

老年慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者临床特征及预后影响因素分析

崔国泓 马 兰

呼图壁人民医院 新疆 昌吉 831200

【摘要】目的：探讨老年慢性胃炎合并幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）感染患者的临床特征，并分析其预后的影响因素，为临床诊疗方案的制定提供循证依据。方法：回顾性选取2022年1月至2024年12月于本院接受诊治的186例老年慢性胃炎合并Hp感染患者作为研究对象，收集患者的基线资料、临床症状、内镜及病理检查结果、Hp根除治疗方案及预后结局等信息，采用统计学方法分析患者的临床特征分布规律，通过单因素 χ^2 检验和多因素Logistic回归模型筛选预后不良的独立影响因素。结果：186例患者中，以非特异性消化道症状为主，腹胀（67.74%）、食欲减退（58.06%）发生率显著高于腹痛（41.40%）、反酸（32.80%）；内镜下表现以胃黏膜萎缩（62.37%）、肠上皮化生（47.31%）为主，且 ≥ 75 岁患者的重度萎缩及中重度肠化发生率显著高于60~74岁患者（ $P < 0.05$ ）；病理检查提示68.28%的患者存在胃黏膜慢性炎症伴活动性改变，11.29%存在低级别上皮内瘤变。单因素分析显示年龄、合并基础疾病、Hp根除方案、根除成功率、胃黏膜病变程度与患者预后相关，多因素Logistic回归分析证实年龄 ≥ 80 岁（OR=3.215, 95%CI: 1.227~8.426）、合并2种及以上基础疾病（OR=2.892, 95%CI: 1.103~7.587）、Hp根除失败（OR=4.126, 95%CI: 1.603~10.625）、存在中重度肠上皮化生（OR=3.017, 95%CI: 1.184~7.691）是老年慢性胃炎合并Hp感染患者预后不良的独立危险因素（ P 均 < 0.05 ）。结论：老年慢性胃炎合并Hp感染患者临床症状多不典型，胃黏膜萎缩及肠化发生率高，高龄、多重基础疾病、Hp根除失败及严重胃黏膜病变是影响其预后的关键因素，临床需针对高危因素制定个体化诊疗与随访方案。

【关键词】老年慢性胃炎；幽门螺杆菌感染；临床特征；预后影响因素；肠上皮化生

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.024

引言

随着人口老龄化进程不断加快，老年人群消化系统疾病的发病率呈现出逐年上升的态势，其中慢性胃炎是老年群体较为常见的消化道疾病之一，幽门螺杆菌感染作为慢性胃炎发生以及发展的核心致病因素，二者合并存在会增加胃黏膜病变进展的风险^[1]。我国老年人群幽门螺杆菌感染率达到44.5%，并且感染率随着年龄增长而上升，80岁以上人群感染率能达到57.7%^[2]。老年患者由于生理机能衰退、器官储备能力下降、多病共存以及多重用药等特点，其疾病表现和诊疗结局与中青年群体有明显差异^[3]。已有研究证实，在胃黏膜萎缩、肠上皮化生发生之前根除幽门螺杆菌可完全预防肠型胃癌的发生，就算是对于已经出现肠化的老年患者，根除幽门螺杆菌也可降低胃癌发病风险^[4]。不过目前针对老年群体的临床特征以及预后影响因素的系统性分析还比较缺乏，老年患者的临床症状大多时候因为痛觉阈值升高而表现得不典型，容易导致诊疗延误，同时其幽门螺杆菌根除治疗受到抗生素耐药、药物不良反应等因素制约，影响预后^[5]。基于这种情况，本研究依靠回顾性分析近3年老年慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者的临床资料，明确其临床特征的分布规律，筛选预后不良的危险因素，希望能为优化老年患者的个体化诊疗策略、改善远期预后提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

回溯性挑选在2022年1月至2024年12月期间于本院消化内科以及老年病科接受治疗的老年慢性胃炎合并Hp感染患者186例。

纳入标准如下：年龄达到或超过60岁，符合《中国慢性胃炎共识意见》里慢性胃炎的诊断标准，依靠13C或14C尿素呼气试验、胃镜组织病理染色或者快速尿素酶试验确诊为Hp感染，临床资料完备，并且完成了至少6个月的随访，自愿配合本研究且签署了知情同意书。

排除标准如下：合并消化性溃疡、胃食管反流病、胃癌等其他消化道器质性疾病的患者，近1个月内接受过Hp根除治疗或者服用过抗生素、质子泵抑制剂、铋剂等药物的患者，合并严重心、肝、肾等关键脏器功能衰竭的患者，存在精神疾病或者认知障碍无法配合随访的患者。

1.2 资料收集

借助医院电子病历系统来收集患者的基线资料，其中覆盖了性别、年龄、吸烟饮酒的过往情况以及基础病史等方面；临床症状则运用统一问卷展开统计工作，涉及腹痛、腹胀、反酸、嗝气、食欲减退、恶心呕吐等症状；内镜检查会记录胃黏膜萎缩、肠化、糜烂、出血等病变的具体部位以及相应程度，

病理检查用以明确炎症活动性、肠上皮化生分级以及是否存在上皮内瘤变，还会记录 Hp 根除治疗方案、治疗依从性、根除成功率以及随访期间的预后结局，将预后不良界定为随访 6 个月内出现症状持续未缓解、胃黏膜病变有进展、Hp 复阳或者出现消化道出血等并发症。

1.3 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据分析，计数资料以例数（百分比）表示，组间比较行 χ^2 检验；采用多因素 Logistic 回归模型分析预后的独立影响因素，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者基线资料

186 例患者中，男性 102 例（54.84%），女性 84 例（45.16%）；年龄 60~74 岁 121 例（65.05%），75~79 岁 42 例（22.58%）， ≥ 80 岁 23 例（12.37%）；合并基础疾病者 134 例（72.04%），其中高血压 76 例（40.86%）、糖尿病 41 例（22.04%）、冠心病 32 例（17.20%），合并 2 种及以上基础疾病者 58 例（31.18%）；有长期吸烟或饮酒史者 67 例（36.02%）。

2.2 临床症状分布特征

186 例患者的临床症状以非特异性消化道表现为主，其中腹胀发生率最高，达 126 例（67.74%），其次为食欲减退 108 例（58.06%），而典型的腹痛症状仅 77 例（41.40%），反酸、暖气分别为 61 例（32.80%）、72 例（38.71%），另有 19 例（10.22%）患者无明显自觉症状，仅在体检时发现疾病。对比不同年龄亚组症状分布， ≥ 75 岁患者无症状比例（15.38%）显著高于 60~74 岁患者（7.44%），且其食欲减退发生率（69.23%）显著高于低龄老年组（53.72%），差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2.3 内镜及病理检查特征

内镜检查结果显示，186 例患者中存在胃黏膜萎缩者 116 例（62.37%），其中轻度萎缩 52 例（28.00%）、中度萎缩 41 例（22.04%）、重度萎缩 23 例（12.37%）；肠上皮化生者 88 例（47.31%），其中轻度 40 例（21.51%）、中度 33 例（17.74%）、重度 15 例（8.06%）；胃黏膜糜烂者 57 例（30.64%），出血点或糜烂灶以胃窦部为主。 ≥ 75 岁患者的重度萎缩（21.54%）、中重度肠化（29.23%）发生率显著高于 60~74 岁患者的 9.09%、16.53%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。病理检查提示 127 例（68.28%）患者存在胃黏膜慢性炎症伴活动性改变，21 例（11.29%）存在低级别上皮内瘤变，未发现高级别瘤变及癌变病例；Hp 定植密度分级显示，中度及以上定植者 109 例（58.60%），且定植密度与胃黏膜炎症活动度呈正相关（ $r = 0.327$ ， $P < 0.001$ ）。

2.4 Hp 根除治疗及预后情况

186 例患者中，采用铋剂四联方案治疗者 102 例（54.84%），高剂量双联方案（大剂量 PPI 联合阿莫西林）治疗者 84 例（45.16%），其中 143 例（76.88%）完成规范疗程并实现 Hp 根除，43 例（23.12%）根除失败，失败病例中 19 例为铋剂四联方案、24 例为高剂量双联方案，且失败病例中克拉霉素或甲硝唑耐药者占比达 72.09%。随访 6 个月期间，159 例（85.48%）患者预后良好，症状缓解且胃黏膜病变无进展，27 例（14.52%）预后不良，其中 12 例症状持续不缓解、9 例胃黏膜病变进展、4 例 Hp 复阳、2 例出现上消化道少量出血。

2.5 预后影响因素分析

单因素分析显示，年龄 ≥ 80 岁、合并 2 种及以上基础疾病、未采用规范根除方案、Hp 根除失败、存在中重度肠上皮化生的患者预后不良发生率显著高于对应群体，差异有统计学意义（ P 均 < 0.05 ）。将单因素分析中 $P < 0.05$ 的指标纳入多因素 Logistic 回归模型，结果证实年龄 ≥ 80 岁（OR=3.215，95%CI: 1.227~8.426）、合并 2 种及以上基础疾病（OR=2.892，95%CI: 1.103~7.587）、Hp 根除失败（OR=4.126，95%CI: 1.603~10.625）、存在中重度肠上皮化生（OR=3.017，95%CI: 1.184~7.691）是老年慢性胃炎合并 Hp 感染患者预后不良的独立危险因素（ P 均 < 0.05 ）。

3 讨论

老年群体由于生理机能具有特殊性，其慢性胃炎合并 Hp 感染的临床表型以及疾病转归与中青年患者有着明显差异，本研究借助对 186 例老年患者临床资料展开分析，弄清楚了该群体的疾病特征以及预后影响因素，在临床症状方面，本研究发现老年患者主要表现为腹胀、食欲减退等非特异性症状，典型的腹痛、反酸症状发生率比较低，并且 ≥ 75 岁患者无症状的比例明显升高，这一特征和老年患者胃黏膜感觉神经末梢退行性变、痛觉阈值升高以及消化腺分泌功能减退相关，同时也说明临床针对老年群体的疾病筛查不能仅仅依靠典型症状，还需要加强内镜等客观检查的应用。

在内镜及病理特征方面，本研究里 62.37% 的患者存在胃黏膜萎缩、47.31% 存在肠上皮化生，而且高龄患者的重度萎缩及中重度肠化发生率更高，这和薛金菊等^[1]的研究结论相符，其团队指出老年萎缩性胃炎患者 Hp 感染率高，并且感染状态和胃黏膜萎缩、肠化进展联系紧密。Hp 作为 I 类致癌因子，它的定植可借助释放细胞毒素相关蛋白 A 等毒性因子引发胃黏膜慢性炎症，在长期刺激下促使胃黏膜出现萎缩、肠化甚至瘤变，而老年患者因为病程较长、免疫功能下降，胃黏膜修复能力减弱，更容易出现不可逆的病理改变，这也解释了本研究中 Hp 定植密度与胃黏膜炎症活动度的正相关关系。

在治疗和预后方面，本研究采用的铋剂四联以及高剂量双

联方案都是针对老年患者的推荐根除方案，整体根除率为76.88%，和王自成等研究中的89.3%的根除率有一定差别，这或许和地区耐药率差异以及患者依从性有关，并且本研究中根除失败病例的耐药率达到72.09%，说明抗生素耐药依旧是老年患者Hp根除治疗的主要妨碍。预后影响因素分析说明，高龄、多重基础疾病、根除失败以及中重度肠化是预后不良的独立危险因素，其中 ≥ 80 岁患者的预后不良风险明显升高，缘由是超高龄患者的器官储备能力非常差，胃黏膜修复以及药物代谢能力都下降了，而合并多种基础疾病的患者大多时候存在多重用药情况，容易与Hp根除药物产生相互作用，在增加不良反应风险的同时降低治疗效果，Hp根除失败会让胃黏膜持续受到病原体刺激，加快病变进展，中重度肠化作为癌前病变，其自

身就有较高的进展风险，需要加强随访监测。

本研究存在局限性，是单中心回顾性研究，样本量有限且缺少远期随访数据，后续可以开展多中心前瞻性研究验证结论，同时可增加对患者药物基因多态性、肠道菌群等指标的检测，为制定个体化治疗方案提供更全面的依据。

4 结论

老年慢性胃炎合并Hp感染的患者，其临床症状大多并不典型，胃黏膜萎缩以及肠上皮化生的发生率较高，年龄 ≥ 80 岁、合并2种及以上基础疾病、Hp根除失败以及存在中重度肠上皮化生，这些都是影响患者预后的关键危险因素。临床上需要针对高危人群制定个体化的根除治疗方案，并且强化长期随访监测，以此降低病变进展的风险，改善患者的远期预后。

参考文献:

- [1] 薛金菊,邢梦芸,林珍.老年萎缩性胃炎患者Hp感染状况调查及根治方法和药物敏感性分析[J].中国病原生物学杂志,2022,17(02):207-211.
- [2] 江华.老年人幽门螺杆菌感染的管理策略[J].中华老年医学杂志,2025,44(06):732-735.
- [3] 祝荫,吕农华.儿童和老年人群的幽门螺杆菌治疗[J].中华消化杂志,2022,42(11):729-732.
- [4] 侯建芸,张玉兰,冯会敬.采用四联疗法联合益生菌治疗老年慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染的疗效分析[J].系统医学,2024,9(01):45-48.
- [5] 王自成,叶晖,藺苗苗,等.老年幽门螺杆菌感染根除治疗进展[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(04):312-316.