

那些每天都要“喝两杯”的人 后来怎样了？

喝酒没有安全剂量，喝一滴都有致癌风险。有人会认为“脱离剂量谈毒性就是伪科学”，但科学上的“没有安全剂量”，不是说喝一滴就会100%得癌，而是喝得再少，致癌的风险都可能会提升。



酒精的伤害从喝下第一口就已经启动了

酒精从入口到吸收进入血液，整个过程快得惊人。酒精经口腔、食管抵达胃部，依靠“被动扩散”透过消化道黏膜吸收进入血液：约20%在胃黏膜完成吸收，剩余80%进入小肠，小肠黏膜面积大、血供丰富，是酒精主要吸收部位。这样的吸收机制，使得空腹饮酒时因胃内无食物，高浓度酒精会直接刺激损伤胃黏膜，而且胃排空速度快，大量酒精快速涌入小肠，血液酒精浓度15~30分钟即可达到峰值。短时间内极易上头、醉酒。

肝脏是酒精代谢的主要器官，主要通过肝酶将乙醇转化为乙醛，再转化为乙酸，最终彻底氧化为二氧化碳和水排出体外。若饮酒过量或肝酶活性不足，乙醛蓄积可引发氧化应激等反应，导致肝细胞炎症、脂肪变性乃至纤维化，并显著增加食管癌与肝癌风险。

正常成人肝脏代谢酒精的速率约为每小时7~10克纯乙醇，但该速率受遗传、性别、营养状态及合并肝病等因素显著影响，个体差异较大。

喝酒脸红、频繁排尿、次日宿醉头晕，是乙醛堆积、酒精代谢紊乱带来的身体中毒预警，代表肝脏、神经、泌尿系统正在遭受损伤。

长期反复饮酒，身体会代偿提升酒精分解酶活性，出现酒量变大、脸红、宿醉反应减轻的耐受假象。但耐受仅代表身体适应刺激，肝脏、血管、消化道的实质性损伤不会停止，只是不适感被掩盖。

从脂肪肝到肝癌，肝脏是如何被摧毁的？

作为酒精代谢的主要阵地，肝脏是长期饮酒中受损最循序渐进、最不可逆的器官，损伤分为四个递进阶段一步步加重，最终可能发展为难以逆转的严重病变：

- 1.酒精性脂肪肝：**酒精干扰肝脏脂肪代谢，导致脂肪在肝细胞内异常堆积，早期通常无明显症状；
 - 2.酒精性肝炎：**持续饮酒引发肝细胞炎症坏死，出现肝功能异常、肝区不适等表现；
 - 3.肝纤维化：**肝脏长期反复受损，纤维组织不断增生，肝脏质地逐渐变硬；
 - 4.肝硬化：**纤维化持续进展，肝脏正常结构被破坏，功能严重受损，进入不可逆阶段。
- 发展到肝硬化阶段后，患者就会成为肝细胞癌的高危人群。

别被“小酌怡情”骗了！

不少人认为只有酗酒、大量饮酒才会伤肝伤身，日常少量小酌、不喝醉就不存在健康风险。但临床数据与权威指南均证实，不存在安全饮酒量，长期少量饮酒的损伤会日复一日持续累积。

“小酌怡情”是生理上源于乙醇的中枢神经抑制作用带来的短暂欣快与焦虑缓解，但极易演变为心理及生理双重依

赖，也就是酒瘾。国际癌症研究机构(IARC)和世界卫生组织(WHO)将所有酒精饮品列为1类人类致癌物，明确不存在安全饮酒量，任何剂量酒精摄入均会提升多种癌症发病风险。

《柳叶刀·肿瘤学》2021年7月刊发的IARC相关论文显示：2020年全球741300例新发癌症可归因于饮酒，占全部新发肿瘤4.1%，全球当年总新发癌症约1930万例，覆盖口咽、喉、食管、胃、结直肠、肝脏及女性乳腺等多种器官。

《酒精性肝病防治指南(2026 更新版)》给出损伤阈值：长期饮酒史(>5年)，折合乙醇量男性≥40g/d、女性≥20g/d；或2周内有大量饮酒史，折合乙醇量>80g/d，就可能诱发酒精性肝损伤。配套乙醇量换算公式：乙醇量(g)=饮酒量(ml)×乙醇含量(%)×0.8。

以市面上常见酒类为例，很多人自认的“少量小酌”，实际已接近甚至达到肝损伤临界值：

- 53° 白酒(50ml小白杯)成年男性单日2杯、女性单日1杯；
- 12° 红酒(200ml标准杯)成年男性单日2杯、女性单日1杯；
- 3.5° 普通啤酒(500ml瓶装)成年男性单日3瓶、女性单日1.5瓶；
- 2周累计超4杯，达到这个饮酒量，就有很大概率伤肝、诱发酒精肝。

《原发性肝癌二级预防共识(2021年版)》数据显示：大量饮酒者肝细胞癌发生风险为非饮酒者的2.07倍，即便少量饮酒，肝细胞癌发病风险也高于完全不饮酒人群。

简单来说，酒精损伤不以是否喝醉作为评判标准，只要长期摄入，哪怕只是每日少量小酌，肝脏代谢负担、全身癌变风险都会持续升高。

不得不喝时如何把伤害降到最低？

遇到工作应酬、社交场合实在推不掉，必须喝一点儿，有没有办法把伤害降到最低？首先必须明确，目前没有任何方法可以完全消除饮酒对身体的伤害，最有效的防护策略永远是避免饮酒。如果确需少量摄入，可以按三个阶段做好防护，缓解酒后不适，减慢酒精吸收。

- 1.饮酒前：**喝酒前半小时可以适当喝些温水，先吃足量的食物垫饱胃，优先选择高脂肪高蛋白的食物，如鸡蛋、牛奶、酸奶、花生等，既能保护胃黏膜，也能延缓胃排空，给肝脏留出更多代谢时间。
- 2.饮酒中：**不要一口闷、连干几杯，席间要持续吃些肉类和主食，每喝一杯酒，同步喝一杯温水，稀释酒精浓度，减缓吸收节奏。
- 3.饮酒后：**重点是补水和休息。分次多喝温水补充水分，让身体充分休息，尽量避免喝浓茶、咖啡等刺激性饮品，以免加重身体负担。

据新华社微信公众号综合新华网·宝藏青年工作室、新华网广东频道

吞咽障碍患者进食 遵循慢而少量原则

吞咽障碍是多种神经系统疾病常见的并发症，患者在进食、饮水时会出现吞咽困难、呛咳等情况，不仅影响营养摄入，还可能引发吸入性肺炎、窒息等严重风险，给患者和家庭带来困扰。掌握科学的护理方法和进食指导，能有效提升患者的进食安全性和生活质量。

首先，做好日常护理评估是基础。护理者需密切观察患者的吞咽状态，比如留意患者进食时是否频繁呛咳、吞咽后是否有食物残留口腔、说话时是否出现声音嘶哑或含混不清的情况，这些都是判断吞咽功能异常的重要信号。同时，要保持患者口腔清洁，进食后及时用温水漱口，必要时用棉签清理口腔残留食物，避免食物滋生细菌引发感染，这也是预防吸入性肺炎的关键环节。

营造安全的进食环境同样不可或缺。进食时应保持环境安静，避免噪声、人员走动等干扰因素，让患者能够集中注意力吞咽。建议采用坐姿进食，若患者无法坐起，可将床头抬高30°~45°，并在患者背后垫好靠垫提供支撑，这种体位能利用重力帮助食物顺利进入食管，减少食物反流和呛咳的风险。进食后不要立即让患者躺下，需保持坐姿或半卧位30分钟以上，防止胃内容物反流至咽喉部引发误吸。

在食物选择与制备上，需遵循“易吞咽、不易呛咳”的原则。应选择质地均匀、黏性适中、不易松散的食物，避免选择干硬、酥脆、过于稀烂或含过多汤汁的食物。比如可将米饭煮成软烂的粥，将肉类制成肉泥、肉羹，将蔬菜切碎后煮烂或制成蔬菜泥。饮水呛咳明显的患者，可在医生指导下使用增稠剂将水或汤汁调制成合适的黏稠度，让液体在口腔内停留时间更长，便于控制吞咽节奏。

科学的进食方法能进一步降低风险。进食时要遵循慢而少量的原则，每次喂食量不宜过多，需根据患者的吞咽能力调整，一般建议每次入口量为5~10毫升，待患者完全吞咽后再进行下一次喂食。喂食时应将食物放入患者口腔的健侧，利用健侧咀嚼和吞咽功能辅助进食，避免将食物直接放入舌根处引发呛咳。若患者出现呛咳，应立即停止进食，让患者弯腰低头，轻拍背部帮助排出异物，缓解不适。

此外，还需关注患者的心理状态。吞咽障碍患者可能会因进食困难产生焦虑、自卑等情绪，甚至拒绝进食。护理者应给予患者足够的耐心和鼓励，多与患者沟通，帮助患者建立进食的信心。同时，要定期观察患者的营养状况，若发现患者出现体重下降、乏力、贫血等情况，应及时告知医生调整饮食方案或采取其他营养支持措施。

据大河健康报