

幽门螺旋杆菌被定为 I 类致癌原

易发生于人群聚集的学校和家庭

□ 张晓玲 星级记者 俞宝强/文 倪路/图

幽门螺旋杆菌感染的发病率有多高? 幽门螺旋杆菌是通过什么途径感染的? 哪些人容易感染幽门螺旋杆菌? 6月14日上午9:30~10:30, 本报健康热线 0551-62623752, 邀请了合肥市第三人民医院消化内科主任、主任医师张承顺与读者交流。



本期指导专家 张承顺

消化内科主任, 主任医师, 中华医学会安徽省消化学会委员。1983年毕业于皖南医学院医疗系, 从事消化科临床及消化内镜工作30余年。掌握本专业国内外现状和发展动态, 能解决本专业较复杂疑难病例的诊治。熟练开展电子胃肠镜的检查及内镜下的相关治疗工作, 擅长胃食管反流病、慢性胃炎、消化性溃疡及HP感染诊治, 肝硬化顽固性腹水的治疗, 对肝性脑病、上消化道大出血、重症急性胰腺炎等危重症病例的抢救有较丰富的临床经验。在CN期刊上发表本专业医学论文7篇(其中第一作者5篇)。

幽门螺旋杆菌被定为 I 类致癌原

读者: 幽门螺旋杆菌感染的发病率有多高?

张承顺: 1994年世界卫生组织/国际癌症研究机构将幽门螺旋杆菌定为 I 类致癌原。

流行病学研究表明幽门螺旋杆菌感染了世界范围内一半以上的人口, 其发病率各个国家不同, 甚至同一国家的各个地区也不相同。目前已知发病率的高低与社会经济水平、人口密集程度、公共卫生条件以及水源供应有较密切的关系。我国是将幽门螺旋杆菌定为 I 类致癌原感染的高发地区, 慢性胃炎患者的胃粘膜活检标本中HP检出率可达60%~80%, 而消化性溃疡患者更高, 可达90%~100%。胃癌由于局部上皮细胞已发生异化, 因此检出率高低报道不一。人类一旦感染幽门螺旋杆菌后, 若不进行治疗, 几乎终身处于持续感染中。因此幽门螺旋杆菌感染率随年龄增长而增长。

在4摄氏度的水中至少存活1年

读者: 幽门螺旋杆菌是通过什么途径感染的?

张承顺: “人-人”是幽门螺旋杆菌主要的传播方式, “粪-口”传播可能是一个主要的途径。胃粘膜更新脱落时, 寄居在上皮细胞的幽门螺旋杆菌必然随之脱落从粪便排除, 感染者其粪便可培养和检测出, 带有幽门螺旋杆菌的粪便可污染食物和水源。有报道幽门螺旋杆菌在4摄氏度的水中至少存活1年。但在幽门螺旋杆菌感染者的唾液、胃反流液及牙垢中, 已经测出幽门螺旋杆菌, 这可能与含有幽门螺旋杆菌的胃反流液反流到口腔有关。现已证实, 口与口传播是一种较肯定的途径。另外医疗器械特别是内镜传播幽门螺旋杆菌也是一个重要的

途径, 应对可能污染的医疗器械认真消毒, 减少医源性传播。

易发生于人群聚集的学校和家庭

读者: 哪些人容易感染幽门螺旋杆菌?

张承顺: 感染易发生于人群聚集的学校和家庭, 而且幽门螺旋杆菌感染在家庭内有明显的聚集现象。感染了幽门螺旋杆菌的儿童, 其家庭成员中检出率明显高于其他儿童家庭成员的检出率, 父母感染了幽门螺旋杆菌, 其子女的感染机会, 比其他家庭高得多。

对感染的家庭调查提示, 有感染者家庭中的“健康人”, 幽门螺旋杆菌抗体阳性率为64%, 明显高于同年龄组无感染患者家庭的“健康人”(13%), 在同一个家庭中不同成员感染幽门螺旋杆菌经DNA限制性内切酶谱分析, 约50%为同一菌株, 这均说明幽门螺旋杆菌在人与人之间可传播, 人是幽门螺旋杆菌的自然宿主。

诊断可分为血清学方法等六大类

读者: 通过什么方法可以诊断幽门螺旋杆菌感染?

张承顺: 根据检查项目的原理, 幽门螺旋杆菌感染的诊断可分为微生物学方法、血清学方法、尿素酶依赖技术、形态学方法和基因诊断以及粪便抗原等六大类。但总的来说, 从标本采集角度看, 可分为侵袭性和非侵袭性两大类: ①侵袭性方法(有创检查): 主要指必须通过胃镜取活检标本检查的方法, 是目前消化病学科的常规方法。包括多种形态学、微生物学和分子生物学技术等; ②非侵袭性方法(无创检查): 主要指不通过胃镜取活检标本诊断感染的方法, 包括血清学方法、同位素标记的尿素呼气试验和胃液PCR, 以及最近采用的粪便幽门螺旋杆菌抗原检测等。成功的病原体培养是诊断感染的“金标准”。呼气试验目前认为是除细菌培养外的诊断“金标准”, 在理论上和实际上UBT都是诊断活动性感染的最好的办法。

宜选择分餐制或使用公筷

读者: 感染幽门螺旋杆菌后需要根除治疗吗? 怎样预防感染?

张承顺: 根据2014年日本京都全球共识意见, 幽门螺旋杆菌胃炎应该被定义为一种感染性疾病, 也是一种传染病, 感染者应给予根除治疗(除非有抗衡方面的考虑), 根除可有效降低胃癌发生风险, 在胃黏膜仍处于非萎缩阶段, 根除可最大获益。我国人口众多, 广泛根除可能导致抗生素滥用, 细菌耐药性增加。但对于以下阳性疾病强烈推荐根除治疗: (1) 消化性溃疡(不论是否活动和有无并发症); (2) 胃黏膜相关淋巴组织(WALT)淋巴瘤; (3) 慢性胃炎伴消化不良症状。以下情况推荐根除: (1) 慢性胃炎伴胃黏膜萎缩或糜烂; (2) 早期胃肿瘤已行内镜下切除或手术胃次全切除; (3) 长期服用质子泵抑制剂; (4) 胃癌家族史; (5) 计划长期服用NSAID(包括低剂量阿司匹林); (6) 不明原因的缺铁性贫血; (7) 特发性血小板减少性紫癜(ITP); (8) 其他HP相关性疾病; (9) 个人要求治疗。

幽门螺旋杆菌是经口腔进入人体的, 注意口腔卫生、防止病从口入, 是预防感染、预防胃病与胃癌的重要措施。中国有不少婴幼儿感染了就跟大人对口喂食有关。对于家庭成员中有感染者, 宜选择分餐制或使用公筷。与感染者接吻, 也有传播此病的危险, 应加警惕。

一周病情播报

脱发严重应及时就医

“最近掉发比平时增多了, 一梳头, 满地都是头发。”前来合肥市第一人民医院皮肤科就诊的王女士向医生咨询时说。接诊的唐金主任告诉她, 正常的落发是不需要恐慌的, 因为这是新陈代谢的正常规律。但如果脱发超过正常的生理范围, 头发明显稀疏, 应及时就诊, 治疗秃发。

秃发分为先天性秃发和后天性秃发两种。先天性秃发可能为常染色体显性遗传, 有家族史, 有近亲结婚史。后天性秃发包括各种因素引起的秃发, 如斑秃、脂溢性秃发等。脂溢性秃发最多见, 可能与脂代谢异常有关。应根据病因采取相应的措施治疗。

专家建议, 首先应查清引起脱发的诱发因素, 如精神紧张、睡眠不好等。其次在日常生活中要注意劳逸结合, 经常进行适当的户外活动, 愉快的心情利于毛发的生长。另外, 根据秃发性质, 遵医嘱外用适当药物。斑秃病人外用后可在秃发区轻轻按摩数分钟。脂溢性秃发病人应忌食油腻、肥肉, 多食水果、蔬菜及服用维生素类药物。 苏洁 星级记者 俞宝强

下期预告

什么时候矫正牙齿比较好?

什么时候矫正牙齿比较好, 是不是只有换完牙才能矫正? 矫正牙齿需要多长时间, 要拔牙吗? 矫正后的牙齿, 老了会不会脱落? 矫正时间是不是越短越好? 牙周炎可以做矫正吗? 下周二(6月21日)上午9:30~10:30, 本报健康热线 0551-62623752, 邀请合肥市口腔医院正畸二科副主任医师韩爽与读者交流。

韩爽, 口腔临床医学硕士, 长期从事青少年及成人各类错颌畸形的诊断及治疗工作。擅长青少年错颌畸形的早期干预治疗、成人错颌畸形的隐形矫治以及严重骨性错颌畸形的术前正畸治疗。 张婷婷 星级记者 俞宝强

留守儿童有了专门心理辅导机构

近日, 安徽省东南教育心理学研究发展中心在合肥启动。当天, 该中心作为我省社会组织代表, 首次就留守儿童心理健康安全援助和自助展开的课题研究也正式开题。

据合肥市心理咨询师协会会长刘玉英介绍, 新成立的安徽省东南教育心理学研究发展中心, 旨在为省内的心理健康事业的交流、研究与发展搭建一个专业交流公共服务平台, 今明两年将全力打造5A级社会组织, 成为全省未成年人心理健康教育公共服务平台、全省未成年人心理健康教育辅导中心和全省未成年人心理健康教育培训基地。中心计划在今年围绕留守儿童问题, 展开留守儿童心理健康安全援助自助的课题研究, 并就现状作出专业分析, 从而提升留守儿童心理健康安全、援助、自助的应对策略, 帮助留守儿童解开心结。

6月18日, 专家讲座解答冬病夏治

“冬病夏治”是中医疗未病养生保健的重要内容之一, 该疗法通过利用夏季气温高, 机体阳气充沛的有利时机, 调整人体的阴阳平衡, 使一些宿疾得以恢复。穴位敷贴作为“治未病”理论的继承和发展具有方便价廉、安全有效、无痛苦及不良反应小的优点。

穴位敷贴疗法防治哪些疾病? 适合哪些人群, 疗效如何? 何时敷贴, 今年敷贴的具体时间是哪天? 敷贴有什么注意事项? 6月18日下午2:30, 合肥市图书馆三楼学术报告厅, 新庐讲坛第七讲: 冬病夏治, 穴位敷贴, 安徽省针灸医院主任医师刘广霞将为您一一解答。刘广霞, 安徽中医药大学第二附属医院教授、主任医师, 硕士生导师, 中国针灸学会委员, 安徽省针灸学会常务理事。安徽中医药大学第二附属医院(安徽省针灸医院)开展“冬病夏治, 穴位敷贴”已有30多年, 是全国最早开展穴位敷贴的机构之一, 积累了丰富的临床经验。今年医院穴位敷贴具体时间为: 头伏第一天: 阳历7月17日, 中伏第一天: 阳历7月27日, 末伏第一天: 阳历8月16日。上述时间为敷贴的最佳时间, 如错过了上述三天, 只要在三伏天这段时间内也可以进行穴位敷贴, 均可获得良好疗效。讲座结束后会有中医诊疗体验卡发放及现场咨询活动。

王津淼 星级记者 俞宝强