

中西医结合单元疗法对于急性冠脉综合征患者的临床成本效果分析

杨丹

(四川省都江堰市中医院心内科 都江堰 611830)

摘要:目的:探讨中西医结合单元疗法治疗急性冠脉综合征(ACS)的临床成本效果。方法:选取 2012 年 2 月~2013 年 2 月于我院住院治疗的 120 例 ACS 患者,随机分为观察组和对照组各 60 例。所有患者均给予常规西医药物治疗,观察组在此基础上进行中医特色的情志干预、健康教育、康复指导等辅助治疗。对两组进行成本-效果分析。结果:120 例患者中 6 例脱落,其中观察组 4 例,对照组 2 例。观察组总有效率为 92.8%,对照组总有效率为 79.3%,观察组疗效显著优于对照组, $P<0.05$ 。观察组成本效果比为 123.79 元,对照组成本效果比为 154.30 元,观察组低于对照组。结论:中西医结合单元疗法治疗 ACS 经济、有效,值得临床推广。

关键词:急性冠脉综合征;中西医结合单元疗法;成分效果分析

Cost-effectiveness Analysis on Integrated Cell Therapy in Treating ACS

YANG Dan

(Department of Cardiology, Dujiangyan Chinese Medicine Hospital, Sichuan 611830)

Abstract: Objective: To study the cost-effectiveness of integrated cell therapy in treating acute coronary syndrome (ACS). Methods: From February 2012 to February 2013, 120 cases of ACS patients in our hospital were selected and randomly divided into observation group and control group, 60 cases in each. All patients were given conventional western medicines, while patients in the observation group were applied to TCM which features emotional intervention, healthcare education, rehabilitation guidance and other similar adjuvant therapies. An analysis of the cost-effectiveness of both groups was conducted. Results: In total, 6 patients witnessed rupture, 4 were from the observation group and 2 from the control group. The total effective rate of the observation group and the control group were 92.8% and 79.3% respectively, the total effective rate of the observation group was higher than that of the control group, there was statistically significant difference between the two groups ($P<0.05$). And the costs of the observation group and the control group were 123.79 yuan and 154.30 yuan respectively, the observation group was proved better cost-effectiveness than that of the control group, there was statistically difference between the two groups. Conclusion: Integrated cell therapy in treating ACS is more economical and effective, and should be adopted in wider clinical treatment.

Key words: Acute coronary syndrome; Integrated cell therapy; Cost-effectiveness analysis

中图分类号:R543.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.003

随着社会的发展、人口结构逐步老龄化、人们生活方式及饮食结构的改变,急性冠状动脉综合征发病率逐年上升,发病年龄也逐渐年轻化^[1-2]。在长期的临床实践中,临床医师发现中西医结合具有较好的临床疗效。但在实践过程中,由于医疗资源分散,且缺乏科学合理的治疗方案,往往导致医疗资源重复、临床成本偏高,既浪费了医疗资源又对患者造成了较高的经济负担。为了整合中医西优势、充分利用医疗资源、降低医疗成本,本研究参考现代冠心病诊疗指南选择合理的临床路径及治疗方法,规范药物的应用,同时辅助以中医特色的情志干预、健康教育、康复指导等,取得了较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2 月~2013 年 2 月于我院住院治疗的 120 例 ACS 患者,随机分为观察组和对照组各 60 例。所有患者均符合《2001 年中国机械性心肌梗死诊断和治疗指南》和《2007 年中国不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》中关于 ACS 的诊断标准^[3-4]。观察组男 34 例,女

26 例;年龄 48~72 岁,平均年龄(63.2±9.02)岁;不稳定型心绞痛 49 例,非 ST 段抬高型心肌梗死 3 例,ST 段抬高型心肌梗死 8 例;危险度分层低危 5 例,中危 29 例,高危 26 例;合并高血压病 38 例,合并糖尿病 12 例,合并高脂血症 26 例。对照组男 33 例,女 27 例;年龄 49~74 岁,平均年龄(64.5±9.42)岁;不稳定型心绞痛 48 例、非 ST 段抬高型心肌梗死 5 例,ST 段抬高型心肌梗死 7 例;危险度分层低危 6 例,中危 30 例,高危 24 例;合并高血压病 40 例,合并糖尿病 14 例,合并高脂血症 25 例。所有患者均签署知情同意书,对本研究表示支持。两组性别、年龄、危险程度分层、合并疾病方面差异不大, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均给予抗血小板、抗凝、调脂等常规西医治疗,观察组在常规西医治疗的基础上采用辨证施治的规范化中医诊疗,急性期患者主要给予中药静脉制剂,亚急性期患者主要给予中药汤剂,稳定期患者主要给予中成药。根据患者实际情况,辨证加减用药剂量,规范化用药种类,避免

实用中西医结合临床 2014 年 8 月第 14 卷第 8 期

重复用药造成医疗资源的浪费。主要应用丹红注射液、生脉注射液等中药静脉制剂,补阳还五汤、血府逐瘀汤等中药汤剂,通心络胶囊、芪参益气滴丸等中成药。此外,对患者进行中医特色的情志干预、健康教育、康复指导等辅助治疗。对照组则采用常规的中医治疗,不作系统化规范,不采取情志干预、健康教育或康复指导。

1.3 研究方法

1.3.1 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]相关标准评价治疗效果。对于轻、中度患者,显效:临床症状消失或基本消失;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间明显改善;无效:临床症状无明显改善;加重:疼痛持续时间、发作次数、程度增加。对于重度患者,显效:临床症状基本消失或减轻到轻度标准;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间明显改善;无效:临床症状无明显改善;加重:疼痛持续时间、发作次数、程度增加。

1.3.2 成本效果分析 采用住院治疗中心绞痛改善的总有效率表示效果,总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。医疗成本为药费、诊察费、治疗费、手术费、检查费、护理费、医用材料费、住院费等各种医疗成本的总和。成本-效果分析采用单位效果所花费成本表示,比值越小越好^[6-7]。同时,应采用增量成本效果比表示方案的实际意义。增量成本效果比即为增加一个效果单位所需的成本,比值越小表示增加成本越低,方案实施的意义就越大。

1.3.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件对所有数据进行分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 120 例患者中有 5 例患者因自动出院而退出研究,1 例因失访而退出研究,其中观察组 4 例,对照组 2 例,两组脱落率比较无显著差异($P > 0.05$)。观察组总有效率 92.8%,对照组总有效率 79.3%,观察组疗效显著优于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.862, P=0.016 < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组疗效比较 例						
组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
观察组	56	30	22	4	0	92.8
对照组	58	20	26	11	1	79.3

2.2 两组成本比较 两组成本比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 两组成本效果比较 观察组成本效果比为 123.92 元,对照组成本效果比为 154.30 元,观察组低于对照组。见表 3。

表 2 两组成本比较 ($\bar{X} \pm S$) 元				
成本	观察组(n=56)	对照组(n=58)	P	
中药费	596.2± 277.4	643.6± 411.4	>0.05	
西药费	5 483.1± 2 233.6	6 013.4± 2 231.6	>0.05	
检查费	1 630.2± 1 054.2	1 956.0± 721.2	>0.05	
诊察费	153.9± 47.2	141.0± 61.4	>0.05	
治疗费	1 231.2± 942.1	1 137.4± 899.0	>0.05	
护理费	104.2± 33.1	108.2± 69.4	>0.05	
医用材料费	1 651.2± 2 011.2	1 549.2± 4 513.6	>0.05	
其他	650.3± 2 134.8	687.7± 291.7	>0.05	
合计	11 500.3± 4 713.8	12 236.1± 5 810.3	>0.05	

表 3 两组成本效果比				
组别	成本(元)	效果(%)	C/E	△C/△E
观察组	11 500.3	92.8	123.92	-61.83
对照组	12 236.1	79.3	154.30	—

2.4 两组不良事件情况 治疗前后所有患者检测肝肾功能、血常规常规均未发现明显异常。所有患者出院后均随访半年,观察组不良事件发生率 7.1%,对照组 13.8%,两组比较差异无统计学意义($\chi^2=1.652, P=0.199 > 0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良事件情况 例						
组别	n	死亡	再发 ACS	心力衰竭	严重心律失常	发生率(%)
观察组	56	1	2	1	0	7.1
对照组	58	1	5	1	1	13.8

3 讨论

在冠心病尤其是 ACS 的治疗中,单纯的中医药以及现代医学手段均有各自的优势及局限性,内外科治疗也各有长短,单一的用药或介入治疗均不能取得满意的疗效,临床实践中往往需要中西医、内外科综合治疗的策略^[9]。整合各种医疗资源,综合各种治疗方法的优点,为患者提供优质、便捷、综合、经济的医疗服务具有重要临床意义,也是未来医疗行业的主要发展方向。

本研究针对冠心病患者采用了中西医结合单元疗法,为患者提供规范化的中西医诊疗,同时采取情志干预和健康指导、康复教育,旨在对患者病情做出快速、准确的判断,选取合适的临床路径,采取中西医结合按需介入的综合治疗^[9]。本研究中,观察组总有效率 92.8%,对照组总有效率 79.3%,观察组疗效显著优于对照组($P < 0.05$)。该结果提示我们中西医结合疗法在临床疗效方面具有明显的优势,可有效改善患者心绞痛的症状,提高患者的生存质量。规范化的中医辨证施治可有效提高治疗效果,必要的健康教育以及情志干预可提高患者对于冠心病的认知,主动从情志、起居、运动等方面对疾病进行控制,起到了二级预防的作用。

中西医结合单元疗法除了疗效较好之外,还具有较低的成本。本组研究中,观察组成本效果比为 123.92 元,对照组成本效果比为 154.30 元,观察组低于对照组。中西医结合单元疗法规范化了中医及西医的诊疗方案,避免了重复用药及不必要的用药,减少了医疗资源的浪费,降低了医疗(下转第 50 页)

天检测 1 次,根据血清 PCT 水平调整抗生素的用量和时间。对照组则根据患者的临床症状及血清其他炎性因子的水平调整用药。统计检测两组患者抗生素的平均使用时间以及停用抗生素后的各项炎性指标的水平。

1.3 统计学方法 用 SPSS13.0 对研究结果进行统计学分析,对计数资料进行 χ^2 检验,计量资料采用 t

检验, $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者不同使用时间抗生素使用率 治疗组抗生素的平均使用时间为 (6.8 ± 1.4) d,显著低于对照组 (9.6 ± 1.8) d, $P<0.05$,差异有统计学意义。除第 1 天全部使用外,其余时间段内治疗组的使用率均显著低于对照组。见表 1。

表 1 比较两组患者不同使用时间抗生素使用率 ($\bar{X}\pm S$) 例(%)								
组别	n	第 1 天	第 4 天	第 8 天	第 12 天	第 16 天	第 20 天	抗生素平均使用时间(d)
对照组	53	53(100.00)	53(100.00)	48(90.57)	28(52.83)	12(22.64)	5(9.43)	9.6 $\pm$ 1.8
治疗组	53	53(100.00)	46(86.79)	35(66.04)	5(9.43)	5(9.43)	0(0.00)	6.8 $\pm$ 1.4

2.2 比较两组患者血清炎症反应相关因子水平 经比较,治疗组的血清 C- 反应蛋白 (CRP) 为 (6.21 ± 2.22) mg/L,白细胞计数 (WBC) 为 $(15.32\pm 2.98)\times 10^9$,白介素 -6 (IL-6) 为 (35.22 ± 3.21) ng/L,均显著低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 2。

表 2 比较两组患者血清炎症反应相关因子水平 ($\bar{X}\pm S$)				
组别	n	CRP(mg/L)	WBC($\times 10^9$)	IL-6(ng/L)
对照组	53	12.23 $\pm$ 3.12	25.11 $\pm$ 3.33	100.12 $\pm$ 4.64
治疗组	53	6.21 $\pm$ 2.22	15.32 $\pm$ 2.98	35.22 $\pm$ 3.21

放疗、使用免疫抑制剂或激素以及免疫系统疾病等因素的干扰。可见连续的 PCT 检测不仅可以缩短 ICU 多重耐药菌感染的抗生素用药时间、指导用药、根据 PCT 水平调整用药方案,还可以降低患者体内炎性分子的水平,成为抗生素停药的指标之一。应用其可以改善预后,缩短住院时间^[5]。

综上所述,对于 ICU 多重耐药菌感染的患者而言,相较于传统的抗生素治疗方法,通过血清降钙素原监测来指导使用抗生素,能够显著降低抗生素的使用时间、改善预后、缩短患者的住院时间,值得临床推广和应用。

3 讨论

感染是 ICU 患者的主要病因之一,该类患者往往住院时间长,长期使用抗生素控制感染,且该类患者的机体防御机制较差,因此 ICU 患者是多重耐药菌感染的高危人群^[1]。PCT 是无激素活性的血清降钙素的前体物质,它最早被发现于脓毒血症的患者体内,在正常人体内往往处于极低水平。当其浓度 >0.1 ng/mL 时,即怀疑有细菌感染的可能,是极为敏感的炎性指标^[4]。

近年来有研究证实,相较于传统的高热、CRP、白细胞计数等其他炎性分子而言,PCT 是脓毒血症以及细菌感染的快速诊断指标。并可以排除化疗、

参考文献

[1]赖军华,李敏.血清降钙素原监测在 ICU 多重耐药菌感染抗生素治疗的应用[J].中国医药导报,2012,9(14):75-76
[2]徐绍红.ICU38 例多重耐药菌感染的预防与控制措施[J].海南医学,2011,22(14):74-75
[3]何铁牛,魏继红,岑金星,等.宣城市人民医院 ICU 多重耐药菌感染现状调查分析[J].中华临床医师杂志,2011,5(21):6 487-6 490
[4]郭君洛,张敬芝,王亨,等.降钙素原监测在 ICU 病房多重耐药菌感染患者应用中的评价[J].中国医药指南,2013,11(26):83-84
[5]顾忠民,吴荣华.PCT 在 ICU 多重耐药菌 MDR 的定植与感染鉴别中的应用[J].中国医药科学,2012,2(11):90-91

(收稿日期: 2014-04-28)

(上接第 7 页)成本。此外,患者对疾病认识的提高,可有意识地从饮食、运动、情志进行干预,一定程度上避免了病情的反复,降低了一部分医疗费用。

中西医结合单元疗法目前尚处于起步阶段,在具体实施过程中仍存在一定的问題。医务人员进行决策时相互合作不够紧密,一方面进行决策时犹豫会影响到其它方面的决策。患者及家属由于文化水平等种种原因,部分患者对于医嘱的执行能力较差,治疗依从性差,影响了治疗效果。因此,寻找一种有效的教育及引导方法,加强患者的教育,减少患者自身因素对单元疗法的影响,提高医务工作者的医疗效率及合作的密切性,对于进一步降低成本效果比具有重要意义。综上所述,中西医结合单元疗法治疗 ACS 具有较高的经济学价值,提高治疗效果的同时降低了医疗成本,值得临床推广。

参考文献

[1]黄志芬,周祖勇,周庆春,等.不同危险分层急性冠脉综合征患者抑郁患病率及其程度的研究 [J]. 中国全科医学,2012,15(23): 2 691-2 692
[2]张咏芳,王连生,杨志健.青年人急性冠脉综合征临床及冠脉造影特点分析[J].南京医科大学学报(自然科学版),2008,28(8):1 019-1 021
[3]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,中国循环杂志编辑委员会.急性心肌梗死诊断与治疗指南[J].中国循环杂志,2001,16(6):407-422
[4]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(4):295-304
[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.72-73
[6]李新建,胡善联,程曼娜,等.社区高血压非药物综合干预成本效果分析[J].中国卫生经济,2011,30(2):48-50
[7]宗欣,孙利华.成本 - 效果可支付曲线的理论与应用[J].中国药房,2012,23(10):867-870
[8]牛恒立,李平.药物经济学在临床合理用药中的应用[J].中国医院药学杂志,2008,28(4):308-310
[9]张俊彪.中西医结合治疗急性冠脉综合征[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(2):217-218

(收稿日期: 2014-04-30)