

R<sub>x</sub>

PATIENT: 《100种过度医疗大公开》  
正在横扫美国、日本的医疗革命

初相娟 朱鹏霄 译

# 100种 过度医疗 大公开



Signature:

【日】室井一辰 著



上海交通大学出版社  
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

# 版权信息

---

书名：100种过度医疗大公开

作者：（日）室井一辰

出版社：上海交通大学出版社

出版日期：2015-10-01

ISBN：978-7-313-13889-7

价格：29.80元

# 目录

## CONTENTS

---

[译者序](#)

[前言](#)

[第一篇 这样的医疗治不好病](#)

[这些医疗真的有必要吗？导致医疗过度的5大原因](#)

[为什么医疗浪费不能停止？无法为人所知的医疗机构内幕](#)

[消灭不治病的医疗！美国开展的消灭过度医疗的运动](#)

[第二篇 全面展示“不想接受的\*\*100\*\*项医疗”](#)

[【癌症】](#)

[不想接受的医疗1 \[前列腺癌\]前列腺癌检查时，不要轻易地去做“PSA检查”](#)

[不想接受的医疗2 \[前列腺癌\]前列腺癌早期，不做骨转移检查](#)

[不想接受的医疗3 \[前列腺癌\]低风险的前列腺癌，不要轻易开展治疗](#)

[不想接受的医疗4 \[前列腺癌\]前列腺癌治疗，不要过度地进行“正离子射线放射治疗”](#)

[不想接受的医疗5 \[乳腺癌\]乳腺癌早期，不做骨转移检查](#)

[不想接受的医疗6 \[乳腺癌\]乳腺癌手术，不做活检，就不要做手术](#)

[不想接受的医疗7 \[乳腺癌\]乳腺癌手术，一定要做腋下淋巴检查](#)

[不想接受的医疗8 \[乳腺癌\]乳腺癌早期，患者年龄超过50岁，](#)

[不想接受的医疗9 \[乳腺癌\]乳腺癌转移的患者，要进行单独药剂治疗](#)

[不想接受的医疗10 \[乳腺癌\]进行乳腺癌的温存疗法时，不要轻易做“IMRT”](#)

[不想接受的医疗11 \[宫颈癌\]30岁以下女性不需要做HPV检查](#)

[不想接受的医疗12 \[宫颈癌\]不轻易用棉棒做宫颈部细胞脱落检查（细胞](#)

诊查)

[不想接受的医疗13 \[宫颈癌\]有过宫颈癌经历的人，不要轻易做阴道镜检查](#)

[不想接受的医疗14 \[卵巢癌\]健康的女性不要做卵巢癌的检查](#)

[不想接受的医疗15 \[肺癌\]肺癌的CT检查不要超越指南频繁进行](#)

[不想接受的医疗16 \[肺癌\]早期的肺癌不需要做脑部转移检查](#)

[不想接受的医疗17 \[大肠癌\]大肠癌的内视镜检查10年1次已足够](#)

[不想接受的医疗18 \[癌症治疗\]要慎重使用靶向药](#)

[不想接受的医疗19 \[癌症治疗\]治疗之前要做治疗计划](#)

[不想接受的医疗20 \[癌症治疗\]不要突然间就做手术](#)

[不想接受的医疗21 \[癌症治疗\]不要轻易把烈性止吐药和化疗药物一起使用](#)

[不想接受的医疗22 \[放疗\]癌症转移的放疗次数要尽可能地控制](#)

[不想接受的医疗23 \[癌症检查\]癌症检查尽量不做PET、CT等检查](#)

[不想接受的医疗24 \[癌症筛查\]寿命不到10年的人，不用做癌症筛查](#)

**【癌症以外的病症】**

[不想接受的医疗25 \[检查\]不要做没意义的X线胸片](#)

[不想接受的医疗26 \[检查\]轻度头外伤不做CT检查](#)

[不想接受的医疗27 \[儿科\]感冒时不要用抗生素](#)

[不想接受的医疗28 \[儿科\]发热而造成的痉挛不要做影像检查](#)

[不想接受的医疗29 \[儿科\]腹痛不要胡乱做CT检查](#)

[不想接受的医疗30 \[儿科\]孩子阑尾炎时不做CT检查](#)

[不想接受的医疗31 \[儿科\]男孩睾丸下降不全时，不做超声波检查](#)

[不想接受的医疗32 \[糖尿病\]糖尿病不要用动态胰岛素测量法管理血糖值](#)

[不想接受的医疗33 \[糖尿病\]高龄患者，糖化血红蛋白A1c为7.5%左右就可以](#)

[不想接受的医疗34 \[糖尿病\]II型糖尿病，每天不要多次测量血糖值](#)

[不想接受的医疗35 \[外科\]腰痛时，在症状出现6周以内不用做影像检查](#)

[不想接受的医疗36 \[外科\]腰扭伤时，不要直接做X射线检查](#)

[不想接受的医疗37 \[外科\]正因为腰痛才不要休养](#)

[不想接受的医疗38 \[外科\]风湿疼痛时，不要轻易做MRI](#)

[不想接受的医疗39 \[外科\]风湿疼痛时，不要直接就使用生物药品](#)

[不想接受的医疗40 \[外科\]不要轻易做抗核抗体（抗核酸抗原抗体）检查](#)

[不想接受的医疗41 \[外科\]骨质疏松的DEXA检查10年做1次即可](#)

[不想接受的医疗42 \[外科\]氨基葡萄糖、软骨素对变形性膝关节病无效](#)

[不想接受的医疗43 \[外科\]变形性膝关节病不要做关节腔内清洗](#)

[不想接受的医疗44 \[外科\]变形性膝关节病鞋内垫鞋垫只是临时性的缓解](#)

[不想接受的医疗45 \[妇产科\]就取个避孕药，没必要做阴道检查](#)

[不想接受的医疗46 \[妇产科\]未到预产期，不要进行催生、剖腹产手术](#)

[不想接受的医疗47 \[妇产科\]即使到了预产期，基本上也不要做阵痛催生](#)

[不想接受的医疗48 \[妇产科\]不要为了决定是否做流产，而去做NIPT](#)

[不想接受的医疗49 \[妇产科\]即使怀了双胞胎，也不要缝合子宫颈](#)

[不想接受的医疗50 \[泌尿科\]要做慢性人工透析，需要与相关人员达成共识](#)

[不想接受的医疗51 \[泌尿科\]在睾丸素正常的ED内补充睾丸素没有意义](#)

[不想接受的医疗52 \[消化科\]插胃管对于痴呆患者没意义](#)

[不想接受的医疗53 \[消化科\]反流性食道炎不要轻易用药](#)

[不想接受的医疗54 \[消化科\]不要反复在巴雷特食管内做检查](#)

[不想接受的医疗55 \[消化科\]神经性胃溃疡不用吃药](#)

[不想接受的医疗56 \[呼吸科\]哮喘诊断请使用肺功能测定](#)

[不想接受的医疗57 \[呼吸科\]不是重症哮喘或是支气管炎，就不要做胸片检查](#)

[不想接受的医疗58 \[呼吸科\]不要给支气管炎的孩子用支气管扩张药物](#)

[不想接受的医疗59 \[呼吸科\]对于没有进行吸氧的急性呼吸道疾病的孩](#)  
[子，](#)

[不想接受的医疗60 \[呼吸科\]对于不满2周岁的轻度下呼吸道感染的孩](#)

子，

[不想接受的医疗61 \[呼吸科\]不要胡乱在家持续吸氧](#)

[不想接受的医疗62 \[过敏\]过敏检查避免做非特异性的IgE或IgG检查](#)

[不想接受的医疗63 \[精神科\]精神病药物不要轻易开处方](#)

[不想接受的医疗64 \[精神科\]不要轻易同时使用2种以上精神病药物](#)

[不想接受的医疗65 \[精神科\]孩子不是精神病患者，就不要用精神病药物](#)

[不想接受的医疗66 \[精神科\]睡不着觉，不要轻易做睡眠检查](#)

[不想接受的医疗67 \[精神科\]失眠症治疗初期不要使用精神病药物](#)

[不想接受的医疗68 \[脑神经\]不是重症的头痛不要做影像检查](#)

[不想接受的医疗69 \[脑神经\]头痛不要测脑电波](#)

[不想接受的医疗70 \[脑神经\]头痛不要长久服用药店卖的药](#)

[不想接受的医疗71 \[脑神经\]不到最后关头，不要服用鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药](#)

[不想接受的医疗72 \[脑神经\]一次晕倒，不要做脑CT、MRT等检查](#)

[不想接受的医疗73 \[脑神经\]即使晕倒，也不要做颈动脉影像检查](#)

[不想接受的医疗74 \[脑神经\]检查痴呆，做PET时，要让专家先诊断](#)

[不想接受的医疗75 \[脑神经\]对痴呆患者不要无计划地使用胆碱酯抑制药物](#)

[不想接受的医疗76 \[脑神经\]即使痴呆症患者有精神异常的症状，也要慎重使用抗精神病药物](#)

[不想接受的医疗77 \[皮肤科\]诊断荨麻疹时，不可以轻易做检查](#)

[不想接受的医疗78 \[皮肤科\]甲癣几乎都不需服用口服药](#)

[不想接受的医疗79 \[皮肤科\]特异性皮炎只要没确诊是细菌感染，](#)

[不想接受的医疗80 \[皮肤科\]在手术创口上不要用抗生素](#)

[不想接受的医疗81 \[眼科\]没什么眼科疾病的症状不要轻易进行影像检查](#)

[不想接受的医疗82 \[眼科\]孩子的眼科体检时，不要每年都进行眼底和眼压检查](#)

[不想接受的医疗83 \[眼科\]孩子不要使用度数低的读书眼镜](#)

[不想接受的医疗84 \[眼科\]红眼病禁止服用抗菌药](#)

[不想接受的医疗85 \[眼科\]玻璃体腔注射前不需要用抗生素](#)

[不想接受的医疗86 \[眼科\]干眼症没必要进行泪管栓塞术](#)

[不想接受的医疗87 \[耳鼻喉科\]急性副鼻窦炎如果症状比较轻就不需要进行影像检查](#)

[不想接受的医疗88 \[耳鼻喉科\]急性副鼻窦炎不要乱用抗生素](#)

[不想接受的医疗89 \[耳鼻喉科\]中耳炎、外耳炎不要吃抗菌药](#)

[不想接受的医疗90 \[耳鼻喉科\]突发性耳聋不用进行头部、脑部CT检查](#)

[不想接受的医疗91 \[营养剂\]营养剂在保持健康方面不起作用](#)

[不想接受的医疗92 \[循环系统\]进行心脏影像检查时，要尽可能避免被放射线照射](#)

[不想接受的医疗93 \[循环系统\]注意不要进行没必要的心脏检查](#)

[不想接受的医疗94 \[循环系统\]降低低密度胆固醇的药物对高龄者不起作用](#)

[不想接受的医疗95 \[循环系统\]没有症状的颈动脉狭窄不用在意](#)

[不想接受的医疗96 \[循环系统\]避免使用植入型心律转复除颤器（ICD）](#)

[不想接受的医疗97 \[循环系统\]没有症状的心房性颤动不要使用人工起搏器](#)

[不想接受的医疗98 \[循环系统\]即使是血管比较细小的患者发生心梗时，对没有堵塞的血管也不要进行治疗](#)

[不想接受的医疗99 \[循环系统\]能用药物进行治疗的心房颤动，就不要使用心肌导管术](#)

[不想接受的医疗100 \[循环系统\]当中心静脉不需要导管术时，应立刻停止](#)

### [第三篇 赶走“过度医疗”](#)

[在日本（或中国）也开展了消除无效医疗的行动吗？实践中阻挡在医生、患者面前的障碍](#)

[对专业学会设定的基准值要说NO 医保患者应该在医疗费增长前行动起来](#)

[来](#)

[后记](#)

[本书中提到的医疗网络，网络信息大公开](#)

[索引](#)



# 译者序

生病时，很迷茫不知道要去医院的哪个科；看病时，稀里糊涂做了一堆检查；体检时，被大夫的一句需要做手术吓得心惊肉跳——这些经历你可曾有过？

说说我自己的一次经历，5岁的女儿从幼儿园放学回来，呕吐、肚子疼，爸爸赶紧带着孩子去了儿童医院，结果医生从验血、B超、一直到脑CT，一晚上5个小时花了3000多元的检查费用，最后的诊断结果是：回家继续观察。第二天孩子一切正常，一点生病的迹象没有。我特别不解，既然没有什么问题，为什么前一天要做那么多检查，最不可思议的是几岁的孩子竟然让做了一次脑CT。自那以后，我一直对医院的诊断半信半疑，开始自己自学医学知识，看一些医学书。可毕竟是门外汉，一旦家人生病时，面对医生开出的检查单子，总是很迷茫，不知道到底该不该做。因为很少有医生会给你解释为什么要做检查，做与不做有什么不同。相信很多人和我有过同样的经历吧。

这次得知上海交通大学出版社引进的《100种过度医疗大公开》一书，我欣然接受了翻译任务。首先，该书的作者具有医学专业知识且多年从事医学相关采访工作，更重要的一点是作者并不是医生，而是站在患者的角度，告诉我们医学的真相。其次，该书提出的各项过度医疗项目，是美国医学界多年实践的总结，也是日本医学界认可的项目，同时也适用于中国的医学界。另外，在翻译的过程中，我作为医学界的门外汉，学到了很多医疗常识，知道了看病时哪些检查该做，哪些检查不该做。这本书通俗易懂地讲解了日常健康检查，普通病症，重大病症时需要做的检查，以及完全没有必要的过度检查。看了这本书后，相信你一定可以对医生开具的检查单子做出甄别，可以大胆地对过度医疗Say No。

# 前言

首先自我介绍一下。我在东京大学学习动物医学专业。越深入了解动物医学，我就越发开始思索人类医学。站在动物医疗的角度俯瞰人类医疗，会发现动物医疗可以为人类医疗的改善做出很多贡献。学习动物医学的同时，我开始思索人类医疗的缺陷，更具体点说是人类医疗中存在过度医疗的现象。

大学毕业后，与其说做与动物医学相关的工作，我更想通过提供信息的形式为社会做贡献，所以开始在一家大型出版社工作，担任记者，以此为契机我开始从事和人类医疗有关的工作。

然后过了十几年，由于自己曾经置身于动物医学领域中，所以感觉肆意地去迎合医师的记者比较多，从积极的意义上说我是这些记者中能从客观的角度审视人类医疗的人。我让我的立场发挥了较好的作用，今后也想继续发挥。

家人、朋友、熟人深知我所处的立场，不知是由于“并不是医生”，还是由于“正因为不是医生（才好开口）”，很多人开始找我咨询病情。

最近，有人问我“检查出了体内有癌症，应该接受什么样的治疗？”由于我不是医生，只能提供一些参考信息，不过总感觉最近这样的咨询有所增加。

例如，“得了大肠癌，做了腹部切除手术，真的有必要切除腹部吗？”“腰痛，做了背骨切除手术。但口服药或者贴些膏药观察观察不行吗？”“前列腺癌检查是阳性，然后做了前列腺穿刺的精密检查。但还是不大放心。”“乳腺癌放射检查的钼靶检查结果为阳性，做了乳腺穿刺的精密检查。有可能会是癌症吗？”

像这样关系到生命安危的病症对于个人来说至关重要。这种情况下

多数患者都会处于极其糟糕的境地。此时，他们一定都会想到“要做有意义的检查”、“一定要治愈”。

可是，看看现实，患者就像是迷路的羔羊。到底哪个是有意义的检查，哪个是有意义的治疗，我们并没有充分的资料来作出判断。

医疗的世界里，夹杂着惯例、金钱、名誉等各种各样的事情，有关医疗的正确信息有时很难了解到，甚至有时还找不到正确的信息。换句话说，医疗的世界里存在着诸多浪费，而且这些浪费依然不为人所知。我出版这本书的愿望就是要打破这样的现状。

我想给那些希望“要接受有意义的检查”、“一定要把病治好”的人提供能让他们做出正确选择的信息。而且，我想促进医疗机构改革，促使他们加大力度公开医疗信息，作为一个建言者，我将在本书里详细阐述到底是什么才是“真正该接受的医疗”，什么才是“坚决不该接受的过度医疗”。

## “STAP轰动”后日本国民的变化

最近，我感觉对关心医疗，或者说是医疗不放心、不满的人增加了。现在我们看一下其背景。

2014年4月发生了一件颠覆医学常识的事情。日本医师学会独自发表了作为健康基准值的血压、血糖、胆固醇的检查基准。以前日本高血压学会、日本糖尿病学会等专业学术机构都是依据科学的根据制定这些基准的。这次事件的特点是非专业学会完全无视专业学会的观点。

比如，2014年日本高血压学会高血压治疗手册指出，如果是高血压的话，基准值收缩压（上限血压）在140mmHg以上，舒张压（下限血压）在90mmHg以上就认定为高血压。而且上限血压值在130~139，下限血压值在85~89，视为正常血压，但需要注意观察。

可是，日本健康体检学会从体检中提取了被认为健康的1万5千人的

数据，其数据显示，上限值147以内，下限值为94以内的人有可能被认为是健康人群。以前被诊断为高血压的人有可能是健康的人，那么人们不禁要问“我以前服用的药到底是为了什么？”“原来的治疗有意义吗？”“本来是不需要治疗的吧？”“147/94左右的人，没必要接受治疗吧”。

之所以会有这些疑问，其原因在本书的最后会有叙述，这里先讨论一下大家对此事高度关心的问题。我有机会在周刊杂志的企划上提出了上述问题，结果登载的那期周刊杂志创造了销售记录，可以说是几年才有一次的销售记录，此后报纸、杂志、电视都一起开始追问这些问题，我饶有兴趣地旁观着报纸、杂志、电视的动向。

2014年，人们纷纷议论STAP细胞（新型万能细胞）问题。尽管与其他人震惊的重点不同，但其实我也很吃惊。所谓重点不同，是指我并不是和媒体一样，只关注“理科女的重大发现”、“无端引用他人论文、数据”这些。

我感兴趣的是，国民们为什么如此关心专业性这么高的学术医疗信息，为什么这么关心这些问题所产生的背景。我吃惊地意识到原来人们是那么的关注医疗。

STAP细胞是大家耳熟能详的词语吧。可是再仔细冷静地想想，这可是医学领域里，尤其是专业的再生医疗中最前沿的话题。这个话题即使人们避而不谈，也不足为奇。看起来像是热衷于iPS细胞的话题，但其背景是国民们对医疗的强烈关注。因此，全日本都非常关注iPS细胞问题，所以才会有那么强烈的批判。

在这两件事面前，人们似乎过于夸大了事实。回顾2014年，这一年正是日本人对医疗最关心的一年，这一年日本人对医疗的认识也步入了一个新阶段。

重新审视一下数据，医疗的确是我们很多人生活中的话题，也是大家最关心的事情。首先可以说一个事实是现在生病的人增加了。大家看看日本厚生劳动省的“患者调查”，就一目了然了。

2002年每天的患者数为7929000人（调查的是1天的患者数量，包含住院患者和门诊患者），而最近的调查2011年每天的患者数增加了8.5%，为8601500人。再看看具体的数据，2002年癌症患者大约为346500人，而2011年则是369900人；糖尿病患者也由219900人变为232400人；肌肉和骨骼类的疾病患者由953600人变为1064900人。

如果我们本身是健康的，那么谁都不想和医疗有任何关系，也不会关注医疗。可是一旦自己或者家里人生病的话，就不得不面对这些不曾关注过的医疗问题了。

而且，大家当然也对医疗有很多不满意的地方。疾病就在我们身边，回顾最近的十多年，2001年东京女子医科大学的医疗事故以及对于医疗事故的隐瞒等，导致了人们对医疗的不信任。

2001年以后，电视等媒体大肆宣扬对医疗的不信任。2004年山崎丰子以医疗事故为主题的作品《白色巨塔》，被富士电视台拍成了电视剧，并创造了25年来的收视高峰，之所以收视率这么高，是因为电视剧中反映了人们对医疗的不安和不满。2004年医疗诉讼案件也超越了其后的几年，迎来了一个高峰。

2011年厚生劳动省的“就诊调查”数据中，对医疗不满的人上升到31%。本来为大多数日本人信任的日本医疗，现在越来越不被大家认可。

人们开始关注医疗，这也成为左右日本经济的一大要素，因此倍受社会关注。

最近十多年，也是日本经济接受考验的时候。日本的GDP（国内生

产总值)在2000年前后处于停滞状态。一般家庭的收入水平也一直停留在原来的水平上,没有增长。

无论是谁,都感觉到医疗保险、看护保险负担较重。当然这10年来,患者数量在增加,医疗的相关支出也在增加。正因为要从较紧张的医疗保障费用中支出医疗费用,所以我们自然就更需要把钱花在有意义的诊断和治疗上。我们有理由去严格地审视医疗,没有任何理由去放纵医疗。

或许是因为媒体过多地提起医疗和金钱之间的关系。2011年日本国民医疗费用是38兆5850亿日元,相当于国家整体预算的40%。目前很多企业也开始致力于保健事业,和此有关的话题也充斥了报纸的版面。STAP细胞问题正是在人们对医疗高度关注的形势下,适时地拨动了人们的心弦。

其实或许日本国内并不太知晓,在对医疗严格审视的形势下,美国已经开始了一个新的举动。这个举动给我们这些对过度医疗感到不满、追求有效医疗的人们带来了福音。在我们阐述这个新的举动之前,先说说目前医疗信息的现状。

### 处于信息混杂中的患者们

在与病人和病人家属的交流中,我惊讶地发现病人及其家属们都阅读着网络上的疾病信息。

如果是在以前,人们一旦生病了,就去书店或者图书馆找几本浅显的入门书,或者翻翻难懂的专业书。可是现在不一样了,有很多博客等信息手段。在网上一检索,就可以搜集到世界各地的专业信息。

事实上,维基百科的信息也可以参考,SNS(综合网络服务)也很普及,在网络上一提问,就会有人回答。当然利用家人、朋友、熟人等朋友圈,也可以获得准确度较高的信息。了解医疗信息的窗口不只是医

疗机构。现在，即使说医疗信息窗口就在我们触手可及的地方也不为过，这一点和以前大不相同。

不过，信息充实反而也让人们感到混乱。

最近有一个从事与糖尿病和高血压相关医疗的50多岁的医生，给我讲了这样的一段话。

来就诊的患者们摸不着头脑。虽然大家在网络上查了很多信息，但是由于医疗信息很难理解，所以他们还是搞不懂。就好像去唱卡拉OK，曲目太多，搞不清楚该唱哪首歌。

网络医疗信息充斥，患者们无法消化理解。不再像以前那样，只要掌握几个主要信息就可以了。最终伤害患者的不是医疗诉讼，而是混乱的网络信息。所以我们需要把患者从混乱中解救出来。

在这种形势下，美国最近有了一个新的举动。其主要内容就是医疗界率先站出来，制作医疗指南。

以美国内科专家认定财团（ABIM Foundation，ABIM财团）为中心，美国医学会中71家学会计划逐步公布“过度医疗明细”，到2013年已经有50家学会公布了“过度医疗”明细。此项活动命名为“Choosing Wisely”，即“聪明的选择”。

列举的问题范围广泛，从普通的问题到专业性很强的问题都涵盖在内。比如：

“医生给孩子开了感冒药，大概要1000日元左右，这个钱有必要花吗？”

“去医院看看，结果就让做CT检查，花了将近1万日元，真想不通”。

“每次去那个诊所，都要求要听力精密检查。钱花得我真心疼”等。

美国的这项活动从正面回答了上述医疗问题，详细列举出没有必要进行的检查项目。

自从2012年开始了此项活动，全美大概80%的医生通过医师学会等参与到了活动中，所以实际上这是一次举国上下进行的活动。被列为“不推荐的医疗行为”已经达到250件之多。

本书从美国“Choosing Wisely”中，提取和我们生活关系密切的医疗行为进行整理，并介绍其中的100项。

本书的第二部分如果没有特殊说明，都是根据“Choosing Wisely”的提议整理的。即使自身没有得过类似的病症，能够了解一些相关的信息也是有好处的。有的地方如果列举了文献，那么那些地方就是依照文献的内容进行更为深入的阐述。

另外，这里要事先说明，随着以后研究的深入，有可能有些医疗行为会由“推荐行为”变成“不被推荐行为”，或者由“不被推荐行为”变成“推荐行为”。医学的发展日新月异，所以请大家理解，至少本书中提及的是现阶段美国医师学会发表的最佳方案。

另外，书中的专业术语尽可能做到通俗易懂、附带说明的形式。让那些对医疗不熟悉的人们也能理解医疗的真实情况。

请大家为自己、为家人，一定要看看本书，参考本书的内容。



# 第一篇 这样的医疗治不好病

不断膨胀的医疗费让国家财政越来越吃紧，

可过度医疗却丝毫没有减少。

为什么医疗浪费肆意蔓延，

其背景是什么？

让我们站在患者和医生的角度来进行审视。

# 这些医疗真的有必要吗？导致医疗过度的5大原因

“不能完全交给医生。听从医生的，可是却不知道为什么就手术了。我反对进行不必要的化疗。”“要好好研究自己的病情，反复斟酌，进行最佳治疗。”

上述这些话是2014年春天，在一则有关日本女演员川岛NAO美的报道中提到的，川岛患有肝内胆管癌症。川岛本人把日常治疗、想法等都写在了“NAOHAN风和日丽”的博客中，文中提到不知道该接受什么样的治疗，很苦恼。

肝内胆管癌的诊断精度问题是一大课题

正如2012年的肝脏医疗报告中所阐述的那样，肝内胆管癌的诊断即使对于医生们来说也很难，患者要得出答案当然更加困难。川岛的博客中提到即使再难也要找到答案，恐怕全国各地的患者们都有这种想法吧。

好多患者都有下列疑问：“这样的检查和治疗有必要吗？”针对这样的疑问，医疗机构应该准确地、通俗易懂地给患者进行解释，告诉患者为什么有必要进行检查和治疗。如今，社会越来越需要这样的解释。

接下来，我们先一边回顾一下以前采访的患者们的经历，一边归纳一下目前患者们所面临的问题。以下我准备从癌症、心脏病、精神病症、检查、临终关怀等实例，来研究一下患者们对医疗的需求、无法满足患者需求的医疗机构的工作人员，以及日本医疗方面的课题。

另外，需要说明的是，为了保护个人隐私，下列部分信息笔者做了修改。

实例1 是做开腹手术，还是做腹腔镜微创手术，医生意见有分歧，患者被混乱的信息折腾得忽左忽右

即将要到70岁的南野博（为保护个人隐私，这里用的是化名），一直在公司工作到退休，可是2013年却突然检查出得了胃癌。

检查结果是癌症，让南野很吃惊。可是更让他吃惊的是医院突然让他在指定时间去手术。“手术室现在没有空的时间进行手术，2周以后可以预约手术。”

2周后.....

医生还给南野解释了平常没听过的“腹腔镜”微创手术方法，即使用“腹腔镜”对胃进行部分切除。可是不管南野怎么听，也是半懂不懂的。是不是好多癌症患者都经历过南野这样的恐惧？

首先，南野相信医生，不过在和家人商量如何治疗时，南野渐渐动摇了。

一方面正因为想方设法想要治好胃癌，才不能轻易做出决定。另一方面，却很难判断出检查和治疗的价值。南野面临着艰难的抉择。

日本平均每年有10万人罹患胃癌，胃癌是日本人得的最多的癌症。

虽说胃癌是一种常见的癌症，可是对于平时几乎很少接触医疗信息的患者们来说，它却太难理解了。

医生对南野说“如果对治疗不放心的话，可以去咨询其他医生（第二医疗机构）”。也就是去其他医疗机构，听听另一个医生的建议。

南野女儿事后这样说道：“去其他医疗机构，从好的方面说，是遵从患者的意愿，可是不好的一面是给外行的患者和家属增加了负担。按医生说的去治疗或许更轻松一些，但事实并不是那样”。把判断的权利

推给了患者，更让患者苦恼。

南野和家人一边苦恼着，一边不得不开始学习什么是胃癌，如何治疗。

接着医生告诉了他们一般情况下治疗胃癌的方案，患者连初级内容都很难理解，更别提如何选择方案了。

腹腔镜目前属于“医疗尝试阶段”。

首先，胃癌早期可以从口腔插进内视镜，也就是利用胃镜进行手术。利用内视镜的软管内的手术器械，切除病变部位、进行缝合等。

南野的情况是，病情已经恶化到不能用内视镜进行手术的阶段了。病变部位在胃粘膜上，还可以使用内视镜，如果癌症扩展到黏膜外侧，就需要开腹，从外侧切掉腹腔壁、胃壁。

南野需要选择用“开腹”还是“腹腔镜”手术来切掉病变部位。

开腹手术，是一种传统的手术，大幅度切开腹部，把有癌症的胃切除掉。一般都认为这种方法比较可靠。

而腹腔镜手术不需要大幅度切开腹部，只需要切个孔，把手术器械插进去进行手术。用细长的器械切掉病变部位，进行缝合。腹腔壁切除范围小，病痛小，术后恢复快。

此外，在进行胃癌切除手术前，还需要选择切除的胃的大小范围。选择项有“全切”和“部分切除”。全切的话，完全剔除癌症，可靠性比较高，部分切除的话，术后可以保留胃的功能，营养吸收较好。

全切还是部分切除要看癌症的发展程度，需要医生准确判断癌症的发展。要准确判断，也会有一定的风险。

南野和家人侃侃而谈，相互商量。家人很不安，在网络上检索，但也没弄明白。他们朦朦胧胧地却很意外地弄明白了一点：“医生们的世

界里，到底哪个是最好的，至今没有结论”。

最后，南野去了其他的癌症专科医院，进行了第二次检查。然后，他没有在这家医院接受腹腔镜手术，而是进行了开腹的部分摘除手术。

确实，应该开腹手术，还是应该用腹腔镜手术，医学界还没有明确的结论。比如，2014年神奈川县立癌症研究中心提出，从患者的负担、营养方面来看，两种手术没有差异。腹腔镜本该是术后负担轻，但事实结果很出乎意料，并非如此。这也是世界上还需持续研究验证的一大难题。

不过，开腹手术好，还是腹腔镜好，在医学界还没有明确的结论，一般老百姓并不知晓。日本胃癌学术研讨会的指南上，也说腹腔镜手术还是处于“尝试阶段的疗法”。

采用新技术的医生们希望把腹腔镜手术作为标准手术方式，但目前这种手术方式还没有得到普遍的认可。

南野的情况也出乎意料。执刀医生开腹后，发现癌症有所扩散，所以最后改变治疗方针，把胃全部切除了。也就是“通过开腹手术，把胃全部摘除”。这个结果和第一家医院的治疗方针正好相反。

正如南野的这个事例，一旦被确诊为癌症，患者会面临艰难的抉择。不仅是胃癌，其他的癌症手术也面临着同样的选择。大肠癌、食道癌、子宫癌、胰腺癌、前列腺癌等都是如此。

用腹腔镜手术，还是用开腹手术？全部切除，还是部分切除？以后还会陆续出现被这些问题所困扰的人们吧。

**实例2 Brugada**综合征的人们越检查越倍感不安！说明不够详细，混乱之极！

接下来说说心脏病的实例。这是患有Brugada综合征的James（化

名)的真实经历，**Brugada**综合征是一种会引发猝死的遗传性心颤。

**James**是在东京都一家企业工作的美国人。体检的时候，曾经有医生说他的心电图有点儿异常，但没有什么大问题。

2013年春天，他感觉心脏强烈跳动，有点担心，就去了东京都的一家医疗机构进行了检查。结果诊断说是“**Brugada**综合征”，**James**以前从未听说过有这样的病症。

医生让他佩戴24小时动态心电图记录仪，3个月后再次进行检查，当时医生说也许是“**Brugada**综合征”。不过，没有确诊，而只是说有可能是“**Brugada**综合征”，这对于**James**来说，太糟糕了。像这样被告知得了个可怕的病症，还搞不清楚状况，一直苦恼着的，除了**James**以外还有其他人吧。现如今，好多情况下，患者都不可能靠自己查找去发现真实的信息。

最开始检查时，**James**问了一些关于病情的问题，后来我问他当时的情况，他说无论肉体上还是精神上都相当痛苦。痛苦的原因是医疗机构没有充分地和他说明病情诊断的根据、病情的背景。

**James**在网络中埋头搜索信息。然后看到了“一种原因不明的遗传性心颤，会引发突发性猝死”的信息时，他更加不安了。

在网上继续搜索，查到为了防止猝死必须要进行手术，在体内植入一种消除心脏病发作的电子装置。**James**从来没有经历过突然间要面临死亡的危险，而且又不在自己的祖国，而是在异国他乡的日本，毫无准备地就陷入了必须要进行手术的境地。

“莫名其妙”。既没确诊，也没确定治疗的方案。不安的情绪日益加剧，没有任何能消除不安的信息。

更糟糕的是，自第一次检查1个月后，在日常锻炼慢跑的时候，**James**突然昏倒了。救护车把他送到了急诊，可是诊断的结果依然是原

因不明。“Brugada综合征”会突然间死去，这种恐惧的念头愈加强烈。

即使普通的感冒，头痛、咳嗽，James都会怀疑自己是不是“Brugada综合征”，感到呼吸短促、指尖有轻微的麻木，连手心出冷汗都会担心。

就这样James变得疑神疑鬼，所以那段时间他去了几个医疗机构。如果第一次检查的时候，有个详细的解释，他也没有必要再接受检查。

多个医疗机构的检查都是“没有异常”

之后，James去了头痛外科、内科、心内科等，努力一点点地排除问题。也进行了大脑的检查，诊断结果也是“没有问题”。James自己认为自己有问题，所以越检查反倒越不安。

坏消息不断。最开始诊断说是“Brugada综合征”的医生，半年后又一次说有可能是“Brugada综合征”。当时，听说有一种给心脏血管用药，看心脏反应的“药物反应”的方法，所以James就去问了医生，结果医生认为没有必要进行。

最后，还是在其他医疗机构进行了看心脏反应的“药物反应”检查法，这次这个新的医生说“不是Brugada综合征”。然后他又去了第一个医生那里，给他看了检查的数据，结果第一个医生也认为“不是Brugada综合征”。

那么这一系列的检查到底为了什么？如果曾经有过同样经验的人们，即使不这么苦恼，也会有一种徒劳的感觉吧？无论是患者，还是医疗机构，都会感到这些花费、不安都是徒劳无功的。

无法获得正确的信息，这是最近一些疑难杂症比较明显的问题。

此次，令James很苦恼的“Brugada综合征”是20世纪90年代发现的新型疾病。最近呈现类似心电图的患者被称为“特发Brugada征样心电图改

变”，可是即使是研究者们也在不断地研究如何对两者进行区分。即使是医生，对于没有结论或从未接触过的问题，也无法应付。

这次的事情，就好像医疗机构和患者之间都拿着一副彼此看不到的扑克牌。医疗机构不给患者看自己手中的牌，只一味地解释，患者却是很想看清楚对方手中的牌。其结果是徒增误解和混乱、徒增彼此的互不信任而已。像这样，医疗上还未研究清楚的事实也是造成医疗过度的一大原因。

**实例3** 已经不存在“阿斯伯格综合征”由于相关人员的疑惑，而导致了病患的增加

有人说“病患是人们人工创造出来的”。最近在精神病领域就有这样的批判。很多人被精神病患折磨着，可是其中也隐藏着好多不清楚的地方。

举个例子，2000年的时候，曾经有个叫做“阿斯伯格综合征”的病。或许有人知道，著名的音乐家莫扎特就得了这个病。这曾经是大家所关注的病症，可是为世人所参照的美国的诊断标准中却没有这个病。

虽说病名没有了，可是还是曾经有人找我商量说“我们家的孩子可能是阿斯伯格综合征”。一个叫做川上（化名）的孩子就是这种情况。

川上有很高的智商，可是却不善于和人交往，这就是“阿斯伯格综合征”的典型特征。

我对他父母说“现在已经没有这个病名了。这种病名已经从世界医师通用的美国诊断标准中消失了。”他们非常吃惊。

“阿斯伯格综合征”病名是在2013年美国精神医学会制作DSM（精神障碍诊断与统计指南）诊断标准时被删除的。不过好多人都不知道这个病名被删除了，其实它被包含在“泛自闭症障碍”这个病名中。当然，有必要考虑是不是“泛自闭症障碍”，不过令好多人吃惊的是一直以为自己



得了的疾病却消失了。疾病真的会消失吗？

我其实以前就觉得“阿斯伯格综合征”有问题。其最大的原因是一直不明确“阿斯伯格综合征”到底是不是疾病，标准也是模模糊糊的。国外的专业报告中也指出“阿斯伯格综合征”因人而异其特征也各不相同。既然问题的症结不明确，就不能称之为问题，当然也没办法解决。

“阿斯伯格综合征”是精神疾病领域中一个典型的例子，名字变了，病症也存在模糊的地方。

为什么这么说，是因为除了美国精神医学会DSM之外，世界卫生组织（WHO）修正ICD（国际疾病分类）诊断标准时，也把病情的内容做了修正。虽然DSM中没有了“阿斯伯格综合征”这种病，但是修正后的DSM中又多了100多种新的精神疾病。

### 医疗行业故意造出新的疾病

精神疾病之所以有一些模糊的地方，是因为不能进行血液检查、影像检查等。

世界上，至今依然不能实现用客观的数据来对精神疾病进行诊断。正常的情感和忧郁之间的界限依然不明确。诊断精神疾病时，有没有症状，要依靠医生的知识和经验，不管怎么说都有一定的主观性。即使是同一个患者，医生不同，诊断的结果也会有所不同。

当然，其中也会有相关人员以及团体行使权力的余地。

“疾病宣传”这个词大家知道吧。靠卖药品，或者做检查获得利益的个人以及团体，他们为了获得最大利益，胡乱地想扩大符合病情条件的患者，也就是说“创造新的疾病”。

比如，扩大抑郁症的释义，那么诊断疏忽的话就有可能给有抑郁症状的患者用一些不该用的药。2013年DSM修正的时候，就提出以前有

自杀倾向的人有可能被诊断为抑郁症患者，所以美国才会有连媒体都参与在内的制药企业阴谋论。自杀本来就是正常的感情变化，诊断为抑郁症的话，就是过度诊断。

如果给患者开处方药物的话，无论是制药企业还是医疗机构都会有利润。即使不是真正的抑郁症，那么药物也会有抵制抑郁症的效果。因此，本来应该是“对症下药，即有症状才给药”，现在就反倒成了“有药效才会有病症”这种不合常理的现象。谁能阻止这种制造病情的行为呢？抑郁症本来是大脑的病症，可是却没人注意到这点，都认为是暧昧的精神病症。这样草率的诊断其实我们一般人是不清楚的。

被诊断为“精神疾病”的话，没人会高兴吧？所以，如果胡乱地诊断为精神疾病，那么患者势必会不相信医生、医疗机构。最近，除了抑郁症以外，成人的狂躁型抑郁症，儿童的ADHD（注意力缺陷多动障碍）等方面也存在同样的问题。

厚生劳动省2013年公布的五大病患，除了癌症、脑溢血、急性心梗、糖尿病以外，又增加了精神疾病。从病患所带来的经济负担来说，精神疾病超越其他4种病症。据厚生劳动省的统计说，精神疾病的花费达到2兆7000亿日元。所以各个都道府县的地区保健规划，都要针对精神病患提出相应的措施。

不仅精神病患，其他的病症也潜在随意性。总之，如果对症状的基准进行修改，患者就会增加。比如把正常血压范围设定得低一些，原本血压正常的人也会变成高血压。这种修正病情基准，对其中一方有利的做法，在医疗界是有可能发生的。所以我们如果不增强对病情基准的意识，就有可能被欺骗。

正因为上述这些问题很重要，所以我想再次和大家探讨一下病情判定基准、病情不确定性的意义。

#### 实例4 CT检查、善意的背后却有恶意的阴影医疗机构逃避责任导致患者受辐射的风险加大

孩子碰了头，大哭起来。进行了CT检查，没有什么大问题，心放下来了。——这种事即使涉足医疗行业不深的人也会听说过吧。

不过在患者看来，进行CT检查完全是听从医生的建议而进行的医疗行为。

一位住在关东地区，上保育园的北山（化名）的父母给我说了这样一件事。孩子头碰得很厉害，立即去看急诊，结果就进行了CT检查。可是孩子哭闹，最后CT没做成，只进行了X透视检查，发现没什么问题。

回顾诊疗的过程，他父母很纳闷说：“刚开始是不是就没必要做CT？”

据放射线医学综合研究所说，进行一次CT检查，相当于受到5~30mSv辐射量。远远高于做一次X透视检查受到的0.06mSv辐射量。另外，2014年东京电力公布的福岛第一核电站工作人员受到的辐射量在2013年12月最高值为10mSv。可以说CT检查可以和福岛核电站工作人员受到的辐射相比。

放射线医学综合研究所也说，做一次CT检查对健康的影响，科学上并不太清楚，但可以推测不会比吸烟以及病毒的风险高。虽然说是这么说，但还是挺令人担心。

日本CT检查比较盛行。虽然我们不清楚进行CT检查的次数，但是据目前的报告说，日本国内CT检查设备超过1万台，如此推测进行检查的次数会达到4000万次。日本做CT检查的次数是世界上比较高的。

我也经常听到类似北山的事例，大家都质疑真的有必要做CT吗？

正因为日本对于碰头、晕倒、头痛等症状动不动就做CT检查，所以每年做CT的次数才会达到4000万次。可是国外已经有研究论述了做CT的利弊，并说“最好不要做CT”。但一般大家都听不进去这种意见，让人觉得不可思议。

比较受关注的研究有2012年英国学者Mark.S.Spears发表的研究和2013年澳大利亚学者John.D.Matthews发表的研究。两个研究分别对18万、68万接受过CT检查的年轻人进行调查，研究他们患癌症的几率。

其结果是，英国的研究中，接受过CT检查的人患白血病、肿瘤的几率增加了3倍。虽然并不是频率最高的癌症，从绝对数量上看也比较少，但由于是前所未有的数据，所以倍受世界关注。而澳大利亚的研究也表明接受过CT检查的人患癌症的几率有所增加。

当然，任何一个研究都没有否定CT检查的意义。不过我们希望医疗机构不要胡乱进行CT检查，要有所节制。

我认为积极推进CT检查的原因，主要有3点：

其一是为了“以防万一”。通过参考CT检查图像，发现没有预料到的重症患者，回避因漏诊而带来的麻烦。从医疗机构来说，即使几乎没有脑出血的可能性，可万一要是的话，将会被追究责任。从患者的角度来说，做CT检查受辐射的风险较低，但万一要是没进行CT检查，有可能会漏掉重大问题，所以患者也不大会抵触CT检查。

其二是检查费用的问题。从医疗机构来说，进行CT检查，自然会带来利润。虽说有辐射的危险，但不一定会立刻产生致命性的问题。当然也就没有意识要阻止患者做CT检查。

其三是“无知”。最近CT检查会受到辐射的问题才被重视起来，如果本来就不认为CT检查会有风险，那么当然也没有理由拒绝检查。普通的人不知道还情有可原，但医疗机构确实不知道这些信息吗，目前我们

并不能确定。

每个医疗行为在带来利益的同时，也一定会存在风险。由于有费用支出问题，所以要从优点、风险两方面提供正确的信息。医疗本身就是一种善意行为。但即使是善意，也不能缄口不言。

Lancet. 2012; 380; 499-505

BMJ, 2013; 346f2360

J Radiol Prot, 2014; 34; E1

**实例5** 为什么持续给高龄患者插胃管？正因为是临终关怀，才容易产生医疗浪费

我以前曾经去过一家收留高龄患者的小医院，当时很吃惊。

那是对面临死亡的患者进行临终关怀的医护现场。人家带我看了好多高龄患者卧病在床的情景，或许我这么说有些不近常理，但真的让我有一种异样的感觉。

具体说起来，就是我亲眼目睹了插胃管的情形（胃管是在高龄患者的医疗现场令人比较苦恼的一个治疗方式）。所谓的插胃管，是指对于无法自行从口进食的患者，从肚脐开孔插入人工管道通到胃里，然后滴入营养液，进行营养补给的方法。说实话，我觉得既然都不能进食了，是不是就表明寿限将至了呢？

高龄患者卧在床上，其中很多人感觉像有意识又像没有意识。也就是说好多人患有老年痴呆，让人几乎感觉不到生机。其中也有每天没亲人来探访的病人。虽说感觉病人在用耳朵听着，但却不觉得能听到什么。

到了吃饭的时间，护士在推车上挂着几个袋子，调整营养液。营养液好像稠稠的酸奶。然后护士推着推车，运到各个病房，注入患者的胃

里。患者吸着这些营养液，维持着生命。营养补给的目的，就单纯是为了维持生命。所以如果说那个医疗机构的存在只是为了维持生命，也并不为过。

插胃管的问题，并不仅限于我去过的那家小医院，现在已经渐渐成为全国性的问题。日本医疗协会在2011年进行的调查推算说，在日本通过胃管补给营养的人，以高龄患者为主，现在已经高达26万人，也就是说大量患者靠胃管补给营养，度过余生。

患者自身已经失去了判断能力，是否插胃管要靠家人的判断。“患者本人真的希望即使插胃管也要生存吗？”“那样的状态还要让患者生存下去吗？”患者的家人每天都伴随着这样的烦恼，正因为有了这些家人，才有了那么多插胃管生存的高龄患者。

插胃管的高龄患者，如果曾经在大企业工作，或者是以前军人的家人，就更成问题了。只要患者本人活着，家人就能得到金钱利益。即使家人觉得应该拔下胃管，终结患者的生命，但也会纠结终结生命带来的利益损失。

而从医疗机构来说，正因为关系到社会问题，就更难作出正常判断了。如果医疗机构单方决定不插胃管，就容易出现以获取金钱为目的的纠纷。日本全国无论哪里都一定会有卷入纠纷的医生。像这样，无论患者家人一方，还是医疗机构，以至于高龄患者本身，都处于难以抉择的状况。

插胃管对于得了脑血管障碍疾病、年纪尚轻，却身体活动不自由的人是有效的。但另一方面，对于以延长高龄患者寿命为目的的做法很久以来一直就被认为是浪费。

即便如此，这种做法也依然在持续应用，只不过是因为谁都无法做抉择而已，可能患者也处于混乱之中吧。

2012年，日本老年医学会发表意见说，在临终关怀的治疗中，要考虑少用或停止使用胃管。当然，这并不是一个结论，而只是一个探索性意见，也没有说取消胃管。

患有老年痴呆，无法进行正常判断的高龄患者，就躺在医院的病床上一直接受胃管补给的营养液，这决不是大家所期望的。延缓死亡的问题最终靠医生、医疗机构来决定很难。必须由家人做出决断。

这是一个单纯的、脱离医学的问题，但因为这样的问题困扰，会导致医疗浪费。同样，临终关怀医疗中的透析、人工呼吸机等也容易出现相同的问题。

*Am j Gastroenterol. 2001; 96; 2556-2563.*

回顾一下上述给大家介绍的患者实例。在选择胃癌治疗方案时，患者很迷茫。心脏病之一的Brugada综合征也有同样的问题。

精神疾病由于精神领域所特有的疾病的暧昧性而存在问题。CT检查的例子中，检查会有辐射的风险，这一点医疗机构并没有告知患者。而高龄患者的医疗由于社会原因，即使认为是医疗浪费也在拖拖拉拉地进行着。

也就是说患者处于“暗箱”中，必须摸索着找到能够消除误解以及不安的方法。其寻找的过程中，进展不顺利的话，不满的情绪就会加剧，或许有时也会出现某种投诉医疗机构的行为。如果发展到极端程度，也会出现胡乱申诉的“恐怖患者”、“医闹”等。

虽说“恐怖患者”、“医闹”是医疗机构比较厌恶的，但实际上在哪儿出现都不足为奇。或许你会很意外，其实我们身边到处都有医疗机构和患者间冲突的导火索。

看看这些患者的实例，你会发现问题的根源在于患者和医疗机构之间的信息不对称。无论哪个例子，对应措施不够充分也是我们比较焦急

的事情。

当然，医疗机构的确有医疗机构的苦衷。下面我们就来看看医疗机构的情况。



# 为什么医疗浪费不能停止？无法为人所知的医疗机构内幕

回顾一下苦恼的患者们在医疗机构所经历的事情，或许你想说“医生、医疗机构对待患者很过分”。不过医疗机构本身也一定不想浪费医疗。那么为什么存在医疗浪费呢？

其原因有两点：一是医疗机构“知道做检查也没什么意义”或者“知道个大概却依然去做检查”；二是医疗机构“根本不知道”。

先考虑后者根本不知情的情况，这是因为没有及时进行知识更新。说“无知”或许会被认为荒谬，但是否无知其实是个程度问题，其实谁都未必能常常掌握最新信息，可是如果信息过于陈旧就算是“无知”了。

毋庸置疑，最重要的就是要进行知识更新。

当然知识更新是个重要的问题，医疗机构要完备信息体制，能轻松接收到信息。目前，日本医学会正在督促推进医生生涯教育、二次教育等体制的创建。虽说体制还不够完备，但的确需要进一步完善。

另一方面，医疗机构也有可能知道医疗没有意义却在进行。这个有些难办。或许你会说“不会有这种情况吧”，但实际上却有可能发生。其背后的元凶有两个，就是“追求利益”和“规避风险”。

## 做手术就能提高利益

医疗机构为了追求利益，而进行诱导，这是医疗机构的经营问题。如果患者越是进行检查医疗机构就越赚钱，越治疗就越盈利，那么为了提高销售额、增加利润，就会过度诊断，过度治疗。

提供什么样的医疗，如何进行医疗，是容易被经营所左右的。过度医疗，势必会导致医疗浪费。医疗体制的问题和个别检查、治疗略有不

同，我们看看日本诊疗报酬的趋势，就会知道经营利益影响医疗体制的事实。

2006年的诊疗报酬修订后，有一项医疗在全国范围内急剧增长。这是和某种病症短期住院的患者住院费用有关的事例。如果7个患者设置1个护士的话，住院费会每天新增15660日元。于是，本来只有4万个病床的地方，2014年竟然大大超乎预想变成了36万个病床。

或许你会认为患者接受奢侈的医疗会对其有好处。其实真实的一面却是由于过度医疗，患者身体上要承受不必要的精神负担，经费也不能回流到必要的检查和医疗项目上。正所谓“过犹不及”吧。

过度检查、治疗也有致患者死亡的事例。2013年，就曾有人指出在“末梢闭塞性动脉疾病（PAD）”的治疗上，存在过度医疗的问题。“末梢闭塞性动脉疾病（PAD）”是指从大腿到趾端的血管变窄。

在治疗PAD时，在患者血管内内置一种叫做“Stent”的管状金属网，从而使狭窄的血管变宽，可是这种治疗事故多发，日本血管外科学会的干部们披露：“不当的治疗有时会导致患者死亡”。

动脉硬化加剧，会导致脚部的血管变窄，血流迟缓。严重的情况，脚部会没有血流，导致皮肤、细胞坏死。最坏的情况，是要从脚部截肢。为了避免这种情况，人工扩展脚部血管的治疗在医疗上广泛应用。上述血管外科学会的医生们揭发，很多医疗机构对于没有症状的患者，也进行PAD治疗。

本来这种治疗是应该用于疼痛、无法走路的情况下。原本没有必要，却在血管内植入异物，导致有的患者病情恶化。后来，不断有患者向血管外科的医生们寻求帮助，可糟糕的是直到出现因过度治疗导致死亡的事例，才引起了医生们的关注。

为什么这样的医疗行为会层出不穷呢？我咨询了一下医疗一线的医

生们，他们说出现这样的血管治疗是由于其背后的医疗机构的经营问题导致的。有医生甚至说“只要增加手术，就会提高医院的效益”。

对PAD患者，进行一次血管治疗要20万日元，可见，医疗机构可以从中获得巨大收益。

当然很多情况下，医生认为使用Stent进行PAD治疗，患者身体负担轻，没什么大事，就进行了治疗。可是其结果却是加剧了医疗的浪费。

同样的原因，在以心脏为主的心血管治疗中也普遍应用，留置导管。

当然我们不可能听到医疗机构说“我们医院为了赚钱，所以增加检查和治疗项目”。这些如果被外界知道了，传到网络上，谣言四起，肯定会使问题升级，医疗机构肯定也会惶惶不可终日。但其实问题已初露端倪。

### 企业和医疗机构至今藕断丝连

医疗机构因追求利益而产生问题的原因之一就是与以制药为首的企业和医疗界藕断丝连。

说藕断丝连，也有不同程度的“丝连”。

美国的报告指出，决定国家乃至国际级别的检查、治疗的骨干医生们都和企业有着联系。

虽说报告不同有所差异，但负责编纂世界医师指南的骨干医师当中，少则百分之几多则50%都和制药企业以协议顾问、研究资助、股票持有人等形式存在着利益关系。

社会上常常会有对医师指南的批判。如果是由于骨干医师拿到了利益，就让重要的检查、治疗方针有所偏离的话，那就是重大问题。以前美国精神医学会制作诊断标准时，就曾被指出与制药企业狼狈为奸。

篡改制药企业的临床研究数据是世界性的丑闻。最近，瑞士的诺华（Novartis）制药公司的日本法人代表就被曝出篡改了高血压药物处方中的广告数据。因此日本高血压学会推广的指南也受到了质疑。该制药公司还被指出在白血病药物方面有问题。还有，武田药品工业也在广告中引用了不合法规的学会发表数据。在国外，也存在同样的问题。

就医生本人来说，平时收到文具公司、食物公司寄来的礼品也是家常便饭。美国的报告中说，每4个医生中就有3人吃过企业赠予的盒饭，每4个医生中就会有1人收受礼物，这些事还都不算是大问题。

在日本，由于业界机构管理比较严格，最近，制药企业赠送医生钢笔、台历的事情没有了。这点变化甚至可以成为医师们的话题，可见从另一个角度来说，这些事情以前已司空见惯。

如今，医师为照顾与自己有交情的企业的销售人员，处方中优先开某种特定药品的事情也很常见。

尤其是当药品A、药品B之间没有太大差异的时候，医生和企业间的关系尤其明显。比如具有同样疗效的降压药、降胆固醇等药物有几种，很多药彼此之间没有太大差异，制药企业的销售人员常常这样销售，“反正药效相同没问题的”，“那就开我们公司的药”，于是一个个处方就这样产生了。

我常常把这样的问题比作是块状巧克力。选择明治的块状巧克力，还是选择乐天的块状巧克力，对于消费者来说没有太大的差异。所以广告宣传才具有重要意义。说企业和医生们藕断丝连，听上去感觉不大好，但认为是广告宣传的一个手段就好听多了。

要是对于疗效没有影响的话倒也还好，可如果是影响疗效的话，就是一个不可小视的问题了。而且即使药剂的效果没有差异，单就医疗费用的增加，对于患者、对于国家财政都不是一件好事情。

PLoS One. 2011; 6: e25153.

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2004; 59: 1477-1483.

Arch Surg. 2010; 145: 570-577

PLoS One. 2012; 7 (12) : e46505.

为什么剖腹产会增加

为了规避风险，现在的医疗有这样一种趋势，即使不是十分必要，也要去做检查。

比如头部撞击时进行CT检查，尽管有数据说没有出现麻木等重症时，不需要进行检查，但日本全国的CT检查依然盛行不止。感冒的时候，如果没有呼吸器官的细菌感染，就不需要用抗生素，可是在日本却想当然地滥用。

其原因是医疗机构认为“万一有脑出血，过后患者会投诉”，“如果感冒早期置之不理严重会导致肺炎，若是症状严重就是大问题了”。也就是说对于极其罕见的风险作出过度的反应，那么过度医疗也就出现了。

剖腹产的增加就是一个意想不到的例子。包括日本在内的世界各国，剖腹产的比例都在上升。美国的数据显示2003年是26%，而2009年则迅速增长到36.5%。日本同样也处于增长的态势。

其原因之一就是医疗机构为了避免生产前后的风险。

自然分娩时间长，新生儿如果处于缺氧状态，会增加脑死亡的风险，所以为了规避风险，让胎儿在一定时间内出生的剖腹产手术就盛行起来。简单说就是被投诉的话很麻烦，要采取安全措施。对于医疗机构来说，出现医疗纠纷会使其形象受损。与其产生医疗事故被起诉，倒不如选择剖腹产，这才是上策。

的确，分娩过程伴随着风险。公益财团法人日本医疗功能评价机构的产科医疗补偿制度运营委员会的资料显示，日本国内新生儿中脑死亡者大概1000人中有1~3人。很多接生的医生都要直接面对这样的问题。

但并不是说进行了剖腹产就没有危险了。剖腹产也会有大出血、感染等其他风险，我们应该避免进行不必要的剖腹产。

美国的报告显示不仅是高风险的分娩做剖腹产的患者有所增加，而且依照妈妈们的意愿而进行的剖腹产也有所增长。当然，如果妈妈的骨盆小、胎位不正是应该进行剖腹产的，问题是非必要的剖腹产也在增加。

由于分娩问题，医疗机构被患者起诉的事例并不少见。日本启动了全国规模的补偿制度，所以诉讼减少了，但会产生医疗事故这种状况并不会改变。作为逃避之策，没有比剖腹产更合适的选择了。

类似于剖腹产的情况，各个诊疗机构都在进行着“以防万一”的检查、治疗。实际上很多医生也知道这样那样的检查、治疗与治愈病症没有关系。

**Obstes Gynecol. 2011; 118: 29-38**

# 消灭不治病的医疗！美国开展的消灭过度医疗的运动

只进行有必要的医疗！这是由美国医疗界发起的运动。

医疗费的增长从世界大范围看也是国家问题。高龄化的加剧、医疗技术的提高都加速了医疗费的增长。毋庸置疑，我们要实施适宜的医疗，确保国民的福祉。另一方面，允许过度医疗存在的空间也在逐渐减少。美国正处于这种态势中。

美国的医疗费将近3兆美元，折合约300兆日元。日本医疗费大概为40兆日元，可以想象美国医疗费的规模了吧。当然美国和日本人口不同，民间保险承担的部分也比较多，所以很难单纯比较，但与日本的数字位数不同却是显而易见的。

2000年前后医疗费增长在8%左右，金融危机以后医疗费的增长率为3%，与前者相比，增长有所延缓，但增长能否再减少就是个问题了。另一方面，从患者的角度看，2013年美国联邦政府已经启动了搁置多年的议案“国民全民保险”。目前是重新审视医疗的绝无仅有的机会。

呼唤消灭无效医疗的源头是“奥巴马医保”

以前美国的医疗费被认为“太高了”。日本外务省也提醒民众注意美国的高额医疗费，“美国纽约的曼哈顿患急性阑尾炎住院要7万美金（大约700万日元）”“上臂骨折住院要15000美元（约150万日元）”。外务省呼吁日本国民为了避开高额的支出，要加入民间医疗保险。

在美国像这样加入医疗保险不可或缺，可是美国实际上却有20%左右、大概5000万人一直没有加入保险。“奥巴马医保”就是让这部分没有保险的人，通过“国民全民保险”的救助加入医疗保险，可以说美国正在努力扩大医疗的覆盖范围。

“奥巴马医保”的提出，是以2013年成立的医疗保险制度改革法为契机，预计将目前没有加入保险的5000万人纳入到保险体制中。“奥巴马医保”一方面规定国民要义务加入医疗保险，另一方面设定医疗费个人承担上限，取消保险的上限，试图让低收入人群也能加入医疗保险。

美国以前并没有“国民全民保险”，所以美国人民以各种各样的理由阻止该制度的推行。众所周知共和党一直坚持反对民主党，说是会“增加充作医疗费的税金”。不管怎样，医疗保险都将会被推进。

推进国民全民保险，无非是因为医疗费增加的缘故，因此，越是医疗费增加时，就越想要高效地推进保险，促进医疗。

迄今为止，在美国，除了民间保险外，面向高龄者和贫困阶层的公共保险——老年保健医疗制度和医疗补助计划也发挥着控制医疗费用增长的作用。目前最为有效的方法是“managed care（管理式医疗）”，即把保险人和特定的医疗机构组合，把患者能够接受到的医疗“管理”起来。

消除没有根据的医疗，同时医疗费支付方式不是按进行的每个医疗行为支付保险金，而是按疾病包干支付，比如糖尿病治疗多少钱，阑尾炎治疗多少钱，按疾病确定支付金额。实行这种制度后，如果医院还进行过度的检查、治疗，就会受到损失。

像这样，医疗机构的改革比较容易实行。

同时，金融危机后，医疗费的增长趋于稳定，不仅患者控制就诊，医疗机构也在有效率地推进。对于保险人来说，保险金当然越少越好。今后“奥巴马医保”会考虑保险金增加因素，进一步控制保险金，继续强化措施，禁止多余的医疗行为产生。

临床研究成果迅速促使医疗常识改变

Evidence-based medicine（循证医学）。医生在医疗机构中要“有根



据地进行医疗”，美国目前正在实施这种被称之为“EBM”的措施。

力求做到根据临床结果，判断检查、医疗是否有意义，即证据（evidence）、根据（based）、医疗（medicine）。美国医疗效率化背后也有这种趋势。“医疗价值”变得透明了。

近10年，由于循证医学的出现，医疗一线发生了巨大变化。以前认为可以的医疗常识以临床结果为依据，有的被完全否定了，也出现了几个令世界上的医生们刮目相看的事例。

有名的事例有很多，这里介绍一个心脏病领域的“心房颤动”治疗法的例子，2002年的临床结果完全颠覆了当时的治疗法。

“心房颤动”就是心律波形紊乱、感觉心慌。以前大家一致认为让心律整齐，也就是调节心脏、维持心律的药物是有效果的。因此，世界上的医生们孜孜不倦地开处方，开维持心律的药物。

可是2002年发布的临床研究结果完全地颠覆了医生们的想法。

对将近4000人的患者，进行维持心律正常的药物疗效检验，其结果完全否定了“有防止死亡的疗效”，结论却是“完全没有效果”。其后，在日本也进行了同样的研究，也得出了完全一样的结论。因此，世界上开维持心律的药物处方急剧减少。

要讨论是否有疗效，出示临床结果（是否有根据）是理所当然的。根据也可以按可信度进行排序，可信度最低的根据是专家个人的经验和见解。以前，大学教授等实力较强的医生的个人想法会左右医疗方向，其结果就是容易导致错误的医疗，使好多患者深受其害。这是需要反省的地方。

与之相比，可信度略微高点的是总结、归纳以往数据而形成的数据，可信度最高的根据是持续追踪一定的人数并进行验证的“队列研究（cohort study）”的结果。

队列研究的结果作为可信度高的证据而深受关注，其中比较受关注的是选取一定的人数随意分成几组，变换条件追踪并比较群组间的差异，即“随机比较试验”。

最受关注的是对几个“随机比较试验”进行探讨的“系统评价”以及整合多个试验数据进行验证的“meta分析（荟萃分析）”。

世界医疗一线的研究不断发展，有新的发现，医疗的常识也会有所更新，有所改变。

现在医疗证据分散、不集中，即使医生也很难一一掌握。专业的学会可以整理证据，制成类似于指南一类的治疗说明，但即便如此，也很难掌握整体，所以需要立足全局，实施正确的诊疗行为。在这一过程中，有一个倍受关注的举动，目前正在急速扩展。

N Engl J Med. 2002; 317: 1825-1833.

## 令人震惊的收集过度医疗的活动

2011年引燃导火索的是美国ABIM财团，这是由美国医生组成的非盈利组织，该组织的目的是普及高水准医疗、改变医疗费用和改善疗效、消除医疗和企业间的联系。

该组织做了一次名字叫做“Choosing Wisely（聪明的选择）”的活动。在该活动的号召下，美国71家医师学会参与其中，每次揭发5项没必要的医疗行为。这些医师学会的所有医生会员总计达到50万人，占美国医师总数60多万人的80%。

这次活动有一个契机，那就是在“奥巴马医保”的推进下，民众十分重视医疗效果，全美医生们也团结一致，努力消除过度的医疗。

乍看起来好像是要医生、医疗机构约束自身的医疗行为，对他们自身也没有什么好处，其实并不是这样的。许多医生都想进行必要的医疗

行为。因为在有限的医疗费用里，如果把钱都用在了没用的医疗上，那么就没有钱来支持本该进行的有效的医疗。

消除无效、过度的医疗，也会给医生们带来好处。

由于世界的医疗都是追随美国的标准，所以此次不仅是在美国，全世界都开始行动起来了。

比如，癌症领域的一个例子。美国癌症中心协助非盈利组织NCCN（美国国立综合癌症网络）制定的检查、治疗方针，成为世界癌症医疗的典范。在美国医疗方面具有很强影响力的美国临床肿瘤学会（ASCO）也加入此次活动。

另外，在消化器官医疗领域，美国消化病学会（AGA）在世界上起了主导作用。他们主办的DDW（美国消化病研讨周）学会，作为世界最大规模的消化病学会，正在向世界（含网络世界）发出各种各样的信息。AGA也参与此次活动。

再看看精神病领域，制作了世界精神疾病诊断与统计指南DSM的美国精神病学会也加入此次活动。除此以外，美国心脏病学会、美国妇产科学会、美国小儿科学会、美国整形外科学会等超一流学会也都加入了此活动。

截至2013年，50个学会已经认定的无效医疗行为有250个左右。2014年以后，其他的医学会也会不断认定无效的医疗行为。加入此活动中的医学会也会不断增加。

世界各地也会参与进来。Choosing Wisely（聪明的选择）这项活动已经扩展到英国、德国等欧洲各国，甚至是澳大利亚、以色列等地。无可置疑，日本今后也会参与进来。此次活动的切实普及，会给日本医疗界带来冲击。

接下来将在第二部分介绍详细的内容。



# 第二篇 全面展示“不想接受的100项医疗”

有很多医疗行为并没有有效的科学依据，

但医生、患者却相信其是有效的。

第二部分介绍美国专业学会提出的

100项不想接受的医疗。

让你茅塞顿开，大开眼界。

第二部分看一下美国消除过度医疗的举动——“Choosing Wisely（聪明的选择）”，这项运动涉及医疗内容和根据。本来分成各个学会，共列举了250个医疗行为，这里仅整理其中广为人知的100项。进入正式内容之前，让我们先来看几项典型提案，其他具体将在后面叙述。

“肺癌进行CT检查，毫无意义”（美国胸部医师学会、美国胸部学会）

→除了55~74岁的重度吸烟者以外，效果不大。

“对于没有精神病患的年轻人，不要先开药试试”（美国精神医学会）

→比起治疗效果，用药导致脑梗、死亡、帕金森氏病的风险很高，副作用太大。

“大肠的内视镜检查，10年1次就可以”（美国消化病学会）

→不是有特别风险的人，很少得大肠癌，即使重复检查，也很难发现。

“睾丸素值正常的男性进行ED治疗时，不可以使用睾丸素”（美国泌尿学会）

→睾丸素是为了提高性欲的，没有勃起的效果。

“不要降低特别高龄者的胆固醇值”（美国医疗指导协会学会）

→胆固醇值低下，死亡的概率反而更大。

“6周以内的腰痛，即使进行影像检查也没有用”（美国家庭医学学会）

→腰痛不超过6周，检查也无法断定病痛原因，白白浪费了医疗费用。

“前列腺癌症的正离子射线疗法，几乎没有意义”（美国放射线肿瘤学会）

→没有调查、证据能证明治疗的疗效。

“4岁以下儿童感冒不要使用药物治疗”（美国小儿科学会）

→药物治疗大多无效，反倒增加了副作用。

“风湿性关节炎进行MRI检查也没有意义”（美国风湿学会）

→诊查和X光检查完全可以诊断出病情的发展程度。

首先，先说一下所有病症之一的癌症。然后，看一下其他领域的病症中存在的问题。最后，阐述一下各种病情的医疗费用问题。

不过，这里提到的金额基本上是一个大概的数值。因医疗机构不同，接受的治疗、检查不同，还有制度变更而导致的金额变动，以及医疗前沿保险所适用的对象范围也在不断变化，所以金额就是一个大致的参考，即便如此，相信也会对大家有帮助。

大家只阅读自己关心的项目就可以。当然，有时间的话，翻翻本

书，也许会有新的发现。医疗领域博大精深。随着时间的流逝，我们的意识会有所改变，感兴趣的地方也会发生变化。

接下来让我们一起来看看真正有必要的诊断、治疗以及预防吧。

## 【癌症】

癌症也有好多种类，比如腹部的癌症、生殖器官的癌症、皮肤癌等。这里我们看一下比较受关注的、患者数量比较多的癌症，审视一下癌症的治疗，找出能给我们提供参考的地方。首先看看有增加趋势的前列腺癌。



## 不想接受的医疗1 [前列腺癌]前列腺癌检查时，不要轻易地去做“PSA检查”

美国家庭医学会、美国老年医学会、美国临床肿瘤学会

“爷爷好像得了前列腺癌”这样的会话在日本经常听到。当然，“诊断为前列腺癌，也不会死亡”的事实估计还不是人人都知道吧。

众所周知，2012年去世的曾经很有名的高尔夫选手——杉原辉雄先生，虽然被诊断出了前列腺癌，但依然作为现役选手驰骋在赛场上。诊断为前列腺癌直至去世，有10多年的时间，前列腺癌本身有多大影响，旁人是无法了解的。参加“前列腺癌启蒙运动”的间宽平先生，被诊断为前列腺癌后活了很久。

可以说前列腺癌是一个很有名的病症。培育精子的地方（或者说精子的游泳池）、孕育精液的地方就是前列腺。创造精液的腺体很容易癌变。大家所熟知的前列腺癌诊断方法，就是PSA检查。PSA是“前列腺特异抗原”的简称，是只有前列腺才有的蛋白质。检查血液可以知道它是否渗入到血液中。PSA增加，就有可能是癌症，所以PSA检查在世界上很通用。当然这也源于大家一直认为早期发现癌症，就可以早期切除，从而避免死亡。

可是，加入到ABIM财团中的美国家庭医学会、美国老年医学会、美国临床肿瘤学会在“Choosing Wisely（聪明的选择）”活动中，一致认为“不该为了确认而进行检查”。

美国家庭医学会在“Choosing Wisely（聪明的选择）”活动中指出“检查前列腺癌时，不要轻易使用PSA检查，或者进行触诊”。

该学会解释说“临床试验清楚地显示，PSA检查会导致过度诊断”。很多情况下，“即使有肿瘤，对患者的危害也很小”。即使得了前列腺癌，因此而死亡的患者也很少。

该学会还提醒说：“另一方面，进行治疗的坏处很明显。医生要进行PSA检查时，一定要和患者做充分的说明，并得到患者的同意”。检查的坏处是指即使不是前列腺癌，也会在下半身有创伤，有可能会取出前列腺。手术本身负担重，术后还有可能导致性功能丧失。这是个大问题。

在日本，前列腺癌手术虽然自己负担三成费用，但总花费也要30万日元左右。即使不治疗，光是进行精密检查的话，提取组织进行检查就要10万日元左右。精神上、肉体上都是一大负担。

即使PSA检查诊断为前列腺癌，但前列腺癌的危害也比较低。虽然前列腺癌的人数有所增加，但整体的死亡率没有变化。也许会认为“诊断出癌症就可以了”，但这的确是临床研究的一个结果。

美国和欧洲的临床研究结果一致，这是2005年到2014年间的结果。

美国“PLCO研究”项目，在13年间，对77000多人进行了调查。这是一个大规模的调查，调查分了两组，即每年进行前列腺癌PSA检查的38000多人，和不进行检查的38000多人。其结果是每年接受检查的人中，得前列腺癌的人为4250人，而没接受PSA检查的人中，得前列腺癌的人为3815人。从比例上看，分别是占1万人中108.4人和97.1人，也就是说接受PSA检查，得前列腺癌的人要多一些。

不过，死亡的人，分别是1万人中3.7人和3.4人，数据结果没有统计学差异。“PLCO研究”结论是不管接不接受PSA检查，都没有防止死亡。

欧洲的研究结果说通过PSA检查，大约只有20%的人可以避免因前列腺癌引起死亡。从临床的结果计算，要避免1个人因前列腺癌死亡，需要对1055人进行11年持续的检查。然后才会发现37人得前列腺癌，可以避免其中1人死亡。或许你会认为只要能避免1个人死亡，那么PSA的

检查还是有意义的，可是美国的学会说这是“雷声大，雨点小”。也就是说虽然精心进行大规模的检查，但是能够体现的优势却太小了。

美国基于这些报告指出，PSA检查负担太重。

### 高龄者不进行PSA检查

有意见表示，高龄者“剩下的日子还能有多少，没必要担心前列腺癌。担心也没有用”。

主导世界癌症治疗的美国临床肿瘤学会在“Choosing Wisely（聪明的选择）”活动中指出“剩余寿命平均不到10年，也没有排尿障碍等前列腺症状的男性，不要进行PSA检查”。

学会反复指出“血液检查就可以诊断前列腺癌，很方便。可是很多医生还是要进行PSA检查”。可是，“遗憾的是，PSA没有意义。因为有好多前列腺癌病人的PSA值并不高。有时PSA值上升也和癌症无关”。

比如，良性前列腺肥大也会导致PSA值上升。

而且正如PLCO研究中指出的那样，即使接受PSA检查，也对前列腺癌死亡没有影响。也就是说，进行PSA检查也不能延长寿命，所以美国临床肿瘤学会等学会才否定了PSA检查。

特别是根据统计数据推断，剩余的平均寿命不到10年的高龄患者，不要进行PSA检查，这点尤为重要。与其说由于毫无症状的前列腺癌而去世，还不如说由于其他原因去世的可能性更大。即使进行了PSA检查，也不能延缓寿命，所以没必要进行PSA检查。

本来余生短暂，再检查出多余的结果，徒增烦恼。除了美国的学会以外，美国的公共机构——美国预防医学事业部（USPSTF）也在2012年强调，前列腺癌的PSA检查要控制到最低程度，因为进行检查也没意义。

在日本，进行该检查也要考虑剩余的平均寿命、检查的风险。美国老年医学会指出，不仅是PSA检查，乳腺癌、大肠癌的检查，也要在考虑剩余平均寿命、检查风险、过度诊断、过度治疗等后再决定是否进行。

出乎意料的是，不仅是癌症检查的利弊，连检查短期内带来的风险大家都不是很清楚。接受检查，有可能会带来并发症。也会过度诊断、治疗那些关系不到生命的肿瘤。

正如前面所说的那样，要避免1个人死亡，需要在11年间对1055人进行检查，对37人进行治疗。

乳腺癌、大肠癌也是，10年间要避免1个人死亡，需要对1000人进行检查。如果剩余寿命不到10年的人，做这三个癌症（前列腺癌、乳腺癌、大肠癌）的检查，短期内只会有坏处，没有任何好处。所以需要风险评估和综合考虑。

J Natl Cancer Inst. 2012; 104: 125-132.

N Engl J Med. 2012; 366: 981-990

## 不想接受的医疗2 [前列腺癌]前列腺癌早期，不做骨转移检查

美国临床肿瘤学会、美国泌尿学会

因为前列腺被骨盆包围，如果得了前列腺癌症的话就会担心扩散到骨头。一般人会认为要是转移到骨头就棘手了，所以想提前检查一下。

但是，美国临床肿瘤学会强调“不要进行PET、CT检查，以及使用放射性物质的骨转移检查”。PET是用含放射性物质的糖分，检查糖分消耗旺盛的癌症部位。而放射检查中，会使用比较容易聚集到骨骼的放射性物质进行检查。

虽然担心骨转移到什么程度，但临床研究没有证据说“风险低的早期前列腺癌，有必要进行骨转移检查”。

骨转移检查适用于超过一定程度且进展比较快的癌症的检查。低风险的前列腺癌，专业一点说，“只停留在包覆前列腺的内膜内”“血液检查的PSA值低于10ng/mL，就有可能是前列腺癌（注：健康男性的PSA值大多在4ng/mL以下。10ng/mL要比这个标准高一些。）”，“Gleason评分系统对细胞穿刺（注：一般用比注射器粗一些、直径在1~2mm的针进行穿刺，提取前列腺组织。在全身麻醉的情况下，在会阴（阴囊和肛门之间）的周围的几个地方穿刺，肉体上、精神上负担重。提取的组织用显微镜观察，检查是否有癌细胞。）的肿瘤组织类型用分数进行判断，最高分数为10分，当6分以下就有可能是前列腺癌（注：Gleason评分为6分，癌细胞恶性度为中度。也可以说恶性度低，正因为是癌症，所以判断起来也很难。）”。

进行无效的影像检查会给身体增加负担，也会产生新的无效的放射治疗、误诊等问题。因此，美国泌尿学会不仅限制说“对风险低的前列腺癌患者，不要轻易做骨转移检查”，还解释说“低风险的前列腺癌患

者，几乎不会检查出骨转移”。

顺便提一下，美国泌尿学会和被视为国际癌症治疗标准的美国国立综合癌症网络（NCCN）的指南里，也明确提出了不需要进行骨转移检查的标准。

标准为“新诊断出的前列腺癌中，PSA值不满20.0ng/mL”“Gleason评分在6分以下，病例和身体检查可以判断出不是骨转移的情况下”。

相反，需要进行骨转移检查的是，前列腺癌症扩散快或到了很高的级别等情况下，就是癌症大范围扩散的时候。

虽然日本医保个人只承担三成，但检查费用也要5万日元左右，负担并不轻。当然，检查费用因检查项目而异，但还是希望检查控制在必要的范围内。

## 不想接受的医疗3 [前列腺癌]低风险的前列腺癌，不要轻易开展治疗

美国放射肿瘤学会

一般认为发现癌症，就要立刻治疗。但是，也有人认为不一定要开展治疗。比如，前面介绍的对于检查一直有争议的前列腺癌，就需要慎重治疗。或许听到暂且先不治疗的意见，你会怀疑自己的耳朵是不是听错了。

美国放射肿瘤学会强调，“低风险的前列腺癌不要轻易开展治疗”。学会认为重要的是，要考虑“密切观察病程”“经常复查（注：这里的意思是要注意持续检查，虽然不治疗，但要观察癌症是否扩散，随时判断治疗的必要性。）”的可能性。通俗一点说就是治疗之前，要先放置一下。

“密切观察病程”正如文字表述的那样，即密切观察癌细胞是否扩散。“经常复查”也是一样，即持续观察、检查癌症的状态。只要没有发展，就不要治疗。学会在前列腺癌治疗方针中指出，一定要考虑这两项以后再开始治疗。

前列腺癌在不危及生命的时候被发现的可能性很大。学会断定好多人都没有做手术的必要。

学会还解释说“前列腺癌患者有几种治疗方案，不光是手术、放射线治疗，消极治疗观察病程也是一个选择，希望大家能知情”。并建议要在医生、患者都认同治疗方案后才能进行治疗。为了让医生和患者之间达成共识，学会还公布了建议书。

从患者的角度来说，不进行治疗需要勇气。从医生的角度来说，即使知道不治疗是正确的，也需要一定的胸怀。所以彼此要达成共识。

学会说不仅是前列腺癌，其他的癌症也需要医生和患者的意见一致。总之，前列腺癌并不是积极检查和治疗就可以的。



## 不想接受的医疗4 [前列腺癌]前列腺癌治疗，不要过度地进行“正离子射线放射治疗”

美国放射线肿瘤学会

获得“直木”奖的作家中西礼2012年接受食道癌的治疗时，就使用了著名的“正离子射线治疗”。癌症治疗中包括正离子射线在内的粒子射线治疗还处于尝试阶段。

粒子射线治疗包括放射出“氢”的正离子射线治疗、放射出中性粒子的中性射线治疗等多种形式。原来使用的X射线治疗，从照射到的皮肤表面越往里效果越弱，而粒子射线的特点是在一定深度粒子可以被吸收。因此可以治疗癌症。

不过，确实有批判说粒子射线治疗就是“花钱的无底洞”。目前粒子射线治疗费用在日本为300万日元左右，但无法否认的是即使花了治疗费也不一定有效果，还需要临床研究来证明它的疗效。

不过，目前世界上的评价不容乐观。

美国放射线肿瘤学会一边对粒子射线治疗寄予厚望，一边还站在慎重实施治疗的立场上。也就是说“即使对前列腺癌进行粒子射线治疗，也只限于临床研究，其他的治疗不予推荐”。

这里所说的临床研究是指通过治疗检验疗效，并正确记录接受治疗的患者情况的研究。即正确记录疗效，没有验证疗效就不能推广。也就是说粒子射线治疗的疗效还不明确。

学会解释说“临床研究没有明确地表明，正离子射线治疗前列腺癌比其他放射线疗法好”。

## 不想接受的医疗5 [乳腺癌]乳腺癌早期，不做骨转移检查

美国临床肿瘤学会

乳腺癌也和前列腺癌一样，早期不需要做骨转移检查。

美国临床肿瘤学会在“Choosing Wisely（聪明的选择）”活动中指出，“转移风险低的早期乳腺癌，不要进行PET、CT及使用放射线物质的骨转移检查”。

正如介绍前列腺癌时所说的那样，PET是注射含有放射性物质的糖分，利用糖分消耗量多的特征检查含有放射性物质的糖分消耗情况来判断是否有癌症。使用放射线物质的检查，同样也是依靠检查容易聚集到骨骼附近的放射性物质的汇聚情况来判定的方法。

PET、CT及使用放射线物质的骨转移检查的影像诊断，对于判断某种癌症的进展程度是有效果的。可是，学会断定说这些检查不是针对早期的乳腺癌，而是针对扩散的乳腺癌才有效果。学会认为不应该对早期的乳腺癌进行检查。这种观点和前列腺癌是一样的。

在早期即使进行这些检查，也无法知道是否是骨转移，这是已经很清楚的了。尽管如此，可是还有医疗机构没有任何根据，就对低风险的癌症进行骨转移检查，对此，学会十分愤怒。进行这种没有任何根据的检查，那么即使有人批判说医疗机构是为了赚钱，相信医疗机构也是有口难辩。

学会举例说明了早期乳腺癌的类型。比如，乳腺癌中，“没有症状新发现的特定非侵入性乳管癌（DCIS）（注：乳腺细分的话，有提供母乳的部分和运送母乳的部分。癌症几乎都发生在运送母乳的乳管中。极其初级、没有侵入阶段叫做“DCIS”。最近，好多患者都在“DCIS”阶段就可以发现，治愈的患者也很多。）”、“停留在乳房内的癌症，临床处

于阶段 I”或者是“停留在腋下淋巴结的阶段 II”等情况时，就没有证据说有必要进行PET、CT及使用放射线物质的骨转移检查。

和前列腺癌一样，没必要的影像检查不仅给身体增加负担，还会过度接受放射线治疗。

不仅是早期的乳腺癌，接受一次治疗认为已经治愈的，也没有必要再去检查是否骨转移。

学会说“乳腺癌患者，治疗到治愈的阶段，以后如果没有症状，生物学监视（注：生物学指数是指胆固醇值、尿酸值等指标。胆固醇值是动脉硬化的指标，尿酸是痛风的指标。这些通过血液检查就可以知道。癌症可以参考一些有效的指标，乳腺癌有时可以参考CEA、CA15~3值。）检查、PET、CT、射线物质的骨转移检查的影像检查都不要进行”。也就是说，只有部分癌症，才有必要进行这些检查。

临床研究已经明确了，利用血浆中肿瘤指数、影像检查而进行的监视检查对于某种癌症，比如大肠癌等是有临床价值的。可是，几个研究已经证明，乳腺癌治疗到可以判断治愈的状态时，就没有必要对无症状的患者进行影像检查、血液肿瘤指数检查等。如果本来结果是阴性、并不是癌症，但却不小心误诊为癌症，反倒会增加身体负担。过度治疗、施行毫无意义的放射线治疗等，真是有百害而无一利。

## 不想接受的医疗6 [乳腺癌]乳腺癌手术，不做活检，就不要做手术

美国癌症委员会

美国癌症委员会说“对于怀疑是乳腺癌的患者，禁止不进行活检就切除乳房”。

活检有大口径的“核心活检”、“利用真空活检”或者“细胞穿刺”。都是从怀疑有乳腺癌的地方，提取或者用吸出小块组织的方法。是否进行活检，要看超声、钼靶、MRI或者触诊的结果进行判断。

临床研究表明，手术前从疑似乳腺癌的部位取下部分组织，那么无论做什么样的手术，都会使手术更容易做。而且，减少了必要的外科治疗，也有可能不需要大范围切除乳房，有助于保持漂亮的胸部。总之，预先进行正确的诊断很重要。

活检是对于影像检查中疑似有乳腺癌的人，再次确诊是不是恶性肿瘤时而进行的有效检查。

活检不仅避免了没必要的手术，而且还是一种几乎不花费用的检查方法，也没有什么损失。检查方法就是插根针而已。多少有一点疼痛，但是比起要开大口进行手术来说要好多了。

不过，有些时候不是用针，而是要开个稍微大一点口取出组织。委员会说这种情况只占整体的10%~15%。如果可以用针穿刺的话，尽量用针。委员会指出“外科医生必须要先考虑活检”。如果不进行活检，一定要写明原因。

## 不想接受的医疗7 [乳腺癌]乳腺癌手术，一定要做腋下淋巴检查

美国外科学会

“前哨淋巴结”可以用于检查乳腺癌扩散的可能性。

“前哨淋巴结”是邻近癌症的淋巴结。切除这部分，可以检查是否有癌细胞，也能早期诊断出癌细胞是否扩散。不检查“前哨淋巴结”，乳腺癌的治疗就不成立。

即使不是乳腺癌患者，也许也听说过切除前哨淋巴结。不仅是乳腺癌，胃癌、大肠癌也要先切除前哨淋巴结，看看里面是否有癌细胞，然后决定要进行多大的手术。美国同样也在努力实现标准化治疗。

美国外科学会要求，“乳腺癌在临床阶段 I、阶段 II 时，不用进行前哨淋巴结检查，也不要切除腋下淋巴”。

腋下淋巴结可以阻止癌细胞向全身扩散，即“关口”。癌细胞扩散时，先通过淋巴管扩散，淋巴结能阻止癌症的扩散。癌细胞是否进入到这个“关口”，是测量癌症扩散程度的一个重要指标。癌细胞在冲破关口前，原来病患处的癌细胞先到淋巴结，如果把淋巴结到通往每个淋巴结的淋巴管的癌细胞都切除的话，就认为体内癌细胞都切除了。有时虽然癌细胞冲破了关口，但好多情况也是可以有效治疗的。

通过切除前哨淋巴结，可以提前看到癌细胞的扩散。

也就是比起到目前为止的“关口”，前面的“关口”更重要。前哨淋巴结里没有发现癌细胞，就不要切除腋下淋巴结。

并不是说一两个淋巴结不重要。切除腋下淋巴结，淋巴液就会流动缓慢，手臂会不断浮肿，淋巴结也会浮肿，不切除腋下淋巴结，就不会有浮肿问题。学会说切除前哨淋巴结，无论短期内、还是长期内都没有

副作用。

而且，学会还说，如果在前哨淋巴结发现一两个癌细胞的话也可以用温存疗法进行治疗。此时不要切除腋下淋巴结，要用乳房放射线疗法和各阶段的全身化学疗法。

前哨淋巴结检查是乳腺癌治疗的前提条件。前哨淋巴结切除，如果是连着乳房全部切除要5万日元，部分切除要3万日元，日本的患者负担其中的三成。手术负担小、费用低。

## 不想接受的医疗8 [乳腺癌]乳腺癌早期，患者年龄超过50岁，

放射治疗尽可能只做短期的

美国放射线肿瘤学会

年龄越大，癌症治疗的负担越重。此时需要考虑更轻松的治疗方法。

美国放射肿瘤学会指出，“开始乳腺癌放射疗法，如果是超过50岁的女性且是早期（注：乳腺癌早期是指，癌症停留在乳房内部。如果扩散到乳房外，腋下淋巴结也有癌细胞以致扩散到全身其他部位，就认为是扩散性乳腺癌。）的话，首先要考虑比低龄患者更短期的治疗计划”。

乳房整体的放射线照射，可以减少局部复发，接受过温存疗法的侵袭性乳腺癌患者，可以大大提高生存率。不过，几乎所有的临床研究都以“分割照射”为前提，疗程为5~6周的情形比较多。有时还会再增加1~2周。

最近的临床研究证明，即使再短一些时间，也能实现较好的治疗效果、进行较好的调整。可以4周完成治疗。调整是指保持乳房原有的形状。毋庸置疑，对于女性来说，这是很重要的。患者和医疗工作者应该相互探讨短期方案，选择最合适的治疗方案。

日本放射线治疗总共要花费50万日元左右，有一定的经济负担。虽说患者只负担3成，不过能控制在短时间内治疗的话，对患者也很有帮助。如果效果相同，更要优先考虑短期治疗。

## 不想接受的医疗9 [乳腺癌]乳腺癌转移的患者，要进行单独药剂治疗

美国临床肿瘤学会

很多人认为是癌症就要用多种药物治疗，但其实并不是这样的。

美国临床肿瘤学会要求，“对于乳腺癌转移患者，不要急于缓和肿瘤相关症状，要优先使用单独药物的化学疗法。不要进行多种药物并用的疗法”。

对于转移性乳腺癌，用多种药物的化学疗法（即并用化学疗法），会抑制肿瘤繁殖，比起单独药物疗法确实有可能抑制癌细胞繁殖。可是，虽说抑制了癌细胞繁殖，但并不能减少死亡率。至于能否提高生存率就更是另一码事了。目前的临床研究结果并没有证明使用药物多就能提高生存率。

根据2013年的几项临床研究综合报告，单独药物的疗法使癌症保持不扩散的时间更长。虽然最终生存率没有太大差异，不过发烧等副作用减少，比起并用多种药物来说，有可能会让生活质量更好。

事实上并用疗法频繁产生严重的副作用，要权衡利弊。虽然肿瘤抑制到了很小，但如果副作用很大，患者生活每况愈下就本末倒置了。

也就是说，并用疗法只用于想快速减少癌症负担时。当然，着急的话，就会有相应的副作用的风险，而单独药物治疗的话，可以减少副作用，提高患者生活质量。

Cochrane Database Syst Rev. 2013; 12: CD008792.



## 不想接受的医疗10 [乳腺癌]进行乳腺癌的温存疗法时，不要轻易做“IMRT”

美国放射肿瘤学会

IMRT是“强度变频放射线治疗”，如果身边没有癌症患者的话估计没听说过这个词吧。实际上在癌症治疗领域这是一个颇受关注的治疗方法。

这个治疗方法原理比较简单。癌症聚集成块，有各种各样的分布形式。用放射线治疗杀死癌细胞时，按照癌症的形状进行照射，这就是IMRT。在日本，专业的医生们很流行使用这种治疗方式。越是热心的医生，越爱使用IMRT。

可是，美国放射肿瘤学会告诫说，“作为乳腺癌温存疗法的一部分，在进行放射线治疗时，不要轻易使用IMRT”。

当然，学会同时也认可IMRT的效果。学会说，“临床研究结果报告指出，最新的三维设定照射区域的治疗，要比二维设定照射区域的方法对皮肤的损害性低”。并且，“三维照射癌症的方法，可以显示出治疗效果”。

该学会总结说，“IMRT在解剖学上对于特殊病例的确有好处。可是广泛应用是否有利，还不清楚”。

虽说在日本这种治疗方法马上就得到了认可，不过因为治疗方法还有不明之处，所以知道这些还是有益的。因此不能迷信这种治疗方法。

## 不想接受的医疗11 [宫颈癌]30岁以下女性不需要做HPV检查

美国家庭医学学会、美国临床病理学会

HPV（human papillomavirus：人乳头瘤病毒）是导致宫颈癌的原因之一，深受国内外关注。众所周知，日本开始接种疫苗，防止HPV病毒的侵入。不过由于疫苗有副作用，厚生劳动省已经停止推荐注射疫苗了。

进行HPV检查就可以知道是否容易得癌症，日本提取宫颈部组织进行感染检查。可是，美国对年轻人就进行这项检查持怀疑的态度。美国家庭医学学会指出，“即使想要断定是否是宫颈癌，也不要对30岁以下女性进行该项检查。单独使用该检查，与用细胞穿刺没什么不同”。

可以想象HPV检查对女性有多大负担。从下半身提取宫颈部组织本身就是极其令人难以接受的检查。而且要是有些异常，还要继续接受精密检查，利用子宫镜（注：类似于胃镜那样，前端细小的照相机，从阴道插入。照相机拍到的影像实时扩大显示在外面的屏幕上，通过图像比较容易断定子宫入口处是否有癌变。）大幅度检查、宫颈部活检等，着实让人心烦，最终如果诊断说没有任何异常，就更让人受不了了。如果诊断说有问题，那则会更担心。30岁以下的女性，即使有点异常，也会通过自然调节恢复，所以没必要增加负担。

美国临床病理学会同样也指出不要进行低风险的HPV检查。HPV有高风险和低风险两种。其中低风险没必要进行检查。

学会的指南中指出，对于细胞穿刺有异常，且满足一定条件的患者才能进行HPV检查。

发现高风险的HPV，要频繁进行子宫镜、活检等检查。另一方面，低风险的HPV，生殖器上有凸起，或者宫颈部分有微小细胞变化，并没

有什么医学意义。即使进行了检查，由于其感染与病情发展没有关系，也不需要进行治疗。

不需要对高龄患者进行宫颈癌检查。美国家庭医学会指出，“65岁以上的女性，过往有过检查且没有异常，就不再需要进行宫颈癌的检查了”。这是基于临床结果的判断，没有异常时，进行检查也没有任何益处。

## 不想接受的医疗12 [宫颈癌]不轻易用棉棒做宫颈部细胞脱落检查（细胞诊查）

美国家庭医学会、美国妇产科学会、美国妇科癌症学会

宫颈癌是一个常见的癌症，主要的检查方法就是把棉棒放到阴道内，剥落宫颈细胞，进行细胞脱落检查。也叫巴布检查。检查本身比较简单，广为普及，不过这也是一项患者不愿接受的检查。

美国家庭医学会说“不满21岁的女性不要进行细胞脱落检查”。同时，“对于不是因为癌症而摘除子宫的女性也不要进行细胞脱落检查”。原因是成年女性的细胞脱落检查即使发现异常，也会自愈的。

学会解释说“不满21岁的女性，进行细胞脱落检查不仅给患者带来不必要的担心，还无法避免过度的检查和花费”。对非癌症原因摘除子宫的女性进行检查，临床研究也未证明其疗效。

美国妇产科学会还指出不要对高龄者重复进行细胞脱落检查。30~65岁的女性不需要每年都进行细胞脱落检查。

从女性得癌症的比例看，每年进行宫颈检查，和每3年进行一次检查相比，并未多发现宫颈癌。这是临床研究的结果。健康的女性不要接受宫颈癌检查，但每年到医疗机构进行复诊、问诊，进行阴道检查，的确是有必要的。

最近发现，子宫内膜癌（子宫体癌）治疗后再进行细胞脱落检查很可能没有用处。或许你会担心，但美国妇科癌症学会的确指出，进行子宫体癌治疗过的女性，进行细胞脱落检查毫无意义。事实上，有报告说，剥落子宫入口处的组织，进行癌症复发检查，几乎都发现不了癌症。很糟糕的是，剥落检查能够检测到癌症复发的比率仅有0~4%。即使没有癌症也有可能误诊为癌症，然后还不得不进行子宫镜精密检查、组织活检等多余的检查。

Gynecol Oncol. 2006; 101: 520–529.

Int J Gynecol Cancer. 2010; 10: 985–592.

## 不想接受的医疗13 [宫颈癌]有过宫颈癌经历的人，不要轻易做阴道镜检查

美国妇科癌症学会

女性体检时，一般都要进行宫颈癌检查。从阴道就可以检查宫颈，这是女性常规检查。体检时，除了问诊、肉眼检查，还有细胞脱落、子宫镜检查等。

宫颈癌是指在子宫和阴道的入口处产生的癌症。最近，认为宫颈癌和HPV有关系，也开始注射预防疫苗。细胞脱落检查是指用棉棒在宫颈部提取细胞，在显微镜下观察，如果有异常（注：异常是指有癌症特征的细胞。细胞形状、细胞内核越异常，癌症的可能性就越大。），就要进一步判断是否是癌症。阴道镜检查是指从阴道插入管状相机，观察内部情况。

美国妇科癌症学会在“Choosing Wisely（聪明的选择）”活动中督促说，“即使有过宫颈癌的人，如果在细胞脱落检查时，可以断定为低级别，或者认为比扁平上皮内病变风险还低的话，那么就不要再进行阴道镜检查（注：宫颈癌检查，即提取宫颈部细胞，检查细胞整体、细胞核的恶性程度。从细胞形状看如果还没到癌症的程度，就认为是低级别，或者是扁平上皮内病变。所谓扁平上皮内病变是指宫颈部细胞中产生的癌症都是源于扁平上皮组织。）”。

得过一次癌症的人会担心复发，不过学会认为阴道镜检查对于复发可能性较低的病症并没有效果。低级别的异常即使进行了检查，如果肉眼判断说没有病变，那么其结果是什么也检查不出来。只不过让患者多花费而已。阴道镜检查因检查内容不同，会花费5000~10000日元。作为医院的检查和治疗来说，费用并不高，可是如果没有意义的话，最好还是不要检查。

## 不想接受的医疗14 [卵巢癌]健康的女性不要做卵巢癌的检查

美国妇科癌学会、美国妇产科学会

大家都希望能够早期发现卵巢癌。可是即使那样也不要随意进行检查。

美国妇科癌学会指出“得卵巢癌可能性比较低的女性，不要为了排查卵巢癌而进行CA-125以及超声检查”。

CA-125是指体内癌细胞增加时，血液里的蛋白质也会增加。超声检查是体检时常做的。把检查器具放入阴道内，检查卵巢是否异常，这些检查对于年轻人、没有癌症的人，或者是没有症状的女性，即使做了，既不能早期发现卵巢癌，也不能降低卵巢癌的死亡率。

女性体检时体检套餐内基本都有这两项检查。检查做起来比较简单，所以做了也没什么损失，但很多时候根本没有必要做。希望大家检查前冷静思考一下。

不仅如此，没有癌症却要进行检查，甚至还有可能要进行精密检查，从而加大了并发症的风险，因此不要进行卵巢癌检查。

临床研究说，没有症状的女性，检查CA-125血液值或进行超声检查，和不进行这些检查相比，确实能早发现卵巢癌。

不过，卵巢癌患病率低，与检查出患有卵巢癌的患者相比，没有病症却无故被检查的人更多，所以不利因素更大，很麻烦。

## 不想接受的医疗15 [肺癌]肺癌的CT检查不要超越指南 频繁进行

美国胸部医师学会、美国胸部学会

肺癌的CT检查，受到了一些关注。美国癌症协会推荐重度吸烟者要进行肺部的CT检查。日本也讨论说CT比胸部X线更有效。

可是，美国胸部医师学会、美国胸部学会等两家学会共同发表声明“对于得肺癌几率小的人，不要以排查为目的进行CT检查”。

美国癌症协会曾经推荐进行CT检查，尤其是研究结果表明低度CT检查对于高风险的肺癌患者，有预防死亡的效果。

所谓的高风险的人，是指55~74岁、过往有30pack（注：30pack是指，每天1盒烟持续吸30年的人或每天2盒烟持续吸烟15年的人。）吸烟经历的人。也就是说重度吸烟者是高风险的人，而吸烟不多不算高风险的人，也没必要进行检查。

我们必须要知道CT检查会给人体带来伤害。比如，“会受放射线辐射”，“没有癌症也可能被误诊成癌症”，“要不断对块状组织重复进行肺结核精密检查”，“会发现没有疼痛的良性肿瘤从而进行过度诊断”等。

肺部有阴影，用内视镜插入支气管进行检查，结果却没发现问题，谁也不想碰到这样的情况。两个学会都说，检查只针对高风险的人，低风险的人不应被列为检查对象。肺癌的主要原因就是吸烟，因此学会希望医疗机构不要急于做检查，要视吸烟情况来决定是否该做检查。

另外，“Choosing Wisely”还指出不要频繁地做肺结核的精密检查。

美国胸部医师学会和美国胸部学会共同表示，“肺部CT检查发现癌症或者是不明结节，即使为了确诊也不要超越指南频繁进行检查。而且也不需要长时间进行追踪检查”。



美国的指南建议，检查结节时，要根据病变的恶性程度决定检查的频率以及检查时间。

检查频率不需要每3个月进行一次。而且也不需要连续2年进行检查。过往的临床结果已经明确指出，频繁检查并不能降低肺癌的死亡率。频繁进行周密检查，会让患者受到辐射，相反，即使发现新的“结节谜团”，也只会让患者陷入持续的、无意义的检查而已。

以前没有患过癌症的患者，只要结节2年间不变大，就认为恶性程度极低。不过，CT检查结果如果图像显示“磨砂玻璃”，即粉末状散开，看起来模模糊糊的，这时候才需要长时间观察。

## 不想接受的医疗16 [肺癌]早期的肺癌不需要做脑部转移检查

美国胸外科学会

得了肺癌会担心发生脑转移。

癌症从原发部位，通过淋巴管扩散到全身。这种扩散程度称为“stage（期、阶段）”。按扩散程度，可以分为1、2、3、4期。肺癌在肺部呼吸处产生，逐渐变大，并通过淋巴管扩散到肺部以外的地方，“关口”的淋巴结会抑制癌症扩散，不过癌症一旦突破关口淋巴结就会扩散到全身。癌症停留在原发部位是1期，虽然在原发部位，但略有扩散就是2期，通过淋巴管到达关口淋巴结为3期，扩散到全身就是4期。

美国学会告诉我们如何考虑肺癌的脑转移情况。肺癌分为小癌症细胞分散的小细胞肺癌和癌细胞成块状的非小细胞肺癌。这里的想法是针对非小细胞肺癌的。

美国胸外科学会建议，“1期非小细胞肺癌患者，或者是组织检查认为是非小细胞肺癌的患者，在治疗之前，没有神经学方面的症状，就不用进行脑转移检查”。

所谓神经学方面的症状是指有麻木、语言不清等症状。如果没有这些症状，就不要进行脑转移检查。

学会根据临床研究进行了解释，“原发部位很小，却转移到脑部的神秘脑转移（注：神秘脑转移是指癌症突然间转移到其他部位。肉眼看不到，也摸不到，就像诡异现象那样突然间转移，所以称之为“神秘的转移”。）的发生概率不到3%，很低”。早期的癌症不推荐轻易进行脑转移检查。

学会认为轻易进行脑转移检查存在问题的是，徒增治疗费用和延误治疗。如果在进行脑影像检查时，癌症已经扩散了，那么检查也就毫无意义了。而且需要注意的是即使进行了脑影像检查，也很少会改变治疗方针，总之意义不大。进行影像检查如果被告知没问题倒还可以放心，但却没有人会告诉我们这项检查本来就是不需要做的。

本来没有脑转移，却被误认为是脑转移，这也就是所谓的“伪阳性”。临床研究说“伪阳性”的可能性上升至11%。也就是说如果检查出是脑转移，那么10次中就有1次结果是假的。要证实是“伪阳性”，就要进行精密检查，这会给患者身体上增加负担，另外如果癌症分期诊断错误的话，其后的治疗也会搞错，最后形成悲剧，这是学会很担心的地方。

而且学会还感慨地说，“有的医务工作者会胡乱地进行脑部MRI检查、CT检查”。对于没有症状的早期肺癌患者进行肺部手术之前，许多医务工作者为了慎重起见，都会检查一下看看有没有脑转移，认为即使多做了也没什么不妥。可是，早期肺癌即使进行了脑转移检查，医疗费昂贵不说收效也不大。学会判断说“这种脑转移检查医学上是不需要做的”。

不仅“Choosing Wisely”的方针，国际方针也说早期肺癌的影像检查要慎重。美国胸部学会和欧洲呼吸学会联合声明，“术前不要进行脑部影像检查”。而且制定世界癌症治疗指南方针的公共机构——美国国立综合癌症网络在非小细胞肺癌的指南里，也指出“对于无症状的1期A的非小细胞肺癌患者，术前不推荐进行脑影像检查”。1期A是指癌症处于1期，但癌症大小小于3cm。

## 不想接受的医疗17 [大肠癌]大肠癌的内视镜检查10年1次已足够

美国消化病学会、美国外科学会

最近接受大肠癌内视镜检查的人有所增加。大便检查有隐血时，要做精密检查，从肛门插入内视镜，检查是否是癌症。有时候被告知“有息肉”，患者或许会很担心。息肉是大肠内的凸起部分，多数叫做“腺瘤”。部分息肉会有癌细胞，也有人被告知息肉病理检查结果是阴性，而感到放心。

美国消化病学会强调说，“对于有大肠癌风险的人，无论采用什么手段进行的检查，只要高性能的内视镜检查结果是阴性，其后10年就不用重复进行大肠癌检查了”。

学会解释说，对于50岁以上、患大肠癌风险不高的人，每隔10年进行1次检查是比较合适的。

目前的临床研究说，使用高性能的大肠内视镜检查如果没发现癌症，那么其后10年得癌症的风险也很低。所以如果高性能大肠镜检查显示结果正常，那么再次进行大肠癌检查的时机就是10年以后。

学会在“Choosing Wisely”中，不仅对正常人，连对于有息肉的人也设定了检查明细。学会解释说，“大肠内视镜检查出不到1cm的腺瘤1个或者2个，都不会有高度的异常，而且完全切除后，至少5年内不需要重复进行大肠内视镜检查”。

一定要根据大肠内视镜的检查结果来确定下次的检查时机。按询证医疗指南的说法就是，低级别的异常，有小管状腺瘤1个或者2个，切除后5~10年不需要进行大肠内视镜检查。简单点说，稍微有点息肉，如果医生说不是癌症，就没有必要多次进行检查。

对于什么时候需要再次接受检查，除了大肠内视镜检查结果认为疑似癌症时需要做以外，其他的要根据家族里是否有人得过癌症、患者要求、内科医生诊断等进行综合判断。

美国外科学会在“**Choosing Wisely**”中指出，要看剩余的寿命来确定是否进行大肠癌检查。“检查时，没有症状且剩余寿命不到10年、家族里没有大肠癌病史或者没有既往症的人，要避免进行大肠癌检查”。

首先，需要强调的是大肠癌检查是有意义的。临床研究也显示，检查可以降低死亡率。“通过大肠内视镜检查，如果发现了腺瘤或者癌症前期的病变，通过切除就可以抑制发病率”。不过，这里所说的有意义是指进行检查的益处大于风险时。进行大肠内视镜检查时，插入内视镜会损伤肠道，不可否认还会有由于麻醉而无法清醒的情况。进行检查而产生了新问题，这就本末倒置了。如果认为风险大于益处，就不该进行检查。

大肠内视镜检查的风险会随着年龄、并发症而逐渐加大。学会推荐要按个例判断大肠内视镜检查的风险、益处的比例。

## 不想接受的医疗18 [癌症治疗]要慎重使用靶向药

美国临床肿瘤学会

靶向药（注：癌细胞和普通细胞一样，靠细胞分裂增殖。分裂增殖的细胞，如果功能不全，癌细胞就不会生存。靶向药对癌细胞的增殖有效，会杀死癌细胞。）可以说是治疗癌症的主导药物。日本治疗肺癌的靶向药“易瑞沙”，治疗乳腺癌的“曲妥珠单抗（商品名：赫赛汀）”，治疗大肠癌的“阿瓦斯汀（AVASTIN）”，以及治疗白血病的“格列卫（Glivec）”等都很普及。

然而，美国临床肿瘤学会出乎意料地表示要慎重使用靶向药。

“Choosing Wisely”中记述说“使用靶向药时，一定要先进行基因检测”。也就是说使用之前一定要检查是否有效。在美国新开发了一种叫做“伴随检查（companion diagnostics）”的手段（中国国内叫做基因检测（注：癌细胞增殖所需要的成分，有个体差异。有人本来就没有该靶向药所针对的癌细胞，所以用了靶向药也起不到作用。所以，提前检查是否有靶向药所针对的癌细胞的做法比较普遍。药物和基因检查配合进行，因此叫做“伴随检查”，这种检查深受国内外关注。）），即使用靶向药之前，要对药物的疗效、副作用进行临床检查。而且使用靶向药前必须要进行基因检测。

和以前的化学疗法不同，靶向药对癌症的特定部分有效。通过检查癌细胞的特有基因，可以提前知道哪个患者适用靶向药。

学会指出，这样做重要的一点是使用靶向药的治疗费用特别高。而且治疗药物售卖的年限也受限，好多时候没有后续药物。和所有的抗癌治疗一样，还没有确切的证据能证明靶向药的疗效，因此会有风险。除了有潜在的重大副作用以外，和其他治疗相比，疗效也很可能并不好。

得了癌症的人，如果说药物有可能会有效的话，大家都想试一

下，可是现在大多情况下事前就已经知道治疗的效果不大。这些是大家需要了解的地方。

Choosing Wisely的注意事项中，还介绍了不可以使用靶向药的情况。由于得了癌症，身体虚弱，即使有的药物有疗效，也很可能不起作用。还有，不适合使用靶向药的病症，千万不要使用。

学会说也有特例。比如非癌症原因的身体状况恶化，特定基因变异等情况，则不需要控制靶向药的使用。如果虽然得了癌症却不是因为癌症原因导致身体状况恶化，那么说明癌症范围还很小，靶向药很可能会发挥作用。

另外，如果知道基因变异，特定的靶向药能起作用，那么即使癌症恶化，不进行其他治疗，也要先使用效果好的靶向药。总之，施以治疗的同时要考虑不妨碍患者生活，这是至关重要的。

## 不想接受的医疗19 [癌症治疗]治疗之前要做治疗计划

美国癌症委员会

美国癌症委员会强调治疗癌症之前要做治疗计划。或许你会认为制订治疗计划是理所当然的，既然癌症委员会提出了这样的建议，那就说明目前在制订计划方面还做得远远不够。尤其是治疗以后，要检查是否有所复发时，一定要制订生存照顾计划。

委员会指出，“癌症治疗后，不适宜的、过度检查很普遍”。由此产生的比较大的问题是反而产生新的病症，增加患者精神上的负担，并支付高额的检查费用。

“生存照顾计划”对于医疗工作者来说，是进行有意义的检查以及给患者提供支持的向导。美国研究专业医疗的公共机构——美国医学研究所（IOM）也持有相同观点。生存照顾计划的优点是，“避免不必要的医疗服务”、“进行适宜的康复”、“进行精神支持”等。

“生存照顾计划”要考虑到“癌症种类”、“癌症发展期”、“应该进行的治疗”、“病程检查和频率”、“康复和支持”等信息。其标准由美国 **Livestrong Foundation**、全美癌症生存者同盟（NCCS）、美国临床肿瘤学会等公共机构提供。

另外，美国癌症委员会对癌症治疗前的准备做了如下的阐述。“明确癌症范围，不允许在没和患者沟通治疗的情况下就开始治疗”。首先要判断癌症的程度，然后决定治疗方案。

这是要求“诊断”“治愈”“维持现状”“缓解病痛”的各个层面都要发挥作用。尤其是癌症晚期、癌症转移的患者，很多人并不了解治疗情况。医疗机构和患者在讨论癌症治疗时，有时候完全不提及“治愈”“维持现状”的问题，而是只讨论“缓解病痛”，然而即便如此好多患者还是认为可以治愈。尤其是患者对治疗费用问题缺乏理解，还可能不理解治疗的



风险以及治疗所潜在的副作用等。

缓解病痛的确是很有必要的。因为这个阶段可以让患者远离病痛，短期内延长生命。可是有时却存在很大的弊端，也会使患者的生活质量下降。

总之，癌症治疗要从多个角度考虑，和患者商量直至患者满意，这是非常重要的。首次治疗、复发、转移治疗等，情况不同，治疗也不同。要根据病例、身体检查、生物检测结果、影像检查信息等，对癌症的类型、发展期以及癌症范围等对癌症的临床阶段做出正确评价、记录。

而且，委员会也提及了手术的问题，腹部大手术、胸部大手术时制订计划尤其重要。并指出“术后疼痛管理，预防肺炎、标准流程等都要预先考虑好”。疼痛、肺炎会导致比较严重的并发症，也会导致入院时间延长。提前制订计划，可以避免这些负面因素。

施行适宜的麻醉可以减少术后疼痛，运用呼吸器进行治疗能够提高肺癌患者的生活质量。所有医疗机构共同整理治疗程序、治疗计划是很有必要的。无论是靶向药，还是手术，都要提前考虑治疗效果及术后对策。

## 不想接受的医疗20 [癌症治疗]不要突然间就做手术

美国癌症委员会

美国癌症委员会指出在进行癌症治疗时，不要轻易做手术。首先，要根据癌症类型、发展期，先考虑术前的辅助化学疗法、放射疗法等。辅助化学疗法是指为了提高手术的效果，投入抗癌制剂。使用药物、放射线等，可以有效地治疗，改善生活质量，也可以提高生存率。

总之，术前有许多有益的治疗措施。这些信息即使医疗机构不告诉患者，患者也要自己查阅。这里介绍一下委员会的想法，虽然稍显专业，但还是希望大家能够有所了解。

临床研究已证实，对于多种癌症，术前施以辅助化学疗法、荷尔蒙疗法（注：乳腺、前列腺等和性别相关的脏器得了癌症，比较容易受荷尔蒙影响。因此，术前进行抑制荷尔蒙的治疗，可以使癌症范围变小。）、放射治疗等，会比只进行手术的治疗效果要好。这样做有时可以抑制癌症范围，将该切除的病灶控制在比较小的范围。这样一来，治疗还可能不损伤内脏功能。即，既可以防止癌症复发、转移，也可以提高患者的生活质量。

而且，通过术前的辅助化学疗法，可能不用切除乳房就治愈乳腺癌；直肠癌，有可能不用切除肠道；喉头癌有时可以进行声带温存手术；末端软组织肉瘤也有可能不用切除了。

有人说术前投入抗癌制剂会耽误手术，但委员会解释说临床研究证明这一点是不需要担心的。因为没有任何根据能证明不做术前治疗的比直接手术疗效更好。目前还有好多人并没有体会到术前辅助化学疗法的益处。

委员会向下列患者推荐使用术前辅助化学疗法。临床诊断为2B以及3A的非小细胞肺癌、临床分类为T2-4a的食道癌、临床分类为T3·T4的

直肠癌、临床分类为T2·T3或者是临床为阶段3的乳腺癌、头颈部癌、有可能切除的胰腺癌、末端软组织肉瘤（注：临床按照从肺的内部到全身扩散的程度确定肺癌的阶段。癌症停留在肺内的一小部分为阶段0，扩散到对侧的肺以致扩散到全身为阶段4。另外，还有按TNM对肺癌的临床阶段进行分类的基准。T0到T4可以判定肿瘤的大小，没有肿瘤为T0，越接近周围脏器级别越高，最大为T4。）。

## 不想接受的医疗21 [癌症治疗]不要轻易把烈性止吐药和化疗药物一起使用

美国临床肿瘤学会

提起抗癌药物的副作用，许多人会想起恶心、呕吐。美国临床肿瘤学会要求，“对癌症患者使用抗癌制剂时，如果判断不可能引起恶心、呕吐，就不要使用烈性止吐药”。

目前，为了抑制抗癌制剂引起的恶心、呕吐，一直在开发效果好、副作用小的止吐药物。止吐药效果好，患者就可以不用住院，不但提高了患者生活质量，同时也不用减少、停用抗癌制剂了。

治疗癌症的医生、医务工作者，会按呕吐的可能性，习惯使用几种呕吐药。目前容易引起恶心、呕吐的常用抗癌药物的种类已经明确。对于会持续引起恶心、呕吐的治疗，也开发出了新的止吐药。

新药物的副作用比较小，但多数都很昂贵。学会与胡乱使用昂贵药物者意见相左，提出了不同观点。他们认为止吐药只能用于恶心、呕吐强烈并一直持续的时候。对于不大容易引起恶心、呕吐的抗癌药物，可以用廉价且有效果的止吐药。

也许有人不吝惜花费，不过这些常识知道了也不吃亏。

## 不想接受的医疗22 [放疗]癌症转移的放疗次数要尽可能地控制

美国放射肿瘤学会、美国临终关怀学会

癌症转移，尤其是骨转移会引起疼痛。放疗对于减轻疼痛很有效果。有接受1次也有接受30~40次放疗的人，该接受多少次放疗，这是大家很关心的问题。不过，美国放射肿瘤学会指出，对于骨转移的癌症患者，放疗不要超过10次。

临床结果一致表明，为了缓解疼痛而进行放疗时，多次使用意义不大。学会说，对于缓解疼痛，重复10次以上放疗也不会改善。2012年的报告在总结多次研究成果的基础上指出，1次放疗和多次放疗对于缓解疼痛的效果一样。

但是如果为了让癌症范围变小，有时进行多次放疗是有益处的。报告说，多次放疗对改善疼痛没有多大疗效，但令人满意的是可以使癌症范围变小。

单次照射虽然简单、方便，但很有可能还需要再次照射同一部位。采用单次照射来缩小癌症范围的患者，其后大概有20%的人需要再次治疗，而采用多次照射的患者，其后需要再次治疗的概率降为8%。所以必须在综合考虑患者的剩余寿命、体力下降是否会导致癌症恶化、可以接受治疗的时间、能承担的费用等基础上，来制订治疗计划。

如果照射次数对疼痛的治疗效果没有差异，那么只需关注对癌症范围缩小的影响。在此基础上针对预后时间有限，无法治愈且活动困难的患者，连续多次进行治疗就并不是一个良策。学会认为要减轻患者负担，避免让患者多次去医院，单次可以治疗的话尽量单次治疗。

美国临终关怀学会也指出，针对骨转移的放射治疗，如果重症程度低，只是为了缓解疼痛的话就不要进行1次以上的放疗。也就是说对于

面临死亡的患者，为了缓解疼痛而进行的治疗，多次放疗既没意义也没有必要。只进行一次放疗来缓解疼痛是很明智的选择。

学会解释说，“正如美国放射肿瘤学会2012年的指南中所阐述的那样，对于没有接受过放射治疗的骨转移患者，进行1次放疗和进行多次放疗的效果，对控制病情并没有多大差异”。对于患者、病患照顾者来说，都希望只进行1次放疗。当然寿命比较长的时候，可以进行多次放疗，但对于生命有限的患者来说，负担越轻越好。

而且治疗费用也是一个不可回避的问题。治疗次数越少，费用负担越低。

**Glin Oncol (R Coll Radiol) .2012; 24: 112-124**

## 不想接受的医疗23 [癌症检查]癌症检查尽量不做 PET、CT等检查

美国核原子医学会、分子影像学会、美国临床肿瘤学会、美国妇科癌症学会

也许有很多人认为即使健康，也要积极筛查癌症。可是，在日本很受欢迎的癌症检查“PET”，其形势却不容乐观。这是一种通过注射放射性糖分，检查是否有癌细胞的方法。由于癌症会使糖分活跃，因此放射性糖分集中的地方，就说明是有癌细胞的地方。

影像检查的专业学会——美国原子医学会、分子影像学会在“Choosing Wisely”中断定说，“PET检查不能对健康的人群使用”。

该学会说，健康的人群发现癌症的概率极低。PET的临床数据也说发现率仅为1%。PET用于有明显症状的检查、判断癌症的程度、判断治疗效果等，如果不是这些情况，却进行了PET检查，那么有百害而无一利。最大的问题是因为进行了PET检查之后，还不得不进行一些不必要的检查、进行切除组织的活检，甚至还有可能进行一些不必要的手术。另外，学会以同样的理由告诉我们，健康的人千万不要进行CT检查。

美国临床肿瘤学会在Choosing Wisely的明细中列出，进行过一次癌症治疗，其后不再有症状的人，就不要进行PET检查以及PET-CT检查。PET-CT检查是同时进行PET检查和身体侧面CT影像检查，以便更立体地观察是否有癌细胞。不过，并没有临床数据支持说影像检查可以提高治疗效果。

而且，美国妇科癌症学会也认为，妇科癌症筛查要慎重使用影像检查。并解释说，“不要轻易进行影像检查来筛查癌症。特别是卵巢、子宫内膜、宫颈、外阴、阴道等癌症检查不要使用影像检查”。原因是临床研究已经清楚，没有症状、没有肿瘤迹象就进行影像检查，并不能检

查出复发，也不能提高生存率。

目前的临床研究证明，接受过1次癌症治疗之后，即使再次检查有复发，也不能对以后的治疗有所帮助。有时甚至并不是癌症复发，却误诊为癌症复发，从而进行一些不必要的检查以及过度治疗等。而且接受PET-CT检查会受到一些不必要的辐射。



## 不想接受的医疗24 [癌症筛查]寿命不到10年的人，不用做癌症筛查

美国一般内科学会、美国肾脏学会

美国一般内科学会呼吁说不仅是PET检查、CT检查，连一般的癌症筛查都要控制。并推荐说“癌症筛查对于寿命不到10年的人，不推荐做”。

通过癌症筛查发现病症的确有好处，但无论发现病症与否，都会给患者增加负担。学会解释说“不推荐做癌症筛查仅限于那些已经知道自己是在延续寿命的人”。

如果从患者的年龄推断剩余寿命（平均剩余寿命）不到10年的话，那么“与生存相比，检查所造成的误诊、检查后的治疗等负担更为不利”。比较一下潜在的好处和坏处，对于寿命不到10年的高龄者，还是不推荐进行癌症筛查。

美国肾脏学会同时也劝告透析患者，没有特别征兆、症状的寿命有限的透析患者，不要轻易做癌症检查。

肾功能明显低下的末期肾不全（ESRD）的患者死亡率比较高。对于寿命有限的透析患者，即使做了乳腺癌的钼靶检查、大肠癌的大肠内镜检查、前列腺癌的PSA检查、宫颈癌的活检等也毫无意义。患者不仅要承担费用，也不能提高生存率。和透析患者一样，肾移植的患者最好也不要做。

如果实际上不是癌症却诊断为疑似癌症，不仅会导致过度治疗，还会造成精神不堪重负等问题。进行癌症筛查时，要考虑患者今后的人生，这是美国学会一致的观点。

## 【癌症以外的病症】

接下来让我们具体看看癌症以外的其他病症。我们已经知道，过度的检查、毫无意义的治疗，只会给患者带来负担。我们一起学学美国的建议，看看如果要治好病、提高生活质量，需要避免哪些医疗行为。

## 不想接受的医疗25 [检查]不要做没意义的X线胸片

美国外科学会、美国一般内科学会、美国医院医学会、美国集中治疗关联学会、美国内科医学会

一系列以癌症为主的“Choosing Wisely”大多都要求不要多做检查，那么癌症以外的病症，需要重复做检查吗？

美国外科学会解释说，“对于没有特殊病例、身体检查也没有异常的来院患者，要避免在住院时或手术前做X线胸片”。

学会解释说进行X线检查的人中，只有2%的人检查结果会对治疗方针有影响。

就是说虽然进行了检查，但98%的人是没有任何发现的。学会还解释说，“体检时怀疑心脏、肺部有病的患者，以及6个月内没有进行X线检查的70岁以上的高龄人群，才有必要进行该项检查”。

也许在日本的某些地区，做X线检查易如反掌，但就为了一点点的担心，却要多花费5000日元，虽说医保会负担一部分，患者负担不重，但也会有人质疑真的有必要做该项检查吗？

美国一般内科学会不仅对影像检查，连体检的必要性也持怀疑态度。“没有症状的成年人，不要轻易做体检”。

这里说的体检是指身体测量、尿检等定期健康检查。来医院进行一般体检的人并不少见。看起来是为了检查是否有病，是为了预防而进行的检查，似乎没有问题。

学会之所以对体检持反对态度，是因为临床研究没有任何证据能证明，进行了体检就可以减少病患，减少死亡，减少住院率。倒不如说反倒多做了一些没用的检查，还可能有坏处。

不过，由于急性病症而来医院检查的人，对他们有根据地进行一些

预防检查、治疗高血压等慢性病症的检查等的确是有必要的。这里说的有根据的预防检查是指，为预防糖尿病及因糖尿病导致的肾脏、眼睛功能低下而进行的血糖检查。

另外，美国医院医学会也指出对住院患者进行重复检查毫无意义。“检查结果稳定时，就不要重复进行血液以及生化检查（注：血液检查中尤其是检查胆固醇、尿酸值、微量元素成分、蛋白质等化合物的检查称之为生化检查。）”。学会指出对患者来说，重复抽血毫无益处，“抽血会导致血红蛋白（HB）、红细胞比容（HCT）发生变化，从而引起贫血。贫血则会产生重大问题，尤其是心脏病、肺病患者问题会更严重”。由于医疗机构的抽血而导致贫血，这种事仿佛是黑色幽默。不过专业上把它叫做“医原病（或医源效应）”。

从医疗经营方面来说，减少不必要的采血，除了能减少采血的时间、成本，还能减少贫血而带来的事故，从而减少应对事故的时间、成本。

美国集中医疗关联学会也对重复的检查持否定的态度，并断言说“不要为了确诊而每天连续进行检查。而应该对临床上的特定疑问进行检查”。

临床上特定的疑问，是指对患者昏迷、胸痛等症状的疑问。学会强调，为了解开这些疑问，有必要进行检查。

学会说，很多临床研究都在连续进行X线胸片、动脉血气检查（注：动脉血气检查是指检查动脉里融入气体的浓度。根据动脉中的氧气、二氧化碳浓度，可以检查出肺部氧气吸收、二氧化碳排出，以及全身组织中的氧气使用、二氧化碳的排除情况。））、血液、生化检查、血常规检查、心电图检查等。每天进行检查的情况也并不少见。“临床上有任何疑问进行检查是可以的，但连续的检查只会让患者多花费用。如果说检查会对治疗方针有影响倒也还好，但很多时候它对治疗没有任何好

处，倒不如说只有坏处。”

过度检查潜在的危害很大。比如，可能会导致不必要的采血带来的贫血、无意义的输血带来的危险，以及费用消耗等。而且，如果连续检查而偶然间发现了不明的异常，那么还有可能继续进行不必要的检查。

美国内科医学会说，如果没有胸部病理学的问题，术前就不要进行胸部X线检查。不要为了慎重起见，而在术前进行胸部X线检查。仅限于显示胸部的痰、肺组织异常等，可以确定胸部有问题的时候才可以进行X线检查。“术前进行胸部X线检查的意义极小，也不会对患者的管理、治疗有影响”。所以要禁止过度的检查，目前这种呼声很高。

## 不想接受的医疗26 [检查]轻度头外伤不做CT检查

美国急救学会、美国儿科学会

孩子头部撞击就叫救护车的情况并不少见。很多父母到医院不做CT检查照照孩子的头部就不放心。很多医生也是为了慎重起见就进行CT影像检查。可是美国急救学会断定，“轻微的头外伤，不要到了急诊就进行CT检查”。

这里说的轻微脑外伤是指按照指南、诊断基准等判定为“低风险”的情况，后面会具体阐述。高风险的情况，医生一看便知。

学会指出，无论孩子还是成人，经常会有人因为轻度脑外伤而看急诊。大多数的轻度脑外伤都不会发生头盖骨骨折、脑出血等情况，几乎都不需要进行CT检查。学会认为CT检查反倒会有坏处。由于照射放射线，会对脑组织基因有损伤。其结果是增大了以后得癌症的风险，所以只有重大病症才需要进行CT检查。

本书的第一部分，介绍了一个叫做北山的孩子，他就属于这种情况。北山最后没有进行CT检查，其实他很可能也不需要进行。

医生的职责是辨清需要进行CT检查的患者。对轻度脑外伤，医生要很有信心地说不需要进行CT检查。但必须要边参考指南，边看病历，再通过体检等做出判断。

临床研究证明减少CT检查，反倒能提高安全性，从而进行更有效的诊断。如果是孩子的轻度脑外伤，进行CT检查前需要重视病程观察。美国儿科学会指出，“CT检查不可以用于急诊的轻度脑外伤诊断”。

按照PECARN（儿童急救医疗应用研究网络）的基准，需要先对临床的病程进行观察，然后判断是否需要再进行影像检查。PECARN建议当出现“意识低下”、“呕吐”时要进行CT检查。也就是说CT检查只用于医生认为是重伤、有风险的时候。

对于孩子来说，不必要的放射线是很危险的，且有一点不可否认，做检查会加大孩子将来得癌症的概率。而且孩子脑组织由于放射线照射，离子化（注：身体内的水分、氧气在放射线的照射下会带电。这种带电的状态就叫做“离子化”。细胞中的DNA会被离子破坏，DNA中的基因也会发生变化。这些变化有可能会癌变。）的可能性加大，同时不必要的CT检查也会给患者带来经济负担。决定是否进行CT检查，需要观察一段时间再决定。

## 不想接受的医疗27 [儿科]感冒时不要用抗生素

美国儿科学会

感冒了就要服用抗生素，这种情况随处可见。可是一直以来医疗界强调抗生素对于非细菌感染不起作用。但鉴于滥用抗生素的情况屡见不鲜，美国学会还是重新提出了“不要用抗生素”。

美国儿科学会指出，对于明显是病毒性的呼吸器官疾病，不要服用抗生素。这里包括副鼻窦炎、喉炎、支气管炎等。

医生们普遍认为给孩子开抗生素没用，目前开抗生素的现象也在减少，不过学会依然认为要高度重视。他们指出目前“针对病毒性呼吸器官疾病依然在使用一些不必要的药物。这些做法会产生耐药性、增加医疗费用，坏处很多”。

而且学会还说不需要使用止咳药。“4岁以下的儿童的呼吸器官疾病，不要开咳嗽药、感冒药”。临床研究证明，咳嗽药、感冒药对于低龄儿童没有好处，相反会产生一些副作用，所以一定要慎重使用。同时，儿童咳嗽药、感冒药包含多种成分，和其他药组合使用时，会导致过度用药。

当然，注意用药不等于否定用药，而是要避开没有意义的用药。



## 不想接受的医疗28 [儿科]发热而造成的痉挛不要做影像检查

美国儿科学会

儿童经常会因为发烧而产生痉挛，有时会令监护人不寒而栗。美国儿科学会指出，“对于发热而造成的痉挛不要做CT、MRI检查”。

根据2006年的报告，对于第一次发热而产生痉挛的71名儿童进行了调查，根据脑部影像、病例信息进行的诊断，没有发现一人脑内异常。

学会综合其他研究、概要，发表声明称因发热产生的痉挛不需要进行CT、MRI检查。2000年的其他研究也证明，不仅是发热产生的痉挛，对于儿童的其他痉挛，也不要草率地去做CT。

当然，做了CT、MRI检查，确实会放心。但是这只限于CT、MRI检查毫无坏处的时候。学会权衡利弊后，认为弊远远大于利。

学会认为进行CT检查的问题是会导致日后产生癌症的风险，CT检查会让孩子接受放射线照射。而MRI检查虽然不用放射线，但却会使用镇静药。镇静药本身就是麻醉药物，有可能导致死亡。还有前面已经说过，检查费用比较高。影像检查是世界共同的问题，任何疾病治疗都涉及这一问题。

学会希望医生在诊断时，不要过于重视孩子发热产生的痉挛，而要具体讨论发热的原因。

*Pediatrics*. 2006; 117: 304-308.

*Pediatrics*. 2006; 117: 528-530.

*Epilepsia*. 2000; 41: 350-354.

*J Pediatr Neurosci*. 2012; 7: 9-15.

## 不想接受的医疗29 [儿科]腹痛不要胡乱做CT检查

美国儿科学会、美国消化病学会

接下来说说CT检查和腹痛的问题。

日本影像检查设备很完备，X射线胸片自不必说，CT检查也可以随处进行。即便如此，也不能胡乱地进行检查。美国儿科学会说对于儿童的腹痛，不要轻易进行CT检查。

在美国对孩子腹痛进行检查时，急诊使用CT的次数增多了。和其他病症相同，CT检查会让孩子照射放射线，会增大将来得癌症的风险，要认识到过度照射放射线会带来危害。学会说孩子的脏器对放射线极其敏感，尤其要特别注意。而且如果CT设备误操作，会接受超过常规的放射线的照射，存在很大的潜在风险。

美国消化病学会指出，包括成人在内，如果按照国际诊断标准“罗马Ⅲ标准”认为是功能性腹痛，且临床诊断、症状都没有太大的变化，就不要重复进行CT检查。“罗马Ⅲ标准”是指针对受精神因素的影响而产生的腹痛的诊断标准。

学会敲响警钟，照射X线虽然比较微量，但很明显也会加大癌症的风险。腹部1次CT照射，相当于受到来自自然界的3年的X线的照射。当然学会也指出了检查费用昂贵的问题。影像检查应该仅用于能够提供修改治疗方针等有用信息的时候。希望我们牢记：腹痛时不要胡乱进行CT检查。

## 不想接受的医疗30 [儿科]孩子阑尾炎时不做CT检查

美国放射线学会、美国外科学会

接着说和CT检查相关的话题，因为比较重要，所以分类阐述。这里说的是阑尾炎时的检查。阑尾炎是儿童经常得的病症，是因盲肠区域一种叫做阑尾的淋巴结肿大而产生的病症。

美国放射线学会指出，即使怀疑孩子得了阑尾炎，也没必要做CT检查。应该先做超声检查（B超）。超声检查可以避免放射线照射，诊断精度高。学会认为，对孩子应该首选超声检查。

超声检查结果无法做出明确诊断时，再考虑CT检查。这个做法既可以节约费用，也可以减少潜在的放射线照射。美国外科学会也强调，对于有可能是阑尾炎的孩子不要进行CT检查，要先进行超声检查。

技术熟练的医生，会做出正确的诊断，超声可以有94%的概率诊断出阑尾炎。没有阑尾炎的话，识别的正确率也可以达到94%。学会也考虑到了不是每个人都有专业知识，所以才希望好好应用超声检查结果，尽量做到不用CT检查。

## 不想接受的医疗31 [儿科]男孩睾丸下降不全时，不做超声波检查

美国泌尿学会

男孩出生后，慢慢形成精巢，也就是睾丸会垂到阴囊里。不过，有时会有睾丸不垂到阴囊内的孩子，我周围就有因孩子的睾丸停留问题而苦恼的家长。生殖器官具有重要意义，所以家长很担心。

这时，最难的是检查，无论哪家医疗机构都很苦恼。因为不知道睾丸到底在什么地方。美国泌尿学会对于睾丸停留问题指出，不要对睾丸下降不全的男孩进行超声检查。因为超声检查找不到睾丸的所在处。

临床研究表明，靠超声检查确定睾丸的位置，精度极其低。超声检查认为有的地方，实际却没有，相反超声检查认为没有的地方，却有可能有睾丸。检查的精度之所以低，是因为超声检查受周围组织、肠内空气的影响。

当然也有放射线检查，但睾丸经过放射线照射，会对基因有影响，所以不要做，而且检查的精度同样很低。MRI也同样存在精度问题，最终还是要靠触诊来确定位置。这也许是最好的办法。

## 不想接受的医疗32 [糖尿病]糖尿病不要用动态胰岛素测量法管理血糖值

美国医疗指南协会

对于得了糖尿病接受胰岛素（注：胰岛素是荷尔蒙的一种，由胰腺里一种叫做朗格尔汉斯氏岛（胰岛）的组织 $\beta$ 细胞分泌。从血液中给各个组织输送糖分。胰岛素分泌不好，或者即使有胰岛素，但糖分输送困难，就会导致血糖值上升，形成糖尿病。）治疗的人来说，动态胰岛素测量法并不陌生。这是根据血糖值，调整胰岛素使用量的方法。取指血测量血糖值。自我血糖测量（SMBG），是按当时的血糖值调整药物服用量的方法。

不过，美国医疗指南协会指出，糖尿病靠动态胰岛素测量法长期控制血糖值，负担重，且并不见效。

动态胰岛素测量法并不是预先预防高血糖，而是患上高血糖时，按照血糖的水平进行控制的方法。一方面认为动态胰岛素测量法不错，另一方面临床研究也表明动态胰岛素测量法无法给身体提供所需要的胰岛素的量，短期、长期内都没有效果。

引入动态胰岛素测量法，最终只会给患者增加负担。增加测量血糖值的频率、提高胰岛素注射频率、花费时间等，最终导致无法坚持治疗。由于不考虑饮食时间就注射胰岛素，也会出现低血糖的问题。

在注射胰岛素的基础上，饮食时进行速效胰岛素注射治疗更受欢迎，也能很好的控制血糖值。总之，糖尿病需要长期治疗，比较困难。

## 不想接受的医疗33 [糖尿病]高龄患者，糖化血红蛋白A1c为7.5%左右就可以

美国老年医学会

治疗糖尿病时，主要讨论血糖值应该降到什么程度。糖尿病的一般血糖值的指标A1c（HbA1c）为6.5%以上。要把这个指标降到什么程度，高龄患者是否也要降低这个指标，这是我们经常要讨论的问题。

美国老年医学会指出，超过65岁的人，大多数人只要血糖值HbA1c没达到7.5%，就可以不用药，一般只要进行平稳的管理。临床研究并没有证据证明对于高龄患者的2型糖尿病（注：糖尿病有I型、II型。I型是由于基因问题，无法调整血糖值的糖尿病，大多发病在孩提时期。而II型是指由于暴饮暴食等生活习惯问题导致血糖调整能力低下。大多发病在中老年时期。）使用药物降低血糖值就有好处。

非高龄患者，长期服用甲福明（二甲双胍）有抑制心梗、降低死亡的效果。另一方面，药物维持HbA1c在不到7%时，会加大死亡率，反倒会有坏处。

严格降低高龄患者血糖值，会加大低血糖症的风险。虽然有理论说血糖值急剧下降，会对微小血管有好处，但最近的观点认为设定血糖值的长期目标，要根据患者的希望、健康状态、平均寿命等。

学会对于合理的目标血糖值做了如下的说明。“剩余寿命还很长的高龄者，HbA1c控制在7.0%~7.5%之间；并发症少且平均剩余寿命不到10年的高龄者，血糖值可以控制在7.5%~8.0%之间；有多种并发症且平均剩余寿命更短的高龄者控制在8.0%~9.0%之间就可以”。

不强制降低高龄患者的血糖值，这样患者的负担会很轻。最终可以提高患者的生活质量。

## 不想接受的医疗34 [糖尿病] II型糖尿病，每天不要多次测量血糖值

美国内分泌学会、美国临床内分泌医学会、美国老年医学会

自我测量血糖值，可以轻松地了解血糖值，有助于管理病情、进行治疗。在“不想接受的医疗32”中介绍过，就是自己取出一滴指血，测量血糖值。但是这种方法并不能推荐给所有患者。

美国内分泌学会和美国临床内分泌医学会强调说“对于药物不会产生低血糖的 II 型糖尿病患者，每天不要多次自我测量血糖值”。因为一旦血糖目标达成，就可以预测自我血糖测量结果，因此即使重复测量血糖，也没有什么结果。

例外的情况是当有急性病症、需要追加药物、体重有显著变化、血糖值偏离HbA1c目标值时，可以进行多次测量。自我血糖测量只有在需要获得对治疗有用的信息、调整治疗时才有意义。

美国老年医学会也同样指出，对于没有使用胰岛素的 II 型糖尿病患者不推荐在家里进行自我血糖值测量。

自我血糖测量对于没有使用胰岛素或者没有使用会引起低血糖药物的患者，是没有益处的。不仅会给患者增加成本，同时对于诊断、治疗也会有副作用。和上述两个学会一样，老年医学会也认为只有在变更药物用量、变更饮食内容或者改变运动疗法时，才可以进行自我血糖测量。

能够预想到结果的检查当然没必要做。

## 不想接受的医疗35 [外科]腰痛时，在症状出现6周以内不用做影像检查

美国家庭医学会、美国内科医学会

很多人有过这样的经历吧：腰痛去医院检查，腰部照了X线，没发现什么异常，取点膏药就回来了。

美国家庭医学会对腰痛检查持否定态度，并指出腰痛时，如果没有“亮红牌”，那么6周以内就不要做影像检查。这里说的“亮红牌”是指重症或者神经性障碍有所发展，以及严重怀疑骨骼、肌肉有炎症的情况。需要具备外伤病例、体重下降且原因不明、免疫低下、癌症病史、静脉注射药物、使用类固醇、骨质疏松症、年龄过50岁等条件。

美国内科医学会也赞同说，没有特别原因的腰痛，不要进行影像检查。并再三叮嘱，腰痛的患者如果没有特殊病症也没有脊椎异常，病例以及体检也没有特别的问题的话，单纯的X线检查、CT检查、MRI检查并不能改善症状，完全没有必要做。美国家庭医学会还指出了检查的问题：几乎所有的腰痛都不需要进行影像检查，即使检查了偶然发现一些无关的问题，反倒要做一些没有意义的手术，还会产生其他问题。



## 不想接受的医疗36 [外科]腰扭伤时，不要直接做X射线检查

美国职业环境医学会、北美脊椎协会

美国职业环境医学会指出，对于没有什么特殊原因而急性腰痛的劳动者，也就是腰扭伤（闪腰）的人，不要立刻进行X线检查。即使怀疑是重症，也不要对所有人都进行X线检查。

而且学会还督促说，入职时的体检，不要进行腰椎的X线检查。入职体检是对于个人劳动能力的检查，腰椎X线检查不仅会多花费用，还会受到放射线辐射，与劳动者的劳动能力并没有关系，也不能预测未来的伤病。

北美脊椎学会也同样指出了急性腰痛时，影像检查的不必要性，即没有特殊原因的急性腰痛，只要不是重症，6周以内不要做MRI等影像检查。

出现腰痛症状6周以内进行影像诊断并不会改善症状。学会批判说只会多花钱而已。腰痛在美国的诊疗记录中位于第5位，是比较常见的症状。没有必要也没有余力去一个一个进行影像检查。

且腰部X线影像检查效果并不好。

## 不想接受的医疗37 [外科]正因为腰痛才不要休养

北美脊椎学会

北美脊椎学会主张说，不推荐为了治疗腰痛而卧床超过48小时。这说明即使现在腰痛，也不要休养，而是要活动。以前曾认为腰痛时休息比较好，但北美脊椎学会指出，对于腰痛患者的治疗，卧床48小时以上休养在临床研究上显示并没有益处。也就是说医疗界关于腰痛的诊断、治疗已有所改变。

## 不想接受的医疗38 [外科]风湿疼痛时，不要轻易做MRI

美国风湿疼痛学会

关节炎时会有风湿疼痛（注：在感染、癌症时，血液中的抗体发生作用，让感染、癌症失去效力。不过这种抗体如果处于病态，反倒会攻击自身细胞，这叫做自我免疫疾病。风湿疼痛就是自我免疫疾病的一种，是会损伤关节、骨骼、肌肉的一种病症。）。关节炎检查时进行MRI检查的情况并不少见。但是，美国疼痛学会指出，“关节炎检查时不要轻易做MRI”。MRI检查不适合关节疼痛诊断、预后等。目前的临床研究显示，不进行MRI检查才是最合适的。

学会指出，与MRI检查的价值相比，检查费用要高得多。学会认为MRI检查的问题是，“进行1次MRI来诊断骨浮肿（注：关节风湿是由于自身抗体破坏骨膜、软骨的一种病症。骨骼损伤，有时骨内会像有水进入一样膨胀起来。抵抗外力差、还会破坏关节。），或许可以预测疼痛的发展情况。但是MRI检查在目前的标准医疗中花费过多”。在国外已经有批判说MRI属于过度诊断。

标准的医疗是指通过问诊、X线检查进行诊断。学会认为通过标准的医疗检查完全可以诊断出疼痛的原因。

## 不想接受的医疗39 [外科]风湿疼痛时，不要直接就使用生物药品

美国风湿疼痛学会

风湿疼痛用的生物制剂，即生物药品很常见。风湿疼痛时体内会产生一种攻击自我组织的蛋白质，是自我免疫的疾病。生物药品是指运用人体本身的机能，抑制攻击自我因素的药物，增强抗体，广泛应用于风湿疼痛的治疗上。

生物药品的效果很好，但生物药品费用昂贵。有指南提出治疗时可以先尝试使用“甲氨蝶呤”等廉价的药物。

美国风湿疼痛学会慎重指出，在未使用“甲氨蝶呤”以及其他非生物风湿疼痛药物（DMARDs）前，不要对关节风湿疼痛患者直接使用生物药品。

“甲氨蝶呤”以及其他非生物风湿疼痛药物（DMARDs）对很多关节风湿疼痛患者都有效，比生物药品应用得要早。学会认为关节风湿疼痛的初步治疗应该使用非生物药物（DMARDs）。并呼吁说，只要没有禁忌，就应优先使用。

美国风湿疼痛学会说，在患者服药的前3个月内，同时使用DMARDs，或者不同时使用，但先使用“甲氨蝶呤”试试，如果没有过多的反应，才可以考虑使用生物药品。

不过，重症关节炎、疼痛剧烈，且预后状态差的时候例外。预后状态差是指以下情况，即关节活动受限、关节外侧有毛病、血液检查时可以测到有风湿疼痛因子、损伤到骨骼等。这时候生物药品有可能作为第一选择，不过学会强调说只是“有可能”。

风湿疼痛不仅是成人，有时也会困扰儿童。学会提醒说对儿童使用

甲氨蝶呤尤其要注意。在甲氨蝶呤用量稳定时，不需要每隔12周进行毒性检查。

儿童的风湿疼痛，属于“低龄特发性关节炎”，使用甲氨蝶呤时，很少会出现突然间产生副作用的情况。风险低却隔1~2个月就做次检查，这样可能会使治疗无故中断，反而会出问题。

学会推荐说在刚开始使用甲氨蝶呤或者是增加用量时可以进行频繁检查。而且频繁检查除了肥胖、糖尿病、肾病、牛皮癣（注：全身起红色丘疹、鳞屑的病症。本来防护自我的免疫功能却开始攻击自身而导致的自我免疫疾病。）、全身低龄特发性关节炎、唐氏综合征以外，仅限于儿童摄取酒精、使用肝毒性药物、骨髓抑制性药物的时候。

## 不想接受的医疗40 [外科]不要轻易做抗核抗体（抗核 酸抗原抗体）检查

美国风湿疼痛学会

风湿疼痛、牛皮癣是自我免疫疾病，是因产生了攻击自身的抗体蛋白质，从而引发的病症。

这些病受攻击的地方之多令人吃惊。细胞核就是受攻击地方之一。细胞核承担着遗传的重要信息，风湿疼痛会产生攻击细胞核的抗体，叫做“抗核抗体”。

和抗核抗体有关的检查有很多，可以根据需要去做。不过，并不是随便什么检查都可以做的。

抗核抗体的检查中，有检查各种各样抗核抗体的整体情况的简易检查，还有更具体的个别抗核抗体的详细检查。美国风湿疼痛学会要求，不经过整体抗核抗体的简易检查，就不要进行个别的详细检查。

抗核抗体的个别详细检查只用于抗核抗体为阳性，怀疑有免疫疾病时，其他情况不应该进行。虽然很想早些进行详细的检查，但是做一些毫无意义的、过度的检查是不可取的。

如果说抗核抗体的简易检查是“母体”检查，那么详细的个别检查就是“个体”检查。抗核抗体的详细检查是以双重结构的DNA、RNP、SSA、SSB、Scl-70、动原体抗体、抗Sm抗体为对象的。这些抗核抗体通常为阴性，所以不应该先进行详细的检查。

医疗机构有时候认为，“自我免疫疾病很令人担心，所以为了慎重起见一下子把所有细节检查都做了”，也就是“全部检查”。

学会说，某种肌炎简易检查是阴性，但详细检查时抗Jo-1抗体却是阳性，这是个特例。除此以外，抗SSA抗体在狼疮性肾炎、舍格伦综合

征（注：自我免疫疾病正如本文中阐述的那样，攻击自身的抗体会产生多种问题。狼疮性肾炎是其中之一，是因自我攻击抗体和目标结合在一起形成块状阻塞在肾脏而产生的病症。而舍格伦综合征是指泪腺、唾液腺组织攻击自身抗体而产生的疾病。）等疾病的详细检查时会出现阳性。即便如此，学会也认为应该避免胡乱地、大范围地检查自身抗体。学会认为只有怀疑可能是特定疾病时，才可以进行详细的抗体检查。

而且学会还补充说，儿童的风湿疼痛，只要抗核抗体的简易检查不是阳性，就不要进行自我抗体的全面检查。自我抗体的全面检查就是上面阐述的详细的、关于所有抗体的检查。

学会指出，50%的儿童有肌肉骨骼疼痛。没有风湿疼痛性病史，也没有体检的证据，临床研究就认为更没有必要对儿童进行全面抗体检查。儿童本身就会有一种倾向，说自己肌肉疼痛、骨骼疼痛等。正因为很健康，运动才会疼痛，这是正值淘气年龄的孩子特点。对于这样的孩子，进行详细检查毫无意义。

自我抗体全面检查费用昂贵。根据学会的观点还有临床研究的证据表明，限制自我抗体的全面检查，仍能保证诊断正确还能减少患者的花费。自我抗体检查要在抗核抗体检查为阳性时才可以实施。

学会提醒要防止重复检查。对于炎症性关节炎、全身性红斑狼疮（注：由于皮肤上有像被狼咬过的红色斑痕病变，所以得名“狼疮”。）的儿童，不要重复进行抗核抗体检查。

儿童的抗核抗体，在诊断风湿疼痛类疾病、全身性红斑狼疮时具有重要意义。如果检查出阳性，就需要对炎症性关节炎的儿童进一步进行精密检查。但是即便如此，也不能重复检查，这是基于临床研究的结论。

## 不想接受的医疗41 [外科]骨质疏松的DEXA检查10年做1次即可

美国家庭医学会、美国风湿疼痛学会

骨质疏松是指随着年龄的增长，骨骼强度下降的病症，可以通过骨密度进行检查，普遍应用的是用X线测量的DEXA检查法（双能X线吸收测量法）。不过什么样的人需要做这种检查目前还有待讨论。

美国家庭医学会指出，对于65岁以下的女性、70岁以下的男性，若是没有特定的问题，就不要进行DEXA检查。DEXA检查年龄越大，性价比越低；年龄越小，性价比越高。女性65岁，男性70岁是一个分水岭。

美国风湿疼痛学会也对频率提出了限制，骨质疏松DEXA检查不要大于两年一次的频率。

作为骨质疏松症的初期检查要按照美国骨质疏松症财团的指南进行。DEXA的检查间隔在2014年的时候还不很明确，不过学会解释说，比较合适的频率是两年一次，比这个频率高的检查完全没有必要。

骨密度不可能在短时间内一下子减弱，一般都是长时间内渐渐地减少。而且每次测量检查值都会有偏差，间隔太短即使结果显示骨密度减少，也不能断定是真的减少。

学会解释，“即使是高风险的患者在接受药物治疗时，通过DEXA测量的测量值发生变化也不一定会加大骨折的可能性。”

DEXA测量骨密度要有充分的间隔，这样才可以检查出骨密度是否减弱，也可以修改治疗方案。或许预测到骨密度突然发生变化时，DEXA检查才有意义。

最近的临床研究报告证明，67岁以上的健康女性，进行DEXA检查



不需要间隔小于10年。因为即使缩短了检查的间隔，骨质疏松的风险也不会降低。

## 不想接受的医疗42 [外科]氨基葡萄糖、软骨素对变形性膝关节病无效

美国整形外科学会

在日本，氨糖、软骨素是人们所熟知的物质（注：氨糖、软骨素是软骨合成的成分之一。作为保健食品深受关注，可以有效地给膝关节等关节疼痛、损伤补给成分。）。有宣传说有助于膝盖的活动。

但是，美国整形外科学会断定说，对于变形性关节炎的患者，即使有症状，也不该使用氨糖、软骨素。

学会指出，氨糖、软骨素不能缓和变形性关节炎的症状。氨糖、软骨素也只是保健食品而已。

## 不想接受的医疗43 [外科]变形性膝关节病不要做关节腔内清洗

美国整形外科学会

变形性膝关节病是由于膝关节炎症导致软骨磨损，是一种膝关节自身损伤。治疗时有时会对关节腔进行清洗。不过美国整形外科学会反对这种做法，认为变形性膝关节病的患者，即使有症状，也不要为了长期缓和症状而清洗关节腔。

关节腔的清洗是指对关节内部积满的混浊液体，通过手术，用生理盐水、透明质酸等进行清洗。

有炎症，关节内部就会产生白血球，从而水分增多。关节腔清洗就是用针把水分抽掉，防止进一步恶化。

看起来好像有效果，不过学会指出这种做法对于变形性关节病患者毫无意义。在改善疼痛、膝关节功能、提高步行时间、改良膝关节的硬度、改善压痛、浮肿等方面都没有效果。也就是说关节腔清洗只不过是临时的安慰而已。虽然看起来好像有效果，但不要被表象所迷惑。

## 不想接受的医疗44 [外科]变形性膝关节病鞋内垫鞋垫 只是临时性的缓解

美国整形外科学会

变形性关节炎源于膝盖的炎症，腿会变成X形或O形。为了减轻膝关节负担，可以在鞋内垫个鞋垫，但有意见说这并不能减轻疼痛、改善膝盖功能。

美国整形外科学会对于变形性关节炎有骨骼、软骨异常时，使用鞋垫改变鞋底角度一事持否定态度。

临床研究对使用有角度的鞋垫和没有角度的鞋垫进行比较，以及对在脚踝处绑绷带和不绑绷带进行比较，此外还有综合几个临床研究的检验结果，均显示改变鞋底角度，或者加上相关用具都没有效果。当然也许使用者会觉得变形性关节炎的症状会得到一点改善，但其实是没有任何意义的。

## 不想接受的医疗45 [妇产科]就取个避孕药，没必要做阴道检查

美国家庭医学会

在日本，到医院开口服避孕药时，好多地方都要做阴道检查。其实这样的检查是不需要做的。

美国家庭医学会说，开口服避孕药时，不需要做子宫等身体检查。

含有荷尔蒙的口服避孕药对于大部分的女性都是有效的，应用价值很高。目前的临床研究表明，开避孕药时不需要进行子宫、乳房检查。只需要问问病史，做个血液检查就可以。

避孕药是女性方便易用的药物。

## 不想接受的医疗46 [妇产科]未到预产期，不要进行催生、剖腹产手术

美国家庭医学会、美国妇产科学会

胎儿越小生产风险就越小，这种想法是错误的。美国家庭医学会指出，妊娠周数39周以前，不要催产或者进行剖腹产。分娩期是39周到41周。早于39周进行人工催生是有害的。

妊娠周数不到39周就分娩，会导致孩子学习能力障碍。早期分娩还会导致生病、死亡等。不过，如果母体有妊娠高血压或者由于母体、胎儿的状态需要在39周前催生、进行剖腹产的情况例外，总之只有在医学上有明确需要提前生产的条件才可以进行。如果忽视临床的标准，即使检查到胎儿肺成熟也不能作为分娩的标准。即使可以呼吸，也不要过早让胎儿离开子宫。

美国妇产科学会也认为，妊娠周数39周以前，不要催产或者进行剖腹产。

## 不想接受的医疗47 [妇产科]即使到了预产期，基本上也不要做阵痛催生

美国妇产科学会、美国家庭医学会

不要轻易催生。上一项说的是早产的特殊情况，在正式生产的时候也希望不要做催生。

美国妇产科学会劝告说，即使妊娠周期在39周到41周之间，宫颈状态不利于生产也不要做催产。并非妊娠周期满了，就可以早点把胎儿接生出来。

学会的立场是，分娩无论什么时候，自然状态都是最佳状态。要求医疗工作者们，和患者充分沟通需要承担的风险，“如果催产结果不理想，再进行剖腹产对子宫宫颈不好”。同时，对于医学上没有其他办法而进行的催产一定要慎重再慎重。

美国家庭医学会也持有同样观点，“即使是妊娠39周到41周之间，如果不能从医学上做出合适的判断，而且对子宫宫颈又不好，就不能做催产”。家庭医学会的观点和美国妇产科学会的观点相同，“无论什么时候，理想的分娩都是自然而然开始的”。观点完全一致。

## 不想接受的医疗48 [妇产科]不要为了决定是否做流产，而去做NIPT

美国母子学会

日本于2013年开始可以做无创产前检测（non invasive prenatal test，NIPT），这一进展倍受关注。只对孕妇进行血液检查就可以判定胎儿是否有染色体异常。由于孕妇血液里有胎儿的染色体，所以才有可能进行该项检查，问题是染色体异常检测的精度并不是100%。

美国母子学会要求，“在没有风险的情况下决定是否做流产时，不要进行NIPT检测”。NIPT仅限于单体妊娠可以进行检测，且有如下风险的时候：超过35周岁的孕妇，在类似血液检查、母体血清筛查（注：母体血清检查是对以唐氏综合征为主的胎儿染色体异常进行检查。染色体异常时，母体的血液中特定的物质会有所增加。检查4种物质的多寡，就有可能判断出胎儿染色体是否异常。只进行血液检查就可以诊断，目前普遍应用。）、超声检查等中怀疑染色体异常的情况，或上一次生产生了染色体异常的孩子情况。

对于不符合上述条件的低风险妊娠是否有用，目前还不清楚。因为有可能虽然没有染色体异常，但检测却显示为阳性，相反也有可能本来是染色体异常可检测却是阴性。尤其是13-三体综合征、18-三体综合征很容易出现问题。

出现阳性结果时，进行流产前应该进一步检查。学会解释说如果要进行NIPT检测，检测前做好患者的心理疏导很重要。必须让患者知道检测的好处和检测的局限性。



## 不想接受的医疗49 [妇产科]即使怀了双胞胎，也不要缝合子宫颈

美国母子学会

怀了双胞胎，子宫会无法承受，早产的可能性比较大。子宫颈如果窄小，尤其容易早产。这时，可以用手术把子宫出口的子宫颈缝合。不过，美国母子学会对子宫颈缝合持否定态度，认为对于怀有双胞胎且子宫颈部窄小的女性，不要进行缝合手术。

虽然子宫颈部窄小，且怀有双胞胎的女性早产的风险高，但临床研究说，综合分析多数报告的结果，并没有显示子宫颈缝合手术有好处，实际上是有害的，反倒会增加早产的概率。本来认为比较好而去进行治疗，其结果反倒会有不好的影响，这样的例子并不少见。

## 不想接受的医疗50 [泌尿科]要做慢性人工透析，需要与相关人员达成共识

美国肾脏学会

美国肾脏学会提醒说，“慢性人工透析要患者、家人、医生之间达成一致才可以进行”。在决定之前，要在听取患者意向的基础上，给患者提供预后、透析的利弊等信息。

一部分临床研究证明，对于有多种并发症的高龄患者，进行慢性人工透析，或者不进行透析而进行包括药物在内的保守疗法，其生存概率没有差异。

即使没有并发症，因为透析要持续一生，所以取得患者理解再开始透析是很重要的。

## 不想接受的医疗51 [泌尿科]在睾丸素正常的ED内补充睾丸素没有意义

美国泌尿学会、美国内分泌学会、美国临床内分泌医学会

勃起困难即ED，是个很大的问题。治疗选择之一是补充睾丸素（注：丸素是指男性荷尔蒙，让男性具有性别特征，英语为“testosterone”。），但其效果还有不明之处。美国泌尿学会指出，对于睾丸素值正常而勃起困难的男性来说，不要补充睾丸素。

临床研究表明补充睾丸素可以提高性欲。至于对勃起困难是否有效，临床研究认为至少对睾丸素正常的男性是没有用的。因为即使性欲提高了，也不会对勃起有效。

美国内分泌学会、美国临床内分泌医学会也指出，“只要不能从生化学证明睾丸素不足是勃起困难的原因，就不要补充睾丸素”。许多因男性睾丸素值低下引起的症状并不是由于生病导致的，而是由于上了年纪。当然，因为某种病患导致的情况也不少。

补充睾丸素的疗法，不仅会有较大的副作用，而且花费也很高。学会强调说要进行生化检查，确认荷尔蒙低下。美国的指南也要求，要通过检查来确认早期睾丸素值的水平。如果检测出不同日期的睾丸素值低下，就可以认为总睾丸素值低。要参考游离型以及生物活性睾丸素值。

最近临床研究并没有证明对于睾丸素值正常的男性，补充睾丸素有价值。既然没有意义，那么就要考虑控制睾丸素的补充。

## 不想接受的医疗52 [消化科]插胃管对于痴呆患者没意义

美国医疗指南协会、美国临终关怀医疗学会、美国老年医学会

正如第一部分所介绍的，给高龄患者插胃管是个很大的问题。尤其是痴呆的高龄患者，他们没有认知能力。美国医疗指南协会对于这样的现状强调说“不该给痴呆患者插胃管。应该尽量让他们用口饮食”。

临床研究已经很清楚，对于痴呆持续发展的患者，插胃管不仅不能延缓寿命，也不能提高生活质量。他们身体机能大幅度降低，病情恶化到无法进食，靠人工维持营养也不能恢复。而且插胃管，还有可能误咽，导致食物进入呼吸道。有时营养液还会从胃倒流到口里，引起误咽。

同时，插胃管还可能会导致痢疾、腹痛，另外插入管子的地方也会感到不舒服。而且插胃管后活动受限，妨碍交流。学会阐述说，“要照顾痴呆患者，最好从口摄食”。

美国临终关怀医疗学会也持相同观点。临床研究的结论证明，插胃管不仅不能改善生存概率也不能预防误咽性肺炎或改善褥疮症状等。相反，由于身体活动受限，反倒会加重褥疮症状，同时药物也难以发挥作用。好多发展性痴呆患者，与给他们补充充分的营养相比，让他们生活舒服、与人交流更为重要。

美国老年医学会也这么认为。插胃管和让患者小心地用手摄食，两者在延缓寿命方面没有区别。让患者更有尊严的饮食才是最基本的。

## 不想接受的医疗53 [消化科]反流性食道炎不要轻易用药

美国消化病学会、美国医院医学会

胃酸过多会有逆流到食道、咽喉的现象，俗称“烧心”，学名称为“反流性食道炎”（GERD）。多使用制酸剂中和胃酸的方法治疗。

美国消化病学会解释说，“进行反流性食道炎治疗时，如果长期使用抑制胃酸分泌的质子泵抑制剂（PPI）、H2受体阻碍药物等制酸剂的话，需要慢慢减量，在疗效范围内控制到最低用量”。也就是说要减少到最低用量。

不过，减少或者终止制酸剂，有可能会加重症状。学会指出，“作为维持疗法以及药物减量时的注意事项，与缓和症状相比，更要考虑症状是否让患者生活不便。烧心只是偶尔会有，对生活没有影响，所以最好不要用药”。

作为略微专业一些的内容，美国医院医学会也谈到了新生儿的GERD。“不要轻易对新生儿的GERD用药”。因为临床研究证明制酸药不会缓解儿童的GERD。

令人担心的是针对儿童的GERD的诊断标准并不明确。制酸药对于新生儿的疗效也不清楚，还可能产生副作用，所以要慎重。

## 不想接受的医疗54 [消化科]不要反复在巴雷特食管内做检查

美国消化病学会

也许大家不大熟悉“巴雷特食管”这个词。食管内侧薄膜一般由平平的细胞覆盖，有胃酸逆流时，食管会和胃一样，有柱状厚厚的细胞覆盖。这就叫做巴雷特食管，有时还有可能是癌症。

美国消化病学会判断“诊断为巴雷特食管的患者，如果第2次内视镜检查认为没有异变，按照指南最少3年内不要进行检查”。异变是指有癌变可能性的细胞。

诊断没有细胞异变，巴雷特食管的癌变风险就很低。因为即使细胞有异变，变化也会很迟缓。

## 不想接受的医疗55 [消化科]神经性胃溃疡不用吃药

美国医院医学会

美国医院医学会指出“如果没有消化道并发症的风险，就不要为了预防神经性胃溃疡而口服药物”。

美国指南认为，不是在集中治疗室，就不推荐为了预防神经性胃溃疡而用药。也就是说，除了在集中治疗室身体状态不佳的人以外，预防用抑制胃酸的药是不可以给没有胃溃疡的人服用的。

H2受体和PPI被用于神经性胃溃疡的治疗，可另一方面，患者要为副作用买单。比如，治疗后容易得肺炎、胃肠道细菌感染（注：生活在土壤、肠内等氧气少的地方的细菌，高龄患者在医院内会群体感染。抗菌药不起作用，有时吃了抗菌药以后，只有这种细菌会生存下来，从而导致痢疾。其结果是传染给周围的人。）等。遵守指南，切实减少对没有出血风险的胃溃疡患者的过度用药，那么也就没有副作用的问题了。这对于医疗工作者来说也是件好事吧！

## 不想接受的医疗56 [呼吸科]哮喘诊断请使用肺功能测定

美国过敏哮喘免疫学会

“肺功能测定”是检查肺功能的机器。测过肺活量的人会知道，嘴里叼着管子，使劲吹气，大口呼吸，从而检查肺的容积、呼吸的能力。

美国过敏哮喘免疫学会指出，“不进行肺功能测定，就不能进行哮喘的诊断、治疗”。医生进行哮喘诊断治疗时，有可能只看症状就进行判断。有时咳嗽的原因并不是哮喘，所以会导致误诊。

该学会认为肺功能测定是正确诊断时不可或缺的一步。指南也推荐说进行肺功能测定很有价值，在判断患者哮喘的原因、实际治疗效果等方面都有价值。

相反，只靠病例、身体检查做出的判断，有可能过小或过大评估治疗效果。我们很想避免诊疗费的增加、诊断治疗的延误以及误诊所带来的危害。

我们要有精神准备，事先做出正确的诊断就可以避免不必要的治疗。有时会轻易就诊断为哮喘，结果往往都是误诊，这是我们应该知道的。



## 不想接受的医疗57 [呼吸科]不是重症哮喘或是支气管炎，就不要做胸片检查

美国医院医学会

有时患有哮喘、支气管炎的患者会做X线胸片检查，美国学会反对这一点。美国医院医学会指出，“不是重症的哮喘或是支气管炎的儿童，不要做胸部X线检查”。因为临床研究已经证明，X线检查对于诊断哮喘、支气管炎的效果有限。

前面说过肺功能测定的价值，现在美国的指南认为通过身体检查、病例就完全可以对哮喘、支气管炎进行诊断。不做X线检查，也不会降低诊断、治疗的质量，更可以减少不必要的花费。

## 不想接受的医疗58 [呼吸科]不要给支气管炎的孩子用 支气管扩张药物

美国医院医学会

支气管炎是给肺部运送空气的器官分支产生炎症的病症。支气管内有炎症，器官肿胀，导致空气流通不畅。此时一般会扩张支气管，让空气流通顺畅，但最近认为这样的治疗毫无意义。

美国医院医学会指出，“不要轻易地给患有支气管炎的孩子用支气管扩张药物”。

美国儿科学会指南也不推荐轻易地对支气管炎患者使用支气管扩张药物。综上所述，对由于支气管炎住院的患者使用支气管扩张药物毫无价值。该学会提醒说，“支气管扩张药物的效果极其有限。医疗工作者要重视支气管扩张药物的危害”。

很多看起来好像是很有意义的治疗，可是临床验证却没我们想得那么有效果，支气管扩张治疗就是这样的一个例子。

**Pediatrics. 2006; 118: 1774-1793.**

## 不想接受的医疗59 [呼吸科]对于没有进行吸氧的急性呼吸道疾病的孩子，不使用脉搏血氧仪

美国医院医学会

急性呼吸道疾病是指由于病毒、细菌导致的呼吸道障碍。而脉搏血氧仪是指不用采血，夹在手指上就可以测量血液中氧气含量的仪器。

如果不具备补充氧气的条件，那么就没有必要多次检查血氧中氧气的含量。美国医院医学会提醒，“对于患有急性呼吸道疾病的孩子，在没有接受氧气的条件下，不要轻易地、多次使用脉搏血氧仪”。

原因是对于患有急性呼吸道疾病的孩子持续使用脉搏血氧仪的意义目前还不明确。原来认为持续进行脉搏血氧检查，可以增加住院率、延长住院时间。可能是由于以前认为为了慎重起见，血液中氧气少，要先住院观察吧。这是一个想当然就进行的医疗行为，其实并没有实证的事例。

## 不想接受的医疗60 [呼吸科]对于不满2周岁的轻度下呼吸道感染的孩子，不使用类固醇

美国医院医学会

呼吸道感染，为了抑制炎症，有时会使用类固醇。类固醇会降低免疫力，在有感染症状的时候要避免使用，但是如果优先考虑抑制炎症的话，也有可能使用。此时，一般会采用口服类固醇进行治疗，但美国医院医学会认为，不应该对小孩子使用类固醇。

该学会指出，“不满2周岁的孩子，只要不是重症的下呼吸道感染，就不要使用类固醇”。指南说不推荐轻易使用类固醇治疗支气管炎，而且病毒性下呼吸道感染不用类固醇更好。

## 不想接受的医疗61 [呼吸科]不要胡乱在家持续吸氧

美国胸部医师学会、美国胸部学会

因肺炎或某种事故而突然住院时，有时需要在家里吸氧接受治疗。这种在家里接受吸氧治疗的方法是通过氧气罩来吸氧，目前正在广泛应用着。不过出院后持续使用未必好。

美国胸部医师学会和美国胸部学会提出，“因急性病症住院的患者出院后有时需要在家里吸氧。此时，必须要测评是否有吸氧的必要”。这是因为低氧状态在急性病症治愈时大多会得到改善。该学会指出，如果在家里胡乱持续吸氧，会导致不必要的花费以及资源浪费。他们同时要求，出院后在家吸氧，要在90天内进行再次检测（是否有必要吸氧）。

希望尽早检测、判断是否要终止吸氧。

## 不想接受的医疗62 [过敏]过敏检查避免做非特异性的IgE或IgG检查

美国过敏哮喘免疫学会

过敏检查也同样，应该进行有根据的检查。

美国哮喘免疫学会指出，“诊断和治疗过敏时，要避免使用IgG和非特异性的IgE检查”。IgG是一种免疫物质，作为感染、癌症等抗体药物使用，而IgE也是一种免疫物质，它会对花粉、虱子等外来物质的侵入产生反应并分泌更多IgE。

IgE一般用于过敏检查。有通过血液检查，确定牛奶、大豆、鸡蛋等过敏源的IgE检查，也有进行过敏诊断治疗时，按照病例通过对皮肤、血液进行的IgE检查。特异性IgE会对牛奶、大豆会有不同反应，所以可以用于过敏诊断。

另一方面，IgG检查以及和特定过敏无关的无差别反应的非特异性IgE检查的有效性到目前为止还没有得到验证。通过非特异性IgE检查来衡量是否过敏，这在日本已经为人熟知，将它当做一个衡量标准即可。只有准确的诊断和治疗才会产生高性价比的治疗效果，从而让患者感到满意。

## 不想接受的医疗63 [精神科]精神病药物不要轻易开处方

美国精神医学会

对精神病症用药时，如果只注重精神病症则无法有效治疗。对于这一点或许大多数人都感到出乎意料。

美国精神医学会严格地要求，“抗精神病药物，若初期的适应症尚未得到验证，且没有持续观察药物的副作用，就不可以下处方开具抗精神病药物”。

该学会指出，在开抗精神病药物的处方时，副作用的问题尤为重要。因为精神病药物容易导致三高，且容易出现神经、肌肉等方面的问题以及心血管问题。所以，医生、医疗工作者初期要做出正确的诊断，要有明确的证据证明药物是否切实适用。而且必须持续观察药物是否会出现副作用。

“初期进行正确的诊断”包括下列要素。首先，要正确推测需要药物治疗的症状产生的原因。其次，必须要确认体温、脉搏，还须确认是否有行为、言语等精神问题以及环境、社会心理问题等。接下来，要考察普通病症，而且要谨慎诊断是否可以确诊为精神疾病。必须要检查是否有三高、心血管疾病等普通的家族病史。

而且作为“适当的观察”，要在重新检查病症的基础上，记录用药量，检查药效、副作用，观察运动障碍、神经障碍等症状变化，观察体重、腰围、BMI的变化，观察血压、脉搏、血糖、血脂等状态。虽说是精神疾病，但检查的范围不能局限于精神范围内。

## 不想接受的医疗64 [精神科]不要轻易同时使用2种以上精神病药物

美国精神医学会

同时吃2种以上药物的情况并不少见。但是，美国精神医学会劝诫说，“不要轻易将2种抗精神病药物混合使用”。

临床研究表明，同时使用2种以上抗精神病药物的门诊患者占4%~35%，而住院患者高达30%~50%。很多患者都处于并用多种药物的状态。并用多种抗精神病药物的效果、安全等方面的临床研究有限，目前还不清楚多种合用是否有治疗意义。

由于药物的相互作用，导致药物使用中断、医疗过失等情况有所增加，这也反映了药物并用存在的风险。一般混用2种以上抗精神病药物前，首先要进行3种试验，探究一下单个药物的治疗效果。试验以后治疗还是失败的话，才可以同时使用2种以上药物。



## 不想接受的医疗65 [精神科]孩子不是精神病患者，就不要用精神病药物

美国精神医学会

很多父母会担心，自己孩子是不是得了注意力缺陷多动障碍、抑郁症、自闭症等疾病。这种时候他们一般会带孩子去医疗机构检查，当得知孩子并不是精神病患就放心了，不过有时医生会针对孩子的情况开一些抗精神病药物，对此美国精神医学会鸣响了警钟。

该学会强调，“即使儿童、青少年有精神方面的问题，只要不是精神分裂症、极度抑郁等问题，第一次治疗就不要轻易开抗精神病药物”。

最近的研究表明，给孩子开抗精神病药物的处方在过去的10~15年间增加了3倍，尤其是低收入家庭、黑人家庭、西班牙的少数家庭的孩子用药有所增加。与精神分裂症相比，精神方面的疾病、重度抽动性疾病（注：抽动性疾病指突然反复重复同样的动作，或是反复重复同样的话语。有人反复频繁的闭眼睛、抽鼻子、咳嗽等，若这些行为频率高则可以认为是抽动性疾病。）孩子的用药比较明显。但是，临床研究指出，抗精神病药物的药效、耐药性尚不明确，除了有导致肥胖、三高等副作用以外，还有产生心血管疾病的风险，而且和成人相比，儿童的副作用有增无减。

在中国如果也有美国那样的问题，那么一定要纠正。

## 不想接受的医疗66 [精神科]睡不着觉，不要轻易做睡眠检查

美国职业环境医学会

失眠症（睡不着觉）可以说是一大社会问题。由于关系到工作效率，所以也是劳务问题。美国职业环境医学会指出，“不要轻易对慢性疲劳、失眠症的劳动者进行睡眠检查”。睡眠检查是指对一晚上的睡眠状况，通过对眼球运动、心律变化的分析来进行的一种检查。

有慢性疲劳且没有其他睡眠障碍的人，比如没有喉咙疼痛、干燥、鼾声如雷等情况的人，或者不存在上述风险的人，比如不肥胖、脖子不粗、咽喉、喉咙周围不肥大的人等，都不需要做睡眠检查。

睡眠检查是诊断睡眠障碍所必须进行的检查，但另一方面，测评没有睡眠障碍症的失眠症时并不需要做此项检查。

当患者说有失眠症时，首先要督促患者充分睡觉，如果由于工作而导致睡眠时间不规律，那么要优先考虑建议患者有规律地生活，改善睡眠时间，改善睡眠环境等。最好不要进行过度的检查。

## 不想接受的医疗67 [精神科]失眠症治疗初期不要使用精神病药物

美国精神医学会、美国老年医学会

也许你会认为给失眠症患者用抗精神病药物不太可取，但在实际生活中时常会使用。不过，用药初期要多加小心。

美国精神医学会在“**Choosing Wisely**”中写道，“对于成人失眠症的治疗，初期不要使用抗精神病药物”。因为对失眠症使用抗精神病药物的有效性还没有得到确凿的根据。原因不明的失眠症以及有原因的失眠症都是如此，对于抗精神病是否有效，临床检查的意见也存在分歧。

除了失眠症，针对攻击性强、胡言乱语等异常行为，即“谵妄症（急性脑综合征）”的首次用药也要小心。

美国老年医学会提醒，“在高龄患者的失眠症、攻击性谵妄症的治疗中，最开始的治疗不要使用苯二酚系列药物、催眠药和镇静药”。苯二酚系列药物是普通睡眠导入药物之一，但大规模的临床研究显示，高龄患者由于服用苯二酚系列药物、催眠药以及镇静药，而导致交通事故、跌倒、大腿骨骨折等的风险倍增，严重者甚至住院、死亡等。高龄患者、看护者以及提供服务的人员要在充分意识到用药的弊端后，再考虑治疗失眠症、攻击性谵妄症的治疗方针。

学会指出，苯二酚应该用于酒精戒断综合征、震颤性谵妄症、重度焦虑症等的治疗。

## 不想接受的医疗68 [脑神经]不是重症的头痛不要做影像检查

美国放射学会、美国头痛学会

头痛有时会和脑出血、脑梗有关，所以人们会很担心。不过，美国放射学会指出，“不是重度的头痛就没必要做影像检查”。

若非强烈的脑外伤或者癌症转移等，影像检查既不会改善治疗，也不会对治疗有促进作用。而且研究表明，真正需要做影像检查的头痛，在普通检查时都会被发现。很多临床研究以及临床经验都表明，即使不做影像检查也可以鉴别重症头痛。有时反倒是因为影像检查发现了毫无关系的模糊的异常，从而再次诊断导致患者重复消费。

头部异常，外行人会担心，并认准影像检查才有意义，其实无论做CT还是MRI，都花费颇多。

而且，美国头痛学会认为即使做影像检查也要注意：“头痛诊断，除紧急情况以外，或者是进行MRI检查时，不要做CT检查”。也就是说对头痛进行神经影像检查时，优先做MRI检查。

若非有出血、急性脑中风、头部外伤等紧急情况，请先做MRI。和CT相比，MRI检查在癌症、血管病症、后头盖骨、脑髓质病变、脑内压的检查方面性能更好。另外，CT检查使患者接受放射线，会增大患癌症的风险。MRI没有已知的生物学上的风险，比较安全。

学会还要求不要对偏头痛做影像检查。多部指南表明偏头痛引发脑内疾病的风险不高。

当然，重度头痛里包含偏头痛以外的症状。所以，为了不漏诊重度头痛，在偏头痛检查时，要翻看以前的病例，检查是否有眼底视神经乳头水肿。所谓眼底视神经乳头水肿，有时是因为脑肿瘤、脑出血导致

的，是指眼底检查发现眼内血管异常的情况。偏头痛的诊断的重点是要按国际头痛分类标准进行正确的诊断。

## 不想接受的医疗69 [脑神经]头痛不要测脑电波

美国神经学会

也许好多人认为一头痛就去测脑电波是不是太夸张了。不过确实有做脑电波的情况，所以美国神经学会才断定地指出，“头痛不需要做脑电波”。因为头痛时，医生的诊断要胜过脑电波的检测。

医生做了一般性的诊疗，即使再测脑电波也不会有新的发现。学会说这只会增加患者的支出，没有任何好处。而且做脑电波检查比一般检查的负担要重。

头痛在疼痛患者中最为常见。一般人中15%~20%的人有头痛问题，从现实的应对措施来说，人们也没有余力去测脑电波。

## 不想接受的医疗70 [脑神经]头痛不要长久服用药店卖的药

美国头痛学会

去药店会看到陈列着多种头痛药。即使在普通药物中，头痛药也尤为突出，所以头痛时不由得就会去购买。不过，美国头痛学会指出，“不推荐长期或频繁使用市场上的OTC药物来治疗头痛”。

学会认为，短时间使用头痛药会有效果。“OTC药物根据不同种类的头痛，可以进行切实的治疗。没有大的副作用，且疗效显著，可以使用”。但另一方面，须注意频繁使用药物，尤其是含有咖啡因的药物反倒会使头痛加剧。有可能会产生因乱用药物而头痛（MOH）的症状。

为避免这种情况，学会推荐，“重要的是要将OTC药物的使用控制在1周2次”。而且学会还指出如果是因药物乱用导致的头痛，那么长期滥用对乙酰氨基酚（注：一般感冒药里都有这个成分，控制发烧、疼痛。由于可以抑制疼痛，可用于各种各样的病症。）还可能会导致肝脏损伤。此外，还需注意非甾体抗炎药（NSAIDs）会导致消化器官出血。

## 不想接受的医疗71 [脑神经]不到最后关头，不要服用鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药

美国神经学会、美国头痛学会

偏头痛很难治。疼痛的时候不能工作，有时还会呕吐，确实想依赖所有药物。在美国，鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药（注：鸦片类药物是一种麻醉类药物，其中吗啡被广泛使用。经常用于癌症的镇痛。巴比妥酸类的镇痛药中有大家熟知的苯巴比妥和戊巴比妥，有催眠、控制不安情绪的疗效。）的滥用已成一大问题。美国神经学会提醒说，“偏头痛时，不到最后关头，不要使用鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药”。

镇痛药有可能导致头痛恶化。鸦片类药物可以在偏头痛特异性治疗时以及特异性治疗失败时使用，不过除此以外，还有更有效的偏头痛特异性治疗方法。

美国头痛学会也指示，“再发性头痛的治疗初期，不要使用鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药”。鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药会分散注意力，还会产生依赖性，具有麻醉作用。而且还有可能刺激头痛反复发作、使偏头痛转为慢性，加剧对疼痛的反应等。此类药物在其他治疗失败时，或者有药物禁忌时允许使用，但必须注意慢性头痛是否有所恶化。



## 不想接受的医疗72 [脑神经]一次晕倒，不要做脑CT、MRT等检查

美国内科医学会

晕倒会让人吃惊，自然会担心大脑是否有什么异常。不过美国内科医学会指出不一定非要做影像检查。学会说，“一次晕倒，如果神经学诊断正常，就无需做CT或MRI检查”。头痛的时候也是如此，也许觉得晕倒进行一次影像检查会更好，但事实并非如此，这就是医学上比较难懂的地方。

学会指出没有重复出现痉挛、神经性的症状以及神经方面的异常征兆，那么晕倒和中枢神经系统的关联就极低。即使进行脑内影像检查，也毫无意义。有了医生诊断，不做影像检查也无妨。

在医生检查后考虑要不要做影像检查时，或许我们应该“三思而后行”。如果医生明知没用也要让我们做检查的话，那么无非就是为了得到检查费用而已。

## 不想接受的医疗73 [脑神经]即使晕倒，也不要做颈动脉影像检查

美国神经学会

晕倒的原因之一，有可能是颈动脉狭窄导致脑内供血不流畅，即脑供血不足。国际公认脑梗的一大原因是颈动脉内膜增厚，血液通道狭窄。由此人们会联想到该症状会不会和晕倒有关系。

持续胆固醇高的人才会有颈动脉血管狭窄问题。多数医生会通过手术把颈动脉打开去掉内部增生的膜，或是在颈动脉内部加上留置管确保血液流畅。而在做这些手术之前，需要做颈动脉的影像检查，从而判断颈动脉到底有多窄。

不过，美国的学会认为晕倒不要做影像检查。美国神经学会也认为“没有其他神经性症状的晕倒，没必要进行颈动脉的影像检查”。

所谓其他的神经性症状指口齿不清、行动不便等症状。也就是说要先检查有没有这些症状。

而且学会还提醒说，即使有颈动脉闭塞性病征，也和晕倒无关。也就是说，即使颈动脉完全堵塞，也不会晕倒。

颈动脉闭塞性病征不会导致晕倒，而会导致出现身体一侧感觉、活动异常。其特点不是大范围的异常，而是一部分出现问题。总之，即使做了颈动脉影像检查，也不能确定晕倒的原因，只是增加患者的支出而已。

另外，学会还说晕倒这一状况较为频发，美国民众当中，40%的人一生中会有1次晕倒的经历。

## 不想接受的医疗74 [脑神经]检查痴呆，做PET时，要让专家先诊断

美国原子医学影像学会

现在有用PET检查来确诊是否有痴呆的倾向，所谓“PET检查”是一种叫做“淀粉蛋白成像”的检查，颇受国际关注。

虽然不能阻止阿尔茨海默症的发展，但如果能事先了解病症的前兆，就可以通过注意饮食、有意识地用脑来阻止痴呆的发展。所以“淀粉蛋白成像”的检查方法就问世了。

前面已经提过几次，“淀粉蛋白成像”的PET检查是使用放射性物质来检测特定物质的方法。“淀粉蛋白成像”顾名思义，检查的是是否有导致痴呆的 $\beta$ 淀粉样蛋白的存在。

但美国原子医学影像学会阐述，“在采取以诊断痴呆为目的的PET检查时，务必要经过专家的诊断”。这是因为目前并没有临床上的客观依据支持由PET来检查痴呆。他们还指出“PET检查的效果与费用支出、遭受辐射等风险并不成正比”。

痴呆相关的病症各种各样，即使进行了PET检查，各种病症的影像也大同小异，难以区分，而且影像解释也十分棘手。比如，在 $\beta$ 淀粉样蛋白的PET检查中，即使认知能力正常的人也有可能检测为阳性。对此到底该如何诊断，目前的医学并没有定论。因为有这些问题的存在，所以检查也存在一定的问题。

## 不想接受的医疗75 [脑神经]对痴呆患者不要无计划地使用胆碱酯抑制药物

美国老年医学会

治疗阿尔茨海默症的药物日益增多，比如多奈哌齐、加兰他敏、利伐斯的明等药物。目前广泛使用的是胆碱酯抑制药物。

但美国老年医学会指出，“若未对认知功能的疗效及对消化器官的危害进行持续检查，就不能给痴呆患者开胆碱酯抑制类药物”。

实际上，临床研究已经确认，服用胆碱酯抑制类药物，的确有改善认知功能、抑制症状的疗效。还验证其不仅能改善症状，也可以改善认知功能、抑制身体机能低下、抑制神经性症状。

不过，临床研究并未明确1年以上长期治疗的风险及疗效。在对治疗效果进行12周左右观察后，若未见药效，则要考虑终止药物疗法。也就是说，痴呆治疗的重点是在试用胆碱酯抑制类药物前，要制订计划。为了达到治疗目标，需要医生、看护者、患者一起来探讨如何从认知功能、身体机能、行动等方面进行改善。这一做法也许是再平常不过的了，却也至关重要。

## 不想接受的医疗76 [脑神经]即使痴呆症患者有精神异常的症状，也要慎重使用抗精神病药物

美国医疗指南协会、美国精神医学会、美国老年医学会

得了痴呆症，患者除了认知能力下降外，还会出现暴躁、走动、抑郁等各种精神症状。虽然如此，也不能轻易使用抗精神病药物等药物治疗。

美国医疗指南协会指出，无论是精神病症还是痴呆，都要慎重使用抗精神病药物。并解释，“痴呆患者会有行动以及精神方面的异常（BPSD）。但是，不寻找其深层原因就使用抗精神病药物是达不到治疗效果的”。

协会还指出，如果难以明确症状是来自肉体或是神经方面，还是来自精神、心理方面，就无法进行正确的治疗。

引发痴呆的行动、精神症状的诱因，除了疼痛、大便异常以外，还有噪声、寒冷、炎热等环境因素。很多时候为患者提供舒适的环境，或者去除导致疲劳的诱因，对患者加以照料等措施就可以使问题迎刃而解。

在采取一切可行的措施后还未见疗效，才可以考虑使用抗精神病药物。而开药时，征得患者或其家属同意也是必不可少的环节。

使用抗精神病药物的目的在于防止痴呆患者对自己或他人造成伤害。协会强调稍有问题就用抗精神病药物实属“下策”。

美国精神医学会也指出，“在对痴呆患者的行为、精神症状的治疗初期，不要用抗精神病药物”。该学会定义，痴呆所导致的行为、精神性症状是指非认知性症状和行为，其具体可表现为兴奋、攻击性、不安、焦虑、抑郁、无精打采、精神异常等。

事实上，临床研究证明，使用抗精神病药物会产生以下问题：引发心脑血管疾病、死亡率上升、出现帕金森氏症状、肌肉更加紧张等锥体外路症状，以及镇静、混乱、认知异常、体重增加等问题。换言之，用药风险反倒有可能大于疾病本身所带来的后果。美国精神医学会提醒，“只有当非药物治疗失败时，或是患者有可能对自身、他人产生危害时才可以使用抗精神病药物”。

此外，美国老年医学会也有同样的见解。痴呆患者经常会抵触看护者，采取挑衅的态度，捣乱。这时也有使用抗精神病药物的情况，但效果有限，同时还可能伴有脑中风、早逝等重大危害。所以药物治疗应仅限于在非药物治疗失败，或者患者处于身陷急症时方可实施。

## 不想接受的医疗77 [皮肤科]诊断荨麻疹时，不可以轻易做检查

美国过敏哮喘免疫学会

美国过敏哮喘免疫学会出人意料地提出“诊断荨麻疹时，不可以轻易做检查”。言外之意即看了荨麻疹就不要特意做检查了。对于受荨麻疹困扰的人来说，会很不理解为什么要这样做。

学会表明因为慢性荨麻疹的患者居多，无法确诊其具体病因。即使通过有限的检查可以排除不是其他病患，但也难以明确荨麻疹的根本诱因。

在诊案的基础上依据要点检查才是有意义的。胡乱地过多检查，不仅性价比低，也不会改善症状。虽然可以通过皮肤、血液检查来测定免疫物质IgE，但也不推荐使用。因为对于没有特定物质过敏的病史的人来说，检查的效果微乎其微。

## 不想接受的医疗78 [皮肤科]甲癣几乎都不需服用口服药

美国皮肤学会

甲癣又名灰指甲，一般通过口服药物治疗。不过口服药很可能是没有效果的。

美国皮肤学会指出，“只要没有确定甲癣是真菌感染，就不要开口服药”。并指出一个令人意外的事实，指甲上看到的白癣菌感染，大部分都不是因为白癣菌所致，只是指甲的损伤看起来像白癣。治疗前要检查是否是白癣菌真菌，这一环节不可缺少。

确认是真菌以后再用药，可以避免滥用口服药的副作用。学会指出对症下药很关键。

有些甲癣患者要长期口服3~6个月药物，虽然药费不算太贵，但如果不是真菌，就没必要服用药物了。



## 不想接受的医疗79 [皮肤科]特异性皮肤炎只要没确诊是细菌感染，

就不要使用抗菌药物

美国皮肤学会

美国皮肤学会称，“特异性皮肤炎只要不能确诊是细菌感染，就不要口服抗菌药物”。无论是大人还是孩子，特异性皮肤炎患者的皮肤表面都有很普通的黄葡萄球菌。

虽然已经清楚这是由于黄葡萄球菌而产生的皮肤炎症，但临床研究并没有验证口服抗菌药物是否有效。目前还不明确抗菌药物是否能改善特异性皮肤炎的红肿、瘙痒等症状。

相反，如果没有感染却口服抗菌药物，则会产生抗药性。而且抗菌药有危害，还有可能导致过敏。其实要证明特异性皮肤炎是否是细菌感染很困难。学会强调，只有在明确确认是细菌感染时才可以口服抗菌药，而且口服时要结合特异性皮肤炎的标准进行治疗。

## 不想接受的医疗80 [皮肤科]在手术创口上不要用抗生素

美国皮肤学会

手术后，皮肤上都会有疤痕，大家会担心细菌滋生，但即使担心也不要涂抗菌药物。美国皮肤学会指出，“即使手术后有疤痕也不要轻易涂抹抗菌药物”。

消毒进行手术后的伤痕，即使涂抹抗菌药也没作用。涂了抗菌药反而会刺激伤口，延缓自然愈合。临床研究表明，局部涂抹抗菌药物，会加速接触性皮炎、皮肤变红、受刺激、产生炎症等，另外耐药菌还会增多。学会指出，“重要的是真正确诊为感染时才可以使用抗菌药物”。

## 不想接受的医疗81 [眼科]没什么眼科疾病的症状不要轻易进行影像检查

美国眼科学会、美国儿童眼科斜视学会

美国眼科学会认为，“如果没有特别的眼科疾病的征兆、症状，就不要轻易做影像检查”。通过病例、身体检查完全可以判断是否有眼科疾病以及病症是否恶化。

这里所说的轻易做的影像检查是指视野检查、光学相干断层扫描（OCT）、针对糖尿病患者进行的视网膜影像检查、神经影像检查、眼底检查等。

美国儿童眼科斜视学会指出，“儿童的眼科检查，没有眼科疾病就不要进行视网膜的影像检查”。

当然，如果有征兆或症状就另当别论了，因为影像检查对于进一步的诊断是有必要的，对制订治疗计划也很有用。

对所有的影像检查都一样，需要再三斟酌是否有必要进行检查。

## 不想接受的医疗82 [眼科]孩子的眼科体检时，不要每年都进行眼底和眼压检查

美国儿童眼科斜视学会

为了慎重起见，有时会过度地对儿童进行眼科检查。利用特殊的显微镜进行的眼睛、眼底、眼压检查等叫做“全科全面检查”。美国儿童眼科斜视学会表示，“每年如果进行了常规的检查，则没必要做眼科全面检查”。

儿童眼科检查是儿童体检的一部分，可以查出有特定眼部异常的孩子。

只进行单纯的视力检查就行，不需要做详细的影像检查。检查不仅增加家庭支出，还会导致孩子缺课，家长请假等。没有任何证据证明，进行了眼科的全面检查，就可以多发现异常。只有在一般眼科检查时发现孩子有异常，才需要进行眼科全面检查。

## 不想接受的医疗83 [眼科]孩子不要使用度数低的读书眼镜

美国儿童眼科斜视学会

美国儿童眼科斜视学会指出，“孩子如果没有症状，就不要给他戴度数低的读书眼镜”。

孩子们经常会有轻度远视的症状，这属于正常状态。孩子的眼睛调节能力强，轻度的远视，也能很容易地近距离调整焦点。要求孩子佩带读书眼镜时，如果度数低可以调节，就不要佩带。该学会指出，“只要不是斜视，就没有必要佩带低度数的眼镜”。

## 不想接受的医疗84 [眼科]红眼病禁止服用抗菌药

美国眼科学会

流行性结膜炎是由于腺病毒感染眼睛所导致的，也叫做“腺病毒性结膜炎”。眼睛会变红，所以也叫“红眼病”。美国眼科学会指出，“不要给红眼病的患者开具抗菌药物”。

虽然也有为了预防而开抗菌药物的，但其实抗菌药物对病毒没有效果。该学会指出腺病毒性结膜炎和细菌性结膜炎的感染方式是不同的。眼科医生可以从临床的征兆对其进行区分、诊断，不需要使用抗菌类药物。

而且，该学会强调，有需要的话可以进行细菌培养，只有诊断为细菌性结膜炎时抗菌药物才有效，且只有中度到重度炎症感染时才有效。过度使用抗菌药物，会助长对治疗没用的细菌出现，导致治疗困难，这点是必须要关注的。

如果诊断不确定，那么重要的是要谨慎观察病程，判断能否自然治愈。

## 不想接受的医疗85 [眼科]玻璃体腔注射前不需要用抗生素

美国眼科学会

因眼部的病症，有时眼睛的中央会充满稠稠的物质，这时部分患者会接受往玻璃体内注射液体。注射时，为了防止感染，会使用抗菌药物，但这些似乎都没有效果。美国眼科学会指出，“往玻璃体内注射之前，不要轻易使用抗菌药物”。

临床研究已经表明，即使局部使用了抗菌药物，也不能预防眼睛的感染。反之，用了含有抗菌药物的眼药水其副作用之一就是有可能引起过敏。重复、过度使用抗菌药物，会产生耐药性细菌。虽然抗菌药物可以起适当消毒的作用，但不要毫无根据地使用。

## 不想接受的医疗86 [眼科]干眼症没必要进行泪管栓塞术

美国眼科学会

干眼症正如字面表述的那样，即眼睛干燥。通常是由于覆盖在眼睛表面的泪液层干燥而致。泪液从泪腺中出来再回到泪点。泪管栓有堵住泪点、保护泪液层的作用。美国眼科学会警示，“轻度干眼症，在采取其他治疗手段之前，不要进行泪点栓塞术”。

以药物为主的干眼症的治疗方法很有效，可以施行人工泪液、润滑液以及保持湿润的压迫等治疗。

上述治疗一边调节眼部的状态，一边改善干眼症，使泪液层逐步趋于正常。如果进行了泪液层、眼睑的治疗，眼睛干燥的症状依然持续，此时才可以考虑增加泪点栓，即泪点栓塞术应作为最后的治疗手段。

泪管栓的治疗既花费大，又耗费时间。而且泪点栓塞术缺乏治疗的依据，如果有简单且廉价的方法，当然要优先考虑。

**Cochrane Database Syst Rev. 2010; (9) : CD006775.**



## 不想接受的医疗87 [耳鼻喉科]急性副鼻窦炎如果症状比较轻就不需要进行影像检查

美国耳鼻喉学会

鼻孔里面有一个叫做副鼻窦的地方。这里有炎症的话，会化脓产生副鼻窦炎。虽然这种病很棘手，但是也不要乱用影像检查。

前面我们已经讨论了胸部、腹部、头部等地方进行影像检查时的注意事项，同样耳朵、鼻子也要慎重做影像检查。美国耳鼻喉学会指出，“急性副鼻窦炎如果不是重症，就不要进行放射线的影像检查”。

急性副鼻窦炎最多有可能持续4周，会有一些难以忍受的症状，比如化脓性鼻漏、鼻塞、脸部疼痛、压痛、红肿等。该学会也指出，即便如此，如果不是重症，则不要做副鼻窦的影像诊断（包括X射线、CT、MRI等）。

影像检查让患者多花费不说，患者还得接受放射线照射。只有是重症、有并发症或者怀疑有其他病患时，才有价值去做影像检查。

## 不想接受的医疗88 [耳鼻喉科]急性副鼻窦炎不要乱用 抗生素

美国家庭医学会

急性副鼻窦炎治疗时有一些注意事项。美国家庭医学会说，“轻度至中度急性副鼻窦炎会持续7天以上，如果初期症状改善后没有恶化，就不要使用抗菌类药物”。有混浊的鼻涕，或者脸部、牙有压痛等状况，很多情况下，是由于副鼻窦炎的病毒感染所致，会自然治愈。

另外，该学会指出，虽然要求不要使用抗菌类药物，但在医疗现场还是有医生开具抗菌药处方。据调查，美国80%的急性副鼻窦炎的患者会使用抗菌药，每年有1600万人的门诊，会花费58亿美元。这些抗菌药都毫无意义，希望我们能以他山之石为鉴。

## 不想接受的医疗89 [耳鼻喉科]中耳炎、外耳炎不要吃抗菌药

美国家庭医学会、美国耳鼻喉学会

前面已经阐述了感冒时使用抗菌药物没有效果，中耳炎也是如此。美国家庭医学会对于轻易就开具抗菌药处方的行为进行了提醒，“2~12岁的孩子得了中耳炎，可以观察病程，症状不重，就不要使用抗菌药”。

病程观察是指在48~72小时内不要开抗菌药治疗，而是观察症状是否有所缓解。是观察病程还是立刻进行治疗，要根据孩子的年龄、诊断、病症的轻重进行判断。不用抗菌药进行治疗时，医生要和孩子的父母充分沟通。也就是说一边观察孩子的症状一边确定治疗方针，而不是一味依赖于药物。

不仅是中耳炎，外耳炎也是如此。急性外耳炎同样也不要轻易使用抗菌药。美国耳鼻喉学会指出，“只要不是重症，则不要使用口服抗菌药”。

口服抗菌药有坏处，需要注意，且口服未必会很好的发挥抗菌药的效果。另外，外耳和中耳不同，可以直接涂抗菌药，局部涂抹抗菌药更能发挥抗菌作用。避免使用口服抗菌药，可以减少耐药性，还可以避免“机会性感染”（注：机会性感染，是指体力差时、免疫力低下生病时，会得一些平时不会得的病。）。

## 不想接受的医疗90 [耳鼻喉科]突发性耳聋不用进行头部、脑部CT检查

美国耳鼻喉学会

曾经有一则新闻说，一位人气歌手得了突发性耳聋。突发性耳聋对于普通人来说也是个常见的病症，美国耳鼻喉学会指出，“突发性耳聋不需要进行头部、脑部的CT检查”。影像检查总会有神经、感觉方面的异常，突发性耳聋的影像检查也会出现同样问题。

这是因为即使进行了CT检查，也不会对初期的治疗提供任何有帮助的信息。而且CT检查费用高，还会让患者接受放射线辐射。

该学会解释，“CT检查仅限于确定病因部位的神经学问题，或者有外伤病史的，以及患有慢性耳朵疾病的时候进行”。

而且除了“Choosing Wisely”以外，美国耳鼻喉颈部外科学会在2012年的指南中也提出，要找出突发性耳聋的原因不该进行CT检查，而是要进行MRI。该指南还指出在病程初期，一定要慎用CT检查。

Otolaryngol Head Neck Surg. 2012; 146: s1-35.

## 不想接受的医疗91 [营养剂]营养剂在保持健康方面不起作用

美国医学毒性学会、美国临床毒性学会

营养剂很流行，但“Choosing Wisely”认为减肥系列、香草系列的营养剂毫无意义。美国医学毒性学会、美国临床毒性学会毫不客气地指出，“不要用非维他命类的减肥营养剂、香草类营养剂来维持健康”。

当然现在自然系列的营养剂也很流行，该学会直截了当地说，那只不过是印象问题。并认为，营养剂的最大问题是，“缺乏严格的质量管理，不能很好地调节香草、减肥药的成分”。临床研究也表明，营养剂疗效欠缺，好多证据都表明营养剂反倒有危害。

服用营养剂，会延迟有效的治疗，还有可能抑制药物的治疗效果，会间接性产生危害，所以要特别注意。

## 不想接受的医疗92 [循环系统]进行心脏影像检查时，要尽可能避免被放射线照射

美国原子心脏病学会

观察心脏血管病变，一般要进行放射线检查。循环系统的影像检查比其他科室的影像检查接受放射线更强。因为要注射阻碍放射线的造影剂，并且反复照射，详细检查血管的堵塞情况。

普通的CT检查接受的放射线照射量为1~10mGy，而血管造影检查的照射量要达到100~1000mGy（注：福岛第一核电站出现了核辐射的问题。国际放射线防护委员会的标准是平时普通人1年接受的最大辐射量为1mSv，达到这个标准就要让周围居民疏散。1mSv可以换算成1mGy，那么我们就可以理解造影检查100~1000mGy的辐射量了吧。）。从这个数字我们可以知道，造影检查要慎之又慎。

即使医学上认为有必要，也要时常考虑放射线照射的问题。尤其要注意血管造影，因为会加大得癌症的概率。

美国原子心脏学会指出，“进行心脏影像检查，必须尽可能地防止放射线照射。如果检查效果有限，那么做出不进行检查的决断也是很重要的”。

## 不想接受的医疗93 [循环系统]注意不要进行没必要的心脏检查

美国胸部外科学会、美国心血管CT学会、美国原子医学、分子影像学会、美国原子心脏病学会

心脏检查很重要，但其中也包含着一些没用的检查。

运动以后进行检查的方法叫做运动负载检查。这种方法有助于心脏检查，但是身体健康的正常人没必要做运动负载检查。

美国胸部外科学会指出，“除了心脏以外的胸部手术，如果没有心脏病史、身体正常的患者，术前不需要进行运动负载检查”。

临床研究表明，运动负载检查可以判断出身体健康的患者术前术后长期心脏病的发病概率。对于身体机能好的患者，即使术前做了运动负载检查，治疗方针也不会改变。因此，重要的是不要进行运动负载检查，而是要直接制订手术方案。

没必要的运动负载检查反倒有害处。不仅会增加检查费用，还会拖延治疗。术前运动负载检查还有可能产生并发症。如果产生了心脏并发症，那么就会增加术后得病的风险，也会加大死亡的概率。该学会解释，“通过病史、身体检查、安静状态下的心电图检查就完全可以鉴别出患者是否有心脏并发症的风险，诊断出这些是很重要的”。

美国心血管CT学会要求，对于没有症状的患者，不要轻易做冠状动脉CT血管造影检查。冠状动脉是指覆盖在心脏上，给心脏输送血液的动脉。冠状动脉是否堵塞可以通过使用阻碍放射线的造影液进行CT检查来确认。

该学会认为，冠状动脉CT造影对于无症状的患者，只会看到冠状动脉内部石灰的沉淀，除此以外没有其他作用。不过石灰沉淀其实不使

用造影剂，而只进行CT检查就可以诊断出。造影剂不仅会有副作用，还会给心脏带来不必要的负担，所以不要使用造影剂才是明智的选择。

该学会更专业性地解释说，冠状动脉造影对于救护车运送过来的急性胸部疼痛的患者，如认为风险高就不要进行。这是因为冠状动脉造影对于低风险以及中度风险的患者确实很有效，但目前还不清楚是否对高风险的患者有效。或许你会认为正因为高风险才应该进行检查，其实并不是这样，高风险的时候该进行的不是CT等检查，而是要立刻使用导管进行更为直接的检查。

而且美国原子医学会、分子影像学会指出，冠状动脉狭窄进行扩展血管的“再灌注疗法”之后，每年就不要再轻易进行运动负载检查。美国原子心脏病学会也认为对于没有症状的患者不要进行运动负载的心脏影像检查，也不要进行冠状动脉造影检查。接受不当的运动负载检查的患者中，有将近半数的患者是无症状且低风险的患者。应该进行该项检查的是40岁以上的糖尿病患者、末梢动脉疾病患者、冠状动脉心脏病平均发病率每年大于20%的患者。

心脏病的发病概率可以从病史、身体检查、心电图、血液检查等生物学指标中诊断出来。



## 不想接受的医疗94 [循环系统]降低低密度胆固醇的药物对高龄者不起作用

美国医疗指南协会

美国医疗指南协会提醒人们注意，“寿命有限的人，不要轻易使用降低LDL胆固醇的药物”。

该协会指出，没有任何临床试验证明，高的LDL胆固醇或低的LDL胆固醇会增大死亡的风险，而且也没有任何证据能证明，高的LDL胆固醇或低的LDL胆固醇会增大冠状动脉性心脏疾病死亡率、增加心梗的住院率、70岁以上的人会增大不稳定心脏狭窄症状等情况。顺便提一句，LDL胆固醇往往被称为“坏”胆固醇，而HDL则为“好”胆固醇。

实际上临床研究表明，只有对于高龄患者，太高的LDL胆固醇才会导致高死亡率，尤其是85岁以上的患者风险更高。如果服用降低LDL胆固醇的药物“斯达汀”（注：阻止“HMG-Co还原酶”，抑制胆固醇的形成，三共研究集团（现在叫做“第一三共”）最初发出的创意。斯达汀有多种，“阿托伐他汀”是2005年后世界上销售最好的。），会加重认知功能障碍，会有跌倒、神经疾病、肌肉障碍等风险。该协会认为至少对于高龄患者来说，纠正高的LDL胆固醇值的必要性不大。

和费用较大的检查、手术相比，每次服用“斯达汀”的费用倒是很便宜，但需要终生服用，正可谓积少成多。

## 不想接受的医疗95 [循环系统]没有症状的颈动脉狭窄 不用在意

美国家庭医学会、美国神经学会

在“不想接受的医疗73”中提到了和昏迷相关的颈动脉检查，美国学会从颈动脉硬化的观点出发，认为要密切关注过度检查以及治疗。

首先，美国家庭医学会要求制约胡乱检查，认为“成人的颈动脉狭窄如果没有症状就不需要做检查”。

颈动脉狭窄是指心脏到脑部的血管由于动脉硬化而导致的狭窄。所谓动脉硬化是指由于脂肪、胆固醇等原因导致血管内膜增厚，形成血管狭窄，而血管狭窄则会导致脑部供血迟缓。

不过，学会指出，成人虽然没有症状却检查出颈动脉狭窄，那么发现狭窄的坏处要大于益处。因为过度检查，导致没有症状却要做手术，还有可能导致死亡、脑猝死、心梗等重大危害。

而且美国神经学会还提到了治疗，认为如果没有症状的颈动脉狭窄，产生并发症的概率不到3%，没有必要做颈动脉内膜剥离术（CEA）。所谓的颈动脉内膜剥离术是指当有颈动脉狭窄症状时，通过外科手术剥离增厚的血管内膜。

临床研究表明，即使超过60%狭窄，没有症状的颈动脉狭窄患者进行颈动脉内膜剥离术以后，5年间脑猝死、死亡的绝对风险可以降低5%~6%。而外科手术的并发症的概率，ACAS研究结果为2.3%，ACST研究结果为3.1%。所以，与手术的益处相比，手术的坏处也不容忽视。

多个研究小组要求，对于无症状患者施行手术，术后并发症概率要控制在3%以内，要确保预后3~5年的寿命。即使并发症概率能控制在3%以内，其实我们还是觉得比较高。

另外，其他临床研究认为，脑猝死的概率无论进行手术还是药物治疗，都可以降低。由于缺乏随机外科手术和药物治疗的比较方面的临床研究，因此手术的益处还不很清楚。

根据现状，美国心脏协会指出，对于没有症状的颈动脉狭窄患者，当狭窄超过70%，且手术并发症较低时，施行颈动脉内膜剥离手术比较妥当。

## 不想接受的医疗96 [循环系统]避免使用植入型心律转复除颤器（ICD）

美国临终关怀医疗学会、美国心律不齐学会

美国临终关怀学会主张，“只要患者、家属不要求，就不要使用植入型心律转复除颤器（ICD）”。除颤器是指当心脏突然停止时，机器会识别到心脏动作异常并进行电击治疗，对心脏功能加以修复的装置。即在心脏周围植入发电装置，然后支持心脏起搏，以防不测。不难想象这种手术无论给肉体上还是精神上都会带来很大的伤害。

植入型心律转复除颤器的患者中有四分之一的人，在死亡前1周，除颤器会启动。对于没有恢复希望的患者，除颤器的电击并不能防止死亡，反倒会增加患者的痛苦，也会给看护者、家人带来精神上的痛苦。

现阶段对于是否要停转除颤器，并没有指南性的建议，临终关怀中有指南性建议的也不到10%，学会指出，应该制订停转除颤器的方针。

美国心律不齐学会认为，对于心律不齐重度为4的患者，即纽约心脏协会（NYHA）4级最重的患者，且死亡率较高时，不要使用植入型心律转复除颤器。这尤其指心室辅助装置（注：心脏内部有4个空腔。右侧把全身流过来的血液输送到肺里，左侧负责把从肺里流过来的血液输送到全身。接受全身、肺部血液的分别叫做右心房、左心房，从心脏把血液输送出去的分别叫做右心室、左心室。心室功能低下的人，可以使用特殊的“泵”来完成心脏血液输出功能，这个叫做心室辅助装置。））、心脏同期疗法（注：心脏的跳动是由心房、心室反复收缩、扩张而产生的。产生收缩、扩张节律的电信号，从心房传到心室，这个电信号如果发生异常，心脏跳动紊乱，会影响血液循环。心脏同期疗法是指人工产生电信号，使心脏跳动恢复正常的治疗方法。））、心脏移植等治疗都不适用的情况。

## 不想接受的医疗97 [循环系统]没有症状的心房性颤动 不要使用人工起搏器

美国心律不齐学会

作为心律不齐的一种表现，心房性颤动是一种常见疾病。心脏分为上半部分的心房和下半部分的心室，心房颤动是因为心房的原因导致心律过缓。有症状时，可以通过移植人工起搏器，使用电波调整心律的方法治疗。

美国心律不齐学会对于人工起搏器的移植，提出了以下方针，“无症状，且是由心房导致的心律过缓时，不要植入人工起搏器”。

人工起搏器的植入适用于有病变的房室结障碍。而无症状的心脏跳动缓慢，无其他原因需要起搏，也不需要进行心脏同期疗法，临床研究并不清楚起搏器是否有效。

虽然植入起搏器是个低风险的手术，但也有一定程度的风险，而且这个手术花费巨大。

另外，右心室的不当持续起搏还有可能对心脏有危害。美国学会的指南认为，这些患者植入起搏器的风险比治疗效果还要大，所以不推荐。

不想接受的医疗98 [循环系统]即使是血管比较细小的患者发生心梗时，对没有堵塞的血管也不要进行治疗

美国心脏病学会

覆盖在心脏上给心脏运送血液的是冠状动脉。由于冠状动脉的血管狭窄、堵塞，会导致心脏停止跳动。

“经皮冠状动脉介入治疗（PCI）”是指通过大腿、手腕插入导管，一直到达心脏的冠状动脉，用胶管、固定膜来扩充血管进行治疗的方法。有时为了慎重起见，还会对没有堵塞的血管进行扩充，当然血管狭窄严重的确有问题，但也不要轻易地就进行过度治疗。

美国心脏病学会提醒说，“对于血管狭窄厉害的ST上升型心梗（STEMI）进行经皮冠状动脉介入治疗时，没有必要为了保证血流，给并不是血管狭窄元凶的地方加上固定膜”。

STEMI是应该警惕的病症，可以导致心梗，血管狭窄严重。虽说如此，给并不狭窄的动脉加上固定膜，反倒有可能会增大死亡概率、增加并发症。加固定膜可能对于血流不畅的患者是有效的，但目前临床研究还没有验证其对于非狭窄病变地方的治疗意义。

## 不想接受的医疗99 [循环系统]能用药物进行治疗的心房颤动，就不要使用心肌导管术

美国心律不齐学会

心肌导管术是广泛应用于治疗心律不齐的一种新疗法。心律不齐，会产生心房颤动。所谓心房颤动是指心脏上半部分的心房，会发出异常的电波，导致心律紊乱而产生的病症。心房颤动，会导致血液凝固，产生血栓，血栓到达大脑，就会产生脑梗。

心房颤动可以用药物治疗，也可以用心肌导管术治疗，即把导管通到心脏，用电极给电流异常的部位加热，消除症状。

美国心律不齐学会认为，“心房颤动的患者，只要用药物能够控制症状、控制心律，就不要进行房室结的心肌导管术”。

心肌导管术、起搏器等治疗在药物疗法无法控制心律、无法控制相关症状时，或者担心心律过缓产生心肌障碍时，才有意义。以最近学会的指南为例，没有症状的患者，如果用药物疗法控制心律，则危害要大于益处。

心肌导管术还存在许多不明之处，而且价格昂贵，这种治疗是否有意义还需要继续探讨。

## 不想接受的医疗100 [循环系统]当中心静脉不需要导管术时，应立刻停止

美国老年医学会

与插胃管类似，可以用中心静脉导管术补充营养，持续供药。正如字面意思，中心静脉导管术是指把导管通到心脏的中心静脉，通过静脉补给营养或药物的治疗方法。

美国老年医学会督促说要控制中心静脉导管术的使用，不能为了患者、医疗机构方便就随意使用。

的确，中心静脉导管术是目前医疗一线常规使用的装置。其最大的问题有两方面，一是费用的负担，另一个是导致包括死亡在内的相关并发症。中心静脉导管术的并发症有血流感染症（CLABSI）和静脉血栓栓塞症（VTE）。

学会强调，中心静脉导管术仅限于静脉投入抗菌药、无法通过口服进行营养供给，或是化学疗法等需要长期频繁采取血液的部分患者使用。当不需要进行中心静脉导管术时，就必须立刻终止。



## 第三篇 赶走“过度医疗”

美国开始的消除过度医疗的活动，  
无论对于患者还是医生，  
以及苦于医疗费增长的国家来说，  
都是很有意义的行为。

这里我们看一下“Choosing Wisely”  
在日本难以施行的原因，  
并借此反思中国医疗界的现状，  
希望能为解决医患矛盾提供思路。

# 在日本（或中国）也开展了消除无效医疗的行动吗？实践中阻挡在医生、患者面前的障碍

ABIM财团和美国71家医学会一起发起了“Choosing Wisely”，我们已经一起探讨了其中关于癌症，以及癌症以外的病患中的过度医疗。或许你会很吃惊，各个学会竟然这么具体地指出过度医疗的行为。

这里我们再重新看一下ABIM财团所指出的各个医疗行为，我们会发现和最终目标“治愈”未必有关系的“诊断”、“治疗”、“预防”中有一些共通的问题。

其一就是为了“慎重起见”“以防万一”，而进行不必要的、重复的检查，过度诊断。对于健康人群进行的前列腺特异抗原（PSA）检查以及有腰痛症状不到6周就进行影像检查等就是典型的事例。

在外行人看来这些检查也许做做也可以，而且实际上也有不少医生给患者做了检查。但美国医学会之所以认为没有意义、不做也可以是因为这些检查做了以后与昂贵的检查费用相比，其疗效却极其低。

而且还有过度治疗的问题，最典型的过度治疗就是感冒时使用抗菌药物。

抗菌药物是阻碍细菌所特有的细胞壁的合成，阻止细菌特有的繁殖功能。可是，很多感冒的原因是病毒，与细菌不是一个类别，而抗菌药对于病毒毫无疗效，即使感冒时用了抗菌药也没有意义。过度治疗还会有副作用，必须要避免。

影像检查的负担前面已经讲述过了。CT、X射线等影像检查都会产生放射线辐射，检查本身也会带来精神上、肉体上的负担。所有的检查

都一样，没有必要进行的检查最好不要进行。

经济负担是不可忽视的。ABIM财团指出了控制花费的意义，比如宫颈癌检查时的阴道镜检查，以及类风湿关节病症使用生物制药等。这是影像检查、用药方面应该注意的地方。牵扯到性命，经济问题就可能忽视，但如果检查费用昂贵，疗效微乎其微，则还是不做为好，希望大家能了解这些。

实际上能证明医疗疗效的证据还很不够。一般认为变形性关节炎服用氨糖、软骨素会有效果，但临床上并没有得到验证。另外，对乳腺癌进行强度变频放射线治疗（IMRT）、对前列腺癌进行正离子射线治疗的证据也还不够充分。即使看起来好像很有意义的诊断、治疗、预防，到底是否有根据，还需要我们冷静思考一下。

治疗的频率也有些过度。比如大肠癌的大肠内镜检查，学会认为检查一次以后下次检查应该在10年以后。这是因为担心会有频繁进行检查的情况，所以医疗机构有时也需要控制。

再次回顾了美国推荐的、不推荐的治疗，我们发现这样可以彻底省去不必要的治疗，而且到处都是要进行有效医疗的氛围。美国还面向大众发出通俗易懂的信息，并监督着人们要按照指南去做。

过度诊断的背后都存在着保险制度

置身于日本（可类推中国）医疗界的人也许会认为，“‘Choosing Wisely’无非是美国所推荐的，并不能完全在其他国家适用”。

不过这句话也有其表面的意思和内在的含义。所谓表面的意思是指医疗经济问题、在医生培养方面日本等亚洲国家与美国的差距，内在的含义是指医生们缺乏专业知识、为了赚钱、规避风险等。

先从比较好理解的内在含义看看。这在第一部分“过度医疗”中介绍过了，即“知道了还去做”和“不知情而去做”。

如果是因为知识缺乏而导致有很多医疗过度的行为，则应该立刻解决，让医生们都了解**Choosing Wisely**的做法。医生们很繁忙，没有时间经常更新最新的信息。美国有督促医生进行生涯教育、再教育的组织，那么亚洲等国在此基础上，也应该进行一些介绍最新信息的活动，这样做非常有价值。

另外如果明明知道没有意义却还要进行治疗，那么人为的因素就很大。一个是前面提到的医疗机构经营的问题，即越检查赚得越多，越治疗越赚钱。

前面曾经阐述过，在血管治疗方面，虽然治疗的根据还不很明确，却在广泛应用着，也介绍了由于诊疗费用的变更而导致某种特定医疗行为有所增加的现象。**Choosing Wisely**苦口婆心地劝说，当为患者提供医疗时，要意识到患者的花费。但是降低了患者的花费，也会对医疗经营带来负面影响。我们并不想认为是医疗机构为了赚钱就增加一些过度诊断和治疗，但经营问题会让判断产生微妙变化，所以有必要成立一些管理这种状况的组织。

另外，再看看**Choosing Wisely**不推荐的项目，有很多地方指出了特定的诊断、治疗的证据不足，正像诺华制药公司修改临床试验结果的问题，本来没有的疗效，却歪曲事实，推给患者，这样的问题以后或许还会发生。不能为了企业的利益，就让毫无意义的诊断、治疗到处盛行，我们应该时时密切关注。

话虽如此，有了这些内情，事情就不那么简单了，现实也更复杂。

**Choosing Wisely**这样的组织不能直接适用于日本等亚洲国家主要有两大原因。一个是来自于患者的、一个是来自于医疗机构方面的原因。

以健康人群为对象的PSA检查，也是**Choosing Wisely**不推荐的项目，但日本却往往会觉得“能检查就做做呗”。

事实上，日本泌尿学会为首的日本医疗界，对体检进行PSA检查持有很积极的态度，这和Choosing Wisely的消极态度有很大差距。

欧洲的研究认为PSA检查使前列腺癌的死亡率减少20%，日本也有其积极推进的理由，即要是能够减少死亡，尽管检查花费时间和费用也要做。但为了避免1个人的死亡，而让1000人近10年重复做检查，到底是不是过度检查，大家的理解各不相同，因此有人推荐，也有人反对。

美国推荐的、不推荐的项目在亚洲等国不能直接适用的另一个原因是医疗机构。他们认为临床研究好多都是以其他国家的人为对象的，不能完全适用于亚洲等国的患者。

的确，需要考虑亚洲等国和其他国家人之间的生物学的差异、饮食的差异。比如，治疗高血压的利尿药中，好多药物有排泄盐分的功能，平时饮食中盐分多少不同，疗效也不同，即生活习惯对药物疗效有影响。当然，生物学和生活习惯的差异也需要在推荐项目、不推荐项目上有所体现。只是，看看现状，就可以知道我们不能再从容地放纵过度医疗了。

**近10年每天患者增加70万人！**

我们先看看患者的变化，一方面患者数量有所增加，另一方面患者意识到过度医疗的机会也增加了。

其原因是网络信息的发展。一位在提供SNS服务公司工作的友人对我说了一件事令我很吃惊。说是10年前通过手机使用SNS服务的人就已经比使用电脑的人多了，而当时我还以为网络服务就是以电脑为主呢。

或许只有我有些落后，其实10年前网络的主角就已经是手机了，何况是现在呢。信息不是通过电脑而是通过手机来获得的，尤其是智能手机的出现，画面清晰度一下子提高了，画面信息显示有了飞跃的发展。随着通信速度的提高，很容易看到动画等多种信息。

患者可以用手机来查阅医学上的疑问，即使查阅的信息无法理解，也可以得到一些资料，来判断自己是否有必要进行治疗，有了资料会比没有资料时的意识要强得多。

电视上，与医疗相关的电视节目举不胜举，医生和主持人们针对医疗中的疑问，一起探讨，我们通过这些节目，可以自然而然地获得一些通俗易懂的医疗信息。

患者有所增加，媒体介入进来也理所当然。前面介绍的日本厚生劳动省的“患者调查”中说2002年住院患者和门诊患者合计为7929000人，而2011年就增加了8.5%达到了8601500人（调查的是1天的数值）。1天就增加70万人，患者越多，对信息的需求就越高。

本书的最开始已经和大家说过，患者的家属或者患者本人来找我咨询的人不在少数。大部分患者都是彻底掌握信息才去医疗机构治疗，越是像癌症这些重大疾病就越想获得诊断、治疗的相关信息。

自从2011年东京女子医科大学的医疗事故以及隐瞒事件以来，人们对医疗愈加不信任，这些已经在前面阐述过了。正如厚生劳动省2011年在“诊疗行动调查”中所出示的数据那样，对医疗机构不满的人达到了30%。

前提是无无论是在日本还是在海外，都没有任何人希望得病，也没有人希望把钱花在治病上。

那么，即使花费再大，效果再小，也要多治疗一个人，这样的说法可能就说不通了。

患者会在PSA检查、阴道镜等专业检查前，提前研究一下检查的意义再去医疗机构进行检查。胃癌治疗时，也会提前查查是开腹手术好，还是腹腔镜手术好。和10年前、20年前一样，无论是哪个国家的患者，都会关注医疗费用花得是否合理。提供与花费相当的治疗，这是社会的

需求，而且这种需求只会增加，不会减少。

看看Choosing Wisely的推荐项目、非推荐项目以后，医生们会有两大反应。

无非就是对学会推荐的项目认为“合理”、“不合理”等两种情况。

认为合理的医生越多，自然就没有理由不推广，会立刻推广Choosing Wisely的项目。医生们也会觉得应该学习美国，进行推广。

问题是认为不合理的部分，我们以Choosing Wisely中美国消化病学会推荐的“大肠内视镜检查10年做1次就可以”为例，一起来探讨一下。

现在是一个要求说明治疗根据的时代

日本大肠癌的患病率要比美国低，而且大肠内视镜厂家多半是日本的，比如奥林巴斯、富士胶卷、宾得（PENTAX）等，所以日本内视镜检查很容易普及。由于内视镜检查费用低，好多人都接受检查，其结果是日本医生比美国的医生会利用内视镜，诊断的能力也要强。另外，大肠癌是100%发现，还是不得已只有95%的发现率，这些目标的设定日本也与国外不同。

那么在日本大肠内视镜检查的间隔到底应该是几年呢？

2005年的厚生劳动省的研究指南中写着大肠内视镜的检查间隔为5年或者10年，这是按海外的数据做的。如果只针对日本人进行临床研究的话，并不是一件简单的事，所以要根据医生的判断，检查间隔为5年或者更短。

再看看现实，“孩子尽可能不做CT检查”这一点也很难在日本（或中国）施行。在第一部分介绍过北山的例子，最后并没有什么大事，可是在医生看来，即使仅仅1次也不想漏掉重症患者。外伤检查，可以使用医保，所以衡量一下患者费用上的负担、漏诊重症患者、被患者投诉等

问题，很多时候医生都会推荐做CT检查。

不过有一点可以肯定，无论是哪个国家的医生，主动向患者解释医疗方案的责任感都有所提高。各个国家的情况不同，美国**Choosing Wisely**的推荐是一个向世界推广的基础吧。

要进一步强化已经普及的治疗、诊断、预防指南的制作，最理想的是对所有的信息都要通俗易懂地加以说明，普通人很容易就能知道这些信息，这些做法对让患者提前了解医疗机构是很有意义的，还可以省去医生给患者解释的时间、成本。接下来，我们就具体探讨一下这个问题。



# 对专业学会设定的基准值要说NO 医保患者 应该在医疗费增长前行动起来

2014年4月，日本发生了一件打破医疗常识、让人震惊的事，那就是日本体检学会和健康保险联合会的研究团体对体检数据进行了分析，提出了新的基准。他们在150万人的检查数据中，抽出了认为非常健康的15000人，从他们检查数值的分散情况来探讨健康的基准值。

令人吃惊的是这两个学会完全忽视了以前专业学会设定的数值，而重新设定了健康的基准值。越过专家，直接发布基准值，这一点打破了以往的常识，事实上，日本高血压学会立刻就发表了反对的意见。

本书在前言里也曾提及，在日本高血压学会原来的高血压治疗指南中，设定的基准值为：正常的血压，收缩压即高压值为130mmHg以内，扩张压即低压值为85mmHg以内。这是参考了以往的临床研究中，重大病症、死亡风险高等基准制成的。

但是，此次日本体检学会大胆地把收缩压提高到147mmHg以内、扩张压提高到94mmHg以内。按目前的专业学会的基准认为是高血压的人，按这次标准就是“健康”的人了。

这个值对于BMI、中性脂肪、LDL胆固醇即“坏”胆固醇也是同样的，如果按照日本体检学会新标准的话，健康的人群一下子会增加很多。

究其原因，与负责研究的两大团体的意愿关系很大，尤其是健康保险联合会。

健康保险联合会保管着公司员工的医保费，他们要尽可能地节约费用，稳定地运营。因此在医疗费不断增大的形势下，人们身体是否健康，必须要做出正确的诊断。如果外部的专业学会基准值有误，那么即

即使是专家制定的基准也要进行修正。此次，日本体检学会和健康保险联合会重新设定健康的基准值，正所谓是“投石问路”。

“Choosing Wisely”也是对已经普及的医疗行为进行再次评定。

今后，除了健康保险联合会，医保患者也同样会关注医疗行为的再次评定，健康保险联合会有可能作为日本推进“Choosing Wisely”的组织之一。

“包干医疗费用改变医疗体制”

国家的政策对于消除过度医疗行为也很重要，尤其是“包干”医疗，具有很大的可能性。

传统的医疗，一般是针对个别医疗行为，按实际花费的金额来计算的，所以对于医疗机构来说，越检查、越治疗就越赚钱。聪明的医疗机构，在患者允许的范围内，会尽可能地进行检查、治疗，充分赚取治疗费，从而导致了过度诊疗。

另一方面，以大型医疗机构为中心，已经开始普及“包干”医疗。包干医疗的特点是不针对个别医疗行为，而是以患者群体，即按疾病的种类确定医疗费用，患者根据所得病症支付医疗费，即“包干”医疗。

这种“包干”医疗的好处是，按照病名定出医疗费的上限，医疗机构越做检查、越做治疗，所获得的利益就越小，所以必须把检查、治疗控制在最低限度内，有效地治疗疾病。这样医疗机构自然而然就会密切关注检查、治疗的必要性了。

不仅是大医院的住院患者，对于大医院的门诊患者、诊所的医疗行为等也要求要包干治疗，这是由于现在医疗费用膨胀，人们希望包干医疗的范围能够有所扩大。

大部分医疗费用都由日本厚生劳动省下属的中央社会保险医疗协会

（中医协）来决定。当然也有国家的政策，我们不能贸然下结论，但如果包干医疗实施起来，那么像对医疗行为进行甄别的“Choosing Wisely”这样的组织势必会探讨如何对不同的病症进行最低限度的医疗。

中医协是由“医保患者代表”（类似于健康保险联合会那种负责支付医疗费用的组织）、“医生、牙科医生、药剂师的代表”（以医生为主的提供医疗服务的人）、“公共利益代表”（代表着公共利益）等三方组成的。医保患者代表肯定会积极推进包干医疗，但医生、牙科医生、药剂师的代表未必会那么容易接受包干医疗，两者会讨价还价，所以政府需要出台日本的“Choosing Wisely”，其意义深远。这一点中国也可以借鉴。

另外，还有一个虽然不是医疗界的行为，但也值得关注，即广岛县吴市推进的替代医疗差额通知制度。

药物中有产权保护的新药“首发药物”，和产权到期的后续药物“替代药物”。替代药物成分相同价格便宜，可以节约医药费。广岛县吴市对于那些使用“首发药物”的患者，告诉他们使用替代药物可以节约药费，并具体告诉他们节约的费用。这种制度不仅适用于替代药物，也可以适用于普通药物。

不过据说全国的医生协会反对这种制度，认为侵犯了医疗机构决定药物的权利，所以他们非常反感。但是我们可以关注这种做法，作为以后推进医疗效率的一个措施，如果有人问你，“你的治疗就这样行吗？”，那么作为患者的我们肯定会深思熟虑的。

免费公开指南，也是今后要关注的一点。

癌症患者及其家属们也许很清楚，日本国立癌症研究中心运营的网络“癌症信息服务”、“有科学根据地进行癌症检查”，都免费公开信息。这里可以查到癌症的最新诊断、治疗、预防等信息。想要得到适当的治

疗、最新的医疗等信息，参考指南也是一条快捷之路，但日本很多时候查阅这些信息是要付费的，而且，大多都只有书籍。

能否免费公开指南信息，对于患者来说至关重要。大家都知道，公益财团法人“Minds”，即日本医疗功能评价机构运营的网络同样可以免费浏览。免费公开指南，对于普及有效医疗是个重要的开端，意义深远。

东邦大学的“医学中央杂志指南信息数据库”就是一个免费公开的网络，这是东邦大学整理的一个指南发行信息，对查找指南信息很有帮助。

在日本完善提供医疗信息的公共设施是一大课题，重要的一点是要填补患者和医疗机构间的信息差距。这在中国也同样亟待解决。

“医疗机构必须要进行医疗的再设定”

我在和医生、医疗工作者聊天时，感觉他们有一种想法，认为要和患者同一角度去谈检查、治疗无非就是“浪费时间”。从医生的角度来说，或许的确如此。因为要成为医生获得专业知识，需要很长的时间，而这些专业让患者理解，那么患者也需要有一定的知识。所以即使医生认为“患者不可能和医疗机构平等对话”，也是不足为奇的。

不过，既然患者们的信息量都有所提高了，那么医生、医疗机构今后也必须以组织的形式给患者提供信息，而且必须是以医生、医疗机构为主体。当然最终还是有必要由医疗机构设置类似于“**Choosing Wisely**”那样的组织，对医疗进行重新审视。

今后医疗改革，最好也以医生、医疗机构为先驱。我们的状况和美国差不多，如果由非医疗机构先行动，然后医疗机构再行动，那并不是一个该有的现象。

“基于证据，进行医疗”，我们已经在第一部分介绍了全世界开展

的“EBM（有证据的进行医疗）”，即让医疗透明化，根据临床研究的结果进行有意义的检查、治疗、预防的方法。日本（也可以类推中国）也应该理所当然地进行EBM，指南里要整理专家的方针，这一点已经开始普及。如果要更加普及的话，那就是医疗机构的责任了吧。

美国的“Choosing Wisely”活动就是由医学会发起的，是医生们主动行动起来的。在要求增加医疗费、提高医疗效率的形势下，全美医生团结一致，各个学会负责各自的领域，选定过度医疗明细进行了公布。

乍看起来好像是医生、医疗机构自己约束自己，无法自由进行医疗，其实并非如此。学会一致认为，如果全社会都共享医疗信息，那么可以创造一个更有利于专家进行医疗的氛围。美国之所以可以开展这项活动，是因为医生、医疗机构的利益关系和普通民众的利益关系达成了共识。

我们也应该早早地进行该项活动，不然，医保患者、国家、市镇村等医疗以外的机构会迫不得已地行动起来，那么会导致医疗机构的措施滞后，医疗混乱，也违背了公共利益，无法正式进入筛选必要的医疗行为的环节，这是谁都不希望的，美国开展的“Choosing Wisely”一定会成为医疗筛选的一个契机。

回顾美国的“Choosing Wisely”活动，我们了解了应该如何普及有意义的医疗信息。阐述到这里，我们应该承认美国为了更好地开展医疗，医疗工作者已经开始探索、尝试，今后我们还要继续关注美国的发展。

本书中，也探讨了一些医疗的新动向，其中之一就是以网络为主的信息产业。如果你的家人、朋友生病时，很容易就找到参考的信息，随时都可以查阅，这是多么重要啊。通过上述的阐述，希望我们国家也开始构建新的信息，全国人民都能轻松地接受到有意义的医疗，本书哪怕是能够解除大家的一点点烦恼，我也会觉得再幸福不过了。

# 后记

前言中曾经说过我以前学过动物医学。斗胆说一句，如果人类医疗是“生命医学”，那么生物医学就是“死亡医学”。

学了动物医学就会清楚，动物医学总是面临着医疗与死亡，“死亡处方”也是一个选择，而且理所当然地存在着。

比如牛感染了口蹄疫，那么不容分说立刻要杀死，然后埋掉或者烧掉。鸡感染了高原性禽流感也同样要杀死，因为这些都是法律规定的。

感染性越强的病症如果不尽早根除，相关的动物都会被传染，会造成巨大的经济损失。动物医疗的诊断、治疗、预防，医疗所获得的利益和医疗花费的费用，也就是说风险和放弃治疗并存，一定要深思熟虑。

不过人类的医疗不像动物医疗那么简单。“得了流感，不能再让他生存下去”这种想法只有在恐怖事件中才会存在。

人类医疗不管怎样都要以让患者生存为前提，虽然人类医疗也要考虑费用和疗效的性价比，但更重要的是不计得失。

正如前面第二部分介绍的那样，比如临终关怀医疗极其混乱，谁都不能做出正确的判断。有时还会过分不计得失，过度医疗，从而践踏了人类生存的尊严。

还有像病毒感染时使用抗菌药物，完全没有意义的医疗却以安慰的形式提供给患者，很多时候都没有考虑效果、费用、风险。

正因为我学过动物医学，所以才会以性价比（费用和疗效

是否相称) 的观点来审视医疗, 比较容易接受“Choosing Wisely”的观点。“Choosing Wisely”把重点放在以生存为前提的医疗上, 让我们思考并反省临终关怀医疗, 临终关怀医疗应该是为了更好地生存而开展。

希望阅读本书的读者们能够重新思考医疗, 同时感谢大家阅读此书。

室井一辰

本书中提到的医疗网络，网络信息  
大公开



网络	运营者或实施主体
日本	
Minds 指南中心 <hr/> <a href="http://minds.jcqhcc.or.jp/">http://minds.jcqhcc.or.jp/</a> <hr/> 免费公开医疗指南。	日本医疗功能评价机构
东邦大学医学中央杂志诊疗指南信息库 <hr/> <a href="http://guideline.jama.or.jp/">http://guideline.jama.or.jp/</a> <hr/> 可以查阅最新的指南明细。	东邦大学医学中央杂志发行会
癌症诊疗指南 <hr/> <a href="http://www.jscocpg.jp/">http://www.jscocpg.jp/</a> <hr/> 可以阅览癌症指南。	日本癌症治疗学会
癌症信息服务 <hr/> <a href="http://ganjoho.jp/public/index.html">http://ganjoho.jp/public/index.html</a> <hr/> 可以收集癌症的基本信息。	日本国立癌症研究中心癌症对策信息中心
患者调查 <hr/> <a href="http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html">http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html</a> <hr/> 可以了解最近患者动向。	厚生劳动省
诊疗行动调查 <hr/> <a href="http://www.nhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html">http://www.nhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html</a> <hr/> 可以了解日本患者如何利用医疗机构,以及患者的满意度。	厚生劳动省
维基百科 <hr/> <a href="http://ja.wikipedia.org/">http://ja.wikipedia.org/</a>	维基百科

网络	运营者或实施主体
可以检索医疗用语的意思。由世界各国志愿者们制作、编辑的。	
其他国家	
Choosing Wisely	美国内科专业医生认定机构财团(ABIM foundation)
<i>http://www.choosingwisely.org/</i>	
以美国医学会为中心,发布医疗建言明细。	
NCCN 指南	美国国立综合癌症网络(NCCN)
<i>http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp</i>	
可以查阅美国癌症指南。	
Pubmed	美国国立生物科学信息情报中心(NCBI)
<i>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</i>	
可以检索世界各地的论文。把本书中引用的文献输入到检索框中,可以查到原文。	

# 索引

	建 议	提建议的学会	页码
1	前列腺癌检查时,不要轻易地去做“PSA 检查”	美国家庭医学会、美国老年医学会、美国临床肿瘤学会	38
2	前列腺癌早期,不做骨转移检查	美国临床肿瘤学会、美国泌尿学会	42
3	低风险的前列腺癌,不要輕易开展治疗	美国放射线肿瘤学会	44
4	前列腺癌治疗,不要过度地进行“正离子射线放射治疗”	美国放射线肿瘤学会	46
5	乳腺癌早期,不做骨转移检查	美国临床肿瘤学会	47
6	乳腺癌手术,不做活检,就不要做手术	美国癌症委员会	49
7	乳腺癌手术,一定要做腋下淋巴检查	美国外科学会	50
8	乳腺癌早期,患者年龄超过 50 岁,放射治疗尽可能只做短期的	美国放射线肿瘤学会	52
9	乳腺癌转移的患者,要进行单独药剂治疗	美国临床肿瘤学会	53
10	进行乳腺癌的温存疗法时,不要輕易做“IMRT”	美国放射线肿瘤学会	54
11	30 岁以下女性不需要做 HPV 检查	美国家庭医学会、美国临床病理学会	55
12	不輕易用棉棒做宫颈部细胞脱落检查(细胞诊查)	美国家庭医学会、美国妇产科学会、美国妇科癌症学会	57

(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
13	有过宫颈癌经历的人, 不要轻易做阴道镜检查	美国妇科癌症学会	59
14	健康的女性不要做卵巢癌的检查	美国妇科癌症学会、美国产科学会	60
15	肺癌的 CT 检查不要超越指南频繁进行	美国胸部医学会、美国胸部学会	61
16	早期的肺癌不需要做脑部转移检查	美国胸部外科学会	63
17	大肠癌的内镜检查 10 年 1 次已足够	美国消化病学会、美国外科学会	65
18	要慎重使用靶向药	美国临床肿瘤学会	67
19	治疗之前要做治疗计划	美国癌症学会	69
20	不要突然间就做手术	美国癌症学会	71
21	不要轻易把烈性止吐药和化疗药物一起使用	美国临床肿瘤学会	73
22	癌症转移的放疗次数要尽可能地控制	美国放射线肿瘤学会、美国临终关怀医疗学会	74
23	癌症检查尽量不做 PET、CT 等检查	美国临床肿瘤学会、美国核医学、分子影像学会、美国妇产科癌症学会	76
24	寿命不到 10 年的人, 不用做癌症筛查	美国一般内科学会、美国肾脏学会	78

(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
25	不要做没意义的 X 射线胸片	美国外科学会、美国一般内科学会、美国医院医学学会、美国集中治疗相关学会、美国内科医学学会	79
26	轻度头外伤不做 CT 检查	美国急救医学学会、美国儿科学会	82
27	感冒时不要用抗生素	美国儿科学会	84
28	发热而造成的痉挛不要做影像检查	美国儿科学会	85
29	腹痛不要胡乱做 CT 检查	美国儿科学会、美国消化病学会	86
30	孩子阑尾炎时不做 CT 检查	美国放射线学会、美国外科学会	87
31	男孩睾丸下降不全时,不做超声波检查	美国泌尿学会	88
32	糖尿病不要用动态胰岛素测量法管理血糖值	美国医疗指南学会	89
33	高龄患者,糖化血红蛋白 A <sub>1c</sub> 为 7.5%左右就可以	美国老年医学学会	90
34	Ⅱ型糖尿病,每天不要多次测量血糖值	美国内分泌学会、美国临床内分泌医学学会、美国老年医学学会	92
35	腰痛时,在症状出现 6 周以内不用做影像检查	美国内科医学学会、美国家庭医学学会	93

(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
36	腰扭伤时,不要直接做 X 射线检查	美国职业环境医学会、北美脊椎协会	94
37	正因为腰痛才不要休养	北美脊椎协会	95
38	风湿疼痛时,不要轻易做 MRI	美国风湿疼痛学会	96
39	风湿疼痛时,不要直接就使用生物药品	美国风湿疼痛学会	97
40	不要轻易做抗核抗体(抗核酸抗原抗体)检查	美国风湿疼痛学会	99
41	骨质疏松的 DEXA 检查 10 年做 1 次即可	美国家庭医学会、美国风湿疼痛学会	101
42	氨基葡萄糖、软骨素对变形性膝关节病无效	美国整形外科学会	103
43	变形性膝关节病不要做关节腔内清洗	美国整形外科学会	104
44	变形性膝关节病鞋内垫鞋垫只是临时性的缓解	美国整形外科学会	105
45	就取个避孕药,没必要做阴道检查	美国家庭医学会	106
46	未到预产期,不要进行催生、剖腹产手术	美国家庭医学会、美国妇产科学会	107
47	即使到了预产期,基本上也不要做阵痛催生	美国妇产科学会、美国家庭医学会	108
48	不要为了决定是否流产,而去 做 NIPT	美国母子学会	109
49	即使怀了双胞胎,也不要缝合子宫颈	美国母子学会	110

(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
50	要做慢性人工透析,需要与相关人员达成共识	美国肾脏学会	111
51	在睾丸素正常的 ED 内补充睾丸素没有意义	美国泌尿学会、美国内分泌学会、美国临床内分泌医学会	112
52	插胃管对于痴呆患者没意义	美国医疗指南学会、美国临终关怀医疗学会、美国老年医学会	113
53	反流性食道炎不要轻易用药	美国消化病学会、美国医院医学会	114
54	不要反复在巴雷特食管内做检查	美国消化病学会	115
55	神经性胃溃疡不用吃药	美国医院医学会	116
56	哮喘诊断请使用肺功能测定	美国过敏哮喘免疫学会	117
57	不是重症哮喘或是支气管炎,就不要做胸片检查	美国医院医学会	118
58	不要给支气管炎的孩子用支气管扩张药物	美国医院医学会	119
59	对于没有进行吸氧的急性呼吸道疾病的孩子,不使用脉搏血氧仪	美国医院医学会	120
60	对于不满 2 周岁的轻度下呼吸道感染的孩子,不使用类固醇	美国医院医学会	121
61	不要胡乱在家持续吸氧	美国胸部医师学会、美国胸部学会	122
62	过敏检查避免做非特异性的 IgE 或 IgG 检查	美国过敏哮喘免疫学会	123



(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
63	精神病药物不要轻易开处方	美国精神医学会	124
64	不要轻易使用 2 种以上精神病药物	美国精神医学会	125
65	孩子不是精神病患者,就不要用精神病药物	美国精神医学会	126
66	睡不着觉,不要轻易做睡眠检查	美国职业环境医学会	127
67	失眠症治疗初期不要使用精神病药物	美国精神医学会、美国老年医学会	128
68	不是重症的头痛不要做影像检查	美国放射线学会、美国头痛学会	129
69	头痛不要测脑电波	美国神经学会	131
70	头痛不要长久服用药店卖的药	美国头痛学会	132
71	不到最后关头,不要服用鸦片类、巴比妥酸类的镇痛药	美国神经学会、美国头痛学会	133
72	一次晕倒,不要做脑 CT、MRT 等检查	美国内科学会	134
73	即使晕倒,也不要做颈动脉影像检查	美国神经学会	135
74	检查痴呆,做 PET 时,要让专家先诊断	美国核医学、分子影像学会	136
75	对痴呆患者不要无计划地使用胆碱酯抑制药物	美国老年医学会	137
76	即使痴呆症患者有精神异常的症状,也要慎重使用抗精神病药物	美国医疗指南学会、美国精神医学会、美国老年医学会	138

(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
77	诊断荨麻疹时,不可以轻易做检查	美国过敏哮喘免疫学会	140
78	甲癣不需要服用口服药	美国皮肤学会	141
79	特异性皮肤炎只要没确诊是细菌感染,就不要使用抗菌药物	美国皮肤学会	142
80	在手术创口上不要用抗生素	美国皮肤学会	143
81	没什么眼科疾病的症状不要轻易进行影像检查	美国眼科学会、美国儿童眼科斜视学会	144
82	孩子的眼科体检时,不要每年都进行眼底和眼压检查	美国儿童眼科斜视学会	145
83	孩子不要使用度数低的读书眼镜	美国儿童眼科斜视学会	146
84	红眼病禁止服用抗菌药	美国眼科学会	147
85	玻璃体腔注射前不需要用抗生素	美国眼科学会	148
86	干眼症没必要进行泪管栓塞术	美国眼科学会	149
87	急性副鼻窦炎如果症状比较轻就不需要进行影像检查	美国耳鼻喉学会	150
88	急性副鼻窦炎不要乱用抗生素	美国家庭医学会	151
89	中耳炎、外耳炎不要吃抗菌药	美国家庭医学会、美国耳鼻喉学会	152
90	突发性耳聋不用进行头部、脑部CT检查	美国耳鼻喉学会	153
91	营养剂在保持健康方面不起作用	美国医学毒性学会、美国临床毒性学会	154
92	进行心脏影像检查时,要尽可能避免被放射线照射	美国核心脏病学学会	155

(续表)

	建 议	提建议的学会	页码
93	注意不要进行没必要的心脏检查	美国胸部外科学会、美国心血管 CT 学会、美国核医学、分子影像学会、美国心脏病学会	156
94	降低低密度胆固醇的药物对高龄者不起作用	美国医疗指南学会	158
95	没有症状的颈动脉狭窄不用在意	美国家庭医学会、美国神经学会	159
96	避免使用植入型心律转复除颤器 (ICD)	美国临终关怀医疗学会、美国心律不齐学会	161
97	没有症状的心房性颤动不要使用人工起搏器	美国心律不齐学会	162
98	即使是血管比较细小的患者发生心梗时,对没有堵塞的血管也不要进行治疗	美国心脏病学会	163
99	能用药物进行治疗的心房颤动,就不要使用心肌导管术	美国心律不齐学会	164
100	当中心静脉不需要导管术时,应立刻停止	美国老年医学会	165