

• 老年护理 •

居家老年慢病患者多重用药管理模式的最佳证据总结

汪琪¹, 缪欣¹, 邵燕², 张琳琳¹

摘要:目的 总结居家老年慢病患者多重用药管理模式的相关证据,提升多重用药的安全性。方法 系统检索国内外专业网站和数据库中关于居家老年慢病患者多重用药管理模式的相关文献,经过文献筛选与质量评价后提取证据。结果 共纳入 14 篇文献,总结出包括护理模式、互动评估、用药审查、精简处方、建立档案、多学科协作、机构间协作、患者/照护者参与、个性化治疗管理、教育与随访、远程护理、政策支持、医护人员继续教育 13 个维度的 35 条证据。结论 汇总的居家老年慢病患者多重用药管理模式的证据可为初级医疗机构临床医务人员、患者及居家照护者提供循证依据,以提升多重用药安全性。

关键词:居家; 老年人; 慢性病; 多重用药; 用药管理模式; 证据总结; 药物相关不良事件; 循证护理

中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.07.100

Best evidence summary for polypharmacy management models in home-dwelling older people with chronic diseases

Wang Qi, Miao Xin, Shao Yan, Zhang Linlin. School of Medical and Health Engineering, Changzhou University, Changzhou 213164, China

Abstract: Objective To synthesize evidence related to management models for polypharmacy in home-dwelling older adults with chronic diseases and to enhance the safety of polypharmacy. **Methods** A systematic search was conducted in domestic and international professional websites and databases for literature concerning management models for polypharmacy in this population. Relevant evidence was extracted after literature screening and methodological quality assessment. **Results** A total of 14 articles were included. Thirty-five pieces of evidence were summarized across 13 dimensions, including nursing models, interactive assessment, medication review, deprescribing, health record establishment, multidisciplinary collaboration, interagency coordination, patient/caregiver involvement, personalized treatment management, education and follow-up, telecare, policy support, and continuing education for medical staff. **Conclusion** The synthesized evidence on management models for polypharmacy in home-dwelling older adults with chronic diseases can provide an evidence-based foundation for healthcare professionals in primary care settings, patients, and family caregivers, thereby improving medication safety.

Keywords: home-dwelling; older adult; chronic disease; polypharmacy; medication management model; evidence summary; drug-related adverse events; evidence-based nursing

据统计,我国 ≥ 60 岁老年人中,任意一种慢性病的患病率为 81.1%^[1]。同时患有 2 种及以上慢性病的老年人比例高达 65.14%^[2],多数需长期甚至终身用药,导致多重用药现象普遍存在。多重用药通常定义为每日使用 ≥ 5 种药物,包括处方药、非处方药和草药/补充剂^[3]。居家老年患者因医疗资源可及性差、自我管理能力不足及药物相互作用风险增加,其用药安全性问题尤为突出^[4]。研究表明,中国社区老年人潜在不适当用药发生率为 34.8%^[5],导致药物不良事件发生率上升、再住院率增加及生活质量下降^[6]。科学的多重用药管理模式是改善居家老年慢病患者健康结局的关键环节。目前已有研究对老年慢病患者多重用药管理进行了证据总结^[7-8],但针对

居家场景的证据总结尚未完善。因此,本研究总结国内外关于居家老年慢病患者多重用药管理模式的最佳证据,旨在为初级医疗机构医务人员、患者及居家照护者提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 确立循证问题 采用复旦大学循证护理中心的问题开发工具 PIPOST 模式^[9]构建证据总结的具体问题。证据应用目标人群(Population, P)为居家老年慢病多重用药患者;干预措施(Intervention, I)为多重用药管理模式;应用证据人员(Professional, P)为社区卫生服务中心医务人员、患者及居家照护者;结局(Outcome, O)为用药适宜性、用药相关问题、患者药物自我管理能力、患者服药依从性、医务人员管理效率等;证据应用场所(Setting, S)为社区卫生服务中心、家庭;证据类型(Type of evidence, T)为临床决策、指南、证据总结、系统评价/Meta 分析、推荐实践、专家共识、随机对照试验(Randomized Controlled Trial, RCT)。本研究已通过复旦大学循证护理中心审核(ES20246542)。

1.2 文献检索策略 按照证据资源 6S 模型^[10],依

作者单位:1. 常州大学医学与健康工程学院(江苏 常州, 213164);2. 南京医科大学第三附属医院/常州市第二人民医院烧伤整形科

通信作者:张琳琳, zhanglinlin@cczu.edu.cn

汪琪:女,硕士在读,主管护师, 947686954@qq.com

科研项目:江苏省社会科学基金项目(25SHB004)

收稿:2025-11-10;修回:2026-01-05

次检索 BMJ Best Practice、UpToDate、英国国家卫生与临床优化研究所、加拿大安大略注册护士协会、苏格兰校际间指南网、加拿大医学会、新西兰指南研究组、澳大利亚临床实践指南数据库、澳大利亚政府卫生和老年护理部、国际指南协作网、医脉通、世界卫生组织网站、国家药品监督管理局官网、美国食品药品监督管理局官网、丁香园、澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心数据库、Cochrane Library、Embase、PubMed、Web of Science、Ovid MEDLINE、EBSCO、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网、中国生物医学文献数据库。采用主题词与自由词结合的方式。中文数据库以中国知网为例,检索式为(主题:居家+家庭)AND(主题:老年+老年人)AND(主题:慢性病+慢性非传染性疾病+生活方式病+慢病+生活方式疾病+慢性非传染性疾病)AND(主题:多重用药+多种用药)AND(主题:管理模式+管理方式+管理流程+管理过程+管理方法+管理办法+药品管理+药物管理+风险管理)。检索时限为建库至 2025 年 5 月 8 日。英文数据库以 PubMed 为例,检索式见附件 1。

1.3 文献纳入与排除标准 纳入标准:①研究对象为年龄 ≥ 60 岁的居家老年慢性病(非传染性疾病,非恶性肿瘤,非终末期患者)多重用药(药物数量 ≥ 5 种)患者;②研究内容涉及药物治疗管理模式,且该管理模式适用于初级医疗机构、居家环境;③研究类型为临床决策、指南、证据总结、系统评价/Meta 分析、推荐实践、专家共识、RCT 等。排除标准:①信息不全或无法获取全文的文献;②重复发表或已有更新版本的文献;③质量评价低的文献;④非中英文文献。

1.4 文献质量评价 根据证据的类型不同,选择合适的评价工具。指南采用指南评价工具(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, AGREE II)^[11]进行质量评价。系统评价采用系统评价方法学质量评价工具(Assessment of Multiple Systematic Reviews, AMSTAR)^[12]进行评价。专家共识采用 JBI 专家意见及共识评价工具^[13]进行评价。RCT 采用 JBI 循证卫生保健中心对 RCT 的真实性评价工具进行评价,包含 13 个评价项目^[14]。临床实践推荐、证据总结、临床决策采取追溯的方式提取证据条目所对应的原始研究,并根据研究类型选择质量评价工具进行质量评价。纳入的文献由 2 名经过循证培训的护理研究生独立评价,当评价人员有不同意见时,邀请另外 2 名护理研究生共同讨论,若意见仍不统一则由护理教师进行裁决。

1.5 证据分级与推荐等级 由 2 名研究者逐篇阅读纳入的证据,对证据逐条提取,对同类证据进行主题汇总。当不同来源的证据结论冲突时,遵循的原则为高质量证据优先、循证证据优先、最新发表的证据优先。邀请初级医疗机构负责居家老年人家庭医生签

约服务的主任医师 1 名、5 年及以上临床经验的社区药师 1 名、社区负责居家老年人慢病管理签约服务的副主任护师 2 名及护理教师 1 名(高级职称 4 名,中级职称 1 名),开展专家会议,采用 JBI 证据预分级系统及证据推荐级别系统(2014 版)确定证据分级^[15]。证据等级 Level 1 最高,Level 5 最低;证据推荐级别分为 A 级推荐(强推荐)和 B 级推荐(弱推荐)。

2 结果

2.1 文献筛选流程及纳入文献的基本特征 共检索到 923 篇文献,排除重复文献、不适合的文献类型、非中英文文献后获得 631 篇,阅读标题和摘要初筛后获得文献 97 篇,阅读全文复筛后纳入文献 14 篇^[9,16-28]。文献筛选流程见附件 2。纳入文献的基本特征见表 1。

2.2 文献质量评价结果

2.2.1 指南 共纳入 4 篇指南^[16-19]。6 个领域的标准化百分比为 83.33%~100.00%,均为 A 级,均纳入。

2.2.2 专家共识 共纳入 3 篇专家共识^[20-22]。3 篇在条目 6“所提出的观点与以往文献是否有不一致的地方”均评为“否”,其他条目均评为“是”,整体质量均较高,准予纳入。

2.2.3 临床决策 纳入 2 篇临床决策^[23-24]。从中共提取 10 条推荐,其证据来源于 1 篇指南^[29],1 篇专家共识^[30],2 篇 RCT^[31-32],3 篇系统评价^[33-35]。经过质量评价后均纳入。

2.2.4 推荐实践 纳入 1 篇推荐实践^[25]。从中共提取 5 条推荐,其证据来源于 1 篇指南^[36],2 篇 RCT^[37-38]。指南^[36]推荐级别为 A。1 篇 RCT^[37]条目 2 为“不清楚”;2 篇^[37-38]条目 4 分别为“不清楚”及“否”,条目 5 均为“不适用”,条目 13 均为“否”;其余各条目均为“是”。

2.2.5 证据总结 纳入 1 篇证据总结^[9]。共引用其中 9 条证据,证据来源于 2 篇指南^[16,39],4 篇专家共识^[40-43],2 篇系统评价^[28,44]。1 篇指南^[16]已纳入,1 篇指南^[39]推荐级别为 A。1 篇专家共识^[40]条目 1 为“否”;4 篇专家共识^[40-43]条目 6 均为“否”;其余各条目均为“是”。1 篇系统评价^[28]已在最终纳入的文献,另 1 篇系统评价^[44]各条目均为“是”。

2.2.6 RCT 纳入 2 篇 RCT^[26-27]。Lin 等^[26]条目 2 为“不清楚”,条目 4、5 为“不适用”,条目 6、8 为“不清楚”,条目 13 为“否”。杨英等^[27]条目 4 为“不适用”,条目 6 为“不清楚”,条目 13 为“否”。其余各条目均为“是”。均纳入。

2.2.7 系统评价 纳入 1 篇系统评价^[28],各条目评价结果均为“是”,予以纳入。

2.3 证据汇总及分级 对纳入文献进行证据提取,最终形成的最佳证据包括 13 个维度 35 条证据。见表 2。

表 1 纳入文献的基本特征

纳入文献	发表时间(年)	证据类型	文献来源	文献主题
程婷等 ^[9]	2023	证据总结	中国知网	老年患者多重用药管理的最佳证据总结
NICE ^[16]	2015	指南	NICE	药物优化:安全有效地使用药物,尽可能取得最佳疗效
NICE ^[17]	2015	指南	NICE	居家护理:为在自己家中生活的老年人提供个人护理和实际帮助
Roughead 等 ^[18]	2025	指南	AGDHAC	支持多病共存和多重用药的药物管理工具手册
Onder 等 ^[19]	2022	指南	医脉通	意大利关于多病共存及多重用药患者管理的指南
沈杰等 ^[20]	2024	专家共识	医脉通	老年人多重用药评估与管理中国专家共识
朱愿超等 ^[21]	2024	专家共识	医脉通	老年人多重用药门诊标准操作规范专家共识
中国老年保健医学研究会老年内分泌与代谢病分会等 ^[22]	2018	专家共识	医脉通	老年人多重用药安全管理专家共识
Rochon ^[23]	2025	临床决策	UpToDate	老年人的药物处方
Steinman 等 ^[24]	2025	临床决策	UpToDate	处方精简
van Poelgeest 等 ^[25]	2023	推荐实践	医脉通	优化老年多病共存和多重用药的药物治疗和处方精简策略
Lin 等 ^[26]	2018	RCT	PubMed	药师与医生联合开展多重用药老年患者药物治疗管理的经济效益
杨英等 ^[27]	2022	RCT	中国知网	物联网健康管理模式对多重用药老年患者服药依从性及安全性的影响
Cole 等 ^[28]	2023	系统评价	Cochrane Library	针对老年人合理使用多重药物的干预措施

注:NICE 全称为 National Institute for Health and Care Excellence,指英国国家卫生与临床优化研究所;AGDHAC 全称为 Australian Government Department of Health and Aged Care,指澳大利亚政府卫生和老年护理部。

表 2 居家老年慢病患者多重用药管理模式的最佳证据总结

证据主题	证据内容	证据等级	推荐级别
护理模式	1. 推荐具有以下特征的护理模式:全面评估,多学科合作,患者积极参与护理选择,个性化治疗计划和定期随访 ^[19]	1a	A
互动评估	2. 多学科团队应定期与患者/居家照护人员就用药情况进行沟通 ^[17] ,以对老年人的用药方案进行全面评估 ^[20] 。对于衰弱或认知能力受损的老年人,理想情况下应每 6 个月进行 1 次药物审查 ^[25]	5a	B
	3. 老年患者多重用药评估可使用循证处方精简指南、临床决策支持系统、STOPP/START 工具、Beers 标准等方法,协助识别潜在不适当药物和潜在遗漏药物 ^[16,18-20,24-25] 。可借助药物不良反应因果关系评估方法进行判别因药物相互作用引起的药物不良反应 ^[19-20]	5a	B
	4. 患者用药依从性评估工具有:简短用药问卷,药物自我管理量表,Morisky 用药依从性量表 ^[18,20]	1b	A
	5. 老年人多重用药门诊对患者全面的多维评估包含以患者为中心的系统的老年综合评估、药物治疗评估、药物适宜性评估、药物审查及需要的补充检查 ^[19,21,28]	4a	B
	6. 老年人多重用药评估包括潜在不适当用药、用药依从性、药物相互作用等内容。评估时必须留意老年患者使用的草药和膳食补充剂 ^[19-20,23]	5a	B
	7. 医疗保健服务提供者在做出治疗决策时,应考虑患者的个体特征、偏好和目标 ^[19,25] 。居家老年人还要考虑其日常管理药物的习惯、生活节奏和家庭环境 ^[9]	4a	B
用药审查	8. 结构化且以患者为中心的用药审查应成为老年病综合评估及多重用药门诊的标准组成部分 ^[21,24-25,27-28] 。结合当前临床状况及当前健康状态进行结构化用药审查期间 ^[16,20,28] ,可获取患者更新并验证的用药清单、当前健康测量数据及包括病史在内的电子医疗记录 ^[28]	2a	A
	9. 用药审查后,跨学科健康管理团队讨论患者的当前临床状况、患者用药方案的合理性等 ^[27] 。最终聚焦于团队讨论中提出的临床相关问题,提出用药审查建议 ^[28]	1a	A
精简处方	10. 处方精简是指在医疗专业人员的监督下停用药物的过程。内容涉及全面审查患者的药物清单,系统性地停用或减量使用所有弊大于利的药物,并重点关注特定的高风险药物 ^[24]	5a	B
	11. 处方精简时医疗专业人员应考虑以下原则:①使用已证实有效的药物 ^[19] 。②联合用药应注意剂量个体化。③联合用药应“少而精”。④根据各种药物的时辰药理学,选择药物的最佳服药剂量和时间,延长联合用药的时间间隔,在保证疗效的同时,降低药物相互作用的风险 ^[19,22] 。⑤医生在做出处方决策时需要考虑每例患者的具体情况,并结合专业经验,而非严格遵循处方指南。⑥患者经济拮据及不易获取处方剂量的药物,需考虑适用药物处方不足 ^[23] ,调整处方	5a	B
	12. 目前业界较为认可的处方精简方法有五步法 ^[20] 、阶梯式处方方法 ^[23]	5a	B
	13. 为老年多重用药患者精简处方时可使用如下工具 ^[18] :①支持用药方案简化的工具;②支持合理选药的工具;③潜在不适当药品清单等	5a	B
	14. 实施处方精简有一些常见的阻碍,可以通过沟通、教育和其他策略来解决 ^[24]	5a	B
建立档案	15. 鼓励有条件的老年患者设立个人专用药物记录本,对多重用药进行规范化、连续性管理 ^[9,22]	5a	B
	16. 老年人多重用药门诊应建立老年人用药档案 ^[21] ,以沟通用药变更和管理计划 ^[25] 。医务人员应为希望参与药物管理的患者提供记录在案的居家护理计划 ^[16-17]	5a	B

续表 2 居家老年慢病患者多重用药管理模式的最佳证据总结

证据主题	证据内容	证据等级	推荐级别
多学科协作	17. 组织应考虑多学科团队方法 ^[16] ,鼓励分担与精简处方相关的责任和工作量 ^[25] 。老年人药物审查需由全科医生、药师、老年病学专家、处方医生、护理人员组成多学科团队 ^[22,25-27] 。居家管理则由从事家庭护理的药剂师、老年病医生、家庭医生和注册护士组成跨专业团队 ^[20,28]	2a	A
	18. 多学科团队讨论患者临床状况,并结合当前健康状态和临床重要方面审查患者用药方案的合理性等 ^[27-28]	1a	A
	19. 鼓励药师参与家庭医生服务、会诊、药物治疗方案的制订 ^[22,26] ,总结老年评估和药物审查的结果,提出药物治疗方案的调整建议 ^[28] 。药师为患者提供面对面和电话的健康教育和用药依从性指导 ^[22,26]	4a	B
	20. 患者处方的最终责任由处方医生承担 ^[26] 。家庭医生在居家管理中做出临床决策,并将建议写入患者的医疗记录,对患者负有医疗责任,并监督所有的处方和药物变更 ^[28]	2a	A
	21. 护士在患者家中核对其处方和非处方药,询问患者实际用药情况并更新用药清单,评估患者的身体功能和日常活动表现,收集人口统计学变量和患者特征数据 ^[28]	1a	A
机构间协作	22. 改善医疗专业人员与社会工作者之间、医院与社区护理之间的协调与协作,整合并促进护理的连续性 ^[17,19] 。开展社区护理联合工作,共同为老年多重用药患者提供药物管理支持 ^[9]	5a	B
	23. 开发和有效的技术和系统 ^[19] ,保证用药信息的连续性,与患者、照护者、社会服务及医疗服务机构、转移的其他医疗机构共享用药信息,系统地获取、验证、记录用药清单,并及时更新,以保持用药信息的准确性 ^[9]	5a	B
患者/照护者参与	24. 鼓励家庭成员参与,共同促进用药安全。在家属及护理人员的帮助下开展居家用药自我管理计划 ^[9] 。家属要协助患者提高用药依从性。家属需定时检查老年患者用药情况,做到按时按规定剂量服药 ^[22]	5a	B
	25. 处方精简需要患者和/或照护人员参与、医患共同决策,以提高患者的用药适宜性和安全性 ^[19-20,24] ,包括与患者就治疗目标和偏好达成共识,让患者参与并收集信息,找出并确定要精简的药物,以及实施处方精简计划并监测和随访 ^[16-17,24]	5a	B
	26. 支持患者使用依从性自我报告问卷、自我管理量表等进行自我管理 ^[16,18] ;患者应用电子血压计、电子血糖仪、电子体重秤等采集生理指标相关信息 ^[27] ;推荐使用特殊设计的标签或建立用药日程表、配备多功能智能药盒等方式来改善患者用药依从性 ^[9,27]	4a	B
个性化治疗管理	27. 结合老年多重用药患者的偏好及其日常管理药物的习惯、生活节奏和家庭环境,为居家老年人提供记录在案的个性化药物管理方案 ^[9,20] 。定期审查自我管理计划,确保患者在使用该计划时不会出现问题 ^[16]	5a	B
	28. 制订个性化护理计划时应考虑慢性病与药物治疗之间的相互作用,以及患者对护理和生活环境的偏好 ^[19]	5a	B
教育与随访	29. 用药宣教是减少老年人多重用药的重要举措,也是多重用药管理获得患者支持的基础 ^[20] 。教育对象为患者和/或护理人员 ^[19] 。宣教方式包括面对面宣教及基于健康管理平台的远程用药宣教 ^[19-20,22,27] 。用药宣教内容包括用药的原因、处方药物的不良反应及发生药物相互作用的可能性等 ^[19-20,27] ,教育老年患者及其家属避免随意自我药疗 ^[22]	5a	B
	30. 必须对居家多重用药患者进行随访,以评估患者对减少多重用药和优化药物治疗干预措施的依从性,并监测和管理与减药相关的症状 ^[19,24] 。鼓励老年居家患者按时门诊随访,知晓自己健康状况,一旦出现药物治疗相关不良事件,及时就诊 ^[22] 。随访方式有药剂师咨询、电话随访、全科医生、老年病医生或护士上门随访等,具体方式取决于具体情况 ^[9,16,22,28] 。随访内容可能包括临床评估、进一步的药物调整、血液检测等 ^[28]	3a	B
远程护理	31. 远程护理规划:与居家养老者共同确定他们最愿意采用的远程护理方案 ^[17]	5a	B
	32. 提供远程护理服务,确认个人可以熟练地使用设备。定期检查个人使用远程护理的情况 ^[17]	5a	B
	33. 基于物联网管理系统的健康管理平台,将患者疾病诊疗结果、病情基本情况、用药方案录入系统后,若患者未能按时按量服药,平台预警系统可自动发出提醒 ^[27]	1a	A
政策支持	34. 国家层面需制定相关指南明确定义潜在不适当药物,制定以证据为基础的多重用药管理和处方精简的指导原则 ^[25] 。这些原则应纳入国家关于多发病、多重用药和减药研究的战略规划 ^[19] 。提供居家护理服务的各级机构应制定药物管理政策 ^[17]	5b	B
医务人员继续教育	35. 推动关于多发病和多重用药主题的专业教育和培训,以及预防慢性病的培训 ^[19] ,提供教育材料和课程 ^[25] 。多学科健康管理小组应对组员进行统一培训,培训内容包括老年患者常见病、多发病、用药方案、常见不良反应及处理方案 ^[27]	5a	B

3 讨论

3.1 推进以循证为基础的多重用药管理模式 ① 护士在医疗团队中具有独特的优势,他们与患者接触密切,能够深入了解患者的病情变化、生活习惯及用药情况;在居家环境中,护士可以通过定期家访、电话随访、线上沟通等方式,对老年慢病患者的用药进行全程管理与指导。居家老年慢病患者多重用药管理的核心目标是在复杂共病背景下实现用药安全与疗效的平衡,其关键内容在于构建以护士为主导的居家老年慢病患者多重用药管理模式。② 在评估环节,强调

定期且全面的互动评估。通过现有评估资源,如 STOPP/START 工具等识别潜在不适当药物和潜在遗漏药物^[16,18-20,24-25]。同时评估患者依从性^[18,20]。除了考虑临床指标外,评估还需纳入患者个体特征、偏好、日常用药习惯及家庭环境,实现以患者为中心的个性化评估^[9,19-21,23,28]。③ 用药审查与精简处方是居家老年慢病患者多重用药管理模式的关键环节。结构化且以患者为中心的用药审查需成为标准诊疗流程。处方精简则采用五步法、阶梯式处方方法等循证方法^[20,23],结合支持用药方案简化、合理选药的工具,平衡疗效与安全性。④ 居家老年慢病患者多重用药

管理模式注重长期随访与动态调整,通过个人记录与门诊档案的结合,可形成覆盖居家场景的用药管理信息链,为持续评估、干预调整及多学科协作提供基础依据,形成科学管理模式。

3.2 加强多学科协作的分工与协同机制 ①居家老年慢病患者多重用药管理模式的高效实施依赖于明确的团队及成员职责,构建多学科、跨机构的协作网络。多学科团队核心成员包括全科医生/家庭医生、药剂师、护士等,各角色职责清晰且互补。全科医生/家庭医生承担临床决策主体责任,负责处方最终审核、医疗记录更新及全程监督处方和药物变更^[26,28];药师深度参与家庭医生服务、会诊及药物治疗方案制订,总结评估结果并提出调整建议,同时为患者提供面对面或电话形式的健康教育与依从性指导^[22,26,28];护士则在居家场景中负责核对处方与非处方药、更新用药清单、评估患者身体功能及日常活动表现,是连接医疗团队与患者的关键纽带^[28]。②机构间协作是居家老年慢病患者多重用药管理模式的重要支撑。通过改善医院与社区护理、医疗专业人员与社会工作者之间的协调,确保护理连续性;同时开发技术系统共享用药信息,确保患者、照护者、医疗及社会服务机构间的信息准确传递,避免因信息断层导致的多重用药风险^[9,17,19]。

3.3 提升居家用药的自我管理能力 ①家属参与弥补了居家场景下医疗监督的不足,形成专业管理与家庭支持的协同合力。②居家老年慢病患者作为多重用药管理模式的核心主体,其主动参与是提升管理效能的核心环节。居家老年慢病患者的主动参与,不仅可提升多重用药管理的自主性,还可促进治疗方案与个体需求的精准匹配。③系统的用药教育是患者及家属有效参与自我管理的前提,为居家老年慢病患者多重用药管理模式提供知识支撑。宣教方式结合面对面沟通与基于健康管理平台的远程宣教,确保知识传递的便捷性与持续性,为患者和家属提供科学用药的行动指南。

3.4 构建技术赋能的居家用药支持体系 远程护理作为居家场景的重要补充,通过技术赋能打破时空限制,提升多重用药管理模式的可及性与效率。远程护理规划强调患者意愿的核心地位,需与居家老年人共同确定其最愿意采用的远程方案,确保干预的可接受性与依从性。远程护理依赖物联网设备、网络支持等硬件资源,是居家老年慢病患者多重用药管理模式中可行性争议最突出的维度,争议核心集中于技术适配性、资源可及性等方面。护士应早期识别老年患者“互联网+”需求^[45],鼓励家属承担日常操作协助,正常使用后可提供定期上门指导;另外设备厂商未来可减少文字输入与复杂设置,提高设备使用率及普适度。在资源可及性层面,建议推动将远程护理设备纳

入“长期护理保险”报销范围^[46],或由地方政府提供专项补贴,降低患者经济负担;整合现有公共资源,利用村社区服务中心的公共远程监测设备,为无购置能力的患者提供免费使用服务。

3.5 加强政策支持保障与医务人员专业能力提升 ①政策支持是居家老年慢病患者多重用药管理的制度保障,通过明确管理标准、职责制度,整合学科资源并推动管理模式实践落地。建议管理层面制定相关指南以解决当前居家用药管理中标准不统一、评估工具混乱的问题。为多重用药管理和处方精简提供循证指导原则,这些原则纳入国家医疗卫生保健战略规划^[19,25]。各级医疗卫生机构需规范居家护理流程,明确家庭医生、药师、护士在多重用药管理中的职责分工,确保管理的连续性、规范性及可操作性^[17]。②医务人员的专业能力是落实多重用药管理模式的核心要素,继续教育则是保障能力适配的关键路径。居家老年慢病患者的多重用药管理涉及多疾病共病、复杂药物相互作用、患者个体差异等多重挑战,对医务人员的综合能力要求极高。因此,应开展多重用药主题的常态化专业教育。

4 小结

本研究总结了居家老年慢病患者多重用药管理模式的最佳证据,包括 13 个维度共 35 条证据,可为初级医疗机构临床医务人员、患者及居家照护者提供循证依据。然而本研究纳入文献中中文文献占比偏低,在我国基层场景的适配性需进一步验证。未来可丰富证据内容,构建以护士为主导的居家老年慢病患者多重用药管理模式,提升居家老年慢病患者多重用药的安全性。

附件 1 PubMed 检索式

附件 2 文献筛选流程

请用微信扫码查看



参考文献:

- [1] Su B, Li D, Xie J, et al. Chronic disease in China: geographic and socioeconomic determinants among persons aged 60 and older[J]. J Am Med Dir Assoc, 2023, 24(2): 206-212. e5.
- [2] 黎艳娜,王艺桥.我国老年人慢性病共病现状及模式研究[J].中国全科医学,2021,24(31):3955-3962.
- [3] World Health Organization. Medication safety in polypharmacy technical report[EB/OL]. (2019-06-19)[2025-06-25]. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/be139493-0474-49cd-9767-b72069bf42d6/content>.
- [4] 杨希,张河川,李莹,等.慢病老年人用药安全现状及影响因素分析[J].卫生职业教育,2022,40(9):133-135.
- [5] 罗娅婵,孔令娜,吕琼,等.中国社区老年人潜在不适当用药发生率及相关因素的 Meta 分析[J].中国全科医学,2023,26(13):1605-1612.

- [6] 杨鹏路,杨彬,凌燕,等.老年患者多重用药与健康结局关系的研究进展[J].中华健康管理学杂志,2024,18(8):631-635.
- [7] 初紫晶,赵晓霜,萨日娜,等.衰弱老年人多重用药管理的证据总结[J].循证护理,2025,25(2):236-242.
- [8] 程婷,涂惠,郭婷,等.老年患者多重用药管理的最佳证据总结[J].中华护理教育,2023,20(2):217-222.
- [9] 胡雁,郝玉芳.循证护理学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2018:30-31.
- [10] DiCenso A, Bayley L, Haynes R B. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model[J]. Evid Based Nurs, 2009, 12(4):99-101.
- [11] Brouwers M C, Kerkvliet K, Spithoff K, et al. The AGREE reporting checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines[J]. BMJ, 2016(352):i1152.
- [12] 熊俊,陈日新.系统评价/Meta分析方法学质量的评价工具 AMSTAR[J].中国循证医学杂志,2011,11(9):1084-1089.
- [13] McArthur A, Cooper A, Edwards D, et al. Textual evidence systematic reviews series paper 3: critical appraisal of evidence from narrative, opinion, and policy[J]. JBI Evid Synth, 2025, 23(5):833-839.
- [14] Barker T H, Stone J C, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials [J]. JBI Evid Synth, 2023, 21(3):494-506.
- [15] The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [EB/OL]. (2013-10-01)[2025-10-07]. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
- [16] NICE. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [EB/OL]. (2015-03-04)[2025-05-01]. www.nice.org.uk/guidance/ng5.
- [17] NICE. Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes [EB/OL]. (2015-09-17)[2025-05-01]. www.nice.org.uk/guidance/ng21.
- [18] Roughead L, Widagdo I, Kemp-Casey A. Handbook of tools to support medicine management in multimorbidity and polypharmacy [EB/OL]. (2025-03-06) [2025-05-01]. <https://www.health.gov.au/resources/publications/handbook-of-tools-to-support-medicine-management-in-multimorbidity-and-polypharmacy>.
- [19] Onder G, Vetrano D L, Palmer K, et al. Italian guidelines on management of persons with multimorbidity and polypharmacy [J]. Aging Clin Exp Res, 2022, 34(5):989-996.
- [20] 沈杰,高宁舟,郑松柏.老年人多重用药评估与管理中国专家共识(2024) [J]. 中华老年医学杂志, 2024, 43(3):269-278.
- [21] 朱愿超,金鹏飞,国家老年医学中心,等.老年人多重用药门诊标准操作规范专家共识(2024版) [J]. 中华老年医学杂志, 2024, 43(11):1382-1391.
- [22] 中国老年保健医学研究会老年内分泌与代谢病分会,中国毒理学会临床毒理专业委员会.老年人多重用药安全管理专家共识 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(29):3533-3544.
- [23] Rochon P A. Drug prescribing for older adults [EB/OL]. (2025-04-11)[2025-04-28]. https://www.uptodate.cn/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=polypharmacy&source=search_result&selectedTitle=1~110&usage_type=default&display_rank=1.
- [24] Steinman M, Reeve E. Deprescribing [EB/OL]. (2025-04-19)[2025-05-01]. https://www.uptodate.cn/content/s/deprescribing?search=polypharmacy&source=search_result&selectedTitle=2~110&usage_type=default&display_rank=2.
- [25] van Poelgeest E, Seppala L, Bahat G, et al. Optimizing pharmacotherapy and deprescribing strategies in older adults living with multimorbidity and polypharmacy; Eu-GMS SIG on pharmacology position paper [J]. Eur Geriatr Med, 2023, 14(6):1195-1209.
- [26] Lin H W, Lin C H, Chang C K, et al. Economic outcomes of pharmacist-physician medication therapy management for polypharmacy elderly: a prospective, randomized, controlled trial [J]. J Formos Med Assoc, 2018, 117(3):235-243.
- [27] 杨英,王庆,滕威.物联网健康管理模式对多重用药老年患者服药依从性及安全性的影响 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2022, 22(12):1480-1487.
- [28] Cole J A, Gonçalves-Bradley D C, Alqahtani M, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2023, 10(10):CD008165.
- [29] Sheppard J P, Benetos A, McManus R J. Antihypertensive deprescribing in older adults: a practical guide [J]. Curr Hypertens Rep, 2022, 24(11):571-580.
- [30] Steinman M A, Beizer J L, DuBeau C E, et al. How to use the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria: a guide for patients, clinicians, health systems, and payors [J]. J Am Geriatr Soc, 2015, 63(12):e1-e7.
- [31] Farhat A, Al-Hajje A, Lang P O, et al. Impact of pharmaceutical interventions with STOPP/START and PIM-Check in older hospitalized patients: a randomized controlled trial [J]. Drugs Aging, 2022, 39(11):899-910.
- [32] Appel L J, Espeland M A, Easter L, et al. Effects of reduced sodium intake on hypertension control in older individuals: results from the trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE) [J]. Arch Intern Med, 2001, 161(5):685.
- [33] Reeve E, Gnjjidic D, Long J, et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice [J]. Br J Clin Pharm, 2015, 80(6):1254-1268.
- [34] Paque K, Vander Stichele R, Elseviers M, et al. Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: a systematic review [J]. Palliat Med, 2019,

33(1):37-48.

[35] Reeve E, To J, Hendrix I, et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review[J]. *Drugs Aging*, 2013, 30(10):793-807.

[36] NICE. Medicines management in care homes[EB/OL]. (2015-03-25)[2025-04-26]. www.nice.org.uk/guidance/qs85.

[37] Wehling M, Burkhardt H, Kuhn-Thiel A, et al. VAL-FORTA: a randomised trial to validate the FORTA (fit for the aged) classification[J]. *Age Ageing*, 2016, 45(2):262-267.

[38] Frankenthal D, Lerman Y, Kalendaryev E, et al. Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: a randomized clinical trial[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2014, 62(9):1658-1665.

[39] NICE. Managing medicines for adults receiving social care in the community[EB/OL]. (2017-03-30)[2025-05-02]. <https://www.nice.org.uk/search?q=Managing+medicines+for+adults+receiving+social+care+in+the+community>.

[40] 中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会, 《中国老年保健医学》杂志编辑委员会. 居家(养护)老年人共病综合评估和防控专家共识[J]. *中国老年保健医*

学, 2018, 16(3):28-31.

[41] 国家重点研发计划项目(2020YFC2006100, 2018YFC2002400)课题组, 中国老年医学学会医养结合促进委员会. 医养结合机构老年共病患者安全用药专家共识[J]. *中华保健医学杂志*, 2021, 23(6):561-568.

[42] Muth C, Blom J W, Smith S M, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus[J]. *J Intern Med*, 2019, 285(3):272-288.

[43] Liao S J, Lalic S, Sluggett J K, et al. Medication management in frail older people: consensus principles for clinical practice, research, and education[J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2021, 22(1):43-49.

[44] Cross A J, Elliott R A, Petrie K, et al. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020, 2020(5):1-225.

[45] 张怡, 付阿丹, 黄盼盼, 等. “互联网+专项延续护理服务”在居家老年患者中的应用[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(6):20-23.

[46] 黄懿妍, 刘美兰, 彭献莹, 等. 长期护理保险制度下居家护理服务的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(11):102-105.

(本文编辑 吴红艳)

(上接第 94 页)

士职业认同感,促进护士人文关怀实践行为,提升住院患者对护理人员人文关怀的满意度。本研究未对护士的人文关怀能力进行测评,不能反映群体变化情况,后续将追踪评价。同时,人文关怀事例记录实施过程中仍存在一定的阻碍,未来将通过模板引导、常态化学习机制及组织支持,推动人文关怀事例从个体经验走向集体共识,实现护理服务的人文内涵常态化与制度化发展。

参考文献:

[1] Liu Y, Wu X, Timmins F. Strengthening actions for caring as a core component of nursing in the People's Republic of China[J]. *J Nurs Manag*, 2019, 27(8):1577-1579.

[2] 中国生命关怀协会人文护理专业委员会. 医院护理人员人文关怀实践规范专家共识[J]. *中华医院管理杂志*, 2021, 37(10):843-847.

[3] 中国生命关怀协会. T/CALC001-2022 病区护理人员人文关怀管理规范[S]. 北京:中国标准出版社, 2022.

[4] 王峥嵘, 刘义兰, 丁炎明, 等. 《病区护理人员人文关怀管理规范》团体标准解读[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(14):91-94.

[5] Norman V, Rutledge D N, Keefer-Lynch A M, et al. Uncovering and recognizing nurse caring from clinical narratives[J]. *Holist Nurs Pract*, 2008, 22(6):324-335.

[6] Sitzman K, Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences[M]. New York: Springer Publishing Company, 2019:207-211.

[7] 朱丹玲, 周云仙. 护理文献中质性内容分析法的应用误区探讨[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(21):97-99.

[8] Sherwood G. Reflective practice and knowledge development: transforming research for a practice-based discipline[J]. *Int J Nurs Sci*, 2024, 11(4):399-404.

[9] Johns C. Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing [J]. *J Adv Nurs*, 1995, 22(2):226-234.

[10] Shaw E K, Howard J, Etz R S, et al. How team-based reflection affects quality improvement implementation: a qualitative study[J]. *Qual Manag Health Care*, 2012, 21(2):104-113.

[11] Lv J, Su Y, Tang H, et al. Humanistic nursing care management strategies: from formulation to implementation[J]. *Front Public Health*, 2025, 13:1591077.

[12] Dai L, Han Y, Jiang Q, et al. The impact of practical training based on narrative nursing on the humanistic care ability of Chinese intern nurses [J]. *Front Med (Lausanne)*, 2025, 12:1635846.

[13] Ho P. Professional identity among nursing students: a longitudinal analysis of student experiences and developmental pathways[J]. *J Prof Nurs*, 2025, 58:104-111.

[14] Liao L, Zhang F, Zhang Y, et al. Nurse managers' perceptions and experiences of caring behavior for clinical nurses: a multicenter survey [J]. *BMC Nurs*, 2023, 22(1):383.

(本文编辑 宋春燕)