

# 老年内科患者多重用药安全管理的护理研究热点与展望综述

吴飒飒

河北省邢台市襄都区中心医院 河北邢台 054001

**摘要:** 通过个体化药物使用咨询与家属积极配合来提升患者依从性,且多团队合作,可降低不良反应发生。对未来的展望是,伴随着人口老龄化和慢性疾病发病率上升,对于人工智能辅助决策系统利用、远程监测技术以及更精准化的用药模式开发都会继续探索,同时还应充分考虑关于医疗质量安全的指引方针,从而实现更趋规范化的护理实践与更智能化转变。

**关键词:** 老年内科患者; 多重用药; 安全管理; 护理研究热点; 展望综述

## 一、老年内科患者多重用药现状与核心问题

### (一) 多重用药的普遍性

#### 1. 国内外老年人群多重用药率数据对比

多药合用在全球已经普遍化,多药合用高发病率在各国已经达成共识,据统计我国 $\geq 60$ 岁老年人群多药合用率为70.8%,每天平均服用药物种类数为8.6种,明显高于发达国家。

例如美国,30%的高龄人群中会同时使用5种以上的药物,而在中国,受多种疾病叠加的影响以及对保健品过度依赖,造成老年患者每日服用药品更多。这与中国快速的老齡化进程、高负荷的慢性病以及不充分的医疗卫生资源有关,同时意味着多药同服现象在我国老年群体的严重性。

#### 2. 老年内科患者多重用药的典型特征

老年人用药安全的较大威胁就是合并用药导致的用药安全隐患。如华法林与布洛芬同时使用会引发严重的出血倾向,氯吡格雷与奥美拉唑合用会减少前者抗血小板的作用。

此外,由于肝脏和肾脏机能随年龄增加而慢慢退化,导致老年人对药物分解速度减慢,容易出现跌倒、记忆力下降和药物相关的肝损伤等副反应,并且大量的用药导致加重了老年人的财务负担,占据了一半的家庭医疗开支,给患者带来了财务和身心方面沉重的负担,也影响了患者的依从性,存在着漏服和服药剂量错误等现象。对于这一现状,提高患者服药的用药管理势在必行,应采用风险评估和多学科合作来降低潜在风险。

## (二) 多重用药的主要成因

### 1. 老年患者自身因素

随着年龄增长,人体各项机能逐渐衰退,老年群体往往同时罹患多种慢性病症,包括但不限于高血压、糖尿病以及冠状动脉粥样硬化性心脏病等,这些疾病通常需要长期服用多种药物进行干预治疗,从而导致用品种相对繁杂。

此外,随着年龄的增长,肝脏和肾脏功能的衰退也使得药品的分解和排除速率减慢,使药品堆积发生机率提升,并引发药物副作用的发生,增加了药品使用过程中的风险。加之因失忆及眼花等问题引起的老年人整体状况变差,也会影响其用药习惯,而发生的忘记或者药品混乱的事件会导致医师出于保障治疗效果的需要而增加药品数量或者更改药品种类,这样一来形成恶性循环。正是这些,造成了多重药物的使用状况,给老年患者带来了更大的药物相互作用以及伤害的状况。

### 2. 医源性因素

医疗因素是引起多药联用问题的首要原因,部分医师在处方开具过程中缺乏对老年病患者自身病情以及多药之间的相互作用进行综合考量,从而导致盲目进行多药联合使用。如果患者在治疗过程中涉及多个科室,各个专业医师按照自己的方式随意开药,未能实现整体用药平衡,患者就有一定的概率经不同渠道获得药品,不利于药品的使用。

此外,过于依赖某些药物或形成的处方倾向,容易引发多重用药危险性。医疗因素、自身因素之间的交互作用是多重用药危险性的主要矛盾,要通过多学科、标准规范管理来提高用药安全。

### 3. 多重用药的潜在风险

**作者简介:** 吴飒飒(1987.05-)女,汉族,河北邢台,本科,内科护士长,主要从事内科护理管理工作。

### （1）药物不良反应

合并服药容易增加药物不良反应发生率。老年人随着肝肾功能的衰弱其代偿性能力降低，容易产生药物蓄积毒副作用，比如对老年人服用安眠药同时又使用其他药物容易诱发严重的跌倒、眩晕等不良反应。另外药物相互作用也会使患者病情加重，如华法林和非甾体类抗炎药联合使用容易增加出血的风险；抗生素和抗凝药联合使用却容易掩盖疾病的进程。各种不良反应不仅会影响患者的预后还会导致患者入院治疗，甚至死亡，增加了患者的心理负担。

### （2）用药错误与依从性下降

常见的用药错误和医嘱遵从率较低在多药用药中常见。多药服用因其认知障碍恶化、视力受损或者处方繁多等问题导致经常出现吃忘吃、吃错药、吃多药等情形，比如高血压、糖尿病合用会产生低血压、低血糖等问题。并且多药服用易使病人产生抵触情绪，导致病人的遵从医嘱率降低，医疗效果受到阻碍，甚至病情恶化。上述不良习惯，影响了病人生活质量的同时，也提高了医疗成本并陷入恶性循环之中。

## 二、多重用药安全管理的护理研究热点

### （一）老年综合评估与个体化用药方案制定

运用全科评估的方法，将老年人的各种疾病以及疾病程度等进行精确的评估，并以此来进行精细化管理，从而达到对其进行干预以及护理的目标。全面评估能够帮助我们检测出老年人的多发病尤其是常见慢病的状态，身体的免疫系统也明显降低很多，所以面对病毒或是其他疾病的影响时，他们更容易被感染或者出现病症的侵袭。所以对于这种评估应当覆盖老年身体机能、老年智力状况、老年用药情况等方面的内容，比如针对肌肉衰减指数进行精准评估从而推测老人跌倒指数，在药物管理中评估痴呆的早期症状可以借助专门设计的测验问卷。

依所评估结果做药品选择的建议为弹性调整、权衡取舍，因为老年人身体反应各异，因此优先选择安全性高且顺从性佳的用药，如选择缓控释型以减少服药次数。如高龄患者有合并病症，如糖尿病合并肾功能不全者，建议将2种指南推荐可兼顾心脏及减缓肾功能衰退的RAS阻断剂及SGLT2抑制剂合并给予。

要经常定期地评估并检讨药物的使用频率，降低并不是必备的药的用量，例如停止为药物使用没有确切价值的保健食品以及有着过多效果的抗凝药。同时，对于糖尿病的患者要制定不同的血糖的控制标准，依据预后寿命的长短来进行不同的要求；对于体质较差的患者则

要适当地放宽要求避免引起低血糖情况。这既能够有效防止病情加剧、减少痛苦，又能够兼顾生活质量。

### （二）用药安全监测与风险管理

老龄人的用药安全性和危险管理，直接关系到老龄人是否能取得良好效果。通过老人的症状及相关因素来及时发现药物的不良反应，如通过老年人功能评价量表来筛选出老人可能出现的药物危险性，而且针对肾功能差的老龄病人，需酌情减量避免过量导致蓄积性中毒，应做到持续关注，如高危药物的异常情况密切关注，一旦发生更改方案；也可通过多科联合协作的方式来提高决策质量，确保老人的生命安全。

为提升药品的依从性，重视社会心理学因素，孤独或合并其他疾病的老年人常出现服药遗忘或自行停药等。采用减少处方量以及加强社区、家庭医师跟踪随访等方式来增强监管效能。对于一些特定具有危险性的药物，如抗凝剂或安眠剂等，进行特殊管理，制订个体化的用药指导方案、加强教育以及定期监测等，从而实现药效的同时保障用药安全。总的说来，药品安全控制应结合药物的警讯技术，从发现初始问题到风险控制最终实现以病人为中心的健康管理为目标。

### （三）患者教育与自我管理能力的培养

医院举办主题演讲会或者提供健康信息资料等广泛宣传慢性病的防控知识，同时让病人在自我管理中不断学习正确的健康知识，既能避免乱用药物，又能让病人从被动就医变为主动预防，培养对大医和大医术、大生活方式具有重视程度的重要行为模式。

需要对高龄人士及慢性疾病患者家属进行必要的护理技能和援助，包括有效用药、健康状况监测以及应急处理等方面的基本知识。医院可以采取现场教学及实地操作等模式讲解相关内容，让家属做到充分了解患者病情的生理反应情况，准确记下服药的时间安排，倘若出现异常则立即向医护人员求援。

例如，在患者出院之际，药师会制定个性化的用药指导方案，重点讲解药物间的相互影响及饮食注意事项，以此避免照护过程中出现安全隐患。社区还搭建了多元化的支持平台，包括定期举办健康知识讲座、开展线上医疗科普等系列活动，为照护者提供持续性的帮助资源，有效减轻其心理负担，确保家庭照护氛围既安全又和谐。

### （四）护理信息化与智能化支持

随着医疗卫生信息化和智能化进程的加快，护理管理在用药安全方面的手段也在发生着深刻的变化。基于电子病历，通过对患者病史、过敏史、医嘱等信息的集

成, 构建出随用随变的电子健康档案, 服务于临床用药。

例如, 此系统能够自动地辨识药物间的相互作用风险, 倘若处方药物及用药史等与患者曾经有不一致处时, 此系统便会自动发出警告从而减少人类失策引起的用药失误。这种以数据为基础的管理不仅可增加药物的安全性, 更通过机构间的沟通联系, 从医院到社区连接在一起, 特别是对慢性病的病人提供连续照护。

人工智能技术的引入, 进一步将药品用药决策优化到极点。人工智能通过机器学习的方法, 在成规模的医疗数据中挖掘有用信息, 并作出个性化的用药建议。例如, 在癌症治疗中, 通过患者遗传因素和药物治疗反应, 对患者提出个性化药物组合的治疗方案, 帮助医生制定精准治疗。同时采用自然语言处理技术, 自动化解析电子病历, 提取潜在的不良用药风险, 如用药过量和禁止使用疾病, 实现变被动为主动, 在药物决策中提高效率。针对家庭环境, 建立远程监护和警报机制。对病人生命体征进行实时监测, 如血压、心率、脉率等通过物联网技术上传数据, 此监护平台会动态监测患者药物治疗效果, 如监护仪数据异常, 会即时警报医护人员。

### 三、多重用药安全管理的护理实践挑战

#### (一) 护理资源与能力限制

目前我国人口老龄化问题非常严重, 在医疗护理老人方面存在巨大的力量限制, 对老年人患病的专门护理人员、教育系统不能满足多项用药的需要之间有着极大的差距。尤其老年疾病的护理人才的缺乏, 已成为最大的限制因素, 而全球60岁以上老人近3.2亿人, 专业养老护理师的需求远远高于这个数字, 尤其是对于社区医院, 取得证书的护士人数远远小于需求量, 从而导致服务无法做到位。

目前在护理教育模式方面, 还未充分体现多元化的药品管理的需求, 更加关注的是基础知识和基本技能的教学, 而针对老年人的情况, 由于多患有多种慢性疾病, 需要使用到多种药物, 这就涉及到了如何保证药物的相互作用达到较好的效果和预防服用的药物的副作用等问题, 而这类专业技能只是体现在教学计划当中, 却没受到足够的重视, 导致护士无法在现实工作环境中高效处理复杂的用药情况。

#### (二) 患者与家庭因素

老年患者认知障碍和交流困难是居家老人照护的主要棘手问题。随年龄增长, 其脑功能衰退导致记忆力减退、言语功能下降、情绪波动大等, 增加了其日常生活中的沟通交流。认知问题和交流问题不仅影响患者生存质量, 也增加了照护者精神压力。

例如, 患者有可能会产生遗忘导致事件的混乱, 护理人员强行更正患者往往引起情绪剧烈变动或谈话中断。改善谈话的环境也是很重要的, 譬如减少声音干扰, 简单布局房间, 且选择患者精神状态最佳的时候进行交谈, 以缓解患者思维压力。语言的表达要简单明了, 回避疑难问题, 改变为选择题, 且反复确认重要细节以提升认知效率。这样的改变有助于进行有效的连接, 改善双方的谈话窘境。

缺少家务护理人员的支撑。家人在护理老人的过程中经常会发生各种各样的困难, 例如自身的身体条件不好、看护能力低以及财力等的巨大负担。主要问题是国家的政策支持缺失, 社区养老和机构养老都是现有养老政策重点关照的对象, 而对于作为护工的家人缺少应有的关注, 例如其没有休息时间或给予一些经济上的帮助等, 这些都导致了他们精神、体力的双重疲惫。

#### 结束语

老年内科患者多重用药安全管控已成为应对人口结构老龄化的重要课题, 现有研究构建了“精准评估-用药优化-多学科协作”三位一体的临床干预模式。在国家政策推动老年医学专科发展的背景下, 需要特别关注的是, 基因编辑辅助治疗等前沿技术为神经系统退行性病变的药物治疗开辟了创新路径。但仍有待于以证据为基础使用。在未来, 我们应着眼于如何制定个体化的用药计划, 借助“医院-社区-家庭”三级联动机制实现这一目标, 从而实现由“疾患”向“健康”的转变, 为老年人提供更好的生活。

#### 参考文献

- [1] 郑泽豪, 何娟, 魏安华, 等. 老年患者多重用药研究现状与热点前沿的中文文献计量分析[J]. 中国医院药学杂志, 2022, 42(19): 2079-2085.
- [2] 冯晓芳, 朱文娟, 翟艳萍. 老年护理的未来: 如何科学管理多重用药? [J]. 中国护理管理, 2025, 25(9): 1123-1130.
- [3] 王莉, 张华, 李明. 老年多重用药研究现状与热点前沿的文献计量学分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(12): 1450-1456.
- [4] 胡世莲, 顾鹏银. 加强对老年多重用药的管理[J]. 中华老年医学杂志, 2023, 42(12): 1478-1485.
- [5] 刘俊含, 施红, 奚桓. 老年人多重用药问题思考及老年人用药策略建议[J]. 中国全科医学, 2023, 26(24): 2965-2972.