

护理园地

老年慢性肾病患者医院-家庭过渡期用药偏差的发生情况及相关因素分析

潘凌蕴, 杜晓凤, 朱 玲, 吕桂兰

【摘要】 目的 调查老年 CKD 患者医院-家庭过渡期用药偏差的发生率、原因和相关影响因素。 **方法** 选取 2017 年 2-11 月东部战区总医院老年 CKD 患者 145 例,在出院前进行基线调查。患者出院后 1 周,采用 MDT 工具对其发生用药偏差情况进行评估,并通过和患者、家属、医师和护士的访谈,查阅医疗文书等确认发生用药偏差的原因。 **结果** 145 名老年 CKD 患者用药偏差的发生率为 50.34%;减少药物(45.57%)和不一致的服药时间(25.32%)为最主要的偏差类型;患者的无意不依从(39.73%)和出院药物教育不准确(34.25%)为最主要的偏差原因;Logistic 回归结果显示,家庭关怀度指数、医嘱药物数量、CKD 分期和 DRUGS 评分是发生用药偏差的影响因素。 **结论** 老年 CKD 患者在出院后早期用药偏差发生率较高,护理人员需要在医院-家庭过渡期协同医师、家属和患者加强安全用药沟通、教育与协调。

【关键词】 老年;慢性肾脏病;用药偏差;过渡期护理

【中图分类号】 R711

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2019)01-0092-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2019.01.022

0 引言

用药偏差是指发生在过渡期内,医嘱药物治疗方案与患者实际用药之间的差异^[1]。多项研究显示,用药偏差可导致药物不良事件(adverse drug event, ADE)、治疗效果低下、再住院等不良临床结局^[2-3]。老年慢性肾病(chronic kidney disease, CKD)患者因其肾功能受损、共病状态、过多用药、服用免疫抑制剂等高警示药品等情况,是 ADE 的高发人群,22.7%的老年 CKD 患者因 ADE 再入院^[4]。本研究对其发生情况进行调查,并分析用药偏差相关危险因素,旨在为今后采取针对性过渡期护理干预措施预防及降低用药偏差发生率,实现老年 CKD 患者从医院-家庭的无缝衔接提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我科 2017 年 2-9 月住院的老年患者 145 例。纳入标准:①诊断为 CKD;②年龄 ≥65 岁;③出院医嘱中至少包含 1 种长期治疗药物;④患者本人神志清楚配合。排除标准:①已接受血液透析、腹膜透析;②出院后进入其他医院继

续治疗;③已参加药物临床试验;④患者本人和照顾者均无法正常语言沟通交流。本研究经医院伦理委员会批准(批准号:2018NZKY-007-01),所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 出院前访视 出院前 1 天研究者通过查阅病历、问卷和访谈的方法获取基线资料。

1.2.2 出院后随访 出院后 1 周电话随访,由研究者本人完成。若患者为文盲或 Barthel 评分低于 80 分,需照顾者和患者共同完成电话随访^[5]。研究者采用用药偏差工具(medication discrepancy tool, MDT)进行用药情况随访。并联系患者在院期间的责任医师和护士,查看患者的出院小结、处方单和在院期间的相关病历资料和护理记录单,追溯患者在出院前开具处方、药物教育、出院后随访、家庭用药等相关环节,综合分析产生偏差的原因。

1.2.3 评价指标 社会人口学资料包含年龄、性别、文化程度、家庭关怀指数^[6]和 Barthel 指数^[7]等 5 项。疾病相关资料包括 CKD 分期和住院时间等 2 项。CKD 分期是根据肾小球滤过率而判定,用于区分肾功能,1~2 期表示肾功能正常或轻度损伤,3~5 期表示肾功能中重度损伤^[8]。用药相关资料包括出院医嘱药物种类、DRUGS 评分^[9]和 MMAS-8 评分^[10]等 3 项。

1.3 统计学分析 采用 SPSS 23.0 软件进行统计分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验进行分析;计数资料采用例数、百分比表示,卡方检验和 Fisher

基金项目:南京军区南京总医院科研基金(2017067)

作者单位:210002 南京,南京大学医学院附属金陵医院(东部战区总医院)国家肾脏疾病临床医学研究中心 全军肾脏病研究所(潘凌蕴、杜晓凤、朱 玲、吕桂兰)

通信作者:吕桂兰, E-mail:2271500539@qq.com

精确概率法进行分析。采用 Logistic 多元回归进行影响因素的分析。以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者基线资料 145 例患者中男性 85 例 (58.63%), 女性 60 例 (41.37%), 平均年龄 (68.83±3.56) 岁, 平均住院时间 (10.14±4.59)d, 见表 1。

2.2 用药偏差的发生率统计结果 145 例患者中 73 例 (50.34%) 发生了至少 1 次用药偏差。73 例患者共发生 158 次用药偏差, 平均发生 2.16 次/人。其中减少药物为 72 次 (45.57%), 不一致的用药频率为 18 次 (11.39%), 不一致的用药剂量为 17 次 (10.76%), 增加药物为 10 次 (6.33%), 不一致的用药途径为 1 次 (0.63%)。

2.3 用药偏差发生的单因素分析 单因素分析结果显示, 家庭关怀度指数、CKD 分期、药物医嘱数量和 DRUGS 评分是老年 CKD 患者发生医院-家庭过渡期用药偏差的影响因素, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 老年 CKD 患者发生用药偏差的单因素分析 (n=145)

项目	有用药偏差 (n=73)	无用药偏差 (n=72)	P 值
年龄 (岁)	68.01±3.43	67.69±3.66	0.818
性别			0.614
男	41	44	
女	32	28	
文化程度			0.101
小学及以下	30	39	
中学	39	26	
大学	4	7	
家庭关怀度指数			0.007
7~10	57	68	
0~6	16	4	
CKD 分期			0.015
1~2 期	32	46	
3~5 期	41	26	
Barthel 指数			0.527
80~100 分	67	68	
40~80 分	6	4	
住院时间 (d)	10.67±5.29	9.61±3.70	0.164
医嘱药物数量			0.010
>5 种	62	48	
1~5 种	11	24	
DRUGS 评分			0.005
80~100 分	40	56	
<80 分	33	16	
MMAS-8 评分			0.156
6~8 分	59	65	
<6 分	14	7	

2.4 用药偏差发生的多因素分析 将单因素分析中有统计学意义的变量纳入 Logistic 回归模型中。本研究结果显示家庭关怀度指数为 0~6 分、CKD 分期为 3~5 期、药物医嘱数量>5 种和 DRUGS 评分<80 分等 4 项, 和老年 CKD 患者发生医院-家庭过渡期用药偏差的发生呈正相关性, 且具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 老年 CKD 患者用药偏差相关因素的多元回归分析

项目	β 值	Wald 值	OR 值	95%CI	P 值
家庭关怀度指数	1.331	6.153	3.786	1.322~10.841	0.013
医嘱药物数量	0.961	4.545	2.615	1.081~6.329	0.033
CKD 分期	0.811	4.729	2.250	1.083~4.673	0.030
DRUGS 评分	1.170	8.776	3.222	1.486~6.987	0.003

2.5 用药偏差发生原因 73 例发生用药偏差的患者中 52 例涉及患者因素, 55 例涉及医护因素, 见表 3。

表 3 老年 CKD 患者用药偏差发生原因 (n=73)

类别	n	示例
患者因素	52	
无意不依从	29 (39.73%)	记忆不清, 看错剂量, 混淆药物等
有意不依从	23 (31.51%)	药物不良反应减量/停药, 经济原因, 拒绝用药等
医护因素	55	
出院药物教育不详细	25 (34.25%)	未详细解释用药方法等
处方不确切	19 (26.03%)	剂量、频次、备用药时间等信息不确切
重复医嘱	6 (8.22%)	不同专科、不同治疗平台的医师开具重复药物
出院小结和处方不一致	5 (6.85%)	药物医嘱未及时更新

3 讨 论

3.1 老年 CKD 患者在出院后早期即出现较高的用药偏差发生率 国外研究显示老年慢性病患者在出院后 3 天到 6 周内用药偏差率为 14.1%~94%, 3.3~4.2 次/人^[11]。本组研究对象的用药偏差发生率为 50.34%, 2.16 次/人。本组患者调查时间为出院后 1 周, 是开始产生服药偏差的第一个高发时间段^[12]。此结果提示, 老年 CKD 患者在出院后 1 周时已经产生较高的用药偏差。

3.2 用药偏差的危险因素分析 本研究中发现, DRUGS 评分较低患者会导致因无意不依从引起的用药偏差。另一方面, 服药依从性一直被认为和用药偏差的发生有相关性, 但已有研究证实其主要

体现在中青年慢病患者中^[13],这和本研究对于服药依从性研究基本一致。可见老年患者客观的服药能力不足较主观的服药意愿不足更加普遍。CKD3-5 期患者肾中重度损伤,普遍合并并发症或多器官功能不全,此类患者药物耐受性弱、需要转诊到多个专科、且药物医嘱变更较为频繁。本研究结果同时提示家庭关怀度和用药偏差相关,较高的家庭支持能够促进老年患者服药意愿,弥补服药能力不足。

3.3 用药偏差的发生原因分析 既往研究中,老年患者过渡期用药偏差的主要原因包括经历药物医嘱的变更、缺少监督的服药环境、患者对药疗方案的不理解和不依从、重复医嘱等,患者因素和医护因素占有相当比例且相互交叉^[14]。这和本研究结果基本一致,执行药物医嘱能力不足和用药信息未能准确传递是医院-家庭过渡期用药偏差产生的主要原因。

3.4 对医院-家庭过渡期用药护理工作的启示

①出院前阶段:对老年 CKD 患者独立服药能力进行评估,进行个体化的出院药物教育,重点在于确保患者出院后具备处方执行能力。对于超出能力的药物,协同医师、患者和家属三方共同调整医嘱。对于抗凝剂、降糖药和免疫抑制剂等高警示药物,详细讲解此类药物的不良反应和自我识别、处理的方法。②出院后过渡期:对所有老年 CKD 患者进行用药偏差的风险评估,高危患者建立过渡期药物随访。出院后 1 周内进行用药查对程序,并将结果反馈给医师和药师,必要时调整患者用药,保证用药安全。③不同医疗平台间药物治疗信息的交接:护士应承担在医院-家庭过渡期,协同医师、药师、患者、家属多方无障碍沟通的重要角色。在每一次调整药物治疗方案后,向患者提供完整详细的服药清单,包括调整用药记录,指导患者在其他专科就诊时向医师出示此清单,并告知其肾功能受损情况,避免重复用药。

过渡期用药管理在欧美国家已有比较系统的理论和实践基础,护士在患者教育和随访管理方面的优势效果得以公认。本研究发现老年 CKD 患者服药偏差发生率较高,患者独立服药能力、肾功能水平、家庭支持度和药物数量与之相关。建议在出院前筛查高危患者,开展有针对性、个体化的家庭用药教育;出院后早期即开展用药查对,重点加强

高警示药品不良反应的监控;设立过渡期护士,随访患者在不同医疗平台间药物治疗信息的交接与查对。

[参考文献]

- [1] Farley TM, Shelsky C, Powell S, *et al.* Effect of clinical pharmacist intervention on medication discrepancies following hospital discharge[J]. *Int J Clin Pharm*, 2014, 36(2): 430-437.
- [2] Perry TD, Nye AM, Johnson SW. Medication discrepancy rates among Medicaid recipients at hospital discharge[J]. *J Am Pharm Assoc*, 2017, 57(4): 488-492.
- [3] 杨翔,张媛,陈阳希,等.高龄老年患者不合理用药情况调查及影响因素分析[J]. *医学研究生学报*, 2018, 31(1): 39-43.
- [4] Hassan Y, Al-Ramahi RJ, Aziz NA, *et al.* Adverse drug events in hospitalized patients with chronic kidney disease[J]. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 2010, 48(9): 571-571.
- [5] 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.
- [6] 张作记.行为医学量表手册[M].北京:中华医学电子音像出版,2005:154-156.
- [7] 闵瑜,燕铁斌.改良 Barthel 指数表及其评分标准[J]. *广东省康复医学会会刊*, 2006, 2: 6-9.
- [8] 岳荣铮,付平.老年慢性肾脏病临床评估与管理[J]. *中国实用内科杂志*, 2014, 12: 1135-1139.
- [9] 张雅芝,张军,童莉.基于自我效能感干预提高老年高血压患者药物管理效果[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(21): 74-77.
- [10] 王洁,莫永珍,卞葺文.中文版 8 条目 Morisky 用药依从性问卷在 2 型糖尿病患者中应用的信效度评价[J]. *中国糖尿病杂志*, 2013, 21(12): 1101-1104.
- [11] Naylor MD, Marcille J. Managing the transition from the hospital[J]. *Managed care (Langhorne, Pa.)*, 2014, 23(6): 27.
- [12] Cornu P, Steurbaut S, Leysen T, *et al.* Discrepancies in medication information for the primary care physician and the geriatric patient at discharge[J]. *Ann Pharmacother*, 2012, 46(7-8): 983.
- [13] Boltz M, Fulmer TT, Zwicker DA, *et al.* Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice[M]. Springer Publishing Company, 2016:333-334.
- [14] Perry TD, Nye AM, Johnson SW. Medication discrepancy rates among Medicaid recipients at hospital discharge[J]. *J Am Pharm Assoc*, 2017, 57(1): 488-489.

(收稿日期:2018-02-07; 修回日期:2018-05-11)

(责任编辑:刘玉巧)