

“中国糖尿病诊疗基层行”项目两年结硕果

▲ 本报记者 朱柳媛 实习记者 王坤

许樟荣：“基层行”是利国利民的好事



许樟荣 教授

许樟荣教授说，“‘中国糖尿病诊疗基层行’项目对我国基层卫生系统的慢病防治非常重要，因为基层是我国慢病防治的第一道防线。”他指出，目前我国糖尿病患者约1亿，农村地区所占比例不小，未来防控重心应在农村和偏远地区，而我国医疗资源主要集中在大医院，“患者在大医院往往等几个小时但看病就几分钟。”许教授表示，实际上，基层卫生机构完全有能力控制早期糖尿病患者的血糖水平，因为糖尿病早期诊疗不需要太高级的医疗设备和技術，只需要基本的规范化诊疗即可。

在这种形势下，由政府支持搭台子、企业出钱资助、专家出人力的“中国糖尿病诊疗基层行”项目可弥补城乡差距，让基层医生接受规范化培训，从而促使全国各地的患者就近得到标准化治疗，“看病难、看病贵”的问题就能在很大程度上缓解，这对政府、医生、患者三方来说都大有裨益。“因此，‘基层行’是一件利国利民的好事”，许教授说。

许教授指出，目前基层糖尿病管理还存在很多问题。突出的表现是，患者对基层医生的专业信任度不够。许教授认为，“一方面，患者有心理抵抗，基层医生的水平有待提高；另一方面，基层糖尿病诊疗不够规范。例如，很多基层医生仅开药，不做血糖检查、监测以及并发症风险评估。”此外，基层医生对患者的糖尿病教育不够。许教授指出，绝大多数糖尿病患者需要终生综合管理。在这方面，他认为，“授人以鱼不如授人以渔”，即医生要告诉患者如何正确对待糖尿病、如何进行血糖监测、如何进行饮食和运动干预等。基层医生和患者往往对药品的关注度过高，而忽视综合管理。

在培训过程中，许教授还发现，基层医生对糖尿病患者缺乏科学随访。患者没有专门的糖尿病档案，基层医生很难了解患者对糖尿病知识的了解、生活方式的改变、对药物治疗的依从性、血糖达标情况等，从而导致治疗不到位。许教授指出，相当多的患者尽管接受了包括口服降糖药和胰岛素在内的药物治疗，但血糖控制并没有达标。糖尿病患者的血糖、血压和血脂综合达标率则更低。这样的态势持续下去，未来若干年内我国糖尿病并发症将流行。糖尿病并发症是造成糖尿病患者死亡和残废的主要原因，也是产生医疗费用的主要因素。我国学者的调查发现，糖尿病患者80%的医疗费用花在糖尿病并发症上。

许教授强调，在我国，科学管理糖尿病还面临一大障碍——伪科学。很多基层患者偏听偏信，把保健品当“救命药”，“钱花了不少，病情却越来越严重”。针对此现象，专家经常在“下基层”过程中直接向患者进行健康宣教。



自2012年4月7日启动以来，由中华国际医学交流基金会和中华医学会糖尿病学分会主办、国家卫生计生委医政医管局特别支持、诺和诺德公司赞助的“中国糖尿病诊疗基层行”（以下简称基层行）项目已开展近2年。

其中，专家下基层、E-专家下基层、名医下基层、院际交流等子项目共培训4.8万余名医生，诊疗患者12万余人次。2014年，分别预计开展166、496、1929和15场。

日前，本报特邀多次参与“基层行”项目的两位知名专家——解放军306医院许樟荣教授和上海交通大学附属第一人民医院彭永德教授，分享他们在“基层行”项目中的体会。



彭永德：短期培训班让交流双方互赢



彭永德 教授

彭永德教授表示，“短期培训班有利于促进院间医生间的交流，建立良好的关系，对我们医院也是一种提高，这是一件双赢的事情。”

尽管内分泌短期培训班仅为期一周，但内容非常丰富。据彭教授介绍，在培训班上，专家首先向学员传递内分泌疾病的常见知识，既包括糖尿病，还涉及甲状腺疾病、骨质疏松症及多囊卵巢综合征等。在此过程中，纠正了学员对这些疾病的一些认识误区。专家还会介绍常见内分泌疾病的检查技术，包括甲状腺穿刺及介入治疗、胰岛素泵及动态血糖监测系统

统以及全院血糖管理系统等。此外，疑难病例讨论让教学更有针对性。培训课程还安排了2次查房，使理论和实践相结合，满足内分泌疾病理论学习和临床实践的融合。

在授课过程中，彭教授发现，不同条件医院的学员在需求、关注点及水平上都存在差异，对知识的接受度也不同。因此，他认为，最好的方式是“学员先思考，提出问题，专家再具体指导”。他希望学员在短期培训后，与授课专家进行更多的交流，建立长期的交流渠道。

在对培训班学员采访时，他们普遍反映收获不少。来自邳州市人民医院内分泌科的学员沈培培表示，培训班改变了她的一些临床观念和认知，例如了解了规范化的用药及降糖新药的进展、意识到糖尿病患者体格检查的重要性等。来自南京市江宁医院内分泌科的学员张冲则表示，培训班有利于提升医生的临床和科研能力。

美学者推出糖尿病五个心血管病预防措施

戒烟居首，控制血糖居末

近期，美国塔夫茨大学医学院 Deborah R. Erlich 等发文指出，在管理2型糖尿病患者时，全科医生应强调5项心血管病预防关键措施，按重要性从高到低依次为戒烟、控制血压、二甲双胍治疗、降血脂和控制血糖。（Am Fam Physician. 2014, 89: 257）

作者建议用一只手的5个手指来帮助记忆这些关键措施，从拇指到小指按重要程度从高到低依次排序。在这5项措施中，排在小指的“控制血糖”是相对最不重要的。

Erlich 强调，“并不是说血糖控制一点都不重要，而是有其他更重要的干预措施。”作者指出，



心血管病预防措施按重要性高低从拇指到小指依次排序

近年来的证据表明，严格血糖控制可能有害：当糖化血红蛋白（HbA_{1c}）低于7.5%时，2型糖尿病患者的死亡风险升高，而戒烟、控制血压、二甲双胍

治疗和降血脂等措施可延长其生存期。然而，保险公司和其他医疗“付费者”都过度将HbA_{1c}水平作为医疗质量的指标之一。作者认为，血糖控制在11.1

mmol/L以下比较合理，“血糖管理计划应根据患者的个人意愿，注重控制高血糖症状。”

作者希望，医生应以对血糖水平的关注度来关注其他干预措施。他们指出，无论血糖控制效果如何，二甲双胍都能预防2型糖尿病患者早死。因此，除非有禁忌证，超重的2型糖尿病患者都应接受二甲双胍治疗。此外，包括他汀治疗和生活方式干预在内的降胆固醇策略可促使男、女性糖尿病患者寿命分别延长3.4年和2.4年。

中年糖尿病患者痴呆风险尤其高

美国梅奥医疗中心 Rosebud O. Roberts 等开展的一项研究表明，与老年患糖尿病或不患糖尿病患者相比，中年患糖尿病患者出现认知功能受损的风险明显增加。（Neurology. 2014, 82: 1132）

Roberts 指出，老年痴呆症发病过程较长，在这过程中糖尿病对大脑有进展性的不良影响，包括大小血管受损、神经受损、神经元凋亡、脑组织丢失等，最终导致老年痴呆症。他表示，“老年痴呆症无法治愈，因此我们的研究结果强调了通过预防和控制2型糖尿病来减轻老年痴呆症负担的重要性。”

该研究入选1437例

无痴呆症、中位年龄为80岁的受试者，中年期（40~64岁）和老年期（≥65岁）糖尿病发病平均年龄分别为56.2岁和71.9岁，高血压发病年龄分别为52.7岁和71.6岁。

与无糖尿病患者相比，中年患糖尿病者皮质下梗死和轻度认知功能受损的风险分别增加85%和108%，且海马体积和大脑总体积都缩小；老年患糖尿病患者大脑变化不如中年患糖尿病患者明显。研究者指出，大脑体积减少是糖尿病导致认知功能受损的关键。中年患高血压者的认知功能受损风险也相对较高，可能主要通过大脑缺血影响大脑执行功能。

编译 朱柳媛