

基层慢病管理 服务适宜技术

上海市社区卫生协会 陈冬冬

2018. 4. 27

内容提要

- 第一部分 慢性病简述
- 第二部分 慢性病管理的背景
- 第三部分 慢性病管理的流程
- 第四部分 创新慢病管理模式

慢性病简述一 定义

慢病：慢性非传染性疾病

Non-communicable Diseases (NCD)

■ WHO定义

以心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性阻塞性肺部疾病（COPD）、糖尿病为代表的一组疾病，是相对于传染病和急性疾病而提出的一组疾病总称

■ 《全国慢性病预防控制工作规范》定义

是对一类起病隐匿、病程长且病情迁延不愈、缺乏明确的传染性生物病因证据、病因复杂或者病因尚未完全确认的疾病的概括性总称。

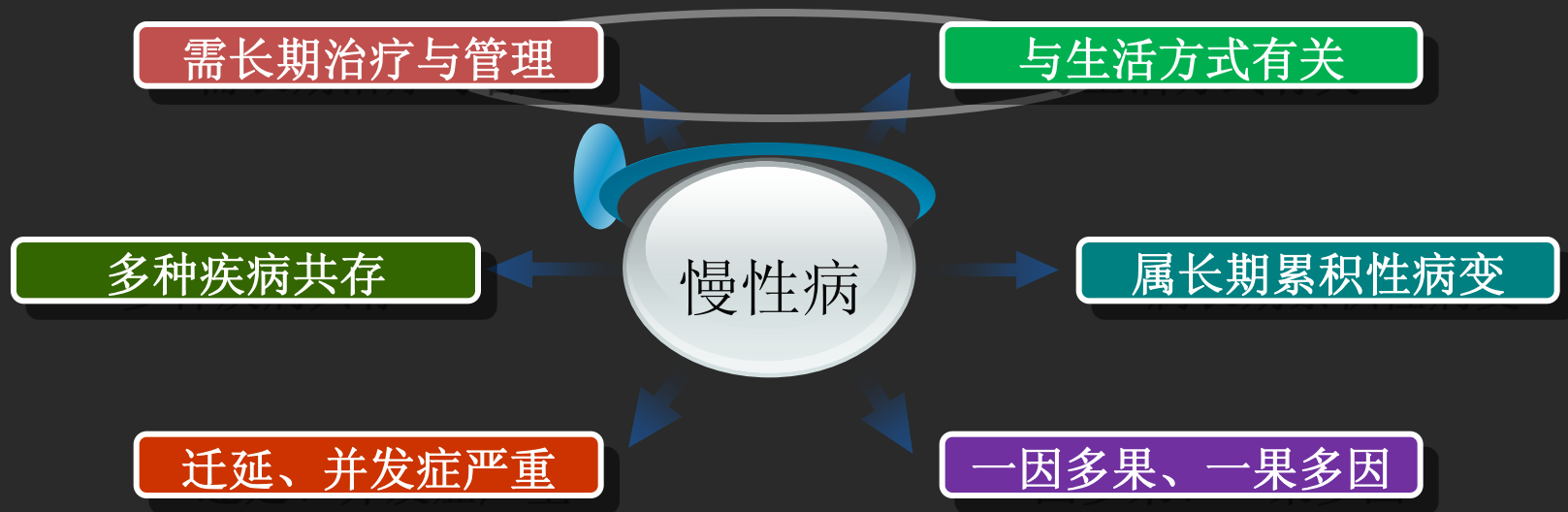
慢性病简述—特点

慢性病的特点：

- 病因相似
- 起病隐匿
- 病程长
- 不可逆
- 并发症多
- 致残致死率高
- 经济负担重



慢性病的特点给我国管理工作带来巨大挑战



慢性病简述一分类

按照国际疾病系统分类法标准将慢性病分为：

- 精神行为障碍：老年痴呆、精神分裂症、神经衰弱、神经症（焦虑、抑郁、强迫）
- 呼吸系统疾病：慢性支气管炎、肺气肿、慢性阻塞性肺病（COPD）
- 循环系统疾病：高血压、冠心病、脑血管疾病、心肌梗塞、肺心病等
- 消化系统疾病：消化性溃疡、胰腺炎、胆石症、胆囊炎、脂肪肝、肝硬化
- 内分泌、营养代谢疾病：血脂异常、糖尿病、痛风、肥胖、营养缺乏
- 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病：骨关节病、骨质疏松症等
- 恶性肿瘤：肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、结肠癌、子宫癌、前列腺癌、白血病等

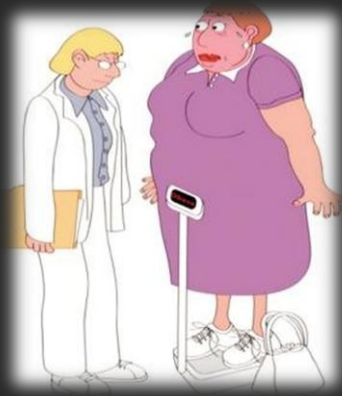
慢性病简述—与急性传染病的区别

	急性传染病	慢性病
病因	有特异性的生物学病因	病因不甚明确，与多种因素有关
病因预防	特异性预防有效，直接效果明确、迅速、可测量	必须采取综合性预防干预措施，直接效果不明显，需长时间评价观察
发病机制	相对单纯，容易阻断	复杂，不容易阻断
病程及所需	短，治愈或死亡，所需服务时间较短	长，甚至终身带病，需连续性的预防、保健、康复服务
预防措施	有传染性，人群预防的效果和效益极佳，公共卫生人员和政府行为为主	多无传染性，人群预防的效果尚不突出，以个人预防为主
预后	多数后遗症少，需要单一的躯体功能康复	多器官、多系统损害，需要连续性、综合性的康复服务

慢病发生发展三阶段

第一阶段：单纯不健康生活方式和心理阶段

■ 处于此阶段的人尚未患有任何慢性病，但如果不注意改变不良生活习惯，不注意调整心理，机体会逐渐出现生物学指标的异常、甚至器质性疾病——慢性病



慢病发生发展三阶段

第二阶段：生物学指标异常阶段

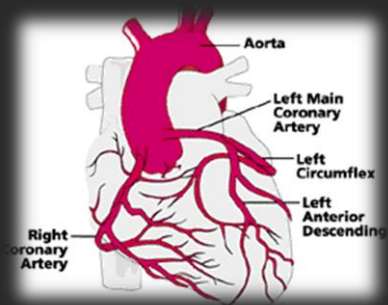
■ 此时血压、血糖、血脂、体重等生物学指标开始出现异常，但通过行为改变、心理调节或/和药物治疗，仍可将这些生物学指标控制在正常水平，可有效防止慢性病的发生



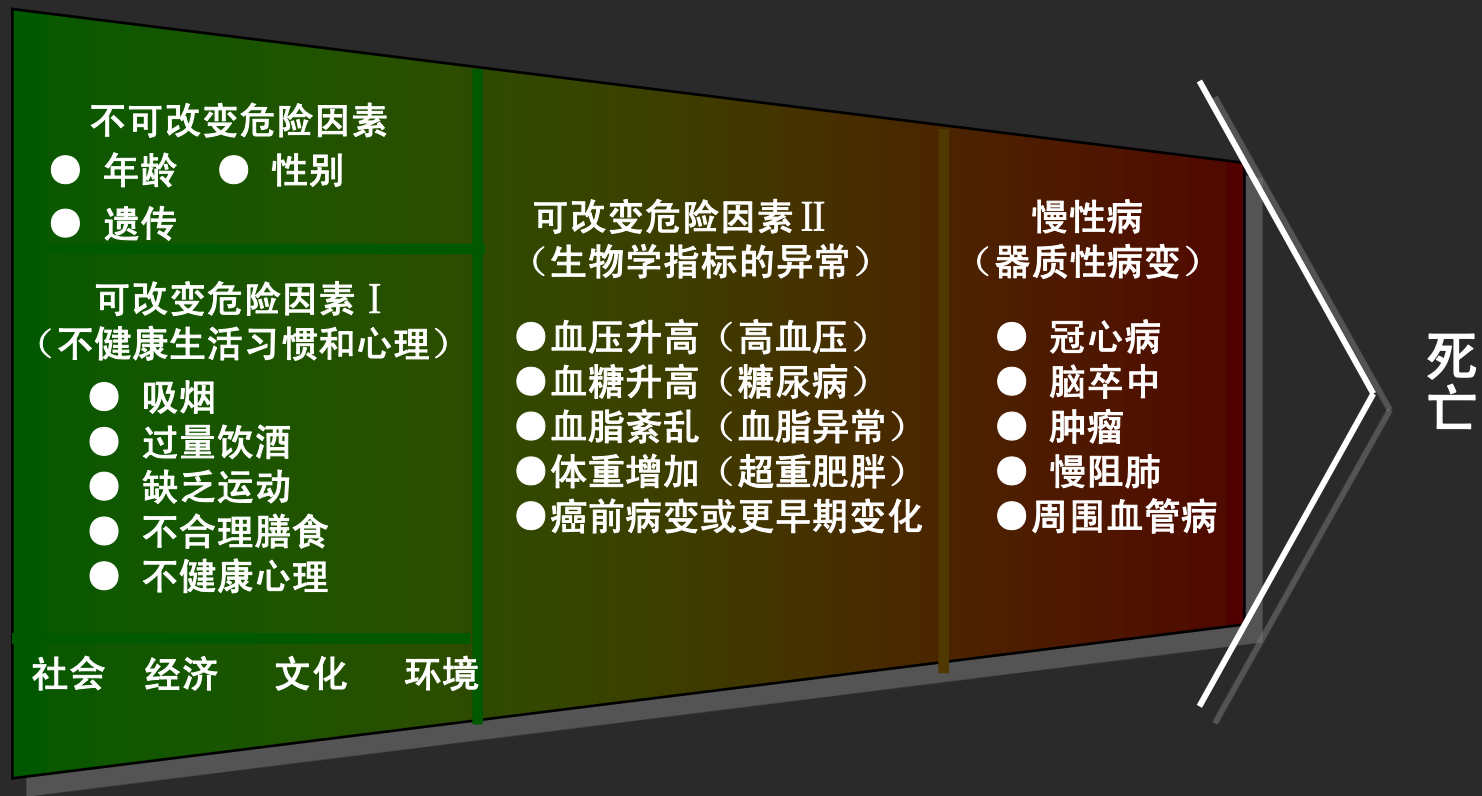
慢病发生发展三阶段

第三阶段：慢性病阶段

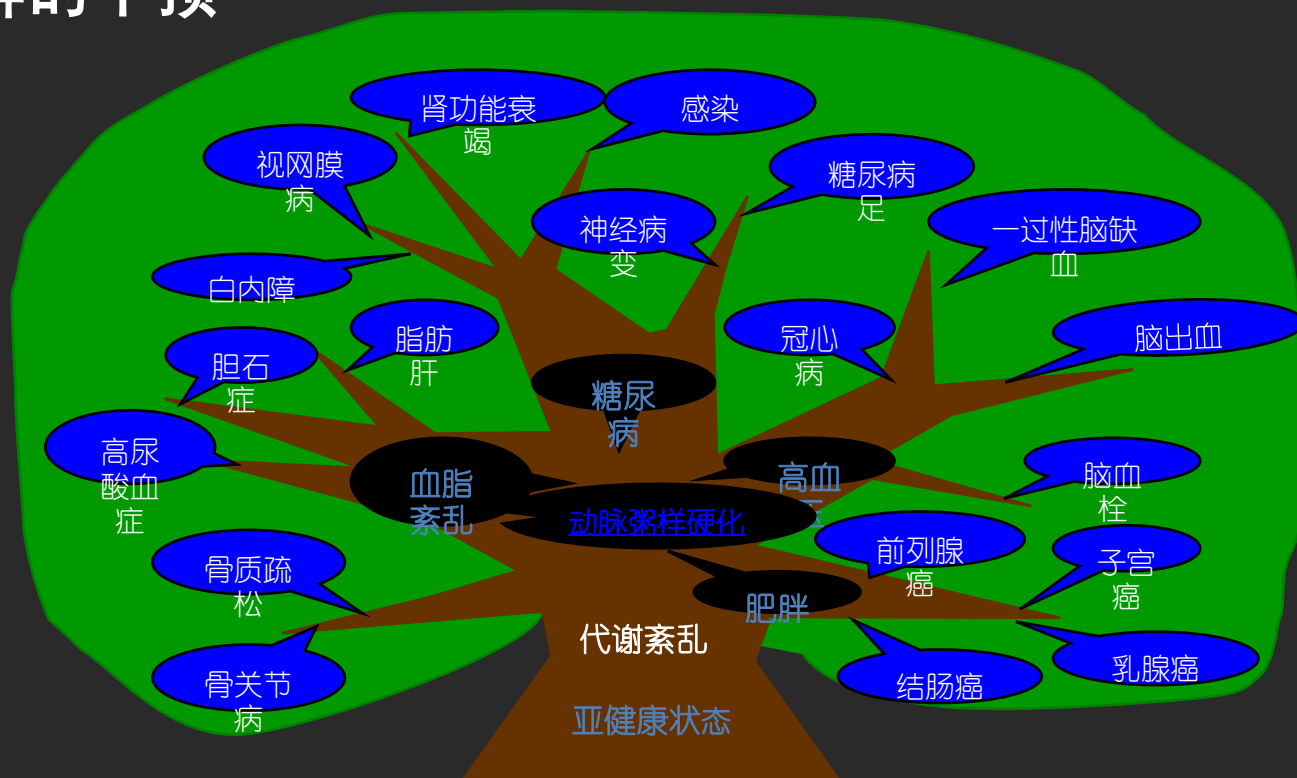
■ 此时机体已经出现了器质性病变，如冠状动脉狭窄、脑动脉血栓形成等病变。病情多不可逆，此时最需要做的就是防止病情的恶化和再发



慢病发生的过程



高危人群的干预



不良生活方式：多食、少动、吸烟、酗酒
精神因素、不良社会、环境因素

慢性病管理的背景—历史

- 一个世纪前，已注意到人的死因有一大部份须归因于慢性病
- 1900年，美国纽约市，各年龄层中有26%死于慢性病
- 1940年，美国纽约市，各年龄层中有70%死于慢性病
- 差别因素部分为疾病或病况筛查归类知识技术的发展，但不可否认的是，慢性病对健康的恶劣影响和对生命的严重威胁

慢性病管理的背景—历史

- 美国的Edward L Bortz于半个世纪前率先将慢性疾病或病况称为“**The chronic invalid**”（**慢性病症**）(Bortz, 1948)
- 当时，已发现人的平均寿命会因慢性病而缩短，且各种慢性病患的平均年龄分布均有差别，如所有慢性病患者之平均年龄约为56岁，结核病患者26岁，烧烫伤患者19岁，癌症、中风、动脉硬化性心脏病及老年性骨折等常见的老人或慢性病患者则约为75岁

慢性病管理的背景—人口老龄化

- 全世界人口平均期望寿命
 - 1960年50岁
 - 2013年70-71岁
 - 获得越来越长寿命的同时，伴随而来的是越来越突出和严峻的人口老龄化问题

慢性病管理的背景

—全球慢性病的流行特征及现状

- 在全世界范围内，慢性病是除最贫穷发展中国家外其他国家的主要疾病负担，是死亡和致残的主要原因
- 2008年，慢性病死亡占全球总死亡数的63%
- 全球慢性病总死亡的50%为心血管疾病
- 79%在发展中国家，大多数年龄在45-65岁之间

慢性病管理的背景

—全球慢性病的流行特征及现状

世界卫生组织预测：

- 2020年慢性病死亡将占全球总死亡数的75%

慢性病占疾病负担的60%

其中：冠心病71%

脑卒中75%

糖尿病70%

} 发生在发展中国家

77% of the total number of deaths attributable to NCDs occurred in developing countries

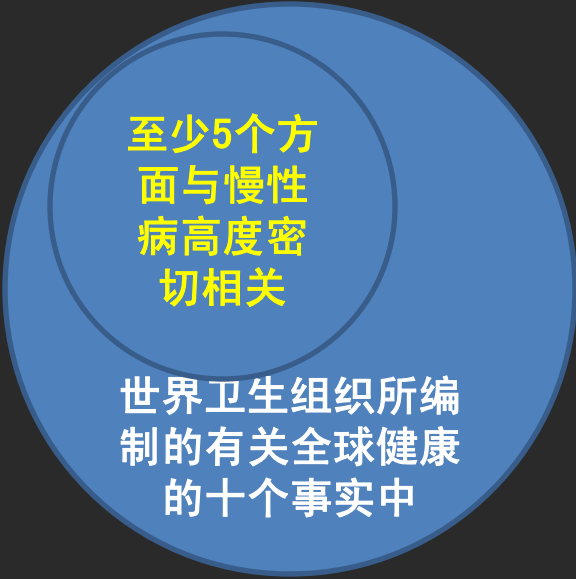


85% of the global NCD disease burden is borne by low- and middle-income countries



慢性病管理的背景

—全球慢性病的流行特征及现状



至少5个方面与慢性病高度密切相关

世界卫生组织所编制的有关全球健康的十个事实中

比如：

■ 心血管病是全球主要死因，占整个死因的30%，但80%的心血管病可以预防；

■ 抑郁症患者现在全球高达3亿人，精神疾患进入全球死因前20位，但超过半数患者未得到有效治疗

慢性病管理的背景

—全球慢性病的流行特征及现状

- 慢性病已成为世界上威胁民众健康的最大挑战
- 全社会参与，有效控制慢性病的流行已经成为世界各国政府和社会的共同价值取向和利益选择

慢性病管理的背景

—我国慢性病的发展趋势

■据2015年4月公布的《中国居民营养与慢性病状况报告》显示，慢性病占中国居民死因的86.6%

■高血压患病率上升至25.2%

■糖尿病患病率由1980年的0.8%上升至9.7%

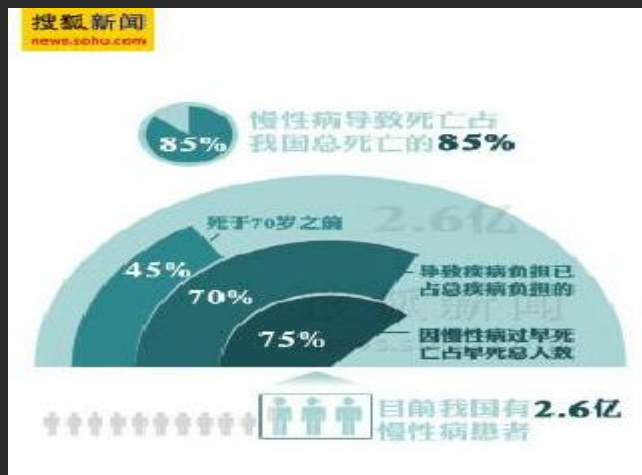
} 患病人数超过2亿人

慢性病管理的背景

—我国慢性病的发展趋势

我国卫生服务调查第4次调查结果：

- 有医生明确诊断的慢病病例达2.6亿
- 过去10年中平均每年新增1000万例
- 导致的疾病负担已占总疾病负担的70%



慢性病管理的背景

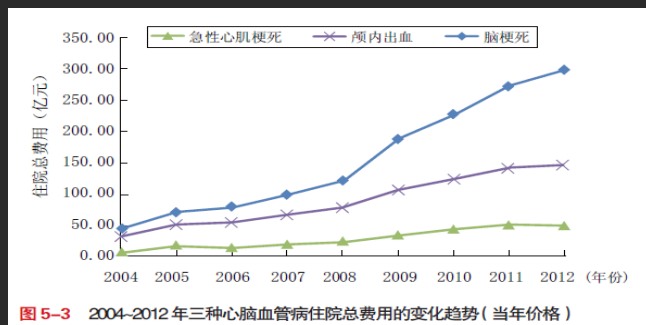
—我国慢性病的发展趋势

- 慢性病已成为消耗我国医疗资源的“黑洞”
- 有统计：我国每年约有600—700万人死于慢病，其中心脑血管病患者约有200万人心脑血管病每年耗资3000亿人民币（直接+间接）

慢性病管理的背景

—我国慢性病的发展趋势

- 2012 年中国心脑血管疾病中，急性心肌梗死的住院总费用为 49.61 亿元，脑梗死为 298.45 亿元。
- 估计每年约 350 万人死于心血管病，即每天 9590 人，每小时 400 人，每 10 秒钟 1 人死于心血管病。



慢性病管理的背景

—我国慢性病的发展趋势

- 慢病已成为中国人的头号健康威胁，脑卒中等脑血管病作为国民第一位死亡原因，如不加以控制，预计到2020年，病例将增加一倍
- 2015年11月27日召开的2015年中国慢性病大会上，国家卫计委副主任王国强表示，推动慢性病防治是建设健康中国的重中之重

慢性病管理—政府作用

■ 政策支持（国家）：

🏛️ 管理者的职责就是制定成功的愿景，把提高照护质量放在首位，提供各种资源支持慢病管理计划和实践改善计划。

🏛️ 构建一个以慢病照护为中心的组织或卫生保健系统，从而保证安全的、高质量的照护，例如：

- 糖尿病、高血压的三级预防政策；
- 对糖尿病、高血压、冠心病患者的医疗保障制度

慢性病管理—政府作用

■ 案例：芬兰慢性病防控（North Karelia项目）模式

政策支持：

颁布了一系列政策法规。以控烟为例，在全国性的控烟规划中，政府制定和颁布了一系列的控烟策略和法规，包括提高烟草价格，提高烟草税至75%，两次颁布和修改了禁烟法，立法规定禁止一切烟草广告等

慢性病管理—卫生决策

- 决策支持（卫生系统）——提供慢病照护的标准：
 - 🏢 在日常实践中导入证据医学，通过多种方法保证临床照护、科学证据和病人偏好相一致，使患者更易接受
 - 为病人提供信息，让病人选择适合自己的方法；
 - 鼓励病人进行疾病的自我管理；
 - 进行学术讲座和激励性的面谈

慢性病管理—信息支持

- 临床信息系统——描述个人及整个群体的健康水平，有利于提供快速、高效和积极的照护；**确保病人信息的登录、分享、提醒、回馈、评量等功能**，这是实施有效慢病管理的核心
 - 📊 临床信息系统有利于实施早期干预，监测干预结果并及时反馈，让患者更多地了解病情发展情况，利于患者有效的自我管理
 - 📊 可以锁定亚群体进行主动式治疗
 - 📊 使个别照护计划更加流畅

我国慢性病管理的依据

- 2009年卫生部下发的《国家基本公共卫生服务规范》明确将高血压、糖尿病等慢性病防治管理纳入社区卫生服务



- 《国家基本公共卫生服务规范（2017版）》中增加了健康素养促进服务

慢性病管理的依据

卫生部
国家发展和改革委员会
工业和信息化部
教育部
财政部
人力资源和社会保障部
环境保护部
农业部
商务部
国家新闻出版广电总局
国家食品药品监督管理总局

文件

卫疾控发〔2012〕34号

关于印发《中国慢性病防治工作规划 (2012—2015年)》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生厅(局)、发展改革委、教育厅(教委、局)、科技厅(科委、局)、工业和信息化主管部门、民政厅(局)、财政厅(局)、人力资源社会保障厅(人事、劳动保障)厅(局)、环境保护厅(局)、农业(农牧、农村经济)厅(委、局)、商务主管部门、广播电影电视局、新闻出版局、体育局、食品药品监督管理局(药品监督管理局)：

为积极做好慢性病预防控制工作，遏制我国慢性病快速上升的

- 1 -

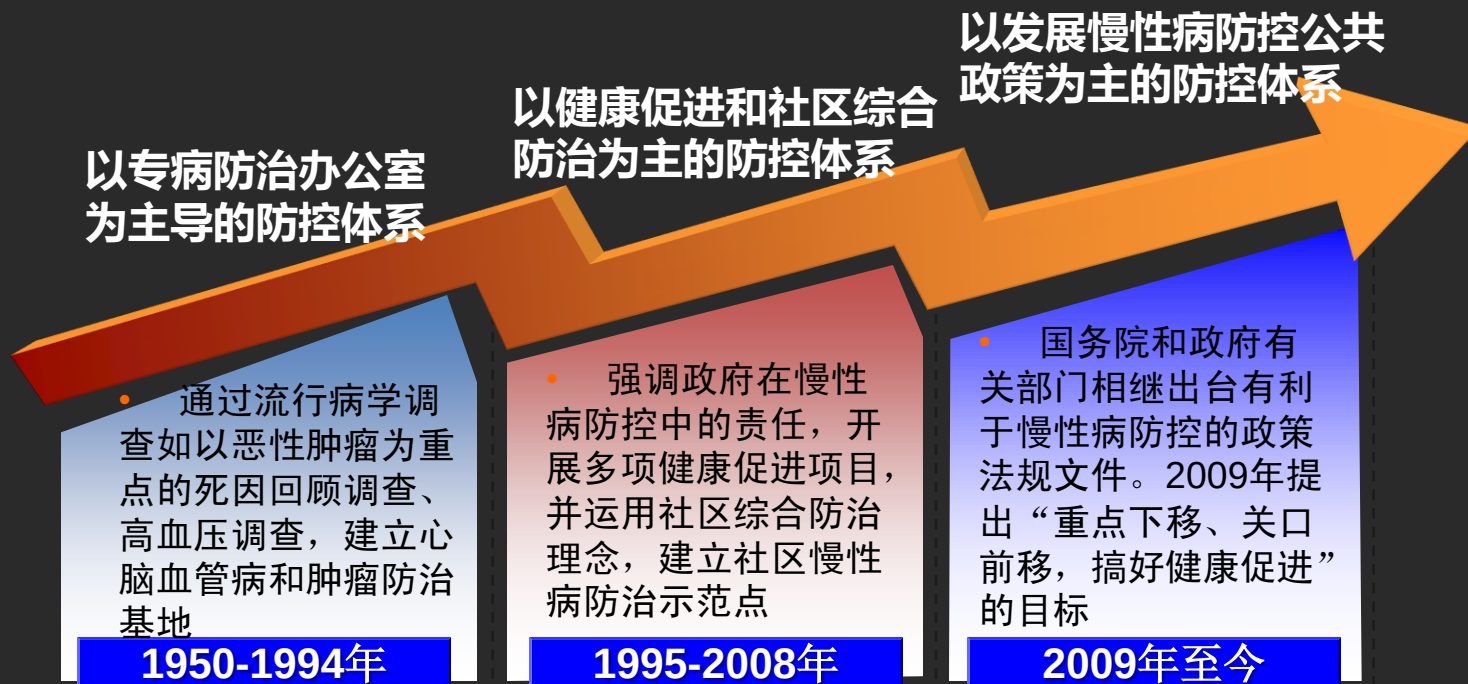
- 15部委联合发布《中国慢性病防治工作规划(2012-2015年)》
- 我国第一个国家级慢性病综合防治规划，在慢性病防治历程中具有“里程碑”式意义
- 目标：到2015年实现慢病防控核心信息人群知晓率达50%以上；35岁以上成人血压知晓率达70%；血糖知晓率达50%；各级各类医疗机构对35岁以上人群实行首诊测血压制度

中国慢性病防治工作计划（2012-2015）



卫生部发布工作计划提出多项2015年具体目标。

我国发展慢病防控体系的3个阶段



我国慢病防治的3.3.3策略

3种人群

一般人群

高危人群

患者

3个环节

控制危险因素

- 吸烟
- 膳食不合理
- 酗酒
- 缺乏运动
- 精神压力与紧张

早诊早治

- 高血压
- 糖尿病
- 高血脂
- 高血糖
- 超重
- 肥胖

规范性治疗

- 冠心病
- 脑卒中
- 肿瘤
- 慢性阻塞性肺病

3种手段

健康促进

健康管理

疾病管理

慢性病管理的流程



慢性病管理的流程—筛查

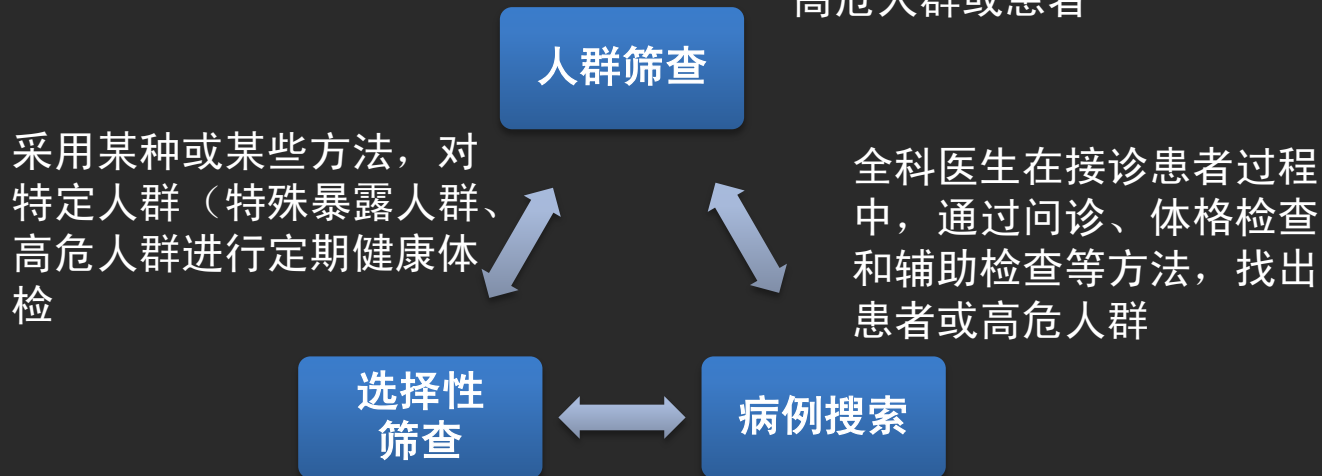
□ 筛查（screening）

又称筛检，是指应用快速、简便的试验、检查或其他方法，从表面健康的大量人群中查出患某种疾病的患者、可疑患者或有高危因素的人

慢性病管理的流程—筛查

□ 筛查（screening）

采用某种或某些方法，对指定人群检查，找出患某种疾病的高危人群或患者



慢性病管理的流程—筛查

□ 筛查—高血压

健康档案	全科医生为辖区人群建立，建档时进行高血压筛查
体格检查	65岁以上老人定期体检、从业人员健康体检
35岁以上居民首诊测压	全科医生对辖区内35岁及以上的首诊居民每年一次血压监测
健康教育途径筛查	健康教育活动中免费测量血压
设立免费测压场所	如在居委会等场所设立免费测压点
家庭自测血压	家庭配备血压计定期自我监测
其他途径	机会性筛查：如流行病学筛查

慢性病管理的流程—筛查

□ 筛查—糖尿病

- 1、有计划地测量辖区成年人的血糖
- 2、日常诊疗过程中监测发现血糖异常升高者
- 3、从业人员体检、65岁以上老人体检、单位健康体检、住院病人筛查、进行基线调查等
- 4、建立辖区居民健康档案，建立过程中筛查及就诊信息中筛查



以上途径筛查到的糖尿病人群相关信息纳入糖尿病管理系统

慢性病管理的流程—筛查

□ 其它慢性病筛查—慢性阻塞性肺疾病

健康档案	全科医生建立健康档案，建档体检时筛查
就诊信息	日常诊疗过程中筛查
体检	各类健康体检、住院病人筛查、机会性筛查（如流行病学基线调查）
健康教育活动	健康教育、健康咨询 活动中筛检患者及高危人群

慢性病管理的流程—筛查

□ 其它慢性病筛查—慢性阻塞性肺疾病

筛查方法：

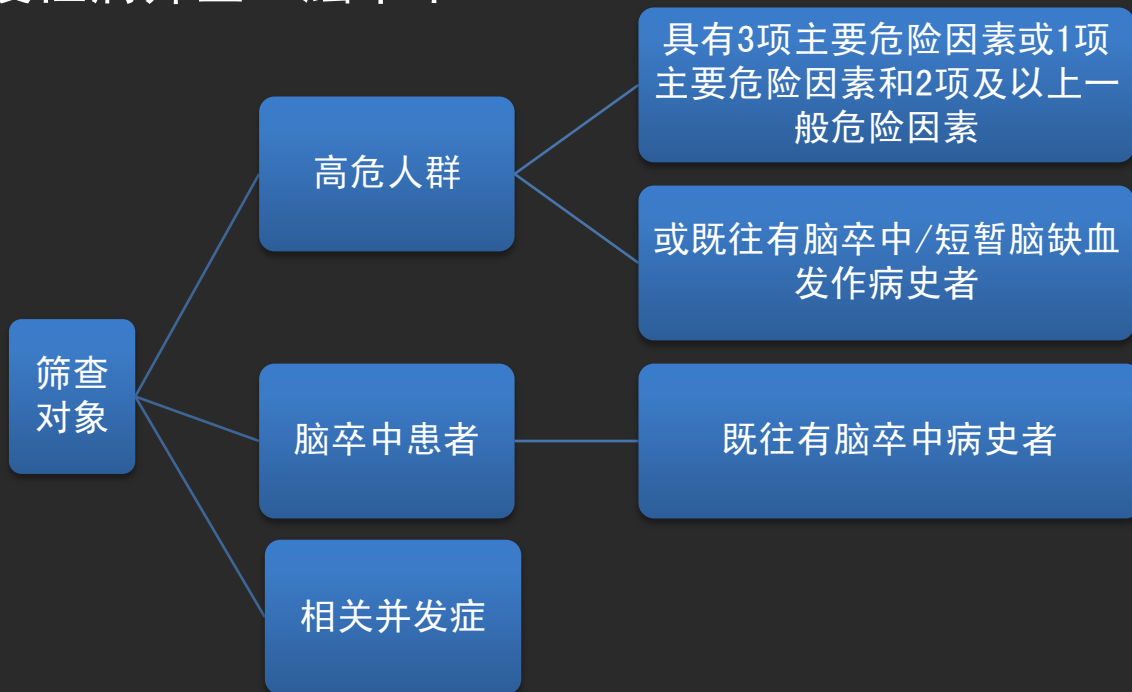
- 1、肺功能检查
- 2、支气管舒张试验
- 3、X线胸片检查
- 4、胸部CT检查
- 5、血气分析检查
- 6、血清 α_1 -抗胰蛋白酶检测



根据筛查结果为COPD患者或高危人群建立个体的健康档案

慢性病管理的流程—筛查

□ 其它慢性病筛查—脑卒中



慢性病管理的流程—筛查

□ 其它慢性病筛查—脑卒中

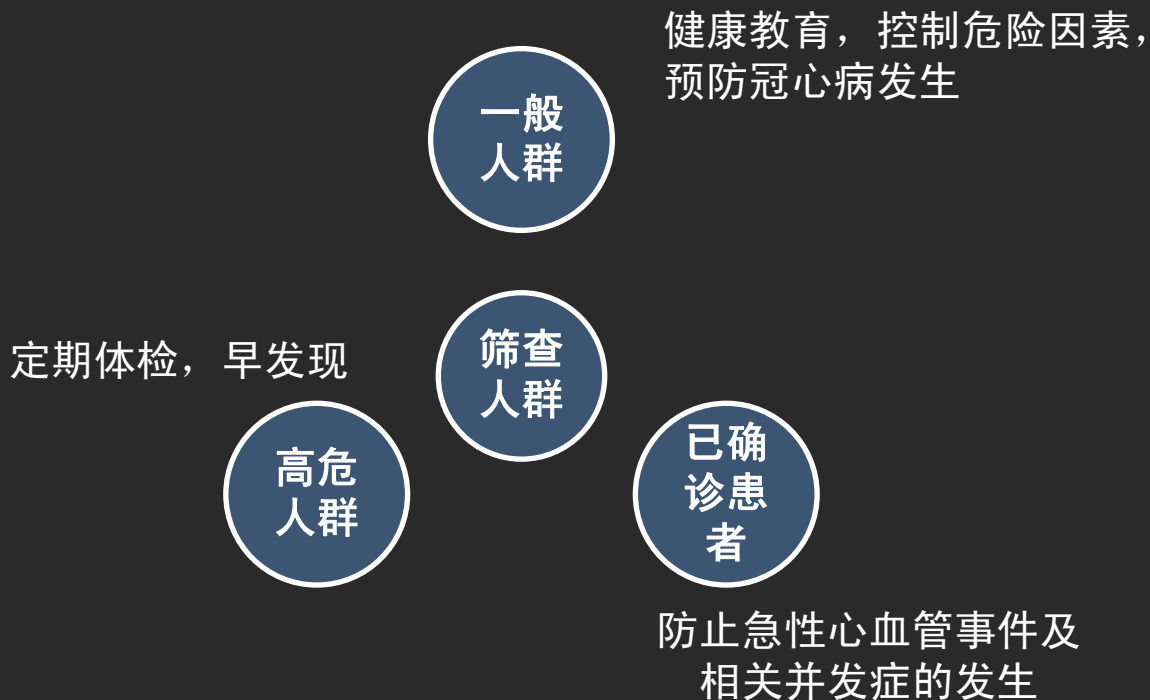
筛查方法

门诊筛查：了解就诊患者病史，进行体格检查和辅助检查；建立居民健康档案，分析信息；评估筛查对象；确定高危人群、脑卒中患者

高危人群健康体检：设定体格检查的项目，将有关脑卒中的危险因素设定为需要询问及检查的内容

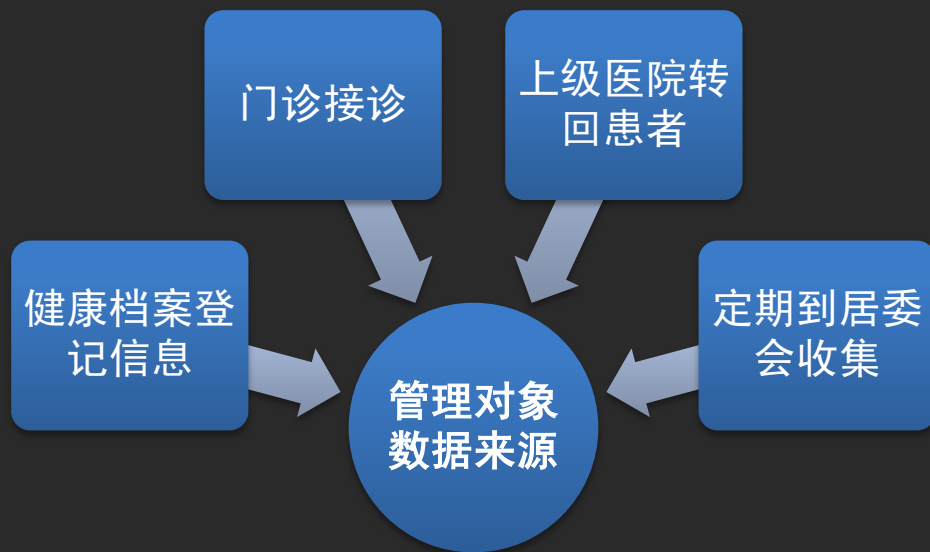
慢性病管理的流程—筛查

□ 其它慢性病筛查—冠心病



慢性病管理的流程—筛查

□ 其它慢性病筛查—冠心病



慢性病管理的流程—随访评估

□ 随访评估—原发性高血压（每年至少4次随访）

- （1）测量血压并评估是否存在危急情况
- （2）两次随访间的病情波动
- （3）测量相关指标（心率、BMI等）
- （4）询问患者疾病情况和生活方式
- （5）了解患者服药情况

慢性病管理的流程—随访评估

□ 随访评估—2型糖尿病（每年4次免费空腹血糖检测，至少4次随访）

- （1）测量空腹血糖和血压，并评估是否存在危急情况
- （2）两次随访间的病情波动
- （3）测量相关指标（体重、BMI等）
- （4）检查足背动脉搏动
- （5）询问患者疾病情况和生活方式
- （6）了解患者服药情况

慢性病管理的流程—分类干预

□ 高血压

分类	干预
血压控制满意（收缩压 <140 且舒张压 $<90\text{mmHg}$ ）、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者	预约进行下一次随访时间
第一次出现血压控制不满意，或出现药物不良反应的患者	结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2周内随访
连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者	建议其转诊到上级医院，2周内主动随访
所有的患者	针对性的健康教育

慢性病管理的流程—分类干预

□ 糖尿病

分类	干预
对血糖控制满意（空腹血糖值 $<7.0\text{mmol/L}$ ），无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者	预约进行下一次随访时间
第一次出现血糖控制不满意，或出现药物不良反应的患者	结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2周内随访
连续两次出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者	建议其转诊到上级医院，2周内主动随访
所有的患者	针对性的健康教育

慢性病管理的流程—健康体检

■对原发性高血压、2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康检查

■可与随访相结合

■内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断

糖尿病管理重点

1.老年糖尿病：

概念：年龄在60岁以上

治疗：采取因人而异、分层管理、严宽结合的治疗策略

对病程长、生存期短、有严重血管病变尤其是独居的患者放宽控制标准

根据并发症及伴发症状制定个体化的方案

注意避免肾功能损害的药和药物间相互作用

处理伴发情况：血压、血脂、凝血机制等异常

2.妊娠糖尿病：

概念：在妊娠期间首次发生或发现的糖耐量减低或糖尿病

防治措施：

尽早监测血糖，如有异常，应在2周内重复测定

所有妊娠妇女应在妊娠24~28周进行75 g OGTT测定血糖

对于计划妊娠的糖尿病患者应严格控制血糖，建议HbA1c <6.5%

糖尿病管理重点

3.糖尿病合并高血压：

概念：糖尿病患者中高血压的诊断标准同其他人群

防治措施：

糖尿病患者的血压水平超过120/80 mmHg即开始生活方式的干预

血压 $\geq$ 140/80 mmHg者开始降压治疗

控制目标应该 $< 140 / 80$ mmHg（部分没有并发症的年轻患者：收缩压控制在 < 130 mmHg，老年患者：150/90 mmHg）

4.糖尿病合并感染：

防治措施：

良好的血糖控制：首要措施，胰岛素治疗为首选

加强自身卫生

必要的免疫接种

有效的抗感染治疗

糖尿病管理重点

5.餐后高血糖的控制：

防治措施：食物选择：选择低升糖指数的食物和富含纤维的食物；

药物选择：口服药首选 α -糖苷酶抑制剂，也可以选择二甲双胍；GLP-1类似物及DPP-IV抑制剂改善肠促胰岛素系统功能缺陷；胰岛素改善胰岛功能减退

6.低血糖防治：

防治措施：严密监测和干预低血糖的症状发生，建议患者外出随身携带饼干、糖果等食物、带好有糖尿病诊断信息的家属联系卡；患者不要过量饮酒。对于糖尿病病程长、有严重伴发病或者反复出现低血糖的患者，建议HbA1c控制在7.0%—9.0%。

糖尿病管理重点

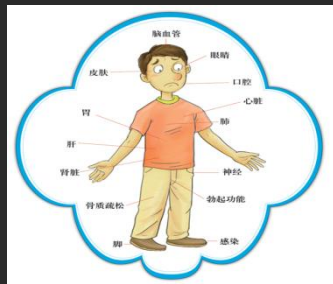
7.慢性并发症：

(1) 糖尿病肾病：

- ① 每年均应做肾脏病变的筛查：尿常规和微量白蛋白；至少每年检测血肌酐；
- ② 注意随着肾功能的下降胰岛素需要量将减少；
- ③ 限制植物蛋白的摄入，予优质低蛋白饮食；
- ④ 当肌酐清除率 $< 60\text{ml/min}$ 时停用二甲双胍。

(2) 糖尿病视网膜病变：

- ① 在确诊后应尽快进行首次眼底检查和其他方面的眼科检查；
- ② 眼部评估指标有视力、眼压、房角、眼底等变化；
- ③ 病情严重者及时转至专科治疗。



糖尿病管理重点

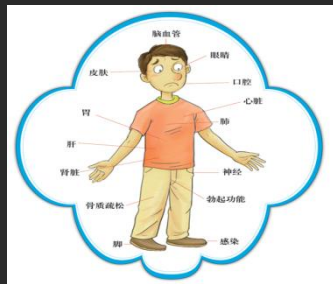
7.慢性并发症：

（3）糖尿病周围神经病变：

- ① 常**表现为**对称性的肢端感觉异常，可伴疼痛，后期出现肌力改变甚至瘫痪；
- ② 至少每年筛查一次；病程较长或合并微血管并发症每隔3~6个月进行复查；
- ③ 给予足部护理的健康教育。

（4）糖尿病足：

- ①**表现**：下肢麻木、刺痛或疼痛神经病变症状；间歇性跛行、静息痛、足背动脉搏动明显减弱或消失。
- ②**预防**：严格控制血糖；自我足部检查及医师对其进行详细的足部检查；防治危险因素；健康教育。



糖尿病管理重点

7.慢性并发症：

(5) 糖尿病下肢血管病变：

通常是指下肢动脉粥样硬化病变

①**表现**：患者中只有10%~20%有间歇性跛行的表现，大多数无症状

②**预防**：50岁以上患者应该常规进行筛查

合并高血压、血脂异常、心脑血管病变、吸烟或糖尿病病程5年以上等危险因素的患者每年至少筛查一次；
有足溃疡、坏疽的患者均应进行全面的动脉病变检查及评估

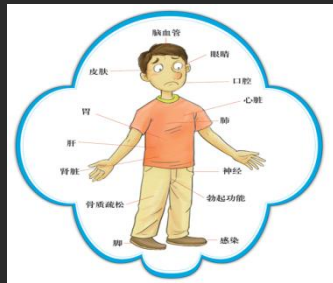
慢性并发症综合预防措施：

控制血糖、血压

治疗血脂异常

按照管理要求定期评估

及时发现和观察进展



创新慢病管理模式——科研立项探索社区慢病管理的效果

- ◆糖尿病患者特定分组式社区健康教育的机制研究
- ◆“三二一管理模式”对社区2型糖尿病治疗达标率的干预研究
- ◆社区糖尿病路径管理应
- ◆2型糖尿病链式分层管理模式个体化改进方案的效果评价
- ◆动机性访谈式宣教对2型糖尿病患者健康管理的影响
- ◆社区家庭医生团队利用微信平台开展糖尿病高危人群的健康管理
- ◆基于家庭医生责任制基础上的社区糖尿病病人预约积分制管理
- ◆强化运动管理对2型糖尿病患者的健康效应评价
- ◆六西格玛运用下的社区糖尿病健康团队管理模式

创新慢病管理模式——科研立项探索社区慢病管理的效果

- ◆以家庭医生为主导团队式管理社区糖尿病模式研究
- ◆糖尿病社区全专指导-合作管理模式研究
- ◆“医院-社区-家庭-个体”全程糖尿病管理模式的探讨
- ◆“健康生活秀”社区糖尿病管理模式的探索
- ◆发挥团队整体优势，构建创新糖尿病管理模式
- ◆延吉社区“三社联动”机制对糖尿病患者生活行为方式干预的效果评价
- ◆家庭医生制服务下团队医患互动糖尿病管理模式的应用
- ◆新型个体化-系统化的糖尿病健康管理模式在社区的应用
- ◆闵行模式下GP工作室如何进行糖尿病健康管理
- ◆社区糖尿病管理信息逐级传递模式的策略探索

研究结果

- 糖尿病就诊率
- 自我管理水平
- 糖尿病知识知晓率
- 血糖控制率、
糖化血红蛋白达标率
- 服药依从性
- 健康教育参与率

表3 203例2型糖尿病患者管理前后自我管理水平改变的比较 (n=203)

指标	管理前	管理后	P
遵医服药			
饮食控制			
规律血糖监测			
参加锻炼			

项目结果：

表2、健康教育参与率比较

	总人数(人)	参加数(人)	参加率 n%
干预组	56	42	75.00
对照组	51	13	25.49

干预组健康教育参与率明显高于对照组，说明居民对中西医干预的认可，医患互动增多，患者对医生的信任度提高有关。

感谢聆听！