

西北低流行地区丙肝防控创新实践：酒泉市全周期管理模式成效分析

冯丽丽

酒泉市疾病预防控制中心性病艾滋病防制科, 中国·甘肃 酒泉 735000

摘要: 为有效消除丙型肝炎, 探索 2024 年酒泉市政府多部门、疾控中心、各级医疗机构联动, 全病程全周期丙肝病例管理模式, 对新报告丙肝病例在信息反馈、追踪、转介、治疗随访上明确政府部门、疾控中心、各级医疗机构职责, 缩短全市丙肝患者从发现到治愈的时限。提高丙肝核酸检测率、治疗率, 降低丙肝发病率、病死率。为实现世界卫生组织提出的消除丙肝公共卫生危害奠定工作基础, 探索出新的模式。

关键词: 丙型肝炎; 管理; DAAs 治疗; 全周期管理模式

Innovative Practice of Hepatitis C Prevention and Control in Low Epidemic Areas of Northwest China: Analysis of the Effectiveness of the Full Cycle Management Model in Jiuquan City

Lili Feng

Jiuquan Center for Disease Control and Prevention, Division of STD and AIDS Prevention and Control, Jiuquan, Gansu, 735000, China

Abstract: To effectively eliminate hepatitis C (hereinafter referred to as HCV), in 2024, Jiuquan city explored a new model of full-course and full-cycle management of HCV cases through the collaboration of multiple government departments, the disease control center, and medical institutions at all levels. This model clearly defined the responsibilities of government departments, the disease control center, and medical institutions at all levels in information feedback, tracking, referral, and treatment follow-up for newly reported HCV cases, aiming to shorten the time from diagnosis to cure for HCV patients in the city. The goal is to increase the rate of HCV nucleic acid testing and treatment, and reduce the incidence and mortality rates of HCV. This initiative lays the groundwork for achieving the World Health Organization's goal of eliminating the public health threat of HCV and explores a new model.

Keywords: Hepatitis C; management; DAAs treatment; full-cycle management model

0 前言

丙型肝炎 (简称丙肝) 是由丙型肝炎病毒 (HCV) 引起的肝脏疾病, 其主要病理特征为肝脏慢性炎症和纤维化^[1]。若未经规范治疗, 部分慢性丙肝患者可能会进一步发展为肝硬化或肝细胞肝癌^[2,3], 对患者的生命健康造成极大危害。丙肝的流行不仅给患者带来了沉重的疾病负担, 也给公共卫生系统构成了严峻挑战^[4]。近年来, 丙肝直接抗病毒药物 (Direct-acting Antiviral Agents, DAA) 广泛应用^[5], 慢性丙肝患者死亡率显著降低, 肝细胞癌发生风险减少, 消除丙肝公共卫生危害提供了新的契机, 但在低流行地区, 尤其是医疗资源有限的边远地带, 实现“早发现、早治疗”仍面临多重挑战。

埃及农村地区抗体检测率 < 20%^[6] 所提示的低流行地区丙肝消除难点集中于筛查覆盖率低; 中国西部部分地区 DAAs 治疗率不足 30%^[7] 显示出治疗衔接断层等问题。相比之下, 同属低流行地区的酒泉市地处西北边陲, 全市辖“一区两市四县” (肃州区, 玉门市、敦煌市, 金塔县、瓜州县、

肃北蒙古族自治县和阿克塞哈萨克族自治县), 居住汉、蒙、哈萨克、回等 40 多个民族, 总人口 105.3 万人, 其由于基层医疗机构检测能力不足和部分县区缺乏核酸检测设备使确诊延迟, 从而导致医疗资源分布不均; 哈萨克族牧民中注射吸毒比例较高而农村地区因既往不规范医疗操作导致的医源性感染风险突出; 少数民族群体对丙肝知晓率普遍低于 40% 且部分患者因语言障碍难以获取防治信息等问题显著突出。

酒泉市政府高度重视丙肝防治工作, 将消除丙肝公共卫生危害作为“健康酒泉”建设的重要内容。2023 年, 酒泉市卫生健康委联合 9 部门转发了《关于印发甘肃省消除丙型肝炎公共卫生危害行动工作方案(2021—2030 年)的通知》的通知 (以下简称《工作方案》)^[8], 明确了政府部门、疾病预防控制中心和各级医疗机构在丙肝防治工作中的职责, 对酒泉市新报告病例从医保政策落实、信息反馈、追踪、丙肝核酸检测、治疗随访等方面明确工作要求, 通过探索政府多部门、疾病预防控制中心和各级医疗机构联动模式, 有效

缩短了全市丙肝患者从发现到治愈的时间，提高了丙肝核酸检测率和治疗率，降低了丙肝发病率和病死率，取得了显著成效。本研究以酒泉市为例，首次系统分析西北边陲多民族地区通过政策联动实现丙肝消除目标的实践路径，探索低流行、多民族、资源受限地区的丙肝全周期管理模式，旨在为同类地区提供可复制的实践范式，加速实现 WHO 2030 消除目标。

1 管理方法及工作成效

酒泉市构建了“政策保障—筛查发现—治疗衔接—随访督导”四维闭环管理模式，通过整合医保、疾控与医疗资源，实现丙肝病例全周期管理。

1.1 政策保障：建立多部门协同防控体系

1.1.1 医保政策快速落地

酒泉市疾控局、酒泉市疾控中心积极推动落实国家医保谈判药品政策，确保丙肝患者在获得及时、便捷的疾病救治的同时，能够充分享受到医疗保险的报销待遇，从而切实减轻患者的经济负担。对尚未落实丙肝医保相关政策文件要求的县（市、区），酒泉市疾控中心进一步加强与卫生健康部门和医保部门的沟通协调，通过定期督导和政策解读等方式，督促其严格贯彻落实相关政策，确保患者权益得到有效保障。

七个县（市、区）丙肝医保政策全面实施，医保报销比例达 75%，且各县（市、区）的医保报销比例提升幅度在 40%~60%，显著减轻患者经济负担。由定点医疗机构、非定点医疗机构以及疾病预防控制机构共同参与的转诊工作机制和归口管理流程运转顺畅，有效提升了医疗服务的协同性和效率，为丙肝患者的全程管理提供了有力保障。

1.1.2 治疗网络优化布局：构建“1+7”定点医疗体系

酒泉市疾控局和酒泉市疾病预防控制中心联合对七县（市、区）丙肝定点医疗机构进行深入调研，并建立涵盖定点医疗机构、非定点医疗机构和疾控机构协同参与的转诊工作机制和归口管理流程^[8]。实施定点医疗机构网格化布局，明确指定酒泉市人民医院为市级丙肝抗病毒治疗工作的定点医疗机构，同时将七个县级综合医院确定为县级丙肝抗病毒治疗的定点医疗机构，构建“1+7”定点医疗体系，并通过官方渠道向社会公布，以增强公众知晓度和信任度，实现治疗服务县域全覆盖，确保患者“就诊有去处、报销有保障”。

1.1.3 多部门协作：全流程管理与督导考核机制

七个县（市、区）积极响应，全面开展遏制丙肝流行攻坚行动，通过多部门紧密协作，对新报告丙肝患者实施全面管理管控，包括入户查找、回访调查、动员检测、抗病毒治疗及其相应数据整理和录入等工作，同时详细记录并分析丙肝患者的就诊费用情况，为后续的政策调整和资源分配提供数据支持。

酒泉市疾病预防控制中心依据《工作方案》中的具体

要求，建立按月反馈机制，对丙肝防控工作的各项指标进行定期监测与评估。对于新报告丙肝病例的重点工作指标未能达到预期目标的县（市、区），需进一步强化工作督导与指导力度。通过深入分析工作中存在的问题，中心提出针对性的解决方案与建议，以确保各项防控措施的有效落实。

1.2 筛查发现：实施精准化检测策略

依据《丙型肝炎筛查及管理（WS/T453—2014）》标准^[9]，酒泉市针对侵入性诊疗人群、医院就诊者、性病就诊者、男男性行为者（MSM）以及暗娼人群，大力推行“应检尽检”策略^[8]。同时，为戒毒药物维持治疗人员、自愿咨询检测（VCT）门诊求询者、新报告的 HIV 感染者以及新报告丙肝确诊病例的配偶或性伴提供免费的丙肝抗体检测服务。根据疫情分析结果，有针对性地开展筛查工作，以提高丙肝检测的覆盖面和精准度，酒泉市七个县（市、区）筛查的丙肝抗体阳性率范围处于 0.04%~0.28%。

截至 2024 年 12 月底，酒泉市新报告丙肝抗体阳性者的核酸检测比例显著提升至 93.88%，相较于 2024 年 3 月底的 6.43%，远高于甘肃省平均水平（78.37%），且在全省排名中位居第二，实现了跨越式增长。

1.3 治疗衔接：优化诊疗服务流程

1.3.1 服务流程再造

酒泉市疾控中心组织了涵盖七个县（市、区）疾控中心、辖区内丙肝定点医院及丙肝监测哨点医院、各社区卫生服务中心以及乡镇卫生院专业人员，开展了针对丙肝检测与治疗的科学全面培训。酒泉市新报告丙肝病例的抗病毒治疗比例由 2024 年 3 月底的 21.43% 大幅提高至 87.41%，这一比例不仅高于甘肃省平均水平（49.81%），且在全省位列第一。这标志着酒泉市在丙肝防控工作中取得突破性进展，为提前实现 2025 年中期消除丙肝的目标奠定坚实基础。全市各医疗机构秉持健康科普工作日常性与集中性相结合的原则，将丙肝防治知识纳入公共卫生健康教育的核心内容，贯穿于日常诊疗过程之中。

1.3.2 强化政策宣教

各县（市、区）疾控中心工作人员深入家庭，对丙肝患者进行走访，从六个方面向群众普及丙肝防治科普知识，包括：丙肝的定义、检测方法、抗病毒治疗过程、如何正确认识丙肝并远离感染风险、确诊丙肝后的应对措施以及丙肝的治愈途径。工作人员详细询问患者的日常生活习惯、饮食情况、服药依从性，主动了解患者面临的困难与问题，并耐心倾听他们的诉求与建议。同时，为患者详细解读“丙肝可治愈，医保可报销”的相关政策知识，确保患者充分了解自身权益。此外，工作人员还将丙肝防治知识传递给患者的家庭成员，通过提升家庭整体的丙肝防治知识水平和能力，以家庭为单位推动丙肝防治工作的有效落实，从而在全社会范围内营造积极的防治氛围，为丙肝的全面防控奠定坚实基础。

1.4 随访督导：建立全程质控体系

市疾控中心将丙肝随访治疗管理工作纳入各诊疗和管理单位的目标管理考核体系，定期对辖区内各县（市、区）的技术培训、随访管理、临床诊疗以及信息录入等情况进行全面督导检查，通过明确责任、强化监督，进一步提升丙肝防控工作的整体质量和效率，确保各项防控目标的顺利实现。

2 结果

酒泉市年均报告率 9.89/10 万，七县（市、区）发病率存在不均衡现象，其中以肃州区新报告病例 197 例为最高，年均报告率达 14.61/10 万，见图 1。

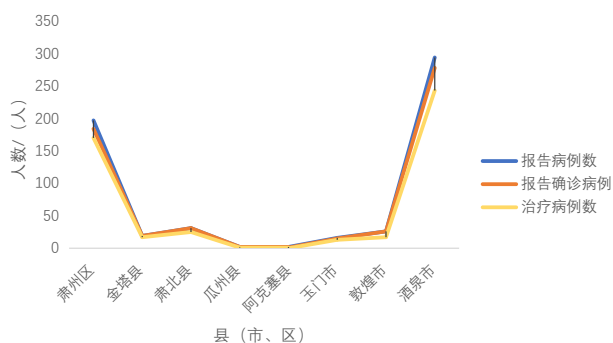


图 1 酒泉市各县（市、区）丙肝报告、确诊及治疗病例分布情况

通过对酒泉市 43 例未接受直接抗病毒药物（DAAs）治疗的新报告丙肝病例进行调查分析，发现未接受治疗的主要原因包括家庭经济困难，无力承担治疗费用病例 32 例（74.41%）；患者自认为未患病，对医生诊断结果存在质疑病例 6 例（13.95%）；以及对丙肝 DAAs 治疗效果缺乏信心病例 5 例（11.64%），见图 2。

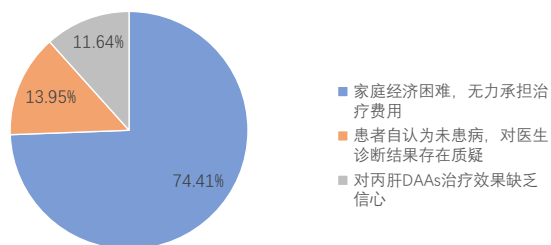


图 2 酒泉市 43 例未接受直接抗病毒药物（DAAs）治疗的新报告丙肝病例原因分布情况

297 例新报告丙肝病例的调查显示，既往危险因素暴露情况主要为医源性暴露史（手术、透析、不洁口腔诊疗操作、器官或组织移植等）病例 134 例（45.11%）；共用针具注射毒品、职业暴露或其他原因（如纹身、穿孔等）导致的针刺伤史病例 45 例（15.15%）；高危性行为史（包括多个性伴、男性同性性行为等）病例 63 例（21.21%）；以及丙肝病毒感染者的性伴病例 55 例（18.53%）。在相关

人群中，戒毒药物维持治疗人员的丙肝抗体阳性率为 9.09%（27/297）；艾滋病哨点监测中丙肝抗体阳性率为 0.08%（8/8932）；新报告 HIV 感染者的丙肝抗体阳性率为 5.13%（2/39）；新报告丙肝确诊病例的配偶或性伴中丙肝抗体阳性率为 5.05%（15/297）。

3 讨论

WHO 提出到 2030 年消除丙型肝炎公共卫生威胁的全球目标^[10]，本研究通过酒泉市的实践探索，为低流行地区实现这一目标提供了重要参考。研究结果显示，酒泉市通过构建“政策保障—查发现—治疗衔接—随访督导”的闭环管理模式，在丙肝防控方面取得显著成效。

本研究发现酒泉市丙肝疫情呈现明显地域差异，肃州区年均报告率（14.61/10 万）显著高于其他县区（见图 1）。这种差异可能与地区医疗资源配置、人群风险暴露水平等因素有关。其中医源性暴露史（45.11%）和高危性行为（21.21%）是主要感染途径，提示需重点加强医疗机构感染控制和重点人群行为干预。与国内外研究相同，酒泉市通过多部门协作开展精准筛查，在戒毒人员（阳性率 9.09%）和 HIV 感染者（阳性率 5.13%）等高危人群中亦取得较好发现效果^[11]。经济负担仍是阻碍治疗的主要障碍（见图 2）。尽管酒泉市实现了 75% 的医保报销比例，但本研究显示仍需通过“医保+民政救助”的多重保障机制进一步减轻患者负担，这一发现与王宗凡等的研究结果一致^[12]，提示在资源有限地区需要创新筹资机制。酒泉市通过设立专项救助基金、协调药企降价等措施，将治疗率提升至 87.41%，为类似地区提供了可借鉴的经验。对疾病认知不足（13.95%）和治疗信心缺乏（11.64%）也是影响治疗的重要因素。针对这一问题，酒泉市采取各县（市、区）疾控中心工作人员深入家庭，对丙肝患者进行走访，从六个方面向群众普及丙肝防治科普知识及丙肝的治愈途径。这与 WHO 强调的“以患者为中心”的服务理念高度契合^[13]。

酒泉市作为西北低流行地区，其模式的创新性在于建立“医保—民政—疾控”跨部门协作机制，有效解决了低资源地区卫生服务的可及性问题，实现政策快速落地，强化落实丙肝医保报销政策，落实丙肝医保报销政策并简化报销流程，设立专项救助基金为经济困难患者提供额外支持；政府多部门、疾控中心、各级医疗机构联动，全病程全周期丙肝病例管理模式，认识到消除丙肝统筹管理的重要性，通过有序开展构建“筛查—诊断—治疗—随访”全流程服务体系，实现对 HCV 感染的精准打击；接到新报告病例后，迅速启动流行病学调查，追踪密切接触者并进行检测与干预，公安、教育等部门共同配合，针对高危人群开展针对性筛查，形成全方位的防控网络。这些经验为低流行地区丙肝消除工作提供重要参考。

酒泉市的实践表明，通过多部门协作、全流程管理和

精准干预,低流行地区同样可以有效推进丙肝消除进程。建议进一步扩大医保覆盖、加强健康宣教、优化资源配置,为实现 2030 年消除目标奠定基础。

参考文献:

- [1] 王安辉.丙型肝炎防治现状及展望[J].中国热带医学,2024,24(1): 34-39.
- [2] 常宇琨,章志丹.《丙型肝炎防治指南(2022版)》更新解读[J].新发传染病电子杂志,2023,8(6):89-92.
- [3] de Martel C. World-wide relative contribution of hepatitis B and C viruses in hepatocellular carcinoma[J]. Hepatology,2015,62(4): 1190-200.
- [4] 程伟.浙江省试点县区新报告丙型肝炎病例强化管理探索与实践[J].中国艾滋病性病,2024,30(7):743-744.
- [5] 韩杰.直接抗病毒药物(DAA)在丙肝治疗中的临床应用进展[J].首都食品与医药,2018,25(17):42-43.
- [6] Hellard M. The Elimination of Hepatitis C as a Public Health Threat[J]. Cold Spring Harb Perspect Med,2020,10(4).
- [7] Mei X, H Lu. Prevalence, diagnosis, and treatment of hepatitis C in Mainland China[J]. Glob Health Med,2021,3(5):270-275.
- [8] 消除丙型肝炎公共卫生危害行动工作方案(2021—2030年) [EB/OL].国家卫生健康委员会,2022-03-04.
- [9] 丙型肝炎筛查及管理[J].传染病信息,2015,28(1):1-2+22.
- [10] Dore G J, S Bajis. Hepatitis C virus elimination: laying the foundation for achieving 2030 targets[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol,2021,18(2):91-92.
- [11] Horvath K J. Using technology to assess and intervene with illicit drug-using persons at risk for HIV[J]. Curr Opin HIV AIDS, 2017,12(5):458-466.
- [12] 王宗凡.医疗保障体系下医疗救助的功能定位[J].中国医疗保险, 2020(11):16-18.
- [13] Giusti A. The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review[J]. BMJ Glob Health,2020,5(12).

作者简介:冯丽丽(1984-),女,主管护师,从事性病艾滋病丙肝防制研究。