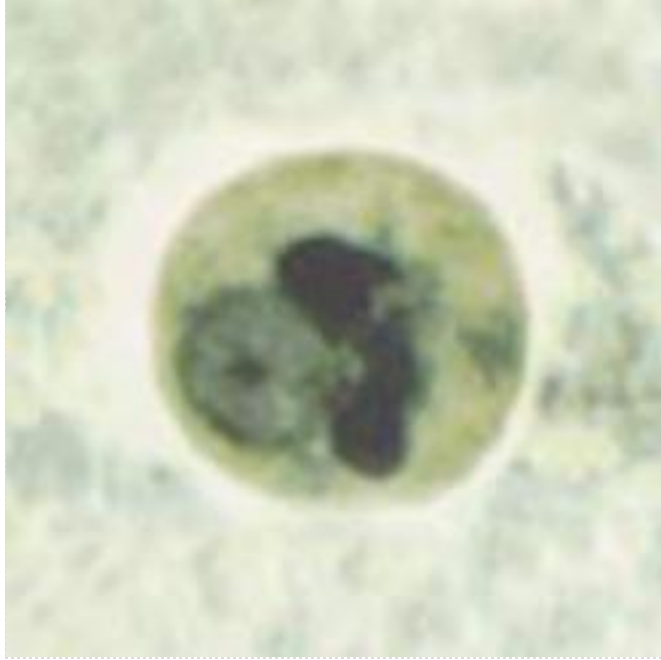


阿米巴性痢疾



阿米巴性痢疾是溶组织内阿米巴(*Entamoeba histolytica*)侵入结肠引起的肠道传染病, 易复发成为慢性, 也可发生肠内外并发症, 尤其可引起肝、肺等脏器脓肿。

估计全球约有 4.8 亿人感染病原。3400-5000 万人发生侵袭性阿米巴病, 主要为阿米巴性痢疾和肝脓肿。每年因侵袭性阿米巴病死亡的人数高达 10 万人, 其死亡率在原虫病中仅次于疟疾。本病呈世界性分布, 以热带和亚热带地区多见, 与文化水平低、卫生状况差密切相关。在发达国家的高发人群主要为男性同性恋者、旅游者和移民。我国对全国 30 个省(市)、自治区的调查, 溶组织内阿米巴感染呈全国性分布, 平均感染率为 0.95%。西南 5 个省的感染率在 2%以上, 12 个县感染率超过 10%。感染呈明显的家庭聚集性。调查仅为 1 次粪检结果, 感染率肯定比实际水平为低。在我国溶组织内阿米巴感染仍是重要的公共卫生问题。

传染源主要为慢性和恢复期病人粪便排包囊者和带虫者。由于滋养体抵抗力弱, 急性病人

不起传染源作用。在国内猪也可作为传染源值得重视。阿米巴包囊经口传染是主要的传播途径。包囊污染水源是酿成地区性暴发流行和高感染率的主要原因；其次是污染的手、食物或用具；苍蝇、蟑螂等可携带包囊传播疾病；男性同性恋者肛-口接触或性行为的传播方式在美国国家很重要。

病原

时间：2005-08-22 字体：大中小

溶组织内阿米巴的生活史分滋养体和包囊两期。被吞食的成熟包囊在小肠脱去外囊成为滋养体，寄生于肠腔和结肠壁内。以二分裂方式大量繁殖，破坏肠壁组织，致使肠粘膜局部坏死，形成溃疡。大滋养体也称组织型滋养体，直径10-40 μm ，体分内质和外质，内质颗粒状，有一个核。外质透明，运动时形成伪足。在粘血便中的滋养体直径可达60 μm ，含吞噬的红细胞。离体滋养体在室温下保持活力仅30分钟。随着肠道环境的改变，如水分被吸收等，滋养体停止活动、团缩、分泌囊壁形成包囊。包囊直径10-16 μm 。成熟包囊有4个核具感染性。包囊成熟约需6小时，每日排出量可超过100万个，对各种理化因素抵抗力强，在水中可生存5周。包囊在传播中起重要作用。

同工酶、抗原特异性分析，基因DNA和核糖体RNA差异的研究以及流行病学调查证明，溶组织内阿米巴存在两种形态相同而致病力显著不同的种：一为溶组织内阿米巴(*Entamoeba histolytica*)可引起侵袭性肠道和肠外阿米巴病。另一为迪斯帕内阿米巴(*E. dispar*)，不引起发病。虫种鉴别在流行病学调查中具有重要价值。此外，已鉴定出与毒力有关的几种蛋白，包括植物血凝素，成孔肽以及虫体分泌的可溶解宿主组织的几种蛋白酶，这些毒性蛋白和虫体表面的其它独特抗原均可能为抗阿米巴疫苗的靶。

临床表现

时间：2005-08-22 字体：大中小

(一) 普通型：起病多缓慢。常以腹痛、腹泻开始。腹泻日数次至十余次。里急后重程度不一。大便量中等，常有脓血或粘液，典型粪便呈果酱样，有腐败腥臭。也可表现为单纯性腹泻。右下腹压痛明显。病程数日或数周可自行缓解，若不治疗，易复发。

(二) 暴发型：少见。起病急，高热，恶寒，腹泻日十余次，便前剧烈腹绞痛，里急后重明显。大便呈粘液血性或血水样，奇臭。并有呕吐、失水、迅速虚脱。

体检见腹胀明显，腹部弥漫性压痛，肝肿大。不及时抢救，并发肠出血、肠穿孔，可致死亡。

（三）慢性型：症状持续存在或反复发作。常为腹痛、腹胀，腹泻与便秘交替出现。因长期肠功能紊乱，患者可有消瘦、贫血、营养不良或神经衰弱症状。因结肠肠壁增厚偶可触及块物，有压痛。

预防措施

1.健康教育 通过有广泛影响的宣传工具教育群众，讲究饮食卫生、个人卫生及文明的生活方式，不喝生水，不吃不洁瓜果生蔬菜，养成餐前便后或制作食品前洗手等卫生习惯。 2.加强粪便管理，畜圈的卫生管理，因地制宜做好粪便无害化处理，改善环境卫生。 3.保护公共水源，严防粪便污染。饮用水应煮沸。 4.加强饮食业与公共食堂的卫生管理。食品制作及工作人员操作过程均应有卫生监督措施。 5.大力扑灭苍蝇、蟑螂，采用防蝇罩或其它措施，避免食物被污染。