

原发性阿米巴脑膜炎_感染科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E9_c22_609641.htm 阿米巴病是由有致病力的溶组织内阿米巴（*Entamoeba histolytica*）寄生于肠道及其器官组织引起的寄生虫病。阿米巴病不但在热带及亚热带地区普遍发生，在温带和寒带也有病例报道。本病的流行和传播与恶劣的生活环境有直接关系，也是部队应重点防治的疾病之一。溶组织内阿米巴按发育阶段分为包囊和滋养体，前者是球形，不活动，后者是活动而体形多变，可分为不致病的小滋养体和致病的大滋养体。

一、病原学（一）形态

1. 小滋养体又称共栖成囊型滋养体，是非致病型。它生活在肠腔中，以肠道细菌和内含物为营养，不吞噬红细胞，食物泡中含细菌。在生理盐水涂片中体积较小，直径12~30μm，内外质分界不明。经铁苏木素染色，细胞核呈泡状，直径4~7μm，核膜内缘一层排列整齐的染色质粒，核的正中有一个小而圆形的核仁，也可略偏位，核仁与核膜间有时可见网状的核纤维。

2. 大滋养体也称组织型滋养体，是致病型。大滋养体是当肠腔内环境发生异常改变时由小滋养体转变形成的。大滋养体的体积变化很大，在生理盐水涂片中，直径20~60μm。内外质分明，外质透明，约占虫体1/3，内质较浓密呈颗粒状。常伸出单一的伪足做定向移动。运动活泼，形态多变。当它随粪便排出后，因温度降低虫体固定不动，但仍可见伸出伪足以及虫体内所吞噬的红细胞。有无被吞噬的红细胞，是溶组织内阿米巴的大滋养体与其他肠道非致病阿米巴的重要鉴别点之一。细胞核在活体时不易见到，有时只能隐约看到

一个小圈。经铁苏木素染色后，细胞核结构与小滋养体相同。

3.包囊圆球形，直径5~20um，用碘染色时，整个包囊呈淡棕色，核数1~2个，偶见8?个。四核包囊为具有感染性的成熟包囊，是传播阶段。（二）生活史溶组织内阿米巴生活史的基本过程是：包囊 小滋养体 包囊。成熟的四核包囊是感染期，当人吞入被四核包囊污染的食物或饮水后，虫体在小肠下段脱囊逸出，分裂成小滋养体寄生于盲肠、结肠和直肠等部位，小滋养体以肠腔内细菌为食，并不断地以二分裂方式增殖。如肠腔内环境及机体抵抗力正常时，小滋养体不致病，并至横结肠部，大部分发育成包囊。当宿主因受感染、中毒及机体抵抗力下降而导致肠壁发生组织损伤或肠功能紊乱时，小滋养体便依靠其伪足运动和分泌物的作用侵入肠壁，吞噬红细胞和组织细胞，转变为大滋养体，并大量分裂增殖，破坏肠壁组织，致使肠粘膜局部坏死，形成溃疡。大滋养体可随粘膜、血液落入肠腔，再随粪便排出体外而死亡；或者在肠腔中转变为小滋养体再发育成包囊。若肠壁组织中的大滋养体随血行至其他组织器官，就引起相应组织的阿米巴病，如阿米巴肝脓肿、肺阿米巴病等。大滋养体在组织中不形成包囊。从粪便中排出的大、小滋养体很快死亡，不起传播作用。

二、致病机理与临床表现

人体感染阿米巴后可呈现无症状带虫状态或阿米巴痢疾、阿米巴脓肿等各种临床类型。

1. 阿米巴痢疾

阿米巴痢疾也称肠阿米巴病，是由溶组织内阿米巴大滋养体侵袭肠壁组织引起的，常见寄生部位为盲肠、结肠、直肠等，虫体增殖和破坏肠粘膜，粘膜坏死形成溃疡所致。起病缓慢，以腹痛开始，大便次数增多，变为痢疾样，一天不超过十次。里急后重程度不一。大便常带

有脓血或粘液，有腥臭味。有时仅为单纯性腹泻。以右下腹腹痛为明显，体温和白细胞可正常，持续数天至数周可缓解，若不治疗，易复发。反复发作可转为慢性阿米巴痢疾。当病人体弱、免疫力低下或营养不良时，可能发生暴发型阿米巴痢疾。多见于体弱及营养不良者。起病急，以恶寒、高热开始，大便可超过十次，呈血水样，奇臭。里急后重和腹部压痛明显。易引起肠穿孔并发肠出血。有时阿米巴痢疾可并发肠出血、肠穿孔、阑尾炎和阿米巴瘤等合并症。阿米巴瘤较常见，为结肠壁的慢性炎性增生反应，多在盲肠、乙状结肠或直肠等肠壁形成肉芽肿，极似肿瘤，可引起肠套叠或肠梗阻，易误诊为结肠癌，活检有助于鉴别诊断。

2. 肠外阿米巴病

大滋养体自肠道经血流或淋巴蔓延至身体其他器官，如肝、肺、胸膜、心包、脑、腹膜、胃、胆囊、泌尿生殖系统、皮肤等部位而引起各种阿米巴病。

(1) 阿米巴肝脓肿：阿米巴肝脓肿是最常见的肠外阿米巴病，以长期发热、右上腹或右下胸痛、肝脏肿大及压痛为主要临床症状。常易导致胸部并发症。阿米巴肝脓肿多继发于慢性阿米巴痢疾。本病中年男性多发，酗酒、饮食不当、营养障碍、肝区外伤以及其他感染导致机体抵抗力下降时常可诱发本病。

(2) 肺、胸膜阿米巴病：多继发于肝阿米巴病。在10%~20%肝脓肿病人中，阿米巴可由肝脏直接侵入胸腔及肺部，少数肺脓肿则由栓塞所致。肺脓肿的症状与细菌性肺脓肿、支气管扩张等相似。并发支气管-肝瘘时可咯出大量咖啡色脓痰。从痰液或胸腔脓液中可找到阿米巴滋养体。

(3) 心包阿米巴病：较少见，多由左叶阿米巴肝脓肿穿入心包而致，也可有心包炎的症状。如作心包穿刺引流，从棕褐色脓液中可能检出滋养

体。经抗阿米巴治疗及心包穿刺放脓，预后良好。（4）脑阿米巴病：较少，多继发于肠、肝、肺阿米巴病。原虫自肠道、肝、肺等处经血流而至脑部形成脑脓肿，脑实质有多发性出血灶、软化灶及小化脓灶，其症状与化脓性脑脓肿相似。有发热、头痛、精神异常、昏迷、偏瘫等。病情发展很快，如不及时诊断往往可于一周内死亡，直至病理解剖时才得确诊。（5）阿米巴腹膜炎：可由肝脓肿或肠阿米巴溃疡穿孔所致，阿米巴肝脓肿并发腹膜炎时，黄疸发生率较单纯肝脓肿者为高。（6）泌尿生殖系统阿米巴病：较少见，多继发于肠阿米巴病，有类似细菌性泌尿生殖系统感染的一系列症状。（7）皮肤阿米巴病：可见四肢、躯干等有阿米巴性皮炎，由内脏阿米巴穿破胸、腹壁或手术引流后在局部感染而引起阿米巴皮炎，由阿米巴痢疾感染而引起的会阴、肛周等部位的皮肤性溃疡，继发于阿米巴痢疾后的在肛门周围有阿米巴肉芽肿以及阿米巴脓肿和肛瘘。

三、诊断

1. 粪便检查 取阿米巴痢疾现症病人新鲜粪便，盛器应保持清洁、保温，不与尿液、消毒液相混。病人在收集粪便前勿用液体石蜡或广谱抗生素以免影响检验。检验粪样，应选取粘液或血液部分。检查滋养体时，应立即用生理盐水涂片镜检。如为从带虫者取的成形粪便，放在4℃冰箱中可保存几天不影响包囊的观察，用卢戈氏碘液作染色涂片检查。
2. 乙状结肠镜检查可见大小不等的散在溃疡，边缘整齐，周围可见红晕，溃疡粘膜间大多正常，自溃疡面刮取标本镜检发现病原体的机会较多。x线钡剂灌肠检查肠道狭窄对阿米巴瘤有一定诊断价值。在阿米巴肝脓肿时，白细胞总数早期多增高，后期可降至正常或以下。粪便查虫阳性率不高，十二指肠引流物及胆汁中可查

到滋养体。如能局部穿刺抽得咖啡色脓液并查到滋养体可确诊。阿米巴肝脓肿需与细菌性肝脓肿进行鉴别。经检查后不能确诊时可选用诊断性治疗。四、流行情况本病以热带和亚热带多发，但在温带和寒带也有病例报道。发病季节以夏秋季多见。男性比女性多发，成人多于儿童，特别以男性青壮年多发。大多散发，偶有因水源污染及饮食管理不善而酿成暴发流行。本病的流行与生活环境的优劣、生活习惯的好坏及卫生水平的高低有直接关系。

1. 传染源 慢性肠阿米巴病人、恢复期病人及包囊携带者为主要传染源。特别是无症状的带虫者，他们往往不引起人们的重视，有些带虫者每日可排出三亿五千万个包囊。包囊对外界各种理化因素抵抗力都很强（如自来水的含氯量不能杀灭包囊）。包囊在潮湿、低温和阴暗的环境中能存活数周甚至数月。

2. 传播途径阿米巴的包囊是经口传播的。包囊可通过污染的水、食物、蔬菜传播。污染的手、苍蝇、蟑螂等可携带包囊而传播本病。

五、防治

1. 治疗用抗阿米巴药

(1) 甲硝唑（灭滴灵）：为急性阿米巴病的首选药，对阿米巴滋养体有较强的杀灭作用，较安全，适应于各型阿米巴。服药期偶有恶心、头昏、乏力、心悸等，不需特殊处理。偶可引起白细胞降低。重症病人不能口服者可给静脉滴注。服药期间宜禁酒。

(2) 替硝唑（甲硝磺酰咪唑）：是硝基咪唑类化合物的衍生物，疗效与甲硝唑相似。

(3) 氯散糠酸酯：对轻型及包囊携带者疗效为80%~90%，是安全有效的抗肠内阿米巴药。

(4) 氯喹：为治疗肠外阿米巴的有效药物。

(5) 抗阿米巴中草药：白头翁和鸦胆子可口服和灌肠，对急、慢性肠道阿米巴都有效，副作用轻。大蒜用来灌肠，也有一定效果。

2. 预防措施 (1)

开展爱国卫生运动，对全体官兵及周围居民进行卫生宣传教育，使人人了解阿米巴病的危害性及防治原则和方法。搞好环境卫生，加强粪便和饮水的管理，培养个人良好的卫生习惯。对一切外来人员、外出执勤归来人员、新兵等应做阿米巴检测。（2）饮水卫生。目前在边防哨所、农村及小城市的部队饮水污染的可能性很大。有些地方还必须饮用井水和地表水。若饮用河水，应保证上游无人粪便的污染；若是井水，则应加井栏及盖；自来水也应注意有无管道破损并被污染的现象。无论何种情况都应饮用煮沸过的水，这是最简单可靠的方法。（3）厨房卫生。无论是流动性较大的野战部队还是驻防较稳定的部队，抓好厨房卫生都是防止阿米巴病流行的重要环节之一。首先应保证炊事员、帮厨者及有关人员不是带虫者，并应定期进行监测。厨房应有相应的卫生保障设施，应保证清洁及封存等防污染措施。（4）部队在行军作战、野外训练、抗洪抢险等特殊情况下，官兵由于疲劳和应激等因素机体抵抗力下降，再加上环境恶劣更应注意饮食卫生防止感染。特别是洪水时，各种水源及食品被粪便中包囊污染的概率增加，应尤为注意。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