第十二期 二零一零年 四月
Vol.12 April, 2010

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫学新闻 Medical News
H1N1 流感爆发引起佐治亚州官员担忧
C－反应蛋白可预测脑部异常
应用抗精神病药物患儿的代谢筛查并未普及

醫學進展 Medical Advances
关于乳腺癌的早期诊断和预防新条例

醫生日志 Physician Diary
陪母亲走过最后的日子

醫學人物 The Physician of the Month
内分泌專家孔彦平醫師

醫療體系 Health Care System
奥巴马医疗体制改革之我见
关于美国的康复医师

醫學教育 Medical Education
美国医学院入学考试 MCAT

法律顧問 Legal Issues
中美处理医疗事故相关法律的比较研究

醫學論壇 Medical Forum
糖尿病病人强化降压和降脂治疗

飲食健康 Diet and Health
多動癥與飲食

健康指南 Health Guidance
教你如何缓解春季过敏

醫學廣角 Medical Perspective
关于静脉曲张

藥物信息 Drug Information
二型糖尿病新藥---victoza

專題講座 Special Topic
孕前医检的重要性

環球醫學 Global Medicine
成立联合研究机构促进亚洲地区肺癌及胃癌的研究和治疗

咨詢門診 Consultation Clinic
關于陰道炎的問答

本期特訊 This Month Special
2010 年泌尿生殖系统癌症研讨会内科相关报告摘要
如何在亚裔社区最大限度的诊治乙肝

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

杂志社新闻



美国科学院院士，麻省总院著名医学专家内科 教授 Alexander Leaf 3 月 27 日接受本刊邀请正式参加编委会任名誉主编

西奈山病理学家 Dr. Tamara Kalir 教授，阿拉巴马大学流行病学家 Dr. Edmond Kabagambe 教授，哈佛大学外科专家 Dr.Adam Landsman 教授，哈佛大学药理学家 Dr.David Lee 教授本月正式签约为编委会注入新鲜血液

PubMed 在本月 15 日前后对于本刊第一轮评审。本刊管理编辑陈小槐及张澜静医师为此作了大量工作。

2010 年 4 月刊在责任主编宋一青教授主导下如期发表包括三篇研究论文及十篇综述。迄今，本刊已发表学术论文近百篇。

本刊各项规定逐渐完善，2010 编委会签约本月 15 日 完成。杂志社执行委员会：编委会常务理事孔学君，陈小槐，宋一青，胡克勤，陈建行，张澜静；顾问刘京，潘启安；出版社主管王晓春，副主管张震宇，技术总监高博，商务总监周宁，市场总监张艳玲。

中文杂志网站改名为 www.najmh.org

麻州大学管理系刘瑞明教授组织三个市场管理学生小组对于北美医学与健康杂志进行了广泛市场调查，在一项网上问卷调查时得到了 200 份回信，刘教授正在分析结果将提交总结报告。

与国内媒体丁香园达成初步合作协议，本刊编辑周丽斌医师作为联系人作了大量工作。



中文杂志社新编辑队伍：陈娟，张震宇，丁倩玮，容榕，周丽斌，马建涛，康文彤，武世谨，梁婷婷，顾烨，武世谨；
主编：孔学君，副主编：宋一青
网站管理：高博，王晓春，万建波；市场管理：刘京京

南京大学甘克超教授成为本刊顾问，麻州大学刘瑞明教授为本资深市场管理顾问



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”第十二期又与大家见面了！ 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　20010 年4月　　主编　孔学君， MD

本期责任编辑：
王晓春 PhD， 丁倩玮 NP， 张震宇，PhD，陈娟，MS，顾烨，PhD，康文彤 MS， 马建韬 MD，容榕， ＭＤ；梁婷婷，ＭＤ，周立斌， ＤＭＤ
网站：高博，MS， 万建波,PhD； 市场管理：刘京京，刘瑞明



网址：www.njmh.org;www.acmec.net　联系：info@acmes.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

2010年4月 第12期 总第12期

目 錄

醫學新聞 Medical News

H1N1 流感爆发引起佐治亚州官员担忧 1
C－反应蛋白可预测脑部异常 1
应用抗精神病药物患儿的代谢筛查并未普及 2

醫學進展 Medical Advances

关于乳腺癌的早期诊断和预防新条例 3

醫生日志 Physician Diary

陪母亲走过最后的日子 5

醫學人物 Physician of the Month

内分泌專家孔彦平醫師 6

醫療體系 Health Care System

奥巴马医疗体制改革之我见 7
关于美国的康复医师 7

醫學教育 Medical Education

美国医学院入学考试 MCAT 8

法律顧問 Legal Issues

中美处理医疗事故相关法律的比较研究 9

醫學論壇 Medical Forum

糖尿病病人强化降压和降脂治疗 12

飲食健康 Diet and Health

多动症与饮食 13

健康指南 Health Guidance

教你如何缓解春季过敏 14

醫學廣角 Medical Perspective

关于静脉曲张 15

藥物信息 DrugInformation

二型糖尿病新藥---victoza 15

專題講座 SpecialTopic

孕前医检的重要性 16

環球醫學 Global Medicine

成立联合研究机构促进亚洲地区肺癌及胃癌的研究和治疗 17

咨詢門診 Consultation Clinic

關于陰道炎的問答 17

本期特訊 This Month Special

2010 年泌尿生殖系统癌症研讨会内科相关报告摘要 19
如何在亞裔社區最大限度的診治乙肝 20

医学新闻



H1N1 流感爆发引起佐治亚州官员担忧

迈克·史密斯（Michael Smith），《今日医学要闻》北美记者 2010 年 3 月 29 日卫生官员正在谨慎地观察世界范围内流行的 H1N1 流感在美国东南部的爆发。

佐治亚州尤其值得担忧。上周多达 40 人因为该流感而入院治疗。根据 CDC 國家预防接种与呼吸道疾病中心主任安妮·舒查特 (Anne Schuchat)博士的资料，这一数字比任何其它州都要多。安妮·舒查特在一场电话记者招待会中指出，在过去三周内，佐治亚州入院而确诊的 H1N1 流感病例数要高于美国其他地方。

安妮·舒查特博士认为，近几周以来记者招待会第一次再被用以讨论流行性疾病，主要是由于佐治亚州的状况。H1N1 流感在全国范围内的平均发生率要比去年秋季低。她说，佐治亚的情况“很反常，我们希望能够引起民众的注意。”

舒查特进一步强调，现在该州医院里的病例数要高于去年十月上旬的人数，并且由于许多具有类似流感症状的病例并未进行 H1N1 病毒检测，很可能这一数字还被低估了。

同时，她指出，“H1N1 病毒近期在美国东南地区引发较多疾病。”，佐治亚州是三个报告发生了地区性流感活动的州之一，另两个州是阿拉巴马州和南卡罗来纳州。

东南地区的另外六个州：阿肯色州，路易斯安那州，密西西比州，北卡罗来纳州，田纳西州以及弗吉尼亚州，加上夏威夷州，新墨西哥州，以及波多黎各也观察到了 H1N1 流感病例。

舒查特认为，在佐治亚州引起了民众焦虑的流感是由于 H1N1 病毒株引发，主要作用于具有特定身体状况的成年人。她说，病毒本身并没有发生变化。

舒查特指出，在佐治亚州绝大多数受病毒影响的人没有得到预防接种，事实上，佐治亚州是全美国预防接种率最低的州之一。尽管对这次爆发的调查仍在进行，舒查特指出，联邦疾病控制中心 (CDC) 决定提请民众注意以加强向民众传递这样的信息，即预防接种仍然是重要的预防手段之一。

公共卫生署署长瑞吉纳·本杰明（Regina Benjamin）博士认为，H1N1 接种疫苗的供应在上周达到了 2 千 4 百万剂，“但是由于没有接种疫苗，许多美国人仍然容易受到 H1N1(流感)病毒的感染。”

她强调，少数人不接受预防接种计划，尽管他们具有较高的感染率；这也使得这种流感变得更加危险。

本杰明进一步指出，估计有六千万美国人感染了该病毒，二十六万五千人必须入院治疗，一万两千人因该病毒致死。

尽管这一死亡数字低于每年因季节性流感致死的人数三万六千人，舒查特认为这里存在误解。绝大多数死亡病例发生在年龄低于 65 岁的人群中，其死亡率是正常情况的 5 倍。

另一方面，她说，在年龄超过 65 岁的人群中引发的死亡是“相对可忽略的。”

舒查特指出，季节性流感到目前为止并不活跃。“我们根本没有观察到大量的季节性流感。”

新闻来源：迈克·史密斯（Michael Smith）《今日医学要闻》北美记者 2010 年 3 月 29 日 （本刊 张震宇博士编译）

C-反应蛋白可预测脑部异常

德国一项跨学科研究指出， 高敏感度的 C-反应蛋白的增高可能导致认知障碍和脑白质损伤。由 Münster 大学的 Heike Wersching 医生发表在 3 月 30 日神经学杂志的论文指出 C-反应蛋白含量较高的人群的执行操控能力比 C-反应蛋白含量较低的人群差，并且该差异显著（P 值为 0.02）。

之前有研究表明 C-反应蛋白的增加导致痴呆症及脑白质微结构损伤，C-反应蛋白减少则可降低心血管疾病发生率。 Wersching 医生及同事认为，“然而，C-反应蛋白的降低是否能预防认知受损和脑白质微结构损伤仍需进一步的临床实验证实。”

该研究比较了 447 位年龄在 40 岁至 85 岁居住在 Münster 地区成人的系统评估及认知健康。这些被试者的 C-反应蛋白基本含量为 0.12 mg/dL, 神经心理测试评分正常。当分析他们的执行操控能力时（剔除年龄，性别，教育及心血管差异），研究者发现 C-反应蛋白含量较高者低执行操控能力较低，该联系在年轻群体（41－64 岁）中很显著。与 C-反应蛋白含量小于 0.1mg/dL 的被试者相比，C-反应蛋白含量为 0.1-0.3 mg/dL 的被试者在路径跟踪测试 B 部分所需时间要长 5 至 6 秒，而 C-反应蛋白含量为 0.1-0.3 mg/dL 的被试者所需时间则要长 12 秒。所有被试者的平均时间为 85.32 秒。

321 位被试者进行了高场核磁扩散张量脑成像用以检查脑白质微结构。C-反应蛋白含量较高的被试者 全脑各向异性分数，叶,皮层脊髓束，放射冠胼胝体，尤其是膝部等局部各向异性分数较低且差异显著（所有 $P \leq 0.016$ ）

和 C-反应蛋白含量最低的被试者比较，含量中等的被试者额叶各向异性的降低相当于 6 年老化，含量最高的被试者额叶各向异性的降低则相当于 12 年老化。Wersching 医生表示，有尸检研究表明额页各向异性的降低表明了胶质细胞增生，髓磷脂及神经轴突损伤；C-反应蛋白含量增加，导致前额皮层通路的大脑白质微血管损伤，从而降低执行操控能力。

C-反应蛋白含量与全脑和额叶各向异性的关系在正常或者轻微脑白质损伤的人群中显著，但在脑白质严重损伤的人群中则无相关性。研究者们说：“这说明 C-反应蛋白非常敏感，并且属于脑部微血管疾病的早期标记，在脑血管疾病后期则无预测作用。”

该文章的评论者，波士顿大学的 Ronald Killiany 博士写道，“此项发现对于开发研究脑血管疾病的早期诊断标记及治疗有重大作用。人们可以测量 C-反应蛋白含量，结合高敏成像技术来开发诊断治疗方法。”（作者： Todd Neale, 编译：陈娟）

应用抗精神病药物患儿的代谢筛查并未普及

儿童用二代非典型抗精神病药后葡萄糖和脂肪代谢异常并不常见。

值得注意的是这些发现是基于一项在三个州开展的回顾性的研究，而非前瞻性研究。

医疗补助项目数据显示，绝大多数的儿童在用抗精神病药后并没有被建议做代谢检测，尽管他们的葡萄糖和脂肪异常的风险增加了。

根据《儿童和青少年医药档案》杂志四月刊的一篇论著，尽管他们罹患葡萄糖或者脂肪异常的概率是对照组哮喘用药的一群儿童的两倍，只有 30%的青少年进行了葡萄糖评估，13%进行了脂肪评估。

位于丹佛的科罗拉多公共卫生学校的 Elaine Morrato 博士说：这项研究表明，对应用抗精神病药物的儿童人群的血清葡萄糖和脂肪筛查没有受到足够的重视。

尽管应用葡萄糖和脂肪筛查在用抗精神病药治疗组要比同年龄段儿童更高，筛查率却明显要低，比报道中抗精神病药物治疗的成年人低，而且比监测中的所有的患者都要低。

精神障碍儿童愈来愈多的应用二代非典型抗精神病药。过去十年，应用抗精神病药治疗儿童增加了 5 倍，占到目前用这种药所有新开处方的四分之一。

作者说，在其他国家，儿童应用抗精神病药的比例也有所增加，但是仍低于美国报道的比例。

2003 年美国 FDA 要求二代抗精神病药标注代谢紊乱风险的警告，包括患者监测的建议。

2004 年几个组织（包括美国糖尿病协会和美国精神病协会）发布联合声明，建议对所有年龄段的应用二代抗精神病药的患者进行代谢筛查和监测。

作者说，大多数与二代抗精神病药相关的代谢紊乱发生于成年患者。

与此相关地，很少有资料表明药物对儿童患者产生短期和长期的代谢影响，尽管有些证据表明儿童患者应用抗精神病药和糖尿病的相关性要比成年患者高。

为了评估评估从儿童开始用二代抗精神病药治疗的代谢筛查率，Morrato 和他的同事分析了加利福尼亚，密苏里和俄勒冈三个州的医疗补助项目数据。

他们分析了 5,370 名 6 至 17 岁从 2004 年 7 月 1 日至 2006 年 6 月 30 日开始应用二代抗精神病药但没有糖尿病史的儿童。并比较了 15,000 名同年龄段应用沙丁胺醇(非二代抗精神病药物)且没有糖尿病史的儿童的数据。

首要目标是分析血清葡萄糖和脂肪测试的比率，6 个月糖尿病发病率和血脂障碍发病率。他们还想分析美国糖尿病协会/美国精神病协会建议对实际应用二代抗精神病药的代谢筛查的影响。

数据表明 1,699 名应用抗精神病药的患者(31.6%)进行了葡萄糖筛查，而对照组有 1,891 名患者(12.6%)进行了这项筛查。实验组有 13.4% (720) 的患者进行了脂肪筛查，而对照组只有 3.1% (758)。筛查率比成年患者低四分之一到一半。

用抗精神病药组葡萄糖和脂肪失调的发生率（分别为 0.89%和 0.97%）要高于对照组（0.49%和 0.46%）。

作者还分析了长期应用二代抗精神病药患者（在头 180 天内，没有超过 30 天的用药间断期）的代谢检测率。这项分析基于一项假设：长期应用可能会导致患者代谢紊乱的风险增加。

在长期应用抗精神病药的患者中，前六个月发生葡萄糖异常的概率是 0.9%，对照组为 0.5%。脂肪异常的概率为 1%，对照组为 0.5%。葡萄糖和脂肪紊乱的发生率和抗精神病药物的种类无关。

代谢筛查在长期应用的患者中更普遍，但也只是少部分的患者（45%的患者进行了葡萄糖测试，22%的患者进行了脂肪测试）。这项研究的不足包括直依赖实验室检测而没有其他可能采用临床检查，也没有提到筛查后所采取的措施，仅仅关注于是否进行了筛查。另外研究结果可能在非医疗补助项目人群中不具有普遍性。

实际筛查率低于协会的一致建议，这个研究结果很让人困惑。尽管公共卫生的大环境使肥胖和青少年二型糖尿病增加，罹患精神病的儿童代谢紊乱的风险的也已引起关注。

现在有两项适用二代抗精神病药的儿科症状处于审批阶段，另外第三代抗精神病药也正处于审批阶段，这些说明需要应用抗精神病药物并需要进行代谢检测的患儿将会越来越多。 （周丽斌医师编译）

医学进展

关于乳腺癌的早期诊断和预防新条例

哈佛大学医学院以色列医院妇产科主治医师李小玉

-2009 年美国 USPSTF 指南介绍

乳腺癌筛选的指南对于乳腺癌的诊察起到了重要的作用。经过多次分析，美国预防服务工作组（USPSTF）在 2009 年推出了新的指南。在这里，我将回顾该指南制定的基本原理，陈述对此不同的意见，同时讨论各种可能预防措施。

乳腺癌诊察，2009 指南

USPSTF 是一个由联邦政府资助的，由 16 名医生组成的工作小组。他们主要收集并检验不同的乳腺癌筛查方法对于减少死亡率的有效性。其研究的方法有：乳腺癌 X 光检查，临床乳腺检查，乳腺自查，数字减影检查，核磁共振检查。为此，该小组实施了两项研究：1）针对筛查利弊的 6 个相关问题的证据收集；2）以人群模型技术为基础，研究预期健康结果和资源需求。

- 该指南反对在 40-49 岁的女性中进行常规的 X 光检查。对于 50 岁之前开始 X 光检查应该针对个体情况，并尊重患者对于该检查利弊的判断。（C 级证据）

- 该指南推荐在 50-74 岁的女性应该每两年进行一次 X 光检查。（B 级证据）

- 该指南认为现有证据无法判断在 75 岁及以上人群中开展 X 光筛查的利弊。（陈述 I，证据不充分）

- 该指南认为现有证据无法判断临床乳腺检查的利与弊。（陈述 I，证据不充分）

- 该指南反对女性实施乳腺自查。（D 级证据）

- 该指南认为现有证据无法判断使用数字减影技术或者核磁共振技术代替 X 光平片检查的利与弊。（陈述 I，证据不充分）

USPSTF 小组陈述的证据分级：

A 级：有益证据充分；

B 级：基本有益证据充分，或者有益证据基本充分；

C 级：基本有益或者有益证据有限；

D 级：没有基本有益或者有益证据，或者弊大于利；

I 级：无充分证据。

50 岁开始

该指南反对在 40 岁时开始进行常规的 X 光检查。该小组特别强调该检查不适合乳腺癌的高危人群：以往患有侵袭性乳腺癌，30 岁以前接受过胸部放射治疗，罹患早期乳腺癌（50 岁之前）、两个原发性肿瘤、同时患乳腺癌和卵巢癌、男性乳腺癌的家族史。

在 10 个患有癌症的妇女中，有两个人会被误诊。X 光检查的敏感性只在 77%到 95%之间。对于 1 年筛选间期，第一次 X 光检查的敏感性在 71%到 96%。敏感性对于在 40 岁的女性低于 50 岁以上的女性。另外，一个随即研究显示该检查的特异性在 94%到 97%之间。

这就表明 3%到 6%的未患有癌症的女性不得不接受更多的检查。如果回叫率为 8%到 12%，那么在第九次 X 光检查时，有 43%的几率被回叫。另外，低年资的放射科医生的回叫率会高于高年资医生（33%对于第一年；19%对于高于 20 年的医生）。额外的检查会造成身体和心理的伤害。因此，过度诊断和不必要的早期治疗是该筛选方法的主要弊端。

放射线本身是肿瘤的一个危险因素。对于女性，要保证影像的质量同时也要保证最低的放射线剂量是十分重要的。不过，目前还有证据表明普通的 X 光筛查有增加这方面的危险。

2009 年世界卫生组织建议在 50 到 69 岁的妇女每一到两年进行一次 X 光检查。到 2012 年，英国将对 47-74 岁的妇女进行常规的 X 光检查。大多数欧洲国家也对 50-70 岁的女性提供间隔 2-3 年的筛查。

检查间隔

由美国国家癌症研究所资助的研究表明 X 光检查的最大效益（最低 70%，最高 99%）来自隔年的检查。同样重要的是，隔年检查减少了一半的假阳性诊断。

对于 1000 名 50-69 岁的女性，每年 X 光检查可以挽救 132 个生命年。隔年检查可以挽救 99 个生命年，但是可以避免 8815 个 X 光检查，430 个假阳性和 30 次不必要的活检。但是更长的间期也会减少有效性。

75 岁停止

乳腺癌是高龄妇女的主要死亡原因。但是在这个年龄段实施筛查的益处并不大。第一，她们可能存活不到收益；第二，在这个年龄段实施高比例的乳腺癌筛查是治疗雌激素受体阳性类型中比较简单的一种；第三，她们可能因为检查引起的其他原因死亡。

在 50-69 岁间筛查可以减少 17%（15%-23%）的死亡率，但是把这个年龄段延至更大范围所带来的提高很少。比如，提早至 40 岁可以再额外减少 3%；延长至 79 岁可以在额外减少 7%。

临床检查（CBE）和乳腺自查（SBE）

临床检查的敏感性为 40%-69%，特异性为 88-96%。乳腺自查的敏感性低，为 12%-41%，而且与年龄相关。乳腺自查并未对乳腺癌死亡率下降有任何贡献。一个在上海纺织女工中进行的研究表明，乳腺自查没有减少乳腺癌死亡率，也没有降低筛查是检出的肿瘤体积。

数字减影和核磁共振影像（MRI）

2005 年发表于新英格兰医学的研究表明数字减影只在 50 岁以下和有致密乳房组织的女性中有益。目前并不清楚该技术是否可以降低整体乳腺癌死亡率。MRI 需要注射显影剂来检查血流。MRI 的敏感性为 71%-100%，特异性为 81%-97%。因此，MRI 一般推荐为有基因突变，存在乳腺癌和卵巢癌家族史，或者接受胸部放射线治疗的妇女做筛查手段。

美国肿瘤协会建议，存在 20%乳腺癌风险的妇女应该接受每年的 MRI 和 X 光平片的检查。存在 15%-20% 风险的妇女应该咨询自己的家庭医生关于 MRI 检查的必要性。对于风险低于 15%的妇女，MRI 检查则没有推荐。目前还没有 MRI 用于乳腺癌筛检的整体数据。

针对 USPSTF 的指南，Medscape 在 2009 年 11 月 25 日的非正式调查显示：在 2737 个医生中，76%认为不应该在 40-49 岁妇女中停止常规的平片检查，17%认为可以。

反对意见

从上个世纪 90 年代，乳腺癌的发病率每年下降近 2%，特别是年龄低于 50 岁的，每年的下降的速度约 3%，这可能归功于筛选。X 光平片筛检也有助于发现小体积的肿瘤。

另外，2006 年，在 40-49 岁的妇女中，乳腺癌死亡率只有 17%。美国国家癌症协会发布的一项荟萃分析的结果显示平片筛检对于 40-49 岁的妇女有好处。

美国癌症协会负责肿瘤筛查的主任 Robert A. Smith 说 USPSTF 的研究时间跨度可能不够长，他列举中发表在柳叶刀杂志的研究，在 40-49 岁的人群中，乳腺癌的死亡率在经历过筛检的人群中显著下降。

目前，美国癌症协会指南推荐 40 岁以上妇女进行每年的常规平片检查和临床检查。美国妇产科协会推荐在 40 岁时例行平片检查，频度为每 1-2 年一次；50 岁以上，每年一次；19 岁岁以上，每年由家庭医生检查；同时推荐乳腺自查。

我的观点

年龄并非决定女性肿瘤危险的唯一因素。使用其他的工具，如 Gail 模型（可以考虑种族、初潮年龄、第一次生产年龄、家族和各人病史）可以发现年轻女性罹患乳腺癌的危险性高于某些年长女性。Gail 模型可以从网上得到（链接：http://www.cancer.gov/bcrisktoo/）。另外，由于 40%的新发病例由患者本身或者其家庭医生发现。另外，平片检查的假阴性率为 10-30%。因此，身体检查（CBE 和 SBE）也都有必要保留。超声检查对于年轻女性（小于 30 岁）和怀孕妇女是首选。

危险因素

年龄：乳腺癌随年龄增长危险性提高。10 年乳腺癌危险率在 20 岁人群中为 1 比 1837，在 30 岁人群中为 1 比 234，在 40 岁中为 1 比 70，在 50 岁中为 1 比 40，在 60 岁中为 1 比 28，在 70 岁以上人群中为 1 比 26。

种族：乳腺癌发病率在高加索人种为每 10 万人 132.5；在非洲裔中为 118.3；在亚裔或者拉丁裔中为 89。

其他因素还包括家族史、个人史、初潮年龄低于 12 岁、第一胎生育年龄大于 30 岁、55 岁停经、乳房密度增高和有过组织活检异常。

预防

哺乳：至少 6 个月的哺乳可以降低乳腺癌的危险性。

运动：坚持各种体力活动可以中等程度地保护乳腺癌。

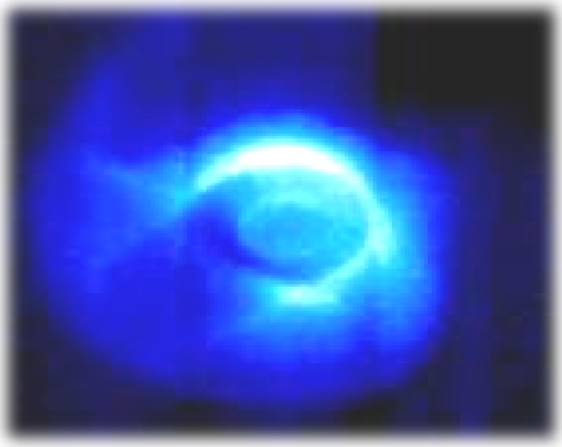
饮酒：每日饮酒量不可超过 24 克酒精。

激素替代治疗（HT）：长期 HT 增高乳腺癌风险，短期 HT 似乎不显著增加风险。高雌激素可以轻度降低乳腺癌风险。

化学预防治疗：乳腺雌激素拮抗剂可以降低雌激素受体阳性侵袭型乳腺癌。但是这些药物也有副作用。使用要掌握指征。

预防性的外科手术：特别对于有 BRCA 基因携带者。

（来源：北美医学与科学一月第三卷一 NAJMS，3（1）马剑涛医师翻译）



医生日志



陪母亲走过最后的日子

作者： Philip Triffletti, MD，
哈佛大学以色列医院内科主治医师
译者：陈娟， 本刊编辑

生命中总有一些日子是你永远也忘记不了的，2009 年 12 月 5 日对于我来说就是这样一个日子。当天我母亲打电话给我说她的朋友们觉得她看起来像生病了，我去看她的时候发现她面部发黄，眼球发白。而不久前的感恩节她看上去还好好的－感恩节大餐大吃了一顿，晚上还和孙儿孙女们玩她最喜欢的扑克牌游戏。12 月 5 日晚，我就陪母亲去了当地医院的急诊室。急诊室里的工作人员们都很亲切，护士把她带到急诊房间，她舒服地躺在检查台上。我看着她发黄地脸，心里很不安，但仍然故作镇定。我给她解释了她可能要进行的检查：实验室检查及CT扫描等。急诊室的医生护士都很友善，但值班医生的检查结果证实了我的猜测：她的胰脏头部检查出一个大的肿块。我的母亲一贯坚忍安静，但此时我看到了她眼里蒙上了一层泪光。我觉得母亲之前已经有预感，因为自暑假开始她体重减轻了 10 磅，最近几个月也出现了尿深色，大便轻稀的症状。在急诊室知道结果后，我给我的好朋友sunil，我同医院的胃肠病专家打了电话。他帮我母亲安排了下周一的 内镜逆行胰胆管造影和胆管支架手术。

作为一个在医学中心工作了十四年的员工，我认识很多专科医生。他们在看过我母亲的腹部CT图像后都建议因为她的病已经属于晚期，不宜进行肿瘤摘除手术，我们应该对她的病情做好心理准备。周一的胆管支架手术进行很顺利，接下来的几天内还要进行几项咨询和评估。最后我母亲与她的癌症治疗专家讨论了病情预测。母亲前些年得过早期乳腺癌，但经过治疗后未复发，因此她非常信任和喜欢她的癌症治疗专家。他们讨论的结果是不使用化疗，因为大部分人化疗的效果并不明显。我母亲在诊断后10天住进了疗养院。

我父亲在1984年死于哮喘，享年54岁。我母亲自此后和她的新伴侣Tony又生活了14年。Tony在2005年死于胰脏癌，诊断后只活了9个月。在这9个月当中，我母亲目睹了Tony的病发和治疗过程。Tony在诊断出胰脏癌后决定进行Whipple手术。这个手术结合胆管支架手术减轻了Tony的胆管阻碍，但后来他出现了术后小肠阻碍的症状。他总体生活质量并没有得到很大提高，在最后的几个月他呆在一个当地的疗养院养病，病情慢慢恶化。由于这个经历，我母亲很清楚接下来她将发生什么事。
由于我事家里唯一的医疗工作者，她告诉我她希望能在家里平静的过完余下的日子。我告诉她她剩下的日子可能是2－3周，也有可能是9个月甚至更长。过了几天疗养院的护士到家里来讨论她的病情，我向护士解释了母亲的病征和病史。一开始护士还告诉我不要试图做我母亲的医生，但后来她发现我有一定的医学常识，能清楚的帮母亲解释病情。

接下来的几周内，母亲的病情迅速发展，她的胃口越来越差，到12月18日，她已经出现轻微的神智不清和因为胆管阻碍而导致的大便失禁。她的疼痛度一直属于中等，直到最后一周开始加重。24日晚她的疼痛加剧并持续了大约10小时，她的身体各项机能也开始丧失，并在25日凌晨进入昏迷状态。我坐在母亲床边，握着她渐渐冰冷发青的手，听到她的呼吸变得痛苦。

12月26日凌晨3：30分，母亲突然睁大眼睛停止了呼吸。我跟她进行了最后的告别，告诉她我永远爱她，帮她梳理了头发，撒上香水，等待殡仪馆人员的到来。母亲终于如愿的在她最喜欢的躺椅上安息了。但是其他家人经常会想如果母亲选择了治疗会怎么样。在母亲的最后一周她需要24小时监护，我们所有家人朋友都轮流照顾她。

有人建议送母亲去疗养院，在那她可以得到更好的照顾，但母亲不愿离开家。在她最后的两天里，有位家人发现她的止痛药导致她过度镇定。但疗养院的护士来到家里和母亲讨论疼痛治疗时，她很清楚的表示在她最后的时间里尽量舒适，所以希望使用麻醉药物。另一位家人在25日发现母亲进入昏迷状态，不知道她是否经历着身体的痛苦，我安慰她说应该不会。

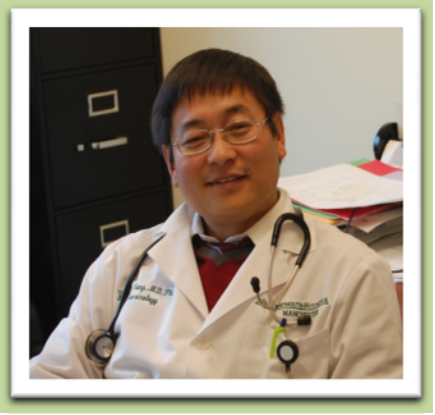
这是我母亲去世的过程，母亲在她最后的日子里很优雅，这当归功于她的精神平静。她平静地接受了自己即将到来的死亡，而不是想尽办法用治疗来延续自己的生命。

很多年前我对自己发誓，如果母亲死亡的日子将近，我会尽量陪她走过最后的日子。现在母亲的心愿和我的心愿都得到了满足。

文章来源：North American Journal of Medicine & Science. NAJMS. 2010;3(1) www.najms.net

医学人物

内分泌专家 孔彦平 医师



孔彦平医生于 1986 年毕业于河北医学院，毕业当年就读本校内分泌科研究生，并在留院工作 2 年后，进入北京协和医院内分泌科读博士。1996 年来美后，在哈佛医学院附属儿童医院作基础研究工作并发表多篇论文。孔医生于 2002 年进入波士顿圣·伊丽莎白医院做内科住院医生，2005 年进入密西根大学医学院附属医院内分泌科专科医生，2007 年到新罕布尔什州的 Dartmouth-Hitchcock 临床做内分泌专家至今。孔医生在擅长内分泌各种疾病的基础之上，尤以对内分泌肿瘤的诊断治疗为特长。



孔医生多年的基础科研培训，使他非常注重科研与临床的紧密结合。早在国内时期，他就持有两项药品专利，并与他人合作创建药厂，成功将其专利之一的“一种防治钙质缺损的药物及其制备方法”成功推向国内处方药市场，取得良好的成绩。2008 年在美国和中国同时申请“一种无痛性测试血糖仪器”的专利，并于 2009 年与妻子共同在北京创办“巴林巴克生物医学科技有限公司”，期望更多更好地服务社会，并为在美的医药科技同仁提供一个在国内的伸展平台。

医疗体系

奥巴馬 医疗体制改革 之我見

Phillip Triffletti, MD
哈佛大学医学院以色列医院内科主治医师

在过去几周内，我回答了很多关于同一个主题的问题，那就是我对当前国会中正在审议的医疗体制改革提案怎么看。事实上，这个改革提案确实和五年前在麻省实行的医改方案惊人的相似。一些简单的事实是 1）该提案可以让更多的 3 千万美国人得以获取医疗保险。2）医疗保险必须设立鼓励条款或者措施，以此让普通民众都积极加入。3）医疗保险公司不能拒绝为那些事前已经得病的患者提供保险服务。我希望这些主要条款都能被大多数政界人物所接受。然而，最近的一些情况表明医疗改革又非常富有争议性。我觉得事实上这个改革提案在很大程度上被误解了。我的很多病人都想知道他们当前的医疗保险是否会因为该提案而受到限制或者被改变，答案是否定的。也有一些人认为即使国会预算办公室计算这个改革方案最终会省钱，它的执行成本也太高了。尽管我支持这个提案，我也同时对政府的支付能力表示怀疑。我当然希望我能交少点税用于资助执行这个改革提案。其外，也有关于健康配给制的忧虑，有些人戏谑称作“死亡游戏，”他们担心政府会干预一个人自由选择医疗服务的机会。我认为这些恐慌都是没有道理的。事实上，很多形式的配给制已经被普遍接受了，最好的一个例子就是等待器官移植的名单。患者会被根据需要，病况紧急程度和可获得的器官数量而被授予优先权。我不认为任何的美国医疗改革会和它们有多大不同。

我们从医生的角度再看一看。我已经从医 20 年了。以前，在北部波士顿行医的医生并不多。我面向大约 2000 个病人提供医疗服务。我的诊所中目前有一个主管，两个医学助手和一个护士。那我会期待医疗改革怎么影响我的诊所呢？不幸的是大多数政府资助的保险例如 Medicare 和 Medicaid 都比保险公司付的钱少，这也包括最近的麻省医疗改革保险方案。我不指望获得更多的收入。对医生来说最关键的一点是工作条件的改变。我当前每周会花 30-35 小时和病人接触。这些医疗改革会让我再花上每周 30-35 小时用于患者的管理。很多已经发表的研究也表明医生要花上 50% 的时间用在直接对病人检查之外。此外，据估计一名医生每天要花上 17 小时完成推荐给病人的急性护理，慢性护理和防治性护理，而这要每天都重复进行。因此，一些无情的事实是 1) 我不认为这些改革会让医生更加轻松些，相反管理的负担会更重。2）提供基础医疗的医生仍然会很紧缺。3）我觉得目前还没有可行的方案可以解决医疗成本增加的问题。如果我们真是想削减医疗成本，那末执行单一保险支付方系统就立即可以节省 10% 的成本。单一保险支付方系统并不是奥巴马改革的重点，唯一的希望就是让“医疗家庭”模式变成现实。如果我们可以有更多的资金用以支付护士和社工等用于帮助病人，我们医生会好过些。这要求改革如何在医疗提供方之间分配资金的体制。我相信现实是通过降低医生的收入用以补偿所有的医疗提供方。然而，如果要提供对病人的全部服务，我们每个医生服务的患者数量要再减少 50%。这些都没有简单的解决方法。但这就是无情的事实。文章来源：North American Journal of medicine & Science。 NAJMS。 2010;3(2):104-105. Shijin Wu 编译

关于美国的康复医师

康文彤

在美国康复医师是专科执照医生，专门治疗因受伤或生病而影响到身体行动的病人。康复医师接受过专业物理医学与康复的医疗培训。康复医师治疗范围广泛，从肩膀疼到脊髓损伤，他们的目标是减少病人痛苦，用非手术方法加强或恢复功能。康复医师会花时间找准疾病病源，然后，他们设计出一个治疗方案，可以由病人自己或与康复医师的医疗团队的帮助下进行。

这个医疗团队可能包括其他的如神经科医生、医疗专业人员、整形外科医师和物理治疗师等。通过提供适当的治疗方案，康复医生帮助病人在任何年龄都尽可能地保持身体上的机能。因其拥有广泛的医疗专业知识，他们可以为残疾病人提供终生的医疗保健服务。 他们多精于疼痛诊断及治疗，最大限度还原或修复因伤或疾病和残障而失去了的身体功能。

康复保健科医师是专门于物理医学，康复专业，和止痛医学的医师。这些脊椎专家的特长在于治疗人体的肌肉骨骼系统，其中包括骨骼，关节，肌肉，韧带，肌腱和神经。复健科医师治疗不同年龄段，从腰部扭伤到脊髓损伤，从简单到复杂的疾病。他们用综合治疗方法，不只是针对症状而是整个病人。不仅治疗，还相当程度的着重于预防。

康复科是一种积极的，非手术方法治疗肌肉骨骼系统疾病和损伤，还包括不同类型的疼痛。与其他类型的脊柱专家类似，康复科医师重视患者的病历，进行身体和神经学检查，通过 X 射线或其他影像学检查，开处方，并进行脊髓注射。

物理医学与康复通常包括物理治疗。有时其他物理医学专业人士也参与病人的照顾，如职业理疗师或竞技体育教练员。复健科医师也会配合其他医生如整形外科医师和神经外科专家对病人提供治疗。

康复保健科医师在不同的地点包括如医院，门诊诊所， 康复中心，养老院，以及私人诊所为病人提供医疗服务。康复医师可能治疗：截肢/义肢，关节炎，背部疼痛，脑损伤，心脏康复，老年康复，颈部疼痛，神经疼痛，骨质疏松，小儿康复，小儿麻痹综合征，脊髓损伤，运动损伤，骨盆疼痛，工伤。

医学教育

美国医学院入学考试 MCAT

美国医学院入学考试叫做 MCAT，是针对美国及加拿大申请医学院的考生所设置的标准考试。1996 年 8 月 1 日以前为笔试，之后改为计算机考试。

MCAT 考试每年在考试中心提供 25 次以上，考试时间为 4.5－5 小时，考试时间可以选择。考试分为四个部分：自然科学（主要是普通物理及化学），逻辑推理（理解能力，分析能力及解决问题能力的考核），写作，生物学（包括生物及有机化学）。写作部分要求写两篇短文，输入计算机。其他部分的考试方式为多选题。自然科学占 52 题，70 分钟；逻辑推理占 40 题，60 分钟；写作两篇，60 分钟；生物学占 52 题，70 分钟。部分之间有 10 分钟休息，第二部分后午休为 60 分钟。

计分系统对于多选题的三个部分为 1－15，写作部分最低 J 至最高 T。写作部分分别由人力打分及计算机打分。写作的总分为四个分数的总合，然后折合为 J 至 T 的分数。每部分多选题的分数加在一起得到一个综合分数，再与写作分数结合在一起。45T 为最高分。根据 2008 年的资料，美国考生平均分为 28.1P。

像许多其他的职业考试一样，如果考生违反了相关的条例其成绩将作废。考试时禁止使用计算器，计时器及其他电子仪器，禁止使用手机。考生尽可以将有照片的身份证带进考场。考生最多一年参试三次，总的参试次数不限。考试结果通常在考试后 30 天公布于网站，考生可以输入 ID 查询。通常分数并不通过邮件寄给考生。考试成绩单可以免费转给申请的医学院及其他机构。

虽然 MCAT 是医学院入学考试，其成绩对于其录取非常重要，但是不是唯一的录用条件。

（孔学君医师）



法律顾问



中美处理医疗事故相关法律的比较研究

刘涓 王朝曦 李昂 宋文质

对医疗事故的认定与处理是产生医疗纠纷的主要原因。目前国内处理医疗事故纠纷时通常所依据的相关法律、法规仅包括 1998 年第九届全国人民代表大会常务委员会第三次会议通过的《中华人民共和国执业医师法》和卫生部 2002 年新颁布的《医疗事故处理条例》。《医疗事故处理条例》又是在 1987 年的《医疗事故处理办法》的基础上做了很多的修改和补充后产生的。

与美国等西方国家比较，我国处理医疗事故纠纷的法律、法规还在完善阶段，在实际运作中容易引起很多相关的问题。虽然中国与这些国家在社会制度和法律体制上存在很大的差异，但在处理医疗事故及其相关的社会基本矛盾等方面还是有许多共同的地方。如基本的原则、概念、处理程序和损伤的赔偿等。我们希望通过一系列横向的比较研究，观察、分析中美两国处理医疗事故的相关法律的异同，能够发现、确定关键的问题，引发进一步的讨论、思考，为国内完善相关的法律提供有益的参考。

本文作者在前三篇有关美国医疗事故纠纷法律的文章中重点介绍了美国处理医疗事故纠纷的过程以及相关法律的应用。这篇文章将着重对中美解决医疗事故纠纷的法律做一个比较研究。由于两国在社会体制和文化上存在很大的差异，我们在比较研究中主要从以下几个角度进行分析：1）医疗事故概念的比较；2）医疗事故纠纷处理的法庭前（外）程序；3）医疗事故案件的法庭程序，特别是法律程序中医患关系和医务职责的确定，医务人员对患者的医疗服务职业行为标准（即在前三篇文章提到的医生的职业行为标准），及法庭如何判定医务人员是否达到所应该达到的医疗服务职业行为标准；4）医疗事故损伤的衡量与赔偿标准。

一、医疗事故概念的比较

在法律研究中，特别是在中美两个不同的法律体系中，容易引起混乱的地方是对相同的概念使用不同的名称，以及对相近的不同的概念使用相同的名称。因此在比较研究之前，有必要将有关的概念进行明确的解释、定义。医疗事故这一概念是国内常用的名词，我们在前几篇介绍美国的相关法律的文章中使用的是医疗损伤责任纠纷这一提法。因这两个概念大致是相同的，在本文中为了方便统一使用“医疗事故”。

新颁布的《医疗事故处理条例》对医疗事故的定义是指“医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故”。这个定义明确了对医疗事故纠纷的两个基本事实的确定，即医务人员的行为偏离了医疗服务职业行为标准的事实（即医疗过失行为 Negligent Conduct）与患者人身损伤的事实。但是要判定医疗事故，至关重要的是必须确定这两个事实之间存在充分、必要的因果关系（Causation）。也就是说，医疗过失行为是造成患者损伤首要原因，并同时排除其它可能对患者造成同一损伤的因素。如果定义中的两个基本事实都已存在，但不能证明两者之间逻辑上的因果关系，也不可能判定为医疗事故。通常所提到的违反医疗操作规程（违规）与医疗过失行为也是有区别的（我们将在文章中进一步讨论），同样也不能将违规等同于医疗事故。

美国用于处理医疗事故纠纷的法律主要起源于民事侵权法(Tort)。很多概念和民事侵权法是相通的。如过失（Negligence）这个在解决医疗事故纠纷中最常用的概念最早是从民法中借鉴而来的，且判定过失的法律标准也都是衍生于民法。目前，用于医疗事故案件诉讼最常见的法律依据是医务人员的过失，其它的象人身攻击（Battery）、违反知情同意、违反合同也可以用来作为医疗事故诉讼的法律依据。判定医疗事故（判定医务人员的过失行为并且使之为其过失行为负法律责任）必须满足四个法律上的标准，缺一不可：1）医务人员对患者负有医务职责（义务 Duty of Care）；2）医务人员的行为偏离了所应该遵循的职业行为标准（Deviation from Standard of Care，即过失行为 Negligent Conduct）；3）患者确实受到了损伤（Damage）；4）过失行为和患者所声称的损害之间必须存在因果关系（Causation）。另外，在确定标准 2 及标准 4 是否成立时，医学专家的举证起着至关重要的作用。

很明显，除标准 1（医务人员对患者应负有的医务职责）的规定之外，中国的《医疗事故处理条例》中对于判定医疗事故所要求的标准和美国法律上所应用的判定医疗事故的标准几乎是一致的。近一步来看，不论对哪个国家的法律体系来说，确定医务人员过失行为的事实，及确定该过失行为与患者人身损伤的事实之间的因果关系在认定医疗事故中最关键、也最困难的，因而也是产生纠纷的根本原因。这是由于医疗服务是对患者疾病干预的过程，但是每个患者的病情及发展过程都是不同的，而且医疗服务也是极其复杂的多因素、多环节、多人员操作的过程，每个医疗服务环节对患者的病情及发展都会产生不同程度的影响。另外，现阶段人们对疾病的发生、发展过程的认识，以及治疗的知识都很有限，同时这些相关的医学知识是极为专业化的、不断发展的，并且医学专业知识在医患之间分布极度不平衡。如果患者人身损伤的事实发生了，医患双方对认定医疗过失行为的事实及过失行为与损伤之间是否存在因果关系是很容易产生不同的观点进而形成纠纷的。处理医疗事故的相关法律应该是针对关键的判定医务人员过失行为和判定过失行为与损伤之间是否存在的因果关系，为解决医疗事故纠纷提供有效的法律解决理论和程序。与其它法律不同，处理医疗事故纠纷的法律涉及到如何了解和使用不断发展的医学专业知识，包括对医学专家的使用。



二、医疗事故处理的法庭前程序的比较

法律的最终目的是为社会生活中各种问题和矛盾提供相对公正的解决程序和方法，以维持社会的稳定和发展。因此，如果法律程序的设立和执行越符合科学的决策程序原理，即在最大程度上减少或避免决策过程的基本步骤出现缺陷，更好地解决独立、平衡与避免偏见等问题，那么就越能确保法律实施结果的公正性。虽然处理医疗事故的法律程序和其它的民事案件的诉讼程序类似，从前一部分的介绍可以看到，它比一般的民事案件在法律诉讼程序上更为复杂，法庭需要更多的时间和努力去确定、理解、分析含有大量医学知识的证据，通常需要采取许多独特的、额外的步骤。另外，必不可少的医学专家举证更是提高了诉讼的费用。如果大量的医疗事故案件纷纷涌向法庭，不仅给法庭增加了很多负担，也使医务人员大量的时间、精力花费在与案件相关的法律事务上。从社会经济的角度看，造成社会医疗资源的极大浪费。同时，案件的激增也导致了医护人员的职业风险大幅度增加。医务人员在给患者提供服务时，时刻担心患者日后会提起各种诉讼，因此采取过多的自我防护措施。不敢主动提供患者需要的、但在有关规定之外的服务，使得医疗服务质量下降，间接导致患者看病的经济负担的明显增加。如上个世纪七十年代美国就曾出现医疗事故纠纷案件的危机。所以中美两国法律都鼓励当事双方在法庭之外解决纠纷。

为了防止、缓解医疗事故案件的危机，通过一定的法庭前程序为纠纷提供有效的法庭外解决机制是必要的，同时也能够限制医疗事故的法庭诉讼的数量。其目的在于稳定经济，保护病人享有负担得起的医疗服务的权利，同时给予医务人员合理的职业保护，并且减少没有根据的医疗事故诉讼以减轻法庭不必要的负担。 一般来说，在经过法庭前程序之后，如果还是达不成令医患双方满意的结果，案件还是可以在法庭上解决。

1. 美国的法庭前程序

总体上，美国各州法律都在某种程度上鼓励当事的医患双方协商和解。即使当事人选择通过法庭来解决纠纷，双方也被允许在法庭判决之前任何时候达成和解。如果选择通过谈判来达成和解，一般是请各自的律师出面谈判或者找律师做为调解人来调停仲裁。在任何医疗事故纠纷处理的过程中，行政机关一般都不参与调停仲裁。行政机关的不参与是和美国宪法中权力的分配原则相一致的，即政府行政机关没有权力直接参与法律上的纠纷，只有司法机关有权处理法律纠纷和断案。

本文作者在《美国处理医疗损伤责任纠纷的法律程序介绍》一文中详细介绍了美国在医疗事故纠纷诉讼中的法庭前程序的要求以及医学专家举证的必要性。美国各个州的法律对该程序有不同形式的规定。一些州规定在法庭正式接受审理医疗事故纠纷案件之前，该案件必须先经过一个特定法庭的审理。特定法庭的主要作用在于判断患者一方所提供的证据是否充足，能否在正式的法庭上进行审理。如果患者一方提供的证据不足，该特定法庭有权解除患者提起的诉讼。在特定法庭做出解除案件诉讼的判决之后，如果原告不服，需在规定期限内向民事法庭缴付起诉费，然后才可继续在民事法庭上提起诉讼。如果原告拒绝支付起诉费用，法庭则不会接受该案件的审理。另外一些州的法律给当事人较大的选择余地，让他们自己决定是否先采用法庭外解决的方式，如选择庭外仲裁。然而有一些州通过一段时间的应用及总结，认为法庭前的“筛选”程序并不能真正达到“过筛”的目的，所以在实行了一段时间之后废除了法庭前程序。

美国各州的法律虽然在法庭前程序的规定上有所不同，其操作的效果是迫使医患双方认真地考虑如何解决纠纷。很多医疗事故案件并没有足够的证据，患者只是想通过起诉医院或者医务人员得到某些经济实惠。而通过法庭前程序，大致可让双方对法庭的判决有比较现实的认识，促使绝大部分医疗事故纠纷在法庭外得到解决。

2. 中国的法庭前（外）程序

中国的《医疗事故处理条例》第四十六条规定“发生医疗事故的赔偿等民事责任争议，医患双方可以协商解决；不愿意协商或者协商不成的，当事人可以向卫生行政部门提出调解申请，也可以直接向人民法院提起民事诉讼”。可以看到，在发生医疗事故纠纷之后，当事人可以通过三种途径来解决纠纷：（1）双方自行协商和解，（2）通过卫生行政机关进行调解，或者（3）通过法庭判决解决纠纷。这三条途径之间没有直接的衔接与相互承认的关系，当事人双方可以任意选择其中任何一种或几种途径。

1987 年的《医疗事故处理办法》规定在法庭诉讼前，必须经过《办法》规定的医疗鉴定程序。与之相比，现行的《医疗事故处理条例》最大的变化之一是第四十六条给予患者在医疗事故纠纷发生之后可以不经过任何法庭前程序，直接向法庭起诉的权利。

3. 中美法庭前程序的比较

从内容上看，国内新颁布的《医疗事故处理条例》的大部分条款相当于为医患双方在法庭外解决纠纷提供了一个可选择的机制。其核心机制是由医学会管理的医学专家鉴定组，由从医学会的专家库中随机抽取的专家组成，作为独立的第三方，对医疗事故进行鉴别和判定，为处理医疗事故争议提供医学依据。鉴定的范围包括医疗行为是否违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规；医疗过失行为与人身损害后果之间是否存在因果关系；医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度；及医疗事故等级等[1]。如医患双方自愿在法庭外解决纠纷，《医疗事故处理条例》还提供了事故赔偿的依据，以及由卫生部门进行调解的规定[2]。与美国的相关法律比较，我们可以看到以下几个不同的地方：

i. 中美法庭前诉讼程序所处的体制不同。美国各个州的法庭前诉讼程序是全部法律诉讼程序中的一个环节，前后连贯一致，并且使用相同的诉讼程序和法律标准，因而能更合理有效地解决问题。如不能在这一环节解决纠纷，其结果与后一阶段的法庭诉讼紧密关联，并对判决结果有所限制（诉讼费或赔偿上限等）。这样的法律构架，使医患双方可以对法庭判决形成较现实的判断，从而促使绝大部分医疗事故纠纷在法庭前得以解决。

《医疗事故处理条例》是行政部门颁布的法规，与法庭诉讼程序明确分开。条例第四十条规定：“当事人既向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请，又向人民法院提起诉讼的，卫生行政部门不予受理；卫生行政部门已经受理的，应当终止处理。” 另外，条例对于医学专家鉴定组的鉴定结果是否被法庭接受没有影响。形成了条例与人民法院是两个独立的解决医疗事故纠纷的体制。对于患者一方考虑，由于条例中的医疗事故赔偿项目不包括医学专家组鉴定的费用，而且条例对支付赔偿缺乏强制措施，费时、费力、费钱，所以通过法庭解决纠纷是更好的选择。由此看来，《医疗事故处理条例》很难达到在法庭外解决医疗事故纠纷的目的。另外，国内很大一部分医疗纠纷的起因在于患者一方试图将违反医疗操作规程（违规）等同于医疗事故，以此为借口要求减免应支付的医疗费用或捞取经济利益。由于法院缺乏有效、合理地使用医学专业知识的法律标准与能力，而且与医务人员一方相比，患者在经济与医学专业知识等方面都是弱势一方，结果经常是患者一方很容易博得法庭的同情，达到其不合理的目的。因此，条例与法院是两个独立的、不发生联系的解决医疗事故纠纷体制的状况实际上为这类不合理的医疗纠纷创造了便利的条件。

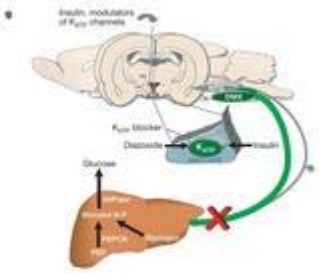
ii. 中美法庭前诉讼程序所要求检验的证据不同。医疗事故纠纷的关键是判定医务人员是否有医疗过失行为以及该过失行为与患者所声称的损伤之间是否存在因果关系。因此，所检验的证据对于这两个判定极为重要。在美国的法律体系中，赋予医患双方同等的权利收集和交叉检验所有相关的证据，共同交付给独立的第三方（陪审团）进行判定。而《医疗事故处理条例》只限定收集与被告为患者所提供的医疗服务相关的证据。且医学专家鉴定组的专家鉴定仅被要求“认真审查双方当事人提交的材料，听取双方当事人的陈述及答辩并进行核实”。

在实际操作过程中，由医疗专家在所提交材料之外进行调查取证可能是非常困难的。但这类的调查取证对于判定医疗事故又是必要的。如患者的损伤是由医疗服务之外的因素或接受其它不恰当的医疗服务而产生的。患者一方不向医学专家鉴定组提供这些材料，被告一方是很难取得的。专家有很大可能是在片面的材料上进行鉴定，结果肯定会产生偏差。从这一点来看，即使医院和医生有举证的责任，专家鉴定还是对被告医务人员一方很不利，同时也鼓励了患者一方隐藏相关的证据。

iii. 中美法庭前诉讼程序的功能不同。美国的法庭前诉讼程序只具有单一的解决医患纠纷的功能。《医疗事故处理条例》规定的医学专家鉴定组具有双重功能：既要解决医疗事故纠纷，又要同时执行医疗行业行政管理的职能。这两个功能在某些方面是相互矛盾的。我们将在文章的后一部分进一步讨论。

[1] 《医疗事故处理条例》第三章。
[2] 《医疗事故处理条例》第五章。

医学论坛



糖尿病 病人



强化降压和降脂治疗

ACCORD 的研究表明。糖尿病病人強化降壓和降脂治療對于降低心血管疾病的風險作用甚微，再次証明降低血壓不是總是有利的。見以下數據:

- 将目标血压值定为 120mmHg 而不是常规的 140mmHg 的标准血压值并未减少非致死性 MI，中风，或者是心血管疾病导致的的原发性治疗结果（年死亡率 1.87%比 2.09%，危险比 0.88，P=0.20，田纳西州孟菲斯 VA 医学中心的 William C.Cushman 报道）

- 同样的，在标准阿托伐他汀疗法中增加非诺贝特并没有减少主要心血管事件的发生。（年发病率 2.24%VS 2.41%，HR0.92,P=0.32）纽约哥伦比亚大学的 Henry C.Ginsberg 的研究报告）

向感兴趣的患者解释糖尿病被认为是心血管疾病的危险因素，这些研究包括了高风险中风和其他心血管事件(有其他危险因素或者已存在心血管疾病的)糖尿病患者这两项研究是 ACCORD 临床试验的部分结果，发布于全美高校心脏病会议中，并同时刊登于新英格兰医学杂志在线版。在这个报告结果宣布后，FDA 随即发布一项前所未有的措施，表示他们将会重新审查 Abbott 实验室的非诺贝特酸延迟释放配方。

此药物在 2008 通过，和他汀类药物联合使用以降低甘油三酯和低密度脂蛋白，提高高密度脂蛋白胆固醇。费城大学的担任美国心脏病学会共同主席的 Brian O'Murchu 评论这项新的血脂和血压研究结果，指出该研究显示了对于糖尿病患者的过度控制危险因素的负面效应。这项血糖强化治疗试验在 2008 年提前结束，因为以 6%糖化血红蛋白作为控制目标治疗组死亡率增加 22%，同标准的 7%的糖化血红蛋白组相比，心血管事件发生率也没有益处。

med page today 对 O'Murchu 采访中， 他回应对于糖尿病专家在对于早期的关于强化血糖强化治疗结果的质疑，过度的控制血糖可能并没有帮助反而会对某部分患者造成伤害。

降低血脂试验中，在非诺贝特中联合辛伐他汀后治疗后女性患者恶性心血管事件倾向于有显著性提高，相对于男性的 6.6%，女性高达 9.1%。这个教训就是对于 2 型糖尿病患者的高血糖，高血压和血脂障碍控制应该设定灵活目标，考虑到个体化因素的重要性。Peter M. Nilsson，在新英格兰医学杂志文章的评论中指出。然而,他指出某些高危组患者似乎受益。参与 GINSBER 脂类研究的患者，甘油三酯超过 204mg/dl 以及高密度脂蛋白胆固醇为 34mg/dl 或更少者使用非诺贝特疗法的主要恶心心血管事件发生率降低（12.4%VS17.3%）。

这项发现潜在的重要性在于，因为 ATPiii 指南定义高甘油三酯水平为 200mg/dl,及更高或者低于 40mg/dl 的高密度脂蛋白胆固醇。Nilsson 写到，贝特类药物的角色还未解决纠正糖尿病高危患者中的脂类紊乱的问题。

这个观点似乎反映了 Abbott 实验室的希望，雅培大张旗鼓地在 ACC 会议及其主办城市的楼宇张贴标语 和刊登广告，宣传 trilipix 缓释非诺贝特的成分。Omurchu 认为很可能只是一个过早的庆祝的例子。由于他汀类药物对于改善高密度脂蛋白或者甘油三酯没有太大效果，非诺贝特已经被广泛加入辅助他汀类用于治疗糖尿病患者的血脂紊乱。

Omurchu 对 medpage today 讲， 医生总想要觉得自己已经竭尽全力。但是，他认为，基于 ACCORD 数据，并不推荐常规使用非诺贝特，应该限制在伴有高密度脂蛋白和甘油三酯紊乱的高危患者中使用。.Ginsburg 同意他们的结果并不支持高密度脂蛋白胆固醇和甘油三酯在正常范围内的患者使用非诺贝特。值得注意的是 ACCORD 试验是入选标准对于糖尿病患者中的轻中度高血压和脂质紊乱的异质性有很好的代表。

这些数据适用于大部分的患者，他在采访中说到，在血脂控制的试验中，ACCORD 入选了 5518 个有心血管事件的高风险性的患者，他们患有临床或亚临床心血管疾病或至少有两个危险因素。黑人或者妇女患者低密度脂蛋白入选标准是在 60-180 mg/dL，高密度脂蛋白低于 50 或者 55 mg/dL 的，甘油三酯低于 750mg/dl（未接受其他治疗）或 400mg/dl。他们随机接受双盲非诺贝特治疗（根据肾功能情况，每天给予 54-160mg 治疗剂量）或者是安慰剂加上非盲使用辛法他汀(每天 20-40mg)治疗。随访超过平均 4.7 年。脂类和甘油三酯有预期的治疗反应，但是，除了主要试验结果是阴性之外，对于事先规定的次要终点也没有明显好处。

主要的恶性心血管事件加上血管再通和心衰的住院治疗。（P=0.30）
非致死性 MI (*P*=0.39)
所有中风 (*P*=0.80)
非致死性中风 (*P*=0.48)
总死亡率 (*P*=0.33)
心血管死亡率 (*P*=0.26)

ACCORD 的血压部分比较了将目标收缩压定位在低于 120mmHg 和一个低于 140mmHg，这项研究入选了 4733 个高风险心血管事件的糖尿病患者，他们都患有临床或亚临床心血管疾病或者至少有两个危险因素存在。
参加者在使用三种抗血压药物后， 血压需控制在 130 和 160mmHg 之间。使用 2 种药物的患者的血压需控制在 161-170mmHg， 只使用一种降压药的患者，收缩压需控制在 171-180 mmHg。两种药物联合疗法和

进一步强化治疗对于降低血压是有效的，可将收缩压降低至119.3 mmHg ，而使用标准疗法的血压为133.5mmHg。但是对于主要评价指标或者次要的结果没显著影响：
总死亡率 (*P*=0.55)
心血管死亡 (*P*=0.74)
非致死性 MI (*P*=0.25)
强化降压治疗的患者非致死性中风的发生率明显下降(0.30% versus 0.47% per year, HR 0.63, *P*=0.03)，总中风的发生率也明显降低(0.32% versus 0.53% per year, HR 0.59, *P*=0.01)。
Cushman 指出，然而，这抵消了副作用时间的高风险（3.3%对 1.3%，P<0.0001）。这个发现支持了 JNC7 对于糖尿病患者的血压管理的指南，该指南推荐的血压治疗指标是130mmhg。 （容榕医师编译）

饮食健康

多动症和饮食

患有注意力缺失过动症的孩子的家长们需要帮助他们的孩子控制行为以及确保孩子在学校好好表现。许多家长想要知道是否糖类，食品添加剂和防腐剂是导致注意力缺失过动症的重要诱因，他们还想知道食物选择或者饮食辅助药物是否能够帮助其孩子们免受药物之苦。

为了回答以上问题， 我们采访了 Sheah Rarback 医生， 她是迈阿密大学儿童发展中心营养科的主任。

问题：在过去，注意力缺失过动症的发病率一直在增加。这是因为环境，医学原因，还是家长老师们想给那些在学校里表现不好的学生找一个借口？

回答：注意力缺失过动症的病因是多方面的，很有可能是基因决定和环境因素诱导的结果。患有注意力缺失的孩子们同样会很难集中注意力，但他们并没有多动症。如果要准确诊断的话，我们必须要排除其他任何可以诱发注意力不集中或者多动的身体，医学或者环境的因素。例如，当怀孕的母亲吸烟或者饮酒，就极可能引发婴儿患有注意力缺失过动症。

问题：饮食会影响他们的行为吗?

回答：如果摄入很多糖类的话，孩子们会血糖很高。不过，一般饮食的糖量摄入并不足以导致多动症。因此家长们需要注意要让孩子们吃更多有营养的食物，而不是太多的甜食，这样才能够帮助孩子的成长。在美国农业部的网站上（mypyramid.gov), 你能找到一些关于孩子饮食的建议，每天的营养摄入表，以及如何让你的孩子吃更多的蔬菜而不是甜食的窍门。为了减少糖类的摄入量，努力让你的孩子吃更多的未加工过的食物，例如水果。

问题：零食对于注意力缺失和过动症的孩子们有影响吗？

回答：零食对于孩子们很重要，因为他们每隔几个小时就需要吃一些健康的食品补充能量。患有注意力缺失过动症的孩子们一般都特别活跃冲动。家长们最好给他们准备一些健康的零食，例如水果，蔬菜或者爆米花，而不要那些没有营养的加工过的零食。

问题：有没有证据表明饮食或者饮食辅助药物会帮助注意力缺失过动症的孩子控制他们的行为呢?

回答：关于这个问题有两种主流理论。很多研究关注鱼油对注意力缺失过动症的影响，但是证据也是很有限。一项研究结果表明增加鱼油的摄入提高了学龄儿童的学习效率。基于那项研究，另一研究结果表明鱼油似乎对调整家长面前的注意力缺失过动症儿童的行为有效，但是在学校没有明显的效果。第三个规模较小的研究表明如果摄入高剂量的鱼油可以有效地控制注意力缺失过动症儿童的行为。

美国心脏协会推荐每人每周要吃两餐鱼，这样可以有效地摄取鱼油，保护心脏。这对于所有儿童也都适用。尽管如此，我们还需要更多证据支持鱼油可以作为一项治疗注意力缺失过动症的手段。

另外一个相关领域是食物添加剂和防腐剂。在一项研究中表明，一些家长指出通过剔除其食物中的添加剂和防腐剂成分可以有效地改进学前儿童的行为。但是没有任何临床试验支持这一结论。另外一项对 100 名 3 岁和 8 到 9 岁儿童的大型研究发现吃含有食品防腐剂和颜色添加剂的儿童比其他不吃的儿童多动症更加明显。

一篇评论文章总结了食品防腐剂和添加剂与注意力缺失过动症的联系，指出患有注意力缺失过动症的儿童对于食品防腐剂和添加剂更加敏感，通过去除饮食中的防腐剂和添加剂成分可以有效地改进患病孩子的行为。

总而言之，去除饮食中的防腐剂和添加剂成分对于治疗注意力缺失过动症值得一试。欧盟环境委员会推荐任何含有染色剂的食品都应该标记上他们可能引发儿童的过敏反应和多动症。该委员会希望那些含有糖精和染色剂的食物应该禁止给婴儿和小孩吃。

问题：那么如果给注意力缺失过动症孩子吃不一样的食品，他们会不会认为自己和其他孩子不同？例如家长们禁止孩子吃自己心爱的富有营养的食品，而这样是否会在家里，学校以及在访问朋友的时候引发一些问题。

回答：家长需要有一流的眼力识别食品商标，挑选那些不含人工色素和添加剂的食品，最好能否买一些食品一家人可以一起吃，这样避免让注意力缺失过动症的孩子们感到特殊。一些商店例如 whole foods 保证他们的食品不含人工添加剂，不过其商品价格也会高一些。除此之外，家长也可以考虑不



买那些含有最多色素的食品，像蓝色和超甜的饮料，他们一点营养也没有。 **资料来源：WebMD， 本刊武世谨编译）**

健康指南

醫學 教 你 如何缓解 春季过敏

Joanna Broder， MD
WebMD Feature Reviewed by Brunilda Nazario, MD
梁婷婷 医生编译

春季，人们纷纷涌向户外，慢跑、闲逛，他们闻到鲜花味道，开始打喷嚏。这种情况经常发生。有春季过敏的人都有过这样的经历：鼻痒，流泪，耳鸣和鼻充血。即使在阳光明媚的春天，这些症状也使你的正常生活受到限制和束缚。

Rush 大学医学中心变态反应和免疫学教授 Giselle Mosnaim 医生说：“很多时候你晚上都休息不好，如果你晚上休息不好，第二天就会疲劳和过敏。”

过敏性鼻炎影响近 10%到 30%的成年人和多达 40%的儿童。花粉症是过敏性鼻炎的一种，患有此症的人对于不同季节播散在空气中的花粉特别敏感。如果你对花粉过敏，不要灰心。专家说你的过敏是可以治疗的。试试下面这些方法：

1. 通过花粉计量安排生活
在尝试药物治疗之前，不妨试着改变一下自己周围的环境来帮助缓解症状。例如，尝试在空气花粉含量降到最低的时候进行户外活动。Gainesville 的一位过敏专家 Nish 医生说：“这个时间根据你所敏感的花粉类型而有所不同”。因此你可以查看当地的天气预报，里面经常会有花粉含量的报道。

春天，树木一天都在授粉，所以春天对于过敏性鼻炎的人来说是很不幸的。来自夏季青草的花粉在午后和傍晚最严重。秋季，野草的花粉最常出现在上午稍晚些时候或下午稍早些时候。传粉的季节在气候温暖的时候会持续较长时间。

丹佛国立犹太医学研究中心变态反应与免疫学项目主任 Rohit Katial 医生建议：如果你不能在花粉传播的高峰时候避免户外活动，在你修剪草地或进行花园劳动的时候，可以尝试带上口罩。当你回到室内的时候，如果你感到有过敏症状，换掉你身上的衣服。

2. 过滤空气
为了使花粉远离你的生活空间，在家里和车上关闭好窗户。启动你的空调设备过滤空气。有屋顶风扇的人，在花粉传播的季节千万不要打开，因为风扇会将充满花粉的空气吸到室内。

3. 让你的宠物遵守规矩
让你的宠物成为一个室内宠物或室外宠物—任选一种。宠物每天进出经常会将花粉带进屋内。

4. 清洗你的鼻子
Katial 说：“用非处方鼻盐水清洗也许能够帮助你缓解过敏症状。鼻清洗能够洗去鼻中残留的东西而使鼻腔通畅”。

5. 尝试一种抗组胺药
如果改变你的生活方式仍不能缓解你的过敏症状，不妨考虑一下二代口服抗组胺药，例如克敏能或西替利嗪，这两种药均为非处方药。这些药通常每天服用一次，比第一代抗组胺药作用时间长，副作用少。Nish 医生说：“如果你自己并未感到症状有所缓解，那就是时候去看医生了。

过敏专家对于你的治疗选择，开据抗组胺药处方，都有丰富的经验”。你的医生会建议你使用鼻用抗组胺药（如氮卓斯汀和盐酸奥洛他定鼻喷剂），或一种抗白三烯的药物，这种药物的作用机理与抗组胺药或类固醇类药物有所不同。

目前，顺尔宁是被证明可以用于治疗过敏的唯一的抗白三烯药物。处方中的滴眼液（抗组胺/肥大细胞稳定剂）也是可以治疗由于过敏而引发的眼红、流泪。

一些人对于一种抗组胺药的反应好于另一种。而最重要的是找到一种能够缓解你的过敏症状而又不会是你嗜睡的抗组胺药物。

6. 治疗严重的鼻充血
对于主要症状是中重度鼻充血的患者，医生也许会开一种鼻内类固醇喷雾例如丙酸氟替卡松和内舒拿。鼻用类固醇主要帮助减轻鼻部炎症，降低鼻子对花粉的敏感性。

缓解充血药如伪麻黄碱或者去甲肾上腺素也能够帮助缓解鼻充血和窦性头痛。一些复方制剂，如非那定或克敏能，能够减轻如鼻痒和打喷嚏这些鼻充血和过敏症状。

不要在你的医生不知情的情况下服用药物，即使是非处方药物。一些药物对于患者是有风险的。例如，伪麻黄碱可使本身患有高血压的病人心脏病发作或中风的风险增加。

是时候该考虑脱敏注射了么？
如果你经常出现过敏症状，你也许想要进行脱敏注射。脱敏注射能够使一个人的免疫系统对于引发过敏症状的花粉脱敏。这种治疗要进行三到五年。在此期间患者接受注射的过敏原剂量逐渐增加。

Mosnaim 说：“免疫疗法能够改变你身体对青草和杂草的反应，因此即使在你完成治疗之后，你的过敏症状仍然可以获得长期的改善”。Nish 医生说，与脱敏注射相关的健康风险包括罕见的过敏反应。200，000 分之一的人有可能发生这一威胁生命的反应。

医学广角

静脉曲張很普遍
謹遵醫囑不可怕

麻州 沈萍醫師

注： ***静脉曲张是很常见的病理症状。据专家估计有 30%到 60%的成年人有静脉曲张或蜘蛛静脉。许多人常年受其侵扰，而更多患者却不自知。现请沈萍医师详解此病症的特征和治疗手段。***

I. 静脉曲张的诱发因素

（1） 遗传
（2） 与长时间站立有关。相关的职业如护士，教师，美容师，以及外科医生
（3） 过度肥胖
（4） 在妊娠期和更年期受到激素的影响。
（5） 避孕药的使用。
（6） 更年期的激素替代疗法。
（7） 有血栓病史。
（8） 腹部静脉压力增加如肿瘤的压迫，便闭合使用过紧的腰带。
（9） 其他有报道过的诱因可以是皮肤的损伤或挫伤，有静脉手术史或暴露于紫外线下。

II. 其他危险因素

静脉曲张发病率女性高于男性，并随着年龄的增加而递增。据研究有 30%到 60%的成年人有静脉曲张或蜘蛛静脉。

III. 症状

许多病人会感到像肌肉收缩一样的疼痛或不适。茶馆年间的症状是下肢无力，烧灼感，沉重感，跳动感，或刺痛感。这些症状通常可以通过抬高下肢或穿上有一定压力的弹力袜可以得到缓解。若女性处妊娠期或月经周期的某段时期，静脉曲张的症状有可能加重。部分病人有可能产生下肢浮肿，溃疡色素沉着或肤色变黑。常在髁关节处尤为明显。有时蜘蛛静脉和曲张静脉可以引起血栓性静脉炎，表现为浅静脉血栓伴有炎症性疼痛。

IV. 治疗措施：主要有七种治疗方法

（1） 最简单的方法是穿弹力袜。这是一种特殊的袜子，通过在踝关节处施加以最大的压力，并随下肢而上压力递减。原理就像放在深处的肌肉泵，帮助血液循环回流入心脏。通常有两种不同的压力选择，低压力为 15-20 毫米汞柱通常作为预防用，中度压力为 20-30 毫米汞柱，可为症状明显的患者使用。除了压力不同外，弹力袜有到膝盖以下，大腿中部或弹力裤，大部分病人选用膝盖以下就可以了，这种弹力袜在一些商店可以买到。
（2） 生活方式的改变如多运动，降低体重，及皮肤的保养有利于症状的改善。
（3） 硬化方法。这种疗法自 1930 年已开始使用，是一种将高浓度的盐或一种精致的洗洁液直接注射入曲张静脉，使其在 3-6 周内逐渐消失，这种疗法简单便宜，通常在门诊就可以实施。
（4） 激光疗法：是一种将一根细小的光纤插入静脉产生的激光使静脉塌陷，从而达到治疗效果。病人通常只需口服麻醉药，在门诊即可完成。
（5） 无线电频率疗法：是将小导管插入静脉，利用无线电波产生的能量使静脉发热，塌陷，从而闭合。此法在局麻下，门诊小手术即可完成。
（6） 手术疗法：包括一种为结扎和剥离（除去一小段曲张的静脉），另一种为静脉剥离法：此法是通过一些很小的切口除去一段曲张的静脉。术后通常不需要缝线就可以自动愈合。手术可在局麻或腰麻下进行。多数病人不需要住院，此方法多用于大面积的静脉曲张。
（7） 激光及强烈的冲激光。这种方法运用热能选择性的除去一些病变的静脉。好处是不用针头或硬化液，但会产生一些轻度的不适，副作用还包括皮肤变色或形成水泡。不是所有的患者都需要治疗，如果没有症状，不需要治疗，除非是为了美容。

药物信息

二型糖尿病的福音－－－Victorza

糖尿病是一种致死致残的首要病因，每年 1 百五十万人诊断为糖尿病。Victorza 是最近 FAD 批准的二型糖尿病新药，是一种一天一次的注射剂。 其作用机制为高血糖素类肽-1 受体的兴奋剂，可以帮助胰腺餐后产生更多的胰岛素，对于空腹血糖及餐后血糖均有良好的控制作用。该药为笔式注射器，易于病人使用，开始剂量为 6 毫克，逐渐加量。其降糖效果显著，有助减肥，降压，降脂，尤其是甘油三酯。在一项与 Byetta 的对比研究，26 周随访显示 Victoza 具有更为显著的降糖效果，加上每天一次注射的优点也比 Byetta 优越。那么，victorza 的主要副作用和注意事项是什么呢？在一个 3900 人临床试验，发现胰腺炎比其他的降糖药发病率要高，Byetta 也有同样的问题。如果服药过程中出现严重腹痛应停药，如果血化验证实胰腺炎则不应重新服用此药。其他的主要副作用为头痛，恶心及腹泻。至今没有发现此药增加心血管意外。另外需要指出的是，动物实验显示此药可以引起小鼠甲状腺的肿瘤，在人群的实验尚未完成，由于这一原因，次药不宜用于一线。目前而言，适应症为使用一线降糖药仍不能使血糖指数达标的病人，尤其是肥胖并同时患有高血压高血脂的病人。

（BIDMC 孔學君 医师）

专题讲座



孕前医检的重要性

孕前医检可以查出在孕期影响母亲和婴儿健康的因素，并且给医生足够时间来治疗你在怀孕前可能出现的问题。孕前医检是准备怀孕前的重要步骤，因为医生可以让未来妈妈们在生理上和心理上都做好准备，并且保证孕期健康。 孕前检查是一个和医生共同讨论的机会，所以如果你有任何问题，一定要向医生详细咨询。

那么孕前医检有哪些内容呢？在孕前医检中，医生会检查如下内容：

- 生殖健康史：医生会询问任何妊娠史，月经周期史，避孕药用药史，性传染疾病史，阴道感染史，以及子宫抹片检查史。
- 病历：医生会询问你的病历，包括现有疾病和过敏史。任何现有疾病，像糖尿病，高血压在孕前都需要进行严格监控。
- 手术史：任何手术，输血，住院史
- 服用药品：告诉医生曾服用及现在所服用的各种处方和非处方药。你可以与医生讨论是否改变所服用药品以减低孩子的出生缺陷。
- 家族疾病史：医生会询问你的家族是否有高血压，糖尿病，双胞胎，智力缺陷，失明，失聪，囊肿性纤维化，生育遗传缺陷，种族性疾病（例如泰-萨克斯病,，镰状细胞病, 地中海贫血症）。
- 工作生活环境：医生会和你讨论可能的环境危害，例如接触猫粪引起的弓形体病，x-射线，铅及有机溶剂等影响受孕及孕期健康的因素。
- 体重：医生会建议孕前达到理想体重。如果肥胖则建议减肥以降低孕期高血压的风险。如果体重不足则建议增肥以免婴儿出生体重过轻。
- 生活方式：医生会询问你和伴侣可能影响妊娠健康的生活方式，例如吸烟，饮酒，毒品等。如果你或你的伴侣进行以上任何一项活动，那么在孕前一定要终止以便有一个健康的宝宝。
- 运动：和医生讨论现进行的日常锻炼。一般来说日常锻炼在妊娠期可以保持，除非医生建议减少运动量或改变运动方式。
- 饮食：医生会询问你的饮食习惯，包括每天摄入的咖啡因含量。为了保证妊娠健康，必须平衡营养，充足摄入各种维生素及矿物质，多吃淀粉和纤维含量高的食物。每天至少饮用 4 杯奶制品及钙含量高的食物，每天至少摄入一种含维生素 C, 维生素 A, 叶酸的食物。
- 其他：
  - 身体检查：医生可能对你进行全身检查，包括心脏，肺部，胸部，甲状腺，腹部，生殖器官和子宫抹片。
  - 实验室检验：风疹，肝炎，艾滋病，梅毒，及其他检测。
  - 月经周期表：讨论如何画月经周期表以决定受孕时机。
  - 遗传咨询：帮助夫妇了解婴儿出生缺陷的可能性。一般面向高龄产妇（35 岁以上）和已有缺陷婴儿的夫妇，或者有家族遗传病史，出生缺陷史，或智力缺陷史的夫妇。
  - 如果没有接种风疹和天花疫苗，医生可能建议接种并推迟受孕至少一个月。

常见疑问解答：

- 咖啡因摄入量：准备怀孕时每日摄入咖啡因的量最好不要超过 300 毫克。各种饮品的咖啡因含量不同，一杯 8 盎司的咖啡平均含有 150 毫克，一杯红茶平均含有 80 毫克，一杯 12 盎司的苏打含有 30－60 毫克不等。注意，巧克力和部分药品里也含有咖啡因，一块巧克力中的咖啡因含量等同于四分之一杯咖啡。
- 孕前维他命：在准备受孕前，你应该每天摄入含有叶酸的维他命。研究证明叶酸可以降低婴儿神经管缺陷，例如脊柱裂－婴儿脑部及脊椎柱的严重异常。医学界普遍认为孕前及妊娠前期每天至少应摄入 400 毫克叶酸。孕前维他命无须处方，在常见的药剂房均可购买。（本刊编辑　陈娟）



环球医学



禮來(LILLY) 默沙東(MSD) 輝瑞(PFIZER)

三大藥廠 成立聯合研究機構

促進 亞洲地區肺癌及胃癌的研究和治療

三大藥廠於今天(2010年2月23日)宣佈成立亞洲癌症研究所(ACRG：Asian Cancer Research Group, Inc.,)。這個機構將是獨立的非營利性組織，目的是促進對亞洲地區多發性癌症的研究和最終改善對患者的治療。

這個機構的成立代表了一種增長中的前競爭聯合趨勢。這種機構能集中各個大公司的資源和特長，從而快速提昇有關疾病和治療的知識。ACRG將重點研究亞洲多發性癌症，促進藥物開發並與科學界共享其研究結果。默沙東副總裁Gary Gilliland說：“通過我們的工作和情報共享，ACRG希望增強研究者的實力和創新，從而改善對癌症病人的診斷和治療。”。

ACRG的研究首先將集中在肺癌及胃癌，這是兩種亞洲最普遍的癌症。大約40%亞洲肺癌患者有一種獨特的基因突變(EGFR突變)，而這種突變很少發生在西方的癌症患者身上(參考1)。這種基因突變導致不同的藥物治療反應。這說明在藥物開發過程中需要用不同的方法來評價藥物對不同人種的療效。

儘管胃癌在西方的發病率不高，而在亞洲的某些地區達到了流行病的人口比例。胃癌是世界第二大癌症死亡原因，每年導致多达六十三万患者死亡。這個數字高于整個美國的癌症死亡率(參考2)。

輝瑞癌症研究負責人Neil Gibson博士說：“癌症的分子基礎和發病率在亞洲和世界其它地區有顯著差異，環境和遺傳因素被認為是主要原因。儘管這幾年來對這些癌症的研究和治療有所進展，但是遠遠不能滿足客觀需求。癌症正在成為亞洲患者日益增長的健康負荷。”。

最近兩年，禮來(LILLY)，默沙東(MSD)和輝瑞(PFIZER)正在決定創建一個最全面的遺傳藥理的癌症數據庫。這個數據庫將收集2000肺癌及胃癌組織的樣本並對所有研究者公開，還將追加有關患者的臨床研究和分析資料。這些癌症基因的對比質料將有助于新療法的探索和開發。

亞洲癌症研究所今天正式成立了。目前的主要任務是與亞洲相關機構建立合作關係，收集樣品和分析數據。所有樣品和數據將按照GMP(good medical practices)及當地法律進行收集和共享。

禮來(LILLY) 公司在新加坡的研究中心將負責公開研究數據。三家公司將同時提供技術和專門知識資源。

禮來公司在中國的藥物開發負責人Kerry Blanchard博士說：“為了公眾的利益，ACRG將與大家共享情報。亞洲癌症研究所將幫助世界上的所有研究者去開發新的診斷和治療方法，從而改善對肺癌及胃癌(也許其它癌症)患者的治療效果。”（供稿：**张玉安** 博士）

附：禮來(LILLY)，默沙東(Merke or MSD) 和輝瑞(PFIZER)公司网址：

www.lilly.com

www.merck.com

www.pfizer.com

参考資料：

1. Herbst RS, et al. N Engl J Med. 2008; 359(13):1367-1380.
2. Parkin DM, et al. CA Cancer J Clin. 2005; 55(2):74-108.

咨询门诊

关于常见阴道炎 的问答

- 哈佛大学医学院以色列医学内科 丁倩玮 NP

细菌性阴道病的病因是什么？

细菌性阴道病是由于一种叫作阴道加特纳菌所引起的疾病，阴道加特纳菌和一些厌氧菌的混合感染是本病的主要原因。加特纳菌可通过性交传染，在性乱者中发病率较高。患本病的妇女，其丈夫 79%可在尿道中检出该菌。但也有报道在无症状的女孩中可检出该菌，说明该菌尚可通过非性接触方式传播。

症状是什么？

细菌性阴道病的症状除白带增多外，并没有特别的症状。有不洁性交史，出现白带的骤然增多，一定要找专科医师治疗。因为白带增多并不是本病的特有症状，如淋病、霉菌性阴道炎、滴虫性阴道炎都可以出现白带增多的临床症状。检查阴道分泌物有如下特点：

- (1)pH 值比正常高，达 5.0～5.5。
- (2)白带为灰色或灰绿色，呈稀薄均质状或稀糊状。
- (3)有烂鱼样恶臭。妇女月经后或性交后恶臭加重。
- (4)患者外阴有不适感，包括不同程度的外阴瘙痒。尚有不同程度的阴道灼热感，有的患者出现性交痛。极少数患者出现下腹疼痛、性交困难及排尿异常感。

本病常可合并其它阴道性传播疾病，故其临床表现可受到合并症的影响而有所不同。如当合并淋球菌感染时，阴道分泌物可表现为明显脓性状，并可出现尿痛、排尿困难等尿路刺激症状。合并滴虫感染时，可出现泡沫状阴道分泌物，且瘙痒加剧，呈奇痒。合并念珠菌感染时，阴道分泌物可呈现为凝乳状或豆腐渣样。

诊断细菌性阴道病需作哪些实验室检查？

实验室检查对本病的诊断是十分必要的。单有白带增多而没有实验室检查是不能诊断本病的。实验室检查包括涂片、胺试验、培养法、生化法、荧光抗体法等。涂片法和胺试验是简单易于操作的实验室方法，对诊断很有帮助。

- (1)涂片镜检　取分泌物作涂片可找到线索细胞（ClueCell）。线索细胞是表面附着有大量的加特纳细菌的上皮细胞，特点是上皮细胞表面有细小的颗粒，好像撒上了一层面粉。
- (2)胺试验　取一滴 10%氢氧化钾溶液加入阴道分泌物中，可闻到有"鱼腥"样氨释出，这是因为分泌物中胺量较高，遇碱后可放出氨味来。

西医怎样治疗细菌性阴道病？

加特纳菌是一种厌氧杆菌，治疗主要是用一些针对本病的抗生素。常用药物为：

Metronidazole- 灭滴灵为治疗加特纳菌、阴道滴虫病的首选药物。
用量用法
1.治滴虫病：成人每次服 500m g， 1 日 2 次，连服 7 天。为保证疗效，需男女同治。
2.治疗由厌氧菌引起的细菌性阴道病：一般口服 500m g，1 日 2 次，连服 7 天。也可阴道给药。

常见不良反应有食欲不振、恶心、呕吐，少数有腹泻。此外，可偶见头痛、失眠。少数病人有膀胱炎、排尿困难、肢体麻木及感觉异常，停药后可迅速恢复。哺乳期妇女及妊娠 3 月以内的妇女、中枢神经疾病和血液病禁用。

念珠菌阴道炎

念珠菌阴道炎的病因是什么？

念珠菌阴道炎是一种常见的阴道炎。发病率仅次于滴虫阴道炎。由念珠菌中的白色念珠菌感染所致。当阴道内糖原增多，酸度增高时，最适合于念珠菌繁殖引起炎症，故多见于孕妇、糖尿病患者及接受大量雌激素治疗者。有念珠菌感染的阴道 Ph 值通常在 4～5。若长期应用抗生素，改变了阴道内微生物之间的相互制约关系，亦易使念珠菌得以繁殖而引起感染。

症状是什么？

1、念珠菌感染最常见的症状是白带多。典型的白带呈白色稠厚豆渣样。
2、可有尿频、尿痛及性交痛。
3、外阴瘙痒、灼痛症状严重时坐卧不宁，痛苦异常。

另外，尚有 10%左右的妇女及 30%孕妇虽为霉菌携带者，却无任何临床表现。

诊断念珠菌阴道炎需作哪些实验室检查?

典型病例不难诊断。若在分泌物中找到白色念珠菌，即可确诊。
- 悬滴法在显微镜下找芽孢和假菌丝。

西医怎样治疗念珠菌阴道炎？

抗真菌药

- **Fluconazole** 氟康唑为治疗念珠菌阴道炎的首选药物。口服吸收良好，且不受食物、抗酸药、H2 受体阻滞药的影响。
  念珠菌外阴阴道炎：单剂量，150mg x 1 次。常见不良反应为消化道反应，表现为恶心、呕吐、腹痛或腹泻等。偶可出现肝毒性症状。急慢性肝炎禁用，孕妇应禁用。

- **Miconazole**(达克宁/硝酸咪康唑）栓剂，每晚 1 粒塞入阴道，连用 7 日

治疗期间应禁止性生活。消除诱因若有糖尿病，给予积极治疗；及时停用抗生素、雌激素。除了治疗之外，必须加强预防。例如：不要穿太紧的衣裤、勤换内裤，用过的内裤、盆及毛巾均应用开水烫洗。

本期特讯

2010 年泌尿生殖系统癌症研讨会内科相关报告摘要

哈佛大学医学院以色列医院肿瘤科 刘蕴怡医师

今年的泌尿生殖系統癌癥研討會于 3 月 5 日至 7 日在舊金山召開。研討會由美國臨床腫瘤協會（ASCO），美國放射腫瘤協會（ASTRO）以及泌尿系統腫瘤協會（SUO）聯合舉辦，匯集了不同專業的專科醫生討論泌尿生殖系統癌癥的診斷和治療。基于泌尿生殖系統癌癥治療所牽涉的專科的多樣性，本簡訊着重概要介紹同內科醫生以及基本保健醫生相關的重要報告。

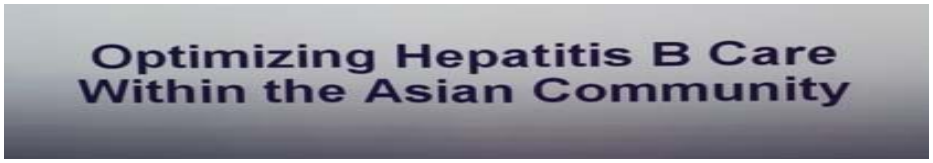
有關前列腺癌癥的診斷，兩場有關尿液生物標記，跨膜絲氨酸蛋白酶 2：Ets 轉錄調控因子相關基因（TMPRSS2:ERG）的口述報告值得關注。TMPRESS:ERG 是雄性激素反應性基因（TMPRSS2）同 Ets 轉錄因子家族成員相關基因（ERG）的基因融合表達。它被認定爲在前列腺癌癥發展過程中的一種普遍的分子事件。有報告稱 54%的前列腺癌癥中表現了 TMPRSS2:ERG 基因融合 [1]。在上述兩場口述報告中，肛門指診診後尿液樣本被用以檢測基因融合的生物標記物。來自康涅狄格（Connecticut）州帝雅諾系統公司（DIANON Systems）的詹姆斯•安伯森（James B. Amberson）博士報告了他的研究小組的成果，這一新型的尿樣檢測手段比采用前列腺特异抗原（PSA）能够更準確地預測前列腺穿刺活檢呈陽性的病例 [2]。其特异性達到 89%，而敏感性僅爲 39%。將此尿樣測試同其它臨床預測手段相結合可以更進一步提高診斷的準確性。在另一場口述報告中，來自安娜堡（Ann Arbor）密西根大學的約翰•魏（John Wei）博士的研究指出，尿樣測試中的 TMPRESS:ERG 指數同前列腺切除中的格裏森分數（Gleason score）、腫塊體積以及癌癥的愛潑斯坦判據（Epstein criteria）密切相關 [3]。與 PSA 不同，TMPRESS:ERG 指數同前列腺的重量無關。將兩者結合在一起，TMPRESS:ERG 尿樣測試可以最終作爲 PSA 的輔助手段用以在基本保健醫療中篩查前列腺癌癥，同時能够幫助病人避免不必要的活體穿刺檢樣。需要開展進一步的研究以確定這種尿樣檢測手段是否比現有手段能够更有效地預測侵襲性腫瘤。這種尿樣檢測手段尚未得到商業廣泛應用。

在有關腎細胞癌的特邀專題報告中，來自紐約紀念斯隆－凱特林癌癥中心（Memorial Sloan－Kettering Cancer Center）的保爾•盧梭（Paul Russo）博士針對無癥狀小腎癌患者進行部分切除手術以及根治性腎切除術的治療進行對比 [4]。兩種手術手段從腫瘤治療的角度都産生了良好的效果，但是根治性腎切除術更易于導致慢性腎衰竭以及心血管疾病。盡管美國泌尿外科學會（AUA）大力支持對無癥狀小腎癌實施部分腎切除手術，然而對于小于 4 厘米的腎臟腫瘤，超過 80%的手術仍然進行了根除性腎切除。該報告建議，基本保健醫生應該關注根治性腎切除病人的長期心血管疾病管控。同時，基本保健醫生應該承擔重要角色：聯系泌尿科醫生進行意見交流；在泌尿科專業醫生提供部分切除和根治性切除兩種手術選擇的情况下，向病人提供專業意見。

在有關轉移性腎細胞癌癥的會議中，來自克裏夫蘭臨床中心的布萊恩•利尼（Brian Rini）醫生報告了他的研究小組的發現：高血壓腎細胞癌癥病人使用舒尼替尼（Sunitnib）具有更好的臨床治療效果 [5]。換而言之，高血壓在評估Sunitnib的藥物反應時具有參考價值。最高收縮壓高于 140 的病人的總存活時間爲 30.5 個月，相較于最高收縮壓低于 140 的病人存活時間 7.8 個月。此外，對高血壓進行藥物控制以及減低Sunitnib的藥物劑量對病人的總存活時間没有影響。因此，病人的基本保健醫生和腫瘤專科醫生應該把對高血壓控制和恢復病人信心作爲共同的目標。（張震宇博士譯）資料來源：北美醫學與科學North American Journal of Medicine & Science NAJMS 2010;3(2) www.najms.net







本刊承办医生继续教育讲座 （CME）

如何在亚裔社区最大限度的诊治乙肝

2010 年 4 月 9 日，“北美医学与科学”副主编，杂志社加州分社社长，加州大学 Irvine 分院肝病科主任，内科副教授胡克勤医师，从加州来到杂志社总部波士顿，在位于查尔斯河畔的聚福轩餐厅会议室为当地 30 余名临床医生及医学科学家结合自己的临床经验及科研成果，讲授了题为“如何在亚洲社区最大限度的诊治乙型肝炎”的学术报告。他的讲演深入浅出，从亚裔人群乙肝发病情况，到早期诊断，早期治疗的具体措施及对于预防肝癌的重大意义。 胡医生临床经验丰富，科研成果丰硕，堪称乙肝方面专家。他的报告生动而精辟，获得了与会医生的高度评价及涌耀提问，报告会及会后讨论持续 2 小时之久，与会医生纷纷表示收益匪浅，强烈要求胡医生在不久的将来再访波士顿，就乙型肝炎的最新抗病毒治疗方案做一个更为详尽系统的介绍。北美医学与科学杂志的主编，哈佛大学以色列医院内科孔学君医师主持了会议，北美医学杂志社十几名编辑也应邀参加了盛会，他们包括北美医学与科学杂志的另外两名副主编，哈佛大学流行病专家宋一青教授及麻州大学肿瘤研究专家陈建行教授；杂志社编委资深顾问，麻省总院研究员刘京医师；编委会专栏编辑，哈佛大学退伍军人医院病理学家黄勤教授；杂志社编委，麻省总院麻醉科疼痛专家陈露西医师，哈佛大学以色列医院内科的 Grace Perez－Lirio 医师，及消化科关荣基教授，内科刘敏平医师，高级护师丁倩玮 （NP），Pamela Fox（NP），在麻省总院进修的西南交大药学专家谭睿教授等；北美医学与健康杂志编辑容榕医师，陈娟，马建涛医师，张震宇博士，武世谨等。会议期间孔学君医师报告了本杂志社中英双刊的进展及今后规划，编委们纷纷表示将继续为中英双刊同心协力，竭诚奉献，并提出诸多宝贵的建议。 （本刊供稿）



戰勝肝癌運動

這項運動的目的是動員肝炎病患及一般社區大眾向他們的國會議員以書信及電郵方式，要求增加對美國疾病控制及預防中心及國家健康研究院在乙肝的研究及應用方面的經費。Baruch S. Blumberg，医学博士，1976年由于发现乙肝病毒及发明乙肝疫苗而荣获诺贝尔奖，他呼吁大家支持这一运动。他指出，多年来，国会对于乙肝的基金不足。

與其他*CDC*計劃的比較：

愛滋病：六億九千兩百萬（2009會計年度）

性病:一億五千二百卅萬(2009會計年度)

肺結核:一億四千三百八十萬(2009會計年度)

肝炎:一千八百卅萬(2009會計年度)

表達您的意見，請利用以下網站送一份電郵給您的國會議員 www.Livercancerfree.org

使用簡便：只要輸入您的地址及郵政區號，要求您的親友都加入這項活動。

肝炎及肝癌：一項預防及控制乙肝及丙肝的國家策略！

美国有五百三十万或百分之二的全国人口患有慢性乙肝或丙肝。但是由于乙肝或丙肝多没有症状，大部分患者很多年都不知道自己的病况，直到几年后发展成肝癌或肝病。

医药学院的一项研究显示这些病症没有被认为是严重的公共健康问题，其结果肝炎的预防，控制及追踪一直没有得到应有的支持。为了改正这种缺失，医药学院建议增加医生，社工，及大众对于慢性肝炎的知识及了解。加强对于乙肝丙肝的追踪，改进对肝炎病人的整体服务。

供稿：马里兰州李家裘医师



英文杂志名誉主编，美国科学院院士

Dr. Alexander Leaf

美国科学院院士，著名内科学及预防医学专家，哈佛大学麻省总院内科教授 Alexander Leaf 于今年 3 月 27 日接受本刊邀请正式参加英文杂志“北美医学与科学”编委会任名誉主编 。 Alexander Leaf 教授德高望重，在医学界享有盛名。他多年来一直在哈佛大学麻省总院从事临床，科研，教学工作，曾担任内科主任多年，他有四名学生为诺贝尔奖获得者。他率先证明鱼油 Omega-3 对于心肌梗塞的预防作用，创立了麻省总院首曲一指的脂肪酸代谢研究室，共发表学术论文 300 余篇，包括了发表在“科学”“自然”及“新英伦医学杂志”等著名杂志，并荣获多项科技成果奖，包括 1995 年的 George M. Kober medal 奖及 1997 A.N. Richards 奖等。Leaf 教授应邀赴世界各地讲学，他多次到中国讲学除了北京上海等大城市，他还去过新疆，西藏等地。他对中国有着深厚的感情，对中国的文化及语言都有浓厚的兴趣，他现在除了坚持每天在麻省总院上班，指导临床科研工作外，还一直在学习中文。他除了担任本刊名誉主编，书写编评，还荣任美中医学交流学会顾问委员，并将出席 6 月 12 日交流学会组织的促进亚洲健康盛会并演讲。



上图：本刊主编孔学君医师与 Dr.Leaf 合影

下图：杂志社及学会骨干与 Dr.Leaf 及夫人合影

后排左起：刘昭医师，周宁主任，刘蕴怡医师，武世谨，刘京医师



本刊资深市场管理顾问，麻州大学市场管理学刘瑞明教授

刘教授组织麻州大学及 Bentley 学院 MBA 学生小组在 Bentley 学院网站设立对于本刊读者的市场调查问卷。他在问卷的前言中写道：

亲爱的朋友，

健康是我们每一个人都关注的问题。您奋斗到今天，这一步来之不易。现在是为您自己和家人考虑的时候了。 有关健康和医学方面的资料大多是用英文写的，而那些英文的医学术语经常使我们束手无策。对于有些我们华人特有的健康和医学问题，更是无从查找。为此，我们一组在北美的华人医学专家出版了健康和医学方面的中文杂志。现在有在线阅读版本和印刷实体版本。

为了更好的满足您的需要，我们想听取您的意见。请您回答如下问卷 （如果你从来没有读过我们的杂志，请点击 http://acmec.info，（新网址www.najmh.org） 读完后请回答如下问题）。您的回答是绝对匿名的，请如实反映您的想法。

*特别声明：中文杂志网站改址：www.najmh.org

MT 律师事务所专长移民法，房地产，商法和遗产计划（包括遗嘱和基金的设置等）。

免费电话: 800-345-1899　　传真: 888-345-1388

Website: www.martintianlaw.com

办公室: Burlington, Boston, Newton, Newport News, Virginia Beach

Mr. Terrence **"Terry"** K Martin, 主任律师, 有近 40 年的房地产,商法,诉讼,遗产法的法律经验. Terry 有 Virginia 的执照.

Ms. Shengxi **"Tina"** Tian. 田律师有 Virginia, Massachusetts 和 Washington DC 的职业律师执照. 专长商法,房地产和移民法.

Mr. Joseph **"Joe"** Fallon (顾问律师), 移民局退休律师, 曾在移民局的纽约市分部从事法律工作 11 年, 处理了上千起移民诉讼案件. Joe 有 Massachusetts, New York, Texas, Pennsylvania, New Hampshire , Alaska 和 Connecticut 的律师从业执照.

Mr. **Warren** Hurwitz (顾问律师), 有超过 25 年的房地产和遗嘱计划的法律经验. Warren 是 Massachusetts 的执业律师.

(注: **移民法是联邦法,我们可以代理全美各州以及国际的移民客户.)**
注: 房地产法,商法和遗产计划主要是州法. 本律师事务所目前只处理 Massachusetts 和 Virginia 两个州的房地产法,商法和遗产计划的相关法律业务)

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