

社区慢性病防治

陈健尔 主编
邱华士

服务内容:

医护出诊;

家庭治疗;

咨询;

护理。

服务宗旨:

方便 快捷

质优 价廉

热线电话:

8575

远方出版社

序

新中国成立以来，党和政府十分重视人民群众的身体健康，始终贯彻“预防为主”卫生工作方针。上个世纪 50 年的不懈努力，已经消灭或控制了许多传染病，一些曾经位居死因前列的传染病已悄然退后。

而今，脑卒中、冠心病、肿瘤等慢性非传染性疾病已成为死亡原因的主角。据健康报报道：我国有上亿的高血压患者，3000 万糖尿病患者。近年来，急性心肌梗死期望发病数也不下百万。以心脑血管病、肿瘤、糖尿病以及精神卫生问题为代表的非传染性慢病，正在改写我国疾病谱和死亡谱。慢性病严重威胁城乡人民的生命和健康。我国心脑血管发病率和死亡率均居世界前列，平均每小时死亡已达 300 人。最令人担忧的是，心脑血管发病率和死亡率呈年轻化趋势，30 岁左右发病致死者已屡见不鲜。

慢病耗费知多少？有位卫生经济学者算过“心梗”、“中风”两病住院治疗耗费帐，要是按现在知道的发病率来推算，全国每年直接医疗费支出就得一、二百个亿。慢性病导致医疗服务需求增长过快，高额的医疗消费则使患者、家庭、社会和国家不堪重负。

慢性病的防治是社会需要，是我国国民经济发展的需要。预防和管理慢性病已成为我国 21 世纪的紧迫命题。

新世纪开端，我国已采取健康促进的模式，探索社区卫生服务新路。试点经验表明，把社区卫生服务作为平台，作为载体，积极开展慢性病的预防和干预，是可以降低发病率和死亡率的。

社区卫生服务多位一体,具有综合、连续、全程、经济、高效的优势,符合我国国情,贴近百姓生活,能更好地落实我国卫生政策,把党和政府维护人民健康的决心和策略转化为社会性共同行为,最大限度地调动社会资源,广集民众之力,不失为我国慢性病防治的最佳模式。

本书的作者们抓住了社区卫生服务和“三级预防”两个要素,介绍了6个大类的慢性病社区防治策略与方法,内容系统全面,具有较好的可读性。对社区卫生服务和社区慢性病防治工作者有较好的指导意义。

当前,社区建设方兴未艾,服务功能日臻完善,诚愿广大社区卫生工作者和慢性病防治工作者顺应时代要求,抓住卫生改革与发展的契机,筑好社区卫生服务这个平台,积极开展社区慢病的防治。

我相信,社区卫生服务必将对慢病防治带来无限生机。

浙江省卫生厅厅长 李在娟

二〇〇二年九月

前 言

慢性非传染性疾病(简称慢性病)是一个多因素长期影响的结果。主要和常见的有心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病(COPD)、精神疾病等严重威胁着健康的疾病。近40年来,我国主要慢性病的发病率、患病率和死亡率持续上升,加上慢性病因复杂、病程长、易复发、并发症多,常常长期甚至终身治疗,对人民健康影响显著,增加社会负担。因此,开展慢性病预防与控制已刻不容缓。

虽然,慢性病的病因尚不十分清楚,防治措施也难以在短期内见效。但WHO总结各国癌症防治经验后指出:1/3的癌症是可以预防的;1/3如早期发现是可以治愈的;还有1/3可以减轻痛苦延长寿命。我国慢性病防治的策略是:发展国家政策与规划;卫生医疗政策应与慢性病结合;二、三级预防与一级预防同时进行;开展社区综合防治;建立监测信息系统;发展人力、加强培训;拓展筹资渠道,尽量将慢性病的危害控制在最低限度。

为配合社区开展慢性病防治工作,编者经过一年多的努力,参阅了大量的专业文献,结合自己的工作实践编写了《社区慢性病防治》。全书分绪论、社区慢性病预防与控制、心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病和精神疾病等7章28节和7个附录。内容涵盖慢性病的流行病学和病因学、早期发现和诊断方法、防治对策和措施、社区预防与控制方法、社区随访与康复指导等方面。全书贯穿了综合防治精神和三级预防等策略,体现了防与治的结合,

体现了慢性病防治走向社区。旨为从事慢性病防治的流行病学医师、临床医师、社区全科医师、进修和实习医师及医学院校师生参考使用,也可作为慢性病防治人员培训教材。

在编写过程中,受到浙江省卫生厅李兰娟厅长的重视与关怀,并亲自为本书撰写序言,得到宁波市卫生局何一天局长、宁波预防医学会朱元卿会长的关心和支持,在此表示谢忱。

编者力求内容取材新颖、丰富实用,虽经多次修改、通稿和校正,然而,由于学识水平所限,书中不当和错谬之处在所难免,敬请读者指正。

编 者

2002年8月8日

目 录

第一章 绪论 / 1

第一节 慢性病流行现况和趋势 / 2

第二节 慢性病防治策略 / 6

第三节 社区卫生服务模式 / 15

第二章 社区慢性病的预防与控制 / 26

第一节 社区诊断 / 26

第二节 基线调查 / 29

第三节 筛 查 / 44

第四节 社区干预 / 50

第五节 自我保健 / 64

第三章 心脑血管疾病 / 78

第一节 概 述 / 78

第二节 高血压 / 87

第三节 冠心病 / 105

第四节 脑卒中 / 126

第四章 肿 瘤 / 145

第一节 概述 / 145

第二节 肺癌 / 162

第三节 胃癌 / 173

第四节 原发性肝癌 / 183

第五节 大肠癌 / 195

第六节 乳腺癌 / 208

第五章 糖尿病 / 220

第六章 慢性阻塞性肺疾病 / 241

第一节 概述 / 241

第二节 慢性支气管炎 / 253

第三节 支气管哮喘 / 269

第四节 阻塞性肺气肿 / 284

第五节 支气管扩张 / 289

第七章 精神疾病 / 293

第一节 概述 / 293

第二节 精神分裂症 / 295

第三节 抑郁症 / 303

第四节 老年性痴呆 / 310

第五节 神经症 / 315

附录

1. 全国社区慢性非传染性疾病综合防治方案 / 334

2. 推荐的每日膳食中营养素供应量 / 342

3. 中国居民膳食指南 / 344

4. 居民慢性病相关 KAP 调查问卷 / 357

5. 心血管疾病危险因素调查表 / 370

6. 糖尿病流行病学调查表 / 379

7. ZUNG 自我评定抑郁症、焦虑量表 / 383

参考文献 / 385

第一章 绪 论

世界卫生组织按照归因将疾病分成 3 大类：第一类为传染病与围产期因素有关疾病及营养性疾病；第二类为慢性非传染性疾病；第三类为意外伤害。

以心脑血管疾病、肿瘤、精神疾病、糖尿病等为代表的慢性非传染性疾病（简称慢性病）将成为 21 世纪影响我国居民健康的重大公共卫生问题，这是因为：第一，人口老龄化和期望寿命增长导致慢性病的易患人群迅速增加；第二，社会经济的快速发展、工业化和城市化带来的人们生产、生活环境和生活方式的改变，使得慢性病的危险因素在人群中的暴露机会和比例增加；第三，许多传染病得到控制，慢性病由于病因的多因性、复杂性和长期性，使得它的发现滞后，患病人数累增，且在总死亡中所占比重显著增加；第四，慢性病治疗周期长、费用大，不少慢性病需终身治疗或造成残疾，给国家、社会、家庭和个人带来沉重的精神和经济负担。

因此，开展慢性病防治工作已刻不容缓。虽然慢性病的病因尚不十分清楚，防治措施不能在短期内取得明显效果，但 WHO 总结各国的防癌经验后指出，1/3 癌症是可以预防的；1/3 如早期发现是可以治愈的；还有 1/3 可以减轻痛苦延长寿命。对慢性病的防治也应坚持疾病预防的基本原则，贯彻国家规划和政策，建立信息监测系统，实施三级预防，采取社区综合防治，加强人才培训和拓宽筹资渠道等策略，尽快将慢性病的危害控制在最低限度。

第一节 慢性病流行现况和趋势

一、患病情况

世界卫生组织统计资料表明,目前全世界癌症患者有 1400 万人,每年新增约 700 万人。估计全球有 5.4 亿人口有精神残疾和障碍。根据全国卫生服务抽样调查资料,1985 年我国城乡慢性病患病率分别为 23.72% 和 8.69%,到 1993 年上升到 28.58% 和 13.77%,分别增长了 20.49% 和 50.40%。另有资料显示目前全国城市慢性病患病率达到 32.30%。

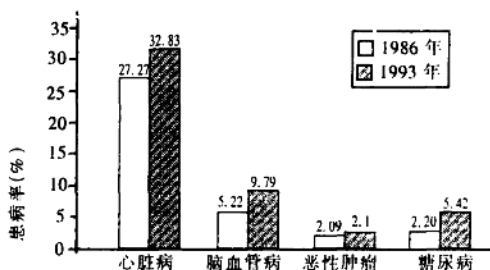


图 1-1 我国主要慢性病患病率变化趋势

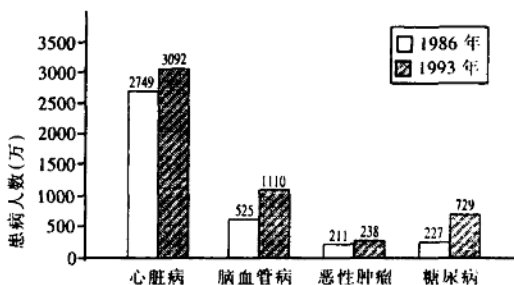


图 1-2 我国主要慢性病患病人数变化趋势

资料来源:近八年来中国居民卫生服务利用及费用的变化”(陈育德)

图 1-1、1-2 显示 1986 年和 1993 年我国慢性病患者情况,除恶性肿瘤病死率高、病程相对短患病率增加不多外,与 1986 年相比,1993 年心脏病患病率增长了 24.1%,脑血管患病率增长了 87.5%,糖尿病患病率增长了 185.8%。8 年间上述 4 种慢性病患者人数共增加了 1456 万人,平均增长 182 万人。

高血压是多种慢性病,尤其是脑卒中的危险因素,我国三次高血压流行病学调查表明,高血压流行率从 1959 年的 5.11%,到 1979 年的 7.73%,1990 年增加到 11.26%。估计现有高血压患者超过 1 亿;糖尿病和慢性阻塞性肺部疾病(COPD)各 2000 万;肿瘤每年新发 160 万;脑卒中每年新发 150 万;冠心病每年新发 75 万。2001 年 10 月 30 日召开的“全国第三次精神卫生工作会议”透露,我国目前精神疾病患者约有 1600 万人。总之,慢性病不仅在发达国家也在发展中的我国呈快速上升趋势。

二、死亡情况

全球每年死亡约 5200 万人,因慢性病死亡者约占半数,每年有 1500 万人死于心脏病或脑血管病,600 万人死于癌症,300 万人死于慢性阻塞肺疾患。估计到 2020 年全球将有 4900 万人死于慢性病。同样,慢性病也成为我国居民主要死亡原因,慢性病在总死亡人口中比例,从 20 世纪 70 年代的 60% 上升到 90 年代的 80%。脑血管病死亡率已成为我国城市首位,恶性肿瘤列第二位(见表 1-1),其中胃癌、肝癌、食管癌、鼻咽癌死亡率居世界首位。

表 1-1 中国 1957~1996 年死因顺位变化

顺 位	1957 年*		1984 年*		1996 年 [△]	
	死因	比例(%)	死因	比例(%)	死因	比例(%)
1	呼吸系病	16.86	心脏病	22.65	脑血管病	22.28
2	传染病	7.93	脑血管病	21.13	恶性肿瘤	21.66
3	肺结核	7.51	恶性肿瘤	21.11	心脏病	16.37
4	消化系病	7.31	呼吸系病	8.79	呼吸系病	15.28
5	心脏病	6.61	消化系病	4.32	损伤和中毒	6.52

*资料来源:《社区医学》(张桓贤主编) △资料来源:《中国卫生统计提要》(1996)

80年代以来,我国城市或农村主要慢性病死亡人数、死亡率均呈上升趋势,1995年有374万人死于脑血管病、冠心病、恶性肿瘤、糖尿病,比1985年增加了98万人,净增35.5%,见表1-2。

表1-2 中国1985~1995年我国主要慢性病死亡率(1/10万)*

病名	1985		1990		1995	
	城市	农村	城市	农村	城市	农村
脑血管病	117.52	101.31	121.84	103.93	130.48	108.05
恶性肿瘤	113.86	98.76	128.03	112.36	128.58	111.43
冠心病	37.84	17.58	47.48	21.18	59.38	25.79
糖尿病	5.16	2.06	8.12	3.00	11.90	3.77

*资料来源:中国统计年鉴

三、疾病负担

世界银行在《1993年世界发展报告——投资于健康》中首次以伤残调整生命年(DALY)为测量单位进行了1990年全球疾病负担的研究。DALY是综合性健康评估指标,它是将伤残所致生命损失转换成与死亡所致生命年损失可比的量值,结合死亡与伤残两者的生命损失年,即可计算出来某一疾病所造成的综合生命年损失,亦即可以找出主要健康问题。世界疾病模式的演变趋势是一个以传染性疾病为主要疾病负担到非传染性疾病为主要疾病负担的转型过程。世界银行的研究表明,发达国家已基本完成这种转变,这些国家传染性疾病的DALY构成已降到10%以下,非传染性疾病已上升到70%以上,撒哈拉以南非洲国家未见明显转变,其传染性疾病DALY构成仍占66%,非传染性疾病占19%。中国正处于这种转变过程中,传染性疾病的DALY构成已降至24%,非传染性疾病已上升至58%。DALY顺位,发达国家前5位疾病负担病因依次为精神疾病、循环系统疾病、恶性肿瘤、慢性呼吸道疾病和意外事故;中国依次为精神疾病、意外事故、循环系统疾病、慢性呼吸道疾病和恶性肿瘤。由此可见,我国的疾病负担随着传染性疾病比重下降,慢性病的比重正在逐步上升。

美国每年高血压的疾病损失为 2900 万个劳动日及 20 亿美元收入。根据 1999 年全国疾病监测点资料,全死因分病别 WPLL(潜在工作损失)排序,慢性非传染病为第一位。心脑血管疾病、肿瘤、COPD 等非传染病患年龄构成以 15~44 岁组最高,占总构成的 46%,其次为 45~64 岁年龄组,占总构成的 40%,严重影响了劳动人口的健康。慢性病通常为终身性疾患,病痛、伤残和昂贵的医疗费用不仅严重影响病人的生活质量,而且带来不堪重负的社会和经济负担。美国 1997 年糖尿病的直接医疗费用为 441 亿美元,因其致残和死亡引起的间接费用为 540 亿美元。1998 年我国仅县及县以上医院住院费用肿瘤为 128 亿元、循环系统疾病为 97 亿元、糖尿病为 24 亿元。非传染病卫生服务需求与利用的增加直接拉动了我国医疗费用的迅速攀升,其上升速度已经超过国民经济和居民收入的增长。

四、危险因素水平持续上升

人口老龄化、生活方式、环境和遗传等是目前已知的非传染病危险因素。世界卫生组织估计,至 2020 年发展中国家约 3/4 的死亡与老年病有关,其中最主要的是循环系统疾病、肿瘤和糖尿病。当前我国 60 岁以上人口已达 1.3 亿,占总人口的 10%,预计 2050 年将达到 4 亿,21 世纪 30~40 年代,中国将迎来老年人口高负担期,对卫生服务和保健策略提出了严重挑战。

除老龄化外,我国城市居民和城市化了了的农民正暴露在强度不断上升的危险因素水平之中。2000 年人口普查发现,我国城镇人口为 45594 万,占总人口的 36.09%,乡村人口 80739 万,占总人口的 63.91%,与 90 年相比,城镇人口比重上升了 9.86 个百分点。而我国大中城市糖尿病患病率分别比富裕农村高出 73% 和 30%;1996 年我国男性吸烟率比 1984 年增加了 3.4%;1992 年我国城乡居民谷类和薯类消费分别比 1982 年下降了 10.9% 和 49.4%,而肉、蛋、奶和水产品消费分别增加了 81.1%、200%、

323% 和 97.4%, 同期城乡超重率分别增加 40% 和 54%。随着社会经济的发展, 现代化、城市化的进程, 人们自然而然倾向于选择精细的食物, 久坐的生活方式和承受更多的心理压力, 已成为非传染病持续上升的重要原因, 我国学者分析中国前 10 位死因的危险因素, 生活行为因素占 44.7%。

第二节 慢性病防治策略

2000 年召开的第 53 届卫生大会通过了总干事《预防与控制非传染病全球策略》的报告, 报告指出非传染病的迅速增加是对下一世纪全球重要的卫生挑战之一, 这一日趋严重的挑战将威胁社会和经济的发展以及数百万人的生命和健康。

建立全球性的预防与控制慢性病的公共卫生方法, 发展多种国际的预防活动, 促进多数会员国采取行动, 将慢性病的预防与控制作为卫生工作的重点领域, 采取健康促进、三级预防、综合防治措施和多部门参与的活动计划, 共同进行慢性病的预防与控制, 改变全人口的健康状况, 已作为战略目标郑重提出。

一、健康促进

健康促进是在健康教育基础上发展起来的, 以人群为对象, 以健康为中心, 通过健康教育, 制订公共健康政策法规、创造健康环境、采取干预不健康行为等手段, 从而影响和教育人们采取健康行为的一切活动的全部过程。

(一) 健康促进的内容

1986 年世界卫生组织在加拿大渥太华召开了第一届健康促进国际大会, 发表了《渥太华宣言》, 明确指出了健康促进五个活动领域。

1. 制订健康的公共政策 健康促进的含义已经超出了卫生部门的范畴, 它需要国家或政府以及多部门政策的支持, 包括制订法

律、法规和经济策略等,促进人们作出更有利健康的选择。如环境保护、烟草销售和税收政策,控烟广告、公共场所禁烟等。

2. 营造支持性环境 是指对健康有影响的社会、经济、文化、政策和物质环境,创建安全的、满意的和愉快的生活和工作环境,系统地评估快速变化环境对健康的影响,以保证社会环境和自然环境有利健康的发展。

3. 发展个人技能 主要通过提供健康信息和教育提高人们能够作出健康选择的技能,也包括通过训练提高卫生专业人员和组织社区的健康促进技能。

4. 加强社区行动 充分发挥社区的力量,挖掘社区的资源,旨在提高社区改变物质和社会环境能力,积极有效地参与健康促进活动计划的制订与执行。

5. 调整卫生服务方向 健康促进中的保健服务的责任由个人、社会团体、卫生专业人员、医疗保健部门、企业和政府共同分担。改变卫生系统以医院为基础、以医疗为中心的服务体制和模式,代之以健康为中心、社区为基础的新体制,更多地提供健康促进服务,通过大家共同努力建立起一个有助于健康的卫生保健系统。

(二)健康促进的基本方法

健康促进的组织和工作基本由五个部分组成:包括建立组织、开发人力资源、监测、干预和评估,其核心是干预。

1. 建立组织 建立一个职责分明、协调有序地组织管理系统,以保证健康促进项目的实施。

2. 开发人力资源 培训和帮助专业人员、基层卫生工作人员和其他相关人员提高健康促进的知识和能力。

3. 监测 通过疾病、死亡、行为危险因素、环境监测,为确定健康(疾病)问题、制订目标和策略、评估干预的作用和效果提供资料。

4. 干预 是创建支持健康的物质和社会环境,促使人们改变不良生活方式和行为,建立健康的生活方式和行为的主要手段。

5. 评估 包括过程评估和结果评估,是科学说明干预项目策略和活动实际执行情况及其价值、结果的可靠性,以便总结经验教训,不断改进计划和策略。

(三)健康促进工作程序

健康促进工作分为六个阶段:包括需求评估;制订计划;建立组织和动员资源;实施项目;效果评价及报告结果。各阶段工作相互衔接,又彼此交叉。

1. 需求评估 通过社区诊断,确定优先问题、重点人群及其危险因素。

2. 制订计划 在需求评估基础上确定目标人群,制订近期目标,制订行动策略和活动内容,制订监测和评估计划。

3. 建立组织和动员资源 建立由当地政府负责,各有关部门参与的领导机构,建立以卫生部门为主的实行机构,建立以专家为主的指导组织。确定实施项目所需资源,并发现和动员社区内可利用资源。

4. 实施项目 培训专业人员、基层卫生人员、志愿者,进行预试验。通过各种媒体宣传教育提高社区人群健康意识和技能,针对危险因素进行行为干预。在实施过程中评估计划执行质量和活动的即时效应,改进计划的策略和活动。

5. 效果评价 评价目标达到的程度、原因和问题,提出改进意见和建议。

6. 报告结果 在项目结束后应及时总结,写出报告,以便推广经验。

二、三级预防

预防为主,不仅指“未病先防”,而是要把预防贯串在健康—疾病全过程之中。当前慢性病已逐步成为威胁我国居民健康重要公

共卫生问题,且慢性病病因复杂、病程长、诊治困难、残障多、费用高,单纯治疗往往收效甚微。目前国内外专家对此已形成共识,控制慢性病预防更经济而有效。

预防可分为三个级别。一级预防亦称病因预防,通过改善环境、改变人的卫生行为、生活方式,减少危险因素的暴露,提高机体抵抗力来预防疾病;二级预防,即在疾病的临床前期及时采取早发现、早诊断、早治疗的“三早”预防措施,采取普查、筛查、体检等措施早期发现病人,对已患病人采取早期、合理用药等措施,防止疾病进一步发展;三级预防,采取防复发转移、康复等措施,防止导致失能,促进功能改善或恢复。(图 1-3)

(一)一级预防

一级预防亦称病因预防。目的是消除病因和危险因素,防止发病、增进健康。

1. 增进健康的措施:主要是开展健康教育,保护环境,提供良好的居住和生活设施、良好的劳动条件,合理营养,适当的体育锻炼,养成良好的生活方式和卫生习惯、心理精神卫生等。如控制烟草,吸烟不仅与肺癌发病密切相关,口腔、咽喉、食管、胰腺、膀胱等部癌症也都与烟草有关。被动吸烟同样造成肺及其他部位癌症危险性上升。因此,控制烟草、禁止吸烟对预防癌症有重要作用。在美国,1964年发动反对吸烟的广泛宣传运动以后,吸烟人数逐年下降,成人吸烟率从1964年45%,二十年后降到20%,到80年代中期肺癌发病率也开始相应地下降。许多证据表明,摄入高热能、脂肪、胆固醇、盐和糖,低淀粉和膳食纤维以及酗酒是一些慢性病高发的原因,估计约1/3心脑血管疾病归因于膳食因素。合理营养、适量运动、戒烟限酒、心理平衡是预防慢性病的最重要措施。

2. 特殊预防措施:包括改善环境卫生,如供应符合卫生要求的自来水。改善作业环境,使劳动人群的危险因素暴露降到不损害健康的程度,乃至完全消除职业危害。保护高危人群,减少致病因素,消除病

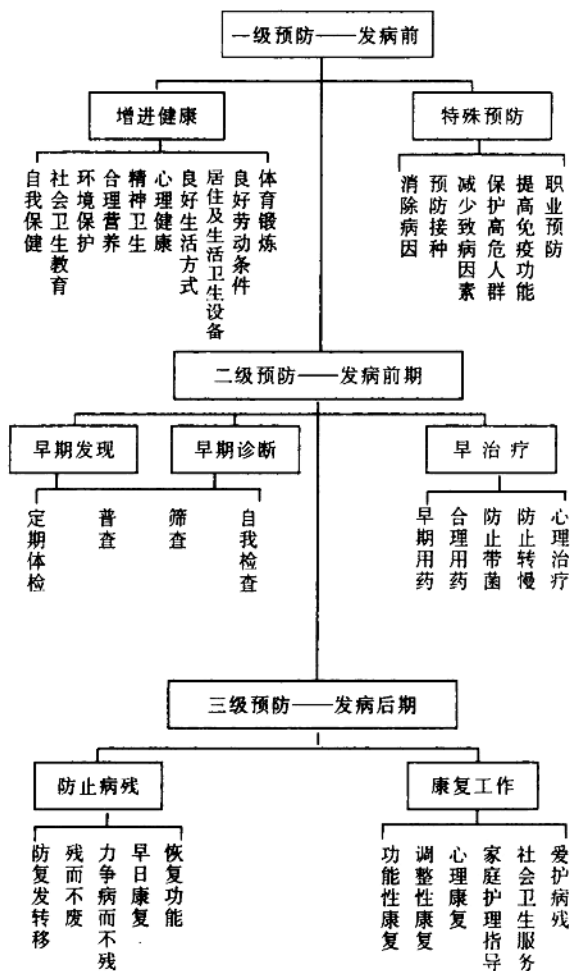


图 1-3 三级预防的内容

(王树岐, 1989)