

幽门螺杆菌阳性,能吃能喝、没有任何症状,会不会得胃癌?要不要治疗?

很多朋友问我,网上说幽门螺杆菌是胃癌的元凶,我体检发现了幽门螺杆菌阳性(以下简称HP),能吃能喝、不疼不胀,没有任何症状,要不要治疗呢?不治疗会不会得胃癌呢?

其实,他们的潜台词大多是:最好不治疗;但又担心会得胃癌,很纠结。

回答这个问题,医生往往要了解很多您的情况,比如年龄、性别、既往史、家族史、过敏史、生活饮食习惯、甚至工作环境。。。

不同的人,会有不同的建议和方案。但是大多数情况下,很多消化科医生都会建议根除治疗。

我国幽门螺杆菌(以下简称HP)的感染率高达50%—67%,意味着几乎每两个人中,就有一个人被感染。研究表明,感染者中大约有1—3%的人最终会演变成胃癌。而我国有7亿人感染,即便是1%的感染者不加治疗罹患胃,那么将有700万人是胃癌的候选人。是非常令人恐怖的数字!

到底哪些人需要治疗?具体细节,今天,咱们就聊聊。

一、先从两个病例说起:

2020年4月18日,一位45岁的男性病人,自诉平素健康,近伴个月食欲下降、恶心、打嗝、腹胀;

3年前体检发现幽门螺杆菌阳性,并未根除治疗,有消化道肿瘤家族史;

检查发现,胃癌合并结肠、腹膜、肝多处转移,早已丧失手术机会,5月30日就不幸去世了,短短40来天。

今年8月19日,我们还发现了一例32岁女性早期胃癌,她是一个二胎妈妈,二宝才2岁。数年前偶然体检发现碳14呼气阳性+++。也没有什么大毛病,没有太在意,一直拖着。近期发现纳差、恶心,胃镜检查胃体前壁可疑病灶,病理结果显示胃腺癌。好在,是一个早癌。经评估,属于黏膜内癌,高分化,没有淋巴和脉管浸润,病灶在1cm左右,符合内镜下治疗指征。顺利实施了ESD术,手术完美。两位患者其实在几年前的常规体检中均已发现有幽门螺杆菌感染,当时因为没症状,所以都没有理会。虽然HP不是胃癌的唯一因素,但是是一个主要因素,甚至是一个催化剂;如果当时能够根除,也许就可以避免这么严重的后果和风险了,至少不会发展的如此迅速。

二、没有症状=没有病吗?

研究表明,HP感染并不是所有的人都会感到有症状,但是100%都会在组织学上发生活动性胃炎。

所以,没感觉到不适症状,不代表就没有问题!

反过来也一样,有症状也不一定就有感染。

目前的研究发现,感染幽门螺杆菌的病人当中,只有30%左右的患者有不舒服的感觉,比如胃胀、胃痛、反酸、烧心等。

剩下的70%的患者基本没有什么症状。100%会有胃粘膜炎症;

有70%的人没有明显症状;

有15—20%的人患有十二指肠溃疡、胃溃疡或溃疡出血;

有10%的人有消化不良的症状;

还有1—3%的可能罹患胃癌、胃MALT

淋巴瘤;

研究显示,只要感染了幽门螺杆菌,100%都会有活动性胃炎,胃黏膜都会存在炎症反应,包括慢性和活动性炎症反应,慢性炎症反应表现为胃黏膜淋巴细胞浸润、增生、淋巴滤泡形成,活动性炎症主要表现为胃黏膜中性粒细胞浸润。

这些表现在内镜下,或者在病理切片下,可以很清楚地观察到,但是感染者并不一定感觉得到。

李兆申院士曾说过:“消化道肿瘤的早期症状,就是没有症状!”

许多慢性胃炎、萎缩性胃炎,甚至有的中重度的异型增生、胃癌,都没有任何明显症状,或者即使有一些症状,也多多没有特异性,不容易鉴别。

临床上胃癌的癌前病变,比如肠化、异型增生,严重萎缩,大多是没有症状在胃镜检查时发现的。

在一个,我国胃癌70%—80%发现时候都是中晚期,也是在早期没有症状才被忽略的,等到有症状,火烧眉毛了,才来做胃镜,很多人活不过5年(进展期胃癌的五年存活率<30%)。

总之一句话,感染了hp,你没感觉到症状,并不表示它对你很友好,只是还没到时候。

三、幽门螺杆菌有哪些危害?

2019年4月19日我国发布的《幽门螺杆菌根除与胃癌防控专家共识》首次全面地阐述了幽门螺杆菌的危害,和根除治疗的重要性:

1、幽门螺杆菌是胃癌的主要致病因素,根除治疗可有效降低胃癌发病率和死亡率;

2、胃炎
几乎所有Hp感染者都存在慢性活动性胃炎。

3、消化性溃疡
Hp感染者中,大约15%~20%会患上消化性溃疡,即平时所说的胃溃疡、十二指肠球部溃疡等。

4、胃恶性肿瘤
约1%的Hp感染者会发生胃癌、胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤(MALT淋巴瘤)。

我国有14亿人,就算50%的感染率,那么将有7亿人感染,即使1%会因为感染HP而罹患胃癌,那也将是700万人,是个十分恐怖的数字!

5、消化不良
Hp感染者大约5%~10%会发生Hp相关的消化不良。

6、其他疾病
增生性胃息肉、胃黏膜肥大症等少见胃病,以及缺铁性贫血、特发性血小板减少性紫癜、维生素B12缺乏症等胃外疾病。

四、不根除HP,何谈预防胃癌?

幽门螺杆菌(HP)已定性为一类致癌因子,HP感染引起慢性胃炎,进而导致胃粘膜萎缩、肠化也已经被公认为胃癌发病的前期病变。所以2014年在日本京都,全世界的医学专家达成共识,预防和根除HP感染,应该作为预防胃癌的首要手段。

在日本,通过根除HP而达到了大大降低胃癌的发病率的目的。

2013年2月21日,日本开始实施消灭胃

癌计划,对12~20岁人群进行幽门螺杆菌筛查,并将慢性胃炎患者根除幽门螺杆菌治疗纳入医保范畴。

实施该策略后,预期至2020年日本胃癌患者死亡率可下降约40%。

日本胃癌的发病率虽然很高,但因胃癌死亡的比率却很低,五年存活率达到了80%以上。

反观中国,据2017年中国癌症中心公布数据显示,2015年度新发胃癌68万例,因胃癌死亡49.8万例,5年生存率不足30%。

日本双率持续降低的原因,主要是得益于胃镜的普及,和全民消灭HP计划的实施!这值得我们借鉴和学习。

日本逆天的治愈率得益于全民根除HP五、我国有7亿人感染,即使1%的罹患率,就是700万人

中国是HP感染的大国,有7—8亿感染者,假如只有1%的人最终罹患胃癌,那么也将是六、七百万的恐怖数字!

所以,预防和根除HP任重而道远。

以下是权威统计数字:

可见中国的一句俗话“十人九胃”,并非空穴来风!

目前我国约有7亿人感染此病菌,约占总人口50—56%。

青壮年的幽门螺杆菌感染率为30%左右,50岁以上的人群中感染率为50%~80%,胃溃疡患者中幽门螺杆菌检出率高达几乎为80%,十二指肠溃疡几乎100%;

萎缩性胃炎患者检出率更高达90%。

在我国,60%的胃病患者有幽门螺旋杆菌感染问题,有些专家甚至把胃癌称作“传染病”。

儿童青少年感染率大约在30%—40%左右,尤其卫生条件差的集体生活的儿童Hp感染率更高,达64.39%。

Hp阳性的儿童中,10岁以下被感染者占40%~60%,且每年以3%~10%的幅度急剧增加;

如此庞大的感染人群,加上我国的家庭结构、就餐模式,从源头上避免口口传播,难度很大,全面推广分餐制,难以实现。

那么就要在确认感染后,及时根除,以防后患!

六、40岁前受益最大、萎缩、肠化前根除可完全消除胃癌风险

胃癌的发展模式叫做Correa模式:

根除Hp可改善胃黏膜炎症反应,阻止或延缓胃黏膜萎缩、肠化生,可逆转萎缩,但难以逆转肠化生。

所以,在胃萎缩或肠化生前根除Hp,阻断了Correa模式“肠型胃癌演变”进程,几乎可完全消除胃癌发生风险。

已发生胃黏膜萎缩或肠化生者根除Hp,可延缓胃黏膜萎缩和肠化生的进展,也可不同程度降低胃癌的发生风险。

因此,根除Hp的最佳年龄为18~40岁。近期一项来自中国香港的回顾性研究显示,在60岁以上人群中开展Hp根除也可获益,但其降低胃癌发生率的效果要在根除10年后才能显现。

日本的一项针对有胃溃疡、十二指肠溃疡和胃炎患者的调查结果显示:10年内罹患胃癌的患者比例,

没有感染幽门螺杆菌的罹患率为0%,而感染幽门螺杆菌的比例则为2.9%。

另一项研究显示:早期胃癌治疗后根除幽门螺杆菌除菌的患者,与幽门螺杆菌未除菌的患者相比,3年内发新发胃癌的几率明显降低,数值统计结果相差了三倍。

七、哪些人必须根除?

目前国内关于无症状是否根除,还有两派意见。

“鹰派”以李兆申院士为代表,建议成年人,只要没有抗衡因素,一经发现,都建议根除,而且越早越好。

而“鸽派”却担心会破坏菌落平衡、抗生素耐药、医疗资源浪费等等,一直比较保守和谨慎。

但两派的共识一般如下:

14岁以下儿童、孕妇、哺乳期妇女,除非有必要,不建议检测和治疗。

以下人群建议检测并根除:

1.年龄大于等于40岁;

2.胃癌高发地区人群;

3.既往患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎、恶性贫血等胃癌前疾病;

4.胃癌患者一级亲属;

5.存在胃癌其他高危因素(高盐、腌制饮食、吸烟、重度饮酒等)。

6.有长期服用包括阿司匹林在内的非甾体抗炎药的人群。

而我国最新出台的《中国幽门螺杆菌根除与胃癌防控的专家共识意见(2019年,上海)》,却给出了更为客观的建议:

所有成年人,只要没有抗衡因素,无论有无症状,都建议根除治疗!

该《共识》认为:

1、幽门螺杆菌不是益生菌,是传染病,根除是预防胃癌最为重要的可控手段;

2、根据日本的经验,18—40岁之间,根除受益最大;

3、在浅表性胃炎或无症状阶段根除,受益最大,几乎可100%预防肠型胃癌;

4、根除hp利大于弊;没有直接证据表明对某些疾病呈正相关;

5、在根除方案的选择上,摒弃此前的标准三联疗法,推荐使用含有铋剂的四联疗法;

6、建议无抗衡因素的所有成人都检查并根除。

李兆申院士说:无论什么时候,幽门螺旋杆菌(Hp)感染都应该根除,不分年龄、不分时间,只要检测是阳性,越早根除获益越大。

八、小结

1、检查是否感染,一般常用的检测手段是碳13或碳14呼气试验,简单、快捷、无创、无痛、准确。

2、治疗一般推荐含铋剂的四联疗法,疗程10—14天。

3、治疗后一个月复查呼气试验,此时,最好连胃镜一起做。

4、感染幽门螺杆菌不一定会得胃癌,但毕竟是一个高危因素;

5、根除后,还要注意饮食卫生,提倡公筷、公勺,最好分餐,防止再次感染。

女子吃冰箱剩饭感染脑膜炎,警惕「冰箱杀手」

近日,广州黄埔一位陈女士突然出现高烧、抽搐的症状,医生在其脑脊液及血清中找到了李斯特菌,怀疑是食用不卫生食物导致脑炎。经了解,陈女士曾吃了打包存放在冰箱的炒鸡饭。

李斯特菌主要以食物为传染媒介,是最致命的食源性病原体之一,常被称为「冰箱杀手」。而由此引发的李斯特菌病(Listeriosis),是由李斯特菌属中唯一对人类致病的单核细胞增多性李斯特菌感染,引起的以脑膜炎和败血症为主要临床表现的急性传染病。李斯特菌感染较为常见,但疾病严重程度取决于感染者自身状态。主要见于新生儿、妊娠女性、老年人、免疫功能低下者如癌症患者、艾滋病患者、器官移植长期使用免疫抑制剂患者、长期使用皮质类固醇治疗的患者。

那么李斯特菌病严重吗?

李斯特菌病可因感染的人群不同,感染类型不同,严重程度不同。

普通健康人群感染,通常不严重,多为经口食入被大量李斯特菌污染的食物导致的急性胃肠炎。

被感染者如果是怀孕的女性,该菌可被传染给胎儿,导致很严重的病情,甚至是死亡。

其他免疫功能低下者及老年人被感染,均可出现严重的病情,如脑膜炎和败血症,严重者危及生命。

典型症状包括发热、寒战、肌痛(类似流感),伴恶心、呕吐和腹泻。症状通常5~10天后消退。但侵入性李斯特菌病根据被感染人去和身体受累的部位不同而不同。

李斯特菌的预防尤为重要,因为它的感染途径较多:

多可通过受污染的奶制品、生蔬菜或肉类进入体内;

有时,患者通过直接接触带菌动物获得感染(尤其是在屠宰和处理动物尸体时);

细菌有时从肠道进入血流,并侵入某些器官,此时可引发侵入性李斯特菌病;

李斯特菌可以在冷藏温度下的食物中繁殖,也可在冷冻温度下生存。对乳制品进行巴氏消毒可杀灭李斯特菌。充分烹煮或再加热食物可杀灭细菌。

那么李斯特菌应该怎么预防呢?这里



有几个小点:

冰箱储存要生熟分开,隔夜食物要加热食用;

避免摄入未经巴氏消毒的奶和奶制品;

食用蔬菜、水果前充分洗干净;

烹饪食物要加热彻底,不食半熟的食物;

使用两套刀和砧板,生熟分开。

另外,要保持良好的个人卫生,经常保持双手清洁,尤其在处理食物或进食前,以

及如厕后。

李斯特菌对高危人群来说尤其危险,包括长期病患者、孕妇和备孕女性、婴儿、老年人等,应避免进食高风险食品。李斯特菌病的高风险食品包括:

保质期较长(超过5天)的冷冻即食食品(例如烟熏三文鱼和冻食肉类等)、以及未经巴氏消毒的奶类制成的芝士(尤其是软芝士和半硬芝士)及预制或预先包装的沙拉等。