

中国慢性病防控策略和体系建设探索

王陇德

(中华预防医学会,北京 100021)

[摘要] 慢性非传染性疾病已成为当前人类的重大威胁。国际研究表明,2008年全球5 700万人死亡,其中的63%(3 600万人)死于慢性非传染性疾病;80%的非传染性疾病所致死亡(2 900万人)发生在低收入和中等收入国家。WHO预测,如果按目前的情况继续发展,到2030年每年死于慢性非传染性疾病的人数将增加至5 500万人。在中国,伴随着工业化、城镇化、老龄化进程的加快和国民生活方式的快速变迁,居民慢性病患者率、死亡率呈持续快速增长趋势。因此,慢性非传染性疾病流行的应对,是中国当前必须尽快考虑的重大问题。本文在总结中国重大慢性病流行状况、分析中国慢性病防控中存在的主要问题和关键影响因素以及总结前期项目探索经验的基础上,对中国慢性病防控应制定和采取的策略及防控体系建设工作要点提出了建议:如相关政府部门都应制定相应政策;建立结构合理、系统内任务分工明确,协调、高效的工作体系;从制度、工作规范与要求上推行“整合医学”的发展,从而提高中国慢性病防控工作效能与效益等。

[关键词] 慢性病防控;策略与体系建设

[中图分类号] R1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1009-1742(2014)10-0022-09

1 前言

慢性非传染性疾病已成为当前人类的重大威胁。国际研究表明,2008年全球5 700万人死亡,其中3 600万人(占63%)死于慢性非传染性疾病,主要包括心血管疾病(占48%)、癌症(占21%)、慢性呼吸系统疾病(占12%)和糖尿病(占3.5%)。其中,80%非传染性疾病所致死亡(2 900万人)发生在低收入和中等收入国家。这些国家中“过早”死亡(70岁之前)的比例(48%)高于高收入国家(26%)。WHO预测,如果按目前的情况继续发展,到2030年每年死于慢性非传染性疾病的人数将增加至5 500万人^[1,2]。因此,慢性非传染性疾病流行

的应对,是中国当前必须尽快考虑的重大问题。

2 中国重大慢性病流行状况

在中国,伴随着工业化、城镇化、老龄化进程的加快和国民生活方式的快速变迁,居民慢性病患者率、死亡率呈持续快速增长趋势。

根据全国第三次死因回顾抽样调查的结果,2004—2005年,我国慢性病死亡占到死亡总数的82.54%(1990—1992年为76.48%)。其中,脑血管病和恶性肿瘤分别为第一位、第二位的死因,占死亡总数的22.54%和22.32%,即有近45%的死者死于脑血管病和恶性肿瘤(见表1和表2)^[3]。与世界人口死亡情况比较,我国慢性病死亡率水平与世界

[收稿日期] 2014-08-05

[作者简介] 王陇德,1947年出生,男,河南开封市人,中国工程院院士,长期从事行政管理、流行病学和公众健康促进专业研究工作;
E-mail: wangld@moh.gov.cn

平均水平接近,但死因构成比则显著高于世界平均 水平(见表3)^[3]。

表1 我国居民不同时期主要类别死亡原因死亡率(1/10万)、构成及其变化

Table 1 Death rate of major death causes of Chinese citizen in different periods (1/100 000), constituent rate and change

死因分类	1990—1992年		2004—2005年	
	死亡率	构成/%	死亡率	构成/%
全死因合计	603.33	100.0	608.78	100.0
传染病、母婴疾病及营养缺乏性疾病	49.49	8.20	33.05	5.43
慢性非传染性疾病	461.44	76.48	502.51	82.54
损伤和中毒	66.16	10.97	61.51	10.10
诊断不明	26.24	4.35	11.70	1.92

表2 2004—2005年我国国民死因顺位、死亡率(1/10万)及构成比(%)

Table 2 Death causes ranking, death rate (1/100 000) and constitute rate (%) in 2004—2005

顺位	疾病	城乡总计	
		死亡率	构成比/%
	总计	608.78	100.00
1	脑血管病	136.64	22.45
2	恶性肿瘤	135.88	22.32
3	呼吸系统疾病	96.28	15.81
4	心脏病	90.23	14.82
5	损伤和中毒	61.51	10.10
6	消化系统疾病	16.78	2.76
7	传染病	13.29	2.18
8	内分泌营养代谢疾病	10.77	1.77
9	泌尿生殖系统疾病	8.75	1.44
10	围生期疾病	5.42	0.89
	前十位合计		94.54

表3 第三次全国死亡原因调查结果与世界及部分国家三大类疾病死亡率及构成比较

Table 3 The 3rd nationwide sampling survey on death causes & 3 major disease-caused death rate of the world and certain countries

国家	死亡率(1/10万)				构成/%		
	总计	传染病、母婴疾病及营养缺乏性疾病	慢性非传染性疾病	损伤中毒	传染病、母婴疾病及营养缺乏性疾病	慢性非传染性疾病	损伤中毒
全世界	916.1	294.4	538.8	83.0	32.13	58.81	9.06
中国	661.5	41.2	544.4	62.0	6.23	82.30	9.37
美国	543.5	36.2	460.4	46.8	6.65	84.73	8.62
日本	364.3	38.2	286.7	39.4	10.48	78.71	10.81
英国	516.8	57.1	434.1	25.6	11.05	84.00	4.95
法国	442.9	26.8	367.7	48.4	6.05	83.02	10.93
澳大利亚	417.0	19.6	362.2	35.2	4.71	86.86	8.43
印度	1 291.5	425.1	749.8	116.7	32.91	58.05	9.04
泰国	856.4	223.9	558.8	73.6	26.15	65.25	8.60

注:死亡率按2000年世界人口进行标化

2011年世界银行发布的《创建健康和谐生活:遏制中国慢性病流行》报告预测,如果中国慢性的增长势头得不到有效遏制,未来20年里,40岁以

上人群中,慢性病患者(心脑血管病、慢阻肺、糖尿病以及肺癌)人数将增长2~3倍;慢性病的快速增长主要集中在未来10年;到2030年,50%以上的慢

性病负担都将集中在65岁以下的劳动力人口^[4]。2012年国务院发布的《中国的医疗卫生事业》白皮书中指出,中国现有确诊慢性病患者2.6亿人,慢性病导致的死亡占总死亡的85%,导致的疾病负担占总疾病负担的70%^[5]。

近期中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心发布的《2012年全国死因监测报告》表明,中国慢性病死亡率为512.31/10万,占总死亡的86.03%;心脑血管疾病、恶性肿瘤仍然占据死因排名的前两位。慢性病的发病率在持续快速上

升,如成年人中高血压患病率已高达33.5%,估计患病人数达3.3亿,远超过2002年估计的1.6亿^[6]。

慢性病中,脑血管病对我国国民的生命健康造成的危害最为严重。2008年完成的我国居民第3次死因抽样调查结果显示,脑血管病已成为中国国民第一位的死因,死亡率是欧美国家的4~5倍、日本的3.5倍,甚至高于泰国、印度等发展中国家(见表4)^[3]。脑血管病是一种“四高”性疾病,不仅死亡率高,而且发病率高、复发率高、致残率高,是60岁以上人群肢体残疾的第一位原因^[7]。

表4 中国与部分国家常见死因死亡率(1/10万)

Table 4 Common disease caused death rate in China and some other countries (1/100 000)

国家	总计	脑血管病	恶性肿瘤	呼吸系统疾病	心脏病	损伤中毒	消化系统疾病	内分泌系统疾病	泌尿生殖系统疾病	围生期疾病	传染病和寄生虫病
中国	661.5	149.4	139.5	110.3	100.1	62.0	17.9	11.5	9.1	-	14.2
美国	543.5	31.9	134.4	38.6	123.5	46.8	20.6	24.7	12.1	7.3	16.0
日本	364.3	45.0	119.2	16.0	38.2	39.4	15.1	7.5	7.7	0.5	8.2
英国	516.8	43.7	142.7	34.4	106.0	25.6	25.8	9.3	6.7	5.7	5.1
法国	442.9	28.2	141.6	19.3	46.9	48.4	23.6	15.9	6.4	3.9	7.4
澳大利亚	417.0	33.4	126.9	24.3	84.8	35.2	13.5	15.4	8.0	5.0	6.0
印度	1 291.5	122.0	108.7	88.8	261.2	116.7	43.3	25.0	16.1	57.6	211.3
泰国	856.4	65.1	129.2	69.7	87.5	73.6	31.4	50.6	33.6	11.5	182.5

注:死亡率按2000年世界人口年龄结构进行标化

除对生命和健康的严重影响外,慢性病流行还给居民家庭和国民经济的发展造成巨大负担。统计显示,城镇居民如果因慢性病住院一次,至少花去人均年收入的一半;农村居民将至少花去人均年收入的1.3倍。根据全国疾病卫生费用核算结果,2010年中国慢性病卫生费用为12 910.77亿元,占卫生总费用(经常性)比重为69.98%。慢性病卫生费用中,心脑血管疾病费用所占比重最高,为34.08%。从筹资结构看,慢性病卫生筹资仍主要以个人筹资为主,个人负担较重。慢性病卫生费用中政府卫生支出为1 299.02亿元,占慢性病卫生费用的10.06%,社会卫生支出为5 506.54亿元,占42.65%,个人现金卫生支出为6 105.21亿元,占47.29%^[8]。WHO估计,2005—2015年中国因心脏病、中风及糖尿病所导致的早死而减少的国民收入总值为5 580亿元^[9]。

以上情况表明,尽快改变我国慢性病防控的被动局面和工作不力状态,迫在眉睫。

3 制约我国慢性病防控的几个关键因素

20世纪90年代WHO的全球调查表明,影响人的健康和寿命的主要因素:生活方式和行为占60%,环境因素占17%,遗传因素占15%,医疗服务条件仅占8%。研究表明,通过生活方式的调整,可预防80%的心脑血管病和2型糖尿病、55%的高血压、40%的肿瘤^[9]。可以说,不良生活方式是引致慢性病发生的决定性因素。

2011年第66届联合国大会发布的《关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言》强调:人们的生活条件和生活方式影响其健康和生活质量,贫穷、财富分配不均、缺乏教育、迅速城市化和人口老龄化以及经济、社会、性别、政治、行为和环 境方面的健康决定因素等等,都是导致慢性非传染性疾病发生率和流行率上升的因素;亟需降低个人和人口群体受慢性非传染性疾病共同的可改变的风险因素(即吸烟、不健康的饮食、缺乏锻炼和酗酒)及其决定因素的影响程度,同时增强个人和人

口群体的能力,以做出更健康的选择和采取促进健康的生活方式。

从以上的国际共识看,我国慢性病防控存在以下主要问题。

3.1 我国国民的健康素养低下

原卫生部2008年开展的国民健康素养状况调查显示,中国居民具备健康素养的总体水平为6.48%。其中,按我国当前主要的五类健康问题来分析,科学健康观素养29.97%、安全与急救素养18.70%、传染病预防素养15.86%、基本医疗素养7.43%,慢性病预防素养最低,仅为4.66%。

2012年的再次调查表明,我国居民健康素养水平为8.80%;居民六类健康问题素养水平由高到低依次为:安全与急救素养42.80%、科学健康观31.87%、健康信息素养18.16%、传染病防治素养17.53%、基本医疗素养9.56%和慢性病防治素养9.07%。虽然整体水平略有上升,但具有慢性病防治素养的人的比例仍不足1/10,与我国慢性病防控形势和任务的要求存在着很大差距。

3.2 相关政策、策略与法律的研究制定滞后

影响我国慢性病控制最关键的问题是,决策层面还没有把慢性病的控制作为一个重大的公共卫生问题来考虑。特别是在政策、策略的研究和相关法律、法规的制定方面重视不够。

首先,慢性病防控需要政府多个部门的协同努力,正如2011年第66届联合国大会《关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言》所说的,“确认有效预防和控制非传染性疾病,需要政府一级发挥领导作用和采取多部门的卫生举措,包括在卫生、教育、能源、农业、体育、交通、通信、城市规划、环境、劳务、就业、工业和贸易、金融及社会和经济等部门的所有政策和整个政府举措中酌情融入卫生工作”。但我国大部分的上述部门均没有制定慢性病防控的相关政策和行动计划。

其次,从工作策略上讲,还没有把相关危险因素的控制摆在重要地位,也就是慢性病防控“关口前移”落实不力。譬如吸烟是国际社会确认的人类八大死因中六种疾病的主要致病原因。但中国到目前为止,仍无控制烟草危害的全国性法律。现有的部分法规虽然提及此问题,但因法律责任不明确和无相关罚则,难以实施。

3.3 关于慢性病防控体系建设

中国慢性病防控体系建设存在着比较重大的

问题,下面专门就这一问题作一剖析。

3.3.1 现有工作体系架构不适应慢性病防控需求

工作体系架构是影响工作成效和目标实现的关键因素之一。体系的架构组成是否合理;各子系统间能否进行适宜程度的物质、能量、信息的交换;系统间能否开展有效的结合;在外界环境发生重大变化时,系统能否及时进行调整等,都是影响工作效能的重要因素。我国的卫生工作体系架构是借用了原苏联的模式,临床与公卫工作自成系统,相互割裂。这种工作体系,在以传染病流行为主的年代尚可应对,因为许多严重危害民众健康的传染病,如麻疹、小儿麻痹、结核等,是以普遍接种疫苗、提高群体免疫水平、建立免疫屏障而得以控制的。这一类工作,由疾控机构组织实施即可,医疗机构的参与度不深。但到了以慢性病流行为主的年代,这种体系架构的问题就体现得格外明显。首先,我国医疗机构的工作方式是坐等病人上门。慢性病在体内有一个长期的发展变化过程,在疾病的早期,并没有明显的症状与体征,所以许多人意识不到自己已患病,不会主动去就医。如高血压的知晓率仅30%左右;还有一些疾病,即便是到了疾病的晚期,有些病人也无明显的症候,如严重的颈动脉和冠状动脉粥样硬化造成的血管狭窄,往往突然发生脑梗死和心肌梗死。而大多数的这类疾病是可以早期筛查、明确其危险因素并给以有针对性的控制而得以预防的。因此,坐等病人上门,“守株待兔”的工作方式是无法有效应对这类疾病的流行的。

其次,我国临床工作中的专业越分越细,专业之间的联系与沟通缺乏,只见“病”不见“人”的问题越来越严重。慢性病病人的病情往往涉及多个学科,需综合评估与判断才能给出最佳的诊疗方案。如脑卒中的危险因素,涉及心血管科的血压、血脂、房颤等,涉及内分泌科的血糖管理,涉及影像科的颈脑血管超声筛查及造影检查等。但目前大部分专科都是独立工作,甚至神经内外科之间也沟通很少。这种专科结构和工作模式,严重影响了慢性病控制的效能。

第三,我国疾病控制系统的绝大多数工作人员无临床背景,没有慢性病及其危险因素诊断与治疗的资质与能力。因此,无法承担慢性病二、三级预防的重任。

综上所述,我国的卫生工作体系架构在防控慢

性病的流行方面,存在着“先天不足”的缺憾。

3.3.2 适宜人才缺乏

慢性病防控适宜人才严重缺乏,也是我国慢性病防控体系建设中的重大问题。现以脑卒中(俗称“中风”)防控为例说明这一问题。在美国有3 000多位外科医生可以实施颈动脉狭窄手术(CEA),每年开展十几万例。大量病人因此解决了因为这一原因而发生脑卒中的风险。而到2009年底,我国仅有8名医生符合美国要求的资质标准。2010年我国仅开展此类手术247例。再比如实施此项治疗的先决条件,是首先要做颈部血管超声筛查。而在我国即便是省、部级大医院中,能合格开展这类筛查的医生也是凤毛麟角。这种适宜人才奇缺的局面如不尽快解决,要达到相应慢性病有效控制的局面就是一句空话。

3.3.3 防控技术服务提供链不完整

要较好地控制慢性病的流行,基层医疗卫生服务网络的健全格外重要。基层服务网络主要包括全科(家庭)医生和社区卫生服务站。世界经合组织2010年的数据表明:法国每千人口有1.6名全科医生,德国1.5名,澳大利亚1.4名,美国1.0名,英国0.7名,而我国每千人口仅有0.058名全科医生,与发达国家的差距很大^[10]。如按实际需要,我国需社区卫生服务机构30万~50万家,但截至2013年底,全国共设置服务中心8 488个、站点2.5万余家^[11]。基层机构和人员严重不足,无法有效提供基层医疗机构应承担的慢性病的预防保健服务。

慢性病预防控制的另一个重要环节,是对高危人群的危险因素和慢性病患者的病情进展的控制。这就需要对40岁以上人群定期进行重点危险因素监测和干预,对慢性病患者的日常治疗状况(包括服药的依从性、治疗效果、药物的副作用发生情况等)开展随访并及时予以调整指导。这方面的工作除初步开展了一些高血压、糖尿病患者的管理之外,其余几乎全为空白。研究表明,我国高血压的用药治疗率仅为25%,合格控制率只有6%,而美国的合格控制率高达50%^[12]。慢性病急性期在医院住院治疗出院的患者,在家中的用药治疗率随着时间的推移快速下降,如中国“脑卒中防治质量评估”研究的结果表明,住院的缺血性脑卒中患者出院后,抗血小板药物和降脂药的使用率快速降低:到发病后12个月时,分别从住院时的81%和31%降到66%和17%^[13]。造成这种状况的主要原因是,

没有专业机构管理这部分人群。一般情况下,医院只负责院内治疗和提供出院后的维持治疗方案,对出院后的治疗情况及效果很少过问;社区又无足够的人力和相应的技术水平去管理。所以,一级预防的重点人群和二级预防的对象实际上处于“放羊”状态。说到慢性病的“三级预防”,即早诊断、早治疗,减少残疾的实施情况,也很不乐观。譬如对急性缺血性脑卒中患者的及时溶栓治疗是减少残疾的有效措施。发达国家的溶栓率达7%~11%,而我国仅约为2%^[14]。造成这种结果的原因,一方面是国民慢性病防治的知识水平不足,不能及时就诊;另一方面是服务能力及工作程序有缺陷,院内耽误时间过长。如美国2003—2011年,从患者到达医疗机构到开始溶栓的时间,从80 min缩短到72 min;2010年荷兰的这一时间为25~80 min,而我国在参与脑卒中登记研究的医院内,这一时间平均为116 min^[14-16]。

以上仅以脑卒中防控为例,剖析了我国慢性病防控体系建设中的诸多重大问题。这些问题同样存在于肿瘤、慢阻肺、骨质疏松、精神疾病等其他重大慢性病防控工作中。因此,从总体上讲,中国慢性病防控体系建设还是空白。

4 中国脑卒中防控的实践探索

4.1 脑卒中防控工作体系建设

为探索中国慢性病防控体系建设的架构、组成单位的职责及工作模式,从2009年起,我们以国民第一位的死因——脑血管病的急性发作为针对性重大慢性病,研究组建其防控工作体系并探索工作模式。脑卒中防控工作的有效开展,涉及卫生系统中的多种专业工作,如卫生管理、临床、公共卫生、健康教育等。因此,在卫生系统内部的脑卒中防控工作体系建设中,必须全面考虑其组成要素,各要素之间的关系,科学管理的平台与层次,各相关机构与人员的职责与工作规范。我们应清楚地知道,慢性病防控技术措施的实施必须以医疗机构为主体。因此,改变医疗机构,特别是大型医院只注重疾病诊疗的工作模式,引导其参与慢性病危险因素筛查与干预,是慢性病防控体系建设的中中之重。运用道德激励,即向院领导讲清慢性病防控的严峻形势及其对国民生命和健康的重大威胁;运用荣誉激励,即可命名为“卫生部脑卒中筛查与防控基地医院”;运用发展激励,即说明开展此项工

作,可使医院的多项技术水平和收益得到明显提高,激发他们参与的热情和积极性。我们研究制定了脑卒中筛查及防治基地医院的准入条件和工作要求,并开始在国家和省、市级的三级医院中动员、

选择基地医院。至2013年底,全国已有306所三级医院成为脑卒中筛查与防治基地医院,覆盖了全国各省、区、市(见图1)。



图1 脑卒中筛查与防治基地医院全国分布

Fig. 1 National distribution of the designated hospitals of China national community stroke screening and prevention program

各基地医院建立了相关多学科,如神经内、外科、心血管科、内分泌科、超声影像科、康复科等的联动工作机制,开设了脑卒中危险因素筛查门诊,开展了脑卒中防治相关知识的全员培训和宣传教育活动。至此,国家级的脑卒中筛查与防治基地医院网络基本建成。基地医院也与当地的部分基层医疗机构,包括二级医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院建立了固定的工作联系,共同开展社区和乡镇脑卒中危险因素筛查与干预。截至2014年7月,网络覆盖全国1 000家二级医院、2 700个社区和乡镇医院。新组建的脑卒中防控体系架构与原有的疾病防控体系架构的区别见图2。

4.2 医务人员的慢性病防控适宜技术培训和业务技能标准及岗位职责的调整

为解决脑卒中防控中适宜技术普及率不高的问题,国家财政部和原卫生部于2011年设立了“脑卒中防治适宜技术推广专项”。近两年中每年支持

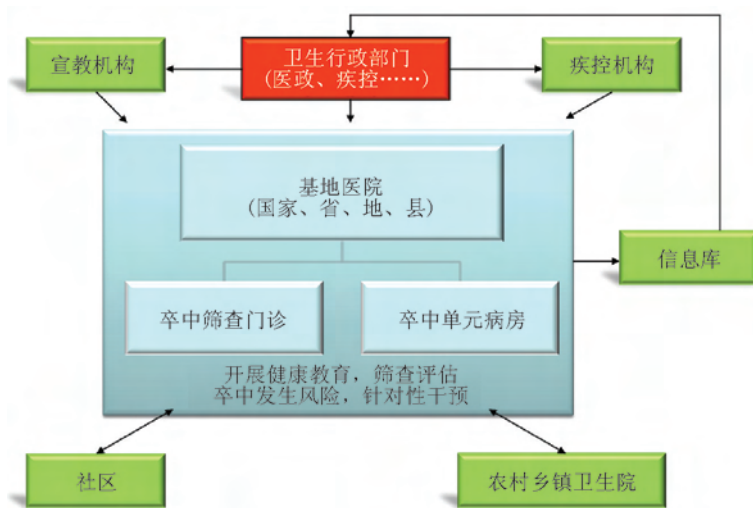
2 000多万资金用于基地医院和参与筛查防治的基层医疗机构8个方面的专业人才培养,目前已取得较好成效。如所有基地医院均已有一名以上的合格的颈部血管筛查人员;到2012年底,合格的颈动脉狭窄手术医生已增加到22名,能开展颈动脉内膜剥脱术的基地医院已从2010年的41家增长到2013年的91家。对临床医务人员业务技能标准和岗位职责的调整也进行了一些探索。譬如,要求基地医院必需开展脑卒中防控知识的全员培训,并把这些知识列入医护人员的基本技能;再譬如,要求神经科必须对住院的脑卒中病人开展复发风险评估,这要作为神经科医生的岗位责任并纳入工作规范。

4.3 脑卒中防控信息网络平台建设

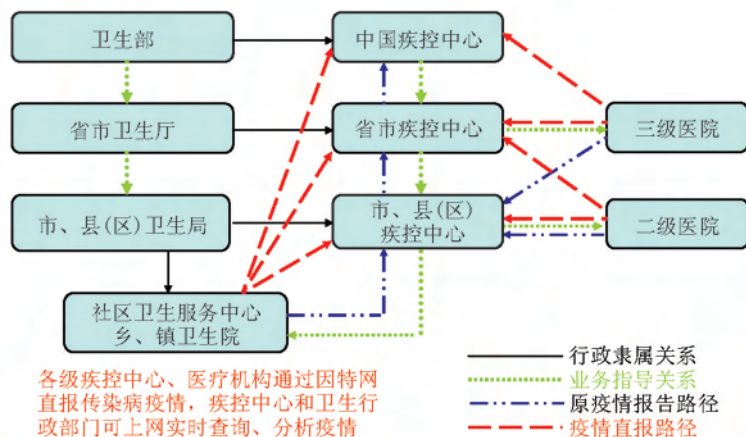
脑卒中防控的一项重要措施,就是对发病率高的人群开展危险因素的简便易行的筛查,发现其中的高危人群,进一步明确这些个体的具体的高危因素,并有针对性地进行高危因素的干预治疗,从而

降低脑卒中患病风险。这是一项量大面广的工作，涉及海量的信息数据及高危人群的跟踪管理。因此，利用现代信息技术进行筛查数据的收集，并进行大数据的分析利用，就成为脑卒中防控工作的一项必不可少的重要内容。我们组织制定了基

地医院全国统一的筛查对象信息收集表格和网络上报的工作规范与要求，在中国人口与健康平台上建立了脑卒中筛查信息资料库。到2013年底，已有300多万社区人群和医院病例的筛查信息入库，为建立大规模的干预人群队列奠定了基础。



(a) 卫生系统脑卒中防控体系架构



(b) 我国已建立比较完备的传染病防控体系

图2 新组建的脑卒中防控体系架构与原有的疾病防控体系架构的区别

Fig. 2 Difference of structure between the newly formed stroke prevention & control system and the original one on infectious disease

4.4 脑卒中防控工作体系建设的初步成效

随着脑卒中防控工作体系的逐步完善，脑卒中防控工作也由点到面逐步拓展。2011年，原卫生部、财政部把脑卒中防控工作列为医改专项，中央财政支持7 200万元，在中部的6省区40个市、县的110个社区、乡镇，开展80万40岁以上人群的脑卒中危险因素筛查与干预。40家基地医院组织并具体参与了这项以人群为基础的脑卒中防控工作。

此次筛查明确了现阶段我国脑卒中的患病情况、高危人群的比例、危险因素的人群分布情况、危险因素的治疗、干预状态，以及部分社会、人文因素，如受教育程度、城乡分布、男女差异、医保覆盖情况等对脑卒中患病率的影响。70多万资料齐全的筛查对象的信息分析表明，当前，我国脑卒中的流行存在以下特点：a. 脑卒中患病率高，为1.87%（男性2.12、女性1.62）；以此估算40岁以上患过脑卒中的

病人数为1 060万,而不是以往经常引用的700万; b. 病人年轻化趋势明显,40~64岁的病人占51.4%;c. 84%的病人发生在受教育水平低(初中以下)的人群中;d. 脑卒中危险因素控制率低,如高血压控制率为22.5%;低密度脂蛋白胆固醇高的控制率为9.9%;房颤的抗凝治疗率仅为2.8%;颈动脉严重狭窄的病人中仅有5%的病人接受过手术治疗。因此,63%的病人处于高或极高的复发风险状态。

这些流行规律的掌握,为国家制定相关政策提供了较为可靠的证据。

此医改专项,2012年扩展到16个省、区、市,2013年覆盖了全国31个省、区、市。

5 讨论

综上所述,中国慢性病,特别是心脑血管病防控任务繁重而紧迫。但无论是在应对策略,还是工作体系和工作规范建设上,均未作好准备。这些问题在本文中均已做过论述。因此,在讨论中仅就相关问题的解决方法谈一些个人的观点。

5.1 关于政策和策略问题

首先,慢性病防控涉及社会生活的多个方面,因此,仅靠卫生部门一家,工作不可能取得明显成效。譬如,不健康生活方式的改变必需以具备相应的科学知识为基础。因此,传播科学保健知识就成为慢性病防控的治本措施。这就需要媒体、出版、教育界乃至社团的共同努力。其次,政府应提供慢性病防控工作条件的保障。譬如,医疗机构是慢性病防控技术措施实施的主体,政府就应安排相应的内设机构、人员和工作经费,并明确其相应的工作职责。这类工作属公共卫生工作,因此,靠目前的做法,即由医院从其收入中支付这类工作的资金是不可能持续的。第三,慢性病防控的“关口前移、重心下沉”,应作为防控策略的关键。只有开展好“三级预防”,才能逐步降低慢性病的发病率、死亡率。当前,特别应关注高危因素的筛查与干预,这应是快速抑制发病率上升趋势的重点措施。第四,工作应突出重点,不能胡子眉毛一把抓。在多种慢性病中,应首抓心脑血管病控制。因其病因清楚,筛查方法便捷,干预措施明确有效,投入产出效益显著,特别是已被国际社会大量的实践结果所证实。另外,在引发心脑血管病的诸多病因中,对高血压这一第一位的致病因素应给以足够的重视。建议国家制定“高血压患者使用基本药物规范组方治疗免

费”的政策,以尽快提高其知晓率、治疗率和控制率,有效控制心脑血管病的发生与流行。第五,卫生行政部门应重新研究制定临床医务人员的能力标准和岗位职责。应把慢性病防控的重点知识,作为临床医务人员必须掌握的业务技能做出明确规定;同时,对每个业务岗位上应开展的公共卫生服务内容也应提出明确要求,以适应卫生工作模式从疾病治疗到预防,再到健康促进的转变。

5.2 慢性病防控体系建设中应关注的重点问题

在中国,慢性病防控体系建设应是填补工作体系结构空白的重要举措。因此,这项工作首先应引起政府和卫生行政部门的足够的重视,应将其列入新一轮医改的主要任务之中予以快速有力地推进,否则,将会犯历史性的错误。这是当前严峻的慢性病流行形势所提出的紧迫而又艰巨的任务。

慢性病防控体系建设的前提是观念的改变,特别是各级领导的观念的转变。如果各级卫生行政部门和医疗机构的领导,在慢性病防控中不树立预防为主的理念,医疗机构的当前这种仅关注诊疗的工作模式就不可能有效改变。

在慢性病防控体系建设过程中,建立自上而下的纵向服务体系是落实“关口前移、重心下沉”的基础。这种纵向的服务体系不但可以使各级医疗机构的优势得以充分发挥,而且还能产生明显的“加合效应”,使整个体系的效能最大化。

5.3 关于“整合医学”的发展

应对慢性病,需要重点思考的另一个重要问题,就是如何改革和调整医学分科越来越细的趋势。慢性病的发生进展一般需要十几年甚至几十年的过程,在不同的进展阶段,应有不同的应对措施;另外,多种慢性病可能会互为因果,在一个个体上同时并存。因此,单一的专业应对,不可能对患者提供最佳的诊疗方案。如颈动脉的狭窄可能仅是轻度($<50\%$),也可能已进展到中度($50\% \sim 69\%$)或重度($\geq 70\%$)。三种情况有着不同的处理原则。轻度者需要进行生活调理,定期复查;中度者需要用药物控制好高血压、高血脂、高血糖等危险因素;而重度者需尽快进行手术或支架治疗,以降低“中风”风险。又譬如,有些患者既有颈动脉重度狭窄,又有冠状动脉重度狭窄。是先实施颈动脉手术,还是先做冠状动脉手术?这些情况对单一的专科大夫来讲,都很难做出较为正确的判断。因此,疾病发展的客观状况,要求多学科医生共同诊

疗同一个病人。虽然,以往的诊疗规范中也有“会诊”制度,但那是只有主诊医生认为需要并提出要求时才能进行,而没有形成多学科合作诊治的规范制度。另外,人是一个有机的整体,一个器官的疾病,完全可能影响另一些器官的结构和功能。譬如颈动脉的重度狭窄,很有可能影响眼动脉的供血而造成视力严重受损甚至失明。因此,多学科间的密切合作不但能互相启发,开拓思路,而且还可能开辟创新的沃土,极大地推动医疗卫生事业的发展。近数十年来,医学诊疗技术的创新发展,就是生命科学与电子、微电子、信息、光学、材料、制造等学科合作的结果。当然,要打破现行的专业分科制度不是一件容易的事,需要从医院内设机构的整体架构、工作程序和规范、管理制度、岗位职责等多方面进行改革,需要医院的主要领导亲自组织,做好顶层设计,制定实施计划,充分调动各专业学科参与的积极性,才有可能取得进展与突破。在医疗卫生和健康促进服务领域,多学科密切联合的服务模式将极大地提高服务质量与效益,使医学发生革命性的变化。

参考文献

- [1] 第六十六届世界卫生大会. 预防和控制非传染性疾病问题联合国大会高级别会议的政治宣言的后续行动(WHA66.10)[R]. 日内瓦:世界卫生大会,2013.
- [2] 世界卫生组织. 2013年世界卫生报告:全民健康覆盖研究[R]. 日内瓦:世界卫生组织,2013.
- [3] 陈 竺. 全国第三次死因回顾抽样调查报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2008.
- [4] 世界银行. 创建健康和谐生活:遏制中国慢性病流行[R]. 2011.
- [5] 中华人民共和国国务院办公厅.《中国的医疗卫生事业》白皮书[R]. 2012.
- [6] 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心.2012年全国死因监测报告[R]. 2014.
- [7] 中国残疾人联合会. 2006年“第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报及其问答”[EB/OL](http://temp07.cdpcj.cn/gzh/2007-01/25/content_7647.htm).
- [8] 卫生部卫生发展研究中心. 2012中国卫生总费用研究报告[R]. 2012.
- [9] 世界卫生组织. 预防慢性病:一项至关重要的投资[R]. 2005.
- [10] “健康中国2020”战略研究报告[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:254.
- [11] 国家卫生计生委. 2013年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[R]. 2014.
- [12] Chobanian A V. Improved hypertension control: cause for some celebration [J]. JAMA, 2010, 303(20):2082-2083.
- [13] Wei J W, Wang J G, Huang Y, et al. Secondary prevention of ischemic stroke in urban China [J]. Stroke, 2010, 41(5):967-974.
- [14] Schwamm L H, Ali S F, Reeves M J, et al. Temporal trends in patient characteristics and treatment with intravenous thrombolysis among acute ischemic stroke patients at get with the guidelines- stroke hospitals [J]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2013, 6(5):543-549.
- [15] Bauer A, Limburg M, Visser M C. Variation in clinical practice of intravenous thrombolysis in stroke in the Netherlands [J]. Cerebrovasc Dis Extra, 2013, 3(1):74-77.
- [16] Wang Y, Liao X, Zhao X, et al. Using recombinant tissue plasminogen activator to treat acute ischemic stroke in China: Aanalysis of the results from the Chinese National Stroke Registry (CNSR)[J]. Stroke, 2011, 42(6):1658-1664.

Exploration of strategies for chronic disease prevention and control and relevant system construction in China

Wang Longde

(Chinese Preventive Medicine Association, Beijing 100021, China)

[Abstract] Chronic non-communicable diseases have become a major threat to humanity. International studies have shown that of 57 million deaths worldwide in 2008, 63 % (36 million) were caused by chronic non-communicable diseases of which 80 % (29 million) occurred in low and middle income countries. The WHO predicts that if the current situation continues to develop, the annual number of deaths due to chronic non-communicable diseases will increase (下转 51 页)