

引言

1982年，澳大利亞科學家，巴里·馬歇爾（Barry J. Marshall）和羅賓·沃倫（J. Robin Warren）自胃液中成功培養分離出幽門螺旋桿菌（*Helicobacter pylori*），並進一步證實人體的胃潰瘍、胃炎等疾病是和該種細菌在胃部繁殖有關。打破了長久以來醫學界所認為的人體胃部強酸下不會有細菌長期生存，胃潰瘍、胃炎等疾病產生是單純由刺激性食物、緊張壓力等造成的觀念。

目前公認幽門螺旋桿菌感染是慢性活動性胃炎、消化性潰瘍、胃黏膜相關淋巴組織淋巴瘤和胃癌的主要致病因素。世界衛生組織更在1994年把幽門螺旋桿菌列為第一級致癌物。沃倫和馬歇爾也因為發現幽門螺旋桿菌而獲得2005年的諾貝爾獎。

然而在經過20多年的幽門螺旋桿菌治療，仍沒有一個理想的處方能完全根除此感染。以氫質子幫浦抑制劑合併兩種抗生素的標準三合療法做為第一線藥物治療，也仍有10%至20%的病人無法根除。隨著幽門螺旋桿菌治療的廣泛使用，根除失敗是臨床中越來越常見的問題，因此而有許多新的療程被發展出來。

流行概況

根據調查，全球幽門螺旋桿菌感染率超過50%。而且感染率隨年齡的增長而逐漸升高。在落後地區或在人口密集的群落感染率偏高，且感染的年齡層偏低，很多人在孩童時期已感染此菌。而在台灣地區，10歲以下感染率約10%，50歲以上感染率則高達50%~60%。一般而言，幽門螺旋桿菌感染的人大部份終其一生呈現無症狀的慢性胃炎。約有10%到15%的人會得到消化性潰瘍。有小於1%的人會得到胃癌，更少的人會罹患胃黏膜淋巴瘤。

幽門桿菌到底如何感染

幽門螺旋桿菌其詳細的傳染途徑至今還不十分清楚。主要可能是經由食物和飲水而感染。人類口腔牙齒的牙菌斑也可以找到此種細菌，所以經由口腔的接觸也有可能（唾液）。如接吻、或接觸性的牙醫器材、胃鏡等也是間接感染的途徑之一。而且幽門螺旋桿菌容易有家庭群聚感染的現象。

幽門螺旋桿菌之診斷

臨床上診斷此菌的方法可以分為侵襲性及非侵襲性的方法。侵襲性的方法必須於胃鏡檢查時進行，包括病理組織學切片檢查、快速尿素酶檢查、細菌培養等。非侵襲性的方法為：碳十三或十四尿素呼吸法、血清抗體檢查、糞便抗原檢查。

尿素呼氣法是目前確認根除與否最好的方法，糞便抗原檢查是另一個選擇但

準確度較尿素呼氣法稍低。而血清抗體檢查不能區分出病人是否接受過治療，因為即使已治療成功，細菌不存在，血清抗體仍然可能呈現陽性。細菌培養主要是在幽門螺旋桿菌根除治療失敗後才實施，用以了解抗生素之抗藥性。

幽門螺旋桿菌之治療

隨著抗藥性菌株的增加，原本之標準治療方法對幽門螺旋桿菌的除菌率有逐漸下降之趨勢，因此近年來有許多新的療程被發展出來，目的在於達到較好的除菌率。

第一線治療

一、標準三合療法

標準三合療法：質子幫浦阻斷劑一顆，一日一次至二次 + clarithromycin 500 毫克一日二次 + amoxicillin 1 公克（或 metronidazole 500 毫克），一日二次。除菌的療程為 7 至 14 天。

二、系列性治療 (Sequential Therapy)

系列性治療是先給病人 5 天的質子幫浦阻斷劑和 amoxicillin 的二合治療（質子幫浦阻斷劑一顆，一日二次+amoxicillin 1 公克，一日二次），而後再給 5 天質子幫浦阻斷劑、clarithromycin 和 metronidazole 之三合治療（質子幫浦阻斷劑一顆，一日二次 + clarithromycin 500 毫克 + amoxicillin 1 公克，一日二次）

三、不含鉍劑之四合療法

質子幫浦阻斷劑一顆，一日二次 + clarithromycin 500 毫克，一日二次 + amoxicillin 1 公克，一日二次 + metronidazole 500 毫克，一日二次。除菌的療程為 7 至 10 天。

四、標準四合療法

質子幫浦阻斷劑一顆，一日二次；鉍劑（如 bismuth subcitrate 120 毫克），一日四次；metronidazole 500 毫克，一日三次；tetracycline 500 毫克，一日四次，療程為 7 至 14 天。

第二線治療

以 Levofloxacin 為基礎之三合療法：質子幫浦阻斷劑一顆，一日二次 + levofloxacin 500 毫克，一日一次 + amoxicillin 1 公克，一日二次，療程為 7 至 14 天。然而 levofloxacin 抗藥性的快速增加是臨床上一個棘手的問題。

第三線治療

依「第四屆馬茲垂克治療共識」的建議，在作幽門螺旋桿菌的第三線治療時，宜依據幽門螺旋桿菌的抗生素敏感性試驗結果選擇抗生素。

結 論

幽門螺旋桿菌的根除治療，使得容易復發的消化性潰瘍有了治癒的機會。不過除了藥物治療外，患者仍要注意生活習慣和飲食的配合，減少工作壓力和緊張情緒，戒煙、戒酒，減少不必要的止痛藥使用，才能真正避免潰瘍再復發。而幽門螺旋桿菌的治療日新月異，臨床醫師需熟悉各種第一線及與後線的除菌療程，配合當地的抗藥性狀況，給予患者適當之除菌治療，避免其消化性潰瘍之復發及幽門螺旋桿菌抗藥性菌株之產生。