

临床药师在药学门诊开展降脂药物治疗管理的实践分析

撒硕年

兰州新区西岔中心卫生院，甘肃省兰州市，730314；

摘要：目的：探讨临床药师在药学门诊开展降脂药物治疗管理的实践模式及应用效果。方法：回顾性分析 2023 年 1 月至 2024 年 12 月药学门诊 174 例高脂血症患者的临床资料，由临床药师团队通过“初诊信息采集-高级职称药师评估-个体化方案制定-用药宣教-3~6 个月随访”流程开展治疗管理，观察患者药物治疗相关问题解决情况、血脂达标率及安全性指标变化。结果：174 例患者共识别药物治疗相关问题 246 项，解决率达 70.33%，其中用药依从性和适应证相关问题解决率 100%；调整治疗方案后，患者 LDL-C 达标率由 24.14% 提升至 71.26%，LDL-C、TC、TG 水平均显著降低 ($P<0.05$)；CK 水平于调整治疗方案前相比降低 ($P<0.05$)，3 例肝功能异常患者的天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶水平明显下降，2 例恢复正常。结论：临床药师通过药学门诊开展降脂药物治疗管理可有效解决患者用药问题，提升血脂达标率，改善用药安全性，效果良好。

关键词：临床药师；降脂药物；治疗管理；高脂血症；血脂达标率；用药安全

DOI：10.69979/3029-2808.26.01.057

高脂血症是动脉粥样硬化性心血管疾病 (ASCVD) 的核心危险因素，其防控需长期依赖规范的药物治疗与管理^[1]。近年来，高脂血症患者的风险分层更精细，血脂控制目标更严格，尤其超高危、极高危人群需实现低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 深度降低，这对临床药物治疗的个体化与安全性提出更高要求^[2]。然而，临床实践中高脂血症患者常存在用药依从性差、药物选择不当、不良反应识别不及时等问题，导致血脂控制达标率偏低，增加 ASCVD 发病风险^[3]。在此背景下，药学门诊作为临床药学服务的重要载体，为临床药师参与降脂治疗管理提供关键平台^[4]。本研究通过回顾性分析药学门诊高脂血症患者的治疗管理资料，系统梳理临床药师的干预流程与措施，评估其在解决用药问题、提升血脂达标率及保障用药安全方面的效果，旨在为优化高脂血症药学服务模式、改善患者治疗结局提供实践依据。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2023 年 1 月至 2024 年 12 月就诊于学门诊的高脂血症患者临床资料行回顾性分析。

1.2 方法

药学门诊配 2 名临床药师 (高、初级及以上职称)，设相关系统及资料。初诊由初级及以上药师采集基础信息与诊疗数据，复诊记用药、疗效及不良反应；高职称药

师析风险、定降脂方案并宣教，按需安排基因检测。后续 3~6 个月随访由初级及以上药师负责。

1.3 观察指标

记录性别、合并症等一般资料以及降脂治疗问题、用药调整情况；记录初诊及随访时低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、总胆固醇 (TC) 等有效性指标与肌酸激酶 (CK)、AST 等安全性指标；依 2023 年血脂指南评估 ASCVD 风险并确定 LDL-C 目标，血脂达标率的计算方式为：以各风险分级下的总人数作为计算基数，用该分级中达到血脂控制标准的人数除以基数，再将结果乘以 100%，最终得到调整前后不同风险分级对应的血脂达标率。

1.4 统计学处理

SPSS 26.0 软件分析数据。正态分布计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较 t 检验，非正态分布计量资料以 $M (P_{25}, P_{75})$ 表示，用 Wilcoxon 符号秩检验，计数资料 $n (%)$ 表示。 $P<0.05$ 表示统计学成立。

2 结果

2.1 基本信息

174 例患者纳入接受临床药师药物方案调整简易且完成随访。其中男 78 例，女 96 例，平均年龄 (64.06 ± 6.22) 岁，年龄在 60 岁及以上者 126 例 (72.41%)。

2.2 合并症及用药情况

174 例患者中, 75 例 (43.10%) 合并其他疾病, 如 2 型糖尿病、缺血性心脑血管疾病、甲状腺功能减退等; 43 例 (24.71%) 合并用药 ≥ 5 种, 涉及氯吡格雷、苯磺酸氨氯地平、奥美拉唑等。

2.3 药物治疗问题、治疗管理效果

药物治疗相关问题 246 项, 含适应证 8 项、有效性 128 项、安全性 90 项、依从性 20 项。有效性与安全性问题占比 88.62%, 已解决 173 项 (解决率 70.33%), 分类及解决详情见表 1。

表 1 药物治疗相关问题及治疗管理效果

指标	药物治疗相关问题 (项)	解决方案 (项)	解决问题 (项, %)
依从性	担心肝功能损害等不良反应而自行停药 (16)、忘记服药 (4)	宣教消除患者对不良反应的担忧 (16)、推荐自行购买分顿盒 (4)	20 (100.00)
安全性	重复用药 (2)、转氨酶升高 (6)、失眠 (17)、肌痛 (14)、他汀引起 CK 升高 (52)	停用重复药 (2)、减少他汀用药并联合胆固醇吸收抑制剂、倍特类或 PCSK9 抑制剂 (46)、减量或换用其他他汀类药物 (42)	51 (56.04)
有效性	药物治疗不足、血脂控制未达标 (127)	换用其他他汀类药物 (32)、增加他汀用量 (18)、联合胆固醇吸收抑制剂、倍特类或 PCSK9 抑制剂 (77)	94 (74.02)
适应证	无适应症、患者自行服用中成药 (8)	对患者进行宣教, 建议停用无适应症的中成药 (8)	8 (100.00)
合计	246	246	173 (70.33)

2.4 有效性

2.4.1 血脂达标情况

按 2023 年血脂指南评估 174 例患者: ASCVD 低危 5

6.32% (98 例)、中高危 24.14% (42 例)、极高危 16.10% (28 例)、超高危 3.45% (6 例); 药师管理后 LDL-C 达标率由 24.14% 提升至 71.26%, 详见表 2。

表 2 血脂达标情况 (n, %)

等级	降脂方案调整前	降脂方案调整后
低危 (n=98)	40 (40.82)	92 (93.88)
中高危 (n=42)	2 (4.76)	22 (52.38)
极高危 (n=28)	0 (0.00)	8 (28.57)
超高危 (n=6)	0 (0.00)	2 (33.33)
合计 (n=174)	42 (24.14)	124 (71.26)

2.4.2 血脂相关指标控制情况

同降脂方案调整前对比发现, 经过调整后, 患者的 LDL-C、TC、TG 均明显降低 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 血脂相关指标控制情况 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

指标	降脂方案调整前	降脂方案调整后
LDL-C [n=172, M (P25, P75)]	3.3 (2.4, 4.1)	2.3 (1.9, 2.7)
TC (n=83, $\bar{x}\pm s$)	5.40 $\pm$ 1.30	4.50 $\pm$ 0.90
TG [n=79, M (P25, P75)]	2.0 (1.4, 2.9)	1.4 (1.1, 2.1)

2.5 安全性

方案调整后, 患者 CK 水平显著下降, 由调整前的 280.5 (224.5, 491.5) U/L 降至 175.5 (124.8, 258.8) U/L ($Z=-3.459$, $P<0.05$)。

2 例行 SLC01B1 基因检测患者, 1 例*1b/1b 型者, 原方案氟伐他汀+非诺贝特治疗后 CK 453.00U/L, 换用普伐他汀 4 周后 CK 降至 261.00U/L; 另 1 例 1b/*15 型者, 瑞舒伐他汀联合血脂康治疗后 CK 1163.00U/L, 调整为氟伐他汀+依折麦布 4 周后 CK 降至 738.00U/L。

调整前 3 例肝功能异常 (天冬氨酸、丙氨酸氨基转移酶升高), 经换用氟伐他汀 (2 例)、1 例减少他汀

用量; 减少他汀用量 (1 例) 后, 调整后指标均下降, 两酶均值分别从 77.00U/L、117.30U/L 降至 26.50U/L、35.30U/L, 2 例恢复正常。

3 讨论

本研究证实, 临床药师参与药学门诊高脂血症患者的降脂药物治疗管理, 可多维度改善治疗结局, 其实践价值需结合干预措施与临床实际探讨。

临床药师对药物治疗相关问题的干预针对性突出, 在提升用药依从性上成效显著。治疗有效性与安全性问题占主导, 这与患者长期用药易出现“疗效不佳自行调药”“担心不良反应停药”密切相关^[56]。对此, 药师结

合需求采取差异化措施：针对认知误区，拆解不良反应机制与应对方案；针对漏服问题，推荐分顿盒等工具，将干预与日常生活结合，最终实现依从性问题100%解决，为“需求导向”的患者教育提供思路^[7]。个体化方案是提升血脂达标率的核心。药师以ASCVD风险分层为基础，结合患者年龄、合并症、用药史制定方案：低危患者通过优化药物剂量与生活方式指导即可达标；中高危及以上患者遵循“强化降脂”指南，采用“换药+联合用药”策略^[8]。基因检测在高风险患者管理中的应用体现精准药学趋势——结合SLC01B1基因型调整用药，既避免药物蓄积不良反应，也保障疗效，为他汀不耐受人群提供安全选择。用药安全性保障是药师的重要落脚点^[9]。他汀类药物相关的肌损伤与肝功能异常，若未及时干预会影响治疗连续性^[10]。药师通过动态监测CK、转氨酶等指标，对异常情况及时干预：肝功能指标升高者换用肝代谢负担轻的他汀；CK升高者减量或联合非他汀类药物，以“监测-评估-干预”闭环管理平衡疗效与安全。研究人群中，老年患者、合并基础病、联合用药超5种的患者占比均较高^[11]。药师通过初诊全面采集用药史、随访动态评估风险并调整方案，有效规避潜在风险，证明该管理模式可适配老年患者的复杂用药需求^[12]。

综上所述，临床药师通过药学门诊开展降脂治疗管理可有效解决用药问题、提升血脂达标率，保障用药安全，对高脂血症治疗具重要实践价值。

参考文献

- [1] 刘怡, 刘冉佳, 赵莹, 郭明星, 徐苑佚, 崔向丽. 临床药师在药学门诊开展降脂药物治疗管理的实践分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 21(12): 55-58.
- [2] 乔溪莹, 王博元, 瓮学智. 药物治疗管理联合PCNE分类系统对哮喘患者药学监护的实践效果[J]. 中国现代医药杂志, 2025, 27(3): 104-107.
- [3] 卫红涛, 崔向丽, 刘莹, 李丹丹. 临床药师开展药物治疗管理的实践经验与成本-效益分析[J]. 中国现代应用药学, 2020, 37(15): 1884-1888.
- [4] 张金, 林琦, 刘茂柏, 杨木英. 医保支付方式改革背景下药物治疗门诊开展慢性气道疾病管理的SWOT分析[J]. 中国现代应用药学, 2024, 41(10): 1422-1427.
- [5] 刘纯, 胥正泉, 张向鑫, 唐莲, 李静静, 虞燕霞. 基于抗凝药门诊骨科全髋关节置换术后患者院外管理模式实践[J]. 中国药物与临床, 2025, 25(13): 833-840.
- [6] 付晓纯, 任春霞, 张思棋, 庞晓斌, 吴婷婷, 余自成. 慢性肾脏病患者药物治疗管理和临床药学实践的系统评价[J]. 中国临床药学杂志, 2024, 33(7): 487-492.
- [7] 张瑾, 张哲弢, 马旖旎, 邓晓媚, 韩静文, 程娟, 姜玲, 史天陆. 规范肠外营养治疗中“1+X”网格化药学服务模式的建立及实践[J]. 中国医院药学杂志, 2025, 45(5): 587-594.
- [8] 金杨红, 崔晓飞, 王淑贞, 李东, 许利敏. 临床药师与妇科医师合作进行更年期患者门诊管理的药学实践[J]. 中南药学, 2022, 20(10): 2436-2439.
- [9] 王玥坤, 宋娟, 冷静. 基于药物治疗管理和欧洲药学监护联盟分类系统对老年慢性病患者开展持续性药学监护实践[J]. 医学研究生学报, 2021, 34(12): 1298-1303.
- [10] 钱卿, 胡楠, 薛冬, 范敏, 陈荣, 邹素兰, 王莉英. 临床药师参与肾移植患者管理的工作模式探讨及药学监护实践[J]. 中国医院药学杂志, 2020, 40(18): 1987-1991.
- [11] 梅隆, 李飒, 张宇晴, 周硕, 赵缙葳, 张威, 沈群红, 甄健存. 我国714家三级医疗机构药学门诊开展情况及影响因素分析[J]. 中国药房, 2024, 35(4): 385-389.
- [12] 李超群, 吴嘉琪, 阮君山, 赵广玉. 骨科驻科药师基于加速康复外科理念的全程化药学服务实践与探讨[J]. 中国医院用药评价与分析, 2025, 25(5): 624-627631.