

药学服务在社区老年高血压患者居家服药中的应用价值

周森英 王静 魏珍

高血压是常见心脑血管疾病,主要好发于老年人群,患者除血压升高外,还会导致多种并发症,如脑出血、脑梗死等,威胁我国老年群体健康及生命安全^[1]。药物是主要的控压手段,但由于多数老年患者专业知识的缺乏、自我管理及保健意识的不足、药物不良反应等因素,老年患者的服药依从性较低,从而控压效果及患者生活质量受到影响。因此,需开展有效的干预手段提高患者依从性,从而实现有效控压及改善生活质量^[2]。基于此,本次研究探究药学服务对社区老年高血压患者依从率的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在2022年7月至2023年1月期间龙泉市西街街道社区卫生服务中心管辖的患者群体中,选取110例确诊为高血压并接受居家服药干预的患者作为本次研究的受试者。纳入标准为:①均符合中国高血压防治指南修订委员会制定的《中国高血压防治指南(2018版)》^[1]中关于高血压的诊断标准;②有完整临床资料;③年龄60~80岁。排除标准为:①合并严重的、具有传染力的疾病,如:乙型肝炎、梅毒、艾滋等;②存在意识障碍、语言沟通障碍;③研究过程中死亡或因其他原因退出研究;④合并严重机体疾病,如恶性肿瘤等;⑤合并严重高血压并发症,如脑出血等^[3]。根据随机编码将纳入患者分为两组。对照组55例,其中男性29例、

女性26例;年龄61~77岁,平均(68.75±3.42)岁;病程1~13年,平均(7.12±1.30)年。观察组55例,其中男性30例、女性25例;年龄61~78岁,平均(69.78±5.02)岁;病程1~13年,平均(7.09±1.21)年。本次研究符合医院伦理委员会要求,研究详情已告知患者与家属并获得同意,两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组患者接受常规居家服药干预,指导患者科学用药,强调用药重要性及遵医嘱必要性,告知可能出现的不良反应,做好心理建设。观察用药中出现的不良反应,若有异常及时停药^[4]。

观察组患者在常规居家服药干预的基础上施以药学服务:①积极进行健康教育:健康教育由经验丰富的医生和具有临床药学专业的中高级技术职称资格的药师负责,每月在社区内开展专题讲座,同时印发宣传资料。健康教育的内容包括病因、症状、指导患者进行自我血压监测、饮食知识、运动知识等。另外,对年龄大、病程长者进行家访指导,同时每月开展一次免费咨询活动^[5]。②加强处方审核:处方的审核由医院专业审方药师及医共体分院具备药学技术职称资格的药师负责,需根据患者情况,对药物应用的安全性、机体适应性、控压有效性进行评价,根据不同患者的情况制定用药计划,同时加强监督,保证患者遵医嘱用药。除此之外,由于老年群体存在记忆差、健忘等因素,因此药物尽量选以单剂量配法,并首选稀释剂。③个体化用药指导:对每位患者的服药情况进行掌握,告知患者最佳服药时间,同时强调按量、按时用药的安全性、重要性,若有患者必须进行用药情况的调整,则需叮嘱患者及其家属在用药后定时进行血压的监测,如果用药后血压出现大幅度的波动,或是不良反应明显,则应立即咨询医师和临床药师,进行

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.006.021

基金项目:2021年度龙泉市公益性技术应用研究(2021KJZC-001)

作者单位:323700 浙江丽水,浙江省龙泉市人民医院药剂科(周森英、王静);龙泉市西街街道社区卫生服务中心防保科(魏珍)

通讯作者:王静,Email:421008863@qq.com

用药计划的再次调整。④生活方式的干预:为每位患者建立个体化的健康档案,记录患者生活习惯,干预不良习惯,指导患者饮食、作息、运动等生活方式,最大程度保证血压的控制效果^[6]。两组均干预6个月。

1.3 观察指标 ①血压水平:分别于干预前、干预6个月后的上午8点、10点测量收缩压、舒张压,取平均值。②服药依从性评分:从按量用药、按时用药、是否自行停药等方面开展,拟定评分表,总分100分,得分越高依从性越好。③生活质量:采用中文版生活质量量表^[7]进行评价,包括角色功能、社会功能、躯体功能、认知功能4个维度,评分采用4级评分,得出分值后,以百分制转换原有评分,最终取4个维度的总得分进行评价。得分越高,生活质量越佳。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行统计学处理,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后的血压水平比较见表1

表1 两组干预前后的血压水平/mmHg

组别	收缩压		舒张压	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	152.11±14.46	110.37±14.23*	99.69±14.61	82.37±10.32*
对照组	152.15±14.34	121.61±17.15	99.84±14.55	91.62±10.98

注:*:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,干预前两组收缩压、舒张压比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.04、0.19, P 均 > 0.05),干预后观察组收缩压、舒张压较对照组明显下降,差异均有统计学意义(t 分别=4.63、4.48, P 均 < 0.05)。

2.2 两组干预前后服药依从性、生活质量评分比较见表2

表2 两组干预前后服药依从性、生活质量评分比较/分

组别	服药依从性		生活质量	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	66.83±2.41	83.93±10.66*	105.30±7.41	128.75±6.01*
对照组	66.59±2.25	72.56± 8.41	105.23±6.30	112.71±6.32

注:*:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,干预前两组患者服药依从性、生活质量评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.22、0.45, P 均 > 0.05),干预后观察组患者服药依从性、生活质量评分较对照组明显升高,差异均有统计学意义(t 分别=5.15、7.56, P 均 < 0.05)。

3 讨论

随着老龄化问题越来越严重,高血压疾病的发生率也随之升高,高血压尚无治愈方法,且患者不会长期住院治疗,因此需要患者长期居家用药来达到控制血压的目的^[7],进而达到降低不良心脑血管事件风险的目的。但是目前我国老年高血压患者的服药依从性较低,有研究指出,患者专业用药知识的缺乏、药物疗效欠佳、自我保健意识不足、用药导致的不良反应、年龄偏大等是导致老年高血压患者用药依从性低的关键因素^[8]。通过药学服务工作的开展,可实现社区老年高血压患者用药依从性的提高^[9]。药学服务是指以医师和药师结合患者的情况,综合考虑患者体重^[10],对药物的吸收能力、代谢情况等因素,结合自身的药学知识,为患者提供具有针对性的用药计划,从而保证药物效果的最佳发挥,同时降低不良反应风险,其次通过专业用药知识的传输,提高患者的药学知识以及合理用药意识,达到提高患者用药依从性的目的,进而实现血压水平的有效控制以及生活质量的改善^[11]。

本次研究观察组患者开展药学服务,结果显示,观察组患者较对照组血压控制效果更佳,依从性及生活质量改善更为理想。说明药学服务的应用有利于社区老年高血压患者的血压控制,还可提高患者服药依从性,改善其生活质量。药学服务通过积极进行健康教育、加强处方审核、个体化用药指导、生活方式的干预4个步骤展开工作^[12]。其中,健康教育的积极开展,可以提高患者对健康知识的掌握度,使患者知晓按时、按量用药的重要性,提高患者重视程度及依从性;处方审核工作的加强,可以提高用药合理性、安全性;个体化用药指导工作的开展,可提高用药的针对性,进一步实现血压的有效控制;而生活方式的干预,可以从饮食、运动、作息等方面实现对患者血压水平的进一步控制。

综上所述,在社区老年高血压患者的居家服药干预工作中,药学服务的应用有利于患者的血压控制,还可提高患者服药依从性。

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2018[S].心脑血管病防治,2019,19(1):1-44.
- 2 常利杰,齐有胜,满蕊.药学服务提升社区医生对老年高血压患者合理用药效果评价[J].药品评价,2018,15(14):18-19,58.
- 3 梅玲,周后凤,马藏,等.基于药物治疗管理的服务模式对社区老年高血压患者的干预效果分析[J].中国医院用药评价与分析,2021,21(1):97-100.
- 4 周丽娜,邵彩霞,王素芳.老年高血压患者药学服务干预对血压控制及治疗依从性的影响[J].华南预防医学,2021,47(1):87-89,92.
- 5 中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010[S].中华高血压杂志,2011,19(8):701-737.
- 6 马琳.在老年人中开展药学服务的必要性调查[J].中国药房,2010,21(29):2781-2783.
- 7 邓志玲,陆益婷,梁旭健,等.基层药师与全科医生团队合作的研究进展、挑战及应对策略[J].中国全科医学,2023,26(10):1179-1185.
- 8 尚娥,胡少华.老年慢性患者家庭用药失误的原因分析与防范[J].中国老年保健医学,2008,6(3):58.
- 9 张琼,袁璨璨,冷美玲,等.我国临床药师与医师协作关系模型的构建[J].中国药房,2019,30(5):711-716.
- 10 梁湘琦.老年高血压病用药依从性差的原因及护理对策[J].医学文选,2006,25(4):754-755.
- 11 李丹.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- 12 张小燕.老年护理学[M].北京:人民卫生出版社,2009.

(收稿日期 2024-01-26)

(本文编辑 葛芳君)

(上接第553页)

- 5 Chen H, Li J, Cheng L, et al. China consensus document on allergy diagnostics[J]. Allergy Asthma Immunol Res, 2021, 13(2):177-205.
- 6 Wang XD, Zheng M, Lou HF, et al. An increased prevalence of self-reported allergic rhinitis in major Chinese cities from 2005 to 2011[J]. Allergy, 2016, 71(8):1170-1180.
- 7 秦晓燕,郭广宏,康慧媛,等.北京地区变应性鼻炎患者血清总IgE及sIgE结果分析[J].标记免疫分析与临床,2020,27(5):741-745.
- 8 邓月,张健,程寅,等.上海地区变应性鼻炎患者变应原特征分析[J].第二军医大学学报,2020,41(10):1062-1067.
- 9 林琳,金卫东,袁晓阳,等.杭州地区变应性鼻炎患者气传变应原谱分析[J].浙江临床医学,2008,10(5):671-672.
- 10 Prasad C, Hogan MB, Peele K, et al. Effect of evaporative cooling on skin test reactivity to dust mites and molds in a desert environment[J]. Allergy Asthma Proc, 2009, 30(6):624-627.
- 11 杨祁,吴昆旻,李泽卿,等.变应性鼻炎患儿900例吸入性变应原临床分布特征[J].安徽医药,2020,3(21):504-507.

(收稿日期 2024-01-06)

(本文编辑 高金莲)