

幽门螺杆菌的传播途径与预防方法

健康关注

在消化内镜科日常诊疗与护理工作中,幽门螺杆菌感染是临床最常见的胃部问题之一。幽门螺杆菌是唯一能在人体胃内强酸环境下生存的细菌,也是引发慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡的主要诱因,长期持续感染还会提升萎缩性胃炎,甚至胃癌的发病风险。多数患者感染后无明显症状,仅在体检、胃镜检查时偶然发现,且普遍对其传播方式、预防要点认知匮乏,容易出现反复感染、家人交叉感染的情况。因此,精准、通俗地向大众科普幽门螺杆菌知识,做好科学防控,是消化内镜护理的重要内容。下面详细讲解幽门螺杆菌的主要传播途径和实用预防方法,帮助做好胃部防护。

幽门螺杆菌(Hp)被世界卫生组织列为I类致癌物,据统计,我国幽门螺杆菌感染率高达40%~60%,约每两人中就有一人携带。作为消化内镜科护士,我们每天面对大量Hp阳性患者,教会他们正确认识传播途径、科学预防,是护理工作中不可或缺的一环。

切除胆囊后,该如何与“油腻”和平共处?

健康提醒

“医生,我切了胆囊,是不是这辈子再也不能吃红烧肉了?”这是普外科病房里最常听到的术后提问之一。很多患者带着“告别美食”的焦虑走出手术室,但其实,切除胆囊并不意味着与美食绝缘,而是需要学会一种全新的、与“油腻”和平共处的方式。

首先要明白胆囊在人体中的核心作用,以及切除后身体的消化变化。胆囊并不是分泌胆汁的器官,肝脏才是人体胆汁的生产工厂,而胆囊的功能是储存、浓缩和释放胆汁。日常不进食时,肝脏持续分泌的胆汁会储存在胆囊中,经过浓缩变得浓稠高效;当我们进食,尤其是摄入脂肪类食物时,胆囊会收缩,一次性释放足量浓缩胆汁,快速分解、消化油脂,让脂肪被人体正常吸收利用。

为什么切了胆囊,就怕了油腻

要理解这个问题,得先搞清楚胆囊是干什么的。胆囊并不是生产胆汁的器官,肝脏才是。肝脏每天持续分泌胆汁,胆囊就像一个“胆汁仓库”,负责把稀薄的

吃了“列净类”药物小便泡沫多还总跑厕所?——药师解读:别怕,这是“排糖保肾”起效了

健康科普

“医生,我吃了这个药,尿液里全是泡沫,一上午跑好几趟厕所,是不是肾出问题了?”看着小便池里久久不散的泡沫,再想想药品说明书上那些关于肾脏的复杂术语,换作谁心里都会咯噔一下。作为一名药师,我想负责任地告诉大家:别怕,这些看似“吓人”的现象,恰恰是药物起效的“铁证”,是它在帮助“排糖保肾”的直观表现。

泡沫尿的真身:那是“糖”在排队出城

下面先来破解第一个迷团——为什么尿里会有那么多泡沫?

很多人存在一个认知误区,认为泡沫尿就等于蛋白尿,就是肾病。但“列净类”药物引起的泡沫尿,机理完全不同。在人体肾脏中,有一个叫作“近端肾小管”的结构,它像是一个高效的回收站。正常情况下,血液中的葡萄糖流经肾脏时,会被这个回收站几乎100%地重吸收回体内,尿液里是不含糖的。

而“列净类”药物的作用,就是精准地抑制这个回收站里的“SGLT-2”(钠-葡萄糖协同转运蛋白2)转运体。它的作用机制和传统降糖药截然不同。传统降糖药多是

幽门螺杆菌传播途径有哪些

Hp主要通过“口-口”传播、“粪-口”传播、“胃-口”传播三条途径扩散。

“口-口”传播是家庭内部最需要关注的途径。共用餐具、水杯,咀嚼食物后喂给孩子,甚至深度接吻等唾液交换行为,都可能让细菌“跑”到另一个人身上。研究表明,Hp可存在于感染者的牙齿斑和唾液中,如果共餐时未使用公筷夹取食物,就可能造成交叉污染。

“粪-口”传播则源于感染者粪便中的细菌污染源或食物。便后不洗手就接触食物、饮用未经消毒的生水、共用马桶后清洁不彻底,都可能造成间接传播。

“胃-口”传播,多见于反酸、暖气人群。感染幽门螺杆菌的人群,胃部细菌可随胃酸、胃内容物反流至口腔,导致唾液、口腔黏膜携带细菌。日常与人近距离交谈、共餐、亲吻等密切接触,均可造成细菌传播,这也是家庭成员极易集体感染的关键原因。

此外,Hp具有明显的家庭聚集性——若父母一方或双方感染,孩子感染风险增加3倍以上。有研究显示,我国家庭幽门螺杆菌感染率高达64.6%。同住家庭成员的感染风险是普通人群的3.8倍。

如何指导患者正确预防

向患者科普预防措施时,可以围绕以下几个方面展开。

1.推行分餐制,使用公筷公勺。这是最简单、最有效的预防方法。建议为每位家庭成员配备专用餐具,夹菜时使用公筷公勺。外出就餐时,主动要求提供公筷。

2.杜绝不良喂养习惯。护理人员要重点叮嘱有孩子的家庭:严禁咀嚼食物后喂食婴幼儿,不用嘴吹凉食物或直接用嘴唇试探食物温度。儿童免疫系统尚未发育成熟,往往是家庭传播中的被动接受方。

3.个人用品专人专用。牙刷、水杯、毛巾等严禁共用。牙刷建议每3个月更换一次。

4.勤洗手,把好“入口关”。饭前便后、外出回家后,用流动水和肥皂(或洗手液)认真洗手,揉搓不少于20秒。

5.餐具定期消毒。Hp对高温敏感,100℃沸水煮沸10分钟即可有效灭活,也可使用消毒柜高温消毒。同时注意,Hp可在潮湿抹布上存活72小时,在未清洗碗筷表面存活48小时,所以抹布要单独消毒、定期更换。

6.注意饮食卫生。不喝生水,蔬菜水果彻底清洗,肉类海鲜煮熟煮透。

7.家庭成员同查同治。一人感染,建议

肉汁。每份食物脂肪含量最好不超过3克。每日4—6餐,少量多次,减轻消化系统负担。

第二步:少量多餐期(术后1周一1个月)

可以开始尝试更多食物了,核心是“试探”和“循序渐进”。主食可选择软米饭、面条;蛋白质来源推荐去皮鸡肉、鱼肉、虾、豆腐、蛋清等。烹饪方式告别油炸、油煎,改用蒸、煮、炖、凉拌。每日脂肪摄入量建议控制在30克以内(约6茶匙食用油)。同时避免辛辣调料、咖啡和酒精。

第三步:逐步过渡期(术后1个月以后)

大多数人可以逐步过渡到相对正常的饮食。每日脂肪摄入量可逐渐增加到40—50克。可以少量尝试橄榄油、低脂坚果酱等健康脂肪。注意观察身体反应:如果某种食物引起腹泻,就暂时回避,等适应后再尝试。

长期和平共处:三个核心原则

1.低脂≠无脂:完全不吃油脂,会导致脂溶性维生素(A、D、E、K)吸收不良,还可能引起便秘。优先选择橄榄油、亚麻籽油等富含不饱和脂肪酸的植物油。

2.少食多餐是王道:将一日三餐改成一日5—6餐,每餐七分饱。这样能让持续缓慢流入的胆汁更好地覆盖每一餐的消化过

反常识:降糖药为何能“保肾”

这恐怕是“列净类”药物最颠覆传统认知的地方——一个让尿里含糖的药,居然被写进了慢性肾脏病的治疗指南。它非但不伤肾,反而是肾脏的“减负神器”。

传统的降糖药是在血液里把糖“消灭”,而“列净类”药物走的是“肠道-肾脏”通路。更关键的是,高血糖状态会使肾脏处于“高滤过、高灌注”的紧张工作状态,长期如此会像超负荷运转的水泵一样磨损肾小球。而“列净类”药物通过排糖,能够降低肾小球内的压力,让过度劳累的肾脏得以“喘口气”。

很多临床研究已经证实,无论患者是否有糖尿病,这类药物都能显著降低慢性肾脏病患者蛋白尿水平,延缓肾功能下降的幅度,并将进展至尿毒症的风险降低30%—40%。这种保护作用,与它是否通过尿排糖无关,而在于它对肾脏血流动力学的改善。所以,泡沫尿虽然看起来让人焦虑,但显微镜下,肾脏内部压力正在回归正常,这正是保肾的底层逻辑。

药师提醒:如何区分“正常泡沫”与“危险信号”

虽然大部分情况是好事,但作为药师,必须教大家一个简单的甄别方法。

1.看消散速度:由“列净类”药物引起的泡沫,通常个头较大,容易消散,或者虽细小但几分钟内会明显变少。如果泡沫细小致密,像啤酒沫一样厚厚一层,且半小时以

全家筛查。以家庭为单位开展筛查与根除,可减少家庭内传播。感染者应遵医嘱完成规范治疗并按时复查。

护理人员如何有效科普

面对患者,要用通俗易懂的语言代替专业术语。比如把Hp比作“胃里的不速之客”,把分餐比作“给每个家人配一把专属钥匙”。同时要耐心解释:Hp可防可治,不必过度恐慌。重点强调“全家同心,比单打独斗更重要”,一个人的预防做得更好,如果家人不配合,仍可能反复感染。

幽门螺杆菌感染可防可治,其传播多与不良生活、饮食、卫生习惯相关,无特殊传播隐秘性。临床护理中,我们始终建议患者摒弃侥幸心理,树立“家庭防控、预防优先”的理念,把分餐卫生、个人卫生、饮食卫生融入日常生活。主动做好筛查、规范防控、及时治疗就能有效阻断传播,守护自身和家人的胃部健康,从根源上降低胃部疾病的发生风险。

消化内镜科护士是患者接触健康知识的第一道窗口。用科学的知识、耐心的态度,帮助每一位患者和家庭筑起抵御幽门螺杆菌的防线,是消化内镜科护士在临床护理中不可推卸的责任。

(滁州市第一人民医院 车利亚)

程,避免“供不应求”。

3.膳食纤维要跟上:多吃蔬菜、水果、全谷物(燕麦、糙米),可溶性纤维能吸附多余水分、缓解腹泻。但要缓慢增加纤维量,突然摄入量可能加重胀气。

需要警惕的情况

如果术后出现以下情况,请及时就医:腹泻持续超过2周且体重明显下降;粪便带血或呈灰白色;伴随发热或腹痛加剧。

胆囊切除是治病的手术,并非改变饮食人生的“枷锁”。术后短期的低脂忌口,是为了让身体顺利建立代偿功能,而非终身禁忌。绝大多数患者在规范调理3—6个月后,都可以正常饮食,少量吃油腻食物也不会出现不适。对于胆囊切除术后人群而言,与油腻和平共处的秘诀,从来不是彻底忌口,而是循序渐进、科学节制、规律养护。摒弃极端饮食心态,遵循分阶段调理原则,养成低脂、规律、健康的饮食习惯,既能享受美食,又能守护肝胆肠胃健康,彻底摆脱术后饮食焦虑。

胆囊切除不是“健康终点”,而是饮食调整的“新起点”。真正的自由吃喝,来自身体恢复良好与饮食节制的双重平衡。所以,如果有人再说“切了胆囊就只能喝粥”,就可以微笑着回答:“不,我只是换了一种方式消化美食而已。”

(滁州市第一人民医院 许清)

上仍不消散,那可能提示存在真正的蛋白尿,需要及时复查尿常规。

2.看伴随症状:服药初期尿多,只要没有引起头晕、心慌等脱水症状,都属正常。但若出现严重乏力、嗜睡、持续恶心呕吐、腹痛、呼吸加深加快、呼气有烂苹果味,则需警惕酮症酸中毒的可能,要立即停药前往急诊,这是极罕见但需重视的不良反应。

应对策略:补水是黄金法则

为了安全度过这段“多尿期”,最重要的一条建议是主动喝水。建议每日饮水量在1500—2000毫升之间,少量多次饮用。充足的水分既能稀释尿液中糖分浓度,降低泌尿生殖道感染的风险(这也是该类药常见的副作用,女性易出现霉菌性阴道炎、男性可发生龟头瘙痒红肿),又能保证循环血容量,避免因尿量过多导致血压偏低。

“列净类”药物的“多尿、泡沫尿”,是其独特排糖降糖机制的直观体现,是药物起效的信号,而非不良反应。广大糖友无需焦虑恐慌,更不要擅自停药。只要在医生和药师指导下规范用药、做好日常护理,就能安心利用它的排糖、保肾优势,平稳控制血糖,守护肾脏健康。当然,任何用药都有其适应证与风险,要在医生指导下规范用药,配合定期的尿常规、肾功能监测特别是用药前以及用药后2—4周。

(来安县人民医院 王锦鹭)

健康知识

恶性肿瘤治疗方式持续发展,传统手术、放疗以及化疗仍是临床常用治疗手段,靶向治疗与免疫治疗已经成为部分患者的重要选择。工作中,患者经常提出一些相似的问题,例如“靶向药是不是比化疗更先进”“免疫治疗是不是能够彻底清除癌细胞”“两种治疗能不能互相替代”。实际上,两种治疗方式均属于现代抗肿瘤治疗的重要组成部分,不过二者在作用机制、适用人群、疗效特点以及不良反应等方面存在明显区别,并不存在绝对优劣,也不能简单认为一种治疗能够完全替代另一种治疗。患者正确认识两种治疗方式的区别,有利于结合自身病情选择更适宜的治疗方案。

靶向治疗是针对肿瘤细胞中特定异常分子实施精准干预的一种治疗方式。癌细胞在持续生长过程中,部分基因会发生突变或出现异常表达,异常分子不断发出促进肿瘤生长的信号,因而导致肿瘤持续增长、浸润以及转移。靶向药物能够识别这些异常分子,并且阻断相关信号传导,使癌细胞停止生长、减缓分裂,部分癌细胞还会发生凋亡,因此靶向治疗属于精准治疗的重要形式。

免疫治疗采用的是另一种治疗思路,其作用并不是直接攻击癌细胞,而是调动人体自身免疫系统重新识别并清除肿瘤。人体免疫系统每天都会识别并清除异常细胞,不过部分癌细胞能够借助特殊机制逃避免疫监视,所以癌细胞可以持续生长。免疫治疗,尤其是免疫检查点抑制剂,可以解除癌细胞对免疫系统形成的抑制作用,使T淋巴细胞恢复杀伤能力,进而使免疫系统重新发挥抗肿瘤作用。

从治疗对象分析,靶向药针对的是肿瘤细胞中的异常靶点,免疫治疗针对的是人体免疫系统。靶向治疗主要干预癌细胞本身,免疫治疗主要恢复机体免疫功能,两种治疗作用环节不同,因而临床既可以单独应用,也可以结合患者病情联合应用。

患者是否能够接受靶向治疗,并不是由个人意愿决定,而是取决于是否存在相应治疗靶点。许多实体瘤患者需要接受基因检测,包括肺癌、乳腺癌、结直肠癌、胃癌、卵巢癌等。患者检测发现存在相应驱动基因异常,如EGFR、ALK、ROS1、HER2、BRAF等,才具备接受对应靶向治疗的条件。如果检测结果没有发现可治疗靶点,即使使用靶向药,也难以获得理想疗效。

免疫治疗也不是所有患者都适合应用。部分患者需要检测PD-L1表达水平、肿瘤突变负荷、微卫星不稳定性状态等指标,并且结合肿瘤类型、病理特点以及临床分期进行综合评估。部分癌种即使PD-L1表达水平较低,仍可以联合化疗取得一定疗效;部分患者虽然PD-L1表达水平较高,但也不能保证治疗一定有效,所以免疫治疗适应证更加依赖整体评估,而不是依据单一检测结果作出判断。

许多患者认为靶向药物是“精确打击”,疗效优于免疫治疗,其实不然,靶向药物和免疫药物的作用方式不同,靶向药物通常起作用比较快,部分患者服药后不久就可以发现肿瘤明显缩小,症状明显减轻,对驱动基因突变的患者效果最佳。对于一些晚期肺癌等疾病,有的患者服用靶向药可长期控制病情。

免疫疗法的疗效相对较慢,有些患者在初期的治疗中甚至会出现肿瘤短暂增大,被称为假性进展,不一定代表着治疗无效,在免疫系统恢复杀伤能力之后,有些患者就能得到持续性的缓解,一些患者停药之后也能保持良好的疗效,所以免疫疗法更看重的是长期受益,而不是短时间肿瘤缩小的速度。

治疗有效时间也很重要,大部分靶向药在治疗过程中会逐渐发生基因突变,从而产生耐药性,疗效降低,因此临床上需要定期检查,根据耐药性的情况调整治疗方案,比如更换新的靶向药、联合治疗或者转为其他治疗方式。

免疫治疗也不是所有的患者都能够得到长期有效的治疗效果。有的患者治疗效果差,有的患者能够得到长时间的缓解效果,也有一些患者经过一段时间后又出现了病情进展的情况。影响免疫治疗效果的因素有肿瘤微环境、免疫功能的状态、基因的因素等许多方面,目前仍然在研究中。

大多数患者担心药物副作用,而这两种类型的不良反应的特点也有很大不同。靶向药总体耐受性好于传统化疗,但仍然会出现皮疹、腹泻、口腔溃疡、甲沟炎、肝功能异常、高血压、蛋白尿等副作用,不同的药物有不同的副作用,如抗血管生成药物会导致更高的血压以及出血的危险,部分EGFR抑制剂会出现皮肤症状,患者需定期监测并及时处理。

精准医学逐步发展,肿瘤治疗越来越突出个体化方案,医生在制定治疗计划相关工作时,应综合患者年龄、体能状态、病理类型、分子检测结果、肿瘤分期、基础疾病、既往治疗的情况以及个人意愿来进行评估,而不是按照某一种药物是否“先进”来给出决定,同一种类的癌症,不同患者说不定会采用完全不同的医治方案,就算病理类型一样,治疗方案也可能有比较明显的差别。

靶向治疗及免疫治疗是目前肿瘤治疗发展的新热点之一,靶向治疗注重对突变位点的准确诊断,迅速抑制肿瘤的生长,而免疫治疗注重调动人体自身的抗癌能力,有一部分患者可以获得更长期的病情缓解。患者在面对治疗选择的时候,要相信专业医生,根据标准化的检测结果来选择适合自身的治疗方案,不要相信网络上的一些错误信息,坚持科学的治疗、规范的管理,提高自己的生存质量,希望可以得到较好的治疗效果。

(天长市人民医院 陈威)

投稿邮箱:czrb9012@163.com