

失能半失能高龄老人多重用药的照护难点及干预进展

姜琳

中国人民解放军北京卫戍区海淀第八退休干部休养所, 北京 100080

DOI:10.61369/MRP.2026080001

摘 要 : 随着人口老龄化加剧, 失能半失能高龄老人的多重用药问题日益突出。多重用药虽为共病治疗必需, 却显著增加药物不良反应与失能风险, 其照护管理面临生理、临床、执行等多重挑战。本文系统综述了失能半失能高龄老人多重用药的照护现状及核心难点, 并探讨了失能半失能高龄老人多重用药的干预进展, 为提升该群体用药安全性与生活质量提供参考。

关 键 词 : 失能半失能; 高龄老人; 多重用药; 照护

Difficulty in Caring for Elderly People with Disabilities and Semi Disabilities Who Use Multiple Medications and Progress in Intervention

Jiang Lin

The Haidian Eighth Retired Cadres' Sanatorium of the Beijing Garrison of the Chinese People's Liberation Army, Beijing 100080

Abstract : With the worsening of population aging, the problem of multiple drug use among elderly people with disabilities and semi disabilities is becoming increasingly prominent. Although multiple drug use is necessary for the treatment of comorbidities, it significantly increases the risk of adverse drug reactions and disability, and its care management faces multiple challenges in physiology, clinical practice, and execution. This article systematically reviews the current situation and core difficulties of multi medication care for elderly people with disabilities and semi disabilities, and explores the intervention progress of multi medication for elderly people with disabilities and semi disabilities, providing reference for improving the safety of medication and quality of life for this group.

Keywords : disability, semi disability; elderly people; multiple use of medication; care

引言

人口老龄化进程的加速推动着失能半失能高龄老人群体规模持续扩大, 该群体普遍合并多种慢性疾病, 且因生理功能衰退、自理能力丧失, 对医疗照护的依赖度极高^[1]。多重用药作为共病治疗的重要手段, 在控制病情、延缓疾病进展方面发挥着关键作用, 但同时也带来了一系列安全隐患。失能半失能高龄老人的用药管理不仅涉及药物本身的疗效与安全性, 还与照护主体的能力、医疗照护体系的支撑、患者个体的生理心理状态密切相关, 形成了复杂的照护链条^[2]。当前, 该群体多重用药导致的药物不良反应、用药依从性低下、医疗资源浪费等问题已成为健康老龄化战略实施中的突出矛盾^[3]。与普通高龄群体相比, 失能半失能者因认知障碍、肢体活动受限等功能缺陷, 用药照护的复杂性与风险显著提升, 传统的用药管理模式已难以适配其特殊需求^[4]。因此, 系统梳理失能半失能高龄老人多重用药的照护现状与核心难点, 探索科学有效的干预路径, 对于优化照护服务、降低用药风险、提升生活质量具有重要的现实意义。

一、失能半失能高龄老人多重用药的照护现状

(一) 用药特征与照护依赖现状

该群体用药呈现“种类多、疗程长、联用复杂”特征, 多合并心血管疾病、糖尿病等多种慢性病, 需同时服用多科室处方药, 部分患者还自行添加保健品, 进一步增加用药种类与联用复杂度, 而非简单药物叠加, 其不同药理作用与代谢途径的相互作用, 大幅提升了用药方案制定与执行难度。照护方面, 该群体用药完全依赖他人协助, 肢体活动障碍者无法独立完成取药、服药

等操作, 部分患者因对药物作用和潜在风险理解不足, 对复杂用药方案如分时段服药、特殊储存要求等超出理解能力, 擅自停药、减量或更改用药方案, 在高血压病和糖尿病患者中尤为常见^[5]。目前照护以家庭为主、机构为辅, 但无论家庭照护者还是专业照护人员, 均缺乏用药照护专业性与规范性, 难以满足复杂用药管理需求^[6]。

(二) 用药安全现状

该群体用药安全形势严峻, 因生理功能衰退导致药物代谢排泄能力下降、耐受性降低, 多重用药进一步增加药物相互作用风

险,易引发胃肠道不适、头晕、肝肾功能损伤等不良反应,严重时危及生命^[7]。用药错误也较为常见,包括漏服、错服等,与照护者能力不足、管理流程不规范、缺乏有效监督机制相关。此外,“多药更有效”等认知误区导致自行加药,医疗机构信息不通畅引发重复用药、过度用药等“隐性风险”,进一步加剧用药安全隐患。

二、失能半失能高龄老人多重用药的核心照护难点

(一) 照护主体层面难点

照护主体的能力不足与负担过重是首要难点。家庭照护者多为患者亲属,缺乏系统用药照护培训,对药物药理作用、不良反应、用药禁忌等知识了解有限,难以准确执行用药方案,既无法精准把控用药细节(如空腹服用要求、食物相互作用),也难以识别不良反应早期信号,导致问题未能及时处理^[8,9]。同时,长期高强度照护需时刻牢记复杂用药方案、关注用药反应,易使照护者产生焦虑、抑郁等心理问题,影响照护质量^[10]。而专业照护机构中,照护人员数量不足、工作负荷大,难以实现个性化用药照护,多采取“一刀切”模式,无法及时调整方案。

(二) 医疗与照护体系层面难点

体系衔接不畅与资源不足是重要瓶颈。一是跨科诊疗形成“信息孤岛”,多科就诊时医师仅关注专科疾病,缺乏对患者整体用药情况的统筹,难以评估药物相互作用风险^[11],且医疗机构间信息不共享,既往用药史获取不全,增加重复用药、过度用药风险。二是专业照护资源匮乏不均,临床药师、老年专科护士等人才短缺,社区与养老机构专业用药指导缺失,医疗与养老机构协作机制不完善,患者出院后用药调整与延续性照护衔接不畅,易出现用药中断或不当调整^[12]。三是缺乏标准化用药管理流程,从评估、处方制定到不良反应监测等环节均无明确操作指引,照护行为随意性大,难以保障质量与安全。

(三) 患者个体层面难点

患者生理与心理特征进一步放大照护难度。生理上,老年患者随着年龄增加出现肝肾功能下降、血清白蛋白水平降低等生理变化,药物在体内的吸收、分布、代谢和排泄均发生显著改变,增加药物蓄积、相互作用和不良反应的风险^[13];认知障碍、视听及肢体功能缺陷,也直接影响用药方案的理解与执行,易出现用药偏差。心理上,部分患者因长期患病、生活质量下降产生悲观抑郁情绪,拒绝服药或不配合照护,或因担心药物副作用擅自减药、停药;且高龄老人认知固化,对新用药知识与照护方法接受度低,给照护开展带来阻碍。

三、失能半失能高龄老人多重用药的干预进展

(一) 照护者赋能干预

1. 认知与技能培训

照护人员的培训是提高多重用药照护质量的根本,全国范围内已经组织了各种形式的培训活动,重点围绕药物的基本知识、

用药方案的实施、不良反应的鉴别和处置、特殊药物的使用和用药记录管理等展开^[14]。培训方法以实用可操作为导向,采取线下集中授课,个案剖析,实操演练,线上课程,手册指导等方法,以满足不同照护人员的学习需要。例如,社区卫生服务中心联合医疗机构开展“用药照护技能工作坊”,由专业人员现场指导分药、服药操作及不良反应应急处理;部分地区还开发了适老化科普视频与手册,普及用药知识。通过系统培训,照护者的用药照护认知与技能可以得到显著的提升,能够更加规范地执行用药方案,对一些常见用药问题及时解决。

2. 心理支持与社会帮扶

为了减轻照护者的心理负担,各地逐渐构建起了一套心理支持体系,通过一对一的专业心理咨询师辅导、照护者互助小组和在线咨询等手段,为照护者们提供情感疏导和支持途径,以缓解他们的焦虑、抑郁等消极情绪,减轻孤独感。同时,社会帮扶力度持续加大,政府与社会组织通过购买服务、补贴等方式提供喘息服务,让照护者获得短暂休息^[15];部分地区组建志愿者队伍,提供定期提醒服药、协助购药等辅助服务,有效减轻照护者负担。

(二) 跨学科协作照护模式构建

1. 老年综合评估(CGA)联合药学评估模式

这一模式是多重用药管理的一个重要发展趋势,它以老年学科为中心,联合临床药师、康复治疗师、营养师等多个专业学科团队,对患者进行躯体功能、认知功能、营养状态、心理状态、用药情况等方面的综合评价^[16]。在此基础上,团队一起设计个性化的护理和用药方案:由临床药师负责审核处方,鉴别药物之间的相互作用和不适当用药,并给出相应的调整意见;康复治疗师与营养师制定康复训练及饮食调理方案,辅助改善健康状况以减少用药需求;护理人员执行用药方案并监测反应。通过多学科协同,实现从“疾病导向”到“患者中心”的照护转变,全面保障用药安全与疗效。

2. 药学服务延伸与优化

药学服务延伸是解决社区与居家用药问题的关键,我国正推进临床药师下沉社区、深入家庭,提供上门用药评估、处方审核、指导、不良反应监测及咨询等服务,为照护者提供个性化指导,提升居家用药照护专业性^[17]。同时,服务模式持续创新,医疗机构建立用药咨询热线与线上平台,方便随时获取专业指导;开展“药物重整”服务,在患者出院、转院等节点梳理调整用药方案,保障连续性;社区与医疗机构建立协作机制,实现用药信息共享,为社区照护人员提供药学支持。

(三) 用药管理与处方优化干预

1. 处方精简

处方精简是降低多重用药风险的核心措施,旨在保障治疗效果的前提下,减少不必要药物使用、优化用药方案^[18]。其实施需基于全面用药评估,由多学科团队综合考量患者病情、功能状态、预期寿命、用药依从性等因素,识别并停用或减量疗效不佳、存在严重不良反应风险、与核心治疗目标无关的药物。实施过程中需突破认知与流程障碍:一方面通过多学科协作与医患沟

通,扭转“多药更安全”的认知误区;另一方面建立标准化流程与评估工具,如基于 Beers 标准、STOPP/START 标准开发适配工具,辅助医师精准识别不适当用药,同时加强精简效果的监测与随访,确保治疗效果不受影响^[19]。

2. 信息化用药管理工具应用

信息化工具为多重用药管理提供技术支持,使照护效率与准确性都能得到极大地提高,目前已广泛应用智能用药提醒设备、用药管理 APP、电子药盒、信息化用药评估系统等^[20]。智能提醒设备通过语音、灯光等方式提示患者服药,部分还具备分药、用药记录功能;用药管理 APP 可对患者的用药信息和不良反应进行实时统计,并生成提醒与报告;电子药盒可以对药物进行分类储存与定量发放,部分支持远程监控;信息化评估系统整合病历、用药史等数据,自动识别药物相互作用与不适当用药,为处方制定提供参考。这些工具减轻了照护者负担,实现用药管理精准化与闭环化,提升用药安全与依从性,且适老化设计持续优化,通过大字体、简单界面、语音导航等功能,适配高龄照护者与患者需求。

四、结语

失能半失能高龄老人多重用药的照护是一项复杂的系统工程,涉及照护主体、医疗照护体系、患者个体等多个层面,面临着诸多难点与挑战。当前,随着对该群体健康需求的重视,多重用药照护的干预实践取得了显著进展,照护者赋能、跨学科协作、信息化工具应用等干预措施在提升照护质量、降低用药风险方面发挥了积极作用。未来,需进一步通过扩大照护者培训与支持的覆盖面、加强医疗与照护资源的整合、推进信息化用药管理工具的适老化创新与普及、完善处方精简的标准与流程和建立健全多重用药照护的评估与监督体系来完善多重用药照护体系。如此才能逐步破解多重用药照护困境,为失能半失能高龄老人提供更安全、优质、有温度的照护服务,助力健康老龄化战略稳步推进,实现“老有所养、病有所医、安享晚年”的民生目标。

参考文献

[1] 王润莹,张艺耀,张佳雯,等.居家失能老人健康素养干预的叙事医学路径研析[J].中国医学伦理学,2025,38(08):1075-1086.

[2] 刘思伽,李艳明,沙思源,等.国内外养老机构老年人跌倒研究可视化对比分析及危险因素 meta 分析[J].职业与健康,2024,40(22):3127-3133.

[3] 葛延风,王列军,冯文猛,等.我国健康老龄化的挑战与策略选择[J].管理世界,2020,36(04):86-96.

[4] 朱玲,何伟,金成武.农村劳动力转移与养老照护变迁[J].经济动态,2020,(08):3-19.

[5] 谢雪梅,高静,柏丁兮,等.老年人多重用药依从性现状及影响因素的 Meta 分析[J].中国全科医学,2023,26(35):4394-4403.

[6] 宗世法.嵌入性视角下“智慧健康养老服务模式”的建构——对“北科养老”的个案研究[J].贵州民族大学学报(哲学社会科学版),2020,(02):44-128.

[7] 刘德山,高伟,李茹,等.山东省老年人失能与半失能预防与干预指南[J].齐鲁护理杂志,2023,29(08):1-5.

[8] 陈彩芳,杨知友,李雪兵.老年常见健康问题与风险应对[M].化学工业出版社:202411:460.

[9] 高晓琳.淄博市 F 街道志愿服务组织参与社区居家养老服务存在的问题及对策研究[D].内蒙古师范大学,2025.

[10] 张增良.农村失能老人照顾网络构建的个案工作实务研究[D].井冈山大学,2025.DOI:10.27888/d.cnki.gjgsx.2025.000022.

[11] 林梓鹏,王来友,刘贵浩,等.老年共病患者用药管理困境与多学科融合破局路径探索[J].中国医药导报,2025,22(17):74-79.

[12] 蒋婧,刘彤,王俊,等.我国基层医疗机构患者安全研究现状与热点分析[J].中国卫生质量管理,2025,32(11):46-51.

[13]WU X,SIA J E V,HAJ M,et al. Physiologically based pharmacokinetic model for older adults and its application in geriatric drug research[J]. Curr Drug Metab,2023,24(3):211-222.

[14] 中国老年保健协会数智健康保障分会,晁冠群,杜兆辉,等.多病共存管理基层实践专家共识[J/OL].中华全科医学,1-15[2026-01-23].

[15] 黄建.老年人长期照护保障机制研究——以喘息服务为视角[J].学术交流,2022,(05):119-132+192.

[16] 张艾芃,吴兆国.老年综合评估在干休所的应用现状与思考[J].武警医学,2025,36(09):821-824.

[17] 白楠,张翔宇,屈静哈,等.人工智能辅助药学服务专家共识[J].中国药房,2025,36(13):1553-1562.

[18] 严明,夏瑛,周鹏翔,等.处方精简实施的阻碍因素和促进因素:基于更新版实施性研究综合框架的范围综述[J/OL].中国全科医学,1-10[2026-01-23].

[19] 徐园园,徐志杰,倪雅婷,等.社区老年人处方精简的研究进展与启示[J].中国全科医学,2022,25(13):1557-1563.

[20] 司富春.“人工智能+”在社区中医药卫生健康服务中的应用现状、问题与对策[J].中国发展,2025,25(05):1-7.