

弓形虫病 30 例临床分析

安徽省黄山人民医院 1 内科 2 放射免疫室 3 CT 室 黄山 242700

沈铭程¹ 汪延智¹ 陈敏敏² 张小辉³

弓形虫感染常呈隐性过程,在有某些致病诱因促发下急性起病,侵犯脏器较多,症状复杂多样,往往造成误诊而延误治疗。我院自1996年10月至1997年6月,采用弓形虫病酶联免疫吸附试验(ELISA),结合患者临床表现,诊治弓形虫病患者30例。

检测方法

采用ELISA^[1],试剂盒由上海放射免疫研究所提供,每例同时测定弓形虫血清循环抗原(CAg),弓形虫IgM和IgG抗体,试剂盒均配制阳性标准试剂与阴性标准试剂作对照,结果弱阳性者,均经复检后确定,复检仍呈弱阳性者按阴性处理。

判断标准^[2]

CAg阳性示急性活动性感染,IgM抗体阳性多提示有近期感染,IgG抗体阳性同时伴CAg阳性或IgM抗体阳性者,提示急性感染或在以往感染的基础上,又有新的近期感染,单纯IgG抗体阳性,考虑为慢性感染,如同时有临床表现,则作为慢性感染急性发作。连续测定IgG抗体滴度在2wk~3wk内呈倍数增加者,视为急性感染或近期感染。

一般资料

用ELISA检测疑似患者124例,发现弓形虫病30例,其中男性17例,女性13例,年龄17岁~62岁。农民20例,工人3例,干部7例,3例曾饲养狗及猫,干部中从事兽医或畜牧工作者5例,多次饮用溪水8例,从事屠宰工作者5例,24例尚有饲养猪及牛家畜。

ELISA 检测结果

124例中,CAg阳性18例,CAg及IgG抗体均阳性者2例,单项IgM抗体阳性3例,IgM与IgG抗体均阳性者1例,单项IgG抗体阳性5例,脑脊液IgG抗体阳性1例,共30例阳性。在临床表现为脑膜脑炎的7例中,CAg阳性5例,CAg伴IgG阳性1例,脑脊液IgG阳性1例;在表现为心肌炎的8例中,CAg阳性7例,IgM伴IgG阳性1例;在表现为肺炎的5例中,CAg4例,IgM阳性1例;在表现为脉络膜炎的2例中,IgG均阳性;类淋巴瘤1例CAg伴IgG阳性;急性肾炎、咽峡炎各1例CAg阳性;伴肝硬化腹水1例IgG阳性;原因不明胸痛2例IgG阳性;不育症2例IgM阳性。

临床症状

30例中表现有脑膜脑炎症状者7例,其中5例有抽搐、昏迷,1例曾误诊为脑膜炎、脑水肿;1例以右侧肢体渐进性活动受限起病,CT呈枕大池扩大,2例视力减退,眼底检查右眼黄斑部变性及双眼脉络膜炎各1例,表现为心肌炎者8

例,ECG检查:I度AVB1例,II度AVB1例,室早1例,窦速3例,心功能不全2例,其中伴ST-T改变者3例,高频心电图阳性6例,其中同时伴晚电位阳性3例,单项晚电位阳性2例,5例表现为肺炎,临床表现为发热,咳嗽伴胸痛,抗弓形虫药物治疗后好转。尚有原因不明胸痛2例,咽峡炎1例,淋巴瘤样表现1例,急性肾炎1例,伴肝硬化腹水1例,不育症可能2例,30例中5例属回顾性诊断,随访后证实,所有ELISA检测阳性病例经复方新诺明及螺旋霉素治疗4wk~6wk后,病情均有显著效或好转,弓形虫CAg、IgM抗体转阴,或呈低滴度的IgG抗体阳性。

病 例

例1 女,50岁。因右眼视力下降半年,加重4d~5d及阵发性心悸、胸闷3月余就诊。体检:BP150/90mmHg,右眼视力0.1,左眼视力1.2,扩瞳检查:右眼后极较广泛的散在性硬性渗出,少量出血,左眼黄斑颞侧少量渗出。印象:右眼脉络膜炎,高频心电图阳性,晚电位阳性,ELISA IgG抗体阳性。过去有饲养猪及牛史,结合临床及血清学诊断,推断脉络膜炎系弓形虫感染^[4],用复方新诺明2g/d及螺旋霉素3g/d,每10d交替用药,持续6wk,2个月后复查,右眼视力0.8,左眼视力1.2,扩瞳眼底检查:视网膜病变部分吸收好转,弓形虫ELISA IgG抗体呈弱阳性,高频心电图、晚电位转阴。

例2 女,31岁。有养猪及牛史,因不规则发热9d,伴咽痛及左腋下疼痛入院。体检:体温40℃,颈部两侧触及黄豆至蚕豆大小淋巴结3个~4个,无压痛,左腋下触及一枚鸽蛋大小淋巴结,质中,轻压痛,肝右肋下2.5cm,质中,无压痛,脾左肋下4.5cm,质中。过去有饲养猪及牛史。血检:WBC $5.0 \times 10^9/L$,中性0.50和淋巴0.50,弓形虫ELISA IgG抗体阳性,CAg阳性。入院后,体温波动在38.5~40℃,给予复方新诺明2g/d及林可霉素1.8g/d静脉滴注治疗,体温逐日下降,5d后体温正常。肝脾逐渐缩小,10d后,肝脾肋下未及。住院17d出院,继续口服复方新诺明2g/d \times 3wk,随访至今,未见复发。

例3 男,17岁。5个月前在省医院诊断为狼疮性肾炎,于第3次大剂量甲基强的松龙及CTX冲击治疗后,突发抽搐,继而昏迷后入院。体检:体温37.8℃,满月脸,全身重度浮肿,神志不清,颈稍抵抗,心率100次/min,心律不齐,两肺散在少许细湿罗音,神经系统病理反射阴性。眼底检查:视网膜血管痉挛。实验室检查:血常规RBC $2.77 \times 10^{12}/L$,WBC $12.0 \times 10^9/L$,中性0.84,淋巴0.16,镜检红血球满视野;尿CIC0.025,24h尿蛋白定量4.99g,ECG:I度

AVB, 频发室早, 抽搐时心电图监护示室上性心动过速, 高频心电图阳性, 入院后, 暂停CTX冲击, 甲基强的松龙剂量减半, 加用林可霉素、甘露醇、速尿及补钾等对症治疗, 3 d后, 病情好转。头颅CT检查示: 右侧颞顶叶脑白质内可见散发低密度影, 大小约1 cm~1.5 cm, 边界不清, 两侧额叶脑白质低密度。脑电图报告: 异常脑电图, 未见明显癫痫样放电。出院1月后, 回顾性诊断弓形虫感染。ELISA检测报告: CA_g阳性, 再给予复方新诺明及螺旋霉素治疗1个月。头颅CT报告: 右枕叶低密度影消失, 左枕额叶小片状低密度影, 再继续治疗6wk, 头颅CT复查并加增强扫描, 未发现阳性病例, 弓形虫ELISA CA_g转阴, IgG抗体阳性。

讨论

应用血清学方法诊断弓形虫病是目前主要手段, 其中ELISA灵敏度高, 特异性强, 操作简便, 在当前诊断弓形虫感染中最为实用。根据弓形虫病发病特点和患者免疫状态, 获得性弓形虫病的临床进展可分为两类: 免疫功能正常者

常为隐性感染, 直至弓形虫入侵眼部或脑部、心脏等生命器官引起炎症, 才出现危急症状; 因其它病因引起宿主免疫功能减低或采用皮质激素免疫抑制治疗后^[4], 促使慢性感染者病情急骤发作, 延及全身多器官, 如不及时给予有效的治疗, 预后严重, 提示对免疫功能受损的病人, 在骤发全身性感染症状时应考虑对本病的免疫学检测。

参 考 文 献

- 1 章华础, 肖祥熊. 弓形虫抗原抗体检测及其临床意义. 放射免疫学杂志1997; 10:192
 - 2 刘德纯, 林清森, Ven Kataseshan V S. 获得性弓形虫病18例尸检材料的临床病理学研究. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志 1995; 13:64
 - 3 张明珩, 杨惠珍. 弓形虫性视网膜脉络膜炎. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志 1992; 10:215
 - 4 沈继龙, 徐秉锐. 隐性弓形虫感染的活化和包囊形成. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志 1991; 9:102
- 1997年9月1日收稿 1998年3月16日修回
(编辑: 庄兆农)

四例间日疟的临床特殊表现

重庆市涪陵区卫生防疫站 涪陵 408000 黎永成

90年代以来, 间日疟患者已越来越少, 症状有的亦不明显。因此, 在临床上易误诊, 而不能及时治疗。现将我们在疟疾防治工作中遇到的4例间日疟患者的特殊表现报告于后。

例1 患者, 男, 8个月。因发热、恶心、呕吐(奶块物)、烦躁不安、腹泻(每日数十次)5 d而就诊。体检: T 38.2、R 28/分、心率130次/分。给青霉素200 000 U和庆大霉素200 000 U/12 h, im。次日出现嗜睡, 急诊入涪陵市人民医院。体检: T 39.2、R 32/分、心率132次/分、BP 9/7 kPa。实验室检查: RBC $4.2 \times 10^{12}/L$ 、WBC $3.9 \times 10^9/L$ 、Hb 115 g/L, X线检查双肺(-), 仍诊断为“婴儿消化不良”, 给青霉素200 000 U/8 h, im, 庆大霉素200 000 U/12 h, im和5%葡萄糖液500 ml加维生素C 1 g, qd, iv, 患儿仍高热、恶心、呕吐、嗜睡及腹泻。后经血检, 查见间日疟原虫, 予抗疟药治疗, 即氯喹0.16 g, d₁0.08 g, d₂和d₃各0.04 g, 伯喹5.6 mg, d₁、d₂和d₃两药同服, qd, 连服8 d, 次日体温下降, 呕吐与腹泻停止, 5 d后, 患者痊愈出院。

例2 患者, 男, 48岁。患者自觉发热和全身搔痒难忍(特别是胸部), 当地卫生院诊断为“皮肤病”。给青霉素800 000 U, 及庆大霉素400 000 U, 无效。血检查见间日疟原虫, 给予抗疟药, 即氯喹1.2 g, d₁0.6 g, d₂和d₃各0.3 g, 伯喹180 mg, 每天22.5 mg, d₁、d₂和d₃两药同服, qd, 连服8 d, 3 d后症状体征消失, 随访1年后未复发。

例3 患者, 男, 50岁。因发热、咳嗽和全身无力, 而就诊。当地医院诊断为“感冒”给予感冒清, 病毒灵, 扑热息痛,

止咳合剂, 青霉素800 000 U, 治疗4 d后, 症状好转。涪陵市人民医院X线诊断为“浸润型肺结核”, 给抗结核药物链霉素、异烟肼及利福平治疗15 d无效。经血检查见间日疟原虫, 给抗疟药, 即氯喹1.2 g, d₁0.6 g, d₂和d₃各0.3 g, 伯喹180 mg, 每天22.5 mg, 前3 d两药同服, qd, 连服8 d, 4 d后症状体征消失。

例4 患者, 男, 30岁。因乏力、纳差、尿黄(如茶)、上腹疼痛、咳嗽和头昏入涪陵市人民医院诊治。体检: T 37、P 84次/分、心率90次/分、R 22次/分、BP 12/8 kPa。皮肤与巩膜黄染, 肝肋下1 cm。诊断为“急性黄疸型肝炎”入院。实验室检查: 肝功正常, 尿淀粉酶(-), 肥达氏反应(-)。B超检查: 肝脾肿大, 经保肝宁4片tid, 肌苷0.2 g, tid, 5%葡萄糖液1 000 ml加维生素C 2 g, d₃后黄染减轻, 体温持续升高达38.5~40。经血检查见间日疟原虫, 给予氯喹1.2 g, d₁0.6 g, d₂和d₃各0.3 g, 伯喹180 mg, 每天22.5 mg, 前3 d两药同服, qd, 连服8 d, 3 d后体温降至37, 黄染消失, 随访1年, 病人未复发。

典型的疟疾症状为周期性发冷、发热伴出汗, 临床医生不难诊断, 但是, 经过大规模的防治后, 加之抗菌素的普遍应用, 可能抑制了部分疟原虫的活性, 疟疾的临床表现常不典型。作为临床工作者或卫生防疫人员, 在排除患者某些疾病后, 不能治愈者, 应作血膜检查疟原虫以明确诊断和及时治疗。

1997年7月14日收稿 1998年10月18日修回
(编辑: 李雅卿)