

# 弥合临床医学与公共卫生的裂痕 强化我国的疾病控制工作

王陇德

(北京大学公共卫生学院,北京 100083)

**[摘要]** 阐述临床医学与公共卫生的割裂给中国疾病预防控制工作带来的严重危害;并说明中国卫生系统近年来在弥合这一裂痕方面所做的巨大努力,例如建立了传染病网络直报系统和“不明原因肺炎”监测报告体系,加强了结核病控制工作中医疗机构与疾控机构的紧密衔接,以及临床医学逐步接纳现代疾病防控理念,为适应患者需求,在控制重大慢性疾病——脑中风中实施的医疗服务模式的重大转变。虽然这些改革措施已经在调整和加强临床与公共卫生两个子系统的联系与合作中发挥了作用,提高了疾病控制体系的整体效能,但是这些进展仅仅是初步的。卫生系统还需要在制定和实施“医疗机构公共卫生工作规范”等方面做出更多的努力,以推动疾病控制效能的进一步提高。

**[关键词]** 临床医学;公共卫生;裂痕;疾病控制

**[中图分类号]** R4;R1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1009-1742(2009)10-0148-05

临床医学与公共卫生的割裂,一直是我国疾病控制工作中的重大问题。进入新世纪以来,此问题体现得尤为明显。2003年春,严重急性呼吸综合征(SARS)流行初期,大量临床一线的医务人员在抢救SARS患者的过程中,因防护措施不到位而被感染。2003年3月24日前,医务人员病例占了全部病例的27.40%。当时,一些医疗机构成了传染的源头,不少患者是因为去医院就诊或探视患者而被感染,造成了疫情的扩散。自2004年11月以来,我国发现的人感染高致病性禽流感病例,多数均是在基层医疗机构被耽误了5~8d后,才被转送到县以上医疗机构诊治。这一方面延误了抢救时机,使病死率高达70%左右;另一方面也造成了疾病传播的潜在威胁。2006年我国南方某省登革热流行,医疗机构不能及时发现和隔离治疗病例是造成这种疾病流行的一个主要原因。例如,夫妻双方均感染了登革热,一方去医院就诊,而接诊医生只知处理就诊患者,对在家休息的另一方根本不问;一些医务人员自身感

染了登革热,也是在5d以后,即主要传播期过后才被确诊、隔离。这种传染病患者的发现、检出状况,潜伏着极大的引发流行的可能性。另外,长期以来,我国因疫情报告迟滞、不准确、反馈系统不灵敏而导致疫情扩散的事件时有发生,也给民众的健康和社会经济的发展造成了巨大损失。在2004年之前,医疗机构是通过填写纸质的传染病报告卡,邮寄到县、区卫生防疫站,由县、区站审核后,汇总逐级上报发病数据。在一般情况下,国家卫生部只是在收到省级站的月报后,才能了解各地法定传染病的大体发病情况。以上事实和相关情况说明,医疗机构的公共卫生工作水平如何,在很大程度上决定了我国疾病控制工作的质量和水平。

针对以上重点问题,卫生系统近年来采取了一系列干预措施,重新调整临床和公卫两个子系统的功能,特别是加强医疗机构的公共卫生职能,弥合两系统间人为的功能割裂,实现疾病控制工作的无缝衔接。

**[收稿日期]** 2009-08-10

**[作者简介]** 王陇德(1947-),男,河南开封市人,北京大学公共卫生学院院长,浙江大学公共卫生学院院长,长期从事行政管理、流行病学和公众健康促进专业研究工作;E-mail: wangld@moh.gov.cn

一是根据工程管理对信息的“准确、及时、完整和相关”的要求,将计算机网络技术与传染病报告相结合,建立了医疗机构传染病信息直报系统。2003年,自SARS流行中期开始,我国逐步建立了医疗机构传染病网络直报系统。2003年5月26日起可进入互联网的医疗机构全部开始直报SARS病例;2004年1月1日起,37种法定传染病均通过网络直报。到2008年底,全国100%的CDC,97%的县以上医疗机构和82%的乡镇卫生院共6.8万个单位实现了网上直报法定传染病。医疗机构传染病网络直报系统的建立,实现了“个案、实时、在线”的传染病疫情掌控方式,使传染病例的报告时间由原来的平均5d报到县、区防疫站,变为仅需0.6d,上到卫生部,下到省、市、县(区)的卫生行政部门和疾控中心均可知道已报告病例的多项基本情况,如患者的姓名、性别、年龄、住址、所患病名、发病时间和诊断时间等。在此基础上,又建立和规范了网络直报信息的日、周、月、季、年的疫情分析制度。此系统的建立,一方面大幅度提高了传染病例发现和报告的及时性,系统建立后5年比前5年甲乙类传染病报告病例数年均增加39%(见图1);另一方面,由于疫情报告速度的加快和对疫情情况了解的准确性的提高,以及对疫情变化趋势的及时掌握,大大改变了以往疫情控制中的被动局面。该系统被国际同行专家和会议认为是全球传染病监测和应对中的一个典范<sup>[1]</sup>。

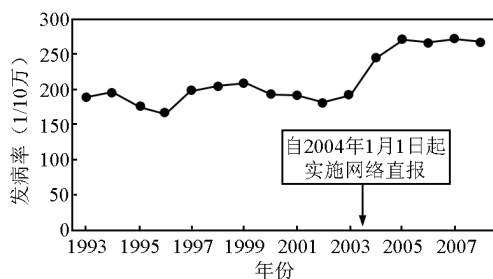


图1 1993—2008年甲乙类传染病报告发病率  
Fig. 1 Reported incidence of category A and B infectious diseases in 1993—2008

如果说,医疗机构传染病网络直报系统的建立是使医疗机构传染病报告职责高质量地落到了实处的话,那么,在网络直报平台上建立的“不明原因肺炎”监测报告体系,则是对医疗机构公共卫生职责的拓展与创新。我国的传染病常规报告制度,是建立在诊断基础之上的。这种制度在新发传染病快速

出现的今天(近30年来,平均约每年出现一种新发传染病),已显得十分不适应;另外,在经济全球化、区域一体化、交通便利、国界已不再成为传染病传播屏障的今天,一些原有的急性呼吸道传染病的威胁也大大增强。因此,如果不及时调整策略,加强对急性呼吸道传染病的应对,提高卫生系统对此类疾病的敏感性,就会处于总是被动挨打的局面。鉴于像SARS,人感染高致病性禽流感以及肺鼠疫等这类急性呼吸道传染病均有共同的症状和“体征”——肺炎这一特点,我们在医疗机构网络直报的平台上又建立了“不明原因肺炎”监测报告体系,制定了病例检出、报告工作程序、规范(见图2),在我国首次开展了重点传染病的症状、体征监测,强化前馈控制,使急性传染病的控制“关口前移”。从目前的运作情况看,我国已发现的人感染高致病性禽流感病例均是通过此系统检出和报告的;2005年云南某县的肺鼠疫疫情也是因为及时发现和上报了“不明原因肺炎”病例,而得以迅速控制和扑灭的。

医疗机构传染病网络直报体系的建立也为一些重点慢性传染病的防控提供了非常有利的工作平台,例如结核病的预防与控制。近年来,结核病在我国有死灰复燃的趋势。我国是全球22个结核病高负担国家之一,是全球除印度外的第二大流行国。约有450万活动性肺结核病人,每年新感染肺结核病人约130万例。至2003年底,我国肺结核病人的发现率仅为39%,而WHO要求至2005年底,肺结核病人发现率应达到70%。因为肺结核是呼吸道传染病,一个活动性病人一年传播10~15人,所以及早发现并治疗病人在降低发病率方面格外重要。网络直报体系建立后,疾病预防控制中心及时掌握了被医疗机构诊断和报告的病人的具体和详细的有关情况,并改变了以往坐等病人上门登记的被动工作方式,主动追踪病人并筛查其家属,快速提高了病人的发现率。至2005年底,中国的结核病人发现率达到了WHO设定的全球结核病控制阶段性目标<sup>[2]</sup>。2007年我国被WHO授予结核病控制“KOCHON”奖。

二是改变临床服务的工作模式,按照“以病人为中心”的原则,组建技术科室组织架构,在应对慢性病的挑战中,实现临床医学逐步接纳现代疾病防控理论和模式的重大转折。即从注重个体治疗到注重群体与个体预防相结合;从医生坐等病人上门到主动出击,筛查高危人群,有针对性地实施干预措

施。“脑中风筛查与防控工程”的开展,是一个较为典型的案例。

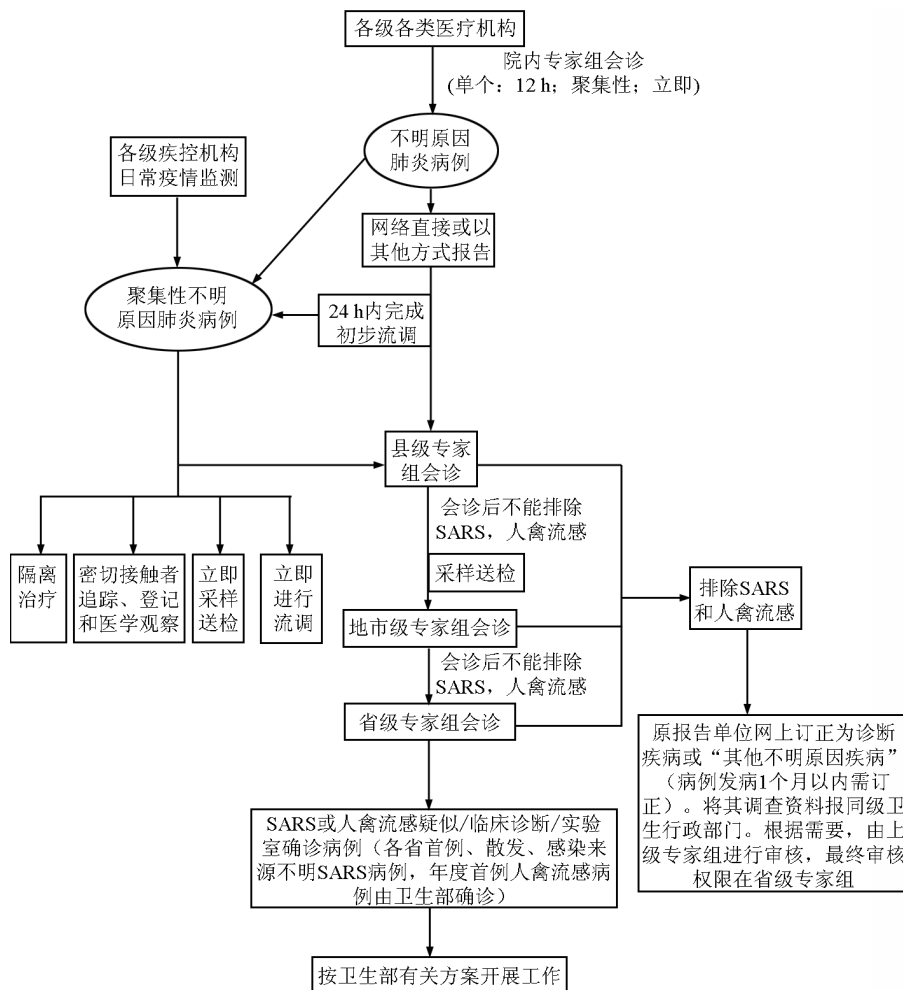


图2 不明原因肺炎病例诊断、报告、处理流程

Fig. 2 Diagnosis, reporting and treatment flow chart of pneumonia of unknown etiology

我国居民第三次死因抽样调查结果显示,脑血管病已成为我国国民第一位的死因,死亡率高于欧美国家4~5倍,是日本的3.5倍,甚至高于泰国、印度等发展中国家<sup>[3]</sup>。在脑血管病中,尤以脑中风造成的健康损害和对生命的威胁为重。脑中风是一组以脑组织缺血或出血性损伤症状和体征为主要临床表现的急性脑血管病。该病呈“三高”(发病率高、致残率高和病死率高)的特点,不仅危及患者的生命,还严重危害患者的健康,并影响其生活质量。同时该病也给患者及其家庭和社会带来了沉重的医疗、经济和社会负担。2003年我国用于治疗脑血管病的总费用约200亿元,其中缺血性脑中风的直接住院负担就达108亿元。我国脑中风的死亡率是心肌梗死的4~6倍,而带来的经济负担是心肌梗死的10倍<sup>[4]</sup>。根据发病类型的不同,脑中风又被分为出

血性中风和缺血性中风两类。美国心脏病学会2008年公布的资料显示,缺血性中风占87%<sup>[5]</sup>。我国尚无全国性的分型比例资料。一些临床资料的分析表明,我国缺血性中风的比例快速上升,缺血性和出血性中风的比例已从1984年的1.25:1上升到2004年的6.06:1<sup>[6]</sup>。我国缺血性脑中风的比例已与美国不相上下。脑中风的另一个特点是,如果中风的病因如高血压、颈动脉狭窄等不被去除的话,中风会反复发作。我国临床资料的分析表明,40%的门诊中风病例属第2次以上发作。近数十年来,美国针对引致缺血性脑中风的因素——颈动脉斑块形成造成的狭窄开展了大量的筛查与干预工作,从而使脑中风的发病率和死亡率大幅度下降。而我国在以往的心脑血管病的防控中,对高血压的筛查和控制比较重视,但对颈动脉狭窄问题注意不

够,甚至在常规的干部体检中也没有颈动脉筛查项目(见图3和图4)。因此,大量脑中风前期的患应对脑中风的服务架构上也不能有效满足不同病情发展阶段患者的服务需求。目前,医疗服务的提供是按专业技术科别划分的,如神经内科、神经外科等,且科室之间的联系不甚紧密,而患者病情的发展却是渐进的,需要提供连续的、综合性的干预措施。需求和服务提供架构二者之间的矛盾制约了服务质量的提高。其三,以往的临床服务,多为坐等病人模式。对脑中风这种疾病来讲,等到病人找医生时,绝大多数患者已失去了最佳的治疗时机。针对以上问题,近几年中美脑中风协作组开展了服务模式改革探索,取得了一定进展。首先,按照“以病人为中心”的服务提供原则,组建技术团队与单元。由心血管内科、神经内科、介入治疗和神经血管外科医生组成的联合团队,为每一例患者提供综合性服务。这种服务的好处是,各种不同服务技术之间可以实现无缝衔接,尽量为病人争取救治时间,减轻疾病损害,防止或减少并发症的产生。其次是走出医院,深入基层,开展高危人群筛查并实施个体化的干预。脑中风高危患者既有共同的特征,又有各自的重点问题。因此,通过群体筛查,明确每位患者需干预的关键点,落实ABCDE防控策略(A:抗栓治疗;B:控制血压和体重;C:降低胆固醇、戒烟、开展支架及颈动脉内膜剥脱术;D:控制糖尿病、进行膳食调整;E:开展健康教育、体育锻炼、定期查体)。在中美脑中风协作组的试点工作中,许多由于颈动脉狭窄造成的脑中风的体征,如一侧肢体活动障碍或丧失肌力、失语、由于缺血性眼病造成的视力明显下降或失明等,在及时解除颈动脉狭窄后,均得到了明显改善或恢复。所以,对高危人群颈动脉状况的筛查,既可对狭窄不甚严重的患者及早给以行为指导或药物干预,延缓其狭窄进展,又可对狭窄严重的患者采取手术或介入治疗,去除其发生脑中风的病源,减少脑中风的发生及其后的伤残。这种临床工作理念和方式的调整,临床和公卫的战略融合,已在慢性疾病的防控工作中显示出了明显的社会效益和经济效益,值得进一步的探索和推广。

者没有被及时发现并给以有效的干预。另外,在临床医学与公共卫生之间的裂痕弥合工作,在我国仍任重而道远。以上所述仅是一些初步的探索与实践。要在我国广泛推开这一策略,目前的当务之急是要研究制定和实施“医疗机构公共卫生工作内

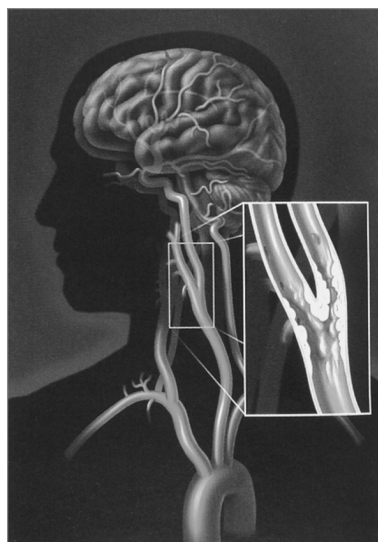


图3 颈动脉狭窄示意图

Fig.3 Schematic diagram of carotid artery stenosis

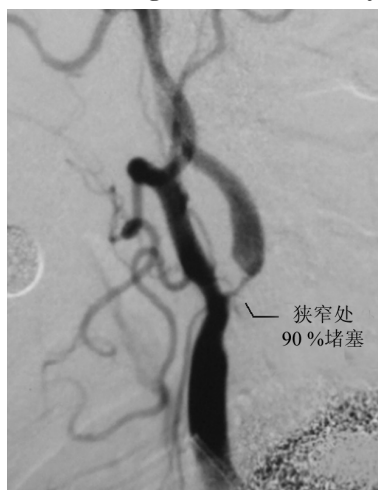


图4 颈动脉狭窄影像

Fig.4 Image of carotid artery stenosis

容、工作规范及考核评价标准”,以便使医疗机构开展公共卫生工作有章可循;政府对医疗机构开展公共卫生工作的补助得以落实;按照《传染病防治法》的规定,疾病控制机构对医疗机构开展传染病防治工作检查、考核的职责能规范地执行。其次是逐步推开适应患者需求的技术服务组织架构改革,如在各省、市普遍建立“脑中风筛查与防控中心或基地”,使“以病人为中心”的医疗服务模式得以广泛推广。第三是充分利用政府、社会、企业的资源,把群体与个体相结合的预防理念更广泛地引入到临床医学中去,对重点疾病的高危人群普遍开展危险因素筛查与防控。政府应在“健康中国2020战略”中设立专项;社会和企业应各尽所能,支持这一项目的开展,以更大范围地惠及全体民众,特别是弱势群

体。譬如脑中风这种疾病的发生与家庭经济状况并无明显联系, 贫困人口的发病与死亡率亦然很高。近期国内外的医学研究证明, 膳食中缺乏叶酸, 可造成原发性高血压, 进而引致出血性脑中风<sup>[7,8]</sup>。就这一因素而言, 贫困人口具有更高的脑中风危险度。贫困家庭一旦出现了脑中风患者, 将遭受更为严重的打击。因此, 政府和社会更应关注这一弱势人群的脑中风筛查与防控工作。第四是从医学教育入手, 对临床医学专业的教学大纲和内容进行改革, 使临床医学生从入门之初就树立“群体”和“预防为主”的理念, 从根本上去除产生临床医学与公共卫生割裂的土壤。

总而言之, 弥合临床医学与公共卫生的裂痕是社会发展的必然要求, 是强化“依法行政”工作的必然要求, 是新形势下做好疾病控制工作的必然要求, 也是卫生系统工作中的“软肋”。只要抓住这一关键环节, 以提高疾病控制系统整体效能为目的, 调整并充分发挥临床和公共卫生两个子系统的作用, 并加强二者之间的联系, 我国疾病控制工作就一定能再上一个新台阶。

#### 参考文献

- [1] Wang Longde, Wang Yu, Jin Shuigao, et al. Emergence and control of infectious diseases in China [J]. *The Lancet*, 2008, 372 (9649): 1598 - 1605
- [2] Wang Longde, Liu Jianjun, Daniel P Chin. Progress in tuberculosis control and the evolving public - health system in China [J]. *The Lancet*, 2007, 369 (9562): 691 - 696
- [3] 陈 竺. 全国第三次死因回顾抽样调查报告 [M]. 中华人民共和国卫生部. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008: 14 - 17
- [4] 胡善联, 龚向光. 中国缺血性脑卒中的疾病经济负担 [J]. *中国卫生经济*, 2003, 22 (12): 18 - 20
- [5] Wayne Rosamond, Katherine Flegal, Karen Furie, et al. Heart disease and stroke statistics - 2008 update [J]. *Circulation*, 2008, 117: 961 - 963
- [6] Zhao Dong, Liu Jing, Wang Wei, et al. Epidemiological transition of stroke in China [J]. *Stroke*, 2008, (6): 1668 - 1674
- [7] Wang Xiaobing, Qin Xianhui, Hakan Demirtas, et al. Efficacy of folic acid supplementation in stroke prevention; a meta - analysis [J]. *The Lancet*, 2007, 369 (9562): 1876 - 1882
- [8] 胡大一, 徐希平. 有效控制“H型”高血压——预防卒中的新思路 [J]. *中华内科杂志*, 2008, 12 (47): 976 - 977

## Mending the schism between clinical medicine and public health, strengthening disease prevention and control in China

Wang Longde

(*School of Public Health, Peking University, Beijing 100083, China*)

[**Abstract**] This paper introduced the serious harm caused by the schism between clinical medicine and public health in disease prevention and control in China. In recent years, China has made significant efforts to mend this schism, developing an internet - based information system for communicable disease control and prevention, implementing a surveillance and reporting system for pneumonia of unknown etiology, strengthening the cooperation between medical and disease control institutions in TB prevention and control, making a momentous breakthrough in the reform of health services for patients suffering from strokes—an important chronic disease, to adapt to the needs of patients, and gradually adding clinical medicine to the modern model of disease prevention and control. These reform measures have successfully strengthened the link between clinical medicine and public health, and improved the overall efficacy of the disease control system; yet, this progress is merely the beginning of what must be done. Further measures to improve disease control, including establishing and implementing the criteria for medical institutions to implement public health tasks, must be carried out.

[**Key words**] clinical medicine; public health; schism; disease prevention and control