

中国出生人口质量的现状与干预途径

郑晓瑛

【提要】 出生人口质量是决定人口素质的自然属性的基础。在稳定低生育水平的形势下,提高出生人口质量成为至关重要的人口问题。笔者详细分析了中国出生人口质量的现状,探讨了中国人口的出生缺陷总发生率,并分析了出生缺陷的结局和在现有条件下,干预影响出生人口质量负面因素的途径及可行性。

【作者】 郑晓瑛 北京大学人口研究所所长、教授。

中国的人口再生产类型,在“控制人口数量,提高人口素质”基本国策指导下和计划生育 30 年实践工作的基础上,实现了“低出生、低死亡、低增长”的转变,育龄妇女总和生育率降低到更替水平以下。在短短的 30 年里,中国完成了发达国家需要 100 年左右的时间才能完成的向人口低生育水平的转变。但是,我们必须清醒地看到,中国的人口素质与发达国家相比,仍然存在许多不尽如人意的问題,这需要用较长的时间、付出较大的努力才能解决。最近,中共中央、国务院在《关于加强人口与计划生育工作,稳定低生育水平的决定》中明确指出:“在实现了人口再生产类型的转变之后,人口与计划生育工作的主要任务将转向稳定低生育水平,提高出生人口素质”^①。提高人口素质与有效地控制人口增长、稳定低生育水平,在解决中国人口问题的工作中,具有同等重要的位置。在稳定生育率水平的前提下,大力提高人口素质,是从中国社会主义现代化的大局和中华民族生存和发展的长远利益出发的明智和必然的选择。

出生人口质量是决定人口素质的自然属性的基础或称物质基础。由于种种原因,中国出生人口质量仍然存在着较大的缺憾,仅就出生缺陷来讲,每年有 30 万~40 万有缺陷的新生儿出生。另外,还有相当数量的其他亚健康新生儿出生。这些非健康新生儿的生存与死亡严重影响了中国的人口质量。尽管中国进入了低生育水平的人口再生产状态,但受人口惯性的影响,未来一段时间里,人口数量还将持续增长。如果人口的出生质量不能得到根本的改善,亚健康出生的人口数量还会不断累加,成为社会发展的沉重负担和制约可持续发展的严重障碍。因此,由出生人口质量导致的人口素质问题的严重性决不亚于人口数量的压力。所以,在稳定低生育水平的同时,研究出生人口质量,积极探索提高出生人口质量的对策,对提高中国人口素质,实现可持续发展的战略目标具有至关重要的现实意义。

一、出生人口质量的概念

出生人口质量是指胎婴儿的质量。胎婴儿的质量通过人群中缺陷基因与表型的频率及其变化规律来表达。尽管还没有出生质量的评价标准和指标,但出生质量较高的标志应该是健康,即生理、心理和社会完好性的整体健康。

出生人口质量的负面结局包括两方面,一是出生缺陷,二是亚健康出生。

^① 中共中央、国务院:《关于加强人口与计划生育工作,稳定低生育水平的决定》,《人民日报》,2000 年 5 月 8 日,第一版。

(一) 出生缺陷

出生缺陷是指胎婴儿出生前,在母亲的子宫内已发生了的发育异常,出生后表现为肉眼可见或辅助技术诊断的结构异常、功能异常和代谢异常等。按医学分类标准可将出生缺陷分为 变形缺陷、裂解缺陷、发育不良、畸形缺陷四种类型。其中畸形缺陷是最常见、最严重的出生缺陷(李竹,1993)。国际疾病分类(ICD-9)对先天畸形的大多数体表和内脏的解剖学上的异常作了编码,但有关功能和代谢异常的智力低下、聋、哑等病种却没有被国际疾病标准定义。所以,出生缺陷包括了先天畸形在内的所有出生异常病种。

(二) 亚健康出生

正常出生的新生儿应该有约 40 周(280 天)的孕期,身高、体重、体围、骨骼、神经精神、运动等都应该符合新生儿生长发育的标准范围。同时,新生儿不应该有任何并发症等。反之,出生的新生儿就不能处在健康状态。如早产、窒息、过期产、低体重(小于 2500g)、新生儿疾病、性传播性感染(STI)、免疫缺陷(HIV/Aids)等。这种状态的新生儿的预后,受到多方面因素的影响,可能是健康的,也可能是不健康的。所以,我们将此定义为亚健康出生。

二、影响出生人口质量的负面因素

出生人口质量是一代或几代人口素质积累的结果,其影响因素是非常复杂和综合的。从医学角度看出生缺陷的影响因素,目前有三种已比较清楚,即机械性压迫、基因异常和致畸高危因素。各种出生缺陷的表现型可能存在着病因异质性。流行病学的研究成果已提示,神经管畸形的不同临床表现型之间有病因异质性(李世倬等,2000)。从目前一些病因研究来看,出生缺陷与季节和母亲的年龄有较为明显的关系(黑龙江省出生缺陷监测中心,1988)(见图 1、图 2)。

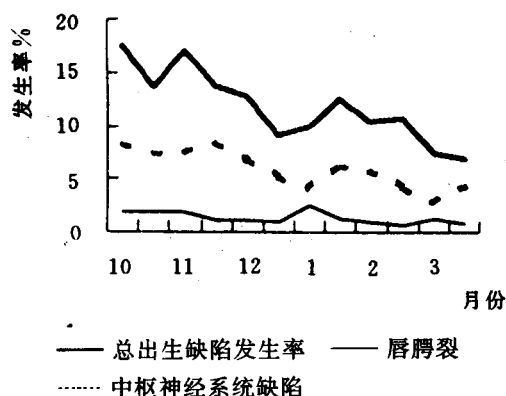


图1 出生缺陷与季节的关系

资料来源:黑龙江省出生缺陷监测中心,1988年。

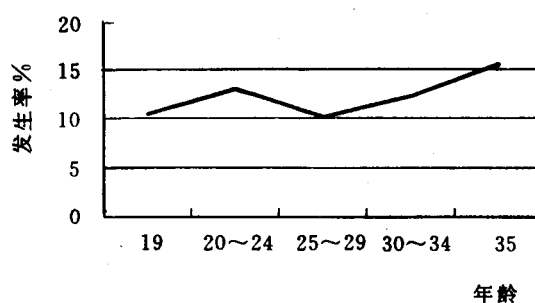


图2 出生缺陷与母亲年龄的关系

资料来源:同图1。

从社会医学的角度,我们可以发现更为广泛的致病因素。主要有遗传、环境、生活行为、卫生保健水平、营养状况、微生物感染、传统文化、政策氛围等因素。尽管有许多证据可以推断影响出生人口质量的危险因素,但在实验室可重复证明的定论性的因素还较少。较为权威的教科书和一些学者对出生缺陷病因研究的结论都表明,遗传因素引起的出生缺陷约占 25%,而其他出生缺陷都是除遗传因素外所有的因素综合作用所导致的,这也是为什么在实验室很难模拟出确定致病因素的原因所在。特别是在环境污染的程度加重和污染种类趋于复杂的情况下,出生缺陷的各种高危因素的交互作用就更为复杂。目前,国家和一些地方政府非常重视出生缺陷的研究,已在全国许多省市开

展了出生缺陷的调查研究和干预研究。人类基因研究进展为出生缺陷病因的研究提供了非常有利的技术支撑,缺陷病因的探讨成为出生缺陷干预成功与否的关键。

亚健康出生可以由先天因素造成,也可由后天因素所致。个人因素,医疗服务都可以导致亚健康出生的发生。目前,亚健康出生的登记和管理都集中在医院。所以,中国仍未开展人群的亚健康出生的干预工作。

总之,出生缺陷和亚健康出生不是一个单纯医学可以解决的问题,而是需要多学科的综合干预才能降低出生缺陷和亚健康出生的发生风险,提高出生人口质量。

三、国内外出生人口质量的研究进展

有关出生人口质量的全面和综合的研究还不多见,但有关出生缺陷的研究已有几十年的历史。大约于 60 年代初,欧美等发达国家首先开始进行出生缺陷的监测和研究。并于 70 年代初成立了国际出生缺陷监测信息交换所(ICBDMS),并与世界卫生组织联手,为各国的出生缺陷的研究提供了许多技术援助。研究的内容大致分为两类:一是医学方面的研究,如医学病因的探索和诊断技术的研究;二是以医院为基础的出生缺陷的监测。这些研究都局限在医学领域中。

中国出生人口质量的监测工作起步较晚,覆盖面较小,工作内容也是集中在出生缺陷方面。根据目前所查到的文献资料,中国进行医院出生缺陷监测始于 1966 年,随后,在国内的不同地区也有不同规模的先天畸形的监测(见表 1)。1985 年以来,北京医科大学出生缺陷监测中心开始在部分省

表 1 1966~1997 年 10 所医院出生时可见畸形发生率

研究者	监测时间 (年)	样本量 (人)	先天畸形发生率 (‰)
杨树勤(1998)	1966~1975	—	14.82
杨树勤(1998)	1978~1980	48 831	27.52
王兴玲等(1999)	1996~1997	—	10.26
李金春(1999)	1986~1997	301 368	12.00(1986) 7.50(1997)
曹红(1998)	1986~1997	36 237	8.78
王群力(1997)	1989~1995	12 383	10.98
赵薇等(1996)	1980~1987	72 536	17.50
袁玉华等(1999)	1992~1995	11 937	7.79
王明开(1995)	1986~1990	19 874	6.64
李秀群(1998)	1996~1997	24 008	10.53

市进行出生缺陷监测。1987 年由卫生部组织了全国 29 个省、市的部分医院,对孕 28 周及以上的 124 万出生结局进行了出生缺陷的医院监测。目前被监测的样本量有 65 万~80 万。所以,中国出生人口质量的数据大多是从医学部门获得的有关临床出生缺陷的信息。80 年代中期,中国的出生缺陷监测的部分数据通过 ICBDMs 并与其近 30 个成员进行交换,但系统性较差。

四、中国出生人口质量的现状

出生人口质量不仅包括医学临床意义上的出生质量,而且包括人群整体水平的出生质量,更为具体地说,是国家整体人群水平的现场出生人口质量。出生人口质量可以通过对临床胎婴儿的监测及各年龄组后发残疾和疾病的监测情况反映出来。

(一) 出生缺陷总发生率的推算

1. 以医院为基础的监测

目前,中国还没有国家出生缺陷监测中心。所以,很难准确推断出全国出生缺陷总发生率,但从现有的一些工作,可以了解一些出生缺陷发生的情况。60年代以来主要的临床和项目时间区间的出生缺陷发生率的监测资料表明:中国不同医院出生时可见的先天畸形发生率为6.6‰~27.5‰(见表1)。如果以其发生率的均数15‰来估算,中国每年约有30万~40万有出生缺陷的新生儿出生。随着存活的婴儿在不同年龄段不断被发现的内脏畸形,出生缺陷率至少还要增加50%(杨树勤,1998)。如果加上出生后不断被检测出来的出生缺陷病例,中国实际每年发生的出生缺陷大约有50万~60万。1986年,卫生部组织29个省、自治区、直辖市的945所医院对孕28周及以上的124万胎儿及新生儿进行了为期一年的出生缺陷监测。结果表明,1986~1987年间医院出生缺陷发生率为13.01‰。出生缺陷发生率的特点是男性(13.10‰)高于女性(12.55‰),农村(16.39‰)高于城市(11.35‰),北方高于南方。

中国医院监测出生缺陷总发生率明显低于发达国家国际水平的监测数据。根据文献报道,欧美及日本的出生缺陷发生率为10‰~40‰(安笑兰,1995)。事实上,中国的出生缺陷发生率高于目前医院的监测水平。原因有以下几个方面:

第一,中国农村地区,在家分娩的人数仍占相当的比例。监测只能反映县级及以上的医院,而农村近70%在家庭分娩的出生缺陷未被统计到医院出生缺陷监测的数据中。

第二,出生缺陷的监测受到监测样本的影响。从图3还可以看到,出生缺陷的发生率似乎有下降趋势。事实上,在随后的监测数据中,被监测的样本量由124万下降为65万~80万。由于出生缺陷的发生率不像其他疾病的发病率那样,在人群中分布密度较大。如果样本量偏小,漏报出生缺陷的机会就会比较大。所以,人群中的出生缺陷要比医院监测的发生率高。

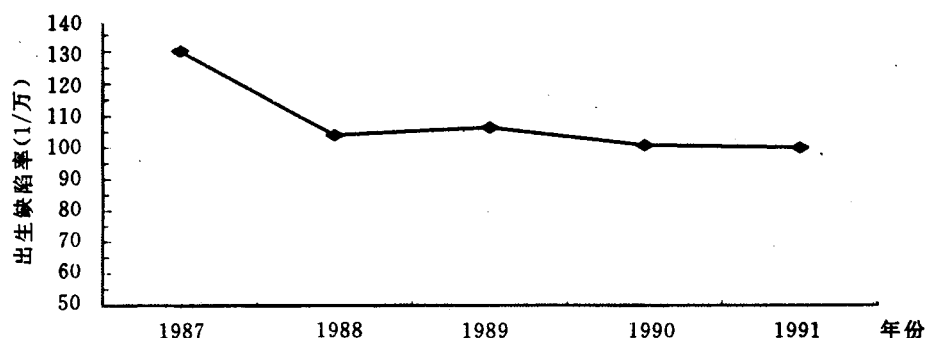


图3 1987~1991年中国出生缺陷总发生率

资料来源:李竹等,1993。

注:1991年出生缺陷率为1~6月资料。

第三,出生缺陷发生率随着胎次增加而升高。然而,以医院为基地的监测项目是以第一胎生育为主,生育二胎及以上的情况主要发生在农村。这也是有统计的中国出生缺陷发生率较低的原因之一。

第四,中国出生缺陷的诊断技术还有待于进一步提高。否则,出生缺陷的检出率会受到很大的影响。由于神经管畸形的诊断比较容易,所以,中国神经管畸形的发生率非常高。

第五,由于中国的出生缺陷监测网络和系统还不健全,许多死产、死胎、流产等中的出生缺陷都未能全部监测,而这部分的出生缺陷在人群出生缺陷中占有较大的比例(见表2),这也可能是出生缺陷总发生率偏低的又一原因。

近十余年来,政府高度重视提高人口素质的各项工作,在出生缺陷干预方面取得了很大的成绩。但是,以医院为基地的临床监测数据并不能完全代表人群中的实际发生情况,尽管是动态的监测数据,也只能反映某个区间和某个地点的出生缺陷发生情况。

2. 残疾人口中先天缺陷的比例

根据1987年中国残疾人联合会《中国残疾人口抽样调查》调查数据分析,在中国的残疾人口中,先天性残疾者约占20%左右。在0~14岁残疾儿童中,先天残疾儿童占51.3%,其比例远远超出全国先天性残疾者水平。这与低年龄组能够得到较好的医疗保健,使更多的出生缺陷儿存活下来有关。在智力残疾人口中,先天致残的占50%以上。从残疾人口中先天致残的比例,我们也可以了解到,人群的出生缺陷发生率远高于医院监测的水平。

尽管我们仍不能给出准确的中国人口的出生缺陷总发生率,但通过上述的分析,我们可以推断,中国的出生缺陷总发生率可能远高于目前以医院为基础的出生缺陷监测水平。

(二) 亚健康出生情况

由于中国非常缺乏系统化和常规化的出生人口质量的统计资料,到目前为止,所能收集到的有关亚健康出生的资料比出生缺陷的资料更少。近年来,中国开展了较为广泛的生殖健康工作,开始积累有关亚健康出生的一些资料和信息。

1986~1987年出生缺陷监测结果表明,中国过期产新生儿平均发生率为85.5%,足月低体重儿的发生率为35.8%。1998年卫生统计数据表明,目前中国低体重新生儿的发生率高达2.58%。根据1987年全国残疾人抽样调查,0~14岁人口中智力低下患病率为1.2%,其中中轻度智力低下占60%。产前、产时因素(如早产、窒息)和出生后文化社会因素所致的智力低下共约1/3。亚健康出生严重影响了出生人口质量,仅足月窒息儿中,全国每年新产生2.3万名智力低下的儿童(中国优生优育协会儿童发育专业委员会,1996)。

(三) 出生缺陷的病种

在以医院为基础的出生缺陷监测中,已发现中国有大约101种出生缺陷,其中有12种严重高发的先天畸形(见表3)。

在出生缺陷的监测中,我们往往需要对出生缺陷的病种进行顺位分析。目的是了解出生缺陷的高发病种,为优先考虑干预方案提供技术信息。根据已有的数据分析,我们可以发现,在中国的出生缺陷排序中,神经管畸形为第一位(见图4)。

表2 1990~1994年中国大城市先天异常婴儿死亡占婴儿总死亡的比重

年份	先天异常婴儿死亡率 (1/10万)	先天异常婴儿死亡占 婴儿总死亡的比重(%)
1990	266.15	21.0
1991	312.74	23.1
1992	278.25	21.8
1993	294.45	24.1
1994	350.24	27.8

资料来源:王红,1996。

五、出生缺陷的结局分析

毫无疑问,出生人口质量对人口素质有着直接和间接的影响。在这里,我们仅就出生质量与人口素质的主要关系和影响做一些分析,目的是进一步了解出生人口质量对人口素质影响的程度、方式和内容,这有助于我们探讨和理解出生人口质量干预途径和对策。

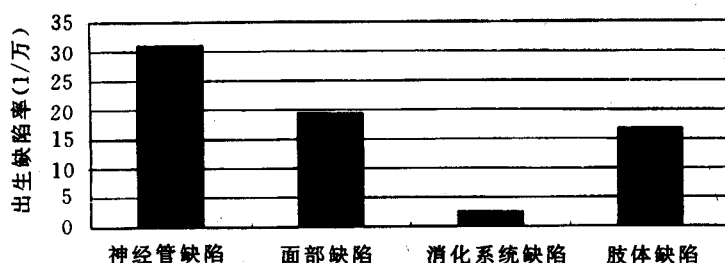


图4 1986~1987年中国出生缺陷顺位情况

资料来源:李竹等,1993。

注:分类如下:神经管缺陷(无脑儿、脊柱裂、脑膨出、脑积水),面部缺陷(唇裂、腭裂、唇裂并腭裂、小耳),消化系统缺陷(食道闭锁或狭窄、直肠肛门闭锁或狭窄),肢体缺陷(肢体短缩、指趾畸形)。

表3 1986~1987年中国分性别出生缺陷总发生率和12种严重高发的先天畸形的发生率 1/万

先天畸形	男 性		女 性	
	畸形例数	比率	畸形例数	比率
无脑儿	611	9.50	1 263	21.10
脊柱裂	440	6.80	600	10.00
脑膨出	190	2.90	268	4.50
脑积水	607	9.40	525	8.80
唇裂	378	5.90	308	5.20
腭裂	77	1.20	108	1.80
唇裂并腭裂	825	12.80	559	9.40
小耳	266	4.10	216	3.60
直肠肛门狭窄或闭锁	230	3.60	99	1.70
尿道下裂	307	4.80	—	—
脐膨出	83	1.30	88	1.50
指趾畸形	1 198	18.60	839	14.00
合计	8 453	131.00	7 492	125.50

资料来源:李竹等,1993。

出生人口质量是人类健康发展的基础,也是提高人口健康储量的必要条件。随着人民生活水平和文化水平的提高,中国人口的疾病谱、死亡谱正发生着很大的变化。出生缺陷和亚健康出生的新生儿已经取代了传染病和其他原因所造成的胎婴儿死亡,而成为现阶段胎婴儿死亡的主要原因。在中国大城市中,1/5~1/4的围产儿和婴儿死亡是由出生缺陷造成的。即便是在发达国家,出生人口质量也是影响婴儿死亡和预期寿命的重要原因。

出生缺陷和亚健康出生的人口会有一系列的生存障碍问题,失能和残疾也是十分常见的。1987年全国残疾人抽样调查数据表明,全国5 100万残疾人中,由于出生缺陷导致的残疾占相当大的比例。在失能和残疾不伴有智力障碍的情况下,残疾人可以在社会服务设施利用和支持下,受到较好的文化和思想教育,并较好地

参与社会和家庭生活,但失能和残疾给残疾人本人和家庭带来的痛苦是不可否认的。残疾人的生命质量也由于不同的残疾状态受到了影响。我们应用Sullivan方法(Saito,1999),对1987年残疾人抽样调查数据进行了研究(全国残疾人抽样调查办公室,1987;联合国,1998)。结果发现,65岁及以上的男女残疾人口无损伤的健康预期寿命与人口平均预期寿命之间存在着较大的差距;从男女残疾人口的无损伤健康预期寿命与人口平均预期寿命的比值(无损伤预期寿命比)来看,男女残疾人口的无损伤健康预期寿命值损失了近30%人口平均预期寿命值(见表4)。

由此可以证明,不仅出生缺陷所造成的围产儿死亡率提高,使人口的预期寿命下降,而且群体的失能和残疾是损失人口健康预期寿命的直接变量,尽管失能和残疾对个体素质的影响集中表现在正常生存的生理功能的受损,但残疾群体对人口素质的影响是显著和严重的。

总之,出生缺陷和亚健康出生的人口对人口素质的影响有些是直接的,有些是间接的。无论出生缺陷和亚健康出生的人口的寿命如何,都降低了人口的生命质量。所以,提高出生人口质量是提高人口质量的关键因素之一。

在中国,出生缺陷的发生率仍处在较高的水平。以神经管畸形为例,绝大部分有缺陷的胎、婴儿在出生前、出生时或出生后一年内死亡,能够生存下来的有出生缺陷和亚健康出生的人,相当一部分会伴随有生存障碍的问题。除了生理功能的障碍外,最严重的是智力障碍。如罹患神经管畸形的人,大多生存在智力低下的状态。同样,亚健康出生的婴儿如果能生存下来,但又未能得到有效的干预,也会造成智力水平低于正常人群的结果。由于出生缺陷儿的死亡和出生,对孕产妇的生理和心理方面都有程度不同的影响,特别是对她们的再孕、再分娩和哺育过程有较明显的影响。亚健康出生新生儿的生存率较高于有出生缺陷的新生儿的生存率,但由于出生质量的问题,日后的健康素质往往受到影响。例如,低体重和未成熟的新生儿,其患病率和死亡率均较高。在成长过程中,体格和智能发育常常差于正常成熟的新生儿的发育。菲律宾的一项研究表明,儿童智力发育缺陷与其生命初期的营养不良有关,发育迟缓将损害智力发育(联合国儿童基金会,1998)。事实上,通过二级或三级预防和干预,这部分儿童的生命质量可以有所改善。由于对有关亚健康出生对人口质量影响的关注不够,大部分中轻度智力低下的儿童失去了可能康复的机会。

六、干预出生人口质量的途径

提高出生人口质量是提高人口素质的关键。在目前出生人口质量仍有较多问题的情况下,如何进行有效的干预,是许多领域和部门都在探讨的热点问题。从影响出生人口质量的已知因素和可能条件来看,引起出生人口质量问题的因素是多源的,而且是错综复杂的。所以,探讨出生人口质量的有效干预途径必须要符合出生缺陷和亚健康出生的病因特殊性,建立多学科协作的出生人口质量干预框架,使出生缺陷和亚健康出生的发生率得到有效的控制和降低,使人口质量的改善真正落到实处。在低生育水平的人口形势下,成功地干预出生缺陷和亚健康出生,并将病因较为清楚的非健康人口比例缩小到最低水平,是优化人口结构、提高人口健康储量、改善人口生命质量、促进人口发展等的必要而有效的措施。

(一) 法律干预

出生人口质量干预是否需要法律依据和支持,至今国内外仍有较多争论。一种意见认为,法律干预出生人口质量是对人权的侵犯,是不人道的。另一种意见则认为,提高出生人口质量,必须有法律约束,摒除会导致出生缺陷的婚姻和生育行为,并规范有关负面的社会道德准则。笔者认为,出生人口质量关系到亲子二代的健康幸福,也关系到社会的可持续发展。如果只追求讲自由和个人权利而不讲对社会责任的人权,从根本上忽视了人权实现的条件,人类发展和生存的意义又何在呢?所以,只有在法律的保护下,遵守科学规律,限制影响出生人口质量的婚姻和生育,完善人群监测、检

表4 中国65岁及以上残疾人口的健康预期寿命

指标	男性 (M)	女性 (F)	两性差别 (F-M)
人口预期寿命(LE)	12.00	13.74	1.74
残疾人无损伤健康 预期寿命(IFLE)	8.69	9.70	1.01
无损失预期寿 命比(LFLE/LE)	72.42	70.60	-1.82

注:根据1987年全国残疾人抽样调查数据计算。

测和筛查等工作,这样才是客观的、全面的实现人类健康发展权利的根本保证。

中国现有的法律已不同程度的对提高和促进出生人口质量做出了一些规定,但在一些关键问题上仍缺乏明确的法律干涉条款。所以,有关的法律条文应该进一步补充对影响出生人口质量因素的限制。如果能做到有法可依,有例可循,提高和改善出生人口质量就有了法律保证。

(二) 工程项目干预

项目干预是在一定范围内对目标人群或高危人群进行定向的知识、技术、行为等的干预。其优点是目标明确,节省资源,干预周期短,干预效果显示度较强。这是国内外提高出生人口质量的常用方法。但依托项目干预出生人口质量存在不完善的方面。如项目的执行往往是以医学临床目标为中心,以单一学科方法为手段,不能进行综合干预,其人群覆盖的广度和深度都不理想。在较短的项目周期内,不能产生有代表性的综合干预模式,影响了干预效果的人群应用。这种项目依托干预的经验和教训往往不能被复制到其他人群中,另外,干预的效果也难以持久。出生人口质量干预与其他项目不同,干预的效果必须长期坚持,才能对改善和提高人口质量有实质性的意义,因为这是世代代的事情。

同时,在出生人口质量干预的过程中,项目干预也是必要的。如果能够将项目干预组织成工程项目的話,就可以扬其长,避其短,达到人群干预的预期目的。所谓的工程项目就是分解出生人口质量综合干预的关键部分,把每个部分的单元项目有机地结合为一个系统,采取有单元特色的方法,围绕着共同目标,在一个统一的技术路线的指导下,分层面、分步骤地执行总体干预内容。工程项目的最大特点是人群覆盖面大,综合干预有深度,容易形成国家水平的干预模式。同时,在发挥多学科优势的前提下,人群干预的效果显示度提高,避免资源的重复浪费,是事半功倍的模式。

(三) 技术干预

技术干预是通过一定的生物医学和社会医学的技术对目标人群的某些出生质量问题进行信息交流、知识传播、技术引入、高危筛查、疾病监测和预防治疗等一系列工作。先进技术的干预是成功干预出生人口质量的核心方式,在提高出生人口质量的各个环节都起着至关重要的作用。在出生缺陷的干预中,技术干预应用较为广泛,但在提高出生人口质量方面的干预,国内外还没有成功的实践。随着对出生人口质量和以人为中心发展的人口思想的认识的普及和深入,人们对技术干预的理解也进一步加深。上面所提到的技术干预内容,打破了仅仅由医学技术一统出生质量干预的格局,是对技术干预的全新理解和实践。做好这种技术干预工作的关键有六个要点:(1) 新的技术干预要求以目标人群的需求为基础,选择适宜的技术和方面;(2) 采用技术引入的战略方案,在现场模拟技术的试验效果;(3) 建立国家水平的技术干预三级预防体系;(4) 建立病因学预防、发病学预防、防残康复预防和技术服务的多级网络;(5) 发现和创新高新技术;(6) 创建现场出生质量干预的目标和评价标准。

(四) 社区文化干预

出生质量与社会、经济、教育、文化、环境等因素也有密切的关系。如果只关注医学方式的干预,而忽视了这些综合影响因素,出生人口质量的干预仍然难以达到预期的试验效果和目标。实现有效的综合干预途径可以在上述干预途径的基础上,通过社区文化进行彻底和持续的人群水平上的干预。

社区文化的干预是指在社区水平上,进行健康促进的干预方式。社区是个体、家庭和社会有机结合的自然区间,是人们频繁活动的基本区域。影响出生人口质量的因素除了医学外,社会综合因素对人口的出生质量的影响占较大的比例。人们的生活方式、生育习俗、传统文化等,对出生人口质量的作用已经形成了在时间和地域上的惯性。所以,社区干预是改善人们健康行为的有利措施,也是改变根深蒂固的一些潜在的和未明确的不良因素的机会。

中国的出生人口质量干预工作还处在起步阶段,但目前中国的社会发展程度,已经具备了携手实施以上几个方面干预的条件。不失时机地对影响出生人口质量的负面因素进行干预,是造福人民,遗惠民族的重大举措。这些干预措施必须是多个部门和领域的共同联手,才有可能在干预的目标人群中形成综合干预的态势,干预的效果才能显著和连续。我们相信,经过有效时间的综合干预后,中国人口的出生质量将会得到明显的改善和提高。

参考文献:

1. 安笑兰、符绍莲:《环境优生学》,北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1995年。
2. 曹洪、修新红、万爱华、李勇智、黄俊芬:《青岛市围产期婴儿出生缺陷监测情况分析》,《齐鲁医学杂志》,1998年第13卷,第2期。
3. 黑龙江省出生缺陷监测中心:《黑龙江省出生缺陷监测报告》,哈尔滨医科大学公共卫生学院,1998年。
4. 李金春:《天津市1986~1997年出生缺陷动态监测分析》,《中国优生与遗传杂志》,1999年第3期。
5. 李世绰、程学铭、王文志、吴建中主编:《神经系统疾病流行病学》,人民卫生出版社,2000年。
6. 李竹、钱宇平:《出生缺陷监测》,人民卫生出版社,1993年。
7. 李秀群:《1996~1997年广西出生缺陷监测结果分析》,《广西医学》,1999年第20卷。
8. 联合国儿童基金会:《1998年世界儿童状况》,联合国儿童基金会出版物,1999年。
9. 全国残疾人抽样调查办公室:《中国1987年残疾人抽样调查资料》,1989年。
10. 王红:《1990~1994年先天异常死亡分析》,《中国优生优育杂志》,1996年第7卷,第2期。
11. 王明开:《云南玉溪市1986~1990年出生缺陷监测发生率及其顺位》,《中国优生与遗传杂志》,1995年第3卷,第1期。
12. 王群力:《136例围产儿出生缺陷临床分析》,《北京医学》,1997年第19卷,第4期。
13. 王兴玲:《河南省出生缺陷发生的动态观察》,《中国优生与遗传杂志》,1996年第4期。
14. 袁玉华、李贵英、罗文海、董爱红:《新生儿先天性出生畸形原因统计分析》,《中国公共卫生》,1999年第15卷,第3期。
15. 杨树勤主编:《出生缺陷的统计监测方法和季节性分析:兼及医用统计监测与周期性分析方法》,四川科学技术出版社,1998年。
16. 赵薇、郭伊荃、胡玉兰:《72 536例新生儿中唇腭裂发生率的调查》,《中国优生与遗传杂志》,1996年第4卷,第6期。
17. 中国优生优育协会儿童发育专业委员会:《关于早期教育促进婴幼儿智力发育防治智力低下的建议》,《中华儿科杂志》,1996年第6期。
18. United Nations (1998), *1996 Population Yearbook*, United Nations.
19. WHO (1989), *Health of the Elderly. Technical Report Series*, No. 779, WHO, Geneva.
20. Yashhiko Saito, Eileen M. Crimmins and Mark D. Hayward (1999), *Health Expectancy: An Overview*. Nihon University, Population Research Institute, Tokyo, Japan.

(本文责任编辑: 朱 萍)