

文章编号:1000-7423(2001)-03-0189-02

【病例报告】

椎管内猪囊尾蚴病3例报告

张占普 王涛 李明洙 武文元 富春雨

中图分类号:R532.333

文献标识码:D

1964~1999年我科收治椎管内猪囊尾蚴病患者3例,报告如下。

病例1

男性,43岁,因双下肢乏力、麻木1年,排尿困难1个月入院。有食“米猪肉”史。查体:胸9平面以下浅感觉减退,浅反射消失,双下肢肌力Ⅲ~Ⅳ级,肌张力增高,腱反射活跃,左踝阵挛(+),双下肢Chaddock's征(+),脑膜刺激征(-)。前胸及双上肢可触及散在黄豆粒大小皮下结节,活动度良好,活检证实为猪囊尾蚴。腰穿:压力100 mmH₂O柱,外观正常,细胞数15/mm³,单核80%,多核20%,蛋白0.5 g/L。奎肯氏试验:不完全梗阻。椎管碘油造影:胸8水平见杯口状充盈缺损。诊断:胸7~8椎管内占位病变。全麻下行胸7~9椎管探查术,于胸7~8脊髓左腹外侧见灰白色囊性肿物,约3 cm×2 cm×1.5 cm。以无齿镊取出2个相连囊性物,见头节。病理检查:囊性物内查见猪囊尾蚴头节。术后3 wk出院,可自行排尿,双下肢肌力Ⅳ级。口服阿苯达唑0.4 g/次,每天3次,连服10 d,间隔10 d,共3个月,半年后复查,恢复正常。

病例2

女性,48岁,因阵发性头痛2年,左颈肩不适半年且加重、伴呕吐1 wk入院。无食“米猪肉”及便缘虫节片史。查体:双侧视神经乳头水肿,双侧咽反射(-),颈抵抗(+),左颈皮肤感觉过敏,四肢肌力Ⅴ,双下肢Babinski's征(+),Romberg's征(+),Kernig's(+).头颅CT示:枕大池囊肿,脑积水。囊虫酶标试验(+),诊断:枕大池囊尾蚴病。全麻下,行后颅窝探查,于枕大池内见灰白色囊性物,以无齿镊取出3个相连囊性物,约3.0 cm×3.0 cm×2.5 cm,有头节。再探查,见枕大池下方似有漂浮囊性物,探查颈1~3椎管,于脊髓左背侧又取出3个相连囊性物,约4.0 cm×2.0 cm×2.0 cm,下界达颈3下缘。探查至椎管通畅,结束手术。病理检查:猪囊尾蚴。术后2 wk出院,自觉症状消失,能下床行走。口服阿苯达唑0.3 g/次,每天3次,用10 d,间隔10 d,共3个月。4个月后复查,恢复正常。

病例3

男性,3岁。因发烧,颈部僵痛,四肢乏力4 d入院治疗。诊断为“急性脊髓炎”,给予抗炎治疗,效果不佳。追问有颈外伤史,转骨科,行四头带牵引,且予神经营养药物治疗,1 wk后:患儿四肢无力加重,查颈胸段磁共振(MRI),提示:颈7~胸2硬膜下、髓外腹侧面椭圆形长T1,长T2信号。诊

断:颈7~胸1髓外硬膜下蛛网膜囊肿,转我科。无食“米猪肉”及便缘虫节片史。查体:颈强直,四肢肌力Ⅲ级,肌张力高,双下肢Babinski's征(+),Kernig's(+),尿潴留。全麻下行颈7~胸2椎管探查术,于脊髓腹侧面见一灰白色囊性肿物约4.0 cm×3.0 cm×2.0 cm,仔细分离、轻柔牵出,肿物稍有破损,见头节,符合猪囊尾蚴包囊,以温盐水仔细冲洗局部,探查椎管上下通畅后,结束手术。病理检查:猪囊尾蚴。术后3 wk出院,自觉症状消失,肌力恢复至Ⅳ~Ⅴ级。口服肠虫清0.4 g/d,连服3 d,间隔3 wk,共3个月。半年后复查,恢复正常。

讨论

本病由猪囊尾蚴寄生于椎管脊髓所致,流行于我国北方地区。人食入被猪带绦虫卵污染的食物等,虫卵即在消化道内发育、脱壳成六钩蚴,穿过胃肠道粘膜,经血循环进入颅内或椎管内,2~4个月后发育为囊尾蚴。颅内蛛网膜下腔囊尾蚴也可因重力作用沉积到椎管蛛网膜下腔。本病感染途径有两种:①自身感染:肠道绦虫节片及虫卵可反流至胃或食用被自身排除的虫卵污染的食物而感染;②外来感染:食入被绦虫卵污染的食物。本组1例明确食用过“米猪肉”。有肠道绦虫寄生者应尽早进行药物驱绦治疗,注意饮食卫生,避免食物污染。本病常并发于脑囊尾蚴病及其他部位囊尾蚴病,约占神经系统囊尾蚴病的2%~5%^[1]。本组1例并发皮肤囊尾蚴病,1例并发枕大池囊尾蚴病。而椎管内猪囊尾蚴囊肿很少见,婴幼儿患者更为罕见,国内仅见少量个案报道^[2~4],且均未能在术前明确诊断。本病的潜伏期较长,婴幼儿患者更容易误诊。结合本病例情况,我们认为:①椎管内囊尾蚴的发生率低,而且MRI对椎管内猪囊尾蚴头节显示不清楚,影像学及临床上极易误诊为“蛛网膜囊肿”。为提高其术前诊断率,对椎管内囊性病变(MRI上长T1、长T2信号),尤其多囊性病变,有食“米猪肉”或便缘虫节片史,血或脑脊液囊虫酶标试验或囊虫血清凝集试验阳性者,脑脊液常规检查以淋巴细胞为主,尤其是发现嗜酸性粒细胞者,应考虑此病的可能性;因囊尾蚴可随脑脊液动力变化而移动,对第四脑室及枕大池囊尾蚴病患者,尤其出现颈部及肢体不适者,应同时查颈椎及其他部位MRI,以免漏诊;对婴幼儿患者,也不能排除本病可能。②椎管内囊尾蚴病,出现脊髓压迫症状者,行椎管内探查及囊尾蚴囊肿摘除术是其首选治疗方法。考虑第四脑室或枕大池囊尾蚴病时,术前避免做腰穿检查,手术时避免采取坐位,以防囊尾蚴向椎管内移动而影响治疗效果。术中证实为囊尾蚴时,避免从包囊上方冲洗,以防囊尾蚴随冲洗液向下方游走。应仔细分离,轻柔摘取,尽量避免囊尾蚴包囊破裂污染周围组织造成术后粘连或感染性脑脊膜炎。如术中包囊被牵破,应以温水

作者单位:内蒙古医学院第一附属医院神经外科,呼和浩特 010050

仔细冲洗, 术后行 2~3 次腰穿, 鞘内注射盐水加地塞米松冲洗, 以减轻反应症状及避免粘连发生。③ 术后常规行抗囊尾蚴药物治疗 (成人口服阿苯达唑, 15~20 mg/(kg·d), 分 2~3 次服用, 10 d 为 1 疗程, 间歇 10 d; 儿童服用肠虫清 0.4 g/d, 连服 3 d, 间歇 3 wk) 共 2~3 个月, 以求同时治疗其他部位残留的猪囊尾蚴病。

参 考 文 献

[1] 王忠诚主编. 神经外科学. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998:

825-826.

[2] 张永福, 李洪伟, 楚功仁, 等. 椎管内囊虫病两例. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 1991, 9: 222.

[3] 种衍军, 刘学宽, 张志强, 等. 椎管内囊虫病 1 例报告. 中国寄生虫病防治杂志, 1994, 7: 21.

[4] 刘云廷, 范峰峰. 椎管内囊虫 2 例. 中华神经外科杂志, 1998, 14: 229.

(收稿日期: 2000-12-23 编辑: 富秀兰)

文章编号: 1000-7423(2001)-03-0190-01

【 简 报 】

肠 蛔 虫 病 长 期 误 诊 病 例 分 析

高 磊 韩 明 锋

中图分类号: R532.11

文献标识码: D

蛔虫成虫寄生于人体小肠内引起肠蛔虫病, 多数患者无症状, 少数可出现不同程度的消化道症状, 以腹痛最常见, 若以其他症状为主要临床表现时, 往往容易误诊。作者参考有关文献, 并结合临床实践经验, 现将长期误诊的 11 例肠蛔虫病分析如下:

临床资料

1 一般资料

11 例长期误诊者中, 男性 7 例, 女性 4 例, 年龄 7~68 岁, 平均 36.7 岁。病程半年至 3 年。职业, 学生 5 例, 农民 5 例, 工人 1 例。反复全身皮疹伴瘙痒 3 例, 皮疹特征为胸、腹及腰背部皮肤数枚至数十枚鲜红色或苍白色风疹块。皮肤划痕试验 2 例阳性, 1 例阴性, 其中 1 例 11 岁男孩上腹部部分皮肤呈轻度苔藓化伴粟粒样血痂。3 例血常规检查, 嗜酸性粒细胞均增高, 经抗过敏治疗后均缓解, 但停药后均复发。反复腹胀伴食欲不振 3 例, 行肝功能、肝胆 B 超、胃肠钡餐及电子胃镜检查均正常。反复脐周剧烈绞痛 1 例, 持续 1~10 min 不等, 体检无明显阳性体征, 脑电图检查提示“轻度异常”。反复腹痛伴腹泻 3 例, 行钡剂灌肠, 纤维结肠镜检查及粪培养均正常, 其中脐下轻压痛 2 例。面色苍白、喜食生麦粒 1 例, 体检: 中度贫血貌, 消瘦, 营养差, 皮肤弹性差, 血常规示红细胞 $3.10 \times 10^{12}/L$, Hb 85 g/L。

误诊: 慢性荨麻疹 3 例, 非溃疡性消化不良 3 例, 腹型癫痫 1 例, 肠激惹综合征 3 例, 缺铁性贫血异食癖 1 例。

2 诊断依据及治疗

所有患者的诊断均以粪检找到蛔虫卵或有排蛔虫史, 经驱蛔虫治疗 (阿苯达唑 400 mg, 1 次顿服) 后相应症状缓解而明确, 11 例肠蛔虫病患者均治愈。

误诊病例分析

1 误诊为慢性荨麻疹 3 例 (3/11), 其蛔虫寄生于小肠, 产生的毒素及代谢产物可引起特异性体质患者皮肤过敏而

产生荨麻疹。若不进行驱虫治疗, 因其过敏原持续存在而形成“慢性荨麻疹”。长期误诊原因在于医务人员思路狭窄, 只重视症状控制, 未进一步深究其原因。

2 误诊为非溃疡性消化不良 3 例 (3/11), 寄生于小肠内的蛔虫产生的毒素及代谢产物, 作用于肠壁神经, 引起肠道神经功能紊乱导致腹胀和食欲不振。非溃疡性消化不良是消化科门诊的主要就诊人群, 因患者无腹泻, 未作粪检而造成长期误诊。

3 误诊为腹型癫痫 1 例 (1/11), 寄生在小肠内的蛔虫能损伤肠壁神经, 引起肠功能紊乱及间歇性脐周腹痛、消化不良、腹泻或便秘等症状。本例以腹痛为主要临床表现, 脑电图轻度异常, 故一直被误诊为腹型癫痫。脑电图固然是作为腹型癫痫诊断的重要依据, 但其特异性不强, 易受多种因素影响。作者认为, 对于诊断为腹型癫痫的患儿, 若用抗癫痫药物治疗不佳, 应考虑肠蛔虫病的可能性。

4 误诊为肠激惹综合征 3 例 (3/11), 其蛔虫引起的小肠粘膜损伤及肠功能紊乱, 除腹痛外, 还可表现为腹泻或便秘。据一患者反映, 先前就诊了 5 家医院, 仅作过 2 次粪检, 但均未查到虫卵。

5 误诊为缺铁性贫血性异食癖 1 例 (1/11) 患儿, 肠蛔虫病引起神经系统症状, 如夜惊、磨牙等, 而异食癖较为少见, 极易被误诊。

小 结

肠蛔虫病是常见的人体寄生虫病, 农村感染率一般高达 50%~80%, 儿童感染率较成人高。多数病例无症状, 儿童患者常以腹痛为典型症状, 位于脐周, 喜按压, 反复发作。当肠蛔虫病患者以皮疹、腹泻、便秘、消化不良、异食癖等不常见表现或不典型腹痛为主要临床表现时极易被误诊误治。鉴于肠蛔虫病患者仍较多, 对于误诊为上述疾病而久治不愈者, 特别是农村患者, 应考虑该病的可能性, 进行粪虫卵检查以助确诊。

作者单位: 安徽省阜阳市第二人民医院, 阜阳 236015

(收稿日期: 2000-12-30 编辑: 富秀兰)