

Terrazas 等^[10]证实在鼠体内,囊尾蚴感染早期出现短暂的 Th1 型细胞因子表达,并伴随幼虫生长繁殖率降低。本研究 3 例脑囊尾蚴病患者未检测到 Th2 型细胞因子,该 3 例患者均系囊尾蚴感染的早期,病史短,脑 CT 显示多发低密度小囊。随着感染程度加重,小鼠出现持续较长时间的 Th2 型细胞因子表达,导致囊尾蚴繁殖率增加,提示 Th2 向 Th1 型细胞因子的漂移,有利于囊尾蚴的寄生和繁殖。这表明抗囊尾蚴免疫应答以 Th1 占优势状态为好。本文对 30 例的研究结果与 Terrazas 等研究鼠囊尾蚴病的结果相似,但脑囊尾蚴病患者的 Th2 型细胞因子反应是囊尾蚴寄生和繁殖的前因还是后果,有待进一步研究。

参 考 文 献

[1] Abbas AK, Murphy KM, Sher A, et al. Functional diversity of helper T lymphocytes[J]. Nature, 1996, 383(6603): 787-790.
[2] 马云祥, 薛晓玲, 丁庆林, 等. 脑囊虫病诊断、临床分型与疗效

判定标准的建议[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 1989, 7: 134-135.
[3] Street NE. Functional diversity of T-lymphocytes due to secreting of different cytokine patterns[J]. FASEB J, 1991, 5: 171-177.
[4] Grau CE. Immune mechanisms in bacterial and parasitic diseases. Protective immunity vs pathology[J]. Curr Opin, 1991, 3: 480-485.
[5] Rigano R, Profumo E, Teggi A, et al. Production of IL-5 and IL-6 by PBMC from patients with *Echinococcus granulosus*[J]. Clin Exp Immunol, 1996, 105: 456-463.
[6] Sypek JP, Chung CL, Mayor SE, et al. Resolution of cutaneous leishmaniasis: interleukin 12 initiates a protective T helper type 1 immune response[J]. J Exp Med, 1993, 177: 797-802.
[7] 张唯哲, 徐之杰, 赵育莹, 等. 脑囊虫病患者外周血单个核细胞体外诱导 IL-2, IFN- γ 及 TNF- α 活性的研究[J]. 寄生虫与医学昆虫学报, 1997, 4: 207-208.
[8] 朱家勇, 黄静, 汤斌. 囊虫病血清 SiL-2R, TNF- α , IL-6, IL-8 的测定及临床意义[J]. 中国寄生虫病防治杂志, 1996, 9: 288-289.
[9] 藏旭, 胡正祥. 日本乙型流行性脑炎与脑囊虫病的关系及豚囊虫在脑内引起的变化[J]. 中华病理学杂志, 1955, 1: 53-54.
[10] Terrazas LI, Bojalil R, Govezensky T, et al. Shift from an early protective Th1-type immune response to a late permissive Th2 type response in murine cysticercosis (*Taenia crassiceps*)[J]. J Parasitol, 1998, 84: 74-81.

(收稿日期: 2002-05-27 编辑: 富秀兰)

文章编号: 1000-7423(2002)-06-0350-01

【病例报告】

21 例脑型疟的临床表现及误诊分析

李苏¹ 杨俊芳² 张芝晔³

中图分类号: R531.33

文献标识码: D

近 10 年来,我们共收治脑型疟 21 例,其临床表现及误诊情况报道分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 18 例是当地民工从疟区回归人员,1 例是外来者疟区回归人员,2 例是内源感染。其中男 16 例,女 5 例。10 岁以下 1 例,16~20 岁 6 例,20~40 岁 8 例,40~60 岁 6 例。发病季节 4 月份 3 例,5~6 月份 3 例,7 月份 10 例,9~11 月份 4 例,12 月份 1 例。

1.2 临床表现 潜伏期最短为 5 d,最长为 10 d。症状主要为高热(39℃~41.5℃)、昏迷、头痛,伴寒战、抽搐、腹痛、酱油色尿、进行性贫血及意识障碍、脑膜刺激征候群,其次为黄疸、肝脾肿大。

1.3 实验室检查 分别制作厚、薄血膜,吉氏液染色,镜检,检出恶性疟原虫 18 例,3 例未检出疟原虫。腰椎穿刺 10 例,脑脊液压力高,余结果均正常。血常规检查 Hb 45~95 g/L, RBC $(1.68\sim3.25)\times 10^{12}/L$, WBC $(4.7\sim13.5)\times 10^9/L$ 。

1.4 治疗 二盐酸奎宁静滴 19 例,蒿甲醚肌注 2 例(1 例 4 d

后复燃)。高热疑似病例 3 例未检出疟原虫,均经药物诊断性治疗痊愈,20 例治愈,1 例死亡。

2 误诊情况

误诊为乙脑 4 例,病毒性脑炎 2 例,重症黄疸肝炎 2 例,伤寒 2 例,胆石症、胆道感染各 1 例,总误诊率为 57.1%。

3 讨论

本组病例多为无免疫力人群进入疟区初次感染发病。由于病情凶险,症状复杂多样,易误诊为乙脑、伤寒、重症肝炎等。脑型疟患者病程不规律,可不出现嗜睡期而迅速昏迷,对抗疟药治疗反应好,恢复快。凡遇原因不明的急性发热,并有疟区外归史者,应考虑疟疾,并及时、多次查疟原虫。一旦诊断明确,必须及时治疗。

本文 3 例患者当中未查到疟原虫,多与入院前不规律用抗疟药及预防药有关。提示对高度疑似病人,用二盐酸奎宁常规剂量作诊断性治疗,但须注意个别抗氯喹恶性疟病例。

脑型疟病人常见特征性表现为痴呆、失语、俗称“哑瘧”。患者能端坐、呼之能凝视医生,但失语,满脸茫然,多出现在昏迷早期,必须注意观察,以免漏诊。

(收稿日期: 2002-06-25 编辑: 庄兆农)

作者单位: 1 云南省腾冲县妇幼保健院, 腾冲 679100;
2 云南省腾冲县卫生局, 腾冲 679100;
3 云南省腾冲县卫生防疫站, 腾冲 679100