

改掉几个饭后习惯 反酸烧心能好一大半

在日常接诊的胃食管反流病患者中,超过六成患者的反酸、胸骨后烧灼感症状与长期不良饭后行为直接相关。近年来,我国胃食管反流病的人群患病率呈逐年上升趋势,中青年群体的患病率增长尤为显著。很多患者在症状出现后,仅调整日常饮食结构,却忽略了饭后行为对病情的影响,最终导致症状反复发作、迁延不愈。对于多数轻症患者而言,纠正错误的饭后习惯,就能大幅缓解反酸烧心的发作频率与严重程度。

中华医学会消化病学分会发布的《2020年中国胃食管反流病专家共识》明确,食管下段抗反流屏障功能障碍是胃食管反流病的核心发病机制。食管下段的括约肌群相当于胃与食管之间的抗反流阀门,正常状态下可阻止胃内容物逆向进入食管。这也是很多患者仅靠抑酸药物治疗,症状却频繁反复、无法根治的重要原因。日常饭后的不良行为,要么削弱这道阀门的屏障功能,要么刺激胃酸过量

分泌,最终诱发反酸、烧心、腹痛等不适症状。

加重反酸烧心的四类饭后不良行为

饭后即刻平卧休息,是临床中最常见的反流诱发因素。人体保持站立位时,重力可辅助胃内容物向十二指肠推进,降低反流风险。饭后即刻平躺,胃与食管处于同一水平位,重力的抗反流作用完全消失,胃内胃酸与未消化的食糜极易突破食管下段屏障,进入食管引发黏膜刺激,出现烧心、反酸症状。若存在暴饮暴食、进食过饱的情况,反流发生概率会进一步升高。

饭后即刻进行弯腰劳作或剧烈运动,会持续加重反流风险。饭后即刻弯腰完成家务、搬取重物,或开展跑步、力量训练等剧烈运动,会使腹腔内压力异常骤升,对胃体形成直接压迫,迫使胃内容物向食管方向流动。这类行为会干扰胃部正常的蠕动节律,延缓胃排空速度,延长胃酸与胃黏膜的接触时间,进一步加重反流症状。

饭后即刻进食甜食、吸烟、饮用浓茶或咖啡,会双向加剧反酸不适。这类食物中含有的糖分、咖啡因、茶碱等成分,会使食管下段括约肌张力下降,导致抗反流阀门松弛,屏障功能大幅减弱。过量糖分摄入会刺激胃壁细胞分泌更多胃酸,提升胃内胃酸浓度。双重作用下,反酸烧心症状会出现显著加重。

饭后即刻穿着紧身衣物或束腰,会人为升高反流发生概率。饭后胃体随进食出现扩张,此时穿着紧身衣、束腰等衣物,会人为升高腹腔内压力,持续压迫胃体,推动胃内容物逆向进入食管。长期保持这一习惯,不仅会频繁诱发反酸烧心,还会持续降低食管下段括约肌的基础张力,导致抗反流屏障功能出现持续性损伤,使病情更趋顽固。

缓解反酸烧心的饭后行为要点

想要减少反酸烧心发作,饭后需保持上身直立位至少30分钟,也可进行10~15分钟的慢步行走,借助重力与温和的肢体活动以及顺时针腹部按摩,促

进胃排空,降低反流风险。饭后需避免一次性大量饮水,可小口分次补充水分,防止大量液体快速充盈胃腔、升高胃内压力诱发反流。饭后还应避免吸烟、频繁嚼口香糖等会增加吞咽次数的行为,防止胃内吞入过多空气导致压力升高,诱发反流。

反酸烧心的发作与日常生活习惯密切相关,生活方式干预是胃食管反流病的基础治疗手段。多数轻症患者无需严格限制饮食种类,仅通过纠正不良饭后习惯,就能实现症状的显著缓解。若调整生活方式后,反酸烧心仍频繁发作,甚至影响正常进食与夜间睡眠,需及时前往消化科就诊,接受规范的检查与治疗,避免长期反流造成食管黏膜的慢性损伤。

(作者:孙波 永泰县中医院 副主任医师)

糖尿病肾病:沉默的“甜蜜杀手” 您了解多少

老洪和老康都患有糖尿病。老洪就诊时血肌酐 $150\mu\text{mol/L}$,老康就诊时血肌酐 $200\mu\text{mol/L}$ 。老洪平时不重视血糖控制,照样吸烟、喝酒,两年后血肌酐上升到 $650\mu\text{mol/L}$,即将面临血液透析治疗。老康重视血糖控制,不吸烟、不喝酒,按医嘱服药,定期复查,两年后血肌酐缓慢升到 $260\mu\text{mol/L}$ 。两人都患有糖尿病肾病,为何结果截然不同?

糖尿病患者常常因血糖控制不佳而来就诊,但当化验单显示“尿蛋白阳性”或“血肌酐升高”时,很多人会困惑地问:“医生,我只是血糖高,怎么肾就坏了呢?”

这背后隐藏的,正是糖尿病最常见且严重的并发症之一——糖尿病肾病。它起病隐匿,却极具破坏力,是导致终末期肾病的重要原因,堪称“沉默的甜蜜杀手”。

什么是糖尿病肾病

糖尿病肾病是由糖尿病引起的慢性肾脏病。长期过高的血糖会像“糖水泡豆腐”一样,缓慢侵蚀肾脏内数百万个负责过滤血液

的微小血管团——肾小球,导致其结构破损,出现蛋白尿、肾功能不全。最终,肾脏无法有效清除体内毒素和多余水分,导致尿毒症,需要透析治疗。

它是如何一步步“偷袭”肾脏的

糖尿病肾病的进展通常分为5期:

I期:肾体积增大,肾血浆流量增加,肾小球滤过率增高,患者无感觉,尿液检查正常。

II期:肾脏出现早期病理改变,但尿微量白蛋白多数仍正常,可在运动后或应激状态下增高。

III期:这是关键的转折点。尿液中出现持续微量白蛋白尿,肾小球滤过率高于正常或正常。

IV期:尿液中蛋白逐渐增多,尿蛋白总量大于 $0.5\text{g}/24$ 小时,肾功能开始减退。

V期:多数肾单位闭锁,肾脏功能衰竭,需要依靠透析或肾移植维持生命。

前三期患者几乎没有症状。当出现明显水肿、食欲减退时,病情往往已进入中晚期。

哪些人风险更高

并非所有糖尿病患者都会发

展成肾病,但以下人群风险明显增高:

血糖长期控制不佳;合并高血压;有糖尿病视网膜病变(眼底和肾脏的微血管病变常同步出现);吸烟、肥胖、高脂血症、高尿酸血症;有肾脏病家族史。

如何阻击这个“沉默杀手”?——防治是关键

早筛查:抓住“蛛丝马迹”

所有糖尿病患者应注意筛查糖尿病肾病。筛查是关键:

尿白蛋白/肌酐比值(ACR):检测微量白蛋白尿,是最敏感的早期指标。

血肌酐,并计算eGFR:评估肾小球滤过率,了解肾功能水平。

血压测量:高血压是加重肾损伤的“帮凶”。

严控制:守住三大防线

严格控制血糖:糖化血红蛋白(HbA1c)应尽量控制在7.0%以下(个体化目标)。

严格控制血压:血压达标能延缓肾损害进程,目标通常为 $<130/80\text{mmHg}$ 。首选普利类(ACEI)或沙坦类(ARB)药物,它们在降

压的同时具有独特的降尿蛋白和肾脏保护作用。

综合管理:调血脂,控制胆固醇和低密度脂蛋白;低盐饮食,有助于控制血压和水肿;优质低蛋白饮食,在医生指导下,肾功能下降者需适当限制蛋白质摄入,并以鱼、蛋、奶等优质蛋白为主;戒烟限酒、控制体重、避免肾损伤药物(如非甾体抗炎药、某些抗生素和中药)。

与您同行:医患携手,守护肾脏

糖尿病肾病的防治是一场“持久战”,需要医生和患者共同努力。请记住:

不要迷信“无不适即健康”,定期复查是关键。

不要自行停药或换药,一切治疗方案调整均需在医生指导下进行。

不要病急乱投医,警惕那些号称能“根治”肾病的偏方、秘方,它们可能加重肾脏负担。

(作者:何来明 福建医科大学附属漳州市医院 副主任医师)