

# 基层医院高血压患者的药物治疗和 血压控制情况调查分析

李成梅

开阳县龙岗镇卫生院 550309

**【摘要】**目的：分析基层医院高血压患者的药物治疗、血压控制情况。方法：以基层医院高血压患者为研究样本，选取共计200例患者，对其相关数据资料进行回顾性分析，分析其药物治疗、血压控制情况。选取时间为2020年10月01日-2022年10月01日。降压药物分三类：推荐制剂(β受体阻滞剂(βRB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、利尿剂(HCTZ)、血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)以及钙通道阻滞剂(CCB)，以上药物均为中国高血压基层管理指南推荐用药)、传统制剂(复方利血平、降压0号等)、中药制剂(牛黄降压胶囊、清肝降压胶囊等)。结果：200例患者住院时限为10-18d，治疗后，血压不同程度降低；高血压1级患者达标率为100.00%、2级为98.15%、3级为95.83%；推荐制剂、传统制剂+推荐制剂、中药制剂+推荐制剂达标率分别为98.79%、96.00%、90.00%；推荐制剂具体使用情况分析显示，单种用药、两种联合、三种联合分别为150例、40例、10例。结论：基层医院高血压多数患者均使用了推荐制剂，治疗达标率高，单一和二联制剂使用规范，三种制剂的联合用药有一定局限性，可能导致血压不达标。

**【关键词】**基层医院；高血压；血压控制；降压药物

高血压发病率较高，是心脑血管疾病最重要的危险因素之一。临床数据研究结果显示，高血压与40%-50%的心肌梗死、50%-60%的中风相关<sup>[1]</sup>。随着农村生活水平的提高、城乡一体化进程的加快，农村居民高血压患者比例增加，脑血管疾病、急性心肌梗死死亡率高于城市<sup>[2]</sup>。临床研究结果显示，降压治疗可将中风、心肌梗死、心力衰竭的风险降低40%-50%、15%-30%、50%。近年来，国家卫生防疫部门高度重视慢性病的管理，加强教育基层慢性病管理，制定基层高血压管理指南<sup>[3]</sup>。基层医院是农村地区高血压患者预防和控制的主要战场，医疗卫生人员合理、规范地使用高血压药物，可以帮助患者有效控制血压的同时，实现心脑血管疾病的有效预防<sup>[4]</sup>。本文主要是对2020年10月01日-2022年10月01日基层医院高血压患者200例进行分析，分析药物治疗、血压控制情况，为今后的血压防治工作提供科学依据，提升血压控制达标率。具体为：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

院伦理委员会批准：收集基层医院高血压患者200例(2020年10月01日-2022年10月01日)信息。

纳入标准：(1)符合高血压指征；(2)对本试验知情；(3)愿签署知情同意书；(4)有阅读能力，意识清楚，交流无障碍。

排除标准：(1)病情不稳定或合并感染者；(2)影像学数据及病案资料缺失；(3)期间参与其他研究；(4)自身免疫性疾病；(5)血液疾病；(6)严重靶器官疾病者；(7)中途退出；(8)既往有精神病史；(9)合并恶性肿瘤疾病；(10)表达障碍；(11)依从性低，无法配合。

200例患者中：男、女患者性别比例为80:120；病程区间1-15(8.23±2.45)年；最大年龄为85岁，年龄最小为40岁，平均年龄(62.64±3.14)岁；1级高血压、2级高血压、3级高血压分别为26例、54例、120例。

### 1.2 方法

高血压分级标准：在未接受药物治疗的情况下，1、2、3级高血压分别为140-159/90-99 mmHg、160-179/100-109 mmHg、大于180/110 mmHg。对患者的高血压病程、住院时间、年龄、性别、特定用药情况等基本信息进行分析。在住院期间，早期查房期间测量血压。用汞柱血压计测量静息状态下两次坐位血压，取平均值作为血压值。为便于统计，将降压

药物分为推荐制剂、传统制剂、中药制剂。

用药原则：从单一制剂开始，优先使用长效制剂，逐步增加药物种类。推荐的制剂从单次制剂增加到三次联合应用；少数患者在住院前使用传统制剂或中药制剂。血压不符合标准、不愿换药的患者增加了推荐的制剂1-2。

### 1.3 观察指标

早上8时测量血压，高血压达标标准：治疗后连续3d血压≤140/90 mmHg，达标率=100.0%-达标数占比。分析1级高血压、2级高血压、3级高血压达标情况；计算传统制剂+推荐制剂、推荐制剂、中药制剂+推荐制剂达标率；分析推荐制剂具体使用情况：单种用药(CCB、ACEI/ARB、βRB、HCTZ)、两种联合(ACEI/ARB+βRB、CCB+ACEI/ARB、CCB+βRB、CCB+HCTZ)、三种联合(CCB+ACEI+HCTZ、ACEI+ARB+βRB、CCB+ACEI+βRB、CCB+ACEI+ARB)。

### 1.4 统计学分析

数据录入统计学软件SPSS26.0(P<0.05，对比有意义)：将计数资料数据应用百分比表示(%)，以χ<sup>2</sup>检验；计量资料(符合正态分)用平均值±标准差表示( $\bar{x} \pm s$ )，执行t检验。

## 2 结果

2.1 1、2、3级高血压患者达标率分析：三组患者达标率数据差异小，表示对比分析无意义(P>0.05)。具体见表一：

表一 1、2、3级高血压患者达标率对比(n/%)

组别	例数	达标率
1级高血压	26	100.00% (26/26)
2级高血压	54	98.15% (53/54)
3级高血压	120	95.83% (115/120)

表二 药物使用及达标情况对比(n/%)

组别	例数	达标率
推荐制剂	165	98.79% (163/165)
传统制剂+推荐制剂	25	96.00% (24/25)
中药制剂+推荐制剂	10	90.00% (9/10)

2.2 药物使用及达标情况分析：推荐制剂、传统制剂+推荐制剂、中

药制剂+推荐制剂例数分别为 165 例、25 例、10 例，三组患者达标率数据差异小，分析无意义 ( $P>0.05$ )。具体见表二：

2.3 推荐制剂具体使用情况分析：单种用药、两种联合、三种联合分别为 150 例、40 例、10 例，具体情况见表三：

表三 推荐制剂具体使用情况分析 (n/%)

药物	例数	占比
单种用药 (n=150)	CCB	82 54.67%
	ACEI/ARB	43 28.67%
	$\beta$ RB	20 13.33%
	HCTZ	5 3.33%
两种联合 (n=40)	CCB+ACEI/ARB	30 75.00%
	ACEI/ARB+ $\beta$ RB	5 12.50%
	CCB+ $\beta$ RB	3 7.50%
	CCB+HCTZ	2 5.00%
三种联合 (n=10)	ACEI+ARB+ $\beta$ RB	6 60.00%
	CCB+ACEI+ $\beta$ RB	2 20.00%
	CCB+ACEI+HCTZ	1 1.00%
CCB+ACEI+ARB	1 1.00%	

### 3 讨论

老年高血压易诱发各种心血管疾病，对患者机体健康及生活质量均产生不同程度的消极影响。目前，坚持服药是控制血压达到标准的主要治疗方法。然而，老年人往往有错误的用药观念，再加上记忆丧失，容易导致用药依从性降低，降低用药效果，不利于血压控制<sup>[5]</sup>。因此，加强老年患者的用药管理，督促患者听从医生意见，提高用药依从性，对血压控制以及患者机体健康具有积极意义。提供知识讲座，帮助患者正确合理用药，提高高血压防治的理解水平；通过深入开展健康教育，使老年患者充分认识坚持用药的重要性和必要性<sup>[6]</sup>；引导家属协助患者用药管理，监督老年患者用药，纠正其不良用药行为，确保用药合理性。除了正确的生活方式、标准化的治疗和合理的药物使用外，也是控制患者血压、减少心脑血管相关并发症的重要手段。研究显示，基层医院如何为住院患者选择药物是血压控制的关键。本文对基层医院高血压患者的治疗药物使用及血压控制进行研究分析，发现患者总体药物选择合理标准化，血压水平得到控制，用药后血压达到标准，取得了良好的治疗效果<sup>[7]</sup>。

本文研究结果显示，单种用药中，CCB、ACEI/ARB、 $\beta$  RB、HCTZ 占比分别为 54.67%、28.67%、13.33%、3.33%。根据《中国高血压基础管理指南》的用药原则，住院患者应从单一制剂开始，优先应用长效制剂，逐步增加药物种类。结果显示，有一半的患者使用单一制剂一段时间后，血压控制良好，达到了标准。老年高血压的特点之一是收缩压高和高脉压。CCB 药物不仅对收缩压有明显的作，而且可以减少心血管事件，预防卒中，因此被认为是治疗老年高血压的一线药物<sup>[8]</sup>。在本文中，大多数患者首选 CCB 制剂，血压得到控制并达到标准，这符合指南的用药原则。使用单一推荐的制剂可以使血压控制达到标准，说明在基层医院住院的高血压患者的并发症较少，病程较短，病情较轻<sup>[9]</sup>。应选择药物组合，根据单一制剂不能达到标准的原则，逐步增加药物种类。

有研究认为，大多数患者（特别是老年高血压患者），需要两种或两种以上具有不同作用机制的降压药物才能达到标准。本文研究结果显示，两种联合中，CCB+ACEI/ARB、ACEI/ARB+ $\beta$  RB、CCB+ $\beta$  RB、CCB+HCTZ 分别占比为 75.00%、12.50%、7.50%、5.00%。其中多数为 CCB+ACEI/ARB。近年来的大型研究表明，CCB+ACEI/ARB 联合用药有助于改善患者预后，

是联合用药中最合理和优化的，有更好的疗效<sup>[10]</sup>。

本文研究显示，三种联合用药共计 10 例，表明在实际治疗过程中，极少数患者选择三种联合治疗。ACEI+ARB+ $\beta$  RB、CCB+ACEI+ $\beta$  RB、CCB+ACEI+HCTZ、CCB+ACEI+ARB 占比分别为 60.00%、20.00%、1.00%、1.00%，多数为 ACEI+ARB+ $\beta$  RB。相关研究指南建议，当三种制剂联合使用时，应在 CCB+ACEI/ARB 的基础上添加 HCTZ 利尿剂，有利于提高降压效果，具有协同作用。但三种制剂联合应用的比例很小。ACEI+ARB+ 的其他选择可能是极少数患者失败的原因之一。研究也表明，ACEI、ARB 联合治疗不推荐常规使用，可显著增加不良反应的发生率。

基层医院的高血压治疗一般为标准，达到标准率较高，多数患者使用推荐的制剂（单一、双制剂使用标准），临床研究结果显示，三种制剂的选择有一定的局限性，对患者不符合标准的原因进行分析后表示，可能是因为有同一作用机制的药物重复使用<sup>[11]</sup>。少数患者更喜欢中药制剂或传统制剂，在此基础上添加推荐制剂的方法可能是制剂不合格的另一个原因。通过本研究的结果，患者治疗后血压不同程度降低；高血压 1、2、3 级患者达标率分别为 100.00%、98.15%、95.83%；推荐制剂达标率为 98.79%、传统制剂+推荐制剂为 96.00%、中药制剂+推荐制剂为 90.00%。根据该分析结果，表明基层医院在今后的疾病治疗中需不断总结经验，发现差距，并不断提高基层高血压管理水平，进而提升疾病治疗达标率。

本研究存在一定的局限性，主要包括高血压治疗的药物多种、研究样本少、本研究前的设计不够等；不是针对老年高血压药物和血压目标的；高血压的并发症没有得到解释，药物的使用也没有特异性。因此今后相关研究课题的设计应更加严格和标准化。

### 参考文献：

- [1]张彩虹, 鲍艳江, 郭雪微. 基层医院高血压患者的药物治疗和血压控制情况调查分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2017, 9(3): 335-338.
- [2]陈剑明. 单片复方制剂降压药物治疗路径在基层医院高血压患者中的应用[J]. 福建医药杂志, 2021, 43(2): 79-82.
- [3]杨久亮. 90 例高血压患者规范化管理的治疗效果分析[J]. 中国保健营养, 2021, 31(16): 269, 272.
- [4]郭红莉, 寇亚亚. 高血压高危患者社区护理效果观察[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(33): 4777-4779.
- [5]白额尔敦巴特尔. 基层医院高血压患者的药物治疗和血压控制情况调查分析[J]. 中国保健营养, 2018, 28(25): 344-345.
- [6]赵晓娟, 李全良, 黄富宏, 等. 扬州市某医联体内基层医院 2 型糖尿病患者用药及血糖控制情况调查与分析[J]. 中国药业, 2020, 29(24): 42-44.
- [7]吴济建. 基层医院老年高血压患者的临床用药指导[J]. 中国保健营养, 2019, 29(15): 264.
- [8]李芳芳, 杜雪红, 毕延美. 家庭立体管理联合生活方式干预对高血压疗效的影响[J]. 中国基层医药, 2019, 26(15): 1895-1897.
- [9]徐小玲, 俞蔚, 严静, 等. 难治性高血压基层筛查干预技术的社区应用效果[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(1): 47-51.
- [10]朱晓磊, 张晓畅, 甫尔哈提·吾守尔, 等. 2012 和 2015 年中国 8 省基层医务人员慢性病管理工作情况[J]. 中国慢性病预防与控制, 2019, 27(3): 161-165.
- [11]胡国建, 李冬梅. 基层医院高血压患者的药物治疗和血压控制情况调查探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(12): 185.