doi:10.11659/jjssx.11E025003

·病例报道·

表现为眼内肿物的寄生虫感染1例

于文春[1,2],林 萌[2,3],袁晓婷[2],秦 伟[4] (1.广州中医药大学第一附属医院重庆医院/重庆市北碚区中医院脑病科,重庆 400700;2.重庆松山医院眼科,重庆 401121;3.重庆华厦眼科医院眼科,重庆 400020;4.陆军军医大学第二附属医院眼科,重庆 400037)

Parasitic infection manifesting as an intraocular mass: a case report

YU Wen-chun[1,2], LIN Meng[2,3], YUAN Xiao-ting[2], QIN Wei[4] (1.Department of Encephalopathy, Chongqing Hospital, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine/Beibei District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400700, China; 2.Department of Ophthalmology, Chongqing Songshan Hospital, Chongqing 401121, China; 3.Department of Ophthalmology, Chongqing Huaxia Eye Hospital, Chongqing 400020, China; 4.Department of Ophthalmology, the Second Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing 400037, China)

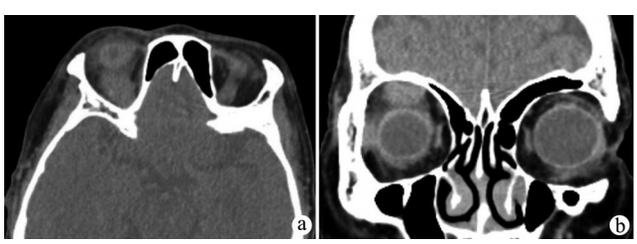
[关键词] 眼眶肿物;寄生虫感染;绦虫
[中图分类号] R322.91;R779.6 [文献标志码] B [收稿日期] 2025-11-02

眼眶寄生虫感染属罕见眼科疾病,临床表现缺乏特异性,易与眼眶占位性或炎性疾病混淆,导致误诊。虽影像学技术进步及临床认知加深提升了检出率,但罕见虫种、非典型发病形式相关诊疗规范仍较匮乏。本研究报道1例罕见眼眶肌肉组织内绦虫幼虫感染所致慢性肉芽肿性炎症,该病例在发病年龄、临床表现及病原学方面均具特殊性,诊断难度大,报道旨在拓宽临床医生鉴别诊断思路,凸显多学科协作价值,为同类罕见疾病诊治提供参考。

1 资料与方法

患者,女,72岁,1年多前无明显诱因出现右眼眼睑红肿,伴眼胀、眼痒、眼红,视力无显著下降,未予重视,症状反复发作,外院予滴眼液治疗(具体不详)后症状缓解。3个月前上述症状加重伴睁眼困难,当地诊所口服药物治疗(具体不详)无效。2024年3月7日于外院诊断为“右眼上睑下垂”,1周后复查诊断为“右眼眼眶占位”。为求进一步诊治,2024年3月14日以“右眼眶内肿物”收住我科。专科检查:VOD 0.5,VOS 0.4;眼压(NCT):右眼 11.8 mmHg,左眼 12.3 mmHg;眶压:右眼T+1,左眼Tn。双眼眼位正,眼球突出度:右眼 14 mm,左眼 12 mm。右眼上转及外转稍受限,余方向运动无障碍;右眼上睑下垂,眼睑红肿,结膜充血水肿,角膜透明,前房(-),瞳孔圆,直径约3 mm,对光反射灵敏,虹膜无粘连,晶状体混浊(+),玻璃体混浊,视盘边界清、色淡红,C/D=0.3,A∶V=2∶3,黄斑中心凹反光可见。左眼检查未见明显异常。

眼眶CT示:右侧眼眶见软组织密度影,最大截面约16 mm×10 mm×25 mm(左右径×上下径×前后径),双眼眶骨壁未见异常(图1)。



a:水平位;b:冠状位
图1 右眼眼眶CT影像

实验室检查:糖化血红蛋白7.2%,空腹血糖7.7 mmol/L;血型A型RhD阳性;乙肝表面抗体79.03 IU/L;余肝肾功能、血常规、凝血功能、电解质、粪便常规及传染病筛查未见明显异常。患者既往无糖尿病史,因血糖升高请内分泌科会诊,结果提示糖尿病,予二甲双胍缓释片500 mg每日2次+阿卡波糖50 mg每日3次降糖治疗,并监测血糖。

患者于全身麻醉下行右眼眶内肿物摘除+眼眶减压术。术中见病灶位于眼眶上方,大小约1 cm,边界不清,无包膜,呈鱼肉样,中央见囊腔,内含白色线状虫体(图2)。术后辅以阿苯达唑抗寄生虫及抗炎治疗。

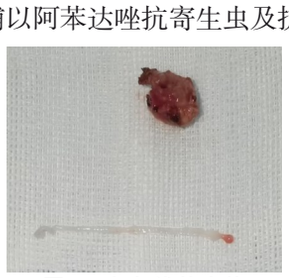


图2 白色线状虫体

2 结果

术后病理显示:(右眼眶肿物、右眼眶病变内虫体)肌肉组织慢性肉芽肿性炎症,送检寄生虫幼虫提示绦虫感染(图3)。术后患者病情平稳,右眼视力0.4,眼压13.8 mmHg,眼睑肿胀逐渐减轻。出院嘱:

[通信作者] 秦 伟,E-mail:weiqin0707@163.com

妥布霉素眼膏涂右眼切口每日2次,左氧氟沙星滴眼液点右眼每日4次,继续降糖治疗,定期复查,并建议至传染病医院进一步诊治寄生虫感染。

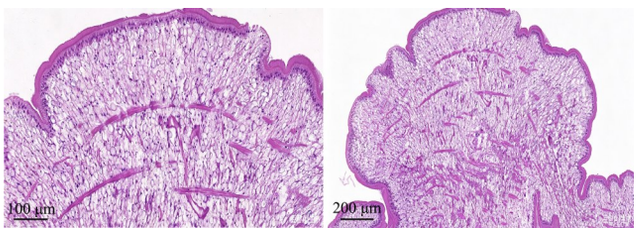


图3 眼眶组织术后病理提示寄生虫感染(HE染色)

3 讨论

眼眶寄生虫感染是一种罕见的眼科疾病,多由蠕虫尤其是绦虫幼虫引起,其中以猪囊尾蚴最为常见。感染途径主要包括食用未煮熟的猪肉或牛肉、接触污染环境等,虫卵在人体内孵化后经血行迁移至眼部组织,引发局部炎症及占位性病变。

研究显示,眼猪囊尾蚴病好发于眼球深部,眼眶受累以眼外肌为主,其中内直肌、上直肌、外直肌为常见受累部位,但不同研究存在差异[1-6],提示该病临床表现具有显著变异性。本例患者病灶位于眼眶上方并累及上直肌,进一步印证了该疾病在受累部位上的多样性,提示临床需关注眼眶各结构受累的可能性,避免因好发部位固有认知局限诊断思路。

影像学检查是眼眶囊虫病诊断的核心辅助手段,CT表现多为低密度占位、受累肌肉增粗伴周围炎症反应[7]。MRI对囊壁、头节及软组织水肿的显示更具优势,但头节显示与否可能受病灶阶段、影像分辨率影响[8]。本例患者CT提示眼眶内边界不清的软组织影,符合典型占位性表现,但未检出明确头节,且外周血嗜酸性粒细胞及血清学检查均无异常,与部分文献报道的实验室特征不符[9-10]。这一特殊表现提示,单一实验室或影像学指标阴性不能排除诊断,需结合临床症状、影像学特征进行综合评估,尤其对于非典型病例,需警惕实验室检查"假阴性"带来的误诊风险。

治疗方面,手术是眼眶囊虫病的首选治疗方案,术前精确定位与术中精细操作是治疗成功的关键[3,10]。本例通过多学科协作(眼科、影像科、病理科、感染科)明确病灶范围、制定手术方案,术后辅以阿苯达唑抗寄生虫及抗炎治疗,患者症状显著缓解。表明通过整合各学科专业优势,可优化诊断路径、降低手术风险、改善预后。

临床诊断中,详细询问流行病学史,如流行病地区居住史、生食习惯是筛查该疾病的重要前提,但本例为老年患者,无明确流行病学特征,且临床表现与慢性炎性假瘤、肿瘤性病变高度相似,进一步增加了诊断难度。结合本例诊治经验,提出以下参考建议:①对于病程长、症状反复的眼眶占位性或炎性病变,尤其老年患者,需拓宽鉴别诊断范围,将眼眶寄生虫感染纳入考量;②血清特异性抗体检测联合影像学检查可提高诊断准确率[10-11],对疑似病例应完善相关检查,必要时结合病理活检明确诊断;③治疗需采取"手术切除+术后抗寄生虫药物+抗炎治疗"的综合方案,同时加强术后随访,评估预后。

此外,随着人口流动加剧及饮食结构变化,眼眶寄生虫感染的发病形式可能更趋复杂,加强卫生宣教、提倡熟食习惯、注重个人防护仍是预防该病的关键。对于非典型眼眶寄生虫感染的诊断需突破年龄、临床表现、实验室指标的固有认知,依赖多学科协作与综合评估,其诊疗模式可为同类罕见疾病提供实证参考,有助于提升临床医生对该类疾病的诊治水平。

[参考文献]

[1] 韩东海,孙盈辉,冯本固. 侵入我国人眼的寄生虫及其危害[J]. 中国实用眼科杂志,2009,27(3):209-215. doi:10.3760/cma.j.issn.1006-4443.2009.03.005.

[2] Sahu S, Sharma A, Sen S, et al. Orbital and adnexal parasitic infections: a review of the literature[J]. Surv Ophthalmol, 2023, 68(1):117-131. doi:10.1016/j.survophthal.2022.07.004.

[3] Bothra N, Gupta N, Tripathy D, et al. Orbital cysticercosis: changing patterns in an endemic region[J]. Orbit, 2022, 41(5):591-597. doi:10.1080/01676830.2022.2059386.

[4] Chandravanshi SL, Mishra DK. Surgical management of orbital cysticercosis with isolated lateral rectus involvement: functional and aesthetic outcomes[J]. J AAPOS, 2020, 24(2):88.e1-88.e4. doi:10.1016/j.jaapos.2020.01.010.

[5] Mejía-López H,García-Castro A,Lozano-Arango A. Orbital dirofilariasis: a case report and review of the literature in the Americas[J]. Int J Infect Dis,2020,100:474-478. doi:10.1016/j.ijid.2020.08.065.

[6] Tripathy SK, Bakhshi S, Sharma M, et al. Atypical presentations of orbital cysticercosis: a case series and diagnostic challenge[J]. Am J Ophthalmol Case Rep, 2021, 24:101204. doi:10.1016/j.ajoc.2021.101204.

[7] Singhal A,Gupta P,Sen S,et al. Multimodality imaging in the diagnosis of orbital parasitic infestations[J]. Indian J Ophthalmol,2021,69(8):2048-2056. doi:10.4103/ijo.IJO_1564_20.

[8] Rath S, Jain N. Medical management of active orbital cysticercosis: current perspectives and controversies[J]. Ophthalmic Plast Reconstr Surg,2019,35(6):517-522. doi:10.1097/IOP.0000000000001834.

[9] Sharma M, Agrawal A, Bakhshi S, et al. Pediatric orbital parasitic infections: clinical profile and management in a tertiary center[J]. J Pediatr Ophthalmol Strabism, 2019, 56(5):330-335. doi:10.3928/01913913-20190715-02.

[10] Kumar A, Kumar V, Tripathi P. Comparative evaluation of serology versus imaging for diagnosis of suspected orbital cysticercosis[J]. Eye (London),2019,33(7):1158-1165. doi:10.1038/s41433-019-0467-8.

[11] Gupta R, Singhal A, Gupta S. Fine needle aspiration cytology in the diagnosis of orbital parasitic lesions: a retrospective analysis[J]. Cytopathology,2018,29(5):456-461. doi:10.1111/cyt.12764.

(编辑:杨 颖)