第二十八期 Vol.28
二零一二年十二月 December, 2012

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫學新聞 Medical News
衰老徵象與心臟病的關系
最新醫學要聞集錦

醫學進展 Medical Advances
流感疫苗也是“心臟疫苗”？
前列腺癌：2012 年我們立足在哪裏，我們將走向何方？

醫學論壇 Medical Forum
絶經期婦女的激素替代療法面面觀
美國醫師協會頒布最新的 2012 結直腸癌篩查指南

醫生日志 Physician Diary
中醫學和形而上學（十二）

藥物信息 Drug Information
果汁对药物的影响
介紹 3 種 2011 年新藥

專題講座 Special Topic
聽力下降與老人跌倒
新生兒保健

醫學廣角 Medical Perspective
自閉癥媽媽的自述
自閉癥與行凶的誤解

健康指南 Health Guidance
认识甜味剂
生活簡单改变，健康就在眼前

醫學人物 Physician of the Month
内分泌专家乔知

百家争鳴 Schools Contend
老传统,新思路－阴阳理论和儒家思想的新解释

專家座談 Specialist Forum
家长怎样做才能减轻震惊全国的学校枪击惨案对孩子的影响?
VEGF Trap－Eye 治疗眼底病的新进展

本期特訊 This Month Special
今天与昨天 ——医学领域十年回顾

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”第二十七期又与大家见面了！ 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。电子版登载在本刊网站，欢迎登陆下载阅读并请讨论留言。本期刊的主要栏目包括：医学新闻，医学进展，医学人物，医疗体系，医学教育，病例讨论，法律顾问，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，药物讯息，环球医学，每期特讯，专题讲座，分类广告，并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。关于投稿及广告的要求祥见网站细则。

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 2012 年10月

主编：孔学君，MD；副主编：林旭，MD；李维根，MD， PhD；宋一青，MD，ScD
编辑部主任：张应元，PhD；编辑部副主任：张眉，MD， PhD
常务编辑：牛江河，PhD；刘京京，MD，PhD；赵京雁，PhD； 王晓春，PhD；谢国建，MD
编辑：许洪志，MD，PhD；柴坎， MS；袁建平，MS；孔学民，MD；张震宇，PhD；吴晓芸，MS
市场部主任：王品秋，MS；市场部副主任：王令华，MD；刘娟子，MS；费喻，MS；顾烨，PhD
摄影：黄河，MD, PhD；张虞安，PhD；封面：高博，MS；校对：周安娜，MD；曾塞环，RN，孔令荻
市场顾问：刘瑞明, PhD；法律顾问：田圣西，JD
本期审稿编委：李维根，MD， PhD； 刘子韬，MD， PhD；周人志，MD， PhD；刘昭，MD；温国林，PharmD；李小玉，MD，存健，PhD

常务编委：张宝忠，MD；PhD；钱琪，MD，PhD；李杰，PhD；刘昭，MD；陆卫东，MD，PhD；刘京，MD，PhD；李大元，MD；梁晔，MD；武丽，MD，PhD；陈力超，MD，PhD；纪永莉，MD，PhD；刘树柏，PhD；谭睿，MD，PhD；刘子韬，MD，PhD；李小玉，MD；周捷，MD；谭淑娟，MD；徐林，PhD；赵京雁，PhD；袁南希，MD；温国林，PharmD

编委：萧莉莉，MD，PhD；闵乐，MD，PhD；乔知，MD；于江宏，MD;张建辉，MD;孙希武，MD;冯洪辉，MD；邱唯乔，MD，PhD；张益林，PhD，OD；孙香兰，MD；甘启超，PhD；朱继光，MD；郑卫红，MD；黄勤，MD，PhD；万兆奎，PhD；何颖颖，PhD；侯灌仁，MD，PhD；姜岩东，MD，PhD；张毅，MD，PhD；孔彦平，MD，PhD；Dicken Ho，MD；胡克勤，MD；陈小槐，MD，PhD；潘启安，MD，PhD；李家裘，MD；周人志，MD，PhD；李勇，PhD；尹又，MD；卢山，MD，PhD；卢玫，MD，PhD；王中山，MD；郝月，MD，张益林，PhD，OD；马剑韬，MD；PhD

通讯员：边清宁，MD，PhD；丁倩玮，NP；李燕平，MD，PhD；张伟丽，MD；张惠芳，MD；和静平，MS，顾晓梅，MS



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。

北 美 醫 學 與 健 康

2012年10月 第27期 总第27期

目 錄

醫學新聞 Medical News
癌癥幹細胞的秘密“幹細胞標識” 1
最新醫學要聞集錦 1
醫學進展 Medical Advances
咖啡因與青光眼 3
自閉癥的表觀遺傳發生論 4
醫生日志 Physician Diary
中醫學和形而上學（十一） 7
醫學論壇 Medical Forum
USPSTF 指南對婦女乳房篩查的影響 9
USPSTF 指南對前列腺癌 PSA □查的影響 9
癌癥及其他 5 個疫苗市場關注熱點 10
專題講座 Special Topic
産褥期保健 11
压力的效应，兼谈虎妈的原理 13
醫學廣角 Medical Perspective
臨床簡訊 15
西尼羅病毒 （West Nile）知多少 16
非甾體抗炎藥對心肌梗塞發作後的長期隱患 16
醫療體系 Healthcare System
美國家庭醫師學會：獨立的執業護士的醫療行爲必須停止 17
法律顧問 Legal Issues
避免醫學訴訟 17
飲食健康 Diet and Health
Omega－3 脂肪酸未必能有效對抗中風和心梗 18
酸奶（yogurt）的降血压作用 18
醫學教育 Medical Education
食物过敏：检测 IgG 总量而非 IgG4 的原因 19
何時看醫生與怎樣練氣功 20
環球醫學 Global Medicine#
國內部隊醫院隨感 21
藥物訊息 DrugInformation
止痛藥與聽力下降 21
專家座談 Specialist Forum
帕金森氏病的临床表现和治疗新进展 22
本期特訊 This Month Special
“乳腺癌月”談亞裔乳癌 23
熱切期待“美中醫學交流學會”學術年會 23

醫學新聞

衰老 徵象与 心臟病 的关系

張眉 MD, PhD
EMD Serono Research Institute, Merck KGaA, Darmstadt, MA

想要知道心脏病的风险因素吗？请看着镜中的你。新的研究表明，一些老化的迹象与心脏疾病有关。众所周知，老化迹象不外乎皱纹，脱发，白发等，随着年龄递增，但个体的差异可以很大。有的 50 多岁的人看上去像是 30-40 岁，人们禁不住感叹：怎么保养的，有什么养颜秘方吧。有的 50 多岁则像是 60-70 岁了，人们也禁不住咂舌：怎么回事啊，是不是操劳过度啊。那么是不是所有的衰老征象都和心脏病有关呢？ 换句话说，是不是显老的人就容易得心脏病呢？

在丹麦的这项研究涉及 11000 人，随访 35 年后，研究人员发现，发际线后退，光头，耳垂边皱纹，眼皮上有高低不平的小结的人，比那些没有这四个标志之一的人，心脏病发作或动脉阻塞的的风险更大。

令人感到安慰：其他地方的面部皱纹，灰白头发，并没有带来更大的心脏病风险，而且似乎是正常老化的后果。上月在洛杉矶的美国心脏协会会议上讨论了这项研究。

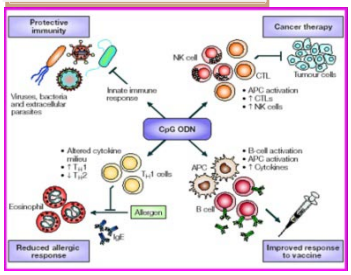
最新 醫學要闻 集锦

杨薇 医师-Beverly 医院内科

1. 新英格兰医学杂志报道的一项多中心研究发现，在急性心肌梗死并发心源性休克和早期血运重建治疗的患者中，使用主动脉内球囊反搏并没有改变 30 天以内的死亡率（N Engl J Med 2012 Aug 27）。
2. 2012 年 8 月 30 日的新英格兰医学杂志的一项研究比较阿司匹林或阿司匹林+氯吡格雷治疗有症状的腔隙性脑梗死患者。双重抗血小板治疗与严重出血和死亡率增加相关（N Engl J Med 2012 aug 30;367:817）。
3. 2012 年 8 月 13 日和 27 日的内科医学档案一项研究结果表明，收缩期高血压是健康的老年人较高死亡率的一个预测指标（Arch Intern Med 2012 Aug 13/27;172:1162）。
4. 2012 年 8 月 7 日内科医学年鉴的一项研究结果表明，黑人比白人视网膜病变可以在较低的糖化血红蛋白水平时发生（Ann Intern Med 2012 aug 7; 157:153）。
5. 2012 年 8 月 15 日的骨与关节外科杂志上的一项研究比较肩袖综合征患者的 3 个方位肩峰下注射。与前位和侧位的方法相比，后位比较不准确（J Bone Joint Surg Am 2012 Aug 15;94;1442）。
6. “英国医学杂志”网站上的一项荟萃分析显示，物理治疗与帕金森病患者的短期功能的改进和临床益处相关（BMJ 2012 Aug 6;345: e5004）。
7. 美国预防服务工作中心对于常规筛查卵巢癌目前的建议是，筛选并不降低死亡率，因此不推荐使用（Ann Intern Med 2012 Sep;）。
8. 美国杂志呼吸与危重监护杂志的网站上对于慢性阻塞性肺疾病的全球倡议，患者的严重程度是根据 FEV1 或急性发作症状和频率来评估（Am J Respir Crit Care med 2012 Aug 9）。
9. 2012 年 9 月 27 日的新英格兰杂志重复试验表明，固定阻塞哮喘不受的高剂量吸入糖皮质激素和长效测试激动剂控制的患者，添加噻托溴铵可中度有效的减少急性发作，改善肺功能（N Engl J Med 2012 Sep 27;367:1198）。

10. 9 月美国肾脏病杂志中，慢性肾脏疾病的患者被随机分配在血红蛋白水平 13.5 或 11.3 g / dL 时使用促红细胞生成素阿尔法，并发症发生率在血红蛋白水平较高组（Am J Kidney Dis 2012 Sep; 60: 390）。
11. CMAJ 网站上的回顾性队列研究发现，带状疱疹的发作并不增加任何癌症亚群的风险（CMAJ 2012 Sep 17;e）。
12. 在 2012 年 8 月 15 日临床感染性疾病，研究人员比较与男性发生性关系的男性慢性肝炎的结果，发现慢性 B 型肝炎肝脏相关死亡率较慢性 C 型肝炎高（Clin Infect Dis 2012 Aug 15; 55:507）。
13. “英国医学杂志”网站上的一项前瞻性队列研究结果表明，类风湿因子的血液浓度可预测类风湿关节炎的发展状况(BMJ 2012 Sep 6; 345:e5244)。
14. “英国医学杂志”网站上一项研究发现，在没有影像学证据的膝盖骨关节炎，年龄超过 50 岁的患者中， MRI 检测到的异常患病率在有膝盖疼痛的患者和没有膝盖疼痛的患者中均为 90%（BMJ 2012 Aug 29;345:e5339)。
15. 2012 年 8 月 21 日内科年鉴的一项研究发现，血液中升高的铅含量即使在目前被定义为正常的范围内，仍有增加痛风的危险（Ann Intern Med 2012 aug 21;157:233)。
16. 2012 年 9 月 19 日 JAMA 一项前瞻性队列研究比较空肠 Roux-en-Y 胃绕道手术后的长期结果。与没有接受减肥手术对照组的肥胖患者相比，胃绕道手术与较高的糖尿病缓解率，高血压缓解，及自杀率增加有关（JAMA 2012 Sep 19;308:1122)。
17. 2012 年 8 月美国胃肠病学杂志的一项研究表明，成功根治幽门螺旋杆菌对消化性溃疡出血的患者一般是足够的治疗（Am J Gastroenterol 012 Sep;107:1426)。
18. 在“英国医学杂志”网站上的一项大型回顾性研究中，研究人员研究血压对新诊断的 2 型糖尿病患者死亡率的影响。他们发现，心血管疾病的患者收缩压低于 110 毫米汞柱比 130 和 139 毫米汞柱的收缩压之间有较高的死亡率（BMJ 2012 Aug 30:345:e5567)。
19. 2012 年 8 月 22 日和 29 日出版的 JAMA 的一项研究中，在 10 年心血管事件中度风险的患者中增加 CAC 冠状动脉钙得分对 Framingham 风险评分的预测能力的影响最大，而 C-反应蛋白的影响最小（JAMA 2012 Aug 22/29;308:788)。
20. 英国柳叶刀神经病学十月号随机对照研究发现，记忆和认知功能正常或轻度降低的老人，银杏叶提取物治疗不能改善身体和神经系统功能（Lancet Neurol 2012 Oct; 11:851)。
21. 2012 年 9 月 15 日临床感染性疾病杂志的一项随机试验比较了 2 种方法来管理性活跃，复发性尿路感染的年轻女性的无症状尿路感染。根据研究结果，应避免使用抗生素治疗（Clin Infect Dis 2012 Sep 15; 55:771)。
22. 2012 年 10 月 4 日”新英格兰医学杂志“的一项分析中，研究人员评估了加上 C-反应蛋白和纤维蛋白原，对预测心血管疾病的危险的模型有无增加预测效益。发现二者均可中度提高风险预测（N Eng J Med 2012 Oct 4;367: 1310)。
23. 在 2012 年 10 月美国肾脏病杂志“的一项回顾性研究中，研究人员发现，使用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素受体阻断剂与造影剂相关性肾病的风险显着增加相关（Am J Kidney Dis 2012 Oct;60:576)。
24. 在 2012 年 10 月 4 日自然杂志中，癌症基因组图谱网络发布了第一个全面的乳腺癌基因分析。该报告确定了四个不同的内在亚型乳腺癌，亚型相关的基因突变和新的基因突变（Nature 2012 Oct 4; 490:61)。
25. 英国医学杂志”网站上一项回顾性队列研究的结果表明，在有 BRCA1 或 BRCA2 基因突变的女性中，年龄在 30 岁之前经历了诊断放射学程序，包括乳房 X 光检查的的女性患乳腺癌的风险明显增高且与辐射剂量增加有关（BMJ 2012 Sept 6;345:e5660)。
26. 2012 年 9 月 19 日的美国国家癌症研究所杂志“的一项回顾性研究评估使用 thiazodinedione 的患者（TZD）患膀胱癌的风险。研究人员发现，使用 5 年后，噻唑烷二酮类的风险较磺脲类高，但在更短的使用时间内，二者的风险是相似的（J Natl Cancer Inst 2012 Sep 19;104:1411)。
27. 在 2012 年 9 月 18 内科医学年鉴一项双盲交叉试验显示用沙利度胺 thalidomide 治疗特发性肺纤维化患者的干咳，对生活质量和咳嗽的严重程度都有显着改善（Ann Intern Med 2012 Sep 18;157:398)。
28. 2012 年 8 月的神经病学年鉴一项回顾性研究发现，出现单眼视力丧失的患者有 25%有急性缺血性大脑病变（Ann Neurol 2012 Aug; 72:286)。
29. 在消化道药理学与治疗杂志网站上一项回顾性队列研究结果显示，服用胃酸的质子泵抑制剂的患者较未服用者有较高的严重感染（需要住院的）和抑酸相关的感染发生率（Aliment Pharmacol Ther 2012 Sep 11;)。
30. 在 2012 年 10 月急诊医学年鉴的一篇论文中，研究人员总结了报告给美国国家毒物数据系统的 1400 例使用合成大麻素的结果。他们发现，临床效果不尽相同，其中包括心动过速，呕吐，幻觉和癫痫发作（Ann Emerg Med 2012 oct;60:435）。

醫學進展



流感 疫苗 也是 “心臟疫苗” ？

張而立醫師，吳永健醫師

北京阜外心血管病医院

接種流感疫苗能夠預防心臟病發作！在剛剛結束的 2012 年加拿大心血管病年會上，來自多倫多大學女子大學醫院的醫師公布了這一驚人的 meta 分析研究結果。他認爲，或許在不久的未來，注射一劑安全便捷的流感疫苗，便能使我們遠離心臟病發作！[1]

衆所周知，心血管疾病是危害人類生命健康的主要非傳染性疾病之一。2006 年，Lopez 等在 Lancet 發表的研究結果表明，非傳染性疾病（如缺血性心臟病，腦血管疾病、癌症、糖尿病等）是導致發達國家公民死亡的主要原因。其中，缺血性心臟病的死亡率（17.3%）和腦血管疾病的死亡率（9.9%）高居榜首，遠高于其他各種疾病的單因死亡率[2]。因此，如何預防和治療心血管疾病一直是政府和學界關注的焦點。

多年的研究表明，動脈粥樣硬化是導致心腦血管疾病的罪魁禍首。動脈粥樣硬化是一種年齡相關性疾病，它主要累及大型及中型的肌彈力型動脈，以主動脈、冠狀動脈及腦動脈最爲多見，常可導致管腔閉塞或管壁破裂出血等嚴重的急性心血管事件。動脈粥樣硬化的發展十分緩慢，通常需要 10－20 年的時間才會引發臨床症狀。一般而言，動脈粥樣硬化首先會引起內膜下脂質沉積和局部炎症反應，繼而誘發動脈壁細胞的增殖和壞死，從而導致動脈壁增厚變硬、失去彈性，最終發展爲穩定和／或不穩定性動脈粥樣硬化斑塊。一方面，穩定性斑塊的緩慢增大可以導致動脈管腔的進行性狹窄，從而導致心肌缺血和心絞痛的發生；另一方面，不穩定性斑塊的形成還可能導致斑塊的突然破裂及其內容物的大量釋放，從而引起血管栓塞和心肌梗塞等急性心血管事件的發生。[3,4] 因此，及時遏製並逆轉動脈粥樣硬化的發生和發展，尤其是防治急性心血管事件的重要目標。



早期的臨床試驗表明，呼吸道感染可能是引發急性心血管事件發生的關鍵。其中，一項針對平均年齡 40 歲以上的 78,000 名患者進行的研究表明，曾在 1 年前接種過流感疫苗的受試者首次心臟病發作的幾率比未接種者低 20%。[5] 另有統計表明，每年約有 91,000 名美國人死于流感引發的心臟病發作。正是基于這些事實，美國心臟協會（AHA）和美國心臟病學會（ACC）于 2006 年聯合發表指南，建議心血管疾病患者接種流感疫苗，以預防心血管事件的發生。[6] 此外，美國疾病預防控製中心（CDC）也建議六個月以上的所有兒童和成年人均應接種流感疫苗，以降低流感相關心血管事件的發生風險。[7,8]

近期，爲了進一步闡明流感疫苗接種與心血管事件發生風險之間的關系，以 Udell 醫師爲首的兩個科研團隊對 1994 年－1998 年期間開展的 4 個隨機對照試驗（RCT）進行了系統性分析。首先，研究者根據是否患有心臟病將所有受試對象（共 3227 人）平均分爲兩組，然后再隨機將他們分配到接種流感疫苗和接種安慰劑的兩個亞組中，並對他們的健康狀況進行了 12 個月的隨訪。這些受試對象的平均年齡爲 60 歲。在 12 個月的隨訪期結束時，科研人員們驚奇的發現，流感疫苗接種組的主要心血管事件（包括心臟病發作、腦卒中和心源性死亡）的發生風險和死亡率分別較安慰機組降低了約 50% 和 40%，均顯著低于安慰劑接種組。此外，該研究結果還表明，無論是否已患有心血管疾病，接種流感疫苗都能夠顯著減少心血管事件以及心血管疾病相關死亡的發生風險。[1]

這項振奮人心的實驗結果一問世便引發了學界和媒體的廣泛關注。在接受 NBC 新聞 Jennifer Nelson 的采訪時，該實驗的主要研究者 Udell 醫師十分樂觀地描述了流感疫苗在心臟病預防領域廣闊的應用前景，他甚至將流感疫苗形象的稱爲 “心臟疫苗”。雖然有學者認爲，由于本研究具有一定的局限性，因此流感疫苗在預防心血管事件和心血管疾病相關死亡方面的有效性還有待未來前瞻性隨機對照實驗的進一步証實。然而，大多數學者都對疫苗預防心臟病的前景表示樂觀。他們認爲，即使流感疫苗預防心血管疾病的有效性並非 50%這么顯著，而只有 40%、30%，甚至 10%，但其通過降



低心血管事件發生風險給人們帶來的益處仍是不可小視的。在不久的未來，醫生或許可以通過注射流感疫苗顯著降低心血管疾病高危人群的發病和死亡風險，從而更有效的維護生命健康，以獲得更好的社會效益。[9] 那么究竟爲什么流行性感冒能夠導致心臟病發作呢？在接受 yahoo health 的采訪時，來自德克薩斯州盧博克市 Grace 診所的 Bradly Bale 醫師給出了他的見解。他認爲，流行性感冒引發的炎症反應可能是導致心臟病發作的重要病理機製。[10] 炎症反應是機體爲了抵抗細菌和病毒入侵所開啓的一種防御機製。正常情況下，炎症反應只針對外來入侵的病原體而不會損傷自身的細胞和組織，然而流感引發的過度的全身性炎症反應卻可以引發不穩定斑塊發生突然地破裂。一旦斑塊破裂，斑塊所包裹的脂質等內容物就會釋放到血液中，繼而引發多種栓子（如血栓栓子）的形成。這些栓子可以進而通過血液系統運輸到身體的各個部位並形成栓塞，部分或完全堵塞血管，引發缺血性疾病的發生。例如，當栓子堵塞在冠狀動脈時，便可引發缺血性心臟病，而當栓子進入腦部的動脈時，便可導致腦卒中的發生。[3]

Bale 進一步指出，其實早在 2008 年，Tienan Zhu 等發表的臨床試驗結果就已經向我們揭示，接種流感疫苗可以使受試者發生肺動脈栓塞（栓子堵塞于肺部動脈）和下肢深靜脈栓塞（栓子堵塞于腿部靜脈）的風險降低 26%。[11] 這一結果再次强烈的提示我們炎症反應在流感誘發血栓形成過程中的潛在作用，以及通過接種疫苗預防斑塊破裂的重要性。因此，Bale 醫師建議他所診治的所有病人都接種流感疫苗以預防過度的炎症反應。此外，基于一系列臨床証據[5,12-14] 以及 CDC 推荐的疫苗接種指南，[7,8]Bale 還建議年齡在 50 歲以上或患有心血管疾病的患者應額外注射另外兩種疫苗—帶狀□疹疫苗和肺炎雙球菌疫苗——以進一步預防心臟病和／或腦卒中的發生。[10]

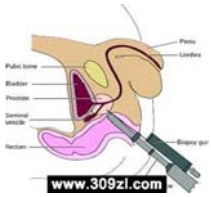
綜上所述，我們不難看出，接種流感疫苗的生理學作用和社會學效益遠不止殺滅病原體這么簡單。雖然我們尚不明確流感疫苗抗炎的具體機製及其在其他疾病方面的潛在作用，但是隨著科技的進步和研究的深入，我們有理由期待，或許在不久的未來接種一劑安全便捷的流感疫苗便可使我們遠離心臟病和腦卒中的發生，從何捍衛我們的健康和生命！



[參考文獻]

1. Udell JA. http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)00543-0/fulltext.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367:1747-1757.
3. Libby P. Inflammation in atherosclerosis. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology 2012;32:2045-2051.
4. Finn AV, Nakano M, Narula J, Kolodgie FD, Virmani R. Concept of vulnerable/unstable plaque. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology 2010;30:1282-1292.
5. Siriwardena AN, Gwini SM, Coupland CA. Influenza vaccination, pneumococcal vaccination and risk of acute myocardial infarction: matched case-control study. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2010;182:1617-1623.
6. Smith SC, Jr., Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. Circulation 2006;113:2363-2372.
7. CDC. http://www.cdc.gov/flu/protect/keyfacts.htm.
8. Myhealthnewsdaily. http://www.myhealthnewsdaily.com/2559-top-food-borne-illness-germs-sick.html.
9. NBC-News. http://vitals.nbcnews.com/_news/2012/10/28/14726938-flu-vaccine-may-protect-you-from-a-heart-attack?lite.
10. Yahoo-Health. http://health.yahoo.net/experts/dayinhealth/shot-prevents-heart-attacks.
11. Zhu T, Carcaillon L, Martinez I, et al. Association of influenza vaccination with reduced risk of venous thromboembolism. Thrombosis and haemostasis 2009;102:1259-1264.
12. Kang JH, Ho JD, Chen YH, Lin HC. Increased risk of stroke after a herpes zoster attack: a population-based follow-up study. Stroke; a journal of cerebral circulation 2009;40:3443-3448.
13. Lin HC, Chien CW, Ho JD. Herpes zoster ophthalmicus and the risk of stroke: a population-based follow-up study. Neurology 2010;74:792-797.
14. Nagel M, Ortiz GA. Does herpes zoster ophthalmicus increase the risk of stroke? Neurology 2010;74:788-789.

醫學進展



前列腺癌:

2012年我們立足在哪里， 我們将走向何方？

紀永莉 **MD, PhD，肿瘤科医师**

[注] *这是来自哈佛 Dana Farber Cancer Institute 的两位医生的一篇评论*

近期对去势抵抗性前列腺癌（CRPC）的发病机制的理解前列腺癌使新的治疗策略得以进展，特别是对晚期疾病患者，增加治疗药物使病人的情况更加乐观。

快速发展的治疗药物给予病人新的机遇，而在同一时间引入了新的问题。这些问题包括：如何以最佳顺序或如何用最近批准的新药联合用药； 能否用治疗中间点取代总体生存率来决定未来的新药批准； 应用这些新药在局部疾病高风险的男性是否可以提高治愈率。

最近批准使用的新药，包括 abiraterone 和 enzalutamide（二者是雄激素信号通路阻断剂）， 如何结合目前的治疗方法使用这些药物？包括使用 Sipuleucel-T（治疗性疫苗）。理论上认为，使用 Sipuleucel-T 后立即用免疫抑制剂（如激素），会影响其疗效。由于 abiraterone 与激素伴随给药，abiraterone 治疗可能需要先于 Sipuleucel-T 使用。目前还不清楚 需要等待多长在进行下一轮化疗。如何合理使用最新批准的一线药雄（激素信号通路阻断剂）与二线药物 （例如 Ketoconazole）？ 此外，由于这些有效的治疗方法进入临床实践，抗骨吸收治疗的剂量和给予时间也是一个问题。由于批准 Zometa 和 Xgeva 用于预防骨相关事件的临床试验在一个时期发生， 当时患者的癌症控制选择有限。 现在新的治疗药对骨相关事件的减少有益， 患者可能需要不同的时间表，或最好是生物标志物以指导临床决策。此外，如何使用 FDA 尚未批准， 但证明可延长去势抵抗性前列腺癌患者存活的抗骨吸收药物的 Alpharadin？

需研究的另一个问题是当病情恶化，何时停止 abirateron 或 enzalutamide， 这取决于如何定义前列腺特异性抗原（PSA）水平，临床/症状恶化，或影像的恶化。在 COU-301 临床试验中，PSA 水平的上升，PSA 不下降，不是停止 abirateron 阿比特龙的一个标准，因此，患者可能会继续接受治疗力争获益。正如对去势抵抗性前列腺癌患者的标准雄激素剥夺疗法（ADT），问题是疾病恶化后，是否持续抑制 CYP17 和完全的雄激素受体（AR）封锁。 还是说，疾病恶化后， 这些药物应终止，在稍后的时间当情况有所改变时（如 CYP17 升高）再重新给药？我们知道，之前的治疗会影响随后的抗癌方案。由于这些药物按顺序使用，目前还不清楚，他们有助生存的效果是累加， 还是减弱了交叉耐药性机制。 Abiraterone (阿比特龙)治疗使得雄激素受体(AR)mRNA 剪接变异体表达增高，呈持续激活状态。Enzalutamide 治疗伴随着瘤体内睾丸激素水平增加。信号传导网络的相互通话可能也发挥了作用，使雄激素受体 AR 不依靠配体激活。 目前，在已给过阿比特龙的患者中，没有关于使用 enzalutamide 数据研究。反之亦然。 潜在的雄激素剥夺疗法 (ADT) 耐药机制研究 支持 联合用药(CYP17 加有效的抗雄激素，如 enzalutamide)。

最近批准的多个新药目前用于中晚期前列腺癌， 更多的制剂正在该领域的临床实验。 找到可靠的替代疗效的生物标志物至关重要。许多转移性前列腺癌患者，骨侵犯难以测量，需要依赖 PSA 水平评估对治疗的反应。不幸的是，PSA 可能不是一个可靠的生物标志物， 以评估治疗的反应， 因此需要新的可靠的生物标志物。 虽然新药的开发数量空前的发展， 病情恶化最终还是发生，用总生存期作为研究主要终点引起人们的关注。寻找一个可靠的中间点，如癌症无进展生存期，可以优化和加速药物的开发。

Abiraterone (阿比特龙)和 enzalutamide 的良好的疗效引人注目，导致疾病早期就使用这些药物，包括局部疾病患者。这是一个机会吗？来重新定义一个对性激素敏感的疾病需完全雄激素阻断。 这是一个重要的问题需要回答。在高风险局部疾病，我们评估了 Abiraterone 阿比特龙在第二阶段的一个新辅助化疗实验。初步结果发表在 2012 年的美国临床肿瘤学会（ASCO）年度会。Abiraterone 阿比特龙和 Lupron 联合用药比单独用 Lupron， 大于预期的病理完全反应。 enzalutamide 新辅助试验目前在征集患者。结合使用这些新药与其他的多重选择， 打开对高风险患者的根治性治疗的大门。此外，第三阶段的新辅助化疗和辅助化疗试验需要找到中间点短来预示生存，以及时调整临床决策。一个多学科的多国调查组 已成立，探索在早期临床试验中可提示临床的中间点。晚期前列腺癌的发病机制的研究进展，预示着一个治疗的新纪元。新药使治疗前景乐观，正在研制的新药正在开发中。然而，许多问题仍然没有答案，在不久的将来等待答案.

医学论坛

绝经期妇女的激素替代療法面面觀

哈佛医学院以色列医院妇产科医师 **李小玉** 教授，英文原稿

西南交通大学生命科学与工程学院硕士研究生 **卢琼** 中文翻译

约 40 个观察性研究均表明雌激素能够降低绝经后妇女冠心病发生及其整体死亡率 25%-50%。随机对照实验则没有显示这样的作用。随后我们了解到随机对照试验组的妇女与观察性研究组的妇女存在显著差异。随机对照组的平均年龄为 62 岁，而观察性研究组的年龄范围为 30-55 岁。随机对照组的妇女进入更年期已超过 10 年，而观察性研究组则低于 6 年。这就有了“时机假说”，假想雌激素的作用依赖于更年期相关治疗开始的时机。雌激素能够保护正常的内皮细胞，但当内皮损伤已经存在时则会加重损伤的发生。这就形成了绝经后妇女使用雌激素减少冠心病发生的“时机之窗”。给予 50 岁以上的绝经后妇女 5-30 年的激素疗法治疗可显著的增加 1.5 个寿命年，每年不到 2500 美元的花费即可获得。

我们应该怎样使用激素？这取决于三个因素，年龄，途径和剂量。

1、 年龄

60 岁以前，更年期开始后 10 年以内开始使用。

2、 途径

口服雌激素通过肝脏代谢成为可利用的形式。在肝脏中凝血因子增加。经皮给药的雌激素绕过肝脏，避免了这一血凝变化。观察性试验结果证实经皮给药的雌激素可能具有更低的静脉血栓栓塞、中风以及心肌梗塞的风险。

3、 剂量

一般雌二醇补剂的最低起始剂量为 0.025mg，如果不够的话再增加剂量。针对那些对皮肤贴膏敏感的妇女，还有雌激素皮肤霜或喷雾以及阴道环。

为了防止子宫内膜发生雌激素诱导的癌症，我们加入孕酮。市面上有两种复合雌激素-孕酮补剂，即 Combi-patch and Climara-pro。对于那些不能使用雌激素-孕酮复合补剂的妇女，口服天然孕酮也是可行的。我们可以给 200mg 一个月 10 天的处方或每晚 100mg。周期性模式使用更少的孕酮但是可能引起“经期”重来。天然的孕酮是镇静剂，所以最好在睡觉前服用。它可能会帮助某些妇女睡得更好。孕酮的非活性成分中可能包含花生油，所以需要检查妇女是否对花生油过敏。

针对生殖器萎缩，伴随干燥，发痒，性交疼痛，膀胱充盈的症状，还有局部雌激素可选用，像 10ug 阴道片剂，雌二醇阴道乳霜等。激素使用的标准时间长达 5 年。当激素疗法被中断时，不管是突然还是逐步中断，都有 50%的更年期症状的复发率。

美國醫師協會頒布 最新的 2012 結直腸癌篩查指南

鲁平，MD， PhD，哈佛大学 Dana Farber 肿瘤研究所

美国医师协会(ACP)在 2012 年 3 月 5 日颁布一项最新的指导性意见：建议所有的成年人都接受个人化的结直肠癌风险测评。这项指导意见的全文及其附带的病例摘要被刊登在 3 月 6 日的《内科医学年鉴》上。

在就新指南召开的新闻发布会上，ACP 主席弗吉尼亚·胡德医生指出：“ACP 鼓励人们在 50 岁时开始结直肠癌筛检。虽然现有的证据显示这样的筛检可以有效的减少结直肠癌的死亡率 ，目前却只有大约 60％50 岁及其以上年龄的美国人接受了筛检。”在美国，结直肠癌是所有男女性癌症患者中因癌症致死的第二大病种。新的 ACP 指南旨在回顾和综合美国各权威机构就结直肠癌筛查提出的指导性意见，并以此对医生和患者进行相关的教育。

在国家指南交换中心的检索中符合 ACP 的选择回顾标准的共有 4 项指导性意见。它们分别是由美国癌症协会，美国结直肠癌多学会工作组，和美国放射协会颁布的联合指南，以及由临床系统改进协会，美国预防医学工作组，和美国放射协会各自颁布的指南。

ACP 由此提出如下具体建议：

1. 临床医师应在所有成年人中进行个体化的的结直肠癌风险评估。与结直肠癌发病率和死亡率相关的危险因素包括年龄，是否黑色人种，息肉、炎症性肠病或结直肠癌的病史，以及结直肠癌家族史。

2. 针对一般风险人群，筛检应始于 50 岁。在高风险人群中，筛查起始年龄则应为 40 岁或其亲属中最年轻的结直肠癌患者的年龄减 10 岁。在这些人群中，通过筛查达到结直肠癌早期诊断并降低死亡率的潜在收益要大于筛选本身可能带来的风险。

3. 对于处于一般风险的患者可以进行粪检，乙状结肠镜或结肠镜检查。对于高风险的患者则应采取结肠镜检查。不过具体的筛查方式还应根据此检查是否可得，相对的风险与收益，以及病人的好恶进行选择。对于 50 岁以上的一般风险人群，建议每 10 年进行一次结肠镜检查，其中 5 年间期采取乙状结肠镜，仿真结肠镜检查，或双重对比钡灌肠检查；另外每年还应进行大便隐血检查。

4. 对于 75 岁以上或预期寿命不超过 10 年的患者，因为筛查本身的风险可能超过它所带来的收益 原则上不主张进行筛查 。结肠镜检查最主要的风险包括出血，肠穿孔，以及术前准备过程中的不良反应。

胡德博士最后指出 “我们鼓励病人和他们的医生共同决定最终的筛查方式以便让他们能了解各种筛检方法的优势与不足。同时任何筛查，尤其是结直肠癌的筛查，其成功的关键有赖于选择恰当的检测方法，有效的随访筛查结果异常的患者，以及在指定的时间间隔中进行复查。”

醫生日志

中醫學和形而上學（十二）

——波士頓的隨想

黄明达 医师

十八、慢性上腹部疼痛与肝郁不舒

1. 慢性上腹部疼痛，是常见的毛病。当然，在这种情况下，首先要求排除胆囊炎、溃疡病、胰腺炎，还有十二指肠溃疡等等。目前，通过内窥镜、CT 扫描、超声波检查和其他的特殊检查，就可以排除这些严重的疾病，而原发性上腹部疼痛就可以确诊。

2. 我曾经有过这样的病例，这个病人，是一个美国人，四十多岁，虽然是单身，但是比较注意自己的身体，生活也很有规律，没有什么不良的嗜好。在过去几年之中，总是觉得上腹部疼痛，腹部胀满，消化不良，有时候拉肚子，有时候大便秘结，全身乏力。内窥镜检查、CT 扫描、核磁共振、超声波检查等等，没有发现什么问题。

于是，他的家庭医生给他一些治疗消化道的药物，包括美国常用的胃肠道的药，但是，症状没有改善，有时候症状还是相当的明显。曾经有过一次，因为疼痛非常严重，还动过手术作剖腹检查；但是，还是没有发现什么病变，病人白白的挨了一刀，想起来后悔莫及。

3. 这到底是怎么回事呢，这正说明了西方医学的局限性。因为西方医学注重的是形态学的变化。这个病人在形态学方面就没有什么异常的变化。后来试用胃肠道疾病的药物，但所有这些药物都是针对形态学的病变，如果形态学有异常，用这些药物当然有效，但原发性上腹部疼痛，形态学方面却没有异常。所以，用这些药物，就不见得有效。这里就说明，原发性上腹部疼痛，光是从形态学方面去寻找治疗的入路，光是从物理学层次去处理，已经办法不多了。

4. 那么下一步应该是怎么做呢？在物理学层次方面已经没有什么可做的事情，那么，在物理学后面也就是形而上学方面，应该怎么样分析这方面的问题呢？

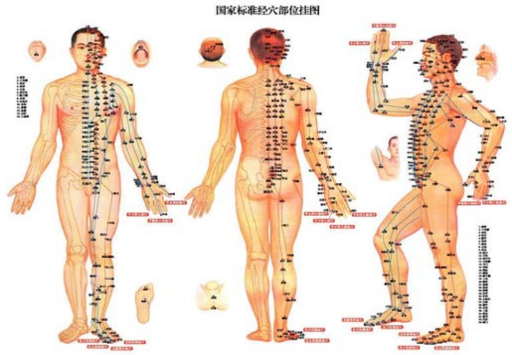
5. 从形而上学来看，从中医的阴阳五行理论来看，原发性上腹部疼痛，问题主要不在人体系统的物理学层次存在，而是在形而上学层次存在，在阴阳五行系统的存在。

6. 原发性上腹部疼痛是阴阳五行系统里面不平衡所引起，这种不平衡已经是存在相当长的时间，到了一定的高度，它就显示出症状出来。但是，由于发生在比较广泛的范围内，而在一个比较小的局部，不一定产生明显的形态学的病变，所以形态学方面还是在正常范围之内，在物理学层次方面没有发现任何异常的东西。主要的异常是在形而上学层次方面。从非平衡性热力学来看，主要是在自由能和负熵方面产生不平衡，自由能不足，而负熵太低，就形成了伤害信息产生和存在，伤害信息产生和存在，就形成了原发性上腹部疼痛。

7. 上面所说的是非平衡性热力学的话语，从中医学阴阳五行学说来看，原发性上腹部疼痛，不通则痛，上腹部疼痛，就是经络不通，经络阻滞，肝脏郁滞所引起，所以在治疗方面就需要疏肝，疏通经络，通经活络，行气活血，行气祛瘀，通过这些治疗的手段，克服不通则痛的情况，这是原发性上腹部疼痛的第一个层次的治疗。

8. 但是为什么会产生经络不通的情况呢？在这里，从阴阳五行理论来展开，主要是脾虚、脾湿过重，治疗的方法是补脾去湿，这就是原发性上腹部疼痛的第二个层次的治疗。用疏肝的方法，来疏通肝；用消瘀方法，来改善那里的比较低的负熵，这个第一个层次的治疗，对这位病人来说有一定的效果。但是，这是一个症状顽固的病人，这种入路，显然是不足的，这时候就用第二层次的方法，用补脾的方法，驱除湿热的方法，通过补脾，祛除湿热，来提高自由能，降低伤害信息，就能更好地改善症状。

9. 这样的治疗使这位病人的症状有所改善，但是还是不能够解决问题。下一步该做什么呢？下一步应该是补肾，并且去除湿热，通过这样的深层的治疗，极大地提高消化系统的自由能，降低消化系统的伤害信息，这样，就能够彻底地克服腹部疼痛的症状。当然在这个过程中，由于涉及到深层的变化，对全身系统的影响比较大。所以，要根据阴阳五行理论，一步步地调理各个部位的问题，治疗过程要十分细致，我采用了这一个办法，来治



疗这个病人的上腹部疼痛，通过治疗，病人的情况一步步好转。

10．在整个过程之中，有时候发生心火太旺，我在这方面作出适当的调整。在补肾补脾过程中，引起了身体的湿热上升，在这方面，我也作适当的调理，使整个系统能够平稳地向好的方面发展。有时候，因为这个病人原来血压比较高，在补脾补肾的时候，高血压偏高的情况更为严重，在这方面我都作出适当的处理。

11． 通过上面的处理，病人上腹部疼痛得到了完全的控制，并且腹部胀满完全消失，身体觉得比以前强一些，情绪更加乐观一些，病人可以说得到痊愈。

十九、慢性消化不良与脾湿

1．在我们周围经常有人说肚子发胀、腹部不舒服、吃东西不消化等等，这就是消化不良，如果长期有这种症状，并且排除了消化道溃疡和其他严重的消化道疾病外，就可以确诊就是慢性消化不良。

2．慢性消化不良是一种常见的疾病，虽然不会致命，但是病人觉得不舒服，并且是长期的，对病人的生活和工作有很大的影响。有这种情况的病人，往往也无可奈何。而西方医学对这个问题也是认识不足，没有著力的地方，诊断和治疗比较模糊和比较混乱，缺乏有效的治疗方法。总之，病人有这方面的问题，虽然并不是严重的问题，往往觉得治疗并不满意，已成一种慢性的状态，而影响到病人的生活和工作。

3．为什么这么一种平常的症状，在治疗方面会产生这么复杂的困难？主要问题就是这种情况从西方医学的观点看，在物理学层次方面来看，在形态学方面，在病理学方面,没有发现任何不正常的情况，这样一来，西方医学治疗这个问题，就没有著力点，也就无从著手来处理这个问题。往往就用一些消化道的药物来治疗症状。所以，慢性消化不良虽然是一个平常的症状，但是西方医学想根本治疗这种情况，还是十分困难。

4．问题出在什么地方？这些症状的发生，问题并不出在物理学层次方面,而是在物理学层次后面，也就是形而上学方面。由于形而上学层次方面的不正常存在，这才是问题的所在。当我们只是用物理学方法来调查和研究的时候，当然是没有发现任何不正常的东西，但是物理学层次没有问题不等于没有问题，在形而上学方面还有可能存在问题，所以我们就需要对系统的形而上学层次方面作一番研究，才能确定有没有问题,才能够找到解决问题的方法。

5．肚子发胀、大便秘结、腹部不舒服、吃东西不消化，所有这些，都是消化道功能不好的象征。如果把人体系统看作是耗散结构，消化道就可以看成是一个大的耗散结构里面的一个小系统。那么，在这个小系统之中，可以用非平衡性热力学来分析，从非平衡性热力学来看，肚子发胀、大便秘结、腹部不舒服、吃东西不消化，就是消化道自由能不足、负熵水平太低而造成的。这是非平衡热力学的话语。用中医学阴阳五行的话语来说，也就是经络阻滞、脾湿气虚引起慢性消化不良。

6．因为经络阻滞、胃热肠湿、脾虚气虚是慢性消化不良的原因，从中医学方面来说，治疗就需要针对这些原因。具体来说，治疗可以分为几个不同层次。首先是针对湿热，需要去除胃热和脾湿并疏通经络。这一步就比较单纯，但是对于一些体质不错、病程不长的病人来说，这样的治疗就已经解决不少问题。一般来说通过这方面的治疗，病人的消化不良的症状，就会得到改善。

7．但是有时候有些病人还是没有得到应有的效果；另外，即使是有疗效，但并不是那么稳定。为了取得比较稳定的效果，我们还需要从不同角度作进一步治疗。对这个问题，我们可以从第二个层次来论述。第二个层次的治疗，就是要补脾和进一步补气。这样，就会使消化道的自由能进一步提高，使伤害信息进一步降低。第二个层次的治疗，可以治疗比较严重的病人和复发的病人。

8．有时候，就是从第二个层次方面治疗，有时候病人改善，但是巩固疗效还并不是那么令人满意，症状还有反复。在这种情况下，我觉得就需要补肾，通过补肾,结合去除湿热，补脾补气、活血行气，就会极大地提高消化道自由能的水平,使伤害信息进一步降低，从根本上解决消化道自由能不足，信息伤害过多的不良平衡，使慢性消化不良得到根本的解决。

9．通过这样的治疗，一般来说消化道功能不好、慢性消化不良就会得到比较彻底的改善。这样的治疗方法跟西方医学的治疗有很大的不同，当然在治疗的过程中，结合西方医学的一些药物，另外饮食方面要注意，改变某些不良的生活习惯等等,都对慢性消化不良的治疗有帮助。

藥物信息



果汁对藥物的影響

温國林 药剂师， 麻州 Lowell 总医院

一项医学研究发现，多种药物可能和葡萄汁产生相互作用；具有这种相互作用的药物现达 8 5 种之多，这归因于近年来越来越多新药的上市。其中可能和葡萄汁交互引起致命反应的药物达 4 3 种之多，而在 4 年前这个数目还是 1 7 种。这相当于和葡萄汁交互引起致命反应的药物每年增加了 6 个。这些药物包括他汀类降脂药、抗生素、抗癌药和一些心脏科药物。

相互作用的机制

这种相互作用的机制是：葡萄汁内含呋喃香豆素，这种呋喃香豆素是药酶抑制物，它能抑制药酶 P450 3A4 的活性，使得这种药物分解失活的关键催化剂失效。很显然，葡萄汁和药物相互作用的结果是，这些药物在体内的浓度可能飙升，引起中毒。呋喃香豆素可能存在于不同状态的葡萄汁中。比如新榨汁、冷冻汁或全汁。而且含呋喃香豆素的果汁不仅仅局限于葡萄汁。其他果汁有酸橙汁、柠檬汁、
柚汁。这些果汁也和药物相互作用。

相互作用的严重程度

葡萄汁和药物的相互作用的程度有可能轻微，也可能严重。一些药物即使和少量的葡萄汁也会产生严重的相互作用，其结果是药物浓度飙升几倍。例如一个葡萄的量就足够引起药物相互作用。例如，每日引用 2 0 0 毫升葡萄汁连续 3 天后，辛伐他汀的浓度增高 3 倍。这时很容易诱导发生心肌溶解的副反应而危及生命。另一种情况是，即使饮用葡萄汁几个小时后服用药物，仍然能发生药物相互作用。

解决方法

药物和葡萄汁产生相互作用，往往是同类药物都涉及。但是有时侯葡萄汁只影响特异的几种，并不涉及这类药物的全部。所以这就为医生和病人提供了一个解决方案，就是选择不被葡萄汁影响的药物。如果没有其他的替代品，即服用这种被葡萄汁影响的药物是不可避免的，那么就需要控制葡萄汁的服用。

和葡萄汁产生相互作用的药物不完全列表：

. 抗癌药 (crizotinib, dasatinib, erlotinib,everolimus, lapatinib, nilotinib, pazopanib, sunitinib, vandetanib, vemurafenib)

. 抗微生物药 (erythromycin, halofantrine, maraviroc, primaquine, quinine, rilpivirine)

. 他汀类药物 (atorvastatin, lovastatin, simvastatin)

. 心血管系统药 (amiodarone, apixaban, clopidogrel, dronedarone, eplerenone, felodipine, nifedipine, quinidine, rivaroxaban, ticagrelor)

. 中枢神经系统药 (oral alfentanil, buspirone, dextromethorphan, oral fentanyl, oral ketamine, lurasidone, oxycodone, pimozide, quetiapine, triazolam, ziprasidone)

. 抗恶心呕吐药 (domperidone)

. 免疫抑制药 (cyclosporine, everolimus, sirolimus, tacrolimus)

. 尿路控制治疗药 (darifenacin, fesoterodine, solifenain, silodosin, tamsulosin)

介紹 3 種 2011 年新藥 – 孔學君 醫師

1， Fidaxomicin 是 2011 年 5 月上市的治疗伪膜性结肠炎的新药。伪膜性结肠炎是一种很严重的临床疾患，通常用灭滴灵一线治疗，万古霉素为二线治疗，然而两个药的复发率高达 20-30%。Fidaxamicin 是一种强有力的杀菌剂，肠道不吸收，比起灭滴灵和万古霉素的复发率明显下降，而且可以用于孕妇（B 类），对于肾功能也没有影响，主要的缺点是价格昂贵，一个疗程 102 天疗程的价格为 2800 美元。

2， Rivaroxaban 是 2011 年 11 月上市的新药，治疗指证为预防房颤病人的中风合并症，作用是阻止凝血系统的十因子而起到抗凝作用， 与双香豆素的抗凝效果相似，比另一种较新的抗凝药 dabigatran 效果略差。

3， Lorcaserin 是 2011 年上市的治疗肥胖的新药，作用机制是选择性五羟色胺兴奋剂（2C），减少食欲，可以使体重下降 5-6%，但是副作用是可以引起抑郁甚至自杀意念，还有可能导致智能下降，这些副作用使这个药的临床应用大打折扣。



专题讲座



听力下降与老人跌倒



武丽　医师，哥伦比亚大学眼科

根据美国国家卫生研究院的统计资料，听力丧失是美国老年人，继高血压和关节炎之后，最常见的第三种慢性疾病；大约在65-74 年龄之间的老年人，每 3 人中有 1 位听力丧失，75 岁以上者听力丧失发生率可高达 50%， 是工业发达国家最常见的残障疾病。随国家的老龄化，听力丧失和相随的医学和社会问题越来越得到关注，比如听力丧失与摔倒关系。找出有效的防跌倒的方法不仅可节省每年的巨大的医疗花费，还有助于提高人的健康和生活质量，减少由此带来的生活质量下降和社会交流障碍等社会公共卫生问题。

世界范围内，欧洲是最先步入老龄化社会，北美地区包括美国和加拿大将步欧洲后尘，预计在 2050 年将成为老龄化社会。美国的老年人群（65 岁以上）将会在 2012-2050 年期间增加 104.3%，从而使 64 岁以上的老年人群（86.8 百万）超过年龄 15 岁以下的人群（80.5 百万）（seniorJournal.com）。近年来，欧洲国家相继公布了一些老年人群的调查报告，探讨老年人群常见的病况和相互关系，揭示了一些以往忽略的和/或未予关注的联系，比如本文介绍的听力丧失与摔倒关系。老年跌倒已是目前社会的一个很大的公共卫生的问题，是导致老年人生活质量下降和发生交流障碍的主要使患者。2012 年 8 月，Johns Hopkins 的耳科医生报道的一项新的研究结果[1]，显示听力下降使身体平衡和步态稳定难以维持，容易发生摔倒，可能成为老年跌倒的一种主要危险因素。



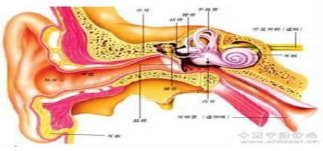
听力损伤/丧失大致分为三种类型，由不同的原因引起：（1）传导性听力丧失（conductive hearing loss）是由于耳膜至内耳的声音传导阻塞，常见原因有耳道和中耳部感染，耳膜穿孔，听骨移位，耳道异物，耳硬化和肿瘤等；（2）听神经性听力丧失(sensorineural hearing loss) 是位于内耳的听觉神经细胞减少或听觉神经受损，而不能将信号传给大脑。有遗传性和非遗传性，单侧或双侧，突然或逐渐，单独或伴随其他疾病等的类型的听力丧失；而随年龄增加而缓慢发生听力丧失是老年人群中常见的原因，也称为老年性耳聋（presbycusis）；某些药物，化学金属也可导致听神经性听力丧失；除此之外，噪音引起听力丧失归属此类。（3）中枢性听力丧失 (central hearing loss) 是听觉神经和脑干连接以上的中枢神经组织发生病理改变而导致的听力丧失。脑肿瘤，脑血管变化和某些疾病后遗怔，如脑中风，脑损伤和多发性硬化等属于此类。分贝是声音大小的测定单位，正常听力范围是介于 0-25 分贝；如果超过 25 分贝，听力损伤的程度则根据能听到的分贝数判定（decibels of hearing loss, or dB HL），分贝数越高表明听力损伤越重，分为 6 个级别：轻度（26-40 分贝），中度（41-54 分贝），中重度（55-70 分贝），重度（71-90 分贝），极重度（91 分贝）和耳聋（听不到任何声音），如果听到的声音引起耳朵疼痛，那声量已达到 110 分贝以上。

Johns Hopkins 研究小组采用 NIH2001-2004 年的国家卫生健康和营养检查的定期搜集的调查报告为基本资料，分析了自 1971 年以来的 40-69 岁的上万人的健康调查资料， 包括听力检测，问卷调查，和过去时间里发生的跌倒情况等，轻度听力下降（26 分贝）与无听力下降的人比较，跌倒的频率高 3 倍。另外每增加 1 分贝的听力下降，摔倒的频率增加 1.4 倍。当综合考虑与跌倒相关的其他因素时，包括年龄，性别，心脏病和耳前庭功能，这种听力下降和摔倒的关系依然明显存在。

虽然听力下降和跌倒的关系的原因仍不明确。可能的解释之一，听力下降的人对其周围环境不能正确判定，更容易发生绊倒和跌倒。人体能帮助维持平衡和步态稳定的能力有限，听力损伤可使这种本能降低；通常人们将平衡和行走能力当成是与生具来的，但实际上，他们是认知能力发展的需求，大脑对听力信号有着高度需求。

另一项临床研究[2] 对 51 名 70 岁以上的老年人，进行听觉器官功能和听力下降的关系的分析。研究采用了听力检测，头推力动态视力(htDVA)，声音诱发的前庭诱发肌源性电位(cVEMP)，和掌声诱发的眼的前庭诱发肌源性电位(oVEMP)等技术检测了受试者的听力功能。目前耳前庭内的 5 个负责听力的小组织结构［ 3 个半规管（水平，上侧和下侧），囊状斑和半规管开口处的小囊斑］的功能可分别由三种技术来检测。头推力动态视力检测 3 个半规管，声音诱发的前庭诱发肌源性电位检测囊状斑，和掌声诱发的眼的前庭诱发肌源性电位检测小囊斑的功能。结果显示在老年人的听力快速下降，与声音诱发的前庭诱发肌源性电位的幅度的降低呈高度相关；与其他的两种检测结果没有关系；除此之外，年龄和噪音对耳蜗和囊状斑机能障碍检查也有显著的影响。这些结果表明囊状斑的功能损伤是老年听力下降的主要原因。

目前，已有一些改善听力功能的方法，如助听器或耳蜗植入器等，它们的使用是否可以对维持平衡，减少跌倒的发生率还缺少人群调查资料。如果通过改善听力而减少了跌倒发生率，哪怕是很小的比例，都会对人的生活有巨大的影响。



[参考文献]

1. Hopkins Medicine, 2012 Fall; p11.
2. Zuniga et al., Association between hearing loss and saccular dysfunction in older individual. Otol. Neurotol.2012; 33(9):1586-1592.

专题讲座



新生儿的保健



谭淑娟　妇产科医师

新生儿系指胎儿从母体娩出，结扎脐带之时起，到满 28 天的婴儿，而婴儿期系指 1—12 个月的婴儿。

新生儿是从生活在如同恒温水浴的、充满羊水的母体子宫中出生，所有的营养要从来自胎盘，变为全靠自己独立的呼吸、循环、消化、排泄等；加之机体各系统、器官的生理解剖功能均不够成熟，抗感染能力低下，使新生儿期成为 5 岁以下儿童中高患病率和高死亡率的时期。为此，提高薪生儿的保健水平和护理质量，减少新生儿疾病和死亡，就成为儿童保健工作的重点。

新生儿生理特点：

体重： 是反映新生儿成熟程度和营养状态的重要指标。我国男童出生体重为 3.30 左右 0.38 千克、女童为 3.22 左右 0.36 千克（据 1995 年全国九市流调结果）。而新生儿期体重增长应超过 600 克，所以满月时为 4.60—4.90 千克。若满月时增重少于 600 克者，即列入体弱儿管理对象，应找出原因采取补救措施。

一、 生理性体重下降：一般不超过出生体重的 8%，且 7--10 天即可恢复。之后即是孩子一生中体重增长最快的时期。日增重大于 50 克。

二、 低出生体重儿：出生体重 2500 克以下，多系孕 28 到不满 37 周分娩的早产儿。个别足月儿由于在母体内生长发育迟缓，也可导致低体重儿。

三、 正常体重儿：出生体重 2500--4000 克者，通常孕满 37 到不满 42 周出生的足月儿。

四、 巨大儿： 指出生体重大于 4000 克者，多见于孕妇有糖尿病或孕末期过食者。

身长： 代表骨骼的发育，它与遗传因素、内分泌因素关系密切，短期的营养不足对它关系不大。出生身长男童为 50 左右 5.7 厘米、女童为 49.8 左右 1.6 厘米。新生儿期身长增 5 厘米，可达 56.1—56.9 厘米。

头围：反映脑和颅骨发育程度，出生时男童 34.3 左右 1.2 厘米、女童 33.3 左右 1.2 厘米。满月时增 4 厘米左右。出生时头围大于胸围 0.5 厘米。（头围系从左右眉弓上缘、经枕骨粗隆）。

胸围：从两肩胛下角至两乳下缘处，胸围反映胸廓骨骼、肌肉、软组织和肺的发育，出生时，男童 32.7 左右 1.5 厘米、女童为 32.6 左右 1.4 厘米，满月时 36.9—37.6 厘米。

呼吸：出生后一般 2 秒钟开始呼吸，5 秒左右啼哭，10 秒--1 分始规律呼吸。呼吸表浅且节律不整，因为呼吸系统中枢发育尚未完善，甚至是间隙性呼吸，一般 2--3 天后形成规律。生后前两天呼吸频率波动较大，哭、吃奶时明显加快。一般情况下，频率为一分钟 40--45 次，呈腹式呼吸，呼吸时，看不出胸部抬高，只是腹部随呼吸上下起伏。

心率：每分钟 120—160 次，一般 140 次左右，哭、运动或呼吸增快时，心率相应增加。新生儿代谢旺盛，耗氧量高，每分钟心博出量为成人的 2—3 倍。

体温：体温调节中枢虽已发育，但功能尚不完善。按公斤体重计算，其体表面积比成人大 3 倍，且皮下脂肪薄、皮下血管丰富，所以造成体温低、散热快，散热速度比成人快 4 倍。当新生儿离开宫内 37.5C 之环境后, 因为体表裸露与潮湿, 通过传导、辐射、蒸发、空气对流等 4 个途径散热，所以生后 30 分钟--3 小时，体温可降 1.5—2 度 C，未成熟儿可降到 35 度以下，若不及时保温，严重者可导致硬肿症。因此，产房室温应 24 度 C 以上，立即擦干包好。新生儿室应以 20--24 度 C、湿度 55%为宜。新生儿体温受外界影响较大，所以应注意冬季保温、夏季勿过热，且注意监测体温，每天测两次，正常新生儿体温应 36—37 度 C。

大小便: 出生后 10—12 小时内排出黑绿色的胎便，总共 100—200g, 3—4 天后变黄色糊状便。纯母乳喂养儿则金黄色便，每天 5—6 次；奶粉喂养儿则浅黄色便，每天 1—2 次，有时有奶瓣或发绿，但精神、食欲均好者仍视为正常。若水样便、粘液便、脓血便时应及时诊治。孩子大便与乳母饮食密切相关，所以乳母不可吃得太油、太甜食物，以免影响新生儿。

睡眠： 新生儿大脑皮层兴奋性低，神经活动过程中，兴奋与抑制的强度均比成人弱，如外界刺激较强时，易于疲劳而进入睡眠状态。每日睡眠可达 16—20 小时。每天哺乳 10—12 次，每次喂 20 分钟左右，共约 3.5—4 小时，其它时间即睡眠，不必打扰，因为睡眠不足可致精神不振、烦燥、易怒、食欲下降等，且易生病，导致生长发育不良。孩子在睡眠过程中，氧气和能量消耗最少，内分泌释放生长激素比平时多 3 倍。所以好的睡眠有利于新生儿的生长发育。随着孩子日渐长大，大脑逐步发育，睡觉时间逐渐缩短。

免疫系统：发育尚不成熟。第一道抵御外来感染的防线：皮肤粘膜很脆弱，稍有创伤，细菌、病毒可侵入体内，。第二道防线：体内的吞噬细胞较少，局部保护能力也较弱，所

以一旦感染很易扩散，甚至导致败血症。第三道防线：抗体，出生时，妈妈带给他抵抗某些病的抗体，所以一般在半岁内很少患麻疹、白喉、百日咳等病，均与此有关。而这些抗体大部分是孕母在孕晚期给的，所以早产儿比足月儿抗病能力更低。母乳喂养和注射预防针是增强小儿免疫力的最佳方法。

特殊生理现象：

一是生理性黄疸：初生 2--3 天，皮肤发黄，但只要精神、吃奶好，一般 7--10 天自行消退，因新生儿血中胆红素升高造成的，当胎儿娩出后，体内血氧分压突然升高，致红细胞加速破坏，血中未结合的胆红素明显增高；加之新生儿肝酶减少、活性差；胆道排出胆红素功能又不完善；以及肠内细菌群尚未建立、胎粪排泄慢等原因，致使胆红素不能迅速结合、运转、排出体外，所以血中胆红素浓度升高，造成组织黄染，即我们看到的黄疸。一般足月儿 60%、早产儿 80%可出现生理性黄疸。但若黄疸出现过早（出生 24 小时内）、程度过重（胆红素大于 204 微摩尔/升或每日上升值大于 85 微摩尔）、持续时间过长（足月儿超过两周、早产儿超过 3 周）、黄疸退而复现等，均应考虑为病理性黄疸。也可称胆红素脑病。死亡率很高，治愈者也往往有智力低下、视听障碍、手足抽搐等后遗症。

二是假月经：因为女婴受雌激素影响，阴道上皮和子宫内膜增生，分娩后雌激素中度增生的上皮细胞和子宫内膜脱落，所以有的女婴生后 3--7 天，阴道有血性分泌物流出，应保持局部清洁，大小便后及时清洗外阴及臀部，约 3—4 天自然消失，不需特殊处理。 三是乳腺增大：新生儿（男、女）均受母之内分泌素（如催产素、孕酮）的影响，双侧乳腺肿大与泌乳。一般出生一周出现，两周左右最明显，2--3 周自行消失。不能挤压、和揉，因可致闭塞的乳腺管与外界相通，如周围不洁时，可致乳腺炎、败血症等。

新生儿保健重点：

新生儿保健的重点是保暖、喂养、预防感染及新生儿护理。

新生儿出院后，首先应与地段保健组织建立联系，便于实施产后访视，其次父母应自己带孩子，使孩子从父母那裡吸取的不仅仅是物质营养，更多的是爱，是精神营养。而亲子互动是促进大脑发育的关键，千万不可图轻松而错过孩子两岁前的大脑发育的关键期。

保暖： 居室应温暖、安静、通风良好、清洁朝阳。室温 22 度左右，使新生儿既能保持正常体温，又能较少耗氧而维持正常代谢。所以室温在 18--25 度 c 是较为适宜的。冬天室温低于 15 度就应取暖，酷夏应注意室内通风，空调温度 25—30 度 c（与室外温差小于 10 度 c），不要长时间开放即可。湿度应在 55%左右，过于干燥的空气会增加新生儿呼吸道感染的机会，必要时可用加湿器、地上洒水、暖气上放湿布、火炉上坐水壶等方法，均可增加湿度，切勿在新生儿室内抽烟。

喂养：大力提倡母乳喂养，如有特殊原因需人工喂养者，可采用婴儿奶粉，具体方法由地段保健组织医生，在产后访视时给于技术指导。

预防感染：新生儿免疫系统发育尚不完善，皮肤薄、吞噬细胞少、抗体水平低，致使新生儿易患呼吸道和消化道感染，而且局部感染易扩散，如脐炎、尿布疹、牙龈炎、皮肤小脓疱等，处理不当均会扩散，导致败血症而危及生命。 为防感染：

一是：妈妈接触孩子前先洗手，每次喂奶前用温水洗乳头，防“病从口入”。

二是：皮肤清洁是减少感染的重要环节，应勤洗澡、勤换内衣、常晒被褥。

三是：观察新生儿是发现感染的重要环节，新生儿各种感染如败血症、脐炎、脑膜炎、泌尿系感染等，均可先发现到：新生儿吃奶不好、精神欠佳、消化不良、体温高、呼吸改变等，可帮助诊断及时看医生。因一旦感染，发展很快，病情复杂……。据统计：婴儿死亡率的 60--70%为新生儿，而其中 76%为出生 7 天内的早期新生儿。

四是：预防新生儿腹泻，常见腹泻的原因：如喂养不当，多见人工喂养的新生儿，奶过稠、量过多、糖过多，均可致腹泻。又如肠道内感染，吃了不洁食物，细菌、病毒，通过护理人员之手、奶瓶、变质的奶，未洗净的乳头等，经口感染，大便多达 10 次以上/日，呈水样便、粘液便、脓血便为主，严重者可致脱水酸中毒。再如肠道外感染，是指患其他感染，同时表现出胃肠道症状。有时病原菌毒素对肠道分泌、吸收功能的影响之大，引起腹泻之重，会掩盖其原发病而造成误诊。

家长可通过观察大便，初步判断病因：若消化不良所致，如大便呈臭鸡蛋味时，是蛋白质消化不良；如奶中放糖过多，糖在肠道发酵过度，大便呈泡沫、有酸臭味；若大便呈灰白、多泡沫，是脂肪消化不良。 若腹部受凉所致，则肠蠕动快、大便发绿；若感染所致，大便呈蛋花样、含粘液、脓血。另外，有些新生儿大便 5--6 次/日、较稀，但只要食欲好、精神佳、体重增长快，这是生理性腹泻，或称母乳性腹泻，不需治疗。一般出生 4--5 个月，添加辅食后，大便次数、形状均可转为正常。治疗新生儿腹泻针对去除原因，对中度脱水者可增加母乳次数，少量多次喂糖盐水法。若检验大便有脓球、白细胞，需抗生素治疗。提倡母乳喂养，母乳中的抗体可防止腹泻的发生，这是任何配方奶粉都不能替代的。

新生儿护理：

一．皮肤护理：要经常洗澡，水温一般在 40 度即可；用纯棉而柔软的毛巾；用婴儿皂或婴儿浴液；衣物、尿布、宜选柔软、吸水性强、透气性好的纯棉制品；臀部洗后涂凡士林或香油或鞣酸软膏，以防红臀。

二． 脐部护理：脐带未脱落前应保持皮肤干燥，尿布不可遮盖脐部，以免尿湿、污染脐部，应注意脐部有无红肿、渗出，可用 75%酒精擦拭脐部残端和脐周围，且保证脐部清洁干燥。如有结痂者，对结痂下有无渗出物或脓性分泌物，更应加以关注和清洁处理。脐带残端脱落后，此处如仍有少许分泌物，需每日用 75%酒精棉棒擦拭 3 次保持干燥、清洁。且勿随便往脐部撒消炎药粉，因会导致感染；如果发生脐炎伴全身症状时，应即去医院就诊。

三． 眼部护理：在护理前必须先洗净双手，给新生儿洗脸前，先用干净棉球沾水清洁眼部，如产妇有淋病，新生儿可在分娩时，经产道感染淋病性眼炎；如产妇患非淋菌性阴道炎时，可感染沙眼衣原体结膜炎；故发现新生儿两眼红肿、有粘液性或脓性分泌物时，致眼睛睁不开，必须及时用抗菌素治疗。有的新生儿总是泪眼汪汪的，有时是一只眼不断流泪，很可能系鼻泪管不通，应请眼科医生治疗。

四． 口腔护理： 如发现新生儿牙龈出现园形白点，似小米粒一样，称“马牙”，它是角化的上皮细胞团，无需处理。自会脱落。有的家人用布沾水擦白点，这样易损伤口腔粘膜致感染，重则败血症。如发现口腔有白色斑点状物，很像奶块，但基底部潮红、不易擦去，称鹅口疮。是由白色念珠菌感染所致，重者可影响食欲，应于喂奶后在患处涂制霉菌素软膏，每天 3 次。

五． 衣着和尿布的选择和包裹新生儿的方法：

选择纯棉织品、机洗为宜，洗时不要用含酶的洗衣粉和柔顺剂，不用碱性强的肥皂，避免洗不净会刺激皮肤。衣服应易穿、脱，清洁舒适，睡衣、鞋袜宽松，易从下端打开，以便于换尿布。尿布为预防红臀、尿布疹的发生，选柔软、透气性好的棉布类或质量好的纸尿布（纸尿裤），可用棉织品尿布和纸尿裤交替使用，夜间或外出时纸尿裤为宜。应注意随时把尿，对孩子做排便训练，建立起良好的排便习惯，且于便后清洗臀部，涂鞣酸软膏，若遇严重红臀，或尿布疹，可去医院理疗。

包裹新生儿方法是穿合适的衣裤、用毯子包裹或用睡袋，这样既保暖、又不影响婴儿活动，一定避免“蜡烛包”之包裹方法。新生儿除了吃和睡的生理需要外，也需要爱抚，即称为精神营养。但抱前需先说说话、轻轻抱起，不要突然抱起使他受惊。且先托起头颈和腰臀部，抱起后让他身体靠在你胸前或肘弯上，一手支撑头部，另一手托住腰和臀。喂奶后应竖抱一会儿，将头靠在母肩部，面向母亲，轻拍背 5 分左右，使吞下的空气排出，避免溢奶，放下时也应轻柔。有人喜欢边走边摇地哄孩子，甚至动作较大的晃动孩子玩，这都不适宜，不小心会晃伤孩子的大脑。

六． 睡眠和环境： 新生儿正常生活规律分为 6 种意识状态：深睡、浅睡、瞌睡、安静、觉醒活动、觉醒和哭。如遇“夜哭郎”，应找原因。如室温是否过高（一般应 22 度左右），是否穿的多、盖的厚时，多可摸到额头有汗，可适当减衣、调室温；若手、足发凉，可保暖；渴了可喂水；饿了可按需喂奶。若尿布湿了，换后即中止哭声。或白天睡多了也会引起哭闹。因孩子不会说话，哭是他表达自己意愿的唯一方式。可以通过不同的哭声来分析判断是饿、困、渴、不舒服、还是需要爱抚了，对新生儿来说，适当的哭哭是没有害处的，一方面可作为他的一种运动形式，另一方面可加大肺活量，对孩子是有益的，所以千万不要养成一哭就抱的坏习惯，有时闹觉时，一般会撒娇似的哼哼唧唧的哭，只要提供适宜睡眠的环境即可，如果孩子一哭就抱，又拍又摇，会打乱了瞌睡、深睡、浅睡的睡眠周期。有的孩子在睡眠中抖动或“一惊一乍”的，是大脑发育不完善的一种生理现象，不要惊慌失措。但必须学会分辨孩子生病时的哭闹，多伴有发热、呕吐、双腿蜷曲、尖叫或呻吟等，应即去医院诊治。对哭闹的孩子切忌不理他，长时间的忽略会造成心灵伤害，应根据哭声大小、音量高低、时间长短和伴随症状判断他的需求，及时给予帮助。用爱抚去照料他，可是减少哭闹的最佳方法。

七． 发热的处理：除感染因素外，环境过热、失水等均可致新生儿发热。应分析原因，及时对应处理措施。发热最可靠的依据即体温超过 37 度 c 时，伴随的症状如面红、烦燥、呼吸急粗、吃奶时口鼻出气热、手足发烫等。如不超过 38 度 c，不要随便服药，可物理降温，如调室温为 22--24 度 c 左右；打开包被，解开衣服散散热；可用温水洗澡；喂些温开水等。如果是环境高热造成的发热，经过上述处理后，即可使体温降至正常。如发热伴有口干、囟门凹陷、尿少等，应想到脱水热的可能。应多喂些凉白开水，适当给镇静药，严重的可输液。如有感染所致的发热，应去医院诊治。如体温达摄氏 39 度, 除上述措施外，应在头下枕一冷水袋(非冰袋）、腹部放温湿毛巾，用温水沾湿婴儿前额、颈部、腋下、大腿根部等处（大血管走行处），靠水分蒸发带走热量。勿自行用药，切勿酒精浴。

八． 户外活动：每个人从小锻炼身体是健康的保证。在锻炼过程中，自然界的因素作用于人体，都可以提高人体对外界环境的适应能力，使人体机能得以改善。一般的，自然界刺激不外乎空气、阳光、水。对新生儿来说，到户外晒晒太阳、接触些新鲜空气是非常有利的。户外空气浴可使新生儿皮肤和呼吸道粘膜不断受到冷与热的刺激，促使大脑皮层形成条件反射，以改善体温调节能力、增强适应外界的能力和对疾病的抵抗力。新鲜空气比密闭室内空气氧的含量高，有利于新生儿呼吸和循环系统的发育。晒太阳时，皮肤接受较多的紫外线照射，可产生维生素 d，帮助钙的吸收，可减少佝偻病的发生。同时，孩子在户外，看到更多的人和物，在观察与交流中，可促进他的智力发育。但户外锻炼要有一个循序渐进的培养过程。如新生儿出院后，可先在室内保持空气流通，但不要有对流风，逐渐过渡到在室内打开的窗前活动；半月后可走出房间活动，但开始到户外时应选择天气较好，衣着暖和些，户外活动时间从 5 分起，逐渐延长。按北京市《儿童保健工作常规》规定：满月的婴儿，每日户外活动，应逐渐达到 2 小时以上。可参考：逐步安排自己的婴儿户外空气浴锻炼的方法。

九． 新生儿游泳、抚触操： 游泳是指新生儿在出生后当天即可进行的一项特定、阶段性的人类水中早期健康保健活动。着重于以水为介质的皮肤接触及各关节大幅度的自主活动和被动游泳操活动，同时可温柔而自然地刺激新生儿的视、嗅、温、触觉、动觉、平衡觉的综合信息传递，所以有利于孩子早期的智力发育，即对外界尽块做出应答十分有利，如爬、行走、反应均早，尤其是有利于智商、情商的发育和提高。但必须在专用安全措施的保护下，由经过专门训练的人员操作和看护。 抚触是由经过专门培训的操作者，对新生儿非特定部位肌肤的轻柔爱抚。着重于以婴儿油为介质的皮肤接触和亲情的交流。两者互为补充。根据目前我国的国情及国民需求，已达到可以开展“新生儿游泳与抚触”这样更早期、更主动、更全面、更到位的顺应人类保健预防需求服务。这项工作和研究已引起医疗、保健、科研工作者的高度关注，深受家庭、父母的欢迎。其好处：一是可促进小儿的生长发育，提高抗病能力；建立正常的睡眠节律，减少哭闹；二是增加胃肠蠕动，使食物易消化吸收；

三是可提高呼吸系统机能，增加肺活量；四是可促进血液循环，保证各器官组织的供氧量；五是通过骨骼系统和关节的活动增加，可得到更好的发育和成长；六是促进亲子情感交流。

十 . 新生儿游泳的适应症、禁忌症和注意事项：适应症是足月顺产和剖腹产儿；32--36 周分娩的早产儿（体重在 1800--2500 克），住院期间无需特殊处理者。禁忌症是 Apgar 评分低于 8 分者；患者新生儿疾病需要接受治疗者；以及小于 32 周的早产儿、体重低于 1800 克的低体重儿。 注意事项：一是新生儿游泳期间必须专人看护和正确使用防水护脐贴；二是专用保护圈在使用前应进行安全检查，如型号是否匹配，保险按扣是否扣牢、是否漏气等； 三是给新生儿套好“游泳保护圈”后，检查其下颌角、下颏部是否塾托在预设位置；四是应使新生儿逐渐、缓慢入水，泳毕时，要迅速擦干儿身上的水迹，并注意保暖；五是 游泳操应由经过专门训练的医务人员进行操作。出院后至 12 个月前，家长可根据婴儿游泳的情况，若决定给孩子做游泳操，必须经过专门培训，按照医务人员的操作方法、规程，进行规范的游泳操操作，如操作步骤、手法、力度、方向等。否则，则会导致婴儿关节、皮肤、韧带的损伤。

十一 . “新生儿游泳”要求：一是选择正规品牌的婴儿游泳圈和配套设备，严防假冒伪劣产品；二是水质用特殊配方游泳液或洁净水，室温 28 度左右，水温 38 度左右；三是吃奶后一小时进行游泳为宜，一天两次，一次 10--15 分钟；四是为防止交叉感染，游泳桶内套一次性塑料袋，一人一桶水，家庭用的游泳器械也应定期消毒；五是泳池（或较大的浴桶）水深应超过 60 厘米，以婴儿足不触及池底为标准；六是婴儿与看护者的距离必须在看护人的一臂之内。住院期间对产妇及家属进行“婴儿游泳与抚触的知识讲座与示教，使这一保健措施从医院走向家庭。

附操作步骤：第一节肩关节运动：操作者双手握住婴儿上臂，前后摆动肩关节。第二节肘关节运动：操作者双手握住婴儿前臂，使婴儿肘关节屈伸，一般 90—135 度。第三节腕关节运动：操作者姆指放在手背腕关节处，食、中二指放对侧，使腕关节有规律的屈伸 50--60 度。第四节髋关节运动：操作者双手握住婴儿大腿，前、后、左、右摆动，活动髋关节 40 度；第五节膝关节运动：操作者双手分别握住婴儿两大腿，使膝关节屈伸 70—90 度。第六节踝关节运动：操作者姆指放足背踝关节处，食、中二指放对侧，使踝关节屈伸 40 度（同腕关节）。第七节放松运动：操作者双手放在水中上、下、左、右划动，让水产生轻水浪，让婴儿自由活动。第八节自主运动：让其自主自由活动。

十二 . 新生儿抚触操：是在科学指导下，有技巧地对婴儿全身进行抚摸。整个过程充满了母子间的情感交流，同时通过母亲双手把良好、温和、和适度的刺激通过婴儿皮肤感受器传至大脑，促进其神经发育，有利于婴儿的生长发育，减弱应激反应，增强食物的消化吸收，增进亲子交流--亲子互助，减少哭闹，改善睡眠；操作者应选择温暖舒适的环境，婴儿处清醒状态，半空腹，沐浴后为最佳时间；操作前应先洗手，摘下戒指，用婴儿润肤油或爽身粉擦干手掌侧，然后边和孩子说话，边做抚触，手法要轻柔，逐渐加大力度；抚触可按照头、胸、腹、四肢、背部、臀部的顺序进行，一天 2--3 次，一次 5--15 分钟；抚触时应注意婴儿的反应，一旦孩子觉得足够了或哭闹、不配合时，需停止操作；抚触手法每个部位可 4—6 次。作抚触操应注意：一是开始抚触，宝宝可能不适应，表现皱眉、把头偏向一侧、甚至哭闹，不要着急，可暂时停止抚触，并要亲切地和小宝宝说话，吸引其注意力，再去抚触，可能会接受。二是操作时，不必强求小儿始终固定体位，多仰卧和俯卧位。三是当婴儿 5 个月后，也可坐在妈妈腿上接受抚触，可随时随地作，如喂奶时边抚触小手、上肢或下肢。另外，脐带脱落前，暂不作腹部抚触。

抚触操的具体步骤：
头部：第一步，两拇指从眉心部交替向上滑动，止于前额中部；第二步，两姆指由眉心沿眉弓上缘向外滑动； 第三步，两拇指由下颏中央分别向外上方滑动，止于耳前（使呈微笑状）；第四步，四指并拢，用指腹从前额中央依次向耳后进行，大约经过 6 次可抚触整个头部 。

胸腹部：第一步，食、中指并拢，用两指腹或手指外缘（小鱼际），由肋缘下端、腋窝线部位开始，经胸前向对侧肩中点滑动，两手交替进行，避免接触乳头。第二步，母亲右手由小儿右下腹开始抚至右上腹、左上腹、左下腹滑动，左手加半圈，从右上腹、左上腹、左下腹止。不要压迫膀胱。 四肢抚触：第一步，母一手握儿手，另一手从上臂轻抚止手腕部，大拇指止于小儿掌心，双手交替进行。第二步，从小儿上臂到手腕，轻轻捏；再双手交替搓手心。第三步，其余四指交替按摩手背。第四步， 拇指与中指捏小儿手指两侧，捏至指端时并轻拉手指。下肢抚触除不作第三步外，其余均与抚触上肢相同。 背部抚触：第一步，以脊柱为中心，双手拇指腹向两侧滑动 4 次，渐次向下移动，作到骶尾部。第二步，双手食、中指并拢，沿脊柱两侧从肩部向臀部滑动。第三步双手掌紧贴小儿臀部揉数次。

抚触传递着母爱，很多母亲为婴儿抚触后，觉得孩子好像变得懂事了，能与之对话，较前活泼了，吃得好，睡得足，体重增长快。为了让宝宝拥有强健的体魄，聪慧的头脑，良好的心理素质和社会适应能力，每天抽出少许时间为宝宝作作抚触，让宝宝从出生第一天起，尽情地享受人类最原始、最自然的爱吧！



医学广角







自闭症妈妈的亲身体验

荷麗．蕾妮　　英文原文

張眉　　MD, PhD （中文翻譯）

[编者按] *荷丽-蕾妮 的这篇文章发表在《自闭症科学文摘》2011 年 4 月号，在自闭症界引起了很多讨论，在争得了作者及编者的同意，本刊由资深编辑张眉博士翻译成中文，以嗣我们的读者，尤其是那些关注自闭症这一世纪之谜的人们。*

大多数人会说，自闭症的恢复是一个奇迹甚至天方夜谭。我相信奇迹。我相信，我们创建了他们的每一天，但奇迹需要意愿。奇迹是一项艰巨的任务，奇迹需要时间、耐心、持久性、和爱。

上周，在一个公园的我正享受着陪伴我的儿子奎因（Quinn），看他能与他最好的朋友玩耍的奇迹。这时，有一个妈妈忽然问到，“有没有人研究的疫苗致病这个问题？我的意思是没有人有强烈的意见吗？”她在公园向一组大约半打她的熟人抛出了这个问题。我才刚刚认识这位母亲，她 6 个月大的婴儿睡在她的胸部，但我深吸了一口气，转而面向她，给出了我能找到的最好的答案。

我很幸运，我生活在两个世界，而且越来越发现我的两个世界相互交织。我的生活核心是，我是一个自闭症儿童的母亲。我们花了超过五年每天医治奎恩的身体，并帮助他赶上我现在知道是疫苗引发的疾病的被耽误的东西。我每天继续跟踪自闭症研究的进展。我用我学习到的，来解决奎恩长期存在的免疫功能低下。我把每次与他的交流，都当做一个治疗的机会，一个帮助他了解社会思想的复杂性的机会。我通过在两个不同的自闭症机构做义工，帮助其他自闭症家庭的日常生活。

然而，大多数日子里，我又到了另一个世界。我在你们中间是一位“典型”家庭的妈妈，与在那公园中的妈妈一样。奎因与他的姐姐一道上一个教会学校。我们在我们的学校和教堂的社区都是积极的，但与我们大部分的时间在一起的许多家庭，对我们的努力和面对的困难真的不能想象，我们都需要巨大的努力，才能够加入他们的日常生活的行列，从事人们日常轻而易举的活动。奎因每天上学，这已经是一个奇迹。放学后，我们能在公园里玩，这又是一个奇迹。大多数人不知道我能够转向其他工作，同时又在与我的儿子在公园里玩，这二者是如何非凡的同时进行；这时，我可以做到，面对和回答有关疫苗这个复杂的问题。但并非总是如此。

奎恩在幼儿的时候，他很爱跑。他会对任何刺激的环境，尤其是在公园，都会 “肆奔”。他在停车场或街道上跑，可以不回头地跑，所以我让他在任何时候都与我近在咫尺。幸运的是，他是那么小，他无法跑出我们的家，但是，我常被吓呆了，他会跑出在我们的联排别墅，跑到游泳池边。像许多自闭症的孩子一样，奎恩爱水。溺水是与自闭症儿童死亡的头号原因。 奎恩试图逃跑，因为他对声音过敏。他大多数时间都捂住耳朵，任何大声的环境他都会哭，他的日常活动非常困难。他一岁后不久，奎因开始他的“旋转行为”。他旋转一切！他转他的小自卸车的车轮，他转他的奶瓶，如果他不是绑在婴儿车中，他会把婴儿车翻过来，旋转车的轮子。他并没有享受我们带来的玩具和游戏，他并没有与我们互动交流。他可以几个小时呆在角落里的旋转他的东西。奎恩完全消失在他自己的世界中了。

在他的整个婴儿期，奎因的身体以健康的速度增长，但不久后，在 12 个月的年龄，他接受麻疹、腮腺炎和风疹（MMR）疫苗后，他患上了湿疹和耳部感染。无论我们如何对待它，他的尿布皮疹似乎从来没有消失过，他的大便总是稀的。他在夜间入睡困难，他的眼睛下方似乎总是有黑影。他狼吞虎咽地吃，但没有学会自己喂食，他自我限制他的饮食，仅吃谷类、面包、水果和牛奶。

当他 25 个月大的时候，奎因被诊断出患有轻度/中度自闭症。在儿童自闭症评定量表（CARS）中，他的得分是 36。根据这个量表的评分标准，分数在 30 和 37 之间表明轻度至中度的自闭症，分数在 38 和 60 之间的特点是严重的自闭症。当时，他没有眼神接触。他不会没有用手指、用嘴说、或以任何形式交流。他不说一个字，不接受任何语言。他甚至对自己的名字没有反应。

正如我们研究自闭症，我们发现了一些网站声称可能是小麦和乳制品导致了自闭症。我们读到疫苗和其他环境可能触发自闭症。也有许多故事，讲述自闭症儿童在医生治疗后得到显着改善。我在互联网上读到这些见证，我哭了。带着对奎恩和其他患有自闭症的儿童和家庭的希望，我哭了。我大胆梦想我能使我的儿子恢复健康。我大胆相信我们可以创造奇迹。然后我卷起衣袖，开始工作。

图网 nipic.com/u/is8141

虽然一开始我对这样的彻底改变他的饮食很怀疑，但因为没有危害，我们决定尝试它。我们停了牛奶，取而代之的是米汤。停用牛奶的奎恩，在短短的几天出现了巨大的差异，他简直像从大雾中走了出来。他有了更多的社会活动。他显得更快乐了。他开始有史以来第一次把玩具给我们。我抱着其他父母给我们的希望之锚，开始了我们的生物医学干预旅程。然后，我们改变了他饮食内容，而使用 gluten-free/casein-free（GF/CF），他则继续好转。现在，我们找到了一个有经验的“能打败自闭症！”的医生（DAN!医生）来帮助我们。我们淘汰了血液免疫球蛋白 G（IgG）测试反应阳性的食物。经过测试，我们开始了一个新的食谱，我们称为“滚动食谱”，买了一个馒头机。这个滚动食谱是指每隔四天换一次，只吃一种能降低免疫反应的单一食物。我发明了四种不同的面包，不仅 GF/CF，而且不含也有大豆，马铃薯，玉米，鸡蛋，和他的 30 +过敏性食物。不管你相信与否，开始这个疯狂的滚动食谱之后，我们用自制面包（我们冻结了面包，并买了一台汽车用的冰箱，甚至随车带了一切我们烤面包所需要的东西）甚至成功进行为期 3 周的汽车旅行。

当他满三岁、我们为他准备进入公立学校系统的时候，他的健康状况已经明显得到了改善。他的尿布疹终于好了，他睡得好了，他能在 GF/CF 饮食范围内吃到各种各样的食物。他学会了很多技能，得到如厕的训练，言语治疗会话过程中终于说出他的第一句话。尽管取得了这些进步，他仍被诊断出自闭症，一个独立的临床心理学家诊断他患有自闭症，给了他 37 分（CARS 测试结果），学区的评估小组也肯定了他自闭症的诊断。我们虽然已经看到稳定但缓慢的改善，但奎因因他的自闭症仍然受到太大的影响。他已经学会了一些话，但他只打进了他的年龄段语言发育第二个百分点。学校言语治疗师给他的一个目标是，他的第一次个人化教育计划（IEP）结束时，他将获得 50 个单词的词汇，那时他将刚满 4 岁。我们要求达到 100 个字的目标，但我们知道，即使这将远远不够赶上他的同龄人。

使用自制的面包一年后，他的血液检测仍然显示他有显著的肠道问题。所以我们所有的面包，淀粉和糖，开始使用特定的碳水化合物 Diet™（SCD™）。全家人都吃这个饮食，我们达到了优异的成绩。我学会了像我的祖母那样，用原始食物原料做饭。便秘和腹泻这个悬而未决的问题终于消失了。我们严格坚持 SCD 饮食，6 个月左右，然后逐步停止，返回 GF/CF，因为奎恩的肠道治好了，足够的容忍一些淀粉。我们目前的饮食包括有节制的选择无麸质淀粉。

对于奎因，传统的治疗方法帮了不少忙。传统的治疗方法包括应用行为分析（applied behavioral analysis ，ABA），包括离散试验训练，然后是自然环境训练 Natural Environment Teaching，帮助他学习总结和概括各种技能，涵括各种典型的童年设置、言语治疗、职业治疗、和参与社会技能组。最近，我们一直在使用关系培养干预（Relationship Development Intervention ，RDI）继续支持他的社交和沟通的发育。对这些疗法我们一直非常密集安排，早期干预中每星期共计 30-45 小时，他与一般同侪一直有更多的参与经验，包括音乐和舞蹈课。奎因 2 岁半时，在幼儿园里在有训练有素的 ABA 治疗师做他课堂助手这样的支持下，他开始了一个典型的学前教育。生物医学疗法包括维生素、矿物质、氨基酸、必需脂肪酸、以及活菌补充治疗。我们使用过抗病毒的药物以及抗真菌药物。我们已经处理过他的肠道细菌感染。我们使用过几种不同的螯合剂和方案来清除有毒金属。在他的语言进展中，我们看到了轻度高压氧的治疗（mHBOT）的巨大的收益，我们做过两次（即每轮潜水 40 +次）。逐步增加他的甲基 B-12 注射液（现在每天）的频率也极大地帮助他的讲话。我们曾做网络脊柱分析（Network Spinal Analysis™），一种非主流性捏脊疗法，涉及到很轻的触摸，以及 Somato Respiratory Integration™治疗方法，将你的身体运动、呼吸、触摸的意识连接起来。我们已经做了几轮的 EnListen®，一个基于托马蒂斯的听力治疗（Tomatis-based listening therapy）。我们将继续补充一个非常健康的、低糖的饮食，并且治疗目前尚有的胃肠道问题和免疫系统功能障碍。

Quinn 在完成学前教育的时候，我们能够完全免除了一对一支持手段。9 月份的一天，我实现了我曾经只敢想象一百万次的梦想：我看了在没有一个助手时，奎因开始了在一所私立天主教学校的第一天幼儿园生活。我设法忍住了我的喜悦的泪水，没让奎因看见，然后我在汽车中终于哭出来了。奎因在他的三年期 IEP 的幼儿园结束时，他的语言发育年龄打进了第 93 个百分位数。一年级时，在爱荷华州测试的基本技能（ITBS）中，奎因的核心的总成绩（core total score）是在第 79 百分位，并且，语言子测试（language subtest）中他更打进了第 98 个百分位数。试验报告说，“语言似乎是奎因的一个相对强项。”现在，他在第二个年级中，正干得如火如荼，可以安全地说，奎恩在学校里干得不错、很好。

正如我们对待奎恩的自闭症，我们正常发育的女儿的哮喘却变得越来越糟糕。我研究了疫苗伤害，我意识到，我们的女儿菲奥娜（Fiona）的哮喘是由于免疫功能紊乱，最有可能被她的童年期疫苗和其他环境毒素引发。在我们的 DAN! 医生的帮助下，我们一直治疗她的免疫功能低下，效果良好。随着饮食结构的改变、螯合、并补充，她已经可以停止两三个处方哮喘的药物。自从我们使用为我们的儿子的自闭症治疗相同的方案，开始了对她施以“异病同治”，我们至今尚没有去过紧急护理或急诊室。去年秋天，我们附近发生野火，几个星期内的的空气质量很可怕，但菲奥娜的哮喘没有发生问题。去年十月，出现了严重的甲型 H1N1 流感病毒的爆发，使很多孩子在我们学校休了几个星期的病假。但我的孩子们都到校了，只有类似感冒的一点症状，菲奥娜有病毒感染却无哮喘。正如奎因，菲奥娜仍然存在着免疫功能低下，但我相信，她的哮喘可以完全恢复。

自闭症世界呈几何级数增长，而很多其他典型的发展中国家越来越多的儿童患慢性疾病，包括哮喘和过敏。已很难找到一个完全健康的孩子了。在一个阳光明媚的下午在公园里，很难让人联想到那些可怕的事情。但在享受我的奇迹的我，在每每被诚实的问题打断时，所有我能做的就是给诚实的回答。

随着岁月的流逝，我发现越来越难避免谈论疫苗和自闭症的关联。许多家庭都在寻找难以回答的问题的答案，如：“疫苗是否安全？”虽然我们的政府声称疫苗是安全的，并不断地引用 14 个明显存在问题的研究结果来免除有罪的导致自闭症流行的疫苗。从我国政府，我们现在还对这个基本问题：“是什么原因导致自闭症？”，得不到答案。实际上至今没有人对未接种疫苗的儿童和接种疫苗的儿童进行过比较研究。没有研究比较过儿童接种中用含汞与不含汞的疫苗的自闭症发病率。实际上对于整个疫苗计划，没有在人类或灵长类动物中完成过着眼于与免疫功能低下有关的慢性疾病发病率的研究。有关疫苗的安全性的科学结论是不恰当的，更远远不足以下正确的结论。虽然没有大张旗鼓地宣传，政府已认定疫苗会造成极少数儿童自闭症。 2008 年，汉娜-珀林得到了赔偿 2000 万美元，疫苗伤害使

她罹患“自闭症的症状”和癫痫。这并不等于我们已经开始解决其他环境诱发因素和慢性损伤性因素，包括在我们的家园的农药和其他化学品、食品、服装和玩具等。

我的儿子从自闭症恢复了吗？奎因有很多朋友，包括他们自己互相称谓的最好的朋友。他喜欢学校（但不喜欢的功课），参加童子军Cub Scouts，参与城市和学校游泳队竞赛。他喜欢视频游戏和书籍。对只具未经训练的眼睛的人们来说，他同他的同龄人没有什么区别，因为他们在公园里嬉戏玩耍如一。所以，我的儿子从自闭症恢复了吗？一个典型的母亲会认为她的工作完成了吗？我还有更多更多悬而未决的问题。

我很幸运，我希望无限期地能盘踞在我的两个世界中间，因为两个世界逐渐融合在一起了，而且家长们提出越来越多的好问题。在我负责任地继续提出和回答这些问题同时，我看到了奇迹每天都在发生。并且，我也津津乐道他们每个人。



自闭症与行凶的誤解



劉明

繼紐頓校園惡性槍擊事件后，人們傷痛之余，探討凶犯動機的談論極為熱烈。在沒有調查結論揭曉就海量沖擊各路媒體媒介。開始凶手亞當·蘭扎被 “奇怪”，“遠離人群的”和“孤獨的人” 來形容，然后到“缺乏同理心”，最后陷入了凶犯所為與可能患有“自閉症” 及“阿斯伯格綜合征”的精神疾病之關聯，一些對這類人群的指責和侮辱也紛紛而來。

調查還在進行，但從急于了解對這樣一個可怕事件發生的推理，發展到包括凶犯可能的自閉症診斷的談論不能不令人擔憂。美國自閉症學會（American Autism Society）近日站出發言： “我們為失去的生命傷痛，也與所有民眾一起繼續關注這起悲劇所帶來的影響。我們迫切希望，自閉症，一種發育障礙和殘疾，和種族，民族，性別和性傾向等因素一樣，不應與一個人的行動有因果關系。”

自閉症學會是最大的服務于自閉症人群的公益性組織之一。他們願意通過可靠的和公正的信息，提供宣傳，教育和服務，打消任何關于個人與自閉症的誤區。發言中說: “沒有證據顯示自閉症與有預謀的暴力有任何關聯。這樣的誤會性言論是對超過 150萬在美國生活的自閉症人群的誤解和傷害。自閉症和其他相關病症者更容易成為暴力的受害者而不是施暴者。自閉症的發病率在美國激增為 1: 88, 在其他國家情況也很雷同。

患有阿斯伯格綜合症的個別犯罪個人，都有合并存在的精神病症。目前的醫學與法律文獻并沒有顯示他們的犯罪率比沒有自閉症及阿斯伯格綜合征人群高。自閉症患者所表現的一些攻擊性行為是因為他們的對環境的反應，他們的主要神經障礙是換位思考障礙（theory of mind）,表現的是刻板幼稚，無辜單純，循規蹈矩，缺乏變通調節能力，甚至絕不會撒謊和算計。這里也澄清一些誤解。阿斯伯格症和自閉症不是精神疾病，而是神經發育障礙。自閉症是終身的，一般始于 3歲之前，而大多數精神疾病在青少年或成年之前不會出現。藥物很少能遏止自閉症的症狀，但藥物可以治療精神疾病，如強迫症，精神分裂症和雙相情感障礙。

有關刻板印象與缺乏同理心的誤讀。患有自閉症的兒童在理解他人的動機和非言語的暗示方面存在障礙，他們有困難表達自己的情感，但它們通常比正常兒童更真實，更單純，往往是非常正直的人。在與他人建立聯系方面，他們也有強烈的願望，他們可以有強烈的同理心 －只是以非正常的方式嘗試表達這種感受。

此外，心理變態，反社會或殺人傾向必須被分離出來。雖然自閉症的孩子有時是有攻擊性的 （aggressive），這通常是因為他們的挫折，無法表達自己的口頭或極端的感官靈敏度。此外，他們攻擊行為所采取的形式通常是傷害自己。在非常罕見的情況下，他們的攻擊是對外的，但是絕不是精心策劃，故意暴力侵害行為的形式。

這里也不是要給自閉症人士開通，只是讓人們認識真正的自閉症，幫助他們，理解他們，接納他們。而不是在分析罪犯的行為時，因為自閉症人群不善辯解，就把污水潑向他們。

健康指南



甜味剂安全吗?

赵京雁 博士

甜味剂是糖的替代品，也叫代糖 (sugar substitute)。 1879 年，美国约翰霍普金斯大学的研究人员偶然中发现粘在其手上的一种煤焦油的提取物是甜的。 于是就有了今天大家所知的糖精。100 多年过去了，甜味剂的名单中增加了很多新的化学合成物及新的用途。甜味剂能够减少卡路里摄入， 不影响血糖的特性使其适合糖尿病人使用，并能潜在减少蛀牙的发生，而其用量少，甜度高的特点，往往成为怕胖又好吃甜食者的新选择，但是甜味剂安全吗？

据美国国家癌症研究所（National Cancer Institute, NCI）和饮食和营养学院（Academy of Nutrition and Dietetics, AND）的最新立场文件，至今的研究证据表明，市场上可以买到的的无热量人工甜味剂 – 糖精，阿斯巴甜，三氯蔗糖，安赛蜜 – 如果食用量在由联邦药物管理局（FDA）在可接受的每日摄入水平，没用一种会引起癌症风险的增加。那么市面上有售的甜味剂和你的健康有何关系，各种甜味剂有何区别和怎样合理选用呢？

以下是一些常见的甜味剂及其与健康的关系：

糖精 Saccharin (Sweet'N'Low®, SugarTwin®)

糖精于 1879 年被发现，甜度是蔗糖的 300 倍。食用后有轻微的苦味和金属味残留。 对热稳定，可以用于烘培。你可能还记得，在 70 年代直到 2000 年，在餐馆和咖啡馆能看到的那些小的粉红色的甜味剂包的标签上都有警告标识.....“此产品含有糖精，已确定对实验动物致癌。”当时，研究表明，当给予高剂量的糖精时，小鼠患膀胱癌的风险增加。 2000 年，在经过广泛的审查研究，国家环境健康科学研究所确定导致膀胱癌的的机制是小鼠特有的且和和人类不相关，至此，标签上不再有警告标识。这里我们学到的教训是：虽然你可以放心地食用适量糖精，但不应该喂给你的宠物鼠。

阿斯巴甜 Aspartame (NutraSweet®, Equal®)

阿斯巴甜于 1981 年被 FDA 批准，它是由是由两种在蛋白质中发现的氨基酸-天门冬氨酸和苯丙氨酸所组成。阿斯巴甜实际上包含了每克 4 卡路里的热量，但是，因为它比蔗糖甜约 200 倍，只需很小的量即可达到理想甜度，所以热量可忽略不计。尽管互联网上有众多的其潜在的不良影响的讨论，相反，最新的研究证据还没有发现有其使用与大脑或血液癌症有任何关联，或是任何神经系统的问题，如癫痫，头痛，记忆力减退，情绪变化等。阿巴斯甜不耐热，加热后会被分解而失去甜味，故不适合用于烹调和烘培，通常只在温，冷饮中使用。

对那些有遗传性疾病-苯丙酮尿症的患者，由于其不能正常代谢苯丙氨酸，必须适度食用含此种氨基酸的所有食物来源。苯丙氨酸被发现在富含蛋白质的食物，如肉，蛋，奶，坚果

三氯蔗糖 Sucralose (Splenda®)

三氯蔗糖作为甜味剂在 1998 年由美国 FDA 批准，它是唯一的由真正蔗糖生产的无卡路里的甜味剂。 三氯蔗糖是的蔗糖分子结构改变的产物，但是身体不识别其为碳水化合物，所食用的大部分三氯蔗糖不被人体吸收而原样不变的随大便排出体外，少量被吸收的会随尿液排出。三氯蔗糖比蔗糖甜 600 倍，所以一点点就够了。根据 NCI 和 AND，没有任何研究证据表明，三氯蔗糖有增加患癌症的风险或任何其他对公众健康不良的影响。

安赛蜜 K Acesulfame Potassium (Sweet One®, Sunett®)

安赛蜜钾，也称为安赛蜜 K（K 为钾）， 是一种无热量的甜味剂，有干净的，很快能察觉的甜味。它在高温下具有优异的稳定性，并具有良好的溶解性。因此，它是适用于烹调及烘培及其他很多产品。这无热量甜味剂是有机酸和钾的组合和且比蔗糖甜 200 倍。由于身体不代谢安赛蜜 K，它不包含任何热量。在 100 多个安全性研究后，1998 年，美国 FDA 批准安赛蜜用于在液体非酒精饮料中，并于 2003 年，一般使用得到批准。食品添加剂联合专家委员会（Joint Expert Committee on Food Additives，JECFA），联合国粮食和农业组织科学咨询机构和世界卫生组织，审查了现有研究安赛蜜，并指出它是安全的。

纽糖 Neotame and 塔格糖 Tagatose （ Naturlose®)

纽糖 Neotame 是目前最新的低卡路里甜味剂，它于 2002 年被 FDA 批准为一般用途的甜味剂。 纽糖大约比蔗糖甜 8000 倍，常在商业熟食和烘烤食品中使用。在 FDA 批准前，其经过了超过 100 个科学研究， 而这些研究并没有发现疾病及其使用的关联。塔格糖于 2001 年被批准，塔格糖(Tagatose)是一种在自然界中存在但较为稀有的天然六碳酮糖,是半乳糖的酮糖形式，是果糖的一种差向异构体,甜味特性与蔗糖相似，而产生的热量只为蔗糖的三分之一，所以被称之为低热量甜味剂。目前，纽糖和塔格糖经常只有在健康食品店中才能找到。 塔格糖的商标名为 Naturlose， 而纽糖目前没有商标名。

以下两种是天然甜味剂：

Stevia (Truvia®, Puvia®, Sweetleaf®)

另一个近期备受的宣传的甜味剂是甜叶菊，其包含了一种从植物甜叶菊 （*Stevia rebaudiana Bertoni*）中的提取物。这种零卡路里的甜味剂比糖甜约 200 倍。许多世纪以来南美土著人，及日本于 20 世纪 70 年代中期以来，在食品和饮料中都有使用。甜菊糖在日本使用超过 20 年后，没有表现出显着的副作用。由于甜叶菊没有得到 FDA 的批准，它不能作为人工甜味剂，但是可以作为膳食补充剂出售。因为这些膳食补充剂的监管不如那些已获 FDA 批准产品，因此纯度不能保证。直到 2008 年。联邦食品和药物管理局（FDA）批准莱鲍迪甙 A（rebaudioside A，一种高度提纯的甜叶菊中有甜味的化学物质之一），为 “一般认为安全”（Generally Recognized as Safe (GRAS)）的食品添加剂。 但 FDA 并没有批准全叶甜叶菊或粗甜叶菊提取物作为食品添加剂使用，因为可能的健康影响的担忧。特别是其对血糖控制的影响，肾脏，心血管系统和生殖系统的影响，对其安全性还在进行进一步的研究。

木糖醇 Xylitol

木糖醇在最近几年变得非常流行，木糖醇是一种五碳糖醇，是木糖代谢的产物，木糖广泛存在于各种植物中，可从白桦、覆盆子、玉米等植物中提取。木糖醇有正好正常蔗糖 1：1 的甜度，使得它成为烹饪时非常好糖的替代品。与蔗糖不同的是，它在口腔中不转换成导致蛀牙的酸类，可减少了唾液中导致蛀牙的细菌的水平，也可对抗一些引起的耳部感染的细菌。利用它来取代甜品中的糖份以防止蛀牙。

然而，由于木糖醇不被人体吸收，少量用户已经报道其有泻药和胃胀气的效果。狗主人应该知道木糖醇对狗来说是有毒的，即使狗吃了很少量的含有木糖醇的产品，重要的是立即把狗送到兽医处。

下表是上文提到的一些市场上常见的甜味剂：

人工甜味剂	甜度 （蔗糖）	FDA 批准	可接受日用量 （ADI）(mg/Kg 体重/日)
Acesulfame Potassium	200	1988	15
Aspartame	160-200	1981	40
Neotame	8000	2002	18
Saccharin	300	1958	5
Sucralose	600	1998	
天然甜味剂			
Stevia	250	2008 •Rebaudioside A (Reb-A), a highly purified form of stevia	-
Tagatose	0.92	2001	-
Xylitol	1	1963	-

甜味剂的安全与营养

在大多数国家，在各种食品和饮料中使用甜味剂是普遍和非常受欢迎的。虽然一些研究也显示出一些不利影响。但也有其局限性，如副作用只是针对动物但不是人类， 小样本量，高剂量，在统计上不显着或边缘显着等。而目前在美国和欧洲已批准在食品中使用的几种低热量的甜味剂，其安全性经过了上百项科学研究的全面的调查，然后由不同的监管机构，如美国 FDA，食品添加剂联合专家委员会和澳新食品标准局批准。广泛的科学研究已经证明安全, 在每日允许摄入量下是这些甜味剂是安全的。

无论你想减肥，遵循糖尿病的饮食计划，或只是想吃健康，均衡的饮食，重要的是要得到适当的营养物质和矿物质，虽然代糖可作为健康饮食计划的一部分，但不应该扮演主要角色。 当涉及到糖的替代品， “一切都应适度的。”，如糖一样，甜味剂和许多含有它们的食物对营养的贡献很小或几乎没有， 而且在饮食方面取代了更有营养的食物。 健康的饮食还是应该确认你得到的是良好的营养而不仅仅只是空热量（提供很少或根本没有营养成分或矿物）。

[参考文献]

1. sugar substitue and cancer. http://www.boston.com/lifestyle/health/blog/nutrition/2012/11/do_sugar_substitutes_cause_can.html
2. Sugar substitutes: Health controversy over perceived benefits. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198517/
3. Sugar Substitutes – Weight loss, diabetes, safety, nutrition? http://fcs.tamu.edu/health/healthhints/2010/may/index.php
4. Sugar substitutes http://www.canyons.edu/offices/health/nutritioncoach/AtoZ/handouts/SugarSubstitutes.pdf
5. Stevia: Can it help with weight control? http://www.mayoclinic.com/health/stevia/AN01733
6. http://sugarsubstitutes.org/



生活 简单 改变，健康 就在 眼前



王品秋 编译

健康快乐是真正衡量个人成功的标志。让别人快乐是成功的最高表现。但是如果自己不快乐幸福的话，就很难让其他人快乐幸福。
本文介绍九个小的生活变化，可以让你的日常生活增加快乐幸福感，当然健康随之而至。

1. 日日有乐观的期待
   不管是现实与梦境，还是清醒与沉醉之间，我们总是期待着.然而人的心情根据期待而变化。因此，当从起床的一刻开始，首先期待“今天一定有好事情发生”乐观的心态是健康和幸福的源泉。试试看，你会受益无穷。
2. 做事有计划和次序
   最常见的压力根源是感觉有太多的工作要做。不要过分被这种想法缠住，选一件能够让你离实现自己生活的最高目标或者目的更近的事情，然后先做这件事。有计划的安排时间和利用时间，是把事情做好的重要因素。 饭要一口口的吃，事要一件件的做。
3. 给每一个遇到的人“礼物”
   这里谈论的不是一个正式的，包裹精美的礼物。礼物可以是你的微笑，一句感谢或鼓励的言语，一个礼貌的姿态，甚至一个友好的点头。永远不要在碰到乞丐的时候一毛不拔。内心的平静值得你付出一点小钱。
4. 避免有关党派的对话
   有关政治和宗教的争论从来没有一个“正确”的答案， 它往往使人发怒而又无可奈何。当这样的主题呈现时，可转换话题表明这些事情使你头痛。
5. 假定人们具有良好的意图
   因为你不可能读懂人心，关于人们所做的背后， 你真的不知道“为什么” 。将他人的怪异举动归结为邪恶的动机会增加生活的痛苦，而假设对方并无恶意则能让你一直对和解保持开放的心态。
6. 慢慢地品尝高质量的食品
   有时我们难以避免地需要快速吞下食物让我们的身体运转。然而定期享受美食会使生活丰富多彩从而增加快乐和幸福感。如品尝一小块精致的奶酪或进口巧克力， 欣赏它，品味和品尝它。
7. 万事皆有定数
   幸福的最大的敌人是忧虑，忧虑来自于对无法控制事情的过度关注。一旦采取行动，你通常不可能做更多。专注于手头的工作，而不是对可能发生事情的幻想。
8. 关闭“背景”电视
   许多家庭在做其他的事情时，他们打开电视呈“背景音”。电视节目的终极目的就是让你对自己的生活感到不满意，这样才会买更多的东西。为什么要下意识地设定自己成为一个盲目愚蠢的消费者呢？
9. 日日心怀感激
   在上床睡觉前，至少写下一件当天发生的美好令你高兴的事情，它可以是一个孩子的笑容，也可以是一个巨大的 100 万美元的合同。不管它是什么，都要感激这一天，因为它永远不会再来。

醫學人物

内分泌學家喬知醫師



乔知 (Zhi George Qiao) 医生毕业于西安第四军医大学，获得临床医学本科学位及内分泌专科硕士学位。 来美国后，他曾就读于新墨西哥州大学医学院 (The University of New Mexico, School of Medicine) 做基础生物医学研究。而后在新墨西哥州大学医院 (University of New Mexico Hospital) 完成了内科住院医师训练和内分泌与代谢专科医师训练。并获得内分泌与代谢专科执照。

乔医生目前是麻省卡尼医院 (Carney Hospital) 内分泌科及卡皮纳糖尿病中心 (Carpena Diabetes Center) 主任，兼塔夫茨大学医学院 (Tufts University School of Medicine) 内科临床助理教授。 乔医生除了正常的临床门诊及病房工作之外，还负责定期给医学院学生及住院医生上内分泌课。多家医院及健康中心邀请他给全院人员做内分泌及糖尿病讲座，同时帮助医院建立普通病房和重症病房糖尿病诊断治疗标准。乔医生有一个欢乐的六口之家，除了大女儿已上大学外，另外三个孩子都不到上学年龄。工作之余，孩子王就是他的第二职业。

边境逸事 ： 乔知如是说

在做 intern 最后那个月的一個周六，我们二十多个 interns 从新墨西哥州的阿尔伯克基（Albuquerque）开车到墨西哥去庆祝终于熬完了第一年。

回境时，因只有我是外国医学院毕业生（Foreign Medical Graduate □ FMG）还沒带绿卡，就被扣下了。直到四个多小时后，已是零辰两点多了，我妻子开车才带著我的绿卡把我捞了回来。我和 Program Director 回到边境酒店，想著大家玩了一天都睡下了。谁知进到酒吧，一个不少都在。一个同学抓著一把钱给了我一半: "这是你的压惊费"。原来大家在赌我被捞回来的时间。赢家和我对分。

从此以后，在我们 Program Director 每年 intern 墨西哥游的 check list 上加了一项: FMG－绿卡。





百家争鸣



老傳統，新思路

阴阳理论 和 儒家思想 的 新解释



黄明达 医师

在中医理论的基础上，从高级非平衡性热力学入手，对阴阳理论的详细解释和儒家理论的解释，这里主要是针对阴阳理论的开发，作一番梳理，帮助大家理解它的建构和它的意义.

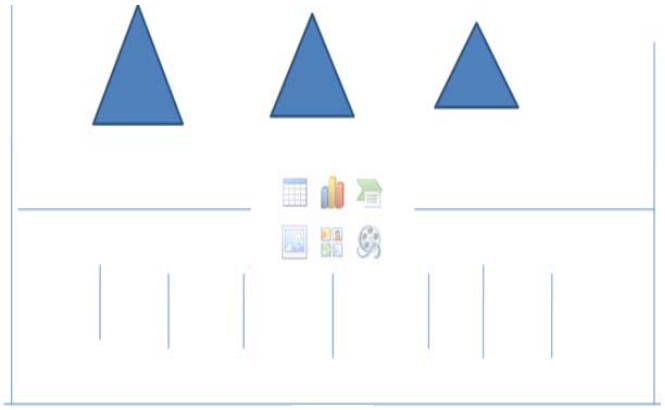


图 1

第一部分： 两个视角下的世界（例如布朗运动）。
图 1 为布朗运动：容器，水，花粉；这样就构成了布朗运动的模式.

A）花粉（蓝色和三角形）---牛顿力学的表象。它的存在和行为可以用牛顿力学来描述。它可以说代表了牛顿力学的表达。在这个牛顿力学的表达中，没有负熵这一个存在。

B）水分子（蓝线）---热力学的表像。它可以说代表了热力学的表达。在这个热力学力学的表达中隐藏了负熵这一个存在。

负熵是否存在，成为这两个表达的根本区别，在它们之间，有玻尔兹曼转换和反转换。通过玻尔兹曼转换，热力学的表达可以转换为牛顿力学的表达；在牛顿力学的表达中，没有负熵这一存在。通过玻尔兹曼反转换，牛顿力学的表达可以转换为热力学的表达，在热力学的表达中，隐藏了负熵这一存在。

第二部分：人体系统。布朗运动体系有两个视角，同样，对人体系统来说，同样有两个视角。图 2 如下：
1）广义牛顿力学体系的表象（蓝色三角---机械，化学，电学）（没有负熵）
A）基本要素：物质，能量，数量，时间和空间
B）构成方式（行为方式）：数学，逻辑学，经验主义

2）高级非平衡态热力学，智慧水平上的高级非平衡态热力学的表象（垂直线-----高级热力学）（负熵是最主要的存在）
A）基本要素：自由能，负熵，温度，空间（分支藕联隐藏在负熵里面）
B）构成方式（行为方式）：高级非平衡态热力学，智慧水平上的高级非平衡态热力学.

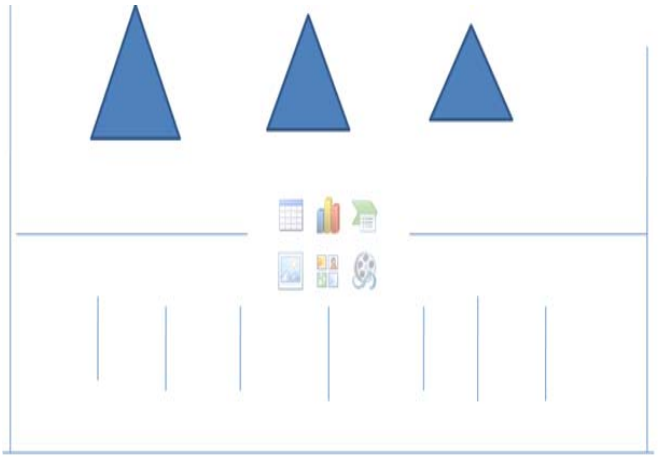


图 2

在他们之间，有由于玻尔兹曼熵公式，吉布斯熵公式，麦克斯韦组方程组成的转换和反转换；最后，在生命系统，同样只有两个视角：
A）广义牛顿力学的视角
B）高级非平衡态热力学的视角
第三部分：西方哲学和西方医学（人类学中，西方人以阳为主）
在西方哲学和西方医学中，他们采用广义牛顿力学的视角：
对西方哲学来说：
A）基本要素：物质，能量，数量，时间和空间
B）构成方式（行为方式）：数学，逻辑学，经验主义它开发出来的
•A）理性主义（古希腊哲学：物质，能量，数量，空间，时间，?温度）

•B）双重的理性主义，（广义牛顿力学体系，唯物主义，唯心主义，数学，逻辑，经验主义，科学主义，现代主义,这是西方哲学的主流;西方宗教学说，存在主义，语言哲学，生命哲学，后现代主义，道德的问题，这是西方哲学主流的补充.）
•C）三重或多重的理性主义（实用主义）

对于西方医学来说:
•原子→・分子→・分子复合物→・在细胞内的“器官”→细胞→・组织→ 器官→・系统→・全身
•和“感觉”有直接的联系，这是它的优势；但没有负熵，这是它的短处。
这是人体系统的广义牛顿力学的表象,人体成了一个机器，这就是西方医学.

第四部分：中国哲学和中医学(在人类学中,中国人阴阳平衡),他们采用高级非平衡性热力学的入路.

A）基本要素：自由能，负熵，温度，空间（分支藕联隐藏在负熵里面）
B）构成方式(行为方式：高级非平衡态热力学，智慧水平上的高级非平衡态热力学。

对中国哲学来说，它开发出:
•A）合理的非理性主义（高级非平衡态热力学系统 - 阴阳系统:负熵，自由能，温度，空间 - 平衡）
•B）双重或者多重的合理的非理性主义（智慧水平上的高级非平衡态热力学系统 - “易经”系统;）
•C）实证的合理的非理性主义---(君子儒系统)

对于中医学来说，它开发出:
阴阳五行，四纲八诊，五脏六腑,气血学,经络，等等。和“感觉”没有直接的关系，这是它的缺点;但它有负熵，这是很大的优势.这是人体系统的高级热力学的表象,人体成了生命体系,是一个高度有序的体系。人体体系是不是高度有序的生命体系,是不是具有负熵;这就是西方医学和中医学的分水岭。

第五部分：如何理解中国体系,最为关键的是阴阳理论的建构。关于阴阳理论的建构,我们做下面的讨论.(非常重要)阴阳理论是从高级非平衡态热力学体系中开发出来的.（请参阅图 3）

《==========》

我们讨论阴阳理论的建构：
1）分支耦联
•生命系统有数量庞大的“热力学微系统”（垂直线）。
•每个“热力学微系统”，有许多“热力学活性点）（在垂直线,有很多的点）;根据统计热力学的理论,这些点具有热力学的分布，它们建构了不同的热力学的统计学分布,包括:
A）第一级分布---以 1)来表达
B）第二级分布---以 2)来表达;
还有许多更高水平的分布,建构了许多 “分支”。这是一个开放的体系,和外界有交流:
•流入的负熵进入这个系统，触发热力学过程。
•这个热力学体系,内部已经存在的“分支”被动员起来,建构了所谓的“分支耦联”的现象:
在外界进入的负熵流的触动下，一些“热力学活性点”蹿升,从第一级跳到第二级，它们成为了第二级的“热力学活性点”;另一方面,由于热力学的耗散作用，一些第二级“热力学活性点”从第二级下落到第一级,成为第一级“热力学活性点”.这一过程就是所谓的“分支耦联”;在这个过程中，第一级和第二级是不同的,但是是链接的，它们被耦联起来。
如果“上跳比下降多”,负熵可以提高----这就是进化;如果”坠落比上跳多”，负熵可能会减少--这就是退化。
•根据这些活动，它产生的先验和经验的定义
A）先验存在,主要来自于高级非平衡态热力学体系中的“分支耦联”;
B）经验存在，主要来自于从外界进去的负熵流，一般来说,是以广义牛顿力学的形式流入的。

2）阴阳理论
以上是关于“热力学活性点”在高级非平衡态热力学体系中的活动过程的描述;对每个“热力学活性点”，它本身有四个维度和八个参数。下面我们作详细的进一步讨论:
对于每一个热力学活性点，它有四个维度,这个可以从基本的热力学方程中推论出来.
从基本的热力学方程:
E = TS（空间）
从这里,我们可以推论出，对每个“热力学活性点”，它本身有四个维度::
E（自由能），S（负熵，T（温度），V（空间）。
然后，从这四个维度,我们可以得到:
•E ---阴，阳
•S ---虚，实
•T ---冷，热
•空间---内部，外部（离散---紧密）

有了这四个维度和 8 个参数，它们就可以完整地呈现高级非平衡态热力学体系;它们就可以完整地呈现生命系统，这是所谓阴阳理论。

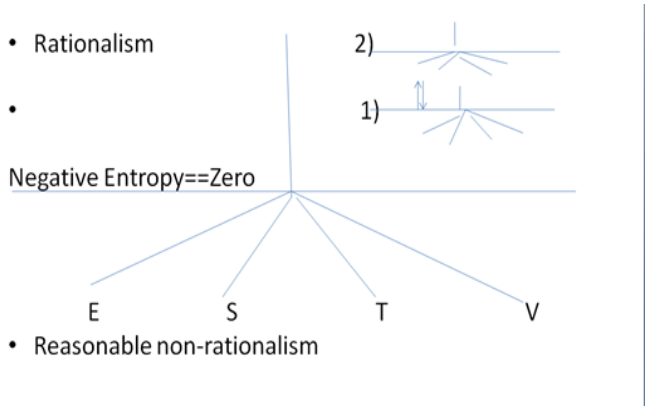


图 3

3）“易经”系统和君子儒家系统。在建构了阴阳理论后，我们可以进一步开发出:
A）“易经”系统-----双重或多重阴阳系统（智慧水平上的高级非平衡态热力学系统）
B）君子儒系统-----特别的有”得”的“易经”系统。（紧密的智慧水平上的高级非平衡态热力学系统,这是最完全的智慧水平上的高级非平衡态热力学系统）

（未完待续，本文系作者提供给本刊的其在德国 Witten “医学与哲学”的国际会议上(7-1-12)发言稿摘录）

專家座談



家长怎样做才能减轻震惊全国的学校枪击惨案对孩子的影响？

——简介全国学校心理学家协会（NASP）给家长的建议

李杰 心理学教授

2012 年 12 月 14 日在康州桑迪胡克学校发生的枪击事件中 20 个无辜的孩子和 7 位成人死亡。惨案震惊全国，令人心碎， 很容易引起孩子们的恐惧和对自己的安全的担忧。为此，美国全国学校心理学家协会（NASP）和全国心理学会（APA）都在网站上登出供人们参考的应对和救急措施。我觉得不仅心理学工作者需要了解这些措施，医务人员和家长也需要了解这些措施。了解这些措施对于应对恐怖袭击或自然灾害对儿童的影响，很有帮助。在此重点介绍全国学校心理学家协会（NASP）给家长的建议。
首先，全国学校心理学家协会（2012）提醒我们：

这样的事件是罕见的。学校是最安全的地方之一。（在这样震惊全国的惨案之后）学校是儿童和青少年在上学期间获得支持和恢复正常的重要场所。学校、家长和社区之间的沟通与合作，对于学生继续在学校有安全感，至关重要。此外，大人对这场悲剧的反应会影响儿童和青年的反应和安全感。

在枪击事件事件发生后， 如果孩子们听说了， 向大人谈到此事，大人该怎么对待呢？NASP 建议：

- 大人可以根据孩子的年龄特点，提供孩子听得懂的，明确的，直接的对事件的解释。
- 返回到正常状态和常规最好的程度，同时保持灵活性。
- 让孩子知道自己感到不安或愤怒是可以理解的。
- 做一个好的倾听者和观察者。
- 给孩子提供各种表达情感的方式，无论是通过日记，写信，说话，拼贴画，或音乐都行。
- 重点在自身的恢复力和对他人的同情心。

NASP 还提示家长和教师：

每当象恐怖袭击或自然灾害这样震惊全国的悲剧发生时，孩子，和许多人一样，可能会不知所措或害怕。他们会向成人寻求信息、指导，以及如何应对。家长和学校工作人员首先可以帮助孩子建立安全感。随着越来越多的信息，成年人可以继续帮助孩子们理解自己的情绪，甚至把这个过程中当作一个学习的经历。

所有成年人应该：

1、做平静和自控的样板。在生活中孩子们往往从成年人身上找情感线索。（成年人在孩子面前要）避免显得焦虑或害怕。
2、如果真是安全的，就要让孩子知道他们和在他们的生活中的其他重要成人都是安全的。根据情况，指出确保他们和他们所在的社区的安全的直接因素。
3、提醒他们值得信赖的人在负责（安全）。解释说：政府的紧急救援人员，警察，消防员，医生，和军人正在帮助灾区的人，并且防止悲剧再次发生。
4、让孩子知道他/她觉得心里难过是可以理解的。解释：在这样的悲剧发生时，（人们出现）所有的感情都可以理解。让孩子说出自己的感受，并把它们放到适当的角度。甚至愤怒也是可以理解的，但孩子可能需要成年人的帮助和耐心，以协助他们适当地表达这些感情。
5、观察孩子的情绪状态。由于年龄特点，有些孩子可能无法用语言表达他们的担忧。行为、食欲和睡眠习惯的变化也可以说明一个孩子的悲伤、焦虑或不适的程度。孩子们会以不同的方式表达自己的情绪。表达感受或哀思的方式无所谓对或错。
6、鉴别风险大的儿童。儿童过去经历过心理创伤或失去亲人，患抑郁症或其他精神疾病，或有特殊需要的，可能在反应的严重性方面比其他人风险更大。要特别细心观察那些有自杀危险的人。如果你所有所担心，请向心理健康专业人士寻求帮助。
7、告诉孩子真相。不要假装事件没有发生，或并不严重。孩子是聪明的。如果他们认为你太害怕而不敢告诉他们发生了什么事，他们会更担心。
8、只谈事实。不要夸张或猜测发生了什么事，可能会发生什么。不要老说悲剧的规模或范围，特别是对年纪小的孩子。
9、做与孩子的年龄相适应的解释。小学一、二年级的儿童需要简明扼要的信息，同时保证他们的日常生活作息正常。小学高初级和初中的孩子会更明确地问他们是否真正安全，以及学校正在为他们的安全做什么。他们可能需要帮助分清幻想与现实。初中高年级和高中学生会对产生暴力的原因及其对学校和社会安全的威胁有很强的和不同的意见。他们会分享如何使学校更安全，如何防止悲剧在社会上发生的具体建议。他们更会致力于做一些事情来帮助受害者和受影响的社区。成人对于所有的儿童的良方，是鼓励他们用语言表达自己的想法和感受，做一个好的倾听者！
10、监察自己的压力水平。不要忽略你自己的感受，焦虑，悲伤，愤怒。与朋友，家庭成员，宗教领导和心理健康辅导员交谈，可能有所帮助。你可以让孩子知道你心里悲伤，但你相信事情会好起来的。如果你能以适当的方式表达自己的情感，你就能够更好地支持你的孩子。要适当的睡眠，营养和运动。

父母能做什么？

1、在悲剧的一周后关注你的孩子。告诉他们你爱他们，一切都会好起来的。尝试，帮助他们了解发生了什么事，牢记他们的年龄特点。

2、腾出时间来跟孩子交谈。请记住，如果你不跟孩子谈这件事，别人会。花点时间来确定你想说什么。

3、与孩子保持密切联系。你亲自在场将给孩子安全感也给你机会来监察他们的反应。许多孩子需要实际的身体接触，大量的拥抱。让他们靠近你坐着。在睡前一定要花费额外的时间去拥抱孩子，让他们确实感到爱和安全。

4、限制你的孩子看有关这些事件的电视新闻。如果他们必须看，陪同他们看很短的时间，然后关机。不要坐在那着迷一遍又一遍地观看相同的事件。

5、保持正常作息。在一定程度上尽可能保持你家的正常吃饭，做作业，做家务，睡觉等时间，但不呆板。孩子这时有可能很难集中注意力做功课，或者晚上很难入睡。

6、花额外的时间与孩子在睡觉前看书或者玩安静的游戏。这些活动使孩子平静，培养一种亲近感和安全感，并加强一颗平常心。多花点时间给孩子盖好被子。如果孩子要求的话，就让他/她开着灯睡觉。

7、保护孩子们的身体健康。压力对儿童和成年人都会要命。请确保您的孩子得到适当的睡眠，运动和营养。

8、考虑为受害者和他们的家人祈祷或发出善良的愿望。这可能是一个好机会，可以带孩子去你祭拜的地方，或者带孩子写一首诗，或者画一幅画，帮助孩子表达自己的感情和感觉，使他们有机会在某种程度上支持受害者和他们的家人，（寄托自己的哀思）。

9、了解学校有什么资源可以帮助孩子应对（突发不幸事件）。大多数学校都可能是开放的，往往是孩子们恢复正常感的好地方。与朋友和老师在一起对孩子会有帮助。学校也应该有一个计划，为需要的儿童和成年人提供心理咨询。



希望以上所介绍的美国全国学校心理学家协会（NASP）给家长的建议，对大家有参考价值。

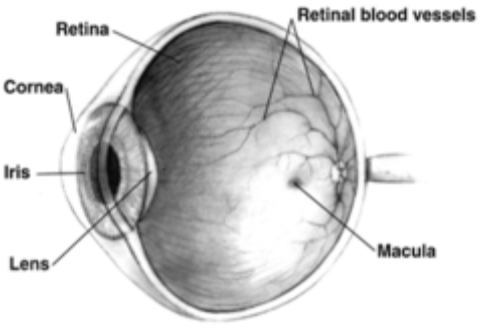
本文所引的英文原文出自*Coping With Crisis: Tips for Parents and Educators* http://www.nasponline.org/resources/crisis_safety/terror_general.aspx

作者简介:李杰,美国东北大学健康科学院咨询与应用教育心理学系学校心理学专业副教授，博士导师。

VEGF Trap－Eye 治療 眼底病 的 新进展

武丽 MD; **曹景泰** MD, PhD

2011 年 11 月 18 日美国 FDA 批准了 Regeneron 生物制药公司研发的眼科新药－－－VEGF Trap－Eye（药名：aflibercept；商品名：Eylea 艾力亚）用于治疗新生血管性年性相关性黄斑变性，即湿性 AMD（Wet AMD）。2012 年 9 月 21 日， FDA 又批准 VEGF Trap－Eye 第二个眼病适应症，用于治疗中央视网膜静脉阻塞（central retinal vein occultation，CRVO）引起的黄斑水肿（macular edema）。



目前，VEGF Trap－Eye 治疗的两种眼病均与视网膜黄斑病变有关。那么，了解视网膜黄斑的组织特点对理解 VEGF Trap－Eye 的治疗效果有很大帮助。黄斑是人眼视网膜的一个很小的特殊区域，直径约 1.5mm，位于后极部视网膜的中心，视图 1，人眼解剖组织图解，示黄斑位置。神经的颞侧部位（图 1）。

组织学上，它是视网膜最薄的部分，用光学相干断层成像技术（optical coherence tomofraphy，OCT）测量，正常成人的视网膜黄斑的厚度，平均大约在 210um－280um 之间；[1－3] 含有单层的色素上皮，高密度的视锥细胞，负责中心视力，色彩和精细视力。黄斑为无血管区域，这是它的一个重要的组织学特征， 在湿性 AMD 就是以黄斑出现了新生血管为主要诊断标准。VEGF Trap－Eye 在 FDA 批准使用的一年里，不仅临床治疗效果和经济效益鼓舞人心，而且又有新的发展，开拓了新的眼病治疗范围，本文就这些新的进展做以下两方面的概括。

第一：VEGF Trap－Eye 用于治疗新生血管性年性相关性黄斑变性

年性相关性黄斑变性是一种与年龄相关的眼病，常见与 50 岁以上的人群，是导致视力下降和不可逆盲的主要原因。临床分为干性和湿性两种类型，都可导致视力丧失。干性也称为非渗出性（dry AMD），湿性(wet AMD)又称为渗出性或新生血管性；AMD 的发病机制仍不清楚。干性 AMD 的视力丧失通常是逐渐的，可发展成湿性 AMD。湿性 AMD 则是代表 AMD 的继续发展，往往发生突然的视力下降或丧失。继美国 FDA 批准 VEGF Trap－Eye 用于治疗湿性 AMD 之后，全球 30 多个国家和地区也相继批准了 Eylea 用于湿性 AMD 的临床治疗，包括澳大利亚，日本和欧洲的许多国家。

今年，VEGF Trap－Eye 治疗湿性 AMD 的两个大的三期临床试验（VIEW 1 & VIEW 2）的结果发表在美国眼科学杂志，[4] 再次显示了 VEGF Trap－Eye 的优势。这两个三期临床试验均为前瞻性，随机，双盲临床试验，分别在美国和欧洲等多个国家同时进行，共收入病人 2419 例，时间为 52 周。这两个临床试验均采用 Lucentis（每月注射一次）作为有效治疗对照组。临床试验结果显示：在首次治疗的前 3 个月每月玻璃体注射一次之后，VEGF Trap－Eye 每两个月注射一次与 Lucentis 每月注射一次的治疗对比，在疗效和安全性方面，结果相似；三个 VEGF Trap－Eye 治疗组平均可提高视力 8.3－9.3 个字母，与 Lucentis 治疗组提高 8.7 个字母对比，二者无显著差异；换言之，在相同治疗时间和获得相似治疗效果的条件下，VEGF Trap－Eye 比 Lucentis 减少近 50%的玻璃体内注射次数。由此可降低每月玻璃体注射引发的并发症的风险；减少复查的次数和就诊次数，以及家庭的经济和责任负担，明显改进了现有的医疗状况。

有关新药 VEGF Trap－Eye 的研发过程和临床前期实验的资料，可参见本刊 2011 年 12 月刊登的文章”治疗新生血管性年龄相关性黄斑变性的新药－－－VEGF Trap－Eye” 综述一文[5]。

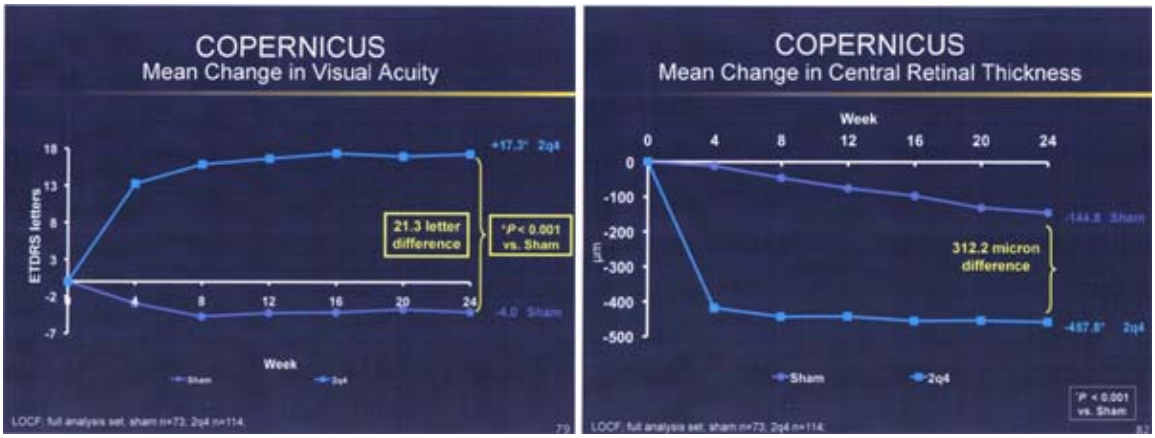
第二：VEGF Trap－Eye 治疗中央视网膜静脉阻塞导致的黄斑水肿

2012 年 9 月 21 日，美国 FDA 批准 VEGF Trap－Eye（aflibercept，Eylea）用于治疗中央视网膜静脉阻塞后的黄斑水肿， 这是 VEGF Trap－Eye 的第二个眼病适应症。黄斑水肿的发生是由于黄斑区新生血管的渗出， 液体和蛋白存积的结果，它可以造成视网膜厚度增加，视力下降和丧失，其病理机制是黄斑的水肿增厚（＞500um）改变了视网膜细胞的结构关系和激发的炎症性反应。

美国眼科学杂志最近刊登了 VEGF Trap－Eye 治疗中央视网膜静脉阻塞后的黄斑水肿的三期临床试验（COPERNICUS）的结果[6]。COPERNICUS 研究是一个随机分组，多中心，双盲，为期 1 年的临床试验，共计 189 个病人，按 3：2 的比列纳入临床试验，纳入的病人中心视网膜厚度大于或等于 250 微米。VEGF Trap－Eye 治疗组（2 毫克注射剂量，每 4 周一次）和治疗空白对照组对比，24 周的治疗结果见下图。VEGF Trap－Eye 治疗组， 56.1%的病人获得大于 15 字母的视力改善，视力提高 17.3 字母；空白对照组视力下降－4.0 字母；与对照组比可见 21.3 字母的差异，有非常显著的统计学意义（p＜0.001）。VEGF Trap－Eye 治疗组，中心视网膜厚度明显减薄达平均 457.8 微米，对照组减薄为 144.8 微米（图 2），二者显示 312.2 毫米的差异，有统计学意义（p＜0.001）。VEGF Trap－Eye 治疗组还明显降低了眼前节新生血管的发生。

对 wet AMD 的治疗，VEGF Trap－Eye 是 FDA 批准的唯一的可以每两个月注射一次的抗－VEGF 玻璃体内注射制剂； 今年又批准了用于中央视网膜静脉阻塞引起的黄斑水肿的治疗。目前已完成的多项临床 II／III 期试验充分显示了 VEGF Trap－Eye 的优势；从正在开展的多种眼病的临床试验来看，它的应用前景乐观，如对糖尿病的黄斑水肿等其他致盲的新生血管性视网膜疾病，已显示了鼓舞人心的临床治疗结果。[7]

图 2．COPERNICUS 临床试验研究 6 月治疗结果。视力明显提高（左图）和中心视网膜厚度明显减薄（右图）。



[参考文献]

1． Chan et al, Arch Ophthalmology 2006; 124(2):193-198.
2． Leung et al, IOVS 2008; 49(11):4893-4897.
3． Adhi et al, PLOS One 2012; 7(5):e37638.
4． Heier et al, Ophthalmology 2012; 119(12):2537-2548.
5． Li Wu, North American Journal of Medicine and Health 2011;
6． Boyer et al, Ophthalmology 2012; 119(5):1024-1032.
7． Do et al, Ophthalmology 2012; 119(8):1659-1665.

本刊特稿

今天与昨天 ——医学领域十年回顾

柴坎 编译

在过去的十年中，全球的医疗服务取得了惊人的进展，新的计算机技术和不断推陈出新的医疗产品成为这一领域内颇为亮丽的风景。纵观十年医学领域的进步，可概括为如下五个方面：

一：信息技术

你可能不知道（特别是如果你最近没有生病），信息技术减少了诊治之前大量的文字工作，此外，以前医生们需要花数小时在医疗文档上，以便研究临床问题，而今天，互联网令这一问题迎刃而解。此外，信息技术使就医环境变得更为安全，医院里的每个病人拥有一个个性化的编码，识别其血型，样品，静脉输液成分，从而大大减少了医务人员的失误。

二：反吸烟运动

在过去十年中，伴随对尼古丁产品广告的禁止，反吸烟意识已深入人心。其结果是，吸烟者的数量不断锐减，受被动烟困扰的人群不断递减。虽然联邦政府还没有正式颁布法令禁止在室内吸烟。但多数州已出台相关法令。结果，心肌梗死和其他心脏病变、肺癌及其他相关的疾病的病患数量大规模下降了。

三：遏制心脏病

在过去十年中，因心脏病发作造成的死亡人数下降了 40%。二十五年前，情况差之千里。当患者心脏病发作住进医院，医生可以做的只是尽量减少视觉和听觉刺激，服用止痛药。所以心脏病发作通常会导致患者死亡。现在，医生知道，对于挽救病人的生命，时间是关键。医生采用特殊的溶栓药物，使凝块化解，被阻塞的血液恢复流动。对于血小板凝结造成的血管狭窄，可以植入各种支架。此外，医生可以绕过阻塞的动脉行搭桥术，更快地诊断并对疾病作出相应反应，减缓导致心脏病发作的血小板凝结。此外，公众对心脏病的预防有了更清晰的认识。

四：干细胞研究

虽然涉及政治方面的因素，干细胞研究依然对医疗行业产生了深远的影响。例如，欧洲的研究人员巧妙的运用骨髓细胞，成功的遏制了致命的脑疾。干细胞研究致力于寻求人体坏损器官的替代品。干细胞研究为再生医学、疾病模型及新药提供卓有成效的解决方案，使大量的疾病得到诊治。

五：组合药物疗法令艾滋病患者生存有望

高活性抗逆转录病毒组合疗法（HAART）的引入已经彻底改变了艾滋病患者的命运。现在，确诊后的艾滋病患者平均可存活十年。与此相对照，在 1996 年，艾滋病患者的存活时间约为三到五年。今天，一个二十岁的艾滋病患者甚至可以存活到 69 岁。因着此疗法在治疗艾滋方面的不凡表现， “鸡尾酒疗法”进而被广泛的应用到其他疾病的治疗，如肺癌，心脏疾病。

综上所述，过去的十年中，医学领域新的程序、技术进步和医疗产品层出不穷，无论是医生还是患者均收益无穷。相信在未来的十年，将会出现更多惊人的发现，挽救更多的生命。

改变现代医学的十大进展

Deep Ramachandran,MD 原文，谢国建医师编译

近来我一直在思索多年来医学上的许多巨大进展。由于我罗列了新近的五项顶级大事。我想我应该继续我的工作，排列出近年来医学上的十项巨大进展。当然我的排序是基于一些基本的原则。我是从一个内科医生的角度对医药治疗的进展进行排序，所以外科的进展不在我关注的范围。还有一点要澄清的是，我治疗疟疾和霍乱已经是很久以前的事了，所以我也将只关注西方的医药问题及进展。我也不再是曾经的理想主义者了，所以有关公众政策的问题，比如安全带，饮用水的安全以及婴幼儿疫苗接种等也不是在这个排序里要关心的问题。我们讲到的是在世界各地药店及医院应用的传统的药物。下面是我认为排名前十位的医学进展。

10，抗精神病药。 只要看看美国疾病预防控制中心列出的主要死亡原因的目录，你就能理这个选择背后的逻辑。因为自杀是第十位致死原因。但精神疾病的影响远超出自杀本身所引发的问题，比如抑郁症和焦虑会加重其他疾患，增加并发症的风险，增加家庭成员的压力，并导致生产力和收入损失。而且精神疾患也是登记在册导致残疾的最常见的原因之一。

9，气雾/干粉吸入器。没有什么比一个呼吸困难的病人重获足够的肺活量能说出“谢谢你，医生”那样更能体现对医生的感谢。从婴儿到九旬老人，不同类型和品牌支气管扩张剂的日常使用，帮助他们扩张并维持呼吸道的畅通。虽然还没有随机对照试验的证据， 但人们普遍认可的是，能够畅快的呼吸的人比那些不能顺畅呼吸的人更快乐，更高效，更健康。

8，氧气。也许作为一个肺科医生，我是有点偏见。但在我看来，氧气是医药治疗基础元素。这是当你到达医院后他们首先对你做的事情之一。因为氧是我们生存所依赖重要因素之一。想想吧，所有到医院来的人都经历着不同的痛苦，其中许多人还需要忍受不同的检查或治疗操作。而且有些病人在抢救过程如果没有氧气就不能度过难关。是的，似乎我们对氧气成瘾了。但幸运的是，它是免费的，只要你不需要超过 21%的浓度。我认为，它实际上是医院中最常见的处方药。

7，降胆固醇药物：在美国前 5 位的死亡原因中，包括 2 个血管疾病（心脏疾病和中风）。这足以说明为什么这一类的药物被列入这里。降胆固醇药物（主要是他汀类药物）肯定已经减少了血管病变造成的疾病负担。

6，血液稀释剂。摄入变质食物的奶牛为什么会死于出血这一研究是由威斯康星校友研究基金会（WARF）资助的研究。研究中发现的病原体被命名为华法林。从那以来，抗凝剂的发展和应用已经走过了漫长的道路。不断有新的抗凝血剂被开发，现在它们以各种形式出现，并应用于各种用途。从心脏病到中风的预防治疗，都少不了抗凝剂。

5，抗高血压药物。高血压病，象糖尿病一样是导致血管性疾病－中风和冠状动脉疾病的重要原因。毫无疑问，应用降血压药物控制血压，有助于减少相应的心脑血管疾病的发病率。此外，如血管紧张素转换酶抑制剂和β-受体阻滞剂的其他益处，远超越他们降血压的作用。

4，避孕药。很久以前在这个国家，以及在当今世界的许多地方，养育孩子一直具有经济上的利益。在农耕时代，孩子们可作为劳动力使用，特别是当父母们年迈时。而且孩子们的婚姻也可能意味着家庭和利益上的融合。如今，养育一个孩子的成本接近 30 万美元。另外，少养孩子还意味着女性有更多的机会就业，以减少家庭及婚姻的压力。人们可以因此生活的更健康快乐一些。同时，少生孩子也使得孩子们可以享用更多的资源，他们也可以生活的更健康。

3，胰岛素等降糖药。糖尿病是世界范围内的主要疾病之一，虽然它仅位于美国十大致死病因的第七。人们正日益认识到，即使轻微的血糖升高也会促使血管疾病，特别是心脏疾病和中风的发生。而它们分别是排名第一和第四的常见的死亡原因。毫无疑问，如果没有这些治疗，血管疾病和感染的发病率将是天文数字。

2，麻醉药和止痛药。想象一个只有最基本的外科手术可以进行的一个世界。那个世界里，甚至切开一个小疖肿都会被认为是野蛮的，而不惜一切代价避免。这就是在麻醉药和止痛药发明之前的黑暗时代。 在当今的医学界，如果没有麻醉剂，许多很小的医疗操作或者产科分娩都是不能想象的。所以象髋关节修

复，开胸手术和阑尾切除术更是不可想象的。不，我想我宁愿不去试图想象这样一个世界。

1，抗生素。这是一个简单的问题，甚至大多数的孩子都知道第一个抗生素的发明。我不敢想象，我们会有今天， 假如没有现代医学之父，青霉素医生。其令人难以置信的遗产是由他的孙子，万古霉素医生继承到今天。我不是在开玩笑。让我们回溯到美国耶鲁大学纽黑文医院，一名 33 岁的女子。她是美国第一位使用青霉素的人。那是从英国运来的一安瓿的“黑色魔法”。医生甚至从患者的尿液中回收药物，并重新利用。那位女士活到 90 岁，不可思议的事情。

Deep Ramachandran is a pulmonary and critical care physician who blogs at CaduceusBlog. He can be reached on Twitter @Caduceusblogger.

强化 “全科医学”，提倡 “中西合璧”
美中医学交流学会（ACMES）学术年会纪实

2012 年 11 月 3 日，美中医学交流协会（ACMES）在位于波士顿美丽的查尔斯河畔的 Hyatt Regency 酒店隆重举行了以“全科医学及整合医学”为主题的学术年会，为时一天，约 200 余名全国各地医生学者出席这一盛会，包括远道从中国赶来的访问医师及学者。

这次大会分设两个会场同时进行，共有 28 名专家精彩讲演，涉及 20 个不同的医学热点课题，各种常见病的最新进展，并聚焦主要的华人健康问题。两个会场分别由哈佛医学院的周捷医师及陈力超讲师主持，ACMES 医务主任，Beverly 医院内分泌科刘昭医师及 ACMES 副会长，约旦医院内科李维根医师分别在两个会场致开幕词。会场座无虚席，气氛异常活跃。

癌症专场由来自纽约州立大学病理科副教授，ACMES 理事陈小槐医师主持。三位来自哈佛大学医学院以色列医院（BIDMC）的肿瘤专家 Elizabeth Buchbinder 医师，Anand Mahadevan 医师，及王浩医师先后讲演， 分别就癌症的免疫治疗最新进展，肿瘤放疗新技术，及肺癌的筛检及治疗方案作了详尽的阐述，引发听众热烈的讨论。Buchbinder 医师就肿瘤免疫特异和非特异治疗的进展进行了总结和展望，期望将来有所突破。Mahadevan 医师讲述了放射治疗的基本原理，定向定位的靶向放疗可提高疗效，减少肿瘤周围正常组织损伤。王浩医师从 CT 扫描筛查早期诊断肺癌的价值和应用展开，通过确证强调了戒烟是预防肺癌的发生最重要的措施。另外一个会场来自德州休斯顿大学的神经科教授朱继光医师的讲演涉及恶性神经胶质瘤的最新治疗方法，是这一领域的重大突破，加之过人的演说能力，故而讲演语惊四座，催人振奋。麻省总医院疼痛研究中心主任哈佛医学院教授茅健人医师讲授阿片类镇痛药物的临床指南。他不但学识渊博而且讲演非常生动，深入简出， 给听众留下了深刻的印象。



午餐时继续医学教育课程，由加州大学肝脏中心主任，ACMES 理事胡克勤教授讲授。他就慢性肝病的病因，常见并发症的机理及治疗进行了详尽讲解，对肝性脑病这一严重并发症治疗的最新进展进行了阐述。他介绍说，不仅乳果糖（Lactulose）对肝性脑病有一定的效果，利福昔明（Rifaximin）可大大降低肝性脑病的发生率，此药实为慢性肝病患者的福音。

下午会议继续进行，首先由哈佛医学院附属布莱根妇女医院内分泌科 Margo Hudson 医师演讲二型糖尿病血糖的最佳控制疗法。她介绍了胰岛素的应用及一批新型抗糖尿病药物的问世，给糖尿病的治疗提供了更多地选择和有效控制。Regeneron 制药公司眼科部副主任曹景泰博士讲述了如何从医生到科学家及发明家的转变。他和他的团队发明的 EGF－Trap 治疗湿性视网膜退行性变得到了 FDA 的批准并得到了广泛的应用。塔夫茨大学约旦医院外科陈文亮医师就腹腔镜的应用作了一个精彩的报告。他的腹腔镜手术的录像使听众如身临其境。腹腔镜手术的应用和进展使手术创伤更少，恢复更快，费用更低。David M. Gould 律师的讲座是针对医疗纠纷医疗诉讼这一敏感的领域，他结合实例告诫医生们防微杜渐，依循临床常规，加强与患者及同行的交流，以避免不必要的悲剧。

全科医学专场之二由麻州大学医学院助理教授，ACMES 副会长周人志医师主持，来自加州斯坦福大学的呼吸科教授袁南希医师首先演讲，她就睡眠呼吸暂停综合症这一常见的病症如何早期诊断及治疗入手，她的丰富经验及卓识使临床医师们受益匪浅，哈佛医学院妇产科助理教授李小玉医师对于妇女更年期的应对措施的讲演颇为生动风趣，使人们在他的谈笑风生中体味无穷，哈佛医学院内分泌学讲师闵乐医师则阐述了男性性功能低下的原因及治疗进展，也令听众耳目一新，颇受启迪，哈佛医学院消化科讲师，新英格兰 Baptist 医院（NEBH）消化科主任 Tom Liu 医生则分享了他对于胃肠功能紊乱这一棘手的临床病症的治疗方案及相关进展，深得与会者好评。

自闭症专题先声发言的是学会的老朋友大平原实验室主任 William Shaw 博士。作为一个自闭症儿童的家长，Shaw 博士长期坚持不懈地探索研究自闭症的治疗方法，他们成功地帮助过数千自闭症儿童和家长有效地改善了他们的症状和生活。在他的主题“自闭症的新发现”中，他细致地介绍了梭形厌氧菌感染与自闭症的致病关系，其他有效的自闭症检测方法，听众很感兴趣。

麻省总医院神经专科医师、哈佛医学院助理教授 Martha Herbert 这次在她题为“自闭症革命”的演讲中指出很多心理学家认为自闭症是一种心理疾病，很多医生又认为自闭症是一种生理疾病。她认为自闭症其实应该是更多的什么。它其实是基因、大脑、神经、心理、社会／文化环境、物理环境等因素

的有机相互作用、平衡的结果，这一理论模式堪称是一革命模式。

另一位自闭症家长，Berg 公司执行总裁栾生博士，他十岁的儿子也是一位自闭症患者。他告诉我们美国每年为每位自闭症患者花费是 1.4 到 2.3 百万美元，解决自闭症问题的确是一个十分有意义的社会问题，而不仅仅是一个健康问题。当他介绍了理解和诊断自闭症的创新性方法后，一个女儿是自闭症的听众当即就表示愿意参加他的实验，接受他的方法。不过栾博士也指出自闭症的早期发现仍具挑战性。

Hon Ho 医师，哈佛医学院北岸医学中心小儿精神病学家在大会分享的主题是自闭症用药的临床指导。相信做临床工作的医师及自闭症家长尤其会有收获。Ho 医师还特别提醒听众在整个自闭症的诊断、鉴别、治疗、恢复工作中，第二种意见和观点非常重要和必要，因为自闭症十分复杂和具变化性。为了更正确地作出判断，仅仅只有一种声音是不够的，而且要特别小心药物的副作用。

在整合医学专场，多位演讲人都一致提到替代医学的问题。由哈佛医学院的刘树柏博士及波士顿大学附院的吴皓医师先后主持。

哈佛医学院副教授，麻省总医院精神病医师 Albert Yeung 指出 1／3 有健康问题的美国人曾经和正在寻找替代治疗。其中气功已广泛地运用于很多医学／心理疾病以及防止和恢复，并有著巨大的潜力。他并具体介绍了几个成年人和老年人气功治疗糖尿病，治疗忧郁症的临床实验。

Albert Yeung 的同事，也在麻省总医院麻醉科工作的哈佛医学院助理教授林旭医师也指出美国有五百万病人用银针这种替代方法治病。她介绍讲解了各种不同种类的银针，人体上有 2000 多个针灸点。据统计，在约 60，000 个针灸疗程中，没有一个有严重后果的，即针灸治疗是安全可靠的。观众提问了有关针灸保险的问题。

中医师刘京博士演讲的题目是“疲劳症的整合疗法”。刘博士曾在麻省总医院研究传统中医药达 15 年之久，对中药的认识可谓深刻透彻。慢性疲劳综合症的病因和治疗尚不明确，也缺乏有效的治疗手段。经过长期研究，刘博士认为很多病人的疲劳症状与 荷尔蒙失调有关，特别是肾上腺皮质和甲状腺功能减退。针对不同病人病情选用中药或营养保健品对慢性疲劳的病人有更好的疗效效。另一个值得关注的问题是肠道菌群失调或有害菌 感染例如酵母菌感染也常常导致疲劳。用中西医整合的方法对这些病人进行治疗往往会受到更好的治疗效果。

北京中医学院教授张群豪教授也身为麻州中医学会会长，他指出三千多年前“黄帝内经”就介绍过用针灸治疗肿瘤和癌症，他分享了自己作为执照针灸师对于癌症辅助治疗的经验。黄明达医师多年从事中西医结合，在波士顿行医 30 年之久他坚信中草药有著坚实的学术基础，有时也更有效。他对于中医与哲学作了深入的研究，立论新颖，引人深思。

津师 Daniel Heffernan 从法津的角度讲解介绍了麻省对自闭症和其他疾病患者的权利、权益保护、特殊教育资源、经济、医疗支持等知识和资源，补充了很多家庭在这方面知识的欠缺。另一位来自纽约保险公司的津师 Alan Chew 则针对医生群体就财产保护及风险管理作了详尽而生动的描述。

所有的发言都结束后，意犹未尽的听众与演讲者挪步到了美酒招待会，位于 16 楼可以俯瞰查尔斯河及波士顿全景的旋转大厅，继续提问、解答、商榷。然后一场丰盛的晚宴庆祝正式开始，由从德州特地赶来的学会副会长吴晓芸女士及学会市场顾问，麻州大学刘瑞明教授共同主持。席间执委会成员喻向阳博士向大家介绍了她请来的大会嘉宾 Ironwood 公司副总裁，消化科专家 Doug Levine 医师作了精彩讲演，题为“胃肠功能紊乱 IBS 的新世纪”介绍了该公司新上市的治疗 IBS 新药及其临床试验资料，引起医生们的热切关注。

ACMES会长，哈佛医学院的孔学君医师介绍了ACMES作为非营利医学学会(www.acmes.net) 的宗旨，历史与展望，并总结了 2012 年所取得的成绩。该会旗下的英文期刊“NAJMS，北美医学与科学”(www.najms.net) 第 17 期及中文期刊“北美医学与健康”(www.najmh.org) 第 27 期均在上月 10 月份如期出版，会间作为礼品送给每位讲演者及贵宾；中英双刊稳步发展，吸引了越来越多的参与者奉献者。ACMES在 2012 年举办十余场学术会议及CME讲座，还有义诊，杂志俱乐部，病患培训班等社区活动，国际医师培训及交流，自闭症及乙肝普查项目始终是学会的重点项目，在 2012 年推向了新阶段。她并深怀感恩之心向各位来宾介绍了她的核心团队成员，观众报以了热烈的掌声，并向 2012 年度奖获得者陈力超博士及刘娟子女士颁发奖状，表彰他们对于社区的无私奉献精神，她并感谢所有执委会成员及志愿者的卓越功绩。她特别强调团队的精神，一个人或几个人的力量毕竟有限，大家齐心协力，才能为我们社区作出更大贡献。

著名音乐家翁慧弹奏的古筝名曲“彝族舞曲”，青年歌唱家王颖演唱的意大利歌剧选段“我亲爱的爸爸”、英文歌曲“歌声献给你”，刘瑞明教授的中文歌“我亲爱的祖国”唤起了与会者更加高涨的热情；功夫／太极表演队的真功夫吸住了人们的眼睛；由学会元老，学会自然医学部主任刘京医师创始的，由刘娟子、刘昭、刘京京以及陈玉泉展示的易筋太极功更是引起大家的喝彩，易筋太极功是以太极和易筋经为主要基础发展的一种以调气和脊柱运动为核心的健身术。至此晚会达到高潮，最后大家纷纷走下舞池，在桃李满波城的舞蹈老师吴晔的带领下，随著优美的乐曲翩翩起舞。我们所孜孜追求的正是这样一种境界：增进我们的健康水平，改善我们的生活品质。不仅活的健康，而且活的健美。

这次大会的圆满与众多组委会成员及志愿者的无私奉献密不可分，除了上面提到的各位主持，组委会成员及志愿者还包括宋一青，纪永莉，程文杰，牛江河，马以林，赵京雁，何盈盈，费喻，李勇，马剑韬，刘娟子，叶曙波，陈奋，闵乐，刘京，李雯，周宁，王晓春，王颖，刘京京，孔令荻，刘晓梅，李子达，陈玉泉，栾生，吴震，吴晔，翁慧，孔亚伟，陆平等。**（牛江河报道）**

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

歷史的重托　未來的召喚

美中医学交流协会 2013 年新年贺词

美中医学交流协会的同仁及朋友们：
在 2013 新年来临之际，我谨代表美中医学交流协会执委会对你们的竭诚奉献及大力支持表示衷心地感谢，并祝福你们事业成功，身体健康，家庭幸福。

2012 是耕耘的一年，更是收获的一年。我们以推进杂志，建立重点项目为中心开展工作，取得了可喜可贺的成绩。回顾 2012 年我们一起携手走过的路，感慨万千。我们为我们所取得的成绩感到自豪，我们更为我们在共同奋斗中所经历的点点滴滴和建立的友谊互信感到万分珍惜，我们的心里唱着同一首歌。

让我们一起回顾一下丰硕的 2012 年：

1. 英文医学专业杂志，*North American Journal of Medicine and Science* (www.najms.net)
一如既往是 ACMES 的重点之重点扶持的项目。它的宗旨是汇集最新医学前沿水平的医学研究论文，其特色是突出亚裔人群发病特点的专题研究，及中医中药基础研究成果，以促进中美医学学术交流及国际接轨，攻克医学难题，探索医学奥妙，以造福人类健康事业。本刊自 2008 年创建以来已出版 5 卷 17 期共 188 篇高水准学术论文，其中 10 篇论文已率先被收录入 PubMed 系统。2012 年 NAJMS 出版两个专题特刊及两个综合期刊，其中一月出版肿瘤专刊，七月出版自闭症专刊，四月及十月出版综合期刊。杂志编委会及编辑人员不断壮大，并于去年正式成立纽约分社。杂志社出版部近期已完成 PubMed 上传资料的校对升级并即将完成大规模的整编及 PubMed 资格申请的准备工作。拟于近期启动 PubMed 正式申请。

2. 中文医学科普杂志，*北美医学与健康* (www.najmh.org)
是 ACMES 的另一中心工作，作为大众医学科普杂志自建刊已出版 28 期，数百篇医学科普文章。被数家中外媒体引用。2012 年 6 月隆重庆贺创刊四周年，并选出优秀文章。一年一度的广泛市场调查在杂志社资深市场顾问麻州大学管理系刘瑞明教授规划和组织下完成了三个市场管理学生小组进行调查问卷并提供了详尽的市场调查报告。

3. 国际培训交流项目
第一届由 ACMES 主办的中国医院院长高级管理培训课程于 2011 年 11 月 2 日至 6 日在哈佛医学院成功举办，目地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。课程配备了顶级课程与专家授课团队,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，获得很好的反响。这个学习班的成功举办为今后学会的各种培训项目打下了基础，今年的几个短训班及培训项目的招生工作都在顺利进行，并与国内相关机构建立了合作关系。

4. 医学教育系列讲座及会议
ACMES 一如既往以促进亚裔健康为己任，举办各种系列讲座及学术会议。2012 年间成功组织了医学学术会议十多个，吸引共计八百余名医学专业人士与会，在社区赢得了良好的声誉及反响。2012 年 4 月 1 日美中医学交流协会（ACMES）在哈佛附属 McLean 医院举行了第三届常见病系列讲座，吸引了上百名新英格兰地区的医护人员出席。十余位医学专家精彩讲演，交流了他们精湛的专业知识和临床经验，在医疗界及社区引起了很好的反响。2012 年 8 月 26 日第二届自闭症进展研讨会继出版自闭症专刊后在 Mclean 医院举行，吸引了 150 名自闭症专业人士及病患家长。医生继续教育讲座（CME）几乎每月一场座无虚席，涉及心脏病，糖尿病，乙肝，丙肝等领域。2012 年 11 月 3 日在波士顿剑桥 Hyatt 宾馆隆重举办 2012 年学术年会。年会以 28 名专家学术演讲，特邀嘉宾发言，宴会以及文艺表演的形式举行，200 余名专家学者出席盛会。

5. 社区工作
2012 年 6 月 10 日，学会组织义务看诊团在盛大的波士顿龙船舟佳节向百姓服务，共有 30 余名医务人员参加该日的义务看诊活动，除了两小时一轮班外，有的医生值班后仍然留岗作义工，使更多的人群受益。咨询的问题涉及面很广，包括心脏病，糖尿病，高血压，高血脂，脑血栓，肝炎，艾滋病等等。学会与麻州中医学会，Mclean 医院中西医中心，大平原实验室，亚裔乳癌组织等机构建立了协作关系。学会主要成员还应邀去美中药学会，文协艺文小集讲课，面向社区举办肝炎，自闭症及癌症自我防治的培训班，并组织数次杂志俱乐部活动。

6. 自闭症中心
自闭症中心以临床医师，神经精神学家，影像学家，心理学家，社会工作者自闭症家长等组成强大阵容，以当前最新的诊疗手段研究并试验治疗自闭症。“自闭症研究与治疗中心”原为独立的非营利机构，去年起正式加盟 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，以当前最新诊疗手段研究并试验治疗自闭症，目前着手申请基金，预计近期全面开展工作。

ACMES 在 2012 年取得了很大的成绩，为其今后发展奠定了基础。2013 年，ACMES 将一如既往，定期召开学术会议，培训，会诊项目及社区服务，敬请关注我们的活动预告。我们将继续以重点项目为中心向纵深推进，希望各界人士献计献策，竭诚合作，引进项目，吸收更多的人力物力资源，共同使 ACMES 成为多方位多层次中美医学交流的平台，为提高医学教育及服务质量，增进健康理念及生活品质作出更大的贡献。朋友们，让我们手挽手，在新的一年共同谱写新的乐章。

孔学君医师， ACMES 会长，本刊主编