

稳定型冠心病患者血脂达标率及影响因素研究

冉龙菊 唐姗姗

武警重庆总队医院 重庆 400061

摘要：目的：调查稳定型冠心病患者血脂达标率，分析影响血脂达标的关键因素。方法：选取2024年1月至2025年12月在我院心内科门诊确诊的稳定型冠心病患者320例，收集其临床资料及血脂检测结果，参照《中国血脂管理指南》评估血脂达标情况，采用多因素Logistic回归分析影响血脂达标的独立因素。结果：320例患者中，低密度脂蛋白胆固醇达标率为46.9%（150/320）；他汀类药物依从性差、未联合依折麦布治疗、糖尿病、高基线LDL-C水平是血脂不达标的独立危险因素（ $P < 0.05$ ）。结论：稳定型冠心病患者血脂达标率偏低，需强化药物治疗依从性管理及联合用药策略。

关键词：稳定型冠心病；血脂达标率；他汀类药物；影响因素；二级预防

引言：稳定型冠心病是动脉粥样硬化性心血管疾病最常见类型，血脂异常尤其是低密度脂蛋白胆固醇升高是其核心致病因素。国内外指南一致推荐，稳定型冠心病患者应将LDL-C控制在1.8mmol/L以下，极高危患者甚至要求 $< 1.4\text{mmol/L}$ 。然而，临床实践中血脂达标率普遍不理想，据国内多中心调查显示，冠心病患者LDL-C达标率不足50%。影响血脂达标的因素涉及药物治疗依从性、联合用药策略、患者自身条件等多个维度。本研究旨在调查稳定型冠心病患者的血脂达标率，系统分析影响达标的因素，为优化血脂管理策略提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年12月在我院心内科门诊确诊的稳定型冠心病患者作为研究对象。纳入标准：①确诊为稳定型冠心病，符合《稳定性冠心病诊断与治疗指南》诊断标准；②年龄 ≥ 18 岁；③规律随访时间 ≥ 6 个月；④临床资料完整；⑤知情同意并自愿参与。排除标准：①急性冠脉综合征发作3个月内；②合并严重肝肾功能不全；③合并恶性肿瘤或自身免疫性疾病；④妊娠期或哺乳期女性；⑤精神疾病或认知障碍。

共纳入患者320例，其中男性186例（58.1%），女性134例（41.9%）；年龄42~82岁，平均（64.2 $\pm$ 9.5）岁；病程1~15年，平均（5.6 $\pm$ 3.8）年。合并高血压198例（61.9%），合并糖尿病112例（35.0%），合并血脂异常史256例（80.0%），有吸烟史104例（32.5%）。

1.2 血脂检测与达标标准

所有患者均于清晨空腹采集静脉血，采用全自动生化分析仪检测总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇。参照《中国血脂管理指南（2023

年）》标准：稳定型冠心病患者LDL-C目标值 $< 1.8\text{mmol/L}$ ；合并糖尿病、高血压等多重危险因素者 $< 1.4\text{mmol/L}$ 。本研究以LDL-C $< 1.8\text{mmol/L}$ 为达标标准。

1.3 研究方法

通过医院电子病历系统及门诊随访记录，收集患者以下资料：①一般人口学特征：年龄、性别、体质指数；②疾病相关因素：冠心病病程、合并症（高血压、糖尿病）、血脂异常史；③治疗相关因素：他汀类药物种类及剂量、是否联合依折麦布治疗、用药依从性（采用Morisky服药依从性量表评估，得分 < 6 分为依从性差）；④实验室指标：基线LDL-C水平、总胆固醇、甘油三酯、HDL-C。

1.4 观察指标

（1）血脂达标率：计算LDL-C达标患者比例，并分析不同亚组（性别、年龄、合并症、用药方案）的达标率差异。（2）血脂不达标的因素：采用单因素及多因素Logistic回归分析筛选影响血脂达标的独立因素^[1]。

1.5 统计学处理

采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。多因素分析采用Logistic回归分析，将单因素分析中 $P < 0.10$ 的变量纳入多因素模型。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血脂达标总体情况

320例稳定型冠心病患者中，LDL-C达标150例，达标率为46.9%。其中，LDL-C $< 1.8\text{mmol/L}$ 者138例（43.1%），LDL-C $< 1.4\text{mmol/L}$ 者12例（3.8%）。未达标患者中，LDL-C为1.8~2.6mmol/L者112例（35.0%），

LDL-C > 2.6mmol/L者58例（18.1%）。不同性别、年龄组达标率比较见表1。

表1 不同特征患者血脂达标率比较

特征	例数	达标例数	达标率 (%)	χ^2 值	P值
性别				0.452	0.501
男性	186	89	47.8		
女性	134	61	45.5		
年龄				1.238	0.266
< 65岁	152	75	49.3		
≥ 65岁	168	75	44.6		

2.2 不同合并症及用药方案患者达标率比较

亚组分析显示，合并糖尿病患者达标率为38.4%（43/112），显著低于无糖尿病患者的51.4%（107/208），差异有统计学意义（ $\chi^2 = 4.837$ ， $P = 0.028$ ）。用药方案方面，他汀联合依折麦布治疗组达标率为58.6%（49/86），显著高于单用他汀组的43.2%（101/234），差异有统计学意义（ $\chi^2 = 5.821$ ， $P = 0.016$ ）。用药依从性方面，依从性良好组达标率为54.7%（108/198），显著高于依从性差组的36.4%（42/122），差异有统计学意义（ $\chi^2 = 9.742$ ， $P = 0.002$ ）。

2.3 血脂达标与未达标患者临床特征比较

达标组与未达标组在年龄、性别、体质指数、冠心病病程、合并高血压方面无显著差异（ $P > 0.05$ ）。达标组糖尿病比例为28.7%（43/150），显著低于未达标组的41.8%（71/170），差异有统计学意义（ $P = 0.014$ ）。达标组基线LDL-C水平为（ 2.5 ± 0.6 ）mmol/L，显著低于未达标组的（ 3.2 ± 0.8 ）mmol/L（ $P < 0.001$ ）。用药方案方面，达标组联合依折麦布治疗比例为36.7%（55/150），显著高于未达标组的20.0%（31/170），差异有统计学意义（ $P = 0.001$ ）。用药依从性方面，达标组依从性差比例为26.0%（39/150），显著低于未达标组的50.0%（83/170），差异有统计学意义（ $P < 0.001$ ）。

2.4 血脂不达标影响因素的Logistic回归分析

将单因素分析中 $P < 0.10$ 的变量（糖尿病、基线LDL-C、联合依折麦布、用药依从性）纳入多因素Logistic回归模型。结果显示：他汀类药物依从性差（OR = 2.86，95%CI：1.68~4.86）、未联合依折麦布治疗（OR = 2.24，95%CI：1.28~3.92）、合并糖尿病（OR = 1.92，95%CI：1.14~3.23）、高基线LDL-C水平（OR = 1.85，95%CI：1.32~2.59）是血脂不达标的独立危险因素（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 血脂不达标影响因素的Logistic回归分析

变量	β 值	Wald χ^2	OR值	95%CI	P值
用药依从性差	1.051	14.382	2.86	1.68~4.86	< 0.001
未联合依折麦布	0.806	7.956	2.24	1.28~3.92	0.005
合并糖尿病	0.652	6.234	1.92	1.14~3.23	0.012
高基线LDL-C	0.615	12.564	1.85	1.32~2.59	< 0.001

3 讨论

3.1 稳定型冠心病患者血脂达标率仍处于较低水平

本研究中稳定型冠心病患者LDL-C达标率仅为46.9%，与国内多中心研究报道的40%~50%水平基本一致，但距离理想管理目标仍有较大差距。值得注意的是，按照更高要求的< 1.4mmol/L标准，达标率仅3.8%。提示临床实践中强化降脂治疗力度不足，大量患者仍处于较高心血管残余风险状态^[2]。我国冠心病患者基数庞大，血脂控制不佳将直接导致心肌梗死、血运重建等事件风险增加。因此，提升血脂达标率是冠心病二级预防亟待解决的关键问题。

3.2 用药依从性是影响血脂达标的最强因素

本研究显示，用药依从性差的患者血脂不达标风险是依从性良好者的2.86倍（OR = 2.86），在所有影响因素中效应最强。Morisky量表评估显示，约38.1%的患者存在不同程度的用药不依从行为，主要表现为漏服、自行减量或

停药。原因包括患者对长期服药的必要性认识不足、担心药物不良反应、经济负担等。提高依从性需要医患双方共同努力：医师应加强健康教育，向患者充分解释长期降脂治疗的获益；药师可参与用药指导与随访；家庭支持系统也发挥重要作用。数字化随访工具（如用药提醒APP、微信随访）的应用有望改善依从性^[3]。

3.3 联合依折麦布治疗可显著提高达标率

本研究中，他汀联合依折麦布治疗组达标率（58.6%）显著高于单用他汀组（43.2%），未联合治疗是不达标的独立危险因素（OR = 2.24）。当前临床实践中，他汀类药物仍是一线降脂选择，但单一用药在高基线LDL-C患者或他汀不耐受者中往往难以达标。依折麦布通过抑制肠道胆固醇吸收，与他汀类发挥协同降脂作用，可使LDL-C进一步降低15%~20%。《中国血脂管理指南》推荐，他汀治疗不达标者可联合依折麦布^[4]。本研究结果支持这一推荐，建议在临床中更积极地采用联合

治疗策略。

3.4 糖尿病及高基线LDL-C水平是不达标的独立危险因素

合并糖尿病患者达标率显著低于非糖尿病患者(38.4% vs 51.4%),其不达标风险增加92%。糖尿病患者的血脂异常通常表现为混合型,且常合并胰岛素抵抗、慢性炎症等状态,对降脂治疗反应相对较差。高基线LDL-C水平患者需要更大的降脂幅度才能达标,单用常规剂量他汀往往难以实现。对这两类患者,应早期识别并采取更强化的降脂策略,包括起始联合治疗、使用高效能他汀(如瑞舒伐他汀)或提高剂量。

3.5 本研究的局限性与临床启示

本研究为单中心横断面调查,样本代表性有限;未评估血脂长期变化趋势及心血管事件终点。未来应开展多中心前瞻性研究,探索基于危险分层的个体化降脂策略,并借助信息化手段实现血脂管理的智能化、精准化^[5]。临床实践中,应重点关注用药依从性管理,积极采用联合降脂方案,加强对糖尿病患者的血脂监控,以期全面提升稳定型冠心病患者的血脂达标率。

结束语

稳定型冠心病患者血脂达标管理是二级预防的核心环节,本研究发现LDL-C达标率仅为46.9%,处于不理想

水平。用药依从性差、未联合依折麦布治疗、合并糖尿病、高基线LDL-C水平是血脂不达标的独立危险因素。临床实践中,应强化患者健康教育,提高用药依从性;对单用他汀不达标者及早联合依折麦布;加强对糖尿病患者的血脂监控力度。通过多维度综合干预策略,有望全面提升血脂达标率,降低心血管残余风险,改善冠心病患者远期预后。

参考文献

- [1]于瑞,赵英强,李鹏,等. 1061例冠心病稳定型心绞痛患者二级预防现状及影响因素的横断面研究[J]. 中医杂志,2024,65(20):2126-2134.
- [2]王丽萍.老年冠心病患者血压、血糖及血脂达标率的调查分析[J]. 婚育与健康,2022,28(20):122-124.
- [3]管宇,龚玲,刘心遥,等. 依洛尤单抗联合瑞舒伐他汀治疗冠心病的疗效及对患者血脂和炎症因子的影响[J]. 川北医学院学报,2024,39(9):1276-1279.
- [4]陈婕,王肖龙,王慧颖,等.化痰降浊方联合阿托伐他汀对痰湿阻遏证冠心病血脂未达标患者的临床疗效[J]. 中成药,2022,44(12):4080-4084.
- [5]谢礼,胡淑芬,陈培丽,等.随访跟踪干预对冠心病急诊介入术后患者的血脂达标率的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志,2024,9(26):105-108.