

论完善健康诊疗机制于少数民族 民族地区精准脱贫的意义 ——以迪庆藏族自治州德钦县为例

蒋云海¹ 徐文荣¹¹

(云南省第二人民医院眼科, 云南 昆明 650021)

【摘要】: 实现少数民族地区精准脱贫是全面建设小康社会过程中的一步重要战略。因历史与现实、自然与人文等客观因素的影响, 少数民族地区居民普遍面临着看病难、看病贵的困难, 而且一些地方性慢性非传染性疾病常常成为当地居民致贫、返贫的重要因素之一。科学处理好这一问题不但有助于实现精准扶贫脱贫目标, 而且还能为实现乡村振兴打下坚实基础。在云南省德钦县所开展的藏族糖尿病视网膜病变防治实践取得了积极成效, 探索出一条既能明显降低医疗费用以解决因病致贫、因病返贫问题, 又能给予病患及时有效治疗、促进生产发展的精准健康扶贫脱贫方式, 即: 通过微信网络群建立乡、县、省三级医疗机构协同诊断治疗体系, 建立糖尿病视网膜病变诊疗和随访系统, 建立糖尿病视网膜病变的眼底图像数据库, 对糖尿病患者进行早期干预治疗和定期随访的方法。这样的方法实现了“小病不出乡, 中病不出县, 大病才到省”的目的, 为科学地开展健康扶贫脱贫提供了可资借鉴的经验。

【关键词】: 健康诊疗机制 少数民族地区 地方性慢性非传染性疾病 精准扶贫脱贫

【中图分类号】 R-05 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-867X(2019)03-0095-06

一、问题的提出

因历史与现实、自然与人文等诸多主、客观因素的影响, 地处云南省西北高原的迪庆藏族自治州经济社会发展面临着更多的压力和更大的挑战。自中华人民共和国成立以来, 在党的民族平等、民族团结进步政策的指引下, 在各级党委政府的关心、支持和帮助下, 经过自治州各族人民的共同努力, 迪庆藏族自治州的政治、社会、经济、文化、生态环境各个方面的建设均取得了长足的进步, 生活在这片滇西北高原地区的各民族人民的生活质量、水平和健康状况都获得了明显的改善和提高, 但是, 横向比较, 其经济社会各方面的发展仍然存在着很大的不足, 在全国范围内处于深度贫困的“三区三州”行列, 成为国家重点帮扶的对象。在举国上下万众一心地推进精准扶贫脱贫工作时, 中共云南省委、省人民政府为了贯彻落实好党中央、国务院关于全面开展精准扶贫脱贫有关文件精神 and 具体要求, 进行了科学研究和精心策划, 加大宣传动员力度, 合理调配、引导全社会的资源和力量投入到“打赢精准脱贫攻坚战”的决策部署中。云南省各行各业积极响应号召, 以高度认真负责的态度和各民族人民一家亲的精神, 充分发挥各自优势, 投身到精准扶贫脱贫工作中, 致力于促进精准扶贫目标顺利实现。

由于地处青藏高原, 这一地区高海拔、高紫外线照射的自然环境因素以及长期生活在这一地区的各民族人民所形成的特定生活习惯和饮食习惯等因素的综合作用, 糖尿病视网膜病变成为困扰迪庆藏族自治州藏族和其他民族人民中高发的一种地方性慢

¹作者简介: 蒋云海, 云南省第二人民医院眼科副主任医师。

性非传染性疾病疾病。这种疾病不仅严重地影响着当地藏族群众的健康,而且对其经济社会的发展也形成了严重的阻碍。再加上当地健康医疗事业的发展严重滞后的状况,高水平卫生健康医疗专业工作者的相对欠缺,使得不幸患上这种疾病的病患一方面难以得到及时诊治,极大地影响着他们的健康和生产生活;另一方面,为了治疗这种疾病,不得不专项医疗水平更高的异地寻求诊治,由此极大地增加了治疗费用,加大了病患的经济负担。两方面因素综合作用下,这种疾病成为了该地区各民族人民群众因病致贫、因病返贫的重要因素之一。科学、有效地处理好这一问题,不仅有助于顺利实现精准扶贫脱贫的目标,还能为实现云南藏区乡村振兴打下坚实基础。为此,云南省健康卫生医疗系统在积极参与打赢精准扶贫脱贫攻坚战中,针对一些影响人民群众健康、生产、生活的地方性疾病问题,组织开展了医疗下乡、实地帮扶等活动。云南省第二人民医院为了更好地服务于迪庆藏族自治州经济社会和人民健康事业的发展,派出眼科专业人员组成工作队,赴德钦县开展巡回诊疗工作。针对工作中遇到的各种问题,发现在健康诊疗机制方面存在着亟待进一步完善等问题,在全面回顾、深入总结既往工作实践、诊疗机构设置、专业人员培养配备等得失的基础上,对科学有效地解决因糖尿病而导致的视网膜病变等问题进行了探索,总结出行之有效的诊疗机制:通过微信网络群建立乡、县、省三级医疗机构协同诊断治疗体系,建立糖尿病视网膜病变诊疗和随访系统,建立糖尿病视网膜病变的眼底图像数据库,对糖尿病患者进行早期干预治疗和定期随访的方法。

二、地方性疾病的社会影响

云南省迪庆藏族自治州德钦县位于澜沧江上游段纵向岭谷区核心区,地处云南省、西藏自治区和四川省三省结合部,县境内海拔最高6740m,最低1840m,平均海拔4270米,是云南省平均海拔最高的县。全县国土面积7290平方公里,森林覆盖面积达70.8%。全县辖6乡2镇、46个行政村、486个村民小组。在该县长期生活着藏族、傈僳族、纳西族、回族、汉族等十多个少数民族。其中,藏族人口约占全县总人口的81%。为了应付这一地区高海拔、低气温、低氧饱和度及强紫外线等恶劣的自然环境,当地居民形成了喜进食牛、羊肉,饮酒、饮用富含糖、盐、黄油的酥油茶及甜茶的饮食习惯。由于交通物流及自然环境的限制,当地很难种植生命有机体需要的多种菜蔬和果树,导致当地居民日常食物中普遍缺少蔬菜、水果。这种不平衡的膳食结构以及高海拔等环境因素导致当地藏族民众中血脂异常、高血压、糖尿病等疾病的发病率增加,并由此而使他们面临心血管系统疾病,肝、胆疾病,地方性甲状腺,白内障,糖尿病、结核病等疾病的威胁。本文以糖尿病所致糖尿病视网膜病变为例说明。目前我国约有1亿多糖尿病患者,居全球第一。据报道我国成人2型糖尿病患病率10.4%,⁽¹⁾藏族糖尿病的发病率在7.2%左右,⁽²⁾推测云南藏区(迪庆藏族自治州)糖尿病患者数量在2.8~3万人左右,并且未诊断糖尿病比例较高,如果开展全面普查诊断的话,糖尿病患者人数可能还会更高。如此巨大的患病人群,对当地的卫生医疗工作及经济社会发展是一大考验。

从世界范围看,围绕糖尿病的诊治形成的共识防重于治。一旦罹患糖尿病,其治疗将是一场旷日持久的战争。这种疾病在发生的早期通常不会出现任何症状,当患者出现各种不适症状到医院就诊时,其病状往往已经是经过了一段时间的发展,病情大多已经累及到心、眼、肾等多器官功能。糖尿病患者机体受到影响的突出表现之一,在视觉系统的眼部主要改变为糖尿病性视网膜病变、糖尿病视神经病变,结果往往导致视力下降。如果不能及时地加以治疗和控制,最终将导致患者失明,彻底丧失劳动能力。根据最近一些年的统计数据表明,糖尿病患病率在地处高原的藏区呈上升趋势,糖尿病并发的糖尿病视网膜病变随海拔增高发生率随之增高。⁽³⁾我国青藏高原地区平均海拔较高,这些地区空气稀薄,气压低,空气中氧气含量相对较低,因此,高原地区的人们因为长期生活在缺氧环境中,身体微循环大多容易发生障碍,以致于罹患糖尿病的几率增高。一旦患上糖尿病后,病患自身机体的微循环代偿能力不足,更易发生糖尿病视网膜病变。因此,在高原地区,当糖尿病病程较短时,糖尿病视网膜病变的发生率亦高。基于这样的特殊性,必须给予云南藏区糖尿病防治工作以高度重视。

糖尿病视网膜病变是糖尿病在眼部的并发症,典型症状一般是双眼同时发病,程度相近。早期对视功能影响小,患者可能没有任何不适感,随着病程延长,逐渐出现视物模糊,视力下降,可因突发玻璃体积血而突发失明。该病分为6期(1987年我国标准),I、II、III期对视力影响相对小,IV期后会对视力造成不同程度影响,最终导致患者失明。因此,治疗关键在于将疾病控制在III期内。由于患病初期患者可能没有任何症状,容易被忽视,或被漏诊,导致错过最佳治疗时机,很多患者出现眼部症状,甚至严重视力障碍才到眼科就诊,而这时病情已经较重,疗效差,治疗费用高,导致部分患者因病致贫,因病返贫。

案例一:患者斯那吾堆,男,45岁,患糖尿病10年,未规范治疗,视物不清2年,诊断为:1.双眼糖尿病视网膜病变Ⅵ期;2.2型糖尿病;1年内先后到云南省第二人民医院行双眼手术治疗4次(左右眼各二次)。手术及治疗用6万元,住院期间及手术后复查的差旅费、生活费及1万元。新农合医保在省级医院报销病例约30%左右,患者能报销大概1.8万左右。自己需支出5.2万元左右。对于一个年收入2万多的家庭来说,无疑是沉重的负担。目前该患者视力差不能进行田间地头的体力劳动,仅能在家看家,从事少量家务劳动,使本不富裕的家庭因病致贫。

案例二:患者九斤卓玛,女,40岁,口渴、体重下降6年,当地医院诊断为糖尿病,未正规治疗,双眼视力下降2年,未引起重视,近3月出现左眼视物不见才到医院就诊。经检查诊断为:1.右眼玻璃体积血;2.双眼糖尿病视网膜病变Ⅴ-Ⅵ期;3.2型糖尿病;4.高血压病。医师治疗方案:双眼手术治疗,降血压、降血糖治疗。手术费用每只眼1.5万/次,有多次手术可能。降血压,控制血糖药物及测血糖费用最低每天20元左右,病情进展可能需要增加药物,费用会进一步增加。

以上两例患者皆因对疾病不够重视,没有得到正规治疗,导致严重后果。随着人们健康意识的逐渐增强及新型农村合作医疗体系的完善,云南藏区的糖尿病检出率提高。如何规范治疗成为当务之急。中国2型糖尿病防治指南(2017年版)提出2型糖尿病防治中的三级预防目标:一级预防目标是控制2型糖尿病的危险因素,预防其发生。二级预防的目标是早发现、早诊断和早治疗。在已诊断的患者中预防糖尿病并发症的发生。三级预防的目标是延缓已发生的糖尿病并发症的进展,降低致残率和死亡率,并改善患者的生存质量。因此糖尿病的防治工作重心应放在一级预防及二级预防。三级预防为并发症的治疗,疾病发展到这个阶段重,病情都较重,多伴随全身多个系统受累,疗效差,费用异常昂贵。《黄帝内经》述:上医治未病,中医治欲病,下医治已病。这是最朴素的预防医学观点。但由于多种因素的影响,目前医疗资源都集中在大型三级甲等医院,这些医院往往充当“下医”角色,承担三级预防的工作,收治比较复杂,甚至病入膏肓的病人。其实,在捍卫人民健康事业工作中,乡镇、县级医院充当“上医”、“中医”及部分“下医”角色,发挥更重要作用,有着更为广阔的空间。糖尿病视网膜病变早期只需要控制好血糖,定期眼底检查,发展到中后期才需要眼科专科治疗。如果早期血糖管理得当,治疗费用相对较低,早期一般以口服药物为主,并严格糖尿病饮食,以“二甲双胍”、“阿卡波糖”两联降糖药为例,每月费用大概200元左右,监测血糖,每周3—4次,每月60元左右。每月总费用大概260元左右(见表1)。若药物治疗血糖控制不佳,需启动胰岛素治疗,费用相应增加。早期治疗在乡镇卫生院及县级医院能够完成。但是如果不规范治疗,2-3年就可能发展到糖尿病视网膜病变。需要治疗眼底病变,当医院不具备开展眼底荧光造影检查,眼底视网膜激光光凝治疗,玻璃体腔注射药物治疗,玻璃体切割手术等条件,需到昆明省级医院治疗。治疗费用将大大增加(见表2)。糖尿病视网膜病变后期会严重影响视力,致盲,从而丧失劳动力,家人必须照顾患者,进一步加重家庭负担。由此早期正规治疗,延长患者糖尿病视网膜病变的发病时间,中后期积极治疗,挽救视力,尽量减少或避免盲的发生,减少患者外出就医次数,缩短外出就医治疗等待时间,不但关系到疾病的治疗,也关系到贫困地区的精准脱贫。

表1 糖尿病视网膜病变早期治疗费用(单位:元)

治疗方案	检查费(测血糖)	药物治疗费	合计(元/每年)
口服药物	600	2000	2600
注射胰岛素	600	3000	3600

表2 糖尿病视网膜病变中、后期治疗费用(单位:元)

治疗方法	车旅、食宿费	手术、治疗费用	合计(元/次)
视网膜激光治疗	700	270	970
玻璃体腔注射抗 VEGF 药	700	6000	6700
手术治疗	2000	15000	17000

云南藏区多数地区处于自给自足的自然经济状态。低效产业仍处于主导地位,农产品多为初级产品,特别是农产品加工能力低,农产品附加值低,缺乏精深加工产品。加之农村耕地资源有限,农业生产方式落后,难以形成规模化集体经济。以山地为主的高海拔自然环境及相对落后的生产、生活方式导致这个多民族聚居县城经济缺乏动力。当地牧民主要经济来源包括种植、养殖(种植青稞、核桃、葡萄等,养殖牦牛、藏香猪等)采集林下产品(主要为挖虫草、采集野生菌等),外出务工,旅游业相关收入,年收入在1.2-1.9万不等。2018年,全县完成地区生产总值34.69亿元、同比增长10%,地方一般公共预算收入1.09亿元、同比增长18.4%,城镇和农村常住居民人均可支配收入分别为36535元、8531元。^④糖尿病视网膜病变早期基础治疗费用在3120元/年,按照农村居民人均可支配收入8531元计算,治疗费用占可支配收入36.7%,必然严重影响患者生活质量。若病情加重到后期手术治疗费用每只眼睛在17000/次,并且有多次手术可能,如此高额的费用,因病致贫,就不难想象。

综上,一些当地多发病是制约精准脱贫的一大阻碍。如何采取合理、有效疾病防治措施,关系到扶贫攻坚战略部署。

三、建立和完善省、县、乡三级联动的诊疗机制

处于边疆民族地区的迪庆藏族自治州,基本医疗卫生服务能力及均等化水平远低于中东部地区,甚至在全省都较靠后,并且在自治州内部的不同区域之间(如德钦县与香格里拉市、维西县之间的差距)、城乡之间(如县级与基层医疗卫生服务之间的差距)、农牧区之间的非均等化现象也十分显著。截止2014年12月,^⑤迪庆藏族自治州共有卫生人员1812人(不包括164名乡村医生和140名卫生员)。其中,卫生专业技术人员1516人(包括医院764人以及基层医疗卫生机构687人),约占总数的84%;其他技术人员73人,约占4%;管理人员59人,约占3%;工勤技术人员164人,约占9%。执业(助理)医师占29%,执业医师占24%,注册护士占19%,药师(士)占3%,技师(士)占4%;检验师占3%,其他及实习医师占18%。可见,具有处方权、可以独立从事医疗活动并出具医疗文书的执业医师比例偏少,且检验、药师等专业技术人员缺乏。该地区医院分科不全面,缺乏相应的专科医生,导致对某些疾病缺乏认知,不能科学、合理规范化的治疗。以糖尿病视网膜病变为例。该疾病是糖尿病患者最常见的眼部并发症,对该病的防治重在早期诊断,密切观察,适时干预治疗。只要规范化治疗,系统科学地管理糖尿病患者的血糖,可以延缓疾病进展,长期使患者处于相对健康的状态,减少并发症出现,提高患者生活及生存质量。如果不治疗,2—3年内就可能出现糖尿病视网膜病变,进而出现玻璃体积血、视网膜脱离、新生血管性青光眼等严重并发症。但是,该疾病的诊断需要专业的眼底病医师,当地医院缺乏专业的眼科医师及相应的检查设备。往往导致患者早期的不到及时、规范的治疗,到出现严重并发症不得不外出求医。因此,如何整合医疗资源,使当地居民能够在当地得到相对科学、合理的治疗成为扶贫攻坚路上必须解决的难题。

发展迪庆藏族自治州的医疗卫生事业,推进云南藏区的基本医疗卫生服务事业的发展,医疗设备是硬件,卫生技术人才队伍建设是关键。随着云南省《医疗卫生进藏区三年行动计划(2016-2018)》的稳步持续推进,自治州内各地的医疗卫生硬件设施获得了一定程度的完善,但是缺乏足够的医疗卫生专业人才仍然是一个突出的重大问题。人才培养和建设是一项长期的、系统的工程,短期内难以出成绩、出效果。因此,探索出一套既能兼顾长期有效地培养专业医疗技术人才,又能够满足短期内开展精准诊疗、及时解决当前问题,并针对该地区经济社会发展的实际状况和当地民众确保卫生健康人生的支付能力的诊疗机制,无疑是当前亟待解决好的难题。

笔者于2017年5月在德钦县通过对德钦县医院已建立健康体检档案的病人中随机抽取300人进行问卷调查及空腹血糖、血压等体格检查,以德钦县18岁以上在当地居住5年以上(含5年)的藏族居民为调查对象。发现他们对糖尿病相关知识知晓率在0.4%~18.4%之间,低于我国18岁及以上居民糖尿病知晓率(36.1%)。居民对糖尿病相关知识的了解程度有待提高。通过横断面现场调查研究方法对2017年5月至2018年5月在德钦县医院内科及五官科科确诊的145例藏族糖尿病患者进行调查,发现145例糖尿病患者中检出糖尿病视网膜病变者100例(68.97%)。说明糖尿病视网膜病变在该地区较为常见。但目前德钦县及迪庆藏族自治州尚不具备开展眼底视网膜荧光造影等基础检查的条件,也没有条件开展视网膜光凝及玻璃体腔注药术及玻璃体切割手术等治疗。患者的治疗需要到大理、昆明治疗,治疗成本极大。为了规范治疗,减轻患者负担,笔者团队进行了探索。建立由乡镇卫生院医生、县级医院五官科及内科医生,省级医院眼科及内分泌科专科医生共同组成的团队,团队通过微信群共同管理病人。诊疗团队成员经过统一培训,使用统一疾病诊治、随访系统,各成员具体分工不同。以糖尿病视网膜病变为例,乡镇卫生院人员负

责根据糖尿病视网膜病变诊疗和随访系统建立每个患者的档案。通过眼底照相检查,上传患者资料。省级工作人员严格把关,认真阅片,制定患者治疗方案,一般治疗方案直接由乡镇卫生院执行,发现疑问需要进一步眼底检查者到县级医院散瞳眼底检查,由县级医院将检查结果上传至微信平台,省级医院讨论后确定治疗方案,由县级医院执行。病情需要转诊到省级医院者,第一时间转诊,安排好接诊,减少患者等待时间。这种初步筛查发现问题在乡镇卫生院,初步治疗在县级医院,特殊治疗到省级医院。实现“小病不出乡镇,中病不出县城,大病才到省城”的分级诊疗目标的治疗模式。采取这样的诊治机制,既保证了诊断的有效性,治疗的科学性,形成规范化的治疗方案,又能够在实践中逐步培养当地医生。而且,一旦做到了“小病不出乡镇,中病不出县城,大病才到省城”的分级诊疗,不但可以显著降低患者诊疗及国家社会保障支付的经济成本,同时也提高了当地医生的医疗水平,更是极大地降低了因病患赴异地诊疗而对经济生产活动产生的负面影响。

案例一。斯南卓玛,藏族,女,58岁。诊断结果:双眼糖尿病视网膜病变Ⅲ期;2型糖尿病。病患首先在当地医院就诊,其病情通过微信诊疗平台诊断后,确定需要对其进行双眼视网膜激光光凝治疗。经过当地医疗机构完善了相关检查、排除治疗禁忌症后,斯南卓玛于2018年12月9日从当地出发,第二天的上午9点左右到达昆明,并于当天在昆明的医院接受和完成了视网膜光凝治疗。治疗完成以后,病患当天下午就离开昆明返回德钦县,此后在当地医院进行复查。此后,医嘱病患时时关注自己病情状况,如果感觉视力各方面发生变化时,再到昆明的医院作进一步复查和治疗。按照一般流程,患者需到常规门诊挂号检查,然后转眼底病就诊,由眼底病医师安排激光治疗,这样的诊治过程最少得经2-3天后才能安排激光。但是通过远程协作诊断和预先安排诊治后,大大地省却了患者排队诊疗所需要等待的时间,前后比较,不仅节约了2-3天的时间,而且相应地省去了因等待诊治而产生的住宿、饮食成本约400-600元(按患者及家属共2人计算)。同时,这种省、县协作的诊疗机制,减少了病患亲自到昆明接受复查的次数,由此而省下了每次复查成本(车旅费、食宿费)约700元。因病致贫,因病返贫的几率得到了显著降低。

乡、县、省”三级模式是一种探索,建立双向转诊、急慢分诊等分级诊疗就诊机制,方便患者就医。能够在一定程度上提高诊断及治疗水平,减少患者经济负担。

四、结论

迪庆藏族自治州是一个贫困人口众多的少数民族地区,实施精准扶贫脱贫任务目标的难度较大。因为健康原因而对经济社会的健康发展产生的阻止作用是十分明显的,看病难、看病贵不仅严重地影响着这一地区各民族人民群众的身心健康,更是直接影响到他们的幸福感,同时还因为对疾病的诊治而导致的因病致贫、因病返贫问题较为突出。

因此,针对这一地区相对特殊的自然环境、社会环境的现实状况,充分考虑当地各民族人民的实际,积极开展医疗卫生的精准扶贫工作,对于实现脱贫目标和全面建成小康社会来说,显然是具有实实在在的作用的。本文针对高原地区糖尿病视网膜病变防治所提出的建立省、县、乡三级联动诊疗机制的构想,既是对实践中获得的经验和教训的客观总结,更是经感性与理性充分交融进行深入分析后所形成的认识结果,希望能够为顺利完成精准扶贫脱贫任务、实现乡村振兴战略发挥一定的作用。

注释:

1 中华医学会糖尿病学分会:《中国2型糖尿病防治指南(2017年版)》,《中国实用内科杂志》2008年第4期。

2 德吉:《藏族居民2型糖尿病及空腹血糖受损情况调查》,《中国公共卫生》2008年第12期。

3 张春元:《青海高原地区糖尿病视网膜病变调查》,《中华流行病学杂志》2003年第9期。

4 “回荡在雪山脚下的扶贫凯歌”,《香格里拉网》,http://www.xgl1.com.cn/wap/2019-01/30/content_349209.html。

5 李志农：《云南藏区基础医疗卫生服务非均等化调查研究》，《贵州民族研究》2018 年第 8 期。