DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.11.027

0.672，$P=0.706$，二者之间无显著性差异。由此我们可以认为，支原体的致病性与菌量无关。国内杨文林等[7]得出的结论与此相同。鉴于支原体耐药菌株的逐渐增多，在临床治疗中，根据药物敏感试验来合理选择敏感的抗生素是及其重要的。

参考文献：

[1] McCormack W M. Susceptibility of mycoplasmas antimicrobial agents: clinical implications[J]. Clin Infect Dis, 1993, 17(Suppl 1): S200-201.
[2] 邓志爱，周玉珍，张 翠，等. 女性非淋菌性泌尿生殖道炎症支原体的检测及药敏试验[J]. 中国皮肤性病学杂志，1998，12(1)：33-34.
[3] 邵长庚. 泌尿生殖道支原体感染及其致病问题[J]. 临床皮肤科杂志，1996，25(6)：401-404.
[4] 张君炎. 我国性病疫情的过去、现在与将来[J]. 中华流行病学杂志，1998，19(2)：118-121.
[5] Limb D I. Mycoplasmas of the human genital tract[J]. Med Lab Sci, 1989, 46(2): 146-156.
[6] 郭恩德，江忠淹，郑亚淑，等. 应用支原体IST检测支原体及药敏试验报告[J]. 中国皮肤性病学杂志，1998，12(5)：291-292.
[7] 杨文林，侯 捷，刘丹蓉，等. 523例泌尿生殖道感染者支原体培养及药敏分析[J]. 中国皮肤性病学杂志，1998，12(2)：93-95.

（编辑 薛国文）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2004)11-1010-02

从费用支出谈糖尿病健康教育

Opinions on the significance of health education based on diabetic patients' expense

万 萍，蔡红卫 （第三军医大学西南医院内分泌科，重庆 400038）

随着经济的发展，人民生活水平的提高，糖尿病的患病率越来越高。越来越多的糖尿病患者将对我国人力及财力资源造成巨大耗费，严重妨碍我国国民经济和社会的发展，同时也给家庭和患者带来了巨大的经济压力。就目前的科技发展水平而言，糖尿病尚无法根治，但是可防可控制的，减少糖尿病和病人的痛苦是可能的。糖尿病的健康教育工作是其中很重要的一个环节。我们随机调查了246例糖尿病患者，目的是分析糖尿病费用的支出情况，探索糖尿病健康教育对改变糖尿病费用开支中的重要性，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

选择标准为：①符合1997年美国糖尿病协会提出的糖尿病诊断标准；②1998年1月以来一直在我院就诊，并曾经住院治疗1次及1次以上；③明确诊断糖尿病病程4年以上；④智力正常，对自己的病情、诊疗能清楚的描述，并且对1998年1月至2003年1月期间的费用有一定记载；⑤社会心理因素比较稳定，无显著人格障碍；⑥自愿、乐意接受此次调查。

1.2 调查方法

采用问卷调查方法。调查问卷自行设计，问卷分4部分：①一般资料；②糖尿病的直接费用，主要内容包括：住院治疗（住院天数、住院原因、治疗措施、使用仪器设备）；糖尿病专家（随访次数、每次随访占用的时间、随访原因）；糖尿病医师和护理（随访次数、每次随访占用的时间、随访原因）；药物；运输费用。③糖尿病的间接费用，主要内容包括：病假天数；就职状态（全职、兼职、失业）；家庭关注（保姆、亲戚来访的接待）；运输费用。

作者简介：万 萍（1977-），女，四川省泸州市人，护师，主要从事糖尿病健康教育方面的研究，发表论文6篇。现在中医科。电话：（023）68754000-73062

收稿日期：2003-09-03；修回日期：2003-11-23

1.3 病例资料

筛选2003年1至7月我科就诊的糖尿病患者并符合入选病例条件的246例，其中男性103例，女性133例；年龄35～62岁，≤50岁117例，＞50岁129例，平均年龄47岁；月收入≤500元的161例，收入500～1 000元的93例，收入≥1 000元的92例。

1.4 统计学处理

计数资料用χ^2检验，计量资料采用t检验。

2 结果

不同条件下用于糖尿病的总费用没有明显的差别，但月收入越低的患者用于糖尿病治疗费用及间接费用明显高于月收入高者，月收入高者用于糖尿病的检查费明显高于其它病人。（表1）。

表1 不同月收入患者每年人均用于糖尿病支出情况（元）

月收入	费用支出（每年人均）		
	检查费	治疗费	间接费
＜500	805*	2 077*	2 317*
500～1 000	1 198	1 898	2 056
＞1 000	2 037*	1 790*	1 431*

*：与月收入500～1 000元患者比，$P<0.05$

3 讨论

月收入体现了糖尿病费用的构成比，总费用支出无明显差异。经济条件差的患者，治疗不合理，医疗花费并不低。我们在调查中还发现，少数患者对疾病不重视，只有在病重或没药时才求医，重治疗轻监测，造成平时少花钱，住院花大钱的现象。当前形势分析，加强糖尿病的健康教育势在必行。

（下转1012页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

盂，经 ESWL 治疗后 1 个月，结石排净。

3 讨论

输尿管镜技术 80 年代开始应用于临床，随着激光及气压弹导碎石技术的应用，输尿管镜取石成功率在 98％以上，并发症小于 2％，对输尿管结石的治疗作用被充分肯定[1]。

急性上尿路梗阻性肾功能衰竭常需急诊处理，其救治成功的关键是查明梗阻原因，确定梗阻部位，及时地解除梗阻以恢复肾功能。急性上尿路梗阻的原因多系肾或输尿管结石所致。在处理该类病人时，输尿管镜既可起到诊断又可起到治疗作用[2,3]。在诊断上尿路梗阻造成的急性肾衰的病因之影像学检查中，腹平片不能显示的阴性结石，静脉肾盂造影在这类病例的诊断中由于肾功能受损而显影不清，虽然逆行插管造影诊断梗阻病因较理想，但不能去除病因，而输尿管镜在处理这类病例中，既可明确梗阻病因，又可同时治疗引起梗阻的病变。本组 28 例中，术前经过 B 超、KUB 确诊为阳性结石者 44 侧，另外 6 侧于术中诊断为输尿管结石。我们应用输尿管镜技术发现结石后，直视下采用气压弹道或钬激碎石，应用腔内碎石治疗时，应尽量将结石粉碎，镜体能越过结石部位，并尽量取出较大的结石块，不要残留直径 2 mm 以上的碎石块，以免结石残留再次引起输尿管梗阻，本组 28 例患者全部 1 次解除梗阻，结石排净率达 92.9％，4 侧输尿管上段结石推入肾盂后需 ESWL 辅助治疗，免除了患者开放性手术之苦。

输尿管镜检的并发症主要为输尿管损伤，包括穿孔、撕裂、血尿等。操作者技术不熟练时尤其容易发生。本组 28 例术后均有不同程度血尿，持续时间一般 3～30 d，无 1 例发生严重并发症。输尿管镜操作的关键是插镜时以导丝作引导，急性输尿管梗阻，结石嵌顿部位，因感染水肿输尿管壁较脆，易发生穿孔，在手术操作过程中应耐心、细致、动作轻柔，不能用力过猛，并始终保持视野清晰，避免盲目操作。在结石击碎后万一发生输尿管穿孔，应保证放置的双丁管位置正确，充分引流尿液，避免尿外渗合并感染而加重肾功能损害。如果结石未击碎前发生穿孔，则应终止输尿管镜取石，转为开放手术取石[4]。

另外对于双侧上尿路结石造成急性肾衰时，我们认为应按以下原则处理：①先处理急性梗阻；②一侧上段输尿管结石，一侧下段输尿管结石时，先处理下段结石；③双侧均为下段输尿管结石时，先处理结石较小的一侧，这样在病人万一不能耐受双侧输尿管镜取石手术，因解除了一侧输尿管梗阻而为病人的生命安全提供了保证。

输尿管镜治疗上尿路结石性梗阻急性肾功能衰竭，安全可靠，创伤小，不仅能明确上尿路梗阻的原因，治疗原发病灶，解除梗阻，而且可同时处理双侧输尿管病变，有条件者应作为首选方法[5,6]。

参考文献：

[1] 吴开俊 李 逊. 腔内泌尿外科技术治疗上尿路结石 10 年总结[J]. 中国腔内泌尿外科与体外冲击波碎石，1995，1(2)：62－63.
[2] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南：山东科学技术出版社，1993. 662.
[3] 王益鑫，黄翼然，吴家骏，等. 急性上尿路梗阻性肾衰的临床处理[J]. 中华泌尿外科杂志，1995，16(9)：540.
[4] 李为兵，李龙坤，鄢俊安，等. 输尿管镜技术治疗输尿管狭窄的疗效[J]. 第三军医大学学报，2003，25(24)：2232－2233.
[5] Yip K H，Lee C W，Tam P C. Holmium laser lithotripsy for ureteral calculi：an out patient procedure[J]. J Endourol，1998，12(3)：241－246.
[6] Wollin T A，Razvi H A，Denstedt J D. Identifying stone composition using infrared analysis of filtered urine after ureteroscopic lithotripsy[J]. J Endo Urol，1999，13(7)：499－503.

（编辑 陈聪连）

（上接 1010 页）

糖尿病健康教育在糖尿病患者的管理与治疗中具有特别重要的地位，不仅保证了科学的治疗，而且还直接关系到医疗费用是否合理、经济。美国 1997 年用于糖尿病的直接费用为 441 亿美元，是历史上首次出现糖尿病医疗费用较往年下降（1992 年为 452 亿美元）[1]。这种下降与缩短了糖尿病住院日和改变了糖尿病治疗方式即由住院治疗改变为门诊治疗有关。这也从侧面反映了美国这些年来开展糖尿病教育以来的积极效果[2]。糖尿病知识好的患者懂得疾病的相关知识，按时就诊，治疗顺从性好，能够做到自我监测病情和合理用药。

糖尿病教育与卫生经济学有密切的关系。提高患者的糖尿病知识水平，使之坚持科学的治疗，是病情尽早得到良好控制，这可直接减少疾病的治疗花费，使有限的卫生资源得到合理运用，减轻社会负担。针对国内糖尿病教育缺乏系统性、连贯性，缺乏客观效果评估和成本-效益分析，对患者个体化教育目标不明确，教育方式单一的现状，我认为，随着医疗模式的改变，健康教育应受到高度重视，并应建立客观的效益评价标准。护士应在健康教育中发挥积极的作用，成为医院内糖尿病防治知识宣传的主要执行者。

关键词：糖尿病；费用；健康教育
中图法分类号：R193 文献标识码：B

参考文献：

[1] 刘建琴. 糖尿病教育护士的地位与作用——访问澳大利亚糖尿病中心有感[J]. 中华护理杂志，2000，35(7)：445－446.
[2] Williams R. Economics of diabetes health-care delivery[A]. In：Turtle J，Kaneko J，Osato S，*et al*. Diabetes in the new millennium[M]. Sydney：University of Sydney：University of Sydney，1999. 445－451.
[3] 李风玲，尹毅霞，吴红梅，等. 治疗糖尿病应重视糖尿病健康教育[J]. 中国慢性病预防与控制，2001，9(6)：283.

（编辑 陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net