

感染了幽门螺旋杆菌，多半会有这六个症状，自查一下吧



幽门螺旋杆菌是一种细菌，也是现在世界上人群感染率最高的细菌之一，大部分胃病都是因为幽门螺旋杆菌而感染的。螺旋杆菌感染者患胃癌的可能性要比正常人高4-6倍，所以螺旋杆菌也是一种比较严重的细菌。

应该如何判断自己是不是感染了幽门螺旋杆菌呢？应该先判断有没有这些症状：

第一个症状是消化不良。主要就是容易出现大便不成形、解不干净、不规律等，在人们的生活当中这样的症状是非常容易出现的，很多人都当做是身体消化不良，只要平时多注意饮食就可以了。但其实如果是因为感染了幽门螺旋杆菌，只是靠平时的饮食是不会有很大的好转的。

第二个症状就是口腔异味。比如口臭，很多时候口腔异味都是幽门螺旋杆菌引起的。

第三个症状就是容易饥饿。有许多人在平时都会发现自己明明吃了很多东西，但是总是会有饥饿的感觉，这个时候就应该要去医院检查，如果检查甲亢和糖尿病都没有，那么就应该要考虑，是不是体内感染了幽门螺旋杆菌了。

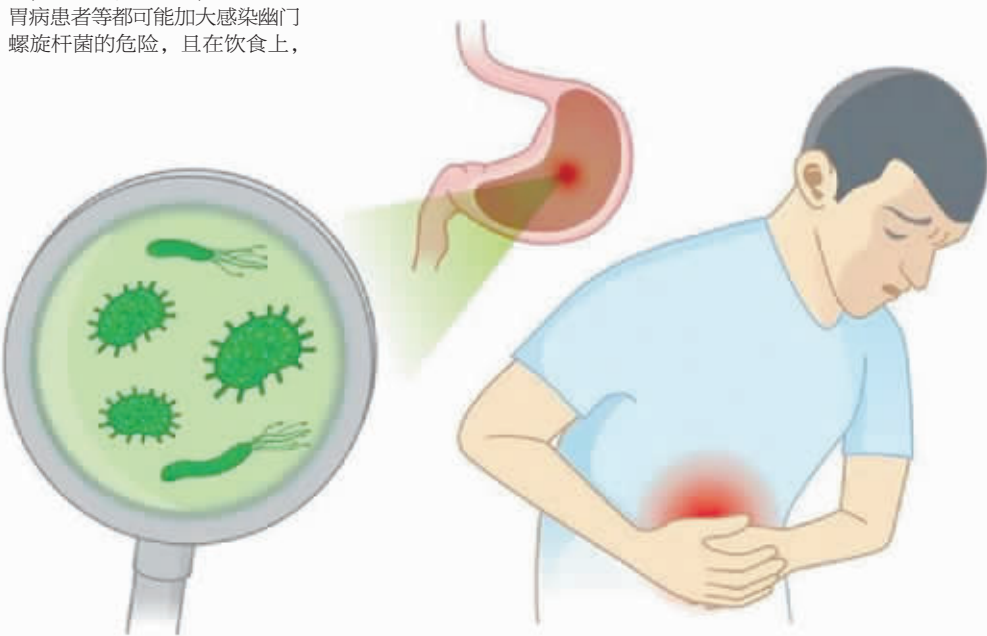
第四个症状就是流口水。一般情况下人都不会出现流口水的情况，所以出现这个症状之后应该要立即去医院检查，如果不是中风的症状，那么也有可能是感染了幽门螺旋杆菌。

第五个症状是过度的消瘦。

身体如果在一段时间内突然之间暴瘦，那么有可能就是出现了幽门螺旋杆菌或者是身体贫血。

第六个症状是出现上腹部疼痛和腹胀。这个症状绝大部分人都以为是胃病，但是如果去医院检查，发现不是未必那么，很有可能就是被幽门螺旋杆菌感染了。

在生活中，幽门螺旋杆菌是一种很容易在人与人之间相互传染的细菌，例如吃的食物不够干净，不注意餐具卫生，家人中有胃病患者等都可能加大感染幽门螺旋杆菌的危险，且在饮食上，



也也要注意经常吃些有助于清除胃部细菌的食物。

01 洋葱

虽然在处理洋葱的时候，可能很多人会被它的辛辣味刺激得“泪流满面”，可是洋葱也是一种很好的营养物质，洋葱中含有大量的硫化物和特殊的前列腺素A，可能帮助消除肠胃中的幽门螺旋杆菌，保护胃黏膜，预防胃炎等。且现在天气寒冷，经常吃点洋葱还可能帮助身体发热散寒，抵御寒冷，增强身体免疫。

02 丁香茶

丁香茶可是公认的“养胃茶”，含有特有的丁香油、丁香酚等物质，可能帮助缓解肠胃疾病，增加胃酸分泌，促进食物的消化吸收，还可能有着很好的消炎抑菌作用，帮助消除幽门螺旋杆菌，养胃护胃。

03 火麻油

日常生活中，可能对火麻油比较陌生，其实火麻油是火麻仁的一种提取物，拿来做沙拉、炒菜都很不错，对保健肠胃、润肠通便都有着不错的帮助，且火麻油还可抑制幽门螺旋杆菌，保护肠胃健康！

长期被胃病困扰的人，不妨试试这3种食物，坚持一段时间，或许能收获意想不到的好处！

感染了幽门螺旋杆菌，去医院进行抽血检查或者是胃镜采样检查都是可以检测出身体是否感染了幽门螺旋杆菌，感染之后应该及时在医院进行治疗，平时也也要注意个人的饮食习惯和生活习惯，早睡早起，保证充足的睡眠时间。可以多吃一些新鲜的水果蔬菜，补充身体所需要的营养物质。尽量不要熬夜，也要多去进行体育锻炼，增强身体的抵抗能力，这样幽门螺旋杆菌也就不那么容易被身体继续感染了。

检测“幽门螺旋杆菌”，我院再添新方法



近期，我院消化内科联合病理科成功开展胃粘膜活检组织免疫组化染色检测幽门螺旋杆菌(HP)技术。

HP是一种螺旋形、微厌氧的革兰氏阴性杆菌，是目前所知能够生存于人体胃黏膜组织中的唯一微生物，靠口对口、口对手、共用餐具等方式传播。HP

是慢性胃炎、萎缩性胃炎、消化性溃疡、胃黏膜相关性淋巴瘤、胃腺癌等消化道疾病的重要致病因子，目前已被WHO列为胃癌的1类致癌物。目前HP检测已成为胃、十二指肠疾病常规必检项目。

目前临床用于检测HP感染的方法有细菌培养、C13和C14

呼气试验、血清学检测、唾液测试板检测、粪便检测、胃镜及胃黏膜活检等，各有优缺点。其中胃黏膜活检标本检测HP感染的方法有HE染色直接观察、HP特殊染色及HP免疫组化染色。胃粘膜活检组织免疫组化染色检测HP是依据HP菌体抗原与抗体的特异性反应，HP菌

体和菌体成分呈棕褐色阳性着色，与苏木精复染后的淡蓝色背景相比，对比度大，易于辨认，具有敏感度高、特异性强、结果准确性高、易于判读等优点，是HE染色和美兰染色等无法企及的。

当然，如果免疫组化染色检测HP不能做到染色的质控、规

范化和多点取材，结果也会出现假阴性和假阳性。因此，多种方法联合检测能大大提高Hp检测的准确性。

该项目的开展填补了我院空白，也是我院消化内科成功创建枣庄市消化道早癌重点实验室后开展的重要工作之一。

□朱曙光 李昌

双镜联合术让泌尿系复杂性结石无处可逃

本报讯 近期，泌尿一科医护团队在手术室、麻醉科等兄弟科室协作下，通过改良手术方式，成功开展多例输尿管镜联合经皮肾镜治疗泌尿系复杂性结石手术。

治疗泌尿系复杂性结石的手术难度较大，常规为患者先摆截石位行输尿管镜软镜碎石，后改侧卧位行经皮肾镜手术，存在手术时间长，结石残余多等风险。

我们采取了改良的“骑马射箭体位(斜卧卧-截石位)”，适合于顺行和逆行两种手术入路一同进行，同时联合使用输尿管硬镜(输尿管软镜)+经皮肾镜两种手术方式，既便于手术体位操作，又缩短了手术时间，提高了结石清除率，降低了结石感染率，取得了良好的手术效果，标志着我院泌尿外科结石治疗又上了一个新的台阶。

□杨冬梅 王磊



足踝外科成功完成 1 例小腿离断再植术

本报讯 近日，在手术室护理团队、麻醉科团队等科室的积极协助下，我院足踝外科历时7个多小时成功完成1例“小腿离断再植术”。

当晚，值班医师接到会诊电话：患者赵某，男，29岁，因钢钎砸伤致左小腿离断2小时急诊入院。经初步评估，患者伤口远端组织离断，仅少许皮肤相连，远端肢体无血运，创口内组织毁损严重。经与患者及其家属充分沟通后，开通急诊绿色通道进入手术室。

经过积极的术前准备，手术顺利进行。在术前预订方案指导下，依次对创面进行彻底清创、骨折复位外固定，吻合动静脉血管(6支)、缝合神经、肌腱，关闭伤口。当第一条胫后动脉血管吻合后离断的肢体迅速恢复了血运。手术由潘维亮主任医师、张亚州主治医师、段修芳主治医师、张俊国主治医师共同参与、交替操作完成。凌晨4：50患者离断肢体血液循环系统建立通畅，再植手术顺利完成。整个手术过程历时7小时余。术后远端肢体血管充盈良好，颜色红润、皮温正常。鉴于手术时间长，遂转入ICU行生命体征监护。

手术1周后，再植肢体度过了术后发生血管危象的可能。目前再植肢体完全存活，其他功能也在逐步恢复中。潘维亮主任认为患者风险期还没有完全度过，需继续密切观察。

随着工农业机械化生产和交通运输意外伤害的增加，造成肢体严重损伤、肢体离断几近截肢的病例时有发生，四肢离断再植成功在国内时有报道。该项手术操作难度大，手术风险系数高。我院足踝外科团队10余年来利用自己掌握的多项急诊创伤技术手段，已成功完成多例上肢、下肢肢体离断再植成功手术，只要患者有再植条件，手术成功率已达到100%。同时已在四肢重大创伤抢救方面完成了上千例患者救治工作，并积累了丰富的经验。此类患者入住我院足踝外科，都能在第一时间及时、准确、合理地给予制定行之有效的最佳治疗方案，为患者后续治疗(这类患者一般需要多次手术)打下良好的基础，对挽救患者肢体、减轻伤残、提高生活质量具有积极意义。

我院足踝外科团队始终把患者救治利益放在首位，并把患者救治利益最大化。近年来，这个团队作为四肢创伤救治科室，始终在努力打造一支强有力的相应兵种创伤救治团队，时刻准备着为滕州市及周边人民做好服务。足踝外科在学科带头人潘维

亮主任医师的带领下，医生们具有优秀的职业精神，基础扎实，技术先进，专业性强，从临床、教研和教学全面发展，努力做到足踝外科科训：诚实、善良、努力、团结，以患者为中心，踏踏实实做工作，确保治疗质量，为患者解除病痛。

足踝外科的治疗范围包括：
1.足踝部位的骨折创伤：踝关节骨折、Pilon骨折、跟骨骨折、距骨骨折、Lisfranc(跗跖关节骨折脱位)损伤、陈旧性骨折、骨折后遗症。
2.足踝部位的运动损伤：运动造成的肌腱和韧带等软组织损伤；踝关节不稳定、距下关节不稳定、跗中关节、跗跖关节及跗趾关节不稳定；距骨骨折骨折等距骨病变。
3.足踝部位先天性及后天获得性非创伤性疾患：跟外翻、平足畸形、高弓足畸形、跟腱止点疾患、足踝部位的肿瘤、糖尿病足踝疾患、痛性关节炎、踝关节炎骨性关节炎的保踝治疗(包括关节镜下清理、踝上截骨、踝关节融合)、各种先天性足疾患、小儿麻痹、大脑瘫等引起的复杂足畸形(外固定架应用)。
4.四肢重大、复杂创伤救治。
□张亚洲 张俊国

胸痛中心为胸痛患者保驾护航

本报讯 9月6日，我院新入5例突发急性心肌梗死患者，从40岁至77岁不等。幸运的是这些患者入院及时，均通过我院急诊绿色通道直接行急诊冠脉造影及介入治疗。救治过程顺利，平均开通闭塞血管的时间60分钟，其中最快速的一例仅17分钟，最大可能地减少了急性心肌梗死对患者的危害。

随着年轻人生活、工作压力的增加，吸烟、熬夜、“三高”等危险因素的增加，30-40岁的急性心肌梗死患者的占比正在逐年提高，甚至可见20多岁的年轻心肌梗死患者。

急性心肌梗死是指给心脏细胞供血的冠状动脉出现了急性、持续性的缺血而导致的心肌细胞大面积坏死。常以疼痛为主要表现，主要以胸骨后及胸前区为主，少数患者可出现腹部疼痛、牙痛、背痛，容易被误认为是消化道疾病或口腔科疾病。疼痛性质变化多端，以闷痛、压迫样为主，少数表现为烧灼样疼痛、针刺样疼痛。患者常有大汗、惊恐、焦虑、濒死感，有时可出现恶心、呕吐等症状。

胸痛中心运行至今，实现社区-院前-网络医院-胸痛中心无缝链接，已成功救治区域内自行来院、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

胸痛中心运行至今，实现社区-院前-网络医院-胸痛中心无缝链接，已成功救治区域内自行来院、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

出现了急性胸痛症状怎么办？胸痛的原因多种多样，多数是良性或自限性症状，但同时也有危及生命的疾病可能。如若出现急性胸痛，请立即停止正在进行的运动及工作，采取静坐或平卧休息。如果

血压正常，可含服硝酸甘油或速效救心丸等急救用药。若是胸痛症状持续不缓解，请立即呼叫120救护车，而不是自行开车或搭乘私家车去医院。救护车有经验丰富的医护人员和更为全面的抢救设备及药品，我院120救护车曾成功抢救数例在救护车上发生室颤的患者。

我院胸痛中心于2019年4月通过国家胸痛中心认证，并同步建立胸痛全市模式。胸痛中心是通过多学科(包括120急救医疗系统、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

胸痛中心运行至今，实现社区-院前-网络医院-胸痛中心无缝链接，已成功救治区域内自行来院、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

胸痛中心运行至今，实现社区-院前-网络医院-胸痛中心无缝链接，已成功救治区域内自行来院、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

胸痛中心运行至今，实现社区-院前-网络医院-胸痛中心无缝链接，已成功救治区域内自行来院、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

胸痛中心运行至今，实现社区-院前-网络医院-胸痛中心无缝链接，已成功救治区域内自行来院、急诊科、DSA、CCU、心内科、检验科及影像科等)合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当快捷有效的治疗手段，从而提高早期诊断和救治急性冠状动脉综合征(ACS)的能力。中心引进先进的院前急救系统，实现急救车接到患者时就能实时将检查结果远程传输到医院胸痛中心，经专家确定为急性心梗后，一键启动心内科、导管室和手术医生，患者绕行急诊或CCU直接进入导管室进行支架植入，在90分钟内实现心肌再灌注，进一步降低急性心梗死亡率。

肾内科成功开展床旁连续性血液净化

本报讯 在医院领导的关怀和大力支持下，肾内科病房配备了费森尤斯床旁血液滤过机1台。目前，连续性血液净化(CBP)已在肾内科开展，成功为10余人次进行床旁血液滤过治疗，患者获益明显。

CBP临床应用范围广泛，不仅仅在治疗急慢性肾功能衰竭及其并发症方面有明显效果，对于很多严重的非肾脏疾病，也有巨大的应用空间。CBP临床应用范围包括：
(一)肾脏疾病及相关并发症
1.严重电解质紊乱：高钾血症、高钠血症、低钠血症、高钙血症等。
2.严重酸碱代谢紊乱：代谢性酸中毒等。
3.脑水肿、肺水肿。
4.高分解代谢。
5.急性呼吸窘迫综合征。
6.肾功能衰竭合并心肌梗死、心衰。

(二)非肾脏疾病
1.多种疾病导致的电解质和酸碱平衡紊乱。
2.全身炎症反应综合征。
3.脓毒症。
4.乳酸酸中毒。
5.多器官功能衰竭。
6.挤压综合征。
7.顽固充血性心力衰竭、水中毒。

8.肝硬化失代偿：腹水、肝肾综合征。
9.重症胰腺炎。
10.肿瘤溶解综合征：高磷、高尿酸等。
11.热射病。
12.药物或毒物中毒。

CBP相对于血液透析的优势有：连续血液净化，血流动力学稳定；保证稳定的液体和电解质平衡；清除炎症介质、重建免疫内稳态；多器官功能支持。以前，我们称这种治疗方式为CRRT，即连续性肾脏替代治疗，突出其治疗肾病的优势。但随着技术的进步和经验的积累，21年前提出了CBP，即“连续性血液净化”的概念，现已突破科室限制，广泛应用于临床各专科。

在我院，部分患者在普通病房行CBP治疗的其他优势：机器移动方便，可随时移动到本科或其他科室患者床旁进行治疗。对于一些一般情况尚可，但存在危及生命的部分异常的患者，如高钾血症、高钙血症、大量腹水、严重浮肿、慢性心力衰竭等，血液透析室床位紧张，患者需等待较长时段，如转至ICU治疗，费用明显增加，ICU亦不堪重负，床旁CBP给这部分患者提供了及时、良好的治疗，且明显降低了费用。
□韩超