

社区慢病管理模式的现状与思考

于 瑶¹ 高 颖¹ 柳红芳¹ 沈 蔷² 周 莉¹

(1 北京中医药大学东直门医院,北京,100700; 2 北京市东城区社区卫生服务管理中心,北京,100010)

摘要 本文系统分析了国内外社区慢病管理模式,借鉴国际慢病管理模式和转化医学理念,结合我国国情和社区人群防治现状,提出了以“患病的人”为管理对象,形成中医药防治慢病社区管理模式框架,包括以生活方式与适时中医药干预为主要内容的社区慢病人群个体化防治方案,结构化的社区医疗服务信息化网络平台,社区 SAT 培训模式和“政府主导、医院指导、社区服务、居民自管”管理方式,实践结果显示可提高慢病患者依从性和慢病防治达标率,值得推广。

关键词 社区;慢病管理模式;中医

The Status Quo and Reflection of Community Chronic Disease Prevention and Treatment Management Mode

Yu Yao¹, Gao Ying¹, Liu Hongfang¹, Shen Qiang², Zhou Li¹

(1 Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2 Beijing Dongcheng District Community Health Service Management Center, Beijing 100010, China)

Abstract This article analyzed community chronic disease prevention and treatment management mode. We use the experience of international chronic diseases management modes for reference, then combined those knowledge with the condition of China and the status of community disease prevention in district. Based on the approaches above, we construct a special community chronic disease prevention and treatment management mode of traditional Chinese medicine (TCM) for chronic disease. The patients are object of management of this mode. It contains personal life style adjustment and timely TCM intervention for community groups, structured information platform for community medical service, community systematic approach to training (SAT), and management which is dominated by government, guided by hospital, served by community, and supervised by residents themselves. The mode is worth spreading for the clinical practice of the mode improves patients compliance and standard-achieving rate.

Key Words Community; Chronic disease management mode; Traditional Chinese medicine

中图分类号:R211 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.07.002

慢病,即慢性非传染性疾病(Chronic Non-communicable Diseases, NCDs),是一类起病隐匿、潜伏期长、病程长、缺乏确切的生物病因证据、无明确“治愈”指征的疾病总称^[1],主要涉及心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病等。随着我国老龄化问题的加剧和人们生活方式的改变,NCDs 引起的发病率和死亡率在逐年上升^[2]。2012 年世界卫生组织发布的《2014 慢病全球状态报告》^[3]中显示,全球因慢性非传染性疾病导致的死亡多达 3 800 万,中国占 860 万。我国卫生部《中国慢性病报告》指出,仅 2005 年中国因 NCDs 而死亡的人数高达 750 万;“健康中国 2020 第三届中国健康论坛”中,专家预计 2020 年中国内地将有 85% 的死亡源于慢性病。我国已进入 NCDs 的井喷时代,加强 NCDs 管理变得至关重要。

慢病管理(Chronic Disease Management, CDM)是指组织 NCDs 专业医生、药师及护理人员,为

NCDs 患者提供全面、完善、连续、主动的管理,力求达到促进健康、延缓病程、降低死亡率、提高生命质量同时减低经济负担的一种科学的管理模式^[4]。国外很多国家已形成比较规范的多元化 NCDs 管理模式,并取得良好效果,我国也进行了很多尝试,但尚未形成科学有效且普遍公认的模式。本文将系统分析国内外社区 NCDs 管理模式,结合我国国情和社区人群防治现状,探索适合中国国情的中医药防治 NCDs 社区管理模式框架。

1 社区 NCDs 管理的研究现状

1.1 国际 NCDs 管理模式 国外 CDM 模式主要有慢病照护模式(Chronic Care Mode, CCM)、慢病自我管理模式(Chronic Disease Self-management, CDSM)、延续性护理模式(Transitional Care Mode, TCM)和 CDM 系统模式等。

1.1.1 自我管理模式的自我管理模式于 20 世纪五六十年代被首次提出。该模式是通过训练,使患

者具备处理压力、管理和监控疾病的症状、完成一切必要的生物医学任务的技能,并配合卫生保健人员的工作。该模式常与同伴支持管理模式相结合,即鼓励患者间相互教育,分享知识。

1.1.2 NCDs 照护模式^[8] NCDs 照护模式由 Wagner 于 1998 年提出^[7],该模式是建立在卫生保健人员和政策层面共同干预的前提之上,其核心是建立一个充分准备的积极的实践团队与知情的积极的患者进行有效的互动,主要包括 6 个要素:1) 组织支持,即实践和政策的支持;2) 临床信息系统,电子信息系统提供个人或群体的健康资料;3) 保健系统,规范团队成员组成及功能、随访的组织和管理;4) 决策支持,提供照护标准,保证临床照护、科学证据和患者情况相一致;5) 自我管理支持,强调以患者为中心,帮助患者掌握自我管理的技巧和增强自我管理的信心;6) 社区资源和政策,通过社区干预项目和社会服务满足患者需求。

1.1.3 NCDs 管理系统模式^[9] NCDs 管理系统模式被多数欧洲国家所采用。该模式包括:1) 社区,包括社区资源支持,扩大医疗物资,促使患者参与社区活动;2) 卫生保健系统,有领导层面的政策支持;3) 自我管理支持;4) 工作流程设计,设计相关的制度和计划确保提供更好的照护;5) 决策支持,使患者更了解自身疾病状况;6) 医疗信息系统,设计健康保健信息系统提供准确全面的患者信息。

分析国际 NCDs 管理模式可以发现,其管理模式多为整体协调的系统性服务体系,在政府主导下形成多元化社区护理服务形式和项目,强调全社会支持和全民参与,各部门分工明确,突出患者的自我管理和家庭管理,值得我们思考与借鉴。

1.2 国内 NCDs 管理模式 国内形成的 NCDs 管理模式^[5]主要有:1) NCDs 信息监测系统模式,实现对 NCDs 的病例报告、随访和相关信息的采集、管理和利用;2) NCDs 自我管理模式,借鉴美国 NCDs 管理模式形成的一种模式;3) 社区 NCDs 健康管理模式,以全科医师为核心,对患者的健康危险因素进行监测、预防、指导及随访;4) 社区 NCDs 临床路径管理模式,借鉴临床路径思路制定的社区 NCDs 干预模式。

分析我国对 NCDs 管理模式的研究,近年来进行了多方面的尝试和探索,逐渐实现了由“以医院为中心”向“以社区为中心”的转变,初步形成了以社区卫生服务中心为中心、社区卫生服务站为基础的 NCDs 预防体系和防治网络。但仍然存在很多不足

之处,主要集中在以下方面:NCDs 管理以政府导向型为主,政府投入较多;患者对 NCDs 管理的认同感和参与感较低,多为被动接受,难以长期坚持;未实施个体化管理和评价;社区医护人员综合素质水平偏低,缺少能够完全承担 NCDs 管理的全科医生;未建立统一的 NCDs 防治信息平台,缺少患者生活习惯、生活行为方面数据,医生对患者的诊疗大众化,难以做出个性化、精准化的方案。

2 NCDs 管理模式的思考与探索

2.1 NCDs 管理模式的思考 基于国内外社区 NCDs 管理模式的分析,作者认为在 NCDs 管理中应该考虑以下几个关键环节。

2.1.1 明确社区卫生服务开展 NCDs 管理的技术手段 多数 NCDs 都是生活方式相关性疾病,与常见的不良生活习惯密切相关,WHO 推荐干预措施及全球目标中均提到需对生活方式干预以减少 NCDs 发病率。科学的 NCDs 管理模式应遵循生物-心理-社会医学模式,为 NCDs 患者提供全方位、多角度的健康服务,同时对危险因素进行积极的干预,传播医药卫生知识,为 NCDs 患者或家属提供科学合理的健康指导、用药指导以及人文关怀。

中医学的指导思想如天人合一的整体观、因人因时因地制宜的动态辨证观、中医治未病的预防观等,具有人文内涵,易于为患者所接受和主动执行,具有依从性高、可持续的特点;中医学的防治技术如食疗、传统养生功法、体质医学等具有辨证论治的特色,根据患者情况实施个体化治疗,在养生保健、预防疾病方面有独特的作用和优势,均与 NCDs 管理理念完全一致。

因此,将中医养生思想融入日常生活中,制定个体化生活方式,包括合理膳食、八段锦等传统养生功法的锻炼、戒烟限酒、情志调摄等,具有理论基础,应成为 NCDs 管理的技术手段之一。

2.1.2 确定社区卫生服务开展 NCDs 管理的服务对象 既往 NCDs 管理的服务对象为不同的疾病,根据疾病诊断不同给予相应的辨证和治疗,因此,同一个患者患有多种 NCDs 而需要采用多种类似的干预手段,对患者和社区医师造成极大的困惑,难以长期坚持,操作性差,同时造成医疗资源浪费。

某些 NCDs 如高血压、冠心病、糖尿病和脑血管病高危人群,具有共同危险因素,合并发生率高,干预的生活方式有雷同,重要结局事件相似,中医学证候诊断有重叠。对东城区社区 4 168 例 NCDs 人群进行分析,无高血压、冠心病和糖尿病

病史的人数仅有 9%，合并以上 2 种以上 NCDs 者占 60%，只患有 1 种 NCDs 者占 31%；肝阳上亢、肝肾不足、瘀血阻滞等中医证型在 3 种 NCDs 患者中占有较大比例，为共同的常见证候，如瘀血阻滞证在高血压、冠心病和糖尿病患者中的比例分别为 17.15%、34.51% 和 17.94%。同一个患者可能同时患有几种不同 NCDs，不同 NCDs 的患者也可能表现为相同证候。

因此，借鉴精准医学的理念，不同于以往按病种进行 NCDs 管理的对象，作者提出以“患病的人”为管理对象。精准医学是应用现代遗传技术、分子影像技术、生物信息技术，结合患者生活环境和临床数据，实现精准的疾病分类及诊断，制定具有个性化的疾病预防和治疗，从对“症”下药改变为对“人”下药。NCDs 管理服务对象应以“疾病”为核心进行干预转化为以“患病的人”人为核心。

2.1.3 重视患者自我管理能力和依从性 NCDs 特点之一是病程长，甚至是终生的，因此患者自我管理能力和依从性成为 NCDs 管理效果的关键环节之一。依从性差的主要原因有：技术手段的复杂性，防治知识的匮乏，对社区医师的不认可等。

因此，NCDs 管理应该从以下方面着手：组织形式上应强调居民自管，即家庭与群组看病相结合，病友互助；中医学养生已深入中国文化理念，服务内容应将养生理念融入到管理技术中，加强患者的认可程度和依从性；开展社区培训与效果评价，加强培训力度以提高社区医务人员的服务能力；社区健康教育方式方法重视患者接受度和个体化实施等。

2.1.4 加强 NCDs 管理的持续性 健全的管理网络是 NCDs 管理的硬件基础，有助于医生知晓患者的病史、生活习惯和生活行为如膳食、运动、行为习惯、健康心理等，及时了解和评估 NCDs 患者的变化，从而精确评估与诊治 NCDs 人群。

因此，完善社区卫生服务信息系统定期监测、筛查、随访社区人群，形成数据分析获取系统定期反馈诊治情况和社区 NCDs 人群信息，有助于提高社区医师和患者的精确诊治，对于提高 NCDs 管理的持续性起到关键的作用。

2.2 NCDs 管理模式的探索 参考国际 NCDs 管理模式，结合我国国情，本文探索性提出了一种 NCDs 管理模式——中医药防治 NCDs 社区管理模式（下简称“该模式”）。该模式借鉴了中医“异病同治”“同病异治”的理念，将家庭与群组看病相结合，网格化与信息化相结合，患者管理与疾病管理相结合，体现

了 NCDs 人群防治由“疾病”转变为“病人”，符合现代医学模式的转变。现将该模式介绍如下。

2.2.1 组织形式 该管理模式为“政府主导、医院指导、社区服务、居民自管”。政府主导以国家政府部门为主，负责政策制定、督导指挥和协调规范；医院指导以三甲中医医院为主，负责建立适宜社区的 NCDs 个体化防治方案、开展社区 NCDs 医师培训与评价、设计 NCDs 患者知善行调查内容和技术实施指导、评估方案成效等；社区服务管理以社管中心和社区卫生服务站为主，负责完善社区卫生服务 NCDs 健康管理信息平台和组织社区卫生服务站的实施，社区卫生服务站负责健康宣教（NCDs 人群、家庭保健员）、信息监测和防治方案的实施和随访等；居民自管主要包括社区家庭保健员对 NCDs 患者的健康宣教、行为指导和 NCDs 人群及其家庭自我管理，实现家庭与群组看病相结合，病友互助，达到信息支持、情感支持与互惠。

2.2.2 框架结构 1) 社区 NCDs 人群个体化防治方案：以 NCDs 人群为管理对象，优选适宜社区且有效易行的中成药、中医非药物疗法、生活方式与行为干预方式，建立以社区全人群为基础、健康结果改善为目的社区 NCDs 人群个体化防治方案。2) 社区 NCDs 中医药防治网络：借鉴 WHO 全球监测框架指标，建立社区信息化 NCDs 中医药防治网络，将针对社区 NCDs 人群个体化防治方案、评价指标等嵌入平台中。3) SRT 培训模式（S：systematic，系统型培训；R：4R 评估模型；T：TCM，中医）：借鉴系统型培训模式（SP，systematic pattern）制定培训目标与计划，组建专家培训组，采用远程/网络培训与视频、教材培训、技术培训班等多种方式，通过理论授课和临床实践培训相结合、固定培训与专家不定期指导相结合的方法，对社区医师进行 NCDs 防治知识与技能培训，实现社区医师培训的长期性和序贯性。借鉴柯氏四级培训评估模型（简称 4R 模型），循环往复对培训效果评估。通过前后测定法评价医师自身知识与技能的改变，通过内部一致性检验考核培训效果。4) 社区 NCDs 个体化管理方法：对 NCDs 人群定期实施健康教育、行为指导、适时干预等，社区医务人员同时向多个共性个体进行健康教育，并接受个性患者的个体化咨询。

2.3 NCDs 管理模式效果示范性研究 本研究团队对该模式的实施效果进行了探索性研究。以高血压、冠心病、糖尿病患者和脑血管病高危人群（小卒中、短暂性脑缺血发作）为研究对象，采用临床流行

病学方法进行干预,将北京市东城区 38 个社区卫生服务机构随机分为干预组与对照组,干预组采用该模式进行 NCDs 管理,对照组采用既往 NCDs 管理模式,随访 2 年,结果显示干预组糖尿病血压达标率提高 14.7%,高于对照组($P < 0.05$),中医辨治方法的接受程度提高 7.1%。

3 展望

该模式应用于社区基层卫生机构,有助于实现 NCDs 管理工作的规范化、系统化和精细化,提高 NCDs 防治的达标率,降低 NCDs 的发病率和死亡率,从而整个社会医疗水平和医疗质量。但在临床实施中有其应用条件和局限性,在临床实践应用时应予以注意。

3.1 某些因素将影响实施效果,如社区居民流动人口较多而影响该模式的覆盖面;社区医务人员工作任务繁重,难以保证一次培训能达到满意效果,需要多次反复培训并进行效果评价。

3.2 可利用互联网加强 NCDs 管理,如移动 APP、可穿戴设备等,将更能有助于体现该模式优势。

3.3 该模式应用过程中有其支撑条件,完善相关软硬件条件将影响实施效果 1) 卫生行政部门:需要各级医疗卫生和中医药管理部门制订相关政策,制定保障措施和管理机制,完善以社区为主体的人才队伍建设机制和医疗服务体系。2) 医院:医院为三级甲等综合性中医医院,能提供本管理模式中的技术指导和培训工作。组建的专家团队了解社区和基层工作形式与内容,熟悉社区信息系统,有时间、有

能力进行培训和评价工作。3) 社区卫生服务体系:具备数据化平台和 NCDs 健康管理信息系统,能实现结构化信息的采集、评价、统计及信息反馈等,建立了社区卫生服务电子健康档案。形成固定的培训、健康宣教及养生功法(如八段锦等)场地,可摆放及播放视听教材,固定的宣传栏。社区医师具有中医师或西医师经过中医系统培训。具有监测高危人群和 NCDs 人群血压、血糖、心电图等常用医疗设备。

参考文献

- [1] Rothenberg RB, Koplan JP. Chronic disease in the 1990s[J]. Annu Rev Public Health, 1990, 11(1): 267.
- [2] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010[R]. World Health Organization, 2011.
- [3] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014[R]. Geneva: WHO, 2014.
- [4] 王莉. 社区慢病管理的现状分析与对策建议[J]. 中医药管理杂志, 2016, 23(5): 11-12.
- [5] 田华, 李沐, 张相林. 慢病管理模式的国内外现状分析[J]. 中国药房, 2016, 27(32): 4465-4468.
- [6] 赵娜, 崔文香. 基于 PubMed 数据库国外慢性病管理研究的现状分析[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(29): 59-62.
- [7] Wagner E H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness[J]. Effective Clinical Practice Ecp, 1998, 1(1): 2.
- [8] 王亚红, 吴亚君. 美国慢病照护模式的探讨[J]. 健康研究, 2010, 30(3): 226-229.
- [9] 葛卫红, 谢茜. 慢病管理现状[J]. 药学与临床研究, 2012, 20(6): 479-484.

(2017-06-10 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1490 页)

- [33] Zhu D, Chang J, Freeman S, et al. Changes of functional connectivity in the left frontoparietal network following aphasic stroke[J]. Front Behav Neurosci, 2014, 22(11): 167-170.
- [34] Ochfeld E, Newhart M, Molitoris J, et al. Ischemia in broca area is associated with broca aphasia more reliably in acute than in chronic stroke[J]. Stroke, 2010, 41(2): 325-330.
- [35] 李红枝. 头针配合功能训练治疗中风失语疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(5): 553-554.
- [36] 姚利民, 高凤梅. 针刺配合康复治疗对脑卒中早期病人功能恢复的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(6): 488-

489.

- [37] MacPherson H, Green G, Nevado A, et al. Brain imaging of acupuncture: comparing superficial with deep needling[J]. Neurosci Lett, 2008, 434(1): 144-149.
- [38] 孔繁一, 唐倩, 胡玲香. 针刺治疗卒中后皮层下失语的机制研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2006, 22(9): 56-58.
- [39] 陈文, 顾红卫, 马维平, 等. 针刺足三里、悬钟对缺血性中风患者脑血管功能的影响: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2006, 26(12): 851-853.

(2017-06-10 收稿 责任编辑:徐颖)