

小儿消化性溃疡 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E6_B6_88_E5_c22_308776.htm

名称小儿消化性溃疡

所属科室儿科病因小儿时期急性消化性溃疡多于慢性溃疡，继发性多于原发性。常继发于严重缺氧或严重感染（败血症、肺炎、胃肠炎、脑膜炎）、重度营养不良、大量长期使用肾上腺皮质激素后、大面积烧伤（Curlign氏溃疡）、神经性损伤（颅脑损伤、脑炎、脑肿瘤等涉及丘脑部位时，尤其在病的晚期可并发Rokitansky-Cushing氏溃疡）等。原发性者胃酸分泌过多常为主要病因。正常新生儿48小时胃酸分泌达高峰，1岁以内保持高水平，1~4岁稍低，4岁以后又升高。其次为精神因素，本病85%易发生于于学好，情绪易波动的年长儿，受精神刺激或创伤时往往诱发。关于遗传问题尚无定论，但1/3病例均有家族史，具有常染色体显性遗传特征。O型血易发生。近年来发现消化性溃疡患儿的胃窦粘膜中有一种螺旋菌，称为幽门弯曲菌（简称CP），可能是本病的病因，可用银染色、电子扫描显微镜和培养来证实，对复发也起重要作用。病理新生儿婴儿多为急性溃疡，粘膜上有出血性糜烂和小的出血点，伴有表皮剥脱，常为多发性，易于愈合，但也易于穿孔，可穿透胃或十二指肠**而引起腹膜炎。年长儿多为慢性溃疡，溃疡多为单发、较深。胃溃疡大多发生在前壁胃小弯靠近幽门处，很少在大弯。十二指肠溃疡大都位于十二指肠第一段的后壁。小儿时期再生能力强，故病变一般能较快痊愈。临床表现一般认为10岁以上的病例，症状明显，10岁以下者，临床表现无定型。新生儿和小婴儿的溃疡

为急性，起病多急骤，确诊较困难，多为穿孔、出务就诊，易被原发病掩盖，常无特异症状。早期出现哭闹、拒食，很快发生呕吐、呕血及便血。轻者迅速新人新事，重者恶化，最常见的并发症为穿孔，发生腹膜炎症状，腹疼，腹胀明显，腹肌强直，常伴发休克。幼儿主要症状为反复脐周疼痛，时间不固定，不愿进食，食后常加重，很易误诊。或以反复呕吐为主要表现，往往食欲差、发育不良或消瘦。年长儿的临床表现与成人相似，诉上腹部疼痛，局限于胃或十二指肠部，有时达后背和肩胛部。胃溃疡大多在进食后疼，十二指肠溃疡大多在饭前和夜间疼痛，进食后常可缓解。有些患儿因伴幽门痉挛常呕吐、暖气和便秘。偶或忽然发生吐血、血便以及胃穿孔。检查时可发现剑突下有压痛点，或脐上部痛觉过敏。仅部分病例胃液酸度增高。胃液带血或粪便潜血阳性是较可靠的指征，但不能经常看到。偶有低热，可能与伴发胃十二指肠炎及淋巴结炎有关。常伴贫血，血常规化验，大多显示血红蛋白减低（100g/L以下），血小板正常。因此体重增加差，不定时腹疼，与进食有关，呕吐、吐血或便血为小儿消化性溃疡的特片。诊断小儿消化性溃疡的诊断，较成人困难得多，主要因症状不典型。如空腹时反复发生上腹部疼痛及压痛伴呕吐者可拟诊为溃疡病。胃液分析对儿童意义不大，因胃酸无明显改变，只少数病例增加。X线检查有时可帮助诊断。儿童时期发现典型的溃疡龛影者为数不多，因十二指肠球部位置深而固定，溃疡多在球后壁，正侧位较难看到。此外与溃疡浅而小，易愈合也有关。大多数表现为胃滞留增多，胃蠕动增强，幽门痉挛梗阻，十二指肠球部充盈欠佳，粘膜粗糙紊乱，局部压痛等间接征象。小婴儿竖立

位腹部平片显示腹腔内出现游离气体，提示胃或十二指肠有穿孔。国内外对小儿已广泛应用胃、十二指肠纤维内窥镜（fiberoptic endoscope）检查，直接发现溃疡，比X线钡餐检查的诊断率高且可靠，尤其是对胃溃疡，内窥镜检出率为97.5%，X线只有50%，但对疑有穿孔者应禁忌。对上消化道出血的患儿，应尽可能在24~48小时内行紧急内窥镜检查，凡在一周内检查者大多可见出血灶，绝大多数由十二指肠球部溃疡所致。

鉴别诊断

- 1. 呕血的鉴别** 除胃及十二指肠溃疡外，婴儿时期的呕血，可见于新生儿自然出血症、坏血病、食管裂孔疝等。儿童时期的呕血，可见于紫癜、血友病、重度贫血、肝硬变（胃及食管静脉曲张）、慢性充血性脾大、脾静脉血栓形成等。有时吞咽异物致胃部受伤而出血，或因鼻咽出血被吞咽后再从胃部呕出。
- 2. 血便的鉴别** 胃及十二指肠溃疡出血多为柏油样便，红色血便见于大量出血。主要应与肠套叠、肠重复畸形、回肠远端憩室出血、肠息肉、肠伤寒、过敏性紫癜及其他血液病等鉴别。
- 3. 腹痛的鉴别** 与溃疡相似的腹痛者肠痉挛、肠寄生虫病、胆道痉挛、胆道蛔虫等。长期有规律性剑突下疼痛者，可考虑作钡餐透视检查以协助诊断。一种少见的遗传病Zollinger-Ellison综合征，以间发性腹痛、呕血、便血、腹泻、脂肪泻为主要症状，胃酸显著增多，存在非β-胰岛细胞肿瘤，须与溃疡病鉴别。此综合征患儿血内促胃泌素极高。可助诊断。治疗小婴儿急性溃疡合并出血者可输血密切观察，合并穿孔者需立即外科手术缝合。年长儿适于内科保守治疗。轻者采用膳食方法，以软食或易消化食物为主，少量多餐，忌酸性刺激性食物。两餐间给予粘膜保护剂，如硫糖铝（每次0.5~1.0g）或麦滋林（每次0.3g）等，

疼痛较重者食前及夜间服抗胆碱药物，如颠茄、普鲁本辛、阿托品等。重症可加用H₂受体阻断剂，抗酸作用强而副作用少，如甲氢米胍（每次6mg/kg，每日2次，夜间服加倍量1次）或雷电尼替丁、洛塞克等。疗程4~6周，疗效显著。维持量每晚服一次，连服6个月~1年。本病发病与弯曲杆菌有关，同时应给予抗感染药物，如庆大霉素口服片（每日3次，每次4万u）连服2~3周。或服氟哌酸类药物。有出血症状时可给小量镇静剂，一般不需禁食，恐引起饥饿及不安，胃肠蠕动增加，婴儿给牛奶饮食，年长儿给软食，否则反而加重出血。对大量出血，可给止血药物如止血粉、云南白药等口服。需要绝对安静，暂时禁食，由消化道外补充液体，输生理盐水及10%葡萄糖液等，必要时输血。如出血不止或反复多次出血者，应考虑手术。并发幽门梗阻症状，屡次发作而内科疗法不能奏效或有溃疡穿孔者，均应行外科手术。术后小儿生长发育不受影响。中药治疗溃疡病可用小建中汤、柴胡桂枝汤等，配合针刺治疗，往往可止疼，取穴部位为胃俞、足三里、内关、期门、脾俞、胆俞、三焦俞、中脘等。如用耳针，可取胃、小肠及皮质下区等。预防及预后小婴儿多为急性溃疡，常因合并出血及穿孔而就诊，发生率约为15%，帮年龄越小越严重，尤以新生儿期最为危险，如合并穿孔病死率较高。由于儿童修复能力很强，溃疡病一般经过比成人轻，很多病人用内科疗法3~4周，即能很快治愈。约50%病例可以复发，约25%病例可致局部瘢痕性狭窄，引起幽门梗阻，需手术治疗。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com