

全国科学技术名词审定委员会
征求意见稿



流行病学名词

CHINESE TERMS IN EPIDEMIOLOGY

2025

全国公共卫生与预防医学名词审定委员会
流行病学名词审定分委员会

征求意见时间
2025年1月24日至2025年4月24日

内 容 简 介

本次公开征求意见的是第一版流行病学名词，内容包括：流行病学、流行病学原理、流行病学方法、流行病学应用等4部分，共 1275 条。



征求意见时间
2025年1月24日至2025年4月24日

全国公共卫生与预防医学名词审定委员会委员名单

主任：高福

常务副主任：刘剑君

副主任：李立明 梁晓峰 唐金陵

委员（以姓氏笔画为序）：

么鸿雁 王辰 冯子健 任涛 刘起勇 刘雅文 孙全富 孙新 邬堂春 陈君石
何纳 沈洪兵 吴凡 吴息凤 张玉森 张本金 曦 林东昕 罗会明 周晓农
郝元涛 胡国清 施小明 赵文华 顾东风 郭中平 夏彦恺 徐建国 曹务春

秘书长：张玉森

副秘书长：罗会明 任涛

秘书：亓晓 马静 刘梦冉 郑文静

全国公共卫生与预防医学名词编写委员会委员名单

总主编：刘剑君

委员（以姓氏笔画为序）：

丁钢强 马军 么鸿雁 刘起勇 吕军 孙全富 孙新 孙殿军 李涛 吴永宁
张流波 邹飞 孟庆跃 周晓农 郝元涛 胡国清 施小明 郭岩 钱序 夏彦恺

秘书长：么鸿雁

副秘书长：亓晓

秘书：马静 刘梦冉 王琦琦 董哲

征求意见时间

2025年1月24日至2025年4月24日

流行病学名词审定分委员会委员名单

顾问：李立明 沈洪兵 唐金陵

主任：詹思延

副主任：么鸿雁 何纳 谭红专

委员（以姓氏笔画为序）：

代敏 刘民 汪宁 陈卫红 张玲 赵文华 胡国清

胡志斌 施小明 徐琳

秘书：高文静 郑文静

流行病学名词编写分委员会委员名单

主编：么鸿雁

副主编：亓晓 单广良

委员（以姓氏笔画为序）：

马会来 毛琛 王忠旭 付朝伟 刘珏 吕跃斌 孙谨芳

李杏莉 罗会明 周敏 杨振宇 张定梅 张慧 张群

郑文静 高琦 贾存显 梁小云 钱玲 秦颖 靳光付

廉启国 缪小平

秘书：郑文静

征求意见时间
2025年1月24日至2025年4月24日

前言

流行病学是在人类与疾病斗争的过程中形成和发展起来的一门应用学科，在探索疾病病因、预防控制疾病、制定和评价公共卫生策略措施，以及改善人群健康等诸多方面扮演着重要的角色。流行病学在公共卫生领域具有核心地位，是疾病预防和控制的基础学科。科技名词伴随科技发展而生，是概念的名称，承载着知识和信息。流行病学学科的名词体系，能够勾勒出流行病学的面貌、历史、现状和发展趋势，也决定着该学科的应用前景。流行病学名词规范工作，不仅是流行病学学科领域，也是整个公共卫生领域的一项重要基础性工作。

2021年，全国流行病学名词编写、审定分委员会相继成立，并同步启动流行病学名词首版编审工作。自编审工作启动以来，整个编审团队以建立权威性、系统性、定名科学、词条规范的流行病学名词体系为目标，严格按照全国科学技术名词审定委员会定名和释义分别实行三审制的流程要求，汇集了来自高校、疾控机构，以及科研院所等工作在流行病学教学、科研、应用领域的一线流行病学专家和学者的智慧，形成了今天业内达成共识的名词稿件，现面向全社会公开征求意见，以期在全社会能够达成共识。

在近4年的编审工作中，我们得到全国科学技术名词审定委员会、中国疾病预防控制中心、北京大学、协和医学院、中南大学、复旦大学等单位的大力支持。尽管因人数限制，一些学者和同行专家未被列入编写分委员会和审定分委员会，他们仍给出了宝贵意见。在此，我们对上述单位和专家表示诚挚感谢！我们对在公开征求意见环节对该分册名词提出宝贵建议的各界人士表示衷心感谢！编、审分委员会还特别感谢对此项工作付出大量时间的秘书、多位研究生！祈盼国内外流行病学相关工作者及关心流行病学名词工作的各界专家和人士继续提出宝贵意见！

流行病学名词编写分委员会
流行病学名词审定分委员会
2025年1月

征求意见时间
2025年1月24日至2025年4月24日

编排说明

- 一、本书征求意见稿是流行病学名词，共 1275 条。
- 二、全书分 4 部分：流行病学、流行病学原理、流行病学方法、流行病学应用。
- 三、正文按汉文名所属学科的相关概念体系排列。汉文名后给出了与该词概念相对应的英文名。
- 四、一个汉文名对应几个英文同义词时，英文词之间用“，”分开。
- 五、凡英文词的首字母大、小写均可时，一律小写；英文除必须用复数者，一般用单数形式。
- 六、“[]”中的字为可省略的部分。
- 七、异名包括：“全称”“简称”是与正名等效使用的名词；“又称”为非推荐名，只在一定范围内使用；“俗称”为非学术用语；“曾称”为被淘汰的旧名。



征求意见时间
2025年1月24日至2025年4月24日

目录

前言
编排说明

正文

1. 流行病学	4
2. 流行病学原理	4
2.1 三间分布	4
2.2 疾病流行强度	5
2.3 疾病与健康测量	5
2.4 病因	8
2.5 因果推断	10
2.6 偏倚	11
3. 流行病学方法	12
3.1 描述流行病学	12
3.2 分析流行病学	13
3.3 实验流行病学	16
3.4 理论流行病学	18
3.5 现场调查技术	21
3.6 系统综述和 Meta 分析	24
4. 流行病学应用	28
4.1 公共卫生监测	28
4.2 疾病防控策略	29
4.3 突发公共卫生事件	30
4.4 筛检	32
4.5 循证公共卫生	33
4.6 流行病学分支	35

1. 流行病学

1. 流行病学 epidemiology

研究人群中疾病与健康状况的分布及其影响因素，并研究预防控制疾病及促进健康的策略和措施的科学。

1.1 公共卫生 public health

通过有组织的社会努力预防疾病、延长寿命、促进健康和提高效益的科学和艺术。包括通过改善环境卫生、控制传染病、健康教育、疾病的诊断和治疗，以达到维持健康的生活标准，促进每个公民实现健康和长寿权利。

1.2 预防医学 preventive medicine

以人群为对象，应用宏观与微观的技术手段，研究健康影响因素及其作用规律，阐明外界环境因素与人群健康的相互关系，制定公共卫生策略与措施，以预防疾病、增进健康、延长寿命，提高生命质量为目标的一门医学科学。

1.3 疾病 disease

机体在一定的条件下和一定因素作用下，其结构与功能发生异常的一种状态，表现为症状、体征和行为的异常。

1.3.1 国际疾病分类 International Classification of Diseases, ICD

国际上共同采用的对疾病、损伤和中毒及死亡原因进行统计编码的疾病分类方法。由世界卫生组织疾病分类合作中心制定，并负责修订、推广。

1.4 健康 health

不仅是没有疾病或虚弱，而是身体、心理和社会适应的完好状态。

1.5 观察法 observational study

在不干预、自然的情况下认识自然现象的本来面目，描述现状，分析规律的方法。

1.6 实验法 experimental study

在研究者的控制下，对研究对象人为施加或去除某种因素，进一步观察研究对象发生的改变，由此评价这些人为措施效果的方法。

1.7 数理法 theoretical study

以数学模型为工具，描述和研究制约人群疾病和健康状况分布诸要素间的动态关系，探讨疾病流行的内在规律，预测疾病流行趋势，评价预防措施和防治效果的方法。

2. 流行病学原理

2.1 三间分布

2.1 三间分布 distribution by population, time and place

疾病或健康状况在人群、地区、时间的分布。反映疾病或健康状况的流行特征。

2.1.1 人群分布 distribution by population

疾病在不同人群中的分布特征。一般按人群的不同年龄、性别、职业、种族等来分组描述疾病的发生、死亡等强度（频率），可以帮助确定危险人群和探索致病因素。

2.1.2 地区分布 distribution by place

按不同地域空间分组描述疾病，反映致病因素在这些地区作用的差别。

2.1.2.1 地区聚集性 endemic clustering

某地区发病及患病等疾病频率高于周围地区的现象。提示该地区特定的致病因素对人群健康产生了影响。

2.1.2.1.1 地方性 endemic

由于自然因素或社会因素的影响，某种疾病不需自

外地输入，而经常存在于某一地区或者只在一定范围人群中发生的现象。

2.1.2.1.1.1 统计地方性 statistical endemic

由于生活环境、卫生条件和宗教信仰等社会因素使某一地区某种疾病发病率长期显著高于其他地区的现象。

2.1.2.1.1.2 自然地方性 natural endemic

某些疾病受自然环境的影响只在某一特定地区存在的现象。

2.1.2.1.1.3 自然疫源性 natural focus

病原体不需要人类参与也可以在动物间存在并传播的特性。人与带有病原体的动物直接或间接接触可被感染。

2.1.2.1.2 输入性疾病 disease imported

又称“外来性疾病”。本国或本地区不存在或已消灭，从国外或其他地区传入的疾病。

2.1.2.1.3 地方病 endemic disease

由于自然因素的影响，在某一地区的人群中发生，

不需自外地输入，并呈地方性流行的疾病。

2.1.3 时间分布 distribution by time

疾病随着时间的变化所呈现的特征，反映疾病在时间上的流行规律。

2.1.3.1 短期波动 rapid fluctuation

持续几天、几周或几个月的疾病流行或疫情暴发的现象，常用于较大数量的人群。

2.1.3.2 季节性 seasonality, seasonal variation

疾病只在一定季节发生，或在一定季节内呈现发病率增高的现象。

2.1.3.3 周期性 periodicity, cyclic variation

疾病频率按照一定的时间间隔，有规律地起伏波动，每隔一段时间出现一个流行高峰的现象。

2.1.3.4 长期趋势 secular trend

又称“长期变动 (secular change)”。一个较长的时间内，通常为几年或几十年，疾病的临床表现、分布特征和流行强度等方面发生变化的现象。

2.2 疾病流行强度

2.2.1 散发 sporadic

发病率呈历年的一般水平，各病例间在发病时间和地点上无明显联系，表现为散在发生的现象。一般是对于较大范围地区而言，多与当地近三年该病发病率进行比较。

2.2.2 暴发 outbreak

局部地区或集体单位，短时间内发生很多症状相同病人的现象。这些人多有相同的传染源或传播途径。大多数病人常同时出现在该病的最短和最长潜伏

期之间。

2.2.3 流行 epidemic

在某地区某病的发病率显著超过该病历年发病率水平的现象，各病例之间呈现明显的时间和空间联系。

2.2.4 大流行 pandemic

某病发病率显著超过该病历年发病率水平，疾病蔓延迅速，涉及地区广，在短期内可跨越省界、国界甚至洲界的现象。

2.3 疾病与健康测量

2.3.1 发病频率指标

2.3.1.1 发病率 incidence rate, incidence

一定期间内，一定范围人群中某病新发病例出现的频率。计算公式为：发病率=（一定时期内某人群中某病新病例数/同期该人群暴露人口数） $\times K$ ， $K = 100\%$ ， 1000% ，或 $10000/\text{万}$ 等。

2.3.1.1.1 累积发病率 cumulative incidence rate

当观察人口比较稳定时，用观察开始时的人口数作为分母，以整个观察期内发生的病人数作为分子，计算所得的率。计算公式为：累积发病率=（某特定期内的新病例数/观察开始时的暴露风险人数） $\times K$ ， $K = 100\%$ ， 1000% ，或 $10000/\text{万}$ 等。

2.3.1.1.1.1 年龄别累积发病率 age-specific cumulative incidence rate

某一年龄以前发生某种疾病的累积概率。累积发病

率可由各年龄别发病率相加获得，多用百分率表示。

2.3.1.1.1.2 累积发病率比 cumulative incidence ratio

暴露组累积发病率与非暴露组累积发病率之比。

2.3.1.1.2 发病密度 incidence density, ID

某人群的人时发病率，即一定时期内的平均发病率，计算公式为：发病密度=（某人群在观察期内的发病数/观察人时数）×K，K=100%，1000‰，或10000/万等。

2.3.1.2 罹患率 attack rate

在某一局限范围短时间内的发病率。其计算公式与发病率相同，但它的观察时间较短，可以日、周、旬、月为单位。

2.3.1.3 续发率 secondary attack rate, SAR

又称“二代发病率”。在传染病的最短潜伏期到最长潜伏期之间，易感接触者中发病人数占所有易感接触者总数的百分比。可用于比较传染病传染力的强弱，分析传染病流行因素及评价卫生防疫措施的效果。

2.3.2 患病频率指标

2.3.2.1 患病率 prevalence

又称“现患率”。某特定时间内总人口中某病新旧病例所占比例。可按观察时间的不同分为时点患病率和期间患病率。

2.3.2.1.1 时点患病率 point prevalence

某一时点某人群中某病新旧病例数占该时点人口数的比例。观察时间一般不超过一个月。计算公式为：时点患病率=（某一时点某人群中某病新旧病例数/该时点人口数）×K，K=100%，1000‰，或10000/万等。

2.3.2.1.2 期间患病率 period prevalence

某观察期间某人群中某病的新旧病例数占同期平均人口数的比例，观察时间通常为几个月到几年。计算公式为：期间患病率=（某观察期间某人群中某病的新旧病例数/同期的平均人口数）×K，K=100%，1000‰，或10000/万等。

2.3.2.2 感染率 infection rate

在某时间内被检人群中某病原体有感染者人数所占的比例，通常用百分率表示。计算公式为：感染率=（受检者中感染人数/受检人数）×100%

2.3.3 死亡频率指标

2.3.3.1 死亡率 mortality rate

在一定期间内，某人群中总死亡人数在该人群中所占的比例。计算公式为：死亡率=（某人群某年总死亡人数/该人群同年平均人口数）×K，K=100%，1000‰，或10000/万等。

2.3.3.2 病死率 case fatality rate

一定时期内因某病死亡者占该病病人的比例。表示某病人因该病死亡的危险性。计算公式为：病死率=（某时期内因某病死亡人数/同期某病的病人数）×100%

2.3.3.3 生存率 survival rate

接受某种治疗的病人或某病病人中，经n年随访尚存活的病人数所占的比例。反映疾病对生命的危害程度，可用于评价某些病程较长疾病的远期疗效。计算公式为：生存率=（随访满n年尚存活的病人数/随访满n年的病人数）×100%

2.3.3.4 累积死亡率 cumulative mortality rate

在规定时期内一个人群中死亡人口所占的比例。可以包括所有的死因或仅包括某特定死因。可以按照观察时间累计，也可以按照观察对象年龄累计。

2.3.3.5 年龄别死亡率 age-specific mortality rate

一定时期内在一定年龄段的人群中，死于某病（或所有原因）的频率。分子为某年龄段死于某病（或所有原因）的人数，分母是该年龄段平均人口数（一般为年中人口数）。时期一般以年为单位，常用千分率、10万分率等表示。

2.3.3.6 比例死亡比 proportional mortality ratio, PMR

在规定的期间内，特定人群中某种原因所引起的死亡人数占总死亡数的比值，除以标准人口中该比值。

2.3.3.7 粗死亡率 crude mortality rate

未经调整的死于所有原因的死亡率。

2.3.3.8 超额死亡率 excess mortality rate

某种疾病流行所造成的超过预期的死亡率，即流行期的死亡率超过非流行年同期死亡率平均值的部分。

2.3.3.9 五岁以下儿童死亡率 under-5 mortality rate

5岁以下儿童死亡人数与同年活产数的比值，常用千分率（‰）来表示。

2.3.3.10 婴儿死亡率 infant mortality rate, IMR

某年出生后不满周岁死亡人数与同年活产总数的比值，反映一周岁以内婴儿死亡水平。一般以年度

为计算单位，以千分率表示。计算公式为：婴儿死亡率=(某年婴儿死亡总数/同年活产总数)×1000‰。

2.3.3.11 新生儿死亡率 neonatal mortality rate

年内产后 28 天以内死亡的新生儿数与同年活产数的比值。一般以千分率表示。

2.3.3.12 孕产妇死亡率 maternal mortality rate

从妊娠开始到产后 42 天内，由于分娩期或由于妊娠、分娩并发症导致的孕产妇死亡数与该期间的孕妇数的比值。由于孕妇数目不清，故常规用活产数作为分母计算。计算公式为：孕产妇死亡率=(某地某年内因妊娠、分娩和产后原因所致的死亡数/同年该人群的活产数)×1000‰(或 100000/10 万)。

2.3.4 效应测量指标

2.3.4.1 比值比 odds ratio, OR

又称“优势比”。病例对照研究中病例组与对照组暴露比值之比。表示暴露者患病的危险性是非暴露者的倍数，用于估计暴露与结局关联强度的指标。

2.3.4.2 相对危险度 relative risk, RR

反映暴露与发病(死亡)关联强度的指标。表明暴露组发病(死亡)的危险是对照组的倍数，通常包括率比和危险度比。

2.3.5 生活质量评价指标

2.3.5.1 病残率 disability rate

某一人群中，一定期间内实际存在的病残人数与调查人数之比。常用百(千、万)分率表示。

2.3.5.2 潜在减寿年数 potential years of life lost, PYLL

某病某年龄组人群死亡者的期望寿命与实际死亡年龄之差的总和。即死亡所造成的寿命损失。可用于衡量某种死因对一定年龄组人群的危害程度。

2.3.5.3 伤残调整寿命年 disability adjusted life year, DALY

从发病到死亡所损失的全部健康寿命年，包括因早死所致的寿命损失年(YLL)和疾病所致伤残引起的健康寿命损失年(YLD)两部分，是反映疾病对人群健康和寿命损失影响的综合指标。

2.3.5.4 健康寿命年 healthy life year, HeaLY

用生命质量来调整生存年数，将疾病的致死效果及致失能效果结合在一起的测量疾病负担的一个指标，通过生命质量评价把不正常功能状态下的生存年数换算成有效用的生存年数。

2.3.5.5 质量调整生命年 quality adjusted life year, QALY

把生存时间按照生存质量高低分为不同阶段，将每阶段用生命质量评价方法得出各功能状态或不健康状态的效用值(参考尺度 0~1, 0 表示死亡, 1 表示完全健康)作为不同的权重，计算得到的各种状态下生存年数的加权值。是一种健康状态和生命质量正向综合测量指标。计算公式为：QALY=生命年数×生命质量权重。

2.3.5.6 期望寿命 life expectancy

根据特定人群生存和死亡的年龄分布，计算得到的各年龄人群平均继续生存的年数。可以综合反映人群的健康水平。

2.3.5.6.1 出生时期望寿命 life expectancy at birth

各年龄组死亡率保持现有水平不变的情况下，新出生的一批人一生可存活的年数。

2.3.5.6.2 X 岁年龄组期望寿命 life expectancy at age X

在一定的死亡水平下，已经活到 x 岁的人群预期继续存活的平均年数。受 x 岁以后各年龄组死亡率的综合影响。

2.3.5.7 健康期望寿命 healthy life expectancy, HLE

良好健康状况下的期望寿命。依据对健康的不同判定，有不同的分类和指标群，比如：无残疾期望寿命、有活力期望寿命等。

2.3.5.8 去失能期望寿命 disability-free life expectancy

基于现有死亡和残疾模式，某人群在无失能状态下预期存活的平均年数。

2.3.5.9 失能期望寿命 life expectancy with disability

基于现有死亡和残疾模式，某人群在有失能状态下预期存活的平均年数。

2.3.6 标准化指标

2.3.6.1 标准化死亡率 standardized mortality rate

按照一个标准人口年龄结构计算的死亡率。旨在消除人口年龄构成的影响，以便于不同地区、不同人群或不同时期死亡率进行比较。

2.3.6.2 标准化比例死亡比 standardized proportional mortality ratio, SPMR

某人群某疾病观察总死亡数与预期总死亡数的比值。其中预期总死亡数计算方法是以全人口中该病

因死亡占全部死亡的比例乘以该人群实际全部死亡数而得出。

2.3.6.3 标准化率 standardized rate

按选定的标准调整后计算得到的率。目的是消除比较组间年龄、性别等构成不同的影响，使资料具有可比性。

2.3.6.4 标准化率比 standardized rate ratio, SRR

两个标准化率的比。即分子率和分母率都是用标准人群分别标准化后的两个率的比。可用于分析发病率、患病率等指标的相对水平。

2.3.6.5 标准化发病比 standardized incidence ratio

在研究人群中，某种疾病发病数与该疾病预期发病数之比。常用百分数表示。其中，预期发病数量是

假设研究人群的发病率与标准人群或另一已知人群发病率相同的前提下，所推测的发病数。

2.3.6.6 标准化生育率 standardized birth rate, standardized fertility rate

按同一标准人口年龄构成计算的生育率。目的是消除年龄构成对一般生育率的影响，更合理地进行比较。

2.3.6.7 标准化死亡比 standardized mortality ratio, SMR

在研究人群中，观察到的死亡数与用标准人口的特征专率计算的预期死亡数之比。用于分析某一人群死亡人数是否比一般人群的死亡人数高（即 $SMR > 1$ ），来判断该人群的暴露对健康（死亡）的影响。

2.4 病因

2.4 病因 cause of disease

能使人群众体发病概率升高的因素，其中某个或多个因素不存在时，人群疾病频率就会下降。

2.4.1 暴露 exposure

研究对象接触过某种待研究的物质或具备某种待研究的特征或行为。可以是有益的，也可以是有害的。

2.4.1.1 危险因素 risk factor

能引起某特定不良结局发生，或使其发生的概率增加的因素，包括个人行为、生活方式、环境和遗传等多方面的因素。

2.4.1.2 保护因素 protective factor

能使不良结局发生的概率降低的因素，包括个人行为、生活方式、环境和遗传等多方面的因素。

2.4.2 关联 association

两个或多个事件、特征或者变量之间的统计学联系。即一个事件的发生概率依赖于其他事件的出现。如果一个变量越大另一个变量也越大，则称为正关联，反之称为负关联。

2.4.2.1 偶然联系 fortuitous relationship

由于机遇（随机误差）而发生的变量间的联系。

2.4.2.2 虚假关联 spurious association

两事物间实际上不存在联系，而是由于研究过程中的随机误差或系统误差所造成的看似有关联的虚假现象。

2.4.2.3 统计学关联 statistical association

经过统计学检验排除了偶然性（随机误差）的干扰后，某因素与某疾病之间仍存在的关联。

2.4.2.4 因果关联 causal association

在排除掉各种偏倚和随机误差导致的虚假关联之后，运用因果推断标准进行综合评价，最终确定所研究暴露为某健康结局事件的原因的关联。

2.4.2.4.1 直接因果关联 direct causal association

直接的而不是通过第三个变量产生的因果关联。

2.4.2.4.2 间接因果关联 indirect causal association

非直接的因果联系。即暴露因素通过中介因素与结局发生因果联系。

2.4.2.4.3 直接病因 direct cause

可直接引起疾病发生的原因。

2.4.2.4.4 间接病因 indirect cause

需通过作用于一个或多个其他病因才能引起疾病发生的原因。

2.4.3 病因学说

2.4.3.1 瘴气说 miasma theory

20 世纪中叶以前，认为疾病的流行与环境有关，尤其是与空气有关的一种病因学说。

2.4.3.2 生物病因说 biological cause theory

认为所有疾病都有特定的生物学病因的一种学说。

2.4.3.3 单一病因说 single cause theory

一种疾病只有一种因素引起的病因学说。包括单因果和单因多果两种形式。

2.4.3.4 多病因学说 multiple cause theory

一种疾病是由多种因素引起的病因学说。包括多因果和单因多果两种形式。

2.4.4 病因模型 causal model

用来区分不同病因及其与疾病的关系、病因之间的关系及作用机制的理论框架。

2.4.4.1 三角模型 epidemiologic triad

将影响疾病在人群中发生和发展的因素分为三个方面，即宿主、病原体和环境，其关系可用一个等边三角形的平衡关系来描述的病因模型。

2.4.4.2 病因轮状模型 causation wheel model

把可患病的人或动物放在中心位置，周围是他们生活的物理、化学、生物和社会环境所构成的病因模型。

2.4.4.3 生态病因模型 ecological model of causation

以具有一定年龄、性别和遗传因素的人体为中心，然后将其他病因归类，按照它们与疾病产生的远近关系分成不同的层次，并强调各种因素的相互作用对疾病以及健康的影响的一种病因模型。

2.4.4.4 疾病因素模型 disease factor model

将疾病的危险因素分为外围的远因和致病机制的近因两个层次的一种病因模型。外围的远因包括社会经济、生物学、环境、心理行为和卫生保健等5大类主要因素，内层的近因主要是与发病直接相关的医学生物学因素，如致病基因、生理性缺陷或病理性改变。各种因素的作用可以是独立的，也可以是相互协同的或拮抗的。

2.4.4.5 病因网络模型 web of causation model

从病因到发病的联系的整体过程以网状结构展示的一种病因模型。

2.4.4.5.1 病因链 chain of causation

将一系列有因果关系的事件，按照时间上的先后顺序连接起来构成的一条反映病因发展的链条。

2.4.4.5.2 病因网 web of causation

多个病因链交织在一起的反映多个病因与疾病关系的一种网络结构。

2.4.4.5.3 有向无环图 directed acyclic graph, DAG

由节点和连接节点的箭头组成的，所有的变量被箭

头连接，形成有方向的路径并且没有形成一个封闭的环的关系图。可帮助识别流行病学研究中的混杂因素。

2.4.4.6 充分-组分病因模型 sufficient-component causal model

每个充分病因可以由一个或多个组分病因组成，以一个或多个充分病因来表达病因导致疾病发生的一种病因模型。

2.4.4.6.1 充分病因 sufficient cause

必然导致某疾病发生的因素（充分条件）。

2.4.4.6.2 组分病因 component cause

组成充分病因的一个组成成员或亚单位。

2.4.4.6.3 必要病因 necessary cause

疾病发生以前必定存在的因素（必要条件）。

2.4.4.6.4 互补病因 complementary cause

在同一充分病因里，组分病因彼此形成互补关系的病因。

2.4.5 交互作用 interaction

某个因素的效应在另外一个因素的不同水平下发生改变。

2.4.5.1 生物学交互作用 biological interaction

实际存在的两种或多种因素之间真实的生物学机制方面发生的交互作用。

2.4.5.2 统计学交互作用 statistical interaction

用统计学方法检测出来的变量间的交互作用。

2.4.5.2.1 效应修饰 effect modification

某种效应测量值的大小随某个第三变量（暴露和发病以外）值的变化而变化的现象。

2.4.5.2.1.1 效应修饰因子 effect modifier

导致效应测量值变化的第三变量。

2.4.5.3 公共卫生交互作用 public health interaction

以公共卫生效应指标（如新增病例的增减）为基础来衡量的交互作用。

2.4.5.4 协同作用 synergism

又称“正交互作用（positive interaction）”。两因素同时存在的效应强度大于两者单独作用时的效应强度之和（积）。

2.4.5.5 拮抗作用 antagonism

又称“负交互作用（negative interaction）”。两因素同时存在的效应强度小于两者单独作用时的效应

强度之和（积）。

2.5 因果推断

2.5 因果推断 causal inference

对于两个因素之间是否存在真实的因果关系的推断。

2.5.1 病因学假设 hypothesis on etiology of disease

未经验证的病因和疾病之间的因果关系假说。

2.5.2 建立假设 establishing causal hypothesis

运用流行病学方法和因果假设产生的法则，形成病因学假设的过程。

2.5.2.1 假设演绎法 hypothetic deductive method

提出或检验假设的一种方法。其推论过程为：从假设演绎地推出具体的证据，然后用观察或实验检验这个证据，如果证据成立，则推断假设亦可能成立。

2.5.2.2 穆勒法则 Mill's canons

19世纪哲学家穆勒（John Stuart Mill）提出的因果关系逻辑推断五项法则，即求同法、求异法、同异共求法、共变法和剩余法。

2.5.2.2.1 求同法 method of agreement

从一致现象中获取病因假设的推理方法。如果在不同情况下的某疾病病人中均观察到与某因素的联系，那么该因素则有可能是该病的病因。

2.5.2.2.2 求异法 method of difference

从差异现象中寻找病因假设的推理方法。如果两组人群某种疾病的发病率不同，而某一（些）因素在这两组人群中的分布有明显差别，那么这一（些）因素极可能是该种疾病的病因。

2.5.2.2.3 同异共求法 joint method of agreement and difference

从一致现象中和差异现象中同时获取病因假设的推理方法。

2.5.2.2.4 共变法 method of concomitant variation

在其他条件不变的情况下，如果某一现象发生变化另一现象也随之发生相应变化，依据此种现象寻找病因假设的推理方法。

2.5.2.2.5 剩余法 method of residue, method of exclusion

通过对可能病因逐步排除而产生假设的方法。

2.5.2.3 类比推论法 method of analogy

从类比中提出病因假设的推理方法。

2.5.3 验证假设 verifying hypothesis

通过严谨的科学方法验证之前提出的病因假设是否正确过程。

2.5.3.1 反事实法 counterfactual method

因果推断中，假设一件已经发生的事件（暴露）没有发生，那么结局会怎样的一种逻辑推理方法。

2.5.3.2 科赫法则 Koch's postulates

1884年勒夫勒（Henle）和科赫（Koch）提出的主要用于判断传染病的致病微生物的标准。包括四项：在所有同类病人中都能发现该病原体；在非该病患者（包括健康者和其他疾病患者）中不能检出该病原体；该病原体能从患者中分离、培养，并能使实验动物发生同样疾病；能从发病实验动物中分离到相同的病原体。

2.5.3.3 希尔准则 Hill's considerations for causation

多尔（Richard Doll）和希尔（Austin Bradford Hill）提出的从流行病学研究结果来推断病因的标准，1962年提出了5条标准，1965年扩展为9条。

2.5.3.3.1 关联时序性 temporality of association

研究因素的暴露发生在疾病之前的前因后果的时间顺序，是因果判断的必要条件。

2.5.3.3.2 关联强度 strength of association

用来评价因素和疾病之间关联大小的指标。主要包括相对危险度、比值比、标化死亡比等。

2.5.3.3.3 剂量-反应关系 dose-response relationship

随着某暴露因素剂量的变化，研究疾病的频率（发病率、死亡率等）或联系强度亦相应变化的关系。

2.5.3.3.4 关联一致性 consistency of association

不同人群、不同时间、不同地点、不同研究者均可观察到类似的关联现象。

2.5.3.3.5 实验证据 experimental evidence

通过实验性研究（实验流行病学或实验室研究）得到的因果关联证据。

2.5.3.3.6 生物学合理性 biological plausibility

某病因假设与该疾病有关的知识和理论相符合或一致的程度。

2.5.3.3.7 生物学一致性 biological coherence

某病因假设与现有的与该疾病有关的理论、知识和生物学研究证据相一致的程度。

2.5.3.3.8 关联特异性 specificity of association

病因和疾病之间的排他性或特异程度。

2.5.3.3.9 相似性 analogy

存在已知的类似的病因和疾病的因果关系。

2.5.3.3.10 预测力 predictive performance

利用某理论提出一个对未来的预测，然后再收集数据来评估预测的正确性。

2.5.3.4 统计因果推断 statistical causal inference

利用统计学方法对相关数据进行分析并对因素与疾病之间的因果关系推断的过程。

2.6 偏倚

2.6 偏倚 bias

从样本人群中获得的某变量的测量值系统地偏离了目标人群中该变量的真实值，导致研究结果或推论与真实情况之间出现的系统误差。

2.6.1 选择偏倚 selection bias

由于研究对象的选择不当，导致入选者与未入选者特征上存在差异，如缺乏代表性、暴露组与对照组可比性差等，而导致的研究结果偏离真实，从而产生的系统误差。

2.6.1.1 失访偏倚 loss to follow-up bias

由于研究对象失访，使其代表性或可比性下降，导致暴露与结局之间的关联被歪曲，从而产生的系统误差。

2.6.1.2 入院率偏倚 admission rate bias

又称“伯克森偏倚 (Berkson's bias)”。当以医院患者作为研究对象进行研究时，由于各种疾病入院率不同导致病例组与对照组的某些特征与源人群中的特征存在差异，从而产生的系统误差。

2.6.1.3 现患病例-新发病例偏倚

prevalence-incidence bias

又称“奈曼偏倚 (Neyman bias)”。在进行现况调查或病例对照研究时，选择的病例一般是研究时的现患病例或存活病例，而不包括死亡病例和病程短、轻型或不典型病例，致使研究因素与疾病的关联被错误估计，从而产生的系统误差。

2.6.1.4 检出症候偏倚 detection signal bias

又称“暴露偏倚 (unmasking bias)”。由于某因素的存在导致了所研究疾病相关症状或体征的出现，使其及早就医，以致该人群比一般人群该病的检出率高，从而得出该因素与该疾病相关联的错误结论，从而产生的系统误差。

2.6.1.5 无应答偏倚 non-response bias

由于无应答者可能在某些重要的特征或暴露方面与应答者不同，因此当无应答者超过一定比例时，将会影响研究结果真实性，从而产生的系统误差。

2.6.1.6 易感性偏倚 susceptibility bias

由于各比较组中研究对象对所研究疾病的易感性存在差异，夸大或缩小暴露因素与疾病的关联强度，从而产生的系统误差。

2.6.1.7 纳入排除偏倚 inclusion or exclusion bias

在确定研究对象时，观察组和对照组未按同样的原则或标准纳入或排除某些研究对象，导致某因素与疾病之间关联被错误估计，从而产生的系统误差。

2.6.1.8 非同期对照偏倚 non-contemporary bias

在研究中选择了不同时期的病例或对照，而由于不同时期某些因素分布不同，导致组间不具可比性，从而产生的系统误差。

2.6.1.9 迁移性偏倚 migration bias

在队列研究或临床实验研究中，当患者非随机地从原队列或观察组换到另一队列或观察组，导致组间研究对象特征分布不均衡，降低了组间可比性，影响结果真实性，从而产生的系统误差。

2.6.1.10 不依从偏倚 non-adherence bias

由于各种原因，使研究对象逃避或拒绝接受已定的检查或干预措施，使组间可比性降低，影响结果的真实性，从而产生的系统误差。

2.6.1.11 临床资料遗漏偏倚 missing clinical data bias

由于临床资料遗漏的对象与临床资料完整的对象之间不可比，从而产生的系统误差。

2.6.1.12 幸存者偏倚 survivorship bias

当选择疾病的幸存者（现患病例）为调查对象时，由于现患病例和死亡病例可能有不同的特征，导致研究不能反映真实情况，从而产生的系统误差。

2.6.1.13 碰撞偏倚 collider bias

当暴露和结局共同影响一个第三变量，且该变量在研究设计或统计分析中被控制，从而产生的系统误差。主要发生在观察性研究中，可以使用有向无环图来解释说明。

2.6.1.14 领先时间偏倚 lead time bias

从筛查诊断至临床诊断之间的时间间隔属于疾病的自然病程，如果将该间隔也算作筛查的效益而产生的系统误差。

2.6.1.15 病程长短偏倚 length bias

由于纳入较多病程长的患者，导致出现研究组生存率更高或生存时间更长的假象，从而产生的系统误差。

2.6.1.16 志愿者偏倚 volunteer bias

与未参与研究人群相比，志愿参与研究人群可能有更好的健康行为、对自身健康更高的关注度等特征，其顺应性更高，这些差异会导致研究人群的发病或死亡率低于不参与人群，从而产生的系统误差。

2.6.1.17 过度诊断偏倚 over diagnosis bias

由于部分患者的病变临床意义不大，不会发展至临床期，其平均生存期较长，将这部分病人纳入研究而产生的系统误差。

2.6.2 信息偏倚 information bias

又称“错分偏倚（misclassification bias）”。由于测量暴露或结局的方法不准确或不统一导致从研究对象获取的信息错误而产生的系统误差。包含无差异错误分类和有差异错误分类。

2.6.2.1 回忆偏倚 recall bias

由于研究对象对暴露史或既往史回忆的准确性和

完整性存在差异而产生的系统误差。

2.6.2.2 报告偏倚 reporting bias

又称“调查对象偏倚”。在调查过程中研究对象对某些信息的故意夸大或缩小所导致的系统误差。

2.6.2.3 调查偏倚 investigation bias

由于调查者对病例与对照采取不同的询问方式，或者暴露测量方法、测量仪器设备或试剂不统一、不准确等所产生的系统误差。

2.6.2.4 诊断怀疑偏倚 diagnostic suspicion bias

若研究者事先了解研究对象研究因素的暴露情况，在主观上倾向于研究对象应该或不应该出现某种结局，从而导致错误分类而产生的系统误差。

2.6.2.5 暴露怀疑偏倚 exposure suspicion bias

若研究者事先了解研究对象的患病情况或某结局，可能在病例组和对照组中采用完全不同程度的调查方法探寻可疑的致病因素，从而导致对暴露的错误分类，而产生的系统误差。

2.6.2.6 测量偏倚 measurement bias

研究中由检测方法或操作人员导致测量结果偏离真实值而产生的系统误差。

2.6.3 混杂偏倚 confounding bias

由于一个或多个混杂因素的影响，掩盖或夸大了研究因素与疾病之间的联系，从而使两者之间的真正联系被错误估计。

2.6.3.1 混杂因素 confounder

又称“混杂因子”。既与疾病有关又与暴露有关，又在各比较组人群之间分布不均匀，而掩盖或夸大暴露与疾病之间真正联系的因素。

2.6.3.2 残余混杂 residual confounding

由于无法测量的未知潜在因素所导致的混杂，这会歪曲真实效应，难以被统计学方法调整。

3. 流行病学方法

3.1 描述流行病学

3.1 描述流行病学 descriptive epidemiology

又称“描述性研究（descriptive study）”。利用常规监

测记录或通过专门调查获得的数据资料，按照不同人群、不同地区及不同时间特征分组，描述人群中

疾病或健康状态与有关特征和暴露因素的分布状况，或提出病因假设和线索的一类流行病学研究方法。

3.1.1 现况研究 cross-sectional study

又称“横断面研究”或“患病率研究 (prevalence study)”。在某一人群中收集特定时间内疾病的存在情况和相关因素的资料，以描述疾病或健康状况在不同特征人群中的分布，以及观察某些因素与疾病之间关联的一类流行病学研究方法。

3.1.1.1 目标人群 target population

又称“目标总体”或“靶人群”。依据研究目的而确定的研究对象的总体。

3.1.1.2 源人群 source population

研究对象的来源人群。

3.1.1.3 研究人群 study population

又称“研究对象 (study subject)”。在源人群中抽取的符合条件的参与研究的人群。

3.1.1.4 普查 census

在特定时点或时期对特定范围内的全部人群进行的调查。

3.1.1.5 抽样调查 sampling survey

通过抽样方法，对特定时点、特定范围内人群的一个代表性样本进行的调查，以样本的统计量来估计总体参数。

3.1.2 病例报告 case report

临床上针对单个或少数几个病例，如新发疾病、罕见疾病或某些常见疾病的特殊临床表现、危险因素、诊断或治疗方法等进行描述的方法。

3.1.3 病例系列分析 case series analysis

对一组相同疾病的病人临床资料进行整理、统计、分析，得出结论的一类研究方法。

3.1.4 个案调查 case investigation

对个别发生的病例本人、病例的家庭及周围环境进行的流行病学调查。

3.1.5 纵向研究 longitudinal study

又称“随访研究 (follow-up study)”。通过定期随访，观察疾病或健康状况随时间推移的动态变化情况的一种观察性研究方法。

3.1.6 重复横断面调查 repeated cross-sectional survey

在一定间隔时间内对某一人群进行多次横断面调查的方法。

3.1.7 生态学研究 ecological study

在群体水平上研究某种暴露因素与疾病之间关系的一类描述性研究，包括生态比较研究和生态趋势研究。

3.1.7.1 生态比较研究 ecological comparison study

不同人群的平均暴露水平与疾病发病或死亡水平的相关性研究。

3.1.7.2 生态趋势研究 ecological trend study

通过观察分析同一人群不同时间点某因素的平均暴露水平与某疾病发生或死亡水平的相关性，了解该疾病与该因素关系的一种生态学研究方法。

3.1.7.3 生态学谬误 ecological fallacy

由于生态学研究以各个不同情况的个体“集合”而成的群体 (组) 为观察和分析的单位，以及存在的混杂因素等原因而造成研究结果与真实情况不符的现象。

3.1.8 移民流行病学 migrant epidemiology

通过观察疾病在移民、移居地当地居民及原居地人群间的发病率或死亡率的差异，从而探讨疾病的发生与遗传因素或环境因素的关系的一种观察性研究方法。

3.2 分析流行病学

3.2 分析流行病学 analytic epidemiology

通过设立对照组评价暴露对健康影响的一种观察性研究，包括病例对照研究和队列研究。

3.2.1 队列研究 cohort study

将研究人群按是否暴露于某因素或暴露的程度进行分组，在特定的观察时间内，追踪各组与暴露因素相关的结局并比较其差异，从而判定暴露因素与

结局之间有无因果关联及关联程度的一种观察性研究方法。

3.2.1.1 队列 cohort

被研究者纳入并随访观察一定时间，具有某种共同因素、特征或状态的一组人群。

3.2.1.1.1 动态队列 dynamic cohort

在队列人群确定后的随访期内，原有对象可以退出，新的观察对象可以随时加入的队列。

3.2.1.1.2 固定队列 fixed cohort

研究对象都在固定时间或一个短时期之内进入队列，在之后的随访过程中，不接纳新成员的队列。

3.2.1.1.3 自然人群队列 natural population cohort

基于日常生活中自然聚集而形成的人群所建立的观察队列。

3.2.1.1.4 专病队列 special disease cohort

基于某种特定疾病类型的患者所建立的观察队列。

3.2.1.1.5 出生队列 birth cohort

同一时期出生的一组人群所形成的队列。

3.2.1.2 前瞻性队列研究 prospective cohort study

研究开始时，研究结局还没有出现、需要随访观察的队列研究。

3.2.1.3 回顾性队列研究 retrospective cohort study

又称“历史性队列研究（historical cohort study）”。研究开始时，研究对象的结局已经发生，研究者回顾性搜集暴露与结局资料的队列研究。

3.2.1.4 双向性队列研究 ambispective cohort study

在回顾性队列研究的基础上，继续前瞻观察一段时间的队列研究。

3.2.1.5 暴露队列 exposure cohort

具有暴露因素的人群或者高水平暴露的人群队列。

3.2.1.6 对照队列 control cohort

队列研究中，未暴露或低水平暴露、并在其他因素上与暴露队列有可比性的人群。

3.2.1.6.1 内对照 internal control

在同一组人群中选择对照，将暴露于某种因素人群作为暴露组，未暴露该因素或者低水平暴露人群作为对照组。

3.2.1.6.2 外对照 external control

暴露组和对照组来自不同人群的对照形式。当选择职业人群或特殊暴露人群作为暴露组时，难以选择足够数量具有可比性的对照人群。需要在该人群之外寻找对照组。

3.2.1.7 人时 person-time

研究人群每一个体暴露于研究因素后所观察的时间单位的总和，是观察人数与随访时间的乘积，时间单位可用年、月、日、小时等，常用单位是人年。

3.2.1.8 观察终点 end point

根据研究要求，研究对象出现了预期结局、不再继续随访的时点。

3.2.1.9 相对危险度 relative risk, RR

见：2.3.4.2 相对危险度

3.2.1.9.1 率比 rate ratio

暴露组与对照组的发病（死亡）密度之比，是反映暴露与发病（死亡）关联强度的指标。

3.2.1.9.2 危险度比 risk ratio

暴露组与对照组的累计发病（死亡）率之比，是反映暴露与发病（死亡）关联强度的指标。

3.2.1.10 归因危险度 attributable risk, AR

又称“特异危险度”。暴露组发病（死亡）危险特地归因于暴露因素的程度。即对于暴露人群，消除该暴露因素后所能减少的发病（死亡）部分。通常包括率差和危险度差。

3.2.1.10.1 率差 rate difference, RD

暴露组与对照组发病（死亡）密度之差的绝对值。

3.2.1.10.2 危险度差 risk difference

又称“超额危险度（excess risk）”。暴露组与对照组发病（死亡）危险度之差的绝对值。

3.2.1.11 归因危险度百分比 attributable risk percent, AR%

又称“病因分值（etiologic fraction, EF）”。暴露人群中由于暴露所致的发病（死亡）率占全部发病（死亡）率的百分比，与相对危险度的大小有关。

3.2.1.12 人群归因危险度 population attributable risk, PAR

总人群与非暴露组人群某病发病（死亡）率之差，为总人群发病（死亡）率中归因于暴露的部分。

3.2.1.13 人群归因危险度百分比 population attributable risk percent, PAR%

又称“人群病因分值（population etiologic fraction, PEF）”。总人群中由于暴露所致的发病（死亡）率占全部发病（死亡）率的百分比。既与相对危险度有关，又与人群中暴露者比例有关，说明暴露对全人群的危害程度。

3.2.1.14 随访 follow-up

研究者通过定期的访问或检查获取研究对象预期结局事件发生的情况或观察结局指标的变化，同时收集有关暴露和混杂因素变化资料的过程。

3.2.1.15 失访 loss to follow-up

随访期间,研究对象由于迁走、不愿继续参与研究、死于其他疾病或意外等原因脱离了观察,导致其结局资料缺失的现象。

3.2.1.16 自身对照病例系列设计 self-controlled case series design, SCCS

回顾性队列研究的衍生形式。将某个特定观察期内源人群发生一次或多次研究结局的个体组成病例系列,回顾性收集既往的暴露情况,并将特定的观察期划分为危险期和对照期来比较两者的结局发生率,从而判断暴露与结局的关联。

3.2.2 病例对照研究 case-control study

以某疾病患者作为病例组,以当时不患该病但具有可比性的个体作为对照组,收集研究对象可能危险因素的既往暴露史,测量两组的暴露比例并比较其差异,判断暴露与疾病之间有无关联及关联强度的一种观察性研究方法。

3.2.2.1 病例来源

3.2.2.1.1 新发病例 incident case

在研究中,新诊断的或新发生的病例。

3.2.2.1.2 现患病例 prevalent case

调查时患有某病者,包括新病例和老病例。

3.2.2.1.3 死亡病例 death case

在研究中,调查时已经死亡的病例。

3.2.2.2 可比性 comparability

除研究因素之外,其他可能影响研究结局的因素在比较组之间分布的近似程度。

3.2.2.3 匹配 matching

又称“配比”。实现可比性的一种方法,要求选择的对照在某些因素或特征上与病例组保持均衡。

3.2.2.3.1 个体匹配 individual matching

以病例和对照的个体为单位进行的匹配方法,包括1:1的配对以及1:r($r \geq 2$)的匹配。

3.2.2.3.2 频数匹配 frequency matching

对照组与病例组中匹配因素的分布一致或相近的匹配方法。

3.2.2.3.4 过度匹配 overmatching

又称“匹配过度”。将非混杂因素进行匹配导致研究因素和疾病间的关联减弱或可信区间变宽的现象。

3.2.2.5 比值比 odds ratio, OR

又称“优势比”。见:2.3.4.1 比值比

3.2.2.6 巢式病例对照研究 nested case-control study

又称“队列内病例对照研究”。基于队列研究的病例对照研究。队列研究基础上,以随访发现的全部病例作为病例组,从同一队列未发病者中,随机匹配一个或多个组成对照组,按匹配病例对照研究的方法进行分析。

3.2.2.7 病例-队列研究 case-cohort study

又称“病例参比式研究(case-base reference study)”。队列研究开始时,在队列中按一定比例随机抽样选出一个有代表性的样本作为对照组,观察结束时,将队列中出现的所研究疾病的全部病例作为病例组,与上述随机抽取的对照组进行比较的一种队列研究与病例对照研究结合的设计方法。常用于研究多个结局变量。

3.2.2.8 病例-病例研究 case-case study

又称“单纯病例研究(case only study)”。一种病例对照研究的衍生方法,常用于评价基因与环境、基因与基因交互作用。选取一组患某疾病的病人,将具有某一基因型的病例作为病例组,无该基因型的病例作为对照组(基因型别多时可分多组),收集环境暴露资料并比较组间差异。

3.2.2.9 病例-交叉研究 case-crossover study

以发生了某结局(疾病或事件)的个体作为研究对象,比较同一个体在危险期(结局发生时或前某特定时间段)与对照期(未发生该结局的某段时间)内的暴露状态,用于估计短暂暴露对急性罕见疾病瞬间效应的一种方法。

3.2.2.9.1 危险期 risk period

暴露因素对结局发挥效应的时间段,长短应根据危险因素的特点来确定。

3.2.2.9.2 对照期 control period

病例-交叉研究中,用于与危险期对照的未发生结局的时间段,可以选择在结局事件发生之前或之后,可以选择一个或多个时间段。

3.2.2.10 两阶段设计病例对照研究 two-stage design case-control study

病例对照研究的一种衍生形式。在病例对照研究的第一阶段,收集每个研究对象有限的暴露和结局信息;在第二阶段,从全部研究对象中抽取一个子样本,收集更为详细的协变量信息。

3.2.2.11 病例-时间-对照研究 case-time-control study

病例对照研究与病例-交叉研究相结合的方法。按照病例对照研究的对照选择方法设立一个独立的对照组，来测定暴露的时间趋势，并以此对病例-交叉研究中的效应估计值进行调整，以控制暴露-时间趋势偏倚。

3.2.2.12 病例-镜像研究 case-specular study

属病例-病例研究范畴。选择患有目标疾病的一组病人作为病例组，根据病例的位置，按照对称的原则，以某对称轴（如街道、河流）获得一个虚拟的镜像位置作为对照。病例和镜像对照空间上一致，故可排除暴露因素之外其他环境混杂因素的干扰，比较两者的暴露差异可分析暴露和疾病的关系。

3.3 实验流行病学

3.3 实验流行病学 experimental epidemiology

又称“流行病学实验（epidemiological experiment），干预实验（intervention trial）”。研究者根据研究目的，按照预先确定的研究方案将研究对象随机分配到实验组和对照组，对实验组人为地施加或减少某种处理因素，然后追踪观察处理因素的作用结果，比较和分析两组人群的结局，从而判断处理因素的效果。

3.3.1 实验流行病学研究方法分类

3.3.1.1 临床试验 clinical trial

以患者为研究对象的实验研究。以患者个体为单位进行试验分组和施加干预措施，通常用来对某种药物或治疗方法的效果进行检验和评价。

3.3.1.2 现场试验 field trial

在实地环境下进行的、以自然人群作为研究对象的实验研究。以未患病的人群作为研究对象，随机分成两组。一组接受处理或某种预防措施为实验组；另一组作为对照组，随访观察并评价预防措施的效果。

3.3.1.3 社区试验 community trial

以未患所研究疾病的人群作为研究对象，以整个社区或行政区划为分组或干预的单位进行的实验研究，常用于对某种预防措施或方法进行考核或评价。

3.3.1.4 随机对照试验 randomized controlled trial, RCT

将研究人群随机分为试验组和对照组，对试验组施加干预措施，随访观察并比较两组人群的结局，以判断干预措施的效果。

3.3.1.5 类实验 quasi-experiment

又称“自然实验（natural experiment）”。不能设置平行对照或研究对象不能随机分组的实验流行病学研究。

3.3.2 实验流行病学研究设计

3.3.2.1 对照 control

在生物学或医学的研究中，为了控制非处理因素干扰而设置的一种参照。

3.3.2.1.1 标准对照 standard control

又称“阳性对照（positive control）”。以现行最有效或临床上最常用的药物或治疗方法作为对照，用以判断新药或新疗法是否优于现行的药物或疗法。

3.3.2.1.2 平行对照 parallel control

在实验过程中将研究对象随机分为两组，分别给予干预措施和对照措施，中间不更换干预措施。

3.3.2.1.3 交叉对照 cross-over control

在实验过程中将研究对象随机分为 A 和 B 两组，在第一阶段 A 组人群给予干预措施，B 组人群为对照组，经一段时间的干预后，两组对换，B 组接受干预措施，而 A 组成为对照。

3.3.2.1.4 安慰剂对照 placebo control

药物常具有特异和非特异效应，为了排除非特异效应的干扰，常用没有任何药理作用的物质（安慰剂）作为对照。

3.3.2.1.5 自身对照 self control

试验中研究对象不分组，在同一研究对象中进行试验和对照，如比较用药前、后体内某些指标的变化情况，以判断药物的疗效。

3.3.2.1.6 互相对照 mutual control

各实验组（如同一种药物的不同剂量组）互为对照，不专门设立对照组。

3.3.2.1.7 历史对照 historical control

为了研究某种疗法效果或某种特定条件的影响，而选择过去类似人群作为对照，比较两组人群的结果。

3.3.2.1.8 空白对照 blank control

不接受任何处理的对照。

3.3.2.1.9 霍桑效应 Hawthorne effect

在研究过程中，研究对象意识到自己被关注而倾向于表现更好，从而可能夸大效果的主观或客观效应。

3.3.2.1.10 安慰剂效应 placebo effect

某些疾病病人由于信任医药而表现的一种正向心理效应。

3.3.2.1.11 不能预知的结局 unpredictable outcome

由于个体生物学差异的客观存在，往往导致同一种疾病在不同个体中表现出来的疾病特征不一致，也就是疾病的发生，发展和结局的自然史不一致。

3.3.2.1.12 向均数回归 regression to the mean

临床上经常见到的一种现象，即一些极端的临床症状或体征或化验指标的病人，即使不进行治疗处理，在其后的连续测量中，这些指标也有向正常值趋近的现象。

3.3.2.2 随机化 randomization

每个研究对象都有同等的机会被抽到或分配到不同的比较组，从而提高两组的可比性，避免造成偏倚。

3.3.2.2.1 简单随机化 simple randomization

研究对象以个体为单位用掷硬币、抽签、随机数字表等方法进行分组。

3.3.2.2.2 区组随机化 blocked randomization

将条件相近的一组受试对象（如年龄、性别、病情相近）作为一个区组，每一区组内的研究对象（通常 4-6 例）数量相等，然后应用单纯随机分配方法将每个区组内的研究对象进行分组。

3.3.2.2.3 分层随机化 stratified randomization

按研究对象特征，即可能产生混杂作用的某些重要因素（如年龄、性别、病程、病情等）先进行分层，然后在每一层内进行简单随机分组，最后再合并成实验组和对照组。

3.3.2.2.4 整群随机化 cluster randomization

按社区或团体分配，即以一个家庭、学校、医院、村庄或居民区等单位进行随机分组。

3.3.2.2.5 动态随机化 dynamic randomization, adaptive randomization

在试验过程中每个研究对象分到各组的概率不是固定不变的，而是根据一定的条件进行调整的分组方法，能有效地保证各组间例数和某些重要的非处

理因素接近一致。

3.3.2.3 干预 intervention

人为的给予研究对象某种特定措施，有意识地改变研究对象状态和临床结局。

3.3.2.4 盲法 blinding, masking

通过合理的科研设计，让研究对象不知道自己接受的干预措施，或者让研究人员也不知道研究对象的试验分组，从而避免了由研究者和试验对象的主观意识造成的偏倚，常分为单盲法、双盲法和三盲法。

3.3.2.4.1 单盲法 single blind

临床试验中只有研究者了解分组情况，研究对象不知道分组归属的试验设计。

3.3.2.4.2 双盲法 double blind

受试者和研究实施者（包括研究者及其他医护人员、检查员、统计人员等）均不知道研究分组情况的研究方法。

3.3.2.4.3 三盲法 triple blind

研究对象、研究实施者和资料分析与报告者三方均不知道受试者分组与是否接受干预措施。

3.3.2.4.4 分组隐匿 allocation concealment

一种防止随机分组方案提前解密的方法，为了防止征募病人的研究者和病人在分组前知道随机分组的方案。

3.3.2.4.5 非盲法 non-blinding

又称“开放试验（open trial）”。研究各方(包括研究者和受试者)均知道试验分组和处理措施，可以公开进行的临床试验设计。

3.3.3 实验流行病学分析指标和方法

3.3.3.1 结局 outcome

随访观察中将出现的预期结果事件，即研究者希望追踪观察的事件。

3.3.3.1.1 主要结局 primary outcome

根据试验目标与设计决定的首要的、决定试验终止的关键指标和参数。

3.3.3.1.2 次要结局 secondary outcome

与研究目的相关的辅助性指标，一般是主要终点指标外关注的其他结局或测量指标。

3.3.3.1.3 替代终点 surrogate endpoint

在无法直接测定临床效果时，用于间接反映临床效果的观察指标。

3.3.3.1.4 排除 exclusion

在随机分组前研究对象因各种原因没有被纳入的情况。

3.3.3.1.5 退出 withdrawal

研究对象在随机分配后从实验组或对照组中途离开临床试验的情况。

3.3.3.1.5.1 不合格 ineligibility

研究对象不符合纳入标准、一次也没有接受干预措施或没有任何数据。

3.3.3.1.5.2 不依从 noncompliance

研究对象在随机分组后，不遵守试验所规定的要求的情况。

3.3.3.1.6 有效率 effective rate

衡量某一治疗措施或药物效果的指标。治疗有效例数占治疗的总例数的比例，通常以百分率表示。

3.3.3.1.7 不良事件 adverse event

在接受一种药品治疗后出现的不良医学变化或临床事件，但并不一定与治疗有因果关系。

3.3.3.1.8 不良事件发生率 adverse event rate

发生不良事件病例数占可供评价不良事件的总病例数的比例，通常以百分率表示。

3.3.3.1.9 相对危险度降低 relative risk reduction, RRR

对照组与试验组事件发生率的差值占对照组事件发生率的比值。

3.3.3.1.10 绝对危险度降低 absolute risk reduction, ARR

对照组与试验组事件发生率的差值。

3.3.3.1.11 保护率 protective rate, PR

对照组发病（或死亡）率与实验组发病（或死亡）率的差值占对照组发病（或死亡）率的比例，通常以百分率表示。

3.3.3.1.12 效果指数 index of effectiveness, IE

对照组发病（或死亡）率与实验组发病（或死亡）

率的比值。

3.3.3.1.13 抗体阳性率 antibody positive rate

抗体阳性人数占检查总人数的比例，通常以百分率表示。

3.3.3.1.14 几何平均滴度 geometric mean titer, GMT

描述抗体平均滴度的指标。所有 n 个观测值（抗体滴度）乘积的 n 次方根，常用于描述存在少数偏大的极端值的正偏态分布或观测值之间呈倍数关系或近似倍数关系数据的集中位置。

3.3.3.2 干扰 interference

试验组或对照组额外地接受了类似试验药物的某种干预，从而人为地夸大了疗效的现象。

3.3.3.3 沾染 contamination

对照组的患者额外的接受了试验组的药物，从而人为地造成一种夸大对照组疗效的现象。

3.3.3.4 意向治疗分析 intention-to-treat analysis, ITT

所有病人被随机分入随机对照试验中的任意一组，不管他们是否完成试验，或者是否真正接受了该组治疗，都保留在原组进行结果分析。

3.3.3.5 需治疗人数 number needed to treat, NNT

为预防 1 例不良事件发生，用某一疗法需治疗的病人数，从数学关系上讲，其等于绝对危险度的倒数。

3.3.3.6 全分析集 full analysis set, FAS

基于意向性原则，全部随机化（对于单组研究则是筛选合格）的受试者都应该纳入分析。

3.3.3.7 符合方案集 per-protocol set, PPS

基于符合方案原则，全部随机化的受试者中，完全按方案设计进行研究的那一部分才能纳入分析。

3.3.3.8 安全性分析集 safety analysis set, SAS

所有至少使用过一剂研究药物的受试者，都必须观察安全性指标。

3.4 理论流行病学

3.4 理论流行病学 theoretical epidemiology

又称“数学流行病学”。以数学模型为工具，描述和研究制约人群疾病和健康状况分布诸要素间的动态关系，探讨疾病流行的内在规律，预测疾病流行

趋势，评价预防措施和防治效果的流行病学方法。

3.4.1 仓室模型 compartment model

常用的传染病动力学建模方法之一，通过设置不同

的仓室代表处于不同疾病状态的人群并建立微分方程组，从而研究疾病的传播动力学过程。

3.4.1.1 易感-感染-康复模型

susceptible-infected-removed model

简称“SIR 模型”。描述传染病在人群中传播的一个基本数学模型。此模型将人群分成易感者、感染者及康复者三种状态，并用确定性微分方程组来描述这三类人群在数量上的变化关系，常用于描述个体康复后将获得免疫能力的疾病。

3.4.1.1.1 易感者 susceptible individual

在疾病流行期间没有被感染但存在被感染风险的个体。

3.4.1.1.2 感染者 infected individual

在疾病流行期间已经被感染且具有传染能力的个体。

3.4.1.1.3 康复者 recovery individual

经历了某种传染病的感染过程并已从中恢复的个体。

3.4.1.1.4 移出率 removal rate

又称“恢复率 (recovery rate)”。在一定时间内从感染状态到不再具有传播能力的状态（如康复、死亡等）的人数与感染者总人数的比值。

3.4.1.1.5 基本再生数 basic reproductive number

又称“基本繁殖数”。在没有干预的情况下，在一个完全易感的人群中，平均每名传染源在其传染期内可以传染的人数。是一个用于描述传染病传播能力的指标，常用 R_0 表示。

3.4.1.1.6 有效再生数 effective reproductive number

在考虑了免疫、治疗干预或其他因素影响后，平均每名传染源在其传染期内可以传染的人数。是一个描述传染病传播能力的指标，常用 R_e 表示。

3.4.1.2 易感-感染-易感模型

susceptible-infected-susceptible model

简称“SIS 模型”。描述传染病在人群中传播的一个基本数学模型。此模型将人群分成易感者和感染者两个可以相互转换的状态，通过建立微分方程组描述传染病在人群中的传播和控制。

3.4.1.3 易感-暴露-感染-康复模型

susceptible-exposed-infected-removed model

简称“SEIR 模型”。描述传染病在人群中传播的一个基本数学模型。此模型将人群分为易感者、暴露者、感染者和康复者四个相互转换状态，通过建立

微分方程组描述疾病在人群中的传播和演化过程。

3.4.1.3.1 暴露者 exposed individual

在易感-暴露-感染-康复模型中，已经接触过传染源，但暂时无传染能力的人群。

3.4.2 催化模型 catalytic model

将化学反应动力学中一级动力学反应的机理用于流行病学研究，定量地描述感染力在流行期间保持稳定的传染病在人群中传播的平均速度、患病率的年龄分布规律和模式的确定性数学模型。

3.4.2.1 单向催化模型 simple catalytic model

描述疾病在一个人群中的累积感染风险如何随年龄增加的基本模型。是催化模型的一个特定形式，用于描述病后产生持久免疫力，易感者转变为感染者是单向的、不可逆的疾病流行过程。

3.4.2.2 双向催化模型 reversible catalytic model

描述疾病在一个人群中的累积感染风险，同时考虑到一些已获得免疫的个体可能会随时间丧失免疫，从而再次成为易感状态的模型。

3.4.2.3 两极催化模型 two-stage catalytic model

描述病后产生持久免疫力，易感者转变为感染者、感染者又部分转变为免疫者的动态疾病流行过程的一种催化模型。

3.4.3 时间序列模型 time-series model

描述序列中不同时刻的随机变量，彼此之间有一定的相关关系的一种动态模型。

3.4.3.1 自回归模型 autoregressive model

利用前期若干时刻的随机变量的线性组合来描述以后某时刻随机变量的线性回归模型，是时间序列中的一种比较常见的形式。

3.4.3.1.1 自相关函数 autocorrelation function

任意时刻的观测值序列与之前间隔期观测值序列相关程度和方向的度量。

3.4.3.1.2 偏自相关函数 partial autocorrelation function

时间序列分析中的一种函数，用于描述时间序列中两个时间点之间的线性关系，控制其他所有时间点的影响。

3.4.3.1.3 白噪声 white noise

一种随机的、无规律的信号，作为基准来比较其他信号的统计特性，通常被用来表示不确定性和随机性。

3.4.3.2 滑动平均模型 moving average model

一种时间序列平滑方法，用过去各个时刻的预测误差的线性组合来表达当前预测值的回归，用于消除噪声和周期性变化。

3.4.3.3 自回归-滑动平均混合模型 autoregressive moving average model

一种结合自回归模型和滑动平均模型用于时间序列分析和预测的统计模型，通过对时间序列中的过去值和误差进行线性组合来预测未来值。

3.4.3.4 差分自回归移动平均模型 autoregressive integrated moving average model

将非平稳时间序列转化为平稳时间序列，再将因变量仅对滞后值以及随机误差项的现值和滞后值进行回归所建立的模型。

3.4.4 马尔科夫模型 Markov model

一种描述随机过程中状态转移的数学模型。通过研究随机过程在不同时刻所处状态之间的变化规律，预测这一过程在下一时刻和下几个时间所处状态。

3.4.4.1 隐马尔科夫模型 hidden Markov model

描述由一个隐藏的马尔可夫链随机生成不可观测的状态随机序列，再由各个状态生成一个观测而产生观测随机序列的一种统计模型。

3.4.5 里德-弗罗斯特模型 Reed-Frost model

又称“Reed-Frost 模型”。一种描述在同质人群中流行病传播的离散、随机、具有同步更新的区室模型。

3.4.6 人工神经网络模型 artificial neural network model

一种模仿生物神经网络结构和功能的计算模型，由多个相互连接的人工神经元组成，可接收输入信号，并通过模拟生物神经元的工作方式来产生输出信号。

3.4.6.1 误差反传人工神经网络模型 error back-propagation artificial neural network model

又称“BP 人工神经网络模型 (back propagation autoregressive model)”。利用误差反传来训练人工神经网络的特定模型，通过前向传播计算输出和误差，随后通过反向传播将误差逐层传回输入层，根据梯度调整各层之间的权重，从而优化模型以最小化预测值与实际值之间的差异。

3.4.6.2 非线性自回归神经网络模型 nonlinear autoregressive neural network model

又称“NAR 神经网络模型 (nonlinear autoregressive

model)”。一种基于神经网络的时间序列预测模型，通过建立非线性的自回归模型，对未来数据进行预测。

3.4.6.2.1 训练样本 training sample

又称“训练集 (train set)”。用于训练的样本集合，主要用来训练神经网络中的模型。

3.4.6.2.2 检验样本 validation sample

又称“验证集 (validation set)”。模型训练过程中单独留出的样本集，可以用于调整模型的超参数和用于对模型的能力进行初步评估。

3.4.6.2.3 测试样本 test sample

又称“测试集 (test set)”。用于测试模型性能和泛化能力的数据集。

3.4.7 复杂网络模型 complex network model

由大量的节点通过边的连接构成，具有复杂拓扑结构和动力行为的大规模网络，可通过复杂网络理论来研究疾病的传播机制，深入理解网络的拓扑结构对疾病传播的影响。

3.4.7.1 小世界网络模型 small-world network model

介于完全随机和完全规则网络之间的网络模型，具有随机网络的小世界性质和规则网络的局部连通性，其节点之间的连接呈现出高聚集性和短路径特征。

3.4.8 混沌理论 chaos theory

系统从有序突然变成无序状态而表现出“混沌”现象的一种演化理论，用以探讨动态系统中无法用单一的数据关系，而必须用整体、连续的数据关系才能加以解释及预测的行为。

3.4.9 个体时空仿真模型 individual-based spatiotemporal simulation model

由多智能体系统和地理空间数据库组成的仿真模型，掌握疾病的时空传播规律，是研究疾病传播的方法，核心是对单个智能体的行为进行模拟。

3.4.10 元胞自动机 cellular automata

一种空间、时间、状态完全离散的非线性动力系统模型，从逻辑数学的角度出发模拟生物体自我繁殖系统时，将递归和自动机概念有机结合构成，用于分析相互交织成网络并呈现出复杂动力学特性的传染病相关数据。

3.4.11 确定性模型 deterministic model

使用一组方程来预测传染病暴发进展的数学模型，

模型的结果完全由模型的初始条件和参数决定。

3.4.12 随机性模型 stochastic model

基于概率和随机过程的数学模型，使用随机变量或随机事件来描述人群中的不确定性和随机性。

3.4.13 双重稳健模型 doubly robust model

将结果回归与倾向得分加权相结合以估计暴露对结果的因果影响的模型，当一个估计出现偏差，另一个估计仍可提供有效的修正，从而提高因果效应估计的稳健性。

3.5 现场调查技术

3.5.1 调查 survey

在某一特定现场的人群中，通过观察或测量系统地收集信息的过程。

3.5.1.1 现场调查 locale survey

在特定时间点，通过实地观察、访问或查阅记录等形式收集一般自然人群的现有信息。

3.5.1.1.1 预调查 pilot survey

为评价开展大规模研究设计的可行性，预先在一小范围内用所设计的方法和步骤进行试验的一种调查研究。

3.5.2 定性调查 qualitative survey

调查者通过与调查对象的开放式讨论或对调查对象所处环境的现场观察等方式来收集资料的方法。

3.5.2.1 个人深入访谈 personal in-depth interview, PII

调查者根据访问提纲，通过与调查对象面对面的深入交谈了解其对某些问题的想法、感觉和行为的一种非结构式调查方法。

3.5.2.2 专题小组讨论 focus group discussion, FGD 又称“焦点小组讨论”。

通过从某一特定目标人群中召集一小组同类人员，在主持人的引导下，对某一研究议题进行讨论，深入交换意见的一种定性调查方法。

3.5.2.3 选题小组讨论 nominal group discussion

在一个由具有各种不同既得利益、不同思想意识和不同专业水平的人组成的小组中发掘问题，并把所发现问题按其重要程度排出先后次序的一种程序化小组讨论过程。

3.5.2.4 现场观察法 locale observation

研究者通过对事件或研究对象的行为或调查对象所处环境进行直接的、系统的观察来收集数据的方法，是一种收集非言语行为资料的主要技术。根据观察者角色不同，可分为参与性观察和非参与性观察。

3.5.2.4.1 参与性观察法 participatory observation

观察者参与到观察对象的群组活动中，将自己视为成员之一，在与观察对象互动的同时，通过仔细的体验和观察，获取第一手资料的方法。

3.5.2.4.2 非参与性观察法 non participatory observation

观察者不参与观察对象的群组活动，仅仅作为旁观者来进行现场观察的方法。

3.5.2.5 田野调查 field survey

又称“实地调查”。研究者亲自前往资料收集地点（村落、社区、各种活动场所等），通过直接观察、访问、居住体验等方式收集资料，进行科学研究的过程。以参与式观察为主要研究手段。

3.5.3 定量调查 quantitative survey

使用调查问卷或测量工具，定量收集调查对象相关信息，以探讨各种因素与疾病或健康状况之间的关系的研究方法。

3.5.3.1 问卷调查法 questionnaire interview

由调查者根据事先设计的调查表或问卷对调查对象逐一进行询问，有目的地收集资料的过程。

3.5.3.1.1 面对面调查法 face-to-face interview

由调查者到调查现场找到调查对象，按照问卷条目逐项询问，根据调查对象的回答填写调查问卷完成调查的过程。

3.5.3.1.2 电话调查法 telephone interview

通过电话通话的方式，调查者按照问卷条目逐项询问调查对象，根据其回答填写调查问卷完成调查的过程。

3.5.3.2 自填问卷法 self-administered questionnaire

由调查者将设计好的问卷通过某种途径交给调查对象，由调查对象独立填答问卷的方法。

3.5.3.2.1 信函调查法 mail interview

由调查者将问卷邮寄给调查对象，调查对象按照要求填写问卷，再寄回给调查者的资料收集方法。

3.5.3.2.2 现场自填法 field self-administered questionnaire

在调查现场,由调查者把问卷直接发给调查对象由其自行填写完成的方法。

3.5.3.2.3 网络调查法 online survey

由调查者将设计好的问卷通过互联网途径交给调查对象,由调查对象独立填答问卷的方法。

3.5.4 半定量调查 semi-quantitative survey

结合定性调查和定量调查的优点而形成的一种混合性调查方法。

3.5.4.1 批质量保证抽样法 lot quality assurance sampling, LQAS

在了解某事件预期发生率和不同目标人群数的情况下,将不同目标人群看作不同的批次,根据分级监督抽样本确定表确定需要调查的样本量,并在总体中随机抽取相应数量人数进行定量调查的方法。

3.5.5 调查工具 survey instrument

包括所有调查项目的书面材料或电子文件材料,可以是定性调查的访问提纲,可以是定量调查的调查表或标准的测量量表,也可以是医学检查记录表等。

3.5.5.1 问卷 questionnaire

又称“调查表(inventory)”。在定量调查中,调查者为实现调查目的而设计的,由一系列与研究目的相关的问题和相应答案所构成的表格。

3.5.5.1.1 开放式问题 open-ended question

在问卷中,未列出可能的答案,由被访者自由作答的一类问题。

3.5.5.1.2 封闭式问题 closed-ended question

在问卷中,事先设计了各种可能的答案,由被访者从中选定一个或几个现有答案的一类问题。

3.5.5.2 问卷效度 questionnaire validity

问卷准确测量了研究目的所设定特征的程度。

3.5.5.2.1 内容效度 content validity

测量内容的适合性和相符性,即所选题目是否符合测量目的和要求。

3.5.5.2.2 结构效度 construct validity

用于衡量某个特定测度与其他测度之间的关系符合理论假设关系的程度。

3.5.5.3 问卷信度 questionnaire reliability

问卷测量结果所具有的一致性 or 稳定性的程度。

3.5.5.3.1 重测信度 test-retest reliability

又称“再测信度(retest reliability)”。使用同一问卷对同一被试对象前后测量两次,分析两次结果之间的相关性。

3.5.5.3.2 分半信度 split-half reliability

将问卷中所有项目随机分为数量相同的两部分,分析两部分问卷结果的相关性。可用积矩相关指数或秩相关系数来衡量。

3.5.5.4 抽样 sampling

从特定的观察单位或总体中,抽取一定数量有代表性的研究对象的过程。

3.5.5.4.1 抽样比例 sampling proportion

又称“抽样分数(sampling fraction)”。在抽样中,抽取的样本量与总体中的观察单位数之比,反映总体中每一个个体在抽样时被抽中的机会。

3.5.5.4.2 抽样变异 sampling variation

由于抽样所导致的样本之间结果的差异。

3.5.5.4.3 抽样分布 sampling distribution

从同一总体中随机抽取相同数量的若干样本,所得出的样本指标(样本统计量)不会完全相同,由样本计算出的统计量的概率分布。

3.5.5.4.4 抽样误差 sampling error

由抽样所造成的样本统计量(样本指标)与总体参数(总体指标)之间的差异。

3.5.5.4.5 抽样偏倚 sampling bias

在抽样过程中主观选择研究对象,所选样本不能代表总体;或因任意变换抽样方法,未能真正做到随机抽样等情况下所产生的一种系统误差。

3.5.5.5 总体 population

根据研究目的所确定的同质观察单位的全体。

3.5.5.6 样本 sample

从总体中抽取部分观察单位的集合。

3.5.5.6.1 样本代表性 sample representativeness

样本统计量与总体参数的接近程度,即样本能够反映总体真实情况的程度。

3.5.5.6.2 样本量 sample size

按一定规则,从总体中抽取的观察单位数。

3.5.5.6.3 样本量估计 estimation of sample size

研究开始前,在保证一定精度和把握度的前提下,确定样本内最少的观察单位数的过程。

3.5.5.6.4 随机样本 random sample

又称“概率样本 (probability sample)”。按照随机原则所获取的样本。总体中每个个体被选择的概率是一致的。

3.5.5.6.5 非随机样本 nonrandom sample

又称“非概率样本 (nonprobability sample)”。依据研究者的主观意愿、判断或是否方便或任由调查对象自愿等条件来抽取的样本。样本的抽取不遵循随机原则，不是按照一定的概率抽出。

3.5.6 随机抽样 random sampling

又称“概率抽样 (probability sampling)”。按照一定的概率从研究总体中随机抽取一定数量的观察单位进入样本的抽样方法。遵循概率原则，有统计的理论依据，可计算抽样误差，能客观地评价调查结果的精度。

3.5.6.1 简单随机抽样 simple random sampling, SRS

又称“单纯随机抽样”。采用随机数字表或抽签等方法从研究总体中随机抽取样本的方法。其特点是研究总体中的每个个体均有同等的机会被抽中。

3.5.6.2 系统抽样 systematic sampling

又称“机械抽样 (mechanical sampling)”。先将研究总体的观察单位按某一特征的顺序编号等分成若干部分，再从第一部分随机抽取某一编号观察单位，依次按相等间隔，从每一部分各抽一个观察单位组成样本的方法。

3.5.6.3 分层抽样 stratified sampling

先按影响观察值变异较大的某种特征，将研究总体分成若干层，再从每一层内随机抽取一定数量的观察单位组成样本的方法。不同的层可采用不同的抽样方法抽取观察单位。

3.5.6.3.1 分层随机抽样 stratified random sampling

在分层抽样中，各层均独立按照简单随机抽样抽取一定数量的观察单位组成样本的方法。

3.5.6.4 整群抽样 cluster sampling

先将研究总体划分为若干“群”组（如不同地区、学校、班级、家庭等），每个“群”组包括若干观察单位；再随机抽取一定数量的“群”组，并将被抽取的各个“群”组的全部观察单位组成样本的方法。

3.5.6.5 多阶段抽样 multistage sampling

又称“多级抽样 (multiphase sampling)”。将抽样过程分阶段进行，每个阶段使用的抽样方法往往不同，

将单纯随机抽样、系统抽样、分层抽样、整群抽样方法结合使用，在大型流行病学调查中常用。

3.5.6.5.1 单阶段抽样 one stage sampling

通过一次抽样产生一个完整的样本的方法。如简单随机抽样、系统抽样、分层抽样、整群抽样四种基本抽样方法。

3.5.6.5.2 概率比例抽样 probability proportional to size sampling, PPS

一种多阶段整群抽样方法，其中的“群”“被选中的概率并不相等，而是与其规模大小成比例；但由于“群”内样本被抽取的概率与“群”“规模大小成反比例，两相抵消，该方法仍然是等概率抽样。

3.5.7 非随机抽样 nonrandom sampling

又称“非概率抽样 (nonprobability sampling)”。样本不是按照一定的概率抽出，而是依据研究者的主观意愿、判断或是否方便或任由调查对象自愿等条件来抽取的抽样方法。不遵循随机原则，不考虑随机抽样中的概率原则。

3.5.7.1 立意抽样 purposive sampling

又称“目的抽样 (subjective sampling)”。研究者根据研究目的和对情况的主观判断来选择和确定研究对象的一种抽样方法。要求研究者对总体有很好的了解和选择技巧。由于缺乏理论依据，不能对调查误差做出客观评价。

3.5.7.2 方便抽样 convenience sampling

又称“便利抽样 (accidental sampling)”，“偶遇抽样 (haphazard sampling)”。研究者根据实际情况使用对研究最为便利的方式来选取样本的一种非随机抽样方法。可以是选取偶然遇到的人或者选择那些离得最近、最容易找到的人作为研究对象。

3.5.7.3 配额抽样 quota sampling

又称“定额抽样”。先将总体按某种或某些特征分成不同的类别，然后依据每一类别中的个体数占总体的比例来抽取相应数目的个体构成样本的方法。该方法与分层抽样有些相似，但在确定各类别配额后，研究者根据自身经验或方便选择个体。

3.5.7.4 滚雪球抽样 snowball sampling

从能找到的少数个体入手，将其作为研究对象，再通过其介绍其他认识的符合条件的个体加入研究，如此重复，直到获得所需样本含量的一种抽样方法。

3.5.7.5 志愿者抽样 volunteer sampling

样本由自愿参加的研究对象所构成的抽样方法。如

报刊、电视、互联网等媒体上进行的调查，调查对象大多是自愿参与的。

3.5.7.6 空间抽样 spatial sampling

对具有空间关联性的各种调查对象及资源进行抽样的一种方法。与传统抽样技术最大的差别在于其调查对象具有地理空间坐标，并且如果改变调查对象位置，则改变了抽样调查总体，影响抽样调查结果。

3.5.8 其他抽样技术

3.5.8.1 地区抽样 area sampling

又称“区域抽样”。在人口数不明的地区，可把整个地区分为若干亚区，利用随机数字表对亚区进行抽样的一种方法。

3.5.8.2 比例抽样 proportional sampling

不考虑样本变异性大小，只要求抽样获得的样本中各亚组人群（如按照年龄、性别和社会阶层分组）的比例与研究总体人群中相应的比例一致的抽样方法。

3.5.8.3 密度抽样 density sampling

巢式病例对照研究中，在未发生疾病的人群中根据观察人时数确定对照抽样概率的一种抽样方法。

3.5.8.4 时间序列抽样 time series sampling

当被研究的总体与时间有密切联系时，可对同一总体在不同期或阶段连续抽样，得到一个连续样本或不断更新的多个样本的抽样方法。

3.5.8.5 捕获-再捕获抽样 capture-recapture sampling

第一次“捕获”（抽样）的个体在标记后放回总体；再实施第二次“捕获”（抽样），获得漏查的病例数估计值的一种抽样方法。

3.5.8.5.1 直接抽样 direct sampling

在捕获-再捕获抽样中，实施第二次“捕获”（抽样）时，按照事先规定的样本量，从总体中抽取一定数量个体，观察其中曾标记的个体数多少的方法。

3.5.8.5.2 逆抽样 inverse sampling

在捕获-再捕获抽样中，实施第二次“捕获”（抽样）时，事先不限定抽取样本量，而是一直抽到曾标记过的个体数达到一定数量为止的一种抽样方法。

3.5.8.6 同伴推动抽样 respondent driven sampling, RDS

又称“应答推动抽样”。研究者选择一定数量的符合条件的个体作为研究对象；再由其推举一定数额的同伴（一般为3个）加入研究，并请同伴再分别推举其认识的同伴加入研究；这样重复延长推举链，直到获得所需样本含量为止的一种抽样方法。

3.6 系统综述和 Meta 分析

3.6.1 叙述性综述 narrative review

对某一个领域、某一个专业或某一个方向的课题、问题或研究专题搜集大量资料，通过分析、阅读、整理、提炼出本领域的最新进展、学术见解或建议，做出的综合性介绍和阐述。

3.6.2 系统综述 systematic review, SR

又称“系统评价”。运用定性或定量描述方法的二次研究。应用标准化的方法全面、系统地收集特定问题的研究报告，经过鉴定、选择和严格评价后提取相关资料进行总结和整合性分析，最终得出综合性结论，并且随着新的证据出现而不断更新。

3.6.2.1 定性系统综述 qualitative systematic review

运用定性描述方法的二次研究。全面、系统地查找某一具体问题相关的研究证据，经过严格评价后采用定性的方法对所获得的资料进行综合分析，得出概括性结论，并且随着新的证据出现而不断更新。

3.6.2.2 定量系统综述 quantitative systematic review

运用定量描述方法的二次研究。全面、系统地查找某一具体问题相关的研究证据，经过严格评价后采用定量的方法对所获得的资料进行综合分析，得出概括性结论，并且随着新的证据出现而不断更新。

3.6.2.2.1 合格标准 eligibility criteria

对研究参与者条件的明确陈述。系统综述中是针对相应的研究主题，在符合伦理道德及实际情况下能够进入研究的对象所应具备的条件，包括纳入标准和排除标准两部分。

3.6.2.2.1.1 纳入标准 inclusion criteria

在诊断、病因、预后、治疗等相关因素的基础上制订的能入选的具体规定，系统综述的层面上是指以“研究问题的基本要素”和研究设计类型为基础制定的，符合纳入系统综述中原始研究的具体条件。

3.6.2.2.1.2 排除标准 exclusion criteria

在诊断、病因、预后、治疗等相关因素的基础上制订的不能入选的具体规定，系统综述层面上是指剔除那些已经符合基本纳入标准但存在“意外”情况的研究。

3.6.2.2.2 灰色文献 grey literature

同行评审期刊以外的资料来源。未在图书或期刊数据库等渠道公开发表的文献，如会议专题论文、未发表的学位论文、专著内的章节、制药工业的报告等。

3.6.2.2.3 方法学质量

3.6.2.2.3.1 列表法 checklist

研究质量的一种评价工具。以表格的形式将研究中应采用的偏倚控制措施和实际采用的控制措施罗列出来的一种方法，是评价研究质量最简单的方法。其不足在于不能分辨研究间较微小的区别。

3.6.2.2.3.1.1 考科蓝偏倚风险评估工具 Cochrane risk-of-bias tool

2008年，考科蓝协作组织推出的评估随机对照试验偏倚风险的工具，主要包括7个方面：随机序列的产生、盲法的分配、所有研究参与者和人员采用盲法、结果评估的盲法、结果数据的完整性、选择性报告、其他。

3.6.2.2.3.1.2 STROBE 声明 strengthening the reporting of observational studies in epidemiology

英文简称“STROBE”。一项涉及队列研究、病例对照研究和横断面研究等观察性研究报告的指导规范。以项目清单和流程图呈现，共涵盖22个项目，包括：标题、引言、方法、结果、讨论和研究资助。

3.6.2.2.3.1.3 STREGA 声明 strengthening the reporting of genetic association study

英文简称“STREGA”。一项专为规范遗传学关联研究的报告，是STROBE声明的扩展版，对其22项条目中的12项进行了扩展，涉及研究对象的选择、遗传变异的定义、描述基因型或单倍型方法等内容。

3.6.2.2.3.1.4 QUADAS-2 工具 a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy study

由患者的选择、待评价试验、金标准、评价流程和时间安排4个部分组成的诊断研究精确性的质量评价工具，所有组成部分在偏倚风险方面都会被评估，是考科蓝的诊断试验系统评价方法学组采用的工具。

3.6.2.2.3.2 记分法 scoring

评价研究质量的一类工具方法。同时兼顾一类研究应该采用的偏倚控制措施及其在研究中的执行程度，对每项偏倚控制措施进行打分，并用各项偏倚控制措施的记分总和来衡量一项研究的总体方法学质量。

3.6.2.2.3.2.1 Jadad 记分法 Jadad scoring

在Meta分析中评价研究质量的一类工具方法。研究者通过观察试验是否利用随机分组、盲法、随访三个控制偏倚的措施和正确的随机分组与双盲方式，来评价随机对照试验质量。

3.6.2.2.4 异质性 heterogeneity

在Meta分析中，源于临床因素和方法学因素造成的变异，用来描述一系列研究中效应量的变异程度。

3.6.2.2.4.1 临床异质性 clinical heterogeneity

参与者不同、干预措施的差异及研究的终点指标不同所导致的变异。判断的主要依据是详细核查纳入研究的特征，以研究对象的性别、年龄、疾病的严重程度、诊断标准、干预措施的给药途径、剂量等信息作出综合的判断。

3.6.2.2.4.2 方法学异质性 methodological heterogeneity

因设计种类、偏倚控制、统计分析或对结局的定义和测量方式等方法学层面的不同而引起的研究间结果的变异。

3.6.2.2.4.3 统计学异质性 statistical heterogeneity

不同试验间被估计的治疗效应的变异，是研究间临床和方法学多样性的直接反映。统计学测量异质性以数据为基础，原理是各研究之间可信区间的重合程度越大，各研究间存在统计学同质性的可能性越大。

3.6.2.2.4.3.1 Q 检验 Cochran's Q test

Meta分析中常用的检验研究异质性的方法，统计量Q服从自由度为k-1的卡方分布，Q值越大，其对应的P值越小。如果 $Q > X^2(1-\alpha)$ ，则 $P < \alpha$ ，表明研究间的变异超出抽样误差所能解释的范围，存在异质性。

3.6.2.2.4.3.2 I² 统计量 I² statistic

Meta分析中常用的检验研究异质性的方法，是衡量异质性大小的指标，其值越大异质性越大。计算公式如下： $I^2 = 100\% \times [(Q - df) / Q]$ ，其中Q为统计量，df是自由度。

3.6.2.2.5 Meta 分析 meta-analysis

又称“荟萃分析”。在系统综述中，用于定量地合并多个有关研究的结果以获得能够代表这些研究的平均结果的统计学方法，通过该方法能够达到增大样本含量、获得代表这些研究的平均水平、提高检验效能的目的。

3.6.2.2.5.1 加权平均法 weighted average method

对效应值进行合并的一种方法，基本思想为将在各个研究中收集到的各个效应值（如两均数差值、两个率的差值、相关系数、OR 值等）进行加权合并，计算出合并后的平均效应大小，从而得出较为可靠的结论。

3.6.2.2.5.1.1 倒方差加权平均法 inverse variance weighted average method

作为一种通用的 Meta 分析方法，通过将每个研究所赋权重设为效应估计方差的倒数，使较大样本研究比较小样本研究所赋权重重大，减小了合并效应估计的不确定性。

3.6.2.2.5.1.2 Mantel-Haenszel 法 Mantel-Haenszel method

简称“M-H 法”。为消除由于资料内部的不均一性所造成的偏倚，利用分层分析方法的原理，将每一层作为独立研究计算并检验综合的比值比，使资料分析的结果能够更正确地反映所研究的真实结果，是控制混杂因素的常用方法之一。

3.6.2.2.5.1.3 Peto 比值比法 Peto odds ratio method

简称“Peto 法”。一种基于固定效应模型假设的方法。利用试验组实际观察到的发生例数与其期望发生例数的差值而构建的加权指数模型，估算不同研究合并的效应值。

3.6.2.2.5.1.4 D-L 法 DerSimonian and Laird method

对样本权重进行校正的数值计算方法，主要实现方式是通过增大小样本资料的权重、减少大样本资料的权重以处理资料间异质性，不仅可用于分类变量，也适用于数值变量。

3.6.2.2.5.2 固定效应模型 fixed effect model, FEM

一种合并效应量的估计模型。若 Meta 分析异质性检验无统计学意义且 $I^2 < 50\%$ ，同时假定理论效应量为某一固定值，可认为理论效应量是固定的，可选用该模型。

3.6.2.2.5.3 随机效应模型 random effect model, REM

当合并研究的真实值不同时，结果存在异质性，结

果间的差别由抽样误差和真实差别引起，且围绕真实平均结果上下随机波动，可选用该模型。

3.6.2.2.6 亚组分析 subgroup analysis

按照研究对象的某种特征（如不同设计方案、研究质量、发表年代或某亚类研究对象等）将研究对象分成不同的组进行分析。

3.6.2.2.7 Meta 回归 meta-regression

能够准确测量混杂因素异质性的模型，通过线性回归的原理消除混杂因素的影响，来排除异质性对 Meta 分析结果影响的分析方法。

3.6.2.2.8 敏感性分析 sensitivity analysis

又称“灵敏度分析”。一定假设条件下考察结果稳定性的方法，其目的是发现影响 Meta 分析研究结果的主要因素，解决不同研究结果的矛盾性，发现产生不同结论的原因。

3.6.2.2.9 森林图 forest plot

以统计指标和统计分析方法为基础，用数值运算结果绘制出的图型；在平面直角坐标系中，以一条数值为 1 或 0 的中心垂直线的无差异线为界，试验结局的效应值横向排列，综合效应值以一小菱形方块或其他图形表示。

3.6.2.2.10 发表偏倚 publication bias

研究结果的方向和强度对发表机会、研究者和评价者的倾向及编辑对文稿的采纳产生影响造成的偏倚，一般指研究者、审稿人、杂志编辑对“阴性”结果的研究兴趣不大，导致阴性结果的研究未获得充分发表的偏倚。

3.6.2.2.10.1 漏斗图 funnel plot

以效应量估计值为横坐标，以效应量标准误的倒数作为纵坐标绘制的散点图，是常见的识别发表偏倚的方法。在无偏倚的情况下，图形呈对称的倒漏斗状；当存在发表偏倚时，图形呈现出现不对称。

3.6.2.2.10.2 失安全数 fail-safe number, Nfs

当 Meta 分析的结果有统计学意义时，为排除发表偏倚的可能或者估计发表偏倚的程度，可计算最少需要多少个未发表的研究才能使 Meta 分析的结论逆转，是评估发表偏倚的一个有用指标。

3.6.2.2.10.3 剪补法 trim and fill method

通过剪去漏斗图中不对称的小样本研究，沿中心两侧添补被剪切的值，用剪补后的漏斗图估计合并效应量，从而识别和校正由发表偏倚引起的漏斗图不对称的方法。

3.6.2.2.11 文献检索偏倚 literature search bias
在文献检索过程中采用的检索策略或检索工具不具有代表性,导致检索出的研究代表性不足而引起的偏倚。

3.6.2.2.11.1 语言偏倚 language bias
又称“语种偏倚”。在文献检索中将检索语言限定在某一种或者某几种,导致语言障碍和信息资源有限而引起的偏倚。

3.6.2.2.11.2 文献库偏倚 database bias
又称“文献数据库偏倚”。在文献检索中,因主要医学文献检索库集中于少数国家、各国文献库收录标准不同等因素而引起的偏倚。

3.6.2.2.12 地区偏倚 geographical bias
因地域不同导致研究结果差异而引起的偏倚。如在某些国家发表的研究可能比其他国家发表的研究更容易得出干预措施有明显疗效的结论。

3.6.2.2.13 引用偏倚 citation bias
系统综述时,通过引用参考文献选择所引起的偏倚,如支持阳性结果的试验比不支持的试验可能更多地被作为参考文献加以引用,属于选择偏倚。

3.6.2.2.14 多次发表偏倚 multiple publication bias
又称“重复发表偏倚”。同一研究多次发表而引起的偏倚,属于选择偏倚。阳性结果的研究更容易造成多次发表和报告,因此更容易被纳入 Meta 分析中。纳入重复发表的数据可能会人为地增加统计学精确性,并高估干预措施疗效。

3.6.2.2.15 纳入标准偏倚 inclusion criteria bias
系统综述时,因文献的选择标准不准确产生的偏倚,属于选择偏倚。文献入选标准为人为制定,易受制定者知识、文献研究结果等因素所影响。

3.6.2.2.16 权重偏倚 weighting bias
在整合各项研究结果时,因使用不同的效应指标赋权的原则,赋予不恰当的权重而引起的偏倚。

3.6.2.2.17 系统综述质量评价工具

3.6.2.2.17.1 AMSTAR 量表 a measurement tool to assess systematic review, AMSTAR

系统综述质量评价的工具,从系统综述是否事先制定了研究方案、文献检索是否系统全面、文献筛选和数据提取是否可重复等方面,对系统综述的实施过程和所采取的偏倚控制措施进行评价。

3.6.2.2.17.2 CASP 清单 critical appraisal skills programme

英国牛津大学循证医学中心制定的质量评价项目,用于评估随机对照试验、队列研究、病例对照研究、定性研究等多种设计类型的研究质量。

3.6.3 系统综述和 Meta 分析相关规范

3.6.3.1 PRISMA 声明 preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses

为撰写系统综述制定的报告规范,涵盖了从研究选择、数据提取、偏倚风险评估到结果呈现等各个方面,旨在提高 Meta 分析的报告质量,由清单、解释和阐述以及流程图等多个部分组成,其中清单包括标题、摘要、前言、方法、结果、讨论和其他信息 7 个部分,包含 27 个条目。

3.6.3.2 QUOROM 声明 the quality of reporting of meta-analyses of randomized controlled trial

由加拿大渥太华大学 Meta 分析质量制定委员会提出的一套 Meta 分析的统一报告格式。初始版本所涉及的条目分为题目、摘要、引言、方法、结果和讨论 6 大部分 18 个条目。

3.6.3.3 MOOSE 声明 meta-analysis of observational studies in epidemiology

由美国疾病预防控制中心资助制定的报告规范,旨在为观察性 Meta 分析研究的作者、审稿人、编辑和读者提供规范参考,初始版本由 6 个部分 35 个条目组成。

3.6.4 系统综述和 Meta 分析的类型

3.6.4.1 快速综述 rapid review, rapid evidence assessment

采用系统综述的整体思路和方法,对有关决策问题的现有证据进行的快速总结和评估。但是会依据具体情况简化甚至节省某些研究步骤和方法,以达到快速完成的目的。

3.6.4.2 系统综述的综述 overview of systematic review

又称“系统评价再综述 (summary of systematic reviews)”,“overview of reviews”。对同一研究问题的现有系统综述进行再次综述的方法。制作方法与系统综述类似,但不针对原始研究进行再评价,可为证据使用者提供更集中的高质量证据。

3.6.4.3 考科蓝系统综述 Cochrane systematic review, CSR

按照考科蓝协作网的工作手册指导,在相应评价组编辑部指导和帮助下所完成的系统综述。

3.6.4.4 个体资料 Meta 分析 individual patient data meta-analysis, IPDMA

又称“个体数据 Meta 分析”。通过直接获取纳入研究每个受试者的原始研究数据，而不是在已经发表的研究中提取数据，进行数据集中重新分析，并在条件允许时合并进行 Meta 分析，能极大减少常规 Meta 分析中常见的发表偏倚和异质性。

3.6.4.5 累积 Meta 分析 cumulative meta-analysis, CMA

把有共同研究目的研究结果看成一个动态的连续统一体，每当有新的研究完成后，即将新的研究结果及时纳入重新进行一次 Meta 分析，再按一定的顺序排列累积的结果，并用森林图表示，以分析每次研究对综合结果的影响。

3.6.4.6 网状 Meta 分析 network meta-analysis, NMA

又称“混合治疗比较 Meta 分析 (mixed treatment comparison meta-analysis)”，“多处理比较 Meta 分析 (multiple treatment comparison meta-analysis)”。利用包含 3 种及以上干预措施构成的证据体里的所有研究，结合直接比较与间接比较，分析证据体中多个干预措施之间治疗效果差异并进行加权合并的 Meta 分析。

3.6.4.7 前瞻性 Meta 分析 prospective meta-analysis, PMA

在任何研究(通常为随机对照试验)的结果尚未出来之前，先进行系统检索、评价和制定纳入及排除标准的一种 Meta 分析。

4. 流行病学应用

4.1 公共卫生监测

4.1 公共卫生监测 public health surveillance

长期、连续、系统地收集人群中有关公共卫生问题的资料，经过科学分析和解释后获得重要的公共卫生信息，并及时反馈给需要这些信息的人或机构，用以指导制定、完善和评价公共卫生干预措施与策略的过程。

4.1.1 病例监测 case-based surveillance

以特定疾病的病例个体为监测对象的监测。

4.1.2 人群监测 population-based surveillance

以特定人群为监测对象的监测。

4.1.3 实验室监测 laboratory-based surveillance

利用实验室方法对病原体或其他致病因素开展监测。

4.1.4 事件监测 event-based surveillance

以特定的健康相关事件为监测对象的监测。

4.1.4.1 突发公共卫生事件监测 public health emergencies surveillance

以突发公共卫生事件为监测对象的监测。

4.1.5 常规报告 routine report

按照规定由相关的机构或人员对特定健康相关问

题进行日常监测的过程。

4.1.6 哨点监测 sentinel surveillance

选择有代表性的人群或地区，用标准的内容和方法对特定健康相关问题进行监测的方法。

4.1.7 被动监测 passive surveillance

下级单位常规上报监测数据和资料，而上级单位被动接受的监测方法。

4.1.8 主动监测 active surveillance

上级单位主动收集或者要求下级单位按照规定收集资料的监测方法。

4.1.9 症状监测 syndromic surveillance, symptom-based surveillance

又称“综合征监测”，“症候群监测 (syndrome surveillance)”。对特定的临床症候群或与疾病相关现象的发生进行监测。

4.1.10 疾病监测 disease surveillance

对特定疾病的发生和死亡进行监测。

4.1.11 传染病监测 infectious disease surveillance

对规定的传染性疾病的的发生和死亡进行监测。

4.1.11.1 病原学监测 pathogen surveillance

征求意见时间
2025年1月24日至2025年4月24日

- 对特定病种的病原体进行监测。
- 4.1.11.2 **耐药性监测** drug resistance surveillance
对特定病种病原体对抗微生物药品耐药情况进行监测。
- 4.1.12 **非传染病监测** noninfectious disease surveillance
对规定的非传染性疾病的发生和死亡进行监测。
- 4.1.13 **医院感染监测** nosocomial infection surveillance
在医院的特定人群中对医院感染的发生进行监测。
- 4.1.14 **死因监测** cause of death surveillance
对个体死亡原因进行监测。
- 4.1.15 **危险因素监测** risk factors surveillance
对影响健康相关危险因素进行监测。
- 4.1.15.1 **自然环境危险因素监测** natural environment risk factors surveillance
对自然环境中可能导致人体健康危害的相关因素进行监测。
- 4.1.15.2 **社会环境危险因素监测** social environment risk factors surveillance
对社会环境中可能影响个体或群体身心健康的相关因素进行监测。
- 4.1.15.3 **行为危险因素监测** behavioral risk factors surveillance
对影响健康相关问题的行为危险因素进行监测。
- 4.1.16 **健康相关信息监测** health-related information surveillance
对个体或特定人群的健康及其影响因素等信息进行监测。
- 4.1.17 **舆情监测** public opinion monitoring
对经互联网传播的公众对现实生活中某些热点、焦点问题所持的有较强影响力、倾向性的言论和观点进行监测。
- 4.1.18 **监测系统** surveillance system
为达到特定目标而对健康相关问题开展有组织、有计划的监测时用于实时收集和分析数据的信息系统。
- 4.1.18.1 **监测病例** surveillance case
在公共卫生监测活动中，采用统一制定的、操作性强的诊断标准确定的病例。
- 4.1.18.2 **监测人群** population under surveillance
在公共卫生监测活动中，规定的监测特定目标人群。
- 4.1.18.3 **监测闭环** cycle of surveillance
监测资料的收集、分析、解释、传播和使用的循环过程。
- 4.1.18.4 **漏报调查** underreporting investigation
按照规定的方案，对一定范围和时期内符合规定应报告而未报告的特定监测事件进行调查，以了解特定公共卫生问题发生的真实情况以及未上报的程度和原因等。
- 4.1.18.5 **预警** early warning
采用科学的方法对监测数据进行分析后，对出现的偏离通常或正常观察频率的情况而发出的紧急信号。
- 4.1.18.6 **预测** prediction
利用已有的监测信息、经验和手段，对尚未发生、目前还不明确的事件进行预先估计，推测事件未来的状况和发展趋势的过程。

4.2 疾病防控策略

- 4.2.1 **医学模式** medical model
人类在与疾病抗争和认识自身生命过程中，对健康观和疾病观等医学观念的本质概括，是医学整体思维方法和解释、处理医学问题的方式。
- 4.2.1.1 **生物医学模式** biomedical model
从生物学的角度解释、诊断、治疗和预防疾病，反映病因、宿主和自然环境三者内在联系的医学观和方法论。
- 4.2.1.2 **生物-心理-社会医学模式** biopsychosocial model
从生物、心理和社会等方面来观察、分析和思考，并且处理疾病和健康问题的科学观和方法论。
- 4.2.2 **疾病预防** disease prevention
预防疾病和残疾的发生，阻止或延缓其发展的一系列活动。
- 4.2.2.1 **疾病三级预防** three levels of disease

prevention

针对疾病的不同阶段，在目标人群按照防止疾病发生、阻止或延缓其发展、减少其危害等三个层级采取相应的公共卫生预防措施。

4.2.2.1.1 第一级预防 primary prevention

又称“病因预防 (etiologic prevention)”。在疾病尚未发生时针对病因或危险因素采取措施，降低有害暴露的水平，增强个体对抗有害暴露的能力，预防疾病的发生，或至少推迟疾病的发生。

4.2.2.1.1.1 高危人群策略 high-risk strategy

对发病风险高的群体，针对致病危险因素采取有针对性的措施，降低危险暴露水平及其未来发病的风险的策略。

4.2.2.1.1.2 全人群策略 population-based strategy

通过消除或降低有害暴露，尤其是那些个体难以觉察或控制的环境暴露，或针对人群中有害暴露的决定因素，即病因的原因采取措施，降低整个人群有害暴露的水平，进而降低人群总的疾病负担的策略。

4.2.2.1.2 第二级预防 secondary prevention

又称“三早预防”。为阻止或延缓疾病的发展而采取的早发现、早诊断、早治疗等措施。

4.2.2.1.3 第三级预防 tertiary prevention

为防止病残和促进功能恢复，提高生存质量，延长寿命，降低病死率所采取的措施。

4.2.2.2 零级预防 primordial prevention

以政府为主体，多部门参与，通过制定法规、政策或指南，并采取措施，防止可能引发公共卫生事件的各种不良因素出现。

4.2.3 疾病自然史 natural history of disease

疾病从发生到结局(如死亡、痊愈)的过程，可分为易感期、亚临床疾病期、临床疾病期和康复期。

4.2.3.1 易感期 stage of susceptibility

人体免疫力下降，容易罹患疾病的时期。

4.2.3.2 亚临床疾病期 stage of subclinical disease

通过特殊检查可以确定疾病存在，但没有临床症状和体征表现的疾病时期。

4.2.3.2.1 诱导期 induction period

从暴露于病因因子到疾病开始所经历的时间。

4.2.3.2.2 潜伏期 incubation period

病原体侵入机体至开始出现临床症状和体征的一段时间。

4.2.3.2.3 潜隐期 latent period

从暴露于病因因子到出现疾病表现所经历的时间。在传染病中，特指病原体侵入机体到机体开始具有传染性的时间间隔。

4.2.3.3 临床疾病期 stage of clinical disease

疾病表现出明显的症状和体征的时期。

4.2.3.4 康复期 stage of recovery

个体的机体功能和社会功能恢复时期。

4.2.4 健康保护 health protection

又称“健康防护”。采取有针对性的措施保护个体或人群免受来自外界环境的生物、物理、化学等有害物质对健康的威胁。

4.2.5 健康教育 health education

通过信息传播和行为干预，帮助个人和群体掌握卫生保健知识，树立健康观念，自愿采纳有利于健康行为和生活方式的教育活动与过程。

4.2.6 健康促进 health promotion

运用行政或组织的手段，广泛协调社会各相关部门及社区、家庭和个人，使其履行各自对健康的责任，共同维护和促进健康的一种社会行为和社会战略。

4.2.7 健康管理 health management

对个人及人群的健康状况及危险因素进行全面管理的过程。包括危险因素的监测、分析、评估、预测、预防和干预。

4.2.8 疾病预防措施 disease prevention measure

为防止或减少疾病发生所采取的具体活动、步骤和计划。

4.3 突发公共卫生事件

4.3 突发公共卫生事件 public health emergency

突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒等事件。

4.3.1 传染病事件 infectious disease event

各类传染病暴发、流行或大流行，发生新传染病或尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现已消灭的传染病重新流行，造成或可能造成公

众健康和生命安全危害的事件。

4.3.2 食物中毒事件 food poisoning event

摄入含有生物性、化学性有毒有害物质的食品或将有毒有害物质当作食品摄入而造成人群出现的急性、亚急性疾病的事件。

4.3.3 急性职业中毒事件 acute occupational poisoning event

在职业活动中，因接触各种有毒物质等因素而引起的人群急性中毒事件。

4.3.4 环境因素事件 environmental health event

由突发污染物排放或自然灾害、生产安全事故等因素所致的生活环境破坏，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的事件。

4.3.4.1 水污染事件 water pollution event

由于人为或自然因素导致污染物进入水体或供水管网，造成水质突然恶化，危及或可能危及公众身体健康的事件。

4.3.4.2 空气污染事件 air pollution event

由于人为或自然因素使气体、固体或液体悬浮物等有害物质进入大气中，导致空气污染物浓度达到有害程度，超过环境质量标准，危及或可能危及公众健康和生命安全的事件。

4.3.4.3 土壤污染事件 soil pollution event

由于工业废水、废渣等污染物排入土壤，造成短时间内人群大量发病和死亡的事件。

4.3.4.4 高温中暑事件 heat stroke event

由于高温气象条件为直接诱因，并直接导致社会公众身体健康明显受损，甚至危及社会公众生命安全的事件。

4.3.5 群体性不明原因疾病 cluster of disease of unknown etiology

在短时间内，某个相对集中的区域内同时或者相继出现具有相同临床表现病例，且病例不断增加，范围不断扩大，又暂时不能明确诊断的事件。

4.3.6 聚集性预防接种异常反应 cluster of adverse events following immunization, cluster of AEFI

同种疫苗受种者中，短时间内发生相同或类似临床症状的人数明显增多；或者同一接种单位的受种者中，短时间内多人出现相同或类似临床症状，且导致死亡、危及生命或需要住院治疗等情形的事件。

4.3.7 群体预防性服药反应 cluster of adverse event following chemoprophylaxis

一个预防服药点一次预防服药活动中出现多例不良反应、心因性反应，或出现死亡的事件。

4.3.8 医源性感染事件 healthcare-associated infection event

医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生多例同种同源感染病例的事件。

4.3.9 核辐射突发事件 nuclear or radiological emergency

因放射源丢失、被盗、失控，或因放射性同位素和射线装置的设备故障或操作失误导致人员受到异常照射的意外事件。

4.3.10 国际关注的突发公共卫生事件 public health emergency of international concern, PHEIC

通过疾病的国际传播构成对其他国家的公共卫生风险，以及可能需要采取协调一致的国际应对措施的不同寻常的事件。

4.3.11 突发公共卫生事件管理信息系统 public health emergency management information system

按照国家突发公共卫生事件管理及信息报告有关规定，通过网络直报方式报告突发公共卫生事件相关信息的一种监测机制。

4.3.12 突发公共卫生事件应急作业中心 public health emergency operations center, PHEOC

突发公共卫生事件应急响应的指挥、管理和协调中枢。由经过培训的专业人员在紧急状况下集中开展工作，为现场调查人员或其他应急作业中心提供信息管理和追踪、资源配置和规划等支持，并迅速做出应对决策。

4.3.13 突发公共卫生事件应急响应 public health emergency response

在获知发生或可能发生突发公共卫生事件后所采取的紧急筹划和应对行动。根据事件的性质、规模，可划分为不同级别。

4.3.13.1 快速需求评估 rapid needs assessment

通过现场调查等手段，快速收集突发事件信息、环境信息和相关部门信息，评估事件对公共卫生和医疗基础设施的影响，以及受影响人群的需求，做出有效和充分的应急响应的过程。

4.3.14 突发公共卫生事件风险评估 risk assessment of public health emergency

系统地运用相关信息，识别突发事件公共卫生风险的来源，分析风险发生的可能性及严重性，确定风

险等级的过程。

4.3.14.1 突发公共卫生事件风险识别 risk identification of public health emergency

通过回顾历史文献资料等方法，发现、列举并描述突发事件公共卫生风险来源的过程。

4.3.14.2 突发公共卫生事件风险分析 risk analysis

of public health emergency

认识突发事件公共卫生风险属性，并对发生可能性及后果严重性进行估计或赋值的过程。

4.3.14.3 突发公共卫生事件风险评价 risk evaluation of public health emergency

将突发事件公共卫生风险分析结果与风险准则相对比，确定风险等级的过程。

4.4 筛检

4.4 筛检 screening

又称筛查。在表面健康的人群中，运用快速、简便的试验、检查或其他方法，将可能有病和无病者区别开来的一系列医疗卫生服务措施。

4.4.1 筛检的类型

4.4.1.1 整群筛检 mass screening

在疾病患（发）病率很高的情况下，对一定范围内人群的全体对象进行无差异普遍筛查的一种筛检方式。

4.4.1.2 选择筛检 selective screening

又称“高危人群筛检（high risk population screening）”。选择疾病的高危人群进行筛查的一种筛检方式。

4.4.1.3 单项筛检 single screening

用一种筛检试验筛查一种疾病的筛检方式。

4.4.1.4 多项筛检 multiple screening

用多种筛检试验筛查一种疾病的筛检方式。

4.4.1.5 治疗性筛检 therapeutic screening

以治疗疾病为目的的筛检，如大肠癌或乳腺癌的筛检，可发现和治疗早期病人。

4.4.1.6 预防性筛检 preventive screening

以预防疾病为目的的筛检，如高血压的筛检可预防脑卒中。

4.4.1.7 主动性筛检 active screening

群众主动到筛检服务地点进行检查的一种筛检方式。

4.4.1.8 机会性筛检 opportunistic screening

将日常性的医疗服务与筛检结合起来，在病人就医过程中，对非专科就诊的人群进行筛查的一种筛检方式。属于被动性筛检。

4.4.2 筛检试验 screening test

用于识别外表健康的人群中那些可能患病个体或具有患病风险个体的方法。

4.4.2.1 真实性 validity

又称“效度”，“准确度（accuracy）”。测量值与实际值相符合的程度。

4.4.2.1.1 灵敏度 sensitivity

又称“真阳性率（true positive rate）”。在实际患病者中，被筛检试验标准判断为阳性的百分比，反映了筛检试验发现病人的能力。

4.4.2.1.2 假阴性率 false negative rate

又称“漏诊率”。在实际患病者中，被筛检试验确定为阴性的百分比，反映的是筛检试验漏诊病人的情况。

4.4.2.1.3 特异度 specificity

又称“真阴性率（true negative rate）”。在实际无病者中，被筛检试验标准判断为阴性的百分比，反映了筛检试验鉴别排除病人的能力。

4.4.2.1.4 假阳性率 false positive rate

又称“误诊率”。在实际无病者中，被筛检试验判断为阳性的百分比，反映的是筛检试验误诊病人的情况。

4.4.2.1.5 似然比 likelihood ratio

在筛检试验中，有病者中得出某一试验结果的概率与无病者得出这一概率的比值。

4.4.2.1.5.1 阳性似然比 positive likelihood ratio

在有病者中得出某一试验的阳性结果的概率与无病者得出这一概率的比值。

4.4.2.1.5.2 阴性似然比 negative likelihood ratio

在有病者中得出某一试验的阴性结果的概率与无病者得出这一概率的比值。

4.4.2.1.6 诊断指数 diagnostic index

灵敏度和特异度之和，其值越大，筛检的效能越好。

4.4.2.1.7 正确指数 Youden's index

又称“约登指数”。灵敏度与特异度之和减去 1，表示筛检方法识别真正病人与非病人的总能力。正确指数的范围在 0-1 之间。指数越大，真实性越高。

4.4.2.2 预测值 predictive value

筛检试验阳性者或阴性者实际为病人或非病人的概率。

4.4.2.2.1 阳性预测值 positive predictive value

筛检试验阳性者实际为病人的概率。

4.4.2.2.2 阴性预测值 negative predictive value

筛检试验阴性者实际为非病人的概率。

4.4.2.2.3 受试者工作特性曲线 receiver operator characteristic curve, ROC

以假阳性率作为横轴，真阳性率作为纵轴，连接各点绘制成的曲线，曲线上任意一点代表某项筛检的特定阳性标准值相对应的灵敏度和特异度。

4.4.2.2.3.1 临界值 cut off point

又称“截断值”。筛检试验或诊断试验中，确定阳性结果和阴性结果的分界点。

4.4.2.3 可靠性 reliability

又称“信度”，“可重复性 (repeatability)”。相同条件下某种测量工具（如筛检试验）重复测量同一受试者时结果的一致程度。

4.4.2.3.1 符合率 consistency rate

又称“一致率 (agreement rate)”。筛检试验判定的结果与金标准诊断的结果相同的人数占受检人数的比例。

4.4.2.3.2 卡帕值 Kappa index

对同一分类变量两次测量结果的一致性的评价，考虑了机遇因素对一致性的影响。取值范围为-1~+1。

4.4.3 筛检效果评价

4.4.3.1 收益 yield

经筛检后能使多少原来未发现的病人（或临床前期病人、高危人群）得到诊断和治疗。

4.4.3.1.1 联合试验 multiple test

在实施筛检时，采用两种或两种以上筛检试验检查同一受试对象，以提高筛检的灵敏度或特异度，增加筛检收益的一种方式。

4.4.3.1.1.1 串联试验 serial test

一组筛检试验按一定的顺序相连，初筛阳性者进入下一轮筛检，全部筛检试验结果均为阳性才定为阳性的一种方式。可以提高特异度，但会使灵敏度降低。

4.4.3.1.1.2 并联试验 parallel test

全部筛检试验同时平行开展，任何一项筛检试验结果阳性就可判定为阳性的一种方式。可以提高筛查整体的灵敏度，但会降低特异度。

4.4.3.2 需筛检人数 number needed to screen, NNS

在一定时间内，为防止一例目标疾病病例的死亡或不良事件的发生，需要进行筛检的人数。

4.5 循证公共卫生

4.5 循证公共卫生 evidence-based public health

以当前可得最佳科学证据为基础，以社区及人群为对象，制定及评价公共卫生政策和项目，以提高人群健康的过程。

4.5.1 循证卫生保健 evidence-based health care

关注公共体系、公共产品和公共服务等公共卫生领域的问题，遵循当前科学研究的最佳证据制定针对个人和人群的保健策略和措施。

4.5.2 证据收集

4.5.2.1 科学文献 scientific literature

在科技期刊上发表的有关自然科学和社会科学的

原始经验和理论成果的学术性出版物。

4.5.2.1.1 原始研究 primary research

产生和提供证据的基本单位，是所有其他证据衍生品的原始材料。

4.5.2.1.2 综述 review

针对某一研究专题，对原始研究文章的结果进行的综合分析。

4.5.2.1.3 指南 guideline

以循证医学资料为基础，对某个群体的特征进行描述，提出的方向性原则。

4.5.2.1.3.1 临床预防服务指南 guideline to clinical

preventive services

通过对科学证据的系统回顾和评价，总结和制定各种临床预防服务工作的最佳方案。

4.5.2.1.3.2 社区预防服务指南 guideline to community preventive services

总结目前以人群为基础的干预措施中的效果和成本-效益，用于指导社区预防工作的最佳方案。

4.5.2.2 证据演进 6S 模型 6S model of evidence evolution

用于描述和指导循证信息服务的发展过程，包括原始研究、原始研究的摘要及评论、系统评价、系统评价的摘要及评论、循证知识库、证据系统六个阶段。

4.5.2.3 证据金字塔 evidence pyramid

以原始研究为基础，以证据系统为终端，自下而上形成一个不断缩小的证据资源金字塔。

4.5.2.4 考科蓝协作网 Cochrane collaboration

一个以已故英国医生和流行病学家阿奇博尔德·考科蓝命名的国际化的公益性学术组织。其目标是产出可靠且及时的综合证据，解决最重要的健康和护理决策问题，成为全球领先的循证健康和护理倡导者，允许所有人访问、使用和获取证据，为健康和护理决策提供科学的信息。

4.5.2.5 考科蓝图书馆 Cochrane library

由考科蓝协作网协助作者完成并发表的系统综述文献库（光盘和网络），是考科蓝协作网的主要信息产品。

4.5.2.6 坎贝尔协作网 Campbell collaboration

一个以已故美国社会学家唐纳德·坎贝尔命名的国际化的公益性学术组织。其目标是推进国内循证社会科学理念传播，促进各学科研究证据合成，推广证据转化和后效评估方法，加强社会科学领域的研究者、决策者、实践机构交流，转化研究成果，为国家和当地政府智库决策提供方法学和证据支持，搭建循证社会科学的学术交流平台以促进国际学术交流。

4.5.3 证据评估

4.5.3.1 内部真实性 internal validity

研究结果与实际研究对象真实情况的符合程度，用于回答一个研究本身是否真实或有效。

4.5.3.2 外部真实性 external validity

研究结果与推论人群真实情况符合的程度，回答一

个研究能否推广应用到研究对象以外的人群。

4.5.3.3 同行评议 peer review

同一领域的科学家对研究方案及成果进行评审并判断其科学和技术性价值的过程。

4.5.3.3.1 共识会议 consensus conference

针对涉及到政治、社会利益关系并存在争议的科学技术问题，由公众的代表组成团体向专家提出疑问，通过双方的交流和讨论，形成共识，然后召开记者会，把最终意见公开发表的会议形式。

4.5.3.4 GRADE 工作组 the grading of recommendations assessment, development and evaluation working group

全称“推荐意见分级评估、制定和评价工作组”，由包括世界卫生组织在内的 19 个国家和国际组织于 2000 年成立的全球性学术组织。该工作组推出了国际统一的证据分级和推荐意见标准，向全世界推广应用。

4.5.4 证据应用

4.5.4.1 循证卫生决策 evidence-based health decision making

在应对和解决群体性的公共卫生问题时，慎重、准确和明智地应用现有最佳的研究证据，同时根据当地实际情况和民众服务需求，制定出切实可行的卫生政策。

4.5.4.2 决策分析 decision analysis

从若干可能的方案中通过某一分析技术如期望值法或决策树法等，选择最佳决策的定量分析方法。

4.5.4.2.1 德尔菲法 Delphi method

依据系统的程序，采用匿名的方式，通过多轮征询专家对问卷所提问题的意见，归纳汇总成为专家看法，作为决策的依据。

4.5.4.2.2 名义小组技术 nominal group technique

一种管理决策中的定性分析方法。它召集一群人作为名义小组，先由每个人分别对主持人的提问写出自己的尽可能多的主意，再由主持人收集并公布所有主意，然后成员们针对这些主意进行讨论以求得一致理解，最后通过匿名投票来排列主意的优先顺序。

4.5.4.2.3 情景规划 scenario planning

一种小团体的研究方法，为了预测某事件或系统在未来的时间点的发展状况，而预设未来可能面对的情景。

4.5.4.3 基本优先等级 basic priority level

根据问题大小、严重程度、干预效果，以及合理性、经济影响、可接受程度、可用的资源和合法性区分优先考虑的健康问题的方法。

4.5.4.4 隐性知识 implicit knowledge

来源于个体对外部世界的感知和判断，基于主观的直觉、预感和洞见而植根于个体的理想、价值观、情感和行动之中，是经验性的、尚未规范和编码化的知识。包括个体、团体和组织隐性知识。

4.5.4.5 显性知识 explicit knowledge

能够以一种系统的方法表达的、正式而规范的知识。以语言、文字等结构化的形式存储的，并且表现为产品外观、文件、数据库、说明书、公式和计算机程序等形式。

4.5.5 政策评估

4.5.5.1 形成性评估 formative evaluation

在干预的早期阶段进行的一种评价类型，以确定某个干预项目或政策的内容对于目标人群是否可行、适当和有意义。

4.5.5.2 过程评估 process evaluation

跟踪项目或政策结果的变化来分析项目的投入和实施经验，通常在公共卫生干预的早期阶段进行，有助于对其进行中期修正。

4.5.5.3 影响评估 impact evaluation

用来评估项目目标（中期目标）完成的程度，可以评估预期或意外的后果。指标可包括对知识、态度或行为的变化，危险因素的改变等。

4.5.5.4 结局评估 outcome evaluation

评估项目或政策对于健康状况、生活质量，或者发病率、死亡率等远期结局的影响效果。

4.6 流行病学分支

4.6.1 传染病流行病学 infectious disease epidemiology

应用流行病学的原理和方法，研究传染病在人群中的发生、发展及分布规律和影响因素，并制定预防、控制和消灭传染病的对策和措施的一门流行病学分支学科。

4.6.1.1 传染病 infectious disease

又称“传染性疾病（communicable disease）”。由病原体引起的，能在人与人、动物与动物以及人与动物之间相互传播的疾病。

4.6.1.2 传染过程 infection process

病原体进入宿主体后，与机体相互作用、相互斗争的过程，亦即传染发生、发展、直至结束的整个过程，传染过程是个体现象。

4.6.1.2.1 病原体 pathogen, infectious agent

能够引起宿主致病的各类生物，包括病毒、细菌、立克次体、支原体、衣原体、螺旋体、真菌以及朊病毒等各种微生物以及寄生虫等。

4.6.1.2.1.1 传染力 infectivity

又称“感染力”。病原体侵入宿主体内生长、繁殖、造成宿主感染的能力，以病原体造成感染的人数与易感人群暴露总人数之比来表示。

4.6.1.2.1.2 致病力 pathogenicity

病原体侵入宿主体后引起疾病的能力，可用暴露

者中发生临床疾病者的比例来衡量。

4.6.1.2.1.3 毒力 virulence

病原体感染宿主体后引起严重病变的能力，可用病死率和重症病例比例来评价。

4.6.1.2.1.4 免疫原性 immunogenicity

感染发生后病原体诱导机体产生免疫反应的能力。

4.6.1.2.2 宿主 host

在自然条件下能够为病原体提供生存地的人或动物。

4.6.1.3 感染谱 spectrum of infection

又称“感染梯度（gradient of infection）”。宿主对病原体感染过程反应的轻重程度。

4.6.1.3.1 隐性感染 inapparent infection

又称“亚临床感染（subclinical infection）”。病原体侵入机体后缺乏可识别的临床症状或体征，但可通过分离病原体、检测病原体核酸或特异性抗体等发现的一种状态。

4.6.1.3.2 显性感染 apparent infection

又称“临床感染（clinical infection）”。病原体侵入机体后出现临床症状和体征的一种状态。

4.6.1.4 疾病进展状态 disease progression state

机体暴露于病原体后，从感染、发病到恢复或死亡的发展状态。

4.6.1.4.1 潜伏期 incubation period

自病原体侵入机体到最早临床症状出现的时期。

4.6.1.4.2 临床症状期 period with clinical symptom

病人出现特异性临床症状和体征的时期。

4.6.1.4.3 恢复期 convalescent period

病人的临床症状消失，机体逐渐恢复的时期。

4.6.1.4.4 传染期 communicable period, infectious period

传染源能够将病原体传播给另一个易感者的时期。

4.6.1.5 流行过程 epidemic process

传染病在人群中连续传播的过程，包括病原体从传染源排出，经过一定的传播途径，侵入易感者机体而形成新的感染的整个过程。

4.6.1.5.1 传染源 reservoir of infection

体内有病原体生长、繁殖并且能排出病原体的人和动物，包括传染病的病人、病原携带者和受感染的动物。

4.6.1.5.1.1 传染来源 source of infection

又称“感染来源”。能够将传染性致病因素传播给宿主的人、动物或物体。。

4.6.1.5.1.2 感染剂量 infective dose

引起易感个体感染所需病原体的最小剂量。

4.6.1.5.2 传播途径 route of transmission

病原体从传染源排出后，侵入新的易感宿主前，在外环境中所经历的全部过程。

4.6.1.5.2.1 垂直传播 vertical transmission

又称“母婴传播”。病原体通过母体直接传给子代的传播方式，包括经胎盘传播、上行性传播、分娩时传播和哺乳传播。

4.6.1.5.2.2 水平传播 horizontal transmission

病原体在外环境中借助传播因素实现人与人之间传播的方式。

4.6.1.5.2.3 经接触传播 contact transmission

病原体经易感者与传染源直接接触或与被传染源的排出物或分泌物污染的物品间接接触而传播的方式。

4.6.1.5.2.4 经空气传播 air-borne transmission

病原体经空气中的飞沫、飞沫核或尘埃而传播的方式。

4.6.1.5.2.5 经节肢动物传播 arthropod-borne

transmission

又称“虫媒传播”，“媒介传播（vector-borne transmission）”。病原体经节肢动物机械携带或吸血叮咬而传播的方式。

4.6.1.5.2.6 经水传播 water-borne transmission

病原体通过污染饮用水或人群接触含有病原体的疫水所发生的传播。

4.6.1.5.2.7 经食物传播 food-borne transmission

由于食用含有病原体的食物或被病原体污染的食物而引起的传播。

4.6.1.5.2.8 经血液传播 blood-borne transmission

易感者通过接触带有病原体的血液或血液制品而发生感染的一种传播方式。

4.6.1.5.2.9 医源性传播 iatrogenic transmission

又称“医院获得性感染（nosocomial infection, hospital-acquired infection）”。在医学服务中，因病原体传播引起的感染。

4.6.1.5.3 人群易感性 herd susceptibility

人群作为一个整体对疾病的易感程度。

4.6.1.5.4 疫源地 epidemic focus

传染源及其排出的病原体向周围播散所能波及的范围。

4.6.1.5.4.1 疫点 epidemic point

范围较小的或单个传染源所构成的疫源地。

4.6.1.5.4.2 疫区 epidemic area

范围较大的或若干疫点连成片的疫源地，如一个或几个村、居委会或街道。

4.6.1.6 传染性 infectiousness

一种病原体从一个宿主传播给其他宿主的难易性。

4.6.1.6.1 传播概率 transmission probability

又称“传染概率”。易感者与传染源接触后成为感染者的概率。

4.6.1.7 传染病预防策略与措施

4.6.1.7.1 检疫 quarantine

在某传染病的最长潜伏期内，限制已经暴露于该病的健康个体的活动并开展医学观察、留验、隔离等的管理措施。

4.6.1.7.2 隔离 isolation

在传染期内，将感染的人或动物就地分开进行医疗处理和观察，以防止或限制传染性病原体从感染者

或动物直接或间接传给易感者或那些可能将病原体播散给他人的人的管理措施。

4.6.1.7.3 接触者追踪 contact tracing

寻找接触过传染源或其污染的环境而可能受到感染的个体，监测其感染情况的一种公共卫生措施。

4.6.1.7.4 传染病的预防控制水平

4.6.1.7.4.1 控制 control

将传染病的发病率、患病率或死亡率降低到可接受的水平。

4.6.1.7.4.2 消除 elimination

在特定地理区域内将特定传染病的发生率降低到事先规定的非常低的水平。

4.6.1.7.4.3 消灭 eradication

在全世界范围内将特定病原的感染永久消除，从此不再需要采取干预措施。

4.6.1.7.4.4 根除 extinction

自然界及实验室中已不再存在特定病原。

4.6.1.7.5 消毒 disinfection

采用化学、物理、生物等方法消除或杀灭外界环境中病原体的一种措施。

4.6.1.7.5.1 预防性消毒 preventive disinfection

在没有发现明确传染源的情况下，对可能被传染病病原体污染的场所和物品进行的消毒。

4.6.1.7.5.2 终末消毒 terminal disinfection

当传染源痊愈、死亡或离开后为了清除传染源所播散在外界环境中的病原体而对疫源地进行的彻底消毒。

4.6.1.7.5.3 随时消毒 concurrent disinfection

当传染源还在疫源地时，对其排泄物、分泌物、被污染的物品及场所进行的及时消毒。

4.6.1.7.6 免疫预防及其效果评价

4.6.1.7.6.1 免疫 immunity

机体免疫系统对一切异物或抗原性物质进行非特异或特异性识别和排斥清除的一种生理学功能。

4.6.1.7.6.1.1 固有免疫 natural immunity

又称“天然免疫”，“先天免疫（innate immunity）”。个体在长期进化中所形成的、与生俱有的抵抗病原体侵袭、清除体内抗原性异物的防御能力。并非针对特定抗原，是机体抵御病原体感染的第一道防线。

4.6.1.7.6.1.2 获得性免疫 acquired immunity

又称“适应性免疫（adaptive immunity）”，“特异性免疫（specific immunity）”。机体针对某一抗原所产生的高度专一性免疫。指个体出生后通过感染或预防接种方式与抗原物质接触而产生的免疫力，具有特异性和记忆性。

4.6.1.7.6.1.3 群体免疫 herd immunity

大规模感染或预防接种后，社区群体中大部分个体已对特定病原体具有免疫力，以致一个已患病个体在此群体中传染他人的可能性变小。

4.6.1.7.6.2 预防接种 vaccination

又称“人工免疫”，“免疫接种（immunization）”。利用人工制备的疫苗或抗体通过适宜的途径对机体进行接种，使机体获得对某种传染病的特异免疫力，以提高个体或群体的免疫水平、预防和控制相关传染病的发生和流行的一种公共卫生服务。

4.6.1.7.6.2.1 疫苗 vaccine

以病原微生物或其组成成分、代谢产物为起始材料，采用生物技术制备而成，用于预防、治疗人类相应疾病的生物制品。

4.6.1.7.6.2.2 人工获得性免疫 artificial acquired immunity

以人工方法将疫苗或免疫物质(特异性抗体)接种至人体所产生的特异性免疫。

4.6.1.7.6.2.2.1 人工自动免疫 artificial active immunity

将疫苗接种到人体，使机体自身的免疫系统产生对相关传染病的特异性免疫力的预防措施。

4.6.1.7.6.2.2.2 人工被动免疫 artificial passive immunity

将含有特异性抗体的血清或制剂接种人体，使机体被动地获得特异性免疫力而受到保护的预防措施。

4.6.1.7.6.2.3 接种率 vaccination coverage, immunization coverage

已经进行预防接种的人数占应该接种人群总数的比例。

4.6.1.7.6.2.4 预防接种禁忌 vaccine contraindication

机体存在禁止接种疫苗的某些状况。

4.6.1.7.6.2.5 预防接种后不良事件 adverse event following immunization, AEFI

又称“疑似预防接种异常反应”。在预防接种后发生

的怀疑与预防接种有关的反应或事件。

4.6.1.7.6.2.5.1 疫苗不良反应 vaccine adverse reaction following immunization, vaccine reaction

合格的疫苗在实施规范接种后,发生与预防接种目的无关或意外的有害反应。

4.6.1.7.6.2.6 疫苗犹豫 vaccine hesitancy

应接种疫苗的个体在疫苗服务可及的情况下拒绝或延迟接种疫苗。

4.6.1.7.6.3 免疫规划 immunization programme

根据国家传染病防治规划,使用有效疫苗对易感人群进行预防接种所制定的规划、计划和策略,按照确定的疫苗品种、免疫程序或者接种方案,在人群中有计划地进行预防接种。

4.6.1.7.6.3.1 免疫程序 immunization schedule

为合理使用疫苗而制定的接种疫苗的先后次序、起始月(年)龄、剂量、间隔时间和要求。

4.6.1.7.6.3.1.1 基础免疫 primary immunization

机体初次接受某种疫苗的全程足量的预防接种,常包括多个剂次。

4.6.1.7.6.3.1.2 加强免疫 booster immunization

在完成基础免疫后,为使机体继续维持必要的免疫力,根据不同疫苗的免疫特性在一定时间内进行的疫苗再次接种。

4.6.1.7.6.3.1.3 序贯免疫 sequential immunization

在基础免疫和加强免疫中分别采用不同技术路线的疫苗,按照一定的时间间隔和剂次进行接种的一种接种策略。

4.6.1.7.6.3.1.4 补充免疫 catch-up vaccination

按免疫接种规划对应种未种或漏种部分剂次的人群进行的补充接种。

4.6.1.7.6.4 疫苗效果评价

4.6.1.7.6.4.1 疫苗效力 vaccine efficacy

疫苗在随机对照试验中理想条件下的有效性。

4.6.1.7.6.4.2 疫苗效果 vaccine effectiveness

疫苗在人群中实际应用的有效性。

4.6.1.7.6.4.3 抗体阳转率 seroconversion rate

又称“血清阳转率”。在接种疫苗或暴露于某种病原体的人群中,产生针对特定病原体抗体的人所占比例

4.6.1.7.6.4.4 疫苗保护率 vaccine protection rate

疫苗接种后人群中可免于发病或产生某种临床结局的比例。

4.6.2 慢性病流行病学 chronic diseases epidemiology

应用流行病学的原理和方法,研究慢性疾病在人群中的分布及其影响因素,探索病因,制定相应的干预和防御措施并对措施加以评价的一门流行病学分支学科。

4.6.2.1 慢性非传染性疾病 noncommunicable disease, NCD

简称“慢性病(chronic disease)”。一类起病隐匿,病程长且病情迁延不愈,缺乏确切的传染性生物病因证据的疾病的总称。

4.6.2.2 过早死亡 premature death

发生在期望寿命前的死亡。

4.6.2.3 癌症登记 cancer registry

日常工作中对发现的特定癌症病例的记录。

4.6.2.4 癌症筛查 cancer screening

在表面健康的人群中,运用快速、简便的试验、检查或其他方法,将可能患有癌症和无癌症者区别开来。

4.6.2.5 暴露及测量

4.6.2.5.1 癌前病变 precancerous lesion

具有癌变潜在可能的病变。

4.6.2.5.2 吸烟 smoking

主动吸入有烟烟草制品燃烧产生的烟草烟雾的行为。

4.6.2.5.2.1 日吸烟量 cigarettes smoked per day

吸烟者每天的吸烟支数。

4.6.2.5.2.2 吸烟指数 smoking index

每日吸烟支数与吸烟年数的乘积。

4.6.2.5.2.3 青少年烟草使用率 prevalence of tobacco use in adolescents

所有接受调查的10-19岁人群中,任何有烟雾或无烟雾烟草产品的日常或非日常使用者的人数所占的比例。

4.6.2.5.2.4 成人烟草使用率 prevalence of tobacco use in adults

所有接受调查的18岁及以上人群中,任何有烟雾或无烟雾烟草产品的日常或非日常使用者所占的

- 比例。
- 4.6.2.5.3 被动吸烟 passive smoking
不吸烟者从生活或工作环境中吸入烟草烟雾的被动过程。
- 4.6.2.5.3.1 二手烟暴露率 prevalence of exposure to secondhand smoke
所有接受调查的人中，报告在调查日期之前的一段规定时间内接触从卷烟或其他烟草制品燃烧端所散发的烟雾的人所占比例，反映接触二手烟的普遍程度。
- 4.6.2.5.3.2 三手烟暴露率 prevalence of exposure to thirdhand smoke
所有接受调查的人中，报告在调查日期之前一段规定时间内接触吸附在衣服、家具、地毯、墙壁甚至头发和皮肤等表面的烟草烟雾残留物的人所占比例。
- 4.6.2.5.4 重度间歇性饮酒 heavy episodic drinking, HED
每月至少一次饮用 60 克或以上纯酒精的饮酒行为模式。
- 4.6.2.5.5 人均饱和脂肪酸供能比 mean proportion of total energy intake from saturated fatty acid
成人从膳食中获得饱和脂肪酸提供的能量占总能量的平均百分比。计算方法：饱和脂肪酸占有成人受试者总能量摄入量的比例之和/成人受试者的总人数×100%。
- 4.6.2.5.6 青少年身体活动不足 physical inactivity in adolescents
10-19 岁人群每天参加中到高强度体育活动少于 60 分钟的情况。
- 4.6.2.5.7 成人身体活动不足 physical inactivity in adults
18 岁及以上人群体育活动低于推荐标准的情况。2013 年《WHO 慢性病监测框架》推荐标准：18-64 岁的成年人，每星期应进行至少 150 分钟的中等强度身体活动，或每星期内至少 75 分钟的高强度活动，或等量组合的中等和高强度活动。
- 4.6.2.5.8 受全面无烟法规保护人口比例 proportion of people protected by smoke free legislation
通过无烟立法而受到保护的人群数量占全国人口总数的百分比。
- 4.6.2.5.9 心脑血管疾病死亡率 mortality rates of cardiovascular and cerebrovascular disease
因心脑血管疾病导致死亡的概率（1/10 万）。
- 4.6.2.5.10 总体癌症 5 年生存率 5-year survival rate for all cancers combined
确诊的各种癌症患者五年后仍存活的概率。
- 4.6.2.5.11 重大慢性病过早死亡率 premature mortality of major Non-communicable Chronic Diseases, premature mortality of major NCDs
因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等重大慢性病导致的在期望寿命前死亡的概率。WHO 统计的重大慢性病过早死亡是指 30 岁至 70 岁由上述四类慢性病导致的死亡。
- 4.6.2.5.12 癌症发病率 cancer incidence
某人群中每年癌症新发病例数占总人群的比例，通常表示为每 10 万人中癌症的新发病例数量。计算方法：一年内某人群癌症的新发病例数量/同期总人口数×100000。
- 4.6.2.5.13 宫颈癌筛查率 proportion of cervical cancer screening
进行宫颈癌筛查的人数占有接受调查的总妇女人数的比例。
- 4.6.3 伤害流行病学 injury epidemiology
应用流行病学的原理和方法，描述伤害的发生强度及其分布特征，分析伤害发生的规律、原因和危险因素，提出伤害的控制策略与预防措施，并对其防治效果进行评价的一门流行病学分支学科。
- 4.6.3.1 伤害 injury
因为能量（机械能、热能、化学能等）的传递或干扰超过人体的耐受性造成组织损伤，或窒息导致缺氧，影响了正常活动，需要医治或看护。
- 4.6.3.1.1 故意伤害 intentional injury
有意识、有目的地蓄意自害或加害他人所造成的伤害。包括自杀或自残、他杀或加害、虐待、疏忽、斗殴、性暴力等。
- 4.6.3.1.1.1 他伤 injured by others
被他人以任何手段蓄意伤害所引起的损伤。
- 4.6.3.1.1.1.1 他杀 homicide
在意识清楚的情况下，以结束别人生命为目的，故意采取的对别人的伤害行为。
- 4.6.3.1.1.2 自伤 self-injury, self-harm
有意伤害自己的行为。

- 4.6.3.1.1.2.1 **自杀 suicide**
个体蓄意或自愿以某种手段结束自己生命的行为。
- 4.6.3.1.2 **非故意伤害 unintentional injury**
因各种无目的、非有意识的原因造成的伤害。如交通伤害、溺水、动物抓咬伤、高空坠落、中毒、医疗事故等。
- 4.6.3.1.2.1 **交通伤害 traffic injury**
在道路、铁路、航空和水上运输过程中发生的伤害。
- 4.6.3.1.2.2 **中毒 poisoning**
因机体过量接触毒物引起组织结构和功能损害、代谢障碍的疾病。
- 4.6.3.1.2.3 **跌倒 fall**
一个人摔倒在地面、地板，或从高处坠落至较低平面的事件。
- 4.6.3.1.2.4 **医疗事故 medical malpractice**
医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理技术规范或因过失造成患者人身损害的事件。
- 4.6.3.1.2.5 **职业伤害 occupational injury**
在生产劳动过程中由各种原因对个体造成的伤害。绝大多数国家的法律将其作为工伤的一部分。
- 4.6.3.1.2.6 **烧伤 burn**
热力或间接热力（化学物质、电流、放射线等）作用于人体引起的组织损伤。
- 4.6.3.1.2.7 **溺水 drowning**
浴盆、游泳池、自然水域等淹溺或沉没。
- 4.6.3.1.2.8 **窒息 asphyxiation**
因氧的摄入或利用障碍、二氧化碳排出受阻并在体内滞留引发新陈代谢、形态和功能异常的病理状态。
- 4.6.3.1.2.9 **运动伤害 sport injury**
运动过程中身体发生的直接或间接损害。
- 4.6.3.1.2.10 **休闲伤害 leisure injury**
休闲过程中身体发生的直接或间接损害。
- 4.6.3.1.2.11 **产品伤害 product injury**
个体在接触或使用某种产品时，机体突然或短暂地经受不可承受的能量而导致的身体损伤。
- 4.6.3.1.2.12 **机械伤 mechanical injury**
机体受到机械性暴力的撕拉、挫压、撞击、刺剪、割砍、爆炸等作用所致的开放性或闭合性损伤。可使正常组织破坏或产生功能障碍。
- 4.6.3.1.2.13 **烫伤 scald**
热液、蒸汽等引起的组织损伤。是热烧伤的一种。
- 4.6.3.1.2.14 **切割伤 cutting injury**
肢体被玻璃、刀等锐器切割导致的损伤。
- 4.6.3.1.3 **意图不明伤害 injury with undetermined intent**
因一些原因造成不能确定其意图的伤害。
- 4.6.3.2 **伤害的危害**
- 4.6.3.2.1 **功能障碍 dysfunction**
身体、心理不能发挥正常功能的状况。
- 4.6.3.2.2 **残疾 disability**
各种躯体、身心、精神疾病或损伤以及先天性异常所致的解剖结构和生理功能的异常和(或)丧失，造成机体长期、持续或永久性的功能障碍，而不能被治愈的状态。
- 4.6.3.2.2.1 **缺损 impairment**
又称“功能形态残疾（functional and morphological disability）”。由损伤、疾病或发育上的缺陷造成的生理、心理、解剖结构或功能的不同程度的损害。
- 4.6.3.2.2.2 **失能 disability**
按正常方式进行的日常独立生活活动和工作能力的受限或丧失。
- 4.6.3.2.2.3 **残障 handicap**
由损伤或失能导致不能与常人一样生活、工作，不能承担社会和经济上的角色。
- 4.6.3.3 **伤害监测 injury surveillance**
长期、连续、系统地收集伤害及其影响因素资料，经过分析将信息及时反馈，以便采取干预措施并评价其效果。
- 4.6.3.4 **伤害理论模型**
- 4.6.3.4.1 **哈顿矩阵 Haddon matrix**
在制定伤害预防措施时，根据伤害发生前、发生中和发生后三个阶段，针对宿主、致病因素、环境三个因素开展针对性预防的模型。
- 4.6.3.5 **伤害预防 5E 策略 injury prevention 5E strategy**
伤害预防的 5 项基础策略。5E 为 5 项基础策略英文单词首字母大写，包括教育（Education）、执法（Enforcement）、工程（Engineering）、环境（Environmental）和评估（Evaluation）。

4.6.3.5.1 教育预防策略 education strategy

在一般人群和（或）高危人群中开展旨在改变态度和行为的教育干预来预防伤害的策略。

4.6.3.5.2 环境改善策略 environmental modification strategy

改善环境来减少个体疾病和伤害的风险暴露，从而达到预防疾病和伤害的目的。

4.6.3.5.3 工程策略 engineering strategy

通过技术革新或流程优化，从而提升产品的安全性能和安使用。

4.6.3.5.4 强化执法策略 enforcement strategy

通过立法和执法部门加强相关法律法规的执行，以促进人群健康和安。

4.6.3.5.5 评估策略 evaluation strategy

对某项伤害控制的策略和干预措施的效果和效益进行科学评价，为政策制定者和伤害控制工作者提供有依据的建议和意见。

4.6.3.6 安全社区 safe community

具有针对所有人、环境和条件的积极的安全与伤害预防项目，并有多部门共同参与的工作网络的社区。

4.6.4 精神卫生流行病学 psychiatric epidemiology

又称“精神病流行病学（psychiatric epidemiology）”，“精神疾病流行病学（epidemiology of mental illness）”，“精神障碍流行病学（epidemiology of mental disorders）”。应用流行病学的原理和方法，研究精神障碍及与精神健康状态在人群中发生、发展及分布规律，从而制定预防和改善精神障碍促进精神健康的策略和措施，以及评价其效果的一门流行病学分支学科。

4.6.4.1 精神卫生 mental health

研究精神疾病的社会防治、服务对象的心理健康、处理和预防各类精神问题的发生，旨在提高服务对象心理健康和生活质量。

4.6.4.2 心理健康 psychological health

个人具备认识自我、应对正常的生活应激、有成效地工作的能力，以及能对所在社区做出贡献的良好状态。

4.6.4.3 精神症状 psychiatric symptom

精神活动异常的表现，包括内心体验和外部表现，可作为精神障碍的表现形式、诊断的依据、观察疗效的指标。

4.6.4.4 情绪 emotion

人对内外信息的态度体验以及相应的行为和身体反应。是伴有较明显的自主性神经反应的一种心理状态。

4.6.4.5 应激 stress

个体察觉环境刺激对生理、心理及社会系统负担过重时产生的生理、心理反应的总和。

4.6.4.5.1 心理应激 psychological stress

机体在某种环境刺激作用下，由于客观要求和应付能力不平衡所产生的一种适应环境的紧张反应状态。

4.6.4.5.1.1 习得性无助 learned helplessness

个体经历某种学习后，在面临不可控情境时形成无论怎样努力也无法改变事情结果的不可控认知，继而导致放弃努力的一种心理状态。

4.6.4.5.2 心理社会应激 psychosocial stress

由心理社会因素引起的心理和生理反应。

4.6.4.5.2.1 社会支持 social support

来自家庭、亲友和社会各方面(同事、组织、团体和社区等)的精神上和物质上的帮助。

4.6.4.5.2.2 生活事件 life event

生活中能够改变正常生活、对人心理和生理状态造成影响的事件。

4.6.4.5.3 应激相关障碍 stress-related disorder

主要由应激刺激引起的一种精神障碍。

4.6.4.5.4 创伤后应激障碍 posttraumatic stress disorder, PTSD

对具有威胁性或灾难性质的应激事件或情境的一种延迟或迁延的精神障碍。

4.6.4.5.5 全身适应综合征 general adaptation syndrome

由持续应激状态引起的一种普遍生理反应模式。

4.6.4.6 人格 personality

个体内在的心理生理系统的动力组织和由此决定的独特的思维、情感和行模式。

4.6.4.6.1 A型人格 type A personality

以具有高水平的竞争意识、强烈的时间紧迫感、较强的攻击性、强烈的成就努力等行为的集合为特征的人格倾向。

4.6.4.6.2 B型人格 type B personality

以从容不迫、与世无争、随遇而安等的行为的集合为特征的人格倾向。

4.6.4.6.3 C型人格 type C personality

以逆来顺受、爱生闷气、敏感多思、害怕竞争的集合为特征的人格倾向。

4.6.4.6.4 D型人格 type D personality

以经常体验焦虑、愤怒、沮丧、冲突等负性情绪，同时在社交中抑制自己表达这些负性情绪为特征的人格倾向。

4.6.4.7 精神障碍 mental disorder

在各种生物、心理、社会环境等因素的影响下，人的大脑发生病理生理变化使其功能损害，导致其认知、情感、行为等精神活动出现异常的总称。

4.6.4.7.1 器质性精神障碍 organic mental disorder

又称“器质性脑病综合征 (organic brain syndrome)”，“器质性精神病 (organic psychosis)”。基于可证实的大脑疾病、脑损伤或其他损害为病因而归于一组的精神障碍。

4.6.4.7.2 精神分裂症 schizophrenia

具有思维、情感、行为等多方面的障碍，以精神活动不协调为特征的一类病因未明的功能性精神障碍。

4.6.4.7.3 物质所致精神病性障碍

substance-induced psychotic disorder

物质滥用时或之后出现的一组精神病性障碍。

4.6.4.7.4 人格障碍 personality disorder

内心体验和行为模式明显偏离所处的社会文化环境，社会功能受损，但往往不能自我认识的异常人格模式。

4.6.4.7.5 心境障碍 mood disorder

又称“情感障碍 (affective disorder)”。以显著而持久的情感或心境改变为主要特征的一组心理障碍。

4.6.4.7.5.1 抑郁障碍 depressive disorder

以显著而持久的心境低落为主要特征的一组心理障碍。

4.6.4.7.5.2 双相障碍 bipolar disorder

全称“双相情感障碍 (bipolar affective disorder)”; 又称“躁狂-抑郁性精神病 (manic-depressive psychosis)”，“环性精神病 (cyclic psychosis)”。以躁狂和抑郁交替发作为临床特征的心理障碍。

4.6.4.7.6 焦虑障碍 anxiety disorder

以焦虑、紧张、恐惧情绪为主，伴有自主神经系统症状和运动不安等为特征的神经症。

4.6.4.8 文化束缚症候群 culture-bound syndromes

一些与文化相关的特殊精神病理现象。

4.6.4.9 精神健康评估

4.6.4.9.1 心理测验 psychological test

依据心理学原理和技术，以客观的标准化程序对人的心理现象或行为进行量化分析和描述的科学手段。

4.6.4.9.2 心理解剖 psychological autopsy

又称“心理社会解剖”。适宜于通过回顾性研究，描绘死亡者 (如自杀、意外死亡) 的精神健康特征及其影响因素的研究。

4.6.4.9.3 评定量表 rating scale

由一组描述个性特征或特质的词或句子组成，可对某人的某种行为或特质做出评价的量表。

4.6.4.9.3.1 症状评定量表 symptom rating scale

用于评估个体精神症状的严重程度的量表。

4.6.4.9.4 生活质量 quality of life

个人在其所处文化和价值系统背景下，参照目标、期望和关注对自己生活状态的感受与评价。

4.6.4.9.5 生活满意度 life satisfaction

个人对生活的需要和愿望得到满足的主观满意程度。

4.6.4.9.6 工作满意度 job satisfaction

个体对于工作及其相关因素的实际感受与工作期望值对比之后的主观满意程度。

4.6.4.10 精神卫生服务 mental health service

为个体精神健康提供预防、诊断、治疗的组织性活动。

4.6.5 临床流行病学 clinical epidemiology

应用流行病学的原理和方法，观察、分析和解释临床医学中的诊断、筛检、治疗、预后以及病因等问题，为临床决策提供科学依据的一门流行病学分支学科。

4.6.5.1 设计、测量与评价 design, measurement and evaluation, DME

临床流行病学研究的核心内容。将流行病学、统计学和卫生经济学等原理和方法应用于临床研究设计、临床各种现象的测量，以及诊疗决策、经济效

益和医学论文的评价的方法学。

4.6.5.1.1 设计 design

根据研究目的或解决问题的需要，提出研究假设并制定研究方案的过程，包括研究人群、时间、方法、实施流程和预期结果等具体内容，同时应考虑伦理学问题。

4.6.5.1.2 测量 measurement

根据一定法则，将某种现象所具有的属性或特征用数字或符号表示出来的过程，包括检查的对象、方法、设备和其它相关条件，可以采用定量或定性检查方法对各种临床现象进行测定和比较。测量方法应具有较高的灵敏度和特异度。

4.6.5.1.3 评价 evaluation

根据研究目的，应用专业的方法制定科学和客观的标准，分析和判断各种临床数据、实验室数据和临床研究结论的真实性和可靠性，并推断其统计学意义和临床价值。

4.6.5.2 诊断试验 diagnostic test

对疾病诊断进行评价的方法，包括病史采集、体格检查、实验室检查和影像学检查等。通过应用一种或综合多种诊断方法将就诊者区分为患某病的患者和非患者。

4.6.5.3 治疗性研究 therapeutic study

在临床实践中以人为研究对象，应用医学科研的理论和方法，通过科学、严谨的设计和精确测量对所研究或选择的治疗措施的效果进行客观评价，以达到提高治愈率，降低病残率及病死率，提高生存质量，恢复健康的目的。

4.6.5.4 临床研究设计类型

4.6.5.4.1 交叉设计 cross-over design

在临床研究中，为评价不同治疗措施效果，将研究对象随机分配至试验组或对照组，两组研究对象在整个试验过程中通过前后两个阶段分别交替地接受两种不同治疗措施的设计类型。两个阶段之间需要一个洗脱期，以使第一阶段的治疗效应完全消失。

4.6.5.4.2 析因设计 factorial design

将两个或两个以上处理因素的各水平进行组合，对各种可能的组合都进行实验的设计类型。常用以评价两个或多个处理因素的效应及各因素间的交互作用。

4.6.5.4.3 自身前后对照试验 self-controlled before-after study

仅设一组合格的试验对象，将试验期分为前、后两个阶段，在两个阶段随机分配两种不同药物，期间设有适当的停药洗脱期，最后将两阶段的效果进行综合分析和评价的试验设计。

4.6.5.4.4 序贯试验 sequential trial

在试验前不规定样本量，研究对象按先后次序随机分配到试验组或对照组，在不断增加研究对象的同时，在序贯图上将前面试验分析比较的结果逐一连成试验线，当累计的试验线触及“有效”或“无效”界限，即可终止试验。

4.6.5.4.5 多中心临床试验 multi-center clinical trial

由一个或几个单位的主要研究者总负责，多个单位的研究者在不同的研究机构按照同一试验方案同步进行的临床试验。

4.6.5.4.6 历史对照试验 historical control trial

将现患者作为试验组施予新的干预措施，将过去某一规定时期接受过传统疗法或干预措施的病例作为对照组，比较两组的疗效。

4.6.5.4.7 非随机对照试验 non-randomized control trial

在临床试验中，非随机地将研究对象分配到试验组和对照组，施予不同的治疗措施，观察比较两组的疗效。

4.6.5.4.8 I期临床试验 Phase I trial

在人体进行新药临床试验的起始期，初步评价临床药理学及人体安全性的试验，一般以健康受试者为对象研究人体对药物的耐受程度，通过药代动力学研究，了解药物在人体内的吸收、分布、消除的规律，为制定给药方案提供依据。

4.6.5.4.9 II期临床试验 Phase II trial

初步评价药物对目标适应症患者的治疗作用和安全性，即对新药的疗效、适应症和不良反应进行观察。

4.6.5.4.10 III期临床试验 Phase III trial

对新药的治疗作用与安全性进行确认阶段所做的一个或多个临床试验，目的是进一步验证药物对目标适应症患者的治疗作用和安全性，评价利益与风险的关系，为药物注册申请的审查提供依据。

4.6.5.4.11 IV期临床试验 Phase IV trial

在新药批准上市后进行的临床试验，目的是观察已在临床广泛应用药物的疗效和不良反应，包括未能在上市前进行的某些特殊患者的安全性和有效性，

评价在普通或特殊人群中使用的利益与风险关系，以及改进给药剂量等。

4.6.5.4.11.1 优效性试验 superiority trial

观察论证实验性治疗的疗效是否优于对照组（标准对照或安慰剂对照）的试验。

4.6.5.4.11.2 等效性试验 equivalence trial

主要观察验证实验性治疗在某一明确界限之内既不优于也不差于标准对照的试验。

4.6.5.4.11.3 非劣效性试验 non-inferiority trial

主要观察验证实验性治疗的疗效是否不比标准对照差的试验。

4.6.5.5 预后研究 prognostic study

关于疾病各种结局发生概率及其影响因素的研究。

4.6.5.5.1 预后 prognosis

在疾病发生之后，对疾病未来的发展过程和不同结局的一种预测。通常以概率表示，如治愈率、缓解率、复发率和生存率等。

4.6.5.5.1.1 治愈率 cure rate

患某病治愈的人数占该病接受治疗患者总数的比例。多用于病程短、不易引起死亡，并且疗效较为明显的疾病。

4.6.5.5.1.2 缓解率 remission rate

某种疾病患者经过某种治疗后，病情得到缓解的患者数占治疗总人数的比例。多用于病程长、病情重、死亡少见但又不宜治愈的疾病。

4.6.5.5.1.3 复发率 recurrence rate

某病患者中在缓解或病愈后的一段时期内复发者所占的比例。多用于病程长、反复发作、不易治愈的疾病。

4.6.5.5.2 预后因素 prognostic factor

影响疾病预后的所有因素。若患者具有这些影响因素，其病程发展过程中出现某种结局的概率可能发生改变。

4.6.5.6 临床决策分析 clinical decision analysis

为了提高临床决策的科学性，以各种概率数量为依据，以策略论和概率论理论为指导，经过一定的分析和计算，使复杂的临床问题数量化，在充分评价不同方案的风险及利益之后选出最佳方案。

4.6.5.6.1 临床决策 clinical decision

为解决临床诊断和治疗过程中所遇到的各种临床问题，在权衡不同临床诊断或治疗方案的风险和收

益后所做出的对患者相对有益的最佳选择或方案。

4.6.5.6.2 决策树分析 decision tree analysis

医生在制定临床诊断或治疗决策时，将各择方案及相应结局绘成决策树图形，用以展示临床重要事件的可能发展过程及结局，通过比较各种各择方案的预期结果进行择优决策的方法。

4.6.5.6.3 阈值分析 threshold analysis

将诊断试验与治疗的获益与风险联系起来，把这些因素量化，确定治疗的决策不受诊断试验的影响，依据计算的诊断阈值或诊断-治疗阈值进行临床决策。

4.6.5.6.3.1 检查阈值 test threshold

进行检查后决定是否给予治疗或不给予治疗这两种选择的结局无差别时的疾病概率。

4.6.5.6.3.2 诊疗阈值 test-treatment threshold

对患者进行检查后决定是否给予治疗或直接给予治疗这两种选择的结局无差别时的疾病概率。在此点，进行新的诊断试验与进行治疗的价值相当。

4.6.5.7 临床经济学评价 clinical economic evaluation

应用经济学的原理和方法评价临床诊断、预防和治疗技术与措施的经济学效果，找出影响合理利用有限资源的因素，指导临床医生在临床实践中作出决策。

4.6.5.7.1 成本最小化分析 cost-minimization analysis, CMA

在项目的产出或效果、效益和效用没有差别的情况下比较不同措施的成本，选择成本最小的卫生保健项目、计划或干预措施的分析方法。

4.6.6 分子流行病学 molecular epidemiology

应用流行病学的原理和方法，研究人群中疾病/健康状态相关生物标志的分布及其影响因素、医学相关生物群体特征及其与人类疾病/健康的关系，制定防治疾病、促进健康的策略与措施的一门流行病学分支学科。

4.6.6.1 健康-疾病连续带 health-disease continuum

从健康、疾病至健康（或死亡）是一个连续的过程。通过研究疾病发生发展过程中的各类分子事件（或分子生物标志），将疾病的发生发展过程描述为一系列相关分子事件的相互作用及分布变迁，从而绘制的分子水平的疾病自然史。

4.6.6.2 暴露-发病连续带 exposure-disease

continuum, EDC

从暴露到疾病发生连续过程中相关分子事件的相互作用及分布变迁。

4.6.6.3 暴露-健康连续带 exposure-health continuum, EHC

从暴露到健康连续过程中相关分子事件的相互作用及分布变迁。

4.6.6.4 生物标志 biological marker, biomarker

从暴露到疾病发生的连续过程中可测量的、能反映功能或结构变化的细胞、亚细胞、分子水平的物质。

4.6.6.4.1 暴露生物标志 exposure biomarker

简称“暴露标志”。与疾病或健康状态有关的暴露因素的生物标志。

4.6.6.4.1.1 外暴露标志 external exposure marker, EEM

暴露因素进入机体之前的标志，可分为生物性的和非生物性的标志。

4.6.6.4.1.2 内暴露标志 internal exposure marker, IEM

被宿主吸收进入机体后的外源性暴露物质的量，是反映外源性物质进入人体的标志。

4.6.6.4.1.3 生物有效剂量标志 biologically effective dose marker, BEDM

经吸收、代谢活化、转运，最终与靶组织细胞内DNA或蛋白质相互作用的外源性物质或其反应产物的含量，是反映靶细胞分子内接触剂量的标志。

4.6.6.4.2 效应生物标志 effect biological marker, Meff

简称“效应标志”。宿主暴露后产生功能性或结构性变化，并进一步引起疾病亚临床阶段和疾病发生过程的生物标志。

4.6.6.4.2.1 早期生物效应标志 early biological effect marker, EBEM

由于结合到靶组织上的外源性物质的持续作用，引起组织细胞的生物改变，从而产生的疾病前期的生物标志。

4.6.6.4.2.2 结构功能改变标志 altered structure and function marker, ASFM

主要反映化学物质造成的组织器官损伤、形态改变和功能失调的标志物，在暴露-疾病连续带中更接近观察终点（即疾病发生）。

4.6.6.4.2.3 临床疾病标志 clinical disease marker, CDM

与机体亚临床症状的出现密切相关，在暴露到疾病过程中的最后一组标志物。是机体病理状态的反映。

4.6.6.4.3 易感性生物标志 susceptibility biomarker, Msus

简称“易感标志”。在暴露因素作用下，反映宿主对疾病发生、发展易感程度的生物标志。

4.6.6.5 关联研究

4.6.6.5.1 全基因组关联研究 genome-wide association study, GWAS

通过高通量检测技术从全基因组层面开展遗传变异与疾病的关联研究分析，常采用多中心、大样本、多阶段研究设计。

4.6.6.5.2 表达数量性状位点 expression quantitative trait loci, eQTL

基因组中能够调控与性状相关的 mRNA、miRNA 和非编码 RNA 等水平的遗传变异位点。

4.6.6.5.3 主要等位基因 major allele

在 2 个等位基因中频率高的等位基因。

4.6.6.5.4 次要等位基因 minor allele

在 2 个等位基因中频率低的等位基因。

4.6.6.5.5 曼哈顿图 Manhattan plot

以各个单核苷酸多态性的染色体位置顺序排列为横轴，单核苷酸多态性与疾病关联性检验的 P 值的 $-\log_{10}$ 值为纵轴绘制的散点图。

4.6.6.5.6 主效应 main effect

某个因素单独作用时所体现的效应。

4.6.6.5.7 边际效应 marginal effect

某一个因素不同水平下结局变量平均水平的差异。

4.6.6.5.8 联合效应 joint effect

两因素共同作用时体现的总效应，既包括主效应，也包括交互作用的效应。

4.6.6.5.9 净重新分类改进指数 net reclassification index, NRI

阳性事件在各风险分类（组）评价中提高比例与降低比例的差值与阴性事件在各风险分类（组）降低比例与提高比例的差值之和。可以评价新的预测因子提高原有分类（如高、中和低危等）正确率的能力。

4.6.7 遗传流行病学 genetic epidemiology

应用流行病学的原理和方法，研究与遗传有关的疾病在人群中的分布、病因以及制定预防和控制对策的一门流行病学分支学科。

4.6.7.1 孟德尔遗传

4.6.7.1.1 孟德尔遗传定律 Mendel's law of heredity

简称“孟德尔定律（Mendel law）”。孟德尔根据豌豆杂交实验提出的遗传学定律，包括分离定律和自由组合定律。

4.6.7.1.1.1 分离定律 law of segregation

又称“孟德尔第一定律（Mendel's first law）”。控制性状的一对遗传因子在产生配子时彼此分离，并独立分配到不同的子细胞中。孟德尔遗传定律的一种。

4.6.7.1.1.2 自由组合定律 law of independence assortment

又称“孟德尔第二定律（Mendel's second law）”。配子形成时各对等位基因彼此分离后，独立自由地组合到配子中。孟德尔遗传定律的一种。

4.6.7.1.1.3 基因型 genotype

某一特定基因座上的一对等位基因的组合类型。

4.6.7.1.1.4 表型 phenotype

又称“性状（trait）”。生物体所能显现出的性状的总和。生物体在基因型及其与环境相互作用下所产生的物理表现和可观察到的性质。

4.6.7.1.2 单基因遗传 monogenic inheritance

性状或遗传病的发生主要受一对等位基因控制的遗传模式，其遗传方式遵循孟德尔分离定律。

4.6.7.1.2.1 常染色体显性遗传 autosomal dominant inheritance

与一种遗传性状或遗传病有关的基因位于常染色体上，由单个等位基因突变即可表现出相应性状的遗传方式。

4.6.7.1.2.2 常染色体隐性遗传 autosomal recessive inheritance

与一种遗传性状或遗传病有关的基因位于常染色体上，基因性状呈隐性，即只有纯合子时才表现出相应性状的遗传方式。

4.6.7.1.2.3 X连锁隐性遗传 X-linked recessive inheritance

控制某性状的致病基因位于X染色体上且呈隐性，即带有致病基因变异的女性杂合子不发病的一种

遗传方式。

4.6.7.1.2.4 X连锁显性遗传 X-linked dominant inheritance

控制某性状的致病基因位于X染色体上且呈显性，即不论男性和女性只要携带一个致病基因即可引起疾病的一种遗传方式。

4.6.7.1.3 多基因遗传 polygenic inheritance

涉及多个基因的遗传病的遗传模式，由多个微效基因的累加效应控制遗传性状或疾病。

4.6.7.1.3.1 遗传易感性 genetic susceptibility

由遗传因素决定的个体患病风险。

4.6.7.1.4 从性遗传 sex-influenced inheritance

基因型的表现受性别影响的现象。性状相关基因位于常染色体上，但由于受到性激素的作用，基因在不同性别中表达不一致。

4.6.7.1.5 限性遗传 sex-limited inheritance

性状传递受性别限制的遗传现象。性状相关基因在常染色体或性染色体上，但仅在一种性别中表达，限性遗传的性状常和第二性征或性激素有关。

4.6.7.1.6 外显率 penetrance

在具有特定基因型的群体中，表现该基因所决定性状的个体所占的比率。

4.6.7.1.7 表现度 expressivity

相同基因型的个体间基因表达的变化程度。

4.6.7.1.8 拟表型 phenocopy

环境改变所引起的表型改变与某基因引起的表型变化很相似的现象。

4.6.7.1.9 基因-环境交互作用 gene-environment interaction

携带不同基因型的人群其环境危险因素对疾病的风险具有不同的效应，或具有不同环境危险因素的人群其基因型对疾病的风险具有不同的效应。

4.6.7.1.9.1 上位效应 epistasis

影响同一性状的两对非等位基因，其中一对基因（显性或隐性的）抑制（或掩盖）另一对显性基因的作用时所表现的遗传效应。

4.6.7.1.9.2 上位基因 epistatic gene

在上位效应中，起抑制（或掩盖）作用的基因。两对非等位基因控制同一性状有“显隐性”的区别，为与等位基因的显隐性相区分，起“显性”作用的一对基因。

4.6.7.1.9.3 下位基因 hypostatic gene

在上位效应中，被抑制（或掩盖）的基因。两对非等位基因控制同一性状有“显隐性”的区别，为与等位基因的显隐性相区分，起“隐性”作用的一对基因。

4.6.7.2 群体遗传学 population genetics

以群体为单位研究群体内遗传结构及其变化规律的遗传学分支学科。

4.6.7.2.1 遗传平衡定律 law of genetic equilibrium

又称“Hardy-Weinberg 定律(Hardy-Weinberg law)”。在很大的群体中进行随机婚配，在没有大规模迁移、自然选择、突变及其他任何强制力的情况下，群体中的基因频率和基因型频率在世代的繁衍中保持不变。

4.6.7.2.1.1 突变 mutation

生物体 DNA 中碱基序列或结构的任何改变而导致其基因型发生稳定而可遗传的变化过程。

4.6.7.2.1.2 突变率 mutation rate

某一世代中基因的一种等位形式突变为其他等位形式的概率。

4.6.7.2.1.3 随机遗传漂变 random genetic drift

在小群体内，由于配子的随机抽样导致基因频率在世代间的随机变化。

4.6.7.2.1.4 近婚系数 inbreeding coefficient

近亲婚配使子女得到一对相同等位基因的概率。

4.6.7.2.2 多态性 polymorphism

同一基因位点可存在两种以上基因型的现象。

4.6.7.2.2.1 限制性片段长度多态性 restriction fragment length polymorphism, RFLP

在基因组中使用限制性酶切割时，由于限制性酶识别的特异核苷酸序列在基因组中的分布不均匀，所产生的片段数目和各个片段的长度存在差异的现象。

4.6.7.2.2.2 可变数目串联重复序列 variable number of tandem repeats, VNTRS

只有唯一位点并具有高度遗传多态性和高度重复性的 DNA 片段，由一些短的核苷酸序列串联重复次数不同所致，是小卫星 DNA (minisatellite DNA) 和微尾 DNA (microsatellite DNA) 的遗传标志。

4.6.7.2.2.3 单核苷酸多态性 single nucleotide polymorphism, SNP

基因组中核酸变异引起的 DNA 序列多样性，包括

点突变（转换和颠换）、单个碱基的置换、缺失和插入。

4.6.7.2.3 遗传连锁 genetic linkage

大于等于两个的非等位基因连在一起传递的遗传倾向。

4.6.7.3 家族聚集性研究 familial aggregation study

在一些含多个成员的家族中，某病发病率高于全人群的发病率或与家族成员间的某个连续性状正相关，呈现家族聚集性现象。通过该研究可以判断是否存在疾病的家族聚集性以及疾病的家族聚集性的原因。

4.6.7.3.1 家系研究 family study

对一个家族或一组家族的流行病学研究。

4.6.7.3.2 先证者 proband

在研究遗传性疾病的家系中首先被发现具有某一性状的成员，即遗传学研究中的指示病例。

4.6.7.3.3 遗传关系 genetic relationship

一个家系中的两个个体共享常染色体任一基因位点上共同来源的一个或两个等位基因的概率。

4.6.7.3.4 血缘同源 identical by descent, IBD

又称“血缘一致性”。两个等位基因来源于同一个祖先称为等位基因共享血缘一致性，是基因一致性的表现形式。

4.6.7.3.5 状态同源 identical by state, IBS

又称“状态一致性”。两个等位基因的一致性，只表现在 DNA 组成和功能上，而不必来源于共同的祖先，表现为等位基因共享状态一致性，是基因一致性的表现形式。

4.6.7.3.6 单系亲缘 unilineal relative

通过父母一方联系的亲缘关系，如半同胞、亲子、堂兄弟姐妹等，只能共享一个等位基因的血缘同源。

4.6.7.3.7 双系亲缘 bilineal relative

通过父母双方联系的亲缘关系，如全同胞、双重亲表/堂兄妹，可以共享 0、1 或 2 个等位基因的血缘同源。

4.6.7.3.8 亲缘系数 coefficient of relationship

两个个体在某一基因座上有同一基因的概率，一般用 r 表示。

4.6.7.3.9 双生子研究 twin study

研究人类疾病遗传与环境因素作用大小的一种方法。双生子包括同卵双生和异卵双生。可以通过比

较在相似或不同环境中成长起来的同卵双生子及异卵双生子某一疾病或性状发生的一致性，来判断遗传与环境因素的作用。

4.6.7.3.9.1 同卵双生 monozygotic twin, MZ

又称“单卵双生”。同一个受精卵在胚胎发育早期，卵裂球割裂为两团细胞而发育成的双生子。由于是同一受精卵分裂而来，所带基因相同。

4.6.7.3.9.2 异卵双生 dizygotic twin, DZ

又称“二卵双生”。由两个受精卵发育而成的双生子，在遗传特点方面无异于两次独立的妊娠。

4.6.7.4 分离分析 segregation analysis

医学遗传学上经典的分析方法，以孟德尔的分离定律为理论基础，主要通过家系调查对基因的分离行为进行遗传学分析，借助分离分析可以确定某一性状或遗传病的遗传方式。

4.6.7.4.1 家系确证 ascertainment of families

从先证者开始，以他为起点再去逐渐扩展对其他家庭成员、家庭结构的认识。

4.6.7.4.1.1 完全确证 complete ascertainment

对于二分性状，根据先证者的确认率 π （人群中病例被随机选为先证者的可能性， $\pi = A/R$ ，A 为独立确认的先证者数，R 为理想的病例总数）逼近于 1 时，所有有病例的家庭都会纳入。

4.6.7.4.1.2 单个确证 single ascertainment

对于二分性状，根据先证者的确认率 π （人群中病例被随机选为先证者的可能性， $\pi = A/R$ ，A 为独立确认的先证者数，R 为理想的病例总数）逼近于 0 时，此时家庭入选的概率与家庭内病例的个数成正比。

4.6.7.4.1.3 多个确证 multiple ascertainment

对于二分性状，根据先证者的确认率 π （人群中病例被随机选为先证者的可能性， $\pi = A/R$ ，A 为独立确认的先证者数，R 为理想的病例总数）介于 0 到 1 之间，在一些家庭中可能有多个先证者。

4.6.7.4.2 综合分离分析 complex segregation analysis, CSA

利用家系资料综合判断某性状遗传方式的一种方法。利用家系资料拟合、比较不同遗传模型，研究某些质量和数量性状在家系中的传递，分离检验多基因中主基因的作用。

4.6.7.5 连锁分析 linkage analysis

遗传流行病学研究中常用的基因定位方法，通过分

析在染色体上位置已知的遗传标记（标记基因）和某种性状（或疾病）的易感基因（目的基因）的连锁关系，从而将易感基因在染色体上定位。

4.6.7.5.1 参数连锁分析 parametric linkage analysis

又称“经典连锁分析”。用于已知遗传方式、基因频率和外显率的单基因性状的基因定位，是一种连锁分析的方法，适用于以孟德尔传递方式遗传的单基因疾病的分析。

4.6.7.5.2 非参数连锁分析 non-parametric linkage analysis

在分析前不需要确定疾病或性状的遗传模式（如基因型频率、外显率等）的分析方法，是一种连锁分析的方法。

4.6.7.6 连锁不平衡定位 linkage disequilibrium mapping

对基因定位，可用于全基因组扫描，主要的方法有曲线拟合法或利用多个紧密连锁的标记物，进行多位点传递不平衡检验、无关病例对间单体型共享以及正式重组模型。

4.6.7.6.1 连锁不平衡 linkage disequilibrium, LD

由于基因座间的连锁关系或其他原因（选择、突变、群体混杂等），群体中的配子和基因型频率偏离随机组合的期望值。

4.6.7.6.2 单倍型 haplotype

又称“单体型”。在相同染色体上两个或两个以上紧密连锁的基因位点上的等位基因的组合，一条染色体上不同的等位基因的组合就是不同的单倍型。

4.6.7.7 候选基因关联研究 candidate gene association study

根据某些间接线索（如连锁分析的结果或者基因表达产物的功能信息等）选定一个或几个候选基因，借助于直接测序或等位基因特异性扩增等实验方法，通过在病例和对照中比较候选基因的序列差异，来确定这些候选基因与患病状态或数量性状间是否存在关联。

4.6.7.7.1 易感基因 susceptibility gene

遗传变异可能导致个体患病风险增加的基因。

4.6.7.7.2 候选基因 candidate gene

因可能与疾病发生有关而加以研究的基因。

4.6.7.7.3 人群分层 population stratification

由于不同的人群有着各自的遗传背景和社会发展历史，在此基础上发生的人群迁移、婚配情况、人

口的繁衍以及基因随机突变等都会造成不同人群中
中等位基因型频率存在差异的现象。

4.6.7.8 交互作用分析 interaction analysis

探讨一个因素各个水平之间反应量的差异随其他
因素的不同水平而发生变化的现象。一般包括相乘
交互作用和相加交互作用。

4.6.7.8.1 多因子降维法 multifactor dimensionality reduction, MDR

一种非参数的交互作用分析方法。以疾病易感性
(高危、低危)的方式建模,将研究中的多个因子
(如基因型或环境因素)看作一个多因子组合,从
而把高维的结构降低到一个维度的方法。

4.6.7.8.2 组合法 combinatorial methods

一种交互作用统计分析方法,在所有可能的因子组
合中搜寻对结局变量有影响的组合。

4.6.7.8.2.1 组合划分法 combinatorial partitioning method, CPM

用来研究因子组合对数量性状影响的一种方法。

4.6.7.8.2.2 限制划分法 restricted partitioning method, RPM

通过限制搜索以避免所评估的基因型分区不能解
释大部分变异的方法。其原理为对于包含基因型的
组,当平均值差异较大(具有较大的组内方差)不
能很好地解释数量性状的总方差时,将其排除出评
估模型。

4.6.7.8.3 随机森林法 random forests approach

利用多个分类树对数据进行判别或分类的方法,在
对数据进行分类的同时,可以给出各个变量在分类
过程中的重要性评分,根据该评分能够筛选出相对
重要的变量,从而在众多研究因素中找出真正存在
交互作用的因子。

4.6.7.8.3.1 自举法 bootstrap

通过估计统计量方差进行可信区间估计的一种非
参数统计方法。从一个总样本量为 n 的数据集里,
有放回地重复抽出一系列样本量也是 n 的随机样
本,并保证每次抽样中每一样本观察值被抽取的概
率都是 $1/n$ 。

4.6.7.8.4 集合关联法 set association approach

一种统计分析方法,一个位点的频率和偏离
Hardy-Weinberg 平衡的程度,均提供了该位点是否
具有易感性的信息,通过综合这两方面,进一步采
用随机排列组合的置换检验对多个位点进行显著

性检验。

4.6.7.8.5 遗传算法优化的神经网络模型 genetic programming optimized neural network, GPNN

通过结合神经网络和遗传算法,使新算法既有遗传
算法的强全局搜索能力,又有神经网络的学习能力
和鲁棒性,用于优化神经网络的结构策略的模型

4.6.8 生殖流行病学 reproductive epidemiology

应用流行病学的原理和方法,研究人群与生殖有关
的行为、环境和健康保健方面的问题,探索有关危
险因素,提出促进生殖健康的策略和措施,以最大
限度地提高人群生殖健康水平的一门流行病学分
支学科。

4.6.8.1 人群生育力 population fertility

衡量群体生育水平与生育质量的指标。常用指标包
括总和生育率、人口出生率、出生人口数、出生性
别比、出生缺陷发生率、孕产妇死亡率和婴儿死亡
率等。

4.6.8.1.1 总和生育率 total fertility rate

一定时期育龄妇女各年龄组生育率之和,即按照当
前生育水平每名育龄妇女一生能生育的子女数,一
般以千分率(%)表示。

4.6.8.1.2 人口出生率 birth rate

某年某地区的出生人口数占同期该地区平均人口
数的比例,一般以千分率(%)表示。

4.6.8.1.3 出生人口数 number of births

一定时期内(通常为一年)某地区出生的活产婴儿
数的总和。

4.6.8.1.4 出生性别比 sex ratio at birth

一定时期内(通常为一年)某地区出生人口中活产
男婴数与活产女婴数之比。一般以每 100 名出生女
婴对应的男婴数来表示。

4.6.8.1.5 出生缺陷发生率 birth defect rate

一定时期内(通常为一年)某地区的出生缺陷发生
例数占同期该地区出生人口数的比例,一般以百分
率(%)表示。

4.6.8.1.5.1 出生缺陷 birth defect

在胎儿期或出生时发现的各种缺陷。包括器官结构、
功能、代谢及精神异常,这些缺陷可能由遗传因素、
环境因素或二者共同作用导致。

4.6.8.1.6 孕产妇死亡率 maternal mortality rate

见 2.3.3.12

- 4.6.8.1.7 婴儿死亡率 infant mortality rate
见 2.3.3.10
- 4.6.8.2 不孕不育症 infertility
一年以上未采取任何避孕措施，性生活正常而没有成功妊娠的育龄男性或女性的生育功能障碍。
- 4.6.8.2.1 女性不孕 female infertility
育龄男女双方未采用任何避孕措施正常性生活一年以上，由于女方因素导致的不孕。
- 4.6.8.2.2 男性不育 male infertility
育龄男女双方未采用任何避孕措施正常性生活一年以上，由于男方因素导致的女方不孕。
- 4.6.8.2.3 原发不孕 primary infertility
育龄女性既往从未有过临床妊娠史，与育龄男性有规律性生活，未避孕一年以上未获临床妊娠。
- 4.6.8.2.4 继发不孕 secondary infertility
育龄女性既往有临床妊娠史，与育龄男性有规律性生活，未避孕一年以上未获临床妊娠。
- 4.6.8.3 孕产期保健 maternal health care
各级各类医疗保健机构为准备妊娠至产后 42 天的妇女及胎婴儿提供全程系列的医疗保健服务。
- 4.6.8.3.1 产前检查率 antenatal care coverage
一定时期内（通常为一年）某地区产前接受过一次及以上产前检查的产妇人数占同期该地区活产数的比例。一般以百分率（%）表示。
- 4.6.8.3.2 孕产妇系统管理率 maternal systematic management rate
一定时期内某地区按孕产妇系统管理程序要求，从妊娠至产后 28 天内有过孕早期产前检查、至少 5 次产前检查、新法接生和产后访视的产妇人数，占同期当地活产数的比例。一般以百分率（%）表示。
- 4.6.8.3.3 住院分娩率 hospital delivery rate
一定时期内某地区在取得助产技术资质的机构分娩的活产数占同期当地活产数的比例。一般以百分率（%）表示。
- 4.6.8.3.4 剖宫产率 cesarean section rate
一定时期内某地区采用剖宫产手术分娩的活产数占同期当地活产数的比例。一般以百分率（%）表示。
- 4.6.8.4 流产 abortion
妊娠在 28 周前、胎儿体重在 1000 克以下的妊娠终止。
- 4.6.8.4.1 自然流产 spontaneous abortion
妊娠在 28 周前、胎儿体重在 1000 克以下的非故意妊娠终止。
- 4.6.8.4.2 人工流产 induced abortion
通过手术或药物等方式，人为导致的妊娠终止。
- 4.6.8.5 围生期感染 perinatal infection
围生期内孕产妇、胎儿或新生儿的感染。
- 4.6.8.6 胎龄 gestational age
从末次正常月经第一天起至分娩时为止的时期，通常以周表示，并非胎儿的实际胚胎年龄。
- 4.6.8.6.1 足月儿 term infant
胎龄满 37 周至不满 42 足周的活产婴儿。
- 4.6.8.6.2 早产儿 preterm infant
胎龄满 28 周至不满 37 足周的活产婴儿。
- 4.6.8.6.3 过期产儿 postterm infant
胎龄满 42 周及其后期间的活产婴儿。
- 4.6.8.7 出生体重 birth weight
出生一小时内第一次称得的重量，要求精确到 10 克。
- 4.6.8.7.1 超低出生体重儿 extremely low birth weight infant
出生体重小于 1000 克的新生儿。
- 4.6.8.7.2 极低出生体重儿 very low birth weight infant
出生体重小于 1500 克的新生儿。
- 4.6.8.7.3 低出生体重儿 low birth weight infant
出生体重小于 2500 克的新生儿。
- 4.6.8.7.4 正常出生体重儿 normal birth weight infant
出生体重大于或等于 2500 克，小于 4000 克的新生儿。
- 4.6.8.7.5 高出生体重儿 high birth weight infant
又称“巨大儿（fetal macrosomia）”。出生体重大于或等于 4000 克的新生儿。
- 4.6.8.7.6 小于胎龄儿 small for gestational age infant
出生体重在同胎龄儿平均体重的第 10 百分位数以下的新生儿。
- 4.6.8.7.7 适于胎龄儿 appropriate for gestational age infant

出生体重在同胎龄儿平均体重的第 10 至第 90 百分位数之间的新生儿。

4.6.8.7.8 大于胎龄儿 large for gestational age infant
出生体重在同胎龄儿平均体重的第 90 百分位数以上的新生儿。

4.6.8.8 青春期 adolescence
由儿童发育到成人的过渡时期，是人类生长发育的最后阶段。受性激素等因素的影响，该期的儿童会经历体格生长的第二次高峰，第二性征发育，同时伴有心理、社会、道德和认知的急速发育。

4.6.9 行为流行病学 behavioral epidemiology
应用流行病学的原理和方法，研究行为因素和行为相关的疾病在人群中的分布规律及其影响因素，并研究如何改变行为因素促进和维护健康、预防疾病，同时进行措施效果评价的一门流行病学分支学科。

4.6.9.1 行为 behavior
由一系列动作组成的机体外部活动。

4.6.9.1.1 健康行为 health behavior
个体有利于促进和保持健康的行为。

4.6.9.1.1.1 健康促进行为 health-promoted behavior
个体或群体表现出的、客观上有益于自身和他人健康的行为。

4.6.9.1.1.1.1 预警行为 warning behavior
对可能发生的危害健康的事件预先采取预防措施从而预防事故发生的行为。

4.6.9.1.1.2 健康危险行为 health-risky behavior
偏离个人、他人乃至社会的健康期望，客观上不利于健康的行为。

4.6.9.1.1.2.1 不良生活方式 unhealthy lifestyle
对健康有害的行为习惯。

4.6.9.1.2 问题行为 problem behavior
又称“不良行为”。影响或阻碍个体及他人正常学习、工作、健康、生活的机体外部活动。

4.6.9.1.2.1 攻击行为 aggressive behavior
有意伤害别人且不为社会规范所许可的行为。

4.6.9.1.2.2 成瘾行为 addictive behavior
个体难以自控地从事某种活动或服用某种药物的行为，停止后常伴有戒断症状。

4.6.9.1.2.3 危险性行为 unsafe sexual behavior
有可能感染性传播疾病或引起非意愿性怀孕的性

活动行为。

4.6.9.2 行为的影响因素

4.6.9.2.1 倾向性因素 predisposing factor
个人从事某项行为之前，已经存在的影响因素或前置因素。

4.6.9.2.2 促成因素 contributing factor
促使某种行为动机或愿望得以实现的客观因素。

4.6.9.2.3 强化因素 reinforcing factor
在行为发生之后，激励行为维持、发展或减弱的因素。

4.6.9.3 行为模式 behavior pattern
行为活动发生、进行和完成的某种固有方式。

4.6.9.3.1 A 型行为类型 type A behavior pattern
过度竞争意识、强烈的时间紧迫感、较强攻击性、缺乏耐心和富有敌意等的行为模式。

4.6.9.3.2 B 型行为类型 type B behavior pattern
悠闲自得、从容不迫、与世无争、随遇而安、有耐心、能容忍等的行为模式。

4.6.9.3.3 C 型行为类型 type C behavior pattern
逆来顺受、爱生闷气、敏感多思、害怕竞争等的行为模式。

4.6.9.4 行为测量 behavioral measures
对外显行为和可观察、可记录的反应的测量。

4.6.9.4.1 行为访谈 behavioral interview
研究者通过交谈和观察，了解调查对象的精神活动、评估其行为的一种方法。

4.6.9.5 行为监测 behavior surveillance
长期、连续、系统地收集、分析健康相关行为及其影响因素数据，了解行为的趋势和疾病流行之间的关联，以便采取干预措施并评价其效果。

4.6.9.6 行为障碍 behavior disorder
行为的模式、意向及表达发生障碍。通常按其表现分为精神运动性兴奋与精神运动性抑制两大类。

4.6.9.7 行为干预 behavior intervention
对存有危害健康行为的个体或群体进行教育，促使其改变不利于健康的活动的活动与过程。

4.6.9.8 行为改变理论

4.6.9.8.1 健康信念模型 health belief model
以人们健康和疾病有关的信念为研究核心，解释和

预测健康行为的心理模型。

4.6.9.8.2 健康行为改变整合理论 integrated theory of health behavior change, ITHBC

在健康信念模型、保护动机理论、社会认知理论的基础上,增添了自我调节能力,旨在更为全面地预测行为改变的理论。

4.6.9.8.2.1 社会促进效应 social facilitation effect

与他人共同工作或有人旁观时比独自工作效率升高的现象。

4.6.9.8.3 知信行理论 theory of knowledge, attitude, belief and practice, KABP

解释个人知识和信念如何影响健康行为改变的常用认知理论。认为卫生保健知识和信息是建立积极、正确的信念与态度,进而改变健康相关行为的基础,而信念和态度则是行为改变的动力。

4.6.9.8.4 社会认知理论 social cognitive theory, SCT

属于应用于人际水平的健康相关行为理论,强调人类行为是个体、行为和环境因素等相互作用的产物。

4.6.9.8.4.1 动机 motivation

在社会活动过程中直接推动意志行为的力量,由内在需要和外界环境因素引起,是个体为何要达到目的的主观原因的反映。

4.6.9.8.4.2 社会认知 social cognition

对社会信息的加工、储存、提取和应用过程并依此形成的社会知识。

4.6.9.8.5 保护动机理论 protection motivation theory, PMT

通过认知调节过程的威胁评估和应对评估,解释行为改变的过程,从影响动机的因素角度探讨健康行为。

4.6.9.8.5.1 自我效能 self-efficacy

个人对自己从事某项工作所具备的能力和可能做到的程度的主观评估。

4.6.9.9 行为矫正 behavior modification

按照一定的期望,在一定条件下采取特定的措施,促使目标对象改变自身的特定行为的过程。

4.6.9.10 行为治疗 behavior therapy

又称“行为疗法”。通过设计新的学习情景,使适应性行为得到强化、塑型,然后用消除性技术使不适应的、不良的行为得到弱化、消退的治疗。

4.6.10 职业流行病学 occupational epidemiology

应用流行病学的原理和方法,研究职业人群暴露职业有害因素和发生职业性病损的频率、分布及其影响因素的一门流行病学分支学科。

4.6.10.1 健康工人效应 healthy worker effect

企业根据工种的类型和要求对作业人员的年龄或身体状况进行筛选后,导致职业人群的健康状况好于一般人群,总死亡率较一般人群低的现象。

4.6.10.2 掩饰效应 camouflage effect

影响病因和结局之间关联的任何一种因素,使得研究结果或推论的结果与真实情况之间出现的偏差。

4.6.10.3 受检率 examination rate

一定时期内,在职业健康检查中,实际受检查人数占应接受检查人数的比例。

4.6.10.4 检出率 detection rate

一定时期内,受检工人中发生某种职业病新病例的频率。

4.6.10.5 因病缺勤率 sickness absence rate

一定时期内,劳动者因病伤缺勤日数占应出勤工作日数的比例。

4.6.10.6 事故率 accident rate

一定时期内,劳动过程中劳动伤害事件的发生频率。

4.6.10.6.1 千人死亡率 mortality rate per thousand

一定时期内,平均每千名职工中,因工伤事故造成的死亡人数。

4.6.10.6.2 千人重伤率 severe wound per thousand

一定时期内,平均每千名职工因工伤事故造成的重伤人数。

4.6.10.6.3 伤害率 injury rate

一定时期内,工伤事故造成伤害的人数,常以百万工时计。伤害人数指轻伤、重伤、死亡人数之和。

4.6.10.6.4 伤害严重率 injury severity rate

一定时期内,每百万工时事事故造成的损失工作日数。

4.6.10.6.5 伤害平均严重率 injury average severity rate

每人伤害平均损失工作日。

4.6.10.6.6 产量事故率 production accident rate

生产一定数量产品时期内,发生劳动伤害事件的数量,产量一般以吨或立方米为计量单位。

4.6.10.7 出勤率 attendance rate

- 一定时期内,某项工作实际出勤的人数与计划出勤的人数的比例。
- 4.6.10.8 损失工作日 lost work day
被伤害者失能的工作时间,以天数计。
- 4.6.11 环境流行病学 environmental epidemiology
应用流行病学原理和方法,研究环境暴露与人群健康效应、求证暴露-效应关系、探索影响因素和提供消除环境污染、防治疾病、促进健康对策的一门流行病学分支学科。
- 4.6.11.1 环境暴露评估 environmental exposure assessment
运用环境医学、流行病学及环境毒理学相关方法对研究因素的理化特征、释放情况,在环境中的转归和分布、暴露途径、浓度、持续时间、频度,以及暴露人群的特征进行定性和定量描述。
- 4.6.11.1.1 内暴露 internal exposure
进入机体内的物质实际上被机体组织吸收的量,即暴露因子的吸收量。
- 4.6.11.1.2 外暴露 external exposure
可分为广义的外暴露和狭义的外暴露。广义的外暴露指实际存在于环境中有害因子的量。狭义的外暴露指外环境中的暴露因子进入机体内的量,即暴露因子的摄入量。
- 4.6.11.1.3 局部暴露 local exposure
环境因子对机体的局部作用。
- 4.6.11.2 健康效应评价 health effect assessment
定性和定量分析环境污染引起的人体生理结构与功能的反应和变化。
- 4.6.11.2.1 健康效应特征
- 4.6.11.2.1.1 急性反应 acute reaction
短期暴露于环境危险因素后,机体迅速发生的不良反应。
- 4.6.11.2.1.2 慢性反应 chronic reaction
长期反复暴露于环境危险因素后,机体逐渐发生的不良反应。
- 4.6.11.2.1.3 特异效应 specific effect
暴露于环境中某些物理化学因素后,人体组织器官发生的某些特有的病理变化和临床症状。
- 4.6.11.2.1.4 非特异效应 non-specific effect
暴露于环境中的某些物理化学因素后,尤其是暴露水平较低、时间较短时,产生的早期、亚临床、非特有的健康效应。
- 4.6.11.2.2 人群易感性 population susceptibility
见 4.6.1.5.3
- 4.6.11.2.2.1 高暴露人群 population at high exposure
对于可能引起某种健康损害的污染物,暴露水平较高的人群或暴露机会较多的人群。
- 4.6.11.3 时间序列分析 time series analysis
根据系统观测得到的时间序列数据,通过曲线拟合和参数估计来建立数学模型的方法。
- 4.6.11.4 历史类比研究 historical analogue study
以类比推理为基础,根据历史已知理论的相似性,推得与其相的未知理论的研究方法。
- 4.6.11.5 显示偏好研究 revealed preference study
从与环境质量相关的其他事物所蕴含的有关信息中获得人们偏好的研究。
- 4.6.11.6 陈述偏好研究 stated preference study
通过直接调查个人的意愿获得人们偏好的研究。
- 4.6.11.7 定组研究 panel study
选择一组研究对象(通常样本量较小),在一个时间段(例如1个月)的不同时点对该组研究对象的健康结局指标反复观测,并搜集有关的环境暴露指标数据,然后进行综合分析、获得结果的研究方法
- 4.6.12 营养流行病学 nutritional epidemiology
应用流行病学原理与方法来确定膳食因素与特定疾病或健康之间关系的学科。
- 4.6.12.1 营养评价 nutrition assessment
全称“营养状况评价(assessment of nutritional status)”。通过膳食调查、体格检查、营养缺乏病检查和生物化学检查等方法,了解有关指标参数,并与相应的正常值或参考值进行比较,得到有关人体营养状况的科学认识。
- 4.6.12.1.1 膳食摄入 dietary intake
个体或群体每日食物和/或营养素的摄入量。
- 4.6.12.1.1.1 绝对能量摄入量 absolute energy intake
利用食物摄入数据和食物成分信息计算人体所摄入能量的绝对量。
- 4.6.12.1.1.2 绝对营养素摄入量 absolute nutrient intake

利用食物摄入数据和食物成分信息计算人体所摄入某种营养素的绝对量。

4.6.12.1.1.3 调整能量后营养素摄入

energy-adjusted nutrient intake

控制总能量摄入后的某种营养素摄入量。以总能量摄入量为自变量，绝对营养素摄入量为因变量，所得回归模型的残差值。

4.6.12.1.1.4 营养素密度 nutrient density

食物或膳食提供的营养素占所提供能量的比例。

4.6.12.1.1.5 营养素平均摄入量 usual nutrient

intake, habitual nutrient intake, average nutrient intake

个体某特定营养素的日常平均摄入量。

4.6.12.1.1.6 蔬菜水果摄入不足率 prevalence of inadequate fruit and vegetable intake

蔬菜水果摄入量低于推荐参考值的人群占调查总人群的比例。

4.6.12.1.1.7 含糖饮料经常饮用率 prevalence of frequent sugar-sweetened beverage intake

每日饮用至少一次，或者虽非每日饮用但一周饮用五次以上含糖饮料的人群占调查总人群的比例。

4.6.12.1.1.8 纯母乳喂养率 prevalence of exclusively breastfeeding, EBF

在过去某特定时间段内，仅进食母乳而没有进食其他食物、饮料以及水的婴儿占调查婴儿总数的比例。

4.6.12.1.2 膳食变异 dietary intake variation

膳食摄入的实际变异，以及由其他因素所导致的膳食摄入量的差异。

4.6.12.1.2.1 年间变异 year-to-year variation

膳食营养素摄入量随季节性食物供应情况的变化而变化。

4.6.12.1.2.2 个体内变异 within-person variation, WIV, within-subject variation, intra-individual variation

由于受到一些特定的可识别的变量（如季节或每周的某一天），导致个体在每日膳食摄入的波动。

4.6.12.1.2.3 个体间变异 between-person variation, BIV, between-subject variation, inter-individual variation

研究对象个体间膳食摄入的差异。

4.6.12.1.3 体格状况 anthropometric status

利用体重、身高（身长）、腰围等指标反映个体重量、长度和围度等的状况。

4.6.12.1.3.1 低出生体重率 prevalence of low birth weight

出生后1小时内第一次测得的体重低于2500g的新生儿占全部新生儿的比例。

4.6.12.1.3.2 巨大儿率 prevalence of macrosomia

出生后1小时内第一次测得的体重高于4000g的新生儿占全部新生儿的比例。

4.6.12.1.3.3 生长迟缓率 prevalence of stunting

儿童年龄别身高（身长）低于标准人群身高（身长）中位数2个标准差儿童的比例。

4.6.12.1.3.4 消瘦率 prevalence of wasting

依据判定标准判断为消瘦人数与总人数的比。

4.6.12.1.3.5 低体重率 prevalence of underweight

依据判定标准判断为低体重人数与总人数的比。

4.6.12.1.3.6 超重率 prevalence of overweight

依据判定标准判断为超重人数与总人数的比。

4.6.12.1.3.7 肥胖率 prevalence of obesity

依据判定标准判断为肥胖的人数与总人数的比。

4.6.12.1.4 生化指标

4.6.12.1.4.1 贫血率 prevalence of anemia

单位容积循环血液内红细胞计数、红细胞总体积或血红蛋白的总含量低于正常人群参考值的人群所占的比例。

4.6.12.1.4.2 血脂异常率 prevalence of dyslipidemia

血清中胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）水平高于正常范围和/或高密度脂蛋白-胆固醇（HDL-C）低下的人群所占的比例。

4.6.12.1.4.3 边缘营养缺乏 marginal nutritional deficiency

营养素水平降低，但尚未表现出营养素缺乏的机体状态。

4.6.12.1.5 膳食模式 dietary pattern

又称“膳食结构（dietary structure）”。一定时期内特定人群膳食中各类食物的种类、数量及其在膳食中所占的比例，根据各类食物所提供的能量及各种营养素的数量和比例来评价和描述该人群整体的膳食特征。

4.6.12.1.5.1 健康膳食 healthy diet

摄入各种蔬菜、水果、全谷物、脱脂或低脂乳制品、各种蛋白质食物，并且限制了饱和脂肪、反式脂肪、

添加糖和钠的摄入，且摄入量在推荐范围内的膳食模式。

4.6.12.1.5.2 低碳水化合物膳食 low-carbohydrate diet, LCD

简称“低碳膳食”。碳水化合物的供能比低于正常推荐范围，而脂肪或蛋白质供能比高于推荐范围为特征的膳食模式。

4.6.12.1.5.3 地中海式膳食 Mediterranean diet

以希腊、西班牙、法国和意大利南部等处于地中海沿岸的南欧各国膳食特点为代表的膳食模式，特点为饱和脂肪摄入量低，不饱和脂肪摄入量高，膳食含大量复杂碳水化合物，蔬菜、水果摄入量高。

4.6.12.1.5.4 植物性膳食 plant-based diet

以植物性食物为主，动物性食物为辅的膳食模式。特点为植物性食物提供的能量占总能量近90%，蛋白质、脂肪的摄入较低，蛋白质来源中动物性蛋白仅占总蛋白的10%~20%。

4.6.12.1.5.5 严格素食 vegan diet

只靠植物类食物维持生命的膳食模式。特点是避免摄入一切动物源性食物，包括动物分泌或产生的奶类、蛋类及蜂蜜。

4.6.12.1.5.6 半素食 semi-vegetarian diet

以植物性食物为主的膳食模式。特点是可以食用部分奶、蛋或鱼虾，不进食畜禽肉。

4.6.12.2 营养调查 nutrition survey

运用膳食调查、人体测量、人体营养水平的生化检查、营养相关疾病临床特征及症状检查等手段，准确了解某人群或特定个体各种营养指标的水平，以判断其营养和健康状况的调查。

4.6.12.2.1 膳食调查 dietary survey

对个人、家庭或人群一定时间内各种食物摄入量及营养素摄入状况的调查。

4.6.12.2.1.1 膳食记录 diet record, DR

由调查对象或代理人在一段时间内（通常为1—7天）对所摄入的所有食物和饮料的种类和数量进行称重或估计，以获得食物摄入情况的一种方法。

4.6.12.2.1.2 膳食回忆 diet recall

又称“24小时回顾法（24-hour recall method）”。通过询问调查对象过去24小时或多个24小时的实际膳食摄入状况，对其食物摄入量、能量和营养素摄入量进行计算的一种方法。

4.6.12.2.1.3 食物频率问卷 food frequency questionnaire, FFQ

通过收集调查对象在过去较长一段时间内食物和/或特定膳食成分的摄入频率信息，评估其较长期各类摄入食物频率的问卷。

4.6.12.2.1.4 半定量食物频率问卷 semiquantitative FFQ

通过收集调查对象过去较长时间内各种食物摄入种类、频率及消费量，计算其较长时间食物或营养素摄入量的问卷。

4.6.12.2.2 体格检查 physical examination

又称“体格测量”，“人体测量（anthropometric）”。对人体有关部位长度、宽度、厚度和围度的测量。

4.6.12.3 营养干预 nutrition intervention

针对人群及个体与营养有关的健康问题采取相应对策进行改善。

4.6.12.3.1 膳食改善 dietary modification

通过制定营养食谱改善个人或人群的膳食，达到食物多样化和营养素摄入量达到推荐摄入量，预防并控制营养不良的营养干预方法。

4.6.12.3.2 食物强化 food fortification

全称“食品营养强化”。根据不同人群的营养需要，在食品中添加天然或人工合成的营养素或其他营养成分，以提高食用人群相应营养素摄入的一种食品加工方法。

4.6.12.3.3 膳食补充 dietary supplementation

补充人体必需的营养素或生物活性物质的营养干预方法。

4.6.12.4 营养监测 nutrition surveillance

长期动态监测人群的营养状况，同时收集影响人群营养状况的有关环境和社会经济条件等方面的资料，探讨从政策上、社会措施上改善营养状况和条件的途径。

4.6.13 管理流行病学 managerial epidemiology

应用流行病学的原理和方法，在人群卫生保健规划和管理中的应用，即研究特定人群中健康和疾病的分布和影响因素，并应用研究结果以促进人群健康，预防和控制疾病，制定卫生保健服务计划以满足人群的需求，以及制定或修改卫生政策的一门流行病学分支学科。

4.6.13.1 全生命周期健康管理 lifecycle health management

根据生命周期各个阶段特定的健康危险因素，提供相应预防和干预措施的服务。

4.6.13.2 卫生项目计划 health program planning

针对特定的健康问题或目标所做出的决策，并拟定要采取的干预措施和行动方案。

4.6.13.2.1 社区诊断 community diagnosis

通过一定的调查手段和方法，收集必需的资料，在得到社区人群认可的基础上，通过科学的方法确定该社区的主要公共卫生问题及其影响因素，并通过对这些因素的性质、范围及其可能导致的后果作出判断的一种调查研究方法。

4.6.13.3 卫生项目评价 health program assessment

以卫生项目计划要求为标准对卫生项目进行评价，贯穿于项目计划实施的全过程。

4.6.13.3.1 卫生项目 health program

有组织、有资源投入解决一个或多个卫生健康问题，或实现一个或多个卫生健康目标所确定的卫生健康干预方案、计划、程序等。

4.6.13.3.1.1 预评价 pre-event evaluation

在卫生项目制订计划阶段进行的评价。

4.6.13.3.1.2 中期评价 interim evaluation

在卫生项目实施的过程中进行的评价，主要评价方案的正确性与可行性，研究暴露出来的问题，采取必要的措施和对策，对原计划或方案进行改进。

4.6.13.3.1.3 终结评价 final evaluation

在卫生项目实施完成以后进行的评价，全面评价研究成果，与同类项目在先进性、科学性、实用性等方面进行比较。

4.6.13.3.1.4 结构评价 structure evaluation

评价项目的内涵、目的、目标，论证项目计划目标与实施方案的一致性及其可行性。

4.6.13.3.2 项目经济学评价

4.6.13.3.2.1 成本 cost

提供卫生服务过程中所消耗的资源。

4.6.13.3.2.2 效益 benefit

用货币单位来量化的健康产出。

4.6.13.3.2.3 效果 effectiveness

因卫生服务而带来的健康改善结果。

4.6.13.3.2.4 效用 utility

物品或服务满足人们需要的能力，或消费者消费一

定数量的商品所得到的满足程度。

4.6.13.3.2.5 成本效果分析 cost-effectiveness analysis, CEA

通过比较不同卫生服务方案的成本和效果，对不同方案进行评价和选择，进而帮助决策者在所有备选方案中确定最佳方案的分析方法。

4.6.13.3.2.6 成本效益分析 cost-benefit analysis, CBA

通过比较某一方案或若干备选方案的全部预期效益和全部预期成本的现值，对不同方案进行评价和选择的分析方法。

4.6.13.3.2.7 成本效用分析 cost-utility analysis, CUA

分析和比较两个或多个卫生干预方案的成本和健康效用（如质量调整生命年、伤残调整寿命年）的卫生经济学评价方法。

4.6.13.4 流行病学与卫生管理实践

4.6.13.4.1 风险评估 risk assessment

风险识别、风险分析、风险评价的全过程，是系统地运用相关信息来确认风险的来源，并对风险进行估计，将估计后的风险与给定的风险准则对比，来确定风险严重性的过程。

4.6.13.4.2 公共卫生风险评估 public health risk assessment

利用风险评估的理论和方法，对疾病或事件的公共卫生风险进行识别、分析和评价，确定其公共卫生风险等级，指导公共卫生风险的管理与控制。

4.6.13.4.3 疾病负担 disease burden

疾病、失能（伤残）和过早死亡对健康和社会造成的生物、心理、社会危害。

4.6.14 药物流行病学 pharmacoepidemiology

应用流行病学的原理和方法，研究人群中药物的利用及其效应，通过发展和评估风险管理策略，优化药品、疫苗、医疗器械的效益风险比，达到提高医疗保健质量目的的一门流行病学分支学科。

4.6.14.1 药物流行病学概述

4.6.14.1.1 药物相关问题 drug-related problem, DRP

任何涉及药物治疗，事实上或潜在干扰了患者预期健康结果的事件或情况。

4.6.14.1.2 药源性损害 drug misadventure

简称“药害”。任何与药物有关的医源性灾害或事件。既包含正常用量、正常用法下出现的药品不良反应，也包含不合理用药或用药差错导致的一些严重症状或疾病。

4.6.14.1.2.1 药品不良反应 adverse drug reaction, ADR

合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应。

4.6.14.1.2.1.1 A型药品不良反应 type A adverse drug reaction, ADR type A

由药品的正常药理作用增强或延伸所致的不良反应，包括副作用、毒性反应、后遗效应、停药综合征等。可以预测且程度较轻，常与剂量有关，停药或减量后症状很快减轻或消失，发生率高，但死亡率低。

4.6.14.1.2.1.2 B型药品不良反应 type B adverse drug reaction, ADR type B

与药品正常药理作用完全无关的一种不良反应，包括特异性遗传素质反应、药物过敏反应等。一般很难预测且程度较重，需要停药，常规毒理学筛选不能发现，发生率低，但死亡率高。

4.6.14.1.2.1.3 C型药品不良反应 type C adverse drug reaction, ADR type C

A型和B型药品不良反应之外的不良反应，可能与致癌、致畸以及长期用药后心血管疾患、纤溶系统变化等有关，大多机制不清。一般在长期用药后出现，难以预测，潜伏期较长，没有明确的时间关系。

4.6.14.1.2.1.4 十分常见性药品不良反应 very common adverse drug reaction

发生概率 $\geq 1/10$ 的药品不良反应。

4.6.14.1.2.1.5 常见性药品不良反应 common adverse drug reaction, frequent adverse drug reaction

发生概率在 $1/10 \sim 1/100$ 之间的药品不良反应。

4.6.14.1.2.1.6 偶见性药品不良反应 uncommon adverse drug reaction, infrequent adverse drug reaction

发生概率在 $1/100 \sim 1/1000$ 之间的药品不良反应。

4.6.14.1.2.1.7 罕见性药品不良反应 rare adverse drug reaction

发生概率在 $1/1000 \sim 1/10000$ 之间的药品不良反应。

4.6.14.1.2.1.8 十分罕见性药品不良反应 very rare adverse drug reaction

发生概率小于 $1/10000$ 的药品不良反应。

4.6.14.1.2.1.9 严重药品不良反应 serious adverse drug reaction

引起死亡，致癌、致畸、致出生缺陷，对生命有危险并导致人体永久的或显著的伤残，对器官功能产生永久损伤，导致住院或住院时间延长的药品不良反应。

4.6.14.1.2.1.10 新型药品不良反应 new adverse drug reaction

药品说明书中未描述的，或已有描述但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与描述不一致或者更严重的药品不良反应。

4.6.14.1.2.2 药品不良事件 adverse drug event, ADE

药物治疗过程中出现的不利的临床事件，但该事件未必与药物有因果关系。

4.6.14.1.2.2.1 药品群体不良事件 clustering adverse drug event

同一药品在使用过程中，在相对集中的时间、区域内，对一定数量人群的身体健康或者生命安全造成损害或者威胁，需要予以紧急处置的事件。

4.6.14.1.2.2.2 药品重点监测 drug intensive monitoring

为深入系统的了解药品的临床使用和不良反应发生情况，研究不良反应的发生特征、严重程度、发生率等开展的药品安全性监测活动。

4.6.14.1.3 药物警戒 pharmacovigilance

发现、评价、理解和预防药品不良反应或其他任何可能与医药产品有关问题的科学研究与活动。

4.6.14.2 药物流行病学研究内容

4.6.14.2.1 药物安全性评价 drug safety evaluation

在药物正常使用情况下，对其不良事件发生率、严重性、关联强度、因果关系等进行的综合评价。药物流行病学中主要指上市后安全性评价。

4.6.14.2.1.1 药品不良事件发生率 incidence of adverse drug event

特定时间内某药品暴露人群中新发生的药品不良事件的频率。

4.6.14.2.1.2 药品不良反应信号 adverse drug reaction signal

从发展的趋势看，有可能发展为药品不良反应的药品不良事件。

4.6.14.2.2 药物有效性评价 drug efficacy evaluation
对药物的效能和实际有效性进行全面综合的评价，主要包括上市前、上市后的疗效评价，以及用于上市后的适应证、功能主治、淘汰药品的补充评价。

4.6.14.2.2.1 疗效比较研究 comparative effectiveness research, CER

预防、诊断、治疗和监测健康状况的不同干预和策略在真实世界中的风险和效益的系统研究方法。通过综合使用各种数据来源和方法，评价不同人群的健康相关结局，从而优选干预措施。

4.6.14.2.2.2 实效研究 outcome research

又称“结果研究”。在实际医疗环境下，评估具体医疗干预效果的研究方法。

4.6.14.2.3 药物利用研究 drug utilization study

为促进合理用药，对全社会的药物市场、供给、处方及其使用的研究。

4.6.14.2.3.1 药物利用调查 drug utilization investigation

收集并分析特定地理范围和时间跨度人群中的用药数据，反映特定环境下的药物利用或与药物利用有关情况的一种方法。

4.6.14.2.3.2 药物利用评价 drug utilization review, DUR

评价、分析和解释药物使用的比例、成本和合理性，以评估药物的不合理使用，防止药物不良相互作用及优化药物的合理使用的评价研究。

4.6.14.2.3.3 药物利用指数 drug utilization index, DUI

药物利用研究的分析技术指标，通常是“限定日剂量(DDD)”总数除以患者总用药天数所得的数值。用于测量医师使用某药的日处方量，评价医师用药的合理性。

4.6.14.2.3.4 药物滥用 drug abuse

非医疗目的的反复、大量地使用具有依赖特性药物的行为。使用者对此类药物产生依赖性，强迫和无止境地追求药物的特殊精神效应，由此带来严重的个人健康与公共卫生和社会问题。

4.6.14.2.3.5 药物依赖性 drug dependence

又称“药物成瘾性 (drug addiction)”。药物与机体相互作用造成的一种精神或身体异常的状态，表现为一种强迫的连续或定期的用药行为和其他反应。

4.6.14.2.3.6 药物耐受性 drug tolerance

机体对药物反应的一种适应性状态和结果。

4.6.14.2.4 药物经济学评价 pharmacoeconomic evaluation

从社会角度出发，运用经济学的理论和方法，通过对成本和相应效果、效益进行比较，研究最佳的给药方案，最大限度做到安全、合理、有效、经济地利用现有医疗卫生资源，使药品实现其最好的治疗效果，同时发挥最大的经济效益。

4.6.14.2.4.1 药物经济学 pharmacoconomics

应用经济学的理论和方法研究药品供需方的经济行为，供需双方相互作用下的药品市场，以及相关干预政策措施等的一门经济学分支学科。

4.6.14.3 药物流行病学研究方法

4.6.14.3.1 药品不良反应监测 adverse drug reaction monitoring

对药品不良反应的发现、报告、评价和控制的过程。其目的是及时发现药品风险，科学评估，采取必要的预防和管理措施，从而有效地保障公众的用药安全和身体健康。

4.6.14.3.1.1 自发报告 spontaneous reporting

医务人员、其他专业人员或消费者主动向药品不良反应监测机构、药品监管机构或制药企业报告药品不良反应事件或反应的过程。

4.6.14.3.1.2 强化报告 intensified reporting

在特定情况下（如住院），卫生专业人员使用一些设计好的方法鼓励和推动新药报告或限期报告，包括药品不良事件的在线报告与系统激励报告。

4.6.14.3.1.3 处方事件监测 prescription-event monitoring, PEM

采用非干预的、观察性队列研究方法，通过收集医生开具的处方资料以及调查问卷资料，计算和分析“事件”发生情况，监测新药上市后使用安全性的一种方法。

4.6.14.3.1.4 定向临床调查 targeted clinical investigation

为评价药品不良反应的作用机理，对新药上市前临床实验中发现的某些重大风险进行研究的方法。

4.6.14.3.1.5 自愿报告系统 spontaneous reporting system, SRS

又称“黄卡制度 (yellow card system)”。一种自愿

而有组织的报告制度。医务人员或药厂如果怀疑某种药品与服药者的某种不良事件有关，就应当填写药物不良反应报告卡片，并向上级主管部门报告，以提高临床安全、合理用药水平。

4.6.14.3.1.6 重点医院监测 intensive hospital monitoring

指定有条件的医院报告不良反应，对药品不良反应进行系统监测。

4.6.14.3.1.7 重点药物监测 intensive medicine monitoring

为及时发现一些新药的未知或非预期的不良反应而进行的上市后监测。

4.6.14.3.1.8 速报制度 expedited reporting

国家要求制药企业对其产品的药品不良反应做出“迅速报告”的制度。

4.6.14.3.2 数据库挖掘 data mining, DM

又称“数据库知识发现 (knowledge discovery in database, KDD)”。从一些大型的计算机数据库中提取一些以前未知的、有效的信息资源。

4.6.14.3.2.1 比值失衡测量法 measure of disproportionality

建立在经典的 2×2 四格表的基础上，通过对自发报告中实际出现的与某种药物有关的不良反应数据量与预期数量或者与其他药物引发的其他不良反应数量的比值进行判断而达到药品不良反应监测目的的方法。

4.6.14.3.2.1.1 报告比值比 reporting odds ratio, ROR

暴露于某一药物的所关注事件与其他所有事件之比除以未暴露于该药物的所关注事件与其他所有事件之比。

4.6.14.3.2.1.2 比例报告比值比 proportional reporting ratio, PRR

暴露于某一药物的所关注事件与所有事件之比除以未暴露于该药物的所关注事件与所有事件之比。

4.6.14.3.2.1.3 信息分数 information component, IC

所关注药品和所关注事件同时出现的关联强度，用于反映可疑药品与可疑不良反应之间联系的强弱。

4.6.14.3.2.2 处方序列分析 prescription sequence analysis, PSA

依据可靠、完整的药品处方记录来监测药品不良反应的分析方法。当某些药物的不良反应本身是其他

药物使用的指征时，处方记录中会显示出这些药物使用的先后顺序，提示先前使用的那些药物与该不良反应存在关联。

4.6.14.3.2.3 处方序列对称分析 prescription sequence symmetry analysis, PSSA

依据现有、完备的处方记录数据库来发掘药品不良反应信号的研究方法。属于单纯病例的设计，使用某种药品的处方（标签药）来代替某特定药品（指示药）引起的不良反应，再基于指示药与标签药的处方时序分布的对称性来发掘不良反应信号。

4.6.14.3.2.4 树状扫描统计量 tree-based scan statistic

通过将研究对象内部的层级从属关系映射到树状结构中，计算树中各个部分的药物-事件对的相对风险，并计算对数似然比获得检验统计量，利用蒙特卡罗模拟进行统计推断的数据挖掘方法，可以探讨多种因素或暴露与多个研究结局的关联。

4.6.14.4 药物流行病学研究常见偏倚

4.6.14.4.1 自我选择偏倚 self-selection bias

当研究对象在选择是否参与某项研究或者是否接受某项治疗的时候，会基于各种考虑以决定自己是否参加，参与者与未参与者的差异可能会直接或间接地与暴露因素或研究结局之间存在联系而产生偏倚。

4.6.14.4.2 渠道偏倚 channeling bias

由于种种就医、诊疗等原因导致不同医院病人或不同药物服用者的病情或个体特征不尽相同而引起的偏倚。

4.6.14.4.3 存活者治疗偏倚 survivor treatment bias, survivor bias

对于病死率高的疾病，生存时间长者才有机会接受后期治疗，而接受后期治疗之前即死亡的病人会被默认为未接受治疗，导致治疗者与“未治疗”病人的特征不同而引起的偏倚。

4.6.14.4.4 易感者损耗偏倚 depletion of susceptibles bias

开始接触某种药品后，对药品不能耐受者将随时间的推移较快退出队列而留在队列中的病人对该药品相对会更耐受，这种早期耗尽易感受试者的现象在研究设计和数据分析时不能被正确处理而引起的偏倚。

4.6.14.4.5 适应证混杂 confounding by indication

患者选择何种治疗措施受到患者症状、社会经济状况等多种混杂因素影响，如果上述特征也与结局相关，则会产生混杂作用。

4.6.14.4.6 合并用药混杂 confounding by comedication

临床上因合并用药而给所研究药品的评价带来的混杂。

4.6.14.4.7 时间依赖性偏倚 time-dependent bias, time-related bias

简称“时依性偏倚”。在医学研究中，由于某些变量随时间变化而产生的偏倚。包括非死亡时间偏倚、时间窗偏倚、滞后时间偏倚、不可测量时间偏倚、潜伏时间偏倚、原始反应偏倚等。

4.6.15 社会流行病学 social epidemiology

应用流行病学的原理和方法，研究健康状况的社会分布和社会决定因素的一门流行病学分支学科。

4.6.15.1 社会分布 social distribution

健康状况在社会因素中的分布，包括收入、职业、教育水平等。

4.6.15.2 社会决定因素 social determinant

在那些直接导致疾病的因素之外，对健康产生影响的政治、社会、经济、文化及其他因素。

4.6.15.2.1 远端危险因素 distant risk factor

通过复杂的路径增加疾病或死亡风险的社会经济环境等因素。

4.6.15.2.2 结构性决定因素 structural determinant

社会经济和政治背景与个体社会经济地位的交互作用因素。

4.6.15.2.3 社会政策 social policy

指导社会如何干预和协调个人、团体、社区和社会之间关系的社會活动和原则。是该社会的价值观和习惯作用的结果，并在很大程度上决定了资源的分配方式及其人民的福祉水平。

4.6.15.2.4 社会经济地位 socioeconomic status, SES, socioeconomic position

在社会等级制度中，主要由社会阶层、职业、教育水平和经济状况等因素决定的人们所处的不同位置。

4.6.15.2.4.1 教育水平 education level

人们对教育活动效果所达到程度的判断。

4.6.15.2.4.2 职业 occupation

个人在社会中所从事的并以其为主要生活来源的工作种类。

4.6.15.2.4.3 收入 income

一个人在已经拥有的财富中新增加的财富，主要为雇主支付的工资，其他方式如投资收益。

4.6.15.2.4.4 贫困 poverty

不能满足最低生活水准的一种状态。

4.6.15.2.4.5 收入不平等 income inequality

不同群体成员之间收入水平差异悬殊的状况。

4.6.15.2.4.6 社会经济不平等 socioeconomic inequality

不同社会群体在教育水平、职业和收入等差异悬殊的状况。

4.6.15.2.4.7 泰坦尼克定律 Titanic law

社会等级与人群健康状况之间存在密切关联的现象。

4.6.15.2.5 工作状态

4.6.15.2.5.1 工作紧张 job stress

又称“职业紧张（occupational stress）”。个人的工作能力、资源、需求不满足工作要求时所产生的不良生理和心理反应。

4.6.15.2.5.2 付出-获得不平衡 effort-reward imbalance, ERI

工作中可以观察到的定量和定性的工作负担以及在近期内工作量的增加，与工作中获得的金钱、尊重和职业机会之间缺少互惠性的现象。

4.6.15.2.5.3 工作家庭冲突 work-family conflict

工作和家庭生活领域的角色压力不相容，从而造成的一种角色间冲突。

4.6.15.2.5.4 弹性工作制 flexible work arrangement, FWA

组织及其成员对工作的时间边界、空间边界、具体内容、契约形式进行个性化协商定制的系列管理实践的集合。

4.6.15.2.6 歧视 discrimination

不公正、不公平地对待某类个人或群体的态度、行为、规定和政策。

4.6.15.2.7 情感状态 affective state

与人的社会性需要相联系的主观体验，泛指情绪、感觉和心情。基本形式包括愤怒、厌恶、恐惧、悲

伤、焦虑、开心等。

4.6.15.2.8 社会支持 social support

来自家庭、亲友和社会各方面（同事、组织、团体和社区等）的精神上和物质上的帮助和援助。

4.6.15.2.9 社会网络 social network

群体成员之间互动而形成的相对稳定的关系网络体系。

4.6.15.2.10 社会关系 social relation, social relationship

个人在社会中相互联系和嵌入的程度。

4.6.15.2.11 社会资本 social capital

在一定社会结构中的个体、群体或组织等为主体，通过内外部的各种社会联系而形成的社会关系或社会资源的集合体。

4.6.15.2.12 社会融合 social cohesion

对社会价值和状态的认同而产生的凝聚力。

4.6.15.2.13 文化 culture

一个社会成员从其家庭和其他重要机构学到的一套基本的价值观、知觉、欲望和行为模式。

4.6.15.2.14 伦理 ethics

人类行动的社会规范，体现在规定、准则、法典、公约、习俗等之中。

4.6.15.3 健康不平等 health inequality

受卫生服务供给可及性、卫生服务对象的可接受性和不同病种的服务提供不平等等因素影响，个体和群体在健康状况上的差异。

4.6.15.4 心理社会理论 psychosocial theory

社会环境引起机体的心理反应，改变神经内分泌功能，从而增强或减弱机体易感性，使机体容易患病或维持健康。

4.6.15.5 生态社会理论 ecosocial theory

聚焦如何准确地在生物学上体现来自于社会和生态环境暴露的理论。社会暴露诱导的致病路径，通过生理、行为和基因因素等介入，影响躯体系统、器官和细胞的发展、生长、调节和死亡，从而导致疾病、残疾和死亡。

4.6.15.6 基本病因理论 fundamental cause theory

决定人们能够在多大程度上避免发病和死亡风险的资源（如社会经济地位），影响多种危险因素和疾病结局的理论。

4.6.15.7 社会流行病学方法

4.6.15.7.1 参与性行动研究 participatory action research

所有相关方共同积极行动，批判性地反思历史、政治、文化、经济、地理和其他相关背景，以改变和改进存在问题的研究。

4.6.15.7.2 生命历程方法 life course approach

从时间视角和社会视角，回顾个人或群体的生活经历或者跨越几代人，以探寻目前健康和疾病模式的线索，同时认可过去和现在的经历都是由更广泛的社会、经济和文化背景塑造的研究方法。

4.6.15.7.2.1 关键期模型 critical period model

在发育的关键时期发生的暴露对器官、组织或身体系统的结构或功能产生影响，这些影响不会因后来的经历而有显著性的改善，但会在后期生活中诱发疾病的模型。

4.6.15.7.2.2 风险累积模型 accumulation of risk model

生命周期中的暴露通过疾病发生和伤害、不利环境条件和不良健康行为逐渐积累，不同类型的暴露（如环境、社会经济和行为）的积累可以造成长期损害的模式。

4.6.15.7.2.3 风险链模型 chain-of-risk model

生命周期中的一系列增加或者降低疾病风险的相关暴露，一种暴露往往会导另一个暴露，继而是下一个，应用这种“连锁反应”解释早期经历与成人心理社会功能之间连续性的模型。

4.6.15.7.3 社会网络分析 social network analysis

探索通常看起来松散的表象其背后的联系，从而研究这些社会结构如何约束网络成员的行为的分析方法。侧重于社会体系中行为者之间联系的特征模式，而不是个体行为者本身的特征。

4.6.15.7.4 基于主体的模型 agent-based modelling, ABM

又称“代理人基模型”。一种随机计算机模拟，侧重于个体以及个体在时间和空间上的特征及其交互作用，允许在各种模型条件下运行多个模拟，从而能够分离出特定因素对健康结局的影响。

4.6.15.8 社会期望偏倚 social desirability bias

对社会上一些敏感的或是有争论的话题，调查对象常按社会上大多数的观点回答，掩盖自己真实的想法所造成的偏倚。

4.6.15.9 麦当劳化 McDonaldization

像快餐连锁店一样，社会、机构和组织等经调整而具有相同特征的一种社会现象，具体特征包括效率、标准化等。引申指公共卫生项目在跨文化的地区和人群实施时没有考虑项目地区或人群的特殊文化，仅追求项目的标准化。

4.6.15.10 同伴教育 peer education

具有相同年龄、性别、生活环境和经历、文化和社会地位或由于某些原因使具有共同语言的人在一起分享信息、观念或行为技能的教育形式。

4.6.15.11 同伴压力 peer pressure

个体感受到的来自于同伴，而使自身的行为、态度及价值观发生改变，使之符合于同伴规范的影响。

4.6.16 空间流行病学 spatial epidemiology

又称“地理流行病学(geographical epidemiology)”。应用流行病学的原理和方法，融入空间信息技术和空间统计方法，研究人群公共健康事件发生风险的空间分布特征及其影响因素，提出防控策略措施的一门流行病学分支学科。

4.6.16.1 “3S”技术

4.6.16.1.1 遥感 remote sensing, RS

利用飞机、卫星等空间平台上的传感器，从远距离对地面进行观测，根据目标反射或辐射的电磁波特性，经过校正、变换、图像增强和识别分类等处理，快速地获取大范围地物特征和周边环境信息的一种综合性空间探测技术。

4.6.16.1.2 地理信息系统 geographical information system, GIS

在计算机软、硬件系统支持下，基于地理空间数据库，以空间位置信息为主线，对地理空间数据进行采集、输入、编辑、存储、管理、运算、模拟、分析、显示和描述，生成并输出空间及动态地理信息，为地理研究和决策服务的技术系统。

4.6.16.1.3 全球导航卫星系统 global navigation satellite system, GNSS

能在地球表面或近地空间的任何地点为用户提供全天候三维坐标和速度以及时间信息的空基无线电导航定位系统。

4.6.16.2 空间数据库 spatial database

充分考虑空间数据特点，能对空间数据进行有效存储、管理的信息系统。

4.6.16.2.1 空间对象 spatial object

又称“空间目标”，“空间实体”。用数字表示的具有特定的定位、形态、属性、时间特征和空间关系的地理空间物体。

4.6.16.2.2 空间数据 spatial data

又称“地理数据(geographic data)”。与空间对象的空间地理分布有关的数据，包括空间特征数据(定位数据)和属性特征数据(非定位数据)。空间特征数据占主导地位，记录空间对象的位置、几何特征和拓扑关系。属性特征数据可包括专题属性和时间属性。

4.6.16.2.3 空间数据结构 spatial data structure

空间数据在计算机内的组织和编码形式。

4.6.16.2.3.1 矢量数据 vector data

利用欧几里得几何学中的点、线、面及其组合体表示目标实体空间分布的数据模式。可直观地表达地理空间、精确地表示实体的空间位置，且能够通过拓扑关系来描述各个实体之间的空间关系，有利于空间分析的实现。

4.6.16.2.3.2 栅格数据 raster data

以规则的像元阵列表示空间地物和现象的数据模式。每个网格给出相应的属性值来表示空间对象的特征，其坐标位置可以用行号和列号确定，像元大小决定数据点的精确程度。

4.6.16.3 空间聚集 spatial clustering

某些区域疾病发生的危险性显著高于其他区域的一种空间分布状态。

4.6.16.4 空间自相关 spatial autocorrelation

地理事物或现象的相似性与其在空间上的距离密切相关的现象。

4.6.16.5 空间异质性 spatial heterogeneity

所研究疾病或健康相关事件在时间和空间尺度上体现出分布的差异性。

4.6.16.6 疾病制图 disease mapping

将疾病空间分布状况按比例绘制成图的过程。

4.6.16.7 空间插值 spatial interpolation

基于采样点的测量值模拟未知点或区域的预测值的过程。主要用于各类地理现象的特征模拟。

4.6.16.8 空间聚集性分析 spatial clustering analysis

又称“聚集簇探测(disease clustering)”。运用空间统计方法对疾病及健康相关事件在整个空间区域

或局部的聚集情况开展的分析。

4.6.16.9 时空聚集性分析 temporal-spatial clustering analysis

运用时空统计方法对疾病的发生在时间、空间或时空上的聚集倾向或趋势开展的分析。以了解疾病时空分布特点和规律，寻找高发时段和高发区，探索疾病与季节、地理环境等的关系，为疾病防治和医疗资源合理配置提供依据。

4.6.16.9.1 时空扫描统计量 spatial scan statistic

创建以研究区域为底、时间间隔为高、风险人口为半径的变化的圆柱体扫描窗口，利用窗口内外的实际值和理论值构造的一个对数似然比检验统计量。可揭示疾病聚集的具体时间、定位聚集区、获得相对危险度。

4.6.16.10 地理相关分析 geographical correlation analysis

探讨在生态尺度上测量的公共健康事件与暴露因素的地理变异间的宏观关系的分析性研究。

4.6.17 健康流行病学 epidemiology of health

应用流行病学的原理和方法，研究人群健康状况的特征及变化规律，并探索维持和促进健康的影响因素，制定促进健康的策略和措施的一门流行病学分支学科。

4.6.17.1 健康观 view of health

人们对健康认知、健康生活、健康保持、健康方式等的综合观念，包括年龄观、生死观、疾病观、养生观、命运观等。

4.6.17.1.1 消极健康观 negative view of health

认为没有疾病和症状就是健康的观点，是生物医学模式理念的体现。

4.6.17.1.2 积极健康观 positive view of health

健康不仅仅是没有疾病或虚弱，还包括身体、心理和社会方面的完好状态，是生物-心理-社会医学模式理念的体现。

4.6.17.2 健康维度

4.6.17.2.1 身体状态 physical condition

个人体能和活力的状态。

4.6.17.2.2 心理状态 mental status

心理活动的某种暂时性状态。

4.6.17.2.2.1 情感过程 emotional process

个体感知外界事物后所产生的一种情绪体验，包括

正向与负向的体验。

4.6.17.2.2.2 认知功能 cognitive function

大脑反应客观事物的特征、状态及其相互联系，并揭示事物对人的意义与作用的判断能力，是一种高级心理功能。

4.6.17.2.3 社会功能 social function

社会要求个人需要履行的责任和义务，以及从事各种社会活动的的能力。

4.6.17.2.3.1 社会资源 social resource

在一定时空条件下，人类通过自身劳动在开发利用自然资源过程中所提供的物质和精神财富的统称。

4.6.17.2.3.2 社会接触 social contact

人与人之间，人与社会之间发生交互作用的最初行为。

4.6.17.2.4 角色功能 role function

在特定社会角色中履行任务和承担责任的能力。

4.6.17.2.4.1 现时健康体验 current health experience

个人对目前的健康状态和生活状况的总的判断，综合反映个体的健康意识、生活态度和人生价值。

4.6.17.2.4.2 未来健康期望 future health expectation

个体根据现在的情况来判断自己未来一定时间内健康的变化，体现个体对未来生活的期望、信心 and 选择。

4.6.17.2.5 总体健康感受 general health perception

个人对自身健康状况总的评价和期望。

4.6.17.2.5.1 满意度 satisfaction

个人的需求和愿望得到满足时所产生的主观感受。

4.6.17.2.5.2 幸福感 happiness

对全部生活的综合感觉状态，它产生于自发的精神愉悦和活力感。

4.6.17.3 健康影响因素

4.6.17.3.1 环境因素 environmental factor

构成人们生活和指导人们生活的自然、社会和态度等因素。

4.6.17.3.1.1 自然环境 natural environment

一切可以直接或间接影响人类生活、生产的自然界中物质和资源的总和。

4.6.17.3.1.2 社会环境 social environment

人类在自然环境基础上,通过长期有意识的社会活动,加工、改造自然物质创造出的环境。

4.6.17.3.2 生活方式 lifestyle

个体在日常生活中表现出的相对稳定的行为模式总和。包括作息节律、饮食习惯、运动娱乐方式、社交方式等。

4.6.17.3.3 卫生服务 health service

卫生机构和卫生专业人员为了防治疾病、增进健康,运用卫生资源和各种手段,有计划、有目的地向个人、群体和社会提供必要服务的活动过程。

4.6.17.3.3.1 医疗服务 medical service

卫生技术人员遵照执业技术规范提供的照护生命、诊治疾病的健康促进服务,以及为实现这些服务提供的药品、医疗器械、救助运输、病房住宿等服务。

4.6.17.3.3.2 卫生保健系统 health care system

为满足目标人群的卫生需求而建立的组织系统。包括筹资机制、训练有素且报酬充足的人力资源、作为决策和政策基础的可靠信息,以及维护良好的医疗设施以提供高质量的服务。

4.6.17.3.4 生物学因素 biological factor

影响人群健康的遗传因素以及病原微生物、寄生虫等致病因素。

4.6.17.4 健康测量 health measurement

在对健康概念进行分解和量化基础上,运用特定的测定工具或手段,收集研究对象的有关数据资料,描述其健康状况或分布特征的过程。

4.6.17.4.1 负向健康 negative health

从疾病、死亡等负向角度考虑健康。

4.6.17.4.2 正向健康 positive health

从主观健康、生活满意度、社会交往能力等正向角度考虑健康。

4.6.17.4.3 客观测量 objective measurement

根据体征、生理和生化等客观指标来判定健康状况的过程。

4.6.17.4.4 主观测量 subjective measurement

个体对自己内外环境的真实体验以及对未来健康状况的期望等主观因素进行评价的过程。

4.6.17.4.5 健康评价 health evaluation

对健康水平及其影响因素进行的综合评价。

4.6.17.4.6 健康风险评估 health risk assessment

对可能使人体健康产生不利影响的事件发生概率进行描述和定量分析的过程。

4.6.17.4.6.1 个体健康风险分级 individual health risk classification

通过收集个人的健康信息,对个体的健康状况及未来患病或死亡的危险性所进行的量化评估。

4.6.17.4.6.2 群体健康风险评估 population health risk assessment

为提出促进人群健康水平的策略和措施,对服务人群的健康进行整体评价的过程。

4.6.17.4.7 人口学指标 demographic indicator

反映群体数量、结构、素质及其变化方面的指标。

4.6.17.4.8 综合评价指标 comprehensive evaluation indicator

从多个角度全面反映个体或群体健康状况的指标。

4.6.18 现场流行病学 field epidemiology

通过现场调查发现问题的原因和影响因素,迅速采取针对性防控措施,并评估干预措施效果的流行病学分支。

4.6.18.1 流行病情报服务 epidemic intelligence service, EIS

美国疾病预防控制中心主办的为期两年、以实践为主的应用流行病学培训项目。于1951年创立,基于干中学的理念,参加培训者在工作中学习流行病学的同时提供公共卫生服务。

4.6.18.2 中国现场流行病学培训项目 Chinese Field Epidemiology Training Program, CFETP

中国疾病预防控制中心为提高和强化公共卫生机构专业人员应用流行病学能力而举办的两年制在职培训项目,于2001年创立。

4.6.18.3 全球流行病学培训项目和公共卫生干预网络 training programs in epidemiology and public health interventions network, TEPHINET

全球各国现场流行病学培训项目开展培训和学术交流的网络。成立于1997年,覆盖100多个国家,以发展、联结和动员全球现场流行病学专业人员,加强公共卫生体系与提高公共卫生安全为宗旨。

4.6.18.4 东盟与中日韩现场流行病学培训网络 Association of Southeast Asian Nations, ASEAN, plus three field epidemiology training network

英文简称“ASEAN+3 FETN”。东盟十国与中国、韩国和日本三国于2011年建立的现场流行病学培训

网络，旨在促进现场流行病学培训的地区性合作。

4.6.18.5 现场流行病学调查

4.6.18.5.1 核实诊断 verification of diagnosis

现场流行病学调查中，通过访谈病例、收集临床检查结果和病历资料，结合实验室检测结果，核实临床诊断和实验室诊断的正确性的步骤。

4.6.18.5.2 病例定义 case definition

现场流行病学调查中，根据临床症状、体征或实验室检测结果，以及时间、地点和人群限定，判定调查对象是否患有某种疾病、综合征或其他健康状况的一套标准。通常包括疑似病例、可能病例或确诊病例。

4.6.18.5.2.1 疑似病例 suspected case

在一定地区、人群和特定时间内，具有某种疾病的症状体征的病例。

4.6.18.5.2.2 可能病例 probable case

在一定地区、人群和特定时间内，具有某种疾病的特异性临床症状体征，但缺乏实验室确诊证据的病例。

4.6.18.5.2.3 确诊病例 confirmed case

在一定地区、人群和特定时间内，具有某种疾病的临床症状体征以及实验室诊断证据的病例。

4.6.18.5.3 病例搜索 case finding

按照统一的病例定义，通过医疗卫生机构和实验室检测机构寻找病例，或采用诊断试验对暴露人群进行筛查，查阅现有监测资料，利用多种资源，尽可能多地发现病例的过程。

4.6.18.5.4 流行曲线 epidemic curve

展示不同时间间隔内疾病或其他卫生事件发生病例频数分布的直方图或线图。可用于揭示疾病可能传播方式、推算可能暴露时间、计算潜伏期等。

4.6.18.5.4.1 同源模式 common source

因暴露于相同有害因素而引起的暴发模式。包括点源模式、持续同源模式和间歇同源模式。

4.6.18.5.4.1.1 点源模式 point source

因短时间内暴露于相同有害因素而引起的暴发模式。流行曲线呈现发病时间高度集中，曲线快速上升之后快速下降或拖尾状缓慢下降，高峰持续时间较短，首例和末例发病时间间隔小于1.5倍疾病潜伏期。

4.6.18.5.4.1.1.1 点源二代传播 point source with

secondary transmission

短时间内暴露于相同有害因素后，通过直接接触或传播媒介引起续发传播的暴发模式。流行曲线呈现在点源暴露的高峰后，紧接着出现另外一个小的波峰，两峰大约间隔一个疾病潜伏期。

4.6.18.5.4.1.2 持续同源模式 continuing common source

因持续一段时间暴露于相同有害因素而引起的暴发模式。流行曲线呈现快速上升，然后出现一个高峰平台期，且高峰平台期的持续时间取决于暴露的持续时间，首例和末例发病时间间隔超过1.5倍疾病潜伏期。

4.6.18.5.4.1.3 间歇同源模式 intermediate common source

因多个时点间断暴露于相同有害因素而引起的暴发模式。流行曲线呈现多个间隔出现的波峰，可因暴露的暂时性消除而下降，随暴露的再度出现而上升。波峰之间的间隔时间无明显规律，取决于暴露出现的时间间隔。

4.6.18.5.4.2 增殖模式 propagated pattern

病原体直接或通过媒介在人与人之间传播而引起的暴发模式。

4.6.18.5.4.3 环境模式 environmental source

由环境因素导致的暴发模式。流行曲线可反映致病因素、环境以及导致人体暴露于环境的因素之间复杂的交互影响，通常持续几个疾病潜伏期，波峰间隔长于疾病潜伏期，呈周期性。

4.6.18.5.5 标点地图 spot map

疾病或事件地区分布特征的一种可视化展示。采用一个标记将病例的居住地址、工作地址、可能的暴露地点等标注在地图上，用于揭示病例之间的关联和病例与地理特征的关联。

4.6.18.5.6 面积地图 area map

疾病或事件地区分布特征的一种可视化展示。按各地区人口数计算率，将各地区的率排序、划分间隔等级，在地图上用同一系列颜色的深浅表示各地区率的高低。

4.6.18.5.7 传播链 chain of transmission

依据病例访谈、临床检查、现场勘查和环境标本检测结果等信息建立的病例间的传播关系。

4.6.19 老年流行病学 geriatric epidemiology

应用流行病学的原理和方法，研究老年人常见病和

多发病的发生、发展的原因和分布规律，以及制定预防、控制这些疾病和促进老年人健康的对策与措施和评价其效果的一门流行病学分支学科。

4.6.19.1 老年人 older adult

我国目前通用标准为 60 岁及以上的人。

4.6.19.1.1 低龄老人 younger elderly

60 到 74 岁的老年人。

4.6.19.1.2 高龄老人 oldest-old

80 岁及以上的老年人。

4.6.19.1.3 长寿老人 longevity elderly

90 岁及以上的老年人。

4.6.19.1.4 百岁老人 centenarian

100 岁及以上的老年人。

4.6.19.1.5 超级长寿 extreme longevity

达到人类生命极限的人，部分研究将男性 96 岁及以上、女性 100 岁及以上视为超级长寿。

4.6.19.2 人口老龄化 population aging

老年人口占总人口的比例随着时间推移而不断上升的一种动态过程。

4.6.19.2.1 健康老龄化 healthy aging

老年人群体达到身体、心理和社会功能的完好状态，即群体的健康长寿。1992 年由联合国提出。

4.6.19.2.2 积极老龄化 active aging

在老年时期为了提高生活质量，使参与健康和保障的机会尽可能获得最佳程度的过程。2002 年由世界卫生组织提出。其核心内容是“参与、健康和保障”，提倡的是一种主观能动的态度和行动，使老年人尽可能在较长时间内保持良好状态。

4.6.19.2.3 成功老龄化 successful aging

为提高老年人的生活质量，尽可能优化其健康、社会参与和保障机会的过程。

4.6.19.2.4 健康长寿 healthy longevity

既有高寿又有自理能力的状态。

4.6.19.2.5 全生命周期 full life cycle

生物完成其全部生活史所经历的时间、过程以及生活史在时间上的分配。

4.6.19.3 老年健康评估 geriatric health assessment

采用多学科方法评估老年人的身体健康、功能状态、心理健康和社会环境状况的评价过程。据此制订和启动以保护老年人健康和功能状态为目的的治疗

计划，最大程度地提高老年人的生活质量。

4.6.19.3.1 老年综合评估 comprehensive geriatric assessment, CGA

从医学问题、躯体功能、认知功能、情感、生活环境、社会支持系统和信仰心灵状态等多层次对老年人进行全面而详细的评估。

4.6.19.3.2 共病 comorbidity

两种及以上疾病共存于同一个体的状态。

4.6.19.3.3 多重用药 polypharmacy

对同一个患者同时使用了 5 种以上的药物的现象。

4.6.19.3.4 日常生活活动 activities of daily living, ADL

个人为了满足日常生活的需要每天所进行的必要活动。

4.6.19.3.5 工具性日常生活活动 instrumental activity of daily living, IADL

人们在家庭和社区生活中，需借助工具进行的较复杂的活动。

4.6.19.3.6 移动能力 mobility

从一个地方自如移动到另外一个地方的能力。

4.6.19.3.7 步速 gait speed

步行的平均速度。

4.6.19.3.8 握力 grip

手抓握的力量，主要是测试上肢肌肉群的发达程度。

4.6.19.3.9 肌少症 sarcopenia

老龄化进程中以骨骼肌质量及其力量下降为特征的一类临床综合征。

4.6.19.3.10 听力减退 hearing loss

听觉系统的传音或感音部分发生病变或功能上的损伤，导致听力下降的现象。

4.6.19.3.11 视力损伤 visual impairment

由于各种原因导致双眼视力低下并且不能矫正或视野缩小，以致影响其日常生活和社会参与的状态。

4.6.19.3.12 尿失禁 urinary incontinence

由于膀胱括约肌损伤或神经功能障碍而丧失排尿自控能力，使尿液不自主地流出。

4.6.19.3.13 关节退行性变 joint degeneration

又称“骨质增生”。骨的退行性病变，是关节炎的一种表现。

4.6.19.3.14 复原力 resilience

面临逆境时通过抵抗、恢复或适应来维持或提高功能发挥水平的能力。

4.6.19.3.15 虚弱 frailty

机体对生理储备的降低和多系统的失调导致的内外应激状态下保持内环境稳定能力的受限，从而增加对应激事件易感性的一种老年综合征。

4.6.19.4 老年健康促进 geriatric health promotion

对老年人膳食营养、体育锻炼、定期体检、慢病管理、精神健康以及用药安全等方面，给出个人和家庭行动建议，并分别提出促进老有所医、老有所养、老有所为的社会和政府主要举措。

4.6.19.4.1 老年健康管理服务 geriatric health management service

每年定期为辖区老年人提供健康管理服务。

4.6.19.4.2 临终关怀 hospice care, end life care

向临终患者及其家属提供的一种全面的照料。包括生理、心理、社会等方面，使临终患者生命得到尊重，症状得到控制，生命质量得到提高，家属的身心健康得到维护和增强，使患者在临终时能够无痛苦、安宁、舒适地走完人生的最后旅程。

4.6.19.4.3 长期照护 long-term care

又称“长期照料”。由医务人员在医院、护理院、社区或患者家中为患者、老年人、残疾人提供的长期医疗、护理与康复的服务；或者民政部门或社会保障机构向失能者提供的照顾。

4.6.19.4.4 长期护理保险 long-term care insurance

为被保险人在丧失日常生活能力、年老患病或身故时，提供护理保障和经济补偿的制度。

4.6.19.4.5 社区老年人日间照料 community elderly day care

为社区内生活不能完全自理、日常生活需要一定照料的半失能老年人提供膳食供应、个人照顾、保健康复、休闲娱乐等日间托养服务。

4.6.19.4.6 医养结合 combination of medical treatment and maintenance

医疗卫生与养老服务相结合是对资源的一种优化配置，目的是通过建设医疗养老联合体等多种方式，整合医疗、康复、养老和护理资源，为老年人持续提供服务。

4.6.19.4.7 居家养老服务 home care service for the elderly

提供居家养老服务的社区/村养老服务驿站、街道/乡镇养老照料中心和养老机构等为满足居家老年人需求所提供的社会化养老服务活动，包括助餐、助医、助洁、助浴、助急、康复和精神慰藉等。

4.6.19.4.8 自我照护 self care

本人参与某种护理活动，并在其中发挥主动性、创造性，使其更加完善、更理性地达到健康目标的行为。

4.6.19.4.9 社会照护 social care

社会组织或机构为在生活上需要特别帮助的人提供的照护服务，协助其完成日常生活活动，如个人护理、做家务等。