

心理干预联合药物综合治疗高血压 100 例分析

贾 智(重庆市渝北区人民医院心内科 401120)

【摘要】 目的 探讨心理干预联合药物综合治疗原发性高血压的临床疗效。方法 将 198 例门诊原发性高血压患者分为对照组(98 例)及心理治疗组(100 例),对照组给予药物治疗,心理治疗组在常规药物治疗的基础上接受心理治疗,治疗 1 年后比较两组患者临床疗效、降压幅度、对治疗效果的满意度、血脂水平。结果 心理治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$),血压下降幅度较大($P < 0.05$),心理治疗组对疗效的满意度得分远远高于对照组($P < 0.05$),血脂显著改善($P < 0.05$)。结论 心理干预联合药物综合治疗高血压疗效确切且依从性好,值得临床进一步推广、应用。

【关键词】 高血压; 心理干预; 药物治疗; 依从性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.008 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)04-0398-02

Treatment of hypertension with psychological intervention combined drug in 100 cases JIA Zhi (Department of Cardiology, Yubei District People's Hospital, Chongqing 401120, China)

【Abstract】 Objective To explore the clinical effects of hypertension treated by psychological intervention combined with drugs. **Methods** 198 hypertensive outpatients were divided into control group (98 cases) and psychological treatment group (100 cases). The control group was given drug treatment. On the basis of conventional drug treatment, the psychological treatment group was given psychological intervention. After 1 year of treatment, the clinical effects, blood pressure, satisfaction with treatment and blood lipid were compared between the two groups. **Results**

The clinical effects in the psychological treatment group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$). Blood pressure in the psychological treatment group was decreased greatly ($P < 0.05$). The satisfaction in psychological treatment group was far higher than that in the control group ($P < 0.05$). And blood lipids in the psychological treatment group was significantly improved ($P < 0.05$). **Conclusion** The clinical effects of hypertension treated by psychological intervention combined with drugs are definite with good compliance, which could be worthy of further promotion and application.

【Key words】 hypertension; psychological intervention; pharmacotherapy; compliance

原发性高血压是影响人类健康的慢性全身性疾病,也是一种常见病、多发病,同时又是引起脑卒中、冠心病和肾功能衰竭的重要危险因素,在我国其发病率存在“三高三低”现象:即发病率高、致残率高、病死率高,患者的认知率低、服药率低、控制率低,为降低心脑血管病的发病率和病死率,控制血压是关键^[1-2]。药物治疗对高血压的控制是非常必要的,但一个人的心理情绪和行为习惯等对高血压控制也起着重要作用^[3-4]。目前原发性高血压的主要控制对策是药物治疗、饮食控制、规律运动、定期复诊等措施。随着医学模式的转变,医疗的目的已不仅仅是临床上的控制症状,更重要的是提高患者的生活质量。因此加强对高血压患者的心理干预具有重要意义。作者对 2008 年 1 月至 2009 年 1 月,采用心理干预联合药物综合治疗原发性高血压 100 例,通过半年以上的临床观察及随访,取得了良好的效果,现将基本情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象入选标准:(1)均符合 WHO/ISH 指南标准,收缩压大于或等于 140 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)或舒张压大于或等于 90 mm Hg。(2)意识清楚,无精神智力障碍。选取 2008 年 1 月至 2009 年 1 月在本科室门诊就诊的高血压患者为治疗组,最终符合试验对象的病例为 100 例。以 2007 年 1 月至 2008 年 1 月在本科室门诊就诊的高血压患者 98 例为对照组。心理治疗组 100 例,其中男 60 例,女 40 例,年龄(53.1±10.2)岁,病程(6.8±2.3)年;对照组 98

例,其中男 56 例,女 42 例,年龄(52.8±9.8)岁,病程(7.3±2.5)年。两组患者年龄、性别、病程比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有病例均详细询问病史,患者合并有心、脑、肾等其他病史者将被排除在试验对象之外,中断治疗或随访失踪者将被排除在试验对象之外。所有病例均提前签定知情同意书,并告知其权利和义务,本院承诺对其病例资料实施保密措施。

1.2 治疗方法 两组患者均按常规药物治疗(具体治疗措施要根据患者病情制定),在此基础上心理治疗组同时接受心理干预。具体方法为:初诊时,由接诊医生根据患者病情、年龄、文化程度、接受能力深入浅出地向患者及家属讲解高血压的概念、病因、临床表现、治疗、并发症和预后^[5]。详细说明坚持服用降压药物的重要性。高血压能否有效地控制,主要取决于患者对综合治疗的依从性。当依从性不佳时,血压往往会持续在一个较高的水平,既给患者的生活带来不便,又加重了心、脑、肾的损害^[6]。健康教育与心理疏导:在开始治疗的第 1 周,以讲座的形式对本组的患者集中进行心血管病防治和健康管理知识教育,医生尽可能对患者进行面对面、有针对性地个体化指导和心理疏导,解除患者的思想顾虑,使患者情绪稳定,并教会患者身心放松、保持心境平和,精神积极向上。行为干预:在每次复诊时教会患者匀、深、细的呼吸,每天 2~3 次,每次 20~30 min;指导患者适量活动,如步行锻炼每分钟 80~100 步,上下楼梯每天 3~4 次,每次 20~30 min;严格控制体质量及每

日食盐量、补充钾盐、戒烟酒与合理科学用药相结合^[7]。指导患者及家属监测血压,讲解血压的正常值,并在测量和读数方面进行训练,且要固定血压计、固定时间和条件,将每次测量的结果记录下来,以便评价治疗效果。每周至少电话随访 1 次,以了解病情及服药情况。一般疗程至少为 1 年。

1.3 观察指标 采用台式血压计监测血压,治疗前血压值以平静休息 10、15、20 min 后所测得的平均值为准;治疗 1 年后血压值以连续随访 3 周所测血压的平均值为准。

1.3.1 降压疗效判断标准 显效:舒张压下降大于或等于 10 mm Hg 并降至正常或收缩压下降 20 mm Hg 以上;有效:舒张压下降虽未达到 10 mm Hg,但降至正常或收缩压下降 10~19 mm Hg;无效:未达上述水平者。

1.3.2 降压幅度 观察两组平均收缩压及舒张压的下降情况。

1.3.3 患者对治疗效果的满意度 以问卷调查的形式进行,满分为 10 分,最低为 0 分。

1.4 检测项目 测定治疗前及治疗 1 年后血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白(LDL)及高密度脂蛋白(HDL)值。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计软件包处理数据。临床疗效以有效率表示,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间及组内比较采用 *t* 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者临床疗效 两组患者治疗前平均收缩压比较差异无统计学意义($P > 0.05$),两组患者治疗前平均舒张压比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 1 年后对照组总有效率为 84.7%,心理治疗组总有效率为 100%,心理治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),结果见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

分组	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	50	33	15	84.7
心理护理组	68	32	0	100.0*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 心理治疗组与对照组血压下降幅度比较 心理治疗组血压下降幅度优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),结果见表 2。

表 2 血压下降幅度比较(mm Hg)

项目	对照组($n=98$)	心理治疗组($n=100$)
平均收缩压	10.35±4.28	25.58±6.74*
平均舒张压	6.72±3.19	13.29±4.35*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 患者对治疗效果的满意度 两组患者对疗效普遍满意,对照组患者对疗效的满意度得分为 6.24±1.12,心理治疗组对疗效的满意度得分为 8.23±1.16,心理治疗组对疗效的满意度得分远高于对照组($P < 0.05$)。

2.4 治疗前、后血清 TC、TG、LDL、HDL 检测结果 两组患者治疗前血脂检测结果比较差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组及心理治疗组经过 1 年治疗后血脂检测结果均明显好转($P < 0.05$);心理治疗组血脂 4 项检测指标明显优于对照组($P < 0.05$),结果见表 3。

表 3 治疗前后患者血脂各指标测定值比较($\bar{x} \pm s$,mmol/L)

项目	对照组($n=98$)		心理治疗组($n=100$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TC	5.24±1.19	4.57±1.22*	5.20±1.28	4.01±1.03*#
TG	1.65±1.04	1.21±0.87*	1.61±1.00	0.86±0.65*#
LDL-C	3.81±1.19	3.07±1.30*	3.69±1.11	3.01±1.08*#
HDL-C	1.15±0.62	1.56±0.71*	1.06±0.55	1.99±0.68*#

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,# $P < 0.05$ 。

3 讨 论

随着现代医学模式的转变,目前学者普遍认为,原发性高血压是一种心身性疾病,它除受遗传因素、饮食因素、内分泌因素影响外,其发病也与心理因素(包括紧张、愤怒、惊恐、心理冲突以及 A 型行为类型)有着密切关系^[8]。心理应激如生活环境、社会地位、经济状况等变化都对血压有一定的影响。一个人的心理特征、行为习惯、生活方式对患者血压的控制有着重要的作用^[9]。不良的生活方式和不良情绪将影响血压的控制和病情发展,高血压患者只有很好地依从医嘱治疗,才能把血压控制在一个理想水平,减少并发症,提高生活质量并能延长寿命。本研究发现,高血压患者通过心理治疗后,依从性有了明显的改善,血压得到良好的控制,血脂显著降低,患者普遍对治疗效果更加满意。

心理干预联合药物综合治疗高血压,主要是通过患者及家属的良好沟通,了解患者的饮食习惯、生活方式,指导其家庭合理配制膳食(每人每日食盐量不超过 6 g),协助患者建立有规律的健康生活秩序,减少诱发疾病的危险因素。心理干预联合药物综合治疗有利于建立良好的医患关系,通过电话随访、定期讲座等方式,医生与患者之间建立了良好的信任度,当患者遇到困难能及时得到解决,医生也可以随时电话询问治疗情况,从而大大提高了患者的依从性。心理干预对原发性高血压患者的药物治疗给予支持和督促,可以经常提醒和帮助患者加强认识,了解疾病的严重性,坚持长期服药的重要性,不遵医嘱的危害性,若患者血压持续偏高,得不到及时治疗可导致心、脑、肾等脏器的严重损害,可列举出由于不坚持用药导致脑出血、心肌梗死的病例,使患者在思想上高度重视,从被动接受治疗变为主动寻求治疗,以达到很好地控制血压的目的。因此心理干预能有效控制血压,减少并发症的发生。通过指导患者自己监测血压或定期到医院测量让其随时了解血压变化情况。通过坚持长期规律服药、保持心理平衡、控制钠盐摄入、适量运动、减轻体质量等综合治疗将血压控制在正常范围,减少了并发症的发生。

总之,医学迅速发展,治疗观念也应转变,原发性高血压的治疗不能只停留在药物方面,心理干预也是一个重要治疗措施。要在以药物治疗为基础的前提下,施以心理干预,可显著提高患者对医嘱的依从性,改变患者的不良生活习惯,并能提高患者自我管理的能力,使患者的血压得到良好的控制,减少并发症的发生,提高患者的生活质量,从而达到最佳的治疗效果。心理干预联合药物综合治疗高血压值得临床进一步推广、应用。

参考文献

[1] 孙建萍,牛建华,王爱红,等.改善农村老年原发性高血压患者依从行为的实践[J].中华护理杂志,2004,39(4):310. (下转第 402 页)

表 6 PLT-I、PLT-O 与 PLT-M 的准确性试验

组别	斜率 (a)	截距 (b)	相关系数 (r)
PLT-I(PLT<100×10 ⁹ /L)	1.07	0.46	0.974
PLT-I(PLT≥100×10 ⁹ /L)	0.99	-1.52	0.989
PLT-O(PLT<100×10 ⁹ /L)	1.03	1.53	0.980
PLT-O(PLT≥100×10 ⁹ /L)	1.01	-2.95	0.993

3 讨论

近年来,准确计数外周血中的血小板,已成为血液学和检验医学界的热门话题,其原因有:(1)临床上需要输注血小板者日益增多,仅在美国,每年输注血小板就达 700 万单位以上。由于输注血小板价格高昂,且易发生免疫性输血反应和存在感染的风险,故英、美等国纷纷提出降低输血小板的起点(triggerpoint)或阈值(threshold),由过去的 20×10⁹/L 降至 10×10⁹/L,甚至 5×10⁹/L,因此迫切要求准确计数血小板^[3]。(2)迄今为止,计数血小板的方法虽然繁多,但对于计数血小板其准确性都比较差,有待研究改进。(3)血小板一经与破损的血管内皮细胞或组织成分接触,立即黏附于破损的血管壁上。因而采用任何方法计数血小板,其数值均比实际值低。因此,选择一种准确、快速、实用的血小板计数方法,具有重要的临床意义。

XE-5000 血细胞分析仪在 PLT 计数中保留了 XE-2100 所采用的双通道方法检测原理,继采用电阻抗(PLT-I 运用的是 RBC/PLT 通道)和核酸荧光染色(PLT-O 采用 PLT-O/RET 通道)双方法检测血小板,核酸荧光染色法通过半导体激光和流式细胞技术,前向散射光反映血小板大小,用纵坐标(Y 轴)表示,用亚甲基染料染色血小板的 DNA 和 RNA,测出其荧光强度(X 轴),从而通过散点图表示。由于 PLT 染色后通过激光辨认其形态和内含 DNA 和 RNA 等物质,因此若血样标本中存在小 RBC、RBC 和 WBC 碎片、PLT 数量少等情况时,PLT-O 对 PLT 的鉴别将更准确,基本上克服了 PLT-I 易受干扰的缺点^[4-5]。此核酸荧光染色法除能报告血小板更为准确的结果外,还能报告经 FDA 认可的报告参数未成熟血小板比率(IPF),为血小板减少症的鉴别诊断提供快速有效的检测参数。

本试验结果中 PLT-I、PLT-O 的平均批内精密密度分别为 1.30%、1.40%;批间精密密度分别为 1.87%、2.39%;携带污染率范围分别为 0.00%~1.32%、0.00%~1.17%;平均为 0.44%和 0.33%。显示此两种模式的批内和批间精密密度高,重复性好,携带污染率低。在线性稀释试验中 PLT-I 低、中、

高值与理论值的 r 分别为 0.991、0.997、0.997;PLT-O 低、中、高值与理论值的 r 分别为 0.997、0.998、0.992;在一定范围内,PLT-I、PLT-O 与理论值之间有良好的相关性,没有偏离线性关系,其中 rPLT-O(低值)>rPLT-I(低值),说明对于低值样本,PLT-O 法比 PLT-I 法结果更为准确,与参考文献[6]中所述结果一致。在 RBC 碎片干扰试验中,高浓度组 PLT-I:t=12.31,P<0.01;PLT-O:t=10.30,P<0.01,提示在高浓度 RBC 碎片干扰下,测定值与对照组比较差异有统计学意义。低浓度组 PLT-I:t=10.01,P<0.01;PLT-O:t=1.14,P>0.05,显示在低浓度 RBC 碎片干扰的情况下,PLT-I 与对照组之间差异有统计学意义,而 PLT-O 则有较强的抗 RBC 碎片干扰能力。在准确性试验中 PLT-I 低、高值浓度标本与手工法参考值的 r 分别为 0.974、0.989;PLT-O 低、高值浓度标本与手工法参考值的 r 分别为 0.980、0.993,显示这两种方法与手工法的相关性计数都很好,其中 rPLT-O(低值)>rPLT-I(低值),与上述结果一致。结果充分表明 XE-5000 血细胞分析仪在血小板计数方面具有优良性能。

作者认为,用 XE-5000 进行血小板日常计数时可以首选 PLT-I 模式,此模式成本较低且测试速度更快(150 份标本/小时);当出现血小板计数异常时改用 PLT-O 模式(113 份标本/小时)进行复查,出现荧光散点图异常的再进行涂片染色观察血小板形态、分布、聚集情况等,从而为临床提供更准确可靠的血小板信息。

参考文献

- [1] 陈小剑,王晓欧,舒旷怡,等. 3 种检测血小板数方法的初步评价[J]. 检验医学,2006,21(1):61-63.
- [2] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:22-23.
- [3] Valerie L. Valuation of the performance of the sysmex XT-2000i hematology analyzer with whole bloods stored at room temperature[J]. Vet Clin Pathol,2009,38:230-241.
- [4] 郭玉娥,赵洪泉,赵志明. 血细胞分析仪计数血小板的影响因素[J]. 中国误诊学杂志,2006,5(1):152-153.
- [5] 曹增,李勇,慕悦竟. Sysmex XE-5000 血细胞分析仪白细胞分类性能评价[J]. 中国血液流变学杂志,2009,19(4):643-645.

(收稿日期:2010-09-06)

(上接第 399 页)

- [2] 赵冬,吴兆苏,王薇,等. 中国 11 省队列人群基线血压和 7 年累积心血管病发病危险的前瞻性研究[J]. 中华心血管杂志,2001,29(10):612-617.
- [3] 张锡明,张晓萍. 心理行为因素与高血压及相关因素研究[J]. 美国中华心身医学杂志,1997,1(4):201-206.
- [4] 霍九英. 社区高血压患者跟踪管理研究报告[J]. 检验医学与临床,2010,7(10):975-976.
- [5] 阎秀梅,王衍郁,王玉凤. 应用临床护理路径对原发性高血压患者实施健康教育[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2006,27(6):766.

- [6] 张德芹. 影响社区高血压患者服药依从性的因素及护理对策[J]. 检验医学与临床,2010,7(15):1626.
- [7] 杨清平,陈海光,李学兰. 护理干预对脑卒中后抑郁患者神经功能康复的影响[J]. 护理学杂志,2004,19(7):62-63.
- [8] 赵凯国,冯仲华. 应激、A 型行为与原发性高血压的探讨[J]. 河北医学,2000,6(5):412-413.
- [9] 周永君. 心理干预在原发性高血压治疗中的作用[J]. 四川精神卫生,2002,11(3):173-174.

(收稿日期:2010-08-15)