健康关注

2015年11月，广州一大学生参加马拉松比赛突发猝死；前不久，安贞医院报告了清华大学一高才生打篮球突然昏迷，后因心肌梗死导致多脏器衰竭而不治身亡的病例。

由此可见，运动性猝死并不是专业运动员的专例，也无年龄大小之别。

警惕运动性猝死

汪　芳

运动性猝死并不少见

运动性猝死是一种运动性病症，是指人在运动中或运动后立即出现了相关症状，最终发生非创伤性死亡。运动性猝死多因心肺功能问题造成。

心源性猝死是运动性猝死的主要表现形式，如心肌炎、先天性冠状动脉畸形、心肌肥厚等。如上文所述打篮球的大学生被送往医院后检查，确诊为先天性冠状动脉开口畸形，最终导致心脏前壁大面积心肌梗死。

有统计显示，每年我国猝死病人大约50多万，近80%发生在家中，20%发生在路上或公共场所。其中青少年约占30%，男性多发，约为女性的4倍。

我国运动性猝死涉及运动项目很广，几乎各个领域都有沾边，曾经有一组调查数据，排名前三位的分别是跑步（33.98%）、足球（10.68%）、篮球（8.74%）。

可见，运动性猝死严重威胁着人们的健康。

运动性猝死并非简单“运动过量”

一个热爱运动、体能充沛的年轻人，为什么会命丧运动？常说运动是良医，运动是良药。不假，人在运动时会有一种“亢奋”感，这是因为副交感神经张力降低，交感神经张力加强，运动激素不断上升后刺激心跳增快的结果。与此同时，房室传导的改变使得心肌耗氧量增加，心舒张期缩短，血流流入冠状动脉的时间也变短。该生理过程对健康人而言，即使是高强度也只会引起良性心律失常（如早搏），及时休息就能复原。

可见导致运动性猝死的原因并非简单的运动过量，造成严重后果的常见原因实则是各种心脏疾患（这也是“心源性猝死”在猝死中占比高的主要原因）。

可是谁能担保经常运动的人、有着良好体质的运动员就没有这些病呢？

有些人看上去特别健壮，实际情况是某些心脏疾病早已存在，只不过风平浪静时不显山露水，只在运动后心脏负荷增加到一定程度，病变部位才有可能出现问题，当心脏无法承受时就会出现严重的心脏病事件。从事体育的人都知道，在对出现心脏症状或体征的运动员评估时，判断潜在心脏病的有无意义重大！

早发现早预防潜在的心脏病

对年轻人来说，潜在的心脏病大都是“心脏结构性问题”，如肥厚型心肌病、先天性冠状动脉畸形，以及主动脉破裂、主动脉瓣狭窄和冠心病等。

如果在心脏听诊时可闻及粗糙的收缩期杂音，就要着重考虑肥厚型心肌病，可通过超声心动图检查确诊。

还有一些人在发生猝死前表现出晕厥或心绞痛等症状，则患有先天性冠状动脉畸形的可能较大。目前冠状动脉畸形可以通过手术矫正，因此在出现临床可疑症状时应尽早进行超声、造影等临床检查。

心肌炎患者在心肌炎的急性期和康复期皆可发生猝死，因此一旦确诊心肌炎，至少要康复6个月方能开始运动。

冠心病在年轻运动员猝死中的比例不算高，却是绝大多数35岁以上运动员猝死的最主要原因之一。

选对适合自己的运动

“较真”的人会通过健康筛查和问卷调查精打细算。如专业运动员在冬训开始前都会参加体检，有专门的心肺功能测试。当然，普通人在运动前即使不做健康筛查，也至少要有这样的意识。

先确定自己是否适合运动。既往有心脏病史、晕厥病史，以及高血脂、高血压、糖尿病或冠心病家族史的人不要长时间剧烈运动；如果运动中出现胸痛、胸闷、头痛、头晕、异常疲劳等情况（可能就是先兆），必须马上停止训练并及时就诊。

科学选择运动时间。人在寒冷时血管收缩，会增加心脏负担，容易出现心脏问题。所以，冬季理想的锻炼时间为下午三四点钟。要避免阴霾、空气质量不好时外出运动。另外，心脏病患者游泳时要选择温差不是很大的游泳馆，千万别冬泳。

要科学运动。运动前充分热身，适应激烈竞争环境，运动中适量补充水分；运动中不宜盲目坚持，一旦出现不适症状如面色苍白、口唇紫绀、大汗淋漓、晕厥、胸痛、胸闷、胸部压迫感、眩晕、眼前发黑、头痛等，应及早终止运动。

运动时要抱着娱乐的态度、合理安排时间和强度，不要随意跟别人比赛竞争、逞一时之强。

（作者为北京医院心血管内科副主任）

链接▶▶▶

如何预防运动性猝死

定期体检非常重要 特别是心血管系统，对于运动员来说，在参加剧烈运动或比赛前更是如此，同时要加强运动现场的医务监督。对运动员的体检要更加严格，包括心脏负荷试验、超声心动图检查、负荷心肌核素灌注显像、脑血管造影等。

运动时要控制好靶心率 非运动员运动时的靶心率应控制在最高心率=（170−年龄）×85%最佳，而心血管病患者的运动靶心率则应在无氧阈值心率以下。运动中有任何不适应当及时去医院就诊。

保持适当运动量 切莫忽视健身的本质是为了强身健体，从健身角度而言，运动量不适宜过大。自身状态不好或极度疲劳时不适合做激烈运动。

最好不要在日晒强烈的白天出门锻炼 因为清晨是交感神经兴奋高发的时间段，因此也不适宜锻炼。建议此季尽量在傍晚出门活动，防止日晒中暑或发生运动意外。运动时宜身穿宽松、吸汗的衣物，随身带一瓶水，防止脱水。

做好以上这些注意事项，就能较大程度地避免运动时发生心血管意外。祝愿每一位参加健身的人都能享受到健身的安全和身心的愉悦。

医疗前沿

清华长庚助力『虫癌』精准治疗

韩冬野　王　良

近日，北京清华长庚医院医疗团队走进青海。执行院长董家鸿教授成功完成一台具有国际水准的“虫癌”根治术，由此，精准诊治“虫癌”拉开合作序幕。

“包虫病”是由棘球绦虫的棘球蚴所致的慢性寄生虫病。棘球绦虫寄生于狗、狼、狐狸等动物身上，人通过直接接触或食用其宿主粪便污染的水、食物、牲畜等感染寄生虫。虫卵在胃肠道内孵化，经门静脉进入肝脏，引起肝包虫病。其中，多房棘球蚴导致的泡型包虫病可转移到肺、脑、骨骼等部位，形成占位性病变，俗称“虫癌”，感染严重者可致残、致命。

据悉，该病在我国新疆、青海、宁夏、甘肃、内蒙古和西藏等畜牧业发达地区患病率高，导致牧区群众因病致贫，因病返贫。这一疾病的防治已被纳入到国家“十三五”规划之中。

与其他地区不同，青海尤以难治愈的“泡型肝包虫病”为主。相比“囊型肝包虫病”，“泡型肝包虫病”病灶常侵犯肝门血管、胆管及下腔静脉，且病灶大，常见肝内多发病灶，极大地增加了手术难度。这次接受清华长庚医院义诊手术的藏族同胞今年刚满28岁，但已是她第三次接受手术治疗。2013年患者首次手术，由于病灶巨大，剩余肝脏体积不足，无法同期切除病灶，只能离断病变肝脏与健康肝脏，等待健康肝脏增生后再切除病灶。但是患者术后出现了胆漏并发症，并因此接受了第二次手术，可惜由于感染症状严重，胆漏无法修补，只能以引流管引流胆汁。这样病情维持了一年之久，患者腹腔粘连严重，肝门部血管、胆管等结构转位，让这次手术极具挑战性，手术过程如稍有不慎，损伤重要结构，将可能导致大出血及胆漏、肠漏等并发症，甚至直接危及患者生命。董家鸿教授凭借丰富的肝包虫病治疗经验和精湛的手术技艺，最终精准切除占患者肝脏体积80%的包虫病灶。

在青海大学附属医院肝胆外科，董家鸿与当地医师一同进行查房，会诊复杂病例。该科70张病床中，近半数为肝包虫病的藏族患者，该病在青海省呈高发病率、高复杂度、高复发率的“三高”局面，地区医疗负担压力巨大。

北京清华长庚医院与青海大学附属医院，探索在医疗领域开展合作，联合公共卫生系统，建立从科研到临床，覆盖流行病学、疾病预防、早期筛查、药物与外科治疗的全链条“包虫病防治体系”。此外，本次青海义诊之行，董家鸿还为该院外科部医师进行了主题讲座，介绍“从精准外科到精准医学”的发展与演变。

图为董家鸿教授（左一）为复杂肝包虫病患者会诊

健康互联网

抑郁症患者治疗率不足10%

程　多

目前我国抑郁症呈现高发病率、高复发率和高自杀率的特点，同时抑郁症识别率和治疗率均不足10%。在近日举行的“抑路同行”四方论坛上，首都医科大学附属北京安定医院王刚表示，目前多数人对抑郁症的认识还存在误区，认为自己很乐观，就不会得抑郁症。

王刚说，抑郁症是大脑的功能性障碍，有些人表现为情感、认知方面的问题，比如在过去一段时间可能会经常感到无精打采、生活没有乐趣；除了不开心，还比平时更悲观、更想哭；有些人有早醒的症状；有些人经常会感到活着没意思。但还有一部分抑郁症患者会表现为躯体症状，比如慢性疼痛、难以解释身体症状、反复求医就诊等。目前我国抑郁症患者的治疗率非常低，尚不足10%。抑郁症患者还面临着高复发的情况，有75%至85%的抑郁症患者会在5年内复发；10%的抑郁症患者最终会自杀身亡。

专家强调，如果抑郁症患者能够及时就诊，大约有2/3的抑郁症患者可以通过抗抑郁治疗，达到临床治愈，各种症状能够有所缓解。

健康资讯

心血管疾病移动管理平台启动

本报电（吴钢）“承载使命，迎接拐点——ACS及心血管疾病移动管理平台”项目近日在京启动。该项目旨在充分利用移动管理平台的优势和便利性，对中国急性冠脉综合征（ACS）/经皮冠状动脉介入治疗（PCI）患者以及高血压患者进行定期的治疗提醒与教育，提高患者治疗的依从性，为积极推动中国心血管疾病死亡率拐点的早日到来进行探索与努力。

五位育儿达人获“自然养育人物”奖

本报电（李琪）为倡导回归自然的养育方式，让更多父母尊重儿童天性，在自然中养育孩子，促进孩子成长，父母必读育儿传媒与父母必读养育科学研究院日前举办“母爱360·自然养育论坛”。活动中，5位育儿达人荣获“母爱360推动自然养育人物”奖。

主办方希望借这项活动，唤起社会各界对女性支持系统构建的关注，推动并形成一个有助于女性成长的良好社会生态系统。

中国-瑞典国际医学圆桌对话将举办

本报电（樊岚岚）由中国医疗保健国际交流促进会、瑞典卡洛琳斯卡医学院联合主办的中国-瑞典国际医学圆桌对话将于2016年6月9日-6月13日在瑞典卡洛琳斯卡医学院举行。

据介绍，会议旨在积极学习世界医学先进技术，掌握世界医学最新科研动态，分享世界医学最新科研及临床成果，促进和提高中国医学水平。会议将在神经病学、心脑血管疾病、肿瘤等方面进行交流，集中体现中西方最新的临床报告、科研成果以及新技术、新方法。

孤残儿童口腔疾病综合防治项目启动

本报电（李军）中国牙病防治基金会孤残儿童口腔疾病综合防治项目近日在北京启动，此项目为国家民政部2016年度中央财政支持社会组织示范项目。项目主要为福利院、特殊教育学校等机构3-15岁孤残儿童提供口腔卫生服务，内容包括口腔健康教育、口腔检查、局部用氟、窝沟封闭、口腔常见疾病治疗。

中药配伍为何讲究“君臣佐使”？

王红蕊

看过中医的人都知道，中医用药不管是中成药还是汤药，很少用单味药，而大多采用复方配伍。中医通过望闻问切诊断后会开出一张由各种中药组成的处方，其中每味中草药用量也清楚标注。处方疗效一是取决于对症与否，二是取决于处方中药配伍组合是否合理和有法度。这里说的法度就是制方规则，中医称之为君臣佐使。君臣佐使的提出借用了古时候对国家官吏设置的提法，原指君主、臣僚、僚佐、使者4种人，后指中药处方中各味药的不同作用。

君药，是针对主病或主证起主要治疗作用的药物。其药力居方中之首，用量较作为臣、佐药应用时要大。在一个方剂中，君药是首要的，是不可缺少的药物。臣药，一是辅助君药加强治疗主病或主证的药物，二是针对兼病或兼证起治疗作用的药物。它的药力小于君药。佐药，一是佐助药，即协助君、臣药加强治疗作用，或直接治疗次要的兼证；二是佐制药，即用以消除或减缓君、臣药的毒性或烈性；三是反佐药，即根据病情需要，用与君药性味相反而能在治疗中起相成作用的药物。佐药的药力小于臣药，一般用量较轻。使药，一是引经药，即能引方中诸药以达病灶的药物；二是调和药，即具有调和诸药作用的药物。使药的药力较小，用量亦轻。

君臣佐使，不一定是指方中具体的药味，而是中医药的结构描述，是一种格局。“君臣佐使”原则最早见于《黄帝内经》的《素问·至真要大论》：“主药之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使。”《神农本草经》上也提到：“上药一百二十种为君，主养命；中药一百二十种为臣，主养性；下药一百二十种为佐使，主治病；用药须合君臣佐使。”元代中医、“脾胃学说”的创始人李杲为“君臣佐使”的概念做了进一步补充：“君药分量最多，臣药次之，使药又次之。不可令臣过于君，君臣有序，相与宣摄，则可以御邪除病矣。”到了清朝，医学家吴仪洛对“君臣佐使”做出了较为全面的解释，他认为，无规矩不成方圆，只有遵循君臣佐使原则，才能组出主次分明、细致严谨和疗效可靠的良方。

经过历代医家辛勤努力和智慧积淀，中医方剂琳琅满目，美不胜收。医圣张仲景的《伤寒杂病论》一书就收载方剂314首，到了唐代的药王孙思邈，他的两本著作《千金要方》和《千金翼方》分别收方5300首和2000多首。到目前为止，大约已经统计出有名有姓的方剂近10万首。当然，方剂组成既有严格的原则性，又有极大的灵活性。面对病人实际疾病组方配伍时，在遵循君臣佐使原则下，要结合患者的病情、体质、年龄、性别以及季节气候、生活嗜好等，组成一首精当而适应疾病需求从而疗效突出的方剂。在选用古人成方时也应根据具体情况灵活化裁，加减运用，做到“师其法而不泥其方”。

记得一位医家这样感叹：医之成，悟也；方之精，变也。方剂是据病人病情和临床实际不断变化的，但又万变不离其宗，关键要抓住疾病的本质。但做到这一点非常不容易。中医易学难精，难也就难在此处。

（作者为北京朝阳区中医医院医师）

杏林寻宝

——中华传统医药漫谈