



主编 梁万年

Clinical
Preventive
Medicine

临床预防医学



 高等教育出版社

临床预防医学

主 编 梁万年

副主编 郭爱民 刘 楨

编者(以姓氏笔画为序)

王惠琴	刘 楨	刘 静	刘小平	吴 萍	李国君
李鹏高	杨兴华	瓮学清	宣登峰	赵 峰	唐玉萍
郭爱民	崔小波	梁万年	韩春华	魏守刚	

高等教育出版社

内容提要

本教材主要是面向医学院校非预防医学专业医学生,目的是在非预防医学专业医学生中开展“临床预防”的教育,使学生懂得在临床环境下,如何适宜地开展以人为中心、以家庭为单位、以社区为导向的预防保健服务,强化非预防医学专业医学生的临床预防观念。

全书分为环境与健康、膳食与健康、疾病的临床预防、社区预防保健服务四篇共 17 章内容。第一篇环境与健康中主要包括生活环境与健康、环境灾害中的自救互救、生产环境与健康;第二篇营养与健康主要介绍了营养学的基本知识、营养因素与心脑血管疾病、食源性疾病以及社区营养的内容,将理论性与实用性相结合;第三篇疾病的临床预防的内容主要涉及临床预防的基本概念,慢性非传染性疾病的预防、意外伤害的预防、常见传染病的预防等内容;第四篇社区卫生服务与全科医学,内容涉及社区卫生服务概念、特点等,社区卫生服务的需求评价、营销管理,全科医疗中的预防保健服务等内容。

本教材在增添了新的内容的同时,又兼顾了卫生部医师资格考试大纲的内容,在阐明了基本理论、基本概念的同时,又强调了实用性。它以医学生为主要对象,也可成为临床医务工作者、卫生保健工作者参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

临床预防医学/梁万年主编. —北京:高等教育出版社,2004. 11
ISBN 7-04-015867-1

I. 临… II. 梁… III. 临床医学:预防医学—医学院校—教材 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 101394 号

策划编辑 安 琪 责任编辑 薛 玥 封面设计 刘晓翔 责任绘图 尹文军
版式设计 王 莹 责任校对 俞声佳 责任印制 孔 源

出版发行 高等教育出版社
社 址 北京市西城区德外大街 4 号
邮政编码 100011
总 机 010-58581000

购书热线 010-64054588
免费咨询 800-810-0598
网 址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>

经 销 新华书店北京发行所
印 刷 北京星月印刷厂

开 本 850×1168 1/16
印 张 23.5
字 数 520 000

版 次 2004 年 11 月第 1 版
印 次 2004 年 11 月第 1 次印刷
定 价 36.90 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号: 15867-00

前言

医学是以人类健康为最终目标,它是具有医疗、预防、保健等功能的医学体系,临床医学、预防医学是医学体系中两个重要的组成部分。随着医学模式的转变、社会经济的发展、人民生活水平的不断提高,居民对卫生服务,尤其是预防保健需求日益增加,这就需要医疗工作必须与预防保健相结合。

当前,心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病等慢性非传染性疾病已成为威胁人类健康的主要因素。而对于这些慢性病的防治,始终是全球医学界关注的热点,这就要求医学生不仅要具有丰富的临床知识,还要懂得如何在临床环境中开展预防保健工作。然而,在传统的非预防医学专业预防医学的教学过程中,预防医学与临床医学的“鸿沟”始终难以逾越,临床医学生对传统的预防医学内容如劳动卫生、环境卫生、营养与食品卫生等内容的学习兴趣不高,在工作中不能学以致用。正如我国已故著名流行病学家苏德隆教授所指出的:“有必要克服存在于医学和公共卫生之间的两分局面或者说是鸿沟……传统类型的公共卫生和医学院看来已经过时,而应代之以具有新的公共卫生项目和医学培训项目的内部结构和院校……令人遗憾的是医学教育的发展和公共卫生教育的发展始终是分离的”。鉴于非预防医学专业预防医学教育的现状,我们申请了世行贷款项目——《以社区为导向非预防医学专业预防医学教育教学模式研究与实践》的教改课题,目的是改变非预防医学专业预防医学的教学现状,提高非预防医学专业学生学习预防医学的兴趣,强化临床医学生预防保健观念,增强其预防保健能力。使医学生既具有良好的医德、精湛的技术,又熟悉预防保健工作的内容与方法。经过不断的探索以及在两届学生中的教学实践,我们编写了《临床预防医学》这本教材。在这本教材中我们既兼顾了传统的公共卫生学的内容,又添加了慢性病预防、社区卫生服务等新内容,力求探索一条适合于非预防医学专业预防医学教育教学的新途径。由于时间仓促、我们的水平有限,在教材中难免会出现这样那样的错误,望各界同仁批评指正。

首都医科大学公共卫生与家庭医学院

2004年8月

目 录

绪论	1	四、公共卫生措施与三级预防	3
一、预防医学的概念、研究对象	1	五、预防医学与临床预防	4
二、预防医学发展史	1	六、全球卫生战略	5
三、医学模式与健康观	2		
第一篇 环境与健康			
第一章 环境与人类健康的关系	10	二、大气污染及其影响因素	33
第一节 环境与健康关系及其生态学基础	10	三、大气污染对人体健康的影响	35
一、人类环境的基本构成	10	第二节 室内空气污染与健康	38
二、生态系统与生态平衡	12	一、室内空气污染的来源	38
三、当前主要的环境问题	14	二、室内空气主要污染物对健康的影 响	39
四、人与环境的对立统一关系	15	三、室内空气污染的防护	41
第二节 环境污染及其对健康的影 响	18	第三节 饮用水与健康	43
一、环境污染概述	18	一、饮用水源的种类及卫生学 意义	43
二、环境污染对人群的急性、慢性 危害	19	二、饮用水污染与疾病	44
三、环境污染的远期危害	20	三、水的净化和消毒	46
四、环境污染的其他危害	21	四、生活饮用水水质标准	47
五、环境污染的防治对策	21	第三章 环境灾害的预防、救灾 和灾后防疫	49
第三节 环境对健康影响的研究方法	23	第一节 概述	49
一、环境流行病学	23	一、自然灾害对人类健康的危害	49
二、环境毒理学	25	二、自然灾害救援的历史教训	50
第四节 健康危险度评价	27	第二节 灾害的救援	50
一、健康危险度评价的目的意义	27	一、灾害救援概况	50
二、健康危险度评价的基本概念及 组成	28	二、地震的救援	53
三、健康危险度评价的应用	29	三、洪水、雷暴和泥石流的救援	55
第二章 生活环境与健康	30	第三节 自然灾害的防制	57
第一节 大气环境与健康	30	第四章 生产环境与健康	58
一、大气物理因素与健康	30	第一节 总论	58
		一、生产性有害因素	58

二、职业性病损	59	三、氨基甲酸酯类农药	92
三、职业病的诊断及处理原则	61	四、脲类杀虫剂	92
四、职业病的预防原则	62	第六节 生产性粉尘	93
第二节 铅中毒	67	一、概述	93
一、理化性质	67	二、硅沉着病	95
二、接触机会	67	第七节 非电离辐射	104
三、毒理	68	一、射频辐射	104
四、铅中毒在不同人群分布情况	70	二、红外线	108
五、影响铅毒作用的因素	70	三、紫外辐射	109
六、临床表现	70	四、激光	110
七、诊断	71	第五章 社会因素与健康	113
八、治疗	72	第一节 社会因素的基本概念	113
九、预防	73	一、社会因素的内涵	113
第三节 汞中毒	73	二、社会因素影响健康的作用规律 和特点	113
一、理化特性	74	第二节 社会经济与健康	114
二、接触机会	74	一、经济发展对健康的影响	115
三、毒理	74	二、社会经济阶层与健康	116
四、毒作用表现	75	第三节 文化与健康	118
五、诊断	76	一、文化教育对人群健康的影响	119
六、治疗	77	二、风俗习惯对人群健康的影响	120
七、预防	77	三、宗教对人群健康的影响	120
第四节 苯中毒	78	第四节 社会网络和社会支持系统 与健康	121
一、理化特性	78	一、社会支持与健康	122
二、接触机会	79	二、家庭与健康	122
三、毒理	79	第五节 社会心理因素与健康	126
四、毒作用表现	80	一、社会心理因素分类	126
五、诊断	81	二、社会心理刺激的心理应付 机制	126
六、治疗和预后	82	三、社会心理刺激的评估	127
七、预防	83		
第五节 农药中毒	83		
一、有机磷农药	84		
二、拟除虫菊酯类农药	89		

第二篇 营养与健康

第六章 人体对营养素的需求	130	二、营养素需要量、膳食营养素 参考摄入量	131
第一节 合理膳食基本要求	130	第二节 蛋白质	132
一、合理膳食的基本要求	130		

一、必需氨基酸和氨基酸模式·····	132	防治·····	162
二、食物蛋白质营养价值评价·····	133	第三节 膳食与肿瘤·····	164
三、蛋白质推荐摄入量及来源·····	135	一、癌症的基本认识·····	164
第三节 脂肪·····	137	二、致癌因素·····	164
一、脂肪的生理功能·····	137	三、症状·····	164
二、必需脂肪酸·····	138	四、癌症对营养状态的影响及由于 治疗癌引发的营养问题·····	165
三、膳食来源与参考摄入量·····	138	五、预防癌症的饮食原则·····	165
第四节 糖类·····	139	六、癌症病人的饮食·····	166
一、糖类的分类·····	140	七、饮食注意事项·····	168
二、糖类功能·····	140	第四节 膳食与糖尿病·····	168
三、糖类膳食来源与摄入量·····	141	一、糖尿病诊断标准和分类·····	169
第五节 热能·····	142	二、糖尿病的流行情况·····	170
一、人体对热能的消耗·····	142	三、糖尿病的控制·····	172
二、热能膳食来源与需要量、摄 入量·····	143	第五节 膳食、营养与肥胖·····	178
第六节 维生素·····	144	一、肥胖的定义、分类及诊断·····	178
一、维生素 A·····	145	二、肥胖发生的机制、影响因素 及分类·····	180
二、维生素 C·····	147	三、肥胖的流行病学·····	182
三、维生素 B ₂ ·····	149	四、肥胖的危害·····	183
第七节 矿物质·····	150	五、肥胖病的治疗·····	186
一、钙·····	150	第八章 食源性疾病及其预防·····	190
二、铁·····	152	第一节 食物中毒概论·····	190
三、锌·····	154	一、概念与分类·····	190
第七章 营养与疾病·····	156	二、流行病学特点·····	191
第一节 营养与高血压、脑血管 意外·····	156	三、食物中毒的调查处理·····	191
一、原发性高血压·····	157	第二节 细菌性食物中毒·····	192
二、营养因素和原发性高血压的 关系·····	157	一、概述·····	192
三、原发性高血压的营养防治·····	158	二、沙门菌属食物中毒·····	193
四、脑血管意外·····	159	三、变形杆菌食物中毒·····	195
第二节 膳食与高脂血症、冠心病·····	160	四、副溶血性弧菌食物中毒·····	195
一、高脂血症·····	160	五、葡萄球菌食物中毒·····	197
二、冠心病·····	160	第三节 有毒动植物食物中毒·····	198
三、营养因素对高脂血症和冠心病 的影响·····	161	一、动物性食物中毒·····	198
四、高脂血症与冠心病的营养		二、有毒植物中毒·····	200
		第四节 食品生物污染的危害·····	203
		一、真菌毒素污染的危害·····	203

二、“疯牛病因子”污染危害	205	二、营养调查内容	213
第五节 食品化学污染危害	206	第二节 营养监测	220
一、二恶英污染危害	206	一、营养监测目的	220
二、N-亚硝基化合物污染危害	207	二、营养监测项目	220
三、农药污染危害	208	三、营养监测计划及其执行	220
四、食品非法添加物危害	209	四、营养监测结果评价	221
第六节 转基因食品对健康影响	210	第三节 合理营养	221
一、转基因食品定义及分类	210	一、合理营养概念	221
二、转基因食品可能存在的对人体的危害	210	二、中国居民膳食指南和平衡膳食宝塔	221
三、当前我国对转基因的安全管理	211	第四节 社区营养干预	222
第九章 社区营养	212	一、社区营养干预目标	222
第一节 营养调查	212	二、社区营养干预内容	222
一、营养调查目的	212	三、社区营养干预计划	222
第三篇 疾病的临床预防			
第十章 概论	226	三、诊断	244
第一节 预防医学	226	四、主要病史	245
一、预防医学的概念	226	五、体格检查	245
二、预防观念的转变	226	六、辅助检查	246
第二节 疾病的临床预防	227	七、治疗	246
一、疾病临床预防的内涵与特点	227	八、病人教育	247
二、疾病的临床预防的内容	228	九、家庭参与	248
三、临床预防的方法	228	十、失误	248
第三节 国外临床预防服务指南简介	233	第十二章 常见慢性非传染性疾病的临床预防	249
第十一章 常见健康/行为问题的临床预防	237	第一节 心血管疾病	249
第一节 吸烟	237	一、概念	249
一、流行状况	237	二、心血管疾病的危险因素	250
二、吸烟的危险因素	237	三、心血管疾病的预防	251
三、吸烟对健康的影响	238	第二节 高血压	253
四、吸烟的预防与干预	239	一、概念	253
第二节 肥胖	242	二、流行病学	254
一、肥胖流行情况	242	三、高血压的危害	254
二、肥胖的危害	243	四、分型	254
		五、危险因素	254

第一节 社区诊断含义及卫生服务需求评价	305	一、全科医疗的定义与基本特征	328
一、社区诊断的含义	305	二、全科医疗专科的服务对象	331
二、社区卫生服务的需求评价	306	三、全科医疗与专科医疗的区别和联系	332
第二节 社区卫生服务的计划与实施	309	第三节 全科医生	334
一、社区卫生服务计划的主要内容	309	一、全科医生的定义和性质	334
二、社区卫生服务的计划步骤	309	二、全科医生的素质、角色与任务	336
三、社区卫生服务计划的实施	311	三、全科医生与其他专科医生的区别	339
第十八章 社区卫生服务的质量、营销管理与评价	314	四、全科医生的教育培训	339
第一节 社区卫生服务的质量管理	314	第二十章 以人为中心和以家庭为单位的卫生服务	341
一、社区卫生服务质量的内涵	314	第一节 以人为中心的服务	341
二、卫生服务整体质量管理	315	一、指导原则	341
第二节 社区卫生服务营销管理	317	二、以人为中心的应诊过程	343
一、市场营销概述	317	第二节 以家庭为单位的卫生服务	347
二、社区卫生服务市场营销环境分析	319	一、概述	347
三、市场营销管理程序与目标市场	320	二、家庭与健康	349
四、社区卫生服务市场营销管理	321	三、家庭保健	349
五、社区卫生服务的顾客满意学	322	第二十一章 全科医疗中的预防保健服务	359
第三节 社区卫生服务的评价	323	第一节 临床预防	359
一、目的和意义	323	一、临床预防的概念与意义	360
二、评价程序	324	二、临床预防的特征及其优势	360
三、评价内容与类型	325	三、临床预防所需的知识与技能	361
第十九章 全科医学、全科医疗与全科医生	327	第二节 周期性健康检查	361
第一节 全科医学的定义、目的及研究对象	327	一、周期性健康检查的概念与原则	361
一、全科医学的定义	327	二、周期性健康检查的优点及全科医生实施周期性健康检查计划的优势	362
二、全科医学的目的	327	三、开展周期性健康检查应注意的问题	363
三、全科医学的研究对象	328		
第二节 全科医疗	328		

绪 论

现代医学的产生与发展是人们在与危害健康的各种因素斗争过程中发展起来的。随着社会的发展,科技的进步以及人们健康水平的提高,医学的内涵也日渐丰富起来。按医学目前的性质和任务可将其分为基础医学(basic medicine)、临床医学(clinical medicine)和预防医学(preventive medicine)三个组成部分。这三个学科相互渗透、相互联系,共同促进整个医学的发展。而预防医学在整个医学的发展过程中发挥了重要的作用。

一、预防医学的概念、研究对象

预防医学是医学的组成部分。它是以人群为主要研究对象,运用现代的技术和方法探讨环境因素对人群健康的影响,研究疾病在人群中的分布规律以及影响人群健康的主要危险因素,提出改善环境,预防疾病,增进人群健康策略与措施的一门学科。预防医学的服务对象是人群,主要是无症状患者和健康人群。在研究方法上,预防医学注重宏观与微观相结合,研究的重点为人群与健康的关系,而所采用的对策具有积极的预防作用。

二、预防医学发展史

预防医学经历了从个体的养生保健到群体预防、社会预防几个发展阶段。在18世纪初期传染病流行,天花、鼠疫、霍乱等烈性传染病成为危害人群健康的主要疾病,预防医学的主要任务是寻找传染途径、传染源以及易感人群,通过卫生立法和群众性的卫生运动等预防措施来控制疾病的流行。人类在战胜天花等烈性传染病以后,逐渐认识到仅仅依靠养生保健很难达到抑制传染病,提高人群健康的目的,而只有开展大规模的人群预防,提高人群的健康水平才能彻底的减少或消除传

染病的发生。医学史上的第一次卫生革命是以预防控制传染病、寄生虫病和地方病为主要目的,社会卫生策略是通过制定国家卫生措施和环境卫生措施,研究有效疫苗和生物制品,推行免疫接种计划而实现的。半个世纪以来由于大规模的开展人群的预防接种以及实施了环境卫生的措施,使传染病的发病率、死亡率有了明显的下降。工业技术的不断发展所造成的环境污染的日益严重,使心脑血管疾病、恶性肿瘤等慢性非传染性疾病发病率增加,逐渐成为影响人群健康的主要疾病之一。精神卫生和心理健康的问题日益突出,人群的疾病谱发生了明显的变化。慢性非传染性疾病病因大多较为复杂,单纯依靠卫生部门与群众性的卫生运动已很难满足预防疾病,提高人群健康水平的要求。预防医学必须从单一的群体预防发展成为全社会的综合性预防,由单一的由卫生部门、政府负责发展成为个人负责的主动预防。因而,第二次卫生革命是以预防慢性非传染性疾病为主,针对心脑血管疾病、恶性肿瘤、意外伤害等而采取的预防措施。并通过综合卫生措施,发展早期诊断技术,加强疾病监控特别是与其密切相关的危险因素的控制。改善生活环境,提倡健康的生活行为方式,通过各种途径开展健康促进与健康教育活动,降低慢性非传染性疾病发病率和死亡率。

三、医学模式与健康观

(一) 医学模式 医学模式(medical model)是人类健康观、疾病观、死亡观等医学观念的概括。不同的历史阶段有着不同的医学模式,反映不同时期医学的特征、趋向、水平和目标。生物医学模式对医学的发展起过重大的推动作用,但它只是注重了人的生物属性而忽略了人的社会属性。随着社会的进步、医学的发展,逐渐地暴露出其局限性。当今医学模式已由生物医学模式向生物—心理—社会医学模式(bio-psycho-social medical model)转变。同时,医学模式的转变也为推动预防医学的发展发挥了巨大的作用。使现代预防医学从单纯的病因预防扩大到多因素的综合性预防。

新的医学模式对预防医学理论产生了深远的影响,传统的预防医学认为影响健康的主要因素是生物因素、化学因素和物理因素,而新的医学模式使预防医学对影响健康因素的研究扩展到社会—心理因素以及不良生活方式和不良行为对心脑血管疾病、溃疡病、恶性肿瘤及精神病等疾病的影响,使保护和促进健康的理论研究跨入了一个崭新的历史阶段。

(二) 新健康观 人类对健康的认识是随着医学的发展和时代的进步而逐步完善的,为此,WHO在宪章中对健康的定义如下:“健康不仅仅是没有疾病和虚弱,而是在身体上、精神上和社会适应能力方面的完好状态(Health is a state of complete, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity)”。即要求每个人所具备的体魄、精神和智能等都应与其所处的年龄、社会环境及地域相称,并能保持彼此之间的平衡状态。其功能和对环境各种因素的变化适应能力都处在正常范围内。健康是一个动态的概念,影响健康的因素随时存在于我们的环境中。从健康到疾病是一个连续的过程,二者之间并没有明显的界限。当前,影响健康的因素主要有环境因素、行为生活方式、医疗卫生服务,生物遗传因素等。这些因素相互影响、相互制约,为此,世界卫生组织(WHO)又提出了具体的十项衡量的指标,即:① 身体健康,能够应

付日常的工作与学习;② 皮肤有弹性,体态匀称,体质量适宜;③ 头发色泽正常,牙齿无空洞;④ 牙齿清洁,无缺损、无疼痛,牙龈色正常、无出血;⑤ 具有一定的抵抗力,能够抵御一般疾病的侵害;⑥ 处事乐观、态度积极,乐于承担任务;⑦ 善于休息,睡眠良好;⑧ 应变能力强,能适应各种环境的各种变化;⑨ 眼睛明亮、反应敏锐,眼睑不发炎;⑩ 肌肉、皮肤富有弹性,走路轻松。

四、公共卫生措施与三级预防

(一) 公共卫生措施 预防医学是公共卫生措施的理论 and 实践基础。没有预防医学的理论指导,公共卫生就成为无源之水;而没有公共卫生实践,预防医学就如同纸上谈兵。但公共卫生范围更广泛,它需要医学以外各学科的知识 and 技能,如工程学、社会学、心理学、教育学、经济学、法学等;它还涉及卫生方法及其执行 and 有关的行政管理以贯彻防制措施。一般将公共卫生措施分为以下四类:

1. 预防性卫生服务

① 计划生育;② 妇幼卫生;③ 免疫接种;④ 老年卫生,如原发性高血压、心、脑血管病及其他慢性病预防;⑤ 改进医疗卫生服务。

2. 预防疾病(保护健康)

① 传染病和地方病的控制及监测;② 环境中有害因素的控制;③ 职业安全与卫生;④ 意外伤害预防及急诊服务。

3. 健康促进 通过健康教育,改变个人不良卫生行为,人人实行自我保健,达到

① 控制吸烟;② 控制酗酒;③ 杜绝吸毒和药物滥用;④ 合理营养;⑤ 体育锻炼和体力适应;⑥ 合理的生活规律;⑦ 减少精神紧张。

4. 卫生服务研究

① 卫生统计资料的收集和分析;② 卫生机构管理研究;③ 医学教育改革和人员培训。

(二) 三级预防

公共卫生措施通过不同级别的预防在全体人群中得以实施,统称为三级预防(three levels of prevention)。

1. 第一级预防(primary prevention)又称病因学预防。这是为了避免疾病危险性的增加,而从全球性预防战略和各自政府策略及政策角度考虑,建立和健全社会、经济、文化等方面的措施。我国为防止环境污染,根据“全面规划、合理布局、综合利用、化害为利、依靠群众、大家动手、保护环境、造福人民”的方针,制定和颁发了一系列环境质量规程 and 环境中有害因素卫生标准及管理办法。同时,根据保护环境方针,采取具体的保护大气、土壤、作物、水源、食品等的措施,以减少因环境污染而造成的危害。另外,积极开展针对机体的措施。机体的状态对疾病的发生发展有很大影响,必须:① 开展健康教育,使人人讲究卫生,锻炼身体,增强体质,提高机体抗病能力;② 有系统、有组织地进行预防接种,提高人群免疫水平;③ 做好婚前检查工作,禁止近亲结婚,以预防遗传性疾病;④ 做好妊娠期和儿童期的卫生保健工作,特别重视致癌因素在预防肿瘤发病上的重要意义;⑤ 慎重使用任何医疗措施和药品,预防医源性致病因素的危害。

2. 第二级预防 (secondary prevention) 也称发病学预防或临床前期预防,即在疾病的临床前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防工作,以预防疾病的发展和恶化,防止复发或变为慢性病等。慢性病多是致病因素长期作用的结果,而且疾病的发展过程较长。子宫颈癌从原位癌发展到浸润癌可以长达十几年,一般也要 5~8 年。早期发现的具体办法有普查、筛检、定期健康检查、高危人群重点项目检查以及设立专科门诊等。达到“三早”的最根本办法是宣传,提高医务人员诊断水平,发展微量检测技术和敏感的诊断方法等。对某些疾病如有可能逆转、停止或延缓其发展,则早期检测和预防性体格检查更为重要。对于传染病,早期发现和诊断有助于患者得到隔离、治疗,防止和减少周围人受感染的可能性。传染病诊断确定(或疑似诊断)后,迅速向当地卫生防疫机构(站)做传染病报告(疫情报告),这也是第二级预防的重要内容。对于不良的生活环境(特别是空气、土壤、水和食物的化学性、物理性和生物性污染)和职业环境中存在的有害因素,则更需通过环境监测,掌握这些环境因素对人体健康影响的规律,提出改善环境的卫生要求及其理论依据。

3. 第三级预防 (tertiary prevention),即临床预防。对已患某些病者,及时有效治疗,防止病情恶化。对慢性病患者则通过医学监护,减少疾病的不良作用,预防并发症和伤残;对已丧失劳动力或残废者通过康复医疗,能参加社会活动并延长寿命。

对不同类型的疾病,有不同的三级预防策略。预防接种作为控制一些传染病的措施,已成为第一级预防的典范。但实际上,多数疾病,不管其病因是否明确,都应强调第一级预防。有些疾病,病因明确而且是人为的,如职业因素所致疾病、医源性疾病,则控制其发生更具主动性,只要措施得当,应当较易奏效。有些疾病的病因是多因素的,则要按其特点,通过筛检,及早诊断和治疗会使预后较好,如心脑血管病、代谢性疾病,除了解其危险因素,致力于第一级预防外,还应兼顾第二和第三级预防。

不论哪一个国家,临床工作的医务人员总是在医疗卫生队伍中占大多数,他们在贯彻三级预防中是主体。如何在临床医学学生中开展以社区为导向的预防医学教育,提高医学生预防保健能力,弥合临床医学与预防医学之间的“裂痕”,是今后医学教育尤其是非预防医学专业预防医学教育的主要任务。

五、预防医学与临床预防

纵观近十年的医学发展历程,随着社会的不断发展,人民生活水平的提高,人类疾病谱的改变,人们的健康观念也发生相应的变化。WHO 已将“2000 年人人享有健康”扩展成为 21 世纪的预防卫生保健工作。工作重点由获得健康转向主动的健康促进与健康保护。现代的预防观念也从单纯的病因预防发展成为全方位的三级预防。预防医学的主要任务也从以预防急、慢性传染病为主的广泛性免疫接种和群众性的爱国卫生运动,转向以预防慢性非传染性疾病的个体与群体预防相结合为主的预防保健。预防的责任也从政府、社会负责的被动预防转向个人主动负责为主的主动预防。现代预防医学应包括健康促进、特异性保护、限制残疾的发生等多个层次的内容,而单纯地依靠公共卫生医师很难顺利实施这些内容。在当前的预防医学和临床医学教育处于脱节和

分离状态,随着居民自我保健意识的提高,不仅要求在有病的时候能得到及时的治疗,而且要求在治疗的同时获得预防保健知识,以提高自我保健的能力。因而,预防医学与临床医学的结合是社会发展的需要。临床医生在其特定的环境下,适时的开展临床预防服务是预防医学今后的发展趋势。临床预防的意义在于它主要是针对慢性非传染性疾病开展的预防,强调临床医生应发挥的作用。

临床预防 (clinical prevention) 又称为个体预防 (individual prevention), 是预防医学重要的组成部分。临床预防医学是随着医学模式的转变而形成的一门新学科, 它不仅是预防医学的重要组成部分, 也是临床医学的组成部分。它是通过临床环境对导致疾病的危险因素进行评价和预防, 即在临床环境下的一级预防和二级预防。在具体预防措施上, 更注意强调纠正人群生活的不良习惯, 推行临床与预防一体化的卫生服务。临床预防的特征是以临床医务工作者为主体, 在临床环境中开展的防治结合的综合性医疗卫生服务; 主要是针对慢性病的临床个体化预防, 强调社会、家庭和患者共同参与, 注重第一级预防与第二级预防的结合, 并且是以个人主动负责为主的预防。临床预防与预防医学相比更多的使用临床医学的方法与手段, 针对个体进行预防服务, 很少使用群众运动来达到目的。临床医务工作者在医疗服务过程中, 针对就医者存在的主要卫生问题开展个体化的健康咨询, 提出个体化的健康“处方”, 可以有效地减少慢性非传染性疾病的发生。

六、全球卫生战略

在当今世界, 人类健康已成为衡量一个国家社会进步的重要标志之一。预防保健策略的目的是为了提高人类的健康素质, 而保护和增进人的健康对社会进步和经济的持续发展又具有重要的作用。

(一) 全球卫生战略目标 战略目标是指一个组织在实现其预定目标过程中所要遵循的行动方针。世界卫生组织 (WHO) 在其宪章中宣告: “享受最高标准的健康是每个人的基本权利之一”。WHO 从 20 世纪 70 年代开始进行了广泛的调查分析, 发现世界上一些国家居民的生存条件恶劣, 全世界 154 个国家中, 有 70 多个国家的人均期望寿命不到 55 岁, 有 50 个国家的婴儿死亡率在 100‰ 以上, 发展中国家大约只有不到三分之一的人口能够得到清洁的饮用水; 传染病、寄生虫病流行, 心脑血管疾病、癌症等发病率上升, 意外事故发生率上升; 文化教育不普及; 社会经济发展不平衡; 卫生资源分配不合理; 人口剧增和老龄化, 都将带来沉重的负担。针对上述状况, WHO 明确了以下观点: 卫生工作的重点应从大城市、大医院转移到农村基层; 应当从治疗疾病为主转移到预防疾病为主; 应当从为少数人服务转移到为大多数人服务。WHO 并对我国农村卫生工作中针对上述问题的策略进行了考察, 从我国农村卫生工作经验中受到了启发, 提出了使人人得到保健服务的设想, 并使之成为 WHO 各成员国的共同行动。1977 年第 30 届世界卫生大会决定: “各国政府和世界卫生组织的主要卫生目标应该是: 到 2000 年使世界所有的人民在社会和经济方面达到生活得有成效的那种健康水平”, 提出了“2000 年人人健康” (Health for All by the Year 2000) 的战略目标。以后我国更确切地译为

“2000 年人人享有卫生保健”。1998 年 WHO 针对全球卫生保健的现状,将“2000 年人人享有卫生保健”扩展成为 21 世纪的预防卫生保健工作。认为 21 世纪人人享有卫生保健将为全世界各国人民在其整个一生实现最高健康水平创造条件。

WHO 提出的“21 世纪人人享有卫生保健”的战略目标旨在改变卫生资源分配严重不公的局面,缩小有卫生保健和无卫生保健的差距,使人人享有预防保健,目标的重点是针对发展中国家人民人人能够得到最低限度的卫生保健服务。其具体含义是:

1. 人们在工作和生活场所都能保持健康。
2. 人们将运用更有效的办法预防疾病,减轻不可避免的疾病和伤残带来的痛苦,并且顺利地进入成年、老年,健康地度过一生。
3. 在全体社会成员中均匀地分配一切卫生资源。
4. 所有个人和家庭,通过自身充分地参与,将享受到初级卫生保健。
5. 人们将懂得疾病不是不可避免的,人类有力量摆脱可以避免的疾病。

(二) 全球卫生指标 为了实施 21 世纪人人享有卫生保健的全球策略,监测和评价全球卫生目标的实现程度,在广泛征求各会员国和专家的意见后,对全球最低限度指标进行了修订,经修订的全球卫生目标有下列十二项:

1. 人人享有卫生保健策略,作为官方最高一级的政策,即以国家元首发表宣言的形式承担义务;平均分配资源;社区积极参与,为国家卫生发展建立一套适宜的组织机构和管理程序。

2. 已经建立或加强吸收人民参加策略实施工作的机构,让人民提出要求与希望,各政党和社团的代表,如工会、妇女组织、农民或其他团体能够积极参加;卫生事业的决策权充分下放到各个行政级别。

3. 至少有 5% 国民生产总值用于卫生事业。

4. 有一个适当比例的卫生经费用于初级卫生保健,包括社区保健、卫生保健中心、诊疗所等。“适当比例”,将通过国家调查得出。

5. 资源分配公平,即在不同人群或地区中,在城市和农村,按人口的卫生经费,从事初级卫生保健的人员及设施的分配大体相同。

6. 人人享有卫生保健的策略明确。资源分配具体,需要外部资源而又获得较富裕国家支持的发展中国家数。

7. 全体居民享有初级卫生保健,至少达到:

- (1) 在家中或步行 15 min 的距离之内有安全水,在家中或邻近地方有适当的卫生设施。

- (2) 做抗白喉、破伤风、百日咳、麻疹、脊髓灰质炎和结核的免疫接种。

- (3) 要有经过培训的人员接生,以及至少 1 岁内的儿童得到保健服务。

8. 儿童的营养状况相当于

- (1) 至少 90% 新生儿的出生体质量达到 2 500 g 以上。

- (2) 至少 90% 儿童体质量符合平均数 ± 2 个标准差。

9. 每千名活产婴儿死亡在 50 以下。
10. 出生平均期望寿命在 60 岁以上。
11. 成年男女受教育比例超过 70%。
12. 每人平均国民生产总值超过 500 美元。

(梁万年)