

老年人多重用药门诊标准操作规范专家共识(2024 版)

【摘要】老年患者常多病共患、多重用药,是药学门诊重点服务的对象。国内已有一些医院开设了老年人多重用药门诊,但尚未建立规范化的操作规程。为满足临床实践的需求,进一步提高老年人用药安全,国家老年医学中心、中国医药教育协会老年药学专业委员会、中华医学会老年医学分会共同组织全国老年医学/药学领域的专家制定了《老年多重用药门诊标准操作规范专家共识》,为老年人多重用药门诊的开设提供参考。本共识共 5 个一级条目,24 个二级条目,分别介绍了老年多重用药门诊的意义、老年多重用药门诊的人员和基本设施要求、诊疗流程与诊疗内容、文书记录、质量控制与持续改进措施,给出了老年多重用药患者的用药适宜性评估流程图、多重用药处方精简流程图等,并提供了门诊工作记录表的范本。本共识可规范多重用药的治疗,实现医生——药师——患者的联动,推进临床合理用药,最终建立老年多重用药患者的管理模式。

【关键词】药学服务;多重用药;操作规范;

老年人随着年龄的增长,生理功能和组织器官退化,老年人共病现象越来越多。《中国老年疾病临床多中心报告》显示,我国老年住院患者人均患病 4.68 种,共病患者比例达 91.36%,其中肿瘤、高血压、缺血性心脏病、糖尿病和脑血管疾病为排名前 5 名的疾病[1-2]。共病需服用多种药物进行治疗,因此,老年人多重用药现象不可避免且非常普遍。我国一项多重用药横断面调查分析结果显示,多重用药与潜在不适当用药增加、药物不良反应发生、住院时间延长、医疗费用增加和病死率增加有关[3-4]。多重用药还可导致衰弱、跌倒、骨折、认知障碍、谵妄等老年综合征,影响患者生活质量,增加医疗资源消耗[5]。

老年人多重用药门诊是实现合理用药的重要手段。目前,已有少数医院开设了老年人多重用药门诊,但尚未建立规范化的操作规程。2021年中国老年医学学会牵头发布了《老年医学科多学科门诊服务模式与规范》,并未详细阐述药师的操作标准[6]。为满足临床实践的需求,进一步提高老年人用药安全,国家老年医学中心、中国医药教育协会老年药学专业委员会、中华医学会老年医学分会共同制定了本共识,为老年人多重用药门诊的开设和规范操作提供依据。本共识制定首先建立《老年人多重用药门诊标准操作规范专家共识》撰写组、秘书组和专家指导组,共识撰写组通过文献研究、结合医疗机构药学门诊现状,草拟了标准初稿,秘书组负责专家意见征询问卷设计,专家指导组成员来自全国各个地区,均为从业多年的老年医学、老年药学专业相关临床医生和药学人员。本共识共开展了3轮改良德尔菲法问卷调查,对所有条目达成共识。

一、老年人多重用药门诊的意义

我国的药学门诊目前尚处于起步阶段,主要是药学综合门诊,专科门诊及联合门诊相对较少。服务范围主要包括药品的用法用量、药物不良反应、储存方法以及价格、医保、特殊药品的购买渠道等。针对特殊人群用药、多重用药方面的服务较少[7]。有学者调查了药学门诊的患者满意度,调研结果显示,患者的满意度水平随着年龄的增大而降低[8]。其原因可能是老年患者就医的期望值较高,普通的药学服务难以达到预期;且老年患者病情复杂、常多重用药,对于出诊药师的综合能力要求较高,药学综合门诊的药师缺乏应对的能力,在此背景下,老年人多重用药门诊应运而生。有医院曾对开展多重用药门诊的效果进行评估,发现药学服务有利于改善老年人群的疾病控制[9]。老年人多重用药门诊是一个由医师、药师和其他医务工作者组成的多学科小组,核心理念是树立“整体性观念”,对

老年患者进行综合评估。开设老年人多重用药门诊,对建立并优化老年多重用药患者的全程管理路径具有重要意义。

二、老年人多重用药门诊的人员和基本设施要求

1. 人员资质与职责:老年人多重用药门诊药师应当具备提供以下药学专业技术服务的能力:(1)具有对就诊患者进行用药相关的老年综合评估的能力(第1轮投票通过:得分均值4.55分、满分率71%);(2)了解老年人常用药物的适应证、用法用量、禁忌证、疗程、储存方法等,并据此为患者进行用药教育的能力;(3)处理多重用药导致的常见药物相互作用和不良反应/事件的能力;(4)了解老年人潜在不适当用药的相关知识,并据此调整药物治疗方案的能力;(5)制定患者随访计划的能力,随访内容应包括评价药物治疗效果是否达标、是否出现新的药物治疗相关问题、是否发生药物不良反应/事件、评估用药依从性、跟踪检查结果等;(6)与老年医学团队的其他成员进行沟通和协作的能力;(7)具有良好的安全意识和服务意识,尊重患者,保护患者的隐私和权益。

药学门诊出诊药师需满足以下条件之一:(1)具有中级职称,并取得老年用药专业临床药师岗位培训证书(第3轮投票通过:得分均值4.21分、满分率48%);(2)具有中级职称,并取得老年人慢病相关专业临床药师岗位培训证书,包括心血管、内分泌、神经内科专业等(第3轮投票通过:得分均值4.45分、满分率60%);(3)具有高级职称,并从事老年药学相关工作(第3轮投票通过:得分均值3.98分、满分率50%)。

开设联合门诊时出诊医师应满足以下条件之一:(1)老年医学科或内科综合专业方向医师,取得主治医师及以上技术职称(第3轮投票通过:得分均值4.40分、满分率52%);(2)其他内科专业医师,取得副主任医师及以上技术职称(第3

轮投票通过:得分均值 4.48 分、满分率 52%)。

2. 出诊方式:根据医疗机构具体情况,药师可与临床医生进行联合门诊,或在与临床医生建立有效沟通反馈机制前提下进行独立门诊(第 2 轮投票通过:得分均值 4.37 分、满分率 44%)。

3. 环境及软硬件支持:应设有专门的多重用药门诊诊室,诊室环境有利于保护患者隐私,每周有固定的出诊时间。诊室电脑安装有医院信息系统、门诊工作站、住院病历工作站等诊疗支持系统,可以查询患者既往门诊及住院记录、检验/检查结果、处方记录等资料。有条件的医疗机构应配备单独的药师工作站,为患者建档管理,医院官网中有相应挂号信息。有条件的医院可安装专业药物信息查询工具或药物数据库,包括中国知网(CNKI)数据库、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献(CBM)数据库、Pubmed 数据库、Cochrane 数据库、Web of Science 数据、Micromedex 数据库及 UpToDate 临床顾问数据库等。

4. 收费标准:为保证门诊可持续发展,建议开设收费药学门诊。收费标准参考老年专科医师门诊收费标准或各地区批准的药学门诊、多学科团队合作(MDT)门诊收费标准(第 2 轮投票通过:得分均值 4.35 分、满分率 56%)。

三、老年人多重用药门诊的诊疗流程与诊疗内容

老年人多重用药门诊的工作内容应围绕患者药物治疗方案展开,包括医生药师联合门诊和药师单独门诊。老年人多重用药联合门诊接诊流程图见图 1,老年人多重用药门诊药师单独接诊流程图见图 2,包括问诊、建立档案、患者评估干预、患者教育、随访等部分。

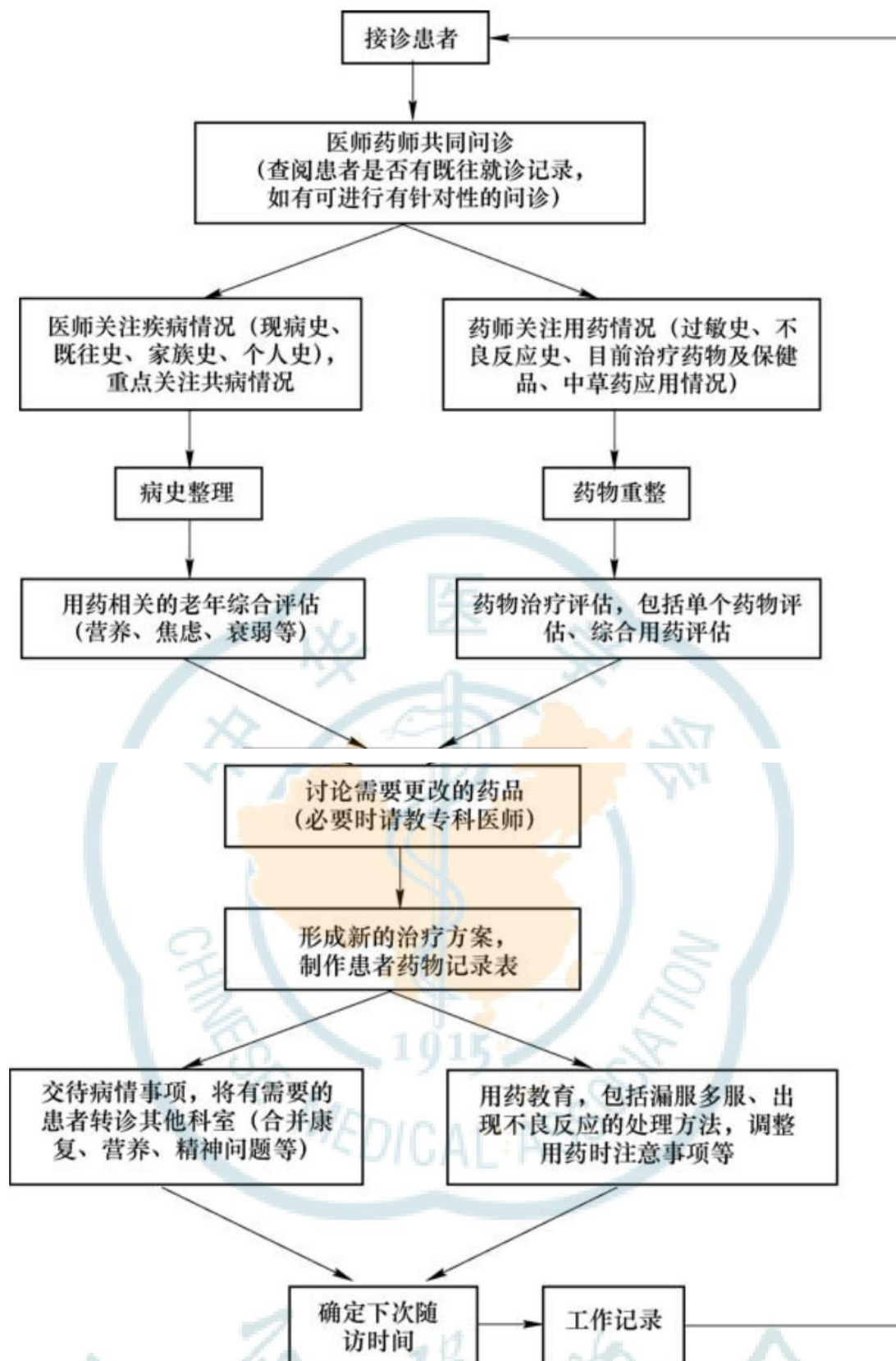


图 1 老年人多重用药联合门诊接诊流程图

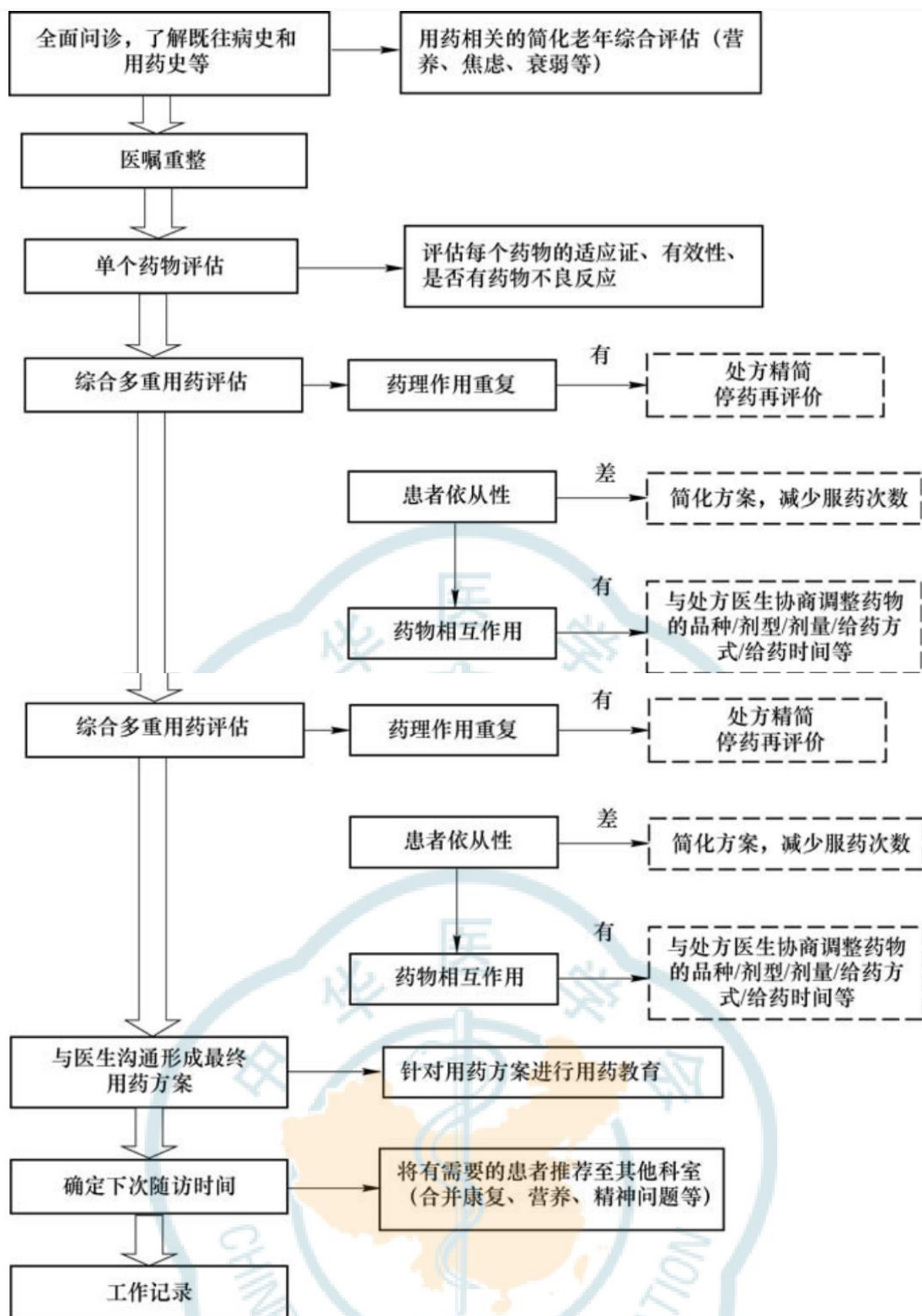


图 2 老年人多重用药门诊药师单独接诊流程图

（一）问诊和药物重整

对于初诊的患者，应进行详细的问诊，全面了解患者的一般信息（包括姓名、

性别、民族、年龄、职业、文化水平、居住情况及照护者等)、现病史、既往史、个人史、家族史、既往用药史、药物不良反应/过敏史及目前用药方案,了解患者关切的问题和需求,对患者的全部用药进行药物重整。对于复诊的患者,可查阅患者档案,根据既往就诊情况获取信息资料,减少重复问诊。

(二) 建立档案

应对老年人多重用药门诊就诊及长期随访的患者建立信息档案,详细记录诊疗过程,并定期回顾总结典型案例。

(三) 患者评估

老年患者评估包括老年综合评估、药物治疗评估(第1轮投票通过:得分均值4.77分、满分率81%)。

1. 老年综合评估(CGA):CGA主要评估老年人的躯体功能情况、精神心理状况、社会行为能力、认知情况等,以全面了解老年人具体情况,并为其提供更加适合的医疗服务[10]。常见的评估内容包括衰弱、跌倒、压力性损伤、疼痛、认知功能障碍、失禁、便秘、晕厥、谵妄、睡眠障碍等。全面的CGA耗时较长,且常需要进行动态、多次评估。建议医师药师共同出诊多重用药门诊,对有CGA指征的患者,由医师进行有针对性的快速CGA评估,对合并营养不良的患者可进行营养评估[推荐营养风险筛查(NRS2002)评分表、微型营养评估简版(MNASF)评分表]、合并精神心理问题进行精神评估[推荐简易智能精神状态(MMSE)评估表、老年人抑郁评估(GDS-15)量表]。评估目的是协助多重用药的管理,对有指征进行全面评估的患者,推荐至老年综合评估门诊(第2轮投票通过:得分均值4.42分、满分率49%)。由药师单独出诊的多重用药门诊,要求药师掌握用药相关的老年综合评估内容,可根据评估量表对患者进行用药相关的基本评估(第2轮投票通过:得分均

值 4.63 分、满分率 67%)。

2. 药物治疗评估:药师是 CGA 团队中的重要成员,是老年患者药物治疗评估的主要实施者。药师应从适应证、有效性、安全性和依从性 4 个维度开展评估。分析用药时应遵循但不局限于循证证据进行综合分析,重点关注患者的诉求,结合患者个体情况、疾病状态、家庭照护情况和药物方案提出个体化建议,老年多重用药患者的用药适宜性评估流程见图 3(第 1 轮投票通过:得分均值 4.84 分、满分率 87%)。

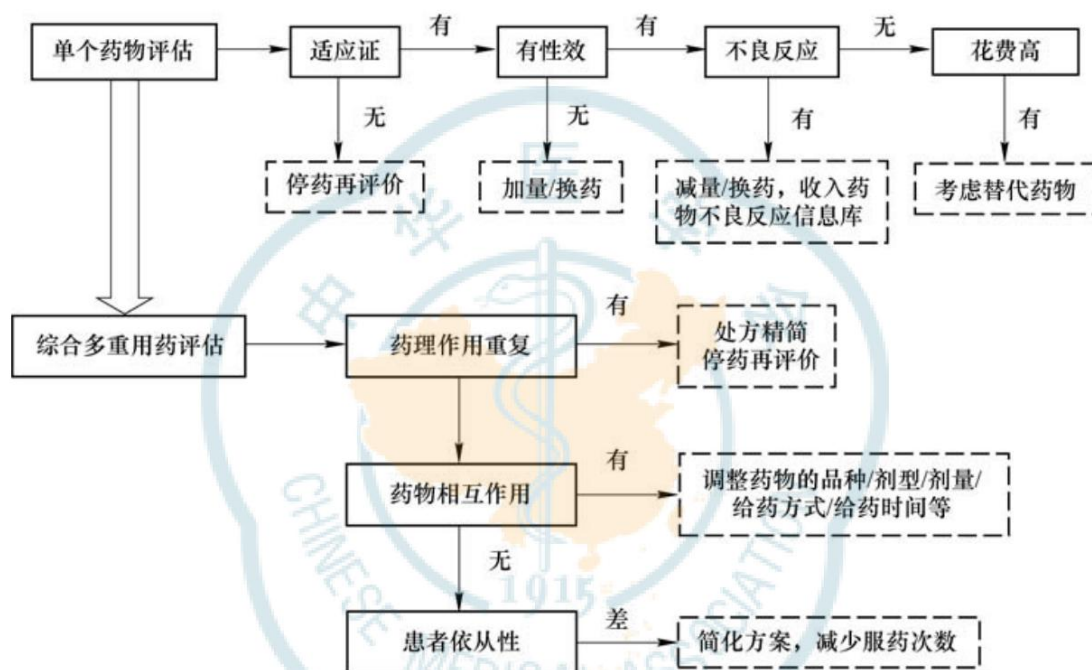


图 3 老年多重用药患者的用药适宜性评估流程

多重用药适宜性评价方法有很多,大致分为 3 类[11]。第 1 类是基于主观判断的方法,通常根据患者提供的信息来判断处方是否适宜,评价结果依赖评价者自身的知识,常用的评价方法包括药物适应性指数法(MAI)、处方优化法(POM)等[12-13]。MAI 以患者为中心,开展详细的个体化用药评估,普适性强;缺点是内容的主观性强,对评估者专业素质要求高,需要评估者有足够的专业知识判断处方用药是否恰当,且用时比较长。POM 涉及的内容较 MAI 少,包括 6 个开放性问题,

医务人员接受快速培训后即可开展应用,可快速有效了解治疗情况,建议出诊药师根据自身情况灵活选择评价方法。第2类是基于客观标准的方法,通常是从文献、指南或专家共识基础上优化出来的,主要包括:(1)药品说明书、相关指导原则、诊疗规范;(2)中国老年人潜在不适当用药判断标准(2017版)[14];(3)美国老年人 Beers 标准、欧洲老年人潜在不适当处方筛查工具/处方遗漏筛查工具(STOPP/START)准则、德国/美国/日本老年患者用药分级系统(FORTA)准则[15-20];(4)UpToDate;(5)Micromedex 等;上述标准可作为药物选择的参考标准。第3类是对患者用药情况的整体分析评价,综合了主观、客观评价方法,代表为 ARMOR 工具[21],ARMOR 工具在老年人多重用药管理中的应用越来越多。建议在实际出诊过程中,综合考虑医院特点、药师个人素质、患者等情况,进行药物适宜性评估(第1轮投票通过:得分均值4.61分、满分率71%)。除了用药的有效性和安全性,依从性也是老年人多重用药评估的重要部分。多重用药的服药依从性与其治疗效果有直接关系,临床影响老年多重用药患者用药依从性的因素较多,如患者自身因素、药物因素、家庭因素等;患者因素包括年龄因素、性别因素、文化水平、经济状况等;药物因素则包括药物的种类、剂型、数量、给药频次、用药后不良反应等。建议对能够配合的患者进行依从性评估,对于依从性欠佳的患者需加强患者教育、尽量精简治疗方案。常见的用药依从性评价方法有 Morisky 服药依从性量表(MMAS-8)[22]、药物依从性评定量表(MARS)[23],此外还有服药信念量表(BMQ)等[24-25]。合理用药评价方法汇总见表1,每种方法的适用范围有不同,建议使用时根据情况选用(第2轮投票通过:得分均值4.40分、满分率47%)。

表 1 合理用药评价方法汇总表

评价方法	特征		应用条件		PIP		内容			患者指标	机构指标
	明确标准	隐含标准	年龄	应用范围	PIMs	PPOs	处方指标				
							药物-年龄	药物-药物	药物-疾病		
Beers ^[15] (美国,2023年)	√	否	≥65岁	未特指	√	否	√	√	√	否	否
STOPP/START 准则 ^[16] (爱尔兰,2023年)	√	否	≥65岁	未特指	√	√	否	否	√	否	否
ACOVE ^[26] (美国,2022年)	√	否	≥75岁	未特指	√	否	否	否	√	√	否
中国老年人 PIM 标准 ^[14] (中国,2017年)	√	否	老年	未特指	√	否	否	√	√	否	否
FORTA ^[17-20] (欧洲,2020年;德国,2023年;美国,2020年;日本,2020年)	√	否	老年	未特指	√	√	√	否	否	否	否
NORGE ^[27] (挪威,2015年)	√	否	≥70岁	全科诊所	√	否	√	√	否	否	否
PRISCUS ^[28] (德国,2023年)	√	否	≥65岁	未特指	√	否	√	否	否	否	否
AMDA ^[29] (美国,2011年)	√	否	未特指	长期护理	√	否	否	√	否	否	否
MAI ^[12] (美国,1992)	否	√	≥65岁	未特指	√	√	√	√	√	√	否
POM ^[13] (荷兰,2009)	否	√	老年	未特指	√	√	√	√	√	√	否

注:PIP:潜在不适当处方,PIM:潜在性不适当用药,PPO:潜在处方遗漏,STOPP/START:老年人潜在不适当处方筛查工具/处方遗漏筛查工具,ACOVE:弱势老年人护理评估,FORTA:老年患者用药分级系统,NORGE:挪威全科护理院标准,PRISCUS:老年用药标准,AMDA:急性期后和长期护理标准,MAI:药物适应性指数法,POM:处方优化法

3. 药学干预:药师应根据药物评估的结果制定药学干预计划,计划必须清晰明确、可实现、可量化、使患者能够准确理解,并且应给出每一步完成的时间节点。(1)应协助制定患者有条件实施的用药方案;(2)药师在全面分析患者疾病和用药的基础上,给出药物治疗方案调整建议;医师和药师联合出诊的门诊,可直接调整药物治疗方案,治疗药物评估调整流程见图 4;药师单独出诊的门诊,如干预的内容超出药师执业范围,药师应及时与医师沟通,或将患者转诊给相关专业的医师或者其他医务人员;(3)应同时给予疾病管理监测指导、生活方式改善指导等内容;(4)为患者制作个人药物记录表,纸质版或电子版均可。教育患者就医时随身携带自己的药物记录表,以便医务人员了解治疗情况。

4. 处方精简:处方精简的定义是指结合患者医疗状况、当前的功能和个人偏好,对可能导致患者损害或不再获益的用药,医务人员进行减少该药剂量或停用该药的计划和管理过程[30]。处方精简的核心是确定药物的适宜性以及平衡获益和风险。老年人多重用药门诊的处方精简流程见图 4[31]。需防范撤药反应和停药后疾病复发,撤药反应指由药物去除引起的重要的临床症状或体征,老年人常用的易出现撤药反应的药物包括皮质醇类药物、抑酸药物和作用于中枢神经系统

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/938006115001007005>