【政策管理】　　·综 述·

基于中国国情的呼吸系统慢性病管理模式探讨

毛　山，谷　伟*
（南京市第一医院，南京医科大学附属南京医院呼吸科，南京 210006）

摘要：本文阐述呼吸系统慢性病（CRD）的概念及内涵，剖析中国呼吸系统慢性病管理（CRDM）存在的问题及特点，借鉴国外慢性病管理的先进经验，提出构建具有中国特色的 CRDM 模式建议，以期改善中国 CRD 的防治现状。

关键词：呼吸系统疾病；慢性病；管理
中图分类号：R56；R194　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1672-9188（2018）01-S1-04
DOI：10.13683/j.wph.2018.01.0015

Management model of chronic respiratory disease based on Chinese national status

MAO Shan, GU Wei*
(*Department of Respiratory, Nanjing Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing First Hospital, Nanjing 210006, China*)

Abstract: This article describes the concept and connotation of chronic respiratory disease, and then analyzes the problems and characteristics of Chinese chronic respiratory disease management in depth. Combined with Chinese national conditions, this paper puts forward the construction of Chinese characteristics with chronic respiratory disease management model in aims to improve the prevention and treatment of chronic respiratory disease in China.

Key words: respiratory disease; chronic disease; management

我国慢性非传染性疾病（以下简称“慢性病”）发病率近年呈现快速上升的趋势。国家卫生和计划生育委员会发布的《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》[1] 显示，中国总死亡人数的 87% 由慢性病引起，其中慢性呼吸系统疾病占致死总数 11%，位居第三位。如果以伤残为变量调整的生命年计算，我国疾病负担最大的是呼吸系统疾病，其次是脑血管疾病和心血管疾病。在呼吸系统疾病中，以呼吸系统慢性病（CRD）和肺癌导致的疾病负担最大。我国 CRD 发病率高，危害大，且控制率低，管理水平亟待提高。呼吸系统慢性病管理（CRDM）是指组织呼吸专科医生、药师及护理人员，为 CRD 患者提供全面、连续、主动的管理，以达到促进健康、延缓疾病进程、减少并发症、降低伤残率、延长寿命、提高生活质量并降低医药费用等目的的一种科学管理模式。目前在各种政策规定和试验研究中，CRDM 的对象主要是指慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）和支气管哮喘（哮喘）[2]。CRDM 是一项系统性工程，包含三个方面，即：①对于 CRD（哮喘和慢阻肺）本身的疾病管理。这也是普遍意义上最为容易被人所理解和接受的慢性病管理的基础概念；②CRD 患者对所患慢性病的认知，患者心理状态和行为方式的引导。只有提高患者本身对于疾病的认识，才能从本质上引导患者及时调整及改变其生活方式，达到慢性病的自我管理的目的；③对 CRD 患者所处的微观社会环境（家庭环境、工作环境、朋辈群体、社区环境和卫生服务环境等）和宏观社会环境（患

收稿日期：2017-09-22；**修回日期**：2017-11-14
作者简介：毛　山，主任医师，研究方向：呼吸系统慢性病管理。
通信作者：谷　伟，主任医师，研究方向：慢性气道疾病及肺癌。
基金项目：南京市医学科技发展项目（编号：YKK16129）。

者所处的阶层，社会阶层之间的关系以及社会阶层结构的变迁方式等）的管理[3]。

本文综述全球慢性病管理思路、我国 CRD 特点及其管理现状，探讨具有中国特色的 CRDM 模式，以期改善中国 CRD 的防治现状。

1 我国呼吸系统慢性病特点及其管理现状

近年来我国在 CRDM 方面取得了初步成效。但是我国人口众多，人口老龄化程度严重，慢性病管理工作起步较晚，因此在慢性病管理方面仍存诸多不足，例如慢性病管理网络尚不健全；民众对慢性病防治认识仍不足，预防为主的观念不强；慢性病防治工作中各部门缺乏沟通、协调；慢性病防治经费投入不足等。目前，我国慢性病管理存在的主要问题包括缺乏顶层制度法律保障、财政投入不足，基层医疗机构的作用尚未显现以及慢性病管理信息化程度相对较低等[4]。

1.1 缺乏顶层制度法律保障，财政投入不足

我国目前虽已逐渐加大公共卫生的财政投入，但仅能支持社区开展有限的几种主要慢性病及其相关危险因素的管理和干预项目。慢阻肺及哮喘作为呼吸系统常见的慢性病，仍有部分治疗药物至今尚未纳入门诊慢性病药品目录。仍存在部分患者因医疗负担过重而不得不终止治疗的情况。因此，应着力加大 CRD 的防治力度，以政策支持减轻患者的经济负担，有利于提高 CRD 患者的治疗依从性，使 CRD 得到更好的控制。

另一方面，慢性病管理在我国还是一个比较新的事物，因此，相关监督机制以及具体的政策、法规仍不完善，政策革新速度也较慢，相关机构对国家有关政策、法规执行缺位，群众对慢性病的危害及危害因素等相关知识的知晓率较低。

1.2 基层医疗机构的作用尚未完全显现

基层医疗机构的主要问题表现为社区卫生服务机构资源缺位；社区慢性病综合防治能力缺位；慢性病管理对象动态资料不足、参考资料不齐；健康教育针对性差。由于各地经济发展水平不同，慢性病管理在各地域、城乡之间存在较大差异，提高慢性病管理整体水平有一定难度。

1.3 信息化程度相对较低

我国慢性病管理信息化系统开发相对较晚，目前尚处于探索阶段。各地慢性病监测系统建设过程中各类指标并不统一，且发展模式不同，应进一步统一规划和发展。

2 各国管理模式分析

世界各国在丰富的理论研究和长期的实践探索中归纳并总结了不同的慢性病管理模式和管理理念。西方发达国家对慢性病管理的意识觉醒较早，慢性病管理起步早，发展较为充分，其慢性病管理成功经验和管理理念有助于完善我国相关管理制度，对于我国慢性病管理的发展有着重要的借鉴意义。现今发达国家的慢性病管理模式主要有以美国为代表的信息化慢性病管理模式，以日本为代表的政府主导的慢性病管理模式，以及以德国为代表的社区慢性病管理模式[5]。

2.1 信息化慢性病管理模式

慢性病管理信息化主要是通过建立内容涵盖广泛的慢性病监测信息网络，系统地开展规范、持续的常规监测并结合定期的大规模人群流行病学调查收集信息和管理的一种卫生服务模式。通过慢性病管理信息化方式，可以对慢性病管理对象的相关信息实现实时、动态的监测。

美国慢性病信息化管理起步较早，目前逐渐呈现标准化、整合化和互动化的趋势。美国慢性病信息化管理模式有效地推动了慢性病的预防、控制工作。该模式与患者的自我健康促进及其他心理、健康支持系统相结合，更加有效、快速地提高了慢性病管理的效率，其服务模式将最终实现以人为本的目标。

2.2 政府主导的慢性病管理模式

日本慢性病管理模式最显著的特点是政府主导。慢性病管理自上而下推进，政策色彩浓厚。具体表现为国家制定方针政策，各县、市负责制定具体实

施目标和活动内容，从而带动全民参与健康运动。

2.3 社区慢性病管理模式

慢性病管理的一个重要环节是构建覆盖城乡的慢性病防控体系网络，加强基层公共卫生服务项目和重大疾病防控的建设。在此背景下，构建社区良好的卫生服务对于优化慢性病管理有着显著作用。德国的慢性病管理切入点就在社区层面。社区健康管理是慢性病控制的有效手段。其主要管理措施有以社区诊断为依据，以建立健康档案和周期性随访为核心，动态地掌握社区居民的健康状况，控制危险因素，做到早诊断、早治疗。

3 我国呼吸系统慢性病管理模式探讨

国内 CRDM 模式仍处于探索阶段，主要模式包括慢性病自我管理模式、慢性病管理临床路径模式及社区慢性病健康管理模式等。上述模式均存在不足，如自我管理模式要求患者具有一定的知识水平，对自身疾病有一定的认识，且能够完成一定的预防和治疗性任务；社区慢性病健康管理模式对社区医生提出了较高的要求，但是由于社区医疗机构管理混乱、卫生机构人员不足、工作人员专业知识水平参差不齐及相关工作人员积极性低等原因，各项工作全面深入开展具有一定的困难[6]。因此，有必要探索并构建适合我国国情的综合 CRDM 模式。

在探索中国式慢性病管理模式的过程中，因各种因素的限制，起初采用的是患者＋社区医生的粗放型模式。由于社区医生的能力和经验的局限，患者满意度较低。为了改变这种状况，需要借助医联体的优势，将三甲医院与社区医院结成技术支持型医联体，启动 CRD 精准化防控工程，将三甲医院资深专家资源引入社区 CRDM 团队，实现临床资深专家资源的下沉，同时也带动患者的下沉。基于医院 - 社区 - 家庭 - 个人 (HCFP) CRDM 模式的产生[7]，以三级医院专家团队提供技术支持，以社区医生为患者教育主导，以患者为中心，同时纳入对患者家属的教育指导，强调社区医生及家属在 CRDM 中的作用，是一种持续、协调的综合管理模式。这种全新的模式契合了国家卫生与健康的大战略，有助于分级诊疗制的推行，最大限度地方便患者，实现社区医生和资深专家的良性互动，达到患者、家庭医生、三甲医院资深专家之间的三赢，有助于实现 CRD 的精准化管理。在这种模式管理下，患者满意度将获得明显提升。

我国呼吸系统疾病的防治与管理任重而道远，未来 CRDM 的发展的着力点在如下几个方面。建立中国呼吸专科医联体，通过医疗机构间的协作，整合优质医疗与研究资源，建立标准化电子病历及呼吸系统疾病诊疗流程，实现跨区域中心医院与基层医院联动与帮扶。成立呼吸健康物联网联盟，加快推动物联网技术在呼吸系统疾病项目中的应用，助力区域中心医院实现更智能、高效的 CRDM，并为在全国范围内推进诊疗随访一体化的全病程呼吸系统疾病解决方案奠定基础，改变中国 CRDM 现状。通过创新合作模式与全新升级的解决方案，引领我国呼吸专科医联体建设与 CRDM 跨越式发展。建设呼吸综合诊疗室，通过跨领域合作整合多方在疾病、设备及物联网技术等方面的优势资源，为 CRD 患者实现全病程管理，也有利于促进呼吸专科医联体的建设[8]。

4 结语

未来 CRD 领域有望实践更多基于物联网技术的分级诊疗和慢性病管理的试点，呼吸专科医联体将发挥优质呼吸专科资源的引领、辐射作用，助力基层呼吸疾病防治体系与能力建设，为国家分级诊疗政策落实提供创新途经，提升我国 CRD 的标准化防治水平。

参考文献：

[1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 图解:《中国居民营养与慢性病状况报告(2015)》[EB/OL]. (2015-06-30)[2017-08-02]. http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s5879/201506/4505528e65f3460fb88685081ff158a2.shtml.

[2] Kołodziej M, de Veer MJ, Cholewa M, *et al*. Telehealth interventions to support self-management of long-term

conditions: a systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer[J]. J Med Internet Res, 2017, 19(5): e172-e172.
[3] 姚远, 王高玲. 社会管理视角下慢病管理体系的重构[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(2): 157-160.
[4] 汪苗, 邢彩霞. 新医改背景下城市慢病健康管理问题探析[J]. 医学与哲学, 2017, 38(2B): 87-90.
[5] 田华, 李沭, 张相林. 慢病管理模式的国内外现状分析[J]. 中国药房, 2016, 37(32): 4465-4468.
[6] 杨海涛, 吕志国, 张影, 等. 国内慢病管理的研究现状[J]. 中国社区医师, 2014, 30(10): 147-148.
[7] 熊波, 简铭, 王晓明, 等. 基于医院-社区-家庭-个人的慢阻肺慢病管理模式探讨[J]. 中国社区医师, 2017, 33(21): 6-7.
[8] Wang L, He L, Tao Y, *et al*. Evaluating a web-based coaching program using electronic health records for patients with chronic obstructive pulmonary disease in China: randomized controlled trial[J]. J Med Internet Res, 2017, 19(7): e264-e264.

（责任编辑：王 佳）

（上接第 46 页）

[4] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10): 937-953.
[5] 中华人民共和国卫生部药政局. 新药(西药)临床研究指导原则汇编[M]. 北京: 中华人民共和国卫生部药政局, 1993: 86-86.
[6] 付晓丽, 展倩丽, 孟繁军, 等. 荷丹片对中老年高血脂症患者血脂及血管内皮功能影响的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(36): 4015-4017.
[7] 周筱琼, 于小妹, 叶雄伟, 等. 高脂血症患者血浆致动脉粥样硬化指数与血栓形成危险因子的相关性[J]. 中国动脉硬化杂志, 2010, 18(10): 799-802.
[8] 王岚, 卢明瑜, 任景怡, 等. 高脂血症患者不同血脂异常分型与糖代谢的相关性研究[J]. 北京大学学报(医学版), 2011, 43(3): 427-431.
[9] 王建平, 樊瑞红, 王彦, 等. 消脂胶囊治疗高脂血症的临床疗效研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 736-740.
[10] 高红莉, 刘昭纯, 陈强, 等. 马黛茶对高脂血症大鼠血液流变学及心肌 ATP 酶活性的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(24): 6991-6993.
[11] 周磊乐, 陈月柳. 阿托伐他汀对合并高脂血症脑梗死患者血液流变学的影响[J]. 中国医药指南, 2013, 11(3): 423-424.
[12] 闻松男, 杜昕, 马长生. 冠状动脉介入患者他汀降脂治疗的研究进展[J]. 心肺血管病杂志, 2013, 32(2): 230-232.
[13] 庞潇丽. 阿托伐他汀对急性脑梗死患者血清超敏 C 反应蛋白水平的影响[J]. 中国临床研究, 2014, 27(12): 1482-1484.
[14] 姚伟丰, 刘云飞, 高明喜. 瑞舒伐他汀治疗不稳定型心绞痛对血脂、高敏 C 反应蛋白、同型半胱氨酸和肌钙蛋白的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 34(1): 97-99.
[15] 杜建平, 赵自明, 夏能能, 等. 原发性高脂血症患者血脂康调脂有效性临床再评价[J]. 华西医学, 2015, 30(2): 254-262.

（责任编辑：赵绪韬）

