

主编 傅 华 叶葶葶

临床预防医学



上海医科大学出版社

内 容 提 要

《临床预防医学》是一本为临床医务人员尤其是全科医生以及社区卫生保健人员在临床场所和社区家庭对求医者、无症状的“患者”及健康个体进行健康危险因素评估和干预(即个体预防措施),推行临床与预防一体化卫生服务的实用参考书(工具书)。它以预防和控制人群中普遍存在且对健康危害严重的危险因素为主线,向医务人员介绍如何在实际工作中对引起病伤的危险因素进行筛检和评估,如何开展健康咨询以纠正求医者不良的生活行为方式,如何进行规范免疫接种、化学预防、计划生育指导等具体的有效预防措施。

全书共分四篇。第一篇为总论。第二篇介绍个体健康危险因素的采集方法,如不良生活行为史的询问和亚健康(亚临床)状态的早期征象(物理检查和化验)的检出,这是制定合理的个体健康维护计划必不可少的前提。第三篇具体介绍在临床场所干预健康危险因素的措施和技巧,尤其是在促使个体行为改变,如劝阻吸烟、合理营养、控制体重、健身与运动疗法、口腔健康、计划生育、精神健康、控制酗酒和药物滥用、性传播疾病和获得性免疫缺陷综合征(AIDS,俗称艾滋病)的预防、预防意外伤害、计划免疫、化学预防以及早期筛检病人的方法等方面。第四篇为临床预防服务的组织与管理,介绍个体健康维持计划的制定、临床场所预防服务的组织和管理方法。

本书的特点是在科学性和知识性的基础上,强调实用性。它以临床工作者、卫生保健工作者、医学生和大专院校预防医学教师为对象,还可作为全科医学教学的教材。

30年代初我在学医启蒙期,曾自学一本通俗医学史——《医学的境界》(1933年版),编者在当时美国医学界权威[美国医学会杂志(JAMA)和健康杂志的主编,本书译本编入王云五:《万有文库》第360册,上海图书馆藏书],作者从20世纪初回顾了西方2000多年的医学发展,最后有如下一段结语:

“人类自古即有长生不老的痴欲,许多人渴求药酒、药丸和咒语,以期获得长生。惟科学的医学,其目的不在求仙之道或返老还童术,而在使大部分人得到其康健而有作为的长寿。”作者并预言:“将来的医学是希望无穷的,能使大部分人活到70岁,老年人可无疾而终。增加人身的知识即增加了工作的时间。一般民众对于医学,不再视为神秘,至少也能了解一部分。学龄儿童除了学语文、作文和数学外,更要学些生理、解剖知识、合理营养、保证睡眠时间和养成良好的卫生习惯。能使他们体格与精神同时发展。”

那时的旧中国正处于三座大山压迫下,人民在贫、愚、私、弱的苦难中生活。直至第二次世界大战结束,1948年成立了世界卫生组织,翌年新中国成立,人民的卫生事业随着世界潮流和国家兴旺蓬勃发展,至今已满50年了。经过我国自力更生,也来自世界的经验,特别自1978年改革开放以来,在20年中至少获得下列共识:①人类生老病死,不是孤立的医学问题,必须靠社会安定、发展生产的同时,还要提高人民文化教育水平。②解决群众中的疾病,要从治疗到防病,从个人、家庭、社会(社区)到有组织、有连续性的卫生服务。所以要求保护环境、控制人口,改进卫生服务的组织和资源利用。要求政府带头,多部门参与,采用适宜技术,这就是初级卫生保健的内容。在社区的框架内,才能发展全民的事业——社区卫生。③医学院校培养人才,首先需要医务人员能接近群众。疾病由自然环境——生物的、物理的、化学的因素,以及心理和社会因素所引起,医生的任务不仅是治病,更是防病,通过提高群众文化水平,使每个人懂得保护和促进健康的方法,以达到2000年和以后“人人享有卫生保健”。④要使医务人员具有以上新观念,医学院校除有临床实习的医院外,必须有为医学生到社区实践开辟的示范点和实践场所,使学生进入社会工作之前,人人能理解近代医学的服务对象是个人-家庭-社区

这样一个连锁的人群,近代医学是全人类医学发展的必由之路。

医学院校如仅有临床实习医院和实验室,则医学教育不能达到以上目的。因此,有志之士,要求教师“走下象牙之塔”,为人人享有卫生保健而教学;医学院校要由原来的教学和科研功能转变为三个功能——教学、科研、社会服务。为实现这一转变,要求医学院校师生把社会卫生实践作为教学与科研以外的必需部分。我国是创建世界卫生组织(WHO)的国家之一,已积累了许多有关保护个体与人群健康的经验,为全球策略作出了贡献。其中也包括了我国先贤在20世纪20年代所创建的乡村卫生实验的教学示范,如河北的定县[北京协和医学院在河北定县的乡村卫生实验区,见陈志潜《中国农村的医学——我的回忆》四川人民出版社,1998;成都],上海的吴淞、高桥,一直到抗战时代的四川璧山[上海医学院创办期在上海农村以及抗日战争时期的乡村卫生实验区]。以上的教学思想可以追溯到1931年我校创办人颜福庆所提出“医学为人群服务”的先进思想[1931年3月16日,民国日报,第三张第三版,上海]。

为了加速实现全球战略,WHO在1988年联合其他国际组织召开了世界医学教育会议,发表《爱丁堡宣言》。《宣言》第一句是“医学教育的目的是培养促进全体人民健康的医生”。我国是该会的9个筹备国家之一,所以该会也吸收了新中国的经验总结。高等医学教育应对完成全球战略目标负起责任。

社区医生服务对象从个体病人扩展到所在社区的健康人群和无症状的患者,从仅解除人体结构和功能的疾患,扩展到预防、保健、治疗和康复四个方面任务,他们是全科医生(又称家庭医生),必须是防治结合,以预防为主。除满足病人康复所需要外,还应具有大卫生观念:医务人员与群众接触不应限于医院,还应包括家庭、社会的各种场所。

在以上教学思想指导下,特别自20世纪80年代以来,上海医科大学的领导和预防医学教研室教师密切注视来自国际的信息和我国实际,他们从上海医科大学60多年来的传统,认识到培养人才是医学院的根本任务,特别是改革开放以来,临床医学学生的教学改革是改革的核心,因为临床医学专业学生数占全国每年招收医学生的90%以上。在上海医科大学和院领导的支持下,临床医学院与公共卫生学院合作,已进行了连续14年的教学改革,几位教授跟随全程听课,感到20世纪50年代卫生学等三本教材,专业口径过窄而又分散,人文教育几乎是空白,于是从改编教材着手,综合为《预防医学》一本教材。以后又经卫生部教材办公室决定由上海医科大学为主编单位,联合6个院校编出了第一本由人民卫生出版社出版的《预防医学》教材。该教材以预防医学的基本观念,即“环境-群体-健康”为纲,以三级预防为手段,并把统计学、流行病学以及社会医学的基本知识融合在一起。此教材已进入卫生部的规划教材之列。为了学生的社会实践,除了在上海市闵行区(原上海县)的农村卫生教学基地外,还由教研室与地方协作,建设了城市教学基地——曹家渡地段医院,继续实施行之有效的“服务-教学-科研”模式。他们除了本身改革外,还与上海市预防医学会合作,用教学评比方式推广改革的经验,并出版专辑。上海医科大学姚泰校长亲自写序言[上海预防医学杂志1995年第9卷第8期,姚泰:代序]。通过两次评比,目前已有20余所院校不同程度地加入了上海医科大学预防医学的改革行列。上海医科大学的改革先后得到卫生部科教司和教育部高等教育司的支持[叶葶葶等;改革临床专业《预防医学》课程体系和教学内容,见《面向21世纪的改革高等医药教育》,教育部高等教育司编,高等教育出版社,1998]。教学基地的建设,不仅限于教研室,三级医院同样有此需要,如上海医科大学儿科医院在枫林路街道所建的儿童保健的地段,已坚持了近40年,对学生的素质教育,起到了极其重要的作用。

全国医学的中专、大专和中医有关内容的教材,已全部采用上述观念,改编为《预防医学》综合教材。为了加速推广已有的教改成果,上海医科大学公共卫生学院曾于1996年底召开了有2位瑞典的医学院教授参加的“预防医学教育改革研讨会”,并出版了专辑[上海预防医学杂志1997年第9卷第2期,彭裕文撰]。在这个会议上,进一步深入讨论了一个更有远见的问题,即如何“面向21世纪预防医学教育和未来医生培养”。上海医科大学党委书记彭裕文(原副校长)专文介绍了哈佛大学医学院医学生从新生入学起就加强第一级预防的学习,同时将第一年的基础学科与疾病预防的问题联系起来,以后每学期的学习中都注意第二、三级预防。这些介绍启发了教研室教师进一步将《预防医学》教材分段教学的设想(目前该教材第三版正在修订中)。预防医学教研室的同志不仅经历了以往长期临床专业预防医学的教学改革,他们还想到教学改革应跟随到学生进入社会的全过程。因此,在1996年的研讨会上,提出了临床医生预防医学的继续教育问题。在职的医生,特别是一级医院(街道、乡镇、企业、社区等)的全科医生和其他的医务工作者是开展预防工作的主力军,如何指导他们在日常工作中开展预防已成为当前应认真考虑的问题。于是他们在参阅国外有关的“临床预防”材料的基础上结合我国实际情况,于2年前就着手编写了《临床预防医学》,供广大医务人员在日常临床工作中开展预防工作使用。除社区医院外,也适用于二、三级医院的医生、在校医学生在社区实习阶段以及卫生防疫站与疾病预防控制中心等机构的专业人员。我有幸较早读到《临床预防医学》的全部目录、编写计划和部分文稿,感到本书的出版,对所有医务人员,特别是全科医生、卫生管理行政人员都有实际应用的机会和价值。本书的出版,可为早日实现《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出的目标,起到添瓦的作用,也是促进学生实现《医学生誓言》的一项措施。本书所介绍内容的实现,能真正体现医务界遵循邓小平提出:“教育要面向现代化、面向世界、面向未来”的教诲。所有作者特别是主编,将不愧为当代社区卫生改革的先导。谨予推荐并祝贺他们的成功。

顾学箕

1999年1月

目 录

第一篇 总 论

第一章 绪论	[3]
第一节 临床预防医学的概念	[3]
第二节 临床预防服务的必要性和可行性	[4]
第三节 临床预防服务的内容及其确定的原则	[6]
第四节 病人教育和咨询在预防医学中的重要性	[10]
第五节 优良的预防服务和质量保证的原则	[11]
第六节 临床预防服务的展望	[13]
第二章 健康促进	[15]
第一节 健康教育	[15]
第二节 健康促进	[15]
第三节 PRECEDE-PROCEED 模式	[17]
第四节 健康教育与健康促进的开展	[20]
第三章 在健康促进和疾病预防中的伦理问题	[26]
第一节 不同群体对健康促进和疾病预防的需求	[26]
第二节 社会政策中存在的伦理问题	[27]
第三节 临床过程中的伦理问题	[27]
第四节 小结	[31]
第四章 健康危险度评估	[32]
第一节 概述	[32]
第二节 在临床诊疗过程中预防的作用	[33]
第三节 危险度评估的概念	[34]
第四节 危险度评估的重要性	[34]
第五节 不完整危险度评估的心理学基础: 以疾病为基础和以危险因素为基础的思维模式	[35]

第六节	危险度评估的优先次序	[36]
第七节	健康危险度评估	[38]
第八节	对临床医生的基本要求	[39]

第二篇 有关临床预防服务 信息的收集

第五章	临床工作中健康危险因素的收集	[43]
第一节	概论	[43]
第二节	如何开始	[44]
第三节	问什么	[45]
第四节	特殊问题	[59]
第五节	一些常见的访谈问题与处理技巧	[60]
第六节	危险度评价的访谈结尾	[62]
第七节	医学记录文件	[62]
第六章	亚临床疾病的筛检	[63]
第一节	测量血压	[64]
第二节	身高、体重和头围	[67]
第三节	皮肤检查	[73]
第四节	听力测试	[75]
第五节	视敏度检查	[77]
第六节	口腔检查	[79]
第七节	乳房检查	[80]
第八节	直肠指检	[85]
第七章	实验室检查在预防和早期诊断疾病中的作用	[88]
第一节	常见慢性病的实验室检查	[88]
第二节	实验室检查在预防和控制传染性疾病中的作用	[94]
第三节	筛检工作中对实验室检查的基本要求	[94]
第四节	结束语	[95]

第三篇 临床预防服务的实施

第八章	健康行为的培养	[99]
第一节	行为与健康	[99]
第二节	行为改变的理论	[100]
第三节	行为改变的过程	[102]
第四节	如何培养患者的健康行为	[104]
第九章	吸烟者的健康咨询及行为纠正	[110]

第一节	吸烟对健康的影响	[110]
第二节	戒烟的方法	[113]
第三节	常见戒烟的问题及其解决方法	[116]
第十章	健身与运动疗法	[119]
第一节	体育运动对生理功能的影响	[119]
第二节	运动疗法	[122]
第三节	运动处方	[127]
第四节	几种常见疾病的运动处方	[128]
第十一章	营养与健康	[138]
第一节	饮食与营养	[138]
第二节	合理营养指导	[148]
第三节	患病时营养与饮食注意要点	[155]
第十二章	体重控制	[159]
第一节	超重与肥胖	[159]
第二节	肥胖症的流行病学	[159]
第三节	体重增减的新陈代谢	[162]
第四节	减肥计划的制定	[164]
第五节	减肥计划的实施	[166]
第六节	结论	[168]
第十三章	损伤预防	[169]
第一节	无意损伤	[170]
第二节	有意损伤	[174]
第三节	病史记录和其他服务	[177]
第十四章	计划生育	[178]
第一节	优质的避孕咨询服务原则	[178]
第二节	可供选择的避孕方法	[181]
第三节	避孕方法的分类指导	[186]
第十五章	性传播疾病的预防	[190]
第一节	获得性免疫缺陷综合征	[190]
第二节	性病	[194]
第三节	性病的诊断与治疗	[198]
第十六章	酗酒和药物滥用的控制	[206]
第一节	评价	[207]
第二节	告诫	[209]
第三节	特殊人群	[210]
第四节	告诫上的困难	[210]
第五节	免费小册子	[211]
第六节	病史记录	[211]

第十七章 口腔保健	[212]
第一节 口腔卫生保健	[213]
第二节 口腔疾病预防	[215]
第三节 口腔健康教育	[221]
第十八章 精神卫生	[224]
第一节 常见心理障碍与自我调适	[224]
第二节 心身疾病	[228]
第三节 常用精神卫生评定工具	[231]
第十九章 健康功能状况评价	[252]
第一节 功能的定义和临床意义	[252]
第二节 系统的功能筛检和评价方法	[253]
第三节 功能损害的高危险人群	[254]
第四节 健康功能筛检评价工具的应用	[255]
第二十章 异常筛检结果的处理	[262]
第一节 概述	[262]
第二节 异常筛检结果的处理	[263]
第二十一章 免疫接种	[272]
第一节 我国计划免疫工作的现状	[272]
第二节 我国几种主要传染病免疫接种的程序及应注意的问题	[276]
第二十二章 化学预防	[284]
第一节 患者参与决策	[284]
第二节 雌激素替代疗法预防骨质疏松症	[285]
第三节 阿司匹林对冠心病的化学预防	[288]
第四节 高脂血症的化学预防	[289]
第二十三章 乳房、皮肤和睾丸疾患的自我检查	[292]
第一节 乳房疾患的自我检查	[292]
第二节 皮肤疾患的自我检查	[294]
第三节 睾丸疾患的自我检查	[295]
第二十四章 不宜进行的筛检	[298]
第一节 常用的不宜进行的筛检	[299]
第二节 结论	[303]

第四篇 临床预防服务的 组织与管理

第二十五章 发展健康维护计划	[307]
第一节 阻碍预防工作的因素	[307]

第二节 建立团队的过程.....	[309]
第三节 选择特殊的干预措施.....	[309]
第四节 干预的频率.....	[311]
第五节 健康维护计划的实施.....	[311]
第二十六章 预防保健服务的组织与实施	[316]
第一节 实施临床预防保健的构架.....	[316]
第二节 促成因素.....	[317]
第三节 倾向因素.....	[322]
第四节 强化因素.....	[323]
第五节 项目的评估.....	[323]
第二十七章 计算机辅助决策和提示系统	[325]
第一节 健康危险度评估.....	[325]
第二节 根据相关的危险因素制定健康维护计划.....	[326]
第三节 计算机健康维护随访.....	[327]
附录1 美国临床预防服务专家组对疾病预防的建议	[332]
附录2 理想体重表	[337]
附录3 中国居民膳食指南——平衡膳食、合理营养、促进健康	[343]
参考文献.....	[346]
索引.....	[348]

第一篇

总 论

第一章 绪 论

当前,无论是在城市还是在农村,慢性病如脑卒中、心脏病、肿瘤、糖尿病、肾功能衰竭都已成为人类健康的主要威胁。临床医生都深深地体会到,这些迁延性疾病出现临床症状之后,临床治疗只能是治标和缓解症状而已。由于缺乏有效的根治办法,不仅使病人和其家庭遭受长期的身心折磨,其沉重的经济负担同样使家庭和社会不堪重负。鉴于其对健康威胁的严重性,我们投入了大量的资金来治疗其并发症。每天对这些晚期疾病的治疗成了医生、医院、急诊室以及家庭护理的主要工作,并且是国家卫生费用年年攀升的主要原因。据测算,1994年我国用于慢性病的治疗费用为418.817亿元,超过了当年全国卫生事业费,甚至高于全国科教文卫和社会福利费。治疗晚期疾病所支出的费用也是最为昂贵的。据调查,大约30%的医疗费用是用于生命的最后一年,其中40%花费在生命的最后一个月。

世界卫生组织(WHO)在《公共卫生的新挑战》一书中举了一个非常生动的“想想上游情景”的例子:医务工作者相当于一个站在急流边上的救护人。当看到沿河而下的落水者(病人)时,他们就跳下水去把他们救上来。接着,又有另一名落水者沿河出现了。所以,他们整天在忙于救护落水者,而没有时间走到上游去看看,为什么有那么多的人掉到河里去:这些落水者是自愿掉下河里(责任在他们本身),还是被推下了水,或由于偶然的故事所致?针对这些原因,应该做些什么?作为一名医生,只要求成为一名合格的救护人的想法是不够的。本书想就此问题展开讨论,重点是在临床场所如何开展预防。

第一节 临床预防医学的概念

医学模式的改变,越来越多地要求临床医生必须将预防保健与医疗工作相结合。1976年加拿大卫生福利部首先提出了临床预防的理论体系和研究方法,组织专家组(Canadian Task Force)对现行体格检查的利弊进行了严格的科学评价,以提供有效的健康促进和疾病预防的服务,并于1979年正式出版了他们对78种疾病检测方法的系统总结。至今,他们依然致力于临床预防的研究和推广。1984年美国预防服务专家组(U.S.Preventive Services Task Force 下简称 USPSTF)成立,它采纳了加拿大临床预防服务的理论和方法,运用系统的方法评价临床预防服务措施的效果,设计评价资料质量的方法体系,提供包括定期体格检查和其他预防措施临床预防服务方案。1989年,USPSTF出版了第一版《临床预防服务指

南》,对 60 种疾病筛检、健康教育、免疫和化学预防等 169 种预防措施进行了系统的论述。1996 年该书出版了第二版。

为了明确临床预防医学的概念,1989 年 1 月 9~10 日,来自美国各个预防医学学术团体的美国医学会的代表在亚特兰大举行了一个专业会议,会议的议程之一就是为临床预防医学下一个定义。会议认为:临床预防医学(Clinical Preventive Medicine)是预防医学的分支之一,是预防医学的一个重要组成部分,但有其自身的学科特点,所以它相应地也有其特有的学科内容。临床预防医学是通过在临床场所对病伤危险因素的评价和预防干预来实施的,是对健康者和无症状的“患者”采取的个体预防措施,是在临床环境下第一级预防和第二级预防的结合。在具体的预防措施上,它强调注意纠正人们不良的生活习惯、推行临床与预防一体化的卫生服务。主要的工作范围是健康维护、健康促进以及减少导致病伤的危险因素。从事临床预防服务的人员应参加个体、社区、职业和其他人群的健康危险因素的干预规划。临床预防医学的专业人员应该掌握相应的知识和技能,包括:

- (1) 鉴别和评价个体疾病的危险因素。
- (2) 应用生物、行为和环境的方法,纠正或减少疾病和(或)损伤的危险因素。
- (3) 组织和管理诊疗室工作,使之有利于临床预防与医疗工作相结合并进行监控,并成为开展个体健康促进活动的倡导者。
- (4) 对社区以及其他人群包括职业群体实施危险因素评价,减少人群健康危险因素,并通过传媒技术,成为一名在社区中实施健康促进活动和利用预防策略信息和资源的倡导者。
- (5) 评估用于减少个人和社区危险因素的技术的有效性,了解相关信息,成为医生、工厂和政府临床预防服务的发展和评价的顾问。

当前,临床预防服务受到越来越多的重视,它已成为当今医学发展的一个趋势。如在美国政府的有关部门,医学学术团体和医学期刊都致力于临床预防服务的理论和方法的传播,并为此开展研究。临床预防服务对美国国家卫生政策产生了很大的影响。1990 年 USPSTF 的推荐建议被用于实现“2000 年人人享有卫生保健”的计划中,1994 年美国联邦政府开始实施“将预防付诸实践(put prevention into practice)”的运动,组织全国各个医学学术团体,为初级保健医生在诊所中实施临床预防服务提供方法。在医学学术团体中,USPSTF 的指南得到美国家庭医生协会、美国医生学会和美国预防医学专家学会的支持。临床预防服务在卫生服务中得到了较为广泛的应用。尤其是家庭医生,临床预防已成为其主要的工作之一。当前,临床预防服务的推荐建议已经影响了整个医学教育,USPSTF 的资料被用于医学院校、护士学校和住院医生的临床实习中,并作为预防医学的课程之一。

第二节 临床预防服务的必要性和可行性

临床预防医学概念的提出有其现实意义,具体表现为:

一、开展临床预防服务是解决卫生系统面临的健康问题的方法之一

在过去的 50 年里,由于经济的发展、卫生服务水平的提高,人类的寿命得到延长,很多国家和地区逐步走向老龄化社会,因而慢性病逐渐增多。根据我国 80 年代中期进行的全国

城乡卫生服务调查资料所提供的数字,1985年城乡慢性病患率分别为23.72%和8.69%。而到1993年,仅仅7年的时间,慢性病的城乡患病率达到了28.58%和13.77%,分别增长了20.49%和50.40%,尤以农村地区增长显著。据1990年我国745个基本监测点资料统计,我国脑血管病死亡率每年以5%的速度递增,支气管肺癌死亡率每年以4.5%的速度递增;慢性病的伤残调整生命年(DALY,指由于疾病造成的失能和(或)早逝引起的生命损失)为11.67亿,占全部疾病的58.0%,超过传染病的5.09亿和外伤的3.36亿。1997年全国死因统计:恶性肿瘤、脑血管病、心脏病为城镇居民的前三位死因,占总死因的62.11%。全国每天约有1.3万人死于慢性病,占全国总死亡人数的70%以上,城市高达85%。全国现患高血压9000万人,糖尿病2000万人,每年肿瘤新发病人169万人,脑卒中新发病150万人,现存患者600万人,可见慢性病已代替急性传染病成为威胁人类健康的主要疾病。另一方面,一些已消灭或基本消灭的传染病(如性病)有死灰复燃并呈上升的趋势,新的传染病(如获得性免疫缺陷综合征,AIDS,俗称艾滋病)已经传入我国并正在蔓延,使卫生系统同时面临着第一次卫生革命和第二次卫生革命的双重任务,卫生工作任重道远。

预防为主是我国卫生工作的方针,防患于未然的重要性也人所皆知。预防为个体和社会提供了更加合理的处理疾病和促进健康的策略,它无论是从理论或从实践上的合理性来讲都是明显的。如早期筛检高血压比几年后再用血透法治疗高血压肾病或进行脑卒中的康复治疗更有效。以避免或减少造成心脏病的危险因素(如不吸烟、增加体育活动)来预防心脏病的发生比许多年后想恢复已增厚的冠状动脉或已有缺血性损害的心肌功能更有效。给婴儿免疫接种比小孩发生脊髓灰质炎后再予以治疗更好。临床医生所处的特殊地位,使其有机会面对面地与求医者交谈,而求医者对临床医生的劝告有着很高的依从性。另外,许多免疫接种、性病防治和计划生育的工作也主要由一级医院的医生特别是初级保健医生来具体实施。所以临床预防服务可以带来良好的成本-效果和成本-效益,故越来越受到决策者、保险者、卫生服务者和消费者的瞩目。1993年,世界银行首次将卫生投入作为一个主要的项目列入它的年度世界发展报告。这一报告明确指出,只有把临床与预防作为一揽子计划来实施,才具良好成本-效益,这些阐述将影响许多国家政府在卫生方面的政策。

二、社区卫生服务和家庭医学需要临床预防服务

我国1996年召开的全国卫生工作大会强调要积极开展社区卫生服务,推广全科医学(本书称为家庭医学)。基层卫生机构要以社区、家庭为服务对象,开展疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务和妇女儿童与老年人和残疾人保健等工作。另外还指出医疗机构也要密切结合自身业务开展预防保健工作。开展社区卫生服务是当前我国卫生系统的重要工作之一。社区卫生服务强调卫生工作要适应社区的特点,要求服务的区域化、系统化和综合化。在具体的工作方法上需要临床和预防的紧密结合。临床预防服务是一种有效的预防模式,它的采纳将会有助于社区卫生服务的开展。社区卫生服务在医疗服务中属于第一级接触服务的范畴,其提供者是家庭医生或初级保健医生。作为健康的守门人,家庭医生服务于患者的社区生活环境之中,不分病人的年龄、性别和病种,为患者及其家人提供连续性、综合性以及协调性初级保健服务。家庭医学的一个主要的特征是,在要求家庭医生为就医者提供临床医疗服务的同时,还要为其家庭提供预防服务——即一体化的服务方式。家庭医生除了为病人解除身体的病痛外,也是一位病人及其

家人的医学顾问,帮助他们解答医学上的疑问和忧虑。因此,疾病的预防以及健康促进是家庭医生的另一项重要的任务。家庭医生根据他对病人及其家人的情况的了解,有针对性地为客户提供健康咨询,提出个体化的健康“处方”;利用给病人看病的机会为病人作简单的体格检查,不知不觉中为病人提供必要的预防服务,提早为病人找出疾病的早期变化,在病情还在酝酿期间就给予解决,大大改善和减少严重疾病的发生,保护病人的身心健康。

当前,家庭医学迅速发展,从而也促进了临床预防服务的开展。目前家庭医学教育在我国已经起步,它将为临床预防服务提供其所需的人力资源。

三、临床医生开展预防服务的优势

临床医务人员占整个卫生队伍的大多数,他们在健康促进和疾病预防方面的潜力是很大的。临床医生也许比其他人士更清楚让疾病发展到晚期再提供治疗的严重后果,所以,他们从自己的切身经验中体会到对病人进行疾病预防和健康促进的重要性。由于临床医生有其特有的优势,如:①病人对医生的建议有较大的依从性;②医生能通过随访了解病人的健康状况的变化和行为改变的情况,及时有针对性地提出建议;③医生比其他的医务工作者更直接接触更多的个体。所以临床医生从事个体化预防工作是最适宜的。事实上,他们已为此做过许多工作。例如,儿科医生和家庭医生对婴幼儿的保健,妇产科医生对孕产妇的保健,职工、在校学生的定期体检和家庭病床服务,以及护士和医生提供给病人有关营养和体育锻炼的教育等等,都做了相当大量的临床预防服务工作。近年来,许多医学专家也从事预防保健。如心血管病专家鼓励病人消除心血管病的危险因素,消化系统疾病专家进行的结肠癌筛查,妇科病专家开展的子宫颈癌的预防和早期检查。

临床医生以其特殊的方式与病人接触,因为大约 78% 的人每年至少要去医生 1 次,平均每年 3 次。病人认为医生和有关的医务人员的劝告特别有价值。研究表明病人决定戒烟、进行乳腺检查和儿童的免疫常常是在医生的鼓励下作出的。许多预防服务如宫颈涂片、乙状结肠镜筛查、激素替代疗法只有医生才能进行。因此常强调临床医生要在临床工作中开展预防。

第三节 临床预防服务的内容及其确定的原则

临床预防服务所针对的是健康人和无症状的“患者”。干预的内容通常有:早期筛查、健康教育、免疫和化学药物预防。在选择具体的措施时考虑的是能够对健康者和无症状的“患者”采取的预防方法,即只针对第一级预防和第二级预防,并且是临床医生能够在常规临床工作中提供的预防服务,如通过健康咨询和筛查早期发现病人。

为了让忙碌的临床医生能在有限的时间里有效地开展预防服务,所选择预防的疾病和干预措施必须经过科学地评价。下面介绍临床预防服务中选择要干预疾病的原则,以便于读者在实际工作中要对疾病作出干预决策时参考。

一、选择所要解决的健康问题和确定与其相关的危险因素

1. 疾病的选择 在选择所要解决的健康问题时,首先考虑的是要从针对的疾病出发,

而不是从掌握的干预措施出发。科学地选择要解决的健康问题对临床预防工作来说是非常重要的,应该确保需优先选择的疾病,而不是选择个别发生或对之有特殊兴趣的疾病。在1989年出版的《临床预防服务指南》中,USPSTF提出了可以通过临床预防控制的60种疾病和外伤。确定这60种疾病根据两条原则:第一,疾病的严重程度和危害性。罕见病以及在临床实践上有局限性的疾病不加以考虑。但在过去普遍流行、危害严重而现在已经罕见的疾病仍然列入研究范围。第二,具有一定的预防效果,如果专家组选择的重要疾病没有预防方法,将无法评定其预防效果,所以不能将其列为研究的对象。在这之后 USPSTF 将以下6点作为选择所要针对的疾病的标准:①疾病的严重程度;②有合理干预措施及预防效果;③适时性;④成本;⑤数据资料的可获得性;⑥评估的可行性。

在描述疾病的严重程度和危害性方面,因为疾病可能会造成发病、短期或长期的失能和死亡这几种情况,从单方面来考虑总不能很好地说明疾病的严重程度和危害,以前和现在所用的发病率、患病率、死亡率以及减寿年数(YLLS)和失能年数(YLDS)都有些缺点。现在已经开始使用伤残(失能)调整生命年〔DALY,指由于疾病造成的失能和(或)早逝引起的生命损失〕,这一指标反映疾病造成的三种情况,是一个可全面评价疾病负担能力的指标。

2. 危险因素的选择 这里是指选择针对与疾病相关的危险因素的干预措施,从两个方面来考虑这个问题:①危险因素在人群中的流行情况;②危险因素对疾病影响的大小。一个相对弱的危险因素假若流行范围广,它比一个相对强的却流行范围小的危险因素更值得考虑。

二、干预措施的效果

进行临床预防服务最根本的原则是干预带来的益处大于害处,这也是判断干预效果好坏的根本原则。关于效果有两点应该加以考虑:第一,减少疾病的发病率或其严重程度。第二,干预的不良反应可能会增加其他疾病的发生。例如,服用阿司匹林可以用来预防冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病),但可能会并发出血。所以对于效果要全面地评估。在评价效果时,还要注意功效(efficacy)和效果(effectiveness)。功效指在理想状态下,干预措施能够达到的预防疾病的程度。效果是指在受到干预的人群中,干预措施取得的结果,它包括功效、人群的接受程度和执行程度。所以一个干预措施的效果除了与其功效有关外,还要考虑目标人群的特点和其他的影响因素。

在评价中,人们总是希望获得最有说服力的证据。假如采用的预防措施来自设计优良的随机试验,而且得到完全正确的实施,在最后比较采用和不采用预防措施的两组结果时,其结果表明前者的健康状况明显好于后者,那么这就是有力的证据。然而,这在实践中很难做到。首先是设计和实施不可能每一步都完善,而且健康结果需要长期的随访跟踪,这几乎是不现实的。因此,只能通过流行病学的调查和一些分散的干预试验获得信息,或者用干预产生的中间结果(如胆固醇水平和骨密度)来代替最终的健康结果。这会带来统计学上误差的改变,结论也不可靠。针对这个问题,USPSTF 通过研究认为假如健康的中间结果和最终结果的联系足够强,可以用中间结果代替最终结果来描述干预的效果。Battista 和 Fletcher 首先描绘一种称为“因果关系路径”(causal pathway)干预和评价的流程图。它是根据疾病危险因素、疾病的发生和转归以及不同阶段的干预措施、产生的结果之间的关系所描绘的一个