

生收治原因不明的意识障碍、癫痫发作、共济失调、局灶性神经功能障碍患者时提供诊疗思路。

参考文献

- [1] BRAIN L, JELLINEK EH, BALL K. Hashimoto's disease and encephalopathy[J]. Lancet, 1966, 2(7462):512-514.
- [2] DE HOLANDA NC, DE LIMA DD, CAVALCANTI TB, et al. Hashimoto's encephalopathy: systematic review of the literature and an additional case[J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2011, 23(4):384-390.
- [3] OLMEZ I, MOSES H, SRIRAM S, et al. Diagnostic and therapeutic aspects of Hashimoto's encephalopathy[J]. J Neurol Sci, 2013, 331(1/2): 67-71.
- [4] IMPERIALE D, LABATE C, TESTI R, et al. Clinical and neuropathological findings in Hashimoto's encephalopathy: a case report [J]. Neurol Sci, 2014, 35(2):327-329.
- [5] MARSHALL GA, DOYLE JJ. Long-term treatment of Hashimoto's en-

- cephalopathy[J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2006, 18(1):14-20.
- [6] KOTHBAUER-MARGREITER I, STURZENEGGER M, KOMOR J, et al. Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis: diagnosis and treatment[J]. J Neurol, 1996, 243(8):585-593.
- [7] 谷芙蓉, 秦洁. 桥本脑病: 4 例报告并文献复习[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(15):2023-2024.
- [8] 邵龙, 王威, 郑娜, 等. 自身免疫性脑炎治疗进展[J]. 解放军医学杂志, 2017, 42(4):347-353.
- [9] GROMMES C, GRIFFIN C, DOWNES KA, et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis presenting with diffusion MR imaging changes[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2008, 29(8):1550-1551.
- [10] PARI E, RINALDI F, PREMI E, et al. A follow-up (1)(8)F-FDG brain PET study in a case of Hashimoto's encephalopathy causing drug-resistant status epilepticus treated with plasmapheresis[J]. J Neurol, 2014, 261(4):663-667.

(收稿日期:2017-12-05 修回日期:2018-03-28)

钩虫病致上消化道出血误诊 1 例

陈玉华, 王伟强(重庆市第七人民医院消化内科 400054)

【关键词】 胃肠出血; 钩虫病; 误诊; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2018.18.057

文献标识码:B

文章编号:1009-5519(2018)18-2936-03

钩虫病是十二指肠钩口线虫与美洲板口线虫寄生于人体小肠引起的疾病, 临床表现主要为贫血、营养不良、胃肠功能失调等, 较少引起消化道严重出血^[1]。随着生活条件的改善, 钩虫感染越来越少, 临床医生收治的患者也较少。遇到上消化道出血的患者临床医生首先想到的是一些常见病, 如消化性溃疡、急性胃黏膜病变、消化道肿瘤等, 而忽视了对寄生虫的查找, 从而导致误诊。现将本科收治的 1 例钩虫病导致上消化道出血误诊病例报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 64 岁, 农民, 重庆市巴南区人。因“中上腹痛伴解黑便 4 个月余、再发 10 d”于 2017 年 6 月 21 日 08:50 收入院。入院前 4 个月余, 患者因中上腹痛, 解黑便, 感全身乏力、头昏, 无呕血, 到当地人民医院行胃镜检查显示“十二指肠球部溃疡(A1 期)”, 肠镜检查未见异常, 血常规检查显示中度贫血, 经抑酸等治疗后腹痛稍好转, 但仍感头昏、乏力, 2018 年 4 月 20 日第 1 次来本科住院。既往 13 年前行“直肠癌根治术”, 无偏食习惯。家族史无特殊。2018 年 4 月 20 日查血常规: 红细胞 $2.86 \times 10^{12} \text{ L}^{-1}$, 血红蛋白(Hb) 55 g/L, 平均红细胞比容 63.32 fL, 平均红细胞血红蛋白 16.12 pg, 平均红细胞血红蛋白浓度 254.20 g/L, 嗜酸性粒细胞百分比 23.04%, 嗜酸性粒细胞 $1.29 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ 。¹⁴C 呼气试验阴性, 腹部彩色多普勒超声、胸片检查均未见明显异常。2018 年 4 月

26 日行全腹部增强 CT 检查显示直肠癌根治术后改变, 未见肿瘤复发。本科诊断为“十二指肠球部溃疡伴出血”。给予输红细胞悬液 6 U、抑酸等治疗后好转出院。本次入院前 10 d, 患者无明显诱因再次解柏油样便, 每天 1~2 次(量不详), 同时, 感中上腹阵发性隐痛, 伴乏力、头昏, 2018 年 6 月 21 日第 2 次来本院就诊, 以“上消化道出血”收入院。入院查体: 体温 36.8 °C, 脉搏 78 次/分, 呼吸频率 19 次/分, 血压 116/60 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。患者步入病房, 贫血貌, 神清合作。睑结膜、口唇、甲床苍白。心、肺未见异常。左下腹可见造瘘口, 腹软, 中上腹轻度压痛, 无反跳痛及肌紧张, 腹部未扪及包块。肠鸣音稍活跃。2017 年 6 月 21 日血常规: 红细胞 $2.69 \times 10^{12} \text{ L}^{-1}$, Hb 48 g/L, 血小板计数 $404 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$, 嗜酸性粒细胞百分比 24.71%, 嗜酸性粒细胞 $1.99 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ 。大便常规检查未见虫卵, 隐血试验阳性。尿液分析, 肝、肾功能, 尿含铁血黄素定性试验, 溶血 4 项检查均阴性。入院诊断: 上消化道出血原因待查: 消化性溃疡? 消化道肿瘤?

入院后嘱患者禁食, 给予泮托拉唑持续静脉泵入抑酸、氨甲环酸止血、补液等治疗, 并输红细胞悬液 4 U。2018 年 6 月 22 日嘱其进食冷流质饮食。2018 年 6 月 23 日复查 Hb 76 g/L, 仍呈小细胞低色素性, 嗜酸性粒细胞比例仍明显增高。患者精神状态、头昏、乏力明显好转。住院期间多次复查大便常规均未见虫卵, 隐血

试验阴性。2018 年 6 月 25 日行骨髓穿刺检查符合缺铁性贫血改变骨髓象。患者血常规嗜酸性粒细胞明显增高,考虑是否为嗜酸性粒细胞胃肠炎,拟复查胃镜取活检,并了解十二指肠溃疡愈合情况。2018 年 6 月 27 日行胃镜检查:(1)慢性非萎缩性胃炎伴糜烂,(2)十二指肠寄生虫(钩虫病)。见图 1、2。联系检验科采用粪便饱和盐水浮聚法检测发现虫卵。根据上述结果确诊为钩虫病,给予阿苯达唑片(0.4 g,每晚 1 次,3 d)驱虫及补充铁剂(多糖铁复合物)治疗后,连续 3 d 查大便隐血试验阴性,粪便饱和盐水浮聚法检测未发现钩虫卵。患者精神状态明显改善,无腹痛、黑便,于 2018 年 6 月 30 日出院。



图1 胃镜检查十二指肠降段见活体钩虫



图2 钳取出的钩虫虫体

2 讨 论

钩虫病所致贫血,通常为轻中度。而本例患者的特殊之处在于表现为反复黑便,Hb 低至 48 g/L,钩虫病引起如此重度贫血较为少见。

我国曾是钩虫病严重流行地区,经多年积极防治,目前,人群感染率、发病率已大幅下降,但部分地区流行水平仍较高^[2]。据文献报道,钩虫病近年来在部分地区有死灰复燃的趋势^[3]。重庆目前虽不是钩虫病流行地区,但在一些偏远农村,卫生条件较差,仍存在着散发病例。

我国寄生于体内的钩虫主要是十二指肠钩口线虫与美洲板口线虫,南方以美洲钩虫为主。成虫寄生于小肠,引起钩虫病,民间称之为“懒黄病”。钩虫成虫以口囊及钩齿咬附肠黏膜,其头腺分泌抗凝素,使伤口不易凝血而有利于其吸血,附着处伤口血液渗出,其渗血量与虫体吸血量大致相等。且虫体经常更换咬附部位,造

成新的损伤而原伤口仍然继续少量渗血。此外,虫体活动造成组织损伤,也可引起出血^[4]。这些都是宿主出现消化道出血、慢性失血的重要因素,患者体内的铁和蛋白质不断损耗而出现缺铁性贫血。

本例患者间断解黑便,粪便隐血试验阳性,证实为消化道出血。在农村旱地作物仍常采用新鲜粪便施肥,阴湿的环境适合钩虫卵和幼虫的发育。患者多为农民,常赤足行走于田间劳作,与丝状蚴污染的土壤接触机会较多,易受感染。临床主要表现为贫血、乏力、腹痛、腹泻等,此外还有皮肤损坏、咳嗽等。临床表现无特异性,误诊率较高,汪小元^[5]报道的误诊率达 61.5%。

钩虫病的诊断主要依靠粪便镜检发现虫卵,内镜检查也能发现钩虫体。本例患者从初诊到最终确诊经历了几番波折,主要原因考虑为以下几个方面:(1)年轻医生经验不足。随着钩虫病发病率降低,年轻医生在临床中很少接触到,因此,对该病认识不足,思维局限。患者第 1 次住院时对血常规检查显示嗜酸性粒细胞增高未引起足够重视,未进一步查找病因。第 2 次虽然重视了嗜酸性粒细胞的增加,但因反复查大便常规未见虫卵,故仍未从寄生虫感染方面考虑,而怀疑嗜酸性粒细胞性胃肠炎,复查胃镜时十二指肠球部发现钩虫而确诊。(2)病情掩盖。患者第 1 次入院前于外院行胃镜检查提示十二指肠溃疡(A1 期),未发现钩虫体。消化性溃疡为常见的消化道出血病因之一,故第 1 次入院按溃疡治疗。且患者既往有“直肠癌”根治术,有慢性贫血,还考虑有无肿瘤复发,第 1 次住院行全腹部增强 CT 检查而排除。(3)检验手段不足。目前,本院采取直接涂片法,虫卵较少时容易漏检。本例患者 2 次于本科住院,多次查大便常规,均未发现虫卵。粪便饱和盐水浮聚法为查找虫卵常用的检测手段,检出率较直接涂片法高,但本院检验科未常规进行。

通过本例患者的诊治得出以下经验教训:(1)重庆农村地区仍有散在的钩虫感染。(2)临床医生对于不明原因的慢性缺铁性贫血、嗜酸性粒细胞增高、伴消化道出血症状,且为高危人群的患者,应高度怀疑钩虫感染的可能,避免因大便常规检查阴性而忽略该病,对疑为该病者应反复多次进行饱和盐水漂浮法检查,同时,建议行内镜检查发现钩虫体,必要时可复查胃镜,避免误、漏诊。本例患者便为复查胃镜检查发现虫体。此外,对高度可疑病例,可给予口服阿苯达唑进行诊断性治疗^[6]。(3)胃镜检查时应详细彻底,不遗漏任何部位,尤其是十二指肠球部和降部,尽最大可能地往深部检查。患者于外院行胃镜检查未发现虫体,而本院复查胃镜于十二指肠降段发现虫体。(4)目前有研究表明,胶囊内镜对小肠钩虫的检出率高,但其价格较昂贵,对农村患者用于筛查钩虫感染性价比不高^[7-8]。对一些不明原因的消化道出血,尤其是钩虫病所致的小肠出血,胶囊内镜检查具有重要价值^[9]。(5)CHIDAMBARAM 等^[10]研

究表明,聚合酶链反应有望成为检测钩虫的新方法,有助于诊断及明确钩虫种类,但其在临床中的运用尚有待于进一步研究。

参考文献

- [1] SHARMA BC, BHASIN DK, BHATTI HS, et al. Gastrointestinal bleeding due to worm infestation, with negative upper gastrointestinal endoscopy findings: impact of enteroscopy[J]. Endoscopy, 2000, 32(4): 314-316.
- [2] 陈颖丹, 臧伟. 我国土源性线虫病监测现状及今后监测工作重点[J]. 中国血吸虫病防治杂志, 2015, 27(2): 111-114.
- [3] ALBONICO M, SAVIOLI L. Hookworm: a neglected resurgent infection[J]. BMJ. 2017, 359; j4813.
- [4] 殷国荣. 医学寄生虫学[M]. 北京: 科学出版社, 2004: 45-51.
- [5] 汪小元. 钩虫病致重度贫血 32 例误诊原因分析[J]. 湖南医学, 2002, 19(1): 76-77.
- [6] SHARMA V, SHARMA A. A capsule or a tablet. Clin Gastroenterol Hepatol, 2011, 9(9): 804.
- [7] 陈荣伟. 胶囊内镜对小肠钩虫病的诊断价值分析[J]. 中外医疗, 2012, 31(19): 32.
- [8] 杨文伟, 陈春晓. 胶囊内镜诊断钩虫病 45 例分析[J]. 中华临床感染病杂志, 2012, 5(2): 93-94.
- [9] TAN X, CHENG M, ZHANG J, et al. Hookworm infection caused acute intestinal bleeding diagnosed by capsule: a case report and literature review[J]. Korean J Parasitol, 2017, 55(4): 417-420.
- [10] CHIDAMBARAM M, PARIJA SC, TOI PC, et al. Evaluation of the utility of conventional polymerase chain reaction for detection and species differentiation in human hookworm infections[J]. Trop Parasitol, 2017, 7(2): 111-116.

(收稿日期: 2017-12-09 修回日期: 2018-03-26)

食管异物致食管纵隔瘘 1 例报道

汪治山(重庆医科大学附属南川人民医院呼吸内科, 重庆 南川 408400)

【关键词】 食管; 异物; 食管瘘/并发症; 纵隔疾病/并发症; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2018.18.058

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2018)18-2938-02

食管纵隔瘘并不常见, 一旦发生则十分凶险, 需全面诊疗, 保障患者生命安全, 因此, 对其认识与治疗方法进行研究可为该病的诊疗提供一定的参考。本院收治了 1 例食管异物所致的食管纵隔瘘患者, 分析其诊治过程, 并探讨其诊治方法, 旨在为临床医生对食管纵隔瘘的诊治提供参考, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 60 岁。因“进行性加重胸痛 2 周, 发热、咳嗽、喘累 1 周”于 2017 年 6 月收入本院。入院 2 周前在进食过程中被鸭骨头卡喉咙, 当时有明显咽喉异物及疼痛感, 伴胸痛, 用力强行吞咽后异物感消失, 但仍明显感到咽喉部及胸前区疼痛不适, 进食时症状加重, 未经任何正规诊治。胸痛症状日渐加重, 以剧烈咳嗽时为甚, 进食时胸痛明显加重, 以致患者畏惧进食, 并出现咳嗽, 咳黄白色黏痰, 伴活动后喘累, 休息时感喘累有所减轻, 伴发热, 最高体温达 39.0℃, 外院血培养示革兰阳性菌, 诊断为“菌血症、肺部感染”, 予以头孢菌素类抗菌药物等治疗后未见好转。入院查体: 体温 36.4℃, 脉搏 110 次/分, 呼吸频率 26 次/分, 血压 146/80 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 患者精神萎靡, 痛苦面容, 口唇发绀, 颈软, 呼吸急促, 左侧颈部稍肿胀, 触诊少许捻发感, 左侧肋间隙增宽, 左肺触觉语颤减弱, 左肺叩诊浊音, 右肺叩诊清音, 左肺呼吸音低, 右肺呼吸音粗, 未闻及干、湿性啰音。双上肢中度水肿。入院后查肌酐 217 μmol/L, 红细胞沉降率 22 mm/h。血气分析:

pH 7.40, 二氧化碳分压 33.1 mm Hg, 氧分压 44.8 mm Hg。C-反应蛋白 178.1 mg/L, 降钙素原 9.9 ng/mL。血常规: 白细胞 $36.69 \times 10^9 L^{-1}$, 中性粒细胞百分比 92.9%。胸部 CT 显示双侧胸腔积液, 伴左肺全肺不张, 颈部、胸部、背部、纵隔及心包内积气, 心包积液, 未提示食管异常。入院 5 h 后行左侧胸腔闭式引流术, 外接胸腔闭式引流器引流出黄色脓性液体 1 000 mL。胸水常规: 黄色脓液, 浑浊, 李凡他试验 1+, 中性粒细胞百分比 98%。胸水生化: 腺苷脱氢酶 236.3 U/L, 总蛋白 38 g/L, 胸水癌胚抗原 18.040 ng/mL, 清蛋白 38 g/L, 乳酸脱氢酶 103 U/L, 神经元特异性烯醇化酶、细胞角蛋白片段均未见异常。诊断: (1) 食管纵隔瘘; (2) 左侧脓胸; (3) 脓毒血症? 治疗方案: 予以去甲万古霉素注射液 0.4 g 静脉滴注, 每天 1 次; 美罗培南 1 g 静脉滴注, 每 8 小时 1 次, 加强抗感染, 并给予祛痰, 增强免疫力, 暂禁食、禁饮, 静脉补充能量及营养物质等治疗。在无痛胃镜引导下行鼻-空肠营养管植入术, 术后加用抑酸、肠内营养混悬液鼻饲补充营养。入院 10 d 复查胸部 CT 提示颈部、胸壁、背部、纵隔及心包内积气较前吸收, 血常规检查显示白细胞及中性粒细胞百分比下降, 血气分析显示氧分压及氧饱和度正常, 停用抗菌药物, 并拔出胸腔引流管。2 周后患者间断咳嗽、咳痰, 痰少, 无发热、胸痛等, 精神好转, 胃空肠营养管固定在位, 双上肢水肿减轻。双肺未闻及干、湿性啰音, 患者症状明显好转, 家属要求出院, 但患者食道纵隔瘘管未闭合, 暂不能进食, 持续给