

- 2 王培之, 徐克沂, 皮国华. 胶体金免疫结合试验在检验医学中的应用. 中华检验医学杂志 2000;23:308-309
- 3 何长生, 刘泽军, 胡珍国. 胶体金与邻甲苯胺法检测大便潜血的

- 比较. 重庆医学 2003;32:1637-1638
- 4 庞菊川, 沈霞. 免疫方法检测大便隐血的应用. 上海第二医科大学学报 1999;19:546

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

慢性萎缩性胃炎患者幽门螺杆菌感染情况的调查

吴改玲, 蓝宇, 丁宜, 王 玘

吴改玲, 蓝宇, 丁宜, 王玘, 北京积水潭医院消化内科 北京市 100035
 通讯作者: 吴改玲, 100035, 北京市新街口东街31号, 北京积水潭医院消化内科. wqailin@sina.com.cn
 收稿日期: 2005-03-18 接受日期: 2005-04-13

摘要

目的: 调查幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, *H pylori*)与慢性萎缩性胃炎(CAG)的关系, 了解 *H pylori* 在萎缩性胃炎发病中的地位。

方法: 重新观察 193 例病理诊断为 CAG 的患者的病理切片, 记录其组织学变化的分级情况, 并调查胃镜诊断情况。

结果: (1)193 例 CAG 患者 *H pylori* 感染率为 36.3%; *H pylori* 阳性组的重度炎症活动(44.3%)较 *H pylori* 阴性组(13.3%)多 ($P < 0.01$), 中重度萎缩的比例(62.9%)较 *H pylori* 阴性组(43.9%)高 ($P < 0.05$); 在 *H pylori* 阳性组中, 中重度萎缩患者的中重度 *H pylori* 感染(54.5%)多于轻度萎缩者(26.9%) ($P < 0.05$)。 (2)轻度、中度和重度肠化合并中重度萎缩者分别为 41.4%、76.4% 和 87.5%, 随着肠化程度的加重合并中重度萎缩的比例明显上升 ($P < 0.01$)。 (3)193 例 CAG 中, 内镜漏诊的萎缩性胃炎组与内镜诊断的萎缩性胃炎组比较, 年龄小于 60 岁者多 (41.4%) ($P < 0.01$), 内镜下多表现为黏膜的结节样变(31.3%) ($P < 0.01$), 而无典型的黏膜变薄、以白为主、血管网透见等表现, *H pylori* 感染率高(43.8%) ($P < 0.01$)。

结论: *H pylori* 感染可能在胃黏膜萎缩尤其是在年龄较轻的内镜下以结节样病变为主要表现的萎缩性胃炎患者的胃黏膜萎缩中占重要地位。

吴改玲, 蓝宇, 丁宜, 王玘. 慢性萎缩性胃炎患者幽门螺杆菌感染情况的调查. 世界华人消化杂志 2005;13(11):1362-1364
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1362.asp>

0 引言

萎缩性胃炎是癌前病变, 尤其在伴有胃黏膜肠化及异

型增生时, 约 1% 未作治疗的萎缩性胃炎可能发展为胃癌^[1]. 因此明确萎缩性胃炎的病因及正确诊断非常重要. 萎缩性胃炎的病因很多, 本文重点在调查 *H pylori* 与萎缩性胃炎的关系, 了解 *H pylori* 在萎缩性胃炎发病中的地位。

1 材料和方法

1.1 材料 回顾调查我院 1999-01/2002-03 内镜诊断慢性胃炎(除外溃疡病及上胃肠肿瘤)且病理诊断为 CAG 的 193 例病例的胃镜诊断。

1.2 方法 重新观察胃镜病理切片. 由一名病理医师承担, 记录内容包括 *H pylori* 感染、慢性炎症活动性、萎缩、肠化、异型增生等分级情况. 判断标准为 2000-05 全国慢性胃炎研讨会共识意见: 根据胃黏膜 *H pylori* 的分布情况(Giemsa 染色)进行 *H pylori* 感染分级: 无: 未见 *H pylori*; 轻度: *H pylori* 分布小于标本全长 1/3; 中度: *H pylori* 分布超过标本全长 1/3 而未达 2/3 或连续性、薄而稀疏地存在于上皮表面; 重度: *H pylori* 成堆存在, 基本分布于标本全长. 按中性粒细胞的浸润情况将炎症活动度分 3 度: 轻度: 黏膜固有层有少数中性粒细胞浸润; 中度: 中性粒细胞较多存在于黏膜层; 重度: 中性粒细胞较密集, 或除中度所见外还可见小凹脓肿. 根据固有腺体萎缩程度分 3 度: 轻度: 固有腺体减少约 1/3; 中度: 固有腺体数减少约 1/3-2/3 之间; 重度: 固有腺体减少超过 2/3. 按肠上皮化生腺体的多少分 3 度: 轻度: 肠化部分占腺体和表面上皮总面积 1/3 以下; 中度: 1/3-2/3; 重度: 2/3 以上. 根据增生细胞的数量及其形成腺体的异型程度将异型增生分为轻、中、重 3 度. 按 *H pylori* 感染情况分为 *H pylori* 阳性组和 *H pylori* 阴性组. 按内镜诊断分为内镜诊断组及内镜漏诊组。

统计学处理 均采用 χ^2 检验. 使用 SPSS 统计软件进行统计。

表1 *H pylori*阳性组与 *H pylori*阴性组组织学变化比较(%)

	萎缩程度		炎症活动度			肠化	肠化程度		异型增生
	轻度	中重度	轻度	中度	重度		轻度	中重度	
<i>H pylori</i> 阳性组 $n = 70$	26(37.1)	44(62.9) ^a	4(5.7)	35(50.0)	31(44.3) ^b	46(65.7)	17(37.0)	29(63.0)	2(2.9)
<i>H pylori</i> 阴性组 $n = 123$	69(56.1)	54(43.9)	40(32.5)	66(53.7)	17(13.8)	84(68.3)	41(48.8)	43(51.2)	11(8.9)

^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ vs *H pylori*阴性组.

2 结果

2.1 193例CAG患者 *H pylori*阳性者70例, *H pylori*感染率为36.3%. 中、重度萎缩者 *H pylori*感染率(44/98, 44.9%)较轻度萎缩者(26/95, 27.4%)高($P < 0.05$). *H pylori*阳性组中、重度萎缩者较 *H pylori*阴性组多, 且重度的炎症活动多见. 两组在肠化、异型增生方面无显著性差异(表1).

2.2 70例 *H pylori*阳性者中, 中重度萎缩患者的中重度 *H pylori*感染(24/44, 54.5%)多于轻度萎缩者(7/26, 26.9%)($P < 0.05$), 即 *H pylori*感染程度越重, 萎缩程度亦越重.

2.3 130例肠化病例中, 轻度、中度和重度肠化合并中重度萎缩者分别为41.4%(24/58)、76.4%(55/72)和87.5%(14/16), 随着肠化程度的加重合并中重度萎缩的比例明显上升($P < 0.01$).

2.4 病理诊断CAG 193例中, 内镜诊断萎缩性胃炎组仅65例, 内镜漏诊的萎缩性胃炎128例, 占66.3%, 内镜漏诊的萎缩性胃炎组与内镜诊断的萎缩性胃炎组比较, 年龄小于60岁者多, 内镜下表现黏膜的结节样变(如痘疮样变、铺路石样改变、龟板样变等)多, 而无典型的黏膜变薄、以白为主、血管网透见等表现, *H pylori*感染率高. 而萎缩程度、有无肠化及异型增生方面两组无显著性差异(表2).

3 讨论

*H pylori*是一种定植在胃黏膜组织上皮细胞的微需氧革兰氏阴性菌, 他产生的酶、毒素以及感染激发的免疫反应损伤胃黏膜, 造成胃黏膜慢性炎症, 后者导致胃固有腺体破坏而发生萎缩. 我们的调查资料显示 *H pylori*阳性组较 *H pylori*阴性组的炎症活动度重, 且中、重

度萎缩的比例高. *H pylori*阳性组中中重度萎缩患者的中重度 *H pylori*感染多于轻度萎缩者, 即 *H pylori*感染程度越重, 萎缩程度亦越重. *H pylori*感染可先导致慢性活动性胃炎, 随着 *H pylori*感染级别增加, 炎症的活动度级别也逐渐增加^[2]. 长期持续的慢性活动性胃炎导致胃固有腺体破坏, 最后发展为慢性萎缩性胃炎. 有报道根除 *H pylori*后活动性炎症、腺体萎缩程度评分明显下降^[3]. 提示 *H pylori*根除后胃黏膜的炎症好转, 黏膜修复, 萎缩的腺体恢复. 本资料还显示随着肠化程度的加重合并中重度萎缩的比例明显上升, 提示萎缩与肠化的关系密切. 但是肠化促进了萎缩的发生, 还是萎缩导致了肠化, 有待于进一步研究.

CAG的胃镜与病理诊断一致性较差, 我们的调查显示CAG的胃镜与病理诊断一致者仅占三分之一, 内镜漏诊者达三分之二. 内镜漏诊的萎缩性胃炎组年龄小于60岁者多, 内镜下多表现黏膜的结节样变(如痘疮样变、铺路石样改变、龟板样变等), 而无典型的黏膜变薄、以白为主、血管网透见等表现. 这可能是造成CAG内镜漏诊的原因之一. 杨成万 *et al*^[4]报道青年组CAG中息肉或结节样改变较老年组多. 张宁 *et al*^[5]亦发现痘疮样变和铺路石样改变对CAG诊断的特异性高, 与本资料结果类似. 在CAG中胃镜下见到的息肉或结节样改变可能是由CAG背景中残留的岛屿状正常泌酸腺体所形成的, 被认为可能是早期CAG的表现^[6]. 本资料分析还显示内镜漏诊的萎缩性胃炎组的 *H pylori*感染率高, 提示内镜下结节样变表现可能与 *H pylori*感染有关. 而老年慢性萎缩性胃炎患者的内镜表现多以黏膜变薄、以白为主、血管网透见等为主要表现, *H pylori*感染率低, 提示老年CAG患者胃黏膜萎缩一部分可能为退行性变. 我们认为 *H pylori*感染在年龄较轻、内镜下以结节样改变为主

表2 内镜漏诊组与内镜诊断组比较(%)

	年龄		黏膜变薄和/或血管网透见	结节样变	<i>H pylori</i> 感染	萎缩程度		肠化	异型增生
	≥ 60岁	< 60岁				轻	中重		
内镜漏诊组($n = 128$)	75(58.6)	53(41.4) ^b	0(0) ^b	40(31.3) ^b	56(43.8) ^b	60(46.9)	68(53.1)	89(69.5)	7(5.5)
内镜诊断组($n = 65$)	53(81.5)	12(18.5)	27(41.5)	3(4.6)	14(21.5)	35(53.8)	30(46.2)	41(63.1)	6(9.2)

^b $P < 0.01$ vs 内镜诊断组.

要表现的患者的胃黏膜萎缩发生中更为重要, *H pylori* 感染引起的胃黏膜广泛破坏, 加快了从浅表胃炎到萎缩性胃炎的转化过程. 因此, 对年龄较轻的胃镜下以结节样改变为主要表现的 CAG 患者更应注意 *H pylori* 感染的情况. 对 *H pylori* 阳性者予根除治疗, 有可能逆转胃黏膜的萎缩.

4 参考文献

1 叶任高. 内科学. 第五版. 北京: 人民卫生出版社, 2003:392-396

- 2 余闲, 彭杰青, 郭全会, 暴菊英. 慢性活动性胃炎的诊断标准及其与 *Hp*、G H 关系. 中国误诊学杂志 2004;4:161-163
- 2 吕宾, 王慧萍, 陈明涛, 范一宏, 孟立娜. 根除幽门螺杆菌对胃黏膜萎缩和肠化影响的随访研究. 中华内科杂志 2004;43:299-301
- 4 杨成万, 陶明珠. 不同年龄慢性萎缩性胃炎的临床病理分析. 临床医学 2003;12:730-731
- 5 张宁, 宋德勇, 孙利平, 李岩. 萎缩性胃炎的胃镜表现对黏膜组织学改变的预测. 山西医科大学学报 2003;3:239-240
- 6 Krasinskas AM, Abraham SC, Metz DC, Furth EE. Oxyntic mucosa Pseudopolyps: a presentation of atrophic autoimmune gastritis. *Am J Surg Pathol* 2003;27:236-241

编辑 徐协群 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

慢性乙型肝炎患者外周血 T 细胞标记物表达及细胞因子水平与中医分型的关系

施维群, 缪锡民, 黄茵, 陈智

施维群, 缪锡民, 浙江中医学院附属新华医院 浙江省杭州市 310005
黄茵, 陈智, 浙江大学医学院 浙江省杭州市 310009
浙江省中医药管理局基金资助课题, No. 2000C57
通讯作者: 陈智, 310009, 浙江省杭州市, 浙江大学湖滨校区, 浙江大学医学院.
电话: 0571-87217072
收稿日期: 2005-02-17 接受日期: 2005-03-16

摘要

目的: 探讨慢性乙型肝炎患者外周血 T 细胞亚群 CD28 分子的表达及血清 IL-2、IL-10、IL-12 和 IFN- γ 的含量与中医辨证分型之间的相互关系.

方法: 选择本院门诊和住院的慢性乙型肝炎患者 124 例、正常对照人群 20 例, 采用流式细胞术检测外周血 CD4⁺、CD8⁺ T 细胞的 CD28 分子表达水平; 以 ELISA 方法检测患者及对照组血清中部分细胞因子 IL-2、IL-10、IL-12 和 IFN- γ 的水平, 结合中医辨证分型进行分析, 从免疫学角度探讨二者相互关系.

结果: 所观察的 CD28、CD4 和 CD4/CD8 各组中, 慢性乙型肝炎的中医辨证分型各组与正常对照组具有显著差异 ($P < 0.05$), 分型的各组总体和组间差异均具统计学意义 ($P < 0.05$ 或 0.01). 从 CD28⁺CD8⁺ 看, 湿热中阻组明显升高, 而其余三组则与正常组相似; 从 CD28⁺CD4⁺ 看, 肝郁脾虚、湿热中阻两组与正常组虽无明显差异, 但其应答强弱顺序颇能说明问题, 即肝肾阴虚组 > 湿热中阻组、肝郁脾虚组 > 瘀血阻络组. 细胞因子检测结果在分型各组中总体有差异, 具体统计学比较值 ($P < 0.05$ 或 0.01). 肝肾阴虚和瘀血阻络两组中 IFN- γ 水平与其他组有显著差异 ($P < 0.05$).

结论: 慢性乙型肝炎中医分型各组的 CD28 表达水平以及部分细胞因子水平与正常相比, 有显著差异, 中医分型各组分间亦有一定差异. 综合分析和评价免疫细胞的表面分子、细胞因子的检测结果与中医辨证分型之间的关系, 对阐明中医病机的实质有重要价值.

施维群, 缪锡民, 黄茵, 陈智. 慢性乙型肝炎患者外周血 T 细胞标记物表达及细胞因子水平与中医分型的关系. 世界华人消化杂志. 2005;13(11):1364-1367
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1364.asp>

0 引言

Th1/Th2 细胞在慢性乙型肝炎的过程中的作用日益受到关注, 其免疫应答与乙型肝炎的关系成为近年研究的热门. 目前由于缺乏特异性较高、操作简单的标记物检测来确定 Th1/Th2 值以及代表的细胞因子含量, 故开展这方面的研究具有积极的意义. 为了阐明 Th1/Th2 细胞在慢性乙型肝炎中的作用, 探讨其在中医临床分型中的相互关系, 我们用流式细胞仪对慢性乙型肝炎患者外周血 T 细胞标记物 CD8⁺、CD4⁺ 细胞的 CD28 分子表达进行测定, 并用 ELISA 法测定血清中的 IL-2、IL-10、IL-12、IFN- γ 等的含量, 探究其与中医分型的结合点, 具有一定的临床意义.

1 材料和方法

1.1 材料 本院住院和门诊的慢性乙型肝炎患者 124 例, 其中男性 76 例, 女性 48 例, 年龄 16-63 岁, 平均 32.77