

中华人民共和国卫生行业标准

WS 469—2015

蛲虫病的诊断

Diagnosis of enterobiasis

2015-04-09 发布

2015-09-01 实施

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 发布

前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准第 6 章为推荐性条款,其余为强制性条款。

本标准由国家卫生标准委员会寄生虫病标准专业委员会提出。

本标准起草单位:浙江省医学科学院寄生虫病研究所、中国疾病预防控制中心寄生虫病预防控制所、广东省疾病预防控制中心。

本标准主要起草人:闻礼永、严晓岚、官亚宜、李理、方悦怡、俞丽玲。

蛲虫病的诊断

1 范围

本标准规定了蛲虫病的诊断依据、诊断原则、诊断和鉴别诊断。

本标准适用于全国各级医疗机构和疾病预防控制机构对蛲虫病的诊断。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

蛲虫感染 *enterobius vermicularis infection*

在人体肛门周围或粪便及其他组织样本中检获蛲虫卵或成虫(参见附录 A),而感染者未见相应临床表现。

2.2

蛲虫病 *enterobiasis*

蛲虫感染者出现相应临床表现。

3 诊断依据

3.1 流行病学史

有与蛲虫感染者共同生活或工作史(参见附录 B)。

3.2 临床表现

3.2.1 主要表现为肛门及会阴部皮肤瘙痒,尤以夜间为甚。抓破后皮肤出现充血、皮疹、湿疹、脱屑等,严重者可诱发细菌感染。可伴有夜惊、噩梦、夜间磨牙、咬指甲、注意力不集中、烦躁不安、食欲不振等,少数患者出现恶心、呕吐、腹痛、异嗜症等(参见附录 C)。

3.2.2 异位寄生可导致蛲虫性阑尾炎、尿道炎等。女性患者可出现蛲虫性阴道炎、子宫颈炎、子宫内膜炎、输卵管炎等表现(参见附录 C)。

3.3 实验室检查

3.3.1 肛周采样查见蛲虫卵(见附录 D)。

3.3.2 肛周检获蛲虫成虫或幼虫(见附录 D)。

4 诊断原则

根据流行病学史、临床表现及实验室检查结果等予以诊断。

5 诊断

5.1 蛲虫感染

符合下列一项即可诊断：

- a) 未见相应临床表现,且同时符合 3.3.1;
- b) 未见相应临床表现,且同时符合 3.3.2。

5.2 蛲虫病

5.2.1 疑似病例

符合下列一项即可诊断：

- a) 同时符合 3.1 和 3.2.1;
- b) 同时符合 3.1 和 3.2.2。

5.2.2 确诊病例

符合下列一项即可诊断：

- a) 疑似病例且同时符合 3.3.1;
- b) 疑似病例且同时符合 3.3.2。

6 鉴别诊断

蛲虫病应与肛周神经性皮炎、外阴炎、滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、阿米巴阴道炎、肛周湿疹等相鉴别(参见附录 E)。

附 录 A
(资料性附录)
病 原 学

蠕形住肠线虫(*Enterobius vermicularis*, 简称蛲虫)成虫形体细小如棉线头,呈乳白色。雌雄异体,雌虫体长 8 mm~13 mm,雄虫体长 2 mm~5 mm。虫卵大小为(50 μm~60 μm)×(20 μm~30 μm),两侧不对称,一侧较扁平,一侧稍隆起,呈柿核状。卵自虫体排出时,卵内的胚胎已发育至多细胞期,部分卵已发育至蝌蚪期。

成虫寄生于人体的盲肠、阑尾、结肠及回肠下段,严重感染时也可寄生于小肠上段甚至胃及食管等部位。虫体吸附于肠黏膜上,或在肠腔中游离,以肠内容物、组织或血液为食。蛲虫雌雄交配后,雄虫很快死亡随粪便排出,受精后雌虫子宫内充满虫卵,并向宿主肠腔下段移行至直肠。在宿主入睡后,肛门括约肌松弛,部分雌虫移行至肛门外,在肛门周围的皮肤上产卵,每条雌虫可以产卵 5 000~17 000 个。产卵后的雌虫大多干瘪死亡,有少数可爬回肛门或进入阴道、尿道、膀胱等处,引起异位损害。黏附在肛门附近的虫卵,在适宜温度(34 ℃~36 ℃)、湿度(90%~100%)情况下,经约 6 h 发育成感染期卵。当患者用手搔抓肛门周围皮肤,虫卵污染手指,再经口食入造成自身感染。感染期卵也可脱落并黏附在衣裤、被褥、玩具或食物上,经口进入人体内使自身或他人感染。虫卵可随灰尘飞扬,经空气被人吸入,黏附在咽部而进入消化道,人因此而感染。

附 录 B
(资料性附录)
流 行 病 学

蛲虫感染呈世界性分布。据估计全世界蛲虫感染者不低于 5 亿,寒带和温带地区较热带地区感染更为普遍。2001 年~2004 年全国人体重要寄生虫病现状调查资料显示,儿童蛲虫平均感染率为 10.28%,感染率居前五位省份分别为海南省(42.64%)、甘肃省(33.27%)、广东省(30.38%)、广西壮族自治区(20.46%)和河北省(20.00%)。年龄以 6 岁~9 岁组感染率(12.52%)最高,民族以黎族(47.82%)、土家族(22.09%)、侗族(19.44%)和壮族(15.85%)儿童感染率为高。

蛲虫感染者和蛲虫病患者是本病传染源,肛-手-口的直接感染是本病的主要传播途径。患者搔抓肛周皮肤后手被蛲虫卵污染,当用不洁的手抓取食物或吸吮手指时虫卵经口食入引起自身重复感染;另外,可通过间接接触途径感染,人体接触被感染期虫卵污染的衣裤、床单、玩具、食物等后经口食入而感染;再者,散落在被褥及衣裤上的虫卵可借风力或尘土漂浮于空气中,被吸入并黏附于人口、鼻腔随吞咽进入消化道而使人感染;也可经自身逆行感染,少数肛周虫卵在肛门外皮肤上可自行孵化出幼虫,幼虫经肛门逆行进入肠内发育为成虫并产卵。各种人群对蛲虫普遍易感,但以儿童多见。

蛲虫雌虫排卵量大,散布到外界易附着于玩具、衣服、被褥等物品中且生存能力强。在托儿所、幼儿园及中小学校等人群密集地,特别是在一些卫生条件较差的场所,易发生聚集性蛲虫感染。

附 录 C
(资料性附录)
临 床 表 现

C.1 肠道寄生

最突出症状是肛周及会阴部皮肤瘙痒,尤以夜间为甚,皮肤抓破后可造成破损、充血、皮疹、湿疹,甚而诱发细菌感染。多伴有遗尿、噩梦、夜间磨牙、夜惊、失眠、烦躁不安、食欲不振等临床表现。

蛲虫寄生肠道可引起胃肠功能紊乱,感染程度较重可刺激局部肠黏膜引起炎症或溃疡,出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻、粪便中黏液增多等。少数患者可出现嗜酸性粒细胞性小肠结肠炎,可伴有发热、急性腹痛、水样腹泻症状,粪便中可有大量蛲虫幼虫。虫体侵入肠壁组织,可致肉芽肿产生,引起腹痛、腹泻等,影响幼儿生长发育。严重感染患者可出现神经功能和心理行为的异常,如烦躁、焦虑、易激动、多动、咬指甲、夜惊、夜间磨牙、注意力不集中和不合群等,幼儿还可能出现异嗜症等。

C.2 异位寄生

C.2.1 蛲虫性阑尾炎

蛲虫可寄生于阑尾腔,也可侵入阑尾组织,引起蛲虫性阑尾炎。患者以阵发性腹痛、右下腹压痛为主,可伴有恶心、呕吐、发热等,穿孔可导致腹膜炎。血常规检查中性粒细胞和嗜酸粒细胞增多。

C.2.2 蛲虫性尿道炎

蛲虫逆行钻入尿道可引起尿道炎,出现尿频、尿急、尿痛等刺激症状,儿童夜间可发生遗尿。

C.2.3 蛲虫性生殖道炎

雌虫侵入女性外阴,经阴道进入生殖系统各脏器,可引起外阴炎、阴道炎、子宫颈炎、子宫内膜炎和输卵管炎等,患者表现为外阴瘙痒、红肿、分泌物增多、下腹部隐痛等临床表现。

附 录 D
(规范性附录)
实验室检查

D.1 虫卵检查

D.1.1 胶带纸肛拭法

将市售透明胶带纸(宽 ≤ 2.5 cm)剪成与载玻片等长或稍长的片段,粘贴于载玻片上备用。检查时将胶带纸一端揭开,将含胶面粘贴肛门周围皮肤,背面用棉签或手指压迫,使胶面与皮肤充分粘贴。将胶纸重新贴回载玻片上,镜检虫卵。本检查应在清晨受检者大便前进行。

D.1.2 棉签肛拭法

将消毒棉签在生理盐水中浸湿,挤去多余的盐水,在受检者肛门周围皮肤上擦拭。将棉签上黏附物涂于滴加有生理盐水的载玻片上,加盖玻片镜检。一般在清晨便前采样,采样前不要清洗肛周或外阴部。

D.2 成虫检查

儿童入睡后 1 h~3 h,将其侧卧使肛门暴露在灯光下,仔细检查肛门周围,若发现白色小虫,用镊子挟住放入盛有 70%乙醇的小瓶内,镜检成虫。因蛲虫未必每晚都爬出产卵,若为阴性应连续观察 3 d~5 d。

附 录 E
(资料性附录)
鉴 别 诊 断

E.1 肛周神经性皮炎

肛门周围瘙痒,夜间加剧,搔抓后皮肤损害呈扁平的圆形或多角形丘疹、密集成群,表面覆有一层很薄的糠皮样鳞屑。随病情进展,丘疹渐渐融合,病灶增大,色暗褐,皮肤肥厚,形成苔藓样硬化,外形粗糙,表皮及周围有抓痕、出血点或结痂。

E.2 外阴炎

外阴炎常表现为外阴部瘙痒,伴有湿疹或尿布疹,但无明显日轻夜重现象。

E.3 滴虫性阴道炎

主要临床表现为稀薄的泡沫状白带增多及外阴瘙痒,若有其他细菌混合感染则排出物呈脓性,可有臭味。瘙痒部位主要为阴道口及外阴,间或有灼热、疼痛等。若尿道口有感染,可有尿频、尿痛、尿急。

E.4 霉菌性阴道炎

主要临床表现为白带增多,外阴或阴道瘙痒、灼烧感,小便疼痛,外阴周围红肿,表皮变化多样,水样白带直至凝乳状白带均可出现。

E.5 阿米巴阴道炎

多继发于肠道感染,阴道分泌物呈浆液性或黏液性,可找到阿米巴滋养体。

E.6 肛周湿疹

主要临床表现为肛门瘙痒,浆液渗出明显,搔抓后出现抓痕、血痂、合并细菌感染可出现脓性渗出和结痂,呈现湿疹特有外观。可扩展及会阴、阴囊、臀部皮肤。慢性期局部皮肤增厚,苔藓变化,皱裂皲裂明显。

参 考 文 献

- [1] 吴观陵.人体寄生虫学.3版.北京:人民卫生出版社,2005
 - [2] 闻礼永.儿童寄生虫病学.北京:人民卫生出版社,2010
 - [3] 闻礼永,孙凤华,陈颖丹.土源性寄生虫病.北京:人民卫生出版社,2011
-