

65岁以上老年高血压患者服药依从性调查

李红琰 黄小平 黄艳琳

成都市新都区大丰街道太平社区卫生服务中心 四川成都 610500

摘要：研究目的：本研究通过以成都市新都区某社区年龄 ≥ 65 岁老年人高血压患者案例为基础，对患者服药依从性等临床数据和指标进行分析研究，为该地区老年高血压患者的防止提供依据。方法：选取成都市新都区下某社区医院在籍年龄 ≥ 65 岁的原发性高血压患者。回顾调查各个患者的各项基本资料，检查指标，调查患者的服药依从性，用SPSS软件对影响高血压患者服药依从性及中医体质展开数据统计分析研究。结果：调查结果显示：成都市新都区老年高血压患者的服药依从率为27.5%。通过研究老年高血压患者服药依从性与性别、年龄分析可知：性别影响患者的服药依从性；对 ≥ 65 岁老年高血压患者，年龄因素对服药依从性没有显著差异。每日服药次数1-2次时，患者的服药依从性越高；每日服药种类越多 ≥ 3 次时，患者服药依从性降低。不吸烟和经常锻炼的人服药依从性更好。通过患者是否享受门诊慢病政策表明：享受门诊慢病政策的患者服药依从性更高且差异性显著。

关键词：老年；高血压；服药依从性

高血压也称血压升高，是血液在血管中流动时对血管壁造成的压力值持续高于正常的现象。高血压常被称为“无形的杀手”，大多数患者可在没有任何症状的情况下发病。目前我国高血呈现“三高三低”情况，即患病率高、致残率高、致死率高。同时我国居民高血压呈现知晓率低、治疗率低、控制率低。目前我国居民高血压控制率低的原因有很多，主要分为患者主观原因及客观原因。主观原因主要包括患者治疗依从性差、症状不典型、合并超重、肥胖、代谢异常比率高等因素。客观原因主要是血压控制难度大、多种药物联合应用患者的血压控制仍不理想。通过查阅相关文献得知服药依从性差是血压控制率低的一个主要原因。

一、材料与方法

（一）诊断标准

结合欧洲心脏病学会、欧洲高血压病学会制定的《高血压病指南（2018）》^[1]、中国老年医学学会高血压分会制定的《中国老年高血压管理指南（2019）》^[2]，本文对老年高血压患者诊断标准分为两个方面：

一是大于或者等于65岁。

二是在未使用降压药物情况下，非同日测量3次血压，即：收缩压在140毫米汞柱以上，或者舒张压在90毫米汞柱以上。

（二）研究对象

本研究采取随机抽样的方法，抽取2022年10

月-2023年11月期间接受成都市新都区某社区管理的老年原发性高血压患者。

纳入标准：

1. 患者年龄均 ≥ 65 岁；
2. 参照《中国老年高血压管理指南（2019）》^[2]；符合老年高血压的诊断标准；
3. 至少在该社区居住时间 ≥ 6 个月（为了确保患者定点在该社区医院复诊及社区医生定时了解患者血压、生活方式等情况）；
4. 调查期间至少持续治疗高血压并服用至少1种降压药物。

排除标准：

1. 排除同时具有两种及两种以上的中医体质的患者；
2. 存在严重听力障碍或者语言表达障碍患者；
3. 存在严重认知功能不足的患者。

（三）调查项目及指标

1. 基本信息

个人基本信息表包括：性别（男or女）、年龄（ ≥ 65 岁）、每日服药次数、服药数量、是否享受慢性病特殊门诊（是or否）等。

2. 血压测量方式

由专业的全科医师集中为老年高血压患者测量血压。

测量仪器：使用同一品牌、同一型号的上臂式医用电子血压计（脉搏波医用血压计型号、规格：RBP-300）

测量时要求：嘱患者禁饮咖啡、茶叶等。避免剧烈运动。安静放松3-5分钟后测量血压。

3. BMI指数判定标准

体重指数采用国际通用测量方法，即测量身高、体重之间的关系，BMI等于体重(kg)除以身高(m²)程度的标准，国内BMI参考标准以WHO为标准，结合国内实际情况进行了一定调整，具体如下：

表1 BMI健康状况对照表

状况	世卫组织标准	国内标准
较低	< 18.5	< 18.5
正常	18.5-24.9	18.5-23.9
超重	25-29.9	24-26.9
肥胖	≥ 30	≥ 27

(四) 研究内容

本研究通过集中调查对患者进行中医体质辨识。通过国家公共卫生系统中的体检信息，对患者的一般信息、不同的生活习惯方式、各种实验室检查结果进行收集。本研究采用Morisky服药依从性量表，探讨药物治疗的遵医行为。

(五) 数据整理及统计学处理

由参与本研究的医生、护士核对数据准确无误后将一般资料，依从性量表、中医体质量表结果录入数据库。统计软件使用SPSS 25。在统计学的应用方面，进行了组间对比；两组之间的计量资料存在明显的差异，以 χ^2 检验进行，若 $P < 0.05$ ，认为具有显著的统计学意义。

二、研究结果及讨论

(一) 一般人口学资料

表2 调查对象基础资料

项目	组别	人数 (n)	比例 (%)
性别	男	440	40
	女	659	60
年龄	65-79	885	80.5
	80+	214	19.5
文化程度	文盲	673	61.2
	有教育史	426	38.8
锻炼情况	锻炼	362	32.9
	不锻炼	737	67.1
饮酒情况	饮酒	206	18.7
	不饮酒	893	81.3
吸烟情况	吸烟	271	24.6
	不吸烟	828	75.4

项目	组别	人数 (n)	比例 (%)
是否享受门诊慢性病补贴	是	398	36.2
	否	701	63.8
每日服药次数	1	763	69.4
	2	255	23.2
	≥ 3	81	7.4
服药数量	1	619	56.3
	2	371	33.8
	≥ 3	109	9.9

筛选有效病例1099份，在所调查的全部高血压患者中，具体情况见表2。其中男性440例占比40%，女性659例占比60%；年龄在65-79岁的患者居多，合计占比80.5%；未接受文化教育的有673例、占比61.2%；享受特殊门诊政策患者398例、占比36.2%。

(二) 老年高血压人群中中医体质及服药依从性与年龄、性别探讨

表3 不同年龄和性别的老年高血压患者服药依从性

因素		例数 (n)	依从性好 (n)	比例 (%)	χ^2 值	P值
性别	男	440	99	22.5	9.13*	0.003
	女	659	203	30.8		
年龄	65-79	885	240	27.1	0.297	0.609
	80+	214	62	29.0		

注：*为显著性差异， $P < 0.05$

从性别比较，男性患者中依从性好的比例仅22.5%，与女性高血压患者相比，其依从性更低，有显著性差异($P < 0.05$)。年龄因素比较，≥65岁老年患者在80岁前后其年龄因素无显著性差异($P > 0.05$)。

(三) 服药次数和种类对服药依从性的影响探讨

在高血压患者治疗相关因素上，服药次数与服药依从性具有相关性，即服药次数大于3(含)次/天患者服药依从性低于服药次数1次/天的患者。患者服药的种类多、次数多、方法复杂，造成漏服或者拒服。从而使患者的服药依从性下降。从国外研究来看，O Adejumo^[3]等学者(2017)对尼日利亚贝宁大学超过200名高血压患者展开，研究指出使用利尿剂的患者占比最高、达64.7%，对于联合用药高血压患者，利尿剂+ACEI或ARB类项目使用比例最高、为19.2%。K K Lim^[4]等(2015)采用调查研究法，对马来西亚初级卫生诊所高血压患者用药情况进行分析，收集样本614例，其中，单一用药患者比例为53.1%，联合用药患者比例为46.9%。

本研究对患者每日服用药物次数和数量分别进行统计, 见图3-5, 每日服药次数中, 服用1次为70%, 2次为23%, 3次及以上为7%。可以看出每日服药次数1次为绝大多数患者。服药数量中, 服用1种为56%, 服用2种为34%, 3种及以上为10%。

表4 不同服药次数和种类老年高血压患者

服药依从性情况						
因素		例数 (n)	依从性好 (n)	比例 (%)	χ^2 值	P值
每日服药次数	1	763	212	27.8	11.771*	0.003
	2	255	71	27.8		
	≥3	81	19	23.4		
每日服药种类	1	619	186	30.0	18.712*	0.000
	2	371	105	28.3		
	≥3	109	11	10.1		

注: *为显著性差异, $P < 0.05$

通过对每日服药次数和服药数量进行统计分析, ≥65岁老年患者中, 每日服药次数差异显著 ($P < 0.05$), 每日服药数量显示, 服药数量增加, 依从性降低, 且具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

(四) 是否享受门诊慢病政策探讨

高血压作为一种常见的慢性病, 其治疗的持续性和规范性对于预防并发症至关重要。然而, 由于经济负担原因, 许多患者未能坚持服药或停药, 从而导致服药依从性降低, 我国政府采取了一系列措施来改善患者因为经济负担而导致依从性降低的现状, 例如, 将高血压纳入医保报销范围, 大大减轻了患者的经济负担, 但目前享有门诊慢病政策患者也并非完全覆盖。

本次调研患者中享受门诊慢病政策患者有398人, 占比36%, 未享受政策患者为701人, 正比64%。见表4。

表4 是否享受门诊慢病政策患者服药依从性对比

因素		例数 (n)	依从性好 (n)	比例 (%)	χ^2 值	P值
是否享受政策	是	398	144	36.2	24.255*	0.000
	否	701	157	22.4		

注: *为显著性差异, $P < 0.05$

通过对比, 发现享受慢病政策患者中, 服药依从性显著高于没有享受政策的患者, 且差异显著 ($P < 0.05$)。这也提示门诊慢病政策的实施, 特别是那些针对高血压等慢性病的报销政策, 显著提高了患者的服药依从性。这不仅减轻了患者的经济压力, 也促进了其按照医嘱正确服药, 从而有效控制疾病, 预防并发症的发生。

(五) 老年高血压人群服药依从性与生活方式探讨

回访以生活习惯(是否锻炼, 是否饮酒和是否抽烟)为影响因素, 服药依从性情况见表5。

表5 不同生活习惯老年高血压患者服药依从性情况

因素		例数 (n)	依从性好 (n)	比例 (%)	χ^2 值	P值
饮酒	是	206	63	30.1	1.225	0.299
	否	893	239	26.8		
吸烟	是	271	51	18.8	13.537*	0.000
	否	828	251	30.3		
锻炼	是	362	157	43.4	68.399*	0.000
	否	737	145	19.7		

注: *为显著性差异, $P < 0.05$

通过分析发现, ≥65岁老年患者, 饮酒对于患者服药依从性影响不显著 ($P > 0.05$), 吸烟人群中, 不吸烟有助于依从性提高, 不吸烟和吸烟相比依从性更差且结果显著 ($P < 0.05$), 体育锻炼中, 加强体育锻炼的人其服药依从性和不锻炼的人相比更优且有显著性差异 ($P < 0.05$)。

高血压患者往往面临着巨大的生活压力和焦虑情绪, 这些情绪状态不仅影响患者的生活质量, 体育锻炼往往可以成为一种有效的心理调节工具, 帮助患者缓解压力、改善情绪。适量的体育活动能够增强患者的幸福感, 减少抑郁和焦虑情绪, 进而提高患者对治疗的满意度和依从性。而吸烟带来的并发症等因素也可能让患者产生错误的认知, 进而导致依从性降低。

(六) 老年高血压人群中中医体质及服药依从性与BMI、肥胖探讨

回访以腹型肥胖和BMI为影响因素, 服药依从性见表6。

表6 不同肥胖因素老年高血压患者服药依从性情况

因素		例数 (n)	依从性差 (n)	依从性好 (n)	χ^2 值	P值
腹型肥胖	肥胖	657	545	112	89.214*	0.000
	正常	442	252	190		
BMI	≥24	693	550	143	44.099*	0.000
	<24	406	247	159		

注: *为显著性差异, $P < 0.05$

腹型肥胖的老年患者相比于正常的患者其具有显著性差异 ($P < 0.05$), 服药依从性更差。BMI测算≥24的患者和<24的患者相比, 服药依从性更差且具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

三、治疗展望

有学者在2020年对28个省市110多万健康体检者进行了问卷调查,发现高血压知晓率为33.8%,治疗率为25%,控制率为9.7%。然而农村地区这些比例将更低,这就更加明确了社区医院的职能职责,就是要突出防治“高三低”问题。当然,社会、家庭支持是提升社区高血压诊疗管理水平的关键要素,如果将中医体质辨识与现代诊疗技术结合起来,综合建立因人、因时、因地治宜的高血压治疗方案,可以有效减少心脑血管病发生,持续提升社会居民生活水平及生活质量,进而提升病患服药依从性,彰显中医简便、效廉等特点,值得大力推广与实践。

本研究中,社区老年高血压患者服药依从性有待提高,WHO指出,与研发一种新的治疗手段相比,在全世界范围内提升患者对当前治疗的依从性所获得的健康效益更大。作为决定药物治疗是否有效的关键环节,服药依从性越来越受到研究者的关注。社区老年高血压患者

服药依从性依然有待进一步提高。

参考文献

- [1] 国家老年疾病临床医学研究中心中国老年心血管病防治联盟, 中国老年医学学会高血压分会, 李鹏. 中国老年高血压管理指南2019[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(1): 23.
- [2] 李苏宁, 陈祚, 王增武等. 我国老年人高血压现状分析[J]. 中华高血压杂志, 2019, 27(2): 140-148.
- [3] O Adejumo, Okaka E, Iyawe I. Prescription pattern of antihypertensive medications and blood pressure control among hypertensive outpatients at the University of Benin Teaching Hospital in Benin City, Nigeria[J]. Malawi Med J, 2017, 29(2): 113-117.
- [4] K K Lim, Sivasampu S, Khoo E-M. Antihypertensive drugs for elderly patients: a cross-sectional study[J]. Singapore Med J, 2015, 56(5): 291-297.