。证明血吸虫病在长江中游两岸及洞庭湖严重流行的历史悠久。

本病的病因及流行情况的记载最早见于晋代葛洪(公元261~341)所著的《肘后救卒方·他犯病》，书中云：“沙虱水陆皆有，其新雨后及晨暮前，跋涉必著人……其大如毛发之端，初著人便入其皮里……便周行入身，其与射工相似皆杀人。”其后，该病的流行受到诸多医家的重视。如隋·巢元方（公元550~630）《诸病源候论·水毒候》曰：“……山谷溪源处有水毒病，春秋辄得……亦名溪温。”又《沙虱候》曰：“水间有沙虱，其虫甚细，不可见。人入水浴及汲水澡浴，此虫著身，及阴雨日行草间亦著人，便钻入皮里。其诊法，初得时，皮上正赤，如小豆黍粟。”生动地描述出血吸虫是一种看不见的存在于水中的“虫”、“毒”，其传染方式是通过人接触溪水或阴雨日行草间经皮肤而感染。其流行季节的叙述也与现代认识基本相符。

二、流行地区

血吸虫病在我国的流行地理分布，从医籍文献始记于晋·葛洪《肘后救卒方》云：“沙虱水陆皆有”。此系局部记载。至7世纪初叶，隋·巢氏《诸病源候论》已察及华东沿海地区皆有该病，如云：“自三吴以东及南诸山郡山县，有山谷溪源处有水毒病。”唐·王焘（公元8世纪）在《外台秘要》引崔氏五藏方云：“草蛊在西凉以西及岭南人多行此毒以及郡县有名章者尤甚，今东有豫章，无村不有。”已考察到血吸虫病在安徽，特别是当时在江西严重流行。

其后，明·江瓘（公元14世纪）撰《名医类案》引铁围小丛谈：“金蚕蛊始蜀中，近及湖广闽粤浸多。”据以上文献记述，血吸虫病在我国流行地域，早于1400年前就已形成较广的疫区，迄今如四川、云南、湖北、湖南、广东、广西、福建、浙江、安徽、上海市、江西、江苏等12个省、市、自治区的有关部分地域。历代医学家在各自的时代背景下，能观察出血吸虫病如

此流行概况，实在难能可贵。

§ 1.2 证候认识

一、急性期

在临床表现的论述方面，《诸病源候论·水毒候》云：“初得恶寒，头微痛，目眶疼，心内烦懊……两膝痛，或噤噤发热，但欲睡，旦醒暮剧，手足指逆冷至肘膝。二、三日则腹生虫，食下部……不即治，六、七日下部便脓溃，虫上食五脏，热甚烦毒，注下不禁，一云十余日死。”又云：“水毒有雌雄，脉大而数者为阳，是雄溪易治，宜先发汗及浴，脉沉细者为阴，是雌溪难治，……但觉寒热头痛……欠欬欲眠，朝瘥暮剧，便判是溪病。”《外台秘要·中蛊毒方》云：“乍冷乍热，手脚烦疼，腹内闷，胸痛，咳唾脓血”等，此为血吸虫病初期急性期，由于虫卵沉积，及其毒素和组织破坏引起的临床症状。实难理解当时何以明瞭“水毒有雌雄”以及“雌溪难治”。这些奥秘，有待于深入探究。

二、慢性早期

《诸病源候论·肠蛊痢候》说：“肠蛊痢者……经年不愈，侵伤于脏腑，下血杂白，如病蛊之状，名曰肠蛊痢也。”《蛊毒痢候》说：“……毒气蕴积，值大肠虚者，则便利血，其痢状血色蕴淤如鸡鸭肝片，随痢下，此是毒气盛热，食于人脏，状如中蛊，故谓之蛊毒利也。”又《蛊注痢候》说：“此由发时寒暑不调，则有湿毒之气伤人，随经脉血气渐至于脏腑，大肠虚者，毒气乘之，毒气挟热与血相搏，则成血痢也。”毒气蕴积，则是血吸虫卵大量沉积于肠道，血管溃破引起的痢疾症状。

唐·孙思邈（公元581~682）所著的《千金要方·蛊毒》中

云：“凡人患积年，时复大便黑如漆，或坚或薄，或微赤者，皆是蛊也。”“凡卒患血痢，或赤或黑，无有多少，此皆是蛊毒，粗医以断痢药处之，此大非也。”明确地把蛊毒痢和痢疾鉴别开来，分别处理，这是认识上的深化。

三、积聚

积聚，是晚期血吸虫病主症之一。在感染蛊毒虫邪早期阶段未及时“杀蛊虫”导致肝络损伤，影响脾脏功能而成。《诸病源候论·积聚候》云：“积聚者阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也。腑者阳也，脏者阴也；阳浮而动，阴沉而伏。积者阴气，五脏所生，始发不离其部，故上下有所穷已。聚者阳气，六腑所成，故无根本，上下无所留止，其痛无有常处。诸脏受邪，初未能为积聚，留滞下去，乃成积聚。”又《积聚固结候》说：“积聚固结者，是五脏六腑之气，已积聚于内……邪气重沓，牢固盘结者也，若久即成症。”又《积聚心腹胀满候》说：“积聚成病，蕴结在内，则气行不宣通，气搏于脏腑，故心腹胀满；心腹胀满则烦而闷，尤短气也。”又《症候》云：“若积引岁月，人即柴瘦，腹转大，遂至死。”上述三则记叙了积聚之病，是由阴阳之气不和，脏腑虚弱，邪气乘虚侵入脏腑所致。开始发病的时候，病变的部位就比较固定，可触到包块的上下边缘。各个脏腑感受病邪之后，在初起时，一般不会形成积聚，如果治疗不及时，或者治疗不当，邪气留滞不去，便会逐渐形成积聚。积聚病的固结不散，是由五脏六腑之气先已积聚于内，加之重复感染病邪，以致积聚牢固盘结。在积聚形成之后，蕴结于胁腹之内，以致气机运行不得宣通，气滞于脏腑，所以胁腹胀满；胀满不除，则烦闷不舒，甚则出现短气等临床表现。若积块经年累月不愈，病人形体柴瘦，腹部逐渐胀大，就有死亡的危险。积聚是血吸虫病进一步发展，由于血吸虫成虫及其虫

卵的毒素侵袭肝脏，如未及时杀蛊虫或治疗失当，久之则传脾，气机受阻，阴阳之气失和，脏腑功能衰减，邪气乘虚而入，则经络阻塞，气滞血瘀，聚积于内，邪气重沓，在初期时聚时散，聚散无常，故间有胁腹胀痛。时深日久，留滞不去，肝脏渐趋肿大，硬化。肝积已成，次第影响脾脏功能失运则血瘀，脾体变异而成脾肿大。

四、蛊胀

晚期血吸虫病所致“蛊胀”，是由蛊毒虫邪侵袭人体后，未及时治疗，所致肝脾损伤而形成肝硬化，脾肿大，在此阶段再不治，延及到肾，则肾伤，肾伤则气血结聚，经隧痞塞，渐进性发展而形成腹水的征候。远在《内经·灵枢·水胀篇》云：“腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。”晋·葛洪《肘后备急方·治卒大腹水病方》就对“水蛊”及腹水时的振水声有明确的记载，谓“若唯腹大动摇水声，皮肤黑，名曰‘水蛊’”，“腹转侧有声，此其候也。”《诸病源候论·水蛊候》云：“此由水毒气结聚于内，令腹渐大，动摇有声……皮肤粗黑，如似肿状，名水蛊也。”又《大腹水肿候》云：“夫水肿病者，皆由营卫痞塞，肾脾虚弱所为。而大腹水肿者，或因大病之后，或积虚劳损，或新热食竟，入于水自渍及浴，令水气不散，流溢肠外。三焦闭塞，小便不通，水气结聚于内，乃腹大而肿，故四肢小，阴下湿，故云大腹水肿。”又《水症候》云：“水症者，由经络痞塞，水气停聚。在于腹内，大小肠不利所为也。其病腹内有结块鞣强，在两胁间膨膨胀满，遍身肿，所以谓之水症”。腹内胀满，状如“蛤蟆”，包括组织增生期的肝脾肿大；“二百日不治”、“经年不愈”说明病程缠绵；“羸瘦、颜色枯槁而死”等，表述蛊胀越到后期其脏腑生理功能极度紊乱，病理变化更为复杂，以导致贫血衰弱等不良预后。

§ 1.3 治疗认识

在治疗方面：杀蛊虫，治积聚，疗蛊胀等三个重要环节。对治疗各期血吸虫病的方法，历代医家作了大量的研究。

一、急性期或慢性早期

血吸虫病的治疗方法，早见于《诸病源候论·水毒候》明确指出：“杀蛊虫”在感染血吸虫病时，“作数斗汤，以蒜四、五升捣碎，投汤内消息视之，莫令大热，绞去滓，适寒温以自浴。”还进一步提示重度急性感染的诊断如“但觉寒热头痛，腰背急强，手脚冷，欠欬欲迷，朝瘥暮剧，便判是溪病，不假蒜汤视下部疮也……惟热势猛者，则心腹烦乱，不食而狂语，或有下血物如烂肝，十余日至二十日则死。”说明本病到极其严重时已出现神昏谵妄，或下浓血如烂肝一样的危候，则不必借助蒜汤及大便下脓血来求得诊断。抓住时期“杀蛊虫”以抢救生命。一千三百年前的医家，作出这样明确的判断。至今仍可借鉴。至于采用“麝香、犀角以护内”的治疗方法，由于今人未能实践，其效果尚待临床验证。

唐·孙思邈《千金要方》治蛊痢以“太上五蛊丸”、“大一追命丸”、“蛊胀方”等方剂，其方药组成多为杀虫药物如雄黄、巴豆、茜草、鬼臼、蜈蚣、藜芦、附子等。又如犀角丸治蛊毒下血，由麝香、犀角、巴豆、槲树皮（又名赤龙皮）蛭皮等组成，为除虫止痢，治蛊毒下血之方剂。唐·王焘（公元752年）著《外台秘要》第二十八卷中所刊治疗蛊毒、蛊吐血、蛊下痢、五蛊及蛊毒杂药等六十余方，其中与血吸虫病有关使用得较多的药物亦是雄黄、巴豆、茜草、藜芦、桔梗、硃砂等，充分体现出杀虫、解蛊毒以求病原治疗的观点。明·王肯堂著《证治准绳·

泛的理论和临床探究，并以攻逐、补益及攻补兼施的理论，创制多种方法大大丰富了积聚的治疗。

三、蛊胀

蛊胀的治疗，历代医家对其作了深入的研究。用攻法，始见于《内经·素问·腹中论》“有病心腹满，旦食则不能暮食，此为何病？……名为鼓胀……治之奈何？……治之以鸡矢醴。一剂知，二剂已”。晋·葛洪《肘后备急方·治卒大腹水病方》说：“若唯腹大，下之不去，便针脐下二寸，入数分，令水出孔合，须腹减乃止”。一千六百年前的医家，就有放腹水的治疗方法，至今仍有沿用者。

关于蛊胀消除后，欲求巩固疗效，必须注意饮食。《内经·素问·腹中论》云：“其时有复发者何也？曰：此饮食不节，故时有病也，虽然其病且已时，故当病气聚于腹也。”即是说腹水消除后，多是正当疾病将要痊愈时，又复伤于饮食，使邪气聚于腹中，因此，腹水再行复发。又《素问·生气通天论》云：“味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑。”即指出咸入肾，过食则伤肾，故骨气劳伤；水邪盛则侮土，咸走血，血伤故肌肉短缩；水上凌心，故心气抑郁。在消水时与腹水消退后肌肉尚未康复前，要禁止摄入钠盐，否则腹水反复发作，预后多为不良。此论至今经临床反复实践，证明是符合客观实际的。

§ 1.4 近四十年中医研究进展

建国后，党和人民政府关心人民疾苦，疫区层层设立了防治血吸虫病的领导和专业机构，在全国开展了的防治血吸虫病群众运动。为了抢救晚期血吸虫病病人的生命，同时有大批中医药人员参加这一工作，中西医通力协作，取得了巨大成就。

类方》第八册收载自宋以来治疗蛊病的二十二张药方后，鲜见有治疗蛊病及解蛊毒的新方药。直至20世纪中叶才相继的有“南瓜子仁粉”、“复方槟榔丸”、“藜连丸”等治疗各期血吸虫病（杀蛊虫）的新方药报道。

二、积聚

积聚的治疗，历代医家对其辨证论治作了广泛深入的探究。《内经·素问·五常政大论》云：“病在中而不实不坚，且聚且散，奈何？……无积者，求其脏虚则补之，药以祛之，食以随之，行水渍之，和其中外，可使毕已。”《灵枢·胀论》云：“肝胀者，肋下满，而痛引小腹……其于胀也，必审其诊，当泻则泻，当补则补，如鼓应桴，恶有不下者乎？”两段经文明确指出在癥积未形成以前的“瘕”、“聚”阶段，以及“癥”、“积”形成后的辨证论治，基本原则与方法，至今仍为内科治疗积聚或攻逐，或补益，或攻补兼施，以及食疗的准则。金元之后，医学流派竞相争鸣。其学术观点亦影响了积聚的治疗原则，如主攻派以张子和为代表，他根据《内经》“坚者削之，留者攻之，客者除之”之义。认为“大积、大聚，不搜而逐之，日进补养，无益也。审之何经受病，何物成积，见之既确，宜直入之兵以讨之，何患其不愈？”主补派以张洁古为代表，他根据《内经》“邪之所凑，其气必虚”的理论，提出“壮人无积，虚人则有之，故当养正则邪自除”。薛立斋、赵养葵诸氏从其说。主攻补兼施者当以明·李士材为代表，《医宗必读·积聚》说：“按积之成也，正气不足而邪气踞之……然攻之太急，正气转伤，初中末之三法，不可不讲也；初者，病情初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻；中者，受病渐久，邪气较深，任受且攻且补；末者病魔经久，邪气侵袭，正气消残，则任受补”。主张攻补不能偏废。这些学派从不同角度对临床可直观到的“积聚”从诊断、治疗和预后开展了广

人们通过不断实践,整理、研究散在于医籍所记述的文献,发掘出历代医家对血吸虫病较系统和完整的认识。如病因及其传染情况,流行地域,临床各期的证候分类等,主要是根据病程中不同阶段的主证而确定的。如命名为沙虱,水毒,蛊毒,蛊疫,溪温,蛊痢,积聚,蛊胀及并发黄疸,胀满,蛊吐血,蛊下血,狂躁昏蒙等记载,都与血吸虫病的各期表现相类似,只是命名不同而已。

1953年以来,对晚期血吸虫病腹水的治疗尚无良好方法,故有“肚子大了的血吸虫病人为什么不能诊治”的报道(《人民卫生》1953年6月24日第二版)。当时血吸虫病专业机构只有酒石酸锑钾对血吸虫病进行病原治疗,这一治法,晚期血吸虫病人是难以接受不了的。从而各地开始对晚期血吸虫病的中医治疗进行探讨。1955年浙江省发现“爬崖红”(命名“腹水草”)能治疗晚期血吸虫病腹水。同年10月我省沅江血吸虫病防治所以“加減胃苓汤”、“含巴绦矾丸”治疗晚期血吸虫病腹水取得良好疗效。11月该所收治第一批晚期血吸虫病腹水住院病人,经临床实验证明中医药有消除腹水,改善体征的满意效果。1956年汉寿县报道了古方“舟车丸”;常德的“牛榔丸”。同年在全国血吸虫病疫区先后主要报道有“半边莲”(安徽)、“龙虎草”、“天平一枝香”、“虫笋葫芦”(江苏)、“千金子胶囊”(湖北)、“丑甘散”(江西)、“巴豆黄糖粉”(广东)等单方验方,以导泻,利尿两种消腹水的经验,在临床上都取得了很好的疗效。

由于晚期血吸虫病腹水的病情复杂,患者体质强弱各异,故单方对某些患者难于适应。这是广大医务工作者在实践中遇到的新问题。于是临床医家一致探索新的治疗方法,先后提出许多复方或古方新用,如化痰通络方、培本消痞丸、王氏厚朴散、消膨丹、己椒劳黄丸、鳖甲煎丸、茴香消痞丸、复方防己黄芪

丸、真武汤加锁阳肉桂等治疗晚期血吸虫病腹水，在临床上都取得了不同程度的效果。这是单方到复方的发展过程。实践证明，运用复方于临床因其适应范围较单方增大，的确能解决某些临床难题。

但是根据晚期血吸虫病患者的临床证候，越到后期，治疗的难度越大。如同属腹水型，由于湿困脾阳者，机体尚未受到严重损伤为易治；肝阴虚者，是病情进一步发展，涉及脏腑不一，故为难治；肝肾阴虚者是机体严重损伤，病情加深即所谓“顽固性”腹水。有的形成恶病质，此时各个脏腑的生理功能均衰败，更为难治。仅以阴阳虚损导致生理功能不同程度损伤，所致病理变化亦不同于一般。因而腹水患者的病况错综复杂，有阴阳、表里、寒热、虚实之分，五脏生克相关各异。是以单纯表现为单一证型的甚为少见。而是两个或更多证情互相交替，循环往复，不断演变；治理相宜，则向好的方面转化，反之则进一步发展，甚者形成五脏交亏，阴阳离决。复杂的生理、病理演变使常规治疗难于奏效，有必要探索本病的特殊机理与新的治疗方法，以适应于临床。为此，全国血吸虫病疫区都开展了对晚期血吸虫病临床辨证分型的探讨，试图寻找出规律。如是分型治疗层出不穷，其中主要有以下几个类型如：普通、阳虚、阴虚、郁热、精竭五型；虚损、寒湿、瘀热、轻浅、败象五型（上海）；腹水、脾大和侏儒、贫血、发热、黄疸、恶液质、加杂病七型（昆山）；偏实、偏虚、半虚半实三型（江苏）；普通、侏儒、腹水、巨脾、出血、发热、黄疸、梗阻、衰竭九型（安徽）；巨脾、腹腔增殖、腹水、侏儒、普通、混合六型及普通、巨脾、腹水、门脉高压出血、发热、痞块、侏儒、恶病质八型（浙江）；六经辨证分类（江西）；腹水、侏儒、巨脾、黄疸、混合、发烧、恶病质七型（四川）；腹水分脾湿肿满、肝胀络瘀、肾虚气结三型；

黄疸、大出血、肝昏迷、原发性腹膜炎、侏儒、脑型血吸虫病、结肠增殖七型等。

综合以上分型、分类有三大特点：一是按病象形态而分的如腹水、侏儒、巨脾、痞块、腹腔增殖、出血、发热、恶病质、黄疸、昏迷、混合与普通等，本分法为最多；二是以病理来分如六经分类、阴阳虚实、脾湿肿满、肝胀络瘀、肾虚气结等；三是以病位而分如脑型血吸虫病等。经过几年广泛临床辨证分型的治疗实践研究，中西医务人员都作了大量工作，取得了许多经验，从而指导临床获得了较复方更进一步的疗效。

在1959年11月的上海会议上，依据各省、市分型分类，将本病分为腹水、肝脾肿大、痞块、门静脉高压呕血、侏儒等五型。本分型简单扼要，并易于临床掌握，但不尽切合临床治疗。因为以上五种类型，临床上不完全是孤立存在的，有时一个病人可以兼有两种以上的临床证型。各型的证候，不是孤立的存在，而是交替的、不断演变着。尤其是各型证候之间，有着相互关系，可形成恶性循环，使机体脏器损坏，而致功能衰惫。在这段广泛辨证分型论治期间，上海研究出的化瘀通络治本的方法，以及各省研究出的利尿优于导泻的结论，曾指导临床治疗晚期血吸虫病的腹水，取得一定的成果。我省参照全国分型，综合原有的腹水分型与并发症分类，于1962年统一分型，在全省各疫区血防所、站进行系统观察。

关于中药杀血吸虫的研究，因当时化学药物的新法、新药不断涌现，致使这一工作进展不大。如酒石酸锑钾，1956年以前20日疗程缩短为七日、五日、三日，1958年还有缩短到二日、一日以及一针疗法的报道；新药“血防846”、“呋喃丙胺”加“敌百虫”、“锑273片”、“硝硫氰胺”等，均以疗程短，服用简便，疗效高而运用于临床，但其副反应大，阴转率不理想。直至新

药“吡喹酮”的出现方使杀虫剂的疗效相对提高。但此药在临床实践中对某些病例的疗效亦有异议，如对无效或疗效不好的病例，是感染度高还是制剂不稳定所致，仍有待于认真总结。因此，中药杀虫的研究，不妨继续探索。

40年来，中医对肝硬化、腹水和其他并发症以及常见夹杂症进行了长期研究，尤其是对血吸虫病性肝硬化、脾肿大的病因病机及其辨证论治探讨较深。如认为肝硬化的病因是蛊毒，以瘦聚伊始，故临床先有胁腹胀满，时聚时散，此乃血瘀气滞，治宜杀蛊虫，疏肝和胃。若治理失宜，则渐形成癥积。左肝肿大多见右胁肋及胃脘胀痛，或下腹部胀感无时。肝病传脾，肺失所养，病情则进一步发展，此时脾胃功能减退，故腹部饱胀、纳差，精神体质渐趋虚弱。肝郁脾虚，木乘土位，正虚邪实，虚实并存，病理传变又因人而异，病情便开始复杂，治宜养肝、健脾以益肺，化瘀通络以消积软坚等综合防治方法。临证时应权衡机宜，辨证论治，根据对象的具体实际，当攻则攻，当补则补，或攻补兼施，以扶正祛邪。兵法有“剿抚兼施”，以抚为主，争取逆者从之的理论。补正可提高机体代偿功能与抗病能力；祛邪即攻逐、消散为主，可控制病情发展，祛邪与扶正二者孰轻孰重应灵活掌握。

又如腹水的形成机理错综复杂，多因早期肝硬化未得到及时相应治疗，以致脏腑功能失常，乘侮各异，多脏腑并病，使腹水形成，所以其产生机理是多方面的。其一般规律是蛊毒损伤肝络，以致脏腑功能失调，经络痞塞，升降失司，气血水运行障碍，清浊相混，瘀积腹内而成，病机演变取决于正气强弱，病变性质多属正虚邪实；主要表现为脏腑交亏，尤其是肝、脾、肾功能失控。

治疗腹水在各个阶段不尽相同，若肌体尚壮实，形神俱备，

可选用导泻攻逐法消除腹水，然后调理之；肝、脾、肾功能较差者，宜用通调利水法；如脏腑功能重度损伤，则只宜调理补养脏腑功能与间歇利水法；此期若强攻滥利，则徒损脏腑，往往造成不良后果。

晚期血吸虫病腹水病人，大多病久正虚，治宜扶正祛邪，肝、脾、肾同治，如采用“加减胃苓汤”(丸)温和之剂，标本兼治，其健脾渗湿的作用，也是治疗本病的一般法则。在腹水形成后如并发黄疸、失血、湿热胀满(原发性腹膜炎)、昏迷等症，则应根据当时证情的变异，因人因证制宜，如运用攻下逐水，渗湿利尿，温阳理气，滋阴养血，清湿利疸，行气止血，醒脑宁神，清热解毒等方法。总之，既要掌握一般证型的辨证，又要掌握特殊证型的辨证，分清虚实主次尤为重要。

综上所述，40年来我省防治血吸虫病的工作实践，不但发掘整理了古代医家防治血吸虫病的理论和经验，而且在本病的病因病机、辨证论治等方面逐步形成了自己的认识，并摸索出许多宝贵的经验。如50年代后期开始的对腹水的分型治疗，是在腹水形成机制错综复杂、并发症较多和预后不良的基础上而提出的新的见解，其中体现了中医的整体观和辩证法。这些从中医的学术思想和实践中提出的分型依据和辨证思路，是对中医治疗本病的一个发展。