

抗原(CAg)。检测标本为患者的血清或脑脊液。

5.5.4 病原学检查:从脑脊液、眼或其他寄生部位查见本虫幼虫或成虫,但阳性几率很小。

5.6 影像学检查:肺部 X 线片及计算机断层扫描(CT)可显示肺部小结节影等表现;头颅 MRI 表现多种多样,脑脊髓膜内多发长条形影或结节状强化病灶和软脑膜强化是主要的表现。

6 诊断与鉴别诊断

6.1 诊断标准

6.1.1 流行病学史:近期进食了生的或不熟的螺肉;进食了生的或不熟的转续宿主(鱼、虾、蟹、蛙、蛇等)的肉;吃了未清洗干净的蔬菜。

6.1.2 临床表现:起病较急,有(或无)发热、头痛(程度较重)、颈项强直等症状,可伴有恶心、呕吐及不同部位的皮肤感觉异常(如麻木、疼痛、针刺感、烧灼感等);或有面部或肢体麻痹、畏光、复视等表现。

6.1.3 血液检查:嗜酸粒细胞百分比和绝对值增高。

6.1.4 脑脊液检查:脑脊液的压力多增高,脑脊液内嗜酸粒细胞增多。

6.1.5 免疫学检查:广州管圆线虫抗体或 CAg 阳性可做出辅助诊断。

6.1.6 影像学检查:肺部 X 线片及 CT 或头颅 MRI 如有前述阳性所见可支持诊断。

6.1.7 病原学检查:如在脑脊液内或眼内等部位见到本虫幼虫或成虫,可做出病原学诊断。

本诊断标准中,具备第 1~4 项可做出临床诊断;具备第 7 项为病原学确诊;第 5 项及第 6 项为辅助诊断项目。

6.2 鉴别诊断:需与结核性脑膜脑炎、病毒性脑膜脑炎、流

行性脑膜炎、神经性头痛,以及其他脑寄生虫病(肺吸虫、血吸虫、裂头蚴及棘颚口线虫等)等相鉴别。

7 治疗方案

7.1 病原学治疗:阿苯达唑(丙硫咪唑)20 mg·kg⁻¹·d⁻¹(体重超过 60 kg 按 60 kg 计算),分 3 次服用,连服 7~10 d。

7.2 对症、支持治疗:①颅压高者静脉滴注甘露醇,根据病情决定用药次数。②可采用肾上腺皮质激素,病情较轻者亦可口服,剂量根据病情而定。③头痛严重者可酌情给予镇痛剂。④可酌情给予神经营养药物。⑤间断、低流量吸氧。⑥其他对症治疗。

7.3 治疗中的具体问题:①凡眼部有虫者,应先经眼科医师治疗后,再行杀虫治疗。②颅压过高者(>300 mm H₂O, 1 mm H₂O=0.0098 kPa)须先行降颅压治疗,待颅压下降至一定水平后再行杀虫治疗。杀虫治疗结束后颅压仍高者须继续降颅压治疗,并酌情应用肾上腺皮质激素。

8 预防措施

8.1 大力开展卫生宣教工作,增强群众自我保护意识。

8.2 切忌生食或食人未做熟的螺肉。

8.3 在流行区亦应避免生食或食人未熟的转续宿主(鱼、虾、蟹、蛙、蛇等)的肉;被螺及软体动物爬过的蔬菜,食前要充分洗净。

8.4 从事螺肉加工的人员,更要避免污染。

8.5 食品管理部门要加强对螺类食物的监测和管理。

8.6 加强灭鼠工作。

方案起草工作组执笔者:阴赓宏 甘绍伯 刘建 韩小茜 冯曼玲 纪爱萍 郭增柱 王非 栗绍刚 吴赵永

通讯作者:阴赓宏(1965-),男(汉族),医学博士,副研究员(E-mail:modscn@yahoo.com.cn)

• 科研新闻速递 •

脑钠素血浆水平增高对脓毒性休克的诊断价值

最近,日本学者进行了一项前瞻性研究,以探索脓毒性休克患者血浆脑钠素(BNP)、房钠素(ANP)水平与患者血流动力学参数、病情严重程度以及预后之间的关系。该研究纳入了 22 例脓毒性休克患者和 20 名健康志愿者,在入院当日和入院后 1、2 和 4 d 采血,采用放射免疫测定法检测血浆 BNP 和 ANP 水平,采用热稀释法测量右心房压力、平均肺动脉压、肺动脉楔压和左室每搏功输出指数。结果显示,脓毒性休克患者血浆 BNP 和 ANP 水平显著高于对照组[BNP 为(7.0±0.3)ng/L;ANP 为(13±1)ng/L],入院后 2 d 达到峰值[BNP 为(987.0±160.0)ng/L,ANP 为(103±17)ng/L],而且入院 2 d 患者的血浆 BNP 含量与右心房压力、平均肺动脉压、肺动脉楔压和左室每搏功输出指数均呈显著相关性(相关系数分别为 $r_1=0.744$, $P<0.01$; $r_2=0.670$, $P<0.01$; $r_3=0.709$, $P<0.01$; $r_4=-0.552$, $P<0.05$)。BNP 值越高,则预后越差($P<0.05$)。由此认为,BNP 水平不仅能反映脓毒症严重程度,还能反映心血管功能的衰退程度,对于脓毒性休克患者的病情有较可靠的诊断价值。

车晋伟,编译自《Shock》,2006,26:134-139;胡森,审校

去除白细胞血液输血对创伤后感染发生率的作用

外科手术患者接受同种异体输血常出现全身炎症反应,而使感染以及器官功能损害的发生率增加。有文献认为,这种炎症反应是由输入血液中残余的白细胞污染引起的,进而假设用去除白细胞的血液进行输血可能降低这种炎症反应。近日美国研究人员评价了采用去除白细胞血液输血,对创伤患者输血后感染并发症发生率的影响。他们采用单中心、双盲随机化对照研究,分别于 24 h 内对创伤患者给予去除白细胞血液输血与常规非去除白细胞血液输血。研究共纳入了 286 例患者,将 28 d 内发生感染或多器官功能衰竭作为观察终点。结果显示,去除白细胞血液输血患者与常规血液输血患者住院时间、体温升高以及感染和死亡的发生率相近(分别为 30% 和 36%),病死率、发热以及多器官功能衰竭评分差异也无显著性。因此研究者认为,库存去除白细胞血液输血对需要输血的高危人群感染并发症的发生率有轻微、非显著意义的作用,对创伤患者的发热频率、住院时间以及死亡和器官功能障碍的发生率无显著影响。

周国勇,编译自《Shock》,2006,26:342-347;胡森,审校