

肺包虫病\_呼吸内科疾病库 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\\_\\_E8\\_82\\_BA\\_E5\\_8C\\_85\\_E8\\_99\\_AB\\_E7\\_c22\\_609837.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E8_82_BA_E5_8C_85_E8_99_AB_E7_c22_609837.htm) 肺包虫病（肺包虫囊肿、肺棘球蚴病、肺棘球蚴囊肿）为细粒棘球绦虫（犬绦虫）幼虫（棘球蚴）在肺内寄生所致，是肺部较常见的寄生虫病，人畜共患。本病最多见于畜牧地区，几乎遍及世界各地，特别是澳大利亚、新西兰、南美洲等，我国主要分布在甘肃、新疆、宁夏、青海、内蒙古、西藏等省区。

【病因病理】肺包虫病的病理改变除囊肿本身外，主要是巨大囊肿对肺的机械性压迫，使周围肺组织萎缩、纤维化或有淤血、炎症发生。>5cm的囊肿即可使支气管移位、管腔狭窄，或使支气管软骨坏死，进而破入支气管。表浅的肺包虫囊肿可引起反应性胸膜炎，巨大的囊肿还可能破入胸腔，大量头节外溢，形成许多继发性包虫囊肿。位于中心的囊肿偶有侵蚀、穿破大血管致大出血和。少数包虫囊肿有钙化。如囊肿破向细支气管，空气进入内囊外囊之间，可形成多种x线征。已有感染或破裂的的囊肿可合并胸腔及纵隔脓肿或脓胸，肝包虫囊肿破裂后可能与胸腔或肺、支气管相通，形成肺包虫囊肿-胆管-支气管瘘。

【临床表现】根据我国1950~1985大组病例分析，肺包虫病占人体包虫病的14.81%（2408/16258），男多于女（约2：1），儿童占25%~30%，40岁以下的占大多数，年龄最小1~2岁，最大60~70岁。由感染至出现症状一般间隔3~4年，甚至一、二十年。症状因囊肿大小、数目、部位及有无并发症面不同，早期囊肿小，一般无明显症状，常经体检或在因其他疾病胸透时发现。囊肿增大引起压迫或并发

炎症时，有咳嗽、咳痰、胸痛、咯血等症状。巨大囊肿或位于肺门附近的，可能有呼吸困难。如食管受压，有吞咽困难。侧见肺尖部囊肿压迫臂丛和颈交感神经节，引起pancoast综合征（患侧肩、臂疼痛）及horner征（一侧眼睑下垂，皮肤潮红不出汗）。如囊肿破入支气管，囊液量大的，有窒息危险，子囊及头节外溢，能形成多个新囊肿。患者常伴有过敏反应，如皮肤潮红、荨麻疹和喘息，严重的可休克。囊肿破裂感染的，有发烧、咳黄痰等肺部炎症及肺脓肿症状。少数囊肿破入胸腔，有发烧、胸痛气短及过敏反应。多数患者无明显阳性体征，囊肿较大的可致纵隔移位，在小孩可能出现胸廓畸形。患侧叩诊浊音，呼吸弱，有胸膜炎或脓胸的则有相应体征。【诊断鉴别】大部分无并发症的肺包虫病诊断不难，主要根据曾在流行地区居住，有犬、羊等动物接触史。包虫病的x线表现较典型，可见单发或多发边缘锐利的囊肿阴影。实验室检查：嗜酸性粒细胞增加，常在5%~10%左右，甚至可高达20%~30%，直接0.15~0.3)×10<sup>9</sup>/l。有时咳出物或胸水中能查到囊肿碎片及囊、头节或小钩。其他诊断方法包括包虫皮内试验（casoni试验），包虫补体结合试验，间接血凝集试验等免疫方法。目前对肺内块状阴影在x线或超声导引下经皮或经纤支镜穿刺取活检或细胞学检查的不少，但需注意，疑为包虫囊肿的忌行囊肿穿刺，以免引致囊液外溢，产生过敏反应或包虫病播散等严重并发症。【治疗预防】主要是手术切除，无特效药物。目前试用的有甲苯米唑及丙硫苯唑，有使生发层和原头蚴退化变质的作用，临床上能看到一些疗效，症状有所改善，部分囊肿停止增长或缩小。还有吡喹酮，临床效果不明显，或可在术前应用以

减少术后复发。目前药物治疗仅用于多发囊肿无法手术的患者。肺包虫囊肿一般呈进行性生长，能“自愈”的极少，绝大多数迟早将因囊内压力增设而破裂，产生严重并发症，因此要及时确诊并进行手术。手术方法主要有内囊摘除和肺叶切除2种。根据囊肿大小、数目多少、部位、有无并发感染及胸膜是否粘连决定手术方式。术中要注意防止囊肿破裂，囊液外溢入胸腔或胸壁软组织，以免引起包虫病变播散或过敏反应。麻醉：一般全麻气管内插管，如无特殊必要，不用双腔插管，手术间不需要单侧肺萎缩。较大的囊肿，如双腔插管不顺利，操作过程中囊腔有破裂可能。手术过程中囊肿在摘出前都有破裂，有从呼吸道吸入囊液或内囊碎片的危险，要注意。切口：如行肺切除，后外侧剖胸切口，一般从第5肋间或肋床进胸，便于处理肺门。单纯囊肿切除或在较近囊肿处做切口。手术方法：1.内囊完整摘除法 开胸分离粘连后，因囊肿多在近周边处，肺表面有时可见到覆盖的纤维蛋白层。摘除前在肺周围用纱布填满覆盖，仅露出准备作切口取囊部位，并准备好有强吸力的吸引器，便于囊腔意外破裂时及时吸出其内容物，避免污染胸腔。然后小心切开囊肿外包绕的肺纤维层，刀稍倾斜，免垂直接切入内囊。因内囊压力较高，外囊切开一小口后，即可见白色内囊壁从切口膨出，延长切口，请麻醉师从气管插管用力打气，借助肺压把内囊腔推出。一般因内外囊间无粘连，可以把囊腔完整取下。内囊取出后，外囊上有细支气管口漏气，先用纱布堵上，然后缝合修补，其残腔壁较多的可切除或内翻，然后缝合，完全消灭残腔。2.内囊穿刺摘除术 在囊肿部位周围用纱布涂擦，或用双氧水冲洗以杀灭原头蚴。过去常用甲醛涂抹，有进入

支气管漏口发生严重支气管痉挛的可能，现已不用。残腔中有支气管漏气要一一缝合，再从周围至底部全层（较大的可分数次）缝合，消灭残腔。3.肺切除用于囊肿已破裂，肺组织有严重感染，并发支气管扩张、肺纤维化、脓胸、支气管胸膜瘘或肺癌不能除外的患者。手术中如有可能最好先游离出支气管，钳夹住，避免术间挤压肺组织时，囊肿破向支气管，引起病变播散或窒息死亡。4.特殊类型包虫病的处理如同时有肝及肺囊肿的，可以一次手术。双侧有病变的先处理病变较大或有并发症的一侧，肺囊肿有支气管胸膜瘘的，先闭式引流，待感染控制，体力恢复后再行肺切除。治疗结果：1979年钱中希报告，胸部手术死亡率0.9%，近年来已无死亡，手术效果良好，个别病例复发，原因为：术中留下较小的包虫囊肿。术间囊液外溢，头节脱落，移植复发。再次感染，复发患者再次行肺切除，效果也多良好。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](http://www.100test.com)