

全科个体化阶梯用药方案在基层高血压合并多重并发症中的应用观察

朱元希

金华市婺城区蒋堂镇卫生院 浙江 金华 321000

【摘要】目的：分析全科个体化阶梯用药方案在基层高血压合并多重并发症中的应用效果。方法：选择基层医院 2025.01-2025.12 期间 82 例高血压合并多重并发症患者，Excel 表格分组，对照组、研究组，均 41 例。对照组实施常规用药方案指导，研究组实施全科个体化阶梯用药方案，观察两组应用效果。结果：治疗前两组 SBP、DBP、Morisky 评分比较 ($P>0.05$)，治疗后两组 SBP、DBP 均较治疗前降低，Morisky 评分较治疗前升高，研究组变化幅度更优 ($P<0.05$)；研究组并发症控制有效率较对照组高，不良反应发生率较对照组低 ($P<0.05$)。结论：全科个体化阶梯用药方案应用于基层高血压合并多重并发症患者，可实现血压水平控制，改善并发症，患者用药依从性提升，不良反应发生率较低，具有较高的基层推广价值，建议临床实施。

【关键词】：全科个体化阶梯用药方案；基层；高血压；并发症；应用效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.099

高血压为临床高发慢性心血管病变，为诱发心、脑、肾等靶器官损害的独立性危险因素。临床数据统计发现，我国成人高血压患病率达 27.5%，患病人数超 3.3 亿，基层患者占比超 70%^[1]。基层患者具有一定特征，年龄大、健康认知低、合并症多且复杂，增加疾病治疗难度的同时，易发生心血管不良事件，死亡风险较高。目前基层高血压多实施常规标准化用药方案，侧重单一、联合用药，未能充分考虑患者并发症种类、类型、病情程度、药物耐受性等个体化差异，导致血压控制稳定性受到影响，增加药物不良反应及用药积极性低等问题^[2]。全科个体化阶梯用药方案为现代化医疗重要组成，其基于全科医学理念，用药方案制定中充分考虑患者血压分级、并发症谱、靶器官损伤、药物禁忌、用药耐受性为患者制定个体化用药指导方案，确保患者血压平稳控制，降低不良反应发生率控制并发症进展^[3]。为此，研究选择基层医院 2025.01-2025.12 期间 82 例高血压合并多重并发症患者，对全科个体化阶梯用药方案可行性进行分析，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择基层医院 2025.01-2025.12 期间 82 例高血压合并多重并发症患者，Excel 表格分组，对照组、研究组，均 41 例。对照组男 23 例，女 18 例；年龄 45~78 岁，平均 (62.38 ± 5.72) 岁；高血压病程 3~18 年，平均 (8.65 ± 2.41) 年；并发症类型：合并糖尿病 16 例、冠心病 14 例、慢性肾病 11 例、脑梗死 9 例、高脂血症 18 例、心力衰竭 7 例。研究组男 24 例，女 17 例；年龄 46~79 岁，平均 (62.85 ± 5.91) 岁；高血压病程 3~19 年，平均 (8.91 ± 2.63) 年；并发症类型：合并糖尿病 17 例、冠心病 13 例、慢性肾病 12 例、脑梗死 8 例、高脂血症 19 例、心力衰竭 6 例。两组资料 $P>0.05$ ，不违背医学伦理，参与者知情。

纳入标准：①符合《中国高血压防治指南（2023 年版）》高血压诊断标准；②并发症数量 ≥ 2 种；③为常住居民；④数据资料完整；⑤能够配合医学随访。

排除标准：①存在继发性及恶性高血压；②合并脏器实质性损伤；③伴有脑卒中及急性心梗病情；④对本次用药存在过敏史。

1.2 方法

对照组实施常规用药方案指导，结合基层高血压常规治疗规范，实施标准化用药方案：治疗初期指导患者使用血管紧张素受体拮抗剂+钙通道阻滞剂，如 80mg 缬沙坦+5mg 氨氯地平，1 次/d；若患者血压未达标，指导其利尿剂使用，如 12.5mg 氢氯噻嗪，1 次/d。存在冠心病者增加 β 受体阻滞剂使用，口服 25mg 美洛托尔，3 次/d，针对存在糖尿病患者增加降糖药物，未结合患者实际情况进行差异化阶梯用药指导。

研究组实施全科个体化阶梯用药方案，将其分为 4 个阶梯，具体用药方案如下：

(1) 初期病情评估及基础用药（第一阶梯），对患者进行病史采集，测定血压、血生化、心电图及心脏超声和肾功能及血糖指标，了解患者血压分级情况及病情严重程度，是否存在用药禁忌。基础用药指导 ARB/血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）；合并糖尿病、慢性肾病者推荐 ACEI/ARB，10mg 依那普利、厄 150mg 贝沙坦，1 次/d；进行肾功能保护，降低胰岛素抵抗。若为老年单纯收缩期高血压且合并冠心病，可口服 5mg 非洛地平、2.5mg 左旋氨氯地平 1 次/d。

(2) 优化联合用药（第二阶梯），若使用单药超过 4 周，血压未达标，实施联合用药指导，坚持协同用药原则，存在糖尿病及肾病者，使用 ACEI/ARB、利尿剂（氢氯噻嗪 12.5mg），改善水钠潴留，改善蛋白尿。针对合并冠心病及心力衰竭者指

导用药 ACEI/ARB+5mg 比索洛尔、47.5mg 美托洛尔缓释片，1次/d；改善心肌耗氧，降低心率；针对存在高脂血症者，指导 CCB+ACEI/ARB，联合他汀类药物。

（3）三药联合强化（第三阶梯），若两种药物联合持续 8 周血压未达标者，实施三联药物使用，ACEI/ARB+CCB+利尿剂，基于基础用药，合并心力衰竭者，更换使用 50~100mg 沙库巴曲缬沙坦，2 次/d，配合β受体阻滞剂、螺内酯 20mg，1 次/d。实现心功能改善。

（4）个体方案微调（第四阶梯）三联用药 12 周血压达标，结合患者实际情况，如不良反应、效果、耐受性进行计量调整，避免低血压出现并对降糖方案优化，控制慢性肾病个性指标。

1.3 观察指标

（1）血压指标：测定诊室收缩压（SBP）、舒张压（DBP），共计测量 3 次，计算平均值。

（2）并发症控制情况：症状消失且实验室指标恢复正常区间为显效；症状改善明显且指标较治疗前改善超过 50%为有效，不符合上述评估为无效。统计显效及有效例数及占比。

（3）用药依从性：利用 Morisky 用药依从性量表评估，0-8 分，越高越好。

（4）不良反应发生：包括头晕、干咳、低钾血症、踝部水肿、胃肠道不适。

1.4 统计学方法

SPSS25.0 软件。计量资料表示（ $\bar{x} \pm s$ ），检验 t；计数资料表示（n，%），检验 χ^2 ；资料比较， $P < 0.05$ 有意义。

2 结果

2.1 两组血压指标比较

治疗前两组 SBP、DBP 比较（ $P > 0.05$ ），治疗后两组 SBP、DBP 均较治疗前降低，研究组降低幅度更优（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组血压指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，mmHg）

组别	对照组	研究组	t	P	
例数	41	41			
SBP	治疗前	162.52±8.30	163.15±8.51	0.339	0.735
	治疗后	138.61±7.10*	126.34±6.52*	8.150	0.000
DBP	治疗前	96.77±6.25	97.13±6.45	0.257	0.798
	治疗后	85.20±5.40*	78.56±4.81*	5.879	0.000

注：与同组干预前比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 并发症控制效果比较

研究组并发症控制有效率较对照组高（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 并发症控制效果比较（%）

组别	对照组	研究组	χ^2	P
例数	41	41		
显效	13(31.71)	16(39.02)	-	-
有效	18(43.90)	22(53.66)	-	-
无效	10(24.39)	3(7.32)	-	-
总控制率	31(75.61)	38(92.68)	4.479	0.034

2.3 两组用药依从性比较

治疗前两组用药依从性比较（ $P > 0.05$ ），治疗后两组 Morisky 评分较治疗前升高，研究组升高幅度更优（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 两组用药依从性比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	对照组	研究组	t	P
例数	41	41		
治疗前	4.26±1.10	4.34±1.21	0.313	0.755
治疗后	5.30±1.32	6.81±1.16	5.502	0.000

2.4 两组不良反应比较

研究组不良反应发生率较对照组低（ $P < 0.05$ ），见表 4。

表 4 两组不良反应比较（%）

组别	对照组	研究组	χ^2	P
例数	41	41	-	-
头晕	4(9.76)	1(2.44)	1.917	0.166
干咳	3(7.32)	1(2.44)	1.051	0.305
低钾血症	2(4.88)	0(0.00)	2.050	0.152
踝部水肿	2(4.88)	1(2.44)	0.346	0.556
胃肠道不适	1(2.44)	1(2.44)	-	-
总发生率	12(29.28)	4(9.76)	4.970	0.026

3 讨论

高血压为常见病及高发病更为心脑血管病变发生发展的高危因素，对患者机体健康影响严重。基层为防治高血压的重要场所，但因基层医疗资源不足，患者认知低，多伴有多种并发症，单一或固定用药方案无法满足患者病情控制需求，增加患者血压波动，导致并发症进展，且存在不同程度的不良反应。全科个体化阶梯用药方案为现代化用药指导关键内容，其可遵循全科评估、个体定制、阶梯优化、全程管理原则，与高血压

合并并发症患者诊疗具有高度契合。

此次研究结果显示,治疗前两组 SBP、DBP 比较($P>0.05$),治疗后两组 SBP、DBP 均较治疗前降低,研究组降低幅度更优($P<0.05$)。分析原因,本方案依据患者血压分层情况、合并疾病情况及脏器损伤程度个体化遴选药物,摒弃通用给药模式的不足;采用循序渐进的用药调配方式,从单方治疗过渡到多药联用,由基础干预逐步升级为强化治疗,平稳控制血压水平,弱化指标起伏变化;根据不同合并病症适配优选药剂,糖肾合并人群优先选用 ACEI/ARB 类药物,冠心病患者可搭配 β 受体阻滞剂,实现降压调理与合并病症同步管控^[4]。研究发现,研究组并发症控制有效率较对照组高($P<0.05$)。分析原因,常规降压治疗往往只侧重血压控制,并未依据合并病症制定专属诊疗思路。全科个体化阶梯给药模式,可将各类合并症防控纳入全程诊疗,该模式能够实现血压调控、血糖平稳、血脂调理

及心肾保护并行兼顾,形成一体化综合干预,从而延缓各类继发病变的发展进程。

依从性及药物不良反应发生率方面,治疗后两组 Morisky 评分较治疗前升高,研究组升高幅度更优,研究组不良反应发生率较对照组低($P<0.05$)。分析原因,全科个体化阶梯用药方案可依据患者身体耐受状况灵活调配药剂种类与使用剂量,降低用药期间的不良反应发生^[5]。除此之外,给药过程循序渐进配合医生指导可提升患者用药依从性。但此次研究存在不足,主要体现在研究样本少且为单中心研究,导致研究结果外推性受到影响,需要在今后研究中继续深入分析。

综上所述,基层高血压合并多重并发症患者实施全科个体化阶梯用药方案,可实现血压平稳控制,改善并发症预后,患者用药依从性较好,安全性较高,建议实施。

参考文献:

- [1] 叶章正,李世阁,张晓丹,等.基因检测指导下个体化用药治疗对3级高血压患者的治疗效果及不良反应分析[J].中国循证心血管医学杂志,2025,17(04):499-502.
- [2] 任爽,李洋,王凯.老年高血压患者个体化用药风险基因分析[J].河北医药,2023,45(01):39-43.
- [3] 陈秀虹.个体化护理对老年高血压患者用药依从性及血压达标率的影响[J].中国医药指南,2024,22(19):110-112.
- [4] 曹佳乐.基于IMB理论的个体化用药管理对糖尿病合并高血压患者病情控制及生活质量影响[J].航空航天医学杂志,2025,36(12):1510-1512.
- [5] 万淑君,张梦莹,陈其雷,等.高血压药物基因多态性分析对安徽皖南地区高血压患者个体化治疗的参考价值[J].中国临床药理学与治疗学,2024,29(01):68-75.