

以反复腹水为表现的小儿嗜酸 细胞性胃肠炎1例

陈梅 卢丽丽 封志纯

(北京军区总医院附属八一儿童医院, 北京 100700)

[中图分类号] R573.3 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2011)03-0265-03

患儿女, 3岁10个月。因反复腹胀、呕吐伴腹部膨隆1月余入院。入院前1月余, 患儿口服驱虫药“安乐士”2片, 服药第2天大腿内侧即出现风团块样皮疹, 伴有瘙痒, 随后出现腹胀、呕吐, 呕吐为胃内容物, 3~4 d后皮疹及呕吐缓解, 发现右下腹股沟包块, 当地医院考虑“右腹股沟斜疝”, 予斜疝修补术, 术后4 d患儿腹部膨隆, 超声提示“腹水”, 遂行腹穿, 见血性腹水, 考虑术后感染造成的腹水, 予抽腹水1400 mL, 抗感染10 d, 氟美松静脉滴注4 d后, 超声复查腹水消失。入院前10 d患儿再次出现腹部膨隆, 腹胀, 呕吐, 非喷射性, 当地医院超声检查再次提示腹水。查: 生命体征正常。神清, 反应可。皮肤无黄染、皮疹。右侧腹股沟可见一斜行手术切口, 长5~6 cm。颈部及腹股沟可及数枚1 cm×0.5 cm浅表淋巴结, 质韧, 活动度可。咽无充血, 心肺听诊正常。腹膨隆, 肝脾肋下未触及异常肿大, 叩诊腹部鼓音区减少, 移动性浊音阳性, 肠鸣音减低。辅助检查: 入院前1月外周血WBC 12.2×10⁹/L, 嗜酸性粒细胞(EC)百分比34%, 半月后血WBC 20.4×10⁹/L, EC百分比54%, 入院后复查血WBC 15.04×10⁹/L, EC百分比68.2%; 血支原体抗体、EB及巨细胞病毒抗体、乙肝表面抗原、抗HCV、抗结核抗体、抗核抗体均阴性, 血肺吸虫、肝吸虫、弓形虫抗体检查提示阴性。血肿瘤标志物正常。大便常规多次复查未见虫卵。腹穿见血性腹水, 腹水检查细胞计数96×10⁹/L, EC百分比97%, 立凡他试验阳性, 未见抗酸杆菌, 未找到肿瘤细胞。PPD试验阴性。腹平片提示腹水。腹部超声提示腹腔积液, 腹腔未见肿大淋巴结。心脏彩超检查示: 心内结构未见异常, 左室收缩功能正常。骨髓穿刺提示: EC明显增高。胃镜: 浅表性胃炎。胃窦组织活检提示:

较多EC浸润。诊断为嗜酸细胞性胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis, EG), 确诊后予患儿甲基泼尼松龙30 mg/日(每日2 mg/kg)静脉滴注1周, 随后改为泼尼松30 mg/日, 分3次口服, 10 d后改为顿服, 3个月内逐渐减停。治疗后1个月复查血WBC 9.8×10⁹/L, EC百分比降至正常, CRP正常。8个月后患儿周围血中EC百分比再次升高, 超声提示再次出现少量腹水, 遂建议其再次口服激素, 病情很快控制。目前患儿激素口服接近减停, 生长发育未受影响, 病情仍在随访中。

讨论: EG是以胃肠道中EC异常浸润或伴外周血EC升高的胃肠道少见疾病^[1]。1937年Kajiser首次报道该病以来, 目前国内外仅报道不到400例, 典型病例多见于20~50岁, 幼童发病罕见。EG目前通用的诊断标准为^[2]: ①有消化系统症状; ②病理证实胃肠道(从食管到肛门)1处或多处组织中EC浸润; ③无胃肠道以外多器官EC浸润, 并除外其他引起EC浸润胃肠道的疾病, 如寄生虫感染、变态反应性疾病、慢性胰腺炎、恶性肿瘤等。本例患儿仅有消化道表现, 而无全身累及的症状, 活检证实有消化道EC浸润, 除外结核、寄生虫及肿瘤等其他疾病后, 最终明确为EG。

本病发病机理以往一般认为与某些特异食物、药物过敏有关^[3], 胃肠黏膜受抗原刺激, EC吞噬肥大细胞释放组胺、白三烯等炎性介质, 继而引起组织损伤, 研究提示, EG在胃肠表面的直接聚集是组织损伤的主要机制, EG中含有嗜伊红的阳离子蛋白, 包括主要碱性蛋白、嗜酸细胞神经毒素、嗜酸细胞过氧化物酶等, 这些阳离子蛋白可能通过白三烯的介导作用对胃肠道细胞产生直接破坏^[4]。病变可累及从食管到直肠的全胃肠道壁各层。EG临床分3

[收稿日期] 2010-08-03; [修回日期] 2010-11-10
[作者简介] 陈梅, 女, 硕士研究生, 主治医师。

型:①黏膜型;②肌层病变型;③浆膜病变型:临床罕见,浆膜下EC浸润,浆膜增厚并可累及肠系膜淋巴结,引起腹膜炎、腹水,系渗出性无菌性腹水,腹水中可见大量EC。以上3型可单独或混合出现。本例患儿即为罕见的浆膜病变型,以反复血性腹水为主要表现。本病容易误诊为胃炎、胃癌、胃肠型恶性淋巴瘤、十二指肠炎、溃疡性结肠炎、腹腔结核等,还应与特发性嗜酸性粒细胞增多综合征(IHES)、肠道寄生虫、嗜酸性肉芽肿相鉴别^[5]。主要误诊原因有:①该病在小儿消化内科中属少见病;②部分患儿有食物过敏和荨麻疹变态反应病史未予重视;③未注意外周血EC增高对该病诊断的意义;④内镜活检不普遍,病理科医师未注意组织的EC浸润,往往仅凭内镜直视表现就草率作出诊断;⑤以反复腹水为表现的EG少见。当患者出现消化道症状同时伴嗜酸细胞升高时,一般首先考虑为高嗜酸细胞综合征及EG。前者周围血EC总数高于 $1.5 \times 10^9/L$,且持续6个月以上,具有多系统受累的表现。

EG具有自限性,有脱离原有生活环境、剔除诱因而自愈的病例报道。但本例患儿在激素减停中多次病情反复证实本病易复发,再次应用糖皮质激素治疗仍然有效,这与相关报道均符合^[6]。糖皮质激素是治疗EG的有效药物,能迅速缓解症状,并使外周血EC恢复正常。因此建议对无激素禁忌证的EC患者,常规使用激素短程治疗。国内目前推荐泼尼松开始治疗剂量常为20~40 mg/d,症状消失后递减,争取3~4月停用。同时尽量寻找并避免再次

接触过敏原,以减少糖皮质激素的用量,缩短疗程。但本例患儿短程疗法病性很快反复,提示目前对本病缺乏大样本的临床疗效观察随访,故尚无对该病的规范治疗方案可循,这是目前国内对该病认识逐渐深入,报道逐渐增多后,应该给予关注和进一步深入研究的方面^[7]。激素使用不敏感的,可考虑加用免疫抑制剂。对严重肠梗阻者,应先采取保守治疗,无效时方考虑手术治疗^[5]。

[参 考 文 献]

[1] 王爱英,于莉莉,孟灵梅. 小肠粘膜活检对9例嗜酸细胞性小肠炎患者的诊断价值[J]. 临床内科杂志, 2005, 22(2): 542-543.

[2] 肖文斌,刘玉兰,王智峰. 嗜酸细胞性胃肠炎的诊断和治疗[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(4): 145-148.

[3] Syngal S, Fox EA, Eng C, Kolodner RD, Garber JE. Sensitivity and specificity of clinical criteria for hereditary non-polyposis colorectal cancer associated mutations in MSH2 and MLH1[J]. J Med Genet, 2000, 37(9): 641-645.

[4] Clegg-Lamprey JN, Tettey Y, Wiredu EK, Kwawukume EY. Eosinophilic enteritis—a diagnostic dilemma [J]. West Afr J Med, 2002, 21(3): 258-259.

[5] 蒋海根,李伟平,蔡旭华. 嗜酸粒细胞性胃肠炎的临床及内镜表现[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(3): 413-414.

[6] 张安忠,杨崇美,崔屹. 嗜酸细胞性胃肠炎的临床和内镜特点[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(10): 602-604.

[7] 史佩佩,张建江. 儿童嗜酸细胞性胃肠炎1例[J]. 中国当代儿科杂志, 2010, 12(2): 676-677.

(本文编辑:邓芳明)