

药师主导的高血压病管理工作流程探讨

杨雅麟^{1,2}, 武丹威¹, 韩爽¹, 施楠楠¹, 张天婧¹, 张威¹, 甄健存^{1*}

1. 北京积水潭医院 药学部, 北京 100035; 2. 北京大学药学院 药事管理与临床药理学系, 北京 100191

【摘要】 通过借鉴国内外药师慢性病管理模式, 结合药师实际临床实践经验, 探讨并提出药师主导参与高血压病管理的工作流程, 即主要包括准备阶段、实施阶段和评估阶段。在准备阶段首先应对患者进行综合评估, 为患者制定个体化的慢性病管理方案, 在实施阶段应结合患者情况进行个性化的药学服务, 最后通过对患者阶段性的评估调整药物治疗方案与药学服务方式, 以期通过药师主导的高血压病管理工作保证患者药物治疗的有效性及安全性。

【关键词】 慢性病管理; 药师; 高血压

【中图分类号】 R95; R544.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1672-3384(2021)02-0076-04

Doi: 10.3969/j.issn.1672-3384.2021.02.015

Discussion on the working process of hypertension diseases led by pharmacists

YANG Ya-lin^{1,2}, WU Dan-wei¹, HAN Shuang¹, SHI Nan-nan¹, ZHANG Tian-jing¹, ZHANG Wei¹, ZHEN Jian-cun^{1*}

1. Department of Pharmacy, Beijing Jishuitan Hospital, Beijing 100035, China; 2. Department of Pharmacy Administration and Clinical Pharmacy, School of Pharmaceutical Sciences, Peking University, Beijing 100191, China

伴随老龄化进程的加快, 急剧升高的慢性疾病和健康减损水平随时成为全球公共医疗卫生的挑战^[1-2]。高血压是最常见的慢性疾病之一, 全球高血压患者在1975—2015年从5.94亿人增加至11.3亿人, 而中国是高血压患者最多的国家, 已达到2.26亿, 占比21%^[3]。而根据《中国居民营养与慢性病状况报告(2015年)》发布的数据显示, 我国高血压的患病率高, 但是高血压患者的知晓率、治疗率、控制率仅为51.5%, 46.1%和16.9%^[4]。研究表明高血压控制率不佳的原因可能在于患者血压控制以药物治疗为主, 而患者对药物的认知差别大, 服药不规律等^[5]。因此, 世界卫生组织呼吁建立以预防为主慢性病管理(chronic disease management, CDM)模式, 由医师、药师、护士等医务人员组成医疗团队为慢性病患者提供全面、连续、主动的管理^[6-9]。但以药师为主导的慢性病管理目前尚无统一标准, 科学完善的慢性病药学服务模式和管理体系尚未确立。为此, 笔

者借鉴国内外慢性病管理经验, 结合临床实践, 进行了以药师为主导的高血压病管理流程的探索。

1 药师参与高血压患者慢性病管理药学服务流程

高血压患者的药学服务贯穿于慢性病管理工作的整个过程, 包括准备阶段、实施阶段与评估阶段。在准备阶段, 药师主要对高血压患者进行药学问诊和患者评估, 与医师共同制定药物治疗方案, 确定患者的血压达标目标, 后续实施阶段即在随访前告知患者的血压控制要求, 对患者进行药物重整, 进行生活方式及用药教育。在随访过程中, 药师根据患者的临床指标达标情况, 给予患者个体化用药指导和生活方式指导。同时药师对患者随访过程中的相关问题给予解答。评估阶段即对患者药物治疗的有效性、安全性及依从性进行阶段性评估, 主要流程见图1。

基金项目: 首都卫生发展科研专项——老年高血压患者药学服务管理模式研究(首发2016-2-2072)

*通信作者: 甄健存, E-mail: zhenjancun@163.com

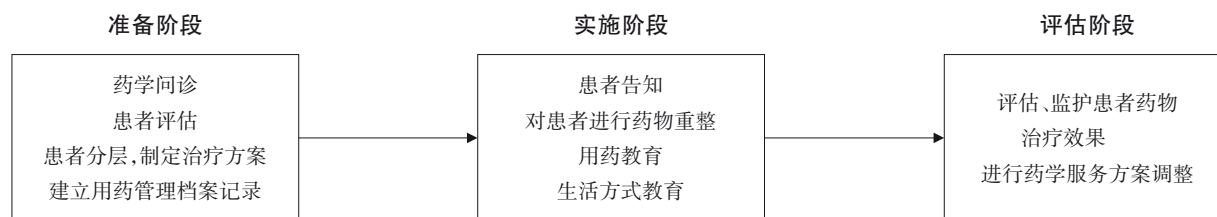


图1 药师参与高血压患者慢性病管理药学服务的主要流程

1.1 药学服务准备阶段

1.1.1 药学问诊 药学问诊主要包括获取患者的主观陈述和客观信息。患者的主观陈述包括既往家族史、社会史、过敏史、用药史、药物不良反应及患者对其身体状况、高血压疾病和目前应用降压药物的认识。客观信息如既往疾病诊断和就诊信息;临床指标如血压、血脂、血糖和肝肾功能等。

1.1.2 患者评估 通过药学问诊,药师对拟提供高血压病管理药学服务的患者进行初步评估。评估可以分为6个方面,包括①身体状况评估:主要评估患者目前及以往病史。②临床指标评估:包括血压、血脂、血糖、肝、肾功能等。③用药风险评估:需重点关注患者的自主能力,判断可能存在的服药困难;评估患者是否存在认知障碍,易造成漏服、多服、误服,而可能造成残疾和死亡等严重后果;评估患者是否因多病共存,存在多药联合治疗,有潜在的药物相互作用;评估患者是否有肝肾功能减退,未调整药物剂量,增加了不良反应发生的风险;评估患者是否应用高警示药品,而自身未引起足够重视;评估患者是否有重复用药的情况。④用药依从性评估:可以通过量表形式对患者依从性进行评估。⑤生活方式评估:需了解患者生活习惯,包括运动、饮食、吸烟及饮酒等。⑥文化因素评估:对患者认知能力及沟通能力进行评估。

1.1.3 对患者制定个性化的治疗方案 药师通过对患者评估,与医师共同制定患者药物治疗方案,确定药物治疗目标,与治疗团队明确患者慢性病管理需求。对患者进行分层,分为病情轻(如1-2级高血压)、用药少(如≤5种)、依从性高;病情重(如3级高血压)或用药多(如>5种)或依从性差(低到中)。根据药师对患者分层及综合评估,并以保证患者用药安全为目标,确定患者的治疗目标和治疗方案。方案的执行对患者而言要具有可操作性及持续性。

1.1.4 建立高血压患者用药管理档案 为每名患者建立高血压患者用药管理档案,档案内容包括患者的基本信息、病史、用药史、个人史及家族史、生活方式等相关信息以及患者对药物了解程度的评分、干预、咨询、患者教育记录、临床指标记录、不良反应观察记录等内容。

1.2 药学服务实施阶段

1.2.1 患者知情 向患者或其亲属介绍患者血压达标目标,高血压病药学服务方案及后续临床药师的随访安排,包括随访方式、随访频率等。确保患者或其亲属了解慢性病管理方案。鼓励患者、家属或看护者积极参与药物治疗和用药评估的全过程。最终目标是力争实现患者能够有能力进行自我药物治疗管理。

1.2.2 药物重整与患者教育 药师对患者进行药物重整即与患者复核及沟通患者在医疗交接前后的用药情况,保证患者用药与医嘱一致,确保患者用药安全。为患者制定个体化的用药指导单以进行用药教育,内容包括:药物适应证、用法用量、用药注意事项、储存方法、常见不良反应的预防及处理措施。告知患者血压、血脂及血糖的监测频率,吸烟、饮酒、饮食、运动、体重控制等不同生活方式对血压控制的意义。

1.2.3 药学服务中的随访 药师可通过电话随访、短信随访、微信随访、远程APP随访、面对面随访等多种方式开展慢性病管理药学服务。通过随访中的药学问诊,倾听患者自述目前的症状或(和)体征等内容。询问患者是否有新发疾病;有无服用新加药物、保健品、中草药;以开放式的问题引导患者说出目前应用药物以及用法用量、不良反应,有无自行停用药物等相关内容并作记录;采集患者血压、临床常规检查结果,询问患者出院后吸烟、饮酒、运动、饮食等生活方式相关情况。

通过药学问诊,综合评估患者情况,根据患者情况,给予患者个体化用药指导和生活方式指导。个体

化用药指导包括根据患者的临床指标达标率、对药物的了解程度,对患者进行用药教育。因患者依从性差导致的问题,与患者沟通和教育改善依从性。提示患者如何预防和发现不良反应。需要干预医嘱的用药问题,与其主管医师进行沟通,给予药物治疗方案建议,达成一致后给予实施。生活方式指导包括运动量、主食摄入量、戒烟等。同时药师对患者随访过程中的相关咨询问题给予解答。对出现的不良反应给予及时干预,发现潜在的药物相互作用。指导过程中注意指导尽量避免医学术语,通俗易懂,且具有针对性。

1.3 药学服务评估阶段

1.3.1 评估药物治疗的有效性 采集患者实际血压测定值及其他临床实验室指标,了解患者临床症状的改善情况,并与治疗的预期目标进行比较,评估患者的实际治疗结果,确定患者达到治疗目标的进度。

1.3.2 评估药物治疗的安全性 针对患者目前用药,评估患者有无新发不良反应和不良事件。对患者使用药品全过程中出现的任何可以防范的用药疏失进行评估,并对患者用药错误进行分析。

1.3.3 评估药物治疗的依从性 参考用药依从性量表,对患者的用药依从性进行评估。患者用药依从性评价具体方法采用Morisky量表^[10],评分标准:总分>2分为低依从性,记3分;总分1分或2分为中度依从性,记2分;总分0分为高依从性,记1分。对患者的用药了解程度进行评估,药物了解程度指标包括适应证、用法用量、不良反应及注意事项。

1.3.4 对患者的评估进行反馈并调整治疗方案 对血压在12周内逐渐降至目标水平(一般高血压患者应降至<140/90 mm Hg;能耐受者和部分高危及以上的患者可进一步降至<130/80 mm Hg, 1 mm Hg=0.133 kPa)、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者,按计划预约下一次随访时间。对血压在12周内未降至目标水平(一般高血压患者应降至<140/90 mm Hg;能耐受者和部分高危及以上的患者可进一步降至<130/80 mm Hg),或出现药物不良反应的患者,结合其服药依从性,必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物,2周内随访。对血压在24周内未降至目标水平(一般高血压患者应降至<140/90 mm Hg;能耐受者和部分高危及

以上的患者可进一步降至<130/80 mm Hg)或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者,建议其到医院,2周内主动随访转诊情况。

2 药师开展高血压病管理药学服务的成效

在全球范围内,药师已广泛参与到慢性病的药学服务中,而我国的慢性病药学服务仍在探索过程中。部分发达国家如德国、芬兰、美国等已经赋予药师全新的角色定位,药师在慢性病管理治疗团队中提供用药指导、药物咨询、治疗评估等药学服务^[11-12]。德国把慢性病预防纳入社会保障体系,形成良好的政策导向,药师参与到哮喘、糖尿病、高血压及老年患者的健康监控、药学监护及预防保健工作中^[13]。在芬兰,药师参与到国家公共卫生规划工作中,从最初的对哮喘和糖尿病患者的药学服务到如今的心血管疾病的预防和治疗,均大幅度提升了患者及高危人群对疾病的认知和治疗依从性,增强了患者的自我管理,对患者疾病指标改善和生活质量提升具有重要意义^[14]。

前期研究中于北京积水潭医院心内科入组30名高血压患者,分为药师强化监护组及一般随访组,出院6周后药师强化监护组血压达标率为100%,一般随访组血压达标率为43%,2组比较差异有统计学意义($P=0.001$)^[15]。而本研究中将患者随机分为药师干预组和对照组,在出院第3、6个月,药师干预组漏服药物率(12.00%、24.00%)、自行停药或减少药量情况发生率(16.00%、4.00%)明显少于对照组漏服药物率(56.25%、59.38%)、自行停药或减少药量情况发生率(46.88%、43.75%), $P<0.05$ 。干预组药物了解程度[(1.32±0.56)分、(1.16±0.37)分]明显优于对照组[(2.00±0.67)分、(1.97±0.74)分], $P<0.05$;干预组用药依从性[(1.36±1.11)分、(1.04±0.89)分]明显优于对照组[(2.44±1.19)分、(2.38±1.29)分], $P<0.05$ 。由此可见,临床药师主导的慢性病管理可改善老年高血压患者的用药依从性,从而进一步提高临床指标达标率^[16]。

随着我国人口老龄化不断加剧,慢性病发病率急剧升高,疾病负担日益沉重。慢性病患者用药不合理及依从性差等问题严重制约着慢性病的防治,药学服

务对慢性病患者而言尤为重要,慢性病患者对药学服务的需求也极为迫切。在慢性病管理中实施全程化的药学服务是药学发展的必然趋势。通过实施全程化、个体化及规范化的药学服务,全面树立“以患者为中心”的服务理念,与医疗服务、护理保健相互协作,通过多种药学方式全面服务于患者,保障患者用药的安全性及有效性,对我国慢性病的防治具有重要意义。

【参考文献】

- [1] George P, Molina J A, Cheah J, et al. The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management—a literature review[J]. Ann Acad Med Singapore, 2010, 39(11): 861–867.
- [2] 钱军程,陈育德,徐玲,等. 中国老年人口主要慢性病患病率变化与突发增长的分析[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2011, 8(3): 70–74.
- [3] Jacobs J M. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants[J]. Lancet, 2017, 389(10064): 37–55.
- [4] 林晓斐.《中国居民营养与慢性病状况报告(2015年)》发布[J]. 中医药管理杂志, 2015(13):89.
- [5] Kressin N R, Wang F, Long J, et al. Hypertensive patients' race, health beliefs, process of care, and medication adherence[J]. J Gen Intern Med, 2007, 22(6): 768–774.
- [6] Theising K M, Fritschle T L, Scholfield A M, et al. Implementation and clinical outcomes of an employer-sponsored, pharmacist-provided medication therapy management program[J]. Pharmacotherapy, 2016, 35(11):e159–e163.
- [7] Saranrat W, Westrick S C, Hansen R A, et al. Evaluation of medication therapy management services for patients with cardiovascular disease in a self-insured employer health plan[J]. J Manag Care Pharm, 2013, 19(5):385–395.
- [8] Jarred P, Timothy C, Stephanie R, et al. The effect of clinical pharmacist-led comprehensive medication management on chronic disease state goal attainment in a patient-centered medical home[J]. J Manag Care Pharm, 2018, 24(5):423–429.
- [9] Andereg M D, Gums T H, Uribe L, et al. Pharmacist intervention for blood pressure control in patients with diabetes and/or chronic kidney disease[J]. Pharmacotherapy, 2018, 38(3):309–318.
- [10] Morisky D E, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting[J]. J Clin Hypertens(Greenwich), 2008, 10(5): 348–354.
- [11] Reta A, Dashtaei A, Lim S, et al. Opportunities to improve clinical outcomes and challenges to implementing clinical pharmacists into health care teams[J]. Prim Care, 2012, 39(4): 615–626.
- [12] Saini B, Lemay K, Emmerton L, et al. Asthma disease management—Australian pharmacists' interventions improve patients' asthma knowledge and this is sustained [J]. Patient Educ Couns, 2011, 83(3): 295–302.
- [13] Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany[J]. Ann Pharmacother, 2006, 40(4):729–735.
- [14] Bell J S, Vaananen M, Ovaskainen H, et al. Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland[J]. Ann Pharmacother, 2007, 41(6): 1039–1046.
- [15] 施楠楠,甄健存,谢颖,等. 临床药师慢病管理工作模式的探讨[J]. 临床药物治疗杂志, 2015, 1(1):83.
- [16] 武丹威,韩爽,施楠楠,等. 临床药师主导的慢性病管理在提高老年高血压患者对药物了解程度方面的作用[J]. 中国药房, 2018, 29(23):3251–3254.

收稿日期:2020-09-04

本文编辑:蒋少薇