

· 病例报告 ·

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2015.05.22

王长洪教授治疗伴嗜酸性胃肠炎便血 1 例

盛天骄, 林一帆

(沈阳军区总医院 中医科, 国家中医药管理局 消化病重点专科, 辽宁 沈阳 110840)

关键词: 王长洪; 嗜酸性胃肠炎; 便血; 中医

中图分类号: R573.3

文献标志码: D

文章编号: 1671-038X(2015)05-0374-03

嗜酸细胞性胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis)是以胃肠道组织中嗜酸粒细胞异常浸润为特征的比较少见的胃肠道疾病,临床主要表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻等,也有少数患者出现便血、肠梗阻等表现。病因不明,西医治疗以糖皮质激素为主。中医对本病的诊断及治疗少有报道^[1]。王长洪教授治愈 1 例伴下消化道出血的嗜酸细胞性胃肠炎患者,现报道如下。

患者,女,68 岁,于 2014 年 07 月 21 日因“间断便血 20 d”入院。入院前 20 d 无诱因出现便血,为鲜血,每次量约 10 g,每日 10 余次,便中夹有粘液、少量稀便,伴有腹部绞痛,便后痛减,伴心悸、汗出、乏力、黑朦、胸闷、气短。入院前 5 d 症状加重,每日 20 余次,外院查血白细胞 $10.7 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比 70.6%,给予云南白药、双歧杆菌治疗后症状无缓解,入院当天便血及腹痛进一步加重,每 5~6 分钟即有少量便血,为鲜血,自肛门自行流出,每次 5~10 g 左右。既往有冠心病病史,否认高血压病、糖尿病病史,青霉素过敏史。体检:轮椅推入病房,精神萎靡,急性病容,生命体征平稳,全身皮肤未见皮疹,心肺体检未见异常,腹软,下腹部压痛、无反跳痛、肌紧张,肠鸣音活跃。肝肾功、血脂、血糖、凝血、传染病、肿瘤、结核、免疫等相关检查正常,血清前白蛋白 121 mg/L、血清白蛋白 38.5 g/L↓;血常规:白细胞 $14.1 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比 82.7%;2014 年 7 月 23 日血常规:白细胞 $12.6 \times 10^9/L$ 、嗜酸性粒细胞百分比 4.1%;2014 年 7 月 24 日复查血常规:嗜酸性粒细胞百分比 5.7%;全腹 CT:符合全段结肠炎性改变的影像学特点,肝包膜下积液,肝右叶钙化点,腹腔积液,主动脉及瓣膜钙化;肠系膜上动脉超声未见异常;2014 年 07 月 23

日行肠镜检查(见图 1)提示大片状糜烂出血及黏膜水肿,近回盲瓣处可见一 1.0×1.5 cm 圆形隆起。诊断为全结肠黏膜急性水肿改变、升结肠囊性肿物性质待定。病理提示(见图 2):(升结肠)肿物符合溃疡部组织,定期复查、(乙状结肠)黏膜组织慢性炎(急性期),结合患者临床症状有腹痛、便血、腹部 CT 全结肠炎性改变,伴外周嗜酸细胞升高,诊断为:嗜酸性胃肠炎便血。中医证见:便血鲜红,腹痛,舌质红苔薄黄腻,脉细弦。辨证论治:便血(肠道湿热伤及肠络),治法:清热解毒,凉血止血。方药(颗粒剂 I 型):白术 10 g、败酱草 15 g、地榆 10 g、槐花 10 g、黄芩 10 g、炮姜 6 g、三七 2 g、仙鹤草 15 g、鱼腥草 15 g、茜草 10 g、茯苓 10 g、甘草 3 g 每付水冲成 300 ml 150 ml 口服 2/日口服每日 1 剂。同时给予地氯雷他定及口服中药汤治疗后 1 天患者腹痛及便血症状明显好转,2 天后腹痛症状消失,服药 3 天后便血完全停止。2014 年 8 月 22 日二诊:大便正常,舌淡红、苔薄白、脉弦。治法:健脾化湿,佐以清热。方药:党参 10 g、炒白术 10 g、苍术 10 g、茯苓 10 g、黄连 3 g、鱼腥草 15 g、薏米 15 g、败酱草 15 g、干姜 3 g、肉桂 3 g、甘草 3 g,每付水冲成 300 ml 150 ml 口服 2/日口服每日 1 剂。2014 年 9 月 10 日复查肠镜(见图 3A、图 3B)仅见直肠黏膜充血,余肠黏膜正常,肿物消失。偶见皮肤荨麻疹,续服中药汤治疗荨麻疹。2014 年 9 月 12 日三诊:便溏,无便血,舌红、苔薄白、脉弦。治法:健脾燥湿、活血祛风。方药:黄芪 10 g、防风 10 g、白术 10 g、鱼腥草 30 g、金银花 10 g、当归 10 g、川芎 6 g、荆芥 10 g、蝉蜕 6 g、仙鹤草 15 g、生地 10 g、黄芩 10 g、白芍 10 g、甘草 3 g(用法同前)。

收稿日期:2014-10-07

作者简介:盛天骄,女,硕士研究生,研究方向:中西医结合消化

通讯作者:林一帆,Email:13309888130@163.com

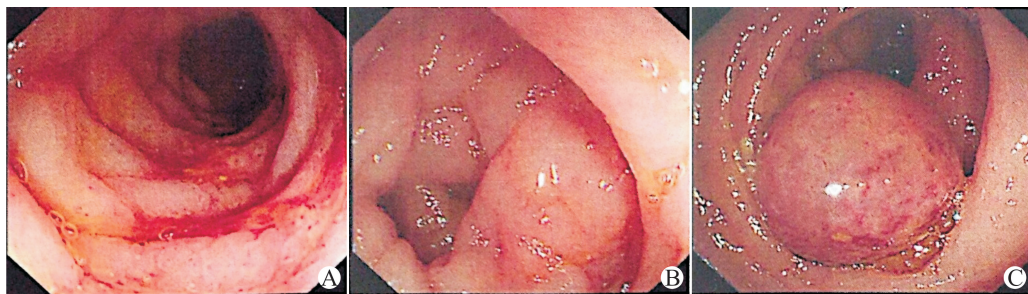


图1 患者治疗前肠镜检查
A:乙状结肠肠管痉挛,20~30 cm处黏膜明显充血、水肿,伴大片状糜烂及出血斑样改变。B:横结肠黏膜水肿、充血,升结肠黏膜水肿。C:近回盲瓣处可见一1.0 cm×1.5 cm圆形隆起,表面及周围黏膜明显充血水肿,糜烂。

图1 患者治疗前肠镜检查

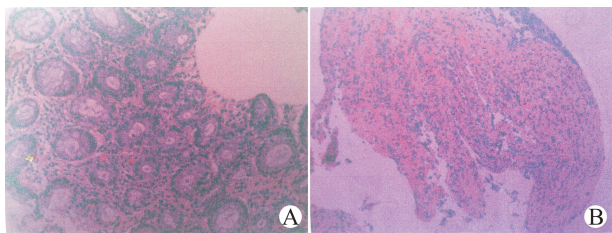


图2 病理图
A:显示炎性黏膜组织,腺体排列欠规整,固有膜内见较多炎性细胞浸润,上皮细胞未见明显异型。B:部分上皮坏死,其下可见炎性肉芽组织,周围黏膜组织可见增生及肠化。

图2 病理图

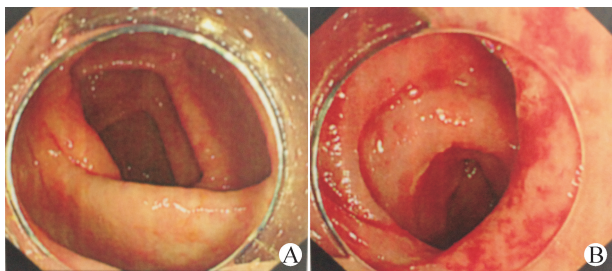


图3 患者治疗后肠镜检查
A:阑尾开口及回盲瓣开口正常,原肿物消失。B:直肠黏膜见弥漫性充血糜烂。

图3 患者治疗后肠镜检查

讨论 嗜酸性胃肠炎病因迄今尚不清楚,可能与I型变态反应有关^[2]。许多研究证实,I型变态反应首先触发了嗜酸细胞的聚集和脱颗粒,从而引起毛细血管扩张、通透性增高、渗出增加、平滑肌痉挛,导致腹痛、腹泻等多种症状^[3]。可累及从食管至直肠的各段消化道,但以胃和小肠受累最为常见。组织学特点为大量嗜酸性粒细胞浸润,可累及胃肠壁全层,多以某一层受累为主,临床表现取决于病变累及范围及浸润深度,缺乏特异性。1970年 Kleim 等根据嗜酸性细胞浸润程度将病变分为3型:①黏膜病变突出型,该型最为常见,易出现上腹不适、疼痛、恶心、呕吐等胃肠道症状,可发生贫血、吸收不良及蛋白丢失、湿疹、皮炎等。内镜下表现为弥漫性充血

水肿、糜烂、出血、溃疡;②肌层型以肌层浸润为主,镜下表现为胃肠壁增厚僵硬,呈结节状,颗粒样铺路石样改变,致幽门梗阻及肠梗阻,常被误诊为克罗恩(Crohn)病或肿瘤;③浆膜型罕见,发生率低于10%,浆膜增厚水肿,可累及肠系膜淋巴结引起嗜酸性腹水及腹膜炎,腹水为渗出液,可见大量嗜酸细胞。以上3型可单独或混合表现,目前嗜酸性胃肠炎的诊断标准不统一。1970年 Leinbaeh 和 1990年 Talley 分别提出了EG的诊断标准。我们认为典型的EG应该符合以下标准:①胃肠道症状;②消化道黏膜活检证实嗜酸性粒细胞增多或浸润或伴有周围血嗜酸性粒细胞增多;③可除外寄生虫等感染及其他疾病所致嗜酸性粒细胞增多^[4]。本患出现腹痛、便血可能是由于嗜酸性胃肠炎先累及黏膜层,随着病变进展而逐渐侵蚀血管出现消化道出血。镜下表现为黏膜充血、水肿、糜烂,可见肠腔痉挛表现,并同时出现低蛋白、腹水表现,疾病早期外周血嗜酸性粒细胞并不高,但在中后期出现后其外周血嗜酸性粒细胞明显升高。病理活检未见明确嗜酸性细胞浸润,但活检阴性并不能排除本病^[5],符合嗜酸性胃肠炎的临床诊断。

中医并无嗜酸性胃肠炎的病名,目前多根据患者的临床症状归属为“腹痛”、“泄泻”、“胃脘痛”的范畴,少数病例可分属“呕吐”、“反胃”、“便血”范畴。一般认为本病的发生与饮食、情志、劳倦内伤、久病失养等密切相关。饮食不节、恣食肥甘厚腻及辛辣制品,致湿热积滞,蕴结肠胃,出现腹痛、腹泻、脘腹痞闷、呕恶厌食等,情志不遂至肝气郁结,疏泄失职,气滞日久则淤血内停,血不循经,则见吐血便血,若劳倦过度或久病脾胃受损,均能引起脾胃阳虚,中焦虚寒,可出现脘腹冷痛、肠鸣泄泻、面色萎黄等,脾阳久虚不能温煦肾阳终至脾肾阳气俱伤,出现面色恍白、消瘦神疲。本病与脾胃肝等脏器的功能状态均有关系,病变早期多由饮食、情志所伤出现湿热蕴结或气滞血瘀,病属实证;久病失养或劳倦内伤累及脾

肾,多属虚实夹杂^[6]。

该患者以便血为首发症状,伴有腹痛,舌红属湿热之象,然该患平素畏寒,阳虚不能温养复感湿热,蕴藉于胃肠而发病。治宜标本兼顾,清热解毒、凉血止血同时反佐以健脾化湿、健脾温阳之品以防伤正。疾病中后期便血已止然发作荨麻疹,此为气虚不能固表,便血后血虚受风,风入腠理,与血相搏,往来于皮肤之间,邪气微不能冲击为痛而瘙痒。治法中除健脾化湿以使气血生化有源治本,兼以活血化瘀祛风以治标。初诊方中败酱草、地榆、槐花、黄芩、鱼腥草、茜草凉血止血、清热解毒,鱼腥草有清热解毒,祛湿利尿功效,归肺经使湿热从小便退,其挥发油成有显著的抗过敏作用,能有效的拮抗组胺。茯苓、白术、炮姜、仙鹤草,温中补虚止泻,反佐寒凉药物防止伤中。二诊中虽便血已止然此时余热未清,湿邪犹存,失血后正虚未复,舌质淡红为余热未清之相,苔薄白为中阳虚寒之征,脉弦为寒邪凝滞。故应用黄连、鱼腥草、败酱草清扫余热,白术、茯苓、苍术、薏米健脾除湿。干姜、肉桂温中健脾养血。方中应用玉屏风散配合以清热解毒、塑封上街之品,同时配以补血活血之品。中医认为荨麻疹的发病与先天并附不足有关,体虚受风,风入腠理,与血相搏,多数患者存

在免疫功能低下,玉屏风散具有调节免疫力,增强免疫功能的作用,荆芥、防风、蝉蜕脱敏止痒,共凑祛风、除湿止痒之功。方中加用当归、川芎以取“治风先治血、血行风自灭”之功。活血化瘀药物能有效改善机体免疫功能,改善微循环,降低毛细血管通透性,具有良好的抗炎、抗过敏功效。纵观疾病全程诊治健脾化湿乃基本之法,随症加减以达到标本兼治之效。

参考文献

- [1] 刘慧,张继胜,孟捷. 中医治疗嗜酸性胃肠炎体会[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(4):84-85.
- [2] 吴旭,马兴龙,杨竹. 嗜酸性胃肠炎5例内镜下分析[J]. 临床荟萃, 2005, 20(20):1183-1183.
- [3] 刘慧君. 嗜酸性胃肠炎临床治疗分析[J]. 中国实用医刊, 2011, 38(16):58-59.
- [4] 樊景云,黄宗文,郭佳. 嗜酸性胃肠炎30 a中文文献回顾分析[J]. 中国误诊学杂志 2007, 7(28):6758-6760.
- [5] 庞智. 嗜酸性胃肠炎的诊治规范[J]苏州医学, 2011, 34(1):8-10.
- [6] 林一帆,高文艳,陆宇平. 王长洪临证医案[M]. 北京人民出版社, 2013:216-371.