

临床医生公共卫生素养提升培训用书

临床医生

公共卫生手册

◎ 主编 潘新花



 第四军医大学出版社

临床医生公共卫生素养提升培训用书

临床医生公共卫生手册

主 编 潘新花

编 委 (按姓氏笔画排序)

邓小雁 占炳东

黄春芳 潘新花

顾 问 陈根成 严德华

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医生公共卫生手册/潘新花主编. —西安: 第四军医大学出版社,
2015. 9

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0835 - 4

I. ①临… II. ①潘… III. ①公共卫生 - 手册 IV. R1 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 210110 号

linchuangyisheng gonggongweisheng shouce

临床医生公共卫生手册

出版人: 富 明 责任编辑: 朱德强 崔宝莹

出版发行: 第四军医大学出版社

地址: 西安市长乐西路 17 号 邮编: 710032

电话: 029 - 84776765 传真: 029 - 84776764

网址: <http://press.fmmu.edu.cn>

制版: 新纪元文化传播

印刷: 西安市建明工贸有限责任公司

版次: 2015 年 9 月第 1 版 2015 年 9 月第 1 次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 15.75 字数: 270 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0835 - 4/ R · 1631

定价: 29.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

序

《临床医生公共卫生手册》一书比较系统地提出了临床医生公共卫生素养的知识框架，是为我国广大临床医生量身定制的培训用书。目前，国内用于临床医生系统公共卫生知识培训的课件、教材尚不多见，可以说该书填补了这方面的空白。

书中内容贴近临床医疗实务，也符合我国公共卫生发展现状，抓住了公共卫生工作的重点和要点，具有针对性、有效性和便捷性。同时，编者充分考虑了临床医生的实际工作环境和需要，在系统介绍国内外公共卫生理论和观点的基础上，不仅努力帮助临床医生建立相应的公共卫生知识背景，而且指明了怎样正确地去“做”，对提升临床医生综合素质和培养临床医生“胜任力”有很大的参考指导价值。

首先，可以满足临床医生学习公共卫生知识的需要。2015年3月，国务院颁布的《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020）》（以下简称《规划纲要》）明确指出：“市办医院、县办医院和部门办医院等公立医院承担法定和政府指定的公共卫生服务任务，乡镇卫生院和社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构提供预防、保健、健康教育等基本公共卫生服务。”该书为广大临床医生及时提供了一本适用性强的读本，有助于促进医疗卫生服务实现《规划纲要》提出的“防治结合”的目标。

其次，可以推进临床医生继续教育改革和教材建设。2014年11月，教育部、卫生和计划生育委员会等六部门联合印发的《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》指出，要“完善继续教育体系，提升卫生计生人才队伍整体素质”。按照“以（机构）岗位职责为依据，以临床医生实际素质能力为基础，以岗位胜任力为核心”的要求，该书有针对性地系统编写了临床医生应具备和掌握的公共卫生知识内容，开展教材开发，为继续医学教育提供了良好的教材基础。同时，丰富了临床医生继续教育内容。

再次，也是为了促进住院医师规范化培训工作进一步完善。2015 年开始，我国全面启动住院医师规范化培训。“治者能防”是住院医师培训的目标之一，更是合格临床医师的重要标志。该书的推出，为住院医师规范化培训提供了有价值的教学指导用书。

浙江省卫生计生委副主任 **徐润龙**

2015 年 7 月 20 日

前 言

临床医生公共卫生素养是临床医生业务知识结构的一部分，更是一种境界和理念。当前，临床医生在公共卫生知识掌握上大致存在三种情形：一是不知道或不清楚公共卫生内涵；二是略知一二，但对其重要性认识还不到位，认为执行起来太费事、太麻烦，因此望而却步；三是有一定认识和了解，也投入不少时间加以执行，但缺乏正确的公共卫生理念和实施途径与方法，收获不大，甚至造成工作失误。编者在很大程度上是出于对以上忽视公共卫生和公共卫生工作失误的忧虑，从而编写了这本《临床医生卫生公共手册》。

编者在多年公共卫生实务和公共卫生管理中，在认真学习、研究、领会我国公共卫生政策的基础上，紧密结合我国医疗机构的实际情况编写完成的。在构思和编写中，试图解决好两个问题：一是公共卫生知识与临床医生的临床实务相结合问题，能够让临床医生学以致用，用之见效；二是“知”与“行”的关系问题，使临床医生和医疗机构负责人一看就会，一学就懂，易于掌握，力戒给人以“雾里看花”的感觉。

书中内容分为绪论、法定报告传染病、易误诊的传染病和寄生虫病、群体性不明原因疾病、心因性反应、食源性疾病、慢性非传染性疾病、突发公共卫生事件报告与处置、预防接种异常反应处置、医院感染控制、医院健康教育等。涵盖了临床医生和医疗机构负责人所应掌握的公共卫生知识重要的、关键的方面，吸收了我国公共卫生最新成果，并紧密结合医疗机构在公共卫生中的经验和问题，使本书在逻辑上实现了理论与实践的有机统一，方法与技巧的有机结合，更符合我国公共卫生事业发展的实际。

本书主要面对医院和基层医疗卫生机构各类卫技人员，希望通过学习，让广大临床医师能够清楚自己该做哪些公共卫生工作，该如何做；让广大临床医师明白，医疗机构是公共卫生的前哨阵地，是传染病防治

的第一关口，是慢病防治的重要干预阵地，是所有疾病监测数据的第一来源地，也是落实三级预防的关键。最终目的是通过自学和培训，强化临床医师全科医学理念，提高公共卫生素养，促进医疗卫生服务“治者能防，防者能治”，解决治防割裂的问题，实现医疗卫生服务体系功能整合和分工协作。

本书编写过程中，得到了浙江省卫生计划生育委员会的大力支持，还得到了浙江大学附属第一医院感染科盛吉芳主任和浙江省疾病预防控制中心传防所陈恩富所长的具体指导，在此表示衷心感谢！同时，本书还引用了许多专家和有关杂志作者的研究成果、观点和言论，在此也一并深表谢意。由于学科知识不断发展，加之时间仓促，编者经验不足，书中难免存在疏漏之处，望读者提出宝贵意见和建议，以便我们在修订时予以完善。

编 委

2015 年 7 月

目 录

第一章 绪 论

- 第一节 医疗机构在公共卫生体系中所处的地位 /2
- 第二节 医疗机构公共卫生功能缺位成因 /5
- 第三节 医防裂痕修复的途径 /9
- 第四节 公共卫生监测的必要性 /14

第二章 法定报告传染病

- 第一节 传染病和法定报告传染病 /20
- 第二节 法定报告传染病的发现与报告 /21
- 第三节 法定报告传染病的处置 /26

第三章 易误诊的传染病和寄生虫病

- 第一节 病毒感染性疾病 /30
- 第二节 细菌感染性疾病 /64
- 第三节 原虫感染性疾病 /116
- 第四节 蠕虫感染 /124

第四章 群体性不明原因疾病

- 第一节 群体性不明原因疾病概述 /144
- 第二节 群体性不明原因疾病发现 /145
- 第三节 群体性不明原因疾病报告 /146
- 第四节 群体性不明原因疾病处置 /147

第五章 心因性反应

- 第一节 概述 /152
- 第二节 心因性反应的病因和临床表现 /152
- 第三节 群体性心因性反应 /153
- 第四节 心因性反应应对 /155

第六章 食源性疾病

- 第一节 食源性疾病的种类 /158
- 第二节 食源性疾病的发现 /160
- 第三节 食源性疾病的报告 /160
- 第四节 食源性疾病的处置 /163

第七章 慢性非传染性疾病

- 第一节 慢性非传染性疾病概述 /166
- 第二节 慢性病的监测 /168
- 第三节 主要慢性病监测的内容、方法 /169
- 第四节 主要慢性病的干预与管理 /173

第八章 突发公共卫生事件报告与处置

- 第一节 突发公共卫生事件的定义、类型和特征 /182
- 第二节 突发公共卫生事件的界定、分期及分级 /184
- 第三节 突发公共卫生事件的报告 /187
- 第四节 突发公共卫生事件的调查处置 /188

第九章 预防接种异常反应处置

- 第一节 概述 /194

第二节	疑似预防接种异常反应的报告及调查处理	/195
第三节	常见的预防接种一般反应及处置原则	/199
第四节	常见的疑似预防接种异常反应的处置	/201

第十章 医院感染控制

第一节	医院感染的概述	/220
第二节	医院感染的监测	/220
第三节	医院感染的报告	/221
第四节	医院感染的处置	/221
第五节	医院感染的预防	/223

第十一章 医院健康教育

第一节	健康教育的概念、意义	/226
第二节	医院健康教育的概念和意义	/229
第三节	医院健康教育的内容	/232
第四节	医院健康教育的形式	/233
第五节	医院健康教育的实施与评价	/237

参考文献

第一章

绪 论

临床医生公共卫生手册

我国长期以来形成的医疗机构分设，造成目前医疗机构普遍存在服务功能缺位的问题。医疗机构履行法定和政府指定的公共卫生服务，公共卫生机构对医疗机构开展公共卫生工作进行指导等功能，在实际工作中都存在缺位。如何补缺，需要积极探索和实践。

第一节 医疗机构在公共卫生体系中所处的地位

医疗机构是公共卫生体系的重要组成部分，数量多，分布广，我国90%以上传染病疫情信息来源于医疗机构，是公共卫生事件发现、报告的前沿阵地。医疗机构又是各类传染病患者聚焦的主要场所，容易造成医源性感染。加强医疗机构传染病的预防与控制，对控制传染病传播，具有至关重要的作用。医疗机构还是疾病预防和救治的重要力量。因此，要做好公共卫生工作，提高疾病控制工作的整体水平，必须最大程度地发挥医疗机构的作用。

传统预防医学理论认为，传染病预防控制应注重“三个环节（传染源、传播途径、易感人群）、两个因素（自然因素、社会因素）”。现代预防医学认为，传染病预防控制除“三个环节、两个因素”外，还应注重“三个阶段”：感染、发病、就诊阶段，接诊、检出、现场控制阶段，报告、反应、综合控制阶段。

自2003年我国发生的非典事件以来，我国现代预防医学理论在实践中得到了快速推广和较好应用。第一阶段工作，主要针对民众开展健康知识教育，从而减少传染病的发生和不及时就诊造成的传播。

第二阶段工作，也就是从病例就诊到传染病患者被检出、现场的控制工作质量的改进都不大。教训和经验证明，医疗机构对传染病患者的发现和处理状况与传染病控制的质量和水平存在密切关系。医疗机构对突发公共卫生事件的敏感性和反应能力是公共卫生事件发展的决定因素。

第三阶段工作，我国成效显著，举世瞩目，我国传染病和突发公共卫生事件网络直报系统处于世界领先水平，患者被诊断后报告和反应速度加快。目前我国传染病疫情的报告时间由原来的平均5天报到县、区疾控中心，变为现在仅需0.8天就报至中国疾控中心，报告由原来的“抽象、滞后、报表”的方式发展为“个案、实时、在线”的现代化信

息收集模式，并引入 GIS（地理信息分析）系统，同时建立疫情“日”“周”分析制度。中国的疫情网络直报系统得到了世界卫生组织的高度评价，并向全球推广。

依据国家相关法规，医疗机构和医务人员在公共卫生方面“应做的份内事情”，包括传染病诊断救治、疫情报告与控制、防止医源性感染和医院感染、医疗废物管理、防止经血液传播疾病等。这从法律层面上讲，如医疗机构应该做而没有做，或者没有做好公共卫生工作，就要承担相应的法律责任。

一、医疗机构需承担的公共卫生职责

国务院颁布实施的《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020）》（以下简称《规划纲要》）对各级各类医疗卫生机构的功能作了明确定位。《规划纲要》指出：“公立医院是我国医疗服务体系的主体，应当维护公益性，充分发挥其在基本医疗服务提供、急危重症和疑难病症诊疗等方面的骨干作用，承担医疗卫生机构人才培养、医学科研、医疗教学等任务，承担法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等任务”。

医疗机构不仅为患者提供诊疗服务，还应承担公共卫生等其他职能。具体地讲，医疗机构需承担的公共卫生职责有：

（一）履行相关法律、法规规定的卫生防病工作责任和义务。加强对各级各类医务人员相关法律法规所规定的责任、义务的教育与技能培训。按照法律法规要求，认真组织、实施、评估、管理院内疾病预防控制工作。

（二）完成各级卫生行政部门下达的重大疾病预防控制的指令性任务。结合实施辖区相关疾病预防控制规划、方案和免疫规划方案与计划，制订、实施相关疾病预防控制工作方案。

（三）组建突发公共卫生事件医疗救治队伍，及时收集、报告突发公共卫生事件信息，参与辖区重大突发公共卫生事件调查与处置。

（四）承担传染病疫情和疾病监测以及责任区域内的疾病预防控制工作，收集、报告相关信息，协助疾病预防控制机构开展流行病学调查和参与重大免疫接种异常反应及事故处置。

(五) 承担医疗活动中与医院感染有关的危险因素监测和相关信息的报告、安全防护、消毒、隔离和医疗废物处置工作, 加强医源性感染和医院内感染的管理。

(六) 接受疾病预防控制机构的业务指导和考核, 监测和管理本单位工作人员的工作环境、劳动条件、卫生防护设施等。

(七) 健全相关组织机构, 落实经费, 人员分工和职责明确; 建立健全疫情报告、传染病专用门诊、性病门诊、生物安全等疾病预防控制管理规章制度。

(八) 开展健康教育与健康促进工作, 参与指导辖区疾病预防控制服务工作。

(九) 承担卫生行政部门临时交付的有关疾病预防控制的各项工作。

(十) 设置传染病专用门诊, 包括: 功能相对独立的呼吸道发热门诊、肠道门诊、肝炎门诊等。

二、临床医生需承担的公共卫生任务

临床医生是各类传染病、慢性病的首诊者, 是最早接触患者的人, 一般能最早发现疫情苗头, 在公共卫生服务中有着举足轻重的地位, 对疾病诊治和控制起到重要作用。具体来讲, 临床医生应按照《法定传染病诊断标准手册》诊断法定传染病, 包括疑似病例、临床诊断病例和实验室确诊病例, 并做好门诊记录。

(一) 疫情登记

医院必须备有符合要求的门诊日志、实验室登记本、出入院登记本、传染病报告卡及传染病登记簿, 医务人员必须认真填写登记。

1. 门诊日志 包括就诊日期、姓名、性别、年龄、职业、现住址、工作单位(学生填学校)、联系电话、病名(初步诊断)、发病日期、初诊或复诊等基本项目。

2. 住院登记 包括姓名、性别、年龄、职业、现住址、工作单位(学生填学校)、联系电话、入院日期、入院诊断、出院日期、出院诊断、转归情况等基本项目。

3. 传染病报告卡 临床或检验人员在诊断传染病后, 立即在电脑上

填报《中华人民共和国传染病报告卡》(以下简称传染病报告卡)。传染病报告卡填写必须完整、规范。患者现住址填写必须详细,不漏项。14岁及以下儿童要填写家长姓名。肝炎、梅毒、淋病及艾滋病必须填写实验室诊断依据。未进行发病报告的传染病死亡病例,在填写传染病报告卡时,应同时填写发病日期(如发病日期不明,可填接诊日期)和死亡日期。

4. 实验室登记 包括患者姓名、性别、年龄、送检日期、送检科室和医师、检验结果、检验医生、检验日期等项目。建立重大传染病专用登记本,大便常规必须与其他常规分开登记。已实行电脑管理的,必须及时打印有关阳性结果传送至相关管理科室。

5. 传染病登记 预防保健科对本单位报告的传染病进行登记。项目必须填写完整、清楚。肝炎、淋病、梅毒等有实验室诊断的必须登记检验结果。

(二) 疫情报告内容

1. 疫情报告内容、时限、方式和要求 详见第二章。
2. 工作指标
 - (1) 传染病报告率、报告及时率 100%。
 - (2) 报告规范率 100%。
 - (3) 主要传染病诊断符合率 90% 以上。

第二节 医疗机构公共卫生功能缺位成因

一、裂痕的产生

临床医学与公共卫生之间的裂痕,与近一个世纪以来医学发展趋势有关。随着“病菌理论”的诞生,医生们越来越多地把注意力投向致病微生物,无暇顾及疾病的环境和社会因素。同时,经济和社会发展需要大量的卫生官员和公共卫生人员,以培养这类人才为目的的公共卫生学院在医学院之外建立。中国协和医科大学基础医学院乌正赉教授认为,研究疾病过程与寻找疾病的因果决定因素,在学校这个“根儿”上就分

离开来，临床医学与预防医学分离的人为屏障，至今难以消除。

自新中国成立以来，沿袭苏联的做法，建立了一套过分强调专业能力培养的医学教育模式，这种学科分类教学模式致使学临床的学生不太了解、也不重视公共卫生，而学公共卫生的学生则只重视预防，不太了解疾病诊治。公共卫生学院的学生获得在医疗机构参与临床实践训练的机会很少。“临床医学是针对个体的，公共卫生是针对群体的”这种学科理念上的偏见，经多年传承，影响颇深。

新中国成立初期，我国提出并执行“预防为主”的卫生工作方针，医院担负了医、教、研、防四大职能，设立预防保健科，在提供医疗服务的同时，为社区居民提供预防接种、卫生保健、健康教育等公共卫生服务，承担疾病防与治的任务。但近十多年，我国卫生体制改革一直在进行中，受体制、机制等多方面因素的影响，医疗机构的工作重点放在能够带来经济效益的医疗服务，公共卫生职责逐渐弱化，功能缺位。

二、惨痛的教训

2003年春，我国非典流行初期，大量临床一线医务人员因抢救非典患者而被感染。2003年3月24日前，医务人员病例占全部病例的27.43%。2015年春夏交替之际，韩国的中东呼吸综合征暴发疫情中，大部分病例是在医疗机构感染的。一些医疗机构成了传染的源头，不少患者因在医院就诊而被感染，在一定程度上造成了疫情扩散。

2004年11月以来，我国发现的20余例人感染高致病性禽流感病例，多数是在基层医疗机构被耽误了5~8天后，才被转送至上级医疗机构诊治。延误，不仅失去了抢救的最佳时机，造成病死率高达70%，而且也制造了疾病传播的潜在威胁！

2005年3月，某省级大医院拍摄的防控人感染禽流感现场演练教学片中，出现了这样的疏漏：一位疑似患者在其妻子陪同下到该院就诊。医院只留观了患者，放任家属自行回家。随后，疾病预防控制中心的工作人员再前往患者家中进行流行病学调查和隔离观察。试想，如果这是一位烈性传染病患者，其家属已被感染，在回家途中（或乘公交，或去商场，或……）不知会传播多少人，真的不可想象！

2014年，我国南方某省登革热流行，有一对夫妻均被感染，一方去

医院就诊，但接诊医生只知处理就诊患者，根本不问相关密切接触者！

上述案例警示：在预防控制传染病的关键环节，临床医生和公共卫生人员都出现了职能缺位。新修订的《传染病防治法》中明确规定了医疗机构和疾控机构的职责与沟通协作，但目前还没能有效开展。医疗机构不熟悉公共卫生知识，疾控机构未能较好地履行法定职责，对医疗机构指导检查不力。一些医院反映，疾控机构到医院指导传染病防治工作，只看疫情网络直报，至于其他工作，医疗机构不知道该怎么去做，疾控机构也不知道该怎样指导。

三、产生裂痕的原因

（一）医学分科

古代医学没有分科。因为医学的总体内容比较贫乏，一个医者有可能掌握当时医学发展水平的大部或全部医学知识。不仅是临床各科，而且也包括预防。中外历史上兼通哲学、数学、天文学、神学等学科的名医都不少见。

19 世纪末 20 世纪初，是临床医学与公共卫生学结合发展的黄金时代，涌现出许多著名的医学大家，他们杰出的工作，奠定了公共卫生学的基础。如结核杆菌的发现者、德国科学家科霍（R. Koch）等。我国也有不少临床医学家转向公共卫生学的研究，如中华医学会创始人之一、湖南湘雅医学院创始人、耶鲁大学获得医学博士后、去哈佛大学学习公共卫生学的颜福庆教授等。

19 世纪和 20 世纪之交，美国医学会（AMA）重建后，医学专业人员开始回到科研实验室和教学医院中，忽视了广义上根本的医学任务，这预示医学分离的来临。1916 年，洛氏基金会决定支持创办与医学院分离的公共卫生学院一事，标志着公共卫生和临床医学间裂痕的体制化。

20 世纪 50 年代，中国仿效苏联在医学院设立公共卫生系，进而在 80 年代中后期演变成医科大学中与医学院分离的公共卫生学院，并将医学专业目录分为临床医学、基础医学和预防医学。多年来，我国的医学教育中，预防医学和临床医学专业的教育存在早期分化，学生的学习兴趣早期固化，对非本专业知识的学习不感兴趣。在预防与临床的实践工