

社区药师对我院高血压患者慢病管理干预性研究

赵艳欣

北京市海淀区甘家口社区卫生服务中心 北京 海淀 100037

【摘要】目的：针对社区药师对我院高血压患者慢病管理干预性研究与分析。**方法：**研究抽选2021年1—12月社区医院收治的180例高血压患者作为研究对象，将其通过随机数字表法分为对照组和研究组。将常规慢病管理干预患者90例作为对照组，将社区药师慢病管理干预患者90例作为研究组，对两组不同干预结局进行探索分析。**结果：**两组干预前疾病认知水平评分无明显差异($P>0.05$)；干预后，研究组疾病认知水平评分高于对照组($P<0.05$)。两组干预前用药知识认知水平评分无明显差异($P>0.05$)；干预后，研究组用药知识认知水平评分高于对照组($P<0.05$)。两组干预前血压水平值无明显差异($P>0.05$)；干预后，研究组血压水平值低于对照组($P<0.05$)。研究组患者管理配合度高于对照组($P<0.05$)。**结论：**社区高血压患者接受社区药师慢病管理干预措施，可改善患者对疾病以及用药知识的认知程度，促进血压水平值的控制效果，提高患者慢病管理配合度，具备一定临床价值。

【关键词】 高血压；社区药师慢病管理干预；疾病认知水平；血压水平；管理配合度

【中图分类号】 R544.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2022)06-0100-03

高血压是当前我国极为常见的一种全身血管性慢性疾病，患者的动脉内血液压力过高；若无法有效控制血压变化，患者容易出现脑出血、冠心病等不良后果，威胁性较为严重。高血压患者多为中老年人，受到当前生活习惯等因素的影响，该疾病在近年来呈年轻化趋势。高血压的治疗主要为药物治疗，为稳定血压变化需要长时间使用药物；但由于部分患者缺乏自我管理能力，导致药物治疗依从性不高，进而影响治疗效果^[1]。高血压患者多为居家治疗，因此社区慢病管理对疾病防控具有重要作用，通过在社区内对高血压患者采取管理措施，引导患者积极配合药物治疗，改善自身疾病相关认知，对患者病情控制极为重要^[2]。常规社区慢病管理措施单一，缺乏主动性，多靠患者自觉，管理效果并不理想；深入研究中发现社区药师参与下的慢病管理措施的管理效果显著^[3]。因此，本次研究主要针对社区药师对我院高血压患者慢病管理干预性研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究抽选2021年1—12月社区医院收治的180例高血压患者作为研究对象，以随机数字法将其分为研究组和对照组。研究组90例，男性44例，女性46例；平均年龄(65.26±2.36)岁，平均病程(6.58±3.05)年。对照组90例，男性51例，女性39例；平均年龄(65.31±2.29)岁，平均病程(6.47±3.11)年。两组基础资料差异无统计学意义， $P>0.05$ ，研究可比。患者自愿签署研究相关文件。

纳入标准：(1)符合临床高血压诊断指南^[4]；(2)具备完整医院病例资料；(3)意识清楚；(4)具有正常沟通能力；(5)认知功能正常；(6)有家属配合。

排除标准：(1)恶性肿瘤；(2)严重器质性病变；(3)肢

体功能严重障碍；(4)深度昏迷；(5)视听功能障碍；(6)认知功能严重障碍；(7)非本社区常住居民；(8)心理疾病；(9)精神疾病病史。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组患者采取常规慢病管理干预 为患者建立社区慢病管理病例资料；为患者发放疾病指导手册；定期组织疾病讲座，在社区宣传位置进行定期资料粘贴；与患者互留交流方式，随时接听患者咨询电话。

1.2.2 研究组患者采取社区药师慢病管理干预 具体内容如下：

1.2.2.1 调查 社区药师采取区域责任制，对负责区域内患者治疗进行熟悉与掌握，并上门对患者进行面对面调查，了解患者当前病情，测量血压状况，通过调查问卷明确患者对疾病、用药使用相关认知程度，做好调查记录，调查结束后结合患者情况制订合理管理计划。

1.2.2.2 管理措施 定期上门为患者进行高血压知识、用药知识讲解，配合药师自制讲解图文资料，更为直观地说明相关知识内容，并在讲解中通过问答了解患者学习效果；通过备忘录、手机记事录为患者标注药物使用时间、剂量等，帮助患者加强记忆度；建立社区高血压患者微信群，定期于微信群中推送高血压相关视频、文字等，随时解答患者的咨询，引导群内患者互相交流治疗心得，鼓励患者互相监督用药情况，每日共同进行散步与适量运动，并借助病友支持改善患者心理压力，互相给予心理支持。

1.2.2.3 监督随访 社区药师需要定期随访患者药物使用情况，获得家属配合与重视，结合病情变化随时调整药物使用情况，记录药物使用变化、病情变化等，结合临床医师医嘱，

促进患者病情逐渐恢复。

1.3 研究指标

调查时间为干预实施前、干预实施后 2 个月。

1.3.1 疾病认知水平 文献调查与专家咨询,自制社区疾病认知水平调查问卷,问卷中包括调查项目 9 个,单项评分 10 分,分值增加则认知水平提升^[5]。

1.3.2 用药知识认知水平 文献调查与专家咨询,自制社区用药知识水平调查问卷,问卷中包括调查项目 7 个,单项评分 10 分,分值增加则认知水平提升^[6]。

1.3.3 血压水平 使用电子血压计(欧姆龙),对患者血压定期测量,记录数据^[7]。

1.3.4 管理配合度 选择 Morisky 依从性量表, <6 分为不配合,6~8 分部分配合, > 8 分完全配合^[8]。

1.4 统计学分析

统计学分析软件为 SPSS 22.0, 包括计数资料(%)、计量资料($\bar{x} \pm s$), 采取 χ^2 、 t 检验, $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组干预前后疾病认知水平评分

干预前, 两组各项疾病认知水平评分无明显差异 ($P > 0.05$); 干预后, 研究组各项疾病认知水平评分高于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组干预前后疾病认知水平评分情况调查 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

项目	血压分级		危险因素		症状知识		危害知识	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 ($n=90$)	3.11±0.42	7.56±1.05	2.65±0.33	6.78±1.11	3.05±0.45	7.42±0.68	2.77±0.39	7.65±0.82
对照组 ($n=90$)	3.05±0.38	5.77±0.68	2.59±0.26	5.11±0.35	3.04±0.39	5.45±0.71	2.69±0.35	5.41±0.19
t	1.0050	13.5747	1.3549	13.6123	0.1593	19.0102	1.4483	25.2464
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

续表

项目	预防措施		治疗方式		控制目标		长期治疗与随访		自我管理	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
	3.45±0.72	8.05±0.65	3.71±0.66	7.85±1.06	2.71±0.36	6.98±0.54	3.68±0.42	7.74±0.62	2.75±0.71	7.86±1.05
	3.41±0.66	5.45±0.36	3.55±0.92	5.45±0.69	2.65±0.42	5.44±0.36	3.72±0.55	5.62±0.45	2.69±0.82	5.55±0.84
	0.3885	33.1960	1.3406	18.0017	1.0290	22.5112	0.5484	26.2528	0.5248	16.2975
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

2.2 对比两组干预前后用药知识认知水平评分

干预前, 两组用药知识认知水平评分无明显差异

($P > 0.05$); 干预后, 研究组各项用药知识认知水平评分高于对

照组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组干预前后用药知识认知水平评分情况调查 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

项目	药物分类		使用方式		用药时机		注意事项	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 ($n=90$)	3.21±0.23	7.11±0.54	4.15±0.57	8.05±0.72	3.32±0.45	7.68±0.66	3.32±0.45	7.32±0.35
对照组 ($n=90$)	3.18±0.24	5.21±0.62	4.13±0.49	6.32±0.56	3.28±0.41	5.02±0.36	3.233±0.32	5.26±0.42
t	0.8562	21.9231	0.2524	17.9931	0.6233	33.5662	1.5463	35.7458
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

续表

项目	药物相互作用		不良反应		用药疗程	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
	2.25±0.36	6.78±0.45	2.15±0.23	7.05±0.33	3.54±0.36	7.15±0.41
	2.29±0.42	4.62±0.46	2.13±0.22	5.06±0.29	3.48±0.23	5.33±0.52
	0.6860	31.8436	0.5961	42.9730	1.3324	26.0740
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

2.3 对比两组干预前后血压水平值

干预前, 两组血压水平值无明显差异 ($P > 0.05$); 干预后,

研究组血压水平值低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组干预前后血压水平值情况调查 [$(\bar{x} \pm s)$, mmHg]

项目	收缩压		舒张压	
	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 ($n=90$)	170.02±8.32	141.23±6.12	109.87±6.28	92.32±3.24
对照组 ($n=90$)	169.22±8.45	156.36±6.45	110.54±6.42	103.25±3.45
t	0.6400	16.1432	0.7078	21.9087
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

2.4 对比两组管理配合度

研究组患者管理配合度高于对照组 ($P < 0.05$), 详见表 4。

表 4 两组管理配合度情况调查 [n(%)]

项目	完全配合	部分配合	不配合	配合度
研究组 (n=90)	39 (43.33)	46 (51.11)	5 (5.56)	85 (94.44)
对照组 (n=90)	33 (36.67)	40 (44.44)	17 (18.89)	73 (81.11)
χ^2	—	—	—	7.4568
P	—	—	—	$P < 0.05$

3 讨论

近年来, 随着人们饮食的不断发展和社会的老龄化, 高血压的临床发病率不断上升, 对我国居民的健康构成了极大威胁。由于缺乏家庭管理, 大多数高血压患者服药依从性差, 很少关注自身疾病的变化, 血压控制不理想, 从而增加了心血管疾病的风险。过去, 高血压患者的家庭管理主要基于社区医生, 主要作用为纠正和管理患者的病情变化和不良生活习惯^[9]。然而, 社区药师缺乏对参与式用药指导的重视度, 难以保证患者用药的安全性和有效性。

国内外研究指出, 社区慢性病药师可通过与患者进行面对面交流, 以确认药物的正确性, 解决慢性病患者的任何药物相关问题, 并识别药物不良反应和药物相互作用, 以提高安全性、提高慢性病患者用药的有效性和经济性。本研究结果显示, 研究组干预后疾病认知水平评分高于对照组 ($P < 0.05$); 研究组干预后用药知识认知水平评分高于对照组 ($P < 0.05$)。社区药师的作用是促进患者安全合理用药, 提高社区居民的安全用药意识, 将良好的用药依从性作为合理用药的标准。社区药师主要为患者提供健康教育、药物咨询、药学服务等药学服务, 是治疗的最后一个环节, 也是合理用药的关键环节^[10]。社区药师对药物在体内的吸收、分布、代谢、药理作用和药代动力学有更深入的了解, 在社区慢性病管理中发挥着重要作用。社区药师在社区医院治疗过程中, 通过回归患者的身体状况和药物使用情况, 可提高患者高血压相关知识的知晓率; 对患者进行药物监测, 可减少患者不良反应的发生, 提高患者的生活质量^[11]。研究结果, 研究组干预后血压水平值低于对照组 ($P < 0.05$); 研究组患者管理配合度高于对照组 ($P < 0.05$)。在对患者进行教育时, 社区药师详细解释所用时间、开始时间、维持时间、是否改变剂型、是否增加或减少剂量、治疗过程、如何停止药物、如何监测可能的药物不良反应和治疗策略, 使患者了解慢性高血压的机理和危害, 帮助患者有效控制与高血压相关的危险因素; 同时, 结合自身症状和危险因素选择正确的药物治疗, 提高患者对高血压和抗高血压药物的认知水平, 提高患者用药依从性和治疗效果。另外, 社区药师可根据患者自身情况、生理病理特点、禁忌证、既往药物不良反应、药物相互作用、患者经济能力等情况, 酌情调整用药计划, 以提高患者的用药效果和

用药安全性^[12]。

综上所述, 社区高血压患者, 接受社区药师慢病管理干预措施, 可改善患者对疾病以及用药知识的认知程度, 促进血压水平值的控制效果, 提高患者慢病管理配合度, 具备一定临床价值。

参考文献

- [1] 韩冰. 临床药师对高血压患者的药学服务方式及实施效果研究 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(2): 97.
- [2] 牟钰钦, 李静. 重庆市某社区卫生服务中心门诊高血压患者用药情况分析 [J]. 保健医学研究与实践, 2020, 17(1): 20-23, 32.
- [3] ANKER D, TSUTUKI R T, PARADIS G, et al. Pharmacists to improve hypertension management: Guideline concordance from North America to Europe [J]. Canadian Pharmacists Journal, 2019, 25(11): 180-185
- [4] 刘潇. 对社区高血压患者采取药学干预用药的依从性的影响 [J]. 中外女性健康研究, 2020(8): 114-115.
- [5] 李雁铭, 崔向丽, 王应楷. 药师参与药物治疗管理的成本效果分析研究现状 [J]. 中国药事, 2020, 34(6): 721-725.
- [6] 张泽伟, 陈浩涛, 黄伟鹏, 等. 临床药师干预对高血压病患者疗效及用药依从性的影响 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(12): 1703-1705, 1708.
- [7] VORDENBERG S E, THOMPSON A N, VEREECKE A, et al. Primary care provider perceptions of an integrated community pharmacy hypertension management program [J]. Journal of the American Pharmacists Association, 2021, 61(1): e107-e113
- [8] 陈淑琴, 王忠壮, 黄蛟灵, 等. 家庭医生团队服务对社区高血压患者的管理方式分析 [J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(8): 35-37.
- [9] 阳厚明. 药师主导的药学服务对社区高血压患者疗效的影响 [J]. 心理月刊, 2019, 14(15): 204.
- [10] 何芳玲, 袁意敬, 方玉健, 等. 临床药师主导的个性化给药对高血压患者血压变异性影响 [J]. 广东医科大学学报, 2019, 37(5): 543-545.
- [11] 郭静, 沈美, 刘铁鑫, 等. 社区健康管理模式对高血压患者的干预效果及满意度分析 [J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(8): 27-28, 31.
- [12] 吴英, 康健, 杨帆, 等. 社区临床药师对高血压病管理的模式探索 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(8): 298-299.