

我国慢性病防控 未来五年怎么做？

一个人30岁时的期望寿命,与什么有关?

生活方式可能是其中一个重要因素。9月18日,在南京举行的2026年慢性病防控大会上,北京大学公共卫生学院教授李立明分享了中国慢性病前瞻性研究(CKB)持续二十余年的一系列发现。其中,与生活方式最不健康的人相比,保持健康生活方式的男性在30岁时的期望寿命长8.8年,女性长8.1年。

这组数字来自一个覆盖约51万成年人的大型前瞻性队列研究。李立明及其研究团队长期追踪这些参与者的疾病、住院和死亡情况，围绕吸烟、饮酒、膳食、体力活动、肥胖以及血压、血脂、血糖等因素，积累了大量来自中国人群的慢性病研究证据。截至2025年底，累计随访已经超过903万人/年。

从饮酒、吸烟、饮食和运动,到血压、肥胖和代谢异常,类似的大规模人群研究正在不断补充甚至改变人们对于慢性病危险因素的认识。与此同时,中国的慢性病疾病谱和疾病负担也逐渐改变。

今年的慢性病防控大会以“十五五开局新征程、同防共管向新行”为主题,国家卫生健康委副主任、国家疾控局局长、中国工程院院士沈洪兵,全国人大教科文卫委委员、中华预防医学会会长李斌等出席会议。

会上,从疾病危险因素到多病共防,从医防融合到基层健康管理,一个绕不开的问题是:中国的慢性病防控,接下来五年最需要解决什么?

慢病防控,难在哪里

慢性病已经成为中国居民最主要的死亡原因。

沈洪兵院士在会上公布,2024年,我国慢性病导致的死亡占居民总死亡的87.5%。其中心脑血管疾病、癌症导致的死亡,占总死亡人数的70%。以癌症、心脑血管疾病、慢性呼吸系统疾病、代谢性疾病为代表的四大慢性病,已经成为国民健康最主要的疾病负担。

过去十年，中国慢性病防控的一些核心指标已经明显改善。例如，一个30岁的人在70岁之前死于心脑血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病的概率，已从2015年的18.5%下降至2023年的15.0%。这一指标被称为重大慢性病过早死亡率。截至2024年，我国已建成488个国家慢性病综合防控示范区，覆盖超过20%的县(市、区)。

但慢性病的总体负担仍在增加。沈洪兵在会上将当前的形势概括为,慢性病防控已经取得明显成效,但疾病负担依然沉重。

我国18岁及以上居民高血压患病率已达27.5%,糖尿病患病率为11.9%,超过一半的成年居民超重或肥胖。人口老龄化意味着患有一种甚至多种慢性病的人越来越多;超重肥胖、吸烟、不合理膳食、缺乏运动等主要危险因素仍然广泛存在。

城乡差距同样值得关注。沈洪兵指出,一些慢性病如高血压在农村地区的患病率已经高于城市,但控制率却低于城市,“防控短板集中在基层”。

面对这些问题,沈洪兵提出,“十五五”期间要继续推动卫生健康工作从“以治病为中心”向“以

健康为中心”转变,完善防、治、康、管全链条服务,并把多病共防、医防融合、基层能力建设和数智赋能作为下一阶段的重要方向。

2026年7月发布的《国民健康“十五五”规划》也给出了更具体的目标:到2030年,中国人均预期寿命达到80岁,重大慢性病发病率上升趋势得到有效控制。与过去更多围绕单病种展开的防控相比,规划明确提出加强慢性病及其危险因素监测,发展防治康管全链条服务,健全早筛早诊早治体系,并提出设立慢性病一体化门诊,强化“多病同防同治同管”。

“多病”，是当天会上被多次提到的一个关键词。

李斌在演讲时提到,尽管疾病被划分为不同病种,但现实中多病共存十分普遍。高血压、糖尿病、心脑血管疾病和一些癌症共享肥胖、吸烟、不合理膳食、缺乏运动等危险因素;随着年龄增长,一个人同时患有多种慢性病也更为常见。过去按照单一病种分别预防、筛查、诊疗和管理的模式,需要作出相应改变。

慢性病防控的难处之一在于,它所要干预的很多因素并不发生在医院里。

控制血压和血糖需要规范诊疗,但减少吸烟、控制体重、增加运动、改善饮食,需要个人行为的改变,也受到家庭、社区乃至生活环境的影响;早期发现疾病需要筛查,筛查发现异常后又需要医疗机构完成诊断和治疗;患者离开医院以后,长期随访和健康管理则更多需要基层医疗卫生机构承担。

过去,这些环节分布在疾控、医院和基层医疗卫生机构等不同体系中。如何把“防”和“治”真正



接起来,是我国慢性病防控的一大挑战。

癌症防控：精准和公平

在诸多慢性病中,癌症尤其集中地体现了上述问题。

从危险因素控制、早期筛查,到确诊后的规范治疗和长期管理,癌症防控跨越预防和临床多个环节;与此同时,新药、新技术和新的筛查手段不断出现,如何选择真正有效的干预,又如何在有限的医疗资源下让更多人获益,正越来越成为现实问题。

在当天的癌症防控分会场，昆山杜克大学全球健康中心教授、癌症防治策略创新研究实验室(CALab)主任汤胜蓝介绍，2022年，中国新发癌症约482万例，死亡约257万例。随着人口老龄化和疾病谱变化，未来癌症防控面临的压力还会进一步增加。

“过去，我们更多关注的是‘有没有’——有没有筛查项目，有没有肿瘤医院，有没有诊疗技术，有没有药物。”汤胜蓝谈道，现在需要回答的问题已经发生变化：这些服务是不是建立在科学证据基础上，是否真正改善了人群健康，是否具有成本效果，不同地区、不同收入人群能否公平获得，以及有限的医疗资源是否用在了最有价值的地方。

早筛、早诊、早治一直是癌症防控的重要策略。但随着筛查项目和技术不断增加,需要回答的问题也变得更加具体:哪些癌症适合开展人群筛查?哪些人真正需要筛查?应该采用什么技术?应该多久筛查一次?

“筛查非常重要,但并不是筛得越多越好。”汤胜蓝说,筛查决策不仅需要考虑安全性和有效性,还要考虑成本效果和公平性。医学技术越先进,越需要警惕过度诊断和过度治疗。“真正好的癌症防控,不是提供最多的医疗服务,而是为患者提供最适宜、最有价值的服务。”

北京大学肿瘤医院遗传学研究室副主任、研究员何忠虎的报告在一定程度上回应了上述问题。

何忠虎介绍了团队近年来围绕食管癌和胃癌开展的精准筛查

研究。过去十余年,他所在团队在河南食管癌高发地区,开展了一项超过3万人的随机对照研究发现,规范的内镜筛查可以降低食管癌的发病和死亡风险。

但内镜检查需要专业设备和人员,也具有一定侵入性。传统上消化道癌筛查如果覆盖大量普通人群,不仅需要投入大量医疗资源,其中相当一部分检查最终也不会发现癌症或癌前病变。

为提高筛查效率,何忠虎团队进一步开发了食管癌和胃癌风险预测模型,通过风险分层,将内镜检查更多集中于高风险人群。2025年发表的一项多中心真实世界研究进一步显示,与传统筛查模式相比,这种基于风险的序贯式筛查具有更好的成本效果。

在报告最后,他提出了一连串问题,希望能在下一个五年找到答案:高新技术应该何时登场?怎样减少防控和筛查中的遗漏?如何形成更高效的模式?如何实现可持续和普惠?

类似的问题也贯穿在其他慢性病的预防、筛查、诊疗和长期管理的不同环节。技术之外,人也是其中重要的一环。

汤胜蓝特别提到癌症防控中的卫生人力问题。今年《柳叶刀·肿瘤学》发布的一份全球癌症人力资源委员会报告指出,随着癌症负担继续增长,专业人才不足将成为全球癌症防控面临的重要瓶颈。报告预测,到2050年,全球癌症相关卫生人力缺口可能接近1亿,其中护理人员以及放射影像、病理等诊断专业人员的缺口尤为突出。

“癌症防控能力不仅取决于设备和技术,更取决于有没有足够的、训练有素的人去正确使用这些技术。”汤胜蓝表示。他还谈到,期待未来五年,中国能够产生更多本土实践的慢病防控证据,并把经验带到更广泛的国际交流中,为更多人群提供更有效、更公平,也更可持续的健康获益。

这场关于慢性病防控的会议从早上8点半一直持续到傍晚6点,会场里人们坐着听报告、看幻灯片、记笔记。其间,一块听众的智能手表几次发出久坐提醒:该起来活动一下了。

袁端端

慢性病防控 要“三管”

☐ 申少铁

慢性病防控需要全社会一起“管”起来——个人管理生活方式、基层管理慢性病重点人群、用科技手段提升管控质量。

预防为主,管理居民生活方式,将健康促进融入居民日常生活。长期不健康的生活方式是导致许多慢性病发生甚至年轻化的重要原因。做好健康促进,改变居民不健康的生活方式,可以有效预防慢性病、延缓病情发展。医生是健康促进的主力军,要鼓励医生多参加健康科普。社区要加大健康科普力度,邀请医护人员到社区举办科普活动。

突出重点,规范化管理慢性病。慢性病如果没有得到规范化管理,很可能发展为重病。比如,糖尿病患者的血糖控制不好,可能导致多种严重并发症,治疗难度大、费用高。社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层医疗卫生机构是群众健康的“守门人”,是慢性病健康管理服务的枢纽。应以家庭医生签约服务为抓手,整合“防、筛、诊、治、管、康”全流程服务,对重点人群提供综合、系统、连续的健康管理服务。

科技赋能,提升慢性病防控管理质效。随着大数据、人工智能、物联网、智能穿戴等技术的发展,慢性病预防和监测手段越来越多,也越来越精准。从政府层面看,可以建立区域重点慢性病智能监测系统,对发病病种、随访管理、质量控制与评估等进行数字化、规范化管理,并及时调整卫生健康政策;从医疗机构层面看,可以提升慢性病管理服务质量和效率,降低医护人员的工作强度;从个人看,使用穿戴类监测工具,能实时了解自身健康状况,从而及时调整饮食、运动、睡眠等生活习惯,降低慢性病发生和发展的风险。