

顶级专家教你

主 编：刘克玲
戎东贵

“无病一身轻”

中国健康教育
协会会长
殷大奎
推荐序

健康

百家讲坛

全国健康教育首席专家：**胡大一、郭翼珍**等精彩亮相

顶级专家为您送来“健康大礼包”！

一流专家阵容 最新健康理念 实用健康大全 防病治病宝典

中央文明办
国家卫生部
全国“相约健康社区行”活动名家讲稿汇编

R4-49
10

健康 百家讲坛

顶级专家教你
“无病一身轻”

主编：刘克玲
戎东贵

图书在版编目(CIP)数据

无病一身轻/刘克玲,戎东贵主编. —南京:江苏美术出版社,2007.1

(百家健康讲坛)

ISBN 978-7-5344-2201-0

I. 无... II. ①刘...②戎... III. 常见病—防治—基本知识 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 161530 号

出品人 顾华明

策 划 赵仲龙 丁 青 张 丽
金钥匙健康图书策划工作室

责任编辑 魏申申

装帧设计 芮 玲 唐 仪

责任校对 刁海裕

专业审读 龙 雪

责任监印 贲 炜

金钥匙健康图书策划工作室 电话 025—52256590

书 名 无病一身轻

出版发行 凤凰出版传媒集团

江苏美术出版社(南京中央路 165 号,邮编 210009)

集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>

印 刷 武汉市佳汇印务有限公司

开 本 720×1000 1/16

印 张 14

版 次 2007 年 2 月第 1 版 2007 年 2 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5344-2201-0/J·2003

定 价 22.00 元

营销部电话:025—83248515 83245159 营销部地址:南京市中央路 165 号 13 楼
江苏美术出版社图书凡印装错误可向承印厂调换

编委会主任

殷大奎(中国健康教育协会会长,卫生部原副部长)

编委会副主任(按姓氏拼音为序)

徐善衍(中国科协原副主席)

杨 青(卫生部基层卫生与妇幼保健司司长)

姚晓曦(卫生部直属机关党委常务副书记)

编委会委员(按姓氏拼音为序)

高 勘(中国科协科普部副部长)

洪昭光(卫生部健康教育巡讲首席专家)

胡锦涛(中国健康教育协会副会长)

李春明(解放军总后卫生部防疫局局长)

陶 金(卫生部基层卫生与妇幼保健司健康教育处处长)

涂更新(中央文明办协调组副组长)

夏本立(解放军总装备部后勤部防疫大队队长)

徐景兰(卫生部直属机关党委办公室主任)

杨秉辉(中国健康教育协会副会长)

张 斌(卫生部基层卫生与妇幼保健司副司长)

主编

刘克玲(中国健康教育协会常务副会长兼秘书长)

戎东贵(新华日报报业集团《精品健康导刊》总编辑)

策划

赵仲龙(中国健康教育协会副秘书长)

丁 青(新华日报报业集团《精品健康导刊》编辑部主任)

张 丽(江苏美术出版社营销部总经理)

选编人员

戎东贵 陆耀文 丁青 孙欣



序

殷大奎

健康教育与健康促进是动员全社会和多部门的力量,营造有益于健康的环境,传播健康相关信息,提高人们健康意识和自我保健能力,倡导有益健康的行为和生活方式,是促进全民健康素质提高的活动。

根据中央文明委等八部委联合下发的《关于开展科教、文体、法律、卫生‘四进社区’活动的通知》,2002年9月30日,中央文明办、卫生部发出《关于开展相约健康社区行活动的通知》,并委托中国健康教育协会具体承办该活动。

2003年1月,全国“相约健康社区行”活动在北京启动,中央文明办和卫生部聘请的14位全国健康教育首席专家到20多个省(市、区)进行巡讲。同时,全国还有大批健康教育专家深入社区,与社区居民进行面对面交流,把保健知识用通俗的语言进行传播,受到广大人民群众的热烈的欢迎。

为了扩大健康教育的覆盖面,新华日报报业集团主办的《精品健康导刊》确立了“健康比财富更重要”的办刊宗旨,以“普及健康知识,帮助



读者树立健康生
活新理念”为己
任,在全国健康
类传媒中率先
创造性地举办了纸上
“相约健康社区行”。他们根据中
老年读者的需求,在《精品健康导
刊》设立了《名家讲稿》专栏,推出一大批通
俗易懂、适合中老年读者群的有影响的专家讲稿。

《名家讲稿》的作者不仅有健康教育专家,还有具有丰富经验的临
床医生,长期从事教学、科研的专家,以及多年从事卫生管理的学者。他
们的特点是将深奥的医学专业内容,转化为一般群众能够看懂的科普
作品,真正能使读者“一看就懂,一学就会,一用就灵”。所以,《名家讲
稿》的每篇文章都受到读者的欢迎。许多读者来信反映说,他们“每期必
看,一期不看心发慌”;还有不少读者看病时,手拿《名家讲稿》文章,以
便更好地与医生交流。

最近,中国健康教育协会与《精品健康导刊》社合作,在有 50 余位
专家撰写的 100 多篇“名家讲稿”的基础上整理结集,推出《百家健康讲
坛》丛书。丛书浓缩全国健康教育首席专家和其他著名专家的优秀演讲
报告,撷取精粹,以飨读者。

我衷心希望,这套丛书能真正成为广大人民群众防病治病的良师
益友。

(殷大奎教授曾任卫生部副部长,现任中国医师协会会长、中国健
康教育协会会长)

目 录

CONTENTS

001/打好心血管疾病的防御战

胡大一

017/控制高血压,享受美好人生

郭冀珍

043/怎样防治脂肪肝

曾民德

053/“五个高”——健康的大滑坡

张小林

067/谈谈肥胖症的饮食和运动

李光伟

085/脑卒中的前因后果

杨 玺

109/正确认识心律失常

高润霖

131/癌症并不可怕

王建璋

147/了解爆发中的糖尿病

向红丁

167/警惕“寂静的杀手”——老年骨质疏松

章振林

185/防病抗衰的两大法宝

郭志红

201/男人,保护好你的生殖功能

郭应禄

打好心血管疾病的防御战

胡大一

专家简介

胡大一,北京大学兼首都医科大学、同济大学教授,博士研究生导师,国家和北京市突出贡献专家。主要学术成就:获国家级、部级及北京市级科研成果 21 项;发表学术论文 600 余篇,出版专著 40 余部;主持召开大型国际会议(600~8000 人)40 余次。甘为人梯,为推动我国心脏起搏与电生理和介入心脏病学的发展做出了突出贡献,为我国培养了一批跨世纪心血管病专业人才



心血管疾病已成为全球卫生保健和卫生资源的沉重负担。据世界心脏联盟统计,在全世界范围内,每死亡3人,就有1人的死因是心血管病症。该统计材料还显示,80%死于心血管疾病的人来自于中低收入国家和地区,而且这些国家和地区心血管疾病的死亡率随着肥胖症患者和吸烟人数的增加继续呈上升趋势,心血管疾病的死亡率仍远远高于包括癌症、艾滋病在内的其他疾病,它的危害无年龄、身份、地域之分,并且已经逐渐升至为威胁人类健康的“第一杀手”。预计2020年,心肌梗死和脑卒中将从目前死因的第5位与第6位上升至第1位和第4位,全球心血管病死亡率将增加50%,高达2500万人,其中1900万人发生在发展中国家。

为唤起公众对心血管疾病及其危险因素(肥胖、高血压、缺乏运动、营养失衡、吸烟等)的关注,世界心脏联盟(World Heart Federation)将每年9月的最后一个星期日定为世界心脏日(World Heart Day)。WHF的宗旨是帮助全球各国人民通过预防、控制冠心病和脑卒中,延长人类的寿命,尤其关注发展中国家心血管疾病的防治,唤起公众关注心血管疾病的预防,组建防治心血管疾病的多个相关学科参与的非政府机构与政府相应的职能部门组成的国际性广泛联盟,构筑心血管疾病的全面防线。

这个全面防线包括五个层面:



第一条防线 防发病——一级预防

心血管疾病是一类危害人类健康的严重疾病,种类繁多,病因复杂。其中有些疾病,如动脉粥样硬化和冠心病,高血压病和心力衰竭等与营养因素关系密切,合理的膳食已成为防治这些疾病的重要措施之一。为了更好地讨论心血管疾病的预防,先说点有关心血管营养学的一

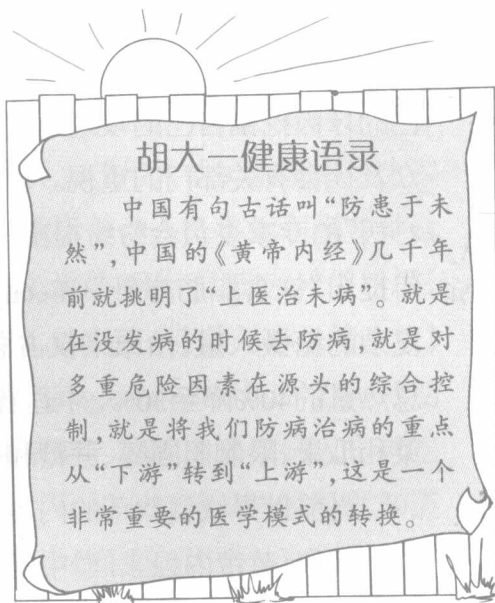


些基本概况。

许多心血管疾病的发生和流行，在某种意义上说是同人类历史的发展相联系的。远古时代，人们过着采集和狩猎的群居生活，他们所摄取的都是未经加工的天然食物，营养成分相对平衡。随着生产的发展、阶级的分化、环境(包括饮食)的改变，营养不平衡的现象逐渐发生。少数人可能出现营养过剩，而更多的人则处于营养缺乏

的状态。这两种极端，加上其他因素，均可导致各种不同的心血管疾病的发生。根据历史资料，古罗马的贵族过着奢侈豪华的生活，其膳食成分与现今西方国家十分接近，已记录了这些人中有心绞痛和突然死亡的发生。在埃及贵族的干尸中也发现有明显的动脉粥样硬化。我国长沙马王堆出土的距今两千多年的西汉宫室女尸，经现代病理学证实有动脉粥样硬化和心肌梗塞的病理变化。尽管如此，本病在古代究竟仍属少数。

到了近代，尤其是西方国家，人们的生活方式和饮食结构发生了越来越大的变化。根据晚近资料，美国平均每人每日摄入的脂肪在100g以上，而且主要为动物脂肪，食物胆固醇为400~700mg，平均560mg，粗粮的摄入很少，而精糖的消耗量却很高(100g以上)。此外，酒精和食盐的消耗量也很大。总热量摄入过多以及各种营养素之间的平衡失调可能是造成心血管病，尤其是冠心病广泛流行的主要原因之一。Bajusz在指出西方人饮食变化及其带来的危害时，曾引用一句俗语“人们正在用自



胡大一健康语录

中国有句古话叫“防患于未然”，中国的《黄帝内经》几千年前就挑明了“上医治未病”。就是在没发病的时候去防病，就是对多重危险因素在源头的综合控制，就是将我们防病治病的重点从“下游”转到“上游”，这是一个非常重要的医学模式的转换。



己的牙齿挖掘自己的坟墓”。这种情况已引起心脏病学家、营养学家、公众及社会有关部门的重视。目前,世界上有十六个关于“饮食脂肪与冠心病”的专家委员会纷纷提出一系列的膳食改革措施。美国国会于1977年提出“饮食脂肪方针”(dietary goal),倡导人们进食更多的谷物,以使复杂的糖摄入量,由原来仅占总热量的28%增加到48%,脂肪的摄入由总热量的40%降至30%,并适当控制动物脂肪与植物油的比例,增加蔬菜和瓜果,限制胆固醇、蔗糖和盐的摄入。

当前世界饮食改革的内容,实际上在两千多年前,我国第一部医学经典著作《黄帝内经素问》中已得到充分体现。它指出,人们的合理膳食应该是“五谷为养、五畜为益、五果为助、五菜为充”。这种观点不仅正确地阐明人类膳食中必需具备的各种营养素,而且辩证地指出它们之间的主次关系(即养、益、助、充)。它奠定了我们民族优良的膳食特点,对保障人民健康、预防疾病,尤其是冠心病具有深远的指导意义。

这种正确的观点,在历代许多食疗专著中不断地得到补充和发展。如明代龚廷贤在《寿世保元》一书中对控制膳食的重要性有相当精辟的论述:“善养生者养内,不善养生者养外,养内者以恬脏腑,调顺血脉,便一般流行中和,百病不作,养外者恣口腹之欲,极滋味之美,穷饮食之乐,虽肌体充腴,容色悦泽,而酪烈之气,内蚀脏腑,精神虚矣,安能保令太和,以臻遐龄……人之可畏者,饕餮饮食之

间,而不知之为戒,过也。”这段论述,对今日防治肥胖、高血脂、高血压和冠心病,对中、老年人的健康和延年益寿仍然是十分重要的。

我国古代医学对营养与健康和疾



病(包括心血管病)的认识和贡献,来源于人民丰富的实践,同时也指导着人民的实践。正因为这样,它才具有世界上任何其他民族所不可比拟的、广泛而深刻的群众基础。几千年来,我国劳动人民早就利用各种食物来养生保健和预防疾病,其中不少由于世代相传,已成为风俗习惯。然而,另一些国家情况却大不相同。例如,Dock在《营养与心血管疾病》一书中写道:“在两千多年前,古希腊名医Hippocrates时代,尽管医师劝导人们通过改变饮食习惯来预防和控制疾病,但绝大多数病人宁可吃药或忍受疼痛,而不愿意采取饮食措施。”我国古代劳动人民早就知道素食可延年。近代科学证明,素食中的许多成分,例如素油含有大量不饱和脂肪酸和维生素E,香菇、木耳则既能降脂,又能改善血液凝固状态,它们对预防高血脂症和冠心病均有好处。

综观历史和现状,不难看出饮食与心血管疾病之间有着十分密切的联系。

中国有句古话叫“防患于未然”,中国的《黄帝内经》几千年前就挑明了“上医治未病”。什么叫防未然、治未病呢?这就是一级预防,就是在没发病的时候去防病,就是对多重危险因素在源头的综合控制,就是我们防病治病的重点从“下游”转到“上游”,这是一个非常重要的医学



模式的转换。过去我们将大量的人力、物力、财力放在溶栓、搭桥、介入等疾病终末期的高科技、有创伤和高成本的投入上,却对跟心血管疾病的发生有紧密关系的饮食干预不够,对花钱少、效益大的一级预防的重视非常不够。在这个宝贵的机不可失、时不再来的一级预防上,我们也不能等闲视之。

一级预防怎样去做呢?过去是对多重危险因素分兵进攻把守,往往事倍功半,因为很多人不光只有一个危险因素,往往是吸烟、高血压、血脂异常、糖尿病、肥胖、不良生活方式等多种危险因素并存。在横向上,心脏学科、糖尿病学科、神经学科、内分泌学科及老年病学科等应紧密联系起来,共同综合治理控制上述的多重危险因素。在纵向上,专科医生应关注社区干预,与全科医生联防,加强我国社区医生的继续教育,这是科学研究→院内治疗→院内急救→院前急救(社会、社区)多种医学功能的集合。结成广泛的联盟,筑起全面的防线,必须从一级预防下手。如中高危的高血压患者,仅靠饮食、锻炼不能控制血压时,必须同时用药物干预,而且要特别强调温和适度的锻炼;低危的,即很轻的高血压病人,可以靠运动、控制危险因素等调整6个月,以观后效。要分析每

一个社会个体的危险因素是什么,估计其未来10年发生心肌梗死或脑卒中的危险程度。

如糖尿病合并高血脂症,这两个危险因素常常狼狈为奸,必须吃药治疗,必须同时有效改变不良的生活方式。对于没有糖尿病的轻度高血压病患者可以通过改变生活方式、限盐6个月后再决定是否用药。这里要特别提醒一句,在血脂异常的

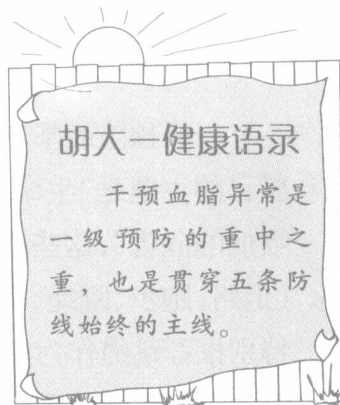


干预力度上,糖尿病和冠心病心肌梗死的危险程度等同(称等危症),切不可忽视。

这里还要特别强调医院专科医生与社区全科(通科)医生的联防。现在很多人处于亚健康状态,当有疲劳、记忆力减退时,就要到医院去看,一个优秀的医生会给他开出综合性的健康处方,

对其生活方式进行全面干预。但是很多人出了医院大门,又被工作生活的惯性卷进了旋涡里,这就急需社区医生干预和把关,由社区医生盯着他去实施健康处方。社区医生也应有个轻重缓急,轻的不用老去看,打电话监督就行。老百姓往往忽视自己身边的社区医生,一点小病就上大医院,巴不得认识个大医院的名医为自己排忧解难,可越大医院越是名医他就越忙。最正确的是选一个优秀的社区医生作为自己的“私人医生”,经常与他沟通。

医院的专科医生与社区的全科医生联盟,还有很重要的一点就是病人可获得连续性治疗,而不至于医院开了药,制定好了方案,回到社区就都变了。比如目前在某些地区的二级医院,他汀类药是自费药,这种药一会儿吃,一会儿停,比不吃还坏。有些社区医生过分顾虑他汀类药存在的很少见的横纹肌(溶解)或肝脏损害的危险,不敢用药。还有些降压药,病人在血压平稳后就把药停了,而不是持续合理用药,因为用药的失误,过一段病情重了,又得来住院,这个医疗资源的浪费很可惜。其实社区的全科医生和医院的专科医生是联盟关系。发达国家这一点就做得很好,每个老百姓都有社区医生。中国老百姓要更新观念,去寻找、去定位自己的社区医生。只有专科医生与社区全科医生在心血管疾病预防上认识一致、行动一致,才能保证心血管病防治实践的连续性。



胡大一健康语录

干预血脂异常是一级预防的重中之重,也是贯穿五条防线始终的主线。



一级预防最基本的措施是改变不健康的生活方式。2002年世界心脏日的主题是“生命需要健康的的心脏”，2003年的主题是“运动与健康，吸烟的危害”，这些都是在鼓励公众增加体育活动，提倡有氧代谢运动（走路、跑步、跳绳、骑自行车、滑旱冰、球类等），提倡健康饮食与戒烟，特别推荐跳绳作为有氧代谢运动的简便方式在全球青少年中开展。

一级预防的重点有四个：戒烟、干预血糖、干预血压、干预血脂。

对于血糖的干预，内分泌专家呼吁，我们甚至应在糖尿病早期患者中进行早期识别与诊断并注意代谢综合征。这些患者应接受强有力的行为干预，改变生活方式，对降压降脂的治疗应更加强化。

对于血压的干预，高血压患者的血压应控制在140/90 mmHg以下，但目前控制得最有成效的美国为27%，英国仅为6%，而对预后意义更大的收缩压的控制更差。

干预血脂异常是一级预防的重中之重，也是贯穿五条防线始终的主线。心脏病学专家正在验证一个解读心脏保护的假说，这就是可能没有统一固定的目标——胆固醇水平，而应综合考虑病人具有的危险水平，干预的是危险水平，而不是单一的血脂水平。有学者提出，“他汀就是新的阿司匹林”，对于已患冠心病的患者或高危人群，应广泛使用。目前对血脂异常的干预达标率很低，以他汀类药为主线的调脂药用得太晚、太少，剂量太小，时间太短。50%的病人1年后停药，90%的病人5年后停药，以往接受介入治疗的病人合理使用他汀类药者不足四分之一。



第二条防线 防事件

发生心肌梗死、脑卒中等严重事件的基础是“不稳定斑块”及其破裂后引发的不同程度的血栓，前面说过，半数以上事件并无先兆而突然



发作,目前尚无预测手段。

防事件对于稳定斑块的患者是保证其斑块继续稳定,不向不稳定的方向发展,对于不稳定斑块是促使其向稳定转化,防止发生心肌梗死及脑卒中。防事件的核心是两个“防”,第一是构筑一条调脂(他汀)防线,这会使原来稳的更稳,原来不稳的向稳定转化。他汀类药物除降脂作用外,可能具有另外附加的稳定斑块的作用,即通过改善血管内皮功能的作用、抗炎作用及其他等促使斑块稳定。

第二是预防血栓,最便宜、最有效的百年老药阿司匹林,预防用量是75毫克至150毫克,每日1次。但在不稳定心绞痛或急性心肌梗死发病时,第一次服用阿司匹林剂量不应小于150毫克,应将药片嚼碎服下,以便尽快起作用。“高血压理想治疗”试验结果表明,在满意控制血压的同时,每日服用阿司匹林75毫克,可使心肌梗死的危险降低30%左右,而不增加脑出血的危险,但可能使脑以外的其他部位出血,如胃肠出血增加两倍。总体上讲,充分治疗高血压,联合使用小剂量阿司匹林对预防心肌梗死有益。但应注意两点:① 应在把血压控制在满意水平基础上联合使用阿司匹林;② 注意减少出血并发症,有溃疡病史者,尤其是老年病人应更加小心。目前抗栓治疗又有了新思路,对于不稳定性斑块(临床表现为不稳定性心绞痛)单用阿司匹林不够,对于这些高危病人

胡大一健康语录

我要送大家一句警言“有胸痛上医院”。冠心病最常见的表现为胸痛,急性心梗半数以上无先兆,而以突发的胸闷胸痛为表现。从血栓形成到血管供应的心肌组织坏死,动物学实验是1小时,在人身上最晚是6~12个小时。所以我们心脏科医生的最重要的理念是“命系1小时”,这就是医学上常说的时间窗——即抢救的黄金时间。



还应联合用上氯吡格雷。氯吡格雷副作用小,对胃刺激小、对减少白血球的危险小。现在已成为冠心病介入治疗(支架植入后)的常规用药。

强化抗栓还常采用低分子肝素干预,这一治疗仅需短期应用,专家们强调长期使用阿司匹林与氯吡格雷是持续有效的干预,有需要进行早期介入干预的高危病人,还应联合使用静脉GP II b/III a受体拮抗剂。

对于后果严重的静脉血栓栓塞和心房颤动的血栓栓塞,阿斯匹林的疗效不可靠,不如华法林,但使用华法林时,一定要定期监测用药后的抗凝强度,采用的指标是国际标准化比率(INR)。INR过高(>3.0),易出血;过低(<2.0),常疗效差。



第三条防线 防后果

这里我要送大家一句警言“有胸痛上医院”。冠心病最常见的表现为胸痛,急性心梗半数以上无先兆,而以突发的胸闷胸痛为表现。从血栓形成到血管供应的心肌组织坏死,动物学实验是1小时,在人身上是6-12个小时。所以我们心脏科医生的最重要的理念是“命系1小时”,这就是医学上常说的时间窗——即抢救的黄金时间。时间窗没抓住,

病人将付出致残、致死的代价。我们要求在最短的时间内尽快开通导致梗死的“罪犯”血管,溶栓要求在到达医院后半小时内进行,介入支架治疗要求在到达医院后60-90分钟之内进行,如能在起病1小时内完成溶栓或介入,即使用最先进的检查技术也可能查不到梗死的痕迹。抢救所用的药物(溶栓药)或器械(如支架)

