

## • 信 息 •

## 我国腹泻病控制规划的现状

肖东楼<sup>1</sup> 宋应同<sup>1</sup> 王长鳌<sup>1</sup> 蔡润和<sup>1</sup> 南俊华<sup>2</sup> 王文杰<sup>2</sup>

腹泻病是我国的常见病,严重危害人民健康,特别是影响儿童,尤其是5岁以下儿童生长发育的多发病,不仅发病率高,而且是该年龄组的主要死亡原因之一。尽管我国腹泻病死亡率很低,并在逐年下降,但在一些经济不发达的老少边穷地区仍很严重。据1992年世界银行对我国4省市综合妇幼项目县(经济不发达地区)进行的基线调查,结果显示,1岁以下儿童腹泻病死亡被列为死因第5位,1~4岁组被列第2位,因此,腹泻病仍然是威胁我国儿童生命的主要因素之一。据世界卫生组织不完全统计,发展中国家每年约有450万5岁以下儿童死于腹泻病。为降低儿童腹泻病的发病率和死亡率,世界卫生组织于1978年制订了《全球腹泻病控制规划》,已在全球130多个国家实施,并取得明显成绩。

**规划的制订与目标:**我国于1985年开始制订并实施《全国1985~1989年腹泻病控制规划》,在世界卫生组织的大力支持下,1987年在福建省漳州市首次举办国家级腹泻病管理和监督人员培训班,逐步在山东、云南、湖南、福建等省开展了一系列培训及宣传教育工作。1990年与世界卫生组织合作,制订了《中华人民共和国腹泻病控制规划(1990~1994)》,成立了国家腹泻病控制规划技术指导与协调小组,指导全国腹泻病防治工作。随着腹泻病防治工作的逐步深入和初级卫生保健组织的建立与健全,因腹泻引起的报告死亡数大大减少,但发病率仍然很高。1992年在世界卫生组织的支持和帮助下,重新修订为《1992~1995年国家腹泻病控制规划》,与此同时,北京、山东、福建、湖南、云南、黑龙江、甘肃、广东、江苏、四川、新疆、青海、宁夏、广西、河南、辽宁、湖北17个省、自治区、直辖市,结合本省区腹泻病的发病特点、经济状况以及人民群众的卫生观念和保健意识水平制订了相应的省级腹泻病控制规划。

国家腹泻病控制规划的总目标是坚持预防为主方针,降低腹泻病的发病率和死亡率,改善病例处理的技能,提高病例处理的质量,腹泻时合理饮食,合理使用抗生素,减少静脉补液使用率,大力推广口服补液疗法,尽可能地降低腹泻病的治疗费用,并通过健康教育和卫生宣传,改变个人不良卫生行为,普及饮食和饮水卫生知识,大力推广和鼓励母乳喂养。这些目标的实施,需要政府各部门的领导、社会各界的支持和参与,要求各级政府卫生行政部门对腹泻病防治工作实施统一监督管理,各级卫生防疫机构承担腹泻病控制规划的具体业务和防治工作。发挥各级各类医疗保健机构的作用,加强卫生系统内部各有关部门的密切配合,充分发挥基层卫生人员控制腹泻病工作的主动性,落实好以“三管一灭”和加强卫生宣传为主导的综合性防治措施。

**技能培训与健康教育:**管理人员和专业技术人员的技能培训是国家腹泻病控制规划的重要内容之一,主要分3个方面:(1)管理技能培训:参加人员为省、市(地)级卫生行政部门腹泻病项目管理人员及卫生防疫站和妇幼保健院腹泻病控制工作负责人。(2)监督技能培训,参加人员为各级卫生防疫站和妇幼保健院具体从事腹泻病防治的专业技术人员。(3)病例处理培训,对治疗和护理腹泻病病人的临床医护人员进行培训。培训教材采用世界卫生组织统一编写并经国内有关专业技术人员讨论编译的教材达到通俗易懂,少数民族地区再翻译成民族文字。培训方法采用理论与实践相结合,以学员自学为主,重点疑难问题由辅导员帮助解释,结合幻灯、图片及录像,并进行实际工作演习,组织分组讨论,强化培训技能。人员培训采取以地方为主的原则,国家负责省级管理和监督人员培训班辅导员的培训工作,再进行逐级分层培训。据初步统计,上述三大类培训人员中:(1)管理人员应培训人数2006人,实际培训达90%以上,通过培训增强了卫生行政部门制定决策的计划性和科学性,为主要腹泻病防治措施的落实提供了政策保障。(2)监督人员应培训人数

1 中国预防医学科学院流行病学微生物学研究所 北京 102206      2 卫生部疾病控制司

为 53 805 人, 实际培训人数省(地)、县级可达 80% 以上。(3) 病例处理培训任务很重, 重点是小儿科医生及肠道门诊医护人员, 应培训人员 472 316 人, 但实际培训人员估计在 50%~60%。通过培训, 使广大医务人员掌握了正确处理腹泻病的基本技能, 正确判定腹泻病脱水程度, 了解口服补液盐溶液的使用, 改变了腹泻期间要禁食的传统旧观念, 充分认识到合理使用抗生素和静脉补液的重要性。

为使国家腹泻病控制规划各项活动的开展和实施, 进一步加强培训和健康教育, 分别在山东省卫生防疫站成立了“腹泻病健康教育中心”, 在福建省卫生防疫站成立了“腹泻病情报交流中心”, 在云南昆明医学院成立了“腹泻病临床病例处理培训中心”。3 个中心在《规划》的实施中发挥了非常重要的作用, 负责编印数万张腹泻病诊治流程图, 发往《规划》省的医疗卫生机构, 还在宁夏、青海举办了腹泻病健康教育培训班, 在云南省举办了腹泻病医学教育培训班, 云南医学院、沈阳医科大学、中山医科大学、协和医科大学从事肠道病教学人员参加了培训, 从长远看, 岗前培训比在职培训更为重要, 因此, 在医学院校的教学大纲中普及腹泻病防治的最新知识应引起高度重视。

**入户调查与卫生机构调查:** 关于腹泻病发病率和死亡率的调查, 全国各地做了大量工作, 积累了许多宝贵的资料。由于我国幅员辽阔, 人口众多, 发展不平衡, 各地情况差别很大, 而且影响腹泻病发病的因素复杂。因此, 1988 年卫生部组织全国 21 省市, 采用统一调查方案, 开展了腹泻病发病及病例处理家庭入户调查, 并据结果推算, 全国人群腹泻总发病率为 0.7 次/人/年, 其中 5 岁以下儿童腹泻病发病率为 2.5~3.5 次/人/年。1989~1993 年, 在世界卫生组织的支持下, 采用世界卫生组织推荐的统一调查方案, 先后在山东、云南、湖南、北京、江苏、甘肃、福建等省开展了 22 次城乡腹泻病发病率和病例处理的入户调查, 调查表明, 5 岁以下儿童平均腹泻病发病率为 2.5 次/人/年(农村地区为 2.9 次/人/年), 药物使用率为 60.3% (抗生素使用率为 22.6%~56.6%), 静脉补液率为 3.5%, 腹泻期间继续母乳喂养 78.5%, 继续进食率为 65.7%, 液体增加率为 22.3%, 口服补液使用率为 3.3%, 此调查结果基本反映我国腹泻病发病及病例处理中的实际情况。1992 年在云南省开展了腹泻病防治医疗机构调查, 了解医务人员培训后的技能水平, 结果表明, 85% 以上的医务人员能根据患者的病情正确诊治, 能较熟练地掌握和运用腹泻病诊治流程图, 正确判定腹泻脱水程度, 并能正确治疗病例, 能向群众宣传腹泻病家庭治疗的三原则。存在的问题是仍有部分医务人员盲目地使用静脉补液和滥用抗生素, 导致耐药菌株增加和治疗费用负担加重, 少数医院为增加经济效益, 忽视腹泻病诊治新知识的普及, 由此带来的影响和产生的后果是严重的, 需要正确给予引导, 有关卫生行政部门应制定相应的政策。

**ORS 可获得率及 ORS/RHF 使用率:** 世界卫生组织推荐使用的口服补液盐 (Oral Rehydration Salts, ORS) 是预防和纠正腹泻脱水的一种简单、方便、经济、有效的治疗方法, 大量的科学研究证明约 90% 的急性水样腹泻病人能用 ORS 治疗。自 ORS 问世及推广使用以来, 明显降低了腹泻病的死亡率, 拯救了数百万腹泻儿童的生命, 收到明显的社会效益和经济效益。在世界卫生组织的倡导下, ORS 的生产、推广和使用已列入许多国家的腹泻病控制规划中, 并确立具体的可获得性和使用率目标。目前, 全球有 122 个国家和地区生产 ORS, 平均 ORS 可获得率 75%, 使用率 25%, ORS 加推荐的家庭补液使用率为 51% (Recommended Home Fluids, RHF)。我国腹泻病控制规划 (1992~1995) 目标中也明确规定 ORS 可获得率应达到 80%, 能正确处理腹泻病病例的医疗机构应达到 80%, 看护人知道腹泻病家庭治疗三原则应达到 80%, 腹泻患儿继续喂养率应达到 50%。几年来, 各规划省在实施腹泻病控制规划中做了大量的动员和宣传工作, 开展健康教育与培训, 通过各种宣传媒介如广播、电视、宣传画和小册子等, 普及 ORS 的知识, 并正在被广大群众所接受, ORS 的可获得率和使用率也在逐步提高 (附表)。

附表 我国 ORS 可获得率及 ORS/RHF 使用率

年份	<5 岁儿童数 (×1000)	腹泻次数 (次/人/年)	ORS 产量 (升×1000)	ORS 可获得 率 (%)	ORS 使用 率 (%)	ORS/RHF 使用率 (%)
1991	11369	3.2	1010	6.0	1.0	54.0*
1992	116769	1.8	9471	25.0	1.0	22.0
1993	119846	2.5	3105	50.0	3.3	24.0

\* 含使用未经推荐的家庭补液

在世界卫生组织和联合国儿童基金会等有关国际组织的大力支持和协助下,卫生部疾病控制司组织全国17个省实施腹泻病控制规划,使我国腹泻病防治工作取得了显著成绩,医疗卫生专业技术人员处理腹泻病的技能有了进一步提高,ORS的可获得率明显上升,正确处理腹泻病例在不断改善。鉴于我国腹泻病的特征是发病率高、病死率低,因此,腹泻病防治工作的重点仍应放在减少和降低腹泻病的发病率,尽快制定政策和有关规定,杜绝滥用抗生素和大量使用静脉补液的现象,要提高ORS/RHF的使用率,切实做好我国腹泻病控制规划中7项重点措施的落实,积极做好健康教育和卫生宣传工作,提高群众自我保健能力。

(收稿:1996-06-05)

## 大蒜素、硒预防胃癌的干预研究

李会庆<sup>1</sup> 许海修<sup>1</sup> 王美玲<sup>1</sup> 王 云<sup>1</sup> 孙培洪<sup>2</sup> 范万腾<sup>2</sup>

1989~1991年在山东胃癌高发区栖霞县6个乡镇20万人口的社区范围内,对35~70岁的高危人群进行了大蒜素、硒预防胃癌的干预研究。高危险性的人群包括胃病史、胃癌家族史、饮食不规律、吃霉变食物、低蛋白和蔬菜摄入。干预药物大蒜素每日200mg,亚硒酸钠片(含硒100 $\mu$ g)隔日一片,连续1个月。对照组服安慰剂。随机分组,双盲投药,每年投药1次,连续3年。

第1年(1989年11月)进入实验组为2136人,观察人年数为8144,对照组的为2083人,观察人年数为7852。第2年的复投率实验组为63.60%,对照组为74.80%,第3年的复投率两组分别为50.70%和52.30%。观察期为1990年6月~1994年6月。用该县相应年龄组人口构成比计算标准化率,死亡率单位为/10万人口。

第1年服药的两组随访观察,结果是实验组和对照组总死亡率分别为613.80和750.45。总癌亡率分别为270.07和368.86。胃癌亡率分别为110.48和216.23,肝癌亡率分别为73.66和89.04。以标化率作比较,实验组总死亡率比对照组下降了20.40%,其中总癌亡率下降了20.20%,胃癌亡率下降了42.20%,肝癌亡率下降了31.00%。实验组胃癌死亡9例,对照组胃癌死亡17例,采用二项分布进行显著性检验,差异有显著性( $P<0.05$ )。RR值为0.51,保护率为48.90%。

连续2年或3年服药后,实验组的总癌亡率、胃癌亡率和肝癌亡率也都呈下降趋势,其保护作用大小有待进一步扩大样本观察。

大蒜素、硒联合应用对胃癌的预防作用与体内外实验研究该药物可杀死癌细胞、抑制肿瘤生长的结果相一致,也与产蒜区总癌亡和胃癌低发的流行病学人群观察结果相吻合。

(收稿:1996-06-02 修回:1996-06-24)

1 山东省医学科学院基础医学研究所 济南 450062

2 山东省栖霞市卫生局