DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.039

参 考 文 献

1. 王永芳，等。心脏继发肿瘤（附16例报告）。中华内科杂志 1963；11:897
2. Peserson DE. Cancer of the lung. Massachusetts:PSG 1979:127
3. 李厚文。肺癌基础与临床。沈阳：辽宁科技出版社，1984:84

（收稿：1989.07.07；修回：1989.11.21）

嗜酸细胞性腹水1例报告

陈东风 冷恩仁（大坪医院 消化内科）

1 病例摘要

患者，男，44岁。间断腹痛20年，复发3个月于1984年9月3日入院。曾行X线钡餐检查，诊断十二指肠球部溃疡，经间断治疗，症状时轻时重。3个月前腹痛复发，为胀痛，进食后明显，黑色稀便，每日3次～5次，进食脂餐后更甚，无呕吐，3个月来体重减轻10余斤。既往有哮喘和荨麻疹史。查体：生命体征正常，浅表淋巴结不大。心肺无异常。腹平软，上腹部可扪及15cm×5cm包块，质中、活动、轻压痛，肝脾不肿大，无震水音，腹水征阴性。白细胞波动在10～30×10⁹/L，嗜酸粒细胞（E）0.40～0.70，嗜酸细胞计数（EC）4～26×10⁹/L，粪中发现夏-雷氏结晶、隐血试验（+）、无虫卵。血清总蛋白46g/L，白蛋白25g/L，骨髓嗜酸细胞增多，细胞形态正常。X线钡餐胃内充盈缺损，考虑溃疡恶变。4次胃镜检查均见复合溃疡，活检病理为嗜酸细胞性胃肠炎（eosinophilic gastroenteritis, EG）。12月3日出现腹水，此时，WBC25.6×10⁹/L，E0.80，EC20.0×10⁹/L。腹水：比重1.013，李凡他试验（+），白细胞计数1.2×10⁹/L，EC0.6×10⁹/L，蛋白7.0g/L，LDH236U（血LDH564U）。12月5日始服强的松10mg 2/日，1周后腹水消失，WBC9.6×10⁹/L，E0.54，EC5.2×10⁹/L。1985年1月11日停用强的松。1月13日剖腹手术见胃小弯至胃窦部及十二指肠一、二段有约20cm×12cm×10cm包块，周围粘连未能切除。胃小弯、十二指肠球部各切组织送检，冰冻切片报告为嗜酸细胞性胃肠炎（EG），全层浸润。

2 讨 论

嗜酸细胞性腹水（eosinophilic ascites, EA）常继发胃肠道、腹膜和腹腔内脏器的嗜酸细胞浸润等疾病。腹水中嗜酸细胞明显增高，则称为嗜酸细胞性腹水[1]。本例EA继发于EG。EG为1种与变态反应有关的胃肠道嗜酸细胞浸润性疾病，以粘膜浸润为主者，常伴有上消化道出血、腹泻、吸收不良综合征及蛋白丢失性肠病。肌层浸润，胃肠壁增厚、僵硬、蠕动差，可有胃肠道梗阻表现。浸润浆膜，可发生浆膜腔积液，形成腹水、胸水，甚至心包积液[1][2]。嗜酸细胞在胃肠道弥漫浸润则为弥漫型，若局限形成包块，为局限型，易误诊为肿瘤，尤其要与嗜酸性肉芽肿鉴别，后者组织结构上可见肉芽肿样组织混于结缔组织基质中[2]。该例患者为局限型全层浸润性EG，其嗜酸细胞性腹水（EA）产生主要原因是嗜酸细胞广泛浸润而致渗出。低蛋白血症也是腹水产生的原因之一。腹水性质常介于渗出和漏出液之间。

EA的治疗同EG，以糖皮质激素为首选。多用强的松，每天20mg～40mg，一般7天～10天后，腹水可减少甚至消失，应渐减量至停药，复发可重复使用[1][2]。当激素效果不理想，可加用免疫抑制剂和色甘酸二钠等药物，同时，应纠正低蛋白血症。嗜酸细胞性腹水预后取决于原发病的病情。

参 考 文 献

1. Levinson JD, et al. Eosinophilic gastroenteritis with ascites and colon involvement. Am J Gastroenterol 1977; 68(6):603
2. Cello JP, et al. Eosinophilic gastroenteritis—a complex disease entity. Am J Med 1979; 67:1097

（收稿：1989.07.07；修回：1990.01.09）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net