

· 临床经验 ·

儿童消化性溃疡 61 例临床分析

刘文莉

(贵阳市儿童医院, 贵州 贵阳 550003)

[中图分类号] R573.1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2005)06-0547-02

小儿消化性溃疡在临床上并不少见, 由于表现不典型, 常常出现误诊、漏诊从而延误治疗的情况。近年来, 随着胃镜检查在儿科临床的广泛应用, 小儿消化性溃疡已受到重视, 检出率明显提高。本文对 2001 年 1 月至 2005 年 3 月在我院行纤维胃镜检查的小儿消化性溃疡 61 例进行回顾性分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

61 例小儿消化性溃疡中, 男 39 例, 女 22 例, 男女之比 1.8:1, 年龄 1~14 岁, 其中 1~6 岁 23 例, 6~14 岁 38 例, 学龄前儿童占 37.7%。

1.2 临床表现

反复发作性腹痛、上腹不适、呕血和/或黑便、呕吐、厌食、饮食不规则、偏食及喜食冷饮等, 其中反复腹痛及上腹不适 46 例, 呕吐 32 例, 黑便 27 例, 呕血 56 例, 饮食不规则、偏食及喜食冷饮 11 例(数据有交叉重叠)。

1.3 检查方法

本组均用日本产 Olympus-GIF-P30 纤维胃镜检查。胃镜诊断参照全国小儿慢性胃炎、消化性溃疡胃镜诊断标准^[1]。幽门螺杆菌(Hp)感染的诊断标准:取胃窦黏膜进行病理组织学改良 Giemsa 染色和快速尿素酶试验, 两项均阳性则诊断 Hp 感染。

2 结果

2.1 胃镜检查结果

4 余年来我院共行纤维胃镜检查 556 例, 检出消化性溃疡 61 例, 检出率 11%。胃溃疡和十二指肠溃疡与年龄关系见表 1。

表 1 61 例小儿消化性溃疡不同年龄组溃疡种类的分布

年龄	胃溃疡	十二指肠溃疡	复合溃疡	合计
≤6 岁	16	4	0	20
>6 岁	8	31	2	41

2.2 溃疡发生部位和形态

十二指肠溃疡病灶位于球部前壁 17 例, 大弯侧 7 例, 球后壁 11 例; 单发溃疡 16 例, 占 45.7% (16/35), 其中圆形溃疡 75% (12/16), 椭圆形溃疡 18.8% (3/16), 线形溃疡 6.3% (1/16); 多发溃疡 14.3% (5/35); 霜斑样溃疡 40% (14/35)。胃溃疡单发 16 例, 占 66.7% (16/24), 发生于胃窦部 7 例, 胃角 1 例, 胃体大弯 5 例, 幽门管溃疡 3 例; 胃体胃窦多发溃疡 7 例, 胃窦对吻性溃疡 1 例。溃疡灶大多表浅, 多呈不规则形, 大小不等, 边缘整齐, 直径大多为 0.5~1.0 cm, 也有 >1.5 cm 者。复合性溃疡 2 例(占 3.3%), 均发生于胃窦和十二指肠球部, 溃疡呈不规则形, 以 8~14 岁学龄儿童为主。

2.3 幽门螺杆菌检出率

对 61 例患儿行胃黏膜 Hp 检测, 结果 48 例阳性, 占 78.7%。不同部位的消化性溃疡与不同年龄组的 Hp 检出率见表 2。

表 2 不同部位的消化性溃疡与不同年龄组的 Hp 检出率例(%)

	Hp +	Hp -	合计	Hp 检出率
胃溃疡	15	9	24	(62.5)
十二指肠溃疡	31	4	35	(88.6)
复合溃疡	2	0	2	(100.0)
≤3 岁	2	3	5	(40.0)
3 岁~	9	5	14	(64.3)
6~14 岁	37	5	42	(88.1)

[收稿日期] 2005-06-20; [修回日期] 2005-08-10

[作者简介] 刘文莉(1969-), 女, 大学, 主治医师。主攻方向: 儿童消化系统疾病。

2.4 并发症

发生上消化道出血 91.8% (56/61), 幽门梗阻 4.9% (3/61)。

2.5 治疗及预后

本组患儿均采用内科保守治疗, 予质子泵抑制剂(PPI) + 阿莫西林, Hp 阳性者再加克拉霉素治疗 2 周后, 症状缓解, 24 例患儿于停药 1 月后复查胃镜, 21 例愈合, 3 例溃疡缩小。其中 7 例半年至 1 年症状复发, 再度纤维胃镜检查证实溃疡复发, 均伴 Hp 检查阳性, 再经上述治疗后获缓解。

3 讨论

小儿消化性溃疡临床症状不典型, 疼痛比较弥散, 多在脐周, 与进食无关, 常易误诊。近年来, 随着对该病在小儿期临床表现特点的认识逐步提高及诊断技术尤其是消化道内镜的开展, 小儿消化性溃疡的检出率明显上升^[2]。4 年来我院小儿消化性溃疡占同期纤维胃镜检查儿童的 11%, 表明消化性溃疡在小儿并非少见。

消化性溃疡可发生于小儿的任何年龄, 以学龄期儿童发生率最高, 好发于男性患儿。本文资料显示, 男: 女为 1.8: 1; > 6 岁者以十二指肠溃疡多见, 胃溃疡多发生于 6 岁以前, 溃疡的形态多种多样。十二指肠溃疡好发部位为球部, 与文献报道^[3]学龄期儿童在消化性溃疡中以十二指肠球部溃疡为主一致。胃溃疡多呈单发, 好发部位依次为胃窦、胃体大弯、幽门管、胃角。

上消化道出血、穿孔、幽门梗阻为消化性溃疡三大并发症。本组发生上消化道出血 91.8% (56/61), 幽门梗阻 4.9% (3/61), 无穿孔者, 提示消化性溃疡是小儿上消化道出血的主要原因, 这与有关报道相近^[4]。为减少并发症, 对临床上疑有消化性溃疡者在病情允许条件下应尽早作胃镜检查^[5]。通过胃镜检查可了解溃疡的分期、部位、数量, 并能检测幽门螺杆菌感染情况, 不失为小儿消化性溃疡病诊断的“金标准”。小儿胃镜检查对儿童消化性

溃疡的诊治具有较高的临床实用价值。

小儿消化性溃疡的发病机制尚不清楚, 认为是多种不同的病因综合所致的疾病。近年来, 大多学者认为 Hp 是消化性溃疡尤其是十二指肠溃疡的发病因素, 本组 Hp 检出率为 78.7%。Hp 的致病机制取决于是否携带特异性毒力因子: 细胞毒素蛋白(CagA)和空泡毒素蛋白(VacA)。目前一致认为含 CagA 基因的 Hp 菌株为高毒株, 与消化性溃疡、萎缩性胃炎及胃癌的发生密切相关。有资料表明儿童胃窦黏膜淋巴滤泡发生直接与 Hp 感染有关, 且与高毒力株的 I 型 Hp 菌株关系密切^[6]。有文献报道^[7], 患儿空腹血清胃泌素(GAS)和生长抑素(SS)含量水平的检测, 可作为 Hp 感染的非侵入性检测的诊断途径并为抗 Hp 治疗后的疗效判断提供理论依据。小儿溃疡病宜内科保守治疗为主, 但溃疡治愈后易复发, 本组有 7 例患儿在半年至 1 年症状复发, 均伴 Hp 阳性, 表明 Hp 与消化性溃疡复发有关。所以消化性溃疡患者在确诊 Hp 感染后应予 Hp 根除治疗。

[参 考 文 献]

- [1] 中华儿科杂志编辑委员会. 小儿慢性胃炎、消化性溃疡胃镜诊断标准[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(3): 189.
- [2] 卢燕鸣, 曹兰芳, 孔宪明. 小儿幽门螺杆菌相关性疾病[J]. 中国当代儿科杂志, 2002, 4(6): 567-568.
- [3] 何祖惠. 小儿上消化道出血 100 例胃镜检查分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2000, 2(4): 248-249.
- [4] 张冰峰, 张灵恩, 邵彩虹. 急性上消化道出血 105 例[J]. 实用儿科临床杂志, 2003, 18(3): 191-192.
- [5] 徐晓华, 刘凤霖, 张书红, 罗荣存, 甄丽娜. 急诊胃镜检查在小儿上消化道出血应用评价[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(7): 457.
- [6] 朱莉, 靳蓉, 庞勤辉, 王鸿娟, 李慧. 不同菌株类型幽门螺杆菌感染胃黏膜的早期病理组织学改变[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(4): 337-338.
- [7] 靳蓉, 朱莉, 王鸿娟, 文秋生, 庞勤辉, 蓝磊. 慢性胃炎患儿血中胃泌素 胃动素生长抑素变化的研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2004, 6(4): 287-290.

(本文编辑: 吉耕中)