

脑棘球蚴虫病 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__E8_84_91_E6_A3_98_E7_90_83_E8_c22_305289.htm 名称脑棘球蚴虫病所属
科室神经外科病因 细粒棘球蚴绦虫卵在人体肠内孵化成六钩
蚴，穿越**经门静脉系统，侵入肝、肺和脑等，少数随血流
经椎静脉侵入脊柱。脑包虫病好发于大脑、小脑、脑室和颅
底等处。可分两型： 原发型，幼虫经肝、肺和颈内动脉而
入颅。多见于儿童，常单发。 继发型，较少见，常由心肌
包虫囊肿破裂至左心房或左心室，其子节或头节经血流入颅
。往往多发，伴脑栓塞，多见于成人。包虫囊肿包膜为微白
色半透明膜，囊液为无色透明，外观与CSF很相似，但含毒
性蛋白。囊壁分内外两层，内层即包虫囊，含有大小不等的
子囊；外层为宿主组织形成的一层纤维包膜，两者之间仅有
轻度粘连，其中含有血管，供给营养。包虫死后，囊液变浊
，囊壁可钙化。包虫囊大小不一，取决于寄生虫的种系及其
寄住的组织与宿主等多种因素。囊肿生长速度每年约为1
~5cm直径。母囊可产生子囊及头节，由于虫体繁殖力强，
子囊和头节可多达数百，形成巨大囊肿。临床表现 头痛、呕
吐和视乳头水肿等颅内压增高症常为首发症状。儿童患者可
有头围增大，头皮静脉扩张。局灶性症状取决于包虫生长部
位，常见有运动性或感觉性癫痫，轻偏瘫、偏身感觉障碍、
视野缺损和精神症状等。脊柱包虫症表现长期神经根刺激症
状，以后因脊髓受累而忽然出现截瘫。诊断 根据患者来自畜
牧区，有狗、羊等密切接触史，患有肝、肺包囊虫病，加上
脑部症状（或脊髓压迫征）即可考虑本病可能。对未能解释
的年青脑栓塞者、寄生虫性栓子的可能性应予考虑。血液

、CSF包囊虫补体结合试验阳性和包囊虫液皮内试验阳性具有诊断意义。CT和脑血管造影具有定位诊断价值，非凡CT能显示包虫囊的位置、大小、形态，典型的包虫囊为边界清楚、密度同CSF或略高的类圆形肿块，壁多有钙化，几乎不增强。病灶四面无脑水肿。治疗手术切除是唯一治疗方法，以完整摘除囊肿为原则。若囊肿破裂，囊液外溢，不仅可引起过敏性休克反应，且囊液中的头节扩散，导致囊肿复发。因此，术前定位要准确，手术切口和骨窗要足够大，硬脑膜张力高时，要用脱水剂处理，切忌用脑针穿刺探查或抽吸囊液减压。切除时宜用加压注水漂浮法，即沿囊壁四周分离直至超过囊肿最大径，然后调整头位至有利于囊肿滚出的位置，用2~3个冲洗器插入囊壁与脑组织间隙内，向囊肿底部加压注入生理盐水，利用水压均匀作用于囊肿壁，使其由囊肿床内漂浮起来，滚入容器中。近有报告用细针穿刺囊肿，注入过氧化氢或患者自身新鲜血于囊内，可杀死包虫原头节，为手术治疗开辟新途径。术时一旦囊液污染伤口，可用过氧化氢溶液处理。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