

老年康复病房中病人的自家用药训练

Felsenthal G. 等

作者对老年康复病房中的62例病人作了回顾性研究(表1),证实其中一例由于病人自家用药(self medication)不当而再次住院,并发现病人中有药物不良反应者竟占全部病人总数的6.7%。在这一研究和随后的前瞻性研究中,作者又发现病人在出院时分别平均用药为5和5.6种,可见某些病人出院后因缺乏可资遵循的用药制度,不恰当的进行自家用药,是造成治疗失败的原因之一。

为此,作者创立一种药物使用的训练方案,在康复病房中观察其指导病人用药的可行性,以便保证病人能按规定方法用药并使病人熟悉用药的适应征及其潜在的副作用。

方 法

在研究包括了六个月的时间内所有住入康复病房中的病人,对病人的评价分别于入院、出院、90天和一年后(以家访或电话形式随访)等4个时间进行。利用自家用药记分法(self medication scale)和痴呆症记分法(dementia scale)由专人统一评估(表2)。

表1 各研究组概况

	组 1	组 2	组 3
病例数	35	10	17
男	16	2	4
女	19	8	13
年龄(±SD)			
平均	75.9(±8.3)	76.8(±6.8)	79.3(±6.2)
范围	58~99	62~84	66~88
住院时间(天)			
平均	30.9(±24.8)	38.9(±5.1)	33.3(±12.6)
范围	4~92	5~77	14~58

在了解病人入院时的用药知识和确定需予何种训练时,病房护士在病人入院的48小时内应与病人商讨治疗方案并使认明每一药物的名称、效力、剂量和外形,着重教会病人了解药物的作用、副作用以及其他有关的知识。

尽管重点是放在介绍药物的副作用方面,但要求将每一种药物可能会产生的每一种副作用向病人一一说明也是不切实际的,因此作者将重点放在一些常见的问题上,如腹泻、便秘、眩晕、倦睡、无力、心跳过速等。目的是帮助病人了解身体不适有可能与药物相关,使病人在向医生诉说症状时不忘记向医生如实反映。

表2 用药记分表

因 素	单项得分值(得1分)
掌握药物知识	
1.药名	得分
2.适应症	得分
3.剂量	得分
4.药物应起的作用	得分
5.副作用	得分
自家用药	
6.正确选用药物	得分
7.正确选用剂量	得分
8.能按规定时间用药	得分

痴呆症记分表

因 素	得分*
1.对人能辨认	不得分
2.能知道年月	不得分
3.能知道一天中的某一部分	不得分
4.在熟悉的环境中有定向能力	不得分
5.知道自己的年龄	不得分
6.对日常生活需要监督和指导	得分
7.精神错乱需要监护	得分
8.领悟和表达自己的能力有明显困难	得分
9.反应过度/反应低下	得分
10.敌对情绪/孤独	得分

*0: 精神正常; 1—3: 精神轻度障碍

4—10: 精神中度至重度障碍

与病人用药方案有关的一切资料应记录于供病人使用的表格内,表格由病人保存,在用药有变动时应及时在表中更改。

在训练方案中确定用药的时间很重要,为使按时服药,作者在每一病室装上一大挂钟,用以训练病人按时向护士要求给予药物(按名称和剂量),同时也要求病人说出药物的作用和副作用。护士在回答病人的要求时就可取出装有病人全部药丸的药杯,请病人自己指认名称。

假如病人不能在指定的时间内指出需要的药物,护士就应在指定的时间准时取出药杯去让病人辨认。采用这一方法是由于我院的给药制度规定不准将药留在床边。

根据病人是否回家或已否掌握自家用药的能力,将62名病人分成三组:I组:病人学会自家用药回

家，Ⅰ组：病人未学会自家用药就回家，Ⅱ组：病人仍留住医院。三组的平均年龄相当，每组的主要诊断都相似。在Ⅰ组，12例病人有脑血管意外(CVA)，7例有下肢骨折，退行性关节病或动脉硬化性心血管病(ASCVD)各4例，另疼痛综合征或帕金森氏综合征各有3例，其余仅有单一诊断，共35例。在Ⅱ组中，4例有下肢骨折，3例有CVA，2例有ASCVD和1例帕金森氏综合征。Ⅲ组，9例有CVA，4例下肢骨折和2例截肢患者，余者仅有单一诊断。Ⅰ组的病人住院时间最短。

结 果

当病人入院时，在用药知识之间存在有明显的差距。与13例得分为8相比(表3)，48例得分为0。在入院时得分为8的病人，都熟悉用药的每一方面，包括药物的作用和副作用，这里应注意的是，入院时得分为0的病人也包括了一些原本了解一些用药知识，但一开始即表现不合作、精神错乱或抑制症的患者。因此，它不能真实反映最初的用药知识水平。但根据作者经验，任何有学习能力的病人，在入院头一周内都能完成用药训练。而另一些病人，即使不断给予自家用药训练，仍需完全依赖护士用药。

表3 用药知识记分表				
得分	组Ⅰ	组Ⅱ	组Ⅲ	
入院	0	23	10	15*
	8	12	0	1
出院	0	0	10	14
	8	35	0	2
3 月后随访**	0	6	10	未作
	8	27	0	未作
一年后随访***	0	7	未作	未作
	8	18	未作	未作

- 第17例未能作测试
- 一例死亡，一例拒绝提供随访资料
- 3例死亡，2例进入私人疗养所，5例失去联系

在Ⅰ组，12例病人在入院时已熟悉用药方法，另23例在出院前能顺利接受自家用药训练，3个月后随访时，27例仍能掌握自家用药方法；另6例的用药需重新由其它人员去处理，1例死亡，另一例拒绝随访。

在Ⅱ组，病人回家时未学会自家用药方法，全数病人都需依靠别人照看治疗。

在Ⅲ组，17例留院，有2例经训练已能自家用药，他们也许已可以回家，但得不到合适的社会福利照顾。

一年后随访时，Ⅰ组中仍有18例能自己去处理用药问题，2例死亡，2例在私人疗养所内，5例失去联系。

讨 论

在自家用药知识的掌握和出院的时间之间似乎存在着平行关系。Johnson 首先提出康复期病人自家用药的设想，他们的病例是经过挑选的，年龄在18—64之间，在护理病房每天有临床药学专家参加4—5个小时的工作，并未强调用药训练的重要性。但他们曾注意到病人在参与自家用药的训练计划时存在着限制因素，主要是病人的精神状态而非体力上的不能胜任。本研究不同之处在于病人的平均年龄在各个组别中分别为75.9、76.8和79.3岁。

作者纵观本研究得出一个基本假说是：痴呆症是影响训练结果的决定性因素，它是用药训练中的一个负性因素。

一开头，方案的设计就力图避免为进行自家训练而建立新的机构。方案的设计尽可能利用原有机构和设施，不增添新的或特殊的装备，亦不多占用场地或添加人员。方案的重点在于加强现有护理人员训练病人的能力。根据作者体会：在训练老年病人时需要多费一个时间，但并不需要中断每日的常规护理和病房内的日常业务处置，因此，这一训练方案在新的环境中也很易掌握和运用。

执行用药训练的护士是实现和完成训练方案的关键人物，他们天天接触病人，在现场工作，作用特殊，能对每一病人作全面的指导。训练的成功与否取决于护士本人是否抱有这种信念：即老年病人是能够训练好的，任何病人，不论有无精神错乱，也都是能够接受训练的。根据作者和老年人相处的经验，持久而不懈地执行常规和训练步骤，对于受训者的接受能力和使病人牢记受训内容是至关重要的。

有一个有利于训练的环境对于方案的执行是一个重要因素，不少老年人由于衰老过程中原有感官的退化不能适应有多种外界刺激的环境，更不消说面对新的事物去接受新的训练了。如病人能处于安静的、相对不会分散注意力的环境中(如私人住所)，训练条件就要好得多。

受过自家用药训练的病人能较快地回到不住院的环境中。用药训练可理解为另一种独立地进行自理的延伸。而这正是老年患者进行康复的目的之一，同样，由于用药的多样性而常伴发不良药物反应，从而有可能会使病人再次住院，药物训练提高了病人自家用药的能力，因而也就可以降低重复住院率。

[Arch Phys Med Rehabil 67(1):27, 1986
(英文)孙炳照 孙延瑞节译]