

胃幽门螺杆菌阳性者功能性胃十二指肠病的治疗

张小河(广东省揭阳市揭西县人民医院 515400)

【摘要】 目的 探讨胃幽门螺杆菌(Hp)阳性的功能性胃十二指肠病的诊断、与慢性胃炎的鉴别诊断、抗 Hp 治疗是否合适、对症治疗的重要性及随访注意事项。**方法** 总结 2007 年 2 月至 2013 年 2 月揭西县人民医院门诊 Hp 阳性符合功能性胃十二指肠病的患者 30 例,研究其诊断标准、抗 Hp 治疗及对症治疗结果、与慢性胃炎的鉴别诊断,并讨论随访中的注意事项。**结果** 经第 1 阶段治疗后仅 3 例表现为症状好转,占 10.0%,25 例症状无变化,占 83.3%,2 例症状有所加重,占 6.7%。所有病例在第 1 阶段治疗结束后 4 周行 C¹⁴ 呼气试验,结果 25 例阴转,占 83.3%,5 例仍阳性,占 16.7%。**结论** 无论 Hp 阳性与否,功能性胃十二指肠病与慢性胃炎均为两种不同的疾病或综合征,其诊断条件不同,治疗目标及方法不同,预后也不同。

【关键词】 胃幽门螺杆菌; 功能性胃十二指肠病; 治疗体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.13.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)13-1830-02

幽门螺杆菌(Hp)是迄今所发现的感染率最高的细菌之一,也是近几年医学研究的焦点之一;功能性胃十二指肠病按罗马Ⅲ诊断标准分为功能性消化不良、嗝气症、恶心和呕吐症、成人反刍综合征。近年来 Hp 感染与功能性胃十二指肠病的相关性研究发展迅速。目前慢性胃炎和消化性溃疡的相互关系及二者的致病机制已基本明确,且越来越多的报道显示 Hp 与胃癌之间具有直接相关性。据有关资料统计显示,我国广东、香港、天津等地调查显示功能性消化不良(FD)的患病率为 18.4%~23.29%^[1-2],而其中有相当部分 Hp 测试为阳性,Hp 已被世界卫生组织列为 I 类致癌因子^[3]。本文通过回顾性分析 2007 年 2 月至 2013 年 2 月于本院门诊诊治的 30 例 Hp 阳性的功能性胃十二指肠病患者,旨在探讨 Hp 感染与功能性十二指肠病之间的关系,并在此基础上进一步探讨浅表性胃炎及功能性胃十二指肠病在临床诊断过程中的特点,以期为此类疾病的诊断与治疗提供借鉴与参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料与方法 选取 2007 年 2 月至 2013 年 2 月本院门诊 Hp 阳性的功能性胃十二指肠病患者 30 例作为研究对象,其中男 10 例,女 20 例,年龄 20~56 岁,平均(31.2±5.6)岁。入选标准:(1)C¹⁴ 呼气试验阳性;(2)符合功能性胃十二指肠病罗马Ⅲ诊断标准^[2];(3)胃镜检查显示正常或慢性浅表性胃炎(I~II);(4)排除其他器质性疾病,包括非甾体类消炎镇痛药物相关性胃炎。

1.2 临床特征

1.2.1 症状 按罗马Ⅲ诊断标准,本组病例均符合 FD 与嗝气症的表现,无成人反刍综合征患者。病程均超过 6 个月。主要表现:(1)所有病例均有不同程度的上腹不适,占 100.0%;(2)与进餐不一定有关的上腹饱胀感 24 例,占 80.0%;(3)烧心和酸心感觉,12 例,占 40.0%;(4)各种类型的上腹痛(绞痛、隐痛、胀痛、烧灼痛)等,且不一定与饥饿或餐后有关 10 例,占 33.3%;(5)嗝酸 3 例,占 10.0%;(6)嗝气 15 例,占 50.0%;(7)反复恶心、厌食 5 例,占 16.7%;(8)晨起或餐后呕吐或干呕 5 例,占 16.7%。

1.2.2 体征 腹部无特殊体征,3 例(10.0%)患者上腹轻度压痛。

1.2.3 胃镜及活检 所有病例均于就医前在本院或外院行 2 次或以上胃镜检查,结果显示,25 例慢性浅表性胃炎(轻),5 例为正常。本院胃镜检查结果符合 2004 年《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》中的 I~II 级^[3],外院胃镜检

查结果也均符合慢性浅表性胃炎基本特征。其中 21 例患者行胃镜下活检术,结果均有胃黏膜间质不同程度的淋巴细胞和浆细胞浸润,但无腺体萎缩或其他变化。经治疗约 2~6 个月后所有患者均再次行胃镜检查,结果提示正常者 8 例,仍为慢性浅表性胃炎 I~II 级者 22 例。

1.2.4 焦虑、抑郁评估 所有患者于治疗前均用汉密尔顿焦虑量表和抑郁量表进行焦虑和抑郁状态评分,结果如下:焦虑评分 11~14 分者 7 例,占 23.3%,>14~21 分者 20 例,占 66.7%,>21~28 分者 2 例,占 6.7%,28 分以上者 1 例,占 3.3%;抑郁评分 10~16 分者 8 例,占 26.7%,>16~20 分者 15 例,占 50.0%,>20~23 分者 6 例,占 20.0%,23 分以上者 1 例,占 3.3%。

1.3 治疗方法 所有患者均进行 2 个阶段治疗。第 1 阶段为抗 Hp,采取以下治疗方案:兰索拉唑 30 mg,1 次/天,胶态次枸橼酸铋 0.22 g 2 次/天,阿莫西林 1.0 g 2 次/天,甲硝唑 0.2 g 2 次/天,疗程 2 周。记录并评估病情转归。所有病例均密切随访,均于 2~3 个月后重新评估病情,并依据病情转入第 2 阶段治疗。均采用如下治疗方案:伊托必利 50 mg,3 次/天,曲美布汀 0.1 g 3 次/天,黛力新(氟哌噻吨美利曲辛)1 片,2 次/天,阿普唑仑 0.8 mg,必要时临睡前服用。

2 结果

经第 1 阶段治疗后仅 3 例表现为症状好转,占 10.0%,25 例症状无变化,占 83.3%,2 例症状有所加重,占 6.7%。所有病例在第 1 阶段治疗结束后 4 周行 C¹⁴ 呼气试验,结果 25 例阴转,占 83.3%,5 例仍阳性,占 16.7%。所有病例密切随访 2~3 个月,并重新行 C¹⁴ 呼气试验,结果显示其中 8 例患者为阳性,占 26.7%。几乎所有患者的症状均再次出现,且有很多患者自行服用质子泵抑制剂、解痉剂等以缓解症状。至此即开始第 2 阶段治疗,并仔细观察病情,按汉密尔顿焦虑和抑郁量表记录其焦虑和(或抑郁)评分,降至正常者为好转;前述所有症状全部消失为明显好转;部分消失至患者可以耐受者为好转。其转归如下:治疗 3 周时症状明显好转 22 例,占 73.3%,6 例好转,占 20.0%,2 例无好转,占 6.7%;治疗 6 周时全部好转或明显好转。

3 讨论

任何感染均是细菌、环境与宿主等因素共同作用的结果,大量临床调查资料已经充分证明 Hp 阳性与慢性胃炎、消化性溃疡及胃癌有较大关系。在此类疾病的诊断和治疗过程中,如何判断患者究竟是慢性浅表性胃炎还是功能性胃肠病,其标准

目前尚存在争议。就本文中所选取的 30 例患者而言,其胃镜表现符合 2004 年《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》中的浅表性胃炎的Ⅰ~Ⅱ级,少部分为肉眼观察正常,但作者认为此 30 例患者被诊断为功能性胃十二指肠病更为合适,其理由如下:(1)根据罗马Ⅲ诊断标准,功能性胃十二指肠病的诊断条件应包括具有上腹不适、嗝气、恶心和呕吐等症状;无可以解释上述症状的结构性疾病的证据(包括胃镜检查,国内多数学者在功能性胃肠病的研究中均把胃镜下慢性浅表性胃炎或正常的胃镜表现作为诊断条件之一^[4-5]),本文所选病例均符合此标准。(2)功能性胃肠病与所谓的器质性胃肠病的区分在本质上应该是病理组织学上的区分,决定其预后与治疗方案也是病理学的不同。因此,从病理学角度而言,功能性胃十二指肠病表现为不同程度的慢性炎症是可以理解的,而这种单纯以少量淋巴-浆细胞浸润为主的慢性炎症并无重大临床意义,真正意义的炎症必须具备变性、渗出、增生等基本病理变化。在胃黏膜上的验证应突出表现在 2 个方面:一是间质炎症细胞的浸润必须有“活动性炎症”特征,或腺上皮内出现急、慢性炎症细胞的浸润;二是存在腺上皮病变,表现为腺体破坏、萎缩,这两种基本改变在浅表性胃炎、萎缩性胃炎均是如此^[6]。因此,是否有“结构上的疾病”应该理解为是否具有病理组织学上的炎症改变。本文所选病例中做活检的均为轻度炎症细胞浸润的慢性炎症,无腺上皮病变。其余未做活检的病例从胃镜大体观察、病程和治疗转归上也可以看出“炎症”是轻微的。(3)功能性与器质性胃十二指肠病病因上明显不同,目前胃器质性病变的公认病因有胃 Hp 感染、自身免疫性、胆汁反流性、酗酒、服用非甾体类消炎镇痛药物等;而功能性胃十二指肠病仅仅是一临床综合征,由一群较为固定不变的症状群组成一组症状,并有相应的病程规定,一般为 3~6 个月,发病往往与胃酸、消化道动力异常、内脏高敏感性、焦虑抑郁情绪等均有关联,很难说出其中一个为主要或惟一的致病因素。在既往文献报道中,有学者认为,FD 仅发生在一组特殊的易感群体,这个群体具有不同程度的心理调节障碍^[7-8],在病理生理学方面具有中枢神经系统的高敏感性、脑-肠轴调控功能的异常和某些神经介质及神经肽类物质分泌的异常。本文所选病例几乎全部都有明确的焦虑和(或)抑郁障碍,其精神心理因素在发病当中所起的作用是显而易见的。

是否所有胃炎或者胃十二指肠病均适合采用抗 Hp 治疗是一个一直存在争议的问题。本文所选病例为临床证据较为确定的功能性胃十二指肠病, Hp 均为阳性。通过本文研究结果发现,经正规抗 Hp 治疗后, Hp 大多转阴并得到根除,但几乎所有患者症状好转均不明显,甚至有个别患者自觉症状加重,这一现象使作者认识到抗 Hp 治疗并不适合于所有 Hp 阳性患者。对于功能性胃十二指肠病,尤其是 FD,不应将此种治疗方法列为首选,更重要的是对症治疗,尤其重要的是需要充分评估患者的精神心理因素,是否存在焦虑和(或)抑郁情绪,给予抗焦虑治疗是必要且有效的。个体化治疗是现代医学的核心观念之一,而个体化治疗的方向则是具体的每一住患者的病因治疗。在临床实践中常将非溃疡性消化不良作为广义的 FD,这虽在临床上有可行之处,但却混淆了医学概念,可能使许多医生对真正的 FD 进行了多余的抗 Hp 治疗^[9-10]。如前所述,慢性胃炎不管是萎缩性还是非萎缩性,其病理改变必须是炎症细胞的浸润与腺上皮的改变同时具备;而功能性胃十二指肠病包括 FD,即便胃镜大体观察有浅表性胃炎改变,但如无

腺上皮改变则不应认为是所谓的“慢性胃炎”,那么治疗上就应该以对症处理为主,尤其是针对其焦虑情绪和改善胃肠道动力学异常与内脏高敏感性^[11]。

总之,功能性胃十二指肠病尤其是 FD 症状多样,病因和症状发生机制复杂,因此,采取合适的诊断方式,明确不同患者的个体状况,以及采用合适的治疗干预模式,是确保患者得到良好预后的前提。同时,需要注意的是,尽管 FD 与慢性胃炎在病因、发病机制上是不同疾病,但临床工作中此两类疾病还是有很大部分重叠。因此,对于症状反复、复发率高的功能性胃十二指肠病患者,胃镜及镜下活检应该是随访的重要内容之一^[12]。

参考文献

[1] 吴柏瑶,张法灿,梁列新. 功能性消化不良的流行病学[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(1):85-90.

[2] 中华医学会内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志,2004,21(2):77.

[3] Gaddy JA, Radin JN, Loh JT, et al. High dietary salt intake exacerbates Helicobacter pylori-induced gastric carcinogenesis[J]. Infect Immun, 2013, 81(6):2258-2267.

[4] 刘新光. 功能性消化不良与慢性胃炎[J]. 临床消化病杂志,2008,20(2):79-81.

[5] 朱薇,张亚历. 从病理学角度谈慢性胃炎与功能性消化不良的诊断与治疗[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(2):154-157.

[6] Talley NJ, Janssens J, Lauritsen K, et al. Eradication of helicobacter pylori in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 months' follow up[J]. BMJ, 1999, 318(7187):833-837.

[7] 伊托必利治疗功能性消化不良协作组. 伊托必利治疗功能性消化不良的多中心临床研究[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(3):189-190.

[8] 田露露,曹芝君,陈胜良. 氟哌噻吨美利曲辛联合其他药物治疗肠易激综合征疗效的 Meta 分析[J]. 中华消化杂志,2012,32(7):469-472.

[9] 陈胜良,萧树东. 厘清功能性消化不良和慢性胃炎的概念纠葛,提高临床处置水平[J]. 胃肠病学,2012,17(2):67-70.

[10] Malfertheiner P, Megraud F, O'morain C, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection; the Maastricht III Consensus Report[J]. Gut, 2007, 56(6):772-781.

[11] Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality[J]. Digestion, 2011, 84(2):102-113.

[12] Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders [J]. Gut, 1999, 45 (Suppl 2): 1137-1142.