

由表 2 可知疗效结果: 序贯治疗组总有效率为 94.2%, 对照组为 97.2%, $P > 0.05$, 两组疗效之间的差异无统计学意义。

2.2 治疗成本

各种费用计算方法: ①根据 2001 年 1 月~ 2001 年 12 月价格部门规定的收费标准: 头孢唑肟钠注射剂 48.00 元/瓶, 头孢克洛分散片 20.00 元/盒, 一次

性材料费 2.50 元/付, 注射费 1.80 元/次, 护理费 1.00~ 5.00 元/天, 床位费 12.00~ 66.00 元/床; ②各项费用按每组 35 例患者该项费用的总和计算, 药费计算包括其他辅助用药和出院带药; ③其他费用包括护理费和化验检查费; ④总费用是按每组所有各项费用之和, 人均总费用是按每组总费用除 35; ⑤序贯组按住院日 3d 计, 对照组按 7d。见表 3。

表 3 2 组治疗成本比较(单位: 元)

分组	药费	材料及注射费	床位费	其他费用	总费用
序贯组	15 946.00	8 60 × 3 × 35	838.00 × 3	51.00 × 35	21 148.00
对照组	32 854.50	8 60 × 7 × 35	771.00 × 7	59.00 × 35	42 423.50

人均总费用: 序贯组 604.23 元, 对照组 1 212.10 元, 差值 607.87 元; 人均总费用与总有效率之比: 序贯组 6.41, 对照组 12.47, 差值 6.06。由此可见, 序贯治疗的费用较低。

3 讨论

本文通过对第 2 代头孢类头孢唑肟、头孢克洛的序贯治疗与单用头孢唑肟静脉滴注治疗儿科急性呼吸感染的结果进行疗效与药物经济学分析, 可以清楚看到改用头孢克洛口服给药, bid 即可, 使用方便, 病人依从性比较好, 而且口服较之静脉给药, 相对减少获得性感染机会。而且, 由于采用序贯治疗, 病人住院天数减少, 节约费用, 家长的时间、精力

受牵制减少, 同时可减轻护理人员的工作量。

从表 2、表 3 的结果可以看出, 序贯组和对照组的总有效率分别为 94.2% 和 97.2%, 无显著性差异 ($P > 0.05$), 但 1 个疗程的人均总费用相差 607.87 元, 人均总费用与总有效率之比分别为 6.41 和 12.47, 差值为 6.06, 同样的治疗效果, 序贯治疗的费用较低。因此, 只要病情稳定, 选择序贯治疗是一种较佳的合理用药方法, 符合药物治疗安全、有效、经济的原则, 值得借鉴推广。

参考文献:

[1] 王曾礼. 抗生素序贯疗法的基本概念[J]. 白云医药, 2000, (2): 3
收稿日期: 2002- 01- 05

坦索罗辛与阿夫唑嗪治疗前列腺增生的最小成本分析

杨久丽, 邢 军 (山东省千佛山医院, 济南 250014)

摘要 目的: 2 种 α_{1A} 受体阻滞剂治疗前列腺增生症的经济效果比较分析。方法: 采用药物经济学成本—效果分析方法。结果: 坦索罗辛组(A 组) 和 B 组(阿夫唑嗪组) 在治疗前列腺增生症中, 总成本分别为 550.60 元; 433.00 元; 其效果分别为 80%, 83.4%。结论: 用阿夫唑嗪相对更合算, 成本较低。

关键词 α_{1A} 受体阻滞剂; 坦索罗辛; 阿夫唑嗪; 前列腺增生; 最小成本分析

中图分类号: F407.7

文献标识码: B

文章编号: 1006- 0111(2002)03- 0183- 02

随着我国人口日益老龄化, 前列腺增生症(BPH) 已成为老年男性最常见的疾病之一。增大的腺体引起患者排尿困难, 夜间尿频, 残尿感等, 导致其生活质量下降。坦索罗辛和阿夫唑嗪均为新型的 α 受体阻滞剂, 超选择性阻断膀胱颈、前列腺腺体平滑肌 α_{1A} 受体, 降低平滑肌张力减少下尿路阻力, 改善排尿障碍。从而达到治疗 BPH 的目的。本文运用药物经济学原理, 对 2 种不同药物治疗方案进行

分析, 为临床合理选择用药提供参考。

1 临床资料

1.1 病例选择

选择主诉排尿困难, 经肛门指诊、B 超、尿流率等检查确诊为 BPH 的门诊病人 60 例。随机分为 A、B 两组。年龄 52~ 80a。

1.2 治疗方案

A 组: 盐酸坦索罗辛(商品名: 哈乐) 0.2mg, 每日

晨服 1 次, 共 6wk。B 组: 阿夫唑嗪(商品名: 桑塔) 5mg, bid 口服, 共 6wk。

2 方法与结果

2.1 成本的确定

成本是指所关注的某一特定方案或药物治疗所消耗的价值, 用货币单位表示。包括直接成本、间接成本和隐性成本^[1]。不仅包括药品费用, 给药费用、检查费用、住院费用等, 还包括因疾病而导致的费用损失等间接成本。因本研究有关的病例均为门诊患者, 所以只计算直接成本。为使分析结果具有一定的参考意义, 所有费用均为按 2001 年 9 月的价格计算, 同时去除各种不确定的因素, 仅提出下列成本的概念。

2.1.1 检查成本(C_检) 患者在治疗期间所做的各种检查的费用。每例治疗前、后各做 1 次 B 超, 用药前一周测定 2 次最大尿流率(MFR), 用药后第 5、6 周末再测定 2 次。B 超的检查费用: 30.50 × 2 = 61.00 元。MFR 的检查费用: 30.00 × 4 = 120.00 元。C_检 = C_{检A} + C_{检B} = 61.00 + 120.00 = 181.00 元。

2.1.2 药品成本(C_药) 患者所用药品的费用。C_{药A} = 8.80 × 1 × 6 × 7 = 369.60 元, C_{药B} = 3.00 × 2 × 6 × 7 = 252.00 元。

2.1.3 给药成本因为口服给药不作费用统计, 故 2 种方案 C_给 均为零。

2.1.4 总成本 C_{总A} = C_{检A} + C_{药A} = 181.00 + 369.60 = 550.60 元, C_{总B} = C_{检B} + C_{药B} = 181.00 + 252.00 = 433.00 元。

2.2 效果的确定

效果是指所关注的药物治疗方案的临床结果。以某种特定的临床治疗目标或非货币单位来表示^[2]。本研究以治疗前后主观症状改善, 即按照国际前列腺症状评分(IPSS)的改变, 客观指标(尿流率测定、B 超测定膀胱残余尿量)变化而综合评判其有效率。

2.2.1 临床效果以 IPSS 下降 ≤ 5, 治疗后最大尿流率改变不能达到 10ml/s, 残余尿量 > 20ml 为标准判定无效。治疗前后的各项测定数据均 t 检验或卡方检验进行统计学处理。见表 1。

表 1 2 种 α₁ 受体阻滞剂治疗效果比较

组别	IPSS 评分	MFR	残余尿	有效率
A(30例)				
用药前	21.46 ± 4.73	9.60 ± 2.76	47.76 ± 20.80	80% (24/30)
用药后	11.78 ± 4.54	13.16 ± 4.10	13.50 ± 16.01	
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	
B(30例)				
用药前	21.76 ± 4.56	9.36 ± 3.24	46.35 ± 20.14	83.4% (25/30)
用药后	10.63 ± 3.46	13.12 ± 3.56	12.60 ± 13.15	
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	

2.2.2 最小成本分析在结果完全相等时, 比较两个治疗方案在费用上的差异的分析。首先第一步是证明两个治疗方案所得结果无显著性差异, 然后通过分析找出费用最小者^[2]。分析结果见表 2。

表 2 2 组成本-效果分析

治疗方案	总成本(元) C	效果% E	C/E
A	550.60	80.0	6.88
B	433.00	83.4	5.19

3 讨论

分析结果显示, 治疗 BPH, 盐酸坦索罗辛和阿夫唑嗪临床疗效之间的差异没有统计学意义, 其有效率分别为 80% 和 83.4%。但治疗费用坦索罗辛比阿夫唑嗪高, 从表 2 可以看出, 用阿夫唑嗪相对更合算, 成本较低。药物的成本分析是当前临床用药需要考虑的主要因素之一, BPH 症状的缓解是一个相

当长的时期, 应用 α_{1A} 受体阻断剂治疗 BPH 有资料显示, 根据患者的印象改善率和由医医师判定的自觉症状改善率随着用药时间的延长而提高, 然后维持在一定水平^[3]。

本研究是把药物经济学的成本效果分析理论应用于具体治疗方案的一种尝试。随着药物经济学的不断发展和广泛应用, 将为临床合理用药提供科学的依据, 使我国有限的医药资源发挥更大的效益。

参考文献:

[1] 宋秉鹏, 丁玉峰. 药物经济学概念[J]. 药物流行病学杂志, 1996, 5: 179.
 [2] 孙晓东. 药物经济学: 概念、方法和应用[J]. 国外医学药学分册, 1994, 21(1): 13.
 [3] Yazawa H, Honda K. α_{1A}-adrenoceptor subtype in the rat prostate is preferentially the α_{1A}-type[J]. Jpn J Pharmacol, 1993, 62: 297.