

1995年 世界卫生报告

缩小差距



世界卫生组织



人民卫生出版社

1995 年世界卫生组织报告

缩小差距

总干事报告

世界卫生组织 编

陈宏伟 刘水 樊京娜 译
(以所译章节先后排序)



人 民 卫 生 出 版 社

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版



根据《世界版权公约》第二条规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利,应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料,并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品,并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较,已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏,专利产品第一个字母均用大写字母,以示区别。

1995 年世界卫生报告

缩小差距

总干事报告

世界卫生组织 编

陈宏伟 刘水 樊京娜 译

人民卫生出版社出版发行
(100050 北京市崇文区天坛西里 10 号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店经销

850×1168 16 开本 7 印张 159 千字
1997 年 3 月第 1 版 1997 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
印数:00 001—500

ISBN 7-117-02594-8/R·2595 定价:19.60 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

1997/24

总干事的贺词

当我介绍此《1995 年世界卫生报告》时心情是很复杂的,因为我相信任何一位读者都会被本书所描述的全球人类悲剧的规模所震惊而无法再将此书读下去。在这个意义上讲,我是坏消息的载体。

此报告是年度系列报告的第一本,出版本报告是我的责任,因为世界卫生组织(WHO)执行委员会工作组最优先考虑的是 WHO 对全球变化的反应。这不仅仅是一本统计学报告,尽管统计数字本身也能表明其令人不安的真相。它更多地关注人民的健康,因为这会影响人民的生活质量,而不是仅仅关心他们所遭受的病痛。正因为这样,本报告是我们这个时代被破坏的描述。它讲述的是关于孩子、青年人、成年人以及老年人,和影响他们健康的许多环境。在每一个年龄组和不同性别之间,本报告表明都存在着明显的,甚至令人吃惊的在卫生方面的不平等,以及享受基础卫生保健方面的不平等。

《1995 年世界卫生报告》暴露了这些差别,并提出了改变这些差别的方法——我相信是以从未尝试过的方法来改变。最重要的,它指出了我们这些读此报告的人们同那些地球上超过 10 亿的处于极端贫困的人们之间鸿沟的加大。

对我们大多数人来说,提高人们的生活质量是想当然的事。但同时,无数的各年龄组的人正在遭受缺乏安全用水、适当的卫生和基础医疗保健的折磨,甚至因此而死亡。至少在 20 世纪最末几年,这些是无法令人接受的。

本报告表明,贫困是世界上最严重

的疾病。它可对人类生活的各个阶段造成破坏性影响。对于大多数受害者来说,唯一的逃避方法是尽早走进坟墓。贫困的确也造成这一事实:大多数发达国家人们的寿命正在延长,但在某些最为贫困的国家,其寿命确实在缩短。对于数百万整日为存活而挣扎的人们来说,延长寿命更像是对他们的惩罚而不是奖励。

穷人和富人之间、穷人和最穷的人之间、可以享受卫生保健的人们与无法享受的人们之间的差别正在加大,这很危险,需要人们及早承认并加以扭转。

目前的挑战是防止世界朝健康灾难的方向前进,这将使得近几十年来健康方面取得的巨大成就化为泡影。目前对于疟疾、结核和鼠疫等疾病的担心正在增加——所有这些疾病与贫困有关——在某些国家,用于预防致死性疾病的免疫率正在倒退。

不平等的增加对于成千上万的人来说确是生与死的问题,因为穷人以健康的代价来支付社会的不平等。某些工业化国家的迹象表明,穷人和富人之间收入差别的增加是与死亡率差别的加大相伴随的。另外,在发达国家,其贫富之间收入的差别正在缩小,其人们的寿命正在迅速增长。因而,改善国家的健康水平有赖于降低国家与国家之间、同一国家内贫富之间的不平等。

《1995 年世界卫生报告》的目的之一是表明 WHO 正在试图填平这些鸿沟,它包括一个关于 WHO 对于世界卫生的贡献一节——这些包括其所有的成员的贡献,无论是在现场工作的,还是在地区办事处工作的,还是在日内瓦总部

我们努力为人类描绘一个更加美好、健康的未来;成千上万的儿童将不再面临夭折,他们的母亲也将不再死于生产;每个人都有平等享受卫生保健的权力。

工作的人们的贡献。它表明了 WHO 所涉及的广泛的活动,以及我们最近所取得的成就。但是,很明显,世界所面临的卫生挑战单靠一个组织是无法完成的。

WHO 改善健康和生活质量的努力是建立在这样一个坚定的信念上,即:为了取得必要的改变,卫生政策必须超越卫生部门,同时立足于初级卫生保健的人人享有卫生保健的原则之上。在所有国家,卫生正成为政治、社会和经济的中心问题,因而必须在最高的政策水平对卫生问题加以考虑,并且在所有公共政策中对其加以考虑。

目前人们更加意识到健康的身体对经济活动的重要贡献——可使人们过上自立并且在社会和经济生活中富有成效的生活。WHO 最重要的任务是敦促国际社会牢记将健康和人类社会置于发展目标中心的政治承诺的迫切性。

我们努力为人类描绘一个更加美

好、健康的未来;成千上万的儿童将不再面临夭折,他们的母亲也将不再死于生产;每个人都有平等享受卫生保健的权力。我们有自由的方法;目前所缺少的是用于实现目标的承诺和资源。《1995 年世界卫生报告》讲述了很多事,但最主要的是关于人,尤其是那些处于极端困难,而需求很大的人们。

他们的命运,如同此报告一样,掌握在您的手中。我迫切希望您不要对这些置之不理。



中岛宏, M. D., Ph. D.

世界卫生组织
总干事

目 录

总干事的贺词	Ⅲ
第 1 章 世界卫生状况	1
第 2 章 世界卫生组织对世界卫生的贡献	44
第 3 章 展望未来	68
特别章节 世界卫生组织的评价	74
附件 1 世界卫生组织会员和准会员	80
附件 2 与世界卫生组织建立正式关系的非政府组织	82
附件 3 统计资料	84

第 1 章

世界卫生状况

引言

世界上最冷酷的杀手和世界上最常见的导致灾难的原因已列入《世界卫生组织国际疾病分类》最新版中，A~Z 列出了为医学所认识的各种疾病，编码为 Z59.5。这代表极端贫困。

贫困不仅是导致婴儿无法获得免疫、无法提供清洁水和卫生、无法获得治疗性药物和其他治疗，以及母亲死于生产的主要原因，也是导致寿命缩短、残疾和功能不全、饥饿的主要原因。贫困还会导致精神疾病、压力、自杀、家庭分裂和物质滥用等问题。

贫困可对人生的各个阶段产生破坏性影响，从受精到死亡。它与最致命的和最令人痛苦的疾病一起，使得遭受其折磨的人们生活得很悲惨。80 年代后半期，处于极端贫困的人数大增，1990 年估计超过 11 亿人，是人类的 1/5。

在我们阅读这段文字时，世界上某些地方的婴儿死在母亲的怀抱里。对于母亲来说，听到其邻居的婴儿将活下去并不是个安慰。如果这个母亲知道世界上每 10 个儿童中，有 8 个已接受了预防 5 种儿童期主要致死性疾病的免疫接种，或 1980~1993 年间，全球婴儿死亡率下降 25%，其期望寿命增加 4 年，达到 65 岁的消息时，她也许仍不会止住伤悲。

尽管在人类健康方面确实取得了这些成就，但婴儿仍继续死在母亲怀中。在

发展中国家，每年有 1220 万 5 岁以下的儿童死亡，其中大多数死于可预防性疾病——许多病例只需几美分便可预防。

隐藏在死亡率下降和寿命延长这些可喜成绩的背后，是令人无法接受的健康方面的差异——穷人和富人之间、年龄组之间、不同性别之间的差别在加大。

本世纪末，我们将生活在一个没有脊髓灰质炎、没有新发麻风病例、没有因新生儿破伤风和麻疹而死亡的世界。但现在仍是 1995 年，当今世界关于生命的某些事实仍令人担忧。

在某些发展中国家，年人均卫生保健开支不足 4 美元——这比发达国家放在口袋或钱包里的零花钱还少。

据 1993 年的计算，在较不发达的国家中一个人的寿命为 43 年。在发达国家，寿命为 78 年。其差别超过一个世纪的 1/3。一位富裕、健康的男子要比一位贫困、多病的男子活的时间多两倍。

仅仅是这一不平等就足以引起世界的警觉——在许多最贫穷的国家，这一情况更为恶劣。在 5 个国家，人的期望寿命到 2000 年将有所下降，但在其他国家人的寿命则会延长。在最富裕的国家，人的寿命到 2000 年将达到 79 岁。在某些最贫困的国家，人的寿命将后退到 42 岁。贫富之间的差距将会拉大，从 35 岁至 37 岁。到 2000 年，至少有 45 个国家的期望寿命将在 60 岁以下（图 1）

乘客在一天的时间便可坐飞机从日本飞往乌干达，即从世界上人的寿命最

贫困可对人生的各个阶段产生破坏性影响，从受精到死亡。它与最致命的和最令人痛苦的疾病一起，使得遭受其折磨的人们生活得很悲惨。

高的国家——几乎为 79 岁——到世界上人的寿命较低的岛屿——几乎为 42 岁。坐飞机从法国到科特迪瓦只需几个小时,但从寿命意思来讲,却需 26 年。从美国的佛罗里达到海地的短途飞行意味着要超过 19 年以上的寿命间的差别。

本报告的目的是表明这些不平等,从广义上讲,去处理一些貌似简单,其实很复杂和不易理解的问题并给以简单的答复。

染性疾病和寄生虫病,每年夺去 1640 万人的生命。其次是心脏病,每年导致 9700 万人死亡。

另一测量方法是观察死亡率——每年新发病的病例。这样看来,目前全球最大的问题是 5 岁以下儿童的腹泻,每年的发病数为 18 亿。腹泻性疾病,包括痢疾,每年夺去 300 万儿童的生命。据现有的数据,性传播疾病为其次,每年的新发病数为 2.97 亿。位于第三位的是发生在 5 岁以下儿童的急性下呼吸道感染,如肺炎,为 2.48 亿病例。

还有一种测量疾病负担的方法是通过流行率——处于某一特定状态的人的总数。据这一指标,全球主要的健康问题是甲状腺肿,有 6.55 亿人发病。其次是慢性肺部疾病,有 6 亿人发病。但对于处于一般状态的人来说,无法用此方法。

第四种方式更为困难,是试图统计某一疾病或状态所造成的残疾数。现有的数据表明,全球最大的致残性因素是思维障碍,有 5900 万人受影响。其他一些残疾容易被测量:有 2700 万人失明,250 万人患麻风。

以现有的和确切的数据为基础,已确认了致死、致病和致残的前 10 种原因(表 1)。由于缺乏关于某种特定疾病的数据,导致了某些偏差,只能逐渐加以修正。

本报告表明了当今世界主要的健康问题的焦点;尽管对于某些病例,本报告列出了建议,但它并不是试图列出解决的方法。同时,本报告并不是仅仅靠是否有病来判断身体不好这一负担,而且也通过年龄,因为不同的年龄组受疾病的影响也不相同。很明显,这里有交叉:例如,疟疾同时影响婴儿和老年人。但是,如有可能,对婴儿和儿童、对青年、对成人和妇女,以及对老年人的健康状况应分别加以评价。

紧随这一分析的是讲述 WHO 如何通过处理某些疾病和致死、致残的状况,与全球无数的痛苦作斗争而减小卫生方面的差距。本工作在 WHO 不同区

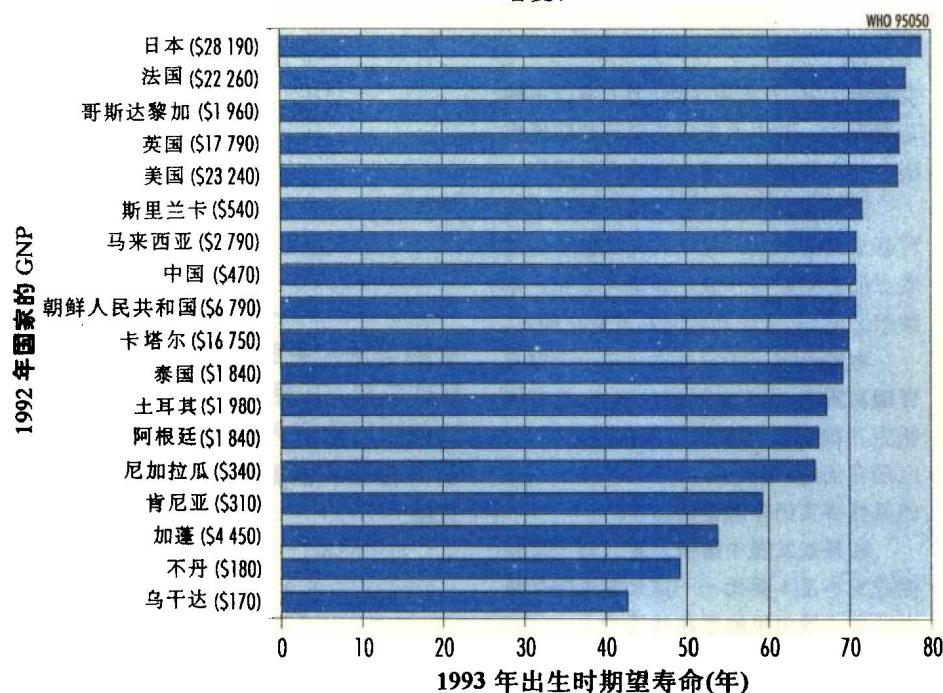


图 1 期望寿命图

全球卫生保健的着重点在哪? 主要疾病、主要致死、致残和造成生活质量下降的因素是哪些? 什么情况尽管不是致命的,但可造成悲惨的结果? 在国家中的哪个社区或哪些国家最需要卫生服务? 卫生资源应针对哪些目标?

因为素质太差,有时是因为缺乏数据,可使得寻求这些问题的答案变得非常困难。用于衡量卫生状况的工具至今仍不充分,有时我们会因为缺乏资源而不能从事这项工作。另外,用于衡量卫生的尺度是什么呢?

一种方法是看死亡率。本报告中的数字表明,全球最大的致死性疾病是传

3

3

域^a的重点部分也有所介绍。本报告以试图预计在未来若干年卫生趋势,并为人类描绘未来——婴儿将存活,而不是死在母亲怀中——而结束。

儿童保健^b

每年世界上都有 1.45 亿儿童降生。对于成千上万的人来说,他们的简短的生存是以痛苦和疾病开始,而以悲惨的老年死亡而告终。

1993 年,1220 万以上的 5 岁以下的儿童死亡——其人数相当于挪威和瑞典的人口总和;是瑞士或香港现有人数的两倍。但是,1993 年与 1985 年相比,死于疫苗可预防性疾病的儿童数减少了 130 万——相当于特立尼达和多巴哥的人口数。

目前仍有 240 万 5 岁以下的儿童死于疫苗可预防性疾病,尤其是麻疹、新生儿破伤风、结核、百日咳、脊髓灰质炎和白喉。

全球的目标是到 2000 年使至少 90% 的全世界低于 1 岁的儿童接受免疫,并使 90% 的育龄妇女接受免疫。自 1974 年开始的全球免疫规划是在预防医学中取得的最大的成就之一——但目前有令人担心的迹象,最近的新成就正在被不良的社会和经济环境所侵蚀,甚至被逆转。

尽管 1993 年与 1985 年相比,死于麻疹的人数减少了 80 万,但此疾病仍在发展中国家使得 120 万儿童死亡。1993 年全球免疫率,每 100 名活婴:

- 脊髓灰质炎 (3 剂) 为 80%;
- 百白破 (3 剂) 为 79%;
- BCG 为 85%;
- 麻疹为 78%。

但这些数据隐藏了未接受免疫的儿童。在一些工业化国家被剥夺权利的旧城内地区,其覆盖率低于发展中国家,非洲总的比率 (大约为 50%) 仍大大低于全球的比率。尽管已实行了计划免疫,但婴儿和儿童的死亡人数仍在增加,这是因为世界人口在增加,但却不能同时许多发展中国家和不发达国家提供足够

的母婴卫生保健,而这些国家死亡人数最多。

发达国家和发展中国家在婴儿和儿童存活之间的差别是卫生保健不平等的最明显的例子。在发达地区,只有 6% 的活婴在 5 岁前死亡,在 16 个不发达国家,这一比率为 200%,在一个国家,其比率为 320%。婴儿死亡率——1 岁以下儿童死亡数——从 4.8‰~161‰——几乎相差 33 倍。

发展中国家所发生的所有死亡 (成人和儿童的总和),31% 发生在 5 岁以下的儿童——如果这些国家拥有同世界上最发达国家同样的卫生保健和社会状况的话,大多数这些死亡是可以避免的。应该是 36.6 万死亡人数,而不是现在的 1200 万。

在发展中国家,5 岁以下儿童的死亡 23% 是发生在生命的第一周,33% 是发生在第一个月。新生儿期 1/4 时间 (一周) 所发生的死亡是由于未成熟和先天性缺陷,2/3 的围产期 (第一个月) 死亡是与生产或随后发生的并发症和感染有关。在发达国家,太多的围产期死亡与产科操作有关。

一般来说,婴儿和儿童的死亡率反映了一个国家社会经济的发展,最初 4 周发生的死亡——以及母亲死亡——大多数可通过卫生保健加以预防。发展中国家和发达国家新生儿死亡之间的差别大多数可用围产期保健的不同加以解释——在不发达国家近一半的孕期妇女没有产前保健,7/10 的婴儿是在缺乏训练有素的助产士的帮助下出生的。

造成围产期和母亲死亡的其他因素是怀孕的次数和时间,以及母亲的营养不良——发展中国家几乎一半孕期妇女患贫血 (这也造成低出生体重的高发生率)。在不发达国家近 1/4 的新生儿体重低于 2.5 公斤,这一比率是发达国家的 4 倍。

对于大多数国家来说,婴儿死亡率

^a 见第 2 章地区重点一节,这一节介绍了 WHO 6 个地区会员国和准会员国的分布:非洲、美洲、东地中海、欧洲、东南亚、西太平洋。

^b 本报告所用的年龄组为:儿童,包括婴儿 (5 岁以下);学龄期儿童和青少年 (5~19 岁);成年人 (20~64 岁);以及老年人 (65 岁及 65 岁以上)。那些无法与这些分类相关的信息,我们将其归在一般健康问题一栏。

仍是卫生和发展状况的最佳现有综合指标。尽管有很大的差距,但全球婴儿死亡率的发展趋势是令人鼓舞的,由1980年的平均82‰降至1993年的62‰。但是,在发展中国家,有大约300万婴儿在第一周死亡。

许多国家已经达到了WHO提出的2000年婴儿死亡率达到50‰或更低的水平,5岁以下儿童死亡率不超过70‰,但据现有的资料,仍有至少56个国家没有做到这些。46个国家无法达到WHO的另一个目标,即平均寿命超过60岁。至少15个国家的婴儿死亡率估计高于50‰。这表明至少71个拥有25亿人口或全世界45%人口的国家的婴儿死亡率为50‰或更多。这些儿童大多数在非洲,有一些在亚洲。

在1960~1993年间,发达国家和发展中国家婴儿死亡率的差距已缩小了50%,由113‰降至54‰。同时,较不发达国家和发展中国家之间的差距已加大(第1和第2栏)。

规划表明,2000年在市场经济发达的国家,婴儿的死亡率将为6‰,发展中国家为60‰,而在较不发达国家为97‰。同时,地区内和地区间也有很明显的差别。例如,在美洲地区,1993年的这种极限由古巴的超过10‰到海地的86‰。在泰国,此数据超过27‰,在孟加拉国,此数值几乎为107‰。但较高的物质收入并不意味着婴儿死亡率低或预期寿命长(表2)。几个低收入的国家已取得了与富裕国家同样的比率。

5岁以下儿童的死亡率

据估计,1993年全球5岁以下儿童的死亡率为87‰,如,每1000个活产婴儿中,87个将在5岁前死亡。这反映了此比率比1950~1955年的215‰和1980年的115‰,又有所下降。但下降的主要原因是由于婴儿死亡率的降低;这样就产生了一个问题,即在经历了这些

婴儿期灾难后存活下来的儿童的健康状况,也许会在其50岁生日时营养不良,并且有学习和发育上的障碍。

国家间也存在着物质差别。1993年发达国家5岁以下儿童的死亡率估计为15‰,而在发展中国家,其为97‰。较不发达国家此值为161‰。

一般来说,自1950年以来,发展中国家和发达国家5岁以下儿童的死亡率间的差距已缩小,但在较不发达国家和很不发达国家间,此比率间差距在加大。

在发展中国家,5岁以下儿童的总死亡人数由1985年的1330万降至1993年的1220万(图2)。与1985年的死亡率115‰相比,其为97‰。这一减少主要是由于疫苗可预防性疾病的35%减少和急性呼吸道疾病的13%的减少(80%为肺炎),以及由于腹泻的10%的减少(包括7%的仅为腹泻)所致。

第1栏 6个中最贫困的一个

一个于1993年出生于一个最不发达国家的女婴预计只能活44年——比在同年出生的婴儿多活2年。因为她的母亲身体很糟,所以自出生她就开始出问题。如果她出生在东南亚,她便有1/3的可能为低体重儿,更有可能在婴儿期死亡,并有可能在儿童期患营养不良。她有1/10的可能死于1岁前,1/5的可能5岁前死亡。在某些非洲国家,她可获得免疫的机会是1/2。她将在不卫生的环境下、在不合宜的住房条件下抚养长大,这可导致腹泻、霍乱和结核。她将只有1/3的机会进学校学会读书和写字。她可能会在贫困的环境下生活,并对她以后作为女人和母亲的生活产生影响。她将在青少年时便结婚,并且将有7个或更多的孩子,除非她在生孩子时难产而死亡。受封建传统的影响,在怀孕期她将吃不到富含营养的食品,而这时她最需要补充营养。而且会从事某些危险的操作,如用未经消毒的刀子剪断脐带,并且将牛粪放在脐带残端,这将导致破伤风而杀死婴儿。

她将时常处于得传染病的危险中,在她洗澡、洗衣服、打水时接触被污染的水。她将因营养不良、疟疾和肠道寄生虫而患慢性贫血。在照看她的家庭的同时,她将在地里辛苦工作,承受发热、寒冷和感染伤口的折磨。如果她能活到老年,她将遇到与富裕国家妇女同样的问题:心血管疾病和癌症。她将很快被这些所制服,因为她无法得到适当的卫生保健和康复。她无法为自己支付:她所在国家每年只将9美分用于她的健康。

2400万婴儿——世界总人口的1/6——1993年降生在较不发达国家,他们中的大多数将在悲惨的生活和卫生条件下成长。应尽快改善这些贫困婴儿的生活状况。

营养不良的影响

营养不良可造成儿童期的死亡和疾病,但常常并不被人所认识。1990年,世界上30%的5岁以下的儿童体重过低。在拉丁美洲,此比率为11%,而在亚洲则为41%。在非洲此数为27%。这表明1990年这一年龄组的低体重儿在非洲为3160万,拉丁美洲为640万,亚洲为1.548亿。在近东地区,此数为530万。尽管营养不良的人数正在逐渐减少,但在某些地区,由于持续较高的生育率,此数仍在增加。例如,在非洲,低体重儿的比例预计由1990年的27%降至2005年的25%——但由于儿童人数的增加,实际上此数将由3160万上升到3920万。在局部地区,疟疾加重了营养不良。

某些特殊营养不良性疾病的影响已被加以评价。蛋白质能量营养不足是指人们缺乏来自碳水化合物、必需蛋白质、维生素和矿物质方面的能量。如果母亲营养不良,则其孩子为低体重儿,发育不良,12~24月间死亡率较高,并且为5岁以下儿童死亡原因的30%。尽管蛋白质能量营养不足的人数正在降低,而在撒哈拉南部国家,此比率正在增加。

生活在发展中国家的43%的儿童——2.3亿儿童——其体重过低(如发育迟缓)。身高过矮的比值反映了自出生或出生前营养不足和感染的累加结

果;较高的比值表明环境条件差和/或早期的营养不良。另一方面,低体重的较高发生率常常反映目前严重的营养不良或严重疾病。世界上3/4的营养不良的儿童在亚洲,尽管总的发生率缓慢下降,但数值持续增加。

微量营养素营养不良估计影响至少20亿人民,这是指由于缺乏重要维生素和矿物质,如维生素A、钙、碘、铁和锌所造成的营养不良。维生素A缺乏仍是世界上造成可预防性儿童期失明的最常见原因;碘缺乏造成甲状腺肿、呆小症和脑部损伤;贫血可由于铁摄入不足造成。在发展中世界,55%以上的孕妇患贫血。缺乏症所造成的更加细微的结果包括人体免疫系统的效率降低。

在118个国家中,碘缺乏是一个公共卫生问题,超过15万的人口生活在缺乏此矿物质的环境中。这造成每年至少有30000名死产婴儿,12万名以上婴儿出生时有意识障碍、身体矮小、聋哑或麻痹。即使婴儿出生时健康,缺碘将使得他们意识迟缓和感情淡漠。而可以解决此问题的含碘盐是很简单易行的,且每年每人只需花费0.05美元。

发展中国家5岁以下的儿童有1/4承受着维生素A缺乏的威胁。20%的维生素A缺乏的儿童因一般感染而死亡的危险性增加,2%的儿童失明或遭受严重视力障碍。一些国家每年组织两次分发会,将维生素A胶囊分发给6个月至6岁的儿童。这些胶囊每枚约值0.02美元。

疾病的负担

在发展中世界每年因急性呼吸道感染所造成的400万例死亡中,1/4与营养不良有关,另外1/4与麻疹的肺部并发症、百日咳、疟疾以及HIV/AIDS有关。因急性呼吸道感染而死亡的病例70%发生于出生第一天。1993年,5岁以下儿童死亡总数的1/4(超过3000万)是由于腹泻所造成,一半以上的儿童患营养不良。疟疾以及其并发症,可侵犯

第2栏 8个中幸运的一个

一个于1993年出生在最富裕国家的女婴预计能活到82岁——比同年出生于同一国家的男婴多活6年。她成长时会得到充足的营养、卫生的生活环境、上学和先进的卫生保健。她将在适当年龄和适当的间隔得到预防儿童期疾病的所有疫苗接种。她将于20多岁时结婚,并且有1~2个孩子。生产间隔合适,并且在定期孕前检查后在医院生产。其中年最大的危险是在家中或开车时发生的意外,或某种急性流感的发生。当她进入暮年时,她可能会患心血管疾病或癌症,但由于有很好的卫生保健和康复服务,在第一次遭遇此病时她将安然无恙。老年时她将得到很好的社会保健。她每年平均将花费相当于1540美元(包括政府资助)用于自身的卫生保健。

1700万婴儿,相当于世界总人口的1/8,于1993年在较发达国家出生,她们中的大多数将与这个幸运的女孩一样享受生活和健康。

100 万人，其中大多数是在非洲和东南亚（表 3）。

急性呼吸道感染，尤其是肺炎，是造成死亡的主要原因，已在发展中国家造成 410 万 5 岁以下儿童的死亡。这也是造成儿童死亡率的重要原因。无论是在发达国家，还是在发展中国家，一个儿童平均每年发病 5~8 次。尽管大多数发病是轻微的，是自愈性的，但这是寻求医疗保健的重要原因，占去卫生保健机构儿童的 30%~50%。这也是造成残疾的主要原因，如中耳炎所造成的耳聋。

全世界肺部感染(肺炎)的发病和严重性的分布并不一样。在发达国家，儿童肺炎的发病率几乎保持恒定，每年为 3%~4%。与此相反，发展中国家的发病率在 10%~20% 之间，但在某些具有诸如营养不良、低出生体重和室内空气污染等危险因素水平较高的地区，这一发病率也许会更高。

这是一个极普遍的问题，但却有切实可行的解决方法。用价格较低的抗生素治疗细菌感染数目可明显、快速地降低死亡率。每年 400 万以上的儿童死亡——每 8 秒钟一个——这是因为缺少供口服 5 天的相应的抗生素，而这只需花费 0.20 美元/儿童。

应确保儿童已完全免疫以预防麻疹和百日咳。加强儿童的营养状况、增加出生时体重、减少儿童暴露于室内空气污染的危险是很重要的（第 3 栏）。

腹泻性疾病与不安全水、卫生较差有关，不良的处理食物的习惯可加剧此病。这是贫困和缺乏知识协同作用的生动事例。因而，预防和控制并不仅仅依赖于卫生服务，而且依赖于教育和经济的发展。

1993 年，在发展中国家，腹泻性疾病可造成 300 万儿童死亡。80% 的这些死亡发生于生命的最初两年。急性腹泻造成死亡的主要原因是由于损失液体和电解质所造成的脱水。全球每年大约有 18 亿例儿童腹泻，其中大多数发生在发展中国家。如果不能加以适当治疗，每一例腹泻都可造成营养不良；病程延长时，

其对生长产生的副作用增加。在发病率或每年新发病例方面，这一情况比其他方面更为严重。

由腹泻造成的许多死亡可通过早期液体补入的方法加以预防，通常是通过口服，使用家里有的液体，并且持续喂养。在腹泻时及腹泻后，主动地对儿童加以喂养，往往有好的结果；即使这病反复发作，他们可正常地成长。如儿童有脱水体征，则需要有含平衡盐混合物的特殊液体（口服补液盐，或 ORS）。可在家中

表 2 收入与出生时期望寿命、
婴儿死亡率的变动范围

收入范围 (以美元为单位的人均国民生产总值) 1992	出生时期望寿命 (年) 1993	婴儿死亡率 (年) 1993
15 000 以及更多	70~79	5~26
10 000~14 999	72~78	7~22
5000~9999	63~77	9~68
1000~4999	51~76	10~93
500~999	45~72	24~133
100~499	43~71	27~158

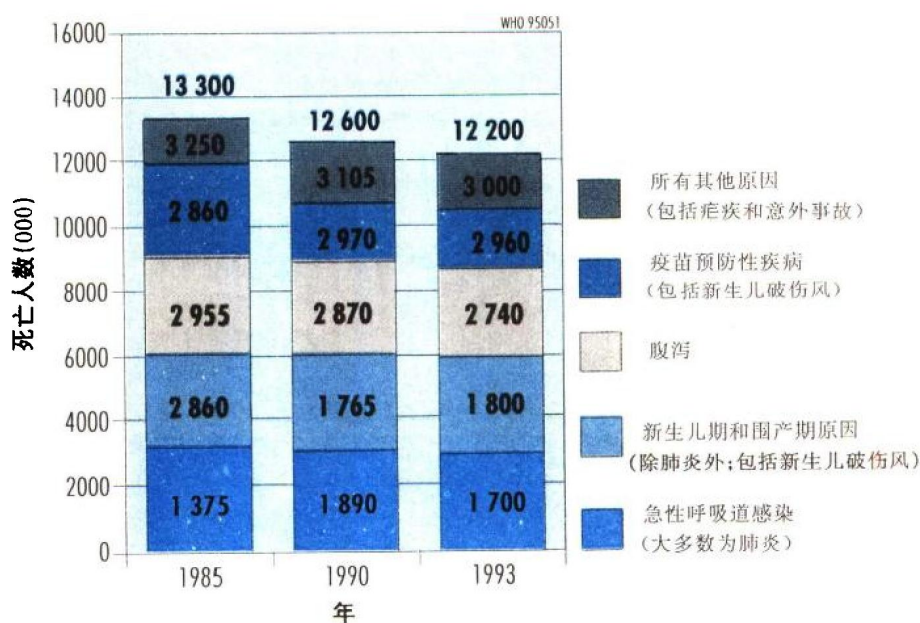


图 2 发展中国家 5 岁以下儿童死亡的主要原因

用 ORS 加水制备此液体。

ORS 平均只花费 0.07 美元。感谢国际社会的生产和支持,使得这些液体在发展中国家可以广泛得到。在 10% 脱水的病例,即使这些盐也是不足的,还需要静脉补液。

多部门联合行动推广营养(尤其是母乳喂养)、食品安全、教育和卫生习惯(洗手、正确处理粪便、使得饮用水免受粪便污染、充分加工食物),以及通过免疫预防麻疹,此病的发病例可持续减少。

新生儿破伤风通常是在生产时用不洁净的器具处理脐带或生产后用严重污染的物质覆盖脐带,使得破伤风芽孢进入,从而导致发病。8/10 的病例是致命的,并且在 1993 年大约夺走了 56 万新生儿的生命。

在许多国家和地区已实现了消灭新生儿破伤风的目标,尤其是通过用破伤风类病毒对育龄期妇女进行免疫而实现的。但全球范围妇女的覆盖率比其他儿童期免疫的覆盖率要低,并且上升相对较慢,由 1990 年的 34% 到 1993 年的

45%。

在推行计划免疫的同时,在生产时使用简单、便宜的工具有可降低新生儿破伤风的发病。包括消毒器械的工具箱,如剃刀片、肥皂、棉花、线和提供清洁生产表面的塑料布,在中国及其他国家已被成功地应用。这些工具通常由地方制作,例如,在尼泊尔,它们是由一个妇女合作社制作的,并以很低的价格加以出售。

总的来说,在反复报道的覆盖率和估计疫苗有效率方面,WHO 估计,在 1992 年,免疫使得 290 万生活在发展中国家的儿童免于因麻疹、新生儿破伤风和百日咳造成的死亡,以及 56.3 万例麻痹性脊髓灰质炎。尽管这样,仍有 200 万例死于麻疹、新生儿破伤风和百日咳的病例,并有 11.4 万多例脊髓灰质炎病例(图 1A 和 1B)。在大多数发展中国家出生的婴儿,有 1% 将因脊髓灰质炎而成为残疾,4% 因新生儿破伤风而死亡,3% 因百日咳而死亡,1% 因麻疹而死亡。

自 80 年代中期以来,在东欧部分地区以及俄罗斯和乌克兰,白喉有令人吃惊的复发的现象。其主要原因是婴儿和儿童的免疫覆盖率降低、成人免疫接收者减少、人群流动以及疫苗不规律供给。

在发展中国家,定期免疫是于 70 年代后期开始的,在 1985 年,接受三剂白喉类毒素的婴儿覆盖率达到 46%,1992 年为 79%。最近一些国家白喉的暴发表明,这些病例的发病年龄有向较大儿童和成人转移的迹象。

麻疹疫苗每剂为 0.14 美元,百日咳-白喉-破伤风疫苗每剂为 0.60 美元。近两年,在 33 个受此病威胁的国家中,有 17 个已将黄热病疫苗加到免疫规划中,48 个国家目前已将乙肝免疫作为儿童的常规免疫,以帮助预防肝癌。

疟疾直接或间接与急性呼吸道感染和贫血有关,在发展中国家每年使 100 万以上儿童死亡,这占全球所有疟疾死亡的一半,其中大多数发生在非洲。因为营养缺乏和疟疾的双重作用,在疟疾流行地区的很多妇女患贫血。这使得在某些地区,妇女首次怀孕所生产的婴儿有

第 3 栏 母乳喂养

母乳喂养是一种为婴儿健康地成长发育提供食物的理想方法,并且对母亲和婴儿的健康有一种独特的生理和情感方面的影响。母乳抗感染的特性可帮助婴儿抵御疾病的侵袭。母乳喂养与较低的卵巢癌和绝经前的乳腺癌发病率有关。它有助于减少新生儿坏血症,以及儿童胸部、耳、泌尿道的感染,明显地预防婴儿期疾病和减少与腹泻有关的死亡。母乳喂养有助于生育间隔的安排。

现有的数据表明,由于各种社会、经济和文化的原因,在世界上许多地区母乳喂养已有所减少。由于现代技术的引进和采取新的生活方式,在许多社会中,与此传统习惯相关的意义已经不大,尤其是在那些将婴儿的健康看得最为重要的社会中。

的确,在某些发达国家,母乳喂养率明显提高。这与公共教育、社会支持以及卫生工作者的觉醒有关。但卫生服务常常由于没有支持和鼓励母亲,或通过干扰正常母乳喂养的引入而不自觉地使这一母乳喂养的趋势下降。常见的事例是出生时将婴儿与母亲分离,在哺乳开始前用葡萄糖水装入奶瓶中喂婴儿,并且定期宣传代乳品的使用。

因而有必要使产房的工作人员、母婴保健人员,以及计划生育人员接受基本的关于母乳喂养对健康的好处,以及哺乳管理方面的培训。所有其他卫生工作者都应明白母乳喂养的重要性。



表 3 在发展中国家由于死亡原因所造成的 5 岁以下儿童的估计死亡率^a

死亡原因	1985		1990		1993		与营养有关的 ^b	
	数字 (000)	总数的%	数字 (000)	总数的%	数字 (000)	总数的%	数字 (000)	总数的%
总数	13 300		12 600		12 200		3 549	
急性呼吸道感染	4 730^c	35.6	4 200^d	33.3	4 110^e	33.7	1 090	30.7
1 ARI (大多数为肺炎)	3 250 ^c	24.4	3 105 ^d	24.6	3 000 ^e	24.6	754	21.2
2 ARI/麻疹	1 085	8.2	605	4.8	640	5.2	197	5.5
3 ARI/百日咳	395	3.0	275	2.2	260	2.1	74	2.1
4 ARI/疟疾	—	—	195	1.5	190	1.6	55	1.5
5 ARI/与 HIV 有关的疾病	—	—	20	0.2	20	0.2	10	0.3
新生儿期和围产期	3 640^d	27.4	3 750^d	29.8	3 715^e	30.5	258	7.3
6 出生时窒息	750	5.6	840	6.7	840	6.9	—	—
7 新生儿破伤风	790	5.9	555	4.4	560	4.6	—	—
8 先天畸形	395	3.0	440	3.5	440	3.6	—	—
9 产伤	375	2.8	420	3.3	420	3.4	—	—
10 早熟	375	2.8	420	3.3	410	3.4	258	7.3
11 新生儿败血症和脑膜炎	175	1.3	295	2.3	290	2.4	—	—
腹泻	3 350^f	25.2	3 125	24.8	3 010	24.7	1 738	49.0
12 单纯腹泻	2 955	22.2	2 870	22.8	2 740	22.5	1 582	44.6
13 腹泻/麻疹	395	3.0	215	1.7	230	1.9	131	3.7
14 腹泻/与 HIV 有关的疾病	—	—	40	0.3	40	0.3	25	0.7
疫苗可预防性疾病	3 650	27.4	2 320	18.4	2 360	19.3	607	17.1
2 ARI/麻疹	1 085	8.2	605	4.8	640	5.2	197	5.5
7 新生儿破伤风	790	5.9	555	4.4	560	4.6	—	—
15 单纯麻疹	495	3.7	275	2.2	290	2.4	175	4.9
16 结核	295	2.2	295	2.3	280	2.3	—	—
3 ARI/百日咳	395	3.0	275	2.2	260	2.1	74	2.1
13 腹泻/麻疹	395	3.0	215	1.7	230	1.9	131	3.7
17 单纯百日咳	195	1.5	100	0.8	100	0.8	30	0.8
麻疹	1 975	14.8	1 095	8.7	1 160	9.5	503	14.2
2 ARI/麻疹	1 085	8.2	605	4.8	640	5.2	197	5.5
15 单纯麻疹	495	3.7	275	2.2	290	2.4	175	4.9
13 腹泻/麻疹	395	3.0	215	1.7	230	1.9	131	3.7
疟疾	740	5.6	955	7.6	940	7.7	121	3.4
18 单纯疟疾	—	—	635	5.0	680	5.6	66	1.9
4 ARI/疟疾	—	—	195	1.5	190	1.6	55	1.5
19 疟疾/贫血	—	—	125	1.0	70	0.6	—	—
百日咳	590	4.4	375	3.0	360	3.0	104	2.9
3 ARI/百日咳	395	3.0	275	2.2	260	2.1	74	2.1
17 单纯百日咳	195	1.5	100	0.8	100	0.8	30	0.8
营养不良	—	—	250	2.0	190	1.6	120	3.4
20 单纯营养不良	—	—	125	1.0	120	1.0	120	3.4
19 营养不良/贫血	—	—	125	1.0	70	0.6	—	—
21 脑膜炎	—	—	145	1.2	100	0.8	21	0.6
与 HIV 有关的疾病	—	—	75	0.6	75	0.6	40	1.1
14 腹泻/与 HIV 有关的疾病	—	—	40	0.3	40	0.3	25	0.7
5 ARI/与 HIV 有关的疾病	—	—	20	0.2	20	0.2	10	0.3
22 HIV/其他疾病	—	—	15	0.1	15	0.1	5	0.1
23 先天性梅毒	—	—	195	1.5	190	1.6	—	—
24 意外事故	195	1.5	195	1.5	170	1.4	—	—
25 所有其他原因	440	3.3	200	1.6	105	0.9	46	1.3

^a 1994 年 8 月 1 日估计数和所有死亡数是根据《世界人口展望》一书，1992 年版，由联合国纽约总部出版。

^b 假定与特定原因造成的营养有关的死亡率是稳定的，1990~1993 年营养不良儿童人数的变化与特定原因造成的死亡变化相一致。

^c 包括 ARI/疟疾、ARI/与 HIV 有关的疾病和新生儿肺炎造成的 78 万例死亡。

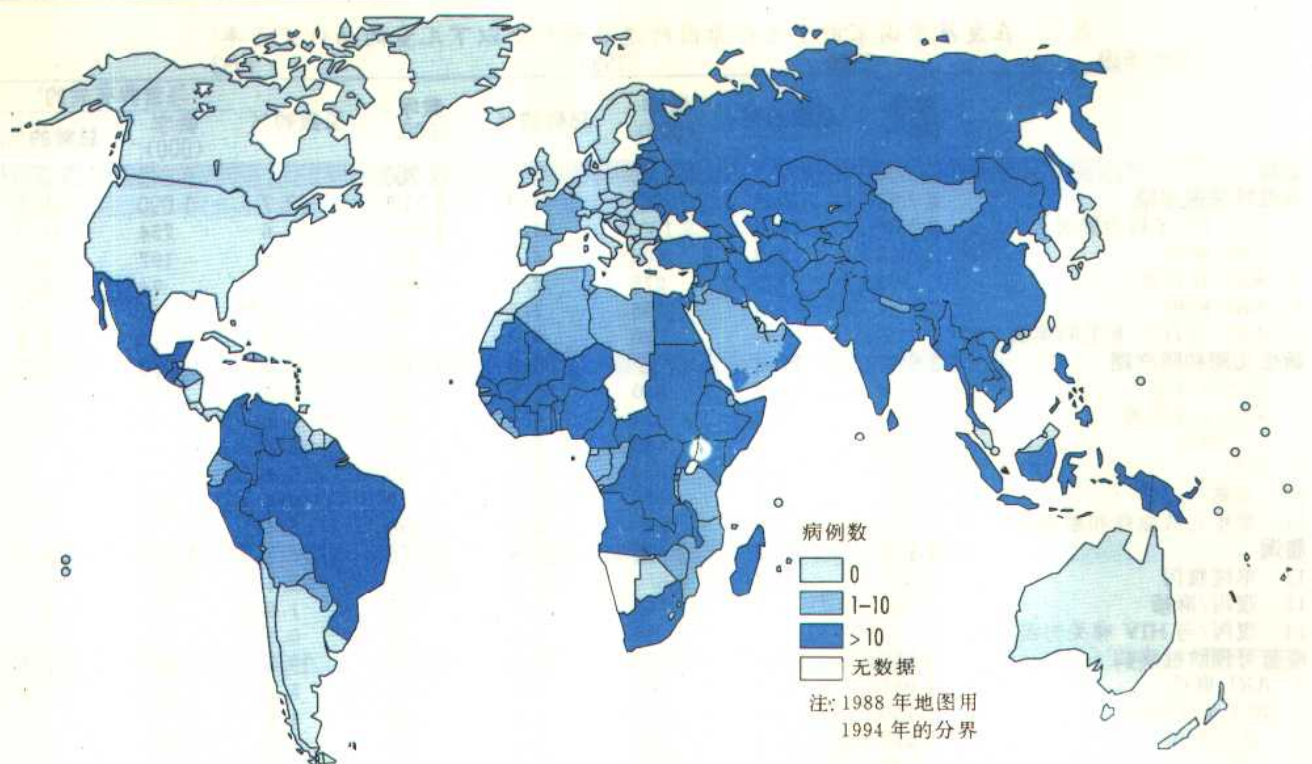
^d 包括新生儿肺炎造成的 78 万例死亡。

^e 包括新生儿肺炎造成的 75.5 万例死亡。

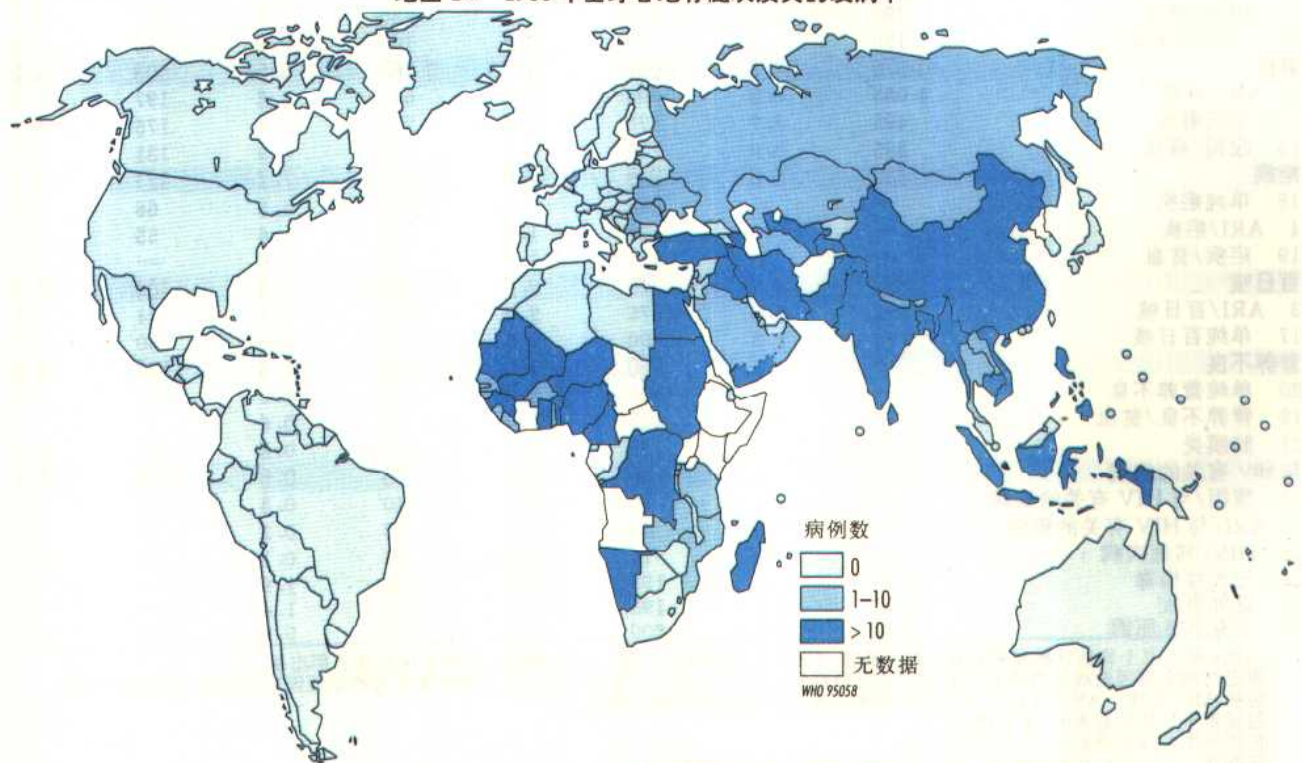
^f 包括腹泻/与 HIV 有关的疾病，因为在 1985 年它们没有单独列出。

— 没有数据。

-- 数据不合适。



地图 1A 1988 年全球各地脊髓灰质炎的发病率



地图 1B 1993 年全球各地脊髓灰质炎的发病率

至少 25% 为低体重婴儿。

最近的研究表明, 可通过在床边使用浸有杀虫剂的网而挽救这些孩子们的生命。在哥伦比亚进行的研究发现, 使用这种网可使儿童因疟疾而死亡的比率降低 60%~70%。

蛔虫病、鞭虫病以及吸虫感染与儿童营养不良、生长障碍和铁缺乏有关, 并对上学的孩子的认知功能有不良影响。估计有 2.04 亿名 5~14 岁的儿童受影响, 其比率为 1:5。

登革热也严重影响儿童。

风湿热可导致心脏疾病, 是发展中国家主要关心的健康问题, 3/10 的住院病人为风湿热病人。

糖尿病在发达国家对 1% 15 岁以下的儿童有影响, 但在发展中国家却较少见, 这也许是由于其被忽视, 或未给以适当治疗。在发达国家, 胰岛素很容易得到, 但在发展中国家并不是这样, 这是因为其价格的缘故。在非洲和拉丁美洲, 每小瓶为 10~12 美元, 但在西欧, 其价格只为 2 美元。因为缺乏胰岛素, 发展中国家的许多患糖尿病的儿童在发病 5 年内死亡。

HIV/AIDS 的大流行使得儿童承受着很大的负担, 且这种负担正在日益加重, 这可以是作为直接受害者, 或是见到其父母、兄弟和其他亲属死亡。据估计, 到 2000 年将有 500 万以上儿童受 HIV 感染, 并且自 AIDS 大流行开始以来, 其孤儿人数将增加到 500 万~1000 万。许多 AIDS 孤儿缺少爱和家庭的支持, 有成为流浪儿的危险, 并且承受着这种生活所带来的对健康和情感健康的危害。

控制病毒由被感染母亲传给新生儿的各种因素仍不被理解。全球母亲传播率差别很大, 据某些研究报道, 从欧洲的 13% 到发展中国家的 30%~40%。不同株 HIV 的感染性或母亲的免疫系统(常因营养不良和其他疾病而减弱)是造成发展中国家较高传播率的原因。

在非洲, 仅 1993 年就有由 HIV 阳性妇女所生的 70 万婴儿。在赞比亚和津巴布韦, AIDS 将使 0~4 岁儿童的死亡

率增加 3 倍。在泰国, AIDS 将使儿童的死亡率增加 5 倍。在肯尼亚和乌干达, 这一比率将成倍增长。总之, AIDS 将使发展中国家过去 20 年中取得的来之不易的儿童改进加以逆转。

学龄儿童和青少年健康^d

全世界有 23 亿人为 20 岁以下的人口, 大约为世界总人口的一半。的确, 青少年和年轻人在生理上是健康的, 但年轻人最易受社会疾病的侵害——贫困、剥削、受轻视和危险行为。较不发达国家有许多年轻人, 且数量迅速增加, 但卫生服务不能满足这些青少年的需求。为年轻人提供的教育、培养和工作是不充足的。浪费年轻人的健康, 就等于浪费世界的明天。

青少年所建立的行为方式很大程度上受成人世界的影响, 而这一行为方式对于个人的寿命和公共卫生具有十分重要的意义。通讯和交通的巨大发展、家庭结构的缩小或不完整、接触有害物质机会的增加、青春期提前和性体验提前, 这些都表明青少年的行为对健康有重要的影响(第 4 栏)。

尽管他们面临着困难, 全世界年轻人都对其家庭的财富作出物质的贡献。即便是在最为恶劣的环境下, 许多年轻人表现出自律、勇气和理想主义, 这是世界所不能丧失的。成千上万的非政府组织(NGOs)都来促进健康和发展, 以创造一个更加美好的世界。

教育

一块黑板和一小块粉笔如同抗生素和有效避孕药一样有作用。从表面上看, 教育与身体健康和生育活动无关——然而, 入学教育与卫生状况和怀孕率有着紧密的联系(第 5 栏和图 3)。促进平等、发展和保证健康的有效方法之一便是加强对所有青少年, 尤其对女孩子的教育。教育是每个年轻人所享有的权利。应制

1993 年, 在发展中国家腹泻性疾病造成大约 300 万儿童死亡。

^d 本报告所用的年龄分组为: 儿童, 包括婴儿(5 岁以下); 学龄儿童和青少年(5~19 岁); 成年人(20~64 岁); 老年人(65 岁以上)。WHO 将青少年定义为 10~19 岁之间, 年轻人为 10~24 岁之间。