

文章编号:1672-3384(2005)-06-0032-05

门诊患者用药依从性及干预调查

【作者】 李红京 张晓乐

北京大学第三医院 (北京 100081)

【中图分类号】 R969.3

【文献标识码】 B

在临床医疗实践中,正确的使用药品是人们用来治愈疾患恢复健康的重要手段。要治好疾病,使药物发挥其应有的疗效,不仅取决于医师的正确诊断及合理用药,还取决于患者是否严格地执行医嘱用药。由于护士监督服药,住院患者依从性相对好些;而由于病症多样性及人员的复杂性,门诊患者的依从性相对差些。当前,患者不能遵从医嘱按时服药已是全球性的问题,而按时服药是药物疗效的保证。患者对治疗的依从性直接关系到疗效,而是否遵守医嘱按时、按量服药又是其中至关重要的环节。因此,研究门诊用药的依从性,对于提高疾病的治愈率、减少医源性疾病、降低医疗费用具有重要的意义。

1 依从性的定义、分类及其重要性

依从性是指患者对规定执行的医疗或科研试验措施所接受和执行的客观行为及其程度。不依从性是患者不遵守医嘱正规服药的行为表现。依从性可分为完全依从、部分依从(超过或不足剂量用药,增加或减少用药次数等)和完全不依从3类^[1]。

目前对患者依从性较为公认的定义是:患者的行为(如服药、饮食或改变其他生活方式等)与医嘱的一致性。从这一定义来说,它强调了患者和医生之间的关系。为了疾病康复,患者应服从医生,遵从医嘱,这是一种遵从医嘱的行为,也是药物发挥疗效、取得治疗效果的前提和保证。在实际工作中,要求全部患者达到完全依从是很难做到的,即使在发达国家,约有50%的患者不能坚持按医嘱服药;在发展中国家,这个比例就更高。

药物治疗依从性是一个不可忽视的问题。例如:现有的抗高血压药的合理应用能使90%的患者血压

得以控制在正常范围内,但实际情况并不乐观,包括欧美国家在内的高血压患者群中,血压正常者均未超过30%。也就是说,好药并不一定收到好的治疗效果。究其原因,其中最为重要的一条是患者依从性差。

2 不依从性的现状和后果

由于医学发展的限制,目前还有许多疾病无法治愈。对于糖尿病、高血压这些慢性病,坚持用药是阻止疾病进展、预防并发症的重要手段。有报道指出,在患有心血管疾病的美国人群中,由于不依从导致每年至少12.5万人死亡和成千上万人住院。由此造成的损失高达2 000万个工作日,工资损失达15亿美元^[2]。有些疾病,例如结核,如果要达到根治的目的,必须经过一个很长的疗程^[3]。研究表明,对于某些需要坚持服用1个月的药物,即使1d中断服药都会使治疗功亏一篑。漏服药物的后果是严重的,例如漏服抗高血压药能导致脑出血,而漏服抗生素会使感染复发并可能诱导细菌耐药^[4]。抗逆转录病毒治疗是一个需长期坚持的治疗过程。由此可见,患者的依从性对于治疗效果具决定性作用。漏服药物是引起抗病毒治疗失败的主要原因。而良好的依从性可减少病毒耐药的出现,抗病毒作用更具有持久性,从而达到更好的疗效。最近的多项研究结果证实了服药依从性与病毒载量的变化密切相关。

即使是最好的治疗计划,患者不依从也会失败。不依从性最明显的后果是疾病没有减轻或治愈,甚至加重病情。据美国监察总局办公室的估计,每年有125 000例心血管病患者由于用药不依从性导致死亡。如果患者按医嘱服药,则有高达23%的养老

院患者、10%的住院患者能够减少医生的出诊次数,避免许多诊断性试验和因中途停药而必须施行的治疗。

用药的不依从性还会造成错误地判断疗效。癫痫患儿若治疗依从性差,会使患儿不规则用药,造成病情反复发作,易使医生诊断为“难治性癫痫”,即所谓“医源性难治性癫痫”而选择其他药物,不仅患儿出现更多的不良反应,还会增加药物的品种和剂量^[5]。

不依从性除直接导致医疗费用增加外,还会降低生命质量。例如,漏用心脏病药物能导致心律失常和心脏停搏;漏用抗高血压药能导致脑卒中、冠心病的发生^[6,7];糖尿病患者血糖控制不良可导致3大营养物质代谢紊乱,造成多种器官的慢性损伤,是患者寿命减少的主要原因^[8];不按医嘱服用抗生素可能引起感染再次复发并能导致耐药菌的出现,因为耐药菌的出现将会导致难治性感染疾病的增加。由此可见不依从性不仅是个人健康问题,还是社会问题。提高患者的依从性也是医务工作者的责任和义务。

3 产生不依从性的原因

产生不依从性的原因主要包括药物因素、患者自身的因素、医生、医疗服务等其他方面的因素。

3.1 药物因素

①治疗方案复杂,包括用药品种多、次数多、用药时间长等均可降低患者用药依从性;②药物治疗繁琐、昂贵、费时,药物剂型让患者感到不舒服,从而感觉药物治疗无效;③药物的不良反应让许多患者无法忍受化疗的痛苦而放弃治疗^[11];④治疗需要改变生活方式时,依从性就会降低;⑤用药知识不足,容易忽略其不良反应和相应防范,因此在服药过程中产生不适时中断或停止用药;⑥多方就医对患者依从性影响甚大,一些慢性病患者治病心切,四处求医,经常调换正在服用的药物,影响疗效且增加不良反应;⑦家庭环境不良、支持不够亦对患者依从性有较大的负面影响,尤其与饮食及生活方式有关的遵医行为就很难实现。

3.2 患者自身的因素

①对治疗重视不够,忘记服药;②长期受病痛折磨,精神沮丧,不愿继续服药甚至不相信药物的功效;相反,也有患者急于求成,滥用、多用药物^[1];③用药方案过于复杂,甚至影响患者正常的生活^[1];④患者因迁居,不能继续按医生的治疗方案进行;⑤患者服药后,发现腹泻、心悸、头昏等药物不良反应而停药;⑥患者经短期治疗后,症状无明显改善,因而对治疗缺乏信心;⑦患者年龄太小或太大^[4],儿童比成人更少依从治疗计划。研究发现,儿童患链球菌感染,医生开青霉素10d疗法的处方,第3天时有50%的患儿停止用药;第6天、9天时停药的病例数分别达到71%和82%^[12]。需要用多种药物长期治疗的慢性病(青少年糖尿病、哮喘)用药依从性更差。其中部分原因是由于父母记忆力差,医生应详细介绍治疗方案,向父母复述,避免用复杂、专业的技术资料说明疾病和药物作用。老年人因同时服用几种药,治疗方案更复杂而且难以记忆及遵从,增加了不良的药物相互作用;⑧患者就诊后虽得到医生的处方,但因某种原因未能取药;⑨患者由于病情恶化需改用其他药物,或因手术治疗等改变原定治疗方案;⑩对从医生那里得到的信息量或情感支持感到不满意,难以表达担忧,对反应出来的问题难以理解,没有完成预约就诊。

3.3 患者的依从性与医生的关系

医生们早就认识到,提前向患者解释清楚可能出现的不不良反应以及处理的措施,能显著改善患者的依从性。通过比较在国内和美国的经验后发现,我国缺少社区医院,大医院的患者数量多,因此要求医生与患者充分沟通比较困难。在美国,社区医疗非常发达,每个人都有自己的社区医生,提供全方位的保健知识。因此根据我国的实际情况,急需建立一套有关门诊患者依从性的服务监督体系,药房的后期服务尤为重要。

3.4 医疗服务方面的因素

治疗措施过繁,患者年老、健忘;不知如何按时服药或作某种治疗需排队等候,占用患者太多时间,影响工作;医务人员服务态度欠佳等均会不同程度影响患者的依从性。

3.5 其他因素

信仰和信念可能和依从性相冲突,这种信仰有多种起源,包括文化标准、世代相传的家庭观念、以前的患病经验、对真实情况的错误判断以及从非医学途径得到的错误信息。医生应该纠正这种错误状况,并且确定患者是否同意诊断、是否感觉到它的严重性、是否相信治疗将有作用,使患者得知药物的不良反应等。

此外,还包括社会心理问题,如贫困、社会歧视等也是患者依从性差的重要因素。

由此可见,不依从性的产生具有多样性和复杂性,而其产生的后果直接影响疾病的治疗结果,所以提高患者的依从性是医务工作者的责任和义务,也是医疗工作中的重要内容。

4 依从性评定及干预调查

评定依从性的方法多种多样,多数采用问卷调查的方法。精神分裂症患者的依从性采取面询法,健康教育问卷^[13]、临床大体评定表(GAS)、简明精神病评定表(BPRS)^[14]。经统计学处理,依从性与GAS总分的相关分析及与BPRS总分的相关分析得到结论:依从性好者复发率低,反之复发率高^[15]。

十二指肠溃疡患者用药依从性的评价包括:按医嘱服药,每周一次胃镜检查;将60例患者分为行为干预组及非行为干预组。其结论提示:行为干预可大大缩短溃疡愈合的时间,同时减少患者住院的天数,提高医院床位周转率^[16]。

支气管哮喘患者依从性的评定是通过哮喘患者用药次数依从调查及用药剂量依从性调查,医嘱的依从性通过以下公式计算:服药次数依从性=实际用药次数/医嘱用药次数;剂量依从性=剂量正确的用药天数/治疗总天数^[17]。药物的依从性均<50%,依从性差的原因是患者对药物的错误理解以及医务人员缺乏对患者的必要提醒。

高血压患者的依从性(CPAT)采取问卷调查的形式,通过姓名、年龄、文化程度、职业、收入、药费支付方式、报销药费有无困难等,用4个问题确定CPAT:①是否忘记服药;②是否不注意服药;③是否曾在自觉症状改善时停药;④是否曾在自觉

症状更坏时停药^[18,19],并计算其相关系数。在问卷调查开始及结束时以标准方法测量2次血压,求其平均值作为患者的血压。用Logistic回归分析影响高血压CPAT的因素。得到结论:高血压患者药物依从性较低,药物依从者血压的波动小,药物不依从者血压的波动大^[20]。因此患者的健康教育和医生的培训同等重要^[7]。

5 增加患者依从性的可行性措施

患者依从性不仅取决于患者及家属,而且医生、药师和护士对患者依从性也起着至关重要的作用^[1]。

5.1 医生的作用

加强患者对疾病和治疗的认识。医生应确信患者已经理解了治疗将带来的益处和风险及其他事宜,不要让患者单独处理长期服药的问题,如可以采用家庭成员和朋友协助或监督给药等方式。医生要倾听患者的诉说,如果有药物不良反应,临时性的要鼓励患者坚持,如胃肠反应,长期性的则要换药。如果患者与医生之间具有良好的关系,其中包括医生作出的决策以及对患者主诉的关心,患者会按医嘱去做。医生对处方中用药方法必须清楚了,以及为何要进行这种治疗都必须加以解释,告知预期的情况(如好转需较长时间,一般的药物不良反应等)也有助于保证依从性。因此患者对医生的信任也是至关重要的^[21]。

鼓励患者提出问题,尤其是与病情有关的问题,这有助于了解疾病严重性,能理智地权衡治疗方案的优点和缺点。医生应当鼓励患者报告不良的或未预期的药物反应,不要擅自停止用药及改变治疗。患者未按治疗方案用药常会有很好的理由。在与患者坦率地讨论该问题后,医生能作出适当的调整用药方案。

使用固定的药物配伍,使用长效药、缓释药。首选的治疗方案要尽量简单,如使用三联药而不是四联,服药的次数要少。如需多种药物同步应用,应给患者写好书面指导(健康处方),以使患者容易记住,按时服药,并且使治疗方案与患者的日程相配合。对治疗计划中的关键之处应加以强调(如抗生素需用足疗程)。早期的随访和电话访问(在3~

4d内),对进程进行评判并且及时改进存在的问题。如果必须改变生活方式(如改变饮食和进行锻炼),应该在几次随访中逐步单个地引进。达到目标时应该赞扬和巩固,并且只有在这时才提出下一个目标。

5.2 药剂师和护士也能了解和帮助解决依从性问题

药剂师与保健医生之间对患者情况的信息交流是重要的。药师可能注意到患者没有再来复查,还可发现医生开的不合理或不正确的处方。在与患者一起检查处方中用药方法时,药剂师或护士可以发现患者的误解和畏惧,就可解释使之减轻。使用1种药物而达到治疗目标是很困难的^[12],而增加4~5种药物后,取得的疗效则很少。

医师应与药剂人员及药厂互通信息、加强合作,制备患者乐于使用和能坚持服用的药物制剂,以提高药物的治疗效应。药物的剂型和规格可成为影响患者依从性的重要因素。药片太小或太大,不利于老年患者的分掰或吞咽;给药次数过多或具有不良气味及颜色的药物制剂,会引起患者尤其是患儿的不依从等。诸如这类问题,从制剂学角度来讲,药师是有能力解决的,如根据儿童生理心理特点,将具有不良气味及颜色的药物进行结构改造修饰,如包衣或加掩盖剂等制成患儿乐于接受的制剂。

至于治疗方案复杂、给药种类和次数过多的问题,前者可制成复方制剂,如复方新诺明就是SMZ和TMP的复方制剂,这样既使得服药简便,同时在学习上又产生协同作用。有些情况下可以制成长效制剂。事实证明,每天1次剂量是很受欢迎的,如阿司咪唑每日1片,患者服用方便。新的大环内酯类抗生素阿奇霉素每天用药1次,疗程短,患者乐于接受^[4]。

患者取药时,药师可通过说明药物服用方法及药物的不良反应等帮助患者提高依从性。服药指导内容包括治疗目的、服药方法与时间、不良反应、使用及贮存中注意事项等。需要强调的是,指导患者应该以患者能理解的方式进行,如使用亲切的语言使患者感到宽慰,而不是对他们进行恐吓或警告。

药师可以有效地与医师配合对患者进行遵从医嘱的教育,并且可以指导患者正确地使用药物,注

意不良反应以及用药中出现的其他问题及其解决办法,提高患者合理用药的依从性。例如对糖尿病患者开展面对面的健康教育、心理教育,定期举办患者教育学习班,使患者在理论知识上得到提高,树立并增强战胜疾病的信心,从而提高药物的依从性^[22]。因此,建立良好的医患关系是提高患者依从性的重要因素,可增进相互信任,避免患者四处求医,滥用药物。

促进家庭和社会的支持,可帮助患者按医嘱用药,并同时促进和保障饮食疗法、运动疗法及重视生活方式调整等多方面的遵医行为,使疗效得以不断提高。

6 尽力避免反依从性

近年来,由于电视等各种宣传媒介大量出现,一些药物广告夸大宣传,误导患者,药品广告使患者主动要求医师开药。有的医师则为使患者“满意”,则依从患者开药。这种反依从往往达不到治疗效果,甚至引起药源性疾病,危害患者的健康。临床医师应坚持原则,以病情需要作为选择用药的惟一标准,而不受其他因素的影响,尽力避免不正常的反依从性。

随着医药卫生体制的改革,门诊药房传统的“见方发药”工作模式已不适应新世纪药学事业的发展,门诊药房工作由“以供应为中心”向“以患者为中心”变革。药物咨询正是体现药师这一职能的转变。药师的一切行为都是为了患者的基本利益,逐渐由患者“你问我答”的被动服务转变为主动指导患者合理用药。通过药物咨询服务使患者更好遵从医嘱,配合治疗。通过药物咨询增强患者的药物知识和提高其依从性。药师应向患者说明按时、足量、按疗程用药对治愈疾病的重要性,解释用药中可能出现的不良反应及应对措施,以此增强患者战胜疾病的信心和用药的依从性。因此有必要在医院的门诊药房建立一套完整的调查、跟踪、服务、监督(督促)体系。通过多方努力,帮助门诊患者提高依从性。

综上所述,建立良好的医患关系是提高患者依从性的重要因素^[23,24]。加强医护人员对患者依从性

的认识和教育具有重要的现实意义, 因为其对患者依从性的认识和态度, 可以直接影响患者的遵医嘱行为。开展有关患者依从性的健康教育, 患者必须不断提高自我保健意识, 使患者充分认识到治疗的意义和目的, 以及遵守医嘱用药的重要性, 从而调动起患者按时用药、坚持用药及定期复查疾病的主动性、积极性。

【参考文献】

- [1] 张玉, 王凯平. 患者的依从性与药物利用. 药物流行病学杂志, 2001, 10(4): 206 ~ 208
- [2] Sullivan SD, Kreling DH, Hazlet TK. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations a literature analysis and of hospitalization estimate. J Res Pharm Econ, 1990, 2: 19
- [3] 钟婉华. 依从性与结核病用药关系. 广东医药, 1996, (2): 32
- [4] 陈永乐. 药物治疗的依从性. 国外医药抗生素分册, 1997, 18(2): 159 ~ 161
- [5] 林庆. 关于小儿癫痫及癫痫综合征分类的建议. 中华儿科杂志, 1996, 34(2): 130
- [6] 张仲. 药物降压治疗的依从性与脑卒中关系的探讨. 成都医药, 1994, 20(2): 75 ~ 76
- [7] 戴俊明, 卫志华, 张培燕, 等. 社区高血压患者药物治疗依从性与影响因素分析. 中国慢性病预防与控制, 2000, 8(6): 253 ~ 255
- [8] 陈正利, 陆宗明. 糖尿病社区防治进展. 疾病控制杂志, 2003, 6(1): 47 ~ 48
- [9] 梁沫. 规范化治疗儿童哮喘的临床观察. 医学临床研究, 2004, 21(3): 314 ~ 315
- [10] 赵惠莉, 曾兆安. 64 例哮喘患者糖皮质激素吸入用药的依从性调查与分析. 广东医学院学报, 2001, 19(3): 207
- [11] 高静芳, 陶明, 张萍, 等. 抗抑郁药物治疗的依从性观察. 上海精神医学, 2003, 15(3): 143 ~ 145
- [12] Robert Berkow. 默克家庭诊疗手册. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 35
- [13] 詹来英. 精神分裂症患者服药依从性和药物满意度的效果观察. 黑龙江护理杂志, 2000, 6(12): 7
- [14] 卢强华, 翁辉廉. 100 例精神分裂症药物依从性分析. 广州医药, 1998, 29(2): 22 ~ 23
- [15] 陈玉霞, 李广兰, 卢强华. 精神分裂症愈后首次复发与药物依从性. 广东药学, 2001, 11(5): 41 ~ 42
- [16] 程艳秋, 吴心琦, 宋艳燕. 医嘱依从性行为干预对十二指肠溃疡患者药物疗效的影响. 齐齐哈尔医学院学报, 2000, 21(5): 569
- [17] 罗勇, 林建海, 王树云, 等. 门诊支气管哮喘患者医嘱依从性调查. 药物流行病学杂志, 1997, 6(1): 36 ~ 38
- [18] 戴俊明. 原发性高血压药物治疗依从性研究. 中国慢性病预防与控制, 2000, 8(3): 143 ~ 145
- [19] 周莲, 蔡晓莲. 高血压患者药物治疗依从性与健康教育. Chinese Journal of Health Education, 2003, 19(6): 438
- [20] 郭航远, 蒋峻. 门诊和住院患者抗高血压药物用药情况及依从性调查. 科技通报, 2002, 18(3): 247 ~ 250
- [21] 戴俊明, 张培燕. 新华街道部分高血压患者药物治疗依从性及其影响因素初探. 中国全科医学杂志, 2000, 3(5): 378 ~ 381
- [22] 周泽华, 况小璐, 肖蓉, 等. 三步曲式教育对患者依从性的影响. 辽宁实用糖尿病杂志, 2004, 12(2): 41 ~ 42
- [23] 谢伟林. 影响高血压病老年患者治疗依从性的相关因素分析及对策. 河北医学, 2004, 10(4): 353 ~ 355
- [24] 徐淑华. 影响老年糖尿病患者用药依从性原因及护理. Journal of Medical Forum, 2004, 25(1): 71

(上接第 23 页)

- [5] Chinese Acute Stroke Trial Collaborative Group (CAST). Randomized placebo controlled trial of early aspirin use in 20000 patients with acute ischemic stroke. Lancet, 1997, 349: 1641 ~ 1649
- [6] Hillarp A, Palmqvist B, Lethagen S, et al. Mutation within the cyclooxygenase - 1 gene in aspirin non - responders with recurrence of stroke. Thromb Res, 2003, 112: 275 ~ 283
- [7] Kong DF. Aspirin in cardiovascular disorders: what is the optimum dose? Am Cardiovasc Drug, 2004, 4: 151 ~ 158
- [8] Jamieson DG, Parekh A, Ezekowitz MD. Review of antiplatelet therapy in secondary prevention of cerebrovascular events: a need for direct comparisons between antiplatelet agents. J Cardiovasc Pharmacol Ther. 2005, 10(3): 153 ~ 161
- [9] Urbano LA, Bogousslavsky J. Antiplatelet drugs in ischemic stroke prevention: from monotherapy to combined treatment. Cerebrovasc Dis, 2004, 17(Suppl.): S74 ~ S80
- [10] Patscheke H. Platelet aggregation disorders. Hamostaseologie, 2003, 23: 181 ~ 185
- [11] Haerten K, Krabbe C, Raiber M. Efficacy and safety of treatment of acute ischemic stroke with glycoprotein II b/III a receptor blocker in routine clinical practice. Dtsch Med Wochenschr, 2004, 129: 607 ~ 610
- [12] Harolet PA, Robert JA, Thomas B, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke (ASA scientific statement). Stroke, 2003, 34: 1056 ~ 1083