

仍增高。

本文结果显示, 治疗前, IgG 及 CRP 明显升高, L-2 水平, CD3、CD4 及 CD4/CD8 明显降低。治疗后, 单用阿苯达唑组免疫学指标与治疗前比较无明显改变, 而伍用胸腺肽组治疗后 CRP 恢复正常, CD3、CD4 及 CD4/CD8 明显升高, 且临床疗效明显高于单用阿苯达唑组。说明胸腺肽可调节宿主的免疫功能, 增加其免疫力, 有助于疾病的恢复。

参 考 文 献

- 1 阎旭霞, 徐秀芬, 马云祥. 感染旋毛虫小鼠外周血 T 淋巴细胞及其亚群血清 IgG 抗体的变化. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志 1992; 10: 62

1995 年 12 月 31 日收稿 1996 年 5 月 22 日修回

(编辑: 富秀兰)

112 例眼囊虫病手术治疗的临床分析

哈尔滨医科大学附属二院眼科 哈尔滨 150086 原慧萍 彭绍民 王桂荣
黑龙江省五常市人民医院眼科 五常市 150200 戴洪源 刘丽波
黑龙江省眼病防治研究所 哈尔滨 150006 靳恒琦
牡丹江市第一人民医院眼科 牡丹江 157011 许静波

眼囊虫病(眼囊尾蚴病)是眼科常见的一种严重影响视功能的疾病。我国东北、华北等地发病率较高。现将我科近 4 年来收治的 112 例眼囊虫病患者采用手术治疗的结果进行分析。

临床资料

112 例眼囊虫病患者中, 男性 73 例, 女性 39 例, 年龄 8-72 岁, 均为单眼发病, 其中右眼 48 例, 左眼 64 例。囊尾蚴位于视网膜下者 64 例, 位于玻璃体内者 48 例。经手术成功 96 例(包括两次手术 8 例), 失败 16 例。在 16 例失败病例中, 3 例因手术时眼内出血, 以致看不清虫体; 另 13 例中, 5 例在第一次手术时玻璃体出血, 以致看不清虫体, 无法行两次手术, 2 例虫体移位于黄斑区, 按术前定位切口, 因切口偏位造成失败, 3 例眼底镜下见虫体死亡, 3 例经第一次手术后并发视网膜脱离、眼球萎缩, 最后行眼球摘除。凡手术取出囊尾蚴者, 均作寄生虫学鉴定与病理检查。

讨 论

猪囊尾蚴寄生人体的部位很广, 包括可寄生于眼内的任何部位, 并能引起局部的炎症反应, 如葡萄膜炎、视网膜炎、玻璃体混浊等。特别是虫体死亡后释放毒素, 导致炎症加重。囊尾蚴在眼内的寿命, 约 1-2 年。鉴于以上特点, 多数学者认为应早期手术治疗, 因感染后 3 个月内眼球的屈光间质仍是透明的, 便于手术。晚期由于炎症反应加重及虫死于眼内, 增加手术困难, 视力丧失者则需摘除眼球。

手术治愈的关键, 首先在于手术前准确定位。定

位采用视网膜裂孔定位法、多次定位; 强调术前 60 min 及术中定位, 定位时需掌握虫体的活动范围及光刺激强度。在本文手术失败的病例中, 有 2 例手术时间距离最后定位时间超过 3 h, 以致发生虫体移位。其次, 术中应稳、准、快。要一次切透色素膜, 深度达到虫体周围的机化膜, 否则难以取出虫体。切口避免过大, 防止造成不必要的眼内组织损伤。在本文中, 3 例因切口时切开缓慢、刺激虫体而使虫体移位; 5 例因伴有视网膜脱离, 先行巩膜缩短术, 术中操作刺激使虫体移位。根据我们的经验, 对伴有视网膜脱离的患者, 应先取出虫体, 然后再行巩膜缩短术; 也可先用中药(如网脱 I 号)治疗, 以后再行视网膜脱离手术。对移位于黄斑部的囊尾蚴, 手术难度大, 可先作外眦切开, 同时切断三条直肌, 以利于切口到达后部。值得引起注意的是, 合并有全身囊虫病的患者, 往往先就诊于神经内科或囊虫病专科, 未进行眼科检查, 即用药物治疗, 结果囊尾蚴死于眼内, 造成严重并发症而失去早期治疗机会, 甚至需摘除眼球。因此建议有关医生重视, 使患者得到及时而有效的治疗。

参 考 文 献

- 1 浙江医科大学主编 传染病学 第 1 版 北京 人民卫生出版社, 1983 349

1996 年 1 月 24 日收稿 1996 年 7 月 22 日修回

(编辑: 庄兆农)