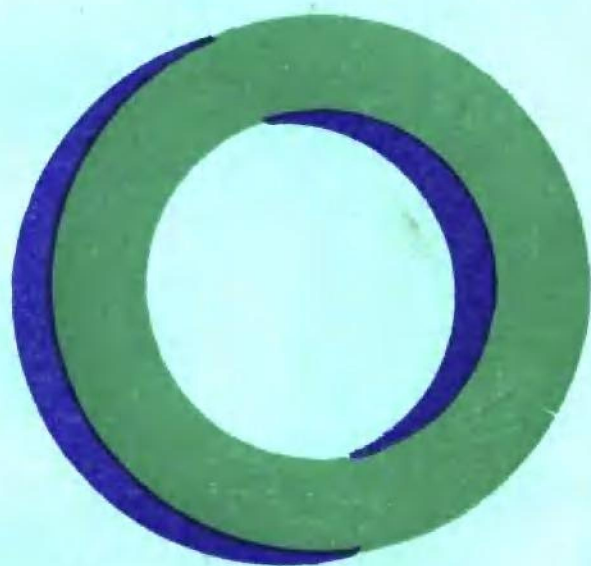


Parasitic Diseases  
Case Studies



(美) D.N. 里弗斯奈德 著

寄生虫病病例分析

人民卫生出版社

## 内 容 提 要

本书系美国学者D. N. 里弗斯奈德博士将多年收集的寄生虫病例整理汇编而成。目的在于强调详细询问病史对及时诊断寄生虫病的重要性。全书按原虫、蠕虫、昆虫三类病原体的顺序汇编了47个常见的寄生虫病病例,每个病例均由病史、体检、化验、治疗经过、问题、答案及寄生虫学简介等几部分组成,内容简明扼要,论述层次清楚,分析透彻精要,编写立意新颖,书中所列举的一些误诊病例很值得我国的临床工作者借鉴。特别是本书中载有184个多选题,每个试题的答案均结合临床的具体情况,从理论上进行深入浅出的讨论,这不仅适合于临床医师及防疫医师进行防治工作时参考,也可作为医学院校师生的教学参考书。书末附有世界各大洲的寄生虫病名录,对于了解寄生虫病在世界各地的分布情况及出国工作或旅游,均有一定的帮助。

## Parasitic Diseases Case Studies

David N. Reifsnyder M.D.

Hans Huber Publishers

Bern Stuttgart Vienna

1981

## 寄生虫病例分析

〔美〕D. N. 里弗斯奈德 著

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

北京市卫顺排版厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 7 $\frac{1}{2}$ 印张 153千字

1987年4月第1版 1987年4月第1版第1次印刷

印数: 00,001—3,350

统一书号: 14048·5352 定价: 1.60元

〔科技新书目 137—74〕

## 前 言

寄生虫病在我国是极常见的多发病，尽管临床医师及防疫工作人员经常接触到寄生虫病病人，但由于各种原因，在临床上造成误诊的例子仍不少见，有的甚至造成严重后果，目前国内尚未有专著来讨论此问题。美国学者D. N. Reifsnnyder博士所著的《Parasitic Diseases Case Studies》一书正是从这个角度出发，收集汇编了47个常见的寄生虫病病例，其中有不少是误诊病例，由于误诊而给患者带来不必要的痛苦，少数病例因此而导致死亡。作者通过病例分析，特别强调询问病史这个最简单而又常被临床工作者忽略的诊断方法，对及时诊断寄生虫病的重要性。书中所列举的寄生虫病绝大多数在我国都有不同程度的流行，少数暂时在我国尚未发现的寄生虫病，随着国际交往的增加，也值得我们警惕这类寄生虫病的输入。

由于书中所收集的病例是多年累积的资料，受到当时历史条件的限制，少数治疗药物现已不采用了，为了反映历史的发展过程，我们仍按原书照译，只在必要处加“译者注”，请读者（特别是临床医师）在使用本书时注意。我国卫生部已公布127种停止使用的药，在本书内不再赘述。

本书由魏德祥教授校审全稿，又蒙巫振欧教授提出许多宝贵意见，特此表示感谢！由于我们水平有限，译文有不妥之处，敬希广大读者批评指正。

译 者

## 序

积我多年从事寄生虫病教学的经验,我认为病历是诊疗寄生虫病最有用的工具。经过长期的病例积累,才汇编成此书,其中大部分病例均经我本人亲自诊疗过,而我的导师H. W. Brown博士又惠赠了不少病例给我,有部分病例是从那些深知我对寄生虫病感兴趣的同事们那里获得。

本书的目的是为临床工作者提供参考,并帮助医学生了解人体寄生虫的固有特性。因为寄生虫有特殊的生活史,有特定的流行方式,因而每种寄生虫都有相应的病史。为了深入探讨寄生虫病的问题,可参考下列书籍:

(1) Brown H.W.: Basic Clinical Parasitology. Fourth Edition. New York: Appleton-Century-Crofts, 1975.

(2) Faust E.C., Russell P.F., Jung R.C.: Craig and Faust's Clinical Parasitology, Eighth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1970.

(3) Hunter G. W. III, Swartzwelder J.C., Clyde D.F.: Tropical Medicine, Fifth Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1976.

(4) Wilcocks C.M-B., P.E.C.: Manson's Tropical Diseases, Seventeenth Edition. Baltimore: Williams and Wilkins Company, 1972.

每个病例后面还附有参考文献,既可作为以上参考书的

补充，又提供了较为新近的资料，这些参考文献几乎都包含有来源于临床的病例。

此外，有些寄生虫有特定的流行区，因而在附录中编写了寄生虫病的流行名录，这可帮助医师们分析寄生虫病感染的可能原因，又可使医生为不断增长的旅游者提供卫生咨询。

我相信本书对读者是有益的。欢迎对本书提出批评和指正。书中的观点全为我本人的拙见，不代表美国政府的意见。

**医学博士**

**D. N. Reifsnyder**

# 寄生虫病病例分析

## 目 录

|                     |    |
|---------------------|----|
| 一、经理的腹泻和消瘦·····     | 1  |
| 二、发热和右上腹压痛·····     | 6  |
| 三、青年人的脑膜脑炎·····     | 12 |
| 四、家庭主妇的发热畏寒和倦怠····· | 15 |
| 五、养猪者的腹泻·····       | 20 |
| 六、幼儿的吸收不良·····      | 23 |
| 七、80岁老人的前臂溃疡·····   | 29 |
| 八、鼻溃烂·····          | 31 |
| 九、儿童的发热、呕吐和脾肿大····· | 35 |
| 十、旅游者的发热和寒战·····    | 38 |
| 十一、飞行员的发热和精神紊乱····· | 43 |
| 十二、婴儿输血性的间歇热·····   | 48 |
| 十三、免疫力低下者的肺炎·····   | 55 |
| 十四 一种疾病的多样表现·····   | 61 |
| 十五、阴道炎·····         | 69 |
| 十六、中年人的心肌病·····     | 72 |
| 十七、发热、皮疹和嗜眠症·····   | 76 |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 十八、青年人的脑膜炎·····          | 80  |
| 十九、妇女的肠肿块·····           | 84  |
| 二十、儿童和成人的蛔虫·····         | 89  |
| 二十一、吸收不良综合征·····         | 94  |
| 二十二、年轻人的阴囊肿块·····        | 97  |
| 二十三、幼儿的烦躁不安综合征·····      | 100 |
| 二十四、年轻人的阴囊肿大·····        | 104 |
| 二十五、孕妇的重症贫血·····         | 109 |
| 二十六、青年人的游走性肿块·····       | 114 |
| 二十七、妇女的视力减退和皮疹·····      | 118 |
| 二十八、妇女的腹痛和昏迷·····        | 123 |
| 二十九、头痛嗜睡和嗜酸性粒细胞增多症·····  | 129 |
| 三十、幼儿的直肠脱垂·····          | 134 |
| 三十一、婴幼儿的发热和嗜酸性粒细胞增多····· | 137 |
| 三十二、婴幼儿的绦虫·····          | 143 |
| 三十三、犹太妇女的绦虫病·····        | 145 |
| 三十四、肝脏的钙化囊·····          | 149 |
| 三十五、产科医生的带绦虫病·····       | 154 |
| 三十六、哥伦比亚妇女的带绦虫·····      | 158 |
| 三十七、南美青年的抽搐·····         | 162 |
| 三十八、年轻妇女的迁延性肝炎·····      | 167 |
| 三十九、工程师的肝病综合征·····       | 171 |
| 四十、面部和腿部的浮肿·····         | 175 |
| 四十一、中年妇女的腹泻·····         | 179 |
| 四十二、年轻人的肺囊肿·····         | 182 |
| 四十三、一个年轻人的尿路症状·····      | 186 |

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 四十四、肝大、胸痛和咳嗽·····       | 190 |
| 四十五、女孩的上行性瘫痪·····       | 195 |
| 四十六、手和臂的坏死性损害·····      | 197 |
| 四十七、护士的瘙痒皮疹·····        | 199 |
| 附录：世界各大洲寄生虫病流行分布名录····· | 203 |

## 一、经理的腹泻和消瘦

### 病史:

患者男性,年50岁,系美国某香料公司的经理,到苏联列宁格勒进行业务工作。在列宁格勒住了近两周,突然发生腹泻,每日4~6次,稀便,但无恶臭,偶带血和粘液,经服用盐酸苯乙呱啶(Lomotil)后,症状稍有缓解。

患者于第3周末返回美国时,仍持续有稀便,体重减轻了10磅,自觉有低热,但无明显的寒战和发热体征,没有厌食、恶心、呕吐、倦怠或便血的现象。患者在家自治无效,即去医院求诊,经乙状结肠镜检查,发现结肠上有数处溃疡,便认为是溃疡性结肠炎。但由于患者曾有去过列宁格勒的病史,乃请寄生虫学专家作进一步会诊。在乙状结肠镜检查时,未作拭取物检查。

### 体检:

病人发育及营养均良好,没有明显的消瘦,除两侧下腹部有触痛外,其余检查均正常。

### 化验:

白细胞数11000/立方毫米,嗜中性粒细胞为80%,淋巴细胞19%,大单核细胞1%;对刚排出的新鲜稀便作镜检时,发现活动的溶组织内阿米巴大滋养体,并经染色鉴定,确诊无疑;但用阿米巴抗原作间接血凝试验,结果阴性。

### 治疗经过:

经用双碘喹和土霉素联合治疗,症状略有好转。但在疗程末期,腹泻又突然增加到每天6~8次,在3周时间内,

体重又减轻了 5 磅。粪便复查，结果仍有阿米巴滋养体，改用甲硝咪唑（灭滴灵）治疗 3 ~ 4 天，粪便检查即转阴性。以后随访 3 年，未再复发。

**问题：**

1. 可能与阿米巴病混淆的病是：
  - A. 溃疡性结肠炎
  - B. 阑尾炎
  - C. 细菌性痢疾
  - D. 抑郁型神经官能症
2. 导泻粪检的指征是：
  - A. 无腹泻的阿米巴病
  - B. 常规检查寄生虫和虫卵
  - C. 血吸虫病
3. 治疗急性阿米巴的首选药物是：
  - A. 双碘喹和四环素
  - B. 吐根素
  - C. 甲硝咪唑（灭滴灵）
  - D. 氯喹
4. 治疗无症状的包囊携带者应用：
  - A. 双碘喹
  - B. 甲硝咪唑
  - C. 巴龙霉素
  - D. 不需药物

**答案：**

1. (A、B、C、D)，四个答案均正确。凡疑为溃疡性结肠炎的患者，均应作间接血凝试验，以检测阿米巴抗体。曾有报告，在 17 例溃疡性结肠炎的患者中，由于用血清学检查及抗

阿米巴诊断性治疗,证实其中 2 例是阿米巴性结肠炎。如果将所有病人均作溃疡性结肠炎治疗,则可能引起传播阿米巴病的严重后果。有时肠功能紊乱也可能是阿米巴病的表现,有些病人甚至没有明显的肠道症状,对此类少见的非典型病例切勿忽略。阿米巴原虫对阑尾的侵犯,常引起诊断上的错误,造成医生只注意阑尾炎的处理,而忽略了阿米巴病的后果,特别在高流行区要引起重视。

2. (A), 用导泻作粪检,只适用于无腹泻的阿米巴病人。对其它任何寄生虫学检查都无必要对病人用导泻剂。我们曾收治一个患阿米巴病的病人,其妻无任何症状,用一般方法粪检,未发现阿米巴原虫,随后给她用导泻法粪检,即在其粪便中发现了阿米巴包囊,说明她很可能是一个无症状的带虫者,将病原体传播给她的丈夫。在某部队的战士中,长期有阿米巴病流行,追踪检查结果,带虫者是一位无症状的厨师,是他将病原体通过分发食物的方式传给进餐的战士,经过对这位厨师用导泻粪检,即获得明确诊断。

3. (A、C), 对于大多数病人可以用甲硝咪唑作为治疗的首选药。而对严重的急性阿米巴病可采用吐根素,此药能缓解痢疾症状,但不能根除阿米巴原虫。氯喹对肠道阿米巴无作用,在治疗肠阿米巴病时,有人用氯喹预防肝阿米巴病的发生。由于甲硝咪唑有抗肝阿米巴的作用,所以采用甲硝咪唑后,即无需再用氯喹。在用甲硝咪唑治疗急性阿米巴病无效时,可考虑用双碘喹加四环素。而美国“疾病控制中心”所采用的有效代用药物是呋喃咪啉。

4. (A、C), 无症状的包囊携带者必须进行治疗,因为他们是病原体的储存者和散布病原的传播者,包囊期正是阿米巴的感染虫期。采用甲硝咪唑对杀包囊的作用较差,因其

很容易吸收,药物不易达到肠腔下段去与包囊接触。巴龙霉素是极好的抗阿米巴药物,与双碘喹合并应用,对急性肠阿米巴有很好的疗效,也可单独作为腔道杀阿米巴药使用,对带虫者也有效,虽然此药较昂贵,但能连服5天而无副作用。双碘喹则偶有腹胀和痛疼性腹泻等类似阿米巴病的副作用。

### 讨论:

根据初次感染的程度不同,阿米巴病的潜伏期也不一致,短者为10天,长者可达数周或数月。阿米巴原虫在肠腔中繁殖而增多,当增殖到一定数量时,才开始出现症状。滥用抗菌药、饮食改变、身体或情绪的紧张、以及其它一些不明的原因,可能紊乱阿米巴原虫与肠道正常菌群的平衡,而有利于阿米巴原虫的繁殖。大蒜有一定的抑制阿米巴的作用,经常吃大蒜的人,多无阿米巴症状,但当他旅行到很少吃大蒜的地方去,则易患阿米巴病,例如哥伦比亚人原来无阿米巴病症状,当他们来到美国后,常发生阿米巴病。

从感染的程度看,虽然阿米巴病是全球性分布,但在某些地区,溶组织内阿米巴的携带者似乎较多些,其中值得注意的是列宁格勒(1875年 Losch 首先在此地报告了人体阿米巴病例)、墨西哥、南美和南非。此病在热带和亚热带最为流行,但在阿拉斯加和芬兰也有发现。

如果粪便检查未发现阿米巴原虫,但有夏科-雷登氏结晶,而受检者又无气喘病,则很可能是阿米巴病。虽然嗜酸性粒细胞增多并非阿米巴病或其它原虫病的特征,但在肠阿米巴病人的粪便中,则常见到与嗜酸性颗粒密切相关的夏科-雷登氏结晶,尽管在阿米巴性结肠炎的渗出物中未查见嗜酸性粒细胞,但夏科-雷登氏结晶仍可存在。在钩虫病和鞭虫病时,虽也可见到夏科-雷登氏结晶,但这些虫的虫卵是很

易查出，可资区别。

在X线下检查结肠时，肠阿米巴肉芽肿很象结肠癌，肉芽肿是充满嗜酸性粒细胞的炎性病灶。数年前，曾见到一位72岁的男性患者，持续腹泻一年，并伴有间歇发热，经钡剂灌肠检查，诊断为升结肠癌，由于病人有心脏病而不能进行外科手术，乃考虑用内科治疗。但是更仔细地询问病史，始知患者是1933年芝加哥阿米巴病流行时的患者之一，因此用血清学试验检测阿米巴抗体，结果测知抗体滴度为1:32000，给予甲硝咪唑治疗，48小时后腹泻即停止，体温恢复正常，以后用钡剂灌肠复查，肉芽肿消失。

血清学检查对诊断阿米巴病和测定其感染强度均有帮助，例如，无症状的包囊携带者血清滴度往往偏低或为阴性，有明显症状的肠阿米巴病人中，约有60%为阳性血清反应，而肝阿米巴病患者的阳性血清反应可高达95%。阿米巴肉芽肿与结肠癌的鉴别诊断就在于前者的血清反应为强阳性。

脆弱双核内阿米巴(*Dientamoeba fragilis*)是另一种感染人体肠阿米巴病的病原体，能引起腹泻症状。但它没有溶组织内阿米巴那样强的致病力，也不侵犯肝脏。该滋养体有2个明显的核，没有包囊期，此特征可与溶组织内阿米巴和其它阿米巴相区别。采用双碘喹与四环素联合治疗，疗效较好。此病也为全球性分布，在对腹泻综合征进行鉴别诊断时，必需考虑此种阿米巴感染的可能性。

## 二、发热和右上腹压痛

### 病史：

患者为31岁的进口商。主诉发热持续一周多。本人在进口公司工作，定期去欧洲、印度和巴基斯坦。在其就医前三个月，才从巴基斯坦归来。患者在国外逗留期间以及回到美国后二周内，均有腹泻稀便，未见带血，自感有低热，体重减轻5磅。以后，腹泻和发热自动停止。在就医前一周又开始发热和倦怠，并持续至今。入院时体温40℃，但没有疼痛、恶心、呕吐或腹泻。

### 体检：

发育良好，无急性病容，血压110/70毫米汞柱，脉搏120次/分，呼吸20次/分，体温39.8℃；皮肤温暖湿润，巩膜无黄染；肺野清晰，除心跳加速外，心脏正常；腹部检查右上腹有压痛，深呼吸时，在肋弓下能触到肝缘，并有触痛，脾脏未触及；其余检查正常。

### 化验：

白细胞计数18200/立方毫米，嗜中性粒细胞88%，淋巴细胞10%，大单核细胞1%，嗜酸性粒细胞1%；红细胞沉降率68毫米/小时，尿检查正常；血清谷草转氨酶40，胆红素10，碱性磷酸酶160；粪便潜血试验阴性；胸部X线检查，发现右横膈升高。

### 治疗经过：

由于肝区有触痛和转氨酶正常，而患者又有去国外旅行史及就诊前的腹泻病史，即作肝区扫描检查，扫描图象(图1)

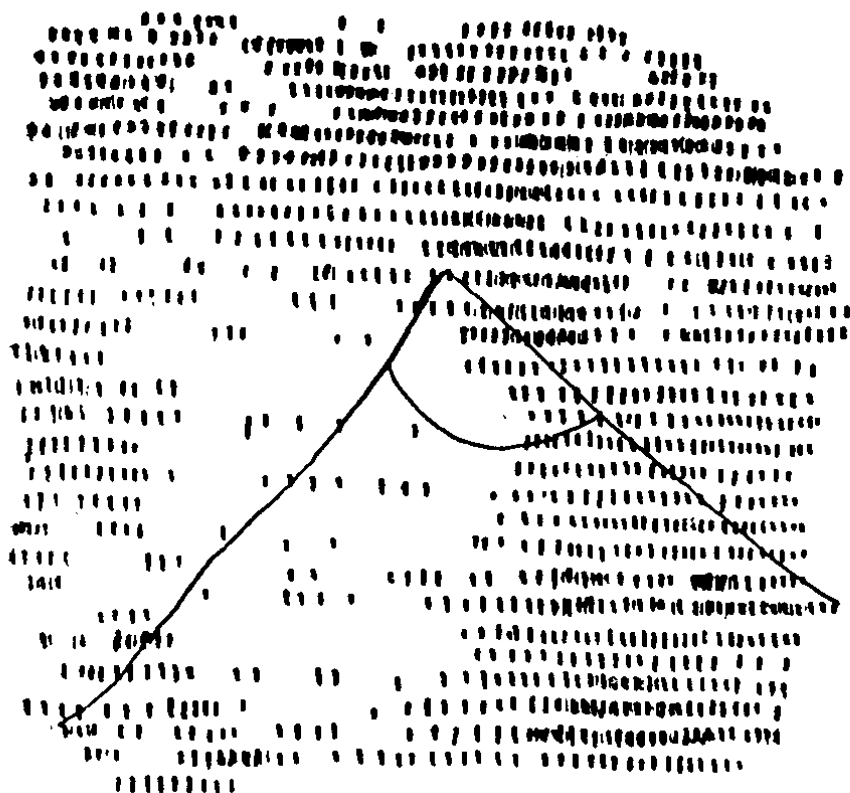


图1 肝扫描图象，显示肝右叶有充盈缺损

显示肝右叶有充盈缺损；阿米巴抗原的间接血凝试验，抗体阳性滴度为 1:1052；对患者采用导泻粪检，找到溶组织内阿米巴原虫。开始用甲硝咪唑治疗，每次口服750毫克，一日三次，24小时后腹痛即消失，感觉良好，要求出院，在家中继续完成疗程。虽然甲硝咪唑对肠内及肠外阿米巴病均有效，仍然对患者加用双碘喹和土霉素，以控制肠道感染。

经6个月随访，患者情况良好，肝扫描复查未见异常，导泻粪检阿米巴原虫为阴性。

**问题：**

1. 能产生上述肝扫描图象的其它寄生虫病是：

- A. 血吸虫病
- B. 棘球绦虫病(包虫病)
- C. 囊尾蚴病(囊虫病)

D. 旋毛虫病

2. 阿米巴原虫侵入肝脏的途径是:

A. 经过门静脉系统

B. 经过淋巴系统

C. 通过腹腔移行

D. 以上均不是

3. 红细胞沉降率是:

A. 对诊断阿米巴病无特异性

B. 肝阿米巴病人几乎全都加速

C. 多数肝阿米巴病人均正常

D. 以上均不是

4. 肝阿米巴病人在哪种情况下还应加用杀肠道阿米巴药物:

A. 只在粪检阳性时

B. 有腹泻史时

C. 凡是治疗肝阿米巴病的同时, 即应给予治疗

D. 采用土根素治疗时

5. 如不治疗, 此患者可能会:

A. 很可能会死亡

B. 慢慢恢复

C. 由慢性导致肝硬化

D. 导致肾功能衰竭

**答案:**

1. (B), 血吸虫病的病灶小, 不能形成大的充盈缺损性病灶。另二种肝内绦虫幼虫病(囊虫病与包虫病)也不是, 即使病变很小。其它需要鉴别的有肝脓肿、癌(原发或继发), 多房棘球蚴病、先天性肝叶缺少、静脉畸形、血管瘤和雌激

素(避孕丸)诱发的病变等。在肝扫描图象上,即使出现相当小的充盈缺损,也要考虑是阿米巴病,特别是病人具有发热时。

2. (A), 虽然只有三分之二的肝阿米巴病人具有腹泻史(有的病例可在肝脓肿出现前数年发生过腹泻), 而原虫都是从结肠经门静脉系统进入肝脏的。

3. (B), 几乎所有的阿米巴肝脓肿病人都出现血沉加快现象。如果血沉正常, 则表明不是阿米巴肝脓肿, 也不是化脓性肝脓肿。

4. (C), 如果仅将肝内阿米巴原虫杀死, 而肠道内阿米巴原虫仍继续存在, 还可再次侵犯肝脏。由于甲硝咪唑易于吸收, 在肠道内停留少, 本例病人肠道内的阿米巴原虫可能未被杀灭, 所以应加用抗肠道阿米巴药物, 反之亦然, 即多数专家认为, 在治疗肠阿米巴病时, 应同时给予抗肝阿米巴药物。

5. (A), 如果本例病人被误作其它疾病治疗, 或者未及时去就医, 则其病情将继续恶化而导致死亡。很多肝阿米巴病人在初期并无明显严重的症状, 由于肝扫描诊断法的采用, 疑诊的对象被扩大, 肝穿刺诊断法已不再是必要的了。同时, 一些原来被误认为是病毒性肝炎的病例, 现在经肝扫描检查, 也能早期作出阿米巴肝脓肿的正确诊断了。如果病人已被诊断是肝阿米巴病, 必须立即进行治疗, 而不需要等待病人的化验、血清学检查以及肝扫描检查的结果, 如果考虑对病人作外科引流或剖腹探查, 在手术前应进行抗阿米巴治疗, 即使是化脓性肝脓肿, 手术前的治疗也能防止脓液外溢; 从而避免发生严重的阿米巴腹膜炎。这种腹膜炎可能成为致命的并发症。

现在采用甲硝咪唑治疗, 不仅疗效好, 而且无副作用,