

儿童再发性腹痛与霜斑样溃疡的临床研究

李国栋^{1*} 刘文静²

1. 山东省胜利油田中心医院小儿外科 山东东营 257034

2. 山东省胜利油田中心医院胃肠外科 山东东营 257034

摘要: 目的 探索再发性腹痛与霜斑样溃疡的关系。方法 采用儿童电子胃镜检查 2022.06–2024.06 于我院就诊的 200 例再发性腹痛 (RAP) 患儿是否存在霜斑样溃疡, 了解儿童再发性腹痛与霜斑样溃疡相关性, 把 HP 患儿分为抑酸组及抗 HP 治疗组。结果 霜斑样溃疡患儿中 HP 阳性患儿 60 例。60 例 HP 阳性患儿治疗后复查胃镜, 抗 HP 组有效率明显高于抑酸组 ($P < 0.05$)。结论 霜斑样溃疡与 HP 感染相关, 其为引起再发性腹痛的重要原因。

关键词: 儿童; 再发性腹痛; 霜斑性溃疡

再发性腹痛 (recurrent abdominal pain, RAP) 是指病程超过 3 个月, 至少发作 3 次以上的腹痛^[1]。目前, 国内外关于 RAP 发生率尚无确切记载, 其病因尚不明确, 好发于学龄前以及学龄期, 严重影响患儿的身体健康以及生长发育^[2]。现有研究证实, 儿童再发性腹痛可能与幽门螺杆菌感染相关, 本文就 RAP 与霜斑样溃疡关系展开讨论, 为临床治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022.06–2024.06 在东营市胜利油田中心医院儿科就诊的 5–16 岁患儿 200 例, 所有患儿均符合 RAP 诊断标准^[3]。其中男性儿童 95 例, 女性儿童 105 例。所有儿童均进行胃镜检查寻找霜斑样溃疡并行 Hp 培养。所有患儿 4 周内均未服用影响 HP 药物。

1.2 所有患儿均空腹行电子胃镜检查, 寻找十二指肠球部霜斑样溃疡, 并进行 HP 培养。

活检位置依次为: 十二指肠球部霜斑处、胃窦部各取材 1 块, 并行 Hp 培养。并把霜斑样溃疡患儿随机分为抑酸组 (雷尼替丁 2–4mg/Kg·d) 及抗 Hp 组 (奥美拉唑 1mg/Kg·d+ 枸橼酸铋钾 200mg/d+ 阿莫西林 50mg/Kg·d+ 克拉霉素 50mg/Kg·d), 1 月后复查胃镜, 了解霜斑样溃疡、十二指肠溃疡 (DU) 及 HP 转归情况。

1.3 统计处理

所得数据均用 SPSS26 进行数据分析, 所得结果行构成比、 χ^2 检验、Fisher 精确概率法。其中 $P < 0.05$ 具有统

计学意义。

2 结果

2.1 表 1 RAP 患儿基本情况

类别	分组	例数 (n)	构成比 (%)
性别	男	95	47.5
	女	105	52.5
年龄	5–10 岁	80	40.0
	11–16 岁	120	60.0
居住地	农村	106	53.0
	城市	94	47.0

2.2 表 2 霜斑样溃疡分类及位置

变量		数量 (n)	占有率 (%)
类型	多发性霜斑	57	78.08
	单发性霜斑	16	21.92
位置			
球部	前壁	18	24.66
	大弯部	9	12.33
	后壁	10	13.69
	小弯部	23	31.51
球后		10	13.69
降部		3	4.11

2.3 表 3 不同性别霜斑样溃疡患儿中 HP 感染率

性别	例数 (n)	HP 阳性 (n)	HP 阳性率 (%)	χ^2 值	P 值
男	35	27	77.14	1.171	0.279
女	38	33	86.84		
合计	73	60	82.19		

2.4 表 4 霜斑样溃疡中胃窦与十二指肠球部 HP 感染率比较

变量	阴性例数 (n)	阳性例数 (n)	χ^2 值	P 值
胃窦	34	39	9.167	0.002
球部	52	21		
总数		60		

2.5 表 5 RAP 患儿霜斑样溃疡与性别、年龄、居住地关系

变量	分组	总例数 (n)	霜斑样溃疡 (n)	阳性率 (%)	χ^2 值	P 值
性别	男	95	35	37.65	0.009	0.924
	女	105	38	36.67		
年龄	5-10 岁	80	20	25.00	7.608	0.006
	11-16 岁	120	53	44.17		
居住地	城市	94	24	25.53	9.205	0.002
	农村	106	49	46.23		
既往消化道疾病	有	46	26	56.52	10.332	0.001
	无	154	47	30.52		
家中 HP 感染者	有	57	28	49.12	5.48	0.019
	无	143	45	31.47		
胃癌家族史	有	28	14	50.00	2.56	0.11
	无	172	59	34.30		
父母胃病史	有	64	34	53.13	11.223	0.001
	无	136	39	28.68		

2.6 表 6 两组患儿治疗效果比较

分组	霜斑样病变		DU 形成	
	消失	存在	有	未有
抑酸组	16	14	10	20
抗 HP 组	25	5	4	26

注: Fisher 精确概率法, P 分别为 0.025 和 0.125。

2.7 表 7 两组患儿治疗后 HP 转归比较

分组	总数	HP 转归		χ^2 值	P 值
		阴性	阳性		
抑酸组	30	15	15	5.934	0.015
抗 HP 组	30	24	6		

注: Fisher 精确概率法, P 为 0.015。

3 讨论

儿童再发性腹痛 (RAP) 为儿科门诊常见疾病, 占儿童腹痛的 50% 以上, 常见于 5-15 岁儿童^[4]。临床常表现为反复发作上腹部或脐周处疼痛, 严重者甚至伴有恶心呕吐、食欲下降及生长发育迟缓, 常引起家长和患儿精神紧张和焦

虑。近些年, 随着胃镜诊疗技术在临床大量应用发现霜斑样溃疡及 HP 感染, 认为器质性病变为儿童 RAP 发生的主要病因^[5]。

内镜确诊十二指肠溃疡 (DU) 中, 霜斑样溃疡占 5%-6%^[6]。病理分析表明霜斑样病变是一种与 DU 密切相关的伴有非特异性炎症反应的十二指肠粘膜糜烂性病变。本文中霜斑样溃疡检出率与性别及胃癌家族史无关、与年龄、居住地、既往消化道疾病、父母胃病史相关, 这与相关报道一致^[5]。本文显示霜斑样病变的胃窦 Hp 检出率高于球部 Hp 检出率, 提示霜斑样病变与胃窦部 HP 感染有更直接关系。

本文中 200 例患儿中, 霜斑样溃疡患儿占 36.5%, 而在霜斑样溃疡患儿中, HP 检出率 82.19%, 这与十二指肠粘膜胃上皮化生是对高胃酸的适应性保护性反应为 Hp 提供定植的微环境相关^[7]。既往文献证实 HP 感染全球超过 50% 的人口^[8]。国内大量研究证实^[9-10], Hp 感染与 RAP 密切相关, RAP 的 Hp 阳性检出率可达 35% ~ 56%, 本文中 HP 检出率 30%, 与大样本检测数据大体一致。Senbanjo 等^[11]在日利亚儿童中亦发现 Hp 感染在患有 RAP 的儿童中的检出率是没有 RAP 儿童的 3.5 倍。然而亦有学者持反对意见, 认为 RAP 与儿童 Hp 感染无关^[12]。

目前寻找能有效根除 HP 的治疗方案, 对维护感染者身体健康具有重要意义。国内外研究^[13]报道, 质子泵抑制剂 + 两种抗生素 + 铋剂组成的四联方案可克服 HP 对部分抗生素耐药, 达到较高 HP 根除率, 且《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[14]已将铋剂四联方案作为根除 HP 感染的主要方案。本实验采用四联方案治疗, 经治疗后, 抗 Hp 疗效明显优于单纯抑酸治疗, 这可能与奥美拉唑可通过与壁细胞分泌小管及囊泡内的 H⁺-K⁺-ATP 酶结合降低其活性, 从而抑制胃酸分泌, 避免胃酸过多引起的胃黏膜损伤及降低抗生素耐药相关。

本实验表明抗 Hp 根除治疗并不能完全逆转霜斑样病变, 也不能完全阻断溃疡的形成, 这与国内外研究一致, 提示霜斑样病变可能是 DU 的病理基础或 DU 的前驱病变, 但仍需进一步验证。

参考文献:

[1] Mattson JT, Thorne JC, Kover ST. Relationship between task-based and parent report-based measures of attention and executive function in children with fetal alcohol spectrum

disorders(FASD)[J].Journal of Pediatric Neuropsychology,2020,6(3):176–188.

[2]Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, et al. Recurrent abdominal pain in children: summary evidence from 3 systematic reviews of treatment effectiveness[J].Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition,2018,67(1):23–33.

[3] 陈美云, 潘素娇, 张瑾, 等. 再发性腹痛患儿幽门螺杆菌粪便抗原检测分析. 实用儿科临床杂志, 2005,20(3):212–213.

[4] 罗静, 彭秋生, 姚欣敏等. CT 引导下经皮穿刺抽液引流诊治急性胰腺炎局部并发症[J], 华西医学, 2007, 22(4) : 735–737.

[5] 高静云, 张天哲, 张铁民等. 反复腹痛患儿幽门螺杆菌感染的影响因素分析 [J]. 中国妇幼保健, 2013,28(06):951–955.

[6] 钱韶红. 铝碳酸镁联合兰索拉唑治疗十二指肠溃疡疗效观察 [J] 中国误诊学杂志, 2008, 8 (7) : 1592.

[7] 丁洪基, 李新功, 李爱英等. 幽门螺杆菌与十二指肠疾病及胃上皮化生的关系 [J]. 临床与实验病理杂志, 1998, 14 (12) : 331–334.

[8]SONNENBERG A.Epidemiology of Helicobacter pylori[J]. Aliment Pharmacol Ther,2022,55(1)1–13.

[9] 何蕾. 儿童再发性腹痛与幽门螺杆菌感染的关系. 护

理实践与研究,2020,17(17):113–115.

[10] 师梦, 谢庆芝, 张雨萌等. 幽门螺杆菌分型检测在儿童再发性腹痛中的应用价值. 国际医药卫生导报, 2019,25(9):1432–1435.

[11]Senbanjo IO, Oshikoya KA, Njokanma OF.Helicobacter pylori associated with breastfeeding,nutritional status and recurrent abdominal pain in healthy Nigerian children[J]. Journal of infection in developing countries, 2014, 8(4): 448–453.

[12]Poddar U.Helicobacter pylori: a perspective in low and middle income countries[J].Pediatrics and international child health,2019,39(1):13–17.

[13] HANZ, LIY, KONG Q, et al.Efficacy of bismuth for antibiotic resistant Helicobacter pylori strains eradication:a systemtic review and Meta analysis [J]. Helicobacter,2022,27(6):e12930.

[14] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组, 全国幽门螺杆菌研究协作组, 刘文忠等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告 [J]. 中华消化杂志, 2017,37(6):364–378.

作者简介: 李国栋, 1989 年 09 月出生, 男, 山东东营人, 汉族, 硕士研究生学历, 工作于胜利油田中心医院小儿外科, 主治医师。研究方向: 儿童消化内镜的诊断治疗, 儿童再发性腹痛诊断治疗, 小儿普外、骨科及泌尿常见病的诊断治疗。