

重庆市某社区老年慢性病患者对方精简态度的调查研究^Δ

张莎^{1*}, 蒙龙¹, 杨佳丹¹, 罗玲², 邱峰^{1#} (1. 重庆医科大学附属第一医院药学部, 重庆 400016; 2. 重庆市南岸区南山街道社区卫生服务中心药剂科, 重庆 400060)

中图分类号 R195; R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)10-1408-04
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.10.28

摘要 目的:为促进处方精简的顺利实施提供依据。方法:随机抽取重庆市某社区卫生服务中心所辖的4个社区和9个村卫生室所辖区域的老年慢性病患者335例,就受访者的一般情况、患病及用药情况以及对方精简的态度进行问卷调查和统计、分析。问卷以澳大利亚“患者对于处方精简的态度”问卷为依据,其中患者认知功能情况使用长谷川痴呆量表,患者虚弱程度使用中文版埃德蒙顿虚弱评估量表,患者生命质量使用中文版欧洲五维健康量表(EQ-5D)进行评估。结果:得到有效问卷311份,有效回收率为92.8%。311例老年慢性患者的中位年龄为70岁;中位疾病数为5种,以高血压最为常见;中位用药种数为5种,以钙通道阻滞药、非胰岛素类降糖药为主;多重用药人数占54.7%(170人)。对于处方精简的态度方面,39.5%的受访者认为目前所用药品太多,73.9%的受访者希望减少目前所用的药物,83.6%的受访者表示如果医师同意,愿意实施处方精简;多重用药患者较非多重用药患者更希望少用药($P=0.001$)并减少目前使用的药品($P=0.001$),更愿意通过减少用药来降低药费($P=0.008$),也更担心药物副作用($P=0.005$)。结论:社区老年慢性病患者多病共存、多重用药现象普遍,实施处方精简非常必要。多数老年患者愿意在医师同意下进行处方精简,且多重用药患者较非多重用药患者更愿意实施处方精简。

关键词 老年患者;慢性病;社区;多重用药;处方精简;患者态度

Study on Attitudes towards Deprescribing among Elderly Patients with Chronic Diseases in Several Communities of Chongqing

ZHANG Sha¹, MENG Long¹, YANG Jiadan¹, LUO Ling², QIU Feng¹ (1. Dept. of Pharmacy, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China; 2. Dept. of Pharmacy, Nanshan Street Community Health Service Center of Chongqing Nan'an District, Chongqing 400060, China).

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for promoting smoothly implementation of deprescribing. METHODS: A total of 335 elderly patients with chronic disease were randomly selected from 4 communities and 9 village clinic of a Chongqing community health service center. Questionnaire survey was conducted about general information of respondents, disease and drug use condition and attitude to deprescribing by using Australian Patients' Attitudes Towards Deprescribing questionnaire as reference. The results of questionnaire survey were analyzed statistically. The cognitive function was assessed by Hastgawa Dementia Scale. The degree of weakness was evaluated by Chinese edition of Edmonton Frail Scale. The quality of life was evaluated by Chinese edition of European Five Dimensional Health (EQ-5D) Scale. RESULTS: Totally 311 valid questionnaires were obtained, with effective recovery rate of 92.8%. Overall, 311 participants were recruited, with a median age of 70 years, 5 types of median disease (hypertension was most common) and 5 types of median medication (mainly calcium channel blocker and non-insulin hypoglycemic agent); 54.7% (170 cases) participants took multiple drugs. The attitudes towards deprescribing were that 39.5% of respondents believed that they took too many drugs; 73.9% had a desire to reduce their drugs; 83.6% reported that they would be willing to reduce drugs if their doctor said it was possible. The patients taking multiple drugs preferred to use less drugs ($P=0.001$) and reduce current drugs ($P=0.001$), and were more willing to reduce drug cost by reducing drug use; they were also more worried about drug side effects than those without taking multiple drugs ($P=0.005$). CONCLUSIONS: The phenomenon of elderly chronic diseases patients with multiple diseases and multiple drug use are popular in community. It is necessary to simplify prescription. Most elderly patients would like to reduce their medications if doctors say it is possible; the patients with multiple drug use are more willing to simplify prescription than those without multiple drug use.

KEYWORDS Elderly patients; Chronic disease; Community; Multiple drug use; Deprescribing; Patient's attitude

随着老龄化社会的到来,老年人多病共存、多重用

^Δ 基金项目:重庆市社会民生科技创新专项项目(No.cstc2015shmszx120023)

* 药师,硕士研究生。研究方向:临床药学。电话:023-89012401。E-mail:1287214222@qq.com

通信作者:主任药师,硕士生导师,博士。研究方向:医院药学。电话:023-89012410。E-mail:qiufeng.cn@gmail.com

药的现象普遍存在。多重用药是指同时使用5种及以上的药物^[1-2]。国内研究显示,社区老年人患3种以上疾病者占85.7%,用药品种6~11种^[3],多重用药患者占60.16%^[4]。笔者前期研究发现,社区老年人平均患慢性病3.4种,平均用药品种7.1种。老年人多重用药不仅会提高药物不良反应和药物相互作用带来的风险,还会导

致住院次数增加、医疗费用升高,严重者甚至可导致死亡^[5]。

如何管理多重用药将直接影响老年人用药安全。多重用药的管理策略主要有药物干预和非药物干预。老年患者优先考虑非药物干预,如改变生活方式、健康饮食、戒烟戒酒、加强锻炼及心理干预等^[6];而对于需要药物干预的老年患者,如何优化处方、提高合理用药水平,则是医务人员面临的重要任务。

处方精简(Deprescribing)作为管理多重用药的重要措施,能够减少老年人多重用药及潜在不适宜用药,提高用药安全性^[7]。近年来,处方精简在国外逐渐受到重视,但少有我国学者对处方精简进行介绍和报道^[8]。处方精简是指结合患者治疗目标、当前身体状况、预期寿命以及个人意愿来减少已经存在的或潜在的弊大于利的治疗药物,从而优化治疗方案,提高患者生活质量^[2]。笔者在实施处方精简的过程中发现,患者作为医疗服务的对象,是影响处方精简有效实施的重要因素,而其对处方精简的态度将直接影响处方精简的顺利实施。为此,本研究在了解老年人慢性病特点的基础上,对重庆市社区老年患者对于处方精简的态度进行了横断面调查研究,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象

在重庆市某社区卫生服务中心所辖的4个社区及9个村卫生室所辖区域,按纳入/排除标准随机抽取老年慢性病患者进行调查。

纳入标准:①年龄 ≥ 65 岁;②至少患有1种慢性病的非住院患者;③日常用处方药 ≥ 1 种。排除标准:①重症或终末期疾病患者;②有精神障碍或严重认知功能障碍者;③无法完成问卷者。

1.2 调查方法

调查问卷共包含以下3个部分。

①一般情况:主要指人口统计学资料,包括年龄、性别、户籍、文化程度、婚姻状况、医保类型等。

②患病情况:所患疾病总数、用药种数、多重用药情况、中草药及保健品使用情况等;患者认知功能使用长谷川痴呆量表^[9]进行评估;患者虚弱程度使用中文版埃德蒙顿虚弱量表(EFS)^[10]进行评估;患者生命质量使用中文版欧洲五维健康量表(EQ-5D)^[11]进行评估,包括EQ-5D健康描述系统和EQ视觉模拟尺(EQ-VAS)评分两部分,采用日本换算表进行效用值换算,其中EQ-VAS得分直接使用调查量表中的数据。

③患者对处方精简的态度:以澳大利亚“患者对于处方精简的态度”[Patients' Attitudes Towards Deprescribing (PATD)]^[12]问卷为依据,通过15个问题来调查患者的用药情况以了解其对处方精简的态度及意愿。问题均用百分比(%)表示,其中问题1~10患者态度分为

5级:“同意”和“非常同意”表示患者同意此问题,而“不确定”“不同意”和“非常不同意”表示患者不同意此问题。采用Brislin双人翻译及回译的方法转化PATD问卷^[13],由3名成员组成审核小组,评价该问卷译本的内容效度,得到最终版本的中文问卷。

本次调查时间为2016年3月1日—2016年5月31日,由经过统一培训的4名调查人员到调查社区或区域现场,一对一向受访者解释问卷相关内容并指导填写,每份问卷填写时间不少于15分钟。

1.3 统计学方法

采用SPSS 17.0软件对数据进行统计分析。计数资料以例数或率描述,采用 χ^2 检验;计量资料以 $M(P25, P75)$ 描述。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 受访者的一般情况

本次研究根据纳入标准随机抽取老年慢病患者335例进行问卷调查,根据排除标准排除24份无效问卷(包括5份患者严重认知功能障碍问卷,19份患者信息不全问卷),最终得到有效问卷311份,有效回收率为92.8%。

本次调查中,受访者年龄中位数为70(67,74)岁,其中女性居多(占68.8%);文化程度主要集中在小学(38.6%)和初中(39.9%);医保类型多为农村合作医疗(67.5%),详见表1。

表1 受访者的一般情况

Tab 1 General information of respondents

项目	类别	n	百分比,%
性别	男	97	31.2
	女	214	68.8
文化程度	小学以下	43	13.8
	小学	120	38.6
	初中	124	39.9
	高中	20	6.4
	大学及以上	4	1.3
户籍类型	农村	99	31.8
	城镇	212	68.2
婚姻状况	已婚	238	76.5
	丧偶	66	21.2
医保类型	未婚	7	2.2
	农村合作医疗	210	67.5
	城镇职工医保	84	27.0
	城镇居民医保	14	4.5
	其他	3	1.0

2.2 受访者的患病及用药情况

受访的社区老年患者合并多种慢性病,患病数为5(3,6)种,其中最常见慢性病为高血压(占80.4%)、高脂血症(占42.4%)和糖尿病(占37.6%)。用药品种数为5(3,6)种(含处方药、非处方药、中草药及保健品),其中多重用药人数占54.7%(170人)。最常用的药物(根据解剖学治疗学及化学分类系统)为钙通道阻滞药(占66.6%)、非胰岛素类降糖药(占48.8%)和作用于肾素-血管紧张素系统的药物(占43.4%),详见表2。此外,

表2 受访者的患病及用药情况

Tab 2 Diseases and drug use of respondents

项目	类别	例数	百分比, %
主要疾病种类	高血压	250	80.4
	高脂血症	132	42.4
	糖尿病	117	37.6
	冠心病	85	27.3
	肥胖	68	21.9
主要用药情况	慢性阻塞性肺疾病	29	9.3
	钙通道阻滞药	207	66.6
	非胰岛素类降糖药	152	48.8
	作用于肾素-血管紧张素系统的药物	135	43.4
	血脂调节剂	96	30.9
	抗血小板药	91	29.3
	胰岛素及其同系物	43	13.8
	利尿剂	56	18.0
	β -受体阻滞药	32	10.3
	阻塞性气管疾病用药	23	7.4

EFS评分结果显示33例(占10.6%)的患者身体状况虚弱;长谷川痴呆评分为23(20,27)分;EQ-5D与EQ-VAS评分分别为72.4(64.9,76.8)分和70(60,80)分。

2.3 受访者对处方精简的态度

受访者对处方精简的态度包括两部分内容,1~10题答题情况见表3,11~15题答题情况见表4。由表3可见,受访者中,39.5%认为“用的药太多了”;96.8%表示“能接受现在用的这些药”,且95.8%相信“现在用的药都是必需的”;73.9%希望“减少一点目前所用的药品”;83.6%表示“如果医生同意的话,我更愿意少用点药”;对于“是否可以接受服用更多的药”,87.5%表示为了健康,愿意接受;90.0%清楚自己服用的药物,且将近一半的患者担心药物副作用。

表3 受访者对处方精简的态度(1~10题,%)

Tab 3 Patients' attitudes towards deprescribing (questions from 1 to 10, %)

题目	非常愿意	愿意	不确定	不愿意	非常不愿意
1.我觉得我用的药太多了	13.5	26.0	5.1	48.6	6.8
2.我能接受现在用的这些药	4.8	92.0	1.3	1.6	0.3
3.我相信我用的药都是必需的	5.1	90.7	2.9	1.3	0
4.如果医生同意,我更愿意少用点药	24.1	59.5	6.8	8.4	1.3
5.我希望减少一点现在所用的药品	18.3	55.6	11.3	12.2	2.6
6.我觉得可能有一种或几种药品我不再需要了	0.6	6.1	45.7	45.3	2.3
7.为了我的健康,我可以接受服用更多的药	3.9	83.6	2.9	7.1	2.6
8.我知道为什么医生给我开这些药	1.3	88.7	3.5	5.8	0.6
9.我希望减少现在使用的药品来降低我的药费	17.4	21.9	6.1	52.1	2.6
10.我觉得我用的药品中有些会带来副作用	24.8	22.2	8.7	38.6	5.8

由表4可见,受访者中有83.6%没有停过药,55.6%认为每天服用5~10片药算多,而62.4%不愿意在药师帮助下进行处方精简及随访。

2.4 多重用药与非多重用药受访者对处方精简的态度

受访者中,非多重用药(0~4种)与多重用药(≥ 5 种)的受访者在“我觉得我用的药太多了”的态度上存在统计学差异(17.7% vs. 57.6%, $P < 0.001$);此外,与非多重用药受访者比较,多重用药受访者更希望少用药(75.9% vs. 90.0%, $P = 0.001$)并减少目前使用的药品

表4 受访者对处方精简的态度(11~15题)

Tab 4 Patients' attitudes towards deprescribing (questions from 11 to 15)

题目	答案	百分比, %
11.你试过停药吗(在医师知情的情况下)?	没有	83.6
	我可以停药了	3.9
	我需要恢复原来的用药 我需要换用其他的药品	1.6 10.9
12.你认为每天吃多少药片或者胶囊算多呢?	5~10片/个	55.6
	10~15片/个	24.8
	15~20片/个	10.3
	20~25片/个 >25片/个	2.3 7.1
13.你能接受的最多药片数量是多少呢?	<5片	35.7
	6~10片	21.9
	11~15片	23.5
	16~20片	6.4
	20~25片 >25片	5.1 7.4
14.你愿意让药师帮你减少1种以上的常规用药并提供随访吗(在医师知情的情况下)?	愿意	25.4
	不确定	12.2
	不愿意	62.4
15.如果你的用药减少了,你希望以哪种方式随访呢?	面对面交谈	47.9
	电话联系	42.4
	信件联系	0
	电子邮件	0
	我不需要定期随访,如果有需要,我会联系专业人士	9.6

(64.5% vs. 81.8%, $P = 0.001$),更希望通过减少用药来降低药费(31.2% vs. 45.9%, $P = 0.008$),也更担心药物副作用(38.3% vs. 54.1%, $P = 0.005$)。多重用药与非多重用药受访者对处方精简的态度情况见表5。

表5 多重用药与非多重用药受访者对处方精简的态度(%)

Tab 5 The attitudes of patients with or without multiple drug use towards deprescribing (%)

题目	非多重用药患者 (n=141)	多重用药患者 (n=170)	P
1.我觉得我用的药太多了	17.7	57.6	<0.001
2.我能接受现在用的这些药	97.2	96.5	0.730
3.我相信我用的药都是必需的	97.9	94.1	0.100
4.如果医生同意,我更愿意少用点药	75.9	90.0	0.001
5.我希望减少一点现在所用的药品	64.5	81.8	0.001
6.我觉得可能有一种或几种药品我不再需要了	7.1	6.5	0.828
7.为了我的健康,我可以接受服用更多的药	87.9	87.1	0.815
8.我知道为什么医生给我开这些药	92.2	88.2	0.245
9.我希望减少现在使用的药品来降低我的药费	31.2	45.9	0.008
10.我觉得我用的药品中有些会带来副作用	38.3	54.1	0.005

3 讨论

近年来,老年患者多病共存、多重用药现象普遍。而随着医疗水平的进步,患者的治疗意愿越来越受到重视,以患者为中心的处方精简也备受关注。处方精简是以患者为中心、患者知情同意、医师密切监测疗效、医药护患共同参与决策的过程。其主要内容包括:(1)获取患者完整的用药清单并明确每种药品的适应证;(2)评估每种药品当前的或潜在的危害;(3)根据药品当前疗

效或远期疗效及不良反应,来评估药品被精简的可行性;(4)制订逐渐减量或停药处方精简计划;(5)密切随访,监测疗效、不良反应并及时为患者提供支持^[2]。患者作为处方精简的对象,其态度直接影响处方精简能否顺利实施。本文采用的PATD问卷由澳大利亚研究者设计并验证,用于调查患者对处方精简的态度及意愿,旨在为实施处方精简提供依据。目前国内尚缺乏患者对处方精简态度的相关报道,本研究是重庆地区首次进行社区老年慢性病患者对处方精简态度的调查研究。

本研究显示,老年慢性病患者对于实施处方精简总体持积极态度。受访者中有83.6%表示在医师同意的情况下,愿意进行处方精简,这一结果与国外同类调查得出的89%和80%的老年患者愿意精简处方的结论^[14]基本一致;39.5%的受访者认为现在用的药太多了,与意大利同类研究的结果(41%)^[14]一致;96.8%的受访者能接受目前使用的药物,但是超过半数的老年患者认为每天吃5~10片药就算多了,且超过1/3选择最少药片数(5片以内),表明大多数患者虽然能接受当前用药,但更愿意服用较少药片。

但是,并非所有受访者都愿意真正实施处方精简。本研究中,有62.4%的受访者不愿意在药师帮助下减少用药及接受随访。国外研究显示,82%的患者虽有处方精简意愿,但实际只有33%愿意实施处方精简^[15]。患者对于处方精简态度的影响因素主要有以下几点:首先,担心实施处方精简可能会出现停药反应,反跳现象甚至导致病情加重,这是影响患者态度的最关键因素^[16];其次,患者对医师及药师的信任度也是影响其态度的重要因素之一;再次,患者对于处方精简的态度还与其是否为多重用药有关,多重用药患者更愿意实施处方精简,也更担心药物副作用。因此,加强与患者的沟通交流,对患者进行处方精简宣传教育、面对面交谈及密切随访,提高患者对处方精简的知晓度及对医师、药师的信任度,对促进处方精简的实施具有重要作用。

此外,患者对于处方精简的态度还可能与用药种类有关。据报道,80%的患者愿意减少降压药的使用,而只有<20%的患者接受减少阿片类药物^[17]。但本研究仅调查了患者对于处方精简的态度,未对药物进行分类讨论,因此需要更多的研究来探讨处方精简的影响因素和处方精简的安全性、有效性及经济性。

综上所述,社区老年患者多病共存、多重用药现象较普遍,实施处方精简非常必要。社区老年慢性病患者在医师同意的情况下,多数愿意进行处方精简;多重用药患者较非多重用药患者更愿意实施处方精简,且更担心药物副作用。但是,老年患者对医师、药师的信任度均较低,有必要加大宣传力度、患者教育及后续随访,以促进处方精简的顺利实施。

参考文献

[1] 陈峥. 老年综合征管理指南[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2010:5-15.

- [2] SCOTT IA, HILMER SN, REEVE E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing[J]. *JAMA Int Med*, 2015, 175(5): 827-834.
- [3] 杨容, 方宗君. 社区老年慢性病患者多重用药状况调查分析[J]. *临床合理用药杂志*, 2014, 7(30): 170-171.
- [4] 杨楠, 管璐艳, 郑晓栋, 等. 真如社区老年高血压合并糖尿病患者多重用药现状调查[J]. *药物流行病学杂志*, 2016, 25(5): 306-308.
- [5] MAHER RL, HANLON JT, HAJJAR ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly[J]. *Expert Opin Drug Saf*, 2014, 13(1): 57-65.
- [6] 钟华, 戚龙, 吴正蓉, 等. 共病多重用药的对策[J]. *现代临床医学*, 2014, 40(6): 467-468.
- [7] WOODWARD MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications[J]. *J Pharm Pract Res*, 2003, 33(4): 323-328.
- [8] 曾英彤, 杨敏, 伍俊妍, 等. 药学服务新模式: 处方精简(Deprescribing)[J]. *今日药学*, 2017, 27(6): 390-393.
- [9] 蔡国钧, 张明园, 任福民, 等. 长谷川痴呆量表在老年痴呆筛选中的效度和信度[J]. *实用老年医学*, 1991, 5(1): 116-119.
- [10] 杨柳, 鲍立华, 周全, 等. 中文版Edmonton虚弱评估量表的信效度研究[J]. *国际老年医学杂志*, 2016, 37(3): 135-137.
- [11] 李明旻, 罗南. 欧洲五维健康量表(EQ-5D)中文版应用介绍[J]. *中国药物经济学*, 2009(1): 49-57.
- [12] REEVE E, WIESE MD, HENDRIX I, et al. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2013, 61(9): 1508-1514.
- [13] BEATON DE, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures[J]. *Spine*, 2000, 25(24): 3186-3191.
- [14] GALAZZI A, LUSIGNANI M, CHIARELLI MT, et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy[J]. *Int J Clin Pharm*, 2016, 38(2): 454-461.
- [15] GARFINKEL D, MANGIN D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy[J]. *Arch Intern Med*, 2010, 8(4): 1648-1654.
- [16] COULSON J, ROUTLEDGE PA. Adverse reactions to drug withdrawal[J]. *Adverse Drug React Bull*, 2008, 187(252): 967-970.
- [17] ESPELAND MA, WHELTON PK, KOSTIS JB, et al. Predictors and mediators of successful long-term withdrawal from antihypertensive medications. TONE Cooperative Research Group. Trial of nonpharmacologic interventions in the elderly[J]. *Arch Fam Med*, 1999, 8(3): 228-236.

(收稿日期:2017-07-26 修回日期:2018-03-28)

(编辑:孙冰)