

صحة كبار السن:



تحسين استخدام الأدوية في

مراحل المرض المتقدمة

إعداد: د. تهاني الوديان

قسم الصيدلة السريرية والممارسة الصيدلانية

مع التّقدّم في العمر، تزداد احتماليّة الإصابة بالأمراض المزمنة مثل: السّكريّ، وارتفاع ضغط الدّم، وأمراض القلب، بالإضافة إلى السّرطان؛ ونتيجة لذلك، يجد الكثير من كبار السنّ أنّهم يتناولون عددًا كبيرًا من الأدوية يوميًا، وهي حالة تُعرّف بـ "تعدّد الأدوية (Polypharmacy)".

وعلى الرّغم من أنّ هذه الأدوية قد تكون ضروريّة في بعض المراحل، فإنّ الاستمرار في استخدامها من دون مراجعة دوريّة تحت الإشراف الطّبيّ المتخصّص قد يسبب مشكلات صحيّة، تحديدًا في مراحل المرض المتقدّمة.

ما المشكلة في تعدّد الأدوية؟

وَفَق دراسة علميّة نُشرَت حديثًا في مجلة (Supportive Care in Cancer, IF 3.0) ظهر أنّ استخدام المرضى عددًا كبيرًا من الأدوية المتعدّدة، قد يودّي في المراحل الأخيرة من حياتهم إلى زيادة خطر الآثار الجانيّة والتّداخلات الدوائيّة، وصعوبة الالتزام بالعلاج، وإلقاء عبء إضافيٍّ على المريض ومقدّمي الرّعاية، والاستمرار باستخدام أدوية لم تعد تحقّق فائدة حقيقيّة لصحة المريض. فضلًا عن أنّ بعض الأدوية تُصنّف بأنّها غير مناسبة (PIMs) للمرضى المتقدّمين في العمر؛ ما يعني أنّ ضررها قد يفوق فائدها في هذه المرحلة.

ما الحلّ؟

تُبرز الأبحاث العلميّة في مجال تحسين صرف الأدوية للمرضى المقدّمين في العمر أهميّة ما يُعرّف بـ "إيقاف الأدوية غير الضروريّة (Deprescribing)" بطريقة مدروسة، وهي عمليّة تجري تحت إشراف طيّ، وتهدف إلى تقليل عدد الأدوية، والحدّ من الأعراض الجانيّة، وتحسين راحة المريض وجودة حياته. وقد أظهرت الكثير من النّتائج أنّ تقليل عدد الأدوية الوقائيّة، مثل (الفيتامينات وأدوية الكوليسترول) مع تقدّم الحالة المرضية قليلًا كبيرًا، زاد استخدام الأدوية التي تخفّف الأعراض، مثل مسكّنات الألم؛ ما أسهم في الحدّ من الأعراض الجانيّة، ونسبة دخول المستشفيات، وتحسين جودة حياة المرضى.

لماذا تتغيّر الأولويّات في هذه المرحلة؟

في مراحل المرض المتقدّمة، يتحوّل الهدف من الوقاية طويلة المدى إلى تخفيف الأعراض وتحقيق الرّاحة، وعليه يصير تناول دواء لخفض الكوليسترول مثلاً، قد لا يكون ذا فائدة فوريّة أقلّ أهميّة من تناول دواء لتخفيف الألم أو القلق.

دور الرّعاية التّطبيقيّة:

تؤدّي الرّعاية التّطبيقيّة دورًا محوريًا في هذا الجانب؛ إذ يسعى فريق متكامل (طبيب، وصيدليّ، وممرّض) إلى:

- مراجعة الأدوية جميعها دوريًا.
- تحديد الأدوية غير الضروريّة.
- اتّخاذ قرارات مدروسة لإيقاف الخطّة العلاجيّة للمريض أو تعديلها.

وقد أظهرت غير دراسة أنّ مثل هذه الاستشارات أسهمت في:

- تقليل الأدوية غير المناسبة إلى حدّ كبير.
- تحسين التّوازن بين الفائدة والضرر.
- دعم قرارات علاجية أكثر ملاءمة لحالة المريض.

نوعان للممارسة السريرية في إيقاف الأدوية (Deprescribing):

تشير الدّراسات إلى نوعين رئيسيين لذلك:

- (1) إيقاف استباقيّ (Proactive) ويُتخذ هذا الإجراء مبكراً بناءً على تقييم الحالة، مثل قلّة فائدة الدّواء، أو تغيّر أهداف العلاج.
- (2) إيقاف تفاعليّ (Reactive) ويحدث لاحقاً بسبب استحداث تطوّرات في الحالة، مثل: صعوبة البلع، وتراجع الحالة الصحيّة، وظهور أعراض جانبية.

والتركيز على الإيقاف الاستباقيّ هو الأفضل؛ لأنّ به تجنّب المشكلات قبل حدوثها.

نصائح عملية لكبار السنّ ومقدّمي الرّعاية:

- احرص على مراجعة الأدوية دورياً مع الطّبيب أو الصّيدلي.
 - اسأل دائماً: "هل ما زال هذا الدّواء ضرورياً؟".
 - لا توقف تناول أيّ دواء من دون استشارة طبيّة.
 - انتبه إلى أيّ عرض جديد بعد بدء تناول الدّواء أو إيقافه.
 - ركّز على الهدف الأهمّ، وهو تحقيق الرّاحة والحفاظ على جودة الحياة.
- لا يكون العلاج في رعاية كبار السنّ، تحديداً في مراحل المرض المتقدّمة، بزيادة عدد الأدوية، بل باختيار الأدوية المناسبة فقط، فضلاً عن أنّ إعادة تقييم الأدوية يساعد على تقليل الأخطار، وتحقيق أفضل جودة حياة ممكنة.

المراجع:

1. Alwidyan, T., O. Shamieh, W. Alrjoub, et al. The impact of palliative care consults on medicines optimisation for patients with cancer referred to hospice care at the end of life: a retrospective cohort study. Support Care Cancer. 2025; 33(9): p. 761. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09826-7>

2. Scott, S., A. Clark, C. Farrow, et al. Deprescribing admission medication at a UK teaching hospital; a report on quantity and nature of activity. International Journal of Clinical Pharmacy. 2018; 40(5): p. 991-996. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0673-1>

3. World Health Organization, Medication safety in polypharmacy: technical report. 2019 .
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1>