

• 个案与短篇 •

慢性肾脏病患者检出肠滴虫 1 例

王素霞, 张文菊

(邢台医专附属二院, 河北邢台 054000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.01.074

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2016)01-0146-01

当今,随着人们生活水平的逐步提高,卫生状况也有了很大改善,由寄生虫而感染的疾病越来越少见,本院检验科近日发现 1 例肠滴虫感染的患者,现报道如下。

1 病史资料

患者:男,38 岁,装修工人,水肿、乏力 5.5 年,透析 5 年。主要表现:间断胸闷、气短、乏力、颜面部及双下肢水肿、肾功能下降、贫血、无尿,血压升高,血肌酐大于 707 μmol/L,B 超提示双肾缩小,入院诊断为慢性肾脏病 5 期、肾性贫血、肾性高血压、动脉瘤,目前患者咳嗽、咳痰、发热、中性粒细胞升高,诊断为急性支气管炎,给予血液透析、降压、纠正贫血、抗炎等治疗,透析治疗后第 2 天,出现腹泻症状,水样便、无粘液、无脓血,无发热,无明显腹痛,给予蒙脱石散止泻、头孢曲松 2.0 g 静滴 1/日抗炎治疗,症状未缓解,随后两天腹泻加重,一日约 10 次以上。查体:BP 164/88 mm Hg、体温 36.8 ℃,慢性病程,贫血貌,双下肢轻度水肿。实验室检查:血钾、血磷高,血常规:白细胞(WBC)4.4×10⁹/L,中性粒 81.2%,淋巴 12.2%,红细胞(RBC)2.79×10¹²/L,血红蛋白 80 g/L,血小板 127×10⁹/L。尿常规结果正常。粪便为黄色水样便,无粘液、无脓血,镜检 WBC 3~5 个/HP,RBC 0~2 个/HP,肠滴虫满视野,潜血阳性,诊断为肠滴虫性腹泻。给予甲硝唑片 0.2 g 口服 3/日灭滴、蒙脱石散止泻 3.0 g 口服 3/日治疗,5~7 d 为一疗程,并嘱患者注意饮食卫生。两个疗程后复查便常规,黄色软便,镜检未见异常。

2 肠滴虫鉴定

粪便常规检查时,取新鲜可疑部分大便,采用生理盐水直接涂片法,于显微镜下镜检观察。镜下可见肠滴虫滋养体,其形态与阴道毛滴虫大致相似,呈梨形或椭圆形,虫体无色透明、形似水滴,运动活泼,虫体有前鞭毛 3~5 根和 1 根后鞭毛,波动膜与虫体等长,借其鞭毛的挥动和波动膜的波动常作突进式、旋转式运动,近前鞭毛的起始部位有一细胞核,呈卵圆形,

一根纤细的轴柱前后纵贯虫体。在细胞质内含有食物泡和细菌。生活史只有滋养体,以二分裂法繁殖,滋养体污染水或食物等,经口因误食被滋养体污染的食物而感染人体。

3 讨论

肠滴虫又名毛滴虫,是肠腔内唯一有波动膜的鞭毛虫。肠滴虫一般情况下不引起临床症状,但当感染数量大或机体抵抗力低时可致病。其致病机制尚不清楚,现认为肠滴虫可引起肠黏膜充血、水肿与炎症反应,致黏膜上皮细胞坏死脱落。当宿主的抵抗力下降时,虫体大量繁殖,黏膜损害加重,同时肠滴虫运动活跃,引起腺体分泌亢进,而致腹泻次数增多。

滴虫引起的阴道炎在临床上常见,滴虫引起肠道感染极其少见^[1],近年有人报道滴虫也可引起咽部及扁桃体炎^[2]。一旦确诊,对症治疗,基本上都能起到较好的治疗效果。经询问病史,患者生活条件差,平时不太注意个人饮食卫生,加上得病多年抵抗力低,因此发病。该虫主要通过粪-口途径进行传播,也可经蝇类机械性传播^[3]。为防治本病,加强粪便和饮水的管理、消灭苍蝇传播,提高居所环境卫生、养成良好的卫生习惯,防止病从口入才是关键。在工作中,对于那些反复腹泻并且常规消炎、止泻治疗无效者,应及时作粪便常规检查和细菌培养与药敏试验,及时明确病因,对症治疗,及早减轻患者痛苦。

参考文献

[1] 吕朝辉,空泛民,盛小娟,等. 滴虫性肠炎 2 例[J]. 总装备部医学学报,2010,12(2):123-124.
[2] 吕向光,王倩,刘方鹏. 滴虫性扁桃体炎一例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(2):153.
[3] 沈继龙. 临床寄生虫学和寄生虫检验[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:66-68.

(收稿日期:2015-06-18)

• 个案与短篇 •

3 种国产戊型肝炎抗体检测试剂的比较

常静霞,王 洁,张怡青,汪茂荣[△]

(解放军第八一医院全军肝病中心,江苏南京 210002)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.01.075

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2016)01-0146-02

戊型病毒性肝炎是由戊肝病毒(HEV)感染引起的传染病,粪-口途径传播是其主要的传播方式,亦见于输血和垂直传

播,主要表现为急性肝功能损害。戊肝虽为急性自限性疾病,但其病死率高于甲肝型肝炎和乙型肝炎,在我国成(下转插 II)

[△] 通讯作者,E-mail:maorongwang@126.com。

(上接第 146 页)

年人急性病毒性肝炎中已占首位^[1]。近年来,戊肝感染人群在多个地区呈上升的趋势。因此,做好戊型肝炎的预防显得非常重要,戊肝诊断试剂的重要性亦越来越突出。

戊型肝炎的实验室诊断主要包括免疫电泳法检测粪便中 HEV,酶联免疫吸附法(ELISA)和蛋白印迹法检测血清中抗-HEV IgM 和 IgG 抗体,巢式逆转录聚合酶链反应法检测粪便和血清中 HEV RNA^[2]。在戊型肝炎潜伏期及疾病早中期,患者粪便和血清中常可检出病毒 RNA,是戊型肝炎确诊的最可靠指标^[3]。但因其操作方法的局限性,难以在临床广泛开展。由于 ELISA 简便、快速,在临床上应用最为广泛。而 HEV IgM 和 IgA 抗体通常在人体感染 HEV 后 3~4 周出现,因此,抗-HEV IgM 阳性是近期感染 HEV 的指标。此后约 1 周即可检测到抗-HEV IgG。抗-HEV IgG 可长期存在,至少 10 年以上。单纯抗-HEV IgG 阳性只能说明既往感染或急性感染的恢复后期^[4]。如果两者同时阳性则更加支持诊断,因此同时检测 HEV IgM 和 HEV IgG 可大大减少 HEV 感染的漏检率。随着 HEV 诊断试剂的开发创新和广泛应用,戊型肝炎的检出率明显增加。但是由于 HEV 的非免疫优势表位在不同的基因型间存在差异,或因重组抗原不能正确折叠,使不同的诊断试剂在检测人群戊肝抗体时相互间差异较大,结果不一致的情况时有发生。为了分析比较不同诊断试剂的可靠性,我们对国内市场上应用较广的 3 种国产试剂作了比较,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取本肝病研究所诊治的 100 例患者,所有患者均同时进行抗 HAV-IgM、抗-HCV IgG、抗-HEV IgM 和 IgG 检测,诊断符合 2000 年全国传染病与寄生虫病学和肝病学学术会议制定的诊断标准^[5]。

1.2 试剂 抗-HEV IgM 和 IgG 试剂分别由北京现代高达生物技术有限责任公司、由北京万泰生物药业股份有限公司、北京华大吉比爱生物技术有限公司提供,均为 ELISA 法,严格按照说明书要求操作。

2 结果

3 种戊肝抗体试剂的检测结果比较见表 1。

表 1 3 种戊肝抗体试剂的检测结果比较						
公司	抗-HEV	检测数 (<i>n</i>)	阳性 (<i>n</i>)数	确诊数 (<i>n</i>)	敏感度 (%)	特异度 (%)
高达	IgM	100	11	5	45.4	93.7
	IgG	100	9			
万泰	IgM	100	11	7	63.6	95.7
	IgG	100	17			
现代	IgM	100	5	4	80.0	98.9
	IgG	100	16			

3 讨论

近年来,虽然我国的公共卫生条件明显改善,并且加强了水源管理,戊型肝炎仅呈小流行和散发发生^[6],但戊肝已成为散发性急性肝炎的主要致病因素^[7]。而且戊肝的主要危害人

群已经不再局限于青壮年,在儿童和老年人中所占比例有所升高,且有可能进展为重型肝炎^[8]。最近的调查表明,我国普通人群抗 HEV IgG 阳性率为 20.0%~40.0%,抗-HEV IgM 每年新增感染率约为 3.5%^[1]。但是目前国内的戊肝诊断试剂的销量仅为甲型肝炎试剂的 1/5,提示仍有大量的戊肝病例被漏诊。因此,灵敏度高、特异性好的戊型肝炎诊断试剂对病毒性肝炎防治非常重要^[9]。随着近年对戊肝基础研究及临床研究的深入,以及诊断技术不断提高和普及,戊肝的危害逐渐受到重视。有报道^[10] 95%抗-HEV IgM 在 3 个月内消失,因为抗-HEV IgM 在体内存在时间较短,单纯检测抗-HEV IgM 容易产生假阴性。而 IgG 出现较 IgM 晚,单纯 IgG 阳性,只能说明既往感染或急性感染的恢复后期,故同时检查抗-HEV IgM 和 IgG,对戊肝的阳性检出率提高明显。

表 1 可以看出高达试剂的敏感度最低,而现代试剂的敏感度相对较高,特异度则无差别。有报道^[11]称 HEV RNA 检测是临床戊型肝炎诊断的金标准,但操作要求高,难以在临床普遍应用。本实验以抗-HEV IgM 和 IgG 同时阳性作为戊肝确诊标准,吴旺社^[12]曾研究报道抗-HEV IgM 和 IgG 的阳性比为 2:3,两抗体均阳性约占 6%,本实验结果与其基本一致。但是由于没有进行 HEV RNA 检测确认,且没有后续随访调查,有可能造成漏检,故本实验不作为 3 家试剂的质量评价标准。事实上,有文献报道过万泰试剂的检测结果较为理想^[2-3],因为本实验所做相关研究较少,故在此对各诊断试剂的优劣不做比较,仅为本实验室选择试剂时提供参考。

参考文献

[1] 周乙华,庄辉.中国戊型肝炎流行病学研究进展[J].中华流行病学杂志,2010,31(12):1414-1416.

[2] 庄辉.重视戊型肝炎研究[J].中华肝脏病杂志,2004,12(1):5-6.

[3] 柳丽娟,胡盈莹,郑玲,等.戊型肝炎 IgM 抗体诊断试剂的临床应用评价[J].检验医学,2007,22(5):554-557.

[4] 付宽,王晓静,孙凤霞.戊型病毒性肝炎的研究进展[J].中华实验和临床感染病杂志(电子版),2014,8(1):126-128.

[5] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,中华医学会肝病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志,2000,8(3):324-329.

[6] 徐严,王江滨.急性散发性戊型肝炎的年龄因素及重叠感染等临床特征分析[J].中国老年学杂志,2010,30(3):314-315.

[7] 胡晓武.散发性戊型肝炎流行病学和临床特征分析[J].实用肝脏病杂志,2013,16(6):520-522.

[8] 黄蔚丹,潘晖峰.儿童戊型肝炎[J].中华流行病学杂志,2013,34(5):536-538.

[9] 张军,吴婷,夏宁邵.戊型肝炎诊断、预防及治疗新进展[J].传染病信息,2013,26(1):89-92.

[10] 韩硬海,李树桐.临床肝脏病学[M].济南:山东科学技术出版社,2004:276-277.

[11] 李江,程霞,沈秀芬,等.81 例戊型肝炎检测与分析[J].检验医学与临床,2010,7(6):543-544.

[12] 吴旺社.散发性戊型肝炎 32 例临床分析[J].皖南医学院学报,2013,32(1):41-43.