

幽门螺杆菌专病门诊开诊 一站式精准诊疗守护胃健康

■荣 轩

近日,浙江省荣军医院幽门螺杆菌专病门诊正式开诊,医院消化内科专家团队坐诊,为市民提供幽门螺杆菌筛查、诊断、个性化治疗一站式服务,精准守护胃部健康。

专家坐诊精准诊疗

门诊开诊首日,便迎来不少患者咨询就诊。“我平时总胃胀、反酸,听说幽门螺杆菌和胃癌相关,专病门诊开了赶紧来检查,心里才放心。”一位就诊患者拿着检查报告,向医生详细咨询用药细节。

省荣军医院消化内科主任唐凯

介绍,医院常规开展碳13/碳14呼气试验、幽门螺杆菌抗体分型检测、耐药培养、粪便抗原检测等多项检查,实现精准检测、对症治疗。针对部分患者幽门螺杆菌反复感染、常规用药无效的问题,通过耐药培养明确致病菌耐药性,为患者制定个性化用药方案,大幅提高根除率。此前,一位多次治疗失败的患者,经耐药培养配合针对性治疗后,成功根除幽门螺杆菌,胃部不适也彻底缓解。

唐凯提醒,做碳13/碳14呼气试验前,需遵医嘱停用抗生素、PPI类抑酸药物,检查前保持空腹状态,确保检测结果准确。

认识幽门螺杆菌

幽门螺杆菌是寄生于人体胃黏膜的致病菌,传染性较强,主要通过“口-口”和“粪-口”传播,具有明显的家庭聚集性。该病菌不仅会诱发慢性胃炎、消化性溃疡,导致胃胀、反酸、胃痛等不适反复出现,还是胃癌的重要危险因素,长期持续感染会增加胃部病变风险,同时还可能引发口臭、消化不良等问题,影响生活质量。

预防与筛查指南

预防幽门螺杆菌感染,日常防护尤为关键。医生建议,有胃部不适、幽门螺杆菌感染家族史、长期饮食不规律的人群,及时做幽门螺杆菌筛

查;若检测结果为阳性,需在专业医生指导下规范治疗,避免自行用药产生耐药性。同时,应养成良好的生活习惯,提倡分餐制或使用公筷公勺,注意食品卫生,不喝生水、不吃生食,水果蔬菜洗净后食用;饭前便后彻底洗手,家长避免口对口给孩子喂食,家庭成员若有感染者,餐具需定期做好消毒。

据悉,省荣军医院幽门螺杆菌专病门诊设于门诊楼2楼,坐诊时间为每周二、周三上午。有需求的市民可微信搜索“浙江省荣军医院”公众号、小程序或互联网医院预约,为全家健康筑牢防线。



健康资讯

浙大二院呼吸内科李雯教授团队 定期在嘉兴市第二医院坐诊



■图/文 曹梦清

重磅好消息!春季是呼吸道疾病的高发期,哮喘、慢阻肺、肺结节……你是否因为挂不上杭州上海的专家号而焦虑?你是否因为长途奔波就医而感到疲惫?为深入贯彻“名医到嘉”民生工程,让嘉兴百姓在“家门口”就能享受顶级医疗服务。近日,嘉兴市第二医院呼吸与危重症医学科与浙江大学医学院附属第二医院呼吸内科李雯教授团队举行了隆重的合作项目签约仪式。

2026年4月3日起,李雯教授团队将定期来嘉兴市第二医院坐诊、查房、手术,以前要跑杭州排队长挂的“天花板”级专家号,如今在“嘉”门口就能看!

专家团队

李雯

主任医师、教授、博士生导师

浙江大学求是特聘医师

浙大二院呼吸内科主任

浙江省医疗卫生领军人才

学术任职:中华医学会呼吸病学分会常委,中国医师协会呼吸医师分会常委,浙江省医学会呼吸病分会主任委员,浙江省预防医学会呼吸专委会主任委员

擅长:肺癌和肺结节个体化治疗及全周期管理;主导肺结节、肺癌、免疫不良事件多学科MDT门诊;慢性咳嗽、哮喘、慢性阻塞性肺病等常见病、多发病的诊治

夏旻

副主任医师

博士生导师

浙大二院呼吸内科副主任

学术任职:中国医师协会呼吸医师分会青委,中华医学会呼吸病分会介入呼吸病学组秘书,国际肺癌学会(IASLC)临床科学委员会委员,中国临床肿瘤学会(CSCO)非小细胞肺癌专委会委员,浙江省医学会呼吸病分会委员

擅长:肺癌诊治及支气管镜介入治疗

张斌

主任医师

医学博士

学术任职:中国医师协会呼吸分会气道狭窄组委员,海医会呼吸专委会委员,海西介入呼吸病学专业委员会委员,海医会ROSE专委会委员,浙江省医学会呼吸分会介入学组委员,浙江省医师协会呼吸分会青年委员,北京健康促进会呼吸及肿瘤介入诊疗联盟委员

擅长:肺癌、肺部小结节、慢性咳嗽、肺部感染、慢性气道病的诊断治疗

兰芬

主任医师

医学博士

学术任职:中华医学会呼吸病学分会肺癌学组委员,中国抗癌协会肿瘤呼吸病学专委会委员,中国医药教育协会诊断学专业委员会常委,海医会呼吸病学专业委员会委员,浙江省医学会呼吸病学分会委员兼秘书,浙江省医学会呼吸分会肺癌学组副组长,浙江省肿瘤精准诊治专委会委员

擅长:肺结节、肺癌、胸腔积液、慢性咳嗽、慢性气道疾病、肺炎、真菌菌病等诊治

男科专家拆解 不孕不育的几个误区

■江大为

在中国,每6-8对夫妇中就有1对面临不孕不育的困扰。结婚三四年,没有备孕却始终怀不上——这并非小众问题。比不孕更可怕的是“病急乱投医”和“羞于启齿”。嘉兴市中医医院男科专家指出,医学上夫妇正常性生活、未避孕1年以上仍未怀孕,即属于不孕不育范畴,需要引起足够重视。

关于不孕不育,最常见的误区需要澄清。误区一:怀不上全是女人的问题。事实上,世界卫生组织数据显示,男方因素约占1/3,女方因素约占1/3,双方共同因素约占1/3。精子质量差、少精、弱精、精索静脉曲张等都可能让男性成为“不育”的一方。误区二:以前怀过或生过,现在肯定没问题,这叫“继发性不孕”——很多女性因流产后感染、盆腔炎等导致输卵管堵塞,很多男性因前列腺炎、腮腺炎并发症等导致精液质量下降,过去能生不代表现在还能生。误区三:没有不舒服就是身体健康的。输卵管堵塞不疼不痒,多囊卵巢综合征可能只是月经不调,少精弱精的性生活完全正常——绝大多数导致不孕的疾病早期毫无症状,等到想要孩子时已错过最佳治疗时机。

拖延的代价比想象中大。对女性而言,生育能力在35岁后急剧下降,40岁后自然妊娠率不足5%,每犹豫一年卵巢储备就少一分。对男性而言,轻度的精索静脉曲张早期吃药就能改善,拖到重度只能手术;反复发作的前列腺炎会导致精子DNA碎片率升高,即便怀上也容易胎停、流产。

科学备孕应遵循四步法。第一步:及时就诊——35岁以下未避孕1年未孕请就医,35-40岁6个月未孕请就医,40岁以上立即就诊。第二步:夫妻同查,先查男方——精液检查无创、便宜、快捷,应作为第一项检查。第三步:去正规医院,远离偏方——“包生男孩”“祖传秘方”“三个月包怀”等广告99%是骗局,请前往三甲医院生殖医学科做规范检查;男方查精液分析和生殖系统B超,女方查性激素六项、AMH、B超监测排卵和输卵管通畅性检查。第四步:了解辅助生殖——对于输卵管堵塞、严重少弱精、子宫内膜异位症、不明原因不孕等,试管婴儿是目前最有效的手段。

脚后跟反复疼痛,需警惕 Haglund 综合征

■依 愿

走路,这个我们每天要做几千次的最简单动作,对于张阿姨(化名)来说,在过去一年里,却成了一场“酷刑”——她的右脚后跟,只要一沾地,深处就会传来一阵钻心的痛。一年来,她想了各种办法,泡脚、药膏,甚至换遍了各大品牌的软底鞋,全都于事无补。

直到她来到嘉兴大学附属医院(嘉兴市第一医院)骨科,谢国庆副主任医师在她的脚后跟里,找到了那个隐藏了一年多的“罪魁祸首”——Haglund综合征。

什么是 Haglund 综合征?

Haglund综合征为足跟后上方跟腱止点处的无菌性炎症、跟骨后上突

增生(Haglund畸形)以及皮下或跟腱下滑囊炎这一组临床症状群,表现为足跟后方的疼痛、肿胀和足的活动受限。

易发人群

1.20-40岁女性多见(穿高跟鞋、硬帮鞋)。

2.高足弓、跟腱紧张、肥胖、跑步、跳跃运动爱好者,双侧发病常见。

发病原因

先天遗传因素:遗传易感性、高足弓、跟骨后上突天生偏大。

后天诱因:1.长期穿高跟鞋、硬帮鞋等导致跟腱紧张、挛缩,穿的鞋子大小不合适,无法缓冲骨突压力而引发滑囊炎症状;2.肥胖增加足跟压力;3.过度运动。长期进行高强度的跑步、跳跃运动,可能导致跟骨后上结

节反应性骨增生。

如何判断得了 Haglund 综合征?

1.疼痛:脚后跟反复疼痛,休息后可缓解,活动后加重,甚至部分患者出现跛行步态,逐步发展为慢性疼痛。

2.骨性突起(Haglund畸形):脚后跟可摸到硬质突起。

3.红肿压痛:脚后跟局部皮肤肿胀、发热、发红,跟腱止点处压痛。

4.活动受限:主动及被动翘脚后跟时疼痛加重、活动受限。

5.X线片:跟骨X线可见异常凸起的跟骨后结节。

6.MRI:跟骨后上突异常隆起、跟腱下滑囊形成、跟腱深层水肿变性。

如何预防 Haglund 综合征?

运动前充分热身;选择合适鞋子;控制体重;注意运动强度。

如何治疗 Haglund 综合征?

保守治疗。休息与冰敷:减少活动,急性期局部冰敷。药物:口服或外用非甾体抗炎药,消炎镇痛。局部封闭:可减轻炎症,但可能增加跟腱断裂风险。物理疗法:电疗、超声波、冲击波、针灸等。固定:支具或石膏固定踝关节。运动康复:加强跟腱及小腿肌肉拉伸。

手术治疗。若规范保守治疗3-6个月无效且影响生活,可考虑手术切除异常骨性凸起。嘉兴一院骨科常规开展关节镜微创手术,仅需2-3个0.6cm小切口,通过高清摄像头精准定位病灶,适用于Haglund综合征、足底筋膜炎、踝关节韧带损伤等。该术式创伤小、疼痛轻、康复快,已成为踝关节疾病的首选手术方案。

腰疼到站不直,原来是骶髂关节紊乱惹的祸

■居屿彤

明明是腰痛,但按揉腰部却没什么用;早上起床时,屁股上方靠近脊柱的位置又僵又痛,活动几下才能好转;翘二郎腿的时候,感觉一边特别紧,甚至卡得疼;去医院拍片,腰椎间盘只有轻微膨出。

如果你中枪了,可能不是腰的问题,而是骨盆上的一个“小零件”——骶髂关节“乱套”了。

什么是骶髂关节紊乱?

骶髂关节位于我们腰椎的下方,由骶骨和两侧的髂骨连接而成。你可以把它想象成骨盆的“锁扣”,负责把我们上半身的重量均匀地传递到双腿,同时吸收走路、跳跃带来的地面冲击力。当这个“锁扣”因为久坐、姿势不

良、外伤或者产后激素变化而变得过紧、过松,或者卡在错误的位置时,就叫做骶髂关节紊乱。

怎么判断是不是它的问题?

骶髂关节紊乱最擅长“伪装”成其他病。它引起的疼痛通常有以下特点:

1.疼痛位置很明确:通常在屁股后上方,也就是我们平时裤子口袋后面那个位置(医学上叫“臀区”)。痛感通常是钝痛,有时候会往下窜,但一般不会超过膝盖。

2.单侧为主:大多数人是单侧疼,很难找到完全对称的姿势。

3.典型动作诱发痛:从椅子上站起来的那一下最痛;单腿站立(如穿裤子、上下楼梯)时疼痛加重;翻身时痛,甚至能听到“咔嚓”一声响。

一个居家小测试:平躺在床上,一条腿呈外旋置于对侧膝,让家人一手放在对侧髌前上棘位置,另一手放在屈腿膝关节上,轻轻按压2-3次,如果出现疼痛,即4字试验阳性。腹股沟区疼痛提示髋关节问题,骶髂区疼痛提示骶髂关节问题。

为什么会“乱”?

导致骶髂关节紊乱的元凶,往往藏在我们的日常习惯里:

1.久坐党:长时间塌腰驼背坐着,骨盆后倾,骶髂关节长期处于被挤压的“锁死”状态。

2.跷二郎腿:导致骨盆两侧受力不均,一侧的关节被强行拉开。

3.核心无力:腹肌和臀肌是稳定骨盆的天然“束腰带”。如果它们偷懒,骶髂关节就得独自承受巨大压力。

肩膀疼痛可能与肩袖损伤有关

■叶晶华

什么是肩袖损伤?肩袖损伤,简单来说,就是这些肌腱出现了撕裂。撕裂的程度可以是轻微的磨损、部分撕裂,也可以是严重的全层撕裂。

肩袖损伤主要分为两大类原因:急性撕裂:通常发生在年轻人或运动人群中,例如突然发力拉伤、肩关节外伤。其中,肩关节脱位后合并肩袖急性撕裂的比例高达35%以上。

退行性、慢性磨损/撕裂:这是最常见的原因,多见于40岁以上的人群,主要与肌腱退变、血供不足、长期撞击等因素相关。中医认为,这与“肝血不足”有关。

如何区分肩袖损伤和肩周炎?

肩袖损伤和肩周炎确实容易混

淆,但仔细观察,两者有相同点,也有不同点。

相同点:

发病年龄均在40岁以上;肩关节疼痛,患者自己活动受限,夜间疼痛明显。

不同点:

肩袖损伤的患者在活动后疼痛更加明显,甚至出现撕裂感;而肩周炎则是全天持续性酸痛为主,受冷或阴雨天时疼痛加重。肩袖损伤主要表现为无力;而肩周炎主要表现为僵硬。

临床上常用来鉴别这两种疾病的“金标准”是磁共振(MRI)检查。这项检查可以明确区分肩袖损伤和肩周炎,还能提示肩袖损伤的程度。

诊断了肩袖损伤一定要手术吗?

肩袖损伤的治疗取决于撕裂的

大小、患者的年龄、活动水平以及症状的严重程度。

保守治疗

适用于肩袖磨损以及轻中度的部分撕裂。主要措施包括:1.休息与制动;2.药物治疗;3.康复训练;4.中医药治疗。

手术治疗

适用于肩关节活动需求较高的全层撕裂患者,或者经过3-6个月正规保守治疗无效、疼痛严重影响生活的患者。肩袖手术通常采用关节镜微创技术,通过几个小切口,将撕裂的肌腱重新固定回骨头上。

术后康复锻炼是关键。肩袖损伤的康复是一个漫长的过程,通常需要4-6个月甚至更久。康复过程中同样可以结合中医药进行调理。切忌“好了伤疤忘了疼”——有患者术

后一个月肩膀不痛了,又开始从事过度的负重活动,导致肩袖重新撕裂,不得不再次手术。

海宁市中医院骨科提醒:如果肩痛超过2周没缓解,或者出现“抬臂无力”“夜间痛醒”,别自己判断,及时就诊、明确诊断,再针对性治疗。早诊断、早治疗、分阶段康复是肩袖损伤恢复的关键。



“头不晕了,走路也有力气了。”他十分满意。周茂生表示,无导线起搏技术代表了心脏起搏电生理领域的诊疗技术正在更微创、更安全、更智能的方向发展,极大地提高了高龄、传统起搏器高风险患者的手术安全性与术后生活质量。

“但该技术目前仍有其局限性,因临床应用最广泛的是单腔心室起搏器,并非适用于所有需要起搏器的患者,且相比传统起搏器,无任何活动限制。”对于高龄、血管条件差、合并基础疾病的高龄患者,或注重美观与运动选择的人群而言,它提供了更优的治疗选择。”周茂生说。

一切准备妥当后,张爷爷在局部麻醉下进行了手术,30多分钟后,无导线起搏器被成功植入其胸腔内。术后恢复极快,次日便可下床行走,一体的单一体装置。”周茂生介绍说,它只有维生素胶囊般大小,植入时,医生仅需在患者大腿根部的股静脉进行穿刺,通过一根细小的递送导管将其送至胸腔内,无需任何导线和皮下囊袋,规避了导线断裂、囊袋感染等传统并发症,并支持1.5T或3.0T全身核磁共振检查。

■朱静燕

近日,96岁高龄、患有严重心动过缓的张爷爷在浙江新安国际医院成功接受了无导线起搏器植入术。术后,老人头晕、乏力等症明显改善,已恢复自主行走能力。

这例高龄患者的成功治疗,为临床上高龄且传统起搏器植入风险较高的心律失常患者带来了新的治疗曙光,也让这类特殊患者群体获得了更具针对性的诊疗方案支持。

张爷爷虽已96岁高龄,但平日生活自理、思维清晰。然而,从去年年底起,他反复出现头晕、眼前发黑、走路无力等情况。前不久,他在散步时接连晕倒了两次,最严重时心律仅有30余次/分钟,远低于正常水平。经心电图检查及医生诊断,张爷爷被确诊为严重的心律失常。“因心脏无法正

常“泵血”,随时可能引发晕厥、心力衰竭甚至猝死,因此需要尽快为他植入心脏起搏器。”该院心血管内科主任周茂生说道。

但困难也摆在眼前:张爷爷体质偏弱,皮肤薄弱、血管条件差,凝血功能也不太好,如果实施传统的心脏起搏器植入术,需要在锁骨下切开皮肤制作“囊袋”放置脉冲发生器,并通过电极导线经血管连接至心脏——它在术后可能出现感染、出血或血肿、电极移位、起搏器功能障碍以及气胸等并发症,不仅手术风险大,而且对于高龄患者术后恢复也尤为不利。

经过团队全面评估并与家属充分沟通后,周茂生团队决定为张爷爷实施无导线起搏器植入术。“无导线起搏器是心脏起搏领域的革命性创新,它是一个微型化、集所有部件于

一枚小小胶囊让九旬老人重获“心”生