

包虫病\_泌尿外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/610/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8C\\_85\\_E8\\_99\\_AB\\_E7\\_97\\_85\\_\\_c22\\_610147.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E5_8C_85_E8_99_AB_E7_97_85__c22_610147.htm) 包虫病或称棘球蚴病

(echinococcosis)，是人感染棘球绦虫的幼虫(棘球蚴)所致的慢性寄生虫病。本病的临床表现视包虫囊部位、大小和有无并发症而不同。长期以来，包虫病被认为是一种人兽(畜)共患寄生虫病，称之为动物源性疾病，惟近年来流行病学调查表明，称之为地方性寄生虫病；在流行区带有职业性损害的特点，被列为某些人群的职业病；从全球范围讲，包虫病为少数民族或宗教部落所特有的一种常见病和多发病。【诊断】诊断依赖于以下三点：(一)流行病学资料 本病见于畜牧区，患者大多与狗、羊等有密切接触史。(二)临床征象 上述患者如有缓起的腹部无痛性肿块(坚韧、光滑、囊样)或咳嗽、咯血等症状应疑及本病，并进一步作x线、超声检查、ct和放射核素等检查以且确立诊断。(三)实验室检查 皮内试验的灵敏性强而特异性差。血清学检查中免疫电泳、酶联免疫吸附试验具较高的灵敏性和特异性，但各种免疫诊断的特异性和敏感性除其本身特征外，更受到所有抗原、操作方法、阳性反应标准、皮内试验对血清反应的影响，以及患者包虫囊肿所在位置、感染期限与手术后时间和个体免疫应答性等因素的影响。本病应与肝脏非寄生虫性良性囊肿、肝脓肿、肠系膜囊肿、巨型肾积水、肺脓肿、肺结核球、脑瘤、骨肿瘤等鉴别，根据各种疾病自身的特点一般不难作出诊断。【治疗措施】外科手术为根治本病的首选方法，应争取在压迫症状或并发症发生前施行。术时先用细针将囊液抽

去（慎防囊液外溢），然后将内囊摘除。内囊与外囊仅有轻度粘连，极易剥离，常可完整取出。肺、脑、骨等部位的包虫病亦应行摘除手术。在手术摘除包虫内囊之前，向包虫囊内注入10%福尔马林液以助杀死原头蚴，由于本品对肺部组织具有刺激性和偶有的中毒副作用，故尤其不适用于破裂性肺或肝包虫囊肿。国外有人采用西曲溴胺（cetrimide）杀原头蚴，并认为是毒性低、效果好的理想杀原头蚴剂，用于人体包虫囊摘除术前，分2次注入囊内适量的0.1rimide，每次历时5分钟，一组10年期间通过378例的手术时应用和手术后观察报告表明，无1例包虫复发，而未用cetrimide以前，术后包虫复发率为10%。苯并咪唑类化合物是近年来国内外重点研究的抗包虫药物，在动物实验的基础上试用于临床并取得了一定的疗效。按照who意见，阿苯达唑和甲苯咪唑均列为抗包虫的首选药物。有作者认为其适应证如下：继发性腹腔或胸腔包虫病，多发生于原发性肝或肺囊型包虫病并发破裂之后，亦可因包虫手术时保护不严，或因误作诊断性穿刺，致使包虫囊液外溢，继发种植扩散，病变遍及全腹腔或全胸腔，手术难以根除。多发性或多脏器囊型包虫病，或复发性包虫病，病人不愿或难以接受再（多）次手术。病者年迈体弱或并存重要器官的器质性疾病，手术耐受性差。经手术探查或不能根治的晚期肝泡球蚴病，或继发肺、脑转移者，药物治疗可缓解症状，延长存活期。无论囊型或泡型包虫病，化疗作为手术前后辅助用药，可减少复发率，提高疗效。阿苯达唑问世后，在治疗包虫病方面有取代甲苯咪唑的趋势，阿苯达唑吸收较好，其血清浓度比甲苯咪唑高100倍。包虫囊液中浓度比甲苯咪唑高60倍。以治疗囊型包虫病时

，其剂量每日10~40mg/kg，分2次服，30天为一疗程，可视病情连续数个疗程，其疗程优于甲苯咪唑，尤以肺包虫病为佳。对泡型包虫病国内有人建议长期较大剂量的阿苯达唑治疗，其每日剂量为20mg/kg，疗程可从17月~66月（平均为36月）不等，经长期的随访，发现ct扫描示明显进步，大部分病例原病变区域全部钙化而获痊愈，有效率达91.7%。一般病人对长期治疗均能耐受，未见严重的毒副作用，但治程中宜随访肝、肾功能与骨髓。孕妇忌用。甲苯咪唑国外采用剂量与疗程不一。剂量自每日20~200mg/kg不等，通常以每日40~50mg/kg为宜，分3次口服，疗程1月，休息半月再服另一疗程，一般治疗3个月。也有人认为治疗囊型包虫病者需用药1~6月，而治疗泡型包虫病则需延长疗程，久者可达3~5年。疗效报告不一，部分囊型包虫病患者可望治愈，肺包虫病之疗效优于肝包虫病。甲苯咪唑吸收差，一般空腹服用仅1%吸收，为求提高疗效，服药时应配合脂肪餐，药物容易和脂肪一并吸收，据报告脂肪餐伴服时吸收率可为5%~20%。【病原学】包虫病是由棘球属（genus echinococcus）虫种的幼虫所致的疾病。目前被公认的虫种有细粒棘球绦虫

（*echinococcus granulosus*）、多房棘球绦虫（*e. multilocularis*）、伏氏棘球绦虫（*e. vogeli rausch*）、少节棘球绦虫（*e. oligarthrus*）。其形态、宿主和分布地区略有不同，以细粒棘球绦虫最为常见。细粒棘球绦虫长仅1.5~6mm，由一个头节和3个体节组成。成虫寄生于狗的小肠内，但狼、狐、豺等野生动物亦可为其终宿主。虫卵呈圆形，有双层胚膜，其形态与带绦虫虫卵相似，对外界抵抗力较强。当虫卵随狗粪便排出体外，污染牧场、畜舍、蔬菜、土壤和饮水，被人或羊等

其他中间宿主吞食后，经胃而入十二指肠。经消化液的作用，六钩蚴脱壳而出，钻入肠壁，随血循环进入门静脉系统，幼虫大部被阻于肝脏，发育成包虫囊（棘球蚴）；部分可逸出而至肺部或经肺而散布于全身各器官发育为包虫囊。狗吞食含有包虫囊的羊或其他中间宿主的内脏后，原头蚴进入小肠肠壁隐窝内发育为成虫（约经7~8周）而完成其生活史。多房棘球绦虫的终末宿主以狐、狗为主，幼虫（包球蚴）主要寄生在中间宿主啮齿动物或人体的肝脏。【发病机理】本病呈全球性分布，主要流行于畜牧地区，在中国以甘肃、宁夏、青海、新疆、内蒙、西藏、四川西部、陕西为多见。河北与东北等省亦有散发病例。（一）传染源 本病的主要传染源为狗。狼、狐、豺等虽也为终宿主，但作为传染源的意义不大。在流行区的羊群中常有包虫病存在，而居民常以羊或其它家畜内脏喂狗，使狗有吞食包虫囊的机会，感染常较严重，肠内寄生虫数可达数百至数千，其妊娠节片具有活动能力，可爬在皮毛上，并引起肛门发痒。当狗舐咬时把节片压碎，粪便中虫卵常污染全身皮毛，如与其密切接触，则甚易遭至感染。（二）传播途径 直接感染主要由于与狗密切接触，其皮毛上虫卵污染手指后经口感染。若狗粪中虫卵污染蔬菜或水源，尤其人畜共饮同一水源，也可造成间接感染。在干旱多风地区，虫卵随风飘扬，也有经呼吸道感染的可能。（三）易感性 人感染主要与环境卫生以及不良卫生习惯有关。患者以农民与牧民为多，兄弟民族远较汉族为多。因包虫囊生长缓慢，一般在儿童期感染，至青壮年期才出现明显症状。男女发病率无明显差别。【流行病学】本病呈全球性分布，主要流行于畜牧地区，在中国以甘肃、宁夏、青海、新

疆、内蒙、西藏、四川西部、陕西为多见。河北与东北等省亦有散发病例。（一）传染源 本病的主要传染源为狗。狼、狐、豺等虽也为终宿主，但作为传染源的意义不大。在流行区的羊群中常有包虫病存在，而居民常以羊或其它家畜内脏喂狗，使狗有吞食包虫囊的机会，感染常较严重，肠内寄生虫数可达数百至数千，其妊娠节片具有活动能力，可爬在皮毛上，并引起肛门发痒。当狗舐咬时把节片压碎，粪便中虫卵常污染全身皮毛，如与其密切接触，则甚易遭至感染。（二）传播途径 直接感染主要由于与狗密切接触，其皮毛上虫卵污染手指后经口感染。若狗粪中虫卵污染蔬菜或水源，尤其人畜共饮同一水源，也可造成间接感染。在干旱多风地区，虫卵随风飘扬，也有经呼吸道感染的可能。（三）易感性 人感染主要与环境卫生以及不良卫生习惯有关。患者以农民与牧民为多，兄弟民族远较汉族为多。因包虫囊生长缓慢，一般在儿童期感染，至青壮年期才出现明显症状。男女发病率无明显差别。【临床表现】 包虫病可在人体内数年至数十年不等。临床表现视其寄生部位、囊肿大小以及有无并发症而异。因寄生虫的虫种不同临床上可表现为囊型包虫病（单房型包虫病）、泡型包虫病（多房型包虫病）、混合型包虫病，后者是由伏氏棘球绦虫或少节棘球绦虫的幼虫致病，国外见于中、南美洲，国内尚未发现。（一）肝包虫病 肝包虫囊极度肿大时右上腹出现肿块，患者有饱胀牵感，并可有压迫症状。囊肿大多位于右叶，且多位于表面，位于左叶者仅1/4。囊肿位于右叶中心部时肝脏呈弥漫性肿大，向上发展压迫胸腔可引起反应性胸腔积液、肺不张等；向下向前发展则向腹腔鼓出。大多数患者体检时发现肝脏极度肿大，局部

有圆形表面平滑囊肿感。少数病例叩打囊肿后可听到震颤。肝功能大多正常，白、球蛋白比例倒置。肝b型超声波、肝同位素扫描、肝ct检查均示肝脏占位性病变。通常由细粒棘球蚴所致称为单房型包虫病；而由多属棘球蚴所致的称为多房型包虫病，简称泡球蚴病（alveococcosis）。包虫增殖方式呈浸润性，酷似恶性肿瘤。肝泡球蚴尚可通过淋巴或血路转移。继发肺、脑泡型包虫病。故有恶性包虫病之称。肝质地变硬，表面不平。（二）肺包虫病肺组织较为松弛，故包虫囊生长较快，常有干咳、咯血等症状。2/3患者病变位于右肺，且以下叶居多。在无并发症的病例胸部x线检查可见单个或多个圆形、卵圆形或多环形、边缘清晰而光滑的肿块（有继发感染时边缘模糊）。囊肿随呼吸而变形，罕见钙化，大小不一，最大者可占一侧肺野。囊肿穿破囊液完全排出，在x线上呈空洞型；囊肿破入胸腔时可发生严重液气胸。约半数患者的囊肿破入支气管，囊液咳出而自愈。偶可因囊液大量溢出而引起窒息。（三）脑包虫病发病率低（1~2%），多见于儿童，以顶叶为常见，临床表现为癫痫发作与颅内压增高症状。包囊多为单个，多数位于皮层下，病变广泛者，可累及侧脑室，并可压迫、侵蚀颅骨，出现颅骨隆凸。脑血管造影、脑ct、脑核磁共振均有助于诊断。（四）骨骼包虫病较为罕见，国外报告约占全身包虫病的1%~2%，国内报告远低于国外，仅占0.2%左右。以骨盆和脊椎发生率最高，其次可以四肢长骨、颅骨、肩胛骨、肋骨等。细粒棘球蚴侵入长骨后，感染通常从骨端开始，疏松海绵骨首先受侵。由于骨皮质坚硬、骨髓腔狭小呈管状，限制包虫的发展，故病程进展缓慢，晚期可能出现病理性骨折、骨髓炎或肢体功能障碍。x

线可有助于诊断。此外，心包、肾、脾、肌肉、胰腺等包虫病均属少见，其症状似良性肿瘤。人感染包虫病后，常因少量抗原的吸收而致敏，如囊肿穿破或手术时囊液溢出可致皮疹、发热、气急、腹痛、腹泻、昏厥、谵妄、昏迷等过敏反应，重者可死于过敏性休克。【并发症】常为患者就诊时的首发症状。主要并发症为： 囊肿穿破：肝包虫囊可因外伤或穿刺而破裂。破入腹腔时可误诊为急腹症，有剧烈腹痛伴休克，继而出现过敏症状，因此，肝穿刺在肝包虫病患者应视为严格的禁忌症。包虫囊腔内压力甚高，穿刺后不仅发生囊液外漏、过敏性休克，且可使原头蚴种植于腹腔内而产生继发性包虫囊。囊肿破入肝内胆管，破碎囊皮引起胆管阻塞，每导致胆绞痛与黄疸。 感染：约1/5~1/4肝包虫囊有继发感染，感染多来自胆道。肺包虫囊并发感染者亦颇常见。感染可促使包虫死亡，但亦明显加重病情。【辅助检查】（一）血象 嗜酸粒细胞增多见于半数病例，一般不超过10%，偶可达70%。包虫囊肿破裂或手术后，血中嗜酸粒细胞每有显著增高现象。（二）皮内试验 以囊液抗原0.1ml注射前臂内侧，15~20分钟后观察反应，阳性者局部出现红色丘疹，可有伪足（即刻反应），2~2 1/2小时后始消退，约12~24小时继以红肿和硬结（延迟反应）。当患者血液内有足量抗体存在时，延迟反应常不出现。在单纯性病例，即刻反应和延迟反应均呈阳性。在穿刺、手术或感染后即刻反应仍为阳性，但延迟反应被抑制。皮内试验阳性率在80%~90%之间。但可出现假阳性，其他寄生虫病，特别是带绦虫病等有较高的非特异性反应，交叉反应还可见于恶性肿瘤、腹腔结核。（三）血清试验 血清免疫学试验用以检测病人血清抗体，试验方法

多种，但以间接血凝试验和酶联吸附最为常用，阳性率约90%左右，亦可出现假阴性或假阳性反应。肺囊型包虫病血清免疫学试验阳性率低于肝囊型包虫病。补体结合试验阳性率为80%，约5%呈假阳性反应（本病与吸虫病和囊虫病之间有交叉免疫现象）。其它尚有乳胶凝集、免疫荧光试验，可视具体情况选用。（四）影象诊断包括x线检查、超声检查、ct和放射核素扫描检查等，上述检查虽均为诊断包虫病的重要手段，但在判断结果时，应相互结合并进行全面分析才有助于诊断。如胸片有助于肺包虫病的定位。肝包虫病者在肝ct上显示大小不等的圆形或椭圆形低密度影，囊肿内或囊壁可出现钙化，低密度影边缘部分显示大小不等的车轮状圆形囊肿影，提示囊内存在着多个子囊。b型超声检查有助于流行区人群包虫病的普及、手术前包虫囊肿的定位以及手术后的动态观察。【预防】包虫病为人兽共患疾病，中间宿主包括家畜和野生动物，其预防不仅是生物学范畴内的一个复杂问题，而且也是一个严重的社会问题，应采取综合措施，包括：（一）加强流行区犬的处理和管制 犬为预防人体包虫感染的关键性一环。在包虫流行区野犬应一律灭绝，家犬严加限制，对必用的牧羊犬、猎犬或警犬等必须挂牌登记。定期驱绦虫和药物监测应列为常规制度，据新西兰报告重度流行区规定每隔6周投药驱绦一次。轻度流行区改为3个月投药一次。（二）严格肉食卫生检查 肉联厂或屠宰场要认真执行肉食的卫生检疫，病畜肝、肺等脏器感染包虫，必须妥善进行无活化处理，采用集中焚烧、挖坑深埋、药液毒等法，切忌喂狗。（三）大力开展卫生宣教 宣教方式可多样化，内容要简单通俗易懂、讲求实效。并要充分发动群众，做到家喻



户晓，人人皆知。【预后】本病的预后取决于包虫囊的部位、大小以及有无并发症等因素。脑及其它重要器官的包虫病预后较差。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)