

Morisky 用药依从性量表 8 条目在老年慢性病患者用药评价中的应用

俞吉¹, 冉烁¹, 徐玲²

1. 淮南朝阳医院 药剂科, 2. 心内科, 安徽 淮南 232001

【摘要】目的 基于Morisky用药依从性量表8条目(MMAS-8)评价临床药师参与的门诊老年慢性病患者的药学服务效果。**方法** 选取2019年1月1日至12月31日于淮南朝阳医院心内科门诊就诊的113例老年慢性病患者为研究对象,基于MMAS-8进行临床药师参与的老年慢性病患者用药依从性调查,评估药物治疗情况,并提供持续的药学服务。**结果** 通过对113例老年慢性病患者12个月完整的药学服务情况进行回顾性分析,药学服务前人均使用药物(7.1±1.9)种,使用≥5种药物比例为81.41%;药学服务后人均使用药物(5.2±1.1)种,使用≥5种药物比例为71.68%。患者用药依从性Morisky评分由药学服务前的(1.94±1.22)分提高到药学服务后的(7.73±0.49)分,药学服务前后用药依从性Morisky评分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于MMAS-8的老年慢性病服务模式可显著提高患者的用药依从性,保障患者的用药安全,在门诊老年慢性病药物治疗工作中发挥积极作用。

【关键词】 临床药师;慢性病管理;药学服务;Morisky用药依从性量表;老年慢性病

【中图分类号】 R969.3;R195.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1672-3384(2020)11-0063-04

Doi: 10.3969/j.issn.1672-3384.2020.11.015

Application of 8-item Morisky Medication Adherence Scale in medication evaluation of elderly patients with chronic diseases

YU Ji¹, RAN Shuo¹, XU Ling²

1. Department of Pharmacy, 2. Department of Cardiology, Huainan Chaoyang Hospital, Anhui Huainan 232001, China

大多数老年慢性病患者具有生理功能减退、多种慢性疾病共存、合并使用多种药物等特点^[1]。国家卫生健康委员会2016年发布的《第五次国家卫生服务调查分析报告》中指出,老年慢性病中患病率排名靠前的分别为高血压、糖尿病、冠心病等,此类患者往往需长期甚至终身服药,但治疗达标率较低^[2-3]。老年慢性病患者用药依从性低,是治疗效果未达标的重要原因之一^[4]。临床药师可以通过对患者开展药物重整、用药教育等工作,改善患者对疾病和治疗药物的认知、提高依从性,促进其安全合理用药^[5-6]。

Morisky用药依从性量表(Morisky Medication Adherence Scale, MMAS)起初是由学者Morisky于1986年编制的4条目用于评估患者用药依从性的评价表,后于2008年对4条目评价表改进为8条目评价表。目前已有学者利用MMAS-8评价用药依从性的信效度分析,但未有以该评价表为切入口进行药学服

务的报道,本文以MMAS-8评价表为切入口,针对问卷中患者所产生的用药依从性问题进行分析,以评价临床药师介入老年慢性病管理的药学服务效果。

1 资料与方法

1.1 资料

选取2019年1月1日至12月31日于淮南朝阳医院心内科门诊就诊的113例老年冠心病患者为研究对象。其中,男性68人(占比60.17%),女性45人(占比39.83%);60~69岁49人,70~79岁44人,≥80岁20人,平均年龄(71.9±7.1)岁。

纳入标准:①年龄60~85岁的患者;②第一诊断为冠心病,第二诊断为高血压或2型糖尿病且确诊至少1年;③患者需长期服用药物≥2种,且患者病情稳定、意识清楚,无沟通及交流障碍。排除标准:①患有

继发型高血压;②1型糖尿病患者;③患有严重影响健康的疾病,如恶性肿瘤患者、认知功能障碍者。

1.2 方法

1.2.1 研究方法 ①收集符合入组标准患者的基本资料、询问病史及当前治疗方案;②邀请2位具有硕士学位的药学专业人员将英文版MMAS-8分别独立翻译为中文,讨论彼此间异同点并达成共识,再由1名英语专业人员将中文版MMAS-8回译为英文版本后与原版进行对比,调整优化后得到最终中文版MMAS-8,详见表1;③结合最终版MMAS-8对患者进行用药依从性调查并打分。

1.2.2 评价方法 首先,根据患者的回答情况分别计分,其中条目1~4、6~7的答案均设计为是、否,分别计0分和1分;条目5为反向计分;条目8依据Likert 5级评分法,选项分别设置为非常容易、容易、一般、困难、非常困难,分别赋予1分、0.75分、0.5分、0.25分和0分。之后,根据各条目评分之和对患者用药依从性进行评价,分值越高,代表依从性越好;评分<6分提示患者依从性低,评分≥6分且<8分为依从性中等,评分=8分为依从性高。

1.2.3 药学服务及评价流程 113例老年慢病患者的药学服务时间自2019年1月首次就诊时开始计算,直至2019年12月末次就诊时截止。临床药师对患者进行问诊,采集患者基本信息(年龄、治疗药物信息等),根据中文版MMAS-8对患者依从性进行评分,评价患者用药依从性水平;对依从性较低的患者仔细询问病史、药物治疗史及治疗效果、既往有无药品不良反应史、食物过敏史、患者自备药物等情况,寻

找MMAS-8评分较低的原因,协助医师为老年慢性病患者制定个体化治疗目标(如血糖水平、血压水平等),并提供药学服务,包括药物重整、药物教育、疾病知识教育、生活方式教育等以提高患者依从性并预约下次就诊时间以便进行MMAS-8跟踪评分及给予药学服务。药学服务相关内容详见表2。

1.3 统计学方法

采用SPSS 19.0软件对数据进行统计分析,定量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 来描述,组内前后比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 主要诊断及药学服务前后患者用药情况

113例老年慢性病患者病例中平均临床疾病诊断(4.3 ± 2.3)种,最多为9种。其中患高血压病程3~21年,平均病程12年;患糖尿病病程4~16年,平均病程9年。除冠心病、高血压及糖尿病诊断外,还包括慢性前列腺炎、肺癌术后、睡眠障碍、颈椎病等诊断。首次药学服务时每位患者平均用药(7.1 ± 1.9)种,用药总数≤4种者21例(18.58%),5~8种者78例(69.02%),>8种者14例(12.39%)。末次药学服务时每位患者平均用药(5.2 ± 1.1)种,用药总数<4种者32例(28.31%),5~8种者69例(61.06%),>8种者12例(10.62%),最多11种。详见表3。

2.2 药学服务前后患者MMAS-8各条目评分及总评分比较

采用配对 t 检验比较干预前后MMAS-8各条目评分、总评分差异,结果显示干预前后评分差异均有

表1 中文版MMAS-8条目

编号	条目	评分
1	您是否忘记过使用药物?	是(0)、否(1)
2	除了忘记服药外,您最近1个月内是否因其他原因漏服过药呢?	是(0)、否(1)
3	感觉病情加重时,您是否在未告知医师的情况下自行停用或减少服药呢?	是(0)、否(1)
4	当您外出旅行或长时间离家时,您是否忘记过携带药物呢?	是(0)、否(1)
5	昨天您忘记过服药了吗?	是(0)、否(1)
6	感觉病情得到控制时,您是否会自行停止服药呢?	是(0)、否(1)
7	您遵守现在的治疗方案有困难吗?	是(0)、否(1)
8	您记住现在所有的治疗药物有困难吗?	非常困难(0)、困难(0.25)、一般(0.5)、容易(0.75)、非常容易(1)

表2 中文版MMAS-8条目及对应药学服务内容

编号	条目	药学服务内容
1	您是否忘记过使用药物?	关心患者,与患者交流药物相关信息
2	除了忘记服药外,您最近1个月内是否因其他原因漏服过药呢?	对患者及药物治疗方案进行评估,与医师协商,优化药物治疗方案并给予相应建议
3	感觉病情加重时,您是否在未告知医师的情况下自行停用或减少服药呢?	提高患者对用药的认识,为患者提供疾病及药物治疗教育
4	当您外出旅行或长时间离家时,您是否忘记过携带药物呢?	为患者提供健康生活方式教育
5	昨天您忘记过服药了吗?	鼓励患者正确的自我管理
6	感觉病情得到控制时,您是否会自行停止服药呢?	依据循证证据,为患者制定近期、远期治疗目标;确认和记录患者具体可测量的结果,合理利用实验室检查
7	您遵守现在的治疗方案有困难吗?	告知患者相关药物禁忌证、可能会发生过敏反应及药物治疗的必要性
8	您记住现在所有的治疗药物有困难吗?	交代患者每一条药物治疗相关问题并给予相应建议

表3 门诊老年慢性病药学服务前后患者用药品种比较[n(%)]

用药品种	药学服务前		药学服务后	
	男(n=68)	女(n=45)	男(n=68)	女(n=45)
1~4	16(23.52)	5(11.11)	24(35.29)	8(17.77)
5~8	42(61.76)	36(80.00)	35(51.47)	34(75.56)
>8	10(14.71)	4(8.88)	9(13.23)	3(6.67)

统计学意义(均 $P<0.05$),干预后患者MMAS-8各条目评分、总评分均高于干预前。详见表4。

表4 药学服务前后MMAS-8各条目评分及总评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

项目	干预前	干预后	t值	P值
条目1	0.31±0.46	0.99±0.09	14.883	$P<0.05$
条目2	0.38±0.49	0.98±0.13	13.009	$P<0.05$
条目3	0.29±0.46	0.98±0.13	15.799	$P<0.05$
条目4	0.24±0.43	1.00±0.00	18.888	$P<0.05$
条目5	0.20±0.40	0.98±0.13	18.908	$P<0.05$
条目6	0.17±0.38	0.98±0.13	22.151	$P<0.05$
条目7	0.12±0.32	0.97±0.16	26.058	$P<0.05$
条目8	0.23±0.25	0.83±0.24	18.719	$P<0.05$
总计	1.94±1.22	7.73±0.49	47.001	$P<0.05$

3 讨论

2019版《医疗机构药学服务规范》中提出药学门诊服务内容应包括患者的用药评估、用药调整、用药教育、随访指导等专业化服务,并提出探索适宜的药学门诊工作模式,以推进药学门诊的发展。临床药师

结合MMAS-8评分表,可以快速判断患者用药依从性的高低,并寻找患者依从性低的原因。在实际工作中发现,用药数量越多的患者用药依从性越低^[7]。因此,对于多重用药的慢性病患者,临床药师需首先考虑协助医师简化处方,对于一些单药联合治疗病例,建议尽量采用复方制剂,如将缬沙坦胶囊+氨氯地平片的联合医嘱建议调整为缬沙坦氨氯地平片,以此减少使用药物品种数,提高依从性。与此同时,患者对于药物不良反应的过分担忧也是导致依从性低的原因之一,而药物治疗过程中,不可避免地会出现不良反应^[8]。临床药师基于专业知识,判断医嘱中的老年高风险药物并进行干预,如不建议老年帕金森病患者使用盐酸苯海索,而应更换为左旋多巴或卡比多巴;对仅存在高甘油三酯症的患者不推荐选用他汀类药物;对>80岁高龄老年人,不建议使用阿司匹林作为一级预防用药等。而对治疗中的必需用药,临床药师可以通过告知服药原因、不良反应发生原因及发生率、预防措施后消除患者的顾虑,提高用药依从性。

另外,工作中发现,患者因不了解治疗目标,对疾病并发症的认知不够也可导致慢性病治疗不达标。

同时,患者随着年龄的增加及机体生理状况的改变,其血压、血糖达标目标也应进行动态调整,但在工作中发现,部分高龄患者的血压及血糖管理处于滞后状态,不恰当的血压或血糖目标会增加患者意外风险^[9]。在国际糖尿病联盟公布的《老年2型糖尿病患者管理全球指南》^[10]中建议应结合FRAIL量表对老年患者的日常生活能力进行评估,并根据评估结果制定达标目标,如功能独立型老年人,其相应糖化血红蛋白目标应维持在7.0%~7.5%,而功能不独立及临终患者的目标值则为7.0%~8.0%和8.5%左右。同样,针对高血压患者,在《中国老年高血压管理指南2019》^[11]中强调高龄患者的血压目标应<150/90 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),而非140/90 mm Hg。但在实际工作中,门诊医师因种种原因,未能完全对此类高龄患者进行详细动态评估,导致部分高龄患者对达标目标不明确,存在安全隐患。临床药师的参与可以为患者制定近期、远期治疗目标,并鼓励患者正确的自我管理,使患者在就医中感受到人文关怀,提高患者对控制目标、自我管理、疾病影响因素、生活方式等的认知水平,并认识到自我健康管理的重要性。

综上所述,在慢性病管理中实施全程化的药学服务是药学发展的重要趋势,临床药师以MMAS-8为切入点,通过全程化的药学服务工作,不仅增加了患者对药物与疾病的了解程度,还提高了药物治疗的依从性和有效性,保障了患者用药的安全性,体现了药师的价值,值得推广。

【参考文献】

- [1] 冷晓. 美国老年医学理念与实践[J]. 中国实用内科杂志, 2011, 31(1):31-33.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中华医学会心血管病学分会中国医师协会高血压专业委员会, 等. 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):24-56.
- [3] Xu Y, Wang L, He J, et al. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults[J]. JAMA, 2013, 310(9):948-959.
- [4] 沈爱宗. 高血压、糖尿病和冠心病患者用药依从性研究[D]. 合肥:安徽医科大学, 2005.
- [5] Reta A, Dashtaei A, Lim S, et al. Opportunities to improve clinical outcomes and challenges to implementing clinical pharmacists into health care teams [J]. Prim Care, 2012, 39(4):615-626.
- [6] Saini B, LeMay K, Emmerton L, et al. Asthma disease management-Australian pharmacists' interventions improve patients' asthma knowledge and this is sustained [J]. Patient Educ Couns, 2011, 83(3):295-302.
- [7] Dempe C, Jünger J, Hoppe S, et al. Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence in patients with stable coronary artery disease [J]. J Psychosom Res, 2013, 74(2):122-127.
- [8] 葛剑力, 翟晓波, 邵莉, 等. 合理用药监测系统在老年患者中的防范效应[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2010, 9(2):114-117.
- [9] Gorelick P B, Nyenhuis D, American Society of Hypertension Writing Group, et al. Blood pressure and treatment of persons with hypertension as it relates to cognitive outcomes including executive function [J]. J Am Soc Hypertens, 2012, 6(5):309-315.
- [10] 国际糖尿病联盟. 老年2型糖尿病患者管理全球指南[J]. 糖尿病临床, 2014, 8(2):65-75.
- [11] 中国老年医学学会高血压分会, 国家老年疾病临床医学研究中心中国老年心血管病防治联盟. 中国高血压管理指南2019[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2019, 18(2):81-106.

收稿日期:2020-03-03

本文编辑:蒋少薇