



指导老师简介:施红,主任医师,教授。北京医院老年医学及全科医学中心副主任,北京医院老年医学部血液肿瘤科主任,北京医师协会老年医学专科医师分会委员,海峡两岸医药卫生交流协会老年医学专业委员会常务委员会,中国老年保健医学研究会保健管理分会委员。
Email:shihong100@126.com

老年人多重用药问题思考及老年人用药策略建议

刘俊含,施红,奚桓

(北京医院 国家老年医学中心老年医学部,北京 100730)

【摘要】 人口老龄化给现行的医疗流程和体系带来了新的挑战。老年人普遍存在的多种疾病共存和多重用药问题,降低了患者对治疗的依从性、不仅药物不良反应增加,同时医保费用超支。该文描述了人口老龄化背景下老年患者多重用药的现状,分析其影响因素,结合临床经验提出了解决策略建议,呼吁老年医学工作者在完善老年综合评估基础上,理性地制定老年患者用药策略,并随病情发展变化及时调整,实现智慧用药,全面提高老年人生活质量。

【关键词】 多种药物疗法;综合评估;处方不当;老年人

中图分类号:R969 文献标识码:A DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2018.02.005

Thinking about the problem of polypharmacy of the elderly and suggestions on the strategy of drug use for the elderly Liu Junhan, Shi Hong, Xi Huan (Department of Geriatrics, Beijing Hospital, Beijing 100730, China)

【Abstract】 An aging population brings a new challenge to the current system of medical process. Comorbidity of the elderly and multiple drugs use reduce the patients' compliance of the doctor's advice, influence the treatment effect, caused the adverse drug reactions, increased the burden of health-care spending at the same time. An ageing population are described in this paper under the background of elderly patients with multiple drugs to the status quo, analyses its influence factors, combined with clinical experience put forward policy Suggestions, calling for gerontology workers in perfecting the elderly comprehensive evaluation, based on the elderly patients with medication strategy rationally, and changes along with the progression of timely adjust, achieve wise drug using and improve the quality of survival in the elderly comprehensively.

【Keywords】 Polypharmacy; Comprehensive evaluation; Inappropriate prescribing; Aged

2010 年我国第六次全国人口普查数据显示,60 岁及以上人口占 13.26%,其中 65 岁及以上人口占 8.87%。预计到 2020 年老年人口数量将达到 2.5

亿,占人口总数的 17%^[1]。这表明我国已进入老龄化社会,且老龄人口比例显示出上升趋势。老年患者普遍存在多种疾病共存及其带来的多重用药问题。

1 老年患者共病、多重用药和药物不良反应的概念及现状

调查表明,我国 60 岁以上老年居民中,至少患有 1 种慢性病的占 74.8%,且普遍存在多种慢性病共存现象^[2]。老年医学面临的最大挑战之一是对老年共病的最佳管理^[3-5]。多病共存的特点决定了多数情况下必须同时使用多种药物,多重用药问题已成为老年人群中普遍存在的问题。多重用药的定义尚未完全统一,一般认为同时使用 ≥ 5 种药物,或给予了超过临床实际需要的药物被视为多重用药^[6-7]。随多重用药而来的,除了医疗费用的直线上升,还有药物不良反应。老年人服用 2 种药物不良反应发生率为 6%,服用 5 种药物不良反应发生率 50%,服用 ≥ 8 种药时 100% 发生药物不良反应^[8]。增龄导致机体内环境改变,肝肾功能下降,影响药物在体内的药动学和药效学特征,造成药物在体内蓄积,导致药物不良反应的发生率增高^[9]。

2 老年患者多重用药及不合理用药原因

首先,老年人因为同时患有多个系统、多个器官的疾病,因此在就医过程中存在着多科就诊的问题。除了多科挂号、重复就诊给老年人增加了负担,多专科医师在缺乏沟通、缺乏对老年人特点的全面了解以及只关注患者在自己专科方面疾病的情况下,制定的用药方案很可能不够全面,引发多重用药的问题。第二,老年人用药来源较多,除了来医院就诊开药,还可能在各种渠道购买药品和保健品,受药店售货员不专业的引导选购不适合自己或与自己现服用药物冲突的商品^[10]。第三,老年人受文化程度及感官功能的制约,不能准确理解药袋上用药指示而服错药物,发生药物不良反应不能及时察觉及表达^[10]。需要服用多种药物还会影响正确用药的依从性,发生重复服用、漏服等错误。第四,目前的医疗体系和诊疗过程中,缺乏针对老年人合理用药的评价指标,国家药品政策法规有待完善。由于西方国家及中国台湾地区进入老龄化社会比中国大陆地区早,有些标准的制定可以吸取他们的经验。美国老年医学会于 1991 年制定了 Beers 标准,以后分别于 1997 年、2003 年及 2012 年作了修订^[9]。2012 年版^[11]包括 53 条具体细则,分为 3 个类别;2012 版 Beers 标准不再使用严重程度来评价用药的不适当性,而是列出了每种潜在不适当用药的证据水平分级和推荐等级,为 Beers 标准的临床应用提供了更可靠的循证医学证据。除了 Beers 标准之外,还有

欧洲制定的老年人潜在不合理处方筛查(STOPP)标准^[12]、中国台湾地区制定的台湾标准^[13]等。每个标准的侧重点不同,其实用性还需要在实践中检验,并从我国大陆地区实际出发,制定出最符合国情、能够更好服务于中国大陆老年患者的用药标准。

3 老年人用药原则

- 3.1 选药方面 老年人用药须有明确的适应证,无明显禁忌证,用药的收益大于潜在风险。尽量减少药物种类,选择疗效确切、毒性小的药物,避免使用老年人禁忌或慎用药物,不可滥用滋补药、抗衰老药。
- 3.2 剂量方面 为预防药物不良反应,老年人用药的剂量应偏小,或从小剂量加起,使用缓释剂,同时做到剂量个体化。
- 3.3 用药方案 用药方案应从简,剂型合适。药名、用法、用量明确,必要时测定血药浓度。
- 3.4 用药、停药时机 要在充分了解每个老年患者身体情况的前提下把握用药的最佳时机,出现不适立刻暂停,症状缓解或指标得到控制时及时停药,配以合理饮食和运动方案。避免不必要的长期用药给机体带来额外的负担。老年人用药中常见问题及处理原则如表 1 所示。

表 1 老年人用药原则

问题提出	处理原则	最终目的
用不用药	受益原则	用药对老年人有益
用几种药	减法原则	避免药物相互作用
用多大量	小剂量原则	避免药物毒副作用
何时用药	择时原则	选择最佳时机用药
出现不适	暂停原则	减少药物不良反应
何时停药	及时停药原则	避免不必要长期用药

4 老年人合理用药策略

- 4.1 建立多学科工作团队、实施老年综合评估 老年共病患者可能于不同科室频繁就诊导致患者多重用药及不必要的医疗负担^[14-15],需要组建以老年医师、全科医师为主,涵盖药师、康复技师、神经科医师、心理医生、营养师、老年专科护士及社会工作者在内的多学科工作团队,联合对老年患者进行有针对性的病史详询、体格检查、饮食运动及生活习惯问询等的全套、全方位的老年综合评估(CGA)。临床药师应参与管理老年患者用药。重视老年患者用药的原则,同时注意个体特殊性,实现个体化用药。
- 4.2 充分考虑药物与疾病、药物与药物之间相互作

用 老年患者生理功能普遍下降,甚至出现衰弱的情况,此时多重用药对机体的损害可能更加明显。联合用药时应考虑药物与疾病间的相互作用,谨慎选择药物,以减少药物不良反应发生。使用多种药物时应避免有益治疗不足的现象,避免风险大于收益造成得不偿失。很多老年人可能得益于使用 5 种以上药物,但多种药物的应用导致发病率、死亡率增加及生活质量下降,必须总体评估患者治疗方案的利与弊。老年人在生命晚期开始使用或停用药物需评估以下指标:预期寿命、药物达效时间、患者的治疗目标以及治疗能否满足需要等。

4.3 警惕“处方瀑布”现象 “处方瀑布”是指药物不良反应被医师误认为是新出现的医学状况,因而开具新的药物,用于治疗不良反应,以致药物越用越多,如同瀑布一样^[16]。“处方瀑布”现象导致患者由于不必要治疗而处于药物不良反应的发生风险之中^[17]。“处方瀑布”一旦发生很难逆转,如同多米诺骨牌。预防“处方瀑布”需要从每一次的处方做起。每增加一种用药或提高剂量都要充分考虑利弊两方面,结合多学科团队的综合建议,同时考虑非药物治疗的可能性,准备各种替代方案,如临深渊,如履薄冰,小心使用为上策。

4.4 建立用药评价流程

4.4.1 单个药物使用评价流程 单个药物评价流程如图 1 所示。

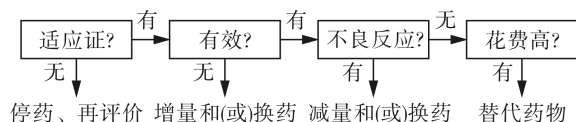


图 1 单个药物评价流程

4.4.2 用药方案评价流程 用药方案评价流程如图 2 所示。

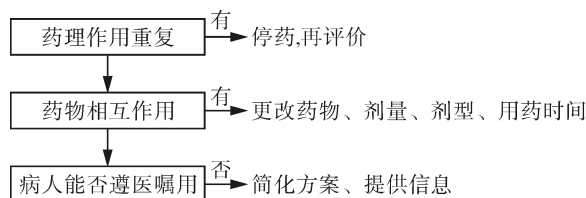


图 2 用药方案评价流程

5 讨论

科学家 Paracelsus 说:“所有的药物都有毒,没有什么药是无毒的,将药物与毒物区别开的是剂

量”。换句话说,药物并不可怕,可怕的是不懂患者、不懂药物而乱用药物。调查显示,接近 80% 的老年人认为,维持良好的生活质量和生活的独立性是最重要的健康目标^[18],这给老年人用药提出了更高的要求,也指明了方向。用药不是目的,而是手段。减少衰老过程中的痛苦,改善老年人生活质量才是最终的目的。老年人用药,应该在多学科团队的共同参与下,以维持老年人功能、降低机体不适、提高生活质量为目的^[19]。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家统计局. 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报(第 1 号)[J]. 中国计划生育学杂志, 2011, 54(8): 511-512.
- [2] 崔娟, 毛凡, 王志会. 中国老年居民多种慢性病共存状况分析[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(1): 66-69.
- [3] BOYD CM, FORTIN M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? [J]. Public Health Rev, 2010, 32(2): 451-474.
- [4] MERCER SW, SMITH SM, WYKE S, et al. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda [J]. Fam Pract, 2009, 26(2): 79-80.
- [5] BOYD CM, DARER J, BOULT C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance[J]. JAMA, 2005, 294(6): 716-724.
- [6] FULTON MM, ALLEN ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review [J]. J Am Acad Nurse Pract, 2005, 17(4): 123-132.
- [7] 袁玉辉, 张波, 梅丹. 老年人药物相关问题和用药管理[J]. 中国药理学杂志, 2011, 46(12): 966-968.
- [8] CHUMNEY EC, ROBINSON LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy [J]. Pharm Pract (Granada), 2006, 4(3): 103-109.
- [9] 宋长城, 张婷, 吕颖钺. 老年患者多重用药研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(17): 4423-4424.
- [10] 徐倩, 白松, 冯湘君, 等. 老年共病与多重用药的应对策略[J]. 中国全科医学, 2017, 20(23): 2823-2826.
- [11] AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2012 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL. American geriatrics society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults [J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(4): 616-631.
- [12] GALLAGHER P, BAEYENS JP, TOPINKOVA E, et al. Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to A-

- lert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in six European countries[J]. Age Ageing, 2009, 38(5): 603-606.
- [13] CHANG CB, YANG SY, LAI HY, et al. Using published criteria to develop a list of potentially inappropriate medications for elderly patients in Taiwan[J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2012, 21(12): 1269-1279.
- [14] COLEMAN EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51(4): 549-555.
- [15] HARRISON A, VERHOEF M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system[J]. Health Serv Res, 2002, 37(4): 1031-1054.
- [16] ROCHON PA, GURWITZ JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade[J]. BMJ, 1997, 315(7115): 1096-1099.
- [17] ROCHON PA, GURWITZ JH. Drug therapy[J]. Lancet, 1995, 346(1): 32.
- [18] FRIED TR, TINETTI ME, IANONE L, et al. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions[J]. Arch Intern Med, 2011, 171(20): 1854-1856.
- [19] 崔瑶, 刘谦, 秦明照. 老年共病现状及管理策略[J]. 中国全科医学, 2017, 20(23): 2816-2819.
- (收稿日期: 2018-01-10)

《中国临床保健杂志》第十五届编辑委员会名单

编委会主任: 黄洁夫

编委会副主任: 沈 干 林嘉滨 王伟夫 吴 军 刘殿荣 蓝 安

编 委: (以姓氏笔画为序)

丁 琪	丁西平	丁清清	于密萍	于普林	于德志	万书臻	卫小春	马文峰	马礼坤	马艳春
王 林	王 俊	王 雁	王 键	王 静	王小宁	王卫东	王子时	王巧民	王邦宁	王伟夫
王丽萍	王建国	王曼唯	王喜瑛	王锦权	王新日	韦军民	方 向	方诗元	方煜平	尹秋生
叶山东	史 健	史虹莉	付学利	白 松	兰 青	宁 光	司全金	朱 健	朱德发	朱薇波
任 伟	刘 健	刘 影	刘小梅	刘同柱	刘克佳	刘晓红	刘家全	刘福生	刘殿荣	刘德军
齐 璇	齐海平	汤 如	汤其强	许 锋	许戈良	许树强	孙 冰	孙思勤	孙耕耘	孙梦雯
孙敬武	孙福成	严 光	严 静	苏克亮	李 宁	李 伟	李 青	李 明	李中南	李苏宜
李金虎	李泽庚	李建丽	杨 龙	杨 洪	杨小红	肖 峻	吴 军	吴 蕾	吴大保	何义富
何荆贵	余 跃	邸 星	汪 莹	汪 耀	沈 干	沈国栋	沈爱宗	沈雁英	张 琦	张子顺
张志勉	张奇志	张绍廉	张洪春	张艳红	张曼萍	张智民	陆维福	陈 尹	陈 炯	陈 鹤
陈卫东	陈月云	陈孝平	陈学奎	陈晓红	林 帆	林嘉滨	尚希福	周林玉	郑志坚	郑芙林
郑建军	孟翔凌	赵 岚	赵冬梅	赵雪梅	赵淑琴	郝希春	胡 飞	胡 白	胡 敏	胡世莲
胡立群	胡何节	柳友清	施 冰	施 红	姜 玲	姜 悦	姜 毅	骆松明	秦明伟	秦学文
秦绍森	耿小平	耿洪森	顾朋颖	柴小青	倪朝民	徐春军	徐晓玲	徐维平	殷 实	凌 斌
高 坚	高国力	高宗良	唐世琪	唐丽琴	唐海沁	谈 敏	黄 政	黄业华	黄先勇	黄志刚
黄洁夫	黄振平	黄慈波	梅晓冬	曹克将	龚小敏	盛 凯	康 琳	康冬梅	梁 远	梁 宏
隋秀芳	彭代银	彭永德	程 民	程 刚	程 翠	程勇前	鲁朝晖	褚 英	蓝 安	蔡亚禄
蔡其云	滕安宝	魏 红	魏军平	蹇在金						

总编辑: 胡世莲

副总编辑: 于普林 唐海沁 叶山东 王卫东 严 光 齐海平 王 俊 汤 如 李 青 程 翠 王 静

《中国临床保健杂志》第十五届编辑委员会通讯编委名单

(以姓氏笔画为序)

王 飞	王 炜	王 彬	王长远	王莉莉	王曙霞	尹 明	吕继辉	朱鸣雷	乔 薇	刘卫勇
苏增锋	李 刚	李 旭	李小明	李长青	李春辉	李雅丽	杨志平	邱 蕾	陆守荣	陈 莉
陈剑华	陈洁霞	范晓云	林 沁	欧阳晓俊		郑 智	郑霄云	胡红琳	侯 莉	袁喜红
徐仲卿	徐媛媛	黄 涛	葛余浩	赖 蓓	蔡文玮	谭清武	戴维德			