

DOI: 10.12235/E20220208

文章编号: 1007-1989 (2024) 12-0061-08

论著

嗜酸性粒细胞性胃肠道疾病的临床表现及内镜特点 (附84例报告)

吴金容, 宋正己

(云南省第一人民医院 消化内科, 云南 昆明 650032)

摘要: **目的** 分析嗜酸性粒细胞性胃肠道疾病 (EGID) 的临床表现、内镜下特征及组织病理学特点, 以提高对EGID的认识, 降低漏诊率和误诊率。**方法** 回顾性分析84例确诊为EGID的住院患者的一般资料、临床表现、实验室检查、内镜及病理检查、治疗预后及随访等资料。**结果** 32例 (38.1%) 有食物药物过敏史或过敏性疾病史, 21例 (25.0%) 发病前有明确诱因。67例 (79.8%) 入院主诉腹痛。63例 (75.0%) 外周血嗜酸性粒细胞 (EOS) 计数增高, 71例 (84.5%) EOS百分比 (EOS%) 增高, 14例 (16.7%) 血清学过敏原总免疫球蛋白E (IgE) 抗体筛查阳性。68例行腹部超声检查, 腹腔积液5例 (7.4%), 盆腔积液2例 (2.9%)。64例行腹部CT检查, 胃肠壁增厚13例 (20.3%)。10例行小肠CT检查, 发现肠壁增厚和狭窄等6例 (60.0%)。内镜表现为充血发红、糜烂及溃疡等非特异性表现, 病理为大量EOS浸润的慢性黏膜炎, 以十二指肠和回肠末端处活检阳性率最高 ($P < 0.05$)。48例激素治疗及36例对症治疗后, 均达到临床缓解 ($P < 0.05$), 5例患者复发, 激素治疗仍然有效。**结论** 腹痛是EGID患者多见的临床表现, 常伴EOS计数增高, 影像学检查及内镜表现缺乏特异性, 组织活检发现明显EOS浸润, 这在诊断中至关重要, 糖皮质激素或单纯抗过敏及抑酸治疗, 预后良好。

关键词: 嗜酸性粒细胞性胃肠道疾病 (EGID); 临床表现; 内镜特征; 治疗

中图分类号: R57

Clinical and endoscopic features of eosinophilic gastrointestinal disease (84 cases)

Wu Jinrong, Song Zhengji

(Department of Gastroenterology, the First People's Hospital of Yunnan Province,
Kunming, Yunnan 650032, China)

Abstract: Objective Analyze the clinical manifestations, endoscopic and histopathological features of eosinophilic gastrointestinal disease (EGID) to improve the understanding of the EGID and reduce the rate of missed diagnosis and misdiagnosis. **Methods** A retrospective analysis was conducted on the patients of general information, clinical manifestations, laboratory tests, endoscopic and pathological examinations, treatment prognosis and follow-up of 84 patients. **Results** With the history of food and drug allergies or allergic diseases in 38.1% cases (32/84), had a clear predisposition before the onset of illness in 25.0% (21/84). The main clinical symptom was abdominal pain in 79.8% (67/84). Peripheral blood eosinophil (EOS) count increased significantly in 63 cases (63/84, 75.0%) and EOS percentage (EOS%) increased significantly in 71 cases (71/84, 84.5%). 14 cases (16.7%) tested positive for serum allergen total immunoglobulin E (IgE) antibodies. Among the 68 cases of abdominal ultrasound

收稿日期: 2022-04-11

[通信作者] 宋正己, E-mail: song4715@163.com

examination, there were 5 cases (5/68, 7.4%) of ascites and 2 cases (2/68, 2.9%) of pelvis effusion. 64 cases were examined by CT, suggesting thickening of digestive tract wall in 13 cases (13/64, 20.3%), 10 cases were examined by small intestine CT, suggesting thickening and narrowing of digestive tract wall in 6 cases (6/10, 60.0%). Endoscopic manifestations were nonspecific manifestations such as hyperemic redness, erosion and ulceration. The pathological examination showed mucosal inflammation with a large number of EOS infiltration, with the highest positive rate of biopsy at the duodenum and terminal ileum ($P < 0.05$). Glucocorticoid therapy in 48 cases and symptomatic supportive care in 36 cases, they all achieved clinical remission ($P < 0.05$). Glucocorticoid therapy remained effective in 5 cases with relapse. **Conclusion** Abdominal pain is a common clinical manifestation in patients with EGID, often with an elevated EOS count. The imaging and endoscopic findings of EGID lack specificity. Tissue biopsy with a large number of EOS infiltration is critical in the diagnosis. Simple antiallergy with acid-suppressing or application of glucocorticoid therapy has a good prognosis.

Keywords: eosinophilic gastrointestinal disease (EGID); clinical manifestations; endoscopic features; treatment

嗜酸性粒细胞性胃肠道疾病 (eosinophilic gastrointestinal diseases, EGID)^[1]是一种免疫介导的慢性炎症性疾病,以胃肠壁热点区嗜酸性粒细胞 (eosinophil, EOS) 大量浸润和外周血 EOS 增多为特征^[2-3],不伴肉芽肿或血管炎症性病变,发病机制尚未明确。目前,临床上认为,触发 EGID 及加重的因素与食物过敏原相关^[4],腹痛是较常见的症状。诊断 EGID 主要依靠病理活检为主的综合诊断,EGID 的发病率呈逐年上升的趋势^[5]。由于缺乏大样本研究,且 EGID 的临床表现及内镜表现呈现多样性,病理取材缺乏提示性,其漏诊率及误诊率仍较高。本研究回顾性分析本院收治的 EGID 患者的临床资料。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2005 年 1 月—2021 年 12 月云南省第一人民医院消化内科 84 例确诊为 EGID 的患者的临床资料。男 45 例,女 39 例,年龄 14~75 岁,平均 (45.26 ± 13.16) 岁。其中,以 30~50 岁的患者较多,共 47 例 (56.0%),且不同年龄段男女分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。汉族 73 例 (86.9%),少数民族 11 例 (13.1%)。黏膜型 71 例 (84.5%),肌层型 9 例 (10.7%),浆膜型 4 例 (4.8%)。66 例存在首诊误诊 (78.6%),延误诊断时间为 5 d~20 年。

采用 Talley 诊断标准^[6]: 1) 存在胃肠道症状; 2) 胃肠道 ≥ 1 处有 EOS 浸润 (热点区 EOS ≥ 20 /高倍视野); 3) 排除继发消化道 EOS 增多疾病,如: 寄生虫

感染、EOS 增多、淋巴瘤、结缔组织病、原发性淀粉样变和肥厚性胃炎等。

根据 Klein 标准^[7]分为 3 型: 1) 黏膜型: EOS 仅局限于黏膜层和黏膜下层; 2) 肌层型: EOS 累及肌层,可致消化道梗阻; 3) 浆膜型: EOS 累及浆膜层,可出现嗜酸性腹水。

1.2 方法

采用回顾性分析方法,对 84 例 EGID 患者的一般情况、病史、辅助检查资料、内镜检查、病理学检查、治疗转归与随访情况进行统计分析。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行统计分析。计数资料以例或百分率 (%) 表示,内镜下各部位病理检查阳性率应用 $R \times C$ 列联表 χ^2 检验; 符合正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,患者治疗前后比较采用配对 t 检验,非正态分布的计量资料以中位数 (四分位数) [$M (P_{25}, P_{75})$] 表示,比较采用 Mann-Whitney U 检验,黏膜型、肌层型和浆膜型多组间 EOS 计数比较采用 Kruskal-Wallis H 检验,两两间多重比较采用 Bonferroni 检验,不同治疗方案前后比较采用配对样本符号秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 过敏史

既往有食物和药物过敏史 21 例 (25.0%)。其中,药物 (磺胺类、青霉素、头孢和甲硝唑) 过敏 15 例 (17.9%),食物 (海鲜类和酒精) 过敏 6 例 (7.1%)。

有过敏性疾病史(支气管哮喘、过敏性鼻炎和荨麻疹)11例(13.1%)。发病前有进食特殊食物(生肉、辛辣刺激和不洁食物)等明确诱因者21例(25.0%)。

2.2 临床表现

以腹痛、恶心、体重下降为主要表现。其中,腹痛67例(79.8%),恶心25例(29.8%),腹胀/反酸20例(23.8%),便血19例(22.6%),体重下降33例(39.3%),呕吐14例(16.7%),腹泻12例(14.3%),烧心11例(13.1%),发热5例(6.0%);腹部查体有压痛44例(52.4%),移动性浊音阳性5例(6.0%)。

2.3 实验室检查

EOS计数(0.01~36.35)×10⁹/L,中位数1.57×10⁹/L(3.67×10⁹/L)。其中,63例(75.0%)增高;EOS百分比(EOS%)0.2%~81.9%,中位数19.9%(30.4%),71例(84.5%)EOS%升高。黏膜型平均EOS计数为1.52×10⁹/L,平均EOS%为19.1%,肌层型平均EOS计数为1.01×10⁹/L,平均EOS%为14.3%,浆膜型平均EOS计数为17.17×10⁹/L,平均EOS%为62.6%,浆膜型EOS计数及EOS%水平明显高于黏膜型和肌层型($P<0.05$)。14例(16.7%)血清学过敏原总免疫球蛋白E(immunoglobulin E, IgE)抗体筛查阳性。1例粪便寄生虫检查检出钩虫。19例(22.6%)大便潜血试验阳性。23例(27.4%)幽门螺杆菌检测阳性。淀粉酶升高1例,抗核抗体谱阳性1例,红细胞沉降率升高5例,C反应蛋白升高12例,肿瘤标记物(糖类抗原125、甲胎蛋白、糖类抗原19-9和糖类抗原72-4)略升高16例。

2.4 影像学检查及骨髓检查

68例行腹部B超检查。结果显示,腹腔积液5例(7.4%),盆腔积液2例(2.9%)。64例行腹部CT检查,发现淋巴结肿大7例(10.9%),胃肠壁增厚13例(20.3%),不完全性小肠梗阻1例(1.6%),回肠末端狭窄1例(1.6%)。10例行小肠CT检查,发现肠壁增厚和狭窄等6例(60.0%),2例考虑炎症性肠病可能,分别表现为乙状结肠和直肠下段稍显增厚,轻度强化,回肠末端和盲肠管壁增厚,强化明显,腹腔淋巴结肿大;3例空肠肠壁不同程度增厚强化,1例考虑小肠炎症性肠病;1例空肠、回肠及降结肠管壁明显增厚,尤以空肠改变明显。1例PET-CT提示胆囊壁增厚,腹水,腹膜增厚,多浆膜腔积液并腹盆腔

大量积液。32例完成骨髓穿刺,骨髓象EOS%升高23例(71.9%),均以成熟阶段为主,骨髓培养未见明显异常。

2.5 胃肠镜及组织病理学检查

84例患者中,胃镜检查78例,肠镜检查62例,小肠镜检查3例,镜下表现为:黏膜肿胀、充血发红、糜烂、溃疡、出血、息肉、绒毛扁平/萎缩/缺失和线样改变等。见表1和图1。

2.6 内镜下表现与病理组织EOS浸润的关系

病理为大量EOS浸润的慢性黏膜炎。见图2。其中,胃镜表现异常及EOS浸润均以十二指肠居多,单一部位受累56例(66.7%),胃或肠至少2个部位受累15例(17.9%),胃(十二指肠为主)和肠(回肠末端为主)同时受累13例(15.5%),组织活检分别以十二指肠($\chi^2=44.45$, $P=0.000$)和回肠末端($\chi^2=36.65$, $P=0.000$)EOS浸润阳性率最高。胃镜异常处取材病理结果的阳性率高($P<0.05$)。见表2。

2.7 治疗及预后

治疗包括:饮食、糖皮质激素、抑酸护胃和抗过敏等。均给予清淡饮食,避免过敏原食物摄入。48例予以激素联合对症治疗,36例予以包括抗过敏的非激素单纯对症支持治疗。其中,1例予以地塞米松治疗,17例予以甲泼尼龙(10~80 mg/d)静脉滴注治疗,维持3~5 d后改口服泼尼松治疗,28例予以泼尼松(20~60 mg/d)口服治疗,还有2例地塞米松联合激素的综合治疗方案,治疗后临床症状缓解,外周血EOS计数下降。治疗后黏膜型及浆膜型外周血EOS计数明显下降($P<0.05$)。见表3。治疗前EOS%为(5.00±22.42)%,治疗后EOS%为(38.00±19.38)%,治疗前后比较,差异有统计学意义($t=0.80$, $P=0.000$)。治疗前后复查血常规57例。激素治疗组和非激素治疗组治疗前后外周血EOS计数明显下降($P<0.05$)。见表4。

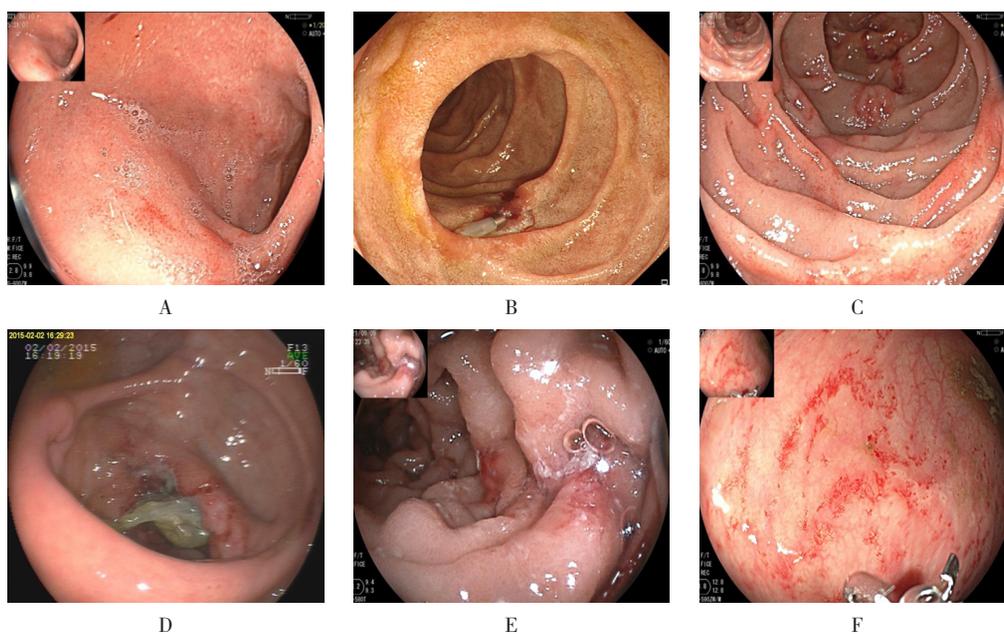
2.8 随访

对近5年收治的EGID患者进行随访,有5例患者再次住院治疗,1例因院外未规律服用糖皮质激素导致疾病复发,1例小肠受累,院外规律服药,仍多次复发住院治疗,复发时使用地塞米松抗炎治疗8周,无死亡病例。

表1 EGID内镜表现及病理学检查 处

Table 1 Endoscopic manifestations and pathological examination in patients with EGID n

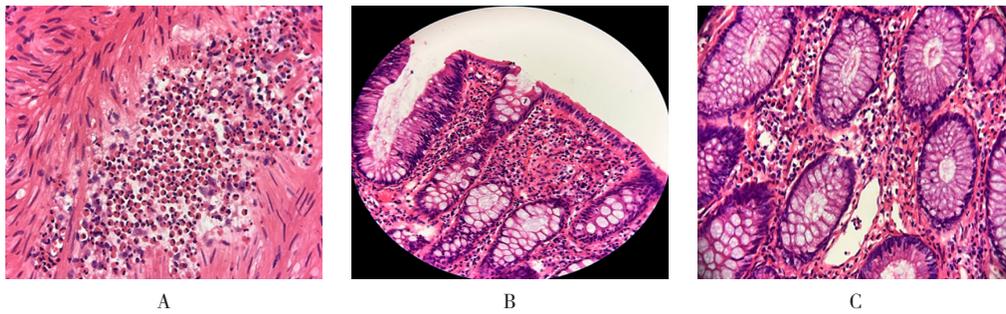
部位	内镜表现										EOS浸润
	发红	肿胀	隆起	糜烂	溃疡	出血	息肉	憩室	粗糙	绒毛缺失	
食管	1	2	2	1	0	0	1	0	4	0	4
胃底	4	4	3	3	0	1	0	0	0	0	0
胃体	5	7	3	5	0	0	2	0	4	0	6
角切迹	0	2	1	2	0	1	0	0	3	0	4
胃窦	10	3	3	25	0	3	0	0	3	0	12
球部	7	14	3	5	1	0	2	0	0	2	23
降段	7	9	1	8	0	0	0	0	1	5	26
空肠	0	3	0	2	0	0	0	0	0	3	4
回肠末端	0	8	4	2	1	0	0	0	2	2	33
盲肠	1	4	2	1	1	0	2	3	1	0	10
升结肠	3	2	0	2	1	0	4	1	1	0	9
横结肠	5	7	0	3	2	1	11	0	3	0	13
降结肠	3	3	0	3	1	1	4	1	3	0	10
乙状结肠	4	3	0	2	1	1	9	0	3	0	4
直肠	4	7	0	4	1	1	4	0	1	0	6



A: 十二指肠球部黏膜肿胀, 点状充血; B: 十二指肠降段绒毛扁平; C: 十二指肠降段弥漫性充血水肿, 广泛点片状发红及糜烂; D: 盲肠深大溃疡, 表面附脓苔; E: 空肠上段黏膜水肿、发红, 伴少量渗出; F: 升结肠黏膜出血, 血管纹理模糊不清。

图1 EGID内镜下表现

Fig.1 The endoscopic findings of EGID



A: 肌层中可见一片 EOS 呈灶样密集浸润; B: 肠黏膜层大量 EOS 浸润; C: 肠管黏膜腺体间大量 EOS 浸润。

图 2 黏膜组织病理学检查(HE × 400)

Fig.2 Pathological examination of mucosal tissue(HE × 400)

表 2 内镜下表现与病理组织 EOS 浸润的关系 例(%)

Table 2 Relationship between endoscopic findings and EOS infiltration in pathological tissue n (%)

类别	无浸润	有浸润
胃镜表现		
正常	44(75.9)	14(24.1)
异常	44(43.6)	57(56.4)
χ^2 值	15.55	
P值	0.000	
肠镜表现		
正常	40(56.3)	31(43.7)
异常	49(47.6)	54(52.4)
χ^2 值	1.29	
P值	0.000	

注: 总数是计算取材部位及该处的胃镜表现的总和。

表 3 3种亚型治疗前后外周血 EOS 计数变化 [$\times 10^9/L, M(P_{25}, P_{75})$]

Table 3 Changes in peripheral blood EOS count before and after treatment of the three subtypes [$\times 10^9/L, M(P_{25}, P_{75})$]

类别	治疗前 EOS 计数	治疗后 EOS 计数
黏膜型	1.52(0.52, 3.65)	0.85(0.27, 2.48)
肌层型	1.01(0.39, 2.89)	1.47(0.55, 3.45)
浆膜型	17.17(13.09, 32.12)	1.36(0.02, 5.18)
Z值	5.37	
P值	0.000	

表 4 激素治疗前后外周血 EOS 计数变化 [$\times 10^9/L, M(P_{25}, P_{75})$]

Table 4 Peripheral blood EOS count changes before and after hormone therapy [$\times 10^9/L, M(P_{25}, P_{75})$]

组别	治疗前	治疗后	Z值	P值
激素组(n = 40)	3.41(0.93, 8.35)	0.71(0.11, 3.04)	4.49	0.000
非激素组(n = 17)	2.07(0.76, 3.31)	1.10(0.51, 2.14)	3.17	0.000

3 讨论

3.1 EGID相关名词解释

“嗜酸性细胞性胃肠炎”常包括胃和/或肠单一部位或多部位受累，不能准确反映出受累部位。美国胃肠病协会提出，EGID将是胃肠道EOS浸润性疾病的总称，而不继续沿用“嗜酸性细胞性胃肠炎”这一术语，仅食道受累时称嗜酸性细胞性食管炎（eosinophilic esophagitis, EoE），其他部位受累，均可称为非EoE EGID。关于缩写，使用和EoE命名一致的“Eo”，根据EOS累及的部位不同，累及胃、小肠和结肠时分别称为：嗜酸性细胞性胃炎（eosinophilic gastritis, EoG）、嗜酸性细胞性肠炎（eosinophilic enteritis, EoN）和嗜酸性细胞性结肠炎（eosinophilic colitis, EoC），当累及小肠的十二指肠部位时，称嗜酸性细胞性十二指肠炎（eosinophilic duodenum, EoD），仅在同时累及胃和小肠时使用嗜酸性细胞性胃肠炎（eosinophilic gastroenteritis, EGE）^[1]。

3.2 EGID的发病特征

EGID从婴儿到老年时期均可发病。近年来，其发病率呈明显上升趋势^[5]。由于目前的文献局限于小样本和单个病例报道，该病的自然病程、患病率及诊疗仍不完全明确。国外研究^[8]显示，EGID从出现临床症状到确诊平均延误3.6年，本研究误诊患者66例（78.6%），患者延误时间为5 d~20年，主要误诊为：急性胃肠炎、慢性胃炎、消化性溃疡、肠易激综合征、胆囊炎和急性胰腺炎等疾病。

3.3 EGID的发病机制

EGID的病因及发病机制尚未明确。有研究^[14]提出，食物过敏反应介导是触发本病的重要原因之一，Th2细胞参与变态反应，也参与疾病的发生^[9]。本研究中，有过敏史或过敏性疾病史者占38.1%，与文献^[10]报道结果一致，过敏原可激发体内产生特异性IgE抗体，EGID患者中常有食物不耐受及血清总IgE抗体、外周血EOS和EOS%增高等情况^[11]。本研究有发病诱因者占25.0%，血清总IgE抗体筛查阳性16.7%，外周血EOS升高者75.0%，EOS%升高者84.5%，提示：过敏反应在EGID发病中起着重要作用。有研究^[12-13]发现，免疫球蛋白G4（immunoglobulin G4, IgG4）、白细胞介素-6及肿瘤坏死因子- α 参与EGID的发病机制。SHAKOOR等^[11]也证实，有过敏症状患者体内食物特异性IgG抗体阳

性，并参与EGID的发生。由此可见，IgE升高及食物特异性IgG抗体阳性有助于疾病的诊断，EGID患者过敏史及过敏原的筛查显得尤为重要。

3.4 EGID的临床表现

EGID主要表现为：腹痛、腹泻和体重下降等非特异性胃肠道症状。本研究中，腹痛（上腹部隐痛/绞痛）占79.8%，部分患者有明确诱因，腹痛与进食排便无关，入院予以抗过敏等对症治疗后，大多数患者均缓解，其余临床表现中，恶心占29.8%，腹胀/反酸占23.8%，便血占22.6%，体重下降占39.3%，呕吐占16.7%，腹泻占14.3%，烧心占13.1%，发热占6.0%，腹部查体有压痛占52.4%，移动性浊音阳性占6.0%。有文献^[14]报道，不同种族EGID胃肠道症状存在差异，可能与幽门螺杆菌流行程度与饮食习惯相关。

3.5 EGID的临床诊断

3.5.1 外周血EOS和/或EOS%增高 外周血EOS和/或EOS%增高，同时伴有消化道症状，是诊断EGID的重要依据。本研究中，75.0%的患者外周血EOS增高，84.5%的患者外周血EOS%增高，与文献^[6, 15-16]报道一致。此外，25.0%的患者外周血EOS正常，但也不能排除EGID，需完善活组织病理检查后明确诊断。骨髓象EOS%增高也为EGID提供诊断依据，且其在鉴别白血病、淋巴瘤和血液寄生虫等血液系统疾病中，具有重要意义。本研究中，32例骨髓穿刺，23例（71.9%）骨髓象EOS%增生活跃，为成熟阶段，即以中幼粒细胞和晚幼粒细胞增高为主，表明：在EGID患者发病过程中，EOS生成增加，并选择性转移至消化道聚集。

3.5.2 影像学表现 EGID的影像学表现缺乏特异性。本研究中，腹部B超探及腹腔大量积液和不均匀包块等，CT扫描示胃肠壁增厚，腹腔淋巴结显影肿大、肠腔狭窄和肠梗阻等，EGID也可见于结肠或小肠炎炎症性肠病，但在胃肠壁增厚处行针对性取材病理活检，阳性率较高。因此，结合消化道症状、过敏史及外周血EOS增高病史，并伴有胃肠壁增厚者，对指导活检部位及诊断EGID起到重要提示作用。

3.5.3 内镜下表现 EGID内镜可表现为：正常黏膜或黏膜充血发红、肿胀、糜烂、溃疡、息肉、线状改变和绒毛扁平/萎缩/缺失等，缺乏特异性，多见于胃窦、十二指肠、横结肠和直肠。病理主要为伴有大

量 EOS 浸润的慢性黏膜炎。本研究内镜下病理检查组织活检, 十二指肠和回肠末端 EOS 浸润阳性率明显高于其他部位, 胃或肠单一部位 EOS 浸润者 56 例 (66.7%), 多部位受累 (≥ 2 个部位) 者 28 例 (33.3%), 与文献^[17]报道可一个或多个部位受累, 且以十二指肠、回肠或结肠受累较常见的结果一致。此外, 本研究在探讨内镜下表现与 EOS 浸润关系时发现, 胃镜下表现异常处取材病理检查结果阳性率高 ($P < 0.05$), 认为: 胃镜下取材时应注意着重对异常表现处进行取材, 与王巍等^[18]研究结果相符。EGID 患者十二指肠及回肠末端病变较为常见, 结合本研究 3 例胃肠镜检查病理结果阴性, 但完善小肠镜检查发现有大量 EOS 浸润 (> 100 个/高倍镜视野), 认为: 小肠可能是 EGID 主要受累的部位, 分析原因可能为: 小肠是食物吸收主要部位, 而接触食糜过敏原致小肠免疫反应。因此, 必要时, 行小肠镜活检, 有助于明确 EGID 诊断。此外, 本研究共 12 处小肠绒毛扁平、萎缩、缺失和发白等绒毛异常表现, 病理活检结果均有大量 EOS 浸润, 与 ASHITANI 等^[19]研究结果一致, 小肠绒毛异常可能作为 EGID 患者特征性内镜表现之一, 但仍需进一步研究证实。虽然 EGID 胃肠壁各层均可受累, 但是, 多数病变以其中一层为主, 本研究以黏膜型 71 例 (84.5%) 为主, 且 EOS 由黏膜层并逐渐向深层浸润^[20], 笔者通过亲自阅读病理切片发现, 1 例诊断为黏膜型 EGID, 但黏膜层未受累, 浅肌层则有一局灶分布的大量 EOS 聚集浸润灶, 病理报告未提示侵及肌层。因此, 有肌层型和浆膜型的 EGID 患者未得到充分诊断, 未来需要临床医师和病理科医师联合诊断 EGID。此外, 病变仅累及肌层、深肌层或浆膜层, 依靠黏膜活检难以做出诊断时, 超声内镜引导细针穿刺活检术可作为诊断 EGID 的方法之一^[21]。

3.6 EGID 的治疗方法

EGID 的治疗是以饮食治疗为基础, 糖皮质激素作为主要治疗药物^[22], 能快速缓解临床症状。本研究中, 有 48 例 (57.1%) 患者选用糖皮质激素, 根据主管医师经验选择 20 ~ 80 mg/d 口服或静脉激素治疗, 36 例 (42.9%) 因存在激素使用禁忌证、症状较轻或患者不同意使用激素治疗, 而使用抗过敏/抗组胺治疗, 均达到临床症状及外周血 EOS 的缓解, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由于 EGID 有一定的自限性, 且激素治疗副作用较多, 并非每位患者都需进行全身

激素治疗。任路等^[23]在儿童 EGID 糖皮质激素治疗的预测因素分析中提出, 内镜下见黏膜溃疡/管腔狭窄和黏膜 EOS 升高, 可考虑使用糖皮质激素治疗。HAVLICHEK 等^[24]将 EGID 患者分为轻型和重型两类, 重型为就诊时体重减轻, 出现低白蛋白血症、浆膜受累或贫血等症状, 此类患者需要长期治疗。随着对潜在的 EGID 发病分子机制理解的加深, 生物靶向治疗的相关研究也在逐步开展^[24], 未来有可能成为 EGID 的治疗方向。

综上所述, EGID 是病因未明的临床少见病, 临床表现、影像学表现及内镜特点与 EOS 浸润胃肠道层次和疾病严重程度相关, 但缺乏特异性, 临床极易误诊和漏诊。患者有明确过敏史, 存在消化道症状伴外周血 EOS 升高是诊断 EGID 的一个重要线索, 但明确诊断需病理检查中含有大量 EOS 浸润 (≥ 20 个/高倍镜视野), 并排除继发性 EOS 增高疾病的综合诊断, 糖皮质激素或单纯抗过敏治疗预后良好。

参 考 文 献 :

- [1] DELLON E S, GONSALVES N, ABONIA J P, et al. International consensus recommendations for eosinophilic gastrointestinal disease nomenclature[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022, 22(11): 2747-2484.
- [2] ROTHENBERG M E. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID)[J]. J Allergy Clin Immunol, 2004, 113(1): 11-28.
- [3] GONSALVES N. Eosinophilic gastrointestinal disorders[J]. Clin Rev Allergy Immunol, 2019, 57(2): 272-285.
- [4] O'SHEA K M, ACEVES S S, DELLON E S, et al. Pathophysiology of eosinophilic esophagitis[J]. Gastroenterology, 2018, 154(2): 333-345.
- [5] PESEK R D, REED C C, MUIR A B, et al. Increasing rates of diagnosis, substantial co-occurrence, and variable treatment patterns of eosinophilic gastritis, gastroenteritis, and colitis based on 10-year data across a multicenter consortium[J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114(6): 984-994.
- [6] 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.
- [7] KLEIN N C, HARGROVE R L, SLEISENGER M H, et al. Eosinophilic gastroenteritis[J]. Medicine (Baltimore), 1970, 49(4): 299-319.
- [8] CHEHADE M, KAMBOJ A P, ATKINS D, et al. Diagnostic delay in

- patients with eosinophilic gastritis and/or duodenitis: a population-based study[J]. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2021, 9(5): 2050-2059.
- [9] OH H E, CHETTY R. Eosinophilic gastroenteritis: a review[J]. *J Gastroenterol*, 2008, 43(10): 741-750.
- [10] KOUTRI E, PAPADOPOULOU A. Eosinophilic gastrointestinal diseases in childhood[J]. *Ann Nutr Metab*, 2018, 73 Suppl 4: 18-28.
- [11] SHAKOOR Z, ALFAIFI A, ALAMRO B, et al. Prevalence of IgG-mediated food intolerance among patients with allergic symptoms[J]. *Ann Saudi Med*, 2016, 36(6): 386-390.
- [12] SEKAI I, WATANABE T, YOSHIKAWA K, et al. A case with eosinophilic gastroenteritis exhibiting enhanced TNF- α and IL-6 responses[J]. *Clin J Gastroenterol*, 2021, 14(2): 511-516.
- [13] KOSAKA S, TANAKA F, NAKATA A, et al. Gastrointestinal IgG4 deposition is a new histopathological feature of eosinophilic gastroenteritis[J]. *Dig Dis Sci*, 2022, 67(8): 3639-3648.
- [14] ITO J, FUJIWARA T, KOJIMA R, et al. Racial differences in eosinophilic gastrointestinal disorders among Caucasian and Asian[J]. *Allergol Int*, 2015, 64(3): 253-259.
- [15] PINETON DE CHAMBRUN G, DUFOUR G, TASSY B, et al. Diagnosis, natural history and treatment of eosinophilic enteritis: a review[J]. *Curr Gastroenterol Rep*, 2018, 20(8): 37.
- [16] LUCENDO A J, MOLINA-INFANTE J, ARIAS A, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults[J]. *United European Gastroenterol J*, 2017, 5(3): 335-358.
- [17] PINETON DE CHAMBRUN G, GONZALEZ F, CANVA J Y, et al. Natural history of eosinophilic gastroenteritis[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2011, 9(11): 950-956.
- [18] 王巍, 姜春燕. 嗜酸粒细胞性胃肠炎的临床表现及内镜特点[J]. *胃肠病学和肝病杂志*, 2015, 24(7): 810-814.
- [18] WANG W, JIANG C Y. The clinical and endoscopic features of eosinophilic gastroenteritis[J]. *Chinese Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2015, 24(7): 810-814. Chinese
- [19] ASHITANI K, TSUZUKI Y, YAMAOKA M, et al. Endoscopic features and diagnostic procedures of eosinophilic gastroenteritis[J]. *Intern Med*, 2019, 58(15): 2167-2171.
- [20] CHANG J Y, CHOUNG R S, LEE R M, et al. A shift in the clinical spectrum of eosinophilic gastroenteritis toward the mucosal disease type[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2010, 8(8): 669-675.
- [21] FORBES C M, FIORE B D, GRADY D W, et al. The novel use of EUS-guided fine-needle biopsy for the diagnosis of eosinophilic gastroenteritis[J]. *Gastrointest Endosc*, 2022, 95(1): 191-192.
- [22] SUNKARA T, RAWLA P, YARLAGADDA K S, et al. Eosinophilic gastroenteritis: diagnosis and clinical perspectives[J]. *Clin Exp Gastroenterol*, 2019, 12: 239-253.
- [23] 任路, 李慧雯, 熊莉娅, 等. 儿童嗜酸性粒细胞性胃肠炎糖皮质激素治疗的预测因素分析[J]. *中国当代儿科杂志*, 2021, 23(11): 1149-1153.
- [23] REN L, LI H W, XIONG L Y, et al. Predictive factors for glucocorticoid therapy in children with eosinophilic gastroenteritis[J]. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 2021, 23(11): 1149-1153. Chinese
- [24] HAVLICHEK D, CHOUNG R S, MURRAY J A. Eosinophilic gastroenteritis: using presenting findings to predict disease course[J]. *Clin Transl Gastroenterol*, 2021, 12(10): e00394.

(吴静 编辑)

本文引用格式:

吴金容, 宋正己. 嗜酸细胞性胃肠道疾病的临床表现及内镜特点(附84例报告)[J]. *中国内镜杂志*, 2024, 30(12): 61-68.

WU J R, SONG Z J. Clinical and endoscopic features of eosinophilic gastrointestinal disease (84 cases)[J]. *China Journal of Endoscopy*, 2024, 30(12): 61-68. Chinese