

阿米巴病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E9\\_98\\_BF\\_E7\\_B1\\_B3\\_E5\\_B7\\_B4\\_E7\\_c22\\_302945.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E9_98_BF_E7_B1_B3_E5_B7_B4_E7_c22_302945.htm) 名称阿米巴病所属科

室传染科病因 病原体是溶组织阿米巴（*entamoeba histolytica*）

，可分滋养体和包囊两期。滋养体 直径为20~40 $\mu$ m，含有1~4个核，核的构造同滋养体。包囊对外界环境抵抗力较强，在一般温度中能生存2~4周。生活史 寄生在人体结肠腔内，不须转换宿主。成熟的四核包囊具有感染性，通过污染的食物、饮水进入人的消化道，不受胃液影响，直至小肠下段由于胰蛋白酶的消化作用，囊壁变薄，虫体开始活动而脱囊变成一个含有四核的小阿米巴。继续分裂繁殖，侵犯组织形成包囊排出。随被污染的饮食重新进入新宿主，继续其人体内发育。因此其生活史基本形式是包囊rarr.包囊。临床表现 出现多种多样的症状，取决于阿米巴原虫所侵犯的组织和器官。肠道是最常见的初发病变部位，迁徙性感染可遍及全身各个部位。大致分肠道内和肠道外。原虫侵入大肠后引起以痢疾为主的症状。潜伏期一周至数月不等。症状轻重不一。轻者只有腹部不适、食欲不振。一般发病轻缓，先诉腹痛，继而排便，表面带有少量粘液及血液，典型者如猪肝酱样，里急后重不显著，天天大便5~6次。如病变以回盲部为主，则可便秘，或便秘和腹泻交替出现，病程迁延较久。偶有急性者，发热、便带血，甚似细菌性痢疾，天天便数10次以上，体温高达39 左右，下腹部有压痛，数天后急性症状渐缓和，10~20天后自行痊愈，亦有发展成慢性病变，随时可转成急性发作，迁延多年致结\*\*\*增厚。白细胞总数略有增高，无嗜酸细胞增多，新生儿往往表现为脓毒血型，在许多内

脏中形成多发小脓肿。诊断根据临床症状，肠阿米巴病仍以粪便中找到阿米巴原虫为最可靠依据。溶组织阿米巴滋养体比其他肠阿米巴的活动快，且其原浆内含被吞噬的红细胞。送检的粪便标本务必要新鲜，挑选含有粘液、脓血部分，至少送检4~6次，反复检查才能找到滋养体。成形便先用生理盐水涂片，再覆盖小玻片，从小片边缘滴入碘液（配制方法：碘4g，碘化钾6g蒸馏水100ml）染色包囊，便于鉴别细胞核的特征和数目。可见包囊呈黄色、圆形，内含有1~4个透明的细胞核，核中心有小核仁。结肠阿米巴的包囊则有8个核，易于鉴别。如结果阴性，可行直肠指检，稍加用力，拭取粘液作镜检，阳性率可提高。粪检前勿服抗生素、抗原虫药、矿物油、制酸剂、止泻剂等以免影响检出率。同样钡灌肠及钡餐X线造影，最好在反复检查大便后再施行。粪便检查屡为阴性而临床不能排除本病时，可作阿米巴培养。或用乙状结肠镜直接观查粘膜溃疡，必要时可采取标本作镜检。对肠外阿米巴病诊断有困难时，可用\*\*\*检查，并可采用免疫学诊断法，如间接血凝试验、琼脂扩散沉淀试验、间接荧光抗体，肝脓肿阳性率90%~100%，阿米巴痢疾为80%~95%。还有酶联诊断阿米巴病，敏感性高、特异性强、重复性好。可用于阿米巴病的临床鉴别诊断和流行病学的调查。鉴别诊断

细菌性痢疾 起病急，全身症状重，大便次数多、量少、脓多、血少，里急后重明显，便培养可得痢疾杆菌。其他疾病 肠外阿米巴病小儿较少见，因此易漏诊。肝阿米巴病应与胆道蛔虫症、胆囊炎、细菌性肝脓肿及膈下脓肿等鉴别。并发症

1.肝脓肿及肝炎 出现弛张型高热，肝脏肿大，以右叶为多，右上腹压痛，白细胞增高。胸部透视可见右膈肌运动受限，

甚至发生胸膜炎。从压痛最明显处穿刺能抽出牛奶咖啡样脓液，并能从脓汁中找到阿米巴滋养体。脓肿破入胸腔可致脓胸、肺脓肿、右支气管肝痿，亦可形成膈下脓肿及腹膜炎，病变蔓延到阑尾可致阑尾炎，症状与细菌性阑尾炎相似。

2. 肺脓肿及脑脓肿 偶见于血行播散的患儿，多在病程的终末期或见于幼婴自母亲传染者，病程迅速恶化。因此凡有家庭接触史的幼婴、新生儿，应及早检查粪便，以免延误诊断失去早期治疗机会，引起严重后果。

3. 腹膜炎 阿米巴性腹膜炎比较少见，其症状往往为阿米巴痢疾或阿米巴肝脓肿所掩盖，常易漏诊。必要时作诊断性腹腔穿刺，取得咖啡色粘稠脓液，可检出阿米巴原虫。治疗七十年代以前，主要用吐根素和卡巴砷，即时疗效达98.34%。七十年代以后以灭滴灵为主。一般治疗给轻易消化的饮食，并供给足量的营养和维生素。

### 各型阿米巴病的治疗用药原则

#### 1. 阿米巴痢疾的治疗

(1) 急性期病例：原则上采用作用于肠道和\*\*的药物，同时加用抗组织中阿米巴药物。

甲硝哒唑（灭滴灵）（metronidazol，flagyly）：为首选药，儿童剂量为天天35~50mg/kg，天天最大量为2250mg，分3次口服，连服5~7天为一疗程。大剂量可致畸、致癌变等。

重型阿米巴痢疾，不能服药者，可用吐根碱，以迅速控制急性发作，同时并用抗生素，以抑制肠道内细菌。吐根碱剂量为：2~5岁每次5~20mg，5~10岁30~45mg，天天1次，常作深层皮下注射。也可按1mg/kg计算，分1~2次注射，若无不良反应可继用8~10天。年幼或兼患其他重病者，或并发营养不良，贫血者，开始量宜小，以后逐渐加大。每次用药前测血压和脉搏。经吐根碱治疗急性症状消失后，可口服喹碘仿或其他碘剂，以肃清感染。

中药鸦

胆子：总量为每公斤体重鸦胆子仁三枚，分6~10天服完，天天剂量分3次，在饭后吞服。对急慢性阿米巴痢疾都有效。药源广，价廉，副作用小。在治疗期间同时能驱寄生在肠道的圆虫和绦虫。

巴龙霉素：剂量每日2.5万~5万单位/kg，分3~4次服，以5~10天为一疗程，需2~3疗程，可与吐根碱同时应用。通过抑制肠道细菌而影响原虫的生长繁殖，故对肠道外阿米巴均不发生作用。

(2) 慢性期或复发病例的治疗：常用有机碘制剂。对复发病例可重复疗程，但重复疗程前须休息1周以上。

喹碘仿 (Chiniofon, 药特灵)：可口服也可灌肠。口服剂量每次为20~25mg/kg，天天3次，连服8~10天。灌肠剂量为1~2g，溶于100~200ml生理盐水内，作保留灌肠，天天1次，连用8~10天。口服和灌肠可间日交替，共治8~10天。

氯碘喹 (vioform)：口服剂量每次10~20mg/kg，天天3~4次，连服10天。

双碘酒 (diodoquin)：口服剂量为每次10~15mg/kg，天天2~3次，连服15~20天。

以上碘制剂对阿米巴活动型及包囊均有效，但对肠道外感染无效。对慢性病人宜同时加用抗生素以控制继发性肠道细菌感染。

## 2. 阿米巴肝脓肿的治疗

以杀灭组织内原虫药物为主，辅以杀肠腔内原虫的药物以期根治。

(1) 甲硝哒唑 (mefronidazole, flagyl 灭滴灵)：为首选。剂量35~50mg/kg·d，分3次口服，10天为一疗程。

(2) 磷酸氯喹 (chloroquinephosphate)：剂量为每次10mg/kg，天天2次，连服2天，以后天天减为1次，连服2周或更久。如氯喹无效，可用吐根碱。其他肠道外阿米巴病也多用氯喹或吐根碱，剂量均如上述。以上两者可轮换应用，如有细菌性混合感染，可同时给予适当的抗生素。如有较大脓肿时，可同

时在局部穿刺抽脓，加速病情的恢复，一般每3~5天穿刺1次，至脓液转稀、体温下降可停止。必要时外科手术治疗。

3. 胸、腹部阿米巴病的治疗 从痰液或局部脓液往往不易找到原虫，因此宜及早以特效药作试验治疗。一般可用吐根碱3天，或同时兼用灭滴灵或氯喹，如3天内热度下降，症状见轻，即可给予全程治疗。

4. 阿米巴包囊携带者的治疗 选用一种作用于肠腔阿米巴药物已足够，如灭滴灵、喹碘仿、氯碘喹或双碘喹。用法见上述。

5. 并发症的治疗 肠内外并发症均由阿米巴滋养体所造成，应选用速效、高效的药物如灭滴灵或氯喹、吐根碱，同时与一种肠腔内杀阿米巴药物联用。必须手术治疗者，应在抗阿米巴药物治疗下进行。同时给予抗生素及必要的对症处理。

**【预后说明】** 阿米巴感染的总死亡率为2.2%，其中由于肝脓肿、肺、脑、胸腔、心包并发症者占多数。由于肠道阿米巴病而致肠穿孔或肠坏死者，仅属少数。估计每100个肠病中有1个并发肝脓肿，其病死率为10%。

**【预防说明】** 应与其他肠道感染的预防工作共同进行，非凡应注重以下几点：  
适当处理粪便； 食前洗手；  
水果和生吃的蔬菜要洗净； 有阿米巴包囊者必须治疗，非凡是与患儿同居者更应积极治疗，以肃清病原； 在流行地区对群众应加强卫生宣教，消灭苍蝇和蟑螂的孳生地，加强水源的治理。

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](http://www.100test.com)