

精神分裂症患者药物处置干预效果探讨

卢白莉¹, 罗黎², 杨冰香³, 王晓琴³, 张娟¹, 焦淑芬¹, 韩利¹

摘要:目的 提高精神分裂症患者服药依从性和药物管理水平。方法 将 80 例住院治疗的稳定期精神分裂症患者随机分为对照组(40 例)与干预组(40 例)。对照组给予常规治疗护理;干预组在常规治疗护理基础上增加药物处置培训,出院时分发服药盒、服药卡,出院后每周发送短信提醒患者按时服药。结果 干预 4 周后干预组药物管理知识、精神病阳性症状评分及总分显著优于对照组(均 $P < 0.05$),出院 3 个月后服药依从性显著高于对照组($P < 0.01$)。结论 对稳定期精神分裂症患者实施药物处置培训,可提高其药物自我管理水平和服药依从性,从而改善相关临床症状。

关键词:精神分裂症; 药物处置培训; 服药依从性; 药物管理; 自我管理; 服药盒

中图分类号:R473.74 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.12.024

Effect of a medication management promotion program in schizophrenic patients Lu Baili, Luo Li, Yang Bingxiang, Wang Xiaoqin, Zhang Juan, Jiao Shufen, Han Li. Wuhan Mental Health Center, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To enhance medication adherence and management ability of patients with schizophrenia. **Methods** Eighty stable patients with schizophrenia were randomized into a control group and an intervention group of 40, receiving either routine nursing care or a medication management promotion program in which drug storage box and card was distributed at discharge, and text message was sent every week to remind patients to take medicine on time after discharge. **Results** After 4 weeks of intervention, the intervention group had better medication management knowledge, lower total Positive and Negative Symptoms Scale score and positive symptoms score, and higher medication adherence compared with the control group ($P < 0.05, P < 0.01$). **Conclusion** The medication management promotion program can effectively enhance medication self-management and adherence of patients with stable schizophrenia, thus to alleviate their symptoms.

Key words: schizophrenia; medication management training; medication adherence; medication management; self-management; drug storage box

精神分裂症作为威胁我国人口健康的五类慢性病之一^[1],给患者及其家庭带来极大的困扰和痛苦,也对社会安全造成了威胁。然而目前对于精神分裂症患者的医疗和护理水平仍十分有限。Caseiro 等^[2]研究发现,对于首次精神疾病发作后的患者,服药依从性是预测病情复发的最佳因素,对于病情的复发影响最显著。多项研究显示通过健康教育(包括疾病知识,药物知识)、行为矫正、简化用药、有效干预等方式干预,能促进患者服药依从性的改善^[3-5],从而减少精神分裂症复发的风险。而药物自我处置训练是一种具备简单性、现实性以及实用性的训练方法,通过不断强化的方式,干预患者的服药行为,并以培养患者独立解决问题的能力、掌握预防疾病复发的技能为目的的干预模式,更好地协助患者进行自我药物管理^[6-7]。本研究采用团体健康教育、发放服药盒、服药卡以及短信提醒等连续综合的干预方式,形成稳定期精神分裂症患者药物处置规范,旨在提高患者及家属对服药重要性的认知,提高服药依从性,从而较好地控制病情,具体方法与结果报告如下。

作者单位:1. 武汉市精神卫生中心(湖北 武汉,430022);2. 华中科技大学同济医学院附属协和医院儿科;3. 武汉大学健康学院

卢白莉,女,本科,副主任护师

通信作者:韩利,893125933@qq.com

科研项目:武汉市卫生计生委科研项目(WG16D08)

收稿:2018-12-26;修回:2019-02-25

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月至 2017 年 6 月在武汉市精神卫生中心住院治疗的精神分裂症患者为研究对象。纳入标准:①年龄 18~65 岁;②符合 ICD-10 精神分裂症的诊断标准^[8];③由精神科医生评定处于病情缓解期或恢复期,阴性与阳性症状量表(PANSS)得分 < 80 分;④患者和家属知情同意参与本研究,签署书面知情同意书。排除标准:①智障;②有自杀倾向或行为;③合并有其他严重躯体疾病。按上述标准纳入患者 80 例,按随机数字表法分为对照组与干预组各 40 例。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

两组均接受精神科常规治疗护理。护理方面包括一般治疗护理,工娱疗法(做瑜伽,看电视,做手工等)、运动(乒乓球、象棋)康复疗法、健康教育及生活护理等。对照组接受常规出院指导,包括讲解服用药物的种类、剂量、服用时间、常见药物不良反应及处理方法,随访要求,进行 1 次出院电话随访。干预组在常规治疗护理的基础上行药物处置干预,具体如下。

1.2.1.1 药物处置方案的制订 由研究者依据知行概念框架^[9]以及世界卫生组织精神卫生服务质量标准^[10]拟订 6 个主题的药物处置训练方案,邀请 6 名专家(精神科副主任医师 2 人,副主任护师 2 人,精神科护理学副教授 2 人)审核修改和完善后订为初稿,

然后男女病区各随机选取 5 例恢复期患者进行预试验,再次修订后确定培训方案。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	发病 (次, $\bar{x} \pm s$)	精神病家族史(例)		学历(例)				
		男	女				有	无	小学及以下	初中及高中	大专及以上		
对照组	40	20	20	33.78±13.61	4.08±2.52	4.58±2.28	8	32	5	16	19		
干预组	40	17	23	31.40±9.56	4.33±3.06	4.28±2.46	10	30	9	15	16		
统计量		$\chi^2=0.453$		$t'=0.903$	$t=0.399$	$t=0.393$	$\chi^2=0.291$		$Z=-0.985$				
P		0.501		0.369	0.691	0.611	0.592		0.325				
组别	例数	职业(例)				婚姻(例)			家庭月收入(例)			居住地(例)	
		工人/农民	公职人员	学生	个体/其他	未婚	已婚	离异/丧偶	<2000元	2000~5000元	>5000元	武汉市区	非武汉市区
对照组	40	2	9	15	14	26	13	1	6	17	17	28	12
干预组	40	7	11	10	12	21	13	6	9	20	11	29	11
统计量		$\chi^2=4.303$				$\chi^2=4.495$			$Z=-1.420$			$\chi^2=0.061$	
P		0.231				0.129			0.155			0.805	

1.2.1.2 教育者培训 由 1 名精神科副主任医师对 6 名护士进行药物处置的培训,培训内容包括本研究方法、精神分裂症常见药物的作用、不良反应的观察与处理、药物处置的其他相关内容、精神分裂症患者小组活动的常见问题及解决方法。共 12 h,分 6 次完成,每次 2 h,在工作日 15:30~17:30 进行。

1.2.1.3 药物处置培训方案的实施 每次活动由 2 名经过培训的护士具体实施,每组 6~8 例患者,每周 1~2 次,每次 40~60 min,6 个主题 4 周内完成。每次活动结束后项目组成员集中讨论 1 次,反馈并解决活动过程中存在的问题。第 1 个主题为精神科常见药物介绍。培训目标:患者及家属了解治疗精神分裂症药物的名称、剂量、作用、使用方法。活动内容分为开始、主题活动、结束三部分。①开始。新成员进行自我介绍;介绍活动主题。②主题活动。破冰活动:自我介绍姓名,病程,发作次数,希望获得哪些帮助等;研究人员使用通俗易懂的语言加一些辅助介质如 PPT、视频、小册子进行部分药物知识的宣讲。游戏环节:你问我答,复习巩固所学的知识。③结束。由研究人员解疑答惑。第 2 个主题为药物管理常见的问题及解决方法。培训目标:分析药物管理遇到的障碍,提出相应的解决方法。①开始。回顾上一次的培训内容,介绍本次的活动主题和目的。②主题活动。热身游戏:根据参与人数分成小组,小组成员讨论药物管理遇到的障碍及解决方式。讨论结束后,每组派 1 名代表总结,最后由研究人员总结分析共同点。③结束。自由问答。第 3 个主题为药物管理的重要性及复发征兆的识别。培训目标:通过比较 2 个不同的案例,使参与者认识到服药依从性的重要性。①开始。介绍活动的主题和目的、回顾。②活动主题。研究人员以讲故事的形式展示案例;案例的主要内容是对 2 个不同服药依从性的患者的病情、治疗经过及最终治疗结果的介绍;播放视频,内容是讲述 1 例女性精神分裂症患者的药物管理过程。③结束。集体回顾。第 4 个主题为药物不良反应的管理。活动目标:

帮助参与者了解抗精神分裂症药物的不良反应及处理方法,减少对药物的恐惧和抗拒。①开始。介绍活动主题和目的、回顾。②主题活动。热身游戏:请 3 名成员分享他们服药后的不良反应及所采取的相应措施;研究人员采用通俗易懂、可行的方式,如图片、视频、海报等形式进行宣讲。③结束。自由讨论。第 5 个主题为态度强化。培训目标:强化患者对药物治疗疾病的认知,帮助患者从态度上认识药物治疗的重要性。①开始。介绍活动主题和回顾。②主题活动:研究人员提出与药物管理态度、行为及障碍的相关问题,成员思考 3 min,参与者分享答案,最后由研究人员引导性反馈和总结。③结束。成员分享。第 6 个主题为指导寻求社会支持及资源。培训目标:帮助参与者明确自己的外在支持系统,提高自我处理问题的能力。①开始。介绍活动主题和目的、回顾、总结、处理分离。②主题活动。参与者小组讨论:当遇到服药方面的困难时是怎样寻求外界的支持与帮助。小组反馈讨论结果。研究者总结支持资源:家属、朋友、社区、医院、公安、政府等多方面发掘。③结束。自由讨论,提出期望。

1.2.1.4 出院时发放服药卡和服药盒 ①月度服药卡。月度服药卡由研究团队依据行为疗法的正性强化^[11]原理制作,采用光面硬板纸,制作成 10 cm×16 cm 规格;正面标明早餐、午餐、晚餐、睡前服药的具体时间、药物名称、药物剂量;以月为单位,患者或家属记录服药情况。若服用,打“√”;若未服用,打“×”。反面详细列出预防疾病复发的知识及复发先兆表现等。每人每月发放 1 张月度服药卡,患者出院前嘱其每个月复诊 1 次,复诊时将使用完的服药卡片更换为新服药卡片。研究人员根据服药卡片了解患者的服药情况,对服药依从性好的患者给予鼓励和表扬,对漏服药患者及时给予提醒。②服药盒。服药盒为市售,规格为 18.0 cm×11.0 cm×2.2 cm,内有 7 个独立的 4 格药盒(每天服药 4 次),可存放 1 周药量;服药盒有响铃提醒功能。出院时每例患者发放 1 个,既方

便在家服药,也方便外出携带。要求患者或家属提前将1周服用的药物按剂量和服药时间装入小格内,避免遗忘或漏服药物。如漏服能直观地发现漏服餐次。

1.2.1.5 短信提醒 出院后,干预组每周发送1次短信提醒患者按时服药,共12次。由护理人员每月定期发送。短信提醒格式为:“尊敬的××,您好!我是××医院的护士。您服用的药物为××,剂量为××,时间为××,请按医嘱服药,谢谢合作!如您有问题请咨询电话:“……”。

1.2.2 评价方法 ①服药依从性。采用Morisky服药依从性量表,共8个条目,由患者自评。得分范围0~8分,其中<4分为依从性低,4~6分为依从性中等,>6分为依从性高。②药物管理知识。问卷由研究者依据知信行理念,通过文献检索、与患者和家属访谈制订初始问卷,再由1名精神科医生、2名精神科资深护士以及2名精神科教师讨论修改确定,共13个条目,其中11个单选题、2个多选题。多选题答对1项得1分;单选题回答正确得1分,回答错误得0分。药物管理知识问卷的Cronbach's α系数为0.855。上述2项均由未参与本研究过程的2名主管护师于干预前及干预后(4周时)、出院3个月采用问卷调查和电

话随访方式收集资料。③阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Symptoms Scale,PANSS)^[12],用于评定精神症状的有无及各项症状的严重程度。PANSS共33项,其中阳性量表7项,得分范围7~49分;阴性量表7项,得分范围7~49分;一般精神病量表16项,得分范围16~112分;得分越高表示症状越重。另外,攻击危险性补充项目3项。由精神科医生评定。本研究统计阳性症状量表、阴性症状量表、一般精神病量表及总分(总分不包括3项补充项目)。

1.2.3 统计学方法 采用SPSS20.0软件进行统计分析,行Wilcoxon秩和检验、t检验及χ²检验,检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 两组研究完成情况 两组患者均完成4周的干预及资料收集。出院后3个月电话随访,干预组3例病情复发再次住院,2例失联,完成全程研究35例;对照组9例病情复发再次住院,2例失联,完成全程研究29例。出院至3个月期间两组脱落率分别为12.5%、27.5%,两组脱落率比较,χ²=2.813,P=0.094,差异无统计学意义。

2.2 两组干预前后阳性与阴性症状评分比较 见表2。
分,M(P₂₅,P₇₅)

表2 两组干预前后阳性与阴性症状评分比较

组别 例数	PANSS 总分		PNASS 阳性症状		PNASS 阴性症状		PANSS 病理量表	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 40	77.5(58.3, 99.3)	62.0(50.0, 89.0)	19.0(12.3, 25.0)	14.5(9.0, 19.0)	24.0(15.3, 28.0)	18.0(9.5, 26.8)	38.0(26.3, 48.0)	28.5(23.0, 44.8)
干预组 40	64.0(58.3, 78.0)	49.0(41.0, 67.5)	17.0(12.0, 22.0)	10.0(7.0, 15.8)	16.0(10.0, 26.8)	12.0(9.0, 19.8)	33.0(29.0, 39.0)	26.0(22.0, 33.0)
Z	1.783	2.017	1.273	2.580	2.276	1.558	0.701	1.267
P	0.075	0.044	0.215	0.010	0.023	0.119	0.428	0.205

2.3 两组干预前后药物管理知识及服药依从性比较

出院3个月后两组服药依从程度:对照组依从性低、中、高分别为10、12、7例,干预组为5、13、17例,两组

比较,Z=-2.292,P=0.022,差异有统计学意义。两组干预前后药物管理知识及服药依从性得分比较,见表3。

表3 两组干预前后药物管理知识及服药依从性得分比较

组别 例数	药物管理知识得分(x̄±s)		服药依从性得分[M(P ₂₅ ,P ₇₅)]	
	干预前	干预后	干预前	出院3个月*
对照组 40	10.35±3.27	10.45±3.07	6.0(5.0,7.5)	5.0(4.0,6.3)
干预组 40	11.52±4.03	13.88±4.09	6.0(4.0,8.0)	7.0(5.0,7.3)
统计量	t=-1.435	t=-2.342	Z=-0.372	Z=-3.891
P	0.156	0.022	0.714	0.000

注:* 出院3个月对照组为29例、干预组为35例进入统计学分析。

3 讨论

3.1 结果分析

3.1.1 药物处置干预对患者药物管理知识水平及用药依从性的影响 本研究设计的药物处置培训不是单一的对药物知识的讲解,而是一种综合性干预方式。①培训方面。首先,有严谨的药物处置训练方案,本方案分为6个主题,由认知药物开始,到药物的不良反应、药物管理中的问题及寻求社会支持等,层层递进;且每个主题都设置明确的培训目标,内容分

为开始、主题活动、结束3个步骤,这有利于患者及家属有序和有的放矢地学习。第二,培训方式多样,有利于提高患者家属的学习兴趣。如药物知识讲授,根据不同内容分别采取PPT、视频、案例分享、发放小册子及图片、海报等多种形式;设置你问我答、角色扮演等游戏形式;待患者及家属有一定基础知识后安排小组讨论,短时思考和集体回顾等,集众多措施于培训中,解决患者思维散漫、不易集中的问题。②针对出院后的措施。由研究者团队制作月服药卡,标明早、

午、晚、睡前服药的具体时间、药物名称、药物剂量;以月为单位,复诊时更换,既可定期真实了解患者服药情况,又能督促患者按时复诊。出院时每例患者发放服药盒,提前将 1 周药物放入药盒,同时设置药盒提醒和短信提醒,双重警示较好地保障了患者按时按量坚持服药。因而,干预组干预 4 周时药物管理知识得分显著高于对照组,出院 3 个月时服药依从性显著优于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$),与相关研究报道^[13-14]结果相似。

3.1.2 药物处置干预对精神分裂症患者症状的影响

精神分裂症患者的症状分为阴性症状、阳性症状和一般病理症状三部分。长期住院的慢性精神分裂症患者的症状主要以阴性症状为主,而处于急性发作期的精神分裂症患者以阳性症状为主^[15]。这可能与慢性精神分裂症患者长期住院,减少了与社会的沟通交流,受到外界刺激减少有关。有研究显示,通过综合性连续性的健康教育可一定程度上缓解患者的精神症状和促进社会功能的改善^[16]。本研究显示,干预后,干预组总分、阳性症状得分显著低于对照组(均 $P < 0.05$),而阴性症状、一般病理性症状与对照组比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。分析原因:阳性症状的控制以药物治疗为主,通过遵医嘱服药能够很好地得到控制,而干预组正是对患者实施药物处置干预,提高了服药依从性,而服药依从性对病情的复发影响最显著^[16-17]。而阴性症状、一般病理性症状的缓解是一个相对缓慢过程,除了药物治疗外,更重要的是康复治疗和社会心理治疗,起效也较慢,本研究时间以干预 4 周为截止作为干预后效果对阳性与阴性症状进行评价,时间较短,还不足以达到改善阴性症状、一般病理性症状的时限也是原因之一。

3.2 干预中的问题及解决方法 ①团体活动。患者能否完成所有培训内容,是本研究的难点。因为疾病因素和抗精神病药物的不良反应等,部分患者在培训过程中出现静坐不能、注意力难以集中、互动差等情况。因此,我们在设计培训项目时注重互动性和趣味性,以提高患者的注意力。邀请家属参加,一方面家属表现出比患者更积极的参与态度,同时对患者起到了帮教和督促作用;在培训过程中重点讲解药物的作用机制,自行停药和减药导致的不良后果,介绍坚持用药获得较好效果的病例(正强化)等,帮助患者树立坚持服药的决心;讲解国家对患者的优惠政策,包括免费长效针剂项目、社区精神卫生康复项目(阳光驿站)、重症优惠政策等,使患者及家属了解国家对其的关注及医护人员的努力等,这些也是干预组患者能够坚持完成培训的原因。②服药盒的使用。在初始阶段,部分患者及家属难以养成使用服药盒和月度服药卡的习惯。短信提醒在一定程度上可以加强督促的作用,但并不能完全解决此类问题,促进习惯的养成

需要更进一步的研究。

4 小结

本研究结果显示,药物处置干预能显著提高患者的服药依从性和药物自我管理水平,改善临床症状尤其是阳性症状,从而有利于提高患者的生活质量。本研究的局限性:①样本量较少,失访率较高;电话随访难以沟通到位。今后的研究可增加社区或上门随访,可在社区开展药物处置培训,以帮助到更多患者。②本研究采用 Morisky 服药依从性量表评估患者的服药依从性,但有的条目内容不符合患者的实际情况,如涉及到曾经服药依从性条目时,有的患者为首次发病,只能选择“否”,使依从性评价欠缺客观性。有待研究适用于精神分裂症患者服药依从性评价工具。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 关于印发《中国慢性病防治工作规划(2012—2015年)》的通知[EB/OL]. (2015-03-13)[2018-03-13]. <http://www.moh.gov.cn/zhuozhan/wsbmgz/201304/b8de7b7415ca4996b3567e5a09e43300.shtml>.
- [2] Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study[J]. *J Psychiatr Res*, 2012, 46(8):1099-1105.
- [3] 崔虹,何夏君,丁寒琴,等. 个案管理对社区精神分裂症患者服药依从性和生活质量的影响[J]. *护理学杂志*, 2014, 29(23):77-79.
- [4] 王正君,周郁秋,杨军,等. 精神科护士主导的依从性干预对精神分裂症患者临床结局影响的 Meta 分析[J]. *中华护理杂志*, 2017, 52(8):958-966.
- [5] 何梅,杨冰香,陈晓莉. 依从性治疗对精神疾病患者服药依从性及临床效果的系统评价[J]. *中国循证医学杂志*, 2016, 16(2):183-190.
- [6] 黄淑仪,顾惠英,陈晶晶,等. 药物自我处置训练配合信息化随访对控制精神分裂症患者复发率的价值研究[J]. *中国医药科学*, 2018, 8(13):213-216.
- [7] 王向阳,熊冬珍,龙洁,等. 药物自我处置程式训练对精神分裂症患者服药依从性及社会功能的影响[J]. *中国医药导报*, 2017, 14(8):123-126.
- [8] 中华医学会. 临床诊疗指南·精神病学分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:35, 109.
- [9] Cleary A, Dowling M. Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey[J]. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2009, 16(6):539-545.
- [10] World Health Organization. WHO quality rights: service standards and quality in mental health care[EB/OL]. (2016-10-19)[2018-12-20]. http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/infosheet_hrs_day.pdf/.
- [11] Hesse K, Klingberg S. Psychosis: cognitive behavioral treatment strategies [J]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2018, 68(11):481-494.
- [12] 何燕玲,张明园. 阳性和阴性综合征量表(PANSS)及其应用[J]. *临床精神医学杂志*, 1997, 7(6):353-355.