勤奋　严谨　求实　创新

北医人

双月刊

郭卫：国际巨“匠”炼成记

张路霞：大数据 · 大梦想

郭莉萍：故事是患者送给我们的礼物

2018 年
第 3 期
总第 73 期

北医人

21 爱科普

健康中国　科普助力

23 认清医学误区　健康科普先行——北大医学专家帮你打假（第二辑）

■ 文 /《北医人》记者　徐璐、韩娜、宋再伟、张静、郑丹蕾、王景茹

27 与睡眠科医生聊聊睡眠疾病——有关睡眠的疾病有 90 多种，90% 的人可能都不知道

■ 文 /《北医人》记者　徐璐、韩娜

31 很多运动损伤可自愈——运动医学专家的亲身经历

■ 文 / 北京大学第三医院　杨渝平

CONTENTS 目录

2018 年第 3 期

总第 73 期

3 封面人物

国际巨“匠”炼成记——记北京大学人民医院骨肿瘤科郭卫教授

■ 文 /《北医人》特约记者 钟艳宇

13 杏林医人

张路霞：大数据 · 大梦想

■ 文 /《北医人》记者 徐璐

17 师者

郭莉萍：故事是患者送给我们的礼物

■ 文 /《北医人》记者 韩娜

35 校园先锋

郑汉龙：努力完成一个目标，然后放眼下一个

■ 文 /《北医人》记者 韩娜

39 往事

我的从医曲折路

■ 文 / 周慧莲

北医人（双月刊）

刊名题词
韩启德
顾问
詹启敏　刘玉村
编委会主任
李文胜
主编
焦　岩

责任编辑
徐　璐
编辑
于　洁
韩　娜
校对
宋再伟
陈丹阳

美术编辑
徐　璐
图片
黄大无

制作
北京大学医学部党委宣传部

编辑部地址
北京大学医学部
跃进厅 445 室
邮政编码　100191
联系电话　82801241
投稿邮箱
beiyiren2011@126.com

国际巨“匠”炼成记

记北京大学人民医院骨肿瘤科郭卫教授

■ 文 /《北医人》特约记者 钟艳宇

20 年前，他默默无闻，10 年前已声名远扬，今天更是带着他年轻的团队在骨肿瘤诊疗领域享誉国际。

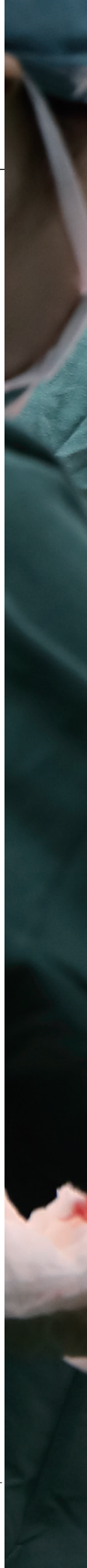
发展如此“神速”如何实现，下面来听听北京大学人民医院骨肿瘤科主任郭卫教授的故事：

他建立了全身不同部位骨肿瘤的规范化切除及功能重建方法，为 6000 余例患者成功的保留了肢体功能；

开创性的解决了骨盆肿瘤整块切除及骨盆环重建、儿童保肢、骶骨肿瘤整块切除等世界性难题；

在提高肿瘤治愈率的同时最大限度的保留了患者的术后功能，显著提高了患者的生活质量。

十几年来，他疯狂地工作，在手术台上勇扫“雷区”，带领他的团队探索创新，就是为了更多患者有尊严的活着。



人物简介

郭卫，主任医师、教授、博士生导师。

1986 年师从广州中山医科大学黄承达教授，1990 年师从北京医科大学冯传汉教授，1993 获骨科学博士学位，同年就职北京医科大学人民医院骨科，任主治医生，副主任医师，副教授。1996–1998 年间赴美国纽约 Memorial Sloan–Kettering Cancer Center 骨肿瘤科进修，学习到了西方先进的骨肿瘤诊断及治疗方法，为之后回国开展骨肿瘤临床与基础研究工作奠定了基础。1998–2002 年期间任北京大学人民医院骨肿瘤科副主任，骨肿瘤研究室主任，主任医师，教授。2002 年始任北京大学人民医院骨肿瘤科主任，骨肿瘤研究室主任。

社会兼职：亚太地区骨肿瘤学会（A PMSTS）主席（2006–2008），中华医学会肿瘤学分会骨肿瘤学组组长，中华医学会骨科学分会委员（2007– 今），中国医师学会骨科分会常委，中国医师学会骨科分会骨肿瘤专业委员会主任委员（2012– 今）等。

杂志编委：中华医学杂志英文版、Journal of Bone and Joint Surgery 、中华骨科杂志编委、中华外科杂志编委、Journal of Orthopaedic Science 编委等。

获奖：主持“骨肉瘤化疗的临床及基础研究” 获北京市科技进步三等奖（2005）；主持“骨盆环肿瘤的切除及功能重建” 获中华医学会科技成果三等奖（2009）；主持“骨盆环肿瘤的切除及功能重建” 获北京市科技进步二等奖（2011）；主持“骨盆环肿瘤的切除及功能重建”获第十二届吴杨奖等。

粗狂型主任，其实有一颗菩萨心

“好在碰到了您，要不我的腿就没了，我都吓死了。您看我现在走的多好，上楼、下楼、跑步，啥也不耽误。”术后半年来复查，小魏开心地跟郭主任说着。

“到您这儿，就算截肢我也愿意。”已经 70 岁患软骨肉瘤的肖大爷拉着郭主任的手。

“在当地医院，医生建议我们截肢，我们接受不了，真的接受不了，孩子刚上中学，太小了，呜呜……”

“我们知道这个瘤子很大，不仅要切骨盆，瘤子还把尿道、肠子、膀胱都挤压的很厉害，但我们相信您，求求您，保住我闺女的腿吧，她太想跳舞了。”一进门，小旭的父母就给郭卫跪下了。

……

每到周一、二的上午，在郭卫主任的诊室，总在上演着各种悲喜剧。

郭卫教授来自青岛，常说自己是粗狂型、脾气大。但一看到病人，从来都生不起气来。“他们奔着我来的，是何等的信任。我必须要尽我最大能力去做。”郭卫如是说：“好多不治之症被我们治了，好多腿应该截掉的被我们保下来了。病人给我们写信说，郭主任你一定要保重身体，你对好多病人是非常重要的，没有你，我们不可能有今天。看到这些，我们得努力呀！”

“医术精湛，医德高尚，仁心仁术，医之楷模，在世华佗，和蔼可亲，平易近人，耐心细心，真心相助，了不起，亚洲第一刀……”这些词高频率地出现在网站论坛病友对郭卫教授的评价中。

来自五湖四海的病人和家属自发留下感激之言：

“在我们几乎绝望时，是您高超的技术保住了孩子的胳膊，给了孩子第二次生命，让他有尊严的活下来。”

“让我记忆深刻的是手术当天您早上 6 点多就到了病房，当肿瘤切出来的时候您还亲自拿出来给我们讲解。这份敬业精神和对病人负责的态度实在让我感动，亚洲第一刀您当之无愧！”

“髋关节手术置换非常成功，不仅保住了生命还保住了腿，使我能重新站立行走，现在一天比一天好。”

“为母亲慕名去了您的门诊，果断的诊断和形象的比喻让我悬着的心放下很多，前一段时间的无能为力、走投无门的感觉也在今天忽然消失，觉得有了依靠。”

“您不仅给我妈妈成功做了手术，您还保住了她的肛门，手术中没有伤到她的神经，您真是在世华佗。”

“曾经都想放弃自己了，是您让我重新对生命燃烧起希望，骶尾部肿瘤很大，经过您之手我的神经基本全都保留住了，感谢您的救命之恩。在贵院我看到了太多生命垂危的人都有了第二次人生，多少需要截肢的病人都给予了保肢，多少病人垂危除了您全国都无法救治，特别钦佩您日复一日，每天那么多病人需要您做手术，我想象不到多大的胸怀才能做到如此！”

“您知道吗？您在我们病人眼里就是在世华佗，都称您为神医。有病友说有人病急去了国外，后来国外的医生介绍让他们来找您，想想我家的孩子是多么幸运，找到了您。孩子现在恢复的很好，活动自如。是您们给了孩子新的生命，我们全家永远不忘您们的救命之恩！”

“北大人民医院骨肿瘤科工作有序、高效、快捷，完全从患者的角度出发，为患者着想，不仅能‘保命’，还能‘保肢’，我们很庆幸找到了这么好的医生，这么好的团队。”

“清楚的记得，那天，您一看片子，就说妈妈的肿瘤是良性的，我感激的差点哭出声来。要知道，那之前的日日夜夜我们一家是在极度压抑绝望中度过的。感谢有了像您这样医术高超的医生给病人和家属带来了生的希望。”

“您做的保肢手术至今已经四年五个月了，孩子身体完全康复，上高一了，他们都说我儿子能恢复成这样简直是奇迹，我们全家无时无刻都在感谢您们全体医护人员给予孩子高超的医术和细致的呵护！”

“我 1999 年因骨巨细胞瘤是您亲自帮我置换了关节。14 年了，现在很好。一直想表达感谢，今天偶在网上看到了您，终于可以表达我心中多年想表达感谢之情。让我再一次对您说声：谢谢！”

“也许在你挽救的众多生命中已不

记得山东菏泽小女孩了。虽然没有看望，却一刻也不曾忘记您的救命之恩。十几年了，孩子很好，和正常人一样，她在烟台上大学，等她大学毕业后一定去北京看望您”

“左前臂上长恶瘤，两次手术复又生，无奈求医首都行，北大人医骨肿瘤；专家郭卫曲华毅，和蔼亲切体入微，细问症状和过程，安排住院鼓精神；时时关心查问看，真情诚意处处显，患者人人都称赞，医术精湛美名传。”这是一位来自宁夏的病人，他在 2011 年 4 月住院期间留下的手笔。

“您别太累了”，“您多保重身体”，“希望健康永伴你”……一句句祝福语，也寄托着病人和家属那份如家人般的牵挂和感激之情。患者疗效满意度 100%，态度满意度 100%，如同一幅硕大的锦旗，映照出郭教授与患者之间充分交流沟通和谐默契的医患关系，也让他更体会到肩上的“责任重大”，根本停不下救治的脚步。

骨肉瘤发病率虽并不高，但它是一种恶性度极高的肿瘤，专门“攻击”没有生活能力的青少年。为了保住患儿的患肢，至少 30 万的手术治疗费，让那些贫困家庭难以承受。郭卫身体力行，到各种场合呼吁大家关注骨肉瘤患儿。郭卫感言：我们苦有技术，却不能每每都帮到，期望更多人能关注他们，让他们活下来。

遇到经济困难的患者，郭教授想尽办法为他们减免医疗费用。那一年，听闻一位来自山东的女大学生因家庭困难要选择放弃治疗时，郭教授焦急万分，立即发动科室同事为她捐款 8000 多元，帮助她顺利完成了手术。

然而，一个人的力量可谓杯水车薪，太多的病人仍面临这样的困境。恰巧，一位香港商人的儿子患病找到郭教授医治，听闻郭教授“病人互帮互助”的想法，决定给予支持，于 2015 年成立“向日葵专项基金”，专门针对在北京大学人民医院以“骨肉瘤”诊断入院且家境贫困的 20 周岁以下患者进行援助。成立 2 年来，这项基金已资助北京大学人民医院 35 位患儿，最大 18 岁，最小 6 岁。

除了关注骨肉瘤贫困儿，郭卫每年圣诞都会去一个地方——骨肿瘤科化疗病房。骨肿瘤科患者中，儿童及青少年居多，在术前或术后需要化疗。一个个本应是无忧无虑、天真活泼的小心灵，却被漫长痛苦的化疗和高风险手术阴影笼罩着。“菩萨心”郭卫看着心疼，就选择圣诞这个童话般的节日，全科人一起聚集病房，给孩子们送去快乐和温暖，为他们加油鼓劲。孩子们巨崇拜这位棒叔叔，一起偷偷叠了满满一大瓶千纸鹤，硬塞在了他手里。

“亚洲第一刀”切瘤巨匠原来是这样炼成的

自 1998 年 7 月结束在美国学习，郭卫就回到了北京大学人民医院，在刚成立一年的骨肿瘤科工作至今，跟随骨肿瘤科成长近 20 年，他说自己很幸运。

攻读硕士期间，郭卫就跟随广州中山医科大学黄承达教授开始接触骨肿瘤专科，学习了骨肿瘤的基本诊疗方法与实验技术；博士期间，又跟随中国骨科泰斗、北京大学人民医院骨科建立者冯传汉教授

开展骨巨细胞瘤的研究，掌握了肿瘤细胞及分子生物学的知识及技能，为之后的科学研究及培养研究生奠定了基础。特别是回国以后，跟随骨肿瘤科首任科主任徐万鹏教授一起工作 4 年，学习到了大量的临床手术技巧，积累了处理复杂病例的丰富经验， 为之后自己独立临床工作及领导科室发展打下了坚实基础，也为后来自己成为科主任创新开展骶骨、骨盆肿瘤外科治疗奠定了基础。

骶骨、骨盆肿瘤由于不易发现，往往十分巨大。丰富的血管和中枢神经组织为肿瘤提供了天然庇护所，助其在盆腔疯长，整个盆腔的脏器都会被挤到一侧狭小的空间，肿物向上压迫腹腔，下极则骑跨过腹股沟韧带向大腿延伸，肾脏、膀胱、坐骨神经、股神经、髂动静脉、部分肠管、女子附件等重要脏器和大血管紧紧贴着肿物。而要在这个部位动刀子，手术创伤大、难度高，术后并发症却不少。在相当长一段时间里，骨盆都被视为骨肿瘤手术的禁区。特别是骶骨肿瘤前后路联合切除手术，被国外同行称为“Unresectable operation”（不可切除的手术）。那时，很多患者因局部肿瘤的快速进展而发展为截瘫，严重的疼痛让其痛不欲生，为此，一旦发现，唯一的治疗手段就是截肢。

想想看，在密布血管脏器的盆腔内把巨大肿瘤完整切除干净，是何等的困难。而比这更大的难题，是无法遏制的出血问题。郭卫回忆道：这是骨科领域公认的最难的手术之一。四肢肿瘤，可以打一个止血带来减少出血。而脊椎、骶骨、骨盆怎么打？这些部位血管神经丰富且累及多个脏器，每做一个手术就得出上万毫升血（一个 60 公斤的人全身血液约 4000~5000 毫升），别说出血给手术造成的困难，出这么多血势必增加并发症的风险，围手术期死亡率相当高。

2002 年下半年，郭卫开始担任骨肿瘤科主任。当时住院人数少，年手术量不足 200 例，每当看到病房空着的病床，他心里万分着急。科室在其他医院的竞争下如何生存发展成为燃眉之急，唯一的出路就是挑战疑难病例，做大手术，做难手术。为了带领这个年轻的科室突围而出，他迎难而上，决定捅捅这个“马蜂窝”，攻克骨盆、骶骨、脊柱肿瘤的手术切除及功能重建这个难题成为全科共同奋斗的目标。

1997 年在国际上率先开展儿童骨肿瘤切除、半关节假体重建的设计及临床应用；

2003 年开始探索骨盆肿瘤保肢治疗的技术方法，包括切除及功能重建方法；

2003 年设计使用椎弓根钉棒技术重建髂骨翼肿瘤切除后骨缺损，同时开始探索使用组合式人工半骨盆重建髋臼周围肿瘤切除后骨缺损，并于国际期刊及会议上首次报告了组合式人工半骨盆的使用经验；

2003 年国际首创高渗盐水肿瘤骨壳灭活再植术，取得了较为理想的临床效果；

2005 年开始采用经皮穿刺置入低位腹主动脉球囊临时阻断技术辅助骶骨骨盆肿瘤手术，有效降低了术中出血和创伤；

2007 年设计了骶骨肿瘤的外科分区及手术入路及骶骨恶性肿瘤的整块切除方法，开展了脊椎肿瘤一期后路全脊椎切除术（Tomita 术式），设计了保留骨骺的半限制性儿童特制关节，至今已成为儿童膝关节肿瘤切除后最为常用的功能重建方法；

2008 年设计研发钉棒连接半骨盆假体，用于骨盆 I+II+IV 区的切除后功能重建，成为国际上该部位切除最好的功能重建方法；

2009 年在国际上率先发表了骶骨神经源性肿瘤的外科分型及手术切除方法，已成为骶骨神经源性肿瘤经典的切除术式，且在国际上首创 I 期前后路联合全骶骨切除术，极大地缩短了手术时间，降低了手术并发症，围手术期死亡率低于 1%；

2012 年设计了单纯后路全骶骨切除术式，进一步缩短了手术时间、降低了术后并发症，且保留了患者的踝关节跖屈功能，还研发设计了第二代钉棒连接半骨盆假体，使得术中安装更为简便灵活，术后长期稳定性更好；

2015 年设计了 3D 打印组合式人工半骨盆假体，进一步优化了半骨盆假体的力学设计，增加了假体的骨长入功能。至今，临床使用 70 余例，取得了很好的临床效果，并发症大大减低，同年，设计使用了 3D 打印髂骨假体重建髂骨翼肿瘤切除后骨缺损，在国际上首创 3D 打印人工骶骨假体重建全骶骨切除后骨盆环的完整性，至今已使用 7 例患者，取的了较为理想的临床效果；

2016 年国际上首创骶骨肿瘤的分离手术，用于骶骨肿瘤姑息性切除后的大剂量放疗病例，降低了大剂量放疗的并发症；

2016 年开展 3D 打印组合式人工椎体的设计研发，已应用于临床。

……

这些成绩的取得，郭卫的功劳功不可没，源于他那双灵巧的“工匠手”。

原来，郭卫的手上功夫，还要追溯到更早的时期。经历过上山下乡运动的郭卫，在恢复高考考上医学院之前，曾经在工厂做了三年木匠。，他上大学之前曾做过木匠，“我经常开玩笑说，骨科大夫都应该在木工房锻炼锻炼。”

骨肿瘤的手术用到的器械多达上百种，是所有手术中最多的。这不仅是脑力劳动，更是繁重的体力劳动，术中敲、拧、凿、锯，都需要很大的力气。谈到“切瘤有方”，郭卫窃窃自喜：我幸亏学了医，我发现我对这个非常专长，特别是做了骨科大夫，以前所有的经历都没浪费，全用上了。我甚至有个想法，让我们骨科大夫都去做木匠活训练训练，应该好处不少。像瞄准部位，线锯锯的方向，凿子凿的方向……都是需要技巧的。

多年来，郭卫养成并让他受益终生的习惯，就是锻炼动手能力和外科基本功。当住院医师时，除了吃饭、睡觉，就是工作，抽空就读书。手术空隙，总是拿着钳子练打结，上厕所都不闲着，为此练就了一双熟练使用手术刀的手——被业内誉为骨肿瘤手术的“亚洲第一刀”。

敢于挑战手术“雷区”，为了患者有尊严的活着

有了木工的经历，加之骨科手术基础打得好，郭卫一有时间就爱琢磨：如何减少术中出血？如何即保肢又能切得干净？不同部位肿瘤怎么切？怎么能切的快又准？……

郭卫：要想做的好，就不能怕做难的。既然一开始就将科室发展定位于“精、尖、难”，那就需要我们敢于向手术“雷区”宣战。为此，骨盆、骶骨、脊柱肿瘤的手术切除及功能重建成为了科室发展的主攻方向。

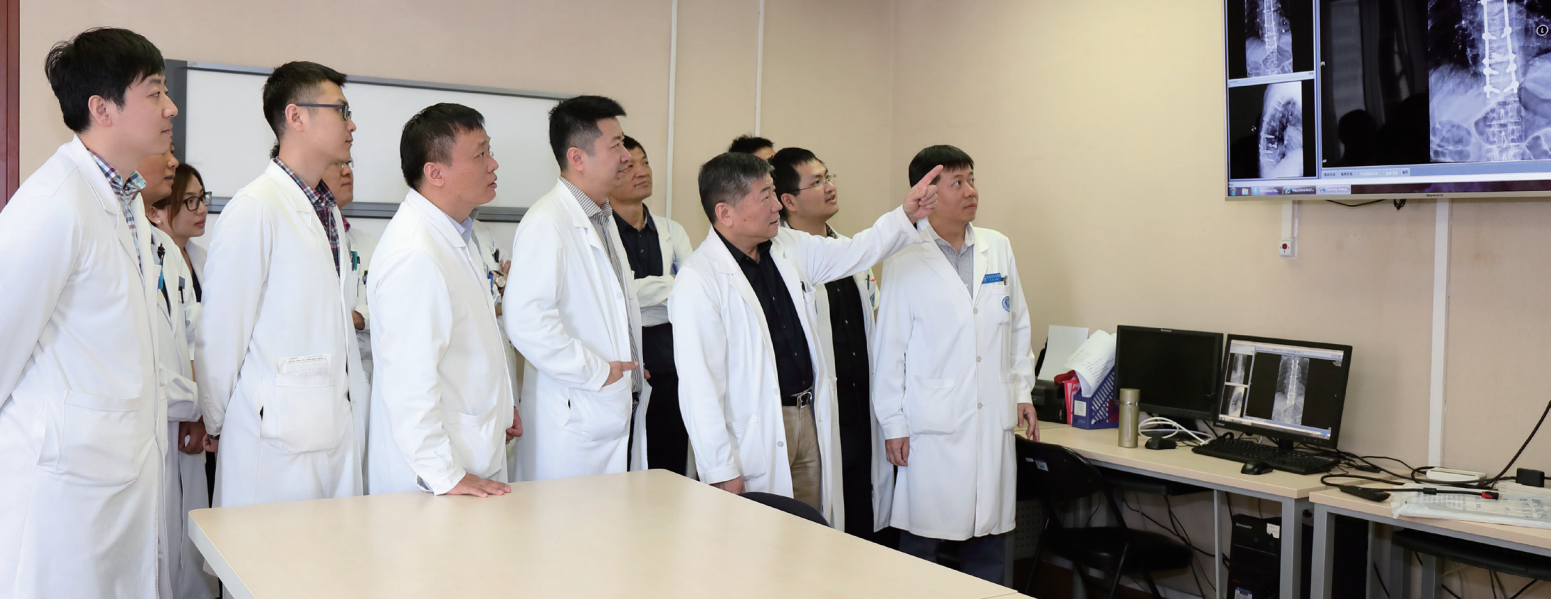
说干就干。首要问题就定在了解决术中出血。而当时，全世界范围内没有经验可以借鉴，一切全靠自己摸索。郭卫和他的团队，为此夜以继日，殚精竭虑。每做一个病人，就意味着整夜不能回家，守在病人床旁随时应对。

禁区一：骨盆术中出血。随着经验的积累和技巧的进步，郭卫团队成员已经将骨盆周围解剖谙熟于心，终于找到了控制出血的方法。郭卫：“既然不能用止血带，那么我们就引入血管外科球囊技术把腹主动脉阻断，腹主动脉阻断以后就相当于一个止血带。”郭卫团队创新性地应用球囊技术，将骶骨瘤手术的出血量一下下降到 2000 毫升以内，出血的难题解决了。2005 年开始，郭卫团队又把美国人在妇产科使用的球囊技术，应用在骶骨骨盆手术上，使得骨盆术中出血问题得到更加科学完善的解决。

禁区二：肿瘤切除范围。骨肿瘤是生长在骨骼上的良、恶性肿瘤。如果切除不成功，不但容易转移复发，运动功能也会由于骨骼的缺失而受损。因此，骨肿瘤手术有两大任务：切干净肿瘤，最大程度恢复肢体功能。对于肿瘤切除手术来说，外科边界是关键。郭卫说：“骨肿瘤就像煮鸡蛋里面的蛋黄，切肿瘤不能只切鸡蛋黄，要切掉整个鸡蛋，不能让蛋黄有残留，所以取出来时得有一层薄薄的蛋清包着它，才能有效降低复发率。”巨大的肿瘤往往侵及骨骼和周围的肌肉等软组织，要将肿瘤在安全的边界外完整切除，再进行重建，才能挽救患者的生命，同时保留肢体功能。一次又一次，成百上千次手术后，郭卫团队慢慢从实践中总结出一套理论体系——原发恶性骨肿瘤的规范化切除及功能重建。

禁区之三：四肢骨肿瘤保肢。上世纪八十年代末之前，四肢骨肿瘤的治疗常常不得不采取截肢的办法，而患者在失去肢体后也未必能保住性命。郭卫总是叹言：“这类患者，一旦发现就‘一截了之’。好好的一个人因为这颗瘤子就变成了半身人，太可惜了！”为此，郭卫广查文献，积极参与多种前沿学术活动，获取最前沿的治疗经验，率先在国内提出了恶性骨肿瘤保肢手术方法，通过实施规范的新辅助大剂量化疗缩小肿瘤 + 形式多样的保肢治疗，约有 90% 病人保住了肢体，5 年生存率也上升至 70%，堪比国际先进水平。郭卫：“保肢首先要把肿瘤切除的和截肢一样干净。这意味着你得会切，把肿瘤切下来，肢体还得保得住。”

禁区之四：骨转移癌。随着目前医疗水平的不断提升，大量恶性肿瘤病人的生存期不断延长，但随之而来的问题就是



转移性病灶的发生率逐渐升高。是由于骨骼组织血运丰富，恶性肿瘤细胞易于在此停留并繁殖，形成骨转移灶，其发生率仅次于肺转移和肝转移。多年来，大多认为恶性肿瘤一旦发生骨转移就已经没有手术治疗的价值，常采取消极的姑息对症治疗，但单纯的放疗往往容易发展为截瘫或病理骨折，病人生活质量受到严重影响，生存时间明显缩短。如今，骨转移癌治疗的观念也在发生转变，它已不再属于手术禁区，只要没有严格的禁忌症，在积极治疗原发病的同时可实施病灶完整切除，或通过手术解除脊柱压迫减轻病痛，从而改善生活质量。

作为全球完成骶骨、骨盆肿瘤手术例数最多（3000 多例）的郭卫，每每被国外专家赞叹手术技术高超时，仅仅笑笑说：亚洲人手巧。而明眼人都知道，为了让患者生活最大程度地恢复正常，从灭活截肢到决定采用人工假体，为了让骶骨、骨盆肿瘤病人术后还能继续行走，郭卫带领着这支甘于奉献、孜孜不倦优秀团队一直走在骨肿瘤诊治的创新路上：

1、四肢原发恶性骨肿瘤的保肢治疗：郭卫在国内率先设计和创新恶性骨肿瘤保肢手术方法，首创全肩胛带、全肱骨、全股骨、全肘关节等高难度假体置换手术；国际上首创“高渗盐水灭活肿瘤骨回植”的功能重建技术；为解决儿童骨肿瘤患者术后肢体不等长的难题，设计了半关节假体、保留骨骺的半限制型肿瘤假体等，获得国家专利。恶性骨肿瘤保肢率达到 90%，治愈率也从原来的 20% 大幅提高到 70%。

2、骨盆恶性肿瘤的切除重建：郭卫在国际上首先提出恶性肿瘤累及骨盆不同区域的规范化切除和功能重建策略，总体疗效居国际领先。设计使用的组配式半骨盆假体获得国家专利，成为国际公认的髋臼周围肿瘤切除后功能重建的最佳方案。郭卫在国际上该领域发表了数篇高水平论文，被美国 NCCN《骨肿瘤治疗指南》引用，成为国际同行广泛认可的骨盆肿瘤治疗策略。

3、骶骨恶性肿瘤的切除：在骶骨做手术，公认的难度高、风险大，而在骶骨肿瘤切除重建方面，骨肿瘤科被公认为国内最高水平，年均完成手术 230 余例，数量及难度均居国际之首，其中全骶骨切除方法及结果均达到国际先进水平，并努力降低围手术期死亡率及并发症，将失血量降低到不足 2000ml。

4、脊柱肿瘤的外科治疗：郭卫在国内率先开展脊椎肿瘤一期后路全脊椎切除术；在国际上，郭卫最先设计骶骨肿瘤外科分区和常见骶骨肿瘤分型，首位报道线锯法一期后路全骶骨切除的新术式，率先应用腹主动脉球囊阻断技术辅助完成骶骨肿瘤切除的大宗病例研究，该技术的应用使手术出血由原先的平均 10000ml 降低至现在的 1500ml，大大降低术中输血量，取得巨大的社会效益。

暴脾气严师，十年将团队挤身国际一流

郭卫做手术，通常在七号手术间。由于他做的手术都很大，通常前后路一起做，中间需要给患者改变两次体位，所以需要准备器械和辅料包自然不少，单单基础骨科器械就需要 8 个包，平均每个包 50 件器械。还有重建的器械 5 盒上百种。每盒器械都得近 30 斤重。

每每到手术最关键时刻，他的徒弟们、手术护士都会不自觉的紧张起来。郭主任的暴脾气，几乎人尽皆知，一旦因没夹准血管、肌肉牵拉的方向有偏差、术位调整不正或手术器械没递准时，他便会大发雷霆，毫不留情。

“你怎么一到临门一脚就不行，赶快给我夹住！”

“往这边夹，你看到了吗？给我止好血！”

“你往哪边按呢？往那边按，你这跟我较着劲，我怎么做！”

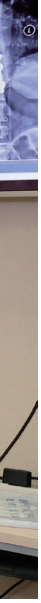
“说你不行，你还不听，回去给我好好练练基本功！”

“递个假体，拿好了，不知道这得多少钱吗？万一弄掉了，怎么跟病人交代？”

……

他常常教导他的弟子们：手术的每一个环节都不能懈怠，做木匠活儿，没做好可以再做一次；给人做手术，没做好再做一次是不可能的。

跟随郭卫手术已经 2 年 4 个月、没少挨骂的手术室护士匡思琪，却特别理解，甚至超级崇拜这位“牛”主任：在这里，虽说我是被“骂”大的，虽说很累很辛苦，但我一点都不恨主任，反而越来越理解崇拜他，因为郭主任在手术台上从不放弃，帮助一个个生命保住了腿，留住了命，改变他们的一生啊！能和郭主任这样的国际大咖，与这样优秀的团队一起配合上手术，完成一例例巨大肿瘤且超级复杂的手术，



骨肿瘤科合影

真的是一种超自豪很有成就感的事！

2010 年 4 月进入骨肿瘤组的手术室护士李海霞，与郭主任搭档也有 7 年多了，她直言：郭主任是一位有正能量，有正义感，直爽，追求完美的好主任！虽说每天工作时间很长很累，可是看到主任为患者去除病痛，我也能参与其中，真的很骄傲！主任总说不忘初衷，他就是这样一个一个为病人解决病痛的。

郭卫强调：不严怎么能带出一个好队伍，团队精神很重要。医院规定早上八点上班，郭卫要求科室所有人七点前必须进病房，在八点前完成换药、查病人和下医嘱，为之后的正常工作做好充足准备。每周一次的大查房，更是一早 6 点半开始，严冬酷暑从不例外。

在骨肿瘤科，团队都买郭卫的账，认定了这位“霸道”师傅。因为这个师傅“不抠门”，总是尽自己所知、所能去培养弟子。在他们眼里：“有责任心、进取心的郭老师特有大哥样儿，有难冲在前，有福大家享，全心全意地带团队，工作中特别严厉，工作之外待人宽容、有求必应，所以这个科室的人都特别齐心”。

“教会了徒弟，饿不死师傅”。郭卫每年都会派一个学生出国，并尽量让其携带家属，充分关心照顾他们的生活，让每一位骨肿瘤人都能有平等的深造机会。

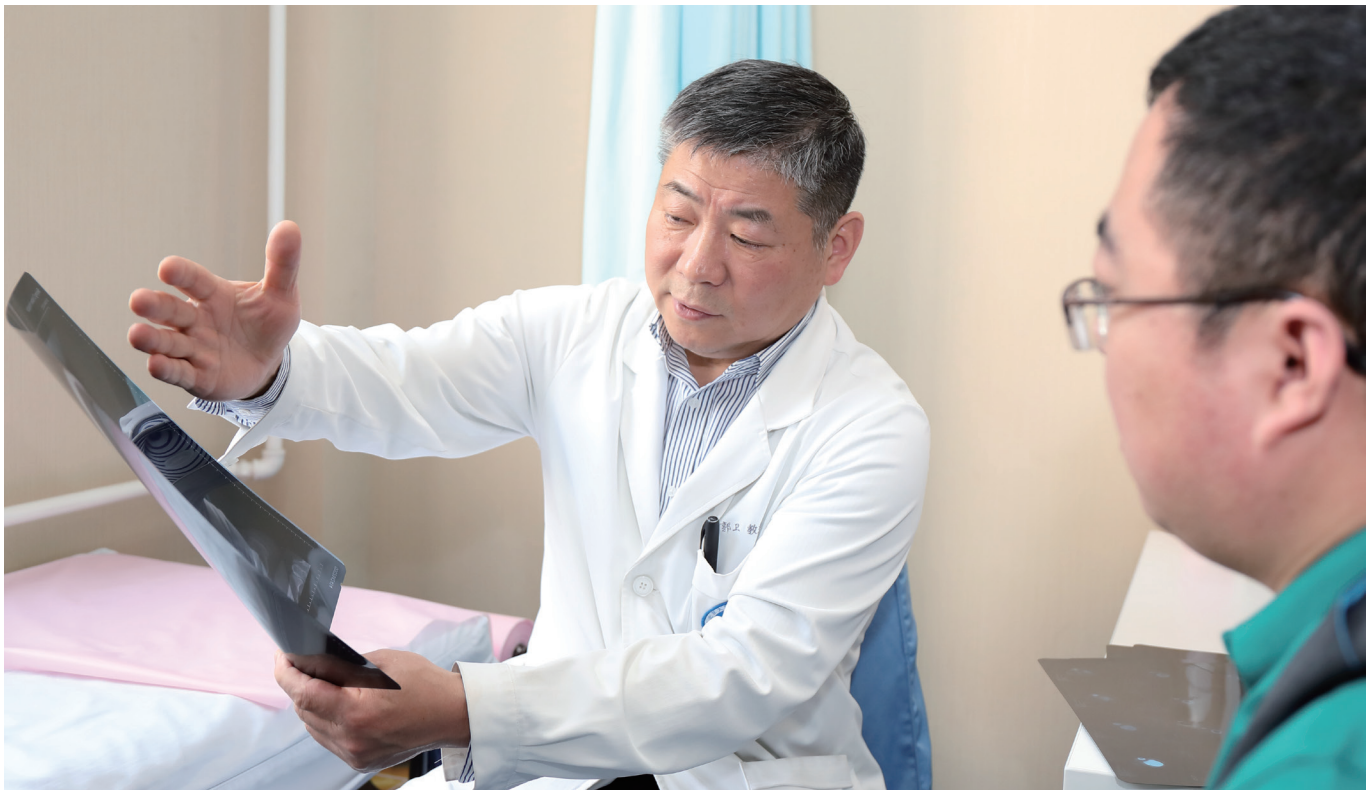
因为过硬的技术、严格的管理、规范的切除重建方法、娴熟的配合……在国际上需要多个团队参与，48 小时完成的前后路骶骨肿瘤切除手术，郭卫团队仅需要 5~6 个小时。郭卫自豪地说：这个数字肯定是全世界最高的，我们一年做美国人十年的。

正是这种不服输、勇于创新的劲头，在这场骨肿瘤保卫战役中，郭卫带领他的团队，从无到有，从好到精，一点一点突破，一项一项创造，历时数年。

如今的郭卫已经站在了骶骨和骨盆肿瘤治疗的世界最前列。他为大量患者成功地保留了肢体功能，开创性地解决了骨盆肿瘤整块切除及骨盆环重建、儿童保肢、骶骨肿瘤整块切除等世界性难题，他奠定了我国在恶性骨肿瘤治疗领域的国际领先地位。

医学发展永无止境，花甲师傅不敢停步

2013 年，中华医学科技奖在北京揭晓，郭卫团队承担的研究项目“原发恶性骨肿瘤的规范化切除及功能重建系列研究”在 200 多个项目中脱颖而出斩获一等奖。课题组在国际范围内首先提出恶性肿瘤累及骨盆不同部位的规范化切除和功能重建策略，不仅使骨肿瘤患者的保肢率提升到 90% 以上，还捎带脚儿破解了骶骨、骨盆等部位骨肿瘤切除的国际性难题。凭借它，郭卫又走上了 2014 年国家科技进步奖二等奖的领奖台。在他的积极倡导下，恶性骨肿瘤规范化治疗理念已推广至全国绝大多数三甲医院，极大提升了



国内骨肿瘤诊疗水平。

2017 年，骨肿瘤科已走过二十周年的不平凡历程。这些年，随着科室医疗水平的不断提高，越来越多的患者慕名前来就诊，科室规模不断扩大，由创建之初的一个病房 27 张病床，发展至今天的 2 个病区 99 张床，共收治骨与软组织肿瘤患者 17000 余人，手术患者超过 16000 余人，不断引领中国骨肿瘤诊疗事业发展，其中长达 20 年的骨巨细胞瘤系列研究在国内外学术界广受关注，逐渐发展成为国际著名的骨肿瘤治疗中心，在国际上占有重要的一席之地。

如今，作为北京大学人民医院的“王牌科室”，骨肿瘤科平均年收住院病人 2000 余例，年平均手术量 1700 余例的傲人成绩，非但没让郭卫的脚步放慢，反而疾步向前，每天的手术依然排的满满当当。

荣誉加身，不忘初心。早已过了天命之年的郭卫常常“抱怨”：我还有太多的事情要做。

一个学科光手术做得好，没有创新、没有学术地位、没有传承是不成的。

1997 年，郭卫首次代表中国人去纽约参加国际保肢协会（ISOLS）大会并做口头发言。当时国内鲜有人知道 ISOLS。郭卫认识到这个平台对中国人走向国际的重要性，回国以后几乎年年参加，2005 年开始组织国内同道组团参加，让越来越多的中国医生走向国际舞台；

2004 年，郭卫第一次在香港参加了亚太骨肿瘤协会（APMSTS）年会，并在 2008 年在北京成功承办了第七届 APMSTS 年会。这些会议的参与及承办，为学科及全国的骨肿瘤事业发展起到了巨大的推动作用，让世界认识到中国骨肿瘤的巨大进步，也让国内同道了解国际发展势态；

2005 年，郭卫当选中华医学会骨科学分会骨肿瘤学组组长，在历任四届的 12 年里，他足迹遍布全国，去讲课、去会诊、去手术，为科室宣传，扩大影响，并积极推动国际交流合作；

2008 年、2016 年两次出版《骨盆肿瘤外科学》，总结 20 年来骨肿瘤科包括手术入路、切除方法、术中控制出血、功能重建方法及并发症处理等方面的骨盆、骶骨肿瘤外科切除及功能重建方面所取得的经验成果；

2009 年，第 14 届骨肿瘤国际保肢大会暨美国肌肉骨骼肿瘤年会在美国波士顿召开，郭卫带领国内 20 余位同道参加会议发言及主持。在此次会议上，郭卫当选第 15 届 ISOLS 主席，并获得 2011 年国际保肢大会在北京的主办权。这极大的提高了骨肿瘤学科在国际上的学术地位，在国际、国内造成一定的影响。这在中国是第一次，为国人赢得了声誉；

2010 年开始，连续七年举办“脊柱骨盆肿瘤外科治疗学习班”，为全国骨与软组织肿瘤学界提供交流平台，共享脊柱、骨盆肿瘤外科治疗的先进经验，提升全国骨与软组织肿瘤专业水平，培养了大量骨肿瘤专业人才，将骨盆、骶骨肿瘤外科治疗方法推广至全国乃至世界。

中华医学科技奖一等奖、国家科技进步二等奖、吴阶平—保罗杨森奖，国际保肢协会主席、亚太地区骨与软组织肿瘤学会主席，沉甸甸的奖项和职务，是对郭卫多年付出的肯定。他还先后在

国际上发表 SCI 论文 51 篇，影响因子合计 111.534，引用 342 次。中文论文 188 篇，国内引用 812 次。主编出版骨肿瘤专著 11 部，主编的《骨盆肿瘤学》是国际上唯一一部有关骨盆肿瘤切除和功能重建的技术专著。至今，郭卫已培养博士研究生 60 余名。从 1997 年开始累计接收骨肿瘤专业进修医生 300 余人。“这些年我觉得最大的成就是，把这个肿瘤规范化切除，还有规范化的功能的重建，写到教科书里，再去指导更多的医生。”郭卫感言。

亲历骨肿瘤科 20 年的发展，郭卫感慨万分，作为科主任写下了自己的心声：良好的团队及宽松自由的工作环境，做到人尽其才、物尽其用，充分发挥每个人的特长及能力；荣辱与共、共进共退，调动每个人的积极性，每个人都是大家庭的一员，情义和侠义是团队的核心；注重人才培养及团队建设，团队中多数人都有国外学习工作的经历，都有从事临床及实验研究的训练；重视创新研究，每年都有新的亮点出现；居安思危，不断努力，雄心、决心、责任心是科室进步的根本。

看到骨肿瘤科的可喜发展，多位院士专家纷纷题词，给予了高度的肯定：

中国工程院院士、北京大学医学部主任詹启敏教授题词：支持和引领我国骨肿瘤诊疗事业发展。

中国工程院院士、著名骨科专家北京协和医院邱贵兴教授题词：不畏艰难个攻绝症，柳暗花明又一春。

中国科学院院士、全国政协副主席韩启德教授题词：继往开来追求卓越，锲而不舍铸就辉煌。

中国工程院院士、著名呼吸病学专家钟南山教授题词：继承先辈传统，再创中国特色。

为我国骨科发展和医院建设做出突出的贡献的中国骨科泰斗、北京大学人民医院骨科建立者，今年已是 103 岁的北京大学人民医院老院长冯传汉教授深有感悟，他说：“作为科室创建亲历者，我有幸能够看到她由弱小的婴儿成长为强壮的青年，并希望她继续不断发展壮大，为提高我国骨肿瘤的治疗水平添砖加瓦。回首历程，缅怀师友，感慨系之。而瞻望前景，复激扬壮心。”

记者手记

我曾是一名儿科护士，到了 2000 年，已经是掌管儿科血液组的护理组长，那时儿科病床主要收治白血病患儿和有病的新生儿，对骨肿瘤科的认识就是从那时开始的。2015 年，北京卫视计划推出一档纪实类专题节目《生命缘》，我带着编导在医院转悠找话题，手术室外等候区一位焦急等待的清秀姑娘引起了我的注意，上去攀谈，原来她是一位中学语文老师，她的那个他更是帅气迷人，恩爱幸福的小两口甚是惹人，而此时的他却因为巨大骨肉瘤躺在手术台接受高风险的手术。虽说一直不安地搓着手、踱着步，但从她的语气中却能感受到她的“信心满满”，因为主刀医生是郭卫。

没过多久，寻叫患者家属的声音传来，姑娘快速移步到手术室门口，身着一身手术服的郭主任手里抱着一个用手术巾包裹的血肉肿物，跟姑娘交代着：“我们尽最大努力尽量把肿瘤切干净，还保住了他的右臂，你爱人很好，你放心！”手术进行的如姑娘所料“非常顺利”，不仅成功剥离了恶瘤，还保住了肢体，姑娘一时泪冲眼眶，激动并哽咽着，向郭主任深深鞠躬：“谢谢，谢谢您，郭主任，谢谢您救了他！”因为她深知这几个月来，他们辗转了多少地方，被拒绝了多少次，等死的命运让他俩彻底绝望、抱头痛哭甚至想到了一起死。

之后的“故意”接触，缘于骨肿瘤科成立 20 周年，短短 10 年就将骨盆重建和保肢技术跻身世界水平深深吸引了我，所以决定走进骨肿瘤科，走近郭卫主任，好好探寻一番。

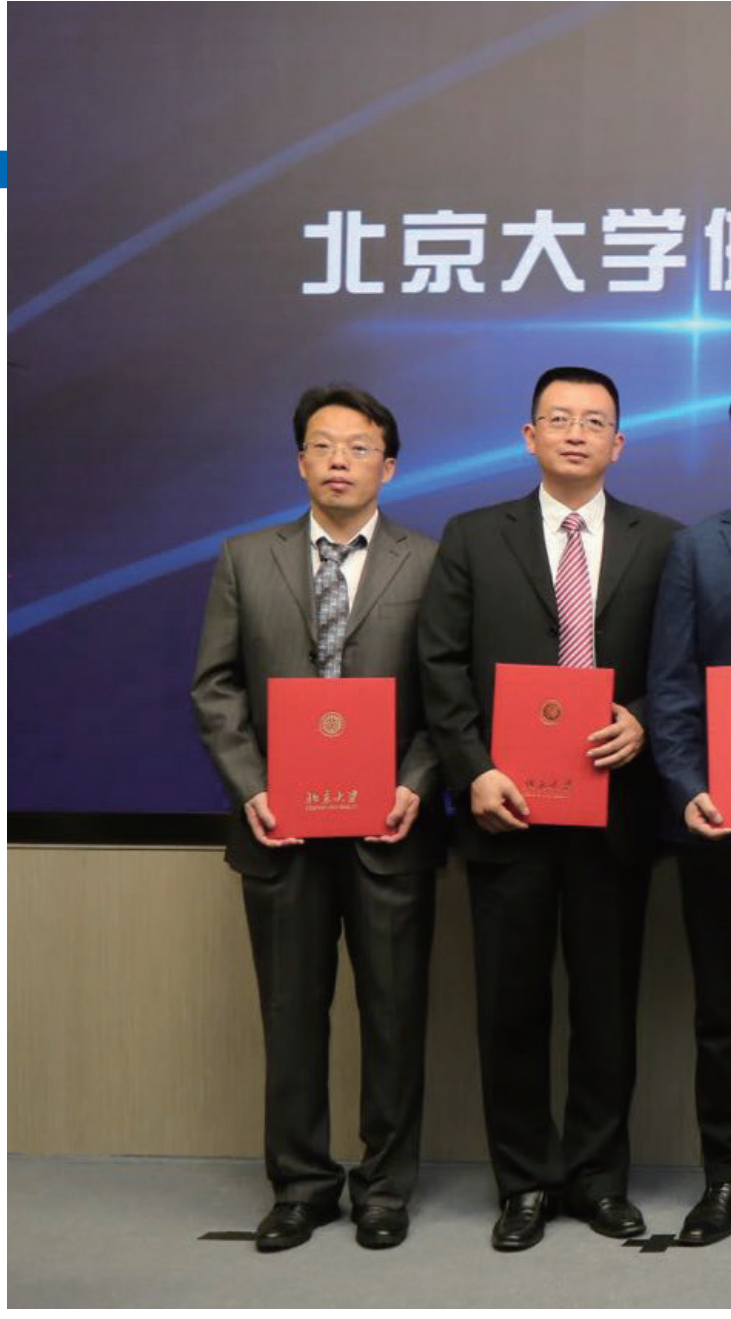
骨肿瘤，顾名思义，骨头上的肿瘤，来到这里的大多是恶性肿瘤或是转移瘤，每位病人基本都是辗转多家来到这里，这里是他们最后的希望。可是，对于我这位门外汉来说，骨肿瘤都长在哪里？哪些是致命的？巨大肿瘤是如何剥离干净的？又是如何实现保肢的？切除了骨盆的病人又是怎么站起来的？……. 化疗能说个一二的我，对手术、重建等外科技术可谓一片空白。为此，我开始“紧跟”郭主任，每周一、二上午的门诊，每周四一早 6 点半准时开始的全科查房，每周一至五的全天两台大手术以及各种相关的学术活动等等，多方位去了解他本人、他的病人、他的同事和他的科室。

从紧跟到成稿历时一个多月，亲历了郭主任对病人的仁慈心软、对团队的严苛要求、对技术的积极探索和对家人的疏忽照顾，更深知和相信，有这样的领头羊，骨肿瘤科的发展前景不可估量。

张路霞

大数据·大梦想

■ 记者 / 《北医人》 徐璐



人物简介

张路霞，北京大学医学部临床医学专业博士，哈佛公共卫生学院公共卫生专业硕士。

现任北京大学健康医疗大数据国家研究院院长助理，北京大学健康医疗大数据研究中心常务副主任，北京大学第一医院肾内科主任医师、教授。

自 2004 年以来致力于慢性肾脏病的流行病学研究，先后就我国慢性肾脏病的患病率、危险因素及慢性并发症、患者管理模式等展开了若干国内领先、国际先进的科研工作；在国内率先开展健康医疗大数据在肾脏专科领域的研究。

近 5 年来主持各类纵向研究基金 6 项，在 N Engl J Med，Lancet 和 Br Med J 等国际期刊发表研究论文四十余篇。

作为第二完成人获得“2015 年中华预防医学会科学技术奖二等奖”、“2015 年北京市科学技术奖三等奖”。

曾入选教育部新世纪人才；获中华医学会肾脏病学分会“青年研究者奖”。

为落实《国务院办公厅关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》（国办发［2016］47 号）有关要求，助力“健康中国”建设，充分利用北京大学健康医疗大数据相关领域学科齐全、人才聚集、基础雄厚等综合优势，经与国家卫生健康委员会、中国卫生信息与健康医疗大数据学会的长期沟通，研究决定由北京大学与中国卫生信息与健康医疗大数据学会共同建设“北京大学健康医疗大数据国家研究院”。

国家卫生计生委原副主任、中国卫生信息与健康医疗大数据学会会长金小桃、北京大学常务副校长、医学部主任詹启敏担任共同院长，北京大学信息科学技术学院院长黄如院士、北京大学医学部副主任张宁教授担任副院长，张路霞教授、黄安鹏教授担任院长助理。

“特殊”的成长路径

1994 年，张路霞考入北京医科大学（现北大医学部）五年制临床医学本科，毕业时保送北京大学第一医院肾内科研究生。若按常规培养，张路霞将和其他同学一样，经历住院医师、住院总医师、主治医师。但张路霞的培养路径出现了一个“偏向”。

2002 年，肾脏病学界发生了一件世界范围内极具影响力的大事。长期以来，学术界对肾脏病没有统一的定义。这一年，美国肾脏基金会（NKF）首次对慢性肾脏病（CKD）进行了简明定义并统一了诊断标准，这使得在人群中开展大规模流行病学调查具备了可操作性。一时间，全球范围内开展了大量的肾脏病人群研究。这些研究结果表明，肾脏病的人群发病率约为 10%。这时，大家才认识到，肾脏病亦是常见病。

比起国外肾脏病研究的风生水起，国内的研究却悄无声息。两年之后，北京大学第一医院肾内科的王海燕教授勇扛大旗，率先在北京石景山地区，以国际最新肾脏病诊断标准，开展了我国第一个肾脏病人群研究。

“王老师当时觉得我数学思维比较好、头脑比较灵活，于是让我来做这件事。”张路霞回忆。此时是张路霞攻读博士研究生的最后一年。这是她第一次进行流行病学研究，面对这个 2 千多人规模的研究，如何进行研究设计，如何收集数据，如何分析数据……张路霞边干边学边琢磨。

2004 年 8 月，张路霞面临一个选择。与她同期的博士研究生都开始进行主治医培训，而研究项目也进入到关键的数据分析、文章撰写阶段。

当时，有前辈劝她：“主治医培训对于临床医生非常重要，一步落后步步落后。”经过考虑，张路霞还是决定将研究工作进行到底。“我当时想，不管怎样这项研究我要坚持做完。哪怕临床上落后于同届同学，我也认了。”

事实上，这种临床和研究的矛盾永恒存在。“很多临床大夫都是白天管病人，

张路霞在哈佛大学公共卫生学院。

晚上读文献、写论文。”张路霞说。

而当年之所以做出坚持到底的决定，张路霞认为主要是出于对王海燕老师的敬仰和信任。“因为是王老师看准的方向，她愿意让我来做这么重要的事情，我就不能计较个人得失，就要把这件事情做好。”

确实，王海燕教授独具慧眼，她认为张路霞有潜质能够成为肾脏内科与流行病学的跨学科人才。日后，她又支持张路霞出国留学，接受正规的流行病学培训。

2008 年，张路霞受国际肾脏病协会资助，赴美国哈佛公共卫生学院攻读公共卫生硕士学位。这段学习经历在张路霞职业生涯中起到了非常重要的作用。

“经过这两年的系统学习，我从一个在实践中自学的门外汉，变成了一个能够跟公共卫生专家合作、对话的内行人。”有过流行病研究实践经验的张路霞，深刻感受到自己知识和能力的短板所在，因而在学习中，就更能抓住要点，提升很快。

这段学习经历，也让她越来越认识到：“做医生无论多么努力，治愈的病人总是有限的；而公共卫生从人群角度发现问题、解决问题，能让更多的人受益。”

瞄准学术前沿

回国之前，张路霞还有点担心：会不会学到的用不上，没活干？

但北大医院肾内科学术氛围浓厚，王海燕教授、赵明辉教授等学科带头人紧跟国际学术发展方向，具有敏锐的洞察力，他们非常支持张路霞这样的临床—科研两栖型人才的发展，更支持她建立自己的研究团队。

回国后，张路霞参与了由王海燕教授牵头的“全国慢性肾脏病流行病学调查”。这是一个涉及 13 个省市、自治区的全国性横断面研究。该研究历时 4 年，对于全国近 5 万名 18 岁以上成年居民进行了慢性肾脏病的调查。研究结果于 2012 年在《柳叶刀》杂志刊出，张路霞是并列第一作者。

这一研究在国内外产生很大影响，引用量过千，成为肾脏病流行学研究中里程碑式的文章。研究结果显示，我国成年人群中 CKD 的患病率为 10.8%，这表明慢性肾脏病已经成为我国巨大的公共卫生挑战。

在接下来的几年里，张路霞逐步成长为成熟的肾脏流行病学专家，带领团队做出了许多重要研究。

2016 年，张路霞副教授作为第一作者，在《新英格兰医学杂志》上发表论文“中国慢性肾脏病疾病谱的变迁”，研究显示，在 2011 年，中国肾脏病疾病谱发生了一个交叉，糖尿病肾病的发病率首次超过了肾炎引起的肾脏病，且随时间的延续，趋势愈加明显。这个成果最后形成政策建议，上报原国家卫计委和世界卫生组织。

在进行流行病人群研究的同时，北大肾内科更是瞄准了学术前沿。

2014 年，由王海燕教授提议，张路霞带领团队着手建立了中国肾脏疾病数据网络（CK-NET）。“大数据”的概念开始渗透在张路霞研究工作的日常。而随着“大数据”技术的日益成熟，CK-NET 得以高速发展。

目前，中国肾脏疾病数据网络整合中国多源肾脏疾病数据，利用机器学习等前沿的数据分析方法，为医疗决策提供基于数据的证据支持，开展高水平科学研究，进而促进对肾脏疾病的有效管理。目前可用的数据涵盖了超过 100 万人群的若干大型数据库，可用的数据来源包括国家级监管数据、社保数据、多中心队列研究数据和区域性电子病历数据等。

基于 CK-NET 框架，张路霞团队在 2017 年 6 月，完成了一份近 200 页的《中国肾脏病年度科学报告》，具体描述了中国肾脏病的各方面阶段性研究结果。该报告发表在国际肾脏病领域著名的《美国肾脏病杂志》（American Journal of Kidney Disease），并成为封面报道，该杂志并特意配发了题为《CK-NET: 大数据，大梦想》的述评。

可以说，在健康大数据研究领域，北大医院肾内科抢得先机，占据了高点。2016 年，他们参与推动了北京大学健康医疗大数据研究中心的成立，张路霞担任常务副主任。

“一方面，我们北大医院肾内科有着追踪国际学术前沿的传统，这是王海燕教授尚在世时就奠定的；另一方面，做事踏实，有很强的决心和执行力，能将新想法在不熟悉的新领域中落地。”张路霞总结他们的经验。

迎接大数据的挑战

2018 年 4 月 28 日，北京大学健康医疗大数据国家研究院正式成立。中国卫生信息与健康医疗大数据学会会长金小桃，北京大学常务副校长、医学部主任詹启敏

张路霞参加美国肾脏病年会。

担任共同院长，张路霞任研究院院长助理。

从“研究中心”，“升级”到“国家研究院”，北京大学在医疗大数据研究领域的定位发生了改变。“作为研究中心，我们会希望自己深钻某一领域，取得成果获得认可；现在我们是国家研究院，这就要求我们业务覆盖的面要广，要密切配合国家的需求。”张路霞解释。

随着“大数据”在全球范围内的升温，2015 年，十八届五中全会首次提出“国家大数据战略”，习近平总书记多次强调加快建设数字中国。

2018 年 2 月 5 日，世界著名医学期刊《英国医学杂志》（BMJ）在线发表了张路霞等人题为“Big Data and medical research in China”的述评性文章。文章介绍了“中国的大数据与医学研究”的最新进展，指出“促进大数据在医疗领域的应用已经成为我国的重要战略”。

作为人口大国，中国面临着医疗资源配置不均衡、供需结构失衡、医保收支压力大等困境。大数据与创新数据应用技术的融合极有可能给医学研究和对疾病、健康的理解带来颠覆性的变革，也极有可能让我们找到中国医疗困境的突破口。

配合大数据国家战略需求，健康医疗大数据国家研究院设立了：发展战略规划部、资源评估与管理部、安全伦理与法律部、技术标准和行业规范部、核心技术部、服务平台部、示范应用部、教育与培训部等部门。

“智库”将是国家研究院承担的重要功能。“我们将围绕健康医疗大数据的国家战略目标与需求，提供理论支撑、证据支持和形势预测，并提供规划和策略建议。”张路霞说。

“健康医疗大数据质量和价值评估”是国家研究院的另一项重头工作。

二十年前，大数据被定义为“海量（volume）、高速（velocity）和多样（variety）的信息资产”，而今真实性（veracity）和价值（value），成为描述大数据重要特征所必需的新维度。

在过去的十年中，国家加大了对医疗信息化的投入，中国拥有着大量的数字化医疗数据，在大数据领域具备天然优势，但数据的标准化问题则是制约其发展的最大瓶颈。

“中国现有超过 300 家的医院信息系统供应商，采用不同的技术架构和数据标准。即便是同一个医院，往往可能使用十几家甚至二十家供应商来支撑其信息化业务。而且，不同的健康医疗机构间没有数据交换的系统性需求。”张路霞介绍。“同时，中国缺乏统一的、能够广泛应用的医学术语体系。”“此外，中国转诊体系尚未完善，各地医疗质量差异大，病人流动性大，很难捕捉到一个人规律的随访资料。” 这些问题都将直接影响大数据的质量。

国家研究院正着手建立数据评估体系。“我们希望把数据科学、生物统计、卫生政策、医疗信息等各领域专家的意见整合，最后形成一整套方案。”张路霞说。

同时，国家研究院也启动了关键共性技术的研发。“包括如何汇集不同数据，如何处理非结构化数据，如何保障数据安全、隐私等关键技术。”

隐私问题也是健康医疗大数据应用中一个极其重要的问题，但目前中国还未有针对大数据的相关法律和法规。国家研究院正在草拟专家共识，以期对业内产生广泛影响。

“数据本身不是目的。”张路霞常传达这样的理念。“我们希望从数据中提取信息最终变成智慧。”相比起业内对数据本身的过多关注，张路霞更关注数据如何产生价值。

“有价值的医疗大数据应用，一定是问题驱动的，即是要解决健康医疗中最迫切的问题。”张路霞表示。“因此，我们亟需医疗研究人员与数据科学家的深度融合，提出有价值的医疗问题，然后通过机器学习、深度学习、增强学习等数据科学方法对数据进行处理和分析，最后实现数据应用、人工智能。”

但现实是，数据科学家和医疗专家学术层面的深度融合很难实现。“一方面，临床专家太忙；另一方面，数据科学家往往把医疗问题看得过于简单，但事实上医学的专业壁垒很高。”张路霞解释。

国家研究院正在筹建新兴交叉学科，培养数据科学和医学的跨学科人才。“通过学科交叉人才来打破这两个行业之间的壁垒，把对话的渠道真正的建立起来。”走了学科交叉道路的张路霞，同样寄希望于培养新型交叉学科人才来推动中国医疗大数据的发展。

依托北京大学的医疗、学科、人才优势，北京大学健康医疗大数据国家研究院未来要做的事很多，张路霞对此踌躇满志。她更期望：随着中国医疗大数据的发展，中国的医疗服务效率更高，医疗服务质量更均衡。

郭莉萍

故事是患者送给我们的礼物

■ 记者 / 《北医人》 韩娜

在聊天中获取线索，听起来是不是很像侦探小说或者破案故事中的情节？事实上，这一幕也可能发生在医院的诊疗室里。

一位女患者因感染入院，但是却怎么都查不到感染源。主治医生通过与患者的反复聊天，了解到她来月经时的护理方式是使用棉花，这才解开了谜团。

从患者的故事当中得到诊断线索，在现实中确有其事，在这个案例中，立了大功的是患者向医生讲述的关于疾病的故事，而这个背后，隐藏着医学人文的一个新兴领域——叙事医学。

叙事医学：让医学人文落地的工具

医学人文的发展经历了一个从批判到改善的过程。过去，医学人文所做的事情是对医疗过程中的去人性化趋势进行批判，当人们认识到医学的中心应该是人而不是疾病的时候，就需要一个改善的工具。就在这个时候，叙事医学的概念就应运而生了。

2000 年，哥伦比亚大学长老会医院内科医生、文学学者丽塔·卡伦（Rita Charon）首先提出“叙事医学”（Narrative medicine）这个概念。

卡伦认为，所谓“叙事医学”是指用叙事能力来实践的医学，在于建构临床医生的叙事能力，它是一种吸收、解释、回应故事和其他人类困境的能力，这种能力有助于临床医生在医疗活动中提升对患者的共情能力、职业精神、亲和力和自我行为的反思，其核心是共情与反思。

2006 年，卡伦出版了《叙事医学：尊重疾病的故事》一书，详细阐释了什么是叙事医学、叙事医学的益处以及如何培养叙事能力。

从叙事医学的观点来看，疾病不仅仅是一种生物学现象，而是一个故事，同样的疾病，不同的患者，衍生出不同的故事。医生及照护者需要对患者的疾病体验进行意义阐释，文学叙事的分析方法可以为疾病的意义阐释提供有价值的参考和启发，增强伦理困境中不同视角之间的相互理解。

叙事医学不是将医生变成“作者”，而是变成更好的医生。医生通过倾听患者的叙事、进行反思性写作、和同事进行沟通和交流、反思医学的社会教育功能，不仅有助于调整日益紧张的医患关系，还能够增加同事之间的凝聚力。

把叙事医学介绍到中国的第一人，就是北京大学医学人文研究院的郭莉萍教授。

郭莉萍和叙事医学的结缘始于 2008 年。2008 年，郭莉萍到德州大学医学院（UTMB）做访问学者，在医学院的医学人文研究所上了一个学期的课程，从而开始接触叙事医学，并对这个领域产生了浓厚的兴趣。

课后，郭莉萍开始研究叙事医学的学科史，并于 2009 年对叙事医学的先驱卡伦进行了访谈。

回国之后，郭莉萍开始向国内介绍叙事医学，并发表了一系列相关文章。2011 年 11 月 4 日，在时任医学部主任韩启德院士的推动下，在北医召开了第一次国内关于叙事医学的座谈会，来自医学人文研究院、医院、作家、文学评价家、媒体的代表们对什么是叙事医学、如何实践叙事医学进行了讨论。

2012 年，宣武医院开始在院内通过

人物简介

郭莉萍，北京大学医学人文研究院副院长、医学部公共教学部应用语言学系主任，医学部生物医学英语专业联合创始人、新创学术期刊《叙事医学》杂志副主编。

主要研究领域为叙事医学和医学人文教育。

郭莉萍教授是把叙事医学引入我国的第一人，翻译了叙事医学领域的奠基之作《叙事医学：尊重疾病的故事》，并发表多篇叙事医学有关论文，多次在全国多所医学院、三甲医院、临床专业学会组织的培训会上作报告，推广叙事医学的理念和方法。

郭莉萍教授关于叙事医学和平行病历的一些学术论文经编辑后转载刊登在《光明日报》、《文摘报》、《健康报》、《新华文摘》等报纸杂志上，对医学人文的“落地”产生了重要影响。

制度从上到下推广平行病例，五年的时间共写作了近两千份平行病历。

2013 年，北医开始在研究生的选修课上加入叙事医学的内容，主要内容是写作平行病历。

2013 年，郭莉萍和同事开始合作翻译卡伦的著作《叙事医学：尊重疾病的故事》，2015 年，中文版在国内出版。

2018 年 3 月 31 日，第二次国内叙事医学座谈会召开。来自全国各地的很多医生、学者参加会议。

2018 年 7 月，在北医三院的主导下，叙事医学领域的第一本纸质杂志《叙事医学》面世。

可以说，在国内，叙事医学作为一门新兴学科，近年来得到了广泛地关注和快速地发展。也许卡伦的这句话一针见血地指出了背后的原因：“我知道医生要什么，医生要把医学人文实践出来，需要一个工具，我觉得这个工具就是叙事医学。”

写作平行病例：共情并不是同情

叙事医学中所指的叙事方法主要包括精细的阅读与反思性写作，所谓反思性写作，就是指平行病历。

平行病历，就是用平实的语言去书写患者、书写医学实践，并对它进行反思。因为同样是关于某个患者或者案例的病历，但是不同于医院里那种完全客观的，只记录疾病表现和诊疗手段的病历，而是更多地记录患者的故事、医生的想法和关注，因此被称为“平行病历”。

写作平行病历的一个前提，是允许患者自由地倾诉。与此同时，郭莉萍提醒到：“患者可以自由地倾诉，但是作为一个医生要学会专业地倾听。”

所谓专业地倾听，是需要医生在谈话中引导患者说出诊疗需要的信息，而不是被患者的倾诉带着走，同时也要能够从中发现患者的问题。

写作平行病历能够增加医生对患者的共情，说到共情，许多学生会产生误解：“共情，那我跟患者抱头痛哭，不会影响我的理智判断吗？”

事实上，这是在叙事医学中需要特别厘清的一个概念：共情≠同情。

共情不是一种情感能力，而是一种认知能力，是一种想象力。共情是面对同一件事情，能够站在不同的视角去看问题，能够理解对方是怎么想的。

老师在课堂上引导学生做共情游戏：两人一组，一名学生扮演盲人，一名学生扮演健康人，健康人协助盲人上下楼梯。

通过游戏，学生有个很有意思的发现——扮演盲人的学生在别人的帮助下行走的时候，不希望被别人抓着，而是反过来希望抓着别人，这样他会觉得自己有主动权、有安全感。这一点，是学生之前从来没有想到过的。

通过共情的训练，学生们能够在面对患者的时候更好地理解对方，从而有助于医患关系的提升。

2013 年，北医在研究生的选修课上增加了写作平行病历的内容，同学们表现出了很大的热情。有的学生在课堂上跟同学分享之后，下课还要再找老师聊。

2014 年，郭莉萍指导的学生做了一个暑期社会实践项目，调研了五个城市（北京、广州、杭州、济南、潍坊）的部分医学院和附属医院共 528 人，结果显示，愿意阅读别人写作的平行病历的医生和医学生占到了 79%，愿意自己写作平行病历的比例也高达 64.8%。

“他们在行医的过程中，有一些非医疗的因素，没有地方可以讨论，这个课就给了他们一个机会，说明他们还是很需要这样一个途径的。”

从学生们写作的平行病历中，能够看到他们在行医中的进步、反思和困惑。

“我刚刚开始练习询问病史等基础技能，就详细地询问了王伯的病史，发现真是不得了，家族胃癌病史、大剂量放射线接触、野外工作不能按时进餐，再加上他本人长期胃溃疡病史，外科学教科书上的胃癌致病危险因素他占了一大半。我把自己的了解和分析讲给王伯和他儿子听，他

们都深以为然。在这个过程中，仅仅身为一个实习医生的我发现，在自身专业知识技能有限、并不能真正治愈患者的情况下，找准自己的定位，做自己能做的事，包括从详尽的病史询问开始，可以让患者感觉到临床医生、特别是管床医生对自己的关注。另一方面，详尽而有重点地问诊本身就已经构成了诊断的一大部分，通过这些详细的信息，上级医生的决策也会更加客观、准确。”

“说实在的，从实习之初，我就一直希望能在工作中保持一种专业性，避免那种和病人一起抱头痛哭的场面。这个时候，我的表情虽然勉强保持着镇定，但心里却波涛起伏。这是一种别的职业很难体会到的信任：一个陌生人，与我相处短短几天，就能够对我掏心掏肺地讲述自己的故事，末了还将自己的身家性命托付给我。这个时候我才真正理解了性命相托的深刻含义。这种信任，不但能够改变患者的心态，使得他们带着信任配合医生的治疗，从而保证医嘱能够不折不扣地被执行。另一方面，一次又一次、一例又一例这样的信任，也会在某种意义上改变医生本身，培养我们的情怀。任何人都不是天生的治愈者，而且在长期枯燥的学习中，不知不觉失去了一些人本的情怀，这些东西作为一种情绪的体验，在课堂教学中很难得到锻炼，只有在与患者的直接接触中，才能被唤醒并变得更加深刻。”

“我把这件事讲给我的室友听，她认为：‘还不如不救他，就算救活了，也是植物人，生命没有任何意义，还需要家人照顾，拖累了别人。’我一直不认同她的观点，却一直想不明白，我们做医生的，究竟怎么做才是对的？我总觉得生命太脆弱、又太珍贵，在生命即将逝去的时候，我们的职责不是救死扶伤吗？但付出那么高昂的代价去挽留，究竟值不值得？”

在国内医院推广：进一寸有一寸的欢喜

谈到叙事医学在国内的教学，郭莉萍认为，这门课程更应该开在医院而不是医学院。一方面，医学生在真正直接接触患者之后，才会更明白叙事的重要性；另一方面，在医院开展相关课程，可以把高年资的医生纳入其中，从而能够让医生通过同伴分享的形式，更好地加深理解和反思。

在教学方法上，郭莉萍认为，可以采取多种手段：教学生细读文学作品、写作平行病历、读有关共情和同情的研究文章、做共情游戏、分析电影等等。

学生在细读方面接受一段时间的训练后，能够提高对叙事中细节的敏感性和临床想象力，从而可以迁移到解读患者的故事中。例如患者的故事中可能反复出现一个隐喻、出现多个叙事者、用沉默表达一种态度，这个时候就需要医生专业地倾听。

学生在课后写作的平行病历，拿到课堂上相互交流，并且通过转化叙事视角的方式进行情景再现，再加上老师的点评，能够很好地培养学生的共情能力。

此外，电影能让学生身临其境地看其中每一个人的表现，因此，分析相关电影（例如《闻香识女人》）中的细节，学习电影中的沟通交流技巧，也是一种很好的方式。

说到叙事医学在国内医院，特别是三甲医院的推广，一个绕不开的难题就是时间。“医疗资源最集中、患者最多的三甲医院，最应该开展叙事医学，但是恰恰没有时间。”

但是事实上，倾听和叙事真正需要的时间，也许并没有我们想象中那么多。1984 年《内科学年报》（Annals of Internal Medicine）发表的一篇文章显示，医生平均在患者开始说话 18 秒之后就开始打断他们，觉得他们说的没用了，但是如果让患者把自己认为应该让医生知道的信息都说完，平均只需要 60 秒。从 18 秒到 60 秒，医生只节省了 42 秒，但是患者的感觉却从满意到不满意。

郭莉萍认为，倾听这件事情，是磨刀不误砍柴工。如果患者能够在第一次就把需要的信息全部告诉医生，反而为医生后续的诊疗节省了时间，此外，由于患者的满意度提高了，整个诊疗过程也会更加顺利。

对于一名医生来说，有没有叙事能力、用不用叙事医学的方法跟患者聊天，在有限的五分钟里都能够产生不一样的效果。

真正具有叙事能力的医生一定是关注细节的，不光关注患者怎么讲，还会关注自己怎么讲，一个眼神，一个动作、一句话，都会产生不一样的影响。

“所以不是说三甲医院我们就放弃了，我们还是要做。”郭莉萍坚定地说。怕什么困难在前，进一寸有一寸的欢喜。这，是郭莉萍近十年来在推广叙事医学过程中得到的激励，也是她未来的前进方向。

健康中国

科普助力

认清医学误区　健康科普先行

北大医学专家帮你打假（第二辑）

■ 记者 / 徐璐、韩娜、宋再伟、张静、郑丹蕾、王景茹

去年 315 北大医学专家给伪医学知识打假，受到了大家的欢迎，很多小伙伴表示希望这样的科普经常做。

我们欣喜地发现大家关注健康，感到健康传播大有可为！《315 北大医学专家打假第二季》敬请关注！

张　骞

张海澄

误区1：别再补钙吃钙片，小心肾结石找上门！

北京大学第一医院泌尿外科主任医师，张骞：

大家传统意识上认为结石的主要成分是钙，所以补钙会增加肾结石的发生率。

事实上，低钙饮食可以促进食物中草酸盐的吸收进而导致尿液中草酸排泄的增加。而尿液中过多的草酸排泄与钙离子结合就会增加草酸钙结晶（泌尿系结石最主要的成分）的形成。

因此正常范围或者适当程度的高钙饮食反而会对预防尿路含钙结石的形成具有积极意义。

当然，过度的、超出治疗意义的钙片补充仍然存在一定的风险，但是正常的含钙饮食以及医生指导下必要的钙片补充则完全不必担心结石发生几率的增加。

误区2：老年人定期输液可以疏通血管，改善血稠，预防心脑血管疾病！

北京大学人民医院心内科主任医师，张海澄：

假如血管已经狭窄或堵塞，输液是无论如何通不开的，就像家里下水道堵了，你放多少水下去冲也不会冲开。

其实，大多数人并没有血管狭窄，只是听信传言，定期去输液（输的常常是所谓活血化瘀的中药），这就更没有必要了，因为血管不能通过输液来疏通。这种做法没有经过任何研究证实。临床发现不仅没有好处，反而会带来诸如过敏、休克等害处，甚至会送命。

“改善血稠”更是无稽之谈，医学上根本就没有这个概念，也不会有针对本不存在的“血稠”进行治疗或预防。

当然如果你血脂异常增高、血球压积异常增高（提示血液浓缩）、血中红细胞或血小板明显增多等，则需要相应的治疗，也不是输些所谓活血化瘀的中药就能管事的。

预防心脑血管疾病，靠的是控制高危因素（如血压、血糖、血脂、吸烟等），最重要的是生活方式的调整——清淡饮食，少吃多动，劳逸结合，心理平衡，适度锻炼，睡眠保证，而不是输一些毫无科学依据的药物进入血管。

误区3：每天倒走、撞树一小时，治好了我的腰椎病！

北京大学第三医院骨科主任医

师，齐强：

倒走和撞树能治好腰椎病的说法是毫无科学根据的。

通俗来讲，眼睛毕竟没长在后脑勺上，倒走完全不在视觉控制范围内进行，存在着崴脚、摔倒和骨折等诸多风险，倒走时为防控危险免不了要不时地转头或扭腰，长时间处于这些非自然的运动状态增加了颈痛、头晕、腰痛的发生。

有人提倡倒走的理由是倒走可使身体保持直立、胸部挺起，这样脊椎和背肌得到锻炼。其实直立、挺胸抬头这些姿势在正走时同样是可以有效和安全的完成，达到锻炼脊柱周围肌群的功效，还可以规避视觉盲区潜在的风险。

而倡导背部撞树健身的，认为其保健作用是采用刺激穴位、经络来治病保健，事实如何呢？

在撞树的过程中，并不能保证精准有效地进行穴位或部位按摩。

首先树的表面属于自然生长形成，不是按照我们每个人的身型来“量身定制”的，所以撞树的时候不能让正确的穴位或部位受到力度合适的刺激，用力过大还会导致局部皮肤淤血、软组织损伤；尤其对于骨质疏松的中老年，甚至发生脊柱骨折，后果极为严重。

综上，倒走和撞树是极为错误的一种健身观念，且存在很大风险，不宜提倡。因此我们推荐大家平时采用科学、专业的保健方法进行锻炼。患病时，一定要到正规专业的医疗机构进行诊治。

误区4：注意了！不要轻易进行牙齿矫正，会使牙齿提前脱落！

北京大学口腔医院口腔正畸科主任医师，李巍然：

牙齿和身体的其他器官一样，应该伴随我们终生。导致牙齿提前脱落最主要的原因其实是牙周疾病。

正畸治疗通过戴用矫治器（“牙套”）在牙齿上施加矫治力，使牙齿向预定的方向移动以完成矫治。在这个过程中包绕牙根周围的牙周膜及牙槽骨产生骨的吸收和新骨的形成并建立平衡。矫治中加力间隔在一个月左右，给新骨形成以足够的时间，所以正畸治疗中牙齿不会产生明显的松动。

规范的正畸治疗应用的矫治力为生理限度内的轻力，对患者的牙齿及牙齿周围组织不会产生明显的损伤，牙齿虽然在治疗中发生了移动，并不会造成牙齿的松动或过早脱落。

齐　强

李巍然

杨　跃

孙洪强

姜长涛

误区5：癌症患者有救了，癌细胞只能摄取葡萄糖，通过不吃含糖食物就能饿死癌细胞！

北京大学肿瘤医院胸部肿瘤外科主任医师，杨跃：

对于无远处转移的肿瘤，需根据肿瘤的具体情况相信我，如果你希望通过“饿”肚子来饿死肿瘤，那么你只会走在肿瘤前面。

大部分肿瘤细胞确实非常青睐“葡萄糖”，但这不代表其它类型的营养物质它就不能利用。肿瘤细胞最大的特点就是永远懂得如何让自己活下去，生存能力非常强大。无论你吃哪种饮食，肿瘤细胞获得能量永远都比周围的正常细胞要多一些。再加上肿瘤细胞的无限分裂能力，所以它才能在我们的体内横行霸道。

人体对抗肿瘤的最主要器官是免疫系统。营养不良的人，会出现免疫功能低下的症状，使得身体状态越来越差，甚至丧失了做手术和放疗、化疗的机会，岂不是得不偿失。

误区6：什么时候喝红酒最好？睡前来一杯能助眠！

北京大学第六医院睡眠医学科主任医师，孙洪强：

这是一个常见误区，大家觉得喝杯酒会有助于睡眠，有人喝红酒、白酒，还有人喝药酒。事实上，酒精最开始会起到镇静剂的作用，喝酒确实会让你很快入睡，但更容易促使你早醒。而且，酒精会干扰REM期睡眠（快速眼动睡眠），降低睡眠质量。更严重的是，如果长期喝酒催眠，还容易形成酒精依赖。一旦不喝酒，就会有戒断反应，那就不是喝酒助眠了，而成为一种病态。

总结起来，睡前饮酒，一会缩短睡眠时间，二会降低睡眠质量，三可能形成酒精依赖。大家千万不要用酒来催眠，药酒、啤酒、红酒、白酒，什么酒都不行。

误区7：多吃米面和肉类导致酸性体质，三高、癌症通通找上来！

北京大学基础医学院生理学与病生理学系研究员，姜长涛：

首先“酸性体质”这一名词就是一个伪科学名词。人体生理状态下动脉血液pH都会维持在7.35~7.45这一范围内，即弱碱性环境。这是保证细胞进行正常代谢和功能活动的基本条件。当血液pH低于7.35产生酸中毒时，会引起机体蛋白功能变化，甚至细胞死亡，从而导致严重的心血管系统和中枢神经系统功能障碍。

但肿瘤的产生机制是细胞的无序增殖，而非细胞死亡，因此认为这与酸中毒并无直接关系。

当然，血液pH过高产生碱中毒时，也会引起严重的心血管系统和中枢神经系统损伤。

其次，无论是“酸性食物”还是“碱性食物”，其定义都是就食物燃烧后所得灰分的化学成分酸碱度而言，这与食物在体内代谢后的产物酸碱度并非同一概念。

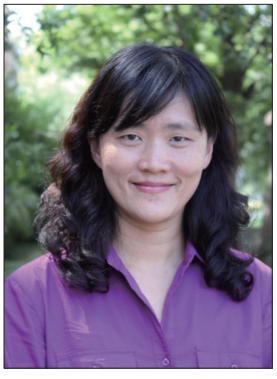
事实上无论是摄入碱性食物还是酸性食物，其代谢产物大多呈酸性。但机体对酸碱负荷具有强大的缓冲能力和有效的调节功能。在正常生命活动中，人体不仅会从体外摄入酸性或碱性物质，还会在体内不断生成酸性或碱性物质，这些均可以通过机体的体液缓冲系统、呼吸调节、肾的调节和组织细胞的调节等方式，将血液pH稳定在正常范围内，维持酸碱平衡。因此正常的饮食摄入是不会导致“酸中毒”的。

误区8：孩子病了怎么吃药？自行服用成人药时记得要减减量！

北京大学药学院药事管理与临床药学系主任，史录文：

儿童不是“缩小”版的成人，儿童个体差异大，生理和生化功能尚未健全，尤其是肝、肾、神经和内分泌功能发育不

史录文



王海俊

孙　静

全。

儿童作为一个特殊的用药群体，其生理特点决定了药物在儿童体内的代谢过程与成人存在差异，药物代谢动力学和药效学有其特殊规律。儿童用药比成人复杂，风险和安全隐患多。儿童用药患者按正常用法、用量使用药物导致的听力下降、耳聋、肝肾损害等不良反应的发生率远高于成人。儿童患者的特殊性决定了儿童用药的特殊性，在给予儿童患者药物治疗时，应当在药品品种、剂型、规格、用法用量等方面加以重视，细化给药方案。

综上，儿童与成人的差异不仅仅是体格，儿童用药与成人用药的差异也不仅仅是剂量，儿童自行缩量服用成人药可能存在极大的用药风险。因此，在考虑给儿童患者进行药物治疗时，应优先选择儿童专用药，在没有适宜的儿童专用药的情况下，应及时咨询医生或药师，制定合理的给药方案。

误区9：您的孩子超重吗？是时候给他进行节食了！

北京大学公共卫生学院妇幼卫生学系主任，王海俊：

为了身体健康，超重或肥胖儿童需要采用合理的方法减轻体重。但通过盲目的节食来减肥并不科学，这样做会影响儿童的生长发育，而且有饥饿感而很难坚持，体重很容易反弹。

对于大多数非疾病引起的超重或肥胖，其原因主要是能量摄入大于能量消耗。那减肥的关键就是让身体的能量消耗大于能量摄入，所以更合理的减肥方法是“合理饮食、快乐运动”。

一方面通过调整饮食结构减少能量摄入，比如不喝含糖饮料，少吃炸鸡、汉堡等高能量食物；另一方面是增加能量消耗，比如每天应进行至少 60 分钟的中等强度身体活动（如跑步、跳绳等），每天看电视、电脑或手机等屏幕时间应限制在 2 小时以内。这样的减肥方式不仅有助于儿童养成良好的饮食运动习惯，而且体重减下来之后也更容易维持。

误区10：老人跌倒怎么办？马上扶起是关键！

北京大学护理学院副教授，孙静：

跌倒有轻有重，处理的方法也是各不相同。

如果老年人意识清醒且没有剧痛、肢体活动不便等感觉，可以缓缓将老年人扶起。

如果老年人跌倒后出现剧烈疼痛和肢体活动障碍，可能已经发生骨折。这时将老年人匆忙扶起，可能会加重损伤，导致骨骼错位等。应立刻拨打急救电话，等待救援。

如果老年人意识不清，可以先试图叫醒他，同时观察呼吸、心跳是否正常。若呼吸、心跳停止，应立即拨打急救电话。受过培训的人员可立即进行心肺复苏。

世界睡眠日

3.21

漫画 / 方璇

与睡眠科医生聊聊睡眠疾病

有关睡眠的疾病有 90 多种，90% 的人可能都不知道

■ 记者 /《北医人》 徐璐、韩娜

发作性睡病、克莱恩－莱文综合征、夜行症、快速眼动睡眠期行为障碍、主观性失眠……睡眠占了我们一生三分之一的时间，有关睡眠的故事真是波澜壮阔。

《北医人》专访北京大学第六医院的睡眠医学科主任孙洪强，听他讲述睡眠的故事。

睡得多之一·发作性睡病

小 A（女，37 岁）是一名医学硕士，一家地方医院的骨干大夫。大约两年前，小 A 突然发现自己的身上出现了奇怪的现象：临睡时或觉醒前会产生幻觉，幻觉的内容很离奇古怪，有的甚至非常恐怖，严重时白天也会出现。感觉到自己的房间里有血水往上涌，房间越来越小、越来越窄，而且变成了梯形，上面窄底下宽，不断把自己往上挤……这种幻觉的真实感很强，仿佛每天生活在恐怖片里一样，这让小 A 感到非常恐惧。

当地医院给她的诊断是精神分裂症，用了很多常规的抗精神病的药物，但是治疗效果都不理想，白天的幻觉反而加重了。

小 A 还有一个令人尴尬的症状，就是白天控制不住犯困，随时随地想睡就睡，完全不受控制，一般睡二十多分钟，会自己醒来。吃完抗精神病的药物，这种情况反而更严重了。

长期如此，医院认为小 A 无法胜任工作，暂时让她回家休养。

但是小 A 觉得，自己在不犯困和没有幻觉的情况下，完全可以正常工作生活。

“我到底得了什么病？我的精神真的出问题了吗？”抱着这样的疑问，小 A 来到了北京大学第六医院，住进了封闭病房。

病房主任以前遇到过类似的病人，怀疑是睡眠相关疾病，便请睡眠医学科的医生来诊断。经过整夜多导睡眠监测和白天多次小睡试验，小 A 被确诊为发作性睡病

发作性睡病的治疗跟精神分裂症完全不同，医生们立刻调整用药。

经过治疗，小 A 白天不再犯困了，幻觉也消失了，终于可以回单位继续工作了。

记者对发作性睡病略有耳闻，知道这种病发作起来，上课能睡着，考试能睡着，做着饭能睡着，开着车也能睡着，十分危险。不过，出现这种可怕的幻觉却是第一次知道。

孙洪强大夫解释：这种幻觉其实是患者的梦境，发作性睡病患者一入睡就会进入 REM 睡眠期（一般人则需要 90–110 分钟），而多数栩栩如生又能被回忆起来的梦境大都在这一时期发生。

这种“入睡前幻觉”是发作性睡病的几大特点之一，似睡非睡之时出现的离奇体验，包含视觉、触觉、运动或听觉等。

除此之外，发作性睡病还有四个特点：

第一是犯困，也就是白天难以控制的困倦或陷入睡眠，，一般每次睡二十多分钟后自己醒来。

第二是猝倒，清醒时因为受到情绪的刺激出现眼睑下垂，舌脱垂，面部松弛，头下垂，膝盖弯曲，甚至跌倒等。这种猝倒通常时间短暂（<2min），可迅速得到恢复。

第三是睡瘫，也就是我们常说的“鬼压身”。这时你清醒了，但身体还处于 REM 睡眠阶段，肌肉非常放松，根本动不了。

记者大惊，鬼压身，我也有啊！孙大夫宽慰：偶尔出现的，不打紧。

第四是虽然睡得多，睡眠质量却不好。这主要是由于 REM 期睡眠多，睡不深。

孙大夫又说，发作性睡病（narcolepsy），发病年龄从幼童时期到五十多岁各异，期间存在两个高峰，一个是 15 岁左右，另一个 35 岁左右。

中国人群中发作性睡病的患病率约为 0.04% 左右。但实际上，中国确诊的人数不超过 5000。不仅普通人不了解这个疾病，很多医生对此的认知都不足，以至于时常出现误诊。

如果大家看了这篇文章，发现自己一定程度上存在这样的问题，一定要到睡眠医学相关科室来做进一步诊断。

那怎么治？能治好吗？

孙大夫介绍，目前的治疗方法主要是对症治疗，例如针对白天嗜睡，可以采用兴奋剂或者刺激剂，让患者保持清醒，还可以通过小睡训练，让患者每隔两三个小时睡 15–20 分钟左右，每天四次，这样可以通过小睡维持两到三个小时左右的清醒，避免突如其来的嗜睡发作。对于梦境“幻觉”，可通过服用三环类或双受体作用类的抗抑郁药来治疗。

有人认为这种病是终身性疾病，但最新研究结果显示，通过专业治疗，可以有效缓解疾病症状，甚至一部分病人可以慢慢治愈。

睡得多之二·克莱恩－莱文综合征

小B（男，17岁）是名中学生，最初被诊断为双相情感障碍，来北京大学第六医院就诊的时候已经有五年的病程了。

之所以被诊断为双相情感障碍，是因为小B有时候会莫名地情绪兴奋，有时候又会情绪十分低落。

但是小B还有一个明显的症状——嗜睡。第一次发生是因为感冒发烧，睡了两天，当时以为是生病导致的，并没有太在意。但是在同年又发生了一次，这一次他连续睡了五天。

之后这个症状愈加严重，睡的时间越来越长，有一次甚至睡了半个月。

小B在睡觉的时候，每天会在下午四五点钟起来吃一些东西，然后回去接着睡。醒来之后，小B开始兴奋、情感高涨、甚至有一些性欲亢进的表现。

经过诊疗，发现小B并非是双相情感障碍，而是得了一种叫做克莱恩－莱文综合征（又称睡美人综合征）的病。

孙大夫告诉记者这种病70%左右的患者是男性！这种病更为罕见，发病的大多是青少年，发生率为百万分之一。

克莱恩－莱文综合征（KLS）的表现除了过度思睡以外，还伴有贪食或厌食（中国患者中厌食多见）、躁动不安、性欲亢进、其他如低龄化表现（如对父母过分依赖、话语和音调幼儿化）、饮食习惯改变、喜独处和不愿见陌生人等表现。长时间睡觉很容易被误诊为抑郁症，而醒来之后的兴奋又容易被认为是躁狂，因此很容易被误诊为双相情感障碍。

患者一年至少有两次发作，每次持续2天到5周左右，常因疾病发作而无法正常上学或者工作。

这种病是怎么得的？孙大夫说，克莱恩－莱文综合征的病因目前尚未清楚，有认为与基因有关，也有认为与病毒感染有关。

这种病怎么治？孙大夫介绍，治疗这种疾病，目前效果最好的是碳酸锂类药物，针对白天嗜睡，可以用兴奋剂或刺激剂进行治疗。除药物治疗之外，还可以采用光疗，调节患者的生物节律。经过治疗，可以减少患者的发病次数。

至于能不能根除，现在还不好讲，孙大夫的一个随访病例，经过治疗已连续三年未发病。

这个案例告诉小编，童话里也不都是骗人的。睡美人会有，但必须得是学医的王子才能将她唤醒！

睡不好之一·夜行症

小C（男，十四岁）由父母带来看病。

起因是爸妈夜里有时醒了竟发现儿子呆呆站在床头，一会儿工夫又走了。更有甚者，一次爸爸因工作熬夜到凌晨一点，突然看到早已睡下的儿子从屋里走出，拿着钥匙就要去开门。爸爸问他，他睁着眼，却不说话。爸爸意识到问题的严重性，赶忙夺下钥匙，扶孩子回屋里睡下。第二天爸爸再问此事，小C却完全不记得。一家人害怕起来，钥匙都不敢放到他平时拿得到的地方，就怕他夜里再习惯性拿着钥匙开门出去。大冬天的，只穿睡衣，冻坏了可咋办！

小C是典型的夜行症，也就是大家常说的梦游。夜行症往往发生在深睡眠期，他在睡眠中心做了睡眠监控，深睡眠的比例高达37%（正常人在13%到23%）。

孙大夫介绍，夜行症在孩子中发病率比较高，病因？

夜行症主要发生在睡眠前半段的深睡眠期，对此，最重要的是做好防护，如果患者半夜起来炒个西红柿鸡蛋，忘了关煤气，可就麻烦了。对于重度夜行症患者，可用一些小剂量的镇静催眠类药物。

记者长期以来有个疑问，听说，千万不能去叫醒梦游的人，否则他会因害怕而疯掉。

孙大夫解释：没那么严重，不过尽量不要试图去唤醒患者，应注意保护，避免危险与伤害，尽可能引导患者上床睡眠或卧床即可。

睡不好之二·快速眼动睡眠行为障碍

D（男，65岁）是位老教授。老伴陪他来睡眠科看病，老教授还没说话，老伴把胳膊伸出来了，说：你看看他给我咬的，这一排牙印。

老教授不好意思的说：哎，别提了，晚上做梦的时候在啃萝卜。

孙大夫介绍，这是快速眼动睡眠行为障碍（RBD）。在快速眼动期(REM)，骨骼肌张力受到抑制，身体可以保持静止。梦境里你可能在跑、在跳、大笑，但现实中的你则是在安静地睡眠。但RBD患者则会将梦中的行为通过肢体动作表达出来。出现大声说梦话、拳打脚踢等行为。

记者一惊，这些症状似乎很常见，但往往不为大家所重视。

确实，RBD在一般人群中的发病率约为0.5%，但在60岁以上的老年人中则高达2%。有研究显示，RBD与多种神经系统变性疾病有着密切的关联，并且有早期预警意义。

孙大夫介绍，RBD不被人们认识，所以常常被延误。诊断RBD需行多导睡眠图检测。小剂量的氯硝安定或褪黑素对绝大多数REM睡眠行为障碍患者有效。另外也要采取措施保证睡眠环境的安全。

睡不着·主观性失眠

E（女，74岁）总说自己失眠，去很多家医院看病，总也看不好，而且她还总跟老伴吵架。

老爷子说：“你睡得挺好啊！你看你睡觉时呼吸很均匀”。

老太太就说：“胡说，我就是没睡着，你是不想照顾我，所以你才说我睡着了”。

为这事儿，老两口差点要闹离婚了。老爷子说：“别别别，我给你找个地儿，看看你到底睡没睡着”。

人物简介

孙洪强，医学博士，主任医师，博士生导师，北京大学第六医院/精神卫生研究所睡眠医学科主任。北京市“十百千”优秀卫生人才，北京市卫生系统高层次卫生技术人才学科骨干。

自1996年起从事精神疾病的临床和基础研究工作。

主要研究领域：睡眠及睡眠－觉醒障碍的神经电生理研究；物质依赖防复发的临床和基础研究；重性精神疾病的时间生物学和认知功能研究。

在Addiction Biology，Drug and Alcohol Dependdence等国内外杂志已发表论文30余篇，其中多篇被Biololgy Psychiatry,Jounal of Neuroscience等权威杂志引用。参编（译）书籍7部。

承担和参与国家自然科学基金项目，973课题和北京市优秀人才培养资助项目等近10项。

老爷子打听到北大六院有睡眠科，他跟孙大夫说“我就想问有没有什么办法给老伴检测一下，看她到底睡没睡着。要是我说错了，我就赔礼道歉”。

孙大夫一听，说：“这没问题，你们带个睡眠监测仪器回家一测就知道了”。

第二天睡眠报告出来了。老太太表示这一夜她还是没睡着。孙大夫仔细地给老太太解读起来：“首先，正常人三十分钟入睡，您是三十一分钟，这不算大问题；然后是总睡眠时间，仪器显示三百五十分钟，五个多小时，也还可以吧；最好的是，您七十多岁了，还有百分之八的深睡眠，这可不容易呢。您看仪器不会说谎的”。

老太太看着报告说：“哟，我还真是睡着了”。

自从老太太知道她真的能睡着后，她自己慢慢转过弯来，这“失眠”的毛病就真的好了。

孙大夫介绍，老太太的这种病是“主观性失眠”，也就是说明明睡着了，但自己没有感受到，或者明明睡觉了，但自己没有记住。对此病症，除了药物治疗之外，首选的治疗方法就是失眠认知行为治疗（CBTI）。

几个故事下来，已经把记者听得目瞪口呆，原来与睡眠相关的病症有这么多！“九十多种”！孙大夫说。睡眠，果然不能小觑！

最后，我们请孙大夫给大家一些建议：

第一，睡眠病症可以分为四类：睡不着，睡不好，醒得早和睡得多。如果这四个症状持续了一段时间，超过三个月，你很痛苦，每周发作频率三次及以上，这种情况下你就需要到专业的睡眠中心来看一看了。

第二，不要小看睡眠问题。有的人说不就是失眠吗，我吃点药就好了。我建议大家不要随便乱用药。尽量到专业的机构来进行诊断，弄清楚你到底是什么问题，然后再进行治疗。

第三，很多患者怕吃药，担心药物有依赖性所以不吃药。其实很多药没有依赖性，或者说，在专业医生的指导下，能很好地控制住药物的依赖性。该吃还是得吃，该治疗还是得治疗。

很多运动损伤可自愈

运动医学专家的亲身经历

■ 文 / 北京大学第三医院 杨渝平

虽然疾病因人而异，但通过我自己的亲身经历、家人的经历以及 10 多年的门诊经验，深刻的体会到：很多运动损伤都是可以自愈的。不要着急去干预和影响它的自愈过程，适当的注意和休息才是最值得坚持的！

药物和仪器治疗通常只是一种辅助方法，不要把药物作用看得过重，也不要认为不开药的医生就是不负责任。

被西方尊为“医学之父”的希波克拉底早在二千多年前就说过：“人体的自愈能力是治疗疾病真正的灵丹妙药”。

正视人体的自愈能力是每个人应该建立的观念。别被疾病所累，生活也会更加愉快。

我经常只给患者开出“运动处方”，也经常把自己的经验告诉患者，请他们参考。

开长途车导致的腰痛——腰背肌锻炼自愈

有一次因为连续开了两天 14 小时左右的长途车，导致腰椎间盘受损，（其实以前我的腰就曾经有过不适，因为自己不太注意坐姿）难受了一个多月，右腿抬起来都受到了限制，做手术的时间都无法太长。

我自己没有为了治疗腰痛就去拍片子或者做核磁，因为自己是搞骨科运医的，知道自己有些腰椎间盘膨出，并不是什么太大不了的事情，只是从那以后，加强了注意坐姿，锻炼腰背肌，加强身体全面锻炼（我主要是靠打球）。

经过了大概 2 到 3 年的时间，才很少再会感觉到腰痛了。

整个过程，我什么药物、仪器治疗都没有采用，因为腰痛带来的不适，我都可以通过一定的方法，例如休息、活动、注意不要弯腰搬重物等进行调节，并没有觉得它特别影响自己的生活。

现在我依然经常开长途车，例如去年在欧洲，经常一个人连续开几天车，平均每天 500 公里以上的路程，都再也没有出现以前那明显的症状。

抢篮板致脚后跟疼——穿气垫鞋自愈

大概 26 岁时，因为有一次打篮球特别兴奋，连续抢篮板等动作做得过多，球赛结束后就发现出现了双侧的足跟疼痛，几天内迅速加重，很快脚后跟不敢踩地了，上楼极其困难，竟然需要扶着扶手才能完成，这是我从来也想象不到的情况。

还有早晨起来刚踩地时那种剧烈的疼痛、站立做手术时不断“敲打”自己中枢神经系统的颇难忍受的疼痛等等，都让疼痛这个词成为伴随我生活的一个重要组成部分。

那时候我才对“跟痛症”这种病的疼痛程度有了亲身的认识，原来可以这么疼，还能延续这么久。但因为自己有一定的承受能力，心理上也懒得去花较多时间去治疗这样一种损伤性疾病，所以就采用了穿气垫鞋的方式治疗，前后一共持续了大约 4 年时间。

那段时间我根本都不能穿皮鞋，买鞋必须挑软底、厚底的，这也造成了我那段时间对鞋的舒适性产生特殊的重视。这个病的疼痛，在强弱程度上反复了几次，但最终，得到的结果就是：完全自愈。

整个过程中，就是因为科里面有震波治疗仪，很方便用，去做了 2 次，发现有一定的作用，但不能很快根治，也因为没有多余的精力和时间，就再也没有去治疗过。

开始的 1 年内，自己几乎不能打球，但以后随着疼痛的减轻，自己逐渐慢慢地恢复打羽毛球，开始有影响，最后慢慢地也就不觉得影响了。

当自己都觉得这个病可能要伴随终身的时候，它却神奇般的好了，我也逐渐发现自己可以穿普通的皮鞋了。

这次患病经历让我对运动劳损性疾病有了特别深刻的认识：一定要注意早期保养休息，当然，也不必太把它当回事，放松心态，只要不太影响生活，千万不要随意采用打封闭、小针刀等可能改变疾病自愈进程的方法去治疗，（因为我在临床上最多见到的就是经过这些治疗而疼痛加

人物简介

杨渝平，运动医学临床博士。北京大学第三医院运动医学研究所副主任医师，人事处副处长。专业方向为运动医学、运动损伤和微创关节镜手术。

现任中华预防医学会骨与关节疾病预防与控制专业委员会委员、中华医学会创伤学分会创伤急救与多发伤学组委员、中国生理学会运动生理专业委员会委员，北京大学第三医院教学管理委员会青年委员。北京市健康科普专家，北京大学医学部教师教学发展中心研修导师。两次获得北京大学和北京大学医学部优秀教师奖，2012 年全国第二届医（药）学院校青年教师教学基本功比赛特等奖，2013 年北京高校第 8 届青年教师教学基本功比赛一等奖，2014 年度全国第二届高校青年教师教学竞赛、自然科学应用学科组一等奖第一名，2015 年“全国五一劳动奖章”。

重或者迁延不愈的患者）坚持健康生活方式，疼痛最终会彻底离开你。一旦你太着急，采用了过度的治疗办法，就很可能导致与我不同的结果。

打篮球踝关节损伤—拒绝手术，夹板、冰敷自愈

爱运动的人，运动损伤不可避免。很少运动时严重受伤的我，竟然也在一次篮球比赛中，因为踩在别人脚上，而扭断了踝关节的距腓前韧带，当时的症状就是听见明显的撕裂声，伴有持续的剧烈疼痛和肿胀。

2 周以后，我的脚才能踩地走路，不再靠双拐了。受伤后，我就请同事帮我看了伤情，有些人建议手术缝合，说松弛明显，韧带完全断裂，但我当时确实也不知道这种损伤的严重性，（当时我接触这种伤的病人还不是很多）也根本不想接受手术，于是同事帮我打了石膏。

因为 3 天后疼痛加重，无法入睡，而被迫拆除，改为双侧带夹板的支具保护，大概用了 2 个多月。那段时间生活上的不便也给我增添了不少麻烦，但我还是坚持下来。尤其不能停止的工作让我在数周时间内只能住在病房的值班室里。

每天上手术时踝关节的明显疼痛经常让我心里不适。下手术后，赶紧冰敷，抬高脚待着，成了我那段时间内的主要业余工作。

伤后 4 个月，我觉得好得差不多了，尝试在几次慢跑无特殊不适的情况下开始打羽毛球，但发现自己根本没有完全康复，脚踝前后方向上的不稳定，可以造成向前跨步时的剧烈疼痛，于是放弃了羽毛球，只能跑步、游泳锻炼。

一直到伤后大概 10 个月，才发现自己的外踝的肿胀几乎完全消失，逐渐可以恢复羽毛球这样的剧烈运动了。

打羽毛球伤了另一只脚的踝关节——继续夹板、冰敷自愈

但不太幸运的是，不到一年，在打羽毛球的过程中，因为鞋带没有系好，另外一只脚踝也扭伤了，不过因为有了第一次的体会，知道这一次没有前一次那么严重，赶紧冰敷，带夹板支具保护，大概 3 个月，疼痛肿胀就不明显了。

然后逐渐恢复运动。今年在全院羽

毛球单打比赛中，我获得了第三名，我再也没有出现过疼痛和扭伤，我在两次受伤后，没有采用药物和仪器治疗。

事实证明了这样的伤病经过恰当的保守治疗可以自愈。也希望类似损伤的患者能够跟我一样幸运。但需要像我一样，要坚持走正确的恢复道路，过度着急和轻视都可能不会得到很好的结果。

腕关节慢性损伤——继续冰敷，自愈

后来，随着自己超过 30 岁，运动量的逐渐减少，发现自己更容易患上运动损伤性疾病。

我曾经先后出现了腕关节慢性损伤和手背部伸指肌腱的腱鞘炎，前者曾经让我在很长一段时间内影响羽毛球的挥拍动作和力量，后者则到现在都没有痊愈，偶尔用鼠标时间长了的时候还会明显疼痛。

但除了偶尔冰敷以外，我没有采用其它任何药物或者仪器治疗，因为以前的多次损伤经验让我知道它们根本就兴不起什么风浪，注意和适当锻炼就会大大减少它们给我带来的不适和对生活的影响。

羽毛球打多了膝盖疼——静蹲和力量锻炼，症状消失

去年有一段时间，因为羽毛球打得比较多，对自己的要求也比较高，出现了很多人都出现过的膝前痛（主要是髌股关节软骨和滑膜损伤引起的），我也没有着急用药或者打针，而是坚持做做静蹲（我的文章里面有相关介绍）和其它力量锻炼，运动量适当控制，尤其是半蹲的动作进行适当减少，也就尽量减少引起疼痛的动作。

果然，这个症状在大概持续了 1 年以后，完全消失了。在此过程中，我也曾经很着急，因为影响打比赛，但以前的经验和临床经验告诉我，一定要坚持走正确的路。于是，好结果也选择了我。现在我又可以自由自在地进行羽毛球运动了。

很多运动损伤真的可以自愈

上面说了这么多我的经历，并不是说所有人跟我学就一定可以获得跟我一样的结果。因为疾病是因人而异的，我只是想提醒诸位病友，其实很多运动损伤都是可以自愈的，不要着急去干预和影响它的自愈过程，适当的注意和休息才是最值得坚持的治疗方法。

其它药物和仪器治疗经常只是一种辅助方法，不要把药物作用看得过重，也不用觉得不开药的医生就是不负责任。我就经常只给患者开出“运动处方”，我也经常把自己的经验告诉患者，请他们参考。

其实，被西方尊为“医学之父”的希波克拉底早在二千多年前就说过：“人体的自愈力是治疗疾病真正的灵丹妙药”。德国国家科研机构也在 2001 年的一份研究报告中称：如果把能治愈疾病的物质都称作药的话，人体自身是可以生产一万多种药。

也就是说，正视人体的自愈能力是每个人应该建立的观念，也不是只有我一个医生看到了这一点。我希望通过我的亲身体验，告诉大家这些种类的疾病根本不至于让我们过度紧张，合理的治疗完全可以使他们最终得以治愈。别被疾病所累，生活也可以更加愉快。

科学冰敷方法

冰敷，对于运动损伤来说非常重要，也是必不可少的治疗方式之一。而在临床工作中发现，一般患者都不知道什么是科学的冰敷方法，所以在这里跟大家讲一下。

首先，冰敷的原理在于：

减少以及减缓组织胺的释放，减轻组织对疼痛的敏感性；减轻微循环及周围组织的渗出和肿胀；减少血管内皮细胞的作用和血栓的形成；减少氧自由基的释放等等。

还有很多研究表明：在创伤后的第一个 24 小时之内，微循环障碍以及由其继发的组织损伤反应并不明显。所以冰敷要尽早，而且要持续一段时间。

这样，早期合理的冰敷就可以达到减低组织创伤程度和加快组织修复的目的。

那么冰敷该怎么做呢？

1、 部位：疼痛或者肿胀发生的部位。

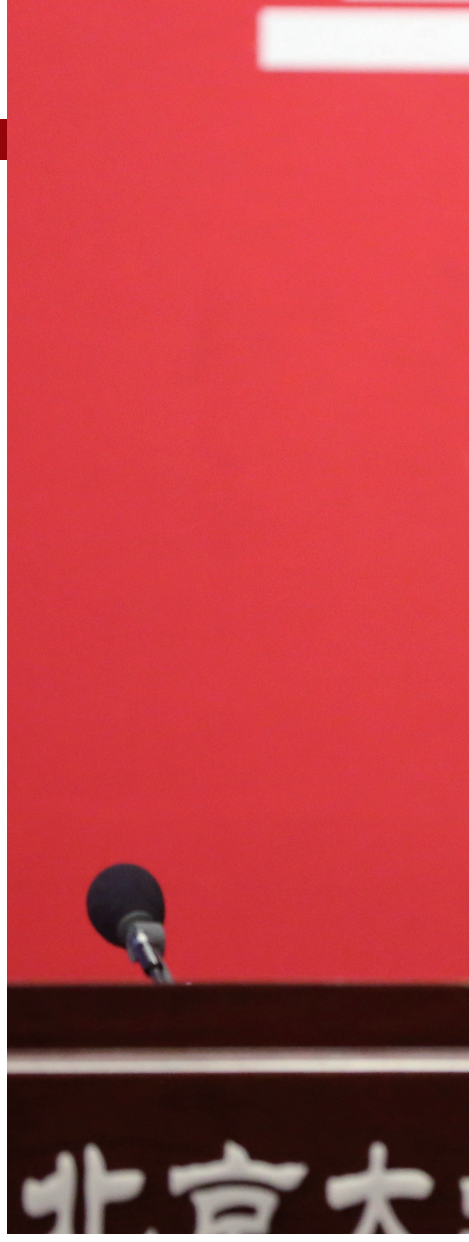
2、 材料：冰水混合物最好（我最爱跟患者描述的就像肯德基里面售卖的“冰饮料”那样），其次是例如冰棒、化学性冰袋、冷水等等。

3、 时间：一般每次 20-30 分钟。（这一般就是冰块化掉所需的时间）

4、 频率：每隔 3-4 小时一次是常用的方法。

5、 疗程：一般在受伤后 48-36 小时内使用。（这是一般创伤性炎症作用基本消除的时间）

冰袋制作方法：取一些用冰格或者其它方法冻成的冰块，放入塑料袋中（不应漏水，可以用双层塑料袋）；加入适量的凉水，制成冰水混合物（温度基本保持在零度，容易控制，又不易引起冻伤）。



郑汉龙

努力完成一个目标，然后放眼下一个

■ 记者 / 《北医人》 韩娜

5 月 4 日，在北京大学 120 周年纪念大会上，举行了北京大学第十一届“学生五 · 四奖章”颁奖仪式，郑汉龙作为获奖学生之一，在万众瞩目之中，接受了这一北大学生的个人最高荣誉。

给郑汉龙颁奖的，正是医学部的韩济生院士。其实，在正式颁奖之前，虽然郑汉龙知道韩院士是颁奖嘉宾之一，但是由于临时调换了顺序，他并不确定最终给自己颁奖的是哪位老师。“还挺巧的，一直很敬佩韩院士，能跟韩院士握一握手，也是我这次校庆最大的收获之一吧。”

说起获奖的心情，郑汉龙用“复杂”一词来概括。“很激动，我们是 VIP 门票，坐在场下，旁边全是知名校友，其实压力非常大。但是这也让我们看到未来努力的方向，希望以后能够通过自己的努力，成为一个杰出的、优秀的校友，能够再次参加这样的活动。”

人物简介

郑汉龙，男，北京大学 2010 级临床八年制博士生，北京积水潭医院骨科住院医师，北京大学第十一届“学生五 · 四奖章”获得者。

在校期间曾获国家奖学金、北京市三好学生、北京大学特等奖学金等荣誉称号，曾做客北京电视台《我要当医生》节目。

累计发表 SCI 论文、核心期刊论文共 3 篇。具备英语翻译专业资格口译认证，承担多项会场传译工作，主译瑞典运动医学专业著作 1 部。2018 年 1 月以专业英语笔试、口试、面试全部第一名的成绩被北京积水潭医院正式录用。

中国铁人三项协会一级运动员，参加国内、国际赛事十余场。2017 年北京国际铁人三项赛年龄组亚军，赢得美国旧金山“逃离恶魔岛”比赛资格。

郑汉龙在五四奖章评审会现场。

在运动中挑战自我

除了医学生，郑汉龙还有一个特殊的身份——铁人三项运动员。

铁人三项运动是一项新兴的综合性运动竞赛项目。比赛由天然水域游泳、公路自行车、公路长跑三个项目按顺序组成，运动员需要一鼓作气赛完全程。

在国内，铁人三项并不是一项热门的运动，而且在校园里开展的也比较有限，一方面是因为在训练上比较耗费时间、对训练的场地要求也比较高，另一方面是因为装备开销不菲。

2015 年，一次机缘巧合，郑汉龙通过北大的学长结识了铁人三项这项运动。由于郑汉龙以前就喜欢骑自行车，也练过跑步，并且在运动会中获得过个人冠军，因此，抱着试试看的心理，他第一次报名了铁人三项比赛，并且拿到了不错的成绩。从此以后，他就正式“入坑”了。

事实上，那个时候的郑汉龙，甚至连自由泳都不会。

之后，郑汉龙加入了北京群英铁人俱乐部，现学自由泳，并和队友们一起训练。俱乐部以微信群作为联络方式，群主党琦义务组织训练。训练一般在周末进行，地点一般选择在京郊地区，如十三陵水库或 109 国道。训练通常从早晨六点开始，骑车、跑步、游泳，经过一上午的训练，队员们下午各自回家，继续工作或者陪伴家人。

除了室外的训练，还可以在室内的骑行台进行训练，据郑汉龙回忆，最长的一次，他在骑行台上呆了五个小时，喝掉了一桶水。

2016 年、2017 年，郑汉龙取得了不错的成绩，作为俱乐部最年轻的成员，他完成了国内 11 场铁人三项赛事，获得北京国际铁人三项赛年龄组亚军。

接下来，郑汉龙挑战了在澳大利亚举办的 IRONMAN 赛事（超级铁人三项）。成为 IRONMAN，是所有铁三爱好者的终极目标，国内的铁三玩家习惯把 IRONMAN 称作“大铁”，因为它是所有铁人三项比赛中距离最长、难度最大的，赛道共 226 公里，包括游泳 3.8 公里、骑车 180 公里、跑步 42.195 公里，对选手而言，是对体力和毅力的终极考验。

郑汉龙参加比赛。

为了这个比赛，郑汉龙制定了一个半年多的系统训练计划，平均每周训练时间达十到十二个小时左右。

赛前经历了感冒、锁鞋报废；比赛途中跑错路线，从而影响了最终的成绩，但是郑汉龙能够冷静思考、及时化解、诚信比赛，他认为，自己的这种应变能力，比成绩本身更为重要。

赛后，郑汉龙意识到，终极意义上的铁人不是完成几场大铁甚至 Kona，而是做生活中的铁人，自律、高效、坚韧不拔，这或许是铁人三项这项运动给他最重要的启迪。

高效地时间管理

在郑汉龙看来，铁人三项是一个比较适合自己的运动项目，它并不是一个单一的运动，如何在游泳、自行车、跑步三个项目中寻求平衡，在充分发挥强项的同时补充短板，是一个很有哲学意味的问题。

也正是在这个运动中，郑汉龙学会了如何更加高效地利用时间。俱乐部的队友们来自社会各行各业，很多是社会精英人士，能够很好地兼顾工作、家庭和训练。从他们的身上，郑汉龙学会更加从容和有效地进行时间管理。

郑汉龙利用计划进度表进行时间管理，以一年为周期，按月制定，按周执行，表格中填充的颜色越深，代表本月在这一方面的任务越重。在他的手机桌面上，以一周或者一月为单位，列着最近的计划进度，以便随时提醒自己。

“虽然执行起来肯定会有一些变化，但是我觉得能做到 80% 就满意了。”遇到变化的时候，郑汉龙会根据目标的重要程度有所取舍，但并不会因为忙就放弃训练。作为一名医学生，郑汉龙即使在考试周，也尽量保持每周 6 到 8 小时的训练量。

对于郑汉龙来说，拖延症是不存在的，相反，他喜欢把事情提前做完。正因为有这种习惯，他总是显得很从容。

毕业论文早早地就完成了，答辩的 PPT 也是在一月份就做好了，因此，毕业季来临的时候，郑汉龙反而能有更多的时间进行训练。“以前我也喜欢拖到最后，后来发现那样不好，假装自己很努力，其实都是之前欠下的债。”

不打游戏、不刷微博、不看电视，而是充分利用零碎的时间进行锻炼和学习，是郑汉龙的一大法宝。

例如，郑汉龙会利用坐地铁的时间，戴着耳机练习同传，经过精心的准备，他一次性通过了全国翻译专业资格（水平）口译三级的考试。

跟领导外出开会的时候，郑汉龙会利用会后饭前的时间在室内锻炼，做做俯卧撑、仰卧起坐。“本来开了一天会，我还做翻译，脑子挺累的，但是身体还是比较舒服，锻炼完了以后反而觉得一下子精神了。”

当不同的任务在时间上发生冲突时，郑汉龙也会尽量合理地安排时间，尽力做到兼顾。

五·四奖章评审会的第二天，郑汉龙要去柳州参加一场比赛，需要提前一天到现场报道，但是预定的机票和评审会的时间发生了冲突。为了两方面都不耽误，郑汉龙提前跟组委会联系，并让老婆先把自行车箱等装备带过去，帮他进行赛前检录，自己参加完评审会立刻坐飞机赶往柳州，在当天晚上完成了自行车组装，仅仅

睡了四个小时，第二天早上四点起床，前往比赛。

在比赛中，虽然遇到了逆流、下雨和摔车，但是郑汉龙还是取得了很好的成绩，在全体中国选手中排名第 16。“如果换成两年前，我可能就想，要不评审会不去了、要不比赛不去了，但是这一次我两方面能兼顾，觉得还是不错的。”

及时调整，走出低谷

2017 年 5 月，郑汉龙在训练时经历了一次摔车，虽然只是受了点擦伤，但是车完全报废了，而且留下了心理阴影，再加上当时各方面都不是很顺，所以心态并不好。

但郑汉龙并没有一直在低谷徘徊，而是选择临时报名了一场七月初的铁人三项比赛，逼着自己把状态调整过来。这个时候，距离比赛只有一个月的时间了。他买了一辆新车，赛前只训练了一周，开车 300 多公里前往东戴河。

比赛当天，风大浪高，在从沙滩往海里跑的时候，郑汉龙的脚被玻璃茬子划了一个很深的大口子，游泳的时候完全没有注意，骑车的时候觉得脚很疼，等到跑步的时候才发现，但他还是坚持了下来。

虽然最后比赛的成绩算不上多好，但是通过这场比赛，郑汉龙找回了自己的状态，并且从困境中走了出来，因此也成为他对自己最满意的一次比赛。

在遇到人生低谷的时候，郑汉龙会先给自己一个调整的时间，允许自己低落几天，但是同时，他会给自己再挖几个坑，以防自己一直消沉下去。遇到困难不死扛，先修整一段时间，然后重新爬起来，这个方法，也是铁人三项这项运动教给他的。

“体育训练讲究休息和恢复，比训练本身还要重要。我们训练的原则就是练三周、歇一周，要有一个休息的时间，大赛完了之后都要大休，可能要歇一个月甚至两个月，每年的训练都有巅峰期和休息期。”

郑汉龙会通过写日记的方式对自己进行监督和反馈，每周反思自己哪里做的好、哪些目标没有达成、接下来应该如何调整。这个习惯是从高中开始的，一直坚持到了现在，平均每周 3 篇，至今已经记了 10 几本。

谈到坚持和自律，郑汉龙开玩笑说，老婆是自己最大的考验。“她是比较爱吃还长不胖的那种人，经常是我在那使劲练，她在旁边使劲吃零食。看得我特别想吃但是又不能吃。包括我周末训练四五点就要起床，但是她比较喜欢睡懒觉，其实我也爱睡懒觉，但是没办法，只能自己悄悄地爬起来，收拾完东西就跑了。”

铁人三项这项运动，打造了郑汉龙的超强执行力，反过来，也正是因为这种执行力，让他能够在学业、工作、爱好乃至爱情上，获得多线丰收。

面对毕业，谈起校园，郑汉龙流露出很多不舍，“北大自由的思想和北大青年血气方刚的精神对我的影响比较大；北医崇尚厚道和医者仁心，教会我如何做一个受人尊敬的大夫。”

郑汉龙的目标是成为一名“全能”的人，当医生、运动、做饭、调酒、做手工……他的生活十分丰富。“我不希望每天除了工作就是工作，把自己累到不行。工作肯定要非常努力，但工作之外的生活也要丰富一些，做一个有趣的人。”

但是对郑汉龙而言，“全能”既是优点也是缺点，“我更希望未来能在某个领域内得到业内人士的高度认可，比如手术做得很漂亮、学术论文被广泛引用、英语水平达到职业翻译水准，或者在铁三圈子里单论比赛成绩就很出色，而不止是做一个‘全能选手’。”

作为获得北大学生个人最高荣誉的年青人，郑汉龙绝对不敢因为现有的成绩而自满，而是每天都怀着一颗敬畏和谦卑之心。他给自己目前的表现打了 8 分，“我觉得我每一项都没有做到我最满意的标准，以后会把更多的精力投入到学术和工作上。十年之后，我希望自己能够成长为一名独挡一面的外科大夫，同时也能兼顾好家庭和爱好。”

我的从医曲折路

■ 文 / 周慧莲

光阴荏苒，岁月匆匆，不知不觉我已由一个天真稚气的小女孩变成了白发苍苍的老奶奶了。回眸昨日，恍若梦幻一般。一步一步走过来，我从医四十余年，退休也已二十多年。总想回忆总结自己经历，但写写停停，总觉没有突出成绩。不过人的能力有大小，经历也各不相同，写出来给家人和朋友们作一个汇报也不错，想通了才下定决心重新动笔。

我1929年7月出生在江苏南京市（祖藉广东番禺）。抗战爆发后，1942年至1946年在四川江津白沙国立女师院附中学习，1946年夏入重庆清华中学，1947年春转学至南开中学，1948年毕业。

1949年，我考入重庆大学医学院，1952年秋国家高校院系调整，被并入成都华西大学医学院，后又改名为四川医学院。1954年毕业于四川医学院内科专业。

在1954年初，内科主任兼教务长曹仲梁教授曾找我谈话，告诉我准备将我留校。但后来又因钱宗珏单位来函要求照顾爱人关系，最后学校决定将我由国家分配到北京。

医生生涯的开始（1954-1956）

1954年秋，我参加毕业生统一分配。我和另两位女同学各自手持报到证，但按照规定，报到信息要保密，不准相互交谈分配单位，三人在北京前门火车站下车后彼此未留地址，就各奔东西，分道扬镳。

我叫了一辆三轮车带上行李就直奔报到地址——“北京鼓楼宝钗胡同扁担厂××”。起初我以为自己分配单位是“扁担厂”，闹了半天是个大笑话，原来扁担厂是胡同名，其实报到的单位是“中央第一机械部船舶工业局”。

接待我的人说：我原分配单位是葫芦岛造船厂，但该厂尚未建成，先留在船舶局医务室工作。于是我就成为船舶局医务室医生了，这也是我医生生涯的开始。

在医务室开始工作时我很不适应，思想苦闷。原因是医务室服务对象主要是家属妇女儿童，而我在学校因专业调整错过妇、儿两科实习，专业不太熟悉。另一方面是医务室原有一位医士和一位护士，他们对我态度冷淡，有时还刁难，关系有点紧张。后来通过我自己努力，以饱满热情和高度的责任心终于克服了各种困难，慢慢的打开了工作局面。

我不分白天黑夜，不怕苦、不怕累，努力为职工和家属服务。有时我走出医务室走家串户，主动为患者服务。当单位迁至百万庄小区后，一机部机车局、供应局、销售局均在百万庄，我几乎成了百万庄地区的“赤脚医生”。大家对我的工作给予了肯定，1955年我被评为“一机部先进工作者”。

1956年春节我与钱宗珏结婚，船舶局同事热情协助操办。婚礼在西单附近前英子胡同邮电招待所进行，婚礼结束后回到新房，房门上有一留条请我出诊。我立即赶去看病人。事后当患者家属得知我情况深为感动并再三致谢。

1956年组织上又主动联系将我调到北京市中央直属机关第二医院（后改名平安医院），船舶局团支部开了欢送会并集体留影，不久我就去报到了。

在中直二院（1956-1958年）

中直二院（后改名平安医院），地处平安里毛家湾。医院虽不大但科室齐全，管理井井有条，是一所医疗水平不错的正规医院。

院长金茂岳是原来延安时代中央医院的老专家，原则性很强。每晨院长亲自主持全院朝会，听取夜间值班人员汇报，并开展表扬、批评、部署新任务。每天坚持朝会从不间断。

全院职工团结友爱、忠于职守，医院如同一个革命大家庭。在这样环境下，我心情舒畅、如饥似渴地刻苦学习，在临床实践中不断提高医疗水平，已能独立处理疑难重大疾病。医院也重点培养，送我外出教学医院进修，短短两年，水平大有提高。1957年医院破格为我提高两级工资。我虽表示拒绝，但领导仍坚持，最后只能服从。

1958年北京市卫生资源调整，平安医院停办，大部分人员分到宣武、朝阳等医院，我和两位妇科专业的医生分到新建的教学医院北医三院。不久我就去新单位

周慧莲在北医三院

报到，但对平安医院却仍依依不舍。至今和平安医院老同事还保持着联系。

在北医三院 (1958-1978 年)

北医三院是我从医道路上的重要阶段，在这里度过了我人生最宝贵的青春岁月。新建的北医三院是一所教学综合医院，当时，医院的主要任务是为北大、清华等八大学院师生员工家属和海淀区人民健康服务，同时是北京医学院公卫学院学生的临床实习基地。

我于 1958 年到北医三院时医院还未开诊，尚在筹备阶段。我先被送至人民医院内科进修而后又参加卫生部组织的经络针灸培训班学习三个月。回院后北医三院才逐渐开展门诊。

内科主任郑芝田教授自北大医院调来，他是一位知名的胃肠消化专业专家。另两位副主任是王世俊、许祖钵，来自人民医院和北大医院。我自调入三院后就一直在郑芝田教授重点培养下逐步成长，由住院医、代理主治医到主治医，长期在医疗、教学、科研第一线工作，担负日常繁重的门诊、病房、急诊及院内外会诊工作。我担任门诊、病房大组长，建立门诊疑难病例会诊制度，请高年资医生或专业组医生会诊解决疑难病人的诊断和治疗，为医疗质量把好关。带领大家把病人真正当成自己的亲人，急病人之急、痛病人之痛、想病人之想。

我在家人大力支持下，全身心扑在工作上，不分日夜假日，不辞辛苦疲劳，有时 72 小时连续抢救病人。

经过多年锻练和自己刻苦钻研，我不断提高医疗技术水平，能掌握中西医两套诊治本领，能独立处理重大疑难疾病。我曾抢救无数危重患者，如：苯中毒、乙脑、流脑、心梗、上消化道出血、肝昏迷等；辅导本院年轻医生、北医学生、进修医生和留学生的临床实习和讲课；科研方面在郑芝田教授指导下开展胃镜、肠、腹腔镜等内窥镜技术和消化疾病的诊断治疗方法研究，参加北京和全国的消化专业学术会议等活动。二十多年来，我有幸在郑教授的培养下成为他的得力助手之一。

1966 年冬，我正在病房组织指挥抢救乙脑患者，突然得知江西瑞金爆发红卫兵流脑疫情。北医奉周恩来总理指示紧急调派内科周慧莲、流行病王天根、传染病沈宝铨会同儿童医院、北京第二传染病医院各一人组成五人抢救小组，要求两小时紧急集合。

我立即回家取了粮票和牙刷，赶赴沙河乘军用机直飞福建长汀，再转乘大卡车．迎着风沙一路颠簸，急奔江西瑞金，下车后立即投入抢救。历时三个月，克服各种困难，扑灭了疫情，出色地完成了任务。在我们离京飞往瑞金的当天，福建上空有一架飞机失事，家中因无信息长时间焦急万分，后来我才知道此事，怪我因工作忙未及时通信。

1969 年夏，北医又一次点名派我参加北医中西医结合探索医教连队，我担任连长，负责医疗和教学工作。一位北医马列主义教研室教师担任指导员和支部书记，副连长是一位老干部和一位药学院教师。该连队的实际领导是军宣队和工宣队。连队成员有北医老干部、基础部教员、三院及人民医院医生护士、药学院教师、应届毕业学生近百人。我们被派往河北省平泉县下属乡镇，任务是与贫下中农实行三同、接受再教育，另一方面要探索并进行中西医结合的医疗教学实践活动。探索队由北京出发，在烈日炎炎的盛夏，“拉练”步行经通县 – 三河 – 顺义 - 密云 – 怀柔，然后坐火车到达平泉。在平泉乡村进行实践活动，历时一年后才返校。

回医院后，我又参加医院抽调各科室骨干医生护士组成的 626 病房及门诊，我一直努力工作并不断提高自己的业务水平。在忘我的医疗过程中，我接触过大量青霉素药品，当时未发现过敏现象。

1972 年底，当我在抢救一名心梗高

1970 年，北医探索队全体合影。

干患者时，在接触青霉素容器的过程中，发现我双手皮肤红肿，以后又全身泛发皮疹，持续不愈。皮科医生给予苦参注射药，当注射第二针时，我突然发生过敏性休克，紧急送急症室抢救，血压已降为 0 。当时正值内科医生护士开会，大家赶赴急诊室抢救，才终于脱险。自此以后，我体力大减而且常有突发性呼吸困难、哮喘，每次均需紧急吸氧，静脉点滴氢化可地松等药物才能缓解。

皮科会诊结论是——高度青霉素过敏，今后不宜在有青霉素的环境下工作。之前，自己曾注射过青霉素而毫无问题，而现在却变成了无法在医院正常工作，连进医院大楼也要犯病，我的处境和心情可想而知。

科里为了我健康只能安排我离开大楼，让我做能做的一些事，如“肝炎门诊”、“本院职工保健”、“消化科科研总结”、“代表科领导到出差下乡等在外职工家中进行慰问和家访”……我只能接受任务去认真完成。尽管不在临床第一线工作，但仍难控制带有发作性的哮喘、呼吸困难和继发肺部炎症，长期处于反复发作的过敏状态造成精神紧张、体力不断下降，这是我很痛苦的一段经历。

1977 年秋，北医再次点名要我去教育部参加全国科学大会筹备工作，主要是对高校中医药卫生方面科研成果的评审工作。这是对我是一项完全陌生的任务。

当时内科郑芝田主任不同意我借出，因为我当时正在完成消化科研总结并为编写《消化病学》一书撰写提纲等工作。所以医院就派另一位医生前往。未料，两周后这位医生因不适应新任务而回院。医院领导最后决定调我去。从此我开始脱离医学临床改做医学科技行政工作。

在国家科委 (1977 - 1986 年)

1977 年秋，我先被借调教育部参加全国科学大会科研成果评审，工作告一段落后，于 1978 年初被转借调至国家科委参加全国科学大会会前准备工作，参加全国科研规划会议，参与全国科研规划制定工作，担任科学大会联络员并与大会代表一起参加国家领导人接见。

科学大会后科委找我谈话，欢迎我留在科委工作。起初我担心自己不适应行政工作，后考虑既然科委需要我，又可离开医院过敏环境对脱敏、恢复健康有利。我表示同意后被正式调入国家科委一局。

国家科委一局主管基础学科 6 个，技术学科（即边缘学科）25 个。我负责与生物医学有关的学科，如生物医学工程、遗传工程、农业生物学、农业工程学等，其中重点主要负责的是“生物医学工程”。这是一门工程新技术与医学相互渗透的新兴边缘学科，它将工程新技术成果应用于医学临床，为医学提供新的诊断、治疗方法（如人工脏器、心脏瓣膜、心脏起搏器、激光医学……）。充满神秘色彩的生命科学与医学的发展也在引起工程技术科研人员的浓厚兴趣，启发该领域向纵深发展，如脑科学、人工智能、仿生学、机器人等。

国家科委很重视这一学科，我的主要任务是通过充分调研，深入了解国内外情况。为此我先在国内到医科院、中科院、高校、科技情报卫门调研并征求专家意见和建议。国家科委于 1980 年 9 月组织“中国生物医学工程代表团”赴美、西德考察。代表团一行 10 人，国外邀请人是美国 USCD 的冯元桢教授，代表团长是中国医学科学院院长黄家驷，副团长是科委一局副局长李寿慈，我担任秘书。

代表团自美国东部至西部，参观著名高校、科研机构、医学中心等并与美国国家卫生研究院及美国自然科学基金委员会主管人员座谈。赴西德主要参观科研机构及部分高校。

通过考察使我们对生物医学工程学

科发展的国际动态与趋向有了进一步的认识，对我国今后的发展可参考借鉴。

在充分调研的基础上，为加强专家领导，组建了国家科委生物医学工程学科组，依靠学科组专家制定了学科发展规划并在此基础上选择了我国近期重点科研课题。其中包括有生物力学、生物材料与人工脏器、激光医学等。

我们进行了课题论证，落实了科研单位，做了大量组织协调工作。针对生物材料存在管理混乱、质量低劣、无人负责等严重危害人民生命健康的情况，由国家科委牵头联系，会同卫生部、药政局、化工部组织大型调研，深入调查存在问题，与有关部门经过反复磋商，耐心说服，最后商定“生物材料人工脏器”由卫生部药政局归口管理，由其下属的生物制品检定所具体负责，建立了严格的质量标准制度，从而彻底解决了无人管理混乱状况，使人民健康有了保障。

国家科委对生物医学工程的一系列奠基工作带动了我国有关学会的成立、专业刊物的出版、高校专业的设置、人才培养的方向以及地方科委和相关机构的跟进，大大促进了该学科的发展。

1882年国家科委一局改为新技术局，原来基础学科改由新成立的国家自然科学基金委员会负责。我被调至科委四局（后改称攻关局）医药处先任副处长后任正处长。科委医药处全面负责医疗、药物、医疗器械、计划生育和在我国六五、七五期间的国家重大科研课题攻关管理。内容包括：癌症防治研究、病毒性肝炎防治研究、中西医新药研究、新型医疗器械研究、计划生育措施研究。当时主要与卫生部、医药局、医疗器械总公司、地方科委联系，我们经常深入医科院肿瘤所、肿瘤防办就有关攻关问题进行商讨，举行各种会议了解课题、进行专家论证、落实科研单位，做了大量组织协调工作，还结合攻关课题组织出国考察以借鉴国外经验。

1984 年，我参加卫生部代表团赴美国 Merck 药厂考察“乙肝疫苗”研制，美国人原想把血源疫苗转让给我国，经考察后我们商定要自力更生，重点研制基因工程疫苗，不再引进美国血源疫苗以确保我国人民健康。我们还访问了美国食品药品管理局。

1985 年由国家科委组织光化学代表团赴日本考察光化学诊治癌症。重点了解光敏剂对癌症诊断治疗的效果及前途。考察后认为该技术尚在探索阶段，暂不宜大力推广。

我们还在云南个旧锡矿召开了云锡矿肺癌防治工作会议及在广东汕头召开食道癌病因研究及防治研究会议，在杭州召开了计划生育科研攻关工作会议。

通过一系列深入细致的组织协调工作，大大推动了六五、七五科研攻关工作。

在科委工作期间，由于我有医科院图书证，可经常出入该院图书馆查阅资料，跟踪文献、注意国际医药发展动向。

此外，我还有机会从事“义务医生”，甚至有时有参加会诊的机会。有一次，一位朋友托我帮忙联系三院住院检查，说是看了好几家医院长期诊断不明。我主动提出要看看病人。没有想到凭我的经验，及简单化验就确诊是甲亢，得到正确治疗后恢复了健康。患者感激不尽，竟还给北医三院领导写信对我表扬并致谢。这些经历说明我在医学行政工作之余，并未完全脱离医学临床。

1983 年，国家科委进行干部高级职称评定。我提出申请，提供自己业务经历报告、读书心得报告、关于我国病毒性肝炎防治的探讨、病毒性肝炎研究新动向以及三份出国考察总结。三位教授评审，我通过评审，被评为副主任医师。

我由于过敏休克后，反复发作哮喘合并呼吸道感染长期不愈，又因工作忙拖延了下来，1983 年在上海出差期间开始咳血。经检查，左下支气管内有肿物疑为恶性。1984 年住入北京胸科医院，专家会诊决定开胸检查。术中发现左下肺慢性化脓病变、左下支气管内有小肿物，遂决定将左下肺叶切除。术后病理检查诊断为支气管炎性假瘤，为良性病变。估计是过敏导致呼吸道反复感染所致。术后恢复良好，过敏情况也明显逐步缓解。

但当时，我年龄已过 55 岁已转至二线工作任调研员，可是我自己不甘心过早退休，希望继续发挥余热，发挥我的特长，继续为人民服务。

在北京医科大学及北医三院(1986-1995 年)

1986 年，北医三院正式借调我回北医三院消化科门诊工作。按北医三院规定我以副主任医师身份出诊专家门诊。1987 年我又被正式调回北医科研处任调研员，我一方面在北医负责重点学科发展，另一方面继续在北医三院从事专家门诊工作。

1987 年 10 月，北医为我进行正高职称评议，通过四位内科专家评审通过，我的职称被评定为主任医师。随后我在北医三院即以主任医师身份对外挂号直至 1995 年。

1994 年，我年满 65 岁，在北医办理了退休手续后仍继续留在北医三院消化科门诊出诊。直至 1995 年我因发现患直肠癌（中晚期）住院手术，从此时起我才被迫停止工作。最后是亲人和朋友们浓浓的爱才使我浴火重生。

我从一个医务室小医生一步步走来，先成长为合格的正规医院的住院医生，继而成长为成熟的兼有中、西医医疗水平，能独立处理疑难病症的医生，随后成长为具有消化专业特长并掌握国内外医学发展最新动态、能全面处理内科综合医疗重大疑难复杂问题的高级医师水平。我的从医路一直曲折坎坷，但是经过个人努力拼搏终于取得了成功。

回顾起来，1972 年青霉素过敏休克是这段曲折坎坷的罪魁祸首。它严重伤害了我的健康并导致以后一系列挫折。但是事后看起来“赛翁失马，安知非福”，调国家科委改搞医学行政工作并非坏事，使我因祸得福有机会开阔眼界，学到更多的先进医学和边缘学科新知识。对青霉素的高度过敏也得到了缓解。自己能战胜挫折取得成功，除了机遇外还与自幼立志学医和一直勤奋努力分不开。

我有一个温暖幸福的家。老伴和孩子们在我困难中给我浓浓和炽热的“爱”，给予我力量，是我战胜困难的主要精神支柱。老伴钱宗珏勤奋上进、刻苦学习、不断创新也影响和激励着我，使我有信心、决心战胜一切困难，包括病魔。我恢复了健康，最后才能够重返医生岗位，实现了我初心不改，一生要做医生的愿望。

封底摄影：邱志维