

比较, 父母抗体阳性的家庭成员, Hp 感染率及平均抗体水平均显著高于父母均阴性的家庭成员 ( $P < 0.01$ )。也高于父母一方阳性的家庭成员 ( $P < 0.05$ ), 父母一方阳性的家庭成员显著高于父母均阴性的家庭成员 ( $P < 0.05$ )。

三、讨论: 本研究对农村家庭进行 Hp 感染的血清流行病学调查, 结果发现了 Hp 感染在农村家庭普遍存在, Hp 感染率为 49.17%, Hp 感染率男女性别之间无显著性差异。5 岁以下儿童 Hp 感染率较高 (23.44%), 显著高于工业化国家儿童。10 岁以上人群, Hp 感染率随年龄的增长而增加, 每年增加约

1%, 与文献报道一致。

许多研究资料证实, Hp 感染在家庭中有聚集现象。本研究结果表明, 父母抗体阳性的家庭成员, Hp 感染率及平均抗体水平显著高于父母均阴性和父母一方阳性的家庭成员, 提示 Hp 感染在家庭中有聚集现象, 说明 Hp 通过密切生活接触存在人-人传播, 或同时暴露于同一个传染源的可能性。因此, 在获得 Hp 感染过程中, 生活环境具有一定的作用。

(收稿: 1993-11-07 修回: 1993-12-04)

## 广东省十市县肠癌死亡率分布

史鹏达<sup>1</sup> 翟少剑<sup>2</sup>

近年来我国肠癌发病有增加趋势, 尤以城市更为明显。笔者 1985~1987 年调查了广州市荔湾区、湛江市、江门市、中山市、高州县、四会县、揭阳县、南澳县、英德县、连南县等十市县, 共 17141691 人口的肠癌死亡率的年龄、地区和时间分布。本次抽查是按照 1987 年卫生部与公安部联合颁发的《死亡医学证明报告卡》进行。肠癌包括国际疾病和死亡分类 (ICD) 的 154 及 155-1。结果显示广东省 1985~1987 年十市县肠癌死亡分布概率有显著差异, 死亡率为 5.88/10 万, 男性 6.00/10 万, 女性 5.75/10 万; 中国标准化死亡率 (1964 年) 为 4.45/10 万, 男性 5.18/10 万, 女性 3.90/10 万; 世界标准化死亡率 (1966 年) 为 7.06/10 万, 男性 5.18/10 万, 女性 6.13/10 万。人群分布男性始终高于女性, 与国内外报告基本一致。

广东省 1985~1987 年十市县肠癌年龄别死亡率用 Logistic 曲线拟合, 呈上升型。理论值曲线上升的趋势和速度, 都表明年龄别死亡率前移, 男女均由 30 岁开始, 随年龄的增长而上升, 40 岁以后直线峻陡升高, 男性比女性更为显著, 男性升至 80 岁就稍有下降, 而女性 80 岁后仍继续上升, 但不如男性陡直。经检验曲线拟合度  $R^2$  均在 0.94~0.99 之间, 方差具有高度显著差异。说明广东省肠癌发病年龄早, 青年人群亦应列为肠癌防治重点。

广东省十市县 1985~1987 年的肠癌死亡率的地区分布, 经统计学处理, 各年龄组均为城市高于农

村, Log-rank  $\chi^2 = 35.3 > \chi_{0.005}^2 7.88$ ,  $P < 0.005$ , 有显著差异。我省城市居民对主副食一味追求精细, 每餐非鱼即肉, 且喜饮啤酒和甜食, 而纤维素、维生素、钙和硒等则多为不足。这与公认的肠癌病因为饮食因素和遗传易感性的协同作用有关。故广东省肠癌死亡率城市高于农村, 可能与饮食习惯有密切关系。

广东省十市县 1985~1987 年的肠癌死亡率与 15 年前 (1970~1972 年) 同地区比较, 在位次上粗死亡率和标化死亡率 (1964 年) 均明显上升至少 1 个位次, 从第 7 位升至第 6 位, 其中女性则由第 8 位升至第 5 位; 粗死亡率从 3.68/10 万升至 5.88/10 万, 上升了 59.78%; 中国标准化死亡率从 3.25/10 万升至 4.45/10 万, 上升了 59.78%; 世界标准化死亡率 (1966 年) 从 3.32/10 万升至 7.06/10 万, 上升了 112.65%; 其中尤以广州市荔湾区的 9.95/10 万, 比全国县级单位肠癌死亡率最高的浙江省嘉善县 1984~1986 年的 7.31/10 万还高, 后者已呈下降趋势, 而广东则仍上升, 仅 1985~1987 年 3 年期间又上升了 14.21%。本省肠癌死亡率在时间分布上的持续上升, 是十分令人担忧的, 应引起高度重视。

(收稿: 1994-06-01 修回: 1994-09-28)

1 广东省江门市卫生防疫站 529050

2 广东省卫生厅肿瘤防治办公室