

糖尿病早预防,分级诊疗帮您忙

糖尿病(diabetes)是由遗传因素、免疫功能紊乱、微生物感染及其毒素、自由基毒素、精神因素等各种致病因子作用于机体,导致胰岛功能减退、胰岛素抵抗(Insulin Resistance, IR)等而引发的糖、蛋白质、脂肪、水和电解质等一系列代谢紊乱的综合征。临床上以高血糖为主要特点,典型患者出现多尿、多饮、多食、消瘦等表现,即“三多一少”症状。1型糖尿病患者自己不能分泌胰岛素,因此需要注射胰岛素来维持生命;2型糖尿病较多见,占糖尿病患者总数的90%左右,患者自己能够产生胰岛素,但不能产生足够的胰岛素或无法妥善利用胰岛素。糖尿病患者长期存在高血糖状态,可导致各种组织,特别是眼、肾、心脏、血管、神经的慢性损害,出现功能障碍。

2008年全球估计约有3.47亿糖尿病患者,目前流行率仍呈上升趋势,尤其在低收入和中等收入国家。2012年约有150万人死于糖尿病,其中80%以上的死亡病例发生在低收入和中等收入国家。据世界卫生组织预测,到2030年,糖尿病将成为人类第七大主要死因。

研究显示,只要采取简单易行的措施,如保持正常体重,从事有规律的体力活动,并注重饮食健康,就能有效预防或延缓二型糖尿病的发作,降低糖尿病患病风险。为糖尿病患者提供更多的诊断机会、对糖尿病患者开展自我管理教育和进行基本的治疗可有效控制和管理糖尿病,防止并发症的发生。

分级诊疗制度是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级,不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗,实现基层首诊和双向转诊。社区卫生服务中心的分级诊疗糖尿病管理模式,是指糖尿病首诊在社区,遇到疑难病症再向二、三级医院转诊,待患者病情稳定后回归社区进行治疗与康复的诊疗新模式。自2007年始,上海交通大学附属第六人民医院率先在国内创建了医院—社区糖尿病一体化管理模式,通过在曹杨社区卫生服务中心的实践试点,有效提高了社区糖尿病综合防治能力。仅在1年多时间里,使纳入管理的1000余例糖尿病患者血糖达标率从8.9%提高到31.7%。随后在普陀等5个区的7个社区卫生服务中心推广,共同建立了上海市跨区域、多中心、多层次的糖尿病诊疗管理体系。

2015年9月,国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中提出,要加快全民健康保障信息化工程建设,建立区域性医疗卫生信息平台,实现电子健康档案和电子病历的连续记录以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享,确保转诊信息畅通;努力提升远程医疗服务能力,利用信息化手段促进医疗资源纵向流动,提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率,鼓励二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务,鼓励有条件的地方探索“基层检查、上级诊断”的有效模式。为贯彻落实“指导意见”,做好高血压、糖尿病等慢性病分级诊疗试点工作,国家卫生计生委和国家中医药管理局共同组织制定了相关技术方案。在“糖尿病分级诊疗服务技术方案”中,主要就糖尿病分级诊疗服务目标、流程与双向转诊标准,糖尿病患者初次评估,糖尿病患者分类管理标准,糖尿病分类管理方式与内容等作了详细说明,使“基层首诊,双向转诊,急慢分治,上下联动”的理想就医模式逐步得到实施,糖尿病的社区管理及健康教育得到更好的开展。社区作为糖尿病的主要管理场所,可充分发挥其特有的优势,为患者进行综合性干预,最大程度地降低糖尿病对患者的影响。