

的,也不是好香肠。

何教授在学术问题上坚持真理,从不隐瞒自己的学术观点,主张百家争鸣。他治学严谨,无论是自己的文章,还是研究生的论文,总是要经他多次、逐字、逐句的修改后才可定稿。他常教导我们写文章应特别注意深入浅出,要学会能把复杂的问题用简单的文字说明白。每当我们写好文章向他请教时,他往往会让你先把文章给技术员看,他说如果你写的文章技术员能看懂了,说明你的文章写得还可以,如果连技术员也看不懂,说明你的文章还没有把问题说明白。在审稿时,他往往将待审文章先让我们看,倾听我们的意见,然后再一起讨论文章的优缺点,他言语不多,但都能切中要领,使我们颇受教益。他长期担任《中华预防医学杂志》和《中华流行病学杂志》的副总编辑和总编辑,在评审他人文章时,严格要求、不讲情面,并总结了一套审稿的经验,教益匪浅<sup>[20]</sup>。

何观清教授在公共卫生和流行病学上的贡献是多方面的,尤擅长运用流行病学理论和方法解决公共卫生实际问题,为我国卫生事业留下了珍贵的遗产。他将毕生献给了我国公共卫生事业,为我国公共卫生事业的发展作出了不可磨灭的贡献,在我国流行病学界有着广泛和深远的影响。纵观何观清教授的一生,他没有辜负“协和”的期望,以他自身的努力实现“协和”的培养目标。我们纪念何观清教授,就是要学习他的精神,在学术上敢于坚持真理,淡泊名利,坚持“百花齐放、百家争鸣”,坚持深入现场实际,严以律己,不断探索新事物、新问题,坚持理论与实践相结合,为我国公共卫生和流行病学事业贡献自己的力量。

## 参 考 文 献

- [1] 何观清. 我在协医及第一卫生事务所的工作经过//政协北京市委员会文史资料研究委员会. 话说老协和. 北京: 中国文史出版社, 1987: 167-181.
- [2] 何观清. 进一步贯彻预防为主方针搞好卫生防治工作. 中华流行病学杂志, 1988, 9: 131.
- [3] 何观清. 西北黑热病流行病学之概要. 中华医学杂志, 1948, 34: 295-308.
- [4] Ho EA, Yuan IC, Chu HJ. On canine leishmaniasis and human kala-azar in Peking and its adjacent villages. Chin Med J, 1950, 68: 241-247.
- [5] Ho EA. Epidemiology of kala-azar in Northwest China. Chin Med J, 1948, 66: 387-390.
- [6] 何观清. 黑热病传播途径的探讨//钱宇平. 流行病学研究实例. 第 1 卷. 北京: 人民卫生出版社, 1984: 1-5.
- [7] 何观清, 宋从新, 李容. 黑热病病人在尿素斯梯保命治疗下利什曼原虫消失的速度. 中华医学杂志, 1952, 38: 60-65.
- [8] Ho EA. Further report on evaluation of sodium antimony gluconate in mass treatment of kala-azar by the rate of disappearance of *Leishman donovan* bodies. Chin Med J, 1955, 73: 293-306.
- [9] Ho EA, Chu HJ, Yuan IC. Ilium puncture, a simple method for obtaining bone marrow from dog. Chin Med J, 1940, 58: 679-681.
- [10] 何观清, 田守民. 对霍乱地方性及周期性的批判. 中华卫生杂志, 1955, 3: 173-176.
- [11] 何观清. 关于北京市的痢疾. 中华卫生杂志, 1955, 3: 241-244.
- [12] 何观清. 观察预防效果的实验设计问题. 中华医学杂志, 1962, 43: 407-410.
- [13] 何观清, 胡真. 痢疾噬菌体预防痢疾的实地观察. 中华卫生杂志, 1957, 5: 131-138.
- [14] 何观清. 原因不明疾病病因的调查研究//中国协和医科大学. 流行病学课堂实习指导. 北京: 中国协和医科大学出版社, 1985: 89-107.
- [15] Ho EA. On the etiology of Keshan disease—Two hypotheses. Chin Med J, 1979, 92: 416.
- [16] 何观清. 疾病监测. 中华流行病学杂志, 1981, 2: 212-214.
- [17] 十三省市疾病监测协作组. 建立疾病长期监测点的初步报告. 中华流行病学杂志, 1982, 3: 257-260.
- [18] He J, Tell GS, Tang YC, et al. Effect of migration on blood pressure: the Yi people study. Epidemiology, 1991, 2: 88-97.
- [19] He J, Klag LJ, Whelton PK, et al. Migration, blood pressure pattern, and hypertension: the Yi migrant study. Am J Epidemiol, 1991, 134: 1085-1101.
- [20] 何观清. 我从事审稿工作的体会. 中华流行病学杂志, 1984, 5: 191-192.

(收稿日期: 2010-11-05)

(本文编辑: 张林东)

## 跟何观清教授学做中国疾病监测

李辉

1979 年我有幸成为何观清教授的学生,并在随后的整个 1980 年代跟随他从事我国的疾病监测事业,其中所学有关疾病监测的理论知识和工作经验成为我一生从事流行病学专业的宝贵财富,受益终身。在纪念何教授诞辰百年之际,回忆跟他从事中国疾病监

测的历程,往事历历在目。从中总结在何教授身上学到的做事做人道理,作为勉励自己继续努力工作和学习的动力,进一步鞭策自己做好他未尽的事业。

### 一、开创我国疾病监测事业

1. 疾病监测事业的设计与运作: 何观清教授不仅是我国疾病监测事业的开拓者和奠基人,也是成功组织实施的实践者,对我国疾病监测事业做出了不可磨灭的特殊贡献。20 世纪 70 年代末,由他主持

的中国疾病监测研究,在卫生部的支持下被列为我国卫生系统重点科研攻关课题。他开展的疾病监测研究和开创的我国疾病监测事业,起步于“文革”动乱刚刚结束百废待兴的年代。当时开展此项工作,不仅面临人员匮乏、经费不足的困难,更重要的是疾病监测的理念在国人心中几乎是空白。面对这一现状,如何开创我国的疾病监测事业,对何教授及其领导的研究团队来说是一个巨大的挑战。何教授在建立我国疾病监测系统、选择监测点、培养监测队伍、确定监测内容、制定长远监测规划等方面,始终坚持一切从中国当时的现状和实际需求出发,并灵活运用流行病学和疾病预防控制理论,提出了适合我国国情的清晰设计理念和可行的行动方案。这种高瞻远瞩的大局观和科学细致的工作作风,在保证我国疾病监测顺利开展并获得成功中发挥了关键作用。通过十年的努力,便使我国的疾病监测事业从无到有,从试点到完善,很快取得显著成果。我国的疾病监测受到了世界银行的青睐和重视,在制定 21 世纪发展中国家公共卫生发展战略时,将我国 80 年代连续近十年的疾病监测资料作为基本数据使用。这一切为我国的疾病监测和公共卫生事业在国际上争得了荣誉。今天,回顾何教授在创建我国疾病监测中呈现出来的光辉学术思想和严谨学风,仍然具有重要的现实意义。疾病监测工作的顺利开展是他一生重要的学术成就,也是对我国公共卫生和疾病控制做出的杰出贡献之一。



2. 组建全国疾病监测点:作为疾病监测研究项目的课题负责人,面对当时从中央到地方没有一支开展过疾病监测的专业队伍,如何起步开展工作,如何保证尽快建立起我国的疾病监测队伍和全国的疾病监测点,并使其顺利运转和高质量获得第一批有价值的疾病监测数据,困难重重。但是,何教授从一开始就表现出大家风度,从容自若,一切胸有成竹。在建立我国第一个全国疾病监测系统和规划组织实践中,使我们这些跟随他学做疾病监测的人,从来没有感到茫然和无所适从,而是工作目标和内容明确,职责清楚,工作紧张而有序。经过几年的努力,在全国各级疾病监测队伍的努力下,疾病监测点如雨后春笋般建立起来,80年代初仅仅用了两三年时间,便从少数试验点很快发展到 40 多个,90年代发展到全国 145 个,

分布在我国东西南北中各地区,拥有监测人口一千多万。在逐步完成疾病监测系统建设的同时,全国疾病监测组每年均完成一份全国疾病监测报告,报告内容包括与人口学资料有关的出生数及出生率;与死因监测资料有关的分病种死亡数及死亡率、死亡漏报率及其校正死亡率、年龄标化死亡率及死因分析报告;与国家法定传染病报告资料有关的分病种报告发病数及发病率,传染病漏报率及其校正发病率,分病种年龄标化发病率;上述所有各项频率指标均按年龄别、城乡别和性别分布进行描述。重要传染病血清学监测及慢性病危险因素监测资料也逐步在后来的监测报告中被纳入。监测内容丰富翔实,真实性高。长期以来疾病监测已成为我国一项重要卫生信息收集工作,时至今日发展得更加完善。这些监测数据为我国的公共卫生决策、疾病控制策略和措施的制定提供了重要的技术支撑。回忆这一历史过程,心情仍然十分激动,感慨万千,值得永远回顾和总结。从何教授身上学到的宝贵知识、精神财富和做人风范,是永远激励我从事流行病学事业的动力和源泉。

3. 育人、行事的风范:做事尊重实际,从国情出发,避免脱离实际,灵活处理科学性和可行性的关系,是何教授从事我国疾病监测、疾病控制和公共卫生事业一向的行事风格。这种工作风范,是书本上学不到的,是润雨细无声的传承,是陈志潜等“协和”先辈们开创我国河北省定县卫生服务事业时建立的求是求实精神的延续。这是我在学做疾病监测中受益最深、影响最大的一点。

在组建全国疾病监测队伍时,他极力避免通过行政手段的办法,而是充分考虑到“文革”结束后的国情,尊重实际,因势利导。一方面他认为全国各级卫

生防疫站(现疾病预防控制中心)基本是健全的,虽没有懂得疾病监测的人员,但可以通过培训解决,而更重要的是要看到当时所有防疫人员的工作积极性,大家都迫切希望尽快挽回“文革”对卫生事业造成的损失,通过努力做好工作,迅速改变我国卫生事业的落后面貌。何教授尊重大家的这一愿望,体谅国家经费困难的现实,提出了研究经费必须用在刀刃上,各级卫生防疫站自愿参加,暂先不给监测点经费的倡议。这一动议受到希望参加疾病监测工作的各级卫生防疫站人员普遍赞同。在每年仅有2000元研究经费的条件下,全国的疾病监测工作迅速全面展开起来。何教授通过每年的疾病监测年会,结合总结上一年的监测工作,同时加强人员培训。这种方式不仅培养了疾病监测人才,而且凝聚了一批愿意献身我国疾病监测事业的队伍和人员。他深知,疾病监测的核心目标是长期纵向观察疾病发生、流行及其影响因素的动态变化规律,而保持一支具有高技术素养又稳定的监测队伍,是保证监测资料质量和真实性的前提。否则利用历史资料进行比较时就很难保证前后资料的可比性,无法判定疾病频率的前后变化是由监测人员变动带来的测量误差造成,还是因疾病本身自然变化或干预措施变化所致。没有高素质的监测队伍,实现这一目标就无从谈起。何教授将培训监测队伍作为最重要的一件事,亲自备课、亲自讲授。在一系列的培训中,反复强调疾病预防控制的现代化;首先是决策能力的现代化,而信息现代化是决策能力现代化的基础。一个国家要做好疾病的预防控制工作,首先要明确什么是重点公共卫生问题,否则使用和分配卫生资源就没有依据。而没有可靠的发病率、患病率和死亡率资料,就无法比较说明何种疾病更重要,何种疾病应该在人力物力上给予优先考虑;也无法评价制定的疾病预防控制策略是否正确,措施是否有效。长期开展疾病监测,可以将获得的纵向监测数据,进行历史对照比较,很好地评价各种疾病控制策略和措施在实施后的效果。培训的目的之一是使大家认识到疾病监测对一个国家开展疾病控制的重要性,自愿投入到疾病监测工作中,献身这项事业。通过连续不断的培训和逐年工作实践的磨练,这一目的终于实现,由他亲手建立培养的这支全国疾病监测队伍终于形成规模效应,时至今日仍然在发挥作用。在当时的困难条件下,从现有条件和国情出发,做出了在不失科学性的前提下更多考虑可行性的抉择,而不是按随机抽样方法首先确定疾病监测点,然后在这些监测点中组建全国疾病监测队伍。这样做的结果是使我国的疾病监

测工作很快就开展了起来。

## 二、建立与完善全国疫情监测报告体系

1. 充分利用我国现有卫生资源和条件,创造新的思路和方法,以确保监测数据真实可靠。20世纪80年代初,我国传染病报告中存在较多的病例漏报现象,影响数据的真实性。何教授针对这一问题,在国内首次提出在疾病监测点开展漏报调查,并亲自制定了漏报调查方法,建立了使用漏报率校正报告发病率的公式;这是一项创新性的工作,对提高基础资料的真实性和科学性有着重要意义。疾病监测点每年通过开展医院漏报和社区漏报调查,一方面通过对监测数据进行校正,获得校正报告发病率;另一方面还可以通过各监测点漏报率评比来激励监测点提高监测工作质量。漏报调查的建立和开展,对提高我国传染病报告数据质量发挥了积极作用。在死因监测中,何教授还建立了对死因资料进行可靠性评价的方法,利用诊断医院分级和诊断依据分级两种不同评价体系提供的依据,来说明疾病监测资料的可靠程度。一是将医院级别作为死因诊断可靠性高低的评估依据,即将医院死因报告资料,按我国现有医院管理体制确定的一、二、三级(甲)医院类别对死因资料进行诊断可靠性分级,以三级(甲)医院诊断的死因可靠性最高,二级医院次之,一级医院最差。二是根据各种临床检查和实验室检查证据在死因诊断中的重要性,进行诊断可靠性分级。按照判定死因的证据在死因诊断中的重要性依次分为四级:病理诊断;影像学和实验室诊断;以临床症状体征为基础的单纯临床诊断;医院外死亡病例按死亡前相关疾病信息进行死后推断。提交这种具有可靠性评价证据的死因资料,对政府部门制定疾病控制和公共卫生政策,对科研人员和疾病防控工作者制定预防控制策略、措施及其效果评价帮助极大。何教授建立的这些方法,不仅对提高国内疾病监测资料的科学性意义重大,而且对卫生资源不足、条件较落后的其他发展中国家开展疾病监测也有重要的示范价值。这也是我国疾病监测数据被世界银行采用,被国际认可的重要原因。这些研究成果是一切从我国实际和现有条件出发,开展创新性研究和实践的又一成功例证,令人折服。

何教授在组织大家讨论确定疾病监测的内容时,从战略规划的高度,提出了先从收集最重要、最基本的生命统计资料开始,从现有的可利用法定传染病开始,然后逐步扩大到慢性病,再到慢性病危险因素,以及需要利用实验室检测花费较高费用的血清学监测;

同时根据针对重点疾病和公共卫生问题的实际需求,组织开展专题性研究。监测工作的展开遵循循序渐进的原则,监测内容从简单到复杂,从容易实施再到难度较高的专题研究,这种安排是他尊重实际需求、依据国情和现有条件做事风格的又一体现。

2. 灵活运用知识,不生搬硬套教科书。这是从何教授身上学到的又一种宝贵的学术品质。在抉择全国疾病监测点的布点时,如何保证获得的监测资料具有国家代表性,这是非常重要的问题,既要考虑可行性,也要考虑科学性。他放弃了书本上通常使用人口出生率、人口总死亡率、孕产妇死亡率、婴儿死亡率、地区国民产值和家庭人均收入等作为评价代表性指标的做法。从一开始便强调:疾病监测是长期纵向观察疾病自然史性质的研究,最好用地区分布作为指标,来评价疾病监测资料是否能够代表我国疾病发生状况的依据,既要考虑人群的时点代表性,更要考虑纵向资料的可比性,后者更为重要。因此疾病监测点的选择应满足东西南北中的地区分布代表性来设计,同时他认为城乡差别在我国长时期不会发生太大变化,每个地区还必须分城乡,以便满足城乡代表性。此外他提出每个监测点的监测人口设计为 10 万左右,每个监测点 10 万人口的样本量,基本可以用来描述传染病和多数慢性病的发病、

患病和死亡分布特征。每个省按城乡各设几个点便可以基本代表其所在省的人群疾病分布状况。一旦疾病监测点设立后就不宜轻易撤换,要保持长期稳定性。只有这样才能保证实现长期纵向观察疾病和因素的变化,利于资料的历史比较。这一指导思想在当今设计我国国家慢性病监测长远规划中仍然具有现实意义。何教授指出,人口出生率、母婴死亡率、地区国民产值和家庭人均收入等均是时点性指标,用于评价横断面抽样调查的样本代表性是很好指标,但不适用于以长期纵向观察研究为特征的疾病监测。因为随着我国改革发展的进程,这些指标均会发生巨大的变化,用于疾病监测的研究工作未必合适。我国 30 年来的变化表明他的远见是正确的,当时贫穷的地区,现在有的已经成为富有的地区,有些母婴死亡率高的地区现在已经成为低的地区。流行病学抽样调查强调的人群代表性指标,多适用于横断面研究中代表性的评价,套用在建立疾病监测点上就不一定合适。同样是强调研究样本的代表性,但研究目的不同,指标的选择就应该有所不同,生搬硬套教科书概念行事是经不住历史检验的。何教授求实的学术作风和严谨的科研素养,是我们永远学习的典范。

(收稿日期:2011-01-25)

(本文编辑:尹廉)

## 我给何教授当学生

廖苏芬

### 一、初见何观清教授

我是 1985 年第一次知道何教授并相见的。当时我在北京医科大学(现北京大学医学部)念到五年级,得知有机会可继续读研究生,尽管当时可在公共卫生的不同专业中做选择,我就是一门心思要读流行病学专业。经过一番周折,才得知协和医科大学(现北京协和医学院)有位流行病学专家何观清教授。第一次面见何教授是我的老同学带我去的。记得当时几近中午,我看到阳光灿烂的大玻璃窗下,在一张很大办公桌旁坐着一位颇有学者风范的老者,这就是何教授。经同学介绍此次来意后,我直冲地地第一句话就问他是不是也不招女生?这个问题的

来由就是此前我碰到有的教授不招女生,使我颇有不平之感。其实话一出口,我自己都觉得有点唐突,但何教授很有“大人不计小人过”的气度,非常平和地说:“我没有这个问题。”这让我内心那点“愤愤然”缓和了很多。

后来的面试也使我记忆犹新。记得参加面试那天在场的除了何教授,还有张孔来、李辉老师(但当时我并不知道他们姓名)。面试前,何教授先让我看了一篇关于北京市某区数年胃癌死亡率的文章。我首先注意到一个细节,就是该文作者的姓名是用白纸粘贴住的(当时他的办公室没有复印机也无计算机,一切都是手工操作),我想这是何教授不想让我知道作者是谁,体现尊重和保护作者之缘故吧。我还记得面试中的问题,其中之一就是如何做科学研究,另外还问我读该篇文章数据结果时,应该考虑什