

唐金陵：应重新审视慢性病定义

● 本报记者 陈祎琪

“随着医疗仪器的进步，疾病诊断的依据逐渐从病人可感知的症状和体征转变为人体的分子、细胞、生理、生化层面的微小变化，疾病发现的端口不断前移。但是对于当前无症状、未来风险不确定且没有有效干预措施的身体早期、微小异常，到底该不该算作疾病？需不需要治疗？治疗的获益有多大？对病人来说值不值得？这是现代医学需要思考的大问题。”深圳理工大学讲席教授、香港中文大学医学院荣休教授唐金陵在接受《医学科学报》采访时说。

近日，由唐金陵发起和组织的《英国医学杂志》“中国慢性病当前挑战专刊”在2024年中国慢性病防控大会上正式发布。他作为该杂志的中国编辑，与香港中文大学助理教授杨祖耀合作在专刊上发表了题为《定义慢性疾病需以病人为中心》的文章。

唐金陵指出，应重审慢性疾病的概念，坚持“基于证据、病人为本、依托价值、谨防利益”的十六字原则。

不断扩大的疾病概念和干预范围

过去，医生诊断疾病靠的是望闻问切，靠的是患者的症状、体征和感受。然而，在过去一个多世纪里，生理、生化、组织学和影像等技术大大提高了医学“观察”人体的能力，使更多的疾病得以在早期且常常是无症状时就能被发现。

“疾病总是始于分子、细胞、生理或生化层面的微小变化，而症状和体征只有在这些变化足够严重时才会出现。诊断疾病的仪器和技术的进步致使疾病的定义被大大扩展。”唐金陵说，比如糖尿病是根据生化指标即血糖浓度定义的，癌症是根据组织学指标即细胞的形态结构定义的，高血压是根据生理指标即血压定义的。

这些诊断阈值的微小变化能大大改变患者的数量。例如，中国在本世纪初对高血压、高血脂和糖尿病诊断阈值的调整，使2002—2010年间中国“三高”患者总人数翻了一番，新增“三高”人次达3.59亿。2022年，有



唐金陵

“医学的目的是照护病人，而不是制造更多的病人。我们不能仅仅因为技术能够检测到微小的身体变化，就将这些变化视为疾病并进行干预。

关专家组建议将中国高血压诊断阈值进一步下调，如果接受这一新的标准，血压处于130/80~140/90mmHg的人群也将会被视为高血压，中国将新增3.5亿高血压病人。

“由于血压与未来心血管事件风险的关系中没有天然的拐点，高血压和正常血压之间也就没有一个明确、绝对、客观的分界线。而且，癌症、冠心病、脑卒中、腹主动脉瘤、骨质疏松等很多疾病都是如此。虽然我们使用的是客观的仪器，但疾病的诊断本质上是一个生物学证据基础上的人为规定。”唐金陵说。

那么，由仪器发现的早期、微小、无症状的身体异常，究竟该不该视为疾病并施加干预？唐金陵认为，“事实上这些早期、微小的身体异常大多终生都不会引发任何麻烦”。例如，据中国的一项大型长期随访研究估计，86%的高血压患者终生都不会因高血压而发生心血管事件。

如果对早期、微小的身体异常进行治疗，患者的获益会有多大？对此，唐金陵认为，帮助有症状的患者是医学的初衷，因为患者有现时的痛苦，每个患者都有可能从中受益；无症状的早期、微小异常不是现时的痛苦，而是未来可能发生痛苦的风险，且大部分人终生都不会发生，因此只有少数人

能从治疗中受益。“以高血压为例，当前降压药的绝对效果为2%，即100个高血压病人中，降压药10年内只能预防2例心血管事件，98例不会从治疗中受益。”

唐金陵认为，对于患者而言，由于被诊断的疾病以及治疗对疾病的控制都是他们感知不到的，其价值是他们无法判断的，所以这样的诊疗活动无法让患者真正感到满意，却平添了他们的焦虑和不安。对于医疗行业而言，没有有用的后续干预措施，只会造成过度诊断和治疗，造成医疗不公平，并损害医疗质量和安全性。

对于社会而言，这会给医疗卫生系统增加巨大的负担。“假如上述新增的3.59亿‘三高’患者在2010年全部接受药物治疗，以当年平均价格计算，仅仅治疗这些新增患者就会消耗当年政府卫生总支出4800亿元的56%。这几乎无法承受。”唐金陵说。

重审定义慢性病的底层逻辑

“医学的目的是照护病人，而不是制造更多的病人。我们不能仅仅因为技术能够检测到微小的身体变化，就将这些变化视为疾病并进行干预。”唐金陵说。

为此，他提出重新思考定义慢性疾病的底层逻辑——只有当有效的、能够带来病人认为值得的临床获益的干预措施存在时，早期、微小的身体异常才应视为疾病。在定义疾病或改变疾病诊断阈值之前，应高度重视并仔细评估干预措施在那些因标准改变而新增的患者中的绝对获益。

“定义疾病或修改疾病的诊断标准，首先要基于证据，但目前我们对循证医学的认识和落实还远远不够。比如早期癌症，一旦发现，治疗几乎是必然的，但不治疗会怎样，往往说不清楚；对早期癌症的治疗，我们觉得有好处，但到底有没有、有多大，仍是未知。对于这些重大问题，必须开展大量的科学研究，明确不治疗的风险有多大、治疗是否有效、效果有多大，并基于证据进行决策。”唐金陵表示，英美等西

方国家针对重大医学干预措施的效益进行全面、系统评估的做法，值得借鉴。“我们也应该这样，以确保一项重要的医学决策不是因为某个意见领袖的推荐，而是基于现有可靠的科学研究证据。”

其次，应以病人为中心，尊重病人的价值取向。“一方面，研究考察的治疗好处应该是病人认可的好处；另一方面，研究得出的结论是基于群体的平均估计，但由于不同个体不治疗时的转归和风险千差万别，治疗效果和不良反应也各不相同，决策时应征求病人的意见，因人而异地决策。”唐金陵认为，对病人来说，治疗值不值得，取决于治疗在重要临床结局的改善，而不是单纯的仪器测量的指标变化。

比如，癌症治疗的价值，不是单纯影像显示肿瘤缩小，而是生存时间延长和生活质量提升；高血压治疗的价值，不是单纯降压，而是心血管病风险降低；糖尿病治疗的价值，不是单纯降血糖，而是微血管和大血管病并发症减少。

同时，治疗的价值还取决于临床结局改善的程度和病人对其价值的判断。“比如100个人中有5个人获益，该不该治？有1个人获益，该不该治？没有绝对的答案。不同人的价值判断不同、可支配的资源不同、对同一风险的承受能力不同，选择也就可能不同。这就是为什么全世界高血压诊断率为54%，而治疗率却只有42%。”唐金陵说。

最后，应谨防其他利益的过度渗透。唐金陵认为，重大医疗决策是医生、病人、管理者、企业家乃至政治家多方参与的过程，其中必然牵涉利益博弈的问题，但无论如何，都须坚持病人利益为先的原则。“实现这一点不是一朝一夕的事情，还需依靠政府、医疗机构、医药企业、医护人员以及公众的集体智慧和力量。”

唐金陵表示，“中国慢性病当前挑战专刊”系列文章并非为了提供最终的肯定答案，而是为了激发更多的探索、讨论和对话，以不断改进循证、有效、公平的慢性病防治策略。