

高血压患者药物治疗依从性调查

黄村华 陈金山 黄 蕾 丘毅铭

摘 要 目的:了解高血压患者的服药依从性及其影响因素。方法:采用现场测量和问卷相结合对 348 名高血压患者进行调查。结果:平均依从性为 36.21%,经干预措施后提高到 45.69%,不同年龄间依从性有差别 ($P < 0.001$)。药物依从性主要与高血压防治知识、服药习惯、药物不良反应、经济状况、给药方式和服药种类以及医患关系有关,而与性别、职业、文化程度无明显关系。依从性好的患者血压控制佳,波动幅度小;依从性差者血压控制不佳,波动幅度大。结论:高血压患者药物治疗依从性的影响因素较多,应加大力度,综合干预。

关键词 高血压 病人依从 药物疗法 因素

高血压是心血管疾病的主要危险因素之一,大量研究证明,降压治疗可以有效减少心脑血管事件和死亡的发生^[1]。血压有效控制的关键,取决于患者服药的依从性。为此,我们对门诊高血压患者的服药依从性及其影响因素进行了调查分析,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象 选择 2001 年 6 月至 2004 年 3 月在我院门诊就诊的高血压患者 348 例,符合 1999 年中国高血压防治指南诊断标准。患者年龄 35~75 岁,神志清楚,生活能自理,除外继发性高血压。

1.2 调查方法 对符合入选条件的患者采用现场测量和问卷调查相结合的方法,部分患者行动态血压监测。于门诊就诊 2~3 个月进行第 1 次调查,经干预措施(发放宣传材料、科普讲座、电话咨询随访每月 1~2 次等)后 2~3 个月进行第 2 次调查。调查内容包括年龄、性别、职业、文化程度、高血压防治知识、经济状况、伴随疾病、服药习惯、用药情况、药物不良反应、经治医生情况等。

1.3 依从性判定 患者严格按照医嘱进行服药,服药量达到处方量的 80% 以上为依从性好;服药量低于处方量的 80% 为依从性差^[2]。

1.4 资料分析 率的显著性比较用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 不同年龄组患者服药依从性情况 见表 1。

2.2 服药依从性差的患者原因分析 见表 2。

2.3 依从性不同的患者动态血压比较 见表 3。

3 讨论

依从性差可对患者健康以及健康保健系统的医疗支出产生不良影响,WHO/ISH 指导原则指出,对治疗的依从性差是造成世界范围内 70%~75% 的高血压患者未得到治疗或血压控制不良的原因之一。

表 1 不同年龄组高血压患者服药依从性情况

年龄组 (岁)	调查 人数	依从性(%)		χ^2 值	P 值
		第 1 次 [△]	第 2 次 ^{△△}		
35~44	67	17.91	22.39	0.418	> 0.05
45~64	125	31.20	40.00	2.111	> 0.05
≥65	156	48.08	60.26	4.661	< 0.05
合计	348	36.21	45.69	6.471	< 0.05

注:3 组间比较, $\Delta \chi^2 = 19.04$, $P < 0.001$; $\Delta \Delta \chi^2 = 29.57$, $P < 0.001$

表 2 高血压患者服药依从性差原因分析

依从性差原因	构成比[% (例)]		
	第 1 次	第 2 次	平均
认为不需要治疗	7.21(16)	6.35(12)	6.81(28)
认为已治愈	33.78(75)	29.10(55)	31.63(130)
没有服药习惯	17.58(39)	16.40(31)	17.03(70)
药物不良反应	13.51(30)	10.05(19)	11.92(49)
经济困难	5.85(13)	6.88(13)	6.33(26)
给药方式和服药种类	13.06(29)	14.81(28)	13.87(57)
医患关系	7.21(16)	8.99(17)	8.03(33)
其他	1.80(4)	4.84(14)	4.38(18)
合 计	100(222)	100(189)	100(411)

表 3 不同依从性患者动态血压值参数 $\bar{x} \pm s$, mmHg

血压	依从性		t 值	P 值
	依从性差 (n=64)	依从性好 (n=55)		
24 h SBP	131.03 ± 14.31	124.86 ± 14.46	1.81	< 0.05
24 h DBP	83.25 ± 11.28	77.60 ± 10.99	2.41	< 0.01
白昼 SBP	136.09 ± 14.03	127.93 ± 14.44	3.27	< 0.01
白昼 DBP	86.88 ± 9.93	79.56 ± 11.98	3.31	< 0.01
夜间 SBP	127.74 ± 11.69	118.78 ± 14.01	2.85	< 0.01
夜间 DBP	80.84 ± 10.32	72.65 ± 10.12	3.36	< 0.01
夜间血压下降率				
SBP(%)	6.13 ± 4.36	7.18 ± 4.59	1.53	> 0.05
DBP(%)	6.98 ± 3.72	8.64 ± 4.16	2.01	< 0.05

从本调查结果看,高血压患者药物治疗依从性为 36.21%~45.69%,低于国外报道^[3]。究其原因,年龄是影响依从性的一个非常重要的因素。3 组病人资料显示,服药依从性随年龄增长而提高,35~44 岁组为 17.91%~22.39%,45~64 岁组为 31.20%~40.00%,

而 ≥ 65 岁组则达 48.08%~60.26%，说明大龄患者更为珍惜生命，而中青年患者为高血压治疗的薄弱环节，考虑到该人群中高血压患病率在不断增加，加强对他们的管理应作为工作重点之一。进一步分析显示依从性与患者性别、职业、文化程度无明显关系。

在对依从性差的患者进行分析时，发现高血压防治知识是主要影响因素之一，7.21%的患者认为不需要服药治疗，33.78%认为已经治愈，经干预措施后仍达 6.35%和 29.10%，两者合计占 38.44%。另一主要因素是患者没有服药习惯，由于高血压病程长，许多病人症状轻甚至无症状，因而缺乏耐心，常因种种原因忘记按时服药，本组平均达 17.03%。一些患者甚至部分医务人员的高血压患者根据旧的医学科普书籍或专业书籍所介绍的高血压诊断标准衡量自己的血压控制水平，认为血压已达标。因此，医务人员本身要加强业务学习，更新知识，同时对患者应加强健康教育，普及高血压知识，让患者知道目前高血压诊断标准、高血压危险因素以及不治疗或血压控制不达标可能的危害，要对血压跟踪监测，通过血压水平的有效控制，减慢其危险度的升级速度。

药物不良反应在第 1 次调查时占 13.51%，第 2 次调查时占 10.05%，平均 11.92%。因此，医生在随诊时要注意询问和评估，服药前要告诫病人可能出现的不良反应和处理方法，出现严重不良反应时应及时更

换降压药物。平均 13.87% 的患者服药依从性差与给药方式和服药种类有关。调查发现，每日服药次数 3~4 次者较服药 1~2 次者依从性差，服药种类达 4 种以上者依从性差。许多病人尤其是老年高血压患者常有其他伴随疾病，医生开处方时应尽量减少药物种类，若经济条件许可，应使用长效降压药物以减少服药次数。平均 6.33% 的患者服药依从性差是由于经济困难，低于相关报道^[2]。8.03% 与医患关系有关，调查发现，在专家门诊和高血压专科门诊就诊，经治医生知名度较高，医患关系融洽者有较高的依从性。还有 4.38% 为其他因素，如家住偏远乡镇、就医不便、家庭关系不和睦、鳏寡独居等。

总之，本调查结果显示，高血压患者服药依从性的影响因素比较多，提高服药依从性，进而提高血压控制率，降低由此引发的心血管并发症，应当从“知、信、行”三个方面着手，加大干预力度，这需要患者、医生和社会的积极参与。

4 参考文献

- 1 张维忠. 美国和欧洲高血压治疗指南评析. 中华心血管病杂志, 2003, 31(9): 650-652
- 2 戴俊明, 傅华, 沈贻谔. 原发性高血压药物治疗依从性研究. 中国慢性病预防与控制, 2000, 8(3): 143-145
- 3 Payne KA, Esmonde-White S. Observational studies of antihypertensive medication use and compliance: is drug choice a factor in treatment adherence? Curr Hypertens Rep, 2000, 2(6): 515-524

(收稿 2004-07-13)

麻痹性痴呆 2 例

周元林 王亮

例 1 女, 50 岁, 2003 年 7 月份起家属发现其生活懒散、少言少语、记忆力减退。在当地医院诊治, 考虑“抑郁症”, 予以佳静安定、路滴美等治疗, 症状无改善。后渐出现性格改变、不注意衣着、思维散漫、行为幼稚。2004 年 1 月份住我院查血清梅毒螺旋体血凝试验 (TPPA) > 1:80, 血浆快速反应素试验 (RPR) (+), 脑脊液 RPR (+), RBC $108 \times 10^6/L$, WBC $20 \times 10^6/L$, 蛋白 778 mg/L, 糖、氯化物正常。头颅 MRI 示: 双侧脑室旁及额叶多发缺血梗死灶、脑萎缩。入院后诊断为“麻痹性痴呆”。予罗氏芬、青霉素抗梅毒螺旋体及氯丙嗪、氯硝安定等对症处理, 症状无明显改善。

例 2 男, 39 岁, 2002 年 10 月开始出现失眠、发呆、猜疑, 自觉他人有不利己的行为, 2 个月后出现近事记忆下降、情感淡

漠或言语增多。在当地医院诊断为“精神分裂症”, 予氯丙嗪等治疗, 症状有所改善。但 2003 年 2 月份病情进一步加重, 近事遗忘更加明显伴有幻视、幻听、被害妄想, 生活不能自理, 故到我院就诊。查血清 TPPA 1:80, RPR 1:32, 脑脊液 TPPA 1:80, RPR 1:32。头颅 MRI 示: 右颞叶异常信号。追问病史, 患者 5 年前有生殖器溃疡史, 当时未正规治疗。2 年前有突发神志不清、四肢抽搐、大小便失禁病史, 数分钟后转醒, 当时头颅 CT、脑电图均无特殊。入院后诊断为“麻痹性痴呆”, 予甲强龙及罗氏芬治疗, 症状改善。2003 年 8 月复查脑脊液 TPPA 1:80, RPR 1:16, 2004 年 2 月份复查脑脊液 TPPA 1:80, RPR (-), 目前近事遗忘仍较明显, 但尚能胜任日常工作。

讨论 麻痹性痴呆是由梅毒螺旋体侵入中枢神经系统引起的慢性脑膜脑炎, 因破坏了皮质的神经元细胞而出现精神神经功能障碍。约占梅毒感染的 5%~10%, 平均潜伏期 10~15 年, 男性多于女

性, 男女比例约为 3:1。本型起病缓慢, 精神障碍为最早症状。一般表现为智能障碍、个性改变、痴呆、夸大妄想、欣快, 部分表现为抑郁。除精神症状外, 部份病人有癫痫发作或卒中样发作, 突然出现偏瘫、失语。此外, 还可出现阿罗氏瞳孔, 视神经萎缩, 面、唇、舌、手指震颤。随着病情恶化, 痴呆日益明显, 大小便及日常生活不能自理, 未经治疗者, 从发作到死亡为数月至 4~5 年。因梅毒所致的痴呆是可治的痴呆, 故早期诊断意义较大。又因本病早期症状不典型, 表现可与任何功能性与器质性精神障碍相类似, 而脑电图、头颅 CT、MRI 等影像学又缺乏特异性, 故可能误诊为精神分裂症、抑郁症。本文 2 例早期均无得到确诊。必须看到, 近年由于性病增多, 麻痹性痴呆也有增多的可能, 在临床工作中, 对痴呆患者进行鉴别诊断时应当想到此病可能, 尽早行血清和脑脊液 TPPA、RPR 检测, 以防误诊、漏诊。

(收稿 2004-07-06)

作者单位: 317000 浙江省台州医院神经内科 (周元林); 200040 上海华山医院神经内科 (王亮)