

隐孢子虫病_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__E9_9A_90_E5_AD_A2_E5_AD_90_E8_c22_609657.htm 隐孢子虫

病(cryptosporidiosis)是由隐孢子虫(cryptosporidium)感染引起的以腹泻为主要临床表现的人兽共患寄生虫病。早在1907年tyzzer就报道该寄生虫可广泛存在于动物中。寄生于人体的主要是微小隐孢子虫(c. parvum)该虫是机会致病原虫，但，也是一种重要的腹泻病原。本病在国外的研究报道日趋增多，国内近几年也逐渐被人们所注意。孢子虫都是营寄生生活的原虫，生活史复杂，有无性世代与有性世代的交替，这两个世代大多数在两个寄主体内进行，无性世代在人或其他脊椎动物的体内，有性世代在无脊椎动物体内进行。20世纪70年代以前，人类仅知道隐孢子虫是一种肠道寄生虫，牛、马、羊、鸭、鹅等数十种动物都可能感染该虫而致病。自1976年起才有隐孢子虫引起人感染患病的报道，其后许多国家相继报告有该病的发生。1984年证实隐孢子虫病可经水传播。1993年美国milwaukee发生了该病经水传播的暴发流行，病例达40万人，引起了全世界的高度重视。隐孢子虫主要寄生于小肠上皮细胞，导致消化不良和吸收障碍，临床表现轻重不一，取决于宿主免疫功能，免疫功能正常者表现为水样腹泻，病程短暂且可自限；免疫功能缺陷者（如艾滋病患者）则可引起严重腹泻以至死亡。我国自1987年开始有该病的报道，现在已知我国也存在着隐孢子虫的广泛感染。【诊断】由于隐孢子虫感染不易察觉、临床症状又不典型，故无论是散发还是暴发流行，确诊均有赖于病原学如包囊、特异

抗原或毒素检测，但关键在于接诊医生和调查人员保持足够的警惕性，尤其对病因不明和顽固性的腹泻性疾病，应考虑到寄生虫感染的可能并申请相应检测。实验室诊断包括组织学诊断、粪便集卵法诊断、染色法诊断、免疫法诊断及分子生物学诊断。美国疾病控制中心（CDC）推荐的对食源性小隐孢子虫病暴发进行确认的依据为：“在两名以上患者的粪便或小肠活检样本中检出有关病原体或其抗原，或在可疑中毒食物中检出有关毒素”。这对水传播性暴发和散发病例的确认也有借鉴意义。在实验室检测上，辅以碘液染色的直接涂片法最简便易行，包囊在高倍相差显微镜下表现为淡灰色背景中的圆形折光区，直径4.2~5.2 μm 左右，圆区内常能见到孢子形成的小凸点（环孢子虫包囊直径大一倍，且往往还未形成孢子，可资区别）；该法适用于包囊含量中等的粪便样本和大规模筛查。用浓聚法可提高低含量样本的检出率，但有些浓聚法可导致损失部分包囊。寄生虫检查常用的吉姆萨染色法不适用，因易与大小相当的粪酵母菌及粪渣物质混淆；而ziehl~neelsen抗酸染色法简便有效，包囊在镜下显示为蓝绿色背景中的亮红色圆点，但有时会产生伪影。酶联免疫吸附法检查隐孢子虫抗原的特异性虽然高达93%~100%，但灵敏度只有83%~95%，而且比较费时；免疫荧光法则更加灵敏和省时。将免疫荧光法与流式细胞计数技术结合起来可实现较准确的定量检测。隐孢子虫已在人胚肺细胞和鸡胚组织培养获得成功，为制备隐孢子虫抗原、发展更新的免疫诊断方法创造了条件。20世纪90年代兴起的dna分析和pcr技术不但为病原体含量过低的样本如水样便、隐性感染者的粪样和肠组织活检样本等的检测提供了优良的工具，也为隐孢子

虫及其包囊的分类定型提供了可靠手段，成为当前研究的热点。

【治疗】1. 支持和对症治疗因目前尚未找到治疗隐孢子虫病的特效药物，故治疗的重点应为防治脱水、纠正电解质紊乱、加强营养和止泻等。对腹泻严重者可试用前列腺素抑制剂，如吲哚美辛（消炎痛）。腹泻较轻而免疫功能正常的患者一般无需治疗，适当进食水果和饮料；因器官移植等而服用免疫抑制药物者只要停药一定时间，症状可自行消失；症状严重者须给予对症处理；而对先天性免疫缺陷和艾滋病患者，持续有效的对症支持治疗十分重要，甚至性命攸关。间歇性使用肾上腺皮质激素或细胞毒性药物的患者如终止治疗，病情可缓解。止泻药物均无显效。

2. 病原治疗 white-ac 等发现巴龙霉素虽然不能根除艾滋病患者体内的小隐孢子虫，但可缓解患者的腹泻症状和减少其包囊排出量。螺旋霉素对症状改善有一定疗效。口服大蒜素(大蒜新素，allimin)每次20 ~ 40mg，首次加倍，每天4次，6天为一疗程，1 ~ 3疗程后粪检时卵囊大多转为阴性。小剂量阿齐霉素(500 ~ 1000mg/d)、长疗程(30 ~ 40天)可使艾滋病患者伴发的慢性隐孢子虫病患者获得缓解或达到清除病原体。

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