

高血压的社区用药分析

谭敏琪(广东省广州市越秀区六榕街社区卫生服务中心 510180)

【摘要】 目的 探讨社区高血压用药的种类、用药情况、患者依从性等,以便找到目前社区高血压用药存在的一些问题,并作出相关改进,加强对社区高血压的控制效果。**方法** 采用问卷调查的形式,入户走访社区高血压患者并做好有关记录,再对问卷答案进行分析研究。**结果** 社区高血压用药存在用药合理性较差、患者依从性不强、部分患者不服药等问题;患者日常服用的药物大部分为短效制剂,例如硝苯地平、卡托普利片等。**结论** 增强社区高血压的用药合理性、患者依从性除了需要药物支持外,还需要重视对高血压患者的思想教育,提高患者的科学合理用药意识。

【关键词】 社区; 高血压; 用药分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)07-0957-02

高血压是临床上多发的心血管病之一,它时刻危及着人的身体健康,是一个不可忽视的危险因素,据全国性的调查结果表明,我国约有 20% 的人患有高血压,目前所占比重仍然在增加,还有相当一部分的急性心脑血管疾病都是由于高血压引起的。高血压患者为了稳定正常的血压水平,需要终身服用抗高血压药物,随着科学的发展,临床上的抗高血压药物数目众多、作用多样,降压维持时间也有所不同,这对于高血压患者个性治疗提供了很好的前提。本文就社区的高血压用药情况进行了分析统计评价,以改善社区高血压人群的用药依从性和控制效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为本社区内的 200 例高血压患者,经世界卫生组织(WHO)诊断标准诊断均为高血压,其中男 122 例,女 78 例,年龄 28~95 岁,平均(66.5±3.7)岁,病史 1~40 年,平均(14.7±4.3)年。

1.2 调查方法 参加本次问卷调查的工作人员均为本社区的医护人员,均经过专业的培训和考核。本研究调查问卷为自行设计,通过入户走访的方式对社区内高血压患者进行健康档案设置、血压测量、病史询问、用药情况分析等。调查问卷内容包括:患者个人信息(性别、年龄等)、病史、用药情况(用药类别、用法、依从性)。

1.3 高血压的诊断标准 据世界卫生组织规定:不服用任何抗高血压药物时,若收缩压大于或等于 140 mm Hg 和(或)舒张压大于或等于 90 mm Hg;具有高血压史,但也在服用抗高血压药的患者,目前血压水平虽不处于上述范围,仍被确诊为高血压。测量血压使用经过校正的水银柱式血压计。患者依从性评价,主要依据国际上普遍采用的诊断标准,通过 4 个相关问题进行判定:是否曾经遗忘过服药;是否存在不重视服药的时候;当感到症状有所减轻时是否未继续服药;服药时因为感觉症状加重是否未继续服药。患者若对以上问题均回答“否”则具有良好的服药依从性,若回答“是”超过 1 个则具有较差的服药依从性^[1]。

1.4 统计学处理 调查问卷数据通过双录入方法存储到社区医院高血压疾病数据库中,运用 SPSS17.0 软件对数据库中的数据进行分析,组间比较采用 χ^2 检验和方差检验,以 $P<$

0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 本研究收回有效调查问卷共 200 份,年龄 28~95 岁,平均(66.56±3.7)岁,病史 1~40 年,平均(14.7±4.3)年;其中男为 122 例,年龄 35~95 岁,平均(68.31±10.01)岁;女 78 例,年龄 28~88 岁,平均(67.94±9.52)岁。文化程度:200 例患者中,小学以下文化比例为 50.5%(101/200),初高中文化比例为 35.0%(70/200),大学及以上比例为 14.5(29/200)。男性患者较女性患者的平均文化程度略高($\chi^2=40.07, P<0.05$)。调查问卷显示知道自身患有高血压疾病的患者比例为 88.5%(177/200),否定自身为高血压疾病的比例为 9.0%(18/200),对自身症状不知情者比例为 2.5%(5/200)。自我意识到高血压症状的患者比例为 70.5%(141/200);具有定点看病经历的患者比例为 89.5%(179/200);通常选择社区医院就诊的患者比例为 48.0%(96/200),选择区县级医院就医的患者比例为 40.0%(80/200),选择省市级医院就医的患者比例为 19.0%(38/200)。多年来不间断服药的患者比例为 56.5%(113/200),从未服用高血压药物的患者比例为 12.0%(24/200),间断服药的患者比例为 24.5%(49/200)。200 例患者中血压控制率处于较低水平者仅为 14.13%,具有较好服药依从性的患者也仅为 56.5%。

2.2 高血压的社区用药情况 200 例高血压患者的服药种类中短效的抗高血压制剂所占比重较多,只有较少部分患者服用长效制剂。见表 1、2。

表 1 抗高血压药品使用情况

药物名称	用药次数(次)	使用率(%)
依那普利	19	9.5
丹参片	39	19.5
缬沙坦	22	11.0
复方利血平片	17	8.5
硝苯地平片	82	41.0
尼莫地平片	25	12.5
美托洛尔	16	8.0

表 2 各类高血压药物应用情况

药物种类	使用次数(次)	使用率(%)
利尿降压药	10	5.0
血管紧张素 I 转换酶抑制剂	19	9.5
血管紧张素受体阻滞剂	22	11.0
周围血管扩张药	20	10.0
抗去甲肾上腺素能神经末梢药	17	8.5
钙拮抗药	107	53.5

2.3 单药治疗和联合用药情况 服用 1 种药物(单药)治疗为 136 例,所占比例为 68.0%;服用药品种类大于或等于 2 种的患者有 40 例,所占比例为 20.0%,其中合理联合用药(具有协同作用,非拮抗作用,可以减少不良反应发生率)19 例,不合理联用 21 例;有 24 例患者从不服药。

3 讨 论

高血压属于成年人常见的心脑血管疾病,也是其他高危疾病的诱导因素。目前,随着社会的发展进步和人们生活水平的提高、饮食习惯的改变和工作压力的增加等导致高血压的发病率逐年上升,据有关资料显示成人高血压的发病率约为 20%。高血压是一种慢性病,患者一旦确诊将终身服药和进行管理控制病情,这对于患者的耐心等方面提出了很高的要求[2]。社区高血压患者的管理一定要科学合理、具有人性化特点,通过了解患者的详细情况,包括病情、过敏史、家庭情况、个人基本信息等制订一系列符合患者病情、提高疗效和患者服药依从性的治疗方案。

3.1 社区高血压患者服药存在的问题分析 本次研究收集的调查问卷内容显示,200 例患者的血压控制率处于较低水平,仅为 14.13%,具有较好服药依从性的患者也仅为 56.5%。造成以上问题的原因是患者对于高血压疾病没有充分的认识,没有严格按照科学规范的服药说明进行服药,主要有以下几种表现:(1)没有养成连续服药的习惯,大部分为间断服药,即出现症状时服药,否则不服药;服药后血压恢复正常值则停止服药。(2)不能科学服药,不注意服药的正确时间把握,或者只在睡觉之前服药。(3)遗忘服药,由于一些老年高血压患者因记忆力减退或者忙于工作等而忘记服药。(4)因担心服药会带来不良反应而惧怕服药。(5)配伍服用其他搭配禁忌的降压药。(6)通过服用一些保健药品替代正规降压药。对于以上问题建议要对社区内的高血压患者进行一些常识的高血压疾病知识普及,让患者了解高血压的危害、防治措施、发病原因等,只有让其意识到高血压是需要长期进行控制和管理,才能够增强高血压用药合理性[3]。

3.2 联合用药和单药治疗情况分析 本次研究表明单药治疗为 136 例,高达 68.0%;合理联合用药的只有 19 例,仅占 9.5%。有关权威文献规定,单药治疗,只对 I 级高血压以及老年单纯收缩压较高患者有显著疗效,并且有 40%~70%的患

者服药后血压仍偏高。II 级以上的高血压或比目标值超出 20 mm Hg 的患者,或者除高血压外还患有肾病、脑血管病等的患者是不能仅靠单药治疗的,通常要进行联合用药[4]。

3.3 短效制剂和长效制剂用药情况分析 随着抗高血压药的不断开发,其在临床上应用的种类以及选择性也随之大大增多。不同种类的药物具有不同的降压作用以及适应证,因此如何进行合理用药是高血压治疗面临的一个重要问题。根据世界卫生组织规定,较受欢迎的一线降压药有利尿药、β 受体阻断剂、钙通道阻滞药等,以上几类药物因为具有明确的降压机制和效果、较轻的不良反应以及对靶器官的保护作用等优点而受到临床的欢迎[5]。

本次研究结果显示,200 例高血压患者的服药种类中短效的抗高血压制剂所占比例较大,只有较少部分患者服用长效制剂。分析其原因是因为短效药价格低,而高血压疾病的患者多属于中老年群体,一部分老年患者收入较低甚至缺少收入来源,买不起昂贵的长效制剂。对于以上问题,应鼓励患者服用长效降压药或者复方制剂,1 d 服药 1 次,既具有很好的依从性又具有较好的疗效和经济性,对于老年患者、记忆力减退的患者来说十分必要。对于负担不起长期服用长效药费用的患者需要在社区干预中注重中、低水平用药和广泛覆盖两个方面,长期坚持每日 3 次服用短效药也能够达到有效控制血压的理想结果[6]。

综上所述,缺乏合理化、科学化的治疗方案,不重视联合用药方法,对于高血压疾病的认识不足,经济条件不支持等都是导致社区高血压控制效果较差的原因。应对以上情况,社区高血压患者需要学习高血压疾病的相关知识,注重科学、合理服药,保持良好的生活习惯,注重锻炼,增强体质,合理饮食,通过以上非药物方法配合用药治疗,将会大大增加社区高血压的控制效果。

参考文献

[1] 黄小平,肖亚雄. 脂肪肝与高血糖、高血脂、高血压的相关性研究[J]. 检验医学与临床,2010,7(3):207-208.

[2] 曾平原. 高血压及糖尿病早期肾损害患者尿液中微量清蛋白检测分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(9):779-780.

[3] 薛莲,陈贤云,阮丹,等. 武汉市部分居民高血压发生率相关因素分析[J]. 检验医学与临床,2012,9(6):653-654,656.

[4] 刘成芳. 北部新区参保居民高血压患病率及危险因素分析[J]. 检验医学与临床,2012,9(15):1944-1945.

[5] 王娟,陈丽. 健康宣教在高血压治疗中的意义[J]. 检验医学与临床,2012,9(11):1388-1389.

[6] 韦广水. 社区强化治疗对老年原发性高血压患者的效果观察[J]. 医学信息(下旬刊),2010,14(11):79-80.

(收稿日期:2013-09-09 修回日期:2013-11-05)

欢迎投稿

欢迎订阅