

中国的霍乱流行：防疫应急机制 与“紧急规训国家”（1961—1965）

〔澳〕方小平（Fang Xiaoping）

和世界上其他国家一样，在中国历史上，战争、叛乱、社会政治动荡以及贸易往来造成的流离失所和人口流动常常导致致命性的急性传染病暴发和流行。随着19世纪初期全球化进程的加速，帝国主义扩张、贸易、政治暴力、军事冲突和宗教朝圣带来的频繁的人类迁移和互动，史无前例地加速了疾病的传播，并使其蔓延至中国。

这些急性传染病本身并不具有社会和政治内涵，因为它只是病原体微生物活动的结果。但是，疾病大流行通常被认为是生物生理、社会政治和经济网络的相互结合和碰撞。急性传染病也因此一直被政治化，特别是流行病的暴发以及随后采取的应对措施。在中国历史上，疾病大流行的政治不仅涉及有关病因的各种竞争性解释，而且包括社会和政治因素，特别是疫病防治参与者之间的互动关系。总体来说，对流行病的超自然解释导致宗教活动和仪式成为帝国晚期应对急性传染病暴发的一种普遍的集体反应模式。19世纪末，疾病被赋予的民族主义内涵促进了现代国家建构背景下的现代卫生防疫体制的发展，但是它在中央和地方政府之间以及行政和医疗系统之间的协调一直遭遇困难和挑战。

1949年中华人民共和国成立后，急性传染病进一步高度政治化。与“旧中国是帝国主义和自然的双重受害者”的政治隐喻相对应，疾病代表了旧中国的落后和国民党反动政府的无能，同时被描绘成对新政府社会秩序和政治合法性构成潜在威胁的敌人。因此，20世纪50年代以来，中国不断发起并持续进行全国性的公共卫生和防疫运动。正如“运动”一词所表明的那样，防疫的术语，例如“战斗”“根除”和“歼灭”，源于战争术语，包含军事隐喻，展现了和平时期传染病防治的基本模式。另一方面，对疾病原因的超自然解释与政治意识形态相矛盾，通过广为流行的宗教仪式驱散鬼魂和恶魔的集体反应也被认为对社会秩序和政治合法性构成严重威胁，因为这类活动拥有与新的社会组织平行的组织结构。因此，持续进行的卫生防疫运动与反对宗教和传统习俗的社会政治运动紧密地交织在一起。

从运动频率、组织方式、历史影响，以及所针对的疾病的危害程度来看，相关卫生运动基本可以划分为仪式性、常规性和应急性三种。“仪式性运动”特指在1952年抗美援朝期间发起的群众性爱国卫生运动，它以除“四害”（老鼠、麻雀、苍蝇和蚊子）和改善环境卫生为目标。此后每年春季各级地方政府都会组织开展这项卫生运动，动员各行各业的人们参加大扫除。^①“常规性运动”以消灭危害广泛的传染病和地方性寄生虫病为目标，例如天花、性病、肺结核和血吸虫病等。这些卫生防疫运动有各自的总体规划、阶段性要求和终极目标，并依赖于医疗和行政体系日常性的紧密结合。^②“应急性运动”是指在社会重构、政治运动、城市化和全球化大背景下对重大流行病暴发

① 参见 Rogaski, R. (2004). *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*. Berkeley: University of California Press.

② 参见 Brazelton, M. (2019). *Mass Vaccination: Citizens' Bodies and State Power in Modern China*. Ithaca: Cornell University Press; Gross, M. (2016). *Farewell to the God of Plague: Chairman Mao's Campaign to Deworm China*. Berkeley: University of California Press; 刘绍华《我的凉山兄弟：毒品、艾滋与流动青年》，群学出版有限公司，2013年。

作出的即时反应。这三类运动的运作深深植根于全新的中央和地方政府以及行政和医疗体系协调运作的社会政治结构中，国家和政府在此过程中展示了自己的行政力量和治理能力。

20世纪50年代以来，中国有过几次传染病大流行，其中最早、最具代表性的是1961年至1965年主要影响中国东南沿海的世界第七次霍乱大流行。之后，在1966年秋至1967年春暴发的脑脊髓膜炎流行中，共有304万个病例、16万人死亡，这是1949年后中国所有传染病中死亡率最高的一个。2003年，非典（SARS）暴发，成为新千年全球首次急性传染病大流行。2019年底暴发的新冠肺炎（COVID-19）至今仍然肆虐世界各国，也成为中华人民共和国成立以来“发生的传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的一次重大突发公共卫生事件”^①。

在这些急性传染病大流行中，就防疫运动与社会政治结构的关系而言，1961年至1965年中国东南沿海霍乱大流行期间建立的防疫应急机制最具深远影响。1961年，霍乱首先在印度尼西亚苏拉威西岛的望加锡暴发，并迅速传播到印度尼西亚其他岛屿，然后传播到加里曼丹岛上的砂拉越和沙巴，以及其他东南亚和东亚国家。1966年，霍乱已经到达印度和中东，随后继续蔓延到欧洲、非洲和美洲，成为有记录以来第七次世界霍乱大流行。在中国，霍乱于1961年6月首次在广东省阳江的几个沿海城镇暴发，当时大规模回国的印尼华侨被认为是疑似霍乱传播者。1962年2月，该病在广东潮汕地区再次暴发，当年7月以后迅速在中国东南沿海蔓延，首先是浙江，继而扩展到福建、上海和江苏。根据现有统计数据，在当时中国东南沿海所有霍乱流行地区中，浙江省温州地区的发病率是最高的，浙江省也是该病发病率最高的省。在经过大规模的内部紧急防疫运动之后，这次霍乱大流行在1965年得到控制。

1961年至1965年中国东南沿海的霍乱大流行，发生在“大跃进”与“文化大革命”之间非常特殊的社会政治重构背景中。这一时段通常被中共党史学界称为“国民经济和社会关系的全面调整时期”。作为关键步骤，政府重新加强了对人口流动的管理。通过户口制度和单位制度，它进行社会监督、政治教育，并进一步实施了在50年代初提出的经济战略和政策。这些措施也巩固了中国在城乡社会之间的严格划分。

60年代初期的社会重构使得“大跃进”以来混乱的人口流动模式向相对静态社会中的有序流动模式转变。在占中国总人口绝大多数的农村，人民公社、生产大队和生产队快速缩小规模，农村社会政治体制得到全面重构，而介绍信、工分和粮票等新的社会控制、劳动报酬和福利机制进一步加强了这种变化。类似的单位体制也扩展到城市社会中的政府机关、厂矿企业、医院和学校。尽管在霍乱大流行得到控制之后一年，“文化大革命”爆发，60年代初期社会结构调整所带来的工作、生活、生产和消费方面的国家主导地位却一直延续到1978年改革开放。

同时，在60年代初期，中国与外部世界的接触主要限于社会主义阵营和亚非拉发展中国家，孤立于西方阵营以及一些国际组织之外。在这种国际大背景下，中国经历了与东南亚、东亚其他国家和地区的地缘政治调整、矛盾以及严重冲突，其中包括处理印尼华人双重国籍问题和应对蒋介石“反攻大陆”所作的军事准备。冷战时期中国在国际社会中的地缘政治角色加剧了国内社会政治变化，并使之进一步复杂化，因为它既挑战又加强了社会重构的进程。一方面，在防疫应急中缺乏国际合作是一个严重的问题，而解放军部队抵达沿海前线、渔民的跨省捕捞作业以及东南亚华侨回国访问带来了东南沿海的人口流动。另一方面，冷战时代的国际局势下，政治教育、军事动员和舆论宣传等引发了进一步的社会重构。

在这种背景下，面对肆虐的疫情，中国政府立即展开大规模防疫运动，采取了一系列强力的传

^① 《毫不放松抓紧抓实抓细防控工作 统筹做好经济社会发展各项工作》，《人民日报》2020年2月24日。

统干预措施，包括检疫隔离、全民接种和疫情监控等。政府迅速组织、动员、调拨医务人员和医疗物资。1962年7月16日，在温州瑞安县确诊第一位霍乱病人后两天，浙江省卫生厅副厅长率24名防疫专家和干部前往温州，开始指挥当地的霍乱防治工作。7月28日，浙江省和温州地区向疫情最为严重的瑞安县、平阳县和温州市派遣了400多名医务人员，他们来自江苏省和浙江省杭州、嘉兴、湖州、金华、温州地区的各个医疗单位。7月30日，浙江省政府又派遣了700名卫校学生。考虑到60年代温州地区的道路和交通状况，政府的反应是极为迅速的。

值得注意的是，针对霍乱防治的这些传统措施在当时并未被国际医学界和相关国际组织大力推行。也正因为如此，根植在中国社会政治体制中的防疫模式才显得独具特色。以全民疫苗接种运动为例，60年代的中国医学专家们一般认为，总人口的80%疫苗接种可以实现对霍乱的群体免疫。1962年8月3日，中共浙江省委、省政府提出，温州地区各县必须在8月15日之前接种霍乱疫苗，3岁以下儿童、60岁以上老人，以及对接种有过敏反应的除外。在霍乱疫情最为严重的瑞安县、平阳县和温州市，这意味着地方政府必须在12天内完成总计294万人的疫苗紧急接种工作。

由于行政和医疗系统之间的协调问题，温州地区的霍乱疫苗接种从1962年7月下旬开始，直到10月上旬才完成，持续了将近三个月。1963年起，医疗体系和行政体系通力合作，社队干部、大队会计、医务人员和卫生保健员协调分工，并根据农业生产季节和农村生活节奏安排接种时间表。同时，国家层面提供了稳定、充足的霍乱疫苗。据统计，1963年全国霍乱疫苗的产量是1961年的27倍。这些改进措施大大提高了1963年及以后的全民接种速度。在霍乱最早暴发的瑞安县，1963年的全民接种率在15天内达到79.67%，1964年各区的疫苗接种率则在76%至83%之间。

除了全民接种，通过医疗体系制度化、行政体系医疗化以及对人群的流行病学分类，霍乱防治运动推动了疫情监控体系的发展。这也是整个防疫机制中极具特色的环节。

总之，20世纪60年代初期的霍乱防治和社会重构进程相互促进。控制霍乱大流行的强力干预性预防措施不仅利用了广泛的社会重构所带来的变革，而且强化和巩固了这些变革。例如，霍乱大流行之前的社会政治结构调整导致社会同质化、政治监督化和经济平均化，它促进了无形的行政边界的出现和巩固，进而结合有形的自然疆界和全民皆兵的民兵制度形成的军事疆界，推动了检疫隔离疆界的形成，从而有效地实施了检疫隔离，特别是对静态社会中人口流动的管控。由此可见，检疫隔离大大强化了同时进行的社会重构进程。

同时，全民接种和疫情监控将社会数据（户口册）、生产数据（工分册和社员册）和疾病数据（接种登记簿和接种证）有机整合，发挥了社会和政治治理功能，形成了一种特殊的统计政治形式，促使全新而广泛的社会结构自上而下地逐步形成。它深刻地影响了行政体制、地方干部、医务人员和普通群众。

综上所述，在60年代特定的社会政治背景下，霍乱的大流行与防治有效地整合了卫生治理和政治治理，显著地推动了“紧急规训国家”（an emergency disciplinary state）的形成。这种“紧急规训国家”由自上而下的领导、垂直的官僚体系和基层的社会组织（人民公社和单位制度）构成，通过集中的政治权力、行政系统主导以及地方社会的细胞化结构形成了一种强大的机制。党和政府调动全国医疗物资和医务人员应对急性传染病大流行，医疗和行政系统共同参与防疫。经过重构的农村和城市则为实施这些传统的强力干预措施提供了制度基础。通常来说，这个过程是否顺利，取决于医疗资源的丰富程度、两种系统的配合程度以及地方的合作程度。它并不是一个简单的、自发的过程，初期会遇到困难和挑战。但是，一旦得到完善并进一步常规化，这种根植于“紧急规训国家”机制的防疫应急机制就会展现其效率和韧性。

1961年至1965年霍乱大流行期间防疫应急机制和“紧急规训国家”的形成，在长时段历史背

景下具有重要意义。在中国历史上，对自然灾害、急性传染病流行、重大政治事件和社会危机的紧急反应都涉及几个关键问题：如何处理帝国与官僚体系之间的关系？如何运作官僚体系？如何应对中央、地方和社会之间的关系？应急机制追求的是政治权力的集中、对官僚体制的管控、组织内部信息的顺畅传播，以及对政府和社会功能的精确界定。而在 19 世纪和 20 世纪中国不断变化的社会政治环境下，应急机制总是遇到困难和挑战。直到 1961 年至 1965 年的霍乱大流行期间，公共卫生应急机制和“紧急规训国家”模式才有效地融入中国社会政治体制。更重要的是，这种强力干预模式成为当代中国公共卫生防疫的标杆，并对随后数十年应对严重自然灾害、重大流行病和社会公共事件产生了深远影响。

这种影响在 2003 年非典防治中得到了体现。一旦传统的强力干预性的公共卫生和防疫应急机制被启动，政府便会迅速动员整个社会开展全国性的防疫运动，尤其是在检疫和隔离方面。过去十多年中，中国经历了快速的社会变革。这显著影响了急性传染病的暴发、传播和控制，特别是城市化和全球化带来的社会高度流动性，严重挑战了公共卫生防疫应急机制。但是，中国对当前新冠肺炎大流行的应对表明，“紧急规训国家”的功能和特征仍在延续。一旦政府开始对这种大流行作出反应，传统的公共卫生应急机制就能很快启动，并在全国范围内得到前所未有的严格实施，尽管它承载了巨大的经济代价。^①

（本文作者 澳大利亚莫纳什大学文学院院长副教授）

中国与世界范围流行病学的建立

（美）方立安（Lyle Fearnley）

1957 年的流感大流行，即人们常说的“A2 流感”或“亚洲流感”大流行，是世界卫生组织新建立的世界流感网络第一次有机会监测病毒性流行病。在这篇小文章中，我将描述中国如何追踪到那次疫情的几个源头之一，并揭示中国科学家在新病毒起源研究中所作的至关重要的贡献。在病毒学家朱既明博士的领导下，中国科学家提出了关于流感大流行如何发生的新理论，包括动物与新病毒出现之间可能存在重要关联的理论假设。可惜的是，因为冷战时期的地缘政治，1971 年 10 月以前，中华人民共和国既不是联合国成员，也不是其下属国际机构（包括世卫组织）的成员，所以国际科学界没能及时收到中国病毒学家的研究成果。通过大力推介朱既明关于流感的研究，本文意在展现 1957 年以后中国如何成为流行病研究领域的另一个“世界中心”。

世界流感实验室网络

世卫组织是 1945 年联合国国际组织会议的产物。既是医生又是外交官的施思明（中华民国外交官施肇基的儿子）最早提议建立世卫组织。与之前的国际性卫生组织不同，世卫组织有着全新的“世界公民”“世界卫生”梦想和理念。^② 到 20 世纪 40 年代后期，世卫组织已经大体建成，监测流

① 参见 Fang, Xiaoping (2021). *China and the Cholera Pandemic: Restructuring Society under Mao*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

② 参见 Lee, K. (2009). *The World Health Organization (WHO)*. London: Routledge, p. 12; Wu, Harry Yi-Jui (2015). "World Citizenship and the Emergence of the Social Psychiatry Project of the World Health Organization, 1948-c.1965". *History of Psychiatry*, 26 (2), pp.166-181.