第二十一期 Vol.21
二零一一年十月 October, 2011

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫學新聞 Medical News
2011年諾貝爾醫學獎授予免疫學家
美國病人就診率數月來持續下降是偶然的嗎?
美國管制藥品濫用現象普遍，職業“病人”多達17萬
當今十大致死病因
中國人最常見的癌癥
醫學進展 Medical Advances
胎兒手術的麻醉進展
名院風采 Famous Hospital
梅奧診所（Mayo Clinic）
醫生日志 Physician Diary
中醫學和形而上學（五）
醫學廣角 Medical Perspective
老人心理知多少
良好醫患關系的前提
法律顧問 LegalIssues
作爲被告的醫生在醫療事故調查中的應對策略
醫學論壇 Medical Forum
喬布斯 與 胰腺癌
健康指南 Health Guidance
關于糖尿病的一些錯誤觀念
豢养宠物与健康
运动减肥是因为运动消耗了脂肪吗?
專題講座 Special Topic
認識糖尿病
行为干预对自闭症儿童的作用
飲食健康 Diet and Health
糖尿病人的運動與飲食
環球醫學 Global Medicine
薰香心閣－－芳香療法
咨詢門診 Consultation Clinic
推拿治療高血壓
針灸治療疼腮
本期特訊 This Month Special
美中醫學交流學會簡介
美中醫學交流協會 “中國醫院院長高級管理培訓課程”圓滿告捷
美中醫學交流協會 2011 年年會隆重召開
乙肝病毒傳染九月專題學術講座
北美醫學與科學雜志社西紐約分部成立

主编： 孔学君 医师
出版： 美国波士顿
发行： 全球华裔人群

Editor-in-Chief: Xuejun Kong, MD
Published in Boston, MA, USA
Circulation: Chinese Population Worldwide

北 美 醫 學 與 健 康

2011年10月 第21期 总第21期

目 錄

醫學新聞 Medical News
2011年諾貝爾醫學獎授予免疫學家 1
美國病人就診率數月來持續下降是偶然的嗎? 1
美國管制藥品濫用現象普遍，職業“病人”多達17萬 1
當今十大致死病因 1
中國人最常見的癌癥 1
醫學進展 Medical Advances
胎兒手術的麻醉進展 2
名院風采 Famous Hospital
梅奧診所（Mayo Clinic） 4
醫生日志 Physician Diary
中醫學和形而上學（五） 5
醫學廣角 Medical Perspective
老人心理知多少 7
良好醫患關系的前提 7
法律顧問 Legal Issues
作爲被告的醫生在醫療事故調查中的應對策略 8
醫學論壇 Medical Forum
喬布斯與胰腺癌 9
健康指南 Health Guidance
關于糖尿病的一些錯誤觀念 11
豢养宠物与健康 12
运动减肥是因为运动消耗了脂肪吗? 12
專題講座 Special Topic
認識糖尿病 13
行为干预对自闭症儿童的作用 16
飲食健康 Diet and Health
糖尿病人的運動與飲食 18
環球醫學 Global Medicine#
薰香心閣－－芳香療法 20
飲咨詢門診 Consultation Clinic
推拿治療高血壓 21
針灸治療痱腮 21
本期特訊 This Month Special
美中醫學交流學會簡介 22
美中醫學交流協會 “中國醫院院長高級管理培訓課程”圓滿告捷 23
美中醫學交流協會 2011 年年會隆重召開 25
乙肝病毒傳染九月專題學術講座 26
北美醫學與科學雜志社西紐約分部成立 27



亲爱的读者:

“北美医学与健康”是针对北美及全球华裔人群的大众医学科普中文期刊。本刊已由美国国会图书馆收藏，国际标准书号ＩＳＳＮ１９４４－０９３６（印刷版）ＩＳＳＮ１９４４－０９４４（电子版）。自2008年六月建刊以来， “北美医学与健康”第二十一期又与大家见面了！ 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 2011 年10月 主编 孔学君， MD

本期责任编辑：孔学君，MD；张应元，PhD；王晓春，PhD；宋一青，MD，ScD
本期编译：刘京京，MD，PhD；孔学民， MD；林旭， MD；牛江河，PhD；张明 MD，禚志红 MD；马剑涛，MD， PhD；Kan Chai，张惠芳，MD； Ying Huang, M.D., Ph.D.李维根，MD， PhD；排版美工：王晓春，PhD；摄影：牛江河，PhD，宋一青，MD，ScD；插图校对：孔令荻；市场顾问：刘瑞明



网址：www.najmh.org; 联系：editor@najmh.org or info@acmes.net 电话：781-791-5066 传真：781-685-4601
*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。

医学新闻

2011 年诺贝尔医学奖授予免疫学家



2011 年诺贝尔医学奖评审委员会 10 月 3 日认定，本年度 3 名获奖者“发现免疫系统激活的关键原理，革命性地改变我们大家对免疫系统的理解” 美国人布鲁斯·博伊特勒、法国人朱尔斯·霍夫曼和加拿大人拉尔夫·斯坦曼以免疫系统研究赢得 2011 年度诺贝尔医学奖。博伊特勒和霍夫曼获二分之一奖金，而斯坦曼获另外二分之一奖金。奖金总计 1000 万瑞典克朗(约合 146 万美元）以 3 人所获研究成果为基础，新型疫苗着眼于以新颖手段治疗癌症，获称“治疗性疫苗”，旨在调动人体免疫系统对肿瘤发起“攻击”。另外，他们的成果有助于治疗一些炎症类疾病，如风湿性关节炎。不幸的是刚刚获得今年诺贝尔生理学或医学奖的细胞生物学家拉夫·斯坦曼（Ralph M. Steinman）于 9 月 30 日因胰腺癌不幸去世，享年 68 岁。根据现有的规定，诺贝尔奖不能授予已故人士。那么加拿大科学家拉尔夫·斯坦曼(Ralph Steinman)在本年度诺贝尔生理学或医学奖公布前突然去世，这种情况下诺贝尔奖委员会还是决定破例将这一奖项授予斯坦曼。

（王晓春博士）

美国病人就诊率数月来持续下降是偶然的吗？

最近数月来许多医生都注意到病人寻诊率下降，虽然降幅不大（多在 5%左右）但由于病人寻诊率直接影响一线医护人员的业绩和收入，所以依然引起有关群体的关注和讨论。本来专家预测随着奥巴马医改方案逐渐实施，更多的人会参加到医疗体系从而自然推高医疗业绩。据美国医学会（AMA）在十一月份的期刊中指出核心原因是 2008 年发生至今的经济萧条仍未见曙光，财政窘境使许多家庭捉襟见肘，而 Obama 医改新政的负面影响是迫使医保公司纷纷提高收费如病人付费率，最低自付率等，迫使病人在走进医生诊室或呼叫救护车服务前三思而行。病人寻诊率下降就一点也不奇怪了。专家预计这种趋势不会是短期行为。只要经济不回暖，医疗界的冬天就会持续。（王晓春博士）

美国管制药品滥用现象普遍，职业“病人”多达 17 万

在美国管制药品指含有吗啡等可引起上瘾生理反应的药品，类似于毒品。在美国对管制药品的控制很严，必须由医生依病程需要（通常是控制疼痛）按时按量处方，药房方得发付。违反规章的医生可以被吊销执照。各药房也有独立检查系统，严防毒药流入违法违规病人之手。但魔高一丈，许多病人利用医疗系统的一些漏洞游走于多个互不相识的医生以及药房之间获取重复处方。所获多余毒品不仅可 满足自用且可出售赢利。许多病人为毒瘾驱使竟才华横溢，骗力惊人，如假装剧痛，假装遗失处方等，无奇不有，更可成倍获取非法毒品。据 AMA 最新资料估计在全美这样的职业“病人”多达 17 万人，且有上升趋势。多集中于大中城市且成为“产业”，甚至分区包干等行为。有一涉事医生总结说在波士顿地区，每个城区都有两三个这种“病人”但又不会多。管制药品（毒品）滥用导致严重危害社会健康和治安隐患。这些“病人”虽初始为受害者，如外伤导致镇痛需求，但很快便成为害人者。由于和黑社会的瓜葛以及一些经济利益，许多涉事医疗机构亦不便张扬，由此许多遭受处罚。看来要解决毒品问题也不能“头疼医头”，而是要整个社会做大手术才行。（王晓春博士）

當今十大致死病因

1， **心脏病占总死亡率 28.5%；2，癌症占 22.8%；3，脑血管病占 6.7%；4，慢性下呼吸道感染 5.1%；5，意外事故占 4.4%；**

6，糖尿病占 3.0%；7，流感与肺炎占 2.7%；8，老人痴呆占 2.4%；9，肾炎 1.7%；10，败血症占 1.4%

中國人最常見的癌症

1，**肺癌；2，胃及食道癌；3，结肠直肠癌；4，乳腺癌；5， 鼻咽及头颈癌**

医学进展



胎儿手术的麻醉进展

编译：陈明医师 湖北省妇幼保健院麻醉科

胎儿医学是涉及基础医学和临床医学多个领域的新兴学科，胎儿外科学的发展始于 20 世纪 50 年代中期，羊膜腔穿刺首先用于胎儿性别鉴定和胎儿 RH 溶血性疾病的诊断。20 世纪 60 年代放射显像技术

用于诊断胎儿骨骼发育畸形，70 年代超声影像技术问世，使更多的胎儿畸形被诊断。20 世纪 80 年代，早孕期绒毛活检和胎儿宫内取血的应用，是产前诊断进入新的领域。20 世纪末开展胎儿镜和微创操作，前景广阔，引起医学界关注。例如 20 世纪 90 年代后期，美国加州大学旧金山分校（UCSF）,以 Harrison 领衔的团队成立了胎儿外科治疗中心（FTC），开始实行胎儿手术至今，已经广泛的将胎儿外科治疗运用于临床，并在治疗对象，疾患和手术适应症方面均有改进，文献数据库记录 1989 年 6 月至 2000 年 12 月 1509 例胎儿的得到宫内治疗。

胎儿手术的开展需要多学科的相互配合，如产科.儿科.麻醉科.护理等等其中麻醉是胎儿手术成功开展的关键。

对母亲的影响-妊娠的生理改变对麻醉带来巨大的影响。呼吸系统：呼吸道黏膜充血，增加了面罩通气.喉暴露和气管插管的困难。心血管系统：孕妇为了适应胎儿的需求和准备分娩，会随着孕龄增加，血容量及新输出量增加及血液稀释，到妊娠的中晚期，15%的孕产妇会产生仰卧位低血压综合征，麻醉期间，孕妇应稍微抬高右臀部向左倾斜 15 度可以防止该症发生。胃肠道：由于食道低张性和胃低动力性，所有接受胎儿手术的病人均应视为饱胃病人并给西米替丁和甲氰咪胍来提高胃 PH 值并改善胃排空。也有的病人诱导前口服一定量的碳酸氢钠提高胃 PH 值。通过压迫环状软骨可减少快诱导麻醉时的返流误吸。神经系统：由于体内激素的变化孕妇对吸入麻醉的 MAC 降低，提高了对麻醉的敏感性。硬膜外腔容积减小，局麻药用量相对减少。

对胎儿的影响-过去认为新生儿没有痛觉，近年来的研究否认了这一观点，在一份报告平均孕龄 28 周的 16 例胎儿行动脉导管未闭结扎术，随机分两组。一组使用笑气和肌松剂，另一组同时加用芬太尼观察应激反应明显增强，并观察了胎儿肾上腺素.去甲肾上腺素.胰高糖素和 11 脱氧可的松的浓度。提示胎儿具有应激反应，而这些反应可能被芬太尼类削弱。另外，与芬太尼组比较，无芬太尼组有更多的术后循环.代谢方面并发症。所有吸入麻醉药都会通过胎盘，吸入麻醉药的摄取率取决于子宫血流，药物在胎儿血中的溶解度和药物在胎儿体内分布，药物通过胎盘很快分布到高灌注的器官如脑.肝.肾。

母体麻醉方法及优缺点-不同的胎儿手术方式可以采取不同的母体麻醉方法，适应症及优缺点。

（1） 局部麻醉：主要用于微创手术，即用局麻药浸润 Trocar 穿刺部位。此种麻醉方法的最大优点在于母体意识清醒，母体安全性高。缺点是没有子宫松弛.没有胎儿麻醉和镇痛，容易在手术时因为胎儿的活动而伤及胎儿，目前已很少应用。

（2） 监测下麻醉（MAC）：即母体使用镇静剂如苯二氮唑类药咪唑安定.阿片类药物.异丙酚等药物使产妇产生镇静。主

要用于区域阻滞时的辅助麻醉。最近有人比较了瑞芬太尼和安定用于胎儿镜手术时对胎儿体动的影响。瑞芬太尼组胎儿体动显著少于咪唑安定组，认为瑞芬太尼是胎儿手术较理想的镇痛剂。此种麻醉方法的优点是：母体应激反应轻，药物能通过胎盘屏障使胎儿产生一定程度的麻醉和镇痛。缺点在于：缺乏气道管理易发生误吸，而且此种麻醉方式也没有子宫松弛作用。

（3） 区域神经阻滞：包括腰麻、硬膜外麻醉、腰-硬联合阻滞麻醉，可用于各种胎儿手术。麻醉平面要求较高，特别像 EXIT 手术一般需要达到 T4 水平。该麻醉方式也不能提供胎儿麻醉和镇痛以及子宫松弛，而且高麻醉平面会增加母体风险。

（4） 区域神经阻滞+镇静：此法结合了以上 2 种麻醉方法的优点，使胎儿能得到麻醉和镇痛，并降低母体焦虑。但无法使子宫松弛，误吸的风险也会增加。

（5） 气管插管全身麻醉：是目前最常用的胎儿手术麻醉方法，可用于各种胎儿手术。最大的危险是气管插管困难的发生率较高。麻醉诱导与剖宫产全麻相同，常采用快诱导插管，药物使用也是一样。麻醉维持与剖宫产截然不同，剖宫产全麻时在胎儿娩出前应尽量减少全麻药物的用药量，以避免胎儿娩出时发生窒息，而胎儿手术的全麻在胎儿娩出前为了防止胎盘剥离，必须通过加深麻醉使子宫松弛，临床上用吸入高浓度的吸入麻醉剂来达到这个目的。

（6） 区域阻滞麻醉+气管插管全麻：与单纯的全麻相比，最大的优点是能够提供硬膜外术后镇痛。

胎儿麻醉和镇痛及气道的处理-目前还没有一种理想的胎儿麻醉模式，胎儿麻醉的给药途径有 3 种：（1）直接给药：可以通过胎儿静脉（肝静脉或脐静脉）、肌肉（三角肌）注射麻醉药物。（2）母体途径：此途径药物需要经过胎盘转运，由于存在胎盘屏障，为了达到胎儿麻醉和镇痛的有效血药浓度，往往需要较高的用药剂量甚至对母体不安全的剂量，特别是对于未行气管插管的麻醉，高剂量的麻醉药如芬太尼可导致母体（未插管麻醉时）呼吸抑制，进而危及胎儿安全。有报道认为低剂量的瑞芬太尼能很好地使胎儿安静不动。2-3MAC 的氟醚类麻醉剂吸入能提供有效的镇静和镇痛。（3）羊膜腔途径：药物经胎儿皮肤、食道等途径吸收入胎儿体内。目前只有动物实验数据，在妊娠羊的羊膜腔内注入舒芬太尼，胎儿羊体内能达到成人镇痛需要的浓度，而母羊体内的药物浓度明显低于胎羊浓度，提示该方法有一定的可行性，但是需要进一步临床研究。

胎儿安全和胎儿监护-胎儿手术的麻醉过程中，在确保母体安全的前提下，应充分考虑胎儿的安全。确保胎儿安全的关键在于保证胎儿有充分的氧供和有效的氧合，避免发生胎儿窒息。胎儿平常处于较低氧张力环境中，其 PaO_2 只有成人的 1/4，约为 30 ㎜ Hg（脐静脉），胎儿的 HbF 和 2，3DPG 也低于成人，故其 Hb 的氧离曲线较成人左移.P50 仅 19mmHg（而成人为 27mmHg），而且胎儿 Hb 高达 18g/dl，因此胎儿具有较强的摄氧和运氧能力，并对缺氧有一定的耐受力。但是较严重的低氧仍会危及胎儿的安全。胎儿的氧供与下列因素有关：（1）有效的子宫胎盘血流（2）羊膜腔压力也影响子宫胎盘血流（3）母体的充分氧合。

准确及时的监护是保障胎儿安全的基础，虽然经过多年的临床和动物研究，但至今尚无理想的监测手段。对于开放式的胎儿麻醉及 EXIT，胎儿监护相对方便。而对于胎儿微创手术如胎儿镜手术，胎儿监测就比较困难：（1）目前最常用的监测手段是经母体腹壁进行胎儿超声监测，也能获取胎儿的心室容量，心肌收缩力、血流、心率以及脐血流等参数，多数精确性不高且不能连续监测，易受到手术操作的影响（2）声谱仪是一种较实用的监测手段（3）现在有人使用经腹壁电极来监测胎儿心动图，此方法干扰大没常规用于临床（4）有人见经皮监测用于微创手术，但仍处于试验阶段，有待进一步研究。

前景和发展方向-美国国家儿童和健康发展机构曾经预言：到 2020 年，子宫内先天畸形于继发疾病前诊断和治疗将成为常规的方法。随着胎儿外科手术治疗的深入，胎儿外科手术治疗与常规治疗的随机对照研究，对于我们今后制定胎儿外科手术治疗的适应症具有指导性意义。胎儿手术麻醉既要考虑母体麻醉、胎儿麻醉和维持子宫胎盘灌流等麻醉原则，又要考虑每种类型的胎儿手术的麻醉特点，以力求将母体和胎儿的风险降至最低。

名院风采

梅奥診所（Mayo Clinic）

张应元编译



位于明尼苏达州罗切斯特市的梅奥诊所是一个非营利的医疗实践和医学研究集团，以治疗和诊断罕见和难以治疗的病例著名。梅奥诊所的创新和有效的治疗方法在全美国及全世界的病人中享有盛誉。梅奥诊所的质量被认为是最顶尖的。超过 20 年来，被《美国新闻与世界周刊》评为最好医院。该医院的宗旨是：“病人的需要永远是第一位。”他们的医疗实践是高度协作的，同时该医院的医学研究也是第一流的，他们资源的 40%投入在研究方面。

梅奥诊所，圣玛丽医院和罗切斯特卫理医院形成了世界上最大的综合性医疗中心。在几乎所有的医疗和手术领域提供全面的诊断和治疗。每年有超过 35 万来自全美国及全世界各界的患者来梅奥诊所求诊。

梅奥诊所是在 1863 年，由英国人 William Worrall Mayo 创办的。一开始是一个私人诊所。1883 年，罗切斯特遭受龙卷风袭击，Mayo 与当地圣方济会修女合作共同救治伤员。6 年后，双方合作创办的圣玛丽医院开业，Mayo 的两个儿子也先后参与诊所工作。为了能给患者提供更全面的医疗服务，Mayo 父子引来更多医生做为合伙人加入诊所，使之成为世界上最早的 “合伙开业”（group practice）形式。1914 年，诊所开始使用“梅奥诊所”的名称。1919 年，“梅奥资产协会”（Mayo Properties Association）成立（1964 年更名为梅奥基金会），梅奥诊所从此转变为非盈利性机构。

现在梅奥诊所作为一个非营利的医疗实践和医学研究集团在三大都市区：美国明尼苏达州罗彻斯特市，佛罗里达州的杰克逊维尔， 亚利桑那州斯科茨代尔及凤凰城建立了医学中心。梅奥诊所的整个卫生系统，包括超过 70 医院和在明尼苏达州，爱荷华州，和威斯康星州各地的诊所。梅奥诊所还经营了几所大学的医学院，包括梅奥医学院，梅奥研究生院，和梅奥学院毕业后医学教育健康科学学院。梅奥诊所以治疗难以治疗的疾病，并在确诊或治疗方法的创新和有效的治疗而闻名。梅奥诊所也被“财富”杂志连续 8 年评为，“100 家最佳工作单位”。有 1700 多位医生为梅奥诊所工作，相较美国的一般诊所或医院医生人数在 3-100 之间。



2000 年以来，梅奥诊所致力于以较低的成本实现高品质。一个广泛的研究发现，由保险公司支付治疗医疗保险的病人，他们在梅奥诊所最近 3 年中的支出，与其它诊所和医院的相比只有 54%。梅奥诊所的医改模式在 2009 年的医疗改革法案中被美国国会通过，以降低医疗成本，同时提高国民素质。

醫生日志

中醫學 和 形而上學（五）

——波士頓的隨想

黃明达 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

八、支气管炎与肺气不足

1. 支气管炎在门诊之中是一种常见的疾病。特别是冬天，很多人有感冒、上呼吸道感染，不少人就转变为支气管炎。支气管炎有发烧、咳嗽等症状，对病人的工作和生活造成很大的影响。一般来说，单纯的气管炎主要是用对症治疗药物，特别是病毒性的气管炎，用普通的对症治疗的药物，就可以达到治好的目的。但是对于顽固性的气管炎，就没有那么幸运。在这种病人之中，抵抗力差，免疫能力差，病人没有办法通过自然而然的方法自己恢复。这里就需要一些比较有分量的治疗方法。

2. 对西方医学来说有分量的治疗，就不单是指对症治疗，而是说要用特殊的方法进行治疗。一般来说用消炎药有明显效果，不少病人也就治好了。但是我们还是可以看到，有的病人用了好几种消炎药以及结合对症治疗的药，甚至是用治疗哮喘的药物，病情还是没有好转，病人还是有咳嗽，特别是在早上和晚上——这就是我们上面所说的顽固型的气管炎。

3. 为什么会有这种情况呢?这种情况明显说明顽固性的气管炎的病因并不是那么简单的。顽固性气管炎，当然有物理学层次存在的原因，但是，它还有另外深部的原因，也就是形而上学层次存在的原因。我们如果只是从物理学层次方面来进行治疗，当然就不会得到痊愈的效果。在这种情况下，我们就需要从中医角度，用中医学的方法来进行治疗。

4. 中医学阴阳五行系统学说是人体这个非平衡性热力学系统理性化的综合，是人体系统这个耗散结构形而上学存在的综合。中医学的角度来进行分析，支气管炎一个方面是伤害信息太多，另外一个方面，也更为重要的是气管自由能不足，两方面的结合引起了内部环境的不稳定，容易受到感染和再感染。在这种情况下，就需要减少伤害信息，另外一方面就需要提高自由能，特别是提高自由能的方法，在这里就显得非常重要。用中医的术语来说，就是提高肺气。

5. 如果用上述方法，也就是减少伤害信息，提高支气管的自由能，对相当多的顽固性的气管炎，问题已经得到完全的解决。但是有个别病人，还是不能够得到解决。这些病人往往是有哮喘的历史，或有慢性复发性支气管炎,如果是有这种情况,就需要我们进一步从第二个层次、第三个层次，用补脾甚至于补肾，或者两方面结合起来进行治疗。

6. 这当然是另外一个问题，这个问题可以参照哮喘的治疗。

7. 总之，对支气管炎，用西医入路治疗是形态学层次的问题。用中医学入路治疗是形而上学层次方面的问题，两方面结合起来，就会得到更为完善的效果。

九、哮喘与脾肾两虚



哮喘是一种常见的疾病，这种疾病在美国的治疗方面确确实实有一整套模式，但是遵照这个模式治疗并不是那么有效，特别是对于顽固的病例，疗效并不是那么满意。

1. 这个疾病是十分的复杂，可以从从两个层次来分析，第一个层次就是物理学层次。另外它的发生还有在物理学后面的层次，也就是形而上学层次。从物理学层次来看，从西医看来，主要的病理变化就是由气管这里有炎症或有过敏所引起的，所以在治疗方面根据这种病理变化，需要治疗感染或敏感，另外还需要扩张气管等等。所有这些都对治疗哮喘有相当大的好处，但是对很多病人来说，就是用这些治疗，也没有得到理想的效果。为什么呢？就是因为哮喘的原因除了在物理学层次方面原因以外，还有在背后的，那就是形而上学层次方面的原因。

2. 从形而上学层次方面来看，也是从中医角度来看，上面所说的炎症、过敏、气管病变，由于先天和后天的因素，人体系统的阴阳五行不是那么平衡，不是那么丰富，自由能并不是那么高，血流循环并不是那么充足，这样，那里的弹性组织没有发挥正常作用。这就是形而上学层次方面的原因。

3. 哮喘的问题，就形而上学方面来看，也有不同的深度。从中医角度来说，肺气不足，那里的能量代谢不足，而其他方面并没有病变，那么治疗哮喘是提高肺气，用小青龙汤就可以了。但是，长时间的哮喘病，肺气不足还会影响到更深的层次，那就是脾脏。脾脏不足需要补脾。最深的影响到肾脏，那就需要补肾，所以就这样从一个个不同的层次不断地深入分析，然后，达到更好的治疗目的，这就是哮喘病的中医治疗。

4. 从上面分析可以看出来，中西医联合治疗，物理学层次的东西，用西方医学治疗, 形而上学层次方面的原因用中医学治疗，联合起来就能够得到更好的效果。下面我用一个例子说明——有一个美国人，四十多岁，做文员工作，已经有哮喘二十多年，用西方医学的哮喘药，包括气管扩张药、消炎药、激素疗、吸入药等，病情有时候好有时候坏,没有得到很好地解决。近年来症状越来越明显，在这种情况下，由他的太太带到我这里来，想试用一下中医学的方法。

5. 这个病人从身体系统来看没有明显的缺陷，在体格检查方面，在物理学层次方面，肺部听诊断有哮喘音，这个病人是原发性哮喘病病人。

6. 从物理学层次方面来治疗，用西方医学来治疗这个病人，显然是不容易成功。因为这个病人虽然有一些物理学层次方面的原因，但是这只是原因的一部分；更重要的是在这个后面，形而上学的存在方面有不正常的情况。这种不正常情况起着更为重要的作用。在这种情况下，我们就不得不把注意力放到形而上学方面的存在，这也就是我们治疗的关键。

7. 我们还是从非平衡性热力学出发，来看看到底形而上学的存在和哮喘有什么关系？从非平衡性热力学来看，目前这种哮喘是一种负熵降低、自由能不足。由于自由能不足、负熵降低，气管内部环境不稳定，不能够发挥正常的功能。

8. 为什么负熵降低、自由能不足？这和全身的能量代谢有关，又和全身系统能量的水平有关，还有和自由能的分布有关。分布到呼吸系统的自由能比较少，这就是问题的关键。怎样才能够提高全身系统能量的水平？从中医角度来看就要通过增强脾脏、肾脏的功能，然后达到提高全身系统自由能的目的，达到提高肺气的目的，提高肺部自由能的目的。当然，除了提高全身的自由能，还要引导自由能到呼吸系统，这就是提高肺气的作用。

9. 我们可以把中医学对于哮喘的治疗分为四个不同层次：第一个层次是负熵降低，这样一来伤害信息会增加， 治疗就需要降低伤害信息，也就是清除肺部的湿热。第二个层次是那里的自由能不足，也就是肺气不足，所以，我们在进行治疗的时候，就需要提高肺气，使自由能到呼吸系统具有优势。第三个层次是补脾来提高肺部的自由能，在这个过程中又需要避免肝火上升。第四个层次是增强肾的自由能，来增强肺部的自由能，也就是说用补肾的方法来提高肺气。补脾补肾的方法，提高全身的自由能水平，从而达到提高脾部自由能的水平。中医学对于哮喘的治疗，是多层次的、多元的、多参数的。治疗过程十分复杂。有时候，需要费好多探索，才能够达到目的。

10. 按照上面的分析，对上述哮喘病人的处理，除了急性症状用西方医学入路处理以外，主要是用中医学的方法，一步步地处理各方面的问题，病人的症状得到了有效的控制，并且体质也得到了很大的改善，最后基本痊愈。（黄明达医师）待续

医學講角

老人心理知多少

有机会陪伴老人，陪着说说话，唠唠嗑，试图去体会体会老人家的心情，挺有意思的。近来跟一些老年人都处得不错，包括刚去世的邓兄，我们是知心的朋友，就是说跟别人不说的话会对他说，他认我的儿子为干孙子。他教训起我来像教训孙子。还有一位碰到一起就讲钓鱼的事，有一位碰到一起就侃种菜的事。还有一位是我的父亲，他身体还好，脑子不行了，话说不清楚了，大部分时间是默默无言，我在他身边是静静地陪伴。

在这个社会上，比较受注意的是女人，特别是年轻的女人。不受注意的是男人，特别是上了年纪的男人。在 shopping 季节，去 mall 一逛就知道了，90%的商品是冲着女人来的。有几样是为着老男人设计的？所以这个 shopping 季节是个女人的季节，男人干什么呢？若老婆不要你陪着 shopping，我们男人就多多利用这段时间思考思考吧。

男人挺可怜的，是吗？可是上了年纪的男人，特别是上了年纪的中国男人。更特别的是那些有些生理缺陷，譬如老年痴呆的，面部植过皮的，说着一口土土的方言使人听不懂的。那样的老人，他们生活在被人遗忘的角落，那真是需要关怀。他们虽然那么默默无闻地活着，可是他们需要被关怀被理解的心情是强烈的。就像我父亲，他原本就是好脾气，很会忍。现在更是可以整天整天地枯坐或枯睡，可是时间长了就会有问题出来，他会开始跟你拧，跟他讲好多遍不听你的，吃饭时间说不想吃，问他要不要出去，不要。但是每次陪他到朋友家走走，跟大家见见面讲讲话，他的心情就会好很多，走路步子也轻快了，脑子也变得好使了，跟他讲话一句就听懂了。

其实老人家需要的不多，可是往往连这一些都得不到。

陪伴这样的老人，最大的 challenge 就是 boring。老人家每天的生活一样过，他跟你讲的也差不多是一样的话题。你每个礼拜去看他，别指望有什么新鲜的东西。许多人们感兴趣世界大事小事，他们不感兴趣了。可是他们是智慧的，豁达的，耐心的，有洞察力的，他们是相对来说很无私无欲的，跟他们谈话，你很有安全感。

跟老人家交朋友，有两小点值得注意一下。

第一是要非常尊重他们，实在他们是我们的长辈，他们一生的经历多了去了。有一句话不要说出口，就是帮助他。一般他们不喜欢听。多说请教的话，让他的价值被认识，被提升。

第二是绝对保守他们的隐私，老人家有时会做出一些不合理的事来，不要讲出去。你见了忘掉它就是了。一个例子是创世纪九章 21－25。诺亚年老时，一次醉酒了，在帐篷里赤着身子。他的儿子含看见了，就到外边告诉他两个弟兄。后来诺亚醒了，就为这件事诅咒含。

老年人的自尊心很强，不要伤害了他。

陪伴老人，倾听他们，他们每一位都是一本有意思的书，好好向他们学习，得益无穷。只有一点不怎么好，就是他们走的时候，会走得很潇洒，潇洒得甚至不挥一挥衣袖。实在是让人想起来心里一阵阵发痛。（英宇博士）

良好医患关系的前提



我们生活在一个丰富多彩的社会，在这个复杂的社会里过日子，每个人都会遇到力不从心的时候，需要别人的帮助。

当我们去帮助别人的时候，有一点需要非常小心把握。这就是：帮助人，一定要帮到点子上。就像医生给病人治病，一定要把病人的病情搞清楚，然后对症下药，才能做到药到病除。

我们帮助人，也是这样。因为我们在没有搞清楚问题关键核心时，无的放矢，不但不能给人以帮助，反而使人受到伤害。要把受助者的问题搞清楚，需要有爱心和智慧，通过耐心倾听、观察、分析，运用积极的开放式提问，一步步深入到受助者的内心。

诊断一个人心灵的毛病很像诊断一个人生理的毛病，只是更困难，需要更长的时间，更缺少仪器的帮助。这是凭着爱心和耐心，借着一个人的心灵去和那一颗受伤的心灵的碰撞，摩擦和抚慰的过程。一旦找到了症结所在，注注只需要一句或几句适当的话语，就能打动人心，起到一两拨千斤的效果。我们也许都有过这样的经验。

可是若我们在问题症结没有搞清楚的情况下，急于给建议，批评。就如同射箭偏了靶心。给受助人造成的伤害是很大的。如同牙医拔错了牙，外科医生开刀割错了地方。只是对于心灵帮助，这类“好心办坏事”，技术错误，医疗事故在受助者心灵上造成的创伤更深，更严重，更难愈合！

怎样帮助人是需要学习的。正如怎样装修屋子，怎样修理车子一样。更何况人不是物品。我们就不能像对待一件东西那样去对待一个人。对待一个人，我们要尊重他，倾听他，爱他。爱的极致是全然的包容，即使这人做了非常令人厌恶的事，我们也要以同情和理解心情对待他。真正的爱，是爱罪人，但恨罪恶。尊重和爱的表现是关注地倾听。倾听是如此重要。如果你不知道怎样帮助别人，如果你要学习一些助人的技巧。那么这是最重要的一招。学会这一招，大概就能解决百分之九十九的问题。其诀窍在于用诚实的爱心，站在对方的立场，专心倾听对方。不要急于给与对方任何建议。要知道人不是物。人是有主观能动性的。情况注注是，当事人在你面前把他心底的心思意念都倒出来后，他不但得到前所未有的释放，而且他自己也知道下一步该怎么做了。或者。在这时他会很愿意听你的建议了。现在需要帮助的人太多了，而懂得怎样帮助人的人太少了！现代人大都学了太多做事的道理，而忽略了学习做人的道理。注注用对待物的方法来对待人。包括对待自己的孩子。

心病还要心来医。治疗心理疾病的良药是真诚的爱心。这里有两个故事可以让人体会现代社会真心的缺乏和宝贵。

第一个故事是说有一位从瑞典到美国来学习一年的牧师，他叫罗格尼，参加了一个查经班。在相聚的最后一晚，朋友们请他讲一件从美国人身上学到的最有趣的事。他毫不犹豫地以浓重的北欧口音回答：“唔，当我刚来这里，每到一个地方，大家总对我说：“罗格尼啊，真高兴见到你，你好吗？”他接著说：“我花了六个月的时间才搞清楚。没有人听你的回答！”

第二个故事说的是，校园电工米尔特在一场工伤事故中受了重伤。那天在意外现场，他的一位朋友罗伦看到米尔特的太太珍站在一旁，一脸惊恐地看著医护人员抢救她的丈夫。罗伦站在珍的身边，什么话也没说，却哭了出来。

多年后，米尔特和太太珍要搬往别处去，在教会的送别会中，珍回想起那次意外。在米尔特受伤以后，有成百的人曾表达了他们的同情，好几十人曾帮助做饭和接送。当珍有事要办和需要休息时，也有一些人陪伴米尔特，但是珍却说，在那次苦难中她所经历的最有意义的回应，就是意外那天，罗伦的同声一哭。对珍而言，当她处在水深火热之中时，罗伦的感同身受比什么都来得意义重大。

把这两个小故事放在一起，也许可以让我们体会出一些如何爱人的道理。人们需要的是真心的同情和理解。人们最不需要的是虚情假意，客套。这也应了那句话：People don’ t care what you know, until they know that you care. 人们不在乎你懂多少关怀人或心理学的知识，人们在意的是你从心底里关心他（她）。（英宇博士）

法律顾问

作为被告医生在医疗事故调查中的应对策略



作者：海勒.左博（Hiller B. Zobel）
编译：宋一青博士

很多年来，垒球教练们都强调一个简单的原则：“看清楚球，打球。” 这个原则适当修正后，可以作为医生在作为被告或者作为专家，在审讯医疗事故的调查中被询问时候的指导：“明白问题，然后回答问题。”

上法庭经常会让医生感到非常头疼，身心俱疲。法庭程序设置奇怪，过程神秘。医生对于审讯的结果无法控制令人感到深深不安，对于一些用明显不科学的方法处理医学问题感到无可适从。

在法庭上，医生不仅仅是证人，而且是被告，他的压力明显增加。医疗事故的审讯经常就是由医生作为被告，但是开始时却作为原告的第一个证人。

没错，原告的律师经常把医生推到前台，几乎所有的州都允许，交叉询问（两面煎烤）倒霉的医生们。预审宣誓证词并不能够缓解医生的痛苦，证词对于法庭作证来说就好比粉刺霜对于皮肤移植一样。

任何時候，当医生作证时，无论是直接询问，还是交叉询问，最关键的就是要听清楚问题，搞明白问题，这一点特别是对于交叉询问就更加必要。毕竟，交叉询问时，一部分的律师的（合理）反对就是要让证人看上去不好，让他们感觉迷惑，觉得无知，或者想逃避。下面两个例子来自律师常用的把戏：

双向提问：“医生，您的诊断不确定，而您又刚刚见过病患，是吗？”（您是用一个“是的”还是“不是”来回答两个问题？）不确切的提问：“医生，您没有诊断骨折，是吗？”（如果回答“是的”代表什么意思？如果回答“不是”又代表什么意思？）

通过仔细倾听这些问题的措辞，你可以确切地知道，你到底明不明白这个问题，或者这个问题能不能被确切地回答。在遇到任何这两种情况，就要简单，平静，不带情绪地告诉对方。不要反问律师，这是法官应该做的。可以这样说：“对不起，这样的提问，我无法回答。”或者说：“这是两个问题。”

但是，如果问题问得清楚，就不要装作听不懂。如果明白了问题，就回答问题，用最简单，最合适的答案来回答问题。比如，问题是：“用了多少手术缝线？”就回答用了多少，而不是回答了数字之外再加上一些细节，比如病人的准备过程，器械的选择，诸如此类。

另一方面，如果问题是：“病人的状况如何？”，如果简单的回答“好”，是不够的。在这个时候，就有必要甚至必须，要加上细节，比如：“他的意识清醒，左臂的伤口流血，疼痛明显”。但是，记住，即使问题问得很具体，也没有必要将所知道的所有的外伤的知识作为回答。不要去询问别人的观点，或者将所有的情况做一个简要的说明。如同查尔斯。迪克森（Charles Dickens，一个法庭观察员）在 The Pickwick Paper 报纸上说的：作为证人说的太多，就象过分沉默一样危险。

当然没有一个证人能够做到百分之百完美。但是，好的证人，是遵守巴特的教诲(The Batter’s Mantra)和迪克森推论（Dickens Corollary）：听清楚问题，只是回答那个问题。

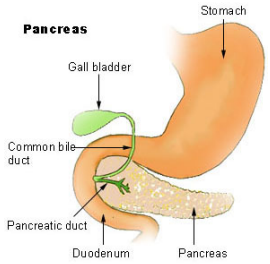
SPS 客座作者海勒.左博 （Hiller B.Zobel）是马萨诸塞州最高法庭的退休法官，他和医学博士斯蒂夫 罗斯（Stephen N. Rous ）合作写了著作《医生和法律，关键是如何看球》

CRICO是哈佛医学部拥有和为之服务的涉及病人安全和医疗事故的保险公司。策略部为健康系统，医院和保险公司提供循证风险管理软件解决和服务。 http://www.rmf.harvard.edu/index.aspx

医学论坛

乔布斯 与 胰腺癌





王晓春博士

这个季度人们见证了很多悲剧，而属苹果公司原总裁（仅卸任一个月）乔布斯之死尤其令人扼腕。科技巨人乔布斯（Steve Jobs） 一生战胜了无数对手和难题，却倒在了一个看不见的敌手-癌症的魔掌之中。乔布斯之死使人们都回想起他对科技界的贡献，确实，甚至我们这本医学杂志能在网上服务可能都凝结着他的思维成果，但是这里要说到的是完全不同的方面 – 他和胰腺癌的斗争。尤其是早在 2003 年在尚有手术机会的情况下拒绝手术而用替代疗法，包括中药，针灸等，结果拖延手术达 9 个月，最后癌症转移至肝等，使现代医学回天乏术的这段历史，让我们在领略这位在任何场合都要独立特行的思想者时，也对人生和医学的规律性多几分深邃的理解。

胰腺癌-死亡率 100%的极恶肿瘤

胰腺为人体重要消化腺，分为外分泌腺和内分泌腺两部分。外分泌腺分泌胰液通过胰腺管排入十二指肠，消化蛋白质、脂肪和糖；内分泌腺分泌对人体糖代谢性命枚关的胰岛素。

胰腺癌本不是常见恶性肿瘤，仅占人体所有癌瘤的 1～2%，然而高度恶性，病程极快。从发现到去世多只有 3-6 月。人类尚没有特效药。它病程短、进展快、且对放化疗不敏感。惟一有效手段是手术。然而胰腺癌早期无明显和特异的症状和体征，难以诊断，统计表明，胰腺癌患者确诊后平均存活时间仅为 3-6 个月，5 年生存率仅 0.4%~5%，約 90%的病人发现或已晚期且常已转移，或不适于手术治療，如此现代医学回天乏术。只有小于 9%的病人最终接受了手术，但也没有“幸运”多少：胰腺癌手术十分凶险复杂，涉及十几道工序和四个重要器脏，是所有外科手术中最难的，对手术医生的技能提出很高要求。即使手术成功也无法根除癌肿，通常扩散，由此手术后病人平均存活时间也不过 11~20 个月，其术后 5 年生存率为 7%~25%，几乎无治愈或自愈等奇迹之可能。

总体而论胰腺癌患者（非手术的和手术的）五年的存活率低於 5%，侥幸者如 Jobs 也最终会死于该病或其并发症，由此造成几乎 100%的死亡率。此种“一击必杀”的恶性已然超出经典杀手如肝癌（后者有相当的可手术率）等， 逐渐被专家认定为癌中之王，国际医学界更将其列为“21 世纪的顽固堡垒”。可以说当代医学对胰腺癌几乎是缴械投降，“治療”的目標主要是緩解症狀（palliative），提高存活时间或末期生活品質。

胰臟癌的发病率和分布

根據世界衛生組織报导，胰臟癌**在发达国家的发病率**約每十萬人有 7-10 人，高于其它地区。在癌症中排名第 13 位，人群死亡率在所有癌症中排名第八，在 2006 年美國大約有 32,000 人，歐洲地區有 60,000 人罹患。男性多于女性 2-4 倍、城市人多于农村人、吸烟者明显高于未吸烟者。年龄多集中在 40-70 岁，但近年有年轻化的趋势。

病理上胰臟癌的病人大約 90%以上都是屬於腺癌（adenocarcinomas），另外少數是胰島細胞的神經內分泌腫瘤（NET, Neuroendocrine tumor）。

最近死于胰腺癌的名人加拿大免疫学专家沃尔夫·斯坦曼（Ralph Marvin Steinman）则在 4 年前被诊断患有胰腺癌，但他利用自己设计的以树突细胞（dendritic cells）为基础的免疫疗法研究如何增进人体的免疫功能，并成功地延长了自己的寿命。而正是这一发现，让他获得了 2011 年诺贝尔生理学或医学奖的一半。他最终于领奖前 3 天去世，与乔布斯的行动恰成对照：他们都自以为是，以自己的方式而不是“规范”方法面对病魔，但乔布斯缩短了寿命，而斯坦曼则延长了， 但都没逃过死神。 其他不幸者还包括男高音歌唱家帕瓦羅蒂，香港明星沈殿霞等。



需指出乔布斯在胰腺癌患者中较为幸运之人。事实上，乔布斯所患，并非通常意义上的胰腺癌，而是胰岛细胞神经内分泌瘤，其恶性度相对较低。据了解，胰岛细胞神经内分泌瘤手术后如果不发生转移，5 年的存活率超过 60%。然而由于各种因素，包括他自己的选择，死神最终光顾了他。下图的近照可见病魔已经使他骨瘦如柴。谁能想象，就在这样的状态下，这个大脑紧张的工作了 7 年，成就了他的一代英名。

胰腺癌病因和危险因素

遗憾的是人类至今未能发现明显病因，和其他许多病患一样我们只能分析危险因素并努力预防。

1．吸烟：吸烟者发生胰腺癌的危险性约为非吸烟者的 2 倍，且发病年龄提早 10-15 年。又一些研究也将过量饮酒列在其中。

2．饮食：饮食结构可造成有意义的影响。不良饮食对胰腺的致癌作用可能是通过胰腺内部代谢环境的变化或通过血液运送致癌物，或兼而有之。

3．职业和环境： 有研究表明在暴露于农药的职业中可升高胰腺癌的危险性，农民和面粉厂工人中危险性升高，也可能与农药中毒有关。

4．疾病史：少数慢性胰腺炎可演变成胰腺癌。一些流行病学研究已经发现了糖尿病与胰腺癌间的统计相关性。据报道有 60% -81%的胰腺癌病人表现糖耐量降减或呈现糖尿病。但其间的因果关系尚未知。

5．**家族史**：一项全人群胰腺癌病例对照研究表明，7.8% 的病例有家族史，而对照有家族史的仅 0.6%。

胰腺癌先期症状和诊断

胰腺癌常常在不知不觉中发生且无意被发现。早期表现是上腹部不舒服，之后发展非常迅速，数月内造成死亡。由于缺乏明显和特异症状，且胰腺的生理位置较深，且现有的影像学检查手段难以找到非常敏感的肿瘤标记物，因而胰腺癌的诊断较为困难，一般确诊时已到了晚期。然而早发现又是胰腺癌治疗预后效果较好的决定条件，因而为及早诊断，对胰腺癌高危人群如吸烟者、有暴饮暴食习惯者、喜好油腻食物者和有家族史者等进行重点检查十分重要。

中期后臨床表現症狀則是上腹疼痛、體重減輕、進行性的黃疸（佔 50%）。有下列情况时，须严加防范：50 岁以上男性、有吸烟酗酒史；近期体重下降；原因不明的上腹部及后背部疼痛；经上部及下部消化道造影检查，难以解释的消化道症状；无家族史和肥胖而急骤发生的糖尿病；难以用胰腺炎来解释的胰酶类的变化；慢性胰腺炎患者。

令人恐怖的增长趋势

胰腺癌的恶性早已为人们熟知，但好在多年来一直呈现的低发病率，未引起医疗界“谈癌色变”的效果。然而近年来发病率呈现令人们惊忧的增长。 在最近 30 年来发病率在西方国家已经上升了 7 倍，成为肿瘤死亡的第 3 位。在美国胰腺癌的年发病率约为 10/10 万人，病死率上升到占所有恶性肿瘤的第 4 位。

在中国,它也从上世纪 60 年代的 15 位上升到 90 年代的第 6 位。以上海市为例，胰腺癌年发病率及死亡率分别为 10/10 万和 9.4/10 万，与美国相当，位列肿瘤发病率及死亡率的第 8 位和第 6 位。科技进步远跟不上病魔的脚步，2008 年，美国 34290 死于胰腺癌，新发病例 37680 人，尽管接受了现代医学的治疗，仍有 90%的病人在诊断后一年内死亡[5]。已有专家认定，他已经在发病率和其它特性上全面超越肝癌（后者的治疗则有相当的突破）而登上“癌王”的恐怖宝座。

是什么导致这种增长？可否阻止和预防这种变化？部分专家分析了多重有同样增长的疾病，如自闭症，糖尿病及其它癌症提出假设：这不妨说是又一个“世纪之病”，是生存环境快速恶化和人类生活模式发展的产物。快速排泄和积累的辐射暴露和化学毒物无所不在，无处逃遁，而大量的脑力工作如长期久坐计算机旁（乔布斯的写照）常打手机电话的很可能是这种增长的终极原因。

人类的绝地反击

置之死地而后生。坚韧不拔永不认输是人类的本性。目前人类确已获得一些初始的成果。

人类必须致力于医疗科技的长足进步。目前分子靶向治疗成为研究的热点之一，与 EGFR 相关的分子靶向药物在临床研究中的结果很鼓舞人心，据信会有越来越多的药物为胰腺癌的治疗开辟广阔的前景。新近的荟萃分析结果显示，吉西他滨联合铂剂在选择性的应用时，可以延长胰腺癌患者整体生存期。[1,2] 另外，GV1001 作为一种末端转移酶肽疫苗，在进展期胰腺癌的治疗中也引起了学者的关注，[3] 有报道称其在治疗不可切除的胰腺癌时，患者中位生存期为 8.6 个月。中医专家也在积极研究可否将毒癌转化为不毒的良性肿瘤，并争取长期“带瘤生存”。

我们固然要指望科技进步，但我们也不能等待。虽然人类尚不知病因，因而无法有效预防，然而许多做法可以使我们离它远一点。首先，控制吸烟是降低胰腺癌发病率最重要的措施，增加新鲜蔬菜和水果摄入，摄取营养均衡的饮食，保持正常体重，也可降低胰腺癌危险性。胰腺癌预防的关键是改变不良工作和生活习惯。人生积极乐观，谨慎持平。不时空腹排毒。膳食上不吃烧焦和烤糊的食品，少吃高油脂多盐的食物，注意保持谷类、豆类、甘薯等粗粮作为膳食的主体；新鲜蔬菜和水果必不可少，每天在饮食中增加纤维类、胡萝卜素、维生素 E 和必要的矿物质；一定要控制肉类等动物性食物和油脂的摄入；适量饮酒；控制食盐摄入；生活讲究规律，杜绝暴饮暴食，相信躲开胰腺癌这个恶魔的可能性就会大大增加。





[参考文献]
1. Heinemann V, Boeck S, Hinke A, et al. Meta - analysis of randomized trials : evaluation of benefit from gemcitabine - based combination chemotherapy app lied in advanced pancreatic cancer. BMC Cancer. 2008;8(1):82.
2. Bernhardt S L, Gjertsen MK, Trachsel S, et al. Telomerase peptide vaccination of patients with non - resectable pancreatic cancer: A dose escalating phase I/ II study. Br J Cancer. 2006; 95(11):1474-1482.
3. Buanes T, Maurel J, Liauw W, et al. A randomized phase III study of gemcitabine (G) versus GV1001 in sequential combination with G in patients with unresectable and metastatic pancreatic cancer. J Clin Oncol. 2009;27: 4601.

健康指南

关于糖尿病的一些错误观念



张应元博士

糖尿病是危害极大的慢性疾病。在糖尿病患者中，治疗易、坚持难的现象十分普遍。许多患者由于对糖尿病认识和治疗存在误区，不能坚持科学治疗，不能有效控制血糖，引起心、脑、肾等脏器病变。一般来说，这些错误观念有：

错误观念 1：糖尿病可以一次性治愈。糖尿病是一种全身慢性进行性疾病，除少数继发性糖尿病外，原发性糖尿病是终生性疾病，是不能根治的。但只要把血糖控制在正常的范围内，患者同样可以享受长寿的人生。另外一些媒体广告宣传运用祖传秘方可一次性根治糖尿病，这是不科学的。所以不要相信此类不负责任的广告。

错误观念 2：注射胰岛素会产生长期依赖。胰岛素不是毒品，不会导致依赖。临床上有些患者怕打胰岛素。其实胰岛素治疗能有效控制血糖，保护胰岛功能，防止或延缓并发症，而且副作用小。有些患者胰岛功能破坏比较严重，不注射胰岛素已不能控制血糖。还有些患者不适合口服药物治疗，这时候使用胰岛素治疗就是必须的了。现代医学发现，当血糖过高时胰岛贝塔细胞就不能分泌胰岛素，因此需要注射胰岛素，让血糖逐步降低，使贝塔细胞功能得到恢复。待病情稳定后，可以停用胰岛素，这不会产生依赖。

错误观念 3：血糖得到控制后治疗就可以停止了。糖尿病是慢性疾病，治疗周期长。有的患者一次血糖检查正常就擅自减用药量，甚至停药，这会导致血糖再次升高，也因血糖的不稳定会对身体各个脏器带来严重影响。若病情长期稳定，可在专业医师的指导下逐步调整用药量及次数。

错误观念 4：糖尿病人不宜多运动。由于这个认识误区，不少糖尿病人一旦得病，什么运动都不敢做了。其实运动时治疗糖尿病不可缺少的环节，适量而定期的运动能增强体质，改善健康状况，不仅可以降低血糖，还能减轻患者服药的剂量。适应于糖尿病人的运动又慢步走、保健操、老年迪斯科、太极拳等，或适当干些家务。运动要能持之以恒，运动量不宜过大，不要过于劳累。

错误观念 5：糖尿病患者不能吃水果。水果中有丰富的维生素、矿物质、纤维素，对糖尿病人很有益处。糖尿病人可以吃水果，但不能滥吃，要适量，病情危重时除外。吃水果时最好是空腹，切忌饭后立即使用水果。选择少糖水果，如不太甜的西瓜、草莓、柚子等。

错误观念 6：控制饮食就是盲目节食。这样会使全身各脏腑器官处于营养缺乏状态，表现为全身乏力，下肢更为明显。正确的营养饮食治疗应协调三大营养物质的比例，其中碳水化合物占 50-55%，蛋白质 15-25%，脂肪 30-35%。饮食应以优质蛋白质及动物蛋白（牛奶、鸡蛋、瘦肉）和粗纤维食物（蔬菜）为主。水果并非都不能吃，除了哈密瓜、香蕉等含糖分高的水果外，其他一些含糖量少、水分多的水果如苹果、杏子、不太甜的西瓜、橙子都可以适当食用。

错误观念 7：吃了药或者用了胰岛素把血糖降低了，就安全了。这种观点是错的，糖尿病人不但要控制好血糖，还要控制好血压、血脂、血液粘稠度等。糖尿病与长期饮食过多、肥胖、华东减少、酗酒等因素有关。除了药物治疗外，在生活上进行合理调整，控制饮食、坚持适当体育运动都是很重要的。

错误观念 8：感觉良好时，血糖检测就免了。准确全面的血糖记录是医生观察治疗效果和调整用药的关键依据。如果不重视血糖的检测，身体感觉不适了才想起查一次血糖，医生在观察治疗效果和调整用药时就会缺乏必要的依据，因而不能发挥最佳治疗效果。

错误观念 9：老年糖尿病人只要查查尿糖就行了。老年人应该对尿糖、血糖同步监测，才能正确反映体内血糖水平。由于老年人肾脏老化，功能减退，肾小球滤过的糖量减少，所以即使是尿糖阴性，血糖也可能很高。另外，当低血糖出现时，尿糖也可能测不出来。

错误观念 10：吃有降糖作用的食物可以代替药物。许多患者认为南瓜、苦瓜等有降糖作用，吃了这些食物后，甚至可以把药物停掉，这是非常危险的。糖尿病患者应该遵循医嘱，坚持服药。

错误观念 11：得了糖尿病就不能吃水果、糖或点心了。糖尿病患者能吃什么、不能吃什么是相对而言的，没有完全不能吃的东西，也没有一定能吃的东西。其原则是吃了以后不会导致血糖大幅度上升。因此要注意每次的摄入量不能太多、不能太甜。

豢养宠物与健康

王晓春博士

说起豢养宠物不以为然的人士为数不少。虽然动物助人救人的事例时有报道，也有专门的驯狗中心使向导狗成为盲者和老人的生活必需。但似乎只是少数人的事情。然而据美国政府`权威性的疾病防治中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）最近的公告，豢养宠物对普通人群确有诸多健康好处。家有一猫，足可驱鼠害，却瘟疫。与其交往，可以降血压，消胆固醇，减少独居人员的孤独感，提高生活健康品质。如果说以上属于常识，那么它还有至少以下三个好处。

其一，宠物本为野生动物，天性向往大自然，喜好出门散步，奔跑原野，不然就会焦躁不安，情绪萎靡，你若是有爱心的主人会“被逼”经常外出锻炼，若手脚灵便还会跟宠物来场友谊比赛（不过你多半会输）。



其二，增加您的社交面，促使您更多地和别人交往。这一点似乎费解，既然豢养宠物让你减少孤独感，岂不是会减少你的社交需求和时间使你更加内向吗吗？而且和宠物“交往“总是要花时间的呀。事实上，养宠物并非易事，您也需要不断交流信息，分享喜乐，由此当您带宠物出门散步时多一份话题和乐趣，结果您很快发现您交上了一批素质不差的“狐朋狗友”。

其三，最重要,宠物通人性，这不是传言或可能，而是事实。它们不同于玩具娃娃或电子游戏。它们会带来其它方式不可替代的心理促进和治疗作用，如交往得当可增进精神健康。宠物比人“弱”，多方面需人帮助方可健康生存，这就促使豢养者发展专注力和爱心。近年盛行的动物治疗法用以治疗或改善自闭症患者，获得显著功效。看来人类要健康发达，不仅在人群内需消弭不和，倡行和平，还要和广大动物共生共存，同享生命。

运动减肥是因为运动消耗了脂肪吗?

王晓春博士

锻炼减肥为人热衷，但很多人包括认为这是因为锻炼烧掉了脂肪。一些营养师和“学者”乐此不乏，甚至推出公式，诸如跑多少路可以“烧掉”多少脂肪云云。此说有大误。其结果将会是很让人懊丧的。

脂肪的燃烧值很高，达每 1 克脂肪合 9 千卡热量。不妨估算一人慢跑 1 公里需耗费 70 千卡，即 8 克脂肪。

若按 5 公里一天的运动量来估算，一天只消耗 40 克，需坚持近一个月方可成功减重 1 公斤。然而 5 公里一天的运动量不是很多人可以长期坚持的。尤其错误的是，复杂的人体功能是不可能被如此摆弄的，如个人用这种快速损耗的行为，多半会刺激食欲并增加储存以弥补这一“意外”损耗，就像人体大失血后造血器官会不惜代价补偿一样。

那么运动健身就没有道理吗？有，但不是因为“烧掉”脂肪。

人体储存脂肪是为了防备饥荒和寒冷，是人体（包括动物界）应对复杂生存环境的优良功能。而在富庶环境储存过多进而肥胖，其真实原因并不是吃得太多（但可算是诱因）而是因为机体的生理判断及食物营养的控制系统发生障碍，它使人体处于持续的生存危机之中不断积累脂肪。如此原因不除，哪怕侥幸除掉部分脂肪（如手术）这一系统也会很快补偿回来。除非不吃不喝，但如此机体会彻底紊乱直至崩溃，万不可出此下策。

而合理有效的锻炼，有时需附以医疗，正是可以机体重新康复，包括锻炼强化神经调控系统恢复健全功能，并做出正确判断-机体已然过于肥胖，不应囤积脂肪反要排出。由机体自己完成减肥任务。这才是运动减肥的正确机理。

由此想到了自负的人类常犯的其它错误。病人精神萎靡有自杀欲念便补充外源性吗啡使其恢复积极“人生观”，全然不顾当外源物质消耗后病人将陷入更绝望的境地。老人血液粘稠便鼓励多喝水，而不去追寻为何机体排水过多。有人著述说当代人酸性体质居多，是因为食用过多酸性食品，他号召多吃碱性物质，将健康的碱性体质“吃回来”。按此说法，许多人爱吃绿色蔬菜可能吃成“绿人”，多吃黑米就吃成“黑人”了。

人体是为复杂有效但也常出故障的机器，我们要做的是不断敲打完善促使它的各个部件发挥自我修复的功能，事半功倍。而不是越主代庖，代替它去行使功能。我们既不必做，也做不到。

专题讲座

认识糖尿病



我们日常饮食中，通常包括糖、脂肪、蛋白质等三大营养物质。我们平时所吃的米面类主食，经消化后，均以葡萄糖的形式吸收入人体血液中。在体内，有一种由胰腺组织中的胰岛贝塔细胞所分泌的激素，能促进葡萄糖氧化产生能量，叫做胰岛素。如果人体内胰岛素的生成量减少，或者胰岛素的作用减弱（相对减少），将导致血液中的葡萄糖不能有效利用，而使血糖升高，尿液中检出糖，这就是糖尿病（diabetes）。

糖尿病是由遗传因素、免疫功能紊乱、微生物感染及其毒素、自由基毒素、精神因素等等各种致病因子作用于机体导致胰岛功能减退、胰岛素抵抗等而引发的糖、蛋白质、脂肪、水和电解质等一系列代谢紊乱综合征。临床上以高血糖为主要特点，典型病例可出现多尿、多饮、多食、消瘦等表现，即“三多一少”症状，糖尿病患者的血糖控制不好会引发并发症，导致肾、眼、足等部位的衰竭病变，严重者会造成尿毒症。

糖尿病是一种以糖代谢紊乱为主的全身性慢性疾病，也是当今世界仅次于心血管病和肿瘤的第三大影响人类健康和生命的疾病。世界卫生组织（WHO）于 1980 年修订的分类标准中，将糖尿病分为四类：

1. 胰岛素依赖型（又称 I 型糖尿病），多发生于青少年，因胰岛素分泌缺乏，依赖外源性胰岛素补充以维持生命，通常得病年龄在 30 岁之前；
2. 非胰岛素依赖型（又称 II 型糖尿病），一般得病年龄在 45 岁以后；
3. 妊娠期糖尿病；
4. 其他类型糖尿病（又称继发性糖尿病）。

临床上前两类较多见，后两类较少见。近年来一些学者发现 II 型糖尿病患者中，约有 10%的病人具有 I 型糖尿病的某些特征，且可能演变成 I 型糖尿病。有人主张将这些病人称为 1.5 型糖尿病，或成为成年晚发性自身免疫性糖尿病。

11 月 14 日是联合国糖尿病日。现在世界上每 10 秒钟就有一名糖尿病人死亡。到 2050 年，全球糖尿病患者人数将达到 3.8 亿。糖尿病虽为慢性病，但其危害及蔓延速度已在许多传染病之上。

糖尿病不会传染，肥胖的人、代谢症候群者、不良饮食习惯、缺少运动、不当服用抑制糖尿病药物、长期大量喝酒或服用类固醇的人、家族遗传、年纪大的人容易得糖尿病。

糖尿病不能根治，但适当的治疗可获得满意的控制。

人类对糖尿病的认识经历了漫长的历史。三千五百年前的古埃及就有关于糖尿病的记载。糖尿病的英文 Diabetes 是由希腊文单词‘吸管’演化而来。原意指的正是糖尿病的两种主要症候：经常觉得口渴以及排尿量增加。中国最早的医书《黄帝内经素问》及《灵枢》中就记载了“消渴症”这一病名。汉代名医张仲景《金匮要略》之消渴篇对“三多”症状亦有记载。唐朝初年，中国著名医家甄立言首先指出，消渴症患者的小便是甜的。

虽然人类对糖尿病的记载很早，但是直到十七世纪，才有人知道糖和糖尿病有关。当时是威利和都布生两位科学家第一次发现糖尿病患者的血清和尿液中都含有糖分。而后，大约在 1815 年，一位法国化学家雪罗确认糖尿病患者的尿中的糖分是葡萄糖。半个世纪后，1869 年，德国病理学家保罗兰格发现胰脏有些不规则的小岛型组织，其组成细胞比一般分泌细胞小，后人为了纪念他的这项重要发现，将胰脏内这些分泌组织命名为“兰氏小岛”。

在保罗格兰发现兰氏小岛的 20 年后，米林等人发现，若将动物的胰脏切除，动物就会产生糖尿病。这是医学界才将胰脏和糖尿病联系起来。大约在 1921 年发现胰岛素，1922 年第一个病人接受胰岛素治疗。当时消息惊动全球，许多人预言人类将完全脱离糖尿病的噩梦。但不久医学界就发现，胰岛素仅能控制部分糖尿病患的问题，其他非胰岛素依赖型病人的血糖控制仍然问题重重。到了 1960 年代，临床发现，虽然使用了药物，但糖尿病患者饭后血糖仍会明显上升。德国拜尔药厂的研究人员推论，若能抑制病人体内负责碳水化合物吸收的酶，可以控制饭后血糖浓度上升。经过多方面的探索，有人发现小麦粉中有内因性抑制剂。拜尔的研究人员于是到超级市场买了一袋小麦粉，几周后果真萃取出第一个抑制剂。但是这个抑制剂表现不佳。研究小组又在面粉中摸索了十几年，后来将焦点转到微生物，直到 1973 年才从微生物确认出一组有效的抑制剂，成为卅年来第一个新糖尿病制剂。这种被拜尔命名为糖禄锭（Glucobay）的葡糖堂妹抑制剂，主要用在非胰岛素依赖型糖尿病，但一般不建议对小于 18 岁的病患及譬如妇女使用。

预防糖尿病

糖尿病在早期多无明显症状，一旦出现慢性并发症则已进入中、晚期。绝大多数糖尿病是第 II 型的，过去被视为老年病，但是现在青壮年病患，特别是三、四十岁的白领越来越多。究其原因，生活和工作的压力大是重要因素。压力大时，人体分泌压力激素，刺激血糖上升，使人产生能量、更具爆发力，应付繁忙的事物。这种情况若经常发生，血糖就会居高不下，久了就会发生糖尿病。糖尿病初期多半没有明显症状，许多人便掉以轻心。而且这些中青年糖尿病族群，因为忙于事业，往往忽略规律运动、饮食控制、按时服药，病情常控制得比老年病患还差。

糖尿病是可以预防的。糖尿病是一种非传染性疾病，虽然有一定的遗传因素在起作用，但是其关键作用的是后天的生活因素和环境因素。因此糖尿病的预防必须从多层面、多角度去考虑。在具体实施时要坚持持久战。糖尿病的预防可以构筑三道防线，在医学上称之为三级预防。

一级预防是指最大限度地减少糖尿病的发生率。热量摄取过多、营养过剩、肥胖、缺少运动时发病的重要原因。而这些原因和人们的饮食观、生活方式息息相关。众所周知，改变人的观念和生活习惯是非常不容易的，除了认识到问题的严重性以外，还需要极大的决心和毅力。热量摄入适当，低糖、低盐、低脂、高纤维、、充足的维生素是预防糖尿病的饮食原则。对体重进行定期检测，将体重长期维持在正常水平。保持适当的运动。运动不但可以消耗多余的热量，维持肌肉力量，而且能提高充实感和欣快感。戒烟和少饮酒。戒掉一切不良生活习惯。

二级预防是在早期发现糖尿病后进行积极的治疗。要定期测定血糖、血脂、血压、心电图。凡有糖尿病蛛丝马迹者，如皮肤感觉异常、性功能减退、视力减退、多尿、白内障等要仔细鉴别，以期尽早症断，争得早期治疗的可贵时间。一旦确诊糖尿病，就要树立终生与之斗争的观念。要调动饮食、运动、药物的手段，将血糖长期地平衡地控制在正常或接近正常的水平。

三级预防的目的是延缓糖尿病们性并发症的发生和发展，减少其伤残和死亡率。要密切监测糖尿病的慢性并发症，尽量做到早期发现、早期预防、早期治疗。因为早期并发症在一定程度上是可以治疗的，甚至是并发症消除，功能恢复正常。

睡眠不足的人患糖尿病或血糖受性受损的危险性会提高。对1486 名 53-93 岁的人进行问卷调查后发现，和每晚睡 7、8 小时的人相比，睡不到 5 小时者得糖尿病的危险是 2.5 倍，睡 6 小时者是 1.66 倍，睡 9 小时以上是 1.79 倍。葡萄糖受性受损的危险提高比例依序是 1.33、1.58、1.88 倍。不过失眠对葡萄糖含量的影响不大。

树立正确的饮食观、采取合理的生活方式，可以有效地降低糖尿病的发生率。预防糖尿病的饮食原则是低糖、低盐、低脂、高纤维、高维生素。对体重进行定期检测，将体重长期维持在正常水平，经常运动。戒烟少饮酒。

定期检测血糖，尽早发现无症状型糖尿病。一旦发现糖尿病的蛛丝马迹，如皮肤感觉异常、性功能减退、视力不佳、多尿、白内障等要及时去测定血糖，以期尽早症断。

有糖尿病家族史、高血压、冠心病、高血脂、肥胖、高胰岛素血症、饮食不当、嗜好酒，这些人是糖尿病的高危人群，更要重视预防糖尿病。

糖尿病的出现一般都有一个漫长的发展过程，包括遗传易感-胰岛素抵抗（高胰岛素血症）-糖耐量异常-临床糖尿病四个阶段。在各个阶段是以适当的干预均可阻止糖尿病发生。所以对糖尿病的预防比治疗更重要。糖尿病的预防措施主要有：

1. 控制饮食以减轻胰岛负荷。

2. 增加体力活动促进血糖的代谢和分解，提高靶细胞对胰岛素的敏感性。

3. 去除一切诱发糖代谢紊乱功的因素，防治相关疾病如甲亢等，针用或禁用如皮质激素等药物。避免各种生理和心理刺激，如手术、创伤、长期或严重的精神负担，戒除不良生活方式如酒、熬夜。

4. 定期检查餐后和空腹血糖、尿糖，早期发现、早期治疗。

认识糖尿病的致病因素：

- 缺乏身体运动：经常作适当运动有助体内糖分的消耗。
- 不合理饮食：饮食中的高脂肪、高热量直接造成身体脂肪堆积，成为糖尿病主要诱因。
- 精神紧张：工作或生活压力，精神长期处于紧张状态，造成肾上腺素分泌过多，从而引起血糖、血压持续增高。
- 糖尿病家族史：有糖尿病家族史，患糖尿病的概率比正常人大。
- 吸烟：吸烟会引发改变体内脂肪分布，对胰岛贝塔细胞产生毒害作用而引起糖尿病。
- 长期接触化学品、放射性物质或胰腺受到外伤损害者：因胰岛功能遭到破坏而发生糖尿病。
- 反复感染病毒者：病毒感染损伤胰岛贝塔细胞而发生糖尿病。病毒感染是 I 型糖尿病的主要诱发因素。其原因是病毒感染可引起胰岛炎，导致胰岛素分泌不足而产生糖尿病。另外，病毒感染后还可使潜伏的糖尿病加重而成为显性糖尿病。
- 大多数 II 型糖尿病患者体型肥胖。人体肥胖时脂肪细胞膜和肌肉细胞膜上胰岛素受体数目减少， 脂肪细胞变得肥大，脂肪细胞膜上的胰岛素受体密度变小，对胰岛素的敏感性降低，使细胞对胰岛素的敏感性下降，导致糖的利用障碍，使血糖升高而出现糖尿病。
- 雌激素在妊娠时水平增高，雌激素可引起胰岛 β 细胞破坏，同时又有对抗胰岛素的作用，因此多次妊娠将可能诱发糖尿病。
- 遗传和环境因素有：遗传因素、空气污染、噪音、生活竞争之能够的心理压力等，这些均可诱发基因突变。突变基因达到一定程度即发生糖尿病。糖尿病与遗传关系密切，根据研究，母系遗传高过父系。
- 肥胖不是糖尿病的惟一致病原因，但是体制指数 BMI 在 30 以上者，得糖尿病的危险提高十倍，BMI 连续 10 年在 35 以上者，得糖尿病的危险是正常体重者的 80 倍。
- 睡眠不足的人患糖尿病或血糖受性受损的危险性会提高。对 1486 名 53-93 岁的人进行问卷调查后发现，和每晚睡 7、8 小时的人相比，睡不到 5 小时者得糖尿病的危险是 2.5 倍，睡 6 小时者是 1.66 倍，睡 9 小时以上是 1.79 倍。葡萄糖受性受损的危险提高比例依序是 1.33、1.58、1.88 倍。不过失眠对葡萄糖含量的影响不大。

及早发现糖尿病的症状：

- 多饮：引水量和饮水次数都增加。
- 多尿：尿的次数和尿量都明显增加，24 小时内可有 20 多次。尿液泡沫多，尿渍发白、发黏。
- 多食：进食后无饱腹感，造成进食次数和进食量都明显增多。
- 消瘦：体内葡萄糖利用减少，脂肪分解增加，蛋白质合成不足，引起消瘦。如有多尿症状，体内水分的丢失更加重消瘦症状。
- 打鼾会引起糖尿病。打鼾是一种病理现象，可引发糖尿病、高血压、冠心病、内分泌紊乱等多种疾病。睡眠呼吸暂停综合症俗称鼾症。如果口或鼻气流停止至少 10 秒，每小时睡眠呼吸暂停次数超过 5 次以上就可确诊。鼾症与糖尿病的关系非常密切，是糖尿病的独立危险因素。一方面，鼾症患者在夜间容易缺氧，引起神经内分泌紊乱，使患者血糖升高而引起糖尿病。另一方面，鼾症可造成患者体内胰岛素对集体的亲和力下降，降低机体对胰岛素的敏感性，长生胰岛素抵抗。同时，由于代谢功能紊乱，脂肪的合成明显大于分解，致使鼾症病人易肥胖，使胰岛功能相对不足，这些都大大增加了糖尿病发生的机会。如果鼾症和糖尿病同时存在，应该积极用呼吸机或手术治疗，纠正缺氧，使血糖降低，恢复胰岛素的敏感性和正常的糖代谢。
- 男性腰臀围比例与荷尔蒙变化有关联，可以作为侦测糖尿病的警讯。这个比例超过 0.9 时最好检测是否有糖尿病。
- 当皮肤出现不痛不痒的棕黑色斑块时，要注意是否为糖尿病警讯。好发于胖子颈部、腋下、乳房下面、肚子的游泳圈、腹股沟、臀部股购等皮肤皱褶处，不痛不痒，极易忽略。

糖尿病的并发症

糖尿病很容易并发其他慢性病，特别在血糖控制不良的情况下会发生并发症，且易因并发症而危及生命。**急性并发症**包括昏迷、意识混乱、休克、糖尿病酮酸中毒、高血糖非酮体酸中毒、低血糖反应等，**慢性并发症**包括冠心病、肾脏病、视网膜病变、

末梢血管病变、神经的损害、血管病及伤口溃疡、对病菌的抵抗力减弱等。

糖尿病患死于糖尿病者不多，死于慢性并发症者超过 2/3。罗患糖尿病的人，心血管疾病死亡率是一般人的 2-4 倍。除了车祸、受伤截肢之外，最常将膝盖以上或以下截肢，以糖尿病人最多。在美国，**失明**的人数中，以糖尿病人最高。90%糖尿病患高血压，大血管病变有三高，高血糖、高血脂、高血压。糖尿病不只是要控制血糖，血压高会造成心血管疾病，比血糖还重要。因为 90%糖尿病属第二型糖尿病，会并发高血压，容易发生大血管病变。

糖尿病可能导致**慢性腹泻**，其原因是自主神经损害导致肠胃功能紊乱。自主神经对高血糖很敏感，过多的葡萄糖代谢异常可引起神经病变。此外尤其是老年人常见的的动脉粥样硬化以及细小血管增厚、管腔变窄等，使神经系统的血液供应发生障碍，也是糖尿病引起自主神经病变的原因。糖尿病引起的腹泻常在夜里或餐后发生，病人多有身体消瘦表现，服用抗生素无效。久而久之这些病人会发生营养不良性贫血。因此中老年人一旦出现慢性腹泻，不要掉以轻心，而应该到医院看内分泌科进行大便常规、钡剂灌肠、纤维结肠镜、直肠镜，以及空腹血糖、糖耐量、及尿糖检查，以防隐匿性糖尿病漏诊。

脑梗塞是中老年糖尿病人常发生的一种并发症，据统计，中老年糖尿病患者中约有 5%会因此而促发中风。因为糖尿病患者的高血糖、高血脂、高血粘稠度现象导致血流缓慢，加上中老年人身体各器官趋于老化，往往发生动脉硬化，而者互为因果，造成中老年糖尿病患者血栓形成而引发脑梗塞。中老年糖尿病引发的脑梗塞一种小梗塞多见，临床表现不典型，起病缓慢，比表现为无力、肢体麻木，易与周围神经病变混淆。中老年糖尿病引起的梗塞还有发福发作的特点，这将引起脑细胞受损，使患者出现忧郁、记忆力明显衰退、精神异常、表情淡漠、行动迟缓、痴呆等现象，很容易被误认为精神病而得不到及时治疗。所以当中老年人出现智力、精神、或语言障碍，即使无糖尿病史也要及时、反复择定血糖、尿糖。有的患者在血糖升高之前可能已有脑梗塞发生，则应做脑部 CT 或磁共振检查，其阳性率可达 90%以上。

冠心病是糖尿病的一种主要并发症，是糖尿病死亡的主要原因。糖尿病患者的冠心病发病率高，进展快。发病率女性化高于男性。患者大多数没有心绞痛。即使发生心肌梗塞患者也可能没有心前区疼痛，只是表现为恶心、呕吐、心力衰竭。如果不及时治疗，患者会出现生命危险。冠心病伴随着糖尿病而生，无为因果、互相干扰，造成治疗上的困难。尤其是心力衰竭时，容易产生酮症酸中毒。严重的低血糖可以诱发心肌梗死。由于心肌存在病变，抗心理失常的药物不能发挥正常作用。所以对于糖尿病患者，控制血糖指标，密切观察，争取早期发现和控制冠心病的发展使极关重要的。在生活中要注意以下一些问题：

1. 在休息的时候感到心慌，起立后头昏时，除了警惕低血糖外，还要注意心脏自主神经病变，特别是体位性低血压。
2. 当感到脖子酸痛、牙痛有没有龋齿、咽痛、或胃痛时，不要忽视了冠心病的可能。
3. 当一贯居高不下的血压突然减低到正常时，如果并不觉得轻松，没有食欲、憋气，则应注意心脏功能。

糖尿病的**眼部并发症**包括屈光改变、眼睑疖肿、睑缘炎、上睑下垂、结膜动脉瘤、结膜下出血、角膜后色素颗粒沉着、虹膜睫状体炎、全葡萄膜炎、糖尿病性白内障、糖尿病性视网膜病变、玻璃体出血及机化、继发性视网膜剥离、视神经炎、视神经萎缩等，所有这些都将严重危害视力，甚至失明。在糖尿病的发生发展过程中，眼睛的大部分组织都将受其影响，会产花生不同程度、不同症状的各种病变，所以要及早做好预防。得了糖尿病以后要及时进行治疗，将血糖空者在正常范围，同时注意生活调养，保持心情舒畅，参加适度的体育锻炼（如散步、拳操等），避免劳累，尤其是脑力和严厉的疲劳。控制饮食，定期检查，争取早期诊断、早期治疗。

调查资料显示糖尿病人的**视力**丧失的机率是正常人的 50-80 倍。其并发症包括角膜异常、青光眼、虹彩新生血管化、白内障、视神经病变、糖尿病视网膜病变等，这些并发症几乎都会造成视觉能力的丧失。罗患糖尿病五年以上的病人，患第一型糖尿病者一孕妇等，比较容易发生视网膜病变。这类患者必须定期检查眼睛方面的变异情况。

值得注意的是，I 型糖尿病，或称幼年型糖尿病，IDDM，为胰岛素依赖型糖尿病，并发**视网膜**病变更为严重。根据统计，经过 15 年追踪，I 型糖尿病患者中近半发产生黄斑部水肿或纤维组织增值，若不及早接受玻璃体切除，可能双眼同时失明。因此，任何糖尿病患者在确诊后，应做好血糖控制，并避免并发高血脂，要定期接受视网膜检查。

糖尿病患者不要忽略**神经**病变腕遂道政后却极多发性神经炎的发病率，糖尿病人使正常人两倍以上。腕遂道症候群并发的原因是因为通过手腕郑重的神经受到压迫。主要症状是第二、三、四根手指尖会发麻、发痛，尤其在夜深人静或凌晨时，镇转会加剧。患者一大资源及经常需要用到碗里的建筑工人居多。多发性神经炎则是多条神经出现病变，从神经末端的脚趾或手指尖开始向躯体蔓延。许多病人没有对并发神经病变加以提防，甚至没有察觉自己已经的了糖尿病，以致出现腕遂道症候群后，必须接受手术治疗。所以建议病人平时注意血糖控制，以免血糖抬高影响血液循环及神经通路。

糖尿病人发生**高血压**的比率要高出正常人的 1.5-2 倍，同时对心、脑、肾的损害远远大于单纯原发性高血压或单纯糖尿病患者。医学研究证明，伴有高血压的糖尿病患者肾脏将受到高灌注、高渗透、高滤过的影响，若不合理治疗，肾脏将会受到严重损害。1999 年世界卫生组织—国际高血压学会关于高血压处理指南规定：凡是有糖尿病的高血压患者都定位高位或际高危人群，一经发现必须立即服用降压药物治疗，使血压控制在理想水平。

糖尿病会导致**阳痿**。据统计，50 岁以上的糖尿病人中有 50-70%并发阳痿，在 20-30 岁的糖尿病人中阳痿发生率也高达 25-30%，为非糖尿病人的 5-10 倍。糖尿病人之所以异并发阳痿，是因为糖尿病患者容易发生动脉粥样硬化，一旦波及阴茎动脉，会使血管变窄，供血量锐减，从而造成阳痿。另外糖尿病人血糖过高，糖代谢失调或维生素代谢混乱，使神经系统功能受到影响，神经传导受阻，降低了性兴奋性。糖尿病人的性激素分泌也将受到影响，引起性功能减退。

糖尿病人的**口腔**也会发生并发症：牙周病、龋齿。牙周病（Periodontal diseases）是糖尿病人的第六大并发症。糖尿病患者当血糖控制不良时，血液中多余的糖分成了牙周病细菌的最好营养，使牙周病的发展及牙周组织被破坏的速度比一般牙周病患者快了很多。并且，牙周病的细菌会增加糖尿病人对胰岛素的抗性，使血糖控制更不稳定。所以要加强对口腔的卫生照顾，防止口腔发生严重感染。注意口腔卫生，使用合适的洁牙工具和方法。含有罗赫斯丁（Chlorhexidine）的漱口药水，有很好的抗菌效果。饭后和睡前洁牙可降低牙周病和龋齿发生的机会。

糖尿病人的**足部**很可能因为一个小的损伤造成严重后果，轻者皮肤溃烂，重者形成慢性溃疡甚至坏疽。所以日常生活中要采取措施保护好双足，以夏季定可供参考：

1. 勤洗脚：每晚都用温水洗脚，水温宜在 40-50 摄氏度之间，不可过热，以免烫伤。也不可用力擦洗，防止皮肤损伤。每次洗脚后用毛巾擦干，特别要擦干脚趾缝间。涂些护肤油并按摩，保持足部皮肤柔软。刻字趾尖向上按摩促进血液循环，减轻不适或疼痛。
2. 勤剪趾甲：一般每周剪一次，不要剪得过短，以免损伤甲沟造成感染。有趾甲干裂的，洗脚时多泡一会。可用护肤油摩擦趾甲周围。
3. 注意保暖：秋冬等寒冷季节要穿保暖鞋袜，防止冻伤。
4. 精心选鞋：患者宜穿软底鞋，鞋底应有吸汗的鞋垫，以防止出汗过多增加皮肤感染的机会。鞋和袜要宽松些。不要穿紧身或弹力袜。女性避免穿高跟鞋。
5. 小心皮肤损伤：糖尿病人对足部任何微小的损伤都应该十分重视，清创清毒后用无菌纱布覆盖直至愈合。不要用碘酒、酒精等刺激性强的消毒液消毒。坏及盐要到医院治疗，防止引起感染。
6. 良好生活习惯：坐时尽量双脚平放，不要双腿交叉，以防止压迫下肢血管而影响足部血液运行。戒烟戒酒。注意生活有规律，劳逸结合，适当锻炼，以提高身体抵抗力。

糖尿病患者**肺结核**复发比例比正常人多 2-4 倍。近年来由于糖尿病的早期发现及有效控制，这种情况已有改观。

皮肤老是反复出现不明斑块，要警惕有可能是糖尿病导致皮肤保护能力降低，而让细菌乘虚而入。糖尿病人比较容易罗患皮肤病，是因为糖尿病使微细血管管壁增厚，造成造成白血球穿透困难、营养素运送减少，使得在皮肤遭受细菌感染时，白血球无法发挥正常功能来保护皮肤，而造成皮肤溃烂，甚至形成坏疽。又因为养分不够，伤口不易愈合，更助长伤口恶化。除皮肤溃疡、感染以外，与糖尿病有关的其他皮肤病还有黄色瘤、黄斑瘤、黑色棘皮症、环状肉芽肿、硬皮肿、白斑等。

- 失明，糖尿病是引发 20-74 岁年龄段失明的首要原因。
- 肾脏病，糖尿病肾脏病变是使肾脏衰竭最普遍的原因，患者可能需要洗肾或移植肾脏以求继续生存。
- 心脏病及中风，糖尿病患者患有心脏病及中风的机会比一般人多 2-4 倍。
- 肢体切除，糖尿病人切除下肢的机率比一般人多 15-40 倍。
- 血管病变是糖尿病患主要的并发症之一，糖尿病人罗患冠状动脉心脏病的概率为常人的两倍。唯有好好控制血糖、血压、维持理想体重，才能延缓或减少糖尿病并发症。
- 糖尿病患在发病第十年左右会并发心血管与肾脏等病变。尤其需注意的是，即使患者未出现血糖升高，但只要出现葡萄糖耐受异常，其大血管病变已悄然进行。提醒糖尿病患平时除应控制血糖外，更应同时注意血压与血质的变化，以避免日后严重的并发症产生。1998 年，台湾 25 家大、中心医院对 2446 名糖尿病患进行追踪调查，发现有 31%病人出现视网膜病变，其中三分之一有白内障，百分之一失明，另有三分之一病患并发高血压或神经病变，百分之四有冠状动脉心脏病，百分之六中风，另有两成出现肾病变，有百分之一需要洗肾。

糖尿病对眼睛的影响也很大，会引起下列病变：

1. 白内障。由于血糖的浓度不定，水晶体会因而间接改变含水量，引起视力不稳定。水晶体会过早产生老年性白内障，是名符其实的未老先衰。
2. 青光眼糖尿病患者眼内会有新生血管，如果长在虹彩及前房角上，会阻碍前房液排出，会由此引起恶性的比较性青光眼。
3. 视网膜病变。糖尿病患者常有两种血管变化，一是小血管瘤，另一种是新生血管小血管瘤结构不正常。眼壁常会漏出血清及雪球一起网膜水肿。如果发生在网膜中心，视觉功能会大降。
4. 眼内出血或称玻璃体出血。由视网膜异常引起，血管破裂出血。当积血正在视线上，视力会大受影响。
5. 视网膜脱落，糖尿病患者的视网膜的新生血管及旧伤疤和玻璃体连在一起。当玻璃体已有变化，这些病态组织会拉扯视网膜引起脱落。

上述 4 及 5 都会造成突发性飞蚊症，但主要症状还是视力突然大幅下降、视野变小。

患有糖尿病的中年人年老时患失忆症(dementia)的几率是没有糖尿病者的 2.83 倍。纽约西奈山医学院的毕瑞博士主持的这项研究刊登在神经医学期刊上。至于糖尿病怎样导致失忆症，毕瑞提出三种可能性。第一是过多的葡萄糖导致“晚期糖化终产物”值升高，研究发现，这种物质与老年痴呆症和失忆症有关。毕瑞博士指出这种终产物可能会黏附在贝塔淀粉上，并阻止其分解，研究发现，在老年痴呆症患者脑中，贝塔淀粉是一种累及的变态蛋白质。第二种可能原因是，胰岛素会争夺一种可分解贝塔淀粉的分解酵素。因此如果胰岛素的数值过高（第二型糖尿病的症状），该酵素清楚贝塔淀粉的作用便会受到影响而难以发挥。第三种可能性是，糖尿病对人体微循环系统有不良影响，翻盖了对脑的血液供应，随着年龄老化，而引起失忆症。

行为干预对自闭症儿童的作用

禚志红 医师 郑州大学第一附属医院儿科，郑州 450052

自闭症为一组复杂的神经发育障碍性症候群，具有相似的症状但多种生物学病因。近年越来越多的儿童被诊断为自闭症，发病率超过艾滋病、糖尿病和癌症的总和。官方数据显示其患病率每年以大约 10～17%的速度递增。在美国，自闭症每年的费用支出超过 35 亿美元，并且未来的十年有望显著增加。为了应付自闭症的这种流行，很多的治疗措施和干预应运而生。其中应用行为分析（ABA）可能是最有名的和研究的最清楚的行为干预自闭症谱系的有效措施。本文就 ABA 的行为治疗做一简单介绍，并回顾分析关于其有效性的几个重要研究。由于 ABA 原理、技术、应用的复杂性，本文不对其进行详尽的描述。

自从 1990 年以来由于 ABA 能帮助自闭症患者减轻痛苦、增进生活自理能力而得到了广泛应用。成千上万的研究表明，ABA 的技术可以帮助自闭症患者学习特殊技能，与人沟通及社交的能力，自理及学习能力，有效的参与学校，家庭和社区的

活动。以 ABA 为基础的干预于 20 世纪 60 年代开始应用于自闭症患者，综合评估始于 70 年代早期。

1972 年，Hingtgen 和 Bryson 回顾分析了发表于 1964～1970 年之间有关自闭症领域的 400 多篇论著。总结得出行为干预的疗效高度一致。

继之，DeMeyer,Hingtgen 和 Jackson 回顾分析了发表于 1970 年的另外 1100 篇研究报道。这些研究包括具有广泛理论基础的行为干预。通过对这些研究的全面回顾，于 1982 年分析得出结论“证据表明行为干预是自闭症儿童的首选治疗，这是一个系统的行为教育项目。使尽可能多的儿童参加长时间的强化培训，治疗师或教师除了培训自闭症儿童，还负责培训自闭症家长。

1987 年，Lovaas 研究报道，对 38 名自闭症儿童应用行为分析干预，每周 40 小时，在家中和学校进行。2 年以后，治疗组的部分儿童在每周 10 小时回合教学法辅助下能够进入幼儿园，只需最小限度的辅助而完成一年级的学习。其他在早期治疗过程中不能进入学校的儿童，继续每周 40 小时的训练，总疗程为 6 年。



所有接受治疗的患儿在 6～7 岁接受再评估，评估者对治疗组和对照组的孩子采取双盲。有以下几个重大发现： 在治疗组，47%的患儿通过了正常一年级的测试，分数中等，或者智商测定偏上。在对照组，仅有一个患儿通过了正常一年级的测试，智商中等。治疗组其余的儿童有 8 人克服了语言障碍，平均 IQ 为 70（56～95）。在对照组，18 名儿童仍存在语言障碍（平均 IQ=70）；治疗组 2 名在自闭或发育迟缓的课堂之学生智商评定中取得了显著改进。相对而然，对照组 21 名在自闭或发育迟缓课堂的学生，平均智商仅为 40；与治疗组不同，对照组平均智商没有显著改善。治疗组治疗后平均 IQ 为 83.3，而对照组仅为 53.3。

继 Lovaas 和他的同事的工作之后，许多研究者验证了干预治疗对自闭症患儿的成效。举例来讲，五月研究所报道了 14 名接受 15～20 小时离合教学法的自闭症患儿，与众多传统治疗手段相比取得了显著成效，虽然其结果不如 Lovaas 报道惊人。

2005 年加利福尼亚的研究发现，与其他团队多种方法混合治疗相比，做为 ABA 的一种形式，早期强化行为分析治疗对学龄前孤独症儿童更有效。

2007 年，来自美国儿科学学会的临床报道，认为以 ABA 为基础的干预治疗自闭症谱系障碍（ASDS）的优点“已经被很好的证明”。那些接受过早期强化行为干预治疗的患儿在智商、语言、学习技能、适当行为方面以及一定程度的社会行为的改善取得了重要的可持续性的进步。 2008 年，MIND 研究所（加州大学戴维斯分校神经发育医疗研究机构）的研究者回顾分析了综合治疗的进展。在由四个最佳设计的对照研究力证的基础上，他们认为以 ABA 为基础的方法（由 Ole Ivar. Lovaas 创建的洛瓦斯技术）是“确认的”能够改善 ASD 幼童智能的技术。

2009 年对平均年龄 6 岁或者小于 6 岁孤独症患儿进行心理教育干预的文献复习发现了 5 个高质量（1 级或 2 级）研究评估了以 ABA 为基础的治疗。在此以及其他研究的基础上，作者认为 ABA 是“公认的”和“当治疗强化并由经过训练的治疗师执行时，对增强学龄前儿童孤独症脑功能是有效的”。

类似文章举不胜举。MADSEC （缅因州残疾儿童服务管理协会）孤独、、自闭症专责小组的专家报告做了简洁的描述：

在过去的 40 年里，成千上万的研究广泛证明了 ABA 的效果：受益人群（患有精神疾患，发育缺陷和学习障碍的儿童和成人），干预者（父母，教师和工作人员），机构（学校，家庭，公共机构，家庭团体，医院和商业办公室），行为（语言，社交，学术，业余和功能性生活技能，攻击，自残，对抗和刻板的行为）。

目前 ABA 被认为是孤独、、自闭症患儿的一线治疗和教育干预手段。大量的科学证据的支持让众多独立机构书面认可了 ABA 功效，包括美国卫生署，纽约州卫生署, 国家科学院和美国儿科协会。

然而尽管有大量的经验支持，ABA 行为干预也遇到了很多挑战和批评。2009 年 Spreckley 和 Boyd 系统回顾和荟萃分析了 2000～2007 年之间 4 个研究（总共 76 个儿童），得出了与前面提及的综述不同的结论。Spreckley 和 Boyd 报告指出与正常看护下的学龄前自闭症儿童相比，应用行为干预不能显著改善孤独症儿童认知、语言表达、语言理解、适应性行为。并且指出需要进行多中心随机对照研究以增进 ABA 对自闭症的功效的认识。其他学者也质疑是否 Lovaas 选择的的是有代表性的自闭症儿童，从而高估了 ABA 干扰的功效。同时也指出 ABA 和离合教学法在改善语言方面不如正常教育。

结论：

大量的经过验证的和同行评阅的研究支持 ABA 干预能够在各个领域改善和维持自闭症患儿有意义的社会行为。重要的是能够改进社交技能，沟通技能，学习成绩，整体认知功能，生活质量的改善具有显著的临床意义。虽然不同的研究结果呈现了不同的获益程度，但均支持其长期效果。

此外，根据 Jacobson, Mulick & Green competently-delivered 成本/效益分析，对儿童和纳税人而言，早期强化的行为干预能够显著节省开支。据估计，每个孩子到 22 岁时可以节省约 20 万元;到 55 岁可以节省$ 1,000,000。

然而 ABA 行为干预仍然存在争议。鉴于此，研究人员把应该行为干预作为一个有前途的研究领域和有利于自闭症治疗的课题继续大力研究。执业人员应该充分利用 ABA 技术和其他证明有效的干预措施如 RBI, VBI, CBI, TEACCH, SIT, RDI 等。就像 Dr. Granpeesheh 与其同事建议的“与心理医疗专家广泛合作，以使自闭症儿童得到最佳的改善，长期收益”。

编译摘自： Peng-Wilford P and Kong X. Behavioral Treatment for Children with Autism. *N A J Med Sci. 2011;4(3):158-163.*

饮食健康

糖尿病人的运动与饮食



张应元博士

糖尿病的治疗必须采取饮食、运动、药物、心理等综合性治疗措施，才能取得理想的效果。生命在于运动，这对于糖尿病人来说尤为重要。适宜的体育运动和体力活动，可以增强心肺功能，促进血液循环和新陈代谢，提高生命活力和抗病能力。运动可促进机体对葡萄糖的利用，降低血糖，减少尿糖。运动可改善身体对胰岛素的敏感性，充分发挥体内分泌和治疗用胰岛素的活性剂作用，有益于糖尿病的治疗和控制。运动可改变机体脂质的结构，使甘油三酯及低密度脂蛋白降低，使高密度脂蛋白增加，改善和维护血管功能特别是心脑肾血管功能，减轻和延缓动脉粥样硬化，降低并发症。运动可以辅助饮食疗法减轻肥胖或控制消瘦，维持体重正常。运动还能有效地调节心理状态，保持愉快乐观情绪，减轻和改善病人的不适症状，提高健康的感觉和生命的质量。

当然糖尿病人进行运动需要注意，必须根据病情和用药情况，选择适宜的运动项目和运动量。在进行口服降糖药或注射胰岛素治疗中的病人，应适当减少运动量，以免在运动中或运动后发生低血糖。糖尿病人以散步、快走、医疗体操、太极拳等较低运动量的项目为佳，运动应循序渐进，持之以恒并注意在运动中无不适及运动后无疲劳感为宜。

糖尿病人通过体育锻炼，可以改变神经系统对身体内糖代谢的调节，可以使肌肉组织的葡萄糖得到充分利用，使血液里的葡萄糖迅速达到肌肉和人体的其他组织，从而使血糖降低、糖尿减少，还可以增进消化与泌尿系统、内分泌系统和身体其他系统的新陈代谢功能，提高身体的抗病能力。另外，适当的运动能过消耗体内的脂肪和糖，减少脂肪的积聚，体重从而得到减轻。体重减轻以后，许多组织细胞对胰岛素的敏感性增加，因而对胰岛素的需要量减少，使糖尿病的症状得到改善。

糖尿病人可以根据自己的健康状况、体育爱好来选择运动项目。一般宜选择一些比较缓和、运动量不大的简便易行的全身性运动项目如步行、做操、气功、太极拳、自行车、乒乓球、游泳，其中步行是最为简单而且疗效最好的运动项目。

糖尿病人适当的运动是有好处的，但也要注意掌握以下几点：

1. 运动量太小了达不到治疗目的，太大了又怕发生意外，所以要因人而异制定运动量，以不过分疲劳为度。
2. 运动要和饮食控制及药物治疗相结合。经过一段时间的治疗，病情好转后，可以逐渐减少药物的用量。
3. 锻炼的时间最好在早晨和中午饭后一小时，因为这个时候血糖比较高，活动一下可以帮助控制血糖。
4. 注射胰岛素的病人，不要在胰岛素作用最强的时候比如中午 11 点和下午 5 点的时候去运动，因为这个时候运动容易产生低血糖。
5. 为了防止引起低血糖，必要时可以在运动前吃少量的糕点。
6. 每天可以运动 1-3 次，每次 15-30 分钟，注意不要过分疲劳，以免使病情加重。

对糖尿病患来说，连续慢跑或骑单车等中等激烈运动，血糖过低的危险大于从事足球等间歇性激烈运动。

美国杜克大学医学中心心理学家苏维特发现，减轻压力，做调息、放松等犹如药物一般，起到控制糖尿病的作用。苏维特说，压力增加使体内分泌和尔蒙，导致能量动员，即“应战或逃跑”反应。而这种反应的关键在于将葡萄糖输送到血液中，以致葡萄糖含量升高，对糖尿病患者的健康造成不良影响。

糖尿病人该如何正确吃

糖尿病的基本饮食原则是控制碳水化合物（carbohydrate）的摄取。因为大量的碳水化合物能令血糖升高。高碳水化合物的食品包括：番薯、粥粉、面饭、水果及所有含糖的食物。一般来说有以下几点值得注意：

1. 合理控制总能量，热能摄入量以达到和保持正常的体重为宜。
2. 平衡膳食，吃不同种类的食物。
3. 定时定量进餐。
4. 多饮水，限制饮酒。
5. 避免吃高脂肪及高胆固醇的食物，如：奶油、猪油、牛油、椰油、蛋黄、动物内脏等。
6. 烹调方法宜多采用清蒸、水煮、凉拌、烤、烧、烩及炖等。
7. 避免吃含味精多及高盐分的食物。
8. 增加高纤维食物，如：大麦、豆类、新鲜蔬菜及水果等。
9. 减少或避免吃含单糖及双糖的食物，如：糖果、汽水、蜂蜜、蛋糕、果酱等。

糖尿病饮食并不是都清谈无味，其实患者在饮食控制过程，仍可享受美味。只要根据少油、少盐、少糖、高纤维、低胆固醇等原则烹调日常三餐，并尽量在菜式上力求变化，糖尿病患的饮食可以丰富多彩。这种饮食观念也可以推广到全家人，成为大家无病防病的新时代健康饮食。

由于糖尿病是慢性病，药物治疗、饮食控制、和运动三方面不可偏废。但许多人对美食，忍不住会偷吃。要完全忌口则违反人性，患者若能在食物选择及烹调上多花心思，就可以做到吃出美味、吃出健康。糖尿病患需要减少摄取糖类、脂肪和蛋白质，烹调时切忌少油、少盐、少糖的原则。可用五谷杂粮加上非叶菜类蔬菜做成菜饭，即可摄取高纤维，也有饱足感。

- 控制吃甜食：葡萄糖、蔗糖消化吸收快，食用后使血糖升高。

控制饮酒：

- 多吃高纤维食物：包括如玉米、小麦、白菜、韭菜、豆类等，这些食品能促进机体的糖代谢。
- 含糖低的蔬菜：如韭菜、西葫芦、冬瓜、南瓜、青菜、青椒、茄子、西红柿。
- 含钙的食物：缺钙能加重糖尿病病情。建议多吃如虾皮、海带、排骨、芝麻酱、黄豆、牛奶等含钙量丰富的食品。
- 富含硒的食物：硒有与胰岛素相同的调节糖代谢的生理活性。如鱼、香菇、芝麻、大蒜、荠菜等，它们能降低血糖，改善糖尿病症状。
- 富含维生素 B 和维生素 C 的食物：如鱼、奶、白菜、豆类、青菜、芥菜、甘蓝、青椒、鲜枣等。补足这两种元素有助于减缓糖尿病并发症的进程，对减轻诸如糖尿病视网膜病变、肾病变等有利。

此外，南瓜、苦瓜、洋葱、黄鳝等对病人多饮、多食、多尿症有明显改善作用，有降低血糖、调节血糖浓度的功能。

糖尿病是与饮食有密切关系的疾病，因此，对糖尿病人来说，“忌口”很重要。

忌糖：有人认为糖尿病患者不要摄取糖分，因为糖分会让血液内的葡萄糖上升。实际上糖分只是影响血糖的一种碳水化合物。不同种类的碳水化合物，对血糖上升的速度有不同的影响，但是对血糖影响较大的是碳水化合物的总摄取量。所以患者可以用少量的糖分取代含糖的食物，仍可让血糖值维持在编准范围内。美国糖尿病协会（American Diabetes Association）建议在你的饮食计划中，对各种食物的份量要做一些调整，如果想多吃一些甜食，其他含糖的食物譬如面包、玉米饼、米饭、饼干、麦片粥、水果、果汁、牛奶、酸奶、马铃薯、玉米、豌豆就要相应减少一些。

在很多人眼里，糖尿病就是糖惹的祸，因此闻糖色变。其实糖是人体必需的营养素，离了糖活不了。在人们的认识里，糖是那些甜的东西，比如白糖、红糖、糖果等。在医学上糖就是碳水化合物，包括多糖、双糖、单糖等几类。平时食用的米、面，属于多糖，蔗糖、红糖、麦芽糖属于双糖，单糖则包括葡萄糖、

果糖、半乳糖、蜂蜜等。对健康的人来说，这红糖都能吃，糖尿病临界者，多糖、双糖可以吃，单糖要少吃，对于糖尿病患者，最好不要吃单糖。

有些人认为，既然吃糖会使血糖升高，那就不吃主食，只吃含蛋白质、脂肪的副食。其实这是错误的，倘为糖尿病的发生，不是因为粮食使用过量，恰是粮食吃得少，高蛋白、高脂肪食物吃得太多所致。脂肪在体内也会转化为葡萄糖，并且生成的热量远远高于糖类。那些不吃主食的人，往往多吃到白汁和脂肪，造成肥胖、超重，从而引起胰岛素抵抗，结果不但不能控制糖尿病，反而加重病情。因此建议，要防止糖尿病，应该正确选择主食，并且提倡少量多餐，即每天吃不少于三顿，每顿的主食不超过 100 克。这样的好处是，对胰岛细胞的负担小，还能避免低血糖的发生。

专家建议，对于年纪轻、骗收且体力活动量大的男性，每天吃主食 350-400 克，而女性、年龄大、偏旁且体力活动小的人，每天吃主食 200-250 克。这里说的主食的重量是指粮食的干重，不是最后成品的重量。

忌高脂类食物：高脂血症是动脉粥样硬化和冠心病的危险因素。对于糖尿病人来说，必须严格限制胆固醇的摄入量，含胆固醇高的食物有动物脂肪、猪肝、鸡肝、猪肾、鸡蛋黄、鸭蛋黄、松花蛋等。

忌吸烟：糖尿病人在用药期间，已就无异于雪上加霜。因为就能抑制药酶分泌，使口服降糖药代谢减慢，从而引起严重的低血糖以及神经病变。

忌发物：糖尿病人使用某些食物后可加重病情并诱发其他疾病而导致血糖波动。海虾、螃蟹等可致人腹泻、过敏。未经阉割的禽类如老公鸡，公母猪肉，含有较多的性激素，能作用于人体引起疾病。

限制盐和蛋白质：钠摄入过多容易引起高血压，因此糖尿病特别是已经并发高血压的患者应严格限制进盐过多。蛋白质过多对糖尿病也没有好处，高蛋白饮食可引起病人肾小球滤过压增高，滤过压增高容易引起糖尿病、肾病。特别是糖尿病、肾病患者，更要适当限制蛋白质摄入量。

糖尿病患饮小酒有益心脏。威斯康辛大学一项时间长达 12 年的研究，追踪 983 名糖尿病患发现，每天小酌一两杯者，死于心脏病的概率比滴酒不沾患者减少百分之八十。酒精会阻碍肝脏传送烫至血液，因此医师一向关切饮酒可能打乱糖尿病患者血中糖与胰岛素的平衡。不过适量的饮酒显然能藉着降低胰岛素抗性改善血糖的平衡。胰岛素抗性是成年型糖尿病患者的困扰，他们体内因此不能有效利用胰岛素。

另外一项由台湾长庚医院进行的为期三年的调查发现，每天酒精摄取量超过 45 公克的人，比较容易罗患糖尿病。他们不是必须天天服用降血糖药物控制病情，就是严重到需仰赖注射胰岛素活命。

改善生活方式，预防糖尿病。在 II 型糖尿病的预防和治疗中，养成合理饮食和注意锻炼身体是一个被广泛接受的方法。

糖尿病患者解渴，喝白开水最好。不少糖尿病患者因为喝汽水、果汁等含糖饮料，或一次吃太多水果导致血糖一下子飚高。血糖常高高低低起伏变化，会引起血管病变、肾脏病变等并发症提早来临。



葡萄糖失耐的糖尿病患者在血糖升高后，会因肾脏无法回收过多的葡萄糖导致葡萄糖随着尿液排出，让患者更觉口渴。不知情的患者如果再以含糖饮料解渴，就可能因水分丧失过多，胆汁脱水、休克。

糖尿病患者最好将血糖控制在 70-110mg/dl 之间，不要让血糖起伏不定。

除了糖尿病患者，正在减肥者，或三酸甘油脂、尿酸过高者，都要避免和含糖饮料，尽量以普通白开水解渴。

糖尿病患往往特别爱吃甜。因为糖尿病使交感神经敏感度降低，唾液和味觉都变差，常常会觉得吃东西没有味道，喜欢吃重咸或重甜的食物。吃或不吃常常使糖尿病人心情拉锯。于是，无糖饼干、无糖巧克力、无糖果冻、低 GI 营养棒等应运而生，标榜 sugar free 的各种无糖零食，在健康食品店或网络商店，勾引糖尿病友的味蕾。有的无糖食品使用代糖，吃起来仍有甜味，标榜没有摄取糖分的负担。但是请不要忽略虽然没有直接吃糖，还是吃进不少淀粉，增加了碳水化合物的负担。就如无糖饼干、土司面包、苏打饼干，这些都含有大量淀粉。另外五谷根茎，吃了对身体有益处，像地瓜、山药、薏仁等再好也要适量，因为这些五谷根茎也都含有大量淀粉。

食物的血糖指数和糖尿病患者的喝粥问题

升糖指数（GI）是一个衡量各种食物对血糖产生影响的指标，是指该食物中的碳水化合物令身体血糖上升的幅度。一种食品的升糖指数高意味着吃了这种食物后，血糖上升得快。长期或经常吸取高升糖指数的饮食，患糖尿病及其并发症的风险就越高。研究发现，选择低升糖指数食物来替代传统或高升糖指数食物，对于糖尿病患者的中期血糖控制具有临床效果。但升糖指数低于 55，便被定为低升糖指数。低升糖指数的碳水化合物食品包括豆类、花生、全麦面包及香蕉等。

低升糖指数食物可缓解消化及吸收，进食后逐渐提升血糖及胰岛素水平，有助控制食欲及延缓饥饿的感觉，帮助控制体重。所以摄取低升糖指数食品，能有效地控制血糖水平，避免病情恶化及减低并发症。糖尿病患者应实行低升糖指数食品配合高纤维低脂肪饮食治疗。研究证实，糖尿病患在遵行低升糖指数饮食治疗 10 星期后，病人的糖化血红素的读书会下降 0.4%。而糖化血红素平均度数每下降 1%，就可减少因糖尿病并发症引起的微血管疾病的发病率三成七，减低由糖尿病引致的死亡率愈两成。因此掌握食物的血糖指数，就能科学地搭配饮食，有效地避免餐后高血糖。食物的血糖指数高跟很多因素有关，主要有：

- 食物种类，含碳水化合物少的小于含碳水化合物多的。如豆类小于谷类，大麦小于小麦，苹果小于菠萝。
- 食品的纤维含量，含纤维越多的血糖指数越低。
- 食物的物理特征，淀粉的颗粒越大，血糖指数越低。
- 加工、烹调方法，加工时间越长、温度越高，血糖指数越高。
- 食物的混合效应，混食蛋白质、脂肪，血糖指数降低。

很多糖尿病患者顾虑能不能喝粥的问题。跟米饭相比，粥的糊化程度更高，人体的吸收相对更快，也就更容易使得餐后血糖快速升高。也就是粥的升糖指数比米饭、面食等“干饭”更高。但是同样数量的大米，熬成的粥会比做成干饭体积增加很多倍。因此，只要控制好量和火候，粥也是可以享用的。具体的做法是：只取定量的米（比如 25 克）熬粥。熬粥的时间不要太长，开锅后小火 10 分钟即可。尽量混合一些诸如绿豆、赤豆一起熬，尽可能增加食物纤维，降低高血糖的高峰。

建议糖尿病患者可以享用的养生粥有：

- 木耳粥：黑木耳 30 克，粳米 50 克，大枣 3 枚。先浸泡木耳，将粳米，大枣煮熟后加木耳共煮成粥。
- 芹菜粥：鲜芹菜 60-100 克，切碎与粳米 50 克煮成粥。
- 枸杞子粥：枸杞子 15-20 克，粳米 50 克煮粥服用。
- 萝卜粥：新鲜白萝卜适量，粳米 50 克，煮粥服用。
- 山药粥：生山药 60 克，大米 50 克，煮粥服用。
- 葛根粉粥：葛根粉30克，粳米50克，共煮成粥。

环球医学

薰香心阁 ——芳香疗法



刘京京 M.D. Ph.D.

芳香植物和精油的使用已经有上千年的历史了。在人类早期文明史中，芳香植物的治疗作用和它在宗教仪式中的应用不可避免的融为一体。沿袭至今，已逐渐演变为现代的芳香疗法。

芳香疗法是利用萃取自植物的枝干，叶片，花朵 和种子等部位的精油治疗身心疾病的方法。自然界中，植物的种类可谓林林总总。每一种植物，甚至同一种植物的不同部位提取的精华都有它特殊的化学成分，特性和香味，因而有不同的治疗作用。纯天然的植物精华没有经过任何人工合成过程。由于它的含量极少，所以需要大量的植物才能萃取出精油。

目前被公认疗效并普遍使用的精油有近百种。精油不仅可以呵护肌肤和秀发还可以梳理改善情绪。对于不同情绪的舒缓可选用不同的精油。喜，怒，忧，思，悲，恐，惊是人之七情。“怒”时可以选用具有松弛和消除炎性反应的精油，例如：薰衣草，紫苏，佛手柑，柠檬，天竺葵，杜松。“忧”是长期焦虑或压力下的衍生反应。薰衣草，檀香木，茉莉花，佛手柑等精油具有减压，提神，兴奋，祛痰的功能。可以使忧虑情绪缓解。“恐”：可选用具有减压止痛，帮助消化和呼吸系统的精油。具有这些功能的有：欧薄荷，松木，甜橙，黑胡椒，乳香。而薰衣草，橙花，洋甘菊等可以产生平静，安宁，松弛紧张情绪的作用，因而对失眠有很好的疗效。

许多临床实践已表明：芳香疗法不仅可以愉悦身心，消除紧张情绪，它对许多临床疾病也有辅助疗效。有些患有自闭症的儿童，经过香草疗愈花园的治疗逐渐开启心扉，开始与人交流。精油还可以缓解自闭儿童情绪和行为的反应。例如薄荷具有神经兴奋作用，可以帮助集中注意力。橙花很具安神作用，可用于缓解强迫行为。罗马甘菊可用于超敏状态和攻击性行为。

帕金森氏症的患者会有认知障碍，震颤和肌肉强直等表现。有实验表明使用薰衣草，迷迭香，鼠尾草，马桥莲等可改善失眠，便秘，肌肉强直等症状。老年痴呆症的患者多有记忆力衰退，情绪失控，焦虑烦躁等症状。目前有许多疗养院利用芳香精油来改善这些症状并颇具成效。使用的精油包括：紫苏，丁香苞，迷迭香，欧薄荷和马乔莲等。对癌症患者，可使用具有抗抑郁功能的精油包括：檀香木，杉木，杜松，天竺葵，薰衣草，香蜂草等以挥去哀伤，抚慰情绪。

植物精油进入人体发挥疗效的途径主要有两条：一是经鼻腔吸入，二是经皮肤直接吸收。应注意的是：多数纯精油因浓度太强，需用基础油（例如：杏仁油，葡萄籽油等）稀释后，才可接触皮肤。嗅觉是吸收植物精油最快的方法，只需几秒钟。精油的分子通过嗅觉神经小体，嗅觉感应区，最后开启边缘系统的“存储记忆”，从而产生或松弛或振奋或镇静等不同情绪。通常，嗅觉会在数十分钟后疲劳并逐渐减退。同时，精油分子还可被支气管和肺部吸收，进入人体。使用吸入法时，可将精油滴在纤维织物，热源扩香皿，热水蒸汽等处。稀释后的精油可涂抹在皮肤上，直接进入肌肤的微血管，再通过血液，淋巴循环到达靶器官。皮肤吸收法可通过乳液，按摩，泡浴等方式。

在选购精油时应注意以下几点：首先纯度是非常重要的。纯精油（Pure Essential Oil）表明100％的纯度。芳香油（Aromatherapy Oil）或按摩油（Massage Oil）则为与基础油调和过的混合油，其中精油含量不等，有些会很低。包装应为深色玻璃瓶。除了檀香，没药，乳香等少数含蜡质的精油，瓶内都应无混浊，沉淀。除纯度之外，产地，萃取方法和部位，认证等也很重要。精油的化学成分不稳定，极易受到温度，湿度，空气和光的影响。因此，应密闭避光保存于阴凉处。如放入木质盒子内保存则更佳。点一炉香，让那馨香之气弥漫你心所居的阁楼，抚平所有的伤痕，抚慰所有的哀伤。

附：常用精油的中英文对照

薰衣草 （Lavender） 紫苏 （Basil） 佛手柑 （Bergamot）柠檬 （Lemon）天竺葵 （Geranium）杜松 （Juniper） 檀香木 （Sandalwood）茉莉花 （Jasmine） 薄荷 （Peppermint）甜橙 （Orange）黑胡椒 （Black pepper） 橙花（Neroli）甘菊 （Chamomile） 乳香 （Frankincense） 马乔莲 （Marjoram） 香蜂草 （Melissa） 没药 （Myrrh） 桃金娘 （Myrtle） 迷迭香 （Rosemary）鼠尾草（Clary Sage）杉木（Cedarwood） 百里香 （Thyme） 广藿香 （Patchouli）

参考文献：

1The Fragrant Pharmacy / by Valerie Ann Worwood. Bantam Books, 1990.

2 The illustrated encyclopedia of essential oils- the complete guide to the use of oils in aromatherapy and herbalism/ by Julia Lawless. Shaftesbury, Dorset, [England] ; Rockport, Mass. : Element, 1995.

3 Aromatherapy for everyone : discover the scents of health and happiness with essential oils / by P J Pierson and Mary Shipley ; Photographs by Steven Foster. Ridgefield, CT : Vital Health Pub., c2004.

4 Xing fu nü ren de fang xiang sheng huo / by Jin Yunrong zhu; illustrated by Huang Jingyi . Beijing Shi : Zhong xin chu ban she, 2007.

5 The aromatherapy encyclopedia : a concise guide to over 385 plant oils / by Carol Schiller & David Schiller ; illustrated by Jeffrey Schiller. Laguna Beach : Basic Health, c2008.

6 Elwood, Jane. "Aromatherapy and Autism" 2010

咨詢門診



醫生熱線郵箱

--- 孔学民医师

张女士问：*我爸爸患重度高血压，前后用了几种西药都有副作用，最近肾功能也出了问题，有人推荐推拿，想试试，但不知疗效好不好？*

医生回答：

高血压病是一种常见的慢性疾病，以动脉压持续增高为其主要临床表现，晚期可导致心、肾、脑等器官病变，本病发病率高，与年龄、职业及家族史有一定关系。

一般认为成人收缩压大于或等于18.7KPaZ(140mmHg)或舒张压等于或大于12.0KPa(90mmHg)(二者具备其一者），即为高血压。

引起高血压病的因素大体看来有这么几个：其一是精神因素：如长期精神紧张，或恼怒忧思，可使肝气内郁，郁而化火，耗损肝阴，阴不敛阳，肝阳上亢而至血压升高；其二为饮食不节：过食肥甘厚味或饮酒过度，以致湿蚀内生，久而化热，灼津成痰，痰浊阻塞脉络，上扰清阳，导致本病发生；其三为内伤虚损：乳酪上过度或年老肾亏者，由于肾阴不足，肝失所养，肝阳偏亢，内风易动。

高血压的临床表现差异很大：某些病人可无自觉症状，常在体检中偶然被发现有高血压。一般症状有眩晕、头痛、面红、目赤、口苦、惊悸、便秘、舌红、脉弦。

本病据病程进展快慢分为紧急型与缓慢型，临床上以缓进型多见。

西医治疗高血压病以口服和静脉点滴降压药为主，在此，我们推荐一种无任何副作用而更为有效的治疗方法：推拿治疗。

推拿治疗高血压原则是：平肝安神，化痰降浊；常用穴位：印堂、发际，太阳、百会、风池、风府、头维、角孙、攒竹、大椎、关亢、气海、神阙、中脘、肾俞，命门、涌泉等；手法主要采用一指禅推法、拿法、推法、抹法、揉法、扫散、滚法等。

具体操作如下；1、头面颈项部：患者取坐位，医者立于一侧，先推两侧桥弓穴，先左后右约1分钟；然后用一指禅推法自印堂至发际往返4-5次，再从印堂至太阳绕眼眶周围进行治疗；用揉法在太阳、前额部治疗；再用扫散发在头侧循胆经治疗，然后用抹法在前额及面部治疗，配合按角孙、晴明、太阳；拿五经，配合点按风驰、风府、百会；用一指禅推法及按揉法在顶部正中及两侧治疗。

2、腹部操作：患者仰卧位，医者立于一侧，用摩法在腹部治疗，顺时针方向操作，按揉关元、气海、中脘等穴；掌振神厥穴。

3、腰部及足底：患者俯卧位，医者立于一侧，横擦腰部肾俞、命门，直擦足底涌泉，以透热为度。

推拿治疗高血压机理是：推抹印堂、太阳等穴能安神通气；摩腹及按揉腹部诸穴及背部能佔脾化湿；擦肾俞、命门、涌泉，能培补元气、温经通络。

我们采用推拿疗法对多例高血压病人治疗，对血压下降及保持稳定都起到了明显作用，的确不失为一种有效方法。

马先生问：*我儿子最近得了腮腺炎，儿科大夫说是病毒感染，西医没有什么治疗，自己会好，听说针灸可以缓解症状，缩短病期，请问有没有这方面的资料？*

医生回答: “疒腮”，是以发热、而下腮部肿胀疼痛为主症，常见于流行性腮腺炎，是一种病毒性感染。

疒腮的病因病机是由于风湿病度与痰火胶结，壅于少阳经脉，郁而不散，气血流行受阻而成本病。少阳经脉与厥阴经脉互为表里，厥阴经脉绕阴器，邪毒壅与厥阴，则睾丸肿痛。

在诊断本病时应注意以耳下腮部肿痛为主症；轻者无其他症状则腮肿数日内消退。重者伴畏寒发热，头痛，呕吐，腮部高热肿痛、边缘不清，咀嚼不遍，舌苔薄白微黄，脉浮数；严重者则壮热烦渴，头痛甚，大便干结，吞咽咀嚼困难，或伴睾丸肿大，舌苔黄腻，脉滑数。

我们在治疗本病时主要采取疏风泄热，解毒消肿的方法：取穴以手少阳经穴为主，毫针用泄法。采用的穴位主要有翳风、外关、颊车、合谷、大椎；若睾丸肿痛加配太冲。

这样取穴治疗的原理是：本病因于邪毒壅于少阳经，所以取少阳经穴之翳风、外关、疏风泄热解毒；翳风、颊车，还能宣散局部气血之郁滞；大椎为诸阳经的会穴，用以加强泄热祛邪的作用；肝经绕阴器，泻太冲以治睾丸肿大。

针刺疗法对本病有非常好的疗效。我们曾经对8例重症住院的流行性腮腺炎患者进行针刺治疗；选取翳风、颊车、合谷穴，每日治疗一次，用泻法，每次留针20-30分钟，结果在治疗后2-3日内体温开始下降，腮腺的肿胀逐渐减退，5-7日后体温降至正常，腮腺的肿胀完全消退，身体彻底恢复健康。

美中医学交流协会简介

美中医学交流协会是由美中医学界专家及权威人士共同组成的非营利性医学协会。协会宗旨是全面促进中美医学交流，传播东西方医学信息，提高医学服务质量及人类健康水平。利用强大的美中医学界专家阵容及诸多华人医生及医学科学家回馈同胞的多年夙愿，以医学教育及医学期刊为平台，建立多方位中美医学教育及交流的跨国学术性实体；美中医学交流协会拥有广泛的专业社会资源与网络，包括来自哈佛大学医学院及其附属医院、其它精英医学院校的权威医疗健康领域专家，协会核心成员都拥有很强的学术和社会关系及网络,使协会领导能够履行其使命。



为了促进医学知识的传播和交流，美中医学交流协会出版两份医学期刊：英文版的《North America Journal of Medicine and Science》和中文版的《北美医学与健康》。

《北美医学与健康》http://www.najmh.org 是一个面向全球华人的教育医学期刊，杂志以"循证医学"为指导,旨在介绍前沿医学的进步与最新的健康理念和实践。杂志创刊于 2008 年 6 月，1944-0936 ISSN(出版号)1944-0944(网络)。《北美医学与科学》http://www.najms.net，www.najmed.org 是专家评审的专业医学期刊，由美国国会图书馆收集，1946-9357 ISSN(出版号),2156-2342(网络)。杂志致力于传播现代医学最及时、最重要的不同领域的研究成果。为全球医生、医学科学家在各医疗主题展示他们的科研成果和经验提供了平台。

学会项目包括国际医师交换/培训项目：通过与哈佛大学医学院及其附属医院的合作，美中医学交流协会组织开展了相关项目。授课团队均采用哈佛大学教职员和专家，协会负责服务及组织工作，参与者可颁发结业证书；学术会议、研讨会及继续教育课程：定期举办，贯穿全年；“治愈自闭症研究院”致力于理解和治疗自闭症，网址为www.tocureautism.org

美中医学交流学会的顾问委员会由世界闻名的医学家及医学经济学家组成。



Lester Thurow, Ph.D，顾问委员会主席

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, M.D.，顾问委员会副主席

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。



Samuel Tinsing Mok，顾问委员会副主席

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.，顾问委员会副主席

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。

本期特讯

美中医学交流协会“中国医院院长高级管理培训课程”圆满告捷



美中医学交流协会于 11 月 2 日至 11 月 6 日举办的首届“中国医院院长高级管理培训课程”在哈佛医学院圆满结束，共有来自天津市及河南省十一名医院院长参加。本培训课程的特点是以哈佛医学院附属教学医院实际管理经验和现代最前沿的管理方法为基础，由顶级课程与专家授课团队提供包括案例讨论和学术研讨及参观等丰富内容，授课人员大部来自于哈佛医学院及其附属医院的顶级专家及高级管理层，授课地点设在哈佛医学院及其附属医院，课程全程配备中文同声翻译。目标是为中国医疗界精英及领导提供关于医院管理方面的最新理念与专业知识。课程主题涵盖现代医院质量管理、安全控制、临床与科研前沿，领导力与创新等。

11 月 2 日上午在哈佛医学院贝斯以色列迪肯医学中心 （BIDMC）正式开讲，课程共同主任孔学君与李维根医师致欢迎词后，贝斯以色列迪肯医疗系统首席行政官（CEO）John Christoforo 应邀出席开讲仪式，并以“美国医疗体系简介：回顾与展望”为题作了首场讲座，阐述了医疗费用上涨及医生短缺是美国医疗界面临的两大挑战，而国外就医，远程医疗，种种医学电子化成为新兴医疗模式。他的讲座深入浅出，图文并茂，给来自中国的院长们留下了深刻的印象。

11 月 2 日下午的课程在哈佛医学院麻省总院举世闻名的乙醚厅会议室举行，先后由麻省总医院疼痛研究中心主任茅健人教授讲授美国教学医院的科研概况及麻省总医院肝癌研究主任朱秀轩教授讲授肿瘤研究的进展与病人的个体化治疗，两位教授是中国海外学人的佼佼者，他们学识渊博，激扬文字，讲演异常生动；还是中文容易沟通，学员们提问踊跃，气氛十分热烈。

11 月 2 日晚在哈佛教授俱乐部举办欢迎晚宴。晚宴前由麻州健康署卫生政策高级分析专家蔡江南教授讲授中美医疗体制改革，他曾参与美国第一个（麻省）全民医疗保障制度改革方案的设计、实施和评价，以及中国新医改方案的研究工作，他的讲演非常生动，深得听众的好评。欢迎晚宴由该培训项目行政主任吴晓芸副会长主持，当地医务界 60 余名专家名流出席，请来哈佛 Pilgrim 前任首席行政长 Charlie Baker 及中国司法部副部长张苏军作嘉宾讲演。Charlie Baker 认为二十一世纪应该是整合医学时代，美国目前存在的“倒三角”体系急需逆转，即行之有效的医疗体系需要更多的家庭医生作为基础而不是日前人满为患的各路专家，家庭医生应该是整合医疗团队的灵魂及协调者。这种以家庭医生为主体的团队模式对于多系统受累的慢性病患者尤其重要，不仅得以有效诊疗，而且大大节省开支。他呼吁各级政策制定者能达到共识，并建议中国的院长们借鉴这一经验。张部长根据在美体检的经验，称赞美国的良好医患关系及法制体系，类似中国的医闹现象在这里绝无仅有。他希望美中医学交流学会今后举办医学与法制的进修班，使医学法制体系得以建立实施。在欢迎晚宴上发言还有李维根副会长做了课程介绍，刘昭主任介绍 Charlie Baker，天津第三中心医院院长杜智教授代表学员致词，最后是孔学君会长作结语致词。孔学君表示，美中医学交流学会作为中美之间有效的交流平台，其宗旨是推进当今医学现代化，全球化，整合化，个体化及实证化，促進東西融合及中醫現代化，幫助中美雙方的醫療領域專才互通有無。

11月3日上午，先是参观贝斯以色列迪肯医学中心（BIDMC）的门诊，病房，监护室，急诊室，然后参观及实习该院临床人工智能模拟中心，涉及各种手术操作步骤及抢救的模拟演习并听取了模拟中心的工作汇报。随之贝斯以色列迪肯移植中心主任Douglus Hanto 教授讲演题为移植中心的优化临床，以及如何将医教研三者有机的结合在一起，使其移植中心成为全国首屈一指的领军位置。随后在Hanto教授带领下参观了移植中心的实验室，病房及门诊。



11月3日下午，参观美国医疗仪器企业：现代双极止血技术之后参观社区医院Jordan医院，在Jordan医院副院长Jim Fanale 的带领下参观了该院的高压氧舱，乳腺中心及癌症中心，并在会议室举行座谈，介绍该院的概况，回答了中国医院院长的提问。

11月3日晚宴设在波士顿著名的日餐厅风雅居，由马里兰州健康资源委员会专员李家裘医师讲演亚裔人群乙肝防治进展，李医师为了便于交流，采用中文讲演并结合临床实例及经验，深受国内同行的赞誉。天津传染病医院院长陆伟教授主动介绍了国内乙肝防治的状况。之后国内来的院长们与当地医师50多人召开圆桌讨论会讨论21世纪美国和中国的医疗卫生界前景，晚宴在轻松愉快的气氛中圆满结束。

11月4日全天在哈佛医学院Joseph B. Martin会议中心进行。首先由塔夫茨大学Jordan医院首席行政官Peter Holden介绍如何通过临床路径的实施达到降低成本，提高质量和病人的满意度。这对国内的医疗非常有借鉴意义。接着哈佛医学院附属布莱根妇女医院心血管内科主任，著名的心脏病学专家Peter Libby教授以炎症与动脉粥样硬化为主题，阐述了如何从实验室到临床成功治疗急性冠心病，这也是转化

医学的典例。 他由浅入深的精彩讲座给听众留下了深刻的印象。随后，哈佛医学院首席信息行政官John Halamka教授做了医学电子化及如何将医生,病人及保险公司连接为一体的讲座。午餐时讲座继续进行，哈佛医学院布莱根妇女医院内分泌,糖尿病,高血压主任Ursula Kaiser教授做了另一场转化医学研究的报告：Kisspeptin 在控制青春期及生殖力中的地位。Kisspeptin以及其神经元的发现，丰富了下丘脑-垂体-性腺轴调节的概念，为一些疾病如不孕症，青春期延迟，乳腺癌的治疗开拓了新的途径。

11月4日午饭后参观了哈佛医学院及哈佛医学院布莱根妇女医院内分泌实验室及门诊。 短暂休息后，哈佛医学院贝斯以色列迪肯医学中心首席学术行政官，肿瘤专家Vikas Sukhatme教授进行了两场讲座。 第一场的题目是“为什么在医院做科研”,他谈到教学医院医教研三位一体的重要性。还谈到与中国学者和医生合作是未来的方向。第二场讲座的题目是“过去的设想,明天的治疗突破”。他以心得安对肿瘤治疗的设想为例，阐述了老药可能成为新的治疗突破， 他指出临床上观察到的一些有价值的线索常常成为重大研究发现的前提，这些发现又反馈指导临床诊疗，他鼓励临床医生勤于思考，善于总结，奇迹就在脚下。他的讲演引人入胜，发人深思，扣人心弦。随后隆重举行了毕业典礼。学员们畅谈了学习的感受。杜智教授首先发言，他对课程的内容，讲员队伍和会议的组织给予了高度的评价。学员们不但学到了许多医院的管理和专业知识，更重要的是学到了现代西方医学的一种理念。其他院长也畅谈了学习体会。他们希望以美中医学交流协会为桥梁，以哈佛医学院为基地，加强美中医学的互动和交流。除了全体著名讲员亲笔签名的结业证书外，美中医学交流学会还赠送每位院长学员印有学会会徽及每位学员姓名的水晶镇纸纪念品，另有一套学会近期出版的精装中英双刊。

11月4日结业晚宴设在四川饭庄会议厅，ACMES执委会成员，各科医师，及各界要员出席者众。十一位院长应邀发言，再次畅谈了学习心得及结业感想，他们的肺腑之言，无不令人动容。杜智院长对于中国医疗展望的独特见解可谓入木三分，引起中美同行的深思与共鸣。大家一致认为，美中医学交流是我们每一位医务工作者的神圣职责，我们中美同行要携手并进，教学相长，互通有无，更有效地敦促亚裔健康及东西方融合，造福人类。在典雅而欢快的东西方乐曲的伴随下，中美同行促膝谈心，相见恨晚。夜至深时，人们仍然留连忘返，兴趣盎然。

11月5日， 6日学员们参观了哈佛大学，麻省理工学院以及波士顿。11月7日回国。在回国的前一天晚上，我们又在宾馆里恳切地交谈，彼此之间就像老朋友一样交流进而忘了时间。我们的共识是：中国医院院长高级管理培训课程仅是我们合作和友谊的开始，今后可多方面开展多层次的交流和合作。几天的学习与交流让我们彼此了解，也使我们对今后课程如何设置，完善组织人员的安排，同声翻译的改进做到了心中有数。有了更明确地目标，同时对成功举办下一届更有信心。与此同时这次学员的表现也给我们留下了极为深刻的印象，他们认真听讲，积极提问，善于思考，勇于探讨，对所学的新的理念，新的医学研究进展表现了极大的兴趣，在总结会上争相发言，并对我们今后的工作提出许多宝贵的建议，我们为他们勇于探索专研的精神所感动。良好的互动，加深了彼此的感情，拉近我们之间的距离，也为我们将来的合作打下了良好的基础。分手时依依不舍，总觉时间太短，过得太快，相约今后再进行更加广泛的合作。（ACMES供稿）



本期特讯

美中医学交流协会 2011 年年会隆重召开

牛江河博士

美中医学交流协会，作为一个注册的非赢利性专业组织，由美国和中国在医学、公共卫生，医护保健以及心理健康等方面的医师、学者和医学科学家所组成。旨在促进中美之间的广泛医学交流，开展医学教育，发行中英文刊物，为全球健康，亚裔人群的最优健康做出贡献。



协会于 10 月 15 日在波士顿 Marriott 剑桥宾馆隆重举办了 2011 年年会。年会以学术演讲，特邀嘉宾发言，宴会以及文艺表演的形式举行。

哈佛医学院副教授，贝斯·以色列医学中心肝脏研究主任刘丹阳（Daryl Lau）博士作开场演讲，她发言的主题是“2011 年慢性乙肝案例研究系列：B 型肝炎 e 抗原阴性感染和病人依从治疗的管理。刘丹阳教授用具体的例子：一个生于中国的 55 岁的男性患者，40 岁来到美国，在进行人寿保险的检查时发现了乙肝 e 抗原，本人无急性肝炎史，无症状，仅只有轻微的高血压----从理论根据和实践经验让听众理解何时启动和何时停止治疗乙型肝炎 e 抗原阴性感染以及有关治疗慢性乙型肝炎的有关问题。当晚的结束发言与此呼应，所宣讲的是“慢性丙肝病毒感染的新兴抗病毒治疗和管理办法”，西北大学 Feinberg 医学院内科学和外科学教授 Steven Flamm 医师更进一步地特别阐述了乙肝和丙肝的区别。

另一重要主题是癌症研究。哈佛医学院副教授，麻省总医院肝癌研究中心主任朱秀轩医师结束了肝脏肿瘤学的最新进展，麻州大学医学院副教授陈建行博士讨论了引发癌症的病毒，而哈佛医学院 Dana-Farber 癌症研究所的 Ray Mak 博士报告的是早期肺癌的定向放射治疗。

演讲人中有两位是麻醉专家。哈佛医学院副教授麻醉 Richard J. Kitz 教授，疼痛研究中心主任茅建人医师发言的题目是“吗啡类镇痛剂使用的临床指南”；麻省总医院麻醉和疼痛医学系林旭医师则主要介绍“美国疼痛应对方法的更新”。

糖尿病也是一个相当普遍和严重的健康问题。UMDNJ Robert Wood Johnson 大学医院助理临床教授 David Schaer 以非常充实的数据和案例细致地阐述了“糖尿病和缺血性心脏病”这两种疾病之间相辅相成的关系。执照牙医栗丽也从牙齿健康的角度讨论了糖尿病和牙床疾病。

此外，哈佛医学院临床助理教授，贝斯·以色列医学中心医师李小玉医师从开腹手术到宫腔镜检查谈“外科避孕”，塔夫茨大学医学院，新英格兰眼中心助理教授 Susan Liang 医师介绍了与年龄有关的眼病，发病机制以及医疗、防护措施。



精神疾病的专家分别是哈佛医学院贝斯·以色列医学中心精神病系助理教授 William Stone 博士和波士顿大学医学院精神病学、 药理学、 老年痴呆系副教授邱唯乔医师。前者讨论的是精神分裂症 / 易感心理疾病，并引用了他们团队在上海和长沙研究数据；后者将老年痴呆和老年精神病学结合起来进行研究报告。

来自中国的专家中国国家食品药品监督管理局药品审评中心，临床第一专业审评员程龙博士对药品革新的有效性和安全性谈了他的观点。中国与全球化研究中心主任、哈佛大学高级访问研究员王辉耀博士研讨的是中国新人才战略。

这次年会还荣幸地邀请到中国司法部副部长张苏军在当晚的庆祝活动中讲话。他表示司法工作现在越来越依靠很多国际上的现代医学、生物、生化的技术，美中医学交流协

会对此在中美之间作的交流活动非常有意义，也非常重要。他还笑称中国的监狱管理也许比美国的监狱管理好，其原因之一是因为美国的犯人自由太多，中国的犯人则不然。

美中医学交流协会会长，贝斯·以色列医学中心内科医师，中英双刊主编孔学君博士作了协会年度报告。在介绍了协会的组成、宗旨后，她介绍到美中医学交流协会下英文杂志“North American Journal of Medicine & Science”是创立于 2008 年的同行审阅的学术期刊，刊号 ISSN 1946-9357 (书面), 1944-9357(电子)，名誉主编是美国科学院院士 Dr. Alexander Leaf 医师。迄今共发表了 144 篇同行评审的论文，其中有“肝炎”、“肿瘤 ”和“自闭症”三期专刊。协会下的中文刊物“北美医学与健康”也于 2008 年 6 月创办，发表了 300 余篇文章几乎涵盖了医学与健康的所有领域。

近年来，先后上百名志同道合的学友同仁共同参与了这两本学术刊物的规划、写作、编辑、排版、筹款、推广以及发行工作。由资深医师和医学科学家为主体的编委会不断扩大，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。刊物已被美国国会图书馆收藏，在北美读者群中得到良好反馈，在中国市场的全面发行势在必行。

过去的一年是成功的、丰收的一年。协会主办了 10 次学术会议和研讨会，吸引了约 800 名医学专业人士。成立了自闭症治疗中心。协会赞助了麻省理工学院的龙舟队及哈佛医学院中国学生学者学会的研讨会及。在龙舟节为社区提供免费的医学医疗咨询， 还为为社区举办了乙肝教育讲座和杂志俱乐部。

她还报告说，今年 11 月在哈佛医学院协会将举办第一届中国医院管理培训项目，首批成员都是医院的院级领导。

孔学君医师热诚邀请各方朋友们参加协会的医学团队、科学团队、编辑、商业、广告、教育以及公共关系团队。她最后颇有感触的结语道：个人的能力毕竟有限，大家共同携手，明年将会是更加成功的一年，志同道合的人们走在一起，倡导健康意识，可以使我们这个世界更美好。



学术年会的主持人上午是副会长胡克勤教授，李维根医师，下午是周人志教授，林旭教授及施菊芳博士，年会主持人为副会长吴晓芸。今年的杰出贡献奖得主为宋一青教授，李维根医师及庄宁博士。

晚会的主持人为舞蹈家刘娟子和刘瑞明教授主持，刘娟子毕业于北京舞蹈学院， 就职于中央歌舞团，曾在全国“桃李杯”舞蹈大赛中获奖。刘瑞明任职于麻州大学商学院管理系，并被聘为美中医学交流学会主办刊物的资深市场顾问。为晚会表演的古筝演奏家翁慧 6 岁就开始学习古筝，2003 年以优异的成績考入中央音乐学院，并于 2008 年进入中央音乐学硕士研究生部深造。萨克斯管演奏家尹沛则毕业于德国柏林国立音乐学院，获音乐演奏家硕士文凭，目前在 Longy 音乐学院攻读音乐演奏家最高文凭，最近还获得了 Longy 协奏曲大赛冠军。

乙肝病毒传染九月专题学术讲座

牛江河博士



中美医学交流学会于 9 月 20 日在“聚福轩”会议室举行了一次有关乙肝病毒传染的专题学术讲座，有关人员约三十人参加了这一活动。

演讲嘉宾是 Mount Auburn 医院的 Julio Ayala 医师，他着重强调有关乙肝病毒传染你需要知道些什么。整个内容从以下七个方面依次进行：1）理解你的肝，2）什么是肝炎，3）为什么亚裔美国人应该更注意乙肝，4）怎样诊断乙肝，5）怎样治疗乙肝，6）乙肝能防止吗，以及 7）哪些是乙肝的理解误区。

使人不得不警醒的是他指出在美国一半以上的乙肝患者是亚裔，出生在亚洲的人比出生在北美的人更容易成为乙肝患者。

普通百姓可以直接受益的一个知识是乙肝传播的途径：母婴传染，剃须刀互用，针头注射，无保护措施的性行为，接触受感染的液体，以及器官移植。Julio Ayala 医师还特别强调相当多的患者可以没有明显的临床症状，因而容易给人以“我还健康”的错觉。乙肝的确是可以通过接种疫苗预防的。

Julio Ayala 医师同时也是哈佛医学院的讲师，在来到哈佛之前，他曾在耶鲁医学院接受过训练，并在耶鲁大学 Danbury 医院作过住院医生。他告诉记者，那时他还没有特别注重肝病研究，不过他后来在工作中通过自学和实践，逐渐成为乙肝研究的专家。

他是一个颇为开朗，热爱交流的人，他喜欢不停地演讲，“好为人师”。他笑称他的病人都喜欢他，大概是没有什么人会喜欢沉默寡言、惜字如金的医生。



在演讲进行到尾声时，进餐也开始了。餐桌上也仍然持续着刚才的话题，以及新开的话题。席间大家在孔学君会长的主持下还互相做了自我介绍。除了担任自身的本职医师工作外，大伙都兼任着中美医学交流学会的各种工作：中、英文杂志的组稿、申稿、校对、发行、和广告营销，活动的策划、组织和落实，网站的设计、维护以及发布性息，成员的发展，赞助、经费的寻找，活动对外宣传等等。不过大伙都纷纷自称只是孔医师的“助理”，小“助手”和小小“帮手”，并“谦虚”地虚晃带过所负责的和所做过的工作，“害”得孔医师不得不将每个人再从头实在地一一介绍一番。

活动结束后，好些医师还继续留下来商量 10 月 15 日的年会事项。从年会地点、演讲嘉宾、注册方式、参与人员、合作方式以及今后发展等问题进行了热烈地建设性地讨论和交流，及至很晚了，才依依告别。

图一：Julio Ayala 医师在演讲, 图二：会场一角

北美医学与科学杂志社西纽约分部成立

Ying Huang, M.D., Ph.D. 西纽约分部开发部主管



2011 年 9 月 7 日下午，北美医学与科学杂志社 (North American Journal of Medicine and Science) 西纽约分部成立大会在纽约布法罗总医院七楼会议室成功召开。 杂志社总部管理编辑 Frank Chen, M.D., Ph.D. 主持了会议。Dr. Chen 指出，西纽约分部的成立将会促进优秀的医学科研成果在北美医学与科学杂志上尽快发表。为了对期刊进行系统的管理，杂志社需要建立完善的管理体系。西纽约分部要明确分工，才能充分发挥各个成员的特长，提高杂志出版质量， 为发展医学科学做更多的贡献。会上，Dr. Chen 还分别就期刊的定位、目标、内容、栏目设想、编辑部成员职责、发行周期等一一作了详细说明。 因为 2012 年 1 月癌症专刊将由西纽约分部负责提供主要的支持，Dr. Chen 借此机会向大家汇报了此期的进展情况。

北美医学与科学杂志社西纽约分部成员组织结构如下 (每二年换届一次)：

西纽约分部主管：Frack Chen, M.D., Ph.D.
总秘书长：He Huang, M.D., Ph.D.
稿件审核部主管：Michelle Hartley-McAndrew, M.D.; Bo Xu, M.D., Ph.D.
英文校对部主管：Asangi Kumarapeli, M.D., Ph.D.; Simpal Gill, M.D.
人力资源部主管：Jianlan Sun, M.D., Ph.D.
开发部主管：Jingxin Qiu, M.D., Ph.D.; Ying Huang, M.D., Ph.D.
市场部主管：Gary Wang, M.D., Ph.D.; Gissou Azabdaftari, M.D.
IT 资讯科技主管: Wiam Bshara, M.D.
附：北美医学与科学杂志社西纽约分部成员

鸣谢赞助者 Special Acknowledgment of Sponsors

GILEAD

novo nordisk®

Bristol-Myers Squibb
Together we can prevail.

AHF
Asian Health
FOUNDATION

Daiichi-Sankyo

Onyx
Pharmaceuticals
Changing the way cancer is treated

MERCK

Takeda

AMYLIN
PHARMACEUTICALS

focus
MEDICAL
COMMUNICATIONS

Lilly

NOY RYAN CONSULTING

NEW YORK LIFE
The Company You Keep®

Johnson & Johnson

Bayer HealthCare
Pharmaceuticals

citi

AUXILIUM
Innovations for Life

gsk GlaxoSmithKline

sanofi aventis
Because health matters

Boehringer
Ingelheim
125 years more health

BLUE GINGER

Mark Li, MD

Liver Cancer Free Campaign

Quincy Rehab
and Nursing Center
A Kindred Healthcare Community

Massachusetts Department
of Public Health

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

留美华人企业家联合会
Overseas Chinese-American Entrepreneurs Association

MetLife

四川饭庄

American Chinese Medical Exchange Society

美中医学交流协会

主办

中国医院院长高级管理培训课程

2011 年 11 月 2 至 6 日

顶级课程与专家授课团队

美中医学交流协会主办提供中国医院管理人员领导力培训项目。本培训项目以哈佛医学院附属教学医院的实际管理经验和现代最前沿的管理方法为基础，提供包括案例讨论和学术研讨及参观等丰富内容。目标是为中国医疗界精英及领导提供关于医院管理方面的最新理念与专业知识。课程主题涵盖现代医院质量管理、安全控制、临床与科研前沿，领导力与创新等。

- 提供大型综合教学医院中质量与安全管理，领导力与创新的最新理论及方法
- 运用案例解析医疗机构如何加强质量安全管理及贝以迪医学中心的实际应用
- 课程时间为 3 天，包含哈佛医学院多家附属医院的实地参观访问
- 授课人员大部来自于哈佛医学院及其附属医院的顶级专家及高级管理层
- 授课地点设在哈佛医学院及其附属医院
- 课程全程配备中文同声翻译

ACMES 15 New England Executive Park, Burlington, MA 01803 Tel: 781-791-5066 Fax: 781-685-4601