

社区精神分裂症患者服药依从性及原因分析[☆]

王勋* 马宁* 吴霞民* 管丽丽* 郭金华[△] 张五芳*[⊗] 马弘*

【摘要】 目的 探讨社区精神分裂症患者不同服药情况的原因。方法 通过自编问卷对4个市(区)的601例居家精神分裂症患者最近一个月的服药情况进行调查,根据患者自我报告的实际服药情况,将患者分为遵医嘱服药、低量服药、超量服药三类,分别统计各类患者服药情况的原因。结果 完成调查的592例患者中,利培酮和氯氮平的使用率居前两位,分别占39.2%(232/592)和33.4%(198/592)。417例患者遵医嘱服药,其中81.3%(339/417)患者遵医嘱服药的原因是认同精神疾病需要长期维持治疗;171例患者低量服药,主要原因是认为病情稳定就可以减药或停药,占63.7%(109/171);4例患者超量服药,其中2例主要因为担心或认为病情不稳定。结论 精神分裂症患者是否遵医嘱服药的原因多样,最关键的是患者对疾病认知和态度的态度。

【关键词】 精神分裂症 依从性 社区

【中图分类号】 R749.3

【文献标识码】 A

精神分裂症的主要治疗手段是抗精神病药物,虽然自1952年氯丙嗪问世后,新药不断出现,但患者服药依从性水平仍然很低^[1]。不按医嘱服药会降低疗效,使患者再入院的风险增加^[1]。国内外的研究主要通过关联分析、logistic回归等定量方法探讨精神分裂症患者服药依从性的影响因素^[2-5],对社会人口学特点、症状严重程度、副作用、药物类型、社会支持等因素进行分析^[6-7],缺乏对患者服药状况及主观原因的调查。2004年,以中央补助地方重性精神疾病管理治疗项目(686项目)为起点,我国开始实施精神卫生服务模式改革,逐步建立并完善医院—社区—一体化的工作机制和服务网络^[8]。本研究调查项目地区患者服药情况,了解患者服用抗精神病药物的主观态度,提出改善服药依从性的措施,以帮助提高全国精神分裂症患者的治疗质量,改善结局。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究采取现况调查的方法。依据

样本量计算公式 $N = Z_{\alpha}^2 P(1-P) / d^2$, 取 $\alpha = 0.05$, 根据文献估计不依从率 $P = 50%$, $d = 0.1P$, 预计拒访率为30%, 计算需样本量为550人。

根据中华人民共和国国家统计局公布的2013年度各省(自治区、直辖市)国内生产总值(gross domestic product, GDP)在全国31个省(自治区、直辖市)中选择人均GDP排名分别为第2、9、17、24位的北京市、福建省、黑龙江省、四川省4个省(直辖市),在每个省(直辖市)随机选取1个市(区),每个市(区)计划调查150例686项目患者。

2013年6月至2014年1月在北京市朝阳区、福建省厦门市、黑龙江省哈尔滨市、四川省绵阳市随机选取社区,对抽中社区的686项目患者进行整群调查。研究对象纳入标准:①年龄16~60岁;②符合《国际疾病与相关健康问题统计分类》(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)精神分裂症诊断标准;③汉族;④近期在社区连续生活时间 ≥ 6 个月;⑤使用口服抗精神病药物。排除标准:孕妇。最终在4个省(直辖市)31个社区分别纳入149例、155例、147例、150例共计601例患者进行问卷调查。

本研究经北大六院伦理委员会批准。研究对象及其监护人均对本研究知情同意,并签署知情同意书。

1.2 调查方法 采用自编的半定式调查问卷对患者进行调查。该问卷由精神科、社会学、公共卫生领域专

doi: 10.3969/j.issn.1002-0152.2016.06.012

☆ 精神卫生能力建设试点项目;国家自然科学基金(编号:81100999)

* 北京大学精神卫生研究所,北京大学第六医院,卫生部精神卫生学重点实验室(北京大学)(北京 100191)

△ 北京大学社会学系

⊗ 通信作者(E-mail: zhangwufang@bjmu.edu.cn)

业人员共同设计 根据预调查(发放6份问卷)的情况 修订后正式使用。所有调查员在北京接受为期1d的培训 根据《调查员手册》详细了解调查表的内容 统一对问卷条目的理解。调查实施时调查员入户与患者进行面对面访谈 每例患者完成调查约需20 min。

调查问卷主要包括患者社会人口学资料、近1个月服用的抗精神病药物、服药情况及影响服药情况的原因。根据自我报告近1个月实际服药情况 将患者服药依从性分为遵医嘱服药(完全按照医嘱用药)、低量服药(实际服药量小于医嘱)、超量服药(实际服药量超过医嘱)3类。各类患者分别回答遵医嘱服药、低量服药、超量服药的原因。服药依从性的原因采取半开放式多项选择问题 根据文献复习 列出影响患者服药的原因 遵医嘱服药有5个选项(①精神疾病需要服药并长期维持治疗 ②医生让吃药就坚持吃药 ③有过停药后症状波动经历 不敢不吃药 ④不吃药就觉得难受 ⑤家属看着 不吃不行) 低量服药有14个选项(①病情稳定就可以减药或停药 ②抗精神病药物不良反应 ③自己没病 ④经济原因 ⑤不知道要坚持吃药 ⑥病情波动导致无法正常吃药 ⑦有时无意忘记 ⑧觉得吃了药没效果 ⑨精神疾病不需要药物治疗 ⑩家属不让吃药 ⑪吃药容易被别人认出有精神病 ⑫越吃药越重 ⑬需要中医调理 ⑭精神疾病是“中邪”、“鬼神附体”等 要驱魔) 超量服药有2个选项(①自觉病情加重自行调药 ②多吃药好的快) 另外备选开放式回答项 由调查员详细记录患者回答内容。

1.3 统计学方法 应用SPSS 16.0对数据进行统计

分析。分别统计各类患者服药情况原因的选择次数、构成比及选择率 选择构成比指每条原因选择次数占各种选择总次数的比例 选择率指该条原因选择人数与该类患者数之比。遵医嘱服药和低量服药患者之间性别、婚姻、居住地、文化程度分布的比较采用 χ^2 检验, 年龄比较采用独立样本 t 检验。检验水准 α 为0.05, 双侧检验。

2 结果

2.1 患者社会人口学资料 601例患者中共592例完成调查 9例未自报服药情况 有效调查率为98.5%。592例患者年龄18~60岁 平均(42.8±9.4)岁 男女比例为1.1:1 文化程度以初中为主(37.0%) 36.3%患者生活在农村 42.4%患者未婚。其中417例患者遵医嘱服药 171例患者低量服药 4例患者超量服药。遵医嘱服药与低量服药患者性别($\chi^2 = 0.321, P = 0.571$)、年龄($t = 1.090, P = 0.276$) 差异无统计学意义 文化程度($\chi^2 = 31.051, P < 0.001$)、居住地($\chi^2 = 33.716, P < 0.001$)、婚姻状态($\chi^2 = 5.204, P = 0.023$) 差异有统计学意义。见表1。

2.2 抗精神病药物使用情况 592例患者中 停药10例(1.7%) 仅使用第一代抗精神病药物者51例(8.6%) 仅使用第二代抗精神病药物者369例(62.3%) 63例(10.6%)联合使用第一、二代药物 99例患者不能明确说出服用的抗精神病药物名称。服用利培酮与氯氮平的患者分别占39.2%(232/592)和33.4%(198/592) 远高于其他抗精神病药物 见表2。

表1 患者社会人口学特征 [($\bar{x} \pm s$) 或 $n(\%)$]

组别	n	年龄(岁)	性别		婚姻状态 ¹⁾		居住地 ¹⁾
			男性	女性	未婚	已婚	城市
遵医嘱服药组	417	42.5 ± 9.4	218 (52.3%)	199 (47.7%)	189 (45.3%)	228 (54.7%)	296 (71.0%)
低量服药组	171	43.5 ± 9.3	85 (49.5%)	86 (50.3%)	60 (35.1%)	111 (64.9%)	78 (45.6%)
超量服药组	4	43.5 ± 9.4	2 (50.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	3 (75.0%)
所有患者	592	42.8 ± 9.4	305 (51.5%)	287 (48.5%)	251 (42.4%)	341 (57.6%)	377 (63.7%)

组别	居住地 ¹⁾		文化程度 ¹⁾			
	农村	文盲	小学	初中	高中	大学及以上
遵医嘱服药组	121 (29.0%)	14 (3.4%)	87 (20.9%)	148 (35.5%)	117 (28.1%)	51 (12.2%)
低量服药组	93 (54.4%)	17 (9.9%)	51 (29.8%)	70 (40.9%)	25 (14.6%)	8 (4.7%)
超量服药组	1 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)
所有患者	215 (36.3%)	31 (5.2%)	138 (23.3%)	219 (37.0%)	144 (24.3%)	60 (10.1%)

1) 遵医嘱服药组与低量服药组比较 经 χ^2 检验 $P < 0.05$

表2 抗精神病药物使用情况($n=592$)

药物	使用人数	构成比
利培酮	232	39.2%
氯氮平	198	33.4%
奥氮平	48	8.1%
舒必利	42	7.1%
氯丙嗪	32	5.4%
阿立哌唑	35	5.9%
喹硫平	23	3.9%
奋乃静	27	4.6%
五氟利多	13	1.0%
氟哌啶醇	6	1.0%
齐拉西酮	3	0.5%
氯普噻吨	3	0.5%
帕利哌酮	2	0.3%
氨磺必利	1	0.2%

2.3 患者服药依从性的原因

2.3.1 遵医嘱服药 417例患者遵医嘱服药,其中81.3%(339/417)患者选择原因为认同精神疾病需要长期维持治疗,各种原因选择情况见表3。有2例患者在开放式回答处分别填写“家人负责”、“父亲安排”,且均选择了“家属看着,不吃不行”选项,因此归为“家属看着,不吃不行”。

表3 遵医嘱服药患者服药原因($n=417$)

选项	选择人数	选择构成比	患者选择率
精神疾病需要服药并长期维持治疗	339	28.9%	81.3%
医生让吃药就坚持吃药	338	28.8%	81.1%
有过停药后症状波动经历,不敢不吃药	211	18.0%	50.6%
不吃药就觉得难受	148	12.6%	35.5%
家属看着,不吃不行	139	11.8%	33.3%

2.3.2 低量服药 171例患者低量服药,主要原因是认为病情稳定就可以减药或停药,占63.7%(109/171),各种原因选择情况见表4。2例患者在开放式回答处分别填写“病情稳定,在工作赚钱”、“病情稳定,自己开店做生意”,且均选择了“病情稳定就可以减药或停药”,因此归为“病情稳定就可以减药或停药”;1例患者在开放回答处填写“不愿吃药,不知怎么回事”,但选择了“抗精神病药物不良反应”选项,因此归为“抗精神病药物不良反应”。

表4 低量服药患者服药原因($n=171$)

选项	选择人数	选择构成比	患者选择率
病情稳定就可以减药或停药	109	18.9%	63.7%
抗精神病药物不良反应	84	14.5%	49.1%
自己没病	72	12.5%	42.1%
经济原因	49	8.5%	28.7%
不知道要坚持吃药	42	7.3%	24.6%
病情波动导致无法正常吃药	38	6.6%	22.2%
有时无意忘记	38	6.6%	22.2%
觉得吃了药没效果	34	5.9%	19.9%
精神疾病不需要药物治疗	22	3.8%	12.9%
家属不让吃药	22	3.8%	12.9%
吃了药容易被别人认出有精神病	21	3.6%	12.3%
越吃病越重	19	3.3%	11.1%
需要中医调理	18	3.1%	10.5%
精神疾病是“中邪”、“鬼神附体”等要驱魔	10	1.7%	5.8%

2.3.3 超量服药 4例患者超量服药,1例为怕药物过期,2例觉得病情不稳定自行加药且觉得多吃药好的快,另外有1例觉得只有加大药量病情才稳定。

3 讨论

本研究发现,39.2%的社区精神分裂症患者使用利培酮,33.4%的患者使用氯氮平,这两种药物的使用率远高于其他药物。2002年、2006年、2012年全国45家精神病专科医院调查显示,氯氮平使用率分别占39.7%、32.5%、26.4%^[9],2009年对4家精神病专科医院的出院精神分裂症患者调查结果显示,43.6%患者使用利培酮,使用率居首位^[2],本研究结果与文献报道相似。国内研究显示,高中以下文化程度患者依从性较低^[10],城市患者出院后服药依从性高于农村^[11],本研究与上述两项文献研究结果^[10-11]一致,而与陈云芳等^[12]的研究结果(服药依从性与文化程度、婚姻无关)不一致。国外关于13项观察性研究的系统综述发现,社会人口学特征对精神分裂症患者服药依从性影响的结论并不一致^[6],这说明社会人口学特点对患者服药依从性的影响有待进一步研究。

服药依从性的判断尚无金标准^[13],本研究根据广泛认同的服药依从性定义“患者的服药行为与医嘱的一致性”^[14]将患者分为三类,分别讨论遵医嘱服药、低量服药、超量服药的原因。

患者遵医嘱服药的原因较集中,首要原因是知道并认同精神疾病需要服药并长期维持治疗,或者听从医生的指导,由此可见,医生对患者服药依从性的影响至关重要。国外一项系统综述表明,患者对药物及疾病的正确认知是影响患者服药依从性的稳定因素^[6],另一项研究也表明医患间良好的治疗关系是提高患者依从性的有力保障^[15],本研究与这些研究结果一致。屈金莲等^[16]的研究结果表明,电话和短信干预可有效提高出院后精神分裂症患者的服药依从性,有利于减少患者的精神症状和降低再住院率。由此可见,医生在患者住院期间对其进行健康教育与服药训练,在患者出院后提供延续性指导,对帮助患者正确认识疾病、接受规范化治疗很重要。遵医嘱服药的次要原因是患者有过停药后症状波动、感觉难受等带有惩罚性的经历,可考虑通过同伴支持的模式^[17],由康复患者讲述自己停药波动的经历,帮助其他患者提高服药依从性。

患者低量服药的原因较多,首要原因是认为病情稳定就可以减药或停药,其次是因为药物不良反应,第三位的原因是认为自己没病。这与定量研究发现药物副作用^[18]、自知力^[19-20]影响患者服药依从性的结论一致。在住院期间对患者进行自知力教育,可将患者拒绝、被动的服药态度转变为顺从、主动^[21]。本研究中部分患者是经济原因导致依从性降低,全国严重精神障碍患者中贫困者占55.26%^[22],686项目地区无医保的患者占11.63%^[23],一项随访3年的研究显示免费服药有助于贫困精神病患者进行正规系统治疗^[24],因此,应对贫困患者给与政策倾斜,提供多种途径的救治救助,减低医疗负担。国内外精神分裂症患者的病耻感仍然十分严重^[25],本研究发现部分患者是因为吃药容易被认出有精神病而不服药,与病耻感对患者服药依从性有消极影响的研究结论相一致^[26-27]。基于此,应大力开展公众教育,消除偏见和歧视,营造关爱、接纳精神疾病患者的良好社会氛围。也有患者是无意忘记服药,长效剂被认为是提高精神分裂症患者服药依从性的有效方法^[28],但我国仅7.7%的门诊患者和5.7%的住院患者使用长效针剂^[29],所以建议可在社区推广长效针剂的使用。本研究发现,仍有少部分患者认为精神疾病是“中邪”、“鬼神附体”,要驱魔等而减少服药,对此,需大力普及精神卫生知识,提高患者及家属对精神疾病的科学认识。

目前,尚未见关于社区精神分裂症患者超医嘱药量服药原因的报道。本研究对4例患者超量服药的原

因进行调查,其中3例为担心或认为病情不稳定,而自行增加用药剂量,这种行为可能引起药物不良反应,患者应及时与医生沟通,调整治疗方案。

以上分析可以看出,自我服药训练^[30]、个案管理^[31]、良好的社会氛围、健全的保障制度等,均有助于提高社区精神分裂症患者服药依从性,建立患者、医生、家属和社会四位一体的服药依从性保障体系至关重要。在这一体系中,医生充分发挥专业指导的作用,给予用药指导,调整药物类型或剂量。家属有正、负两方面作用,有的患者是在家属监督下被动坚持服药,有的家属不让患者吃药,可见家庭支持起到一定作用^[32],家属是否起到正性作用与家属的病耻感、经济负担等有关^[33],提高家属对精神疾病及药物治疗的正确认知,有助于提高患者的治疗依从性。

本研究根据地区经济水平选取调查地点,调查对象有较好的代表性,分析不同服药依从性患者的原因,具有现实指导意义。但本研究主要的不足之处在于:首先,服药依从性是根据患者自报情况进行分析,并没有核对医嘱处方;其次,本研究对服药依从性的原因进行定性探索,但并不是通过主体框架法等定性研究方法对深入访谈的资料进行剖析和归纳。对不同原因的患者进行有针对性的用药指导,并评估效果,是今后研究的主要方向。

参 考 文 献

- [1] CHANDRA IS, KUMAR KL, REDDY MP, et al. Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia [J]. Indian J Psychol Med, 2014, 36(3): 294-298.
- [2] 宓为峰, 邹连勇, 李梓萌, 等. 精神分裂症患者用药依从性及复发情况的调查[J]. 中华精神科杂志, 2012, 45(1): 25-28.
- [3] DASSA D, BOYER L, BENOIT M, et al. Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system [J]. Aust N Z J Psychiatry, 2010, 44(10): 921-928.
- [4] ETICHA T, TEKLU A, ALI D, et al. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia [J]. PLoS One, 2015, 10(3): e120560.
- [5] BRESSINGTON D, MUI J, GRAY R. Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: a cross-sectional study [J]. Int J Ment Health Nurs, 2013, 22(1): 35-46.
- [6] SENDT KV, TRACY DK, BHATTACHARYYA S. A systematic

- review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia – spectrum disorders [J]. *Psychiatry Res*, 2015, 225(1–2): 14–30.
- [7] 林建荣, 陈国中, 关炳波, 等. 影响精神分裂症患者治疗依从性的相关因素研究[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2000, 26(3): 152–155.
- [8] 马弘, 刘津, 何燕玲, 等. 中国精神卫生服务模式改革的重要方向: 686 模式[J]. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(10): 725–728.
- [9] LI Q, XIANG YT, SU YA, et al. Clozapine in schizophrenia and its association with treatment satisfaction and quality of life: Findings of the three national surveys on use of psychotropic medications in China (2002–2012) [J]. *Schizophr Res*, 2015, 168(1–2): 523–529.
- [10] 乔卫红, 黄健. 精神分裂症患者服药依从性和复发率调查分析[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2014, 17(18): 47–48.
- [11] 周晓燕, 杨立身, 洪荣静. 出院精神病人服药依从性相关因素的城乡对照[J]. *现代医药卫生*, 2011, 27(6): 905–906.
- [12] 陈云芳, 步建梅. 精神分裂症患者院外服药依从性的影响因素[J]. *武警后勤学院学报(医学版)*, 2013, 22(3): 182–184.
- [13] 王勋, 马宁, 张五芳, 等. 精神分裂症患者服药依从性的评价方法[J]. *中国心理卫生杂志*, 2014, 28(1): 45–50.
- [14] CRAMER J A, ROY A, BURRELL A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions [J]. *Value Health*, 2008, 11(1): 44–47.
- [15] ANSARI S, MULLA S. Analysis of variables affecting drug compliance in schizophrenia [J]. *Ind Psychiatry J*, 2014, 23(1): 58–60.
- [16] 屈金莲, 张涛, 宋杰, 等. 出院后精神分裂症患者服药依从性电话和短信干预的 1 年随访[J]. *中国心理卫生杂志*, 2015, 29(9): 656–661.
- [17] 新昕, 马宁. 重性精神疾病同伴支持服务现状[J]. *中国公共卫生*, 2014, 30(5): 572–575.
- [18] MORRISON P, MEEHAN T, STOMSKI NJ. Living with antipsychotic medication side-effects: the experience of Australian mental health consumers [J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2015, 24(3): 253–261.
- [19] BUCKLEY PF, WIRSHING DA, BHUSHAN P, et al. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence [J]. *CNS Drugs*, 2007, 21(2): 129–141.
- [20] MISDRAHI D, PETIT M, BLANC O, et al. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia [J]. *Nord J Psychiatry*, 2012, 66(1): 49–54.
- [21] 胡人文, 李弘, 朱贤苟, 等. 自知力教育对精神分裂症患者自知力恢复及服药依从性的研究[J]. *中华精神科杂志*, 1998, 31(3): 17–19.
- [22] 王勋, 马宁, 王立英, 等. 2014 年全国严重精神障碍患者管理信息分析[J]. *中华精神科杂志*, 2016, 49(3): 182–188.
- [23] 康慧敏, 管丽丽, 王勋, 等. “686 项目”31 个示范市(州)重性精神疾病患者经济水平及参保和治疗情况分析[J]. *中国公共卫生*, 2015, 31(8): 997–1001.
- [24] 康瑞莹, 吴业清, 杨向东, 等. 社区卫生服务中心贫困精神病患者免费服药的治疗效果随访分析[J]. *中国全科医学*, 2013, 16(28): 3376–3378.
- [25] 周英, 李亚洁. 精神分裂症病耻感的相关研究进展[J]. *广东医学*, 2011, 32(15): 2061–2063.
- [26] YILMAZ E, OKANLI A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia [J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2015, 29(5): 297–301.
- [27] FUNG KM, TSANG HW, CHAN F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis [J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010, 45(5): 561–568.
- [28] MARDER SR. Monitoring treatment and managing adherence in schizophrenia [J]. *J Clin Psychiatry*, 2013, 74(10): e21.
- [29] 司天梅, 陈旭先. 精神分裂症患者使用长效抗精神病药物的现况调查[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2007, 33(10): 620–622.
- [30] 周斌, 顾益玮. 自我管理培训对慢性精神分裂症社区患者服药依从性的影响: 在中国上海的一项单盲随机对照试验[J]. *上海精神医学*, 2014, 26(6): 332–338.
- [31] 赵静, 吕钦谕, 郭向晴, 等. 积极式个案管理对社区精神分裂症复发及卫生经济学影响[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2014, 40(11): 666–672.
- [32] GLICK ID, STEKOLL AH, HAYS S. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia [J]. *J Clin Psychopharmacol*, 2011, 31(1): 82–85.
- [33] 刘沛妍, 罗兴伟, 赵伟, 等. 慢性精神分裂症家属照护体验及负担的质性研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2015, 23(2): 262–267.

(收稿日期: 2016-02-19)

(责任编辑: 肖雅妮)