

· 临床经验 ·

小儿长期呕吐病因分析

宋华, 张书红, 徐晓华, 司徒爱明, 赵煜

(天津市儿童医院, 天津 300074)

[中图分类号] R725.7 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2007)04-0385-02

呕吐是小儿常见的临床症状,除消化系统疾病外,神经系统、内分泌、代谢紊乱等多种病因均可引起呕吐,尤其是对长期反复呕吐的患儿尽快明确病因对合理规范治疗至关重要。为此回顾我院 1995 年 1 月至 2006 年 1 月收治的长期反复呕吐病例共 90 例,分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 90 例患儿均为住院患儿,男 53 例,女 37 例。年龄分布 1~14 岁。平均年龄 6.7 岁。均为反复间断性呕吐,病程半月至 10 年。平均病程 2.2 年。呕吐物为胃内容物,其中 9 例含有胆汁,严重者伴消化道出血;合并脱水 22 例;营养不良 I 度 23 例,II 度 7 例,III 度 1 例;贫血 36 例,血红蛋白 74~103 g/L。

1.2 辅助检查

电解质紊乱(低氯、低钾、低钠)32 例。血 K^+ 2.29~3.4 mmol/L, Cl^- 76.7~93.7 mmol/L, Na^+ 121.5~128.6 mmol/L。代谢性碱中毒 16 例, BE 10.2~4.7 mmol/L。上消化道钡餐造影 75 例;腹平片 23 例;胃镜检查 48 例,腹部 B 超 78 例;头 CT 33 例;颅内肿瘤 9 例(后颅窝 5 例,幕上中线 2 例,脑实质 1 例,左中颅窝 1 例);腹腔 CT 1 例;脑电图检查 12 例;肝功能检查 90 例;食管 24 小时 pH 监测 20 例。

2 结果

综合病史及辅助检查小儿长期呕吐病因多见于幽门前隔膜、胃食道反流病、肠旋转不良等,具体病

因分析见表 1。

表 1 病因分析

病因	例	病因	例
幽门前隔膜	24	胃食道反流病	20
肠系膜上动脉综合征	9	胃黏膜脱垂症	6
肠旋转不良	10	颅内肿瘤	9
食道狭窄	4	卵巢囊肿	3
颅锁骨发育不全	1	贲门失弛缓症	2
P-J 综合征	2		

3 讨论

呕吐病因复杂,某些疾病在儿童期症状不典型,从而忽略了对该病的诊断,延长了病程。长期反复呕吐可导致小儿水、电解质紊乱,影响营养的吸收,可致营养不良和贫血,影响生长发育。本组资料中所列的 11 种引起长期呕吐的病因,值得引起关注。

先天性幽门前隔膜:仅占全消化道隔膜和闭锁的 1% 以下^[1],病因是发育过程中内胚层局部过度增生所致。分类:幽门部为 I 型,胃窦部为 II 型,各型再分为实质性闭锁和瓣膜性闭锁。瓣膜性闭锁由黏膜和黏膜下组织构成,有的完全闭锁,有的中央有孔。本组 24 例均为有孔瓣膜。其典型症状为无胆汁性呕吐,发作呈间歇性,出现症状的早晚与隔膜孔大小有关,隔膜孔小或继发炎症引起黏膜水肿使孔狭窄引起梗阻症状出现呕吐,隔膜孔大足以通过食物可无症状,随着生长发育和饮食结构的变化才逐渐出现梗阻症状。本组有 1 例因枣核堵塞隔膜孔而出现呕吐症状。病史最长 1 例为 10 年。本病症状变化大,单凭临床资料很难与其他引起呕吐的疾病相鉴别,甚至在手术检查时单从胃外表也无法判断胃窦内是否有不完全性隔膜。因此,X 线检查及胃镜检查是诊断的主要手段。钡餐造影显示胃窦远端

[收稿日期] 2006-12-30; [修回日期] 2007-02-15

[作者简介] 宋华,女,大学,主治医师。主攻方向:小儿消化系统疾病。

可见“小室征”与十二指肠形成双球征。胃镜可见幽门前黏膜粗大,充血水肿明显,幽门呈不规则小孔收缩状,类似“火山口”样改变,无收缩活动。镜身不能通过。胃镜可证实钡餐诊断,避免其假阳性。本组24例均经胃镜和X线检查确诊。19例行手术治疗,术中证实为胃窦隔膜10例,幽门隔膜9例。其中6例术后随访1年未再出现呕吐,生长发育良好。

胃食道反流病(GER):症状随年龄而不同,婴幼儿以呕吐、食管炎及吸入综合征为主要表现。年长儿可以反酸、嗝气、烧心、胸骨后痛等为主。本组病例患儿平均年龄9.6岁,以呕吐为主要症状,均行食管24小时pH监测确诊[Boix-Ochoa评分pH正常值<11.99(95%可信度)]并通过消化道造影除外器质性病变。目前认为食管24小时pH监测是诊断GER的金标准^[2]。凡临床有原因不明的频繁呕吐,年长儿反胃,不明原因的营养不良、生长发育迟缓等均应考虑GER存在的可能^[3]。

肠系膜上动脉综合征:本病是由于肠系膜上动脉压迫十二指肠横部引起梗阻而出现的一组临床症状,多见于消瘦儿童。上消化道钡餐检查中的发病率仅为0.013%~0.2%^[4]。本病特征性表现为间断的上消化道梗阻症状,包括上腹部不适、恶心、呕吐,餐后加重,常在进餐较长时间后呕吐,呕吐物含有胆汁。这些症状可在左侧卧位或俯卧位减轻。典型症状及X线检查可以确诊。钡餐检查在十二指肠钡剂排空受阻呈笔杆样或刀切样压迹,分界明显,边缘清晰锐利,近端十二指肠扩张,俯卧位或左侧体位梗阻可减轻或消失。本组病例均符合以上诊断标准。经保守治疗8例缓解,1例因症状重伴有Ⅱ度营养不良行胃肠道外营养,1例行手术治疗。

肠旋转不良:在大龄儿童症状不典型,本组10例病人主要表现为复发性呕吐伴有间歇性腹痛。呕吐反复发作其原因与肠扭转度数较小,患儿体位改变或肠道蠕动时能自然复位有关。确诊依靠钡灌肠检查,可见盲肠位于左中上腹、上腹或右上腹。本组有3例行手术治疗。有报道^[5]2岁以上肠旋转不良患儿有发生肠扭转的高危因素而且很难用放射学方法检查到。提示即使无症状也应注意有无外科情况。

胃黏膜脱垂症:本组患儿特征性表现以反复呕吐为主要病史。胃镜可见胃窦黏膜张力较高,呈收缩状,皱襞粗大呈辐射状排列伸入幽门口。确诊主要依靠X线检查特征表现^[6]。上消化道造影示十

二指肠底部可见具有胃黏膜皱襞和轮廓的充盈缺损阴影,同时幽门管增宽、黏膜粗大^[7]。

另外,对长期呕吐患儿应注意急腹症及神经系统疾病。本组呕吐患儿中有卵巢囊肿扭转致呕吐3例,均行手术治疗。术中可见卵巢扭转360°、540°、720°,卵巢黑紫色,囊肿直径5~6cm,其中1例病人卵巢坏死切除。卵巢囊肿可发生在任何年龄,多在5~15岁,以囊性畸胎瘤最多见。囊肿易因体位变化、位置的逐渐改变发生扭转。B超是首选的辅助检查方法,超声检查能很好地显示女性生殖系统形态和病理改变^[8]。因卵巢囊肿扭转属急腹症应特别注意。

本组有9例颅内肿瘤。小儿颅内肿瘤好发于中线及后颅窝,故易早期阻塞脑脊液循环通路出现颅内压增高^[9],压迫脑干等重要结构。同时,由于儿童颅骨发育不完全,代偿能力较成人强,因此局限性神经系统损害症状相对较成人少。在部分患儿呕吐是唯一的早期症状,呕吐并不全为喷射性,早期易误诊为胃肠道疾病。因此对于不明原因的反复呕吐患儿应行头CT及MR检查确诊。此外,本组病例中有食道狭窄4例,颅锁骨发育不全1例,P-J综合征2例,贲门失迟缓症2例。

呕吐为小儿常见病、多发病,病因复杂。在临床上对于长时间呕吐的患儿应注意以上原因,及时作相关检查明确诊断,以免延误病情和治疗。

[参 考 文 献]

- [1] 张书红,徐晓华,刘凤霖,宋华,赵煜. 儿童先天性幽门隔膜(附20例报告)[J]. 天津医药,2003,31(5):61-62.
- [2] 郭红梅. 小儿胃食管反流病的诊治[J]. 河北医药,2004,26(4):357-358.
- [3] 魏菊荣,金润铭,周少明,罗宏英,王莉,白大明,李成荣. 胆汁和胃泌素在小儿胃食管反流病中的作用[J]. 中国当代儿科杂志,2006,8(4):287-290.
- [4] 宋华,徐晓华. 肠系膜上动脉综合征的诊断和治疗[J]. 实用儿科临床杂志,2003,18(3):228-229.
- [5] Prasil P, Flageole H, Shaw KS, Nguyen LT, Youssef S, Laberge JM. Should malrotation in children be treated differently according to age? [J]. Pediatr Surg, 2000, 35(5):756-758.
- [6] 张素桂,盖志敏. 小儿胃肠病诊断与治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2004,197.
- [7] 叶彩霞. 小儿消化道钡剂检查160例临床分析[J]. 中国当代儿科杂志,2004,6(4):315-316.
- [8] 张二划,齐林,耿宪杰,侯广军,黄敏. 女童急腹症误诊原因分析[J]. 实用儿科临床杂志,2005,20(2):183-184.
- [9] 薛东生,王振英. 颅内肿瘤25例[J]. 实用儿科临床杂志,2005,20(9):937-938.

(本文编辑:吉耕中)