

这样可能会导致过度医疗或丧失治疗时机。龚方威等^[2]在167例次的川崎病冠状动脉造影的研究中也发现心脏超声检查有假阳性和假阴性。冠状动脉造影是诊断冠状动脉病变的金标准,对于复杂及严重的患儿,为了准确判断冠状动脉的准确病变,及时进行冠状动脉造影是可行的。本研究中14例患儿在进行冠状动脉造影检查过程中,过程顺利,只有1例患儿在造影过程中导管置于右冠状动脉口时发生室颤,经及时撤离导管及心脏除颤后患儿恢复正常,随访半年没有并发症。对于年龄太小的患儿,如果导管置于冠状动脉开口困难,并且为防止因导管过大堵塞冠状动脉影响心脏供血而引起室颤,也可以行升主动脉造影。本研究中发生室颤的患儿后改用升主动脉造影也能清楚显示冠状动脉的病变。在儿童进行冠状动脉造影时应该注意下面几个事项:①应该在川崎病患者治疗病情稳定,病程至少两个月后进行;②实验室检查显示白细胞、血沉、C-反应蛋白、

血小板基本正常;③儿童不能很好配合手术,为了清楚准确测定冠状动脉病变,选择氯胺酮静脉复合麻醉;④造影前进行正规手术所需必要检查;⑤造影过程中中心电监护非常重要,能及时发现心律失常,特别是发现室颤并及时处理。

[参 考 文 献]

- [1] Francesca P, Filippo A, Willem BM. Post-processing using multi-slice computer tomography coronary angiography improves image interpretability in patients with fast heart rates and heart-rate variations[J]. J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2007, 8(12):1088-1090.
- [2] 龚方威,白石裕比湖,桃井真里子. 川崎病患者冠状动脉病变的随访及超声与造影的对照研究[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(10):634-635.

(本文编辑:王庆红)

· 病例报告 ·

儿童嗜酸性粒细胞性胃肠炎 1 例

史佩佩 张建江

(郑州大学第一附属医院儿内科,河南 郑州 450052)

[中图分类号] R725.7 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)08-0676-02

患儿男,11岁,因腹泻11d,腹胀7d入院。11d前食用鱼虾后出现黏液水样便,10余次/日,伴恶心、间断性腹痛、呕吐。按“急性肠炎”予抗感染治疗,疗效差。7d前出现腹胀,食欲减差。入院查体:心肺检查无异常,腹膨隆,脐周压痛,移动性浊音阳性。WBC $15.59 \times 10^9/L$, N 75%, E 4%;大便培养示肠球菌;尿、大便常规、肝肾功能、ESR、CRP、PPD皮试、传染病检查、免疫学检查、人体血吸虫抗体等均正常。腹部彩色超声:腹腔内及肠间隙内探及约70mm不规则液性暗区。腹水涂片瑞氏染色:以成熟嗜酸性粒细胞为主,少见淋巴细胞;腹水细胞学检查:镜下可见大量嗜酸性粒细胞。CT平扫:双侧胸腔少量积液,腹腔大量积液。入院第10天复查

WBC $9.79 \times 10^9/L$, N 14%, E 65%。骨髓检查(图1A)示粒系比值增高,可见大量各阶段嗜酸性粒细胞,占41.6%;血涂片示粒细胞增高,以嗜酸性粒细胞为主。全消化道钡餐示空肠近端扩张明显,钡餐蠕动缓慢,“漂浮征”明显。电子结肠镜检(图1B)示盲肠黏膜充血水肿,皱襞粗大,表面糜烂,回肠末端及全结肠黏膜散在片状充血,血管纹理不清。回肠病理检查(图1C)示(盲部)黏膜慢性炎症,可见嗜酸性粒细胞浸润。诊断为“嗜酸性粒细胞性胃肠炎”,予低敏饮食及地塞米松每日5mg静脉滴注,4d后腹泻、腹胀好转,腹水征阴性出院。出院后控制饮食,继续口服强的松每次10mg,一日三次。1周后逐渐减量至停药。现门诊复查外周血嗜酸性粒细胞正常。

[收稿日期]2010-01-05;[修回日期]2010-02-19
[作者简介]史佩佩,女,硕士研究生。

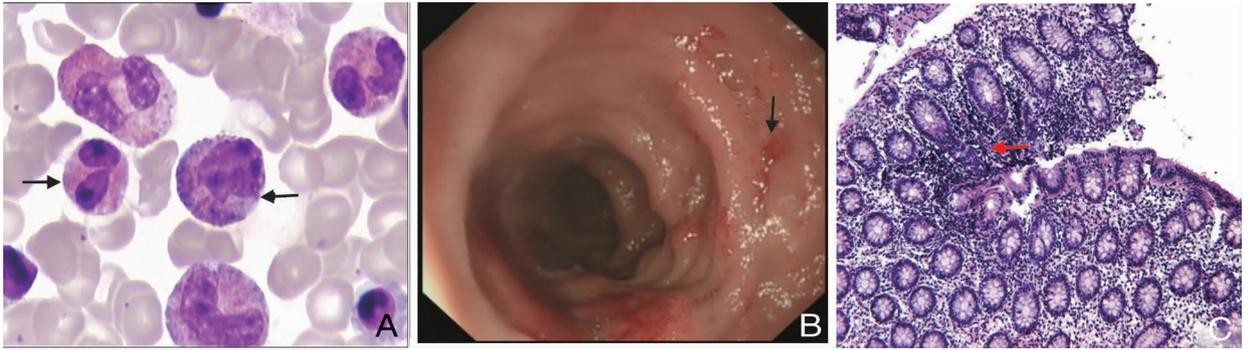


图1 辅助检查结果 A:骨髓检查,可见大量各阶段嗜酸细胞;B:电子结肠镜检图片,结肠黏膜散在片状充血,表面糜烂;C:回肠病理检查(苏木精-伊红染色,×400),盲部黏膜慢性炎症,可见嗜酸细胞浸润。

讨论 嗜酸细胞性胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis, EG),是一种以外周血嗜酸细胞增多、胃肠道组织中嗜酸细胞异常浸润为特征的疾病。可发生于任何年龄,儿童少见。该病是一种自限性变态反应性疾病,可反复发作,但多数预后良好。

临床上EG可分为3型^[1]:①黏膜型(I型):嗜酸细胞浸润以黏膜层和黏膜下层为主。多表现上消化道出血、腹泻、吸收不良、肠道蛋白丢失、低蛋白血症、缺铁性贫血及体重减轻等。50%的患者有哮喘、过敏性鼻炎、湿疹或荨麻疹等。进食特殊过敏食物可使症状加重。体检可发现皮肤湿疹、荨麻疹、踝部水肿等。青少年可出现发育不良,生长迟缓。②肌层型(II型):嗜酸细胞浸润以肌层为主,临床主要表现为完全或不完全性幽门和小肠梗阻、恶心、呕吐、腹痛,抗酸药或抗胆碱药难以缓解。胃肠钡餐检查显示幽门狭窄,蠕动减少或胃窦多个息肉样充盈缺损。胃、小肠活检可见广泛成熟的嗜酸性粒细胞浸润到黏膜下,并通过肌层向浆膜层延伸。③浆膜型(III型):嗜酸性粒细胞浸润以浆膜下层为主。该型相对少见,占EG的10%左右。可出现胸、腹水,其中含大量嗜酸性粒细胞。本型可单独存在,亦可与其他两型并存。本例患儿出现胸、腹水,以腹泻为主,结合电子结肠镜检及结肠病理,诊断为浆膜型伴黏膜型EG。

EG诊断较困难,多采用Talley诊断标准^[2],但易误诊、漏诊。外周血嗜酸细胞增高是诊断EG的主要线索,但有文献报道:20%的EG患者外周血EC没有异常变化,因此不作为本病的诊断标准^[3]。另有资料显示:EG患者在某些时候外周血EC可以正常,但如果定期复查几乎所有患者均可升高^[4]。此例患儿入院时外周血嗜酸细胞并未明显升高,也是本病误诊原因之一。EG确诊依靠内镜及病理检查。内镜活检证实胃肠道黏膜组织有大量嗜酸细胞浸润

是诊断EG的关键。另外骨髓细胞学检查有助于鉴别诊断。

EG为过敏性疾病,本例发生与食物过敏有关。从饮食中去除任何可疑的过敏食物是最重要的治疗手段,虽不一定能治愈本病,但在制定治疗方案时,应把饮食控制作为基本措施^[4]。糖皮质激素是EG的主要治疗药物,能阻止骨髓释放嗜酸性粒细胞进入血液外,还可加速其在末梢血液中的消失。多数病例在用药后1~2周内症状即改善,以腹水为主要表现的浆膜型患者在激素应用后7~10d腹水完全消失^[6]。一般3~4个月后争取停药^[4]。虽EG有一定的自限性,但不接受激素治疗的患者容易复发。对激素不敏感患者可加用免疫抑制剂^[7],如硫唑嘌呤等。若出现幽门梗阻或小肠梗阻,可考虑行手术治疗。术后如仍有症状或嗜酸粒细胞升高者,可应用小剂量强的松口服维持治疗一段时间。

[参 考 文 献]

- [1] Freeman HJ. Adult eosinophilic gastroenteritis and hypereosinophilic syndromes [J]. World J Gastroenterol, 2008, 14(44): 6771-6773.
- [2] Kim HM, Woo JY. Enterobiliary fistula as a complication of eosinophilic gastroenteritis: a case report [J]. Korean J Radiol, 2008, 9(3): 275-278.
- [3] 王燕平. 嗜酸细胞性胃肠炎2例报告及文献分析 [J]. 中华全科医学, 2009, 7(9): 969-970.
- [4] 杨华元, 雷健康, 杜时雨. 10例嗜酸细胞性胃肠炎临床分析 [J]. 北京医学, 2005, 27(12): 708-710.
- [5] Zuo L, Rothenberg ME. Gastrointestinal eosinophilia [J]. Immunol Allergy Clin North Am, 2007, 27(3): 443-455.
- [6] 孙雄, 龚镭, 金士毛. 嗜酸细胞性胃肠炎1例和文献回顾 [J]. 临床消化病杂志, 2008, 20(4): 253-254.
- [7] 谭东毅, 姚宏昌. 嗜酸细胞性胃肠炎的研究现状 [J]. 医学综述, 2008, 14(12): 1833-1834.

(本文编辑:王庆红)