

## • 社区康复 •

## 1574 例社区门诊高血压病血压控制不达标状况及原因探讨

毛伯根, 杨曼瑾, 薛敏, 张华, 沈铿慈, 张玉媛

[摘要] 目的 探讨社区门诊高血压病治疗中, 血压控制不达标的原因。方法 2001 年 1 月 ~ 2006 年 12 月, 在本社区门诊符合中国高血压防治指南诊断标准的高血压患者共 2798 例。在治疗过程中, 对其中 1574 例经反复诊治血压仍处于不达标状态的患者, 采用询问病情、随访的方法分析不达标的原因。结果 血压控制不达标主要与下列因素有关: 患者依从性差, 不积极进行生活方式的干预, 不严格按照医嘱服药治疗; 医护人员对高血压病的防治业务欠熟悉, 治疗不够规范。结论 患者对高血压病知识了解认识不足, 依从性差, 治疗不够规范是社区门诊高血压病患者控制不达标的主要原因。

[关键词] 社区门诊; 高血压病; 控制; 达标

Status of Blood Pressure Controlling in 1574 Community Outpatient with Hypertension MAO Bo-gen, YANG Man-jin, XUE Min, et al. The Department of Internal Medicine, the Lin fen Hospital of Zhabei District of Shanghai City, Shanghai 200435, China

**Abstract: Objective** To investigate the reasons of blood pressure not reached standard in community outpatients with hypertension. **Methods** During January 2001 to December 2006, 2798 patients fitting the China hypertension guide standard providing prevention and curing were involved in this study. From them, 1574 cases were treated repeatedly, and the blood pressure did not continuously reach the controlled standard. The reasons were analyzed by regular visiting and correspondence with patients. **Results** The reasons of blood pressure not reached controlled standard related with chiefly the following factors: patient had bad compliance, and not positively intervened the way of life, and not took medicine according to the doctors advice; doctors were not familiar with the methods of preventing hypertension and the treatment was nonstandard. **Conclusion** The reasons of blood pressure not reaching standard in community outpatients with hypertension mainly are that the patients have poor knowledge about hypertension and compliance, and the treatment is nonstandard.

**Key words:** community outpatient service; hypertension; control; reaching the standard

[中图分类号] R544.1 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)02-0193-03

[本文著录格式] 毛伯根, 杨曼瑾, 薛敏, 等. 1574 例社区门诊高血压病血压控制不达标状况及原因探讨[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(2): 193-195.

高血压病是社区门诊的常见病, 在老年人群中的发病率较高, 但近年来该病有年轻化的趋势。治疗高血压病的主要目的之一, 是将血压尽可能控制到正常水平, 或接近正常水平, 从而有效阻止和延缓慢性并发症的发生。但有部分人群的治疗效果不佳。笔者对我院门诊 1574 例治疗不达标高血压病例进行分析, 探讨提高高血压病治疗达标率的措施。

## 1 资料与方法

1.1 研究对象 2001 年 1 月 ~ 2006 年 12 月在本院门诊治疗的高血压病患者 2798 例, 绝大部分为本社区居民, 有 1574 例 (56.26%) 经反复治疗血压控制仍不达标, 其中男性 776 例 (49.30%)、女性 798 例 (50.70%), 年龄 18 ~ 101 岁, 平均 56 岁, 高血压病史平均 6.26 年, 其详细资料见表 1。

1.2 诊断标准 所有患者均符合 2005 年《中国高血压防治指南》诊断标准: 在未用抗高血压药情况下, 收

缩压  $\geq 140$  mmHg 和/或舒张压  $\geq 90$  mmHg。按血压水平将高血压分为 1 级 (收缩压 140 ~ 159 mmHg 或舒张压 90 ~ 99 mmHg)、2 级 (收缩压 160 ~ 179 mmHg 或舒张压 100 ~ 109 mmHg) 和 3 级 (收缩压  $\geq 180$  mmHg 或舒张压  $\geq 110$  mmHg)。收缩压  $\geq 140$  mmHg、舒张压  $< 90$  mmHg 为单纯性收缩期高血压。患者既往有高血压史, 目前正在应用抗高血压药, 血压虽然低于 140/90 mmHg, 亦诊断为高血压。

血压控制不达标标准为: 经社区门诊治疗后, 全年 1/4 以上时间仍然收缩压  $\geq 140$  mmHg 和/或舒张压  $\geq 90$  mmHg; 糖尿病和肾病患者收缩压  $\geq 130$  mmHg 和/或舒张压  $\geq 80$  mmHg; 60 岁以上老年人收缩压  $\geq 150$  mmHg。

1.3 血压检测方法 采取标准汞柱血压计和合适袖带, 患者至少安静休息 5 min, 在测量前 30 min 内禁止吸烟或饮咖啡, 排空膀胱; 测量时坐靠背椅, 裸露右上臂, 上臂同心脏处于同一高度, 收缩压取柯氏第 1 音, 舒张压取柯氏第 5 音, 上午测量坐位右肱动脉血压 3 次, 取平均值, 连续检测 3 个不同日的血压。

1574 例高血压病患者均在本院门诊定期复诊, 监

测血压。门诊医生通过询问病史和治疗,动态观察病程并进行随访。社区防保医生约每月对患者随访 1 次,内容为测血压、了解治疗用药情况、了解日常生活

方式和宣传高血压病防治知识。  
1.4 统计学处理 对收集的数据采用 Excel 2003 统计软件进行统计处理。

表 1 1574 例高血压病患者的一般资料[ n( % ,男/女)]

年龄(岁)	高血压 1 级	高血压 2 级	高血压 3 级	伴肾病、糖尿病	小计
18 ~ 30	17(1.08,9/8)	15(0.95,5/10)	0	2(0.13,0/2)	34(2.16,14/20)
31 ~ 50	128(8.13,63/65)	110(6.99,52/58)	14(0.89,9/5)	10(0.64,4/6)	262(16.65,128/134)
51 ~ 70	157(9.97,82/75)	331(21.03,181/150)	142(9.02,78/64)	36(2.29,21/15)	666(42.31,362/304)
71 ~ 90	94(5.97,41/53)	251(15.95,111/140)	141(8.96,62/79)	72(4.57,38/34)	558(35.45,252/306)
91 ~ 101	32(2.03,11/21)	16(1.02,6/10)	0	6(0.38,3/3)	54(3.43,20/34)
合计	428(27.19,206/222)	723(45.93,355/368)	297(18.87,149/148)	126(8.01,66/60)	1574(100,776/798)

2 结果

2.1 患者因素 大部分患者对高血压病认识不足;对控制过高血压是预防动脉硬化及心、脑、肾等重要脏器损害的医疗保健常识知晓率低;对长期药物治疗存在恐惧心理,总体来说,治疗依从性差。此类原因患者为 1306 例(83 %),其具体表现如下:①205 例(13 %) 对活动少、喜食油腻食品和高盐饮食等生活方式不作改变;②79 例(5 %) 用单一生活方式干预血压失败,不肯接受药物治疗,对长期服药心存顾虑,认为没有症状就可不治疗;③377 例(24 %) 不按医嘱服药,减量服用和少次服药,认为只要血压降到正常就可以停药;④173 例(11 %) 口服一种降压药物治疗效果不佳时,不愿联合使用降压药;⑤41 例(9 %) 怕药物有副作用,部分人认为用中药降压无副作用,认为珍菊降压片等中药复方制剂是纯中药,无副作用,尽管无疗效也拒绝西药治疗;⑥32 例(2 %) 误认为别人治疗有效的药物对自己也有效,在短期自服药物治疗无效后,认为自己的血压无法控制,不愿再调整治疗;⑦126 例(8 %) 患者特别是自费者,由于经济方面原因,尽管疗效不满意仍然服用便宜的或基础降压药,或者干脆拒绝治疗;⑧173 例(11 %) 在药物治疗期间不规范监测血压水平,不能及时正确合理调整治疗方案,降压治疗无效,自己却不知晓。

2.2 医护人员因素 部分社区医护人员对高血压病的防治业务还不够熟悉,治疗不规范,主要表现为:①47 人(3 %) 对 2、3 级高血压病患者尽管控制效果差,依然不采用联合用药;②79 人(5 %) 联合用药搭配不合理,采用同类或相似降压药合用;③16 人(1 %) 对利尿剂或  $\beta$  受体阻滞剂的使用有顾虑,怕造成血糖、血脂代谢紊乱;④47 人(3 %) 采用单纯药物治疗高血压,而不全面考虑其他有关的治疗,如生活方式干预、对糖尿病、高血脂和肥胖的控制等;⑤3 人(4 %) 未按照指南要求区别对待不同情况的高血压,按照不同的控制标准;⑥16 人(1 %) 对治疗高血压的新药物、新方法、新理论学习 and 了解滞后。以上各种因素合计 268 人(17 %)。

3 讨论

高血压病是常见多发心血管系统疾病,也是发生冠心病和脑血管意外的重要因素。治疗高血压的目的不仅仅是降低血压,还在于全面降低心、脑血管病的发生率、死亡率和致残率。因此,控制高血压是社区医疗保健工作的一项重要内容。有资料显示,2002 年我国的高血压疾病的平均知晓率为 30.2 %,治疗率为 24.7 %,控制率为 6.1 %<sup>[1]</sup>。本市邻近地区浙江省 11 个城市调查 2003 年的高血压疾病的平均知晓率为 56.6 %,治疗率为 44.9 %,控制率为 9.3 %<sup>[2]</sup>,与世界先进国家相比,落后甚远。笔者对本社区的门诊高血压病患者的资料统计后发现,门诊患者的达标控制率为 43.74 %,高于以上报道,可能与本社区为全国先进社区,卫生预防保健工作比较到位有关。

高血压能否有效控制,患者的治疗依从性非常重要。本组资料显示,83 % 的患者依从性差致使血压不能达标,其中不按医嘱服药的占 24 %,是主要原因。药物治疗依从性是指患者是否按医嘱进行药物的自我管理,主要包括:服药的数量、次数、间隔;有无擅自停用;使用医嘱外药物;有无其他和用药相抵触的行为,如酗酒、吸烟、观看易激动的影像等。年龄是影响依从性的一个非常重要的因素<sup>[3]</sup>,年龄长者依从性高。疾病症状对依从性也有影响,症状明显,对工作、生活有严重影响,患者的就医要求强烈,依从性必然加强。北京某社区经过对社区高血压患者的强化健康教育和管理,患者的依从性发生了很大的改变<sup>[4]</sup>,说明社区卫生健康教育的强化管理对提高患者的依从性有很大作用。

生活方式是产生高血压的重要原因。本组资料中部分患者(13 %) 的吸烟、酗酒、生活节奏快、工作压力大、缺少体力运动、不良饮食习惯等未得到改变,致使血压控制不良。一项统计分析显示,高盐饮食可使收缩压升高 5.58 mmHg,舒张压升高 3.5 mmHg<sup>[5]</sup>。上海地区虽属南方城市,但来自北方地区人口较多,存在一定的高盐饮食、酗酒等不良生活习惯,因此降低血压

首先应从改变不良生活习惯着手,而不是单纯的药物治疗。

本组资料显示,社区医护人员常年工作在基层,压力大、任务重、业务学习不足,不能及时掌握新的理论,加之不规范的治疗,这些原因使患者血压不能达标的比例占 17%。利尿剂和  $\beta$  受体阻滞剂可能对血糖代谢有影响,但小剂量应用无明显影响,最近的高血压防治指南<sup>[1]</sup>明确把这两种药列入基本用药,两者的组合不仅降压效果佳,而且价格低,适合在社区使用。利尿剂双氢克脲噻和血管紧张素受体抑制剂科素亚的复方制剂海捷亚是一种有效的治疗顽固性高血压新药,但部分患者服用医生处方开具的双氢克脲噻和科素亚,却不知道海捷亚。本市某市级医疗单位报道,2004 年抗高血压药品用量排序位于第一的是科素亚<sup>[6]</sup>,但在部分社区医生的问卷中,有相当部分被问者不知道科素亚的作用机理,不知道该药有肾脏保护作用,24 h 有效降压无咳嗽、头痛、水肿等优点。此外,对糖尿病、肾病、心功能不全、脑血管病等患者的高血压治疗、用药选择和达标要求,部分社区门诊医护人员不能很好掌握,有 4% 的患者因此血压控制未达标。

联合用药控制高血压是近年来国际上达成的普遍共识<sup>[7-9]</sup>,根据基线血压水平、有无靶器官损害和危险因素,选用单药或联合用药治疗。为达到几周内逐渐将血压降至目标水平,大部分患者需要服用 1 种以上的降压药<sup>[1]</sup>。我们在随访中发现,相当部分诊断为 2 级、3 级高血压或血压高于正常范围 20/10 mmHg 的患者仍然应用单种药治疗,以致血压控制不能达标。这里有患者方面的原因(占 11%),也有医生主导方案欠妥的原因(占 3%)。联合用药的原则为:①选择药代动力学和药效学可互补的药物;②避免联合运用降压原理相同或相近的药物;③协同作用可提高疗效;④可减少各个药物的用量,从而降低各自的副作用;⑤简化治疗方法,降低费用;⑥尽可能长、短效药物结合,均匀降压。有研究显示,约 78.31% 的患者需要两种以上降压药物联合治疗,平均服药种类  $(2.19 \pm 0.86)$  种/例<sup>[10]</sup>。联合用药搭配不合理是本组患者治疗不规范的主要原因之一,占 5%。如络活喜和尼群地平同类药同用;常药降压片和珍菊降压片或复方降压片和北京 0 号配伍,都是社区门诊常见的不合理处方。

高血压控制率低是高血压病治疗中的一大难题。

在大型临床试验中,经过严格联合用药治疗和随访观察,仍有 10%~20% 的患者降压不能达标<sup>[11]</sup>。有学者就此提出了个体化治疗的观点,但受国力、经济、技术等方面的限制,严格的个体化治疗任务相当艰巨。另外,各类抗高血压药的副反应也影响患者的治疗,如临床上常用药之一血管紧张素转换酶抑制剂就存在咳嗽、高钾血症、血管性水肿、致胎儿畸形等副作用<sup>[12]</sup>。但只要社区医务工作者能够认真分析目前高血压治疗中不尽人意的种种原因,在力所能及的条件下予以纠正,我国的高血压治疗达标率与世界先进国家的距离就一定能够大大缩短。

#### [参考文献]

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 [J]. 中华高血压杂志, 2005, 13: 3-39.
- [2] 徐小玲, 唐新华, 金宏义. 浙江省社区人群高血压患病率、知晓率、服药率和血压控制状况分析 [J]. 中国心血管杂志, 2005, 10: 36-39.
- [3] 王熙福, 王坚平, 欧阳荣超, 等. 社区高血压患者依从性的观察 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2005, 7: 59.
- [4] 李燕娜, 候武姿, 武琳, 等. 社区高血压人群强化管理后依从性的改变 [J]. 中华全科医师杂志, 2003, 2: 61-62.
- [5] Alam S, Johnson AG. A meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) among healthy normotensive and essential hypertensive elderly patients to determine the effect of high salt (NaCl) diet of blood pressure [J]. J Hum Hypertens, 1999, 13: 367-374.
- [6] 沈伟芳, 李玲. 口服抗高血压药的临床应用分析 [J]. 社区卫生保健, 2006, 5: 217-218.
- [7] 黄平. 老年人高血压治疗新进展 [J]. 中华老年医学杂志, 2004, 23: 60-62.
- [8] 稽金芳, 刘兆旭. 老年高血压诊治新观点 [J]. 中国心血管杂志, 2005, 10: 228-230.
- [9] 杨伟光, 吕国良. 老年高血压康复治疗的现状 [J]. 中国康复, 2005, 20(4): 244-246.
- [10] 樊瑾, 司全金. 高龄男性原发性高血压患者降压药物应用现状 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2005, 7: 163-165.
- [11] 廖玉华, 周子华. 个体化降压治疗的分子生物学基础 [J]. 中华心血管病杂志, 2005, 33: 666-669.
- [12] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 血管紧张素转换酶抑制剂在心血管病中运用中国专家共识 [J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35: 97-106.

(收稿日期: 2007-06-05)