

## 2种不同方案治疗急性脑梗死成本效果分析

麻冬梅

(河南省周口市结核病防治所 河南 周口 466000)

**摘要:**目的 探讨不同的用药方案治疗急性脑梗死的成本效果差异。方法 102例急性脑梗死患者随机分为观察组和对照组。在常规治疗基础上,观察组给予灯盏生脉胶囊,对照组给予脑心痛胶囊,对两组进行成本效果分析。结果 观察组和对照组成本效果分别为1057.4和1956.5。结论 在常规治疗基础上,应用灯盏生脉胶囊治疗急性脑梗死方案优于脑心痛胶囊方案。

**关键词:**急性脑梗死;灯盏生脉胶囊;脑心痛胶囊

中图分类号: R743.33

文献标识码: B

急性脑梗死发病率、病死率和致残率均高。药物治疗在急性脑梗死的治疗中作用重大。急性脑梗死治疗需要长期用药。所以在临床治疗中寻找安全、有效及经济的治疗方案不但能够保持较高疗效,还能够显著降低医疗成本,有利于减轻患者经济负担。本文观察我院两组用药方案治疗急性脑梗死的成本效果差异,现报告如下。

### 1 资料和方法

**1.1 病例选择** 选择我院2008年2月至2010年2月急性脑梗死患者102例,所选患者诊断符合全国第四届脑血管病会议制定的急性脑梗死诊断标准,且均经头颅CT或者MRI检查证实,均为缺血性脑梗死。所选患者对本试验均知情同意。排除大面积脑梗死患者、昏迷等意识障碍患者;颅内、外动脉狭窄血管成形术后患者、自身免疫性疾病患者、有出血倾向或者有出血性疾病患者、心源性脑栓塞、动脉炎等疾病患者、严重心肝肾功能障碍患者、精神障碍性疾病患者。将以上患者随机分为两组,观察组和对照组。其中观察组52例,男27例,女25例,年龄48~76岁,平均年龄为63.8±8.1岁,病程为6h~11d,平均为9.7±5.1h;梗死部位:基底节区域梗死37例,脑叶梗死13例,其他梗死2例;合并慢性疾病:合并高血压20例,糖尿病患者17例。对照组患者50例,男26例,女24例,年龄46~78岁,平均年龄为62.9±7.3岁,病程为6h~9d,平均为10.1±6.4h;梗死部位:基底节区域梗死36例,脑叶梗死13例,其他梗死1例;合并慢性疾病:合并高血压21例,糖尿病患者16例。两组患者在性别、年龄、合并疾病、梗死部位等方面比较,差异无统计学意义,具有可比性。

**1.2 治疗方案** 两组患者均给予急性脑梗死常规治疗,根据患者具体情况给予甘露醇降低颅内压、抗血小板药、脑细胞保护剂、改善脑细胞代谢药物等。在以上治疗基础上,观察组给予灯盏生脉胶囊(云南生物谷灯盏花药业公司,国药准字Z20026439,0.18g/粒)2粒/次,2次/d,连续服用90d。对照组患者给予脑心痛胶囊(咸阳步长制药有限公司,国药准字Z20025001,每粒0.4g)3粒/次,3次/d,连

续服用90d。

**1.3 临床疗效评定标准** 采用1995年全国第四次脑血管病学术会议制定的“脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准”对治疗前后进行神经功能缺损评分。基本痊愈:功能缺损评分减少91%~100%;显著进步:功能缺损评分减少46%~90%;进步:功能缺损评分减少18%~45%;无变化:功能缺损评分减少小于7%。总有效例数=基本痊愈例数+显著进步例数+进步例数。

**1.4 成本确定** 成本包括直接成本和间接成本,在直接成本中,包括药品费用、相关检查费用、治疗费用、床位费用以及护理费用等。间接成本包括工资损失等。本文涉及的成本中,由于检查费用、治疗费用、床位费和护理费等均相同,药品费用中除了分别应用灯盏生脉胶囊和脑心痛不同外,其余均相同,所以本文中所述成本,分别为灯盏生脉胶囊和脑心痛的用药成本。

**1.5 统计学处理** 采用统计学软件SPSS14.0对所得数据进行统计学分析,率的比较采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ ,为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组患者治疗后临床效果评定结果。**观察组总有效率与对照组总有效率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表1。

表1 2组临床治疗效果比较

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
观察组	52	31	12	5	4	92.3
对照组	50	30	11	5	4	92.0

**2.2 成本效果分析** 观察组成本:灯盏生脉胶囊(0.18g/粒;每盒18粒,每盒48.8元),每天服用4粒,共服用90d,其成本为976元;对照组成本:脑心痛胶囊(每粒0.4g,每盒18粒,每盒40元)每天服用9粒,共服用90d,成本为1800元。2组患者成本效果分析,见表2。

表2 两组成本效果分析

组别	成本(元)	效果(%)	成本/效果
观察组	976	92.3	1057.4
对照组	1800	92.0	1956.5

收稿日期:2011-03-03

2.3 敏感度分析 由于成本效果分析中诸多参数存在不确定性以及潜在性偏倚。本文成本中药品成本受药品价格波动对成本效果分析有影响。随着药品市场竞争加剧,药品价格会有所下降,所以本研究中把药品费用分别下降 5% 进行敏感度分析,结果见表 3

表 3 两组敏感度分析

组别	成本(元)	效果(%)	成本/效果
观察组	927	92.3	1004.3
对照组	1710	92.0	1858.7

从表 3 可以看出,两组敏感度分析和成本效果分析的结果近似,药品价格波动对分析结果的影响较小,所以可以认为分析结果是可信的。

### 3 讨论

药物经济学就是把经济学基本原理、方法和分析技术运用于临床药物治疗过程,并以药物流行病学的人群观为指导,从全社会角度展开研究,以求最大限度的合理利用现有医药卫生资源。成本效果分析属于药物经济学分析中的一项重要内容。通过成本效果分析,可以了解诸多治疗方案中某种方案在获得同等效果情况下的医疗成本最小,有利于降低医疗费用,减轻患者负担<sup>[1,2]</sup>。

现代药理学表明,脑心通胶囊对血栓有迅速溶解作用,能够加快脑部侧枝循环建立,改善梗死区域脑细胞的微循环,能够减轻脑水肿,能够抑制血小板粘附聚集,提高缺血脑组织对氧的利用<sup>[3,4]</sup>。灯盏生脉胶囊可抑制血小板粘附聚集,能够抑制红细胞凝聚,改善血液粘滞度,提高纤溶酶活性,能够抑制血管内凝血,能够改善脑部微循环,对局灶性脑

缺血-再灌注损伤有保护作用,对高血压或者高血脂导致的血管内皮功能损伤有保护作用,能够起到稳定粥样硬化斑块作用<sup>[5]</sup>。

在本文中,观察组和对照组在常规治疗急性脑梗死基础上分别给予脑心通胶囊和灯盏生脉胶囊,两组患者治疗效果没有显著差异,此时成本与效果比值是考虑治疗方案优劣的重要因素,一般来说,比值越小越好,说明在获得相关治疗效果情况下,所需治疗成本越小。在本文中,观察组成本效果比值小于对照组,敏感度分析表明了外在因素对分析结果没有显著影响。所以,根据本文分析,观察组治疗方案显著优于对照组。

### 参 考 文 献:

[1] 杨文波,迟雁.急性脑梗死 3 种药物治疗方案的成本-效果分析[J].中国药房,2006,17(9):672-673.

[2] 夏如冰,袁论轶,胡念康.早期联合低分子肝素钙和阿司匹林治疗急性脑梗死的疗效观察[J].中国药房,2008,19(23):1808-1810.

[3] 刘璟洁,吴海琴.脑心通对脑梗死患者血脂、血糖及纤维蛋白原水平的影响[J].中国老年保健医学,2008,6(4):41-42.

[4] 田焱林,李翠霞,武凌宁.步长脑心通胶囊在脑梗死康复期的应用价值[J].实用心脑血管病杂志,2010,18(1):27-28.

[5] 薛红,臧周科,刘璇.灯盏生脉胶囊对缺血性脑卒中患者生活质量和神经功能的影响[J].广东医学,2010,31(13):1734-1735.

(贾慧艳 编辑)

(上接第 66 页)

洗,留置气囊导尿管,牵拉压迫止血,给予西地兰等强心药物,血压下降者给予升压药物治疗,如出现通气障碍,血氧饱和度明显降低时,及时行气管内插管并呼吸机辅助呼吸治疗。

2.3 尿道狭窄是 TURP 术后晚期并发症,起始症状为尿流变细、排尿困难等,常发生在术后 1 月,术后发生尿道狭窄的发生率约 1.8%~6.9%<sup>[3]</sup>,狭窄部多发生在尿道外口、膜部与前列腺尿道交界处,膀胱内口等处,以尿道外口最为常见。尿道外口是男性的生理狭窄之一。F26 号电切镜外鞘置入不可避免的造成尿道外口的损伤,易发生术后狭窄。

尿道狭窄的主要原因有:①高频功率会对膀胱颈口、尿道粘膜发生水肿及灼伤;②电切镜型号大,插入时擦伤尿道;③术后留置导尿管过粗过硬,时间过长;④尿道炎炎症反应;⑤并发前列腺癌。

术后尿道狭窄患者在治疗前应首先明确狭窄段尿道的位置、长度、是否闭锁等情况,可采用排泄性尿道造影,狭窄程度较重时可用逆行尿道造影。TURP 术后并发尿道狭窄多采用尿道扩张术,如无效则采用尿道冷刀切开或电切逆行切除术,术中应注意以下几点:①在导丝引导下沿正道用冷刀充分切开狭窄环,对狭窄较重甚至闭锁的患者,必

须有后尿道内强光或探条、手指引导。②彻底电切狭窄环瘢痕组织,管腔光滑通畅,尽量避免使用电凝,减少术后再狭窄。③在膜部尿道注意保护尿道外括约肌,术后积极防治尿路感染,选用敏感抗生素。术后留置导尿管 2~4 周,拔管后定期行尿道扩张。

TURP 术后并发尿道狭窄的预防:①手术过程中进镜应轻柔,进镜困难时先做尿道扩张,直视下进镜。②选用利多卡因凝胶作绝缘润滑剂。③选用导尿管以 F20~22 号硅胶管为好,对尿道粘膜刺激性少。④加强术后管理,防治尿道炎炎症发生。⑤有尿流变细等尿道狭窄倾向者,可早期行尿道扩张术。

### 参 考 文 献:

[1] 秦晓涛,卢一平.尿道前列腺电切综合征[J].中华泌尿外科杂志,2000,12:61-62.

[2] 蔡聪,洪汉业.经尿道前列腺气化电切术电切综合征的防治[J].临床泌尿外科杂志,2005,10:622-623.

[3] 魏东,邵鸿勋.良性前列腺增生术后再入院原因分析[J].中华泌尿外科杂志,1999,20:693-693.

(常爽 编辑)