

安徽中西医綜合治疗
晚期血吸虫病的經驗汇编

安徽省卫生厅編

安徽人民出版社



安徽中西医綜合治疗
晚期血吸虫病的經驗汇编

安徽省卫生厅編

安徽人民出版社

安徽中西医綜合治疗
晚期血吸虫病的經驗汇编

安徽省卫生厅編

安徽人民出版社出版

(合肥市金寨路)

安徽省書刊出版登記證出字第2号

地方国营合肥印刷厂印刷 安徽省新华书店发行

开本：850×1168毫米 1/32 + 附張：5 $\frac{1}{2}$ · 字數：142,000 · 插圖：5

1959年7月第一版

1959年7月合肥第一次印刷

印數：1—4,600

前 言

解放九年来,我省治疗晚期血吸虫病的工作,在党的正确领导下已取得了巨大的成绩;其突出的表现是,截至1958年底为止,已治疗晚期血吸病患者35,939人。这些患者在治疗前都已丧失了劳动力,其中部分青年患者得了侏儒症或停经不育,少数患者甚至长年卧床不起生命垂危。而经过治疗后,绝大多数患者都消灭了病原,恢复了健康,重新获得了发育和生育能力;增强了体力,参加了生产,从而促进了社会主义建设事业的发展。不仅这样,由于大批血吸病患者的治愈和预防工作的普遍深入开展,我省已消灭了旧社会遗留下来的许多“罗汉村”、“寡妇村”,彻底改变了“千村薅人遗矢,万户萧疏鬼唱歌”的凄凉情景;出现了人寿年丰的新气象。这再一次有力地证实了社会主义制度的优越性;同时深刻地体现了我们党在医药卫生工作方面的政策的正确和英明。

九年来,我们之所以能取得这样巨大的成绩,主要是因为:在党的领导下,我们坚持了政治挂帅,依靠广大群众,认真贯彻中医政策,充分发挥中西医的积极性;并针对血吸虫病是长期慢性病,流行面较广的特点,采取了中西医综合治疗和反复斗争的做法。在这方面,尤其是在中西医综合治疗方面,我省广大中西医已创造了不少宝贵的经验。这些经验,在改善患者体征,消除腹水,软缩肿大的肝脾,防治合并症等方面,都是行之有效的,其中有些中药方剂还有灭菌杀虫作用。为了及时总结和推广这些经验,以促进我省治疗血吸虫病的工作更深入地开展,我们根据各地汇报材料慎重加以选择、整理,编集成书,以供各地医务工作者参考。由于时间仓促和编者水平所限,书中疏漏之处和缺点错误在所难免,我们热诚地期待广大读者,随时提出宝贵意见,以便我们今后补充

和訂正。同时我們深信，广大群众和医务工作者在实践中的創造和經驗是无限丰富的，因此我們也热誠地期望各地讀者能将行之有效的經驗和創造，随时采集并告訴我們，以便我們陸續汇编出版。

編 者

1959年4月

* 原载1958年10月8日“人民日报”，这是毛主席写的“送瘟神二首”中的两句。

句。

目 录

腹水的症状与诊断	安庆专署医院(1)
腹水的综合疗法	安庆专署医院(22)
半边莲治疗肝硬变腹水的初步总结	安庆专署医院(49)
半边莲影响疗效因素的探讨	安庆专署医院(60)
半边莲的药理作用	安徽医学院(68)
烏柏树根皮治疗晚期血吸虫病的疗效分析	蕪湖专区血防所(73)
救命王配合土狗合剂治疗 晚期血吸虫病的經驗	績溪县血防站(80)
千里塔治疗腹水症	休宁县血防站(84)
丹参治肝硬变及脾肿大	安庆专署医院(87)
以半边莲、丹参为主,复方中药治疗 晚期血吸虫病小结	安庆专署医院(94)
消聚疏木丸对患者体征的改善	歙县血防站(99)
猪耳草根对患者体征的改善 和肿大肝脾的收缩	歙县血防站(101)
消痞草、猪耳草缩小肝脾、消除腹水的經驗	蕪湖专署医院(105)
消痞草消肝脾肿的經驗	績溪县血防站(113)
复方半澄茄丸治早、中期血吸虫病的經驗	蕪湖县血防站(118)
八味杀虫丸治加杂症	屯溪市血防站(121)
椒矾杀虫丸治疗血吸虫病	石埭县血防站(124)
复方蘆薈杀虫丸的疗效	休宁县血防站(126)
鸭跖草消除发热症状	歙县血防站(129)
针灸辅助疗法	卫生厅中医訓練班(131)
晚期血吸虫病的鐮剂治疗	安庆专署医院(136)

血吸虫病腸胃型的外科治疗經驗	安庆专署医院 (139)
門靜脉高压症的外科治疗經驗	安庆专署医院 (143)
晚期血吸虫病 402 例的临床治疗	安庆专署医院 (148)
附录	(157)
消腹水方剂	(157)
軟縮肝脾肿大方剂	(162)
杀虫方剂	(165)

腹水的症状与诊断

安庆专署医院

(一) 腹水形成的原因

1. 肝硬变腹水形成的原因

(1) 肝实质损害使白蛋白合成减少,加上营养不良,以致血浆白蛋白减少,血浆胶体渗透压降低。

(2) 肝内门静脉阻塞,以致门静脉郁血与血压增高,使液体从血液流进腹腔。

(3) 肝硬变使肾上腺皮质限钠激素(醛固酮等)增加,抗利尿素(垂体抗利尿激素与 V. D. M.) 增加,排钠与利尿受阻抑,造成了钠与水份潴留。

(4) 肝硬变时肝淋巴直接漏出,腹膜毛细管渗透增加,腹压增加与循环中体液不足等影响肾机能减退,也可助长上述恶性循环的发展。

(5) 心脏病患者的心排血量减少,使肾血流量减少,肾小球滤过率降低,加上神经与内分泌因素(垂体、肾上腺皮质等),使钠和水份潴留,由此增加了循环血容量。渐渐的使代偿机能衰竭,静脉血回流受阻,全身静脉血压与毛细管血压增高,引起水肿和腹水。

(6) 肾脏病使泌尿机能受到障碍,加上急性肾炎的全身毛细管渗透性增加,慢性肾病的大量蛋白由尿道排泄等,促使血流中水份漏入体腔与组织内。

(7) 腹腔有局部炎症,腹部淋巴流向受阻,腹腔内脏或肿瘤破裂等,也可产生不同性状之腹水。

2. 肝硬变腹水迅速形成的原因:

(1) 血浆蛋白迅速降低,如胃—食道曲张静脉破裂引起呕血、便血等。

(2) 門靜脈壓力突然增高,如門靜脈或肝靜脈血栓形成等。

(3) 肝實質普遍受損而且比較嚴重,病變發展較快,或罹有黃疸發熱等。

(4) 心腎代償機能急性衰竭。

(5) 呼吸道感染等。

(6) 腹腔內臟破裂或有炎症。

腹水有時經過數月逐漸形成。這樣積聚而成的腹水,有時找不到任何直接原因。常常當患者腹脹或呼吸窘迫時才被發覺。臨床如遇體重增加過快,一星期超過 1 公斤;或短時間體重增加 2~5 公斤;或尿量逐漸減少等,這就說明可能有腹水或水腫。

(二) 全身症狀

門靜脈性肝硬變患者,營養惡劣,全身消瘦肌肉萎縮,面容憔悴,臉色黃白或蒼黃,巩膜微黃,眼球明亮。這些特症被稱為肝病面容。患者舌光滑,有失水征象,皮膚干燥粗糙,少汗即使在熱天出汗也少;如出汗增多,可能是好轉的現象。患者皮膚出現蜘蛛痣,毛細管擴張,手掌充血(魚際部及指端發紅),毛髮稀少等。有些病人常有鼻衄、齒齦出血、便血、血尿、紫癍等出血傾向。女性患者可能子宮流血,但更多為月經困難、停經或不育。男性患者可能性欲減退,陽萎不育、睪丸萎縮和乳房肥大等。可能沒有黃疸病,可能有輕度黃疸病;黃疸病較重的患者,會感到皮膚搔癢;黃疸病嚴重的患者,可能兼有傳染性肝炎、肝癌、胆道阻塞或胆汁性肝硬變等病。

大部分肝硬變患者到了晚期肝會萎縮。體檢時發現不了肝臟腫大,既或有大量腹水也不易觸到。但有部分病例,可以觸到腫大、質較硬、有結节的肝臟。而肝區痛和壓痛不是肝硬變的經常或明顯的症狀。

肝硬變者常同時出現門靜脈壓力過高與側枝循環形成的現象,因而患者會出現大量嘔血,拉黑糞,痔出血等症狀。用鉗餐 X 綫檢查,可以發現患者食道旁靜脈曲張或胃底靜脈曲張。

克—鮑氏綜合病症多發于門靜脈高壓症患者。這些患者臨床特點是，臍周圍靜脈顯著曲張，似“海蜇頭”狀；臍部附近或上腹部擴張靜脈處觸診有震顫感，并可聽到靜脈管管聲與雜音，雜音在收縮期變响，這是由于臍靜脈未閉的原因。

門靜脈高壓形成較久，常發生充血性脾腫大，脾靜脈竇會出現出血、毒素或炎性因素刺激脾增生與纖維化病變。脾臟很大而硬，并且兼有由于普遍缺少紅血球、白血球、血小板而造成的脾機能亢進症狀。

肝硬變患者常有低血色性正常紅血球貧血，但因維生素乙₁₂與葉酸的腸吸收障礙和生血因素的肝儲藏障礙，也可能出現惡性貧血，而骨髓內的血細胞也不增多。患者面容蒼白，心悸，脈速，乏力，厭食或低熱。熱型持久不規則，或僅在下午出現低熱，偶有弛張型高熱。畏寒，但很少寒戰。發熱的原因除貧血及血吸蟲等感染因素外，常由于肝細胞坏死自溶，興奮了體溫中樞。此外還可能由于肝臟防禦機能衰退，寄生于腸道的細菌進入血流，引起了大腸杆菌敗血症。

嚴重肝坏死的患者，會有特殊腥味的口臭，稱為“肝臭”。在肝機能衰竭末期，患者的情緒變壞，衰頹，厭食，不安，譫妄，嗜睡或昏迷。肝性昏迷主要由于血銨過高引起了大腦及神經系統機能紊亂所造成的。其誘因有：進食高蛋白，氯化銨等過多，胃腸道出血，大量放腹水，注射洒利汞或銻劑后，手術感染及其他原因造成的缺氧或休克等。有肝性昏迷傾向患者，常常血中糖降低，丙酮酸增加，或有酸中毒、棕色素滯留等。

充血性心力衰竭者的症狀很多，端坐呼吸，氣喘，紫紺，咳嗽，咯痰肺底羅音（左心衰竭）；下肢水腫，腹水，胸水；尿少，靜脈壓增高，頸靜脈擴張搏動，肝腫大與壓痛，厭食，譫語和不安等神經症狀（右心衰竭）。在體征方面，有明顯的心脏擴大，心雜音與心律紊亂，臂舌或臂肺循環時間延長等。根據上述症狀，結合患者過去的病情，就可斷出病情。

慢性縮窄性心包炎也有上述右心衰竭征象，但心脏安靜而不

扩大,心前区无明显搏动,心音低弱,无杂音;脉压降低,用X綫照見心包增厚,鈣化或粘連,心室搏动微弱,心电图呈低电压和T波倒置。这些病症都和充血性心力衰竭的病症不同。

右心衰竭及縮窄性心包炎的患者,病程久了会引起心原性肝硬变;而肝硬变腹水压力过高时的病例,也可促成右心衰竭。

由于血浆蛋白降低与貧血,慢性腎炎与腎变性水肿患者,皮肤苍白,全身水肿。水肿常先出现在眼睑颞侧、阴囊等組織松弛处。又由于肾脏貧血,常常引起血压增高,动脉硬化等征象。患者最突出的表現是泌尿系統紊乱;如小便少,排泄大量蛋白尿、各种細胞管型尿与血尿;腎机能减低,血中非蛋白氮及肌酐增加等。这些症状也会出现在肝硬变晚期,即所謂“肝腎綜合病征”,但其程度一般較腎炎为輕。

一般慢性患者的体力經长期消耗后,到晚期或临危时,患者常有全身衰頹,消瘦,貧血,四肢末梢水肿等恶液质症状。这种症状容易出现在癌症患者、慢性感染与內脏器质性病变等患者和严重营养不良者。

(三) 与腹水有关的症状

1. 局部压迫症状 腹水压力增高者,会产生各种局部压迫症状。这种症状的程度常常和腹水多少、产生快慢成正比。茲以門靜脉性肝硬变为例,簡述于下:

(1) 胸腔受压 患者胸廓平坦对称,自上而下逐渐变大,胸部下端变闊。胸两下緣由肋骨造成的角度,有时近于直角。胸骨劍突稍向外突出。肺基底部受压不張,严重者两肺郁血水肿,具有咳嗽呼吸困难、紫紺、肺罗音、哮鳴音等体征。

患者的动脉血压低下,心不但不肥大,且往往縮小。但因橫膈上升,心脏被迫抬高,心尖搏动向上向左移动,所以常常能在左鎖骨中綫外捫到。心浊音界反向两侧扩大,在心脏全区或可听到收縮期杂音,有时限于二尖瓣、肺动脉瓣区;或該处較响。腹压过高的結果,使右心房血压与靜脉压增加,患者自觉呼吸窘迫,胸悶,心

悸,不安,失眠,并可能有脉搏弱速,頸靜脉擴張搏动,肺动脉第二音增强的現象,用X綫檢查也可能发现右心房外廓突出等右心衰竭的体征。

(2) 胃腸受压 由于門靜脉血流停滞,腹水压力增高或全身水肿等原因,胃腸各层組織郁血或水肿,使胃腸分泌减少,消化机能紊乱。于是患者会产生厌食,悶气,口臭,腹部膨脹,腸鼓,腹瀉与便秘交替等消化不良現象。出現腹水的同时,患者常常也会有气脹。我国古代医学把膨症分为气膨(腹中无物,亦称膨脹)和水膨(腹中有物,亦称壅脹);这两者关系是密切的。

在病程中,有时患者因为飲食不慎,腹部受寒、腸阻塞等,使腹腔内压力更大,患者腹脹难忍,直到气体排除后才覺輕快。

門靜脉血压与腹水压力增高,也会使腸内吸收水份受到障碍及飲食后排尿延迟,以致空腹时較食后尿量为多。这称为飢渴症。

(3) 肾脏受压 巴甫洛夫認為,腎組織与血循环改变的关系极为密切,腹水压力增高与門靜脉、下腔靜脉血流阻滞,会使肾脏郁血,泌尿机能减低,以致小便短涩,尿色变深,比重增高,尿中排出的鈉量显著减少。正常成人每日尿量約1000~2500毫升,腹水輕度患者尿量有时接近常人,但腹水严重患者每日尿量有时降到500毫升,甚至100毫升以下。当然,尿量的多少,还受飲水、天气、出汗、发热、腹瀉等内外因素的影响。

肾脏受压的結果,尿中常含有少量蛋白与管型;如尿中发现紅血球、大量蛋白及管型等时,就可能是腎实质病变。不过肝脏严重损害所引起的肝腎綜合病征,也会有类似症状。肝病使尿素形成障碍,肝病所引起的腎变性又使尿素排泄障碍,这样更阻碍肝对尿素的繼續形成,終于形成“肝病性尿毒症”。

(4) 下腔靜脉受压 腹水压力过高,会使下腔靜脉血回流阻滞,因而引起下半身水肿,例如下腿、足踝,阴囊、阴莖、阴阜、骶部等处发生凹陷性水肿。水肿的出現時間一般稍后于腹水,但如果某腹水是全身水肿的一部分,則水肿可出現于腹水之前或同时发生。

与腹水有关的水肿,另一原因是血浆蛋白过低症,例如在大量

放腹水后一两天，也可出现皮下和阴囊水肿。下腔静脉受阻引起的侧枝循环，使两侧腹壁浅层静脉扩张，血行向上。

(5) 腹壁受压 腹水过多时，腹壁较软弱处可被迫鼓出，出现脐窝扩大，脐疝，腹股沟疝，股疝及腹壁疝（常从有创伤或手术疤痕处突出）等。

2. 腹水伴有胸水 胸水与腹水的相关因素主要为：

(1) 血浆蛋白降低或心力衰竭等，胸腹腔积液都是全身水肿的一部分（钠和水份潴留，常为其附加因素）。

(2) 腹压过高，腹水经横膈淋巴组织漏入胸腔。

(3) 门静脉受阻，其侧枝循环一枝由胃底静脉及食道旁静脉，一枝由腰静脉，然后都经奇静脉或半奇静脉到上腔静脉回流入心脏。门静脉高压影响奇静脉系压力增高与郁血，可以产生胸水。

(4) 肝脏病损可以直接刺激胸膜，引起反应性胸膜炎。

(5) 腹水患者同时有感染病，最常见为结核性胸膜炎。胸水一般为清晰、透明、比重低的漏出液，如果发现的是渗出液，则多为结核感染或癌症等。

3. 腹水及加杂症 腹水患者营养不良，身体防御机能降低，因而引起结核、伤寒、痢疾、疟疾、钩虫、丝虫等加杂感染，或伴有循环、呼吸、消化、泌尿等器官病变。这些并发症或伴发症，会使病情更为严重，治疗更加复杂。此外，腹水是细菌良好的生长繁殖条件，所以有时会引起结核性腹膜炎或其他急性感染。

(四) 腹部检查

腹水在1升以内者不易查出，在1½~2升以上时，可以查出。

1. 视诊 腹部膨大，可能由于腹内积液、肿瘤、肝脾肿大和腹胀等所引起的。腹水引起的腹部隆起，是均匀性膨胀。古代医学形容腹部似鼓似箕，名为“膨胀”、“蠱脹”、“水臌”、“单腹胀”和“蜘蛛脹”等。据内经水脹篇上记载：“……臌脹为何？岐伯曰：‘腹脹皆大，大与腹等，色苍黄，腹筋起，此其候也。’”

腹部外形常随腹水产生的快慢多少而不定。腹水量大而且增

加速度很快时，腹部前凸似球形。腹水积儲緩慢，液量很多，則向腹側鼓出較显著，下肋骨被推向外向上，腹上角变寬，成桶状，形似蛙腹。如腹水不多，仅見兩腹側稍鼓出，腹部前隆和皮肤緊張均不明显。上述視診情况又取决于患者的姿勢。最好將患者平臥，头和肩部从枕部略抬起。如果患者臥向一側，在下的腹側因为液体重就特別隆起。如果患者站着或上坐时，則胃以下的腹部均匀凸出，呈半球形，患者腹式呼吸运动减弱甚至消失。

大量腹水时腹部皮肤綳紧、光滑，并有白色腹紋（似妊娠紋），腹紋偶为淡紅色或暗紅色，但无肾上腺皮质机能亢进的青紫紋。

腹水过多，臍部便向外凸出，臍窩扩大，臍部向下移位，并常有臍疝、腹股沟疝等。

炎性腹水如結核性腹膜炎或一些肺炎球菌性病者，腹部前隆，形似尖腹；臍部內縮（因纖維性收縮病变影响），皮肤水肿近紅色。此外腹壁水肿也能見到腎炎及其他有全身性水肿患者。

肝硬变者常常腹壁与胸壁淺层靜脉扩张或曲張。腹壁靜脉分为两部，腹中央属門靜脉区，腹側属下腔靜脉区。如果是門靜脉高压引起的側枝循环，則臍部附近靜脉怒張，作放射状分布，并永久存在。下腔靜脉因为腹水压力过高，机能性阻断，腹側部从臍蹙向上到肋弓处的側枝血管扩张。

有些疾病会使阴毛、腋毛脫落，肝硬变男性患者阴毛形式可变成女性阴毛形式。

2. 触診 “水波感”是腹水存在的表示。檢查者用一手平按患者腹側，用另一手手指敲彈对側腹壁时，会感到患者腹内有液体波动。为防止腹壁傳播的类似震动感所誤，可請助手或患者用一手邊緣輕按腹中直綫处。只要出現水波感，腹水量已不少于1升。如腹水很少，最好使患者站起，在腹水积聚的下腹部施診敲击。

在腹水患者的腹部，常可触到肿大的脾肝等脏器，有时也可发现一至数个大小不等、邊緣不規則的小肿块，这些小块常是腸系膜、网膜与腸管等互相粘連的結果。每見于晚期血吸虫病，結核性腹膜炎，腹腔內淋巴結炎等症。

肝脾肿大在腹水过多时不易查清。可用手指半弯并攏，突然下沉排除腹水“汲取”，始能触得器官及其边缘。放腹水后，由于腹壁肌肉张力消失，检查腹腔内情况比较容易。

3. 叩诊 当患者膀胱无尿，采站位或坐位时，腹水积于下腹部，从耻骨联合向上叩诊，可以发现向上凹形的半环状或水平状浊音区。这种浊音在平卧或偃卧时消失。当患者仰卧时，腹水积于腹背部，含有气体的胃腸即上浮，故叩诊浊音在腹壁两侧与耻骨上部，鼓音在腹上部与脐部。腹水增加时，浊音界也由腹侧与耻骨向上增加，形成一弧线。腹水增至极度，可使全腹呈浊音，这在儿童患者比较常见。

腹水所产生的叩诊浊音，随体位改变而有所改变，如患者转向侧卧时，浊音也随之移动。“移动性浊音”对腹水诊断价值很大，但如腹水很少，平卧时全腹叩音很高，可能叩不出浊音来，应改取膝肘位，试叩脐部有无浊音。有些疾病如结核性腹膜炎、晚期血吸虫病等，或因腹腔内粘连，使腹水局限化，叩诊脐周围浊音，两侧呈鼓音；或因肠系膜缩短，肠管不能上浮，叩诊全腹浊音；这些病例均无明显的移动性浊音，与腹腔肿瘤较难区别。

有时浮于腹水上面的肠管卷成一团，因腹水压力抵住了被肠系膜紧牵的肠管，使肠内血循环不良，鼓肠逐渐加重，充分膨胀的肠管盖蔽了居其下的腹水，这时叩诊变为全腹鼓音。

4. 听诊 用听筒方法也可确定腹水之存在。在一腹侧不断敲弹，而在对侧腹壁按置听筒；可以听到从远处传来的特有钝音——水波击动音。

5. 腹部测量 下列几点可以作为测量的标准：

上——胸骨剑突。

下——耻骨联合上缘。

前——脐部。

后——第三腰椎脊突。

两侧——髂前上棘。

腹水的增减情况，可借腹围的改变测量。一般是用软尺从第

三腰椎脊突沿平臍处測量。但腹水較多患者，臍部常向下移位，影响正确程度，因此我們主張除“平臍”腹圍外，加測“原臍”腹圍，以資参考。測量位置仍自第三腰椎脊突起在劍突与耻骨中間（原来之臍处）垂直繞腹部一周。檢查时患者均須平臥空腹。此外，尚須注意量尺松紧和上下偏差等情况。

身体发育的情况、腹壁厚薄松紧、腹腔內肿瘤、肝脾肿大、胃腸充气等，都能影响腹圍的测量和对腹水的估計。一般成年患者腹腫在 100 厘米以上者，称为大量腹水。外国文献記錄腹圍可达 134 厘米，根据我們的資料，腹圍最高为 128 厘米。由于腹圍增加，患者腹圍与身長已不成比例。

腹水多时，从臍到耻骨联合的距离近，臍到劍突的距离較远。妊娠与盆腔肿瘤反之。腹水患者，从臍到兩側髂前上棘的距离相等；卵巢囊肿患者，从臍到患側髂前上棘的距离較对側为远。这也可区别。

腹部檢查后，可用腹腔穿刺术或放腹水术，进一步明确腹水是否存在。

（五）腹 水 檢 查

腹水的常規檢查应包括：总量、顏色、气味、透明度、反应、比重、蛋白、細胞計数与分类、細菌檢查及各种鉴别試驗。

1. 腹水性質 腹水可分为漏出液与渗出液两种。漏出液主要因为血浆胶体渗透压减低和門靜脉高压所造成的，没有局部炎症，常見于門靜脉性肝硬化、充血性心力衰竭、肾炎等。渗出液多因发炎所致，如結核性、癌性、化膿性腹膜炎及腹腔內脏器破裂等。

用肉眼观察，腹水可分以下几种：

（1）浆液性腹水 淡黄色或淡綠色、透明、无臭、比重低。其主要成分为血清。如腹水持續数年，其色逐渐加深，变成深黄色，透明度降低，比重稍高。常見于門靜脉肝硬化、慢性肾炎等症。

（2）膿性腹水 黄色或綠色、混浊、有大量纖維素凝块，比重高。如由大腸杆菌引起，就有粪臭（硫化氫味）。如由肺炎球菌引起，

漏出液与渗出液之鉴别

	漏 出 液	渗 出 液
形 状	色清或微混,透明,无纖維素凝块	色深,混浊,有云雾状、蜘蛛网状或胶状凝块
比 重	<1.018(平均约为1.013)	>1.018(平均约为1.022)
蛋 白	<2.5克%(0.5~2.4克%)	>2.5克%
葡 萄 糖	与血内含量相仿	常較血内含量为低
細 胞	少 量	多 量
細 菌	无	可 有
Rivalta 氏試驗①	阴性(腹水多者可呈假阳性)	阳 性
Runeberg 試驗②	阴 性	阳 性

① Rivalta 氏試驗法: 100毫升內加冰醋酸兩滴,在該溶液中滴入腹水數滴,如滴下处有白色云雾状痕迹,为阳性。如无色为阴性(漏出液)。

② Runeberg 氏試驗法: 腹水加硝酸數滴,如漏出液不凝固,或仅混浊,不迅速沉降,渗出液則凝固,迅速沉淀。

則膿稠厚,无恶臭,常見于化膿性腹膜炎。

(3) 血性腹水 除腹腔穿刺血管损伤时能見鮮血、穿刺液前后变动很大外,一般多为均匀的染血腹水或全血,時間稍久者色較陈旧。常見于:①結核性腹膜炎;②腹腔內癌肿,如肝癌、癌性腹膜炎等;③晚期血吸虫病;④急性出血性胰腺炎;⑤出血性血液病(血小板减少症),伴有腹水;⑥子宮外孕破裂;⑦卵巢囊肿破裂;⑧脾脏等器官破裂及外伤出血。

(4) 粘液性腹水 淡黃色或黃色,粘稠度强。可見于:①卵巢囊肿;②粘液肿;③癌症等。

(5) 乳糜性腹水 象稀薄的牛奶,半透明,含多量脂肪。常常因为絲虫病、縱隔障肿瘤、淋巴腺炎等,使乳糜池或胸导管阻塞或损伤破裂,以致大量乳糜液流入腹腔。

(6) 乳糜样腹水 乳白色程度不一,混浊;外形似乳糜,比重較低。可見于:①結核性腹膜炎;②癌性腹膜炎;③慢性腎炎,腎变性期。