

小儿胃炎的中西医诊治研究进展

闫慧敏

【关键词】 小儿胃炎; 中西医结合

【中国图书分类号】 R573.3

胃炎是儿童时期常见的消化系统疾病, 临床表现为胃脘部疼痛, 可伴有恶心呕吐、食纳欠佳、嗝气泛酸等症状。根据主要临床症状, 当属于中医学“胃脘痛”、“腹痛”范畴。临床研究表明小儿慢性胃炎在反复发作性腹痛中占有较大比例^[1], 且已经影响儿童生长发育, 特别是幽门螺杆菌(*helicobacter Pylori*, Hp)感染性胃炎对儿童身体健康的影响更是不可忽视。目前, 关于小儿胃炎的临床研究逐渐增多, 笔者结合多年经验, 从中西医病因、诊断及治疗等方面作一概述。

1 病因及发病机制

小儿胃炎的发病机制目前不是很明确, 可能与社会心理因素、饮食因素、Hp感染因素及家族遗传等综合因素相关^[2]。

不良的饮食习惯, 粗糙食物及过热、过冷、过酸的刺激性食物, 均可引起胃黏膜损伤。社会心理因素逐渐被临床重视, 如长期过度的精神刺激、紧张劳累、忧郁等, 导致皮质兴奋与抑制过程平衡失调, 胃壁血管痉挛收缩, 腺体分泌异常而发生慢性胃炎。同时毒性因素、口咽部慢性感染病灶, 长期慢性刺激均可导致胃黏膜炎性反应; 非甾体类抗炎药可使胃黏膜的前列腺素减少, 屏障作用降低, 致使胃黏膜损害。

就感染因素而言, Hp感染是胃炎发生的主要致病原因之一, Hp引起的原发性胃炎在儿科占40%~96%, 并证明Hp相关性胃炎患者Hp的胃内分布与炎性反应一致; Hp感染主要经“口-口”或“粪-口”及“胃-口”途径传播, 社会经济因素对Hp感染有一定的影响。

作者简介: 闫慧敏, 女, 1954年出生。主任医师, 博士生导师, 中医科主任。主要从事中西医结合治疗小儿消化、呼吸等方面的研究。

作者单位: 100045, 首都医科大学附属北京儿童医院中医科

2 诊 断

2.1 临床表现 儿童胃肠反应尤其腹痛症状多不明显, 部分患儿可无任何症状。反复发作上腹部不适、不规则的上腹部或脐周为主的腹痛常常是小儿胃炎的主要表现之一, 可有腹胀、恶心、呕吐、反酸嗝气, 食欲减退、晨起口气臭秽、口苦、神疲倦怠、消瘦、大便秘结或腹泻等症状。

2.2 胃镜检查 镜下改变以黏膜斑、充血、水肿、微小结节形成、糜烂、花斑、出血斑点为主; 以上前5项中符合一项即可诊断; 后二项应结合病理诊断。此外, 如发现幽门口收缩不良、反流增多、胆汁反流, 常提示胃炎存在, 应注意观察。

2.3 胃黏膜病理组织学检查 可见上皮细胞变性, 小凹上皮细胞增生, 固有膜炎性反应细胞浸润、腺体萎缩等改变。小儿病变中炎性反应细胞主要是淋巴细胞、浆细胞。根据有无腺体萎缩诊断为慢性浅表性胃炎或慢性萎缩性胃炎, 真正萎缩性胃炎在小儿较少见。根据炎性反应程度, 慢性浅表性胃炎分为轻、中、重3级。如固有膜见中性粒细胞浸润, 应注明“活动性”。

3 中医辨证分型

笔者总结辨证经验, 归纳中医辨证分型如下:

3.1 寒邪犯胃证 胃脘冷痛, 常见绞痛, 痛甚则额冷汗出, 疼痛遇寒加重, 得温则缓, 可伴有纳呆, 呕吐清水痰涎或呕吐不消化残余乳食, 面色苍白, 小便清长, 大便溏薄, 舌淡红, 苔白, 脉弦紧或弦迟或脉细。

3.2 食滞胃肠证 脘腹胀满、疼痛拒按, 进食后痛甚, 嗝腐吞酸, 口气臭秽, 不思乳食, 恶心呕吐, 吐物呈酸臭乳块或不消化食物, 吐后痛缓, 泻下酸臭, 大便不爽, 夜卧不安, 舌红, 苔厚腻或苔厚微黄, 脉实有力或脉滑, 多有饮食不节史。

3.3 湿热中阻证 脘腹胀满疼痛,痛势急迫,疼痛拒按,嘈杂吐酸,口苦或黏,口臭,口疮,口干心烦,恶心呕吐,渴喜冷饮,大便干或大便不畅,小便黄,舌红,苔黄或黄腻,脉滑数。

3.4 肝胃气滞证 脘腹胀满疼痛,或两胁作胀,晨起或情绪紧张时加重,暖气泛酸,得暖气或矢气舒,胃脘饱胀,餐后尤甚,不思乳食,恶心呕吐,厌恶油腻,烦躁易怒,胸闷气短,睡卧不安,大便不调,舌红,苔薄白,脉弦。

3.5 脾胃虚寒证 腹部隐痛,空腹痛甚,得食痛减,受凉加重,痛处喜按喜暖,泛吐清水,食纳欠佳,食后腹胀,四肢清冷,少气乏力,神疲倦怠,面色晄白,大便溏薄或大便不调,舌淡边有齿痕,苔薄白,脉沉缓或脉细。

3.6 胃阴不足证 脘腹隐隐灼痛,嘈杂似饥,餐后饱胀,饥不欲食,烦渴喜冷饮,手足心热,舌燥咽干,大便干结,舌红少津,苔少或花剥,脉细数。

3.7 瘀阻胃络证 胃脘刺痛为主,疼痛较剧,痛处固定拒按,胃痛日久不愈,不思饮食,或吐血、血便,舌暗红或紫暗或瘀斑,苔薄白,脉弦涩或脉细^[3]。

4 中医辨证分型与胃镜表现的关系

近年来,一些中医专家开展了将中医辨证分型与现代检查手段相结合的研究^[4,5],将小儿胃脘痛中医临床宏观辨证引入到胃镜下的胃黏膜微观辨证,将胃黏膜微观辨证分为5型:(1)胃肠滞热型:黏膜弥漫性充血明显,以胃窦部及球部改变为著,黏膜粗乱,血管纹紫红色,呈网状显露,多伴肿胀、糜烂,黏液混浊;溃疡表面覆盖白厚苔,其周围黏膜组织炎症反应明显,触之易出血;(2)胃肠虚寒型:黏膜呈淡红色或苍白色,可见散在斑片状充血,血管纹灰蓝色,黏液稀薄;溃疡表面覆盖薄白苔或呈霜斑样,其周围黏膜充血肿胀改变相对较轻,溃疡愈合较慢;(3)肝胃不和型:黏膜红白相间,以红为主,黏膜皱襞粗乱,胆汁反流,黏液呈黄绿色而混浊,亦可见黏膜充血肿胀或糜烂、溃疡;(4)胃肠瘀滞型:黏膜暗红色,可见瘀点或斑点,黏膜呈颗粒状或结节状增生,血管网多清晰,色紫暗,黏液灰白或褐色,可伴黏膜肿胀或糜烂、溃疡伴暗红色出血斑;(5)胃络阴伤型:黏膜轻度充血,干燥,欠光泽,黏液量少,血管网紫暗,可见糜烂或溃疡,触之易出血。通过对小儿胃炎临床宏观辨证与胃镜下胃黏膜微观辨证相结合的比较与研究,摸索规律,扩大中医辨证思路,提高对小儿脾胃病的认识,准确抓住治疗时机,对指导临床治疗

起到十分重要的作用,其研究还有待进一步深入。

5 治疗

5.1 中医治疗 根据辨证论治规律,常以健脾和胃、理气止痛为基本治疗原则,通过辨别寒热虚实,制定相应治法,选方组药加减治疗。

5.1.1 寒邪犯胃证 温中散寒,理气止痛。主方:良附丸合藿香正气散加减。常用药:高良姜、香附、藿香、木香、苏叶、白芷、厚朴、大腹皮、白术、茯苓、陈皮、炙甘草。加减:若伴有纳呆,暖气或呕吐者,加枳实、焦神曲、鸡内金、公丁香、制半夏、生姜等。常用中成药:藿香正气丸

5.1.2 食滞胃肠证 消食导滞,行气止痛。主方:保和丸或消乳丸加减。常用药:焦山楂、焦神曲、炒麦芽、陈皮、莱菔子、制半夏、砂仁、茯苓、木香、厚朴、炙甘草。加减:胃脘胀痛而便秘者,加枳实、熟大黄、槟榔;呕吐者,加藿香、苏梗、生姜。常用中成药:健胃消食口服液、加味保和丸、胃苏冲剂等。

5.1.3 湿热中阻证 清热利湿,调中行气。主方:大黄黄连泻心汤加减。常用药:大黄、黄连、黄芩、藿香、厚朴、制半夏、茯苓、陈皮、竹茹、蒲公英、芦根。加减:呕血黑便者,加茜草根、栀子炭、蒲黄炭、紫草;伴食滞者,加焦山楂、焦神曲;胃痛甚者加金铃子、延胡索;大便溏稀者,去大黄。常用中成药:枳实导滞丸、胃平冲剂。

5.1.4 肝胃气滞证 疏肝理气,和胃止痛。主方:柴胡疏肝散加减。常用药:柴胡、香附、枳壳、陈皮、白芍、甘草、佛手、香橼、郁金、苏梗、木香。加减:嘈杂泛酸明显者,加黄连、吴茱萸、煅瓦楞、海螵蛸;胁痛明显者,加金铃子、延胡索;食滞纳呆者,加炒莱菔子、焦山楂、焦神曲、炒麦芽;大便不畅者,加厚朴、槟榔。常用中成药:气滞胃痛冲剂、小儿康冲剂、胃康胶囊、小儿肠胃康冲剂、四磨汤口服液等。

5.1.5 脾胃虚寒证 温中补虚,缓急止痛。主方:黄芪建中汤合理中汤加减。常用药:炙黄芪、桂枝、芍药、党参、白术、生姜、大枣、炙甘草、肉豆蔻、茴香、藿香。加减:脾胃气虚为主,寒象不重者,可以香砂六君子丸加减;泛吐清水较多者,加吴茱萸、益智仁、制半夏、陈皮、茯苓。常用中成药:参苓白术散、醒脾养儿冲剂、启脾口服液、温胃冲剂、香砂六君丸。

5.1.6 胃阴不足证 养阴益胃,缓急止痛。主方:益胃汤加减。常用药:北沙参、麦冬、生地黄、玉竹、太子参、山药、地骨皮、焦山楂、石斛、白芍、炙甘草。加减:口干渴甚者,加天花粉、知母、芦根;大便干结

者,加火麻仁、肉苁蓉、芦荟;胃脘灼痛,嘈杂泛酸者,加煨牡蛎、海螵蛸、黄连、吴茱萸。

5.1.7 瘀阻胃络证 活血化瘀,理气止痛。主方:失笑散合养胃化瘀汤加减。常用药:蒲黄炭、五灵脂、三七粉、生地黄、牡丹皮、郁金、枳壳、延胡索、乳香、没药、炙黄芪、北沙参、麦冬。加减:胃痛甚者,加延胡索、木香、郁金、枳壳;大便黑色者加侧柏叶、血余炭、阿胶。常用中成药:枫蓼肠胃康、萆苓胃痛冲剂。

5.2 西医疗治

5.2.1 抗酸药物 (1) H_2 受体拮抗药(H_2RA):用于腹痛明显及有上消化道出血者,疗程2周,不作为常规用药,如西咪替丁、雷尼替丁[4~6 mg/(kg·d)],分2次口服或睡前一次服用;(2)质子泵抑制药(PPI):如奥美拉唑0.6~0.8 mg/kg,1次/d。

5.2.2 胃黏膜保护药 (1) 胶体次枸橼酸铋(CBS):6~8 mg/(kg·d),分2次,空腹服用;(2) 雷尼替丁枸橼酸铋(RBC):15 mg/(kg·d);(3) 硫糖铝:10~25 mg/(kg·d),分3次口服,疗程4~8周,肾功能不全者慎用;(4) 麦滋林:30~40 mg/(kg·次),分3次口服^[6]。

5.2.3 胃肠动力药 用于餐后腹痛、腹胀、恶心、呕吐者,如多潘立酮0.3 mg/(kg·次),2~3次/d,餐前15~30 min服用。

临床研究中亦有联合应用康复新液、思密达治疗小儿胃炎,能够减少胃酸分泌,促进受损胃黏膜修复,取得较好疗效^[7]。

5.2.4 抗Hp治疗 目前用于抗Hp感染的药物主要有酸分泌抑制药(质子泵抑制药奥美拉唑, H_2 受体阻滞药西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等)、铋剂(雷尼替丁枸橼酸铋、胶态枸橼酸铋)及抗生素(阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑等)。治疗方案选择一般根据疾病及病情而定,常采用联合用药方案:(1) PPI + 2种抗生素;(2) PPI + CBS + 2种抗生素,即四联疗法;(3) RBC + 克拉霉素 + 甲硝唑(或替硝唑),以上3种方案疗程7~14 d(一般选择7 d、10 d或14 d,总体上14 d疗程的根除率要高于7 d)^[8];(4) 序贯疗法,如先采用PPI + 阿莫西林(或克拉霉素)用药5 d,之后换用PPI + 克拉霉素(或阿莫西林) + 替硝唑(或呋喃唑酮),继续治疗5 d,均为每日2次给药。含铋剂的四联疗法多用于补救方案。

目前,抗Hp的耐药问题日益受到关注,以下方法可以在治疗失败的病例中酌情选用,如初次治疗方案抗生素为阿莫西林 + 克拉霉素,耐药者多为克拉霉素,可将克拉霉素替换为其他抗生素;甲硝唑的

耐药率在儿童较少见,可作为克拉霉素失败的替代药^[6]。另外,还可延长疗程和增加药物剂量或者使用含PPI加铋剂的四联疗法;若上述方案疗效仍不满意,还可以试用:PPI加呋喃唑酮加阿莫西林;铋剂的使用在一定程度可克服Hp对抗生素耐药所带来的疗效下降,因此,再次治疗方案组成中,如含铋剂,可能有助于提高再次治疗Hp的根除率^[9]。要注意铋剂及呋喃唑酮的不良反应,铋剂可导致神经系统损害,小儿应用时应谨慎^[10]。

国内研究还有将左氧氟沙星替换经典三联疗法中的克拉霉素,Hp根治率达84.0%^[11],但在儿童中应用国内目前尚未见报道。针对抗Hp治疗过程中出现肠道菌群失调的问题,在三联治疗同时加用一些益生菌生态制剂做辅助治疗,可以提高抗Hp的清除率,单独应用益生菌制剂清除Hp感染也有一定的疗效。同时,益生菌制剂对Hp感染治疗中的不良反应有较显著的改善^[12]。

笔者认为,对诊断明确的Hp感染患儿,应首先给予正规西医抗Hp感染治疗(二联或三联等),但药物配伍剂量要足,疗程要够,以力求达到提高Hp感染的转阴率及减少耐药问题的出现。在西药疗程结束后,有必要及时给予中药扶正固本,健脾益气的治疗,突出中西医结合的治疗,来进一步改善胃肠功能、增加机体免疫力,促进病愈。在一般胃炎的治疗中,中西医结合的治疗亦可以贯彻始终,根据病情选择用药,保护胃黏膜,调养胃气,调理脾胃,标本兼治相互配合达到治疗目的。

【参考文献】

- [1] 闫慧敏,杨燕. 小儿上腹痛临床诊断分析[J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1(1): 78-80.
- [2] 孔春妍,刘艳萍. 儿童慢性胃炎、消化性溃疡致病危险因素的Logistic回归分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16(3): 292-294.
- [3] 杨次年,彭兆麟. 小儿慢性胃炎中医分型的研究[J]. 实用中西医结合临床杂志, 2005, 5(2): 54-55.
- [4] 闫慧敏,杨燕. 小儿胃脘痛中医辨证与胃镜表现之关系的探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(7): 617-618.
- [5] 中华医学会儿科分会感染消化组. 小儿慢性胃炎、消化性溃疡诊断治疗推荐方案[J]. 现代实用医学, 2004, 16(4): 249.
- [6] 徐樾巍. 小儿胃炎的诊断和治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 25(19): 1530-1532.
- [7] 曹立杰. 思密达和联合用药治疗小儿胃炎的近期疗

- 效比较[J]. 哈尔滨医药, 2002, 22(1): 75.
- [8] Oderda G, Shcherbakov P, Bontems P, et al. Results from the pediatric European register for treatment of Helicobacter pylori (PERTH) [J]. Helicobacter, 2007, 12(2): 150 - 156.
- [9] 许春娣. 幽门螺杆菌相关性胃炎诊断和治疗进展[J]. J Appl Clin Pediatr, 2006, 21(7): 389 - 390.
- [10] Redeen S, Petersson F, Jonsson K A, et al. Relationship of gastroscopic features to histological findings in gastritis and Helicobacter pylori in fection in a general population sample [J]. Endoscopy, 2003, 35(11): 946 - 950.
- [11] 马林. 左氧氟沙星抗幽门螺旋杆菌的临床疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(12): 1833 - 1834.
- [12] 龚芳红. 国内益生菌制剂清除幽门螺杆菌感染临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国微生态学杂志, 2009, 21(9): 817 - 821.
- (2011-09-15 收稿 2011-09-30 修回)
(责任编辑 尤伟杰)

卵黄管未闭结肠化致成人肠梗阻 1 例

杨奎忠, 杜庆聪, 孟庆杰

【关键词】 卵黄管未闭; 肠梗阻; 憩室

【中国图书分类号】 R657.73

1 病例报告

患者, 男, 22 岁。突发腹部疼痛 5 h 入院。此前无明显诱因出现腹部胀痛不适, 间断性绞痛, 伴恶心、呕吐 3 次, 呕吐为胃内容物, 时有嗝气, 无反酸、烧心, 无发热、头晕, 无咳嗽、咳痰, 为进一步诊治来我院就诊。急诊行透视检查显示: 膈下未见游离气体, 下腹部胀气, 未见液气平面影。3 个月前曾有“肠梗阻”病史, 经对症治疗后好转。否认肝炎、结核等传染病史; 否认冠心病、糖尿病、高血压病史, 无外伤、手术史及输血史; 否认药物及食物过敏史。经抗炎、输液等对症处理后, 症状无缓解, 梗阻症状进行性加重。行腹部 CT 及磁共振等检查, 考虑肠扭转不能除外, 决定行手术探查。术中见脐部与距回盲部上方约 70 cm 的回肠上有一肠管, 长约 12 cm, 其直径与回肠相当, 无肠系膜, 与正常肠管呈 Y 形连接, 近端肠管于连接部扭转。该肠管与远端肠管无扩张, 为回位扭转的肠管。将该段肠管切除, 术后探查见肠管外径 2.5 cm, 距一端 3.5 cm 处肠管狭窄, 另一端肠管迂曲不畅。术后恢复好, 术后病理为: 肠管狭窄处肌层见异位胰腺组织, 肠管黏膜呈慢性炎性改变。

2 讨论

胎儿早期, 卵黄管从回肠末端延伸至脐和卵黄囊, 胚胎发育中未闭合的卵黄管一端与脐相连, 另一端与小肠相通。这根导管在第 7 周时退化。如果未退化可导致的异常有梅克尔憩室、回肠脐瘘管、脐囊肿、从憩室到脐的纤维索, 其中以 Meckel 憩室最常见, 但异化成结肠者少见。Meckel 憩室是卵黄管只留与回肠连接的局部而其他局部都退化时形成

的, 是卵黄管未闭畸形中最常见的, 一般位于距回盲瓣 15 ~ 100 cm 的回肠壁上^[1]。憩室的基底部开口在肠系膜对侧壁者约占总数的 95%, 开口在肠管的系膜侧约占 5%。憩室长短不一, 长度则在 10 cm 以下, 管径一般小于小肠。根据其外观可将 Meckel 憩室分为 2 型。I 型: 憩室位于对系膜缘的肠壁上, 基底宽阔, 呈锥形, 较长, 无系膜, 极易诱发肠套叠和出血。本例属于此型, 但在临床中似此例卵黄管结肠化畸形者实属少见。II 型: 憩室位于小肠的侧壁近系膜处, 成条索状, 有典型的系膜和独立的血液供应, 与异位阑尾十分相似。术中发现的无症状憩室多属此型。其组织学结构与回肠相似而肌肉层较薄, 部分憩室存在迷生组织如胃肠黏膜、胰腺组织^[2]。本例异化成结肠的憩室中即有异位胰腺组织。Meckel 憩室的发生率约为 2%, 多数患者可终生无症状, 出现症状和体征者常表现为外科急腹症, 与其他急腹症鉴别困难^[3]。术前准确诊断是困难的, 多在探查中发现。成年后才首次发病导致梗阻者罕见^[4,5], 且手术是根本的治疗手段^[6]。

【参考文献】

- [1] 徐恩多. 外科手术解剖学[M]. 沈阳: 辽宁教育出版社, 1992: 678 - 680.
- [2] 刘登强. Meckel 憩室并发肠梗阻 5 例分析[J]. 当代医学, 2009, 15(31): 94 - 95.
- [3] 严文波, 祝明洁, 施诚仁, 等. 小儿美克尔憩室的临床病理[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(16): 1826 - 1827.
- [4] 王茂旭, 刘厚东. 卵黄管未闭内疝形成导致肠梗阻 1 例报告[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2003, 10(1): 38.
- [5] 王海波, 姚宏莉, 李志平. 超声检查胆道梗阻 67 例病因诊断准确性分析[J]. 武警医学, 2009, 20(1): 58 - 60.
- [6] 吕福林, 毕玉华, 张了文. 小儿外科学[M]. 北京: 人民出版社, 1990: 314. (2011-08-15 收稿 2011-09-29 修回)

(责任编辑 梁秋野)

作者简介: 杨奎忠, 男, 1966 年出生。硕士, 副主任医师, 科主任。主要从事临床外科工作。

作者单位: 270014 济南, 武警山东总队医院普外科