

慢性病的院外管理模式探讨

李晓玲, 方放, 刘玉平, 洪海鸥

[中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)健康管理中心, 合肥 230001]

[摘要] 随着老龄化社会的进展, 慢性病已经成为当今社会死亡和致残的主要原因。慢性病管理是对慢性个体及群体健康危险因素进行全面管理的过程, 该文对慢性病管理的模式进行探讨, 旨在预防慢性病及其并发症的发生, 提高生活质量, 降低社会医疗负担。

[关键词] 慢性病; 社区卫生服务; 组织和管理

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2019.01.036

Study on the management mode of chronic diseases outside the hospital Li Xiaoling, Fang Fang, Liu Yuping, Hong Hai'ou (Health Management Center, the First Affiliated Hospital of USTC, Division of Life Sciences and Medicine, University of Science and Technology of China, Hefei 230001, China)

Corresponding author: Hong Hai'ou, Email: honghaiou@126.com

[Abstract] With the development of aging society, chronic disease has become the leading cause of death and disability, chronic disease management is a process of comprehensive management on the individuals and groups with chronic disease risk factors, This paper discusses the mode of chronic disease management, aim at the prevention of chronic diseases and complications, improve the quality of life and reduce the social medical burden.

[Keywords] Chronic disease; Community health services; Organization and administration

心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病、慢性肾脏病等慢性病已经成为当今社会死亡和致残的主要原因, 在加拿大约 89% 的患者死于慢性疾病^[1], 在马来西亚, 约 71% 的患者死于慢性疾病, 其中 30% 是心血管疾病, 慢性病约占医疗总负担的 69%^[2]。在美国, 慢性病花费占医疗总支出的 80%, 其中糖尿病的医疗费用为每年 1 320 亿美元, 预计到 2020 年将达到 1 920 亿美元^[3-4], 而心血管疾病已经成为疾病死亡的主要病因, 每年花费超过约 5 000 亿美元的医疗保健支出^[5]。中国慢性病患病率也在逐年上升, 高血压、糖尿病作为影响我国公民健康的最主要疾病, 病死率及致残率逐年增加, 患者生活质量下降, 对患者家庭及社会造成重大经济损失。

目前, 潜在的亚健康人群应避免发展成慢性病患者, 慢性病患者应预防各种并发症的出现, 与治疗疾病同样重要。尽管越来越多有效的药物治疗和生活方式改变可以改善心脑血管疾病的发展与预后, 但仍有 50% 的高血压患者、43% 的糖尿病患者及

83% 的高脂血症患者血压、血糖、血脂等控制没有达标^[6-8]。约一半的患者没有按规定服用药物, 只有 1/10 患者听从医生给予的建议, 改变生活方式, 如戒烟、戒酒、运动、减肥等。一项关于北京地区居民对健康管理的认知调查研究发现, 健康体检成为居民采用过最多的健康管理服务(48%); 经济因素(72.4%)是影响居民选择健康管理服务的主要因素。居民主要喜欢通过健康教育讲座(45.4%)、与医护人员交流(42.5%)、网络搜索(40.8%)的形式来获取相关健康管理知识^[9]。提高医疗质量、改善医疗服务可以降低慢性病的死亡率, 但并不能减少慢性病及其并发症的发病率, 如果不能改变现有的医疗模式, 慢性病的发病率及其经济花费仍会上升。

慢性病管理是对慢性个体及群体健康危险因素进行全面管理的过程, 即是检查监督、评价、干预地不断运行过程, 包括初级保健、临床指导、病理学管理、个案管理、临床风险管理、住院管理、医疗等待管理、客户服务和审计等多方面。健康管理起源于上世纪 80 年代的美国, 目前已形成一个规模庞大

作者简介: 李晓玲, 医师, Email: 252891631@qq.com

通信作者: 洪海鸥, 主任医师, Email: honghaiou@126.com

的产业群,超过9 000万的美国人参加了健康管理计划^[10]。世界各国对慢性病的管理和干预进行了诸多探索,并建立了相应的理论模型;比较有代表性的是美国的慢性病护理模型和WHO创新性慢性病管理框架^[11]。研究显示,多学科的慢性病管理计划使住院需求降低了60%,住院率减少了50%,同时提高了患者对医疗的满意度;在葡萄牙,5%的慢性病患者占用了30%的医疗总花费,疾病管理可使慢性呼吸系统疾病住院率降低40%,糖尿病住院率降低25%,哮喘患者发生紧急情况的概率降低38%,关节炎患者影响工作的概率降低50%^[12]。

1 信息技术在慢性病管理中的应用

心血管疾病、糖尿病、高脂血症等慢性疾病往往与不健康的生活方式相关,管理该类慢性疾病首先需要医师和患者相互配合,患者一方面在医疗机构接受正确地治疗,另一方面需要遵循医嘱,对自己服药、锻炼、饮食等进行规划及记录,提高自我健康素养,才能取得良好的治疗效果^[13-15]。传统的健康管理体系正随着“互联网+健康管理”的时代来临发生转变,由云计算和大数据等驱动的健康管理将会逐渐成熟并逐步探索出新的服务模式^[16]。

提高全民健康素养,做到疾病一级预防对中国社会具有深远的意义,首先需要在全民普及健康知识。传统医疗模式,慢性病患者往往通过医疗机构才能获取准确的医疗信息,患有糖尿病、高血压病的慢性病患者需要每2到3个月复诊一次,增加了社会医疗负担。为此,医疗工作者探索出一个理想的医疗信息系统,一方面在系统上定期推出通俗易懂的医疗知识科普信息,便于慢性病患者随时浏览,提高疾病知晓率,了解药物外的治疗方式,避免虚假医疗信息对患者的误导,进而提高慢性病患者健康素养水平;另一方面允许患者与医疗团队之间保持24 h的远程沟通,慢性病患者只需将自己近期身体情况、疾病信息如血压、血糖、血脂及生活方式等上传至服务器,医疗团队成员将读取并分析这些信息,判断患者是否需要前往医院就诊,给出该患者在生活方式及药物调整的合理建议。通过新型医疗信息系统,确保慢性病患者可以在任何地点、任何时间获得医疗保健服务,被称作是“无处不在的医疗保健”。目前已有基于互联网的血糖监测系统(IBGM),统计发现,糖尿病患者在使用该系统调整3个月后,血浆HbA_{1c}水平明显下降,且血糖指标维持稳定^[17];另一项研究在8周的随访中发现,使用基于网络的

医疗服务系统可以改善肥胖的高血压人群血压、体重、腰围及HDL-C水平,认为该系统在管理高血压病方面是一种有效的、非面对面指导方式,且降低患者医疗花费,缓解社会医疗压力^[18],该类系统正在高脂血症、高尿酸血症、慢性呼吸系统疾病中推广运用。

但是通过信息技术管理慢性疾病同样遇到限制,首先使用新型医疗信息系统需要电脑及网络,经济落后地区及年长的慢性病患者往往因设备条件、操作技能受限而难以做到疾病信息交流;其次,使用该系统的慢性病患者应具备较好的依从性,需要患者接受并愿意定期、真实地输入数据,向医疗工作人员准确地反映自己的治疗情况及生活方式,避免传达错误信息影响治疗计划的制定;此外,新型医疗服务系统将会挑战传统服务模式,在患者未面对面就诊的情况下,依据远程病情沟通及对健康数据的判读,评估和分析患者病情,确定下一步治疗方案,这对医疗团队的技术水平提出更高要求。

2 个体医疗指导在慢性病管理中的应用

健康管理师的设置是慢性病患者健康管理的一种方式,他们一方面面对慢性病患者,采集和管理他们的健康信息、评估疾病风险、制定健康促进计划、开展健康咨询和教育等工作,在疾病发生早期及慢性病过程中做到危险因素的控制和预防,疾病发生后做到康复和心理调节,制定最佳健康管理方案,使患者在日常生活中享受健康护理,被帮助的慢性病患者更有可能坚持治疗计划,改变生活方式,真正做到有效管理他们的慢性病。另一方面,临床医生面对日益增加的慢性病患者,每位患者医疗程序包括就诊、检查、再就诊,而健康管理师则解决了许多临床医生在实践中所面临的时间、资源、文化障碍,将患者就诊、检查的步骤置于社区等处,获取有价值的医疗信息后提供给临床医师,节省医疗时间、降低医疗成本。研究发现,在健康管理师的指导下慢性病患者HbA_{1c}、LDL、血压水平得到改善。

在Langford^[19]的研究中曾设计出一个模型,了解健康管理师在提高糖尿病患者自我管理中的作用。这个医疗结构中,健康管理师的主要作用包括安排慢性病患者就诊时间、团体的就诊计划,以患者为中心制定治疗目标,在慢性病患者医疗就诊前先进进行疾病信息的初筛,了解疾病基本情况,安排相应的实验室检查,节约医疗诊治时间。

在美国,医院的健康管理师通常由一名有经验

的护士担任,他们更善于与患者沟通,清楚了解患者疾病和治疗情况,并能向临床医生正确反映患者病情,帮助患者获取医疗机构护理服务,协调不同医生和医疗机构,分享医疗信息,避免重复检查和治疗。在住院期间与患者沟通,减少患者心理压力,在院外促进患者理解和遵从医嘱,掌握自我保健基本技能,提高药物治疗的依从性和持续性,提供高质量的医疗保健服务。家庭医生式服务模式是借鉴欧美等国先进服务经验基础上,以全科医生、防保人员、社区护士组成团队为患者提供健康管理服务。一项北京家庭医生式健康管理服务对航天职工 2 型糖尿病患者相关健康指标干预效果的研究中发现,家庭医生式健康管理干预模式有效提升了航天职工中 2 型糖尿病患者的血糖控制水平、相关健康知识和自我管理水平和^[20]。

在过去 30 多年中,发达国家不断加强对全科医师规范化培训力度,使其按照成熟的慢性病防治指南和临床路径要求,早期诊断和治疗,并且针对危险因素对患者定期进行健康教育和随访^[21]。我国目前也大力发展全科医生,从事健康管理工作的全科医师需经过培训、考核后才能获得健康管理师资质,他们对个体或群体的健康实施监测、分析、评估并给出健康咨询意见,指导对疾病危险因素干预和疾病治疗、康复等工作;并将社区无法处理的复杂疾病或有严重并发症患者转诊至专科医生处。目前,许多健康管理团队计划提供全职的健康管理师,一对一或一对几地帮助慢性病患者认识疾病、加强对疾病的自我管理,提高慢性病患者健康素养。

3 慢性病管理小组在慢性病管理中的应用

慢性病的最佳治疗应包括提供高质量的医疗护理和及时的照顾,加强初级卫生保健,减少慢性病并发症发生,为慢性病患者提供较好的疾病管理。慢性病医疗小组通常按疾病种类分组,由专科医生、护士、营养师组成,甚至需要包括药剂师、心理学家、理疗师、职业病医师、护理员等,一个小组的医护人员允许服务 12 至 15 位相同疾病患者,慢性病患者在小组中获得该病相关医学科普知识,了解他们疾病的病情及预防并发症发生的方式,病友之间可以共同分享治疗心得,进行互动,提高信心,满足日益增长的医疗保健需求,提高卫生保健的有效性、时效性和效率。慢性病小组的医护人员还需要根据患者疾病不同程度进行人群分层,区别对待不同程度的患者,确定个体化治疗方案,对于接受管理的慢性病患

者进行阶段性评价,考察疾病管理结果,及时发现和纠正不恰当和无效果的治疗措施。

在加拿大越来越多的人开始使用慢性病团体医疗服务治疗糖尿病、高血压病等^[22],连续 10 年实施了高血压教育计划,大大提高了高血压的临床管理水平,降低了心血管疾病的发生风险^[23]。研究显示,慢性病小组中糖尿病患者血糖水平控制较常规医疗者稳定,且 HbA_{1c} 水平明显降低^[24],体质量和 BMI 在糖尿病小组中也同样降低^[25];另一项研究发现,与正常护理组相比,高血压小组中患者的血压控制情况良好^[26];更进一步的研究将同一疾病按不同危险因素分为不同小组,通过 12 周的观察分析发现,较正常护理组,高风险、中等风险、低风险组的疾病情况均有所改善,慢性病管理小组及疾病分级小组提供一个有效的慢性病管理模式^[27]。

慢性病管理中的一个改革是社区药剂师,将他们纳入慢性病管理小组中,发挥他们在基层的作用。社区药剂师是初级卫生保健的重要组成部分,在美国有约 11 万社区药剂师,他们需要帮助和指导慢性病患者有效、安全地使用药物,监测慢性病药物使用情况,帮助减少疾病治疗过程中出现的药物相关性不良事件,提高患者药物依从性,加强卫生系统的初级保健服务。

在慢性病患者中,预防并发症的发生往往更重要,各国目前仍采用传统的以治病为主的医疗服务模式,属于被动医疗服务。慢性病及其并发症的预防需要融入日常生活的持续管理,健康高危人群及慢性病患者必须被有医疗经验的医生从饮食和锻炼等方面指导,教育如何管理生活方式及疾病治疗,预防慢性病及其并发症的发生将是日后医疗保健的新方向。慢性病管理是医疗保健系统中最紧迫的挑战,不仅能治疗来就诊的患者,更能发现亚健康或处于疾病危险状态下的人群,合理控制及降低医疗费用、提高医疗卫生资源的利用效率、提高患者对医疗服务的满意度。

参考文献

- [1] WILLARD-GRACE R, CHEN E H, HESSLER D, et al. Health coaching by medical assistants to improve control of diabetes, hypertension, and hyperlipidemia in low-income patients: a randomized controlled trial[J]. Ann Fam Med, 2015, 13(2): 130-138.
- [2] RAMLI A S, LAKSHMANAN S, HANIFF J, et al. Study protocol of EMPOWER participatory action research

- (EMPOWER-PAR): a pragmatic cluster randomised controlled trial of multifaceted chronic disease management strategies to improve diabetes and hypertension outcomes in primary care[J]. BMC Fam Pract. 2014,15:151.
- [3] FIERRO M P. The council of state governments: trends alert; costs of chronic disease: What are states facing? 2006 [R/OL]. [2017-12-20]. http://www.healthystates.csg.org/NR/rdonlyres/E42141D1-4D47-4119-BFF4-A2E7FE81C698/0/Trends_Alert.
- [4] THE HASTINGS CENTER. Health care cost monitor: Projected costs of chronic diseases 2010 [R/OL]. [2017-12-18]. <http://healthcarecostmonitor.thehastingscenter.org/kimberlyswartz/projected-costs-of-chronic-diseases/>.
- [5] NIKITOVIC M, BRENER S. Group Care for Chronic Disease Management: a review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines [R/OL]. [2017-12-20]. <Http://www.doc88.com/p-9032352508999.html>
- [6] EGAN B M, ZHAO Y, AXON R N. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008 [J]. JAMA. 2010,303(20):2043-2050.
- [7] CHEUNG B M Y, ONG K L, CHERNY S S, et al. Diabetes prevalence and therapeutic target achievement in the United States, 1999 to 2006 [J]. Am J Med. 2009,122(5):443-453.
- [8] FORD E S, LI C, PEARSON W S, et al. Trends in hypercholesterolemia, treatment and control among United States adults [J]. Int J Cardiol. 2010;140(2):226-235.
- [9] 干永和, 候胜田, 袁剑. 北京市居民对健康管理的认知调查研究[J]. 中国健康教育, 2017,33(2):171-173.
- [10] 吴之杰, 郭清. 大数据时代我国健康管理产业发展策略研究[J]. 卫生经济研究, 2014,31(6):14-16.
- [11] 冯晶晶, 刘宇飞, 靖瑞峰. 慢性病管理的国际经验及启示[J]. 医药前沿, 2017,28(8),1009-1012.
- [12] COSTA É S, Hyeda A. Chronic case management: clinical governance with cost reductions [J]. Rev Assoc Med Bras, 2016,62(3):231-235.
- [13] 王静, 王俊. 老年人群的健康管理[J]. 中国临床保健杂志, 2014,17(2):222-224.
- [14] 杜丽霞, 徐月霞, 张颖, 等. 干部健康管理重在细节[J]. 中国临床保健杂志, 2007,10(4):447-448.
- [15] 王雅琴, 陈志恒, 曹霞, 等. 高血压前期健康管理效果的临床研究[J]. 中国临床保健杂志, 2013,16(1):11-13.
- [16] 杨星, 龙茜, 龙琛. 大健康背景下我国健康管理产业发展策略分析[J]. 中国卫生经济, 2016,36(5):8-10.
- [17] KWON H S, CHO J H, KIM H S, et al. Establishment of blood glucose monitoring system using the internet [J]. Diabetes Care 2004,27(2):478-483.
- [18] PARK M J, KIM H S, KIM K S. Cellular phone and Internet-based individual intervention on blood pressure and obesity in obese patients with hypertension [J]. Int J Med Inform, 2009,78:704-710.
- [19] LANGFORD A T, SAWYER D R, GIOIMO S, et al. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management [J]. Diabetes Educ, 2007,33(Suppl 6):139-144.
- [20] 王璇, 李月, 袁宝石. 家庭医生式健康管理对2型糖尿病航天职工血糖和自我管理水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017,37(3):370-372.
- [21] DUSING R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension [J]. Curr Med Res Opin, 2006,22(8):1545-1553.
- [22] HOUSDEN L, WONG S T, DAWES M. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: a systematic review and meta-analysis [J]. CMAJ. 2013,185(13):635-644.
- [23] 石静, 李悦. 2012-2013 加拿大高血压教育计划解读和启示[J]. 中国医学前沿杂志. 2013,5(9):61-64.
- [24] HOUSDEN L, WONG S T, DAWES M. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: a systematic review and meta-analysis [J]. CMAJ, 2013,185(13):E635-E644.
- [25] CERVANTES CUESTA M A, GARCIA-TALAVERA ESPIN N V, BROTONS R J, et al. Psychoeducative groups help control type 2 diabetes in a primary care setting [J]. Nutr Hosp, 2013,28(2):497-505.
- [26] FERRARA A L, PACIONI D, DI F, et al. Lifestyle educational program strongly increases compliance to nonpharmacologic intervention in hypertensive patients: a 2-year follow-up study [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2012,14(11):767-772.
- [27] MURPHY S E, BLAKE C, POWER C K, et al. Comparison of a stratified group intervention (STarT Back) with usual group care in patients with low back pain: a nonrandomized controlled trial [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2016,41(8):645-652.

(收稿日期:2017-04-25)