

我国对梅毒的控制和消灭*

胡传揆 叶干运 陈锡唐

我国的梅毒有 450 多年的历史^[1-3]。在旧中国，梅毒流行全国，为害日甚。解放后，在中国共产党的领导下，经过十几年的努力，我们已在全国范围内控制了梅毒的流行，并在许多地区已基本消灭。这个事实是反映我国新旧社会对比的一个鲜明例子。本文将通过解放前后梅毒流行情况的对比，总结防治梅毒的经验，阐明我国控制和消灭梅毒的过程。其它性病也同时得到了控制，但在此不谈了。

一 解放前我国梅毒流行概况

我国的梅毒流行很不平衡，为了便于分析和对比，本文按流行的程度，将全国分为少数民族地区、城市和农村三类地区。解放前我国的文献仅有城市医院的统计资料可以采用，缺乏少数民族地区和农村梅毒流行情况的报道，因此对于后两种地区我们采用了解放后防治开始时的调查材料。我们认为，防治前的调查结果，基本上反映了解放前的梅毒流行情况。这里选择较有代表性的资料列表介绍如下(表 1)。

从表 1 可以看出，在防治以前，少数民族地区的患病率最高，城市次之，农村最

低。这说明梅毒的危害性在不同地区是有差别的。此外，民族之间和不同农村地区之间的差异也不小。在城市和少数民族地区，早期梅毒(包括一期、二期、二期复发、先天早期显发和先天、后天感染在四年以内的潜伏梅毒)，在梅毒病人中所占的比例达 35% 以上^[6,9]，内蒙有达 50% 以上的。但是在农村梅毒流行严重的地区，早期梅毒比较少，如安徽大别山区的 27,187 名梅毒患者中仅有 3.6% 的早期梅毒。

在解放前，梅毒对少数民族地区的危害还表现为人口的减少^[4,9]。例如，内蒙伊克昭盟在 200 多年前，有蒙人 40 万，到解放时不足 8 万，人口减少了 80%。呼伦贝尔盟东新巴旗 1933 年有 10,386 人，到 1950 年仅有 7,670 人，18 年间减少了 26.1%。梅毒防治计划开始时，在若干牧区调查 2,334 户牧民家庭，没有子女的家庭竟达 1,352 户，占 58%。人口减少的原因当然是多方面的，但在当时缺乏医药的地区，梅毒是致成流产及婴儿死亡的一个重要因素，是使人口下降的原因之一^[10]。

* 本文曾在 1964 年北京科学讨论会上宣读。

表1 解放前三类地区梅毒流行概况

地 区		调 查 方 法		检查人数	梅毒患者数	%
		资料来源及年份	血清试验			
少数民族地区	内蒙牧区(蒙族)	普查(1950~1953)	瓦氏康氏	163,301	78,337	48.0
	四川甘孜自治州(藏族)	巡回门诊(1952~1953)	康 氏	32,170	9,416	29.3
	云南弥勒(阿细族)	普查(1957)	瓦氏康氏	4,814	1,348	28.0
	海南岛(黎族)	普查(1958)	瓦氏康氏	7,310	1,588	21.7
	广西(僮族)	普查(1958)	鲜血快速	3,302	332	10.0
城市	北京 ^[4]	北京医学院皮肤科初诊病人(1949)	瓦氏康氏	3,003	304	10.1
	上海 ^[5]	上海医学院皮肤科初诊病人(1940—1948)	瓦氏康氏	50,877	2,321	4.5
	济南 ^[6]	齐鲁大学医学院各科门诊病人(1927)	瓦 氏	35,087	2,000	5.7
	全国 ^[7]	15个医院住院和三个医院门诊病人(1923)	瓦氏康氏	92,767	6,449	7.0
农村	安徽大别山区五个县	按户普查每户首先以户主或主妇为检查对象(1958)	康 氏	1,257,600	41,827	3.8
	江西宁都 ^[8]	线索调查(有15个大队同时进行普查对比)(1959)	鲜血快速	317,789	10,371	3.2
	江苏新沂、沛县二个中队	鲜血过滤普查(1959)	鲜血快速	36,926	550	1.49
	河南内乡	验血过滤普查(15~50岁)(1958)	康 氏	22,000	186	0.85

表2 七个城市皮肤科初诊病人与梅毒患者的比例统计表*
(1960~1964年2月)

城 市	医 院 数	皮 肤 科 初 诊 总 人 数	梅 毒 患 者		早 期 梅 毒 患 者	
			人 数	占初诊的%	人 数	占初诊的%
北 京	3	206,362	1,195	0.58	7	0.0034
上 海	1	114,499	517	0.45	0	0
天 津	5	126,028	912	0.72	0	0
沈 阳	3	105,963	164	0.16	1	0.0009
武 汉	4	112,843	732	0.65	16	0.014
重 庆	2	46,302	194	0.42	1	0.002
兰 州	6	60,696	476	0.78	1	0.0017
共 计	24	772,693	4,190	0.54	26	0.004

* 通过有关市皮肤学会从较大医院搜集的统计资料,应与表1对比的看。

二 解放后梅毒流行的控制

经过 15 年的防治, 全国梅毒的流行已基本被控制住了。

从表 2 与表 1 对比可以看出, 城市梅毒病人已大量减少, 发病率呈明显下降, 特别是早期梅毒很少见了, 图 1 还具体地表明这两种变化的趋势。此外, 上海市皮肤性病中心防治所 1959~1962 年在 2,563 名梅毒病例中未见到一例早期梅毒^[11]。孕妇梅毒和先天梅毒也减少很多。例如, 上海市 1954~1962 年检查了 1,262,403 名孕妇, 梅毒患病率自 1954 年的 4.38% 下降到 1962 年的 0.56%。据北京医学院第一附属医院的统计^[4], 1947~1949 年在 939 名产妇中的梅毒患病率为 4.0%, 而 1960~1963 年在 10,116 名产妇中, 梅毒患病率为 0.45%, 其中无早期梅毒

患者。

从图 2 可以看出, 在内蒙等五个省(区)少数民族地区的梅毒患病率和早期梅毒在梅毒总人数的比例, 在 1951~1960 年十年间均显著下降。某些地区早期显发梅毒已经绝迹。如内蒙乌拉特前旗于 1962 年进行防治十年后的复查时普查了 3,158 人, 未发现一例早期显发患者^[11]。内蒙昭乌达盟于 1957 年普查普治后, 1960 年在原地区复查 5,998 人(包括过去血清检查阴性者和漏查者), 未发现一例传染型梅毒患者。梅毒妇女所生 83 名小儿中, 检查血清反应仅一例阳性而无症状。云南弥勒县经青霉素治疗二年后的复查, 也未见到早晚期显发梅毒。内蒙几个盟初次普查时(1950~1953 年), 在 6,418 名儿童中, 有梅毒患者 1,587 人, 占 24.7%; 而锡林郭盟 1957 年复查时, 在 225 名儿童中, 仅发现潜伏梅毒三例, 占 1.3%。

防治后, 内蒙的人口已由防治前的下降转为明显的上升。呼伦贝尔盟乌索木 390 户牧民家庭中从 1952 年至 1956 年人口逐年增长率在 14.7~26.1‰ 之间。昭乌达盟查干木淪苏木 1951 年至 1956 年人口的增长情况: 在 280 户梅毒家庭中增长率为 12.8~25.3‰, 在 387 户非梅毒家庭中增长率为 8.4~24.7‰。

农村和全国其他地区一样, 梅毒也得到了控制。如江西兴国、宁都, 河南固始等县应用了青霉素疗法, 不仅各期显发梅毒得到治愈, 而且治疗后 2~5 年的复查均未见临床复发及新感染病例。又如广东潮安县于 1956 年成立了皮肤性病

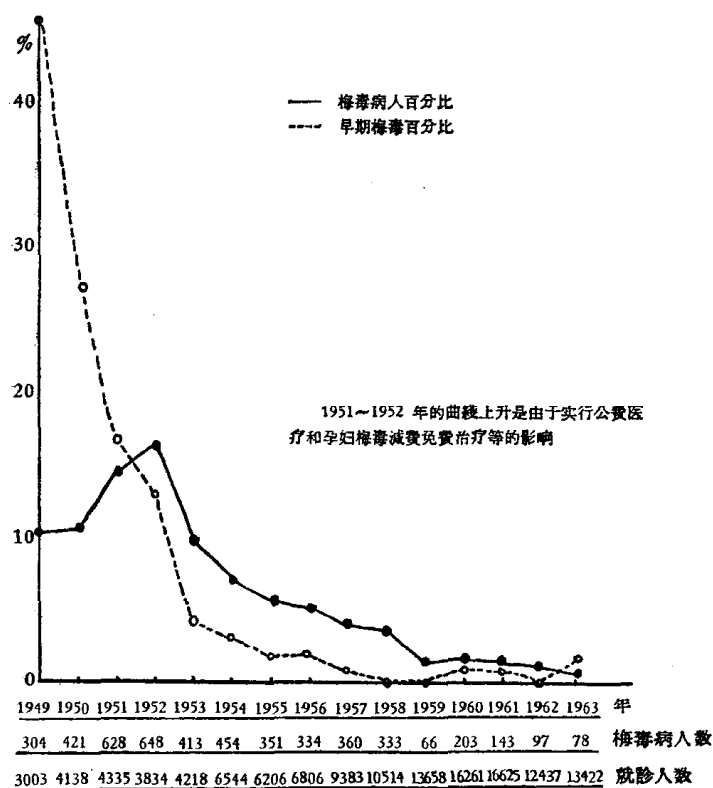


图 1 北京医学院附属医院皮肤科门诊^[4], 梅毒病人和早期梅毒百分比逐年下降曲线

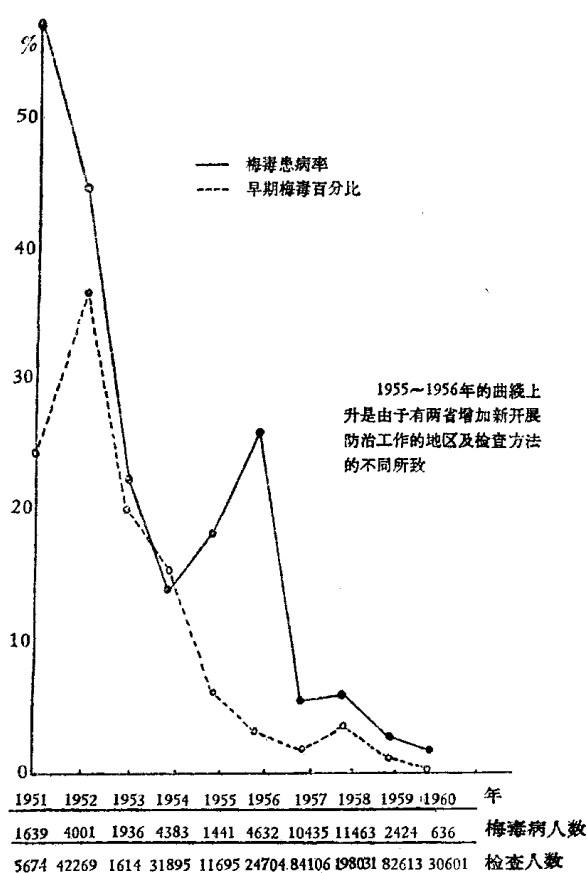


图2 内蒙、新疆、广西、云南、甘肃等五省(区)梅毒患病率和早期梅毒百分比逐年下降曲线

防治机构，在部分地区进行了梅毒防治及通过日常医疗的诊治后，历年的调查说明该地区的梅毒已被控制。1960年在全民普查皮肤病时，于746,495人中只发现一例二期复发梅毒；1961、1962、1963年分别在6708、185,615及415,320人中普查皮肤病时均未再发现显发梅毒。

三 我国控制和消灭梅毒的主要防治措施

解放后，梅毒的流行之所以迅速地得到控制，主要是由于我国社会制度发生了根本的变化，消灭了人剥削人的社会制度，进行了社会主义革命和社会主义建设，国家对人民的健康给以极大的关注，随着经济建设的

发展，人民的文化教育卫生知识提高了，社会主义制度从根本上消灭了梅毒流行的社会因素；同时，我们还采取了一系列的具体措施，有计划、有步骤、广泛地开展了梅毒流行情况的调查研究与防治工作。回顾15年的历程，大体上可以分成三个阶段来总结经验。第一阶段(1949~1955年)：1949年开始在城市中封闭妓院，取缔暗娼，拔除了梅毒的重要传染源。1950年中央卫生部开始派出民族卫生工作大队，到几个梅毒流行严重的少数民族地区进行调查和防治工作；1951年召开全国民族卫生工作会议，将梅毒防治工作列为少数民族地区卫生中心任务之一；少数民族地区的灭梅工作广泛地开展起来了。1954年在北京成立了中央皮肤性病研究所，作为指导全国梅毒防治研究的中心，也派出了许多工作队，与各地协作开展了现场调查研究工作，并且就地培养训练专业干部。第二阶段(1956~1960年)：党中央颁布了全国农业发展纲要，将梅毒列为全国在一切可能的地区限期消灭的疾病之一，这就为梅毒防治工作指出了明确的奋斗目标。全国各地为了积极响应这一号召，先后成立了相应的专业机构，培养训练了大批的干部。特别是1958年以后，在总路线、大跃进、人民公社三面红旗的光辉照耀下，我国的梅毒防治工作也出现了全面跃进的新面貌；全国各地都大规模地开展了群众性的灭梅运动，并进行了现场研究。第三阶段(1961年以后)：在总结上述成果和经验的基础上，转入了扫尾、疗后管理和巩固控制的阶段。兹将整个过程中所采取的主要措施分述如下：

(一) 封闭妓院，剷除性病的主要传染源

新中国成立以后，为了解放受压迫的妇女，并断绝性病传染，首先于1949年冬，在

北京市一夜之間封閉了全市的妓院，為妓女免費治療疾病，對他們進行了文化教育，還給以學習生產技能或科學技術的機會，為她們妥善地安排了工作和生活^[12]，妓女得到了解放，變成了工人、技術員或者回到農村生產；1949年以後，北京市又進一步取締了暗娼。全國其他城市也按北京的作法相繼消滅了娼妓制度。

(二)建立防治機構，培養專業幹部

為了有領導有組織地開展梅毒防治工作，先後成立了各級性病防治研究機構，逐步在全國範圍內形成了一個廣大的防治網。同時皮膚性病專業幹部也不斷地增加和成長，在少數民族地區主要是培養本民族的專業幹部。以內蒙為例，1950年有性病防治所一處，全區只有防治幹部57人。到1956年，除了綜合性醫療、保健和防疫機構大幅度增加外，性病防治所、站已在各盟、行政區、旗都建立了起來，性病防治幹部增至500餘人。在控制了梅毒之後，大多數的幹部已經陸續轉到其它衛生戰線上工作去了。

(三)在不同地區採取不同的調查方法

我國人口眾多，幅員廣闊，要使全國在一個短時期內把所有的梅毒病人都發現出來是很不容易的一件事，必須要專業防治人員和羣眾相結合，因地制宜地採取各種不同的調查方法，先從重點地區開始，摸索經驗，然後推廣。在少數民族地區，由於發病率較高，一般地是採取全面綜合性的普查（詢問病史、體格檢查和血清化驗）或僅對血清陽性者進行進一步檢查的方法。農村居民中的發病率較低，先經過宣傳教育，啟發羣眾的自覺性，再進行兩滴鮮血過濾檢查。在城市則多選擇梅毒流行重點地區在特定年齡組^[13]居民或在服務行業人員中進行普查，並通過

醫療保健機構的門診工作，從多方面發現病人（如婚前檢查、產前檢查、入學檢查、兵役檢查等）。這些因地制宜的調查方法可以縮小檢查面，節省人力和時間，加快防治工作速度。

(四)充分應用各種血清診斷方法

除了應用瓦氏及康氏等方法外，為了提高梅毒血清診斷水平，還建立了梅毒螺旋體凝集試驗法^[14]、螢光抗體試驗和干血試驗法^[15]。為了適應大面積現場調查的需要，上海應用牛腦抗原作一滴鮮血檢查法，北京用快速抗原作二滴鮮血試驗法，作為調查梅毒的過濾方法，都曾取得一定的成績。

(五)積極治療、預防傳染、控制流行

在梅毒的防治工作中，我們一直採用邊調查邊治療邊研究的方法，對所發現的病人都給以及時的治疗，特別是對於早期傳染型的梅毒患者（包括先天梅毒）既要追尋其傳染來源又要給以積極和足夠的治疗，以消滅其傳染，防止復發。一些流行嚴重的地區，還採取了復查復治、補查補治的措施，以提高治愈率。此外，各地還普遍實行孕婦產前血清檢查，如發現梅毒立即予以治療，以預防先天梅毒；對梅毒婦女的嬰兒亦進行必要的觀察或治療。1950年國家頒布婚姻法，規定了梅毒患者在未治愈前不得結婚，這也起到預防後天和先天梅毒的作用。對其他各期梅毒（包括潛伏梅毒）患者，也不放鬆其治療。我們曾採取以砷劑為主、單純青霉素和中醫以汞劑為主的三種不同治療方案^[16]，經過研究對比之後，我們推薦用青霉素治療方案，因為它的療效好，可以消滅一個地區的梅毒^[17]，用起來經濟簡便，安全，療程短，患者易于完成治療，此藥的國產量也足。中醫用地黃飲子^[17]治療脊髓癱的對症療效是好的。

(六)大力进行宣传教育,普及防治梅毒知識

梅毒防治知識的普及是梅毒防治工作的重要措施之一,講清防治梅毒的道理,使羣众性防治梅毒的运动得以在全国范围内展开。此外,梅毒防治的宣传教育还根据地区、对象的不同采取了多种多样的形式和适当的内容,如防治手册、宣传小册子等,起到了交流經驗、普及知識与提高觉悟的作用。机关干部、公社干部、羣众团体、妇女和青年組織、学校等都被动员起来协助梅毒防治工作。

(七)疗后管理,巩固控制

目前大规模羣众性的防治工作已基本結束,我們安排了疗后管理,巩固控制的研究,以便进一步使梅毒在我国最終能根除絕迹。这可能还需要一段較长期的过程,目前尚未取得足够的經驗。从內蒙、云南、四川等地的初步研究結果来看,此項工作也需根据不同地区的具体条件而因地制宜地进行;一般來說,需要采用細水长流的方式,主要依靠各级医疗卫生机构結合日常性的医疗保健工作进行。目前看来,这种措施在城市容易行得通,而且是有效的。对于少数民族地区和农村來說,具体的作法尚需进一步地研究。中心环节还是消灭一切传染源,不管是后天的或者先天的,本地的或者外来的,这不能只依靠医疗技术工作,而移风易俗的教育和对青年的品德教育都是很重要的。

討 論

梅毒是一种传染病,但同时又是一种社会病。因此必須消除梅毒流行的社会因素并同时采取技术性的防治措施,才有可能迅速地控制梅毒。

梅毒流行的原因是多方面的,但社会因

素是最基本的。解放前,我国广大人民身受帝国主义、封建主义和官僚資本主义的重重压迫和剝削,当时中国的經濟貧困,加之自然災害得不到控制,人民的生活无保障,失业是一个普遍的社会現象,这些都是梅毒流行的社会根源。

从城市的社会情况来看,不少妇女由于生活所迫或受欺辱而淪为娼妓,她們不但本身染有梅毒(如北京妓女中的梅毒患病率达84.9%^[12]),而又成为城市的主要梅毒传染源。不少貧苦人民得了梅毒又因缺乏医药照顾和卫生知識,所以患病率更高,可达21.1%^[17-20]。另外,商业及服务行业人員中的梅毒也是多的,他們的流动和接触面广,易于散播传染。

旧中国的反动軍队也在农村中传播了梅毒,由于他們的流动范围广,所以为害非浅。据解放前的报告,反动軍队中的梅毒患病率达20%以上^[21,22]。还有很多資料說明,凡是居民中梅毒的患病率較高(个别地区高达14.8%)的农村和城鎮都有反动軍队曾經盘踞的历史,而梅毒流行的严重程度又与駐扎反动軍队的多少和時間的长短成正比。日本軍国主义者侵华八年,以及后来取而代之的美帝国主义軍队,到处橫行霸道,污辱妇女,也是解放前梅毒流行日益严重的重要因素。

少数民族地区,除遭受帝国主义和大民族主义的双重压迫之外,又加上本民族剝削階級的压榨剝削,助长了某些少数民族的不良风俗习惯,包括性关系的紊乱。游牧地区的梅毒患病率明显地高于半牧区,这与游牧生活方式及性关系紊乱有关。由于过去缺医少药,得了病只能求神告天,听任其发展,結果梅毒不仅广泛流行,而且威胁着某些少

数民族人口的繁荣。

反动统治对于梅毒的流行根本不加过问。解放了的新中国既从政治、经济和文化卫生三个方面基本上剷除了梅毒流行的社会因素，同时又进行了大量的防治研究工作。仅从经济方面看，我国青霉素的生产量不断提高，价格一再降低，公费医疗的实施，少数民族地区免费诊治梅毒和其他福利保健设施等，都对我国梅毒防治工作起到了保证作用，大大加速了我国对梅毒的控制。

梅毒是具有世界性的问题，根据最近的一个世界范围调查^[23]，在105个国家和地区中有76个地区发病率是在显著地持续地升高，有些地方的发病率已接近或超过第二次世界大战后最初几年的最高发病率。美国的人力、物力、财力都不比我们差，但是1957年以来梅毒每年都在增长，还有120万梅毒患者未得到治疗^[24]，特别是在20岁以下的青年中早期传染型梅毒增长的很多^[25,26]。这说明什么呢？梅毒是个社会问题，单凭技术物资力量是不可能从根本上解决问题的。如新中国能迅速地解决娼妓和失业等社会问题，而美国的失业和梅毒却在增长。而且，由于两国之间的社会制度根本不同，新中国的科学技术就能够充分发挥作用，为广大劳动人民的福利服务。

在我们社会里的卫生工作有许多特点，如有长远奋斗目标，有组织、有计划、有步骤地进行工作，贯彻执行四大卫生方针——预防为主，面向工农兵，团结中西医和卫生工作与群众运动相结合。没有社会主义思想为指导，上述方针是贯彻不下去的。正确的方针为群众所掌握就变成巨大的物质力量。以第四条方针为例，要取得人民对抗梅毒工作的广泛支持与合作，首先就需要他们真正懂得

得这一工作是党和政府对他们的关怀，同时也是社会主义的利益。这种觉悟不仅是通过免费治疗，而更重要的是通过广大人民在新旧社会生活中的亲身体验，思想教育和各种建设实例才能得到启发和巩固提高。另一方面，医务人员深入少数民族地区和农村，与当地人民生活在一起，为他们治病，也是解放后才有的新现象。这些都表现了社会主义的优越性，而在资本主义社会里是难以做到的。

在我国，运用技术也是有特点的，例如结合地区的具体情况，采取因地制宜的调查方法，通过试点的实践，考核治疗方案的效果，在总结经验后再加以推广。又如某些调查方法^[8]，是群众根据需要在具体条件下创造出来的。总之，这些特点表现了我们的工作依靠群众的，经过实践和科学总结之后，转过来又指导群众的防治工作。在这个控制梅毒的过程中，我们没有强调法律措施，而是用事实进行广泛的宣传教育，起到了更多的作用。

目前，我国的梅毒已被控制，但离彻底消灭还有一个过程，需要继续摸索经验。为了达到彻底消灭的目的，可以设想，主要的方法将是通过现有和将日益增加和充实健全的医疗卫生机构在日常工作中加强抗梅毒工作和疗后管理工作，而重点要放在消灭早期传染型和预防先天梅毒上。没有疑问，在我国的社会主义制度下，随着移风易俗的社会主义教育，以及文化、卫生知识和道德品质的提高，我们一定能把旧社会遗留下来的梅毒消灭掉，将为中国医学史写下光辉一页。

结 语

我国的梅毒有450多年的历史，在这期

間經過半封建半殖民地的阶段而流行日广，为害日甚。解放前的調查說明，少数民族地区的患病率一般在10%以上，城市大医院的統計約占門診或住院病人的5%左右，农村重点流行地区为1~3%上下。对于这样大的問題反动統治者采取了不聞不問的态度，充分反映了旧社会在帝国主义、封建主义、官僚資本主义压迫下的政治、經濟、文化的落后和黑暗状况。

从1949年解放起，随着社会主义革命和社会主义建設的发展，党和政府采取了一系列的措施：如封閉了妓院，消灭了失业，提高了人民的 lives 和文化卫生水平，进行了广泛而深入的防治工作，因而全国的梅毒已被控制，甚至在許多地区可以說是基本上消灭了。早期梅毒、先天梅毒和脊髓癆等晚期梅毒都已很少了。在这个过程中，我們亲身体驗了社会主义制度的优越性。

今后，我們还要繼續努力，消灭一切传染源，以期达到使梅毒在我国根除的目的。

[1] 陈司成，霉疮秘录，1632。

[2] 杨国亮，中华皮肤科杂志，4，273(1956)。

- [3] 程之范，中华皮肤科杂志，7，1(1959)。
- [4] 北京医学院第一附属医院皮肤科教研组供给的資料。
- [5] 秦启賢等，中华皮肤科杂志，5，67(1957)。
- [6] Heimburger L. R., *CMJ*, 41, 541 (1927)。
- [7] Lennox W. G., *CMJ*, 37, 663 (1923)。
- [8] 中国医学科学院皮肤性病研究所及江西皮肤性病研究所，性病麻风防研工作，1，26(1959)。
- [9] Hu C. K., *CMJ*, 63, 153 (1944)。
- [10] 胡传揆等，性病、麻风、雅司防治手册，人民卫生出版社，1957。
- [11] 中国医学科学院皮肤性病研究所等，中华医学杂志，49，182(1963)。
- [12] Hu C. K. et al, *CMJ*, 71, 248 (1953)。
- [13] 北京市朝阳区卫生局及中国医学科学院皮肤性病研究所，性病麻风防研通讯，1，12(1959)。
- [14] 李桓英，中华医学杂志，49,759(1963)。
- [15] Li Huan-ying, *CMJ*, 83, 11 (1964)。
- [16] 中国医学科学院皮肤性病研究所等，中华皮肤科杂志，9，14(1963)。
- [17] Korns J. H., *CMJ*, 35, 382, (1921)。
- [18] Tso E., *CMJ*, 37, 226 (1923)。
- [19] Chue C. Y. and Wang S. H., *CMJ*, 46, 31 (1932)。
- [20] 张学成，中华医学杂志，26，1,033(1940)。
- [21] Lai D. G. and Lai W. S., *CMJ*, 42, 557 (1928)。
- [22] Tsen E. T. H., *Nat. MJ China*, 6, 159 (1920)。
- [23] The Medical Research Programme of WHO, 1, 1958~1962。
- [24] Clark E. G., Proc. XII Internat. Cong. Derm., Washington D. C., II, 855 (1962)。
- [25] Beerman H. et al, *Arch. Int. Med.*, 107, 121 (1961)。
- [26] Editorial, *JAMA*, 183, 1,104 (1963)。