

肺包虫病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_BA\\_E5\\_8C\\_85\\_E8\\_99\\_AB\\_E7\\_c22\\_303100.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_82_BA_E5_8C_85_E8_99_AB_E7_c22_303100.htm) 名称肺包虫病所属科室心胸外科病因 细粒棘球绦虫的终宿主。成虫寄生在犬小肠中，卵随粪便排出后污染食物，人（或羊、猪、牛）进食后，在上消化道中卵壳经胃液消化而孵化成幼虫，即六钩蚴，后穿过消化道粘膜进入血液，至门静脉系统（肠系膜、大网膜和肝）。大多数蚴滞留在肝内（约75%~80%）少数六钩蚴通过肝进入小循环至肺（约占8%~15%）及其他器官，如肠系膜、网膜、脾、盆腔、肌肉、皮下组织等（棘球绦虫生活环见图1）。六钩蚴进入肺后，逐渐发育成包虫囊肿，约半年长大至1~2cm，由于肺组织疏松、血流循环丰富及胸腔负压吸引等因素，六钩蚴在肺内增长速度比在肝肾内快，平均每年增长至原体积的1~2倍，达2~6cm左右，囊肿最大的可达20cm，囊液重达3000g以上。包虫囊肿含有外囊和内囊。内囊是包虫囊肿的固有囊壁，厚度仅1mm，压力却高达13.3~40kPa(100~300mmHg)，易破。内囊又可分为内、外两层，内层为生发层，很薄，分泌无色透明囊液，产生很多子囊和寄生虫头节，如脱落于囊腔内，即成为包虫沙。外层无细胞，多层次，半透明，乳白色，具有弹性，外观酷似粉皮。外囊是人体组织对内囊的反应形成的一层纤维性包膜，包绕着整个内囊，厚约3~5mm。内外囊间为潜在腔隙，无液体和气体，也不粘连。肺包虫囊肿80%为周边型，右肺多于左肺，下叶多于上叶。右肺血流量略多，与肝脏较近，二者之间有较丰富的淋巴管相通，这可能是右肺多见的原因。囊肿多为单发，占65%~75%，多发者一般是2~3个，一侧或双侧。

约17%~22%并发其他部位囊肿，肺、肝并发的最常见，占13%~18%。病理肺包虫病的病理改变除囊肿本身外，主要是巨大囊肿对肺的机械性压迫，使四周肺组织萎缩、纤维化或有淤血、炎症发生。>5cm的囊肿即可使支气管移位、管腔狭窄，或使支气管软骨坏死，进而破入支气管。表浅的肺包虫囊肿可引起反应性胸膜炎，巨大的囊肿还可能破入胸腔，大量头节外溢，形成许多继发性包虫囊肿。位于中心的囊肿偶有侵蚀、冲破大血管致大出血和。少数包虫囊肿有钙化。如囊肿破向细支气管，空气进入内囊外囊之间，可形成多种X线征。已有感染或破裂的的囊肿可合并胸腔及纵隔脓肿或脓胸，肝包虫囊肿破裂后可能与胸腔或肺、支气管相通，形成肺包虫囊肿-胆管-支气管瘘。临床表现 根据我国1950~1985大组病例分析，肺包虫病占人体包虫病的14.81%（2408/16258），男多于女（约2:1），儿童占25%~30%，40岁以下的占大多数，年龄最小1~2岁，最大60~70岁。由感染至出现症状一般间隔3~4年，甚至一、二十年。症状因囊肿大小、数目、部位及有无并发症面不同，早期囊肿小，一般无明显症状，常经体检或在因其他疾病胸透时发现。囊肿增大引起压迫或并发炎症时，有咳嗽、咳痰、胸痛、咯血等症状。巨大囊肿或位于肺门四周的，可能有呼吸困难。如食管受压，有吞咽困难。侧见肺尖部囊肿压迫臂丛和颈交感神经节，引起Pancoast综合征（患侧肩、臂疼痛）及Horner征（一侧眼睑下垂，皮肤潮红不出汗）。如囊肿破入支气管，囊液量大的，有窒息危险，子囊及头节外溢，能形成多个新囊肿。患者常伴有过敏反应，如皮肤潮红、荨麻疹和喘息，严重的可休克。囊肿破裂感染的，有发烧、咳黄痰等肺部

炎症及肺脓肿症状。少数囊肿破入胸腔，有发烧、胸痛气短及过敏反应。多数患者无明显阳性体征，囊肿较大的可致纵隔移位，在小孩可能出现胸廓畸形。患侧叩诊浊音，呼吸弱，有胸膜炎或脓胸的则有相应体征。检查胸部X线检查为包虫病主要诊断方法，在本病流行区，有接触史的，单凭胸片大部分可以确诊。囊肿早期直径在1cm以下的，仅见边缘模糊的炎性阴影，直径>2cm的为轮廓清楚、边缘锐利的类圆形阴影，密度均匀而稍淡，低于心脏及实质性肿瘤的密度。至能明确诊断时已6~10cm左右，密度接近实质瘤一般为单发，也有多发的（图2）。作为含液囊肿，立位透视吸气时膈肌下降，头、足径稍增加，呼气膈肌上升时，则横径稍长上下稍短（rdquo.）。大囊肿可呈分叶状或多环状。下肺野的囊肿rdquo.膈肌上，使膈肌位置下降，甚至凹陷，有时需行人工气腹纵隔推向对侧，在下叶的纵隔受影响少，而右肝顶部的世大囊肿则明显使心脏向左移位，这个特点有助于鉴别诊断。少数病例有肺不张及胸膜炎。如囊肿小支气管被侵犯穿透，少量气体进入内外囊之间，则出现一些非凡X线征（图3）：少量气体进入内外囊之间，立位摄片气体上升至囊肿上部，局部有一弧形透明带（rdquo.）。如气体进一步进入内囊，出现液平面，其上方见有代表内囊及外囊的2个弧形阴影（rdquo.）。当内囊破裂萎缩，皱缩的内囊浮于液面上，囊内液面上能见到不规则影（rdquo.）。如囊肿破裂，内容物咳净，又未发生感染，胸片上表现为薄壁边缘光滑的含气囊肿。以后囊腔逐渐缩小，仅留有一些纤维化阴影。如囊肿破后发生感染，则囊壁增厚，四周有慢性炎症出现的可见肺浸润片状影。如破入胸腔，有胸腔积液或液气胸。诊断

大部分无并发症的肺包虫病诊断不难，主要根据曾在流行地区居住，有犬、羊等动物接触史。包虫病的X线表现较典型，可见单发或多发边缘锐利的囊肿阴影。实验室检查：嗜酸性粒细胞增加，常在5%~10%左右，甚至可高达20%~30%，直接0.15~0.3)ldquo.自愈&rdquo.的极少，绝大多数迟早将因囊内压力增设而破裂，产生严重并发症，因此要及时确诊并进行手术。手术方法主要有内囊摘除和肺叶切除2种。根据囊肿大小、数目多少、部位、有无并发感染及胸膜是否粘连决定手术方式。术中要注重防止囊肿破裂，囊液外溢入胸腔或胸壁软组织，以免引起包虫病变播散或过敏反应。麻醉：一般全麻气管内插管，如无非凡必要，不用双腔插管，手术间不需要单侧肺萎缩。较大的囊肿，如双腔插管不顺利，操作过程中囊腔有破裂可能。手术过程中囊肿在摘出前都有破裂，有从呼吸道吸入囊液或内囊碎片的危险，要注重。切口：如行肺切除，后外侧剖胸切口，一般从第5肋间或肋床进胸，便于处理肺门。单纯囊肿切除或在较近囊肿处做切口。手术方法：1.内囊完整摘除法 开胸分离粘连后，因囊肿多在近周边处，肺表面有时可见到覆盖的纤维蛋白层。摘除前在肺四周用纱布填满覆盖，仅露出预备作切口取囊部位，并预备好有强吸力的吸引器，便于囊腔意外破裂时及时吸出其内容物，避免污染胸腔。然后小心切开囊肿外包绕的肺纤维层，刀稍倾斜，免垂直接切入内囊。因内囊压力较高，外囊切开一小口后，即可见白色内囊壁从切口膨出，延长切口，请麻醉师从气管插管用力打气，借助肺压把内囊腔推出。一般因内外囊间无粘连，可以把囊腔完整取下。内囊取出后，外囊上有细支气管口漏气，先用纱布堵上，然后缝合

修补，其残腔壁较多的可切除或内翻，然后缝合，完全消灭残腔。2.内囊穿刺摘除术 在囊肿部位四周用纱布涂擦，或用双氧水冲洗以杀灭原头蚴。过去常用甲醛涂抹，有进入支气管漏口发生严重支气管痉挛的可能，现已不用。残腔中有支气管漏气要一一缝合，再从四周至底部全层（较大的可分数次）缝合，消灭残腔。3.肺切除 用于囊肿已破裂，肺组织有严重感染，并发支气扩张、肺纤维化、脓胸、支气管胸膜瘘或肺癌不能除外的患者。手术中如有可能最好先游离出支气管，钳夹住，避免术间挤压肺组织时，囊腔破向支气管，引起病变播散或窒息死亡。4.非凡类型包虫病的处理 如同时有肝及肺囊肿的，可以一次手术。双侧有病变的先处理病变较大或有并发症的一侧，肺囊肿有支气管胸膜瘘的，先闭式引流，待感染控制，体力恢复后再行肺切除。治疗结果：1979年钱中希报告，胸部手术死亡率0.9%，近年来已无死亡，手术效果良好，个别病例复发，原因为：术中留下较小的包虫囊肿。术间囊液外溢，头节脱落，移植复发。再次感染，复发患者再次行肺切除，效果也多良好。

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)