

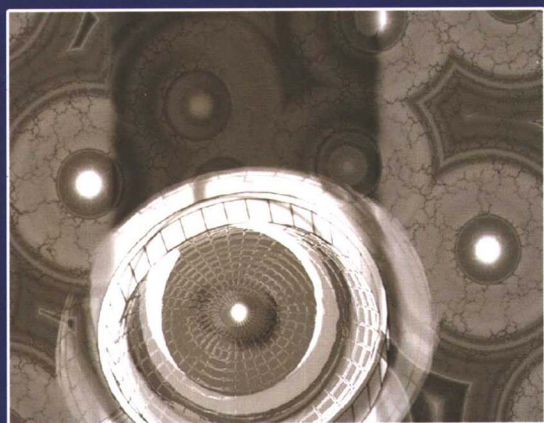
XDMXFCRXJB YFYZL

现代慢性非传染性疾病



预防与治疗

主编 相有章 李明龙



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

R1
x y z
C1

128056

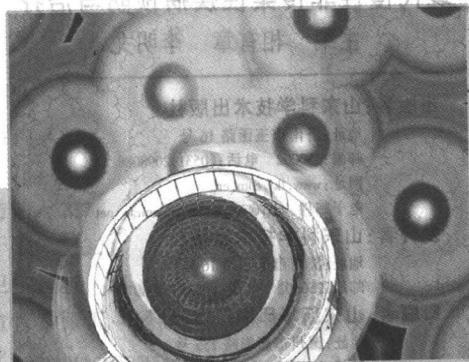
歌(710)目案编立作图

外阳建, 第育册\ 第第已部部南海封第非封第外阳建
· Qi · 2005, 封编出本第第第第山: 南第· 第主

现代慢性非传染性疾病

预防与治疗

主编 相有章 李明龙



解放军医学图书馆[书]



C0250651

山东科学技术出版社

序

随着我国经济社会的快速发展,广大群众的生活水平不断提高和医疗卫生条件不断改善,人均期望寿命逐年增加。历史上曾严重危害群众身体健康和生命安全的传染病大多已得到较好的控制,有些甚至已被消灭。而慢性非传染性疾病,如恶性肿瘤、心血管病、脑血管病、高血压病、糖尿病等已经成为危害群众身体健康和生命安全的主要因素。当前,慢性非传染性疾病已经成为我国人口死亡的主要原因,也是引发医药费用不断增加的主要原因之一。因此,认真研究、总结慢性非传染性疾病的预防和治疗经验,尽快提高广大医务人员对慢性非传染性疾病的诊断治疗水平,在全社会普及慢性非传染性疾病的防治知识,已显得越来越紧迫。

相有章、李明龙两位教授,根据当前慢性非传染性疾病防治工作的需要,组织有关专业的数十位专家,广泛收集了近几年来慢性非传染性疾病防治方面的最新资料,精心编写了《现代慢性非传染性疾病预防与治疗》一书。该书不仅内容新颖、论述精辟、实用性强,而且全面贯彻了“预防为主”的卫生工作方针。作者用了五章的篇幅,重点论述了慢性非传染性疾病的概念、健康观与医学模式、慢性病预防医学诊疗服务、慢性病监测与卫生调查、健康教育与健康促进等内容。在此基础上,作者又以理论与实践相结合的方式,深入论述了肥胖、高脂血症和脂蛋白代谢异常、糖尿病、高血压、心脑血管病等十一种(组)常见慢性非传染性疾病的预防和治疗方法。该书的出版发行,必将得到广大医务工作者、健康教育工作者和慢性非传染性疾病患者的欢迎,对促进慢性非传染性疾病防治也将发挥积极的作用。

衷心希望全社会都来关心、支持慢性非传染性疾病防治工作,为提高全民的健康水平而努力。

山东省卫生厅副厅长

王宝亭

前 言

慢性非传染性疾病(简称慢性病)发病率高、病死率高、致残率高,正取代传染性疾病,成为影响人类身体健康最主要的因素。据世界卫生组织预测,至 2020 年,非传染性疾病将占我国人口死亡原因的首位。当前心血管病和慢性阻塞性肺疾病分别是我国城市和农村人口的第一位死因,恶性肿瘤位列第二。慢性病多为终生性疾病,疼痛、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。目前我国正经历着前所未有的经济增长和技术进步,城市化和生活方式的改变,现代文明的高速发展,人类进化的相对滞后,造成了人类疾病谱的变化,慢性病发病率逐年增高,所包含的疾病种类也越来越多。人口的迅速老龄化,更进一步加剧了慢性病的高发态势。慢性病的预防和治疗已引起预防医学和临床医学专家的高度重视。

慢性病多为生活习惯病,可以通过改变不良生活方式进行预防。祛除或降低可调控的发病危险因素,促使不可调控的危险因素转变成可调控的危险因素,可减少或控制疾病的发生和发展。国内外的预防、医疗以及科研机构的专家、学者,对慢性病的发病情况、危险因素、病因机制、预防控制、临床诊治、社区干预等方面进行了大量研究,包括许多重大的多中心研究。随着医学的进步,新的信息不断涌现,重要概念不断更新,预防措施、诊疗技术和临床用药也日新月异。因此,目前的慢性病防治领域,需要有从预防和治疗的结合上融入当代最新理念、系统介绍慢性非传染性病的专著,以供从事预防和临床的医学专业人员参考。为此,诚邀长期从事本专业的专家、教授参与编著了本书。编者具有坚实的专业基础理论知识,丰富的临床经验,厚积的防治管理成就。他们结合有关的最新进展,深入浅出地进行阐述,所引用的文献反映了医学领域内的最新进展和研究成果。

全书分上下两篇十六章。上篇五章,从慢性病的概论、健康观与医学模式、预防医学诊疗服务、监测与卫生调查、健康教育与健康促进诸方面进行了系统论述。下篇十一章,分别介绍了 11 种(组)慢性病,占用了本书的主要篇幅。慢性病有明确的概念,但没有明确界定所涵盖的疾病。本书 11 种(组)慢性病包括肥胖、高脂血症和脂蛋白代谢异常、高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病、慢性阻塞性肺疾病、常见肿瘤、青少年近视眼和老年性白内障、龋病和牙周病、地方病。其中所论及的眼科和口腔 4 种疾病,一般不直接引起患者死亡,但却严重影响人们的生活质量和身体健康,并与其他系统疾病关系密切。对每种(组)疾病均重点论述了流行情况、发病特征、危险因素、相关疾病、预防治疗及社区干预,强调理论与实践、基础与临床、预防与治疗相结合,注重实用。多种慢性病相互关系密切,有的互为因果。编著中强调了发病危险因素,阐明了每一疾病的特点,论及了可能引起的疾病,为三级预防奠定了理论基础。在发挥各位专家专业特长的基础上,本书的编写参阅大量新资料、新信息,力求全方位、多视角研究探索

问题,尤其是把国内外有影响的多家中心研究所获得的新的结论、新的理论以及国内外相关的重要卫生组织(机构)制定的标准融入其中,以期对从事疾病防治研究人员起到开卷有益的作用。它是一部融系统性、实用性、科学性、新颖性为一体的新型专著,可作为各级预防和临床专业人员、科研人员以及医学院校师生的有实用价值的参考书。

各位编著专家以对人民卫生事业的高度责任感做出了积极贡献,有的在完成编写有关章节的同时为本书的修改、校正做了大量细致的工作,在此表示衷心的感谢,并对给予关心、支持和帮助的有关领导、专家表示谢忱。

医学科学日新月异,新的理论和预防诊疗技术不断产生和发展,在时间紧迫、求全求新的矛盾选择中,限于编者水平,不足之处在所难免,敬请各位专家、同道和广大读者不吝赐教。谨致诚挚的感谢。

相有章

主 编 相有章 李明龙

副主编 黎 莉 韩春英 高庆来 骆效宏
孙亚夫 周登峰

编 委 (以姓氏笔画排序)

王以玲	王连光	王秀红	王 林
王学松	王海明	云中杰	孔庆忠
刘世青	刘开军	孙亚夫	李 芳
李明龙	李 秋	李 静	吴永娥
陈培忠	张令刚	张素珍	杨晓霞
苗华芹	周登峰	相有章	骆效宏
高 冬	高庆来	韩春英	黎 莉

目 录

上 篇

第一章 概论	1
第一节 基本概念	1
第二节 慢性病的流行现状及发病特点	3
第三节 慢性病的防治策略	5
第四节 慢性病防治面临的机遇与挑战	7
第二章 健康观与医学模式	9
第一节 健康观	9
第二节 亚健康	11
第三节 医学模式	14
第三章 慢性病预防医学诊疗服务	18
第一节 概述	18
第二节 周期性健康检查	19
第三节 合理膳食	21
第四节 社区人群膳食营养指导	22
第五节 营养相关性慢性病患者的膳食指导	23
第六节 中国居民膳食指南	27
第七节 适量运动	28
第八节 戒烟、限酒	30
第九节 心理平衡	32
第十节 慢性病发病危险性评估	34
第十一节 口腔卫生保健	36
第十二节 化学预防	41
第十三节 高血压、糖尿病、肥胖健康促进诊疗管理	42

附录 1 居民个人健康信息记录表	47
附录 2 现时体力活动水平评价	52
附录 3 健康促进诊疗管理调查表	53
附录 4 健康促进诊疗管理随访表	54
第四章 慢性病监测与卫生调查	56
第一节 社区诊断	56
第二节 社区卫生调查	58
第三节 慢性病监测	64
第四节 社区卫生状况分析	66
第五章 健康教育与健康促进	70
第一节 概述	70
第二节 健康教育的传播	73
第三节 不同人群的健康教育	78
第四节 健康教育计划的设计、实施与评价	82

下 篇

第六章 肥胖	87
第七章 高脂血症和脂蛋白代谢异常	101
第八章 糖尿病	122
第九章 高血压	164
第十章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	213
第一节 概述	213
第二节 心绞痛	239
第三节 急性心肌梗死	249
第四节 缺血性心肌病	262
第十一章 脑血管疾病	268
第一节 概述	268
第二节 短暂脑缺血发作	288
第三节 脑血栓形成	291
第四节 脑栓塞	294
第五节 腔隙性梗死	296
第六节 脑出血	298
第七节 蛛网膜下腔出血	301
第十二章 慢性阻塞性肺疾病	306
第十三章 常见肿瘤	331

第一节	肺癌	331
第二节	食管癌	338
第三节	胃癌	343
第四节	结直肠癌	350
第五节	原发性肝癌	356
第六节	乳腺癌	363
第七节	子宫颈癌	369
第八节	卵巢癌	374
附录	肿瘤治疗	379
第十四章	青少年近视眼,老年性白内障	386
第一节	青少年近视眼	386
第二节	老年性白内障	403
第十五章	龋病和牙周病	422
第一节	龋病	422
第二节	牙周病	437
第十六章	地方病	457
第一节	克山病	458
第二节	大骨节病	470
第三节	碘缺乏病	484
第四节	地方性氟中毒	495
索引		512

第一章 概 论

第一节 基本概念

一、慢性非传染性疾病

慢性非传染性疾病(慢性病,NCDs)的定义是长期的、不能自愈的、也几乎不能被治愈的疾病。主要是指那些发病率、致残率、死亡率较高和医疗费用昂贵,并有明确预防措施的疾病。其中大多数属于生活方式疾病,也就是可通过改变不良生活方式能预防和控制疾病,如高血压、糖尿病、肥胖、高脂血症、慢性阻塞性肺疾病(COPD)等。

从病因看,慢性病是多种危险因素联合作用的结果。按 Dever 分类法,危险因素分为个人行为因素、环境因素、人类生物学因素和卫生保健因素四大类。慢性病已成为危害人类健康的主要疾病,如心脏病、脑血管病和恶性肿瘤等。主要慢性病目前临床上缺乏满意的治疗手段,加之病人本身健康意识或健康知识不足,到医院就医时,已经出现临床症状或体征,疾病多难以逆转。临床上只能使病人的症状缓解、病情好转或延长生存期,不能从根本上解除患者的痛苦,并增加了医疗费用。即使目前先进的临床诊治手段越来越多,也难以解决人们面对的困惑,并且其费用也非多数人所能承受。但是,慢性病的危险因素多以个人的生活方式和行为所致,这些因素是可以通过个人的努力而避免或去除。因此,慢性病是可以预防 and 控制的:一是通过

健康教育使人们养成有益于健康的生活方式和行为,预防慢性病的发生;二是通过早期发现危险因素,在症状、体征出现前降低或去除危险因素,控制慢性病的发生和发展。

二、慢性病预防医学诊疗服务

慢性病预防医学诊疗服务,是应用预防医学、临床医学、循证医学、生物信息学、心理学、行为学、教育学和传播学等的理论和技术,一、二、三级预防相结合,向具有危险因素的、亚健康状态人群及其他个体提供健康咨询、周期性健康检查、健康危险因素评价、健康生活行为指导和健康促进诊疗管理服务,以早预防、早发现、早诊疗,控制危险因素,防止亚健康状态演变成疾病;使病人减轻症状,控制病情,提高生活质量,预防并发症和减轻疾病负担的一类服务。

三、健康危险因素

健康危险因素,是指机体内外存在的使疾病发生和死亡概率增加的诱发因素,包括个人特征、环境因素、生理参数、症状或亚临床疾病状态等。个人特征包括不良的行为(如吸烟、酗酒、运动不足、膳食不平衡、吸毒、迷信、破坏生物节律等)、疾病家庭史、职业等;环境因素包括暴露于不良的生活环境和生产环境等;生理参数包括有关实验室检查结果、体型测量和其他资料等。

四、健康与健康人群

1948年,世界卫生组织成立时的宪章中规定了“健康是一种躯体上、精神上和社会上的完满状态,而不只是没有疾病和虚弱现象”。健康人群必须具备三个条件:躯体形态结构完好和功能状态正常;心理素质稳定,能正确认识自我,正确认识环境并及时适应环境;社会适应能力强,在社会系统中有效地扮演与其身份相称的角色,并能发挥作用,其行为与社会规范相一致。

五、亚健康与亚健康人群

亚健康通常是指介于健康与疾病二者之间的一种过渡、可逆转的生理状态。一般性概念是“身体或心理或社会适应等方面出现了健康欠佳的诸种表现,是没有疾病的虚弱现象”。亚健康人群虽然无明显疾病,但体能降低,反应能力和适应能力均见不同程度的减退。

六、高危人群

对理化、生物、社会、心理等致病因素特别敏感的人群为高危人群,该人群发生疾病的概率明显高于其他人群。高危人群包括两类:一是高危家庭的成员,凡有任何一个或一个以上特征的家庭为高危家庭:单亲家庭,吸毒、酗酒家庭,残障者、精神病患者、长期重病者家庭,功能失调濒于崩溃的家庭,因某种原因受到社会歧视的家庭。二是具有明显危险因素的人群,如不良行为生活方式、职业暴露、社会和家庭影响等。这些危险因素对某些疾病或健康损害具有明显的诱发和促进作用,甚至可导致死亡。

七、重点保健人群

重点保健人群指的是由于各种原因或处于某一特殊生命、生理时期的人群,常常需倍加照顾和关怀,如儿童、妇女、老年人、残疾人、康复期病人等。

八、周期性健康检查

周期性健康检查是指根据个体不同性

别,各年龄阶段健康危险因素、易患疾病和高死亡原因的差异,设计在不同年龄段应做的健康检查项目,从而为个体积累健康基础信息,发现高危人群、亚健康状态者和早期病人。周期性健康检查因为针对性强,涉及范围较小,故能提高检出率,节省检查费用。

九、健康促进诊疗管理服务

健康促进诊疗管理是采用综合防治策略,把健康促进和管理贯穿于服务的全过程。通过持续的个体化指导,建立良好的医患关系,在调动患者、亚健康者及其家庭自觉、主动、积极地改变不健康生活方式(非药物治疗)的基础上合理用药的一类服务模式。这种诊疗管理服务模式的重心,从传统的吃药打针转移到帮助患者建立健康的生活方式;从治标减轻症状,转移到标本兼治、治本为主,既要减轻症状,更要控制健康的危险因素,提高生活质量,降低疾病负担;从单纯治病转移到预防为主、防治结合上来。诊疗对象从病人扩大到亚健康状态人群。

十、健康倡导

健康倡导是一种维持社会和政府对于保护和增进健康资源的政治意愿,实现多部门协作,以制定支持健康的公共政策的重要手段。

十一、健康促进

健康促进是指通过健康教育和环境支持改变个体和群体行为、生活方式和社会影响,降低本地区发病率和死亡率,提高社区居民的生活质量和文明素质。1986年在加拿大渥太华召开的第一届国际健康促进大会发表的《渥太华宪章》指出:“健康促进是促进人们提高、维护和改善他们自身健康的过程”。可以认为健康促进是通过各种渠道和途径,经传授与健康有关的知识,教育、指导和帮助人们加强自我保健的能力和促进行为的改善,并自觉地利用现代医疗卫生技术和科研成果预防或减少疾病的发生。

所谓社区,是以某种经济的、文化的、种

族的或某种社会的凝聚力,使人们生活在一起的一种社会组织。我国著名的社会活动家费孝通给社区的定义是:社区是若干社会群体(家庭、民族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一地域形成一个生活上相互关联的集体。它可以是一个自然村落,城市中的一个街道,也可以是一个企业生活小区,还可以是一个县或城市的一个区,乃至一个城市。

十二、健康教育

健康教育是指以促进居民健康为目标,有组织、有计划、有评价的健康教育活动。其

目的是发动和引导居民树立健康意识,关心自身、家庭和社区的健康问题,积极参与健康教育与健康促进规划的制定和实施,养成良好的卫生行为和生活方式,以提高自我保健能力和群体健康水平。

十三、医学模式

医学模式是在不同历史阶段和科学发展水平条件下,人类与疾病作斗争时观察和处理医学领域中各种问题的思想和方法;医学模式也是人类对健康及疾病观察与处理方法的宏观概括。医学模式的核心是医学观。

第二节 慢性病的流行现状及发病特点

一、流行现状

(一)发病率和死亡率居高不下 1998年我国城市居民传染病死亡率已由1957年的127.8/10万下降到4.6/10万,但恶性肿瘤、心脏病和脑血管病死亡率分别由37.2/10万、47.6/10万和39.3/10万上升到147.2/10万、114.8/10万和149.5/10万,当前心血管病和慢性阻塞性肺疾病(COPD)死亡分别为我国城市和农村居民的第一位死因,恶性肿瘤第二。心血管病死亡率已高于日本、法国、瑞士、比利时等发达地区。1999年肿瘤、心、脑血管疾病、COPD死亡占我国城市居民死因的76%、农村居民的71%。我国现有高血压患者1.2亿,COPD患者约有2500万,糖尿病患者2000万,各种肿瘤每年新发160万,脑卒中每年新发150万,冠心病每年新发75万。20世纪50~90年代我国高血压患者增加了132%;70~90年代恶性肿瘤上升了29%;90年代糖尿病患病率是80年代的4.8倍。

(二)疾病负担不堪重负

1. 影响劳动力人口健康 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,心脑血管疾病、肿瘤、COPD等非传染性疾病患病率年龄构成以15~44岁年龄组最高,占总构成的46%。其次为45~64岁年龄组,占总构成的40%。全死因分别WPLL(潜在工作损失)排序,慢性非传染性疾病为第一位。

2. 昂贵的医疗费用 非传染性疾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年用于肥胖及相关问题的直、间接费用为993亿美元。1998年我国仅县及县以上医院住院费用,肿瘤为2128亿元,循环系统疾病为97亿元,糖尿病为24亿元。非传染性疾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。

(三)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性疾病危险因素。世界卫生组织预计,至2020年发展中国家约四分之三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。随着人们生活的改善,我国期望寿命已从上世纪 40 年代末的 35 岁增加到 1998 年的 71 岁;60 岁以上人口从 1991 年的 9.35% 增至 1998 年的 10.52%。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,本世纪三四十年来中国将迎来老年人口高负担期,这将对卫生服务和保健策略提出严重挑战。

除老龄化外,我国城市居民和城市化了的农民正暴露在强度不断上涨的危险因素之中。2000 年人口普查发现,我国城镇人口为 45 594 万,占总人口的 36.09%,乡村人口 80 739 万,占总人口的 63.91%,与上世纪 90 年代相比,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比富裕农村高出了 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比 1982 年分别下降了 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%,同期城乡居民体重超重率分别增加了 40% 和 54%。随着社会经济的发展,现代化、城市化的生活,人们自然而然地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,成为非传染性疾病持续上升的重要原因,我国学者分析中国前十位死因显示,生活行为因素占 44.7%。

二、发病特点

1. 疾病谱发生变化 最新的流行病学调查显示,影响我国居民健康的疾病谱(疾病结构)已发生明显变化:过去畏之如虎的霍乱、天花等烈性疾病已退居次席,有的甚至已销声匿迹,但慢性病的发病率却逐年上升,成为影响我国人民健康最主要的因素。卫生部资料:2000 年部分城市前五位主要疾病死亡原因构成中就有恶性肿瘤、脑血管病、心脏病,这三项属于慢性病,这三项占总体疾病死亡原因的 63.40%。在大城市心血管病和肿

瘤的死亡占 57.82%,也就是说,每死亡 100 个人,其中有 57 个或 58 个人死于“四病”(肿瘤、高血压、冠心病和脑卒中),有些城市更加突出,如上海每四个人中就有一人死于肿瘤。1990 年测算,我国因肿瘤死亡 132 万人,心血管病 86 万人,脑血管病 125 万人。显然,我国以控制传染病为主(第一次卫生革命)的任务尚未完成,以控制慢性病为主的第二次卫生革命提前到来,所面临的慢性病防治工作的任务是艰巨的,形势是严峻的。

2. 增长幅度加快,发病年龄提前 我国非传染性疾病的流行出现增长速度加快,发病年龄提前特点。如上世纪 50~70 年代我国高血压每年新发 100 多万,80~90 年代每年新发 400 多万。虽然现在慢性病的主要患病人群仍是中、老年人,但年轻人比例逐渐上升。美国是慢性病防治做得较好的国家,总体上慢性病的比例在下降,但其年轻人的比例却呈上升趋势。可见,慢性病的低龄化是一个全球性的问题。Jane G. Scaller 谈到,在过去十年中青少年的饮食发生巨大变化:糖、脂、盐的摄入量增加,而运动却减少,导致许多青少年肥胖。现在的青少年,许多是吸烟、喝酒样样来,而喜欢吃高糖、高脂的食品,吃快餐(欧美国家称为垃圾食品)的兴趣越来越浓。随着科技的发展,电子产品的增多,许多孩子几乎整天都呆在家里上网聊天或玩游戏,再加上应试教育课程安排很满,在学校一周只有一次体育课。这样,身体的运动和锻炼量很不够。

关于我国慢性病发病情况目前没有全国数字,但是根据卫生部 24 个慢性病社区综合防治示范点资料,绝大部分地区发病年龄提前。1991~1994 年北京—南宁—宁波 15~39 岁冠状动脉硬化的比较研究发现,三地早期病变发生率均在 50% 以上。另据广东省流调资料分析,与 1991 年相比,1998 年广东省高血压患病率上升了 29.24%。患病率增加

的趋势是年龄越小,增幅越大,25~49岁年龄组上升幅度显著高于其他年龄组。

3. 农村增长幅度大于城市 1998年北京卫生统计年鉴显示,1997年脑血管病死亡占总死因的百分比,城区为25%,远郊县为32%。我国1994年、1998年卫生服务调查结果,与1993年相比,1998年糖尿病和高血压患病率城市分别上升53%和32%,农村分别上升128%和36%。这些结果的产生,与农村经济迅速发展,农民生活方式改变有关,而与医学知识缺乏,保健意识淡漠,卫生服务提供与利用不足也有关。

4. 一因多果、一果多因的疾病特点更为突出 当前最为突出的4种非传染性疾病(心血管病、肿瘤、慢性阻塞性肺部疾患和糖尿病)具有共同的危险因素,如吸烟、不健康饮食和缺少体育活动。随着科学研究的不断深入和大量人群前瞻性调查结果的公布,非传染性疾病之间的相互关系越来越多地得到证实,如肥胖与胰岛素抵抗,胰岛素抵抗与糖尿病和心血管疾病;高血压与心血管疾病和糖尿病等,使疾病的控制策略由单因素向综合因素控制转变。

第三节 慢性病的预防策略

一、疾病的三级预防

疾病,不论其病因是否确定,在不给任何治疗和干预的情况下,从发生、发展到结局的整个过程称为疾病的自然史。疾病的自然史可粗略地分为发病前期、发病期和发病后期三个阶段。

在发病前期,虽未发病,但已存在各种潜在的危害因子,如血清胆固醇高是冠心病(CHD)的危险因子,吸烟是肺癌的危险因子,肥胖是糖尿病的危险因子。发病前期也可包括某种病理生理上的改变,如血管粥样硬化等。在发病期,一般都有轻重不一的临床表现。在发病后期,其结局可能是痊愈或死亡,也可能会留下后遗症以至残疾等。

在疾病自然史的每一个阶段,都可以采取措施防止疾病发生或恶化,因而预防工作也可以根据疾病的自然史相应地分为3级:第一级预防为病因预防;第二级预防为“三早”预防,即早发现、早诊断、早治疗;第三级预防为对症治疗、防止伤残和加强康复工作。这就是疾病的三级预防。

1. 第一级预防 也叫初级预防,主要是针对致病因子(或危险因素)采取的措施,也

是预防疾病的发生和消灭疾病的根本措施,其中包括自我保健和健康教育。自我保健,即在发病前期就进行干预,以增强人的健康状况,促进健康。健康教育是以教育手段促使人们主动采取有利于健康的行为,从而消除危险因素,预防疾病,促进健康。在致病因子或机制尚不明确或尚未出现之前,尽可能地保持健康体魄而采取的各种措施,是对健康的人和人群而言的,这又称为“原始预防”。在三级预防中,它应是第一级预防的核心。第一级预防还包括保护和改善环境,旨在保证人们生产和生活区的空气、水、土壤不受工业“三废”,即废气、废水、废渣和生活“三废”,即粪便、污水、垃圾,以及农药、化肥等的污染。

2. 第二级预防 又称“三早”预防,它是发病期所进行的防止或减缓疾病发展的主要措施。为保证“三早”的落实,可采用普查、筛检、定期健康检查、高危人群重点项目检查以及设立专科门诊等措施。

3. 第三级预防 主要为对症治疗,防止病情恶化,减少疾病的不良作用,防止复发转移,预防并发症和伤残;对已丧失劳动力或残

废者,通过康复治疗,促进其身心方面早日康复,使其恢复劳动力,病而不残或残而不废,保存其创造精神价值和社会劳动价值的能力。

二、慢性病预防对策

控制慢性病的增长是人类跨世纪的英明战略。令人欣慰的是,加强慢性病的预防是能取得成效的。1965~1975年,美国通过改善人们的生活方式等预防措施,使冠心病(CHD)下降了40%,脑血管病下降了50%。从1969~1978年,仅在35~74岁人群中,因心血管病死亡人数就减少了804 359人。并且,从前瞻性流行病学研究中测算出,壮年时期因CHD死亡人数的2/3以及各种原因死亡人数的一半以上是可以预防的。芬兰通过采取有效预防措施,从1972~1977年5年间,男性CHD死亡率下降了24%,女性下降了51%。我国在一级预防方面也积累了丰富的经验,首钢工人、石景山区农民、河北正定县农民、舟山渔民、汉中农民等的社区CHD、脑卒中一级预防都取得了不同程度的效果,有的死亡率下降了约一半。北京北郊心血管病防治结果表明,在8万余社区人群中开展了11年防治,使脑卒中、心肌梗死发病率分别下降了51%和48%,死亡率分别下降了37%和72%。我国7个城市中,对高血压、心脏病、糖尿病的预防工作,使脑血管病年发病率、死亡率分别下降了20%和18%。

1. 加强领导 坚持改革,加强慢性病防治的机构建设。慢性病防治是一项巨大的社会系统工程,没有行政领导的观念更新和高度重视,没有坚强有力的组织机构,没有整个社会的积极参与,单靠卫生部门少数医务人员孤军奋战,控制慢性病只能是一种美好的愿望。

2. 综合卫生的概念 综合卫生是WHO针对生活方式疾病的规划,它是以这样的概念为依据的,即应共同防治由不健康生活方

式的共同原因引起的疾病。这样可以更为有效和更为经济。这是WHO 1990年在赫尔辛基发起的,其思想基础是,同一病因(即某种不健康的生活方式)造成的疾病不应分别处理,而应一起处理。WHO估计,实施综合规划,提倡健康的生活方式,至少可以使死亡率降低一半,即每年可拯救数百万人的生命。

3. 加强慢性病病因的流行病学调查 寻找危险因素及保护因素,阐明确切病因和疾病形成模式,以明确预防什么和如何预防。

4. 改变和避免不良的生活方式和行为 建立良好的健康的生活方式和行为,从而达到预防慢性病,增进健康的目的。不良的生活方式和行为主要包括吸烟、酗酒、不合理的膳食、钠摄入过多、钾摄入过低、精神紧张、坐着的生活方式、体力活动少等等。其中最重要的是吸烟和不合理的膳食。

5. 以健康教育为主导措施,以降低危险因素为目标的干预策略 这是国内外公认的一条低投入、高效益的战略决策。

健康教育是一项通过传播媒体来提高人们的健康知识水平和自我保健能力,并激励人们采取有益于健康的行为和生活方式,避免危险因素,进而达到增进健康的目标的教育活动。它强调的核心问题是行为问题。首要的问题是把健康知识教给群众。事实说明,人们的健康知识越多,其健康意识也越浓,健康需求也越迫切和强烈。健康知识对社会、家庭和个人的健康问题可以产生相当大的力量,这种力量对于预防和控制疾病显然是一种极为重要的卫生资源和有力武器。天津市把控制慢性病的信息归纳为“不吸烟、少吃盐、经常运动、合理膳食”四句话,并利用各种方式广为传播,开创了一项颇有成效的社会工程。

6. 从儿童抓起,强调对人的一生的连续不断的健康管理 学校教育是最理想的场所,进行效益最高,时机最佳,最有积极意义

的预防。

业已证明,CHD、脑卒中和恶性肿瘤等疾病的某种病理变化和危险因素起于生命早期。我国有的调查发现,3~6岁儿童有33%血脂过高(主要是高胆固醇),儿童偏食率很高,以喜食肉食,拒食蔬菜类为主;有的膳食营养调查表明,幼儿摄入动物脂肪过多,肥胖儿童的检出率在大城市有不断上升趋势。吸烟率近年亦有增高趋势,儿童少年开始吸烟的年龄降低,吸烟率随年龄升高而升高,某市小学生吸烟率为2.99%,高中生即增至61.9%;许多学生平时缺乏体育锻炼。美国卫生总署1990年预防保健目标中指出,只有通过贯穿于12年义务教育中的学校健康教育,才能最终改变美国人中早死的现象。

1978年,澳大利亚阿德雷德市(Adelaide)在学校开始了一项10岁儿童改变生活方式的规划,首先从每日加强体力活动入手。该规划使体力活动能力有所改善,同时又有社会心理方面的好处,而学生学业成绩并未下降。1985年,澳大利亚针对教师的生活方式的教育规划,不仅对教师有益,而且对学生规划提供了极有价值的补充。学校模式的重要意义在于它能覆盖整个人群,包括社会底层的人。该规划已经收到了明显的社会效益和经济效益。

7. 依靠城乡三级医疗预防保健网 在我国,医疗预防保健网已遍布城乡,城乡三级医疗预防保健网在防治疾病、保障人民健康

方面发挥了巨大作用。在慢性病防治中,无论是一级预防、二级预防还是三级预防都必须紧紧依靠三级网,发挥它们在健康教育、基线调查、干预措施的实施、信息管理、治疗、康复等多方面的作用。

8. 社区预防和高危人群预防策略 社区预防是指对全体居民的预防;高危人群预防是对危险性高的人员、家庭和集体作为特殊重点的预防。社区预防基于以下观点:现代公共卫生规划,特别是与和生活方式有关的疾病有关系的,必须得到社会的理解与支持,并且通过融合到当前社会和卫生服务结构中去而受益,如上面提到的生活方式教育规划整合到学校正式课程中,而在社区方法中,将进一步扩大到整个社会及组织中去。

社区干预的策略主要在于减少社区人群普遍存在的危险因素。具有中等及以下危险因素水平的人数要远远多于高危人群,因此,只有在全部人群或绝大部分人群中危险因素得到控制,社区的患病人数才能大幅度下降。

从流行病学观点,社区模式的优势在于它在减少患病率方面要比强化的高危人群干预更为有效。从行为和社会学观点,社区模式的优势在于,危险因素是常常植根于人们生存的环境中。因此,在广大人群要形成永久性的健康的生活方式,只有在社区范围内改变不健康的生活方式,生活方式改变的社会进程才能形成。

第四节 慢性病防治面临的机遇与挑战

卫生体制改革后,各级疾病预防控制机构普遍建立了慢性非传染性疾病控制所(科)[简称慢病所(科)],为慢性病防治注入了新的活力,同时也意味着慢性病防治成为公共卫生的重要工作内容。这也是随着社会、经济发展和疾病谱的改变,公共卫生只能进一

步转变的必然。

1995年,美国公共卫生服务署、健康与人类服务署等机构曾发表题为“变化的多文化环境中公共卫生教育的历史、人口学问题与投资”的专题报告,指出:为了迎接迅速演变的公共卫生问题的挑战,公共卫生机构在

组织、运作和与私人机构的关系上必须进行改革和调整。如果这种改革和调整只注重财政支出,改革将会失去改善人类健康的又一机遇,即开展社区为基础的人群卫生保健服务和推广,实践证明是有健康效益的策略和措施。要做到这一点,首先应重新明确公共卫生的核心功能和价值,进而考虑如何在改革卫生管理系统中实现这些功能;并指出现代公共卫生的核心功能应包括两部分内容,即以人群为基础的保健服务和以个体为基础的预防服务。以个体为基础的预防保健服务包括:①访视具有高危因素的个体,并给予预防指导。②对无医疗保险的个体进行初级卫生保健服务。③对一些特殊疾病的进行治疗服务。④针对个体的预防医学诊疗服务。

2002年9月,世界卫生组织亚太区第53届区域委员会讨论了“基本公共卫生职能”,文件指出,在全球,即使在有发展良好和资源丰富的卫生服务的国家,最近人们也表示担心公共卫生服务系统不能应对当前的公共卫

生问题,这是不足为奇的。当今的公共卫生基础设施是从许多世纪侧重公共卫生传统方面发展而来的,这包括供水、环境卫生设施、卫生学和传染病控制。最近两三个世纪以来,特别是最近几十年,儿童健康、环境卫生和非传染性疾病等较新的方面已经被确定为公共卫生的组成部分,但这些往往是通过各种纵向规划临时添加进来的。因此很明显,仍然仅仅侧重于公共卫生较传统内容的卫生系统,远远不能满足当前卫生服务的期望,这些期望无疑今后要继续扩大,特别当人们了解了决定健康的社会经济和其他因素之后。因此,有必要采取更加全面的措施,以确定公共卫生的所有关键内容。这样的措施将有助于确保公共卫生基础设施充分涵盖所有适宜的公共卫生活动,并能在日益复杂和变化的环境下良好运作,这是一个非常重要的挑战。这些都为开展预防医学诊疗服务提供了理论依据和现实可行性。

(王连光 相有章 孔庆忠)