



晨跑“背刺”心脏？

冬天跑步要掐算好时辰

●李思源 张兆国 赵兰婷

跑步是很多人热爱的运动方式，不少人习惯每天清晨出门跑步。但每当社会新闻中出现“晨跑者突发心源性猝死”的报道，就会让人心生不安：晨跑到底安不安全？有心脏病的人是不是只能放弃跑步？寒冬渐至，有没有最佳的跑步时间？今天，我们从科学研究和医学角度来解答几个常见问题。

跑步锻炼到底好不好

可能不少人会有疑问，天天坚持晨跑锻炼，感觉身体比一般人都好，怎么还会引发猝死呢？其实，系统综述和大型队列研究显示，长期坚持运动（包括跑步）的人，心源性猝死的风险是显著低于久坐人群的。

也就是说，运动本身是保护心脏的。既然如此，那些被晨跑“撂倒”的人又是怎么回事？晨跑导致猝死的根源，并不是跑步本身，而是在潜在心脏病基础上，叠加清晨的高危生理状态和剧烈运动而触发的。研究显示，心源性猝死和心肌梗死的高发时间多在清晨5点至9点。早晨（尤其清晨）进行身体活动的群体，其心血管死亡风险比中午身体活动的群体高出约1.5倍，因为此时是人体血压、心率、应激激素和血小板活性上升的关键时间段。

跑步对心脏是长远保护和短期风险的双刃剑，晨跑并非不安全，而是更考验运动习惯的科学性。只要控制好强度和方式，晨跑对绝大多数健康人是安全的。以科学评估为前提，合理的跑步时间和适宜的运动强度，才是守护心脏的最佳跑步方式。

这些因素给心脏“埋雷”

清晨是心血管事件高发期 早晨起床后，交感神经兴奋增强，血压和心率升高，血液黏稠度和凝血活性增加，这是心血管事件的高峰时段。如果此时进行强度过大的运动，危险性更高。

超负荷运动 运动的益处并非越多越好，在达到一定强度后获益递减。每周达到150分钟中等强度或75分钟高强度的有氧运动，可显著降低全因和心血管死亡风险。长期极高运动量，随着年龄增加，会累积冠状动脉钙化与斑块负荷增加，并引起心肌重塑、纤维化和心律失常。

寒冷天气 冷空气会引起外周血管收缩、血压上升、交感兴奋、血液黏稠度和凝血活性增加，并导致冠状动脉痉挛；寒冷环境中晨跑会把“冷应激”和“运动触发”两个风险叠加，增加了急性心肌梗死或触发恶性心律失常的可能性。

隐匿性冠心病 很多中年或以上人群，存在未被发现的冠状动脉粥样硬化，剧烈运动时心肌耗氧量骤增，容易触发急性心肌梗死或致命性心律失常。

遗传性心脏病 比如长QT综合征、Brugada综合征、儿茶酚胺敏感性室性心动过速、肥厚型心肌病等，这类病人平时虽无症状，但剧烈运动可能诱发恶性心律失常。

心脏不好还能跑步吗

有心脏病基础病的人就不能跑步了吗？当然不是，但要讲究方式。运动是心脏病患者进行

心脏康复的重要组成部分，方式正确比是否跑步更重要。

有心脏病危险因素（如高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病家族史、吸烟等）和明确心脏病（如冠心病、瓣膜性心脏病、心力衰竭等）的人群，推荐在心血管医生评估后进行医学监护下的运动锻炼。中等强度运动不仅安全，还能改善心脏病患者的预后。这类人群在运动时，需要重点关注以下细节：

在心血管医生指导下进行心电图、超声心动图、心肺运动试验等评估，明确心脏功能和状态；选择快走、慢跑、骑行等中等强度的有氧运动，每周累计150分钟；控制运动强度在“说话不喘”的范围；运动前热身10分钟，结束后拉伸5—10分钟；尽量选择人多、有自动体外除颤仪（AED）的场所运动。

注意！这类人群不推荐未经评估就进行马拉松赛跑、冬季清晨空腹长跑、清晨高强度间歇运动锻炼。

收好健康跑步“时间表”

从心脏健康的角度，选择科学的跑步时间很重要。

健康人群 这类人群跑步最好选择在中午至

下午，约每天11:00到17:00，这是相对更佳的时间段。如果因为生活工作行程、习惯或天气关系不能中下午跑，只要热身充分、强度适中，亦可晨跑、傍晚跑，仍然安全且有效。

注意避免在极早晨（如日出前和清晨5点左右）直接高强度跑步，因为此时心血管交感活性可能较高、体温尚低、血管/凝血系统可能处于更“脆弱”状态。

有心脏病基础病或心血管危险因素的人群 这类人群最好选择中午至下午或傍晚跑步。因为此时体温、血压、肌肉/心脏适应机制较好，冷负荷较低。

尽量选择在清晨跑步，尤其是早晨天刚亮或温度较低时。这类人群可以先通过医生评估，考虑在室内或健身房进行锻炼。无论何时，热身时间必须更长且初期强度要更温和。运动前需进行充分热身活动10至20分钟，补充适量水分，如原地走、提膝、肩部舒展等，运动后放松拉伸5至10分钟。

冬季低温天气 寒冷季节建议避开清晨最冷、风寒指数最低的时段跑步，如零摄氏度以下、风大、体感温度很低。

若要跑步，可选择中午后温度回升的时段，或在室内环境。若确实只能清晨出发，则必须更长热身、穿衣分层（保暖+排汗层），选择低强度起步，随时留意身体不适（胸痛、心悸、头晕）。黑天、低温、湿风强、湿滑地面等环境更增加风险，应考虑改为室内跑或推迟时间。

相关链接

运动前先给心脏做“体检”

●汪芳

相对于久坐不动，运动等同于给心脏注入了活力。但是，运动讲究科学。建议大家在进行运动前，先给心脏做个“体检”，预防心血管意外事件的发生。

运动别着急“上强度”

越来越多的人加入跑步大军，大多数跑友并非专业运动员，因此没有必要刻意追求跑的距离，也无需风雨无阻和咬牙坚持，更不能毫无防护就开跑。运动应当先从“低中强度”开始，待4至6周身体适应之后，逐步延长运动时长、提高强度。总之一句话——循序渐进。

运动分有氧和无氧，具体如何选择要看自己的锻炼目的和实际情况。常见的有氧运动有慢跑、健步走、游泳、骑自行车、健身操、广场舞等；无氧运动则包括短跑、举重、投掷、跳高、跳远、拔河、潜水、肌力训练等。

风险筛查可防心血管意外

虽然运动猝死病例偶见报端，但是放眼整体的运动大军来说，其概率还是极低的。不过，我们还是要防患于未然。特别是刚刚加入运动训练、准备提升运动等级，以及合并心血管危险因素的人群，建议在运动前进行医学筛查、心血管疾病风险筛查与分层。

无论是健康人还是有基础疾病的患者，在经过专科医生详细的检查和功能评定后，即可推荐出合适的运动项目、运动量等，也就是“运动处方”。只要遵照处方坚持不懈，总有一天会享受到运动带来的健康和快乐。

运动人群风险评估两步走

第一步 健康风险分层 运动相关心血管风险分为“低风险状态”和“高风险状态”2个层级。具体的依据包含11项变量，其中核心变量4项，非核心变量7项。要想满足“低风险状

态”，要求不存在核心变量、最多只存在1项非核心变量。

核心变量包括：男性>50岁，女性>60岁；合并明确心血管疾病、2型糖尿病或肾脏疾病；有早发冠心病或其他先天性、遗传性心脏病家族史；参加或准备参加高危极限运动。

非核心变量包括：缺乏规律的运动习惯；存在提示有心血管疾病可能的胸闷、胸痛、呼吸困难等临床症状；男性>40岁，女性绝经后；吸烟；高血压；高胆固醇血症；肥胖。

对于低风险人群来说，一般不需要特殊评估。而高风险人群，首先需通过病史采集和体格检查进行初级评估。初级评估阳性者进入中级评估——最常做的检查是“心肺运动试验”——测出受检者的摄氧量、代谢当量和最大脂肪氧化率等，据此核算出利于减脂且安全的运动强度。如果中级评估异常，需接受进一步医疗诊治及运动指导建议。

第二步 心血管风险评估 针对运动人群的心血管风险评估，主要是从心脏结构、冠状动脉供血、心律失常及心功能4个方面进行。如常规的心电图、超声等，能够找出一些先天性的心脏结构异常；而对于潜在的初期冠心病和离子通道病等，需借助于冠脉CT、核磁、心肺运动试验等来明确。



（据《北京青年报》）

健康提醒

冬季警惕“缠腰龙”

●徐美琴 刘伟军

近日，歌手张靓颖在社交平台发长文称自己确诊了带状疱疹的新闻冲上热搜，带状疱疹也进入大众视野。冬季因为气温低、运动量减少等，人体的免疫力容易下降，一些病毒性皮肤病进入了高发期，带状疱疹就是其中一种。为什么带状疱疹在冬季高发？该如何预防？

了解带状疱疹

带状疱疹，民间又称“蛇缠腰”“缠腰龙”，它是由感染水痘-带状疱疹病毒所引起。患者可能在童年时期感染过这种病毒，当时它以水痘的形式出现。水痘痊愈后，这种病毒非常狡猾，并没有离开我们的身体，而是沿着感觉神经，悄悄地潜伏在脊髓或颅神经的神经节里，进入长达数年甚至数十年的休眠状态。一旦我们的免疫力下降，这种沉睡的病毒就会被再次激活，沿着神经纤维跑到皮肤表面，兴风作浪，这就引发了带状疱疹。

带状疱疹发作时有以下症状。

前驱期症状

在皮疹出现的前几天，患者可能会感到身体某一侧（左侧或右侧）的局部皮肤出现灼热、刺痛、瘙痒或过电样的疼痛，同时可能伴有乏力、低烧、头痛等类似感冒的症状。这个阶段很容易被误认为是肌肉拉伤、心脏病或胃痛等。

出疹期症状

簇集水泡：皮肤上会出现红色的斑丘疹，并迅速演变成一簇一簇的、清澈透亮的水泡。这些水泡的分布极具特征性——沿身体单侧的周围神经区域呈带状排列，就像一条带子，因此叫带状疱疹。它常见于胸背部、腰腹部，也可出现在头面部、四肢。水泡在2—4周内会逐渐干涸、结痂并脱落，可能会留下暂时的色素沉着。

剧烈疼痛：多为阵发性，也可持续性，有着皮肤科最痛疾病之称。据患者描述，带状疱疹的痛感有如针刺、刀割、火烧、电击、鞭抽……老年患者疼痛往往更剧烈，部分患者疼痛可持续数月甚至数年。

需要特别警惕的是，如果疱疹长在头面部，尤其是眼周和耳部，可能会影响视力或听力，需立即就医。

为何在冬季高发

当我们的免疫力足够强大时，水痘-带状疱疹病毒会被牢牢压制。但在冬季，受以下几个因素的影响，人体免疫力容易下降，从而进入高发期。

免疫系统的冬季警报 冬季是流感、感冒的高发期。当我们的免疫系统全力对抗这些外来病毒时，对体内潜伏病毒的监视能力就会下降。带状疱疹病毒便趁机苏醒，沿神经纤维扩散到皮肤，引发簇集性水泡和疼痛。其次是维生素D补给不足，冬季日照减少，人体合成的维生素D水平显著下降。而维生素D是免疫系统重要的调节剂，它的缺乏会直接削弱免疫细胞的功能，降低对病毒的压制力。

寒冷环境的物理刺激 低温会导致体表血管收缩，影响局部皮肤的血液循环和免疫细胞的输送。这种微环境的改变，可能为病毒在特定神经支配区域的皮肤复活提供了局部条件；寒冷的刺激也可能作为一种应激信号，干扰神经节的功能，成为激活潜伏病毒的主要原因之一。

生活方式的内在压力 工作压力压力过大带来一定的精神压力，从而导致体内皮质醇等应激激素水平升高，会直接抑制免疫系统的活性。另外，如果作息不规律，朋友聚会、熬夜增多，身体得不到充分休息，免疫力也会随之下降。

易感人群

中老年人群（核心高危群体） 年龄是最大的风险因素，50岁后免疫力下降，带状疱疹的发病率显著攀升，而且老年人更易遭受后遗神经痛的长期折磨。

免疫系统功能低下者 慢性病（如糖尿病、慢性肾病、慢阻肺等）患者；自身免疫性疾病（如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等）患者，尤其长期使用免疫抑制剂的患者；肿瘤患者及放、化疗期病人，器官移植后及HIV感染者。

长期亚健康状态者 持续精神压力大、长期熬夜、过度劳累、营养不良，这些因素都会悄然削弱人体免疫防线，因而长期亚健康状态者也易患上带状疱疹。

患有特定基础病者 患有特定基础病者，如心血管疾病患者，风险也会增加。

如何治疗

带状疱疹治疗的关键在于早、快、足。

抗病毒药物 黄金72小时 在皮疹出现后的72小时内开始服用抗病毒药物（如阿昔洛韦、伐昔洛韦、泛昔洛韦），效果最好，可以极大地抑制病毒复制，缩短病程，减轻急性期疼痛，并有效降低后遗神经痛的发生风险。

足量足疗程 必须足量、足疗程服用，不可随意停药；即便超过72小时，但对于有皮损新发或有中重度疼痛，以及发生于头面部（尤其是眼部和耳部）的患者，仍需启动抗病毒治疗。

疼痛管理 疼痛是主要症状，疼痛需要积极干预。医生会根据患者的疼痛程度，使用营养神经的药物（如甲钴胺、维生素B₁），以及专门用于神经病的药物（如加巴喷丁、普瑞巴林等）。切勿自行服用止痛药，务必遵医嘱。

警惕后遗神经痛 这是带状疱疹最常见的并发症，指皮疹愈合后疼痛持续超过3个月。其治疗更为复杂和困难，因此早期规范治疗至关重要。

皮损护理 保持皮疹清洁干燥，避免搔抓，以防细菌感染。可外用炉甘石洗剂止痒，或遵医嘱使用抗病毒药膏（如阿昔洛韦乳膏），若已继发感染，需加用外用抗生素软膏。

综合支持治疗 注意休息，加强营养，提升自身抵抗力是康复的基础。

科学预防

接种疫苗 接种重组带状疱疹疫苗是目前预防带状疱疹和带状疱疹后神经痛最有效、最根本的手段。它能重新“训练”人体的免疫系统，使其能高效识别并压制潜伏的病毒。所有50岁及以上成年人、18岁及以上有免疫缺陷或高风险人群，无论之前是否患过水痘或带状疱疹，都建议接种。

改善生活方式

均衡营养：保证优质蛋白和多种维生素的摄入，冬季可适当补充维生素D。

保证睡眠：充足、规律的睡眠是免疫力修复的最好方法。

坚持运动：即便在冬季，也应进行适度的室内运动，如练瑜伽、打太极拳、做健身操。

管理情绪：学会释放压力，保持心态平和。

管理基础疾病

积极控制好血糖、血压等指标，维持身体内在环境的稳定。

（据《家庭医生报》）