

脑囊虫病 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_84_91_E5_9B_8A_E8_99_AB_E7_c22_303186.htm 名称脑囊虫病所属科室神经外科病因猪绦虫的幼虫经血循环播散，多寄生于脑的大脑中动脉供给区，如额、顶叶。根据病灶分布部位和临床特点可分为四型：**脑实质型**：囊虫结节散布脑实质内，灰质较白质为多。一般在活虫的四周组织反应较小，死虫的四周炎症反应较大，并有程度不等的纤维组织增生。邻近脑组织往往有水肿和反应性星形细胞增生，从而引起神经系统功能障碍。**脑室型**，囊虫结节寄生于脑室系统内，以第四脑室最多见。结节游离于脑室内或粘附于脑室壁，引起脑脊液循环梗阻而致脑积水和颅内压增高。**脑底型**：囊虫结节位于脑底池内，常成串或多发，引起颅底蛛网膜炎和粘连而产生颅神经麻痹、交通性脑积水等症状。**脊髓型**：多发于胸段脊髓，髓内或髓外均可发生。临床表现由于囊虫侵入颅内的数目、部位不同，以及囊虫的发育过程和死亡不一，因此临床症状复杂多变，病情波动。少数病例由于大量囊虫进入脑内，发病急骤，出现明显的精神和神经障碍，甚至迅速死亡。一般而言本病神经损害取决于囊虫数目和位置所致的机械效应及囊虫引起的炎性和中毒反应。表现为颅内压增高、局灶神经体征、癫痫、精神障碍等。按临床特点可分下列类型：**脑膜脑炎型**：由一次大量感染后引起弥漫性脑水肿，反应性炎症变化等。临床表现有精神异常、全身性癫痫、瘫痪、失语、感觉障碍、脑膜刺激征、共济失调和昏迷等症状，不能以脑的局灶损害解释。**癫痫型**：发作形式有大发作、小发作、精神运动性发作或局限发作等。同一病人可具有

二种以上的发作形式，且极易转换。多样性和易转换性为本型的特点。 脑瘤型：表现为颅内压增高、癫痫、强迫头位、瘫痪和感觉障碍等。 脊髓型：囊虫侵入椎管，产生脊髓压迫征，如病变水平以下的运动、感觉和大小便障碍等。病人常有皮下或肌肉内囊虫结节，分布于头和躯干，四肢较少，结节呈圆或椭圆形，直径0.5~1.5cm，坚实，可在皮下或肌肉中自由推动，无压痛。结节可陆续出现或自行消失。 诊断 癫痫病人如有皮下或肌肉内结节，经活检证实为囊虫，则本病诊断基本成立。少数不伴皮下结节者诊断较困难，但病人可有下列特点：神经症状多样性、多灶性和不稳定性，刺激症状较麻痹症状占优势，症状进展缓慢和波动等。脑脊液检查正常或有白细胞计数增多，以嗜酸性粒细胞为主（12~60%病人），蛋白含量增高，糖含量正常或稍降低。四周血嗜酸性粒细胞可高达30%。大便中可找到绦虫卵或成虫节片。X线平片可发现皮下或肌肉、颅内（约1/6病人）有散在、大小不等的钙化斑，从112mm，对诊断有帮助。血清或脑脊液囊虫补体结合试验，放射免疫试验测定脑脊液或血清IgG抗体也具诊断价值。可是弱阳性也见于胶原病、肝硬化，血吸虫病等。血清学检查阴性者也不能除外本病。脑CT扫描，根据囊虫生长不同时期，有不同表现。约2/3病灶表现同脑脊液一样密度，单或多发，包膜可/或不增强。1/5病灶有高密度结节，可单或多发。钙化灶多发，其周边有/或不增强，多见于经药物治疗或虫体自行死亡者。可伴有阻塞性或交通性脑积水及脑皮质萎缩。由于囊液密度近似脑脊液，因此CT易发现脑实质内囊虫，难发现脑室内囊虫，后者需通过脑室碘水造影后扫描方易识别。脑血管造影显示

无血管的占位灶。MRI显示病灶强度特征似脑脊液，即T1图像囊液呈黑色，T2图象则为白色。椎管造影则只表现髓外压迫征象。治疗包括三个方面：1. 绦虫病的治疗 驱除寄生于肠道的成虫，防止再次自身感染。常用药有：吡喹酮 10 ~ 20 mg/kg，每日3次times.14天，必要时可重复1 ~ 2个疗程。治疗有效者CT表现囊肿和结节缩小或消失或钙化，脑室形态恢复正常。临床症状缓解。约1 / 5病人药物治疗无效，需手术治疗。 外科手术适用于有颅内压增高、局灶体征，并经CT定位者。囊虫阻塞导水管，可从侧室注入生理盐水使脑室内压增高，促使囊虫脱离导水管。抗颅高压药物治疗无效者，可做脑室-腹腔分流术。 3. 症状治疗 癫痫者服用抗癫痫药，脑炎型者加用类固醇激素，高颅压者用脱水剂等。 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