第十五期 二零一零年 十月
Vol.15 October, 2010

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫学新闻 Medical News
肉毒杆菌毒素(botox)新获准治疗预防成人偏头痛
药物支架改善下肢动脉缺血最新研究
男性同性恋艾滋病发病之最新资料

醫學進展 Medical Advances
鱼油在 2 型糖尿病预防上的潜在效应
针灸镇痛研究进展

醫生日志 Physician Diary
中医学和形而上学

醫學人物 The Physician of the Month
泌尿科移植專家高紹忠醫師

醫療體系 Health Care System
现代美国的替代医学及补充医学概况

醫學教育 Medical Education
开业护士／护理医生

法律顧問 Legal Issues
中美处理医疗事故相关法律的比较研究（四）

咨詢門診 Consultation Clinic
高血压答疑

醫學論壇 Medical Forum
中醫學與自然醫學

健康指南 Health Guidance
谈谈血管病
松树皮提取液对心脏无益

飲食健康 Diet and Health
巧克力可能有助于对抗中风

藥物信息 Drug Information
治疗多发性硬化症的口服新药获得批准

醫學廣角 Medical Perspective
不可避免的中年危机：妇女更年期和男人更年期

專題講座 Special Topic
发现自闭症新的生物医学标记，寻找新的治疗方案
经颅电针刺激疗法

環球醫學 Global Medicine
中国 2 型糖尿病的流行病研究

本期特訊 This Month Special
再论亚裔健康
推广中英双刊，聚焦亚裔健康
美中医学交流学会（ACMES）学术年会纪实

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



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”第十五期又与大家见面了！ 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10月 主编 孔学君， MD

本期责任编辑：孔学君，MD；刘京京，PhD，MD；王晓春 PhD；宋一青，MD，ScD；林旭，MD；刘京，MD，PhD
网站：王晓春，PhD；刘京京，MD， PhD；摄影：张虞安，PhD； 市场顾问：刘瑞明
本期编译人员：丁倩玮， NP；顾烨，PhD；马建韬 MD；孙香兰，MD；袁建平，MS；齐润娟，MD；张博；李文，MS；王娟；牛江河，PhD；张志将，MD，PhD；李艳萍，MD，PhD



网址：www.njmh.org; 联系：editor@najmh.org or 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10月 第15期 总第15期

目 錄

醫學新聞 Medical News
肉毒杆菌毒素(botox)新获准治疗预防成人偏头痛 1
药物支架改善下肢动脉缺血最新研究 1
男性同性恋艾滋病发病之最新资料 1
醫學進展 Medical Advances
鱼油在 2 型糖尿病预防上的潜在效应 2
针灸镇痛研究进展 3
醫生日志 Physician Diary
中医学和形而上学 4
醫學人物 Physician of the Month
泌尿科移植專家高紹忠醫師 6
醫療體系 Health Care System
现代美国的替代医学及补充医学概况 7
醫學教育 Medical Education
开业护士／护理医生 8
法律顧問 Legal Issues
中美处理医疗事故相关法律的比较研究（四） 9
咨詢門診 Consultation Clinic
高血压答疑 11
醫學論壇 Medical Forum
中醫學與自然醫學 12
健康指南 Health Guidance
谈谈血管病 14
松树皮提取液对心脏无益 14
飲食健康 Diet and Health
巧克力可能有助于对抗中风 15
藥物信息 Drug Information
治疗多发性硬化症的口服新药获得批准 15
醫學廣角 Medical Perspective
不可避免的中年危机：妇女更年期和男人更年期 16
專題講座 SpecialTopic
发现自闭症新的生物医学标记，寻找新的治疗方案 17
经颅电针刺激疗法 17
環球醫學 Global Medicine
中国 2 型糖尿病的流行病研究 18
本期特訊 This Month Special
再论亚裔健康 19
推广中英双刊，聚焦亚裔健康 20
美中医学交流学会（ACMES）学术年会纪实 21

医学新闻

肉毒杆菌毒素(botox)新获准治疗预防成人偏头痛

编译：刘京京博士

美国食品药物管理局（FDA）本月 15 日正式批准使用肉毒杆菌毒素治疗预防成人偏头痛。药物评价研究中心神经学药品部负责人凯兹（Russell Katz）医生说 “慢性偏头痛是最令人困扰的的头痛之一”， “患者每月头痛时间超过 14 天，严重的影响工作、家庭及日常生活，有多种有效治疗的选择是很重要的。”在美国大约三百万人患有慢性偏头痛。

在开始使用阶段，药物在头颈部多处注射的方式大约每十二个星期一次,用以减轻症状 （该药对每周头痛少于或等于十四天的偏头痛或其它形式的头痛无效）。

自从发现一些患者在应用肉毒毒素进行面部除皱的过程中，同时减轻了偏头痛的症状开始，人们已致力于使用肉毒毒素治疗偏头痛近十几年。今年三月，美国食品药物管理局批准使用肉毒毒素（Allergan 生产）治疗成人的肘，腕，指部屈肌痉挛。近期，Allergan 公司宣布将因其在从 2001 年到 2005 年间违法使用肉毒毒素标识而交付 37.5 亿美元的罚款。该公司九月份的报告中还提到，他们正在进行该药对神经源性和特发性膀胱活动亢进治疗的三期临床研究。

参考文献：MedPage Today，2010 年十月十五日

藥物支架改善下肢動脈缺血最新研究

编译： 齐润娟博士

一个最新研究指出对于有下肢动脉疾患的病人，药物支架殖入后血管开通效果要比金属裸支架好，这无形中为下肢动脉硬化闭塞症患者带来了避免截肢的福音。据研究者在 2010 年 9 月 21-25 日在华盛顿召开的 TCT 学会（Transcatheter Cardiovascular Therapeutics）上发表，对患有膝部以下下肢动脉疾患，跛行并有截肢危险的病人，雷帕酶素药物涂层支架置入后，病人状况改善程度比金属裸支架要好。研究人员对裸支架及药物支架作了比较，主要观察指数为 12 个月血管通畅率，结果显示 63 名裸支架殖入成功病人血管通畅率为 55.6%，相比之下 62 名雷帕酶素药物涂层支架介入成功病人的血管通畅率为 80.6%，有明显统计学差异（P=0.004）。如果病人被指定使用裸支架介入治疗，那么再狭窄风险率为 3.2 (95% CI 1.5 to 6.7; P=0.003)。 德国 Herz-Zentrum, Bad Krozingen 的主任医生 Thomas Zeller 指出在金属裸支架和药物支架两组中，踝臂指数都有改善。虽然药物支架比裸支架更受欢迎，但是在临床效果上还没有足够的证据来证明药物支架更有效。



从 2006 年 4 月至 2008 年 4 月以德国两个设施为中心进行了前瞻性，随机性，多中心，双盲性临床试验。 病人必须被诊断为间歇性跛行或者严重下肢局部缺血并且膝下动脉原发病变灶要长达 5cm 以上方可被列入临床试验。病人平均年龄为 73 岁，三分之二的病人为男性，50%以上病人患有糖尿病，而且 28%的病人是吸烟者。患者包括无聚合物雷帕酶素药物涂层支架介入病人和对照剂涂层金属裸支架介入病人。主要观察指数为一年后的一期通畅率，经血管造影术，或者在适当的情况下用双功超声检测支架内再狭窄。血管内腔 50%以上通畅的状况下，可定义为无支架内再狭窄。支架介入前，两组患者的踝臂指数都低于基准线 0.05。金属裸支架介入患者，一年后的踝臂指数提高到 0.69。相比之下，雷帕酶素药物涂层支架介入患者，一年后踝臂指数提高的幅度更大，达到 0.75。Zeller 医生指出这些有下肢动脉病变的患者，其中很多病人被诊断为重症下肢局部缺血，即使治疗后踝臂指数也不会恢复到正常（正常值大约是 0.90）。对重症下肢局部缺血患者用 Rutherford-Becker Classification scale 评价支架介入一年后的效果，统计结果证明雷帕酶素药物涂层支架有更佳治疗效果。83.9%雷帕酶素药物涂层支架膝盖以下动脉介入患者的 Rutherford-Becker 分降低一级。 相比之下，只有 61.9%金属裸支架介入患者的 Rutherford-Becker 分降低一级(P=0.01)。Zeller 医生同时指出，可能是因为该研究的患者都是属于晚期阶段，所以，在无事故生存率方面并没有显示出统计学意义。临床试验期间，63 例金属裸支架介入患者中 14 人死亡，62 例雷帕酶素药物涂层支架介入患者中 11 人死亡。纽约哥伦比亚大学临床医学副教授 William Gary 医生阐述，与金属裸支架相比虽然有足够概念上的证据可以证明雷帕酶素药物涂层支架介入一年后的效果更好，但是并不能证明可以避免截肢。所以为证明雷帕酶素药物涂层支架的这一利点，非常有必要进行一个更大规模的临床试验。并且将来的临床试验在患者选择上应该更加严格，而且应该增加患者人数。

参考文献：Journal of the American College of Cardiology, Ras “ Sirolimus-eluting stents versus bare-metal stents for treatment of infrapopliteal arteries: A double-blind, multi-centre randomised clinical trial” JACC 2010; 56(13): xv.

男性同性恋艾滋病发病之最新资料



编译：张博

据美国疾病防治中心(CDC)报道，2008 年在人数超过 8000 名的男男性接触者(MSM)中的艾滋病流行比例为 19%。该报道发表在在 9 月 24 日的《发病率与死亡率周报》上，还提到在同组被感染的人群中，44%的人并不知晓自己被感染的事实。其中黑人的染病率最高，为 28%，接下来依次是

西班牙裔（18%），非西班牙裔白人（16%），多族裔和其他种族的人（17%），该报道指出。

这些发现来自于美国疾病防治中心(CDC)艾滋病行为监测系统收集的数据，而这些数据都是通过在酒吧，俱乐部等其他男同性恋常出现的社会场所进行匿名采访得到的。这项监测每年都在男男性接触者(MSM)，注射吸毒者，和异性恋中的艾滋感染高危人群中进行，每年被研究的对象均不同。第一次对男男性接触者(MSM)的监测是在 2004 至 2005 年度，一共对 15 个城市统计区收集了数据。2008 年的问卷调查在 21 个城市地区进行，这 21 个地区在 2006 年时已经囊括了全美大约 60%的艾滋病例，美国疾病防治中心(CDC)报道。符合被调查采访的男性条件有：18 岁或以上，住在被调查地区内，以及能够用英文或西班牙文接受采访。他们均被提供参加匿名的艾滋测试并得到测试结果的机会，以及在合适的条件下被匿名推荐治疗的可能性。

据美国疾病防治中心(CDC)报道，他们共采访并测试了 8153 名男性，占符合上述条件的 74%。被测试者的平均年龄是 32 岁，其中 44%是白人，25%是西班牙裔，23%是黑人。其余的是亚洲人，夏威夷土著，太平洋岛居民，美国印第安人，阿拉斯加土著，以及多族裔或者其他种族的人。被测试者大多数（66%）有医疗保险，而且 76%的人说他们曾经在过去一年中去过医疗保健机构。在 1562 名感染艾滋的男性中，680 名并不知晓病情，其中年轻人对于自己艾滋感染的不知晓率更高。高达 75%的 18／19 岁被调查者不知道自己感染艾滋病，而 50 岁以上的染病者中只有 19%不知情。黑人感染者中 59%不知道自己感染艾滋，相比之下 46%的西班牙裔和 26%的白人对自己染病一无所知。30 岁以下的黑人患者几乎都不知道他们得了艾滋病。

为了比较，疾病防治中心(CDC)参考了 2004－2005 年度对男同性恋艾滋流行的调查报告。那份报告指出在巴尔的摩，洛杉矶，迈阿密，纽约和旧金山这五个城市地区里男同性恋的艾滋病染病率为 26%，并且其中有 48%感染者不知道自己得病。2008 年当这几个地区的数据被重新独立采集分析后，疾病防治中心(CDC)发现艾滋病毒呈阳性的患者比率和他们对病情的不知晓率这两个数字几乎没有变化，分别是 27%和 48%。黑人中的染病率及病情不知晓率分别为 40%和 63%，相对应的 2004－2005 年度报告中这两个数字分别为 46%和 67%。

这些发现证实了男同性恋是艾滋病的高发病人群，疾病防治中心(CDC)总结道，而且体现出了种族经济的区别。但是这个分析也有一些局限性，据疾病防治中心(CDC)报道，包括调查问卷都是由一名采访者进行，采访过程当中艾滋呈阳性的数据可能会有少报的现象，以致对于男同性恋感染不知情率的估计会有夸大。他们还指出这份分析没有对 2004－2005 年度和 2008 年度样本的人口统计区别进行控制，这也有可能影响结果。
而且这些发现只适用于在城市中某些艾滋病高发的固定场所，例如酒吧和跳舞俱乐部，所以结果不具有普遍性，不能代表所有男同性恋的情况。另外，曾经有报道指出普通男同性恋人群中的艾滋病流行率仅为 11.8%。

参考文献：《发病率与死亡率周报》2010 年 9 月 24 日

医学进展

鱼油在 2 型糖尿病预防上的潜在效应

原文：宋一青教授（哈佛大学），何卡教授（北卡大学）
编译：张志将博士
上海交通大学公共卫生学院流行病学教研室

在全球范围，2 型糖尿病影响大约一亿七千万人的健康，因此被认为是“二十一世纪的流行病”。仅在美国，就有大约两千四百万人患病。目前，中国糖尿病患病率正呈现显著升高态势，二十岁以上的中国成人中该发病率已达到 9.7%，已演变成令人担忧的流行病。据估计到 2025 年发达国家的糖尿病患病率将增加 40-50%，发展中国家增加达 200%。急需新的预防和治疗手段来应付不断增长的糖尿病患病率的和其并发症的严重危害。其中食品补充剂因其相对安全性和价格可承受性而一直被认为是很有吸引力的措施之一。

Omega-3 脂肪酸是多不饱和脂肪酸，在第三、四碳原子以双链连接。二十碳五烯酸（EPA）、二十二碳六烯酸（DHA）是两种长链Omega-3 脂肪酸，在鱼类、贝壳类、海洋哺乳动物或者鱼油中含量丰富，而在陆地动物、植物中含量极少。α-亚麻酸是一种短链Omega-3 脂肪酸，在人体内能被转化为EPA和DHA，但转化率很低，大约 0.2%~15%。Omega-3 系列的多不饱和脂肪酸（主要为EPA和DHA）能够减低血小板聚集性、降血压和抑制内皮细胞活化，并具有抗炎症、抗心律失常的功能。

研究发现大量食用鱼类或者服用Omega-3 脂肪酸能够降低冠心病的发病率和死亡率。新的研究证据还显示Omega-3 脂肪酸和 2 型糖尿病之间也存在关联。近来新发现的研究证据提示提取自海洋生物的Omega-3 脂肪酸在维持葡萄糖稳态、脂类代谢、内皮细胞功能以及慢性炎症上具有有益的作用。研究显示葡萄糖稳态、脂类代谢、内皮细胞功能以及慢性炎症均是导致 2 型糖尿病的主要代谢障碍。随着更多的人使用鱼油补充剂以及食品强化Omega-3 脂肪酸，综合评价Omega-3 脂肪酸补充剂的益处与副作用成为一个急需解决的重要问题。

最近出版在NAJMS的一篇文章总结了关于鱼油或Omega-3 脂肪酸补充剂的随机临床试验研究结果。动物实验和人群观察性研究的结果都提示Omega-3 脂肪酸可能具有预防 2 型糖尿病的作用，然而来自随机临床试验的资料很少。关于鱼油补充剂影响胰岛素敏感度的研究，结果很不一致，大部分临床试验样本量小，且观察时间短。尽管Omega-3 脂肪酸补充剂可能预防 2 型糖尿病的发生，这方面的前瞻性研究却很少。由于缺少临床试验的

资料，目前无法做任何针对全人群的建议。随着更多的人使用鱼油补充剂以及食品强化Omega-3 脂肪酸，大规模严密设计在普通人群中进行的临床试验将能够确切回答Omega-3 脂肪酸的是否具有预防 2 型糖尿病的作用以及是否存在副作用。

在没有更新的研究结果之前，应该遵照美国心脏协会关于食用鱼类的建议，因为心脏病和糖尿病有很多共同的致病因子。对鱼油补充剂的适宜剂量上存在着比很多的争议。在观察性研究和随机临床试验的基础上，健康专家推荐心血管预防的 EPA、DHA 混合剂量为每天 400mg~1g。然而一个普通美国成人每天大约摄入 100~200mg EPA/DHA。很多人很难达到每周两餐鱼类食品，更不用说达到每天摄入 1g EPA/DHA，即需要每天至少 1 餐鱼类食品。而且，鱼类食品受到环境的污染也是困扰之一。因此服用鱼油补充剂可能是一个更具可行性的方法。由于 EPA、DHA 的最佳比例尚不明了，通常人们选择 1:1。目前认为鱼油的健康副作用很小。

美国食品药品监督局推荐“每天 3g以下海洋源Omega-3 脂肪酸是安全的”。尽管Omega-3 脂肪酸具有潜在的抗血栓功能，临床试验资料的系统综述显示每天服用 4g以下Omega-3 脂肪酸补充剂不会增加出血风险。即使和阿司匹林、华发林等抗凝剂合用也未见出血风险增高。

摘译自：Song Y and He K. Potential Effects of Omega-3 Fatty Acid Supplements in the Prevention of Type 2 Diabetes: A Critical Appraisal of Data from Randomized Clinical Trials. NAJMS. 2010;3(3):140-145. 全文请查阅www.najms.net

针灸镇痛研究进展

原文：林旭 教授， 哈佛大学麻省总院
编译：李艳平博士，哈佛大学公卫学院

尽管针灸疗法在临床上已经应用了上千年，尤其是用于止痛，但临床医生对于针灸止痛的有效性、作用机理和副作用了解并不是很详细深入。北美临床医学与科学2010年第三卷第四期[NAJMS. 2010;3(4):212-220.] 发表了林旭医生的一篇关于针灸止痛研究进展的综述，综合分析了目前基础医学和临床针灸止痛的研究进展，为临床医生提供了最新的针灸止痛研究的科学资料。现摘要如下：

针灸是人类历史上最古老的治疗方法之一，到目前已经有三千多年的历史,在中国的卫生保健系统中起着关键作用。从上个世纪七十年代开始，针灸逐渐在美国推广应用。

在著名的美国医学会杂志（JAMA）1998年发表的一个全国调查报告中，Eisenberg及其同事提到，美国人到诊所寻求替代疗法的门诊次数是初级卫生保健门诊次数的2倍，1997年美国人用于替代疗法的现金支出保守估计是二千七百万美元，相当于预期的全年医疗支出总额。2007年，美国人替代疗法的现金支出进一步攀升至三千三百七十万美元。

鉴于人们对补充替代疗法需求的增加，1996 年美国食品药品监督局（FDA）将针灸用的针灸针列为医疗器械，与医院用的针头、注射器和手术刀归属于同一类。针对针灸作为替代疗法的快速推广应用，美国国立卫生院（部）在 1997 年专门召集召开了一个针灸共识会，通过这次会议，人们进一步认识到临床医生、牙医和其他针灸师早已广泛应用针灸，最主要的原因是相对于针对同样病情的一些其他治疗措施或者药物，针灸的副作用更小。

最近越来越多的临床医生将针灸纳入他们的治疗方案。在美国，许多医学院校增设了中西医结合的课程。最近在医生中进行的一项关于针灸治疗的调查表明，绝大多数的应答者对结合针灸治疗慢性疼痛报有积极的态度和良好的反馈。同时他们认为，针灸治疗不包括在医疗保险中和缺乏相应的治疗设施是阻碍针灸应用推广的两大主要因素。美国为了应对不断增长的医疗支出，越来越多的医疗保险公司和组织在关注疾病预防和替代疗法。由于越来越多的病人需求，替代疗法的第三方报销计划也慢慢开始出现。相应的，美国补充替代医学国家中心也资助了一定量的关于针灸治疗的科学研究。

尽管针灸作为一种替代疗法前景很好，目前关于针灸治疗的临床研究仍面临很多挑战。首先，尽管已经发表了很多关于针灸的研究成果，但由于其研究设计和非标准化的针灸治疗方案，其学术价值仍有一定的局限性；其次，很难在临床试验中做到真正的盲法。没有特定的针可以用作安慰剂，比如你很难将一个针灸针扎到某个穴位上设想完全没有治疗的作用，而仅仅作对照组。即使这样做了，这个旁边穴位的假针灸没准真的起治疗作用，那临床试验的结果就更难解释了。从这方面考虑，很多关于针灸的临床试验都很难真正控制安慰剂效应。

另外，针灸治疗的临床治疗计划往往个体化很强，很难从一种情况推广到另外一种情况，同一疗程不同治疗者之间以及不同疗程之间，针灸治疗的细节包括针灸的穴位、针灸的技术（如电动还是手动）以及针灸时间的长短都不尽相同，这样就进一步增加了针灸治疗效果评估的难度。尽管如果，我们仍应致力于临床试验标准化的针灸治疗方案的制定，从而进一步提高临床研究的学术价值。可以预见，包括针灸在内的补充替代医学将在未来的止痛治疗中起到越来越重要的作用。

摘译自 Abstract of, Chen L. Acupuncture in Current Pain Management. NAJMS. 2010;3(4):212-220.

全文请查阅www.najms.net



醫生日志

中醫學 和 形而上學

——波士頓的隨想

为往圣继绝学…
张载：张子语录

黄明达 医师

编者按：黄明达医师为资深家庭全科医师，在波士顿地区行医多年，专研中西医结合，利用业余时间编著此书，最近由上海人民出版社出版，本刊经黄医师同意将分期转载，以飨读者

前言

作为一个从事医学的中国人，即使从事西医，也不可避免地有时候会碰到一些来自中医学方面的影响；这种影响不可避免的会引起一些思考；正是出于这种思考，有时候会形成探讨和研究的动力。我就是这样，走上了探讨中医学的道路。具体来说，我探索中医学主要是中医学的理论基础。我对于中医学理论，觉得既玄虚又着迷。我探索中医学具体来说，可以分为三个阶段——

第一个阶段，是在 20 世纪 70 年代初期。我试图在西方医学的知识中，找到中医学的理论基础。但是这种努力，看起来是收效甚微。因为，这两种学问，基本上是各不相同的学问。当然它们基本上都是关于人体的学问，但是，在它们之中，一个并不包含另外一个。比如说，西医学的器官，和中医学的五脏六腑，表面上看起来有点相像，但是，它们根本就不是同一回事；中医学的阴阳五行，在西医学里面，也根本找不到相对应的根据，所以在这方面进行探索，真是徒劳无功。

第二个阶段，我希望从科学中寻找中医学的基础，结果也是大失所望。科学知识有物理知识、化学知识、生物知识、数学知识等等，这些科学之中，有线性科学，有非线性科学；有复杂科学，有系统科学；还有信息理论等等，都很难找到中医学的因素。所有这些科学，讨论的都是物理学层次的东西，并且是离散的情况；而中医学，在物理学层次方面着力不多，并且看起来是一种有机的学问，有性质上的不同。所以，从所谓科学中来寻找中医学的理论基础，基本上也是无获而返。当然，在科学方面寻找中医学的理论基础之不可能，不等于某些科学的理论不可以成为中医学的理论基础的组成部分。



第三个阶段，是从 70 年代时候开始的。1973 年，薛定谔的《什么是生命》中文版出来了，这本书提出生命和非生命之间最大的差别，就是有没有负熵。这个观点给我留下了深刻的印象。生命，就是一个有负熵、自由能的系统，能不能用这个热力学系统来解释中医学的问题？我开始思考这个问题。

在 1976 年，化学家普利高津因为他的的非平衡性热力学，获得诺贝尔奖金，这对于我这个正在思考用热力学解释中医学的人来说，受到很大的鼓舞。我着手系统地接触他的理论，企图弄懂他的理论。他的理论，例如主体方程等十分难以理解，但是，对非平衡性热力学的要点的结论，倒是不难理解。通过进一步的学习，我心里十分高兴。我觉得普利高津的非平衡性热力学、耦联作用、分支理论，已经为中医学的阴阳五行理论提供了坚实的学术基础。
根据普利高津的非平衡性热力学、耦联作用、分支理论，我进一步思考阴阳五行学说。我觉得，阴阳五行理论可以用普利高津的非平衡性热力学、耦联作用、分支理论来进行解释和定位。
但是，如果把这种解释和定位看成是一种科学的解释或一种科学的定位，却和西方医学发生很大的冲突。比如西方医学的理论框架中有器官组织，但和中医学中的五脏六腑，却有很大的不同。既然西方医学是人体系统的科学，科学的东西有明显的排他性，也就是说，有我无他，有他无我。中医学是一个不同的学问，中医学的性质和科学的性质根本不同。所以，何必把中医学放到科学那里去呢？我觉得，把中医学定位为科学，基本上是行不通的。普利高津的非平衡性热力学、耦联作用、分支理论，为中医学的解释，为阴阳五行理论的解释，提供了材料，不过，这个材料上的建筑物的定位，还是需要进一步的探索。

于是，中医学、阴阳五行理论的定位构成了一个突出的问题。为此，我学习西方哲学和形而上学，特别是康德的先验论、海德格尔的存在主义理论，给我留下了深刻的印象；同时，我又学习了中国古代的思想，对于中国《易经》开发出来的理论，作了一番探讨和研究。中国古代思想，特别是关于形而上、形而下的精辟的论述，在我内心产生了强烈的共鸣。结合普利高津的非平衡性热力学、耦联作用、分支理论和西方的存在主义的概念，以及中国的形而上的论述，最后，一个与众不同的形而上学的哲学体系，就建立起来了。

这个体系就是一个在现代知识论上面的中医学的阴阳五行系统的基础理论，这个理论认为：人体系统是一个有序的、有机的、有负熵的、紧密的非平衡性热力学系统，中医学的阴阳五行系统，就是这个人体系统中的形而上学的理性主义的上升，一种自上而下的综合。和西方医学不同，西方医学是人体系统中物理学层次存在的理性主义的上升，是属于牛顿力学系统，是科学；而中医学是人体系统中形而上学存在的理性主义的上升，是属于普利高津的非平衡性热力学系统，是形而上学的学问。这样，它们的关系就变得非常清楚，西方医学，就是我们所说形态学存在的学问;中医学，就是这个形态学后面的动力学的存在的学问。简单来说，一个是结构，另外一个是这个结构的动力。这是它们的联系，也是它们的关系。当我完成这个探讨和研究的一些初步的工作的时候，那就是 1982 年至 1983 年的时候。那时候，我刚好是拿到了美国的西医的执照，在美国行医。

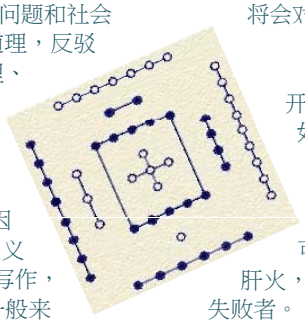
在过去行医的二十多年中，因为我是西医执照医生，我做的主要是西方医学工作。但是，我对于中医学，却情有独钟，也许是气质的关系，对中医学非常感兴趣。所以我也使用中医学，治疗一些西方医学治疗效果不是那么满意的疾病。

在这个过程中，我对上面的理论进行了验证。人体系统，负熵，非平衡性热力学系统，形而上学，物理学层次存在，形而上学存在，形态学存在，形态学后面的动力学的存在，这一整套的新的中医理论框架，特别是中医学是形而上学的学问等观点，在我看病的时候，特别是面对美国的中等阶级的病人的时候，以这些开发出来的概念，我跟他们讨论，向他们解释，并征求他们对我讨论和解释方面的意

见。并且，在中医治疗疾病的实践中，把这方面的理论框架作为思考中医处方的基础。在这个过程中，我甚至把纳米理论介绍到这个理论框架中去。二十多年来我不断思考、不断探索、不断讨论，不断听取其他人的意见，征求其他人的补充。二十多年来的验证和充实，我对这个理论的信念也是越来越坚定。可以说，这就是我所谓“面壁”二十年的过程。

本来，我很想进一步“面壁”，进一步验证这个理论，但是主张“废除中医学”的人士提出“中医是伪科学，不是科学”，“中医百分之九十是糟粕，百分之十是精华”，“中医学的阴阳五行理论是糟粕，要废中医药”等等，在中国的思想界、医药界掀起了一个否定中医学的潮流，引起了关于中医学的大辩论。好多中国医学界的人士，对这方面措手不及，实在有点苍白无力。看起来，这场辩论的焦点是在中医学的理论基础的问题，就是说阴阳五行理论有没有道理？特别是在因特网上，废除中医学人士的观点越来越尖锐，而保护中医学的观点，反而变得不那么理直气壮！这种情况下我觉得不太正常，只好结束“面壁”，走入“江湖”，把这方面的东西整理出来，和主张废除中医学的人士来一番切磋，来一番较量，来一番辩论，这样，也正好验证一下中医学是形而上学的学问这个理论。

这本书，从书名来说，是为了说明中医学是一种哲学，一种形而上学。这本书分为三部分：第一部分从治疗实践的角度出发，说明人体系统的确是有形而上学的存在，人体系统是一种有机的、有序的、紧密的非平衡性热力学的存在，中医学，阴阳五行系统就是这个存在的理性化的上升。第二部分是本书中最重要的部分，从理论上论证了人体系统的确是一个有机的、有序程度挺高的、有高度负熵的、紧密的非平衡性热力学的存在；并从理论上论证了中医学就是这个热力学的存在的理性主义上升，是关于人体系统中形而上学存在的学问。这样，就从现代知识论基础上建构了中医学的阴阳五行系统的基础理论。第三部分阐述中医学是一种形而上学的学问，在实践上有广泛的用途。根据这个观点，解释一些生命现象的问题和社会现象的问题，同时，根据中医学是形而上学的学问的道理，反驳了废除中医的人士的一些理论。这种反驳是一种讲道理、有根有据的反驳，而并不是陈词滥调的批判。



本书的特点之一，是根据这本书要讨论的内容，我采取一种学术散文的方式来进行写作，而不是采取数理逻辑的入路，也没有采用那种严格的论文的写作方法。因为这本书讨论的问题不是理性主义问题，而是非理性主义问题;非理性主义的问题，如果用数理逻辑的入路进行写作，就很难把问题讲清楚。严格的学术论文的写作方法，一般来说比较适合讨论理性主义问题。非理性主义问题的讨论，有所谓非理性主义的意识流，根据这种意识流到达什么地方，就写什么东西。也就是根据意识流想什么问题，就写了什么问题，做到言之有物，但并不是生硬的说理式的学术论文，而是娓娓道来的学术散文。但是即使是学术散文，也并不是那么支离破碎的无机的堆积，而是层次分明的有机的理论。

本书的特点之二，是采取短段落的方法，因为我们所要探讨的问题，是一个跨学科的非常复杂的问题，涉及很多方面的学科。知识信息非常丰富，有时候不能马上理解和接受，采取这种短段落的分段方法，就使人能够有个时间仔细地思考问题，一小段一小段的搞清楚，避免拖泥带水的含混不清。
本书的特点之三，是对于某些重要的理论要点，采取了适当重复的写作方法，通过强调这些要点，给读者一种具体的印象，使读者更加深刻地从不同的角度领会这些要点。当然，我在谈一些观点的时候，尽量根据不同的事例有感而发，尽量给读者带来新的视角，使读者会另有一番心得。

对于一种非理性主义的存在，采用学术散文的方法进行论述，这种情况在中国的历史上也是很常见，例如《论语》就有类似的风格。对一个比较复杂的非理性主义的存在，如果采取学术散文的方式进行讨论，并不是学术探讨的不严肃，而只是一种恰如其分的文风选择。

总而言之，这本书是中医学的现代化开发的一个尝试.
西方人接触到中国思想的时候，都觉得中国思想、东方思维是神秘主义。所以，以物理学层次为学问基础的西方世界，一直以来拒绝给中国的思想以适当的地位，把中国的学问排斥在学术殿堂之外。中医学的现代化的开发的讨论和定位，就是试图把中国这种以形而上学层次为基础的思想开发出来，堂堂正正地让中国的学问在世界的学术殿堂之中占有自己的地位，中医学的现代化的开发，就是我做的一个虽艰难却极有意义的尝试。中医学的现代化的开发，中医学的阴阳五行理论的形而上学的定位，中医学和西方医学的关系的定位，所有这些的开发，它们所具有的意义是显而易见。

我的这个尝试，希望能在这方面起一种投石问路、抛砖引玉的作用。纵观本书的讨论，我相信这本书对中医学基础理论的探索，对读者如果说不会引起茅塞顿开，也至少会带来不少想象的空间。我的这个尝试，也许不能够完全为中医学奠定现代知识论的基础，但是从我的这本书中，人们将会得到启发和提供有益的思路。

如果你是搞中医学的，你看到中医学并不是毫无根据的，而是有其十分深刻的理论基础，会进一步增强自己从事中医学的自豪感和信心，并从中扩展了对中医学知识的认识，这样无疑会提高自己的中医学水平；如果你是西医，那你就可以更加理解中医学，更加感觉到在你从事的事业的旁边，有这么一个富有魅力的邻居，如果你真的有困难的时候，这个邻居会给你提供一些帮助，这种帮助应该是卓有成效的帮助；如果是你是搞科研的，你也许能够从中医学的开发之中，激发了你的思路，在更高的层次中找到更多的科研的题目，将会对你的科研提供富有想象力的将来。

即使是一般读者，你也可以从这本书中，从中医学的开发之中，得到许多好处。如果你是领导人物，你会知道如何保持你有稳定的形而上学的存在，保持自己的良心良知，使你更好地作出合理的决策，妥善地解决问题；如果你是普通市民，虽然在目前的市场经济体制中，你会觉得浮躁，肝火上升，但是本书能够为你提供一些切实可行的思路，通过稳定你的形而上学的存在，帮助你降低肝火，在生活中知足长乐，而不是愤世嫉俗，变成自找麻烦的失败者。

特别是大学毕业生，当你们过去几年中在物理学层次方面学了不少东西，但是在形而上学方面，你们大多数人却没有重视。现在是补课的时候了，以后好好地在形而上学的修养方面作出努力，这本书也许能对你在这方面提供一些帮助，提供一些启发。
过去两年来，在中国有《三国演义》热、有《论语》热，这些都是文化热。这是一个十分可喜的现象，文化热是在民俗基础上的热潮，在这种文化热基础上，人们能不能够往上提升，变成一种学术热呢？这本书对于中医学的探索，我希望能够起到一种煽风点火的作用，在中国的思想界中、在普通的民众之中，兴起一种学术热。
在中国人们正在探索，人们的学术能量不断发扬，人们在这方面正在作出贡献。如果继续这样下去，将对以中国为代表的东方文明的开发带来深远的影响，这是中国民族之福、世界文明之福。

最后，我在这里感谢家人和诊所的同仁多年来的支持，使我有时间和精力，去思考这么一个富有挑战性的问题。我想把这本书，送给我的女儿黄洁妮，她在哈佛大学念书，主修哲学和社会研究。

未完待续，下期将刊登：第一部分　疾病中医辨证新说

醫學人物



泌尿科專家與移植專家

高绍忠医师



高绍忠(BSc, MD, FRCS(C), FACS) 医师是麻州总院肾移植的外科主任。他出生于香港，在加拿大就学。在从哥伦比亚大学毕业后，他在皇后大学就读医学并获得医学博士学位。1990 年他在多伦多大学的普外科接受培训。2003 年，高医生就职现任职位。他目前还是哈佛医学院的外科的助理教授并兼任多个协会的负责人。



最近，高医生和麻州总院的访问教育办公室一起为国际上从事移植的专业人士建立了一个参观访问项目。参加这一项目的主要是来自中国各地的移植外科医生和医师。在过去的三年里，高医生曾被邀请到北京，上海等城市的重点高校进行讲学。

所有这些教育事业的目标都是为了建立东西方之间的交流，尤其是移植和活体捐献国际标准。





医疗体系



现代美国的替代医学及补充医学概况

孔学君 医师 ， 哈佛医学院以色列医院

替代医学（Alternative Medicine）及补充医学（Complimentary Medicine）是指的传统上没有在美国的医学院教授的或在美国医院里没有常规设置的治疗手段或方法。 这包括了一组与主流临床医学不同的医学系统及实践，作为主流临床的补充及“替代”。由此派生出的另一种概念叫整合医学（Integrative Medicine）是基于西医，东方医学，自然医学，功能医学，营养及行为医学，具有科学实验依据，强调生活方式改变的作用，激发人体内部调节机制以维持人类健康。

根据 2007 年的资料，在美国有八千三百完成人使用过替代医学方法，占全美 38%的人口。总计 3.5 亿替代医学就诊人次，合 330 亿美元医疗费用，其中 10%为自费。11.8%的美国儿童使用过替代医学手段。比较常用替代医学的是草药，针灸，按摩，推拿，深呼吸疗法，生物反射，催眠疗法，气功，太极，瑜伽，重金属鳌和排毒，自然疗法，Homeopathy， 特殊饮食（Macrobiotic 饮食，Ornish 饮食，Pritikin 饮食，South Beach 饮食，素食，Zone 饮食），能量疗法等等。

以腰背痛为例来说，众所周知它是一种非常常见的病症。84%的人群在一生中患过此症，每年 50%的美国成人受及，累计占所有门诊就诊人次的 5%。急性腰背疼多为肌肉拉伤，严重者有椎间盘突出。慢性后背痛是个严重的社会问题，影响到出勤及职业。西医的标准治疗是使用消炎药，肌肉松弛剂，理疗。无效者则检查核磁共振，给于吗啡类镇痛剂，介绍到疼痛专家进行腰椎激素注射，最终到脊柱外科行椎间盘切除或脊椎融合手术。慢性疼痛病人常常伴随抑郁症，需要看精神科并服用抗抑郁药物。相当一部分人失去工作能力，靠劳保或社会保险金度日。在 2007 年，一千四百万人腰背痛患者已使用替代医学疗法。常用的方法包括脊柱推拿，按摩及针灸。当然，在诊断方面，应首先除外癌症，感染，骨折，及神经损伤。使用替代疗法可以减缓疼痛，增进功能，预防复发，减少抑郁症的发生，并教育病人自我治疗方法。脊柱推拿疗法是对脊柱关节及脊柱旁的肌肉进行超出平日运动范围的被动运动。一项由 2887 名参与的研究证实其对于急性及亚急性疼痛的缓解作用。按摩治疗的作用在一项 3 个月的研究得以证实，但疗效似乎不能持续到 12 个月。针灸在两个总结报告显示了其有效性，但也有两个随机对照研究没有证实其疗效。Alexander 技术是发现病人的不良姿势，重点在增进平衡，体位及身体协调。研究表明了它的长期疗效，24 个疗程可以维持 1 年的疗效。

Mckenzie 方法是教育病人从事有序锻炼，着重于重复性后背运动。一些多中心研究证实了其疗效，提出个体化运动处方的概念。心身合一的疗法（气功，瑜伽，太极拳，深呼吸技术，生物反射疗法，催眠等）对于身心健康，对疾病的达观态度是对抗任何病患的重要一环，对于慢性疼痛的耐受，适应，康复，应对都有积极的作用。

针灸源自中国公元前 2000 年，在中国已应用于临床 4500 年。而西医引进入中国是在 1840 至 1900 年。针灸引进美国是在 1971 年尼克松总统访华后。自此进入美国医界，成为替代医学的重要组成部分。美国药品食品管理局（FDA）已将针灸针列为二类医疗器械，与手术刀归为一类。到 2002 年为止，已有八百万美国成人使用过针灸。每年美国人花费在针灸治疗有 50 万美元，每年针灸就诊人次达百万。针灸的中医理论来自公元前 400 年问世的“黄帝内经”。“气”是一种能量流循环于机体，在贯穿全身的经络通道流通。经络是由 20 纵向通道及 15 个横向通道交织的网状系统。纵横经络的交叉点就是针灸穴位，原始有 361 穴，加上阿是穴共计 2000 以上。按中医理论，人类健康与疾病以阴阳五行理论表述，比如疼痛为气滞血瘀所致，不通则痛。而针灸的作用是促进气血流畅。对于针灸及其疗效的现代科学研究表明，针灸穴位具有低电阻，高电流性能，疾病时穴位的电阻更低。针灸穴位多位于肌组之间（62.5%），其解刨定位 93.8%靠近神经，84% 靠近血管及淋巴管。针灸的经络是这些低电阻穴位的连接，62237 个例研究提示一种受试者描述的沿经络走行的特殊针感，测量的传导速度为每秒 20 厘米，双向传导，可以改变器官功能，可以被每平方厘米 500 克的压力所阻断，不受神经阻断治疗的影响。进一步的研究显示针灸诊疗提高痛阈 150-200%，伴随内啡肽，五羟色胺，去甲肾上腺素，乙酰胆碱，可的松，ACTH 的释放，通过“闸门”机制由 II 及 III 纤维对抗主导痛觉的 AS 及 C 纤维，抗体及 CD4 的水平上升而增加免疫力。针灸的临床施治基于中医诊断原则，通过看舌苔，号脉等判别气血状态，受累经络，阴阳属性，五行及脏腑状况。选穴处方包括了对证对因的考虑，在不同病期会有相应的调整。在针灸技术上可增加艾卷，通电，拔罐，耳针，磁疗，针麻，激光等。在美国常用针灸治疗的病患包括各种疼痛综合征（背疼，头疼，关节痛，术后痛，痛经，牙痛等），恶心呕吐（术后，化疗后，晕船），瘫痪（中风，多发性硬化等），吸毒（酗酒，吸毒，吸烟），肥胖，慢性疲劳，哮喘，胃肠神经官能症，不育症。在美国，具有西医行医执照的医生再加 200 小时的针灸训练就可以给病人治疗，这种要求每个州各有不同的规定。

没有西医行医执照者需要 2 年以上针灸学院的训练，获得针灸学的硕士学位，然后考针灸执照后方可行医。来自中国的中医学院毕业的中医师，需要公证其在中国的中医学院学习的课时可以直接参加执照考试。在美国针灸治疗多数的保险都不报销，只有少数的保险比如政府工作人员的医疗保险，交通事故保险，工伤劳保等可以报销。自费为多数，收费标准差别很大从 40-200 美金不等。行医时完全要求使用一次性针，病人应签同意书。合并症的情况非常罕见比如晕厥，气胸，血肿，传染病等。

中草药也在中国临床应用 4000 多年了。经典教科书是“本草纲目”在十六世纪末期发表，包含了 1900 种处方，现已扩充为 6000 种。在美国草药的使用日益增加，不同的是在美国多使用的是单味药，而中草药在中国多使用复方药。在美国，八千万成人使用过草药，13%的肿瘤病人使用过草药。每年在草药的花费达 270 亿美元之多。其中第一位是绿茶制剂，第二位银杏叶，第三位人参，第四位是蒜，第五位是姜。其次是减肥药，能量合剂等。

中药的分类与西医类似，比如镇静剂，利尿剂，缓泻剂等，也有配伍禁忌，妊娠禁忌，剂量以年龄调节，食物配伍禁忌等基本原则。根据草药的药性依据“气味理论”。“四气”是按药物属性分为寒性，清凉，温性，或热性四个大类，根据疾病性质及病期分别选药；“五味”是指辣，甜，酸，苦及咸。辣性药，以姜为代表，作用是发散而用于外邪证；甜性药，以红枣为代表，主要是滋补作用，用于不足之症；酸性药，以李子为代表，具收敛的作用，用于自发性出汗或腹泻；苦性药，以黄连为代表，利尿作用用于热证及湿证；咸性药，以芒硝为代表，软化及疏散肿块，用于便秘，或痰结。诊治时也是以中医的辨证施治原则，中药常常使用的是复方药，其中一位主药，配有强化药，辅助药，及引导药，复方内各药相辅相成，配合使用，增进疗效，抵消副反应。如果合理使用是很安全的。在美国，草药的使用比较混乱。病人可以自行在药店购买，不需医生处方。而一般的西医医生也缺乏对于草药的常识，不了解其与病人服用的西药之间的相互作用及配伍禁忌，对于草药的副作用也不甚了解。这样就造成屡屡发生的草药使用不当的恶性事件。比如麻黄这味中药出现在不少减肥药方中，FDA 收到 800 例以上严重副作用事件，包括心梗，中风，癫痫，心律失常，晕厥，其中死亡多于 17 例。肾功能衰竭需要血透析者有 53 例报道，主要是由于一种中药 GuangFarmJi 具有肾毒性使用不当造成。人参是一种很贵重的药物，常常在市场上有见不法商贩倒卖假货的现象。还有重金属污染问题以来自中国及印度的为多。由于产品质量问题造成的“金不换”散剂所致急性肝炎及肝毒性有数例报道，治疗湿疹的“白癣皮”所致肝损伤有`7 例报告，2 例死亡。这些事故的报道震惊医界，也令社区生畏。

由此可见，美国替代医学有待系统化，规范化，科学化，随着正式进入美国医学院课程并渗透进医生继续教育及大规模临床研究而达到有效地与主流医学界衔接，整合，有机融合从而发挥更大的作用，成为主流医学的重要组成部分而造福人类。

医学教育

开业护士／护理医生

丁倩玮 NP， Harvard Vanguard， Newton， MA

在美国，开业护士的产生的重要的原因是护理的专业化发展和护理功能的扩展。60 年代初美国、加拿大等一些国家因科学技术的发展促使医疗的专科化发展加速，这使得专科医生与通科医生的数量之比超过 3：1。在这种情况下，开业护士应运而生。开业护士在很大程度上满足了初级保健的需求。爱达荷州在 1971 年成为第一个正式批准开业护士作为护士的扩展角色的自治州。到 1995 年为止，有 47 个州的开业护士具有处方权。少数州如俄勒冈州和华盛顿州通过了开业护士的独立处方权的立法,但绝大多数州只允许开业护士拥有有限处方权。

大多数开业护士主要在保健机构如医生 office、社区公共卫生诊所工作。他们在不同的专业领域从事广泛的高级护理实践，包括家庭、成人、儿童、老人、妇女健康、学校卫生、职业保健、精神卫生、健康评估、危险评价、健康教育和咨询、急症护理、外伤诊断和管理、慢性病管理等。开业护士从事的工作如为病人采集病史、体检、诊断、开药处方，按照传统的医护功能划分，是属于医生工作范畴。执业护士不再等靠医嘱，而是在正确无误和医生、药师共同做出施治计划。

学历：通常有硕士学位，经过两年儿科、老年病学、家庭保健及妇产科某一领域的学习。绝大多数开业护士的教育重点是研究生教育，这种研究性学习对于开业护士和医生在实践中的合作十分有效。开业护士课程重点包括病理生理学，药理学方面的高等教育和以先进知识为基础的高级健康评估技能 以及急性和慢性病人的管理和健康教育知识。

法律顾问



中美处理医疗事故相关法律的比较研究(四)

刘涓, 王朝曦, 李昂, 宋文质

五、讨论

2. 解决医疗事故纠纷与医疗行业行政管理职能的区别

在第二部分比较法庭前（外）程序时，我们发现现行的《医疗事故处理条例》只相当于法庭外程序，但条例规定的医学专家鉴定组却具有双重功能：既要判定医疗事故（第三章），又要作为行政处理的依据（第四条）。由此看来，《医疗事故处理条例》赋予卫生行政部门双重职能：解决医疗事故纠纷和执行医疗行业行政管理的职能。

然而，解决医疗事故纠纷和执行医疗行业行政管理是两个不同的职能，通常分属独立的、不相关的运作体系。虽然这两个职能都涉及使用医学专业知识和医学专家，但它们的基本点不同，特别是对有关患者损伤的考虑。调解医疗事故纠纷的职能就是要确定造成患者损伤的责任，其关键是判定过失行为及其与患者损伤的因果关系。医疗行业行政管理的职能的目的在于及时发现医疗行业内的问题并进行改进，以提高医务人员的素质及医疗服务质量。因此行政管理的职能集中在医务人员的违规行为，患者的损伤只是参考的因素。另外，在卫生行政部门执行行政管理职能时，虽然需要组织医学专家进行鉴定，也仅仅是从医学专业的角度对已发现的医疗事故或可能引起医疗事故的医疗违规行为进行分析，并不过多考虑其它因素可能对患者造成的损伤。因此对于判定医疗过失行为与患者损伤之间是否存在因果关系有很强的专业偏见。

医疗事故纠纷是有关患者损伤责任的民事纠纷。卫生行政部门虽然是医务人员直接的或最高的行政上级，如果被授予解决民事纠纷的权力，也会产生很多问题。首要问题是卫生行政部门的权限被扩大了，在实际运作中必然与司法部门的运作相矛盾。从另一方面看，如果卫生行政部门没有被赋予全部的解决民事纠纷的法律权力，也不可能很好地解决医疗事故纠纷。

另外，很多显而易见的医疗行业行政管理职能的运作起始于医疗服务中出现的患者损伤，这也是容易将解决医疗事故纠纷和执行医疗行业行政管理这两个不同的职能混淆在一起的原因。

在医疗损伤出现后，医务行业通常要从内部对所发生的事件进行调查并采取各种改进措施，一般是在医院内的同行评审（Peer review）和有关卫生部门的行政处理两个层次上进行。我们在以前的文章中已经介绍了美国的法律对同行评审的规定。国内的《医疗事故处理条例》第十三条的要求也相当于同行评审："医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向本医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员报告；负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向本医疗机构的负责人报告，并向患者通报、解释。"而高一层次的行政处理则由医院所在地的卫生行政部门负责，委托独立的医学专家组进行鉴定，并依据鉴定结果做出行政处理。

为确保达到同行评审的目的，其调查的内容和结果应该保密。但中美两国的法律对同行评审调查的内容和结果的机密性处理方式不同。在美国，这种保密性是受法律保护的。即使在法庭上，患者一方和法庭也无权从同行评审部门强行取得调查的内容和结果。美国的同行评审的运作程序与医患之间的医疗纠纷的解决过程也不发生关系。由于调查的内容和结果保密性是受法律保护的，所有参与者可以自由地、不受限制地从各个专业角度进行分析，有利于提高医疗服务质量。因此，法律上规定同行评审的机密性也是对当事医务人员的一种保护机制。《医疗事故处理条例》没有明确规定保护同行评审的内容和结论的机密性。虽然在实际当中，很多医院都进行院内同行评审并当作内部的机密而不公开。但条例规定了医疗事故的医疗过失行为报告制度。当医院上报后，上级卫生部门按条例进行调查并主持医学鉴定，其结果是公开的。而且与解决医疗纠纷的程序重叠，调查的内容和结果的机密性也就不存在了。

3. 医学专业知识与案例

认可案例法是美国法律体系与中国的法律体系一个显著不同的地方。在案例法体系中，以前法庭案件判决的结论和逻辑推理都具有法律效用。这对于需要使用医学专业知识的判定医疗事故案件的法律特别适用，使法庭能够适应医学科学日新月异的发展，同时也对于法制系统的发展与完善有着重要的作用。另外，案例法体制也特别适应于只能在案件的审理过程中根据具体情况确定的、用于判定存在过失行为的医疗服务职业行为标准。

案例法的特点是赋予法庭在审理案件时对有关法律条文进行具体解释的权力，即法庭对每一案件判决的推理过程都被看作是对相应法律条文的具体解释和应用的过程。社会的发展不断产

生各种新的法律条文。在这同时，一条法律条款在文字表达上经常是广义的，立法的人很少明确地解释某一条法律文字上的用意以及如何将该条法律应用到具体的案件中。这就产生了如何解释，并且由谁来解释具体的法律或法规的问题。由于每一起案件的案情事实都有和其它以往案例所不同的地方，要想通过制定法律条款的方式来适应千变万化的具体案情是不太现实的。然而，赋予法庭对法律解释的权力则可以使得一条广义定义的法律条文在最大可能的范围内得以应用。另外，编辑整理判例的过程也是一个法律知识积累总结的过程，是司法系统的巨大财富。因此，案例法是法律体系中最具有活力和创造力的部分，它使得法律可以随着社会的进步而不断地、及时地迅速发展，并且在很大程度上起到了促进和推动社会发展的作用。

应用案例法在医疗事故纠纷的法庭前解决和法庭诉讼当中都有着重要的作用。在法庭前程序中，以前的判例给当事双方提供了可靠的法律参考，并使得当事双方对自己的案件在法律后果上有比较客观现实的认识。在法庭诉讼中，以前的判例可以使法庭较容易地、有效地理解掌握相关的医学专业知识，并减轻法庭取证的负担。进一步，以前判例的结论和逻辑推理对法庭是重要的参考资料和标准。只要以前的判例还没有被推翻，法庭是必须用以往的判例作为根据来审案判案的。这样可以保持法律结果的前后一致以及案件结果的可预测性。还可以减少法官人为的对法律的主观解释。即使案件由不同的法官来审理，案件的判决结果在法律上还是可以在最大程度上保持一致性。

六、结论

本篇文章希望通过横向的、不同国家的相关法律的比较研究，从另一个角度观察、分析中国处理医疗事故相关法律的特点，对其中的关键问题有新的认识，并引发进一步的讨论、思考。我们发现：

1. 中美两国对判定医疗事故在法律上所应用的标准几乎是一致的。
2. 我国处理医疗事故的相关法律、法规还在完善阶段，在一些关键的基本概念上缺乏明确的认识与规定。特别是对医疗服务职业行为标准的认识与使用，对违规、过失行为与医疗事故的区别，以及对解决医疗事故纠纷的职能与医疗行业行政管理职能的区别。
3. 法庭在处理医疗事故案件时缺乏对医学专家作用重要性和必要性的认识，特别是对在法庭程序上使用的规定。这样不可避免地造成在判定过失行为与患者损伤的因果关系时有很大的缺陷。
4. 由于我国处理医疗事故的相关法律、法规还不是很完善，在实际运作中不仅很难妥善解决医疗事故纠纷，还会引起很多相关的问题。特别是大大增加了医疗服务的职业风险，间接地增加了整个社会的医疗成本。

本篇文章只是一个初步的比较研究，对中国处理医疗事故的相关法律从新的角度进行认识。我们的研究虽然指出了一些问题，但距离从法律上找出有效的解决方案并实施还有很长一段路。

对医疗行业来说，现阶段可以通过使用现代的管理理论、建立先进的管理体系来降低医疗事故纠纷的数量，并切实为第一线的医务人员提供有效的法律支持。这包括在科室一级对医务人员进行有效的法律自我保护的培训，在医院一级重新分析改革危机管理体制，全面强化医务处(科)的法律事务职能，使其为医院、特别是医务人员个人提供有效的法律支持。

另一方面，我们认为现在国内迫切需要开展对医疗事故判例编辑整理的工作，逐步积累形成与案例法具有相当功能的体系，作为法庭处理类似案件的参考，有效地帮助法庭了解和使用相关的医学专业知识，减少过多的人为的对法律的主观解释。而且也有助于建立完善用于判定医疗过失行为的医疗服务职业行为标准。与此相关的问题，我们将在以后进一步讨论。

最后，我们希望大家注意到：在整个处理医疗事故纠纷的过程中是不能忽略律师的作用。律师常常在案件中起着关键的主导作用。第一，作为法律诉讼代理，律师提供专业的法律服务：包括收集与案件相关的材料，寻找、确定在法庭上作证的医学专家，与法庭联系等业务。第二，作为调解员，律师可以在案子早期帮助当事双方达成法庭外解决。第三，作为一个谈判代表，律师代表当事双方在案子诉讼的过程中可以通过不断地谈判来达成法庭外解决。第四，作为法律顾问角色，律师可以不断地向其所代理的客户提供法律，道德上的参考意见。

在解决医疗事故纠纷的过程中，以律师作代理有很多好处。比较突出的是，律师可以作为解决纠纷的中介，避免当事双方的直接冲突。直接冲突是现阶段医疗事故纠纷中最难处理的环节。医疗事故纠纷发生之后，患者一方很容易情绪化。另一方面，医院和医务人员从保护自己利益的角度也不会轻易接受患者提出的、医院和医生认为不合理的解决条件。如果让患者一方直接找医院或者医务人员来解决矛盾冲突，很容易使矛盾激化。患者甚至会采取某些过激的行动来为自己讨个公道。所以，以律师出面来代表双方处理纠纷可以在很大程度上避免矛盾的激化，并使矛盾能够按照法律所许可的方式来解决。



咨询门诊



高血压答疑，孔学君医师

马先生问： ***我今年 36 岁，身体健康，精力旺盛。最近体检查出高血压，血压 145/90，并不怎么高，但医生劝我吃药，想问问能不能通过体育锻炼或其他方法使血压降低而避免服药？另外，我自己买了血压计，测出来的血压数值波动很大，有时候完全正常，可能我根本不需要吃药吧？请教一下医生。***

医生回答：高血压是非常常见的疾患，在美国，30 岁以上的高血压占 30%，60 岁以上占 50%。根据美国权威的 JNV7 的规定，血压 120/80 以下为正常；120-139/80-90 为高血压前期；140-159/90-99 为一期高血压；160/100 以上为二期高血压。血压在一天内不同的时间可有浮动，而且易受许多因素的影响。测血压的技术应该特别注意规范，这一点很容易被忽视。测前应该坐着休息 5 分钟，20 分钟内没喝咖啡或茶类，测时脚着地，胳膊被支持着放在心脏水平，血压充气袋环绕 80%的上臂，采用听诊的方法，连续测两次。如果商店里买的自动血压计，应该在医生诊所鉴定后再用。高血压一般没有症状，多在体检时查出，一旦出现合并症就为时已晚。对于高血压应给于足够的重视，尤其有家族史的人。当然在诊断高血压时要除外一些引起血压高的情况，并在 1-2 月内随访血压多次测定方可定论“戴帽”。致发因素包括情绪紧张（比如白大衣综合症指的是某些病人只在医生诊所测时有高血压），服过某些药物（止痛消炎药，感冒药，止咳药，口服避孕药，激素类，麻黄素，中枢刺激药，红细胞刺激素 Epogen，cyclosporin），饮酒，咖啡，吸烟，高盐饮食等均可引起血压高。在诊断前应除外这些因素。高血压的治疗主要包括生活方式调整如减肥锻炼，Dash 饮食，低盐饮食及药物治疗。 高血压前期以非药物为主，而高血压一期二期考虑用药。一期高血压通常单用利尿剂就能控制，而二期高血压需要多种药物联合方案。治疗效果不佳的主要原因是病人自动停药。长期服药的确需要自觉性，恒心和毅力，据统计新诊断高血压用药的病人第一年内自行停药的占 40%，60%的病人在 5-10 年内方逐渐适应习惯用药的常规。只有 16%的病人是真的对药物反应差而得不到有效的血压控制。除了上述的药物生活习惯方面的问题，应考虑到肥胖，睡眠呼吸暂停综合症，嗜铬细胞瘤，库兴综合征，慢性肾病，肾动脉狭窄，糖尿病。据研究体重每下降 10-20 磅，血压下降 5-20 毫米汞柱。如果你的血压反复测定基本在 140/90 范畴属于高血压一期，如果测定方法准确，但血压仍浮动很大的情况合并症几率大，应特别注意。为了避免用药，应考虑常规锻炼维持标准体重（IBM 小于 25），低盐饮食（美国疾病控制中心 CDC 的标准是每天少于 1500 毫克，美国营养学会的标准是每天 2000 毫克以下，值得注意的是 1 勺盐含 2400 毫克钠），低盐结合 DASH 饮食（高水果蔬菜低脂肪）效果更佳，锻炼每天 30 分钟可降低血压 4-9 毫米汞柱，戒烟戒酒，少喝咖啡及茶，准时作息，心情愉快，张弛有序，瑜伽，气功，太极拳等都是有利于避免用药的方法。

纪太太问： ***我今年 76 岁，患高血压多年，还有糖尿病，服用利尿剂，beta 阻断剂，血管紧张素抑制剂，但是血压仍然控制的不满意，低压正常，但高压总在 160 左右，而且一天内浮动大，尤其夜间升高，心率也只有 50 次，最近肾也有问题，医生又要换药加药，担心美国的医生不给用好药，请教一下医生哪种药最好，还有什么要注意的吗？***

医生回答：对于老年人，降压应该慎重，一般认为降到 140 为目标，有人认为降到 160 以下就可以了。对于高血压的用药，利尿剂总是首选，对于预防心力衰竭及冠心病意外事件比起血管紧张素抑制剂或钙拮抗剂更有效。大多数高血压的病人需要两种药。利尿剂（Thiazide）对于引发糖尿病的作用并没有确凿的证据。在利尿剂中，Chlorthalidone 比 HCTZ 强两倍，可以预防夜间高血压，但引起低钠的可能更大，在老人要慎重，临床上会见到有的独居老人神迷晕倒在地送急诊的情况为低钠所致，不少 Thiazide 可能为元凶。对于慢性肾病肾衰的病人，如果肾功能在 4 期以内，使用 Thiazide 利尿药是安全的，可考虑加用保钾利尿剂合用，4 期及 5 期的慢性肾病应使用速尿类利尿剂。使用利尿剂要注意补钾。血管紧张素抑制剂（ACEI）对于预防糖尿病肾病为首选，就疗效而言据 2008 年的一项研究与血管紧张素受体拮抗剂（ARB）差别不大，但 ACEI 的致咳率高。对于糖尿病患者的血压控制比一般人要求更高，希望降到 120/80 水准。血压的良好控制对于二型糖尿病所致死亡降低 30%，降低中风 44%，降低微血管合并症 37%，而达到良好的血压控制常常需要三个药合用。就降压效果讲，利尿剂，钙拮抗剂，中枢作用药物（Clonidine）为佳。单用血管紧张素抑制剂或 beta 阻断剂效果较差。钙拮抗剂是很好的二线药，主要的副作用是引起水肿，配合利尿剂可以抵消此类副作用。在老人应慎用 beta 阻断剂，心率过缓时要减量。要避免周围 alpha 阻断剂单用。新药 Aliskerin 是一种直接肾素抑制剂，可以单用也可以合用，对于糖尿病人也具有肾脏保护作用。

医学论坛

中医学 与 自然医学



刘京 医师，哈佛医学院麻省总院

中医药学如何迈进现代化、国际化一直存在不同的观点。在讨论之前，我们应该容易达成共识：无论是古今中外或东西方的医学体系，只要是科学的医学理论和有效的治疗方法，是应该可以融合或统一的。下面将对如何将中医药学融入现代医学体系发表己见。

首先我们要质疑"西医"这个名称是否应该继续使用。在特定的历史条件下，西方医药学开启了一个以实验科学和循证临床实践以及化学药物治疗为特征的医学体系。"西医药"因此成为中国人对这一来自西方的医学的称谓。另一方面，中医药学和其它东方民族医学在很长一段历史时期内一直保持着对环境和人体自然法则的直接观察、推理和实践的体系。随着近代科学技术的飞速发展，西医学和以中医药学为代表的东方医学和其他民族医学已经发生了巨大的变化。西医学应该被"现代医学"这一名称取代。因为医学科学不应分属于西、东方，应该统一于现代医学范畴内。而中医药学应属于现代医学的一个分支学科。问题是从学科分类学的角度审视，任何一门学科不应是有地区属性的。因此，从科学的定义上考虑，同"西"医一样，"中"医这一名称和一些内涵也不适合被纳入现代医学体系。最佳的途径是，在中医药学最终能够被现代医学接受之前，将中医纳入到自然医学体系。

自然医学是从自然唯物观发展的医学科学，其应具有如下特征：1、基于自然界整体观发展的医学理论体系，强调人体的生理、疾病与自然界的紧密联系。2、强调人体内部整体间的相互关联。3、承认个体之间的差异性，因而诊治体现个性化差异。4、治疗手段，特别是药物，直接来源于自然界，强调其自然属性。5、治疗、预防与调养相结合的、符合人体生理特征的治疗方针。6、自然医学虽然是一门新学科，但是植根于悠久的民族、民间医学，具备丰富的临床实践经验。自然医学应融合和吸收世界各国民族医学和自然疗法的精华，用现代医学的技术手段加以证实和发展。其中，中医药学应以其悠久的历史，博大系统的理论、丰富的实践以及可信的疗效，在自然医学的形成和发展中占有重要地位。

自然医学形成的重要性在于它将成为现代医学（而非西方医学）中的一个重要学术分支。自然医学将逐步取代所谓替代医学，中西医结合等名称而成为现代医学家族的正式成员。在自然医学的范畴中，国家的属性将被医学体系的自然性和科学性逐渐取代，成为世界医学界都容易被接受的一门医学。

中医药学向自然医学发展的必要性

中医药的发展不但要依赖于现代医学的技术、理论，而且应该广泛吸收世界各国自然疗法的精华。以草药资源而言，植物药在地球上生长不具有国家属性。人类的智慧在很多方面也是超越国界的，往往是认识的角度或方式的不同。仅从汉、藏、蒙、壮医学而言，往往用同一种草药治同一种病，但理解的方式不同，依据的理论体系又有差异。中医药的学术界中的部分人偏于固步自封，并且束于中国中医药政策的管制，没有广泛吸收国外自然医学的精华。例如，多年前，我国在东北成功引种美国紫椎菊，希望该草药能像它在美国一样成为家喻户晓的抗流感保健品。但至今紫椎菊这已在北美和欧洲已被大量研究和广泛使用的草药尚未被批准在中国使用。由于所谓"传统、经典"的束缚，我们甚至不能更广泛的研究、流通和使用许多中国土地上的"民间草药"。反观之，美国的自然医学已经处于在世界的前沿的探索发展的萌芽阶段。在这里，中医、印度医学、世界各地的草药、疗法、练功方法都可以在一个宽松、自由而较有秩序的环境中施展、比较、竞争和验证。不注重学习美国自然医学发展的动态，将会给中医药学走向世界、融入世界医学体系带来巨大损失。

中医药学应该属于自然医学。接受这一概念，会推进自然医学成为现代医学的一个学科（同传统西方医学同等重要）。至少这样做在策略上有助于中医药学真正走向国际。科学性的产物必须是属于国际的，强调"自然"而不是"中"，有助于世界接受中医，其结果"中"的内涵并没有被削弱。历史上，中医药特别是中药学的发展也有很多"泊"来之物，如乳香、没药、西洋参等。但到了现代，在资讯已经极度发展的今天，中医药对外来资讯的吸收反而招来了种种议论、束缚甚至反对。中医在历史上是随着时代而发展的，从内经、伤寒、湿病至今一直在添加新的内涵。例如，唐代孙思邈所著《千金要方》和《千金翼方》，是两本以记载处方和其它各种治疗手段为主的方书， 不但较系统地总结和反映了自《黄帝内经》以后至唐代初期的医学成就，而且在脏腑辨证方面有了较大的发挥。直至今日，有研究提出，世界一年的新的科学资讯信息相当于过去五千年，拒这些信息于中医药学之门外是违背科学本身定义和原则的。例如，自然医学的重要组成部分之一是膳食营养养生学。 而较之传统中医学中相关的内容，现代的膳食营养养生学已经有了极大地丰富和发展。另一个显而易见的例子是草药化学和药理学的进展已经是我们能够在传统经验的基础上更为科学、准确地使用草药。但是我们必须面对这样一个挑战：传统中医学的框架是否仍然能够承载新增的内涵？我们应该有责任和智慧承担起现代中医药继续发展、走向世界的重任。而将中医药学演变为自然医学，

将是人类医学认识史上的一个飞跃。

另一方面，在现代的中医药研究和实践以及政策中，我们已经有些偏离了自然医学本身的属性。主要的问题在于我们太注重于将中医药学与西医药的"比拼"，甚至完全用西医的传统理论和研究模式僵化地套用于中医药的发展，而缺乏前瞻和自信将中医药学或自然医学带入现代医学的理论和实践并作为一门学科独立发展。"崇洋媚外"和固步自封一样阻碍中医药融入现代医学体系。在这里，我们特别关注中医药学正在丢失在某些领域对传统西医的优势，比如预防、保健与养生学。我们的医疗、医保体系、药物审批政策更加鼓励中医药向"正规"的西医药靠拢。其中的弊病之一是中草药变得愈加昂贵。农民土地上本可以生长的草药却需要以很高的代价从医生的处方或药房里获得。这将为农村合作医疗体系带来沉重负担。相对而言，国内民众服用草药保健品的花费要明显高于美国民众。中草药保健品正在成为奢侈保健品。另一个担心是，中草药产品的审批高门槛可能会将许多廉价有效的草药制品拒之于市场门外。中草药产品越来越依赖于高成本的商业广告推介。值得深思的是，中国传统的私人作坊式草药生产，造就了许多经年不衰的可以信赖的产品和历代名医，也为广大民众的保健治疗提供了多样的选择。遗憾的是，这种方式正在中国消失。相反，这种作坊式草药生产、销售在美国受到政府保护。FDA 对草药保健品的宽松政策，并没有引起市场的混乱，反而在大浪淘沙中积淀出令现代医学界首肯的有医疗效应的保健品如银杏叶黄酮，灵芝真菌类，鱼油、肠道益生菌等。不可思议的一个事实是，在国内药店里不易看到的许多传统经典方剂制剂却可以在美国轻易的以相当低的价格获取。对比之，在高成本的审批制度下，中国是否促生了更值得信赖的有前途的草药产品呢？广大普通民众是否真正受益了呢？笔者企盼中国将有这样的草药审批政策：高门槛的植物药，低门槛的草药保健品，质量和安全控制第一的原则。

自然医学发展的可能性和方式

1. 从教育和研究入手。中医药学或中西医结合向自然医学方向发展的探索需要相当长的过程。从教育和研究入手是适宜的。该学科可以在中医和中西医结合的院校里首先立足。同时，以国际市场为诉求的新型产品的开发为切入点逐步带动国家现行中医药政策、医政管理和自然医学临床学的变革及发展。另外，也可以在西医院校研究生院开设自然医学系专业，重点从各国自然医学发展的历史、现状和理论为起点，逐渐发掘各国民间医学中治疗学和药物学的精华，并运用现代科技方法将其与传统中医药学进行比较。学生毕业后授予自然医学学位，承担部分原有中医师或中西结合医师的工作。

2. 中医理论和语言的国际化。由于长期过于强调中医理论的历史性和独立性，我们缺乏对中医理论的国际化语言的研究。这种研究不是用英文翻译可以取代的。例如，中医的"脾"与西医"脾"的意义完全不同，遗憾的是在英文翻译中用了同样的字"Spleen"。在这里如能将中医的"脾"翻译成"脾系统（Spleen system）"可能更能够表达中医的理念并且将中西医的不同概念区分。试想一下，中医演化成自然医学后，语言和认知国际化的障碍将大大减少。例如，在西方自然医学各学派之中，普遍强调"肝"具有解毒功能这一理念，并发展了一系列相关的自然疗法。相比之下，中医的理论至今没有将这一正确理念正式接纳其中。其结果是增加了外界对中医肝理论的疑惑。对比之下，自然医学可以无顾虑的接纳各路精华，在形成自己理论体系的同时完善其与国际间交流的语言。

3. 中药产品的现代化。中药产品现代化、国际化和标准化是中医药可以向自然医学过渡的重要依据之一。中药走向国际市场已经是中国政府长期的出口物资战略之一。但是一直遭遇瓶颈，这里有许多原因，单从战略角度考虑，以自然医学和天然产品的视角来发展、宣传并包装产品将有助于打破目前的窘境。例如，国内同行没有充分调研美国市场同类天然产品的特性和宣传方式以及民众的认识度。因此中药产品往往缺乏认同或竞争力。自然医学与西方医学的巨大差别之一在于预防、保健和养生方面的认识。FDA 将绝大部分天然保健品和草药列入"食品保健类产品"，并采用很宽松的市场政策。这事实上是给予了国内中药出口很多的机会，可以用来增强中医药在保健预防上的地位。目前，FDA 又明文给予植物药（Botanical drug）与其它化学药物相同的竞争地位。对此，国内政策应该有对应的调整。目前国内中药在北美市场的处境大多是，够不上"植物药"的标准，又没有按照大众容易接受的自然医学的一些基本理念完成设计宣传。例如，对更为关注的草药生长的土壤空气环境、农药、重金属残留及质量控制等问题达不到西方民众期望。我们认为，国内一些生产中药的厂家，如果能够联合起来，按照西方对自然保健品的理念和要求设计一些专门用于出口的产品，可以省去大笔用于在国内用于申报药物所需要的经费和时间，为中国的中药出口开辟更宽广的途径。

4. 整合。将世界民族医学理论和实践整合入中医学是不容易的，但在自然医学的框架下可以找到各自的位置。总体来看，从植物药物学入手较为可行。设想将地球上各地区的天然草药汇集，用现代高科技手段和统一的临床检验手段去分析、比较和论证，在证实某种药物的确实有临床价值后，再探索其传统的医学理论依据，以及这种理论在自然医学或现代医学体系中可能的价值。例如，中药中活血化瘀药的研究将为炎症、血流动力学异常、增生或退化性等病理状态提供比现有化学药物更为丰富的理论和治疗手段。同样地，对针灸、经络的研究将在现代临床医学中开启一种新的体表介入疗法的概念，并将加速了神经生理、生化等相关领域传统概念的扩展。

毫无疑问，中医药学将为自然医学的奠基和发展提供最为丰富的内涵，但是也可以预期中医药学在今后很长的历史时期仍将继续生存和发展。我们没有必要对中医药是否能够最终与自然医学融合作出预测，自然医学自身的发展必将给与我们最好的回答。

健康指南

谈谈血管病

撰稿：**古晓梅**

最近读 《Newton TAB》时， 一则广告令我很感兴趣。它是一个由麻省总医院血管中心办的免费讲座。但由于时间上的冲突，我不能去参加。在我们的周围，年龄已过四十岁的朋友中，常常会听到有人报怨腿肿，腿疼 ，下肢静脉曲张等。殊不知这些症状除了间接地由其它疾病引起外，还可能直接与体周血管的病变有关。尽管静脉曲张很常见，轻微时也不会有什么不舒服，只是影响外观的美观；但它们严重时可引起疼痛，更重要的是它们可能是一些其它严重血管病的征兆。

现在的人比以前的人长寿多了。但要活得健康，活出质量，这对人们对自身的身体的保健提出了更高的要求。我在街上常注意到一些老年人，他们的腿都有不同程度的肿胀。有些老年人腿肿得像大象腿，走起路来也十分困难。这也是我想写一写血管病的又一个原因。血管病包括动脉，静脉，和淋巴血管的病变。在这里我只提部分常见的，直接由血管的病变引发的血管病及危害。目的是提醒大家关注血管的保健，有症状时应提早就诊。当然，是否得了血管病，得了哪种血管病及得病的原因，只能通过医院检查后最后确诊。

关于动脉血管的保健，我想大家可能都知道要避免过多的，也就是比自身需要多的，脂肪和胆固醇的摄取。因为过多的脂肪和胆固醇可以沉积在血管壁上，造成血管变窄，使血管内血流减少，最后可造成血管缺血。血管内血流减慢也可使血栓形成。缺血和形成的血栓严重时都可威胁生命。如造成心疼，心衰，中风，肾衰，下肢动脉阻塞最后造成截肢等。

静脉血管与动脉血管不同。静脉血管壁上有瓣膜。当肌肉收缩时，瓣膜打开，血液流动；当肌肉松弛时，瓣膜关闭。肌肉的收缩和松弛，瓣膜的一开一闭，保证了血流朝一个方向流动。如果静脉的瓣膜损伤，可使瓣膜损伤处的静脉肿胀。血液的停留还可使血栓形成。常见的病有静脉曲张和深静脉血栓。一般来讲，静脉曲张可以发生于任何静脉，但常见的是在腿和脚的静脉。瓣膜和肌肉的损伤可导致静脉曲张，但还有一个原因是长久的站立，行走，都可增加身体对下肢和脚的压力，造成静脉曲张。另外，凡是可使血液粘稠的因素，如心衰，癌症，和长期卧床者等，都可造成深静脉血栓。

综上可知，保健血管是十分重要的。通过对血管的保健，很多血管病是可以预防的。就是得了血管病，通过血管的保健，也可减轻症状。所以平常要注意饮食的搭配， 避免过多的脂肪和胆固醇的摄取，锻练身体，防止肌肉萎缩。经常抬高双腿，也可穿紧的袜子，促进下肢血液循环。当然还应定期做体检，得病了，药物治疗是必须的。



松树皮提取液对心脏无益

编译：**袁建平**

文章要点

- 含松树皮提取液的食物疗法并不比安慰剂更能降低血压
- 摄入松树皮提取液的人群的体重指数（BMI）稍有上升（从 29.0 到 29.1），安慰剂人群的体重指数则稍有下降。

松树皮能治高血压或其他心血管疾病的说法可以休矣。位于美国加州帕罗奥多的斯坦福大学 的 Randall Stafford 博士和他的研究小组报道，一项涉及 130 为病人的随机试验发现，经 12 周治疗后，在松树皮提取液组中，收缩压和舒张压共下降 1 毫米汞柱（1mmHg），而安慰剂组（P=0.87）下降了 1.9 毫米汞柱。

这项迄今为止最大的松树皮提取液的研究得到的结论与观察和临床试验证明是一致的，即食物疗法，特别是抗氧化剂的摄入，对心脏疾病无甚功效。Stafford 和他的合作者在 9 月 27 日出版的《医学内科学档案》中写到。松树皮提取液富含一种叫原花青素的抗氧化剂，它有很高除污能力，一些小型的、未受控的研究认为它能降血压，增强葡萄糖代谢，从而降低体重和改善血脂状况。不过，另外一些研究则认为没有这种作用。

为了回答这个问题， Stafford 和他的同事们随机抽取了一批超重和肥胖者，他们均患有高血压（收缩压 125-160mmHG），让他们服用松树皮提取液(64 例）或安慰剂(66 例)，每天一次，一次 200 毫克，共服用 12 个星期，他们当中没有人服用其他抗高血压的药物。共有 121 人完成了这项测试。

研究人员使用测试开始和结束时的食物记录来监控他们的饮食变化。观察到的唯一变化就是治疗组的钾摄入量增加了，安慰剂组的钾摄入量减少了(+75mg ,-293mg,P=0.03）。素菜和水果的食用量在整个研究期间保持不变。

至于血压变化这一主要结果，经 12 周治疗后，两组均未见下降，其他一些次要结果，如血脂、转氨酶测试结果、脂蛋白胆固醇颗粒大小以及胰岛素、脂蛋白(a)、饭前葡萄糖和高灵敏度 C 反应蛋白等度未受影响。松树提取液组的体重指数(BMI)稍有增加(从 29.0 增至 29.1)，安慰剂组的 BMI 则稍有下降（从 28.4 降至 28.3），两组间的差异为 0.20 。两组中都发现了多例不良反应，最常见的是头痛、嗜睡、尿频、胃肠道不适和失眠。

Stafford 及其同事指出，这一结果不一定适用于其他类型的松树提取液，因为它们的化学成分不尽相同，“在研究食疗时很难对其化学成分进行标准化。”但是，他们承认，“尽管不同剂量或配方产生的结果可能不同，我们仍不赞成推荐使用这类松树皮提取液来降低心血管疾病风险。”该项目得到了日本佐贺市新药株式会社的赞助，公司提供了安慰剂和松树皮提取液的药片。本文作者声明与公司无利益冲突。

参考文献： MedPage Today 2010 年 9 月 27 日

饮食健康

巧克力可能有助于对抗中风

原文：**Kristina Fiore**，编译：马建韬

多伦多消息：最近的一个研究表明情人节送巧克力的风俗可能帮助爱人远离中风危险。位于加拿大安大略州汉密尔顿 McMaster 大学的 Sarah Sahib 和其同事们用荟萃分析地方法回顾了以往的三个科学研究。其中两个显示巧克力，特别是其中的类黄酮物质，可以显著减少中风危险。但是第三个研究并没有发现食用巧克力和中风或者死亡有任何关系。不过这个研究目前只有摘要发表和将在美国神经病学会组织的学术会议上报告，并没有在经过同行审查的杂志上发表。因此，严格来讲，这个研究还只能属于较为初级的证据。红酒和巧克力等一些容易让人沉溺其中的东西现在常常被强调可能有利于人们的健康，比如增强心血管功能和降低血压。您可以很容易搜索到相关的文章。但是也有些学者认为目前的证据还不足够得出食用巧克力有助于预防中风的结论。

辛辛那提大学神经病学部的主席 Joseph Broderick 说：“我会选择非常谨慎地谈论两者的关系，因为从生物学的角度，非常难于理解为什么每周食用一次巧克力可以降低中风的危险。”他解释说科学家们能完全弄懂吸烟或者是食用大量果蔬可以降低中风危险的原理，但是要弄清楚每周食用巧克力的作用则有些不同的，因为食用巧克力和很多日常行为都有关联。准确记录每日的饮食也是非常困难的，因而很难确定哪个才是真正相关的保护因子。Sahib 认为需要更多的研究来调查这类所谓的“健康使用者”效应。Broderick 也认同目前的这个回顾研究并非是在总结新数据。他们的研究回顾了发表于 2001 年至 2009 年间的 88 篇探讨类黄酮和中风危险的文献，但是只着重于巧克力和中风的关系。

其中一个研究发现相比于不吃巧克力的志愿者，每周食用巧克力可以使中风发生的危险降低 22%（相对危险度：0.78，95%可信区间为 0.65 至 0.94）。另外一个研究发现巧克力中的类黄酮（也是以周为测量周期）可以将中风所致死亡的危险降低一半（危险比：0.54，95%可信区间为 0.30 至 0.96）。第三个研究发现当食物中 3%的儿茶素是巧克力来源的，则巧克力中类黄酮与中风或中风导致的死亡之间没有关联（比值比：0.92，95%可信区间位 0.51 至 1.68）。

研究者们认为需要更多的前瞻性研究来评价巧克力中类黄酮与中风的之间的真正关系，并帮助人们判断是否存在所谓的“健康使用者”效应。在一个声明中，Sahib 提出这种关系是否仅仅是由于比较健康的人更愿意食用巧克力的原因。Broderick 则指出适量食用巧克力可能并没有害处，尽管我们并不知道那是否对健康有帮助。虽然巧克力的研究还没有定论，但是对于其它日常行为的研究则可信的多，比如戒烟，定期观测血压，多吃水果和蔬菜都肯定有助于健康。

参考文献：MedPage Today, 2010 年 2 月 12 日

药物讯息

治疗多发性硬化症的口服新药获得批准

编译: 顾晔 博士

美国食品药品管理局(FDA)已经批准了 fingolimod（Gilenya），第一个治疗多发性硬化症（Multiple Sclerosis, or MS）的口服新药上市。根据 FDA 的通告，这个药物的标签说明了该药可以在复发型病人中减少复发并延缓病情恶化。FDA 的顾问委员会委员在六月的无记名投票中建议批准这个 0.5 毫克胶囊的新药。

Fingolimod 能抑制 T 细胞的淋巴结迁移，主要防止它们攻击围绕神经纤维的保护性髓鞘。具体说来，这种药物导致位于 T 和 B 细胞表面的神经鞘氨醇-1-磷酸受体进入细胞内部。所有其他已获批准的多发性硬化症的治疗方法— β干扰素，glatiramer acetate (Copaxone) 和 natalizumab (Tysabri) — 都是注射型药物。医生和病人中已经有对口服药物的呼声。

根据纽约 Sinai 医疗中心的医生 Aaron Miller 博士在国家 MS 协会提供的一份声明，“FDA 对第一个口服治疗的批准是对多发性硬化症人群的重要一步，它帮助解决了未被满足的对其他治疗的需要”。这份声明也引用了底特律 Wayne 州立大学的 Rober Lisak 博士的话作为对这一口服药物的欢迎。“一个口服药物能让人们更容易用药并坚持治疗”，Lisak 博士说。

药效研究表明 FDA 批准的 0.5 毫克剂量与安慰剂相比减少了 80%的复发，和干扰素β-1α相比减少了 52%的复发. 另一方面，后期的临床实验未能表现 fingolimod 在疾病恶化率上的优势。FDA 要求对 fingolimod 的危害评估和管理策略。制药商 Novartis 必须进行一项长达 5 年的营销后期安全性研究并登记收集怀孕或可能怀孕的病人的数据。医生和病人也将获得用药指南，拼写出药物的正确用法和可能的副作用。最严重的作用是心动过缓，尤其是在用第一剂药物之后。在这个药物的临床实验中大部分病人的心跳频率在一个月的治疗后回到正常。

医生被建议在用第一剂药后，对病人进行长达 6 个小时的观察，以发现心动过缓的症状。因为对 T 细胞活性的非特异性抑制，fingolimod 也提高了感染的几率。流感就是临床最常见的副作用之一。根据 Novartis，白细胞数量在止治疗后两个月后恢复正常。其他临床中的各种副作用包括头痛，腹泻，背痛和转氨酶升高。

参考文献：MedPage Today, 2010 年 9 月 22 日



医学广角

不可避免的中年危机：男女更年期

牛江河博士

紐英崙中華專業人員協會及波士頓華僑文教服務中心於 10 月 30 日下午 2 時，假僑教中心舉辦《不可避免的中年危機：男女更年期》專題演講。由哈佛大學教授李小玉主講，

最近怎么老不舒服，甲状腺也不对头，心情不好，感觉抑郁。以前很多人不知道到底怎么了，现在人们慢慢认识到这些可能都是更年期症状。你叫什么名字啊，昨天还记得，怎么今天就不记得了呢，为什么我会这么热，脸爱红呢，这些也可能都是更年期症状。

当子宫、巢功能退化时，因脑子很不满其“懒惰”，就“鞭策鞭策”它们，其结果就是月经量突然增多。

妇女更年期的定义是停经一年后。因为只有经过 12 个月的“考验”后，才能比较有把握地说月经可能真的不会再来了。这之前的荷尔蒙高高低低、多多少少的变化导致月经多多少少，长长短短地变化，不定哪时又来呢。

更年期症状是停经前四年就可能开始有的症状，一旦真正绝经了，这些症状就会消失了。所以所谓更年期症状实在指的是“更年期要来时症状”。

有了更年期症状，怎么办呢？

第一条科学饮食，喝点小酒有好处，超过了就有坏处了。

第二条运动，运动同时还防老年性痴呆。

第三条荷尔蒙，吃上两个月的荷尔蒙，如果更年期症状消失了，那就证明那些问题只是更年期症状。

人类对荷尔蒙的认识经历了一个长期的过程。初期的荷尔蒙使用后，1970 年发现用后子宫内膜症增加，人们就恐慌，后来研究后发现同时使用黄体酮后就问题不大。人们于是放心使用直到 2002 年，一个全国性的数万妇女参与的研究结果显示服用荷尔蒙会增加乳腺癌的可能。人们又开始恐慌，不敢用荷尔蒙了。

有人质疑这个结果，发现这个研究结果不太科学。从 50 岁到 79 岁年龄的妇女它都收为被试，因为不容易找到被试。首先老年妇女服不服用荷尔蒙患癌的风险都大，其次是实际上对 50-55 岁的妇女来说，荷尔蒙是有好处的，还可以保护心脏、血管。60 岁以上的妇女，服用荷尔蒙的好处和坏处一半一半，70 岁以上有坏处。此外，合成荷尔蒙不好，但自然的、生物的荷尔蒙就没问题。而且现在的荷尔蒙可以不用口服，经皮肤吸收，有五种以上的剂量。用多少怎样用荷尔蒙，现在的人们比以前聪明多了。

观众始终积极参与问问题，比如有人问到停经年龄的中外差异。李教授说不是每一个妇女都会有更年期症状：只有 20% 的亚洲妇女出现更年期症状，三分之一的白人妇女，一半的黑人妇女会出现更年期症状。美国妇女的平均停经年龄在 1900 年是 48 岁，现在是 51 岁，亚洲妇女的平均停经年龄比美国妇女的平均停经年龄要早些，不过个体差异很大。

有些男性观众似乎有些等不及地要听听男性更年期。李教授笑称，以他几十年的经验他不愧为女性问题专家，但对于男性更年期问题，他都需要“Study”。

同女性一样，也有男性更年期。男子从 30 岁开始男性荷尔蒙开始下降。大约每人每年下降 1%。因为这下降是逐渐的，没有突变，所以男性的更年不像女性那样明显，有一个明确的标志。男性的更年是慢慢的，不易察觉的。有研究指出男性的精子功能不随年龄的下降而下降，多老的男士都有可能当爸爸。

李小玉博士的母校是台北医科大学。他曾在费城、渥太华和贝斯·以色列医院接受研究生训练。目前是哈佛大學医学院妇产科临床医学教授（617-731-6670）。

李教授在会上会下耐心解答了听众众多的问题，有些听众还代为丈夫、妻子咨询。

图一，李小玉教授在演讲

图二，（从左至右）李小玉教授，專業人員協會董事長王世輝醫師



专题讲座



发现自闭症新的生物医学标记
寻找新的治疗方案

原文：Katherine M.Martien, MD 麻省总院自闭症专业门诊（LADDERS）小儿神经发育专家，及临床研究主任
编译：李文

自闭症以行为障碍 (DSM) 而定义，表现为 缺乏社交互动/交流, 难于应用学到的技能, 严重缺乏自我调节能力 ，并有奇怪的刻板和重复性的行为 , 对感觉刺激敏感。迄今对于此病患没有 生物检测手段。 病症涵盖面很广 ，其行为型 表现程度，行为异常的严重程度 ，智商从高智商(savant)到严重智障不等。此病患影响男性为主 , 女性相对较少 ，男:女 比例 4.5/1。自闭症呈日益增加的趋势 。 马萨诸塞州 2000 年出生的男婴多于百分之一为自闭症，美国疾病控制中心认为 50%的增长可能因改变诊断标准所致。那么多少自闭症患者有个体遗传因素呢? 事实是多数的自闭症不是由于不正常基因或基因组所致，然而高达 15%的病例具有基因因素涉及神经接头的某些蛋白合成与调控机制有关。约 85%的病例没有明显的遗传原因，但是遗传背景造成的易感性可能有被其他因素触发的风险。 造成自闭症的原因 是什么呢？生物学机制不是单一的过程，而是涉及有很多病因机制 : 某种原因在不同程度上 通过某种机制影响主要系统 及其背后的神经系统 ，影响到正常的大脑发育 从而涉及到正常的行为和社会/情感，语言/沟通,调节/压力承受。显然 患病率的增加表明有未知因素影响正常的大脑发育 。寻找病因，治疗和预防自闭症的途径包括：1，发现与自闭症侯相关的关键性神经生理系统功能障碍。2. 确认与神经生理系统功能障碍相关的生理紊乱。3. 治疗神经心理和生理方面异常表现。4. 确定因触发系统混乱而导致的病症人群增加, 消除触发因素 。

测量自闭症的大脑中反应包括 1）用核磁共振的各种影响手段（MRI, Volumetric MRI, Diffusion Tensor Imaging (DTI)对于大脑结构的测量。2）用脑电图，功能性核磁共振，血流图等技术（EEG, MEG，fMRI, fcMRI, PET，Autonomics，MRI Fractional anisotropy，FA）对于大脑功能在系统水平及组织水平进行测定。3）利用 MRS, Phosphorus (p31) MRS 对于大脑的分子和能量水平进行测定。4）衡量生理系统对自闭症的影响，全身生理系统 包括免疫 ，激素 ，代谢 ，毒性 等。什么是关键时期 呢? 从个体大脑的发育的开始就测量为佳：母体受孕前后 ，母体中胎儿，新生儿生理 ，发育期的生理 ，受环境影响的生理 。我们研究的目标是研究相关的神经生理机制:癫痫，发作癫痫样放电，持续的阵发性慢波活动，高兴奋到抑制比率的证据； 异常的感觉处理 ；局部神经网络的过度活动 ；长距离网络的形成，跨各种神经网络的功能性的连接与信息集成用最经济和简便的工具来开发我们的可利用的技术 ；研究神经生理系统相关身体生理系统 ；研究个体脑发育异常,例如, 始于怀孕和继续发育期；研究治疗神经生理与生理方面新的药物以改善个体发育紊乱 ；使用 EEG 和 ERP 研究自闭症的神经生理学：EEG 和 ERP 使用普遍，价格低；新的量化方法使得使用 EEG 和 ERP 进入前所未有的深度研究；检查无创伤，可对有行为严重的儿童不需使用镇静剂，尤其是使用 nets 可适用于所有年龄：包括新生儿。目前正在进行的研究包括癫痫类的放电与自闭症儿童的认知及行为的关系。早在 1960 年代就已知癫痫与自闭症有关 最早的 EP/ERPs 研究自闭症始于 1980 年代。研究表明自闭症儿童对声调在听觉处理上存在差异。波士顿儿童医院 Frank Duffy 实验室发现患儿听觉和视觉异常 ，自 2000 年以后加测脑电图谱型分析（QEEG）注意到没有癫痫的自闭症患儿有其阵发性慢波脑电图一些特点。(来源：美中医学交流学会亚裔健康教育学术年会自闭症论坛，2010 年 10 月 30 日波士顿)

经颅电针刺激方法

原文：刘京医师, 哈佛大学麻省总院中医顾问资深研究员
编译：王娟

许多研究表明针灸或电针治疗可以改善孤独症症状，然而疗效却不能令人十分满意。为了改进现有针灸治疗孤独症的方法，我们在已有临床经验和大量文献研究的基础上提出了经颅电针刺激的理论。

功能性核磁共振成像研究表明孤独症患者大脑体积、小脑体积和 cudate 核体积变大，而胼胝体减小。这种改变在某种程度上与大脑的炎症反应相关。大脑额叶和颞区的神经活动的变化或许可以解释许多自闭症的症状。例如，功能磁共振成像发现，颞上沟（STS）区域是大脑神经网络结构的重要组成部分，支撑大脑完成社会认知功能的诸多方面。

最近更有研究表明孤独症的神经病理学特点是皮质模块化功能的紊乱 新皮层的基本微电路与细胞微柱的异常相关。微柱组成了释放兴奋性信号的细胞。一方面，微柱被 GABA 能抑制性神经元包围。因此，兴奋性递质与抑制性递质之间的平衡维持着大脑的正常神经功能。GABA 能的抑制功能在许多孤独症患者中是降低的，特别表现在前额叶皮层的区域。周围 GABA 能抑制性活动的减低可以导致信号放大和信息处理过程的丢失，从而解释了孤独症的一些症状，包括听觉和触觉过度敏感、生理压力增加以及过激行为。另一方面，颞上沟也许是孤独症患者社会和语言功能障碍的原因所在。总之，孤独症治疗的一大目标应为改善大脑额叶和颞边缘区的功能，增强 GABA 能的活动并减少炎症。而针灸，特别是电针治疗在改善这已点上非常有效。我们认为针灸治疗可以调整身心的平衡状态。应用 BOLD 功能磁共振成像技术，之前已证明针刺传统的穴位可以对正常人体的皮质，边缘系统，皮层下的网络有调节作用。许多研究结果表明，针灸可能下调过度的神经活动并产生镇静效果，对改善孤独症患者过激行为很有利。

据报道，在 34 例孤独症患者的临床试验中，电针治疗可以使 SPECT 成像显著改善 78.95%并改善临床症状，在增加前额皮层，布洛卡和韦尼克区的血流量同时增强功能。针灸治疗副作用小，对于焦虑躯体化和认知障碍有显著改善。响应率和复发率与传统疗法相差不多.有趣的是，针刺或电针还具有抗炎作用和改善 GABA 能的效果。

然而，传统理论和针刺手法限制了针灸治疗孤独症的疗效。为了改进这一点，我们基于多年的研究工作提出了新的经颅电针治疗的方法以期获得较好的治疗效果。经颅直流电刺激（TDCS）的相关研究都支持这个假说。TDC 是在头皮上放置电极，直接运用小而无害的电流穿过头颅。电流可以根据电极极性在路径上去极化或超极化神经元。结果表明，两侧经颅直流电刺激额叶皮质区域可以增强前一天学习的词对的记忆功能。应用 1MA 电流后发现被刺激细胞的静息电位有微小的变化，并通过密集神经元改变了神经元的去极化阈值区间以及谷氨酸突触强化作用改善信息处理的过程。

总结之前的研究结果，我们有理由推断经颅电针刺激的方法可以调节孤独症患者大脑额叶和颞区的神经活动紊乱状态。考虑到前额叶和颞上回在大脑位置的相对优势，针对性的经颅电针治疗方法更容易应用，而且这种治疗效果也不受大脑更深区域的干扰，较为容易用脑电图和功能磁共振成像技术来测量。*---资料来源：1，美中医学交流学会亚裔健康教育学术年会自闭症论坛，2010 年10 月30 日波士顿；2，[NAJMS. 2009;2(2):67-68 全文请查阅www.najme.net]*

环球医学

中国 2 型糖尿病的流行病学研究

原文：宋一青教授,哈佛医学院布鲁根医院流行病

编译：孙香兰医师,哈佛大学访问学者内分泌专科

随着饮食结构和所居环境的变化，中国糖尿病患病率正呈现显著升高态势，已演变成令人担忧的流行病。目前，中国该发病率已达到 9.7%，而 60.7%的患者未得到及时诊断，其中 2 型糖尿病是最主要的糖尿病类型。糖尿病是遗传因素和换环境因素共同作用的结果，其发病机制尚未完全阐明。但目前研究发现 2 型糖尿病与心血管疾病有着共同的病理生理机制。糖尿病血管病变是糖尿病最常见的慢性并发症，其中心血管并发症则是当今糖尿病病人致残、致死的主要原因之一。

2 型糖尿病有多种致病因子，如自然环境，遗传因素，生活方式及社会心理因素等。这些因素综合作用引发代谢紊乱性疾病，也称代谢综合症。这些代谢紊乱作用于靶组织，释放一系列促炎因子，导致胰岛素抵抗和 β 细胞功能障碍，最终形成高血压，糖尿病，结直肠或胰腺肿瘤等，诱导心血管疾病和慢性肾脏病的发生。代谢综合症包括中心性肥胖，高血压，高甘油三酯，低高密度胆固醇及胰岛素抵抗等多种元素。世界各地多项人群研究已经表明，随着年龄的增长，代谢综合症的发病率急剧增长。目前美国的发病率已达到 24%，欧洲 12-25%，而亚洲也已达到 5-16%。另外需要指出的是，除了代谢综合症包括的五项指标外，高尿酸血症，微白蛋白尿症，高慢性炎症因子水平，高血管内皮因子释放，过氧化物累积，凝血机制紊乱等等也是糖尿病和心血管疾病的常见致病危险因素。

抽薪可以止沸，关键环节的把控可以有效地预防或者延缓糖尿病的发生，比如调整饮食，节制抽烟，积极减肥等。一些干预性临床试验发现，改变生活方式主要包括科学饮食和体育锻炼，可以显著降低糖尿病的发病率（降低 29%-58%）。因此糖尿病是可控可防的。糖尿病已成为中国主要的公共健康问题，随着中国人口老龄化的到来，糖尿病将成为严重危害中国人民的第一大慢性疾病，其对心、脑、肾、血管、神经、皮肤等的各种并发症将严重影响中国中老年人的健康和生活质量。因此有效的干预，例如卫生教育，改变生活方式，控制体重等糖尿病预防有效措施应当纳入国家疾病监测和防治的重点策略。从国家发展和利益的高度出发，制订和监督糖尿病健康教育工作，加强扶持糖尿病预防，科研和治疗工作，以减少糖尿病及其并发症对中国人民的健康和经济生活的严重危害。（来源：美中医学交流学会亚裔健康教育学术年会自闭症论坛，2010 年 10 月 30 日波士顿）

本期特讯

再论亚裔健康

孔学君医师, 哈佛大学医学院以色列医院内科

本月 30 日，美中医学交流协会将在哈佛医学院校院区的 Best Western 酒店隆重举行以“亚裔健康教育”为主题的学术年会，预计 250-300 名各地医生学者出席，包括从中国赶来的访问医师及学者。就亚裔健康的热点问题举办的专题论坛包括糖尿病，癌症，乙肝，自闭症等，大会特邀了加州大学洛杉矶分校肝病专家 Myron Tong 教授，华盛顿乔治堂大学肿瘤专家 Ruth He 教授分别就亚裔的隐形杀手肝癌作专题讲座，大会还同时承办医师教育的冠心病及肝炎专题讲座，分别由芝加哥大学心脏病专家 Arora 教授及费城爱因斯坦医学中心肝移植专家 Araya 教授授课。学会希望通过这一学术盛会，增进亚裔健康意识，敦促中美医学交流，提高亚裔健康水平。

美国的亚裔人口近年增长迅速，已引起美国政界，商界，医学界的极大关注。就最近美国人口统计局的资料提示，亚裔人口已超过一千一百万，预计到 2050 年将增加三倍。美国的亚裔人口来自 50 多个国家，具有不同的文化及历史背景，包含 100 种不同的语言及口音。其中中国人占 23.8%， 菲律宾人占 20.4%，日本人占 12.3%，印度人 11.8%，朝鲜人 11.6%，越南人 8.9%。 70%的亚裔人群来自三大移民潮：1965 年以前，1975 至 1979 年，1980 年以后。1965 年以后的移民多半居住在美国 10 大城市。1996 年，大约 40%亚裔居住在加州。其次是纽约，夏威夷，得克萨斯，新泽西，以利诺斯，华盛顿，佛罗里达，佛吉尼亚，麻省。在亚裔人群中，约 23%没有医疗保险，41%的人感到医疗费用是个负担。很多拥有医疗保险的亚裔对其使用率较其他人种要低，其原因有多种：很多亚裔对于自己享受的医保范围不甚清楚，担心使用医疗保险会影响办理绿卡及永久居住，不愿因为看病从工作单位请假等等。下面就几个常见的病患探讨一下。

癌症，亚裔人群在世界人口中乳腺癌的发病率最低。尽管如此，癌症仍为亚裔人群首要死因，癌症尤其是亚裔妇女 1980 年以来的首要死因。宫颈癌为美国的朝鲜妇女的严重健康问题。越南妇女宫颈癌发病比白人妇女多 5 倍。亚裔妇女诊为乳癌的病人大约 22%曾使用草药治疗。有些研究表明大约 79%亚裔妇女在诊断乳癌时癌瘤的大小在 1 公分以上，比其他人种相对诊断期晚。年轻的亚裔妇女乳腺自检及宫颈涂片检查的比例比其他人种要低。而东南亚地区妇女侵袭性宫颈癌发病率高于其他人种。美国的越南妇女首发肿瘤是宫颈癌，其普查率最低。肝癌通常由乙肝引起，在亚裔尤其好发，居亚裔癌症第三位。其中越南男性肝癌的发病比相应其他种组更高。亚裔肝癌发病比白人高 1.7 至 11.3 倍。朝鲜男性的胃癌发病最高，比白人高 5 倍。在美国，垂直传播乙肝给新生儿的妇女有一半是亚裔。肺癌在东南亚裔的发病率比白种人高 18%。菲律宾人的结肠直肠癌存活率倒数第二，仅次于美国印第安人。调查表明，亚裔人居住区的售烟店密度大于其他社区。众所周知，吸烟与多种癌瘤的发病直接相关。

心血管疾患是大多数亚裔人群第二大死因，在印度裔，夏威夷裔，菲律宾裔，日本裔，心血管病患位第一大死因。中风在中国裔，日本裔，菲律宾裔，夏威夷裔为第三大死因。在旧金山，菲律宾妇女的死因第一位是中风。冠心病的风险因素包括下列情况：有此家族病史，有高胆固醇、糖尿病或高血压，抽烟，不活动，有压力， 体重过量。很多亚裔不知患有高血压或高胆固醇，相对于其他种族对其重视程度较差。亚裔的肥胖发病率也是逐年增加，而较其他种族锻炼或运动的频率强度均差。饮食的西化也使心血管病及其相关的代谢病随之增加。土著的夏威夷人的冠心病发病率不成比例的增高。

糖尿病在亚裔人群占 7.5%，属于糖尿病好发人群，发病高于白种人，且有逐年增加趋势。糖尿病与心血管病密切相关，心血管病是糖尿病患者的首要死因。三分之二的糖尿病患者最后死于心脏病或中风。而糖尿病人其心血管病发病率比非糖尿病人高 2-4 倍。75%的糖尿病患者同时患高血压。而吸烟又进一步增加其心脏病风险两倍。糖尿病人本人的积极态度及自我监护配合在其治疗中其着很大的作用。糖化血红蛋白的指数至少应少于 7，理想状态是少于 6.5，其血压应控制在 130/80 以下，其低密度脂蛋白 LDL 应在 100 以下。糖尿病以二型为主，占 90-95%，其发病直接与饮食西化及肥胖有关，是完全可以预防的。其危险因素包括：糖尿病家族史，亚裔及太平洋岛裔，超重或肥胖，45 岁以上，曾有妊娠糖尿病，患有高血压，患有高胆固醇，不从事体育锻炼，患有多囊卵巢综合征，患有心脑血管病或脉管炎，在脖子或腋窝有较厚深色色素斑（acanthosis nigricans.）。具有以上情况的病人

尤其应该注意自我防护。亚裔好发糖尿病是基因与环境因素相互作用的结果，移民美国的中国人比其居住在中国郊区 或农村的中国人明显升高，日本移民也有同样的情况。而第三代或第四代中国或日本移民其生活习惯与当地白人无甚差异，但糖尿病的发病率仍然比当地白人要高。这说明基因与环境因素均在糖尿病发病其着作用。亚裔的肥胖标准比白种人要低，BMI 超过 23 就属于超重（其人为 25）。换句话讲，亚裔人群机体对于超重所引起的代谢负荷承受能力比起白种人要低，很轻微的超重就可能超过致病临界值而一发不可收拾，尤其不要与美国的肥胖患者攀比并论。

众所周知，乙型肝炎是亚裔人群的“隐形杀手”。慢性乙型肝炎在亚裔人群的发病率高达 15%左右，而美国总体发病率仅 0.2-0.5%。肝癌在乙型肝炎患者高 100 倍。它可以损伤肝脏和导致早死於肝癌和肝衰竭。在美国约有 140 万乙肝患者，竟有一半以上是亚裔及太平洋岛裔。约十分之一的亚裔患有慢性乙肝。乙肝有关的死亡在亚裔及土著夏威夷人比白人多 7 倍以上。在美国，乙型肝炎及肝癌是亚裔健康的主要威胁。然而由于各种原因，乙肝的早期诊断，治疗及预防在医疗界及亚裔社区均没有得到足够的重视。
艾滋病近年来在亚裔逐年增加。尽管亚裔占总体艾滋病病人总数 1.1%，但有上升趋势，而且亚裔的上报率比其他人种要差。其中男性占 78%，女性占 21%，13 岁以下占 1%。

结核病，根据 2009 年 CDC 的报道每十万人口由 3.8 例，比起 2008 年的 4.2 例下降 11.4%。美国的结核病主要发生在外国出生的移民，比起美国出生者高 11 倍，其中亚裔高 26 倍。

精神病及行为问题，亚裔社区在美国社会是公认的“模范社区”，暴力事件或非法行为较少。但是研究表明亚裔人群抑郁症焦虑症高发，而且就诊时多比其他人群严重得多。这是因为亚裔人群通常回避因精神问题就诊以致延误治疗。有的研究表明亚裔比其他人群更多见赌博，及家庭暴力，由于顾及脸面而上报率较低。总体讲，亚裔吸毒的人群较低，但由于兴奋剂上瘾需要住院治疗的亚裔比一般人群高 4 倍。亚裔人群赌博的比例较其他人群高，中国社区 20%有赌博问题，5%陷于赌博不能自拔。以前人们认为亚裔的家庭暴力是最少的，其实不然，一项研究表明 38%的亚裔妇女曾被配偶伤害过，但由于各种原因上报率低。除了一般的精神疾患，亚裔也经历文化冲击综合征，比如神经衰弱，由精神压力造成，常常表现为疼痛，麻木，慢性疲劳，乏力，焦虑或头晕。在美国的亚裔青年，其忧郁症，焦虑症，自杀率均较高。他们常常陷于东方家庭教育与西方主流社会价值观的冲突之中而无法释怀。亚裔的老人尤其是妇女居自杀率最高。华裔老年妇女的自杀率比起白人老年妇女高 10 倍。亚裔老人的老年痴呆发病率比其普通人群发病率要高。很多亚裔人群在移民前曾经历过战争，政治迫害等心灵创伤，这使他们更易于发生忧郁症。

吸烟问题，亚裔人群相比其他人群的吸烟率最低。到 2008 年，只有 4.7%的亚裔吸烟。而其他人群 10.7% 到 22.4%不等。亚裔男性的吸烟率并不低，2008 年 资料显示 15.6%，亚裔妇女的吸烟率很低。有趣的是，中国男性吸烟随着在美国年限而增加。7.3%亚裔高中学生 2.6%初中学生吸烟。在美的中国移民比其中国居民吸烟率明显降低，据统计在中国有 3 亿男性吸烟者，仅比美国人口总数少低一点。吸烟是肺癌最常见的原因，在所有肺癌患者中，吸烟者占 80%以上。
骨质疏松问题在亚裔非常常见，65%亚裔妇女骨密度低于正常。在美国每年有 150 万人由于骨质疏松而导致骨折，其中五分之一为亚裔妇女。

以上统计数字均来自美国 CDC 及 NIH 有关报告，但和真实情况相比可能只是冰山一角，可谓任重道远。深刻认识亚裔的发病特点并用于临床实践对于医学界，亚裔医师，亚裔社区都至关重要。 我想借此文再次呼吁：从我们自己做起，重视身体，关爱社区，并由此辐射到亚裔健康及全社会的热点问题。在日益增进的交流与贡献之中提升亚裔以致人类的整体健康水平。
预祝会议成功！





推廣中英雙刊，聚焦亞裔健康

美中医学交流学会（ACMES）学术年会纪实





2010年10月30日，美中醫學交流協會（ACMES）在位于波士頓哈佛醫學院校院區的 Best Western 酒店隆重舉行了以“亞裔健康教育”為主題的學術年會，近300名全國各地醫生學者出席，包括遠道從中國趕來的訪問醫師及學者。



就亞裔健康的熱點問題舉辦的專題論壇下午 3 時開始，包括糖尿病，自閉症，乙型肝炎，癌症治療四個專題論談，由哈佛醫學院以色列醫院內科張丹如醫師主持。先后 10 余名醫學專家精彩講演，涉及常見病的最新進展，聚焦主要的華人健康問題。會間座無虛席，氣氛異常活躍。



糖尿病專題講座，由麻州 Beverly 醫院內分泌專家劉昭醫師主持。糖尿病在華人群體中的發病率逐年上升，已成為嚴重的健康威脅。來自 Dartmouth-Hitchcock（NH） 醫療中心的糖尿病專家孔彦平醫師講述了糖尿病及其心血管合並症的最新臨床進展；哈佛大學 Brigham and Woman’s Hospital 的流行病專家宋一青教授介紹了糖尿病及其主要危險因素在中國人群的發病特點以及預防研究最新進展。



自閉症專題有三位專家先后講演。自閉症這一嚴重終生疾患近年來發病率急劇增加，引起社會和學術界廣泛重視，也為華人社區極為關注。首先由麻省總院 Ladders 自閉症專業門診的小兒神經發育專家 Katherine Martien 醫師講授她在自閉症患兒腦電圖變化的最新研究。隨后基因分析領域的專家波士頓兒童醫院遺傳室主任吳柏林教授介紹了他的研究室在自閉症基因病理學方面的最新突破性成果。麻省總院劉京醫師介紹了自閉症檢驗方面的新手段：功能性核磁共振（fMRI）檢測腦區血流量分布，以及與中醫針灸相結合的新設想。





乙型肝炎專題由哈佛大學以色列醫院肝病專家劉丹陽醫師首先介紹了乙型肝炎治療及預防的最新進展，以及治療耐藥問題。哈佛大學以色列醫院的肝癌專家 Rebecca Miksad 教授針對乙型肝炎及肝癌在亞裔人群的發病狀況進行了詳盡的分析。眾所周知，乙型肝炎及肝癌是亞裔人群的隱形殺手，對于乙肝的防治是我們的工作重點。

腫瘤一直是華裔人群第一殺手，占死亡原因的第一位（白人群體第一殺手為心臟病，其次方為腫瘤），尤其肝癌，胃癌等不成比例的高于其它人種。針對這一嚴峻課題，以色列醫院肝癌專家 Rebecca Miksad 醫師再次發言，分享了當今肝癌治療的最新進展，進入特異的“靶”治療階段；麻省總院的麻醉疼痛專家芳健人醫師演講了腫瘤病人鎮痛方面的最新進展。麻省總院中醫師，麻州中醫協會主席張君豪博士向大家介紹了針灸在腫瘤治療方面的臨床及科研成果。





本屆大會特邀來自加州大學洛杉磯分校的著名肝病權威 Myron Tong 教授和華盛頓喬治堂大學的腫瘤專家 Ruth He 教授分別就亞裔健康的隱形殺手肝癌作專題講座，大會還同時承辦醫師繼續教育（CME)的冠心病及丙型肝炎專題講座，分別由芝加哥大學心臟病專家 Arora教授及費城愛因斯坦醫學中心肝移植專家 Araya 教授授課。CME課程分別由學會兩位副會長麻省總院疼痛醫學專家林旭醫師及麻州大學醫學院內科周仁志醫師親自主持。學會希望通過這一學術盛會，增進亞裔健康意識，敦促中美醫學交流，提高亞裔健康水平。

在晚宴席間，大會主席，ACMES 副會長吳曉芸女士主持大會並向來賓及贊助者衷心致謝，隨后邀請 ACMES 會長，哈佛醫學院以色列醫院內科孔學君醫師致開幕詞。孔學君會長向來賓介紹了 ACMES 作為非營利醫學學會旨在增進中美醫學交流提高亞裔健康水平，學會以扶持及推廣中英雙刊為工作重點並以中英雙刊為平台在醫學教育及中美醫學交流方面展開工作，近年來取得了可喜的成就。中英雙刊也在穩步發展。中文期刊“北美醫學與健康”是針對北美及全球華裔人群的醫學科











普雜志，迄今已出版１５期，在海內外的影響力日益增加，正逐漸成為華裔人群的健康之友及醫患之橋，不久將與國內最大的醫生網絡之一“丁香園”建立密切合作平台。英文期刊 “North American Journal of Medicine & Science” 為全英文專業期刊，已出版９期，重點刊登亞裔人群發病特點及中西醫結合方面的專題研究，為促進中美醫學交流及國際接軌提供信息平台。英文雜志下一期將為肝炎特刊，由加州大學爾灣分院肝病主任胡克勤教授擔任執行主編，現已在１０余篇論文的最后審稿階段。明年計劃就亞裔常見病特設增刊及專刊，初步包括糖尿病，腫瘤，自閉症等熱點。我們明確的目標是將該雜志辦成 SCI 可索引的，國際知名的 和有亞裔特色的醫學科學雜志。再次歡迎所有華人組織和個人積極參與和支持我們自己的雜志。隨后，孔學君會長代表 ACMES 為在今年為社區醫學健康事業作出突出成就者頒獎：２０１０社區服務獎授予胡克勤醫師，李家裘醫師，劉昭醫師及宋一青教授；作為學會及雜志主要奉獻者的肝病專家紐約西奈山醫學院副教授潘啓安醫師），Myron Tong 教授，Ruth He 教授參與頒獎。優秀講演獎授予 Myron Tong 教授，Ruth He 教授，Katherine Martien 醫師 和 Rebecca Miksad 醫師。孔學君醫師呼吁華人社區及組織對醫學健康教育賦予更多關注和支持，全體華人團結一致，奉獻愛心，參與並支持美中醫學交流協會所扶持的誕生于我們華裔社區的中英文雜志以及非營利的各種醫學教育項目，推動中美醫學實質性項目交流，同時進一步促進華人社區醫學健康教育的和諧發展。隨后 Myron Tong 教授關于肝癌的主題講演引起聽眾的多次熱烈掌聲，使晚本次學術年會達到高潮。









參與各討論會的近三百名聽眾對這些講座給與高度好評。通過踴躍提問和討論，大家都認識到亞裔人群的發病有其特點，應引起醫療界及社會各界的高度重視，切實提高我們的整體健康水平。



為了慶賀 ACMES學術年會，波士頓的當地藝術家受邀聯歡獻藝，劉京京，曹陽主持慶典晚會，有聲有色，妙趣橫生。在之后長達一個小時的東西方音樂會演出表演了新疆舞（Rui Tanimura），京劇(周儉)，男高音獨唱（段小毅），女高音獨唱(Rubi Tanimura)， 鋼琴伴奏(Tina Ho)，爵士健身舞蹈（Denis Haynes）。同時進行的是晚會抽獎活動，揭曉結果除了Blue Ginger 的免費餐，健身舞禮卷以外，最有趣的是“今年最佳醫師” 中獎者竟是一個鬼節專門為醫生製作的 Costume。由健身舞專業教師兼注册護士Denis Haynes 帶動全場起舞，將整個晚會帶入了歡快的氣氛。





學術年會的圓滿成功歸功于眾多專家學會成員和聽眾的積極參與奉獻，以及組織者們宗旨明確的完美設計。參加者在曲終人散后依然流連忘返，並希望今后美中醫學交流協會今后舉行更多這樣的盛會，為亞裔醫學健康工作者以及所有關心亞裔健康保健的各界人士提供交流平台，為提高亞裔人群醫療保健質量和健康教育水平起到更大的推動作用。



學術年會的圓滿成功也歸功于眾多的贊助者(sponsors)，包括 Onyx Pharnaceuticals, Expert Exange, Clinical Viewpoints, GaxoSmithKline, Gilead, Bristol-Myers Squibb, Sanofi Aventis, Novo nordisk, Metlife, Citi bank, Massachusetts Department of Public Health, Blue Ginger, Sichuan Garden, AiHeart International, Inc, Overseas Chinese-American Entrepreneurs Association (OCEAN), Jazzercise.com, ARBC Financial Mortgage Corp., Keller Williams Realty, 華軟裝修公司等，再次特別致謝。





大會的組織者包括吳曉芸，孔學君，李家裘，林旭，周仁志，宋一青，顧曄，齊潤娟，莊寧，劉京京，曹陽，劉京，王曉春，張丹如，周儉，武士瑾，周寧，張偉，胡克勤等為大會成功做了大量組織工作，還有陳虹，吳凱賓，張虞安，岑慧芝，曾紅，史菊芳，鄭元，任汀，劉昭，劉蘊怡，王涓，孫香蘭，Arjun Mahadevan，Vikram Mahadevan 等也積極協助，在此特別表彰。（ACMES 供稿）





