

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

慢性病管理专刊

2013 年 第 3 期

(总第 46 期)

上海市卫生发展研究中心

2013 年 5 月 25 日

编者按 慢性病已经成为 21 世纪全球各国发展面临的主要挑战之一。在我国，慢性病是头号健康威胁，给家庭和社会带来了沉重的疾病负担，并已严重影响到我国社会经济的可持续发展。上海作为我国老龄化程度最高的国际化大都市，慢性病带来的挑战日益严峻，慢性病防治工作应引起政府和全社会高度重视。本期专刊介绍了我国和本市慢性病防控的有关情况及慢性病管理的国际经验，邀请复旦大学、上海市疾病预防控制中心等方面的专家和学者对慢性病防控与管理相关问题、策略进行了分析和探讨，并介绍了上海市徐汇、长宁、闵行三个区的慢性病防控和管理实践经验。谨供领导和同志们参阅。

内部资料 免费交流



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 6 卷 第 3 期 (总第 46 期)
2013 年 5 月 25 日
(内部交流)

主管:

上海市卫生和计划生育委员会

主办:

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版:

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 801 室
邮编: 200040
电话: 021-22121869
传真: 021-22121879
E-mail: shdrc_work@163.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光
肖泽萍
主编: 胡善联
副主编: 刘雪峰
付晨
金春林 (常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
责任编辑: 杜学礼 李芬
王力男 吕伟波
彭玉梅 高广文
陈小丽 王瑾

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目次

专题研究

如何应对常见慢性病对健康带来的挑战?	1
部分国家应对慢性病挑战的经验简介	9
我国慢性病防控概况及思考	14
上海市 II 型糖尿病流行及管理现状	26
上海市慢性病防治的探索与实践	37
关于功能性社区开展高血压管理的几点思考	45

区县之窗

上海市徐汇区慢病防控工作实践	51
上海市长宁区基于家庭医生制的新型慢性病管理模式探索 ..	57
上海市闵行区肿瘤早发现工作介绍	61

如何应对常见慢性病对健康带来的挑战？

傅华

【摘 要】 近些年来，慢性病发病率呈“井喷”式增长，对我国人群健康的影响日益加剧。有效地控制慢性病除了强调个人责任外，更重要的是必须针对慢性病上游因素开展人群预防工作，把资源和精力放在导致慢性病发生的上游的社会经济环境因素中。同时慢性病的预防需要政府、社会民间组织、企业、卫生系统的共同努力，尤其是对于慢性病管理，在强调病人自身责任的同时，也需要临床医疗系统的积极参与。

【关键词】 慢性病；健康管理；临床预防服务

慢性病对我国人群健康的影响在当下日益严重，原卫生部部长、现任全国人大副委员长陈竺形象地将这种趋势描述为“井喷”。导致慢性病“井喷”的主要原因是一些不健康的生活方式，如吸烟、不合理膳食、少体力活动、酗酒以及社会心理因素等。研究已经证明通过对慢性病的主要危险因素进行干预，大部分慢性病可以被预防和延缓发病并减轻危害。为此，我们当前的一些防治措施大多集中在如何针对个体行为进行干预，如告知吸烟有害，不要吃过油过咸食品，多运动等；以及解决日益增多的慢性病病人的治疗问题，如加大投资扩增病房、招募人力、添置诊疗

作者简介：傅华，男，教授，博士生导师，曾担任世界卫生组织慢性病防治临时顾问
作者单位：复旦大学，上海 200032

设备如何等措施。尽管这些措施是必要的，但要真正从整体上有效控制慢性病的“井喷”式增长发展趋势，这些措施显然在方向和力度上都有值得商榷的地方。

一、预防慢性病需要重视上游社会经济环境的因素

对慢性病的认识，我们一直将其称为与行为有关的疾病，并把其责任归咎于个人。但是这些表面上与个人行为有关的疾病，其实也是与社会系统紧密相关的。从人群健康的角度讲，社会经济与物质环境因素是起着决定性作用的上游因素，这些因素又间接影响着中游（心理和生活方式）和下游（生物和生理）因素，成为“原因背后的原因”。Murray 和 Lopez 在 1996 年的《全球疾病负担》中描述全球死亡负担中有 60.1% 原因不明，这部分原因中很多为社会因素，并且已知的原因中有很多也与社会因素有关。大量的研究表明，不良的行为和生活方式，如吸烟、酗酒，不合理营养往往与其所处的不利的经济社会环境有着密切的关系。

上世纪中期一些发达国家强调健康的“个人责任观”，认为公民个体之所以得病，是因为其不健康的行为方式所致，将公共卫生政策的重点转向强调针对个体危险因素的干预，但由于忽略了隐藏于背后的上游经济社会因素，结果收效甚微。此后其它许多研究均已证实针对慢性病上游因素开展人群预防工作，是预防慢性病最为有效的方式。如许多与慢

性病相关的危险因素，都与一些不健康的商品使用有关，有些是通过短期的愉悦感，使人们成瘾如烟酒；有些是通过满足人们的食欲，使人们过多地摄入不健康的食物；有些是满足舒适和懒惰的动机或者某些刺激，使人们的身体活动减少，如过多时间使用电脑、看电视等，对汽车的完全依赖等。同时，为推销这些商品所使用各种形形色色的广告也诱导人们错误地作出选择。很多不健康的食品、烟草、酒类以及一些导致人们静态生活方式增加的产品，都刻意扭曲信息误导大众，尤其是一些缺乏辨别力的未成年人，他们根本就不会考虑现在的选择会导致将来健康出现什么问题。所以世界卫生组织指出，只有当一个人有公平的机会获取健康生活，并在做出健康选择方向时获得扶持的情况下，个人才能对自己的行为承担完全责任，尤其是对未成年人和弱势群体更是如此。因此，慢性病的预防必须把资源和精力放在导致慢性病发生的上游，即社会经济与物质环境因素。

二、预防慢性病需要多方合作

（一）政府

首先，政府高层要有明确的政治意愿，把预防和控制非传染性疾病纳入国家和地方经济和社会发展的议程。保障必要的投入，加强立法和宣传，尽可能控制非传染性疾病危险因素。如推行公共场所控烟、禁止烟草广告、规定成品和半成品食物中食盐、脂肪和糖含量的上限、推行

食品营养标签等等。其次要形成有效的多部门合作机制，通过成立跨部门的“健康促进委员会”，在主管卫生的政府首脑的领导下，把相关的部门和代表吸收进来，尤其是许多不健康产品生产和流通有关的部门要加入到慢性病的干预中来。在这方面，我国一些地方开展的“健康城市”活动积累了不少经验，但如何形成一种机制使其长效化，仍需进一步积极探索。

（二）社会组织

社会各类企事业单位、机关、民间组织等都应负起各自的责任，积极参与健康场所的建设，如健康工作场所、健康促进学校、健康促进医院、健康促进市场等。这里尤其要强调企事业单位和政府机关在慢性病预防中的社会责任。首先企事业单位要确保生产的产品不管是短期还是长期都要有益于而不是有害于人群健康；其次工作场所的环境要有益于保护劳动者和消费者的健康，如控烟、促进身体活动等；再者是要构建良好的健康促进氛围，鼓励员工采取各种措施来预防慢性病，通过提高个人健康素养能力来使其做出促进健康的选择。

（三）卫生系统

基于中国卫生事业公益性的特点，在政府主导的新一轮卫生改革的推进中，除了扩大医疗保险的覆盖面，保障人人享有公平的医疗卫生服

务以外，还应把更多的资源和更大的精力放在慢性病的预防与控制中。

要更好地重构卫生系统，并提高其运行绩效，有效地应对慢性病的挑战。

卫生系统的公共卫生机构应该承担起慢性病预防的重任。然而，目前许多地方并没有把慢性病预防放在重要的工作议程中；有些地方虽然开展了一些工作，但由于长期以来重点控制传染性疾病工作所形成的思维定势和工作惯性，许多工作仍是以病为中心来开展的。如主要的精力放在如高血压管理、糖尿病管理等方面；健康教育工作手段单一，效果不明显；慢性病危险因素监测缺失或滞后，不能有效指导慢性病的预防等。因此，应该针对慢性病发生发展所涉及的多个层面多个环节的特点，进一步理顺部门职责分工和重点，如什么部门负责社会因素的干预，什么部门负责社会的宣传教育，什么部门负责场所人群的干预，什么部门负责信息的监测评估等等，并针对一些慢性病预防需优先解决的问题，形成有效的分工合作机制。

三、临床医疗系统尤其要重视对慢性病进行防治结合的有效管理

（一）增加慢性病病人的参与

慢性病发生发展的下游是大量的慢性病病人和一些如高血压、高血脂、超重肥胖等高危人群，医疗机构理应当承担其治疗的责任。但是，绝大多数慢性病的特点是可以治疗但不可能治愈，这就意味着这些疾病将与慢性病患者长期共存，除了部分处于急性发作或者症状严重的病人

需要得到专业的治疗外，超过 80% 的病人症状都比较平稳，大部分时间都要靠自己管理自己的疾病。因此，慢性病人必须积极参与自己的保健服务，提高自身的能力，稳定病情，改善健康功能，提高生活质量，降低医疗保健费用。

这里要指出的是，我们有些地方把本应属于个人责任的一些慢性病管理任务由政府来买单，社区卫生服务中心的防保人员上门管理，层层考核，不仅效果不佳，且多方（服务提供方和服务接受方）均不满意。因此，医疗系统要针对慢性病管理的特点，进行系统改造，合理划分个人责任，设计包括慢性病自我管理和疾病群组看病和个性化管理的体系，在信息系统的有效支持下，提高慢性病人自我管理的质量和效率。

（二）推行临床预防服务

医院系统要积极主动地参与到慢性病预防控制中来，要把临床预防服务结合到日常的临床工作中，为服务对象提供个性化的行为干预指导和合理的疾病筛检服务。所谓临床预防服务(clinical preventive services)，是指在严格遵循循证医学方法所制定的服务指南的前提下，由医务人员在临床场所（包括社区卫生服务中心）对服务对象的健康危险因素进行评价，实施个性化的干预措施来预防疾病和促进健康。与公共卫生机构开展的预防服务工作不同，临床预防服务的提供者是临床医务人员，服

务的地点是在临床场所，服务对象是健康和无症状的“患者”个体，服务的内容强调第一级和第二级预防的结合，是临床与预防一体化的卫生服务。

这里需要说明的是，服务对象中的无症状“患者”，并不是说来看病的人没有症状，而是相对于将来危及他本人生命的疾病而言，他现在还没有出现症状。大量的研究结果表明，由临床医务人员开展个性化的慢性病预防工作，对个体改变不良的生活行为方式，合理规范进行疾病的筛检，综合效果更好。因为临床医务人员开展预防服务有很多优势，如临床医务人员具有丰富的医学知识和学术地位，病人对医生的建议有较大的依从性；临床医务人员比公共卫生人员可直接接触更多的个体，能了解服务对象的个体需求；临床医务人员能通过随访了解病人健康状况的变化和行为改变的情况，及时并有针对性地提出建议。所以临床医务人员从事个体化预防工作是非常适宜的，他们应成为开展临床与预防整合的主力军。美国新颁布的“健康人民 2020”的 12 项优先领域中，一项重要措施就是要加强推行临床预防服务。

总而言之，慢性非传染性疾病的预防与传统的传染性疾病预防的思维模式是完全不同的。因此，卫生工作和决策模式应该服从这些疾病发生发展的规律来开展防控工作。应该动员政府及社会各界的力量共同参

与防控，同时卫生系统更是遏制我国慢性病迅速蔓延的重要力量，应该承担起历史赋予的重任。医学教育要进一步进行改革，以提高临床医务人员临床预防服务和协调慢性病管理的能力，增强公共卫生人员宏观决策、部门协调和社会动员的能力。在临床预防服务方面，医务人员要学会针对患者个体提供健康咨询，对慢性病人开展有效的疾病管理，把专业指导和病人的自我管理结合起来等等。我们有理由相信，在各方的齐心协力下，我国的慢性病预防与控制会取得更好的成效。

（责任编辑：陈小丽）

部分国家应对慢性病挑战的经验简介

祝菁菁

【摘 要】 国外的慢性病管理开展地较早，现在已经有比较成熟和完善的运行机制。文章通过整理国外慢性病管理相关文献资料，归纳出不同国家管理慢性病的特点，为推进我国慢性病管理建设提供参考。

【关键词】 慢性病；疾病管理；国际经验

随着社会经济的发展，人们生活水平得到显著提高，生活方式也有了明显改变，各种与社会环境和人群生活方式密切相关的慢性非传染性疾病日益增多，逐渐成为影响人们健康的主要疾病。慢性病不仅严重危害人们的身体健康，降低人们的生活质量，还给全社会带来了巨大的经济损失。为了提高人们生活质量、降低疾病负担，各国逐渐重视对慢性病的管理。各国对慢性病的管理措施虽各具特色，但在管理机制方面有很多共同点，值得借鉴。

一、制定疾病管理计划

为控制不断上涨的医疗费用，1993 年美国波士顿咨询公司首先提出了“疾病管理”的概念。疾病管理通过改善医生与患者的关系，建立详细的医疗保健计划，以循证方法为基础提出各种建议和策略来预防病情加

作者简介：祝菁菁，女，硕士研究生

作者单位：复旦大学公共卫生学院，200433

重，并在评价临床结果和经济成效的基础上，达到不断改善全民健康的目标。由于美国的疾病负担主要由公司承担，因此一般由公司雇用疾病管理服务机构对员工进行疾病管理。与美国截然不同的是，90%的德国公民拥有由国家提供的法定健康保险，所以采用疾病管理的并不是大企业，而是联邦保险机构。在英国，大约有 1700 万人患慢性疾病（约占总人口数的 28%），且处于不断增长中，英国卫生管理部门已将疾病管理纳入未来 10 年的政策优先领域，若干模式正在试验中。南非的疾病管理模式已被有序地安排在健康方案里，一些私营项目已取得了良好的效果。

二、以社区为依托

社区在慢性病管理中发挥着巨大的作用，慢性病的管理应以社区卫生服务管理为依托。首先，由于慢性病的防治是一个长期的过程，仅仅依靠医院的临床治疗不能达到预期目标，且浪费有限的临床医护资源。以社区为导向对疾病和伤残进行预防的模式能够与以医院为基础对疾病和伤残进行治疗的模式形成互补，提高管理效率。其次，社区管理能够改变环境、习俗、行为、饮食等非医疗因素，这对慢性病防治意义重大。鉴于此，芬兰最先创新探索社区卫生服务在慢性病防治方面的作用，作为第一个以社区为基础的、综合性慢性病防控健康促进项目，芬兰的社区卫生服务探索为世界各国在慢性病防治领域的健康教育与健康促进实践提供了重要经验。北卡罗来纳大学有项目致力于促进社区成员全面参

与到预防心脏病的行动中来，家庭主妇烹调课同时邀请丈夫和子女参加，妻子参与对丈夫戒烟、服用抗高血压药物以及心脏病康复的支持等。

三、重视患者的自我管理

患者自我管理是指在专业人员的协助下，患者承担一定的预防性和治疗性保健任务，在自我管理技能支持下开展自我保健。由于慢性病治疗有着周期长、需要患者配合度和依从性高的特点，仅依靠医务工作者很难在慢性病治疗领域取得较高的效果，还有赖于患者的自我参与。有研究指出，只有医务人员与慢性病患者长期协作，才能产生长期的效益。自我管理致力于在给予患者充分信息的同时，从知、信、行方面改变患者，提高患者参与度。

自我管理始于美国俄亥俄大学心理学系儿童哮喘项目，随后扩展到其他领域。英国的资深患者计划（Expert Patient Program，EPP）认为患者比医生更了解病情，EPP 充分利用患者的经验和知识，在接受医生治疗的同时也充当着治疗重要决策者。通过该计划的培训，患者获得相应的知识和技能，可促进医疗资源的合理利用。澳大利亚政府已经把自我管理模式确立为管理慢性病的关键性措施，目前在全国已经得到大规模的推广运用。澳大利亚政府资助的美好生活俱乐部是“分担卫生服务项目”中的一个研究项目，旨在通过健康教练（社区医生和护士）服务的方式，促进 50 岁及以上糖尿病患者的慢性病自我管理，研究怎样建立提供

者与患者在慢性病管理上的合作伙伴关系。

四、推进医务人员队伍建设

慢性病管理的供方能力建设同样需要重视。澳大利亚联邦政府提出“抑制慢性病负担上升的最佳途径就是重振初级卫生保健”。该国初级保健主要由全科医生承担，因此高度重视全科医生队伍建设及激励。俄罗斯的“共同学习计划”组织初级卫生保健领域的全科医生进行定期的相互学习和交流，改善和提高全科医师在管理和技术方面的能力。美国部分州的卫生系统对从事社区慢性病管理的医护人员每年提供 4 次集中培训和相互学习的机会，其中前 3 次主要包括培训、分享经验和数据的回顾等，第 4 次则主要根据数据确定医疗机构取得的成效。

五、群组管理

群组管理把一对一的看病和随访模式变为集诊疗与管理、群体健康教育 and 个体化治疗为一体的新型模式。当服务对象为低教育、低收入的老年患者人群时，群组管理的优势尤其显著，它能为群组看病的参与者提供相互交流的机会，以减轻他们对于疾病本身的焦虑和疑惑，支持患者的自我管理，降低门诊就诊频率，减少医疗资源的占用。美国科罗拉多州创建以患者为中心的群组管理模式，对有相似慢性疾病（如糖尿病、冠状动脉疾病）的患者进行群组管理。美国圣何塞医疗中心创建以医生为中心的群组管理模式，它将每名医生服务的人群分为一组，每名医生

开展的群组管理活动仅对自己服务的人群开放。美国、加拿大等国家都开展了以社区为单位将群组管理模式用于慢性非传染性疾病管理，并取得了令人瞩目的成果。

（责任编辑：彭玉梅）

我国慢性病防控概况及思考

杜丽侠 胡善联

【摘要】 慢性病已经成我国的主要疾病负担，其危险因素的流行现状及趋势不容乐观。本文根据 2012 年中国卫生论坛慢性病防控专题会议材料，探讨了我国慢性病的流行情况、防控策略、防控体系建设等方面的内容，并以我国山东省乳山市和芬兰为案例介绍慢性病防控的经验，在此基础上提出了改进我国慢性病防控的政策建议。

【关键词】 慢性病；疾病预防控制；危险因素；策略

慢性非传染性疾病（以下简称“慢性病”）已经成为全球死亡和伤残的主要原因，慢性病治疗也造成了严重的疾病负担。同许多发达国家一样，我国已经进入慢性病的高负担期，其危险因素的流行现状及趋势不容乐观。多国实践表明，从国家层面针对人群中的主要危险因素采取全面、联合行动对于减少主要慢性病的发病率而言是一个有效的、成本效益高的和可持续的解决途径。本文根据 2012 年中国卫生论坛相关材料，结合典型案例，探讨我国慢性病防控策略现状及发展趋势。

一、我国慢性病流行现状

我国的慢性病流行状况可概括为患病增长快、疾病负担重。根据 2010

第一作者：杜丽侠，女，研究实习员
作者单位：上海市卫生发展研究中心，上海 200040

年中国心血管年报，全国有超过 2 亿高血压患者，1.2 亿肥胖患者，9700 万糖尿病患者，3300 万高胆固醇血症患者，其中 65%以上为 18~59 岁的劳动力人口。我国的死因调查和疾病监测结果显示，1973 - 2009 年间我国人群慢性病死因构成逐年增加，因慢性病导致的死亡人数已占总死亡人数的 85%。

据 2009 年世界卫生组织的疾病负担研究，慢性病造成的疾病负担占我国总疾病负担的 70%，未来 20 年慢性病导致的疾病负担将超过我国疾病总负担的 80%。根据 2010 年我国人均可支配收入推算，罹患常见慢性病住院一次，城镇居民至少花费人均收入的一半，农村居民至少花费人均收入的 1.3 倍，患慢性病是造成“因病致贫，因病返贫”的主要原因之一。从我国的人群慢性病危险因素监测数据来看，慢性病相关危险因素在人群中普遍存在：我国有 3 亿人吸烟，80%的人口食盐或食用油摄入量超标，18 岁以上经常参加健康锻炼的人的比例不足 12%。因此，对慢性病采取有效的防控措施，是我国深化医药卫生体制改革的必经之路。

二、我国慢性病防控策略

我国慢性病防控策略经历了漫长的发展历史，至今形成了基本共识，防控策略逐步清晰。

（一）慢性病防控策略发展史

回顾我国的慢性病防控策略发展史，大致可分为三个阶段。第一阶

段为 20 世纪 50 年代末到 1993 年 ,对慢性病的防控基本以临床治疗为主 ,关于现场人群防控方面的研究甚少。第二阶段为 1994 - 2006 年 ,这时期的慢性病防控坚持公共卫生与临床医学并重 ,公共卫生理念和组织体系得到显著加强 ,但从整体情况看 ,慢性病防控仍是点、线、单病种研究防控为主 ,缺乏区域性、大人群、多部门联合的综合防控经验。第三阶段是 2007 年至今 ,公共卫生和临床医学进一步结合 ,以人群为基础的慢性病防控工作逐步开展 ,相关部门先后出台了有利于慢性病防控的公共政策。

(二) 现阶段我国慢性病防控策略

目前我国处于健康转型时期 ,正面临着慢性病和传染病的双重威胁。一方面 ,慢性病的负担日益加重 ,同时传染病的影响仍然十分突出。另一方面 ,慢性病防控的服务能力和保障水平明显不足 ,地区间存在较大差异 ,再加上预防效果的滞后性 ,慢性病防控往往得不到应有的重视。因此 ,在制定慢性病防控策略的过程中必须兼顾东中西部 ,以点带面、连点成片、连线成面。

1. 基本原则。我国慢性病防控规划确定了慢性病防控遵循的三个基本原则 :一是坚持政府主导、部门合作、社会参与。要以深化医药卫生体制改革为契机 ,逐步建立各级政府主导、相关部门密切配合的跨部门

慢性病防控协调机制，健全疾病预防控制机构、基层医疗卫生机构和二级三级医疗机构分工合作的慢性病综合防控体系，动员社会力量和群众广泛参与，营造有利于慢性病防控的社会环境。二是要坚持突出重点、分类指导、注重效果。要充分考虑不同地区的社会经济发展水平和慢性病及其危害因素的流行程度，制定适合不同区域的防控目标和控制策略，关注弱势群体和流动人口，提高慢性病防控的可及性、公平性和防控效果。三是坚持预防为主、防控结合、重心下沉，要以城乡全体居民为服务对象，以控制慢性病危险因素为干预重点，以健康教育、健康促进和患者管理为主要手段，强化基层医疗卫生机构的防控作用，促进预防、干预、治疗的有机结合。

2. 目标。慢性病防控目标概括为“123”：“1 升”是提升居民健康行为；“2 早”是对慢性病人早发现、早治疗；“3 降”即降低慢性病发病、病残和因慢性病导致的死亡。

3. 措施。针对慢性病防控的目标和相应的特点，我国慢性病防控规划将慢性病防控措施归纳为“333 措施”：即面向一般人群、高危人群和患者 3 个人群，针对控制危险因素、早诊早治和病人的规范化管理 3 个环节，采用健康促进、健康管理和病例管理 3 种手段。这些措施已经有国内外实践证明其切实可行，落实这些措施所需要的投入远比给病人的晚

期治疗更为经济。

慢性病防控的具体工作措施概括为“444 重点”。主要针对 4 种慢性病，包括心脑血管病、癌症、糖尿病、慢性呼吸系统疾病；控制 4 种危险因素，血压、血糖、血脂、肥胖；针对 4 种行为危险因素，开展控烟、合理膳食、适量运动和限酒等。

三、我国慢性病防控体系建设情况

（一）慢性病防控服务体系发展史

与防控策略发展历史的时间节点一致，我国慢性病防控服务体系的发展也大致分为三个阶段。第一阶段为 20 世纪 50 年代末期到 1993 年，各级卫生行政部门分别建立了慢性病专病防控办公室，在慢性病防控中发挥指导作用。第二阶段为 1994 - 2007 年，卫生部疾病控制司设立了专门负责慢性病防控的处室。其后，中国疾病预防控制中心又成立了专门的处室和中心，各级疾控机构也成立了专门的科室。从这一阶段开始，政府的慢性病防控责任开始显现。第三阶段为 2007 年以后，慢性病防控工作队伍快速发展。2009 年，中央编办批复成立了国家癌症中心、国家心血管中心，各地慢性病防控体系也随之建立。目前我国已初步形成各级疾病预防控制中心、专病防控研究办公室、二级以上医院和基层医疗卫生机构组成的全国慢性病防控体系。

（二）我国慢性病防控体系存在的问题

为应对慢性病挑战，目前我国已经建立起了基本的慢性病防控体系，但是该体系目前仍面临许多问题：

一是慢性病防控体系尚不健全，服务能力不足。在市、县疾控中心主要表现为组织机构的能力和工作素质不能适应工作需求；专病防控机构往往存在编制不足、经费缺乏等情况；医疗机构在慢性病的预防和指导方面发挥作用不够，并缺乏相应的工作经费保障，基层医疗卫生机构服务能力也亟待提高。2009年开展的全国慢性病预防能力调查结果显示，大约只有 1/5 的县疾控中心设立了专门的慢性病防控科室。在省一级，有的设立了心血管病、脑血管病等专病防控办公室来负责慢性病防控相关工作，各级疾控机构也有专职从事慢性病防控工作的人员，但省、市、县慢性防控专门人员分别仅占同级机构的 20%左右，经费缺乏情况也相对突出。

二是部门间和卫生系统内部尚未建立起有效的慢性病防控协调机制。医疗机构、专业机构之间工作没有形成合力，缺乏协调合作和监督评估机制；政府经费投入不足，跟不上防病任务的需求。

四、国内外慢性病防控典型案例

许多国家和地区在慢性病的防控方面因地制宜，采取针对本地流行病及危险因素的防控措施，有效地降低了慢性病的发病率。本文简要介绍我国山东省乳山市及北欧的代表国家芬兰在慢性病防控方面的经验。

（一）乳山市案例

山东省乳山市是 39 个国家慢性病防控示范区之一。自 2010 年起，乳山市在全市范围内开展高血压综合防控，并逐渐向糖尿病等其他慢性病拓展。经过两年的摸索，乳山市构建起以生活方式干预为核心，以基层医疗服务为支撑，以健康环境营造为外围的慢性病防控“乳山模式”。其主要做法有以下三点：

一是以生活方式干预为核心，强化人群健康促进，推动慢性病防控向健康管理转移。乳山市组建镇村两级家庭医生式的管理团队，首先从解决“居民患病不知情”的问题入手，组织镇村医生进村入户开展慢性病普查，做好患者跟踪管理和随访干预，让患者变被动管理为主动参与。并通过健康知识宣传和危险因素控制活动，倡导健康生活理念，普及健康生活知识，多部门联合共建健康生活环境，在全社会营造控制烟草、合理饮食、运动健身的环境，既促进了群众自我约束，又形成了环境约束机制。

二是以基层医疗服务为支撑，深化体制机制创新，推动慢性病防控向综合改革转变。乳山市实施了三项改革：一是农村卫生室的公办化运营，将所有农村卫生室改为镇级卫生院派出机构，乡村社区医生由镇级卫生院进行管理，便于慢性病防控工作的开展。在山东省内率先将所有

农村卫生室纳入国家基本药物制度实施范围，让农村居民在家门口体验到药物零差率的实惠。二是改革收入分配制度，将慢性病患者日常随访管理纳入基层医生的绩效考核，使医生经济收入和公共卫生服务经费发放挂钩，调动基层医生参与公共卫生服务的积极性。三是构建市级卫生信息平台，建成了以居民电子健康档案为核心，集医疗记录、医疗信息查询、医疗费用结算、医药全程监管于一体的市域卫生信息平台，形成了基层首诊，分级诊疗，健康转诊的就医新格局。

三是以健康环境外围营造为重点，推动慢性病防控向健康促进与环境协调转变。乳山市成立了由市长任组长，卫生、教育等 22 个部门为成员的慢性病综合防控领导小组。明确部门职责分工，建立联席会议制度，定期交流信息，协调多部门参与，发挥多部门政策的正向叠加效应。质检、卫生、环保、体育等部门实施了农产品质量安全、生态环境保护、城乡体育健身及人居环境治理等系列工程，让城乡居民饮食放心、环境舒心、生活安心。

（二）芬兰案例

芬兰是世界上慢性病防控效果较好的少数国家之一，20 世纪 70 年代芬兰的心脑血管疾病致死率非常高，芬兰在东部的北卡地区进行了心脑血管疾病防治示范研究项目，找出了吸烟、不健康的饮食和生活习惯等

危险因素，并采取了一系列措施，让芬兰人民认识到这些危险因素的存在，采取更加健康的生活方式，从而使其心血管等慢性病的发病率和死亡率持续下降。芬兰的慢性病防控策略主要归纳如下：

一是通过改变人们的不良生活方式和生物危险指标，降低健康危险因素。芬兰饮食中饱和脂肪较多，血液胆固醇含量高。通过健康干预，人们改变了只吃黄油的习惯，更多地食用植物油；同时对食盐的摄入也进行了控制；控制吸烟使男性和女性的吸烟率均有所下降。这些干预措施极大地降低了慢性病的过早发病和过早死亡，阻止了发病人群继续年轻化的趋势，提高了全人群的健康水平。

二是以社区为基础，在社区建立试点先行的项目。通过这些项目研究总结有效控制慢性病的经验措施，然后将这些经验整合到国家战略中。将国家的支持和地区的具体实践有效地结合起来，国家推行了一系列全面的整合性行动，调动了全社会的资源。

三是慢性病各项政策进行系统控制。芬兰进行全球合作，加入世界卫生组织（WHO）的全球战略，借助于WHO的力量，共同推进全球慢性病防控策略。建立政策制定者、执行者的信息反馈渠道，让政策制定者知道其政策取得了哪些成效，让公众了解这些政策，并反馈政策执行的效果。

四是加强跨部门的合作。慢性病防控不仅仅是卫生部门的问题，同时需要社会各个部门的努力。例如种植业将榨菜籽油之后的植物残渣提供给畜牧场主作为奶牛的饲料，保证了种植业的收入得到提高，同时奶牛吃了这些较好的饲料会产生高质量的牛奶，使其中的不饱和脂肪酸得到控制，从而影响人群的健康。

五、我国慢性病防控政策建议

根据我国慢性病防控现状及存在问题，结合乳山模式及芬兰等国家的经验，针对未来我国在慢性病防控工作方面政策建议如下。

一是以防控规划促共识达成，建立多部门参与的支持环境。2012年5月，卫生部、财政部、发展改革委等15个部委联合发布了《中国慢性病防控2012-2015年工作规划》(以下简称“《规划》”)，这是我国第一个国家级的慢性病综合防控规划，也是多部委在慢性病防控工作的首次联合行动。规划提出了到2015年我国慢性病防控工作的目标、策略措施与部门职责，这在我国慢性病防控历史上具有里程碑的意义。在《规划》的总体指引下，加强多部门合作，坚持医疗、疾控、基层三位一体，建立分工明确、信息互通、资源共享、协调互动的管理体系，营造多部门参与的支持环境，提高整个慢性病防控能力。

二是抓住医改契机，实施重大慢性病防控项目，探索推行慢性病防控适宜技术。医药卫生体制改革为慢性病防控的发展提供了机遇，做好

慢性病防控工作是实现医改目标的有效手段。遵循慢性病发生、发展规律，坚持预防为主、防控结合，这对提高慢性病防控效果至关重要。在中央财政的支持下，卫生部先后启动了农村妇女宫颈癌与乳腺癌筛查、脑卒中筛查和干预等重大公共卫生项目。今后要继续实施重大慢性病的防控项目，探索推行适宜的慢性病防控技术。

三是实施公共卫生服务项目，推进社区健康教育和健康管理。截至2012年1月，全国高血压管理人数已经接近6000万，糖尿病管理人数达到1800多万。然而目前许多健康档案还是以“死档”为主，今后应以信息化建设为纽带，带动慢性病防控的官方管理，实现健康档案、医疗机构电子病历、疾病预防控制机构慢性病管理信息之间的互联互通和综合应用，并促进慢性病患者在基层医疗机构与上级医疗机构之间的双向转诊，规范慢性病的治疗和管理。

四是以健康生活方式为载体，动员全社会参与。乳山模式及芬兰经验表明，健康的生活方式是从源头上预防慢性病的有效手段。健康的生活方式需要各体系、多部门的合作，强调将健康融入所有的社会政策和人们的日常观念中。健康生活方式更多的来源于一种社会氛围，来自于人们对健康的认知水平、对自身健康状况的认识程度。个人、家庭及社会应该在政策引导下，开展合理膳食、适量运动、控烟限酒等健康促进

活动。

总体来说，我国慢性病防控工作挑战与机遇并存，虽然目前已经起步，但在政策开发、机制建立、策略完善、能力建设及资源保障方面还存在很多需要努力的空间，这需要全社会都能够认识到慢性病给公众健康、经济发展乃至社会政治稳定带来的现实影响，能够认识到慢性病防控是 21 世纪社会经济发展的挑战之一。慢性病问题是公共卫生问题，更是经济社会发展问题，需要政府、社会、家庭和个人合力解决。

（责任编辑：彭玉梅）

上海市Ⅱ型糖尿病流行及管理现状

徐望红¹ 李锐²

【摘 要】 本文介绍了上海市Ⅱ型糖尿病的流行现状和特征，总结提炼了Ⅱ型糖尿病的管理策略，详细阐述了糖尿病管理的实施情况，以期上海市下一步做好Ⅱ型糖尿病防控提供启示。

【关键词】 Ⅱ型糖尿病；筛查；评估；干预；疾病管理

Ⅱ型糖尿病迅速蔓延，已成为全球性的公共卫生问题。近30年来，我国Ⅱ型糖尿病患病率显著增加。2007 - 2008年的抽样调查显示，我国20岁以上人群Ⅱ型糖尿病患病率高达9.7%，据此估计，我国Ⅱ型糖尿病患者人数已达924万，预计到2025年可能增至6000万^[1]。我国可能已成为全球糖尿病患病人数最多的国家。Ⅱ型糖尿病可引起各种急慢性并发症，严重威胁人们的生命与健康，给国家和个人带来严重的经济负担。据估计，至2030年，我国Ⅱ型糖尿病及并发症造成的直接医疗费用将高达472亿美元^[2]。

一、上海市Ⅱ型糖尿病流行特征

较之西方人，亚洲人群对Ⅱ型糖尿病有更高的遗传易感性^[3]，而且

第一作者：徐望红，女，副教授

作者单位：1. 复旦大学公共卫生学院流行病教研室，上海，200032

2. 上海市疾病预防控制中心糖尿病防治科，上海，200233

具有发病年龄早和并发症更严重的特点。与全国许多城市和地区一样，上海Ⅱ型糖尿病的流行主要有以下五个特点：

一是患病率高，上升速度快。上海的糖尿病患病率及其增长速度均位居全国前列。1994年上海市糖尿病患病率为2.33%^[4]，1998 - 2001年为6.87%^[5]，2002 - 2003年35 ~ 74岁人群中糖尿病标化患病率为9.7%，至2009年已达到12.6%，各年龄段患病率均显著高于全国平均水平^[6]。

二是患病率与经济发达程度及人均收入有关。上海城区Ⅱ型糖尿病患病率显著高于市郊^[6]。

三是发病呈年轻化趋势。表现为儿童Ⅱ型糖尿病患病率的上升^[7]，以及成年人中年轻人群患病率上升速度更快^[6]。

四是未诊断糖尿病比例高于发达国家。2007 - 2008年20岁以上全国人群调查出的糖尿病患者中，新诊断的患者占总数的60%^[1]；上海市2009年35 ~ 74岁人群调查中，新诊断Ⅱ型糖尿病占总病例数的50%^[6]，均远高于美国（约1/3）^[8]。

五是有显著的表型特点。在上海市新诊断的糖尿病中，糖尿病人餐后血糖异常比例高，单纯餐后血糖升高占46.8%^[6]；糖尿病人全身性肥胖程度低，平均体质指数(BMI)约在25kg/m²^[1]，而高加索人糖尿病患者多超过30kg/m²^[9]，腹部肥胖比例高^[3]。

二、上海市糖尿病管理策略

针对慢性病患者率快速上升问题，2000 年上海市政府制定了《上海市预防和控制慢性非传染性疾病中长期规划（2001 - 2015 年）》，对糖尿病等慢性病防治提出了具体目标。2004 年，上海市卫生局出台了《上海市社区糖尿病防治指南（试行）》，对社区开展糖尿病工作进一步进行规范，并逐步在经费上加大了支持力度。在此背景下，上海市开始试点探索以社区为基础的 II 型糖尿病防治模式和适宜方法，随后推广至全市所有社区。至 2004 年，上海市已形成由市卫生行政部门领导，市疾控中心提供技术支持，区卫生局、区疾控中心、社区卫生服务中心及社区宣传教育人员共同组成的糖尿病社区综合防治服务网络。社区卫生服务中心是社区糖尿病防治的具体执行机构，市、区疾控中心则负责日常管理和技术支持。为了提高社区全科医生糖尿病防治能力，上海市通过国家继续教育项目、医学会学术活动等多种形式开展糖尿病防治知识的培训，并由二、三级综合医院带教社区全科医生。

三、上海市糖尿病管理实施现状

上海市近年来主要依托社区综合防治服务网络，遵循三级预防原则，对一般人群、高危人群和糖尿病病人采用分级干预和高危人群优先干预的策略，实施糖尿病的管理。

（一）一般人群的管理

对一般人群，上海市主要采用健康教育和健康促进以及高危人群筛

查等几种形式进行管理，其中高危人群筛查是重点。

1. 健康教育和健康促进。针对全身或中心性肥胖、静坐生活方式、吸烟和不健康膳食等Ⅱ型糖尿病的可变危险因素，加大在社区人群中宣传健康生活方式的力度。每年世界糖尿病宣传日，在公园、广场以及各大综合医院等场所组织各种大型宣传咨询活动，并以海报、专栏、图片、报刊专题、讲座、电视访谈等各种形式在人群中广泛宣传Ⅱ型糖尿病的防控知识。

2. 高危人群筛查。Ⅱ型糖尿病发病早期大多无特异的症状，临床诊断前常有平均 9~12 年的临床前期，人群中存在大量未诊断的糖尿病及糖尿病前期高危患者，这些患者确诊时大部分已经出现并发症。在高危人群中筛查出糖尿病的几率远高于一般人群，而且随着人群中个体所具有危险因素的增多，糖尿病的患病率越高^[10]。因此，上海市积极推广高危人群筛查策略，提倡主动筛查和被动筛查相结合。借助社区居民健康档案或调查表，采用危险因素积分法或神经网络法将高危人群筛选出来进行登记管理，并进行空腹血糖检测，空腹血糖大于 5.1mmol/ml 的患者进行口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)。仅 2009 年，上海市就完成糖尿病高危人群登记 44,420 人，完成空腹血糖检测 31,549 人，发现糖调节异常患者 5,561 人，新诊断糖尿病患者 2,705 人。尽管如此，考虑到主动性筛查

的工作量远大于被动性筛查，且患者顺应性差，因此上海还采用临床机会性筛查，通过对卫生服务中心医生的技术指导和业务规范，使全科医生将日常医疗服务与糖尿病患者筛检结合起来，在病人就医过程中，对具有糖尿病危险因素的人进行筛查。据有关统计数据显示，上海市来源于社区门诊诊断的糖尿病患者比例已从 2005 年的 27% 提高到 2009 年的 63%。无论是主动还是被动筛查，针对我国糖尿病人单纯餐后血糖异常比例高，单独的空腹血糖测试敏感度不高的特点，上海始终将 OGTT 作为筛查糖调节异常和隐蔽型糖尿病唯一可靠的方法。

通过长期的主动和被动筛查，上海市糖尿病筛查工作成效显著。2009 年糖尿病流行病学调查数据显示，上海市 II 型糖尿病患者中，新诊断的比例为 39.8%，低于 2002 年的 47.6% 和 2008 年全国糖尿病调查的 56%。值得注意的是，与 2002 年调查结果相比，2009 年上海农村新诊断 II 型糖尿病比例下降了 25%，城市新诊断比例下降了 0.9%，农村的降幅远远大于城市，这可能与上海加大对农村社区卫生服务中心投入有关，使得更多的农村居民得到免费的糖尿病筛查，促进了农村地区糖尿病早发现工作。

3. 流行病学调查。上海市分别于 2002 - 2003 年和 2009 年以人群抽样调查的形式开展了两次大规模的全人群糖尿病患病率调查，了解了上

海市糖尿病的流行特征及趋势，为评估防控措施效果，制定新的防控重点提供了依据，并筛选出大量糖尿病高危人群及未确诊病例，及时补充到高危人群和糖尿病病人管理库中。

（二）高危人群的管理与干预

对筛查出的空腹血糖受损（IFG）、葡萄糖耐量受损（IGT）Ⅱ型糖尿病高危人群，上海充分利用社区综合防治服务网络，由社区登记管理，进行常规社区随访管理，并开展生活方式干预。我国大庆研究显示，为期6年的生活方式干预可以显著降低IGT患者Ⅱ型糖尿病的发病率，干预效果可以持续到干预实验结束后14年^[11,12]。上海开展的一项针对糖调节受损（IGR）人群的小规模干预试验显示，低血糖指数膳食干预组1年后的体重减轻显著多于对照组，2小时血糖浓度较干预前及对照组均显著下降，血糖转正常的比例亦显著高于对照组，证实了膳食干预预防Ⅱ型糖尿病的效果^[13]。接受为期6个月个体化运动干预的糖尿病前期人群空腹血糖、糖耐量、糖化血红蛋白、收缩压、舒张压的降低程度均显著高于接受常规社区随访管理的对照^[14]，提示运动干预对改善社区糖尿病前期人群的糖脂代谢具有较好的效果。

针对高危人群，上海还借助信息平台，由营养师、运动专家和临床医生共同研发供社区全科医生使用的量化非药物干预软件，根据患者病

情、患者的需求以及喜好，制定个体化生活干预方案，减轻大多数没有受过专门营养和运动训练的社区医生工作强度，提高公共卫生服务的效率。2011年已开始在试点社区推广这种个体化量化的膳食和运动干预方法，但效果有待进一步评估。

（三）现患病人的管理与评估

1. 以信息化为基础，不断提升糖尿病管理数量与质量。针对糖尿病现患病例，上海全市所有社区均已开展糖尿病社区防治，实现了全覆盖，糖尿病管理人数和规范管理率也逐年上升。2003年上海市还自主研发了社区糖尿病信息管理平台，2004年起在部分试点社区试用，管理糖尿病患者约1万人，规范管理率为45%；经过逐年扩大范围，目前已经覆盖上海17个区县，使用该管理软件的社区卫生服务中心达237个，占全市社区卫生服务中心总数的97%以上，2010年已经管理糖尿病患者约21万余人，规范管理率为89%。该系统数据交换的方式是由社区卫生服务中心直接通过网络上传至市疾控中心，各区、县疾控中心的数据通过内部专用网络从市疾控中心下载，但目前尚缺少综合医院这个重要的糖尿病患者来源和治疗信息的数据接口。2011年起，上海开始将原有公共卫生按业务条线“市 - 区 - 社区”一统到底的信息管理模式，逐步改变为由市疾控、医院信息系统、居民健康档案和社区卫生服务中心等多系统的相关信息

交换共享平台，以提高管理效率。

2. 探索和引入适宜技术，提高血糖控制率。对糖尿病人实施管理的主要手段是指导规范用药、血糖监测、指导患者自我管理，并进行生活方式干预，提高血糖控制率，预防并发症的发生。上海在生活方式干预方面进行了一些有益的探索。早在2008年，就有研究报道上海采取的包括糖尿病教育、血糖监测、膳食咨询、糖尿病膳食替代等综合干预措施对超重糖尿病人血糖、血压和腹部肥胖的显著控制效果^[15]。上海还在Ⅱ型糖尿病病例中开展随机干预试验，证实了亚麻籽提取物木质素有降低糖化血红蛋白的作用^[16]。一项社区运动干预试验提示，运动治疗可有效控制糖尿病患者血糖，长期中等强度运动还可改善血脂，降低肥胖程度^[17]。上海创建了“团队管理群组”、“社区糖尿病自我管理”等新型社区糖尿病管理模式，并开展了效果评估^[18,19]。根据近年来的科研成果和国家出台的新规范和新标准，上海市不断调整和充实社区糖尿病随访干预内容，如应用营养软件、计步器等量化干预手段，提高了患者血糖控制率，使患者依从性有所改善。

3. 不断探索糖尿病病人综合管理的有效途径。2009年对上海社区管理的糖尿病患者进行抽样调查显示，按照中华医学会糖尿病分会推荐的控制目标，上海Ⅱ型糖尿病病人糖化血红蛋白达标率为27.81%，空腹血

糖达标率为23.33%；血压达标率为14.3%；总胆固醇达标率为34.87%，甘油三酯达标率为48.99%，高密度脂蛋白达标率为84.65%，低密度脂蛋白达标率为25.35%；尿白蛋白/肌酐比值达标率为57.64%。患者中91.7%使用降糖药，磺酰脲类、双胍类、胰岛素、 β -葡萄糖苷酶抑制剂是主要的降糖药种类，基本与推荐的核心治疗药一致，但市区与郊区患者在降糖药种类的选择上有所不同，市区患者胰岛素的使用以及在三级医院调整药物治疗方案的比例显著高于郊区，这些差别可能体现了市区和郊区卫生资源的分配的不均衡^[20]。但有关糖尿病并发症研究显示，上海社区糖尿病患者中视网膜病变、微量白蛋白尿及周围血管病变的患病率分别高达9.4%、22.8%和12.2%^[21-23]，形势十分严峻。对门诊病例的调查也发现，18.28%的现患糖尿病病人和6.35%的新诊断病例有周围神经病变^[24]。更值得忧虑的是，上海门诊现患病例中只有32%进行过周围神经检查^[24]，而社区中90%的糖尿病患者从未进行过任何并发症筛查。社区新诊断糖尿病的慢性并发症患者约80%处于早期，如予以早期干预和及时的专科治疗，有望逆转并延缓慢性并发症的发展。因此，上海急需发挥综合医院的作用，加强对社区糖尿病患者并发症的筛查、监测与治疗。

四、结语

上海市发挥其经济基础好和技术力量强的优势，在Ⅱ型糖尿病的管理上逐渐形成了自身特色，并尝试多学科合作，探索新型糖尿病防治模

式和适宜技术。但上海糖尿病管理形势依然严峻，防治工作任重道远。

2009 年，我国医改方案明确提出了公共卫生要在“重心下移、关口前移，搞好健康促进”的目标下开展工作，即疾病控制重心下沉到社区、关口前移抓预防，关注预防、关注人群、关注社区。上海在做好糖尿病高危人群的筛查及糖尿病人管理的基础上，还需进一步发挥社会各界的力量，加强对一般人群的管理，强化高危人群的生活方式干预，从源头上降低人群 II 型糖尿病的发病风险，遏制人群患病率的上升势头，降低其所带来的疾病负担。

参考文献

- [1] Yang W, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of diabetes among men and women in China[J]. N Engl J Med, 2010, 362(12):1090-101.
- [2] Wang W, McGreevey WP, Fu C, et al. Type 2 diabetes mellitus in China: a preventable economic burden[J]. Am J Manag Care, 2009, 15(9):593-601.
- [3] Chan JC, Malik V, Jia W, et al. Diabetes in Asia: epidemiology, risk factors, and pathophysiology[J]. JAMA, 2009, 301(20):2129-40.
- [4] Shi HL, Fang JC, Zhu XX. Prevalence of diabetes mellitus and associated risk factors in an adult urban population in Shanghai[J]. Diabetes Metab, 1998, 24(6):539-42.
- [5] Jia WP, Pang C, Chen L, et al. Epidemiological characteristics of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in a Chinese adult population: the Shanghai Diabetes Studies, a cross-sectional 3-year follow-up study in Shanghai urban communities[J]. Diabetologia, 2007, 50(2):286-92.
- [6] Li R, Lu W, Jiang QW, et al. Increasing prevalence of type 2 diabetes in Chinese adults in Shanghai[J]. Diabetes Care, 2012, 35(5):1028-30.
- [7] 张昕. 上海地区青少年 II 型糖尿病患病率调查[D]. 复旦大学, 2005.
- [8] Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults: the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–94[J]. Diabetes Care, 1998, 21:518-24.
- [9] Kramer H, Cao G, Dugas L, et al. Increasing BMI and waist circumference and prevalence of obesity among adults with Type 2 diabetes: the National Health and Nutrition Examination Surveys[J]. J Diabetes Complications, 2010, 24(6):368-74.
- [10] Glümer C, Carstensen B, Sandbaek A, et al. A Danish diabetes risk score for targeted screening: the Inter99 study[J]. Diabetes Care, 2004, 27(3):727-33.
- [11] Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with

- impaired glucose tolerance- The Da Qing IGT and Diabetes Study[J]. Diabetes Care,1997,20(4):537-44.
- [12] Li G, Zhang P, Wang J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study[J]. Lancet 2008,371(9626):1783-9.
- [13] Xu DF, Sun JQ, Chen M, et al. Effects of lifestyle intervention and meal replacement on glycaemic and body-weight control in Chinese subjects with impaired glucose regulation: a 1-year randomised controlled trial[J]. Br J Nutr,2012,5:1-6.
- [14] 胡凯, 俞捷. 黄浦区糖尿病前期人群的运动干预效果研究[J]. 环境与职业医学,2011,28(11):669-71.
- [15] Sun J, Wang Y, Chen X, et al. An integrated intervention program to control diabetes in overweight Chinese women and men with type 2 diabetes[J]. Asia Pac J Clin Nutr,2008,17(3):514-24.
- [16] Pan A, Sun J, Chen Y, et al. Effects of a flaxseed-derived lignan supplement in type 2 diabetic patients: a randomized, double-blind, cross-over trial[J]. PLoS One,2007,2(11):e1148.
- [17] 孙莉敏, 胡永善, 吴毅. 社区糖尿病患者运动干预效果评价[J]. 中国康复医学杂志, 2002,17(2):93-6.
- [18] 柳胜生, 傅东波, 毕安华, 等. 团队管理群组模式在社区糖尿病管理中的效果分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2009; 17(6):630-2.
- [19] 朱莉珍, 吴克明, 岑洲, 等. 社区糖尿病自我管理项目干预效果评价[J]. 上海预防医学杂志,2005,17(10):506-8.
- [20] 杨群娣, 李锐, 黎衍云, 等. 上海市社区管理Ⅱ型糖尿病患者药物治疗现状[J].上海预防医学杂志,2010,22(6):303-5.
- [21] 沈琴, 贾伟平, 包玉倩, 等. 社区糖尿病及糖调节受损人群周围血管病变的患病率调查[J]. 中华医学杂志,2006,86(22):1530-3.
- [22] Jia W, Gao X, Pang C, et al. Prevalence and risk factors of albuminuria and chronic kidney disease in Chinese population with type 2 diabetes and impaired glucose regulation: Shanghai diabetic complications study (SHDCS) [J]. Nephrol Dial Transplant,2009,24(12):3724-31.
- [23] Pang C, Jia L, Jiang S, et al. Determination of diabetic retinopathy prevalence and associated risk factors in Chinese diabetic and pre-diabetic subjects: Shanghai diabetic complications study[J]. Diabetes Metab Res Rev, 2012,28(3):276-83.
- [24] Liu F, Bao Y, Hu R, et al. Screening and prevalence of peripheral neuropathy in type 2 diabetic outpatients: a randomized multicentre survey in 12 city hospitals of China[J]. Diabetes Metab Res Rev,2010,26(6):481-9.

(责任编辑：陈小丽)

上海市慢性病防治的探索与实践

李善国 蔡淳 刘杰

【摘要】文章介绍了上海市在慢性病防治工作中建立政府主导的防治体系、提升慢性病防治能力的主要做法，针对部门间沟通协作有待加强、卫生资源配置不尽合理和慢性病防治人员队伍力量薄弱等问题提出下一步工作设想。

【关键词】 慢性病；疾病预防控制；健康促进

2011年9月第66届联合国大会预防和控制慢性病问题高级别会议政治宣言提出，慢性病已经成为威胁二十一世纪全球各国发展的主要挑战之一。慢性病是当前我国头号健康威胁，其所致死亡比例超过80%，疾病负担达70%，严重制约了我国社会经济的和谐发展。上海作为国际化大都市，充分认识到慢性病防治在公共卫生体系建设中的突出地位，实施了连续三轮的加强公共卫生体系建设三年行动计划(以下简称“三年行动计划”)，执行“三位一体”慢性病管理模式创新等一系列慢性病防治项目，取得了较为显著的成效，居民人均期望寿命持续提升。但随着城市化和老龄化日益加剧，以及生活方式的改变等原因，慢性病对市民健康威胁日趋严重，防治形势不容乐观。上海在总结以往工作经验的基础

第一作者：李善国，男，原上海市卫生局疾病预防控制与妇幼保健处处长
作者单位：上海市卫生和计划生育委员会，上海 200040

上，以深化医药卫生体制改革为契机，进一步加强政府领导，部门合作，社会参与，扎实深入开展慢性病防治工作。

一、主要做法

（一）建立政府主导的慢性病防治体系

1. **机制保障。**上海市政府在 2005 年建立了公共卫生联席会议制度，协调各委办局和区县政府落实公共卫生职能。市、区（县）和街道（乡镇）三级政府共同明确慢性病防治工作目标，各有关部门紧密合作，社会各界积极参与，形成了政府主导、单位实施、个体干预和专业机构指导的慢性病防治运作机制。

2. **规划先行。**上海市政府于 2000 年在国内率先制定了《上海市预防和控制慢性非传染性疾病中长期规划（2000 - 2015 年）》，确定了全市慢性病防治策略，即以社区组织为依托，以健康促进为基础，实施人群早期预防，有效干预和临床治疗等多措施并举。2006 年和 2011 年的两轮中期评估表明，规划实施整体提升了上海慢性病防治工作水平。

3. **经费渐增。**政府投入慢性病防治经费逐年增加，2012 年按常住人口计，全市人均社区预防保健经费超过 58 元，其中约 1/3 用于社区慢性病防治服务。上海在深化医改推行的基本和重大公共卫生服务项目中，明确规定了高血压、糖尿病等重点慢性病社区防治等内容和要求，并按照“基于国家，高于国家”的原则，分别新增社区大肠癌筛查等作为公共

卫生服务项目。

此外，市政府要求各区县政府高度重视国家慢性病综合防控示范区创建工作。2011 年，静安、徐汇、闵行、松江、嘉定、青浦等 6 区已顺利创建成为首批国家慢性病综合防控示范区，上海成为拥有示范区最多的省市。在全市所有区县在自愿申报的基础上，计划 2013 年年内全面完成创建工作。

（二）多措并举，提升慢性病防治能力

根据上海市慢性病防控规划的要求，进一步完善了慢性病防治网络，推行疾控机构、医疗机构和社区卫生服务中心“三位一体”的防治模式，即在卫生行政部门领导下，疾控机构负责疾病监测、指导、质控和评估；医疗机构负责病例诊断、治疗和监测报告；社区卫生服务中心负责报告病例核实、高危人群危险因素干预和病人随访管理，并针对高血压、糖尿病、肿瘤等主要慢性病，按照分类干预的策略，开展全民健康促进、高危人群干预和确诊病人管理等措施。

1. 建立健全监测报告体系。上海市在全国最早实行慢性病监测报告工作，上世纪 50 年代建立了上海市死亡报告登记系统，90 年代初期建立了基于社区的心脑血管监测系统，2002 年建立了覆盖全市的肿瘤报告登记系统。近年来监测体系不断丰富，2007 年开始开展每 3 年一次的慢

性病及其危险因素监测；2010 年全市开展学校因病缺课缺勤网络监测和直报工作，目前已覆盖全市 90%以上的中小学和托幼机构。2012 年又启动上海市居民膳食与健康状况监测，在国内首次开展同一人群的营养状况、食品化学危险物暴露和健康状况的综合性监测。

2. “实施三年行动计划”慢性病防治项目。第二轮三年行动计划“三位一体慢性病管理模式创新”项目，建立了覆盖各区县的慢病综合防治示范点，依托“社区支持中心”开展高血压、糖尿病等患者预防干预以及肿瘤病人照护等经济有效的技术措施，实现了慢性病管理重心下沉。在此基础上，第三轮三年行动计划加大了对慢性病防治的支持力度，设立和启动实施了《创建国家省级慢性病综合防治示范市》、《脑卒中规范化预防与救治体系建设》和《学生超重和肥胖群体干预的优化实践》等一系列涉及重点慢性病防治体系建设、工作模式探索和推广的项目，为今后全面推广积累经验和奠定基础。

3. 推进卫生信息化建设。2011 年起，上海市开展了“基于市民电子健康档案的卫生信息化工程”，先期在长宁、闵行、闸北等 6 个区开展试点。目前已实现试点区与医联平台的互联互通，同步形成动态健康档案以及医院数据推送、社区随访干预、疾控业务管理的充分整合，其中公共卫生信息系统涵盖疾病登记（脑卒中登记、死亡登记）、疾病管理（高

血压管理、糖尿病管理)和疾病登记管理(肿瘤登记管理、结核病登记管理)三类六方面应用,提升了疾病预防和控制服务和管理的质量及效率,为今后服务的拓展和完善奠定了基础。

4. 加强高危人群筛查和管理。1998年起,上海市实施了一级医疗机构35岁以上患者首诊测血压,目前已在所有社区卫生服务中心开展,并逐步推广至二级以上医疗机构,2011年全市一级医疗机构35岁以上患者首诊测血压300万人,发现血压首次异常者近8万人,确诊高血压患者7000余人,其中近九成新确诊患者纳入社区高血压患者管理。全市登记糖尿病高危人群数11.6万多人,对其中6万人进行了筛查试验,发现糖调节异常患者5000余人。开展大肠癌、乳腺癌和宫颈癌社区筛查项目,累计开展大肠癌初筛近1.8万人,其中大便隐血检测1.7万人,确诊恶性肿瘤的早期比例78.26%。社区居民大肠癌筛查已列入上海市重大公共卫生服务项目,现已开展大规模筛查。

5. 规范实施慢性病患者常态管理。推进慢性病防治“精细化管理”和居民健康自我管理,2011年全市社区管理高血压患者109余万人、糖尿病患者29万多人,其中90%在社区就诊并有管理需求的高血压患者纳入社区管理。全市177个社区中近7万名高血压患者开展自我管理,自我管理近30万余人次。全市每年对约20万肿瘤存活患者进行随访和信息

核实。

6. 开展健康促进系列活动。2010 年出台了《上海市公共场所控制吸烟条例》，加强了全社会控烟，并成功举办了世界卫生组织认定的“无烟世博”。市政府向全市所有家庭赠送了控盐勺、控油壶；向 800 万户市民家庭和外来务工人员、部队官兵等发放了《上海市健康自我管理知识手册》和健康腰围尺。开展健康促进基地建设，上海市建立起了 3600 多个社区健康咨询服务点和 2 万多名健康促进志愿者队伍，在社区、医院、学校和企业志愿按照《健康素养 66 条》开展健康教育服务，全面提升市民的健康素养。

二、问题与设想

（一）存在的问题

上海市慢性病防治虽取得一定成效，但一些薄弱环节和瓶颈问题，影响和制约了防治工作的深入发展：一是部门协调与合作的工作局面已初步形成，但整体统筹和横向沟通有待进一步加强，部门资源和优势有待进一步整合。二是卫生资源配置不尽合理，仍不同程度存在“重医轻防”现象，尽管近年来慢性病防治专项经费不断增加，但其增速低于疾病预防控制专项经费的增速。三是全市慢性病防治人员队伍及能力建设相对局限与日益增长的需求之间的矛盾凸显，社区医务人员力量不足制约了慢性病防治工作的进一步推进。

（二）下一步工作设想

上海市慢性病防治工作将“坚持全程化、高效化、精细化、绩效化，让市民放心满意”（“四化一满意”）的宗旨，从以下方面积极努力：

1. 加强慢性病防治法制建设。健康理念纳入公共政策后，可有效改变与疾病相关的危险行为，促进环境、社会、经济等因素的改善，更好进行全人群预防干预。慢性病防治是政府履职的重大公共卫生服务内容，离不开卫生法制的建设，制定和完善相关的法律法规可保障依法防治。上海在总结已有立法经验基础上积极借鉴国际经验，加强部门合作，针对重大疾病，努力探索慢性病相关地方立法和政策开发，努力营造有利于慢性病防治的支持性环境。

2. 部市合作共建慢性病综合防治示范市。积极推进卫生部和市政府合作，依托部市共建合作平台，在全国率先推进省级慢性病综合防控示范市创建，整合国家和上海慢性防治优势资源，从慢性病防治的政策、人才、学科、技术等各领域加强合作，促进上海市慢性病防治工作可持续发展，为全国慢性病防治工作起到示范、引领作用。

3. 创新提升上海市慢性病防治水平。在上海加快推进本市“基于市民电子健康档案的卫生信息化工程”建设过程中，加快建设慢性病防治信息化管理，促进“三位一体”防治管理模式更顺畅、高效运行。结合本市

推进家庭医生责任制、建立双向转诊机制等，努力提升基层队伍慢病防治服务能力，努力满足居民的实际需求。

（责任编辑：杜学礼）

关于功能性社区开展高血压管理的几点思考

李新建

【摘 要】 慢性病已经成为重要的公共卫生问题，高血压既是最常见的慢性病，又是心脑血管疾病重要的危险因素。但随着高血压等慢性病管理工作的深入，单靠社区卫生服务中心承担慢性病管理的局限性日益突出，尤其社区中处于劳动力人口的高血压患者没有得到有效覆盖。本文通过分析社区慢性病管理中存在的问题与挑战，介绍功能性社区的特点和优势，为本市在慢性病管理模式拓展方面提供新思路。

【关键词】 功能性社区；高血压；慢性病管理；健康教育

据《柳叶刀》杂志预测，中国如果不采取有效策略进行慢性病控制，到 2030 年，中国 40 岁以上人群中心血管疾病、脑卒中、糖尿病、癌症和慢性呼吸系统疾病等五大疾病的人数将增加 2~3 倍，慢性病已经成为影响中国人生命的最大敌人。随着新一轮医改工作的推进，国家免费向全体居民提供的基本公共卫生服务项目和经费保障均不断提升，受益人群不断扩大。但随着高血压等慢性病管理工作的深入，单纯靠社区卫生服务中心进行慢性病管理的工作方法局限性日益暴露，本文试图通过分析社区慢性病管理发展中存在的问题与挑战，介绍功能性社区的特点和

作者简介：李新建，男，主任医师

作者单位：上海市疾病预防控制中心，上海 200336

优势，为本市在慢性病管理模式拓展方面提供可资借鉴的思路。

一、社区慢性病管理存在的问题与挑战

（一）基本公共卫生服务均等化背景下的慢性病管理难度较大

2009年起，全国医改推广基本公共卫生服务的逐步均等化，高血压和糖尿病管理成为基本公共卫生服务项目之一。截止到2011年3月底，全国慢性病规范管理人数超过5500万人，其中高血压4200万，糖尿病1100万，提示我国的慢性病管理工作随着基本公共卫生服务项目的推进而得到迅速发展；2012年，国家要求各省市常住人口高血压管理覆盖率要达到35%，就上海而言，这意味着要规范管理高血压患者120万。作为人口导入城市，2012年上海市常住人口达2380万，其中非户籍常住人口就占到了约39%，城乡结合地区的非户籍人口比例更大，非户籍人口较大的流动性及人口健康信息资料缺失或变更导致其慢性病管理难度较大。

（二）高血压规范化管理要求导致社区慢性病管理工作量巨大

2011年，卫生部制定出台了《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》，规范包括了高血压健康管理在内的11项服务规范。其中，高血压健康管理规范要求社区卫生服务中心对原发性高血压患者每年要提供至少4次的面对面随访。目前上海约有600万高血压患者，按上海高血压知晓率推算，约有400万高血压已经被诊断，如果按照国家要求，上海

社区单单高血压就须完成 1600 万人次的随访管理，工作量巨大。

(三) 社区卫生服务中心慢性病管理人员严重不足

调查显示，2007年上海全市注册医师11,000多名，注册类别主要是公共卫生、口腔、临床以及中医四类，承担着全市社区医疗保健和公共卫生等职责，其中公共卫生医师只占13.0%。面对庞大的社区慢性病人群，社区慢性病管理人员严重不足。

(四) 劳动力人口高血压管理未得到有效覆盖

目前本市社区日常管理的高血压患者平均年龄超过 55 岁，但 2007 年上海慢性病及其危险因素监测数据显示，上海 35~44 岁年龄组的高血压患病率达到 11.9%，45~54 岁年龄组的高血压患病率达到 24.1%，这部分属于劳动力人口的高血压患者却没有得到社区慢性病服务的有效覆盖。相对社区慢性病管理的中老年患者，这部分高血压患者发病时间相对较短，高血压对血管的损害还属于早期，正需要通过有效干预而得到保护，但这些人群却恰恰成为了目前社区高血压管理的空白点。

二、功能性社区的特点和优势

(一) 功能性社区的特点及开发

社区具有以下特征：有一定的地理区域；有一定数量的人口；居民之间有共同的意识和利益，并有着较密切的社会交往。社区里的人们通过共同生活、共同劳动而相互熟悉，形成共同的社区意识，所谓“社区

意识”即人们对所在社区的认同感、归属感和参与感。通常所理解的社区更多关注的是在居住地层面上，如果从发挥社区功能上看，社区一般具有管理、服务、保障等功能，而企事业单位除有社区特征之外，还均具备部分的社区功能，可以看作是功能性社区，其最大特点是管理、服务和保障的是从事生产劳动第一线的劳动力人口。由于工作时间冲突等因素，企事业单位的职业人群不能充分获得社区提供的有效服务，开发企事业单位作为功能性社区，可成为社区卫生服务的很好补充。

（二）功能性社区开展高血压管理的优势

通过社区卫生服务中心对高血压患者实施有效管理，有助于高血压患者的血压控制，减低发生脑卒中等心脑血管事件发生和死亡。管理的关键在于管理者和被管理者的交流沟通，这也是管理者把高血压管理的知识和技能传授给被管理者的前提条件。目前上海社区高血压管理主要内容为血压监测、健康教育和行为干预、督促规范的药物治疗，相对于居住地社区，功能性社区在实现这些工作内容方面显见其独特优势。其原因在于：

一是功能性社区具有行政管理机构。功能性社区管理上的隶属关系从某种角度要比居住地社区更加密切，同时功能性社区有其独特的内部管理机制和资源。从开展高血压等慢病管理来看，功能性社区的组织保

障体系有其独特优势，如制定与健康相关的规章制度，开展重点场所健康促进工作，定期健康检查等，均可促进企事业单位所有职工自觉控制和改变不良生活方式。

二是服务对象的聚集性。功能性社区内成员在一定时间内（如工作时间），聚集在某个地域内，便于开展集中性的健康教育和行为干预，也便于高血压患者的随访，包括血压的测量和生活方式指导。

三是时间上的同步性。目前居住地社区开展高血压管理最大的问题就是管理对象（劳动力人口）在家时间与社区卫生服务中心的服务时间不一致，而不在家的时间正好是在功能性社区的时间，这种时间上的同步性可便于高血压患者和管理者有时间交流沟通，提高高血压管理的效果。

三、功能性社区开展高血压管理的前提条件

（一）明确企事业作为功能性社区承担慢性病管理的职责

企事业员工的健康状况与国民经济息息相关，高血压等慢性病直接关系到企业员工的健康。基本公共卫生服务均等化赋予社区开展慢性病管理的职责，并由预防保健专项经费作为保证，但企业作为功能性社区没有相应的职责，企业也无法作为功能性社区承担起慢性病管理的功能。很多企业的健康管理仅停留在健康体检层面，缺乏相应健康教育和行为干预。如能在相应的政策支持下，鼓励企业引入“检出、评估、干预”全

程健康管理理念，企业作为功能性社区开展高血压管理是可行的。

（二）做好企事业单位作为功能性社区开展慢性病管理的资源保障

目前社区开展慢性病管理有预防保健经费支撑，同时日益成熟的社区全科团队成为社区慢性病管理的主力军。企业作为功能性社区须自行解决人力和资源问题，而人力和资源问题最终可归结为资金问题，这可能是影响功能性社区发挥作用的重要因素之一。

总之，企事业单位作为功能性社区开展高血压等慢性病管理可以作为社区慢性病管理的补充，该模式的运用有助于劳动力人口的慢性病预防和控制。下一步需深入开展功能性社区管理模式研究，总结其运行的可行性和发展的可持续性。

（责任编辑：杜学礼）

上海市徐汇区慢病防控工作实践

王克利

上海市徐汇区区域面积 54.93km²，辖 12 个街道 1 个镇，2011 年底常住人口 109.50 万，户籍人口 80.98 万，具有经济实力强、社会事业发达、居住环境良好、卫生资源丰富、健康水平领先的区域优势。2012 年，徐汇区户籍人口人均期望寿命达 83.76 岁，健康期望寿命（无伤残期望寿命）74.3 岁。近年来，徐汇区形成了政府为主导、多部门协作、全社会共同参与的慢性病防控工作局面，取得了较好的工作成效。

一、政府重视，慢性病防控工作起步早、起点高

徐汇区早在上世纪 80 年代就已进入人口老龄化期。与其他发达国家和地区相似，随着经济的发展和人口老龄化进程的加快，慢性病成为严重影响百姓健康和生活质量的首要公共卫生问题。上世纪 90 年代，由分管区长任组长的徐汇区卫生防病领导小组就开展了包括慢性病防治工作在内的多项工作；1996 年 5 月，成立由区卫生局局长任组长的慢性病防治工作领导小组；1999 年在区疾病预防控制中心成立之初，就专设慢性病防治科；2001 年下发《徐汇区预防和控制慢性非传染性疾病中长期规

作者简介：王克利，男，上海市徐汇区卫生局调研员
作者单位：上海市徐汇区卫生局，200030

划（2001 - 2015 年）》，明确了工作目标和部门职责，并将慢性病防控纳入区域发展规划；2005 年，区委区政府批准成立了“徐汇区公共卫生工作联席会议”，取代原卫生防病领导小组，由分管区长任第一召集人，街道办事处和相关委办局分管领导作为制定联络员。

经过多年的探索和不懈的努力，徐汇区逐渐形成了体系健全、模式多样的全方位慢性病防控的立体框架，完成了慢性病防治从专家行为到政府行为的转变，从卫生部门向全社会的转变，从个体风险防控到社会风险综合防控的转变，逐渐起步形成了政府牵头、卫生行政部门主管、体育教育等多部门联合、全社会共同参与的可喜局面。

二、基础扎实，慢性病多级防控厚积薄发

徐汇区医疗卫生资源丰富，各级医疗卫生机构常规性开展慢性病监测、早诊早治、疾病管理等工作，三级预防工作已常态化、全覆盖，内容涵盖肿瘤、心脑血管疾病、糖尿病等对居民健康影响较大的主要慢性病病种。2012 年，徐汇区的肿瘤规范管理率为 98.38%，高血压规范管理率为 89.4%，糖尿病规范管理率为 95.7%，均达到较高的水平。各级医院和防治站所具有成熟的慢病管理培训、质控和考核联动机制，形成以疾控中心为主导，社区卫生服务中心为网底，二三级医疗机构专家为依托的三位一体的管理模式。目前在册管理的高血压、糖尿病、肿瘤患者 10 万余人，培养患者自我管理小组 137 个，起步早、病种多、覆盖广，有

效帮助患者实施自我管理，控制疾病，减少并发症，提高生活质量。

依托区域卫生资源优势，徐汇区近年来扎实开展慢性病的人群二级预防工作。实施居民健康监测、慢病危险因素监测、乳腺癌筛查、大肠癌筛查、糖尿病高危人群筛查、65岁以上老年人免费体检等多项高危人群早诊早治专项工作，使区域居民享有了较高质量的医疗卫生保健服务，提高了区域居民的生活质量。定期分析区域居民健康状况及其变化趋势，发布《居民健康报告》和《社区诊断报告》，为社区居民提供了丰富的预防保健知识。2009年来，徐汇区开展了乳腺癌筛查工作，早诊率达50%。

慢性病防控与居民良好的生活方式息息相关，徐汇区高度重视慢性病防控一级预防工作，亮点频出。健康教育宣传形式多样，内容丰富多彩，阵地不断拓展，从地铁健康知识公益广告、街道居委定期宣传栏、自行编制免费发放《徐汇健康快报》、慢病防治知识社区巡讲，到徐汇区疾病预防控制中心网站主页的“健康园地”、慢病关爱家园网站、《关爱高血压患者》、《糖人日记》等动漫宣传片，为公众提供全方位、立体架构的慢性病防控及健康生活方式倡导的宣传氛围。与此同时，全社会共同参与的慢性病防控工作也颇具特色：在区教育局的协作下，全区幼儿园、中小学等教育机构均开设相关课程，开展针对学生和家长的慢性病专项健康促进和健康教育，将健康生活方式从娃娃抓起；由区体育局牵头，爱

卫办、街道镇政府共同实施全民健康生活方式——平衡膳食、低盐少油、戒烟限酒、适量运动推广活动，形式多样、内容丰富；区委宣传部积极参与协作，在区域主流媒体开设专栏，宣传慢性病防治的相关知识，受到社区居民好评；在各社区卫生服务中心门诊、站点、街道、居委等公共场所设立健康指标自助检测点 60 多个，提供包括身高、体重、腰围、血压、血糖等自助检测项目。

三、特色创新搭建平台，二、三级医院与社区联动

经过反复论证、研讨和实践，徐汇区形成了以社区为基础，运用健康促进策略，依托区域三级医院专家和二级医院专科团队，针对患者不同需求类型提供不同类型套餐服务，建设服务患者的“慢病关爱家园”，并设立健康专员，为患者提供贴心服务，协助家庭医生（全科团队）开展慢性病患者管理。同时发挥社区志愿者作用，结合专家进社区的咨询服务，组织开展形式多样内容丰富的慢性病患者相关活动，开展“徐汇区社区慢病关爱计划患者管理项目”，有针对性地确定了以“社区慢病管理三位一体方案”为主干、“社区健康管理制度”及“二、三级医院专家支援及双向转诊制度”为支撑的社区慢病干预模式，形成“123456”工作内涵，即：

一个“家园”平台：在试点社区建设“慢病关爱家园”平台，包括专家咨询工作室、健康专员工作室、患者或居民活动室。

两套机制互动：以疾控中心为指导、社区健康专员和志愿者为主体的社区居民健康管理机制和以疾控中心为纽带、社区卫生服务中心与三级医院专家双向联动机制，促进“小病在社区，大病到医院，康复回社区”。

三种套餐服务：以公共卫生特需服务为特征的“细节关爱套餐”、以俱乐部或小组活动为主体的“团队关爱套餐”、以患者自我管理为核心的“友情关爱套餐”，服务不同需求的患者。

四支队伍联动：一是疾控中心防病队伍，二是慢病关爱家园健康专员、志愿者队伍，三是社区卫生服务中心慢病条线医生、家庭医生队伍，四是三级医院专家及二级医院专科团队。

五驾“马车”并行：饮食干预，运动干预，健康教育和心理疏导，血糖、血压监测，规范用药。

六字工作理念：围绕患者共性“需求”，提供“适宜”的服务，从而提高服务“依从”性。

在三位一体工作模式的“慢病关爱家园”平台上，二、三级医院与社区有效联动，充分利用区域医疗资源，提升了慢性病防控工作水平。工作机制上，探索对社区患者链式分层服务模式，由二级医院专科团队和社区全科医师、护理人员、健康专员为病人提供优质、全程、无缝的服

务，形成“防、治、管”链式体系。从管理内容上，覆盖营养、运动、心理等各类需求，针对病人需求开展各类活动并进行相关评估和调整，受到的普遍好评，大大提高患者依从性。

（责任编辑：高广文）

上海市长宁区基于家庭医生制的新型慢性病管理模式探索

葛敏 江萍

近年来，长宁区围绕新形势下慢性病综合防控要求，积极融入新医改，坚持预防为主、防治结合、关口前移、重心下沉的工作原则，以社区为平台，努力探索“以家庭医生制为核心，以信息化为支撑，以健康教育为手段，以培训和质控为推手，融合中医文化，实现综合防控”的新型慢性病管理模式，不断提升慢性病综合防治能力和服务水平。

一、组建以家庭医生为核心的新型“社区慢性病防治团队”

长宁区作为社区卫生服务综合改革的先行试点区，率先试行家庭医生制工作，为全区 179 个居委会各配备了 1 名家庭医生，与华东医院等三甲医院专家结对签约，形成了“以家庭医生为核心，社区全科团队成员为后台助手，二、三级医院专家团队为业务咨询和技术指导”的新型“慢性病防治团队”。由家庭医生作为社区慢性病防治管理主体，通过“医防”、“医护”合作，整合社区资源和卫生资源，履行对慢性病高危人群、前期患者和患者进行建档管理的职能，提供预约式、互动式、跟踪式、关怀式和监测式服务，建立与社区居民尤其是慢性病患者的长期稳定的服务

第一作者：葛敏，女，上海市长宁区卫生局局长
作者单位：上海市长宁区卫生局，200050

关系和健康促进的伙伴关系，从而彻底改变了传统的“临床医生管诊疗、公卫医生做防保”的互为割裂的慢性病管理方式。

二、健康管理理念融入社区慢性病防治

近年来，长宁区的社区慢性病防治实现了四个转变：一是从过去“有病才看、有病就去二、三级医院”到现在“家庭医生主动上门”和“常见病在社区”。设立家庭医生工作室，开设健康门诊，家庭医生以慢性病患者为重点服务对象并辐射至整个家庭，无偿提供疾病预防、危险因素控制、用药指导、心理疏导、中医养生“治未病”等健康服务，从源头预防慢性病；对签约家庭诊断不明、疑难重症病人开设“绿色通道”，进行逐级转诊和双向转诊，从而解决了居民“看病难”、“看病贵”的问题。二是从过去“疾病末端管理”到现在“疾病前期管理”。通过“被动监测”和主动调查，完善社区健康自助监测设备，打造“健康体验馆”，通过社区门诊筛查、健康档案管理、居民健康自测、65岁以上老人体检、专项调查等筛查社区慢性病高危人群和前期患者并分别建档、随访和干预。三是从过去“疾病医生防治”到现在“健康自我管理”。以建设发展由家庭医生作为师资指导的社区健康自我管理小组为抓手，积极动员社会参与，整合利用有效资源，大力倡导健康生活方式。目前，辖区健康自我管理小组已覆盖各个居委，组员达 4035 人。四是从过去常见慢性病管理逐步过渡到全部类别。如注重科研成果转化，在全区推广应用老年人跌倒预防，家庭医生

为签约家庭 60 岁以上老人提供防跌倒服务等。

健康管理理念在慢性病防治领域运用的实践证明，社区健康管理让慢性病防治的社会效益和经济效益得到了提升。家庭医生制和“防治一体化”服务，获得了慢性病患者及其家庭的广泛认可和积极参与，辖区高血压和糖尿病患者登记管理人数近两年来连续以 20% 以上的增速递增，患者血压和血糖控制率有了明显提高，同时也提升了社区卫生服务中心的品牌效应、增加了经济收入，取得了社会、居民、社区卫生服务中心“三赢”佳绩，实现了家庭医生为辖区居民“健康守门人”的工作目标，为社区慢性病防治可持续发展奠定了基础。

三、信息系统助力慢性病防治的机构间协同

通过慢病干预信息化业务管理集成应用、高血压防治干预信息系统、“医健通”、“家庭医生平台”等慢病信息化建设项目，辖区卫生信息平台集成了社区卫生服务、HIS 和慢性病管理等三个网络资源，对慢性病患者各类指标和用药疗效进行实时监测，实现了诊疗数据和公共卫生管理数据的整合交换，辖区居民尤其是慢性病管理对象、社区卫生服务中心、二级医院和疾控中心四方共享平台管理数据。

各医疗卫生机构间数据的协同运转促进了决策智能化、服务人性化管理精细化，实现居民自助查询健康资讯和个人健康信息，与家庭医生进行寻医问药互动，同时，也便于社区及时对辖区二级医院发现的慢

性病患者进行建档管理，并在社区门诊过程中完成对在管慢性病患者的随访管理，利于家庭医生根据诊疗结果和相关指标评估慢性病患者管理效果。2011 年试点地区长宁区慢性病患者随访依从性和管理效率进一步提高，家庭医生慢性病管理对象门诊预约率提高到 50%，社区门诊随访占高血压、糖尿病患者的随访管理比例达到 31%。

四、质控、培训体系贯穿慢性病防治全程

除日常工作中强化质控外，长宁区引入每年两次的公共卫生专家组现场质控考评机制，通过走访、小组和个人深度访谈、技能水平测试、资料溯源、反馈和整改等措施促进慢性病管理工作水平全面提升。同时，区疾控中心 and 社管中心针对社区需求、困惑和难点问题及时开展培训、沟通和指导，落实解决方案，邀请各领域专家对辖区以家庭医生为核心的社区慢性病防治团队进行诊治规范、临床思维、营养干预、团队管理、人际沟通、自我营销等方面的系列慢性病访视技巧技能培训指导，提高队伍内涵素质。今后长宁区所有家庭医生除了具备全科医师资质外，还将通过数年培训获取心理咨询师、健康管理师、营养师资质。

（责任编辑：高广文）

上海市闵行区肿瘤早发现工作介绍

杨海燕

上海市闵行区按 2007 年当年全区居民发病和死亡顺位,选定了位居前六位的“大肠癌、胃癌、肝癌、肺癌、宫颈及乳腺癌”为优先干预癌肿,积极开展肿瘤筛查早发现工作。

一、主要做法

(一) 完善社区常见肿瘤早发现工作监测网络

闵行区的肿瘤早发现监测网络的建设充分利用现有卫生资源,以促进医学科技进步和技术水平的整体提高为目的,培养技术骨干,依托团队优势,对社区主要肿瘤的分布和动态变化以及影响因素做长期的观察和分析,为社区常见肿瘤的防治提供科学依据。一是加强组织领导,区卫生局成立闵行区肿瘤早发现领导小组和技术指导小组,由分管局领导任组长;区二级医院和社区卫生服务中心成立肿瘤早发现协作小组,由分管院长任组长,组员包括内、外、检验科及防保人员。二是制定监测工作方案,区疾控中心和妇幼保健院分别制定大肠癌、胃癌、肝癌、肺癌等“四癌”及宫颈癌、乳腺癌等“两癌”早发现监测工作方案,二级医院和社区卫生服务中心根据实际职责,落实到人。三是培养社区肿瘤早发

作者简介:杨海燕,女,闵行区卫生局副局长
作者单位:闵行区卫生局,上海,201100

现骨干防治队伍，组建由医、护、防等卫生专业技术人员组成的肿瘤早发现团队。四是落实政策和经费支持，区卫生局将肿瘤早发现工作纳入各医疗卫生机构的契约化指标进行考评和经费发放。五是强化信息化支撑，由区卫生局牵头，区疾控中心及创业软件公司共同研发社区肿瘤早发现监测软件，并实现各社区卫生服务中心联网。

（二）规范实施步骤和流程

通过社区健康教育、因症就诊、健康体检三种途径对社区 40 岁及以上人群进行大肠癌、胃癌、肝癌、肺癌、宫颈癌、乳腺癌等“六癌”初筛，结合健康问卷和初筛检查确立高危人群队列，开展长效规范管理。40 岁以上社区人群、因症就诊人群及健康体检人群，通过专题讲座、播放录像、发放资料、版面展示等各种形式的健康教育后开展健康问卷调查，掌握其危险度。问卷中有一项阳性提示或体检项目包含初筛相关检查均为初筛人群。阳性者进一步复诊，社区团队医生追踪就诊结果，并将确诊病例病理及手术情况申报至由区肿瘤早发现专家组统一评审确定期别；复查后排除肿瘤的高危人群按不同癌肿要求进行定期长效规范管理。确诊病例追踪癌肿、期别，均以组织细胞学为最后依据，由区内专家评审。

二、主要成效

肿瘤干预是一个长期的过程，其远期效果（如生存率延长、死亡率

降低) 还未发生显著变化, 本文仅进行近期效应进行分析。

一是社区居民肿瘤早发现的知识和态度得到改善。调查结果显示, 开展肿瘤早发现工作后, 社区居民对肿瘤早发现相关基本知识的知晓率由 55.2% 提高到 70.0%, 包括早发现重要性、作用、信号、体检间隔、大肠癌症状、肝、肺、胃癌早发现手段等。态度转变率由 71.4% 提高到 83.1%, 主要表现在防癌体检投资、肛指检查、AFP、B 超、CT、胃镜检查接受度等方面。

二是肿瘤诊断的早期病例数逐年增加。其中大肠癌、胃癌、乳腺癌、宫颈癌早发现效果尤为显著。2012 年, 社区发现的四类肿瘤早期率分别达 28.87%、21.05%、66.67%、7.69%, 二级医院早期率分别达 47.67%、31.33%、46.30%、21.88%。2011 年来, 闵行区进一步加强了对癌前期病变的发现及管理, 到 2012 年底累计发现癌前期病变 641 例, 对降低肿瘤发病率有积极意义。

三是肿瘤检出期别明显提前。从 2010 年开展的专项评估结果发现, 开展早发现管理后, “六癌”检出期别较早发现管理前均有明显的提前(见表 2)。

表 1 2008—2012 年“六癌”早发现病例数

癌种	社区卫生服务中心					二、三级医院				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
大肠癌	6	19	21	34	28	15	24	25	27	41

胃癌	0	5	5	9	12	10	20	19	27	26
肝癌	1	0	0	1	4	0	0	1	0	1
肺癌	1	6	2	8	12	0	2	4	3	4
宫颈癌	11	21	13	18	1	0	0	11	5	7
乳腺癌	21	22	19	14	38	0	0	10	20	25
合计	40	73	60	84	95	25	46	70	82	104

表 2 2010 年不同癌种早发现策略实施前后“四癌”检出期别比较

癌种	组别	监测 病例 数	确诊病例		I		II		III		IV		无法判断	
			例 数	构成比 (%)	例 数	构成比 (%)	例 数	构成比 (%)	例 数	构成比 (%)	例 数	构成比 (%)	例 数	构成比 (%)
大肠癌	管理前	1642	135	8.22	37	27.41	32	23.70	30	22.22	11	8.15	25	18.52
	管理后	103608	200	0.19	64	32.00	40	20.00	27	13.50	11	5.50	58	29.00
肝癌	管理前	186	4	2.15	1	25.00	0	0	0	0	0	0	3	75.00
	管理后	18467	14	0.08	1	7.14	3	21.43	1	7.14	0	0	9	64.29
肺癌	管理前	2612	71	2.72	0	0	5	7.04	6	8.45	3	4.23	57	80.28
	管理后	64234	67	0.10	7	10.45	6	8.96	2	2.99	3	4.48	49	73.13
胃癌	管理前	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	管理后	96178	15	0.02	5	33.33	0	0	3	20.00	1	6.66	6	40.00

三、实践经验与意义

一是充分利用现有卫生资源，以促进医学科技进步和技术水平的整体提高为目的，培养基层技术队伍，依托信息优势，对社区主要肿瘤的分布和动态变化以及影响因素做长期的观察和分析，为常见肿瘤的防治提供科学依据。

二是实施以健康教育为先导，人群早期筛检，高危人群连续性管理的长效机制的运行，将会对居民产生较大影响。早期癌肿及癌前期病变病例发现数的提高，其远期效益不容忽视。

三是在建立成熟的早发现监测网络下进一步探索简单易行、有效的

肿瘤早发现的机制，实现疾病预防控制中心 - 综合医疗机构 - 社区卫生服务中心“三位一体”的无缝隙链接，将在很大程度上改变肿瘤综合防治的方法和模式，大大改善人群健康水平，延长寿命，提高人群的生存质量。

（责任编辑：高广文）

送：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处

国家卫生和计划生育委员会相关司局、卫生发展研究中心、统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

上海市市委、市人大、市政府、市政协及相关部门

各省市卫生局（卫生和计划生育委员会）领导及政策法规处、规划财务处

上海市卫生和计划生育委员会委领导及有关处室、委属单位

上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局

上海市相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai, China