

冠心病患者出院后用药差异发生情况及相关因素的调查研究

李英华*, 王秀英, 陆悦, 李利, 李湘萍[#](北京大学护理学院, 北京 100191)

中图分类号 R95;R541.5 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)02-0273-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.02.45

摘要 目的:为减少临床用药差异,促进出院后药物管理提供参考。方法:连续选取2013年7—9月入住某“三甲”医院心内科的冠心病患者130例,采用修订的用药差异调查工具对出院后3~5周内的患者进行电话访问,评估用药差异的发生情况、类别和原因。结果:用药差异的发生率为55.4%,以药物种类减少最常见。其中,患者源性用药差异占52.1%,医疗系统源性占47.9%。多元分析结果提示用药差异的发生与年龄、Charlson合并症指数、支架个数及服药数量有关。结论:冠心病患者出院后用药差异的发生率较高,应从患者和医疗系统两方面出发并关注易发人群,避免和减少用药差异。

关键词 用药差异;冠心病;相关因素;调查

Investigation and Study on Medication Discrepancies and Related Factors in Patients with Coronary Heart Disease

LI Ying-hua, WANG Xiu-ying, LU Yue, LI Li, LI Xiang-ping (School of Nursing, Peking University, Beijing 100191, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for reducing medication discrepancies and promoting drug management during peri-discharged period. METHODS: 130 CHD patients admitted to cardiology department, the Third Affiliated Hospital of Peking University, were collected during Jul.-Sept. 2013. During 3 to 5 weeks after discharge, telephone interview was conducted to evaluate the occurrence, types and causes of medication discrepancies by using modified medication discrepancies tool. RESULTS: A total of 55.4% patients experienced medication discrepancies. The most common type was the reduction of drug types. 52.1% of discrepancies attributed to patient-generated factors, whereas 47.9% were system-generated. Multivariate analysis indicated medication discrepancies were associated with age, Charlson comorbidity index, the number of implanted stents and the amount of drugs. CONCLUSIONS: Discrepancies are common in CHD patients after discharge. Both patient-associated and system-associated solutions are needed to prevent and reduce medication discrepancies.

KEYWORDS Medication discrepancies; Coronary heart disease; Related factors; Investigation

用药差异(Medication discrepancies)是指医务人员认为患者应该服用的药物与患者实际服用的药物之间的差别,是近年国际学者针对过渡时段的用药问题提出的新概念^[1]。2006年世界卫生组织(WHO)将解决用药差异及过渡期准确用药作为全球患者安全的五大目标之一。按就医环节,用药差异可分为入院、住院、出院时和出院后用药差异^[2],其中出院后用药差异发生率较高,可导致药品不良反应、治疗效果低下、再住院等不良临床结局,得到了国外学者的广泛关注,Smith JD等^[3]已于2004年制定了出院后用药差异识别工具(MDT)。目前,国内

用药差异的文献较少且缺乏实证研究。冠心病在我国患病人群庞大,且复发率、再住院率、猝死率高,众多防治指南一致强调循证规范用药是改善冠心病患者预后的重要措施,其他康复活动必须建立在规范用药的基础之上^[4]。因此,笔者针对冠心病患者群体,对其出院后用药差异的发生情况及相关因素进行调查,并探讨减少用药差异的相关措施。

1 对象与方法

1.1 调查对象

连续选取2013年7—9月入住某“三甲”医院心内科病房

[9] Saulsbury FT. Clinical update: Henoch-Schonlein purpura [J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2010, 22(5):598.

[10] 钮小玲,朱光华,黄文彦.2012紫癜性肾炎KDIGO临床实践指南解读[J]. *国际儿科学杂志*, 2013, 40(2):194.

[11] 丁洁.儿童常见肾脏疾病诊治循证指南:试行解读:四:原发性IgA肾病诊断治疗[J]. *中华儿科杂志*, 2010, 48(5):358.

[12] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组.儿童常见肾脏疾病

诊治循证指南:试行解读:四:原发性IgA肾病诊断治疗指南[J]. *中华儿科杂志*, 2010, 48(5):355.

[13] Beck L, Bomback AS, Choi MJ, et al. KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis[J]. *Am J Kidney Dis*, 2013, 62(3):403.

[14] Samuel S, Bitzan M, Zappitelli M, et al. Canadian Society of Nephrology Commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis: management of nephrotic syndrome in children[J]. *Am J Kidney Dis*, 2014, 63(3):354.

* 硕士研究生。研究方向:临床护理。E-mail:liyinguamp4@126.com

[#] 通信作者:副教授,硕士生导师,硕士。研究方向:临床护理。电话:010-82801609。E-mail:xiangping@bjmu.edu.cn

(收稿日期:2014-04-30 修回日期:2014-06-18)

(编辑:刘艺)

且符合以下标准的患者:(1)出院主要诊断为冠心病;(2)出院后至少使用1种药物;(3)无沟通障碍;(4)病历记载有联系电话。起始入选患者160例,调查中由于电话号码错误/未通21例、患者拒绝9例,共计30例未访问,成功访问130例,有效访问率81.25%。

1.2 调查工具

一般资料调查表为自行设计,内容包括年龄、教育程度、户籍种类、Charlson合并症指数(CCI)等。CCI是Charlson ME等^[9]学者开发的衡量合并症个数及严重性的常用综合性指标,分值越高表明院后死亡风险越大。

用药差异调查工具本研究参考了美国学者Smith等设计的MDT,该工具护士间评定信度为0.6,已被多个学者用于或改编后用于识别出院后用药差异^[3,6-7]。根据本研究的目的并查阅文献和咨询相关专家后,对MDT作部分修订,修订后的工具包括以下三个部分:(1)差异描述,记录出院带药和患者家中用药的具体差异。(2)差异分类,分为7类:种类增加、种类减少、药物替换、重复用药、剂量增加、剂量减少及漏服药。其中,种类增加指相对于出院带药,患者回家后增加某药;药物替换指患者用其他药替换出院带药;重复用药指患者同时服用一种以上相同机制的药物。(3)原因归属,根据每一个用药差异发生的原因,分为患者源性和医疗系统源性用药差异。

1.3 调查方法

通过查看病历完成一般资料调查表,根据出院小结和医嘱完成出院带药清单。于患者出院后3~5周内,电话询问其服药情况并对比出院带药清单,记录发生的用药差异(每人可有多重用药差异,如同时有药物种类和剂量的增加)。

1.4 统计学方法

采用SPSS 16.0进行数据分析。分析方法包括均数、标准差、中位数、百分比及Logistic回归等。

2 结果

2.1 一般资料

130例患者中,男性73例(56.1%);年龄(66.0±9.4)岁;城镇户口者109例(83.8%);教育程度:初中及以下57例(43.8%)、高中或中专35例(26.9%)、大专及以上38例(29.2%);服药数量(6.3±1.6)种;住院期间安放冠脉支架个数范围为0~4个,中位数为1个;CCI得分范围为0~6分,平均(1.7±1.3)分,中位数为1分;病史(33.5±60.6)个月,中位数为2个月。

2.2 用药差异发生情况

130例患者中,72例发生了用药差异,占55.4%。在发生用药差异的人群中,有1个用药差异者占48.6%,同时有2个用药差异者占40.3%,3~4个用药差异者占11.1%。在用药差异分类中,占比例最大的是药物种类减少(38.0%),其他见表1。用药差异所涉及的药物种类按各自所占比例大小依次为:抑酸或胃黏膜保护剂(22.4%)、他汀类(18.7%)、钙通道阻滞药(12.1%)、血管紧张素转换酶抑制剂(8.4%)、改善症状类药(8.4%)、中药(8.4%)及其他(共21.6%,包括抗血小板药、β受体阻滞药、“消炎药”等)。

表1 用药差异分类及原因归属[例(%)]

Tab 1 Classification of medication discrepancies and their reasons [case(%)]

用药差异	原因归属		合计
	患者层面	医疗系统层面	
种类减少	22(47.8)	24(52.2)	46(38.0)
漏服药物	28(100)	0(0)	28(23.1)
药物替换	6(27.3)	16(72.7)	22(18.2)
种类增加	5(29.4)	12(70.6)	17(14.0)
剂量增加/减少	2(33.3)	4(66.7)	6(5.0)
重复用药	0(0)	2(100)	2(1.7)
合计	63(52.1)	58(47.9)	121(100)

2.3 用药差异的发生原因归属

本研究中冠心病患者出院后发生的用药差异总数量为121个,其中有63个(52.1%)用药差异由患者原因导致,其余58个(47.9%)为医疗系统源性。导致用药差异的患者原因有:药物漏服(21.5%);无症状,觉得没必要服用(12.4%);觉得出现了或害怕出现药物的不良反应(5.8%);听从亲友介绍,改变用药(4.1%);经济原因(3.3%);觉得药物无效(2.5%);身体不适,自行加药(2.5%,如“消炎药”、安眠类药物等)。医疗系统原因则包括:出院前医务人员未让患者明确药物用法,导致患者自行猜测决定(18.2%);出院前医务人员未回顾患者既往家中用药,患者自行决定既往用药的使用(16.5%);就诊机构无此种药物(7.4%);出院带药未能使用到下次复诊(5.8%)。

2.4 用药差异相关因素的Logistic回归分析

以患者一般资料为自变量,是否发生用药差异为因变量,进行Logistic回归。首先进行单因素分析,再以单因素分析中差异有显著性的变量:年龄(<65岁=0,≥65岁=1)、户籍类别(农村=0,城镇=1)、院内安放支架个数、CCI得分、服药总数目为自变量,用Backward法进行多元逐步Logistic回归,结果见表2。可见,服药总数目越多,越容易发生用药差异[风险比(OR)=1.98,>1]。而高年龄组、CCI指数和院内支架个数越多的患者,用药差异的发生风险呈下降趋势(OR均<1),换言之,低年龄组、CCI指数和院内支架个数少的患者容易发生用药差异。

表2 用药差异相关因素的Logistic回归分析(n=130)

Tab 2 Logistic regression analysis of factors related to medication discrepancies(n=130)

项目	回归系数β	瓦氏检验Wald	P	OR	95%置信区间(95%CI)	
					下限	上限
年龄	-1.69	6.43	0.011	0.18	0.05	0.68
CCI	-0.91	5.42	0.020	0.40	0.19	0.87
院内支架个数	-1.05	4.47	0.034	0.35	0.13	0.93
用药总数目	0.08	7.68	0.006	1.98	1.20	3.20

3 讨论

3.1 冠心病患者出院后过渡期间用药差异发生率较高

本研究显示,冠心病患者出院后过渡期间(1个月左右)用药差异的发生率较高(55.4%),以药物种类减少最常见。国外文献显示,因观察人群不同,用药差异发生率为14.9%~94%^[7-9]。国内多为药物依从性研究,且调查时间多为出院后半年以上^[10]。本研究在患者出院后早期调查了用药差异的发

生情况,发现此时患者已经出现较多药物问题,这些更“上游”和更具体的问题应引起临床医务人员的重视。

3.2 患者源性和医疗系统源性用药差异比例相当

对用药差异进行患者和医疗系统源性归因具有实践指导意义,提示用药差异的解决应从患者和医疗系统两方面进行。本研究显示,患者原因主要由于外出、记忆差等原因漏服药物或认为自己无症状无需服用。提示患者的用药教育仍待加强。医疗系统方面,出院前医务人员未让患者掌握准确的用药方法占最大比例:某些药物如氯吡格雷、华法林等,需要患者出院后逐渐调整剂量但医师常仅作口头交代;胃黏膜保护剂、改善症状类等药物的停药时间多未说明,这些情况导致患者回家后对药物用法模糊不清,主观臆断用药;另外出院前医务人员不考虑患者既往家中用药,可出现以下情况:(1)患者出院后自行继续既往用药,导致用药重复(如1例患者既往服用比索洛尔降压,出院时医师开了美托洛尔,现患者两种药物都在服用);(2)出院开药与既往用药不同处增多,患者出院带药用完后,由于家有剩余或用药习惯等原因换回既往用药,此时若缺乏药物知识,可发生非同类药物间替换。本研究中有8例患者发生非同类药物的替换,这种替换可破坏冠心病二级预防用药原则,带来潜在危害。

3.3 容易发生用药差异的药物类别及患者特征

本研究显示,用药差异涉及冠心病用药的全部类别,但抑酸剂/胃黏膜保护剂、他汀类、钙通道阻滞剂3种占据近50%。因此当患者使用这些药物时,医务人员应给予更多关注。

多元分析显示,年龄小于65岁、CCI指数越低、院内支架个数越少,服药总数目越多的患者,越容易发生用药差异。Orrico KB^[9]指出,用药差异与年龄的关系并不一定一致,视研究人群而定。本研究中65岁以下人群近半,这部分人群仍承担工作且多处就诊的机会较多,可能是易发用药差异的原因;CCI和院内支架个数均为反映疾病严重程度的指标,取值越低表明患者疾病相对较轻,这类患者往往对疾病不够重视,随意停药、减药者多见;另外,本研究显示,每多服一种药物,用药差异的发生风险约增加2倍(OR=1.98),提示服药数目是用药差异的较强危险因素,这与Coleman EA等^[8]的研究结果一致。

4 建议

为减少临床用药差异,促进围出院期药物管理,笔者以此研究为基础结合其他文献,给出以下建议。

医疗系统方面:(1)入院时详细询问患者既往用药,开药时应参照既往用药,避免无指征更换药物和调整剂量。(2)住院期间了解患者病情、年龄、用药类别及数量、职业、医疗保险等,对高危人群给予针对性教育。(3)出院时进行药物整合,将患者的出院带药与既往用药进行比对,确保每一处改变都是因临床需要;另外,提供清晰准确的服药清单至关重要,尤其要明确服药目的、剂量调整、停药时间、不良反应及处理。要对既往药物是否停用和新增药详细解释。(4)院后随访。以上责任分工可依各医疗机构的特点而定。国外文献显示,护士、药师等主导的用药差异干预措施都取得了较好效果,我国也

有临床药师的入院药物整合减少用药差错的报道^[9,11]。

患者方面则包括:就诊时提供近期用药清单,可携带药盒以避免回忆错误;住院期间认真学习用药知识,有疑问及时提出;出院后尽量从同一处获得处方,每次就诊时将近期药物清单提供给医务人员;提高依从性,避免漏服、自行换药及停药;家属可提醒和监督患者服药。

参考文献

- [1] Murphy CR, Corbett CL, Setter SM, *et al.* Exploring the concept of medication discrepancy within the context of patient safety to improve population health[J]. *ANS Adv Nurs Sci*, 2009, 32(4):338.
- [2] 李英华,陆悦,李利,等. 药物差异的临床研究进展[J]. *中国药房*, 2013, 24(14):1313.
- [3] Smith JD, Coleman EA, Min SJ. A new tool for identifying discrepancies in postacute medications for community-dwelling older adults[J]. *Am J Geriatr Pharmacother*, 2004, 2(2):141.
- [4] 中华医学会心血管病学分会,中国康复医学会心血管病专业委员会,中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 冠心病康复与二级预防中国专家共识[J]. *中华心血管病杂志*, 2013, 41(4):267.
- [5] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, *et al.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation[J]. *J Chronic Dis*, 1987, 40(5):373.
- [6] Orrico KB. Sources and types of discrepancies between electronic medical records and actual outpatient medication use[J]. *J Manag Care Pharm*, 2008, 14(7):626.
- [7] Corbett CF, Setter SM, Daratha KB, *et al.* Nurse identified hospital to home medication discrepancies: implications for improving transitional care[J]. *Geriatr Nurs*, 2010, 31(3):188.
- [8] Coleman EA, Smith JD, Raha D, *et al.* Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors[J]. *Arch Intern Med*, 2005, 165(16):1842.
- [9] Setter SM, Corbett CF, Neumiller JJ, *et al.* Effectiveness of a pharmacist-nurse intervention on resolving medication discrepancies for patients transitioning from hospital to home health care[J]. *Am J Health Syst Pharm*, 2009, 66(22):2027.
- [10] 李杰有. 冠心病二级预防用药依从性及其影响因素探析[J]. *心血管病防治知识:学术版*, 2013(2):7.
- [11] 朱孔彩,张亚同,曹国颖. 临床药师在药物整合服务中的实践总结[J]. *中国药房*, 2013, 24(46):4412.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-05-31)

(编辑:刘 艺)