

· 述 评 ·

## 动员全社会参与是我国腹泻病 有效防制的必由之路

魏承毓

人们常说的所谓腹泻病 (Diarrhoeal diseases) 实际上是指以腹泻为主要临床表现的一组肠道传染病, 病因复杂多样, 但主要是以细菌、病毒、肠道寄生虫等生物性致病因子引起的感染性腹泻 (Infectious diarrhoeal diseases)。根据 WHO 确认的定义, 凡急性起病, 大便次数每日3次以上 (含3次) 并伴有性状改变 (如稀便、水样便、粘液便、脓血便等), 持续时间未超过2周者为急性腹泻; 若持续时间逾2周但未超过2个月时则为迁延性腹泻; 若反复发作, 持续时间2个月以上, 甚至迁延数月或数年时则为慢性腹泻。本病是遍及全球的严重公共卫生问题, 以发展中国家5岁以下儿童最为突出。从本杂志本期刊出的数篇腹泻病论文中, 也可从一个侧面反映出我国腹泻病的部分情况与严重问题。

一、我国腹泻病问题依然严重: 我国党和政府坚持“预防为主”的卫生工作方针, 一贯重视腹泻病的防制研究并已取得巨大成绩。但因社会经济及文化等诸多因素之制约, 使本病的发病率迄今仍居国内各传染病之首, 危害依然相当严重。根据1988年对21省市自治区腹泻病防治现状入户调查结果推算, 全国每年约8.36亿人次发生腹泻, 其中5岁以下儿童约占2.09亿人次。1989~1991年, 在 WHO 的支持下, 又在山东、福建、云南、甘肃、北京及湖南等6省市开展了22次城乡入户调查, 结果表明, 5岁以下儿童的发病率为0.86~3.9次/人·年, 平均2.5次/人·年, 而农村地区为2.9次/人·年, 足见其问题之严重性。在常见之腹泻病中, 除细菌性痢疾、埃尔托霍乱、沙门菌食物中毒、轮状病毒性腹泻、大肠艾希菌 (特别是 EPEC、ETEC 和 EIEC) 胃肠炎、副溶血弧菌性胃肠炎、空肠弯曲菌胃肠炎、阿米巴痢疾等最多见外, 由非 O1 群霍乱弧菌 (特别是 O139 弧菌)、鼠伤寒沙门菌、小肠结肠炎耶尔森菌、类志贺邻单胞菌、气单胞菌、肠腺病毒、兰贾弟鞭毛虫及隐孢子虫 (Cryptosporidium) 等引起的感染性腹泻也时有发生和报道。

二、动员和依靠全社会参与, 标本兼治, 综合治理: 尽管引起感染性腹泻的病原不尽相同, 但因病原体在人体内特异性定位的一致性, 从而决定了各种腹泻病共同的“粪-口-粪”传播机制和传播途径多样化的流行特征。例如病原体皆随传染源 (病人、病原携带者等) 的排泄物排出体外, 在外环境经过或长或短的停留后, 再经口进入易感者机体并定位于肠道。这一点是这类疾病传播机制的最基本特征之一, 从而也就决定了它们在外环境停留之际有可能通过水、食物、生活接触及虫媒 (如苍蝇、蟑螂) 等多种因素单一地或交错地继续传播此类疾病。多样化的传播因素自然导致传播途径的多样化, 而传播途径的多样化, 又导致流行过程类型的多样化, 如水型流行、食物型流行、生活接触型流行等。在这些不同型的流行中, 其范围之大小和强度之高低也各不相同, 有时为散发 (Sporadic), 有时为暴发 (Outbreak), 有时为

流行 (Epidemic), 有时甚至是大流行 (Pandemic)。所有这些差异之形成, 完全取决于社会因素和自然因素对流行过程 (Epidemic Process) 之影响, 而社会因素往往起着更重要甚至是决定性作用。在众多的社会因素中, 尤为关键的, 应该是社会经济发展之水平、卫生法制的健全程度、卫生设施 (给水、环境、污物处理等) 之优劣、食品卫生监督体系之是否完善、保健就医措施是否落实、群众卫生素质 (知识、态度、行为) 之高低, 以及卫生决策者是否具有正确的卫生观、当地人口的流动程度、社会风尚、民情习俗等。正因为腹泻病常常是以上述社会因素为背景的常见病和多发病, 是社会经济、文化素质和卫生保健水平的综合反映, 因而确定本病防制策略时必须优先考虑如何发挥社会因素的正面效益和将负面影响减少至最低限度。换句话说, 在腹泻病防制的各项对策中, 社会生态环境的改善较自然生态环境的改善尤为重要。

现代医学技术的发展, 无疑为腹泻病的诊断治疗创造了良好条件, 例如包括分子生物学技术在内的先进诊断技术之应用、多种抗生素及化学药物的研制成功、口服补液疗法 (ORT) 的日益推广、消毒药物与诊断试剂的有效使用等, 所有这些技术性突破大大改进了诊断治疗的效果, 使腹泻病的病死率明显下降, 这是值得庆幸的。但同时值得注意和认真思考的是, 这些技术性的突破, 并未能使腹泻病的发病率有所下降。这是因为技术性突破并不能代替社会因素对腹泻病的决定性影响, 而腹泻病发病率的下降必须依靠社会性突破, 即必须得到全社会的参与和支持。

我国腹泻病发病的特点之一是发病率高而病死率低 (估计病死率为 0.002%), 欲将这“一高一低”的现象变为发病率与病死率皆低的“两低”, 则需付出更大的努力。除重视技术性突破外, 更需重视社会性突破。坚定不移地贯彻落实以切断传播途径为主导的综合性防制措施, 标本兼治, 治本为主, 综合治理, 全社会参与。应该说这是一项庞大而艰巨的系统工程。从我国的现实出发, 必须在政府的统一领导下, 卫生行政部门与其他有关部门 (如财政、计划、建设、水利、农牧、经贸、教育、新闻、影视等) 各司其职, 协调运作, 全方位保证腹泻病防制目标的全面落实。只有这样, 才有可能在我国城乡较有把握地控制腹泻病的暴发和流行, 并将发病率于 2000 年时降低至 0.5 次/人·年的指标。也只有这样, 才有可能在一定时空条件下, 进一步研讨和规划在我国逐步消除某些腹泻病的宏伟蓝图。

(收稿: 1996-06-20)

## 山东枣庄病毒性脑炎暴发的流行病学分析

高 斯<sup>1</sup> 郑惠颖<sup>2</sup> 杨恭义<sup>1</sup> 赵 旭<sup>1</sup>

1995年5月15日~6月23日, 我市局部地区暴发流行一种由肠道病毒引起的脑炎, 累计发病422例, 死亡25例 (5.9%)。本次流行波及4个区、市, 其中滕州市发病数占总数的84.3%。据对422例病例分析, 主要发生在10岁以下的学龄儿童, 尤其是

1~3岁的幼儿。422例患儿中, 403例为农村患儿 (95.3%), 对部分患儿家属询问患儿的饮食情况, 承认不卫生方式者占86.8% (304/350)。上述分析表明, 人群免疫力低下是本次暴发的重要因素, 其中1~3岁的幼儿免疫水平最低, 本次患病率也较高, 因此, 在我市这一年龄组人群中应普遍注射一次丙种球蛋白。

1 山东省枣庄市矿务局枣庄医院 277100

2 枣庄市矿务局铁运处医院

(收稿: 1995-10-17 修回: 1995-11-20)