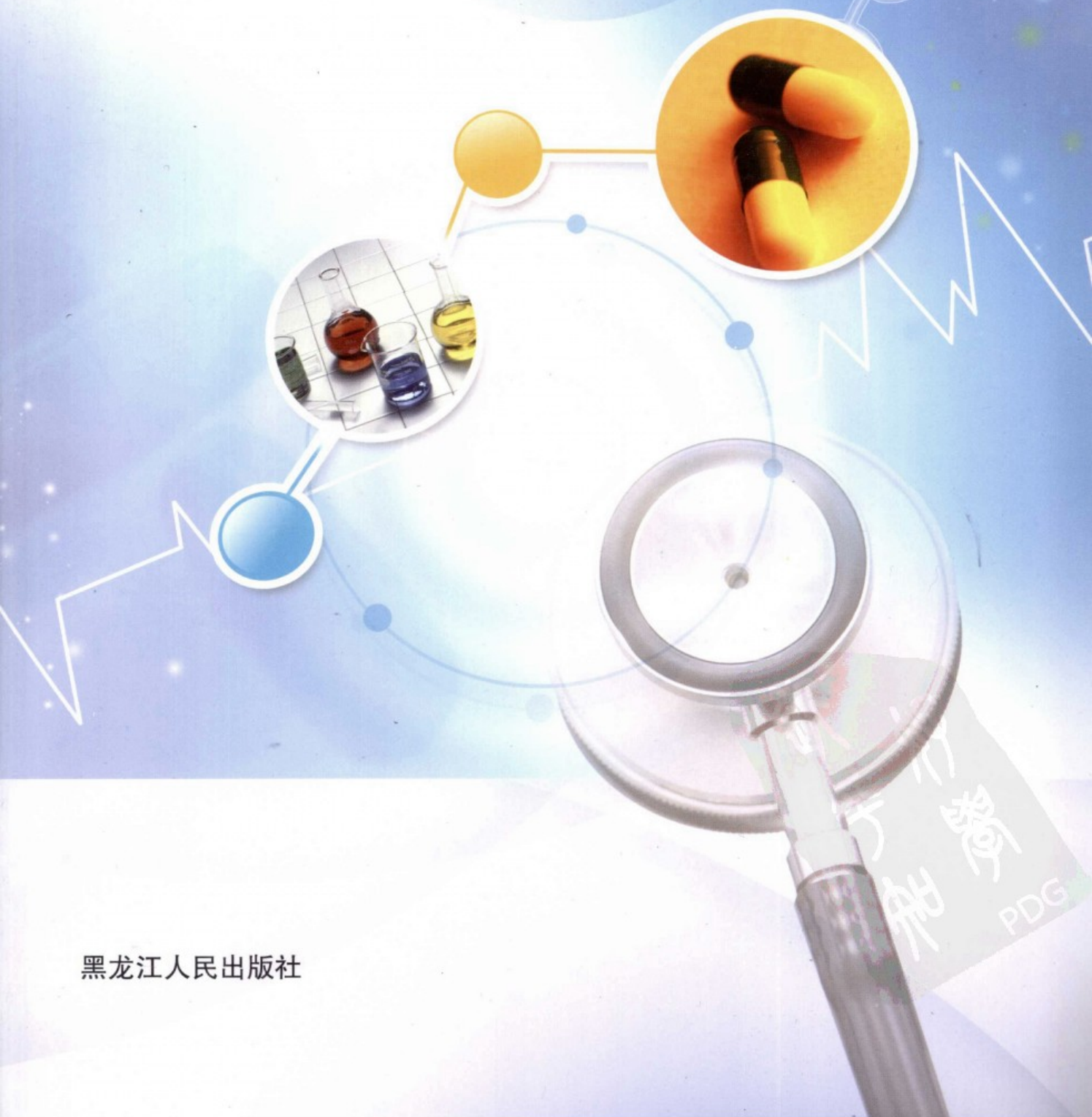


实用医学概论 (上)

Shiyong Yixue Gailun

主编 沈 革 张文华 陈立新



黑龙江人民出版社

PDG

前 言

随着社会经济发展和人民生活水平的提高,人们健康观念和生活方式发生了明显转变。“生物—社会—心理—环境”医学模式的建立,改变了以往医学只重视“病”而忽视“人”的诊疗预防方法。以人为本,人与自然和谐共存的科学发展观,以及疾病防治战略“前移”和重点“下移”,为医药发挥整体观、辨证观、个体化诊疗的优势创造了机遇。同时,人们对医疗服务和卫生保健的要求越来越高,建立和谐社会、人们安居乐业和健康长寿已成为当今社会的美好向往。但是,我们在享受现代物质文明和精神文明的同时,也面临着突如其来的疾病甚至突发灾害性事件的威胁,因此,如何做好防病治病工作摆在了我们面前。而《实用医学概论》一书正是为实现这一目标而作的尝试。

参加本书编撰的人员既有专职从事疾病控制、临床医疗、临床护理工作的,还有从事医药学、检验学和卫生学等研究工作的人员,可以说是人才荟萃。

本书分为总论、临床医学和护理学三部分。在总论中以疾病预防、医学诊断技术为主线,包括了临床检查、临床病理学检查等。此外,本书也注意了整体化,涵盖了内科学、外科学、妇产科学、儿科学等主要临床学科。并以常见病、多发病为重点,适当介绍近年来临床医学领域中的新进展和新病种,着重介绍有关诊断的知识,简要讲述治疗原则。根据坚持大力发展社区卫生服务,构建以社区卫生服务为基础的医疗卫生服务体系的重要方针,所以又包括了社区护理的新思路、新特色。护理要点以切合临床医学专业的需要。

由于本书参考资料较多,不能一一列举,在此对原作者表示感谢。对于书中不足之处,望广大读者和同仁批评指正,以利再版时予以修改、补充与完善。

《实用医学概论》编委会

主 编	沈 革	张文华	陈立新		
副 主 编	关卫民	徐 萍	杨文臣	黄雪峰	吴 敏
	张春红	贾 英	周 昕	朱艳萍	李 娜
	李 平	孙晶莹	李艳梅	朱靖玲	丁国旭
	李东明	王 安	张淑丽	马文艳	

编写人员 (按姓氏笔画为序)

丁国旭	丁月波	王晓华	王世伟	王永琴	王晓辉
王 安	王丽华	马文艳	尹艳华	白海芳	白玉琦
关卫民	冯金玲	乔洪旺	许金善	刘从苇	刘 涛
刘丽芳	朱文霞	朱靖玲	朱艳萍	李加臣	李伟华
李东明	李香兰	李 娜	李 新	李艳梅	李风光
李 平	邢艳芳	孙洪刚	孙晶莹	张文华	张淑丽
张学军	张亚良	张滨蓉	张春红	沈 革	怀丽梅
陈立新	陈长福	吴 敏	赵凤云	赵 强	郑德坤
邵海云	周 晶	周晔明	周 昕	周 群	周长贵
回 颖	杨文臣	徐 萍	徐显芹	徐野航	姜永君
胡 宇	胡瑶瑛	孟宪涛	姚剑明	梁立春	韩莉丽
韩 菊	崔丽丽	崔新宇	宫晓晶	魏玉良	柴凤娟
鲁云钢	黄雪峰	贾 英	董晓茹	常洪久	葛云平
潘锡平					

参加本书编写的人员及分工:

常洪久(龙江县疾病预防控制中心)编写第一篇第一章第一节、第二节、第三节;
陈立新(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第一篇第一章第四节;
黄雪峰(齐齐哈尔市结核病防治院)编写第一篇第二章第一节;
赵 强(齐齐哈尔市五官医院)编写第一篇第二章第二节一至五;
姚剑明(齐齐哈尔市中医院)编写第一篇第二章第二节六至八、第三节一至四;
徐野航(齐齐哈尔医学院附属第二医院)编写第一篇第二章第三节五至十一、第四节至第七节;
丁国旭(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第一篇第三章;
刘从苇(黑龙江省农垦总局齐齐哈尔分局中心医院)编写第一篇第四章;
魏玉良(克山县第一人民医院)编写第一篇第五章;
吴 敏(齐齐哈尔市第一医院)编写第一篇第六章第一节至第五节的一至三;
张春红(齐齐哈尔市第一医院)编写第一篇第六章第五节的四至七、第六节、第七节;
韩 菊(伊春市中医院)编写第一篇第六章第八节;
孙洪刚(齐齐哈尔市第一医院)编写第一篇第六章第九节、第十节;
怀丽梅(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第二篇第一章第一节、第二节、第三节;
周 昕(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第一章的第四节、第五节的一;
李 平(讷河市疾病预防控制中心)编写第二篇第一章第五节的二、第六节、第七节;
尹艳华(齐齐哈尔市铁锋区医院)编写第二篇第一章第八节;
柴凤娟(黑龙江省农垦总局齐齐哈尔分局中心医院)编写第二篇第二章第一节、第二节的一至六;
朱艳萍(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第二章第二节的七至九、第三节至第五节;
李 新(齐齐哈尔市建华区医院)编写第二篇第三章的第一节、第二节、第三节、第四节;
李 娜(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第三章的第五节、第六节的一、二;
周晔明(齐齐哈尔市铁锋区医院)编写第二篇第三章的第六节的三至六、第七节的一、二;
李东明(齐齐哈尔和平医院)编写第二篇第三章的第七节的三至九、第八节、第九节的一;
朱文霞(克山农场职工医院)编写第二篇第三章的第九节二至四、第十节;
崔新宇(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第二篇第四章;
回 颖(讷河市疾病预防控制中心)编写第二篇第五章;
邵海云(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第六章第一节、第二节的一至三;
杨文臣(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第六章第二节的四至六、第三节、第四节;
丁月波(黑龙江省甘南县查哈阳农场职工医院)编写第二篇第七章的一至六节;
王丽华(黑龙江省农垦总局齐齐哈尔分局中心医院)编写第二篇第七章的七、八节;
周 群(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第二篇第八章;
徐 萍(牡丹江市疾病预防控制中心)编写第二篇第九章;
王 安(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第二篇第十章;
董晓茹(齐齐哈尔医学院附属第四医院)编写第二篇第十一章;
孟宪涛(安达市医院)编写第二篇第十二章;
张文华(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第二篇第十三章;
姜永君(齐齐哈尔市公安医院)编写第二篇第十四章第一节的一至六;
李加臣(齐齐哈尔市解放门医院)编写第二篇第十四章第一节的七至十四、第二节一至三;
胡 宇(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第十四章第二节的四、第三节、第四节的一;

郑德坤(齐齐哈尔和平医院)编写第二篇第十四章第四节二至五、第五节、第六节的一;

周长贵(齐齐哈尔和平医院)编写第二篇第十四章第六节二、第七节、第八节、第九节、第十节的一至二;

王晓华(龙镇农场职工医院)编写第二篇第十四章第十节的三至五、第十一节;

王世伟(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第十五章;

关卫民(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第二篇第十六章第一节至第三节的一至四;

刘涛(齐齐哈尔医学院附属第二医院)编写第二篇第十六章第三节五、六和第四节至第九节;

李风光(哈尔滨市道外区南马社区卫生服务中心)编写第二篇第十七章第一节的一至三;

张学军(黑龙江省农垦总局齐齐哈尔分局中心医院)编写第二篇第十七章第一节的四和第二节至第五节;

乔洪旺(齐齐哈尔和平医院)编写第二篇第十七章第六节至第八节;

陈长福(克山县克山镇卫生院)编写第二篇第十七章第九节、第十节;

张亚良(齐齐哈尔市公安医院)编写第二篇第十八章;

朱靖玲(齐齐哈尔和平医院)编写第二篇第十九章第一节至第三节;

王永琴(齐齐哈尔医学院附属第二医院)编写第二篇第十九章第四节;

孙晶莹(齐齐哈尔市第一医院)编写第二篇第二十章第一节至第五节、第六节的一;

李伟华(齐齐哈尔市梅里斯区梅里斯乡医院)编写第二篇第二十章第六节的二至七、第七节、第八节;

鲁云钢(齐齐哈尔市第一医院分院)编写第二篇第二十章第九节至十一节;

李艳梅(齐齐哈尔和平医院)编写第二篇第二十章第十二节至十三节;

贾英(齐齐哈尔和平医院)编写第三篇第一章;

邢艳芳(齐齐哈尔市第一医院)编写第三篇第二章第一节的一至四;

赵风云(齐齐哈尔市第一医院)编写第三篇第二章第一节的一至六和第二节的一至六;

白玉琦(齐齐哈尔大学卫生所)编写第三篇第二章第二节的七至十二和第三节的一至六;

刘丽芳(齐齐哈尔市第二社会福利院)编写第三篇第二章第三节七至十和第四节、第五节;

张滨蓉(齐齐哈尔市第一医院)编写第三篇第二章第六节的一至八;

许金善(齐齐哈尔市第一医院)编写第三篇第二章第六节的九;

崔丽丽(齐齐哈尔市公安医院)编写第三篇第三章第一节的一、二;

葛云平(齐齐哈尔和平医院)编写第三篇第三章第一节的一至五和第二节的一至五;

宫晓晶(齐齐哈尔市公安医院)编写第三篇第三章第二节的六至十三;

白海芳(齐农垦分局中心医院)编写第三篇第三章第二节的十四至二十一;

冯金玲(齐农垦分局中心医院)编写第三篇第三章第二节的二十二和第三节;

周晶(齐农垦分局中心医院)编写第三篇第三章的第四节、第五节;

梁立春(齐农垦分局中心医院)编写第三篇第三章第六节的一至十;

李香兰(齐农垦分局中心医院)编写第三篇第三章第六节的十一、十二和第七节的一至六;

徐显芹(黑龙江省农垦总局齐齐哈尔分局中心医院)编写第三篇第三章第七节七至十八;

韩莉丽(黑龙江省农垦总局齐齐哈尔分局中心医院)编写第三篇第四章第一节至第三节;

王晓辉(齐农垦分局中心医院)编写第三篇第四章第四节至第七节;

胡瑶瑛(哈尔滨市穆斯林医院)编写第三篇第四章第八节至第十一节;

潘锡平(齐齐哈尔医学院附属第二医院)编写第三篇第五章;

张淑丽(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第三篇第六章第一节至第五节;

马文艳(齐齐哈尔医学院附属第三医院)编写第三篇第六章第六节至九节。

目 录

第一篇 总 论

第一章 疾病预防与控制	(1)
第一节 预防医学的工作方向	(1)
第二节 疾病监测	(4)
第三节 疾病隐患控制	(9)
第四节 医院感染	(13)
第二章 X 线检查	(31)
第一节 X 线检查技术	(31)
第二节 骨、关节系统疾病 X 线诊断	(42)
第三节 呼吸系统疾病 X 线诊断	(59)
第四节 心脏大血管系统 X 线诊断	(72)
第五节 乳腺疾病	(73)
第六节 消化系统疾病	(75)
第七节 泌尿系统	(75)
第三章 介入治疗	(78)
第一节 概述	(78)
第二节 疾病介入治疗	(85)
第四章 临床病理学检查	(96)
第一节 细胞和组织适应、组织的损伤、组织的修复	(96)
第二节 局部血液循环障碍	(101)
第三节 炎症	(102)
第四节 肿瘤	(106)
第五章 临床检验	(108)
第一节 血液学检测	(108)
第二节 尿液、粪便检测	(113)
第三节 体液检测	(115)
第四节 临床生物化学检测	(117)

第六章 临床用药 (120)

第一节 临床药理学 (120)

第二节 合理用药 (122)

第三节 妊娠期及哺乳期用药 (128)

第四节 老年病人合理用药 (131)

第五节 常见疾病的合理用药 (133)

第六节 麻醉药品的合理应用 (143)

第七节 不合理用药 (146)

第八节 中药的合理应用 (149)

第九节 药物不良反应 (160)

第十节 药物中毒 (164)

第二篇 临床医学

第一章 呼吸病 (179)

第一节 症状与检查 (179)

第二节 急、慢性气管-支气管炎和上呼吸道感染 (181)

第三节 气流阻塞性疾病 (184)

第四节 肺部肿瘤 (191)

第五节 肺部感染性疾病 (198)

第六节 慢性肺源性心脏病 (211)

第七节 肺结核 (213)

第八节 呼吸系统危重症 (220)

第二章 消化系统疾病 (233)

第一节 胃部疾病 (233)

第二节 肠道疾病 (239)

第三节 肝胆疾病 (247)

第四节 胰腺疾病 (256)

第五节 腹膜炎 (260)

第三章 心血管内科疾病 (264)

第一节 概述 (264)

第二节 心脏骤停与心源性猝死 (271)

第三节 心源性休克 (275)

第四节 感染性心内膜炎 (279)

第五节 心律失常 (281)

第六节 冠心病 (290)

第七节 高血压 (306)

第八节 心脏瓣膜病 (318)

第九节 心肌疾病 (327)

第十节 心包炎 (332)

第四章 血液系统	(342)
第一节 概述	(342)
第二节 营养性贫血	(343)
第三节 再生障碍性贫血	(347)
第四节 溶血性贫血	(351)
第五节 白血病	(358)
第六节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(369)
第七节 嗜酸粒细胞增多症	(371)
第八节 传染性单核细胞增多症	(373)
第九节 骨髓增殖性疾病	(375)
第十节 血小板减少性紫癜	(380)
第十一节 血栓性血小板减少性紫癜	(382)
第十二节 血管性紫癜	(383)
第五章 泌尿系统疾病	(386)
第一节 肾脏病的常见症状	(386)
第二节 泌尿系统感染	(388)
第三节 慢性肾功能不全	(391)
第四节 急性肾衰竭	(394)
第五节 肾小球肾炎	(396)
第六章 神经系统疾病	(398)
第一节 周围神经疾病	(398)
第二节 脑血管疾病	(409)
第三节 癫痫	(424)
第四节 肌肉疾病	(427)
第七章 内分泌系统及代谢性疾病	(434)
第一节 垂体瘤	(434)
第二节 甲状腺功能减退症	(435)
第三节 原发性醛固酮增多症	(436)
第四节 库欣综合征	(437)
第五节 甲状腺功能亢进症	(439)
第六节 糖尿病	(441)
第七节 低血糖症	(446)
第八节 肥胖病	(447)
第八章 内科急诊	(458)
第一节 急诊医学概念	(458)
第二节 咯血	(459)
第三节 支气管哮喘	(461)
第四节 慢性阻塞性肺疾病	(462)
第五节 慢性肺源性心脏病	(464)
第六节 肺血栓栓塞症	(465)

第七节 上消化道出血	(467)
第八节 肝性脑病	(469)
第九节 急性心力衰竭	(470)
第十节 急性冠状动脉综合征	(471)
第十一节 高血压急症处理	(473)
第九章 职业病	(477)
第一节 概述	(477)
第二节 职业病诊断与治疗	(479)
第十章 传染病	(489)
第一节 概述	(489)
第二节 病毒性肝炎	(490)
第三节 肝硬化	(503)
第四节 病毒性感染	(507)
第五节 立克次体感染	(511)
第六节 衣原体、支原体感染	(512)
第七节 细菌性感染	(514)
第十一章 精神病	(517)
第一节 概述	(517)
第二节 精神障碍的检查与诊断	(519)
第三节 精神疾病常见症状	(521)
第四节 器质性精神障碍	(525)
第五节 精神活性物质和非成瘾性物质所致精神障碍	(528)
第六节 精神分裂症	(529)
第七节 心境障碍	(530)
第八节 神经症	(532)
第九节 癔症	(532)
第十节 人格障碍与心理治疗	(533)
第十二章 儿科疾病	(535)
第一节 新生儿疾病	(535)
第二节 营养性疾病	(540)
第三节 感染性疾病	(542)
第四节 先天性心脏病	(543)
第五节 病毒性心肌炎	(545)
第十三章 麻醉	(547)
第一节 麻醉前准备	(547)
第二节 麻醉病人的监测及并发症处理	(552)
第三节 全身麻醉	(557)
第四节 椎管内麻醉	(560)
第五节 局部麻醉	(562)
第六节 专科麻醉	(563)

第一篇 总 论

第一章 疾病预防与控制

第一节 预防医学的工作方向

一、全球卫生战略目标

1. 人人享有卫生保健的概念

保护和促进健康,不仅是卫生事业的根本任务,也是国家和世界发展的重要社会目标。如何发展社会卫生事业,使人人得到基本卫生服务,提高人类健康水平,这是摆在各国政府和世界卫生组织面前的严峻任务。1977年第二十届世界卫生大会确立了“2000年人人享有卫生保健”全球卫生战略目标。这一目标的提出,标志着全球卫生工作进入了一个新的发展时期。1988年第四十一届世界卫生大会再次声明人人享有卫生保健将作为2000年以前及以后年代的一项永久性目标。

根据世界卫生组织的定义,人人享有卫生保健是“使世界上所有的人都达到在社会和经济生活两方面富有成效的那样一种健康水平”,即人们都能够有成效地工作、学习,能够积极参加所在社区的社会活动。通俗的说法是“人人健康”。

“人人享有卫生保健”不是指医护人员将为世界上每一个人治疗其全部已有的疾病,也不是指不再有人生病或成为残疾。它指的是:卫生保健进入家庭、学校、工厂和社区;人们运用更好的方法去预防疾病,减轻不可避免的疾病和伤残的痛苦;人们健康地度过婴幼儿、儿童、青壮年和老年期,在平静温馨中告别人世;不同国家、地区或人群间,能均匀地分配卫生资源;通过所有个人和家庭的充分参与,使他们在能接受和能提供的范围内,享受到基本卫生保健;它还指人们懂得疾病是可以预防的,自己有力量摆脱疾病的桎梏,来创造自己和家庭的健康和幸福的生活。

世界卫生组织的《组织法》规定,该组织的目标是“使全世界人民达到最高可能的健康水平”。所以,“人人享有卫生保健”不是一个单一的、有限的目标,它是一个使人民健康逐步改善的过程,是一个开放性的永恒的目标。

2. 21世纪人人享有卫生保健

面向21世纪,WHO根据世界卫生状况进展及21世纪面临的社会卫生问题,进一步提出了21世纪的世界卫生目标是:①使所有的人增加健康生活的时间,缩小各社会群体之间的健康水平方面的差距;②保证大多数人能得到质量符合要求的基本医疗保健服务,包括老年人的医疗及康复服务;③确保儿童生存及健康教育,使5岁以下儿童死亡率不超过70%;④改善妇女健康与福利,降低孕产妇死亡率。所有孕产妇得到系统的围生期保健及新法接生,高危妊娠能获得及时转诊服务;⑤所有个人及夫妇得到计划生育服务,预防过早、过密、过晚或过多妊娠,保证人口健康发展;⑥在疾病防治方面,做到根除脊髓灰质炎及麦地那农线虫病,基本消灭麻疹、破伤风,有效控制疟疾、结核、乙型肝炎、冠心病及癌症,减少性传播疾病;⑦通过适当预防和康复措施,减少可以避免的残疾;⑧继续改善现有的营养状况;⑨使人普遍享有安全、健康的环境与生活条件;⑩促进所有人保持健康生活方式与健康行为。

二、中国卫生事业发展策略

1. 总目标

(1) 积极推行区域卫生规划,改革城市卫生服务体系,发展社区卫生服务,深入开展农村初级卫生保健,逐步形成不同层次、布局合理、具有综合功能的卫生服务网络,缩小地区之间卫生服务的差异。

(2) 建立和完善适合我国国情的、多种形式的医疗保险制度。加快公费、劳保医疗制度改革,建立城镇职工基本医疗保险制度;扩大合作医疗和健康保险等多种形式的农村医疗保障制度覆盖面,使绝大多数居民都能得到基本的卫生服务。

(3) 基本控制已有有效预防和治疗手段的疾病。进一步降低传染病、寄生虫病、地方病对人民健康的威胁。对慢性非传染性疾病逐步开展针对危险因素的综合防治。

(4) 加强妇幼保健工作,提高妇幼保健工作水平,做好婚前保健服务,基本普及妇女和儿童系统保健管理。

(5) 建立和完善包括食品、饮用水、化妆品、儿童用品、生活日用化学品、消毒器械、置入人体内的特殊装置(人造器官等)等制品以及生产、生活、学习、娱乐等场所以及医疗服务等的综合卫生执法监督体系,保障人民的健康权利。

(6) 大力开展健康教育,普及基本卫生知识,使城乡居民逐步养成良好的卫生习惯;继续改善饮水卫生和环卫设备。

(7) 积极推进医疗机构的配套改革,严格管理,促进医疗服务质量与效率的提高。

(8) 建立起以政府负责、群众参与、部门协调、法制保障为基本特征的卫生工作体系建立与社会主义市场经济体制相适应的筹资和运行机制。

2. 卫生发展战略

为实现上述卫生发展目标和任务,从我国国情和社会经济发展实际出发,今后十几年,我国卫生发展基本战略为:以满足人们的健康需求为导向,以提高人民健康水平为中心,突出农村卫生、预防保健和中医药3个战略重点,按照公平与效率兼顾的原则,强化基本卫生服务和卫生监督管理工作,推行区域卫生规划,走以内涵发展为主、内涵与外延发展相结合的道路。

在卫生事业发展模式上,要从扩大规模为主转到提高卫生服务质量与效率为主。改革体制,调整结构,优化资源配置,建立与社会主义市场经济相适应的卫生服务运行机制,提高卫生服务综合效益。

在卫生事业重点选择上,要把农村作为卫生工作的长期战略重点。加强农村卫生工作,积极稳妥地发展和完善合作医疗制度,实现初级卫生保健规划目标。

在卫生服务力量发展上,把现代医学和传统医学放在同等重要的地位,坚持中西医并重,中西医结合,协调发展。要大力培养全科医生和学科带头人,提高卫生队伍素质,增强防病治病能力。

在卫生服务模式上,按照生物—心理—社会医学模式转变要求,改革卫生服务方式,面向人群、面向家庭,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。

在区域卫生发展格局上,从各地区经济、社会文化发展不平衡的实际出发,强化行业管理和对基本卫生服务的调控,积极推动区域卫生规划,提高区域内卫生服务系统整体职能。鼓励经济、文化发达地区的城市率先进行卫生改革探索。同时,要积极采取多种措施,支持贫困地区卫生事业发展,普及基本卫生服务,努力缩小不同地区人群健康和卫生状况的差异。

在卫生发展的基本措施上,继续依靠科技与教育、改革政策、完善法制、增加投入和强化管理为基点,在确保重点的前提下,努力实现卫生事业各个领域的协调发展,实现卫生事业与经济、社会的协调发展。

三、初级卫生保健

1. 初级卫生保健的概念

1978年世界卫生组织和联合国儿童基金会联合在前苏联阿拉木图召开了国际初级卫生保健会议(简称阿拉木图会议)。会议对“初级卫生保健”作了如下定义:“初级卫生保健是一种基本的卫生保健,它依靠切实可行、学术上可靠又受社会欢迎的方法和技术,是通过个人和家庭积极参与普遍能够接受的,其费用也是国家和社区依靠自力更生精神在各个发展阶段能够负担的。初级卫生保健是国家卫生系统和社会经济发展

的组成部分,是国家卫生系统的中心职能和关注焦点,是个人、家庭和社会与国家卫生系统保持接触,使卫生保健深入人民生产和生活的第一步,也是整个卫生保健工作的第一要素。”概括地说:初级卫生保健,从需要上来说是人们不可缺少的;从受益来说是人人都能得到的;从方法上来说是大家能够接受的;从学术上来说是科学可靠的;从经济上来说是人人能负担得起的;从国家来说是政府的职责;从群众来说既是权利,又是义务;从卫生机构来说是要提供最基本的卫生服务。

1990年,我国卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱国卫生运动委员会联合颁布的《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》中,根据《阿拉木图宣言》所阐述的初级卫生保健的精神实质,对初级卫生保健的定义作了如下表述:“初级卫生保健是指最基本的、人人都能得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。”并深刻指出:“我国农村实现人人享有卫生保健的基本途径和基本策略是在全体农村居民中实施初级卫生保健。实施初级卫生保健是全社会的事业,是体现为人民服务宗旨的重要方面”。

2. 初级卫生保健内容

初级卫生保健是在卫生系统中第一级接触点上开展的,其内容包括增进健康、预防疾病、治疗伤病和促进身心健康四个方面的卫生服务。

3. 初级卫生保健任务

- (1)开展对于主要卫生问题的预防控制方法的健康教育;
- (2)改善食品供应及合理营养膳食中的食物组成;
- (3)安全卫生的饮用水和清洁的生活环境;
- (4)开展妇幼保健和计划生育工作;
- (5)地方病预防和控制;
- (6)常见病防治;
- (7)传染病预防与计划免疫;
- (8)提供基本药物。

4. 我国初级卫生保健的主要任务

(1)预防控制措施为重点控制传染病、寄生虫病、地方病、职业病和其他重大疾病,加强精神卫生工作,稳定计划免疫接种率,提高现代结核病控制策略的人口覆盖率,防止各种意外伤害。预防、管理慢性非传染性疾病,做好老年人保健工作。

(2)提高乡、村卫生机构常见病、多发病的诊疗水平,规范医疗服务行为,农村居民提供安全有效的基本医疗服务。

(3)加强对孕产妇和儿童的管理,提高农村孕产妇住院分娩率,稳步降低孕产妇病死率和婴儿病死率,改善儿童营养状况,不断提高妇女儿童健康水平。

(4)加大农村改水、改厕力度,提高农村自来水及农村卫生厕所的普及率。

(5)开展健康教育和健康促进,提高农村居民基本卫生知识知晓率和中小学健康教育开课率,倡导文明健康的生活方式,增强农村居民的健康意识和自我保健能力,促进人群健康相关行为的形成。

(6)依法加大对公共卫生、药品和健康相关产品的监督力度,控制危害农村居民健康的主要公共卫生问题,努力抓好公共场所卫生、食品卫生和劳动卫生。

(7)完善和发展农村合作医疗,探索实行区域性大病统筹,逐步建立贫困家庭医疗救助制度,积极实行多种形式的农村医疗保障制度。

四、中国卫生工作方针

我国新时期卫生工作的方针是:以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技和教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。

1. 以农村为重点

农村卫生关系到保护农民健康和振兴农村经济的大局,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求各级党委和政府要高度重视农村卫生工作,采取有力措施,切实予以加强。

2. 中西医并重

中华民族在长期同疾病作斗争的实践中,创造了独具特色的中医药体系,是中华民族传统文化的瑰宝,在世界医药学发展史上独树一帜。党和政府历来重视中医药事业,毛泽东同志在建国初期就指出:“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”。国家为发展中医药事业制定了一系列方针政策,经过广大中医药工作者的勤奋工作,使中医药事业得到迅速恢复和发展。1978年,邓小平同志明确要求各级党委和政府“要为中医创造良好的发展与提高的物质条件”,使中医药事业获得长足发展。随着改革开放的进展,中西方文化交流日益频繁,江泽民总书记强调指出“弘扬民族文化,振兴中医中药事业”。我们要认真贯彻党中央三代领导人关于扶持、发展中医药事业的指示精神,促进中西医结合,在继承中医特色和优势的基础上,积极利用先进科学技术和现代化手段发展中医药。

3. 依靠科技和教育

随着社会经济的发展和人民健康需求的增长,对科技进步提出了更为迫切的要求。医疗卫生是科技密集型事业、知识分子比较集中的行业,防治各种疾病,提高医疗卫生服务的质量,都离不开医学科技的发展和医学人才的培养。党中央和国务院确立了“科技兴国”的战略,对科技和教育的发展都已有了明确的方针政策,医药科技与医学教育必须结合自身特点,认真贯彻落实这些方针。

4. 动员全社会参与

爱国卫生运动是具有中国特色的一大创举。群众性的爱国卫生运动,从初期的除四害、打扫卫生,发展到今天党政军民共同创建卫生城市、卫生城镇,发生了质的飞跃。爱国卫生运动在实践中积累了丰富的经验,概括为:政府组织,地方负责,部门协调,群众动手,科学治理,社会监督。在创建卫生城市过程中,由于重视城市卫生基础设施建设、卫生文明管理制度建设和市民文明素质的提高,日益得到群众的信任和拥护,也成为党和政府为人民办的实事之一,对全国城镇两个文明建设起到推动作用。把群众运动同经常性卫生基础建设结合在一起的创举,既适合我国国情,也得到国际赞许。

5. 贯彻预防为主的工作方针

预防为主是建国以来卫生工作的一条重要经验。目前我国多种传染病传播流行的各种因素依然存在,随着商品、人口的运载工具的大流动,有可能使一些局部地区发生的传染病扩散蔓延,如鼠疫、霍乱、肝炎等疾病还存在暴发流行的危险;对外开放也可能带来某些新病种传播,已被控制、消灭的疾病又死灰复燃,这在国内外都有深刻的教训。因此,除在全球已经宣告消灭的疾病(如天花)外,对在国内已基本消除的疾病,仍需花费相当人力和财力进行监测和巩固工作。否则,可能使已有的防治成果前功尽弃。同时,疾病谱的变化,高血压、心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病等慢性病,不仅在城市成为预防工作的重点,而且在农村也出现类似的趋势。

坚持预防为主的方针,是因为预防保健费用低、效果好,是卫生工作低投入、高效益的关键所在。无论是传染病、地方病或慢性非传染性疾病中任何一个或几个病种的大面积发生,对我国这样一个发展中的人口大国来说,卫生资源消耗和经济上的损失都将是灾难性的。搞好公共卫生、开展重大疾病的群防群治,应当纳入各地经济和社会发展规划,所需的基本费用应当由当地财政予以保证。特别是重大疾病的经常性监测及卫生检疫工作,为及时预防疾病发生与流行提供科学依据。

第二节 疾病监测

一、疾病监测的定义

疾病监测是长期系统地监测某种疾病的分布动态,并调查各种影响因素,以便及时采取有效措施。所谓疾病监测系对反映疾病动态、分布及其影响因素的有关资料,进行长期地连续性收集与分析,并将发现或总结出的富有“新意”的信息,及时上报或下传给有关的防病机构,以便随时或及时采取适宜、有效的干预措施,主动进行防病、抗病与消除疾病。

我国于1980年在全国建立了疾病监测系统,开展了以传染病为主并逐渐增加非传染病内容的监测工作。1989年提出了第二阶段疾病监测总体设计方案,即按分层整群随机抽样的方法,在全国不同类别的地区,按真实人口分布建立疾病监测点对人群出生、死亡、法定传染病的发病、儿童计划免疫接种情况进行监测。

二、疾病监测种类

1. 传染病监测

世界卫生组织规定的国际监测传染病为流行性感、脊髓灰质炎、疟疾、流行性斑疹伤寒和回归热 5 种。我国根据具体情况又增加了登革热,共规定了 6 种监测传染病。

2. 非传染病监测

随着疾病谱的改变,许多国家疾病监测的范围已扩大到非传染病。监测内容根据监测目的而异,包括以下几个方面:①监测群体中慢性病的发病和死亡水平的变化情况;②针对慢性病的主要危险因素,在群体中进行行为危险因素及其有关知识和态度的监测;③监测支持人们行为改变的政策、媒体导向和支持措施等社会环境因素的变化情况。由于很多非传染病特别是慢性病的发生都与个人行为有着密切关系,行为危险因素的监测已成为疾病监测的一个组成部分,包括中国在内的越来越多的国家意识到行为危险因素监测的重要性,均建立了本国的行为危险因素监测系统。

3. 对其他卫生问题的监测

包括环境监测、营养监测、学校卫生监测、药物不良反应监测、计划生育监测等。为了解决不同的卫生问题,达到特定的卫生目标,可以开展多种内容的监测工作。

三、疾病监测的原则

1. 以烈性传染病和非传染的常见及多发病为重点目标,而同时又兼顾到非烈性传染病和非传染的少见及少发病,来全面、周密进行疾病监测的原则。

2. 监测工作的资料收集要宁多勿少、资料汇拢要疏旧求新、资料分析要全面、客观、正确以及信息反馈与交流要及时、快速、准确、保真、可靠的原则。

四、疾病监测系统

开展疾病监测工作应建立专门的组织机构,它应具备相应的行政职权及调查研究能力。WHO 负责世界范围的疾病监测工作。许多国家设有负责本国疾病监测工作的机构,如美国的 CDC、中国 CDC 等。

1. 以人群为基础的监测系统

此类系统以人群为现场开展工作,例如我国法定传染病报告系统、疾病监测点监测系统。

2. 以医院为基础的监测系统

此系统以医院为现场开展工作,例如我国的医院内感染监测系统等。

3. 以实验室为基础的监测系统

主要利用实验室方法对病原体或其他致病因素开展监测如我国的流行性感、监测系统等。

五、疾病监测的方法

1. 宏观性监测与微观性监测

所谓宏观性监测,就是指疾病监测系统站在人类疾病发生、存在与消亡的整体观念上,对疾病实施的监测,包括一定时期内某一地区及人群的发病率、病死率、致残率及常发的病种、性质、程度及其特点等。它面对的监测对象,是以人群为单位存发的疾病,而不是具体的某个人存发的某种疾病。它监测的最终目的,是向人们提供某年某月或某一季节内,某国家的某地区及某人群中或将正在发生(包括传播和流行)某些疾病(包括传染病)。从而,引起相关地区及人群的警觉,及时采取预防措施,予以控制和消除那些可能或正在发生的疾病。

微观性监测则是指疾病监测系统站在人类某一种或几种疾病发生、存在与消亡过程的微观上,对疾病实施的监测,包括某一时期某一具体地区及人群中某种具体疾病的发生率、发病程度及其发展趋向等。它面对的监测对象,是某一地区及人群中某些具体的人患有的某种具体的疾病,提供或反映的信息,也可能是某种疾病在某人身上发生、存在与消亡的趋向等,以引起患病者及其亲人的关注和重视,及时而积极地采取有力措施,对疾病实施有效的控制与消除。微观性监测,一般是结合临床进行疾病控制的情况下,同步实施,如对危重病病人的病态及发展方面的监测,对肿瘤病人病情变化及转归可能等方面的监测。多个方面多种性质的微观性监测,是构成宏观性监测的必要前提和基础,要保证宏观性监测科学、合理、客观和有效,离不开微观性监测为其提供准确、真实和充足的客观依据。

2. 常规报告与哨点监测

常规报告指国家和地方的常规报告系统。我国的法定传染病报告系统要求报告的病种多,报告的范围覆盖面广,主要由基层卫生人员开展工作,漏报率高和监测质量低不可避免。为了达到特定目的,在经过选择的人群中设立哨点,用标准统一的方法开展的监测称为哨点监测,它具有耗费低、效率高的特点。例如我国的艾滋病哨点监测系统。

3. 主动性监测与被动性监测

下级单位常规上报监测资料和数据,而上级单位被动接受,称为被动监测。根据特殊需要,上级单位进行专题调查或要求下级单位按照规定收集资料,称为主动监测。各国常规法定传染病报告属于被动监测。卫生防疫部门开展的传染病漏报调查属于主动监测,主动监测的质量明显优于被动监测。

4. 持续性监测与间断性监测

持续性监测就是针对疾病高发的地区和人群,在一定时期或阶段内对其疾病实施长期、连续的监测,以发现和把握住该地区及人群的疾病发生、分布、变化与发展方面的规律和特点,并把信息予以交流和反馈,以供人们在防范、控制与消除疾病上参考、使用;而间断性监测,则是指疾病监测系统凭借以往的经验,针对疾病的高发时节或季节,对与时节或季节有关的疾病实施的监测,如春季对流感病的监测,夏季对肠道传染病的监测,冬季对腰腿痛或风湿类疾病的监测等。持续性监测,一般多指宏观性监测。而间断性监测,则大多指微观性监测,如临床为评估某病人在一定时间内某种疾病的变化和疗效实施的定期复诊或复查性的监测。不同的监测,有着不同的优点和长处,更有着不同的应用领域、对象和要求。

5. 传染病的监测与非传染病的监测

所谓传染病监测,就是针对传染病的发生、传播、扩散与流行方面进行的疾病监测。世界卫生组织规定的国际共同监测的传染病,主要有疟疾、流行性感冒、脊髓灰质炎、流行性斑疹伤寒、回归热等五种疾病。我国根据本国的病发特点,又增加了登革热病种作为予以监测的对象。为防止艾滋病的传入和蔓延,我国卫生部又把艾滋病列为国境检疫监测的传染病。对传染病的监测,无论现代和将来,都是我国疾病监测的主要工作和任务。而对非传染病的监测,就是针对恶性肿瘤、心血管疾病、出生缺陷及流产和药物反应等疾病实施的疾病监测。

6. 原发病的监测与继发、衍生病的监测

原发病的监测是针对一些原发病实施的疾病监测,如针对原发性糖尿病、高血压、慢性支气管炎等进行的疾病监测;而继发、衍生病的监测就是在注重对原发病进行监测的同时,针对一些相关的继发或衍生病实施的监测,如在对糖尿病、高血压和慢性支气管炎等原发病进行监测的同时,对其各自相关的继发性感染如高血压性心脏病及肺气肿和衍生性的肺心病等的监测。

7. 急性病的监测与慢性病的监测

急性病的监测,就是针对一些急性发病为特点的疾病如各类创伤、生物感染、各种化学与生物性中毒、中暑、溺水等实施的监测。而慢性病的监测,则是针对一些以慢性发病为特点的疾病如慢性支气管炎、高血压、冠心病等实施的监测。这种分类一般较适用于微观性监测所需,多以临床为角度进行实施。

六、疾病监测的步骤

1. 建立健全监测机构,收集资料

建立健全疾病监测系统,实现科学化、规范化管理是有效控制和防治疾病的重要措施。疾病监测收集的资料主要有:①人口学资料;②法定传染病发病资料;③医院、诊所、化验室发病报告资料;④死亡登记资料;⑤个案或专题调查资料;⑥动物宿主及媒介昆虫的分布资料。

2. 整理、分析和评价所收集的资料

对原始资料进行整理、分析,选择合理的统计指标,采用相应的统计分析,从中得出有价值的结论,并给出评价。

3. 反馈信息

通过信息反馈系统,使所有应该了解信息的单位和个人都能及时获取监测信息和资料,以便迅速对疫情做出反应,及时采取相应的防治措施;也可用来了解疾病分布,预测流行,评价干预效果,确定主要卫生问题,为制订预防控疾病的策略和措施提供依据。监测信息可以相互交流或定期发放,例如 WHO 的《疫情周

报》、美国 CDC 的《发病和死亡周报》和中国预防医学科学院的《疾病监测》等。

4. 监测资料的应用

进行疾病监测的目的就是为卫生决策和公共卫生干预提供信息。通过监测资料结果可了解人群中疾病分布特征、主要卫生问题及高危人群,确定优先突破点,从而为制定合理的干预措施和政策提供依据。干预措施执行后,根据疾病监测资料进行科学的评价,使干预措施更加合理、有效。

七、疾病监测的内容

1. 信息资料的收集

所谓信息资料的收集,就是在统一标准和方法、制定规范的工作程序以及建立比较完善的资料信息网络系统等前提或基础上,来长期、连续地收集和管理有关疾病方面的信息资料,包括发病报告、死亡登记、疾病流行及个案调查、病源及血清学监测以及其他与疾病发生、变化和发展有关的各类基础数据,如人口统计、工农业布局、土壤植被、环境污染、医疗卫生机构和主要卫生设施、孕产妇检查、婴幼儿体检以及专题调查等方面的各类资料。如果是进行微观监测即对具体的某个人进行有关身体健康状况与具体疾病动态、变化和发展等方面的监测,则还需要收集能较好反映身体素质好坏和疾病良恶、轻重与缓急以及与疾病发生、发展相关的各种因素等方面的信息资料,包括不同时期或阶段的体检资料、饮食与作息资料、生活习惯与变迁资料以及疾病按时间的先后顺序所有的动态、变化、发展及转归等方面资料。

2. 信息的整理

信息资料的整理与分析,主要是综合所收集到的各种资料,在整理的同时进行全面、认真的分析。宏观监测,其分析的内容,主要包括确定疾病的自然史,发现疾病变化的趋势和影响疾病分布的因素,确定疾病流行的薄弱环节,揭示不同地区人口构成、出生和死亡频率、婴幼儿及孕产妇的健康指标,描述不同疾病的发病水平和人群图像以及城乡居民的死亡谱,反映重点人群计划免疫状况和血清抗体水平,并对主要预防措施、手段及方法的经济效益和社会效益等进行评价等。而微观监测,则主要分析与评估某个人的健康状况与疾病发生、变化和发展等情形与趋势,并对目前保健措施和疾病控制措施、手段与方法等方面的作用与效果,作出评估或估测。

3. 监测信息的交流

监测信息的交流及反馈,主要是把疾病监测所获得的阶段终结性信息,进行有关的交流与反馈。

八、疾病监测的相关概念

1. 实际病例与监测病例

在大规模的监测工作中,为便于开展监测,需要制定一个统一的、可操作性强的临床诊断标准,用这个诊断标准确定的病例称为监测病例。例如细菌性痢疾的诊断主要根据临床症状和粪便镜检,而医院临床诊断则依据病原培养。因此,在疾病监测中应当尽可能提高实际病例在监测病例中的比例,而且应当能估计这个比例的大小和变化。

2. 直接指标与间接指标

监测病例的统计数字,如发病数、死亡数、发病率、死亡率称为监测的直接指标,有时监测的直接指标不易获得,如要对每一个流行性感冒病例都做出确诊很困难,即使对每一例流感死亡做出诊断,也会因为涉及死因分类等问题而很难区分病人是因流感死亡还是因肺炎死亡。这时可以用“流感和肺炎死亡数”作为监测的间接指标,同样可以达到监测目的。

3. 静态人群和动态人群

监测的人群没有人口迁出、迁入或只有少量迁出、迁入,称为静态人群;如果有频繁的迁出、迁入,则称为动态人群。在计算疾病频率指标时,静态人群用平均人口数作为分母,动态人群则用人时数作为分母。

九、相关指标

1. 率和比的概念

(1)率:率是表示在一定的条件下某现象实际发生的例数与可能发生该现象的总例数之比,来说明单位时间内某现象发生的频率或强度。一般用百分率、千分率、万分率或 10 万分率表示。

率必须包括受累人群数目(可以是某病的临床症状、死亡、残疾、实验室异常等);被观察到的受累人群

所处的总体数目和规定的时间三方面内容才能构成“率”。

(2)比:比也称相对比,是表示两个数相除所得的值,说明两者的相对水平,常用倍数或百分数表示。

(3)构成比:构成比说明某一事物内部各组成部分所占的比重或分布,常以百分数表示。

2. 发病指标

(1)发病率:发病率是一个重要和常用指标,对于死亡率极低或不致死的疾病尤为重要。常用来描述疾病的分布,探讨发病因素,提出病因假设和评价防制措施的效果。准确度受很多因素的影响,如报告制度不健全、漏报、诊断水平不高等,在比较不同地区人群的发病率时,应考虑年龄、性别构成不同,应进行发病率的标化。发病率表示在一定时期内,某一特定人群中新发生某病病例的频率。

(2)罹患率:罹患率与发病率同样是测量新发病例的频率指标。罹患率通常用于一次疾病的流行或暴发的调查,观察期间可用日、周和月。分母以明确的暴露人口来计算,常用于急性病的暴发调查。

(3)患病率:患病率亦称现患率、流行率。患病率指在某规定时间内某一定人群中某病的新、旧病例数所占的比例,包括时点患病率和期间患病率。

①时点患病率:又称患病率或现患率指在调查时点(检查时点)上,一定人群中某病现患病例的频率。

②期间患病率:指在观察期间,一定人群中存在或流行某病的频度。包括观察期间的新病例数和“现患病例”数。“现患病例”是指在观察期间以前就已经得出诊断,但是未愈而转入观察期间的病例。

(4)感染率:感染率是指在调查时受检查的人群中某病现有感染的人数所占的比率,常用百分率表示。

(5)续发率:续发率也称家庭二代发病率。指在一定观察期内某种传染病在家庭易感接触者中二代病例的百分率。家庭中第一例病例称为“原发病例”,不计算在续发率内,自原发病例出现后,在该病最短潜伏期至最长潜伏期之间发生的病例称为续发病例。

3. 死亡指标

(1)死亡率:反映人群死亡水平,指的是在一定期间内总死亡人数与该人群同期平均人口数之比。

它是人群死亡水平的总的度量,在一定程度上可反映人群健康状况的重大变化。死亡率的高低不仅与居民健康状况有关,还受到人口性别、年龄构成的影响。死亡率是测量人群死亡危险最常用的指标。其分子为死亡人数,分母为该人群年平均人口数。常以年为单位。死于所有原因的死亡率是一种未经过调整的死亡率,称为粗死亡率。按疾病的种类、年龄、性别、职业、种族等分类计算的死亡率称为死亡专率。计算死亡专率时,分母必须是与分子相应的人口数。比较不同地区不同人群死亡率时因人口的构成不同,不可直接进行比较,必须采用标化死亡率

死亡专率中婴儿死亡率非常重要。它是指年内、周岁内婴儿死亡数占年内活产数的比值,一般以千分率表示。它是反映社会经济及卫生状况的一项敏感指标。它不受人口构成的影响,不同的国家和地区可直接进行比较。粗死亡率反映一个人群的总死亡水平,是衡量人群因病、伤死亡危险大小的指标,是一个国家或地区文化、卫生水平的综合反映。它不仅反映一个国家或地区在不同时期的居民健康状况和卫生保健水平,而且为当地卫生保健的需求和规划提供科学依据。

(2)病死率:病死率表示一定时期内患某病的全部病人中因该病而死亡的比例。病死率与死亡率不同,病死率并非真正的率,只是一个比值。病死率通常多用于病程短的急性病,如各种急性传染病、脑卒中、心肌梗死及肿瘤等,以衡量疾病对生命威胁的程度。病死率受疾病严重程度和医疗水平的影响,同时也与能否被早期诊断、诊断水平及病原体的毒力有关。因此,用病死率评价不同医院的医疗水平时,应注意不同医院入院病人的病情严重程度及医院的医疗设备条件等因素的影响。

在不同场合下病死率的分母是不同的,如计算住院病人中某病的病死率,分母为该病病人的出院人数;如计算某种急性传染病的病死率,其分母为该病流行时的发病人数。如果某病的死亡专率与发病专率处于比较稳定的状态,病死率可由死亡专率与发病专率推算而得。

病死率 = 一定时间内因该病死亡人数 / 同期确诊的该病患者总数 × 100%

4. 疾病的流行强度

(1)散发:散发是指某病在某地区人群中呈历年的一般发病率水平,病例在人群中散在发生或零星出现,病例之间无明显联系。散发用于描述较大范围(如区、县以上)人群的某病流行强度。而不用于人口较少的居民区或单位。因为其发病率受偶然因素的影响较大,年度发病率很不稳定。