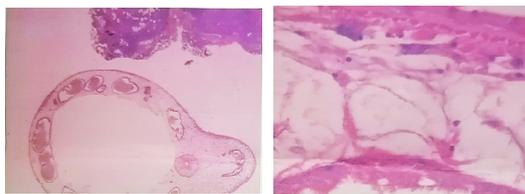


儿童肺吸虫病 1 例

许喜朋¹ 席洋¹ 张伟²

(1、空军军医大学西京医院/陕西省白水县尧禾中心卫生院; 2、空军军医大学西京医院感染性疾病科)

患者女, 10 岁, 甘肃省陇南市人, 学生, 体重 28kg, 因“游走性皮下结节 6 月余”就诊。患者于 6 月前无明显诱因出现游走性皮下结节, 偶有疼痛, 无发热, 无咳嗽、咳痰, 无瘙痒等不适。至当地医院就诊, 行超声示: 左侧锁骨中份皮下脂肪层增厚、回声增强并无回声区; 考虑炎性病变; 行胸部 CT 示: 双肺未见明显异常改变, 右侧胸膜局部结节样增生, 胸骨柄前方肌层增厚、脂肪层内密度不均多考虑炎性病变? 给予相关治疗(具体不详)后患者症状未见明显缓解, 为进一步诊治来我院。既往史: 患儿 9 月前有虾蟹食用史。查体: 全身皮肤、巩膜无黄染, 无肝掌、蜘蛛痣; 躯干及颈部散在数个皮下结节, 较大者约 1.5cm × 1.0cm, 质韧, 边界不清, 活动度欠佳, 部分结节压痛阳性, 周围皮肤无红肿; 心肺查体未见异常。腹软, 无压痛、反跳痛及肌紧张, 墨菲征阴性, 肝脾未扪及, 麦氏点无压痛, 肝肾无叩痛, 移动性浊音阴性, 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理反射未引出。诊断考虑: 游走性皮下结节原因待查: 皮炎? 寄生虫病? 完善血常规: 白细胞 $6.9 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 47.2%, 嗜酸性粒细胞绝对值 $0.65 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞百分率 10.5%; 大便常规: 阴性, 未查见虫卵; 心电图: 窦性心律, 电轴右偏, aVR 呈 qR, V1 呈 Rs 型。血清寄生虫抗体检测结果肺吸虫阳性; 于我院行右锁骨下皮下结节活检病理镜下描述: 网篮状角化, 表皮大致正常, 真皮全层血管周围、胶原间可见嗜酸性粒细胞、中性粒细胞及淋巴细胞浸润, 以深部为主, 深部可见一囊样结构, 囊内可见较多腺样结构; 病理诊断: 考虑肺吸虫病。确定诊断: 慢性肺吸虫病(斯氏并殖吸虫可能性大)。12 月 28 日开始给予吡喹酮片(沈阳红旗, 0.2g/片), 总量 60mg/kg, 根据患者体重计算总量为 1680mg, 每次 2 片, 2 次/日, 连用 2 日为一疗程。



2020 年 12 月 22 日皮下结节活检病理

讨论

肺吸虫病(lung fluke disease)又称并殖吸虫病(Paragonimiasis), 是并殖吸虫寄生于人体各脏器所致的一种慢性人兽共患寄生虫病, 被我国卫生部列为重要的食物源性寄生虫病之一^[1]。在食源性病原体中, 食源性寄生虫作为公认的重要食源性病原体已经超过细菌和病毒的地位^[2]。2012 年 FAO 和 WHO 对全球 24 种食源性寄生虫进行排名, 并殖吸虫居第 14 位^[3]。并殖吸虫广泛分布于世界各地, 尤其是在亚洲、非洲和美洲的热带和亚热带地区^[4,5]。肺吸虫病为食源性传染病, 经消化道传播, 人体一旦感染并殖吸虫, 其童虫或成虫在组织和器官内移行、寄生造成机械性损伤, 其代谢产物可导致机体产生一系列过敏反应, 均对人体健康造成巨大危害。

1879 年英国医生 Ringer 报告了首例并殖吸虫感染的病例。而关于并殖吸虫的最早记录则追溯到 1850 年, Diesing 根据 Natterer 在巴西发现的一只巨型水獭的肺标本做出的描述^[6]。到目前为止, 全球已报告超过 50 种并殖吸虫, 其中我国发现了 28 种, 根据世界卫生组织 2015 年的数据, 每年大约有 100 万人感染^[6]。近年来随着人们生活水平的提高、食品运输业的快速发展、水产品的食用方法多样化, 该病发生率逐年增加。我国肺吸虫病主要由卫氏并殖吸虫和斯氏狸殖吸虫感染所致, 卫氏并殖吸虫主要分布在浙江省和东北地区; 斯狸殖吸虫也称四川并殖吸虫, 主要分布于四川、贵州、湖南、湖北、江西、河南和山西等地。肺吸虫病主要通过半生食或食用淡水蟹、虾或而感染, 感染来源主要为犬科动物、猫科动物、鼠科动物等^[6]。含肺吸虫囊蚴的溪蟹被人体食用后, 囊蚴进入消化道发育成幼虫, 在小肠上部中脱囊, 穿越肠壁进入腹腔沿肝脏上行, 穿过膈肌达胸腔, 主要寄生在肺内或胸腔内, 卫氏并殖吸虫在肺内发育为成虫并产卵; 而斯氏狸殖吸虫由于人不是其适宜的终宿主, 感染后不能在人体内发育为成虫, 更不能产卵, 在人体中主要是童虫阶段, 童虫在人体内到处乱窜, 在移行部位造成损害, 常常形成嗜酸性肉芽肿。根据并殖吸虫不同的物种在不同的地区引起的临床症状各有特点, 因此及时准确地诊断肺吸虫病仍存在一定困难。

肺吸虫病起病缓慢, 潜伏期长短不一, 临床表现与感染的时间、程度及宿主的免疫力有关。肺吸虫病主要表现为肺部感染, 亦可侵犯肺外(比如大脑、脊髓、皮肤、肝脏、肠道等部位)出现相应器官损害^[7]。根据疾病进展, 可以分为急性期和慢性期。急性期多在感染后数天至 1 月左右出现症状, 全身症状明显, 以腹痛、腹泻、腹胀等消化道为主要表现外, 还有食欲不振、高热、乏力、盗汗等全身性症状, 血白细胞和嗜酸粒细胞都明显升高。慢性期为肺吸虫侵入肺部形成囊肿、瘢痕并产生虫卵的时期, 该阶段卫氏并殖吸虫病主要表现为咳嗽、咯血、胸痛等呼吸道症状, 如侵犯肺外组织可出现相应器官损害表现; 四川并殖吸虫病以游走性皮下结节为特点, 也可出现肺外组织受损表现。临床上根据病变部位可以分为胸肺型、腹型、皮肤型、脑脊髓型及其他类型^[8]。胸肺型最常见, 可有咳嗽、胸痛、气短等表现, 可引起胸腔积液、心包积液或多浆膜腔积液^[4]。脑脊髓型属于危害最严重的肺吸虫病, 多见于儿童, 脑型常有颅内压增高, 伴颅内占位病变表现, 脊髓型可有下肢麻木感或刺痛, 或肢体瘫痪、大小便失禁等表现。皮肤型主要表现为皮下结节或包块, 其中斯氏狸殖吸虫感染占 50~80%, 游走性为主要特点^[4]。腹型多见于感染早期, 表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻等消化道症状。肺吸虫感染者血常规常提示白细胞增多、嗜酸性粒细胞比例升高, 其胸腹水、脑脊液及痰液中嗜酸性粒细胞也可增高, 有报道提到, 嗜酸性粒细胞正常不能排除肺吸虫病^[9]。诊断金标准是痰液或粪便中找到虫卵或皮下结节中找到虫卵或虫体; 但研究表明, 支气管肺泡灌洗液、痰、胸腔积液或粪便虫卵检出率仅为 11.7%^[9]; 有病例报道中提到皮下结节或包块活检一半可见大量嗜酸性细胞

和夏科-雷登结晶^[10]。对于条件受限的农村及基层医院无法完善其他特异性试验时,以其皮下结节的特异性组织学病理对肺吸虫病具有确诊意义^[11]。肺吸虫抗体血清免疫学检查是一种可靠的辅助诊断方法,条件允许时同时完善相关免疫学检查。影像学检查对胸肺型、脑脊髓型有重要参考价值,对皮肤型肺吸虫病特异性不高。胸肺型肺吸虫病 CT 表现多种多样,可有磨玻璃影、斑片影、结节影、钙化灶、胸腔积液和叶间裂积液、胸膜增厚等,甚至出现占位性病变,尤其与结核病、恶性肿瘤难以鉴别^[12]。脑型肺吸虫病 CT 表现为低密度水肿灶、囊性病灶、出血灶;MRI 表现为出血灶、环形及类环形囊性病灶、水肿灶或者“隧道征”^[13]。因此肺吸虫病的诊断需综合患者流行病学史、症状及体征,辅以实验室检查资料,从而明确是否存在并殖吸虫的感染。目前肺吸虫病的首选治疗药物为吡喹酮,对卫氏并殖吸虫及四川并殖吸虫均疗效良好,其治疗剂量为 25-30mg/kg, 2-3 次口服,疗程 2 天,如有其它器官并发症者,可酌情加治疗程^[14]。

本例临床表现以“游走性皮下结节”就诊,无其他器官组织损伤,血象白细胞正常,嗜酸性粒细胞无明显升高,影像学未提示明确病灶,未引起当地医院首诊医师注意,以致不能及时明确病因及采取治疗。通过该病例的诊治有以下几点体会:1.该患者以皮下结节就诊,且居住在流行疫区,未合并其他组织器官症状,应注意追问流行病学史,另需注意与皮下脂肪瘤、纤维瘤、免疫性结节等鉴别;2.白细胞及嗜酸性粒细胞计数升高在肺吸虫病诊断和治疗效果评判中具有重要意义,但临床中遇到的血白细胞及嗜酸性粒细胞无明显升高的患者时不能排除该病,应注意仔细甄别;3.对于考虑该病者,但病原学检查未查见证据,同时无明确影像学资料支持,有条件者应进一步完善特异性免疫学方法,有助于明确诊断。

参考文献:

- [1]李兰娟,任红. 传染病学.第 8 版[M]. 人民卫生出版社, 2013.
- [2]Chiara Trevisan,Paul R. Torgerson,Lucy J. Robertson. Foodborne Parasites in Europe: Present Status and Future Trends[J]. Trends in Parasitology,2019,35(9).
- [3]Brecht Devleeschauwer,Martijn Bouwknegt,Pierre Dorny,Sarah Gabriël,Arie H. Havelaar,Sophie Quoilin,Lucy J. Robertson,Niko Speybroeck,Paul R. Torgerson,Joke W.B. van der Giessen,Chiara Trevisan. Risk ranking of foodborne parasites: State of the art[J]. Food

and Waterborne Parasitology,2017,8-9.

- [4]Blair David. Paragonimiasis.[J]. Advances in experimental medicine and biology,2019,1154.
- [5]Blair David,Nawa Yukifumi,Mitrev Makedonka,Doanh Pham Ngoc. Gene diversity and genetic variation in lung flukes (genus Paragonimus).[J]. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,2016,110(1).
- [6]Ayako Yoshida,Pham Ngoc Doanh,Haruhiko Maruyama. Paragonimus and paragonimiasis in Asia: An update[J]. Acta Tropica, 2019,199.
- [7]Eiji Nagayasu,Ayako Yoshida,Amy Hombu,Yoichiro Horii, Haruhiko Maruyama. Paragonimiasis in Japan: A Twelve-year Retrospective Case Review (2001-2012)[J]. The Japanese Society of Internal Medicine,2015,54(2).
- [8]Culquichic ó n Carlos,Hern á ndez-Pacherres Arturo,Lab á n-Seminario L Max,Cardona-Ospina Jaime A,Rodr í guez-Morales Alfonso J. Where are we after 60 years of paragonimiasis research? A bibliometric assessment.[J]. Le infezioni in medicina,2017,25(2).
- [9]Kazuhiro Yatera,Minako Hanaka,Tetsuya Hanaka,Kei Yamasaki, Chinatsu Nishida,Toshinori Kawanami,Yukiko Kawanami,Hiroshi Ishimoto, Tamotsu Kanazawa,Hiroshi Mukae. A rare case of paragonimiasis miyazakii with lung involvement diagnosed 7years after infection: A case report and literature review[J]. Parasitology International, 2015,64(5).
- [10]周兴福,谭书江,詹学.儿童肺吸虫病 321 例临床分析[J].四川医学,2003(08):847-848.
- [11]王红梅.22 例肺吸虫病皮下结节病理活检分析[J].现代预防医学,2007(04):883-884.
- [12]Solooki Mehrdad,Miri Mirmohamad. Approach to undiagnosed exudative pleural effusion: the diagnostic yield of blind pleural biopsy.[J]. Caspian journal of internal medicine,2013,4(2).
- [13]宁金波,刘渝.三峡库区渝东北地区肺吸虫病外科住院患儿临床特点分析[J].医学信息,2020,33(17):134-136.
- [14]段媛媛,周刚.三峡库区儿童肺吸虫病的发病现状及诊治情况[J].中国热带医学,2018,18(05):493-495.