第八期 二零零九年 八月
Vol.8 August, 2009

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫學新聞 Medical News
殺死腫瘤幹細胞的新發現
自閉癥兒童的福音－－－特殊鍵盤的計算機

醫學進展 Medical Advances
15－F_{2t}－Isop 及其代謝物與乳腺癌發生風險的研究

病例報告 Case Report
老年虐待，不能忽視的社會現狀

醫學人物 The Physician of the Month
肝病專家胡克勤

醫療體系 Health Care System
美國安全用藥管理
藥物商標外的處方

醫學教育 Medical Education
美國放射科住院醫師教育培訓的現狀與啓示

法律顧問 Legal Issues
誰之錯?
醫療信息化改革(HITECH)對醫生行醫有何法律影響?

醫學論壇 Medical Forum
維生素 D 及其受體基因多態性與牙周病
和慢性阻塞性肺疾病的相關性進展

藥物訊息 Drug Information
常見糖尿病用藥

咨詢門診 Consultation Clinic
如何預防早泄?

健康指南 Health Guidance
如果您無原因地體重直綫上升?

飲食健康 Diet and Health
糖尿病人的飲食

實證醫學 Evidence Based Medicine
維生素 D 和高血壓相關性研究進展

本期特訊 This Month Special
醫改會成爲奧巴馬的滑鐵盧嗎?

環球醫學 Global Medicine
縱觀全球乙肝發病狀況
失業抑鬱癥：蕭條時期的心理健康問題

主编： 孔学君 医师
出版： 美国波士顿
发行： 美国，加拿大，中国

Editor-in-Chief: Xuejun Kong, MD
Published in Boston, MA, USA
Distributed to USA, Canada and China

北 美 醫 學 與 健 康

2009年8月 第8期 总第8期

目 錄

醫學新聞 Medical News

殺死腫瘤幹細胞的新發現 1

美國人平均壽命創新高 1

自閉癥兒童的福音－－－特殊鍵盤的計算機 2

醫學進展 Medical Advances

15－F_{2t}－Isop 及其代謝物與乳腺癌發生風險的研究 3

病例報告 Case Report

老年虐待，不能忽視的社會現狀 5

醫學人物 Physician of the Month

肝病專家胡克勤 6

醫療體系 Health Care System

美國安全用藥管理 7

藥物商標外的處方 7

醫學教育 Medical Education

美國放射科住院醫師教育培訓的現狀與啓示 8

法律顧問 Legal Issues

誰之錯？？？ 9

醫療信息化改革(HITECH)對醫生行醫有何法律影響? 9

醫學論壇 Medical Forum

維生素D及其受體基因多態性與牙周病和慢性阻塞性肺疾病的相關性進展 10

藥物訊息 Drug Information

常見的降糖藥 12

藥物副作用問題 12

咨詢門診 Consultation Clinic

如何預防早泄? 13

家長怎樣與青少年子女談性? 13

健康指南 Health Guidance

從醫學專業角度看爲什麽體重直綫上升? 14

飲食健康 Diet and Health

糖尿病人的飲食 15

低血糖如何預防? 15

實證醫學 Evidence Based Medicine

維生素 D 和高血壓相關性研究進展 16

本期特訊 This Month Special

醫改會成爲奧巴馬的滑鐵盧嗎? 18

環球醫學Global Medicine

縱觀全球乙肝發病狀況 20

蕭條時期的心理健康問題 20

医学新闻

全球每年 600 万人死于吸烟



美国癌症学会最近的报告表明，全球每年约有 600 万人因吸烟引起的疾病死亡。吸烟是引发癌症、心脏病、呼吸器官疾病等各类疾病的主要致病因素之一，吸烟者平均寿命比不吸烟者缩短 15 年。报告还称每年有 20 万人因被动吸烟死亡。虽然美国、日本等发达国家的吸烟率呈下降趋势，但中国等发展中国家的吸烟人口却逐年上升。据估算，2010 年因吸烟死亡的人数将达 600 万人，占全年死亡人数的十分之一。医疗费、年轻劳动力因吸烟死亡等所造成的经济损失将达 5 千亿美元左右。该学会警告，如果不采取对策，到 2020 年这一数字将上升到 700 万人，到 2030 年更将增至 800 万人。该学会希望各国采取提高烟草税率和公共场所禁烟等措施。

（文章来源：美国癌症学会资料，王晓春摘译）

反吸烟法规日益增强,致烟草公司反击

有鉴于吸烟危害日益严重, 政府和社会团体越来越倾向于加强经济行政惩罚以图遏制。奥巴马在今年二月签署的儿童医疗保健法(SCHIP) 中进一步提高各州烟税以资助这一项目。而今年六月生效的新烟草法则给与 **FDA** 更广泛的监督权力,而后者对烟草公司的广告方式增加了诸多限制, 例如,不能称某产品是"清淡型"(相对于"浓烈型"), 因为这会误导青少年以为它们是无害的.也不能用"过度"美好的事物作陪衬以至于淡化人们对其致命危害的警惕， 这些规章近乎苛严。多年来烟草公司已倍感艰难,面临严酷的生存环境, 因而开始反击。八月底 R.J.Reynolds 公司(第二大烟草公司)反诉 **FDA** 的限制违宪侵犯了个人话语权, 尤其是当对象是成人和所提供信息确实真实时。（王晓春摘译）

美国人平均寿命创新高

美国医疗体系操守诟病,花费大而成效低是要点,而较差的人均寿命则是重要原因。 最近, 美国疾病与预防中心的最新一项报告数据表明，美国人的预期寿命达到新高，为 2007 年的 78 岁。与此同时，死亡率创造了新低， 从 2006 年的每十万人 776.5 人死亡到 2007 年的每十万人 760.3 人死亡。尽管改善甚微依然是对美国医疗体系一无是处之说的反面注脚。自 1997 年以来，美国人平均寿命持续稳定增长 1.4 年。这些都显示了美国健康与医疗体系，以及人们对自身保健认识的提高。这项研究数据还表明：2007 年男性平均寿命为 75.3 岁，低于女性的 80.4 岁。死亡率最高的仍然为心血管疾病于癌症。另外，2007 年艾滋病死亡率比 2006 年相比降低了十个百分点。

(National Vital Statistics Report, Vol 58, No 1, 19 August 2009， 冀鹏摘译)



个人空间感的大脑支配区新发现

加州理工学院的神经科学研究人员 Adolphs 博士及其同事最近的研究表明杏仁核是控制和调节个人空间感的大脑区域。杏仁核位于大脑颞叶内侧，主要负责处理负性情感反应例如恐惧及愤怒反应。其对于个人空间感的调控作用是通过一名 42 岁大脑双侧杏仁核广泛受伤的女性患者的研究而发现的。这种双侧杏仁核受伤的病例非常少见，使我们有机会对这一区域的功能得以深入研究。这位患者无法体察别人的恐惧反应，也无法判断别人的信任感，更无法判断个人空间感及与别人之间的合适距离。该实验包括这位病人及 20 名健康志愿者包括了不同的性别，年龄及文化背景，分别面向检查者走来，一直走近到受试者感到舒适的距离停下。这一距离的测定表明，健康人为 0.64 米，这位患者为 0.32 米，差别极为显著。这种差别已经超越了不同的性别或文化背景之间的差异。比如说，女性一般要求个人空间大一些，某些文化背景像中国日本等，要求个人空间小一些。

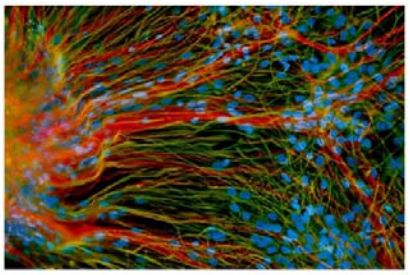
该项研究还包括了功能性核磁共振检查杏仁核的活动，其他个体的存在可以启动正常人杏仁核的反应。这一研究成果对于自闭症很有价值。自闭症患者的杏仁核功能异常已有大量证据。自闭症患者往往存在个人空间感的认知障碍，自闭症患者交谈时常常不自觉地距离对方很近，甚至不合时宜的接触到对方而使人很不舒服。 这种个人空间感异常是其社交障碍的一个重要方面，但不是全部。

(**Nature Neuroscience** 2009/8/30， 孔学君摘译)

杀死肿瘤干细胞的新发现

麻省理工学院的科学家最近通过批量筛选的方法，发现一种新的药物 salinomycin 可以特异性的杀死乳腺癌干细胞。这项新发现将发表在最新一期的 ***Cell*** 杂志。在此项研究中，科学家们通过筛选近 16000 种自然和人工药物，发现有 32 种药物可以选择性的杀死乳腺癌干细胞，并对正常细胞没有副作用。在这 32 种药物中，salinomycin 最容易合成并在此前已经用于抗生素研究。这项发现对于临床治疗乳腺癌具有极好的应用价值。

(Cell, Published online 13 August 2009，冀鹏摘译)



Differentiated human embryonic stem cells.
Cell nuclei (blue); glial cells (green); neurons (red)
Su-Chun Zhang, Ph.D., M.D. University of Wisconsin, Madison

遗传基因增加吸烟者患肺癌风险

英国的科学家通过对吸烟者和非吸烟者遗传基因对比研究发现，某些遗传基因可以增加吸烟者患肺癌的风险性。这些基因主要分布于染色体 5，6，和 15。正常非吸烟的人群也同样带有这些基因，但是吸烟显著的增加了这些基因的敏感性，使得这些人群更容易患有癌症。与此同时，研究者指出，吸烟可以同样增加其他致命性疾病的风险性，例如中风，心血管疾病，以及其他各种癌症。所以，避免这些疾病最好的方法就是立即停止吸烟。

(Cancer Research 69, 6633, August 15, 2009，冀鹏摘译)

汞含量超標化妝品慎用 易致色素沉澱中毒



经长春市产品质量监督检验院检验，哈博品牌的匀色芳香嫩白晚霜不符合化妆品卫生标准和化妆品卫生规范，其中汞超标 3 万倍；高丽姿牌润色靓肤晚霜汞超标 8000 倍。专家提醒，汞含量超标的化妆品，一定不能大量使用，会造成器官中毒。

北京大学第一医院皮肤科杨淑霞副主任医师介绍，汞是有毒重金属，古代人美白所用的朱砂，其实就是汞的化合物。化妆品中本身不应添加汞，如果只是原料中本身含有微量，也应该符合一定的指标，而超标数千倍、数万倍，则肯定对皮肤有明显伤害，因为汞即使是长期慢性小量与皮肤接触，也会导致中毒，何况是长期大量皮肤接触。使用汞含量高的化妆品后，短期内皮肤会变白，但长期大量使用，会引发色素沉着，甚至造成多器官中毒，严重的还会导致急性死亡。

(中国新闻网 2009 年 8 月 26 日摘)

自閉症兒童的福音－－－特殊鍵盤的計算機

众所周知，自闭症患者的主要问题是社会交流障碍，而个人计算机无疑可以成为帮助他们社会交流的桥梁。但是，普通的键盘比较复杂，难以掌握，可能影响他们有效的使用计算机。佛罗里达的工程师 Pete McAlindon 设计并推出了一种特殊的键盘叫做 OrbiTouch，只有两个键及相应的操作程序。其思路来自 10 年前为了预防腕管综合症及针对手指有障碍的患者的设计考虑，并得到了美国国家科学基金会的支持。它的使用是通过输入字母或符号并运用其各种组合及相应颜色图像向不同方向推动两个键，就像是玩电子游戏机似的。老师通过这一特殊键盘可以帮助学生社交技巧，使用交互网，并学习功课。这一特殊键盘的问世给自闭症患者及其家庭带来了新的希望，更好的发挥他们的特殊才能，利用互联网增进其融于社会甚至回馈社会的能力。(文章来源：Joshua A Chamot， 美国国家科学基金会，孔学君摘译)

静脉输入 Relenza 创奇迹--重度猪流感患者获救

22 岁女性患有恶性淋巴瘤，今年七月刚刚完成化疗，突发高烧，呼吸困难，化验证实染上重度猪流感。收住英国某大学附属医院监护病房。先是用 Tamiflu 并配合广谱抗生素治疗无效，然后试用 Relenza，一种尚未上市的新药。Relenza 吸入疗法没有显著效果，在监护病房住院 10 后病情仍在不断恶化。化验测知 H1N1 的 RNA 大量繁殖。 病人临床上发生呼吸衰竭，生命危在旦夕。经过病人家属及医院的同意，决定给病人静脉输入 Relenza，这种用法是一种无执照使用，并配合大剂量激素。结果，病人的病情转危为安。虽然这只是个例报道，但为重症猪流感的治疗提供有力的二线方案，预防猪流感严重合并症呼吸衰竭带来的死亡。

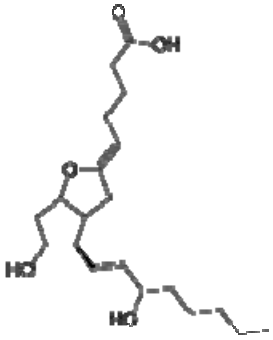


The Lancet 9/2009 孔学君摘译

医学进展

15-F_{2t}-Isop 及其代谢物 与 乳腺癌 發生 風險 的 研究

戴奇 朱湘竹



本刊評: *"谈癌色变"是每个人的正常反应，因为癌对人体的健康以至生命的危害极大。近年来医学界对自由基的研究揭示了自由基与癌症，衰老，炎症等机体许多疾病过程的密切关联，使得抗氧化劑的市场经久不衰,不断看涨。那末，是不是每个人都需要抗氧化劑呢？抗氧化劑是否在任何情况下都有益无害呢？本文的研究成果给我们带来了更全面的认识。*

自由基及 F_2-isoprostanes（F_2-IsoPs）

自由基或活性氧化产物作为病因参与了人类许多疾病如癌症、年龄相关疾病的发展过程[1-3]。早先的研究仅在动物模型中进行，且结果存在争议[3-4]。长期以来，非常迫切需要建立一个可靠的对人体没有伤害的测量体内氧化压力水平的方法[5]。1990 年 Jackson Roberts 博士及 Jason Morrow 博士发现了 F_2-isoprostanes（F_2-IsoPs），一类独特的前列腺素（PG）样的化合物，是在磷脂原位中花生脂酸发生自由基催化过氧化形成的产物[6]。

近来 F_2-isoprostanes 作为能反映人体氧化压力及自由基损伤这一重要特征，目前正广泛地应用于评价脂质过氧化水平的流行病学及临床实验研究中[7]。2005 年由美国国家环境卫生研究中心（NIEHS）组织的多试验中心合作的氧化压力生物标志物真实性研究中，F_2-isoprostanes 已被认为是反映人体氧化压力最准确、最可靠的生物标志物[8-9]。

15-F_{2t}-Isoprostane 代谢物 (15-F_{2t}-IsopM)

未代谢的 F_2-IsoPs，能在体外体液中通过人工方式自动氧化，并且其水平会受到肾脏异前列烷类产物的调节。然而 15-F_{2t}-Isoprostane（15-F_{2t}-Isop）可通过β-氧化过程，转化成 2，3-去甲基-5，6-双氢-15-F_{2t}-IsoP（15-F_{2t}-IsopM），就不会自动氧化，且不受肾脏异前列烷类产物的调节[6]。采用气相色谱法/负离子电离质谱分析 (GC/NICI MS) 测定 15-F_{2t}-IsopM 既灵敏又准确[10]。

无论未代谢的 F_2-IsoPs，还是 15-F_{2t}-IsopM，都已经普遍地应用在动物或人体的研究中。

活性氧化产物的作用

活性氧化产物生产过剩会导致氧化压力，成为许多疾病的病因或致病因素。另一方面，体外或体内许多研究都表明，内源性的活性氧化产物的水平，作为第二信号[4]，在调节多种生理功能中起着重要作用，包括信号传导、细胞增生、体内平衡、防御微生物，同样也对癌症预防的两个关键机制细胞凋亡与衰老起着诱导作用[5, 11-14]。事实上，如果 F_2-IsoPs，15-F_{2t}-IsopM 呈现正常水平，人体就健康[10,15]，因此，活性氧化产物的生物作用可能取决于内源性的活性氧化产物的水平。

15-F_{2t}-IsopM，F_2-IsoPs，肥胖和乳腺癌发生的危险

过去几年中，研究不断发现，超重和肥胖女性其体内 F_2-IsoPs 水平显著升高[5,17]，提示女性体重指数高，体内活性氧化产物生产过多，导致氧化压力，因而，超重和肥胖女性，15-F_{2t}-IsopM，F_2-IsoPs 水平升高，可能增加其患乳腺癌的风险。相反，正常体重指数的女性，体内活性氧化产物维持基础水平，这是启动 P95 基因的活性所必需的[18]，从而调节细胞凋亡，诱导衰老[5]。此外还发现 F_2-IsoPs 能使葡萄糖诱导的转化生长因子 TGF-β1 的合成增加[19-20]，该因子是起始阶段重要的肿瘤抑制因子[21]。因此，这就不奇怪，乳腺癌的保护性因子如体育锻炼、经产状况（正常妊娠）及子痫前期能显著升高脂类的过氧化物反应[5,22-26]。鉴于这些发现，活性氧化产物在体重正常的女性与超重、肥胖的女性中的作用可能不同。所以我们假设 F_2-IsoPs、15-F_{2t}-IsopM 的水平与乳腺癌的关系可能会因为体重指数的不同而不同，而这一假设在上海女性队列研究（Shanghai Women Health Study, SWHS）中进一步验证[16]。

迄今为止，没有前瞻性研究 F_2-IsoPs 及其代谢产物与乳腺癌或其他肿瘤的发生的病因关系。我们从 2001 年起，与 Milne and Morrow’s 实验室合作，率先研究 F_2-IsoPs 与乳腺癌的关联。我们利用上海女性队列（74,942 名 40~70 岁女性）的数据，采用前瞻性的巢式病例对照研究方法，首次发现尿液 15-F_{2t}-Isop 和 15-F_{2t}-IsopM 水平与乳腺癌的关联受绝经状况和体质指数（BMI）的修饰[16]。

我们发现，乳腺癌各种状态尿液 F_2-IsoPs、15-F_{2t}-IsopM 水平差异没有显著。BMI 小于及等于 25 的女性，尿液 F_2-IsoPs、15-F_{2t}-IsopM 水平升高，乳腺癌发生的风险减少，特别是 BMI 小于及等于 23 女性，尿液 F_2-IsoPs、15-F_{2t}-IsopM 水平升高与乳腺癌的发生呈负向关联（趋势检验 p=0.006），这在绝经前或绝经后的女性中结果一致。以尿液 15-F_{2t}-Isop 含量三分位，最高剂量组较最低剂量组的乳腺癌发生可能性降低，OR 为 0.46（95%CI：0.26-0.80）。而在 BMI 大于 25 甚至 BMI 更高的女性中，尿液 F_2-IsoPs、15-F_{2t}-IsopM 水平升高与乳腺癌的发生呈正向关联（趋势检验 p=0.003），而且，随着 BMI 的升高，这一趋势更为显著。在 BMI 大于 27.5 的女性中，15-F_{2t}-IsopM 水平升高可使乳腺癌的危险增加 1~3 倍，在 BMI 大于 29 的女性中，危险增加 9 倍，而在 BMI>30 的女性中，中等剂量组较最低剂量组乳腺癌的危险增加 12 倍，OR 为 13.62（95%CI：1.38-134.08），最高剂量组较最低剂量组的危险增加 22 倍，OR 为 23.47（95%CI：2.46-223.69）。我们的结果验证了，活性氧化产物在女性乳腺癌的发生中会因为体重指数的不同而作用不同。此外结果提示，在超重或肥胖的女性中，15-F_{2t}-IsopM 是较好反映体内氧化压力的生物标志物，相比 F_2-IsoPs，15-F_{2t}-IsopM 具有更高的灵敏度和特异度[16]。

抗氧化剂维生素的无效反应临床试验

近来的临床试验结果显示，抗氧化剂维生素 E 对主要的心血管疾病、肿瘤包括乳腺癌的总发生率和死亡率没有降低[16、27-28]。不久前的医生健康研究（the Physicians' Health Study II）的随机对照实验结果也显示，每两日补充 400IU 维生素 E 以及/或每日 500IU 维生素 C，在平均随访 8 年后，对主要的心血管疾病、肿瘤的总发生率和死亡率没有改善[29]。此外，一项健康人群中进行的临床试验，每日补充 200, 400, 800, 1200, 或 2000 IU 的抗氧化剂维生素 E（α-生育酚），8 周后，未发现 F_2-IsoPs 水平降低[5]。但另一项试验结果显示，当剂量增至 800IU/日，16 周后，发现有中等强度的作用，剂量为 1600 IU/日，作用最强[30]。另一方面，一些干预试验也提示，抗氧化剂维生素 E 能降低由某种疾病所引起的体内活性氧化产物高（F_2-IsoPs）的水平[5]。如每日维生素 E800IU 或维生素 C 1000 mg，8 周后，对体内 F_2-IsoPs 基础水平高有降低作用[31]，另一项临床试验结果显示，每日维生素 E800IU，能降低超重研究对象的 F_2-IsoPs 水平[32]。综述这些结果，抗氧化剂的补充仅对超重或肥胖研究对象或其他存在 F_2-IsoPs 水平高的状况有改善作用。

（参考文献从略，有兴趣者可通过 info@acmec.net 索取）



医生日志



虐待老人，不能忽视的社會現狀

冀鹏, MD, PhD

病例简介

七十四岁男性就医称右上肢疼痛。三天前当他和孙子玩耍时滑倒，右臂接触地面。疼痛主要集中于右臂中上部位，以及肩关节。右臂活动受及大限制，任何方向的伸展都会引发疼痛。滑倒当时疼痛不明显，但逐渐加重。身体其他部位没有疼痛。病人称当时没有失去意识，无麻痹感及乏力感。情况发生时没有立即就医，只服用了 Tylenol，并无很大缓解。当问及原因时，病人表现吞吗，称疼痛并无现在严重，而且儿子当时工作繁忙，没有时间带他就诊。病人 X 线发现右上臂肱骨骨折。

既往史：哮喘，前列腺肥大
过敏史：阿斯匹林
服药：Tylenol，沙丁胺醇（albuterol）
家族史：无
个人史：不吸烟，不喝酒，不吸毒。配偶三年前癌症死亡，现与儿子以及三个孙子共同生活。儿子刚刚失去工作，正在寻找新的工作。

病例讨论：

这是一个看似很普通的肱骨骨折的病例。肱骨骨折在老年患者中相当普遍。很大部分是由于老年骨质疏松。肱骨骨折常发生于肱骨外科颈、肱骨干、肱骨髁上、肱骨髁间、肱骨外髁、肱骨内上髁。可发生于任何年龄，多由直接暴力和间接暴力所引起，如重物撞、挤压、打击及扑倒时，手或肘部着地。

但是抛除这些明显因素，此病例最值得探讨的是老年虐待问题。在这个病例中，很明显老人病情的延误，是由于儿子疏忽照料而直接造成的。虐待老人是一个可悲的现代社会的事实。我们对这个问题有多少了解呢？

什么是老年虐待：

老年虐待包括故意以及疏忽造成的对老人的伤害。在美国，各个州对老年虐待的法律细节稍有不同，但都包括以下几点：

身体虐待：对老人造成肢体损伤，或威胁进行损伤。同时包括剥夺日常生活所需而造成的身体损伤。

精神虐待：对老人进行的语言或非语言性的伤害。

性虐待：非意愿性的任何性侵害。

忽视：拒绝或未履行对老人的基本生活保障，精神保障以及医疗保障。

遗弃：遗弃生活需要照料的老人。

美国老年虐待现状：

虐待老人可以发生在任何性别，社会层次，以及人种当中。很难说明在当前的美国社会，有多少老人受到了虐待。部分原因是由于很多虐待老人事件都很隐蔽。在 1998 年的一项调查种发现，1996 年，大约有 50 万的 60 岁以上的美国人是家庭暴力的受害者。这项研究同时发现，只有在 16%的案例中，受害者主动寻求帮助，而其他 84%的案例都属于象上面的病例一样，属于隐性状态。另有一项研究显示，在老年人群中，大约有 3%到 5%的人受到虐待。而且，这些案例有逐年增加的趋势。

警示信号：

医务人员应该对以下的警示信号提高警惕：

- 淤伤，压迫伤，骨折，擦伤，以及烧伤等暗示信号
- 精神抑郁，正常精神状态的变化，言语支吾
- 乳房及外阴部位的淤伤表明性虐待
- 突发的财政状况的变化
- 褥疮，医疗需求得不到满足，卫生条件差，以及体重下降是不能忽视的警示信号
- 忽视，威胁，以及其他的精神及肉体伤害

最为重要的是，发现这些信号，医务人员要保持对老年虐待可能性的认识。进而从此出发，从病史询问中了解到更多的这方面情况。

谁是侵害者？

如同受侵害者一样，虐待老人的可以是男性或女性。而家庭成员是最可能的侵害者。多年研究表明，受虐待者的成年子女是最可能的侵害者。

由于以上情况，老年虐待同样也是一个家庭问题。而在虐待的类别上，以忽视和遗弃最为普遍

如何预防老年虐待：

对老年人，医务工作者，以及老年看护者和公众的教育是最为有效的预防老年虐待的措施。对于个人来说，做好以下几点，可以很大程度的降低受虐待的风险性：

1, 对自身健康状况的认识和自我保健
2, 寻求医务人员的帮助：尤其是对抑郁，酗酒，以及滥用药物这些问题的处理上，多征求医务人员意见，以及敦促家人提供就医保障
3, 增加体育运动，了解老年虐待相关信息以及能够提供帮助的途径
对自身将来有所计划。
4, 寻求法律及社会帮助
5, 积极生活，参加社区活动，搞好朋友及家人关系。

美國的老人虐待(Elder Abuse)現狀和法規

尽管美国人均生活水平很高, 养老机构及监管健全, 但老人虐待依然是严重的问题。虐待者主要来自子女和亲戚，各种养老院和医疗机构. 虐待的方式包括忽视，衣食住行的限制，经济手段的欺诈和胁迫直至暴力伤害。每年有一至二百万 65 岁以上老人遭受虐待. 最近的有关美国 20 个州的统计表明，多于 2/5 的虐待案是有关 80 岁以上的老人，半数以上的虐待者为家庭成员。另一份报告显示自 2000 至 2004 老人虐待案增加了 19. 7%。

美国对待各类家庭虐待和暴力的监管机制健全, 各级公共社交和医疗机构都有强制性的义务举报不法行为, 私人领域如路人邻居等虽非强制但也鼓励举报。尽管一些人抱怨防不胜防的举报(错误和小题大做者不在少数) 但却对遏制家庭犯罪卓有成效。

反观中国情况则可改进处良多。国人顾惜邻里乡亲的关系, 而”受照顾”的老人多成为这一关系网的受伤者。而公共医疗机构中老人更是沉默的弱势群体. 前段时间发生的老人被迫住进猪圈恐只是冰山一角。公民宪法意识有待大幅提高, 方能回复”尊老爱幼”的千年遗风。

（本刊 王晓春）



醫學人物

一手做科研,一手抓臨床

- 介紹著名肝病專家 胡克勤 醫師



毕业于中国武汉同济大学医学院

于同校完成硕士研究生教育及临床训练后留校任职

在美住院医师毕业后获得内科专业文凭

在南加州大学肝病中心专科培训

现任尔湾加州大学(UCI)医学中心肝病科主任，内科副教授

胡克勤医师毕业于中国武汉同济医科大学(现华中科技大学同济医学院)，在完成硕士研究生教育及临床训练后留校任职。胡医师在美住院医师毕业后获得内科专业文凭，随后在南加州大学肝病中心专科培训。

只有像胡医师这样的专家才能了解肝病的极大危害，来龙去脉，和制服它的死穴.多年来，胡医师着重于科研与临床相结合。除了涉及乙肝丙肝治疗的临床试验研究外，他的临床研究着眼于肝病的自然史，预后及人种之间的差异，以及 B 型 和 C 型病毒性肝炎在亚裔的发病情况以及如何帮助亚裔病患及时就医。基础研究主要在乙肝丙肝的分子病毒学及诊断，以及肝癌化学预防的实验研究。胡医师艰辛耕耘多年，成果丰硕，先后在各家著名杂志，如美国科学院院报(PNAS)，及临床研究杂志(JCI) 等发表七十余篇学术论文，多种肝病教科书的章节及综述。



图片说明：胡克勤医师应邀在 2008 香港-上海国际肝癌会议上作学术报告

学术与临床之余，他仍不放弃点滴时间奉献于社会，公益事业及社区服务。他担任数种医学杂志的编委，及美国肝病基金会洛杉矶分会 的特聘专家顾问。



图片说明：胡克勤医师在 2008 香港-上海国际肝癌会议上与中国著名肝病专家姚光弼教授合影及商讨国内大型肝病教科书再版事宜.

医疗体系



美國 安全用藥 管理體系

孔学君 医师

药品安全关系到千万人的生命，任何政府都不会轻慢。美国 **FDA** 在批准新药上 市的严格审批是著名的.医药公司为获售药许可需要进行大量严格的动物实验直至人体试验以证实该药对于某种治疗指证的疗效多于其可能造成的危害。医药公司由此需要花费大量财力和时间.尽管如此,依然会有漏网之"鱼"(安全隐患,副作用)侥幸逃脱,威胁人类健康.原因固然是一些制药公司多少在设计和分析实验时做些手脚以掩盖不良结果(例如前几年使默克 **Merke** 损失惨重的心脏病药，据称是默克有意忽略已发现的隐患），更重要的是短期研究依然无法发现所有问题，许多安全问题需要在上市后用于众多病人之后方逐渐显现。在使用过程中，使用者（病人），监测者（医生等）有机会和责任将更新结果及时反馈到有关机构，由此改进提高。不管我们是否承认，一个药品上市后依然在做人体试验，可能一直要进行下去。

以下是关于安全药物的条款。

1， **FDA** 新药 审批过程是非常严格的，药厂或药研所必须向 **FDA** 提供足够的动物实验数据证明药物的安全性及有效性。**FDA** 根据动物实验结果研究核准并决定是否批准其临床实验。药厂及药研所进行足够的临床试验后再将其结果报告送交 **FDA**。经过一系列严格审查后 **FDA** 决定是否批准其上市。

2， 临床用药指南：新药上市后 **FDA** 颁布详细的药物说明书供医师药剂师参考。药物说明书包括药名，化学结构，药物代谢过程，临床适应症，禁忌症，副作用，注意事项，与其他药物的相互作用及配伍禁忌，用药剂量及方法，储藏方式，并附带动物实验及临床试验的结果数据等。各种药物的详细说明书编录成册叫 **PDR**，是医师办公室里的必备参考资料。**PDR** 每年收录新药再版，网上 **PDR** 更是日新月异查阅方便。医生根据临床诊断及治疗方案及病人的具体情况开药时通常会向病人讲解药物的效用，可能的副作用及注意事项，病人凭处方去药店取药时，药剂师严格该对处方，还有更为实用的药物指南发给病人。病人服药时要严格遵守医嘱，发生不良反应及时向医生报告。这临床用药的每个环节密切配合以确保药物的安全使用。医生的正确诊治，药剂师的严格把关，病人的认真用药缺一不可。

3， 上市后监测系统：除了上述临床工作者（医师，药剂师等）及病人的安全用药程序外，**FDA** 及药厂设有一系列监测系统。药厂安全管理处有专门人员定期到医院收集资料市场调查并定期向 FDA 报告。**FDA** 设有副作用报告的专线办公室及大型计算机数据库，随时收集来自药厂，医院，医务工作者及病人的副反应资料，并不断统计处理分析。根据分析结果，责成药厂或药研所进一步研究提供结果，另一方面定期将相关安全资料发给医生以资参考。

4， 药物的警告商标及撤销：当某个药的副作用被证实并且比较严重，**FDA** 会颁发警告商标。 如果副作用严重到一定程度，**FDA** 可能决定将此药从市场撤销。如果药的某个批号被发现有问题，比如产品质量问题或有污染，可能颁令将此批号的产品全部取缔。



藥物 商標 外 的處方（off-label prescription）

孔学君医师

没有“包治百病”的萬能藥。任何藥品作為商品被 **FDA** 通過上市，是針對一種或有限幾種病症的，必須對上述病症（稱為適應症）有定量的治療控製作用，才可被 **FDA** 通過。

因而名目繁多的各類保健補養品可整體提高體質，卻不是針對性治療特定病症，因而 **FDA** 無法為其頒發“藥品”証書（但可以為其頒發“安全食品”証書）。

不僅適應症有明確規定，用藥方式也盡量詳細。藥物商標由 **FDA** 嚴格審批頒布，並由詳細的藥物說明書提供給醫師及藥劑師。藥物說明書包括藥名，化學結構，藥物代謝過程，臨床適應症，禁忌症，副作用，注意事項，與其他藥物的相互作用及配伍禁忌，用藥劑量及方法，儲藏方式，並附帶動物實驗及臨床試驗的結果數據等。一個循規蹈矩的醫生應該按照商標和說明書的指示范圍嚴格用藥。

然而你可能發現醫生給你開的處方超出藥物商標規定范圍。例如用于其他病症，此稱為藥物商標外的處方（off－label），亦即***不規范處方***。如您留意到這一情況，不要大驚小怪。本文幫助您明確以下幾個問題；

為何有藥物商標外的處方，常見嗎？

盡管任何藥都不可能包治百病，但病根相通，一藥可治多病的情況是不足為奇的。由于各種原因，不可能在商標上列出所有可治症。然而醫生可以也應該依據個人經驗和同事推荐（但不能來自藥廠，更不是 **FDA**），發現藥品的“額外”用途，在安全可靠的前提下，為病人服務。

根據大型抽樣調查，臨床上有 21%的處方是藥物商標外的處方，即約五分之一處方是商標外處方。癌症用藥更高達三分之一。 一半以上的癌症病人收到至少一個抗癌藥為藥物商標外的處方。最常見為心臟病藥及抗癲癇藥，商標外處方各占 46%。

藥物商標外的處方，合法嗎？

合法。**FDA** 在頒布藥物商標時，允許醫生根據臨床具體個例掌握運用。醫生可以根據自己的知識，經驗，每個病人的具體情況製定用藥方案。而藥廠則需要按着 **FDA** 的藥物商標進行宣傳藥品，不可越雷池一步。

藥物商標外的處方，安全嗎？

一般來講，醫生在開藥物商標外的處方時堅信藥物的效果，通常是根據自身的臨床經驗及判斷。另外藥物商標內的藥物已經試過沒有效果。藥物商標外的處方有時具備科研依據，但 73%的情況沒有很強的實驗依據，只有 27%的情況有科學依據支持所以安全是相對的。

什么時候可以使用藥物商標外的處方？

以下幾種情況可以使用商標外的處方手段:

當藥物商標內的用藥無效時

當醫生確信其效果，並具備臨床經驗

當利大于弊

當具備充足科研依據時

医学教育

美国放射科住院醫師教育培訓的现状与启示

卢洁，李坤成，吉训明

摘要：结合以访问学者身份在美国哈佛医学院麻省总医院放射科两年的学习经历，介绍了目前美国医院放射科住院医师教育培训一些做法，提出对我国放射科住院医师培训可资借鉴的观点，期待能给我国的放射科住院医师教育有所启示。

麻省总医院（Massachusetts General Hospital， **MGH**）

位于麻萨诸塞州的波士顿，它始创于1811年，是美国历史最悠久的综合性医院之一，新英格兰地区建立最早、规模最大的医院。MGH是哈佛医学院建立最早、规模最大的教学医院，也是美国开展医学临床研究项目最多的医院，每年科研经费高达4~5亿多美元。MGH为现代医学的发展做出过突出贡献，在医学影像学领域，1896年在X光技术诞生不久便将之应用于临床医学，也是最早应用PET（1970年）和MRI（1979年）的医院。MGH的放射科是一个庞大的科室，不仅包括临床影像，而且有影像研究中心和基础实验室，人员有医生、护士、研究人员八百余名。临床影像诊断按系统分为神经、胸部、腹部、肌肉骨骼、循环、介入、小儿放射、急诊放射、核医学、超声十个部门。笔者在我国完成了医学院博士研究生教育、住院医培训并工作多年之后，于2006~2008年以访问学者身份在MGH放射科进行专业学习和训练，亲身体会了美国一流医院放射科对住院医师的系统、规范、严谨的教育培训制度。本文对其体系做一简略性概括，以期对我国的放射科住院医师培训教育的某些方面有所启示。

1. 系统轮转制度

住院医培训是毕业后医学教育的一个重要组成部分，所有医学毕业生都要进行3~5年的住院医师培训教育。放射科住院医师必须进行严格系统的轮转，包括神经、胸部、腹部、肌肉骨骼、循环、介入、小儿放射、急诊放射、核医学、超声十个部门。在每个系统轮转时对住院医师都有具体明确的要求，首先要熟悉本系统常用的影像学检查方法、原理及其检查程序，掌握本系统常见病的影像学诊断。以神经放射为例，要熟悉CT平扫、增强扫描、头颈部CT血管造影、CT脑灌注成像、MRI常规T2WI、T1WI、FLAIR、增强扫描、弥散加权成像、灌注加权成像的方法及其原理；掌握头颅和脊柱常见病的CT和MRI表现（包括脑外伤、脑血管病、脑肿瘤、脑炎、椎间盘病变、脊髓肿瘤等）。各个系统轮转结束后都有相应的考核，因此保证了住院医师的临床能力。

2. 多形式教学模式

各统的主治医师组成一个整体的教师队伍，通过多种形式的教学对住院医师实行联合培养。平时一名主治医师指导一名住院医师，共同阅片，先由住院医师语音输入诊断报告，对正常、异常征像进行逐一描述，然后主治医师进行复核，对征像和诊断进行讲解，并修改诊断报告。此外每天中午固定时间对不同年资住院医师进行针对性讲座，时间为一个小时，由主治医师主讲，住院医师都是边吃饭边听，讲课为互动式，气氛轻松，可随时打断进行提问。每天早晨或下午还有专科的疑难病例讨论，由主治医师主持介绍病例，然后大家进行自由式发言讨论，最后主治医师介绍相关疾病的影像表现及鉴别诊断。通过多形式的教学模式，不仅提高了住院医师的理论知识，也增加了接触各种病例的机会，提高了诊断分析水平。

3. 兴趣性科研研究

除了日常临床工作之外，住院医师根据自己的兴趣参加科研研究。做为世界顶级医院之一的MGH，每年**科研总支出占到医院总支出的大概四分之一。**MGH做为美国最大的研究型医院，**因此**要求住院医师必须具备较强的科研意识和科研能力。住院医师参加一项研究项目，抽出一定时间进行科研工作，撰写和发表文章。科室会安排杂志俱乐部（Journal Club）进行学术研讨，由一名医生负责安排，大家轮流找有价值、感兴趣的文章学习讨论，分析文章的具体内容，不仅有利于了解当前的研究动态，而且对有助于提高科研水平。

4. 结论

放射科住院医师培训教育是在上级医师的指导下进行临床实践，通过规范的要求和严格考核，从而达到合格放射科医生所必需的知识和技能。在麻省总医院放射科经过严格住院医师培训后，一般都能胜任主治医师的工作，并且具备了一定的教学和科研能力。目前在我国由于各医院放射科体制不同，有些已和国际接轨实行了按系统分不同专业组，有些依然按检查技术分室管理；而且各医院教学、科研水平及其重视程度有所差异，造成对住院医师的培养上必然存在差别，因此借鉴国外的培训教育模式，更新管理观念，结合我国各医院放射科的实际情况，探索我国放射科住院医规范化培养的发展方向，培养出高素质、高水平的放射科医师。

[作者简介] 卢洁，李坤成，吉训明

首都医科大学宣武医院医学影像学部放射科， 北京 100053

卢洁（1975-），女，河北省邢台市人，博士，副主任医师。
研究方向：神经影像学
imaginglu@hotmail.com

李坤成，通讯作者，首都医科大学宣武医院医学影像学部放射科，北京 100053
likuncheng1955@yahoo.com.cn

法律顾问

誰之錯？？？



案例1, 医院气度小, 人道代价高

来自中南美危地马拉的 **Luis Alberto Jimenez** 在佛罗里达非法居留期间因车祸导致脑损伤，免费就治于佛州 **Martin** 医院 ,长达数年。因非法居留身份，该医院无法获得政府补助，损失巨大，因而于 2003 年 5 月通过移民局用飞机将其遣返回危地马拉，并在当地某医院就治至今。由于医疗条件的差异以及巨大的医药费用，病人的法定监护人今年控告马丁医院歧视非法居留者未提供必需的医疗服务。7 月 27 日 **Stuart** 地方法庭判病人家属败诉，裁定因对方是非法移民，所以医院(和政府)没有义务为其支付医疗费用。病人家属打算继续上诉上级法院。此案由于涉及医院自行主张遣返非法居留者从而省下巨额"人道"费用,确是形势逼出的非常手段,堪为效法. 反对者指医院见利忘义,背叛了美国长期奉行的人道主义.然而, 人道主义代价沉重, 在对非法居留者大行"人道"却转而剥夺沉默且不甚知情的合法公民,是否也有几分不人道呢.非法居留者是否可享受美国医疗资源,是近年奥巴马医疗体制改革的疑点之一，一直受反对者的穷追不舍。

案例2，病魔不休假, 医生需勤勉

弗罗里达一中年妇女在四年前疑为肺癌并转至本院专家门诊，但因专家繁忙及暑期休假四个月后方就诊和检查，此时已延误最佳时机，癌变已扩散。 妇女去世后家属诉讼院方.法庭安排和解但原告坚持。此案仍未有结果但已引发关注,因这一"正常"延误现象十分普遍。以加拿大为最，各种专家约见和大型检验的等待时间都在数月或年余不等。如遇发展快速的病症便木已成舟，造成严重后果。问题是在此案中,医生未有失职, 仅是作“正常”休假，医疗资源未被滥用。法庭的难处就在于此。虽说医生也是人, 也需要休息，然而医生这一特殊职业所面对的却是一个不知疲倦，从不休假的“工作狂", 日以继夜地吞噬生命。由此,一方面病人要足够重视医生建议,不抱侥幸心理,积极远足求医,同时医生需要有更高自我要求, 医界和社会更应设法制造一个更为恒常有效机制, 则本案悲剧或可避免。

案例3，大麻合法化, 是福还是祸?

美国许多人对**大麻**(Cannabis 或 marijuana)情有独钟，形成了颇有声势的” **大麻**党“，年复一年地为**大麻**合法化造势抗争。目前已有 13 个州允许因医疗原因使用**大麻**，然而多年来联邦政府在这件事情上不妥协，并坚持任何使用的非法性。换句话说，即使某病人被州政府允许并在该州医生指导下使用**大麻**（有的州还允许在后院栽种，如果仅仅是为药用的话），他仍可以被联邦政府以非法使用毒品罪起诉入狱。这种政出多门的混乱状态导致**大麻**使用者的积怨，也使联邦和各州关系产生隔阂。每年因大麻罪入狱的人数逐年俱增。2008 年全国有近 85 万人因使用**大麻**而被捕(1991 年为 30 万) 。

最近” **大麻**党“ 有了新进展。由麻州 Barney Frank 等推动的他们在推动麻州通过 HR-2835 或称” **the Medical Marijuana Patient Protection Act of 2009** “将在 9 月被州议会受理。该法将把**大麻**的毒品级别从目前的一级(无药用价值)变为二级(可药用),并保护被州府允许使用**大麻**的病人免受联邦法起诉。由此，明确将州法置于联邦法之上。此议案能否被顺利受理和通过，以及联邦是否愿意接受都属未定之天，但**大麻**党人依然欢欣鼓舞，认为此举可根本动摇联邦政府这一”太上皇“的威胁力，如能通过成法并成为各州先例，便可在事实上导致**大麻**部分合法化。他们宣称可入药提高人类的健康。

究竟这一轻型毒品的法规变化对人们的健康和子女教育有何影响,人们现在就应该正视。

(王晓春, 孔学君)

醫療信息化改革(HITECH)

对医生行医有何法律影响?

作为他雄心勃勃的医改的重要一环,奥巴马大力推销医疗信息电子化系统（HITECH)。这当然不是她的发明，实际上医疗信息技术自 2000 年以来就有各种产品问世，如 **EHR** 或称 **EMR** 等，但“市场”萧条，备受抵制。他宣称电子化不仅用计算机代替人力减少花费，替医生省钱，而且由于完善信息记录与交流，从而减少医疗失误和事故以及诉讼烦恼，替医生省事。电子化还可以完善医疗数据收集体系，提升实证医学科研水准，为医生提供更多信息医疗资源，替医生省心。可谓有百利而无一害。以上好处各个属实，而且从科技史的发展看电子化和信息化可说是大势所趋。然而医务团体至今对奥巴马所启动的医改对其中意的电子化计划反应冷漠。许多医生直言：将政府之手从我的诊所移开。医疗专家撰文指出电子化使医生们在法律诉讼中处于任人宰割的不利境地。

电子化系统要求医生（或医院，疗养所）将病人的所有信息，如访谈和实验结果，以及医生个人的思路和计划（哪怕还不成熟）实时地输入系统。不按规程输入或不输入有关信息将有迹可寻（这点和“传统”的纸质输入法很不同，因为后者是容易临时添加甚至修改的）。**EHR** 甚至可以追踪“留意”医生花了多少时间在屏幕上或调阅了几次某份实验结果，由此，**EHR** 就可监视医生的一举一动直至精神活动，说它是一支看不见的（但强有 力的）政府之手，毫不夸张。

更重要的是，医疗行为是特殊的行业，它不总是按部就班，循规蹈矩，有时它犹如侦探破案，是一个只知结果反向求因的探索过程，其中不乏推断，假设，求证，修正等创造性思维，而这些是不可能明确书写记录的：正如你不能要求莫扎特或毕加索记录下他们是怎样“想”出他们的旷世杰作，供后人效仿。强求这些只会干扰扼杀这些创造。尼罗河上名探 Polo 炫耀他的破案过程，也是在谜底揭穿，真相大白之后。而律师亦善长在这种真相大白，毫无悬念的情况下，侃侃而谈地发现指责尚在苦苦探索中的失误医生做了什么，没做什么。有如走过迷宫者指责尚在迷宫之人如何愚钝，这是十分不公平的。而电子化记录则将这种不公平游戏推演到极致。有警觉的医生团体指出这点，号召抵制，是情理中的事情。而社会亦要深思，电子化究竟会促进还是阻碍（甚至吓阻）医生的“破案”能力，因而提升医疗水平呢？ **(王晓春)**

医学论坛

维生素 D 及其受体基因 de 多態性与牙周病 和 慢性阻塞性肺疾病 de 相關性 进展

王左敏，韩静，王辰

牙周病是人类最常见的口腔感染性疾病，是成年人牙齿丧失的主要原因，它已被公认是全身感染的危险因素，与糖尿病、低出生体重婴儿、心血管疾病等都有密切的关系。近来流调资料表明：牙周病与慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）之间存在着联系[1]。而最近研究发现了维生素 D 在细胞增殖和分化、免疫功能的调节、抗肿瘤等方面的新型作用，本文将对维生素 D 与牙周病和 COPD 之间的相关性最新研究进行综述。

维生素 D、牙周病和 COPD 概况

牙周病是人类最常见的口腔感染性疾病，菌斑及其产物是引发牙周病的始动因子，但细菌通过激活宿主的炎症反应和免疫机制才最终形成临床上的牙周病变。牙周病已被公认是全身感染的危险因素。COPD的始动因素则是呼吸道炎症，上皮损伤和炎症反应是其初始表现，支气管、肺的结构改变往往是慢性炎症的后果，造成“气道重塑”。随着生活方式的改变和老龄化进程的加速，中国COPD的患病率正在呈快速上升趋势。对中国七个省市的调查发现，COPD患病率约占40岁以上人群的8.2 %[2]。牙周炎和COPD都是慢性炎症反应性疾病，并且宿主的遗传背景也会影响疾病的进展和严重程度。有研究发现COPD患者牙周炎患病率、严重程度高于正常对照组，不良的牙周状况、口腔卫生以及口腔保健知识的缺乏显著增加了罹患COPD的风险[3]。

维生素 D 是一种脂溶性维生素，属类固醇化合物。传统上维生素 D 主要由于参与骨钙代谢而多用于缺钙性疾病的治疗。近年来的最新研究结果表明维生素 D 还在细胞增殖和分化、免疫功能的调节、抗肿瘤治疗方面起着重要作用。维生素 D/维生素 D 受体(vitamin D receptor, VDR)不仅是调节全身骨代谢的重要因子，而且也积极参与了免疫和炎症反应的调节过程，同时 VDR 的基因多态性与宿主的遗传易感性有关。从 2008 年始，维生素 D 的临床试验研究尤其是对目前严重威胁生命和健康的心血管疾病和恶性肿瘤疾患的治疗效果已经在世界各地迅速大规模地进行准备工作。低浓度的

维生素 D 和许多疾病有关系，如骨质疏松症、高血压、糖尿病和结直肠癌，它很有可能也会影响到肺功能。国外流行病学研究发现，体内维生素 D 水平分别和牙周组织的健康状态以及肺功能检查中的 FEV1、FVC 有密切的关系。

维生素D/维生素D受体(vitamin D receptor , VDR)的研究进展

维生素D是脂溶性维生素，在体内经过肝、肾的两次羟化作用后，最终成为1α,25二羟维生素D (1 alpha, 25-dihydroxy vitamin D3, 1α,25(OH)2D3)的活性形式，通过与维生素D受体(vitamin D receptor , VDR)的结合而发挥生物学效应。VDR属核受体超家族，人类VDR基因位于常染色体12q13～q14,基因组DNA全长大约为75 kb,由11个外显子组成, 5′端非编码区包括1A、1B、1C外显子, 2 - 9号外显子为编码区，编码基因的蛋白产物。VDR通过与靶基因上的DNA特异性核苷酸序列，即维生素D反应元件VDRE（1α,25(OH)$_2$D$_3$-responsive element）相互作用来介导基因的表达。骨钙素基因上游存在VDR反应元件（VDRE），维生素D与VDR结合后与VDRE相结合，促进骨钙素的转录。因此，骨钙素是常常检测的维生素D/VDR信号通路的效应分子。目前发现与调控维生素D浓度有关的VDR多态性位点有4个,分别为Bsm I、Apa I、Taq I、Fok I的酶切位点。

传统认为，维生素 D 主要是钙离子动员激素,在调节机体钙、磷平衡方面起着关键作用，用于缺钙性疾病的治疗。近年来，随着技术的进步，除经典的小肠上皮细胞、甲状腺细胞、骨细胞、肾细胞之外，在其他的组织细胞核如 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞、抗原呈递细胞、肌细胞、脂肪细胞、肿瘤细胞等中也发现了 1α,25(OH)2D3 和 VDR 的存在，认为维生素 D 是一种新的神经内分泌-免疫调节激素,在细胞增殖和分化、免疫功能的调节、抗肿瘤治疗方面都起着重要作用 [4,5]。不断有研究证实维生素 D 在系统性红斑狼疮、炎性肠病、Ⅰ型糖尿病等自身免疫病治疗中的作用[6,7]，认为它可以作为一种新型的免疫调节剂,阻断疾病进程, 改善症状。维生素 D 也具有抗炎性作用，在体内可直接抑制炎性因子诸如白细胞介素 6 和肿瘤坏死因子α，上调白细胞介素 10 等。我们推测，维生素 D 的免疫调节以及抗炎作用也对牙周炎和 COPD 的发生发展起着影响。

维生素D/VDR基因多态性与慢性牙周炎的关系

国外流行病学的研究发现，体内维生素 D 水平和牙周组织的健康状态存在密切的关系。Dietrich 等[8]人分析了第三次全美健康与营养调查数据中 11202 名个体的资料，结果显示，大于 50 岁的群体中，25-(OH)VD$_3$ 浓度与附着丧失（Attachment loss，AL）呈显著负相关关系，补钙和维生素 D 的人其牙齿缺失率比补充安慰剂的对照组低 60%，提示牙周病与维生素 D 缺乏之间具有显著的相关性。牙周炎在不

同的个体中发生和发展的差异性，提示了宿主因素在牙周炎的易感性方面的作用。越来越多的研究者认为对 VDR 基因型的多态性分析或许可以对个体患牙周炎的易感性进行评估[9]。

目前常研究的 VDR 与牙周炎有关的多态性位点有 4 个，分别是位于启动子区上 Fok I 位点、内含子上 BsmI 位点和 Apa I 位点以及外显子上 Taq I 位点。然而由于各国种族、年龄、性别、吸烟与否等不同研究体系的影响，得出的结论并不完全一致。目前一致的研究结果在 ApaI 位点[10-12]，国外的 Inagaki、Naito 以及国内的章锦才等人的研究结果均认为牙周炎患者中 Apa I 等位基因 A 携带者明显多于对照组，ApaI 基因多态性与牙周病患病的风险以及疾病的进展有关。

其它位点的研究结果不尽相同。Taq I 和 BsmI 位点的研究相对较多，但国内外结果不一致：Tachi、de Brito、Naito、Nibali 以及王宏岩[11,13-16]等认为 VDRTaqI 、BsmI 基因多态性与慢性牙周炎有相关性，VDR 等位基因 B 是牙周炎的易感等位基因，且 VDR 的基因因素在牙周炎的发病机理中可能与吸烟因素有相互作用；然而国内孙靖临[17]等认为 TaqI VDR 基因多态性与广泛性侵袭性牙周炎的易感性有关， Tt 基因型者比 TT 基因型者患早发性牙周炎的可能性更大，携带 t 等位基因可提高中国汉族人患早发性牙周炎的风险；章锦才等[12]人却认为 Bsm I、Taq I 位点的基因型分布在慢性牙周炎患者组和对照组间差异无统计学意义。Tachi 等[13]人未发现 Fok I 位点多态性与慢性牙周炎有显著相关，但 Naito 等[11]人发现非 F 型的携带者比 F 型携带者更易引发重度的慢性牙周炎，FokI 基因多态性与日本成年男性中重度牙周炎患者的风险有关系。

维生素 D/VDR 基因多态性与 COPD 的关系

维生素 D 和 VDR 是肺部炎症的重要调节因子，在慢性气道炎症性疾病中起着重要的调控作用，如对疾病过程中气道重塑、气道高反应性、气道炎症等方面进行调节,可以预防实验性炎性疾病的发生。Wright[18]认为维生素 D 可以通过调节在肺重塑过程中起重要作用的金属蛋白酶的形成以及纤维原细胞的增殖，来影响肺功能。Black 等[19]人分析了第三次全美调查数据中 14，091 名 20 岁以上人员的数据，认为血清 VD 水平与 FEV1、FVC 有很高的相关性。目前国内外仍缺乏这方面的前瞻性研究资料，并且也需要进一步的临床对照试验研究，以决定是否通过补充 VD，会对呼吸系统疾病的患者有益。

关于 VDR 基因多态性与 COPD 相关性的研究不多，Gel'tser 等[20]人分析了 56 名 COPD 患者和 50 名对照组的 VDRBsmI 多态性与骨钙素水平的关系，发现在不同的基因型（BB、Bb 和 bb）中骨钙素水平不相同；最近，Hopkinson 等[21]检测了 VDR FokI 和 BsmI 基因型对 COPD 患者的四头肌群力量的影响。四头肌无力是 COPD 的一个重要的并发症，损害运动能力，具有较高的死亡率。结果发现 VDR 中的 FokI 变量在病例组和对照组中均与骨骼肌力量有关，然而 BsmI 多态性只在病例组中与其有关。通过现有的研究可以预测，检测 VDR 基因多态性对于评估 COPD 的易感个体有着重要意义。

牙周炎和 COPD 都是慢性炎症反应，维生素 D 通过 VDR 在许多生理过程中起着作用，比如免疫调节以及抗感染炎症作用。维生素 D 在牙周炎和 COPD 的病因关联机制中可能起着的作用值得我们进一步研究，将对早期预防、早期诊断和治疗这两种全球性、高发性疾病有着至关重要的意义。

参考文献

[1] Scannapieco FA, Ho AW. Potential associations between chronic respiratory disease and periodontal disease: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey III.J Periodontol.2001, 72(1):50-6

[2]Zhong N, Wang c, Yao w, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in China: a large, population-based survey. Am J Respir Crit Care Med.2007,176(8):732-3

[3]Wang Z, Zhou X, Zhang J, et al. Periodontal health, oral health behaviours, and chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Periodontol. 2009,36: 750–5

Daniel D, Bikle. Vitamin D and the immune system: role in protection against bacterial infection. Curr Opin Nephrol Hypertens.2008,17:348-52

[5]Schwartz GG, Skinner HG. Vitamin D status and cancer: new insights. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2007, 10(1):6-11

[6]Kamen DL，Cooper GS, Bouali H, et al. Vitamin D deficiency in systemic lupus erythematosus. Autoimmun Rev.2006,5(2):114-7

[7]Danescu LG, Levy S, Levy J. Vitamin D and diabetes mellitus. Endocrine. 2009,35(1):11-7

[8]Thomas Dietrich, Kaumudi J Joshipura, Bess Dawson-Hughes,et al. Association between serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D3 and periodontal disease in the US population. Am J Clin Nutr. 2004,80:108 –13

[9] Gunes S, Sumer AP, Keles GC, et al. Analysis of vitamin D receptor gene polymorphisms in patients with chronic periodontitis. Indian J Med Res.2008,127(1):58-64

[10]Inagaki, K, E.A. Krall, J.C. Fleet, et al. Vitamin D receptor alleles, periodontal disease progression, and tooth loss in the VA dental longitudinal study. J Periodontol. 2003,74:161-7

[11]Naito M, Miyaki K, Naito T, et al. Association between vitamin D receptor gene haplotypes and chronic periodontitis among Japanese men. Int J Med Sci.2007,22(4):216-22

[12]章锦才,耿华欧,马文波,等. 维生素 D 受体基因多态性与汉族人群慢性牙周炎易感性的关系. 中华口腔医学杂志.2005, 40:50 – 3

[13]Yoichi Tachi , Hitomi Shimpuku, Yasuhiro Nosaka, et al. Vitamin D receptor gene polymorphism is associated with chronic periodontitis. Life Sciences. 2003,73:313–21

[14]de Brito Junior RB, Scarel-Caminaga RM, Trevilatto PC, et al.Polymorphisms in the vitamin D receptor gene are associated with periodontal disease. J Periodontol. 2004,75(8):1090-5

[15]Nibali L, Parkar M, D'Aiuto F, et al. Vitamin D receptor polymorphism (-1056 Taq-I) interacts with smoking for the presence and progression of periodontitis. J Clin Periodontol. 2008,35(7):561-7

[16]王宏岩,潘亚萍,滕笛,等.维生素 D 受体和雌激素受体基因多态性与慢性牙周炎的相关性. 中华口腔医学杂志.2008,43(4):236-9

[17]Sun, J.L., H.X. Meng, C.F. Cao, et al. Relationship between vitamin D receptor gene polymorphism and periodontitis. J Periodontal Res. 2002,37:263-7

[18]Wright RJ. Make no bones about it: increasing epidemiologic evidence links vitamin D to pulmonary function and COPD.Chest.2005,128(6):3781-3

[19]Black PN, Scragg R. Relationship between serum 25-hydroxyvitamin d and pulmonary function in the third national health and nutrition examination survey.Chest.2005,128(6):3792-8

[20]Gel'tser BI, Kochetkova EA, Grigor'eva OIu, et al. Relations between VDR3 and COL1A1 genes and markers of bone tissue metabolism in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Ter Arkh. 2006,78(3):17-20. [Article in Russian]

[21]Hopkinson NS, Li KW, Kehoe A, et al.Vitamin D receptor genotypes influence quadriceps strength in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Clin Nutr. 2008,87(2):385-90

作者簡介:

王左敏，韩静（共同第一作者）：

首都医科大学附属北京朝阳医院口腔科

王辰（通讯作者）：

首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸科，中国北京朝阳区 100020. wzuomin@gmail.com

药物讯息



常見糖尿病用药



哈佛大学医学院以色列医院内科 **丁倩玮，NP**

Glipizide 是第二代磺酰脲类口服降糖药。作用是促进胰岛β细胞分泌胰岛素；亦能刺激胰岛α细胞使胰高血糖素分泌受抑制，尚有抑制肝糖原分解，促进肌肉利用和消耗葡萄糖的作用。口服剂量因人而异,一般剂量 2.5-20mg/日，早餐前 15 分钟服用。不良反应-较常见的为肠胃道症状（如恶心，上腹胀满）、头痛等，减少剂量即可缓解。低血糖症状(头痛、兴奋、失眠、震颤和大量出汗)，特别是年老体弱者、活动过度者、不规则进食、饮酒或肝功能损害者。

Metformin 是增强脂肪、肌肉等组织对葡萄糖的摄取和利用，亦能抑制肠道吸收葡萄糖和减少肝糖输出。尚有增强胰岛素的敏感性，减轻胰岛素抵抗。 Metformin 不刺激胰岛素分泌，不易引起低血糖症。亦不引起体重增加，反而常使体重有所减轻。肥胖糖尿病患者为首选药物。口服剂量因人而异,一般开始剂量每次 500mg，2 次/日，进餐时或餐后服用，每日用量不宜超过 2550mg。不良反应-较常见的为肠胃道症状(如恶心，腹痛或腹泻）。肝、肾功能不全者忌用。单独使用，一般不出现低血糖。但是如与胰岛素合用，则有可能发生低血糖。

Actos 作用是有增强胰岛素的敏感性。可与二甲双胍或磺酰脲类药物联合应用为血糖控制不佳的 2 型糖尿病患者。口服剂量因人而异,一般开始剂量每次 4mg/日，经 12 周的治疗后，若空腹血糖控制不理想，可加量至 8 毫克/日。不良反应-较常见的为头痛，体重增加，水肿和低血糖。肝功能不全者忌用。

Acarbose 作用是在肠道内竞争性抑制葡萄糖，可减少并延缓吸收，因此具有降低饭后高血糖的作用。可与其他口服降血糖药或胰岛素联合应用。口服剂量因人而异,一般剂量每次 50～100mg/次，3 次/日，饭前服用。不良反应-较常见的为肠道多气、腹胀、腹痛、腹泻等，亦可出现低血糖反应。有明显消化或吸收障碍者、因肠胀气而可能恶化的情况（如严重的疝气、肠梗阻和肠溃疡）禁用。

如何應付药物的 副作用

哈佛大学医学院以色列医院内科 **孔学君，MD**

俗話說：是藥三分毒。药物的副作用是指一切药物的不良作用，可轻可重。严重的情况可能导致住院治疗，生命危险，致残，胎儿畸形，甚至死亡。尽管美国 **FDA** 在药品上市前后都严格监管，药物副作用依然难以杜绝（参见本期医疗体系论述）。注意当服药时产生不良反应，并不一定是药物引起的，因这有个因果关系问题。不同情况时对于因果关系判断的确切程度不同。



在谈到药物副作用时，首先要考虑有没有可以预防的因素。比如说，是不是药品本身的质量有问题？是不是医生开药错误（剂量，时间，配伍问题）？ 是不是病人用药不当？ 除外这些因素并能严格预防这些情况的发生。如果比较确定是药物本身造成的副作用，要尽可能明确其发生机理。这包括是过敏，还是不能耐受，严重程度如何。

用药时发生了副作用如何报告呢？如果发生在门诊病人，病人应立即报告其主治医生。医生询问情况后决定是否需要病人就诊检查。较轻的副作用，告知停药观察。稍重或有表征的应就诊检查。无论轻重，都应记录在案。内容包括用药剂量，副作用的表现，反应的性质，严重程度，因果关系的确定程度。对于较重的或少见的副作用，应报告 **FDA**，或报告医院安全用药委员会。对于医疗事故或开药用药错误造成的副作用，应该填写事故报告。如果是住院病人，病人或主管护士立即报告主治医师，填写详细报告上交医院药物安全委员会或直接报 FDA 并在病人的病历备案。在申报时，按药物的类别，反应的性质，涉及的器官，因果关系，严重程度，可预防的原因归档，并进行随访记录。

当副作用发生了，该如何处理呢？

1， 由于药物的产品质量问题造成的副作用，病人可能直接要求药厂赔偿其损失，**FDA** 也可能因此取缔同批产品，或勒令药厂整顿，加强监测，甚至停工。

2， 由于医疗错误造成的不良反应，比如用药过量，用药途径错误，护士没有按时给药，医生开错药，未经医生同意给药，给错药，给错时间，给错病人，配伍错误，给药速度错误，给药途径错误。这些情况病人可付诸法庭诉讼医生或医院求得经济补偿。只要证据充分，副作用造成了不可逆转的损害，胜诉机会很大。

3， 由于病人本人错误服药造成的不良反应，比如不遵医嘱，错误的剂量，时间，配伍等等，病人应负全部责任。

判断医疗错误的严重程度有以下几个级次：

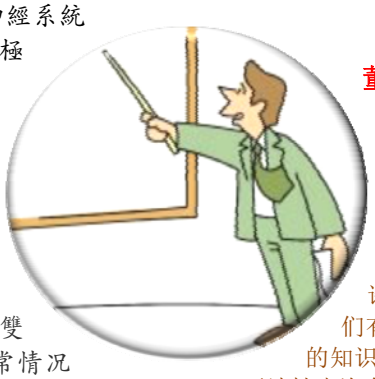
1， **有错，无损害**。又分为：
有错，但还没有执行
有错也执行了，但没有造成损害
有错也执行了，经过化验随访证实没有损害

2， **有错，有损害**。又分为：
有错，造成了暂时的损害并需要治疗
有错，造成了暂时的损害需要住院治疗
有错，造成了损害需要抢救
有错，造成了病人死亡

咨询门诊

赵先生问： *我今年 40 岁，工程师，已婚，以前性生活很美满，不知为什么这两年常有早泄，为此我与太太都很失望与沮丧，夫妻感情也因此很受影响，请问医生有什么方法可以预防早泄？*

医生回答： **早泄**(Premature ejaculation)是指性交時男性射精過早，不能引起女性的高度快感。早泄一般指男性進出女性約 2 分鐘以內或一半以上的性交，無法讓女性得到性高潮。早泄較多的是原因是心理問題而非器質性疾病。當然，首先除外一下器質性的因素，尤其是伴有勃起障礙者，這需要看醫生。除外糖尿病等內分泌系統疾患，性激素低下，神經系統疾患，血液循環障礙，炎癥等情况。積極治療這些疾患可以見效。有些中老年男性雄激素已開始下降，使用雄激素制劑可以治療陽痿早泄，增進性功能。如果除外了器質性因素，對于早泄可以采用以下預防保健方法，運用得當或長期堅持，完全能避免早泄發生。



正確認識和對待性生活。進行夫妻雙方性教育，認識早泄的含義，防止將正常情况誤解爲早泄。偶然出現早泄者，女方要安慰男方，幫助男方消除顧慮和緊張情緒。性交前的情緒正常與否，對射精快慢有很大影響。情緒激動和緊張，常常會導致早泄。性交動作幅度過大，增强刺激强度，常加速射精，所以要雙方要合作。避免手淫，節制房事，有利于防治早泄。進行適當的文體活動，如聽音樂，鍛煉身體，調節情操，增强體質，有助于防治早泄。戒酒，避免辛辣刺激。多食海鮮、豆制品等高蛋白食品，增强身體素質。

總之，預防及治療早泄應記住以下幾點：

1，及早看醫生，早期診斷并.積極治療可能引起早泄的各種器質性疾病，從根本上避免早泄的發生。

2，飲食起居規律，堅持體育鍛煉，心情舒暢，保持積極達觀的生活態度，謹防抑鬱，焦慮等心理疾患。建立良好的家庭環境氣氛。

3，夫妻雙方要正確地學習掌握有關性的知識，了解男女之間性反應的生理性差异，消除誤會，適當掌握性生活中的必要性技巧，并能互相體貼關愛。偶然出現早泄，女方理應安慰、諒解、關懷男方，温柔體貼地幫助男方克服恐懼、緊張、內疚心理，切忌埋怨、責怪男方。

4，早泄的男性可以透過下列方法，來延長陰莖勃起的時間。主要原則爲降低陰莖龜頭的敏感度，例如使用較厚的安全套，或使用藥物輕量麻痺陰莖知覺，減低龜头敏感度。醫學中有很多方法都可以治療，比如慢性興奮法。SSRI 類抗抑鬱藥是最常用的治療心理性早泄的方法。

預防早泄，延長性交時間也該有個度，時間過長反而會造成女子興奮衰退、高潮破壞、注意涣散、陰道幹澀、身體疲勞等，對男子來說過分的“久戰”會導致前列腺、睾丸和精索的過分充血，使這些部位第二天出現墜脹感，甚至誘發前列腺炎或精索炎、睾丸炎等癥。(孫啓明醫師)

董太太问： *我儿子今年 13 岁，对于性的事情很敏感，常常手淫，我还发现他有两次遗精，我是单亲母亲，不知怎样跟他谈进行性教育，医生有什么建议吗？*

医生回答： 你的问题是个很有代表性的问题。许多家长与自己的子女谈性感到羞于启齿，他们有的选择保持沉默，希望孩子从学校学到应有的知识并逐渐领会出其中道理。有些人认为如果与孩子谈性也许会鼓励其过早追求性体验。事实上，这些想法都是不对的。父母对于子女的性教育非常重要，是其他任何渠道无法替代的。很多少年儿童的性知识不是来自家长、学校，而是在与同伴的交流或者是从书刊影视中得来的。从这些渠道得来的性知识往往会带给孩子不正确的引导，而许多性心理障碍都植根于童年时期，因此，性教育应该开始于儿童和少年时期，家长应积极参与性教育，使孩子从小就得到正确的性教育。 使其在青春期之前就对于性的意义及安全有足够的认识。你的儿子已经进入青春期，这期间父母应主动关心询问孩子的性困惑并进行系统的性教育。可以从性生理，心理，社会等各个方面，最好采取一对一促膝谈心的方式，消除孩子的羞怯心态，做他们的良师益友。如果无法面对面地交谈，也可以采取书信，网上聊天的方式，总之充分尊重孩子感到合适的方式。 对于青春期少年所看的书籍，电影，电视节目进行关注监测，与其讨论并向正确方向引导。

性教育的内容包括哪些方面呢？

1， 性及生殖系统的生理机制
2， 两性关系及情感反应
3， 性感受及过程，性欲及调控，
4， 不同性别的作用
5， 性病及合并症，预防措施及安全问题
6， 性交以外的性行为
7， 性犯罪，性变态，同性恋问题
8， 避孕手段及怀孕的应对措施
9， 性的社会属性，责任心及道德观

要与学校及其他相关人员沟通，查阅最新的一些杂志及书籍，了解目前青少年的性心理性生理，希望减少与他们的代沟。（张晓黎医师）

健康指南



如果 您 无原因地 體重 直线上升 ……?

钱毅 博士

如果你的生活近期有些变化,比如说由于太忙而减少了运动或者节假日朋友聚会吃得比平常多,那么你的体重增加一些是无可非议的。但是，如果你的生活与以前并没有什么太大不同而你的体重却在直线上升的话，那么你不妨分析一下是否落入以下的情况中了。



1). 缺觉: 一种可能是由于睡觉晚而吃夜宵造成的体重增加。还有一种原因是缺觉使得荷尔蒙分泌造成早上更多饥饿感。

2). 紧张: 紧张不仅让人有吃的动力而且"紧张激素"会使人觉得吃能缓解紧张。当人们处于压力中时,会促使肾上腺素分泌增加,同时体内也不断释放可的松使人有饥饿感。

3). 抗抑郁药: 有些抗抑郁药本身就会使 25%左右的人增重。同时这些药的付作用也包括开胃。

4).可的松类的药物: 除了抗局部炎症外, 这类类固醇药不仅使人增重还能使脂肪重新分布。最常见的是满月脸或向心性肥胖。

5). 其他药物: 其他能使人发胖的药物还有抗精神病的药, 治高血压及糖尿病的药等等。但是, 避孕药却不会让体重增加. 这点好像和我们平常想象的不太一样。

6). 甲状腺功能低下: 如果体内没有足够的甲状腺素, 除了疲倦无力和畏寒外, 还有一种明显症状就是体重增加.因为甲状腺素不足会使代谢变慢从而导致体重增加。 如果用治疗甲状腺功能低下的药物治疗时,代谢变快会使增加的体重有所回落。

7). 停经期：40-50 岁的中年妇女在更年期体重增加是再正常不过的现象了。很多人以为是由于雌激素减少造成的。其实,由于年龄增长造成代谢变慢的因素和激素变化起到的效果无显著性差异。烧脂减少是多方面原因造成的：比如人到中年运动减少，压力增大等都是造成脂肪燃烧减弱的主要原因。然而更年期的脂肪堆积的特点是脂肪主要堆积在腰部而不是四肢或大腿。



8). 多发性卵巢囊肿: 这种疾病不仅导致了体内激素不平衡, 月经周期紊乱, 体毛增多, 而且还引起粉刺和体重增加. 这是由于身体对胰岛素抵抗造成的.这种体重增加主要堆积在腹部从而也增加了患心脏疾病的风险。

9). 戒烟：一般来说, 戒烟会使体重平均增加 4-10 磅。为什么呢? 首先，尼古丁有抑制食欲的作用。一旦戒烟后食欲增加导致摄入过多而进一步增加体重。再者, 尼古丁还增强代谢. 如果摄入相同卡路里时, 戒烟后体重增加就不难解释了。最后,尼古丁还麻木味蕾，而戒烟后会觉得东西更好吃所以导致体重增加。

那么如何用正确的态度对付日益增加的体重呢?

第一，在没有征求医生的情况下不能自行加药或减药。

第二，不要效仿其他人即使他/她和你的情况差不多。人是有很大的个体差异的。不是其他人的减肥方法就适用于你。咨询你的医生是最稳妥的方式。

第三，不要被一些只脱水不减脂肪的药物或错误方法误导。有些减肥药本身就是利尿剂, 只是暂时脱去你身体里的水, 一旦停药, 水分还会回来. 食低钠食物也许能使身体储存的水分相对少些。

第四，如果你服用的药物是使增加的明显的药物,可以向你的医生询问有无类似的药能使体重增加的副作用少一些。

第五，如果是代谢减少的原因,请通过运动增加代谢从而使体重得到控制. 晚上不要太晚吃东西。

第六，多吃蔬果通便减肥是众所周知的。

本期評論：

富裕國家的肥胖率遠高于貧窮國家是不争的事實，而美國的肥胖率在發達國家中又首屈一指，成爲威脅公眾健康的社會公害。然究其主因，并非國民個個精神飽滿，無憂無慮，久而發福，而是因爲許多人精神緊張，生活壓力巨大，或空虛寂寞，結果以食爲減壓劑和安慰劑。多年前人們尚熱衷于求醫服藥。然而近年醫藥費大漲，人們更有賴于飲食無度。食品銷售近年不斷上揚，食品成爲最廉價且不需處方的精神安慰劑。要制服肥胖還要從社會疾病開始治起。

饮食健康

糖尿病 患者 の 飲食原則

哈佛大学医学院以色列医院内科 丁倩伟 NP

1. 糖尿病**患者**不宜饮酒。饮酒干扰体内糖、脂、蛋白质代谢;促进糖尿病急、慢性并发症的发展;易引起低血糖(阻滞降糖药分解与排泄)和损害胰腺。
2. 糖尿病人应选少油少盐且清淡的食品。
3. 定时定量。勿打破生活规律, 影响“生物钟”的规律。如只按时吃药而未按时吃饭也会引起低血糖。
4. 少量多餐, 加餐并非加量。每餐飲食按照計劃份量進食, 不可任意增減。
5. 在以下情况下不吃水果



a. 血糖过高不吃, 空腹血糖超过 200mg/L
b. 餐前餐后不吃, 只在两餐之间吃。
c. 含糖量高不吃, 干果比鲜果多, 吃的量也限制。

6. 配合長期性且適當的運動避免肥胖, 維持理想的體重。
7. 少吃油煎、炸及豬皮、雞皮、鴨皮等含油脂高的食物。
8. 烹調多採用清蒸、水煮、涼拌、涮、烤、燒、燉、鹵等方式。
9. 常选用含纖維質高的食物, 如蔬果, 五穀粗糧等。
10. 少吃精製糖類的食物, 如煉乳、蜜餞。
11. 如有必要時, 可選用少許代糖以代替糖調味。
12. 宜吃豆類製品食物或香菇、南瓜、苦瓜等。

13. 進餐時, 要專心吃; 咀嚼要細嚼慢咽, 不可狼吞虎咽



糖尿病 - 病徵

异常口渴, 大量排尿, 食欲不振, 体重下降, 疲倦无力。

低血糖的症狀?

发抖, 軟弱無力, 头晕, 饥饿感, 心跳加速, 嘴和嘴唇有刺痛或麻木感, 头痛, 動作和言语不清。

低血糖 處理法?

1. 方糖或果糖 1-2 粒
2. 小食: 面包 1-2 片、或饼干 5-6 块
3. 果汁或含糖饮料半杯

一般 15 分钟内症状缓解, 不缓解应到医院处理。

低血糖 怎么預防?

1. 按时进食, 生活规律
2. 不可随便增加药量
3. 常测血糖
4. 随身带糖果以备用

哪些调味料的含糖量比较低?

生姜, 葱, 大蒜, 辣椒粉, 八角, 茴香, 胡椒, 咖喱, 豆豉酱, 酱油, 盐, 醋, 陈皮, 柠檬, 薄荷, 小洋葱

哪些调味料的含糖量比较高?

甜面酱, 海鲜酱, 鸭酱, 蜜, 柱候酱, 甜酸酱



专家座谈



维生素 D 和高血压相關性研究进展

王璐， MD，PhD，哈佛医学院 Brigham and Women's 医院预防医学部
馬建滔， MD,MS， Tufts 大学（暨美国农业部）老年营养研究中心

摘要：早期试验研究表明维生素 D 可以参与血压调节。例如，维生素 D 可以作用到体内的钙平衡、血管平滑肌细胞、内皮细胞和肾素-血管紧张素系统。因此，维生素 D 可能是高血压发病机制中的一个重要环节。在人群中进行的研究也表明维生素 D 摄入不足与血压升高和高血压患病率升高有关联。但是由于缺乏合理设计的前瞻性研究，我们还不能完全了解维生素 D 缺乏和罹患高血压之间的关联的全部细节。另外，高剂量补充维生素 D 来控制血压，并达到预防高血压发病的方法还需要进一步使用随机对照的临床试验做验证。

前言：

高血压一般定义为收缩压大于或等于 140 毫米汞柱，或者舒张压大于或等于 90 毫米汞柱。高血压在美国患病率高。同时，在全世界范围内，高血压引起的心血管疾病是导致死亡的最重要原因。即便是很小范围的血压升高，如小至 2 毫米汞柱的收缩压升高，都可以导致由心血管疾病的引发的死亡率的上升。美国现在有 6 千 5 百万人患有高血压，并且罹患高血压的人数还在增加。

从上个世纪 80 年代，人们对于维生素 D 进行了大量的研究。这些研究表明维生素 D 可以为人类的健康带来好处。比如，维生素 D 可以对抗肿瘤、心血管疾病、感染、免疫功能低下等等。很多研究证明了维生素 D 缺乏可以促进高血压的发生和发展。其实，人们早在 20 世纪初就已经认识到了维生素 D 对于骨骼健康的重要性，比如维生素 D 缺乏可以导致小儿的佝偻病和成人的骨质疏松症。另外，值得一提的是，在 1999 年由美国医学研究所建议的维生素 D 每日摄入量（200、400、600 国际单位分别对应 50 岁以下成人，51 岁-70 岁老人及 71 岁以上老人）对于晒太阳不足的人来说是不充足的[1]。

维生素 D 的合成，吸收和生物作用：

维生素 D 属于脂溶性的甾体激素，包括维生素 D2 和维生素 D3 两种形式。当人类的皮肤被阳光照射时就可以合成维生素 D3。通过这种方式，人类可以得到百分之 90 到 95 的维生素 D。其合成机理是，当皮肤接触到阳光时，表皮和真皮的 7-脱氢胆固醇会吸收紫外线 B 从而形成原维生素 D3。原维生素 D3 可以迅速转化成维生素 D3。人们也可以从食物中得到少量的维生素 D3，比如从动物肝脏，蛋黄，深海鱼和鱼油中。在美国，一些食物如牛奶、果汁和麦片中也会强化通过辐照加工生产的维生素 D2。

皮肤合成是人类获得维生素 D 的主要途径，维生素 D 缺乏特别容易出现在晒太阳少的人和合成效率低下的人群中。影响紫外线穿透皮肤的物理因素包括地理纬度、季节、时长、防晒霜的使用和穿衣的习惯等等。生物因素包括皮肤色素含量、年龄、身体脂肪含量和健康状况等等也会影响维生素 D 合成和生物利用度。

科学研究还表明人体维生素 D 水平偏低可能是一种未被完全认知的流行病[2-4]。无论成人还是儿童，这种现象广为存在，并且是世界性的。仅在美国，25 羟基维生素 D 小于 50 微摩尔每升的发生率就非常高。例如，在被认为是健康的 18 至 29 岁的成人中其发生率大致为 32%，在 15 至 49 岁的黑人妇女中是 42%，在 49 至 83 岁的门诊病人中是 41%，在普通住院病人中甚至高达 57%。因此，有人建议至少 50%的美国成年人都应该每天补充多于 1 千个国际单位的维生素 D3。

活性维生素 D 具有典型的甾体内分泌激素的功能，例如其调节钙离子动态平衡的作用已广为人知。1,25 二羟化维生素 D 促进肠道内钙离子的吸收，骨骼钙离子的溶出，以及肾脏对钙离子的再吸收。除此之外，维生素 D 还参与细胞的增殖和分化、免疫反应、肾素-血管紧张素系统、影响胰岛素分泌和敏感度等等。因此，对于维生素 D 的作用研究一直在进行着，大家希望维生素 D 能为预防和治疗多种疾病，如免疫系统疾病、糖尿病、心血管疾病、高血压和一些肿瘤等，作些贡献。

维生素 D 和高血压的流行病学证据：

这里我们把目光集中在维生素 D 与高血压的关系。维生素 D 缺乏引起血压增高的原因是激活肾素-血管紧张素系统（简称 RAS），从而影响电解质和水钠潴留和血压调节的一连串反应[5]。肾素是 RAS 中的限速的成份，可以将血管紧张素 I 从血管紧张素原上裂解开。而血管紧张素 I 可以转化成血管紧张素 II，从而进一步通过多种途径影响电解质和细胞间液容量，最终引起血压上升。

黑人的皮肤中存在大量的黑色素，相对于白人，更多的黑人患有维生素 D 缺乏和高血压。一个名为 INTERSALT 的研究表明居住在高纬度地区的人血压会偏高，同时高血压的患病率也较高 [6]。在中国进行的全国性高血压研究也有类似发现，即从北到南存在着一个从高到低的发病梯度 [7]。但是这些研究只能提供科学的假设，并不能证明维生素 D 和高血压在个体上存在关系。

另外的一些横断面研究也提出血浆中 25 羟化维生素 D 或者 1,25 二羟化维生素 D 的浓度与血压升高有关。最近在美国的一些全国性的横断面研究也证明了这个观点，同时也证明了黑人和白人之间确实存在维生素 D 水平和高血压发病率的差异。然而病例对照研究的结果没有一致的结论。例如，并非所有 病例对照研究都支持血浆中的 25 羟化维生素 D 或者 1,25 二羟化维生素 D 并不是都与高血压有关。但是这些病例对照研究存在着很多不足，例如其调查的样本量过小，人群变异性过大、同时其使用的方法也不一而足。总的说来，这两种研究都是同时测量维生素 D 与血压的情况，因此不能得出病因学的结论。

但是关于维生素 D 和高血压关系的前瞻性研究却很缺乏。根据目前已经得到的数据，在近三万妇女中，饮食中的维生素 D 与高血压有一种中等程度的联系，维生素 D 的摄入量越高，高血压的发病率越低 [8]。值得注意的是，这种联系并没有在维生素 D 补充剂使用者中发现。另外一个观察了 613 名男子和 1198 名女子的研究表明，经过 4 年的观察期，相比于血浆 25 羟基维生素 D 水平高于 30 微摩尔每升的人，血浆 25 羟基维生素 D 水平低于 15 微摩尔每升的男子患高血压的几率提高了 6 倍；血浆 25 羟基维生素 D 水平低于 15 微摩尔每升的女子患高血压的几率提高了近 3 倍。这类前瞻性研究有很强的说服力，但是还需要随机对照的临床试验来证明 [9]。

随机对照的临床试验：补充维生素 D 的降血压作用

一些小型的干预研究报道了每天使用维生素 D 类似物补充剂 0.75 至 1 毫克，可以在患有初级甲状旁腺功能亢进、间歇性高血钙或者糖耐量损伤的病人中起到降低血压的效果。并且这种效果并不用添加钙离子补充剂。但是并非所有的小型研究都得出一致的结论。另外，维生素 D 补充剂对于血压的效果似乎依赖于钙离子的水平和（或者）肾素的活性。

不过，这类临床试验都证明了维生素 D 补充剂对于高血压的并发症如左心室肥大和阻塞性心力衰竭有益处。

女子健康研究是第一个大型的随机对照的研究。这个研究调查了 3 万 6 千多名绝经后的妇女。其中有些人按照随机的方式接受了每日 400 个国际单位的维生素 D 补充剂治疗而其他人按照随机的方式接受安慰剂治疗 [10]。经过大致 7 年的观察，这个大型研究并没有发现两组人群在血压（包括了收缩压和舒张压）的变化上有意义明显的差异。但是，尽管这个研究使用了严格的随机、双盲和对照的方法，它也还并不能给出最终的结论。因为，每日补充 400 国际单位维生素 D 仅仅能轻度提升血中 25 强化维生素 D 水平，而这种轻度的变化并不能起到明显地调节血压的作用。也因此，还需要在将来进行这样的大规模的研究，继续观察补充更高剂量的维生素 D 的效果。

综上所述，早期的实验室研究和近期的流行病学研究都提示了从饮食中摄取的维生素 D 过低，以及血浆的低维生素 D 水平和血压升高或者罹患高血压有关系。然而，更为有效力的前瞻性研究还没有完全支持此结论。如果日常的补充维生素 D 可以提高血浆 25 强化维生素 D 的水平，从而确实起到降低血压的作用，那么对于维生素 D 缺乏的个体进行补充确实会取得非常大的公共健康的效益。但是，目前的资料还不能完全证实维生素 D 的这个功能。因此，在进行大规模的日常补充维生素 D 的推荐之前，还需要进行更为有效的研究。

王璐通讯地址：
Dr. Lu Wang, Division of Preventive Medicine, 900 Commonwealth Avenue (3rd fl), Boston, MA 02215;
luwang@rics.bwh.harvard.edu



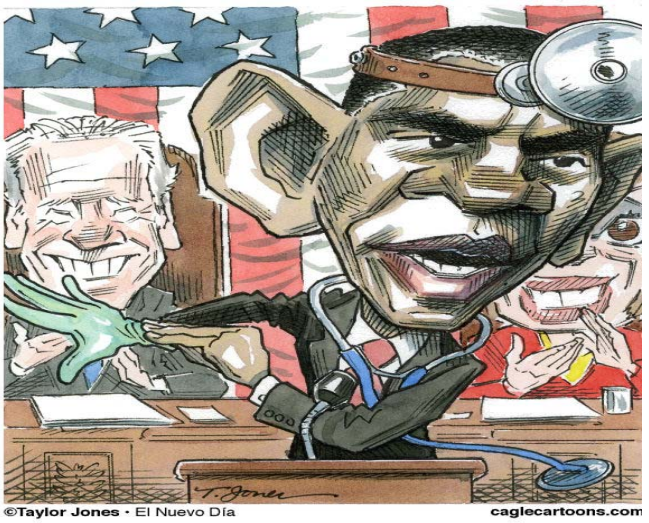
参考文献：

1. **Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes FaNB, Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride., 1999; Washington, DC.**
2. **Holick MF. The vitamin D epidemic and its health consequences. *J Nutr.* 2005;135(11):2739S-2748S.**
3. **Nesby-O'Dell S, Scanlon KS, Cogswell ME, et al. Hypovitaminosis D prevalence and determinants among African American and white women of reproductive age: third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Clin Nutr.* 2002;76(1):187-192.**
4. **Zittermann A. Vitamin D and disease prevention with special reference to cardiovascular disease. *Prog Biophys Mol Biol.* 2006;92(1):39-48.**
5. **Li YC, Kong J, Wei M, Chen ZF, Liu SQ, Cao LP. 1,25-Dihydroxyvitamin D(3) is a negative endocrine regulator of the renin-angiotensin system. *J Clin Invest.* 2002;110(2):229-238.**
6. **Rostand SG. Ultraviolet light may contribute to geographic and racial blood pressure differences. *Hypertension.* 1997;30(2 Pt 1):150-156.**
7. **He J, Klag MJ, Wu Z, Whelton PK. Stroke in the People's Republic of China. I. Geographic variations in incidence and risk factors. *Stroke.* 1995;26(12):2222-2227.**
8. **Wang L, Manson JE, Buring JE, Lee IM, Sesso HD. Dietary intake of dairy products, calcium, and vitamin D and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *Hypertension.* 2008;51(4):1073-1079.**
9. **Forman JP, Giovannucci E, Holmes MD, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D levels and risk of incident hypertension. *Hypertension.* 2007;49(5):1063-1069.**
10. **Margolis KL, Ray RM, Van Horn L, et al. Effect of calcium and vitamin D supplementation on blood pressure: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *Hypertension.* 2008;52(5):847-855.**

本期特訊

醫療體製改革 會成為 奧巴马 的 滑铁卢 嗎？

王晓春博士



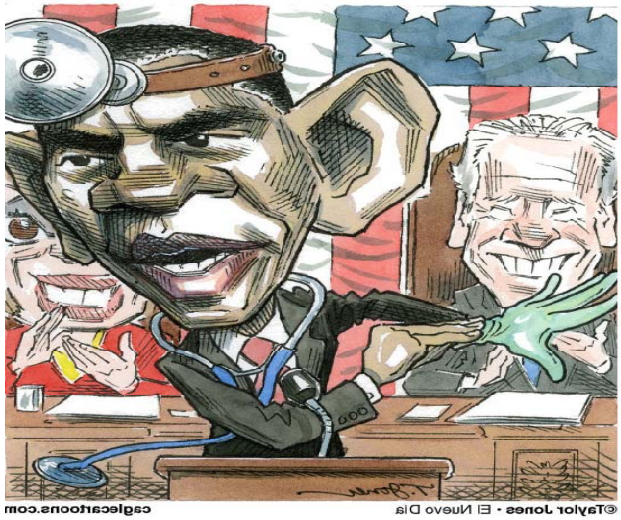
早在奧巴馬上臺前就有人預言，醫改問題不會是奧巴馬的唯一困難，但一定是最困難的一個。奧巴馬上臺以來面對一個又一個巨大挑戰，他總是一往無前，大刀闊斧，八面出擊，似乎要在短期內將美國的陳年老病一舉治愈，可謂宏圖遠志.已使奧巴馬獲得近于救世主般的信賴（有趣的是，反對者也用此詞加以嘲諷）。也許奧巴馬已預見到醫改將是最難啃的骨頭，因而他把它放到最後來動，而且十分講究策略。畢竟這是輸不起的賭博。雖三月份已通過，但當發現民眾反映强烈，則果斷推遲送交參議院審議投票，同時與鐵杆支持者走向民間大力宣傳。

他是志在必得的，反復向公眾宣傳盡管改革代價昂貴，但不改革的代價則承受不起，以此警告企圖以耗資過大爲由阻撓醫改的勢力（多爲共和黨）然而這一計劃確實過于極端激烈，所需資金過于龐大，每個人都可能受到牽連，所引起的爭議早已超出政治或黨派鬥爭甚至階級鬥爭的範圍，反對聲浪來自各個派別和階級，如醫藥保險業這些將受損者(他們言行反倒低調)，尤其是一向支持他的老人和低薪階層，及支持移民團體（反移民者、團體同樣反對他），他的支持率從 70% 跌到 55%，遲至八月底，祇有 23%的公眾堅決支持他的醫改主張，而强烈反對的達 43%。風頭正健的奧巴馬好像踢到鐵板，頓時受到前所未有的抵制。有人指稱他是納粹和反憲法，威脅和攻擊他和他的宣傳者。

尤其值得關注的是，中國備受磨難的醫療體制也在經歷改革，政府介入和公益化的方向也不謀而合，然而反響却截然不同，也許已飽受市場化醫療體制之苦，這一改革在中國普遍被看好和受歡迎，而在美國却飽受鞭撻。原因爲何？各自前途又會怎樣？少壯得志的奧巴馬爲何險些遇到滑鐵盧？他的醫改計劃究竟觸動了哪些敏感神經，癥結在哪？醫改計劃真能有驚無險地實施嗎?將會有哪些有利的合不利的影響？

人道主義的代價

1986 年裏根總統簽署了極受爭議的緊急醫療救治法案，要求急診室要爲任何個人提供救治直至情況“穩定”而不能以經濟或身份原因見死不救。用“偉大”一詞來形容這一人道主義極致决不爲過。然而偉大的理念需要偉大的財力爲支撐，而財力來自于廣大納稅人。此後的年代，無醫保人士，低保人士，包括非法居留者以此爲治病求存的不二法門。甚至世界各地的重病人都慕名而來，所費醫療資源可想而知。由于急診室的便利資源，爲數眾多自認爲身體健康者幹脆不買醫保，“萬一”生大病則去免費看病。由是早就了一批 5000 萬無保大軍。同情或是憎惡，這些急診室的頻繁光顧者正是對那些誠實支付保費合理使用資源的人們的巨大的嘲笑。更有甚者，有些地區的急診室資源被無保者充斥，達 80%，結果正常需要急診服務的有保者反而無法獲救。然而那些“買得起”或願意購買巨額保費的有保者真是自掏腰包嗎？大多不是，美國有對應的保護勞工法强制大中企業雇主爲雇員支付大部保費（75－90%不等）。小雇主（500 人以下）可豁免但許多爲留住人才也在這麼做。換句話說，是工業界和企業界在支撐着醫保體系的大半江山。而不斷竄升的保費使眾多企業如背重負，尤其是弱勢企業普遍需將 80%的公司盈餘用于員工工資和福利（包括醫保），如有風吹草動（保費再漲）就瀕臨破產邊緣。企業是一國的元氣。負重者難以騰飛，飛漲的醫療費用遲早會卡住美國的命門。一旦山姆大叔遇到不太富裕的時候，納稅人頓然感到了窘迫甚至受騙。于是“人道主義”的美譽讓位于“鋪張浪費”的責備，已故裏根總統被貼上“左派”標簽備受嘲諷。不富裕就要收緊銀根，答應爲各級急診室的人道主義演出費用全額買單的許諾不能完全兑現，這樣就足以讓眾多醫院頓時負債累累，紛紛倒閉或是露出“唯利是圖”的本性（這是無可指責的）。本期“法律顧問”所述第



一案例即揭示出這一人道主義大旗捉襟見肘的困窘局面。

意識形態的禁忌

許多人對奧巴馬被稱爲“社會主義分子”大加揭發指責不甚理解。如果“社會主義”指的是設法增加政府的作用，相信一個强有力的政府可以力挽狂瀾創造奇迹，那麽這不是無可掩飾的事實嗎？奧巴馬上臺後的救市舉動，無一不是利用政府的巨大財力幫助困難企業，并在將來操縱企業運作，以保證國家財政不受損失。奧巴馬計劃在未來十年裏陸續向醫保行業投入6340億資金以充實 Medicare 等系統，正是抱着这一信念。然而他却正触犯了美国的政治禁忌。

經歷過政治運動的中國人會以爲美國是自由主義的天堂，這祇是膚淺認識。美國亦强調主流意識和政治禁忌。美國對“政治正確”的要求深入到精神領域的各個方面，即便歐洲國民都明顯感到不適（歐洲才是自由主義的天堂，因而才小國林立且越分越小）。美國主流充斥了“自由”，“民主”等，却是把它們作爲政治口號或標簽來崇尚。譬如對于“經濟自由主義”，美國人是將其作爲理念來捍衛而不是實用手段來取捨。因而美國人崇尚自由和市場主導，對政府權力和官僚主義深惡痛絶。盡管他們同意私營醫保公司唯利是圖的經營謀略需要遏制，但政府的幹涉絶對會使事情更糟。許多病人的口號就是不要在醫生和病人間出現第三者。醫生更反感，據醫生雜志 AMP 統計，65%的醫生寧可提供部分免費服務也不願意在行醫時有第三者（政府）指手畫脚，收入失水。



其實在醫患之間早就有這種“第三者”了，就是醫保公司。祇是人們相信由于市場規則，人們可以選擇公司，且醫保公司必須面對競争不敢胡作非爲。而政府祇有一個是別無選擇的。然而正是這些本應被市場規則“約束”的醫保公司相當程度上可導致壟斷和腐敗，并且龐大到可滋生官僚主義（腐敗非政府部門所獨有）。平均他們收入的 70%用于醫療消費 （剩下的作爲行政花費直至高額獎金）是否就一定優于政府運作呢?

勝選前有人指出醫保行業，祇有 5%不到的利潤空間。但不能忘記，這些“計算”是在扣除了董事和和高管的巨額工資獎金（當然是“合理支出”）後的利潤，而後者之高是名列前茅的。人們對金融界高管門一手拿納稅人的資助一手爲自己發放動輒上億的“獎金”印象深刻，且宣稱是按條文辦事，不做反是“非法”。最近一次高盛主管竟得八千萬美元天價紅利還開 party 慶祝。這些足以讓那些認爲政府即腐敗的人們清醒了。

相當多的人對他的“公共選擇“（Public Option）的設想，即國營醫保公司，從一開始就反感和心生警惕，認爲政府主辦必是財大氣粗且效率優良，足以將各大私營醫保公司擠出市場。使廣大投保人没有選擇（違背了自由主義）。這種聯想幼稚到一眼就能看出是別有用心。説政府在和私營搶生意是站不住脚的，因爲 5000 萬無保人員（他們多有投保能力）不正是私營企業無法消化的市場嗎？説國營企業必是財大氣粗甚至效率優良也是站不住脚的，甚至抬舉了國營企業的能力。國營的 Medicare 和 Medicaid 尚無私營者競争早已破敗不堪，財源枯萎，Public Option 能否不被私營擠垮挺住競争，才是我們更關心的。

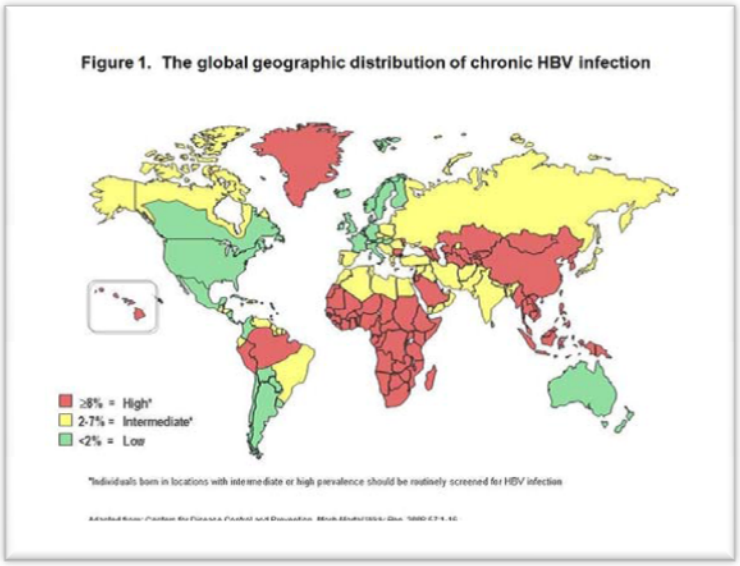
至于説國營 Public Option 可能以它的特殊職能和使命使得私營醫保倍感生存壓力，需要更積極提高效率，減少損耗，尤其是高官紅利，并切實提高服務質量，增加競争能力以吸引更多投保人青睐。這倒是可能的。然而這不正是我們期待的嗎?

結論：奧巴馬矢志醫改時機絶好且無可推延。增加政府的分量也是十分正確的方向。但這不足以保證成功。没有什麽改革能讓所有人都高興.醫改更是如此.由此没有什麽醫療體制可讓所有人高興。他必須同時克服經和意識形態等一系列高山險阻，才能達到勝利的彼岸。

环球医学

全球的威胁—潘啓安博士縱觀全球乙型肝炎发病 現狀

全世界约有 20 亿人感染有乙肝病毒，慢性乙型肝炎患者达 4 亿之多，每年有 5 千万新的乙肝病人加入这一行列。大量研究证实，其肝脏损伤的主要机制是由机体对于乙肝病毒的免疫反应造成，而不是病毒本身。大约四分之一乙肝病毒携带者最终发展为肝硬化和/或肝癌。乙肝在世界各地区的分布见下图。发病率大于 8%被视为高发区标为红色，2-7%之间为中度标为黄色，小于 2%为低发区标为绿色。显而易见，亚洲广大地区及非洲均为高发区。美国虽为低发区，但在纽约市等亚洲移民较为集中的地区，其发病率也高于 8%，与亚洲的高发区很相似。美国传染病控制中心（CDC）指出美国的乙肝发病被低估的情形，尤其来自亚洲，非洲，南美的移民较为集中的地区。根据美国 CDC 2008 年的 资料，美国乙肝感染率高达 140 万。而最近的文献报道则是 200 万，其中亚洲及太平洋岛族裔占 80 万。美国乙肝感染率的最高报告是 300 万，这一估计包括了居住在美国但在外国出生地来自 93 个国家地区的人口。 这些外国出生的乙肝患者高达 85 万至 224 万，其中一半来自亚洲。加上 40-80 万美国出生的乙肝患者，使得乙肝患者的数量可能高达 300 万。在美国乙肝发病率持续增长，与近年大量涌入亚裔移民及乙肝的漫长病程直接相关。在西方国家，乙肝发病率低于 2%，其传播途径多为性交及静脉吸毒。而在亚州，非洲，太平岛区域，乙肝发病率 8-15%，其主要传播途径为母婴垂直传播，占所有乙肝携带者的三分之一至二分之一。母亲如果是表面抗原及 e 抗原均阳性的乙肝患者，其所生婴儿如果没有在出生 12 小时内接受乙肝免疫球蛋白及接种乙肝疫苗，则 70-90%会发展为慢性肝炎。这种传播方式引起的乙肝有其独特的病程，其特点是它的免疫耐受期长，病变活动富有多变性，合并肝硬化及肝癌的危险性高。对于乙肝的治疗，这种母婴传播方式获得的乙肝现已有很好的疗法，应及早治疗，严密监护，以预防其长期的合并症发生。对于乙肝的预防，预防母婴传播的措施是最有意义的。所有澳抗阳性的孕妇所生婴儿，应在出生 12 小时内接受乙肝免疫球蛋白，接着接种乙肝疫苗。如果孕妇体内有大量的乙肝病毒繁殖，免疫球蛋白及乙肝疫苗的预防效果也大打折扣。在孕妇体内病毒复制数在 10 的 8 次方以上者，所生的婴儿即使接受了免疫球蛋白及乙肝疫苗，仍有 9-32%最终感染乙肝。所有怀孕妇女应接受乙肝过筛检查，早期发现，早期治疗，早期控制乙肝是预防母婴传播的前提，也是在全球消灭乙肝的关键步骤。另外对于乙肝病人的免疫耐受性的病生理机制的研究，包括 e 抗原的作用及免疫清除的启动机制，以求缩短体内高浓度乙肝病毒的循环时间，从而减缓肝损害的程度及肝硬化肝癌的发生。（摘译自肝炎专家潘启安论文，发表在 North American Journal of Medicine & Science 2009, July (4):40-47, www.najms.net ）



全球乙型肝炎發病分布圖



失业抑郁症：蕭條時期的心理健康問題

這次猛烈的經濟風暴導致了創紀録的失業率已達 9.7%（29 年大蕭條的紀録是 19。1%）。 七月份失業率下跌時有人認爲是復蘇的開始,不料到八月的數據又止跌回升到 9.6%. 全美國的失業人口已達 1500 萬（美國勞工部數據）。 蕭條除了弄扁了人們的腰包(大銀行主管們除外),弄出雨後春笋般的法拍屋(foreclosure)，也帶來了一個不可忽視的醫療健康威脅. 有條消息說,蕭條時期什麽都萎縮,但心理咨詢服務却上漲,這是情理中事,也是大好事。逆勢時能主動尋求有效的心理幫助實爲不幸中之萬幸也。

數年來接二連三由失業導致的凶殺犯罪(包括早年轟動一時的”盧 剛事件”及最近四月因語言遭遇和失業憤而槍殺 13 人的越裔僑民))讓人領教了失業對于個人的心理衝擊的嚴重程度.顯示了個人的反社會狀態（大多是被動的）加之濫槍多容易轉化爲灾難. 但人們注重的這一犯罪學意義祇是這一現象的小概率突變,而 對更多沉默的大多數的”無形”的生理傷害,才是更廣泛的和悲劇性的,也是醫界需要更加注重的。 最近研究表明,失業者有很高的比例在 3－6 個月內發展出失業抑鬱癥(unemployment depression),首先是頭疼，然後是失去興趣，社交萎縮，做事欠失章法。失業雖可說古已有之，但廣泛而被動（非因自身原因）的失業則成爲嚴重的社會問題，并經常對歷史進程産生重大影響。希特勒和二戰很大程度上是失業的産物。如何積極幫助眾多失業者走出低谷找回健康積極的人生，除了有賴政治家的智慧，也拜托廣大白衣天使的愛心。（王晓春）





亲爱的读者:

“北美医学与健康”是针对北美及全球华裔人群的大众医学科普中文期刊。本刊已由美国国会图书馆收藏，国际标准书号ＩＳＳＮ１９４４－０９３６（印刷版）ＩＳＳＮ１９４４－０９４４（电子版）。自去年六月建刊以来， “北美医学与健康”第八期又与大家见面了！ 我们编辑部的同事们被众多的反馈所感动和激励,从深切的期盼到热烈的鼓舞.我们真实感到,北美医学与健康正在成为大家的健康之友,医患之桥。如学友们所知，“北美医学与健康”编辑部由在北美行医多年的华人医生和医学相关领域的专家学者所组成，其编委会成员大多是在哈佛及其它著名的美国医学院及附属医院任教的临床讲师或教授。本刊的主要宗旨是以美国现代实证医学 (Evidence Based Medicine) 为基础，向北美乃及全球华裔人群包括中国民众介绍北美医学进展，最新健康理念及保健知识，以增进中美医学交流及中西医结合，提高华裔人群的健康水平。在科学性的前提下力求实用性及趣味性。本刊为大众医学科普双月刊，在波士顿出版，发行至北美地区各大城市的医院，诊所，护理院，图书馆，中文学校等，及中国大陆，台湾，香港的相关部门，医院及医学院校。电子版将登载在本刊网站，欢迎登陆下载阅读并请讨论留言。编委会成员名单及其简介也将陆续发表在本刊网站 www.acmec.net ,欢迎查阅。

本期刊的主要栏目包括：

医学新闻：向读者报道美国最新额医学新闻和短讯
医学进展：介绍北美医学前沿，包括临床或基础研究综述
医学人物：每期介绍一名北美华裔医生或医学科学家简历，工作，生活趣事及随感，欢迎热心的读者推荐或自荐
医疗体系：北美医疗系统，保险制度，名院风采，名医点评，医林史话
医学教育：包括北美医护教育，医护考试，专业执照，进修，留学等方面的知识和注意事项
病例讨论： 每期结合一个带有普遍意义的病例进行分析讨论，聚焦社区健康问题
法律顾问： 通过实例与读者探讨医学方面的法律问题，医患关系及 法庭诉讼
预防医学： 健康饮食，减肥美容，心理卫生，保健常识，养生之道
咨询门诊： 医生和专家回答读者的问题，欢迎读者踊跃来稿提问
药物讯息： 新药或常用药简介，临床使用心得，注意事项，药物上市条例
环球医学： 华裔健康焦点，中美医学对比，海外会诊实例，中西医接轨探讨
每期特讯： 每一期将通报和讨论时事新闻有关的医学知识
实证医学： 介绍实证医学概念及专题讲座
分类广告： 医用产品，招聘求职，寻找事业伙伴，使本栏目为你的事业和生活开辟新的窗口

此外，每期还将穿插有医学小游戏，小魔术和小测验，以及不定期举办医学知识竞赛及有奖征文活动，让您和您的孩子们也在娱乐中和我们分享与互动。

我们所呈献给你们的“北美医学与健康”，凝聚了诸多华人医生及医学科学家回馈同胞服务社区的多年夙愿，以及编辑部全体成员的数月心血。我们殷切的盼望着各位读者的热情反馈和慷慨献计。我们深信，大家的共同努力一定能将“北美医学与健康”真正办成华裔社区及中国同胞的健康顾问及良师益友。

“北美医学与健康”编辑部　2009 年8月　　主编　孔学君， MD

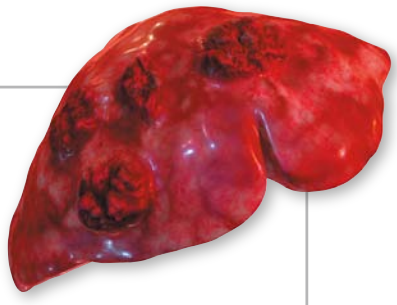
本期责任编辑：王晓春，PhD， 宋一青，MD， PhD，冀鹏，MD， PhD，丁倩玮，NP，钱毅， PhD， 高博，MS，万建波, PhD



网址：www.acmec.net 联系：info@acmec.net 电话：781-325-6805 传真：781-402-0284
*本刊保留所有文章及图片版权，如需转载请来信通知。注意： 本刊所提供的医学建议仅供参考。

當您看著他時，
您絕對想不到.....





他患有肝病。

十分之一的亞裔美國人因乙型肝炎病毒感染而面臨著患肝癌及死亡的風險——您是其中之一嗎?

只需要接受一次簡單的驗血，
就能夠知道您是否患有乙型肝炎。

如果您知道自己患有乙型肝炎，
請瞭解有哪些治療方法可供選擇。

欲知更多中文資訊，請看網頁
AsianLiver.com

GILEAD | HEPATIChealth

© 2008 Gilead Sciences, Inc. All rights reserved. HEP0803 03/08

001709_gilhme_pt_c_m_lo2.indd 1 6/13/08 5:27:11 PM