



# 中国医学百科全书

---

社会医学  
与卫生管理学



上海科学技术出版社

# 中国医学百科全书

中国医学百科全书编辑委员会

上海科学技术出版社

**中国医学百科全书**

① 社会医学与卫生管理学

钱信忠 主编

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海中华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 11 字数 418,000

1984 年 12 月第 1 版 1992 年 12 月第 2 次印刷

印数 9,501—12,100

ISBN 7-5323-2218-1/R·670

定价: 7.80 元

**(沪)新登字 108 号**

## 《中国医学百科全书》编辑委员会

主任委员 钱信忠

副主任委员 黄家驷 季钟朴 郭子恒 吴阶平 涂通今 石美鑫 赵锡武

秘书长 陈海峰

副秘书长 施奠邦 冯光 朱克文 戴自英

委员 (以姓氏笔划为序)

丁季峰	土登次仁	马飞海	王懿(女)	王玉川	王世真	王用楫
王永贵	王光清	王叔咸	王季午	王冠良	王雪苔	王淑贞(女)
王鹏程	王德鉴	王翰章	毛文书(女)	毛守白	邓家栋	石茂年
石美鑫	卢惠霖	卢静轩	叶恭绍(女)	由崑	史玉泉	白清云
邝贺龄	冯光(女)	兰锡纯	司徒亮	毕涉	吕炳奎	曲绵域
朱潮	朱壬葆	朱克文	朱育惠	朱洪荫	朱既明	朱霖青
任应秋	刘世杰	刘育京	刘毓谷	米伯让	孙忠亮	孙瑞宗
苏德隆	杜念祖	杨医亚	杨国亮	杨树勤	杨铭鼎	杨藻宸
李昆	李永春	李宝实	李经纬	李振志	李肇特	李聪甫
吴之理	吴执中	吴阶平	吴英恺	吴征鉴	吴绍青	吴咸中
吴貽谷	吴桓兴	吴蔚然	余溃	宋今丹	迟复元	张祥
张世显	张立藩	张孝骞	张昌颖	张泽生	张学庸	张涤生
张源昌	陆如山	陈信	陈中伟	陈明进	陈国桢	陈海峰
陈灏珠	林巧稚(女)	林克椿	林雅谷	郁知非	尚天裕	罗元恺
罗致诚	季钟朴	依沙克江	周金黄	周敏君(女)	郑麟蕃	孟继懋
赵炳南	赵锡武	荣独山	胡传揆	胡熙明	钟学礼	钟惠澜
侯宗濂	俞克忠	施奠邦	姜春华	洪子云	夏镇夷	顾学箕
顾绥岳	钱熹	钱信忠	徐丰彦	凌惠扬	郭迪	郭乃春
郭子恒	郭秉宽	郭泉清	郭振球	郭景元	唐由之	涂通今
诸福棠	陶桓乐	黄量(女)	黄文东	黄耀燊	黄家驷	黄祯祥
黄绳武	曹钟梁	盖宝瓚	梁植权	董郡	董承琅	蒋豫图
韩光	程之范	傅丰永	童尔昌	曾宪九	谢荣	谢少文
裘法祖	蔡荣	蔡翹	蔡宏道	戴自英		

## 序

《中国医学百科全书》的出版是我国医学发展史上的一件大事，也是对全人类医学事业的重大贡献。六十年代初，毛泽东同志曾讲过：可在《医学卫生普及全书》的基础上编写一部中国医学百科全书。我们深感这是一项重大而艰巨的任务，因此积极进行筹备工作，收集研究各种有关医学百科全书的资料。但由于十年动乱，工作被迫中断。粉碎“四人帮”后，在党和政府的重视和支持下，医学百科全书的编写出版工作又重新开始。一九七八年四月，在北京正式召开筹备会议，拟订了编写出版方案和组织领导原则。同年十一月，在武汉举行了第一次编委会，落实了三十多个主编单位，全国医学界的著名专家、教授和中青骨干都参加了编写工作。

祖国医学发展史中，历代王朝就有学者编纂各类“集成”和“全书”的科学传统，但系统、全面地编写符合我国国情和医学科学发展史实的大型的医学百科全书还是第一次。这是时代的需要，人民的需要，是提高全民族科学文化水平，加速实现社会主义现代化建设的需要。从长远来看，这是发展我国医药卫生事业和医学科学的一项基本建设，也是建设社会主义精神文明建设的重要组成部分。因此，编写出版《中国医学百科全书》是我国医学界的一项重大历史使命。

我国既有源远流长的祖国医学，又有丰富多彩的现代医学。解放以来，在党的卫生方针指导下，还积累了群众性卫生工作

和保健强身的宝贵经验，涌现了许多中西医结合防治疾病的科研成果。在我们广大的医药卫生队伍中，有一大批具有真才实学，又善于写作的专家，他们都愿意为我国科学文化事业竭尽全力，把自己的经验总结出来，编写出具有我国特点的医学百科全书。

《中国医学百科全书》是一部专科性的医学参考工具书，主要读者对象是医药院校毕业及具有同等水平的医药卫生人员，但实际需要查阅这部全书的读者将远远超过这一范围。全书内容包括祖国医学、基础医学、临床医学、预防医学和特种医学等各个学科和专业，用条目形式撰写，以疾病防治为主体，全面而精确地概述中西医药科学的重要内容和最新成就。在编写上要求具有高度的思想性和科学性，文字叙述力求言简意明，浅出深入，主要介绍基本概念、重要事实、科学论据、技术要点和肯定结论，使读者便于检索，易于理解，少化时间，开卷得益。一般说来，条目内容比词典详尽，比教材深入，比专著精炼。

为适应各方面的需要，《中国医学百科全书》的编写出版工作准备分两步走：先按学科或专业撰写分卷单行本，然后在此基础上加以综合，按字顺编排出版合订本。这两种版本将长期并存。随着学科发展的日新月异，我们并将定期出版补新活页。由于涉及面广，工作量大，经验不足，缺点错误在所难免，希望读者批评指正。

钱信忠

1982年11月

# 中国医学百科全书

## 社会医学与卫生管理学

**主 编：**钱信忠（卫生部）

**副主编：**陈海峰（卫生部）

许世瑾（上海第一医学院）

**编 委：**（以姓氏笔画为序）

田风调（中国预防医学中心卫生研究所）

朱敖荣（安徽医学院）

严 玥（上海第二医学院）

李天霖（北京医学院）

杨建伯（哈尔滨医科大学）

陶 志（上海第二医学院）

顾杏元（上海第一医学院）

梁浩材（武汉医学院）

**学术秘书：**严 玥（兼）

顾杏元（兼）

李天霖（兼）

## 编写说明

本书是《中国医学百科全书》的一个分卷。书中选编了有关中国卫生事业的发展历史，卫生工作原则，卫生行政组织，卫生法规，卫生事业的计划管理与经济管理，卫生统计学，爱国卫生运动，中医工作，医政、卫生防疫、妇幼卫生、农村卫生、工业卫生、医学教育和医学科研等方面的组织与管理，中国主要的医学研究机构和学术团体以及世界卫生组织的发展、组织及工作概况，共134条。本书条目按卫生管理学的学科体系排列。书末附有1949~1982年中国卫生机构、床位及人员的基本统计数字。书中所用数字均系卫生部1982年全国统计资料，个别缺少1982年全国统计资料时，则用其他年份或局部地区资料。因此，这是一本比较全面、系统地反映三十多年来中国卫生事业的发展与现状的分卷。

《社会医学与卫生管理学》在中国是一门新的学科，基础比较薄弱。但是，三十多年来中国广大卫生人员，特别是各级卫生管理干部在中国共产党和人民政府的正确领导下，按照中国卫生工作原则，依靠人民群众，在开展卫生工作、进行卫生管理方面做了大量有成效的工作，积累了丰富的经验，本书就是在这基础上编写的。参加编写工作的有卫生部、各级卫生行政机构及医疗卫生机构的卫生领导干部及业务人员，有全国各地从事社会医学、卫生管理学及卫生统计学的专业人员共90多人。

《社会医学与卫生管理学》是一门政策性、科学性都很强的学科。由于我们水平有限，缺乏编写参考工具书的经验，也缺少可供利用的参考书籍，书中必然会有不少缺点与错误，请读者批评指正。

本分卷在编写过程中，卫生部各司(局)，特别是科学教育司的同志给予了大力支持，协助做了大量工作，谨此致谢。

社会医学与卫生管理学分卷编辑委员会

一九八三年八月



# 中国医学百科全书

## 社会医学与卫生管理学

### 目 录

社会医学与卫生管理学	1	门诊机构	61
社会因素与健康	2	医疗工作统计	63
自然因素与健康	3	分级分工医疗	65
中国古代卫生	4	基层卫生保健	66
半封建半殖民地时期的卫生	6	城市地段保健	66
新民主主义革命时期的卫生事业	10	行为医学	67
中华人民共和国的卫生事业	15	急救医疗	68
中国卫生工作原则	19	血源与血站管理	69
卫生行政组织	21	康复医学	70
卫生部	21	联合医疗机构	72
卫生法规	23	防治方法	72
卫生事业计划与管理	24	传染病防治	73
卫生事业费与管理	26	寄生虫病防治	74
医疗保健制度	27	地方病防治	75
卫生经济学	28	结核病防治	77
卫生统计学	28	职业病防治	78
医学人口统计	30	肿瘤防治	79
静态人口统计	30	心血管病防治	80
婚姻统计	32	精神病防治	81
生育统计	33	皮肤病防治	82
生长发育统计	34	牙病防治	83
疾病统计	37	眼病防治	84
疾病调查	37	卫生防疫	86
疾病分类	38	卫生监督	86
疾病统计指标	39	卫生标准	87
残疾统计	41	国境卫生检疫	88
死亡率	41	卫生防疫站	89
胎儿、婴儿及幼儿死亡率	43	环境卫生管理	90
死亡原因	44	放射卫生防护管理	91
寿命表	45	食品卫生管理	92
卫生事业基本情况统计	47	学校卫生管理	93
爱国卫生运动	49	卫生防疫统计	94
卫生宣传教育	52	妇幼卫生	95
中医工作	54	妇幼卫生组织	96
中医医院	55	妇幼保健网	97
中医教育	56	妇幼卫生队伍	98
中西医结合	56	孕产期保健	98
少数民族医药学	57	围产期保健	100
医政工作	58	计划生育技术指导	100
医院	58	集体儿童保健	102

散居儿童保健·····	103	医学学位·····	131
三岁前集体儿童教养·····	104	卫生技术职称·····	132
伤残儿童保健·····	104	医学科学管理·····	133
妇幼卫生统计·····	105	医学科学研究体制与机构·····	134
老年保健·····	106	医学科学研究规划与计划·····	135
农村卫生工作·····	107	医学科学技术的成果与发明·····	136
农村卫生建设·····	108	医学科学技术情报·····	137
农村卫生院·····	110	医学科学技术的国际合作和交流·····	138
赤脚医生·····	112	同行评议·····	139
合作医疗·····	113	中国医学科学院·····	139
少数民族卫生·····	114	中医研究院·····	140
工业卫生管理·····	114	中华医学会·····	142
职业病防治院·····	115	中华全国中医学会·····	143
厂矿卫生所·····	116	中国中西医结合研究会·····	143
劳动能力鉴定·····	117	中国药学会·····	144
工业卫生统计·····	117	中华护理学会·····	145
药政管理·····	118	中国防痨协会·····	145
中国药典与药品标准化·····	119	中国红十字会·····	146
药品质量监督与药品检验所·····	120	卫生工作者协会·····	146
新药审批管理·····	121	世界卫生组织·····	146
麻醉药品和毒、剧药品管理·····	122	人民卫生出版社·····	149
医院药剂管理与临床药学·····	122	健康报·····	149
生物制品与血液制品管理·····	123	卫生事业管理中的数学方法·····	150
医疗器械的生产与管理·····	124	计算机技术在卫生事业管理中的应用·····	152
医学教育·····	126	附录	
高等医学教育·····	127	一、中国卫生机构及床位数	
中等医学教育·····	128	二、中国卫生人员数	
初等医学教育·····	129	汉英社会医学与卫生管理学词汇·····	154
医学进修教育·····	130	英汉社会医学与卫生管理学词汇·····	157
医科研究生·····	131	索引·····	160

## 社会医学与卫生管理学

社会医学与卫生管理学是研究卫生事业发展规律和科学管理的科学,也是以医学科学和社会科学为基础,综合观察分析人类健康与疾病因素的学科。它是从事卫生保健与卫生管理人员必须掌握的基本学科。

目前,社会医学与卫生管理学已经涉及到医学科学的各个方面,并日益显示其重要性。它的思想性、科学性、政策性都很强,因此必须以马列主义、毛泽东思想的社会学说为指导,理论联系实际,从演变着的科学实际出发,根据各国的国情,研究社会环境对人的健康的影响,自然因素(细菌、病毒等)的致病机理,提出预防保健的原则,制订措施消除对人心身健康的不良影响。社会医学和卫生管理学在中国具有深厚的基础,卫生工作必须为人民服务的思想,十分有利于探索和创建中国式的社会主义卫生管理科学,并保证它朝着为人民健康服务的正确方向前进。

中国社会医学与卫生管理学的主要任务是:研究中国各族居民的健康状况和影响健康的各种社会因素和自然因素;研究中国卫生事业管理的理论原则和实际应用;研究与中国卫生政策相适应的最优的卫生服务组织管理和工作方法;研究世界各国卫生事业组织管理的历史经验。

研究社会医学与卫生管理学,必须尊重历史,尊重科学,实事求是,一切从实际出发,坚持历史唯物主义和辩证唯物主义的原理,应用统计学、流行病学、生态学、人口学、社会经济学的办法,通过科学实验、调查研究、总结经验,不断提高充实为人类健康服务的科学内容。

社会因素与健康的关系,在古代和中世纪的中外学者中已有了一定的认识。《黄帝内经素问·上古天真论》就有关于社会状况、居住环境、饮食起居的变化与疾病发生有关的见解。古希腊希波克拉底已有了地理状况对人类健康和疾病影响的论证。古罗马医生盖伦已注意到社会环境和心理因素的致病作用。这些朴素的社会医学思想虽然有其时代的局限性,但具有重要的历史意义。

在资本主义的产生和发展过程中,进步的医学家逐渐认识到社会因素对疾病发生的重要作用。他们开始理解到疾病的防治只靠几个医生的技术和努力是远远不够的,必须运用社会力量,消除不良的社会因素,才能从根本上保护人类的健康。在法国大革命和拿破仑政权时期,一些卫生学家撰写文章揭露了当时工人们恶劣的居住条件和劳动环境对健康的严重危害。1947年德国医学家诺曼提出,医学科学的核心是社会科学,次年病理学家魏尔啸进一步认为医学是一门社会科学,社会应对居民健康负责。德国医学家格罗蒂杨创立了社会卫生学理论,认为社会医学是医学监督、医学服务适应社会需要而发展起来的一门学科,他特别重视慢性病社会因素的研究,提出用社会观点系统地研究疾病的一些重要原则。

十月社会主义革命后,苏联学者开始运用马克思列宁主义的观点研究医学实践中的社会问题和卫生工作中的

组织管理问题。苏联第一任卫生部长谢马什柯指出,苏维埃社会卫生学的基本任务是研究社会环境对人体健康的影响,制订有效措施消除环境中的不良因素。

第二次世界大战以后,社会医学与卫生管理学在世界各国都有了较大的发展,但由于各国的社会制度、民族传统、卫生事业的发展情况不同,因此这门学科所包含的内容和重点也不尽相同,每个国家各有自己的特色,甚至连学科的名称也不一样。例如英国在19世纪已有公共卫生学,到二次大战期间逐渐被社会医学所代替;二次大战后,由于疾病构成的改变和“社区”医疗保健的实施,“社区医学”就随之而兴起,其主要教学内容是流行病学和卫生统计学。苏联于1922年开始建立社会卫生学,后来由于卫生工作实践要求加强保健理论、政策方针和组织管理的研究,于1941年改名为保健组织学;五十年代中期,学术界指出这门学科有过分强调实践、忽视理论研究的缺点,因此到六十年代中期又改称为社会卫生与保健组织学,其内容仍以卫生事业组织管理为主,适当加强了社会因素的研究。在日本,社会医学与基础医学、临床医学并列,社会医学的内容包括公共卫生学、卫生统计学、法医学、环境医学、医院管理学等。在美国,由于管理科学发展迅速,社会医学和卫生管理学已基本上分为两门各自独立的学科。

解放前,中国医学院校的公共卫生学课程中包括社会医学与卫生管理学的部分内容。新中国成立后,在五十年代初曾开设过卫生行政学,后来又从苏联引进了保健组织学作为正式课程,并设立卫生干部进修学院轮训各级卫生行政干部,以保健组织学为业务主课。到五十年代末,中国社会医学与卫生管理学的基本队伍已初具规模,还编写了本国教材,开展学术活动。实践证明,各国的具体情况不同,我国不能把别国的经验生搬硬套。因此,在卫生部领导下,保健组织专业人员和卫生行政部门相结合,选择若干基地,进行调查研究,结合实际,现场实验,总结经验,以探索中国卫生工作的客观规律。可是,从五十年代末期起,特别是在十年动乱中,这门学科的发展被迫中断。

1978年,卫生部决定在《中国医学百科全书》中设立《社会医学与卫生管理学》分卷,组织了原保健组织学的教学、科研人员,卫生部和地方卫生行政、事业单位的卫生管理干部进行编写。与此同时,在有条件的高等医学院校内设立社会医学与卫生管理学研究室,逐步开展科研工作。少数学校已向医科大学生开设社会医学与卫生管理学讲座,有些地区开办了卫生管理干部训练班和成立卫生管理干部学院,形成了全国的卫生干部培训中心,将社会医学与卫生管理学作为主要课程讲授。有些从事马克思列宁主义理论、经济学、心理学、社会学等专业人员,也与卫生人员一起研究社会医学与卫生管理学的理论和实际问题,学术空气日趋活跃。

新中国建立已三十多年,我们在卫生工作方面积累了丰富的经验,但缺少理论概括和科学总结。我国的社会医学与卫生管理学,应该从中国的实际出发,以总结中国

卫生管理工作的丰富实践经验、探索其发展规律为主要任务。同时也要研究世界各国的先进经验，作为创建中国社会主义卫生管理科学的借鉴。例如国外有些地区应用医学社会学来研究医学卫生工作中的社会问题，成立社会医学科研或教学机构，研究家庭计划、人口动态、慢性病与老年病的疗养和康复、精神病与社会病的行为和心里，以及从卫生立法等行政角度来研究社会医学问题等经验，都值得我们重视。在国内需要加强发展社会医学与卫生管理学的专业研究机构，培养专业人员，开展学术交流，为发展中国卫生事业，保护人民健康，加速实现社会主义现代化建设贡献力量。

(钱信忠)

## 社会因素与健康

“健康”的涵义，不仅是没有疾病，而且是身体素质、精神面貌、社会生活的完好状态。个体和人群的健康，除了受自然因素的影响外，更重要的还受到政治、经济、文化、教育、风俗习惯等社会因素的影响。社会因素和健康的关系是错综复杂的。在各种社会因素中，社会经济制度对健康往往起着决定性的作用。

中国的国民生产总值和人民生活水平，与许多经济发达国家相比，还有相当大的差距；然而，在新中国成立后的三十多年来，全国居民健康水平有了很大的提高，如死亡率由1949年的20%下降到1982年的6.6%，婴儿死亡率由1949年的150%下降到1982年的13.0%（城市）和22.2%（农村），平均期望寿命1981年已达到男66.4岁、女69.4岁。这些主要健康指标已接近或达到了经济发达国家的水平。其基本原因是由于中国有优越的社会主义制度。

中国主要健康指标与国外的比较

	出生率 (‰)	死亡率 (‰)	婴儿死亡率 (‰)	平均期望寿命 (岁)
中 国	21.1	6.6	城13, 乡22.2	69
全 世 界	28.0	11.0	97.0	62
发展中国家	32.0	12.0	109.0	58
发达国家	16.0	9.0	20.0	72

(据《中国卫生年鉴1983》、《世界统计年鉴1980》)

中国社会主义制度对做好卫生工作，保护人民健康，提高全民体质有重要的作用，主要表现在下列几个方面。

(1) 国家根据社会主义基本经济规律，把发展生产、改善生活作为根本目标，卫生工作与发展生产密切结合，相互促进。以防治血吸虫病为例，解放初期，中国有12个省、市、自治区346个县流行血吸虫病，患者达1,000余万人，其中5~10%为晚期病人，严重影响农业生产和农民健康。中国共产党和毛泽东同志发出了“一定要消灭血吸虫病”的号召，于1956~1957年间，自中央到地方（流行区）先后成立了防治血吸虫病领导小组，组织广大医务人员和人民群众采取普查普治、消灭钉螺、个人防护、粪便管理等综合措施，到1982年已治愈80%的病人，70%

的县、市已消灭或基本消灭了血吸虫病，不仅维护了人民健康，也促进了农业生产。在社会主义制度下，国家组织和动员医务卫生人员走向社会，用医学科学技术为人民服务，同时使医学科学技术转化为社会生产力。

(2) 国家采取行政、立法等手段，有效地消灭或控制了一些社会病和地方病。解放前梅毒在中国传播，城市患病率为4.5~10.1%，农村患病率为0.85~3.8%；解放后不久，国家坚决取缔了娼妓，并为妓女免费治疗性病，安排她们从事正常职业，从而在短期内控制了性病传播。吸毒（鸦片）是旧社会遗留下来的严重现象。1950年国家颁布了严禁鸦片烟毒的通令，由于措施坚决，很快就杜绝了吸毒现象。在地方病防治工作中，国家在地方性甲状腺肿病区推行了食盐加碘，食用人数1.5亿，占病区人口的88%，再加积极治疗等措施，使病区319个县、市基本得到了控制。在地方性氟中毒病区，采用改水降氟的措施，已使170多万人民受益。

(3) 国家根据《宪法》规定，举办社会保险、社会救济和群众卫生事业，以保障人民享有健康的权利。1950年，尽管当时中国经济基础还很薄弱，国家就实行了全民免费计划免疫制度，以后又推行了工矿企业职工劳动保险制度和国家职工和大学学生的公费医疗预防制度。五十年代后期，随着农业合作化运动的发展，逐步推行农村的合作医疗制度。在卫生机构的设置上，把重点放在农村。在卫生人员的培养上，除了大量专业人员外，还因地制宜地培训了大批不脱产或半脱产的基层卫生人员。1982年，中国有农村赤脚医生135万人，卫生员165万人，接生员55万人，他们根据“无病早防、有病早治”原则，为农村的医疗卫生、妇幼保健、计划生育服务。1949~1982年，中国农村医院增加了40倍，床位增加了60倍，解放初期全国农村床位仅占全国的25%，1982年已上升到60%。

(4) 国家动员全国人民，开展群众性卫生运动，使卫生工作成为社会主义精神文明的组成部分，新中国卫生事业发扬解放区卫生工作的光荣传统，依靠和组织群众自己起来同不卫生的习惯作斗争。1952年，为反对敌人的细菌战争，发动了声势浩大的爱国卫生运动，收到了爱国主义教育、卫生知识教育的双重效果。此后，爱国卫生运动配合经济建设，以除四害、讲卫生、消灭疾病为中心，逐步走向经常化、制度化，取得了显著的成绩。1960年天花已经绝迹，人间鼠疫受到基本控制，其他严重危害人民的烈性病和传染病的发病率也大幅度下降。八十年代，中国进入社会主义现代化建设的新的历史时期，群众性卫生运动又赋予新的内容，与“五讲、四美、三热爱”（讲卫生、讲文明、讲礼貌、讲道德、讲秩序，环境美、心灵美、语言美、行为美，热爱祖国、热爱共产党、热爱社会主义）相结合，成为建设社会主义物质文明和精神文明的重要组成部分。

(5) 国家组织医药卫生技术人员，深入防治疾病第一线，进行调查研究，解决实际问题，使医学科学成为改造自然、改造社会的巨大力量。七十年代中期，中国按统一计划、统一标准和统一方法，组织数百万卫生人员在八亿

多人口中开展恶性肿瘤死亡调查,初步摸清了全国恶性肿瘤的死亡情况和地理分布,为肿瘤病因研究提供了线索,为肿瘤防治找出了重点和方向。这样大规模的调查研究,只有在国家组织、周密计划和严格设计下才能取得成效。中国在食管癌、肝癌的早期诊断,鼻咽癌、绒毛膜上皮细胞癌等的治疗研究方面已达国际先进水平。

人民健康水平提高后,对社会将提出更高的要求。由于物质生活水平的提高,人民要求社会合理安排膳食结构、生活方式、劳动休息和卫生服务。由于平均寿命的延长,中老年人比重增加,需要加强老年保健、行为医学、康复医学、自我保健的研究。卫生服务也要相应地扩大和深入,即从治疗扩大到预防服务,从院内扩大到院外服务,从生理扩大到心理服务,从技术扩大到社会服务。中国有优越的社会主义制度,必将对人民健康发挥积极作用。卫生工作者的任务,就是要保证人民有健全的体魄、饱满的精神、良好的适应社会生活能力,更好地为社会主义现代化建设服务。

(果浩材)

## 自然因素与健康

人类的健康取决于环境因素与遗传因素的相互作用。环境因素包括社会环境与自然环境两方面。环境因素长期的或大量的作用可使基因发生改变。对环境因素的反应,个体差异十分明显。血脂蛋白异常者,常见于动脉硬化患者的家族中;吸烟是引起肺癌的重要因素,但并非吸烟者全部发病;佝偻病多数不难治愈,但少数病例用维生素治疗几乎无效。这些对环境因素的不同反应,都显示了遗传的作用。对那些容易受到某些环境因素伤害的人,应给以特别的关注。

自然环境因素包括化学因素、物理因素与生物因素。有些是自然界固有的,有些是人类制造的,但都以自然因素的形态对机体发生作用。社会地位决定人的生活条件,表现为不同的衣、食、住、行,而衣、食、住、行对健康的影响,要通过具体的化学、物理、生物因素而实现。

**化学因素** 作为自然因素的主要方面,化学因素是多种多样的。化学物质的过量与不足,都可使机体受到伤害。微量的氟有益于牙齿正常发育,过多的氟则会引起慢性氟中毒。铅、砷、汞、镉、铬、锰等皆可引起急性或慢性中毒。许多合成物质也具有毒性。全世界每年大约有一万种新的化学物质问世,进入环境,其中有些可致癌、致畸。

**物理因素** 过热、过冷、电离辐射等均有害于健康。电离辐射,2%来自职业性原因以及核武器试验或核电站,约1/3来自医疗诊断,约2/3来自自然界。今后伴随核动力的应用,人为的污染可能日趋严重。电离辐射的严重后果是致癌。外伤,包括生产、生活以及交通方面的各种外伤,亦应归入物理性因素。外伤致死的人数,在中国已达总死亡数的3%。

**生物因素** 是环境因素的另一个重要方面。人类在生产、生活过程中,经常由食物、饮水、空气、皮肤等途径接

触致病性细菌、病毒和寄生虫。土壤是病原微生物的重要来源。微生物的致癌作用,尚未完全肯定,但有少数癌症的原因可能是病毒。

在现实生活中,有害的环境因素往往与特定的地理条件、气候条件以及人们特殊的生产、生活方式联系在一起。

**气候条件** 不同的气候带对机体产生不同的影响。在寒带居住的人,机体抗寒能力增强。在温带,由于气温明显的季节性变化,机体功能亦呈现季节性改变。热带沙漠气候,夏日炎热,需水多,成人一昼夜可达10升,其中90%由汗水蒸发。海洋气候的昼夜温差小,机体反应有皮肤毛细血管扩张,脉搏缓慢,肌张力增强。山地气候的气温与气压均低,刺激机体代谢增强。某些疾病,尤其是有些传染性疾病,常为某一特定气候带的居民所独有。传染病发病率的季节性波动,说明气候因素的改变,影响到人类生活规律,媒介昆虫的繁殖、活动,以及病原微生物本身的增减。在中国寒冷的北方,冬春季气候条件对居民健康的影响更为明显。

气象与疾病似有一定关系。在大风季节,风湿性疾病和卡他性炎症特别是胃肠炎常有增加,其他如烦躁、失眠、头痛、鼻衄、心悸、喘息等神经精神症状亦较多见。有人将大风引起的症候归结为“气象神经症”,并认为心绞痛、心肌梗塞等心血管疾病也与气象变化有关。冠心病的发病与死亡均以初冬时为多,在气压下降与气温相应回升时患者增加。骤死较多发生在高温与大雷雨天。因此,对某些因气象变动而呈现特殊反应的人,应采取适当预防措施,如脱离或消除特定的气象条件,重视和发展人工微小气候,改善衣服、住宅和工作环境,制定适宜的卫生学标准等。开展体育锻炼、旅游活动以及其他有效的运动方式,借以增强体质,更是卫生保健的根本。在天气骤变时,可服用某些药物或维生素,以改善机体的适应能力。对气象变化敏感者,应避免突然迁移到气候截然相反的地方去,而采取逐步过渡的方式,在途中作适当逗留,以便逐步适应新的气候条件。

**地理条件** 疾病的地理分布有其外在的和内在的原因。研究疾病的地理分布,必须充分考虑地理环境以及当地居民社会生活情况两个方面。地理医学就是综合地应用医学统计学、微生物学、病毒学、寄生虫学、卫生学、流行病学、临床医学、内分泌学、动物学、生理学、经济地理学和气候学等知识,研究传染病和寄生虫病的地理分布,以及自然疫源地的发生发展规律的学科。在并无人类参加的动物界,各类动物间存在着密切的相互关系,致使许多疾病不断地循环发生,自然疫源地就是病原体、媒介动物以及带病动物三者相互作用的历史性产物。

地理条件对那些所谓世界性疾病的分布亦有作用。痢疾最多见于热带,斑疹伤寒常见于温带与寒带。食物、饮水中化学元素的缺乏或过剩造成的一些疾病,与地理条件有直接联系。地方性甲状腺肿地区,水中缺乏碘质,氟中毒病见于火山地区和土壤含氟多的地带,水中氟含量达1~2mg/L时出现病例,达5.0mg/L时全部居民皆患

病。据报道,生物地球化学研究已经发现有30多种元素,它们的过剩与不足可造成疾病。越是容易迁移的微量元素越容易引起生物化学性疾病。还有一些器质性 疾病,如肿瘤、心血管病、溃疡病,甚至某些外科病,在地理分布上亦有其特点。营养缺乏病常见于某些特定的地区,说明维生素的地域性缺乏。所以为正确地解释疾病的地理分布,一定要考虑到自然界的各个方面。

(杨建伯)

## 中国古代卫生

**卫生管理的萌芽** 中国早期的公共卫生设施,是从环境卫生开始的,包括水源保护,清洁处理及尸枢处置。夏商(约公元前21~公元前11世纪)时期,随着经济文化的发展,人们在日常生活中已经知道凿井而饮。在殷墟遗址中发现住室附近已有排除积水的水沟。《左传》记有“土厚水深,居之不疾”和“土薄水浅,其恶(疾病)易觐(易成)。”《管子·禁藏篇》提出了“春三月……杼井易水,所以去兹毒也。”意指春季要挖除井中的积垢淤泥,换以新水,以维护水源的安全,开始有了对饮水卫生的管理措施。《周易》、《风俗通义》中有不少类似护井公约的记载,实为卫生管理法令的开始。

清洁处理,甲骨文中有所扫和在室内除虫的资料,如“庚辰卜,大贞,来丁亥寇帝”(帝同寝字,指“堂室”)意即丁亥日要在室内扫除。周代(约公元前11世纪~公元前771年),人们进一步知道通过除害来改善环境卫生。《周礼》、《仪礼》、《诗经》中有许多管理环境卫生的方法,如抹墙、堵洞、熏药、洒灰、按时扫房等以除虫灭鼠。《左传》有“国人逐彘狗”以防制狂犬病的记载,说明当时已有除害防病的具体管理手段。《周礼》有清除粪便的记载。秦汉时有下水道、“都厕”(即公厕)、洒水车等城市公共卫生设施。

对于尸枢处置,“文王葬死骸而九夷顺”,即重视“掩骼埋胔(音兹)”,实行墓葬。《周礼·春官》,设“墓大夫,掌凡邦墓之地域”,即已设官管理。在周代,无论是厚葬薄埋(《水经注》卷十五记有“僵人穴”),都力求不要暴尸于野,而起防制疫病发生的作用。

在婚姻制度上,《礼记》“三十曰壮有室”;《周礼》“男三十娶,女二十嫁”,“礼不娶同姓”;《左传》“男女同姓,其生不蕃”这些规定保证了中华民族的健康繁衍。

**保健思想的形成** 中医学是中国灿烂的古代文化的重要组成部分。距今二千多年前,《黄帝内经素问·四气调神大论》“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱……夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸兵,不亦晚乎”即已孕育着“预防为主”的保健思想。《黄帝内经·灵枢》、《八十一难经》、《金匮要略》等书,都有大致相同的论述。扁鹊提出“信巫不信医”是“六不治”之一,在当时巫、医斗争中,他是一位具有朴素唯物主义思想的医学家。他主张破除迷信,预防疾病和早期治疗的保健思想。《淮南子》中“良医者常治无病之病,故无病”的早期治疗之说,也是预防医学思想的补充。

早期的仿生导引的健身活动,促进了保健思想的形成。《庄子·刻意篇》就有“吹呴呼吸,吐故纳新,熊经鸟伸,唯寿而已矣”的记述。《吕氏春秋·尽数》所载:“流水不腐,户枢不蠹,动也”含有生命在于运动的哲理。在汉马王堆三号墓出土帛画《导引图》中,有彩绘的四十四个各种姿式的图象,模仿各种鸟兽的动作,反映当时健身活动的概貌。三国时(公元二世纪)著名医学家华佗,发扬“户枢不朽”的保健思想,继承《淮南子》的“熊经、兔浴、鸱(夜鹰)视、虎顾、鸟伸、猿蹻(跳)”六禽戏,删去兔、鸱两戏,增加鹿戏,创作了五禽戏。后代又从五禽戏演化出五禽拳、五禽气功图、五禽舞功法等多种流派,丰富了具有民族特色的医疗体育和保健活动。

唐代孙思邈在所著《千金要方》(公元652年)中首先提出“大医精诚”的论点,认为“人命至急,有贵千金,一方济之,德逾于此。”强调医家的道德修养。他提倡应对病人“普同一等,皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后,自虑凶吉,护惜身命。见彼苦恼,若己有之。深之凄怆,勿避险巇,昼夜寒暑,饥渴疲劳,一心赴救”。这种救死扶伤的人道主义精神,是值得提倡的崇高医德。

**医事制度的发轫** 在奴隶制社会,社会分工趋向专业化,出现了中国早期的医事管理制度。西周初期(公元前11世纪左右),出现了为统治阶级服务的宫廷医生,即专职医生。据《周礼·天官》记载,当时医生分为食医(管理王室饮食)、疾医(内科)、疡医(外伤)及兽医四种。医政组织,以医师为“众医之长,掌医之政令,聚毒药以供医事”。当时的医师是总管医药行政的最高负责人,下设府、史、士、徒等职。管理上订有一套考核制度,即“岁终,稽其医事,以制其食(指俸给),十全(治愈)为上,十失一次之,十失二次之,十失三次之,十失四为下”的规定,根据医术高低以定俸给。病历纪录及报告亦已开始出现。《周礼》有“凡民之有疾病者,分而治之,死终则各书其所以而入于(上报)医师”等记载,要求对于病者须作记录治疗经过的病历,对于死者要作死亡原因报告,作为考核医疗成绩的依据。这种管理措施,不仅能反映当时医学发展水平,而且为医药经验的积累与医疗水平的提高创造了条件。

**医政体制的变迁** 秦汉时期(公元前221~公元220年)已入封建社会,医事组织更集中地为宫廷服务,规模日渐扩大,旁及宫廷之外。中国古代医政管理体制迭有变迁。《杜佑通典》说:“秦有太医令、丞主医药”。西汉太医令、丞有二:一属太常(如后代太医院),一属少府(如后代御药房),设太医令、太医监、太医丞、药丞、方丞等职官,分别担任管理医、药、方之职。东汉沿此制,当时的百官府都设有官医,如侍医(即御医)、女侍医(即乳医),医工长、医待诏、本草待诏、尚药监、中官药长、尝药太官等员额,均须考核补用。

晋沿汉魏旧制,仍置太医令、丞主管医药。南北朝均仿此制。如北魏的太常设太医令,门下省设尚药局。刘宋元嘉二十年(公元443年)“太医令秦承祖奏置‘医学’,以广教授”;北魏太和(约公元480年)置有太医博士、太医助教,可谓医学教育的发端。文献记载,历代的医事考

核,多半只考官(医)不考民(医)。医学教育,成为医政体制的一个主体。隋唐“太医令掌医疗之法”,对所属官医,“有博士以教之,其考试录用如国子监(当时主管教育机构)之法”。(见《旧唐书·职官》)可见医政、医教已揉合一体。

隋唐时期的医药管理,从中央到地方都有所加强。两晋的医政组织,统一归门下省,到了隋唐改为太常寺统太医署,门下省(唐改为殿外省)统尚药局,分别掌管医事与药事。公元624年前,唐代的太医署,由令、丞、医监、医正组成,所属的医师、针师、药师、咒禁师,“皆教以博士”,“业成者为师”,还有府、史、医工、医生、针工、针生、按摩工、按摩生等等职称与编制(见《新唐书·百官志》)。尚药局另设人员与编制。唐代的医政管理体制已初具规模。

宋代的医药管理机构,中央分为四个部门,对于医学教育培养人才更为重视。宋太平兴国之始(公元977年)还从民间选拔精良的医生为医官,充实“翰林医官院”(后改称“医官局”),掌医事政令。熙宁九年(公元1076年),“太医署”改称“太医局”,政和三年(公元1113年),置“医学”,为医学教育和选用人才的最高机构,全国各州县也开办各级“医学(校)”,规定考试制度,逐级选拔。另设“尚药局”、“御药院”专管宫廷医药。宋元丰年间(公元1078~1085年),医学分科渐细,由唐代的体疗、疮肿、少小、耳目口齿、角法(包括针灸、按摩)等五科发展至大方脉、风科、小方脉、疮肿折伤、眼科、产科、口齿咽喉、针灸、金镞兼书禁等九科(元代增至13科)。当时王安石推行新法,医学教育实行“三舍法”。学生通过考试品学兼优者,可以由外舍升入内舍,由内舍升入上舍。上舍生毕业后大都留在太医局任职,说明当时医事管理的各个领域,都建立起一套考核制度。

金、元、明、清几个朝代的中央医药管理机构,均取消了署、局建制,医政和医教统一由太医院管理。改“太医局”为“太医院”始于金代(公元12世纪)。金、元于太医院设提点(元初称院长)为院部最高负责人。元代(公元13世纪)起增设“医学提举司”,专管医药考核及校勘名医著述。“官医提举司”掌医户差役词讼;“广济提举司”掌修合药饵(制剂),医药管理上有了新的分工。

明、清太医院均设院使(明初称提举)为院最高负责人,并设有左右院判,共掌医的政令。其下设御医、吏目、医士、医生等,“掌各科治法以治疾”,“掌灸(炮)制之法以治药”。明代另设御药房,专为宫廷医疗服务。清初亦置御药房,改属太医院。康熙十年(公元1671年)开始独立建置医政体制,直属中央。医药管理的法令,亦逐渐规范化,对民间的医生的检定,医律的修饰,均有明文规定。医学教育,分内教习与外教习,采考试而定等第与录用。清代还完成了《古今图书集成医部全录》(1723年)共520卷,收载历代著名医药文献及医家事迹,相当于一部医学百科全书,具有参考价值。

医疗方式的沿传 《汉书·艺文志》说:“太古有歧伯、俞跖,中世有扁鹊、秦和,盖论病以及国,原诊以知政”,为传说中的古代名医。《史记集解》称“歧伯,黄帝太医,属

使主医药。”今称歧黄为医家之祖,歧是歧伯,黄是黄帝,但不是民间的医生。扁鹊,少时为人舍长,从舍人长桑君学得医术,《史记》为他作传,说他在陕西、山西、河北一带行医,首先运用望、闻、问、切四诊,精通内、妇、儿、五官各科,擅长汤药、针灸、砭石、蒸熨、按摩等法治病,并教出子豹、子阳等有医学专长的学生,是古代民间医生的代表。西汉淳于意到处为人看病,“不以家为家”;东汉华佗行医遍及江苏、山东、河南、安徽一带。古代民间医生大都由私人传授,私人开业,以“悬壶”、“铃医”或“走方郎中”的形式行医。自古把医生开业称作“行医”,门诊之外,保留着出诊的特色。

《后汉书·贾长房传》载有一则神话:“老翁卖药,悬一壶(葫芦)于肆头,市罢则跳入壶中”,为医生开业又称“悬壶”的由来。明代普设的各王府良医所,各地方惠民药局,都请医“坐堂”看病,风行到民间药肆。当时的著名医药家李时珍,是世(祖)传的民间医生,他的一家,集中反映了祖父是走村串户的“铃医”(即走方郎中);父亲李月池在家行医(旧称挂牌医生、医庐、医寓,今称诊所);自己早年曾在王府坐堂(今药店坐堂)。至今走村串户、开诊所(包括出诊)、坐堂等三种医疗形式,尚沿传不绝。

医生的报酬。相传三国时,吴国名医董奉,为人治病,不取酬金,“重病愈者,使栽杏五株,轻者一株……如此数年,郁然成林”,“杏熟易谷,以济贫病”。“杏林春满”,传为佳话。

医院的建立 中国医院雏型最早见于周代。《周书·五会篇》载周成王在成周大会的会场旁,设过“为诸侯有疾病者之医药所居”的场所。《管子·入国篇》,对聋、盲、跛、瘖等残病,不能自己生活的,亦有“收而养之”的记载。据《汉书·平帝纪》说:“元始二年(公元2年),民疾疫者,舍空邸第,为置医药”。当时瘟疫流行,利用空着的诸侯官邸,集中收治病入,类似隔离医院。延熹五年(公元162年),皇甫规任中郎将,在甘肃陇坻一带作战,军中发生疫病,利用民房,开设“庵庐”,类似野战医院,但都不是常设的医疗机构。南北朝时,南齐永明九年(公元491年),设“六疾馆”;北魏太和二十一年(公元497年)设“别坊(即别屋)”;永平三年(公元510年)设医馆“分师(科)治疗”,渐有从“收养”转向“收治”的迹象,但未脱慈善的性质。唐代开始专设收容残病的“养病坊”(公元845年),大都以政令设在庙宇里,由僧人主持,并给寺田做经费,还把一些寺院,辟作“穷人坊”,对麻风病人进行隔离。

宋朝设养济院,“立规约数十条,以愈疾之多寡为赏罚”。“安济坊”有“三年医愈千人”的纪录,并有“医者给‘手历’以书所治瘥失,岁终考其数”的规定,形似官立医院。元祐四年(公元1089年),苏东坡在杭州做官,他捐献私帑,与官家合办一所“安乐坊”,是一种公私合办的医院。现存苏州的北宋文庙碑林中的《平江图》,刻有以正式命名的“医院”,是苏州“济民药局”私人集资办的医院。此外,唐宋时代,还有收容慈幼、军戎、病囚等专门医药设施。

元代至元七年(公元1270年),设立了一种新型的医疗



机构,名为广惠司,用阿拉伯的医生,配制回回药物,是一种阿拉伯式的医院。明隆庆三年(公元1569年),西人在中国澳门最早开设了西式医院,但无影响。

**国家药局的开设** 唐显庆四年(公元659年),明令颁布了一部药物学书籍《新修本草》,记载药物共844种,为一部全国通行的“药典”。唐“太医署”设官职分管储药、给药等工作,还在产药地区置采药师,在京师则以良田为药园,由药园师管理,可谓初具药政的规模,但一般未出宫廷内的管理范围。

由于医药事业的发展,宋代设置了管理宫廷内外的专门药政机构。宋熙宁九年(公元1076年),于“尚药局”、“御药院”之外,太医局设“卖药所”。王安石为相时,颁《市易法》,由政府控制市场的药物销售,以革伪滥之弊。宋崇宁二年(公元1103年)后,更设“修合(制剂)药所”,继之,又改为“和剂惠民药局”。南宋时,先后改称“和剂局”、“太平惠民(药)局”等,发售熟(成)药。1085年,“新法”告废,管理失灵,这些药局往往成为官吏营私舞弊、追逐财利之所。元代于各路开设惠民药局,“择良医主之”,兼有门诊性质。明代发展到各县,通称惠民药局。

对于药材管理,明代才有记载可据。全国岁入药材,俱于产地派纳。永乐(公元1403~1424年)额定55,474斤,嘉靖初(公元1522年)通计264,227斤,万历(公元1573~1619年)间,减为249,581斤。清代的药材出入统归“礼部”,折钱粮由出产地按年解纳,并由“内药房”设府总管,而以方药作宫廷供御之用。

**预防接种的影响** 古代传染病流行的记载,最早见于《史记·赵世家》:周“惠王二十二年(公元前655年),大疫”。以后历代史籍,都有详记,预防手段,主要是设坊(场所)隔离。

十六世纪以来,防治传染病的目标,首先为痘疹。这一时期有关痘疹的著作达50余部,特设痘疹专科,从事诊治,终能发明人痘接种以预防天花。清《医宗金鉴》称宋真宗时(公元998~1022年),峨嵋山人为丞相王旦之子种痘,但宋、元医书并无记载。清·张琰《种痘新书》(约公元1681年后)称:“余祖承聂久吾先生之教,种痘策裘,已经数代”。聂久吾是17世纪初年人。清·俞茂鲲在《痘科金镜赋集解》(公元1737年)中说:“闻种痘法起于明隆庆年间(公元1567~1572年)宁国府太平县……由此蔓延天下”。此种预防方法,不久就远传海外。1688年,俄国首先派医生到北京学习种痘,由此传入土耳其和北欧,1717年传入英国,18世纪中叶已传遍欧亚。这种保全人类生命的免疫学的思想及方法在预防医学史上具有世界意义的影响。

**中外医药的交流** 溯自西汉,张骞两次出使西域(公元前138~前115年),开辟了东西交通,建立起“丝绸之路”,促进了中外文化交流。唐代经济繁荣,内外交通发达,著名僧人法显,玄奘等先后访问印度、阿富汗、尼泊尔等国,渐次发展扩大了中外医药交流。

汉唐以来,从公元二世纪到九世纪,中国炼丹术多次传入阿拉伯各地,并经阿拉伯传到西方,对世界制药化学有

一定贡献。唐永徽年间(公元650~655年),与阿拉伯国家开始了药物互赠和药物贸易。晋王叔和《脉经》中的“脉象”,相传于十世纪前传入阿拉伯,为阿维森纳(Avicenna, 980~1037)吸收到他的《医典》。在东方,唐僧人义净在印度居住二十年,常用中国医药为印度人诊治疾病。中日两国医药交流,南北朝时即已开始。公元552年,中国赠给日本《针经》;562年,吴人知聪携带《明堂图》等医书160卷到日本,以后,历经隋唐,交往更密。公元608年,日本派员生来华学医,带去《诸病源候论》等不少重要医书。公元701年,日本的医药管理制度,采取中国的唐制,制订《大宝律令·疾医令》,规定日本医学生必读《素问》、《黄帝针经》、《明堂脉诀》、《(针灸)甲乙经》、《新修本草》等书。公元754年,鉴真和尚东渡日本传授佛学和医学。805年,日本医生菅原清留学中国后,竭力提倡中国医学,渐次形成了汉医(包括汉方·汉药)在日本风行。张仲景《伤寒论》、《金匱要略》,被推崇为“医圣”之作。朝鲜医学亦深受中国医学的影响,曾仿隋唐,设“医学”,置医学博士,以中国医书为教本。越南很早与中国就进行文化交流,唐宋时期即有医家的交往和药物的交易。宋、元、明以来中国医学对日、朝、越的影响,日益深远。在日本盛行的汉医和朝、越盛行的东医,历久不衰。十六世纪,明·李时珍《本草纲目》出版后,不久传到国外,以后陆续被全部或部分地译成朝、日、拉丁、英、法、德等多种文字,在世界科学史上有一定的地位。十七世纪,西方开始介绍中国针灸学,由荷兰人用英文在伦敦出版。公元1683年,荷医传针灸术到欧洲,流传于德、法、意、瑞典、英、捷克、俄等不少国家,其中以法国对针灸最为注意。

早期的西方医学与阿拉伯医学视为一体。西汉中叶,中国与罗马之间的往来有“丝绸之路”,即渐有西方医药传入的史迹。唐代初叶(公元七世纪),景教徒(Nestorians)的传入,出现高潮。五代十国(公元十世纪),西域来华之路阻塞,东西交流中断。公元十三世纪,蒙古民族崛起东方,东西方交通远至意大利。元代先有景教徒卷土重来,后有天主教徒相继而至。元世祖中统四年(1263年),曾聘爱塞雅(F. Isaian)为御医,进行医事活动。其时,欧洲医学尚未成为一门独立学科,不足以影响中国医学的地位。明代后期,正当十六世纪欧洲科学文化开始兴盛时期,欧洲天主教士输入“西学”的同时,传入西洋医学。1583年以意大利利玛窦(Matteo Ricci)为首的传教士,通晓中国语言,“其所著书,多华人所未道,故一时好异者兼尚之”。(见《明史·利玛窦传》)明医学家王肯堂亦与之交游。其后,艾儒略(Julio Aleni)《职方外纪》(1613年后),介绍西洋医事制度和设施甚详,但所传播的影响是有限的。

(江晦鸣)

## 半封建半殖民地时期的卫生

自1840年鸦片战争后,直到中华人民共和国成立,随着帝国主义列强不断侵略蹂躏,中国进入了半封建半殖



民地的悲惨境地。

**西洋医学传入的影响** 鸦片战争前后, 西洋医学在中国传播的扩大, 是在外国帝国主义侵略的情况下开始的。1779年, 英国东印度公司来华的鸦片商船, 即随带医生皮尔逊(A. Pearson), 他于1806年(清嘉庆十年)来广州传“种痘法”。1820年(清嘉庆二十五年), 英国教士医生玛礼逊(R. Morrison)与东印度公司外科医生李温斯敦(T. R. Levingstone)在澳门设小医院一所, 后发展成玛礼逊医学学校, 以布朗(S. R. Brown)主其事。同年, 东印度公司医生郭雷枢(T. R. Colledge)来华。1827年(清道光七年)在澳门设立眼科医院, 次年又在广州设立一医药局, 撰文鼓吹“商业扩张可借助于传教事业得到发展, 而传教事业又可通过医生治病达到目的。”1830年, 美国公理会国外布道会派遣第一个传教士比道(Beadle)来华, 1834年(清道光十四年)又派传教医生派克(P. Parker)开设眼科医院于广州, 即后来的博济医院。1838年(清道光十八年), 派克与郭雷枢组织“广州医学传教会”, 配合外国在华侵略势力搞阴谋活动。比道扬言:“当西方大炮轰不开中国门户的时候, 一把手术刀劈开了中国的门限。”

鸦片战争清政府战败后于1842年与英国签订了丧权辱国的《江宁条约》, 开放广州、福州、厦门、宁波、上海为通商口岸, 许可设置教堂和医院。1840年随英国侵略军在舟山登陆的英国医生罗克哈特(Lockhart), 旋于1844年留在上海开设医院, 即后来的仁济医院。同年, 清政府又与美、法等国签订了不平等的《中美望厦条约》、《中法黄埔条约》, 亦许可在五港口设置教堂和医院, 同享利益均沾。1859年(清咸丰九年), 英、法、俄等国迫使清政府签订《北京条约》以后, 外国医院的设置, 更伸展到长江和内地各城市。1861年(清咸丰11年), 罗克哈特到北京开设施医院, 即后来的协和医院。继之, 1865年(清同治四年)美国圣公会在上海设同仁医院; 1867年(清同治六年)英国长老会在汕头设高德医院; 1881年(清光绪七年)英国北部苏格兰教会在奉天设盛京施医院。其他如烟台、牛庄、济南、镇江、南京、宜昌、汉口、梧州、博罗、东莞、台湾等地亦设置了教会医院或诊所。据1905年(清光绪三十一年)调查, 全国有教会医院166所, 诊所241所, 教会医生301名。据1920年(民国九年)的调查, 教会所办的医院共有250所。

抗日战争时期, 美帝国主义假“援华”之名, 在中国后方继续操纵和扩增教会医务组织。据1944年调查, 全国有教会医院141所, 诊所98所, 巡回医疗队17队, 学校诊所25所, 麻风医院30处, 病床约1万张。从1828~1949年, 各国在中国长期经营的教会医院, 分布全国各地, 高达340所, 成为帝国主义进行文化侵略的重要工具。

外国侵略者在开办医院的同时, 还非常重视开办医学校。1866年(清同治五年), 美国医药传教会在广州开设了第一所医学校, 即广州博济医学校。自从1895年(清光绪二十一年), 清政府与日本签订了卖国的《马关条约》后, 中国殖民地化程度更深一步, 各国互认势力范围, 各

自开办医院并招收中国学生。据1897年(清光绪二十三年)调查, 在60所教会医院中, 有39所兼授学生, 其中收学生10名以上者五所, 其余仅收学生2~6名; 亦有少数称作医学堂; 被认可的毕业生约300名。据1915年调查, 英、美教会医院发展成医学学校的达23所。这类外人办的医学教育, 都采用各该国的学制及语言, 选派留学生, 培植各自势力, 形成后来的英美、德日、法比等医学派系, 几乎使中国卫生事业的自主权, 沦入外人分割之手。

**太平天国的卫生新政** 太平天国(1851~1864)作为农民起义的革命政权, 关心战士和群众的健康。在洪秀全进军的《行营铺排诏》中提出:“努力扶持老幼男女病伤, 总要个个保齐”。

太平天国的卫生工作, 分朝内、军中和居民三个系统, 略似公医制。金田起义之初, 太平军即设有专职的医务人员。此后, 除水营、土营人数不等外, 陆营各军按“百工归衙”的原则, 都设有拯危衙(急救站、包扎所)、掌医衙(主治外科)、内医衙(主治内科)、能人馆(打仗受伤为能人, 同军医院), 以及随征药材局。在定都天京(南京)后, 朝内以殿前国医为首, 设国医衙(同旧式太医院), 总管卫生工作。属官有天朝督内医、督医将军、天朝内医、天朝掌医、朝内拯危急、朝内诊脉医生等名目, 并设总药库、功臣衙(尊伤残将士为功臣, 同疗养院)及骡马医。军中医官包括内医、掌医、拯危急、理能人(同护理人员)等, 亦有设功臣衙者。在居民中, “分设街道医生六十人”, 为天京居民施诊给药。这种公医制度的尝试, 是同“人人不受私, 物物归上主”的原则, 即先由私归公, 然后药物、食粮、衣服再由公配给的“圣库制度”相联系的。当时的“圣库制度”, 因官员暗中攫取而破坏, 公医制度随之名实俱亡。

太平天国领袖之一洪仁玕, 兼通医学, 受教会影响, 积极倡议“借庙宇之资, 移迷信之费”作为基金, 开办医院。这是一种地方公益事业。在干王府兴办了一所中西合璧的医院。据《太平天国印书·资政新编》规定:“兴医院以济疾苦”, 由“公义者司其事”, “立医师必考取数场, 然后聘用, 不受谢金”。在天京还设有老民残废馆, 参加打扫城市街道, 并责成“女馆”每天要交活鼠一只或臭虫一对; 在农村设“兴乡民”“管理各户洒扫街渠”, 讲究环境卫生。严禁鸦片、酗酒, 同时禁止蓄婢、宿娼、缠足、溺婴, 保护妇女儿童健康, 实行了历代封建王朝所不能办的卫生新政, 经历了十三年, 后随革命政权失败而告终。

**防疫机构的创始** 中国海港检疫的创始先于清政府中央卫生机构的建立。1873年(清同治十二年), 暹罗(今泰国)及马来西亚半岛诸地霍乱流行, 波及中国的上海及厦门。两地海关先后制订《海港卫生规则》, 由海关派遣医师17人(均外籍, 中国仅黄宽一人), 对进口船只实行检疫。1883年(清光绪九年), 汕头海关仿行。1894年(清光绪二十年), 香港、广东鼠疫流行, 各地海关相继设检疫机构, 天津在大沽设海港检疫管理站, 汉口也公布了《检疫章程》。清宣统年间(1910~1911), 东北肺鼠疫暴发, 侵入内地, 广东海关亦制订了《海港卫生规则》, 在中国北部的安东(今丹东)、烟台及牛庄(今营口)也相继采取检疫