

# 非洲疾病谱变迁与中国参与非洲卫生治理的再思考

富晓星<sup>1\*</sup> 程峰<sup>2</sup> Erick Josephat Mgina<sup>3</sup> 齐腾飞<sup>4</sup> Omar Juma<sup>5</sup> Gichagua Mary<sup>6</sup> 高良敏<sup>4,7</sup>

1. 中国人民大学社会学理论与方法研究中心、中国人民大学人类学研究所 北京 100872
2. 清华大学公共健康研究中心 北京 100084
3. 坦桑尼亚国家医学研究所穆希比利中心 坦桑尼亚达累斯萨拉姆市 3436
4. 清华大学社会学系 北京 100084
5. 坦桑尼亚依法卡拉健康研究所 坦桑尼亚巴加莫约 65013
6. 肯尼亚加通杜五级医院 肯尼亚吉安布郡 19859
7. 清华大学国际与地区研究院 北京 100084

**【摘要】**随着慢性病在非洲的崛起,其疾病谱发生了变迁,与传染病同为疾病双负担。这一态势具有社会文化的复杂性和应对的长期性两个重要特征,挑战与机遇并存,也使得中国参与非洲卫生治理有了更多可能。本文在回顾中国对非医疗援助与合作历史后,发现慢性病领域尚未受到关注。在重新审视中国参与非洲卫生治理意义后,发现参与非洲慢性病治理挑战重重,但可积极争取主动权,可使中国摆脱西方后继者的身份陷阱和西方话语权障碍。同时,树立正确的利义观,辩证认识参与非洲慢性病治理的积极意义和潜在市场价值。因此,中国应在认识上、行动上和文化互补上取得统一,超越单纯的援助论、合作论,夯实学理基础,探讨更多可能。

**【关键词】**疾病谱变迁;全球卫生治理;中国;非洲

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.04.008

## Disease spectrum transition in Africa and rethinking on China's global health governance in Africa

FU Xiao-xing<sup>1</sup>, CHENG Feng<sup>2</sup>, Erick Josephat Mgina<sup>3</sup>, QI Teng-fei<sup>4</sup>, Omar Juma<sup>5</sup>, Gichagua Mary<sup>6</sup>, GAO Liang-min<sup>4,7</sup>

1. Center for Studies of Sociological Theory & Method, Institute of Anthropology, Renmin University of China, Beijing 100872, China
2. Research Center for Public Health, Tsinghua University, Beijing 100084, China
3. National Institute of Medical Research Muhimbili Centre, Dar es salaam 3436, Tanzania
4. Department of sociology, Tsinghua University, Beijing 100084, China
5. Ifakala Health Institute, Bagamoyo 65013, Tanzania
6. Gatundu Level 5 Hospital, Kiambu County 19859, Kenya
7. International and Area Studies, Tsinghua University, Beijing 100084, China

**【Abstract】** With the rise of Non-communicable Diseases (NCDs) in Africa, the disease spectrum has changed, presenting two double burdens of infectious diseases and NCDs. This situation has two important characteristics of the long-term response and the socio-cultural complexity. The coexistence of challenges and opportunities also makes it possible for China to participate in global health governance in Africa. After reviewing the history of China's health assistance and cooperation to Africa, this research found that the field of NCDs has not been concerned. After the significance of China's participation in Africa's global health governance was reexamined, results showed that there are many challenges faced by China's participation. However, the existing cooperation can actively strive for the initia-

\* 基金项目:国家社会科学基金(19BSH134)

作者简介:富晓星(1978年—),女,副教授,主要研究方向为医学人类学、文化人类学研究。E-mail: fuxiaoxing@126.com

通讯作者:高良敏。E-mail: glmdhx@126.com

tive, but to a certain extent, which can help China get rid of the western's successors identity trap and their discourse power that China will encounter during the participation into Africa's infectious disease prevention and control. At the same time, a correct concept of benefit should be established and the positive significance and potential market value of NCDs in Africa should be dialectically understood. Therefore, China should achieve unity in cognition, action and cultural complementarity, go beyond the perspectives of simple assistance and cooperation, further consolidate the theoretical basis of global health governance, and explore more possibilities.

**【Key words】** Disease spectrum transition; Global health governance; China; Africa

## 1 研究问题

整体而言,中国参与非洲卫生治理经历了单边援助到双边、多边及合作的转向,但仍以医疗援助、传染病防控援助为主。与农业援助等领域一道,医疗卫生的转向意味着参与非洲卫生治理不仅是维系中非友好大局、双边良好国际关系和人道主义,更是体现中国深度参与和融入全球化,与非洲共融之势。<sup>[1]</sup>对此,中国需准确把握非洲医疗发展脉络及其长期性、阶段性需求。也就是说,尽管非洲医疗卫生事业发展仍滞后,但疾病谱并非一成不变。然而,非洲的传染病长期是主要疾病负担,并占据着大部分医疗资源。但值得注意的是,近年来部分慢性非传染性疾病(Non-communicable Diseases, NCDs, 简称“慢性病”)已在非洲悄然崛起,并成为疾病谱变化的一个新特点。进而使现有以国际援助的传染病单病种垂直管理的疾病控制体系对慢性病预防与控制的重视不足。<sup>[2]</sup>总之,中国应了解非洲疾病谱变化的新特点,探讨参与非洲慢性病治理的可能。

那么,非洲疾病谱发生了怎么样的变迁?中国参与非洲卫生治理现状如何?如何再思考“中国经验”的意义与可能?对此,课题组在梳理相关文献、报告的基础上,分别于2018年11月在肯尼亚、2019年6—10月在坦桑尼亚进行调研,并以两国为研究对象进行分析。最后,本研究将首先分析非洲疾病谱变迁与应对、中国参与非洲卫生治理的传统与转向,最后再思考中国参与非洲卫生治理及其可能,以期为中国参与非洲卫生治理提供政策参考。

## 2 非洲疾病谱变迁与应对

### 2.1 非洲疾病谱变迁

传染病一直是非洲的重要疾病负担。从20世纪50年代到90年代,由于疫苗接种率的提高和社会的发展,婴幼儿死亡率下降,使非洲的期望寿命大幅

提升。然而,进入90年代后,非洲因艾滋病直接或间接死亡导致期望寿命大幅降低。进入21世纪后,随着抗病毒治疗的扩大,期望寿命才逐步提高。直到2008年,艾滋病等传染病仍长期徘徊在死因前列。<sup>[3]</sup>然而,尽管当下非洲传染病仍高发、仍为主要疾病负担,但慢性病已悄然崛起,并为重要死因之一,其负担不容忽视。非洲也正经历着疾病谱的重大转变<sup>[4]</sup>,慢性病与传染病同时成为主要疾病负担。总之,非洲的疾病负担或疾病谱已发生根本性转变,从“单负担”向“双负担”变迁。

#### 2.1.1 慢性病崛起已成为非洲疾病谱变迁的一个新特点

非洲传染病流行已得到一定程度的控制,但在其疾病谱系中,慢性病悄然崛起,并成为一个新特点。从流行病学上来讲,慢性病在非洲首先表现为“高死亡、高患病”。就全球而言,每年因慢性病死亡约为3 800万人,其中,心血管疾病、癌症、糖尿病和呼吸系统疾病占有慢性死亡的82%。<sup>[5]</sup>然而,长期以来,慢性病都被视为主要发生在高收入国家,但目前其最高死亡(2 800万)却出现在中低收入国家。<sup>[6]</sup>近30年来,非洲等中低收入地区成为慢性病患病率上升最快的地区,癌症、心血管疾病、呼吸系统疾病和糖尿病是死亡的主要原因。<sup>[7]</sup>从全球来看,非洲慢性病的死亡率最高<sup>[8]</sup>,占有疾病发病率的60%和死亡率的65%,相当于传染病的四倍<sup>[9]</sup>;每年死亡人口中有1/3人死于慢性病,根据预测到2030年慢性病死亡数将超过传染病。<sup>[10]</sup>

结合实证调研,我们选择非洲经济社会发展为中等水平的肯尼亚、坦桑尼亚来分析。其中,肯尼亚领土面积58.3万平方公里,2018年共有人口5 100万人,人均GDP为1 711美元;坦桑尼亚为94.5万平方公里,2018年共有人口5 900万人,人均GDP为1 051美元。因很多非洲国家并无确切的慢性病病例数据,估计值、横断面调研成为估算情况的首选。在坦桑尼亚,

2010年WHO估计其慢性病死亡率高达134.5/10万,70岁以下人群因慢性病死亡为56.6%。<sup>[11]</sup>值得提及的是,1991—2011年,来自多个城市社区的高血压患病率从1991年的14.5%上升到2009年的57%,而2011年来自达累斯萨拉姆、姆万扎、桑给巴尔三地医院横断面调查的498人中,高血压达88.8%,糖尿病达15.2%。<sup>[12]</sup>同样,上述三地社群断面调查也显示糖尿病患病率在6.0%~9.8%之间。并且,每年新增癌症数21.2/10万,死亡数16.3/10万,其中宫颈癌高达50.9/10万。另外,精神性疾病、血红蛋白血症、哮喘等也在逐年提升。

而在肯尼亚,其成人高血压发病率较高。2015年第一次全国代表性调查结果显示,18~69岁人群中,有23.8%患高血压,7%未服药就被诊断为重度高血压,并且10.4%~25.9%存在三种或以上心血管疾病相关危险因素。<sup>[13]</sup>2型糖尿病在其城市患病率高达12%。<sup>[14]</sup>除了高血压、糖尿病外,癌症是导致慢性病死亡的第二大原因。2008—2012年,癌症发病数从28000例上升至41000例,并成为慢性病中的第二死之原因。<sup>[15]</sup>其中,宫颈癌、乳腺癌、前列腺癌位列前三,且很多癌症诊断延迟甚至未获诊断。尽管很难得到确切的哮喘、慢性阻塞性肺气肿患病数据,但估计患病率也都高达12.8%左右。<sup>[16]</sup>

### 2.1.2 慢性病崛起的社会文化因素

对于“疾病双负担”,非洲政府、民间均未引起重视,尚无应对之策,其健康系统也偏向于解决传染病负担。目前,很多研究将非洲“慢病崛起”归因于生物性、社会性因素<sup>[17]</sup>,都提示其错综复杂的社会文化因素。

在宏观层面,主要表现为城市化进程加快、对西方食物或生活方式的“崇尚”以及结构性不平等下的大量儿童营养不良、食物结构不均衡、健康资源分布和使用缺乏公平性等所致,及饮食摄入和营养变化发生了巨大转型。<sup>[18]</sup>在20世纪70年代左右,非洲城市化进程一直稳步增长,工业蓬勃发展,食品制造业获得前所未有的发展。<sup>[19]</sup>随着城市人口暴增,含糖饮料和油炸快餐、西方品牌食物大量出现,许多城市往往会被视为获得一个理想身份象征的路径,被当地居民迅速接纳和广泛食用。尽管价格高昂、营养低下,但未阻挡当地人的崇尚式喜爱。

在微观层面,主要为受城市居民的生活方式在改变、大众寿命显著延长、男性吸烟与酗酒现象突出、肥胖或超重比例较高、不健康食物(多油、多盐、喜油炸食物、少蔬菜)摄入增加、较少体质运动以及

崇拜肥胖身体等文化因素的影响。<sup>[20]</sup>艾滋病抗病毒治疗药物使大众期望寿命显著延长。男性吸烟比例也从1993年的3.8%增加到2007年农村的6.0%、2009年城市的27.0%。<sup>[21]</sup>另外,非洲慢性病高发并无明显的城乡差异,城市、农村均为普遍。对于地区维度,多数研究着眼于单纯的饮食维度、城市化进程,未探究饮食偏好背后的深层社会文化原因。同样,慢性病危险因素还广泛存在于学校青少年中,而非仅成年人或老年人<sup>[22]</sup>,也提示其崛起的社会根基和走向的长期性。

### 2.2 非洲两国的应对现状

与长期受到高度重视的传染病相比,非洲慢性病全面被忽视。由于非洲很多医疗卫生资源都被政府用于传染病,使得无太多资源去解决慢性病负担。对此,本研究将以肯尼亚、坦桑尼亚为例进行分析。

在肯尼亚,慢性病死亡率和发病率都在迅速上升。由于多种危险因素普遍存在,心血管疾病成为慢性病死亡的主要原因。<sup>[23]</sup>为了应对不断加重的慢性病负担,肯尼亚政府在卫生部设立了一个非传染性疾病司(NCD division within the Ministry of Health)来统筹全国工作。2015年,还启动了一项5年国家慢性病战略,以期出台相关干预措施来降低慢性病死亡率。其中,肯尼亚采取成本共担机制(cost-sharing),要求个人支付公共部门的医疗服务费用,同时,国家给予补贴和设立国立医院保险基金(National Hospital Insurance Fund, NHIF),但要求病人承担相当一部分费用,特别是私立医疗部门的患者。<sup>[24]</sup>然而,肯尼亚医疗资源非常缺乏,使得应对“不得不”滞后,甚至忽视。正如课题组在肯尼亚卫生部调研时,某官员所说:“应对慢性病方面,我们确实没有多少经验,更没有太多的人力、物力,特别是在社区、农村!”也正是如此,有学者指出慢性病防控策略应该综合考虑个体驱动力、医患关系以及社会支持和同伴支持等多个需求。<sup>[25]</sup>

在同样态势的坦桑尼亚,慢性病除了在城市广泛存在外,农村也较严重,应对也相对滞后。近期,一项在坦农村的调查显示,慢性肾病潜在的患病率高达12.4%,高血压38%,糖尿病25%,而在2018年前10位死因中,慢性病占比较大。<sup>[26]</sup>1995—2005年,坦桑尼亚第三任总统执政期间,为了解决费用分摊制带来的“看病难”问题,借鉴泰国“豁免

制度”后,设立保护最贫穷弱势人群医疗保健权。糖尿病被作为唯一的慢性病被纳入到“豁免清单”,虽然财政投入不足和医疗保险覆盖面较低,但 60 岁以上老年慢性病患者至少在一定程度上可获治疗减免,甚至免费。<sup>[27]</sup>坦桑尼亚本届政府(2015 年至今)一直推行改善医疗保健服务系统的计划,倡导提高现代技术在转诊医院的应用、减少病人海外就医、实现技术突破和全民医疗覆盖,使得慢性病防治工作有一定推进。<sup>[28]</sup>虽较早出台了应对的国家策略,但受制于欠发达的医疗卫生体系和较重的传染病负担,并没有将更多的资源投入到慢性病领域。

课题组 2019 年 6—10 月前往坦桑尼亚调研期间了解到:2018 年,坦桑尼亚在英国利物浦热带医学院的支持下,首次在达累斯萨拉姆市的 4 家医疗机构开展慢性病试点项目,以期摸索出在不同层级医疗机构开展慢性病的防治经验,为东非国家完善慢性病防治策略提供参考。这一项目覆盖国立医院、区级转诊医院、私立医院到社区医院各一家,4 家医院都设立了慢性病专科门诊或者有专门医生限时提供诊疗服务。除私立医院外,项目都依托艾滋病诊疗与关怀中心(HIV/AIDS Care and Treatment Clinics, CTC)平台开展,对象多为患慢性疾病的艾滋病患者,且必须购买诊疗服务。虽为探索性项目,但因慢性病服药的长期性、昂贵的诊疗服务和药物费,可预期项目产生的服务模式或经验会有适用性和可持续性的问题。同时,项目仍未触及大部分慢性病病人社区。对此,国家医学信息所某研究员提及:“为什么选择 CTC?坦桑尼亚一直没有更好的办法,目前国家慢性病策略更多停留在纸面上,仍在摸索中前进!这一项目是基于我们发现很多艾滋病人也都合并患了慢性病,同时,考虑到 CTC 的运行机制和系统相对成熟,所以目前大部分目标人群都是艾滋病人。暂时效果也还可以,但长期来看就有待进一步检验!”

总之,通过对上述两国应对慢性病的初步分析可见,在“疾病双负担”重大社会事实面前,非洲也在探索中前行。与许多中低收入国家一样,非洲广泛出现的慢性病流行并非孤立,带有全球性和地方性特征,也与当地社会演变息息相关。这一重大疾病谱变迁的背后是复杂的社会文化原因,亟待进一步从历史维度、多学科视角进行探究。鉴于此,在非洲疾病谱发生重大变迁态势下,对中国参与非洲卫生

治理具有重要启示和意义。

### 3 中国参与非洲卫生治理的现状:以坦桑尼亚为例

中国参与非洲卫生援助从 50 年前的传统医疗援助模式扩展到今天的公共卫生援助模式,两者并存。近年来,“一带一路”倡议带来中国与非洲贸易的繁荣,推动了私有企业和民间组织的参与,在一定程度上促进了中国医疗设备和医药产品进入非洲。同时,也使中国参与非洲卫生治理走向深层。由于中国暂时无对肯尼亚的官方医疗卫生援助和合作项目,特此下文将以接受中国医疗卫生援助时间较长、较为系统的坦桑尼亚为例来梳理:

#### 3.1 以医疗援助为主阶段

1964 年,中国江苏省医疗队援助桑给巴尔,以及 1968 年山东省医疗队前往坦桑尼亚大陆,标志着中国对坦桑尼亚卫生援助的开始。医疗援助项目是中国对外援助持续时间最长的项目之一,在中坦关系中扮演着特殊而重要的角色。<sup>[29]</sup>在 20 世纪 90 年代以前,中国医疗队除了在达累斯萨拉姆市开展工作外,还有多支分队分散到很多条件艰苦的边远农村地区。20 世纪 90 年代后,中国医疗队逐步收缩,向大城市集中。随着坦桑尼亚社会经济发展逐步加快,医疗卫生事业取得一定的进步,坦桑尼亚对中国医疗队的需求也发生了变化。2018 年,中国调整了医疗队分布点,在达累斯萨拉姆市和姆贝娅市设立了两个分队。此外,诸如援建医院、捐赠药品和医疗器械、开展医务人员短期培训等传统援助形式依旧延续。

#### 3.2 公共卫生援助成为新转向

近年来,以传染病防治为主的公共卫生援助成为新转向,在实施过程中纳入多方合作机制,积极参与全球卫生治理,彰显中国在全球卫生领域的潜在领导力。经验分享与现场实践相结合,解决现实的健康问题。中国—英国—坦桑尼亚合作的坦桑尼亚防治疟疾试点项目、桑给巴尔奔巴岛血吸虫防治项目成为典范。与此同时,一些妇幼营养健康、健康饮水、疟疾知识培训、留学生、中医治疗艾滋病等项目也在推进,成绩显著。整体而言,不同形式的中国对坦卫生援助与交流逐步将中国经验嵌入到当地社会日常生活、疾病防控体系之中,社会效应良好。另外,在“一带一路”倡议下,作为政府间卫生援助与合作的补充,民间医疗卫生合作也扮演着越来越重要

的角色,在一定程度上还可能影响中国医疗、卫生援助与合作的整体效果和形象。<sup>[30]</sup>

总之,中国对坦桑尼亚等非洲国家开展的医疗卫生援助大多为传统援助和以传染病为主的公共卫生援助,仍未关注到非洲慢性病防治的重大需求。除了中国医疗队临床医生会为非洲慢性病患者提供诊疗服务外,其意义和可能亟待探讨。

## 4 中国参与非洲卫生治理意义的再审与可能

在面对非洲疾病谱转型和疾病双负担态势之下,中国参与非洲卫生应前瞻性再审。之所以如此,也就是初步探讨中国参与非洲慢性病治理的意义,同时,从学理上认识中国慢病防治经验嵌入非洲的可能。

### 4.1 中国应重点参与非洲慢性病治理

#### 4.1.1 中国参与非洲慢性病治理,可避免参与传染病治理中成为西方后继者的身份陷阱

自18世纪以来,非洲传染病一直是西方殖民地治理的重要内容,不仅为了维护殖民者身体健康,防止由非洲人传染到殖民者,而且为了种植园经济发展,支撑资本主义工业化进程。殖民者的传染病治理并未切实将非洲人民的健康置于核心位置。然而,随着西方社会与经济的快速发展,传染病被有效控制;加之,殖民者退出非洲及非洲社会的发展,其原防治经验和知识体系已很难发挥。因此,有对非洲殖民史的西方一直以各种形式反哺非洲,寻求传染病国际合作就成为一个重要内容。西方出资、其他方出经验和技术成为其重要特征。也正因为如此,中国参与非洲卫生治理不仅应切合需求,还应避免成为西方的后继者。之所以倡导中国拓展至非洲慢性病防治领域,因该领域已为非洲重大疾病负担,且西方参与也仍在探索阶段。简言之,相比传染病领域,基于中非有坚实合作基础,慢性病领域就有更多可为的政治、社会、文化空间。

#### 4.1.2 中国应关注非洲现实需求转向,并争取一定的话语权

回到当下,之所以倡导中国应切合或跟进非洲现实需求转向,有如下两个原因:(1)以积极姿态参与非洲探索慢性病防治的初级阶段,分享中国经验,并使其在非洲实践中逐步本土化,为非洲遏制慢病献策献计,贡献中国力量。(2)在积极参与中的生产经验将会直接转化为非洲国家慢性病防治战略或政策文本材料,可在一定程度上取得非洲认同。总之,

我们倡导中国参与非洲初期阶段的慢性病防治,可以在一定程度上摆脱后继者的身份尴尬;从长远来看,可争取话语权和主动权。

#### 4.1.3 在利与义的双重维度上,中国应辩证地看待参与非洲慢性病治理的潜在市场价值

正如上述提及早期阶段参与的“利”在于争取话语权和可直接“助推”优质廉价的中国慢性病医药进入非洲市场。目前,非洲大部分人无医疗保险,一旦患慢性疾病,就不得不寻求昂贵的西方药或印度药。肯尼亚的一项研究显示<sup>[31]</sup>,一般慢性病(不含癌症)筛查诊断费4~36美元不等;在公立、私人医疗机构中,每年每人高血压治疗费在26~987美元,而中风住院费高达16 711美元,慢性肾病透析高达11 024美元,同样,宫颈癌和乳腺癌治疗费用在公立医疗机构约1 500美元,在私人医疗机构约7 500美元;平均每人每年支出达413美元。可见,慢性病药物是肯尼亚老百姓的一项巨大负担,甚至是灾难性支出。在这个意义上,优质廉价的中国医药可有效缓解非洲百姓的慢性病负担。

总之,不管是历史,还是现实,中国参与非洲慢性病防治应被视为一项前瞻性的全球卫生治理,有无限拓展的空间。一方面,可超越西方后继者的身份,摆脱西方话语下的治理范式,积极争取主动权,与非洲分享中国经验。另一方面,树立正确利义观,辩证地认识其所蕴含的潜在市场价值,中国优质廉价的医药也可其中扮演重要角色。

### 4.2 “中国慢病经验”进入非洲的可能

#### 4.2.1 在认识上,中国倡导的人类命运共同体之意涵超越了单纯的援助论和合作论,使得参与非洲慢性病治理成为中国经验的海外延展

援助论充斥着不对等的权力关系,合作论也有着利益关系,都会不可避免地陷入“新殖民主义”陷阱。人类命运共同体的提出,一方面,居于中国深度融入全球化进程,正与他者、他乡息息与共;另一方面,中国治理慢病经验与世界分享可谓理所应当,且应积极主动,也就要求我们将中国参与非洲慢性病治理视为中国经验的海外延展。据此,从学理上认识并超越当下强调的援助论和合作论,以共融的态度积极参与,延展参与之可能。

#### 4.2.2 在行动上,应进一步探讨何种中国经验有助于非洲慢性病防治

回顾中国慢病治理经验,在《中国防治慢性病中

长期规划(2017—2025)》(国办发〔2017〕12号)(称“规划”)中列出了中国经验框架。然而,非洲社会发展仍旧滞后,医疗资源仍不丰富。特此,根据我们在坦桑尼亚、肯尼亚的调研,认为如下中国经验可与非洲分享:针对当地大多人口味偏重、喜好油炸食物、喜糖或碳酸饮料,中国“三减三健”(减盐、减油、减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼)专项运动可有发挥空间,但由于政治体制、社会文化等不一样,具体行动上可依托当地宗教社区开展;针对普遍追求“丰乳肥臀、形体健硕”的美体文化,中国全民健康运动应该有发挥空间,但也得下移到当地社区;针对当地蔬菜价格昂贵,种植技术不发达和种植环境不完善,因能量较低、获得性差而受老百姓排斥等,富含植物蛋白的中国香菇等蔬菜的种植技术与文化会有许多拓展空间;针对现代医疗卫生资源较为贫乏的非洲,中国传统医学和民族医药可大有作为。

4.2.3 在文化上,鉴于非洲现代医疗资源普遍缺乏或慢病药物昂贵,特此主要倡导中国传统医药应与非洲传统医药有一定形式互动,积极贡献中国智慧,扩展社会文化空间

在《规划》中也明确指出中医药所扮演的重要角色,可与非洲分享。至今,东非传统医药一直是民间大众应对病患的重要方式。由于慢性疾病具有短期内不能治愈的特点,东非传统医学往往会将其视为“神的疾病”。虽然现代医学观念进入非洲已久,但传统病患观在广大农村和部分城市社区中依旧存在。<sup>[32]</sup>这也提示非洲传统医学在应对慢性病上有很多提升空间。在这个意义上,中非传统医药可积极互动,进一步丰富中国参与非洲慢性病防治的路径。在这里,如同坦桑尼亚一样,来自中国民间的传统医药可扮演重要角色。<sup>[33]</sup>

总之,中国参与非洲慢性病防治应在认识论、实践行动上和文化互补上取得统一,超越单纯的援助论、合作论,进一步夯实参与全球卫生治理的学理基础,探讨更多可能。

## 局限性

第一,本文结合非洲疾病谱变迁这一重大社会事实,提出探讨中国参与非洲慢性病防治的意义和可能,仅呈现一框架,未能在学理、实践上深入。第二,在全球性的慢性病治理中,西方经验有很多可借鉴之处,中国经验也未能细化分析。鉴于篇幅有限,我们将在今后探讨。

感谢坦桑尼亚国家医学研究所、肯尼亚阿迦汗大学医学院对本次调查的支持。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 高良敏, 景军, 程峰. 由援助到共融: 从抗击埃博拉看中国参与全球健康治理的变迁[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(1): 45-51.
- [2] Maher D, Sekajugo J. Research on health transition in Africa: time for action[J]. Health Research Policy and Systems, 2011(9): 1-4.
- [3] Barthe 'le' my Kuate Defo. Demographic, epidemiological, and health transitions: are they relevant to population health patterns in Africa? [J]. Global Health Action, 2014(7): 22443.
- [4] Byass P, de Savigny D, Lopez A D. Essential Evidence for Guiding Health System Priorities and Policies: Anticipating Epidemiological Transition in Africa[J]. Glob Health Action, 2014(7): 23359.
- [5] World Health Organization. Action Plan for Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [R]. World Health Assembly, 2014.
- [6] Sommer I, Griebler U, Mählknecht P, et al. Socioeconomic Inequalities in Non-communicable Diseases and Their Risk Factors: An Overview of Systematic Reviews[J]. BMC Public Health, 2015, 15: 914.
- [7] WHO. Non communicable diseases [EB/OL]. [2019-08-02]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- [8] BeLue R, Okoror T A, Iwelunmor J, et al. An Overview of Cardiovascular Risk Factor Burden in sub-Saharan African Countries: a Socio-cultural Perspective [J]. Globalization and Health, 2009(5): 10.
- [9] Amuyunzu-Nyamongo M. Need for a multi-factorial, multi-sectorial and multi-disciplinary approach to NCD prevention and control in Africa[J]. Glob Health Promot, 2010, 17(2 Suppl. ): 31-32.
- [10] Counts J C, Skordis-Worrall J. Recognizing the importance of chronic disease in driving healthcare expenditure in Tanzania: analysis of panel data from 1991 to 2010 [J]. Health Policy and Planning, 2016, 31(4): 434-443.
- [11] WHO. Global Status report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [12] Sayoki G M. Public health concern and initiatives on the priority action towards non-communicable diseases in Tanzania[J]. Tanzania Journal of Health Research, 2011, 13

- (suppl 1): 1-15.
- [13] Kenya National Bureau of Statistics. Kenya stepwise survey for non-communicable diseases risk factors 2015 report [R]. 2016.
- [14] Metta E, Mwangome B, Mwangome M, et al. Public policy, health system, and community actions against illness as platforms for response to NCDs in Tanzania; a narrative review[J]. *Global Health Action*, 2014(7): 23439.
- [15] Ministry of Public Health and Sanitation and Ministry of Medical Services-Kenya. National cancer control strategy 2011—2016 [EB/OL]. [2019-08-02]. <http://www.ipcrc.net/pdfs/Kenya-National-Cancer-Control-strategy.pdf>
- [16] Adeloye D, Chan K Y, Rudan I, et al. An estimate of asthma prevalence in Africa; a systematic analysis [J]. *Croat Med J*, 2013, 54(6): 519-531.
- [17] Shanti N. Neglected chronic disease; The WHO framework on non-communicable diseases and implications for the global poor [J]. *Global Public Health*, 2016 (1): 396-415.
- [18] FAO. Food balance sheets[EB/OL]. [2019-08-02]. <http://faostat3.org/faostat-gateway/go/to/home/E>
- [19] Rakodi C. The urban challenge in Africa: Growth and management of its large cities[M]. Carole R, ed. Tokyo-New York-Paris; The United Nations University, 2009.
- [20] Steyn P N, Mchiza J Z. Obesity and the nutrition transition in Sub-Saharan Africa[J]. *Ann. N. Y. Acad. Sci*, 2014, 1311: 88-101.
- [21] Sayoki G M. Public health concern and initiatives on the priority action towards non-communicable diseases in Tanzania[J]. *Tanzania Journal of Health Research*, 2011, 13 (suppl 1): 5.
- [22] Festo K. Shayo. Co-occurrence of risk factors for non-communicable diseases among in-school adolescents in Tanzania; an example of a low-income setting of sub-Saharan Africa for adolescence health policy actions[J]. *BMC Public Health*, 2019, 19: 972.
- [23] Mathenge W, Foster A, Kuper H. Urbanization, ethnicity and cardiovascular risk in a population in transition in Nakuru, Kenya; a population-based survey. *BMC Public Health*[J], 2010(10): 569-575.
- [24] 2014 Kenya Demographic and Health Survey (2014 KDHS) [EB/OL]. [2019-08-01]. [http://www.knbs.or.ke/index.php?option=com\\_content&view=article&id=308;2014-kenya-demographic-and-health-survey-2014-kdhs&catid=82;news&Itemid=593](http://www.knbs.or.ke/index.php?option=com_content&view=article&id=308;2014-kenya-demographic-and-health-survey-2014-kdhs&catid=82;news&Itemid=593)
- [25] Rachlis B, Naanyu V, Wachira J, et al. Identifying common barriers and facilitators to linkage and retention in chronic disease care in western Kenya [J]. *BMC Public Health*, 2016(16): 741.
- [26] Ploth W D, Mbwambo K J, Fonner A V, et al. Prevalence of CKD, Diabetes, and Hypertension in Rural Tanzania [R]. 2018.
- [27] Mmbuji P K, Ilomo P A, Nswila A L. Implementation of health services user fees in Tanzania; an evaluation of progress report and potential impact[R]. 1996.
- [28] Namkwahe J, Makwetta H, Buguzi S. Spotlight on social services under Magufuli[EB/OL]. *The Citizen* [2019-11-12]. <https://www.thecitizen.co.tz>
- [29] 李安山. 中国援外医疗队的历史、规模及其影响[J]. *外交评论*, 2009(1): 35-37.
- [30] Langwick S. From Non-Aligned Medicines to Market-Based Herbs: China's Relationship to the Shifting Politics of Traditional Medicine in Tanzania[J]. *Medical anthropology*, 2010, 29(1): 15-43.
- [31] Subramanian S, Gakunga R, Kibachio J, et al. Cost and affordability of non-communicable disease screening, diagnosis and treatment in Kenya: Patient payments in the private and public sectors[J]. *Plos One*, 2018(1): 1-16.
- [32] 高良敏, 齐腾飞. 存与续:东非传统医学的叙述与实践[J]. *社会学评论*, 2019(5): 84-96.
- [33] 高良敏, 程峰. “阿迦汗发展网络”:东非百年全球卫生治理经验与借鉴[J]. *太平洋学报*, 2019(7): 93-104.

[收稿日期:2020-02-13 修回日期:2020-04-17]

(编辑 刘博)