我国慢性病的流行现状及其防治对策

   随着人类科技进步和工农业生产的迅猛发展，城市化、工业化进程的加快，环境污染的加剧，寿命的延长以及生活方式和行为的变化，疾病的流行规律和防治策略正在发生深刻的变化，作为预防医学工作者，我们在不断与传统的和人类新出现的传染病作斗争的同时，正面临着越来越严重的慢性病的挑战，疾病控制的任务变得越来越复杂。（第一次卫生革命和第二次卫生革命的双重挑战）

**一、           我国慢性病的流行现状及其危害性**

**1.   总的流行状况：**

慢性病 — 即慢性非传染性疾病的简称，主要是指心、脑血管疾病，恶性肿瘤、糖尿病及慢性阻塞性肺部疾病等，已成为严重危害我国人民健康的重要公共卫生问题，并成为医疗费用过度增长的重要原因。

**我国慢性病的死亡情况：**

全国人群死因顺位及死因构成改变，使慢性病防治的重要性明显增加：1996年我国死因统计城市人群主要慢性病（恶性肿瘤、脑血管病和心脏病）死亡占总死亡比例达60.31%，农村达44.51%。见表1。全国每天约1.3万人死于慢性病，占全国总死亡的70%以上，城市地区高达85%以上。我国慢性病造成的“早死”占全国潜在寿命损失的63%。如果目前死亡率不变，到2000年每年将有1000万人死于这些病。”

我国由慢性病引起的死亡占总死亡的比例大大超过世界平均水平，其中胃癌、食道癌和鼻咽癌的死亡率居世界首位，脑卒中死亡率列世界第二位。

所以说，我国目前所面临的慢性病防制工作的任务是非常艰巨，形势严峻。

                   表1  中国1957—1996年人群死因顺位变化

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 脑血管病 | 21.13 | 恶性肿瘤 | 22.28 |
| 2 | 传染病 | 7.93 | 恶性肿瘤 | 21.11 | 脑血管病 | 21.66 |
| 3 | 肺结核 | 7.51 | 心脏病 | 12.65 | 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 | 损伤中毒 | 6.52 |

近20年，我国人口总死亡率下降了20.05%（标化率下降了31.39%），但80年代以来我国人群主要慢性病的死亡率和死亡人数呈上升趋势：（表2）

                表2 1980—1995年我国主要慢性病死亡率（1/10万）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 城       市 | | | | 农        村 | | | |
| 1980年  1985年  1990年   1995年 | | | | 1980年  1985年   1990年   1995年 | | | |
| 脑血管病 | 135.35 | 117.52 | 121.84 | 130.48 | 113.06 | 101.31 | 103.93 | 108.05 |
| 恶性肿瘤 | 113.41 | 113.86 | 128.03 | 128.58 | 96.89 | 98.76 | 112.36 | 111.43 |
| 冠心病 | 38.55 | 37.84 | 47.48 | 59.38 | 18.64 | 17.58 | 21.18 | 25.79 |
| 糖尿病 | 4.45 | 5.16 | 8.12 | 11.90 | 2.22 | 2.06 | 3.00 | 3.77 |

  资料来源于中国卫生统计年报资料。

1980年 – 1995年城市人群因脑血管病、恶性肿瘤、冠心病及糖尿病死亡人数变化趋势：

      1980年       1985年       1990年       1995年

    274.65万人 è 276.62万人 è 346.31万人 è 374.50万人  （死亡人数）

**我国慢性病的患病情况：**

慢性病病程长，治愈率低，复发率高，造成病人不断积累，加之发病率增加，使得患病人数增加，患病率上升。我国慢性病的患病率已由1985年的23.7%增加到1994年的32.3%。与1985年相比，1993年（全国卫生服务调查）我国人群中心脏病的患病率增长了24.1%，脑血管病患病率增长了87.5%，糖尿病患病率增长了185.8%。恶性肿瘤由于病死率高，病程相对较短，患病率增长不大。8年间心脏病、脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病患病人数共计增加了1456万人，年均增长182万人。

我国高血压的患病率1959年为5.11%，1979年为7.73%，1991年为11.88%。

据全国抽样调查估计，全国现有高血压患者9000万人（包括临界高血压），糖尿病3000万人（包括隐性糖尿病病人）；脑卒中患者600万人（每年新发150万）；现存肿瘤患者200多万，每年肿瘤新发病人160万人；冠心病每年新发约75万人。

**江苏省慢性病的流行情况：**

70年代调查资料，我省恶性肿瘤死亡率居全国第一位，较全国平均水平高出50%，在全国死亡率最高的30个县中，我省占了9个，其中杨中、泰兴居全国第一和第二位；恶性肿瘤是我省居民第一位的死亡原因，占总死亡的25.5%（1/4）。

1991年全省高血压抽样调查结果，12个调查点共调查15岁以上的城乡居民45574人，确诊高血压患病率为7.7%（1980年6.25%），确诊和临界合计的高血压患病率为14.7%（1980年9.55%），高于全国平均水平13.58%。

1996年流行病学调查，我省20岁以上人群糖尿病的标化患病率为4.63%（全国3.21%），IGT的标化患病率为5.07%，也高于全国平均水平，全省约有糖尿病病例200万人（50%以上为隐性病例）。

    1998年的全省慢性病流行病学调查显示，35岁以上居民已知高血压、冠心病、脑卒中、糖尿病及肿瘤的患病率分别为8.94%、2.87%、00.93%、1.01%和0.94%。国内比较处于较高水平。经体检35岁以上居民高血压的患病率高达31.12%（1/3），有71%的高血压患者不知道自己患有高血压。

**趋势预测：**

    随着我国人群平均期望寿命的延长，老龄人口的增加，以及城市化、工业化等导致慢性病危险因素的增加和生活行为方式的变化预示着我国人群中慢性病患病率和死亡率在今后一段时间内还将继续呈上升趋势。

**2 慢性病所致的危害严重**

**慢性病的预后差，致残率高：**

慢性病通常病程长，预后差，并伴有严重并发症甚至残疾的发生。如糖尿病患者肾功能衰竭发生率比非糖尿病者高17倍，致盲率高25倍。我国现存的600万脑卒中患者中75%不同程度的丧失劳动能力，40%重度致残，而且不可逆转，由此造成了人们生命余年的痛苦，加重了*疾病的负担*。

疾病负担是近几年提出的一个新的指标，是指疾病所造成的健康期望寿命的损失情况。健康期望寿命可以定义为在健康条件下的期望寿命，即个人在良好的状态下的平均生存年数，它把发病率和死亡率的信息有机地融合为一个整体。在当前众多的反映健康状况的指标中，残疾调整生命年(DALY)可以作为一个反映疾病负担的新指标。它由早逝造成的损失（寿命损失年YLL）以及残疾造成的损失（残疾生存人年YLD）两部分组成。慢性病防治的根本任务就是降低死亡率、致残率和提高生命质量，进而预防和控制其发生。

**医疗费用过快增长，带来沉重的社会负担：**

慢性病的患病率上升导致了城乡居民对卫生服务的利用增加。我国城市及县级医院中慢性病住院病人占全部住院病人的比例呈上升趋势。1996年城市医院中恶性肿瘤、脑血管病及心脏病住院病人的比例较1990年上升了31.6%。

城乡居民对卫生服务的利用增加、人口的老龄化、疾病构成的变化及医疗高新技术的应用，带来了医疗费用上涨过快，其速度超过了国民经济和居民收入的增长速度。北京医科大学陈育德教授分析了全国2000多所综合医院病人医疗费用发现：1995年平均每一门诊病人医疗费用由1988年的7.5元上涨到39.9元，平均年增长27%；平均每一出院病人住院费用由327元上涨到1668元，平均年增长26.2%。扣除物价上涨因素（年均10%），年增长超过15%。医疗费用的过快上涨，加大了国家、企业和个人的负担。1986年至1992年间公费、劳保医疗费用年增长率超过25%，人均增长18%，而同期国家财政收入年增长率为10%，居民实际年收入增长率为6%。

卫生部卫生经济研究所“城市卫生资源配置适应疾病模式转变研究报告”结果表明：慢性病医疗费用上升主要与慢性病例人均治疗费用增加和患病率上升有关，占92.27%，人口数量增加等其它因素仅占7.73%。

根据该研究测算，1994年全国慢性病的治疗费用为419亿元，同年全国卫生总费用为1448亿元，慢性病的治疗费用占卫生总费用的28.9%。按照目前慢性病治疗费用年均递增17.7%的速度，预计到2000年，全国慢性病的治疗费用将高达1216亿元。由于慢性病治疗费用的增加将推动卫生总费用迅速攀升，据推测，如不对慢性病进行有效预防和控制，到2000年卫生总费用占国内生产总值（GDP）的比例将由1994年的3.22%提高到4.05%，到2030年这一比例将达到24%，远远高于目前任何一个国家的卫生总费用占GDP的比例，必将对我国国民经济造成影响。

**二、           慢性病的防治对策和措施**

**（一）慢性病防治的特点：**

    多病因的特点决定了慢性病防治的复杂性

目前认为恶性肿瘤、心血管疾病和糖尿病等慢性病是由遗传和多种环境因素共同作用所致，其中环境因素占主导地位，但各不相同；很多慢性病的病因至今尚未完全阐明，而且不同地区可能存在不同的致病原因，这些特点决定了慢性病防治的复杂性。

例如：常见的恶性肿瘤有十多种，而且病因各不相同，正在研究。

      肝癌：HBV感染；黄曲霉毒素污染；饮用水的污染（藻类毒素）等；

      肺癌：吸烟；空气环境污染；

      胃癌、食管癌：腌制食品；HP感染；营养素缺乏？过量饮食、过热饮食

      乳腺癌：高脂肪食、高龄初产

      肠癌：高脂肪食、纤维素缺乏

      冠心病：高血压；吸烟；高胆固醇；肥胖等

      脑卒中：高血压；心脏病；TIA，高龄;

      高血压：肥胖；食盐摄入多；

      糖尿病：肥胖、高血压、高血脂、运动不足、巨大胎儿分娩史等；

    不良生活习惯和行为方式的致病作用决定慢性病防治的可能性

1993年WHO的专家们指出：“大约20年以后，发展中国家和发达国家的死亡方式将大致相同，生活方式疾病将成为世界头号杀手。”因此，尽管我们强调慢性病多病因观点，但多数慢性病与一些不良生活习惯和行为方式有关，称之为“文明病”、“富贵病”等，这就为慢性病的预防提供了可能性。

生活方式疾病是由不良生活习惯和行为方式造成的，而且一种不良习惯对健康有着多种危害。比如，吸烟可致多种癌症和冠心病；高脂肪饮食可致高血压、心脏病、糖尿病以及乳腺癌、肠癌等。

    现代医学模式的发展决定了慢性病防治的社会性

生物医学模式 è 生物-心理-社会医学的现代医学模式。

健康观念由消极地治疗疾病保持健康，到积极地预防疾病促进健康；

健康的范围也由个体健康扩大到群体健康；

健康的要求也由生理健康发展到心理健康；

健康的内涵已经逐步由生物健康的领域发展到社会健康的领域。

所有这些转变决定了慢性病防治是一项社会性的工作，影响到千家万户、影响到每一个人，要求社会和每一个人的积极参与。

**（二）   慢性病的预防策略：**

  全人群策略和高危人群策略；

（1）全人群预防  也称社区预防，是对全体居民的预防；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中去而受益，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即组织中去。

社区干预的策略主要在于减少社区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，因此只有在全人群或绝大部分人群中危险因素得到控制，这个社区的患病人数才能大幅度下降。

  （2）重点人群预防  包括青少年和高危人群的预防；高危人群比一般人更容易受到伤害，应作为预防和研究工作的重点。例如儿童、老年人群、残疾人、以及在重要生活事件中受挫折者，都易于患某些疾病。具有某些疾病的危险因素或病因者，如吸烟、高血压及血高胆固醇者为冠心病的高危人群，萎缩性胃炎患者常是胃癌的高危人群。

**（三）   慢性病的预防措施**

    1. 第一级预防（primary prevention）

第一级预防又称病因预防或初级预防，主要包括自我保健、健康教育、保护和改善环境等。

（1）     自我保健（self-help）

    自我保健是个人为其本人或其家庭利益所采取的大量有利于健康的行为，诸如不吸烟、不饮酒、注意合理营养和饮食卫生、加强体育锻炼、减少紧张等，以利于提高机体生理和心理的免疫力和适应能力。

（2）     健康教育（health education）

    健康教育是一项通过传播媒介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。以健康教育为主导措施，以降低危险因素为目标的干预措施，是国内外公认的一条低投入、高效益的慢性病防制决策。

健康教育的核心问题是行为问题；首要问题是把健康知识教给群众。

 健康教育既重视健康知识的传播，又强调行为的改变。。

（3）     健康促进（health promotion）

健康促进是为导致健康行为和健康生活所采取的健康教育与环境（社会的、政治的、经济的、政策的、法规的、组织的）支持相结合的策略；亦即是把个人选择和社会对健康的责任综合起来以创造更健康的将来的一种人和环境之间的调节策略。健康促进的主要目的是改进人群或个人应付环境和心理压力的能力（健康潜能），从而保持健康的平衡。健康促进是针对整个人群的而不是只对高危人群或病人的策略。

（4）环境保护和监测

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”（即废水、废气、废渣）和“生活三废”（即粪便、污水、垃圾），以及农药、化肥等的污染。在这方面法制的执行和社会参与极为重要。

 2 第二级预防（secondary prevention）

    二级预防又称“三早”预防，即早期发现、早期诊断、早期治疗，它是发病期所进行的防止或减缓疾病发展的主要措施。

目前很多慢性病病因不明，因此要完全做到一级预防是不可能的。由于慢性病的发生和发展时间较长，做好早期发现、早期诊断并加以早期治疗是可行的。例如宫颈癌从原位癌发展到浸润癌可长达10余年，一般经过5~8年左右，诊断的时间越早预后越好。又如冠心病，根据病理观察，动脉粥样硬化过程始于出生的早年，经过一个长的静止期，于中、老年发病。由此推论，采取早期发现、早期诊断并加以治疗的“三早”预防完全可以收到成效。

早期发现、早期诊断是针对发病时症状不明显的疾病而言的。如果等到症状明显，自动就医时已不属早期了。所以重点在于主动发现病人。这当然需要社区居民的积极参与。这里所说的早期诊断是要在自以为健康的人群中把病人发现出来。因为是群众性很强的工作，所以需要按计划有组织地进行。

为保证“三早”措施的落实，可通过普查、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。达到“三早”的主要方法是宣传群众、提高医务人员诊断水平和发展微量、敏感、快速的诊断方法和技术。

日本胃癌调整死亡率自1969年开始下降，在癌死亡总数中所占的比例也逐年缩小。1960年为45.6%，1970年为40.7%，1980年为32.1%，1984年为27.3%，除发病率下降外，二级预防发挥作用，也有利于死亡率下降。不同阶段的胃癌，其治疗后五年存活率大为不同。胃粘膜及粘膜下层受侵犯称为早期癌。这时进行根治手术效果很好。治疗越晚效果越差。所以日本规定40岁以上者必需接受胃间接摄影检查。本来胃癌在20~30岁时便可发生。这时先用简单的方法进行筛检，找出可疑者进行详细检查。到40岁时才能把间接摄影检查列为筛检手段是考虑放射线暴露与早期发现的利弊而定的界限。根据前述可以理解二级预防的核心是诊断，诊断的基础是早发现，诊断的意义在于及时治疗，目的是减少合并症、后遗症，早日恢复健康。

 3 三级预防（tertiary prevention）

     三级预防是对已患病者进行的措施，可以分为两个阶段：

  1）防止病残（disability limitation）

目标是对已诊断的患者及时进行合理的治疗，防止继发症、合并症和后遗症。这时需要注意的是一些慢性病在治疗过程中一旦自觉症状消失，则常中断治疗。结核病人常反复多次入院的现象表明每次治疗均未彻底。出院后病情恶化，又重新住院。有一些脑卒中病人是中断高血压治疗后发病的。对癌症病人除治疗癌瘤外，同时进行预防转移的治疗也属于此类。既尽一切可能保护病人的劳动能力并延长寿命。这一阶段显然是在医院中进行的。

2）康复医疗（rehabilitation）

经过治疗之后，有些仍可能留有器质性或功能性的缺损。这时为发挥残存的功能或借助机械力量的补充，使患者在生活或职业方面能够自立所进行的一些处置和身体功能、心理甚至职业方面的训练，一般划为康复医学。把它划入预防体系是预防思想的进一步扩充。其积极意义在于对于在任何健康阶段的人都能享受医学的救助和服务，使人们能够充分发挥其自身的才干，实现其恢复社会生活的愿望。

    伤残者除需要治疗外，为补偿损伤的功能需要一定程度的适应或锻炼。尽管如此，有的仍可能在生活学习或工作中发生某些不便，例如单侧盲、单侧膝关节强直……等，不过尚能生活和工作。但有些却生活难以自理（如偏瘫）或难以参加工作，或两者均有困难。一旦形成残废，其心理必将遭受极大的冲击，甚至其家属的精神也形成沉重的压力。有的已不能从事原来的职业，必须根据新的条件，掌握新的技能。其中有职业调整问题，也有争取社会支持的问题。所以康复医学包括了医疗、装配假肢等辅助工具，使患者适应新条件的锻炼和新技能的训练（盲文、哑语、其它技术等）以及心理学工作。更重要的是病人方面的情况可能常常发生变化，需要有医务人员不断关怀。通过医、患及社会的努力争取让尽可能多的残疾人生活自理并恢复社会活动。这是一项既复杂又艰巨的工作，必须得到社会的理解、支持和同情，才能收到效果。

以冠心病（CHD）为例。目前公认CHD的三大危险因素是高血压、吸烟和高胆固醇血症。故一级预防首先要预防和控制高血压，控制影响高血压的因素，如盐摄入量和体重等；鼓励不吸烟，特别是宣传青少年不要吸烟，劝导已吸烟者戒烟；并且要检测和控制血胆固醇水平，注意改变不良的饮食习惯，调整膳食结构。此外，还应对其它危险因素采取相应措施，如改变静坐的生活方式，提倡适当的体力活动和运动，避免过量饮酒，注意心理卫生等等。在CHD，第二级预防为“三早”预防，即对患有胸部疼痛者要及时做出诊断，积极治疗，防止病情发展，并预防复发。针对影响预后的因素，除了要求病人彻底戒烟、适当运动、合理膳食外，并应按临床指征处理糖尿病、高血压等其它疾患。第三级预防指对患者个人的治疗，包括重症抢救已预防并发症的发生，如对急性心肌梗塞的病人治疗时预防严重的心律失常、心力衰竭等并发症，同时也要做好社会康复和职业康复工作。

**三、我国慢性病的防治工作 – 机遇和挑战并存**

**（一）面临的机遇：**

1 国际形势正向有利于慢性病控制的方向发展

  1997年世界卫生大会报告的主题是慢性病，并将慢性病的控制纳入21世纪人人享有卫生保健战略。慢性病预防和控制将作为WHO的一个工作重点。

2 发达国家已在慢性病的预防和控制中取得成效

  如美国70年代以来心脑血管疾病的发病率明显下降，日本等国家胃癌的死亡率在70年代以来也呈下降的趋势。

3 党和政府重视和支持慢性病防治工作

4 慢性病防治工作已列入各级卫生行政部门的重要议事日程

5 医疗体制改革将进一步推动慢性病的防治工作

**（二）我国慢性病防治工作中急需解决的困难与问题**

以人群预防为主的慢性病防治工作在我国还刚刚起步，还面临着很多困难和亟待解决的问题，主要有以下几个方面：

1 对慢性病的危害性和防治工作的重要性还缺乏足够的认识；

2 缺乏成熟的适合我国国情的慢性病防治模式；

3 缺乏相应的政策与经费支持，慢性病防治专业技术人员匮乏；

4 慢性病防治是一项系统工程，协调任务艰巨；

5 健康促进策略还没有被广泛的认识和应用，以社区为基础的人群干预力度不够；

6 很多具体的技术问题亟待解决：如慢性病防治怎样与社区卫生服务相结合；如何建立健全慢性病的基本信息收集系统（死因，发病报告，患病资料及行为危险因素等）；如何进行防治效果的评价；健康促进的具体技能和实施等。

7 慢性病的管理体制尚需理顺。