胃“越狱”了！

——当腹腔的“天花板”破了个洞

身体是一座精密城堡，胸腹之间隔着一层扁形的肌肉——膈肌，它是胸腔的“地板”，也是腹腔的“天花板”。食管穿过膈肌上的一个天然孔洞——食管裂孔，把食物送进胃里。正常情况下，这个孔洞大小刚好，周围的韧带像松紧带一样牢牢固定着食管和胃的连接处。

但有一天，这道“城门”松了、大了，胃的一部分就顺着扩大的裂孔“越狱”进了胸腔——这就是食管裂孔疝。它不是什么罕见怪病，而是消化系统最常见的“结构故障”之一。60岁以上发病率高达近七成；女性比男性更容易中招，肥胖者更是高危中的高危。最麻烦的是，这个病特别会“伪装”。它披着胃食管反流的外衣，藏着胸痛的利爪，甚至可能披着哮喘、咳嗽的面具四处招摇，让人防不胜防。

什么情况要考虑食管裂孔疝？

反酸、烧心是最常见的开场。食管裂孔疝患者的烧心往往更剧烈、更持久，“胸口像有团火在烤，喉咙里泛着酸苦味”，甚至半夜被呛醒。

胸痛是最具迷惑性的症状。胸骨后或心窝处疼痛，可向背部、肩部放射，发作时活脱脱一副“心绞痛”的模样。但心电图、心肌酶谱查了个遍，心脏却安然无恙。

呼吸道症状是它的另一张面具。反复夜间呛咳、晨起声音嘶哑、久治不愈的哮喘样发作，甚至反复肺炎，都可能是胃内容物“误入歧途”溜进气管所致。

通过上消化道造影、胃镜、腹部CT及食管测压等手段，医生会揪出胃“越狱”的原因。

预后：从“带疝生存”到“根治”

食管裂孔疝的预后，取决于类型、大小、症状严重程度和干预时机。

无症状或症状轻微的小型滑动疝，可以“和平共处”。通过生活方式调整和药物治疗（主要是质子泵抑制剂抑制胃酸），多数人能控制症状、维持生活质量。但药物治标不治本，疝本身不会消失，停药后症状可能卷土重来。

对症状明显、药物治疗无效、或出现并发症者，或者大型食管旁疝、混合型疝，手术是唯一根治手段。腹腔镜食管裂孔疝修补术加胃底折叠术，创伤小、恢复快，能把“越狱”的胃送回腹腔、缩紧扩大的裂孔、重建抗反流屏障。术后90%以上的患者症状显著改善，生活质量大幅提升。

预防：守住腹腔的“天花板”

食管裂孔疝的预防，核心在于降低腹压、保护膈肌、减少反流。先天发育异常无法改变，但后天因素完全可以干预。

控制体重是第一要务。腹型肥胖直接升高腹腔压力，体重指数超过28的人群患病风险增加数倍。减重5%到10%，症状往往明显缓解。

饮食习惯需要彻底重构。少量多餐，每餐七分饱；减少高脂、辛辣食物，它们延缓胃排空、刺激胃酸分泌，双重加重反流。睡前两到三小时禁食，让胃在入睡前“清空”。戒烟限酒，烟草中的尼古丁松弛括约肌，酒精刺激胃酸分泌，都是反流的“催化剂”。

体位管理有讲究。睡觉时抬高床头15到20厘米，不是垫高枕头，而是把床脚垫起来或用楔形枕，让上半身整体倾斜。左侧卧位优于右侧卧位，这个姿势能减少胃食管连接处的张力。餐后避免立即平躺、弯腰、系紧腰带。

腹压管理要贯穿日常。积极治疗慢性咳嗽、便秘、前列腺增生等导致腹压升高的疾病。

别让胃“越狱”

食管裂孔疝，这个藏在膈肌上的“破洞”，是岁月、重力、不良生活习惯共同作用的结果。它不会一夜之间形成，却在日复一日的腹压冲击中悄然扩大。

当你反复被烧心困扰、当胸痛查不出心脏问题、当哮喘久治不愈——请想一想，是不是胃“越狱”了？一次简单的胃镜或造影，就能让这个“隐形逃犯”现形。

守住腹腔的“天花板”，从减轻体重、规律饮食、控制腹压做起。

（山东医药大学附属医院
胃肠外科、减重代谢外科
宋丙潭）

胃里藏着“致癌幽灵”？

——幽门螺旋杆菌：7亿中国人的胃中“常客”

一、它，是胃里的“钉子户”

想象一下，你的胃里是一个pH值低至1-2的“强酸熔炉”，绝大多数细菌进去瞬间就被“融化”。但有一种细菌，却像装备了“防酸铠甲”的特种兵，不仅能在此生存，还能安营扎寨——它就是幽门螺旋杆菌（Hp）。

1983年，澳大利亚科学家马歇尔为证明其致病性，亲自喝下培养液让自己感染，最终赢得2005年诺贝尔奖。全球约50%的人感染这种细菌，中国近7亿人口中招。世界卫生组织已将其列为最高级别的I类致癌物，约78%的胃癌与它相关。但别慌！感染者中最终患癌的仅约1%，关键在于早发现、早治疗。

二、什么情况要考虑感染了Hp

70%以上的感染者毫无症状，但当它开始“搞破坏”时，身体会发出警报：顽固性口臭、上腹隐痛胀痛、反酸烧心、频繁嗳气、早饱恶心。还有一些“不典型”信号容易被忽视：缺铁性贫血补了又缺、皮肤莫名紫癜、不明原因消瘦、儿童发育迟缓。

根据《中国成年人幽门螺杆菌感染诊断、治疗与预防临床实践指南》，以下情况强烈建议检测：消化性溃疡、胃MALT淋巴瘤、慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生或异型增生等癌前病变、早期胃癌术后、胃癌家族史、计划长期服用阿司匹林、不明原因缺铁性贫血。其中，胃MALT淋巴瘤患者根除Hp后，早期肿瘤甚至可能完全消退！国际上越来越推崇“检测即治疗”策略——只要确认感染，就建议根除。

三、如何揪出这个“隐形敌人”

最推荐尿素呼气试验，简单说就是“吹口气”，无创准确率高达95%以上。但要注意，检查前需停用质子泵抑制剂至少2周、抗生素至少4周，否则可能假阴性。胃镜下快速尿素酶试验适合有报警症状者。抽血查抗体只能提示曾经感染，不能用于疗效判断。

四、14天“组合拳”，彻底剿灭

Hp躲在胃黏膜深处，没有任何单一药物能根除它。当前一线方案是铋剂四联疗法：质子泵抑制剂+铋剂+两种抗生素，连续14天。最新指南还带来了重要更新：钾离子竞争性酸阻滞剂（P-CAB）可替代质子泵抑制剂，抑酸更强更持久；大剂量阿莫西林双联疗法因服药负担轻、不良反应少，已成为并列可选方案，但前提是不对青霉素过敏。

治疗期间务必做到：严格按时服药，即使症状好转也绝不停药；疗程必须足14天；严禁饮酒，否则可能产生致命的双硫仑反应；实行分餐制，避免传染家人。治疗结束后4周再复查，过早检查会出现假阴性。

五、预后：根除后，胃真的“重生”了

短期获益令人惊喜：消化性溃疡年复发率从70%骤降至5%以下，胃黏膜炎症6-12个月内消退。长期获益更振奋人心——研究显示根除Hp后胃癌死亡率下降25%，可降低33%-47%的胃癌风险。最关键的发现：在胃黏膜萎缩、肠化生发生前根除，几乎可完全消除胃癌风险！

预后好坏取决于：根除时机越早越好，萎缩前根除最佳；戒烟限酒、健康饮食能巩固疗效；高危人群需定期胃镜随访。

六、预防：把Hp“拒之门外”

Hp主要通过粪——口途径和口——口途径传播。饮食卫生是第一关：分餐制、公筷公勺，肉类彻底煮熟，不喝生水，少吃腌制食品。个人卫生细节决定成败：饭前便后洗手20秒，餐后刷牙漱口，每3个月更换牙刷，切勿口对口喂食婴幼儿。家庭防护要同步：一人确诊，共同生活的家庭成员建议同步检测治疗。增强免疫力：规律作息、适度运动、均衡饮食。

七、写在最后

幽门螺旋杆菌既是I类致癌物，又是可防可治的感染性疾病。记住三个关键数字：50%的中国感染率，你可能就是其中之一；14天规范疗程，坚持就是胜利；1%的感染者最终患癌，早根除可让风险趋近于零。

（山东医药大学附属医院
胃肠外科、减重代谢外科
杨涛）

一条腿突然发凉发白？小心血管里的“交通堵塞”！

如果把下肢动脉比作给腿和脚送氧气的高速公路，血液就是车辆，血栓就是突然横在路中间的事故车。下肢动脉血栓栓塞，是指血栓堵住供应腿部的动脉血管，导致小腿、足部突然缺血缺氧。它是常见的急性肢体缺血原因之一，可在短时间内造成神经和肌肉损伤；处理越晚，肢体坏死、感染甚至截肢风险越高。

血管为何突然堵塞

正常的下肢动脉管腔通畅，血液能把氧气送到脚趾；一旦血栓堵住“主干道”，远端组织会迅速缺血。注意：单侧腿突然疼、冷、苍白，不能只当成抽筋或受凉，应该警惕下肢缺血。

血栓可能有两种来源：一种是房颤等疾病使血栓在心脏里形成，脱落后随血流漂到腿部血管；另一种是在下肢动脉硬化斑块、血管内壁损伤处原地形成，动脉内壁受损后，血小板和凝血因子会聚集，血栓越堆越大，最终让血流“堵车”。

记住“5P”危险信号

急性下肢动脉堵塞的典型信号可用“5P”记忆：Pain 疼痛，常突然、剧烈；Pallor 苍白，皮肤发白或发紫；Pulselessness 无脉，足背或踝部脉搏变弱；Paresthesia 感觉异常，麻木、针刺感；Paralysis 运动障碍，脚趾抬不动。感觉异常和运动障碍提示缺血较重，应马上就医。

哪些人需要格外警惕

房颤患者、动脉硬化人群、吸烟者、高血压、糖尿病、高脂血症患者，长期卧床或术后患者，以及既往做过下肢动脉支架、搭桥或有血栓史的人，都属于需要特别警惕的人群。高危不等于一定发病，但意味着更要规律复诊、规范用药。

做好预防，突发时及时求助

预防血栓，重点是把危险因素管住：戒烟，控制血压、血糖、血脂；避免久坐，每小时起身活动；房颤患者按医嘱抗凝，不自行停药或加药，定期复查；糖尿病患者每天观察足部皮肤和温度。突发“5P”症状时，不热敷、不按摩、不硬扛，应停止活动、平放患肢、注意保暖，立即拨打120或前往有血管外科/介入治疗能力的医院。

下肢动脉血栓栓塞像血管里的突发交通事故。记住“疼、白、无脉、麻、动不了”，尤其是单侧突然出现时，越早识别、越早就医，越有机会保住腿、保住生活质量。科学预防、珍惜生命，是每个人都能参与的健康行动。

（山东医药大学附属医院
介入血管外科 韩新强）