

文章编号: 1000-7423(2000)-06-0372-02

1 062 例脑囊尾蚴病的临床与 CT 分析

(河南省周口地区卫生防疫站, 周口 466000)

张 恩 东

中图分类号: R532.33

文献标识码: B

河南省周口地区及毗邻地区为囊尾蚴病的高发区,其危害较大,为中枢神经系统常见的感染性疾病,临床情况复杂。我院自1990年8月~1998年8月共收治1 062例脑囊尾蚴病患者,其中474例曾做过一次以上CT检查,分析结果表明,颅脑CT对该病的诊断极为重要,可作为疗效考核的主要指标之一。现将其临床与CT检查在诊断中的作用分析如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

按照全国囊虫病专家指导组提出的“脑囊虫病诊断标准”^[1]诊断为脑囊尾蚴病者。

1.2 资料分析

1.2.1 一般资料:1 062例患者中,男性723例(占68.1%),女性339例($\chi^2 > 6.63$, $P < 0.01$)。最小1岁零4个月,最大76岁。病程最短者2.5个月,最长为34年。有排绦虫史者138例,占13.0%。农村患者973例,占91.6%。有皮下结节者164例,占15.4%,其中曾做过病理切片者仅32例,检查结果与曾学荣^[2]报道近似。

1.2.2 症状与体征:以头痛为主诉症状者382例(31.6%),以癫痫为首发症状者552例(52.0%),精神障碍者33例(3.1%),偏瘫或肢体无力者82例(7.3%),视力减退或双目失明者67例(6.3%)。其中,某一位患者有的同时有数种症状,有的只有一种症状,以癫痫为主的患者也表现出几种不同型别的复杂性癫痫,如:57例表现为视神经乳头水肿或萎缩,11例为视网膜焰状或片状出血,13例为视乳头边界不清,4例为眼外肌麻痹,以致出现视力减退、失明、复视、斜视等症状^[3],82例偏瘫或肢体肌力减退。

1.2.3 临床分型:本文1 062例患者均为脑囊尾蚴病患者,临床上根据其表现作以下分型:① 高颅压型,占21.3%(226/1 062),以头痛、呕吐、颈硬为主要表现,严重者复视、视力减退、甚至昏迷、脑疝形成等;② 癫痫发作型,占52.0%(552/1 062),表现为大发作、小发作、局灶性癫痫等,也可以兼而有之,重者常常以癫痫连续状态出现;③ 意识障碍或精神障碍型,占3.1%(33/1 062),患者以神志丧失或模糊,精神异常,哭、闹、跑、唱、答非所问为主诉;④ 偏瘫型,占7.3%(78/1 062),以半侧肢体麻木,肌力下降,口歪眼斜,肢体运动障碍为主要表现。以上分型并不十分严格,因患者可以表现出多种临床症状。

1.2.4 临床检查:1 062例患者均作囊尾蚴抗体检测。1994年以前采用河南省卫生防疫站生产的囊尾蚴致敏血球,应用IHA法检测;1994年后采用郑州博赛公司生产的囊尾蚴抗体检测酶标试剂盒检验,阳性或弱阳性者758例,阳性率为71.4%(758/1 062)。1 062例患者全部作脑电图(BEAM)检测,正常者694例,占65.3%;异常者365例,其中,中、重度异

常仅82例,占7.7%。有棘波、尖波或棘慢综合波的144例,占13.6%。208例患者曾做过腰椎穿刺,脑脊液不经稀释做酶标囊尾蚴抗体检测,161人阳性或弱阳性,阳性率为77.4%,仅比血液检查提高6%。腰穿脑脊液压力增高者32例,最高压力为3.5 kPa。生化检查异常者34例,占16.4%。

2 CT 特征

2.1 资料来源 以住院病历记录为主,部分患者根据其姓名及CT片编号,查阅CT原始档案,重新阅读后予以分类,共查出474例曾做过一次以上CT。

2.2 CT分型 与临床分型不同,CT分型根据虫体形态、占位部位、是否伴有局部低密度炎性水肿以及是否有占位效应等因素而分型。

2.2.1 脑实质小囊型:共366例,占大多数,CT表现为脑实质内大小为5~10 mm的圆型低密度灶,或点状高密度影,混合存在、单发或多达数百个不等^[4]。其中,一部分病灶为蜕变期,圆形低密度灶内见点状高密度头节,还有一部分病灶看不到头节,其边界略显不清。

2.2.2 脑水肿型:共62例,在脑实质内呈片状不规则低密度影,面积大小不等,CT值一般为30~50,增强扫描后,多数(45/62)可出现环型强化影或结节状强化灶。

2.2.3 脑室型和脑积水型:共31例,CT分不清囊壁和脑脊液之间的界限,其中28例伴有不同程度的脑室扩大或脑积水,以侧脑室积水较多,第Ⅲ和第Ⅳ脑室扩大,一般均有低位梗阻。有5例可见囊尾蚴头节。

2.2.4 脑梗塞型:共7例,均为40岁以上患者,以内囊附近梗塞为主,多伴有动脉硬化或高血压、心血管疾病。1例伴有糖尿病。

2.2.5 大泡型:共8例,病灶直径20~40 mm,呈圆形或卵圆形,可单个病灶,也可十数个同时并存,CT值一般为30左右,有些可见点状钙化头节。

3 治疗方法及疗效判定

采用吡喹酮治疗,每天口服20~30 mg/kg,连服10 d为一疗程,有时以每天20 mg/kg的阿苯达唑和吡喹酮交替使用。同时给予对症处理,如降颅压,纠正脑缺氧。抗癫痫等药物的使用,一般治疗5~7个疗程后复查(疗程间隔20 d),参照马云祥等^[5]关于脑囊尾蚴病诊断、临床分型与疗效判定标准的建议判定疗效,治愈率为78.2%(829/1 062)。

4 讨论

本文整理1 062例脑囊尾蚴病住院病历,对照474例的CT检查,提示有以下特征:① 临床上以癫痫和头痛为主诉者较多,占83.2%;② 以脑实质型居多,占77.2%;③ 囊尾

抗体检测阳性或弱阳性者占71.4%，与东北地区报道^[6]相近(69.5%)，有近30%的患者出现假阴性。所以单纯依靠囊尾蚴抗体的检测诊断囊尾蚴病是不够的，即使作脑脊液检查，也仅能提高6%的阳性率，因而不将腰穿列为常规检查；④ 1 062例患者中仅34.4%的患者 BEAM 异常，故 BEAM 正常不能排除颅内病变的可能。因此提倡对我区的癫痫患者，有条件时可做头颅 CT 检查，以早期明确诊断；⑤ 本组474例(占98%)是由 CT 检查首先发现而做进一步检查的。

本组病例中，有头痛症状的比例较高。除颅内高压的患者呈持续性头痛外，其余患者多呈间断性或阵发性头痛，且可以忍受。多数被误诊为血管性头痛或动脉硬化性头痛者，因治疗无效而来我院就诊，经头颅 CT 证实为脑囊尾蚴病。因此，在一般头痛患者中，尤其病程较长者，头颅 CT 检查非常重要。

本文患者中，有排绦虫史者仅138例，占13.0%，说明脑组织中的囊尾蚴主要来源于异体感染。有皮下囊尾蚴结节者164例，仅占15.4%，提示诊断脑囊尾蚴病时要注意患者不一定有皮下结节，且本文血液免疫学检查囊尾蚴阴性率近30%，最后均由头颅 CT 确诊为脑囊尾蚴病。所以，囊尾蚴免

疫学检查阴性者不能排除脑囊尾蚴病的可能，这也许和寄生在体内的囊尾蚴数过少有关。

综上所述，头颅 CT 在脑囊尾蚴病的临床诊断中具有重要价值，可以了解虫体的数量、寄生部位以及虫体的蜕变情况，为选择治疗方法提供可靠的依据。

参 考 文 献

- [1] 全国囊虫病专家指导组. 脑囊虫病临床诊断、临床分型及疗效判定标准. 中国人兽共患病杂志, 1996, 12(6): 164.
- [2] 曾学荣. 脑囊虫病230例临床诊断分析. 全国第三届囊虫病学术研讨会论文汇编, 1991, 11: 36~37.
- [3] 张恩东, 崔国义. 52例脑囊虫病致视力减退的临床分析. 河南预防医学杂志, 1998, 3: 159~160.
- [4] 上海第一医学院中山医院主编. 内科学. 北京: 人民卫生出版社, 1980: 961~862.
- [5] 马云祥, 薛晓玲, 于庆林. 关于脑囊虫病诊断、临床分型与疗效判定标准的建议. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 1989, 7: 134~135.
- [6] 傅金霞, 王文举, 麻建伟. 脑囊虫病208例的临床与 CT 分析. 中国实用内科杂志, 1998, 8: 491~491.

收稿日期: 1999-11-05

(编辑: 富秀兰)

文章编号: 1000-7423(2000)-06-0373-02

舟山市防治丝虫病的措施与系统监测结果

(浙江省舟山市卫生防疫站, 舟山 316000)

王建跃 张均和 程徐遂

中图分类号: R532.15

文献标识码: B

舟山市地处浙江东北部海岛, 陆地面积为1 241 km², 辖4县(区) 92乡(镇), 有4县(区) 76乡(镇) 流行丝虫病, 流行区人口682 034人, 系以班氏丝虫病为主的班氏丝虫病和马来丝虫病混合流行区, 主要传播媒介为致倦库蚊。防治前(1956年) 微丝蚴率为7.6%, 丝虫病患者37 784例, 其中微丝蚴血症者31 023例, 慢性丝虫病患者6 761例。经反复查治结合全民服药以及全民普服乙胺嗪药盐(酱油) 等防治措施, 1976~1984年, 经本省、市考核, 有4县(区) 达到基本消灭丝虫病标准。此后, 开展了病原学、蚊媒和血清学等系统监测。1999年经省级考核, 全市达到消灭丝虫病标准。

1 防治

1.1 血检 对1周岁以上居民, 于21:00~2:00取耳垂血每片3大滴(约60 μl) 涂制厚血膜, 每人作2片, 次日溶血, 硼砂美蓝染色后镜检。

1.2 慢性丝虫病调查 对10岁以上居民, 询问有无下肢、睾丸、副睾及阴囊肿大, 乳糜尿及“流火”等病史, 并对男性居民和有发病史的女性进行体检。

1.3 治疗

1.3.1 乙胺嗪治疗 1953~1958年, 主要采用1.5 g 顿服疗法, 1959年起采用1.5 g 顿服或3 g 3天疗法, 及4.2 g 7天疗法。

1.3.2 慢性丝虫病治疗 采用乙胺嗪治疗“流火”, 桑绑疗法治疗象皮肿, 手术治疗鞘膜积液。

1.3.3 重点人群治疗 采用乙胺嗪拌食盐或拌酱油治疗, 或单用乙胺嗪1.5 g 顿服治疗。

1.4 蚊媒自然感染调查 在流行区各县(区) 选择有代表性的村为监测点, 采用捕光法捕集人房内致倦库蚊作个体解剖。

2 监测

2.1 监测点的选择 根据各县(区) 历年丝虫病查治情况、流行程度以及不同地理方位, 采用整群分层抽样法, 以村为单位选点监测。此外, 选择岱山县岱东镇涂口村为纵向监测点, 该村属班氏丝虫病中度流行区, 人口为2 988人。

2.2 监测方法

2.2.1 病原学监测 监测村5岁以上常住居民为血检对象, 方法同前。凡发现微丝蚴血症或新感染者均进行调查、治疗和追踪观察。

2.2.2 蚊媒监测 各县(区) 在流行区内选择有代表性的3~4村为监测点, 以历史微丝蚴血症户为中心, 采用捕光法捕集人房蚊, 方法同前。

2.2.3 血清学监测 在监测点选择部分人群为血清学监测对象, 采耳垂血作滤纸血膜, 于4℃保存, IFA 检测, 抗体滴