

医院临床皮肤科 技术规范



安徽音像出版社

医院临床皮肤科 技术操作规范



● ● ● ● ● ● ● ●

医院临床皮肤科学技术 操作规范

主编 彭志源

(中)

安徽音像出版社

第五章 寄生虫与动物性皮肤病 病诊断和防治操作技术规范

第一节 寄生虫性皮肤病

皮肤黑热病 (leishmaniasis cutis)

皮肤黑热病是由杜氏利什曼原虫侵犯皮肤、黏膜及网状内皮系统引起的慢性皮肤病，又名皮肤利什曼病。

【病因及发病机制】

本病的病原体是利什曼原虫。在人体能寄生的利什曼原虫有 4 种，可致 3 型利什曼病，即：①东方疔：由热带利什曼原虫或墨西哥利什曼原虫引起。②皮肤黏膜利什曼病，又称美洲利什曼病是由巴西利什曼原虫所致。③皮肤利什曼病：本型由杜氏 (Donovan) 利什曼原虫引起，杜氏利什曼原虫是 1903 年首先由 Leishman 及 Donovan 同时发现，故名 LD 小体。我国于 1953 年在江苏淮阴地区首次发现皮肤利什曼病，在我国只有由杜氏利什曼原虫引起的皮肤黑热病。

LD 小体属鞭毛目、锥虫科，当其以鞭毛形态寄生在白蛉体内时，经白蛉叮咬人体皮肤，而引起人体感染。若 LD 小体主要侵犯内脏，则称内脏利什曼病。

【临床表现】

皮肤黑热病多见于男性，男女之比为 13:1。由白蛉传布，故病人主要为农民。发病年龄从 3~73 岁不等，以 20~50 岁多见。

皮损特点：皮疹有多种表现，主要有 3 种表现形式：①结节：结节大小、数目不定，为黄豆至核桃大淡红色或棕红色半球形结节，常对称分布于全身，严重的面部结节与麻风的狮面相似。②红斑或斑块：初多在头面部暴露部位出现小片淡红色斑，以后逐渐累及整个面部、躯干，呈棕黄色或黄红色斑疹或斑块，有浸润感；损害中心可见免疫区，境界清楚、表面光亮，类似界线类麻风皮损。③浅色斑：为圆形或椭圆形的大小不等之色素减退斑，其斑的长轴多与皮纹或皱褶相平行，边缘清楚，表面光滑；有时浅色

斑中央可见由多数小结节构成的红色斑块。

自觉症状：皮肤利什曼病一般无明显自觉症状。偶尔稍感乏力，但均能坚持体力劳动。

颈部、腹股沟等淋巴结肿大，多为花生米大小，局部无明显红肿疼痛。有的病人可同时伴有肝脾肿大。

【组织病理】

组织病理改变有一定价值。表皮萎缩，色素减少，真皮上部淋巴细胞、浆细胞浸润及组织细胞浸润；结节性损害的浸润大多由巨噬细胞、上皮样细胞及淋巴样细胞构成；LD小体在病理切片中为圆形或卵圆形小体，2~4 μ m大小，无荚膜，小体内可见一直径1 μ m的深嗜碱性圆形核。早期组织细胞内含有大量的LD小体，晚期病原体数量减少，甚至难以找到。

【实验室检查】

组织液涂片或淋巴结、骨髓穿刺涂片，姬姆萨染色镜检可见LD小体。

【诊断及鉴别诊断】

根据病史、典型的皮损，组织液涂片或淋巴结、骨髓穿刺涂片查见LD小体，即可确诊。本病应与麻风、丘疹性梅毒疹鉴别。

【治疗】

1. 西医治疗

(1) 葡萄糖酸锑钠（斯锑黑克）：每次1支（6ml），1/d，静脉或肌肉注射，1疗程8d。在治疗中应注意心、肝、肾功能情况。

(2) 碘化钾：在锑剂注射前，先服用10%碘化钾溶液10ml，3/d，连服7~10d；这对采用葡萄糖酸钠治疗本病有增效作用，通常需用3~4个疗程，疗程间应间隔2周。

(3) 喷他脒（戊烷脒）：用于对锑剂有耐药性的病例，用法为每日4mg/kg，肌肉注射，连续10~20次；总量为60~80mg/kg为1个疗程。若需要进行第2个疗程，应间隔1个月；注意此药配制后宜立刻注射，以免水解产生毒性。

2. 中医治疗

中医治则宜解毒杀虫、软坚散结。方用大黄蛰虫丸加減（大黄、蛰蛰、蛰虫、水蛭、桃仁、赤芍、黄芩、苦参、连翘、陈皮、甘草）；外贴消核膏，或紫金锭醋调外搽。

3. 针灸治疗

治疗皮肤黑热病：取穴合谷、内关、曲池、足三里、委中、涌泉、环跳、三阴交，每次选3~6穴，5d交换1次，30d为1个疗程。

【预防及护理】

预防皮肤黑热病：①彻底治疗病人。②消灭白蛉。

护理要点：锻炼身体，增强体质。

皮肤阿米巴病 (amebiasis cutis)

皮肤阿米巴病是由溶组织阿米巴滋养体侵入皮肤、黏膜所致的寄生虫性皮肤病。溶组织阿米巴又叫痢疾变形虫,故又称皮肤变形虫病。

【病因及发病机制】

本病由溶组织阿米巴原虫引起,皮肤阿米巴病感染途径有3种,即:①在阿米巴结肠炎基础上,直接蔓延至肛门附近则产生该部位的皮肤阿米巴病。②阿米巴肝脓肿、脓胸经引流后,在引流口处发生感染。③皮肤接触被阿米巴污染的物质而致病。此外,机体对溶组织阿米巴原虫也可产生过敏反应。

【临床表现】

本病常有肠道阿米巴病及阿米巴肝脓肿的病史,经7d至数月的潜伏期,好发于肛门周围、外阴及臀部或腰部。开始可有右下腹疼痛、腹泻、压痛等症状。当肛周皮肤有破损时,大便中的阿米巴从破损的皮肤侵入组织引起肛门周围及会阴部皮损;皮损表现为深在性脓肿、溃疡性肉芽肿及凹凸不平、形态不一、境界不清楚的溃疡。损害直径数厘米至十几厘米不等,呈暗红色。溃疡表面覆有坏死组织、脓液及厚痂,有时呈菜花状或乳头样增殖。

生殖器感染者,可表现为阴道炎、龟头炎及前列腺炎。

阿米巴所致的变态反应,表现为非特异性皮损,如类似湿疹、痒疹、荨麻疹、痤疮等皮肤病的皮损。

自觉疼痛,有恶臭气味。过敏所致者为皮肤瘙痒。

病程慢性,经久不愈。

【实验室检查】

坏死组织和溃疡面脓液可找到阿米巴滋养体。滋养体呈圆形或椭圆形,直径20~40 μ m,胞质呈嗜碱性,内含空泡、红细胞及核碎片。

【诊断及鉴别诊断】

诊断皮肤阿米巴病根据阿米巴结肠炎或肝脓肿病史,好发部位,皮损为深脓肿、溃疡及增殖性肉芽肿,自觉疼痛、恶臭,坏死组织或脓液中找到阿米巴原虫,即可诊断。增殖性损害者尚须与疣状皮肤结核鉴别。

【治疗】

1. 西医治疗

(1) 甲硝唑:采用甲硝唑抗阿米巴治疗是目前首选的医疗方法。甲硝唑对阿米巴滋养体及包囊均有效,为高效低毒的药物。剂量600~800mg/d,3/d,连服5~7d,小儿酌减,孕期3个月内者禁用。不良反应主要为胃肠道反应。

(2) 甲硝磺酰咪唑:本药作用同甲硝唑,治疗剂量成人2g/d,儿童50mg/(kg·d)顿服,连服3d,本药可通过胎盘和进入乳汁,故孕妇及哺乳期妇女不用。

(3) 其他:尚可用依米丁(吐根碱)、氯喹、土霉素、四环素、红霉素等药治疗。

2. 中医治疗

中医治疗皮肤阿米巴病，宜采用清热解毒、凉血活血的药物（金银花、连翘、野菊花、大青叶、白茅根、生地黄、赤芍、丹参、生甘草），或用清热解毒、凉血止痢的白头翁汤（白头翁、黄柏、黄连、秦皮）。

【预防及护理】

皮损局部应保持清洁，以防止继发感染。

皮肤猪囊虫病 (cysticercosis cutis)

皮肤猪囊虫病是由猪肉绦虫的幼虫（囊尾蚴）寄生于皮下组织内所致的皮肤病，又叫皮肤猪囊尾蚴病 (cysticercosis cellulosae cutis)。除皮下组织外，尚可侵犯脑、眼、肌肉、心、肺等组织器官。

【病因及发病机制】

猪肉绦虫成虫的妊娠节片或虫卵随粪便排出体外，被猪、牛吞食后，虫卵即在动物的消化道内孵出六钩蚴，穿过肠壁进入血管，经血循环到全身，多数在肌肉内停留，发育为囊尾蚴。人若食用生的或未煮熟的有囊尾蚴寄生的猪肉，或被虫卵、孕片污染的生水、食物及蔬菜，在肠胃道内孵化成六钩蚴，经血行至全身各部分，发育成囊尾蚴，寄居于皮下，形成皮肤猪囊虫病。

中医称本病为寸白虫病，是因饮食不洁，脏腑不实，致使痰浊痰核形成，从而患病。

【临床表现】

本病的潜伏期，即从吞食虫卵至囊尾蚴形成包裹约需3个月。囊尾蚴在人体寄生的部位广泛，尤以皮下组织、脑部及眼部多见。

皮肤猪囊虫病的好发部位为躯干、头部及上肢，亦可发生于下肢屈侧、颈部、乳房及阴部。

基本损害为黄豆至花生米大小，或更大的圆形或椭圆形囊肿，触之似结节样坚韧，推之可动，数目可自单个至数百个不等，皮面紧张光滑，不痒不痛，亦无色素改变。

病程慢性，经3~5年或更长，囊虫死亡后发生钙化或破溃。脑囊虫病，可出现癫痫、精神失常及颅压增高等症状。眼囊虫病，病变可发生于眼球深部、玻璃体及视网膜下，可致视力障碍、失明等。绦虫孕片及囊尾蚴在肠道可发生肛门瘙痒、腹痛、腹泻及食欲异常，称绦虫病。

【组织病理】

组织切片显示：皮下组织内有纤维组织包裹的囊肿，囊内可见囊虫的部分结构及液体。若囊虫已死，则可钙化。

【诊断及鉴别诊断】

根据皮下组织内坚韧的无痛性圆形或椭圆形囊肿，有食生肉或生蔬菜历史不难诊断；但确诊本病尚须结合组织病理检查。本病应与皮脂腺囊肿、汗囊瘤及神经纤维瘤等

鉴别。

【治疗】

1. 西医治疗

(1) 手术切除：囊肿数目少者可行手术切除。

(2) 药物囊腔注射：选用纯乙醇或盐酸依米丁（0.5~1ml）囊腔内注射，以杀死囊尾蚴。

(3) 氯硝柳胺（灭绦灵）：本品能抑制绦虫细胞内线粒体的氧化磷酸化作用，有驱绦虫作用，先服 1g，隔 1h 后再服 1g，2h 后给硫酸镁导泻。该药不良反应小，偶有头晕、乏力及胃肠道不适。

2. 中医治疗

(1) 辨证施治：

①痰核证：皮下囊肿，质坚韧，舌质淡红、苔薄白，脉弦滑无力。治宜杀虫软坚，方用下虫丸（苦楝根皮、木香、桃仁、贯众、槟榔、芜荑、鹤虱、使君子、轻粉、干虾蟆）；有眼部病变者石斛夜光丸。

②痰浊证：肌肤囊肿，多而大，伴头晕头痛，神迷木呆，脘腹胀闷，舌胖大有齿痕，苔白厚腻，脉沉数。治宜涤痰利湿，方用阻痰方（胆星、陈皮、半夏、泽泻、白术、茯苓、赤芍、牛膝、竹茹、鸡血藤、党参、车前子）。若伴肢体抽搐、手足麻木应加用钩藤、地龙、蝉蜕、珍珠母等药以涤痰熄风。

(2) 中药单、验方：①35% 槟榔煎剂，成人每次 200~300ml，于晨间空腹服。②南瓜子仁，生品或炒熟 60~120g，于清晨空腹嚼服，4h 后，可服用硫酸镁 20~30g。③珍珠 4.5g，明矾 500g，黄蜡 120g，蜂蜜 60g，做蜜丸，每次 3g，3/d，饭前服用。

【预防及护理】

(1) 饭前便后要洗手。注意饮食卫生，不吃未煮熟猪牛羊肉，不吃不洁水果。

(2) 绦虫病病人应早期彻底治疗。

(3) 养成吃生大蒜习惯，可以预防本病。

皮肤腭口虫病（gnathostomiasis cutis）

皮肤腭口虫病是由有棘颌口线虫或猪颌口虫的幼虫侵入皮肤所致的皮肤病，故又称皮肤颌口虫病，或皮肤腭口线虫病。首先由日本人在我国长江流域发现该病，又称“扬子江浮肿”。

【病因及发病机制】

本病的病因是有棘颌口虫和猪颌口虫，以前者多见。腭（颌）口虫成虫寄生于猫、狗、猪体内，两栖类、淡水鱼为中间宿主，人是腭口虫幼虫的迷人宿主。当人食入未煮熟的含有腭口虫幼虫的猪肉或淡水鱼，幼虫即可侵入皮下面发病。中医认为，本病系虫毒湿热，蕴集肌肤而成。

【临床表现】

本病发生流行区（长江流域及广东、福建、浙江等地），病人多有食生鱼或未熟鱼类的病史。发病前多有发热、胃痛、腰痛、呕吐及全身不适等前驱症状。约在前驱症状出现后1~2周发病。

皮肤损害特点：①好发部位为四肢，次为胸腹、背部及阴部。②皮损为游走性、局限性、红色炎症性水肿、斑块及结节。水肿触较硬韧，似血管性水肿。由于虫体的移行，皮疹呈迂曲形态的条索状硬块，消退后留下线状色素沉着。③自觉灼痒或疼痛、触痛。

病程慢性，发生于眼睑、阴囊等皮下组织疏松部，局部肿胀明显，经过中可继发脓肿。

【诊断及鉴别诊断】

根据病人居住或去过流行区，有食生鱼或未熟鱼的病史，在四肢、躯干出现游走性局限性红色炎性水肿、斑块及结节、消退缓慢者应考虑本病；进一步确诊必须依靠组织病理检查，若活组织检查，在包块内检见腭口线虫幼虫的虫体，周围有嗜酸性细胞浸润，即可确诊。

本病尚须与血管性水肿鉴别。

【治疗】

1. 西医治疗

(1) 手术切除：皮损不大，数目不多时，可采用外科手术切除。

(2) 噻苯达唑（噻苯咪唑）：本品对腭口线虫感染有治疗作用。成人口服100~150mg/d，2~3/d，7~10d为1个疗程。

2. 中医治疗

(1) 内用治疗宜清热解毒，杀虫理气，方用驱虫片（使君子、雷丸、茺菟、芦荟、枯矾、雄黄、槟榔、大黄、牵牛子、木香）。

(2) 外用治疗可选用蟾蜍膏（蟾蜍、巴豆、蓖麻子、木鳖子、大黄、血余炭、大枫子、白芷、樟脑、冰片）。

【预防及护理】

(1) 不食生鱼及未煮熟的鱼。

(2) 及时治疗颌口虫病病人。

裂头蚴病（sparganosis）

裂头蚴病是由曼氏裂头蚴（Manson 叠宫绦虫的蚴虫）所致的一种寄生虫病。皮损以皮下形成单个有弹性、触痛的结节或肿块为特征。

【病因及发病机制】

本病的病原体是曼氏裂头蚴。成虫为曼氏迭宫绦虫，主要寄生于猫、虎、豹及犬等动物的肠内，其为终宿主；第一中间宿主为剑水蚤；第二中间宿主为蛙和蛇。感染方式：①食入含裂头蚴的未熟蛙肉或蛇肉；或饮入受剑水蚤污染的生水。病原体进入肠道

后可通过肠壁至腹腔、肌膜及皮下而致病。②当用含有裂头蚴感染的生蛙肉或蛙皮敷贴皮肤创面、眼、口及外阴时，裂头蚴可直接进入皮下组织引起本病。

【临床表现】

基本损害为结节、肿块。裂头蚴在寄生部位形成1~2个，黄豆至鸡蛋大圆形、椭圆形或条索状结节或肿块，局部常伴有水肿。损害以具弹性、有触痛及可移行为特征。皮损多见于躯干及小腿等处。

眼部损害：裂头蚴寄生于眼部可表现为眼睑红肿，球结膜充血，甚至角膜溃疡。在红肿的眼睑部可触及硬度不等的结节或条索样物。裂头蚴侵入眼球，可有眼球突出、畏光、流泪等表现。

口腔颌面损害：表现为局部红肿，结节，有发痒和虫爬感。

外生殖器损害：可见圆形、柱形或线形的游走性皮下结节，直径0.5~5cm不等；局部有痒感及虫爬感；炎症明显时，可有间歇性或持续性疼痛。

内脏裂头蚴病是指裂头蚴寄生于脏器者，较罕见。若发生于泌尿道，可出现尿道、膀胱炎症；呼吸道可表现为咳嗽、咯血；脑部可出现类似脑瘤的症状。

【诊断及鉴别诊断】

根据流行病学有吃生蛙、蛇及饮用生水史，或用生蛙肉敷创面史；患处有游动性、痛性、弹性结节及肿块；活组织检查查到裂头蚴虫体即可确诊。脑部病变可结合CT检查，尚可将裂头蚴抗原进行免疫辅助诊断。本病应与结节性脂膜炎鉴别，脑裂头蚴感染还需与脑瘤鉴别。

【治疗】

1. 手术治疗

目前治疗本病仍以手术摘除为主。手术注意的是要将整个虫体取出，以根治本病。

2. 局部注射

裂头蚴寄生处注入药物，以杀死虫体。可采用40%乙醇2ml加2%普鲁卡因2~4ml，局部注射，每周1次，2~3次即可。

【预防及护理】

- (1) 不食生蛙、蛇肉，勿饮生水。
- (2) 不用蛙肉、蛙皮敷贴伤口。
- (3) 眼部、口颌部损害应加强清洁护理。

包 虫 病 (echinococcosis)

包虫病是人感染棘球绦虫的幼虫（包虫囊）所致的一种寄生虫病。本病又称棘球蚴病，为人畜共患病，多见于牧区；犬、狼等为棘球绦虫的终宿主，又名狗绦虫。

【病因及发病机制】

本病病原体是棘球绦虫的幼虫。棘球绦虫寄生于犬、狼等动物小肠内，其虫卵随粪便排出体外，污染食物或饮水；当人食入被虫卵污染的蔬菜、瓜果及饮水时，虫卵在

胃、十二指肠内经消化液作用逸出棘球蚴。棘球蚴通过肠壁进入门静脉系统，多数棘球蚴阻停于肝脏，少数经血流到达肺、心、脑、皮下组织及眼部等处，逐渐形成包虫囊。

【临床表现】

由于棘球蚴寄生部位不同，所出现的症状也不同。

皮肤基本损害为囊肿或结节，损害大小不一，蚕豆至鸡蛋大小不等，质地柔软，有波动感，无明显炎症，其皮肤色泽正常，无疼痛及压痛。经过缓慢，数年后可钙化或吸收。若囊肿破裂，囊液吸入刺激机体，则出现红斑，风团及瘙痒等过敏反应症状，可伴有腹痛、腹泻、发热症状。

棘球蚴若寄生于肝脏，可有肝大、无痛性肿块，纳差、恶心、呕吐等表现；若寄生于肺，则有咳嗽、咯血及肺部阴影表现；若寄生于眼部，则表现为眼球突出，疼痛，全眼球炎而失明；若寄生在脑、心、肾等重要器官，则表现出相应的症状体征，并可造成严重后果。

【诊断】

根据：①发生于流行区；②上腹部无痛性肿块、咳嗽、咯血；③皮肤上出现非炎症性囊肿或结节；④结合囊肿活检，查到虫体；或抗原皮内试验阳性，即可确诊。

【治疗】

治疗皮肤包虫病，采用手术摘除囊肿或结节。

【预防及护理】

- (1) 本病主要发生在牧区，要搞好牧区环境卫生，养成良好的卫生习惯。
- (2) 食用清洁卫生的瓜果、蔬菜，提倡饮用开水。
- (3) 注意勿穿刺或弄破囊肿，以防囊液外溢致敏。

肺吸虫病 (paragonimiasis)

肺吸虫病是由于肺吸虫寄生在人体所引起的疾病。主要是寄生在肺，引起咳嗽和咯血，也可寄生于皮肤、肌肉、脑、腹部等处，引起相应临床表现。该病在我国仅在少数山区有散在性的流行。

【病因及发病机制】

肺吸虫病是由于肺吸虫寄生在人体所引起的一种传染病。通过生吃或半生吃溪蟹、蝾蛄等而感染。主要发病机制有①虫体在脏器及组织内移行窜扰，寄居破坏所引起的机械性损伤。②虫体的代谢产物及虫卵崩解液化释放出来的异种蛋白质等抗原物质所致的免疫病理反应。

【临床表现】

本病常在感染后6个月左右出现症状。主要引起胸部症状，早期咳嗽、咳痰，常伴有咯血、低热等。如寄生在脑部，可出现头痛、癫痫、头颈强直、失语。皮肤方面的表现如下：

1. 皮下或肌肉结节

多见于下腹部至大腿之间，也可在胸壁、四肢、阴部、腋窝等处，蚕豆至核桃大，圆形或椭圆形的皮下结节，稍隆出皮面，皮肤表面颜色正常，有轻微疼痛和痒感，结节较硬，有轻压痛，但移动性较大是其特点。

2. 荨麻疹

为虫体的异性蛋白吸收后引起的过敏反应。

【诊断及鉴别诊断】

根据在流行地区有吃过生的或半生的溪蟹、螯蛄史，出现胸痛、咳嗽或有移动性较大的皮下结节，原因不明的癫痫，结合辅查嗜酸性细胞增多和肺吸虫皮内试验阳性，均应考虑有肺吸虫病的可能。从痰、粪便或胸水中查到肺吸虫卵，即可确诊。

【治疗】

1. 全身治疗

以杀虫和对症处理过敏反应为目的。

(1) 杀虫剂：①吡喹酮剂量为 $25\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，3/d 口服，连续 2d 为 1 个疗程。②硫氯酚（硫双二氯酚）剂量为 $50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，3/d，饭后口服，隔日给药，10~20d 为 1 个疗程。

(2) 抗组胺药：①曲普利啶（克敏）2.5~5mg，2~3/d 口服。②马来酸氯苯那敏（扑尔敏）12~24mg/d，3/d 口服，或每次 10mg 肌注，小儿 $0.4\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。③赛庚啶每次 2~4mg，3/d 口服。④特非拉丁每次 60mg，2/d。⑤桂利嗪（脑益嗪）每次 25mg，3/d。⑥西咪替丁每次 0.2g，3~4/d 口服。

2. 局部治疗

出现皮下包块时，可在局麻下手术摘除。

【预防及护理】

(1) 在流行区广泛开展有关本病危害性及防治知识的宣传，尤其对儿童及青少年要加强宣传教育。

(2) 做到不生食或半生食溪蟹、螯蛄及其他肉类，不饮生水。这是预防肺吸虫病的关键措施。

(3) 提倡文明卫生，以防痰液及粪便中的虫卵入水。

血吸虫性皮炎 (schistosome dermatitis)

血吸虫病是由于血吸虫寄生在人或动物体内的门静脉或肠系膜静脉所引起的疾病。其表现为痢疾症状、肝脾肿大及晚期肝硬化。男性、青壮年感染率较高。根据本病临床表现、流行特点，属于中医温病学中的“暑温”、“湿温”的范畴。慢性及晚期血吸虫病病人表现为腹泻、肝脾肿大、腹水及腹壁静脉曲张，则类同杂病中的“下利”及由虫毒引起的“蛊毒”和“蛊胀”等证。

【病因及发病机制】

本病是由于血吸虫寄生在人体门静脉或肠系膜静脉所引起的慢性传染病。由皮肤接

触有尾蚴的疫水而感染。主要发病机制有：①血吸虫尾蚴、童虫和成虫对宿主均产生机械性损伤。②血吸虫尾蚴、童虫、成虫和虫卵的代谢产物及崩解物刺激机体引起复杂的变态反应。其主要的病理损伤是由虫卵所致的以细胞免疫为主的迟发性免疫反应的结果。

中医认为，虫毒为血吸虫病的病因。虫毒从肌肤侵入人体后，主要损伤脾胃，水溢内生，蕴而化湿，湿热交蒸，则热势绵绵。湿热与虫积蕴结肝脾，阻遏气机，则腹痛腹泻，胁下痞块。此病晚期，由虫毒入脏，首先犯肝，日久则肝病传脾，脾病又可及肾，脾肾双虚，水湿停滞而见水肿、膨胀、消瘦。肝脾同病，则肝不藏血，脾不统血，藏统失司，血溢离经，则可见各种失血证。

【临床表现】

本病以男性、青壮年感染率较高。＜5岁儿童感染率较低。病人以农民、渔民为多。

1. 潜伏期

一般为1个月左右。在接触疫水后数小时至3d内，出现尾蚴性皮炎，局部皮肤可见粟粒大的红色丘疹或疱疹，奇痒，经3～5d自行消退。童虫移行于肺时，可有低热、咳嗽和皮肤荨麻疹等表现，持续1～2周可自消。

2. 急性期

表现为发热、腹痛、腹泻、肝脾肿大、干咳、荨麻疹及血管神经性水肿、淋巴结肿大等。

3. 慢性期

以腹泻为最常见症状，2～3/d常呈黏液血便，伴里急后重，类似慢性菌痢。肝脾肿大时可触及增厚的乙状结肠。

4. 晚期

由肝硬化而引起的门脉高压症常见。如脾大、腹水、腹壁静脉及食管下端静脉曲张等。

【诊断及鉴别诊断】

根据病人在流行区与疫水接触史，临床表现发热、腹痛腹泻、肝大、荨麻疹等，末梢血白细胞及嗜酸性细胞数显著增加，即可作出初步诊断。如粪检血吸虫卵阳性即可确诊。如虫卵检查阴性，只要血清间接血凝试验，间接-ELISA试验阳性也可确诊。但急性血吸虫病临床表现不一，症状错综复杂，和其他传染病易混淆，应与伤寒、疟疾、败血症、阿米巴肝脓肿相鉴别。慢性血吸虫病应与阿米巴痢疾、慢性菌痢、病毒性肝炎相鉴别。晚期则应与其他原因引起的肝硬化、肝癌相鉴别。

【治疗】

1. 西医治疗

(1) 全身治疗：以杀虫、处理过敏反应及并发症为目的。

①杀虫剂：吡喹酮(praziquantel)治疗急性期病人剂量每次10mg/kg，3/d口服，连续4d，总剂量为120mg/kg。慢性病例，成人剂量每日30mg/kg，3/d口服，连续2d，总

剂量为 60mg/kg。硝硫氰胺 (amoscanate, nithiocyanamine 7505) 用于治疗急性期病人的用量为 10mg/kg, 分 5d 服用, 每晚 1 次。呋喃丙胺 (furapromide) 用于治疗急、慢性期血吸虫病, 成人用量为 2~3g/d, 儿童 1~2g, 口服, 3/d 服用, 疗程为 14~20d, 未退热者可适当延长疗程。锑剂 (锑 273 和酒石酸锑钾)。酒石酸锑钾总剂量 24~25mg/kg, 疗程 20d; 锑 273 中速片 10d 疗法, 总剂量按 350mg/kg, 每日剂量按 2~3/d 口服。

②激素: 急性期病人病情严重时, 可给氢化可的松 100~200mg/d 静脉滴注, 或泼尼松 20~40mg/d 分次口服。10~12d 为 1 个疗程。

③止血剂: 并发上消化道出血时, 给予维生素 K, 卡络柳钠 (安络血), 酚磺乙胺 (止血敏), 垂体后叶素等止血药。

④抗生素: 并发原发性腹膜炎时, 应给予有效抗生素。

⑤抗组胺药: 阿司米唑 (息斯敏, astemizole) 10mg, 1/d 口服, <6 岁 0.2mg/(kg·d)。特非那丁每次 60mg, 2/d。西咪替丁每次 0.2g, 3/d 口服。

(2) 局部治疗: ①尾蚴皮炎外用缓和的止痒剂, 如 1% 薄荷炉甘石洗剂。②巨脾症有明显脾功能亢进者, 可考虑脾切除加大网膜腹膜后固定术。

2. 中医治疗

(1) 辨证施治

①邪郁肺卫: 治以疏表宣肺。方用荆防败毒散 (荆芥、柴胡、羌活、防风、前胡、桔梗) 加减。

②邪郁少阳: 治以清解少阳, 和解利湿。方用蒿芩清胆汤 (青蒿、黄芩、竹茹、陈皮、半夏、枳壳) 加减。

③邪阻脾胃: 治以清热化湿, 宣窍泄热。方用连朴饮合菖蒲郁金汤 (黄连、栀子、牛蒡子、芦根、厚朴、半夏、菖蒲) 加减。

④湿滞血瘀: 治以燥湿祛痰。方用平胃散合丹参饮加减。

(2) 中药单、验方

①血吸虫病方: 南瓜子 100g, 土荆芥 10g, 野棉花根 10g, 三尖杉子 20g, 土大黄 20g, 三义苦 30g, 萱草根 15g, 槟榔 10g, 仙鹤草根芽 10g。水煎服, 每日 1 剂。

②半边莲煎: 半边莲 30g, 猴结 5g, 豆豉草 20g, 绛梨木 20g, 七叶莲 20g, 樱桃根 30g。

③半边莲: 45g, 水煎服, 15d 为 1 个疗程。治疗晚期病人伴腹水者。

④五苓散合五皮饮: 猪苓、泽泻、白术、桂枝、茯苓皮、大腹皮、陈皮、生姜皮、桑白皮, 可加减用于治疗血吸虫病性肝硬化伴腹水者。

⑤复方槟榔丸 (杀虫): 枣泥、槟榔、雄黄、茜草、红藤。治疗慢性血吸虫病。

(3) 外用中药: 野菊花、金银花各等量煎汤洗。用于治疗尾蚴皮炎。

(4) 针灸疗法: 急性期取大椎、曲池、天枢、三焦俞、十宣, 1/d 针刺。慢性期取中脘、脾俞、足三里、内关, 1/d 针刺。

3. 中西医结合治疗

(1) 中药杀虫, 西药处理并发症及过敏反应。

(2) 西药杀虫, 中药、针灸处理并发症及过敏反应。

【预防及护理】

(1) 在流行区应普查普治病人和牛、马等动物宿主, 以消灭传染源。

(2) 杀灭钉螺, 以切断传播途径。

(3) 加强人畜粪便管理, 防止粪便污染水源。

(4) 注意个人防护, 尽量避免与疫水接触。严禁在有钉螺河滨游泳。

旋毛虫病 (trichinelliasis)

旋毛虫病是由于旋毛虫寄生于人体引起的疾病。其临床表现复杂多样, 轻者可无明显症状, 重者出现消化道症状、血管炎、肌炎等, 部分病人可出现皮肤斑丘疹。该病在我国仅在少数地区有散在的流行。

【病因及发病机制】

旋毛虫病是由于旋毛虫寄生在人体引起的一种传染病。通过吃生肉或吃半生肉而感染。主要发病机制有: ①脱囊的幼虫和成虫钻入肠壁, 成虫以肠壁组织, 特别是肠绒毛作食料, 加之排出的排泄物和分泌物及产出的大量幼虫等刺激, 引起十二指肠和空肠广泛的炎症。②雌虫排出的幼虫经血管移行侵入肌肉, 幼虫在移行过程中产生大量毒素, 侵入肌肉时使肌纤维遭受严重破坏, 肌间质水肿及炎症细胞浸润, 可引起全身血管炎、肌炎。

【临床表现】

旋毛虫的致病过程可分为连续的3个期, 整个病程为2周至2个月以上不等。

1. 侵入期 (约1周)

表现为恶心、呕吐、腹泻、腹痛等消化道症状, 同时伴乏力、畏寒及发热等全身症状。

2. 幼虫移行期 (约2~3周)

表现为持续高热, 全身肌肉酸痛, 尤以腓肠肌最为明显, 眼睑及面部浮肿, 球结膜充血水肿等。病人可出现心力衰竭和颅内高压。部分病人出现咀嚼肌、吞咽和说话困难、呼吸疼痛, 甚至心肌炎。部分病人于躯干四肢出现散在的、大小不等的、红色斑丘疹, 自觉瘙痒。

3. 成囊期 (4~16周)

此时轻度感染者急性炎症消退, 全身症状逐渐减轻或消失, 但肌肉疼痛可持续数月之久。重度感染者可呈恶病质、水肿、脱水、虚脱或因毒血症、心肌炎及并发症而死亡。

【诊断及鉴别诊断】

该病临床表现比较复杂, 而且在病程的不同期表现出不同的症状, 侵入期及幼虫移行期容易误诊, 故应结合病史及流行病学特点, 辅以免疫学诊断。若能从病人的肌肉内活检到幼虫或囊包则可确诊。本病应与皮炎、类风湿性多发性肌痛症相鉴别。

1. 皮肌炎

该病具特有的上眼睑紫红色的水肿性红斑，肌活检显示肌纤维变性及炎症反应和结缔组织增生，血清肌酸磷酸激酶活性升高，肌电图检查证实为肌原性病变。

2. 类风湿性多发性肌痛症

主要表现为四肢近端部肌痛，血中酶值、肌电图及肌肉活检均正常。

【治疗】

1. 全身治疗

以杀虫、支持治疗及对症处理并发症为目的。

(1) 抗寄生虫药：①阿苯达唑（丙硫咪唑，albendazole）25~30mg/（kg·d），5~7d为1个疗程。②噻苯达唑（噻苯咪唑，tiabendazole）50mg/（kg·d），5~7d为1个疗程。③甲苯达唑（甲苯咪唑，mebendazole）300mg/d，连服5~9d。④氟苯达唑（氟苯咪唑，flubendazole）200mg/d，10d为1个疗程。

(2) 支持治疗：大量维生素E、维生素C、能量合剂有助于改善症状。

(3) 皮质类固醇激素：①泼尼松每次25mg，1/d，连服5d。②地塞米松每次3.75mg，1/d，连服5d，均可缓解症状。

2. 局部治疗

有皮损的病人，瘙痒剧烈时可外用1%樟脑洗剂。

【预防及护理】

(1) 广泛地进行卫生宣传教育，改变饮食习惯，不生食或半生食猪肉及其他畜禽肉，是预防本病的关键性措施。

(2) 认真执行肉类卫生检疫制度，加强食品卫生管理，未经检疫的猪肉不准上市交易，感染旋毛虫的猪肉要坚决销毁，不能食用。

钩虫皮炎（ankylostoma dermatitis）

钩虫皮炎是由于钩虫幼虫侵入皮肤所引起的皮肤炎症。其特点是手、足部位突发的斑疹或小丘疹，伴剧烈瘙痒。俗称“土痒疹”、“粪毒”、“肥刺叮”等，常在夏季或初秋的湿热季节发病，成年人多见。

【病因及发病机制】

钩虫皮炎是由于钩虫幼虫侵入皮肤所引起的皮肤炎症。寄生于人体的钩虫有十二指肠钩虫和美洲钩虫两种，此外寄生在狗、猫等动物身上的巴西钩虫、犬钩虫也可感染给人。它们的幼虫侵入人体皮肤时即可引起钩虫皮炎。主要的发病机制有：①机械性损伤：幼虫入侵皮肤时口器咬伤皮肤。②化学性损伤：幼虫入侵皮肤时，分泌胶原酶类物质，分解皮肤组织。③异种蛋白的释放，引起变态反应。

【临床表现】

本病在夏季和初秋季节多见，农民的安装率远较城市居民为高。人若赤脚下田或用手挖土，常在手背、指间、足背、足缘、趾间及踝部等皮肤较薄的部位，有钩虫幼虫入

侵皮肤，约数分钟局部即有刺痒或烧灼感，1~2h后该处出现斑疹或小丘疹，奇痒难忍，1~2d变为疱疹，内含黄色透明液体，抓破后常继发感染，一般1周左右皮疹即可消退，偶可伴发荨麻疹。

此外还有一种少见的匍行疹，多半是由狗、猫等动物的钩虫幼虫所引起，人体不是它们的适应宿主，因此它们不能穿入真皮及皮下，只能在表皮内行走，形成弯弯曲曲的小隧道，在隧道处发生丘疹、水疱，病人感剧痒，常被抓破发生感染。这种匍行疹多发生在手、足、小腿、前臂等处。

感染后3~15d可出现咳嗽、咳痰、咽痒、声嘶，有时有发热、气急、血痰等症状。1个月后可出现贫血、消瘦、上腹疼痛等症状。

【诊断及鉴别诊断】

根据发病季节，接触史，典型的手、足部红斑、丘疹的表现，结合嗜酸性细胞增多及粪便虫卵阳性的检查，可以明确诊断。

【治疗】

1. 全身治疗

以杀虫、对症处理变态反应为目的。

(1) 抗寄生虫剂：①双羟萘酸噻嘧啶 (pyrantel pamoate) 剂量为 10mg/kg 一次服。②噻乙吡啶剂量为 5mg/kg 一次服。③甲苯达唑剂量 200mg 一次服或 200mg, 2~3/d, 连服 2~3d。④阿苯达唑剂量为成人 400mg, 儿童 200mg, 一次服。⑤噻苯达唑剂量为 25~50mg/ (kg·d), 2/d, 连服 3d。

(2) 抗组胺药：①阿司咪唑 (息斯敏) 10mg, 1/d 口服。②特非那丁每次 60mg, 2/d。③赛庚啶每次 2mg, 3/d。

(3) 抗生素：继发感染时，可选用琥乙红霉素 (利君沙, erythromycin ethylsuccinate), 螺旋霉素 (spiramycin) 等抗菌治疗。

2. 局部治疗

①局部瘙痒明显时，可外用炉甘石洗剂或 5% 樟脑扑粉。②若有感染，可涂 1% 甲紫溶液或 5% 白降汞软膏。③噻苯达唑配成 15% 软膏局部涂敷，可杀灭钩虫幼虫。

3. 物理疗法

常用透热疗法，即在感染后 24h 内，将受染部位浸于 53℃ 热水，持续 20min 左右，可杀灭局部组织内钩虫幼虫。

【预防及护理】

(1) 普治病人，加强粪便管理，彻底消灭传染源。

(2) 注意个人防护，在钩虫流行地区尽可能穿鞋下田，避免皮肤接触泥土、粪便。

莱姆病 (Lyme disease)

莱姆病是由于人体感染螺旋体而引起的疾病。临床上皮肤表现为慢性游走性红斑，其后并发神经系统症状、心脏和关节症状。本病可自然痊愈，预后良好。疾病分布与蜱