

粪类圆线虫病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_B2_AA_E7_B1_BB_E5_9C_86_E7_c22_305527.htm 名称粪类圆线虫病所属科室普通外科病因(一)自生世代：雄虫长宽

约0.7times.(0.05mu.mmu.m，在暖和潮湿的土壤中，虫卵在数小时内孵出杆状蚴。杆状蚴于1~2月内经数次蜕皮，发育为自由生活的成虫。自生世代可循环多次。杆状蚴也可经2次蜕皮发育为丝状蚴，直接经皮肤侵入人体，营寄生生活。(二)寄生世代：感染期幼虫（丝状蚴）侵入人体后，进入血液循环，经右心至肺，穿破肺泡壁毛细血管，经支气管、咽至消化道，多在小肠内发育成熟和定居，但也寄生于大肠和肺脏等处。一般认为在人体内无雄虫寄生。雌虫长宽

约2.2mm×(0.03~0.075)mm。咽管为体长的1/3或2/5，阴门位于体后1/3处。雌虫多钻入肠粘膜内产卵。卵较自生世代的略小，内含幼虫，数小时即孵化出汗状蚴，自肠粘膜逸出，随粪便出体外。这种杆状蚴有两种发育途径：一是在外界蜕皮直接发育为感染性丝状蚴，聚集在地面泥土上，伺机经皮肤侵入人体营养寄生生活；二是随粪便排出的杆状蚴的外界不良育为丝状蚴，而是发育为自生世代的雌虫和雄虫，经交配产卵，孵出杆状蚴，再发育为成虫，产卵，孵出杆状蚴，如此反复多次，在外界营自由生活。当外界条件改变时，自生世代的杆状蚴又可发育为丝状蚴经皮肤侵入人体，营寄生生活。此外，本虫在人体寄生时还有自身感染情况。此类自身感染常有3种类型：直接体内自身感染：在肠粘膜内自虫卵出杆状蚴后，杆状蚴就在肠粘膜内侵入血液循环继续发育。间接体内自身感染：杆状蚴自肠粘膜肠逸出后，在肠

腔内迅速蜕皮2次发育丝状蚴，再自小肠下段或结肠粘膜侵入血循环。 体外自身感染：丝状蚴随粪便排出后，又自***四周皮肤侵入人体。病理粪类圆线虫轻度感染时的致病作用比较稍微，但因此虫能引起自身感染，重度感染时可致息患者死亡，故此虫的致病作用已渐引起重视。虫体在人体内移行或寄生于不同部位时所引起的病理变化不同。(一)肛周皮肤病变：当幼虫侵入***四周皮肤后，可引起小出血点、丘疹及水肿，搔破后可伴有继发性细菌感染。此外，在***四周皮肤还常出现移行线状或带状荨麻疹并可持续数周。述病变亦可见于腹股沟、臀部等处。(二)肠道病变：粪类圆线虫引起的肠道病变可分类轻度、中度、重度3型。轻度的主要特征为卡他性肠炎，肠粘膜充血，有小出血点及溃疡。光镜下可见嗜酸性粒细胞及单核细胞浸润，肠腺凹中有粪类圆线虫存在。中度的特征为水肿性肠炎，***增厚、水肿，粘膜皱襞减少。光镜下可见肠绒毛扩大，粘膜萎缩及粘膜下水肿，在***各层都可发现虫体。重膜出现出血、糜烂、溃疡、淋巴滤泡肿大甚至发生肠穿孔。由于发生水肿和纤维化，***变厚、变硬，部分强直，粘膜萎缩并有多处溃疡，直径为2~50mm不等。光镜下可见纤维化和粘膜下水肿，肌层萎缩，整个增厚的***内都可发现虫体。(三)其他病变：本虫幼虫在肺内移行时，可引起肺脏毛细血管充血、出血、毛细支气管上皮细胞脱落，炎性渗出物中可查到幼虫。假如幼虫的肺肠停留时间过久而发育为成虫，则多数形成粟样大小的肺脓疡。丝状蚴在体内移行时，亦可侵入其他器官，如心内膜，肝脏、卵巢、肠系膜淋巴结及脑等处，并有肉芽肿形成。临床表现本病多数无复核临床症状，但因虫体能引起反复自身感染，当人体抵抗力低

下时，如患各种疾病、营养不良、免疫缺陷或接受激素及其他免疫抑制剂治疗，常可反复发生重度自身感染，出现相当严重的症状，甚至死亡。

(一)肛周皮肤无临床症状：当丝状蚴经^{***}四周皮肤侵入后，局部皮肤则出现水肿、刺痛及瘙痒，并常伴有线状或带状荨麻疹。由于幼虫在皮肤内移行较快，故引起的荨麻疹蔓延速度也很快。曾有报道1例患者荨麻疹蔓延速度每小时达10~12cm。荨麻疹在肛周皮肤的出现及快速蔓延，常是粪类圆线虫幼虫在皮肤内移行时的重要诊断依据。

(二)肠道症状与体征：粪类圆线虫引起的肠道症状主要表现为长期腹泻，频繁性下痢，可见水样便或粘液血样便，有里急后重。其次为腹痛，多位于右上腹。偶见便秘。重度感染时常伴有恶心、呕吐、还可出现麻痹性肠梗阻、腹胀、电解质紊乱、脱水，甚至肠穿孔、全身衰竭及死亡。有些急性患者可排出恶臭、多泡味的白色粪便，甚至出现严重的脂肪痢。其原因可能与吸收不良或肠淋巴管扩张破裂，脂肪进入肠腔有关。

(三)其他症状与体征：本虫幼虫在肺脏移行时，可引起过敏性肺炎和哮喘，表现为轻度发热、咳嗽、咯痰。X线胸片检查有局限性或弥漫性炎症阴影。幼虫如在肺脏停留发育为成虫，所产幼虫有时侵入胸腔而引起胸膜炎。此外，虫体的代谢产物及死亡崩解产物还可引起全身中毒症状，如发热、贫血及神经症状如烦躁、失眠等。急性感染时可引起嗜酸性粒细胞增多，常达15%~85%。诊断本病的诊断主要依靠从粪便中查见杆状蚴或丝状蚴。但用常规粪便涂片法有时可能查不到幼虫，此时可用贝氏分离法，直接从粪便中分离幼虫。曾有人应用改良醛醚离心法，效果良好。如在24小时内的新鲜粪便中同时查见杆状蚴和丝状蚴，即可认为存在有自

身感染。有时在腹泻患者的粪便内也可查见虫卵。如多次粪便检查阴性，应结合临床症状检查胃液、十二指肠液或痰液。反复查不见病原体时，可考虑应用免疫学检查以辅助诊断。日本学者应用酶联免疫吸附试验（ELISA）检查患者血清抗体，阳性率达94.4%，而对照组全部阴性，认为用该法诊断本病的敏感性和特异性均较满足。鉴别诊断本病临床表现复杂，病程又长，易于误诊，因此应与其他疾病相鉴别。当主诉为脓血便或水样便时，应与细菌性痢疾、阿米巴痢疾及溃疡性结肠炎等相鉴别；当主诉为腹痛时，应与胃、十二指肠溃疡及急性胆囊炎等相鉴别。治疗对于确诊病例，应立即驱虫治疗，并保持大便通畅，注重***四周洁净，防止自身感染。治疗药物以噻苯唑效果最好，剂量为25mg/kg。1日2次口服，连服2~4日，治愈率为92%~94%。本药常见的副作用为头晕及胃肠道症状。对肝肾功能不全的患者，宜选用龙胆紫，剂量为0.2~0.4g，分3次饭后口服，连服7天。其他药物如甲苯咪唑、丙硫咪唑及左旋咪唑，亦有一定疗效，治愈率为64%~75%。人体感染本虫后的无症状者及轻症患者，经药物驱虫治愈后，预后良好。但需注重因有自身感染存在，治疗后易复发。重度感染者及有肠道外异位寄生者，预后不佳。预防及预后本病的预防原则是注重个人防护及避免发生自身感染，尤其是临床应用激素类药物或免疫抑制剂前，应做粪类圆线虫的常规检查，若发现有本虫感染，应给予彻底治疗，以免发生重度自身感染。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com