
儿童及青少年幽门螺杆菌感染处理欧美指南解读

作者：writer 来源：本站

本文原地址：<https://www.iikx.com/news/progress/746.html>

本文仅供学习交流之用，版权归原作者所有，请勿用于商业用途！

欧洲及北美儿童胃肠肝病与营养学会联合颁布了关于儿童及青少年幽门螺杆菌感染处理指南，这项指南针对的是18岁以下儿童及青少年。本文就该共识主要内容进行介绍及解读。

幽门螺杆菌感染通常在儿童期获得，虽然幽门螺杆菌感染是消化性溃疡和胃癌的重要病因，但与成人不同，儿童和青少年感染者很少会发生这些严重的并发症。此外，在儿童期感染幽门螺杆菌，还有可能有利于感染者生命后期免疫系统的发育。

虽然幽门螺杆菌感染常引起胃黏膜炎性反应，但绝大多数儿童感染者没有症状。目前没有研究证据支持一些儿童的功能性疾病(如复发性腹痛)与幽门螺杆菌感染相关。因此，在决定对儿童进行幽门螺杆菌感染的检测和治疗之前，应明确该决定是否对儿童具有明确的获益。

由于针对幽门螺杆菌感染治疗的风险-获益比具有年龄相关性，且一些抗生素不宜或禁用与儿童、青少年，因此，与成人不同，对于儿童的幽门螺杆菌感染治疗指征应当比成人严格。

1. 对于胃肠道症状临床调查的首要目标是明确症状的根本原因，而不是仅限于发现幽门螺杆菌感染。

幽门螺杆菌根除治疗可以明显改善溃疡病患儿的消化道症状，但对于非溃疡性胃肠道症状，目前没有证据支持幽门螺杆菌感染是其病因，如针对这些症状进行幽门螺杆菌根除治疗，可能并不能改善患儿的消化道症状。对于怀疑器质性疾病导致腹痛的患儿，建议进行内镜检查明确诊断，而不是进行无创的幽门螺杆菌检测。

2a. 在内镜检查时，建议仅在确定患儿需要接受幽门螺杆菌根除治疗时，可以进行幽门螺杆菌快速尿素酶试验及细菌培养检测。

2b. 如果只是在内镜检查时偶然发现幽门螺杆菌感染，在决定是否进行根除治疗之前，应当与家长/患儿充分沟通治疗幽门螺杆菌感染的风险及获益情况。

2c. 不建议将幽门螺杆菌的检测和治疗策略用于儿童。

由于目前证据显示，根除幽门螺杆菌仅对消化性溃疡的症状具有缓解作用，除非临床怀疑或内镜确诊消化性溃疡，否则不建议采用有创性的方法进行幽门螺杆菌的检测。

当胃镜检查发现结节性胃炎而不伴有胃或十二指肠溃疡时，只有在确定准备给患儿进行根除治疗

时，可以进行幽门螺杆菌快速尿素酶及细菌培养检测，以明确诊断及指导治疗。

幽门螺杆菌相关胃炎，可能是在患儿因其他疾病而接受内镜检查时偶然发现，尤其在幽门螺杆菌高感染地区。对于不伴有消化性溃疡的幽门螺杆菌相关胃炎，其在儿童期很少会导致患儿出现症状或者进展到严重的并发症，其原因可能与儿童感染幽门螺杆菌后产生的免疫反应与成人不同有关。在幽门螺杆菌感染率高的地区，儿童幽门螺杆菌根除后其再感染率可能也较高。在西方国家，研究显示在儿童期感染幽门螺杆菌，有可能可以降低感染者过敏性疾病的发生风险。

对于因非消化性溃疡病而接受根除治疗的患儿，医生应告知家长及患儿，幽门螺杆菌感染可能并不是其症状的病因，虽然根除治疗可能可以预防未来溃疡病及胃癌的发生，但可能并不能缓解其症状，此外根除治疗可能还具有一定的风险，如治疗失败、各种抗生素相关的不良反应(如腹泻、腹痛、胃肠道菌群失调)。

3.

对于胃或十二指肠溃疡的患儿，建议
进行幽门螺杆菌的检测

，如果确定其存在幽门螺杆菌感染，建议进行根除治疗，治疗后应对细菌是否根除进行评估。

对于消化性溃疡(活动期或非活动期)患儿进行幽门螺杆菌根除治疗，可以愈合溃疡、明显降低溃疡复发风险，在根除治疗结束后，可以继续给予质子泵抑制剂(PPI)2-4周治疗溃疡，在停用抗生素至少4-6周后以及停用PPI至少2周后应对幽门螺杆菌是否根除进行评估，对于未根除患儿，应给予补救治疗。

在进行幽门螺杆菌感染检测时，应注意药物(如抑酸剂、抗生素)、活动性溃疡出血可能会影响检测的敏感性，导致假阴性的检测结果。

4. 不建议对功能性腹痛患儿进行幽门螺杆菌感染的检测。

儿童复发性腹痛，如果没有报警症状和体征，多是功能性腹痛，与是否存在幽门螺杆菌感染无关。

报警症状包括：持续性右上腹或右下腹痛，吞咽困难，吞咽疼痛，持续性呕吐，胃肠道失血，非主动性体重减轻，青春期发育延迟，不明原因发热，炎症性肠病或消化性溃疡病家族史等。

非侵入性幽门螺杆菌感染阳性检测结果，可能会诱发功能性腹痛患儿及其父母的焦虑，从而导致患儿接受不必要的内镜检查，对于这些患儿不建议进行幽门螺杆菌感染的检测。对于不伴有报警症状和体征、符合罗马功能性腹痛诊断标准患儿，罗马IV也不支持对其通过内镜检查进行相关诊断。

5a. 对于缺铁性贫血患儿，不建议把幽门螺杆菌感染检测作为初步筛查的检测项目。

5b. 对于难治性缺铁性贫血患儿，当已经排除其他病因可能时，在进行消化内镜检查时可以考虑进行幽门螺杆菌感染的检测。

缺铁性贫血在5岁以下儿童较常见，其原因与这一时期儿童的快速生长导致铁需求增加有关。由于学龄前或学龄儿童发生缺铁性贫血与发生幽门螺杆菌感染的危险因素相近，很多缺铁性贫血患

儿会同时合并幽门螺杆菌感染，但目前并没有研究证据支持幽门螺杆菌感染与缺铁性贫血之间具有因果关系。因此，对于儿童缺铁性贫血的处理，应当根据患儿的临床病史及年龄情况，参考相关临床指南，不建议将非侵入性幽门螺杆菌感染检测作为这类患儿病因的初步筛查。

对于难治性缺铁性贫血(对补铁治疗无反应、短期复发或合并其他报警症状)，应考虑消化性溃疡导致的胃肠道失血、细菌导致的铁消耗等原因，如果患儿需要接受内镜检查，建议在内镜检查时通过胃黏膜活检方法进行幽门螺杆菌感染的相关检测。

6. 对于慢性特发性血小板减少性紫癜(cITP)，建议可以考虑将幽门螺杆菌非侵入性检测用于病因的筛查。cITP是一种自身免疫性疾病，血小板减少持续超过至少12个月。如果幽门螺杆菌感染检测阳性，应根据患儿的个体基础情况及血小板计数情况确定患儿在根除治疗前是否需要接受内镜检查。目前幽门螺杆菌根除治疗对这类患儿的疗效仅限于一些小样本的研究，对于幽门螺杆菌感染与cITP的相关性研究还有待于更深入的设计良好的研究。

7. 对于生长发育迟缓患儿，不建议将幽门螺杆菌感染检测用于其病因筛查。目前没有研究证据显示幽门螺杆菌感染与儿童发育迟缓具有明确的因果关系，生长发育迟缓合并幽门螺杆菌感染较常见，其原因与二者的发生均与营养不良、社会经济发展状态等因素相关有关，即两种状况发生的危险因素相同，而不是两种状况之间具有因果关系。

8. 在进行幽门螺杆菌感染检测前，需停用质子泵抑制剂(PPIs)至少2周，停用抗生素至少4周。

9a. 幽门螺杆菌感染的诊断应基于：细菌培养阳性，或组织病理学提示幽门螺杆菌胃炎且至少1项其他基于活检方法的检测阳性。

9b. 在进行内镜检查时，建议至少采取6块活检组织进行幽门螺杆菌感染的诊断：2块胃窦、2块胃体用于胃炎诊断；1块胃窦和1块胃体用于细菌培养或1块胃窦用于其他检测(如分子检测)。

由于没有一种检测方法可以百分之百的确诊或不漏诊儿童的幽门螺杆菌感染，因此建议对于儿童幽门螺杆菌感染的诊断需基于至少2种检测方法均阳性，而不能仅仅根据单纯组织学检查阳性就诊断幽门螺杆菌感染；细菌培养结果直接决定了后续的治疗方案的选择；因此，组织活检和细菌培养是最重要的幽门螺杆菌感染的检测手段。

不建议将非侵入性检测方法用于幽门螺杆菌感染的初始检测，如果内镜检查时仅有组织学检查提示幽门螺杆菌感染，此时非侵入性方法检测结果阳性，支持幽门螺杆菌感染的诊断。

10. 不建议将血清、全血、尿液、唾液幽门螺杆菌抗体检测(IgG、IgA)用于临床检测，这些抗体依赖的检测方法，无法判断患儿是否存在现症感染。

11. 建议进行幽门螺杆菌抗生素敏感性检测，并根据检测结果制定具体的治疗方案。细菌对抗生素耐药是导致治疗失败的主要原因，治疗失败会导致增加患儿不必要的检查、治疗和相关的风险。如果患儿曾经常因其他疾病而应用抗生素，可能会导致其感染的幽门螺杆菌对抗生素耐药。细菌耐药性检测可以采用基于细菌培养(E试验或琼脂稀释法)或分子检测的方法，建议从不同部位(如胃窦和胃体)取至少2块组织进行幽门螺杆菌耐药性检测。

12. 建议在不同国家和地区对一线治疗方案开展多中心的疗效评估研究。由于根除失败带来的相关风险、医疗成本提高等因素，应尽量保证方案的根除成功率>90%。导致幽门螺杆菌治疗失败

常见原因包括：不适合的治疗方案的选择、依从性差、细菌对抗生素耐药。但是，目前应用的很多治疗方案达不到理想的根除率，因此有必要开展相关的多中心研究。

13. 建议医生在根除幽门螺杆菌治疗前，与患儿家庭充分沟通，强调依从性对提高治疗成功率的重要性。由于抗幽门螺杆菌治疗需要多种药物联合治疗至少10-14天，治疗相关的不良反应也比较常见(尽管不良反应多较轻微)，在治疗前与家长及患儿进行充分的沟通，如治疗期间可能发生的副作用、依从性的重要性等，对根除治疗的成功与否具有重要意义。

14. 建议的根除治疗方案(原文中有详细的列表)：根据幽门螺杆菌对克拉霉素或甲硝唑是否耐药，或既往是否应用过克拉霉素等，选择合适的根除治疗方案。

15. 建议在根除治疗结束至少4周后评估幽门螺杆菌是否根。

更多 科学进展 请访问 <https://www.iikx.com/news/progress/>

本文版权归原作者所有，请勿用于商业用途，[爱科学iikx.com](https://www.iikx.com)转发