



xudongyihua

反复烧心反酸咋办？

唐旭东

王先生五十多岁了，是我认识多年的患友，十年前因为“浅表性胃炎”吃过我开的几副中药汤剂，饭后特别满意。自打前年揽下了一个大项目，老王忙得不可开交，整天忙着应酬，饭局饮酒、熬夜谈事，结果老胃病又犯了，经常烧心，总觉得有酸水反上来，胸骨后灼热，嗓子还不舒服。一年多来，吃了奥美拉唑就管用，服用个把月停了药后就犯，这让老王很郁闷！

其实，王先生的烦恼来源于胃食管反流病。

“城门”失守，导致胃食管反流

胃食管反流病，是指胃里的内容物包括食物和胃液反流到食管甚至口腔的一种疾病。本来应该在胃里的酸以及由十二指肠反流到胃的碱性液体（如胆汁等），反流到食管，就会刺激食管，甚至造成食管、咽喉黏膜的损伤，引起食管以及食管外的症状。

每个人对胃食管反流症状的描述有所不同，常见的有：心口处（剑突下）火辣辣的（烧心），胸骨后面有灼热感甚至胸痛，觉得有酸水要反到喉咙，嗓子里总感觉有东西卡着，吐不出来，也咽不下去，总是打嗝（嗝气）。

为什么会得胃食管反流病？人不同于牛，没有“反胃”的功能，胃里的东西怎么会反上来呢？如果把胃比作城池，那么食管就是一条向城池运送食物的唯一单向通道，只允许进而不允许出。在胃与食管之间，有一扇“城门”，称作贲门，守卫“城门”的“士兵”叫作食管下括约肌。实际上，在食管下段和胃链接处并不存在明显的括约肌，但在这一区域有一宽约1-3厘米的高压区，比胃内压要高出5-10mmHg，成为阻止胃内容物逆流进入食管的一道屏障，起到生理性括约肌的作用，当食物到达城门口，“城门”敞开，全盘收收；如果食物欲逆流出城外，“士兵”则会严守“城门”、予以阻拦。但是，由于各种原因导致胃内压力增大、食管下括约肌频繁松弛，则导致“士兵”松懈而“城门”失守，食物便夹着胃酸等逆流而出，损伤食管以及咽喉部。

另外，胃排空功能延迟，好比城池中的粮库被塞得满满的，食物送进粮库困难的同时，也往往反流，或者食管本身的蠕动功能下降，不能及时清除食管中的反流物，同样会造成胃食管反流病的发生。



长期反酸的患者应做胃镜检查

如果您有反复发作的烧心、反酸的症状，或者难以解释的打嗝、咽部异物感，其实就可以初步考虑胃食管反流病的诊断，但胃食管反流病是一类疾病，需要做相关检查以明确诊断。

胃镜检查是常用的检查手段，根据内镜下食管黏膜是否损伤、损伤程度可分为非糜烂性反流病、反流性食管炎以及巴雷特食管。其中，从疾病风险上看，食管炎的黏膜糜烂越严重，出现溃疡、出血的风险也越高；食管黏膜的损伤越重、持续时间越长，特别是食管黏膜出现上皮异位甚至肠化（巴雷特食管），则进展为食管癌的风险也就越高。因此，对于有长期反酸、烧心症状者，建议做一下胃镜检查，目的在于排除上消化道肿瘤、癌前病变以及明确食管黏膜是否受损。

需要强调的是，临床上2/3的胃食管反流病是非糜烂性反流病，即食管黏膜并无明显的糜烂等器质性病变、但有病理性的胃食管反流，并且非糜烂性反流病60%~70%重叠功能性烧心、15%左右重叠反流高敏感，还与精神心理因素有关。

健康饮食是胃食管反流病治疗的基础

胃食管反流的诱因很多。肥胖、慢性便秘、呕吐、负重劳动均可导致腹压增高，可诱发胃食管反流；油炸食品、高脂食物等容易导致消化不良、餐后胃排空延迟，也是“守门员”失职的重要诱因。因此，改变不良的饮食与生活习惯至关重要，也是胃食管反流病治疗的基础。

俗话说：“饭后走一走，活到九十九”，饭后不应立即躺着，饭后散步，不仅可以促消化还有助于控制体重。对于肥胖人群来说，减重是关键。但瘦人也会有反酸、烧心的烦恼，过度消瘦使得胃的张力低下甚至胃下垂，影响胃的排空，造成消化节律的紊乱，容易导致反流、出现胃食管同病。因此，调节饮食起居、保持合适的体重对于胃食管反流病的治疗、康复是很重要的。

对于食管黏膜有明显器质性损伤以及对于生活方式干预无效的人群，常规采取抑酸药物治疗。最常用的药物包括质子泵抑制剂和H2受体阻断剂。质子泵抑制剂想必大家耳熟能详，以奥美拉唑、雷贝拉唑、艾司奥美拉唑等“拉唑类”药物为代表，这类药抑酸作用强、持续时间长几个小时，可谓抑酸界的“扛把子”，对于食

管黏膜糜烂，通常在早餐前、晚餐后各服1次。H2受体阻断剂以法莫替丁、西米替丁等“替丁类”药物为代表，对夜间胃酸分泌有明显的抑制作用，一般宜在睡前服用，抑酸作用持续6-8小时。对于非糜烂性反流病和低度的糜烂性食管炎患者可以采取按照需要治疗的方式，若症状消失，可考虑阶梯撤药，不宜长期服用质子泵抑制剂。

反复烧心反酸可试试中医药复方疗法

门诊上常常有患者抱怨虽然服了“拉唑类”的质子泵抑制剂可以缓解症状，但一个疗程之后，停药二三天再度出现烧心反酸的症状，甚至比服药前还厉害，以至于反反复复停不了药，这是怎么回事呢？听我慢慢道来。

实际上，亚洲人群胃酸最大分泌量低于西方人群，对亚洲人群来说，胃食管反流病的产生并不一定是胃酸分泌过多。对于自身胃酸不足的老年患者，长期抑制胃酸，消化效率降低，食物在细菌的作用下酵解产生气体，肠道胀气，会影响消化道的蠕动，造成消化不良，进而诱使胃内容物反流到食管中，也会引起反酸、烧心、腹胀的症状。另外，长期服用强力抑酸药，改变了胃肠道的生态环境，还会造成患胃息肉、癌前病变等的风险。一项对973281例使用质子泵抑制剂的受试者长达28年的随访研究表明，使用质子泵抑制5年，与H2受体阻滞剂相比，可导致胃癌风险增加45%。

另外，约有一半以上的非糜烂性反流病是弱酸反流、混合反流甚至碱反流（十二指肠胃反流伴胃食管反流），且往往重叠功能性烧心或反流高敏感，强力抑酸效果并不好，部分患者使用抑酸治疗有效也应遵循适度抑酸的原则，不宜长期服用“拉唑类”强力抑酸药。在消除不良生活习惯、合理饮食、调节情绪的基础上，配合中医药治疗以实现抑酸药的逐步减量、撤药是一个较好的办法。中医药复方疗法，无论汤剂还是中成药都是辨证论治的个体化调理。虽然抑酸作用没那么强，但因人而异、讲求针对个人的状态（证候），是多成分多靶点的复方疗法，且方正相对不会产生药物依赖以及其他副作用。譬如，内镜阴性的烧心反流疾病，一部分患者主要表现为餐后饱胀以及烧心打嗝反酸，能食不振，中医认为此乃胃热、肝胃郁热之证，运用疏肝清热和胃的方药即可消除其饱胀、反酸等症状，根据我的临床经验研制的西苑医院院内制剂通降颗粒就有这个功效和适应证，是多年来很受欢迎的网红产品。

医学新知 YIXUEXINZHI

我国学者牵头开展人工牙釉质研究取得新突破

牙釉质坚硬但无法再生，且结构复杂，如何修复一直是仿生领域的难题。近日，我国学者牵头开展的人工牙釉质研究取得新突破，结构和性能与天然牙釉质相近的复合材料有望成为新一代牙齿修复材料。这项研究由北京大学口腔医院邓旭亮教授团队与北京航空航天大学王雷院士、郭林教授团队及美国密歇根大学Nicholas A. Kotov教授合作，在类牙釉质复合材料的制备及性能研究方面取得了重要进展。

牙釉质是人体中最坚硬的自然生物材料，硬度仅比金刚石略低，具有出色的抗变形和抗振动损伤能力，其优越的力学强度和韧性让牙齿能够自如地切割、研磨食物。然而，牙釉质无法再生，由于其结构复杂，修复牙釉质一直是仿生领域的一项艰巨挑战，难以获得与天然牙釉质多级结构相同的大面积修复层，也难以复刻天然牙齿的各项性能。

据悉，该研究设计了基于“纳米结构单元的宏量合成及可控组装”的多尺度类牙釉质

复合材料合成路线，实现了与牙釉质结构相近的类牙釉质复合材料的可控制备。通过复刻天然生物材料的多尺度分级结构，所设计的仿生复合材料保留了生物原型的结构复杂性，实现了高刚度、硬度、强度、黏弹性和韧性的结合，为人工牙釉质的宏观组装提供了一种新的工程设计和途径。

邓旭亮介绍，多级次类牙釉质复合材料的力学性能可以通过改变其组分来调控，进而制备得到性能与天然牙齿接近的复合材料。这种材料具有与天然牙釉质相近的硬度和模量，能提供牙齿咀嚼所需的硬度和强度，也能够保证不过度磨耗健康牙齿；优于天然牙釉质的黏弹性和韧性，可以保证材料耐受更大的震动和冲击力；该结构和性能与天然牙釉质相近的复合材料有望成为新一代牙齿修复材料。

该研究以《多尺度构筑人工牙釉质》为题，于2022年2月在线发表于国际知名学术期刊《科学》(Science)。(林苗苗)

枸杞或有助于防止黄斑变性

近日，加州大学戴维斯分校科研团队在营养学杂志《Nutrients》上发表了一项小型临床研究的结果，研究者们发现，每周5天口服28g枸杞，3个月可有效补充类胡萝卜素，效果堪比保健品。类胡萝卜素水平与年龄相关视网膜黄斑变性息息相关，这意味着每天吃点枸杞或许有助于预防或延缓视网膜黄斑变性的进展。年龄相关黄斑变性是发达国家老年人失明的主要原因，仅次于未校正的屈光不正和白内障。黄斑中的色素，例如叶黄素、玉米黄质，能够有效过滤有害的蓝光起到抗氧化的作用。视网膜中叶黄素类胡萝卜素相对浓度，也就是黄斑色素光密度是年龄相关黄斑变性的标志物，其水平低更容易患上年龄相关黄斑变性。

叶黄素和玉米黄质存在于很多食物之中，比如各种红色、黄色、橙色的水果和蔬菜以及蛋黄和部分绿叶菜。而在所有的已知食物中，红色浆果含有的玉米黄质是最多的。那么同样红红的枸杞子，是否可以用来补充这些护眼色素？

研究者们招募了一批志愿者开展临床研究，经过条件筛选，最终有31名健康成人符合标准，平均年龄56岁，试验组每周有5天口服28g枸杞(宁夏产)，对照组吃的是从市场购买的补充剂，每份含有6mg叶黄素和4mg玉米黄质。枸杞营养丰富，28g枸杞中含有28.8mg玉米黄质，比对照组要高很多。根据其他的数据，研究者们估计28g枸杞中应该有0.15mg的叶黄素。在试验的第45天和第90天，研究者们测试了参与者的黄斑色素光密度和皮肤类胡萝卜素评分。结果显示，吃枸杞的效果很明显，在第45天和第90天都观察到了黄斑色素光密度的显著增加。相对的，对照组的保健品吃的效果并不明显。类似的，吃枸杞的志愿者皮肤类胡萝卜素评分随时间显著增加，而对照组没有显著变化。

该研究的第一作者Xiang Li指出，叶黄素和玉米黄质就像眼睛的防晒霜，视网膜中的叶黄素和玉米黄质越多，拥有的保护就越多。因此，即便是眼睛十分健康的成年人，依旧可以通过每天吃一小把枸杞的方式来保护眼睛。(陈晶)

医学人文 YIXUERENWEN

一例主动脉夹层患者急救所引发的思考

高巍

那天是我急诊班，几位家属推着一位患者来到了我的诊室。

家属很着急：“医生，您快点给我们看一下，结石犯了腰疼得厉害。”

我走向患者身边，患者躺在平车上很痛苦。

“以前有输尿管的结石吗？”我问。

“嗯，有，我这里还有两天前的检查结果。”家属说着赶紧拿出了一个CT报告单。CT显示：右侧输尿管结石。

“您现在哪里疼？”我边查体边问道。

“右侧，这儿，还有这儿。”患者指着右侧的腰背部回答着。

“怎么个疼法？是绞着疼还是拽着疼？”我继续问道。

“好像是撕着疼，我也说不出来，就是结石犯了，您快给我打打止痛针。”

“憋气吗？”

“不憋气，就是疼。”患者很痛苦地回答着。家属也在一旁催促着让我快点给患者止痛。

患者既往有右侧输尿管结石，而且几天前的腹部CT显示确实右侧输尿管有结石，这次又是右侧腰部疼痛，确实首先考虑结石引起疼痛的可能性大，但是我就是觉得哪里不对，可能就是一种当医生的直觉，那种感觉我说不出来。

“哪里疼，您再指一下。”

患者的家属有些不满，感觉我应该先给患者止痛。患者用手再次指了指，我发现他疼痛的位置在肾区上方与肩胛骨下角之间的位置，我查体发现：肾区叩击痛并不明显。

“恶心想吐的感觉有没有？”“没

有。”

“总想去排大便的感觉有没有？”“没有。”

“睾丸有没有牵拉痛？”“没有。”患者回答着我，家属再次出现了不耐烦的情绪。

“先做个心电图吧，我感觉病人并不是结石引起的疼痛，咱们先排除一下心脏的问题。”我很客气地解释着，我知道这个时候家属会很理解我的做法。经过短暂的解释，我把患者带到了抢救室，患者的血压双侧均正常，但是心电图的结果显示：T波倒置，这表明了心肌缺血。于是我把这个患者交给了抢救室的内科医生，然后回到我的诊室继续看别的患者了。

大概在2个小时后，抢救室打来电话给我讲述了刚才那位患者的情况。“厉害啊，你这看一眼怎么就觉得那个患者是心脏的问题呢，真是厉害了，你一会有一会来看看他的检查结果吧。”“是夹层吗？”我问道。“你真神了……”

下班了，我去抢救室找到内科医生询问那个病人的情况，患者到抢救室的时候，内科医生也觉得这个患者的疼痛可能是心脏问题引起的，需要给患者监护吸氧，但是一开始患者和家属很不理解，经过反复解释，患者才进行了抽血和辅助检查。当抽血的结果出来后，内科医生立刻高度重视，因为第二聚体的值高出正常200倍；抢救室医生叫来了B超医生，这才真正地揭出了患者疼痛的根源：主动脉夹层。

后来患者进一步治疗了。听了内科医生的讲述后，我感觉后背忽然冒出了

许多冷汗，一阵阵的后怕：如果当时我的第一判断错误，把患者这次的疼痛误认为由输尿管结石引起，那么后果将不堪设想。

抢救室的医生后来问起我，为什么当时我否定患者是结石引起的疼痛。我的回答：感觉，就是感觉，多年急诊医生的感觉。患者疼痛的位置和性质让我感觉到了不安，从内心发出一种危险的信号，这就是急诊医生的感觉。

主动脉夹层早期诊断和治疗非常重要，夹层一旦破裂大出血，基本可以宣布死亡了。主动脉夹层指主动脉腔内血液从主动脉内膜撕裂处进入主动脉中膜，使中膜分离，沿主动脉长轴方向扩展形成主动脉壁的真假两腔分离状态。高血压和动脉硬化为主动脉夹层的主要原因；主动脉夹层由高血压动脉粥样硬化所致者占70%~80%，高血压可使动脉壁长期处于应急状态，弹性纤维常发生囊性变性或坏死，导致夹层形成。主动脉夹层临床表现为：大多数患者突发胸背部疼痛，疼痛剧烈难以忍受，起病后即达高峰，呈刀割或撕裂样、两侧血压不等。胸痛常被考虑为急性心肌梗死，但心肌梗死时胸痛开始不甚剧烈，逐渐加重，或减轻后再加剧，不向胸部以下放射，伴心电图特征性变化，若有休克外貌则血压常低，也不引起两侧脉搏不等。主动脉夹层的预防，调控血压是关键。如出现上述症状应避免活动、用力，立刻拨打急救电话。

这位患者是幸运的，虽然他和家属开始表示不理解，但是最终还是相信了医生，在夹层没有破的情况下上了手术台。

我曾接诊过另一男性患者，身体很瘦，被老伴用轮椅推着进了抢救室，老人诉憋气，既往有气胸病史。针对憋气、胸痛症状，我建议患者先排除一下心脏问题，但是两位老人拒绝，坚持签字去拍胸片看看这个气胸量是多少。我努力地劝说着，但是他们还是坚持去照了个胸片。胸片的结果显示没有气胸，老两口要离开。我和护士都劝老人再查一下心脏，哪怕就先做一个心电图。长达10分钟的解释和劝说，两位老人坚持要回家观察。

“我们不查，医生别说了，我签字还不行吗？出什么事和你们没关系。”老人倔强地说。“不是您签字的问题，我们是怕您这次的憋气和心脏有关系，是为了您好，做一个吧，没事您也放心了。”真的，当时我真的是在求他。可是最后，老人还是签字离开了。一个小时后，老人被120急救车再次送到了抢救室，可是却已没有了呼吸……

两个病例，一生一死，教训深刻！如果出现憋气、胸痛（特别是疼痛为压榨性），疼痛会向腰背部、肩部放射，疼痛时伴有大汗或偶伴恶心、牙痛，就算既往无心脏病史也应该高度重视去医院急诊就诊。而且，请一定要重视医生的建议和治疗。

同时，也请医生朋友做好认真的查体，仔细询问病史。因为患者本身对疾病并不了解，我们医生应该耐心给予解释。因为患者对疾病的恐惧，我们更应该设身处地多一些温度和关怀。

（作者系北京大学第一医院密云医院急诊科医师）

多咀嚼不易胖

近日，日本早稻田大学科学家在《科学报告》杂志上发表了一项小规模人体研究，研究者们发现咀嚼慢能够增加饮食引起的产热，也就是说只要吃慢点、多嚼几口、多感受食物的味道，就能消耗更多的热量。

我们吃下去的食物就是热量，不过要消化吸收食物，代谢、运输、储存这些热量，也要消耗掉一些能量。其中一部分能量用于味觉刺激和咀嚼诱使的棕色脂肪组织组胺分泌增加，还有一部分来自进食后肠道血流增加、肠道运动能力的增强。

曾经一位“食品时尚主义者”Horce Fletcher宣称，彻底咀嚼食物的策略能够防止体重增加。为了证明这个观点，早稻田的科学家们设计了一项小规模的研究，他们招募了11名健康的成年男性，年龄在18-30岁之间，身高174±4cm，BMI21.9±1.5。

参与者们要接受三次试验。由于饮食引起的产热与进入消化道的食物的体积也有很大的关系，所以这次研究中使用的食物是液体饮料（一份200kcal），每次试验200ml

分为10杯。

试验1，每30秒喝一杯；试验2，先把饮料放在嘴里含30秒再吞下，充分感受食物的味道；试验3，在30秒中每秒嚼一下，之后吞掉。即三次试验吃/喝掉的热量是一样的，摄食的时长也是一样，区别只在于是否“细嚼慢咽”。在试验前后，研究者们会用问卷确定参与者的饥饿感和饱腹感，通过测量气体交换来计算参与者的能量消耗，还会用一些专业的扫描测量他们的肠道血流量。从绝对数值上来说，对照组在试验后90分钟内积累的饮食引起的产热为3.4±0.4千卡，只品味儿的第2组为5.6±0.5千卡，空腹嚼饮料的第3组为7.4±0.7千卡。

而之前研究者们测试固体食物得到的数据也显示，咀嚼会让100kcal食物的饮食引起的产热增加6kcal，300kcal食物的饮食引起的产热增加10kcal，一套621kcal的正餐(含意大利面)后180分钟内的饮食引起的产热增加15kcal。因此，细嚼慢咽就能多消耗热量。(陈晶)