

幼儿皮肤型蝇蛆病1例报告

张秀敏 李湘津 李宇宁 刘丽君

(兰州大学第一医院儿科, 甘肃 兰州 730000)

患儿男, 3岁, 籍贯青海省海东市互助县, 因双侧膝关节肿痛2d, 加重半天初次入院。入院体查: T 36.8℃, P 95次/分, R 24次/分, BP 90/65 mm Hg, 体重15 kg。神志清, 精神欠佳。全身皮肤无黄染、皮疹及出血点, 全身浅表淋巴结未触及。头颅、双肺、心腹、神经系统无阳性体征。脊柱四肢无畸形, 双侧膝关节肿胀, 左侧为著, 不红, 局部皮温高, 压痛明显, 浮髌试验阳性, 活动受限。个人史无特殊。外院膝关节X线检查未见明显异常。入院后查血常规: WBC $15.33 \times 10^9/L$, N 30.2%, L 29.9%, E 37.1%, RBC $4.42 \times 10^{12}/L$, Rb 123 g/L, PLT $314 \times 10^9/L$ 。尿、粪常规正常。血生化全项检查基本正常。血细胞分析示嗜酸性粒细胞百分比增高(45%)。血沉9 mm/h。D-二聚体5.83 $\mu g/mL$ 。风湿3项: ASO、RHF正常, CRP 14.1 mg/L。HLA-B27 8.1%, HLA-B27 荧光度1.6。自身抗体、抗核抗体、PPD试验及抗结核抗体阴性。骨髓穿刺检查示嗜酸性粒细胞比例增高(33.5%)。多次复查血常规提示嗜酸性粒细胞增高, 最高达49.1%。患儿于入院后第4日膝关节肿痛减轻, 出现右侧踝关节肿痛, 于第5日出现右侧腕关节肿痛。诊断: 嗜酸性粒细胞增多症; 幼年特发性关节炎。给予口服泼尼松5 mg (tid), 骨化三醇胶丸每日0.25 μg , 治疗5d, 患儿关节肿痛缓解。复查血常规示: 嗜酸性粒细胞0.1%, 患儿无明显特殊不适, 遂出院。院外继续口服泼尼松, 嘱2周后复诊。患儿出院后出现颈部受累, 未予任何处理, 自行缓解。出院后1个月家属发现患儿背部出现一红色包块, 遂再次就诊于我院门诊。体查可见右侧肩胛骨下方一约1 cm $\times$ 1 cm大小红色包块, 中间可见一约0.1 cm $\times$ 0.1 cm大小窦道, 窦道

内可见一蠕动虫体, 触痛, 皮温正常, 无其他不适。查血常规示: WBC $7.42 \times 10^9/L$, N 70.2%, L 26.8%, E 1.2%。血细胞分析、血沉、CRP正常。根据患儿窦道及窦道内有一蠕动虫体, 结合患儿第1次入院时主要表现为游走性关节肿痛, 实验室检查表现为嗜酸性粒细胞异常增高, 考虑患儿体内为寄生虫。仔细询问家属得知患儿所在居住地以养牛业为主, 且近期当地诊断1名蝇蛆病患者, 考虑患儿为“蝇蛆病”, 以“蝇蛆病”收住入院。入院后在局部麻醉下行皮肤切开术, 取出1条长约1 cm半透明白色虫体, 送兰州大学基础医学院病原生物学研究室行病原体检查, 明确诊断为纹皮蝇蛆幼虫。患儿手术后无明显不适出院。

讨论: 蝇蛆病主要由蝇产生虫卵通过破损皮肤、开放器官或通过饮用含有虫卵的水及食物进入体内, 一般在体内经历卵、蛆、蛹3个生长阶段^[1], 侵入不同的器官, 发育所需要的时间及临床表现不同。蝇蛆病主要发生在热带及亚热带国家, 国外多见于印度、巴西、西班牙、尼泊尔等, 在国内, 主要以西藏、青海、新疆等地为主。牧区多于非牧区, 农村多于城市。夏秋季节多发。从新生儿、婴幼儿、青年、中年至老年人均有发病, 有开放性伤口、机体抵抗力低下、生活环境差、生冷饮食、疫区旅居史者为易感人群。最常见的侵犯部位为皮肤、鼻腔、口腔、眼睛、胃肠道, 少见的部位为泌尿生殖器官、支气管到胸腔、颅脑、新生儿脐部。

皮肤型蝇蛆病一半以上发生在儿童^[2], 易感人群包括疫区生活、皮肤损伤、糖尿病、酗酒、吸毒、抵抗力低下者。第一阶段的虫卵接触易感人群的皮肤后, 约4~5 h发展为第二阶段即蛆,

蛆能够在组织中穿行,释放炎性物质引起炎症反应,约10~12 h后成长为第三阶段即蛹,约长11~15 mm,最终穿透皮肤爬出体外^[1-3]。常见的临床表现有瘙痒、钻痛、触痛、环形红斑、移行红斑轨迹、皮下结节、皮下囊肿、皮肤溃疡,偶有淋巴结肿大^[1,2,4-7],还可出现睡眠和情绪紊乱^[4],蝇蛆病多数情况下仅限于局部组织的破坏,少数可影响深层结构,引起组织的严重破坏^[8]。实验室指标大多数正常,偶有白细胞、嗜酸性粒细胞、IgE增高^[6]及ESR增快^[4]。病变部位行超声检查在第二、三阶段可见一低回声空腔包围的强回声幼虫,有些还能观察到幼虫的移动,第三阶段行X片检查可见顶端两个微钙化(牙齿)灶,沿幼虫方向可见两条平行的透亮条纹,结束于锥形端的虫体^[3]。行病理学检查可见局部水肿、渗出、中性粒细胞及嗜酸性粒细胞增高^[2,5]。其确诊靠发现蝇蛆幼虫。需要与疔、蜂窝织炎、囊性肿瘤等鉴别^[1,3,9]。常用的治疗方法有局部使用松节油、液体石蜡、凡士林、橄榄油、创可贴等制造厌氧环境,使幼虫爬出,或死亡后取出^[10],然而有研究指出这种方式容易引起取虫不彻底并加重感染,可靠的治疗方法为局麻下行局部切开取虫,并局部应用伊维菌素,根据患儿病情局部或全身应用抗生素^[6]。

随着生活环境的改善,蝇蛆病的发病报道逐年减少,由于蝇蛆病的确诊主要以发现蝇蛆幼虫为主,所以发病早期易误诊,对于出现相应的临床症状,嗜酸性粒细胞异常增高,而又有疫区旅居史及高危易感因素的人群,应考虑到蝇蛆病的可能。本例患儿实验室检查嗜酸性粒细胞增高的程度在国内罕见,其早期表现为游走性关节肿痛,

被误诊为幼儿特发性关节炎,约1个月后患儿皮肤破损并有虫体蠕动,被确诊为皮肤蝇蛆病,局部切开取虫后2周随访患儿无明显不适。

[参 考 文 献]

- [1] Logar J, Soba B, Parac Z. Cutaneous myiasis caused by *Cordylobia anthropophaga*[J]. Wien Klin Wochenschr, 2006, 118(5-6): 180-182.
- [2] Delshad E, Rubin AI, Almeida L, et al. Cuterebra cutaneous myiasis: case report and world literature review[J]. Int J Dermatol, 2008, 47(4): 363-366.
- [3] de Barros N, D'Avila MS, de Pace Bauab S, et al. Cutaneous myiasis of the breast: mammographic and us features-report of five cases[J]. Radiology, 2001, 218(2): 517-520.
- [4] Varani S, Tassinari D, Elleri D, et al. A case of furuncular myiasis associated with systemic inflammation[J]. Parasitol Int, 2007, 56(4): 330-333.
- [5] Robbins K, Khachemoune A. Cutaneous myiasis: a review of the common types of myiasis[J]. Int J Dermatol, 2010, 49(10): 1092-1098.
- [6] Krajewski A, Allen B, Hoss D, et al. Cutaneous myiasis[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2009, 62(10): e383-e386.
- [7] Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart CG. Changing paradigms in parasitic infections: common dermatological helminthic infections and cutaneous myiasis[J]. Clin Dermatol, 2003, 21(5): 407-416.
- [8] Romero-Cabello R, Calderon-Romero L, Sanchez-Vega JT, et al. Cutaneous myiasis caused by *Chrysomya bezziana* larvae, Mexico[J]. Emerg Infect Dis, 2010, 16(12): 2014-2015.
- [9] Curtis SJ, Edwards C, Athulathmuda C, et al. Case of the month: Cutaneous myiasis in a returning traveller from the Algarve: first report of tumbu maggots, *Cordylobia anthropophaga*, acquired in Portugal[J]. Emerg Med J, 2006, 23(3): 236-237.
- [10] Dias E, Dias M. Cutaneous myiasis[J]. Indian Pediatr, 2011, 48(11): 907.

(本文编辑: 邓芳明)