

儿科疾病诊治方法与 救治关键

(下) 朱 萍等◎主编



吉林科学技术出版社

儿科疾病 诊治方法与救治关键

(下)

朱 萍等◎主编

第十章 消化系统疾病

第十章

消化系统疾病

第一节 呕吐

一、概述

呕吐是胃内容物返入食管，经口吐出的一种反射动作。呕吐可分为三个阶段，即恶心、干呕和呕吐，但有些呕吐可无恶心或干呕的先兆。呕吐时食道、胃或肠道呈逆蠕动，伴有腹肌、膈肌强烈收缩。恶心是一种可以引起冲动的胃内不适感，常是呕吐的先兆。呕吐是人的本能，可将进入胃的有害物质排出，起到有利的保护作用，但大多数呕吐并非由此引起。频繁的呕吐或长期的呕吐，可影响进食，会导致失水、电解质紊乱、营养障碍等并发症。

二、诊断步骤

（一）病史采集要点

1. 呕吐时间 呕吐时间随疾病的不同而有不同。出生后即发生呕吐或喂奶后呕吐，应考虑上消化道畸形的可能，出生后3~4天开始出现呕吐，要考虑肠道部分梗阻或低位性肠梗阻，如先天性巨结肠、肛门直肠畸形。先天性肥厚性幽门狭窄一者多在生后2周发生呕吐；腹泻病和上消化道梗阻多在疾病早期发生呕吐；下消化道梗阻和肾衰竭，常常在疾病晚期出现呕吐。

2. 呕吐方式 呕吐可分为下三种类型：

（1）溢乳：多发生在小婴儿。小婴儿胃呈水平位，贲门松弛，胃部肌肉发育未完善，吃奶过多或吃奶时吞入空气，常在喂奶后自口角溢出少量奶汁，这不是疾病，对健康影响不大。但晚期肠麻痹婴儿也可有溢出现象。

（2）普通呕吐：这是最常见的呕吐表现。一般先恶心，然后发生呕吐。

（3）喷射性呕吐：呕吐前多无恶心，大量的内容物突然经口腔或/和鼻孔喷涌而出。多为婴儿吞咽大量空气，幽门梗阻及各种引起颅内高压的疾病（如脑膜炎、蛛网膜下腔出血等）。

3. 呕吐物性状 呕吐是婴儿常见疾病症状之一，多由消化管的畸形、梗阻或功能紊乱

引起。如能仔细观察呕吐物的性状、颜色、气味，对疾病的诊断颇有帮助。

(1) 清淡或灰白色吐物：此种吐物来自食管，为稍带黏性的水状分泌物和咽下的奶水，因食管下端胃的入口（贲门）不畅而留滞，这种情况常见于贲门痉挛。如果吐物有奶块，并有酸味，说明它来自胃，提示胃的出口（幽门）有梗阻，常见于先天性幽门肥厚。

(2) 黄绿色吐物：黄绿色来源于胆汁。胆汁由肝脏分泌，经胆道流到胃远侧的十二指肠。这种吐物表示十二指肠以下的梗阻。十二指肠壶腹部以下部位的梗阻，可反复出现呕吐物含有胆汁，亦可见于先天性肠旋转不良性畸形。

(3) 粪便性吐物：这种吐物是由食物在小肠内停滞时间较长，经细菌和消化液的作用而产生臭味，说明小肠远侧有梗阻，应考虑肠道畸形、梗阻或肠麻痹。

(4) 带血的吐物：如为鲜血，就是上消化道（食管和胃等）动脉出血；如为紫褐色的血，则是静脉出血。咖啡样吐物说明胃内有陈旧性出血。呕吐物带血或咖啡渣样物，说明上胃肠道有溃疡或脑部外伤时并发应激性溃疡。

4. 排便情况 呕吐时必须了解排便情况，是否有便秘或腹泻及大便性质如何。如肠道有不完全性梗阻者，常有便秘，亦不排气；部分梗阻者，呕吐可不频繁，可有少量粪便排除或少量排气。腹泻病患儿排便频繁甚至水样便。粪便中有脓血黏液，应考虑胃肠道的炎症。大量出血应考虑梅克尔憩室之可能。在新生儿期，如十二指肠以下发生完全梗阻，则粪便不混有胆汁而排出少量干燥的白色大便，如为部分性肠梗阻则可排出正常的深绿色和黏稠胎粪。部分患儿因肛门狭窄而排出带状细条大便。

5. 询问过去病史 有无蛔虫病史、肝炎、结核病，周期性呕吐以及个人出生时情况等。

（二）体格检查要点

在全面体检的基础上，应特别注意腹部体征及神经系统检查，必要时进行眼底检查及直肠指检。新生儿及婴儿体检须注意前囟，脑膜刺激征，皮肤发绀，出血点，心音强弱与速率，四肢发凉体征。同时应注意呼吸节律，有无凝视，巩膜黄染，瞳孔大小、对光反射等。腹部检查应注意有无腹胀、肠型、蠕动波；肝脾大小、肿块，腹壁肌张力，触痛及反跳痛；肠鸣音减弱、消失或亢进、气过水声等。新生儿早期应注意有无肛门畸形。疑肠套叠者，应及时进行直肠指检。对幼儿及年长儿除重视中枢神经体征外，应注意检查口腔，扁桃体和咽喉部有无炎症以及腹部有无外科急腹症的体征等。

腹部体征一般胃肠道疾病，腹部形态变化不大。反复呕吐并有舟状腹者，说明梗阻部位甚高。如腹部高度膨胀，甚至皮肤发亮并有静脉怒张者，有肠型，说明低位肠梗阻之可能，无肠型可能为腹膜炎或肠麻痹。仅有上腹部鼓胀者，考虑为较高位肠梗阻，下腹部膨胀或呈蛙状腹者，考虑为低位肠梗阻。先天性肥厚性幽门狭窄者观察吃奶后胃蠕动波，发现左上腹乒乓球大小包块有脐上至右侧移动，形似铃状，右上腹部可触及包块。

（三）门诊资料分析

血常规、大小便常规检查可以帮助确定呕吐的原因，必要时可做血生化检验了解体内电解质、酸碱平衡紊乱和其他脏器功能情况。怀疑中枢神经系统感染可做脑脊液检查。

（四）进一步检查项目

1. 粪、尿常规及血液检查 疑肠道感染或肠寄生虫可行大便常规或集卵检查。疑尿路感染或周期性呕吐须检查尿常规及酮体。疑肝肾疾患、糖尿病及电解质紊乱者，可相应作肝

功、肾功、血糖、血钾、血钠、血氯、二氧化碳结合力及 pH 值等检查。疑苯丙酮尿症或半乳糖症者可选做尿三氯化铁试验，尿黏液酸试验等有助于诊断。

2. 器械检查 对于消化道梗阻、腹膜炎或先天性消化道畸形者，可行 X 线透视、平片和胃肠钡餐或钡灌肠检查辅助诊断。疑有先天性食管闭锁或食管-气管瘘时，可用 8 号导尿管，在 X 线透视下，由鼻咽腔插入食道，若多次返折或 8~10cm 处受阻，可经导管注入碘油 0.5~1ml 有助于诊断及确定畸形部位。疑有食管贲门松弛症或先天性幽门肥大性狭窄时，可作钡餐检查，以明确诊断。疑及肠梗阻时，应作立位腹部 X 线透视或摄片，高位者可见盆腔内缺乏气体；低位者可见梗阻以上肠段扩张、充气且有液平面，梗阻以下肠段则无气体。疑颅内占位性病变或脑出血者，可作脑超声波、脑血管造影、头颅 CT 扫描或核磁共振等检查。

三、诊断对策

(一) 诊断要点

呕吐病因复杂，须结合起病年龄、病史特点、体格检查、伴随症状及必要的实验室检查结果，全面进行分析。

1. 年龄 不同的年龄有不同的呕吐原因。新生儿期呕吐，除在分娩过程中，咽入羊水、胎粪或血液刺激胃部所致外，常与产伤、感染和发育障碍等因素有关，如颅内出血、新生儿败血症、腹膜炎、消化道与颅脑畸形等。婴儿期以喂养不当，哭闹，用手指挖口腔为最常见，其次为呼吸道及胃肠道感染为多见。幼儿及较长儿童，除鼻出血时大量血液吞入刺激胃部而呕吐外，以扁桃体炎、各种脑膜炎及脑炎、胃肠道感染为多见，其次为各种中毒。

2. 呕吐方式

(1) 溢乳：系哺乳量过多及贲门松弛所致，常表现胃内乳汁，由口角少量外溢。

(2) 一般呕吐：此种呕吐常伴有恶心，呕吐物量多少不定。

(3) 喷射状呕吐：是指大量呕吐物从口鼻喷涌而出，除医生检查咽部按压舌面不当及家长喂药刺激外，常见于吞入大量空气，幽门肥大性狭窄及中枢神经系统疾病。

3. 呕吐物性质 吐物为黏液，乳汁者在新生儿应考虑到食管闭锁或食管-气管瘘。吐物为奶汁、乳凝块、食物而无胆汁者，多见于幽门痉挛及梗阻、贲门失弛缓、十二指肠上端梗阻。呕吐物含有胆汁者见于剧烈呕吐者，胆道蛔虫症及高位小肠梗阻。呕吐物带粪汁则多见于下段或更低位的肠梗阻。吐出物内有较多血液时应考虑到消化道溃疡，食管下端静脉曲张症。吐物为咖啡色血液，显示胃内渗血或有小血管破裂。

4. 呕吐与进食的关系 病前有无进食特殊物或药物史。若进食后立即呕吐，常见于吞入空气，新生儿早期应考虑到食管闭锁或狭窄。进食 3~4 小时后呕吐者，常见幽门肥大性狭窄、急性胃肠炎、下消化道梗阻。呕吐与进食无关者，见于消化道外疾病。

5. 伴随症状 呕吐的同时伴有发热、头痛、神经系统体征阳性则提示颅内感染。呕吐伴有发热、恶心、上腹部不适者需注意病毒性肝炎。呕吐伴有发热、腹痛、腹泻者应想到消化道感染。呕吐伴有血便，可能为痢疾、肠套叠、坏死性肠炎、美克憩室炎、过敏性紫癜等。不明原因的反复呕吐者应考虑到颅内肿瘤、结核性脑膜炎。若呕吐的同时有高热、惊厥、昏迷或休克者需考虑到败血症或严重感染。

结合临床，常见疾病的诊断较为容易。常见的诊断有：

1. 消化系统疾病

(1) 先天性：先天性食管闭锁或狭窄、先天性食管裂孔疝、先天性食道过短、先天性幽门肥大性狭窄、贲门松弛、幽门痉挛、环状胰腺、先天性肠闭锁或狭窄、肠旋转不良、肠重复畸形、胎粪性肠梗阻与由于胎粪黏稠阻塞肠管、先天性巨结肠、原发性腹膜炎、胎粪性腹膜炎、肛门闭锁等。

(2) 后天性：消化性食管炎、食管壁静脉曲张、急性胃扩张、急性胃炎、胃或十二指肠溃疡、胆道蛔虫症、肠套叠、机械性或功能性肠梗阻等。

(3) 感染性：感染性腹泻病、急性胆囊炎、病毒性肝炎、急性胰腺炎、沙门菌属感染、急性肠系膜淋巴结炎、腹膜炎和阑尾炎等。

2. 消化道外疾病

(1) 颅内疾病：各种脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑肿瘤、脑水肿、脑外伤、颅内出血、胆红素脑病等。

(2) 呼吸道疾病：上呼吸道感染、咽炎、扁桃体炎、支气管炎、肺炎等。

(3) 心肾疾病：心肌炎、心包炎、心力衰竭、肾性高血压脑病、肾盂肾炎、肾盂积水、尿路结石、肾功能不全等。

(4) 内分泌及代谢性疾病：肾上腺皮质功能不全、甲状旁腺功能亢进症、代谢性酸中毒、低钠及高钠血症、低钾血症、糖尿病引起酮症酸中毒、苯丙酮尿症、半乳糖血症等。

(5) 其他：喂养不当、各种食物或药物中毒、一氧化碳中毒、美尼尔综合征、再发性呕吐、晕车、晕船等。

(二) 鉴别诊断要点

1. 容易和呕吐混淆的问题

(1) 吐奶：照顾吃奶的婴儿时，很容易将吐奶误以为是呕吐。吐奶是由于婴儿的食道过短或胃的贲门关闭的比较松弛，胃中又有气体存在，所以喂奶以后胃中的气体就会将奶顶出来，出现吐奶。吐奶并不是一种疾病，而是喂奶不正确引起的。出现吐奶时只要细心观察就可发现其与呕吐不同，吐奶只发生在新生儿或出生后几个月的婴儿，吐奶不会影响孩子的食欲、精神状况，婴儿的体重也可以正常增加。而呕吐却不同，出现呕吐时，孩子出现不精神、食欲差、发热、体重不增加甚至减轻的症状。

(2) 溢奶：婴儿吃奶后从口角流出叫“漾奶”或“溢奶”，常见于6个月以内的婴儿，尤其是新生儿。婴儿溢奶无任何不适和恶心，也是一种正常现象。因为婴儿消化道发育不成熟，胃的贲门括约肌力量较弱，而幽门括约肌发育较好，所以常有溢奶现象，不需要治疗。只要喂奶时不要让孩子咽下较多的空气，喂完后在孩子后背轻轻拍一拍，使胃内空气排出再放到床上，就可防止溢乳，而如果婴儿吐奶呈喷射状，吐物有力地溅到床边或地上，则是病态。

2. 小儿时期特有的几种以呕吐为主的疾病

(1) 食管闭锁：临床上分四型，以食管盲端与食管盲端-气管瘘为多见。其特点：①阵发性青紫，口腔不断有唾液流出（吞咽之唾液充盈盲端食管所致）。②第一次喂水或喂奶，患儿吮吸1~2次后即呕吐，并因气管被堵塞，出现呛咳、面色青紫、以致窒息，待咽喉物吸出或吐出后，可暂时好转。③如疑为食管闭锁，前述导尿管试验性插入可明确诊断。④其孕母多有羊水过多史。

(2) 先天性幽门肥大性狭窄：临床特点为：①多于生后2~3周开始出现呕吐，初始仅偶尔吐奶，以后呕吐次数增多，呈现频繁剧烈或喷射性呕吐，呕吐后饥饿欲食。②呕吐物为奶汁、奶块，无胆汁。③食欲虽佳，但营养不良，逐渐出现脱水状，由于大量酸基丧失，可出现碱中毒，甚至发生手足搐搦症或喉痉挛。④上腹部可见球形隆起，及自左向右的胃蠕动波或有逆蠕动，常于喂奶或刺激腹壁时更易出现。⑤右上腹肋下缘，常可触及2cm×1cm大小橄榄样肿块，边缘光滑，质地坚韧。但未触及肿块，亦不能排除本病。必要时可做钡餐透视或B超检查。

(3) 再发性呕吐：又名周期性呕吐，多见于3~10岁。数周或数月发作一次，每次历时约2~7天自愈，呕吐可骤然停止。常有上呼吸道感染、多食、疲劳或精神受刺激等诱因。发作时呕吐剧烈，日约20~50次，摄取任何食物或水均能吐出，吐物为胃内容，常含胆汁或血丝，偶或吐出大量血液。常伴有口渴、头痛或腹痛，甚至发生脱水、酸中毒。神经系统检查、胃肠钡餐检查正常或仅有十二指肠段痉挛现象。酮血症及酮尿症常出现于呕吐发作之前。部分病例可有脑电图异常。只要暂时禁食，及时静脉补液纠正体内代谢紊乱，呕吐即止。

(4) 先天性肛门闭锁：是一种较为多见的先天性畸形。其病理改变简单复杂不一。简单者仅一层肛门膜未破，复杂者可有各种不同的瘻管或伴其他畸形。共有四种类型：第一型为肛门直肠狭窄；第二型仅肛膜未破；第三型为直肠盲袋与肛门正常位置有相当的距离；第四型外表有肛门，但直肠有闭锁，两端有相当距离。其诊断依据：①生后一直不排胎粪，随后腹胀，呕吐频繁。②生后发现无肛门，用指尖抵在相当于肛门处，可发现患婴啼哭时有冲击感。③温-莱(Wayenstein-Rice)三氏X线检查法，患婴取倒置位，做腹部及盆腔部摄片，可发现肠内气体终止于闭锁部，此法既可确定诊断，又用于手术定位及选择治疗方法。④合并有瘻管者，在尿道口或阴道口处有胎粪排出。

(5) 胎粪性便秘：新生儿生后不久，吐淡黄色或墨绿色黏液，1~2天不排胎粪，或最初只排很少绿色或墨绿色胶冻样便。以后腹胀逐渐明显，喂奶或喂水不久即呕吐。用肛管或开塞露通便后，可排出大量黏胶样墨绿色大便，腹胀逐渐减轻，喂水或喂奶不再呕吐。

(6) 肠梗阻：出现反复发作、症状较重的呕吐，并伴有腹胀、便秘、不排气、腹剧痛、不能仰卧等症状者多为肠梗阻。如呕吐物中有胆汁或粪便汁，说明梗阻部位在十二指肠以下。1岁以下的幼儿，突然发生严重呕吐，伴有阵发性哭啼、面色苍白、出汗、便血、精神不振等症状，多由肠套叠引起。

(7) 其他：①羊水刺激，胎儿在宫内或分娩过程中吞入大量羊水，出生后最初2天，未进食即吐。吐物为黏液或棕色血样黏液，其他均正常。大多吐几次后1~2天内停止。用2%碳酸氢钠洗胃有效。常有宫内窒息、难产或过期产史。可发生吸入性肺炎。②喂养不当，婴儿吸奶时间过长或吸吮空乳房或吸奶太快或喂奶量太多，亦有喂奶后不久更换尿布，臀部抬高而致呕吐。

3. 呕吐的鉴别诊断

(1) 中耳炎：小儿由于通向中耳的咽鼓管短而直，加上躺卧时间较多，所以在上呼吸道感染时病毒容易由这个通道进入到中耳，引起中耳炎。当中耳发生炎症时，就会引起呕吐症状。

(2) 美尼尔综合征：它以突发眩晕、耳鸣、听力减退为主要临床表现，同时伴有恶心和呕吐。美尼尔综合征具有突发性和复发性的特点。患者自感周围景物和自身循一定方向旋

转,睁眼和头部活动时加重,休息后减轻。眩晕持续数分钟、数小时甚至数天,并有一侧听力减退、耳闷等症状。

(3) 晕动病:多因乘坐汽车、飞机等交通工具引起,常伴有恶心呕吐、面色苍白、多汗与全身乏力等症状,经对症处理和休息后症状自然消失。

(4) 前庭神经炎:由上呼吸道感染引起的前庭神经炎所致的眩晕发病突然,眩晕伴剧烈的恶心呕吐,眩晕持续时间长,无反复发作特性。此病一般无耳鸣、耳聋症状,但患者有发热、发冷、咽部疼痛等上呼吸道感染表现。

(5) 急性肝炎:呕吐多发生在饭后,伴有食欲不振不想吃油腻过多的食物,同时伴腹胀、排气多、无力、右肋下痛、皮肤和巩膜发黄时,常为急性肝炎引起。

(6) 流行性脑炎:学龄前儿童突然出现喷射性呕吐,并伴有高烧、剧烈头痛、抽掣、颈硬时,多为脑膜炎、脑炎引起。

(7) 结核性脑膜炎:15岁以下儿童若呕吐呈喷射状,长时间不愈,并伴有午后潮热、盗汗、剧烈头痛、神志发呆、抽掣、颈硬等症,状时,应考虑结核性脑膜炎。

(8) 颅内血肿或脑震荡:如呕吐不停,伴有头痛、头昏、视力障碍、头部有摔伤史者,可能为颅内血肿或脑震荡引起。

(9) 脑脓肿:出现呕吐不停,并伴有发热、耳内流脓等症状,可能为脑脓肿引起。

(10) 脑肿瘤:由延髓呕吐中枢迷走神经受到直接压力或刺激引起。以脑部肿瘤常见,儿童尤多见,呕吐呈喷射性,每于头痛加重时频发。

(11) 百日咳:小儿呈长时间阵发性咳嗽后的呕吐。

(12) 加重呕吐的因素:呕吐与咽喉炎没有直接关系或关系不是很大。但咽喉炎会加重呕吐症状。同时咽喉炎引起的咳嗽也会导致呕吐。

(三) 临床类型

呕吐的分类一般分反射性与中枢性两大类。

1. 反射性呕吐

(1) 消化系统:咽部刺激(如人为的刺激)、急性胃肠炎、慢性胃炎、消化性溃疡活动期、急性胃肠穿孔、幽门梗阻、大量出血、胃黏膜脱垂、急性胃扩张、胃扭转、急性肠炎、急性阑尾炎、机械性肠梗阻、急性出血坏死性肠炎、急性肝炎、慢性活动性肝炎、肝硬化晚期、急性慢性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、急性胰腺炎、急性腹膜炎等。

(2) 泌尿生殖系疾病:输尿管结石、急性肾盂肾炎、急性盆腔炎等。

(3) 心血管疾病:充血性心力衰竭。

(4) 眼耳疾病及其他:梅尼埃病、迷路炎等以及青光眼、屈光不正等。

2. 中枢性呕吐

(1) 神经系统:偏头痛、脑膜炎、脑出血、脑栓塞、高血压脑病、脑肿瘤、脑震荡、颅内血肿、癫痫持续状态等。

(2) 感染性疾病:急性病毒、支原体、立克次体、细菌、螺旋体或寄生虫感染。

(3) 内分泌与代谢紊乱:尿毒症、肝性昏迷、低血糖症、糖尿病酮症、代谢性酸碱失衡、甲亢危象、肾上腺皮质功能减退、营养不良、维生素缺乏症。

(4) 神经性呕吐。

(5) 许多药物有恶心呕吐的副作用:阿扑吗啡、雌激素与避孕药、乙酸水杨酸制剂、

链霉素、卡那霉素、新霉素、庆大霉素、氯霉素、红霉素、异烟肼、苯乙双胍、保泰松、苯妥英钠、各种抗癌药物等。

(6) 中毒：酒精、硫酸铜、铅、砷、砒、苯、苯胺、一氧化碳、有机磷等中毒。

(7) 其他：休克、缺氧、急性溶血、中暑、高热等。

(四) 呕吐的并发症

1. 代谢紊乱

(1) 脱水：由于呕吐使机体丢失水和电解质，又不同程度地影响液体摄入量，因而易导致脱水。

(2) 代谢性碱中毒：呕吐除丢失大量胃酸，可引起代谢性碱中毒；另外与低钾情况下 H^+ 向细胞内转移也有关。

(3) 代谢性酸中毒：呕吐除丢失胃酸外，丢失大量的碱性肠液；呕吐时间较长时患儿又处于饥饿状态，可导致代谢性酸中毒。

(4) 低钠低钾血症：主要由于呕吐物中钾钠离子的丢失引起；此外低血容量时，肾素-血管紧张素-醛固酮系统活性增强，抗利尿激素分泌增加，前者促进肾小管钠-钾交换而使肾排钾增加，后者导致血浆稀释而使血钠进一步降低。

2. 食管贲门黏膜撕裂症 剧烈呕吐时可产生食管贲门撕裂症，导致急性上消化道出血。

3. 营养不良 慢性呕吐使摄入的营养素自呕吐物中丢失，从而导致营养不良。

4. 长期呕吐 可引起反流性食管炎及食管溃疡，胃酸经常反流至口腔可引起牙齿侵蚀和龋齿。

四、治疗

(一) 治疗原则

迅速判断病变部位、损害的程度，尤其是是否需要外科处理相当重要，对症治疗决不能因此而延误诊断。

(二) 治疗计划

包括病因治疗和以下的对症处理。

(1) 呕吐严重者须禁食4小时，除胃穿孔外，可用生理盐水或1%~2%碳酸氢钠液洗胃。注意侧卧以防吐出物吸入气管内。

(2) 呕吐停止或减轻后，可给予少量、较稠微温易消化食物，或米汤等流质饮食。

(3) 有脱水或电解质紊乱者，应及时按需要补液和供给电解质。若有周围循环衰竭，应按循环衰竭处理。

(4) 呕吐频繁者须予以止吐、镇静剂、苯巴比妥、氯丙嗪、多潘立酮栓剂等，慎用甲氧氯普胺。

(5) 解痉药物，如颠茄合剂、阿托品、654-2、溴丙胺太林、1%~2%普鲁卡因(1~2ml/(岁·次))根据病情也可选用。但注意应用不当可掩盖症状，不利于明确诊断。

(6) 有颅内高压、脑水肿者，可用甘露醇、高渗葡萄糖液等脱水剂治疗。

(7) 针刺常选用内关、中脘、足三里等穴位。

(三) 治疗方案的选择

1. 一般治疗

(1) 首先应注意呼吸和意识状态，意识障碍者应确保气道通畅，避免呕吐物吸入。呕吐严重者应暂禁食；呕吐较轻者仍可进食，主张稀的和易消化的饮食。

(2) 出血性休克引起低血压的情况要紧急处理。

(3) 脱水和代谢性碱中毒，系持续性呕吐丧失胃液引起脱水和代谢性碱中毒。婴幼儿呕吐必须行侧卧位、防止呕吐物吸入到肺，引起窒息或吸入性肺炎。

2. 对症处理 只有在确定消化道障碍所引起的呕吐，才能用止吐剂。普通腹泻患者禁用止呕剂，频繁出现呕吐的腹泻患者可在短期内使用止吐剂。对消化道梗阻所引起的呕吐，一般不用止呕药。常用的止呕药有以下几种：

(1) 中枢性镇吐药：氯丙嗪。

(2) 胃肠功能调节药：甲氧氯普胺、多潘立酮。

(3) 抗组胺药：苯海拉明。

(4) 其他：舒必利、安定、维生素 B₆ 及谷维素。

(5) 周围性镇吐药：抗胆碱药如阿托品、颠茄等。

(6) 局部麻醉药：2% ~ 4% 利多卡因局部喷药。

3. 并发症的治疗 纠正水电解质平衡等。

4. 病因治疗 针对患者不同的病因而作不同的处理。

(朱 萍)

第二节 胃食管反流

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是最常见的食管疾病，是因食管下端括约肌的机能缺陷，引起胃液或胆汁从胃反流入食管，是婴幼儿顽固性呕吐和生长发育迟缓的重要原因。

一、病因及发病机制

病因与发病机制有①食管下端括约肌抗反流屏障破坏：食管下端环状肌有括约肌功能，因此能防止胃食管反流发生，其抗反流功能受神经及消化道激素的调节，如胃泌素、前列腺素等，当其抗反流因素受到破坏时，反流量增加，因此产生胃食管反流。②食管酸廓清延缓：正常情况下，食管本身具有以下防御功能——食管下端括约肌能阻止反流作用；食管的蠕动向远端清除进入食管的反流液；吞咽含碳酸氢钠的唾液、中和酸度及清洗刺激物。当上述功能受到损伤时，使酸清除延缓。

二、诊断

(一) 病史采集要点

1. 婴儿 婴儿胃食管反流症有四大症状，即吐奶、体重不增、出血和肺部症状，其中以吐奶最常见。正常情况下，食管下端括约肌保持一定的张力，形成一个高压带，将胃和食

管分隔开来,阻止胃内容物反流入食管,而且食管的蠕动波还能将反流物推回胃中。刚出生不久的婴儿食管下端括约肌还未发育完善,张力较低,5~7周后才能建立起有效的抗反流屏障,并随年龄增长逐渐完善。此外,婴儿的食管下端括约肌到咽部的距离相对成人为短,卧位时间较长,哭闹时腹压升高。如果喂养不当,吞气过多,引起胃扩张,就容易发生胃食管反流。患儿出生后不久即出现反复呕吐,随年龄增大而加重,严重者甚至每次喂奶后均呕吐。呕吐多不费力,非喷射性,但也有部分为喷射性呕吐,平卧位和嗝气时更易出现。也有患儿不喂奶时也常呕吐。反复呕吐引起营养不良、体重不增或下降。由于胃食管反流,胃酸等腐蚀食管黏膜,还可造成食管炎,甚至引起食管黏膜血管破损、出血。此外,胃食管反流时,若胃内容物误入气管则可引起肺部反复感染。

(1) 呕吐:新生儿及婴儿患者85%生后第1周即呕吐,逐渐成为食后呕吐,呈喷射状,吐出物为胃内容物,偶有呕血。

(2) 生长发育落后:由于呕吐造成长期热量摄入不足而致营养不良、生长发育缓慢、消瘦。亦可因反流性食管炎引起痉挛与狭窄,少数患儿有贫血症状。

(3) 其他:呕吐物或反流物如吸入肺部可致肺部感染,久之形成肺纤维化,产生原发性肺间质纤维化。个别患儿对酸性反流液高度敏感,可诱发支气管痉挛,引起哮喘发作。反流液刺激咽喉者,反射性喉痉挛,可造成窒息,甚至猝死。

2. 较大儿童 年长儿可诉胸骨后烧灼痛、嗝气、上腹部不适。胃灼热、反流、非心源性胸痛和吞咽困难及一些肺部症状是GERD的常见表现。一旦出现上述症状时应首先想到GERD的可能,但GERD有时可有完全不同的临床表现。患儿有食管症状可伴或不伴食管黏膜损害,有或未证实病理性酸反流的量;另一些患儿有食管黏膜损害但不一定伴有反流症状;还有患儿表现为各种各样食管外表现,可无或很少伴有食管症状,因而给GERD的诊断带来一定的困难。在较大儿童直至成人患者,胃灼热和反流是GERD的主要症状,这2个症状对于GERD有很高的特异性。

(1) 胃灼热:胃灼热伴或不伴有胃内容物反流至口腔是最突出的症状。胃灼热典型者为胸骨后烧灼感,向咽喉或口放射,最常见于餐后,由于平躺、躯体弯曲过度或猛烈的抬举而发生,常因急剧进餐、吃柑橘、辛辣食品、高脂肪餐和饮酒而诱发。胃灼热的严重性与食管炎的严重度无关。在Barrett's食管或有食管外表现的GERD患者,胃灼热可能很轻或缺如。

(2) 反流:反流是指胃内容物反流入食管,且常反流入口,应与呕吐相区别。反流常伴有胃灼热,反流物为典型的酸性物,更为重要的是反流可引起食管外表现。

(3) 吞咽困难:是GERD的常见症状,若患者尚能吞咽肉食(肉片、牛排)、带皮的蔬菜和硬面食品等,吞咽困难的存在将被怀疑。吞咽困难可为机械性梗阻或非机械性梗阻引起。机械性梗阻可能继发于与反流有关的狭窄、癌(如Barrett's食管引起腺癌或鳞状上皮癌)或食管环;非机械性梗阻吞咽困难可继发于蠕动功能障碍含有低幅度收缩和传递不良,或继发于反流引起敏感性蠕动收缩和食管痉挛,糜烂性食管炎的存在和严重性也是重要的决定因素,糜烂性或溃疡性食管炎患者进硬食常有吞咽困难,给充分治疗后GERD可消失。

(4) 非器质性上消化道症状表现:如消化不良、腹胀、嗝气或不消化,当缺乏胃灼热或酸反流主要症状时,上述症状对GERD无特异性,有些患者仅诉胃灼热。

(5) 食管外表现:①哮喘最为常见,抗反流治疗可改善哮喘症状。虽1/3哮喘患者有

食管功能障碍而无食管症状,但询问有关反流和胃灼热史在哮喘患者是重要的。哮喘时存在 GERD 的线索包括缺乏过敏源、哮喘开始在少年、哮喘前存在反流症状、夜间咳嗽、肥胖、哮喘发作前有胃灼热或激烈进食后胃灼热、对常用的哮喘治疗有对抗。②心绞痛样胸痛:又称为非心源性胸痛,是 GERD 的另一个突出表现。为位于胸骨下方烧灼样或压榨样痛,以下几点应考虑源于食管引起的胸痛:A.伴有食管症状,如胃灼热、吞咽困难或反流;B.疾病发生在餐后或仰卧位置;C.用抗酸剂疼痛减轻;D.疼痛持续几小时或几天而无心肺恶化。但值得注意的是不少冠心病和心源性胸痛患者常并存有食管症状,因此建议诊断食管源性胸痛时应首先排除心源性胸痛。③耳鼻喉疾病:有喉症状而缺乏典型食管症状或症状轻微的患者,内镜检查有低的食管炎检出率,少量的酸即可引起喉病理改变。牙糜烂是 GERD 最流行的口表现,牙糜烂和齿质丢失可引起颞下肌筋膜疼痛综合征,也可有口臭、口烧灼、舌过敏等表现。

3. 并发症 胃食管反流病的并发症包括食管炎、消化性食管狭窄、食管溃疡及 Barrett 化生。食管炎常可引起吞咽痛及大量出血;消化性食管狭窄可出现对固体食物的进行性吞咽困难;食管消化性溃疡可发生与胃或十二指肠溃疡同样的疼痛,但其部位常局限于剑突区或高位胸骨后区,这些溃疡愈合慢,易复发,在愈合后常遗留狭窄。

(二) 体格检查要点

胃食管反流时由于酸性胃液反流,食管长期处于酸性环境中,可发生食管炎、食管溃疡、食管狭窄、反流物吸入气管可引起反复发作的支气管肺炎、肺不张,也可引起窒息、猝死综合征等。患儿常呕吐可出现体重不增、食管炎、食管糜烂或溃疡,表现为不安、激惹、拒食,重者呕血或便血,导致缺铁性贫血。反流物吸入后可有吸入症状,肺部并发症,呛咳、窒息、呼吸暂停、吸入肺炎,并伴精神运动发育迟缓。体格检查可见相应的体征。

(三) 门诊资料分析

1. 食管测压 食管测压仅用于对可疑 GERD 的开始评价,不用于 GERD 的肯定诊断,反流食管炎往往伴有 LES 压力降低(正常 15~30mmHg),LES 松弛时间也较正常明显延长(正常 2~7 秒),胃食管屏降压(正常 11~19mmHg)明显降低,因此 LES 低压可作为 GERD 严重度的评价指标。

2. 放射线检查 患者垂头仰卧位所做的 X 线钡餐检查可显示钡剂从胃反流至食管,也可采取腹部加压法。但 X 线照相的方法通常不能敏感地诊断胃食管反流病。吞钡后所做的 X 线检查很容易显示食管溃疡和消化性狭窄,但对因食管炎所致的出血患者则诊断价值不大。上消化道吞钡检查可提供食管蠕动情况,并可发现憩室、裂孔疝和肿瘤等病变;气钡双重对比检查,食管炎时可见黏膜粗糙、溃疡等病变。为了评价 GERD 及其并发症,临床用食管钡造影和同位素检查,钡检查对于评价有吞咽困难的 GERD 以及准确地诊断裂孔疝、食管狭窄、食管环等极有价值。放射线检查证实黏膜呈网状改变可提出存在 Barrett's 食管。但与 pH 监测相比,钡检查对 GERD 诊断的敏感性低,居于这个原因吞钡检查用于评价 GERD 患者受到限制。

(四) 进一步检查项目

1. 食管镜检查 可对伴或不伴有出血的食管炎做出准确的诊断。食管镜结合细胞刷洗和直视下活检对鉴别食管的良性消化性狭窄和癌肿是必需的。疑有 GERD 患者一般进行内

镜评价，检查指征包括：

(1) 患者症状不明朗或有警报症状如出血、体重下降、吞咽困难征象，目的为排除其他疾病或并发症。

(2) 有长期症状的患者，目的为排除 Barrett's 食管筛选。

(3) 用于食管炎的诊断和其严重度的评估。

(4) 治疗目的：直接内镜治疗和预防慢性化。如果发现糜烂性食管炎或 Barrett's 食管，大部分 GERD 可通过内镜得到诊断，虽然糜烂性食管炎也可由感染或药物引起损伤所致。

内镜检查对于 GERD 的诊断缺乏可靠的敏感性，胃灼热患者内镜检查时仅 30% ~ 40% 证实有黏膜破坏，包括黏膜红斑、组织脆和柱状鳞状上皮联合损害等。内镜检查提示严重食管炎的存在可指导治疗，且有助于预报对治疗的反应、复发率和慢性化。内镜检查阴性患者食管黏膜活检病理改变有助于 GERD 的诊断。反流症状持续久的患者可通过内镜筛选 Barrett's 食管，如果看不到 Barrett's 食管化生，将来患者不再需要用内镜筛选；而内镜发现有 Barrett's 食管者建议患者首选质子泵抑制剂治疗直至症状消失、食管糜烂或溃疡改变轻微。

2. 食管测压法 是在下食管括约肌处测定压力，并显示其强度，可区分正常与闭锁功能不全的括约肌。

3. 24 小时食管 pH 监测 24 小时食管 pH 监测是当前一个广为应用的研究和临床工具，对食管暴露酸量的判定、对 GERD 的认识有很大提高，可提供胃食管反流病的直接证据，了解反流的病因和异常程度，有助于肯定 GERD 诊断。24 小时 pH 监测能很好地区别正常对照组和食管炎患者，pH 监测也有助于提高诊断有食管外表现存在的 GERD 患者。pH 监测受到各种限制，所有证实食管炎患者，25% 患者 24 小时 pH 监测在正常范围内，正常对照组与有反流症状的患者也有很大的重叠。一般以 $\text{pH} < 4$ （正常食管 pH 为 5.0 ~ 7.0）至少持续 5 ~ 10 秒作为胃食管反流发生指标。现在国内多采用便携式食管 24 小时连续 pH 监测，监测期间一般规定 $\text{pH} < 4$ 持续 5 秒或 10 秒以上判定为有胃食管反流，一般采用 6 个参数：①总 $\text{pH} < 4$ 的时间百分率（%）（正常人为 1.2% ~ 5%）；②直立位 $\text{pH} < 4$ 的时间百分率（%）；③卧位 $\text{pH} < 4$ 的时间百分率（%）；④反流次数；⑤ $\text{pH} < 4$ 长于 5 分钟的次数；⑥最长反流持续时间。有认为正常人 $\text{pH} < 4$ 长于 5 分钟的次数大于 3 次，而反流发作长时间大于 9 分钟即为病理性反流。24 小时 pH 监测表明，每天站立位有反流者食管炎较轻，夜间卧位有反流者食管炎较重，而白天、夜间均有反流者食管炎最重。反流和症状之间的相互关系对于决定症状由反流引起是有帮助的。相互关系是通过统计学处理得出的。此相互关系可能决定于总酸暴露时间，严格的反流和症状间隔时间是不明了，多数作者认为出现间隔时间为 2 ~ 5 分钟。反流和症状之间相互关系特别用于评价患者有不能解释的胸痛。

4. 双探针 pH 监测法 将一个探针（Probe）置于食管下端括约肌上 5cm 处，另一个探针置于近端食管或咽下部，此种方法有助于评价 GERD 患者的食管外表现。有各种各样耳鼻喉症状的患者食管近端 pH 监测常有异常，如喉痛、声嘶表现反流性喉炎或酸后喉炎患者，双探针 pH 监测也用于检查大多数有发作性喉痉挛的反流异常者，有些患者有反流性咽炎而远端食管总酸暴露时间正常，在评价哮喘或慢性咳嗽患者近端食管 pH 监测的重要性很少建立，研究仍有矛盾的结果。

5. Bernstein 试验 与症状性胃食管反流的存在密切相关，灌酸可使症状迅速出现，但可

被灌注盐水所缓解。

6. 食管活检 显示鳞状黏膜层变薄, 基底细胞增生, 这些组织学变化可见于内镜下肉眼见不到食管炎的患者。

内镜或 X 线检查的结果如何, 活检或 Bernstein 试验的阳性结果与反流所致的食管炎症状具有密切关系。内镜下活检还是能连续观察 Barrett 化生柱状黏膜改变的唯一方法。

7. 试验治疗 试验治疗在 GERD 评价上是有吸引力的。OrnePrazole 试验开始用于 1992 年。英国胃肠学会资料 (1999) 显示其敏感性 81%, 特异性 85%。尤其是对 pH 监测 (-) 或内镜 (-) 的患者若用试验治疗症状改善时也可考虑 GERD 的诊断。应当指出, 单纯试验治疗也可能造成误诊, 如消化性溃疡、卓-艾综合征用强酸抑制剂治疗症状也明显减轻。目前临床上普遍认为用质子泵抑制剂 (PPI) 试验诊断反流病准确性高, 实用于临床。最近美国胃肠学会推荐凡有典型 GERD 症状的患者, 在行内镜检查之前, 应接受 PPI 治疗。另一些专家推荐在大多数病例中, 将 PPI 试验放在 24 小时食管内 pH 监测之前进行, 或者用其作为替代试验。

(五) 临床类型

胃食管反流病可有典型表现 (如上述) 和食管外表现, 其食管外表现尤应重视胃食管反流病常可伴有呼吸系统症状与疾病 (如哮喘、咳嗽和纤维化), 耳鼻喉科症状和体征, 其他食管外症状和体征 (如非心源性胸痛、牙腐蚀、鼻窦炎和睡眠呼吸暂停) 等。

1. 呼吸系统表现 GERD 的食管外表现, 以呼吸系统为最多见。由于反流的轻重、持续时间长短、反流物的刺激性以及个人致反流因素等具体情况不同, 可有不同的表现。

(1) 夜间阵咳及支气管炎: 为反流物进入气道直接刺激所致。轻者, 患者常于夜间或熟睡中突然出现阵咳或呛咳, 需立即坐起。若长期反流、持续刺激, 则可引起支气管炎, 咳嗽增重, 但以夜间为主。如引致气管炎的其他病因因素不明显, 或抗菌治疗效果不好, 要想到有 GERD 的可能。

(2) 反复发作性肺炎及肺间质纤维化: 反流较重、反复吸入, 可导致反复发作的肺炎。患者可有反复发作的咳嗽、咳痰、气喘, 尤以夜间为著, 有的伴有夜间阵发性呛咳。有的患者可有胸闷、胸痛、发热等症状。胸部 X 线检查, 可提示炎症征象。虽经正规抗生素治疗, 症状及 X 线表现常无明显改善, 或易于复发。极少数患者可并发肺脓肿或肺不张。长期、反复吸入刺激, 个别患者可进一步发展为肺间质纤维化。

(3) 支气管哮喘: 有学者证实, 高酸反流物进入气道, 可引起支气管痉挛。食管滴酸试验阳性者, 也能引起支气管痉挛, 食管酸刺激传入神经感觉机制触发呼吸道反应, 因此在食管少量酸即可引起支气管痉挛。咽喉部存在着对酸超敏感的丰富的化学感受器, 受反流酸刺激, 亦能引起支气管痉挛, 出现哮喘。GERD 所致的哮喘, 多于夜间发作, 无季节性, 常伴反流症状, 亦可伴咳嗽、呛咳、声嘶, 咽喉酸辣等症状。但约 1/3 的患者可无反流症状或不明显。解痉剂的应用常难奏效, 甚至加重。此夜间哮喘须与心源性哮喘相鉴别。反过来, 支气管哮喘也易诱发 GERD, 这是因为: ①支气管痉挛时, 肺充气过度, 使膈肌下降, 致 LES 功能减低, 抗反流作用减弱; ②哮喘发作时, 胸内负压增大, 腹内压增高, 胸膜压差增长, 更利于胃食管反流; ③支气管扩张剂的应用, 可降低 LES 张力。如原有 GERD 者, 支气管哮喘可使其加重。④夜间睡眠呼吸暂停: 反流性食管炎可能是夜间睡眠呼吸暂停的原因之一。反流物吸入的主要机制是膈和腹部呼吸肌的突发收缩, 胃压突然增高, 使胃内容物通

过食管进入气管引起。呼吸暂停发生在睡眠时，少数发生在白天饭后1小时。

2. 非心源性胸痛 反流性食管炎或 GERD 是非心源性胸痛的主要原因。非心源性胸痛 80% 的患者是由胃食管反流引起。患者除了胸骨后、剑下疼痛的典型症状外，还可向胸骨两例、上胸、后背放射，甚至有的放射至颈部、耳部，个别还有表现为牙痛。易与心绞痛、胸膜炎、肺炎、肋软骨炎等相混。GERD 所致胸痛也可间歇发作，有的呈剧烈刺痛，酷似心绞痛。

3. 慢性咽喉炎 为反流物刺激咽喉所致的化学性炎症。患者常有咽喉部不适，疼痛、咳嗽、喉部异物感或堵塞感，亦可有声音嘶哑。咽部检查可见充血、肿胀、淋巴滤泡增生，偶尔可见溃疡形成。喉部检查可见喉部、声带水肿，偶见溃疡或声带结节形成，病变常限于声带后 1/3 和舌状软骨间区域。咽喉炎是夜间食管反流的结果。咽喉与胃液接触引起水肿和炎症。

4. 口腔表现 反流物刺激，可有唇舌烧灼感，个别患者出现口腔溃疡。有的患者可有口酸、口苦、口臭及味觉损害等。有的患者唾液分泌增多，可能是酸刺激食管，反射引起的酸清除的保护性反应。与此相关，干燥综合征时，由于唾液分泌减少，对食管酸的中和清除能力减低，易诱发或加重反流物对黏膜的损害。

5. 婴儿食管外表现 婴儿食管短，LES 尚未发育好，张力低下，且以流食为主，又多采取卧位，因而较易出现胃食管反流，也更易累及食管邻近器官，食管外表现更为突出。由于小儿不能主诉，如警惕性不高，易被忽略或误诊。常见表现为呼吸道症状，如夜间阵咳、哮喘、肺炎等。由于反流的痛苦，食管炎及食管外并发症的折磨，患儿亦可表现为哭闹、睡眠不好、拒食等。久之，可出现缺铁性贫血、营养不良及发育障碍。偶尔，患儿可出现间歇性斜颈或姿势怪异（Sandifer 综合征）。

（六）鉴别诊断要点

1. 婴儿溢奶 婴儿在吃完奶后，变动体位或刚躺下，就会马上吐奶，这种情况为溢奶，是一种生理现象。是因为婴儿的胃成水平状，一变动体位，使胃无法保持水平位置，就会发生溢奶现象。待婴儿长到6个月以后，会自然好转。

2. 幽门痉挛 婴儿不论躺着或抱着，每次吃奶以后10分钟左右就会呕吐，这种现象大多由于幽门痉挛引起。幽门痉挛使乳汁不能顺利地流入十二指肠，就会出现呕吐。

3. 先天性幽门肥厚性狭窄 婴儿每次吃完奶，马上就呕吐，而且不论是改变体位，改变饮食，还是使用药物都不能使其症状得到缓解。体格检查在婴儿胃上中部偏右处，摸到像红枣大小的硬块，则可能是先天性幽门肥厚性狭窄，必须手术治疗。

4. 其他 GERD 所致非心源性胸痛易与心绞痛、胸膜炎、肺炎、肋软骨炎等相混。食管源性心绞痛样胸痛，多与体位有关，仰卧、弯腰易发生，坐起站立可缓解；冷饮或刺激性饮料食物亦可诱发等可资鉴别。

三、治疗

（一）治疗原则

首选非手术疗法包括饮食控制、体位疗法和药物治疗，新生儿、婴儿胃食管反流经内科治疗绝大部分数月后可明显改善。若经上述治疗6个月后仍有吐奶或其他症状，可考虑手术

治疗。

（二）治疗计划

应根据婴儿胃食管反流的不同程度采取相应措施，无并发症者的治疗包括：

1. 饮食控制 饮食宜少量多次，选择质地柔软而营养丰富的食物，避免吃过热或过冷的食物。由于胃食管反流与胃的充盈度关系较大，因此，食品应稠厚，以减少容量。

2. 体位疗法 对轻、中度的胃食管反流婴儿，喂奶时应将婴儿抱在半直立位，喂奶后维持半卧位 1 小时左右，睡眠时床头抬高 20 ~ 30 厘米，保持头高脚低位。通常在 2 周内就可使呕吐减轻。重度患儿应 24 小时持续维持体位治疗，可让患儿睡在倾斜 30° 的床板上（头高脚低），取俯卧位（趴着睡），以背带固定，或抬高床头 20 ~ 30 厘米。

3. 药物治疗 目前用于胃食管反流的药物主要有两大类，一是抗酸剂，不仅能中和胃酸，还可促进幽门窦胃泌素的产生，升高血清胃泌素的浓度，从而增加食管下端括约肌的压力；另一种是 H₂ 受体拮抗剂如西咪替丁，其机理是抑制胃酸分泌，减少胃酸反流至食管，从而减轻症状。具体用药包括：

（1）餐后 1 小时和临睡时予以制酸剂：可中和胃酸，并可能增加食管下段括约肌张力。

（2）应用 H₂ 阻滞剂以降低胃液酸度（有时合并应用其他药物）。

（3）应用胆碱能激动剂如氯贝胆碱、甲氧氯普胺餐前 30 分钟和临睡前口服。

（4）西沙比利。

（5）质子泵抑制剂：如奥美拉唑或兰索拉唑，是促进消化性食管炎快速愈合的最有效药物。研究证实有严重食管炎患者用质子泵抑制剂治疗可预防黏膜并发症尤其是狭窄的发生。奥美拉唑已被获准长期应用于腐蚀性食管炎再复发的预防。

4. 其他

（1）避免应用引起胃酸分泌的强刺激剂：如咖啡、酒精。

（2）避免应用降低下食管括约肌张力的药物：如抗胆碱能药物、食物（脂肪、巧克力）和吸烟（被动）。

5. 并发症的治疗 除大量出血外，由食管炎引起的出血无需紧急手术，但可复发。食管狭窄应采用积极的内科治疗，并反复扩张（如在内镜下采用气囊或探条）以达到和维持食管的畅通，若扩张恰当，不会严重影响患者的进食。奥美拉唑、兰索拉唑或抗反流手术（如 Belsey、Hill、Nissen 等）常用于有严重食管炎、出血、狭窄、溃疡或难治性症状的患者，而不管是否有裂孔疝的存在。该类手术也可应用电视辅助下的腹腔镜进行。内科或外科治疗对 Barrett 化生的效果并不一致，目前推荐内镜检查（每 1 ~ 2 年一次）以监视这种化生恶变的可能。

（三）治疗方案的选择

1. 内科治疗

（1）体位：使患儿处于 45° ~ 60° 半坐位，有的主张至少应保持在 60°，多数患儿呕吐即可消失。对较大儿童，轻者进食后 1 小时保持直立位；严重者可用 30° 倾斜的床上俯卧位，或 50° 角仰卧。

（2）喂养：饮食以少量多餐为主，喂稠厚乳汁防止呕吐。治疗期禁食酸果汁，食物用米糊调稠喂饲。