

# 基于风险因素强化干预策略对 40 ~ 50 岁高血压人群服药依从性的影响

黄琦<sup>1</sup>, 张海宇<sup>2</sup>, 吴奇<sup>1</sup>, 肖茜<sup>1</sup>

(成都医学院第二附属医院 核工业四一六医院, 1. 心血管内科; 2. 护理部, 四川 成都 610051)

**【摘要】目的:** 探讨基于风险因素强化干预策略对 40 ~ 50 岁高血压人群服药依从性的影响。**方法:** 选取 100 例 40 ~ 50 岁男性原发性高血压患者为研究对象, 根据干预措施不同分为观察组与对照组, 每组各 50 例。观察组患者采取基于风险因素强化干预策略; 对照组接受常规护理干预。比较两组患者出院时、出院后 1、3、6 个月血压、高血压治疗依从性量表 (TASHP) 评分; 随访结束时患者自我管理行为评分、生活质量、血压达标率及护理满意率。**结果:** 出院时、出院后 1、3、6 个月观察组患者收缩压、舒张压低于对照组 ( $P < 0.05$ ), TASHP 评分高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 6 个月随访结束时, 观察组患者自我管理行为评分、生活质量评分、血压达标率、护理满意率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 采用基于风险因素强化干预策略对 40 ~ 50 岁高血压人群进行干预, 有利于提高患者的服药依从性, 改善血压水平。

**【关键词】** 风险因素; 护理干预; 高血压; 服药依从性

**【中图分类号】** R193 **【文献标志码】** A

## Effects of intensive intervention strategy based on risk factors on medication compliance in hypertension patients aged 40-50 years

HUANG Qi<sup>1</sup>, ZHANG Hai-yu<sup>2</sup>, WU Qi<sup>1</sup>, XIAO Qian<sup>1</sup>

(1. Department of Cardiovascular Medicine; 2. Department of Nursing, the Second Affiliated Hospital of Chengdu Medical College, Nuclear Industry 416 Hospital, Chengdu 610051, Sichuan, China)

**【Abstract】Objective:** To explore the effects of intensive intervention strategy based on risk factors on medication adherence in hypertension patients aged 40-50 years. **Methods:** A total of 100 male patients with essential hypertension (EH) aged 40-50 years were enrolled as the research objects. They were divided into observation group and control group according to different intervention measures, 50 cases in each group. The patients in observation group were given intensive intervention strategy based on risk factors, while those in control group were given routine nursing. The changes of blood pressure and TASHP scores at discharge, 1 m, 3 m and 6 m after discharge, score of self-management behaviors at the end of follow-up, quality of life, control rate of blood pressure and nursing satisfaction rate were compared between the two groups. **Results:** At discharge, 1 m, 3 m and 6 m after discharge, systolic blood pressure and diastolic blood pressure in observation group were lower than those in control group, while TASHP scores were higher than those in control group ( $P < 0.05$ ). After 6 months of follow-up, scores of self-management behaviors and quality of life, control rate of blood pressure and nursing satisfaction rate in observation group were higher than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The intensive intervention strategy based on risk factors is beneficial to improve medication compliance and blood pressure in hypertension patients aged 40-50 years.

**【Key words】** Risk factor; Nursing intervention; Hypertension; Medication compliance

随着原发性高血压 (essential hypertension, EH) 发病群体的不断扩大, 已逐渐成为一个公共卫生问题。EH 的进展与多种心血管疾病有着密不可分的关系, 成为影响患者自然寿命的重要原因<sup>[1]</sup>。目前, EH 治疗以连续性用药干预、生活干预为主。然而, 我国 EH 患者普遍存在知晓率低、服药率低及控制率低的现象, 患者服药依从性不高, 血压控制情况

理想<sup>[2]</sup>, 且随着发病趋势的年轻化, > 40 岁人群的发病率逐渐升高, 此年龄段患者作为当今社会、家庭的重要支柱, 如不进行干预, 势必对家庭乃至社会造成不良影响<sup>[3]</sup>。本研究旨在探讨基于风险因素强化干预策略对 40 ~ 50 岁高血压人群服药依从性的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020年1月至2020年12月成都医学院第二附属医院收治的100例40~50岁男性EH患者为研究对象,根据干预措施不同分为观察组与对照组,每组各50例。本研究符合《赫尔辛基宣言》,患者均自愿签署协议,两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。纳入标准:(1)符合EH的诊断标准<sup>[4]</sup>;(2)高血压分级为3级;(3)年龄40~50岁;(4)EH确诊时间1~12个月;(5)住院患者;(6)具备一定的阅读、理解能力。排除标准:(1)继发性高血压;(2)伴有糖尿病、脑卒中、心肌梗死等;(3)精神障碍、视听觉障碍、昏迷等。

表1 两组患者一般资料比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	年龄(岁)	病程(月)	学历(例)			家族史(例)	
			初中及以下	高中/中专	大专及以上	有	无
观察组(n=50)	45.74±2.29	6.39±2.48	13	25	12	6	44
对照组(n=50)	46.48±2.35	7.17±2.46	16	22	12	10	40
$\chi^2$ 值	1.595	1.579	0.502			1.190	
P值	0.114	0.118	0.778			0.275	

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 患者接受常规护理干预,具体为:(1)积极疾病指导:入院后发放高血压健康管理手册,向患者讲解高血压的病因、危害、并发症、治疗方法、药物使用方法及注意事项、健康生活方式及定期血压监测的重要性;(2)饮食干预:督促患者调整饮食习惯,限制钠盐摄入量,坚持低盐、高蛋白、高维生素饮食;(3)生活方式干预:要求患者戒烟戒酒、积极控制体质量,保持良好心态并形成规律的作息习惯;(4)用药指导:告知患者坚持服药对血压控制的重要性,适用药物的常见种类、用法、注意事项及不良反应;(5)自我血压检测管理。指导患者电子血压计、家庭血压计的使用方法,鼓励患者制作血压监测日记作为用药或治疗方法调整依据;(6)运动干预:评估患者的运动耐量及运动习惯,制定适合患者的运动时间、运动轻度、运动方式;(7)出院后每月进行电话或门诊随访,监督患者遵医嘱服药。

1.2.2 观察组 患者接受基于风险因素强化干预策略:干预实施前,分析观察组患者的TASHP调查量表,根据量表各维度分值及总分分析所有患者的共性问题及每位患者的个性问题,并从遵医嘱服药行为、不良服药行为、生活习惯管理、烟酒嗜好管理四个方面对患者进行强化干预策略。具体为:(1)强

化健康教育:除了入院时的系统性健康教育及每周一次的高血压专题讲座外,还可进行“一对一”问答式健康教育,该问答大致分为三个环节:①问答开始后先由护理人员介绍本次问答的大致内容、目的及意义,了解患者、家属现阶段治疗需求及顾虑、生活习惯、职业或家庭背景灯,以获取患者的积极配合;②引导患者及其家属主动提出对疾病及其治疗方式、健康管理方面疑问,健康教育者逐一回答解惑,或由健康教育者从目前血压水平、使用药物种类、膳食及作息情况、自主监测情况等角度向患者发出提问,根据患者回答内容对其不足之处进行纠正和补充;③问答完成后,鼓励患者自行抒发在血压管理过程中的感受及在住院期间参与本科室高血压健康教育活动的感受和反馈。(2)加强服药行为干预:分析患者现阶段存在的服药行为,对正确的遵医嘱服药行为进行鼓励与肯定,对患者及家属反复强调遵医嘱服药行为在高血压患者血压控制及高血压并发症预防中的重要性,及自行停药、增减药可能存在的危险,针对患者的个人生活习惯进采用常见区域设置服药提醒卡片、设置每日手机服药闹钟、病友之间微信群打卡、提前将一周需服用药物根据早、中、晚的服药种类及剂量分装至便携药盒中等方法进行提醒服药,同时叮嘱家属及时提醒患者按时服药、及时制止患者不良服药行为。(3)强化生活习惯干预:①对所有患者发放限量(平均3g)盐勺、高血压健康管理手册、高血压患者血压监测登记本及根据患者个人情况定制得到运动计划表;②针对嗜烟酒患者,讲解烟、酒对心血管疾病的影响及危害,要求其循序渐进戒烟、戒酒;③鼓励患者及家属在家里设置健康墙、健康角,用于单独放置患者的药物、血压计、血压登记本、运动计划表、健康手册,方便患者及家属直观观察血压变化,使患者对自身血压情况更加了解,提高患者对血压控制的关注度;④每月对患者进行电话、问诊随访,除常规询问的随访内容外,需另外检查患者的血压登记本及运动计划表,评估患者的完成情况,同时对患者积极行为进行鼓励与认可,对不足之处再加强监管和干预。两组患者出院后均随访6个月。

### 1.3 观察指标

(1)收缩压级舒张压:包括干预前、出院时、出院后1个月、3个月及6个月患者的收缩压级舒张压;(2)高血压治疗的依从性:干预前、出院时、出院后1个月、3个月及6个月采用高血压治疗依从性量表(TASHP)<sup>[5]</sup>评分评估,包括遵医嘱服药行为、不良服药行为、日常生活管理行为、烟酒嗜好管理行为4个维度共25个条目,分值25~125分,分值越高

依从越好; (3) 随访结束时自我管理能力及生活质量: 采用高血压患者自我管理行为测量量表评估自我管理行为, 共 33 个条目, 总分 165 分, 分值越高, 自我管理行为越好<sup>[6]</sup>; 采用高血压患者生命质量量表评估患者生命质量, 包括 4 个维度共 47 个条目, 转化为 100 标准分, 分值越高, 生活质量越好<sup>[7]</sup>; (4) 随访结束时患者血压达标率及护理满意率。血压达标标准为诊室血压 < 140/90 mmHg 或家庭血压 < 135/85 mmHg<sup>[8]</sup>; 护理满意率问卷选项分为不满意、一般、满意、非常满意。满意率 = (满意 + 非常满意) 例数 / 总例数 × 100%

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 软件对数据进行分析与处理。计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以 [ *n* (%) ] 表示, 采用  $\chi^2$  检验。 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者收缩压及舒张压比较

干预前, 两组患者收缩压及舒张压比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。出院时、出院后 1、3 及 6 个月, 观察组患者收缩压及舒张压低于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2 及表 3。

表 2 两组患者收缩压比较 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	干预前	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月	出院后 6 个月
观察组 ( <i>n</i> = 50)	186.39 ± 15.96	158.23 ± 16.40	148.02 ± 17.18	136.95 ± 16.58	123.08 ± 12.33
对照组 ( <i>n</i> = 50)	183.27 ± 16.05	165.79 ± 15.39	156.03 ± 16.42	144.27 ± 15.84	138.22 ± 17.65
<i>t</i> 值	0.975	2.377	2.383	2.257	4.972
<i>P</i> 值	0.332	0.019	0.019	0.026	< 0.001

表 5 两组患者随访结束时自我管理行为及生活质量比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	自我管理行为				总分	生活质量				
	日常生活	健康行为	药物治疗	自我管理		躯体功能	心理功能	社会功能	EH 特异模块	总分
观察组 ( <i>n</i> = 50)	17.08 ± 2.49	24.01 ± 3.42	12.75 ± 1.83	8.47 ± 1.76	62.44 ± 6.79	61.52 ± 5.36	75.04 ± 5.82	68.79 ± 6.35	68.09 ± 5.14	68.28 ± 6.14
对照组 ( <i>n</i> = 50)	13.96 ± 2.35	21.29 ± 3.06	11.26 ± 1.94	7.37 ± 1.33	53.69 ± 6.52	58.93 ± 5.41	71.28 ± 5.74	65.03 ± 5.78	64.85 ± 5.34	64.87 ± 5.76
<i>t</i> 值	6.444	4.191	3.950	3.526	6.573	2.405	3.253	3.096	3.091	2.864
<i>P</i> 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.001	< 0.001	0.018	0.002	0.003	0.003	0.005

表 6 两组患者随访结束时血压达标率及护理满意率比较 [ *n* (%) ]

组别	血压达标率	护理满意率
观察组 ( <i>n</i> = 50)	46 (92.00)	49 (98.00)
对照组 ( <i>n</i> = 50)	38 (76.00)	43 (86.00)
$\chi^2$ 值	4.762	4.891
<i>P</i> 值	0.029	0.027

## 3 讨论

治疗依从性是指治疗过程中患者的服药、饮食、

表 3 两组患者舒张压比较 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	干预前	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月	出院后 6 个月
观察组 ( <i>n</i> = 50)	112.56 ± 9.43	97.25 ± 8.79	90.06 ± 8.31	83.19 ± 7.24	74.33 ± 6.09
对照组 ( <i>n</i> = 50)	114.21 ± 8.54	104.08 ± 7.19	96.38 ± 6.93	89.44 ± 7.52	80.76 ± 9.16
<i>t</i> 值	0.917	4.253	4.130	4.234	4.133
<i>P</i> 值	0.361	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

### 2.2 两组患者对高血压治疗的依从性比较

干预前, 两组患者 TASHP 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。出院时、出院后 1、3 及 6 个月, 观察组患者 TASHP 评分高于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 4。

表 4 两组患者高血压治疗的依从性 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	干预前	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月	出院后 6 个月
观察组 ( <i>n</i> = 50)	74.02 ± 8.95	106.34 ± 7.19	101.47 ± 8.16	96.53 ± 7.15	92.50 ± 9.36
对照组 ( <i>n</i> = 50)	76.06 ± 8.87	97.02 ± 7.84	93.05 ± 8.64	90.02 ± 8.39	86.15 ± 9.48
<i>t</i> 值	1.145	6.195	5.010	4.176	3.370
<i>P</i> 值	0.255	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.001

### 2.3 两组患者随访结束时自我管理行为及生活质量比较

随访结束时, 观察组患者自我管理行为评分及生活质量评分高于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 5。

### 2.4 两组患者随访结束时血压达标率及护理满意率比较

随访结束时, 观察组患者的血压达标率及护理满意率高于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 6。

生活方式等行为与其临床医嘱的符合程度, 可分为药物治疗依从性及非药物治疗依从性<sup>[9]</sup>。其中, 药物治疗依从性是治疗依从性管理中可行性最高且对临床治疗效果影响最大的一项<sup>[10]</sup>。对 EH 患者而言, 实施连续性的用药干预是帮助患者有效控制血压、减少并发症、提高患者生活质量的关键<sup>[11]</sup>。2003 年, 世界卫生组织指出, 慢性病患者依从性差是一个全球问题, 尤其是高血压病人<sup>[12]</sup>。由此可见, 如何提高 EH 患者的服药依从性与血压控制率是一个国际难题。随着社会的发展与生活方式的改

变,EH发病趋向年轻化,使得中老年段人群的EH发病率不断升高,40~50岁男性成为EH发病“重灾区”,且该年龄段男性患者受家庭、工作双重压力影响,普遍存在因生活作息不规律、自身症状关注度低而不服药、漏服药、乱服药现象<sup>[13]</sup>。因此,关注此群体患者的服药依从性和血压控制效果具有较高的研究价值。

常规护理干预对患者实行无差别、无重点干预,效率低下,临床实用性不高。基于风险因素强化干预是一种通过量化EH患者服药现状,评估影响其服药依从性的风险因素,筛选出其中的可控因素,随后在基础干预上对各人进行针对性强化干预的护理干预模式<sup>[14]</sup>。本研究采取基于风险因素强化干预策略对40~50岁EH男性患者服药依从性进行干预,结果发现,出院时、出院后1、3、6个月观察组患者的收缩压、舒张压均低于对照组( $P < 0.05$ ),TASHP评分高于对照组( $P < 0.05$ ),说明采取基于风险因素强化干预有利于提高患者的治疗依从性、降低血压水平;6个月随访结束时,观察组患者的自我管理行为评分、生活质量评分、血压达标率、护理满意率均高于对照组( $P < 0.05$ ),提示基于风险因素强化干预具有良好的延续性,能通过提高患者的自我管理意识,优化血压控制效果,提高患者生活质量。究其原因,提高EH患者的危机感、强化遵医理念及健康认知是促进患者依从服药的关键<sup>[15]</sup>。基于风险因素的强化干预综合患者服药依从性相关的倾向因素、促进因素与强化因素,优化薄弱环节与风险环节,对患者实行规范管理,通过“一对一”的个人问答式健康教育、EH相关的资料与用品发放、血压监测笔记与健康角的设置、每月随访激发患者的健康管理意识,提高患者在EH治疗方面的认知,帮助患者认识到服药行为、日常生活管理、烟酒嗜好管理在EH治疗中的重要性、了解自身在血压控制中存在的问题与不足,促使患者有意识地自觉参与干预,有利于实现高针对性、多途径的高效管理<sup>[16]</sup>。除此之外,风险因素的分析在提高干预针对性的同时,也可缩小患者的干预范围、减少低效干预,优化卫生资源,提高护理质量。

综上所述,采用基于风险因素的强化干预策略可以通过增强EH患者的自我管理意识,提高患者的服药依从性,从而达到改善血压水平,提高生活质

量的目的,在EH用药护理方面有推广价值。

## 参考文献

- [1] 陈祚,李苏宁,王馨,等.我国中年人群高血压、超重和肥胖的发病率及其与心血管事件的关系[J].中华心血管病杂志,2020,48(1):47-53.
- [2] Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension[J]. Circ Res, 2019,124(7):1124-1140.
- [3] Kumar V, Kumari B, Rahat E, et al. Frequency of Medication Non-compliance in Hypertensive Patients Presenting with Stroke: A Case-control Study[J]. Cureus,2019,11(5):e4605.
- [4] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.高血压基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2019,18(8):723-731.
- [5] Esquivel Garzón N, Díaz Heredia LP. Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension[J]. Invest Educ Enferm,2019,37(3):e9.
- [6] 赵秋利,刘晓.高血压病人自我管理行为测量表的编制及信度、效度检验[J].中国护理管理,2012,12(11):26-31.
- [7] 杨瑞雪,潘家华,万崇华,等.高血压患者生活质量量表研制及评价[J].中国公共卫生,2008,24(3):266-269.
- [8] 高血压联盟中国,国家心血管病中心,中华医学会心血管病学分会,等.2014年中国高血压患者教育指南(简明版)[J].中国循环杂志,2014,(Z2):131-140.
- [9] Punnapurath S, Vijayakumar P, Platty PL, et al. A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illness[J]. J Family Med Prim Care,2021,10(4):1644-1648.
- [10] 沈美,李艳,刘斌,等.健康知识对于高血压患者用药依从性的影响分析[J].中国卫生事业管理,2019,36(4):266-268,279.
- [11] Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, et al. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore),2017,96(4):e5641.
- [12] Whitworth JA, World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension[J]. J Hypertens,2003,21(11):1983-1992.
- [13] 袁姣,武青松,雷枢,等.我国中老年人高血压流行现状及影响因素研究[J].中国全科医学,2020,23(34):4337-4341.
- [14] Roka T, Ghimire M. Medication Adherence among Hypertensive Patients Attending a Tertiary Care Hospital in Nepal[J]. J Nepal Health Res Counc,2020,17(4):521-527.
- [15] Chatziefstratiou A, Giakoumidakis K, Fotos NV, et al. Scales for assessing medication adherence in patients with hypertension[J]. Br J Nurs,2019,28(21):1388-1392.
- [16] 王丽颖,韩学杰.关于建立高血压前期人群高血压发病病证结合风险预测模型的思考[J].中医杂志,2018,59(6):470-473.

(收稿日期:2021-12-15

修回日期:2022-01-28)