

• 讲 座 •

老年慢性胃炎的循证指南与治疗策略

宫桂花

老年人慢性胃炎是多种病因引起的胃黏膜慢性炎症性病变,发病率随年龄增加而升高,中年以上内镜诊断为慢性胃炎者占55%~75%,60岁以上者的萎缩性胃炎发病率为72.4%~92.5%。在内科慢性病中,老年人慢性萎缩性胃炎患者占有绝大多数,因此需予关注。中华医学会消化病学分会于2000年制订了全国慢性胃炎研讨会共识意见^[1]之后,又于2006年9月通过了“中国慢性胃炎共识意见”(下简称“共识”)^[2]。共识从病理组织学、内镜、病因学、诊断、治疗等多角度进行了更科学、全面的阐述。本文以共识意见为依据,重点解读老年慢性胃炎的规范化、个体化治疗,目的是提高老年人健康水平及生存质量。

1 慢性胃炎的诊断

慢性胃炎分三种类型:非萎缩性胃炎(浅表性胃炎);萎缩性胃炎(自身免疫性、多灶萎缩性胃炎);特殊型胃炎(化学性、放射性、淋巴细胞性胃炎)。诊断需依据胃镜及活检病理检查确定。病理诊断中有5种组织学变化要分级,分别为幽门螺杆菌(Hp)感染、慢性炎症、活动性、萎缩和肠化,分成无、轻度、中度和重度四级。异型增生是重要的胃癌癌前病变,分为轻度和重度二级。

2 慢性胃炎的治疗

2.1 病因学治疗

2.1.1 根除幽门螺杆菌感染 Hp感染在慢性胃炎的病因学中占主导地位,感染率为50%~60%,而活动性胃炎的感染率高达80%~95%。美国国立卫生研究所、欧洲幽门螺杆菌研究组(EHPSG)和我国中华医学会消化分会治疗指南推荐的根除方案是,一种标准剂量的质子泵抑制剂(即奥美拉唑20mg、兰索拉唑30mg或泮托拉唑40mg,2/d)加抗生

素2/d和甲硝唑0.4g,2/d),疗程为7d^[3]。上世纪90年代始,临床上广泛应用三联疗法根除Hp,初治根除率可达80%~90%,治疗后胃黏膜活动性炎症消失,慢性炎症程度减轻,是消除或改善消化不良患者症状治疗方案中经济有效的策略。其后的研究表明,Hp复发率高,停药1年后Hp阳性率超过半数,根除率逐步降低的主要原因是耐药菌株的产生,老年人因基础病常反复应用抗生素,耐药问题更突出^[4]。为此,国内治疗共识推荐,对有明显异常的Hp相关性胃炎(内镜下胃黏膜糜烂,病理活检示中至重度萎缩及肠化、异型增生)或有胃癌家族史者、消化不良症状经常规治疗疗效差、伴有糜烂性十二指肠炎者行根除治疗。临床已按共识意见对Hp感染者进行选择性地治疗,并对治疗方案进行调整,给予含左氧氟沙星的四联(标准剂量质子泵抑制剂+枸橼酸铋钾0.22g+左氧氟沙星0.2g+阿莫西林1.0g,2次/d×7d)方案补救治疗Hp的临床研究表明,此方案安全有效,根除率分别为78.79%和83.87%^[5]。有关Hp根除治疗失败的原因较为复杂,除Hp本身原因外,还与宿主因素如治疗的依从性、机体免疫状态以及环境因素相关,是目前尚待解决的问题。

关于根除Hp对胃黏膜萎缩和肠化的影响一直存在争议,就萎缩本身而言,尚无逆转性治疗。有观点认为,胃黏膜始终处于损伤和修复的动态平衡之中,炎症、萎缩、肠化是必然的过程,应积极控制各种致病因素所致的活动性炎症,减慢萎缩的进程^[6]。

2.1.2 其他病因学治疗 临床医师对Hp阴性者应注重病史的询问,长期刺激性食物、酒精、吸烟等;药物因素对胃黏膜的损伤在老年组也十分突出,常因心脑血管疾病、退行性骨关节病等,长期服用阿司匹林等非甾体类抗炎药,造成药物性黏膜损伤;胃肠动力障碍、幽门括约肌功能不全等疾病使十二指肠液反流,直接损伤胃黏膜。应针对患者的上述病因选择以强化胃黏膜屏障功能为主的治疗。

2.2 症状学治疗 流行病学研究表明,慢性萎缩性胃炎患者的症状缺乏特异性,多数患者无症状,有症状者主要为非特异性消化不良,如持续或反复发作的上腹痛、腹胀、餐后饱胀、厌食、恶心、嗝气、反酸、

收稿日期:2006-10-27

作者单位:100853 北京市,解放军总医院南楼保健科

作者简介:宫桂花,女,1955年10月生,山东莱西人,医学硕士,主任医师,科主任。Tel:010-66939613

烧心等症候群,显著影响患者的生活质量。因此,症状学治疗在临床上占的比重较大,临床医师应予重视。

在制订治疗策略之前,应注意以下情况:(1)临床症状与组织学炎症程度无平行关系;(2)消化不良症状在不同时期可以是器质性的也可以是功能性的;(3)同一患者在不同时期受多种因素影响,临床症状各不相同,其变化无规律可循;(4)疗效的个体差异较大,治疗上应以患者病理生理改变为依据,遵循个体化用药原则;(5)注意伴随疾病如肝胆胰疾患,酸相关性疾病,肠易激综合征等。治疗参照消化不良处理流程^[7]。

2.2.1 胃酸分泌异常或酸敏感性增高 常有胃黏膜糜烂和以反酸、烧心、上腹痛等症状为主的不适。胃酸与症状之间的关系并不十分明确,多数患者胃酸分泌正常,常因黏膜化学感受器的感觉异常使对胃酸的敏感性增加。对此型患者的抑酸治疗效果虽有争议,但仍主张依症状严重程度选择抗酸剂、 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂治疗,部分患者能明显缓解症状,提高生活质量。抑酸效果不好时可加用促动力药。应当指出的是,老年患者同时合并胃食管反流病者不在少数,症状明显者应行食管 pH 监测,有利于指导治疗。

2.2.2 胃动力障碍 50%~80%的患者存在胃动力障碍,多数患者对胃扩张的敏感性增加,上腹饱胀、嗝气,重者可有厌食、恶心或呕吐,影响进食量,体重减轻,治疗以促动力药物为首选。常用药物:(1)多巴胺受体拮抗剂,选择性 D_2 受体拮抗剂,能增加胃窦和十二指肠运动,协调幽门收缩,促进胃排空,并能使胃肠壁张力恢复正常,代表药物为多潘立酮;(2)五羟色胺受体激动剂,选择性作用于胃肠壁内神经丛及神经末梢的 M_2 受体,引起乙酰胆碱释放,促进胃肠运动,改善腹胀、嗝气等消化不良症状,主要有马来酸曲美布汀、莫沙必利、盐酸伊托必利等。

2.2.3 胃黏膜保护剂 是慢性胃炎应用较广泛的一类物质,适用于黏膜糜烂、出血等急、慢性炎症。常用药物有硫糖铝、果胶铋、L-谷氨酰胺呱仑酸钠颗粒、替普瑞酮、瑞巴派特、吉法酯、依卡倍特。此外,治疗胆汁反流性胃炎可用铝碳酸镁、熊去氧胆酸结合胆盐、缓解症状效果良好,依个体不同情况可交替使用上述药物。

2.2.4 精神心理治疗 精神因素与消化不良症状的发生有密切关系,半数以上患者兼有睡眠障碍、抑郁、焦虑状态中的一种情况。临床上许多患者的上腹不适症状因各种生活应激事件诱发或加重,情绪或心理因素可通过大脑边缘系统和下丘脑使植物神

经功能发生改变,导致胃肠功能障碍。经常规治疗无效或疗效差者应给予心理疏导或心理治疗,三环类药物黛力新对多种原因引起的抑郁、焦虑状态,功能性胃肠紊乱有较好的调理作用,适用于各型消化不良的辅助治疗,症状明显者可应用帕罗西汀、阿米替林治疗。

3 慢性胃炎的转归与随访

3.1 慢性胃炎的转归 (1)对有明显异常的 Hp 相关性胃炎者应尽可能根除 Hp,研究发现,根除 Hp 可明显减缓癌前病变的进展,并有可能减少胃癌发生的危险^[8,9]。(2)慢性胃炎可持续存在,即便是根除了 Hp,其他理化因素、心理应激等多种因素的影响,使胃黏膜炎症常是伴随终生的慢性、持续性过程。内镜随访有不同程度的黏膜糜烂,活检组织学以慢性炎为主或伴急性炎,对症治疗并不能使黏膜糜烂痊愈,如何看待胃黏膜的持续性炎症,其转归如何? Hp 相关性胃炎的发展和结局受 Hp 感染、环境和宿主等因素影响。其中部分患者 Hp 持续阳性,对 Hp 治疗反应不敏感,组织学多为慢性炎表现,有或临床症状不明显,不符合 Hp 治疗标准。Toljamo 等^[10]对 117 例内镜诊断胃黏膜糜烂的患者随访 17 年显示,绝大部分胃黏膜糜烂患者的病程呈慢性持续性或复发性过程,与多种因素有关,随访观察未见组织学进展,认为其危害不大。其他相关危险因素是,<20%的 Hp 相关性胃炎可发生消化性溃疡,以胃窦炎症为主者易发生十二指肠溃疡,多灶萎缩者易发生胃溃疡。此外,环境、理化等多因素亦可影响慢性胃炎的转归。

3.2 慢性萎缩性胃炎的随访 内镜随访是最有效的方法,一般而言,萎缩性胃炎伴肠化或异型增生发生胃癌的危险性增加,每年的癌变率为 0.5%~1%。不伴有肠化和异型增生的萎缩性胃炎患者可每 1~2 年行内镜和病理随访一次;中至重度萎缩伴肠化者每年随访一次;有不典型增生者应缩短内镜随访时间,旨在最大限度地发现早期病变。重度异型增生患者需立即行胃镜及病理复查,必要时行手术或内镜下局部治疗。应用色素内镜、放大内镜对胃黏膜的观察更为精细,能清楚看到胃小区和胃小凹的结构,结合黏膜染色观察高危人群黏膜病变的形态学变化更有优势,其诊断的敏感性、特异性及准确性均明显高于普通内镜,据报道,放大内镜诊断正确率可达 82.4%~94.3%。

参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意

- 见. 中华消化杂志, 2000, 20: 199-201.
- [2] 中华医学会消化病学会. 中国慢性胃炎共识意见. 胃肠病学, 2006, 11: 674-684.
- [3] 中华医学会消化病学会. 对幽门螺杆菌若干问题的共识意见(2003 中国). 中华医学杂志, 2004, 84: 522-523.
- [4] Bayanova L, Nikolov R, Lazarova E, et al. Antibacterial resistance in *Helicobacter pylori* strains isolated from Bulgarian children and adult patients over 9 years. J Med Microbiol, 2006, 55: 65-68.
- [5] 王震华, 熊光苏, 吴叔明. 含左氧氟沙星的四联方案补救治疗幽门螺杆菌的临床研究. 胃肠病学和肝病学杂志, 2006, 15: 38-39.
- [6] Pilotto A, Perri F, Leandro G, et al. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on the outcome of reflux esophagitis and chronic gastritis in the elderly. A randomized, multicenter, eight-month study. Gerontology, 2006, 52: 99-106.
- [7] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 我国消化不良的诊治流程和指南. 中华消化杂志, 2000, 20: 264-265.
- [8] You WC, Brown LM, Zhang L, et al. Randomized double-blind factorial trial of three treatments to reduce the prevalence of precancerous gastric lesions. J Natl Cancer Inst, 2006, 98: 974-983.
- [9] 周丽雅, 林三仁, 丁士刚, 等. 根除幽门螺杆菌对胃癌患病率及胃黏膜组织学变化的八年随访研究. 中华消化杂志, 2005, 25: 324-327.
- [10] Toljamo KT, Niemela SE, Karttunen TJ, et al. Clinical significance and outcome of gastric mucosa erosions; a long-term follow up study. Dig Dis Sci, 2006, 51: 543-547.

• 消 息 •

欢迎订阅《中华老年心脑血管病杂志》

《中华老年心脑血管病杂志》是由解放军总医院主管、主办的医学专业学术期刊。1999年12月创刊, 2000年纳入国家科技统计源期刊。2004年4月确定为中国医药卫生核心期刊。同年10月获全军期刊优秀学术质量奖。主要报道老年心脏、脑部疾病、血管系统疾病的临床诊断及治疗等相关内容, 包括临床研究、基础研究、影像学、遗传学、流行病学、临床生化检验与药物、手术和介入治疗以及有关预防、康复等。主要栏目: 指南与共识、专家论坛、述评、临床研究、基础研究、循证医学荟萃、继续教育园地、综述、病例报告、短篇报道、读者·作者·编者等。是一本具有可读性和指导性的杂志。本刊为月刊, 大16开本, 80页, 铜版纸印刷, 每期订价14.00元, 全年168.00元。邮发代号: 2-379, 国内统一刊号: CN 11-4468/R, 国际标准刊号: ISSN 1009-0126。欲订本刊的单位及读者请到各地邮局办理订购手续或直接汇款至本刊编辑部。

地址: 北京市复兴路28号《中华老年心脑血管病杂志》编辑部, 邮编: 100853; 电话: (010) 66936463; E-mail: zhlnxnxg@ sina.com.cn; http://www.zhlnxnxg.com.cn

《中华老年心脑血管病杂志》编辑部

• 消 息 •

欢迎投稿、欢迎订阅《中华保健医学杂志》

《中华保健医学杂志》是由总后勤部卫生部主管, 保健局主办, 解放军总医院老年医学研究所承办及编辑、出版的全国中老年及保健医学学术期刊。1999年3月创刊, 2007年6月纳入国家科技统计源期刊(中国科技核心期刊)。本刊旨在加强保健医学在国内外学术交流, 提高从事保健工作者的业务、学术水平, 促进中老年保健医学的发展, 更好地为中老年医疗保健事业服务。主要报道中老年病的临床诊断及治疗新技术、新方法、流行病学、临床与基础科研成果, 疗养院建设与发展, 有关中老年保健医学的新技术、新成就、新进展、新经验。主要栏目: 专家论坛、论著、经验交流、专题讲座、综述、继续教育园地、医疗保健工作探索、最新医学动态、疗养与康复、保健知识讲座、病例报告等。是一本适合医疗保健专业人员和省、市、县、社区广大医务人员可读性和指导性较强的刊物。

本刊为双月刊, 大16开本, 80页, 每期订价10元, 全年60元, 邮发代号80-614, 国内统一刊号CN 11-5698/R, 国际标准刊号: ISSN 1674-3245。欲订本刊的单位及读者请到各地邮局办理或汇款至本刊编辑部。

地址: 北京市复兴路28号中华保健医学杂志编辑部

邮编: 100853 电话: (010) 66935373 E-mail: plabjyx@301hospital.com.cn

《中华保健医学》编辑部