

骨包囊虫病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E9_AA_A8_E5_8C_85_E5_9B_8A_E8_c22_304163.htm 名称骨包囊虫病所属科室骨科病理 包虫囊肿因所在部位不同而形成的两种类型：单囊型。主要发生在内脏器官及软组织内，约70%在肝，20%在肺，也可在肾、脑、眼及肌肉内。此种囊肿因无外力常可呈球形，并能发展很大，大者直径可达20厘米，小的肉眼难以见到。囊肿壁分为三层，外层为纤维组织及透明变性的胶原纤维，中层为白色半透明胶原板样薄膜，内层为生发层，有芽胞突入囊腔中，发展后可形成子囊、孙囊。子囊或孙囊都可分化成头节。囊肿可破入体腔或空腹或继发感染而化脓或吸收钙化或自行变性消退。另一种类型称为骨型，病变都是从海绵骨或骨髓腔开始，因此发病在骨盆及脊柱多见。若长管骨受累时，则病变由干骺端开始。因骨质较硬，包虫囊肿在骨内生长受限制，故不能形成球形，也无完整的外壁，仅能沿髓腔及骨质的薄弱处浸润，形成大小不等的多房性包囊，其外围没有纤维性包膜，内层也没有典型的生发层。骨皮质可因受压萎缩，髓腔增大，但新生骨很少形成，因此轻易继发病理性骨折。也可因骨质不断被侵犯破坏而穿破，病变侵入四周软组织或穿破皮肤，引起继发性感染。在脊柱中可致截瘫。临床表现 包囊虫病的临床症状及体征：由包囊的大小与所在部位不同而决定。一般因骨包虫病就医者多已属晚期，常因并发病理性骨折而就诊。病变早期六钩蚴在骨组织中生长缓慢，可长期无任何不适。极少数有轻痛者也常不被引起重视。当病灶继续发展，可出现骨痛，跛行，局部或肢体肌肉萎缩。随着囊肿浸润破坏了较多的骨质，则疼痛加

重。受累的骨骼可出现增粗，畸形，稍微外力即可产生病理性骨折，患者常可于此时来就诊。若脊柱受累，囊肿可压迫脊髓或神经根，则出现神经受损的症状和体征，甚至出现截瘫。晚期囊肿穿破骨皮质侵入四周软组织，则临床上可出现大包块。若穿破皮肤，可继发感染，瘘管可长期外流脓液及包虫的碎片，难以愈合。临床上关节内受侵犯者很少，个别受累时，可导致病理性脱位。骨包虫病患者常合并有肝、肺、脑等其他部位病变，故应仔细全面检查。辅助检查

- 1.包囊液皮内试验（Casoni皮肤过敏试验）将稀释的包囊液作为抗原，在患者前臂作皮内注射，引发局部过敏反应。准确率高达90%以上。该试验不但有诊断价值，还可以观查治疗效果。
- 2.包囊虫补体结合试验（Weingerg试验）临床上常利用人体对包囊肿发生的免疫反应作血清学检查，行补体结合试验，其阳性率可达90%，尤以囊肿破裂或手术治疗后阳性较高，因人体吸收了较多的囊液抗原之故。
- 3.血象检查中嗜酸性细胞增高，可做为辅助参考。
- 4.X线表现：受累骨呈虫蚀样不规则的侵蚀破坏，骨小梁被破坏而出现囊状透明区，相连呈“rdquo.，四周有骨小梁存在。正常骨与病变骨之间无明显分界线。早期骨的外形正常，晚期包囊骨缺损区扩大，皮质厚薄不等，骨干可轻度变粗，但没有新骨形成及骨膜反应，此点为其特征。脊椎受累时可出现假时椎旁脓肿影像，是因包囊向两侧椎旁软组织中突出所致。一般椎间盘不被侵犯。此点可用于和脊椎结核相鉴别。扁平骨受累时，则病变扩张较明显。病变早期X线表现应注重和骨肉瘤、神经纤维瘤、椎体血管瘤、巨细胞瘤、骨囊肿等病相鉴别。诊断可根据有在流行区居住史，并有与狗羊经常接触史；临床及X线表现

特点；实验室检查阳性结果等，但应与骨巨细胞瘤、纤维囊性骨炎、骨肉瘤及脊柱结核相鉴别。治疗首先应重视对该病的预防。人的包囊虫病多经狗传染，应控制养狗。加强牲畜治理，严防狗食染有包囊虫病的生牛、羊、马肉。注重个人卫生，不饮用生水、生乳，尤其在牧区。骨包虫病的治疗方法主要是切除病骨。但有时难以将全部的病变骨彻底切除时，可采用刮除植骨的手术的方法。即彻底清除病灶后，腔内用20%的石炭酸甘油涂擦腔壁，10分钟后再用90%酒精擦洗灭活，然后用生理盐水反复冲洗骨腔再植入碎骨片。但手术中要非凡注重防止子囊的扩散及囊液外流引起过敏性休克的危险。病灶刮除后，留置引流管，每日滴注20%~30%的高渗氯化钠溶液，可以杀死头节，效果良好。晚期病变广泛的患者，难于局部切除或刮除者，可考虑做关节离断术或截断术，但骨病变较长而软组织尚无广泛受侵时可做假体置换术。脊柱受侵时应及时早期清除病灶并植骨。合并截瘫时则应彻底清除病灶并做脊髓减压及应用器械内固定术，做植骨融合。预防及预后 预后决定于病变的程度及受累的部位。骨盆及脊柱的病变预后较差，死亡的原因多因重要脏器受累，如合并脑、肝或肺等包虫病。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