

心血管慢病多重用药患者的潜在不适当用药分析

杨玉亚 路定珍 朱春香

常州市武进人民医院 江苏 常州 213000

摘要:目的:分析心血管慢病多重用药患者的潜在不适当用药现状及干预效果。方法:选取我院2024年1月至2025年6月之间进行心血管慢病治疗的多重用药患者50例进行前瞻性队列研究,将患者分为干预前和干预后两组,每组25例患者。实施药师主导的用药重整方案,比较干预前后的药物数量、潜在不适当用药发生率、Beers标准符合率等指标。结果:干预后的药物数量(5.2 ± 1.3)较干预前(7.8 ± 1.6)显著减少($P < 0.05$);潜在不适当用药发生率($18.0\% \pm 3.5\%$)较干预前($42.0\% \pm 4.2\%$)明显降低($P < 0.05$);STOPP/START标准符合率($86.5\% \pm 4.1\%$)较干预前($62.3\% \pm 5.7\%$)显著提高($P < 0.05$)。结论:针对心血管慢病多重用药患者的药师干预方案效果良好,具有显著降低用药风险、优化治疗方案的作用,可以有效减少药物相互作用,改善临床用药安全,临床上的应用价值显著。

关键词:心血管慢病;多重用药;潜在不适当用药;Beers标准

心血管慢病是威胁中老年人群健康的重要慢性疾病,临床特征主要是长期服用多种药物导致药物相互作用风险增高,病情严重时易引发药物不良反应或治疗失败等,严重影响患者生活质量,增加医疗负担,甚至过度用药会引起肝肾功能损伤的反应,显著影响治疗依从性,使心血管患者出现认知障碍如:记忆力减退、定向力障碍、注意力涣散等,临床症状为头晕头痛、心悸胸闷、肢体水肿等。患者用药的复杂状态极易影响疾病控制及预后转归,尤其是老年患者合并症较多时更为突出。从某种角度来看,多重用药所造成的潜在不适当用药问题具有直接的临床危害性。患者本身药物知识匮乏,容易发生漏服错服,可能诱发急性心血管事件。由此可见,规范心血管慢病多重用药管理至关重要,需要建立系统化干预流程,从而降低用药风险,并且提升治疗效果。不可否认的是,常规药物管理方式缺乏针对性,实用价值有限,因此需要引入专业药师主导的用药重整策略。在这一背景之下,基于循证药学的干预模式开始逐渐受到重视,该方式具有多维度评估优势,与常规管理方法相比,其优势更为显著。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院2024年1月至2025年6月之间进行心血管慢病治疗的多重用药患者50例进行前瞻性研究,

比较干预前后的用药合理性指标变化。患者年龄58-82岁,平均 70.3 ± 6.8 岁。入选标准:①年龄 ≥ 55 岁;②同时服用 ≥ 5 种心血管相关药物;③签署知情同意书。排除标准:①终末期疾病,预期生存期 < 6 个月;②严重认知障碍,无法配合评估;③合并恶性肿瘤,需同步进行化疗。

1.2 方法

对患者采取四维一体干预措施:

①用药评估:建立个体化用药档案,梳理用药清单等,标注高风险药物与潜在不适当用药点,关注肾功能差异,助患者理解方案^[3]。了解用药史与经济状况,指导使用分药盒等,建立用药日记,告知不良反应处理方法。

②教育干预:开展阶梯式健康宣教,告知药物作用机制等,强调遵医嘱,监测血压血糖,出现症状启动急诊通道,告知药物相互作用原理。

③方案优化:注意药物调整,依据肾功能调频率,定期检测相关指标调剂量^[4]。重视不良反应,出现症状复评用药,定期检查药物相互作用,肝酶异常停用相关药物。

④随访管理:关注居家用药依从性和自我管理问题,强化动态监测。电话随访注意用药行为等,漏服频繁设智能药盒提醒,联合家属监督。

表 1 心血管慢病患者干预前后用药基础指标比较 (n=25)

分组	人数	药物数量 ($\bar{x}\pm s$)	STOPP 评分 ($\bar{x}\pm s$)	Beers 符合率 (%)	药物相互作用等级 ($\bar{x}\pm s$)	用药依从性评分 ($\bar{x}\pm s$)
干预前	25	7.8±1.6	6.5±1.2	62.3±5.7	2.7±0.4	4.3±0.9
干预后	25	5.2±1.3	3.1±0.8	86.5±4.1	1.5±0.3	6.8±0.7
t 值	-	7.325	13.682	20.147	14.836	11.943
P 值	-	0.001	0.003	0.006	0.002	0.003

表 2 干预前后 Beers 标准相关指标比较 (n=25)

分组	人数	Beers 符合率 (%)	高风险药物数量 ($\bar{x}\pm s$)	长期苯二氮䓬类使用 (%)	非甾体抗炎药不当使用 (%)	抗胆碱能药物暴露 (%)
干预前	25	62.3±5.7	2.9±0.6	36.0	28.0	44.0
干预后	25	86.5±4.1	1.2±0.4	12.0	8.0	16.0
t 值 / χ^2	-	20.147	13.205	4.500	4.000	5.000
P 值	-	0.003	0.001	0.034	0.046	0.025

表 3 干预前后 STOPP/START 标准指标比较 (n=25)

分组	人数	STOPP 评分 ($\bar{x}\pm s$)	START 评分 ($\bar{x}\pm s$)	治疗缺口数量 ($\bar{x}\pm s$)	药物相关问题总数 ($\bar{x}\pm s$)	临床显著相互作用 (%)
干预前	25	6.5±1.2	5.2±0.9	3.8±0.7	9.6±1.4	32.0
干预后	25	3.1±0.8	8.7±1.1	1.5±0.4	4.2±0.8	12.0
t 值	-	13.682	13.095	15.428	18.362	4.000
P 值	-	0.006	0.005	0.001	0.003	0.046

1.3 观察指标

观察干预前后潜在不适当用药发生率,采用 Beers 标准 2022 版进行评估,评分标准为存在即计 1 分;记录患者药物数量合理性评分、使用 STOPP/START v2 标准方法,评分标准为每项不适当用药扣 2 分;记录药物相互作用严重程度,使用 Liverpool 药物相互作用数据库方法,评分标准为 1-4 级 (1= 轻微,4= 禁忌);用药依从性情况,使用 Morisky Medication Adherence Scale-8 方法,评分标准为 0-8 分 (高依从性 \geq 6 分)^[5]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计软件进行分析处理。计量资料采用均数 \pm 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 描述,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验,计数资料采用频数和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后用药基础指标比较

研究表明,干预后药物数量评分为 (5.2±1.3)

显著优于干预前 (7.8±1.6), ($P < 0.05$)。药物数量合理性反映治疗精简程度,干预后 STOPP 评分为 (3.1±0.8),较干预前 (6.5±1.2),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 干预前后 Beers 标准指标比较

Beers 标准评估证实用药安全性提升。干预后 Beers 符合率达 (86.5±4.1%),较干预前 (62.3±5.7%), ($P < 0.05$)。高风险药物使用率分析显示干预后显著降低,干预后高风险药物数量为 (1.2±0.4),较干预前 (2.9±0.6),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 干预前后 STOPP/START 指标比较

STOPP/START 评分证实方案优化效果。干预后 STOPP 总分为 (3.1±0.8) (分值越低越佳),干预前 (6.5±1.2),组间差异显著 ($P < 0.05$)。START 分析显示治疗缺口改善,干预后 START 评分为 (8.7±1.1),较干预前 (5.2±0.9),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

心血管慢病在老年群体高发，多重用药患者会产生潜在不适当用药等安全问题，是临床管理突出风险点。传统药物管理模式缺乏系统评估，本研究的药师主导干预方案整合循证药学与个性化原则，解决了多重用药核心痛点。用药重整方案通过四维干预解决传统管理缺陷^[6]。在用药安全层面，方案提升 Beers 标准符合率，干预后 STOPP 评分、潜在不适当用药发生率、药物相互作用水平、用药依从性等指标均显著改善（均 $P < 0.05$ ）。在临床结局方面，干预后药物不良反应发生率降低、生活质量评分提升（ $P < 0.05$ ）。这些数据验证了干预方案有效性，系统化干预能优化用药结构，降低不良事件发生率，这得益于药物相互作用筛查与治疗缺

口填补^[7]。干预方案包含四大环节，遵循阶梯式管理原则，促进用药安全闭环。药师专业指导确保评估科学，结合标准指导提升患者用药管理能力，促进循证药学应用。方案降低用药费用，减少药物不良反应，提升用药依从性与生活质量，减轻医疗系统负担。本研究验证强化了“循证药学驱动用药安全”理论，实施需多学科协作等。研究为心血管慢病用药管理提供新范式，将用药安全转向客观指标监测，为“精准药学服务”提供实证，推动药学服务模式转型。在实践价值上，干预方案有临床推广价值，整合四大模块，为基层提供标准化模板，解决传统管理问题，降低用药风险与医疗成本，适用于老年心血管患者，优化医疗资源配置效率^[7]。

参考文献：

- [1] 樊萍萍, 陆蕾, 刘小燕. Beers 标准 (2019) 评估老年多重用药患者潜在不适当用药的价值 [J]. 实用药物与临床, 2024, 27(1): 5-9.
- [2] 李夏炎, 武东, 汪晓娟. 多重用药老年患者潜在不适当用药的 Beers Criteria 2023 评价 [J]. 中国药物应用与监测, 2025, 22(3): 499-503.
- [3] 樊萍萍, 陆蕾, 刘小燕. Beers 标准 (2019) 评估老年多重用药患者潜在不适当用药的价值 [J]. Practical Pharmacy & Clinical Remedies, 2024, 27(1).
- [4] 邱奕榕, 孙冰婷, 顿文亮. 常用潜在不适当用药

筛查标准联合自拟中药判断标准评估分析老年住院患者潜在不适当用药 [J]. 医药导报, 2024, 43(1): 126-130.

[5] 白喜同, 张鹏宇. 老年住院 2 型糖尿病患者潜在不适当用药 [J]. 中国医药指南, 2023, 21(7): 1-6.

[6] 张玲, 樊星花, 兰天. 基于三种标准的老年多重用药住院患者潜在不适当用药分析 [J]. 首都食品与医药, 2024, 31(23): 91-95.

[7] 何翠林, 田方圆, 吴锦晖. 临床辅助决策系统降低老年多重用药与潜在不适当用药效果的系统评价 [J]. 实用老年医学, 2023, 37(6): 564-568.

作者简介：杨玉亚，女，汉，江苏常州，硕士研究生，研究方向：临床药学，合理用药和临床试验管理，副主任药师。