

旋毛虫病\_神经外科疾病库 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\\_\\_E6\\_97\\_8B\\_E6\\_AF\\_9B\\_E8\\_99\\_AB\\_E7\\_c22\\_610827.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E6_97_8B_E6_AF_9B_E8_99_AB_E7_c22_610827.htm) 旋毛虫病 (trichinosis

, trichinellosis) 是由旋毛线虫 (trichinella spiralis) 引起的人畜共患的寄生虫病，流行于哺乳类动物间，人因生吃或半熟食含旋毛虫包囊的猪肉等而感染。主要临床表现为胃肠道症状、发热、肌痛、水肿和嗜酸粒细胞增多等。

【诊断】 诊断依据： 病前1~2周 (1~40d) 摄食生猪肉等史； 临床特点主要为发热、肌肉疼痛和水肿、皮疹等，初期可有胃肠道症状，血白细胞总数和嗜酸粒细胞显著增多等； 确诊有赖于肌肉活检找到幼虫或 (和) 血清学检查。

【治疗措施】 (一) 一般治疗 症状明显者应卧床休息，给予充分营养和水分。

肌痛显著可予镇痛剂。有显著异性蛋白反应或心肌、中枢神经系统受累的严重患者，可给予肾上腺皮质激素，最好与杀虫药同用。一般强的松剂量为每日20~30mg，连服3~5d，必要时可延长；亦可用氢化可的松100mg/d，静滴，疗程同上。

(二) 病原治疗 苯咪唑类药物中以阿苯达唑为首选，其疗效好、副作用轻。国内采用剂量为每日15mg/kg、24

~32mg/kg，分2~3次口服，疗程5d (长者10d) 的不同方案，均取得良好疗效。必要时间隔2周可重复1~2个疗程。一般于服药后2~3d体温下降、肌痛减轻、浮肿消失，少数病例于服药后第2~3d，体温反应所致。噻苯咪唑对成虫和幼虫 (移行期和包囊期) 均有杀灭作用；剂量为25mg/kg，日2次，疗程5~7d，必要时间隔数日后可重复治疗；本品偶可引起头晕、恶心、呕吐、腹部不适、皮炎、血压下降、心率减慢、血

清转氨酶值升高反应，加用强的松可减轻反应。甲苯咪唑对各期旋毛虫幼虫的疗效可达95%，对成虫疗效略低；成人剂量为100mg，日服3次，疗程5~7d（幼虫）或10d以上（成虫）。【病原学】旋毛虫雌虫长3~4mm，雄虫长仅1.5mm，通常寄生于十二指肠及空肠上段肠壁，交配后雌虫潜入粘膜或达肠系膜淋巴结，排出幼虫。后者由淋巴管或血管经肝及肺入体循环散布全身，但仅到达横纹肌者能继续生存。以膈肌、腓肠肌、颊肌、三角肌、二头肌、腰肌最易受累，其次为腹肌、眼肌、胸肌、项肌、臀肌等，亦可波及呼吸肌、舌肌、咀嚼肌、吞咽肌等。于感染后5周，幼虫在纤维间形成 $0.4 \times 0.25$ (mm)的橄榄形包囊，3个月内发育成熟（为感染性幼虫），6个月~2年内钙化，但因其细小，x线不易查见。钙化包囊内幼虫可活3年（在猪体内者可活11年）。成熟包囊被动物吞食后，幼虫在小肠上段自包囊内逸出，钻入肠粘膜，经四次脱皮后发育为成虫，感染后一周内开始排出幼虫。成虫与幼虫寄生于同一宿主体内。【流行病学】（一）传染源猪为主要传染源，其它肉食动物如鼠、猫、犬、羊以及多种野生动物如熊、野猪、狼、狐等亦可感染并通过相互残杀吞食或吃了含有旋毛虫囊包的动物尸体而感染。有人提出本病的两个传播环，即家养动物环和野生动物环。人为此两个传播环的旁系，在无人类感染的情况下，这两个传播环均能各自运转。（二）传播途径人因吞食含包囊的猪肉、狗肉、羊肉或野猪肉等而感染。爆发流行与食生肉习惯有密切关系。（三）易感人群人对本病普遍易感，感染后可产生显著的免疫力，再感染者病情远较初次感染者为轻。（四）流行情况旋毛虫病散在分布于全球，以欧美的发病率为高。国内主要

流行于云南、西藏、河南、湖北、东北、四川等地，福建、广东、广西等地亦有本病发生。近年各地调查，猪的感染率一般为0.1~0.2%，某些地区检出率达2%或7%，个别地区送宰的猪群检出率竟高达50%。鼠的感染率和感染度亦较高较重。

【临床表现】旋毛虫对人体致病作用的强弱，与摄入幼虫包囊数量及其活力，以及宿主的免疫功能状态等因素有关。轻者可无症状，重者可因而致死。按旋毛虫在人体的感染过程可分为下列三期：（一）侵入期（小肠期，约1周）脱囊幼虫钻入肠壁发育成熟，引起广泛的十二指肠炎症，粘膜充血水肿，出血甚至浅表溃疡。约半数病人感染后一周内有恶心、呕吐、腹泻（稀便或水样便，日3~6次）、便秘、腹痛（上腹部或脐部为主，呈隐痛或烧灼感）、食欲不振等胃肠道症状，伴有乏力、畏寒、发热等。少数病人可有胸痛、胸闷、咳嗽等呼吸道症状。（二）幼虫移行期（2~3周）感染后第二周，雌虫产生大量幼虫，侵入血循环，移行至横纹肌。幼虫移行时所经之处可发生血管性炎症反应，引起显著异性蛋白反应。临床上出现弛张型高热，持续2d至2月不等（平均3~6周），少数有鞍状热。部分患者有皮疹（斑丘疹、荨麻疹或猩红热样皮疹）。旋毛虫幼虫可侵犯任何横纹肌引起肌炎：肌细胞横纹肌消失、变性、在幼虫周围有淋巴细胞、大单核细胞、中性和嗜酸粒细胞，甚至上皮样细胞浸润；临床上有肌肉酸痛，局部有水肿，伴压痛与显著乏力。肌痛一般持续3~4周，部分可达2月以上。肌痛严重，为全身性，有皮疹者大多出现眼部症状，除眼肌痛外，常有眼睑、面部浮肿、球结膜充血、视物不清、复视和视网膜出血等。重度感染者肺、心肌和中枢神经系统亦被累及，相应产生灶性（或

广泛性)肺出血、肺水肿、支气管肺炎甚至胸腔积液;心肌、心内膜充血、水肿、间质性炎症甚至心肌坏死、心包积液;非化脓性脑膜脑炎和颅内压增高等。嗜酸粒细胞常显著增多(除极重型病例外)。(三)肌内包囊形成期(感染后1~2月)随着肌内包囊形成,急性炎症消退,全身症状减轻,但肌痛可持续较久,然无转为慢性的确切依据。重症患者可呈恶病质,虚脱,或因毒血症、心肌炎而死亡。【辅助检查】(一)血象 早期移行期白细胞计数及嗜酸粒细胞显著增多,达 $1\sim 2$ 万/ $\text{mm}^3$ ,但重症患者嗜酸粒细胞可不增加。(二)肌肉活组织检查 感染后第四周取三角肌或腓肠肌(或浮肿,肌痛最显著的部位)近肌腱处肌肉一小片,置两玻片中压紧,低倍镜下观察,可见蜷曲的幼虫,虫体周围有多数炎性细胞包绕,形成小型肉芽肿。肌肉活检受摘取组织局限性的影响,在感染早期及轻度感染者每不易检出幼虫。感染较轻镜检阴性者,可将肌片用胃蛋白酶和稀盐酸消化,离心沉淀后检查幼虫,其阳性率较压片法为高。(三)免疫学检查 旋毛虫抗原可分为虫体抗原、虫体可溶性抗原(有感染性幼虫体可溶性粗抗原和自感染性幼虫体杆细胞内颗粒提取的可溶性抗原两种)、表面抗原(自虫体表面提取或剥离的可溶性抗原)、以及排泄分泌抗原(或称代谢抗原)。国内外试用过多种免疫学检查方法,包括皮内试验、补体结合试验、皂土(亦称美粘土, bentonite)絮状试验、对流免疫电泳、环蚴沉淀试验、间接荧光抗体试验(ifa)、间接血凝试验(iha)、酶联免疫吸附试验(elisa)以及间接免疫酶染色试验(iest)等。其中后四者的特异性强、敏感性高,且可用于早期诊断。 ifa对早期和轻度感染均有诊断价值。以全幼虫

作抗原，在幼虫皮层周围或幼虫口部有荧光沉淀物者为阳性反应。患者于感染后2~7周可出现阳性反应。iha用冻干致敏绵羊红细胞、以iha检测患者血清中抗体。用滤纸干血滴代替血清，结果无显著差异，适用于流行病学调查。elisa敏感性高于ifa。常采用以虫体生理盐水浸出液为抗原。iest用感染鼠肌肉冰冻切片作抗原，以iest检测患者血清中抗体。血清学试验于感染后2~4周开始阳性，感染后7周多全部阳性。反应如由阴性转为阳性，或抗体效价4倍升高者尤有诊断价值。血清学检查在抗体检测上取得良好效果，但人、畜感染旋毛虫后，抗体持久存在于血清中，不利于疗效考核。近年国内外已成功地制备旋毛虫幼虫单克隆抗体。采用虫体可溶性抗原、排泄分泌抗原结合单克隆抗体、多克隆抗体-间接双抗体夹心elisa法检测患者血清中循环抗原，抗原阳性结果提示为现症感染，且具疗效考核价值。【鉴别诊断】本病应与食物中毒（初期）、嗜酸粒细胞增多的疾病如结节性多动脉炎、风湿热、皮炎、钩端螺旋体病、流行性出血热等鉴别。流行病学资料对鉴别诊断有重要参考价值。【预防】（一）加强卫生宣教不吃生的或未煮熟的猪肉及其他哺乳类动物肉或肉制品是最简单而有效的预防措施。（二）控制和管理传染源改善猪方法，提倡圈养，病猪隔离治疗；灭鼠，防止鼠粪污染猪圈；饲料煮熟以防猪只感染。（三）加强肉类检验，未经检验不准出售。库存猪肉经低温冷冻处理，在-15℃冷藏20d，或-20℃冷藏24h，可杀死幼虫。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)