

20 世纪 40—50 年代,他在协和医学院公共卫生系任教时,参与并主持了社区卫生示范区(北京市东单区卫生事务所)的工作。当时该卫生示范区不仅为协和医学院的学生学习预防医学,学会从群体角度解决健康问题提供教学现场,也示范了一种医学服务与人群预防结合的模式,更体现了把“现场观察和现场实验”作为流行病学方法的核心理念;在他的教学生涯中,坚持教书与育人并重,注重培养学生的职业道德和敬业精神。他有许多学生虽然是该校培养出来的高级临床医生,但却一生从事预防医学,并且都取得了卓越成就。

何教授的经验告诉我们,要控制人群疾病,增进公众健康,就要学好、用好流行病学,要深入现场干实事,推广社区卫生示范区的模式。

三、与时俱进,不断创新思路

20 世纪 80 年代中期,何教授主持了四川省凉山彝族群高血压影响因素的研究,应用移民流行病学方法,发现当地彝族群高血压主要是环境因素的作用,而非遗传因素的影响。

“文革”后,他最大的一项贡献就是开创了中国的疾病监测工作,率先在我国 13 个省建立了 30 多个疾病监测点。该监测系统成为我国制定医学卫生发展规划和疾病控制策略的重要信息来源,也为评价很多卫生对策的效果提供了科学依据。我们要学习何教授这种与时俱进不断创新的精神。

四、坚持锻炼,增强身体素质

在多次同何教授与会的接触中,我看到他坚持晨练,还能做倒立、毯上运动,有时在游泳池畅游,在马路长跑,参加会议时也从不中断身体锻炼,这就是他能够长期保持良好体质和精力的原因。这也是我们这些从事流行病学研究的科研人员需要向他学习的地方:只有保持良好体能,才能随时深入现场,应付各种突发公共卫生事件。

何教授虽然已离开了我们,但他求真务实的科研作风依旧闪耀着智者光芒,让我们把他留下的精神财富延续下去,为我国的科研事业作出更大贡献。

(收稿日期:2010-01-14)

(本文编辑:万玉立)

与何大夫一起做公共卫生

张德宣 陈立泉

在纪念何观清教授诞辰百年之际,我们也忍不住忆起了与他共事、向他学习以及在他的指导下工作的点点滴滴,因为那时北京市东城区卫生防疫站(现东城区疾病预防控制中心)与协和医科大学(现北京协和医学院)公共卫生系有一定历史渊源和诸多联系。我们作为东城区卫生防疫站不同时期的工作人员、站长,有幸参与和见证了何大夫从事的部分公共卫生工作。

一、从第一区卫生事务所到东城区卫生防疫站

东城区卫生防疫站前身的一部分是东单区卫生事务所(解放前的第一区卫生事务所)。我(张德宣)是 1949 年到第一区卫生事务所工作的,当时的所长是北京协和医学院的裘祖源教授,不久何教授接任了所长。

那时北京市各区均有卫生事务所,是卫生局领导下的公共卫生机构。但是东单区卫生事务所非常独特,它虽然也接受卫生局的领导,但所有工作人员

均为协和医学院的教职员工(由协和医学院支付工资),工作内容也是由该校公共卫生系设定,是为东单地区居民、学生及工人提供防治一体化服务,同时还是协和医学院学生公共卫生实习基地。卫生事务所工作人员要下现场进行孕妇产前及产后调查、接种疫苗,要到工厂、学校等进行卫生宣传教育。我(张德宣)就去过东单区内的贝满学校给学生体检,为初三学生讲授生理卫生,这些均是公共卫生工作需要做的内容。在社区工作中若发现患者就介绍到卫生事务所(医生均来自北京协和医院)进行诊疗(其他的卫生事务所均没有门诊)。

1956 年,我们学习前苏联模式把东单区卫生事务所分为东单区卫生防疫站、东单区结核病防治所和东单区妇幼保健站。我(张德宣)任东单区卫生防疫站副站长(当时没有站长),一任就近 30 年。防疫站成立后的工作与第一区卫生事务所有非常大的区别:防疫站变成了行政单位,工作人员只去现场检查而不解决问题。防疫站做得最多的就是搞爱国卫生运动,当时连医学院毕业的大夫们都到居民家里查

鼠洞、检查积水、灭蚊蝇、清洁厕所的蛆等,没有太多的专业技术,因此工作人员一度很不安心,大家均觉得防疫站没什么作用。防疫站在“文革”(1969年)中被取消,我们均被下放到农村。1971年恢复防疫站,我(张德宣)才返回北京。

当时,我们均觉得防疫站如果不改革就办不下去了。在20世纪70年代中后期,才开始考虑防疫站改革,我(张德宣)首先想到的是把防疫站从行政单位改为业务单位,回到原来卫生事务所时的工作状态:既要发现问题,又要解决问题。于是,我们按照第一区卫生事务所的工作方式,思索防疫站的工作模式,例如防疫科不仅应该报告传染病,还应该预防传染病,工业卫生科要检测毒害等。

改革时,我们决定防治结合,成立几个门诊部,因为在当时的职业病防治工作中,防疫站承担工人有毒物质化验工作,但是职业病治疗却在北京第六医院(六院),患者在六院看病,又要到防疫站化验非常麻烦,为此,我们成立了职业病门诊。此外,还成立了龋齿、慢性痢疾、肝炎门诊。这是我们防疫站开始回归公共卫生专业机构的起点。我们的经验后来还在北京市其他区(县)进行了推广。1977年,东城区卫生防疫站因此被评为“北京市先进单位”。

二、与何大夫一起创建中国疾病监测系统

何教授是中国疾病监测工作的开创者。1978年,他是中国医学科学院(医科院)流行病学微生物学研究所(流研所,现中国疾病预防控制中心传染病预防控制所)的教授,他从国外考察疾病监测回来不久,大概觉得东城区卫生防疫站的改革做得不错,就带着自己的同事严迪英、于谦教授及研究生曾光、李辉、乌正赉、田明光等来到我们的防疫站,和我们谈他对疾病监测的想法。

时值年底,天气寒冷,何大夫骑着一辆破旧自行车,冻得满脸通红。他找到张德宣站长,提出疾病监测在中国还很少有人知道,有必要建立一个适合我国国情的疾病监测系统,想以东城区为试点。张站长对此非常支持,立即安排防疫科赵彬科长带领几名骨干成立了一个流行病研究科(张德宣站长还特别给拨出了3间房作疾病监测用),我(陈立泉)也就成为这支疾病监测初创队伍的一员。

何大夫提到疾病监测时说,国外只为某种疾病设立监测点,中国有完整的三级卫生防病网络体系,应根据国情建立从某些疾病开始逐渐扩展到与健康相关因素均包括在内的疾病监测体系。为此,他提出建立以人群为基础的监测点。于是选择东城区最

大的地段医院——北新桥医院为监测点(该医院管辖的北新桥街道地区有6万多居民)。在北新桥街道开始的监测工作包括单一疾病的监测和以正常人群为基础的监测。

建立北新桥监测点时所做的第一件事就是给每户居民建立健康户口卡。当时防疫站没有人力做这件事,于是就由流研所出资,从社会上招聘了40名刚从农村返城未就业的知识青年,经过培训后按统一要求挨家挨户进行调查。当时健康户口卡的设计还是受到派出所户籍卡的启发,即卡的正面是基本情况,包括门牌号、户主、家庭成员、文化程度、婚姻状况、收入情况等,背面是健康状况及疾病史(包括半年以上的慢性病)。资料收集完毕后,以居委会为单位做成卡片活页册,新来的居民可加进,迁走的居民可注销。经过一个多月的努力,健康卡才建立完毕。由于当时工作条件非常简陋,没有计算机,分析资料需要数卡片,只有一部手摇计算器,有时进行一个 χ^2 检验就需要一个下午。然而,在何大夫的带领下我们这支队伍战斗力特别强,大家一起下现场,有时加班到晚上八点,即使是在寒冷的冬夜也从未懈怠。

做完这些人群基础资料收集后,在何大夫领导下,严迪英执笔,我(陈立泉)和曾光、李辉等撰写了一篇关于东城区人群健康状况的文章,发表在1979年的《流行病学杂志》上,该文应该是我我国疾病监测的第一篇文章。我们从这些人群资料中发现,东城区的人口构成比发生了很大变化,解放初期0~14



岁的人口占很大比例,1978—1979年该人群比例明显下降,老年人口的比例显著增加;还有一个发现就是人群死因发生了变化,刚解放时结核排在死因第一位,而我们的调查结果显示,排在第一位的不是结核,而是包括心脑血管疾病及肿瘤等在内的慢性病,从而引起了全国对慢性病预防的关注。

在疾病监测初创时期还有一个插曲。我们当时费尽心思建立的人群健康户口片,开始时存放在北新桥医院,该医院的有关人员并不知道建卡的辛苦,觉得这些卡片可能没有太大用处,欲要处理掉。我们得知后立即将这些资料送到流研所保存。1982年,何大夫提出,疾病监测只局限在一个街道代表性较差,应该考虑增加监测范围,所以我们就把监测范围扩大到东城区6个地段医院共14万人,这时候不再雇人收集资料,而是培训这6家医院保健科的人员,同时给他们必要的劳务费,这样不仅医院的人会珍惜这些自己调查来的资料,而且也能及时更新出生和死亡的数据。

1983年流研所由医科院划分出来隶属为中国预防医学科学院(现中国疾病预防控制中心)的一个职能所,而何大夫还继续留在医科院和协和医科大学任教授。就在这一年,有两名年轻的英国流行病学家到中国预防医学科学院讲学,讲述在伦敦一个社区建立的监测点工作情况,该监测点每户家庭均建立一个健康卡(包含7项内容),他们准备10年、20年地一直做下去。当时中国预防医学科学院陈春明院长听后非常赞赏这种做法,提倡学习他们的经验。而出席会议的流研所教授指出,早在1978年底我们已在何大夫的领导下建立了居民健康户口卡,卡片的内容不止7项,比他们的更完善,而且这项工作一直在进行着。会后,陈院长很快组织全国各省(直辖市)级卫生防疫站站长在北京崇文门饭店开会,我(陈立泉)在会上介绍了东城区的疾病监测方法。这说明我们在何教授的带领下早在1978年底就已经做了当时只有一些发达国家才开展的疾病监测工作。

三、与何大夫一起从事公共卫生工作

在初建疾病监测系统的那几年里,何大夫还带领我们针对防疫站工作中遇到的一些问题进行研究,其中有一项研究让我们印象深刻。当时北京市

规定对所有痢疾患者进行两次家庭访视,即发病时进行一次,恢复时再进行一次,每次均要求面见患者。但从20世纪70年代末开始,北京市人口流动已很频繁,在实际工作中我们发现这种家庭访视劳民伤财,因为痢疾报病卡片需要从诊断地上报至防疫站,然后再转至相关的地段医院,最后地段医院保健科去访视时很多患者已病愈,因此大多不愿意接受这种访视。后来我们与流研所疾病监测的专家一起设计了这样一个课题:只对单号卡上的患者进行访视,双号卡上的患者均不访视,2个月后对所有报告的痢疾患者随访一次,收集病程、发热天数、继发感染、服药天数等几项指标对访视效果进行评价,结果显示这几项指标在两组之间并无差异。

这项研究结果发表论文后,我们亦给上级管理单位即当时的北京市卫生防疫站提交了相关报告,他们虽然觉得报告有道理,认为该项家庭入户访视意义的确不大,但不能轻易作出停止痢疾访视的决定,所以他们又在北京远郊区和近郊区重复了该项研究,结果与我们一致,这样才上报北京市卫生局,最终把北京市的痢疾全面访视改为重点访视,只访视学龄前儿童、幼儿园老师、水管人员及>60岁老年人,这种管理模式一直持续到现在。据粗略估计,这项改变每年能为东城区减少3万人次的访视劳动。

80年代初期疾病监测发现,北京市的痢疾每年发病有两个“峰”:4月份一小高峰,8月份又有一大高峰。但当时我们对4月份这个小高峰非常不解。通过调查,发现那个年代北京冬春季蔬菜品种很少,在4月份小萝卜集中上市,很多人习惯生吃或凉拌,因此我们推测“吃不干净的小萝卜”可能是造成痢疾小高峰的原因。我们把该监测结果及其分析上报到北京市卫生局后,全市开展了“生吃小萝卜要洗净”等卫生宣传活动,此后北京市的4月份痢疾小高峰就消失了。

回忆这些经历,我们想说的就是,在何大夫领导下开展的疾病监测及专题研究均直接落实到预防措施的改进,这些工作确实为北京市乃至我国公共卫生事业做出了巨大贡献。

(收稿日期:2010-01-14)

(本文编辑:万玉立)