第十三期 二零一零年 六月
Vol.13 June, 2010

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫学新闻 Medical News
美国儿童学会防止儿童溺水最新条例
绝经期妇女激素替代疗法的最新进展
世界在与儿童死亡率的抗争中取得进步
性早熟儿童花销巨大

醫學進展 Medical Advances
孕妇 H1N1 流感的抗病毒治疗－－－18 例成功病例

醫生日志 Physician Diary
自杀意念缘何起，体味幻觉或为凶

名院風采 The Famous Hospital
布莱根妇女医院 （BWH）

醫學人物 The Physician of the Month
疼痛專家陳露西醫師

醫療體系 Health Care System
美国医学会(AMA)支持奥巴马医改，但会员意见不一

醫學教育 Medical Education
美国国家卫生研究院（NIH）强化利益冲突原则

法律顧問 Legal Issues
中美处理医疗事故相关法律的比较研究(二)

咨詢門診 Consultation Clinic
40 岁男女性功能障碍面面观

藥物信息 Drug Information
Gabapentin 可缓解不宁腿综合征疼痛

醫學論壇 Medical Forum
自闭症与疫苗有关吗?

飲食健康 Diet and Health
含糖飲料可以導致高血壓
高血壓與 DASH 食譜

健康指南 Health Guidance
谈谈痤疮

環球醫學 Global Medicine
试论墨西哥湾油井泄漏对人类健康的威胁

專題講座 Special Topic
失眠真痛苦，治疗有良方

本期特訊 This Month Special
齐心协力，提高亚裔健康水平
群英会集波城，聚焦美国亚裔健康
－－－美中医学交流学会亚裔健康推广盛会纪实

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

英文专业刊　北美医学与科学

North American Journal of Medicine & Science

第八期将出版，责任主编：陈小槐教授，陈建行教授

“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，第八期将已于2010年7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

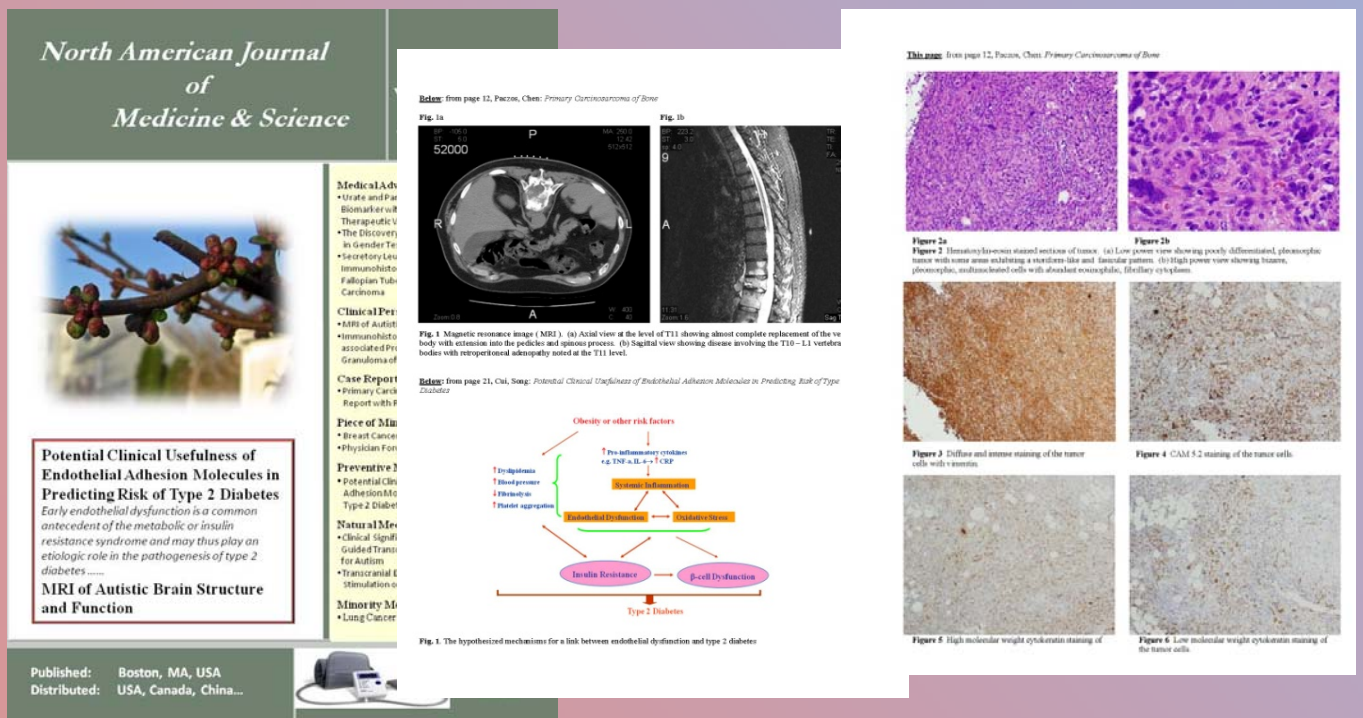
“北美医学与科学”的主要栏目包括：

- 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
- Healthcare Disparity（少数人种健康）： 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

其它栏目：医学教育，医生心得，医学论坛，社区新闻等

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 editor@najms.net 或访问本刊网站　www.najms.net　下期预告：肝炎专刊， 责任主编：胡克勤教授





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2008年六月建刊以来， “北美医学与健康”第十三期又与大家见面了！ 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.najmh.org ，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　2010 年6月　　主编　孔学君， MD

责任主编：王晓春 PhD
本期责任编辑： 宋一青，MD， ScD；张震宇，PhD，**陈娟**，MS，**顾烨**，PhD，**武世谨**，MS，丁倩玮 NP，**马建韬** MD，**容榕**，MD；**周立斌**，DMD，**肖泽宇**，MD，**陈慧敏**，MD，**刘京京**，MD， PhD； **排版插图**，**校对制作**：**王晓春**，PhD；**网站**：高博，MS，**万建波**, PhD； **市场顾问**：**刘瑞明** **教授**



网址：www.najmh.org 联系：info@acmes.net 电话：781-325-6805 传真：781-402-0284 地址：15 New England Executive Park, Burlington, MA 01803
*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6月 第13期 总第13期

目 錄

醫學新聞 Medical News

美国儿童学会防止儿童溺水最新条例 1
绝经期妇女激素替代疗法的最新进展 1
世界在与儿童死亡率的抗争中取得进步 2
性早熟儿童花销巨大 2

醫學進展 Medical Advances

孕妇 H1N1 流感的抗病毒治疗－－－18 例成功病例 3

醫生日志 Physician Diary

自杀意念缘何起，体味幻觉或是凶 4

名院風采 Famous Hospital

布莱根妇女医院 5

醫學人物 Physician of the Month

疼痛專家陳露西醫師 6

醫療體系 Health Care System

美国医学会(AMA)支持奥巴马医改，但会员意见不一 7

醫學教育 Medical Education

美国国家卫生研究院（NIH）强化利益冲突原则 8

法律顧問 Legal Issues

中美处理医疗事故相关法律的比较研究（二） 9

咨詢門診 Consultation Clinic

40 岁男女性功能障碍面面观 12

藥物信息 DrugInformation

Gabapentin 可缓解不宁腿综合征疼痛 13

醫學論壇 Medical Forum

自闭症与疫苗有关吗? 14

飲食健康 Diet and Health

含糖飲料可以導致高血壓 15
高血壓與 DASH 食譜 15

健康指南 Health Guidance

谈谈痤疮 16

環球醫學 Global Medicine

试论墨西哥湾油井泄漏对人类健康的威胁 17

專題講座 SpecialTopic

失眠真痛苦，治疗有良方 18

本期特訊 This Month Special

齐心协力，提高亚裔健康水平 19
群英会集波城，聚焦美国亚裔健康 20
美中医学交流学会亚裔健康推广盛会纪实 20

医学新闻

美國兒童學會防止儿童溺水最新条例

- 美国儿童学会提出最新关于防止儿童溺水的指导方针
- 医生应对准备购买充气式和便携式泳池的父母解释其风险

夏天已经正式到来了，很多家庭都会进行水上活动，为了保证儿童安全，美国儿科学会最近颁发了关于水上安全及防止儿童溺水的条例。

最新一期五月二十四日出版的《小儿医学》杂志发表了这篇新的水上活动安全措施报道，该文颁布了美国儿科学会提出的最新关于防止儿童溺水的指导方针。

儿科医学委员会指出一系列的安全措施，包括儿童泳池的检修，进行游泳课训练，安装防止儿童被水下管道夹住的装置。除此之外，该报道还包括了一个详细的提供水上安全背景信息的技术报告。



本文作者 Jeffrey Weiss 医生及其他美国儿科医学会的医生指出：“由于世界卫生组织对溺水，下水管道夹带，头发缠连受伤，便携式泳池的安全隐患，以及游泳课训练等提供了新的研究结果，美国儿科医学会因此决定修订水上活动安全政策。”

自 1985 年以来，儿童溺水死亡率由每 100,000 中有 2.68 人锐减至 1995 年的每 100,000 中有 1.96 人。但是目前溺水仍然是造成美国 1 至 19 岁儿童死亡的第二大杀手。2006 年溺水死亡的儿童和青少年共计 1077 人，死亡率为每 100,000 中有 1.32 人。

新的政策采用了世界卫生组织对于溺水的定义：“由于浸入液体中导致的呼吸不畅”，并且更改了溺水的结果定义“死亡”，“发病”，“正常”。“新的溺水定义和结果分类和其他医学损伤相符合，能更好的帮助监督溺水以及收集溺水资料。”该报告的作者如是说。

该报告研究了全美儿童溺水资料，发现 32%事故发生在人造泳池。作者们建议人造泳池必须修建栏杆围住，对越来越流行的充气式大泳池应该像地下泳池一样小心。2004 年到 2006 年的消费者产品安全报道显示，47 个儿童由于充气式泳池而死亡。作者在报道中写道，“不幸的是，许多父母没有意识到充气和便携式泳池也需要安装栏杆，而且这些泳池在法律上也没有要求设置栏杆。由于这些泳池含有大量的水，它们经常处于水满的状态，因此对儿童来说很危险。另外有些款式的泳池一侧很软，小孩容易翻滚进去而头朝地掉进游泳池。”

这些新政策也号召游泳池所有者和使用者安装专门的下水道盖，安全真空释放系统，多出口过滤水泵等其他装置来防止儿童的身体或头发被有游泳池下水道卡住。1990 至 2004 年间，泳池及水浴溺水案例共有 25 起，其中身体卡住而死亡有 13 例，头发卡住（大多数为女孩）而死亡有 12 例。

为了保证儿童游泳安全及自救，美国儿科医学会扩大了儿童上游泳课的年龄。最近有证据表明，儿童越早学游泳越好，因此，儿童医学会将减少 1－4 岁儿童学习游泳的限制。但是，这并不代表儿童医学会鼓励 1－4 岁儿童游泳。另外，12 个月以下婴儿也不建议进行游泳训练。该报道写道，“最近几年来，婴儿的水中求生技能训练在美国及国际上都很流行，网上有很多婴儿在水里游泳，漂浮在水上，和大声哭喊的视频。尽管有传言说婴儿可以在水里自救，但是没有任何科学研究表明游泳训练对于 12 月以下的婴儿有用。”

[资料来源] 美国《小儿医学》杂志，2010 年 5 月；作者：Chris Emery；审稿人：Zalman S. Agus, MD; Emeritus Professor, University of Pennsylvania School of Medicine ; Dorothy Caputo, MA, RN, BC-ADM, CDE, Nurse Planner

[编译] 陈娟

绝经期妇女激素替代疗法的最新进展

关于绝经期妇女是否给与激素替代疗法（HRT）在医学界一直争论不休，没有统一的临床原则。近年来医生一般不再向病人推荐激素替代治疗，是基于妇女健康项目（Woman Health Initiative）的研究结果，该研究表明激素替代疗法增加心脏病，中风，及乳腺癌的发病率。最近期的另一项研究对于激素替代疗法提供了新的依据，研究表明 50-59 岁年龄组与 60 岁以上年龄组对于激素替代疗法的反应明显不同，而且绝经的时间长短对于激素替代疗法的反应也有明显差异。此研究分析了以往的妇女健康项目的资料并指出其研究对象主要是 60 岁以上绝经妇女，而 50-55 岁的妇女仅占 3.4%，显然使其结论存在很大偏差。本项研究集中了 25 个专家的文献检索资料，指出在绝经期 10 年内使用激素替代疗法的妇女比起对照组总死亡率下降 30-40%。对于 50-59 岁年龄组，激素替代疗法不仅使更年期症状明显减轻，而且使冠心病发病下降 37%，而 60-69 岁年龄组

的冠心病发病率则仅下降 6%，70-79 岁年龄组的冠心病发病率不仅不下降反而增加 13%。但是中风及乳癌的发病率仍示增加，似与年龄无关。但本研究指出，激素替代疗法对于乳癌并非致癌作用，而是促使已形成的乳腺癌达到可检测的状态。此项研究为激素替代疗法提供了新的依据，主要应针对 50-59 岁或绝经 10 年内的妇女，其获益似乎远大于其风险。

[参考资料] Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2010;95:57.
[编译] 孔学君 医师

世界在与兒童死亡率的抗争中取得进步

在世界范围内，5 岁以下儿童死亡总人数在今年将首次降到八百万人以下。但是一些研究表明，美国儿童死亡率下降的速率确不及一些发展中国家。根据任职于西雅图华盛顿大学健康指标和评估研究所的克里斯托弗.默里教授发表于柳叶刀杂志的文章，在 1990 年，5 岁以下儿童死亡总人数为一千一百九十万，然而该数字在 2010 年将会降到七百七十万。

在美国，每千个孩子的死亡平均数为 6.7 人，这个数字落后于几乎所有的欧洲国家。美国儿童死亡率已经从 1990 年的第 30 位落到了目前的第 42 位。美国其实一致在改善儿童的死亡率，但是下降的速度却仍低于大多数发达国家，几乎与哈萨克斯坦、塞拉利昂、安哥拉在同一水平。

在其他的西方国家中，英国预计的死亡率最高，为每千人 5.3 个孩子。新西兰和韩国也预计将高于每千人 5 个孩子的死亡率。默里教授的研究指出在这四个富裕国家中出现的儿童死亡率下降缓慢的现象值得仔细研究，以便找出对于该现象进行有效干预的决定因素。

在一次访谈中，默里教授指出该现象告诉我们整体护理的重要性。我们因该注意生前、生产、新生儿护理和儿童健康管理的各个方面。默里还指出在美国，这种现象至少部分是由于无法接受到健康护理和护理质量存在缺陷相关。

在世界范围内，儿童死亡率下降的年平均速率为百分之 2.1。这个数字仍然低于千禧年发展目标 4 中提高的百分之 4.4 的目标。这个目标是为了 2015 能达到儿童死亡率与 1990 年相比下降三分之二而设定的。

以前的评估表明估计只有四分之一的国家有可能达成这个目标。而默里的报告指出目前有百分之 29 的国家可能会达到这个指标。这个报告指出：“迅速降低儿童死亡率应该得到全世界的高度重视。应该用形成常规的，并且严格细致的，有可比性的新方法进行观察，以保证达到这个目标。并且，更为重要的是，全世界都能达标”。

这个研究使用了有 16,174 次测量的数据库。这些数据是通过重要的采集系统得来的关于 5 岁以下儿童死亡率的信息，包括了 187 个国家的调查和普查中出生情况的摘要和完整数据。

在 2010 年预期的七百七十万例死亡中，三百一十万可能在新生儿时期（出生至生后第 27 天）发生，两百三十万例可能在后新生儿时期（生后第 28 天至生后一年）发生，另外两百三十万则可能发生在儿童时期（1 至 4 岁）。

整体上看，三分之一估计发生在南亚地区，另外将近一半发生在非洲的下撒哈拉地区。少于百分之一的死亡发生于高收入国家。有 38 个国家的超过了每千个活产中 80 个死亡的死亡率，其中 34 个国家位于下撒哈拉地区。（马建韬医师摘译）

在世界范围的所有 21 个地区中，儿童死亡率整体上在下降。与 1990 年相比较，下撒哈拉地区的下降速度在增加。该地区死亡率下降速率超过百分之一的国家有：安哥拉、博茨瓦纳、喀麦隆、刚果、民主刚果、肯尼亚、莱索托、利比里亚、卢旺达、塞内加尔、塞拉利昂、斯威士兰和冈比亚。

虽然原因并未十分清楚，但是默里教授给出的解释为：“提高了健康干预的覆盖面，例如免疫接种。提高了杀虫剂处理帐篷的使用，加强了对于对母婴艾滋病传播的防控，以及抗轮状病毒药物的推广使用也促进了死亡率的下降。然而目前并没有直接相关的证据”。

[参考文献] MedPage Today May 23, 2010
[编译] 马建韬 医师

性早熟 兒童花銷巨大

当今性早熟儿童急剧增加，困扰着成千上万的美国家庭。性早熟是指的女孩 8 岁以内男孩 9 岁以内儿童开始呈现第二性征，提前步入青春期发育。性早熟的原因主要是由于垂体的促性腺激素提早过多分泌造成。性早熟的危险因素包括大脑受伤，低出生体重，脑积水，脑肿瘤。这些性早熟的儿童其患内分泌，营养，代谢，及免疫疾患的发病率高达 20%，而对照组为 3%；其精神疾患发病率为 20%，而对照组仅为 5%；其中枢神经疾患发病率是 15%，而对照组为 2%；其肌肉及结缔组织疾患发病率为 17%，对照组则 5%。由于这些合并症的发生明显高于正常对照，性早熟的儿童医疗费用耗资巨大。据最近的统计，性早熟儿童医疗费用年花销达 21715 美元，而正常对照组的花销是 923 美元。显而易见，性早熟对于社会及患儿家庭都是很大的经济负担。本文呼吁全社会关注，认识到问题严重性，以求早期预防及早期干预。

[参考资料] ENDO 2010，Poster 3-722, the Endocrine Society
[编译] 王晓春 博士

医学进展

孕婦 H1N1 流感 的抗病毒治疗 – 18 例成功病例

文章概要

- *本病例分析证实了此前相关报告中孕期妇女 H1N1 流感相关并发症存在更高风险的论述。*
- *明确此病例分析中的妇女全部接受了即时的抗病毒治疗，无一人死亡。*

受 2009 年甲型 H1N1 流感感染而入院治疗的孕期妇女中存在严重并发症的风险，其中包括胎儿死亡，一项少例数病例分析再次确认了此论断。

在本文报道的 18 名妇女中，有两例在 23 周妊娠前发生自然流产。资料来源于安德鲁-米勒（Andrew Miller）医学博士及其同事，纽约州立大学下州医学中心和位于纽约布鲁克林的国王郡医院中心。另五位妇女分娩了胎儿，其中四例属于早产，胎儿全部存活，相关报告发表在 5 月 24 日的内科医学进展（Archives of Internal Medicine）中。

同此前有关甲型 H1N1 流感感染孕妇的报告不同，18 位母亲无一死亡，她们全部在入院当日开始接受抗病毒治疗。“在之前的病例中，延误抗病毒治疗有可能提升了孕产妇的死亡率”，米勒（Andrew Miller）和他的同事认为，“如果存在受 H1N1 感染高度可疑的迹象，凭借经验判断，病人应该接受抗病毒制剂的治疗。”

研究人员在去年甲型 H1N1 流感爆发之初即认识到该流感提高了妊娠妇女流感相关并发症的风险，这一结论在几份报告中都得到了证实。研究人员相信，并发症风险被加大同孕妇妊娠期间的生理变化相关，其中包括心律变快，心搏量加大，氧消耗量增加，以及呼吸频率加快，同时肺容积减小，潮气量降低，肺功能残气量变小。

另外，孕晚期妇女的肺的毛细血管渗透压降低更易于导致肺水肿，从而提高了严重的呼吸并发症发生的风险。免疫系统的变化也可能使怀孕妇女更容易感染甲型 H1N1 流感病毒。

为了研究甲型 H1N1 流感对妊娠妇女的影响，米勒和他的同事回顾性地审查 18 名妊娠妇女（平均年龄 27 岁）的记录。这些妇女在甲型 H1N1 流感最初爆发的第二和第三个月中收治于布鲁克林的两个医学中心。大多数妇女（14 位病人）是黑人，两位是西班牙裔，另一位是白人。

没有人有近期旅行的记录；其中两位是卫生健康从业人员。全部人员存在确诊或疑似的甲型 H1N1 流感病毒感染。检测方法包括鼻咽拭子的直接抗原检测（14 位妇女），实时逆转录聚合酶链反应分析检测，或者病毒培养（4 名妇女）。

每位孕妇入院当天，5 天疗程的奥司他韦（达菲）每天两次每次 75 毫克被用于患者的治疗。半数病患的表现症状主要是胃肠性的 - 反胃、呕吐、腹泻 - 或者腹部不适的。几乎四分之三（72%）患者符合病毒血症表现。

超过半数的病人表现为咳嗽、发烧、呼吸急促或者肌肉疼痛。常见性的共存疾病包括其中五位病人有哮喘，两位病人有镰状细胞贫血，另一位有糖尿病。

中值留院时间为 4 天（范围涵括 1 天到 15 天），其中 3 位需要留置重症监护治疗病房。住院期间进行分娩的七例病例中，6 位属于早产，4 位实施了急性剖宫产手术。

胎儿宫内窘迫 - 界定为胎心率监测中出现反复性心动减速，胎心过缓，胎心过速伴随未足月发生绒毛膜羊膜炎，产程活跃期出现先露异常，子痫惊厥，或者其它危急情况需要进行紧急分娩—出现于早产儿其中五位胎儿分娩过程中。

所有存活婴儿都未感染甲型 H1N1 病毒。研究者指出，未发生垂直感染的原因并不清楚。 他们认识到其研究受制于小病例样本，检测方法存在漏检受感染孕妇的可能性，以及研究仅仅局限于医院收治的怀孕妇女。

[主要资料来源] 内科医学进展（Archives of Internal Medicine）2010 年 5 月，Miller A, et al "Novel influenza (H1N1) virus among gravid admissions" Arch Intern Med 2010; 170: 868-73.

[摘译] 张震宇 博士

醫生日志

自杀意念缘何起？體味幻覺或爲凶

富士康公司连续 13 名年轻员工的自杀事件导致了一场政治和伦理大地震，同时也唤起了人们对自杀这一人类怪异恶魔的再反思。是什么使人们，尤其是风华正茂的年轻人产生轻生念头？有哪些因素可导致自杀意念？如何可以避免？

罗德岛州府医院的 Katharine Phillips 医师在美国精神病学学会会议的一项研究摘要中报道一个新的可能凶手。嗅觉幻觉综合症——患者对臭味产生错觉的症状--似乎被医学界所忽视， 尽管这种病症可能带来一系列严重的并发症。超过三分之二的患者报告有自杀想法, 另外，近三分之一患者报告有自杀的举动。“这些病人十分痛苦，” Phillips 医师说, “他们的(器官)功能受损, 同时自杀率很高。” 她说:"这种病症尚未被深入研究，尽管该症状一百年前就有描述。”

因此为了进一步描述这个病症的临床特点, Phillips 医师和同事评估了 20 例出现在巴特勒医院和和他曾经工作的罗德岛州府医院的嗅觉幻觉综合征患者。他们发现这些病人每天会花 3 到 8 小时关注于他们身上的难闻气味。大多数人相信这些病人认为的难闻气味真实存在, 尽管没有人同意这些气味能被探测到(85%)。超过四分之三(77%) 的人认为其他人特别注意这类气味。“如果你擦鼻子或者做出闻一闻的举动,他们会曲解认为这是说他们臭味,或者如果你说房间很闷,让我们打开了一扇窗, 他们也会曲解。” 患者通常认为这些气味来自于他们的口腔, 其次是腋窝、生殖器、肛门, 脚和皮肤。腹股沟、手、头、头皮也被认为是这些气味的来源。绝大多数患者(75%) 认为他们有口臭, 同时 65%的患者相信他们的汗味也难闻。大约 30%的患者感觉的气味的来自于胀痛或粪便, 另外有 20%的患者认为气味来自尿液。表面上, 患者通常认为有多个气味源。平均而言, 这种气味来自于三种不同的体味。为了掩盖这种患者认为存在的气味, 患者最常将自己浸没于香水中 (90%)。Phillips 医师说：“有的人甚至喝香水来消除他们的口中臭气。” 大约 70%的一天洗澡多次来摆脱了假想的恶臭。其他一些患者则不断地嚼香口胶(60%) 或薄荷糖 (50%)。大约有四份之一患者报告曾一天内多次改变他们的服装。

“这些患者会用一整肥皂放在一个淋浴,” Phillips 医师说，“一些患者则通过不闻气味而改问他们周围的人是否闻到了一些不寻常的气味，以不断寻求慰藉。这些患者有大一部分有并发症状，其中有一些则有潜在的严重并发症。例如，74%的患者某种程度上已经完全退出了社会交际。除此以外, 更为严重的是 68%的患者曾想过自杀，32%的患者甚至曾经有过自杀行为。超过半数的患者(53%)接受过精神病住院治疗，40%的患者报告，由于他们对气味的感知问题，他们甚至一次性呆在家里至少一周的时间。这些功能性混乱所导致的症状表现甚至自杀表现不应被忽视， 尽管目前许多人在某种程度上确实有对这类病症的关注。”很多患者把他们的痛苦归因为他们感觉存在的臭味“， 她说。“他们觉得他们到哪里都要被取笑.这是一个很大的错觉。”

在纽约的阿尔伯特·爱因斯坦大学医学院医学中心的 Eric Hollander 医师说，症状和体征可能是一致的，但如果有明显合并症和更严重的症状, 它就是一种疾病。他补充说，他认为是嗅觉幻觉综合症类似于强迫症。患者认为他们的外表有严重的问题。典型的治疗包括选择性 5 羟色胺再吸收抑制剂(SSRIs)。他说，"置于 SSRIs 的治疗中，SSRIs 可以有一个抗幻觉效果。” Phillips 医师说嗅觉幻觉综合症并不在目前的精神障碍诊断手册（DSM）中有其诊断标准，但它可能导致患者残疾及社会恐慌。此并发症中的一些症状也被认为是错觉混乱。在精神障碍诊断手册修订本（DSM-5），争取将这个病症列入需要进一步研究的症状附录中去, 从而形成一致认可的症状定义，为研究人员的进一步研究提供方便。

Phillips 医师说该症状缺少基本的主流研究。目前最新的研究来自日本的资料。 日本研究发现,超过 2%的大学生都关心他们身上发出的体味。“但是我们不能想当然地将其纳入"嗅觉幻觉综合症”的范畴。” 她补充道。这些日本的研究发现，患者的平均年龄在 30 岁,平均发病年龄在 15 和 16 岁之间。更多的患者(60%) 是女性。另外，44%的患者对于他们的体味寻求的是非精神类治疗,他们选择寻求胃肠病学家、牙医、皮肤科医生。不过她说“通常那些治疗未能减少患者对他们体味的担忧。” 可见，对于此病需要更多的临床资料及系统研究。

[参考文献] MedPage Today （May 25, 2010）

[编译] 陈慧敏 医师 （上海交通大学医学院附属瑞金医院消化内科，上海市消化疾病研究所，目前是哈佛医学院麻省总医院交换学者。）

名院风采



布莱根妇女医院

Brigham and Women's Hospital

（简写：BWH）

布莱根妇女医院简介：

布莱根妇女医院（Brigham and Women's Hospital，BWH）位于马萨诸塞州波士顿的哈佛医学区 (Longwood Medical Area)，毗邻于哈佛医学院校园，是哈佛大学医学院的主要附属医院之一。

该院的历史可追溯到 1832 年成立的波士顿产科医院（Boston Lying-In Hospital）；1966 年，波士顿产科医院与妇女免费医院（Free Hospital for Women 成立于 1875 年）合并成立了波士顿妇女医院（Boston Hospital for Women）；1980 年，波士顿妇女医院，彼得·本特·布莱根医院（Peter Bent Brigham Hospital，成立于 1913 年），罗伯特·布雷克·布莱根医院 (Robert Breck Brigham Hospital，成立于 1914) 三家医院合并，成立了今天布莱根妇女医院。**医院现名亦由其组合而成。**

该院现已成为一所集教学、临床、科研于一体的全美著名的医院之一。教学方面，该院附属于哈佛大学医学院，是其第二大临床教学医院。

临床方面，该院在美国新闻署（US News & World Report）发布的全美医院评定中连续 11 年位居综合排名前十位。在专科的排行榜上，其肾科，妇科位居全美第一；心脏与心外科，风湿病，内分泌科位居全美前十；癌症，胃肠道疾病，骨科，呼吸系统疾病，泌尿科位居全美前二十。

该院有员工 12000 多人，其中医生 3000 多人，护士 2800 多人。该院共有病床 777 余，每年收住病人 44000 人次，门诊病人达 950000 人次，急诊流量 55000 人次。作为新英格兰地区最大的生殖中心，每年接生 9000 新生儿。

1994 年 3 月，该院与麻省总院共同组成合作医疗系统 (Partners healthcare) ，目前这一医疗系统成为包括了多家医院在内的马萨诸塞州最大的医疗团体。

科研方面，该院在近 10 年间一直是在非学校团体中获得美国国立卫生研究院 (National Institutes of Health, NIH) 资助最多的单位。仅在 2008 年间，其从各类团体获得的科研基金总数达 4 亿之多。该院的生物医学研究机构 (Biomedical Research Institute, BRI) 拥有 3200 多科研人员。

布莱根妇女医院的里程碑：

1847 年， 首次在新生儿出生时实施麻醉术。（波士顿产科医院）
1923 年， 完成世界首例心脏瓣膜手术。病人是患有风湿性二尖瓣狭窄的 12 岁女孩。（彼得·本特·布莱根医院）
1926 年， 三位医生（William Murphy, George Whipple 及 George Minot）发现肝脏提取物可以治疗一种曾经被认为会迅速致命的疾病—恶性贫血，并因此分享了 1934 年诺贝尔奖。（彼得·本特·布莱根医院）
1947 年， 研制了早期形式的肾脏透析机器。（彼得·本特·布莱根医院）
1949 年， 建立了世界上首个血库系统 —— 用于采集，储存，输送血液。（彼得·本特·布莱根医院）
1954 年， Joseph Murray医生完成了首例人类器官移植 —— 在同卵双胞胎之间进行肾移植，并因而获得 1990 年诺贝尔奖。（彼得·本特·布莱根医院）
1980 年， 三家医院合并，成立了当今的布莱根妇女医院。
1984 年， 完成新英格兰地区首例心脏移植。
1990 年， 外科医生Joseph Murra y 荣获诺贝尔奖。
2000 年， 完成世界首例四器官移植 —— 从一个捐赠者身上移植四个脏器（2 个肺脏，1 个肾脏和 1 个心脏）分别给四个病人。



[图文资料] Wikipedia 及 BWH 网站； **[摘译]** 肖泽宇

醫學人物



陈露西

疼痛专家

麻醉医师



1977-1982 中山医科大学

1982-1987 广东省人民医院心血管研究所，心血管外科复苏室住院医师／主治医师

1987- 美国医学健康总署心肺血液研究所研究助理

1987-1995 美国华盛顿医学中心心血管危重病房医学监测

1995-1998 美国弗吉尼亚医学院麻醉科住院医师训练

1998-1999 美国弗吉尼亚医学院麻醉科住院总医师

1999-2000 美国哈佛大学医学院ＢＩＤＭＣ疼痛专科训练

2000-至今 美国哈佛大学医学院麻省总医院疼痛专科及麻醉科主治医师

美国哈佛大学医学院讲师，美国哈佛大学医学院麻省总医院疼痛研究中心研究员

堅持夢想 決不放棄

陈露西

生命充滿了十字路口和彎道，
我們只有在探索中學習。
當我們不得不在黑夜中爬上山頂，
別忘記清晨頂點的陽光才是最好的賜予。

當目標遙不可及讓我們充滿疑慮，
其實它離我們近在咫尺。
決不放棄，堅持夢想，
只要付出，就有回饋。

讓我們充滿信心，
讓信心引領我們披荊斬棘。
堅持夢想，決不放棄，
在不遠的前方，生命就會放出燦爛的光輝。

[**原文**：英语； **翻译**：武世瑾]

医疗体系



美國醫學會(AMA)支持奥巴马医改

但會員意见不一

奥巴马所推动的倍受争议的医疗改革终于被通过（本刊曾多次讨论过）但困难远未结束。对奥巴马的这一“世纪之作”（奥巴马本人用语）各方态度如何，直接关系到一概的成败命运。让我们看一看医疗系统之一，美国医学会（AMA），是如何反应，也许能管中窥豹，预测未来。

芝加哥——对于因美国医学学会年会召开而聚集于此的代表们，实在是没有多少值得高兴的消息－医生们仍须面对联邦支付老人及残疾人医疗保险（Medicare）21%的削减，在联邦议程上民事侵权改革仍不知所踪，而且学会的会员人数在持续缩水。

医学博士，工商管理硕士，美国医学学会执行副主席迈克尔·梅夫斯（Michael D. Maves）在对代表们发表的演说中指出：“显然，并不是所有的医生都同意我们在卫生健康体制改革中所持的立场，我们支持最终的医疗改革法案的决定使我们失去了一部分会员。”

他估计会员净减少人数在 5%到 7%。同时，九个州决定抵制参与州医疗协会和美国医学学会的一个合作计划。该计划，增进合作项目（Partnership for Growth），特别设计用以增加会员人数。它向那些同意以学会所缴费会员身份同时加入州和全国医学学会的医生们提供额外的优惠。

梅夫斯说，当州协会选择退出该合作项目后，在那些州的会员人数历史性地下降了 12%到 13%，这是除了部分医生不满意学会背书保护病患及平价照顾法案的另一因素。

会议开幕期间的气氛远不乐观。并且，作为不满意程度的一个指标，代表们要求会场在下午 5 点之后拒绝新闻媒体和非会员代表列席，以便举行闭门会议。

多位代表向今日医学新闻表示，举行闭门会议是为了让众多代表和美国医学学会领导层之间就健康医疗改革辩论期间出现的众多“问题”进行更坦率的交流。

但是，尽管代表们埋怨美国医学学会目前的处境，协会领导层并无意改变支持健康医疗改革的立场。

在向代表们发表的离职演讲中，美国医学学会主席，医学博士詹姆斯·罗哈克（J.James Rohack）称赞了新的医改法案以及美国医学学会在推动这一法案颁布中所承担的角色。

“新的法案保持了美国健康医疗系统的多元化。感谢来自美国医学学会的巨大影响力，它成功促成了对由少数几个寡头公司垄断的私人医疗保险市场做出必要的改变，”罗哈克接着说，“在这个私人保险市场中，对可获利商业经营模式的追逐必然会尽量避免把最需要健康医疗保险的那一部分人纳入保险涵盖范围之中。感谢部分来自美国医学学会的影响，通过健康保险交换项目，我们把可选择性和竞争重新注入私人保险市场。”

此外，在针对美国医学学会主席当选人的三方竞争中，三位候选人都是学会董事会成员——协会董事会曾向国会递交书面背书支持医疗改革法案。

这三位候选人，彼得·卡梅尔（Peter W. Carmel）、医学博士、来自新泽西州纽瓦克的小儿神经外科医生，约瑟夫·海曼（Joseph M. Heyman）、医学博士、来自马萨诸塞州埃姆斯伯里的妇产科医生，以及爱德华·兰斯顿（Edward L. Langston）、医学博士、来自印第安那州的拉法叶，公开记录显示他们都支持医疗改革的立法。并且，在协会代表大会举行的“主席竞选辩论”中，他们每个人都重申了他们的支持态度。

罗哈克在其演讲中指出，美国医学学会推动并达成了“低收入者的医疗补助（Medicaid）计划中对基本健康医疗服务的给付率至少应当等同于为老年人和残障人士服务的医疗照顾（Medicare）保险计划中相对应的给付率。——这对儿科医生和其他提供基本健康医疗服务的医生来说，是个显著利好的成果。”

同时，他认为美国医学学会成功地阻止了对整容手术征税，将医疗照顾计划涵盖范围扩大到 55 岁以及老人及残疾人医疗计划（Medicare）向大量开出诊断检测的医生减少给付的提议。

但是，美国医学学会未能推进民事侵权法改革，也未能如愿修正保险持续增长率（SGR），现有的可持续增长率模式导致自 6 月 1 日起，老人及残疾人医疗计划（Medicare）支付被削减 21%。 医疗补助计划（Medicaid）服务和老人及残疾人医疗计划（Medicare）服务中心要求中介机构暂缓受理基于新的削减预算上的给付处理申请 10 天—这一要求在 6 月 14 日到期。

然而，美国医学学会显然在奥巴马政府中有支持者。总统先生在他的每周电台演说中提到了可持续增长率（SGR）的问题，奥巴马总统劝告国会必须为所应为，改正这一医疗支付上出现的问题。

“今年，国会议员中的大多数都愿意阻止此高达 21%的削减——毫无疑问，这一削减会导致一部分医生全面停止为参与老人及残疾人医疗计划（Medicare）的病人提供医疗服务，”奥巴马总统提到，“尽管多年来持不同意见的另一部分人一直投票推迟这类预算削减，但这次，他们决定漠视医生们和我们的年长公民的利益。”

奥巴马总统提到他“愿意通过艰苦的努力，采取必要的步骤以降低老人及残疾人医疗计划（Medicare）的成本，与此同时，将我们的医疗预算导向在财政上更可持续的道路。但是，我不愿意通过惩罚辛勤工作的医生们来达此目的。”

[[参考文献] 当今医学新闻 2010 年 6 月 13 日

[编译] 张震宇博士

醫學教育



美国 國家衛生研究院 的 新举措：强化 利益冲突原则

科研離不開與生產實踐緊密結合，因而不可避免會被經濟和商業利益所糾纏和捆綁，逐漸失去作為自然科學的公正客觀性。而這一情況在美國也是不小的問題，例如許多煙草商和醫藥公司“資助”（可讀成：收買）科研項目用以証明煙品，藥品的有效無毒，或工業界僱佣科研資源以向國會証明某些舉措符合環保要求。不用說，這類潛規則在中國亦很普遍。可以說是各國所面臨的相同困境。

科研人員如果在財務和利益上和工業界發生關系（這是允許的），這種關系就會多少影響他作為研究者的公正性，從而損害公眾（作為其科研成果的使用者）的利益。是為利益沖突。

因而科研人員需公開這類關系從而使公眾得以判斷其科研產品所受何種利益的影響及程度。此稱利益沖突原則，問題是利益集團在千方百計地掩蓋或淡化這類關系，從而威脅公眾的利益。

在医疗科研领域影响日重的美国国家卫生研究院（NIH）最近推出新举措以强化利益冲突原则，规定资助的科研人员必须进一步披露更多他们同工业界的财务与利益关联。

这一举措部分源于最近国会议员的压力，他们指责一些政府资助的研究人员不愿意充分申明他们同私营公司间的财务与利益联系。此变化促成原先复杂的，常常不透明的—学术界、工业界和政府之间的互动趋于清晰。

研究人员需要向他们所属的学术机构报告其研究工作中存在的利益冲突。NIH 新提议的规则将降低利益冲突界定的资金门槛，同时要求大学采取措施管理或减少这类的财务与利益冲突。

美国国家卫生研究院（NIH）的院长弗朗西斯-柯林斯 (Francis Collins）医学博士和萨莉-罗基（Sally Rockey）博士在美国医学会杂志（JAMA）在线发表的社论中提出，“简浅言之，美国民众不希望财务利益冲突影响到政府资助的科学研究，他们期望这类研究能够找到更好的手段对抗疾病、改善健康。”

如果研究人员受到公共健康事业（NIH 作为其中的一部分）的资助，当前规范财务与利益关联申明的规则（可回溯 15 年之前）将申明利益冲突的责任赋予个体的研究者。

研究者负责界定他或她是否存在任何其它财务关联同 NIH 的利益相冲突，并被期待向他或她从属的科研院校报告有关的利益冲突。大学被要求管理、减少、或消除这类冲突并向 NIH 作出报告。

在新提议的规则下，科研人员必须报告同其所有研究关联的财务利益—而不仅仅是那些同 NIH 资助研究项目相冲突的财务利益。科研院所负责向 NIH 报备与其利益冲突的具体内容，包括顾问费、差旅补偿、酬金等，并且说明这些冲突如何同该研究者所承担的由 NIH 资助的科研项目相关联。

新提议的变化包括：

将研究者必须进行全面财务与利益关联申明的资金门槛由$10，000 美元降低到$5,000 美元。

要求学术机构寻求方案管理所有可甄别的利益冲突，该方案应包括减少或消除这类冲突的措施。科研院所必须向 NIH 报告其方案中的关键举措。要求所有由公共健康事业资助的科研机构建立网页公示其所有主要的财务利益冲突。要求对研究者开展由公共健康事业资助的科学研究之前进行利益冲突的培训，并且此后每两年进行再教育。

“如果 NIH 资助的科研人员没有披露其财务关联利益的全部内容，大学未能全面管理（财务利益冲突），或者 NIH 疏于监管整个系统，NIH 的公信力将受到伤害从而对科学的未来产生深远的影响。”

柯林斯和罗基总结提出："为了科研事业和国家的整体利益，迫切地需要采取全面的步骤开创财务利益冲突管理的新时代，提高其清晰度和透明性”。



[资料来源] 美国医学会杂志（JAMA）

[参考文献] Collins F, Rockey S "Managing financial conflicts of interest in biomedical research" JAMA 2010; DOI:10.1001，jama.2010.774.

[编译] 张震宇 博士

法律顾问

中美处理医疗事故相关法律的比较研究（二）

刘涓 王朝曦 李昂 宋文质

三、医疗事故处理的法庭程序的比较



医疗事故案件的法庭诉讼程序基本上可以分成三个步骤：第一步，在法庭上陈述并通过交叉检验当事双方提供的证据来决定哪些事实对本案有法律上的意义，即确定有法律效力的证据。 第二步，根据所确定的证据和判定医疗事故的法律标准，判断被告医务人员是否负有法律责任。 第三步，根据现有法律对已确定的医疗事故责任来确定赔偿及惩罚。本篇文章主要集中在比较中美法庭程序中判定医疗事故的法律标准、医学专家在法庭上的作用及医学专业知识的应用，和法庭的判案决策程序的设定。

1. 判定医疗事故的法律标准

本文作者在前几篇文章里曾经介绍过美国判定医疗事故必须满足的法律标准有四个，缺一不可：1）医务人员对患者负有医务职责（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），即有过失行为(Negligent Conduct)；3）患者受到了损伤（Damage）；4）过失行为与患者损伤之间必须存在因果关系（Causation）。对于第三和第四条标准，中国《医疗事故处理条例》中有类似的要求。但对于第一和第二条标准，中国和美国的法律有着很大的差别。这里我们着重讨论比较前两个标准。

i． 对医务职责（Duty of Care）规定的比较

有关医疗职责（医患关系）的法律认定初看起来似乎没有必要，在通常的概念中医务人员就是有给患者诊断治疗的义务。确定医患关系看起来多此一举。但是，在多数的与医疗损伤相关的医患法律诉讼中，患者一方从经济角度考虑多倾向于选择经济实力较强的医务人员及单位作为被告。在这种情况下，如果不能在法律上明确界定医务人员对患者具有的医疗职责，患者可以依据其在医疗中受到的某种损伤以各种理由去告任何相关医务人员、医务人员所在的科室及医院，将医疗事故诉讼范围任意地扩大，无疑会给法庭以及社会增加不必要的负担。

因此，从法律上首先确定医务人员对患者的医疗职责（医患关系）是十分必要的。

美国的法律规定，医务人员和患者之间只有建立起法律所认可的医患关系之后，医务人员才有法律上所认可的责任来诊断以及治疗患者。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：1）医务人员同意成为患者的医务人员并提供医疗服务，同时 2）患者接受医务人员的诊治并且付给医务人员医疗服务费用。这种关系和一般的合同关系是非常类似的。没有建立起法律所认可的医患关系，是不能进行医疗事故诉讼的。所以，通过双方自愿而形成的医患关系来确定医务人员的在法律上的职责，对医患双方都具有保护作用。

中国现行的《医疗事故处理条例》和其它法律对确定医患关系是否应该作为判定医疗事故的前提没有明确的规定。现有的情况是只要患者交了挂号费，就被认定为建立起医患关系。医院的医务人员必须接受这个患者而没有权利拒绝给患者提供医疗服务。如果病人多了，医务人员也不能以保证医疗服务质量为由拒绝提供服务。而且，医院的医务人员编制目前是由当地卫生部门统一计划，很难根据各个医院运行情况和患者就诊数量来变化。当病人多时，医院不能相应地及时增加人员，在这种情况下医务人员是否能向每一个患者提供合理质量的医疗服务就会成为问题。如常见的一、二线大夫下了夜班之后还要出门诊，一个上午有时要看三四十个病人并不是罕见的。如此大的工作量很容易导致医疗过失行为的增加及医疗服务的质量的下降。

另外，由于缺乏在法律上对医患关系明确的规定，在实际运作中，医患关系的定义就变得很模糊，可以认为是患者与医务人员个人、或与医务人员所属科室、或与医院、兼或是与全部。虽然直接为患者服务的医务人员是医院各科室的雇员，在这种情况下，医院和科室为回避处理纠纷，可以通过制定内部的行政管理规定，将很大部分的医疗职责转嫁给医务人员个人。在发生医疗事故纠纷时，常见的情况是医务人员不仅得不到所属科室及医院在法律上的支持，而且常常在法院作出判决或卫生部门作出鉴定之前就会受到医院及科室内部的行政处分。

可以看出，缺乏有关医务职责（医患关系）的法律规定，使在第一线的医务人员更容易受到伤害，也间接地对患者和医院造成损失。

ii． 医疗服务职业行为标准（Standard of Care）的比较

在明确了医务人员对患者的医务职责之后，下一个问题就是，对该患者医务人员在诊疗过程当中所承担职责的范围。就是说医务人员给患者提供的医疗服务（医疗行为）须做到什么程度才符合相关法律的要求，即医疗服务的职业行为标准。判定医疗过失行为就是判断医务人员的医疗行为是否偏离了所应该遵循的医疗服务职业行为标准。在这里，对于行为程度的判断应该尽量使用客观的、合理的标准，而不是主观的衡量标准。如果所使用的标准给主观判断留有很大的余地，那么，有权做判定的人滥用职权的可能性就会大大地增加了。另外，所应用的职业行为标准应该灵活地适应不同患者的具体病情。

美国法律设立的典型的医疗服务职业行为标准是用与当事人相当的医务人员群体对类似的病例所采取的平均医疗行为作为参照的标准(Reasonable Standard of Care)。那就是如果在相同或者类似的病例情况下，一个正常的具有平均判断能力的与当事人相当的医务人员会采取的医疗行为。这样的职业行为标准简单、客观、具有很强的参照性和可操作性，与美国的案例法体制和陪审团判案制度密切匹配，容易形成统一的标准，保证法律运行的一致性，且能灵活地适应社会和科学的迅速发展。这种标准的另一个重要作用是给当事的医患双方提供了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, 最终由法庭（陪审团）判定医务人员的行为是否偏离了职业行为标准。

美国法律上应用的医疗服务职业行为标准产生于医疗行业本身。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。这与管理医务人员的行业行为规范不同。后者多依赖行政部门来制定。美国至今也没有任何一个单一的权威（机构）来负责制定法律上所指的医疗服务职业行为标准。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，就上升到医疗服务职业行为标准的水平。

虽然美国的卫生行政及其它相关部门制定了许多医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规、及医务人员的行为规范。但这些在判定医疗事故案件的法庭上只能作为检验、确定该案件中所应使用的医疗服务职业行为标准的参考，而不能直接作为判定是否存在过失行为的法律标准。这是因为没有两个患者的病情是完全一样的，同时由于医学发展的局限性，确定给患者的合理的医疗服务是很困难的。因此判定医疗事故案件中存在过失行为的医疗服务职业行为标准只能在案件的审理中根据具体情况确定，而不能以现成的法律条文的方式来规定。为达到法律运行的一致性，美国的案例法体制保证了在以前案例中建立的医疗服务职业行为标准可以灵活地在其它类似的案件中使用。

中国对有关医务人员的职业行为有较多、较详细的规定。如《医疗事故处理条例》第二章“医疗事故的预防与处置”及 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》等。这些法律、法规与美国卫生行政等部门制定的类似，从美国的法律角度分析，这些法律和法规不应该直接作为判定医疗过失行为的医疗服务职业行为标准。但是，新颁布的《医疗事故处理条例》将这些法律、法规在实际功能上直接作为判定医疗过失的行为标准，其第二十七规定“专家鉴定组依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，运用医学科学原理和专业知识，独立进行医疗事故技术鉴定，对医疗事故进行鉴别和判定。”除此以外，目前国内没有其它的法律、法规对判定医疗过失的行为标准进行规定。

使用现成的法律、法规条文作为判定医疗过失的职业行为标准，缺乏在处理医疗事故纠纷时所需要的灵活性。这是因为现成的法律、法规不可能涵盖各种可能发生的情况，特别是对于专业知识更新很快的医疗服务领域。另外，使用现成的条文，在实际应用当中会遇到很多问题，常常需要对有关法律、法规进行具体的、进一步的解释。《医疗事故处理条例》的第二十七条规定由医学专家组成的鉴定组判定是否有医疗过失及过失行为与患者的损伤之间是否存在因果关系。当医学专家根据上述条例对医疗纠纷进行鉴定时，不可避免地要对上述条例中所引用的其它法律、法规的文字做出适当的解释。这样一来，医疗专家们就要担当某种程度上的司法解释工作，而这似乎是由司法机关来做更合适。例如，行政法规所涵盖的内容，医疗服务职业道德包括那些具体衡量的标准等等。相关的法律、法规对“职业道德和医疗执业水平”并没有进一步的说明和设定如何来衡量的标准。而且在法律上也不清楚医务人员是否达到了职业道德和医疗执业水平的要求及应由谁来判断，谁将是最后判定的权威。再如，卫生行政规章制度是要以各个科室，各个医院的规章制度为标准还是要以当地卫生行政机关的行政规章制度来要求呢？如果这几个地方的规定有矛盾的地方要以谁的为准呢？另外，技术操作规范也可能因为医院不同，地区不同而有所差异。那么，应该以谁的规范作为判断标准也是一个潜在的问题。

总的来看，国内的法律缺乏对判定医疗过失的职业行为标准与管理医务人员的行业行为规范的区别。后者即是由行政部门制定的医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规等。虽然这两类标准在内容上会有重叠，但是在解决医疗事故纠纷时却不能用后者的现成条文来直接替代前者判定医疗过失行为。严格地说，目前国内还没有用于判定医疗过失行为的医疗服务职业行为标准。因此，用法律解决医疗事故案件时，四个必要的法律标准的第二个标准（即判定存在医疗过失行为的事实）就很难建立。这就必然会对案件最终的判决产生负面的影响。

2. 医学专家在法庭上的作用及医学专业知识的应用

在医疗事故案件的判决程序中,关键的是根据医疗职业行为标准判定医务人员是否有过失行为，以及该过失行为与患者的损伤之间是否存在因果关系。医学专家举证和医学专业知识的应用对法庭完成这些关键的程序起着非常重要的作用。

医疗事故案件最突出的特点是与医疗服务相关的医学专业知识在原被告两方的分布是非常不均衡的。医学是极为复杂的生命科学，患者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。医务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患者、双方的律师和法庭。如果没有医学专家的帮助，患者自己将很难说服法庭认定被告在诊治的过程中有过失行为，也很难说服法庭其所受到的损伤就是由医务人员的过失行为所造成的。医疗事故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法庭理解复杂的医学专业知识。

美国法律规定医疗事故案件的法律解决程序中一定要有医疗专家在法庭上举证。并且规定了审核医学专家证词的法律标准，即 Daubert 标准（Daubert Standard）。这个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：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；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做出一个全面的判断。



与普通人在医疗事故案件中作证不同，美国法律规定的医学专家的作用是帮助法庭具体确定医疗职业行为标准，对医务人员是否有过失行为以及该行为与患者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，但普通人根据相关的医疗职业行为标准提出的意见和推论则是很难被法庭作为证据所接受。

国内现行法律没有明确规定医学专家在审理医疗事故案件中的作用和使用医学专家的标准。同时国内的法律也没有根据医疗事故案件的独特性，明确规定处理医疗事故案件与其它民事案件诉讼所不同的法庭程序。在实际情况中，法庭允许当事人自己，其代理律师，和各自所请的用来证明或辩护医务人员是否有过失行为的证人在法庭上出庭作证。值得注意的一点是，在中国现行的法律中医学专家的举证并不是必须的。在实际当中，常见的现象是患者请自己的亲朋好友来作证医务人员有过失行为，而患者的亲戚朋友可以对医学专业知识一无所知。经常出现的情况是患者在法庭上哭诉所受到的损伤，法官基于对弱者的同情在法庭上代表患者对被告医务人员进行质询。于是审理过程演变成了法庭对医务人员的声讨。在没有医学专家出庭举证的情况下，法官经常根据对弱者（通常是患者）的同情心的多少来断案。在这种情况下，《医疗事故处理条例》中所提倡的使用医学专家参与医疗事故的调查鉴定完全被忽略。因此法庭判定医疗事故案件的主观性非常大。(未完待续)

咨询门诊

四十多歲男女性功能 障碍 面面觀

编者按：本刊读者信箱所受到的信件，竟有相当的比例是询问性功能障碍的问题，尤其是 40 岁以上的读者来信为多，下面为其中的两封来信摘要。

刘先生问： *我今年 46 岁，身体健康，精力旺盛。太太才刚过 40 岁，月经已稀少，对性生活也失去以往的性趣。对于我的性要求感到厌烦并采取躲避，我们只好分床而睡，这种情况已经两年多。我几次鼓足勇气劝其就医，她却说我有病，我为此非常苦恼，希望能给些指导建议。*

吴太太问： *我今年 45 岁，除了月经不太规则以外，没有其它的不适。性的要求有增无减。老公 47 岁，性的方面也一如既往很有兴趣，但最近几年常常不能有效的勃起，或者不能进入，或者早泄。 他为此很难为情，我们的性生活常常不欢而散。我为此非常苦恼，怕因此影响感情，又难以启齿，希望能给些指导建议。*



医生回答:

40 岁以上男女存在性功能障碍的情况很常见，但很少有人以此作为就诊的主诉，多是在由于其他身体不适就诊时意外发现性功能障碍实为导致身体其他病症的主因。在 2008 年的一项 40，000 人群调查问卷发现，45%的妇女及 31%的男性受试者报告存在性功能障碍，高峰年龄为 45－64 岁。是不是 40 岁以上从生理上性功能就骤减了，作为衰老的一个方面而不能再享受性生活？答案是否定的。这里介绍一下专家的观点。哈佛医学院妇产科教授，生殖生理学家 Elizabeth Stewart 写的专著“The V Book” 中指出， 如果没有“特殊的情况”， 性生活其实在更年期或绝经后应该达到“最为满意的状态”。她提到的“特殊情况”包括以下的各项：

1， 女性 40 岁以后性功能低下的主要原因是阴道干燥导致的性交不适或疼痛。40 岁以后雌激素已有所下降，如果使用一点小剂量的雌激素软膏，雌激素阴道环，阴道内含化片，或者用点 K－Y 胶，那么妇女在性交时就不会有不适感，正性循环就建立了，问题也就迎刃而解。女性性功能低下另一个重要原因是精神压力，这就需要相应的心理咨询及必要时药物治疗。

2， 男性阳萎在 40 岁以上占 50%，主要原因是患有肥胖，糖尿病，高血压，以及降糖降压药常可导致男性阳萎。解决的方案是，可以使用伟哥，真空吸管，阴茎环等促进局部血液循环，从而改善阳萎。

3， 美国人群约一半或多或少的患有忧郁症，美国 10%以上成人服用抗忧郁药物，这些药物大多引起性功能障碍，对于男女病人都是如此。解决的方案是，试图换药，比如“Wellbutrin”不同于 SSRIs，可以抗焦虑，抗忧郁，但不影响性功能。还有，间歇性停药 （Drug Holiday），当然这要与自己的家庭医生商量，不可自行停药。

4， 对于性生活，性生理知识不足，羞于谈论及与配偶交流。性生活的全过程包括：性的欲望(Desire)，性的觉醒(Arousal)，性的平台(Plateau)，性的高潮(Organism)。很多中年人由于从小的家庭教育比较保守，性知识及教育又比较贫乏，出现了问题又不交流或就医，结果双方互相抱怨，影响了感情，从而形成恶性循环。解决的方案应鼓励夫妇看些性知识书籍，录像，咨询性心理医生，常常问题不是出在一方。

5， 睡眠不足是个很常见的临床主诉，困扰着成千上万的男女，在 40 岁以上更为常见。有的是由于生理方面的疾患造成，比如睡眠呼吸暂停综合症， 不宁腿综合征，过敏性鼻炎或哮喘等。他们多半家庭和工作的压力都很大，所以患有慢性失眠，焦虑症，抑郁症比例也很可观。 睡眠不足，则精神不佳，性生活也就多不正常。 解决的方案是就诊于医生，查出病因然后对症治疗。正常的情况应该保证每天睡眠 7－9 小时。

6， 对于更年期的适应问题。 女性 40 岁以后就可能开始更年期的症状了，有的早至 38－39 岁，晚的至 50 岁。症状包括月经不规整，不明原因的发烧出汗，情绪波动，阴道干燥或易于炎症，这些都从生理上心理上直接影响到性生活。男性也有更年期，比女性晚大约 5 年，多从 45 岁开始，有的白发突然增多，眼睛开始老花，精力自觉下降等征象，于是急于追求“青春的尾巴”，性的要求超过性的能力，这种心理压力反而大大影响到性生活。这里要注意的是，正确认识更年期的生理变化，采取乐观的态度，增加体育锻炼，保持标准体重，并能体贴对方，迎合其需要，享受“最为满意的状态”。

[参考資料] webMD 及 UpToDate

[撰稿] 孔學君 醫師

药物讯息

Gabapentin enacarbil 可缓解不宁腿综合征的疼痛



许多人知道，Gabapentin enacarbil 是一种 FDA 批准的常用抗癫痫药物，而用 Gabapentin enacarbil 治疗疼痛，虽然没有 FDA 适应症，但临床上很常用。临床医生根据病人的情况用其镇痛，效果甚佳，成为最常用的“Off Label“（非规范）用药。最近的报道用此药试验性治疗 **不寧腿綜征（restless legs syndrome）**相关的疼痛可以显著性地减轻症状。注意这个研究是以摘要的形式发表，并在一个学术会议上做过报道。这些数据和结论在同行评议杂志发表之前只能看作是一个前期性的工作。研究者报道称，不宁腿综合征相关的疼痛（据报道达 60%），在应用试验性 Gabapentin enacarbil 复合物三个月之后，显著好转。

来自北卡罗莱纳州的东卡罗莱纳神经病学科的 Lee 医生和他的同事们分析 Gabapentin enacarbil 三期临床试验数据发现，不论用药前陈述疼痛的程度如何，用最高剂量 (1,200 mg) Gabapentin enacarbil 的病人，在用药十二周时，校正平均治疗差值为-0.9。那些在治疗前陈述更大的疼痛（不宁腿综合征 疼痛评分≥ 4）的病人，在用药十二周时，呈现出-1.1 的校正平均治疗差值。研究者在睡眠专业协会年会中报道了这一研究结果。而很多不宁腿综合征病人都会有疼痛症状，差不多 20%的病人陈述疼痛是他们最麻烦的症状，疼痛是导致病人失眠的主要原因。

Gabapentin enacarbil——一种加巴喷丁的非多巴胺前体药物。在之前被证明可以缓解中度到重度的不宁腿综合征患者的全身症状。为了看这种药物是否可以特定地缓解疼痛，Lee 分析了 279 例患者的 Gabapentin enacarbil 三期临床试验数据。在这个研究中，病人被随机分为 3 组，两实验组用 Gabapentin enacarbil 剂量为 600 mg 或者 1200 mg，对照组服用安慰剂，试验持续 12 周。

治疗前，91%的病人诉有疼痛，其中 57%平均日常疼痛评分大于或等于 4。600 mg 实验组中的患者缓解疼痛的结果差不多。所有治疗前诉有疼痛的患者在治疗十二周时校正平均治疗差值为-0.9，而那些治疗前诉有疼痛评分超过 4 的患者在治疗十二周时校正平均治疗差值为-1.1。1,200 mg 实验组中，69.1%的患者陈述平均日常疼痛评分下降 30%，600 mg 实验组为 67.6%好转，对照组为 51.6%。1,200 mg 实验组中，60%患者的不宁腿综合征疼痛评分减轻一半，对照组为 44.1%。 比较 50%缓解率时，在实验组和对照组无显著差异。Gabapentin enacarbil 对不宁腿综合征的全身症状也有益处。

十二周时，1,200 mg 实验组相对于对照组在国际不宁腿综合征评分的校正平均治疗差值为−3.5。而且，实验组有更多的患者被认定符合临床总体印象量表（实验组 77.5%，对照组为 44.8%）。校正变换系数为 4.3。该药的最常见的不良反应是眩晕和嗜睡，1,200 mg, 600 mg 和对照组分别有 24%, 10%, and 5%的患者在用药后出现该眩晕，而各组中出现嗜睡的比例为 18%, 22%, and 2%。生命体征，心电图和化验检查无明显变化。研究者得出结论为，Gabapentin enacarbil 可以有效地缓解疼痛和其他不宁腿综合征的症状，而且患者完全可以耐受。

[摘 译] 周丽斌 医师



医学论坛



自閉症 与疫苗有关吗?

本刊顾晔博士，孔学君医师

众所周知，近年自闭症发病率呈直线上升，最新的资料显示美国自闭症发病率在男孩已达 1%，数字非常惊人，但原因却不明。在几种不同的病因假说中，自闭症与疫苗的关系引起很多关注。

有人认为发病率的增加与“诊断过多”有关。不可否认，随着对于此病的警觉与认识提高，检出率或诊断率比以前确有增加，应该说对于发病率的上升起一定作用。但是，绝对的发病增加也是不争的事实。

自闭症是一种临床综合征，病因可能各不相同。由于病因不明，所以存在几种不同的学说。自闭症研究吸引了大批的医学界科技界专家学者，有人称之为“世纪之谜”。美国政府已投放大量资金提供研究经费。

自闭症与疫苗有关吗？对此医学界的纷争已有十年之余，到目前仍没有定论。不少家长及临床医师观察到，在众多的自闭症患者中，有一部分属于“迟发型”。而且相当比例的这些迟发型是在接种 MMR 后出现症状。由此，MMR 疫苗成了研究自闭症与疫苗关系的一个焦点。

认为疫苗与自闭症直接相关的科学家早先指出，疫苗中的一种含汞防腐剂 thimerosal 可能是罪魁祸首。据称，小儿从出生要接种十几种不同的疫苗，当含汞的防腐剂在体内累积到一定程度，超出了机体的排毒负荷，小儿就出现自闭症症状。按这个理论，自闭症就是某种形式的慢性汞中毒。自闭症的患儿的解毒功能先天不足是其无法应付这附加的毒素负荷。但是，2000 年以后生产的疫苗，去除了 thimerosal 并没有使自闭症的发病率下降，使这一学说得到很大程度的质疑。美国医学权威组织 CDC 的调查研究否认了这种立论。

认为疫苗与自闭症直接相关的科学家随后指出疫苗中的微生物对于自闭症发病有作用，尤其是活病毒疫苗比如 MMR。英国著名科学家消化科医生 Andrew Wakefield 为此作了大量研究，他发现了自闭症小儿的胃肠道粘膜存在麻疹病毒，内窥镜检查发现自闭症小儿胃肠道呈炎症变化。多年来他质疑 MMR 疫苗对于儿童的伤害，尤其是对于自闭症儿童的直接影响。然而，英国官方医疗机构也否认了 MMR 疫苗的这种伤害作用及与自闭症相关的立论。

最近 SafeMinds 抗议英国 GMC (医学委员会) 对 Andrew Wakefield 医学博士的制裁，原因正是因为他揭露了 MMR 疫苗造成的伤害，SafeMinds 还呼吁成立有关疫苗安全的独立机构和举行对政府松懈记录疫苗安全问题的国会听证会。

据证实，Andrew Wakefield 博士和他的同事 John Walker-Smith 博士将失去他们在英国的行医执照。这就结束了英国医学委员会有史以来最长的医学审讯。

作为疫苗安全和循证医学的倡导者，SafeMinds 对这一歪曲正义的事件表示惋惜。吊销 Wakefield 博士的行医执照并不能解决儿童继续受到疫苗伤害的现状，因为已经有上千项赔偿需要“联邦疫苗伤害赔偿项目”来处理，而且用以了解和预防这种伤害的科学还不成熟。

Wakefield 博士早在 1998 年就是一个活跃的研究者。他调查了传染病和脏腑炎症之间的关系。他听取了自闭症患者的父母的描述，并采取措施调查他们提供的报告。事实上，如果忽视他们的报告将是真正的错误。可以说，Wakefield 博士是他作为一个正义的科学家的受害者。如果他没有这么高的声望，他在 1998 年的研究和之后发表的文章也就不会有这么大的反响。公共卫生方面的权威曾经把几个流行病学研究联合起来去推翻他的假设，但都没有直接证据和有说服力的统计数据去排除 MMR 疫苗对儿童造成伤害的可能性。因此，权威们就利用一家英国报社记者的报道来诋毁 Wakefield 博士，而这个报社正是和那些疫苗生产厂家有着重要的利害关系。

当前，社会对疫苗安全的忧虑已经相当高了。根据“儿科”杂志最近的报告，一半的家长对疫苗副作用极为担忧，而四分之一则认为有些疫苗导致了自闭症。Wakefield 博士所发现的一些儿童在注射疫苗后患了自闭症和严重的胃肠道疾病已经被很多其他的研究所证实。外界让像 Wakefield 一样的科学家停止发表言论，等于加重了公众对疫苗安全的忧虑。现在迫切需要国会给予关注和在 CDC (疾病控制和预防中心)之外成立独立的疫苗安检机构，因为 CDC 很显然具有财政和意识形态上的利益冲突，并且违反了 1986 年发布的“疫苗伤害赔偿法案”对疫苗安全的要求。

SafeMinds 认为科学家应该彻查所有关于自闭症成因的假设。表示赞赏 wakefield 博士无偿的支持科学真理的坚定立场和意愿。不管怎么说，吊销他的执照是不公正的，也是对他的研究的受益者的一种伤害。美国今年就会有大约四万儿童将被诊断为自闭症，这一事实就强调了 Wakefield 博士研究的紧迫性。



SafeMinds 是个非营利组织，致力于调查婴幼儿从医疗产品中接触到汞的风险， 并且提高人们对此的危险意识。被调查的产品包括上述的疫苗中使用的防腐剂（含汞的防腐剂）thimerosal。 SafeMind 认为，即使 2000 年后的疫苗撤除了含汞防腐剂，汞的环境污染导致的慢性汞中毒对自闭症的成因仍有不可推卸的责任。因为汞环境污染严重的区域，其自闭症的发病率也有相应比例的增加。

疫苗的副作用以及与自闭症的关联，虽然有不少临床线索及迹象，但是目前为止仍有待进一步的研究证实。儿童在接种疫苗时，应具体情况具体分析，权衡利弊后再行考虑。对于 MMR 疫苗，现在的建议是尽量避免三联疫苗同时接种，而是分成单项疫苗先后接种。不必要的疫苗尽量不予接种。

饮食健康



含糖饮料 可导致 高血压

根据 New Orleans 路易斯安那州立大学生命科学中心 Liwei Chen 博士和其同事在美国成年人中的调查显示，那些减少日常含糖饮料摄入的人们，经 18 个月的研究随访，在收缩压和舒张压上，均表现出了相当程度的下降（*P*<0.0001）。研究表明，伴随着含糖软饮料的减少饮用，人的血压也随之降低。

Chen 和其同事指出，平均来说，美国成年人每天将会消耗 2.8 液盎司的含糖饮料，或是 2.3 液盎司饮料在饮食中。但是，对于长期食用这种饮料对血压的影响，并没有相关的研究。

为了揭示这种关系，研究者进行了一项针对饮食行为的名为 PREMIER 的随机性实验，分析了 810 名参加了这项实验的饮食与血压的相关性。

作为实验的一部分，以 3，6，12 和 18 个月为随访周期，测量了参与者的血压。同时在这些时间段，他们也被询问并记录了包括软饮料在内的饮食摄入情况。

研究发现平均每天摄入 10.5 液盎司含糖饮料和在日常饮食中 11.2 液盎司饮料的参与者，显示了为 134.9/84.8 毫米汞柱的血压。

不出意料的是，那些每天摄入相当多的含糖饮料的人，拥有更重的体重和更大的腰围。所有有意义的数据满足 *P*<0.0001 具统计学意义。

通过调查研究，参与者在 6 个月中平均每天的饮食中饮料消耗减少了 2.3 液盎司，但是在 18 个月的随访中，却增加了 1.5 液盎司。

在 6 个月的随访中，收缩压平均下降 9.8 毫米汞柱，而在 18 个月中为 8.2 毫米汞柱。而对于舒张压，对应的下降了 5.4 毫米汞柱。

考虑综合系列因素，其中包括性别、种族、家族高血压病史、年龄和体重的研究中显示，每天少一次的含糖饮料摄入，将会导致 1.8 毫米汞柱的收缩压下降。

对应的，在舒张压中有 1.1 毫米汞柱的下降。这两种变化都是达 *P*<0.0001，有统计学意义。

如果考虑体重的增加，将会导致 0.7 毫米汞柱的收缩压下降和 0.4 毫米汞柱的舒张压下降。

研究者指出，这项实验研究是具有前瞻性和随机性的，所有的分析都是观测性的，并且无法找出合理性的联系。他们也表明，需要进行进一步的随机性对照组实验。

另一方面，他们强调，如果这种观察结果被证实，因为其预计了 3 毫米汞柱的收缩压下降，将会导致心脏病死亡率 8%的下降和冠状心脏病死亡率 5%的下降，这对于公共医疗是十分重要的。所以他们指出，如果每天减少两次含糖饮料的摄入，其临床效果是很可观的。这项研究由 NIH 基金赞助。

[**参考资料**] MedPage Today，2010 年 5 月 24 日

[摘译] 容榕 医师



果糖 增加 高血壓

在美国，果汁类软饮料非常受欢迎。人们一般认为果糖不像蔗糖， 对身体并没有害处，不会增加血糖，连糖尿病患者这方面都有一定的自由度。最近美国肾病学会杂志发表的文献表明果糖可以增加高血压。该研究指出，每天饮用 2.5 个果汁类软饮料，可以使收缩压增加；每天饮用 74 克以上，血压增加 26-77%不等。果糖增加血压的机制是，它可以增加尿酸，减少内皮细胞的 NO 氧化氮合成酶系统；增加交感神经的兴奋性，并直接刺激胃肠道对于钠的吸收，导致水钠储留，从而使血压上升。

[参考文献] J Am Soc Nephrol 2010; DOI:10,1681

[摘译] 王晓春 博士

什么是 DASH 食譜？为什么 DASH 食譜有利于降低高血壓？

DASH 食谱是“Dietary Approaches to Stop Hypertension” 的英文字母缩写。研究表明，严格遵守 **DASH** 食谱，两周内就可以降低血压。那么，**DASH** 食谱的内容是什么呢？具体地讲，**DASH** 食谱限制钠摄入每天 2400 毫克（大约 1 匙），等身体适应后降为 1500 毫克（约 2/3 匙），这包括所有的食盐量，即做饭时放的盐和饭桌上加的盐的总合。除了对于盐的限制外，

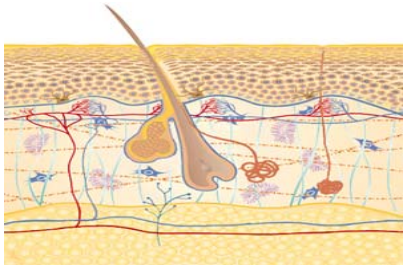
DASH 食谱还包括以下内容：



中饭及晚饭加一份蔬菜，一份水果
如果平时食用奶油，只加一半
饮用脱脂奶制品一日三次
限制肉类，一天 < 6 盎司
饮食中增加蔬菜，米饭，干豆类
零食类应食用无盐的坚果，葡萄干，脱脂酸奶，或生吃蔬菜比如西红柿，胡萝卜等。不吃含盐的土豆片或饼干类
限定甜食一周不多于 5 份
不吃腌制食品或罐头食品，通常含盐过多而增加血压

[供稿] 孔学君 医师

健康指南



談談 痤瘡

哈佛大学医学院以色列医院内科 丁倩玮 NP

痤疮是发生在毛囊皮脂腺的慢性皮肤病，发生的因素多种多样，但最直接的因素就是毛孔堵塞。毛孔堵塞以后，毛囊里面的油脂排不出来，越积越多就形成一个个小痘痘，青春痘就是这样发生的。不太严重的青春痘通常都能看到一个白色或者黑色的顶，这就是白头粉刺与黑头粉刺，你也可以挤出一些白色的分泌物，这就是堆积在毛孔里面的油脂，并非脏的东西。只要毛孔不堵塞，痘痘就不会轻易冒出来。粉刺痤疮的形成一般都是由于内分泌失调所引起的，这种粉刺痤疮可以用一些专业的药物进行调理。

痤疮成形的原因

一、喜欢洗脸，一天洗超过 2 次以上的脸（过度洗脸刺激皮肤分泌更多油脂）。 二、流汗后或洗脸后，没有随手擦干脸的习惯（弱碱性的汗水有利于细菌繁殖，中性的水质会稀释皮脂膜的酸度，让抵抗外菌侵入的能力减弱）。 三、习惯摸摸脸，摸摸头发或是有用手托腮的习惯（手上的污垢经常会因此沾到脸上而产生青春痘）。 四、爱吃肉、油炸食物、甜点，不爱吃青菜水果（吃肉不吃蔬果会使消化系统不正常，体内毒素堆积）。
五、喜欢吃速食、泡面当宵夜（容易造成便秘，诱发青春痘、痤疮）。
六、常超过 12 点后才就寝（造成内分泌紊乱，让皮脂腺过度分泌）。
七、没有定期更换寝具的习惯（细菌丛生引发痤疮）。
八、很少喝水（肌肤缺水自然会刺激毛孔排出油脂）。

痤疮在家里应该采取的护肤措施

1.饮食方面：
少吃辛辣食物（如辣椒、葱、蒜等），少吃油腻食物（如动物油、植物油等），少吃甜食（如糖类、咖啡类），少吃“发物”（如羊肉等），适当吃凉性蔬菜、水果。 生活方面：不吸烟，不喝酒及浓茶等。

2.化妆品：
避免使用油性或粉质化妆品，酌情使用水质护扶品，尤忌浓妆。睡前应彻底清除当天的化妆品，并避免睡前涂抹营养霜、药膏等，使夜间的皮肤轻松、畅通，充分呼吸。 3.避免用手经常触摸已长出的粉刺或用头发及粉底霜极力掩盖皮疹，尤其要克服用手乱挤乱压粉刺的不良习惯，因为手上的细菌和头发上的赃物极易感染皮肤，加重粉刺，而乱挤乱压可致永久的凹陷性疤痕。

西医治疗方法

1.内服的药物 主要是抗生素，以抗菌消炎为主，如强力霉素。口服：1次100ｇ，1日2次。多见不良反应胃肠道反应如恶心、呕吐、腹泻等，饭后服药可减轻。强力霉素不建议使用于怀孕及成长孩童，以避免孩童牙齿变黄及骨骼生长迟缓。

2. 维 A 酸类药物治疗(Retin-A) 维 A 酸类药物治疗痤疮可直接或间接作用于痤疮发病的 4 个主要环节：抑制皮脂腺功能；抗毛囊皮脂导管角化；抑制毛囊皮脂导管内微生物的生长；抑制炎症。所以，维 A 酸类药物是治疗痤疮最为有效的药物种类之一。口服维 A 酸的副作用常与剂量大小、用药时间长短有关。最常见的副作用是皮肤红斑、干燥、痘痒、脱屑，粘膜干燥、唇炎、毛发脱落、毛囊炎等。其次，长期大量服用维 A 酸类药物后可引起中枢神经系统的副作用，表现为严重头痛、眩晕、戒酒样反应及假性脑肿瘤症状或发生抑郁症、性格改变及听力减退等。此类药物的另一个较为严重的副作用就是具有胚胎毒性和致畸胎性，孕妇在服药期间约有 1／3 发生自发性流产或畸形胎儿，故服用此类药物的女性在治疗前、治疗中及停药后短期内，均不宜妊娠。此外，口服维 A 酸类药物还可能引起高血脂、高血糖、肝功能异常、血细胞减少、骨筋肌疼痛、骨锰闭锁及恶心呕吐等症状。

食疗药方

绿豆薏苡仁汤 绿豆、薏苡仁各 25 克、山楂 10 克，洗净，加清水 500 克，泡 30 分钟后煮开，沸几分钟后即停火，不要揭盖，焖 15 分钟即可，当茶饮。每天 3-5 次，适用于油性皮肤。

海带绿豆汤 海带、绿豆各 15 克、甜杏仁 9 克、玫瑰花 6 克，红糖适量。将玫瑰花用布包好，与各药同煮后，去玫瑰花，加红糖食用。每日 1 剂，连用 30 日。

水果祛痘资料

西红柿汁：
每日喝 1 杯西红柿汁或经常吃西红柿，对防治雀斑有较好的作用。因为西红柿中含丰富的维生素 C，被誉为“维生素 C 的仓库”。维生素 C 可抑制皮肤内酪氨酸酶的活性，有效减少黑色素的形成，从而使皮肤白嫩，黑斑消退。

柠檬冰糖汁：
将柠檬搅汁，加冰糖适量饮用。柠檬中含有丰富的维生素C。常饮柠檬汁，不仅可以白嫩皮肤，防止皮肤血管老化，消除面部色素斑，而且还具有防治动脉硬化的作用。
苹果：把新鲜苹果用搅拌机搅拌成浆状，涂在脸上 30 分钟，用盐水洗掉，不仅会感觉很清爽，而且可以使皮肤白嫩。坚持一个月，可以有效祛除雀斑和青春痘。
芦荟蛋白：将芦荟果肉与蛋白、蜜糖混合在一起自制面膜，可以有效祛除青春痘。因为芦荟有消炎镇定的功能，蛋白可以清热解毒，而蜜糖中的维他命、葡萄糖、果糖则能滋润美白肌肤，并有杀菌、消毒、加速伤口愈合的作用。

环球医学

墨西哥湾油井泄漏对人类健康的威胁



以及

本刊王曉春博士，孔學君医师

发生于今年 4 月 22 日的墨西哥湾油井爆炸事故及油井泄漏迄今已经两个多月，该油井的东家、英国 BP 公司称，为控制本次数十年来罕见的泄露事故，该公司每天都要花费数百万美元，总额已突破 30 亿美元。在爆炸中有 11 名工人在爆炸中失踪，据信已死亡。由于漏油点位于深达 1600 米的海底，“堵漏”工作无法有效开展。 这架于 2001 年由韩国现代集团建造的耗资 6 亿多美元的“深水地平线”钻井平台位于路易斯安那州普拉克明县东南 84 公里处。它长 121 米，宽 78 米，几乎有两个足球场大小，最多可容纳 130 名工人作业，钻探深度达 9144 米，为全球最先进的钻井平台之一。操作不当而引起的爆炸等导致了巨型的泄漏管道，其大小相当于 3 个半足球场，每天将泄出 2 千万加仑的原油污染海水。救援人员表示，虽然上述 产生的海面油污厚度很小，但总量太大(每天超过 19 万升原油喷涌而出)仍然可能对墨西哥湾沿岸的各类海洋生物产生严重影响。此外，大风天气可能加速污染物沿着洋流不断扩散。

美国历史上最严重的漏油事件发生在 1989 年 3 月，当时，美国埃克森公司“瓦尔德斯”号油轮在阿拉斯加州威廉王子湾搁浅，导致大约 4160 万升原油泄漏，当地遭到严重污染，鲑鱼和鲱鱼资源近于灭绝，几十家企业破产或濒于倒闭。

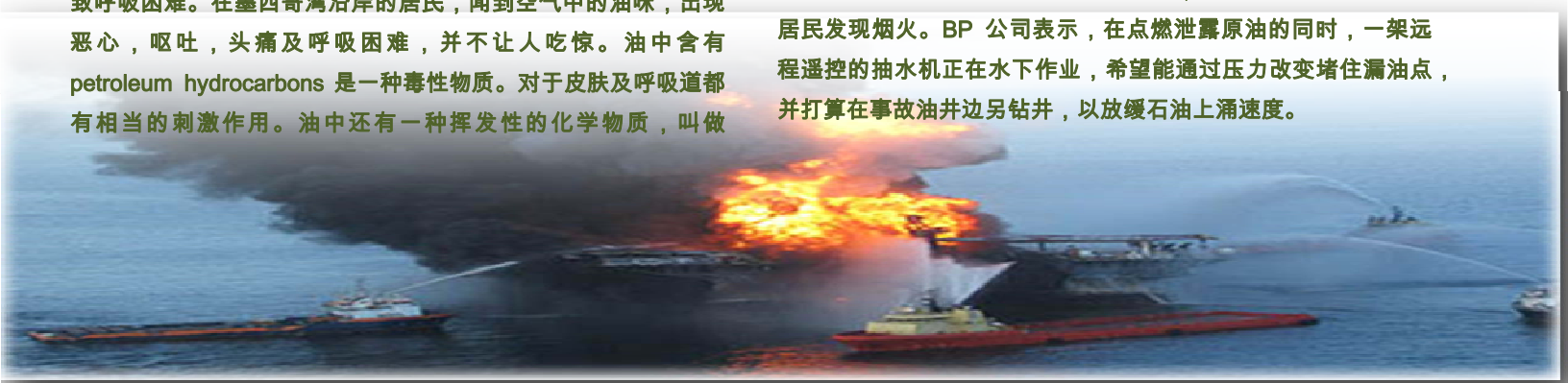
奥巴马已将这一事件对美国的威胁上升到 911 的高度，这让 911 后美国的最坚强盟友英国大感不快，认为总统言过其实，甚至有政治错误。但不看政治单从生态学角度看该事件对美国的影响直至人类健康的威胁，漏油事件当然远超前者。

油是半挥发的，可以升腾到空气中而处在人类的呼吸空气层。含有油的小滴随着空气被吸入人们的肺中，可能造成肺的损伤，引致呼吸困难。在墨西哥湾沿岸的居民，闻到空气中的油味，出现恶心，呕吐，头痛及呼吸困难，并不让人吃惊。油中含有 petroleum hydrocarbons 是一种毒性物质。对于皮肤及呼吸道都有相当的刺激作用。油中还有一种挥发性的化学物质，叫做 VOCs。可以引起恶心，呕吐，头痛等急性病症，长期接触则有致癌作用。VOCs 可以引起妊娠妇女流产，孕妇应尽可能离开污染区。对于已有呼吸道疾患的病者，他们更经不起再承受更多的吸入损伤，也应撤离污染区。

目前，美国国家环境保护局正在进行空气监测。有关人士应经常查询其网站以获相关信息。另外，清洁工人的健康状况需要注意。据悉，大批渔民临时被雇为清洁工，他们并没有相应的训练。清洁时应重点保护呼吸道，应一律戴上标准的防护面罩，防止吸入性肺损伤；另外，应戴不通透性的工作手套。化学物质可以伤到皮肤，还可以直接从皮肤吸收，进入血液循环和骨骼，而引起进一步的损害。

漏油事件的主要影响包括：
漏油事件严重影响着海洋生态学。经测知，附近海水含氧量已经低于正常，从海底至海面均是如此。这是由于消化漏油的细菌的活动增加，进而影响到海生食物链及沿岸居民的健康，对此应引起足够的重视。

漏油事件对于生物及人类健康的影响是深远的，应引起高度重视。切实做好各项预防措施。抓紧清理漏油，使造成的损伤减至最低。资料显示，加拿大纽芬兰省曾采用“放火”的办法清理海面上泄漏的石油。美国官员称，虽然燃烧石油产生的空气污染将令环境受到影响，但此类可控燃烧的风险远比钻井平台爆炸起火产生的危害小得多。美国海岸警卫队将海面的油污用特制快艇“驱赶”到一处僻静之处予以点燃。在整个过程中，大块油污将被分成若干小块分别予以点燃。据悉，本次点火行动处于“小规模”和“可控”状态。每次点火燃烧行动将持续一个小时左右，而且期间不会让岸上的居民发现烟火。BP 公司表示，在点燃泄露原油的同时，一架远程遥控的抽水机正在水下作业，希望能通过压力改变堵住漏油点，并打算在事故油井边另钻井，以放缓石油上涌速度。



專題講座

失眠真苦恼，治療有良方



最近的調查研究表明對于失眠，醫生們傾向于首選用藥物治療，而不是推薦有效的非藥物療法

最近的研究表明对于失眠，医生倾向于用药物治疗，而不是推荐非药物疗法。几乎四分之三参加问卷调查的医生表示对于失眠他们首先会开处方药治疗。该调查作者－Massachusetts General Hospital 的 Meghan Rieu－Werden 和同事们在美国心理学协会的会议上报告了他们的研究结果。

目前很多治疗指导方针建议对于失眠，不管是由于医学原因还是心理原因，应先采取非药物治疗：例如认知疗法，认知行为疗法，放松疗法，减压疗法，睡眠卫生教育。这些疗法都是很有效的非药物疗法。其中睡眠卫生教育尤其有效，Meghan Rieu－Werden 如是说。睡眠卫生包括每天按时睡觉，按时起床；限制调整每天摄入的咖啡因及酒精含量；规律进行体育锻炼；调整锻炼时间；适当进行放松。没有参与该项研究的 University of California Davis 的Don Hilty 医生说：“这些虽然都是常识，但是病人们需要医生的提醒。”

为了找出医生治疗失眠方法的差异，研究者们调查了500个参加某精神药物学课程的医疗工作者，其中40.2%为心理医生，9.4%为非心理学医生，18.8%为护士，5%为其他不具备开处方资格人员，另外26.6%不能确定其身份。所有人对一个假想病人进行诊断并提供治疗方案。该病人有严重抑郁症状，在未来三个月里将进行三次治疗。Rieu－Werden 说他们主要研究这些人对于失眠的治疗。这项研究表明大部分人（73.19%）选择药物治疗，其中包括催眠药物，例如 eszopiclone（Lunesta）和 zolpidem（Ambien）。只有2.22%的人选择非药物作为首要治疗方案。约四分之一的人(24.6%)选择药物和非药物治疗结合的方案。其他非药物治疗包括使用褪黑激素和光盒疗法。

研究者表明参加这项研究的医疗人员也许忽略了睡眠卫生治疗，因为该“病人”服用抗抑郁药物后失眠症状反而加重,说明失眠症状可能由这些药物引起，Rieu－Werden 如是说。她还指出，这项研究可能有一定偏差，因为所有参与人员都在参加一个精神药物学的课程，但是她仍认为大部分医疗人员在治疗失眠时还是首选药物治疗，即使治疗指导手册推荐非药物治疗。她坚持医疗工作者应多参加介绍失眠非药物治疗的教育课程。

Hilty同意她的说法，他说：“心理医生和其他家庭医生应该多了解非药物治疗或者尝试药物和非药物结合疗法。”他同时也指出提高睡眠卫生虽然值得推荐，但治疗长期失眠需要进行认知行为疗法或认知疗法等更有效的方法。Rieu－Werden 建议进行更多关于失眠的诊断和治疗的研究。

[文章来源]

Rieu-Werden ML, et al. Underutilization of nonpharmacologic interventions for insomnia by healthcare providers. *APA*. 2010; Abstract NR2-59.

[摘译] 陈娟



本期特訊



齊心協力 提高亞裔健康水平

– 孔学君医师谈美国亚裔健康的诸多问题

二十年前，在北京医科大学第一附属医院（现名北京大学医学部）刚刚做完内科住院总医师的我，随着浩浩荡荡的出国大军来到美国波士顿。先是在实验室做了几年分子生物学研究，后来就考取了行医执照，在波士顿一呆就是二十年。十几年在美的临床生涯，接诊的病人成千上万，包括了各个种族的患者。 可能因为是亚裔医生，亚裔病人占了相当比例。也因为是亚裔医生，所以对于亚裔群体的一些发病特点及健康问题有更多的体会和经验。

就中国病人讲，我的病人有老一代来自台湾香港的移民，有新一代来自大陆的留学生，有从福建沿海飘流过来的偷渡客，也有短期造访的中国各地学者或探亲老人。新移民的情况与其他种族有些共性，但亚裔由于语系差别大，适应上所面临的困难更大。众多的亚裔新移民， 也像其他种族移民，满怀淘金或镀金的梦想，来到这片新大陆开拓自己的人生。他们靠自己的学识或者双手勤奋的工作，加倍的努力，很多人成了专家，企业家，中产阶级或百万富翁。还有很多人把子女培养成了名牌大学的姣姣者并进入美国上层社会。但是他们很多人却成了工作的奴隶，不注意自己的健康。 几年不看医生，小病自己“抗过去”，从不体检的人士大有人在。很多人在自己的领域是绝对的专家，但对于基本的健康预防知识却近乎“文盲”，来美多年了还对美国的医疗体系甚不了解。社区里不时传出英年早逝的悲剧，作为医生亲眼所见更是数不胜数，令人震撼。本人亲自经管的就有三例 40 岁左右的肝癌患者，一查出来就是晚期，都在三个月左右离世。他们都是事业很成功的人士，有的知道自己是乙肝携带者，但多年不就医，不诊治。等有了症状就晚期了。记得有一位是个很有建树的学者，刚刚买了房子，诊断时才新婚生子，英年早逝真是令人心痛惋惜。时下乙肝病毒其实有很多治疗，乙肝携带者也有常规的监测定则，可惜他太忙了，从来没抽出时间像研究他的专业一样研究研究自己的疾病。记得他来美 10 多年从没有看过医生，生病时还是一个朋友介绍到我的诊所。还有一位女教授，几年前查出很高的胆固醇，给她开了药令其定期复查。但是她很快自行停了药，几年也不来检查。有一天在工作时突然倒地而去，死于中风。如果她的胆固醇得以有效控制，结局可能完全不同。她走得时候才 49 岁。最近两位 40 多岁的朋友 10 多年从没修过一天病假，事业上正值顶峰，不幸查出晚期胃癌，出现症状也不过 1-2 个月。这些触目惊心的实例，不断地向我们敲着警钟。 作为一名同是新移民的亚裔医生，我身同感受。发自内心地感到了一种责任，一种义务，深感肩负着神圣的使命。和其他的亚裔医生一样，理应利用自己的专业知识以及中国的和美国的双重临床经验，帮助我们的同胞增加防病治病的健康知识，深刻了解我们亚裔人群的发病特点及热点问题，呼吁全社会重视亚裔健康，行之有效的提高亚裔社区的整体健康素质，避免不必要的悲剧发生。不论是组织讲座，义诊，普查，还是筹办期刊，咨询，论坛，十几年来我倾注了极大的热情，然任重而道远。

美国是个移民国家。亚裔人群在美国共一千万，占总人口 3.6%，近年呈现上升趋势，现接近 5%。比起其他种族，亚裔人群，亚裔的健康状况相对较差。总的来讲，其健康体检及癌症过筛检查率与其他种族相比属于最低。这里有语言的障碍，更有文化的差异。 亚裔人群处在贫困线以下的人口有一百万之多。那么，亚裔人群的发病情况有哪些特点呢？在美国的总体死亡率第一位是心血管疾患，而在亚裔人群癌症仍为死因第一位。其中肝癌，胃癌，子宫颈癌不成比例的高于其他种族人群。特别指出的是，乙肝携带者在中国人群中占 15%，这是造成肝癌高发的主要原因。亚裔的第二大死因是心血管疾患，随着亚裔的西化其发病呈上升趋势。亚裔的结核病仍不成比例地高于其他种族人群。从病因学上看，通常基因与环境因素的相互作用起着很大作用。高发的癌症有基因的问题，也有饮食习惯的问题，传播方式的问题。癌症总体上是多基因疾患，有些基因已经发现，尤其是一些家族性癌瘤类型。关于心血管病在亚裔的上升趋势，亚裔移民后生活习惯的西化与

其直接相关。美国的饮食特点是较多的脂肪类，肉类，加工食品；动物蛋白比正常高三倍；早餐少，中餐快，晚餐大。甜食多，蔬菜少。美国的饮食远远不如亚洲的饮食健康。随着亚裔人群生活习惯的西化，除了心血管病，糖尿病，代谢病，高血压也随之增加。有一点需要指出，亚裔人群对于脂肪的耐受比西方人要差得多。西方人的身体质量指数（BMI）为 25 正常，而亚裔则为 23 正常。亚裔人群并不用像美国人那么胖就已经有脂肪肝或者代谢病了，因而对于体重的要求就应更严格。同样由于基因的不同，亚裔人群肝脏的药物代谢对于药物的反应也很有特点。比如亚裔人群在使用 beta 阻断剂降压时需要的剂量比美国人要低得多。我们要了解并深入研究这些特点， 才能有的放矢，更好的为我们的社区服务。

[**撰文**] 哈佛大学医学院以色列医院内科 孔学君 医师






群英汇集波城　聚焦亚裔健康

----美中医学交流学会亚裔健康教育推广盛会纪实（一）

2010年6月12日，美中医学交流协会 （ACMES）在位于波士顿查尔斯河畔的Holiday Inn at Beacon Hill隆重举行了首届为倡导及推动亚裔健康教育为主题的医学讲座以及慈善募捐暨时装表演的盛会，两百余名在新英仑地区工作的医生，护士，生物医学研究人员，及几十位政界，商界，法界代表应邀出席。本次活动的主要目的是唤起华人社区对医学健康教育的关注和支持。倡导全体华人团结一致，奉献爱心，参与并支持美中医学交流协会所扶持的中英文杂志 （北美医学与健康）以及设立的国际医师培训项目(IMD)和其它教育项目，计划在今后的5年内在美国一流医院培训1000名中国二三线城市的骨干医师，推动中美医学实质性项目交流，同时进一步促进华人社区医学健康教育的和谐发展。下午的医学讲座， 来自马里兰肝炎项目负责人内科专家李家裘医师和加州大学Irvine 分校的肝病科主任胡克勤教授分别作了关于乙肝的专科讲座涉及乙肝的早期预防，诊治原则，以及在孕妇和育龄妇女的一些特殊问题；来自亚特兰大Emory University的心脏病专家Nanette K. Wenger 教授作了关于冠心病早期防治的专科讲座。 与会者一致认为这些讲座深入浅出，助益非浅。会后听众涌跃提问，讨论热烈。大家都认识到亚裔人群的发病有其特点，应引起医疗界及社会各界的高度重视，切实提高我们的整体健康水平。晚宴席间，大会执行委员会主席刘昭医师及美中医学交流协会会长孔学君医师分别致开幕词。专程从华盛顿赶来的特邀贵宾，前美国劳工部首席财务官莫天成（Samuel Mok） 先生进行了关于医疗体制与中国的主题演讲。 莫先生就中国健康医疗体系的讲演解析了目前中国医疗体系的不足之处，肯定了美中医学交流协会为提高中国医疗水平和国际接轨的努力，并就协会今后的努力方向提出了深刻积极的建议。 莫先生的演讲高屋建瓴，深刻而生动，受到听众多次热烈的掌声。在之后长达一个小时的时装表演中，模特们先后展示了中国传统服装旗袍，唐装以及美国流行服装，再配以中国传统乐器二胡，琵琶，扬琴等的伴奏，让整个活动达到高潮。与整个活动同时举行的还有现场拍卖中国传统字画工艺品，大家积极踊跃倾囊相助，现场气氛极其融洽。会后，许多参加者认为这次活动规模宏大，组织完美，宗旨明确，圆满成功，而且形式多样，别具一格。并希望今后美中医学交流协会可以更多的举行类似活动，为提高亚裔人群医疗保健质量和健康教育水平做出更大的贡献。 （武世谨　供稿）

















提高健康水平，體驗時尚生活

----美中医学交流学会亚裔健康教育推广盛会纪实 （二）





大会的成功是众多的组织者志愿者共同努力的结晶，大会执行委员会主席刘昭，副主席刘蕴怡，及核心成员周宁，孔学君，武世瑾，Diane Chapman， Diane Agoun，庄宁，顾烨，邵颖,刘京京,陈红，Winnie Shum，张伟，周检，田盛西，宋一青，刘京，张艳玲，容榕，周丽斌，沈萍，曾红，孔亚伟，张震宇，John Cao，高博，王晓春等；CME 主持人：周人志，陈露西；晚会主持人：刘佳宁，范顺；摄影师：张玉安，万建波，Lisi Cai, Hong Shao, Junwei Lu；特邀的嘉宾刚刚连任的 Acton School Committee 主任孔轩，海外华人企业家学会（OCEAN）会长苏庄，教育部主任吴凯宾也参与了志愿者的行列，其他志愿者还有陈娟，肖泽宇，黄丽丽，谭睿等等。他们都为大会的成功付出了大量的心血及数月的劳动。





本次盛会受到多家公司及个人的慷慨赞助及支持，他们包括：Novonodisk， Gilead，Auxilium， Daiich-Sankyo， Sanofi-Aventis， NewYork Life insurance， Dr. Mark Li, Merck， Bristol-Myers Squibb， Amylin， Johnson & Johnson, Condor International Advisors, LLC, Soodee, Kim’s Fashion ， Chinese Performing Arts and Chinese Chamber of Music Boston 。并有以下公司及个人慷慨捐赠：OCEAN（留美华人企业家协会）, Holiday Inn, Chinese Chamber of Music Boston, Abby Park Cuisine, Catherine T. Chan（谭嘉陵）, 郭义芳，张力行，付明辉，刘京，曾红 ，Laurie Rosenblatt，Jim Leary, Priority One Auto Rental, Soodee, Kim’s Fashion，Olive Li 等等。 再次一并致谢！

（万剑波等摄影，王晓春制作）















“北美医学与健康” 征稿启示

为了切实将本刊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” 编缉部衷心地欢迎您的踊跃来稿及建议，热切地盼望着与您共同合作与切磋。为了使您的作品能得以尽快地发表，特此征稿通知如下，希望能与您达成共识。

一， 基本原则：

1， 要求作者遵循本刊科学性之准则，本着向广大读者负责的态度，力求提供崭新的准确的健康知识及讯息。所有稿件应注明创作方式（独创，综述，摘录，翻译等）及参考资料来源。

2， 如作品借用，引用或修改有版权保护的文字，表格，插图，作者负责获得版权持有者的书面许可并呈交编辑部。否则本刊可拒绝发表。

3， 如稿件（包括表格，插图）已被送交其它出版机构的，或正为其它出版机构考虑发表，应及时告知本刊。本刊可以拒绝登载。

4， 稿件应视为本刊所有。本刊有权指定在何期发表，也可对稿件进行修改，增删和文字形象处理。本刊编辑将与作者密切沟通合作。

二， 内容要求：

1， 本刊以介绍北美医学前沿进展及最新健康理念为主流，聚焦社区健康，涵盖中美医学接轨及中西医结合等内容，详见致读者中各栏目介绍。

2， 本刊盼望独创论文的科普版，前沿学科的综述和摘译，常见病专题讲座，有实证医学依据的健康常识。本刊恕不接受纯属商业抄作而无任何科学依据的文章。

三， 稿件方式：

1， 稿件用 MS Word 或其它数码式功能软件写成。以数码方式（电子附件或数据卡等）传发本社，作者本人留底照片图片等，如有需要提供标准质量的文件以及软件支持。

2， 发稿可以用笔名，但一定要给本刊提供作者真实姓名，职业，职称， 地址及联系方式。

3， 字体一致，注明页数，双行距，篇幅最好不超过两页（以 9 号字计）

4， 重要论点或数据请附参考资料（中文版仅限于医学进展栏目的综述）

<作者 1 >，<作者 2 >，等。 <所引文章标题>。 <*期刊名称*> <年份>；
<期号>（<序号>）：<页数>。

例 1 ：马建鹏，杨劲等。 论艾滋病治疗。*中华医学论丛* 1999; 46(5): 93-97.

例 2 ：Chen H, Liu KM, Brown J, et al. *J. Biol Chem* 2003; 12(3): 123-166.

注：若用英文，作者姓前名后，名只用缩写。如 James Brown 写为 Brown J

5， 投稿：电子邮箱 info@acmec.net 电话 781-325-6805 传真 781-402-0284

四， 广告须知

1， 广告类别：医学健康有关如中西药药物信息，营养保健品，护肤化妆品，诊所，医院，护理院，健身器材，房地产，金融，保险，律师等

2， 广告原则：广告内容准确可信，符合一般医学及伦理学原则，提供的广告符合出版要求，本刊有权拒绝刊登认为不适宜之广告

3， 联系：电子邮箱 info@acmes.net 电话 781-325-6805 传真 781-402-0284
邮寄：15 New England Executive Park, Burlington, MA 01803, USA

“北美医学与健康”

网址：www.najmh.org

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