

慢性病

管理学

MANXINGBING GUANLIXUE

主编 夏保京 王少清



第二军医大学出版社

慢性病管理学

主 编 夏保京 王少清

副主编 汪 力 黎 瑶 张 弘

秦 花 覃 岭

编 委 (按姓氏笔划排序)

王少清 李 璐 汪 力 邱 平

张 弘 张 维 张 瑶 张 磊

孟德姣 麴 花 夏保京 高 芳

徐 晔 覃 岭 景璐石 彭朝明

臧 丽 黎 瑶



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书以传播慢性病管理理念为主旨,将慢性病管理工作的基本内容和常见问题(营养、康复和心理等)系统的加以阐述,提出了从事慢性病管理工作需要具备的基本素质和基本理论要求,作者还在总结实践经验的基础上,以糖尿病、高血压和冠心病等常见慢性病例为例,向读者介绍了如何将临床医学与管理学结合的具体做法。

本书适合全科医生、护士和康复科医生、护士临床工作时使用,也可供糖尿病、高血压病和冠心病患者及家属参考在临床工作时参考。

图书在版编目(CIP)数据

慢性病管理学/夏保京,王少清主编. —上海:第二军医大学出版社,2014.5

ISBN 978-7-5481-0808-5

I. ①慢… II. ①夏…②王… III. ①慢性病—研究 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 043329 号

出 版 人 陆小新

责任编辑 高 标 刘 向

慢性病管理学

主 编 夏保京 王少清

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

上海华教印务有限公司印刷

开本:787×1092 1/16 印张:12.75 字数:307 千字

ISBN 978-7-5481-0808-5/R·1566

定价:36.00 元

前 言

慢性非传染性疾病简称慢性病,具有发病率高、知晓率低和控制率低的特点。然而目前我国慢性病管理人员专业培训的主要形式仍为在职继续教育,相关的理论与实践教学不成体系,慢性病管理从业者亦无明确的准入标准和系统规范的考核机制。我院在多年慢性病管理实践的基础上,从2011年开始,自编《慢性病管理学》教材,面向在校医学生开设《慢性病管理学》选修课,有针对性的进行慢性病管理理论教学和实习实训,使学生接受了慢性病管理的理念,掌握了慢性病管理的基本方法,并参与了一部分慢性病管理的临床实践,取得了一定效果。现特将此书结集出版,以飨读者。

本书以传播慢性病管理理念为主旨,将慢性病管理工作的基本内容和慢性病管理工作中的常见问题(营养、康复和心理等)系统的加以阐述,提出了从事慢性病管理工作需要具备的基本素质和理论要求;其次在总结实践经验的基础上,以糖尿病、高血压和冠心病等常见慢性病为例,向读者介绍了如何将临床医学与管理学结合的具体做法。

书中首次提出“慢性病管理学”的概念,指出慢性病管理者在掌握一定医学知识的基础上,还应该掌握管理学理论和管理技巧。编者从临床医学与管理学结合的角度看待慢性病,将临床工作经验形成讲义,希望通过此书向基层医务工作者、医学院校学生及相关专业人士普及慢性病需要管理的理念,介绍慢性病管理的基本方法。由于时间紧迫,经验有限,书中难免偏颇、不足之处,请读者不吝赐教。

编者
2014年1月

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 慢性病发病形势与危害	(2)
第三节 慢性病的防治	(6)
第四节 慢性病管理学	(9)
第二章 慢性病患者的营养管理	(19)
第一节 营养与慢性病	(19)
第二节 慢性病营养管理的概念及途径	(24)
第三节 常见慢性病膳食营养管理策略	(28)
第四节 慢性病营养管理人员的基础要求	(43)
第三章 慢性病康复管理	(49)
第一节 慢性病患者存在生存质量渐进性恶化	(49)
第二节 慢性病需要康复治疗干预	(50)
第三节 我国慢性病康复管理的现状	(55)
第四节 慢性病康复管理策略	(56)
第四章 慢性病的心理管理	(68)
第一节 慢性病的 6 个演变阶段	(68)
第二节 慢性病患者的心理反应	(68)
第三节 慢性病患者的遵医行为(依从性)	(73)
第四节 慢性病心理管理策略	(74)
第五节 慢性病心理管理人员的基本要求	(80)
第五章 慢性病的护理	(83)
第一节 慢性病护理工作特点	(83)
第二节 当前慢性病临床护理工作中存在的问题	(83)
第三节 慢性病护理管理策略	(84)
第四节 常见慢性病的自我管理与护理	(88)

第六章 糖尿病管理	(99)
第一节 概述	(99)
第二节 糖尿病管理的重要性	(102)
第三节 我国糖尿病管理现状	(103)
第四节 糖尿病管理策略	(106)
第七章 慢性肾脏病管理	(120)
第一节 概述	(120)
第二节 慢性肾脏病的防治现状	(120)
第三节 慢性肾脏病管理策略	(122)
第四节 慢性肾脏病管理人员的基本要求	(129)
第八章 高血压的管理	(132)
第一节 概述	(132)
第二节 高血压管理策略	(140)
第九章 冠心病的管理	(143)
第一节 概述	(143)
第二节 我国心血管病人群防治工作回顾及展望	(146)
第三节 冠心病的诊断和治疗	(149)
第四节 认识冠心病管理	(155)
第五节 冠心病管理策略	(156)
第十章 慢性阻塞性肺疾病的管理	(167)
第一节 概述	(167)
第二节 慢性阻塞性肺疾病管理的重要性	(169)
第三节 慢性阻塞性肺疾病管理策略	(170)
第十一章 支气管哮喘的管理	(176)
第一节 概述	(176)
第二节 支气管哮喘管理的重要性	(177)
第三节 支气管哮喘管理策略	(178)
第十二章 骨质疏松的管理	(183)
第一节 概述	(183)
第二节 骨质疏松的危害	(183)
第三节 我国骨质疏松防治现状	(184)
第四节 骨质疏松管理策略	(185)
后 记	(196)

治”的疾病,需要长期不间断的治疗,药物通常只能达到控制的目的,慢性病患者需要在心理上接受,疾病是自己难以分离的一部分这个现实。所以,如何让不同的患者接受长期治疗,不能治愈的治疗模式,有可能需要心理学家的参与,也是我们管理工作中亟待解决的问题之一。

5) 各种慢性病的数据均提示患病率高,知晓率、治疗率、控制率低。2002 年的调查数据显示,我国高血压患者的知晓率为 30.2%,治疗率仅 24.7%,控制率仅 6.1%^[2]。虽然该数据较 1991 年的调查数据已明显增高,但仍远远低于发达国家的水平,如美国的高血压患者的知晓率、治疗率和控制率分别为 70%、59%和 34%^[3]。所以,提高我国各种慢性病的控制质量还任重道远。

6) 大多数患慢性病的患者早期无不适,但病情逐步进展后出现多种并发症。各种并发症致残率高、死亡率高。如糖尿病患者的晚期血管并发症,糖尿病足或脑卒中后遗症,严重影响了患者的生存质量,增加了社会医疗负担。减少晚期并发症的发病率需要从患病早期开始严格控制血糖,数年甚至数十年的良好控制不仅仅是高超的医疗水平能够解决的,更需要的是对疾病和患者长期规范的管理。

7) 个体化管理。不同患者个体所患的疾病、生活方式、心理、健康意识、健康知识以及经济水平均不相同,需要慢性病管理团队制定不同的管理措施。个体化管理需要一线慢性病管理人员拥有完整的全科医学知识和对患者所患疾病的深入认识。对慢性病的管理人员进行定期培训,以持续医疗质量改进为基础,个体化管理为途径,达到更好的疾病控制率的目的。

第二节 慢性病发病形势与危害

2010 年中国学者杨文英教授在《新英格兰杂志》上发表的数据显示^[4],我国糖尿病和糖尿病前期患病率已分别为 9.7%和 15.5%,也就是说,中国糖尿病患者已达 9 200 万,而且糖尿病人群自然病程较既往明显延长。随之而来的,却是冠心病、脑梗死、终末期糖尿肾病等晚期并发症随之呈现“暴发式”增长,影响患者的生存时间和生活质量,带来沉重的疾病负担,成为极严重的卫生问题和社会问题。

2012 年《柳叶刀》(The Lancet)在线刊登了北大医院肾脏内科王海燕教授的最新研究成果——“中国慢性肾脏病流行病学调查”^[5],其结论显示我国成年人群中慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)的患病率为 10.8%,据此估计我国现有成年 CKD 患者 1.2 亿,而 CKD 的知晓率仅为 12.5%。相比其他地区,北部和西南地区的 CKD 患病率较高,分别为 16.9%(15.1~18.7)和 18.3%(16.4~20.4)。我们把 CKD 根据肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR)由高到低分为 1~5 期。CKD 患者 GFR 可能会逐年下降,GFR 降至 15 ml/min · 1.73 m² 以下时进入到 CKD5 期,又称为终末期肾脏病(end stage renal disease, ESRD),ESRD 患者需进行血液透析、腹膜透析或者肾移植等肾脏替代治疗,每年消耗大量社会医疗资源。如何控制 CKD 的进展,有效地管理这部分人群,减少进入 ESRD 的患者数量,已成为国家重点关注的公共卫生问题之一。

表 1-1 是新中国成立以来我国的四次大型高血压流行病学调查结果。我们看到,我国成人高血压的发病率已从建国初期的 5.11%上升到了 18.8%。按第四次调查时我国的人

口数量估算,我国约有 2 亿高血压患者,每 10 个成年人就有 2 个高血压患者。高血压作为我国拥有最庞大的患者人群的疾病,与我国居民健康有最密切的关系。而多组证据表明,诊室血压水平和冠心病、脑卒中(中风)和 ESRD 有着正相关关系,血压的达标可以明显降低心、脑、肾及其他靶器官的急慢性损害,但低得可怜的 6.1%的达标率仅仅只有美国的五分之一。高血压的控制与达标任重道远。

表 1-1 我国四次高血压患病率调查结果

年份	调查地区	年龄	高血压诊断标准	调查人数	高血压人数	高血压患病粗率(%)
1958 1959	13 省、市	≥15	不统一	739 204		5.11
1979 1980	29 省、市、自治区	≥15	≥160/95 mmHg 为确诊 高血压 140~159/90~95 mmHg 之间为临界高血压	4 012 128	310 202	7.73
1991	30 省、市、自治区	≥15	≥140/90 mmHg 及两周 内服用降压药者	950 356	129 039	13.58
2002	30 省、市、自治区	≥18 (≥15)	≥140/90 mmHg 及两周 内服用降压药者	272 023	51 140	18.8(17.7)

注 1 mmHg=0.133 kPa。

根据世界卫生组织报告,2005 年全球总死亡人数为 5 800 万,其中近 3 500 万人死于慢性病,而中国慢性病的死亡人数占了 750 万。从过去 30 年的变化看来,因为卫生条件的改善和国家的持续的大量投入,传染性疾病与母婴疾病引起的死亡占总死亡人数的比例已由 27.8%下降到了 5.2%,而以肿瘤、慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)和心血管疾病为代表的慢性病则从 41.7%上升到了 71.4%,成为我国居民死亡原因的第一位(图 1-1)。

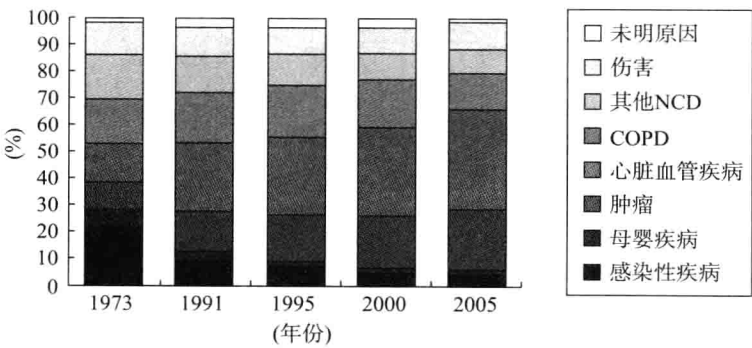


图 1-1 1973—2005 年死因构成比^[6]

我国的慢性病呈现出“井喷”样增长,其中一个重要原因是社会人口老龄化。2011 年我国政府工作报告指出,我国人口期望寿命已达 73.5 岁,接近发达国家 75 岁的水平,上海市等个别发达地区甚至已达 82.51 岁^[7],全国平均水平已较解放初期上升了 30 余岁。人口的

老龄化必然带来一些年龄相关性疾病的发病率增加,高血压及糖尿病等慢性病也正是众多老年性疾病中的代表性疾病。目前我国 60 岁以上人群已达 1.29 亿^[8],据世界银行预测,2050 年我国 60 岁以上的人口将超过 4 亿。庞大的老年人群将给慢性病的管理和控制带来更大的压力。

另外,引起慢性病高发的更重要的原因是一些高危因素的参与。WHO 在 2002《饮食、身体活动与健康全球战略》报告中指出,慢性病的主要危险因素为饮食与体力活动不足。我国卫生部于 2006 年发布的《中国慢性病报告》中也指出膳食不合理、身体活动不足及吸烟是造成多种慢性病的三大行为危险因素^[10]。我们一起来分析三大危险因素的由来和危害。

(一) 不合理膳食

近年来经济的发展让众多老百姓基本能够想吃什么就能吃什么,但老百姓口中的营养好往往成为高热量食物的代名词。过多的能量摄入与高脂血症、肥胖、脂肪肝甚至肿瘤相关。我国特有的饮食习惯还有喜食高盐食物,如腌腊制品、泡菜、火锅等是老百姓家中的最爱。WHO 和《中国居民膳食指南》推荐的正常成年人的摄盐量为每天 6 g,我国 2002 年的调查显示平均每标准人日摄盐量为 12 g,是推荐量的 2 倍,在一些北方的农村地区,竟高达 14.7 g^[11]。高盐饮食会导致高血压、胃癌、骨质疏松等疾病发病率增加,尤其是高血压。从我国的高血压人群分层的发病率也可见到,高血压的发病率有明显的南低北高的趋势,与北方地区人均每日摄盐量明显高于南方地区的调查情况相符合。另外,谷物类食物的摄入减少,高蛋白高脂肪食物的摄入增加也打破了营养的失衡,加重了肾脏和心血管的负担。引导老百姓合理膳食,形成更好的饮食习惯,科学的吃好,是我国营养学家们的一项长期的艰巨的任务。



图 1-2 中国营养学会中国居民膳食宝塔

(二) 身体活动不足与肥胖

繁忙的工作、汽车的普及以及生活习惯的改变减少了我们的运动时间,直接导致了腹型肥胖(abdominal obesity)的发病率增加。腹型肥胖又称中心性(或向心性)肥胖,它反映腹腔及腹腔内脏器脂肪蓄积。腹型肥胖是代谢综合征、糖尿病、高脂血症及高血压等最重要的危险因素之一,危害较全身性肥胖更大。2005年国际糖尿病联盟(IDF)定义及2009年IDF/美国心脏学会(AHA)/美国心肺血液研究所(NHLBI)联合定义中提出,诊断腹型肥胖的金标准是应用核磁共振(MRI)或计算机断层扫描(CT)技术测量腹内脂肪的含量,但可根据不同的性别和种族制定以腰围等便捷指标来判断腹型肥胖。各国根据腰围制定了自身的肥胖标准:美国男性 ≥ 102 cm,女性 ≥ 88 cm;欧洲男性 ≥ 94 cm,女性 ≥ 80 cm;日本男性 ≥ 85 cm,女性 ≥ 80 cm;华人及东南亚男性 ≥ 90 cm,女性 ≥ 80 cm。中国肥胖问题工作小组定义了适合中国人群的判定标准,男性腰围 ≥ 85 cm、女性腰围 ≥ 80 cm为腹型肥胖。根据中国指南制订联合委员会(JCDCG)的定义,我国男、女性中腹型肥胖的患病率分别为29.0%和25.2%,肥胖已成为我国不可忽视的公共卫生问题。改变生活方式,增加运动量,把体质量(体重)的控制作为健康达标的重要标准。

(三) 吸烟

卫生部于2006年发布的《中国吸烟与健康报告》显示,2002年我国15岁以上人群吸烟率为35.8%,其中男性和女性吸烟率分别为66.0%和3.1%。由此估计,吸烟者约为3.5亿,占全世界烟民的三分之一。我国是世界上最大的烟草消费国,在我国每年销售的香烟高达1.6万亿支,约占世界三分之一。更矛盾的是,我国同时是世界上最大的烟草生产国。我国的烟草年产量相当于除我国外其他七个最大烟草生产国的年产量的总和。吸烟是冠心病、肺癌、COPD等多种慢性病的行为危险因素,严重危害着人民健康。每年约有100万人死于吸烟有关的各种疾病,预计2020年该人数将达到200万人。2012年的5月31日已是第25个世界无烟日了,主题是“烟草行业干扰”,口号是“生命与烟草的对抗”,指出烟草业的利益与公共卫生政策之间存在根本的和无法和解的冲突,即使国有烟草业也不例外,呼吁政府排除烟草行业干扰,加大禁烟力度。

从上面的资料我们可以清晰地看到,慢性病已成为现今我国最流行的疾病,传染性疾病和母婴疾病对居民健康的危害已越来越小。更让人担心的是,由于社会老龄化和各种行为危险因素的影响,慢性病的发病率还会继续增加。慢性病将给社会带来巨大的直接经济损失和间接经济损失。直接经济损失包括治疗疾病所需的住院费、医药费、预防疾病的费用以及与就医相关的交通费等。间接经济损失包括治疗疾病耽误造成的误工、家庭人员陪护引起的误工、工作能力下降导致的提前退休和因病缺勤以及提前死亡导致的生产力缺失等。这些损失不仅对社会来讲是难以估量的损失,就个人及家庭而言,更是巨大的难以承担的负担,许多家庭因病返穷。根据我国的卫生统计资料显示^[12],多数内科疾病平均住院费用在6 000~10 000元,同年的我国城市居民的家庭收入人均为19 109.4元,农村为5 919元,在没有医疗保险的情况下,一次住院将花费城市居民年收入的一半,花费农村居民年收入的全部。慢性病带来的负担为我国的医疗保险提出了更高的要求,也为卫生政策的制定带来了巨大的压力,它已经远远不止是一个卫生问题,而是一个全社

会关注的社会问题了。

第三节 慢性病的防治

从慢性病的演变过程而言,它的发展可以分为三个阶段。第一个阶段为单纯的不健康的生活方式阶段。该阶段为疾病前期,处于此阶段的人尚未患有任何慢性疾病,但已经有一些不健康的生活方式如不良饮食习惯、体力活动不足、吸烟等。对此阶段的人群应积极进行干预,改变不良的生活方式和习惯。通过生活方式的改变,减少患慢性病的概率。这个阶段若未给与干预措施,人体则可能会在上述危险因素持续作用下逐步出现生物学指标的异常,进一步发生脏器的器质性改变,进入到第二阶段。

慢性病的第二个阶段是生物学指标异常的阶段。进入该阶段后,人体已经出现了血压、血糖、血脂、尿蛋白阳性等指标的变化,进入了疾病阶段,但此时患者不一定有明显的症状。针对此阶段疾病进行控制需要通过药物以及生活方式的改变,由于慢性病的特点,治疗往往需要持续终身。若疾病未得到治疗或未得到正规及持续的治疗,高血压、糖尿病等慢性病将对心、脑、肾等靶器官逐渐造成不可逆的损害,出现冠心病、脑梗死、肾功能衰竭等多种并发症,严重影响患者的预期寿命和生活质量,进入到慢性病的第三个阶段。

第三个阶段即是慢性病晚期。此时,患者已罹患慢性病多年,甚至患有多种慢性病,各种慢性病已发展到中晚期,出现了诸如慢性肾衰竭、慢性肺源性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性心功能衰竭等,降低患者劳动行为能力的并发症。此时治疗效果差,而且患者生活质量也差,此时治疗的目的只能是延长患者的生存时间,减少患者的痛苦和提高患者的生活质量。

针对慢性病的防治应根据患者处于的不同阶段,采用不同的防治方案。针对第一阶段的人群,应给与一级预防(Primary Prevention)。一级预防亦称为病因预防,是在疾病尚未发生时针对致病因素(或危险因素)采取措施,也是预防疾病和消灭疾病的根本措施,是我国传统医学“治未病”理念的体现。WHO提出的人类健康四大基石“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”即是慢性病一级预防的基本原则^[13]。一级预防针对的是疾病的易感期,起到的是健康促进和健康保护的作用。

(一) 健康促进

健康促进(health promotion)是1986年11月21日WHO在加拿大的渥太华召开的第一届国际健康促进大会上首先提出的,是指运用行政的或组织的手段,广泛协调社会各相关部门以及社区、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。这次会议通过的《渥太华宪章》中提出了健康促进的五大策略^[14],包括:①制定健康的公共政策;②创造支持性环境;③强化社区行动;④发展个人技能;⑤调整卫生服务方向。具体方式可包括以下几点。

(1) 健康教育 通过传播媒介和行为干预,改变人们的健康观念,促使人们自愿采取有益健康的行为和生活方式,避免影响健康的危险因素,达到促进健康目的。目前人们的健康知识水平的发展速度已经远远不及经济发展速度,人们在接触危害健康的危险因素时往往还意识不到对健康的危害。劝人戒烟时还时常遭到反问:“吸烟一定会患肺癌么?某某没有

吸烟一样患了肺癌啊。”坚持正确的舆论导向,加强人们的健康意识,改变人们的观念。健康教育形式多样,电视台节目、健康教育讲座、书籍、宣传资料甚至患者间的交流等都可起到健康教育的作用。

(2) 自我保健 自我保健是指个人在发病前就进行干预以促进健康,增强机体的生理、心理素质和社会适应能力。如规律的作息时间、固定的三餐、晨运等都是自我保健的一部分。一般说,自我保健是个人为其本人和家庭利益所采取的大量有利于健康的行为。自我保健往往和健康教育密切相关,自我保健行为需要居民有强烈的健康需求,自我保健行为的频繁也是人们健康意识提高的表现。

(3) 环境保护和监测 环境保护也是健康促进的重要措施。随着社会、经济的发展,环境污染在我国已成为阻碍人们生活健康的重要因素。1930年,整个比利时大雾笼罩,马斯河谷上空出现了很强的逆温层。在这种逆温层和大雾的作用下,马斯河谷工业区内13个工厂排放的大量烟雾弥漫在河谷上空无法扩散,有害气体在大气层中越积越厚,其积存量接近危害健康的极限。第三天开始,在二氧化硫和其他几种有害气体以及粉尘污染的综合作用下,河谷工业区有上千人发生呼吸道疾病,咳嗽与呼吸短促是主要发病症状。一个星期内就有63人死亡,这是20世纪最早记录下的大气污染惨案。加强环境保护和监测,不仅能保证经济的可持续发展,而且能保证人们生活和生产环境的空气、水、土壤不受工业三废即废水、废气、废渣和农药、化肥的污染,保证人们身体的健康。

(4) 卫生服务方向和卫生政策 面对庞大的慢性病人群的管理,仅仅靠个人或者少数人的力量是远远不够的,需要国家和国际组织制定和执行有效的政策。2011年9月,第66届联合国大会召开预防和控制非传染性疾病高级别会议,会议通过的《政治宣言》提出,慢性非传染性疾病是21世纪各国发展面临的严重挑战之一,应对慢性病,各国政府须承担首要责任,社会所有部门都必须作出努力,鼓励拟订多部门政策,创造公平的促进健康的环境,使个人、家庭和社区有能力作出利于健康的选择。2012年5月,我国政府随即出台了由卫生部等15个部委联合制定的《中国慢性病防治工作规划》(2012—2015),规划设立了慢性病防治的8个目标和24个具体指标,从国家层面给予慢性病防治工作最大的重视和支持^[15]。由此,从事慢性病控制和管理人员有了工作的明确目标,在国家政策的指引下,结合本地实际情况,逐步地开展各方面的工作。

(二) 健康保护

健康保护是对有明确病因(危险因素)或具备特异性预防手段的疾病所采取的针对性措施,在预防和消除病因上起主要作用的手段。健康保护是针对特定的高危人群或特定的疾病的措施。健康保护和健康促进不同的是它的目的性更强,而健康促进是指对整个人群采取的普遍的预防措施。健康保护缩小了预防范围,操作性更强,对特定群体改善更为显著,如可以针对有高血压家族史的患者群进行低盐饮食干预,以及在肺癌家族史的患者群众实行戒烟计划等都是有效可行的健康保护方案。

根据各自的特点,为了更好的结合二者,常采用以下三种一级预防策略。

1. 全人群策略

全人群策略(population strategy)对整个人群的普遍预防。旨在降低整个人群对疾病危险因素的暴露水平,它是通过健康促进实现的。

2. 高危人群策略

高危人群策略(high risk strategy)对高危人群的预防。旨在消除具有某些疾病的危险因素的人群的特殊暴露,它是通过健康保护是实现的。

3. 双向策略

双向策略(two pronged strategy)即把对整个人群的普遍预防和对高危人群的重点预防结合起来,二者相互补充,可以提高效率。

(1) 一级预防

1) 针对机体的措施:增强机体抵抗力,戒除不良嗜好,规律的体育锻炼,进行系统的预防接种,定期体检,普及健康知识,提倡合理膳食,做好婚前检查。

2) 针对环境的措施:对生物因素、物理因素、化学因素的预防工作,食品、药品的安全工作,对遗传致病因素的预防工作,加强优生优育和围产期的保健工作,包括防止近亲或不恰当的婚配。

3) 对社会致病因素的措施:对心理致病因素作好预防工作。不良的心理因素可以引起许多疾病,包括高血压、冠心病、癌症、哮喘、溃疡病等疾病都与心理因素密切相关。

(2) 二级预防(secondary prevention) 亦称“三早”预防,三早即早发现、早诊断、早治疗,是防止或减缓疾病发展而采取的措施。

慢性病大多病因复杂,掺杂着多种影响因素,甚至部分疾病病因及具体的机制到目前为止尚不清楚,因此事实上要做到一级预防是非常困难的。而慢性病的自然病程相当长,诸如糖尿病、高血压、慢性肾脏病等疾病起病隐匿,在疾病初期没有任何症状,按以往患者有了不舒服才到医院的观点的话,很多患者在这段时期并未到医院就诊。直到疾病发展到中晚期了,如糖尿病的患者出现了视物模糊、四肢麻木等慢性并发症后才引起重视,此时再进行治疗往往错过了疾病的最佳治疗时期,治疗效果不佳,患者预后差,已进入到三级预防。患者不能早期就诊,或者就诊后没有持续随访,可能与健康知识缺乏密切相关。正所谓“无知者无畏”,当患者了解到糖尿病患者远期发生冠心病、脑梗死、尿毒症的比例,他还会对自己的疾病如此漠然吗?我们可以对高危人群和早期诊断患者开展类似交通安全违规时的车祸学习的预后学习以达到警醒患者,提醒患者的目的。

相对一级预防工作而言,二级预防是在疾病初期采取的预防措施,实施可行性更高,针对性更强。对于慢性病,“三早”预防需要提高医务人员的早期诊断水平,需要加强患者健康知识的培训,同时也需要慢性病管理人员主动出击。社区慢性病管理人员应加强责任意识,^[16]顾建钦等报道郑州市实行“片医负责制”通过过普查、筛检和定期健康检查以及群众的自我监护,及早发现疾病初期(亚临床型)患者,并使之得到及时合理的治疗。由于慢性病常是经过致病因素长期作用后引起的,给“三早”预防带来一定的困难。所以,尤其是针对慢性病,必须开展普查、筛检、定期健康检查等二级预防的措施来达到早发现、早诊断、早治疗的目的。

(3) 三级预防(tertiary prevention) 亦称临床预防。三级预防可以防止伤残和促进功能恢复,提高生存质量,延长寿命,降低病死率。手段包括对症治疗(symptomatic treatment)和康复治疗(rehabilitation treatment)。

对症治疗用药物改善疾病症状,但不能消除病因的治疗,也称“治标”。慢性病大多数不能根治,此时对症治疗虽仅仅“治标不治本”,但通过“治标”不仅可以来改善症状、减少患者

的痛苦,更重要的是,还可以减少疾病的并发症发生,延缓晚期并发症的出现,防止复发转移和伤残,是慢性病患者的最重要治疗方法之一。临床上常用的如针对糖尿病患者控制血糖的治疗和针对高血压患者降血压的治疗均在此列。

康复治疗是康复医学的重要内容,是使病、伤、残者身心健康与功能恢复的重要手段,也是病、伤残综合治疗的一个组成部分。康复治疗常与药物疗法、手术疗法等临床治疗综合进行。对已丧失劳动力或伤残者加强康复治疗,促进其身心方面早日康复,使其恢复劳动力,保存其创造经济价值和社会价值的能力。康复治疗包括功能康复、心理康复、社会康复和职业康复,是对疾病进入后期阶段的预防措施。慢性病晚期患者机体对疾病已失去调节代偿能力,即将出现伤残或死亡的结局,及时采取对症治疗,减少痛苦延长生命,同时实施各种康复工作,力求病而不残,残而不废,促进疾病康复。

综上所述,一级预防重点在于“防未病”,二级预防在于早发现病,而三级预防旨在“治已病”。诚然,理论上最佳状态是所有疾病在出现前已经被一级预防扼杀了,但目前来说,还远远达不到这种疾病预防要求。面对数量庞大了慢性病群体,目前慢性病工作者的工作重点仍不得不放在三级预防上。慢性病治疗时间长,对于已经诊断疾病的患者必须进行合理、规范、长程的治疗和管理,提高慢性病的控制率和达标率。三级预防仍然是健康促进的首要 and 有效手段,是现代医学为人们提供的健康保障。但从长远来看,要做好慢性病的防治,一级和二级预防才是慢性病管理的重点。

第四节 慢性病管理学

目前慢性病的防治效果很难以令人满意,这可能和医师独挑大梁的医患模式相关。根据国内外经验可知,慢性病的管理工作不仅需要疾病相关专业的医学知识,更需要营养学、统计学、护理学、计算机信息系统、卫生经济学、人际沟通、药学、心理学以及环境保护等多个学科的共同参与和通力合作。从事慢性病管理的专业人才不同于传统意义上的医师,需要多个学科的知识构架,通过高效的管理完成慢性病防治工作。

管理(manage)是人们在社会组织中为了实现预期的目标进行的以人为中心协调的活动。管理学,又称管理科学(management science),是系统研究管理活动的基本规律和一般方法的科学。慢性病管理学是运用管理学的知识,对慢性疾病进行综合性管理,以达到良好控制和治疗慢性病的科学。管理科学都包括管理主体、管理对象以及管理媒介三方面。管理主体指的是凡具有能动性、社会性、又追求把握性的人,又可称之为管理者。不具备能动性,就不能对管理对象产生作用和影响;不具备社会性,其活动就没有价值和意义;不追求把握性,其活动就不能算是管理活动。每个患者的管理最终应有相对应的管理者,而不是传统意义上的医师。管理对象管理行为的目标对象,既是管理者意图把握的人、事、物;又是人、事、物之间的相互关系。慢性病本身、患有慢性病的人以及其他学科的工作人员都是管理的对象。管理媒介是指把管理的主客体联系起来的各种形式的媒介,包括方法、工具和环境。管理能否成功,与是否能够通过恰当的媒介,包括采取恰当的方法、使用有效的工具、充分利用环境的影响等密不可分^[17]。

世界各国均非常重视慢性病的管理工作,并通过此项工作降低了死亡率,减少了医疗费用的支出,在改善了患者的治疗效果的同时,也节约了社会资源。在健康管理方面投入 1

元,相当于减少 3~6 元医疗费用。如果加上由此产生的劳动生产率提高的回报,实际效益是投入的 8 倍^[18]。如芬兰推行的健康管理项目,将全国的心血管疾病死亡率从 450/10 万人下降到约 150/10 万人,下降 66%,效果显著^[19]。美国的实践也证明健康管理是提高国民健康水平的最为经济、有效的措施^[20]。我国政府目前也把慢性病的管理作为重点工作来开展,制定了《中国慢性病防治工作规划(2012—2015)》等极具可行性的工作计划,也开展了国际合作项目,单一个整合的、协调的慢性病防治体系还未形成^[21]。

一、慢性病管理的主体

随着经济社会的发展,医疗技术不断进步,人口老龄化,全社会对慢性病防控不断重视,投入加大。然而,慢性病管理需要的专业人员应具有跨学科的知识背景和基本素质,如临床医学、预防医学、心理学、卫生经济学、科研能力、人际沟通能力、语言表达、敬业精神等。传统的五年制临床医学教育关于慢性病管理的知识技能培训针对性和专业性不强,难以适应当前疾病谱变化、工种细化的现实,难以满足社会发展的需要。

可喜的是,我国大陆地区已有部分专业公司(如美国强生公司、德国费森尤斯卡比公司等)针对相关从业人员开设了相关疾病,如糖尿病或慢性肾脏病短期培训班,并自行发放培训证书。在国内外医学院校中,中国台湾地区的高雄医科大学开设了肾脏照护学专业课程,培养大专和本科两个层次的专业人才。中国台湾肾脏病医学会近年来通过致力于慢性肾脏病的有效管理,细化了医师、护士、卫教士、营养师等多种角色,形成了网络化的、系统的慢性肾脏病防治照护体系。通过 10 年的努力,台湾地区慢性肾脏病患者死亡率降低,生活品质提高,医疗费用减少,医疗质量提高,病情恶化速度减慢,极大地减轻了社会和家庭负担。此外,澳大利亚、美国、英国等发达国家已开展了慢性病管理的硕士教育。

当前,我国大陆地区慢性病的网络化和信息化管理仍在起步阶段,一体化的管理体系尚未形成,慢性病管理专业人才培养的教学体系仍是空白。不过,已有相当多的业内人士认识到了慢性病管理的重要性和紧迫性,以及慢性病管理专业人士匮乏的现状。随着近年来,我国国家对慢性病的重视和投入的加大,我国大陆的慢性病管理工作在多数基层慢性病管理单位也已逐步展开。根据目前情况,要快速提高慢性病管理从业者的专业素养,应同时分两方面开展工作。一方面目前的慢性病管理从业人员多数由临床医生转行,受过系统的临床医学专业培养,但其他学科相关知识,尤其是“管理”、“统筹”等专业素质不高;因为多数工作在慢性病管理工作的第一线,没有时间来接受长时间系统训练,可以通过继续教育项目、短期课程班、网络视频教学等多种形式完成培训。另一方面,医学院校应开展专门从事慢性病管理人才的培养,针对临床专业医学生进行预防医学、卫生管理学、卫生经济学及医学人文等慢性病管理相关知识培训,有条件开设慢性病照护、慢性病管理本科及硕士教育,这才是做好慢性病管理的长久之计。

二、慢性病管理的对象

1. 患者管理

患者是慢性管理最重要的对象,如何将患者管理好是整个慢性病管理最重要的部分之一。传统的慢性病管理模式是患者根据自己的病情挂号就医,医师在完成评估后制定治疗

方案,给予药物治疗,嘱咐院外注意事项和复诊时间。该种模式在医院常常短时间内即完成,尤其是门诊,医师要在短短数分钟内将上述诊疗过程完成并且教会患者院外对自己进行管理,绝大部分患者并无医学基础,要理解、学会自我管理方法和技巧难度很大。即使患者理解学习能力强,或者住院患者通过医患较长时间的沟通理解并掌握了管理疾病,但在院外长期无监督状态进行自我管理,影响因素众多,治疗效果差别大,仍然难以达到很好的控制率。面对千差万别的患者群,如何解决该问题,国内外同行在近年来均积极进行有益的探索。我国国内各地区也各自尝试了多种管理方法,如进行健康登记、建立个人健康档案、提供健康咨询,在社区内定期开展健康教育普及相关的预防保健常识^[22],医护人员以“团队”形式上门服务,实行“片医负责制”^[16]等,取得了一些效果。在国外,有两种管理模式极具代表性,分别是以患者为中心的家庭式医疗(patient-centered medical home, PCMH)和慢性病自我管理(chronic disease self-management, CDSM)。

(1) 以患者为中心的家庭式医疗 PCMH 模式是由“以患者为中心的基层医疗协作”联盟(patient centered primary care collaborative, PCPCC)提出的,已在美国的初级卫生保健系统中扮演了重要角色。每位患者的病情记录可以在初级保健医生(PCPs)和临床医生之间实现共享,以方便他们根据患者的病情制定最合适的治疗方案,这就是 PCMH 模式。它的工作流程是病人或健康者加入,登记注册——诊所或社区医疗机构档案管理员健康档案信息录入(病史、生活习惯等),上传资料——专业医疗团队评估,健康状况,风险,提出解决方案——各级医师协同,分析哪些是主动服务对象,都要提供什么服务——制定服务计划,达成医患共识——基层团队执行计划,监督团队根据执行情况,调整沟通方式(短信、电话、邮件、网络视频、家访、来院等等)——帮助患者寻求支持(政策、奖惩、保险、自付方式)——研究改进计划(合理化分工、优化流程)(图 1-3)。这一模式通过两方面节约了医疗费用,第一是减少了医院对急诊病房的投入;第二是通过慢性病患者提供更好的日常护理减少了他们的住院次数。它的突出特点是各级医生之间实现了团队协作,而且这些医生是在拥有患者详细病情信息基础上为患者诊治的。并且有效地为患者解决了看病难、看病贵的顽疾,避免了小病大医,节约了大型综合性医院的医疗资源,能够更优化地将医疗资源进行分配。

但该模式需要先进的信息网络系统支持以节约人力资源,并且需要庞大的医疗体系支援或者需要大型综合医院与周边社区医院协作,普通社区服务中心难以单独开展。

(2) 慢性病自我管理 CDSM 是指用自我管理方法来控制慢性病,即在卫生保健专业人员的协助下,个人承担一些预防或治疗性的卫生保健活动,其实质是一患者教育项目。它通过系列健康教育课程教给患者自我管理需要的知识、技能、信心以及和医师交流的技巧,来帮助慢性病患者在得到医师更有效的支持下,主要依靠自己来解决慢性病给日常生活中带来的各种躯体和情绪方面的问题^[24]。慢性病患者的自我管理方法起源于 20 世纪 50 年代的美国,在 70 年代中期,由 Thomas 率先在哮喘患者中应用,并收到极佳的效果,他们认为患者在治疗过程当中应该是一个积极的参与者,自我管理的方法应用于慢性病的管理是切实可行的^[25]。有效的慢性病自我管理可以提高慢性病的控制率,改善患者的健康水平和生活质量,减少卫生服务,节约卫生资源。

2005 年,自我管理在国际会议上被定义为:任何有长期健康问题的人士可以通过自我管理制定目标或方针去面对及处理因健康导致的处境并与它共存^[26]。自我管理对于我国的慢性病的防治和管理有重要的意义。

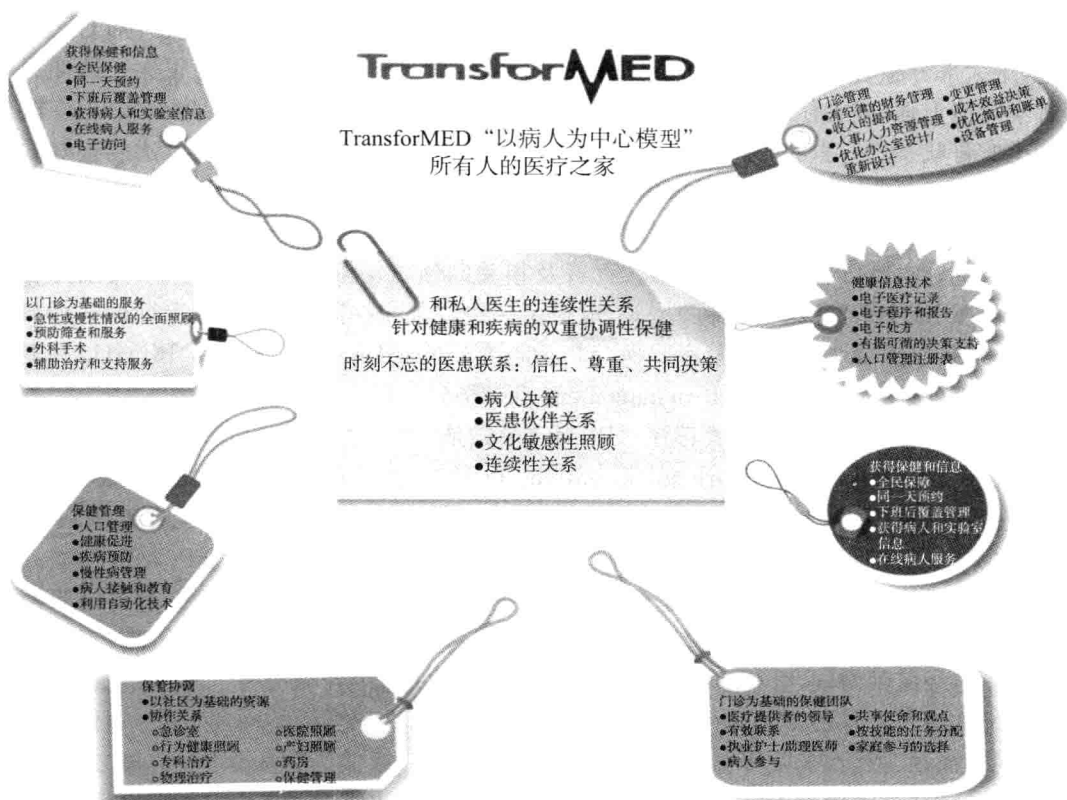


图 1-3 以病人为中心的家庭式医疗模式示意图^[23]

几乎所有慢性病自我管理健康教育项目的理论基础是社会认知理论(social cognitive theory)和自我效能理论(self-efficacy theory)。社会认知理论是从社会学理论逐步发展而来的,它解释了人们如何获得和维持一定的行为模式,同时也为干预提供了理论基础。它认为,个体因素(认知、情绪和生物因素)、环境因素(社会环境和物理环境)和行为三者之间是相互作用、相互影响的^[27]。自我效能理论是从社会认知理论中独立出来的,由美国当代著名心理学家班杜拉(Albert Bandura)从社会学习的观点出发,于1977年率先提出的著名理论。它的核心思想即是自我效能。自我效能是指个体对自己执行某一特定行为的能力的主观判断,即个体对自己执行某一特定行为并达到预期结果的能力的自信心^[28]。面对无法治愈的慢性病,除了自我管理的知识和技能外,治疗的信心和坚定的信念也是必不可少的。美国斯坦福大学医学院已基于自我效能理论通过实践发展了针对慢性病患者的标准化课程(CDSMP)^[29],已于我国香港、深圳等地区 and 欧美地区进行了研究,达到了良好的效果^[30]。

目前,自我管理在美国、英国、澳大利亚等国家已发展了20余年,已成为一项由政府出资的常规的社区服务,但在我国起步较晚,目前仍未广泛推广。我国一些医护人员已陆续在慢性病患者中开展一些工作,尝试让患者让患者学习知识并去解决生活中遇到的问题,但存在着规模小、内容不系统、教育内容和形式缺乏科学的理论指导、效果评价研究缺乏科学设计以及只有卫生专业人员授课等局限性^[31]。复旦大学在我国上海借鉴CDSMP模式的成功