

世界华人消化杂志®

**WORLD CHINESE
JOURNAL OF DIGESTOLOGY**

Shijie Huaren Xiaohua Zazhi

2003 年 11 月 15 日 第 11 卷 第 11 期 (Volume 11 Number 11)



11/2003

ISSN 1009-3079



9 771009 307001

名誉总编辑

潘伯荣

总编辑

马连生

World Journal of Gastroenterology 被 SCI®-E, Research Alert®, Current Contents®/Clinical Medicine, Journal Citation Reports® Index Medicus, MEDLINE, Chemical Abstracts, EMBASE/Excerpta Medica 收录。2002 年 JCR® 报告 WJG 影响因子 2.532。世界华人消化杂志® 被 Chemical Abstracts, EMBASE/Excerpta Medica 收录。2001 年中国科技期刊引证报告: 世界华人消化杂志® 影响因子 3.733, WJG 影响因子 2.920。

世界华人消化杂志

Shijie Huaren Xiaohua Zazhi

● 目 次 ● 2003 年 11 月 15 日 第 11 卷 第 11 期 (总第 115 期)

述 评	<p>1661 创办具有中国特色的国际先进水平的 WJG: 2004 年由月刊改为半月刊 马连生, 潘伯荣, 马景云, 徐家祚, 应协中, 王先林, 陆汉明, 夏华向, 张建中, 苏勤, 任师颜, 朱立, 朱丽虹, 吕有勇</p> <p>1665 细胞分化与食管鳞状细胞癌 孔建平, 刘芝华, 吴昊</p> <p>1670 轮状病毒致病机制研究进展 王大燕, 王健伟, 于修平, 洪涛</p>
肝 癌	<p>1674 小鼠甲胎蛋白基因的克隆真核表达载体构建及表达鉴定 田耕, 易继林</p> <p>1677 原发性肝细胞癌中 PITG 和 c-myc 基因表达的研究 金中元, 程瑞雪, 郑长黎, 郑晖</p> <p>1682 肝细胞癌变过程中 cyclin D1 的异常表达与端粒酶活性的相关分析及意义 李宝杰, 王新红, 曲波</p> <p>1686 HCC 合并阻塞性黄疸 ERCP164 例 樊彪, 潘亚敏, 沈丽, 胡冰, 吴萍, 王书智, 周岱云</p>
基础研究	<p>1690 巨噬细胞 Smad4 反义基因转移及对细胞外基质合成的抑制作用 徐新保, 冷希圣, 何振平, 梁志清</p> <p>1694 冷冻保存再灌注期间离体肝组织内氧自由基及 $[Ca^{2+}]_i$ 对 p38MAPK 激活的影响 王丽, 田伏洲, 汤礼军, 张晓璋</p> <p>1699 大黄素对大鼠结肠环行平滑肌细胞 $[Ca^{2+}]_i$ 的影响 马涛, 齐清会, 简序, 费乃昕</p> <p>1703 大肠癌细胞可产生趋化因子 IP-10 杨春康, 陈道达, 田源, 张景辉</p> <p>1706 干扰素对野生型 p53 转染的结肠癌细胞株 SW480 的影响 张桂英, 徐美华, 谢兆霞, 何春梅</p> <p>1711 大鼠胃黏膜损伤修复时早期应答基因 c-Jun 及 c-met 的表达 姚永莉, 徐波, 宋子刚, 张万岱</p>
临床研究	<p>1715 功能性消化不良患者症状分型、胃排空功能、胃肠激素水平的相关性 唐红卫, 黄裕新, 徐海峰, 高巍, 周润锁, 尚磊, 王庆莉, 高峰, 安晓丽</p> <p>1720 肝硬化患者血清和腹水 CA125 升高 肖文斌, 刘玉兰</p> <p>1723 α-2b 干扰素治疗慢性乙型肝炎的前瞻性研究 熊锦华, 胡大荣, 张成平, 范公愚, 刘勇, 闻炜</p>
焦点论坛	<p>1727 胃干细胞 王天德, 展玉涛</p> <p>1730 肠道干细胞 姜佳丽, 王虹, 展玉涛</p> <p>1732 胃肠道间质瘤干细胞 王虹, 展玉涛</p> <p>1735 肝性干细胞 展玉涛, 任继萍</p> <p>1738 肝脏干细胞 展玉涛, 毕泰山</p> <p>1740 胰腺干细胞 姜佳丽, 万小平, 张敏, 展玉涛</p>
文献综述	<p>1743 乙型肝炎病毒 e 抗原阴性慢性乙型肝炎患者抗病毒治疗 董青, 成军</p> <p>1749 HGF/SF、c-met 基因信号异常与胃肠道恶性肿瘤 李宏武, 单吉贤</p> <p>1752 幽门螺杆菌对胃黏膜的影响 郭玉, 郭霞, 姚希贤</p> <p>1755 胃癌组织生长抑素及其受体的表达与 EGF、VEGF 的影响 李秋萍, 徐军全, 李红梅, 张利华</p> <p>1760 结、直肠癌临床病理分期系统及其临床意义 卿三华</p> <p>1764 铂佐剂机制及其纳米化前景 何萍, 吕凤林, 任建敏, 何凤恩</p> <p>1769 RNA 干扰的抗病毒效应 李中, 范学工</p> <p>1773 Peutz-Jeghers 综合征 赵喜荣, 康进春, 吕有勇</p> <p>1777 食管癌中的等位基因缺失 李洁, 刘芝华</p> <p>1782 溃疡性结肠炎发病机制及其研究进展 周琦, 林平, 潘慧, 梅林</p> <p>1787 蛋白酶激活受体-2 与胃癌疾病的研究进展 朱雄伟, 王强, 温光保, 李兆申</p>
研究快报	<p>1793 轮状病毒胃肠炎与表皮生长因子关系初步研究 吴建春, 姚英民</p> <p>1794 尿毒症患者透析前后胃肌电活动的研究 武立群, 王虹, 顾清, 张悦, 李松扬</p> <p>1796 消炎痛和幽门螺杆菌在胃溃疡致病中的相互作用研究 迟晶, 赵金满, 于继红, 傅宝玉</p> <p>1797 原发性肝癌乙型肝炎病毒 mRNA 的表达及其意义 陈晓晓, 刘颖斌, 时开同, 彭淑娟, 彭承宏, 史留斌, 沈宏伟</p> <p>1800 MDM2 基因扩增和蛋白表达与胃癌相关性的研究 孙利平, 李岩, 张宁, 姜乃佳, 付伟, 薛一雷</p> <p>1802 HBsAg 疫苗对非溶细胞性和溶细胞性细胞免疫应答的影响 熊一力, 贾彦征, 施理, 张宜俊</p>

研究快报

- 1804 P27kip1、CyclinE 和 CyclinA 在胃癌中的表达及意义 金顺花, 朴熙雄, 金海峰, 朴凤顺, 许强
1807 血管紧张素 II 对大鼠 HSC 合成 PAI-I 的影响及 NO 的干预作用 张磊, 李定国, 尤汉宇, 刘清华, 宗喜华, 陆汉明

临床经验

- 1809 TTF1 在正常及损伤胃黏膜中的表达改变 任建林, 卢维正, 王琳, 陈建民, 施华芳, 叶震世, 吴艳环, 钟燕, 林进江, 林琛, 潘金水, 罗金燕
1811 肝性脊髓病 8 例 王春平, 冯永毅, 苏淑慧, 李迎新, 彭晓君
1812 直肠癌前哨淋巴结检测 102 例 魏寿江, 王树树, 赵国刚, 侯华芳
1814 功能性消化不良患者胃排空障碍与胃肠激素的关系 何美蓉, 宋子刚, 何春容
1816 上消化道流行病学研究 黄中平
1818 胃液抗 Hp IgA 测定对 Hp 根除治疗效果的判断 谢勇, 吕农华, 黄德强, 陈江, 徐泽, 王崇文
1820 原发性十二指肠癌 16 例 谢磊, 刘之武, 王志川
1822 丙型肝炎病毒母婴传播及羊水、乳汁和唾液的作用 王占英, 牛美智, 曹学强, 李颖, 乔光彦
1824 十二指肠癌 120 例 吴江, 邓长生
1825 乙肝病毒感染相关原发性肝癌 320 例 苏淑慧, 王春平, 李迎新, 冯永毅
1827 胆管癌组织 p53 和血管内皮生长因子表达与血管生成的相关性研究 陈勇军, 俞亚红, 丁志强
1830 奥曲肽治疗肠梗阻 25 例 张长青, 张荣珍, 吴伟岗, 黄贵毅
1832 理学检查慢性胃十二指肠炎症 280 例 谭允熙, 李增芬, 谭汇泉
1835 艾滋病患者中 HCV、HBV 及 HGV 的感染状况 骆嘉社, 桂希恩, 庄柯
1837 胆心反射及胆心综合征的诊治 卫洪波, 汪壮流, 杨柳, 李文胜, 陈勇, 唐秋林
1839 陕西部分农村 0-18 月婴幼儿肠道内微生物菌群状况研究 孙晓魁, 刘黎明, 郝炳华, 杨文方, 贾梅, Acheson K
1841 糖尿病患者胆囊排空功能与胃肠激素的关系 王艳军, 徐永泉, 林艳, 李士星
1843 慢性小肠性腹泻中的 IBS 吴杰, 邓昊, 贾贵贵, 陈时
1844 矿区居民幽门螺杆菌感染状况及危险因素分析 雷静静, 周力, 谭玉洁, 杨斌, 刘星峰, 杜纪恩
1848 直视微创胆道手术 52 例 姜伟青, 周建明, 陆军

病例报告

- 1851 分体联合手术治疗小儿原发性肝静脉海绵样变 1 例 方艳华, 朱新勇, 方石岗
1852 马内非青霉素 1 例 尹雯, 汪光强, 郑晓平, 彭国林
1853 胰性胸膈 8 例 王平, 廖勇, 古敏, 刘子沛, 李锐鸣
1855 肾移植术后回肠结肠并出血、梗阻 1 例报告 金红旭, 张雪峰, 王正强

读者来信

- 1698 徐新保
1705 Ferenc SZALAY

封面故事

- 1664 复方健脾胃散 II 期临床研究方案讨论会在福州举行

世界华人消化杂志

Shijie Huaren Xiaohua Zazhi

- 吴阶平 题写封面刊名
陈可冀 题写版权刊名
(月刊)
创刊 1993-01-15
改刊 1998-01-25
出版 2003-11-15
原名 新消化病学杂志

- 总编辑 陈可冀
黄家骝
黄志强
廖介寿
刘耕陶
袁法强
汤树敏
王宝恩
虎北超
关益超
关成中

- 社长兼编辑 马进荣
中文编辑 潘柏松
王理晖
英文编辑 朱丽红
排版 廖少华
校对 李天华

编辑 世界华人消化杂志编辑委员会

030001, 山西省太原市迎泽西大街 77 号
E-mail: wjcd@wjgnet.com

出版 世界胃肠病学杂志社

100023, 北京市 2345 信箱
E-mail: wjcd@wjgnet.com
http://www.wjgnet.com
电话 010185381892
传真 010185381893

印刷 北京科德印刷厂

发行 国内 北京报刊发行局
国外 中国图书贸易总公司
(100044, 北京 399 信箱)

订购 全国各地邮局

邮购 世界胃肠病学杂志社发行部
(100023, 北京市 2345 信箱)

电话: 010185381892
传真: 010185381893

2003 年版权归世界胃肠病学杂志社所有

本刊已被国内外

检索系统收录

美国《化学文摘(CA)》
荷兰《医学文摘/医学文摘(EM)》
俄罗斯《文摘杂志(PJ)》
中国科技论文统计与分析
中国学术期刊文摘
中国中医药信息资源网
中国生物医学文献光盘数据库
《中文科技资料目录(医药卫生)》
中国生物医学期刊目录数据库
中国医学文摘外科学分册(英文版)
中国医学文摘内科学分册(英文版)

特别声明

本刊刊登的所有文章不代表世界胃肠病学杂志社和本刊编委会的观点, 除非特别声明, 本刊如有印刷质量问题, 请向本刊编辑部联系。

ISSN 1009-3079
CN 14-1260/R

邮发代号 82-262
国外代号 M 4481

国内定价 每册 24.00 元 全年 288.00 元

广告经营许可证 1401004000

阳性,肝、胆、胰B超仅发现在胰功肽试验阳性患者中有25例呈慢性胰腺炎改变征象,其他阴性患者中均未见异常,胃镜检查均无明显异常,小肠钡餐87例中均未见小肠器质性病灶,但有71例钡剂排空速度过快,平均在30 min内口服钡剂到达盲肠,10例排空速度过缓,平均8h钡剂到达盲肠,6例排空速度正常。

87例患者接受匹维溴胺(得舒特)50 mg口服,3次/d,治疗4 wk,45例患者腹痛、腹泻症状缓解,余下的42例患者中有15例腹痛缓解,但腹泻无缓解,加用胰酶胶囊(得每通)450 mg口服,3次/d,治疗4 wk,腹泻症状明显缓解。

根据Manning et al^[2]诊断标准,本组87例以小肠性腹泻为主的患者中,通过检查结果及诊断性治疗发现有44例患者除小肠钡餐检查钡剂排空过快,其中同时有12例大便苏丹Ⅲ阳性外,其他检查均未见异常,但在这44例患者中有15例消瘦营养不良,28例有不同程度的贫血、失眠、多梦及记忆力下降,25例有不同程度精神抑郁症状,单用匹维溴胺症状都有明显改善,符合IBS诊断,其小肠IBS占小肠腹泻的50.6%(44/87),这44例患者中男20例、女24例,年龄在23-72岁之间,平均43.2岁,病程在4.6 mo-28 a、平均32.4 mo。

3 讨论

IBS不仅发生在结肠,同时也可发生在小肠^[3],但小肠的IBS诊断有一定困难。首先,是对小肠性腹泻缺乏足够的认识,常常把慢性腹泻误认为是结肠腹泻,因此做一些不相关的检查及治疗,如结肠镜检查等,盲目的给予“慢性结肠炎”的诊断,让患者长时间、反复口服或静脉用抗生素,结果是先用抗生素期间腹泻症状可

缓解,停用抗生素则再发,反复治疗最后肠内菌丛失调,不仅腹泻症状没好转,反而症状加重。本组的87例患者均反复、间断接受过抗生素治疗,最短的应用抗生素时间为1.6 mo,最长为23 a,因此病程在10 a以上的患者均有不同程度的营养不良、贫血及消瘦,由于患者的症状不能得到有效的控制,患者精神负担加重,40.2%(35/87)伴有精神抑郁。第二,按小肠性腹泻的诊断标准,小肠性腹泻确定后,应行相关检查,因引起小肠腹泻的病因较多如胃原性、肝原性、胆原性、胰原性及小肠本身疾病均可引起腹泻,所以应进行相关排除性检查,本文87例患者均行相关检查,而区分器质性和功能性小肠腹泻。第三,关于IBS的诊断,本组87例患者中诊断为小肠IBS的44例患者均是从排除引起小肠腹泻的器质性疾病,小肠钡餐和诊断性治疗并符合Manning诊断标准而诊断的。并且这44例患者经过匹维溴胺治疗后症状明显缓解。在此,尤其需提示的是,对于没有特异性的肠动力检查条件,并且对小肠这方面检查更为困难时,我们的体会是排除器质性疾病;用小肠钡餐来检查了解小肠动力功能及口服匹维溴胺诊断性治疗来诊断小肠性IBS是有一定帮助和临床意义的。

4 参考文献

- 1 张德中,萧树东.腹泻江绍基胃肠病学.上海:上海科学技术出版社,2001:98-100
- 2 Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Brit Med J* 1978;2:653-657
- 3 Ricchand GL. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. *Gastroenterol Clin North America* 1996;25:1-9

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

矿区居民幽门螺杆菌感染状况及危险因素分析

雷静静,周力,谭玉洁,杨斌,刘显峰,杜纪恩

雷静静,周力,贵阳医学院附属医院消化内科 贵州省贵阳市 550001
谭玉洁,贵阳医学院附属医院中心实验室 贵州省贵阳市 550001
杨斌,刘显峰,贵州省水城矿务局汪家寨煤矿医院 贵州省六盘水市 553009
杜纪恩,贵州省水城矿务局大湾矿医院 贵州省六盘水市 553009
贵州省科教办(省长基金)资助课题, No. S2001-15
项目负责人:周力,550001,贵州省贵阳市,贵阳医学院附属医院消化内科。
zlj@km169.net.
电话:0858-8776308 传真:0858-8681538
收稿日期:2003-03-14 接受日期:2003-04-24

摘要

目的:了解煤矿地区成年居民幽门螺杆菌(Hp)感染状态,

以及与其流行相关的危险因素。

方法:用金标免疫斑点法对水城矿务局所辖汪家寨煤矿和大湾矿3436例20岁以上居民进行血清抗-Hp IgG,抗-Hp IgM检测,并采用问卷方式记录与Hp感染相关的危险因素。

结果:IgG的总阳性率为67.6%,IgM的总阳性率为36.7%。其中大湾矿IgG和IgM阳性率分别为75.7%和50.3%,显著高于汪矿的62.1%($P < 0.01$)和27.4%($P < 0.05$)。男女

两性IgG的阳性率差异不显著,均随年龄增长而增高($P < 0.05$). 饮用生水和井水者IgG和IgM阳性率均明显高于饮用开水和自来水者($P < 0.001$). 男女干部的血清IgG均低于相应的工人和井下工人(家庭妇女)($P < 0.05$), 而井上工人(不论男女)IgM均显著低于干部和井下工人(家庭妇女)($P < 0.01$).

结论: 矿区是Hp感染的高发地区, 饮水是Hp感染的重要传播媒介, 综合社会经济状况与血清抗-Hp IgG阳性率呈负相关.

雷静静, 周力, 谭玉洁, 杨斌, 刘显峰, 杜纪恩. 矿区居民幽门螺杆菌感染状况及危险因素分析. 世界华人消化杂志 2003;11(11):1844-1848

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/1844.asp>

0 引言

幽门螺杆菌(Hp)是世界上感染率最高的细菌之一. 凡进行过Hp调查的国家和地区, 均得到了阳性结果: 在发达国家, 50岁以上人群Hp感染率多为30-60%, 多数地区在40%左右; 而在发展中国家, 10岁以内人群感染率已达50%, 30岁时上升至75%以上^[1]. Hp的感染直接或间接引起多种上消化道疾病, 且与许多胃外疾病的发生、发展有密切关系. 进行流行病学的研究可以弄清其传播机制和影响因素, 从而建立行之有效的预防措施, 减少其对人群的危害.

我国属于Hp高感染地区, 20岁以上的成年人感染率达32-75%^[2]. 国内对Hp感染的血清流行病学调查开始于1990年代, 但报道的1 000人以上的大批量调查研究尚少, 而关于矿区居民Hp感染状况及其危险因素的研究, 目前尚未见报道. 检测方法上也未见用金标免疫斑点法同时检测血清抗-Hp IgG抗体和抗-Hp IgM抗体的报道.

1 材料和方法

1.1 材料 分别于2002-03/08, 结合2 a一度的矿工体检工作, 对贵州省水城矿务局所辖汪家寨煤矿和大湾矿3 436例20岁以上居民作血清抗-Hp IgG和IgM抗体检测. 在汪家寨煤矿调查了2 036例, 其中男1 024例, 女1 012例, 年龄20-74岁, 平均 36.80 ± 15.53 岁; 在大湾矿调查了1 400例, 其中男912例, 女488例, 年龄20-75岁, 平均 36.78 ± 14.38 岁.

1.2 方法 (1)通过问卷询问方式收集个人资料(年龄、性别、民族、出生地、居住地、当地居住年限、婚姻状况、工种、其中井下工人还包括井下工作年限); 生活习惯(饮用水源、饮水习惯、烟、酒、茶、烟熏食物、腌泡菜、生大蒜、生食蔬菜、零食、辣椒、豆制品); 健康状况(6 mo内消化不良症状、服用抗生素、维生素、解热止痛药及慢性胃炎、消化性溃疡、胃癌、肝炎、肝硬化、胆囊炎、胆结石、冠心病、慢性呼吸道感染、风湿性疾病史); 社会经济卫生状况(文化程度、月收入、家庭人均收入、家居卫生、环境卫生、家庭人口、住房面积、饲养动物种类及地点)及家族史(家人胃炎、消化性溃疡、胃癌史)等46个变量. 问卷中对生活习惯和药物使用采用频数分3级记录. 疾病史则分为无, 曾有和现有3级记录. 经济收入、住房面积、受教育程度则用数字分3-4级记录. 所有的问卷由汪家寨公共卫生办公室的4位同志填写. (2)血清学检测: 每位被调查者由护士从肘静脉采血2 mL, 离心后取血清于-20℃待测, 对受检者血清标本进行编码, 至所有检测结果出来后破码. 订购同一批试剂, 由同一人负责检测. 抗-Hp IgG和IgM抗体检测采用金标免疫斑点法, 所用试剂由福建蓝波生物制剂有限公司提供(其敏感性大于95%, 特异性大于85%, 符合普查要求).

统计学处理 Hp抗体检测阳性结果用百分数表示, 将所测结果和46个变量输入计算机进行处理, 统计学检验所用软件为SPSS统计软件包10.0版, 进行 χ^2 验和多因素非条件Logistic分析, $P < 0.05$ 为有统计学意义.

2 结果

2.1 血清Hp抗体检测结果与年龄、性别的关系 汪矿和大湾矿Hp血清抗体检测结果见表1和表2. 抗-Hp IgG(以下简称IgG)的阳性率男女差异不显著, 各年龄组均如此. 汪矿组女性抗Hp-IgM(以下简称IgM)的阳性率在各年龄组均高于男性, 且在20-、30-和50-组差异显著($P < 0.001$). 而大湾矿组两性间IgM差异不显著. 男女两性IgG均随年龄增长而增高($P < 0.05$), 值得注意的是, 男女两性在20岁时感染率超过50%, 以后以每年1%的速度递增, 30岁后速度减慢, 40岁后基本保持不变, 而IgM却没有这种趋势.

2.2 汪矿和大湾矿血清Hp抗体检测结果的比较 不论血清IgG还是IgM, 大湾矿各年龄组阳性率均显著高于汪矿组. 除60岁组IgM的 $P = 0.037$ 外, 其余各组 $P < 0.01$. 说明不同的矿区Hp的感染状况不同(表3).

2.3 汪矿地区不同职业人群Hp抗体检测结果比较 由于不同的矿区Hp的感染状况差异显著, 因此我们在分析社会经济状况对Hp感染的影响时, 只选择了汪矿, 又因为在井下工人中全是男性, 而在家属中又几乎全是女性, 所以我们按男女分开讨论. 结果发现: 男女干部的血清IgG均低于相应的工人和井下工人(家庭妇女)($P < 0.05$), 而井上工人(不论男女)IgM均显著低于干部和井下工人(家庭妇女)($P < 0.01$)(表4).

2.4 Hp感染与饮用水源和饮水习惯的关系 饮用井水IgG和IgM阳性率分别为74.8%和52.1%, 明显高于饮用自来水的64.8% ($P < 0.001$)和31.6% ($P < 0.001$), 饮用生水者IgG和IgM的阳性率分别为72.6%和43.1%, 显著高于饮用开水者的61.4% ($P < 0.001$)和29.0% ($P < 0.001$). 生食蔬菜的人中IgM阳性率39.9%显著高于不生食蔬菜者的32.8% ($P < 0.000$), 且前者IgG阳性率68.0%高于后者的66.9%, 但差异不显著($P = 0.523$).

表1 汪矿地区居民血清 Hp 抗体检测结果的年龄、性别分布

年龄组岁	男			女		
	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)
20-	156	50.0	17.9	171	52.0	33.9
30-	309	59.9	23.9	304	63.8	34.5
40-	194	66.0	24.7	202	65.3	28.7
50-	258	66.7	20.9	236	62.7	35.6
60-	107	66.4	20.6	99	67.7	27.3
合计	1 024	61.9	22.1	1 012	62.3	32.8

表2 大湾矿地区血清 Hp 抗体检测结果的年龄、性别分布

年龄组岁	男			女		
	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)
20-	234	65.8	50.4	132	66.7	50.0
30-	234	75.2	53.0	166	77.1	56.6
40-	196	82.7	53.1	62	80.6	48.4
50-	148	83.8	47.3	62	80.6	54.8
60-	100	76.0	40.0	66	78.8	36.4
合计	912	75.9	50.0	488	75.4	50.8

表3 汪矿和大湾矿地区血清 Hp 抗体检测结果的比较

年龄组岁	汪矿			大湾矿		
	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)
20-	327	51.1	26.3	366	66.1	50.3
30-	613	61.8	29.2	400	76.0	54.5
40-	396	65.7	26.8	258	82.2	51.9
50-	494	64.8	27.9	210	82.9	49.5
60-	206	67.0	23.8	166	77.1	38.6
合计	2 036	62.1	27.4	1 400	75.7	50.3

表4 汪矿不同职业人群血清 Hp 抗体检测结果的比较

职业	男			女		
	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)	<i>n</i>	IgG 阳性率(%)	IgM 阳性率(%)
干部	105	50.5	24.8	148	52.7	35.1
工人	291	61.5	15.1	454	62.3	26.7
井下工人 或家庭妇女	628	64.0	24.8	410	65.6	38.8
合计	1 024	61.9	22.1	1 012	62.3	32.8

表5 多因素 Logistic 筛选与 Hp 感染相关的重要流行因素

抗 Hp- IgG				抗 Hp- IgM			
变量	回归系数	P	Exp(B)	变量	回归系数	P	Exp(B)
年龄	0.340	<0.001	0.712	居住地	0.884	<0.001	0.413
饮水习惯	0.223	0.001	0.800	饮水习惯	0.221	0.001	1.248
月收入	-0.323	0.001	1.381	生食蔬菜	0.191	0.010	1.210
居住地	0.415	0.004	1.514	辣椒	0.253	0.011	1.287
文化程度	-0.180	0.004	1.187	生食大蒜	-0.099	0.155	0.905
吃零食	-0.261	0.065	0.878	饮用水源	0.120	0.166	0.887
抽烟	0.108	0.086	1.114	豆制品	0.141	0.207	1.151

2.5 Hp感染与饲养动物的关系 调查的3 436例中, 14.6 % (282例)养狗, 3.8 % (130例)养鸡, 2.0 % (69例)养猪, 还有小于1.0 %的人养猪、兔和鸟。饲养狗、鸡、猫的人群IgG阳性率分别为69.1 %, 60.3 %和64.1 %, 与未饲养者的69.0 %, 差异无显著性; IgM的阳性率分别为33.0 %、34.2 %和35.9 %, 与未饲养者的36.0 %, 差异无显著性。统计学结果表明IgG和IgM与是否饲养动物关系不密切。

2.6 多因素 Logistic 分析 本研究中46个变量输入电脑, 经单因素卡方检测筛选出IgG阳性率与年龄、经济收入、教育程度、饮水习惯、饮用水源、抽烟、喝茶、吃零食、居住地、慢性胃炎和消化性溃疡病史、风湿性疾病史和上消化道症状等13个流行因素显著相关($P < 0.05$)。IgM阳性率与年龄、居住地、饮用水源、饮水习惯、生吃蔬菜、上消化道症状、抽烟、喝酒、生吃大蒜、吃零食、辣椒、豆制品12个流行因素显著相关($P < 0.05$)。进一步用前进法多因素 Logistic 分析(进入水准 $\alpha = 0.05$; 剔除水准 $\alpha = 0.10$)。最后筛选出与Hp感染相关的7个重要流行因素(表5)。其中年龄、饮用生水、居住在大湾矿与IgG阳性率明显相关, 文化程度、月收入与IgG阳性率呈负相关。而居住在大湾矿、饮用生水、生食蔬菜、吃辣椒与抗IgM阳性率明显相关, 生食大蒜似乎可减少IgM阳性率, 但无统计学意义。

3 讨论

我们对煤矿地区Hp感染的调查显示水城矿务局所辖汪家寨煤矿和大湾矿成年居民Hp感染的阳性率分别为62.1 %、75.7 %, 总阳性率为67.6 %, 现症感染率分别为50.3 %、27.4 %, 总阳性率为36.7 %。其中大湾矿Hp感染率(IgG阳性率)明显高于国内其他地区^[3, 5, 6], 这种高感染率的原因不排除方法学上的差异, 比如检测方法的不同。但因为矿区经济不发达, 环境污染严重, 以及高教育程度的人数所占比例太少等原因, 所以这种高感染率也可能确实存在。

近年来, 国内外有研究^[3, 9, 10, 12]表明, Hp感染的传播模式与甲肝和脊髓灰质炎等消化道传播疾病非常相似。在不发达地区, 他与水源的关系非常密切, 我们的调查发现抗-Hp IgG和抗-Hp IgM在喝生水和井水的人群中阳性率均高, 以及生食蔬菜的人群中抗-Hp IgM阳性率明显增高, 说明不论是慢性持续感染和现症感染, 喝生水和食用井水的感染率均高, 支持Hp感染与水源相关, 与国外关于秘鲁儿童^[14]饮用污染的管道水感染率增高和国内周曾芬 et al^[3]对云南汉、彝族的调查是一致的。由于大湾矿中有90 %以上的人有喝生水的习惯, 而汪矿只有不到30 %的人有喝生水的习惯。并且大湾矿中只有40.6 %的人喝的是经过净化的自来水, 而汪矿中96.2 %的人喝的是经过净化的自来水, 所以水源和饮水习惯也可能是造成大湾矿感染率明显高于汪矿的一个原因。而从Hp感染相关的多因

素分析中, 我们发现饮用生水比饮用水源对Hp感染危险得多, 这有两种可能: 一是煮沸可以杀灭Hp, 从而减少Hp的感染, 另一个可能就是, 喝生水往往在社会地位低下阶层中更普遍, 提示Hp感染与社会经济卫生状况有关, 而这种相关可能是通过卫生设施等直接因素实现的^[11]。

为了研究Hp的感染与患者的综合社会经济状况的关系, 我们选择工种作为矿区居民综合社会经济状况的指标, 因为在矿区, 干部多数是大专以上毕业生, 非体力劳动者, 相当于英国官方^[7, 13]公认的社会阶层中的I-II级, 而井上工人大部分是高中、中技和中专毕业生, 相当于英国官方公认的社会阶层中的III-IV级, 而井下工人大多来自黑龙江和山东、贵州其他地方的农村, 其文化程度多为小学, 少数是初中, 相当于英国官方公认的社会阶层中的V-VI级。参照该标准, 家庭妇女也归在V-VI级。研究结果表明, 干部抗-Hp IgG阳性率均显著低于工人和井下工人, 井上工人抗-Hp IgG阳性率也低于井下工人, 尽管差异无显著性。多因素分析的结果也表明除年龄、饮水习惯和居住地与Hp感染呈正相关外, Hp感染与月收入和教育程度成负相关, 这与国外报道相符^[4, 7, 8, 13]; 而国内李瑜元 et al^[5]对广州地区的调查中, 文化程度和月收入已进入了与Hp感染相关的14个显著性较高的变量, 之所以在最后的因素 Logistic 分析中被剔除, 其原因可能与被调查人群年龄分布过宽(1-50岁以上), 居住地较分散(市区和市郊是有差异的, 且市郊三区也是有差异的)有关。而周曾芬 et al^[3]对云南云县彝、汉族的调查中, 经济收入和文化程度也未得到显著的结果, 可能与其被调查人群中农民较多有关。但抗-Hp IgM的阳性率却与患者的综合社会经济状况不呈现这种情况, 其阳性率更多与饮用生水、生食蔬菜和吃辣椒等生活习惯有关, 生食蔬菜是水源传播的一个潜在的媒介, 因为蔬菜可能被冲洗的水源所污染, 而吃辣椒增高Hp现症感染的原因与贵州人习惯多人用同一碗蘸水可能较大, 支持Hp感染可能经口传播的理论。

Hp在新西兰^[15]的兽医和意大利^[16]的屠宰工人中的高流行支持Hp感染的动物起源, 但选择的对照组的可比性尚不清楚; 而对屠宰的猪的血清学和微生物学调查结果均为阳性^[17]; 美国^[4, 18]研究发现拥有宠物的成人和儿童中Hp感染率较低, 英国^[19]研究表明童年时代家有宠物的男性工人Hp感染率较低; 均不支持Hp感染的动物来源理论, 与我们的调查结果相似。

总之, Hp的感染和传播是自然因素和社会因素综合作用的结果, 在经济不发达地区, 水源的污染可能是造成某些地区高流行的重要因素。而在同一地区, 则与个体的综合社会经济状况密切相关。因此, 减少环境污染和提高全民经济文化水平是减少Hp感染的关键。

4 参考文献

- 1 Goodman KJ, Correa P. The transmission of *Helicobacter pylori*. A critical review of the evidence. *Int J Epidemiol* 1995;24:875-887
- 2 陈晶晶. 中国幽门螺杆菌感染研究进展. *中华流行病学杂志* 2000; 21:150-152
- 3 周曾芬, 张永生, 王玉明, 罗家洪, 查学安, 崔蓉, 周崇斌. 云南云县彝族、汉族地区幽门螺杆菌感染的流行病学调查. *中华流行病学杂志* 1997;18:18-21
- 4 Graham DY, Malaty HM, Evans DG, Evans DJ Jr, Klein PD, Adam E. Epidemiology of *Helicobacter pylori* in an asymptomatic population in the United States. Effect of age, race, and socioeconomic status. *Gastroenterology* 1991;100:1495-1501
- 5 李瑜元, 胡品津, 杜国光, 陈旻湖, 王志瑾, 柳青. 胃幽门螺杆菌感染流行病学调查. *中华医学杂志* 1993;73:168-171
- 6 张祥宏, 孙旭明, 赵文元, 严霞, 王俊灵, 张振国, 米建民, 谢同欣, 王会艳, 三角顺一, 青木一雄. 农村成年居民幽门螺杆菌感染的血清流行病学调查. *中华流行病学杂志* 1999;20:212-214
- 7 Sitas F, Forman D, Yarnell JW, Burr ML, Elwood PC, Pedley S, Marks KJ. *Helicobacter pylori* infection rates in relation to age and social class in a population of Welsh men. *Gut* 1991;32:25-28
- 8 Epidemiology of, and risk factors for, *Helicobacter pylori* infection among 3194 asymptomatic subjects in 17 populations. The EUROGAST Study Group. *Gut* 1993;34:1672-1676
- 9 Graham DY, Adam E, Reddy GT, Agarwal JP, Agarwal R, Evans DJ Jr, Malaty HM, Evans DG. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in India, comparison of developing and developed countries. *Dig Dis Sci* 1991;36:1084-1088
- 10 Sathar MA, Gouws E, Simjee AE, Mayat AM. Seroepidemiological study of *Helicobacter pylori* infection in South African children. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997;91:393-395
- 11 李增烈, 廖宇逊. 幽门螺杆菌易感的若干社会经济因素. *中华内科杂志* 1998;37:566
- 12 al Moagel MA, Evans DG, Abdulghani ME, Adam E, Evans DJ Jr, Malaty HM, Graham DY. Prevalence of *Helicobacter* (formerly *compylobacter*) *pylori* infection in Saudia Arabia, and comparison of those with and without upper gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 1990;85:944-948
- 13 Woodward M, Morrison C, McColl K. An investigation into factors associated with *Helicobacter pylori* infection. *J Clin Epidemiol* 2000;53:175-181
- 14 Klein PD, Graham DY, Gaillour A, Opekun AR, Smith EO. Water source as risk factor for *Helicobacter pylori* infection in Peruvian children. Gastrointestinal physiology working group. *Lancet* 1991;337:1503-1506
- 15 Morris A, Nicholson G, Lloyd G, Haines D, Rogers A, Taylor D. Seroepidemiology of *Campylobacter pyloridis*. *N Z Med J* 1986;99:657-659
- 16 Vaira D, D' Anastasio C, Holton J, Dowsett JF, Londei M, Bertoni F, Beltrandi E, Grauenfels P, Salmon PR, Gandolfi L. *Campylobacter pylori* in abattoir workers: is it a zoonosis? *Lancet* 1988;2:725-726
- 17 Rocha GA, Queiroz DM, Mendes EN, Oliveira AM, Moura SB, Silva RJ. Source of *Helicobacter pylori* infection: studies in abattoir workers and pigs(letter). *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1525
- 18 Fiedorek SC, Malaty HM, Evans DL, Pumphrey CL, Casteel HB, Evans DJ Jr, Graham DY. Factors influencing the epidemiology of *Helicobacter pylori* infection in children. *Pediatrics* 1991;88:578-582
- 19 Webb PM, Knight T, Greaves S, Wilson A, Newell DG, Elder J, Forman D. Relation between infection with *Helicobacter pylori* and living conditions in childhood: evidence for person to person transmission in early life. *BMJ* 1994;308:750-753

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

直视微创胆道手术 52 例

姜伟青, 周建刚, 储 军

姜伟青, 周建刚, 储军, 常州市武进中医医院外科 江苏省常州市 213161
项目负责人: 姜伟青, 213161, 江苏省常州市武进湖塘镇人民西路 6 号, 常州市武进中医医院外科. jlu0928@pub.cz.jsinfo.net
电话: 0519-655490
收稿日期: 2003-03-07 接受日期 2003-03-25

摘要

目的: 利用直视微创技术, 探讨减小胆道手术的创伤的方法.

方法: 利用直视微创胆道手术(MPBS)器械, 在硬膜外麻醉下完成胆囊切除 42 例, 胆囊切除加胆总管切开取石、“T”管引流术 10 例.

结果: 除 3 例胆总管探查者切口为 4-5 cm 外其余均为 4 cm 内的微小切口, 除 1 例切口脂肪液化外, 无其他手术并发症, 术后恢复快, 费用较低.

结论: 本手术创伤小, 安全性高, 适应证广, 尤其适合

于有其他合并症的老年患者.

姜伟青, 周建刚, 储军. 直视微创胆道手术 52 例. 世界华人消化杂志 2003; 11(11):1848-1850

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/1848.asp>

0 引言

Langenbach 在 1882 年首次在“T”型切口下完成第一例胆囊切除术, 经过百余年的发展完善, 形成了称为传统或经典胆囊切除术(conventional or classic cholecystectomy, CC). 随着科技发展, 手术器械不断完善, 手术技巧不断提高, 1982 年 Dubois 提出了小切口胆囊切除术(minilaparoscopic cholecystectomy, MC). 1987 年法国里昂 Mouret 完成了经腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC). 这种手术创伤微小、恢复快, 很快风行全球. 1991 年引进我国, 近十多年来在全国大中城市发展推广较快, 但由于 LC 仪器设备昂贵、费用高, 必须全麻、人工气腹,

故存在一定缺陷^[1], 而我们引进的直视微创胆道手术(microtrauma painless biliary-tract surgery, MPBS)则是利用北京诺科诺然公司 MPBS 系列手术器械, 以 MC 手术的直视方式来达到 LC 疗效的一种现代微创手术, 我院自开展此项手术以来共完成手术 52 例, 疗效满意, 现综合报告如下:

1 材料和方法

1.1 材料 本组病例共 52 例, 男 12 例, 女 40 例, 年龄 40 岁以下 8 例, 41-50 岁 12 例, 51-60 岁 19 例, 61 岁以上 13 例, 最大者 81 岁, 平均年龄 58.3 岁, 慢性胆囊炎合并胆囊结石者 33 例, 合并良性息肉 6 例, 胆囊结石合并胆总管结石 10 例, 萎缩性胆囊炎 5 例, 急性化脓性胆囊炎 4 例, 合并胆源性胰腺炎者 4 例, 术前检查发现 ECG 异常 8 例(17.3%), 慢支肺气肿 6 例(11.5%), 2 型糖尿病 5 例(9.6%), 有其他合并症 2 例。

1.2 方法 (1)备好 MPBS 器械, 患者常规术前准备。(2)连续硬膜外腔麻醉, 特殊情况可选用全麻。仰卧位, 对准腰桥。准备电刀负极板。(3)取右侧经腹直肌切口, 肋弓下 1 cm, 切口长 2.5-3.5 cm 者 38 例, 3.6-4.0 cm 者 11 例, 大于 4 cm 者 3 例。切开腹膜后将腹膜与腹直肌后鞘一起两侧各缝一针 7 号丝线以利牵开伤口。若肝脏位置低, 切口位置可相应下移。逐层切开腹壁各层进入腹腔。切口深层可适当延长些。也可作皮肤横切口, 肌层顺肌纤维分开, 升起腰桥。(4)探查、分离粘连和显露胆囊三角区: 放入专用单钩, 以无损伤抓持钳或长平镊子协助, 用抓持钳提起胆囊底, 放入两把 MPBS 光源单钩可探查胆囊, 部分肝脏, 十二指肠上部, 部分胃窦部。将 20×10 cm 双层带丝线敷料紧贴胆囊内侧向胆囊管方向填入, 丝线尾端留在切口外边钳夹。置专用带光源单钩向左上方牵拉, 显露胆囊管和肝十二指肠韧带结构。紧贴胆囊下方填入同样一块敷料, 用专用带光源单钩向下方牵开, 直达 Winslow's 孔下方。用无损伤抓持钳提起胆囊袋, 向 Winslow's 孔填入一小块纱布, 以吸取切除胆囊时的渗血及偶尔流出的胆囊内容物。若胆囊过大影响操作, 可穿刺抽吸减压或于胆囊底部在严密保护下小心切开, 清除胆囊内容物包括胆汁、脓液和结石后缝合, 以利手术操作。在提起胆囊袋的情况下, 沿胆囊壶腹下缘, 即胆囊袋与胆囊管交界处, 剪开表面浆膜, 钝、锐结合法向下分离显露胆囊管, 沿胆囊管向下剪开肝十二指肠型胆道结构(胆囊管、肝总管、胆总管和胆囊壶腹部), 从而解剖出胆囊三角区的胆管结构。此步骤是手术操作的关键, 应认真操作, 减少渗血, 逐步推进。有时巨大结石嵌顿于壶腹部或胆囊管, 或者肝、胆总管结合部, 应特别注意辨认“三管一壶”结构, 认真区别。在绝大部分病例中, 不管胆囊有多严重的充血肿胀和壶腹部结石嵌顿, 而胆囊三角区靠近胆总管一侧的情况都比较轻, 这时可从十二指肠韧带侧切开浆膜, 以“花生米”钝性分离出三管结构, 判断清楚

后再处理。若病情十分复杂时可延长切口, 改行 MC 或 CC。在距胆总管 6-8 mm 处结扎或钛夹闭合胆囊管, 一般上 2-3 枚钛夹, 但结扎最为可靠。向胆囊三角内分离显露胆囊动脉, 上 2-3 枚钛夹夹闭, 切断。以电分离钩或电分离钳、剪游离胆囊床, 切除胆囊。胆囊床创面用电凝铲严密止血。(5)胆总管探查取石“T”型管引流: 穿刺抽得胆汁以明确胆总管, 在预切线两侧缝牵引线两根后提起, 切开胆总管 8-10 mm, 放入胆道镜行术中胆道镜检查。若有结石可用套石篮取石, 置口径合适的“T”型管引流。可吸收线缝合置管处切口全层与浆膜层。(6)常规关腹, 用 4-0-Dexon 线皮下间断缝合, 皮肤皮内缝合, 术后伤口不拆线。(7)术毕一般不冲洗腹腔, 不放置引流管, 肝脏胆囊床渗血可用止血纱布或止血线, 伤口逐层缝合, 皮内用 4-0-Dexon 线连续缝合皮肤, 伤口不拆线, 硬外麻醉管拔出前给一次量镇痛药物。(8)术后平卧 6-8 h, 即可进流质, 可下床活动, 如伤口疼痛给口服奥贝 1 片, 预防性应用抗生素 2-3 d。

2 结果

所有患者均施行 MPBS 术式, 除 3 例患者切口延长至 5 cm 为小切口外, 其余均为 4 cm 以内微小切口, 这 3 例中, 其中 1 例为胆源性胰腺炎、胆总管结石, 另 2 例为化脓性胆囊炎、结石嵌顿于胆囊颈部, 且均为肥胖患者。手术时间单纯胆囊切除最短 35 min, 最长 100 min, 平均 55 min, 加胆总管探查, 最长约 120 min, 平均 85 min, 术中出血量平均约 45 ± 15 ml, 无手术死亡, 术后 2 例伤口皮下脂肪液化, 经换药治愈, 此 2 例患者也是探查胆总管手术时间最长的 2 例。术后均无心肺并发症或原有心肺疾患加重病例发生, 术后平均 8 h 开始进流质饮食, 8-10 h 下床活动, 8 例患者术后伤口疼痛较重分别肌注度冷丁 50 mg 后缓解, 其余患者疼痛轻微, 口服 1-2 次奥贝即可控制疼痛, 有 4 例患者术后导尿, 均为开展此种手术初期的患者, 可能与拔除硬膜外腔麻醉管前推注止痛剂有关, 后经调整剂量, 未再发生需导尿的情况。单纯胆囊切除患者术后 3-4 d 出院, 胆总管探索“T”管引流者平均 7 d 出院, 另 1 例合并甲状腺舌囊肿, 术后 10 d 出院。1 例合并腹股沟斜疝患者术后第 4 d 行疝修补术, 住院 15 d 出院, 平均费用与同期 LC 和 CC 相比, MPBS 比 LC 节省 1/3, 比 CC 节省 1/4, 所有患者术后随访均正常。

3 讨论

自引进此项新技术开展此项新项目后, 由于患者痛苦小, 创伤小, 恢复快, 深受患者好评。通过 52 例手术观察, 我们体会到:

3.1 病例的选择 原则上所有能开展 MC 手术的患者均适用于 MPBS, 对于有心肺疾患而不能耐受较大手术者, 只要麻醉成功, 同样可施行 MPBS, 我们建议对(1)有上腹部大手术史者;(2)严重萎缩性胆囊炎或重度化脓

性坏疽性胆囊炎合并胰腺炎; (3)二次胆总管探查术者; (4)胆道恶性肿瘤; (5)重症门脉高压等, 对此类患者应慎用此法。

3.2 保证手术安全的重要措施 选择合适的病例, 有效使腹肌松弛的麻醉, 手术中良好的照明, 术野的清晰显露, 深部胆囊管和胆囊动脉夹闭的牢靠, 三管(肝总管、胆总管和胆囊管)“T”字型结构的确认, 是保证手术安全的重要措施^[2]。

3.3 手术操作的要点 微小的切口是为了减小患者的创伤, 但必须达到手术操作的要求, 初期手术者可稍将切口延长, 以利暴露, 胆囊三角区的解剖是手术成败的关键^[3], 此法属顺行胆囊切除术, 术中必须确认胆囊管、胆总管与肝总管的“Y”型结构, 胆囊管与胆囊动脉的夹闭要牢靠, 可疑的副肝管同样要牢靠地夹闭, 以防胆漏, 胆总管探查的指征同CC, “T”管应自右上腹另打孔引出体外, 胆囊床止血要彻底, 必要时用止血纱布或止血绶帮助压迫止血, 充分利用电钩的作用, 皮下及皮内缝合均用在组织中能分解出具有抗菌作用物质的Dexon线缝合, 张力不能过大。皮下切开

时尽量不用电刀以防脂肪液化。随着手术人员的操作技巧不断改进与熟练, 配合胆道镜与C臂X光机, 利用MPBS系列器械还可开展术中胆道镜取石、术中胆道造影等, 从而可缩短手术时间, 提高手术质量^[4]。

总之, 直视微创胆道手术是经直视下微小切口, 胆囊三角区和胆囊床微创分离, 胆囊管、胆囊动脉和胆道微创操作的直视微创外科高新技术, 具有适应证广、费用低、操作安全可靠、适应我国国情的优点, 很受患者欢迎, 易于推广应用, 具有良好的社会效益和经济效益。但对难度较大的胆囊切除术必须掌握以患者安全为第一的原则, 该适当延长切口时则毫不犹豫的延长^[5]。

4 参考文献

- 1 张英豪, 雷鸣, 张力. 小切口胆囊切除胆总管探查的体会. 中国普通外科杂志 2002;11:125-126
- 2 王鹏, 孙朝英, 田学军, 李广森, 牛连发, 代磊. 微创无痛胆道外科手术(附122例报告). 现代外科 2000;1:28
- 3 黄志强. 我国胆道外科50a的进展. 中华外科杂志 1999;37: 522-525
- 4 张光金, 程泰照. 小切口胆囊切除术. 临床外科杂志 1995;2:76
- 5 岳茂兴, 李学彪, 张圭显, 张连春, 薛亮, 李成林, 张诗琳, 张玉生, 陈昌伟, 崔彦, 王新民. 胆石症手术治疗1036例. 新消化病学杂志 1997;5:405

阳性,肝、胆、胰B超仅发现在胰功肽试验阳性患者中有25例呈慢性胰腺炎改变征象,其他阴性患者中均未见异常,胃镜检查均无明显异常,小肠钡餐87例中均未见小肠器质性病灶,但有71例钡剂排空速度过快,平均在30 min内口服钡剂到达盲肠,10例排空速度过缓,平均8h钡剂到达盲肠,6例排空速度正常。

87例患者接受匹维溴胺(得舒特)50 mg口服,3次/d,治疗4 wk,45例患者腹痛、腹泻症状缓解,余下的42例患者中有15例腹痛缓解,但腹泻无缓解,加用胰酶胶囊(得每通)450 mg口服,3次/d,治疗4 wk,腹泻症状明显缓解。

根据Manning et al^[2]诊断标准,本组87例以小肠性腹泻为主的患者中,通过检查结果及诊断性治疗发现有44例患者除小肠钡餐检查钡剂排空过快,其中同时有12例大便苏丹Ⅲ阳性外,其他检查均未见异常,但在这44例患者中有15例消瘦营养不良,28例有不同程度的贫血、失眠、多梦及记忆力下降,25例有不同程度精神抑郁症状,单用匹维溴胺症状都有明显改善,符合IBS诊断,其小肠IBS占小肠腹泻的50.6%(44/87),这44例患者中男20例、女24例,年龄在23-72岁之间,平均43.2岁,病程在4.6 mo-28 a、平均32.4 mo。

3 讨论

IBS不仅发生在结肠,同时也可发生在小肠^[3],但小肠的IBS诊断有一定困难。首先,是对小肠性腹泻缺乏足够的认识,常常把慢性腹泻误认为是结肠腹泻,因此做一些不相关的检查及治疗,如结肠镜检查等,盲目的给予“慢性结肠炎”的诊断,让患者长时间、反复口服或静脉用抗生素,结果是先用抗生素期间腹泻症状可

缓解,停用抗生素则再发,反复治疗最后肠内菌丛失调,不仅腹泻症状没好转,反而症状加重。本组的87例患者均反复、间断接受过抗生素治疗,最短的应用抗生素时间为1.6 mo,最长为23 a,因此病程在10 a以上的患者均有不同程度的营养不良、贫血及消瘦,由于患者的症状不能得到有效的控制,患者精神负担加重,40.2%(35/87)伴有精神抑郁。第二,按小肠性腹泻的诊断标准,小肠性腹泻确定后,应行相关检查,因引起小肠腹泻的病因较多如胃原性、肝原性、胆原性、胰原性及小肠本身疾病均可引起腹泻,所以应进行相关排除性检查,本文87例患者均行相关检查,而区分器质性和功能性小肠腹泻。第三,关于IBS的诊断,本组87例患者中诊断为小肠IBS的44例患者均是从排除引起小肠腹泻的器质性疾病,小肠钡餐和诊断性治疗并符合Manning诊断标准而诊断的。并且这44例患者经过匹维溴胺治疗后症状明显缓解。在此,尤其需提示的是,对于没有特异性的肠动力检查条件,并且对小肠这方面检查更为困难时,我们的体会是排除器质性疾病;用小肠钡餐来检查了解小肠动力功能及口服匹维溴胺诊断性治疗来诊断小肠性IBS是有一定帮助和临床意义的。

4 参考文献

- 1 张德中,萧树东.腹泻江绍基胃肠病学.上海:上海科学技术出版社,2001:98-100
- 2 Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Brit Med J* 1978;2:653-657
- 3 Ricchard GL. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. *Gastroenterol Clin North America* 1996;25:1-9

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

矿区居民幽门螺杆菌感染状况及危险因素分析

雷静静,周力,谭玉洁,杨斌,刘显峰,杜纪恩

雷静静,周力,贵阳医学院附属医院消化内科 贵州省贵阳市 550001
谭玉洁,贵阳医学院附属医院中心实验室 贵州省贵阳市 550001
杨斌,刘显峰,贵州省水城矿务局汪家寨煤矿医院 贵州省六盘水市 553009
杜纪恩,贵州省水城矿务局大湾矿医院 贵州省六盘水市 553009
贵州省科教办(省长基金)资助课题, No. S2001-15
项目负责人:周力,550001,贵州省贵阳市,贵阳医学院附属医院消化内科。
zlj@km169.net.
电话:0858-8776308 传真:0858-8681538
收稿日期:2003-03-14 接受日期:2003-04-24

摘要

目的:了解煤矿地区成年居民幽门螺杆菌(Hp)感染状态,

以及与其流行相关的危险因素。

方法:用金标免疫斑点法对水城矿务局所辖汪家寨煤矿和大湾矿3436例20岁以上居民进行血清抗-Hp IgG,抗-Hp IgM检测,并采用问卷方式记录与Hp感染相关的危险因素。

结果:IgG的总阳性率为67.6%,IgM的总阳性率为36.7%。其中大湾矿IgG和IgM阳性率分别为75.7%和50.3%,显著高于汪矿的62.1%($P < 0.01$)和27.4%($P < 0.05$)。男女



Published by **Baishideng Publishing Group Inc**
7901 Stoneridge Drive, Suite 501, Pleasanton,
CA 94588, USA
Fax: +1-925-223-8242
Telephone: +1-925-223-8243
E-mail: bpgoffice@wjgnet.com
<http://www.wjgnet.com>



ISSN 1009-3079

