

综合病例研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9802.2022.11.014

绦虫感染致急腹症一例

欢迎扫码观看
文章视频简介

蔡满航 钟造茂 张浩 贾玉明 杨晓东 刘杰 郑智辉 钟跃思

【摘要】 绦虫病是由猪带绦虫、牛带绦虫和亚洲带绦虫寄生于人体肠道所引起的食源性人兽共患寄生虫病。人类是唯一的最终宿主。该文报道一例绦虫感染致急腹症患者的诊治经过。该例28岁男性患者主要表现为腹痛，入院后行血常规、生化、影像学等检查，阑尾炎表现不典型，考虑其他原因的急腹症，经禁饮、禁食、灌肠、抗炎、补液等保守治疗后，患者恢复排便排气，腹痛明显缓解，由患者排出的粪便中见绦虫的带节片，确诊为绦虫感染致不完全性肠梗阻，诊断明确后予阿苯达唑驱虫治疗并顺利出院。该例的诊治过程提示，临床医师应提高对肠道寄生虫病的认识，拓宽诊断思路，减少漏诊和误诊。

【关键词】 绦虫病；不完全性肠梗阻；急腹症；肠道寄生虫病

Acute abdomen caused by infection of *Taenia*: a case report Cai Manhang[△], Zhong Zaomao, Zhang Hao, Jia Yuming, Yang Xiaodong, Liu Jie, Zheng Zhihui, Zhong Yuesi. [△]Department of Hepatobiliary Surgery, the Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China

Corresponding author, Zhong Yuesi, E-mail: zhyues@mail.sysu.edu.cn

【Abstract】 Taeniasis is a foodborne zoonotic parasitic disease caused by parasitism of *Taenia solium*, *Taenia saginata* and *Taenia asiatica* in the human intestine. Humans are the only ultimate hosts. In this article, the diagnosis and treatment of a patient with acute abdomen caused by taeniasis were reported. The 28-year old male patient was mainly manifested as abdominal pain. Blood routine, biochemistry, imaging and other examinations after admission excluded the possibility of appendicitis and the possibility of acute abdomen induced by other causes was considered. After conservative treatment including abstinence from drinking and eating, enema, anti-inflammation and fluid replacement, the patient restored defecation and flatus, and abdominal pain was significantly mitigated. The diagnosis of incomplete intestinal obstruction caused by infection of *Taenia* was confirmed by the segments of *Taenia* in the stool sample. The patient was given with albendazole and successfully discharged from hospital. This case suggests that clinicians should deepen the understanding of intestinal parasitic diseases, broaden diagnostic thinking, and reduce missed diagnosis and misdiagnosis.

【Key words】 Taeniasis; Incomplete intestinal obstruction; Acute abdomen; Intestinal parasitic disease

绦虫病是由猪带绦虫、牛带绦虫和亚洲带绦虫的成虫寄生于人体肠道所引起的疾病，是一类重要的食源性人兽共患寄生虫病。人类是唯一的最终宿主。2014至2015年第3次全国人体重点寄生虫病现状调查中，全国31省（直辖市、自治区，未包括港澳台地区）共调查的带绦虫感染者1752例，加权感染率为0.06%，推算感染人数约为37万，绦虫感染流行呈明显区域性分布，其中加权感染率最高的为西藏（9.83%），带绦虫感染者的主要职业为牧民、其他职业和农民等^[1,2]。绦虫

病的潜伏期为2~3个月，最典型的表现是粪便有成虫节片排出，非特异性症状包括肛门瘙痒、腹部不适、消化不良、腹胀、腹泻或体质量减轻等，偶尔伴有肠道穿孔、腹膜炎、肠梗阻、阑尾炎等并发症^[3,7]。带绦虫病引起严重肠道并发症相对少见，容易延误诊断，处理失当，导致病情恶化，甚至危及生命。因此尽快明确绦虫病的诊断，针对病因采取相应治疗尤为重要。该文报道一例绦虫感染致急腹症的患者诊治经过，以期对绦虫感染引起的不完全性肠梗阻的诊治及后续研究提供

基金项目：国家自然科学基金（81470860）

作者单位：510630 广州，中山大学附属第三医院肝胆外科（蔡满航，钟造茂，钟跃思）；854300 昌都，西藏察雅县人民医院外科（张浩，贾玉明，杨晓东，郑智辉，刘杰，钟跃思）

通信作者，钟跃思，E-mail: zhyues@mail.sysu.edu.cn

有价值线索。

病例资料

一、病史和体格检查

患者男, 28岁, 藏区农牧民。因腹痛伴恶心 1 d 于 2022 年 4 月 9 日在察雅县人民医院急诊就诊。患者 1 d 前进食辣条后出现腹部疼痛, 呈持续性隐痛, 开始以剑突下为主, 后逐渐蔓延至全腹, 无明显阵发性加剧, 无腰背部放射痛, 伴恶心、呕吐, 呕吐物为胃液食物混合物, 无头痛、头晕, 无胸闷、憋气, 无尿频、尿急、尿痛, 无腹泻。其后疼痛未有明显缓解, 疼痛以脐周最为明显, 随即前来求诊, 急诊科完善检查后拟“腹痛”收入院。自起病以来, 患者神志清晰, 精神、睡眠、饮食正常, 入院日清晨排 2 次少量成形大便, 小便正常, 近期体质量未见明显变化。患者自述既往身体健康, 否认其他重大内科疾病史, 否认食物或者药物过敏史, 否认手术以及外伤史, 否认输血史。

入院体格检查: 体温 36.8℃, 脉搏 83 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 126/63 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。神志清晰, 腹部膨隆, 未见肠型及蠕动波, 全腹稍紧张, 剑突下以及脐周压痛明显, 右下腹轻度压痛及反跳痛, 墨菲征(-), 肝、脾未触及肿大, 未触及其他包块, 肝、肾叩击痛(-), 移动性浊音(-), 肠鸣音 2 次/分。

二、实验室及辅助检查

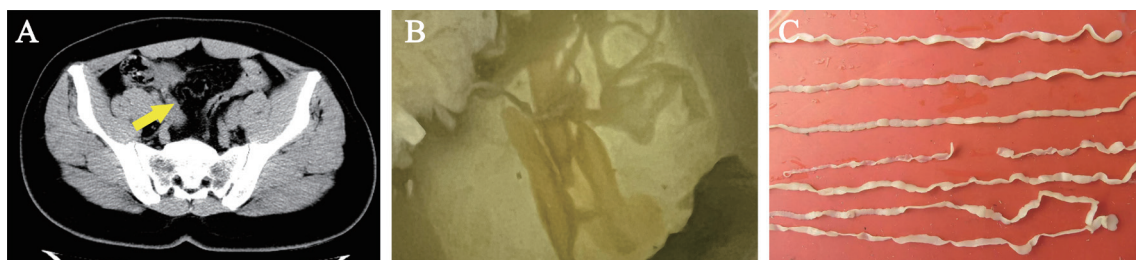
入院血常规示红细胞 $5.05 \times 10^{12}/L$, 白细胞 $14.68 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例 0.872, 淋巴细胞比例 0.076, 嗜酸性粒细胞绝对值 $0.06 \times 10^9/L$, 血小板 $80 \times 10^9/L$ 。CRP 57.926 mg/L。ALT 153.44 U/L, AST 56.87 U/L, γ -谷氨酰转氨酶 63.89 U/L, 总胆红

素 23.14 $\mu\text{mol}/L$, 直接胆红素 13.49 $\mu\text{mol}/L$, 碱性磷酸酶 115.75 U/L。粪便隐血试验(-), 粪便寄生虫卵检查(-), 尿常规检查未见异常。

腹部立卧位 X 线片示腹腔肠道散在积气以及粪便影。肠管、阑尾彩色多普勒超声(彩超)检查示右下腹阑尾区可探及一端为盲端的肠管样回声, 长径约 50 mm、外径约 13 mm, 未见蠕动波。彩色多普勒血流成像(CDFI)示未见血流信号, 右下腹阑尾区肠管样回声。查腹部 CT 示阑尾稍肿胀, 未见阑尾积气积粪影, 周围无明显渗出, 未见明显阑尾炎症征象(图 1A)。

三、诊断及治疗

初步诊断: 腹痛。结合患者症状、体征以及相关实验室及辅助检查结果排除阑尾炎可能, 予患者禁饮、禁食、灌肠、抗炎、补液等保守治疗。患者疼痛较前缓解。由于患者来自藏区, 结合流行病学资料, 考虑为肠道寄生虫所致的急腹症。继续给予患者禁饮、禁食及灌肠、抗炎、补液等治疗。患者入院第 3 日可排便, 粪便中可见 3 条白色带状节片, 未见头节以及颈部节片, 中部的成节近方形, 末端的节片则为长方形(图 1B、C)。修正诊断: 肠带绦虫病, 不完全性肠梗阻。患者排便后腹痛症状明显缓解, 当日复查白细胞 $6.73 \times 10^9/L$ 。确诊后予口服阿苯达唑 400 mg/d 3 d 进行驱虫治疗。入院后第 4 日, 患者一般情况正常, 半流质饮食, 睡眠正常, 大小便正常。患者无诉腹痛, 予出院。出院前体格检查: 心、肺查体未见异常; 腹部无膨隆, 未见肠型及蠕动波, 腹肌无明显紧张, 无压痛, 无反跳痛, 墨菲征(-), 肝、脾未触及肿大, 未触及其他包块, 肝、脾叩击痛(-), 移动性浊音(-), 肠鸣音 4 次/分。



注: A 为患者腹部 CT 检查结果, 黄色箭头所指为肿胀阑尾; B 为患者粪便中所排出的绦虫节片; C 为患者粪便中所排出的绦虫标本。

图 1 一例绦虫感染致急腹症患者相关检查结果

讨 论

绦虫病的传播和流行主要与居民的饮食、卫生习惯、粪便处理,以及牲畜如猪、牛的养殖方式有关。人可因误食生的或者未熟的含有活的囊尾蚴的猪肉、牛肉以及其内脏,或者生、熟食物未分开存放,食用了受污染的熟食而感染。小肠内的胆汁刺激使囊尾蚴翻出头节并附着在肠壁上,约3个月后会逐渐发育为成虫,成虫可以其原头节附着在小肠黏膜上,并从大便中排出虫卵和孕节。成虫在肠腔内争夺营养,头节附着肠壁造成肠黏膜损伤,引起感染者消化不良、食欲不振、腹痛、腹泻等症状。成虫活动穿破肠壁,会引起肠穿孔、腹膜炎、肠出血等并发症。牛带绦虫和亚洲带绦虫在肠道内也有活跃的运动。这些寄生虫偶尔出现在胆道中,包括胆囊和胰腺^[4]。成虫缠绕成团会导致肠梗阻。此外,寄生在胃肠道的带绦虫与黏膜接触会导致炎症和免疫反应^[8]。绦虫滞留在回肠末端,虫体与黏膜接触增加,可能导致回肠末端和阑尾出现炎性水肿。因此,绦虫感染所致的肠道并发症需与其他急腹症仔细鉴别。

急腹症是以腹痛为主要临床表现,同时伴有全身反应的腹部病症,该病起病急、变化多、进展快。急腹症的诊断、鉴别诊断、处理时机和方法的正确把握很重要,一旦延误诊断,处理失当,会造成严重后果。急腹症按病因可分为空腔脏器病变、实质性脏器病变和血管病变。空腔脏器病变包括脏器穿孔、出血、梗阻和炎症感染。实质性脏器病变包括出血和炎症感染。血管病变包括腹主动脉瘤破裂、肠系膜血管栓塞形成或栓塞和其他原因造成的器官供血障碍。急腹症的诊断、鉴别诊断主要是依据患者现病史、体格检查、辅助检查。所收集的病史应该包括现病史、既往史、外伤史等,若患者为女性需采集其月经及生育史。

临床医师在诊断急腹症时应掌握以下要点:①腹痛的诱因,进食油腻食物引起的腹痛可考虑为胆道疾病,急性胰腺炎多有过量饮酒史或暴饮暴食史,胃或十二指肠溃疡穿孔往往在饱餐后,肠扭转有剧烈运动史;②腹痛的部位,全腹痛可能与内脏器官破裂有关,转移性右下腹痛多是急性阑尾炎、急性十二指肠穿孔的表现,右上腹疼痛与胆道疾病、急性胰腺炎、十二指肠后壁穿孔有关,左上腹疼痛可由AMI、胃穿孔、胃溃疡等引起;③腹痛的缓急,空腔脏器破裂导致的腹痛

往往发生突然而且剧烈,腹部炎症性疾病的腹痛呈逐渐性加重;④腹痛的性质,持续性隐痛由炎症或出血引起如胰腺炎、肝破裂,阵发性剧痛与空腔脏器梗阻如肠梗阻有关,持续性腹痛伴阵发性加剧为梗阻和炎症并存;⑤可能伴随的症状,呕吐、便秘与肠道梗阻有关,根据血便颜色判断大致消化道出血位置,腹部器官炎症病变往往伴随不同程度的发热,如急性胆管炎^[9]。

本例患者以腹痛症状入院,疼痛以脐周最为明显,表现为持续性隐痛,体格检查全腹稍紧张,剑突下、脐周压痛明显,右下腹轻度压痛及反跳痛,肠鸣音减弱,超声提示右下腹阑尾稍肿胀,血常规白细胞较高,入院不能排除急性阑尾炎。但是患者阑尾炎症状不典型,复查腹部CT未见明显阑尾炎征象,考虑其他原因的急腹症。患者的影像学未报告明显肠道扩张,而典型的肠梗阻临床症状是腹部绞痛、恶心、呕吐、腹胀和停止排便、排气。在肠梗阻中,肠道为克服阻塞,蠕动能力会增强,腹痛表现为绞痛发作。随后,由于蠕动和扩张减少而引起的持续疼痛取代了这种疼痛。如果出现绞窄性肠梗阻或穿孔,则腹痛程度剧烈^[10]。此外,当气体、液体或粪便可以通过肠道狭窄点时,而不是完全不能通过时,可认定为不完全性肠梗阻。本例患者的临床症状、体征与不完全性肠梗阻相符。经过禁饮、禁食、灌肠、抗炎及补液等保守治疗后,患者恢复排便、排气,并在粪便中找到绦虫成虫节片,故确诊为肠带绦虫病、不完全性肠梗阻。明确诊断后,根据病因行针对性驱虫治疗,患者症状缓解并顺利出院,避免了不必要的手术创伤。本例患者的腹痛症状可能是刺激性食物刺激绦虫活动,促使绦虫缠绕成团导致梗阻近端肠管内容物不能向下运行,肠管强烈蠕动所致。此外,积聚的气体和液体而扩张的肠道会引起局部炎症和反射性活动,也会增加肠管的蠕动。由于梗阻部位所处位置较低、肠管未完全梗阻,因此患者呕吐、腹胀症状不明显。绦虫位置在肠管内可能比较靠近回盲部,活动加剧,并与肠腔内黏膜接触增加,导致继发性的阑尾炎性水肿。

在绦虫病的预防和控制策略上可采取以下措施:①管理传染源,防止猪与牛感染,改放牧为圈养,人畜分居,人类粪便集中无害化处理,防止饲料被人类粪便污染;②切断疾病传播途径,严格把关肉类检疫,禁止含囊尾蚴的牛肉、猪肉

出售; ③保护易感人群, 加强宣教, 提高人群对寄生虫病的认识, 定期筛查、驱虫。治疗上, 阿苯达唑是广谱驱虫药, 连续3 d服用400 mg/d对绦虫病的治愈率达96.4%, 不良反应短暂且轻微^[11]。

该例的诊治过程提示, 对于来自带绦虫病较高发地区的患者, 初诊时需注意详细询问饮食、生活习惯、病史并进行仔细的体格检查。询问患者是否有呕吐或粪便中带成虫节片以及进行粪便常规检查, 是简单而可靠的绦虫病诊断方法。

参 考 文 献

- [1] 陈颖丹, 周长海, 朱慧慧, 等. 2015年全国人体重点寄生虫病现状调查分析. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 2020, 38(1): 5-16.
- [2] Ito A, Li T, Wandra T, et al. Taeniasis and cysticercosis in Asia: a review with emphasis on molecular approaches and local lifestyles. Acta Trop, 2019, 198: 105075.
- [3] 钱门宝, 李石柱, 周晓农. 我国重要食源性寄生虫病的流行和控制. 热带病与寄生虫学, 2021, 19(5): 241-244, 263.
- [4] Yu H J, Ahn C S, Lim S, et al. Biliary taeniasis with cholecystitis: an unusual case of *Taenia solium* infection with a literature review. Am J Trop Med Hyg, 2019, 100(1): 135-139.
- [5] Qian M B, Xiao N, Li S Z, et al. Control of taeniasis and cysticercosis in China. Adv Parasitol, 2020, 110: 289-317.
- [6] Soosaraei M, Alizadeh S, Fakhar M, et al. Intestinal perforation and peritonitis due to *Taenia saginata*: a case report from Iran. Ann Med Surg, 2017, 24: 74-76.
- [7] Altun E, Avci V, Azatcam M. Parasitic infestation in appendicitis: a retrospective analysis of 660 patients and brief literature review. Saudi Med J, 2017, 38(3): 314-318.
- [8] Karanikas I D, Sakellaris T E, Alexiou C P, et al. *Taenia saginata*: a rare cause of bowel obstruction. Trans Royal Soc Trop Med Hyg, 2007, 101(5): 527-528.
- [9] 段斌炜, 栗光明. 急腹症诊断和鉴别诊断的临床思考. 国际外科学杂志, 2019, 46(10): 649-651.
- [10] Catena F, de Simone B, Coccolini F, et al. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. World J Emerg Surg, 2019, 14: 20.
- [11] Haby M M, Sosa Leon L A, Luciañez A, et al. Systematic review of the effectiveness of selected drugs for preventive chemotherapy for *Taenia solium* taeniasis. PLoS Negl Trop Dis, 2020, 14(1): e0007873.

(收稿日期: 2022-05-27)

(本文编辑: 林燕薇)