

临床药学视角下老年共病患者潜在不适当用药的筛查与干预效果

帕热扎提·阿布力米提 赵奋霞^(通讯作者)

伽师县人民医院药剂科,新疆维吾尔自治区喀什地区伽师县,844300;

摘要: 目的: 从临床药学视角出发,分析某二甲医院老年医学科老年共病患者潜在不适当用药(PIM)的发生现状,探讨针对性干预措施及应用效果,为提升老年共病患者用药安全性与合理性提供实践依据。方法: 调取我院老年医学科2023年1月1日—2024年1月1日期间收治的老年患者临床数据,以共病患者为研究对象,统计其人口学特征、疾病组合类型及用药情况。采用Beers标准(2019年版)与老年人潜在不适当处方筛查工具(STOPP)作为PIM筛查依据,由临床药师主导构建多学科干预团队,实施用药评估、方案优化、健康宣教等干预措施,对比干预前后PIM发生率、用药不良反应(ADR)发生率及患者用药依从性。结果: 研究期间我院老年医学科收治的老年患者中,共病患者达826人,占同期老年医学科老年患者总数的52.0%。疾病组合以“心血管疾病+代谢疾病”为主,其中冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)+高血压组合患者最多,共547人,占共病患者总数的66.22%;冠心病+高血压+糖尿病组合163人(19.73%),高血压+糖尿病组合85人(10.30%),冠心病+糖尿病组合31人(3.75%)。筛查发现干预前PIM发生率为38.26%(316/826),主要涉及抗血小板药物联用不当、降压药剂量超标、降糖药与肝肾功能不匹配等问题。经临床药学干预后,PIM发生率降至12.23%(101/826),ADR发生率由15.13%(125/826)降至4.72%(39/826),患者用药依从性由62.47%(516/826)提升至89.35%(738/826),干预前后差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论: 我院老年医学科老年共病患者PIM发生率较高,以“冠心病+高血压”为代表的“心血管-代谢”共病组合是重点关注人群。临床药师主导的多学科干预模式可有效降低PIM及ADR发生率,提升患者用药依从性,对保障老年共病患者用药安全具有重要意义。

关键词: 临床药学;老年共病患者;潜在不适当用药;Beers标准;用药干预

DOI: 10.69979/3029-2808.26.02.015

引言

人口老龄化进程的加速使老年患者成为医疗机构的主要服务群体之一,而老年群体中“共病”现象尤为突出,即同时患有两种及以上慢性疾病的情况普遍存在。共病患者因疾病类型复杂,往往需要联用多种药物治疗,这一过程中潜在不适当用药(Potentially Inappropriate Medication, PIM)的风险显著升高。PIM指在特定人群中,药物的潜在风险超过预期获益,可能导致用药不良反应(Adverse Drug Reaction, ADR)增加、治疗效果降低甚至危及患者生命的用药情况。

作为二甲医院,我院老年医学科是老年患者的主要收治科室,服务范围覆盖周边社区及乡镇,老年患者占比逐年上升,其中共病患者的用药安全问题已成为临床诊疗中的重点与难点。临床药师作为保障用药安全的核心力量,凭借其专业的药学知识,在PIM筛查、用药方案优化及患者用药指导等方面具有不可替代的作用。本研究基于我院老年医学科2023—2024年的临床数据,从临床药学视角分析老年共病患者PIM的发生特征,探讨针对性干预措施及效果,为我院乃至同类二甲医院老

年医学科提升老年共病患者用药管理水平提供参考。

1 研究资料与方法

1.1 研究对象

调取我院老年医学科2023年1月1日—2024年1月1日期间收治的老年患者(年龄 ≥ 60 岁)临床数据,筛选出同时患有两种及以上慢性疾病的共病患者作为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 60 岁;确诊两种及以上慢性疾病,且病程 ≥ 3 个月;住院时间 ≥ 24 h,有完整的用药记录及随访资料。排除标准:急性重症患者(如急性心肌梗死、严重感染等);认知功能障碍无法配合用药评估者;临床资料不完整者。最终纳入共病患者826人,占同期我院老年医学科老年患者总数的52.0%。

1.2 研究方法

1.2.1 数据收集方法

通过我院电子病历系统(EMR)及医院信息系统(HIS),收集老年医学科研究对象的基本信息(年龄、性别、住院信息等)、疾病诊断信息(明确主要疾病及合并疾病类型)、用药信息(药物名称、剂量、用法、用

药疗程等)及临床结局指标(ADR发生情况、用药依从性等)。其中疾病组合类型统计显示,冠心病+高血压组合547人,冠心病+高血压+糖尿病组合163人,高血压+糖尿病组合85人,冠心病+糖尿病组合31人,其他疾病组合10人。

1.2.2 PIM筛查标准

采用国际通用的Beers标准(2019年版)与老年人潜在不适当处方筛查工具(STOPP)联合作为PIM筛查依据。Beers标准重点关注老年患者应避免使用的药物及特定疾病状态下的禁忌用药;STOPP则从药物-疾病相互作用、药物剂量与肝肾功能匹配度等方面筛查不适当用药。由2名临床药师独立进行PIM筛查,若出现判断分歧,需联合老年医学科临床医师共同讨论确定。

1.2.3 干预措施

构建以临床药师为主导,联合老年医学科临床医师、护士及营养师的多学科干预团队,针对筛查出的PIM问题实施为期6个月的干预措施,具体包括:

(1) 用药评估与方案优化:临床药师结合患者的肝肾功能、疾病严重程度及用药史,对PIM药物进行风险-获益评估,向老年医学科临床医师提出用药调整建议,如更换安全替代药物、调整药物剂量或停药等。例如,对于肾功能不全的高血压患者,避免使用肾毒性较大的血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)类药物,建议更换为钙通道阻滞剂(CCB)类药物。

(2) 用药监测与ADR预警:建立老年医学科患者用药监测档案,临床药师定期监测患者的肝肾功能及电解质等指标,及时发现潜在的用药风险并发出预警。对于联用抗血小板药物与抗凝药物的患者,加强凝血功能监测,预防出血风险。

(3) 健康宣教与用药指导:通过一对一讲解、发放用药手册、播放科普视频等方式,向老年医学科患者及家属普及共病用药知识,明确药物的用法用量、注意事项及常见ADR的识别方法。同时,指导患者使用用药

提醒工具(如手机闹钟、药盒分药格),提升用药依从性。

(4) 多学科协作机制:每月召开老年医学科多学科病例讨论会,针对复杂共病患者的用药问题进行集体研讨,制定个性化的治疗方案。临床药师定期向老年医学科临床医师反馈PIM干预效果及用药安全信息,形成用药管理闭环。

1.2.4 观察指标

对比干预前后的以下指标:(1)PIM发生率:计算PIM患者占老年医学科总研究对象的比例;(2)ADR发生率:统计老年医学科患者中因用药导致的不良反应(如出血、低血压、低血糖等)发生人数及比例;(3)用药依从性:采用Morisky用药依从性量表(MMAS-8)评估老年医学科患者用药依从性,得分≥6分为依从性良好,计算依从性良好患者的比例。

1.2.5 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。

2 研究结果

2.1 老年共病患者基本特征及疾病组合分布

具体分布见表1。

表1 老年医学科老年共病患者疾病组合分布情况

疾病组合类型	患者数量(人)	占共病患者比例(%)
冠心病+高血压	547	66.22
冠心病+高血压+糖尿病	163	19.73
高血压+糖尿病	85	10.30
冠心病+糖尿病	31	3.75
合计	826	100.00

2.2 干预前后PIM发生情况对比

具体见表2。

表2 老年医学科干预前后PIM发生率对比

干预阶段	总患者数(人)	PIM患者数(人)	PIM发生率(%)	χ^2 值	P值
干预前	826	316	38.26	112.36	<0.001
干预后	826	101	12.23		

2.3 干预前后ADR发生率及用药依从性对比

具体见表3。

表3 老年医学科干预前后ADR发生率及用药依从性对比

干预阶段	ADR发生数(人)	ADR发生率(%)	依从性良好数(人)	依从性良好率(%)	χ^2 值	P值
干预前	125	15.13	516	62.47	56.82(ADR) 183.65(依从性)	<0.001<0.001
干预后	39	4.72	738	89.35		

3 讨论

3.1 我院老年医学科老年共病患者疾病组合特征分析

本研究结果显示,2023—2024年我院老年医学科老年患者中共病发生率达52.0%,超过一半的老年患者同时患有两种及以上慢性疾病,这与国内同类二甲医院老年医学科的研究结果基本一致,反映出老年群体共病现象的普遍性。从疾病组合类型来看,“心血管疾病+代谢疾病”是主要模式,其中冠心病+高血压组合占比最高(66.22%),其次为冠心病+高血压+糖尿病组合(19.73%)。

这一特征的形成与老年患者的生理特点及疾病发病机制密切相关:一方面,随着年龄增长,老年患者血管弹性下降、胰岛素抵抗增加,易同时出现心血管损伤与代谢紊乱;另一方面,高血压、糖尿病均为冠心病的独立危险因素,三者之间存在相互作用,可加速疾病进展,形成“共病恶性循环”。老年医学科作为我院专门收治老年患者的科室,对此类共病患者的诊疗与用药管理承担着核心职责。

3.2 我院老年医学科老年共病患者PIM发生原因及临床药学干预价值

干预前我院老年医学科老年共病患者PIM发生率达38.26%,显著高于普通老年患者,主要原因包括:(1)用药方案制定缺乏系统性:部分老年医学科临床医师在开具处方时,易侧重单一疾病的治疗,忽视药物之间的相互作用及患者的整体身体状况,如同时使用多种降压药导致剂量叠加;(2)老年患者生理功能衰退:老年患者肝肾功能下降,药物代谢与排泄能力减弱,对药物的耐受性降低,易出现剂量相关性不良反应;(3)患者用药依从性差:共病患者用药种类多、方案复杂,部分患者因记忆力下降或对药物认知不足,存在漏服、错服药物的情况,间接增加用药风险。

临床药学干预后,老年医学科患者PIM发生率、ADR发生率显著降低,用药依从性显著提升,充分体现了临床药师在老年共病患者用药管理中的核心价值。临床药师通过以下途径实现用药安全保障:一是凭借专业的药学知识,从药物代谢动力学、药效学角度对老年医学科用药方案进行全面评估,提出科学的调整建议,避免“处方瀑布”的发生;二是通过用药监测与健康宣教,搭建起老年医学科医师与患者之间的沟通桥梁,既为医师提供用药安全信息,又帮助患者掌握正确的用药方法;三是通过多学科协作,整合各专业优势,为老年医学科复杂共病患者制定个性化的治疗方案,实现“以患者为

中心”的药学服务模式转变。

3.3 二甲医院老年医学科老年共病患者用药管理优化建议

结合本研究结果及我院老年医学科的实际情况,提出以下老年共病患者用药管理优化建议:(1)建立PIM筛查常态化机制:将Beers标准与STOPP工具纳入老年医学科电子处方审核系统,实现PIM的自动化筛查与预警,提高处方审核效率;(2)加强临床药师人才培养:针对我院老年医学科共病患者疾病组合特征,重点培养心血管药学、内分泌药学等专业方向的临床药师,提升专科药学服务能力;(3)完善多学科协作模式:将老年医学科多学科病例讨论纳入科室常规工作,定期开展用药安全培训,促进医师与药师之间的知识共享;(4)推进药学服务下沉:针对老年医学科出院后的老年共病患者,开展用药随访服务,通过电话、家庭访视等方式,持续监测用药效果,及时调整用药方案。

4 结论

我院老年医学科老年共病患者以“冠心病+高血压”“冠心病+高血压+糖尿病”等“心血管-代谢”疾病组合为主,PIM发生率较高,用药安全风险突出。以临床药师为主导的多学科干预模式,可通过用药方案优化、用药监测、健康宣教等措施,有效降低PIM及ADR发生率,提升患者用药依从性。作为二甲医院,应进一步强化老年医学科临床药学服务体系建设,将PIM筛查与干预纳入老年共病患者的常规诊疗流程,为老年患者提供更安全、合理的用药保障。

参考文献

- [1] 刘文凯.老年共病药物治疗现状调查分析及其不良事件风险评估研究[D].安徽医科大学,2025. DOI:10.26921/d.cnki.ganyu.2025.001726.
- [2] 刘文凯,朱虚阳,王伟娇,等.门诊老年共病患者多重用药安全性的调查研究[J].中国临床保健杂志,2025,28(01):98-102.
- [3] 罗增梅.老年共病及潜在不适当用药的调查与分析[D].大连医科大学,2024. DOI:10.26994/d.cnki.gdlyu.2024.000351.
- [4] 白喜同.老年患者潜在不适当用药与慢病共病的相关性[D].承德医学院,2023. DOI:10.27691/d.cnki.gcdyx.2023.000211.
- [5] 邱珊娇,唐干益,黄文静,等. Beers 标准(2019)和中国老年人潜在不适当用药判断标准(2017 版)评估社区老年共病患者的不适当用药分析[J].中国全科医学,2020,23(S1):34-38.