

# 实施感染控制方案在降低自发性脑出血病人经济费用中的研究

李 甲,张倩茹,姚梦楠,周 莉

**[摘要]** **目的:**比较自发性脑出血病人因医院感染导致的直接经济损失与实施感染防控方案后的成本与效益、效果。**方法:**以 2019 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日出院病人中第一诊断为自发性脑出血病人为对照组,实施感染控制方案后的 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日出院的自发性脑出血病人为观察组,比较感染控制措施实施前后的脑出血病人医院感染发生风险的变化。同时将 2 年中发生医院感染的脑出血病人为感染组,在未发生医院感染的脑出血病人中按 1:1 匹配对照组(非感染组),比较 2 组住院时间与各项住院费用的差异。**结果:**2019 年和 2020 年自发性脑出血出院病人分别为 215 例和 189 例,自发性脑出血病人中发生医院感染例数分别为 25 例和 11 例。2020 年医院感染发生率明显低于 2019 年( $P < 0.01$ )。结合 2 年的脑出血病人中发生医院感染共匹配出 27 对满足要求的病例对照,感染组和非感染组病人的住院时间中位数分别为 26 d 和 17 d,感染组的脑出血病人住院时间较非感染组延长( $P < 0.01$ );感染组病人的住院总费用中位数为 79 889.03 元,非感染组为 18 662.37 元,住院总费用直接经济损失为 61 226.66 元( $P < 0.05$ );感染组药品费、检查费用、化验费用、诊查费用、床位费、手术费、治疗费和护理费均高于对照组( $P < 0.05$ )。**结论:**对于自发性脑出血病人发生医院感染造成的住院时间的延长和住院费用的显著增加,实施感染控制方案能取得良好的效益与效果。

**[关键词]** 脑出血;感染防控;费用研究

**[中图分类号]** R 743.34 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2021.09.031

## Study on reducing the economic cost of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage by implementing infection control program

LI Jia, ZHANG Qian-ru, YAO Meng-nan, ZHOU Li

(Department of Infection Management, The Third People's Hospital of Bengbu, Bengbu Anhui 233000, China)

**[Abstract]** **Objective:** To compare the direct economic loss caused by nosocomial infection in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage and the cost, benefit and effect after implementing the infection prevention and control program. **Methods:** The patients with first diagnosed spontaneous intracerebral hemorrhage among the patients discharged from January 1, 2019 to December 31, 2019 were set as the control group, and the patients with spontaneous intracerebral hemorrhage discharged from January 1, 2020 to December 31, 2020 after implementing the infection control program were set as the observation group. The changes in the risk of nosocomial infection in patients with intracerebral hemorrhage was compared before and after implementing the infection control program. At the same time, patients with spontaneous intracerebral hemorrhage with nosocomial infection in the past two years were selected as the infection group, and patients without nosocomial infection were selected as the control group (non-infection group) according to the 1:1 matching method. The differences of hospitalization time and various hospitalization costs between the two groups were compared. **Results:** In 2019 and 2020, there were 215 and 189 patients with spontaneous intracerebral hemorrhage, respectively, and there were 25 and 11 patients with nosocomial infection, respectively. The incidence of nosocomial infection in 2020 was significantly lower than that in 2019 ( $P < 0.01$ ). Combined with the occurrence of nosocomial infection in patients with intracerebral hemorrhage for 2 years, a total of 27 pairs of case controls meeting the requirements were matched. The median hospitalization time of patients in the infection group and non-infection group was 26 days and 17 days, respectively, which was extended in the non-infection group ( $P < 0.01$ ). The median hospitalization costs were 79 889.03 yuan and 18 662.37 yuan in the infection group and non-infection group, respectively, and the direct economic loss of the total hospitalization cost was 61 226.66 yuan ( $P < 0.05$ ). The cost of medicine, examination, laboratory test, diagnosis, bed, surgery, treatment and nursing in the infection group were higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusions:** Nosocomial infection in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage causes the prolongation of hospitalization time and significant increase of hospitalization costs. The implementation of infection control program can achieve good benefits and effects.

**[Key words]** intracerebral hemorrhage; infection prevention and control; cost study

**[收稿日期]** 2021-03-25 **[修回日期]** 2021-08-01

**[基金项目]** 蚌埠医学院自然科学研究重点项目(BYKY18168)

**[作者单位]** 安徽省蚌埠市第三人民医院 感染管理科, 233000

**[作者简介]** 李 甲(1984-),男,主管医师。

医院感染(Nosocomial infection, NI)是医院内发生的感染,严重威胁着病人的健康和生命<sup>[1]</sup>。近年

来,中国地区 NI 的发生率为 1.6% ~ 3.9%<sup>[2-4]</sup>,医院感染不仅提高了病人额外死亡风险,还同时增加了病人的住院时间和医疗保健费用<sup>[5-6]</sup>。目前关于自发性脑出血病人发生医院感染的卫生经济学研究尚缺乏。同时,由于新冠感染肺炎的暴发流行,各医疗机构更加重视医院感染的防控,带来的基础感染控制措施的落实,对医院感染病例发生都产生了较大的影响。本研究采用回顾性研究方法分析某三级医院的脑出血病人发生医院感染的卫生经济学负担与实施感染防控方案后的成本与效益、效果评价。现作报道。

## 1 对象与方法

**1.1 临床资料** 本研究以 2019 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日出院病人中第一诊断为自发性脑出血病人为对照组,实施感染控制方案后的 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日出院的自发性脑出血病人为观察组。2 年间发生医院感染的脑出血病人共 36 例(感染组),依据感染病例的性别、年龄、入院日期和出院诊断等信息 1:1 匹配出 27 例非感染的脑出血病人(非感染组)。

**1.2 医院感染诊断标准** 依据国家卫生部发布的[2001]号《医院感染诊断标准(试行)》进行医院感染病例的诊断。

**1.3 研究方法** 通过医院的电子病历系统获取病人的相关信息,具体包括:住院号、科室、姓名、性别、年龄、入院日期、出院日期、出院诊断药品费(西药费和中成药费)、床位费、手术费、治疗费、检查总费用(检查费、放射费、超声费、CT 费、心电图和肺功能)、化验费、血材料费、材料费、麻醉费、总费用(诊察费和会诊费)、护理费、其他费用(降温取暖费)和总住院费用。根据入院日期和出院日期计算住院时间。人工成本是根据 CDC 感染控制方案人员编制情况,结合医院近年来在医院感染监测与控制方面的实际经验计算的。一个感染控制小组将由 1 名全职感染控制人员、1 名兼职感染控制护士和 1 名感染控制医生组成。每个团队成员的工资成本是根据他们完成医院感染监督和控制职责的工作时间所占的比例计算的。

**1.4 统计学方法** 采用  $\chi^2$  检验和 Wilcoxon 秩和检验。

## 2 结果

### 2.1 研究对象基本情况及病人感染部位情况

2019 年、2020 年自发性脑出血病人感染发病率分别为 11.63% (25/215)、5.80% (11/190),2019 年自发性脑出血病人的医院感染发生率明显高于 2020 年( $\chi^2 = 4.08, P < 0.01$ )。本研究共纳入 27 例感染病人,年龄(62.81 ± 12.97)岁,其中 16 例(59.3%)下呼吸道感染,8 例(29.6%)泌尿道感染,2 例(7.4%)神经系统感染,1 例(3.7%)其他类型的感染。

**2.2 2 组病人住院时间比较** 感染组病人的住院时间明显长于非感染组( $P < 0.01$ )(见表 1)。

表 1 脑出血病人感染组与对照组病人住院时间比较(d)

分组	$P_{25}$	$P_{50}$	$P_{75}$	IQR	Z	P
感染组	17	26	51	34	3.17	<0.01
非感染组	12	17	24	12		

**2.3 医院感染造成的直接经济损失** 感染组的脑出血病人住院总费用、治疗费、药品费、检查费用、化验费用、诊查费用、床位费、手术费和护理费均高于非感染组相应的费用支出( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )(见表 2)。

表 2 2 组病人各分项费用的比较

费用	感染组/元	对照组/元	中位数差值/元	Z	P
药品费	15 632.50	5 764.32	9 868.18	2.883	<0.01
检查费用	3 085.80	1 878.25	1 207.55	3.267	<0.01
化验费用	5 960.12	2 515.94	3 444.18	3.058	<0.01
诊查费用	631.00	413.50	217.5	3.220	<0.01
床位费	1 260.00	672.00	588.00	3.075	<0.01
手术费	1 915.00	0.00	1 915.00	2.138	<0.05
治疗费	18 784.20	6 450.00	12 334.200	2.691	<0.01
血材料费	0.00	0.00	0.00	1.153	>0.05
材料费	10 254.94	1 638.78	8 616.16	1.730	>0.05
麻醉费	400.00	0.00	400.00	1.509	>0.05
护理费	5 194.00	963.00	4 231.00	3.484	<0.01
其他费用	28.00	0.00	28.00	1.634	>0.05
总费用	79 889.03	18 662.37	61 226.66	2.499	<0.05

**2.4 每年接受治疗的病人数量减少** 为便于比较,以自发性脑出血病人居多的神经外科为一个实施感染控制单元,每年按 877 例出院病人计算,医院感染发生率为 2.17% (统计了 2019 年神经外科医院感染发病率,后相同),发生医院感染的病人数为 19 例,每年因医院感染导致的额外住院时间为 171 d,每个普通病人的住院时间中位数为 17 d,故每年因为医院感染发生减少的病人数量为 10 例。

2.5 医院感染造成的经济损失 以神经外科病人为例,每年自发性脑出血病人医院感染发生率为 2.17%,每年收治病人 877 例,每年发生医院感染的例数为 19 例,对照组医疗费用为 18 662.37 元,医院感染病人的医疗费用为 79 899.03 元,每位病人额外增加了 61 226.66 元,每年由于医院感染导致的额外医疗成本为 1 163 306.54 元。

病人数量减少导致医疗收入减少。如前文所述,计算每个病人的额外增加的住院时间为 9 d,40 张病床,每年 877 例病例,导致科室收治的病人减少了 10 例。根据非感染组每例病人的平均医疗费用 18 662.37 元计算,这 10 例病人的医疗费用为 186 623.7 元。根据中国国家统计局发布的第一次全国经济普查数据,全国医疗机构的年收入为 536 亿美元,扣除所有成本后的盈余为 26 亿美元,盈余率为 4.88%。因此,在本研究中,使用 5% 的利润率来计算因病人数量减少而导致的利润损失为 9 331.19 元。每年因为医院感染共损失 1 172 637.73 元。

2.6 建立医院感染预防和感染控制方案的投资成本 由 1 名专职感染控制人员、1 名兼职感染控制护士、1 名兼职感染控制医生组成的感染控制团队的费用计算如下:由专职感染控制人员负责监测方法和控制方案的设计,监督监测过程中表格的设计和质量管理,诊断自发性脑出血后医院感染,汇总数

据。这个人必须贡献他全部工作时间的 1/7 来完成所有这些职责。按照年薪 104 065 元计算,每年的人工成本为 14 866 元。兼职病房感染控制护士负责收集和登记所有外科病人的基本信息。这个人必须贡献她全部工作时间的 1/9 来完成所有这些职责。按照年薪 135 284 元计算,人力费用为每年 15 031 元。感染控制医生将负责疑难病例的诊断和咨询。他必须贡献他全部工作时间的 1/30 来完成所有的职责。按照年薪 156 009 元计算,人力费用为每年 52 003 元。资源和设备将包括电脑和打印机的折旧成本、办公用品、电费和水电费。总费用计算为每年 1 040 元。因此,每年运行一个感染控制程序的总成本约为 82 940 元。

2.7 不同支付系统下的成本效益分析 如果医院感染病人数量减少 10%,则医院感染发生率下降为 1.95%。在这种情况下,总成本为 104 724 元,这使效益和成本几乎平衡(效益成本比 1.26)。随着院内感染发生率的下降,收益成本比将逐渐增加。如果一个感染控制方案能使医院感染减少 50%,则每个单位的医疗费用可节省 292 690 元,效益成本比达到 3.53(见表 3)。

虽然医院感染对医院收入的影响非常有限,但仍然存在一系列问题需要解决,如病床周转率等。如医院感染率的下降,将节约更多的医疗资源接受更多需要治疗的病人(见表 4)。

表 3 实施感染控制方案的效益成本估算

感染减少的比例	降低后的感染率/%	附加医疗费用与预期感染率/元	因病人数减少和预期感染率(USD)造成的经济损失/元	与基线感染率相比节省的成本(效益)/元	感染控制项目费用/元	效益成本比/%
0(基线)	2.17	1 163 306.54	30 863	0	82 940	
5%	2.01	1 079 285.19	57 134	53 973	82 940	0.65
10%	1.95	104 7067.73	110 838	104 724	82 940	1.26
20%	1.74	934 306.59	148 438	186 892	82 940	2.25
30%	1.52	816 175.87	172 932	244 893	82 940	2.95
40%	1.30	698 045.15	184 935	279 264	82 940	3.37
50%	1.09	585 284.01	232 393	292 690	82 940	3.53
75%	0.54	290 004.57	138 334	217 503	82 940	2.62
90%	0.22	118 150.01	59 338	106 335	82 940	1.28

### 3 讨论

由于脑出血病人发病急,病情严重,需长期卧床,加之侵袭性操作较多,易发生医院感染。本研究的脑出血主要为自发性脑出血,指非外界创伤导致的脑实质血管破裂引起的出血<sup>[7-8]</sup>。为控制混杂因

素影响,本研究采用 1:1 匹配方式,通过分析发生医院感染对住院时间以及病人的各类费用支出影响,探讨其发生住院时间延长与费用增高的关系。

本研究发现,脑出血病人发生医院感染后,其住院时间中位数延长了 9 d,高于陈惠清等<sup>[9]</sup>研究的总体医院感染延长住院时间 6 d,这可能是由于脑出

血病人的医院感染对疾病的总体转归产生了更大的影响,也说明不同的疾病病人发生医院感染后,其延长住院时间的中位数将不同。刘茜等<sup>[10]</sup>报道医院感染的发生,使得“超长住院日”的可能性提升了3.815倍,医院感染与超长住院日互相影响,形成恶性循环,造成医疗资源的浪费,加重了病人的经济负担,成为医疗机构控制平均住院日、加快周转的重要障碍。

表4 感染控制方案实施的成本-效果估计

感染减少的比例	降低后的感染率/%	随着预期感染率的增加,病人人数减少	与基线感染率相比,增加接收病人数量
0(基线)	2.17	10.08	—
5%	2.01	9.33	0.74
10%	1.95	9.05	1.02
20%	1.74	8.08	2.00
30%	1.52	7.06	3.02
40%	1.30	6.04	4.04
50%	1.09	5.06	5.01
75%	0.54	2.51	7.57
90%	0.22	1.02	9.05

疾病的直接经济负担主要包括直接医疗费用和直接非医疗费用两部分,反映了由于医院感染而带来的额外支出<sup>[11]</sup>,通过研究发现感染组的脑出血病人住院总费用的中位数为79 889.03元,而对照组的脑出血病人住院总费用的中位数则为18 662.37元,多支出61 226.66元,高于医院感染相关研究<sup>[12]</sup>的结果。同样说明脑出血病人医院感染的发生将产生更高的住院费用、对经济损失的影响更大。在本研究中脑出血病人发生医院感染的部位中,下呼吸道构成比为59.3%,武汉大学人民医院李荣凌等<sup>[13]</sup>研究报道显示,成人获得性肺炎的住院费用为13 453.10元,因此可看出单纯的治疗下呼吸道感染与脑出血的费用远远低于治疗脑出血同时伴有下呼吸道感染所产生的费用。在分项费用中,医院感染组在检查、化验、药品、床位费、手术费、治疗费、护理费均高于对照组,这也反映出医院感染的发生,将导致病人的相关检查、治疗以及服务费用的增加。而在材料费、麻醉费与其他费用增加中不显著高于对照组,是由于医院感染以药物治疗为主。

研究结果表明,医院感染的发生将会导致医改的重要指标(平均住院时间、人均住院费用)的增加,每年因为医院感染导致直接经济损失1 172 637.73元,相反如果有效开展医院感防治,将有效节约医疗资源,增加医院经济效益。通过实施感染控制方案,加之新冠疫情的到来,如清洁消毒、

开窗通风、病人吸痰与翻身拍背、咳嗽礼仪在临床中的应用等感染控制措施的进一步细化与落实,重点加强了医院感染病例的监测与预警,针对高风险的人群采取了积极干预,2020年自发性脑出血感染减少的比例达50%,其成本效益高达3.53,与基线感染率相比,可增加5.03名病人,新增加病人的经济效益232 393元。因此,医院应加大对医院感染预防与控制工作的投入与改善,降低医院感染的发生。应重点关注医院感染的高风险因素,结合本医疗机构的特点,围绕高发部位、高发人群、高危环节进行针对性的预防干预措施,如对于呼吸道、手术部位、泌尿道等高发感染部位制定标准的预防与控制措施,在高危人群中进行高危因素干预、保护性隔离以及动态监测,在相关侵袭性操作与检查中落实全面的管控措施。在发生医院感染病例治疗中,应从医院感染病例诊断、治疗及隔离上加以管控,大力开展新技术新项目,如利用高毒力基因与本院的高流行菌株进行PCR筛查,快速诊断与判断医院感染的致病菌等,也应结合相关细菌耐药监测报告与本单位的细菌耐药监测结果进行经验性的细菌分类的判断与抗菌药物的选择。医院感染的扩散控制中,WHO提出的“五大清洁”,其中清洁的手、清洁的物品、清洁的操作、清洁的环境是阻断传播环节的重要因素,而病人的隔离则是阻断传播源的重要措施,如在日常的入院与住院后病人安置中要强化感染病人与非感染病人分开安置的必要性与重要性。只有通过采取预防、治疗干预与控制传播的综合措施才能杜绝医院感染的发生,降低医院感染费用,达到医院感染管理既有宏观的管理策略,也应有微观的技术路径,才能体现出医院感染管理的成效,为医院的高效安全运行提供保障。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 孙晓玲,侯桂英,徐桂强,等.心血管外科患者医院感染直接经济损失的病例对照研究[J].中华医院感染学杂志,2019,29(12):1886.
- [2] 樊雯婧,蒙定武,楼冬洁,等.2014-2018年海南地区各级医院住院患者医院感染现患率[J].中国感染控制杂志,2021,20(4):333.
- [3] 周洋,杨根林,邵萍.某三甲中医院2017-2019年医院感染现患率调查分析[J].中国卫生标准管理,2021,12(11):118.
- [4] 王志翔,李怡,刘婷,等.某综合医院2014-2018年医院感染横断面调查研究[J].宁夏医科大学学报,2021,43(2):165.
- [5] MEHTA Y, JAGGI N, ROSENTHAL VD, et al. Device-associated infection rates in 20 cities of India, data summary for 2004-2013: findings of the international nosocomial infection control consortium [J]. Infect Control Hosp Epidemiol, 2016;37(2):172.

戒烟限酒、控制体质量、增加运动等,提示营养教育对改善脂代谢紊乱人群的血脂水平作用有一定作用。

本次研究结果表明,综合性营养干预在营养教育的基础上给予科学的、可行的营养咨询,可以取得比单纯营养教育更为显著的效果,同时也说明了我国慢性病防治需要切实可行和简单实际的营养干预方法,在营养教育的基础上建立血脂异常病人的健康饮食模式,可以为血脂异常的防治和社区干预提供一定的借鉴和参考。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 郭齐雅,于冬梅,俞丹,等. 1959、1982、1992、2002 及 2010 - 2013 年中国居民营养与健康状况调查/监测比较分析[J]. 卫生研究,2016,45(4):542.
- [2] 成晨,王敌,何亚琼,等. 2016 年某高校医学生血清低密度脂蛋白亚组分与血脂及体格指标的相关性[J]. 卫生研究,2018,47(5):763.
- [3] BAEK SJ, NAM GE, HAN KD, *et al.* Sarcopenia and sarcopenic obesity and their association with dyslipidemia in Korean elderly men: the 2008 - 2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey[J]. *J Endocrinol Invest*,2014,37(3):247.
- [4] FINICELLI M, SQUILLARO T, DI CRISTO F, *et al.* Metabolic syndrome, Mediterranean diet, and polyphenols: Evidence and perspectives[J]. *J Cell Physiol*,2019,234(5):5807.
- [5] 贾玉龙,贾贤杰,于影,等. 社区心脑血管疾病病人康复期认知功能现状及影响因素分析[J]. 蚌埠医学院学报,2019,44(2):242.
- [6] 张红,刘洋,翟成凯. 血脂异常人群 PPAR $\gamma$ 2 基因多态性对复

配式粗杂粮膳食干预效果影响[J]. 中国公共卫生,2014,30(12):1511.

- [7] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)[J]. 中国循环杂志,2016,31(10):937.
- [8] 夏云婷,吴延莉,王丽敏,等. 2013 年中国超重肥胖成人人体质量水平低估情况[J]. 中华疾病控制杂志,2019,23(8):938.
- [9] 姜勇,赵文华. 成人肥胖的评价方法、指标及标准在公共卫生中应用的研究进展[J]. 卫生研究,2013,42(4):701.
- [10] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2018 年修订版)[J]. 中国心血管杂志,2019,24(1):24.
- [11] 刘竞芳,陈哲,杨非柯,等. 长沙市老年人血脂异常分布及其影响因素[J]. 中南大学学报(医学版),2014,39(8):797.
- [12] 赵春燕,周瑞华,田永芝,等. 营养教育与膳食干预对中老年骨质疏松患者营养状况和骨密度的影响[J]. 卫生研究,2016,45(2):230.
- [13] 赵栋,周标,黄季春,等. 2010 - 2011 年浙江省老年人群营养状况的调查分析[J]. 卫生研究,2015,44(6):981.
- [14] FIUZA-LUCES C, SANTOS-LOZANO A, JOYNER M, *et al.* Exercise benefits in cardiovascular disease: beyond attenuation of traditional risk factors[J]. *Nat Rev Cardiol*,2018,15(12):731.
- [15] ZHU Y, WANG P, SHA W, *et al.* Urinary biomarkers of whole grain wheat intake identified by non-targeted and targeted metabolomics approaches[J]. *Sci Rep*,2016,6:36278.
- [16] DELLA PEPA G, VETRANI C, VITALE M, *et al.* Wholegrain intake and risk of type 2 diabetes: evidence from epidemiological and intervention studies[J]. *Nutrients*,2018,10(9):E1288.

( 本文编辑 刘梦楠 )

( 上接第 1270 页 )

- [6] 乔甫,宗志勇. 监测在医院感染预防与控制中的作用[J]. 华西医学,2013,28(8):1145.
- [7] GIRARD R, GAUJARD S, PERGAY V, *et al.* Risk factors for urinary tract infections in geriatric hospitals[J]. *J Hosp Infect*,2017,97(1):74.
- [8] AL-GETHAMY MM, FAIDAH HS, ADETUNJI HA, *et al.* Risk factors associated with multi-drug-resistant *Acinetobacter baumannii* nosocomial infections at a tertiary care hospital in Makkah, Saudi Arabia-a matched case-control study[J]. *J Int Med Res*,2017,45(3):1181.
- [9] 陈惠清,周春莲. 某三级医院住院患者医院感染直接经济损

失研究[J]. 中华医院管理杂志,2017,33(1):54.

- [10] 刘茜,张洁,施红鑫. 医院感染对患者住院日和直接经济负担的影响[J]. 中华医院感染学杂志,2020,30(1):125.
- [11] 李茜瑶,周莹,黄辉,等. 疾病负担研究进展[J]. 中国公共卫生,2018,34(5):777.
- [12] DRAMOWSKI A, MADIDE A, BEKKER A. Neonatal nosocomial bloodstream infections at a referral hospital in a middle-income country: burden, pathogens, antimicrobial resistance and mortality[J]. *Paediatr Int Child Health*,2015,35(3):265.
- [13] 李荣凌,郭迎春,宋金春. 某医院成人社区获得性肺炎住院费用分析[J]. 中国药师,2018,21(7):1244.

( 本文编辑 刘畅 )