第十六期 二零一零年 十二月
Vol.16 December, 2010

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫學新聞 Medical News
2010 十大醫學突破
2010 年關于癌癥與肥胖的十大新聞
聖安東尼奧乳腺癌研討會：HER2 聯合療法增大乳腺反應率
咖啡因正走近兒童

醫學進展 Medical Advances
美國國家醫學研究院（Institute of Medicine）
2010 年 11 月推出新的鈣和維生素 D 的膳食攝入量標準

醫生日志 Physician Diary
中醫學和形而上學（二）

醫學人物 The Physician of the Month
内科醫師周人志

醫療體系 Health Care System
在美國的中醫行醫概况與前景

醫學教育 Medical Education
外國護士學校畢業生須知

法律顧問 Legal Issues
臨床决策，誰主沉浮?

藥物信息 Drug Information
利斯的明（Rivastigmine）的副作用：完全性心臟阻滯

醫學論壇 Medical Forum
更快認定腦死亡有利移植手術前景

專題講座 Special Topic
E 抗原陰性慢性乙型肝炎的治療：何時開始與何時停止
深入乙肝普查與防治工作

健康指南 Health Guidance
運動可以預防中年體重增加
嗎啡類藥物治療癌癥有關的疼痛

飲食健康 Diet and Health
兒童要吃低糖麥片

醫學廣角 Medical Perspective
談談胃的螺旋菌
中風死亡仍然普遍

咨詢門診 Consultation Clinic
醫生熱綫信箱

環球醫學 Global Medicine
關于青少精神健康，綜觀糖尿病腎病

本期特訊 This Month Special
2010 十大醫學新聞
2010 年 ACMES 大事記

主编： 孔学君 医师
出版： 美国波士顿
发行： 美国，加拿大，中国

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

北美医学与健康
North American Journal of Medicine and Health

新年祝福



谨祝大家健康，愉快，美满，如意！

“北美医学与健康”的同事，老师，学友及朋友们，

首先，在新年到来之际，在我们第十六期出版之时，我谨代表北美医学与健康编委会对您们一年来的精诚奉献及大力支持，表示衷心的感谢！

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

1）本刊建刊后很快被美国国会图书馆收藏，国际标准书号ＩＳＳＮ１９４４－０９３６（印刷版）ＩＳＳＮ１９４４－０９４４（电子版）。

2）由资深的医师及医学科学家为主体的编委会，编辑部成员遍及北美及世界各地并逐渐形成了坚实的核心团队，详见本刊网站“本刊编辑”栏。

3）我们已建立了具备检索互动功能的专业网站 www.najmh.org ，年间完成了从旧网址（www.acmes.info）的转录及建库工作。

4）至今出版 16 期包括数百篇医学科普文章，涵盖不同的医学领域，电子版发表在本刊网站www.najmh.org 并电子邮件发送，供世界各地华语读者免费阅读下载。印刷版为全彩色 16K，免费赠送北美各地图书馆，中文学校，医生诊所，护理院及老人活动中心等。

5）该期刊在北美读者群已得到良好反馈，今年上半年由杂志资深市场顾问麻州大学管理系刘瑞明教授组织三个市场管理学生小组对于本杂志进行了广泛市场调查，在一项网上问卷调查时得到了 200 份回信，提供了诸多宝贵的建议。

6）期刊文章已被不少中文网站所引用，并受到国内有关机构的极大关注，在中国市场全面发行已是势在必行。我们正与北美及中国不同机构洽谈合作发展的计划。本刊已与国内最大的医生网络媒体丁香园达成合作协议，南京大学甘克超教授也成为本刊顾问。

在庆贺我们的成就的同时，我们也深感任重而道远。新的一年为我们设置了新的和更高的目标，明年将进一步推进中美市场开发及宣传工作，开设网上注册，咨询及论坛，邀请更多专家参加编委会，选登更高质量的文章，以飨读者。使本刊真正成为华裔人群的良师益友及健康之家。我们需要广拓人力物力资源，吸收更多的精英及专家，共同合作，提高杂志的质量及发行数量，赢得更多地读者以开创崭新局面。真正实现本刊的主要宗旨，以美国现代实证医学 (Evidenced Based Medicine) 为基础，向北美乃及全球华裔人群包括中国民众介绍北美医学进展, 最新健康理念，促进中美医学交流及中西医结合, 最终提高华裔人群的健康水平。

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

“北美医学与健康”主编

孔学君 医师 敬启



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”第十六期又与大家见面了！ 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12月 主编 孔学君， MD

本期责任编辑：孔学君，MD；王晓春 PhD；宋一青，MD，ScD
本期编译：马建韬 MD；孙香兰，MD；袁建平，MS;牛江河，PhD；李艳萍，MD，PhD，周丽斌，DMD； 张震宇，PhD； 任汀，MS；张伟丽， MD； 赵新然，MD；网站：王晓春，PhD；摄影：张虞安，PhD； 市场顾问：刘瑞明



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12月 第16期 总第16期

目 錄

醫學新聞 Medical News

2010 十大醫學突破 1
2010 年關于癌癥與肥胖的十大新聞 1
聖安東尼奧乳腺癌研討會：HER2 聯合療法增大乳腺反應率 1
咖啡因正走近兒童 2

醫學進展 Medical Advances

美國國家醫學研究院（Institute of Medicine）
2010 年 11 月推出新的鈣和維生素 D 的膳食攝入量標準 3

醫生日志 Physician Diary

中醫學和形而上學（二） 4

醫學人物 Physician of the Month

内科醫師周人志 6

醫療體系 Health Care System

在美國的中醫行醫概況與前景 7

醫學教育 Medical Education

外國護士學校畢業生須知 7

法律顧問 Legal Issues

臨床決策，誰主沉浮? 8

藥物信息 Drug Information

利斯的明（Rivastigmine）的副作用：完全性心臟阻滯 9

醫學論壇 Medical Forum

更快認定腦死亡有利移植手術前景 10

專題講座 Special Topic

E 抗原陰性慢性乙型肝炎的治療：何時開始與何時停止 11
深入乙肝普查與防治工作 13

健康指南 Health Guidance

運動可以預防中年體重增加 14
嗎啡類藥物治療癌癥有關的疼痛 14

飲食健康 Diet and Health

兒童要吃低糖麥片 15

醫學廣角 Medical Perspective

談談胃的螺旋菌 16
中風死亡仍然普遍 16

咨詢門診 Consultation Clinic

醫生熱綫信箱 17

環球醫學 Global Medicine

關于青少精神健康 18
綜觀糖尿病腎病 18

本期特訊 This Month Special

2010 十大醫學新聞 19
2010 年 ACMES 大事記 20

医学新闻



2010 年十大醫學突破

1， 新的爱滋病药降低 HIV 感染的风险：复合抗逆转录病毒药 Truvada 可以降低 HIV 风险高达 44-73%。

2， 人工合成细胞：Venter 博士今年合成了一个细菌的整个基因组，在实验室人造生命的进程上又迈出可喜的一步。

3， 老人痴呆症的一项新的血液化验可以帮助其早期诊断，准确率高达 80%。

4， FDA 批准 Allergan 公司生产的肉毒毒素治疗偏头痛。

5， 对于心脏骤停的抢救采取单纯的胸部按压与传统的人工呼吸全套的效果相似。

6， FDA 限制糖尿病药 Avandia 的使用，主要由于其心脏病的危害，此药应仅在其他药无效时方予考虑。可喜的是同家族的 Actos 似乎没有类似的心脏副作用。

7， 心梗的一项新兴血化验，用以预测冠状血管堵塞情况，可达 83%的准确性。

8， 为了更好的预测人工受精的成功，斯坦福大学研究者发明了新的方法可以筛选最强的受精卵以增进受孕及胚胎存活率，并能在最初的几个小时探测胚胎的活性。

9， 人工卵巢首先由布朗大学研究者研制成功，可见人工卵产生的不成熟卵泡过渡到成熟卵泡，从而大大提高了人工受精的成功率，为不育夫妇带来福音。

10， 更安全而迅速的生成干细胞 iPS 细胞：波士顿儿童医院从皮肤细胞直接产生干细胞 iPS， 技术上提高效率 100 倍，使干细胞治疗前景更为可观。

（孔学君，摘译自 TIME Healthland，12/9/2010）

2010 年关于癌症与肥胖的十大新闻

癌症与减肥是今年的热门话题，今年有几个突破性的癌症治疗进展，及有效的减肥方法出笼，calorielab 评出的有关癌症饮食及减肥研究的 10 大医学新闻如下：

1， 常规服用阿斯匹林可以有助于妇女抵抗乳癌。

2， 根据美国癌症学会的资料，癌症是花费最大的疾患。

3， 天天运动 20 年并不能抵消中年期间代谢的减缓，但可以减少可能的体重增加。

4， 动物蛋白为主的饮食可能增加死亡率。

5， 深色巧克力及红酒含有抗癌物质可以阻断肿瘤的血液循环。

6， 六价铬污染了美国 31 个城市的水源，包括火奴鲁鲁，圣侯赛，匹茨堡，盐湖城，亚特兰大，洛杉矶，纽约。

7， 结构性减肥方法比那些自行节食锻炼的方法成功率高。

8， 对于青少年，那些减肥的食品并不比低卡饮食更有效。

9， 看到漂亮女人可以引起男性的可的松水平升高，可的松与应急反应有关，可以使心脏病，高血压，糖尿病，阳痿加重。

10， 国家癌症研究所评出的十大致命癌症包括肺癌，结肠直肠癌，乳腺癌，胰腺癌，前列腺癌，白血病，非何杰金淋巴瘤，肝及肝内胆管癌，卵巢癌，食道癌。（孔学君摘译自 calorielab 12/28/2010）

圣安东尼奥乳腺癌研讨会：HER2 联合疗法增大乳腺反应率

编译：任汀

圣安东尼奥乳癌研讨会上，由波士顿麻省总医院的 Jose Baselga MD, PhD 等研究者报告，术前双抗 HER2 的辅助疗法可以一定程度上提高 HER2 阳性乳腺癌病人的完全反应率。化疗同时附加 HER2 单克隆抗体 trastuzumab (商品名 Herceptin) 以及激酶抑制物 lapatinib (商品名 Tykerb) 疗法的病理完全反应率是 51.3%。 与此相比，单独附加 trastuzumab 的反应率仅有 29.5%， 而单独附加 lapatinib 的反应率只有 24.7% (P≤0.0001)。 在同一会议中他的另一个新辅助疗法试验表明，trastuzumab 和新试剂 pertuzumab 的双抗组合也有相似的结果。

“双抗 HER2 的辅助疗法是一个全新的概念，同时我认为，如果我们把这些结果与其它一些研究放在一起思考，就会发现我们可以以一种全新的方式去探索这些疗法，” Baselga 说。他之前曾在西班牙巴塞罗那 Vall d'Hebron 医院工作。

Neo-ALTTO 的三期临床试验随机抽取了 455 位具有扩散性，可手术，未转移，HER2 阳性乳腺癌以及正常心脏功能的妇女，分三组分别接受 lapatinib （最初 1,500 mg 随后每日 750 mg 的中期试验）， 或 trastuzumab (最初 4 mg/kg 之后 2 mg/kg)，或者二者组合，共 18 个月，同时从第六周起，三组均添加 80 mg/m^2 paclitaxel。 之后进行手术以及附加治疗。从第二阶段局部病理的完全反应率看，双抗联合方案的结果最好，为 46.9% ， 优于 单独使用 trastuzumab (27.6%, P=0.001) 以及单独使用 lapatinib (P=0.13 ，与 trastuzumab 相比)。联合疗法的效力在具有荷尔蒙受体阴性疾病的妇女身上更为突出。不论是单独使用还是联合疗法，lapatinib 都会使毒性增强，主要表现在腹泻和肝酶异常。 但 Baselga 认为这是可控的。

在化疗开始前这个辅助治疗已经开始发挥作用，这 表明 lapatinib 比 trastuzumab 更有效（52.6% 对比 30.2% 总体临床反应率，P<0.001），尽管联合疗法仍然是最有效的。尽管对于手术来讲，这些药物并没有明显区别(P=0.49)， 但联合疗法仍然比 trastuzumab 的整体临床反应要好（P=0.049）。

不过，双抗疗法是否具有长期临床作用仍需进一步研究。新辅助疗法比如 NOAH 支持病理完全反应代替无发展存活，Baselga 说。他有信心 Neo-ALTTO 的高反应会带来长期的更好的结果。

在肿瘤转移的情况中，同样的联合疗法在没有其它系统治疗时也表现出更好的整体存活率。但是来自佛罗里达 Jacksonville Mayo Clinic 的 Edith Perez 医学博士指出，用病理完全反应率作为新辅助疗法结果的替代仍然存在问题。她举例，在一个新辅助化疗试验不同的治疗方式中，尽管病理完全反应率有 20% 绝对差别，但五年总体存活率这一指标却没有明显区别。

病理完全反应率仍然不足以影响 FDA 药物批准流程，来自波士顿 Dana-Farber 癌症研究所的研究讨论员 Eric P. Winer 医学博士提示。 “我们都希望这是事实，但它不是”，他在会议中说。事实上，没有完全反应并不表示病人在术后不能被治愈，Winer 指出。在 NeoALTTO 中另外 20%肿瘤切除的病人在接受双抗疗法后是否最终带来更高无疾病存活率，还要看这些病人原本是否会复发，他在会议中指出。
临床上，新辅助疗法一般只用于有较大或局部肿瘤的女性，用来缩小肿瘤以及保护乳腺手术，波士顿麻省总医院的 Leif Ellisen 医学博士评论说。同时他也告诉，这些新的结果不会很快改变当前的治疗方法。Baselga 同意这个看法，认为这些结果是证明之前的理论是正确的。

这些新辅助疗法新发现的最大意义是暗示这些药物可以有更高的功效，从而激发更进一步的试验，柏林 Helios 诊所的 Michael Untch 医学博士说。他的小组研究 pertuzumab 联合疗法。这是新疗法的快速进展，他在新闻发布会时讲到。“我们不必等到十年后雄激素疗法才能知道最终结果”。

然而，大家都认为医生们需要更多研究结果来判断是否这个疗法可以增加存活率还是降低复发率，包括比较 lapatinib 和 trastuzumab，比较二者的序列，以及这个组合在辅助疗法情况下的作用。“如果我们在其中发现相同的结果，那将回答所有人的问题”，Perez 对 *MedPage Today* 说，“我们可能因此彻底改变对乳腺癌妇女的治疗方法”。另一个因素是花销。在 18 个星期中，药物使用量会加倍。 “是的，这个疗法的确会更贵”，Baselga 对 *MedPage Today* 说，“但是最终这能够挽救更多的生命，而且其中一些病人可能不再需要其它任何治疗。很明显这个花费是有效的。”

（注：这项研究已发表摘要并在会议中公布。在没有正式发表前应视为初步试验结果，其结论仅供参考。这项研究由 GSK 资助。Baselga, Ellisen, Perez, and Winer 声明对于报道不存在利益冲突）

主要新闻来源：圣安尼奥癌症研讨会及 MedPage Today 的报道

咖啡因正走近兒童

编译：袁建平

奥马哈的内布拉斯加大学医学中心的威廉瓦尔扎克博士和他的同事们对门诊患儿的父母做了一项调查，结果发现，在 5-12 岁的孩子中，有四分之三的孩子每天都摄入咖啡因。儿童和青少年的咖啡因摄入量正呈增加的趋势，摄入越多，睡眠越少，咖啡因已经成为诱发小学生睡眠问题的主因。据网络版美国《儿科杂志》报道，儿童摄入的咖啡因越多，他们的平均睡眠时间越少(P=0.02)，尽管目前还未十分明确两者间的因果联系。研究人员注意到，现在儿童的咖啡因平均摄取量是十年前平均 22-23 毫克的两至三倍。

在瓦尔扎克博士所调查的 8-12 岁儿童中，每天平均摄入 109 毫克咖啡因，几乎相当于三罐 12 盎司苏打水的咖啡因含量。“咖啡因对孩子实在没什么用处，”位于纽约市的爱因斯坦药学院的马西施耐德博士在评价该研究时强调说，“我们知道，咖啡因会增加血压、加快心率，并且会上瘾。”马西施耐德博士为美国科学院儿科营养委员会的会员。她指出，与十几岁的少年喝咖啡为了第二天早晨早点起来上学不同，儿童主要是从苏打水中摄取咖啡因。她敦促儿科医生要求家长们提高对这一问题的关注，一个可能的做法是，把它纳入年度健康检查的一部分。“我们每天都会问孩子，今天吃什么啦，喝什么啦？”她对医学新《MedPageToday》说，“也许值得儿科医生向家长指出的是，在孩子的身上并不需要咖啡因，它只有副作用。”

瓦尔扎克的研究小组共调查了 228 位儿童的家长，他们的孩子都是例行年度检查而来儿科门诊的。家长被要求填写一项关于儿童每日平均饮料和零食、特别是含咖啡因的饮料和零食的消费量的问卷。他们并没人知道睡眠紊乱或健康状况可能引起尿床。家长们能用医生提供的图表准确估计咖啡因的摄入量。可以看出，几乎所有的咖啡因都是经饮料摄入的，极少数是通过食物。“由于咖啡因有利尿的特性，这大大引起了行为专家的关注，他们想把咖啡因从患遗尿的儿童的饮食中去除掉。”研究人员解释道。不过他们发现，摄入咖啡量的多少和儿童遗尿的夜数并不呈现相关(P=0.49)。实际上，摄入咖啡因的孩子遗尿的可能性反而较小。

在西班牙语家庭中，孩子的咖啡因摄入量普遍较少(P=0.14)，其尿床的频率均少于相应英语家庭的孩子（P=0.04）。不过研究人员在解释这一统计结果时却很谨慎。他们说，原因比较复杂，父母在报告孩子行为健康方面的文化差异可能对结果也有影响。施耐德也注意到，研究数据均来自家长的报告，样板数量相当较小，这是该项研究的缺限。尽管这些发现不能为去除尿床孩子饮食中的咖啡因提供有力的支持，瓦尔扎克研究小组的论文的结语是：“咖啡因对儿童行为有潜在影响，在评论影响儿童行为健康的诸因素时，重新审视咖啡因的作用是有益的。”施耐德声明和所涉产品及公司无利益冲突，研究人员声明和所涉产品及公司无利益冲突。

参考文献来源：

Primary source: Journal of Pediatrics:Warzak WJ, et al "Caffeine consumption in young children" *J Pediatr* 2011; DOI: 10.1016/j.jpeds.2010.11.022.

医学进展

美国国家医学研究院（Institute of Medicine）2010 年 11 月推出新的钙和维生素 D 的膳食摄入量标准

编译：李艳平博士，哈佛大学公卫学院

钙和维生素 D 因其对骨骼健康的重要作用而久负盛名。但在过去 10 年中，人们对于他们的其他健康益处以及摄入多少量才最健康众说纷纭莫衷一是，尤其是公众得到很多相互冲突的关于维生素 D 的其他健康益处的信息。

为了澄清这些问题，美国和加拿大政府委托美国国家医学研究院（Institute of Medicine）评估当前钙和维生素 D 健康益处的研究进展。为此，美国医学研究院专门成立了一个专家委员会，在评估当前研究进展的同时，更新目前的膳食参考摄入量值，即膳食营养素参考摄入量标准(DRIs). DRIs 已经被广泛应用于政府决策的很多领域，如制定学校午餐标准或确定食品特定营养素标签等。长期以来，医疗卫生工作人员提供的个体膳食摄入咨询都以 DRIs 为标准。

该专家委员会提供了一份关于钙和维生素 D 的可能的健康益处和潜在的健康风险的详细全面的系统综述，认为目前的证据只能充分证明其对骨骼健康的作用，而无法充分证明其他的健康益处。该委员会最后的结论是，美国和加拿大的大部分人已经摄入了充足的钙和维生素 D。他们还重申，越来越多的证据表明，过多的摄入钙和维生素 D 存在一定的健康风险。

钙和维生素 D 对健康的影响

新的参考摄入量建立在 1997 年参考摄入量之后涌现的越来越多的关于钙和维生素 D 的信息及高质量的科学研究的基础上。该专家委员会评估了 1000 多份研究和报告，并在公布其结论之前聆听了科学家们和相关人员提供的证据报告。该专家委员会系统研究了关于钙和维生素 D 的一系列的健康报告，包括（但不局限于）癌症、心血管病和高血压、糖尿病和代谢综合症、摔伤、免疫应答、神经心理功能、机体性能、先兆子痫和生育能力等等。这个全面的系统综述确实发现了关于钙和维生素 D 的骨骼健康以外的其他健康益处的报道，但经常是媒体报道这些，而这些报道所基于的科学研究提供的却是混杂的非结论性的研究结果，所以并不能被拿来做稳妥可靠的政策依据。与此相反，一系列非常严格的科学研究提供了大量的充实的证据，表明了钙和维生素 D 对促进和维持骨骼健康的重要作用。

膳食营养素参考摄入量标准

建立 DRIs 标准的目的就是给美国和加拿大人的膳食指南提供最基本的信息和指导。科学证据表明 1-3 岁儿童的平均每天需要量（EAR）为 500 毫克；4-8 岁儿童的平均每天需要量(EAR)为 800 毫克（满足大部分人需求的推荐摄入量(RDA)值见表中推荐的每日营养素参考摄入量）。青少年则需要更多的钙以满足其骨骼增长的需要：1300 毫克/每天（RDA）可以满足几乎所有青少年的生长需要。19-50 岁的女性和 19-70 岁的男性平均每天的钙需要量(EAR)为 800 毫克，50 岁以上女性及 71 岁以上的人（无论男女）平均每天应摄入 1000 毫克的钙(EAR)以维持强壮健康的骨骼。

维生素 D 摄入量标准的制定相对复杂一些。因为人体中的维生素 D 不仅来源于膳食摄入，还来源于皮肤通过阳光照射而合成的。人们通过暴露于阳光而合成的维生素 D 的量因人而异，个体变异较大。但为了减少皮肤癌的风险，专家建议尽量减少皮肤暴露于阳光下的时间。所以，目前的维生素 D 的 DRIs 是建立在最低阳光暴露时间的假设的基础上的：北美人每天的维生素 D 平均需要量（EAR）为 400 国际单位（满足大部分人需求的推荐摄入量(RDA)值见表中推荐的每日营养素参考摄入量）。70 岁以上老年人每天需要摄入 800 国际单位（RDA）的维生素 D 才能满足大部分人的需求，因为 70 岁以上老年人的体成分可能随着年龄的增加而变化，从而导致维生素 D 需求增加。

目前膳食钙和维生素 D 摄入量存在的问题

美国和加拿大的全国调查均表明，除了 9-18 岁女孩膳食钙摄入不足外，大部分美国和加拿大人膳食钙摄入充足。绝经后的妇女因为吃大量营养素补充剂甚至可能摄入了过多的钙，进而增加其罹患肾结石的危险。

全国调查关于维生素的结果比较复杂。虽然平均每天维生素 D 摄入量低于需要量的中位数，但全国调查的结果也同时表明，血维生素 D 平均水平高于美国医学研究院专家委员会认为的几乎可满足所有人骨骼健康水平的血维生素 D 平均水平，即 20 毫微克/毫升。这些前后不一致的结果被认为是目前北美人因暴露于阳光而合成的一定量的维生素 D 所导致的。即目前大部分北美人的维生素 D 水平足以满足其需求。然而，一些个别群体，尤其是长期居家老年人或者是有黑色素沉着症的人，则可能因维生素 D 缺乏而存在一定的健康风险。

几年前，维生素 D 测试还很少见。近年来，这些检查越来越普及，进而也引发了公众对于到底多少维生素 D 才是必需的困惑。进一步来说，目前各实验室的维生素 D 测试及维生素 D 缺乏和过剩的界值并不是建立在非常严格的科学研究的基础上，也没有哪家权威机构推荐过应该用哪个界值合适。一个人是否被诊断为维生素 D 缺乏或过剩可能取决于做检测的实验室。很多被诊断为维生素 D 缺乏的北美人可能被误诊了（高估了），因为大部分实验室用的标准都远远高于美国医学研究所专家委员会推荐的标准。

可耐受最高摄入量

美国医学研究院专家委员会推荐的钙和维生素 D 的可耐受最高摄入量是平均每日可以摄入该营养素的最高安全剂量，此量对一般人群中几乎所有个体似不致损害健康， 而不能被误解为人们需要或者应该尽量摄入的量。该剂量因年龄而不同，如表中所示，专家委员会认为一旦维生素 D 摄入量超过 4000 国际单位，健康危害开始增加。每天钙摄入量超过 2000 毫克的界值，健康风险也会增加。

由于北美人的营养素补充剂消费量较高，并且膳食摄入很多强化了维生素 D 和钙的食物，因为北美人应该已经摄入了大量的钙和维生素 D。肾结石被认为与过多的摄入钙补充剂有关。非常高的维生素 D 消费量（超过 1 万国际单位/天）会引起肾脏和组织损伤。目前尚没有非常强的证据表明过低的维生素 D 摄入可能导致的健康风险，但一些初步的研究结果提供了一些可能的不良健康风险的信息。

结论

科学证据表明钙和维生素 D 是在维持骨骼健康中起着非常重要的作用。 目前的证据尚不支持钙和维生素 D 的其他健康益处。更多的有针对性的研究尚需开展。但是，专家委员会强调，除了一些特殊人群，大部分北美人的钙和维生素 D 摄入量是充足的。更多的摄入并不能导致更佳的健康状态，事实上，可能还会导致其他的健康问题， 钙和维生素 D 摄入“越多越好”的概念正在受到挑战。

醫生日志

中醫學 和 形而上學（二）

——波士頓的隨想

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

第一部分 疾病中医辨证新说

阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本。

——《黄帝内经》

一、偏头痛与肝火上升

1．有一天早上，有位中年美国妇女来到我的诊所。她陈述了她的病情，她说她有偏头痛，她这个疾患已经是有 15 年了，以前并不是那么经常，现在变得非常频繁，每一个星期有 2～5 次以上，每一次发作，头痛、头晕、恶心。没有耳鸣，视觉没有什么异常。她是个护士，在医院她已经做过各方面的检查，都没有发现任何异常。另外，也用过各方面的止痛药，还用过最近几年出来的治疗偏头痛的药物，但是这些药物只能够使症状减轻，没有办法根治，她觉得挺痛苦。显而易见，她患的偏头痛是原发性的偏头痛。

2．偏头痛是一种常见的疾病，从物理学的层次来说，也就是从西方医学来说，偏头痛原因不明，有说跟身体里面的肾上腺素的系统有关系，有说跟血管的收缩与舒张有关系，但是具体原因不明，对身体的物理学层次和形态学层次进行检查，没有发现任何异常的地方。

由于在物理学层次没有发现任何异常的东西，所以在治疗方面就没有针对性，只是根据经验来作出治疗，用普通的止痛药，用麻醉性止痛药等等，这些都是第一线的治疗。近年来有一批新的治疗偏头痛的药物，对某些偏头痛的病人有切实的治疗作用，但只是症状治疗。缓解症状没有办法达到根治的目的，偏头痛的治疗依然是一个问题。

3．物理学层次是这样，那么我们从形而上学层次来看又是怎么样呢？人体系统的形而上学，就是阴阳五行系统。从阴阳五行学说来看，偏头痛、头部疼痛，主要是阴阳不平衡所引起。当然在这个大的前提下，我们还要发展出具体的通路，才能够达到解决问题的目的。具体的通路是什么样呢？这就是我们需要讨论的问题。

4．要讨论这个问题，还是要从非平衡性热力学入手。非平衡性热力学之中有自由能，熵、负熵。如果说负熵是使系统条理性增高，是反性信息，那么熵使条理性降低，它应该是一种伤害信息、恶性信息。自由能是维持系统条理性的动力来源，具有克服伤害信息、增强反性信息的作用。从这个观点出发，偏头痛就是头部大脑这个耗散结构中伤害信息太多；另外一方面，是自由能太少，所以分析偏头痛，就要从这两个方面出发。

当然注注这两方面不一定相关。也就是说伤害信息多，不一定是自由能减少；自由能减少，也不一定伤害信息过多。当然它们可以是有一定的关系，但也可以是互相独立。

5．显而易见，既然偏头痛是由于大脑这个耗散结构中伤害信息太多、自由能不足所引起的，那么降低伤害信息、提高自由能，就是我们应该采用的治疗入路。怎么样才能够降低伤害信息、提高自由能？这就是关系到阴阳五行系统、中医学的问题。

从中医观点来看，伤害信息增高和肝火上升有关，伤害信息过多也就是肝火上升的结果。所以我们治疗头部大脑的伤害信息过多，就是需要将肝火降低下来，还有所谓柔肝和疏肝。这是一个治疗手段，但这是第一个层次的治疗手段。

6．光是第一个层次的治疗手段，还是远远不够，因为有时候自由能的不足，也起着非常重要的作用。怎么样来提高自由能呢？这里可以从三个方面来考虑。第一个方面是从肺部来看，用去头风来增强头部大脑的自由能，但是这方面的作用有限，因为这种治疗，挺容易引起肝火上升。下一步就应考虑到脾脏的问题，补脾对提高自由能，有挺大的作用，但是在提高自由能的同时，比较容易引起肝火上升，所以我们在补脾的时候，要好好考虑，不能够让肝火上升，增加伤害信息。在深一个层次，就是从肾脏方面来考虑治疗，对最顽固的偏头痛最后的治疗，应该是从肾脏着手。

7．我们不能够简单地用补肾的方法来提高自由能，因为单纯的补肾，很容易引起肝火上升，但是如果我们结合滋阴，去除湿热等等来补肾，那效果就完全不同。这里需要一定程度的耐心，需要一定的数量的调节，我们就会在不同的作用之中找出一个合适的方案来，既可以提高头部大脑的自由能，又能够降低头部大脑的伤害信息，而产生令人惊讶的治疗效果。这也就是名中医的功力所在，这是最深层的治疗偏头痛的方法。

8. 归纳起来，中医学对原发性偏头痛的治疗，主要是在形而上学的层次方面进行治疗，是针对人体系统这个耗散结构中，头部大脑部分的伤害信息太多，自由能不足，具体说来，有下面四个不同层次。第一个层次，通过降低肝火，降低头部大脑系统的伤害信息。第二个层次，从肺气入手，通过去头风增强头部大脑的自由能。第三个层次，通过补脾来增强头部大脑的自由能。第四个层次，是通过补肾，结合滋阴，驱除湿热，大幅度增强头部大脑的自由能。

9. 根据上面的分析，我采取中医学治疗偏头痛的方法治疗这个病人，首先，治疗肝火上升，用龙胆泻肝汤为主，经过治疗，病人有一点缓解，但没有解决问题。跟著，用十全大补丸、补肾丸、知柏地黄丸、小柴胡汤，再加上去除头风的药物，根据病人的阴阳五行系统的变化，不断化裁，一步步地降低头
部大脑系统的伤害信息，一步步地提高头部大脑的自由能，最后建立一种稳定的平衡，这个稳定的平衡，头部大脑的自由能，已经远远超过了克服伤害信息所需要的自由能。病人的症状得到了完全的控制，病人基本上认为完全痊愈。病人得到了满意的效果。

二、 多发性硬化病与中医痹症

1.多发性硬化病，由于诊断技术的发展，人们越来越认识到它的存在。人们都记得美国人格林在美国伊朗人质危机之中，他由于有多发性硬化病，被提前释放，而多发性硬化病的名字就这样传开，变成是好多人都知道的疾病。总之多发性硬化病在目前的临床之中并不罕见，不少医生都有这方面的病人。但是多发性硬化病的治疗却是一个世界难题，到目前为止还没有一个有效方法治疗多发性硬化病。

2. 多发性硬化病的症状，就是多部位神经系统的机能退化。如果用核磁共振检查大脑，就看到多发性的疤痕组织存在，这样基本上就能够确定多发性硬化病。但是怎么样治疗多发性硬化病呢？西方医学认为它是跟免疫系统过度反应有关系，由于免疫系统过度反应，攻击了大脑的脑细胞，引起了脑细胞的过度死亡，造成了神经系统的功能退步和消失，从而形成了各种各样的不同的症状。多发性硬化病，症状有轻有重，症状轻的病人差不多就跟正常人一样，偶然有一点不舒服；但是症状严重的病人，却可能是完全残废，不能走动、不能吃饭。所以多发性硬化病的症状的确是有很大的区别，但相当多的病人是越来越重，慢慢地有些病人就变成残废。

3. 多发性硬化病在白种人之中比较多见，在中国人之中并不常见。对多发性硬化病的治疗，西方医学认为多发性硬化病是一种免疫过分反应，注注采用免疫系统的治疗方法，例如用抗免疫作用的药物，用激素疗法，用单克隆细胞蛋白的疗法，还有高压氧舱清洗血浆抗体的办法等等治疗多发性硬化病。但是，都没有得到好的临床效果。所以，目前为止还没有探索出一个比较有效的治疗方案来治疗多发性硬化病。多发性硬化病的治疗的确是一个非常大的挑战。

4. 为什么会有这种情况？原因是复杂的。我觉得西方医学主要是从物理层次方面来探讨多发性硬化病的发生和治疗，显然是不足的。人体系统的存在有两方面，有物理学层次的存在，又有形而上学层次的存在，先是从物理学去进行讨论，忽视了形而上学的存在，就会有挺大的漏洞，会有挺大的欠缺。疾病也是一样。疾病的发生也有两方面原因，有物理学层次的原因，还有形而上学层次的原因。西方医学讨论了物理学层次的原因，没有把握形而上学层次的原因，所以在处理方面就有相当的不足。特别是有些疾病，物理学层次的原因并不是那么重要,而形而上学的原因才是真正的主要原因。西方医学从物理学层次来探讨多发性硬化病的治疗，这样的入路，当然是得不到解决的办法。

5. 从上面的论述，我们就可以得到结论，多发性硬化病的进一步有效治疗，应该是从形而上学层次方面进行探讨。人体系统的形而上学的存在，就是一个非平衡性热力学系统。用非平衡性热力学的观点来分析多发性硬化症，多发性硬化症主

要是由于自由能不足，负熵水平降低所引起。中医学，是人体系统形而上学存在的条理化综合。中医学是关于人体系统非平衡性热力学的存在的学问。如果说探讨多发性硬化症的形而上学层次的问题，我们就自然而然想到中医学。从中国医学阴阳五行系统来看，多发性硬化病，是一种痹症。这种痹症，可以从几个不同层次来调查和分析。

6. 从第一个层次来说，多发性硬化病是由于经络阻滞所引起的，所以多发性硬化病治疗的第一步就是疏通经络。但是多发性硬化病是一种顽固的痹症，先是依靠疏通经络，是远远不够的，在这里就需要我们要从更深的一个层次来作进一步的探讨。这就是所谓第二个层次。第二个层次是补气补血，也就是提高人体系统的自由能，进一步改善弹性组织、结缔组织的功能，并提高其负熵水平。多发性硬化病，这种顽固的痹症，有时候即使我们从第二个层次实行强有力的治疗，但是效果还是不显著。这时候，我们就需要更进一步探索，这个探索的重点就是补肾。这就是治疗多发性硬化病的关键。补肾是一个复杂和强力的治疗入路。补肾，能极大地提高身体自由能的水平，能提供足够的自由能，改善弹性组织结缔组织的功能，克服多种部位的麻痹。但是，在补肾的时候，注注要结合滋阴、去除湿热，结合补气补血、活血，另外降低肝火、宁心安神,还有通经活络，最后达到症状改善的目的。

7. 就是用上述的治疗方案，治疗一些多发性硬化病，效果不错，症状大多能得到改善，有些病人基本上达到完全没有症状的状态。在这里，病人的配合十分重要，另外治疗医生的中医学的功力也是非常重要。先是依靠秘方，或者是依靠名家专门治疗多发性硬化病的专方，都是不可靠的。最为基础的是根据中医学的阴阳五行学说，不断地改善病人的阴阳五行存在的状态,在重点补肾的基础上，提高全身系统的自由能，并通过去除湿热，将伤害信息降低下来，慢慢地推进，并且调理不断出现的副作用，就一定能够达到目的。中医学可以在治疗多发性硬化病中，发挥巨大作用。

为往圣继绝学…

张载：张子语录

醫學人物



内科医师

周人志教授

姓名: 周人志

职业: 内科医师

职称: 助理教授, 主治医师

出生地: 福建, 福州

1979 – 1984 福建医科大学毕业

1986 – 1989 北京医科大学硕士毕业

1989 – 1994 美国衣荷华大学博士毕业

1995 – 1996 美国波士顿大学医学院神经科博士后

1996 – 1999 美国麻洲大学伍斯特医学中心住院医师

1999 – 2000 美国麻洲大学医学中心助理教授, 临床医师

2001 – 至今 美国麻洲大学医学院助理教授, 临床医师

周人志医师 1989 年至 1996 年从事听觉生理, 人工耳蜗聋症治疗, 多次在美国和国际专科杂志上发表学术论文, 并在国际学术会议上演讲。1999 年临床医师毕业后主要从事临床工作, 兼任医学院助理教授, 参与临床科研及辅导住院医师, 并多次获优秀教师奖. 周人志医师多次被邀请到美国之音电台作为<<保健园地>>之嘉宾, 向中国和港澳地区听众和观众通过卫星现场直播解答医学难题, 获得大家的一致好评.

"我愿尽余之能力与判断力所及，遵守为病家谋利益之信条，并检柬一切堕落和害人行为，我不得将危害药品给与他人，并不作该项之指导，虽有人请求亦必不与之"。"我愿以此纯洁与神圣之精神，终身执行我职务"。

--- 希波克拉底誓言



医疗体系



在美國的中醫行醫概況與前景

武以坤

随着近年来中国，日本，韩国等东方国家在经济，文化和对外开放领域的快速发展，以及科学对中医的认识进一步的深化，越来越多的西方国家和人群对中医理念，自然草药疗法，穴位推拿疗法，针灸治疗等有了更多的了解和需求。

就美国而言，中医从 1971 年首次被介绍给美国人, 在美国有了相当大的发展 。2004 年 6 月，美国国家卫生院做的专项调查，美国使用中医疗法的民众已高达 62% 。1995 年美国联邦政府计划在包括加州在内的五大州,将中医药纳入联邦保健计划。对市场敏锐的保险公司纷纷转向允许使用中医疗法的计划以吸引庞大的客户群。1993 年美国总统克林顿在向国会提交的彻底改革美国医疗保健体制的计划中,将非常规医疗,诸如针灸、推拿等疗法列入了正规医疗体系的补充治疗体系。

随着美国人对中医的接受程度不断的提高，和近 20 年来越来越多的亚洲移民涌入美国，美国目前对中医的需求量呈现快速上升的趋势，美国 50 个州、1 个特区（华盛顿特区）中已有 29 个州 1 个特区允许针灸师独立开业。

其中在一些中国人集聚的大城市如纽约，还有大量的中医因为语言及医疗制度，医疗体系等各种原因，没有取得合法的行医执照，但照常看病，且生意兴旺。这主要是因为，中医有它的独特方法，是非处方药，多以食品添加剂，或营养品的形式食用，以不介入或微量介入人体的方式治疗疾病，副作用和危险性较小，费用较低，尽管部分不被保险接受，但对于相当一部分没有保险的人，以及虽然有保险但依然要付基本医疗费用的美国人，和那些相信中医，崇尚自然疗法的美国人，及大量的亚裔移民也是非常愿意用这种较低费用的中医治疗的，而且实践证明，特别是在免疫疾病方面，中医的确有目前西医所不及的地方。

现在，在美国，从事中医不仅只是一个职业，还意味着可观的高收入。这与以前大大有所不同。根据以前的一些统计，针灸师的收入只是与一般按摩师近似，大约年薪在三四万至七八万之间。随着中医在不可阻挡的盛行之势，有经验自行开业的针灸师，做得比较好的，年收入在十万美金以上。

所以综上所述，在美国开办自己的中医诊所市场前景看好，这即是那些有一技之长，受过良好教育的中医师大显身手的舞台，也是更广大的患者所期盼的。但要成为一名在美国合格的中医师，就必须遵守美国的中医行医法规，这对大多数在中国行医的中医师来说还是比较陌生的。 不少中国的中医师，由于在来美国之前对美国的中医体系不熟悉，再加语言障碍，进入美国后，为取得行医执照费尽了艰辛，有的甚至半途而废，放弃了自己最擅长并可以赖以谋生的手段，改做其他。那么在美国成为一名合格的中医师是不是很难哪？ 其实不然，事实表明，拿美国中医执照比拿到美国西医执照容易得多。只要你有一定的中医基础，做了必要的准备，大多数人甚至原来英语非常差的人依然可以拿到美国的中医执照，因为考试可以用中文。考取后可以比较自如的在美国行医。

我们相信，就目前中国重多的中医学院毕业生，和大量的祖传中医弟子，将是一次不可多得的再次规划人生的机会，尤其目前在世界步入一体化，信息化的大同社会时期，利用千年的传统医学更好的为人类健康服务，光大祖国医学，让中医造福人类，也是绝好的机会。

医学教育



外国护士学校毕业生须知

美国护士执照考试是针对美国及世界各国护士毕业生，准备成为美国注册护士的标准化的统考。
外国护士毕业生在申请考试时与美国毕业生有很多不同。外国护士学校毕业生在申请美国护士执照考试之前，首先应获得ＣＧＦＮＳ　证书，　ＦＬＯＲＩＤＡ　州除外。
ＣＧＦＮＳ　证书的获取需要完成三个部分：　护士学历及成绩册的提呈／查证确认；　ＣＧＦＮＳ　资格考试　（护士执照考试预考）；英语考试。为了获得ＣＧＦＮＳ　证书，　首先在ＣＧＦＮＳ　网站注册，　网上填写申请表或下载表格以邮寄，附款４１８美元。ＣＧＦＮＳ　资格考试每年三次，　世界各地均有考点。英语考试可以任选ＴＯＥＦＬ，　ＴＯＥＩＣ，ＴＯＥＦＬ－IBT，IELTS

护士学历及成绩册的提呈／查证确认，由ＣＧＦＮＳ（外国护士毕业生委员会）分支机构 ＩＣＤ 负责， 此过程额外附款３７８美元。
赴美签证也由ＣＧＦＮＳ 分支机构 ＩＣＨＰ (International Commission on Healthcare Profession) 提供证书， 初次证书收费４４８美元， 有效期５年。 延期５年费２００美元。移民局对于外国毕业的护士，物理治疗师，医生助理，临床化验技术员， 语言治疗师， 听力检测师等申请在美工作， 无论长期短期， 首先应得到ＣＧＦＮＳ分支机构 ＩＣＨＰ 提供的证书。
准备考试之材料： www.cgfnsstore.org
How to study: preparing for the CGFNS qualification exam and NCLEX-RN exam
How to take the test: Strategies for the CGFNS qualification exam and NCLEX exam
详细请见：www.cgfns.org （刘旭供稿）

法律顾问

臨床決策，誰主沉浮？



孔学君 医师

做手术，不论大小，术前都需要签手术同意书，这一点恐怕在哪个国家都一样的。当然这种类似的病人同意书并不限于手术。首先一点，病人有最终决定权，如果拒绝签字则任何操作到此为止，下面的事情免谈而不能得以进行，这在人权至上的美国尤其突出。然而，医生的引导作用不可忽视，很多情况病人是根据医生的建议而做出决定的。按照常规，医生应该把相关的利与弊向病人解释清楚。但是解释可多可少，每个医生采取的方式不同，每个病人的理解也有出入。医生因时间所限，解释的不一定很透彻，而在解释的时候难免不带有个人意向会不自觉地影响病人的决定。临床上操作起来多为例行公事。在耶鲁大学 1997 到 1998 年作的一项冠脉手术病人调查表明，75%接受手术的病人相信手术可以帮助预防心梗，并帮助他们延长寿命，但这些病人可以列举出哪怕一个可能的合并症的不到一半。85%的人是在术前匆匆签字的。密执安大学的一项全国性电话问卷包括了 2575 名 40 岁以上的美国成人。结果显示在有手术选择时医生建议手术的是 65%，体检时医生建议过筛检查的是 95%，某病诊断后医生建议用药的是 90%，总的来说医生倾向于推荐医学干预，即使风险比较大也是如此。而病人常常会听取医生的建议，比如骨科手术有一半病人会咨询医生的意见。调查结果显示病人希望知道的相关副性作用却常得不到满意的答复，似乎医生有点多报喜少报忧从而或多或少的起到误导作用。

那末，怎样才能做出正确的临床决策呢？医生应给病人更多的自主权，提供不同方案的比较，使病人真正参与决策。一项网上对普通内科医生的问卷调查包括了 402 名医生，78%的医生表示由于保险付款的减少，工作压力的增加影响到他们分配给每个病人的时间，只有 16%的医生认为这个过程已经做得很完美。82%的医生认为让病人参与决策制定，尤其讨论新的处方药非常重要，大多数医生希望能有更多的时间与病人交谈，但是现实不允许。另外，医生也很顾虑医疗官司的问题。比如，经讨论后病人作出决定而拒绝了前列腺癌过筛的 PSA 测定，但日后病人得了前列腺癌而后悔这一决定，医生有可能被谴责没有坚持或鼓励病人作这项过筛。所以，在具体操作起来是有困难的。这几年有几例由于前列腺癌的 PSA 抗原而惹来的医疗官司。有个麻州 50 岁男性病人，没有下尿道症状，也没有前列腺癌的风险因素，医生就没有积极动员查 PSA。2 年后此病人搬到佛基尼亚州仍没有症状，但在其家庭医师建议下一查 PSA 发现很高，活检证实了前列腺癌。于是病人控告了麻州的医生没有在 2 年前建议作 PSA。医生的辩辞称，他在多年的临床，总是与 50 岁以上的病人谈 PSA 的前列腺癌普查，这是个临床常规，在讨论了利与弊以后，根据全国的过筛指南，早期检测 PSA 不一定能改变此癌症的预后。然而，尽管这些讨论被视为常规，但并没有病例的记载。医生声称他与病人讨论过这个问题，而病人失口否认曾有过类似的讨论。双方争执不下，然口说无凭，因没有记录，医生败诉。总之，建立良好的合作式医患关系前提下，医生应该花时间向病人解释各种方案的利弊，提供涉及的步骤细节，尽量不以个人喜好来影响病人的决定，然后详细记录讨论过程及病人的选择。这应该是标准的临床操作，然而，实施运作起来会有主观的客观的诸多障碍，也需要病人的密切配合方可进行。

药物信息



利斯的明（Rivastigmine）的副作用：完全性心脏阻滞

张伟丽 赵新然 译

译者单位：中国医学科学院阜外心血管病医院 心血管相关基因与临床研究教育部重点实验室（张伟丽）；阜外心血管病医院心内科（赵新然）

摘要：

背景：利斯的明（Exelon），是一种氨基甲酸类脑选择性胆碱酯酶抑制剂，用于治疗和改善阿尔兹海默氏病（Alzheimer’s disease, AD）患者的认知功能。

病例报道：我们报道一例 AD 患者在服用美金刚胺（memantine）和美托洛尔（metoprolol）的基础上应用利斯的明，发生完全性房室传导阻滞，提示这种联合用药可能诱导患者晕厥。

结论：下列情况下应当谨慎使用利斯的明：患者有结构性心脏病如主动脉狭窄，或者患者正在同时服用其他可能引起心动过缓的药物。

引言：

在治疗 AD 的所有药物中，唯一被证明可以改善 AD 患者认知功能的一类药物是胆碱酯酶抑制剂。酒石酸利斯的明用于治疗轻度、中度痴呆，它可以选择性抑制脑释放的乙酰胆碱酯酶和丁酰胆碱酯酶，减轻低血压和心动过缓等外周血管副作用。以前的 4 项临床实验未发现利斯的明对心动过缓、PR、QRS 和 QT 间期等心电图(ECG)方面的副作用。本例报道了利斯的明引起完全性房室传导阻滞的病例。

病例报道：

一位 82 岁女性，有高血压、血脂异常和痴呆病史，在急诊室就诊主诉“感觉不舒服”。她丈夫说患者在家中曾经突然间面色苍白、大汗、眼球后翻，失去知觉，持续数分钟。患者有恶心，但否认胸痛、心悸、呼吸困难、发热、排尿困难、肢体无力、腹痛、呕吐、或癫痫样发作。患者在本次入院前 2 天开始应用利斯的明。

患者 5 年前在心内科检查 ECG 和运动负荷实验结果均正常，服用美金刚胺（memantine）和美托洛尔（metoprolol）2 年。患者对先锋霉素过敏，职业是销售人员，目前与丈夫居住。无吸烟史和饮酒史。

体格检查显示：右第二肋间有 3/6 级递增递减型收缩期杂音，辐射至双侧颈动脉，第一、第二心音正常。神经系统体格检查正常。心肌酶等实验室检查阴性。胸部 X-线检查未见急性肺心病。ECG 显示窦性房室传导阻滞，心跳每分钟 51 次，无 Q 波、ST 段和 T 波的缺血性改变。基线心电图显示 PR（160ms）和 QTc 间期(402ms)正常。

急诊室的遥测设备监测显示瞬时 3 度房室阻滞，伴随窄 QRS 综合波（图 2）。患者进入心脏重症监护室。停用利斯的明和美托洛尔。24 小时内监测显示窦性心律恢复正常，每分钟心率 60-70 次。未发生进一步的完全性房室传导阻滞。超声心动图提示严重的主动脉狭窄。希氏束电图研究评价患者房室通道-旁路阻滞情况。结果未发现窦房结、房室结或希氏束的异常。患者病情稳定，计划出院。出院前，护理人员报告患者有低血压和心动过缓诱发的短暂晕厥。ECG 显示窦性心率每分钟 60 次。次日的颈动脉超声提示双侧轻度狭窄。脑电图未见异常。心胸外科建议主动脉瓣膜替换手术以治疗患者严重的主动脉狭窄。

讨论：

近年来，越来越多的老人服用胆碱酯酶抑制剂如利斯的明治疗 AD。利斯的明可改善 AD 患者的认知功能。4 项双盲、安慰剂对照、多中心的 III 期临床试验评价利斯的明对 ECG 的影响，未发现完全性房室传导阻滞的病例报道。

该患者一直服用酒石酸美托洛尔多年，并开始应用利斯的明，皮下注射最低剂量 4.6mg/24h。应用利斯的明 2 天后，患者在家中出现晕厥，数小时后 ECG 出现完全性房室传导阻滞。停用利斯的明后，窦性心律恢复正常，每分钟心率 70 次。利斯的明与 β 阻滞剂有协同效应，可导致完全性房室传导阻滞。患者的主动脉狭窄可能引起第 2 次晕厥，因为晕厥当时无房室传导阻滞。患者在家中第 1 次晕厥的原因，除了主动脉狭窄，可能与利斯的明诱发的完全性房室传导阻滞相关。

文献回顾仅有一篇关于利斯的明和完全性房室传导阻滞的报道。最近，越来越多由于晕厥和心动过缓住院的病例与应用利斯的明有关，尤其是服用多种药物的老年人。一例病例报道利斯的明与延长的 QT 间期相关。

乙酰胆碱酯酶抑制剂在老年人中应用较常见，用来提高患者的生活质量。但，像任何一项治疗，总会伴随相应的风险，包括完全性房室传导阻滞和晕厥。在开始利斯的明治疗之前，需要仔细考虑并存疾病，临床医生要警惕药物可能存在的心脏副作用，如完全性房室传导阻滞。

结论：

本文报道了一例利斯的明可能诱导完全性房室传导阻滞和晕厥的少见病例。下列情况下应当谨慎使用利斯的明：患者有结构性心脏病如主动脉狭窄，或者患者正在同时服用其他可能引起心动过缓的药物如 β 阻滞剂。

译自：Amley X, Mastrine L, Esses J, Hollander G. Rivastigamine adverse effects: complete heart block. NAJMS. 2010;3(4):199-200. 全文请查阅：www.najms.net

医学论坛

更快认定脑死亡 有利移植手术前景



张震宇博士摘译

本文要点：建议用一次检测确定脑死亡，而不是以前推荐的两步相互独立的测定，应该足以开始器官捐赠操作。在脑死亡的诊断过程中越做耽搁，死者的家属越倾向于拒绝同意器官移植。

在美国，每天有 19 个人在等待移植器官的过程中死去，而一个单一捐赠人就有可能挽救高达 8 条生命。但是相当大的变数根源于对脑死亡认定的现行规范之中。现行规定对于脑死亡的确诊分两个间隔 6 小时的检测，第一次为初诊以建立脑死亡诊断，第二次为复诊作确认性诊断。

相关研究者极力主张，捐赠器官移植之前，用一次检测而确定脑死亡足已，而没必要采取两步。根据纽约大学曼哈西特分校医学博士达纳•纳斯特博得(Dana Lustbader)及其同事在 1311 例病人经临床诊断为脑死亡的病例，在随后对死者进行呼吸暂停诊断或者其他确认性检测，没有一例死者在第二次临床脑死亡诊断中出现脑干活动复苏的现象。此外，尽管纽约州要求两次脑死亡检测之间间隔应在 6 个小时以上，但该项调查中发现实际的平均检测间隔为 19.2 小时。从器官捐献的角度考虑，这意味着显著的耽搁。这项研究在线发表在«神经病学»杂志上。

研究进一步显示，脑死亡诊断耽搁的时间越长，死者的家庭越倾向于拒绝同意器官捐赠。例如，两次临床诊断之间间隔少于 6 个小时的情况下，22.9%的家庭拒绝器官捐赠，当时间间隔超过 40 个小时后，35.8%的家庭拒绝捐赠。研究者们在报告中指出，“我们将此现象归因于死者家属经历的额外长达一天的悲痛心历，其直接原因就是不必要的冗长的脑死亡认定规程”。

美国神经病学学院推荐的两次检测、间隔 6 小时的脑死亡确认标准成立于 15 年前，然而如今许多主要机构采用一次脑死亡检测的方式。为了认定脑死亡，纽约州要求核实患者深度昏迷、自主性呼吸停止、以及确认其脑干反射消失。为了研究脑死亡认定要求和器官捐赠之间的关系，纳斯特博得的研究小组审查了自 2007 年 6 月至 2009 年 12 月期间在纽约州各医院内被宣布脑死亡的 1229 位成人和 82 位儿童的医疗记录。其中共有 1155 位在进行第一次临床脑死亡诊断前被提交给纽约器官捐赠者网络，144 位在第一次诊断后被提交，另 12 位在第二次临床脑死亡诊断后被提交到该网络。

研究人员根据病人特征分析脑死亡诊断间隔数据时，他们发现了明显的人种差距。白种病人具有最短的时间间隔，平均为 17.2 小时(95%置信区间 16.04 到 18.37)。作为对比，非裔美国人的时间间隔最长，其延迟为 21 小时(95%置信区间 19.62 到 22.28，P=0.0003)。

对于其他状况，例如脑肿瘤或脑外伤而导致死亡的时间间隔进行比较，由缺氧症导致死亡的病例通常具有最长的时间延迟，21.9 小时(95%置信区间 20.24 到 23.60)。最大的几家医院比如超过 750 张床位的医院，通常两次鉴定之间等待的时间间隔比稍小的医院短 (16 小时对比 19.9 小时，P=0.0015)。当对平日和周末状况进行比较时，两次临床诊断之间的时长存在着非常显著的差异，两次脑死亡诊断间隔在平日要比在周末平均要短 12%。脑死亡临床诊断的次数在周末也明显下降，周末平均每天进行 150 例检测，而这一数字在平日为 202 例(P=0.0018)。

除了导致家属捐献的意愿下降之外，长时间的耽搁同时也是昂贵的，病人常被停留在重症监护病房等待脑死亡鉴定。重症监护病房的花费据估算达每天$1,900。另外，耽搁时间意味着许多器官将不再适用于捐赠。作者指出，“令人遗憾的是，116 例病人在等待第二次脑死亡鉴定的过程中已发生心脏停搏，另外 50 例在第二次脑死亡鉴定后出现心脏停搏”。一篇伴随此研究同时登载的社论也赞同必须快捷、简化对死亡的鉴定。位于洛杉矶的南加州大学的医学博士申基恩(Gene Sung)和戴维•格里尔(David Greer)在该篇社论中评论道“器官的活性随着病人脑死亡后的时间而降低。据信这种现象归因于激素水平、血液动力学、以及身体炎症的变化，这种种变化尤其同可移植肾脏和肝脏的活性密切相关”。

申博士和格里尔博士指出：“‘这项研究有助于建立一种一次鉴定脑死亡的有效手段或者开展在无法进行脑死亡鉴定的情况下应对措施的后继研究”。纳斯特博得及其同事们在文章中指出其研究排除了年龄低于 1 岁的病例以及那些宣布脑死亡时间超过 96 小时的病例。（特注：多位此研究的作者是多种神经学和内科学出版物的编辑或顾问，其中一位接受因其所作神经学教科书而获得版税）

参考文献主要来源：Neurology（神经学 *杂志*）Lustbader D, et al "Second brain death examination may negatively affect organ donation" Neurology 2011; 76. 评论及转载：12/15/10 Medpagetoday

专题讲座

E 抗原阴性慢性乙型肝炎的治疗：何时开始与何时停止
--医学继续教育（CME）晚宴讲座



牛江河博士

按照继续医学教育评审委员会（ACCME）提议的重要领域和政策规划，由普渡大学药学院和亚洲健康基金会联合资助，美中医学交流学会组织召集的系列讲座“E 抗原阴性慢性乙型肝炎的治疗：何时开始与何时停止”于 2010 年 12 月 2 日星期四晚在麻州，布鲁克林 Fugakyu 日本料理餐厅会议室举行。当地医师，护士，药剂师及其他临床工作者共 40 人出席会议。

普渡大学药学院为ACCME认可的为医生提供继续医学教育的可平等享受的医学机构。亚洲健康基金会是一个由医学专家组成的新的非赢利组织，它致力于提高亚裔美国人和太平洋岛民的健康。美中医学交流学会是由美中医学界专家共同组成的以医学教育培训和学术交流为主的非营利性组织。

这次活动的目的是为家庭医生，内科医生以及其他医务工作及健康保健工作者提供继续教育课程，增进他们对亚裔美国人和太平洋岛民（AAPI）社区中慢性乙型肝炎患者的普查，诊断和治疗的知识。这次活动还将提供有关慢性乙型肝炎治疗的重要临床数据。 通过讲座，参与者可望能够更好地理解何时开始和何时停止对 e 抗原阴性慢性乙型肝炎患者的治疗。

讲演人是哈佛大学医学院副教授，以色列医疗中心肝移植研究主任 Daryl Lau 博士，她在加拿大完成她的医学教育，她毕业于麦吉尔大学医学院，在多伦多西区医院实习，并在皇后大学医学院做住院医生。刘教授现在除了临床工作外，还承担了多个肝炎研究的课题，堪称肝炎专家。

Lau 博士介绍的有关数据：亚裔美国人和太平洋岛民占了半数美国人的慢性乙肝病毒感染者，一些研究指出亚裔和太平洋岛美国人中慢性乙肝病毒感染者的比例高达 15%，几乎三分之二亚裔和太平洋岛美国人慢性乙肝病毒感染者不知道自己的感染状况，因为他们没有测试过乙肝病毒。慢性乙肝患者有发展成肝癌的风险发， 就全球而言，乙肝病毒是最常见的致肝癌的原因， 在亚洲，高达 40 % 的乙肝病毒感染与非肝硬化所致的肝癌有关。



美国肝病学会建议重点监测的人群包括：

亚洲男性≥40 岁
亚洲女性≥50 岁
肝硬化患者
肝癌家族史

Lau 教授通过以下具体的病例引起与会者的深思：

出生于韩国的某先生 54 岁，40 岁来美国，最近发现乙肝表面抗原。他无黄疸型肝炎或急性肝炎，没有症状， 轻度高血压，家族中无 B 型肝炎或肝癌史，妻子及两个 25 岁和 28 岁的儿子没有做乙肝病毒测试。

在考虑何时开始治疗时，Lau 教授建议以患者的年龄和可承担费用为中心点，同时权衡正面受益与不治疗后的可能不良后果，治疗的长远利益与不治疗的 风险。

Lau 教授问与会者对病人有何建议：

1，现在就开始治疗

2，进行肝活检，若确认肝硬化则开始治疗

3，观察和重复检查 3 个月，如果谷丙转氨酶， 乙肝病毒和脱氧核糖核酸增加的话开始治疗，

4，安抚病人

Lau 教授建议给出她的建议并解释为什么

怎样立即知道听众的反应，Lau 教授很有办法。她先给出精心设计的五个有关问题，每个问题有四至五个客观选择，与会者人人拿着一个问题选择器回答问题，所选结果立即在 PPT 显示。大家兴趣勃勃地选择，看结果，然后带着问题听。听完以后不料 Lau 教授又再拿相同的回答问大家，不出所料正确答对率显著提高，第一题的正确率从 16%升至 70%，第二题从 29%到 67%，第三和第四题分别从 55%和 65%升到 90%和 86%，最后一题 Lau 教授说她真的希望所有人都答对，结果是 95%的人答对，Lau 教授"愤愤"指向那个错误答案问道"是谁"，大家笑起来。

于此同时，与会者也安静地享用精致、美味的日本料理。在吸取精神食粮之际也进取了物质食粮，大家很满意，双倍的收益啊。讲座结束后，有关的提问、解答和讨论还在进行。会场气氛非常活跃，大家都觉得受益匪浅。

乙肝是华人社区的主要危害及隐性杀手，也是美中医学交流协会（ACMES）的工作重点。这场讲座是该学会本月组织的第三场肝炎研讨会。会议的组织者召集者美中医学交流协会主席孔学君博士，为讲座做了大量的组织工作。本次讲座的讲演人刘教授是她在以色列医院的同事，刘教授也担任学会杂志的编辑及审稿；孔博士联系到亚洲健康学会赞助这一讲座，召集到的 40 名与会者均为学会或杂志的成员或奉献者支持者。她借此机会感谢大家为社区工作及医学教育交流的倾心付出，并为杰出贡献者发奖，呼吁大家齐心协力，为社区贡献爱心与智慧。



专题讲座

深入乙肝普查与防治工作



孔学君 医师

众所周知，乙肝是华人社区的主要危害及隐形杀手，乙肝普查防治是美中医学交流学会 ACMES 的工作重点。最近 1 个月内 ACMES 组织乙肝系列讲座四个，使乙肝防治的概念深入人心。

美中医学交流学会（ACMES）于 2010 年 11 月 17 日在查尔斯河畔的聚福轩餐厅会议室组织了社区教育讲座，哈佛附属 Mount Aubour 医院的消化科专家 Julio Ayala 医师应邀主讲乙型肝炎的防治问题。30 名当地的医学界人士出席，与会者多为学会骨干，中英杂志的编辑，审稿人及奉献者。2010 年 12 月 2 日在布鲁克林 Fugakyu 日本料理餐厅会议室 ACMES 召集了其骨干医师，护士，药剂师 40 余名出席了亚洲健康基金会（AFH）赞助的继续教育课程，主讲人是哈佛大学以色列医院肝病专家刘丹阳教授。2010 年 12 月 10 日，ACMES 副主席，加州大学尔湾分院的肝病教授胡克勤医师今年应邀第三次飞来波城，在 ACMES 副主席周人志医师诊所讲习乙型肝炎的耐药性处理。ACMES 副主席李家裘医师也随后从华盛顿赶来，于 2010 年 12 月 18 日在 ACMES 理士及资深顾问刘京医师诊所讲授了乙肝的普查，并分享了自己的临床诊治经验。这些讲座分别由 Gilead，亚洲健康基金会（AHF）及 BMS 提供赞助。各位主讲人结合临床实例详细阐述了乙肝治疗的最新进展，临床原则及具体方案。讲演富含最新信息，深入浅出，精辟生动，对听众深有启发，博得了与会者一致好评。

乙肝是个非常常见的传染病，严重危害人类健康。在全世界有 3-4 亿人患有乙肝，每年约 1 百万人死亡与乙肝有关。在美国有 2 百万乙肝病人。世界范围内，80%的肝癌由乙肝引起。肝癌是一种发展迅速的致命癌肿，发现时多已晚期，预后很差。乙肝在亚裔的发病率明显高于其他族裔，在美国每 10 名亚裔就有 1 名感染乙肝，而美国其他人群的发病率是千份之一。由于多无症状，约三分之二的人并不知道自己患病。所以乙肝又俗称为“隐性杀手”。乙肝的普查至关重要，及早的发现病人，及时治疗，加强监测，预后可以完全改观。现在的治疗手段日趋完善，新药辈出。从早期的干扰素注射治疗，到之后派生出的数种口服抗病毒药物，疗效不断增加，耐药性改善，副作用减少。尤其近 5 年的时间抗乙肝治疗发展迅速，由 FDA 获准的药物达 7 种：Conventional interferon alfa-2b; Pegylated interferon alfa-2a (Pegasys); Lamivudine (Epivir-HBV); Adefovir (Hepsera); Entecavir(Baraclude); Telbivudine(Tyzeka); Tenofovir (Viread)。研究表明 Tenofovir 与 Entecavir 的疗效最佳，E 抗原转阴率高，耐药性好。这些药物可以抑制病毒复制，预防肝病进展为肝硬化及肝癌。配合有效的监测手段及定期随访，乙肝病人预后明显改善。乙肝不仅可以治疗，更可以预防，普查的重大意义除了发现病人，还发现危险人群重点监测。乙肝疫苗由 Dr. Baruch Blumberg 发明，因此而获 1976 年诺贝尔奖。疫苗有效率达 90%以上。尽管如此，乙肝的普查仍存在许多障碍，原因有多种。除了疾病本身的隐袭过程外，许多家庭医生对于乙肝普查重视不足，乙肝在高发社区的知识普及不够，社区机构工作不够到位，潜在的病人或危险人群的知识及意识不足，导致多年来乙肝严重漏诊的现象没有实质改观。美国 CDC 于 2008 年修订了其 2005 年的普查条款，扩大了普查人群。明确规定不仅来自高发区（8%）人群需要普查而且中等发病区（2-8%）也要普查。所有的亚裔属于 8%高发人群，是首先要普查的。我们想通过一系列的医生继续教育课程唤起各行医生的高度注意，尤其是家庭医生，普通内科，普通儿科，及妇产科医师，应针对所有来诊的亚裔病人普查，并动员其家属亲友普查。更重要的，我们要走向社区，进行社区教育及乙肝普查检疫。使更多的同胞能得以早期诊断，早期治疗，早期预防。与其在我们社区不断听到由于肝癌而英年早逝，或由于肝硬化而病入膏肓的兄弟姐妹而感叹而惋惜，不如行动起来做些实事，防止这些悲剧的发生。我们还将继续组织肝炎讲座，呼吁医疗界同仁一如既往，深入乙肝普查工作，预防肝硬化及肝癌，切实提高我们社区的健康水平。



健康指南



運動可以預防中年體重增加

编译：孙香兰医师

一项针对成年人的追踪研究表明：在青年向中年的过渡期内，持续有序的运动有利于缓解中年肥胖，尤其是女性。这项研究追踪了 3500 多名男女人士，时间长达二十年。最后发现：相比较而言，运动有助于防止额外的体重增加。其中男性平均每年少增加 5.7 磅（2.6kg），女性平均每年少增加 13.4 磅（6.1kg）。即使按照政府每天适量活动三十分钟的指导原则，在过去的这二十年间，缓解体重增加的效果也是相当明显的。

从青年时期就开始并坚持体育锻炼二十年，非常有助于缓解体重增加和腰部增粗，无论男女皆是如此，只不过女性表现得更为明显。此研究强调了体育锻炼在减肥方面的作用，整个青年时期保持每天进行至少 30 分钟的锻炼具有十分重要的意义。同时，未雨绸缪也是很重要的，不要等到已经步入中年才开始锻炼。妇女健康研究杂志显示，对于已经步入中年的女性，连续 13 年每天 30 分钟以上的体育锻炼并没有有效的缓解其肥胖。对中年男性的跟踪研究也表明即使每天保持 60 分钟的锻炼也不足以缓解这种和年龄相关的肥胖。年龄越大，越需要更高强度的运动水平，以克服随着年龄新陈代谢机能变化等因素所产生的影响，这是被大量文献证明的。

在 CARDIA 的前瞻性研究中，研究人员分析了 20 年间所获得的样本数据，这项研究的样本包括 3554 名男女人员，他们年龄在 18 岁到 30 岁之间，以分组的方式从全国四个主要的地区中被抽取。利用问卷调查，研究人员测定了日常运动模式，界定了一个分组，要求他们保持最初的运动习惯，并要求该组成员在随后的二十年间必须按要求汇报至少三分之二的时间。实验样本中，36.7%的人运动水平与国家每天三十分钟的运动指导原则相当，相对于达不到这个水平的人群，他们的体重和腰周增加的更少。

按运动水平划分的各个分组在各个测量点前的 12 个月都加入了所有的运动，测定结果表明：最高强度的运动水平作用更大。除了体重增加的更少，相对于那些活动较少的人员，男士的腰围少增加了 1.2 英寸，而女士的少增加了 1.5 英寸。而中等强度的锻炼，则对体重和腰围没有明显影响。种族和基础体重状态与其他诸如年龄，教育，抽烟，酗酒和能量摄取等因素独立相关。可是，性别确实有影响 这种差异可能源自报告偏差，因为相比于男性，女性通常更不可能高估她们的运动水平。研究组猜测，另一种可能是，男性可能因为高强度的运动水平通过大量饮食而摄取得更多。研究人员警示说，要想完全阻止中年肥胖，更高强度的体育锻炼并不是完全足够的，因为即使那些具有最高强度运动水平的人员，在过去 20 年间，他们的体重和腰围也是增加的。

现行社会，可能和年龄相关的肥胖是无法避免的，因为即使对那些极为活跃，运动量很大的人，在中年阶段也发现了他们有增肥现象。而且，很少的人（11%-12%）能够保持高强度锻炼，他们自我报告活动强度和持续时间等要素时，也有可能出现高估情况。

Primary source: Journal of the American Medical Association Hankinson AL, et al "Maintaining a high physical activity level over 20 years and weight gain" *JAMA* 2010; 304: 2603-2610.

嗎啡類藥物治療癌癥有關的疼痛

麻省總院麻醉科副主任疼痛專家 茅建仁醫師

嗎啡類藥物受體有三大類：beta 內啡肽及嗎啡的 Mu 受體；dynorphin 及 butorphanol 的 Kappa 受體：Enkephalin 及芬生物的 Delta 受體。每類受體已經克隆。主要副作用包括以下幾點：

1. **惡心嘔吐，換藥或加用止吐劑**
2. **鎮靜，減量或加用其他鎮痛劑**
3. **便秘，可用大便軟化劑或腸道刺激劑預防，或換藥**
4. **瘙癢，換藥或使用抗組織胺藥**
5. **內分泌失衡及性欲下降，應該檢測內分泌功能，睾丸酮替代療法，內分泌科會診**
6. **水腫及出汗，考慮換藥**
7. **意識模糊：可以減量或換藥**

服用嗎啡類藥物有幾個問題要注意：

1. **身體依賴：是嗎啡類的藥理特性決定， 如果突然停藥，減量或使用對抗劑會出現戒斷癥狀**
2. **機體耐受：是嗎啡類的藥理特性決定，對于不同的嗎啡類的耐受性是不同的，疼痛隨着疾病過程的變化會酷似機體耐受**
3. **上癮是一種精神疾患，是一種難以抑制的强迫性衝動行爲，可以引起身體，精神及社會的損害，上癮後不顧這些損害而設法繼續服用。**

饮食健康

儿童要吃低糖麦片

马建韬 医师

尽管针对儿童的含糖麦片的广告等市场促销活动很多，一项科学研究表明孩子们还是更愿意吃低糖的麦片，特别是添加了新鲜水果或者添加了少量蔗糖的麦片。Jennifer L. Harris 博士和其耶鲁大学的同事在 90 多个孩子中进行了一个随机试验，结果表明吃低糖麦片的孩子在早餐进食精制糖的量要比吃高糖麦片的孩子少一半（12.5 克对 24.4 克，P<0.001）。

另外，这篇发表在《儿科学》杂志的文章还表明吃低糖麦片的孩子更愿意多吃新鲜水果（54%对 8%，P<0.001）。

文章要点：

- 解释尽管针对儿童的含糖麦片的广告及市场促销活动很多，孩子们还是更愿意吃低糖的麦片，特别是添加些新鲜水果或者少量蔗糖的麦片。

- 特别强调那些市场推广重点为儿童的麦片产品含糖量较高，一般要比推荐给成人的产品高出 32%到 43%。

普遍认为儿童吃早餐是有益的，因为有助于整体的营养状态，并提高学习表现。然而，文章称一般即食型的麦片会添加 8%到 9%的甜味剂，市场推广重点在儿童的麦片则添加了更多的糖份。Harris 博士认为：“这造成了吃这类麦片的儿童会进食更多的糖，相当于每份麦片多吃 27 到 30 克的糖。”

一些儿科专家建议家长们早餐只给孩子们吃低糖的麦片，两外一些专家则认为即便是含糖的麦片也比不吃早餐更健康。为了研究儿童对低糖麦片的态度，Harris 博士和其同事实施了这个随机的临床研究。参加该研究的一共 91 个孩子，年龄 5 到 12 岁。这些孩子都是从参加夏令营的适龄儿童中选择的。

被分入低糖麦片组的儿童可以选择不同的含有 1 到 4 克的低糖麦片，比如 Cheerios 麦片，米麦片和玉米麦片。而被分入高糖麦片的儿童可以选择三种含有 11 到 12 克糖的高糖麦片：Froot Loops 麦片，Cocoa Pebbles 麦片，和 Frosted Flakes 麦片。

试验时，每个进食点都给孩子们提供一小杯橙汁，一盒 8 安士装的低脂牛奶（1%），和切好的草莓和香蕉。在研究中心，每张桌子还都有额外的牛奶，果汁，和小袋装的食糖。每个孩子都可以凭自己的喜爱，能吃多少吃多少。

饭后，孩子们通过填写问卷来表述对于麦片的喜爱程度，并回答平时在家吃麦片时是否加糖。喜爱程度用脸谱分为 1 到 5 级，5 级用笑脸来代表喜爱，1 级为厌恶。低糖麦片组的平均喜爱程度为 4.5 级，高糖麦片组则为 4.6 级。两组均有 90%的儿童表示他们喜欢或者喜爱各自选择的麦片。

然而，低糖麦片组只吃了一份的麦片，高糖麦片组则吃了两倍的量，而且这个差异有统计学的意义。试验中，低糖组的儿童给自己选择的麦片加了更多的食糖。但是，总的来看，高糖组精制糖的消耗量为 5.7 茶匙，而低糖组只有 0.7 茶匙。低脂奶和果汁的用量在两组之间没有差异。在高糖组，精制糖提供的能量为总摄入能量的四分之一。而低糖组中，精制糖只提供了 14%的能量。另外，高糖组中新鲜水果只占总能量的 12%到 13%，要低于低糖组的 18%到 20%的摄入量（P=0.03）。

同时，研究人员还注意到他们有可能低估了高糖早餐麦片的整体作用。他们在文章中提到了“在味觉的成长过程中，孩子们会对不同的食物有不同的反应”。他们认为，如果经常给儿童提供高甜度的麦片，孩子们会逐渐养成喜欢甜食的习惯。

不过我们也要注意到这个研究本身存在了一些缺陷，比如食糖的摄入量只观测了一天，而且也只是一顿饭，所以该研究结果只能反映短期的表现。另外，参加的儿童多数都是黑人或者拉丁裔，并且家庭条件较差，所以该研究结果也不便于反映其他家庭背景和其他族裔的儿童。

参考文献: Pediatrics （儿科学杂志）
Harris J, et al "Effects of serving high-sugar cereals on children's breakfast-eating behavior" Pediatrics 2011; 127: 71-76

医学广角

談談胃的螺旋菌

孔学君医师

一年一度的 Pri-Med 如期在波士顿举行，历时四天，上个月末刚刚谢幕。对这个会有几分偏爱，所以如果没有其他安排总会设法出席。会议聚焦临床常见问题，病例分析为主，内容很实用。数百家展览琳琅满目，应接不暇；上万名参会者常有学友故知寒暄交谈。路过一个现场检测胃的螺旋菌的展桌，正好几个朋友扎堆，就顺势测了。结果查出阳性，平时并没有胃的任何症状。几个当医生的死党劝我马上吃药。其实我早就知道自己是阳性，但不想用药。俗话说，医生是最棘手的病人。给别人讲起来一套一套的，每天开的处方不下几十，但自己几乎从来不吃药， 包括维生素在内。这里与大家谈谈胃的螺旋菌，希望参与评论评论，我该不该吃药。

螺旋菌是胃内的一种细菌，世界人口有一半都有这种细菌。大多数带菌者无症状，但此菌可以引起消化道的问题，包括胃溃疡，甚至胃癌及胃的淋巴瘤。

传播途径是粪口方式，即由粪便污染了水及食品，菌从口入。

螺旋菌可以侵袭胃及十二指肠，导致一些酶及毒素的释放，从而损伤胃的上皮细胞使其更易遭受胃酸的腐蚀，引起慢性炎症。

在美国及其他西方发达国家，儿童的发病率很低，而在发展中国家儿童的发病则很常见。在美国，10 岁以下罕见；18-30 岁约 10%阳性，60 岁以上则 50%的人阳性。在日本，1950 年以前出生的人 70-80%阳性，1950-1960 年出生的人 45%阳性，1960-1970 年出生的人 25%阳性。中国及其他亚州国家出生的人，还有非洲，都是高发人群，与日本的战前的发病率相似。

如上所述，大多数带菌者并没有症状，但没有症状不一定没有慢性胃炎。其中少数人患溃疡病，更少数的人发生胃癌，胃淋巴瘤，其中年幼就带菌的人癌变的危险性增加。

螺旋菌的测定有几种方法：

血检查螺旋菌的抗体，其敏感性 90-100%，特异性 76-96%，问题是无法鉴定是当前感染还是既往感染。阳性结果可以持续多年，即使经治疗细菌已消灭后仍呈阳性结果。

呼吸检查，通过活性炭标记测定细菌活动的尿素酶，可以查出现行的活动性感染，敏感性 93%，特异性 92%。

粪便检查是测定螺旋菌的抗原，也可测定现行感染，敏感性为 88%，特异性是 69%。

胃镜活检检查，组织学敏感性 70%，特异性 90%，培养的敏感性为 45%，特异性是 95%，尿素检查的敏感性为 67%，特异性是 93%。由此可见，胃镜活检对于螺旋菌的检测并非很敏感。

那么谁需要检测呢？1，有胃的症状者，2）诊断为胃或十二指肠溃疡者，3）诊断为胃癌或胃淋巴瘤者，4）无症状者一般不需要检查，只有那些有胃癌家族史者应该检测。

治疗：治疗螺旋菌可助于溃疡愈合，预防复发，减少合并症。

单一药物常常不能消灭螺旋菌，通常需要几个药合用 7-14 天疗程。复方药物常常包括一种氢泵抑制剂及两种抗生素，三个药合用常可以达 90%的疗效。副作用是很大的问题，大约 50%的人会经历副作用，但只有 10%的人会因此而停药。比如灭滴灵及螺旋菌苏具有金属的味道，很多人不喜欢。服用灭滴灵时不要饮酒，否则会产生皮肤潮红，头疼，恶心，呕吐，出汗及心动过速。Bismuth 可使人便秘，大便变黑。三联治疗的失效率达 20%，在完成一个疗程后细菌检查仍为阳性。第二个疗程需要坚持 14 天。治疗后的检测要在用药后 4 周进行查呼吸试验或粪便检测，不建议查血。最常用的一线三联是氢泵抑制剂一天两次，氨苄青霉素 1 克一天两次，螺旋霉素 500 毫克一天两次。如果青霉素过敏，取之以灭滴灵 500 毫克一天两次。四联复方在三联基础上加了 Bismuth525 毫克一天四次，主要用于复治者。两次治疗仍无效者，应考虑 Levoquin。

看到这里，不知有多少人认为我应该接受治疗？顺便说一句，本人没有胃癌家族史。看起来原本就不该测，这就是答案了。

中风死亡仍然普遍

编译：周立斌医师

研究人员发现：约三分之二因急性缺血性中风在治疗出院后的患者一年内死亡或出院后一年内再度入院。据格美国加州大学洛杉矶分校 Fonarow 博士和同事们的研究，在参与研究的全国 625 家医院，各个医院的结果各不相同，而且随着时间也没有显著的提高。他们在《中风：美国心脏协会杂志》的网站上指出：“这些发现强调对于急性缺血性中风患者早期，中期和长期治疗结果需要有效的医疗干预体系及质量改进。”

Fonarow 和他的同事们研究了从 2003 年 4 月至 2006 年 12 月，在从 625 家参与研究的医院的 91134 名老人卡持有者的患者数据。这些病人的平均年龄为 79 岁，58%为女性，82%是白人。将近三分之一（31.7%）有过中风或短暂性脑缺血前发作。风险调整后的住院 30 日，一年死亡率分别为 5.7%，13.9%和 30.9%。出院后 30 天和出院后一年的再住院率则为 14.1%和 55.3%。出院后 1 年，大部分第一次再入院的是由于非心血管的原因（73.7%），其余的 11.4%是由于脑血管， 14.9%是心血管的原因。每个时间点的不同医院间不良后果的比率差异很大。例如，10%的医院的一年死亡或再住院率为 55.8%，而 90%的医院的一年死亡或再住院率为 67.7%。

“早在 30 天出院后就出现的这种差异，一直持续到出院后的第一年，”作者写道。 “这表明，各个医院之间可能存在护理过程，住院医疗系统，医疗转运和出院后病人管理系统的显著不同。在护理院内康复过渡，并在出院后的随访管理，减少可预防的死亡或再住院的风险的循证医疗规章和临床制度是至关重要的。 不过，他们补充说，大的变化也可能是由于其他方面的综合效应，比如临床，心理学，经济学，就医的难易或难以估计的医疗变量，如中风严重程度和社会经济因素。事实上，不同医院之间的临床结构的差异，通过对病人的特点进行调整后，差异减少了约三分之一到三分之二。医院级别的表现差别和大小或初次中风中心的位置的差异没有关系。但是，在东北部和西部的学术型医院和中心中的结果更好。但是，在调整病人的特点后，临床结果的差异就变得很小。

这项研究是有限的，作者写道，因为它只包括老人卡医疗受益者。此外，参与医院也不能代表所有老年患者脑卒中医疗护理中心。这项研究由美国心脏协会/美国中风协会资助。 该研究还接收了由辉瑞，默克，先灵葆雅和药物圆桌会议的教育基金。Fonarow 特此说明这个研究接受国家心脏，肺和血液研究所资助，而且接收了来自辉瑞，默克，先灵葆雅，百时美施贵宝和 Sanofi - Aventis 的捐助到美国心脏协会的教育基金。兼任辉瑞公司，默克，先灵葆雅公司，Bristol - Myers Squibb 与赛诺菲安万特的顾问。他的雇主持有中风恢复装置的专利。

参考文献来源：

Stroke: Journal of the American Heart Association. Fonarow G, et al "Hospital-level variation in mortality and rehospitalization for Medicare beneficiaries with acute ischemic stroke" *Stroke* 2010; DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.601831 .

咨询门诊

醫生熱線郵箱

---孔学君 医师答疑

魏太太问：*我先生患有阳痿，最近查出睾丸酮很低，医生给他开了睾丸酮软膏，用后他的性功能明显改善。但是奇怪的是我却最近体重猛增还生了很多青春痘，9岁的儿子也出现阴茎增大还长了不少阴毛。请问这是怎么回事？难道睾丸酮会传染给家人吗？*

医生回答:

睾丸酮软膏（testosterone gel 1%）用于睾丸酮低下者，因可以传给有密切接触关系的他人而造成不利影响，如果妇女或儿童接触了涂处的睾丸酮软膏，可以通过皮肤吸收入血，则 会出现以下症状：儿童阴茎增大，妇女阴蒂增大，增加了性功能和勃起，阴毛早发育，行为暴烈，妇女体重变化，生青春痘等。不是睾丸酮"传染"，而是你先生涂抹时使用不当而使你和你儿子接触到了睾丸酮软膏所造成。正确使用睾丸酮软膏应该每天在同一时间（比如早晨）于干净，干燥部位（肩膀，上臂，背部等）均匀涂抹，不可涂到阴茎部位，涂处用纱布或T衫盖住。另外需严格遵守以下使用规范：

1. 不要允许妇女儿童给你涂抹
2. 涂抹后马上用肥皂洗手。
3. 使涂用部位干燥并用纱布盖住。
4. 涂用部位如可能与他人接触，应及早用肥皂洗净。

不要用于：男性前列腺炎患者，乳母及孕妇。
主要的副作用包括：青春痘，皮肤衰老，乳腺发育，前列腺肥大。应监测：血睾丸素，前列腺抗原（PSA），血色素，肝功能及血脂。

周太太问：*我女儿今年才11岁，体检使医生建议打HPV疫苗。我在中国时做过医生，HPV与性病生殖器疣有关，也与宫颈癌有关。她应该还没有开始有性生活，是个很规矩的女孩，难道她真的需要注射这个疫苗吗？*

医生回答:

子宫颈癌是世界上发病率很高的肿瘤。与子宫颈癌相关联的发病因素是 HPV。HPV 感染可导致子宫颈内上皮异常增生（dysplasia）,而这可视为子宫颈癌的前期。幸运的是，已有两种对付 HPV 的疫苗，Gardasil 和 Vervarix，被开发成功并被证明对减少子宫颈癌及其前期症状的危险有效。自 FDA 于 2006 年 6 月批准了 Gardasil 疫苗在美国的使用以对抗 HPV 疾患，它的公众关注程度已下降。然而在临床上已被规范使用。根据 CDC 规定，这两种疫苗都可用于 11-26 岁女性，可以早至 9 岁。Gardasil 可用于防护生殖器疣，这种疫苗可用于男性 9-26 岁。对于男女，在开始性生活前完成三个剂量可以达到疫苗的最佳效果。无疑你女儿的情况应尽快开始接种 HPV 疫苗。



高太太问：*我极度超重已经多年，饮食控制，锻炼，减肥药都没有效果，体重只增不减，到了喝凉水也长肉的地步。现在又得了糖尿病高血脂，最近下了决心要做胃的套环短路手术（GI Bypass Band），心里几分恐惧，请问这种手术的主要合并症有哪些？*

医生回答:

NIH 认同的手术治疗肥胖主要是 Rou-en-Y 胃短路方式，后来改良为套环胃短路。胃的套环短路手术现在很普遍，减肥效果显著，而且经腹腔镜做，创伤较小，通常只需住院一天。现行的临床规范对于身体质量指数（BMI）高于 40，或患有肥胖引起的合并症者而 BMI 大于 35 的，其他措施减肥无效可考虑手术，这种情况保险公司可以全付手术费用。看来你符合条件。总的来说，手术安全，合并症少见，临床上常见的有以下几种：1，维生素缺乏，常见的有铁，B12， 钙，维生素 D，B1，C，A，锌等，术后需常期服用复合维生素，应定期查学检测以调整。2，胃肠道或低血糖症状可以包括面色潮红，眩晕，流涕，出汗，呕吐，腹泻，应避免氢泵抑制剂，避免油腻食品及碳水化合物，并对症处理。3，减肥后皮肤下坠，有时需整形手术。4，体重回升，可以高达 15-40%，常常由于摄入量增加造成，应注意节食并保持。严重合并症非常罕见，1，胆结石，常常与迅速体重下降有关，会出现腹痛恶心，有症状可行胆囊切除。2，局部狭窄，表现为难以耐受固体食物，腹部或背部疼痛，可以经胃镜气囊扩充治疗。3，边缘溃疡，可以有腹痛传到后背，黑便或便中带血，可用氢泵抑制剂治疗。4，内疝，表现为反复腹痛，餐后或夜间痛重，改变体位可缓解症状，常需要手术修补。5，肠套叠，可出现疼痛，恶心吐，肠梗阻，需要手术。6，套环滑脱，间歇性腹痛及呕吐，增加反流，无法进食，常需急诊手术。

环球医学

關于青少精神健康



波士顿青少精神健康第三届年会纪实

牛江河博士

哈佛大学医学院附属的以色列·登坎尼斯医学中心的麻省研究中心在希德尼·阿·贝尔基金会的部分资助下于 10 月 22 日在波士顿举办了青少精神健康第三届年会，其主题是“青少年严重精神健康失调的确认、治疗以及相关的最新方法”。

为期一天的会议涉及精神病的论题包括了“精神疾病防止在儿童、青年和家庭中的最新进展”，由儿童医院精神科教授 William Beardslee 主讲，“精神病风险：早期干预案例”，由工商硕士 Lynda Cutrell，风险早期检测、评估和应对中心的 Kristen Woodberry 博士和在麻省总医院精神分裂症项目临床研究员 Michelle Friedman 博士一同介绍。“初、高中学生早期精神病理学的不同症状和治疗”，由风险早期检测、评估和应对中心主任 Suzannah V. Zimmet 博士和波士顿儿童医院的 Joseph Gonzalez-Heydrich 博士共同主讲。

波士顿心理学家 Anthony Giuliano 博士和波士顿儿童医院的 Eugene D'Angelo 博士还介绍了“鉴定青少年初期精神健康问题的简要策略”，哈佛大学医学院色列·登坎尼斯医学中心的 Matcheri Keshavan 博士讨论了“青少年健康失调的范围和发展”。



麻省研究中心主任 Larry Seidman 博士则探讨了“多动症与其它发展失调症的区别”，而麻省精神卫生署儿童/青少年服务处助理专员 Joan Mikula 发言的主题是“儿童行为健康动议：麻州精神健康系统面对的挑战和机遇”。

于 1983 年成立的麻省研究中心致力于精神疾病认知研究以及精神疾病风险和保护因素评估，在近 30 年的时间里成为了该领域的世界前沿研究中心。

该中心文化和精神健康研究和服务项目负责人李慧君博士认为，会上讨论的有关抑郁、自残的鉴定和治疗等前沿知识和技术对亚裔有着特别的意义。因为根据美国卫生与人类服务部 2001 年的报告，亚裔美国青年是抑郁症的高危险人群。全国青少年危险行为调查发现，28%的美国华裔高中生代表在一年多的时间里报告他们抑郁感觉严重到扰乱他们的日常活动。19%的接受调查者报告说曾计划过自杀，11%至少经历过一次自杀。年龄在 15 至 24 岁的亚裔美国女性与其它也接受调查的族群相比具有最高的自杀率。

然而，亚裔美国人同时也是最少寻求精神健康服务的族群。在美国的亚裔/太平洋岛国青年人中未达到精神健康要求的比率（72%）比非西班牙白人青年中的比率（31%）要高。根据一项有关种族/少数民族儿童使用精神科急诊的研究发现，亚裔美国儿童比白人儿童更倾向于只有在最严重的情况下才到医院。而当情况有些好转后，后续的跟进医疗意愿就较少。同时据美国人口普查局 2004 年的资料显示，亚裔美国人也是美国人口增长最快的族群，亚裔美国青年人预计在 1995 至 2015 间将增长 74%。如果按目前趋势发展的话，增长的青年人中并不会产生相应比例的对精神健康服务要求的增长。

-

糖尿病肾病 及 II 型糖尿病的全球化威胁

王晓春博士

近 25 年来美国的糖尿病发病率翻了一番。在印度，中国，朝鲜，印度尼西亚则增加了 3-5 倍。2007 年全球有 2.46 亿人患糖尿病，至 2025 年将增加到 3.8 亿。世界卫生组织 WHO 的资料分析，中国及印度到 2025 年将有 1.3 亿 2 型糖尿病，花费两国 40%的医疗开支。糖尿病肾病目前是最常见的肾衰原因。在澳大利亚开始透析的病人由 DMII 引起的病例从 1993 至 2007 增加了 5 倍。在日本由于糖尿病而换肾（人工肾）的在 1983-2005 之间增加了 7 倍。

糖尿病肾病的治疗，关键的是要切实地控制血压，血糖及血脂在绝对正常（糖化血红蛋白小于 6.5，低密度脂蛋白小于 100，血压不大于 120/80）；增加病人对于肾病的认识，及早开始监测糖尿病肾病，常规监测尿中微量蛋白，即使血压正常，早期使用血管紧张素抑制剂或血管紧张素受体阻断剂。防止使用具有肾毒性的任何药物，预防脱水，缺血，感染等可能损及肾功能的任何可逆因素，定期监测肾功能，及早转诊肾科。

本期特讯



2010年十大医学新闻

王晓春，编译

Medscape 于 2010 年 11 月 17 日评出 2010 年十大医学新闻，总结如下：

1. 老人保险补偿率面临多达 25%的裁减，否则在未来十年美国将多担负 2760 亿美元的花费。然而裁减必会导致众多医生放弃为老人保险持有者的服务，从而动摇医疗体系的基石。多年来国会无法找到两全之策被迫对一早已失效的法案修修补补以求延缓。今年可有不同？看来依然要重复往年拖延战术。

2. 医疗体制改革无疑是又一件大事，这是继建立老人保险（Medicare）后的又一大改革。主旨是：补贴买不起保险的人，（经济上）处罚买得起但不买的人，立法禁止保险公司拒绝“质量不好”的投保者。但以上三条不能解决所有问题。法律层面的争论和纠纷势不可免。

3. 多年来对一些常见癌症如前列腺癌的筛选检查日益先进（如前列腺特征抗原法，PSA）但也造成许多不必要的甚至有相当损伤的治疗，从而引发了筛选检查之利弊的激烈争论。今年三月美国癌症协会（ACS）更新了有关 PSA 检查的规章，要求医生在为病人提供检查选项前应更详尽地告知病人该检查的综合利弊以便病人考虑是否接受检查。

4. 医疗界本年不乏丑闻。得克萨斯两名护士揭发其医生和医院的不当医疗行为反被医生串通警方拘捕并控以非法使用信息资料（用于揭发），属三级重罪。陪审团判护士无罪但医院依然将她们解雇。随后护士和医疗团体反诉医生和医院的不当行为及其后的迫害行动“妨碍了她们的言论自由“，最后以医生和院方赔偿 75 万美元巨款了结。

5. 奥巴马总统利用国会休会的空档成功任命了 Donald Berwick 医生为联邦老人穷人医疗保险局主任，而不必经国会批准。Berwick 因赞赏英国的公共医疗体制及鼓吹在美国推行“均贫富”等敏感言论而备受争议。但他在医疗系统出色的工作能力使他在医疗行业享有盛誉。

6. 美国糖尿病协会于今年 12 月公布糖尿病筛选检查的新建议，推广使用血红蛋白 A1C 作为更快更方便的早期检测手段。A1C 可检测 3 个月之内的血糖水平，以前更常用于糖尿病患者监测其血糖水平。该检查不要求空腹因而利于更多病人尽早接受检查并获治疗。

7. 预防规章规定了对补钙疗法的限制，因为大量医学研究发现过量补钙而不同时进补维生素-D 可增加高达 30%的心脏病发作的风险。补钙疗法在许多疾病治疗中被广泛使用（如骨质酥松）尽管没有明显效果。新规章同时鼓励多食用富含钙的食物，而不是药物。

8. 一月十二日的海地大地震使得大量原本在此地工作的志愿人员留意阑珊，大举回国，以至机票难求。但卫生部门指出现在正是当地需要帮助的时候。志愿者不应离开，反该进入，尤其是急救医疗，骨外科和神经外科专家。目前有 600 多国际医疗机构在海地工作。

9. FDA 于今年 7 月 8 日再次发布规章警告勿将奎宁药不规范使用于脚抽筋而非规定病症：疟疾。奎宁药物可导致严重的甚至是致命的血液不良反应。 早在 2006 年 FDA 就发布同样规章，但发现遵从者寥寥。

10. 关于女性乳腺癌的筛选检查近年争执激烈，令医务界无所适从，亟待定论。去年 11 月 17 日，美国预防服务工作组倡议停止对 50 岁以上妇女的乳腺癌筛选检查，理由是价值甚微。此举引发拥护检查团体的抗议。结果今年 1 月 6 日，美国放射医学与乳腺成像协会反其道而行之，建议乳癌常规检查应从 40 岁起。各国统计研究支持乳癌普查却有“一定”价值，但综合评判普查之利弊得失可能需更多的研究。



2010 年 ACMES 大事记

美中医学交流协会（ACMES）是由美中医学界专家共同组成的以医学教育培训和学术交流为主的 501C（3）非营利性组织。协会旨在利用强大的美中医学界专家阵容，包括华人医师，医学科学家，以现 代网路技术及中英文医学期刊为平台，建立多方位美中医学教育及交流的跨国学术性实体。该协会以哈佛医学院及其附属医院为主要合作单位联合举办高级国际医师培训项目，美国实证医学进修教育，医院管理培训；共同组织国际学术会议及参观访问；建立多种远程海外会诊机制，以全面促进美中医学交流，传播东西方医学信息，提高医学服务质量及人类健康水平。该学会总部设在美国波士顿，成立于 2008 年，是个年轻而富有活力，发展迅速，蒸蒸日上的学会。

2010 年是 ACMES 丰硕而成功的一年。以下为其 2010 大事记：

Lester Thurow, Ph.D，应邀担任 ACMES 顾问委员会主席。Alexander Leaf, M.D.，Samuel Tinsing Mok，Stan Finkelstein, M.D., 担任顾问委员会副主席。Lester Thurow 是美国麻省理工学院赖弥尔森（Lemelson）管理及经济学教授。曾任美国民主党的经济参谋；1987 至 1993 年担任 MIT 斯隆管理学院院长，1996 年起于 MIT 任教，专研国际经济、总体经济、公共财务及所得分配，被认为是世界级的经济问题权威。Alexander Leaf，MD，亚力山大·里夫医学博士是美国科学院院士，哈佛大学杰克逊教授，曾长期担任麻省总医院内科主任。 他因发现 omega-3 鱼油对人体有益，获得国际声誉。他指导的研究生中有四名先后获得诺贝尔医学和生理学奖。并自今年 3 月正式担任‘北美医学与科学’名誉主编。Samuel Mok 莫天诚先生是华盛顿康德国际咨询公司的主席。自 2001 年到 2007 年，他被布什总统任命为联邦政府劳工部首席财务官。在此前，他是美国财政部首席财务官。莫先生是美国政界职位最高的少数华人之一，他被广泛认为是美国华人界的领袖。Stan Finkelstein, M.D.费可斯坦医学博士 1975 年毕业于哈佛医学院，现任哈佛大学－麻省理工学院生命科学联合培养项目教授。费可斯坦医学博士主攻医学技术分析及转让。他担任多家国际大型制药公司，健康组织和政府机构的咨询顾问。

ACMES 正式获美国联邦税局 Internal Revenue Service （IRS）授权为 501C（3）非营利机构。ACMES 行政办公室迁入高档写字楼 15 New England Executive Park, Burlington, MA.年间成功组织了医学学术会议 10 个以上，在社区赢得了良好的声誉及反响。

2010 年 6 月 12 日，ACMES 在假日酒店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，两百余名在新英伦地区工作的医生，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。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。



2010 年 10 月 30 日，美中医学交流协会（ACMES）在位于波士顿哈佛医学院校院区的 Best Western 酒店隆重举行了以“亚裔健康教育”为主题的学术年会，近 300 名全国各地医生学者出席，包括远道从中国赶来的访问医师及学者，先后 14 学者开讲，聚焦亚裔健康热点包括冠心病，肝炎，肝癌及其他癌症，糖尿病，自闭症，疼痛治疗及中西医结合等，会议晚宴间颁发社区服务奖。这些盛会在社区引起广泛关注，几家媒体竞相报道。



此外 ACMES 年间还组织了三个医师继续教育讲座（CME），七个医学讲座及研讨会，涉及到乙肝，高血压，高血脂，糖尿病及心脏病等常见病的防治问题。ACMES 还与当地其他华人组织建立了密切的合作关系尤其是 OCEAN，有几个 ACMES 的主要成员同时担任海外华人企业家协会（OCEAN）的执行委员会成员，参与组织了其几个主要社区活动，同时 ACMES 也得到 OCEAN 的大力支持。此外，也积极支持并参与美中药学会（CABA）的培训课程并支持赞助山东大学校友会的活动。这些活动的成功与 ACMES 执行委员会的得力领导带头作用及众多的志愿者的无私奉献密不可分。为了促进互相间了解及合作 ACMES 组织其执行委员会成员郊游及联欢活动，并对于他们的杰出贡献进行表彰并授于社区服务奖颁发奖品以资鼓励。

“北美医学与科学（NAJMS）今年发表了 44 篇论文，该杂志自建刊以来已共出版 9 期。今年编委会分四个工作小组将以往各期的所有文章均进行全面审核，重新归类。更多的知名专家参于其编委会及审稿队伍，有助于提升杂志质量。今年 NAJMS 收到了第一个基金，还有广告及出版费，对于提升质量也提供了一定的保障。明年一月将发表肝炎专刊，由胡克勤及潘启安教授担任联合主编。继肝炎特刊之后，我们将陆续出版肿瘤，自闭症，心血管代谢病的专刊。杂志社的编委会成员，出版发行全体工作人员为了杂志付出了辛勤的劳动及大量的工作。

“北美医学与健康”今年发表了约百篇健康科普文章，该杂志自建刊已出版 16 期。今年上半年由杂志资深市场顾问麻州大学管理系刘瑞明教授组织三个市场管理学生小组对于本杂志进行了广泛市场调查，在一项网上问卷调查时得到了 200 份回信，刘瑞明教授主持的调查问卷，刘教授提供了详尽的市场调查报告。本刊已与国内最大的医生网络媒体丁香园达成合作协议，南京大学甘克超教授也成为本刊顾问。 特别感谢编辑部及编委会成员的大量心血及无私奉献。明年将推进中美市场开发及宣传工作，开设网上注册及论坛，邀请更多专家参加编委会，选登更高质量的文章，以飨读者。使本刊真正成为华裔人群的良师益友及健康之家。

国际培训交流项目。本协会已与哈佛医学院及附属医院建立合作关系，由其著名教授及专家组成的强大师资队伍，针对医生，护士，医院管理人员组织及承办中美高水平短期专题培训或进修实习，课程可根据要求增减，由哈佛颁发结业证书。ACMES 还着手组织高质量的国际医学专题研讨会和医学继续教育讲座。目前已在招生，预期 2011 年下半年正式开课。

“自闭症研究与治疗中心”原为独立的非营利机构，今年正式加盟 ACMES。此中心以临床医师，神经精神学家，影像学家等组成强大阵容，以当前最新的诊疗手段研究并试验治疗自闭症，目前着手申请基金，预计 2011 年将全面开展工作。

总之，ACMES 在 2010 年取得了很大的成绩，为其今后发展奠定了基础。2011 年，ACMES 准备建立个人及集体会员制及网上论坛，开始注册发行杂志，并以重点项目为中心开展工作。所有项目运作要按商务模式签订合同，设专人负责。鼓励骨干成员引进项目，吸收更多的人力物力资源，竭诚合作，共同使 ACMES 成为多方位多层次中美医学交流的平台及强大的经济实体，为人类健康事业作出更大的贡献。

ACMES 2010 年所取得的成绩与学会骨干及众多的志愿者无私的奉献精诚的合作密不可分，理事会为了表彰他们的杰出成绩及贡献特发社区服务奖奖状奖品，获奖的学会骨干包括李家裘，胡克勤，宋一青，刘昭，周宁，刘蕴怡，林旭，周人志，吴晓芸，庄宁，刘京京，陈娟，武士瑾，顾晔，齐润娟，邵颖，曹阳，王晓春，刘京，周检，张丹如，孔学君等。优秀讲演奖唐延赞，何如斯，茅建人，Kathleen Martien，Rebecca MikSad。英文杂志授奖于孔学君，陈小槐，宋一青，胡克勤，陈建行，张澜静，潘启安，刘京，罗建源，沈一平，吴柏林，孙艳萍，张琪，孙建兰，刘昭，Mitch Albert， Tamara Kalir， David Lee，Adams Landsman， Edmond Kabagambe，林旭，黄勤，孙惠川，段胜忠，韩家文，刘蕴怡，Chi-Hin Cho， Christopher A. D’Angelis ，王晓春，张震宇，万建波，孔亚伟，Rick Heller， Grace Perez-Lirio。中文杂志 NAJMH 颁奖予刘京京，王晓春，张震宇，马建韬，李艳萍，赖博平，周立斌，顾晔，孙香兰，陈娟，武士瑾，容榕，刘京，丁倩玮，袁建平等。希望他们新的一年再接再厉，继续为社区健康及中美交流奉献爱心。还有众多的志愿者奉献者在次也一并深深致谢，祝愿他们事业成功，家庭幸福。（ACMES 供稿）




ACMES美中醫學交流學會大型籌款晚會


交流研究成果 聚焦亞裔健康
美中醫學交流學會(ACMES)學術年會紀實


ACMES專家籲亞裔人士 重視保肝

亞裔健康教育年會 14學者來開講



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