

关于改进卫生保健工作的几点建议

哈尔滨医科大学公卫学院 刘瑞璋

基础医学研究发病机理，临床医学研究病人的诊治。流行病学通过人群观察研究致病因素以进行预防。关于医学的预防，概念已有延伸：1.促进健康、免患疾病；2.病初早治，彻底恢复；3.对已病者合理治疗，减少合并症和后遗症，延长寿命。

我国把预防为主定为卫生方针，建国以来的三十余年里随着经济、文化的发展和人民生活水平的提高，人民的健康水平也有明显改善。

建国前夕关于我国人口的平均寿命没有全面、确切的资料，据一般所能接受的估计为35岁。建国后逐步开展了这方面的调查研究。据《中国统计年鉴1983》的资料认为1957年的平均寿命为57岁。即自建国以来的8年间平均寿命延长了20余岁。这个事实既说明半封建半殖民地的旧中国人民生活水平之低，也说明新中国成立后人民生活条件改善之快。至1975年平均寿命约为66岁，1978年约为67岁。据1982年人口普查资料，平均寿命已达68岁，与亚洲一些国家比较，中国的平均寿命已达较高水平，见表1。

1982年是我国〈六五〉计划开始不久，人均收入初步好转的时期，但是平均寿命不仅超过人均收入500美元以上的国家，也超过人均收入1,000美元以上的国家，在亚洲仅次于日本，与以色列和科威特的水平接近。与世界其它国家相比，高于第三世界各国和世界平均水平，低于欧洲和北美。1978年各大洲平均寿命估计：全世界60岁，非洲47岁，亚洲57岁，澳洲69岁，拉美62岁，北美73岁，欧洲72岁，苏联70岁。

1978年中国的平均寿命约为67岁，中国的平均寿命明显超过亚非拉的估计值。另外根据

表1 部分亚洲国家人均收入与平均寿命(1982)

国别	人均收入(美元)	平均寿命(岁)
阿富汗	230	42
印度	230	52
中国	281	68
斯里兰卡	282	64
巴基斯坦	289	52
越南	130*	62
印尼	439	50
泰国	708	61
菲律宾	732	61
朝鲜	950	62
南朝鲜	1553	66
马来西亚	1763	61

资料：蒋正华等：人口普查国际讨论会论文(1984)

* 1985年世界银行资料

联合国1974年资料的推算表明在发展中国家内，直到2,000年中国的平均寿命都处于领先地位而逐渐接近先进国家水平。

就国内情况来看，一些大城市的平均寿命几乎均已突破70岁，而各省之间的差异则较明显，广东、辽宁两省已突破70岁。甘肃省为66岁。贵州省为62岁，在全国居末位。总趋势是华东、华北、东北较高，中南稍次，西北、西南较低。即沿海高内地低；呈东高西低的倾向，明显地受自然环境和经济发展程度的影响，据估计这个模式可能继续一段时期。但是在普遍提高的同时东西之差可能逐步缩小。

平均寿命的延长受许多因素的影响。建国后人民生活水平逐步提高，卫生条件不断改善，在死因的顺序上有明显的反映，见表2。

表2中的呼吸系病中肺炎占主要地位，目前大约为1/4~1/3，在1957年可能更多些。消化系疾病中有约1/3~1/2是肝硬化，泌尿系疾病中主要是肾炎。在1957年的资料中呼吸系疾病、

表 2

前十位死因统计

顺 序	1957年部分市		1982年部分市		1982年部分县	
	死因	构成比 (%)	死因	构成比 (%)	死因	构成比 (%)
1	呼吸系病	16.86	脑血管病	22.26	心脏病	23.70
2	急性传染病	7.93	心脏病	21.05	脑血管病	15.40
3	肺结核	7.51	恶性肿瘤	20.60	恶性肿瘤	15.32
4	消化系统病	7.31	呼吸系病	8.67	呼吸系病	11.49
5	心脏病	6.61	消化系病	4.37	消化系病	5.69
6	脑血管病	5.46	外伤	3.25	中毒	4.24
7	恶性肿瘤	5.17	中毒	2.07	肺结核	4.21
8	神经系病	4.08	肺结核	2.03	外伤	2.97
9	外伤及中毒	2.66	新生儿病	1.63	传染病*	2.50
10	其他结核	1.98	泌尿系病	1.61	新生儿病	1.65
计		65.57		87.54		87.17

资料：蒋正华等

急性传染病和肺结核三项占死因的前三位。到1982年传染病作为死因在城市已退居第十位以后，只是在农村，传染病在死因中仍在前十位中占有席位。不过与呼吸系疾病和肺结核相比传染病的后退最为显著，其余两者虽有后退，但退至一定程度后便裹足徘徊，不再大步后退。相反，那些在高年龄组容易发生的疾病在死因中的地位迅速上升。1982年的资料表明无论城乡心脏病、脑血管病和恶性肿瘤已跃居死因的前三位。其实这种趋势自六十年代已在全国各地先后发生。至于这三类疾病的先后次序各地却不尽一致。上海、南京、广州肿瘤占第一位。北京、武汉、西安脑血管病占第一位。沈阳、成都、昆明则心脏病占第一位。就全国来看心脏病占第一位。其次为脑血管病和肿瘤。这三类疾病在死因构成中占死亡总数的50%，甚至60%以上。其次是呼吸系疾病，其中肺炎占重要地位。由于抗菌素的应用，细菌性肺炎已被控制，目前突出的问题是病毒性肺炎，对婴幼儿来说尤其值得注意。在消化系疾病中肝硬化约占1/3以上，其中绝大部分是病毒性肝炎引起的。肺炎和肝硬化在先进国家的死因中也仍然占有一定位置，不过这些国家的肝硬化中有相当部分起因于酒精中毒。表3列出瑞典(1977)和日本(1980)的前十位死因以与我国比较。

瑞典当时的人均收入约为8,370美元，平均寿命约为76岁，日本的平均收入为6,797美元，平均寿命为75岁。它们分别是欧亚两洲平均寿命最高的国家。

表 3 瑞典和日本的前十位死因

顺 序	瑞典(1977)		日本(1980)	
	死因	构成比 (%)	死因	构成比 (%)
1	循环系疾病	45.0	脑血管病	22.5
2	肿瘤	26.1	肿瘤	22.4
3	脑血管病	12.1	心脏病	17.1
4	意外事故	3.7	肺炎及支气管 炎	5.4
5	肺炎	3.1	老衰	4.4
6	慢性肝疾病， 肝硬化	2.3	意外事故	4.0
7	支气管炎，肺 气肿，喘息	2.2	自杀	2.8
8	自杀	2.1	肝硬化	2.3
9	糖尿病	1.8	高血压性疾病	2.2
10	汽车事故	1.4	肾炎等	1.4
计		100.0		100.0

资料：世界的公共卫生，1981

瑞典的首位死因是循环系疾病，占全部死亡总数的45%。其中主要是心肌梗死，占死亡总数的41%，其它循环系疾病占4%。在一些先进国家中心脏病占首位者居多。但占如此优势者十分罕见。与之相比日本则以脑血管病占死因的

第一位, 第二位为恶性肿瘤, 第三位为心脏病, 这种现象自五十年代便已开始, 持续近三十年。但是近年脑血管病的死亡率已开始下降。在恶性肿瘤方面日本原以胃癌为第一位, 但近年来胃癌已开始减少, 肺癌却仍上升并跃居恶性肿瘤的首位。日本的脑血管病减少和胃癌的下降据称均与饮食习惯变更有关。在瑞典心脏病却超过脑血管病死亡的三倍, 英国心脏病死亡数为脑血管病死亡数的二倍。法国脑血管病的死亡数为心脏病死亡数的 $\frac{2}{3}$, 可见这种倾向并非偶然。与先进国家相比有明显差距的是我国无论城乡肺结核和新生儿疾病在死因中均有一定地位。此外在农村传染病仍是前十位死因中的一个成分。不过关于这三类疾病我国已有专业机构掌管其预防和治疗问题, 三十余年来在改变我国卫生面貌中起了应有的作用。但是由于基层组织不健全, 一些工作尚欠深入。至于死因中前五位疾病的预防问题却未明确责任谁属。当然这些疾病的预防目前尚无成熟经验和特效手段而多属于生活指导或早期发现的问题。如果早期发现高血压患者对他们进行生活指导, 督促其及时治疗, 必将减少心脏病和脑血管病的发生。关于肿瘤若能早期发现, 早期治疗不仅减少病死, 而且减少个人和社会负担。为此必须健全基层卫生组织, 扭转集体单位卫生部门重治轻防的偏向, 改革卫生保健业务单位的机构并明确责任, 乃是当务之急。

我国宪法第二十一条规定“国家发展医疗卫生事业, 发展现代医药和我国传统医药, 鼓励和支持农村集体经济组织、国家企业事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施, 开展群众性的卫生活动, 保护人民健康。”第四十五条规定“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下, 有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”

目前我国流行病学正面临着一个新的形势, 不仅对与死因有重要关系的疾病进行了研

究, 对于那些虽不致死, 但是影响很大的疾病也在研究。这些研究的目的在于预防疾病或改善健康状况。如果没有相应的卫生保健机构, 预防疾病的愿望很难实现。故建议制订人民保健法, 根据国力民情和发展前景规定保护人民健康的原则要求和组织机构, 为改善人民健康而奋斗。

过去我国在经济落后的情况下, 由于社会制度先进, 发挥专业队伍和人民群众的积极性, 在预防疾病, 尤其是对传染病(包括寄生虫病)的预防取得了重大成果。为了完成更复杂的任务必须从机构和队伍方面得到保证。

人口问题不仅为医学所关心, 也是政治、经济等方面注意的焦点。我国的出生和死亡历来由户籍系统掌管, 虽然以出生诊断或死亡诊断为依据, 但是记载简单, 不利于研究妊娠情况、出生条件对健康的影响, 且容易形成死产或新生儿死亡的漏报, 也不利于对死因的分析, 与我国的国际地位和卫生形势很不相称。建议改革这种办法, 规定由医务人员填具出生、死亡详细表格, 负责申报, 以积累资料, 供今后长期分析研究, 以便采取改善健康状况的相应措施。

我国的开放方针将继续执行。国际旅游事业必将迅速发展。这是一件大好事。但同时也将带来一些新的疾病问题, 其中对我国可能发生影响的是一些传染病的带入, 其中值得注意的是性病。过去我国医学教育中已把性病作为历史陈迹彻底删减, 预防保健部门也多转业。这是国情的必然。但是对涉外医务部门应普及这方面的知识并建议规定报告制度, 严防在国内潜伏。

我国属于第三世界, 经济正在发展。由于社会制度优越, 在卫生保健方面尽管仍有相当落后的痕迹, 不过在发展中国家的行列里已居于前列, 为迎接新的更复杂的任务我们需要从各方面充实、改善和提高自己。关于这些已有许多论述。本文仅就其中一端, 略陈已见, 愿与同道商榷。