

综述

狂犬病防治问题的初步探讨

福建省晋江县卫生防疫站 林双法

1975年根据世界卫生组织调查，狂犬病见于64个国家，其中以亚非拉第三世界较为严重[1]。目前对本病尚缺特效疗法，发病后病情凶险，病死率极高，严重地威胁人民的生命安全。因此，大力开展狂犬病的防治及研究工作，是一项具有十分重要意义的任务，根据我们工作中的一些经验体会，对本病问题提出雏议，以与同道们共同研讨。

一、狂犬病的危害：我县从1973~80年，共报狂犬病患者117例，但无一幸存，其病死数占本县同期法定传染病病死总数的45.52%，比同期白喉病死数多15.7倍；比同期乙脑病死数多2.08倍；比同期流脑病死数多1.92倍；几乎等于同期乙脑、流脑、麻疹病死人数的总和[2]。狂犬病死亡者，遍及全县各个公社。

二、狂犬病防治工作中存在的问题：

1. 疫苗供不应求：1976~80年本县领到狂犬疫苗共2,915人份，但群众被犬咬伤后来站要求预防注射者，每月平均都在150人以上，大部分人被犬咬伤后无法及时注射疫苗预防而发病，由于疫苗供应紧张而影响发病率上升，形成恶性循环。

2. 全面消灭狗难执行：本县普遍有养狗习惯，有的每年春季都要养小狗，养到立冬时作为全家冬季的肉食品；有的妇女怀孕后养狗，留着分娩时当作滋补食品；有的有了婴幼儿要养狗，靠狗舐去小孩拉在地面上的大便；有的为了防盗防偷要养狗。所以几年来从中央到地方各级政府虽多次发动灭狗但很难执行。1977年夏末秋初，磁灶公社官前大队只有一个自然村，短期内被19头狗咬伤35人，其中一人发病死亡。

3. 疫苗使用的指征众说纷云，无所适从：有不少教科书或专著中都是以人被动物咬伤后在一定时间内是否出现症状为主要依据，此依据又多系引用1966年世界卫生组织狂犬病专门委员会第五次报告所建议的方案，且各书刊中说法不一，使基层防治工作人员无法适从，有的主张若咬伤病人的动物是家中饲养的犬或猫，则这些动物在咬人后其日常动作和行动非常重要，必须详细观察，如是健康动物，则不必对病人施行防治[3]；有的主张被犬咬伤后应密切观察5日，动物未出现狂犬病体征时可中止疫苗注射[4, 5]；有的主张

观察5~10日后，若动物仍健在则停止注射[6, 7]；有的主张若动物咬人后7天仍健康，可停止注射疫苗[8]；有的主张咬人的动物隔离观察有无狂躁、易惊、乱跑。流涎、爱躲在暗处和咬人等症状，如经10天观察无变化，则未感染狂犬病，必须严格掌握疫苗的接种指征[9]；有的主张如咬人的动物观察14天不死，则可除外狂犬病的可能[10]；有的主张犬类狂犬病的潜伏期为10~14天，在此期内，如不出现任何症状，即可判断此犬不是狂犬，被咬的人即可停止接种狂犬病疫苗[11]，如此种种不胜枚举。狂犬与健康犬或健康带毒犬的鉴别，目前尚缺乏简易的鉴别方法，本县曾观察到多例被犬咬伤后人患狂犬病死后，咬人的犬仍然存活，而且外貌无异常，如以下实例：

患者谢×江，男，6岁，陈埭公社涵埭大队下村人，1974年3月被犬咬伤右脸部，咬伤后第5天开始注射狂犬疫苗，按常规共注射21针，未用抗狂犬病血清，5月8日发病，住入晋江地区第一医院传染科，诊断为狂犬病，住院10小时死亡，咬他的犬仍健在。关于外观健康犬咬人后，人发病死亡，犬仍健在的实例不仅本县有，邻县也有，本省有外省也有如广西、湖南和吉林等地均有[12]，国外也有报道，Nanavati1973年报告在印度有一只外观健康的犬咬伤了一个男孩后使其在44天患狂犬病死亡。这只咬过人的犬在死亡前4年间，曾从其唾液中分离出狂犬病毒13次，但这只犬死后未从脑组织分离到病毒，也查不到抗体[13, 14]。已有许多证据表明动物感染狂犬病毒后可表现为隐性感染（亚临床型或无症状型感染）及顿挫型感染（出现典型症状后恢复正常或遗留瘫痪，不以死亡为结局），而不是以往所认为的患狂犬病后必然要死亡[13]。据上述情况对目前人用狂犬疫苗的接种指征，应根据实践予以修正。

4. 病人求医无门，医者束手无策：本县患狂犬病者，求医时若典型症状尚未出现时，多被误诊收入院，一旦“三怕”症状出现后，多以种种原因动员其家属出院或转院，患者往往是沿途求医，最后被抬回不是死在途中就是死在家里。1975年蚶江公社石壁大队第4生产队王×取，9岁，被犬咬伤下肢，7月27日发病，送石狮医院、县医院、地区第一医院、医大附属

医院，一日求医 4 所医院均束手无策，最后患者死在医院门口。1977年永和公社英墩大队坑尾村王×艺，10岁，4月11日送县医院转医大附属医院诊断为狂犬病，再转地区第一医院，当晚抬回家，翌晨死亡。类似情况颇多。

国内多种书刊[4,5,7,10,12,14,16~18]都推荐加味人参保毒散治疗狂犬病，多系引用林氏报告治愈狂犬病 2 例[19]，但迄今 20 多年来未见重复使用成功。本县从 1974~78 年，对被犬咬伤的患者（来站要求预防注射，而疫苗供应不上），全部推荐使用加味人参保毒散，在 5 年中共有 2 千多人，每人给三服，隔日煎服一次，并没有获得成功。如池店公社新店大队阿万，女，60 岁，1977 年 2 月被犬咬伤手，咬伤后即隔日服加味人参保毒散，共服 3 次，也无法挽回生命，于 5 月初发病死亡。晋江地区第一医院传染病科，在 5 年中连续对住院治疗的 18 例狂犬病人，也使用加味人参保毒散等中医药治疗，亦难免死亡，无一获救[20]。

人类发生狂犬病后，公认是无法救治的，但在国内如衡东县卫生防疫站报告中草药治愈狂犬病 1 例[21]；湘潭江麓机械厂介绍使用中草药防治狂犬病 4 例[22]；中医王世英搜集的武献周祖传秘方，治狂犬咬伤，百发百中，效果显著[23]；南安县使用民间中草药治愈狂犬病 1 例[24]；西藏被有狂犬病的狼咬伤的人，食入动物的脑和唾液预防狂犬病有效[24]；在国外 1895 年 Lebell 及 Vesseo 二氏曾报告有恢复的，这些病例均系曾经注射抗狂犬病疫苗后经过一时期才发病的，这种病人的潜伏期是延长了，同时亦由于产生免疫力之故，而免于死亡[26]；1971 年美国俄亥俄州一个 6 岁男孩患狂犬病，用支持疗法小孩康复了[14]可惜也未见有重复使用成功的报告。

三、建议

1. 扩大疫苗生产（包括抗狂犬病血清）保证供应需要：预防接种是控制和消灭传染病、保护人民身体健康的一项重要措施，尤以狂犬病，对能否尽早接种狂犬疫苗至关重要，有人 1969 年报道[13]在印度被患病动物咬伤后，未予疫苗接种者有 56% 发病，接种者仅 7% 发病。Кравченко 等 1976 年报告被动物咬伤的人经疫苗接种后，其发病率与未接种者相比，可降低 250 倍。目前常规使用的几种疫苗中，多存在着程度不同的浪费现象，唯独人用狂犬疫苗供不应求特别严重，应当在短期内扭转这种倾向。如果由于经费问题扩大生产有困难时，不妨以收回成本费来平衡收支。近年来国内开始生产使用原代地鼠肾细胞培养疫

苗，问世近百年的 Semple 疫苗已逐渐被组织培养疫苗取代了，长期以来感到“不注射疫苗怕发病，注射疫苗又怕反应”的进退两难，即将通过普遍使用组织培养疫苗而予以解决。

2. 禁止养狗：人被狗咬伤后再接种狂犬疫苗是一项很被动的预防办法，为了更积极主动地预防狂犬病，把重点放在切断传染源，是一项重要的根本措施。或仅在狂犬病流行地区禁止养狗，如经法定手续批准实施，应交公安部门严格执行。这项措施是否可行，可能是个费周折的问题。

3. 家犬普遍进行预防接种：早在 1972 年召开的国际狂犬病专家委员会议，正式确定了在兽医方面采取措施应是预防狂犬病的主要途径。以后一些国家经过了大量的实践，越来越证实给狗进行疫苗接种对预防狂犬病的重要性。因此，世界各地广泛地开展了对狗进行疫苗普种工作[5]，匈牙利在 1942 年犬类狂犬病已因接种疫苗而消灭，因此不再为人类注射疫苗，但由于第二次世界大战，犬类注射中断，1944 年又发现狂犬病[26]。证明推行家犬免疫是控制和消灭狂犬病的有效方法。

4. 应用有效方法，积极抢救病人：各级传染病院或设有传染病科的综合性医院，应当积极地收容狂犬病人，那种束手无策的消极做法不应再继续下去。努力寻找中西医结合的防治方法，扭转“病家求医无门，医生束手无策，群众惶惶不安，患者坐以待毙”的消极悲观局面。

5. 加强技术交流与医学科研工作：医学期刊应经常组织报导国内外有益的经验，科研部门将防治狂犬病纳入科研项目。中国医药学是一个伟大的宝库，如唐朝孙思邈对狂犬病提出数十种治疗方法[28]；李时珍的本草纲目中也有许多治疗狂犬病的药品；明朝朱橚综合引用一百多种[29]；清朝吴谦也举例 30 多方[30]等等可从中筛选出几种，统一监制成药，制定方案，分片进行临床应用观察，定期总结，有组织有领导有计划脚踏实地的进行工作，应当努力研究寻求方法。

6. 培训检验人员，充实实验室设备：用免疫荧光法对咬人动物所作出的快速诊断，可以指明狂犬病预防注射的迫切必要性；如果是阴性，就可以免去不必要的预防接种[31]。但目前在县与地区一级的防疫站实验室尚未能做到。

7. 政策要落实，惩罚要分明：办法不在多，关键在执行，办法再多再好，如不执行还是等于空，虽然

卫生部等联合报经国务院同意转发《关于控制和消灭狂犬病的通知》及《家犬管理条例》发到各省，如果上级不督促检查，行文了事，下级接文不动，若无其事，执行与不执行一个样，执行好与执行不好一个样，是非不分，赏罚不明，还是无济于事。

以上意见，可能很不全面，甚至错误，欢迎有关专家和同道们批评指正。

(本文承蒙北京医学院魏承毓副教授指导，特此致谢)

参 考 文 献

1. 刘约翰等：国外医学，流行病学传染病学分册，(3)：100，1980。
2. 晋江县卫生防疫站：急性传染病年报，1973～1980。
3. 吴皎如：人类狂犬病的预防，内部资料，1973。
4. 耿贯一主编：流行病学，第1版，下册，237页，人卫，四川，1980。
5. 长春生物制品研究所：狂犬病的防治与疫苗反应，内部资料，1972。
6. 四川医学院等：流行病学，211页，1974。
7. 上海第一医学院：实用内科学，第6版，上册，78页，人卫，上海，1978。
8. 福建省卫生防疫站：生物制品预防接种参考资料，128页，1974。
9. 武汉医学院流行病学教研组：防疫工作手册，第2版，335～337，人卫，北京，1975。
10. 福建省卫生防疫站：狂犬病的防治，内部资料，1974。
11. 北京儿童医院：实用儿科学，第1版，272页，人卫，成都，1979。
12. 吴太才：狂犬病资料汇编，63页，广西壮族自治区卫生防疫站，1980。
13. 潘荫华：国外医学，流行病学传染病学分册，(6)：255，1978。
14. 吴太才：狂犬病，32页，广西壮族自治区卫生防疫站，1979。
15. 王季午主编：传染病学，第2版，344页，科技，上海，1979。
16. 中山医学院：传染病防治手册，211页，人卫，北京，1960。
17. 刘载生：外科学总论，229页，人卫，北京，1963。
18. 福建省卫生厅中医处：中医急救法，68页，福建人民，1959。
19. 林航：中华医学杂志，42(10)：940，1956。
20. 晋江地区第一医院传染病科：“健康狗”咬人致发狂犬病及注射狂犬疫苗引起弥漫性骨髓炎的报导，待发表，1978。
21. 湖南省衡东县卫生防疫站：新中医，(5)：48，1976。
22. 全国中草药新医疗法展览会：技术资料选编(传染病)，51页，北京，1970。
23. 河北省中医中药展览会：中级医刊，(1)：31，1959。
24. 福建省中草药新医疗法展览馆：福建省中草药新医疗法资料选编，内部资料，1971。
25. 黄治平：广东卫生防疫资料，第16期，1978年4月。
26. 上海第一医学院：中华内科杂志，4(7)：575，1956。
27. 徐志一等：流行病学教程，第一版，285页，人卫，北京，1960。
28. 孙思邈：备急千金要方，453页，人卫，1959。
29. 朱棣：普济方，25页，人卫，1960。
30. 吴谦：医宗金鉴，第四分册，1988页，人卫，1973。
31. 张孝秩：国外医学，流行病学传染病学分册，(1)：49，1981。

肝硬化与肝癌相关关系的探讨

中国医学科学院肿瘤研究所 戎寿德 李广义 陈志坚 石慧珍

资料来源及研究方法

本文所使用肝癌与肝硬化的资料全部来自卫生部肿瘤防治研究办公室。关于我国1973～75年死因回顾性调查资料，因我国此次调查肝硬化只有24省、市、自治区的资料，所以在肝硬化与肝癌的相关分析中只选用了有肝硬化死亡数据的1,813个县、市。

结果与讨论

1. 肝癌和肝硬化的相关分析：全国有肝硬化资料的24省、市、自治区(除广东、广西、湖北、甘肃、山东和台湾)1973～75三年累计调查人口男性1,043,643,500人，肝癌死亡数为154,326人，肝硬化死亡为193,859人；女性累积调查人口数为993,541,950人，肝癌死亡数为64,730人，肝硬化死亡数为111,120人。肝癌和肝硬化相关分析结果，相关系数(r)男性为0.12($P < 0.01$)，女性(r)为0。

2. 肝癌与肝硬化的年龄别死亡率分布概况：肝癌年龄别死亡率高峰在70岁年龄组，而肝硬化随年龄增长而持续增长，高峰在80岁以上年龄组。虽然肝硬化与肝癌年龄别死亡率曲线呈平行上升关系，但差别一般较为接近而且在70岁以后肝硬化仍是上升趋势。但肝癌则是下降的趋势。

3. 我国肝癌与肝硬化的地理分布：男性肝癌主要分布在东南沿海的上海、江苏、福建、浙江、广东和广西等省、市、自治区。而肝硬化则主要分布在河南、江西、河北、安徽等省；女性肝癌，肝硬化的地理分布与男性分布基本相同。从肝硬化与肝癌两类疾病的地理分布上未能提示两种疾病相关的一致性。

综上所述，全国肝硬化与肝癌的资料分析的结果，两类疾病的相关关系尚需作进一步研究分析。