

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.29.027
文章编号: 1005-8982 (2018) 29-0127-02

肠道寄生虫感染误诊 1 例

成绍敏, 苏薇, 胡露丽, 罗林艳, 吴会超

(遵义医学院附属医院 消化内科, 贵州 遵义 563099)

关键词: 寄生虫; 嗜酸性粒细胞; 嗜酸性粒细胞性肠炎; 误诊

中图分类号: R532.12

文献标识码: D

肠道寄生虫感染主要临床表现为腹痛、发热, 可伴随外周血、骨髓及局部组织内嗜酸性粒细胞增多。多发生于卫生条件差的区域, 地方性较强。下面就遵义医学院附属医院收治的 1 例肠道寄生虫感染的患者结合相关文献进行简要的诊治分析。

1 临床资料

女性患者, 46 岁, 因反复腹痛 4 个月, 加重伴腹泻 3 d 于 2017 年 9 月 15 日就诊于本院。患者 4 个月前出现腹痛, 于外院行腹部 CT 示不全性肠梗阻。同期血常规示 WBC 及嗜酸性粒细胞升高, 胃肠镜示: 慢性浅表性胃炎伴糜烂; 食管及结肠粘膜正常。骨髓细胞学检查示: 嗜酸性粒细胞增多症。骨髓荧光原位杂交检测示: 未检测到断裂点簇集区 /abl 融合基因阳性细胞。寄生虫感染免疫检测示: 裂头蚴、旋毛虫、囊虫、肝吸虫、肺吸虫及血吸虫均阴性。诊断为嗜酸性粒细胞性肠炎, 予强的松 40 mg, po, qd 治疗, 逐渐减量直至 2017 年 9 月 8 日停用, 期间监测血常规提示 WBC 及嗜酸性粒细胞数无下降且腹痛无缓解。入院 3 d 前因腹痛加重伴腹泻于本院就诊, 查血常规: WBC $13.17 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞绝对值 $5.93 \times 10^9/L$ 。2 d 后复查血常规: WBC $15.74 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞绝对值 $8.03 \times 10^9/L$ 。住院期间多次行大便常规寄生虫阴性, 潜血试验持续阳性。抗核抗体、抗核抗体谱、血沉、抗中性粒细胞胞浆抗体及免疫球蛋白定量均无异常。心电图 T 波改变。胸片无异常。胃镜示: 十二指肠降部粘膜不规则片状充血水肿 (见图 1)。病理诊断:(十二指肠降段) 大量嗜酸性粒细胞浸润 (见

图 2)。查体: 腹软, 左下腹、剑突下压痛, 无反跳痛及肌紧张, 四肢关节无疼痛、晨僵及畸形。患者既往体健, 对青霉素过敏。根据病史及相关检查, 结合激素治疗无效, 予阿苯达唑 0.4 g/次, 口服, 1 次/d, 诊断性抗寄生虫治疗, 服用 7 d 停用, 复查外周血 WBC 及嗜酸性粒细胞降至正常, 腹痛消失, 随访至今无复发。

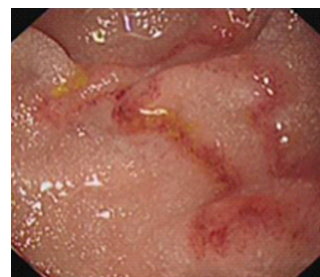


图 1 胃镜图

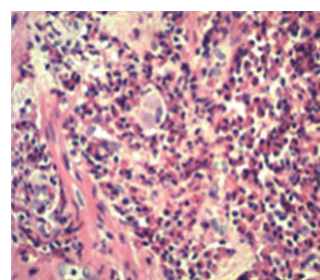


图 2 病理活检 (HE × 200)

2 讨论

寄生虫为肠道感染常见的病原体, 种类多, 大小从数毫米至数厘米不等, 入侵深度可涉及黏膜层至肌层, 因种类不同其特性不一。目前确诊主要通过直接

收稿日期: 2018-05-08

[通信作者] 吴会超, E-mail: Wuhuichao985@163.com

的粪便及血清学检查,但灵敏度不高,常为阴性^[1]。故即使病原学检查阴性,仍不能排除寄生虫感染。

寄生虫入侵肠道后,常咬附于肠组织。根据寄生虫种类及数量不同,内镜下可表现为粘膜糜烂、充血水肿、红斑、点状渗血、溃疡、息肉样病变、肉芽肿形成及梗阻等,缺乏特异性,易误诊^[2]。一些类型寄生虫虫体小不易查及,如钩虫,常粘附于十二指肠及空肠黏膜或皱襞,传统内镜只能进入十二指肠及末段回肠数厘米,存在盲区,对寄生于空肠和部分小肠者无法检查,容易漏诊^[3]。本报告主要表现为片状充血水肿,水肿区域见散在出血点,大小不一,类似寄生虫咬噬的痕迹,提示寄生虫感染可能,未找到寄生虫虫体的原因可能由于虫体游走至盲区或已侵及更深的肌层。

嗜酸性粒细胞是干扰先天性免疫应答的白细胞,在慢性炎症、传染病、过敏性疾病、肿瘤及自身免疫性疾病中均可增多^[4]。本报告患者主要表现为腹痛及嗜酸性粒细胞持续升高,无面部蝶形红斑,无关节疼痛、畸形等;自身免疫性疾病相关检查、病毒检测均为阴性;近期未食用过敏性食物及药物,可基本排除嗜酸粒细胞性肠炎及寄生虫感染以外的其他疾病。嗜酸粒细胞性肠炎为一排他性诊断,参照 1990 年 TALLEY 等^[5]提出的诊断标准:胃肠道症状,活检显示胃肠道 1 个或多个部位的嗜酸性粒细胞浸润,或外周嗜酸性粒细胞增多,且没有寄生虫或肠外疾病的证据。本报告患者符合上述诊断标准,早期误诊为该病,并予激素治疗,但治疗无效。入本院后大便寄生虫检查均阴性,潜血试验持续阳性,结合内镜下表现及激素治疗无效,考虑寄生虫感染,故选用阿苯达唑进行诊断性抗寄生虫治疗,患者腹痛消失,嗜酸性粒细胞降至正常,治疗有效。

结合本例患者诊治过程,笔者认为,在临床工作中应注意以下 5 点:①针对嗜酸性粒细胞增多,特别是持续升高者,如通过临床症状及相关检查仍无法明确病因时,应考虑寄生虫感染这个潜在因素^[6];②怀

疑寄生虫感染,无明确依据或被误诊,按相关治疗后病情反复或无效,应考虑诊断性驱虫治疗;③考虑寄生虫感染者,应反复多次行大便检查^[7];④寄生虫感染患者确诊前不应盲目使用激素治疗,如未确诊前接受大剂量的激素,易致免疫抑制,可能继发播散性疾病^[8];⑤寄生虫在体内吸附性及游走性强,在上下消化道内镜检查未见虫体的情况下,应扩大检查范围或更换为胶囊内镜,更有利于体积小,较隐匿的寄生虫的检出^[2]。目前取材常局限于黏膜及黏膜下层,这种有限的取样可能导致嗜酸性粒细胞或寄生虫虫卵分散在整个黏膜以及更深肌肉层者无法检出,应多点取材,必要时需行深部取材。

参 考 文 献:

- [1] ALESSANDRA R, MOMAR N. Diagnosis of parasitic infections: what's going on[J]. *Journal of Biomolecular Screening*, 2015, 20(1): 6-21.
- [2] MCCARTY T R, TURKELTAUB J A, HOTEZ P J. Global progress towards eliminating gastrointestinal helminth infections[J]. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2014, 30(1): 18-24.
- [3] COTON T, MASSOURE M P, COTTEZ S, et al. Human hookworm disease: enteroscopy and video capsule endoscopy features, 2018, 42(3): e39-e40.
- [4] LERU P M. Eosinophilia and hypereosinophilic disorders-update on etiopathogeny, classification and clinical approach[J]. *ROM J INTERN MED*, 2015, 53(4): 289-295.
- [5] TALLEY N J, SHORTER R G, PHILLIPS S F, et al. Eosinophilic gastroenteritis:a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues[J]. *Gut*, 1990, 31(1): 54-58.
- [6] VALENT P, KLION A D, ROSENWASSER L J, et al. ICON (International Consensus ON): eosinophilic disorders. consensus document[J]. *WAO J*, 2012, 5(12): 174-181.
- [7] WANG C H, LEE S C, HUANG S S, et al. Hookworm infection in a healthy adult that manifested as severe eosinophilia and diarrhea. *Journal of Microbiology[J]. Immunology and Infection*, 2011, 44(6): 484-487.
- [8] ESTEVE C, RESANO A, DIAZ-TEJEIRO P, et al. Eosinophilic gastritis due to Anisakis: a case report[J]. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2000, 28(1): 21-23.

(李科 编辑)