第十四期 二零一零年 八月
Vol.14 August, 2010

北美醫學與健康

North American Journal of Medicine & Health



醫学新闻 Medical News
社会经济状况对北京儿童抑郁综合症的影响
儿童座椅相关法律降低交通事故伤亡率
异基因造血干细胞移植的医疗保险覆盖

醫學進展 Medical Advances
母亲孕期经历饥荒导致孩子成年后患高血糖风险增加

醫生日志 Physician Diary
空中的天使

醫學人物 The Physician of the Month
糖尿病專家徐威廉

醫療體系 Health Care System
医疗改革法案使美国的卫生保健前景更好

咨詢門診 Consultation Clinic
有问题吗？请拨医学热线

法律顧問 Legal Issues
中美处理医疗事故相关法律的比较研究（三）

醫學廣角 Medical Perspective
妊娠糖尿病
胃肿瘤面面观

醫學論壇 Medical Forum
乙肝筛查进展

環球醫學 Global Medicine
由宠物食品引起人类的沙门氏菌感染

飲食健康 Diet and Health
有時你就象個椰殼：健康飲品椰子汁

健康指南 Health Guidance
低糖和低脂肪饮食：相似的体重减轻效果
减肥的秘密武器

專題講座 Special Topic
窒息

本期特訊 This Month Special
胃癌的危险因素

醫學教育 Medical Education
在美就读医学，生物博士生的职业发展
美中医学交流与医院管理项目

主编： 孔学君 医师
出版： 美国波士顿
发行： 美国，加拿大，中国

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

USD $5.00

英文专业刊　北美医学与科学

North American Journal of Medicine & Science

第九期将出版, 责任主编：陈小槐教授，宋一青教授

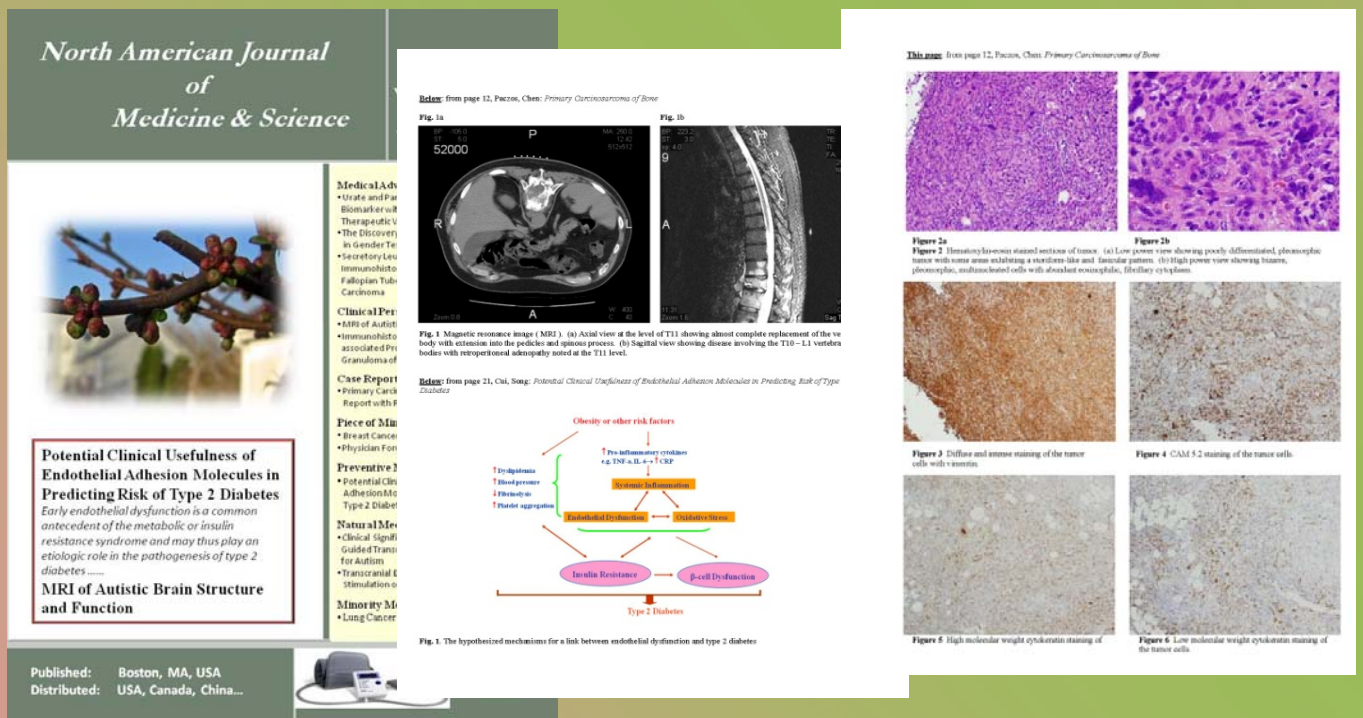
“北美医学与科学”为本编辑部配套出版发行的英文专业刊。2008年10月建刊以来，第九期将已于2010年10月与大家见面。它是针对医生及医学相关领域的研究人员，在选文上注重专业性，其宗旨是汇集最新北美医学前沿水平的基础医学及临床医学研究论文，并包括了亚裔人群临床特点的专题研究，及中医中药基础研究成果，以促进中美医学学术交流及国际接轨，攻克医学难题，探索医学奥妙，以造福人类健康事业。编委会也是由在北美行医多年的医生和医学相关领域的专家学者所组成，其中大多是在哈佛及其它著名的美国医学院及其附属医院任教的临床讲师或教授。 此全英文专业学术性期刊，初定为季刊， 在美国波士顿出版， 印刷版以邮寄方式发行至世界各地医学专业人士。

电子版发表在本刊网站供读者阅读下载。请查阅　www.najms.net

“北美医学与科学”的主要栏目包括：

- Basic Research (基础医学研究)： 刊登最新基础医学研究成果或文献综述
- Clinical Research (临床医学研究)： 刊登最新临床医学研究成果或文献综述
- Case Report and Discussion (病例讨论)： 聚焦华人主要健康问题的病例报告及讨论
- Healthcare Disparity (少数人种健康)： 少数人种尤其是亚裔人群发病特点的基础临床或流行病研究论文或文献综述
- Natural Medicine (自然医学)： 中药针灸等替代医学的基础临床或流行病研究论文或文献综述
- Preventive Medicine (预防医学)： 预防医学及统计学研究论文

其它栏目：医学教育，医生心得，医学论坛，社区新闻等





亲爱的读者:

“北美医学与健康”是针对北美及全球华裔人群的大众医学科普中文期刊。本刊已由美国国会图书馆收藏，国际标准书号ＩＳＳＮ１９４４－０９３６(印刷版）ＩＳＳＮ１９４４－０９４４（电子版）。自2008年六月建刊以来，　“北美医学与健康”第十四期又与大家见面了！　我们编辑部的同事们被众多的反馈所感动和激励,从深切的期盼到热烈的鼓舞.我们真实感到,北美医学与健康正在成为大家的健康之友,医患之桥。如学友们所知,“北美医学与健康”编辑部由在北美行医多年的华人医生和医学相关领域的专家学者所组成，其编委会成员大多是在哈佛及其它著名的美国医学院及附属医院任教的临床讲师或教授。本刊的主要宗旨是以美国现代实证医学 (Evidence Based Medicine) 为基础，向北美乃及全球华裔人群包括中国民众介绍北美医学进展，最新健康理念及保健知识，以增进中美医学交流及中西医结合，提高华裔人群的健康水平。在科学性的前提下力求实用性及趣味性。本刊为大众医学科普双月刊，在波士顿出版，发行至北美地区各大城市的医院，诊所，护理院，图书馆，中文学校等，及中国大陆，台湾，香港的相关部门，医院及医学院校。电子版将登载在本刊网站，欢迎登陆下载阅读并请讨论留言。编委会成员名单及其简介也将陆续发表在本刊网站　www.najmh.org ，欢迎查阅。

本期刊的主要栏目包括：
医学新闻：向读者报道美国最新额医学新闻和短讯
医学进展：介绍北美医学前沿，包括临床或基础研究综述
医学人物：每期介绍一名北美华裔医生或医学科学家简历，工作，生活趣事及随感，欢迎热心的读者推荐或自荐
医疗体系：北美医疗系统，保险制度，名院风采，名医点评，医林史话
医学教育：包括北美医护教育，医护考试，专业执照，进修，留学等方面的知识和注意事项
病例讨论：每期结合一个带有普遍意义的病例进行分析讨论，聚焦社区健康问题
法律顾问：通过实例与读者探讨医学方面的法律问题，医患关系及 法庭诉讼
预防医学：健康饮食，减肥美容，心理卫生，保健常识，养生之道
咨询门诊：医生和专家回答读者的问题，欢迎读者踊跃来稿提问
药物讯息：新药或常用药简介，临床使用心得，注意事项，药物上市条例
环球医学：华裔健康焦点，中美医学对比，海外会诊实例，中西医接轨探讨
每期特讯：每一期将通报和讨论时事新闻有关的医学知识
实证医学：介绍实证医学概念及专题讲座
分类广告：医用产品，招聘求职，寻找事业伙伴，使本栏目为你的事业和生活开辟新的窗口
此外，每期还将穿插有医学小游戏，小魔术和小测验，以及不定期举办医学知识竞赛及有奖征文活动，让您和您的孩子们也在娱乐中和我们分享与互动。

我们所呈献给你们的“北美医学与健康”，凝聚了诸多华人医生及医学科学家回馈同胞服务社区的多年夙愿，以及编辑部全体成员的数月心血。我们殷切的盼望着各位读者的热情反馈和慷慨献计。我们深信,大家的共同努力一定能将“北美医学与健康”真正办成华裔社区及中国同胞的健康顾问及良师益友。

“北美医学与健康”编辑部　2010 年8月　　主编　孔学君， MD

责任主编：刘京京，MD， PhD
本期责任编辑： 王晓春，PhD， 宋一青，MD， ScD；张震宇，PhD，陈娟，MS，武世谨，MS，马建韬 MD，周丽斌， D M D，李艳平，MD，PhD， 孔亚伟，PhD，John Cao，袁建平 ； 排版插图校对：刘京京，MD， PhD；网站：高博，MS，万建波， PhD； 市场顾问：刘瑞明 教授



网址：www.najmh.org　联系：info@acmes.net　电话：781-325-6805　传真：781-402-0284　地址：15 New England Executive Park, Burlington, MA 01803
*本刊保留所有文章及图片版权，如需转载请来信通知。注意： 本刊所提供的医学建议仅供参考。

北 美 醫 學 與 健 康

2010年8月 第14期 总第14期

目 錄

醫學新聞 Medical News

社会经济状况对北京儿童抑郁综合症的影响 1
儿童座椅相关法律降低交通事故伤亡率 1
异基因造血干细胞移植的医疗保险覆盖 1

醫學進展 Medical Advances

母亲孕期经历饥荒导致孩子成年后患高血糖风险增加 2

醫生日志 Physician Diary

空中的天使 3

醫學人物 Physician of the Month

糖尿病專家徐威廉 4

醫療體系 Health Care System

医疗改革法案使美国的卫生保健前景更好 5

咨詢門診 Consultation Clinic

有问题吗？请拨医学热线 6

法律顧問 Legal Issues

中美处理医疗事故相关法律的比较研究（三） 7

醫學廣角 Medical Perspective

妊娠糖尿病 10
胃肿瘤 10

醫學論壇 Medical Forum

乙肝筛查进展 11

環球醫學 Global Medicine

由宠物食品引起人类的沙门氏菌感染 12

飲食健康 Diet and Health

有時你就象個椰殼：健康飲品椰子汁 13

健康指南 Health Guidance

低糖和低脂肪饮食：相似的体重减轻效果 14
减肥的秘密武器 15

專題講座 SpecialTopic

窒息 16

本期特訊 This Month Special

胃癌的危险因素 17

醫學教育 Medical Education

在美就读医学，生物博士生的职业发展 19
美中医学交流与医院管理项目 20

医学新闻

社会经济状况对北京儿童抑郁综合症的影响

抑郁症在国内长期以来一直是一个被忽视的领域，尤其是在儿童中。因为我们的传统文化认为，为了孩子有一个美好的未来，家长和老师们应给予孩子足够的约束和束缚。与此同时，人们却不愿意正视孩子承受心理压力的能力和产生心理障碍的可能性。

但是随着社会发展和贫富差距的出现，与抑郁症在儿童中蔓延相关的社会和医学问题也逐渐突显出来。中国疾病预防控制中心营养与食品安全所的研究人员与北京师范大学心理学院教授近期合作发表在北美医学与科学英文杂志上的研究发现：北京市儿童中抑郁综合症的现患率达到了 11.6%； 其中男孩为 14.7%，女孩为 8.3%。 这可能与家长对男孩期望更高有关。青春期儿童中抑郁综合症发生的比例最高，达到 18.7%。父母亲失业或者农民的孩子中，抑郁综合症的检出率相对于其他职业人群最高。父亲从事服务业或者母亲为军人及警察的孩子抑郁综合症的比例也比较高。另外，家庭经济状况差的孩子及父母文化程度低的孩子抑郁综合症的比例比其他孩子增加一倍还多。

研究结果表明，家庭社会经济状况较差的孩子和父母从事特殊职业的孩子，罹患抑郁综合症的比例相对较高，孩子的心理健康问题应引起卫生部门及教育部门的关注。这也提醒父母和老师在关注孩子学习成绩和身体健康的同时，应多与孩子沟通和交流，关注孩子的心理健康。

[资料来源] Shang XW et al. Prevalence and socioeconomic status correlation of depressive symptoms among Children living in urban Beijing. NAJMS 2010; 3(3)：153-159

[译者及原文通讯作者] 李艳平副研究员，来自中国疾病控制中心营养与食品安全所的人群营养学和儿童营养专家，目前是哈佛大学公卫学院营养系访问学者

儿童座椅相关法律降低交通事故伤亡率

纽约州的一项研究表明，在通过了一项强制要求汽车安装幼儿加高座椅的法律后，4 至 6 岁儿童的交通事故伤亡率大大降低

纽约州卫生局的 Kainan Sun 博士和同事的研究成果表明，在 2005 年通过了一项强制要求汽车安装为 4 到 6 岁儿童准备的幼儿加高座椅的法律后，幼儿加高座椅的使用率增高，使得该年龄段儿童的伤亡率下降了 18%；而在此同时，0 至 3 岁儿童的伤亡率则没有变化。这项研究发表在 Pediatrics 杂志上。

研究者们发现，交通事故是 4 到 6 岁儿童死亡的主要元凶。国家公路交通安全局推荐当儿童不再适宜前向性安全座椅（0 - 3 岁）时应使用幼儿加高座椅。而纽约州则于 2005 年通过了一项法律强制汽车使用幼儿加高座椅。Sun 博士比较了该法律通过前和通过后的交通事故数据。

在 2003 和 2004 年，只有 30%的交通事故中 4 至 6 岁儿童使用了幼儿加高座椅，而该比率在 2006 和 2007 年则增加到了 50%。他们的事故伤亡率也有了明显下降，从 2003 年的万分之三十一到 2007 年的万分之二十四。在 0 - 3 岁的儿童中使用幼儿加高座椅的这个比率的增长很缓慢：从 2003 年的 76%到 2007 年的 84%，在 2005 年并没有达到峰值；他们的伤亡率也保持稳定，没有明显下降。总的统计显示，0 - 3 岁的儿童的交通事故有 7538 起，4 至 6 岁儿童的则有 9503 起。

研究者们对这些数据作的分析表明，新法律实施后 4 至 6 岁儿童的事故伤亡率下降了 18%，而 0 - 3 岁的儿童事故伤亡率仅下降 5%。而且大龄儿童伤亡率下降主要归功于幼儿加高座椅的使用。这项研究表明要求使用加高座椅的法律对降低大龄儿童伤亡率有明显的效果。该研究并没有指出如何正确使用加高座椅，但作者表示国家公路交通安全局发现有半数的加高座椅使用并不正确。

[参考资料] Pediatrics. Michael Smith

[编译] 陈娟

异基因造血干细胞移植的医疗保险覆盖

华盛顿 - 美国联邦医疗保险和医疗补助服务（CMS）中心决定，骨髓增生异常综合征（MDS）患者只有参加合格的临床试验，才能获得异基因造血干细胞移植的医疗保险覆盖。

这个决定是因为现有的证据并不表明异基因造血干细胞移植能提高对 MDS 患者的治疗效果。不过，该机构还认定，按照在联邦医疗保险的“发展与证据”法规的规定，为 MDS 患者的异基因干细胞移植给予保险是“合理的和必要的”。因此，医疗保险受益人可在符合一定标准的的情况下享受由临床研究提供的治疗。

CMS 将只考虑前瞻性的临床研究，检测异基因造血干细胞移植对无进展生存率，复发率，和整体的生存率的影响。研究必须解决下述三个问题中的至少一方面：

*移植与否对 MDS 患者的疗效影响有和不同？
*国际预后评分系统评分，患者年龄，血细胞减少及并存疾病等对预后的影响。
*治疗设施的哪些特点可以预测具有临床意义的预后改善？

[参考资料] 当今医学新闻

[编译] John Cao

医学进展

母亲孕期经历饥荒导致孩子成年后患高血糖风险增加



胚胎期是生长发育的关键时期，人在成年后的健康水平与性格都与其在母体内时的营养状况有很强的相关性。巴克（Barker）提出的"胚胎假说"认为：胚胎时期的营养不良会导致成年后的慢性疾病。Gluckman 在达尔文进化论的理论基础上，将该现象描述为适应性进化可塑性（adaptive developmental plasticity），并在新英格兰医学（NEJM）、科学（Science）和柳叶刀（Lancet）等杂志进一步深化阐述了该适应性与成年后疾病的关系。即胚胎期及其前后一段时间，为了适应周围的环境，机体对于基因及基因表达进行了一定的适应性选择，该选择对于胚胎存活及其健康发育具有一定的优越性。但如果其以后的生命过程中，环境发生了巨大变化，与其生命早期的环境不能再相互匹配的话，那就将增加机体罹患疾病的危险性。譬如一个机体在生命早期面临营养不良时，营养素供应首先满足胎儿重要器官的发育需要。此时，胰腺和肝脏的营养供给会表现不足，胰岛β细胞的重量、体积和胰岛素分泌量将保持在较低水平，减少了早期的生命负担，增加了机体面临饥荒存活下来的几率。但同时也降低了该机体应对生命后期营养过剩的调节能力，进而在成年后长期面临营养过剩的情况下，增加了罹患糖尿病等慢性病的危险性。

出于伦理学原因，关于生命早期营养不良对其成年后慢性病影响的临床试验不可能进行。在这种情况下，饥荒就被作为一个自然试验设计用来研究生命早期营养不良对其成年后慢性病的影响。经历二战期间荷兰 "饥荒之冬"的孕妇所产后代比未经历饥饿孕妇所产后代在成年后患血糖失调和糖尿病的机率增加；而在列宁格勒保卫战期间，婴儿平均出生体重比正常值低，但未发现成年后糖尿病危险性增加。Barker 等在比对了两国情况后，认为荷兰在经历饥荒后又回到了物质极大丰富的年代，生命后期的环境与生命早期完全不吻合；而俄国情况有所不同，至少这种不吻合的现象不像荷兰那样明显。

为了进一步验证 Barker 等人的假说，中国疾病预防控制中心营养与食品安全所与美国哈佛公共卫生学院营养系的研究人员共同合作，利用 2002 年中国居民营养与健康状况调查的数据，分析了在 1959-1961 年三年自然灾害期间出生的孩子将来患糖尿病的风险，并与在这前后出生的人群比较，研究生命早期食物短缺及营养不良对成年后糖尿病患病危险的影响，并探讨了后天营养和生活方式与早期饥荒对成年后糖尿病患病影响的交互作用。中国在 1959 年出现的大饥荒持续了三年，研究人员根据各省在 1959-1961 年间的过度死亡率数据将全国分为饥荒严重地区和不严重地区。最近提前发表在糖尿病杂志（Diabetes）的研究结果表明，在饥荒严重地区，胚胎期饥荒暴露人群（1959.10.1-1961.9.30 出生）在 2002 年罹患高血糖的风险是非暴露人群（1962.10.1-1964.9.30 出生） 的 3.92 倍（95% 可信区间: 1.64-9.39 倍）；而在饥荒不严重地区，饥荒暴露和非暴露人群间罹患高血糖的风险无显著差异。地区和时间差异的交互作用显著，说明孕期饥荒暴露显著增加了人群在中年时罹患高血糖的风险。虽然胚胎期饥荒暴露对成年后高血糖的影响非常明显，但作者并未发现饥荒对糖尿病的显著影响。无论是饥荒严重地区还是不严重地区，胚胎期饥荒暴露人群糖尿病危险并不比非暴露人群明显增高，虽然有增高趋势，但统计学上两组均不显著。作者认为可能是观察人群尚比较年轻（现平均年龄是 42 岁），目前罹患糖尿病的比例还比较低的原因。

进一步按成年后营养状况和家庭经济水平分层后分析，结果表明：生命早期饥荒暴露对成年后高血糖风险的影响在西方饮食人群、肥胖人群及家庭经济状况好的人群中作用更显著。饥荒的影响在坚持传统饮食的人群中和家庭经济水平一般的人群中作用不显著。出生在饥荒严重地区并且在成年期饮食习惯为西方膳食模式的人群中，高血糖现患率达到 19%，发生高血糖的危险性增加 7.63 倍，而在采用传统饮食的人群中，胚胎期饥荒暴露增加成年后高血糖的风险不明显。在家庭经济水平高的人群中饥荒风险为 6.20，而在家庭经济状况一般人群中没有差别。饥荒在超重人群和正常体重人群中均作用显著，但正常体重人群中高血糖现患率显著低于肥胖人群。

出生在三年自然灾荒的人群，目前已经步入中年，他们罹患糖尿病的高风险除了随年龄增加而逐年增加，还可能受到胚胎期饥荒暴露所致的机体适应性生长发育的潜在影响。为了将饥荒暴露对成年出现糖代谢异常以及它造成的糖尿病心脏病等慢性疾病的风险降到最低，采用健康的饮食模式、控制适宜的体重将起到非常重要的意义，尤其是那些家庭经济状况较好的人群。

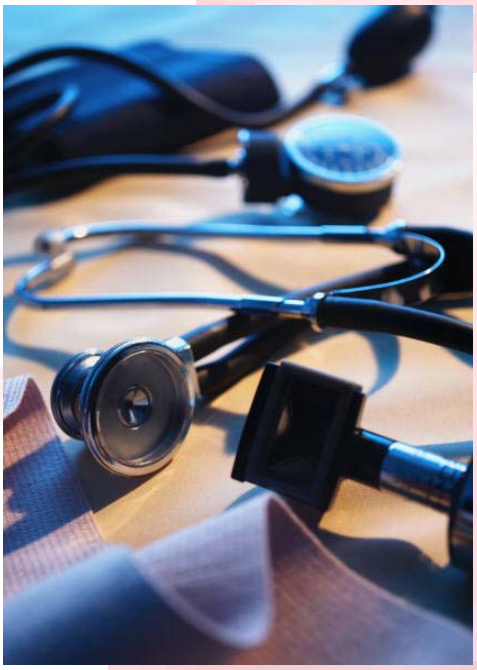
[资料来源] Li Y et al. Exposure to the Chinese famine in early life and the risk of hyperglycemia and type 2 diabetes in adulthood. Diabetes. 2010 Jul 9 .(doi:10.2337/db10-0385) [Epub ahead of print]

[译者及原文通讯作者] **李艳平副研究员，来自中国疾病控制中心营养与食品安全所的人群营养学和儿童营养专家，目前是哈佛大学公卫学院营养系访问学者。**

醫生日志

空中的天使

我们的飞机正在亚特兰大的上空，突然机长宣布：“机上有医生吗？我们有位乘客需要帮助。”



我心里默想：“一定还有其他医生，一定还有其他医生…至少我需要个同事”默数了三次，没有人站起来，于是我站起来说：“我是医生！”

在飞机的尾部有个男人躺在三张椅子上，看起来很害怕，脸色苍白，不停地流汗。可怜的人 - 他本来打算坐飞机去看他女儿，但是走时太匆忙，忘了带血压药了。我正在计算了他突发心脏病的可能性，这时机长走过来了，问我们是不是需要掉头降落在冰岛。我的病人看起来很害怕，好像随时都会中风一样。

“给我两分钟，我和机长会告诉你情况。”我安慰病人说。

“飞机上有哪些药品和设备？”我问道。

“我们只有薄荷脑，也许还有些别的药。”好像有戏。



“那把所有你有的东西拿过来吧。”我说。

在飞机上，我没有听诊器，也没有任何药，飞机上有的药品是薄荷脑（有镇定效果），碳酸钙（清洗厕所用），羟苯基乙酰胺和速尿灵（从来不知道飞机上还提供这个）。

检查该病人的生命征兆很简单，就两个 - 心跳速度和呼吸。是的，就这两项，没法量血压，脉搏等等。我看着这个病人心想，为什么我是飞机上唯一一个医生！

但是已经没有时间抱怨了，事实既然已经如此，那至少做点什么吧。我把他检查了一遍。必须强调的是，我马上就要在美国开始做住院医，当时根本没有想过如果这个病人死了对我的行医生涯会造成什么影响。我为这个病人感到遗憾，他坐飞机只不过想见见女儿，结果落成这种结果。

我突然想到我祖母以前高血压的时候经常用手按压太阳穴，于是试了试，另外给了他一点速尿灵和橙汁，他感觉好了点，呼吸平缓了，疼痛减轻了，头也没那么疼了。我决定让飞机还是飞到我们的目的机场，但是要让救护车在机场等着我们降落。

在此同时，我的新病人一刻也不肯让我离开，哪怕一秒也不行。我上厕所时只好找个人站在他旁边。

在距离降落一小时的时候，他奇迹般的恢复了正常，吃饭，说话都像没事一样了，我们取消了救护车。下飞机的时候他自己走下去，非常高兴。我第二天和过一周给他打电话时他也一切正常。

在我们降落的时候有一个乘客走过来说：“我也是个医生，但是不喜欢坐飞机，更不用说在飞机上工作了，所以，谢谢你。”我说：“没关系。”

[稿源] 哈佛大学以色列医院 Elena Volozhanina, MD www.najms.net *[NAJMS. 2010;3(3): 152.]*

[编译] 陈娟

医学人物

William Hsu， MD

徐威廉醫師

糖尿病专家



徐医师是佳斯林糖尿病中心，亚州部的主任。徐医师医术精湛，医德高尚，深受病人好评。徐医师执教哈佛大学医学院，担任临床助理教授。他还经常赴世界各地讲学。 他的教学深入浅出，栩栩如生，听众无不印象深刻，记忆犹新。

他的研究方向包括：了解亚裔糖尿病患者的发病机理以及发展对糖尿病治疗的新的医疗技术。

作为一个临床调查员，徐医师还很关心亚裔移民对糖尿病知识了解和接受治疗的障碍。他与各地健康中心合作以研究语言和文化障碍在对中国移民的糖尿病治疗中的影响。研究结果表明：单单提供翻译和双语员工是不够的。各医疗中心还应该应用各种教育手段给予患者文化相关的和合适语言的指导。

1996	美国纽约西奈山医学院，医学博士
1997-1999	耶鲁大学医学院，住院医师
1999-2001	美国哈佛大学医学院，柏斯以色列狄肯尼斯医学中心，佳斯林糖尿病中心， 专科医师训练
2001-2006	美国哈佛大学医学院，讲师
2006- 至今	美国哈佛大学医学院，助理教授
2001-2009	美国佳斯林糖尿病中心，专科医师
2001- 至今	美国柏斯以色列狄肯尼斯医学中心，内分泌科医师
2004- 至今	美国佳斯林糖尿病中心，临床研究员
2009- 至今	美国佳斯林糖尿病中心，主治医师，亚州项目主任





医疗体系

增强医保偿还能力，消减医院开支

By Emily P. Walker 周丽斌 DMD 翻译

华盛顿讯——根据本周公布年度汇报的一位项目机构成员透露，医疗改革法案使美国的卫生保健前景更好。

医保机构委员会：医疗医院信托基金将会比年前的项目多 12 年的偿还期限，这些主要归功于医改之后节省的费用。委员括医疗卫生与社会服务部（HHS）部长 Kathleen Sebelius，劳动部部长 Hilda Solis, 财政部长 Tim Geithner 和社会保障专员 Michael J. Astrue。项目机构成员说，因为预期的医改法案带来的开支节约，医疗医院保险信托基金能用到 2029 年。而去年的报道预计到 2017 年医院保险信托基金将会破产。开支的节约是因为医疗系统更加有效，通过支付更低的年度医疗赔付增长，付给医院，护理机构,家庭卫生机构和其他提供医疗服务的机构。

医疗改革的后果

奥巴马总统希望 A U.S.区法院撤销针对医改法案的诉讼，但是法官拒绝了奥巴马政府的请求。这个诉讼是由弗吉尼亚州首席检察官 Ken Cuccinelli 于 3 月 23 日提起的，奥巴马总统于当日签署了《病患保护和平价医疗法案》(PPACA)。该诉讼认为，新的法案是违宪的，因为它要求每个人都要购买医疗保险，而不买保险的人将受到处罚。奥巴马政府回应该诉讼说，该法案符合贸易条款。弗吉尼亚东区法院法官 Henry E. Hudson 没有就贸易条款之说发表看法。而是在周一认定：不管是最高法院还是巡回上诉法院，都没有公正地对待这个问题：国会是否有权利控制并且课税于那些不愿意参加美国的州际贸易的国民。该案件的听证会将于 10 月 18 日举行。弗吉尼亚并不是唯一一个反对医改法案的州。密苏里州居民投票结果是 71%比 29%要求豁免新医疗法案。法案中规定，从 2014 年开始，强制性地，每个人都要购买医疗保险，否则将受到处罚。问题在于 C 提案投票是否可以实施，因为联邦法通常高于州立法。和提案 C 相似的措施在亚利桑那州和俄克拉荷马州 11 月份也将进行投票表决。佛罗里达州一份已经提上投票表决日程的提议被巡回法庭法官撤销了，因为被提议的投票含有误导信息。

在佛罗里达，州首席检察官 Bill McCollum 表示，佛罗里达州针对医改法案的诉讼已经撤销。在周五一个记者招待会上，共和党州长候选人 McCollum 说，“我对联邦政府强行干涉本州权利感到很不安。”奥巴马总统用帝国总统的方式蒙蔽我们太久了。此外还有 19 个州加入到佛罗里达州的诉讼，与弗吉尼亚相似，他们主要针对的是个人强制。佛罗里达诉讼还声称医改法案内公共医疗补助机制的扩展是对州政府权利的侵犯。旨在撤销诉讼的听证会将在 9 月 14 日举行。

医疗支付条例将减少医院开支

医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)公布其最终的住院病人的医疗支付条例，这意味着 2011 年将减少数百万美元的医院支付。根据医疗保险和医疗补助服务中心消息，按照已经被提议的住院病人预支付系统条例规定，全国 3,500 家急诊医院的住院费用报销将会被剪裁 0.4%。伴随其他为了维持预算并确保其他人在申报时候能得到合适地支付的调整，最终的减裁将使 2011 财年相比 2010 财年预计总共减少 0.4%住院病人预支付系统医院手术费用支出，即 4.4 亿美元。减裁意味着医院将面临每年损失比 CMS 预计多将近 3 亿美元。

FDA 工作人员批评快速跟踪设备的批准

FDA 公开了两份报告，旨在提高广受争议的设备仪器与放射健康中心(CDRH)针对低风险-中度风险医疗设备所采用的快速跟踪设备批准程序。在这些建议中，设备仪器与放射健康中心(CDRH)应该考虑要求设备制造商寻求通过快速跟踪设备被称为 510(k)的批准程序，并提交更加详细的安全和有效性数据。并且 FDA 有更加具体的权威机构去撤销 510(k)批准，就像设备通过 510(k)获得批号一样。设备仪器与放射健康中心(CDRH)主任 Jeffrey Shuren, MD, JD 指出，报道中的这些建议都是很初步的，而且设备仪器与放射健康中心(CDRH)也没有决定采取哪些建议。

下周

像往年一样，每年八月的闷热天气袭击华盛顿之后，华盛顿人纷纷离开避暑。而国会成员们下周也开始他们的八月休假。白宫将在 8 月 10 日进行工作法案的投票，但是参议员们很可能在这之前离开。两个会议厅都将在 9 月 13 日重新开放。星期三，至少一些 FDA 工作人员将会在岗，FDA 外周和中央神经系统药物咨询委员会将开会讨论封查药物 ezogabine。

咨詢門診

有问题吗？请拨医学热线

－－－哈佛医学院以色列医院 孔学君医师

梁女士问：我哥哥最近诊断为图章戒指细胞胃癌，听说这种病有遗传因素，我想知道我需要做遗传检查吗？如果需要的话，应该找哪科的医生？遗传试验的名称叫什么？

医生回答：图章戒指细胞癌（Signet Ring Cancer）是一种腺癌，比一般的腺癌恶性程度大，难以治疗。这种腺癌非常罕见，占所有腺癌的 0.1%。 其组织学特点由于细胞内大量的粘液将细胞核推倒边缘，显微镜下这些细胞很像图章戒指因而得名。最常见于胃癌，也可以见于前列腺，乳腺，结肠，卵巢，睾丸。胃的图章戒指细胞癌可以是遗传的，也可以是散发的。遗传性叫做“先天性弥漫性胃癌（HDGC）”，包括以下几种情况：1）家族中至少两个以上胃癌患者，其中至少一个在 50 岁之内诊断为弥漫型胃癌；家族中有三个以上胃癌病人，至少一位为弥漫型胃癌，年龄不限；家族中有一名弥漫型胃癌患者在 45 岁以内诊断； 家族中有一名患者患有弥漫型胃癌及乳腺癌；家族中有一名患有弥漫型胃癌，另一名患有乳腺癌；家族中一名患有弥漫型胃癌，另一名患有图章戒指细胞的结肠癌。这种先天性弥漫性胃癌（HDGC）为常染色体显性遗传，可以通过遗传检查。有一种基因叫做 CDH，主宰一种蛋白质 E－cadherin，是目前唯一已知的与此病相关的基因。CDH1 突变导致三分之一的弥漫型胃癌。建议你与遗传门诊联系，当然要通过你的家庭医生推荐转诊。你也可以从 www.geneclinics.org 网站查询你附近的遗传门诊。参考文献：National Institute of Health

董女士问：我今年才 28 岁，最近诊断为子宫颈癌，没有家族史，也没有多个性伴侣，想不通会是什么原因。有一个情况不知有没有关系，我男友的前妻患有子宫颈癌，请问宫颈癌难道会有传播吗？

医生回答：全世界每年约有 47 万妇女诊断为宫颈癌，每年 25 万妇女死于宫颈癌，在女性恶性肿瘤占第五位，以发展中国家居多。宫颈癌在美国为女性恶性肿瘤占第八位，而在中国是女性恶性肿瘤中仅次于乳腺癌的第二位最常见的恶性肿瘤。宫颈癌的发生与乳头状病毒(HPV)感染密切相关，其它危险因素包括吸烟，艾滋病，衣原体感染，精神压力，避孕药尤其 DES，家族史，还与女性的“另一半”息息相关。统计学资料性伴多又缺乏保护的妇女宫颈癌比例增加。有多个性伴侣比只有一个或无性伴侣的女性患宫颈癌的几率高 3 倍以上。性生活开始年龄小、早生育，多生育，不洁性交也会促发宫颈癌。男性的包皮会隐藏病毒、细菌，也易让女性感染炎症，从而诱发宫颈癌。研究还发现，男性的前妻患有宫颈癌，后任妻子也比较容易患宫颈癌。此外，如果男性患有阴茎癌，女性也容易得病。这可能与乳头状病毒有关，以及其它男性所携带的病菌引致宫颈糜烂炎症有关。宫颈癌的预防应包括乳头状病毒疫苗的接种，有效地使用安全套，戒烟，性卫生，食用富含蔬菜水果的食品。另外定期体检每年例行宫颈涂片检查（PAP）也是至关重要，万不可掉以轻心。

刘小姐问：现在据说性病很多，怎样才能既享受性生活有能预防性病？

医生回答：各种形式的性活动包括口交，阴道性交，肛门性交都可能传播性病。防止性病最有效的办法是与无性病的伴侣建立长期单一的性关系， 及正确使用避孕套。在与一个新的伴侣开始性活动之前，要全面检查艾滋病及其他所有性病提供对方检查结果，并仔细询问其性病史，性经历，所有既往性伴侣情况，询问其不典型症状比如阴部瘙痒，异常分泌物，尿道刺激症状等等。当然，很多情况下，带菌者没有症状，而且发病也有个潜伏期问题要注意。每次性活动都要使用一个新的安全套，只有乳胶安全套可以防止性病。一旦安全套破裂，马上用抗菌肥皂清洗阴部。应杜绝在月经期性交。熟悉性病的常见症状并定期检查。大多数性病是可以治疗的，而早期治疗可以防止不可逆的损伤。性伴侣之间建立协议，维持其单一的性关系，而对性伴负责。口交也可以传播性病，比如疱疹，肝炎，艾滋病也有可能。不要允许你的性伴侣在口中射精，因为增加传播机会，口交时也应戴安全套。在口交 4 小时内不要刷牙或使用牙线，因为可能导致小的牙龈损伤，如果对方患有艾滋病，则很容易进入血液。你可以用漱口液漱口。如果你的口唇有裂口，或患有口腔溃疡，或咽炎的情况下，不要口交。肛交，尽量避免，如果要做一定戴上安全套。性交前要用抗菌肥皂洗手，所有精液或唾液侵及的皮肤处要及时用带肥皂的湿毛巾及时擦洗。一定保证接种乙肝甲肝疫苗，当然不少性病没有疫苗。



法律顾问

中美处理医疗事故相关法律的比较研究 （三）

刘涓 王朝曦 李昂 宋文质

三、医疗事故处理的法庭程序的比较



3.法庭判案决策程序的设定的比较

由于中美两国处于不同的法律体系--大陆法系和英美法系。法庭对处置审验证据、判案和确定赔偿的法庭判案程序的设定，特别是决策的程序的设定有很大的不同。我们在这里只能进行简单的比较。

美国的法庭判案决策程序在设计上从决策的科学性出发，处处考虑到法庭上权力的分配与制衡。对于医疗事故案件，没有任何一方拥有绝对的权力可以控制案件诉讼的每一个步骤。法律程序的每个环节都由所认为最适合的人来负责，同时又受到其它方面的制约。1）由法庭确定证据：在双方律师向法庭提供各自作为证据的事实之后，由法官根据民事案件程序法来决定那些事实可以作为本案件的证据。2）由与案件当事双方独立的陪审团判定是否存在医疗事故：在法官向陪审团详细解释、说明相关的法律判定标准后，由陪审团根据法庭确定的证据来决定本案的事实真相并判定被告是否负有法律责任。3）由法庭量刑：当陪审团判定被告负有法律责任之后，法官根据法律来最终确定相应的赔偿。这样的分工可以避免法庭采用有偏见的证据及非法取证，并且科学地将对事实和责任的判定与确定赔偿分开，提高了法律实施的公正性和科学性。另外，医学专家在法庭上参与的目的是帮助陪审团搞清、理解和案件相关的医学专业知识，而没有权力对案件的事实和法律结果做任何的判定。

中国的法庭判案决策程序是没有分工，由法庭包办了确定证据、判案和量刑的全部职能。另外，法律还赋予法庭独立取证的权力。

比较两国不同的判案决策程序，可以看到：

i. 中美法庭判案决策程序的最大差别是法庭上权力的分配与制衡。美国医疗事故案件的审理中，最重要的判定--是否存在医疗过失及该过失是造成患者损伤的原因--是由随机选择的、没有受过法律或医学训练的陪审团来完成的。用陪审团作为案件的独立判定人可以避免所有法律程序都控制在法官、律师和医学专业人员的手里，理论上对事实判断的准确性更高，可以增加审理的公正性和客观性。这和我们国家的俗语“旁观者清”的概念是很类似的。

法庭上权力的分配与制衡对于判定医务人员过失行为的事实与患者人身损伤的事实之间的因果关系非常重要。在现实中，人们倾向于将观察到的事实的因果关系简单化，多从一对一的关系来考虑。与人们的期望相反，确定事实产生的真实原因是非常困难的，多被其它观察到的事实所掩盖（混杂因素），或被主观曲解（偏见），或仅观察到部分事实。如何从观察到的现像推导出真实的原因，是许多科学研究的课题，如经济学、流行病学即是这样的学科。决策过程其实是如何将这些科学的原理在具体的实践中应用的过程。决策过程中，将权力恰当地分配与制衡是经过证实的科学方法，可以尽量排除混杂因素和偏见的干扰，并且尽可能完整地收集事实。

从另一个角度来看，如果所有法律程序都由法庭一方来负责，在大量案件等待解决的情况下，不但法庭的工作压力非常大，案件的解决的时间也将延长。患者的损伤不能得到及时的、公正的处理，医务人员受到的没有根据的诉讼也不能得到及时的解决。这样的结果无形中影响了患者的正常生活，以及医院的正常运行，造成社会的不稳定并影响社会的发展。另外，如果从案件调查到结案都由一方来负责，滥用职权的可能性也大大地增加。其后果可能导致社会对法庭与法律的不信任和不满，进而可能导致

病人采取自己认为公正的手段来解决纠纷的上升。例如，病人一方采取暴力手段来为自己“讨回公道”已是较为普遍的现象。

ii. 中美法庭判案决策程序对医学专家的使用不同。

美国的法律虽然规定了医学专家必须参与法庭的案件审理，帮助陪审团来理解和案情相关的医学知识，但医学专家无权参与案件的审判。常见的悖论是，医学专业人员对事实的判断比人群的平均判断准确。然而，科学研究的结果证明，对于相同的证据，这两者对事实的判断能力是相同的。作为医学专家，在讨论相关的医疗职业行为标准的时候很难避免受其教育和经验的背景影响，从专业的角度出发，对证据有先入为主的偏见，不能对全部的证据一视同仁，得出的意见和推论会有局限性，因此对事实的判断常常不如一组具有平均判断能力的人共同做出的判断准确。另外，由于为被告医务人员作证的医学专家与被告在同一个职业领域中，这些医学专家自然容易被认为会对被告产生职业上的同情而将影响举证的客观性。不论是哪一方的医学专家，其举证的客观性又会因为与当事人之间存在的雇佣与被雇佣的关系而受到怀疑。因此，尽管专家在医疗损伤案件审理的程序中是必不可少的，但是最后的判决是由陪审团作出的。

与此相对照，国内法庭判案决策程序中根本没有要求医学专家的辅助。在法庭经常对弱者同情的情况下，这种法庭判案决策程序的设定对被告医务人员一方很不利。

四、医疗损伤的衡量与赔偿标准的比较

在法庭判定了医务人员应对医疗事故案件负法律责任之后，接下来应确定对患者损伤的赔偿。

美国法律规定由陪审团来决定医疗损伤的赔偿数目。法庭一般不会干涉陪审团对赔偿数目的决定。只有当法庭高度怀疑陪审团在决定过程中有偏见或者所决定的数目违背了相关法律所规定数目的上限的时候，法庭才会出面减少陪审团所判定的赔偿数目。美国各个州都有相应的法律规定哪些损伤是法律上所认可的、能够得到赔偿的项目，如：

i. 身体上所受的伤害并由此所导致的：过去的误工费、将来的误工费、医疗费、身体所经受的疼痛和折磨、精神上所经受的痛苦、残疾、失去享受生活的能力、寿命的减短。

ii.精神损伤所导致的：过去误工费、将来的误工费、医疗费、人际关系的损害、失去享受生活的能力、对将来受损伤的恐惧。

iii. 在死亡案例中，包括死者的下列损失：将来的误工费、医疗费、葬礼费、死前所受的痛苦和折磨、家庭成员失去的痛苦、死者对家庭财产所能做出的贡献。

美国大多数州的法律都对医疗损伤的赔偿数额的上限都有所限制。麻萨诸塞州的法律规定凡是对福利性质机构的民事诉讼案件，该机构赔偿的上限为两万美元。所谓福利性机构是非盈利性机构，包括很多州政府所属的医院，其目的在于追求社会的公共利益而不是赚钱。因此，社会应该保障该机构的生存。另外，加州的法律规定非经济性损失的赔偿上限为二十五万美元。佛罗里达州的法律规定非经济损失的赔偿上限为三十五万美元。

中国的《医疗事故处理条例》第五十条对医疗事故赔偿的项目及计算方法作了比较详细的规定。可赔偿的项目包括：医疗费、误工费、住院伙食补助费、陪护费、残疾生活补助费、残疾用具费、丧葬费、被扶养人生活费、交通费、住宿费、精神损害抚慰金。另外，病人所在地当地行政机关似乎也可以根据当地的工资水平和生活费用对赔偿数目提供参考。

与美国的相关法律比较，中国的《医疗事故处理条例》突出的一点是：尽管条例中给出了非常详细的医疗事故赔偿的项目和计算方法，但是对医疗损伤没有规定赔偿总额的上限。这很容易给法庭过多的主观判定赔偿数目的权力。另外，国内的医院已经出现了赢利与非赢利性的区别。如果在医疗事故赔偿上对这两类医院不加以区分，有可能会打击非赢利性医院的积极性，进而导致非赢利性医院服务质量的下降。所以，在医疗事故赔偿问题上区别对待赢利性和非赢利性医院还是值得考虑的。

此外，与美国法律相比较，中国医疗事故法律对患者的赔偿实质上是补偿的性质，有些类似实报实销。而美国却允许患者得到身体和精神上痛苦和折磨的损伤赔偿。这种赔偿是很难用一定的公式来计算的，其数目是由陪审团来决定而且决定过程中主观因素占很大的比例。当然，如果陪审团给出的数目太大并与相关法律所规定的上限有冲突时，法官会根据相关法律来削减陪审团所定的数目。

五、讨论

1.违反医疗操作规程、医疗过失行为与医疗事故的区别

通过前面对医疗事故概念的比较，可以看到，在法律上判定医疗过失行为依据的是医疗服务职业行为标准（Standard of Care）。而判定医疗事故则需要 1）确定医患关系、2）判定医疗过失行为、3）确定患者的损伤和 4）判定医疗过失行为与损伤的因果关系。因此，判定医疗过失行为仅仅是判定医疗事故的必要标准之一，而不能等同于判定了医疗事故。违反医疗操作规程（通常所说的违规）是指医务人员的行为偏离了医疗服务行业的行为标准，属医疗行业的行政管理范畴，与法律上使用的医疗过失属不同的领域。在处理医疗事故纠纷时应审慎地加以区别。

对医疗服务职业行为标准的不同规定是中美处理医疗事故法律的关键差异之一。法律上使用这一标准来判断是否存在医疗过失行为，进而判定是否存在医疗事故（通过排除其它因素确定医疗过失是否是导致患者损伤的原因），并确定相应的赔偿与惩罚。由于医疗服务是对患者疾病干预的过程，而每个患者的病情及发展都是不同的，且医疗服务也是极其复杂的多环节、多人员操作的过程。所以每个患者所接受的医疗服务是不同的。一旦发生医疗事故纠纷，法律上判定医疗过失的职业行为标准也应该是根据具体案情确定的。

美国的法律采用了医务人员对类似的病例所采取的平均医务行为作为参照，在法庭上通过当事医患双方的医学专家的帮助确定具体的职业行为标准。具有很好的客观性和灵活性。并且美国的案例法体制保证了在以前案例中建立的医疗服务职业行为标准可以灵活地在其它类似的案件中使用。与此相对照，中国的法律使用现成的法律、法规条文作为判定医疗过失的行为标准。没有区分判定医疗过失的职业行为标准与规范医务人员的行业行为标准。严格来说，目前国内还没有相当于美国的判定医疗过失行为的医疗服务职业行为标准。通常，规范医务人员行为的行业标准应是医疗行业内的行政管理体制的组成部分。如果医务人员违反医疗操作规程（违规），不论是否造成患者的损伤，都应在医疗服务行业内由卫生行政部门按行业标准进行判定并做出行政处理，与解决由违反规定而引起的医疗事故纠纷无关。

在没有区分判定医疗过失的职业行为标准与规范医务人员的行业行为标准的前提下，如果法律或法规同时用于解决医疗事故纠纷和行政处理违规，在实际运作中很容易将违规等同于医疗过失，甚至认定为医疗事故。现实中对很多方面来说，包括法庭，医务人员和其所在的科室、医院，只要医务人员违反了操作规程，就轻易认定是医疗事故，应由医务人员承担相关的法律责任。这对于被告的医务人员一方是不合理的也是不公平的，特别是在法庭缺乏对处理医疗事故案件所需要的医学知识的理解的情况下。所以在目前的情况下，医务人员可以考虑的自我保护措施可以是：1）明确违规、医疗过失与医疗事故的区别；2）尽可能将这些区别与患者一方沟通，及与所在的科室、医院沟通；3）聘请律师，在法庭上明确这些概念的区别，及确定过失行为与患者损伤的因果关系的重要性。



醫學廣角

關于妊娠糖尿病

妊娠糖尿病是怀孕期间形成的高血糖症，每 100 例怀孕中有 7 例会出现这种病症，血糖常在分娩后即恢复正常。进食时食物的一部分被分解为糖，糖随着血液流动进入身体的所有细胞。胰岛素可以帮助促进糖从血液进入细胞，从而降低血糖。当患上妊娠糖尿病时，孕性激素可以增加血糖，以满足胎儿生长的需要。身体会设法产生更多的胰岛素来处理所增加的血糖，但仍然无法满足需要。因此，糖就留在血液中而没有进入细胞内，这就是血糖变得过高的原因。妊娠糖尿病有什么风险呢？如果怀孕期间不控制血糖，它对孕妇及胎儿都会造成影响。如果孕妇血中糖的浓度太高，胎儿就会获取太多的糖。多余的糖会以脂肪的形式存储下来。这样，胎儿可能增加太多体重，而使体形变得过大（医学上叫做“巨大胎儿”）。血糖浓度高还可能导致胎儿的胰腺负担过重，因为它要设法分泌更多的胰岛素来处理多余的血糖。

从短期来看，胎儿有较高的风险出现以下情况：

分娩时肩部及其他部位受到伤害；分娩后低血糖；呼吸困难；黄疸；死胎

从长远来看，胎儿有较高的风险出现以下情况：

肥胖；二型糖尿病；学习障碍

妊娠糖尿病会增加孕妇出现以下情况的风险：

二型糖尿病；高血压；早产；刨腹产

控制妊娠糖尿病：

控制妊娠糖尿病的目标就是将血糖浓度尽可能保持在正常值。您的医生会帮助您制定相应的保健计划，下面四点对您控制血糖有帮助：

根据饮食计划进食
有规律的锻炼
根据医嘱服药
经常检测血糖

资料来源：Novonodisc

看一看，想一想--------胃部肿瘤面面观

1，70 岁男性病人患有类风湿关节炎服用消炎痛三年余，因黑便两天伴头晕就诊于内科。他平素身体状况良好，没有腹痛，恶心，呕吐，发烧，体重下降等症状，体力也没有变化。转至消化科，胃镜显示三个结节状病变位于胃体部，其中两个表面有溃疡。

2， 45 岁男性体健，无其他病史，但出现间歇性腹部隐痛数月伴有乏力，化验发现轻度缺铁性贫血。胃镜显示一个 2-3 公分的溃疡病变，结肠镜无异常。

3， 52 岁女性，泛酸及上腹痛数月，服用抗酸药物无效。其它没有不适，体重正常，体力如初。胃镜示胃底小息肉，经胃镜摘除送病理。

4， 56 岁男性慢性胃酸返流，但近期加重并伴恶心。胃镜显示两个 4 毫米大小的黄色结节，位于胃底，经胃镜摘除送病理。

5，68 岁男性，身体状况良好，没有特殊病史，突然出现呕血，急诊胃镜示 2-3 公分的出血性粘膜下肿瘤，位于胃体。食道及十二指肠正常。

6， 54 岁男性，两个月来厌食，体重下降 10 磅，之前身体健康，也经常锻炼。胃镜显示弥漫性胃壁增厚。

7，50 岁中国女性，无其他病史，出现上腹痛，无其他症状，没有体重下降。无服药，不吸烟，不酗酒。其姐 53 岁死于胃癌。她的结肠镜正常，胃镜显示胃粘膜增厚伴浅表溃疡。

答案：

1， 胃的类癌：大多数胃的类癌没有内分泌功能，所以基本无类癌综合征的表现。症状很不典型，多为上腹隐痛。类癌生长缓慢，转移较晚，多为局部转移，预后明显比腺癌要好。

2， B 细胞淋巴瘤占胃恶性肿瘤 15%以下，占所有淋巴瘤的 2%。常发生于 60 岁以上，临床表现不典型，常由胃镜活检病理诊断。病理上分化不良 B 细胞淋巴瘤与胃的腺癌难以鉴别，免疫组织化学可以确诊。

3， 胃底腺息肉胃的良性肿瘤，常见于中年妇女，多没有症状，常有家族史。通常与螺旋菌感染无关，其与胃癌结肠癌的关系不清。

4， 黄瘤，通常小于 5 毫米，位于胃底，没有恶性变的可能。与高胆固醇没有相关的关系。组织学上有可能与戒指细胞癌相混，有时会误诊为胃癌。

5， GIST 是最常见的一种胃肠系膜肿瘤，占胃肠恶性肿瘤的 1-3%。常表现吞咽困难，胃肠道出血，或肝转移。组织学特点是防垂体细胞占 70-80%。

6， 图章戒指细胞癌（Signet Ring Cancer）是一种腺癌，比一般的腺癌恶性程度大，难以治疗。这种腺癌非常罕见，占所有腺癌的 0.1%。 其组织学特点由于细胞内大量的粘液将细胞核推倒边缘，显微镜下这些细胞很像图章戒指因而得名。最常见于胃癌，也可以见于前列腺，乳腺，结肠，卵巢，睾丸。

7， Malt 淋巴瘤是一种淋巴瘤涉及粘膜有关的淋巴组织，与螺旋菌感染密切相关（72-98%），也可能与一些自身免疫疾患有关，比如干燥综合征，慢性甲状腺炎证。参考文献：Up To Date

哈佛大学医学院以色列医院 孔学君医师 供稿

醫學論壇

乙型肝炎篩查的進展

英文稿：马里兰州肝炎项目主任，内科主治医师李家裘

[编译] 张震宇博士

在美国医学研究所的报告中，对乙型肝炎的筛查是一项重要的课题。美国医学研究所是一家非常有影响力的机构，美国政府参考其成果制定相关政策。

简介

慢性乙型肝炎在我们中国人群中是一项非常普遍和重要的疾病。据估计大约有两百万人受到慢性乙型肝炎的感染，其中大部分是亚裔美国人。在中国人群中每十个人中有一人受到乙型肝炎病毒的慢性感染。其中 25% 发展成对肝脏的严重伤害，这种伤害有可能是致命性的。

慢性乙型肝炎是一个隐形杀手。许多人都毫无症状直到一切都为时已晚。检查一个人是否受到感染的有效简便手段是进行乙型肝炎病毒表面抗原（HbsAg）的血液检测。乙型肝炎病毒表面抗原检测呈阳性表明被检者遭到慢性乙肝病毒的感染，需要由通晓乙肝病毒的专科医生进行治疗。

历史

慢性乙肝病毒由诺贝尔奖金获得者巴鲁克·布伦伯格（ Baruch Blumberg）医生于 1967 年发现。随后不久，迅速明确了乙肝病毒同肝癌发病相关联的重要性。紧接着该病毒被发现后，布伦伯格医生发明了乙肝疫苗，并于 1976 年被授予诺贝尔奖。随着此安全、有效的疫苗的出现，阻止乙肝病毒的传播变得可行。诸多努力用以避免使用受到病毒污染的针头、医疗设备和血液制品成功地阻止了病毒传播。在亚洲，病毒会经由垂直传播，初期的主要手段 是对新生儿、特别是母亲乙肝病毒表面抗原（HbsAg）检测呈阳性的新生儿进行预防接种，随后进而演化成为对所有的新生儿统一开展预防接种。同预防接种相关的更多细节将在专辑的其它文章中涉及。

当今，对乙肝病毒的筛查着重于阻止其传染。筛查对乙肝患者的唯一好处是定期进行甲胎蛋白（AFP）和肝脏超声波检查，及时发现早期肝癌病变，进行手术切除。患者仍有治愈的希望。

在目前，乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)阳性意味着：

1. 孕母 –对新生儿进行预防接种。以后， 随着全面性统一预防接种的开展以及充足的乙肝免疫球蛋白（ HBIG）,新生儿将接受乙肝免疫球蛋白（HBIG）注射和更全面的预防接种安排。
2. 对家庭成员和统一住所的密切接触人员进行筛查。其中无免疫能力的人要接受预防接种。教授患者避免将病毒传染给他人。相关建议应当依据定期的甲胎蛋白（AFP）和肝脏超声波检查。如果肝功能正常，应当告诉病患他们是乙肝病毒的健康携带者，临床上几乎无任何乙肝的症状和体征。

随着乙肝流行病学的进展和各种针对乙肝病毒的有效治疗手段的出现，当今时代已经淘汰了健康携带者这一字眼。如今，我们同样可以为被感染者提供有效的治疗手段， 从而使肝硬化尤其是肝癌的预防成为可能。

在美国，由于整体发病率很低，有关乙肝病毒的教学并不充分。许多毕业生不熟悉乙肝病毒的治疗处理。大多数亚裔病人未经乙肝病毒筛查。在 90 年代后期和 2000 年之初，来自亚裔社区的倡导团体在其社区内开展乙肝病毒筛查。诸多努力来自于参与者的热情，偶发性的实施依赖于合适的志愿者以及能否成功地募集资金。因为血液检测的花费以及解释检测数据时存在的技术上的复杂性， 通常情况下检测乙型肝炎病毒表面抗原（HbsAg）和乙型肝炎病毒表面抗体（HBsAb）两项指标。筛查一般会安排在健康日社区活动中进行。检测呈阳性的病人会被建议求助于熟悉慢性肝炎治疗的医生，同时向无免疫能力的人提供预防接种。从中我们获得的经验如下：筛查之后的后续跟踪存在难度。尽管反复向受检者强调问题的重要性，但是要求受检者其后接受预防接种甚而被感染者接受医生治疗都存在一定的难度。对被感染者来说，很难找到通晓乙肝病毒治疗的医生，同时他们能够从中获得帮助的资源也非常有限。在缺乏明确指导原则的情况下，保险业者不愿意支付在医生诊所进行乙肝病毒筛查产生的费用。这种情况在 2005 年之后得以改善，疾病控制中心（CDC）将美国出生的儿童以及来自高风险地区的移民（发病率超过 8%的地区，这涵括了大多数东南亚、东亚和撒哈拉非洲）纳入指导原则。

经过过去几年，如今我们更加了解乙肝病毒的成因，并且所有乙型肝炎病毒表面抗原（HbsAg）阳性的病人都被视为伴有相关并发症的慢性乙肝病毒感染者，同时，为病患提供安全、有效的口服抗病毒制剂。因此，更有理由支持乙肝病毒的早期筛查。

2008 年新的疾病控制中心（CDC）指导原则提供了一个更有利的环境。

如今，所有出生于乙肝高发地区的人都将接受筛查，高发地区的定义为发病率高于或等于 2%的地区。值得一提的是其中包括所有已经接受过预防接种的人群。

这些标准允许大多数基本医疗医生在他们的诊所内进行乙肝病毒的筛查。由于筛查是在医生的诊所内进行，相关联的医疗成为可能。除了上述即时鉴定病患的好处之外，还可以向未接受预防接种的人群和受 感染病人的家属提供咨询。适孕妇女可以从妇产科医生那里寻求帮助，妇产科医生着重于妇女本身及其子女的健康。基本医疗医生将决定是否应该向肝脏病学家磋商医疗方案。

乙型肝炎病毒的筛查除应当包含测乙型肝炎病毒表面抗原（HbsAg）和乙型肝炎病毒表面抗体（HBsAb）两项指标外，还应包括乙型肝炎核心抗体（HBsAb）.

作者认为绝大多数基本医疗医生可以处理好不复杂的乙型肝炎病人。处方常规血项检查是处理所有慢性疾病的普遍手段。随着新的抗病毒药物的出现，有关病毒抗药性的问题变得较为简单。事实上这一概念得到美国医学研究所相关报

告的支持。美国的许多基本医疗医生，甚至在亚裔和太平洋岛民人口比例最高的十个州（加利福尼亚州、纽约州、俄亥俄州、华盛顿州、佛罗里达州、夏威夷州、新泽西州、得克萨斯州、伊利诺斯州和马萨诸塞州），并未在他们的诊所里提供乙型肝炎病毒的筛查。社区筛查活动仍然扮演着重要角色，特别是针对没有健康医疗保险的贫困人群和新移民，新移民常常同基本医疗医生之间存在这样那样的障碍。这种形式的筛查的关键点在于如何同治疗相挂钩。相关机制，例如筛查活动前同受检者进行联系以及活动随后的预防接种和医生随访，必须得到正确的制定和执行。

环球醫學

由宠物食品引起人类的沙门氏菌感染

张震宇博士编译

提要：最近由干燥宠物食品引起的沙门氏菌感染病例，来自年幼儿童的大部分病例同厨房里的交叉污染相关。同时，提醒病人正确处理和储存宠物食品的重要性——以及确保它们远离年幼儿童的重要性。

来自美国疾病控制预防中心（CDC）的调查指出，首次记录在案的人类沙门氏菌感染爆发是由干燥宠物食品引起，很大可能是源自在厨房里喂食宠物引起的交叉污染。

此次沙门氏菌感染爆发牵涉到 21 个州的 79 例病例——其中大多数来自美国东岸——历时三年，接近一半（48%）的病例病发于年龄低于 2 岁的婴幼儿。资料来源于疾病控制预防中心（CDC）的兽医临床医生（DVM）、公共卫生博士（DrPH）凯西－贝拉维斯（Casey Barton Behravesh）和她的合作作者们。

发生于年幼儿童中的大多数沙门氏菌感染的病例显著地同在厨房里喂食宠物有关（优势比 4.4， 95%可信区间为 1.2 至 15.4），可能该行为导致了交叉污染——由此突显了正确处置宠物食物的重要性。贝拉维斯和她的合作作者的这篇文章在线发表于《儿科学》杂志。

作者进一步指出，没有发现儿童患病和他们将宠物食品放入嘴中的行为存在具有统计学意义上的相关性。

宠物食品同人类爆发沙门氏菌感染相联系的这一发现导致了几个品牌的宠物食品的大量召回以及生产这些产品的一家工厂的最终关闭。

贝拉维斯和她的合作作者在文章中写到，“这项调查明确了首次有记录在案的人类沙门氏菌感染爆发是同人们使用干燥的狗粮和猫粮相关的，”她们总结道：“干燥的宠物食品可能受到了沙门氏菌的污染，并且有可能是一个未被充分认识的传染源，特别是在年幼儿童中间。”

根据针对婴幼儿（低于 2 岁）病例的一项双变量分析，贝拉维斯和她的合作者指出，33%的沙门氏菌感染同该幼童将干的宠物食品放进他或她的嘴里有关（优势比 1.0， 95%可信区间为 0.3 至 3.3），44%的婴幼童触摸了宠物食品（优势比 0.83， 95%可信区间为 0.3 至 2.5）。然而，两者都没有统计意义上的显著性。

此次疾病爆发发生于 2006 年至 2008 年而且牵涉到诸多狗粮和猫粮品牌。这些病例之所以引发临床和科学研究的兴趣的原因是此次感染的祸首是肠道沙门氏菌亚种施瓦岑格隆德沙门氏菌——根据疾病控制预防中心此研究团队的注释，这一亚种仅引发人类沙门氏菌感染病例总数中的 0.4%。

沙门氏菌在干的狗和猫粮中可以存活更长的时间，她们进一步指出，狗猫粮通常有拉长了的上架时间和停售日期。

此次沙门氏菌感染爆发最初记录发生在 2007 年，由病原菌分子分型监测网络（PulseNet）食源性疾病分子亚型网络完成。调查者回溯追踪了起自 2006 年 1 月 1 日的病例。所有病例中的病人的沙门氏菌亚种施瓦岑格隆德沙门氏菌的培养都呈阳性结果。

尽管疾病爆发牵涉到 21 个州，其中的两个州贡献了超过半数的病例：宾州（33 例）和纽约州（10 例）。俄亥俄州贡献了 7 例，麻州 5 例。

调查者认定 67 例被评估病例中的 32 例（48%）同 2 岁以下的婴幼儿相关，67 例中的 39 例（58%）是女性。对病人和父母的问诊显示病人同家庭宠物有接触，特别是狗，这是一个可能的感染源。对宾州相关病例的问诊显示病人接触过狗或者干燥的狗粮作为可能的病因。

随后，在 9 例宾州病例家庭收集的样本之中，13 只狗其中的 5 只的粪便样本隔离培养出施瓦岑格隆德沙门氏菌，22 种干燥狗粮样本中的 2 种隔离培养出施瓦岑格隆德沙门氏菌。被污染的狗粮出自两个不同的品牌，但都来自同一家位于宾州的生产工厂。自该加工厂收集了 144 个抽汲样品。自此环境样本对引发感染的菌株系进行测试，其中一个样品呈阳性结果。

从 2007 年 8 月到 2008 年中，对来自同一家加工厂的额外的干燥狗粮和猫粮进行测试，施瓦岑格隆德沙门氏菌检测都呈阳性。

研究人员开展了两项病例对照研究。其中一项著重于确定感染源和感染模式。另一项评估感染的潜在危险因素。

第一项研究包括 43 例病例家庭以及来自 8 个州的 148 个对照家庭。第二项研究中对每一病例至少设计两个对照因素。对照组的儿童都限制在 2 岁以下并且经常性地和狗接触。病例和其对照组的对比研究显示，不同因素导致的状况显著不同：同狗的身体接触，优势比 3.6．最近购买了产自该特定生产商的干燥狗粮品牌， 匹配优势比 6.9．同在厨房里喂养宠物相联系的婴儿疾病， 匹配优势比 4.4．

第一阶段感染爆发之后，该生产商召回了超过 23,000 吨的干狗粮和猫粮。当 2008 年其它感染爆发相关的疾病被查明之后，该公司召回了 105 个品牌的干宠物食品，永久关闭了此生产污染产品的工厂。作者称无相关披露。

参考文献：Behravesh CB et al. "Human salmonella infections linked to contaminated dry dog and cat food, 2006－2008" Pediatrics 2010; DOI: 10.1542／peds.2009－3273.

查尔斯－班克赫德（Charles Bankhead）， 特约撰稿人，今日医学要闻 登载日期：2010 年 8 月 9 日
审稿：亚当－卡林奇（Adam J. Carinci），医学博士（MD）；讲师，哈佛医学院； 多萝西－卡普托（Dorothy Caputo），文学硕士 （MA），注册护士 （RN），职业认证高级糖尿病管理 （ BC－ADM），注册糖尿病指导师（CDE），护士教育规划师（Nurse Planner）

飲食健康



有时你就象个椰壳：健康饮品椰子汁

今年夏季，椰子汁成了众多健康意识颇强的明星大腕们的最爱，人们发现麦当娜、黛米-摩尔、金-卡戴珊、莫莉-西姆斯、海蒂-克拉姆和波姬-小丝都在喝，麦当娜甚至在品牌饮料“Vita Coca”公司投资了一百万美元。据估计，目前椰子汁约有五千万美元的市场，并呈上升趋势，就连可口可乐和百事可乐公司也想从中分一杯羹。

椰子汁到底是什么，为什么那麼多名星趋之若鹜？

椰子汁是幼椰内的清澈液体，随着椰果的不断成熟，椰子汁逐步混入椰肉和空气，它和椰奶不同之处在于，椰奶是椰汁和椰肉的混合物。椰子汁一直是热带地区的流行饮料，有鲜椰子汁、听装或瓶装椰子汁。

人们还可以剥去椰果外壳、在顶部开凿一小孔来饮用椰子汁。在美国，椰汁有 VitaCoco 和 ZICO 两个品牌。十年前，联合国粮农组织（FAO）获得了瓶装椰汁以保存其营养成分的专利，也是第一个获得专利的联合国机构。

椰子汁所含矿物质与细胞内的电解液类似，1942 年古巴曾用椰汁给 12 名儿科患者进行静脉注射治疗，在“二战”期间，日本和英国都使用过椰汁静脉注射疗法。

Eiseman 和他的同事于 1954 年对 157 例椰汁静脉注射疗法进行了研究，尽管未观察到毒性和过敏反应，却发现它导致了多尿。Eisenman 等人认为该疗法对再水化无临床价值，但是，在没有其它无菌和无热源液体时，椰子汁（加钠盐后）对血容量过低的应急治疗很可能是有用的。最近有报道称，用椰汁作短期静脉水化液体，对所罗门岛病人的治疗获得了成功。

在一些欠发达国家，椰汁被建议用作腹泻病人的口服再水化液体，但是，椰果成熟期的化学成分的巨大差异给疗效带来了问题。钠含量丰富的、新鲜的、幼椰椰汁，就象运动饮料广告里说的一样好，在运动导致脱水后，能使全身得到补给。

科学研究如此，商业宣传又如何呢？生产品牌椰子汁的 Vita Coco 公司在其公司网站上宣称：

- 椰子汁能有效溶解肾结石。“一天吃个椰子，不再看泌尿科医师。”他们仅引用了一个 33 年前的研究结论，那项研究至今再无下文。

- 椰子汁是“‘伟哥’的天然替代品，因为它‘刺激并增强生殖系统功能，尤其是男性。’医学研究显示，六十来岁的妇女在饮用椰子汁后，性欲望得到增强。”其实这样的医学研究根本不存在。在给出的参考文献、由布鲁斯-菲恩 2005 年所写书的第 146-147 页有篇题为“椰子能治病”的文章中，只不过是几条毫无根据的断言，号称椰子汁对性欲和生殖能力有效。

其它一些椰汁能治病的说法(如治疗后遗症)都是基于它不含脂肪和胆固醇（较晚生长的椰肉中才含油）、含糖量低和钾含量比香蕉高这一事实，椰汁中还有少量的钙、磷和镁。但是，一旦暴露于空气中，椰汁会很快失去大部分营养特性，并开始发酵。多数厂商用一种叫“快速低温杀菌法”的工艺来保护其营养成分，同时去除可能的细菌。

在评价椰子汁、昆布茶、白藜芦醇或其它类似天然产品的疗效时，别忘了手头备一个“大话探测仪”。（袁建平译）

米歇尔-伯曼，医学博士 | 2010 年 8 月 6 日



当今医学新闻

健康指南

低糖和低脂肪饮食：相似的体重减轻效果

本文要点：

1．肥胖症患者在两年的时间里摄入低糖或者低脂肪食物，且在接受全面的行为干预条件下，得到了相似的体重降低。

2．与低脂肪饮食相比，低糖饮食方式在高密度脂蛋白胆固醇（HDL）和心脏舒张压参数上能产生更好的效果；但极低密度脂蛋白（VLDL）和甘油三酯指标却在 24 个月后趋于相同。

肥胖症患者被随机分为两个试验组，两年时间内分别进行低糖饮食或低脂肪饮食，结果表明两组在减轻体重方面具有类似的效果，但低糖饮食组在高密度脂蛋白胆固醇（HDL）指标上具有更好的效果。

费城 Temple 大学 Gary D. Foster 及同事在 8 月 3 日的《内科医学杂志》报导了他们的试验结果，患者在饮食干预一年之后体重平均降低了 11 千克（24 磅），而两年后则平均降低 7 千克（15 磅），但低糖摄入组和低脂肪摄入组间的数据并没有显著差异。然而，低糖摄入方式在试验早期能表现出更快的血压、甘油三酯以及极低密度脂蛋白（VLDL）上降低作用，且试验结束后在高密度脂蛋白胆固醇（HDL）含量上提高更多。

文中指出，“这个长达两年的多中心临床试验共有 300 多名患者参与；在全面的生活方式干预条件下，脂肪摄入或者糖摄入均不影响体重降低；两组病人都产生了具有显著的临床效果且近乎一致的体重降低。这些长期检测数据则提示，低糖饮食方式是治疗成年肥胖症患者的一个切实可行的选择。

先前的已经进行的几项随机试验指出，在短期时间内，低糖饮食比低脂肪低热量饮食的体重减轻效果要好，但长期效果就不是很明显了；然而这些低糖或低脂试验并没有进行除体重之外的其它指标的详细检测。因此，Foster 及同事们尝试采用随机多中心临床试验来回答这些问题，他们将体重降低作为首要检测指标，同时也监测了诸如心血管、骨密度和全身症状等多个指标。

研究者原先假设，低糖摄入组的病人在两年后能比低热量低脂肪摄入组的病人体重降低更多。该研究由平均年龄为 45 岁，平均体重指数 36，平均体重为 103 公斤（227 磅）的 307 名肥胖症患者参与完成，其中三分之二为女性患者，70%患者属于白种人群；其中异常血脂症或糖尿病患者均已排除在外。

试验安排如下：低糖饮食组的病人的糖摄入量被严格控制在 20 克／天，持续 12 周；此后每过一周后，糖摄入量比上一周增加 5 克／天。该组病人的脂肪摄入和蛋白质摄入量均不受任何限制。低脂肪饮食组的病人的热量摄入同样被严格控制，其中女性为 1200－1500 千卡／天，男性为 1500－1800 千卡／天；在热量来源比例中，碳水化合物占 55%，脂肪占 30%，蛋白质占 15%。试验六个月后，两组病人都产生了平均达到 11－12 千克的体重减轻。但是在试验一年后，两组病人的体重减轻并没有显著的差异（均为 11 千克），两年后组间的体重减轻差异同样不显著（低脂肪饮食组为 7.37 千克，低糖饮食组为 6.34 千克，P＝0.41）。试验期间，唯一的一次显著差异出现在试验的 3 个月后，低糖饮食组的病人体重平均降低了 9.49 千克，而低脂肪饮食组则为 8.37 千克（P＝0.019）。另外，整个两年试验过程中，两组患者的体重减轻趋势也同样差距不显著（P＝0.30）。

然而，两组患者在其它几项相关指标的检测中则显示出明显的差别。试验 3 个月后，低糖饮食组的病人的甘油三酯以及极低密度脂蛋白（VLDL）胆固醇含量显著降低。尽管 24 个月后，极低密度脂蛋白（VLDL）含量在两组间差异不大，但就整体降低趋势而言，低糖饮食摄入方式表现更好（P＝0.027）。

在试验进行过程中，低脂肪饮食组的病人的低密度脂蛋白（LDL）含量始终要比另外一组降低更多；在试验开始后的 6 个月内，低糖饮食组的病人平均低密度脂蛋白（LDL）含量增加，而 1 年后则表现为下降。因此，在低密度脂蛋白（LDL）指标上，低脂肪饮食方式表现出更好的效果（P＝0.0009）。

与低脂肪饮食相比而言，高密度脂蛋白（HDL）含量在低糖饮食组的病人中提高更快，统计分析表明 HDL 指标在四个时间点上以及整体趋势分析中均保持显著的组间差异（P＝0.008 到 P＜0.001，P＝0.0058）。

在总体胆固醇指标分析中，低糖饮食组表现出了较小但统计学上显著降低的数据（趋势差异 P＝0.030）。

在心脏收缩压方面，试验进行全过程中均没有得到组间显著差异的数据。然而，低糖饮食组在试验的 3 个时间段上都能够产生显著的心脏舒张压降低作用，但就整体的降低趋势而言并不显著（P＝0.36）。

作者也同时指出，原来担心的一个问题是低糖饮食可能导致更大程度的骨密度下降，但结果显示，两组患者在试验的任何时间内都没有表现出显著的骨密度变化差异，并且骨密度的下降值也在预期范围之内。

低糖饮食组的患者相比另一低脂肪饮食组组患者在试验过程中反映出了更多的副作用情况，副作用反应在试验的第 6 个月到第 12 个月这个时间内更为突出。低糖摄入组的病人具有口臭，脱发，便秘以及口干等症状。然而，以上任一症状在整个试验过程中的发生趋势并没有显著的组间差异。

但对于该研究而言，由于行为疗法的渐进性特点以及将糖尿病或血脂障碍症患者排除在外，并且两组患者在研究过程中均有不少中途退出的现象发生，因此他的局限在于缺少一个最终的归纳性结论。

By Charles Bankhead, Staff Writer, MedPage Today
Published: August 02, 2010

文章出处：《内科医学纪事》（Annals of Internal Medicine）

参考文献：Foster GD, et al "Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet: A randomized trial" Ann Intern Med 2010; 153: 147-157.

编译：孔亚伟博士

健康指南



水 可能是减肥的秘密武器
研究表明喝水可以助人减肥保持好身材

一项新的研究表明，每顿饭前喝水可以帮助人们减肥。

弗吉尼亚理工大学的营养学副教授布兰达.戴维是这项新研究的主要作者。她说饭前喝 500 克的水能帮助人们减掉多余的体重。这项研究的成果目前正在波士顿举行的美国化学学会 2010 年全国会议上进行发表展示。

“我们的第一轮随机控制实验结果表明，提高水的摄入量是一种很有效的减肥措施，我们正在对这个结果进行发布。”戴维在一篇新闻发布稿中说道。“在早期的研究中我们发现，那些在吃饭前喝两杯水的中老年人每顿饭摄入的热量要比一般人少 75 到 90 卡路里。”然而戴维告诉 WebMD 记者，现在很多人都靠喝含有高热量的甜饮料来代替饮水。

“通过对各种饮料的饮用趋势研究发现，在过去的三四十年里我们含糖饮料的摄入量有了极大增长。”戴维在一封电子邮件中说道。“这说明我们正在用其他的饮料来代替水。”

喝水和减肥

在研究实验中，她把 48 个年龄在 55 岁到 75 岁之间的成年人分成两组。其中一组的人每顿饭前都喝两杯水，另一组人则不喝。所有的研究对象在研究期间都被控制为只能摄取低热量的饮食。

12 个星期后，饭前喝水的那一组研究对象平均减了 15.5 磅体重，而没喝水的那些节食者只瘦了 11 磅。戴维告诉记者所有的研究对象在参加实验前平均每天喝 1.5 杯水。

除此之外，那些饭前喝水的研究对象不仅仅在 12 周之后减肥效果更明显，研究结束之后他们还把这项成果保持了一整年。而且大多数的人还继续减掉了一两磅。

戴维说这项研究结果所传达的信息很清楚：“人们应该更多的喝水，而不是那些高热量的含糖饮料。”

水如何能帮助减肥

她指出民间传说和日常经历都告诉我们水能减肥，但是却很少有科学依据的支持。

这并不代表水是种神奇的药剂，相反地，喝水有助于减肥只是因为水中不含卡路里而且喝水能把胃填满，让人们感到不那么饥饿。

戴维说水能让人们感到饱，所以吃的食物就会减少。她还给喜欢喝无糖汽水和含有人工糖精的饮料的人们带来了好消息，因为这些饮料同样能使人们变饱。但是她强烈建议人们不要喝那些因为添加了糖分或是含有高果糖玉米糖浆而变得可口的饮料，因为那些都含有很高的卡路里。

戴维说目前还没人知道到底人们每天应该喝多少水，据美国联邦医药协会说健康的人可依据口渴情况来喝水。然而她建议女性每天喝 9 杯流质饮品，包括水和其他饮料。而男性则应该喝 13 杯。

她又补充到，如果喝了过量的水，也有可能导致出现一种非常罕见却严重的情况 – 水中毒。

这项新研究是由美国公共卫生和水研究机构赞助的。这是一家非盈利性质的独立科学教育机构。

这项研究的结果发表在一个医学会议上。研究结果尚处于初级阶段，还没有经过同行评审的正规过程。同行评审是由研究外的专家在论文发表之前详细检阅数据结果的过程。

[参考文献] By Bill Hendrick
WebMD Health News
Reviewed by Laura J. Martin, MD
[编译] 张博

专题講座

窒息的成因与急救

窒息（asphyxia）：窒息是一种由于不能正常呼吸所导致的严重的组织器官缺氧状态，它可以在短至数分钟或数秒时间内造成永久损伤及死亡（如伴发心脏病），无疑是为人类生命的一大威胁。窒息是危重症病人最重要的死亡原因之一。

窒息的机理是：如果人体的呼吸过程由于某种原因受阻或异常，所产生的全身各器官组织缺氧，二氧化碳潴留而引起的组织细胞代谢障碍、功能紊乱和形态结构损伤的病理状态称为窒息。当人体内严重缺氧时，器官和组织会因为缺氧而广泛损伤、坏死，尤其是大脑。窒息出现后，首先表现为呼吸极度困难，口唇、颜面青紫，心跳加快而微弱，病人随后进入昏迷或者半昏迷状态，紫绀明显，呼吸逐渐变慢而微弱，继而不规则，直至呼吸停止，随后心跳减慢而停止（可持续 10 分钟）。此时瞳孔开始散大，对光反射消失。生命停止。

造成窒息的成因与类型

依据其成因，人们将窒息划分为以下几种类型。

第一为 机械性窒息，此为最常见的类型。因机械和物理原因如绳索缠扼颈项部，硬物堵塞呼吸孔道、压迫胸腹部以及患急性喉头水肿或食物吸入气管，皆可造成呼吸障碍并发展为窒息；

第二为病理性窒息，包括肺部气血交换面积的大幅度丧失（多由溺水和肺炎等引起）；脑功能障碍引起的中枢性呼吸停止；空气中缺氧（如处封闭环境）以及新生儿窒息。由呼吸功能停止导致的缺氧引起中枢神经麻痹症状交织在一起，引起的刺激症状和。

第三为 中毒性窒息，如过量吸入一氧化碳，阻断血红蛋白与氧和二氧化碳的自由结合与解离，导致组织缺氧及二氧化碳或其他酸性代谢产物蓄积造成窒息；

窒息的几个阶段

虽然窒息的进程较快，但从开始到危及生命仍可分为几个过程。熟知窒息过程对于及时正确施救致为关键。

粗略的分法如下：

1 因二氧化碳分压升高、引起短时间内呼吸中枢兴奋加强，继而呼吸困难，丧失意识；

2 全身痉挛，血管收缩，血压升高，心动徐缓，流涎，肠运动亢进；

3 痉挛突然消失，血压降低，呼吸逐渐变浅而徐缓，产生喘息，不久呼吸停止。发生窒息现象时，若患者心脏微微搏动，应立即排除窒息原因并施行人工呼吸。丧失抢救时机必然使心脏停搏，瞳孔散大，全身反射消失，最后死亡。

精确的分法则包括五个步骤：

1. 窒息前期。机体发生呼吸障碍，首先是氧气吸入的障碍，因机体内还有一些氧的残留，故短时间机体无症状。此期一般持续仅 0.5～1 分钟，身体虚弱的人难以支持，而身健或训练有素的登山、潜水运动员，却可延长 3～5 分钟。

2. 吸气性呼吸困难期。机体新陈代谢耗去体内的残余氧并产生大量二氧化碳储留，使体内缺氧加重，在二氧化碳的刺激下，呼吸加深加快，但以吸气过程最为明显，呼吸呈喘气状，此时心跳加快，血压上升。此期持续约 1～1.5 分钟

3. 呼气性呼吸困难期。此期体内二氧化碳持续增加，呼吸加剧，出现呼气强于吸气运动。此时机体颜面青紫肿胀，颈静脉怒张，呈典型的窒息证象。并可能出现意识丧失、肌肉痉挛、甚至出现排尿排便现象。此时为呼吸暂停期。此期呼吸中枢由兴奋转为抑制，呼吸变浅、慢，甚至暂时停止，心跳微弱、血压下降，肌肉痉挛消失，状如假死，此期持续约 1 分钟。。

4. 终末呼吸期。由于严重缺氧和过多的二氧化碳积蓄，呼吸中枢再度受刺激而兴奋，呼吸活动又暂时恢复，呈间歇性吸气状态，鼻翼扇动。同时血压下降，瞳孔散大，肌肉松弛。此期持续一至数分钟。

5. 呼吸停止期。此期呼吸停止，但尚有微弱的心跳，可持续数分钟至数十分钟，最后心跳停止死亡。

需要指出，在上述任何阶段，心跳皆可突然停跳而导致死亡。抢救有心脏病史的病人时要密切关注这一点。

急救手段

迅速施救是窒息急救的关键。然而依据窒息的不同类型和起因，急救措施可有很大不同，应根据其不同病因进行救护。

一.呼吸道阻塞：将昏迷病人下颌上抬或压额抬后颈部，使头部伸直后仰，解除舌根后坠，使气道畅通。然后用手指或用吸引器将口咽部呕吐物、血块、痰液及其他异物挖出或抽出。当异物滑入气道时，可使病人俯卧，用拍背或压腹的方法，拍挤出异物。

二.颈部受扼：应立即松解或剪开颈部的扼制物或绳索。呼吸停止立即进行人工呼吸，如病人有微弱呼吸可给予高浓度吸氧。

三.胸肺部损伤：病人取半卧位，并实施吸痰及血块，恢复呼吸道通畅，保证病者的气体就交换通畅。随后封闭胸部开放伤口，固定肋骨骨折，送往医院急救。

据研究气道完全阻塞造成不能呼吸只要 1 分钟，心跳就会停止。如延误则极易失去抢救机会或及时呼吸恢复亦造成不可逆损伤如植物人等。然而只要抢救及时方法得当，解除气道阻塞，恢复呼吸，心跳也可随之恢复，许多病人可转危为安，生命和健康或可保全。

[资料来源] up to date

[编译] 王晓春博士

本期特訊



胃癌的危險因素

---------一位朋友的英年早逝想到的

哈佛大学医学院以色列医院 孔学君医师

前序：上周末刚刚参加了一位朋友的葬礼，心情颇为沉重。他只有 48 岁，是一位才华横溢的商务策略咨询顾问。作为家庭朋友认识已几年，两家时有来往，还一起去广州数月住过邻居。他是个才思敏捷又风趣幽默的人，给我印象比较深的是他的语言模仿能力。他见到我总说山东话，一口一个“俺”，开始我误以为他是老乡，后来才知道他是地地道道的上海人。病榻前我和先生前去探望，他对于自己疾病的理解感悟让我这个做医生的感到惊讶，他面对疾病乐观积极的悠然姿态令我们为之折服。他酷爱他的工作，临终还在负责著一个课题；他热爱生活，对各地的美食颇有研究总是侃侃而谈；他热爱家人，他宝贝女儿的中文名字叫“悠然”…… 他平静地走了，亲朋好友们无不万分痛惜。葬礼上有他的亲友，儿时的伙伴，中学大学的同窗，工作单位的同事好友，共同歌颂缅怀他短暂而多彩的人生。下面这个链接记载了他的朋友同事对他的怀念：http://www.rxtrace.com/2010/08/yifan-ivan-shen-1962-2010.html/comment-page-1#comment-363 祝他一路走好，他的音容笑貌将永存于他的亲友心中。惋惜之余，我们怎能不感叹人生之短暂，生命之脆弱。我们活著的人应万分的珍惜我们的有生之年，身体是万物之本。他的英年早逝，给我们又一次的敲响了警钟，首先很多疾病是可以预防的，而且早期诊治其预后也可有很大改观。下面我通过这个病例简单介绍一下胃癌的危险因素，与大家共勉。

病例简介：48 岁男性，原籍上海，平素身体健康，无任何病史。就诊前一个月仍然骑车上班，但很快出现胃胀不适，食欲欠佳，一个月的时间体重下降 13 磅随就诊于内科。医生考虑到其明显的体重及体力下降，令其行腹部 CT 检查，结果发现 10 公分胃部肿瘤，并已侵袭胃肝韧带，肠系膜根部及后腹膜的淋巴结并伴有腹水。在 CT 指引下取出淋巴结活检，病理结果为未分化腺癌并有图章戒指（Signet Ring）细胞。细胞形状及不规整并有坏死，没有腺体形成。Keratin, CA19-9 及 her-2 均为阳性。体检时发现大便潜血阳性，其他体征阴性。血化验显示轻度贫血，肝功能及其他化验指标均为正常。螺旋菌阴性，也无病史。其父亲 39 岁患肝癌去世，母亲在 60 岁时患肺癌去世。从未吸烟，酗酒或吸毒，性格幽默风趣，无忧郁病史。工作性质多有国际旅行，时有熬夜加班。随后转诊于哈佛大学附属医院肿瘤科，这时候手术已没有可能。即上化疗，1-2 个疗程下来情况有所好转。一般情况良好，坚持在家工作。但是 3-4 个月后病情急转直下。 由于胃出口阻塞而无法进食，只好暂时静脉营养并胃部造瘘插管，结果因吸入性肺炎住院，进而因大量吸入而呼吸心跳骤停，抢救无效，不幸去世。从出现症状到确诊只有一个月，到去世也只有 5 个月。

胃癌的危險因素

胃癌有两种主要的组织类型，最常见的一种是“肠型”，这是因其形态酷似肠癌而得名；相对少见的一型是弥漫型胃癌，其特点是缺乏细胞间的连接从而无法形成腺体结构。

肠型胃癌癌前病变的分子生物学基础不甚清楚，有种学说指出由慢性胃炎发展为慢性萎缩性胃炎，然后是肠上皮化生，变异直至成为胃癌。导致慢性胃炎演化为慢性萎缩性胃炎的因素有螺旋菌感染，恶性贫血，可能高盐饮食。萎缩性胃炎的特点是缺乏壁细胞。减少胃酸分泌，由此导致血中 Gastrin 升高，而 Gastrin 是一种很强的胃上皮细胞增生诱导因子，胆汁反流也刺激细胞增生。低酸状态增加胃内 PH

可以使细菌菌落形成，可使食品中的硝化物转为强力致癌物。同时，慢性炎症也致使上皮细胞受损，增加自由基产生，减少维生素 C 的吸收，造成细胞进一步损伤而且不易恢复。一项研究表明，萎缩性胃炎患者随访四年，其发生胃癌的危险增加 5-7 倍。肠上皮化生是一种可逆性变化，常由于螺旋菌感染，胆汁返流造成，也可由电离辐射诱导。上皮细胞变异与胃癌的相关性与变异程度成正比，转变为胃癌的比率分别是：轻度变异 21%，中度变异 33%，重度变异 57%。

相对于肠型，弥漫型胃癌的癌前病变则不甚清楚。

那么，胃癌有哪些危险因素呢？

1， 环境因素：从高发区移民到低发区的人群，其胃癌的发病率随之下降，这也说明了环境因素的影响。

1）饮食：大量实验证实，含有一氧化氮的硝化物食品与胃癌的发病相关。饮食中蔬菜，水果，奶及维生素 A 较少，而油炸食品，加工肉类鱼类及喝酒较多都与胃癌有关。高盐饮食也可以损伤胃粘膜从而增加胃癌发病。

2）肥胖：研究表明肥胖及超重与胃癌发病率增加有关。

3）吸烟：研究表明吸烟可以增加胃癌发病率 1.5-1.6 倍，大约 18%的胃癌病例与吸烟有关。

4）饮酒：饮酒与胃癌的关系并不很清楚，一项欧洲的研究表明日常饮酒对于胃癌的发生还有保护作用。

5）胃手术：胃手术后胃癌的几率增加，尤其是术后 15 到 20 年，增加 1.5 到 3 倍。Billroth II 比 Billroth I 更多见。

6）社会经济状态：社会经济状态差的人群远端胃癌发病率增加 2 倍，而近段胃癌则多发生于社会经济状况较好的人群。

7）性激素：一般来讲，男性比女性发病率高，不论是高发区还是低发区。胃癌的发病还与绝经的年数有关，表明雌性激素对于胃癌具有保护作用。

8）Epstein-Barr 病毒：EB 病毒与很多癌症相关，也包括胃癌。世界范围内大约 5-10%的胃癌与 EB 病毒有关，其特点是以男性为主，预后相对比较好，多为弥漫型。

9）螺旋菌：世界卫生组织将螺旋菌化为一级致癌物，胃炎的最常见原因是螺旋菌，而肠型胃癌是由胃炎，胃萎缩，肠化生变异演变而来。流行病学资料证明螺旋菌感染与胃癌相关。螺旋菌直接导致胃炎，进而胃粘膜萎缩并肠化生变异。据信螺旋菌增加胃癌发病 6 倍，包括肠型及弥漫型。有时螺旋菌导致胃或十二指肠溃疡，但大多数情况下没有症状。

2， 个体因素：

1） 血型：血型 A 比其他血型增加 20%的风险性，这已经是多年的资料，而且弥漫型胃癌多见。A 型血人恶性贫血的比例也较高。

2） 家族好发：可能与螺旋菌有关，也有证据与螺旋菌无关。有些家族有多个成员患胃癌，而且女性的胃癌比例增加。有些家族性结肠息肉患者其胃癌发病也相应增加。

3） 遗传性弥漫型胃癌是一种非常恶性的肿瘤，出现症状晚，预后极差。大约 30-50%病人具有 CDH1 突变，结果细胞连接分子（E-cadherin）不能表达。 常染色体显性遗传，终生积累性胃癌风险为男性 40-67%，女性 60-83%。在这些家族中的妇女患乳癌的机率也大有增加，应严加检测。

4） 基因表型：有些基因表性与胃癌有关，比如 IL-1B，IFNGR1 及 MTHF 还原酶的突变，直接与胃癌相关。

5） 胃的息肉，很多具有癌变的可能。

6） 肥厚性胃病及免疫低下综合症，与胃癌相关。

7） 胃溃疡，与胃癌的关系可能与螺旋菌相关，其增加为 1.8 发病率因子。胃癌的发病主要与胃溃疡有关，与十二指肠溃疡关系几无。

8） 恶性贫血：一种自身免疫性慢性萎缩性胃炎，直接增加肠型胃癌。有报道其增加为 2-3 倍之多。

3，个体因素与环境因素的相互作用：一项日本的人群研究发现，高盐饮食与螺旋菌感染直接相关，由此导致的低酸状态及细菌过度生长，继而使硝化物食品转为致癌性 N-nitrosamines， 从而致使肠化生，变异及癌变。胃液中含有螺旋菌者其维生素 C 的浓度较低，但是当螺旋菌消灭后，维生素 C 的浓度恢复正常。维生素 C 的抗氧化保护作用可以防止螺旋菌所导致的损伤。胡萝卜素也是一种抗氧化剂，对于胃癌有保护作用。

总之，胃溃疡，腺性息肉，肠化生与胃癌相关，高盐饮食，少蔬菜饮食，高硝化物饮食以及吸烟等可能与三分之一到二分之一的胃癌患病相关。螺旋菌感染尤其是某些基因型 vacAs1-，vacAm1 及 cagA 阳性仍然是重要的因素。这种危险在个体具有 IL-1B-511*T/*T 或 IL-1B-511*T/*C 变异者更为显著。我们亚裔人群胃癌相对于其他人种特别高发，与基因，饮食习惯等息息相关，应特别引起我们的重视。防微杜渐，吸取教训，方可防患于未然。

参考文献：Up to Date

醫學教育

醫學，生物博士生的職業發展

刘京京，MD， PhD

在美就读的中国博士生中，生物医学领域的占很大一部分。这些人在毕业后何去何从，一直以来都是一个热门话题。俗语道：人无远虑，必有近忧。关于毕业后的发展，在就读期间就应着手准备。（对于那些已经毕业或即将毕业的学生来说，读到这里也不要垂胸顿足，懊悔不已。人生嘛，任何时候开始都不晚。）

首先你要确定你是否热忠于医学研究事业。因为即便开始时有一些热情，在以后的岁月里也有可能消磨殆尽，又何况开始于犹豫不绝之中呢？回答这个问题的唯一方法就是问你自己。

如果你愿为生物医学研究奋斗终身而在所不惜，那很好。你一定要为自己制定一个职业规划。只是埋头苦干是不行的，好的导师，好的课题，刻苦努力和机遇都是必不可少的条件。不管在任何阶段（尤其是在你事业起步阶段），一个好的导师（或领导）是至关重要的。什末样的算是好的导师呢？评价一个人的标准有方方面面，哪一点最重要呢？

首先，说得悬一点就是“缘分”。说的具体一点，就是你与导师要彼此喜欢对方的性格，彼此欣赏对方的智慧和作事风格。人以类聚，物以群分。你与导师见面的时间比家人还要多。如果两人不合，一定要早谋高就，拖延不得。但人无完人，凡事也不要尽求完美。在现实生活中，也未必真能找到最佳搭档，但至少不要阻碍你的发展。

如果你有志在医学研究领域有所发展，不论是在学术界还是工业界，发表文章都是必不可少的。尽快，尽多，尽高档次的发表文章应该是你的目标。博士后不是一个终生职业。在你开始作博士后的那一天起，时钟就开始倒记时了。在最多三到五年的时间里，一定要结束这一阶段。如果在这之后你仍没有什末文章来证实自己，那以后的发展会很困难。但人各有志，如果你经济条件允许，找个有稳定基金来源，人也还好的老板，终生作个学校或研究所里的技术员或博士后也未尝不可。

有了几篇文章之后，就要考虑下一步的发展了。是走学术路线还是跳入工业界或是中途转换，其间各有利弊，我们在以后的专栏里再作详谈。在这一阶段，你要注意培养自己的独立性，领导能力和沟通表达能力。这些能力会使你受益终生。

最后，我们简单介绍一下其他可能的职业选择。在以前的栏目中我们先后提到了如何考取职业医师认证，如何成为护士；另外还有药剂师，牙医，医师助理，等和医疗界相关的职业和知识产权律师，咨询顾问等等。

（本刊编辑）

本刊将在今后刊登系列的有关职业发展的文章并为会员提供免费的职业咨询。如有任何问题，请与本专栏编辑联系。

美中醫學交流的必要性

由于历史的文化的差异，中国和美国在医学领域有很多不同的地方。在医学研究领域，美国的基础研究在很多领域技术超前，基金雄厚，项目尖端，为中国的医学发展提供了良好的学习机会，多年来吸引大量的中国医生及科研工作者来美国进修学习。而中国近年发展迅速，经济腾飞，机会众多，资源丰富，吸引着大量学有所成的海外专家学者回国发展。在临床医学的差异，不像医学研究领域那样显而易见，但差异其实更大，影响也更为深远。因为它不主要在设备上，而是在诊疗制度，原则和管理上。美国医界挟基础研究超前之优势，全面使用实证医学直接指导临床实践,从而使得临床诊疗更具科学性及客观性。加之法律及各项监测系统的完善，医生的

从业行为受到严格控制及制约。而中国目前由于医疗体制仍处转型改革时期, 医疗相关法制不健全, 致使医疗制度不够完备与规范, 从业行为训练尚未严格制度化。医疗行为和职业操守受其它因素干扰(经济利益等),相当程度影响医患关系和医疗资源的使用效率。中美医学交流协会将利用其人力资源及信息资源优势，直接与中国卫生界政高层密切合作，促进中国医疗体制改革及国际接轨的进程，并组织承办各层次医学教育交流项目。（美中医学交流学会供稿）

美国医院质量安全管理进修班简介

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

美中医学交流学会

American Chinese Medical Exchange Society

世界著名的哈佛大学医学院附属麻省总医院与美中医学交流学会合作主办医院质量安全管理进修班。此进修班为期三天，以麻省总医院的质量与安全控制管理中心的实际医院管理经验和现在流行的管理方法为基础，包括案例讨论和学术研讨，还有对哈佛医学院多家附属医院的参观访问。目标是为中国医疗界专业人员提供关于医院质量安全管理的最新理念，管理方法及具体模式。课程将配备同声传译。课程结束后由麻省总医院颁发结业证书。

麻省总医院是美国第三位历史悠久的医院，成立于 1811，坐落于文化名城波士顿，是新英格兰地区第一大的综合医院。医院持续在美国的医院排名中位居前五, 有 900 多张病床，年入住的病人达 47000 之多，是集临床，科研和教学为一体的大型综合医院。麻省总医院的质量和安全中心成立的宗旨是辅助总医院和医生管理集团达到其最高目的：为病人和医护人员提供高质量治疗和医疗安全的保障。中心由多种交叉学科人员组成，包括医生，护士，数据分析员，研究员，及项目经理和生物统计人员等。中心的宗旨是力争使医院能够成为全美国医疗质量最高、最安全的医院。

教学内容：

基于麻省总医院的丰富管理经验，提供大型综合教学医院有关质量和安全管理部门的人员设置和资源的分配的基本原则和方法。运用实例分析讲解质量和安全控制的方法和原理，以及在实际工作中的应用。

授课的人员将来自于哈佛附属医院管理部门及麻省总医院的质量与管理中心的专家教授以及行政高级管理人员，课程顺序可能会根据参与者及授课人的时间适当调定，但题目将涵盖以下内容：

- 如何选定改进服务质量与病人安全项目：麻省总医院的经验
- 定好基调：创造麻省总医院的医疗服务文化，注重服务质量与病人安全的氛围
- 安全报告：建立捕捉病人安全隐患，汇报病人安全事件的系统
- 建立药物安全的基础设施：麻省总医院的药物管理 MESAC 系统
- 改善病人的住院体验：麻省总医院的方法
- 医疗程序改进的方法
- 量化测量，分析和数据报表：麻省总医院的故事
- 医疗决策辅助系统在麻省总医院的应用
- 医院提供的医疗服务质量与安全管理方面的学术研究
- 在提供医疗服务中如何减少不均衡（歧视性）的服务
- 医疗保险计划与合同及赔付
- 在医院里的医生管理集团
- 美国的医院监管机制

由美中医学交流协会发起的医院管理项目，计划在今后五年与国际领先哈佛医学院及附属医院合作，为一千名中国各地和各专业的医生提供进修课程，促进中国医学与国际医学的接轨，增强中美医学领域的合作。

如有兴趣，请与美中医学交流协会 国际医师 (ACMES Hospital Management) 项目联系。

联系人：康文彤 (Wendy Kang: wentongkang@yahoo.com)

宋一青 (Yiqing Song：ysong@post.harvard.edu)

陈娟（Juan Chen: juanchen7@gmail.com ）

蓝山，绿水，我們的團隊

----美中医学交流学会亚裔健康教育推广盛会后的庆功会

美中医学交流学会，亚裔健康教育推广会的成功是众多的团队成员共同努力的结果。为表彰大家所做的贡献，学会于八月七日在波士顿近郊蓝山公园举办了庆功烧烤会。学会骨干邵莹，董诚带头组织，为了本次活动做了大量的准备工作。宋一青 ，陈娟， 武世瑾，李艳平，刘京京 等也予积极协助。在活动当天，每一位成员都各尽所能，在其乐融融的气氛中，大家度过了一个难忘的夏日。



左起 ： 宋一青，周丽斌，陈红夫妇及孩子，武世瑾，Winnie Shum ，李惠芳，孔轩， 陈娟，John Cao，刘昭，庄宁，李艳平，刘京京，孔学君，顾烨，周宁，袁建平， 孔亚伟，曾红，邵颖，董诚，吴晓芸，朱继光，张艳玲。另外张伟，张力行，付明辉，王晓春 等也参加了本次活动。

（周丽斌摄影，刘京京撰稿制作） 再次向大家致谢！

欢迎加入我们的团队！

B 型肝炎



如果我們
早就知道這些資訊...

或許今天他還健在。

每十名亞裔美國人當中就有一名罹患慢性 B 型肝炎。

若沒有給予適當的監控或治療，每 4 名患者當中就有 1 名將會死於肝癌或肝臟衰竭。

B 型肝炎不但可以得到控制，而且肝病引發的嚴重併發症也是可以預防的。

請向您的醫生請教有關 B 型肝炎的詳情及一些能夠保護您自己和您的家人免於患病的方法。

瀏覽以下網站以了解詳情:

AsianLiver.com

GILEAD

© 2009 Gilead Sciences, Inc. 版權所有。
保留一切權利。

UN1262 05/09

09-08 CD#3 covers.indd 2 4/17/09 8:50:17 AM