第十期 二零零九年 十二月
Vol.10 December, 2009

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫學新聞 Medical News
2009 年十大医学新闻
美国出生率达到新高

醫學進展 Medical Advances
关于猪流感的最新进展

醫生日志 Physician Diary
愛滋病人的世界

醫學人物 The Physician of the Month
内科專家盧山教授

醫療體系 Health Care System
美國醫療改革修正案

醫學教育 Medical Education
如何對待有問題的醫生同事

法律顧問 Legal Issues
美國醫護人員失職的職業行爲標準

醫學論壇 Medical Forum
臨床原則是與否?

飲食健康 Diet and Health
味精的滋味
茶和咖啡可以預防糖尿病

健康指南 Health Guidance
胃腸道回流疾患

咨詢門診 Consultation Clinic
周圍性面癱要注意什麽?

專題講座 Special Topic
風濕性多發性肌痛癥

醫學廣角 Medical Perspective
愛滋病的抗争史
皮膚癌病史可導致皺紋

本期特訊 This Month Special
近十年的十大醫學進展

環球醫學 Global Medicine
自闭症的发病率达到 1%

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



新年的祝福－－－－－－



謹祝大家健康，愉快，美滿，如意！

“北美医学与健康”的同事，老师，学友及朋友们，

首先，在新年到来之际，在我们第十期出版之时，我谨代表北美医学与健康编委会对您们一年来的精诚奉献及大力支持，表示衷心的感谢！

作为发起人及主编，我想借此机会回顾一下我们取得的成就。自 2008 年 6 月创刊以来，在大家的共同努力下北美医学与健康杂志正稳步发展。

1） 本刊建刊后很快被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）

2） 由资深的医师及医学科学家为主体的编辑成员遍及北美各地并逐渐形成了坚实的核心团队

3） 我们已建立了具备检索互动功能的专业网站 www.acmec.info

4） 至今出版 10 期包括数百篇医学科普文章，涵盖不同的医学领域，该期刊在北美读者群得以良好反馈，实为始料未及。

5） 电子版发表在网站并电子邮件发送，供世界各地华语读者免费阅读下载。印刷版为全彩色 16K，免费赠送北美各地图书馆，中文学校，医生诊所，护理院及老人活动中心等。目前每期印数在 5000 册，已远远无法满足市场需要。

6） 期刊已受到国内有关机构的极大关注，在中国市场全面发行已是势在必行。我们正与北美及中国不同机构洽谈合作发展的计划。

在庆贺我们的成就的同时，我们也深感任重而道远。新的一年为我们设置了新的和更高的目标，我们需要广拓人力物力资源，吸收更多的精英尤其是国内的专家学者，共同合作，提高杂志的质量及发行数量，赢得更多地读者以开创崭新局面。真正实现本刊的主要宗旨，以美国现代实证医学（Evidenced 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，促进中美医学交流及中西医结合，最终提高华裔人群的健康水平。

在此，特别感谢我的先生，共同发起人及责任主编王晓春博士为杂志所作的日以继夜的大量编辑，排版，美工，设计等各项工作；特别感谢我的爱子王睿萌及王博然奉献的心爱图片，及给我们的莫大鼓励；特别感谢高博先生的富有创意的封面设计，网站设计及管理等大量工作；特别感谢朱正昆先生及王中山医师在最初参与版面及栏目设计以及各种规划建议；特别感谢我的母亲谭淑娟医师，我的弟弟孔学民医师为杂志文字校对，打字，印刷，邮寄等所付出各种艰辛劳动；特别感谢万剑波博士为网站输入及管理所作的各种工作；特别感谢刘京医师，周宁先生，宋一青教授，潘启安教授，胡克勤教授，陈晓槐教授为杂志集资及发展规划所付出的大量心血；特别感谢孙艳萍教授，丁倩玮护师，刘锦红医师，钱毅博士，刘昭医师，马建涛博士，黄勤教授，王熙博士，廉清宇医师，陈露西医师，郑辰娟护师，曾赛环护师，赵晓琴医师，刘京京博士，顾烨博士，孔亚伟博士，张振宇博士，康文彤女士，张蓓博士，卢洁教授，冀鹏医师，陈娟女士等等众多的奉献者，特别感谢任瑞宝教授，张引律师，李家裘医师，陈东风教授，卢山教授，刘丹阳教授，陈建行教授，张丹如医师，周人杰教授，孔彦平医师，朱彤医师，匡平平教授，蔡春波教授，张宝忠教授，朱正伦教授，田圣西律师，张艳玲女士，万兆奎博士，高立新先生，Mitchell Albert 教授，王一涛教授，张银俊女士，吴凯彬先生，李小玉教授，吴皓医师，刘瑞明教授，谭睿教授，高伟博士，宋理军医师，关荣基医师，刘敏平医师，张伟博士等等所给与的宝贵建议，特别感谢各界的朋友同事对于本杂志的大力支持。

朋友们，新的一年里让我们携起手来，共同为中美医学交流的大业做出我们的贡献，为了我们的民族昌盛，为了我们祖国的富强，为了我们的子孙后代，也为了我们自己，为了使每一个明天更加美好！朋友们，为了我们共同的事业干杯！

“北美医学与健康”主编　孔学君 医师



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”第十期又与大家见面了！ 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12月　　主编　孔学君， MD

本期责任编辑：王晓春 PhD， 丁倩玮 NP，刘京京，MD， PhD， 张震宇，PhD， 高博，MS， 万建波,PhD，陈娟，MS，顾烨，PhD，康文彤 MS， 马建韬 MD，宋一青 MD， PhD，刘京 MD，PhD



网址：www.acmec.info，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。

北 美 醫 學 與 健 康

2009年12月 第10期 总第10期

目 錄

醫學新聞 Medical News
2009 年十大医学新闻 1
美国出生率达到新高 1
醫學進展 Medical Advances
关于猪流感的最新进展 2
醫生日志 Case Report
愛滋病人的世界 4
醫學人物 Physician of the Month
内科專家盧山教授 6
醫療體系 Health Care System
美國醫療改革修正案 7
醫學教育 Medical Education
如何對待有問題的醫生同事 8
法律顧問 Legal Issues
美國醫護人員失職的職業行爲標準 9
醫學論壇 Medical Forum
臨床指南是與否? 12
飲食健康 Diet and Health
味精的鲜味与肥胖 13
茶和咖啡可以预防糖尿病 13
健康指南 Health Guidance
胃腸道回流疾患 14
咨詢門診 Consultation Clinic
周圍性面癱要注意什麼? 15
得了糖尿病怎麼辦? 15
專題講座 SpecialTopic
風濕性多發性肌痛癥 16
醫學廣角 Medical Perspective
愛滋病的抗爭史 17
皮膚癌病史可導致皺紋 18
本期特訊 This Month Special
近十年的十大醫學進展 19
環球醫學 Global Medicine
自闭症的发病率达到 1% 20

医学新闻

2009 年 十大医学新闻

1， 新颁布的乳腺照相过筛条例

通过权衡了乳腺照片过筛的利与弊，最近美国颁布了 12 月份刚刚通过的新条例。乳腺照片的过筛检查从 50 岁开始而不是 40 岁，一年一次改为两年一次。妇女乳腺自检也予以取消。

2， 艾滋病疫苗

今年 9 月，投资 1 亿美元的研究成功结合了两种旧疫苗而首次证实对于艾滋病的保护作用。这项研究涉及 1 万 5 千名志愿者显示该疫苗对于保护艾滋病毒感染具有 33%的有效率。

3， 政府资助干细胞研究

今年 3 月，美国总统奥巴马宣布取消禁用国家基金研究干细胞的法令。现在美国的科学家们可以任意使用这些基金从事干细胞的研究。

4，H1N1 疫苗

众所周知，今年猪流感流行，尤其是入秋以后。H1N1 疫苗的研制成功，实验证明只注射一针就可以起到预防作用。大量投放市场后，主要给于高危人群。但是最近的民意测验显示有 55%的美国人不愿意接受这种新的实验疫苗。

5， 干细胞产生的小鼠

今年 7 月，在中国两个不同的实验室宣布了他们从成人干细胞培育出小鼠。证明了成人干细胞也像胚胎干细胞一样可以作为治疗疾病的一种来源。

6， 前列腺癌过筛检查

对于前列腺癌的过筛一直有争议。通过近期的研究，美国医学界权威权衡了前列腺癌过筛的利和弊，不建议推行其过筛检查。

7， 自闭症的新研究

今年 10 月份美国联邦政府宣布，美国自闭症发病率由 1/150 升为 1%。这种增加的原因不清，今年研究者发现第五条染色体有变异对于 15%的自闭症患者起着非常重要的作用。来自 2000 个自闭症家庭的基因库资料显示这些基因的变异很常见，发生于一半以上的健康人，在自闭症患者则占 65%而高于正常人。

8， 骨质疏松的新药

以往的抗骨质疏松的药作用于抑制骨破坏细胞，一种新药则抑制破骨细胞的生成从而促进骨的构成。今年 8 月发表的两项研究证实 Denosumab 降低绝经期妇女及前列腺癌病人的骨折危险。

9， 老人痴呆的新基因

今年 9 月 15 日，科学家发现了一组新基因与记忆减退性疾患相关。其中两个基因与淀粉类沉淀相关，致使神经细胞死亡而导致认知功能异常。

10，成人棕色脂肪

研究者发现，棕色脂肪比起白色脂肪来更有效的转化糖为热量。棕色脂肪在新生儿很多，随着年龄萎缩。但是现在的研究表明，成人的棕色脂肪比起已知的要多，主要沉积在颈部的前后。此研究发表在今年 4 月的新英格兰医学杂志。另外两篇文章也发表在同一杂志，瘦人的棕色脂肪事实上比胖人要多。棕色脂肪细胞在冷天气时更为活跃。（孔学君医师摘译自纽约时报）

美国出生率达到新高，青少年怀孕人数增加

2007 年美国的新生人口数再一次增加，达到 430 万，比往年增加了 1%。

根据美国国家疾病控制中心 CDC 健康统计中心的 Melonie Heron 博士及其同事的调查资料，各个年龄层都出现了出生率的增加---值得注意的是青少年怀孕人数比往年再一次增加。

研究人员将在 2010 年 1 月的《儿科》杂志（*Pediatrics*）发表有关出生统计的年度报告。15 到 19 岁之间的青少年生育人数比 2007 年增加了 1%，平均 1000 个人中有 42.5 人生育。这与从 1991 年到 2005 年一直下降的青少年生育率形成了鲜明的对比。这个比率在美国本土印第安人和阿拉斯加本土青少年中为最高，从 2005 年到 2007 年内达到了 12%。研究人员建议，一旦适用于育龄女性的避孕方式对青少年有效，就应该寻找新的途径和策略更好的向当代青少年推广。

未婚生育率同样也在 2007 年达到了历史新高，从 2006 年的 38.5%增加到 2007 年的 39.7%。而与 2002 年刚刚开始出现增长趋势时相比，增加了 26%。

婴儿死亡率在 2006 到 2007 年则保持相对稳定，每有 1000 个婴儿存活就有 6.77 个婴儿死亡。在这方面，美国的婴儿死亡率高于其他西方国家。例如，有七个工业国家的婴儿死亡率不到美国的一半。2007 年，一半以上的婴儿死亡是因为以下五个主要原因：先天畸形和染色体异常；早产和体重过轻导致的失调；婴儿猝死病症；受母体孕期并发症影响的新生儿；以及意外事故。1 到 19 岁之间的死亡率降低了 2.5%，导致这个年龄段死亡率的主要因素仍然是意外伤亡和谋杀。

总的生育率增加了 1%，大概 1000 个育龄女性中有 69.5 个生育。各种族都观察到了生育率的增加，其中增加最低的拉丁裔增加了不到 1%，而增加最多的亚洲和太平洋岛民则增加了 6%。

剖腹产率也有了增加，比 2006 年的 2%增加到 31.8%。这个比率已经比过去的 10 年提升了不止 50%。多产率从 1980 年到 2004 年出现了 70%的大幅提高，而 2006 年没有变化。同期，早产率下滑了 1%。并且，低体重婴儿从 2006 年的 8.3%降低到了 8.2%。

（顾烨博士摘译自美国当今医学新闻）

医学进展



关于猪流感的最新进展

高風險人群優先接種甲型 H1N1 流感病毒疫苗

张震宇博士

联邦疾病控制中心(CDC)表示，第一批针对全球性传播的甲型 H1N1 流感的疫苗已经迅速应用于高风险人群。CDC 國家预防接种与呼吸道疾病中心主任安妮-舒查特(Anne Schuchat)博士 12 月 22 日指出，根据一项全国性的调查，截止到 2009 年 12 月 12 日，约 4 千 6 百万民众接种了甲型 H1N1 流感疫苗，其中儿童的数量是成年人的两倍。在当天同记者们的电话会议中，舒查特博士估计接近 6 千万美国人已经接种了该疫苗。

哈佛大学公共卫生学院(Harvard School of Public Health) 在 12 月 16 日和 17 日进行的另一项调查给出了相似的结果。哈佛的调查数据显示，CDC 认定的高危人群之中 22% 的成年人接种了病毒疫苗，而 60% 的家长表示他们已经或愿意安排他们的孩子接受疫苗接种。

舒查特博士认为，大多数州优先安排对儿童的接种工作是因为年轻人群受到这种新型病毒感染的症状尤其严重。她进一步指出，目前已经制造出 1 亿 1 千 1 百万药剂，有能力向所有有需要接种的人提供疫苗。

舒查特博士同时强调了接种疫苗的重要性。尽管流感活性程度(绝大多数归因于 H1N1 病毒) 目前呈现持续削弱态势，但其在余下的流感季节中的发展存在着不确定性。
她特别针对最近发表在《美国医学学会杂志》(JAMA)上的一项研究做出回应。该研究发现单一剂量的 H1N1 疫苗有可能对 10 岁以下的儿童提供有效的保护。

舒查特博士再次明确指出这一发现同 CDC 的建议相违背。CDC 建议儿童需在间隔一个月内接种双份剂量的疫苗。她认为，发表在 JAMA 的文章是“使用单一特定疫苗，针对单一人群，在单一时间点进行的单一研究。”她说，由美国国家卫生研究院(NIH)提供资助的数项研究显示双份剂量的疫苗是必需的。

“接种疫苗的间隔不必严格设定在 4 个星期，但是人们确实需要接种第二剂疫苗，我们强烈地推荐这一作法。”为了平息公众有关疫苗潜在副作用的担忧，舒查特指出“我们采取了强化的安全监测方法，而我们并未看到任何值得担心的迹象。”
参考文献：Todd Neale，2009 年 12 月 23 日 《今日医学要闻》(www.medpagetoday.com).

单剂量H1N1 疫苗对幼儿有效

顾烨 博士

根据随机测试的结果，一个剂量的疫苗就可以使儿童和婴儿产生足够抵抗 2009 H1N1 流感病毒的免疫。

澳大利亚 Melbourne 大学的 Terry Nolan 博士及其同事研究发现：一个 15 微克剂量的不加佐剂的灭活 H1N1 疫苗在 92.5% 的九岁以下健康儿童中产生了 1：40 以及以上的抗体浓度；而 30 微克剂量的疫苗在 97.7%的儿童中达到了同样的阈值。在这两种测试人群中，分别有 86.8%和 94.2%的儿童发生了血清转化。这个已在网上提前公布的研究成果将发表在一月六日发行的《美国医学协会》(*Journal of the American Medical Association*)杂志上。这些关于单剂量疫苗的发现实际上跟之前对成人的研究结果是一致的。

之前，基于国家疾病控制中心亚特兰大传染病中心的著名社论作家 Anthony E. Fiore 医生以及西雅图非盈利的健康组织 PATH 的 Kathleen M. Nerzil 医生所做的对季节性疫苗的研究，美国国家疾病控制中心建议九岁以下的儿童使用两个剂量的疫苗，而成人则使用一个剂量。近年来，各制造商对 H1N1 疫苗的研究到现在为止也支持了对成人的这一建议。其中一个研究表明，95%获种 15 微克疫苗的成人获得了 1：40 及以上的抗体浓度，而 89.1%获种 30 微克疫苗的成人获得相同阈值的抗体，另外一家报道了 93% 至 100%的血清保护。然而，对于九岁以下的儿童，此比例则低很多。六个月到三十五个月的儿童只有 45-50%的血清保护率，三到九岁的儿童有 69-75%，而九到十二岁的有 77%。因此，如 Fiore 和 Neuzil 医生所写，新的研究成果虽然可靠，但还不足以改变国家疾病控制中心公布的建议。而且，Fiore 医生在采访中补充，没有一个 H1N1 疫苗的相关研究具备足够长的跟踪测试来决定免疫效果，而只是报道了相关的免疫反应。期待春季会有数据出来，因为一些专家预测可能有第三波 H1N1 流感出现。

在早期的疫苗研发中，Nolan 的研究小组针对 SCL Biotherapies 公司研制的第二代非活毒流感 2009 年甲型 N1H1

疫苗而展开了二期临床试验。这项临床试验选取了 370 个生活在澳大利亚的年龄在六个月到九岁之间的健康儿童作为对象，按照年龄分类并采用随机的双盲试验方法，进行了对 15 和 30 微克的红血球凝聚素抗原剂量进行评估。参加测试的所有儿童都获得了两次肌肉注射，其间隔时间为 21 天。结果表明，第二次注射后，两种剂量的获种儿童都获得了 100%的免疫率。与之前的研究所不同的是，不同的年龄并没有太大差别。在三岁以下的幼儿中，92.1%接种 15 微克疫苗和 100%接种 30 微克疫苗的幼儿在第一次接种后获得了 1: 40 或者更好的抗体浓度。在三岁以上的儿童中，这个比率分别为 92.9%和 96.0%。目的性治疗分析也显示了类似的结果。

测试中发生了两个较为严重的事故，一个是在第一次接种后第 24 小时，测试者开始表现连续四天反复发烧；另一个是第二次接种后开始产生病毒性肠胃炎的症状，但这个被认为与疫苗接种不相关。 此外另外两个显著的个别事故是，一个男孩在第一次接种后的第四天发生了持续发烧，还有一个男孩在第一次接种后的第 20 天发生了发热抽搐并伴随着肺炎。但总的来说，安全性检查结果表明，“这种不加佐剂的疫苗具有跟季节性流感疫苗类似的具有较好的安全性---跟预想的一样，大流行感冒疫苗的生产制造过程和季节性流感疫苗是完全一样的。”研究人员指出，这个试验虽然没有包括安慰剂控制组，但其作为疫苗的效果几乎是肯定的，因为在严格监督下，没有一个儿童受到 H1N1 病毒的感染。

Fiore 和 Neuzil 医生为解释这些研究结果补充了一些注意点:

1. 给三岁以下幼儿接种的 15 微克剂量的疫苗相当于美国普遍使用的两个 7.5 微克的剂量。
2. 接种后，三岁以上儿童体内的抗体浓度仍然比接种同样剂量的成人要低 30%。
3. 在接种疫苗之前已经具备保护水平的 H1N1 抗体的儿童比预想的要多 (9-14%的三岁以下幼儿和 28-33%的三到九岁儿童)，“提高了前期亚临床感染的可能性”或者显示不正常的敏感测试结果。
4. 此研究排除了进行慢性药物治疗的儿童，因为他们具有更高的并发 H1N1 感染的可能。

美国 FDA 紧急批准新的猪流感测试仪器

康文彤

华盛顿 12 月 14 日消息 - 美国 FDA 已经紧急特别授权了在便携式 GeneSTAT 平台上使用 H1N1 流感病毒检测测试。这种 GeneSTAT 相当于一个便携式的“盒子实验室”，可以在任何地点测试 H1N1 病毒的，据制造商 DxNA 讲，在不需要病理学家或者是技术人员的情况下，50 分钟内测出结果。

从脸颊或鼻腔内收集样本，然后放入固定在仪器上的封闭匣子。由于设备携带方便，试验结果快速，容易使用，而且相对比参考实验室做 PCR 检测价格便宜，尤其是有益于在农村地区和发展中国家使用及推广。即时逆转录聚合酶链反应（Real-time reverse transcription PCR）被认为是测试样本的黄金标准，而快速检测试剂只有 40％至 69％的准确度。但去年春天，美国 FDA 批准 CDC(疾病预防控制中心)发出快速 PCR 诊断试剂盒给公众健康局或其他合格的实验室。

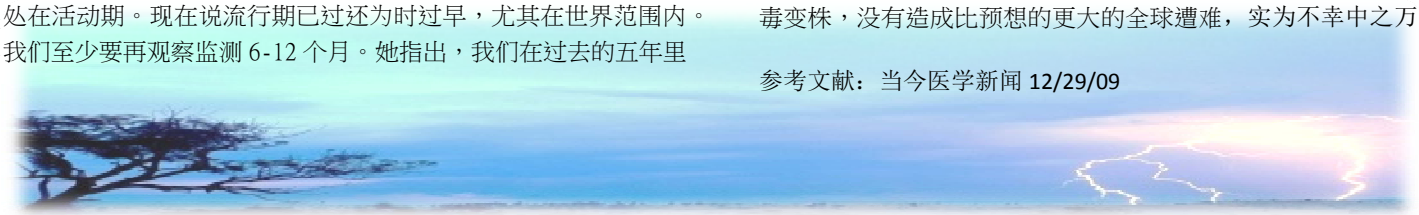
最初，所有样本被发送到在亚特兰大疾病预防控制中心(CDC)做验证性测试，但随着疾病流行的迅速扩展，为了节省时间，州公共卫生署的实验室接管了大量的测试工作。但是，由于在等结果返回需要一定的时间有时甚至是延迟， CDC（疾病预防控制中心）建议对有怀疑，未经确诊的个案也进行抗病毒治疗。5 月设备制造商 DxNA 要求紧急审批其在 GeneSTAT 测试禽流感基础上改造成的测试猪流感的仪器。DxNA 总部设在犹他州。

H1N1 “从轻发落” －－－近十年来最好的消息

孔学君医师

12 月 29 日在年终新闻发布会上，世界卫生组织主任 Margaret Chan 指出，猪流感世界性大流行没有造成太严重的局面而“从轻发落”，可以说是近十年最好的消息了。当然，我们不能高兴太早。今年的猪流感大流行，导致成千上万的民众受累，实验室证实的死亡人数达 11500 人。可喜的是，在美国及加拿大，高峰期已经过去。在欧洲国家也有下降趋势，然而，在印度及埃及，仍处在活动期。现在说流行期已过还为时过早，尤其在世界范围内。我们至少要再观察监测 6-12 个月。她指出，我们在过去的五年里没有做好对于世界大流行的准备，使得某些高发地区的急诊室重病监护室面临了挑战。但现在不同了，我们随时准备着一级警备状态的应对。当然，如果有毒力更强的流感病毒造成再次流行，那么我们的应对能力仍将面临考验。在过去的五年里，流感专家很担心会有致命性流感病毒从动物感染到人类。我们真的应该感到庆幸和惊喜，我们所经历的猪流感 H1N1 竟是一种相对轻型的病毒变株，没有造成比预想的更大的全球遭难，实为不幸中之万幸。

参考文献：当今医学新闻 12/29/09



医生日志

艾滋病人的世界



麻省总院 刘京医师

—当你走进这个受难者的世界时，你会突然发现自己与这些人有着那么多相似的情感—

我这个人天性好奇心强，乐于寻找挑战，幻想创造奇迹，很自然地就产生了，“我能否攻克艾滋病”这种异想。在我开始在美国做中医师几个月后，我满顺利地找到了一个机会，去波士顿市中心的一个戒毒研究所，给艾滋病人做针灸和中药治疗，每周两个半天，这份工作对大部分中医师来讲避之不及，我却兴奋不已，做了种种“大显身手”的计划，开始工作不久，兴奋的情绪逐渐被沉重的气氛所压抑。

我认识的第一个病人马克，人很瘦小，长期患病和服药副作用的结果，使他的脸看起来熏黑干燥，完全没有了光彩，混浊的一双眼睛呆滞中露出了一丝期盼，从他干燥带着裂痕的嘴唇挤出些含混沙哑的词句，我很快明白了，马克对生命和前途並不抱任何希望，只希望活锝不要那么痛苦，他希望我能帮助他改善一下气力，看起来他连呼吸的力气都没有，我感觉似乎周围的人，包括医生及社会工作者，马克的朋友们都在注意着我，想看一看我对一个垂死挣扎的幽灵般的人还能有什么办法，我自己也不清楚。一个似乎是奇迹的变化在马克身上逐渐显现，他像棵早春的枯草重新发芽生叶有了生机，脸上有了神采，走路开始挺起腰杆，他开始表示他能够把毒瘾戒掉，两三个月后的血液化验更令人们鼓舞，他的 CD_4/CD_8 及病毒血清化验有了明显的改善，马克新生了！他开始担任了一些社会辅导工作，帮助像他一樣的受难者恢复与疾病作斗争的勇气。有一天，马克带来了他的妻。一位以前一定非常健美的女人，美丽得你无法想像她是马克的太太，但从那菜色的脸庞上隐隐透出的是焦虑与忧愁，原来她是一位 HIV 阳性的病毒携带者，我也发现了马克很爱他的太太，太太临走时不仅带走了我的对她的医嘱，也带走了她对马克能恢复健康的希望。那是一个阳光灿烂的日子，马克从纽约开会回来，向我展示了他从那此全美术会上获锝的模范社会工作的奖状，精美的铜色刻字镶嵌在一块柚木板上。马克不久为我带来了一个新患者，他最好的朋友尼克，我真不相信尼克是一位有吸毒史的艾滋病人，他看上去像一位电影明星或时装模特，高大强壮的身躯，光亮有铜色的皮肤紧紧地包住一身充满活力的发达的肌肉，两眼炯炯有神，只有看到他的血液化验报告时，才发出一声感叹，可惜了！尼克的太太是一个医院的行政负责人，特别支持艾滋病人的社会管理工作，想必，尼克是被太太完全“管制了”。尼克也是马克工作上 的伙伴，两人一起做艾滋病人或吸毒者的社会教育工作。

马克的转变，让我的工作很快打开了局面，我先后收治了 50 多位这样的病人。突然间有一段日子，我好久不见了马克，电话录音里，除了马克那特有的沙哑的声音外，无人响应。我开始有些担心了，因为尼克告诉我马克与他太太不合，他的太太好像在外面有了男朋友，在我的反复催促下，我终于又见到了马克，那个令人恶梦的幽灵般的马克，他完全失去了往日的笑容，他极度疲惫地告诉我他又去吸毒了，他对自己没有了希望，马克只字没有提到他的太太，但他失落痛苦的神态，令我焦急无奈。

马克病情恶化，他似乎已经打定主意，拒绝所有治疗，仅仅大约两个月后，尼克带来了马克的死讯，我又见过马克太太一面，我为她看了最后一次治病`但我看不出她的表情。不久，尼克也消失了，没有人`包栝他的太太，知道他的去处，差不多 1—2 个月后，尼克突然又出现在我的诊所，他的第一句话是：我真恨我自己。我又吸毒了。

后来有人告诉我，尼克也与太太不合，后来尼克再此消失了，从一些不确切的消息得知，尼克可能在监狱里。我不原意去证实这一消息，，我只希望再看见尼克。

某一天，诊所里来了一位新的艾兹病人，一位 26 岁的华人青年，像操广东口音，要不是病态的颜面`疲倦的举止，他应该属于英俊，灵活，健壮那一类别的男人，他告诉我`他的英文名佛兰克，除了 HIV 病毒 指标 很高之外，他的仅仅变化的肺炎已经数月，使他受尽了折磨，自然他有吸毒史，我正在暗地怒骂他给中国人丢脸时，猛地看见他别在腰间的钥匙骾，那上面有一块彩色的塑料板，精心装饰着一个男孩和一位女孩子可爱的照片，两个孩子都不过 5—6 岁，一脸笑盈，这是我第一次看到一位父亲把子女的照片随身带在钥匙上，怒气顿时消逝，我自愧于不如他对孩子们如此的牵挂。佛兰克郑重地要求我，不要把他的病情告诉他的家人。我迟疑片刻：难道让他的太太在不知情的情况下成为另一个受害者吗？我也无法柜绝他的要求，我不忍心因为我的举措而催毁这些孩子的梦。我只能说：我一定尽力帮助你恢复健康。应我的要求，他保证要保护好他的太太和孩子不被他的病感染。

上帝再次回应了我们的诚意和期望，佛兰克的病情迅速好转，一个月后肺炎全愈，并且再没有复发，病毒学检查显示病毒抗体几乎已不能测出，他的医生是位哈佛医学院的女医生，告诉我们她尚未见到如此迅速收效的病例，并且把佛兰克作为一个特别病例在芝加哥的艾滋病学术会议上作了报告，我衷心地祝愿佛兰克和他的家庭！

常常有人描绘疾病为病人带来的痛苦，但很少有人替医生们诉说他们的痛苦，让我始终不能忘怀的故事也是发生在波士顿戒毒研究所里，一对准夫妻，已经办了结婚登记`但尚未邁进教堂证婚的夫妻，夫妻二人是在双双因吸毒患了艾兹病后在戒

毒所相识相爱。妻子是位很矮个子的胖胖的女人，一头染色的金发不能掩饰她那与白人完全不同的面庞和肤色，瑾是位印地安人后裔，闲谈之中，她有声有色的告诉我她的家庭以前如何种大麻，讲部落里的人，如何普遍吸食这种“神奇”的东西。瑾念过不多的书，除了谈自己的病和她的先生，脑袋里似乎不太装其它的事物，因此似乎活得很开心，总是满脸乐呵呵，瑾的先生麦克倒是一脸深沉`仅 42 岁却开始有了刀刻般的皱纹，像是记载了一篇他的辛酸史。麦克 60 年代曾为越战老兵，参加过反战运动，也在那段令人激情动荡的年月里吸毒，因为吸毒，他的一位美丽的`有良好教养的妻子也因此离开了他`你可以感觉到，从麦克的长相`风度，当年足可以让许多美丽的女人追随他。麦克经常懊悔他失去的过去。他也因此特别珍惜过去留给他的最可贵的礼物`一个正在上大学儿子，麦克从来不会忘记，夸赞他那懂事的儿子，特别为能和儿子经常在一起打篮球而骄傲。麦克 与瑾 双双出入戒毒所，但我很少听到麦克谈论起他的准太太，他也从不正面回答我，何时他们将走上婚礼的地毯。在我认识这对夫妻大约一年以后，瑾的病情开始恶化`长期吸毒的历史摧垮了她的心肺功能，她的下肢水肿越来越重，呼吸也越来越困难，她最后死在了住院病房。我再一次印证了这样一个事实`吸毒者的脑组织很可能有永久的损害，他们的神经往往特别脆弱。不久以后麦克令我大感意外的被捕了，罪名是参与贩毒`我无论如何不能把麦克与那些电影中的贩毒份子联系在一起，我不能想象麦克会如何面对令他骄傲的大学生儿子，麦克留给我的印象仍旧是那个深沉正直的越战老兵麦克。

在我认识麦克夫妇的那段时期，我遭遇了一个颇令我提心吊胆的挑战， 一位非常高个子，看起来还算健壮的女青年莱芮每周一次来看病，她的艾滋病已被基本控制，莱芮是德国血统正在大学念书，因为病情好转，莱芮的母亲，一位非常慈祥的太太专程从罗德岛州来诊所表示感谢`老太太寡居，又只有莱芮这一个女儿，因此，在与我谈及女儿的病情时非常小心翼翼，像是怕伤害女儿的自尊，她虽然担心但也向我表示会支持莱芮令我吃惊的一个要求，她非常想要一个自己的小孩。当时莱芮连男朋友都没有，身患此病，谈何生孩子？

也许是德国人传统的认真吧，莱芮真的很快觅来一位男朋友，一位键壮的黑人男士，他们一起来到诊所，此位先生似乎对莱芮满不錯，他也没有向我提出任何令他担忧的 HIV 问题，我被执著的莱芮所感动，答应她我尽最大努力改善她的体质和免疫功能，支持她生小孩的举措和决心。

莱芮终于带来了令整个诊所沸腾 的好消息，她生了一个 8 磅重的男孩，并且 HIV 病毒阴性，非常健康，我们与她分享孩子的照片，黑黑的卷发，一双大眼睛闪烁着对周围世界好奇的目光，我曾经猜测莱芮为什么那么急于要一个小孩，她年轻`正在念书，未婚，疾病也正在被顺利的控制之中，看到这可爱的男孩的瞬间，我似乎找到了自己的禁誉；莱芮受到过良好的家庭教育`自己曾是勤奋的好学生，因为误入迷途，走上吸毒之路，而染爱滋，她失去了以往的自信，在绝望之中，她把自己的忏悔与希望，把自己青春的梦想寄托给她的新的生命，——这个尚没有名字的男孩。

我最后一个艾滋病病人的故事足以让我终生不忘。在我辞去戒毒研究所的工作之后，诊所里出现了一位从佛蒙州来的病人，他是驱车 4—5 小时赶来的，想必一定是有什么特别的原因，他有着黑族一般的身躯，看的出以前一定是位非常强壮的汉子，满脸未刮的落腮胡子里隐藏着一张充满皱纹的脸，那皱纹纵横交错，使我回忆起某著名画家笔下的陕西老农民的脸---一张像怖满沟堑 的黄土 高原般 的图画。只不过汉斯 的脸色，看起来像片的干瘪 的秋叶。并不使我惊讶，汉斯也患了艾滋病，合并 C 型肺炎。他已经被疾病和药物的副作用折磨得痛苦不堪，失去了工作和生活的能力。汉斯只不过刚刚 50 岁，越战老兵。看他眼前的样子，你不能想象他当年是位非常活跃的反战人士，曾被投入监狱，也因此像很多嬉皮士族一样投入了失落的吸毒的行列。汉斯的工作也是社会工作者，兼职他的老本行——木匠。

汉斯不久便成了我忠实的病人，每月一次，风雪无阻。他的病情也逐渐改善，大约半年之后，在中西药的配合治疗下，他的病情被完全控制，CD_4 指标接近正常，病毒抗体阴性，肝功接近正常，在我看来他使用的仅仅是普普通通的草药，其中包括 柴 草， 紫花，地丁， 黄芩，黄芪，青蒿，甘草等，其中四味药物 是我 与我的朋友毕先生在实验室里筛选出来的抗 HIV 草药。汉斯与他的医生`不能理解这些神秘的东方草药，但他们已经毫不怀疑，汉斯的血液中正在萌发新的生命，一个新的生活正在等待着他。

一天，汉斯带来了一位年青的女性，足足比汉斯小 20 岁有余`她叫珍妮。 既使把珍妮放在一群美丽的天使中，她的 魄力也仍然会吸引住你的目光，珍妮有着一张无时不带着微笑的脸，嘴角微微上翘，一双明亮的大眼睛藏在微微突出的前额下，交谈时总是像孩子般专注地凝望聆听着你的谈话。既使是略略挺直的鼻梁和一头棕色的卷发，你仍然马上会想到观音菩萨的脸；我不可思意的被告知 ，珍妮已经不能工作有很多年，他有精神病家族史，如果没有常年的药物维持，她会有狂燥症的发作，判若二人，但是大量药物的使用，严重损害了她的思维及记忆能力，并且患有抑郁症，几乎丧失工作能力，汉斯告诉我他与珍妮正在相恋，希望我能帮助她。

珍妮在针灸和中药的帮助下，奇迹般地康复。在我的建议下`她的医生同意停止了大部分的西药，病情反而好转。珍妮告诉我`汉斯是个好男人，是一个真心爱护，帮助她重新生活的好朋友，她对自己的前途有了希望，珍妮说：她要嫁给汉斯。

在两年前一个寒冷的冬日里，汉斯与珍妮双双又来到我们的诊所，汉斯刮了胡须，满脸憨厚的笑容，皱纹似乎比以前少了许多，珍妮灿烂甜蜜的微笑，一下子扫去了冬日的压抑，他们结婚了。没有隆重的仪式，没有惊动他们居住的那静静的郊外的村庄，他们得到了的期待的我们的最好的祝福。高大的汉斯与娇小的珍妮站在一起，像一个父亲面对一个他宠爱的女儿，我真心地为他们 禱 告，内心升起无比的骄傲，一个医生才能体会的从心灵中流淌出的甜蜜。在以后与他们见面的日子里，我反复地在问自己一个问题：我们许多人健康，富有，受过良好的教育，但我们真的比汉斯与珍妮更幸福吗？

醫學人物



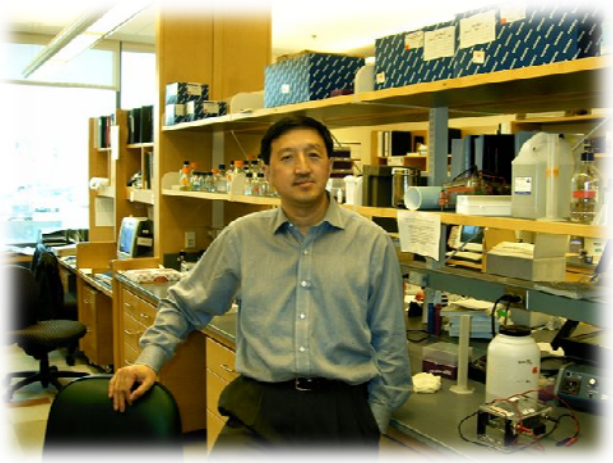
疫苗學專家

盧山教授

卢山教授简介：

卢山教授，南京医科大学医疗系 77 级，于 1982 年毕业留校在江苏省人民医院内科工作。1985 年赴美先后获美国麻省大学研究生院免疫学博士及科拉克大学医学管理硕士，曾获 Howard Hughes 博士后奖。于 1996 年建立自己领导的实验室，2006 年成为美国麻省大学医学院内科学，生化和分子药理学，及免疫病毒学 终身衔 （tenured）正教授，任新型疫苗研究室主任。1996 年起被中国国内多家生物医学院校聘为名誉教授，并于 2006 年成为南京医科大学特聘教授，同时兼任其新组建的江苏省人民医院中美疫苗研究中心主任。

卢山教授自上世纪 90 年代初一直从事多种新型人类疫苗的基础研究，技术开发和临床人体试验，是核酸疫苗（DNA vaccine）的主要发明人之一，在世界上首次在人体内使用 DNA 联合蛋白质疫苗。近年来他开创了将核酸疫苗和传统亚单位疫苗结合的策略，建立了一种既能引导体液免疫又能激活细胞免疫的全新免疫方法。并首创用 DNA 免疫的方法，鉴定疫苗保护性抗原结构与功能的关系，并用此方法解决艾滋病，天花，SARS，流感等一系列重大传染病疫苗抗原的筛选和鉴定。为知名国际艾滋病疫苗专家，他主持研制的多价艾滋病疫苗获得美国 FDA 批准进行人体试验，是第一位将艾滋疫苗引入人体实验的华人科学家。卢山教授同时是国际生物保护疫苗和新发传染病疫苗的专家，在亚非发展中国家有广泛的合作。



卢山教授在他的实验室

卢山教授是美国执业医生，为 board certified 内科医生，多年来一直坚持内科临床工作，并利用其在临床和科研两方面的优势，也在分子医学（molecular medicine）及临床应用研究（translational research） 等新兴领域参与了多项开创性的工作。他同时担任麻省大学医学院多项行政工作，现为该校内科学住院医生训练项目副主任。

自90年代中期，卢山教授一直担任美国国立健康研究院（National Institutes of Health）艾滋病疫苗和常规疫苗两个评审委员会的委员，并数次任美国国家炭疽和鼠疫两个疫苗储备研发专家委员会的主席，还担任中国自然科学基金委员会预防医学项目专家评审委员，国际知名专业杂志“疫苗(Vaccine)”和“当代爱滋研究Current HIV Research）”的副主编，中国专业期刊“微生物与感染” 副主编，及多个国际学术刊物的评委。卢山教授现任国际疫苗学会执委会常委兼财务长，中国艾滋病疫苗行动联盟执委。



卢教授一家乘坐直升飞机降落在阿拉斯加千年冰川

医疗体系

美國醫療改革修正案

张震宇 博士

华盛顿，12 月 24 日——参议院于圣诞前夕以 60 票赞成，39 票反对通过其庞大的医疗改革修正案。该议案将额外的三千一百万美国民众纳入医保覆盖范围，因此几乎每个人都将获得医疗保险。经过长达 24 天的政党间的激烈辩论，今天早间通过的医改议案将被提交到由参众两院代表组成的合议委员会，同上个月通过的众议院版本进行整合。参议院民主党议员争取到必需的 60 张赞成票，从而克服了共和党的杯葛。他们表示乐见总统在一月底之前签署颁行医疗改革法案。参议院多数党领袖哈里·里德(Harry Reid, 民主党-内华达州)表示：“这一天并不标志着结束，它仅仅是开始。” 在唱名表决过程中，当进行到里德时，参议院里爆发了一阵难以言传的笑声。随后，这位多数党领袖举起手，投下了他的赞成票。共和党参议员们在各个阶段中都反对这一议案，他们将其形容为“怪胎”。参议院少数党领袖米奇·麦康奈尔(*Mitch McConnell*， 肯塔基州)在表决之前的发言中说：“诸位自感恩节后将首次回到家中，我确信你们中拥护这一议案的议员们听到的是怨言。”参众两院各自版本的议案存在许多相似的条款：两个版本都通过政府补贴的方式帮助民众支付医疗保险以扩大医保覆盖范围，强制几乎所有民众购买保险，而保险公司不得因为个人的健康状况拒保。两个版本的议案在一些关键内容上存在分歧，其中包括整体成本和覆盖范围。众院版本的议案更为昂贵－10 年内耗资超过 1 万亿美元－但涵盖更多的民众，为 3 千 8 百万现在没有保险的美国人提供医疗保险。参院版本将耗资大约 8 千 7 百亿但仅涵盖 3 千 1 百万如今没有保险的民众。在参议院辩论过程中出现的最有争议的部分同样表现在两院版本的分歧上，例如公众选择计划的设立，堕胎问题，以及针对非法移民的条款。

公众选择在众议院医改议案中赞成设立公众选择保险计划，该计划将允许医生和医院就有关投保该计划病人的保险补偿率进行协商。参议院多数党领袖哈里·里德(Harry Reid, 民主党-内华达州)支持公众选择的选项，并将它包括在参议院的原始提案中。然而，数位民主党议员宣称如果议案中包含公众选择条款，他们就不投赞成票。尽管公众选择条款在直接表决中会达到多数，但是参议院规例允许少数派利用无限期的辩论，或称杯葛，来阻碍议事的进程，除非另一方能够集中 100 张投票中的 60 张以结束辩论。 因为民主党需要全部 58 张民主党议员票和另外 2 张独立参议员票以破除共和党参议员团结一致的杯葛，所以公众选择条款被放弃。取而代之的是，议案要求联邦人事管理处(Office of Personnel Management)寻求私营公司作为承包商，建立两个全国性的或多州联合的健康保险计划，其中之一必须是非盈利性质的。由于参众两院都必须对整合后的议案分别进行独立投票，即所谓国会协调会议报告，在最后通过的统一法案中不可能包含公众选择条款， 因为它在参议院中无法获得必需的 60 票以达到绝对多数的门槛。然而，取消公众选择选项可能导致众议院议员－通常比参议员具有更为自由化的倾向－放弃对医改的支持。许多偏左的民主党众议员认为通过一个没有公众选择的医疗改革方案是没有意义的。在众议院中，少数人无法阻碍议事的进程，但是医改议案在众议院通过时的优势比在参议院中时要微弱，因此，即使丢失少量的赞成票也可能是危险的。

堕胎参众两院版本中另一较大分歧存在于有关堕胎的资金－这是一块情绪性的绊脚石，有人认为这一问题会彻底阻碍医疗改革的开展。众议院版本禁止政府在其公立计划中为堕胎提供保险，也反对参与政府资助保险交换计划的私营保险业者向堕胎者提供保险，除非是发生强奸、乱伦或危害妇女健康的情况。在众议院版本中，参与公立保险计划的女性，或者通过政府交换保险计划投保的妇女，可以针对堕胎购买另外的保险计划，而费用必须由个人承担。参议院投票否决了类似的修正案，但里德同反堕胎民主党议员本·尼尔森(内布拉斯加州)成协议，在议案中针对堕胎采用限定性的立法语言，以换取尼尔森的赞成票。该协议确保公共资金不被用于堕胎并且要求各州必须提供一个不涵盖堕胎保险的保险计划。但它不禁止受政府资助的保险商向受险者提供包含堕胎的保险计划。这在众议院版本中是被禁止的。它同时赋予各州权利通过立法禁止保险计划－甚至那些由私营公司提供的计划－提供堕胎保险。尼尔森说有 12 个州的法律禁止公共的保险计划提供堕胎服务。尼尔森向《今日医学要闻》表示，他没有估计到他的主张被稀释成现在的最终版本。他说他对议案中通过同里德磋商达成的有关堕胎的语句表示满意。但他更喜欢巴特·斯图帕克(民主党-密歇根州)在众议院议案中使用的语言。他表示：“我希望我们得到的结果不仅仅令人满意，同时应能得到足够的赞成票。”许多赞同堕胎权的众议院议员强烈反对对堕胎施行额外限制－问题是，如果在最后的提案中包含有同样的限制语言，那么民主党能否保持住在该议案上的领先票数。同样的，众议院中的宗教保守人士可能不愿接受参议院版本中较为宽松的限制性语言。

非法移民众议院版本允许非法移民购买政府通过交换计划资助的健康保险，但他们无法接受联邦补助。参议院版本禁止非法移民购买政府资助的保险计划，即使非法移民使用的是自有资金。根据国会预算办公室(CBO)的资料，在全国 1 千 4 百万非长者的非法移民中，有 60%没有医疗保险。

其他区别

--雇主：众议院版本要求工资总支出超过 50 万的雇主向员工提供医疗保险，参议院版本中没有提出对雇主的强制性限制。然而，雇员超过 50 人的公司如果不提供员工医疗保险的话，将会受到惩罚。

--医疗补助计划(Medicaid): 众议院版本的医疗补助计划(Medicaid)将涵盖收入低于 150% 贫困线(现阶段四口之家为 $33,075)的所有人。参议院版本的医疗补助计划将涵盖收入低于 133% 贫困线(现阶段四口之家为 $29，327)的所有人。

--未成年子女：众议院版本的方案允许未成年子女在 26 岁之前依靠其父母的医疗保险，参议院议案中的年龄限制是 25 岁。

--儿童：众议院版本的议案将取消联邦儿童医疗保险计划(SCHIP)，合格的儿童将加入医疗补助计划(Medicaid)，在参议院方案中，SCHIP 被延长至 2015 年。

通常合议委员会采取“折衷”的方式应对参众两院版本中的分歧，而此次合议委员会－由参众两院中的资深民主党人组成－极可能倾向于参议院的版本。“至少可以说，为了达到 60 张赞成票我们做了大量的工作”参议员约瑟夫·利伯曼(Joseph Lieberman, 独立参议员－康涅狄格州)解释说：“这 60 张赞成票所体现的平衡是脆弱的。如果(同众议院方案) 进行折衷，这 60 张赞成票的团结会破裂，我认为合议委员会充分意识到了这一点。利伯曼曾威胁说如果议案中包括公立保险计划就投反对票。他是诸位持类似观点的参议员之一。诸多原因增添了此次圣诞前夕投票的历史意义：参议院自 1985 年后从未在圣诞前夕进行表决。同时，副总统乔·拜登(Joe Biden)主持了这次会议。副总统通常只在名义上主持参议院会议而不必亲身参与，除非是为了打破平局的表决结果，或者出于具有纪念意义的原因。共和党参议员吉姆·邦宁(Jim Bunning，肯塔基州)是唯一没有投票的议员。这位前费城费城人队和底特律老虎队的投手将不再寻求连任，并在这个任期结束时退休。美国医疗协会(AMA) 最近背书过参议院的议案，对参议院的行动表示了赞赏。“今天，参议院举行了历史性的表决以推进国家的健康医疗系统，将医疗保险覆盖范围延伸到数以百万级的没有保险的美国人。同时加强了私营保险市场，更好地为依赖它的病人服务。” 美国医疗协会主席，杰姆斯·罗哈克博士说，“尽管表决意味着阶段性的立法程序的结束，但真正艰辛的工作还未开始。”美国退休人员协会(AARP)，其会员包括数以百万计的老年人，自始就支持全面性的医疗改革努力，对议案的通过表达了赞扬。“美国退休人员协会感谢参议院关于此关键性的立法工作的推进，”协会的首席执行官，巴里·兰德(Barry Rand)认为，“我们期待同国会两院在委员会合议期间通力合作，完善立法，达成更有力的最终法案，以促使美国的医疗保险系统最终能够满足我们协会成员以及全部美国老年人的需求。”同时，医疗改革法案最大的反对者－美国健康保险计划(AHIP)－立刻就这一议案提出批评。美国健康保险计划总裁凯伦·伊格纳尼(Karen Ignagni)认为：“该议案中的某些特定条款将增加，而不是减少，医疗成本；缩减保险选项；妨害了家庭、老年人和小企业的医疗涉保范围－尤其是从现今到 2014 年法案得以彻底贯彻期间。”

参考文献：Emily P. Walker，2009 年 12 月 24 日 《今日医学要闻》(www.medpagetoday.com).

医学教育

医德须知：医学生的必修课------如何对待有问题的医生同仁

哈佛以色列列医院 孔学君医师

菲尔医师是某医学院附属医院的副教授，他的临床诊治能力首屈一指为人称道，许多疑难病症都转给他处理。他在该院工作已有十年，在同僚中备受尊重。卡拉医师最近刚调来的助理教授，她在一个周六的教职员工的晚会上发现菲尔医生口齿不清，显然是醉酒。她担心他回家开车可能不安全，但是菲尔医生声称没问题，可以安全开车。在谈话过程中菲尔医生的比比机响了，显然他在值班。卡拉医生听到他在跟一个实习医生讨论病例，下达遗嘱给病人开了几大剂量的地高辛。她非常惊讶，于是询问菲尔医生病人状况，他轻描淡写地说这纯属常规问题，实习医生只是个新手。卡拉医生整个周末都很担心这个药物过量的病人。周一早晨她找到了这个病人并检查了病例。发现实习医生并没有遵循菲尔医生的建议，而是给了病人常规的剂量。卡拉医生找到了这位实习医生询问此事，实习医生说他感觉剂量不太对，以为自己听错了，就咨询了住院医生，然后按照住院医生的指示和书上用药指南就给了病人正确的剂量。卡拉医生肯定了他的做法但是要求他对于菲尔医生的错误指令进行保密。那一天卡拉医生找到了菲尔医师，试图与其讨论此事。但是菲尔医生非常生气，否认任何不当行为以及酗酒问题并警告她别管闲事。于是卡拉医生向其他同事问及此事，证实其他人也注意到了菲尔医师在晚会上饮酒过多的情况。他的朋友还决定晚会后把他送回家。当然没有人怀疑菲尔医生的临床能力。卡拉医师到医院检查了有关条例，发现医院有一个自愿的，保密的相关规定，已有十年。如果涉及一名医生，应对其临床能力立即进行评估，判定是否对病人的安全产生威胁，其临床表现每周受到严密检测。卡拉医生不知道该如何做。自己初到此院而菲尔医生又德高望重。其他同事和院方不一定相信她的报告。她该怎么做呢？这一实例牵涉到强制要求报告有问题的医生从而保护病人。美国医师学会的“医德手册”明确指出每一位医生都有义务报告有问题的同事从而保护病人的利益。在这一实例中卡拉医师有直接的证据病人可能因菲尔医师的行为而受伤害。她初来乍到，对于菲尔医生的临床能力不很了解。但无论如何她有义务向有关权力机构对其临床能力进行评估。最好的方法是再次与菲尔医生交谈其酗酒问题，劝其就医。如果他拒绝，卡拉医师必须报告科主任这一情况。如果科主任没有相应处置，卡拉医师可以考虑向州政府相关机构报告。我们可以理解卡拉医生所面临的困惑。菲尔医生在医院人口皆碑，而她却刚到医院。她担心由此会失去同事的信任和尊重，并影响到自己的前途。当然，报告有问题的菲尔医师并不都是负面的。近二十年来，自从美国医师学会颁布了有关有问题医师的条例，对其治疗及恢复有了很大的进展。1973 年美国医师学会强调了医师道义上的职责帮助有问题的同事以确保病人的安全。许多项目着重对于有问题医师的救治及康复，而不是一味的惩罚。事实上，有问题医生的恢复率比一般人群要高。一个配对研究显示 83%有问题医师完全恢复而且三年内表现良好，相比之下其中产阶级对照组仅有 62%恢复。卡拉医师也担心其法律责任及保护，大多情况下法律保证举报人一定程度的保密性。而对于知情不报者则有惩罚。多数法律允许有问题医师的材料保密，卡拉医师需要到她所在的州了解有关的条例。无论卡拉医师有无法律责任，道义上她理应以病人利益为首位。这一实例，她明确地知道病人会因为菲尔医师的医嘱而受伤害，如果不采取行动，更大的伤害势必会发生。菲尔医师的责任不可推卸。他已经违反了“绝不可伤害病人”的原则，其行为不仅威胁到病人的安全，而且对于正在学习的实习医师起到很坏的影响。他的行为是由酗酒的病态造成，应该接受适当的治疗。总之，一切的一切，都要以保证病人的安全为出发点，这是一名医生的天职。

。

法律顾问



美国判定医护人员失职的职业行为标准 (Standard of Care)

刘涓 王朝曦 宋文质

一. 背景介绍

本文作者曾在“美国医疗损伤责任相关法律介绍”一文中介绍了在医疗损伤纠纷中可用的法律诉讼根据。其中最常见的就是按医护人员失职提起的诉讼。文章中也简单地介绍了判定按医护人员失职提起的医疗损伤责任纠纷案件的四个必要条件。其中之一就是被告医护人员在处理声称受到伤害的病人的时候偏离了医护人员的职业行为标准。这篇文章将进一步详细地介绍职业行为标准的起源，应用程序和有关问题的讨论。

医护人员的职业行为标准一般定义为具有类似水平的平均医护人员群体在类似情况下所采取的职业行为。判定医护人员失职的一个必不可少的前提条件就是必须有足够的证据使陪审团认定其行为偏离了医护人员的职业行为标准。如果医护人员尽职尽责，其行为完全符合职业行为标准，那么即使病人声称的所受到的损伤与所接受的诊疗有关，医护人员也不会被判定失职并对病人的损伤负责。一个常见的概念错误是将法律上的医护人员的职业行为标准与医院岗位责任制相混淆。医护人员的职业行为标准是以特定人群的平均行为作为判定的标准，不是由各个医院自己来制定的，也不能用医院岗位责任制或职称所相应的责任制来替代。

使用医护人员职业行为标准的另一个重要性在于给当事双方提供了一个均等的使用医学专家的机制。在法庭上，代表各方的医学专家围绕同样的标准提供各自的证据并由法庭进行交叉检验，最终由陪审团判定医护人员的行为是否偏离了职业行为标准。

二. 法律责任及责任范围的确定

进行医疗损伤责任纠纷案件诉讼的前提条件是确定这个医护人员是否对作为原告的病人负有医护人员对病人的责任。如果一个被告医护人员没有责任和义务来诊断治疗原告病人的话，那么这个医护人员也就不应该对病人所声称的损伤负有任何法律上的责任。

法律上的责任及责任范围是通过医护人员和病人之间建立的医患关系确定的。[1]进一步讲，就是医护人员和病人之间必须先建立起法律所认可的医患关系之后，医护人员才有法律上所认可的责任来诊断以及治疗病人。法律上的医患关系被定义为一种在双方自愿的条件下达成的关系。也就是医护人员同意成为病人的医护人员，同时病人同意接受医护人员的诊治并且付给医护人员诊治费用。这种关系和一般的合同关系是非常类似的。医患关系必须是建立在双方自愿的基础上的，一个医护人员有权利拒绝一个病人。例如，某甲在一家餐厅吃饭的时候突然间被食物噎着了，呼吸困难，面部开始发紫。在相邻的餐桌上坐着的一位医生看到了这一紧急情况，但直到某甲晕倒在地并由他人送往医院，这个医生都没有起身相助。在这种情况下，某甲是否可以按失职向邻桌的医生提起的医疗损伤诉讼？答案是不能，因为在某甲和临桌的医生之间并没有建立起如上所述的医患关系，所以这个医生对某甲在法律上并不负有责任。当然，一个医护人员也不是在任何时候任何情况下都可以拒绝接收一个病人的。例如一个医院急诊室工作的医护人员是不能拒绝接收一个到急诊室求医的病人的。这是因为很多判例法都规定在急诊室工作的医护人员已经自动放弃了拒绝病人的权利. 也就是说,即使没有在双方自愿的基础上建立的医患关系,急诊室工作的医护人员也必须提供急诊服务。[2]

医护人员对病人所负有的法律责任是有一定范围的。建立医患关系之后，医护人员有责任运用所掌握的医学知识和技能，量以及医院所能提供的条件，对病人进行诊断和治疗。但医护人员所负有的法律责任并不要求他的医疗水平必须达到全国最高水平。[3]相对而言，医护人员需负责掌握和应用同行里平均医护人员所能掌握的医学知识和技术，即按医护人员的职业行为标准向病人提供服务。随着社会的发展和科学技术的进步，医护人员的职业行为标准必然会不断地完善提高，由医患关系确定的法律责任也进一步要求医护人员不断地学习或进修，掌握新的医学知识和技能，以达到新的职业行为标准。

三. 职业行为标准的历史发展过程

1. 标准的来源

在法庭上应用的医疗行业职业行为标准并不是由任何其它领域的权威来制定的，而是产生于医疗行业本身。医疗行业的职业行为标准是通过该领域内的领导者，职业期刊的讨论，以及行业内的网络联系制定产生的，这与其它行业中的标准多依赖政府部门来制定不同。美国政府的主要医疗卫生机构，如卫生部(Department of Health and Human Services/HHS)，国立卫生研究院(National Institute of Health/NIH)，或者各州医疗卫生职业执照部都不在医疗行业的职业行为标准的制定中起重要作用。

在美国,至今也没有任何一个单一的权威(机构)来负责制定医疗行业的职业行为准则。一般的情况是由行业协会或相关的机构将各种评论意见及数据汇集整理，逐步形成一种临床上应

该遵循的准则。如果该准则能够被行业内普遍接受，就上升到医疗职业行为标准的水平。 另外，医学是关于人体的错综复杂的科学，对于疾病的认识还处于初级阶段，对疾病的治疗还是依靠知识和经验的积累。由于没有两个病人的病情发展是一模一样的，医护人员必须根据每一个病人的具体情况来决定诊断和治疗的方案。因此临床经验丰富的医生往往就会归纳总结出对于相似的病例的有效并是习惯处理方案。在此临床经验的基础上，结合相关的数据分析，逐步为行业内的医护人员所接受，最终成为职业行为标准。因此，由政府部门或者其它行业来制定医疗行业的职业行为标准是不现实的。

2. 地方规则(Locality Rule)

早期医疗职业行为标准形成的过程中，医护人员所处的地理位置是一个重要的决定因素。这主要是由各个地区接触获得医学信息的质与量的差别造成的。在二十世纪之前的医生培训过程大多是靠老大夫带徒弟，因此不可避免地造成不同地区的医生在遇到类似病例的时候处理方法会有很大的差异。所以美国的法庭在处理起医疗损伤纠纷的案件中，一般都采用地方规则来判定被告的医生是否达到了所应该达到的职业行为标准。具体说就是确定被告的医生是否达到了行医所在的地区其他具有相似的教育背景并掌握着类似的技术水平的医生对类似病例所采取的平均职业行为。

应用地方规则主要是考虑到各个地区的医学教育水平存在明显的差距，法庭应用的结果需在很大程度上照顾偏远地区的医护人员的利益。这是由于偏远地区的医护人员所能接受到的医学教育，以及医学发展的信息交流都远远不如大城市的医护人员。另外他们所掌握的医学知识和临床技术也和大城市的医护人员有很大的差距。所以，医护人员的职业行为标准必然存在地区性的差异。因此，法庭在判断一个偏远地区的医护人员是否有失职的行为标准就应该参考当地的医护人员群体的平均水平而不应该和大城市的医护人员做同等的要求。否则，法庭判决的结果会妨碍在缺医少药的偏远地区医护人员积极地给病人提供医疗服务。在各地医学水平存在巨大差距的情况下，法庭采用地方规则能够保护及鼓励落后地区的医护人员积极地给病人看病，也使该地区病人的利益在可能的条件下得到最大的保护。但是，随着现代通讯技术的发展，交通设施的进步，地方规则的使用受到了严重的冲击。

3. 全国标准(National Standard)

统一的全国医疗职业行为标准随着现代通讯技术和交通工具的发展而逐步被法庭所采用。通讯技术的不断更新使得身处不同地理位置的医护人员有相等的机会接触最新的医学发展信息。交通的便利使得各个地区的医护人员能够经常以会议或进修的形式进行学术和工作经验的交流。另外，统一的全国医学院校的教材使不同地区的医学生能够受到同样的医学知识和技能的训练。所有这些都导致了各地医护人员所掌握的知识和技能的差距比以前大大地缩小了。

如果不同地区的医护人员所掌握的知识和技能没有很大差别，在法庭上就应该使用相同的医疗职业行为标准。在这里，法律的焦点从以前的保护偏远地区的医护人员转变为保护偏远地区的病人。如果偏远地区的医护人员与大城市里的医护人员具有或是应该具有同等的医疗知识和临床技能，那么偏远地区的病人也应该和大城市的病人享有同等水平的医疗服务。地处偏僻就不能再作为低质量的医疗服务的挡箭牌。

目前，美国并不是所有的州都摈弃了地方规则，但总的趋势是全国标准的应用越来越普及。特别在对待医学专家的时候，大多数法庭都是按照全国标准来认定医学专家的。这是因为在美国成为某一方面的医学专家所要达到的标准是全国统一的。另外，当一个医护人员把自己标榜为专家的时候，病人对他的信任和期望都要比普通医护人员要高。所以对医学专家的职业行为标准定得高些，即使用全国标准，也是符合社会的利益。

四. 专家举证在法庭判定医护人员失职的程序中的作用

在按医护人员失职提起案件的判决程序中，关键的一步是根据相关的医疗职业行为标准判定医护人员是否有失职行为，以及该行为与病人受到的损伤之间是否存在因果关系。专家举证对法庭完成这些关键的程序起着非常重要的作用。医疗损伤责任案件最突出的特点是与医疗相关的信息的分布是非常不均衡的。医学是极为复杂的生命科学，病人身体的病情状况受到很多复杂因素的影响。病情的发展往往不是人力所能决定的。医护人员经过长期的专业训练以及临床实践，积累的医疗知识和对疾病处理的知识远远多于病人、双方的律师、陪审团和法庭。如果没有医疗专家的帮助，病人自己将很难说服陪审团被告医护人员在诊治的过程中有失职行为。病人也很难说服法庭他所受到的伤害就是由医护人员的失职所造成的。

医疗损伤案件的独特性决定了它比一般的民事案件在法律诉讼程序上更为复杂，特别是必不可少的医疗专家举证来帮助陪审团和法庭理解复杂的医学知识。与普通人对医疗损伤案件作证不同，专家在法庭上能够根据相关的医疗职业行为标准，对医护人员是否有失职行为以及该行为与病人受到的损伤之间是否存在因果关系提出意见和推论。这些意见和推论，可以不是亲自看到和听到的事实，但仍然可以直接被法庭接受并作为关键的证据。如是普通人作证，一般情况下，只能根据他亲自看到和听到的对所发生的事实提出证据，而根据相关的医疗职业行为标准提出的意见和推论是很难被法庭作为证据所接受。

对医疗损伤案件的法律程序中对使用专家举证的常见批评是由医学专业性而产生的专家个人偏见对法庭的判决结果造成的负面影响。常见的悖论是，医学专业人员对事实的判断比人群的平均判断准确。然而，科学研究的结果证明，对于相同的证据，这两者对事实的判断能力是相同的。作为医学专家，在讨论相关的医疗职业行为标准的时候很难避免其教育和经验的背景影响，从专业的角度出发，对证据有先入为主的偏见，不能对全部的证据一视同仁，得出的意见和推论会有局限性，因此对事实的判断常常不如一组具有平均判断能力的人共同做出的判断准确。

另外，由于为被告的医护人员作证的专家与被告的医护人员在同一个医疗卫生的职业领域中，这些专家自然会被认为会对被告产生职业上的同情而将影响举证的客观性。不论是哪一方的专家，其举证的客观性又会因为与当事人之间可能存在的雇佣与被雇佣的关系而受到怀疑。因此，尽管专家在医疗损伤案件审理的程序中是必不可少的，但是最后的判决是由陪审团作出的。用陪审团作为案件事实的独立判定人可以避免所有法律程序都控制在法官和律师，医学专业人员的手里，理论上对事实判断的准确性更高。

陪审团的选择一般是随机的。陪审员一般没有受过法律训练，因而会凭借他们的直觉和道德标准来看待案情。让这些非法律界人士参与审案并由法庭负责量刑可以增加审理的公正性和客观性。这和我们国家的俗语”旁观者清”的概念是很类似的。所以，一个医疗事故的案子在美国，医学专家参与的目的是帮助陪审团搞清，理解和案件相关的医学专业知识，而没有权力对案件的事实和法律结果做任何的决定。

和其它提供给法庭的证据相同，当医学专家根据相关的医疗职业行为标准进行举证之后，法庭或者说是法官有权根据相应的证据法来决定那些证词可以供陪审团考虑。因此，在法庭上，法官的作用相当于一个守门员(gatekeeper)，决定哪些证词可以被法庭所接受。在医疗损伤纠纷案件的审理过程中，审核医学专家证词最常用的标准是 Daubert 标准(Daubert Standard)。[4]Daubert 标准要求医学专家的证词不仅必须和案情相关，而且必须具有科学的可靠性(scientifically reliable)。在考虑科学的可靠性的时候，法庭通常会从以下几个方面进行审核:[5]

1) 医学专家举证所依具的技术或理论是否能够或者已经被他人所检验，这里所考虑的是专家的理论是否经得起客观的检验;
2) 医学专家举证所依具的技术或理论是否已经被同行评审，以及是否在科学期刊上发表过;
3) 对医学专家举证所依具的技术或理论是否有已知的错误率;
4) 医学专家举证所依具的技术或理论是否已经被同行所接受。

除以上这几方面的因素之外，法庭还可以根据具体案件的情况考虑其它的因素。另外，以上每个单一因素都不具有决定作用，法庭是要考虑各个因素之后对医学专家的举证作出一个全面的判断。

五. 讨论

确定法律上所认可的医-患关系应该是解决医疗纠纷的前提条件。这种责任和责任范围应该是建立在双方自愿的基础上的。另外，责任和责任的范围在法律上有了明确的规定之后，有利于下一步判定医护人员是否有失职的行为。



美国判定医护人员失职的职业行为标准是针对医护人员在给病人做诊断和治疗时的行为并且以整个医疗行业里的行为惯例为基础的。这样所产生的职业行为标准很容易在全国或者至少在相当大的地区范围内达到一个统一的水平。相应地也给法律上判案带来便利。医护人员职业行为标准是不同于各个医院自己制定的岗位责任制的。如果失职的标准是由各个医院自己来制定,那么即使在同一个地区也很难有一个统一的标准。很可能导致事实相似的案件由于判定失职的标准不同而得出截然不同的判决结果。从另外一方面来讲，美国判定失职的医护人员职业行为标准的制定要求同行业里的医疗工作者以及有关的科研人员之间必须有大量的交流。定期的学术交流有利于同行之间达到一个相近的水平。要满足这样的要求就需要有时间和资金的支持，相对的成本就比较高。

由陪审团判案的目的之一就是要普通人参与法律案件的审判过程，以保证审判过程的公平合理。在美国的医疗损伤纠纷案件中，医学专家的作用是帮助陪审团成员来理解与案件相关的医学理论和知识。医学专家并不能代替陪审团来判定案件的事实。如果医学专家既参加举证又有判定定案件的事实，那么医学专家手中的权力就有被滥用的可能。即使病人不能全面地理解在法律上判定医护人员失职的职业行为标准，由医疗领域以及法律领域之外的第三者作为陪审团来参与案件的审理过程,能够让病人觉得案件的判定程序至少是比较公平合理的。如果案件的判决结果是有利于医护人员，病人一般也不会觉得是医学专家暗箱操作的结果而将心里的不满转向给他诊疗的医护人员，并采取不适当的暴力手段来得到他所定义的公平结果。

在“美国处理医疗损伤责任纠纷的法律程序介绍”一文中,本文作者曾提到对于医疗损伤责任纠纷的案件，由于涉及专业性极强、发展极快、信息分布极不均衡的医学专业知识，判例法的应用为此类案件的处理提供了法律上最大程度的灵活性，并一直发挥着积极的作用。这里要强调的一点是医学领域的进步和相应的法律系统的发展是相辅相成的。在医学技术日新月异的过程中,法律的介入能够不断地矫正医学的发展方向。例如,法律上对克隆技术应用范围的限制是要保证医学的发展要符合整个社会的伦理道德标准。另一方面，医学技术的进步也不断地给相应的法律系统注入新鲜的血液以适应医学领域里不断出现的新问题。

参考文献:
1. Sal Fiscina et al., Medical Liability, ix (1991).
2. *Hiser v. Randolph*, 126 Ariz. 608 (1980) (stating a on call emergency room doctor is deemed to have waived right to refuse emergency treatment to a patient due to lack of a consensual physician-patient relationship).
3. *Doriis v. Warford*, 124 Ky 786, 100 S.W. 312 (1907); *see also Loudon v. Scott*, 58 Mont. 645, 194 P. 488 (1920).
4. Daniel W. Chuman, *Expertise In Law, Medicine, And Health Care*, 26 J. Health Pol. Pol'y & L. 267, 276-277 (2001).
5. *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals*, 509 U.S. 579, 579 (1993).

医学论坛

临床指南是与否?



在哈佛系统 2009 年 6 月的患者安全研讨会上，大家目睹了医疗保健专家和波士顿医疗事故辩护律师关于患者安全这一问题的精彩辩论。

马克.格莱伯医生是内科和肾病医生，他同时也是纽约州 诺斯波特市退伍军人医疗中心医疗服务部的主任。他是全国知名的患者安全研究的专家，其研究主要致力于了解并减少误诊的发生。格莱伯医生指出对于同样的临床现象，放射科医生通过读片和临床医生通过对症状的诊断得出的结论可能会截然不同。他说：“临床诊断的多变性是一个很严重的问题，它可以导致医疗服务质量和安全性的降低。对此我们能做些什么吗？我认为是完全可以的，而且很简单。”格莱伯医生的解决办法是：更广泛的和一贯的应用临床指南。他指出许多临床研究表明统计性的判断要好过个人的逻辑判断。“这是基本法则。你可以通过数学分析得出结论，并因此而提高医疗服务质量。 事实上，统计判断是贯穿所有行业的准则。这是人们如何决定是否选择我们的医疗保险，应该付多少钱，或他们是否需要贷款，某些人是否应得到假释。它还被人们用来决定比如谁是最好的老师，谁应该被研究生院录取等等。这一规则被大部分领域一致认可，但很遗憾的是，医疗界除外。

“那末，它在医学治疗中有应用吗？当然有，比如起源于波士顿这里的戈德曼胸痛规则。戈德曼被来急诊就诊的胸痛患者的问题所困扰。患者该去重症监护治疗病房还是回家？怎末知道最佳的方案是什么？应该依赖于临床判断吗？戈德曼研究了一万个病例，并记录了谁在一至两天内发生了并发症。基于所有的资料，大约有 40 到 50 个不同的参量。他选择了四个参量，可以相当准确的预见患者病情的发展。这四个参量是：1.心电图上是否有心梗或缺血的显示,2.血压是否低于 110 mmHg,3.肺部是否有罗音,4.是否有心梗病史。就这些，四个参量，在此基础上我们可以很有效的将病人分类。低危组的病人两天内发生并发症的几率为 0.2%，而高危组为 25%。这并不仅是理论研究，它在库克郡得到了有效的证实。在库克郡，人们不仅通过看病例方案试图验证戈德曼规则的有效性，还同时看了患者本人,并证实了该规则行之有效。由于该规则的实行，对复杂性心梗患者的漏诊率从 11%下降到 6%，这是非常显著的。同时被不当的送到重症监护病房却不需要这一级别护理的病人从 38%下降到 27%。因此可见这些规律是可行的。它们不仅适用于医疗界之外也适用于医疗界内，不仅适用于理论也适用于实践。因此我提倡，只要我们运用这些临床指南，我们就会有更高质量和更安全的医疗服务。”

但在格莱伯医生之后发言的是波士顿医疗事故辩护律师艾仑.科恩。科恩律师曾经成功的代理波士顿顶级医生和医院辩护了多企医疗事故的案件。她应邀对在临床广泛应用基于临床证据的规范进行了反驳。但科恩律师首先申明，她支持对临床指南的合理应用。

她说：“我应邀来提出相反观点，但请不要认为我这样做是不支持对临床指南的推广。我只是指出问题的另一面供大家参考。我去了 CRICO / RMF 的网站，查了临床指南和算法部分。我强烈推荐所有不熟悉这部分的人去看一下。它由七个相当精彩的部分组成，包括了通过大量的工作收集的指南和算法。它们存在的目的是帮助医生们做到最佳的，一致而准确的判断。但我是律师，我想尽量找出它的不足之处。它们网站是这样说的：“ 我们鼓励医生和护士用这些指南严格检验并再检验你们的决定，以确保最安全有效的治疗。所有的临床抉择，相关指南的文件，不同临床行为的理论支持对于正在进行的治疗和对于对患者诊断治疗结果置疑的辩护都是至关重要的。” 让我来翻译一下，质疑就是原告的律师的诉讼，对吗？然后这里又说，“CRICO / RMF 常会被问及这些指南能否在医疗事故的诉讼中当作治疗标准引用，回答是不可以。治疗标准应由法庭决定。它是当地医生对特定治疗方案在专家中达成的共识。这些指南不是指定的而是推荐的。”我同意上述陈词。这是正确合理的法律陈述。任何医生可以说：“我是按指南行事的。它是一个数据库，经过科学证实的解决这类问题的可靠方法。但在这个病人身上却行不通。不过我可是按指南来做的。”如果我站在另一边，如果我是原告律师，我就会给予反驳。你应该记住，在任何病人控告医生的诉讼案中，原告律师的任务是找到治疗的标准。他们的目的是向你和陪审团证明什么是治疗标准，并证明你作为医生并未按治疗标准执行。

因此，如果你要按指南治疗，首先要仔细阅读并理解其内容，并记录按照或不按指南执行的理由。作为被告需提供其行为背后的理论支持：为什么临床指南是治疗标准；尽管结果不尽如人意，但按照指南是正确的选择；或为什么在这个病人身上指南并不适合等等。

我们还听说过现实诊断，这是通过数学计算得出的结果，也就是说经科学证明，会得到更好的统计结果。但从反驳的观点来讲，当我们审理案子的时候， 评估医疗质量的陪审团成员百分之百是病人，每一个人都是。并且他们的父亲，母亲，丈夫，妻子，孩子和兄弟姐妹都是病人，没一个是医生。大部分来自医生，护士或医疗保健系统工作人员家庭的成员都不能加入陪审团。因此，你将被病人的陪审团评估。大部分病人将不会接受你的‘现实诊断’这个观点。如果你认为 90%的概率确实很高，作为一个医生，这是一个很好的理由去这样解决这个问题。但他们不愿接受他们是那 10%，甚至 2%。 因而，现实诊断或使用统计证据为基础的医学，是很好很重要的诊治手段，但并不是向陪审团解释的好办法。

我要说的是为了更好的医治病人，我完全支持数学分析，临床指南，和服从方法学。只要是正确的， 一贯的应用，它将会是很有帮助的工具。” （刘京京 博士编译）

饮食健康

味精的鲜味与肥胖

Sarah Mehta，北卡罗来纳大学大学公卫学院营养系

“你就不能少吃点薯片？！”可是味精的鲜味会让你忍不住再多吃点。英文中的 umami 一词来自于日本语（中文的意思是：鲜味），是表达食物有肉香，美味可口的意思。尽管美味，人们还是有一种担心，就是摄入含味精的食物会不会让腰围增加？美国食品药品管理局一直认为味精（谷氨酸单钠）是一种广泛使用的增味剂和食品添加剂，常年使用是安全的。但是现在也开始关注食用味精是否会影响健康。来自北卡罗来纳大学全球公共卫生学院营养和流行病系副教授何卡比较形象的描述说：“味精就像糖一样，安全，但是并不一定健康”。他最近的关于食用味精和超重的研究揭示了中国人食用味精的量与体重增长的量紧密相关。早前有很多动物实验研究有关味精和超重或者肥胖的关系。何教授的研究是第一个在人群中的研究。有关味精导致肥胖机理，有几个不同的假说。主要的是认为味精可以改变脂肪代谢的机制。何教授介绍说：“动物实验表明味精可以引起大脑下丘脑部分的损伤，从而影响了一系列信号调节机制，进一步导致瘦素抵抗。瘦素是调节人体能量平衡的重要激素，它的功能紊乱可能是导致体重超标的原因”。另外一种可能更容易理解的说法是，味精的鲜味容易使人吃的更多，从而导致超重或者肥胖。正如何教授所说：“研究显示味精可能改变人的饮食行为，一旦你尝出某种食物有味精的味道，你就会更倾向于选这种食物”。

另外，其他的专家也认可味精可以使食物变得更可口，从而提高人们对于吃这种食物的享受感，这就可能导致总的食物摄入量超标。目前还不是十分清楚食用味精对于体重的影响确实是由于生物学的改变引起的，当然也不能肯定鲜味是导致饮食过量的“元凶”。何教授认为现在的科学只是证据表明食用味精和超重有明显的联系，要证明之间的因果关系，还需要进一步的研究。那么我们该如何做呢？何教授认为：“我们应该合理的控制摄入含味精食物的总量”。通常亚洲人在日常烹调中经常使用味精，比如用酱油炒菜。其实很多市场上出售的加工食品也含有味精，比如速溶的浓汤料包，薯片，小吃，速冻食品和调味品中。如何辨别那种食物含有味精呢？现实存在一些难度，因为如果食品添加剂的成分是低于 99%的味精，食品生产企业就可以不用在食品包装上称其为味精而可以任意给个名称。因此我们需要记住以下这些味精的别名，因为当你看到它们，意味着你买的食品中含有味精的成分：谷氨酸单钾，全部类型的水解蛋白，酪酸钙，激酵母活性剂，凝胶，酵母营养盐，酵母提取物，谷氨酸，酪酸钠，水解的玉米面筋（麸质），组织蛋白和自溶解性酵母。现



在你该考虑一下了，在你吃那包薯片之前，看看到底有多少味精！(编译：马建滔，MD，Tufts 大学（暨美国农业部）老年营养研究中心)

茶和咖啡可以防治糖尿病

新的研究显示，每天喝很多咖啡和茶-甚至是不含咖啡因的咖啡可以减少得糖尿病的机会。在 18 个量化的数据分析研究中发现，每天喝三到四杯咖啡，比每天喝两杯咖啡的人可以降低 25%患糖尿病的风险 。Rachel Huxley 博士和他的同事研究发现的，他们属于澳洲悉尼的乔治国际卫生研究所。另外，不含咖啡因的咖啡和茶也有类似的结果。如果这种有益的影响，在介入试验中观察到的是真实的，那么糖尿病患者，或是那些未来有得病风险的数百万计的人将会受益于这个发现，这项研究发表在 12 月份出版的内科医学进展杂志。多年来，各种各样的调查报告结果显示，咖啡和茶叶消费量与 2 型糖尿病呈负相关。为了整理出有效的数据，Huxley 和同事进行了 18 项历时四十多年从 1966 年至 2009 年 7 月间，涵盖了 457922 病人的案例资料分析。 研究人员发现，喝咖啡和得糖尿病的风险有着显著的负相关的关系。每天多饮用一杯咖啡可以减少得糖尿病的风险 7%。研究人员表示，报告结果是不受性别，地理区域，或诊断与自我评测的方法的影响。6 项研究报告证明饮用不含咖啡因的咖啡和得糖尿病的风险关联。合并样本统计结果显示，那些每天喝超过三，四杯不含咖啡因的咖啡的人大约比那些不喝任何不含咖啡因的咖啡的人的得糖尿病的风险降低了三分之一。7 项研究还考虑了茶和糖尿病的风险关联。同样，合并样本统计表明，患者每天喝超过三至四杯茶，比不喝茶的人得糖尿风险降低 20%。研究人员指出，由于“少量研究的误差”，咖啡的作用可能会被过高地估计，并警告说，任何咖啡和糖尿病风险的可能性之间的关系还是有赖于对年龄依赖性做进一步研究。研究结果表明，茶叶和咖啡的保护作用可能不是纯粹的咖啡因的影响，而是涉及到其他化学成分，包括镁，木脂素广泛，与绿原酸。例如茶中的儿茶酸，可减少肠胃系统葡萄糖生产，导致血糖和胰岛素水平较低，尤其是绿茶可避免破坏胰腺 β 细胞。这项研究结果还是有其局限性的，因为其存在有不受控制的其他因素混淆的可能性，它并不包括对个体信息的更详细的分析。此外，因为参加研究的病人只有 20%的人是非白人人口，故可能会限制其推广性。瑞典 Rydén 医生，欧洲心脏病学会发言人说：“咖啡可能产生危害，它可能会增加心血管疾病的倾向，但没有这方面的证据”， Rydén 医生说人们可以安全地喝咖啡。咖啡可以少量降低罹患糖尿病的风险。 但 Rydén 指出，其他生活方式的改变远远比咖啡摄入量更重要。他指出超重的人，减少的体重的 5%-10% 加上体力活动，如 30 分钟，每天轻快步行。那么患糖尿病的危险将减少 40 至 50%的风险。康文彤编译自 Arch Intern Med 2009 169(22):2053-63

健康指南



胃食道的回流疾病（ GERD ）

丁倩玮 NP，哈佛医学院以色列医院内科

可以说，几乎每个人都会遇到胃灼热(**胃酸回流**)的情况。如果吃了许多油腻的东西而产生消化不良的情况，人们可以上药店去买一些有关的药治疗。但是，如果这种胃食管回流症状不断持续发生，那么就需要进行系统的治疗。许多人简单地认为胃泛酸就是“烧心”，且没有太注意。但随之可能产生的其他症状，如胀气、嘴里冒酸，吞咽食物有困难或食物倒流等。如不及时治疗，可以发展成为慢性病，引起更为严重的并发症，如溃疡、食道黏膜出血、食道变窄，甚至引发食道癌等。

其他症状的胃食管反流病包括：
打嗝
慢性喉咙痛
困难或吞咽时疼痛
声嘶
酸味味口
口臭
发炎的牙龈
侵蚀牙齿珐琅质（表面的牙）

注意:**胸痛也是一个灼**热的症状。**然而**，往往难以区分胸痛由于胃灼热/胃食管反流和胸痛因心脏病。 因此，一定要得到所有胸痛评价立即进行卫生保健专业。如今保健专家知道多数消化系统的溃疡，胃或肠道的第一部分的内壁的腐蚀，是由幽门弯曲杆菌(Helicobacterpylori)**引起的**。然而 GERD **的起因也可能是食道括**约肌的失灵、食道裂孔疝（当胃的上部被推入食道）、**吸烟**、**超重**、**喝**酒、怀孕、和糖尿病。此外，经常食用柑橘水果、巧克力、大蒜、西红柿、太酸、太油和辛辣食品也可以引起胃食管回流病。因此，改变一些不良的生活习惯和少用些诱发性食品均可预防胃食管回流病的发生。对 GERD **的治**疗包括改变生活方式（见以下）、药物、以及病情严重时动手术。

胃食道逆流的治療

調整生活方式：
1.**避免咖啡**（**常**规的和去咖啡因的）、薄荷、留兰香、和巧克力，它们都可以松施食道括约肌，使回流可能。
2.**少喝**浓茶、碳酸饮料、酒、柑橘果汁、西红柿汁、和西红柿酱。
3.摄入足够的蛋白质；有些研究示意它可能帮助紧缩食道括约机。
4.**注意少量多餐**，**低脂**饮食，可减少进食后返流发生的频率。相反，高脂肪饮食可促进小肠黏膜释放胆囊收缩素，易导致胃肠内容物返流。
5. **避免吃**东西后 2-3 **小**时内卧床。
6. **将床的**头部（不仅是枕头）抬高 4-8 **英寸**，避免右侧躺臥。
7.**太胖**则减肥，避免穿腰围太紧的衣服。**因**为过度肥胖者腹腔压力增高，可促进胃液返流，特别是平卧位尤甚，故应积极减轻体重。
8.必須與醫師討論目前所服用的藥物，因為某些藥物可能使症狀加劇。如抗氣喘藥、抗焦慮劑、抗高血壓藥(離子拮抗劑和乙型受體協同劑)、阿斯匹靈、鉀離子、副交感神經抑制劑、部分女性賀爾蒙、麻醉止痛藥、非類固醇抗炎藥等。

藥物治療：

如果生活方式調整無效的話，可服用簡單的制酸劑，大部分病人在服用制酸劑之後症狀都能改善。醫師可能會安排胃鏡檢查，看看是否有逆流性食道炎或是食道潰瘍，並開立抑制胃酸分泌或促進胃腸蠕動的藥物。

雷尼替丁-为 H2 受体阻断剂，能有效地抑制胃酸分泌。并能牢固地粘附于糜烂面上形成保护屏障，抵御胃酸与胃蛋白酶对黏膜面的侵蚀。适应症:胃溃疡及十二指肠溃疡、幽门螺杆菌感染。用法-口服，成人每次 1 粒，每日 2 次。疗程不宜超过 6 周。不良反应-可有恶心、皮疹、便秘、乏力、头痛、头晕、失眠。舌苔发黑、灰褐色便，停药后即会消失。严重肾功能不全者及孕妇禁用。

奥美拉唑-为抗酸药及抗溃疡病药。适用于胃溃疡、十二指肠溃疡、应激性溃疡和反流性食管炎。对各种原因引起的胃酸分泌具有强而持久的抑制作用。用法: 一次 20～40 mg，一日 1～2 次。每日晨起吞服或早晚各一次，胃溃疡疗程通常为 4～8 周，十二指肠溃疡疗程通常 2～4 周,反流性食管炎疗程通常为 4～8 周。常见不良反应是腹泻、头痛、恶心、腹痛、皮疹、眩晕、胃肠胀气及便秘。严重肾功能不全者及婴幼儿禁用。

硫糖铝-
为抗酸药及抗溃疡病药。是胃黏膜保护剂。用于治疗胃、十二指肠溃疡及胃炎。用法:一次 1g，一日 4 次，饭前 1 小时及睡前空腹嚼碎服用。较常见的不良反应是便秘，个别患者可出现口干、恶心、皮疹、胃痉挛等。严重肾功能不全者禁用。

手術： 雖然大部分病人在第一、二階段的治療即非常有效，然而還有少數病人最後仍需手術。這些情況包括：藥物治療無無效，有併發症(食道狹窄，潰瘍或是有癌化現象)或是因胃食道逆流影響到肺功能時。手術治療胃食道逆流成功率很高。由於傷口小、恢復快、病患滿意度高達百分之九十以上。少數的併發症包括食道穿孔，肺炎及術後出血。

咨询门诊



吴太太问：*几天前我得了周围性面瘫在急诊室看病，医生给我开了激素，我对于吃激素很有顾虑。医生说这个病并不重，可以自愈，既然这样又何必吃激素呢？请问这种病会不会留下后遗症？*

医生回答：周围性面瘫 （Bell palsy ）是一种急性发病，原因不明的周围性面瘫综合症。其预后与病变的严重性有关。有一项 1011 例病人的研究，其中三分之一不完全面瘫，三分之二为完全性面瘫。总体看，85% 的病人在 3 周内开始恢复， 71% 完全恢复，13% 留有轻度的后遗症，16% 留有明显的遗留的肌力减弱或挛缩；在不完全面瘫的病人中， 94%完全恢复正常功能；而完全性面瘫的病人中，仅有 60%完全恢复到正常功能。与疱疹病毒有关的疾患其预后比起原因不明的周围性面瘫预后要差。预后的因素还与早期恢复征象有关，如果在 3 周内出现恢复的征象其预后良好。复发性病例在 10 年内占 7%，第三次发作占 3%，而第四次发作比例更小仅占 1.5%。 复发的病人预后并不一定差。复发的病人经头部 CT 检查没有一例患面神经瘤，其中 77 例病人随访 33 年，没有一例患有肿瘤。关于面瘫的治疗，主要的治疗是激素短期疗程，这已经随机临床试验证实有效。因为病因可能与疱疹病毒有关，所以抗病毒治疗也常常列为常规。在 18 个临床试验涉及 2786 例病人的研究中，用单纯激素治疗的病人，可以明显减少合并症促进恢复。而单纯的抗病毒治疗却没有显示明显的效果。另外 6 个临床试验涉及 1145 名病人，激素合用抗病毒药也没发现明显的治疗效果。有两个高质量的临床试验显示单独的激素治疗有效，而抗病毒药单用或合用激素均没有明显效果。有个 829 成人随机临床试验，分到四个组：安慰剂组，强的松每天 60 毫克逐渐减量 10 疗程，Valacyclovir 1000 毫克每天三次 7 天疗程治疗组，强的松合用 Valacyclovir 治疗组。经过一年的随访，恢复时间在强的松治疗组明显缩短， 抗病毒药单用或合用强的松治疗组的恢复时间没有明显缩短。治疗原则是我们建议所有面神经瘫痪的病人都应该使用强的松，应该在症状出现内 72 小时。强的松的剂量是每天 60－80 毫克治疗一周。抗病毒药治疗已经不用常规使用，对于严重面瘫的病人，应该加用抗病毒治疗。外科面神经减压治疗是一种新的疗法，尚未列入常规治疗。总之，面神经瘫痪的预后与病变的严重程度有关，不完全性面瘫的患者容易恢复，在 21 天内呈现恢复症状者预后良好。在严重的病例，角膜受损有一定的危险，眼睛的护理很重要。所有病人要争取早期治疗，最好在 3 天之内上药，激素治疗 7－10 天疗程。对于严重的病例，应合用抗病毒药。随访对于眼睛防护，心理咨询，预防长期后遗症很为重要（刘旭医师）

张太太问：*我今年 40 岁，身体一直很好，最近查体查出糖尿病，血糖是 200 多，一下子成了慢性病患者。医生把我转到糖尿病护士及教育者那里，领到了血糖仪，让我天天自己测。我想请教一下关于血糖检测的注意事项。*

医生回答：糖尿病是一种血液中糖的浓度过高的病症，进食时，食物的一部分被分解成糖（也称葡萄糖）。糖随着血液流动并进入身体的所有细胞。胰岛素可帮助促进糖从血液进入细胞。胰岛素是由胰腺中的 β 细胞分泌的一种激素。身体细胞需要糖来提供能量。来自食物的糖会使血糖浓度升高。而胰岛素帮助促进糖从血液中进入细胞，从而降低血糖浓度。当患有糖尿病时：胰腺不制造胰岛素，或者不能制造足量的胰岛素（而且数量随着时间越来越少），或者身体所制造的胰岛素不能正常发挥作用。这样，糖就不能进入机体细胞，而留在血液中，这就是血糖变得过高的原因，遵守糖尿病保健计划有助于保持糖和胰岛素的平衡，就好像在患上糖尿病之前身体能保持它们之间的平衡一样。最常见的糖尿病是一型糖尿病和二型糖尿病。其中一型糖尿病是身体不制造胰岛素，必须将胰岛属注射入体内。与年纪较大成年人相比，一型糖尿病多发于儿童和较年轻的成年人。而二型糖尿病是身体不能制造足量的胰岛素。或者是身体所制造的胰岛素不能正常发挥作用。大多数糖尿病患者患的都是二型糖尿病，其中许多是年龄超过 40 岁的成年人。但是患二型糖尿病的儿童和较年轻的成年人数量正在不断上升。主要是由于肥胖所致。控制血糖是控制糖尿病的关键，如果高血糖不能得到控制，会导致严重的健康问题。时间一久，高血糖会损害血管和神经。这可能导致诸如以下问题：心脏病发作和中风，神经疾病，眼部疾病，感染，肾脏疾病， 腿部和足部的问题。自己经常检测血糖是确保糖尿病得到控制的最佳手段之一。你可以使用血糖仪来检测自己的血糖。目前市场上有许多种不同的血糖仪可选。糖尿病医疗团队会帮助你选择一款血糖仪并指导你如何使用。你和糖尿病医疗团队将根据糖尿病保健计划确定你的血糖目标值。许多医生设计表格列出针对糖尿病患者所建议的血糖目标值。可使用表格的最后一列记录你自己的目标值，饭前正常是 70 至 130mg/dl, 饭后 2 小时应小于 180mg/dl，糖化血红蛋白应小于 7%。糖尿病目前还无法治愈，但是可以加以控制。用心做好自身保健工作就能控制糖尿病。糖尿病医疗团队将会帮助你制定一个适合你的糖尿病保健计划，如果对计划有任何疑问，请务必告诉你的医疗团队！自己检测血糖浓度通常是确保糖尿病得到控制的最佳方法。经常检测血糖以便得知：胰岛素或其它治疗糖尿病的药物是否起到作用及锻炼和饮食对血糖的影响。你的目标是保持血糖尽可能接近正常水平。当血糖保持在或接近正常水平时，你通常会觉得精神更好，体力也更充沛。控制血糖也能降低出现糖尿病相关疾病的风险。你可以使用血糖仪来检测自己的血糖。目前市场上有许多种不同的血糖仪可选。你的糖尿病医疗团队会帮助你选择一款血糖仪并演示它的使用方法。你和你的糖尿病医疗团队将共同决定检测血糖的时间及频率。记录血糖浓度非常重要，这样你就能知道什么因素导致血糖浓度升高和降低。你可以使用日记的最后一页来记录血糖情况。进食前了解你的血糖浓度，查看饮食对血糖浓度的影响，查看活动对血糖浓度的影响，查看睡眠时血糖是否保持在控制之下，这样就总结出规律，就可以因地制宜了，最有效的控制糖尿病了。（谭淑娟医师）

专题讲座



风湿性多发性肌痛症

孔学君 医师

风湿性多发性肌痛症是一种风湿性疾患，与颞部血管炎密切相关。是一种比较常见的病况，50 岁以上人口每 10 万人就有 700 名患者。对于这种病，主要考虑两个问题：如何建立诊断，尤其是类似症状的疾患相鉴别，病人是否合并颞动脉炎。通常的情况下，颞动脉炎病人有 50%合并多发性肌炎，而多发性肌炎患者有 15%合并颞动脉炎。临床上有时两种疾患表现在不同时间阶段，这两种疾患不仅在临床上密切相关，而且在发病机制方面与 HLA-DRB1 有关。

风湿性多发性肌痛症几乎完全发生在 50 岁以上，发病率在北欧地区最高，在挪威每 10 万人口 113 患者，在意大利发病率最低。

临床表现：亚急性或慢性过程发生疼痛，早晨僵直，发生在肩膀，胯部，颈部，对称性症状，但疼痛可能不一定对称。病人难以自己穿衣，比如无法系乳罩，无法拉上长袜。病人还会感疲劳，厌食，体重下降及发烧。高烧可能发生在颞动脉炎，但一般不会发生在多发性肌炎。体检时发现肩膀，胯部及颈部的主动活动度下降，肌力正常。

化验检查：风湿性多发性肌痛症及颞部血管炎均有血沉明显升高，但也有 7-22%的病人血沉在 40 以下，多发生在长期用激素的病人。血沉不高的病人 C 反应蛋白有可能升高，两者都正常仅仅发生在 1.2%。 研究表明 C 反应蛋白比血沉更敏感。血沉正常发生于 10%，而 C 反应蛋白正常与 2%。

影像学：关节 X 光片多为正常，核磁共振检查证实关节外滑膜结构的异常，滑囊超声波检查可能显示积液。

诊断：诊断标准三个主要点：50 岁以上发病，双侧疼痛一个月以上涉及颈部，肩部或胯部三者之二，血沉 40 以上。

鉴别诊断：一经诊断应首先考虑是否合并颞动脉炎。颞动脉炎的症状包括颞部压痛，头痛，下颌部疼痛，视觉下降，缺血性中风征象。 如果出现这些症状，应该考虑颞部活检。

其他鉴别诊断包括：风湿性关节炎，甲状腺功能低下，感染性心内膜炎，纤维肌炎，恶性肿瘤，多发性肌炎，滑囊炎，肌腱炎，及血管炎。

风湿性关节炎：通常是多发性对称性关节炎，主要小关节包括手和脚关节，小剂量激素治疗有效。

甲状腺功能低下：肌腱反射下降及迟缓，甲状腺化验指标异常。

感染性性心内膜炎：持续性发烧并出现心脏杂音，血培养阳性，超声心动显示赘生物。

纤维肌炎：多发生于 50 岁以下，多发性肌肉酸痛，没有明显的全身症状，血沉正常。

恶性肿瘤：有的恶性肿瘤合并肌肉关节症状可能很像多发性肌痛症， 对于激素的反应不良。多发性骨髓瘤可以发生骨痛及血沉升高，临床上很像多发性肌痛症，应查血及尿可以鉴别诊断。

多发性肌炎：多发性对称性近段肌肉乏力，不是主要的疼痛。升高的肌苷酶，肌电图异常，诊断需要肌肉活检。

肌囊炎/肌腱炎：肩周炎或三角肌下滑囊炎在肩部有压痛点，血沉不高，也没有全身症状，一般不会影响双肩。

RS3PE 综合症：对称性滑膜炎伴水肿，常为突发性多发关节炎，50 岁以上，风湿因子阴性，对于小剂量激素治疗有反应。

血管炎：除了肌肉的症状，也影响多器官系统。ANCA 自身免疫抗体阳性。

治疗：激素为主要治疗，而治疗反应很好。初始剂量是每天 7.5 到 20 毫克，比起颞动脉炎需要的剂量小得多。多发性肌痛症的症状常常在首次剂量后就有效。剂量在 2-3 周后逐渐下降找到能以控制症状的最小剂量以维持。 当剂量降至每天 10 毫克以下，其下降速度不能超过一个月 1 毫克。复发率可能高达 25-50%。

医学广角



对艾滋病的抗争史：1984-2009

陈娟

艾滋病现状：研究进展飞速，治愈仍需时日

早在 1984 年，青年男同性恋如果发现淋巴肿大则意味着被判了死刑。那时人们甚至不知道艾滋病如何传播，何种人群最易感染，以及它的危害性。“对于和艾滋病战斗在第一线的医生们来说，他们知道病人的命运却又束手无策，” 多伦多 St. Micheal’s Hospital 的 Phillip Berger 博士说。

Phillip Berger 博士是 1980 年代最早发现并治疗艾滋病的医生之一。在那时，医生们并没有检测艾滋病毒的方法，更不用说有治愈甚至减慢艾滋病病变的药物。医生们也不能作出预防艾滋病的建议，因为当时有许多人坚信这并不是传染病，而是滥用摇头丸等毒品引起的。治疗艾滋病的医疗器械极其有限。“医生们能做的就是安慰病人，别无其他。” 艾滋病变成了一种无法治愈的流行病，病人一旦被诊断该病，不出几年就会死亡。

John Hopkins University 的John Barlett 医生指出艾滋病病情的预测完全取决于最初的诊断。 如果被诊断为间质性浆细胞肺炎或者卡波西肉瘤等机会传染病，医生会预测病人一年左右即死亡。“在 1980 年代，如果病人出现类似急性抗逆转录病毒（antiretroviral）的腺体肿大症状，他们可能会活的稍长一些，但最终会死亡。我们作为医生却束手无策。到了 2009 年，情况发生了变化。”

治疗手段的快速进步

今天，如果再有青年同性恋出现淋巴肿大的病症，他会立即接受艾滋病病毒检验，并在几个小时内得到结果，如果利用最新技术，这个过程只需要几分钟。如果被验证为艾滋病，医务人员可以立即进行病毒载量的测试，即 CD4－Positive T 细胞数量检查，用以测量艾滋病毒对免疫系统的影响。一旦完成以上检测，医务人员会从 5 种类型 25 种药物中任意选取 3 种制作治疗样本，并测试不同药物组合对艾滋病毒的抵抗性，从中选出最有效的药物组合。此外，医务人员也会考虑这些药物组合与该病人正在服用其他药物的作用关系。选取合适的药物组合是一个非常复杂的过程，Berger 博士的治疗小组中有一位专门的药剂师给每位病人寻找最合适的药物组合。

不过，Bartlett 博士指出，目前为止艾滋病研究的最重要进展是极大了延长了患者的生命预期。在 1984，艾滋病患者最多预计存活 10 年。然而，1996 年之后，通过采用积极的抗逆转录病毒治疗法（highly active antiretroviral therapy， HAART）， 艾滋病患者可以存活 50 年。

“这太神奇了，没有任何其他疾病研究在同样短的时间内取得像艾滋病研究这样的成果和进步。艾滋病研究显然成为自流感杆菌（H.Influenzae）和消除牛痘以来最成功的医学故事，” Bartlett 博士说。

休斯敦 Baylor College of Medicine and Texas Children's Hospital 的 Mark Kline 博士指出一个 17 岁女孩是 1996 年第一批接受 HAART 的艾滋病患者。 她在婴儿阶段就被诊断出艾滋病毒。“她的领养父母曾经被告知他们的女儿不可能活到上学年龄。而现在，这个女孩已经成为其高中的赛艇队啦啦队队长了。”

Bartlett 博士指出下一步就是找到治愈艾滋病毒的方法。然而，这不是一件轻而易举的事，没有任何人预测确切的时间。

追本溯源 步步为营

1984 年，巴黎的 Luc Montagnier 博士和巴尔地摩的 Robert Gallo 博士第一次发现了艾滋病病毒（HIV），并确认它导致了艾滋病。这些发现引发了学术界浓厚的研究兴趣。很快，卫生和人类服务署秘书长 Margaret Heckler 指出 Gallo 博士的研究很快会产生用于商业的艾滋病毒测试方法，“我们希望两年内就会研发出艾滋病疫苗。” 事实证明，这个预测明显是天方夜谭。直到 2009 年，研究人员才最终发现一种可能疫苗，但其有效率也仅仅 30%。Heckler 在当时的演讲中还预测艾滋病将会屈服于人类的耐心和智慧。Heckler 又错了。艾滋病现在在全世界广大地区还很严重。只有对于幸运的发达国家的患者，艾滋病不再是相当于被判了死刑。

1996 年是艾滋病研究重大突破的一年。研究表明三种抗逆转录病毒药物组合使用可以减缓甚至停止艾滋病毒复制并修复免疫系统。

Johns Hopkins' Moore Clinic for HIV Care 的 Joel Gallant 博士指出如果现在再有艾滋病患者，只要他接受合理的治疗并按期服药，我可以保证他不会死去。Bartlett 博士笑称，“一夜之间，他的 Johns Hopkins 的诊所成为让爱滋病患者生存的地方。这真是个奇迹。”

然而，艾滋病毒并没有完全被消除。HIV 实在是太古怪，我们还有很多不清楚的地方。我们一直在努力制作更多更好的药，减少副作用，并降低抗药性。目前为止，我们的努力在很大程度上得到了回报。

两个世界，天壤之别

在当今发达国家，艾滋病患者只需要每天服用一片药，而在上世纪 90 年代，患者每天需要在饭前或者饭后不同时间服用几十片药。药物的副作用也可以很好的得以控制。目前，有更多的药物可供使用，医务人员可以持续监控抗药性，并且一旦发现抗药性增加，就更换新药。Berger 博士指出：“艾滋病治疗状况已经发生巨大改变。二十年前我真难以想象。”但是发展中国家则是另外一种情形。在世界上很多地方，一些急救药物都短缺，而一旦得了艾滋病，就等于被判了死刑。Berger 博士曾经在非洲最困难的 Lesotho 地区工作过，在那里五年前（2004）艾滋病治疗状况和加拿大 1984 年的类似。“人们就在我的眼前死去。”现在情况有一些改变，全世界终于认识到一起对抗艾滋病的重要性。在 Lesotho， 一些先进的技术，如 HIV testing and CD4 counts，得到很大程度上也能得到使用。

总起来说，最近的联合国抗艾滋病报告指出目前对抗艾滋病的努力已经产生了效果。Bartlett 博士指出其中起主导作用的是总统紧急 AIDS 对抗项目 （Emergency Plan for AIDS Relief，or PEPFAR）。这个项目用于资助发展中国家艾滋病的预防和治疗。尽管在项目之初存在一些争议，这一项目相比起其他卫生项目肯定是一个巨大成功。

参考文献 Michael Smith，MedPage Today12／23／2009

皮肤癌病史可导致

顾晔博士

皱纹（光损伤的一种）的产生可能是几种环境因素的结果，包括抽烟、体重，以及不使用防晒品。这是对双胞胎进行测试的结果。俄亥俄州 Case 医学中心的 Elma D. Baron 医生在 12 月发行的《皮肤病学档案》 (Archives of Dermatology) 杂志中指出，皮肤癌病史也跟面部皮肤的光损伤密切相关。“在这些接受测试的双胞胎中所发现的抽烟、体重、防晒、皮肤癌和光损伤之间的关系，将促使人们减少有害的行为。”

研究人员这项对双胞胎的测试，为阐明环境对皮肤老化的影响提供了一个难得的机会，因为采用双胞胎为测评对象，消除了遗传对测试结果的影响。之前，有关遗传和环境因素对皮肤癌的导致方面的分析非常有限。

他们调查了在俄亥俄州的 Twinsburg 参加 2002 双胞胎节的 65 对双胞胎。每个参评的双胞胎都从皮肤专家那里得到了两个方面的分数：一个是 Fitzpatrick 皮肤类型，还有一个是临床测试的光损伤程度。

在最初的分析中发现，有几项因素跟光损伤有很大关系，包括年龄、酒精摄入和体重。

较年长人群的年龄及体重跟光损伤的分数成正比。但是频繁的饮酒却跟高分区的光损伤分数成反比。研究人员解释说，有些类型的酒精，比如说，红葡萄酒含有有效抗氧化成分（例如白藜芦醇）的多酚，可以保护皮肤。体重在一些分析中却呈现为保护皮肤的因素。例如，超过 54 岁并具有较高体重的人具有很低的光损伤分数。这一现象就暗示了“虽然多余的脂肪可能提高皮肤对损伤的易感性，但同时也可能掩盖年长者皱纹的出现。皮肤癌病史和抽烟也跟高分数的光损伤成正比。“吸入的烟，活跃了皮肤中的一组蛋白酶，从而通过改变转化生长因子来抑制原骨胶原的合成。”皮肤癌和光损伤之间可靠的相关关系，说明影响光老化的环境和遗传因素可导致皮肤癌的发展。

在多变量分析中，预测光损伤的因素包括皮肤癌病史和双胞胎的类型（同卵还是异卵双胞胎）。那些有皮肤癌病史的参评者得到的光损伤分数平均高出没有皮肤癌病史者 1.39 点。并且，异卵双胞胎高出同卵双胞胎 1.41 点。研究人员指出这些调查局限于自己报告的数据，并且不排除评估者的偏见。参考文献：Martires KJ, et al "Factors that affect skin aging: A cohort-based survey on twins" Arch Dermatol 2009; 145(12): 1375-79.

本刊特讯



近十年的十大医学进展

孔学君医师

二十一世纪第一个十年即将过去，医学上有很多新的发现 ABC 电台及当今医学新闻召集了 800 多名医学专家，评出近十年来的十大医学进展如下：

1. 人类基因发现进入临床应用

2000 年，科学家将人类基因组公布于众，使我们首次可以解读人类全套基因信息，发现了约 2 万 3 千个基因的基本功能。人类基因图谱已成为 90 年代时间与金钱的竞赛。

两个由政府资助的人类基因科研项目在 15 年内花费 30 亿美元。两个科研组在 2000 年 6 月新闻发布会宣布了草案，2003 年研究者发布修改稿，2007 年，基因学首席科学家 Craig Venter 博士发表了人类基因的最新进展，荣获奥巴马上个月颁布的国家科学奖。

2. 医生与病人使用信息技术

病人可能还记得当年就诊时，要签字后在候诊室等着护士把病历取出。医生说互联网改变了他们的日常工作。从前，他们需要去图书馆查资料，从检索中查出多年的文献，从复印机印出来，这个过程需要约 4 个小时。而现在，我可以从我的 IPOD 点击需要 5 分钟得到需要的信息，可以查出药物信息，价格，药理机制等等。奥巴马政府决定拿出 200 亿把所有的病历变成电子化。

3. 抗吸烟法令减少了公共场合吸烟

虽然没有全国性禁烟令，但是在美国 27 个州及华盛顿特区发布了禁烟令，包括 7 个州禁止酒吧及赌场吸烟。国家医学研究所 10 月份发布的报告指出这些禁烟令明显的减少了被动吸烟，进而减少了心脏病及心梗的发病率。专家们认为禁烟令已产生很多正面的影响，主要是对于很多疾病的预防作用，比如中风，心脏病及癌症。

4. 心脏病死亡减少 40%

. 25 年前，一个心梗病人来到医院接受吗啡止痛利多卡因预防心律失常，然后期望最佳结果。而现在，治疗心梗就是挣分夺秒。如果抓紧时间及早赶到医院，可以得到溶栓治疗（TPA）另外就是用支架使阻塞的血管再通。有些病人被送入手术室实施搭桥手术。还有就是一些 25 年前没有的药物比如 Statin 类现在常规用于冠心病病人，可以预防血管粥样硬化。在 1998 至 2000 年的时候，美国心脏学会提出计划在 2010 年减少心脏病死亡 25%，结果事实上我们减少了 40%。这种减少有 40%是由于新技术的治疗是由于预防的效果比如良好的控制血压，血糖，胆固醇及禁烟。

5. 干细胞研究：实验室研究的突破，临床上的进展

应该说，没有一个领域比干细胞领域更引人注目，不仅是学术上的，更是政治上的反响。但是胚胎或成人干细胞的临床进展却少得可怜 Tantalizing。比如，欧洲的研究者把两个 7 岁小孩的骨髓细胞取出然后将改变了的细胞输回去，明显的抑制一种大脑的致命性疾患 ALD。这样的病历显然激励着干细胞的研究。随着人口的老化， “取代部分”日益增加，比如再生膝关节软骨取代人工膝关节。波士顿儿童医院的干细胞科学家 George Daley 称这十年的干细胞研究具有重大突破，他说“我们现在可以直接从皮肤细胞制造胚胎类干细胞，使得许多人类疾病可以在培养皿中产生。干细胞基础上产生的新药预计在 2010 年进行第一个临床实验，前景将十分可观”。

6. 癌症新药的靶治疗

90 年代后期，两种肿瘤靶治疗改变了肿瘤治疗的新概念，使得致命性疾患转变为慢性疾患。第一个 Herceptin，用于某种乳腺癌其携带特异性致癌基因 HER-2。在乳腺癌病人中，有 25%表达 HER-2 基因，对于在其他化疗药无效的病人仍然有效。Herceptin 可以预防乳腺癌复发，而且明显的增进其存活率。这种药物主要针对癌组织，而不是病人整体。另外一个药物就是 Gleevec，作用于基因突变 BCR-ABL，用于慢性粒细胞性白血病及某种胃癌亚型叫做 GIST。这两种突破性化疗药为肿瘤的靶治疗开创了新的局面，不仅抑制细胞的再生，而且抑制肿瘤的血液循环。

7. 综合治疗延长艾滋病人存活率

自从高效的抗病毒药物的引入，这种综合治疗叫做 HAART，包括不同机制的药物共同作用，使得艾滋病的存活率明显延长。在 1996 年一个 20 岁的艾滋病人预计存活 3-5 年，而现在预计存活至 69 岁，这是非常的激动人心的。1996 年的时候，诊断了艾滋病就意味着判处死刑，而现在他们多活得很好，。只是需要按时服药。科学家预计艾滋病的死亡率还将下降，仅是 2006 到 2007 年就下降了 10%。

8. 极小创伤性的手术是外科学界的革命性变革

10 年前一个肾切除的病人留下 10 英尺的疤痕，2007 年 Cleveland 中心开始通过病人的肚脐小切口来切除肾脏，疤痕几乎不见。今年，又用内窥镜手术经阴道切除肾脏。机器人手术使用微小的金属手小心的在心脏内缝合，已逐

渐成为日常手术常规。。而这种机器人小手的操作非常精密，尤其在癌症病人更有价值，使得癌症边沿清理彻底。而且，机器手操作可以远程进行。微小切口的好处是恢复的时间明显缩短。当然，缺点是费用昂贵。

9. 研究发现激素取代治疗对于心脏病及癌症的危害

直到 2002 年 7 月为止，多数医生仍认为给以中年妇女激素替代疗法可以保护其心脏。

然而，国家心肺血液研究所赞助的 16 万人的临床研究表明，激素治疗事实上增加心梗，中风，血栓形成及乳腺癌的危险。这一研究成果震惊国际医学界。

10. 功能性核磁共振研究大脑功能

功能性核磁共振对于意识认知的研究，可以通过观察大脑血氧含量而追踪脑细胞的活动状况，尤其是要求受试者完成一项简单的任务指令时。从 1990 早期，功能性核磁共振开始应用，近十年来作为研究大脑功能的工具，给了我们大量的关于认知，社会互动，决策功能等等大量的信息。运用这一技术，研究者对于抑郁症，大脑肿瘤，自闭症，记忆障碍及其他疾患有了进一步的认识。

参考文献：ABC News 及 MedPagetoday。

环球医学

美国自闭症发病率接近 1%！

陈娟

美国疾病控制预防中心(CDC)最新研究(Morbidity and Mortality Weekly Report, 12 月 18 日,)表明全美有百分之一的儿童患有自闭症(autism)，该比率相对于 2006 年的研究数据(平均发病率为 111 分之一)增长了 57%。相关研究人员称自闭症将成为一个重要公共卫生问题。

该研究的主要作者凯瑟林赖斯博士在记者招待会上说：“这些新的数据表明越来越多的儿童，家庭，社区将受到自闭症的影响，这种情况很令人担忧。”这项研究总结了 2006 年来自 11 个地区（包括阿拉巴马，亚里桑那，克罗拉多，佛罗里达，佐治亚，马里兰，密苏里，北卡，宾州，南卡，威斯康辛）的 8 岁儿童自闭症数据。这些地区发病率从 80 分之一到 240 分之一不等，平均发病率为 111 分之一。自闭症在各个人种中的发病率也有显著不同，非西裔白人中发病率为 9.9‰，在非西裔黑人中则为 7.2‰，而在西裔中最低，为 5.9‰。

总的来说，男童自闭症发病率为 70 分之一，为女童(315 分之一)的 4.5 倍。男童的发病率从 2002 到 2006 年增长了 60%，女童的发病率则增长了 48%。几乎所有参与该研究的州（除克罗拉多外）都显示发病率的显著增长，幅度从 34%到 95%不等。赖斯博士指出“发病率的增长部分是由于更全面的检测，尤其是以前没有注意的儿童群体，像女孩，西班牙裔儿童，和认知未受损的儿童。”然而，“我们不能排除发病率确实增长了的可能性，”密苏里大学自闭症及神经发育疾病中心的简内特发玛博士如是说，“该项研究及 10 月份的研究都表明自闭症的发病率越来越高。”

美国儿科协会早前已经建议所有 18 到 24 月大的儿童都进行自闭症检测。这项研究也许能促进人们进行该检测，因为“早期诊断和治疗的效果更加显著，” 纽约爱因斯坦医学院的史罗莫史那说。

自闭症倡导组织 Autism Speaks 在其网站上发表声明，呼吁政府投入更多财力物力到自闭症的治疗当中。该组织发言人鲍伯怀特说：“既然有研究确认百分之一的美国儿童患有自闭症，政府应该更清楚地认识到问题地严重性，更加严肃地处理这个危机。现在我们要做的就是行动起来，将可以利用的资源调动起来，和自闭症作斗争。”另一个倡导组织 TACA 副主席丽莎阿克曼也发表了类似的声明，“我们所面临的严峻问题并没有得到足够的重视。”该声明还指出，由于自闭症发病率增长之迅速。据国家精神健康局主任汤姆印瑟说，奥巴马总统预计明年将自闭症研究基金从今年的 4200 万美元增加到 4800 万美元。

纽约 Rochester 大学的发育疾病专家苏珊海曼说：“这些研究数据对教育系统的完善也有很好的参考作用，公众卫生官员应该加深了解学生的需要。”苏珊还指出，自闭症的发病率上升速度之快让人们不得不考虑环境对儿童的影响。“我们必须加强对自闭症诱因的研究，到底什么因素导致不同种族的儿童几乎在同一时期发病。”赖斯博士指出，疾病控制预防中心认为自闭症是一个巨大的公共卫生问题，我们必须联合起来，提高自闭症患者的生活质量。

当然，这项研究也有其不足之处，该研究的作者指出了其中三条：

1. 十一个研究地区中有的不能获取教育纪录，因此自闭症发病率有可能被低估

2. 大部分地区的纪录不包括私立学校，喳打学校(charter school)，以及私人诊所的少量儿童

3. 进行面对面的自闭症评估

克里夫兰的彩虹儿童医院迈克斯魏斯里特医生指出该研究的自闭症患者里只有 54%符合 CDC 标准，因此发病率很有可能被高估。苏珊海曼也指出了同样问题：“虽然该研究的方法是经过证实的，但仍然很大程度上依靠他人的观察及纪录，因此误差在所难免。” 参考文献：Todd Neale, Staff Writer, MedPage Today, December 18, 2009

英文专业刊　北美医学与科学

North American Journal of Medicine & Science

第五期已出版

“北美医学与科学”为本编辑部配套出版发行的英文专业刊。２００８年１０月建刊以来，第五期已于２００９年10月与大家见面。它是针对医生及医学相关领域的研究人员，在选文上注重专业性，其宗旨是汇集最新北美医学前沿水平的基础医学及临床医学研究论文，并包括了亚裔人群临床特点的专题研究，及中医中药基础研究成果，以促进中美医学学术交流及国际接轨，攻克医学难题，探索医学奥妙，以造福人类健康事业。编委会也是由在北美行医多年的医生和医学相关领域的专家学者所组成，其中大多是在哈佛及其它著名的美国医学院及其附属医院任教的临床讲师或教授。 此全英文专业学术性期刊，初定为季刊， 在美国波士顿出版， 印刷版以邮寄方式发行至世界各地医学专业人士。
电子版发表在本刊网站供读者阅读下载。请查阅 www.najms.net 和 www.acmec.net

“北美医学与科学”的主要栏目包括：

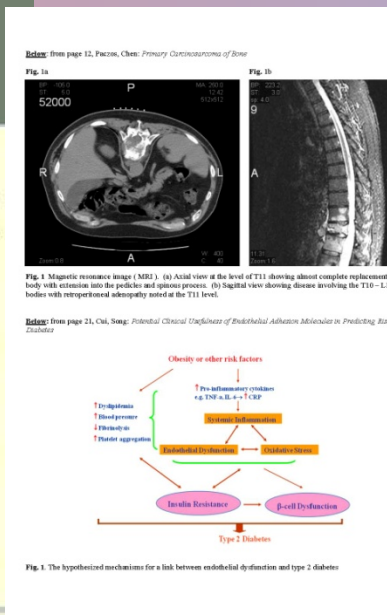
- Basic Research（基础医学研究）： 刊登最新基础医学研究成果或文献综述
- Clinical Research（临床医学研究）： 刊登最新临床医学研究成果或文献综述
- Case Report and Discussion（病例讨论）： 聚焦华人主要健康问题的病例报告及讨论
- Minority Focus（少数人种焦点）： 少数人种尤其是亚裔人群发病特点的基础临床或流行病研究论文或文献综述
- Natural Medicine（自然医学）： 中药针灸等替代医学的基础临床或流行病研究论文或文献综述
- Preventive Medicine（预防医学）： 预防医学及统计学研究论文

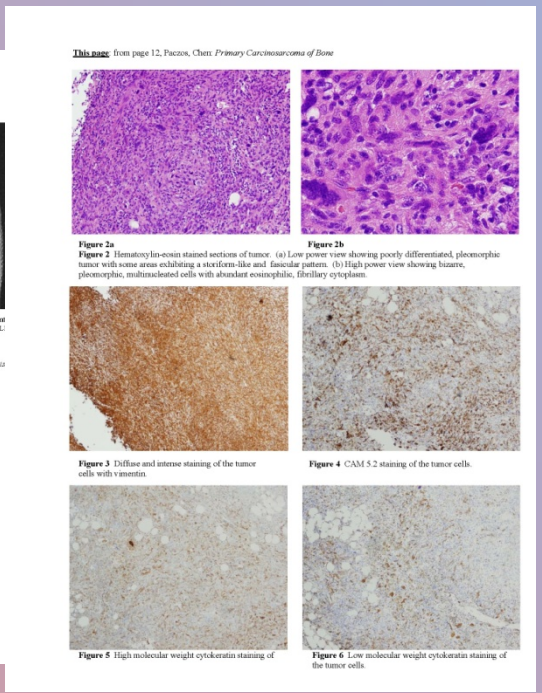
新年后将增设新的栏目：医学教育，实证医学，及亚洲医学动态。

我们衷心希望中美各地医生及医学科学界专业人士积极投稿并大力支持，以我们共同的努力，使其成为具有我们特色的医学专业杂志，为立志探讨生命科学奥妙的中美医学专业人士提供学术交流的信息平台。

欢迎投稿至info@acmec.net 或访问本刊网站 http://acmec.net　英文杂志网站　www.najms.net











北美醫學雜志社

成功赞助

访问学者俱乐部

学术研讨会







北美醫學雜志社（North American Journal of Medicine & Science，NAJMS）于 2009 年 11 月 21 日在哈佛醫學院成功地贊助了訪問學者俱樂部的學術研討會，波士頓地區的訪問學者及當地生物醫學界人士近二百人參加了會議。會議特邀了 NAJMS 編委會成員麻省大學醫學院的盧山教授，哈佛醫學院肝移植研究中心主任劉丹陽教授，達特茅斯大學的孔彦平醫師，西南交通大學來哈佛醫學院的訪問學者譚睿教授，哈佛醫學院的劉京醫生作了關于學術及職業發展的精彩講座。NAJMS 主編孔學君醫師及其骨幹編輯宋一青教授，孫艷萍教授，劉昭醫師及劉京醫師向與會者介紹了中英雙版并闡述了該雜志作爲促進兩地學人合作與互動的橋梁所擔當的使命，引起了與會者强烈共鳴。





NAJMS 的編輯隊伍以哈佛大學醫學院及其它幾十所北美著名大學醫學院的專家教授爲主體，來自生物醫學幾十個不同領域，不同的研究機構及數十個不同的華人專業組織或聯誼會。NAJMS 組織上獨立運營，誕生于華人社區，聚集了華人社區的精英，跨學科跨組織的編輯隊伍，爲整個華人社區服務。NAJMS 骨幹編輯會後當天及 11 月 29 日歡聚一堂對大會進行總結。大家一致認爲，中美醫學交流應該可以通過 NAJMS 的橋梁作用從美國土地上做起。雜志社的宗旨之一是提升華人在醫學領域的學術地位。因此華人齊心合力辦好《北美醫學與科學》也是大家的共識。希望有一天中美兩國醫學科學工作者共同努力把《北美醫學與科學》 辦成高水準的國際醫學雜志。與會者一致表示願爲中美交流和雜志發展而努力奉獻。









novo nordisk is *changing diabetes®*

Leadership...it's time to think differently about what a pharmaceutical company can be. Novo Nordisk has dedicated itself to defeating diabetes, which is an interesting goal given that diabetes is the primary focus of our business. Success would undoubtedly force us to change, but then again, change is what we have always embraced.

Changing Diabetes® means helping with our actions, and not just with our products. It means staying true to our ideals and being respectful of the world we live in. And it means continuing to dedicate significant resources to diabetes research until a cure is found.

With leadership comes responsibility. We are committed to improving options for care now while partnering with others who share our mission and ultimate goals of defeating this disease.



changing diabetes
is a registered trademark of Novo Nordisk A/S
© 2008

ChangingDiabetes-US.com
1-800-260-3730

novo nordisk®

B 型肝炎



如果我們
早就知道這些資訊...

或許今天他還健在。

每十名亞裔美國人當中就有一名罹患慢性 B 型肝炎。

若沒有給予適當的監控或治療，每 4 名患者當中就有 1 名將會死於肝癌或肝臟衰竭。

B 型肝炎不但可以得到控制，而且肝病引發的嚴重併發症也是可以預防的。

請向您的醫生請教有關 B 型肝炎的詳情及一些能夠保護您自己和您的家人免於患病的方法。

瀏覽以下網站以了解詳情:

AsianLiver.com

GILEAD

© 2009 Gilead Sciences, Inc. 版權所有。
保留一切權利。

UN1262 05/09

09-08 CD#3 covers.indd 2 4/17/09 8:50:17 AM