

呵护血管健康，从现在开始

作为遍布人体的“管道网络”，血管是身体的生命通道。一旦这些通道出现问题，急性心肌梗死、脑卒中 etc 等心脑血管疾病的发生风险便会显著升高。但值得关注的是，近年来，这些曾被贴上老年病标签的疾病，正越来越多地发生在年轻人身上。

年轻人心脑血管病主因是什么

近些年，新闻报道中不乏二十多岁的年轻人突发心梗、脑卒中的案例；在门诊中，受到相关疾病困扰的年轻人也越来越多。《中国心血管健康与疾病报告 2024》显示，急性心肌梗死发病年龄仍呈年轻化趋势，是什么原因导致这些年轻人患上了心脑血管疾病？

从临床上看，年轻人心脑血管疾病的发病机制较为复杂，个体差异显著。除遗传、先天血管因素及心源性病因素外，动脉粥样硬化是最常见的病理基础。

我们可以把动脉粥样硬化理解为血管被脂质斑块堵塞的过程。健康的血管内壁光滑而有弹性，当血液中的“坏胆固醇”——低密度脂蛋白胆固醇过多时，它会穿过血管内皮并沉积在内皮下层，这时身体的免疫系统会把这些沉积物当作“敌人”，派出巨噬细胞去清除它们——吞噬了过多脂质的巨噬细胞会变成“泡沫细胞”，堆积形成脂质条纹，这就是动脉粥样硬化斑块的雏形。随着时间推移，斑块内部会堆积更多脂质，表面覆盖一层纤维帽，形成成熟的粥样硬化斑块。

这些斑块的存在可导致两个严重后果：一是血管机械性狭窄——斑块向管腔内凸起，造成血流不畅，引发心绞痛等缺血症状。二是更危险的急性事件——纤维帽破裂，内部的促凝物质暴露于血液，迅速形成血

栓。若血栓完全堵塞血管，便可能诱发急性心肌梗死或缺血性脑卒中等严重后果。

值得注意的是，年轻人心脑血管事件的发病特征与老年人存在显著差异。老年人的动脉粥样硬化通常是历经数十年缓慢进展的退行性病变，常伴随高血压、糖尿病、高脂血症等基础疾病，病程中逐渐形成了侧支循环，具有一定的代偿能力。但年轻人的急性发病，除粥样硬化斑块不稳定破裂外，冠脉痉挛、动脉夹层、血管炎、心源性栓塞等非粥样硬化因素也占相当比例。长期熬夜、饮食失衡等不良生活方式，更会加速斑块进展或直接诱发急性血管损伤。而且，年轻人的发病病程较短，侧支循环往尚未建立。一旦血管急性闭塞或发生严重痉挛，由于缺乏备用血流通路，首次发病即可能表现为急性心肌梗死或脑卒中，后果更为凶险。

年纪轻轻，血管健康为何亮红灯

血管从柔软富有弹性到逐渐变硬、变脆，本应是一个以“十年”为单位的缓慢过程。但如今，高血压、糖尿病、肥胖等慢性病的年轻化，叠加不良生活方式，正使这一进程明显提速。

外卖普遍存在高油、高盐、高糖、精制碳水比例高的特点，蔬菜、粗粮和优质蛋白严重不足。长期依赖外卖，多种危险因素叠加，血管内皮便会持续受损。高盐饮食易使血压升高，增加血管壁压力，从而损伤内皮细胞，导致其屏障功能减弱；高脂饮食会导致血液中的低密度脂蛋白胆固醇浓度升高，这些脂质颗粒会通过受损的内皮屏障进入内皮下层并沉积；高糖饮食则易诱发胰岛素抵抗和血脂代谢紊乱，同样导致多余脂质不断沉积，为动脉粥样硬化埋下隐患。

控制心率和转复心律，房颤治疗怎么选？

心房颤动是临床最常见的持续性心律失常，随年龄增长发病率显著升高，可诱发心力衰竭、脑动脉栓塞等严重并发症，严重影响患者预后。目前房颤主流治疗分为控制心率与转复心律两大策略，二者治疗理念、适用人群、获益与风险各不相同。本文结合最新临床指南及临床实践，对比分析心率控制与心律转复的治疗特点、适用场景及优劣，总结临床择治原则，为心血管内科规范化诊疗及大众科普提供参考。

心房颤动以心房电活动紊乱、心室节律绝对不齐为主要特征，多见于高血压、冠心病、心力衰竭及老年人群。房颤不仅会引发心慌、胸闷、活动耐量下降等症状，长期快速心室率可导致心动过速性心肌病，心房血栓脱落更是脑卒中的重要诱因，显著提升心血管病致残、致死风险。现阶段房颤综合治疗包括抗凝防栓、控制基础疾病、调节心律及心率管理等内容，其中心率控制与窦性心律转复是

改善患者症状、阻断心脏重构的核心手段。两种治疗方案无绝对优劣，临床需结合患者年龄、症状轻重、房颤病程、心功能及合并症综合判断，规避过度治疗或治疗不足的问题。

核心机制与临床方式

控制心率为对症保守治疗，核心原则是不纠正房颤节律，通过抑制房室结传导，减慢心室率、规整心室节律，减轻快速心率对心肌的持续损伤，改善心室舒张功能，缓解临床不适，预防心动过速性心肌病。该方案侧重长期维稳，是房颤基础治疗手段。

临床常用药物包括β受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙通道阻滞剂及洋地黄类药物。β受体阻滞剂为一线首选，美托洛尔、比索洛尔适用于多数房颤患者，控率效果稳定。地尔硫革、维拉帕米多用于无法耐受β受体阻滞剂的慢阻肺、哮喘患者。

转复心律为病因性治疗，核心目标是终止房颤紊乱电活动，恢复并维持窦性心律，从根源上消除房颤导致的血流动力学异常，逆转早期心肌重构，降低远期并发症风险。目前临床复律方式主要包括药物复律、电复律及导管消融。

与此同时，久坐、运动不足会造成血液循环减慢，机体代谢效率下降，导致脂质及氧化代谢产物在体内蓄积，进一步加重血管的代谢负担。

长期熬夜和紧张的生活节奏同样是损害血管健康的重要推手。熬夜会使交感神经持续兴奋，造成血压反复波动，削弱血管的稳定性。在职场竞争、生活压力等多重因素之下，许多年轻人长期处于精神紧绷、情绪焦虑的慢性应激状态，这会引发体内炎症水平升高，并可能导致凝血功能异常，显著提升心脑血管疾病的突发风险。

尤其需要警惕的是，吸烟是损害血管健康的重要独立危险因素。烟草燃烧产生的尼古丁、一氧化碳、自由基等数千种化学物质会直接进入血液，对血管最内层的内皮细胞造成损伤。此外，吸烟还会激活血管壁的炎症反应，使斑块从稳定转向易损，增加破裂风险。而饮酒同样会损害血管健康。酒精会直接损伤血管内皮，即使少量饮用，也会增加高血压、房颤等风险。

关注血管健康，从现在开始

心脑血管疾病的年轻化，本质上是不良生活方式对健康透支的警示。实际上，损害血管健康的危险因素往往从青年时期就开始累积，由于早期无明显症状，容易被忽视。但是，长期的血管损伤一旦突破身体的代偿极限，部分人群的首次发病便可能直接表现为急性心肌梗死或脑卒中。因此，对血管健康的日常监测与早期预防至关重要。

筛查危险因素是预防的第一步。应坚持定期监测血压、血糖和血脂，及时发现血管隐患。相比血压和血糖，公众对血脂异常的认知相对不足，尤其是其中最危险的信号——

低密度脂蛋白胆固醇。它是动脉粥样硬化的核心“原料”，也是降脂治疗的首要靶点。根据《中国血脂管理指南（2023 年）》，不同风险等级对应不同的低密度脂蛋白胆固醇控制目标：健康成年人应低于 3.4mmol/L；合并高血压、糖尿病等危险因素者，目标降至 2.6mmol/L 以下；已确诊心脑血管疾病者，需控制在 1.8mmol/L 以下且降幅超过 50%。

在现实生活中，熬夜加班、依赖外卖有时难以完全避免，可以通过一些简单的调整降低健康风险。比如，在外卖选择上，优先挑选清蒸、水煮、清炒的菜式，避开红烧、油炸等重油盐的餐食，同时有意识地搭配蔬菜和杂粮饭，减少精制主食的摄入；不得不熬夜时，避免大量饮用咖啡、浓茶或功能性饮料提神；在工作间隙，选择无糖酸奶等健康加餐，替代薯片、饼干等零食。

在繁忙的工作节奏中，年轻人也可以利用碎片时间进行“微运动”。比如，通勤时提前一站下车步行；午休时进行简单拉伸；工作时每隔一小时起身活动，缓解久坐带来的血液循环阻碍。日积月累，这些微小改变有助于改善身体状态。

戒烟限酒对提升血管健康同样意义重大。吸烟不存在“安全剂量”，戒烟是唯一且最有效的保护方式，越早戒烟修复的空间就越大。饮酒同样如此，从保护血管的角度，最安全的选择是不饮酒。若暂时无法完全戒断，可把逐步减少饮酒量作为过渡。

此外，还应及时关注身体发出的预警信号。若反复出现不明原因的胸闷、心慌、头晕、肩背酸痛等症状，应及时休息并就医检查，切勿简单归咎于“太累了”而延误病情。

（据光明日报）

高龄体弱、合并多种基础疾病、身体耐受度差者，首选心率控制治疗。对于房颤病程长、心房明显扩大、心肌重构严重，复律成功率低、复发率极高的患者，无需强行复律，以控率、抗凝、保护心功能为核心方案。

发病 48 小时内的新发房颤，症状剧烈、严重影响生活质量的患者，应优先选择转复心律治疗。年轻、基础体质好、心房无明显扩大、心肌重构轻微的患者，早期复律可最大程度保护心功能，改善远期预后。房颤合并急性心衰、血流动力学紊乱的急症患者，需紧急电复律稳定生命体征。对于反复发作的阵发性房颤，无手术禁忌者，优先推荐导管消融实现临床根治。

控制心率与转复心律是房颤治疗中相辅相成的两种方案，并非相互对立。临床选择核心为个体化获益最大化、风险最小化：高龄、轻症、基础状态差、复律难度大的患者，以心率控制长期维稳为主；年轻、病程短、症状重、心肌损伤轻的患者，优先转复窦性心律。临床需依据患者个体情况精准施治，兼顾安全性与有效性，全面提升房颤患者的生活质量与远期生存率。

洛阳市人民医院内科 张源

孩子得了手足口病，科学护理有妙招

一般一周左右痊愈，预后良好。

警惕重症手足口病

虽然绝大部分手足口病都是轻症，但极少数孩子（尤其3岁以下）病情会急转直下，危及生命。出现以下情况家长务必警惕：持续高热（体温>39℃），常规退烧药效果不佳；孩子精神萎靡、嗜睡、烦躁不安、易惊、肢体抖动（像被吓一跳的动作）、呼吸急促等。别犹豫，立刻去医院就诊。请别相信“出疹子就没事了”的说法，手足口病的病情变化非常之快，可能小朋友上午精神还挺好、只是低热，下午突然加重，体温39℃以上，精神转差，甚至出现肢体抖动、易惊等表现。所以居家隔离的患儿，家长一定要细心观察，注意是否有病情变化。重症往往在病程1-5天发生。

居家护理要注意严格隔离2周左右，不要让孩子去幼儿园、游乐场，也别接触其他小孩。家中如果有小宝，一定要分房间、分餐具、勤消毒。低热或中度发热，可让患儿多喝水；若体温超过38.5℃，可物理降温或口服退烧药对乙酰氨基酚或布洛芬治疗；如果持续高热，务必及时来医院就诊。切记不要给孩子捂汗！饮食上准备温凉的流食或半流食（如凉牛奶、米糊、酸奶、果泥），忌酸的、烫的、

当代社会节奏加快，职场压力、生活焦虑、情绪内耗成为现代人的常态。很多人体检发现甲状腺结节、甲亢、桥本甲状腺炎、甲功波动等问题，明明没有熬夜、少食辛辣、饮食规律，却依旧查出甲状腺病变。现代研究发现，长期精神紧张、焦虑压抑、情绪不稳，是甲状腺疾病高发的首要隐形诱因。

在中医学体系中，甲状腺疾病归属于“瘰癧”范畴，古代医家早已明确：瘰癧多由情志内伤、肝气郁结所致。不同于饮食、作息等外在诱因，情志失调是甲状腺疾病最核心、最根本的内因。本文从中医角度科普压力、焦虑、抑郁等不良情绪如何一步步损伤脏腑，诱发甲状腺病变，讲解情志致病的核心病机、身体预警信号及中医调护方案，帮助大众从根源养护甲状腺健康。

中医核心理论认为，肝主疏泄，主调情志、畅气机，全身气血津液的正常运行，皆依赖肝气的疏通调达。肝经循行经过颈部咽喉，甲状腺病变，因此甲状腺是人体最敏感的“情绪靶器官”。短期情绪波动可自行调节恢复，而长期高压、焦虑、思虑过度、爱生闷气、情绪压抑，会直接导致肝气郁结、气机阻滞，这是所有甲状腺问题的起始病机。

情志失调诱发甲状腺病变，遵循气滞—痰凝—血瘀—成结的递进规律。第一步为肝气郁滞，长期焦虑压抑导致肝气无法疏泄，气机停滞于颈部经络，患者会出现咽喉异物感、颈部发紧、胸闷叹气、情绪烦躁等轻微不适，此时甲状腺功能已处于紊乱状态，但无器质性病变，极易被忽视。

第二步为郁而生痰，气机阻滞日久，会影响脾胃运化功能。中医讲“气不行则津液不布”，水液代谢失常，聚湿生痰，痰湿随经络壅结于颈前甲状腺部位，出现甲状腺肿大、颈部厚重、晨起痰多、身体困重等表现，对应西医甲亢紊乱、甲状腺弥漫性病变。

第三步为痰瘀互结、凝聚成块，气滞、痰湿长期淤积，阻碍血脉运行，日久瘀血内生，气、痰、瘀三者交织壅结颈前，最终形成甲状腺结节、甲状腺增生，持续进展可诱发甲亢、桥本甲状腺炎等慢性甲状腺疾病。这也解释了为何多数甲状腺患者都存在长期情绪压抑、压力过大的经历。

压力大、爱焦虑？当心甲状腺“受伤”

压力、焦虑，当心甲状腺“受伤”

从临床症状来看，不同情绪偏差诱发的甲状腺问题各不相同，可精准对应体质与病情。长期焦虑、思虑过重、精神紧绷者，多为肝气郁结、脾虚痰湿，易诱发甲状腺结节、甲功偏低、桥本甲状腺炎，伴随乏力困倦、食欲差、失眠多梦、身体沉重。

长期易怒、暴躁、情绪激动、压力爆发者，多为肝郁化火、肝火旺盛，火热灼伤阴液，易诱发甲亢、甲状腺毒症，表现为心慌手抖、怕热多汗、急躁易怒、失眠心悸、体重下降。

长期生闷气、情绪压抑、不愿倾诉者，气机长期凝滞，痰瘀固结更深，结节增生、钙化风险更高，且病情更易反复、迁延难愈。由此可见，情绪状态直接决定甲状腺疾病的发生、发展与预后。

很多患者疑惑，为何情绪波动后，甲状腺结节会变大、甲功会波动？中医认为“瘰癧随情志消长”，情绪舒畅则气机暂通，结节趋于稳定；情绪压抑、焦虑烦躁则气滞加重，痰瘀凝聚加剧，病灶随之增大、活跃。这也是甲状腺疾病极易复发、难以根治的核心原因——只调理身体、不疏导情志，病根始终存在。

相较于西医内分泌激素调节、对症治疗，中医调理甲状腺疾病的核心在于疏肝解郁、理气化痰、活血散结、调和肝脾，从根源解决情志致病的根本问题，实现标本兼顾。针对情志失调引发的甲状腺问题，居家可落实系统化养护方案。

首先是疏肝调气，疏通情绪病根。日常多做深呼吸、扩胸运动、八段锦，舒展胸肋气机，打破肝气郁结状态。每晚睡前按揉太冲穴、膻中穴，每个穴位3~5分钟，疏肝理气、舒缓焦虑，改善气机阻滞，缓解颈部发紧、胸闷烦躁。

其次是疏肝健脾，杜绝痰湿内生。情志伤肝、肝病犯脾，脾虚生痰是结节持续发展的关键。日常饮食清淡，少吃甜腻、生冷、肥甘食物，避免加重痰湿；可适量食用陈皮、茯苓、百合、玫瑰花等药食同源食材，理气健脾、化痰散结、温阳调体体质。

最重要的是情志养护，这是甲状腺康复的核心。减少情绪内耗，不纠结琐事、不长期焦虑未来，学会倾诉、适度放松。长期熬夜、过度思虑、高压紧张会进一步损伤肝气，加重内分泌紊乱，因此需规律作息、早睡养肝，保持情绪平和稳定，让肝气条达、气机通畅，从根源上阻断结节生长与甲亢紊乱。

安徽省阜阳市阜南县中医院
内分泌科 袁相凤

杏林医话

查出萎缩性胃炎别慌，三步防癌变

拿到胃镜报告，看到“慢性萎缩性胃炎”几个字，很多人会心头一紧，甚至把它等同于胃癌的预告。其实，萎缩性胃炎并非都会发展为胃癌，二者之间隔着漫长的过程和可干预的节点。

萎缩性胃炎是什么

胃黏膜就像胃壁上的一层“保护地毯”，布满分泌胃酸和消化酶的腺体。慢性萎缩性胃炎，就是这层“地毯”长期被炎症侵蚀，导致黏膜变薄、腺体减少、功能减退的慢性胃病。它早期几乎无特异性症状，仅偶尔上腹胀饱、暖气、轻微反酸，甚至完全无不适。据《中国慢性胃炎共识意见》，我国成年人患病率超过20%，40岁以上人群更高达30%以上，即每3—4个成年人中就有一位患者。它远没有想象中那么可怕，但也绝不能忽视。

胃黏膜癌变不是一夜之间发生的，而是一个长达数十年甚至数十年的多步骤过程，医学上称为Correa模式：正常黏膜→浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→上皮内瘤变→浸润性胃癌。

萎缩性胃炎只是中间环节，距胃癌还有两道关卡。第一关是肠上皮化生：胃腺体被破坏后，身体长出类似肠道黏膜的细胞替代，简称“肠化”。肠化本身不是癌，但属“癌前状态”，风险略高于单纯萎缩。第二关是上皮内瘤变（异型增生），这是从良性到癌变的分水岭。低级别瘤变仅有轻微异常，规范干预多可逆转；高级别瘤变已高度接近癌细胞，不及时处理风险显著升高。单纯萎缩性胃炎离胃癌还有肠化、异型增生两个阶段，通常需5~10年甚至更久，有充足时间干预阻断。

哪些因素会让癌变率升高

很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴随癌前状态密切相关。

虽然整体癌变率不高，但以下情况会让萎缩性胃炎患者的风险显著升高，需要

很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴

安庆市第一人民医院感染科 王慧

从临床症状来看，不同情绪偏差诱发的甲状腺问题各不相同，可精准对应体质与病情。长期焦虑、思虑过重、精神紧绷者，多为肝气郁结、脾虚痰湿，易诱发甲状腺结节、甲功偏低、桥本甲状腺炎，伴随乏力困倦、食欲差、失眠多梦、身体沉重。

长期易怒、暴躁、情绪激动、压力爆发者，多为肝郁化火、肝火旺盛，火热灼伤阴液，易诱发甲亢、甲状腺毒症，表现为心慌手抖、怕热多汗、急躁易怒、失眠心悸、体重下降。

长期生闷气、情绪压抑、不愿倾诉者，气机长期凝滞，痰瘀固结更深，结节增生、钙化风险更高，且病情更易反复、迁延难愈。由此可见，情绪状态直接决定甲状腺疾病的发生、发展与预后。

很多患者疑惑，为何情绪波动后，甲状腺结节会变大、甲功会波动？中医认为“瘰癧随情志消长”，情绪舒畅则气机暂通，结节趋于稳定；情绪压抑、焦虑烦躁则气滞加重，痰瘀凝聚加剧，病灶随之增大、活跃。这也是甲状腺疾病极易复发、难以根治的核心原因——只调理身体、不疏导情志，病根始终存在。

相较于西医内分泌激素调节、对症治疗，中医调理甲状腺疾病的核心在于疏肝解郁、理气化痰、活血散结、调和肝脾，从根源解决情志致病的根本问题，实现标本兼顾。针对情志失调引发的甲状腺问题，居家可落实系统化养护方案。

首先是疏肝调气，疏通情绪病根。日常多做深呼吸、扩胸运动、八段锦，舒展胸肋气机，打破肝气郁结状态。每晚睡前按揉太冲穴、膻中穴，每个穴位3~5分钟，疏肝理气、舒缓焦虑，改善气机阻滞，缓解颈部发紧、胸闷烦躁。

其次是疏肝健脾，杜绝痰湿内生。情志伤肝、肝病犯脾，脾虚生痰是结节持续发展的关键。日常饮食清淡，少吃甜腻、生冷、肥甘食物，避免加重痰湿；可适量食用陈皮、茯苓、百合、玫瑰花等药食同源食材，理气健脾、化痰散结、温阳调体体质。

最重要的是情志养护，这是甲状腺康复的核心。减少情绪内耗，不纠结琐事、不长期焦虑未来，学会倾诉、适度放松。长期熬夜、过度思虑、高压紧张会进一步损伤肝气，加重内分泌紊乱，因此需规律作息、早睡养肝，保持情绪平和稳定，让肝气条达、气机通畅，从根源上阻断结节生长与甲亢紊乱。

安徽省阜阳市阜南县中医院
内分泌科 袁相凤

杏林医话

查出萎缩性胃炎别慌，三步防癌变

拿到胃镜报告，看到“慢性萎缩性胃炎”几个字，很多人会心头一紧，甚至把它等同于胃癌的预告。其实，萎缩性胃炎并非都会发展为胃癌，二者之间隔着漫长的过程和可干预的节点。

胃黏膜就像胃壁上的一层“保护地毯”，布满分泌胃酸和消化酶的腺体。慢性萎缩性胃炎，就是这层“地毯”长期被炎症侵蚀，导致黏膜变薄、腺体减少、功能减退的慢性胃病。它早期几乎无特异性症状，仅偶尔上腹胀饱、暖气、轻微反酸，甚至完全无不适。据《中国慢性胃炎共识意见》，我国成年人患病率超过20%，40岁以上人群更高达30%以上，即每3—4个成年人中就有一位患者。它远没有想象中那么可怕，但也绝不能忽视。

胃黏膜癌变不是一夜之间发生的，而是一个长达数十年甚至数十年的多步骤过程，医学上称为Correa模式：正常黏膜→浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→上皮内瘤变→浸润性胃癌。

萎缩性胃炎只是中间环节，距胃癌还有两道关卡。第一关是肠上皮化生：胃腺体被破坏后，身体长出类似肠道黏膜的细胞替代，简称“肠化”。肠化本身不是癌，但属“癌前状态”，风险略高于单纯萎缩。第二关是上皮内瘤变（异型增生），这是从良性到癌变的分水岭。低级别瘤变仅有轻微异常，规范干预多可逆转；高级别瘤变已高度接近癌细胞，不及时处理风险显著升高。单纯萎缩性胃炎离胃癌还有肠化、异型增生两个阶段，通常需5~10年甚至更久，有充足时间干预阻断。

哪些因素会让癌变率升高
很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴

很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴

很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴

很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴

很多人一听到“萎缩性胃炎”，就默认自己一定会得胃癌，这种焦虑毫无必要。根据国内外大量长期随访数据，萎缩性胃炎的癌变风险远没有大众想象得那么高：单纯慢性萎缩性胃炎的年癌变率仅为0.1%~0.5%；伴轻度肠化时约0.25%；伴轻中度异型增生时约0.6%；伴重度异型增生时则显著升至6%~8%。即单纯萎缩性胃炎患者每年癌变概率不足百分之一，风险高低与病变严重程度、范围及是否伴

和县人民医院消化内科 夏元林

科普园地

医聊健康

孩子得了手足口病，科学护理有妙招

“孩子发烧又不吃东西，还流口水，手心上又有小红疹……”抱着孩子的妈妈正焦急地询问着医生。宝宝有气无力地趴在妈妈怀里，圆圆的小脸蛋烧得红扑扑的。医生仔细查看宝宝嘴巴，发现宝宝咽喉深处亮晶晶的小水疱和溃疡，再看宝宝的小手心、脚心，出现散在的小小的红色疱疹——原来这就是手足口病。它尤其“钟爱”5岁以下的小宝宝，传染性极强。手足口病真的有那么可怕吗？其实只要我们做好防护，完全可以坦然应对。今天，我们就来好好聊聊手足口病的方方面面。

手足口病是什么

手足口病是一种由肠道病毒引起的急性传染病。引起手足口病的肠道病毒有多种，其中柯萨奇病毒A16型和肠道病毒71型（EV71）是最常见的病原体。其中的EV71是导致小朋友重症手足口病的“头号元凶”。手足口病这个名字非常形象具体，手、足、口这些部位会出现疹子，

家庭医生

家庭医生