

目 次

吴阶平副委员长题词

陈敏章部长题词

吴英恺院士序..... (1)

前言——总结过去 查找差距 迎头赶上..... (1)

中国结核病学发展史..... (1)

中国结核病防治史..... (9)

各省、自治区、直辖市和部分地区、系统结核病科发展史..... (21)

北京市..... (21)

上海市..... (32)

天津市..... (45)

河北省..... (49)

山西省..... (53)

内蒙古自治区..... (56)

辽宁省..... (63)

吉林省..... (68)

黑龙江省..... (74)

陕西省..... (78)

甘肃省..... (82)

宁夏回族自治区..... (85)

青海省..... (88)

新疆维吾尔自治区..... (92)

山东省..... (94)

江苏省..... (103)

浙江省..... (109)

安徽省..... (112)

江西省..... (115)

福建省..... (119)

台湾省..... (124)

河南省..... (128)

湖北省..... (134)

湖南省..... (141)

广东省..... (146)

广西壮族自治区..... (153)

四川省.....	(158)
贵州省.....	(163)
云南省.....	(165)
西藏自治区.....	(170)
海南省.....	(174)
香港特别行政区.....	(176)
解放军系统.....	(179)
全国工会系统.....	(182)
全国铁路系统.....	(184)
全国石油系统.....	(189)
世界银行贷款中国结核病控制项目的成效.....	(192)
卫生部加强和促进结核病控制项目实施概况.....	(197)
中华医学会结核病学分会简史.....	(200)
中华结核和呼吸杂志简史.....	(206)
中国防痨协会简史.....	(210)
中国防痨杂志简史.....	(218)
北京市结核病胸部肿瘤研究所简史.....	(220)
资深结核病科专家传略.....	(225)
高级职称结核病科工作者简介.....	(301)
结核科、肺科、胸科有关专著和译本.....	(370)
附录:	
1979年全国结核病流行病学抽样调查综合简报.....	(381)
1984/1985年全国结核病流行病学抽样调查综合简报.....	(384)
1990年全国结核病流行病学抽样调查综合简报.....	(388)
1981~1990年全国结核病防治工作规划.....	(390)
1991~2000年全国结核病防治工作规划.....	(393)
结核病防治管理办法.....	(395)
资深结核病科专家和高级职称结核病科工作者姓名索引	(398)

中国结核病学发展史

古代部分(1840年以前)

我国在公元前13~11世纪即有驼背的记载,大多数驼背属脊椎结核;成书于春秋战国前,即公元前8世纪的《内经·素问篇》中有五虚五劳的描述;马王堆出土文物中证实西汉女尸曾患有肺结核;东汉张仲景(约公元150~219)的《金匱要略》中有虚癆、马刀(腋下淋巴结结核)和侠癆(颈淋巴结结核)的说法;公元3世纪有瘰癧(淋巴结结核)的名称;其后有骨蒸、传尸等症状的阐述,见于8世纪唐王焘的《外台秘要》,还有预后的判断。12世纪陈言认为癆病由虫子引起,也就是说,知道它是一种传染病。1345年元葛可久(葛乾孙)著的《十药神书》中对结核病症状、预后、传染性有较详细的叙述。14~16世纪在治疗方面提到营养、疗养以及配带麝香等作预防传染之用。

近代部分(1840~1949)

1882年Koch发现结核杆菌,1890年他又发现结核菌素并应用于治疗,一年后有人也在中国用于治疗,均因效果欠佳而放弃。

20世纪初,结核病在我国流行很猖獗。1915年成立的中华医学会十分重视防癆工作。同年出版的《中华医学杂志》创刊号上,总编辑伍连德执笔的三篇论文中均论及防癆工作,呼吁各级政府注意防范和添置设备,号召医务人员向民众宣传防癆知识。1916年召开的中华医学会第一届大会,第一个议题就是“防癆医学”,以癆疫防范和治疗为重点。通过的决议中有“呈请各省巡按使设法阻止结核病及花柳病的蔓延”。

1932年北平结核病学社成立。1933年中国防癆协会在上海成立。1937年中华医学会结核病科学会成立。随后,各地相继也成立了两会的分会,组织活动向癆病展开斗争。这时期国内初步开展的防治工作特点是以防癆宣传为主,在治疗上以门诊为主,同时北京、上海、沈阳等地进行了一些新的疗法,先后建立一批疗养院(所),提供疗养场地,有的开展人工气胸、肺松解术、膈神经麻痹术、胸廓成形术、人工气腹,并逐步推广,改善早期、中期肺结核的预后。特别是1935年北平结核病学社委托Hall和裘祖源在北平第一卫生事务所(协和医学院公卫系教学基地)内开办了“结核门诊处”(后改称防癆科)以公共卫生观点,开展早期发现、家庭访视、督导家庭休养、消毒、隔离;同时历时两年对学生、教员、工人、服务行业职工、农民共21000人进行了结核病流行病学调查,1941年出版了我国第一本结核病流行病学专集,明确了30年代北平和河北省定县一带的结核病疫情:15岁儿童感染率高达80%以上,至20岁为100%;大学生的肺结核患病率在5%以上;疫情最高的是理发业从业人员,肺结核患病率在19.2%~27.3%之间;农村居民的结核感染率和肺结核患病率远低于城镇居民。这一系列数据为我国分析、比较结核病疫情变化提供了基线资料。全国各地肺结核死亡率高达200/10万~300/10万。

1933年王良在重庆研制卡介苗,1937年刘永纯在上海制造供应卡介苗,据报告1933~1948年接种不到一万名儿童。

30年代初,北平协和医院曾做过三例肺切除术,二例因并发症难于控制而死亡,被迫暂时停止施行。随着麻醉术、胸外科的进步,在建国前二、三年几个大城市又开始施行肺切除术,到1949年全国已做近百例,效果满意。

40年代中期,链霉素(1944)、对氨基水杨酸(1945)、氨基硫脲(1946)相继问世,我国也开始小量应用,收到疗效,开始了化疗新时代。

从1889年到1948年在《博医会报》(1932年改为《中华医学杂志》英文版)和《中华医学杂志》中文版等国内医刊以及部分国外医刊中登载的有关我国结核病的论文共300余篇,绝大多数是英文论文,且临床报告居多。

现代部分(1949~现在)

1949年建国后,科研(包括实施性研究)成就很多,根据几个阶段性总结扼要介绍,限于篇幅,不便详介,读者必要时请查阅其原著。

一、卡介苗接种

建国后不久,1950年卫生部决定在全国各城市免费推广卡介苗接种,一年就接种了40万儿童。1950年起,先后成立的各个生物制品研究所大量生产卡介苗,并不断研究提高卡介苗质量,如在选择卡介苗菌种、改进培养基、提高或稳定活菌数等等方面均取得进展。为了延长卡介苗的效期,并能更广泛地使用,1956年试制了冻干卡介苗,冷藏1至2年,活菌数稳定;保存12个月后,在北京、天津用皮内接种法接种,阳转率达89.7%。近年冻干卡介苗扩大生产,并推广使用。1988年以来,我国一岁以内婴儿卡介苗接种率平均达到90%以上。1950年开始推行卡介苗接种时采用液体卡介苗皮内接种法。1957年,有些地区为了便于大面积推广卡介苗接种,曾试行皮上划痕接种法,认为操作及设备简便,并发症少,也有相当的免疫效果;并进行了不作结素试验直接皮上划痕接种法有对照的研究,证明是安全的;当时也有专家认为后者不够安全,免疫时间短,应继续研究,不宜推广。口服卡介苗,简便有效,但菌苗量消耗过大,50年代用过,60年代后废用。干燥卡介苗和气雾接种卡介苗,均曾初步研究过,未推广应用。皮内法接种效果较好,有报告接种卡介苗8周后结素阳转率92.77%,一年后80%仍阳性,二年后72%仍阳性;其卡痕率高,如上海高达97.5%。因此,全国大部分地区采用先做结素试验的皮内接种法,部分地区(如吉林省、山东聊城地区等)采用不做结素试验直接皮内接种法已数十年,证明安全有效,省人力省钱。到1985年,我国已累计接种卡介苗6亿余人次。

儿童结核病患病率和死亡率是考核卡介苗接种效果最主要的指标。据1984年流调分析,在0~14岁儿童中曾否接种卡介苗在患病率方面有显著性差异,如辽宁、吉林两省。又如北京、上海、广州、杭州、武汉等地,多年坚持卡介苗预防接种,目前儿童结脑发病率与0~14岁结核病死亡率几乎为零。

现在接种重点对象是初生儿。卡介苗接种已纳入扩大计划免疫规划之中。据1995年调查,全国新生儿卡介苗接种率已达94.2%,21个省、市、自治区新生儿接种后12周结素阳转率达92.2%。复种对象:城市为7岁儿童,农村为7岁和12岁两次。

从1993年起卫生部规定统一采用丹麦株生产的卡介苗。从1994年起统一使用国产的PPD-C,均会有利于卡介苗质量提高和接种工作。

二、病例发现

建国初期,面对旧中国累积的大量结核病人,人民政府立即拨出巨额资金建立各种防痨机构,设置结核病床,积极培养专业人员,收治结核病人。此外,在综合医院中约有10%

的结核病床,在各地机关、工厂、团体举办自办疗养所予以收治。

同时,在预防为主、卫生工作为生产服务的方针下,根据我国医疗力量,卫生部发布了“关于结核病防治工作指示”,其中指出:“结核病防治工作应以城市工矿工人中心,并逐步扩大至乡村。防治的对象应以厂矿、机关、学校等团体为主。对于儿童保育机构、小学校、公用交通、食品制造、服务性行业人员,必须加强定期检查,早期发现病人,及时妥善处理。工作的重点应放在肺结核及儿童结核。”即重点防痨。

关于定期检查,以主动早期发现病人,早期治疗,从50年代到70年代初,各地大中城市作了大量的工作,也作了不少研究,探讨发现方式及其效益费用问题。

1. 团体(集体)检查:胸透、间接摄影、流动X线车作为早期发现的主要方法,曾起到很大的作用。但随着防治工作的开展,其患者检出率越来越低,而费用却大为增加,70年代比50年代提高了20倍,故80年代后只用于少数疫情较重或以往从未开展过主动发现患者工作的地区。

2. 可疑者检查(线索调查):此法50年代后期至70年代在农村盛行,受检人数约为全人口的10%,检出肺结核患者为40%左右。因其效率较高,一直仍在应用,或与全人口普查穿插进行。

3. 重点检查:用于儿童结素强阳性、接触者、特殊行业如服务性行业工作者、老年人群。

4. 因症就诊发现:这是被动发现病人的方式。70年代受世界卫生组织第9次结核病专家委员会报告的启示,我国结核病病例发现由主要依靠X线普查的主动发现转变为主要依靠痰细菌学检查的因症就诊的被动发现。由主要依靠结防专业机构的中心化发现转变为主要依靠综合医疗机构的非中心化发现。第一次全国流调已知肺结核患者和涂阳患者分别有88%及89.5%是由因症就诊发现的;第二次全国流调已知涂阳肺结核患者中用团体检查检出者仅占2.6%,第一次流调亦仅7.1%。因此,从80年代开始,强调综合医院或其它非结核专业医疗机构检出结核病人的重要性,并强调“查出必治,治必彻底”,要求所有被发现的病人转至结防专业机构进行治疗、管理,实行规律治疗、完成疗程。即归口管理,惜不少地区未做到。

三、流行病学情况

建国初期通过大量团体检查,各地报告了不少肺结核患病率和部分发病率,显示结核病的流行还相当严重。随着防痨工作的开展和扩大,人民生活水平的提高,结核病流行病学情况呈逐年下降趋势。这些流行病学数据曾为国家制定防痨对策提供依据,但这些流行病学调查是小范围、分散地进行,疫情标准不尽一致。1979年在卫生部领导下,组织了第一次全国流调。于1984/1985年和1990年又进行了第二次、第三次全国流调。三次全国流调疫情如表1~2所示。

表1 三次全国流调疫情变化

年 份	患病率 (1/10万)	涂阳患病率 (1/10万)	死亡数 万/年
1979	717	187	30
1984/1985	550	165	36
1990	523	134	23.8

表2 肺结核疫情下降速度

年 份	患病率年均 递减率	涂阳患病率年均 递减率
1979~1984/1985	4.7	3.2
1984~1990	0.9	2.7
1979~1990	2.8	3.0

从三次流调结果看:(1)1979~1990年年均递降率只有2.8%~3.0%,竟低于发达国家4%~5%的自然年均递降率!和我国化疗时代前的自然年均递降速度接近,据1929年、1951年北京和上海的死亡资料估算,我国自然年均递降率为2%和1.6%。(2)近10年来疫情呈现农村逐步高于城市的趋向。(3)各省(自治区、直辖市)的疫情下降速度与该地区原有的结防力量基础及有效的现代结核病控制措施的落实紧密相关,故各地发展不平衡。

死因顺位从建国初的首位降至第七~第十位。

1991~1994年全国新登记肺结核患者1 327 661例,涂阳413 184例(31.1%),新登记排菌患者从1991年的94 321例增至1994年的122 644例,为1985年的2.3倍。1995年新发涂阳19万例。

70年代,引进国际结核病监测研究组(TSRU)有关监测理论与方法,并在吉林省延边自治州进行了试点。80年代,引进日本Azuma数学模型进行了中国2000年结核病研究和预测。

四、治疗和管理

建国初期,肺结核的治疗,以休息加内科萎陷治疗为主,并有一定的疗效。根据各地总结报告,在2765例气胸患者中空洞闭合率介于42%~91%之间。在3282例气腹患者中空洞闭合率介于36%~79%之间。1953年后由于异烟肼的问世,药物疗法普遍使用,萎陷疗法的疗效更加提高。因此,当时萎陷疗法仍不失为综合疗法当中的一个有力手段。

肺结核外科治疗,也是建国后才得到了飞跃的发展,对减少传染源做出不少贡献。在一些城市的大医院,各省、市级的结核病院及疗养院中都建立了外科治疗机构,进行肺结核外科的各种治疗。据1959年十个省市不完全统计,施行肺切除术6 116例,胸廓成形术948例。在手术的种类上也是丰富的,如胸膜外油(或气)胸,骨膜外塑胶球填塞术,巨型空洞引流术,支气管结扎术和肺动脉结扎术,经胸腔镜肺松解术以及结核性脓胸各种改良外科治疗等等,都取得了满意的效果。

气管滴入药物治疗肺结核,1952年我国朱尔梅试用,1958年青岛工人疗养院经过改进方法进一步提高了疗效。全国各地广泛开展。1960年卫生部在青岛召开了全国结核病学术会议交流了经验,讨论了存在的问题。

1963年,中国防痨协会和中华医学会结核病科学会在上海召开了全国结核病学术会议。在治疗上,总结近年的研究成果,讨论了有关的问题,通过了《关于应用抗结核药物的意见》(1963),其中提出了合理使用抗结核药物的原则:(1)早期,(2)足量,(3)不间断,(4)联合,(5)长期。并提出“在应用抗结核药物时,可根据病情需要,合并应用内外科萎陷疗法、手术切除疗法、中医中药疗法、肾上腺皮质激素疗法等”。

对于气管滴入和经肺导管给药的治疗方式,多数论文认为此法易引起播散,不宜推广使用。

随着抗结核药种类的逐年增多,尤其利福平(1965)的出现,我国相继应用,并全部抗结核药都能生产,且我国又先后合成利福定和利福喷丁,并证明有效,化疗方案的不断进展,使化疗疗效提高到95%以上。萎陷疗法和外科手术治疗的适应证大为减缩。强有力的化疗使病人痰菌迅速阴转,传染源得到控制。因此,当前化疗不仅是对肺结核的治疗起着决定性的作用,而且是成为消灭传染源、控制结核病流行的重要手段。涂阳病人是主要防治对象,痰菌涂片检查是诊断的首要手段,又是考核疗效的首要指标。

1978年全国防治工作会议,总结1963年上海会议以来各地的研究报告,经过讨论,采纳顿服疗法(改一日三次为一日一次)和间歇疗法(每周二三次给药)等已证明有效的方法,形成了《关于肺结核化学疗法的意见》(1978年),修订了化疗原则为:(1)早期,(2)规律,(3)全程,(4)联用,(5)适量。随后各地又进行新一轮实施性研究。

1. 督导化疗和全程管理化疗:接受WHO结核病专家委员会第九次报告中提出的充分发挥化疗在控制结核病流行中的作用,重点抓控制传染源(涂片阳性病人)的新概念。70年代末北京开始进行不住院全面监督化疗,80年代上海进行不住院全程管理化疗,实施结果表明,只要按管理规程实施,都可以达到高治愈率,应当坚持推广全国。

2. 短程化疗:80年代全国肺结核短化协作组的一、二、三批结果证明疗效与18个月标准化疗相似,痰菌阴转快,副作用少,便在全国推行短程化疗。

3. 不固定疗程的化疗方案:以痰菌持续阴转3个月为停药时间的初步研究,对初治涂阳可缩短1.5个月疗程,复发率2%,而耐药的复治者的复发率极高。

4. 难治肺结核(慢性排菌者):于80年代中期首次提出,研究证明其中90.3%有耐药性,治疗方案要根据用药史、药敏试验选用第二线备用药物。细菌阴转相当时期后才可停药。

5. 对胸外科的新评价:胸外科疗法于建国后发展迅速,为减少传染源作出不少贡献。化疗发展后,从70年代起手术逐步减少,但外科技术不断提高,遇有经内科规律化疗到一定阶段,痰菌持续阳性,空洞不闭合,病变呈不可逆性者,应不失时机采用外科疗法。1993年11月全国肺结核病外科适应证研讨会提出了《肺结核手术适应证标准》(试行方案)。

6. 中医中药治疗:中医、中药和针灸在肺结核对症治疗中常可见效。中药的病因治疗即针对结核杆菌者,有黄连、黄芩、大黄、连翘、夏枯草、忍冬、地榆、石榴皮、杭菊、良姜、白果、大蒜、蛇床、芦荟、白芨、百部、厚朴、乌梅、白芷、远志、羊胆、雄黄、明矾、独角莲、猫爪草、酒花素和侧柏叶等,共142种。70年代以后罕用的原因在于以上大多数中药对结核杆菌仅具微弱的抑制作用,其有效的机理,当为抗菌活性以外的复杂因素,正在继续深入探索中。

以上成果,不少被国家采纳,收入《全国结核病防治工作手册》。

五、诊断

1. 细菌学诊断:近半个世纪的实践和研究证明,涂片和培养仍为检查痰菌行之有效的经典检查法,但痰检查质量(包括标本质量和引痰术)必须注意,特别是综合医院和基层。厚涂片、集菌法仍应提倡,必须注意规范操作。荧光法可提高检出率,但假阳性多,不能长期保存备查。为缩短培养时间,曾进行了一些研究,如0.1溶血半流体培养基,初期生长时间可提前一周。绸条快速培养法,14天阳性率为44.1%。BACTEC(1992年引进)能提前10天至6周出结果,包括药敏试验,但应争取试剂全部国产化。

聚合酶链反应(PCR)系分子生物学技术,为检查结核杆菌(及一切微生物和生物DNA等)开辟了广阔天地。1992年以来有关PCR的报告显示极有发展前景,目前因PCR操作的不规范化和缺乏标准化所致的高假阳性和高假阴性要减少到最低程度。现阶段,PCR只能用于涂阴、肺外结核和待鉴别诊断的患者的参考,绝不能取代涂片和培养。

2. 血清学诊断:80年代以来,酶联免疫吸附试验检测结核抗原、免疫复合物和抗体的血清学检查,对肺外结核和菌阴肺结核的诊断提供了有意义的辅助手段。

3. 酶生化学方法:70年代后期开展的腺苷脱氨酶、溶菌酶、乳酸脱氢酶和癌胚抗原等

的检测,在诊断浆膜炎、与肺癌鉴别时有参考价值。

4. 影像诊断:60年代以前,肺结核诊断以X线为主,70年代以后逐渐以痰菌为主,但X线检查仍不可少,尤其在鉴别诊断方面。70年代CT开始应用后,对于胸部的隐蔽区病灶的发现和定位等有独特长处。CT对一般性肺结核无应用价值。CT主要用于鉴别诊断疑难患者,查过CT或高分辨力CT后勿需再作磁共振成像。

5. 肺功能测定:50~60年代吴绍青等为我国开展肺功能测定奠定了基础。病灶在3~6个肺野者其肺活量随病变范围增多而减损越多,对决定施行胸外科手术者,有参考价值。

6. 结核杆菌的耐药、耐药基因和L型:50年代末,虽化学药物应用不多,已认识到细菌的耐药性,60年代注意力增强,70年代分清了原发、继发、交叉、单耐、多耐等耐药情况。近来国内报道耐药率在30%~79.7%,耐3种药者达25.8%,耐4种药者达7.8%。为了纠正过去的药敏试验等不统一,中国防痨协会于1995年制定了“结核病诊断细菌学检验规程”,其中包括药敏浓度。此外,也有关于耐药菌株与致病力的研究。

耐药基因,1996年我国已有人对耐RFP结核杆菌的 $rpoB$ 及耐SM菌的 $rpsL$ 的基因突变进行了初步研究。另有对耐INH的 $katG$ $InhA$ 基因突变进行了探讨,还有人认为耐SM的基因突变除 $rpsL$ 和 rrs 外,还可能与其它机制。

L型菌,1984年我国学者诱导出结核杆菌的L型,诱导成功的都能返祖,诱导剂为D-一环丝氨酸、苄青霉素。菌阴肺结核患者L型检出率29.4%(20/68),结脑的脑脊液L型菌阳性率17%。

此外,有人报告我国部分地区结核杆菌毒力的测定,证明96%为重毒力型。

7. 非结核分支杆菌:1987年全国非典型抗酸菌病研讨会制定了:(1)非典型分支杆菌肺病诊断试行标准;(2)非典型分支杆菌病化学疗法试行方案。1993年全国第二次非典型抗酸菌病研讨会上将本菌正名为非结核分支杆菌。我国1990年平均感染率为15.35%,南方高于北方,沿海高于内地。

六、肺外结核

1. 结核性脑膜炎:凡是结核病控制卓有成效的地区,结脑现已为罕见病。卡介苗虽已普种多年,但效果甚差的地区,结脑仍为常见病。近年应用脑部CT检查为鉴别诊断提供了新手段,脑脊液PCR检查显著地提高了阳性率。采用短程化疗疗程要延长至9~12个月,INH要加大剂量,加用激素,椎腔注SM不必要。有人用异烟肼加激素椎腔注射。

2. 骨结核:50年代开展化疗加病灶清除术,治愈率86.1%。脊柱结核可行经胸病灶清除术。近年由于短程化疗的应用,手术范围逐步缩小。

3. 泌尿生殖系结核:早期病例采用化疗可以治愈。由于手术方法的改进,中期病例采用部分肾切除术加化疗,可获较高的治愈率。

七、化学药物预防(异烟肼预防性治疗)

用异烟肼作预防性治疗已有40年历史。我国有零星报道。

香港1991年采用3个月R,或3HR,或6H预防矽肺合并肺结核652例,5年随访,三组的矽肺结核发病率明显低于安慰剂对照组。3R组最低,可预防或减少50%结核发病。

八、面临的新问题

1. 老年结核病:60岁以上肺结核,1955~1960年占1.1%,1961~1970年2.7%,1971~1980年5.6%。另一资料:1985年为12.7%,1990年14.8%;三次流调≥60岁组

患病率高于其他组。北京反映结核病传染源得到控制后,老年患病高峰下降慢,将会长期存在。

2. HIV 感染和结核病:艾滋病发现以来已 15 年,WHO 报告:1995 年全世界 HIV 阳性结核病患者近 74 万例,其中已死亡 50 万例。我国 1995 年查出 HIV 阳性者 2596 例,艾滋病 80 例,其中死亡 45 例。据估计我国 HIV 感染者,1995 年达 10 万例。结素试验阳性者一生中有 5%~10% 发生结核病,而 HIV 阳性与结素试验阳性双重感染者一年中就有 5%~10% 发生结核病,必须加强防治。

3. 流动人口的结核病控制:1979 年改革开放以来城市经济飞速发展,引入大量流动人口,1996 年有流动人口 8000 多万,北京 287.7 万,广州 550 万,上海 330 万,珠海、深圳等经济特区外来人口与当地居民比例为 1:1。1994 年、1995 年各有两篇初步探讨的报道,暂住人口的肺结核患病率高于当地人口,或涂阳率高于长住人口,或治愈率极低;亟待进一步研究,至少要和抓计划生育一样,与各地公安部门的户籍管理配合进行。

主要参考文献

- 1 裘祖源《中国结核病防治史》见:中国防痨协会总会主编《防痨医师进修讲义》北京:人民卫生出版社,1958,412~415
- 2 中国防痨协会《中国防痨史料(第一辑)》1983
- 3 张侃、李株、郑冀宗等《十年来我国结核病防治工作的成就》中国防痨,1959,2(4):139~143
- 4 邹邦柱《建国十年来卡介苗接种工作的成就》中国防痨,1959,2(5):194~197
- 5 王忠仁《十年来我国的防痨组织方法与结核病流行概况》中国防痨,1959,2(6):1~5
- 6 曾纪霖《十年来我国内科治疗方面的成就》中国防痨,1959,2(6):6~7
- 7 郑冀宗《十年来结核病细菌免疫学方面的成就》中国防痨,1959,2(6):8~11
- 8 吴英恒、朱祖焜、邵令芳等《新中国十年来肺结核外科疗法的成就》中国防痨,1959,2(4):144
- 9 朱颜《肺结核中医治疗概要》见:范重哲、裘祖源主编《结核病学》北京:人民卫生出版社,1964:303~313。
- 10 张本《十年来有关中医中药在结核病方面的研究》中国防痨,1959,2(5):187~193
- 11 严碧涯、乔文安、施鸿生等《我国近二十年来结核病防治研究概况》中华结核和呼吸系疾病杂志,1979,2(3):136~141
- 12 严碧涯、施鸿生、马屿等《新中国结核病防治工作的发展》中华结核和呼吸系疾病杂志,1989,12(6):321~325
- 13 严碧涯《结核病现状和治疗进展》中华结核和呼吸系疾病杂志,1993,16(2):108~110
- 14 严碧涯《浅谈结核病学进展》中国防痨通讯,1987,9(4):145~148
- 15 张立兴、阙冠卿《肺结核复发问题》中华结核和呼吸系疾病杂志,1978,1(2):123~125
- 16 陈恒《论难治肺结核病》中华结核和呼吸系疾病杂志,1986,9(5):297~298
- 17 吴绍青等《肺功能测验:(一)通气功能,(二)换气功能》中华结核科杂志,1956,4(2):85~102
- 18 吴绍青、李华德《肺切除术及骨髓外填充术对肺功能的影响》中华结核科杂志,1957,5:238~244
- 19 崔谷忱《关于耐药性对抗结核药物的影响问题》中华结核和呼吸系疾病杂志,1979,2(4):251~253
- 20 汪钟贤《全国卡介苗接种率达标后必须加强监测》中华结核和呼吸系疾病杂志,1992,15(6):323~324
- 21 宋文虎《我国卡介苗接种工作的现况和改进》中华结核和呼吸系疾病杂志,1994,17(5):263~264
- 22 黄建《我国结核菌素的研制和应用现况》中国防痨杂志,1994,16(3):141~143
- 23 张立兴、阙冠卿《北京结核病控制规程 15 年》中华结核和呼吸系疾病杂志,1995,18(6):337~339
- 24 中华结核和呼吸系杂志编委会《肺结核手术适应证标准(试行方案)》中华结核和呼吸系疾病杂志,1994,17(2):73
- 25 明安宇《论当前肺结核病的内科治疗——兼论不失时机地转外科治疗》中华结核和呼吸系疾病杂志,1994,17(2):70~72
- 26 庄玉辉、吴雪琼、张晓刚等《聚合酶链反应(PCR)检测临床标本中结核杆菌的研究》中国防痨杂志,1992,14(3):142~143
- 27 潘毓童、田欣欣、胡兰等《利用聚合酶链反应体外扩增核酸法诊断结核性脑膜炎的研究》中华结核和呼吸系疾病杂志,1994,17(2):70~72

- 志,1993,16(2):77~78
- 28 童小玫、王忠仁、宛淑贤等《我国部分地区未经治疗结核菌株毒力测定》中华结核和呼吸杂志,1993,16(2):121
- 29 庄玉辉、李国利、韩元华《抗酸分枝杆菌 L 型诱导的研究》中华结核和呼吸系疾病杂志,1984,7(4):210~212
- 30 中华医学会结核病诊断治疗新进展学术研讨会论文汇编,1994
- 31 王忠仁《2000 年的中国结核病》见 2000 年的中国研究资料第 55 集,1985
- 32 肖成志、王黎震、田希忠《我国结核病现状及其对策》冶金防痨,1992,4(4):235~239
- 33 阚冠卿《从流行病学观点探讨老年结核病问题》中国防痨杂志,1991,4:145~148
- 34 端木宏谨《1991~1995 年我国结核病控制工作的进展》中华医学会第 9 次全国结核病学术会议论文汇编,1996,1~3

(张天民综合整理)

中国结核病防治史

建国前的结核病防治概况

我国的防痨组织起步较晚,1949年建国后才真正壮大和发展起来。旧社会由于帝国主义的侵略和国内外反动统治阶级的残酷压迫和剥削,人民贫困交加,生活极端困苦,绝大多数肺结核患者无力求医,当时结核病流行十分猖獗,据调查,全国有肺结核病人2700万,每年死于结核病者有138万多人。结核死亡率独居鳌头。年死亡专率在300/10万以上。18岁以上的结核感染率高达90%以上。

20年代方石珊医师写的《结核病》发表于《医刊》,卢永春医师写的《痨病论》为我国防痨的先声。1932年10月6日成立了“北平结核病学社”,1933年10月21日在上海成立了“中国防痨协会”,七·七事变后活动中断。1937年八路军卫生部在延安南门外90里处设立结核病疗养所一处,有病床90张,1939年又在延安边区医院和中央医院分别设立了肺科。抗战胜利后至1947年底在各地成立防痨分会11处,1948年1月28日全国12个地方代表在上海开会三天,通过了中国防痨协会会章,选出了理事,设立了财务、标准、出版、研究等委员会。制定了双十字的中国防痨标志(双十字两端翘起表示中国宫殿式)。参加这次会议的各地防痨协会的代表有宁波、芜湖、上海、平津、苏州、广州、青岛、湖南、昆明、成都(后改四川)、重庆、南京(筹备)等十二个分会。随后到1948年4月底台北、杭州、南昌、兰州、武汉、陕西等分会陆续成立或筹备中。刘永纯医师等六人代表中国防痨协会出席了国际第一次卡介苗会议。此外还曾印发防痨丛书九种和制发防痨章。据调查1948年11个省、3个市共有结核病疗养院12所,结核病床600余张,结核病专科医师几十名,而这些仅有的防痨组织大多数是社会人士捐款兴办的;卫生署结核病防治院有四处。1948年调查北平、上海、天津、重庆四个城市只作了7万人的肺部检查,每个城市每年X线肺部检查尚不足2万人,建国前11年全国卡介苗接种尚不到万人。

40年代以前结核病比现今的肺癌还可怕。没有任何特效方法,当时的治疗主要靠日光、空气、休息和营养。要求所有住院病人一律绝对卧床静养,大小便都在床上,对病人精神威胁极大。仅用一些鱼肝油、钙片、维生素C等治疗。30年代我国开始使用气胸和胸廓成形术,40年代开始肺切除术,但难度很大。

我国真正以公共卫生观点为主导的结核病防治工作始于1935年,在北京干面胡同第一卫生事务所内成立了“结核病门诊处”,后改为“防痨科”,由贺乐医师与裘祖源主持,作为一般公共卫生的一部分,对结核病实行门诊宣教、地段管理、家庭访视、病例寻觅(X线健检)。这一整套防治模式实际上是由单纯的生物学医学模式向生物、心理和社会医学模式的转变在防痨事业上最早尝试,它成为以后北京和全国防痨工作的楷模和先导。这个防痨科被称为现代防痨管理技术的先导和培养人才的摇篮。1939年起裘祖源等陆续进行了一系列结核病流行病学调查,首先获得了北平大、中、小学生和河北省定县部分农村居民的结核病感染率,接着调查了北平大、中、小学生,部分地毯厂工人,理发馆和浴池工人的

肺结核患病率。这些都为我国结核病流行情况提供了宝贵的基线资料。

建国初期防痨组织的发展与防治

建国初期,党和政府在医治战争创伤,恢复和发展国民经济的同时,对卫生工作也给予了极大关注。1949年9月29日通过的《中国人民政治协商会议共同纲领》第48条中,在1954年1月20日公布的《中华人民共和国宪法》中,都对发展医疗卫生事业作了规定,并在1953年《中华人民共和国劳动保险条例》中,在《政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员,实行公费医疗预防的指示》中,都对职工患病后的医药保护作出规定,我国广大职工健康从此得到保证。这为我国防痨事业的开展创造了良好条件。

1950年1月29日卫生部决定在全国各城市免费推广卡介苗接种,开展结核病预防工作。在预防为主,卫生工作为生产服务的方针指引下,根据我国医疗力量配置,1956年3月31日卫生部颁发了“关于结核病防治工作指示”,其中指出:“结核病防治工作应以城市、工矿工人中心并逐步扩大至农村,防治的对象应以厂矿、机关、学校等团体为主。对于儿童保育机构、小学校、公用交通、食品制造、服务性行业人员,必须加强定期肺部检查,发现病人及时妥善处理。工作重点应放在肺结核及儿童结核”。在这一方针指导下,我国防痨工作从无到有,由小到大逐步开展起来。

据1958年统计,当时全国已有结核病防治所101个,附设病床4306张;结核病院61个,病床16455张;结核病疗养院74个,病床14715张;在综合医院床位中结核病床约占10%,此外在工矿、机关、学校等团体中举办的自办疗养所尚有15000张左右结核病床。全国铁路系统与军队系统的结核病床及结核病防治机构尚未包括在内。

1950年为了开展卡介苗接种工作,卫生部在北京举办了三期全国性卡介苗接种人员培训班,汤飞凡、陈正仁任正副班主任。1951年卫生部又在北京举办了全国第一期防痨医师进修班,方石珊、裘祖源任正副班主任。随后上海、沈阳、天津也纷纷举办防痨医师进修班,截止1958年底,全国已有结核病专科医师1767名,整个防痨队伍近2万人。

建国初期我国防痨工作主要集中在北京、天津、上海等许多大城市,工作大都是以当地的著名专家教授为核心开展起来的。例如:北京当时有裘祖源、阚冠卿、崔谷忱为首;上海有吴绍青、钱慕韩;天津有郭德隆、朱宗尧;沈阳有刘同伦;西安有吴霁棠;兰州有葛立信;武汉有刘南山、冷伯华;广州有李仕政;重庆有王明聚;南昌有王珏;嘉兴有陈德献。在卡介苗工作的开展中,北京陈正仁、上海魏锡华、成都王良和李九皋最活跃。实践证明,那里有人才,那里的工作就开展的有声有色。

一、组织机构形式:

我国卫生防疫机构的组织形式,一开始是学习苏联卫生防疫站、结核病防治所、妇幼保健所,由省、地、县三级组织形成。由于我国幅员广大,各地防痨组织的发展极不平衡,组织形式与工作方法亦不尽相同。建国初期10年,大部分省、直辖市、自治区(以下简称省、市、自治区)设有结核病防治所或防治院,后者一般分为门诊与住院两部分,也负责一定地区的结核病防治任务,所接受的治疗对象主要是成人肺结核患者。虽亦接受儿童结核病的治疗,但大部分未有明确分科,仅有少数机构设有儿童结核科及骨关节结核科。

在大城市中除设有市结核病防治所外,还设有区结核病防治所,少数城市在地段医院内设有防痨科。市、区、地段组成三级防痨网,北京就是这样。

广大农村中,专署和县 1958 年以后逐渐开始建立了结核病防治所。

我国防痨组织形式始终贯彻了专业机构与综合医疗机构相结合的方针,许多综合医院设有结核科(住院与门诊)。

各级防治所的主要任务是研究所辖地区的结核病流行情况,分析有关致病因素,制定全面防治计划,经地区卫生领导机关批准后贯彻执行。同时结核病防治所还负责组织群众性宣传活动、卡介苗接种,并担负一定门诊或住院的治疗任务。每周或每月举行疑难病案讨论会,这种学术活动对周围综合医疗机构具有很大的吸引力和凝聚力。

为总结交流工作经验,有些省、市防治所还定期或不定期在卫生行政领导下,召开本地区的结核病防治会议和现场会议。

1957 年卫生部举办了全国结核病防治所工作研究班,讨论了各级结防所的组织形式与工作方法,交流了各地结核病防治、管理与机构设置的经验。60 年代北京市结核病防治所根据自身的经验和体会制定了结核病防治工作条例,使各项工作逐步制度化、标准化和规范化。

二、工作方法:

我国结核病防治工作最初采取由团体到居民,由城市到农村分两步走的重点防治方针。因当时只在机关、团体和工矿中实行公费医疗和劳保,50 年代和 60 年代,主要力量集中在城市和工矿防痨方面,防治对象是以工矿、机关、学校等团体为主体。从流行病学观点出发,加强了儿童保健机构、小学校、公共交通、服务性部门定期检查工作。工作重点放在肺结核与儿童结核方面。

1. 团体管理:团体管理包括:(1)定期或不定期向职工进行防痨常识宣传活动。(2)每个职工每年肺部 X 线检查一次。(3)除部分重病人住院治疗外,一般采用家庭休息或住单位自办疗养所。(4)有条件的团体还对职工家属进行定期 X 线肺部检查。

2. 地段管理:随着城市中实行分级分工医疗和地段医师负责制的实施,逐步由团体防痨转向全民。防治所的病人来源主要是靠传统的不定期的全民性肺部检查、团体检查和病人自动求诊,因此当时登记的病人中无症状、轻症病人的比重有所增加。由于当时尚不了解细菌学检查对检出传染源的重要意义,误将这种现象当作流行病学上一个良性改变。

3. 不住院治疗:对所发现的病人一律采用苏联肺结核分组方法 I、II、III 组进行管理。60 年代英国医学研究委员会与印度马达拉斯化疗中心合作成功地开展了肺结核不住院门诊治疗,已引起国际防痨界的重视,在裘祖源的指导下,李树森等在国内进行了“以消灭传染源为主要目的的肺结核不住院化学治疗效果研究”。结果表明 193 例初治痰菌阳性肺结核病人在门诊护士面视下采用链霉素、对氨基水杨酸、异烟肼治疗三个月,以后一年零三个月在家服药,由护士定期家访监督。治疗结束后痰菌阴转率达 98.3%,两年后复发率为 1.6%。这是国内不住院化疗研究的开端。对改变肺结核病人必须住院治疗的传统观念和做法起到了很好的示范作用。此种方法的广泛应用,将会收到较大的经济效益和社会效益。裘祖源提出的“以消灭传染源为主,以痰菌阴转为治愈标准,重点抓住对病人监督用药”的见解对结核病防治工作具有指导意义。

随着不住院治疗的广泛推行,90%的肺结病人都可在门诊条件下获得治疗。当时主要治疗手段是三个法宝和两个气。三个法宝是指链霉素、异烟肼、对氨基水杨酸,两个气即人工气胸和人工气腹。随着胸外科的进步肺结核外科治疗逐步广泛应用。外科与化疗结合提高了疗效。1958~1959 年北京和山东的结核病工作者报道了采用“自报公报”的方法发现

肺结核患者,经济、简便实际上就是以后国外倡导的因症发现。

经过一系列政治、经济改革,劳动人民的生活水平和劳动条件都有改善和提高,城乡卫生面貌不断改善,防痨事业也得到广泛的社会支持。结核病流行情况在短短十几年来有了显著变化。据城市调查材料,北京结核病死亡率由解放前的230/10万到1960年下降为40/10万左右,患病率由5%~10%下降为2%~3%以下。工矿企业和机关团体、学校的肺结核患者发病率下降最明显。由于卡介苗的广泛推行,城市儿童结脑死亡率明显下降。

我国结核病防治与科学研究工作从建国至1963年,大体上经历过三个时期:

第一个时期:在1956年前即国民经济恢复时期到第一个五年计划时期,防痨工作主要是面向广大职工和城市居民建立防痨机构,培养训练防痨技术人员。1951年举办第一期全国防痨医师进修班,许多学员后来都成为我国防痨事业上的骨干,为防痨工作打下基础。1957年在北京举办了防治所工作研究班,制定了一些防治方案和管理办法,使我国防痨工作的管理水平又向前迈进了一步。

第二个时期:制定全国十二年科学发展远景规划。结核病的科学研究工作,正式纳入了国家统一规划之中。按照规划中央结核病研究所接受并完成了城市、农村、少数民族三项结核病流行病学调查任务。全国在积极开展结核病防治的同时,开展了临床、预防和基础等方面的研究工作,大跃进中曾提出防痨科学研究也要大搞群众运动,1960年卫生部在青岛召开的结核病学术会议提出三年消灭结核病等不切实际的口号。

第三个时期:是贯彻1961年党的八届九中全会提出的调整、巩固、充实、提高的八字方针时期,结核病防治和科研工作应稳定秩序、提高质量。在培养干部方面提出了“三基锻炼”:即基本功、基本知识和基本操作。对科学实验提出了“三严”和“三敢”;即设计要严格、操作要严密、态度要严肃和敢想、敢说、敢干。1963年中华医学会和中国防痨协会在上海召开的全国结核病学术会议对全国结防和科研有所推动。在这次学术会议上,钱信忠副部长做了“我国结核病防治工作的基本情况和任务”的报告,总结了前14年结防工作,提出了今后的任务。吴绍青、朱贵卿、刁有道、王明聚、石华玉五位老专家的专题总结发言,对防治、化疗、卡介苗、外科提出了问题指出了方向。吴老说:我愿用我的三句老话作为我对结核病控制、结核病流行的基本理论:(1)“重点检查”。因为我们的条件暂时还不够,必须要有重点选择的检查,使付出的代价取得一定的效果。(2)“查出必治”。不治或少治则为浪费。(3)“治必彻底”。以求尽量取得结核病灶生物学愈合,这样才可能达到断根。

朱贵卿在结核病化学疗法的总结发言中指出:许多专家都强调化学疗法应该以杀菌为首要目标,我也同意这个观点,痰菌阴转不仅对病人重要,而且对人群亦有头等重要性。因为这是减少或消灭结核病传染源,具有流行病学的重要意义。关于痰菌阴转的目标,结合我国的实际情况,只有三个浓缩涂片也可。朱教授说“有人提出分段治疗法,先用二种或三种药物,等到痰菌阴转病情稳定后可改为单用异菸肼,我也同意这个办法。分段治疗是有生物学理论根据的(Canetti. Tubercle 43:301. 1962)。这次会议提出合理使用抗结核药物使用原则:早期、足量、不间断、联合、长期。

刁有道在关于结核病防治工作问题的总结发言中指出:大家一致认为,结核病防治工作的总任务是:预防传染、治疗病人、保护劳动人民健康,为工农兵服务,为社会主义建设服务。防治工作的目标是:控制、缩小最终消灭结核病。结核病防治工作在目前阶段应以城镇为中心,逐步推广到农村。以集体单位为主要对象,逐步推及居民,要重视儿童结核病防治工作。

石华玉在肺结核外科治疗问题的总结发言中指出:(1)要提高外科手术治愈率,减少并发症。(2)扩大手术适应证,初治和复治失败的病例,有外科手术条件的应及时采取手术治疗。(3)增加结核外科基地。

“文化大革命”,全国许多结防机构,人员被下放农村劳动,机构被关(闭)、停(止工作)、并(合并)、转(转到其它机构),受到极大冲击和破坏,全国结防工作基本处于瘫痪状况。

据记载,60年代日本结核病死亡36.2/10万,当时北京是40.9/10万左右,相差不多,到达1974年日本结核病死亡率下降到9.9/10万,而北京为18.8/10万。十年“文革”,我国防痨事业受到很大损失,危害严重,使我国成为当时世界上结核病患病率高、死亡率高、防痨工作落后的国家之一。

第一次全国结核病防治工作会议

经国务院批准全国结核病防治工作会议于1978年5月25日至6月6日在广西柳州召开,这次会议解决了三个问题:1)拨乱反正,正视差距,决心以实际行动迅速赶上世界防痨水平。2)交流了经验,制定了1978~1985年结核病防治工作规划。3)认真研究了加速消灭结核病的五个有关学术方面的问题。

在此基础上制定了五个方案:(1)确定了流行病学调查方法。(2)结核病流行病学指标及有关概念。(3)卡介苗接种方案。(4)肺结核病化学疗法。(5)肺结核分类法。

国务院为此批转卫生部《关于结核病防治工作会议的报告》,即国发[1978]210号文件,使遭到破坏的防痨组织和工作又重新振兴起来。

第一次全国结防工作会议后主要抓了以下几项工作:

1. 1979年完成了第一次全国结核病流行病学抽样调查,结果:活动性肺结核患病率为717/10万,涂阳肺结核患病率为187/10万。摸清了疫情,为制定防治规划和评价防治效果提供了基线资料。

2. 1982年以1979年全国结核病流行病学调查的疫情为依据,制定了1981~1990年全国结核病防治规划;由于这个规划未能列入各级政府议事日程,没有行政措施和充足的经费保证,所以大部分地区结防工作进展缓慢。

3. 全国结核病防治工作统计报表:为掌握全国结核病疫情,1982年国家统计局批准卫统14表—1年底登记病人数和14表—2年内新登记病人数两张全国活动性肺结核病人报表,为使填表内容更准确合理,设计了《肺结核病例登记卡》,全国实行统一登记报表制度,既可及时掌握结核病疫情动态,又可及时发现问题,并为制定防治规划提供科学依据。也是考核和评价防治工作质量的重要标志。

4. 1984/1985年进行了第二次全国结核病流行病学调查,结果:肺结核与涂阳肺结核患病率分别为550/10万和156/10万。1979~1984/85肺结核患病率与涂阳患病率,二者的年均递降率分别为4.7%和3.2%,与发达国家自然年均递降率4%~5%相比,足以说明我们没有充分运用现代有效防治措施。

5. 结核病细菌学检验方法暂行规程:1982年6月29日至7月6日,北京全国结核病防治中心和上海分中心于北京共同召开了全国结核病细菌学检验方法标准化讨论会。来自28个省、市、自治区和解放军、铁路系统等65个单位77名代表,经过讨论提出这个暂行规程。

6. 关于加强全国结核病防治工作的通知:1984年2月20日卫生部颁发了(84)卫防字第6号“关于加强全国结核病防治工作的通知”,通知指出:建国以来,我国结核病防治工作取得了一定成绩,但目前全国疫情仍较重,特别是广大农村的患病率高,防治工作未充分开展,传染源未能控制,严重影响工农业生产,望各地接此通知后应立即行动,全面开展结核病的防治工作。

7. 全国结核病防治工作条例:1984年5月10日卫生部下达(84)卫防字第24号文件,关于印发《全国结核病防治工作暂行条例》的通知。通知指出:结核病是我国重点防治疾病之一,目前疫情仍较严重。为了加强防治工作,使结核病在我国尽快得到控制,现将《全国结核病防治工作暂行条例》发各地试行。与此同时卫生部印发了《关于县卫生防疫(病)站设防痨科的意见》,明确指出:根据我部(84)卫防第6号《关于加强全国结核病防治工作的通知》的精神,没有结防所的县,结核病防治任务由县卫生防疫(病)站负责。在县卫生行政部门的领导下,县卫生防疫站设防痨科,在业务上除接受本站领导外,还应接受上级结防所指导,行使县级结防所的职能:充分发挥对全县防痨工作组织者和业务指导者的作用。

8. 1984年北京和上海结核病防治研究中心与分中心,分别组织人员编写了《全国结核病防治手册》与《结核病防治教材》,由卫生部卫生防疫司审定颁发至全国各地。

第二次全国结核病防治工作会议

第二次全国结核病防治工作会议于1984年5月29日~6月2日在四川成都市召开,卫生部副部长郭子恒主持会议并代表党组讲话,总结了1978年国务院颁发[1978]210号文件以来的全国结防工作的进展、成就和经验,对当前防痨工作存在的主要问题和开展防痨工作的新局面作了较深入的讨论,他指出当前我国结核病问题主要在农村,为此要求做好以下几项工作:

1. 要加快结防机构的建设。省、地、县要在一、二年内建立结防所,凡未建立结防所的县在近2年内都要在县卫生防疫站内设防痨科,每十万人人口配备1~2名专业防治人员。

2. 加强培训提高防治质量。北京、上海全国结核病防治中心、分中心,负责培训各省、自治区的师资队伍。地(市)县级防痨人员由省结防所组织培训。

3. 切实落实结核病防治经费。卫生防疫经费要占全部卫生事业费的20%。县级卫生部门要按平均每人每年3分钱左右作为防痨经费。病人治疗费用原则上由个人负担,也可根据具体情况,实行减、缓、免。

4. 进一步开展结核病防治科学研究工作。

5. 要广泛开展防痨宣传。

为了贯彻此次会议精神,1984年8月4日卫生部向全国转发了会议纪要。其后主要抓了以下几项工作。

1. 全国少数民族地区结核病防治工作经验交流会:1986年9月13~17日,卫生部在新疆维吾尔自治区喀什市召开了全国少数民族地区结核病防治工作经验交流会议。出席会议的有各省、自治区、直辖市卫生厅(局)主要结防负责人和各省结防所所长,以及中央有关各部和解放军的代表共101人,北京中心、上海分中心的负责同志也出席了会议。卫生部何界生副部长主持会议并讲了话,崔月犁部长作了重要指示。何副部长肯定了30多年我国结防工作所取得的成绩,并对今后防痨工作提出了几点意见:

(1)要建立健全结核病防治机构,尤其是县级机构的建议,内地各省市要求在一、二年内县级机构达到100%,边缘和少数民族地区要全部解决“有人管”的问题。

(2)已经建立结防机构的,要全面开展结核病防治工作,认真贯彻查出必治、治必彻底的原则,做好结核病的发现、登记报告和治疗管理工作,病人掌握率要达到结核病人人数30%~50%,初治病人一年痰菌阴转率达到90%以上。

(3)结核病防治工作要普及到基层,防治工作必须做到标准化、简单化、规范化,要推广和应用疗程短、花钱少、效益高、又易为基层掌握的结核病化疗方案。

(4)省、市、地、县要根据当地实际情况拟定“七·五”期间的结核病防治规划,要求结核病患者和涂阳患病率年均递降率达到10%以上,铁路、工矿企业系统也要分别制定规划,年平均递降率达到15%以上。

(5)卡介苗接种工作,必须抓紧抓好,要求到1988年以省为单位接种率达到85%,1990年以县为单位接种率达到85%,12周结素阳转率达到75%以上,卡介苗接种应保质保量,要杜绝差错事故的发生。

(6)加强培训工作,要提高培训质量实效,要求北京中心和上海分中心和省(市)地县分层地开展培训工作,要撰写一本适用于农村开展结核病防治工作的统一的简明教材,培训的时间短些,普及面要广。

会议要求各地卫生行政领导和全体防痨专业人员要继续以改革创新和开拓前进的精神,扎实工作为我国的防痨事业做出新的贡献。

2. 第三次全国结核病流行病学抽样调查:1990年根据卫生部防疫司卫防慢字(90)第2号文件,进行了第三次全国结核病流行病学抽样调查,除天津市外(1989年已进行流调)29省、市、自治区均包括在内。结果:肺结核患病率523/10万,涂阳患病率134/10万,结核病死亡率21/10万。1984/1985~1990年肺结核患病率年均递降率0.9%,涂阳患病率年均递降率2.7%。估算全国现有活动性肺结核病人590余万;涂阳肺结核病人150余万;全国每年死于结核病人约23.8万。

3. 《结核病防治管理办法》的颁布:1991年9月12日陈敏章部长签发了中华人民共和国卫生部(第16号)令,颁发了我国第一部《结核病防治管理办法》,它标志着我国结核病控制工作将走上法制管理轨道,是我国结核病控制史上一个重要里程碑。管理办法中重要一条是结核病人实行归口[结核病防治所(科)]管理。

第三次全国结核病防治工作会议

1991年9月24~27日,第三次全国结核病防治工作会议在山东省泰安市召开,卫生部何界生副部长到会,就当前我国结防工作中的问题及今后结核病控制目标和策略作了讲话。卫生部疾病控制司(原防疫司)戴志澄司长报告了近10年我国结防工作进展,与会代表讨论了1991~2000年全国结核病防治工作规划。规划要求至2000年我国结核病控制目标:以1990年全国第三次流调为基线,各省、市、自治区涂阳患病率下降50%,新发涂阳病人发现率60%~70%,新发涂阳病人经短化治疗,痰菌阴转率达90%。以上报告和规划对指导全国今后10年的结核病控制工作具有重要意义。第三次全国结核病防治会议后,在结防工作几项重要举措。

1. 修订《全国结核病防治工作手册》:为了实施《1991~2000年全国结核病防治规划》,卫生部委托北京全国结核病防治研究中心组织北京、上海、广州等省市专家对1984