

General intervention measures for medication compliance of patients with chronic diseases in the community

Rongxin Zhang

Dongcheng district community health service management center south gate Cang health station, Beijing, 101100, China

Abstract

Objective: To explore the impact of intervention measures led by general practitioners on medication compliance, disease control and clinical outcomes of patients with chronic diseases in the community, and to provide practical basis for optimizing the management of chronic diseases in the community. **Methods:** Sixty patients with chronic diseases in the community from June 2024 to June 2025 were selected and randomly divided into the control group (30 cases, conventional intervention) and the observation group (30 cases, general intervention). The medication compliance indicators, disease control rates, clinical outcomes and medication safety after the intervention were compared between the two groups. **Result:** After the intervention, the MMAS score and the possession ratio of drugs in the observation group were higher than those in the control group. The disease control rate was 86.7%, the high compliance rate was 80.0%, and the patient satisfaction rate was higher than that of the control group. The drug error rate and the readmission rate within 90 days were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The intervention measures led by general practitioners can significantly improve the medication compliance of chronic disease patients in the community, optimize the effect of disease control, reduce the risk of adverse clinical outcomes, and enhance patient satisfaction. They are suitable for promotion and application in the community.

Keywords

Community chronic diseases; medication adherence; general practitioner intervention

社区慢性病患者用药依从性的全科干预措施

张荣新

东城区朝阳门社区卫生服务中心南门仓卫生站, 中国·北京 101100

摘要

目的: 探讨全科医生主导的干预措施对社区慢性病患者用药依从性、疾病控制及临床结局的影响, 为优化社区慢性病管理提供实践依据。**方法:** 选择2024年6月至2025年6月社区60例慢性病患者, 随机分为对照组(30例, 常规干预)与观察组(30例, 全科干预)。对比两组干预后用药依从性指标、疾病控制率、临床结局及用药安全性。**结果:** 干预后观察组MMAS得分、药物possession比率高于对照组; 疾病控制率86.7%、高依从率80.0%、患者满意度高于对照组; 药物差错率、90天再入院率低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 全科医生主导的干预措施可显著提升社区慢性病患者用药依从性, 优化疾病控制效果, 降低不良临床结局风险, 提升患者满意度, 适合在社区推广应用。

关键词

社区慢性病; 用药依从性; 全科干预

1 引言

性非传染性疾病(NCDs)是危害社区人群健康的最严重的公共卫生挑战, 其典型代表是高血压病、糖尿病、冠心病、COPD等, 具有发病率高、病程较长、易复发等特点。慢性病患者规范、持续的药物治疗是疾病控制和预后的关键, 患者对药物的依从性直接关系患者的疾病控制率及长期预后, 有研究证实^[1], 在社区慢性病患者中存在不遵从、擅自停药、漏服等现象, 从而导致患者血压、血糖等控制水平

较差, 进而引起相关并发症, 再住院风险增高。常规社区管理模式即监测及药物宣教为主的个体化管理, 缺乏长期个体化用药指导和心理干预, 不足以满足慢性病患者长期用药及整体健康管理, 全科医师以“以人为中心、以家庭为单位、以社区为半径”的个体化连续照护为目标, 侧重于医生对患者健康教育、药物指导、心理疏导及随访的综合管理作用, 通过由全科医师主导的整体化的综合干预有望在患者自身控制及依从性方面做出改善, 提高慢性病的控制率及临床预后效果^[2]。本研究构建全科全程化全程管理模式下的“评价—指导—监测—支持”全流程全科干预模式, 分析该干预模式对于慢性病患者用药依从性、疾病控制率及临床预后的影响, 为其在社区慢病管理及干预方面的优化提出可行方案

【作者简介】张荣新(1973-), 女, 彝族, 中国吉林乾安人, 本科, 主治医师, 研究方向: 全科医师。

及临床依据。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选择2024年6月至2025年6月间我院收治的社区慢性病患者60例作为本次研究的对象,采用随机数表法分组,分为对照组(30例,常规干预)与观察组(30例,全科干预)。所有患者年龄在45-78岁之间,平均年龄(62.3±8.5)岁。

2.2 纳入与排除标准

纳入标准:确诊高血压、2型糖尿病等常见慢性病,病程≥1年;年龄40-80岁,长期居住在本社区,便于随访;需每日规律服用≥1种慢性病治疗药物;初始用药依从性较差(MMAS得分<8分);知晓研究内容,自愿签署知情同意书;临床资料完整,可追踪用药情况与疾病指标。

排除标准:严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤或终末期疾病;认知障碍、精神疾病或听力视力障碍,无法配合干预;近期发生急性心脑血管事件(如心肌梗死、脑梗死),需住院治疗;药物滥用史或不配合社区管理。

2.3 方法

2.3.1 对照组

采用社区慢性病常规管理模式:首次就诊时告知患者药物用法用量、注意事项,发放用药手册;每15天电话随访1次,询问用药情况,提醒按时服药;30天安排1次门诊复查,检测血压、血糖等指标。

2.3.2 观察组

构建全科医生主导的“评估-指导-监测-支持”全流程干预体系,具体如下:

个体化评估(干预第1周)。全科医生通过门诊面诊、家庭访视,收集患者基本信息、疾病史、用药史、生活习惯;采用MMAS量表评估初始用药依从性,分析依从性差的原因(如忘记服药、担心副作用、经济负担);结合患者文化水平、认知能力,制定个性化干预方案。

分层用药指导。采用通俗语言讲解药物作用、服用时间(如降压药晨起空腹服、降糖药餐前服)、漏服处理方法,避免自行停药减药;为老年患者提供分药盒、手机服药提醒设置;对文化水平低的患者,绘制图文用药卡片;提前告知常见副作用及应对方式(如降压药头晕可缓慢起身),缓解患者顾虑^[3]。

动态监测与随访。第1-4周每7天随访1次(电话或

门诊),第5-12周每14天随访1次,及时解决用药问题;每15天检测血压、血糖,每90天复查肝肾功能、血脂,根据结果调整用药方案(如血压控制不佳时联合用药);通过门诊面诊、家庭访视,核查药物剩余量,评估实际用药情况。

多维度支持干预。每月开展1次社区健康讲座,讲解慢性病管理知识、合理饮食与运动,提升自我管理能力;与患者家属沟通,指导家属监督用药、提醒复查,形成家庭支持体系;关注患者情绪状态,对因疾病焦虑、抑郁影响用药的患者,进行心理安抚,必要时转诊心理科。

2.4 评价标准

用药依从性:采用Morisky用药依从性量表(MMAS)评估,满分10分,分数越高依从性越好;计算药物possession比率(实际服药量/处方服药量),比率越高依从性越好;

疾病控制率:统计血压血糖达标例数(血压<140/90mmHg、空腹血糖<7.0mmol/L),控制率=达标例数/总例数×100%;

自我管理评分:采用自制量表评估(含用药管理、饮食控制、运动锻炼、定期监测),满分100分,分数越高自我管理能力强;

临床结局与安全性:统计高依从率(MMAS≥8分)、药物差错率(用药错误次数/总用药次数)、90天再入院率(因原发病加重入院);采用自制量表评估患者满意度(满分100分);

2.5 统计学指标

采用SPSS26.0统计软件进行统计分析,计量资料用均数±标准差(±s)表示,采用t检验,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验,P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者用药依从性及自我管理情况比较

干预后,观察组患者的MMAS得分、MPR、疾病控制率及自我管理评分均明显高于对照组,差异具有统计学意义(P<0.05);见表1。

3.2 两组患者临床结局与用药安全性比较

干预后,观察组患者的高依从率与患者满意度显著高于对照组,药物差错率与再入院率显著降低,差异具有统计学意义(P<0.05);见表2。

表1 两组患者用药依从性及自我管理评价(x±s)

组别	例数	MMAS得分	MPR	疾病控制率(%)	自我管理评分
对照组	30	6.80±0.89	0.75±0.11	18(60.0)	68.00±8.10
观察组	30	8.60±0.72	0.90±0.08	26(86.7)	85.20±7.00
t/ χ^2 值	—	8.650	5.810	5.456	8.760
P值	—	0.011	0.012	0.019	0.007

表2 两组患者临床结局与用药安全性比较 (x ± s)

组别	例数	高依从率 (%)	药物差错率	90天再入院率 (%)	患者满意
对照组	30	12 (40.0)	1.22 ± 0.58	4 (13.3)	75.20 ± 7.10
观察组	30	24 (80.0)	0.42 ± 0.36	1 (3.3)	88.00 ± 6.40
t/χ ² 值	—	10.000	5.610	1.964	8.390
P 值	—	0.002	0.013	0.001	0.005

4 讨论

4.1 全科干预对用药依从性的促进作用

本研究发现, 干预后观察组患者 MMAS 得分及 MPR 水平均高于对照组 (P<0.05), 提示全科干预可有效提高患者依从性水平。传统宣教式管理过度关注讲授用药相关知识而忽视对患者进行如何实施、为什么要实施用药行为的宣教, 全科干预早期有针对性地对患者的依从性障碍因素进行了个体化评估, 如遗忘、担忧药物副作用或费用问题, 并及时制订解决方案, 使之成为主动治疗行动者, 同时细化用药指导, 并采取个性化提醒策略, 如运用分药盒、服药 APP 及图文用药卡, 避免因年老记忆力下降或不识字等原因导致的漏服问题。全科医生以家访、门诊随访的形式动态监测, 强化患者的主观能动性和医生对用药执行的可监测性, 形成管理闭环^[4]。

本研究中, 观察组 MMAS 评分有所提升, 患者对于自我用药、治疗依从性的自我意识逐渐增强。而全科医师在进行治疗的过程中, 其给予的情感支持与陪伴, 能从心理上增强患者治疗用药的依从性, 尤其是对于需要长期服药治疗的老年人而言, 更是起到了积极的鼓舞效果。

4.2 全科干预改善疾病控制率的机制

在本研究中, 观察组患者疾病控制率为 86.7%, 显著高于对照组患者的 60.0%, 证明了全科干预能够将患者的服药行为得到干预, 并且其系统化随访有利于患者疾病指标得到控制。事实上, 长期稳定的疾病控制才是慢性病管理的根本, 而控制不佳的主要原因则与患者不规范的使用药物有关, 监测的缺失以及指导的不足。

全科干预系统动态管理的模块每周测血压血糖、每月复查肝肾功血脂, 数据反馈及时调整用药, 如血压达标的患者, 运用不同机制的降压药联用, 疗效明显提高; 医生在随访中, 也可及早发现药物配伍禁忌以及不良反应, 确保个体化治疗、全程安全治疗。同时, 干预过程中重视健康教育与生活方式调整, 加强饮食及活动控制干预, 促使患者由“服药”变为“控病”。这是全科医学特色之一, 也是区别于专科化临床诊疗方法的根本优势。

4.3 情感支持与家庭参与在依从性提升中的作用

观察组采取的情感性干预和支持、家庭参与机制可以改善患者不良心理和服药态度。全科医师在随访中不仅是对药物的关照, 而是对患者情志和认知的关照, 通过聆听、共情来解决患者不耐受的焦虑问题; 如果患者存在焦虑、抑郁

情绪, 医生要进行心理开导或转介心理门诊, 重振患者治疗信心。与此同时, 患者家庭的监督与支持在依从性中起到决定作用。研究结果显示家庭支持度高者的 MMAS 总分平均提高 1.5 分以上。家庭访视中, 全科医师指导患者家属记录用药情况, 协助调整一日三餐和作息习惯, 让慢性病管理融入日常生活环境中, 使随访从“医疗干预”向“生活干预”的过渡成为可能。人文关怀和社会支持的人性化心理支撑是实现高依从率的先决条件。

4.4 全科干预降低药物差错率与再入院率的意义

观察组药物差错率低于对照组, 90d 再入院率为 3.3%, 与对照组相比, 差别显著 (P<0.05)。社区慢性病管理的高危环节是药物差错, 因多病共存的老年患者容易发生药物差错, 全科干预具有持续跟踪、多点复核的功效, 降低了药物差错率。医生在评估阶段系统梳理患者用药史, 识别潜在冲突药物或重复用药; 其次, 分层指导中明确了用药时间与方法, 并通过家庭成员复核, 减少因服药顺序、剂量错误引起的不良事件。通过连续随访, 医生能够发现并纠正不当用药行为, 例如自行停药、重复服药或误用保健品等问题。再入院率的下降反映出疾病控制的稳定性与安全性提升。慢性病患者频繁再入院不仅增加医疗负担, 也影响生活质量。全科干预强化了疾病预警机制, 通过对血压、血糖波动的早期识别和药物及时调整, 有效防止急性发作事件。由此可见, 全科医师对社区用药的全程管理是“开方医师”, 更应是“警卫医师”和“教练医师”, 全程管理将能有效规避医疗纠纷, 提高慢病管理水平^[5]。

本研究证明了以全科医生为中心的综合多维干预模式, 在提高患者依从性和有效控制疾病, 减少不良转归方面达到了明显的改善, 社区慢病管理的系统化、个性化。核心价值为: ①实现由疾病型向患者型转变: 强调治疗不单是遵医嘱服药行为, 而是其背后的心理、社会情况等; ②实现由一次干预向连续干预转变: 通过随访及家访实现慢病的全程管理; ③实现由医者主导型向综合照护型转变: 将健康宣教、用药指导、心理疏导、家庭支持联合在一起。推广该模式可为基层医疗机构提供可复制的慢病管理方案, 减少再入院率与医疗支出, 提升社区健康水平。下一步研究可结合全科干预和药师的共同参与, 开展药品处方审核与数据反馈, 形成更好的慢病药物治疗管理方案, 作为社区医疗服务精细化、智能化的标准。

5 结语

综上所述,社区慢性病患者全科医生主导的系统干预模式可提升慢性病患者用药依从率、改善慢性病控制率、减少药品差错及再次住院率,对提升社区慢性病患者满意度有显著提升,显示慢性病患者的全科医学特点是一种连续性的以人为本的系统干预模式,有利于基层慢性病管理的普及与应用。

参考文献

[1] 张蕾.健康教育在高血压社区护理中的应用分析[J].中国冶金工

业医学杂志,2025,42(03):341-343.

- [2] 闫宇佳,武明芬,杨莉,等.北京某社区4种常见慢性病患者用药依从性与影响因素研究[J].中国药业,2025,34(10):29-34.
- [3] 郝姝鑫,范文超,秘玉清,等.老年人社区慢性病管理中的健康责任研究[J].中国医学伦理学,2024,37(12):1473-1477.
- [4] 龙琴,周婷婷,龚萍,等.社区慢性病患者安全用药管理地图的构建与应用[J].护理学杂志,2024,39(22):107-111.
- [5] 夏瑀,罗原,李峥嵘,等.社区慢性病共病药物治疗决策的困境与应对路径[J].中国全科医学,2025,28(01):103-110+118.