

高齡衰弱臨床照護指引回顧與應用

胡昱勝¹ 李逸軒² 羅玉岱¹ 楊登棋¹ 賴佩君³
游詠晨² 蘇睿寧⁴ 張雅燕² 林威宏^{3,5}

¹ 國立成功大學醫學院附設醫院 高齡醫學部

² 國立成功大學醫學院附設醫院 護理部

³ 國立成功大學醫學院附設醫院 教學中心

⁴ 衛生福利部臺南醫院 護理科

⁵ 國立成功大學醫學院附設醫院 內科部

摘要

衰弱是因老化造成生理功能儲備下降的老年病症候群，特徵包括體重減輕、肌力下降、行走速度變慢、倦怠，與活動力下降，若不介入將導致老年人生活功能與品質下降，並增加跌倒與死亡風險。衰弱是可逆的，因此早期辨識與介入十分重要，目前國內缺乏針對高齡衰弱照護的臨床指引，因此本研究回顧近10年國際發表且實證品質佳的6篇衰弱照護指引，統整出重要概念與建議，包括衰弱篩檢、擬定周全性照護計畫、身體活動及營養介入、口腔衛生與處方優化，以期提供臨床實務參考。建議未來應加強相關教育訓練，以提升醫護人員對衰弱的知識與照護能力。

關鍵詞：衰弱 (Frailty)

老年人 (Older adults)

臨床照護指引 (Clinical Guidelines)

老年病症候群 (Geriatric syndromes)

照護計畫 (Care plans)

前言

隨著老年人口的快速增加，衰弱相關照護議題也逐漸受到重視¹。「衰弱」是一種多系統老化綜合症，表示身體多項生理系統的功能儲備量下降，導致外界壓力來臨時，無法維持身體的恆定。其臨床表現包括體重減輕、肌

力下降、活動力降低、疲倦、步態與平衡功能異常，甚至是認知功能的障礙。傳統上，衰弱被定義為與肌肉力量和生理功能衰退相關的老化，因而容易發生跌倒、失能、入住機構等不良預後，並增加死亡及住院風險¹⁻⁴。衰弱不僅衝擊著家庭照護的量能，也增加整體醫療耗費與公共衛生照護之社會成本。

衰弱的診斷標準

目前在衰弱的診斷上並無國際一致認同的標準，本文介紹較常使用的三種方式如下述：

一、衰弱表型 (Frailty phenotype)：Fried 等人於 2001 年根據 Cardiovascular Health Study 的大規模研究所發展，若個案具有非意願的體重減輕、握力弱、行走速度緩慢、倦怠和低身體活動量此五項條件中三項（含）以上，可診斷為衰弱症，若具一至兩項則為衰弱前期 (Pre-frail)⁴。

二、累積缺陷模型 (Cumulative deficit model)：相較於 Fried 衰弱表型，Rockwood 等人根據加拿大一項為期五年的老年研究 (Canadian Study of Health and Aging)，發展了衰弱指數 (Frailty index) 的概念，將衰弱形容為個體在生命過程中健康缺陷的累積。衰弱指數透過使用 92 項變數（包含相關症狀和徵候、實驗室數據異常、疾病狀態和失能）之計算來定義衰弱。其計算方法為缺陷數除以總變量數（例如有 20 個缺陷，衰弱指數即為 $20/92=0.22$ ）。當個體存在的健康缺陷越多時，越可能衰弱⁵。

三、臨床衰弱量表 Clinical Frailty Scale: Rockwood 等人在 2005 年發表臨床上簡易使用的衰弱評估量表，將衰弱分為七個等級⁶，並後續於 2007 年增加為九個等級⁷。目前最新版本是於 2020 年提出的臨床衰弱量表 Clinical Frailty Scale 2.0 版，此量表為一總分為九分的量表，其特色為評估長者的整體健康和衰弱程度，分數越高者衰弱風險越大。此量表包含的項目有行動能力、平衡、使用輔具與否，以及進食、穿衣、購物、烹飪等能力，可讓經專業訓練後的臨床工作人員使用⁷。此量表目前具有台大醫院團隊中文翻譯版本的信效度報告⁸。

衰弱臨床照護指引的重要性

衰弱會增加住院與產生各種併發症的風險、導致功能衰退、入住機構、較高的死亡風

險以及醫療花費。許多的急、慢性疾病及老化的相關狀況，都會導致衰弱的產生，而衰弱的出現又繼續加速疾病與日常生活功能的惡化，導致衰弱長者進入持續健康狀況惡化的不良循環^{1,4,9}。然而衰弱是可逆的，特別是在早期階段，由於衰弱經常表現為非特異性的虛弱或倦怠缺乏活力，容易被忽略或誤認是正常的老化，而錯過及早介入與逆轉衰弱的時機。因此，衰弱的預防與早期辨識衰弱，對於各職類的醫療工作人員，以及醫療政策制定者，皆相當重要^{3,10-12}。此外，推動衰弱相關教育來提升民眾對於衰弱的認知，也影響衰弱的照護¹³⁻¹⁴。

在亞太地區居住的社區老年人中，衰弱的盛行率約為 3.5% 至 27%¹⁵。在長期照護機構中，衰弱的盛行率可高達 19% 至 75.6%¹⁶。由於衰弱被視為由強健到功能衰退之間的轉變狀態，是失能的危險因子，若能及早介入，則有機會可以逆轉衰弱的情形，並預防或延緩失能的發生，甚至對於住院老年人，優化預防衰弱之處置和規劃，對於功能的維護也是至關重要的^{17,18}。

除針對衰弱老人安寧緩和及部分有國內指引¹⁹，目前尚缺乏國內針對高齡衰弱照護的臨床指引，許多醫療人員也未曾接受過高齡衰弱照護之相關教育訓練^{7,20}。因此，本文回顧國外近年有關衰弱預防及照護指引，彙整亞太地區以及歐美地區實證品質較佳之衰弱篩檢、診斷、介入與跨領域合作之照護建議，整理出衰弱臨床照護的重要概念，以便能協助醫療工作人員認識衰弱的照護方式，以便於臨床服務加以應用。

方法

本研究雖為敘述性綜論 (Narrative Review)，但仍採用 PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) 2020 建議方式進行文獻搜尋²¹。以傘型回顧 (Umbrella review) 研究進行之方式針對主題為高齡衰弱臨床照護指引之系統性文獻回顧相關文獻進行索引，後將納入之各篇臨床照護指引進行篩選和最後之敘述性綜論。

搜尋資料庫為 Pubmed 資料庫，設定搜尋年限近 10 年 (2014-2023)，文獻類型為系統性文獻回顧，檢索詞彙為：((Clinical practice guidelines) AND (Frailty OR Frail)) AND (Systematic review)。接續彙整各篇系統性文獻回顧納入的各篇臨床照護指引以及其品質評核結果。本研究決定納入的臨床照護指引條件為臨床照護指引品質評核結果為建議使用 (Recommended) 等級之指引。另外，因考量台灣為亞洲國家，本研究額外納入較新之亞洲地區發表的臨床照護指引。研究團隊由 6 位研究人員組成（兩位高齡科醫師，三位高齡照護護理師，及一位實證專家醫師），團隊一同回顧納入之臨床照護指引，統整指引之建議與證據等級，討論適合臨床應用之建議。

結果

透過 Pubmed 文獻檢索結果共包含 32 篇系統性文獻回顧研究，研究團隊閱讀每篇研究主題後排除 29 篇非相關之研究，共納入 3 篇相關之系統性文獻回顧²²⁻²⁴（表一）並進行全文閱讀。3 篇系統性文獻回顧分別納入 6、8、12 篇臨床照護指引，在排除重複指引後，最後共收錄 14 篇臨床照護指引，研究團隊參考 3 篇系統性文獻回顧針對 14 篇臨床照護指引之 AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)-II（臨床診療指引評讀工具）的評估結果²⁵，並篩選臨床照護指引發表時間為近 10 年者，最終納入 3 篇品質評核為建議使用的臨

床照護指引。另外，本研究依照地區屬性，額外納入 3 篇近十年內發表並且為針對亞洲族群之重要臨床照護指引，最終本研究共納入 6 篇臨床照護指引並進行分析（表二）。

6 篇臨床照護指引發表時間介於 2017-2022 年，發表地區包含全球跨國 1 篇²⁶、歐美跨國 1 篇²⁷、加拿大 1 篇²⁸、亞太跨國 1 篇¹⁵、韓國 2 篇^{29,30}。研究問題依照 PICO 模式彙整，族群 (Population) 包含 60-75 歲以上健康、衰弱前期或衰弱的高齡者。介入 (Intervention) 包含高齡衰弱的預防、篩檢辨識與相關處置，如：身體活動、營養補充、疾病控制、社會支持、認知訓練等。比較 (Comparison) 為沒有對衰弱進行相關介入。結果 (Outcome) 以衰弱狀態為主，身體整體功能、生活品質、醫療利用狀態也被部分指引提及。每篇指引發展的過程皆從文獻搜尋證據與擬定草案開始，其中有 4 篇進行系統性文獻回顧，來自歐美跨國、韓國與加拿大的 3 篇指引則參考各自過去發表的系統性文獻回顧。每篇指引的草案透過不同組成之工作小組或專家委員會，經德菲法進行討論並取得共識，來自歐美跨國及加拿大的 2 篇指引則使用證據到決策 (Evidence to Decision, EtD) 模式，在發展過程則邀請利害關係人與政策制定者共同討論與提供建議。

證據評核方法的選擇，共 4 篇指引採用 GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) 評核系統，依證據強度分為高 (High)、中 (Moderate)、低

表一

篇名	作者	國家	年份	期刊	品質評量方法	納入 CPG
A systematic review of clinical practice guidelines for identification and management of frailty ²²	Metha et al	澳洲	2021	Journal of Nutrition Health Aging	AGREE II	6
Clinical practice guidelines for the prevention and management of frailty: A systematic review ²³	Zheng et al	中國	2022	Journal of Advanced Nursing	AGREE II	8
Clinical practice guidelines for frailty vary in quality but guide primary health care: a systematic review ²⁴	Si et al	中國	2023	Journal of Clinical Epidemiology	AGREE II AGREE-REX RIGHT	12

AGREE II: The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II.

表二

篇名	國家	主導單位	年份	指引主題	目標使用者	有無系統性文獻回顧	指引發展過程	證據等級	建議數
Dent, 2017 ¹⁵	亞太地區	APGC	2017	衰弱辨識與處置	醫療人員	無	國際會議資料結合文獻搜尋產出報告，專家小組經改良式德非法取得共識	Adapted GRADE	7 3 SR 3 CR 1 NR
Marcucci, 2019 ²⁷	歐美	FOCUS	2019	衰弱預防與處置	醫療人員 醫療決策者	1 篇 *	證據到決策模式 (EtD) 1. 系統性文獻回顧 2. 利害關係人回顧文獻與焦點團體 3. 政策制定者焦點團體 4. EIP-AHA 夥伴問卷調查 5. 可行性評估與完整分析	GRADE	4 4 CR
Dent, 2019 ²⁶	國際	ICFSR	2019	衰弱辨識與處置	醫療人員	2 篇	文獻回顧，由任務小組成員共識草案，於 ICFSR 研討會工作坊經德非法取得共識	GRADE	15 6 SR 3 CR 6 CBR
You, 2021 ²⁹	韓國	KAMS	2021	衰弱辨識與處置	基層社區醫師	無	文獻搜尋後擬定草案，經制定、發展與諮詢委員會三輪德非法取得共識	Criteria of KAMS	16 9 I 4 IIa 2 IIb 1 III
Ki, 2021 ³⁰	韓國	KFACS	2021	衰弱預防	基層醫療人員 60 歲以上成人	2 篇 *	文獻搜尋後擬定草案，經德非法取得共識	-	7 R (未分級)
Lorbergs, 2022 ²⁸	加拿大	CFN	2022	衰弱處置	醫療人員	2 篇 *	證據到決策模式 (EtD) 1. 文獻搜尋 (隨機對照、類實驗) 2. 指導委員會共識草案 3. 臨床醫療人員等利害關係人提供建議	GRADE	8 6 SR 2 CR

APGC: Asia-Pacific Geriatrics Conference. FOCUS: Frailty Management Optimisation through EIP-AHA Commitments and Utilisation of Stakeholders Input. ICFSR: International Conference of Frailty and Sarcopenia Research. KAMS: Korean Academy of Medical Science KFACS: Korean Frailty and Aging Cohort Study. CFN: Canadian Frailty Network. EtD: Evidence to Decision. R: Recommendations. SR: Strongly Recommendations. CR: Conditional Recommendations. NR: No Recommendation. CBR: Consensus Based Recommendations. WR: Weak Recommendations. I: Recommended. IIa: Should be considered. IIb: May be considered. III: Not recommended. * 系統性文獻回顧為該研究團隊過去所發表

(Low) 或非常低 (Very Low) 4 個等級^{15,26-28}。建議等級上，依照建議程度分為 (1) 強烈建議 (Strong Recommendation, SR)：措施對病患的好處勝過風險，多數臨床人員會執行，多數病人希望接受。(2) 有條件建議 (Conditional Recommendations, CR)：特定條件下部分臨床人員建議，但因措施好處與風險相近，部分人員不建議。(3) 不建議 (No Recommendation, NR)：因措施無足夠證據而不建議。其中 1 篇指引針對證據等級較低措施，還納入專家共識建議 (Consensus Based Recommendations, CBRs)。

2 篇來自韓國的指引，1 篇採用韓國醫學院制定的準則，依照證據強度與研究方法依序分為 4 個等級 (A-D)，建議等級則考量證據等級、措施好壞處與臨床應用性分為 (I) 建議使用：證據等級 A，措施好處明顯，臨床容易應用。(IIa) 建議考慮：證據等級 B，措施好處可信賴，臨床普通至容易應用。(IIb) 可能考慮：證據等級 C 或 D，措施好處不可信賴，臨床普通至容易應用。(III) 不建議：證據等級 C 或 D，措施好處不可信賴或具潛在壞處，臨床鮮少使用²⁹。另 1 篇有關衰弱初級預防的指引則未採用證據等級評核或將建議做強弱分級³⁰。

綜合 6 篇指引共有 57 項建議，包含 15 項強烈建議 (SR、I)、34 項有條件建議 (CR、R、IIa 或 IIb)、6 項專家共識建議 (CBR) 與 2 項不建議 (NR 或 III) (表三)。研究團隊歸納統整出 9 項強烈建議：(1) 65 或 70 歲以上及過去 1 年非計畫性體重減輕 >5% 者，建議使用有信效度的工具篩檢衰弱。(2) 被篩檢出衰弱高齡者建議進行周全性老年醫學評估。(3) 擬定周全性照護計畫，包括減少多重用藥、肌少症處置、治療導致疲憊的原因等。(4) 檢視評估及調整用藥，優化處方，減少不適當與多餘用藥。(5) 提供多面向運動，包含有氧運動、漸進式阻力訓練、平衡訓練、柔軟度運動。(6) 需評估高齡者的運動風險再提供適合的運動強度與訓練建議，運動時建議有專業人員陪同及監督以預防運動傷害及提高遵從性。(7) 建議同時結合運動與營養介入措施。(8) 非計畫性體重減輕與營養不良者建議加強飲食與熱量攝取。(9) 提供社會支持或

轉介居家照護資源及志工，以提高對照護計畫的遵從性。

討論

透過高齡長者的衰弱預防及照護指引回顧與統整，本文將整體建議分為九個面向，包括：衰弱篩檢、衰弱評估與照護計劃、處方優化、賀爾蒙治療、身體活動介入、營養介入、口腔衛生、認知訓練與問題解決治療 (Problem-solving therapy)、以及社會支持與資源等。值得注意的是，在亞太與非亞太之國際衰弱臨床照護指引之建議，一致性極高，並未因為地域而有所差異。

一致建議

透過此敘述性綜論回顧，研究團隊發現，肌力訓練、運動、營養及蛋白質補充，一致被認為是預防和治療衰弱的臨床建議^{15,22-24,26-30}，這些建議也有近幾年多篇文獻支持^{12,31-34}。

在衰弱篩檢方面，建議針對 65 或 70 歲以上長者，以及過去 1 年有非計畫性體重減輕達 >5% 者，使用有信效度的工具篩檢衰弱^{15,29}。在衰弱評估與照護計劃方面，建議被篩檢出衰弱之長者進行周全性老年醫學評估，並定期追蹤^{26,29}。若是嚴重衰弱者，建議轉介老年醫學專科醫師²⁹，透過跨專業之照護計畫擬定，如處方優化、肌少症處置、治療體重減輕與疲憊等^{15,26}，提供個別化介入與照護²⁷。

在身體活動方面，建議提供多元運動介入，包括有氧、漸進式阻力訓練、平衡訓練、柔軟度運動^{15,26,28,29}。此外，需評估高齡者的運動風險後，再提供適合的運動強度與訓練建議。運動時建議有專業人員陪同及監督，以預防運動傷害及提高遵從性^{15,26}。Lorbergs 等人建議衰弱長者應進行運動合併營養介入²⁸，亦可考慮蛋白質補充搭配運動處方。

在營養方面，非計畫性體重減輕者需透過營養篩檢找出可能原因，可參考 MEALS-ON-WHEELS 原則^{15,26}，篩檢工具可使用 Mini Nutritional Assessment (MNA)、Short form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)、Malnutrition

表三

類別	建議內容
衰弱篩檢	● 65²⁶ 或 70 歲以上^{15,29} 及過去 1 年非計畫性體重減輕 >5% 者¹⁵，建議使用有信效度的工具篩檢衰弱，如：The FRAIL scale^{15,26,29}、Frailty Phenotype^{15,26,29}、Clinical Frailty Scale (CFS)^{15,26}、Edmonton Frailty Scale (EFS)^{15,26}、Frailty Index (FI)¹⁵。亞太區常使用 Study of Osteoporotic Fractures (SOF) index¹⁵、Timed-Up-and-Go(TUG)¹⁵、Short Physical Performance Battery (SPPB)¹⁵、Kihon checklist (SR^{15,26}、I²⁹)。
衰弱評估與照護計劃	● 被篩檢出衰弱高齡者建議進行周全性老年醫學評估 (SR²⁶、I²⁹)，並定期追蹤 (IIb²⁹)。 ● 擬定周全性照護計畫，包括減少多重用藥^{15,26}、肌少症處置²⁶、治療體重減輕¹⁵ 與疲憊^{15,26} 等 (SR²⁶、CR¹⁵)。 ● 透過跨專業老年評估與管理 (Geriatric Evaluation and Management, GEM) 或個別化介入提供照護 (CR²⁷)。 ● 嚴重衰弱者應轉介老年專科醫師 (I²⁹、CBR²⁶)。 ● 衰弱高齡者建議進行跌倒評估及預防跌倒 (IIa²⁹)。
處方優化	● 檢視評估及調整用藥，優化處方，減少不適當與多餘用藥 (SR^{15,26}、I²⁹、R³⁰)。 ● 不建議直接開立藥物治療衰弱 (CBR²⁶)。
賀爾蒙治療	● 不建議使用賀爾蒙療法治療衰弱 (CR²⁷、CBR²⁶、III²⁹)。
身體活動介入	● 提供多面向運動^{15,26-28}，包含有氧運動、漸進式阻力訓練、平衡訓練、柔軟度運動。(SR^{15,26,28}、I²⁹、R³⁰)。 ● 需評估高齡者的運動風險再提供適合的運動強度與訓練建議，運動時建議有專業人員陪同及監督以預防運動傷害及提高遵從性 (SR^{15,26}、I²⁹)。 ● 建議同時結合運動與營養介入措施 (SR²⁸、CR^{27,26})
營養介入	● 非計畫性體重減輕者需透過營養篩檢發掘可能原因，可參考 MEALS-ON-WHEELS 原則^{15,26}，亞太地區常使用的篩檢工具包含 Mini Nutritional Assessment (MNA)^{15,29}、Short form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)¹⁵、Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)¹⁵(CR^{15,26}、I²⁹) ● 非計畫性體重減輕與營養不良者建議加強飲食與熱量攝取 (SR²⁸、CR^{15,26})，視情況補充蛋白質與必需胺基酸^{15,26,29,28}。蛋白質建議攝取量：一般高齡者：0.8-1.2 克 / 公斤體重 / 天¹⁵，營養不良者：1.2-1.5 克 / 公斤體重 / 天^{15,29,28}，腎衰竭病患：0.8-1 克 / 公斤體重 / 天 (CR^{15,26}、I²⁹、WR²⁸)。 ● 維生素 D 缺乏者才建議補充維生素 D，建議劑量：800-1000 IU / 天¹⁵ 或 700-1000 IU / 天²⁶ (CR¹⁵、I²⁹、CBR²⁶)。 ● 維持均衡且充足的飲食，注意食材的營養價值，地中海飲食¹⁵、魚類、蔬菜、低脂牛奶及價格有助於預防衰弱³⁰ (CR²⁶、R³⁰)。
口腔衛生	● 提醒衰弱高齡者注意口腔衛生保健²⁶⁻³⁰，定期至牙醫安排檢查，有牙齒者每 3-6 月 1 次，無牙齒者每年 1 次 (R³⁰、IIa²⁹、CBR²⁶)。
認知訓練與問題解決治療 (Problem-solving therapy)	● 衰弱高齡者應進行認知功能評估，可使用 Mini-Mental State Examination (MMSE) 或 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (IIa²⁹)。並進行認知功能訓練，也可搭配身體活動與營養同時介入 (CR²⁷、IIa²⁹)。 ● 不建議需進行認知訓練或問題解決治療 (CR²⁷、CBR²⁶)。
社會支持與資源	● 建議評估社會衰弱，可使用 Tilburg Frailty Indicator (TFI)、Lubben Social Network Scale (LSNS-6) (I¹⁵)。 ● 提供社會支持或轉介居家照護資源及志工，陪同進行身體活動、注意營養攝取、住家環境調整等，強化正確的健康行為 (I²⁹、CR²⁶)，並提高對照護計畫的遵從性 (SR²⁶) ● 維持規則的社交活動，與同住者維繫良好關係有助於預防衰弱 (R³⁰)
其他	● 若有心理問題，如：憂鬱、孤獨，建議由心理健康專業人員協助避免衰弱加劇 (R³⁰)。 ● 吸菸者建議盡早戒菸 (R³⁰)

R: Recommendations. SR: Strongly Recommendations. CR: Conditional Recommendations. NR: No Recommendation. CBR: Consensus Based Recommendations. I: Recommended. IIa: Should be considered. IIb: May be considered. III: Not recommended.

Universal Screening Tool (MUST)¹⁵。並建議加強飲食與熱量攝取，視情況補充蛋白質與必需胺基酸。蛋白質建議攝取量：一般高齡者：0.8-1.2 克 / 公斤體重 / 天，營養不良者：1.2-1.5 克 / 公斤體重 / 天，腎衰竭病患：0.8-1 克 / 公斤體重 / 天^{15,28,29}。如有缺乏維生素 D 者建議補充（建議劑量：800-1000 IU / 天），但沒有缺乏者不建議使用¹⁵。

在處方優化方面，我們應檢視評估並調整用藥，減少不適當與多餘用藥，且不建議開立藥物來治療衰弱^{15,26}。另有多篇指引不建議使用賀爾蒙來治療衰弱^{26,27,29}。在口腔衛生方面，強調提醒衰弱高齡者注意口腔衛生保健，定期至牙醫安排檢查，有牙齒者約每三至六個月一次，無牙齒者每年一次^{29,30}。

不一致建議

然而，部分衰弱照護之建議，在各指引間有所不同，例如 You 等人建議衰弱長者應進行認知功能評估，可使用 Mini-Mental State Examination (MMSE) 或 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)²⁹，Marcucci 等人也建議進行認知功能訓練²⁷；但 Dent 等學者則不建議進行認知訓練或使用問題解決治療 (Problem-solving therapy)²⁶。

其他建議

在其他的衰弱照護介入方面，各有一篇指引分別提到，建議提供社會支持或轉介居家照護資源及志工，陪同進行身體活動、注意營養攝取、住家環境調整等 (CR)²⁶、衰弱老人需進行跌倒評估及高危跌倒預防 (IIa)、並定期評估並監測衰弱病人 (IIb)²⁹。由於轉介居家生活支持以及定期評估並監測衰弱病人，皆缺乏實證效益，是否實行這兩項建議還需依病人偏好與臨床情境加以審慎評估。

此外，Ki 等人有提到讓心理專業人員來治療心理問題、主動控制慢性疾病且定期回顧藥物使用、社會參與及戒菸³⁰。雖然其他指引並未提及此一建議，但因此介入相關之併發症或嚴重不良後果之發生率較低，故亦可參考是否

有需求加以建議。

優點與限制

本文的優點在於，為近年來國內較為完整對高齡衰弱照護指引之回顧，且採用 PRISMA 進行系統性文獻搜尋及 AGREE-II 評讀，在文獻整理上採用表格呈現，對於知識應用與傳播也更為便利。本文主要限制，一為衰弱診斷之定義並無一致標準，故在預防與介入之建議上，難以涵蓋對於診斷標準不同之細部考量；二為納入之文獻裡，屬於本土文獻的相對稀缺，在應用上須考量不同國情、文化之影響。

未來展望

衰弱除了在老年人身上常見，也可能會發生在小於 60 歲的年輕人身上^{1,35}，但此一族群的診斷標準和預後還需進一步研究。再者，目前台灣缺乏相關的衰弱指引整合目前國內相關衰弱介入之研究成果，以使用於民眾與醫護人員教育與培養。因此，未來需要結合相關資源，投入本土衰弱臨床指引設立之推動。

結論

高齡衰弱照護是超高齡社會重要的公共衛生與健康議題，透過早期篩檢、積極介入和跨領域合作，可以有效預防衰弱，提升老年人的健康和生活品質。本文回顧近十年國際高齡衰弱臨床照護指引，提出具臨床實證基礎的重要概念與建議，以期提供國內臨床實務參考。值得注意的是，衰弱照護首先需要提升各職類醫療專業人員對於衰弱辨識的能力，未來應加強相關教育訓練，提升醫護人員對衰弱的知識與照護能力。同時，應鼓勵進行國內衰弱預防與照護的實證研究，以便建立符合本土需求之臨床照護指引。

參考文獻

1. Hoogendijk EO, Afila J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet* 2019;394(10206):1365-75.
2. 吳雅汝，周怡君，詹鼎正。文獻回顧－肌少症與衰弱症。內科學誌 2014;25(3):131-6.

3. Thillainadesan J, Scott IA, Le Couteur DG. Frailty, a multisystem ageing syndrome. *Age Ageing* 2020;49(5):758-63.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-56.
5. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal* 2001;1:323-36.
6. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Cmaj* 2005;173(5):489-95.
7. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J* 2020;23(3):210-5.
8. Chou YC, Tsou HH, Chan DD, et al. Validation of clinical frailty scale in Chinese translation. *BMC Geriatr* 2022;22(1):604.
9. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752-62.
10. Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, et al. Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2019;2(8):e198398.
11. Dent E, Martin FC, Bergman H et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet* 2019;394:1376-86.
12. Kolle AT, Lewis KB, Lalonde M, Backman C. Reversing frailty in older adults: a scoping review. *BMC Geriatr* 2023;23(1):751.
13. Shafiq S, Haith-Cooper M, Hawkins R, Parveen S. What are lay UK public perceptions of frailty: a scoping review. *Age Ageing* 2023;52(4)
14. Archibald M, Lawless M, Ambagtsheer RC, Kitson A. Older adults' understandings and perspectives on frailty in community and residential aged care: an interpretive description. *BMJ Open* 2020;10(3):e035339.
15. Dent E, Lien C, Lim WS, et al. The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(7):564-75.
16. Kojima G. Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Nov 1;16(11):940-5.
17. Rezaei-Shahsavarloo Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Gobbens RJJ, Ebadi A, Ghaedamini Harouni G. The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2020;20(1):526.
18. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(12):2171-9.
19. 台灣安寧緩和醫學學會編著(2020)。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。國民健康署。
20. Weiss BD, Mohler MJ, Fain MJ. Geriatrics in Taiwan: What is the solution? *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 2011;2(4):93-5.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71.
22. Mehta P, Lemon G, Hight L, et al. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Identification and Management of Frailty. *J Nutr Health Aging* 2021;25(3):382-91.
23. Zheng L, Li G, Qiu Y, Wang C, Wang C, Chen L. Clinical practice guidelines for the prevention and Management of frailty: opportunities, challenges, and future A systematic review. *J Adv Nurs* 2022;78(3):709-21.
24. Si H, Yu J, Liu Q, et al. Clinical practice guidelines for frailty vary in quality but guide primary health care: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2023;161:28-38.
25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj* 2010;182(18):E839-42.
26. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging* 2019;23(9):771-87.
27. Marcucci M, Damanti S, Germini F, et al. Interventions to prevent, delay or reverse frailty in older people: a journey towards clinical guidelines. *BMC Med* 2019;17(1):193.
28. Lorbergs AL, Prorok JC, Holroyd-Leduc J, et al. Nutrition and Physical Activity Clinical Practice Guidelines for Older Adults Living with Frailty. *J Frailty Aging* 2022;11(1):3-11.
29. You HS, Kwon YJ, Kim S, et al. Clinical Practice Guidelines for Managing Frailty in Community-Dwelling Korean Elderly Adults in Primary Care Settings. *Korean J Fam Med* 2021;42(6):413-24.
30. Ki S, Yun JH, Lee Y, et al. Development of Guidelines on the Primary Prevention of Frailty in Community-Dwelling Older Adults. *Ann Geriatr Med Res* 2021;25(4):237-44.
31. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2018;16(1):140-232.
32. Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, Cooney MT. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *Br J Gen Pract* 2019;69(678):e61-9.
33. Woolford SJ, Sohan O, Dennison EM, Cooper C, Patel HP. Approaches to the diagnosis and prevention of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2020;32(9):1629-37.
34. Alharbi K, Blakeman T, van Marwijk H, Reeves D, Tsang JY. Understanding the implementation of interventions to improve the management of frailty in primary care: a rapid realist review. *BMJ Open* 2022;12(6):e054780.
35. Spiers GF, Kunonga TP, Hall A, et al. Measuring frailty in younger populations: a rapid review of evidence. *BMJ Open* 2021;11(3):e047051.

Review and application of clinical guidelines for frailty in the older adults

Yu-Sheng Hu¹, Yi-Hsuan Lee², Yu-Tai Lo¹, Deng-Chi Yang¹, Pei-Chun Lai³,
Yung-Chen Yu², Ruei-Ning Su⁴, Ya-Yan Chang², Wei-Hung Lin^{3,5}

¹*Department of Geriatrics and Gerontology, National Cheng Kung University Hospital,
College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan 701, Taiwan*

²*Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital,
College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan 701, Taiwan*

³*Education Center, National Cheng Kung University Hospital,
College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan 701, Taiwan*

⁴*Department of Nursing, Tainan Hospital, Ministry of Health and Welfare, Tainan 701, Taiwan*

⁵*Department of Internal Medicine, National Cheng Kung University Hospital,
College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan 701, Taiwan*

Frailty, one of the pivotal geriatric syndromes, is a multi-system aging syndrome, characterized by a decline in physiological and functional reserves. Its hallmark features encompass weight loss, decreased muscle strength, slowness, exhaustion, and low physical activity. Without intervention, frailty can lead to a decline in older adults' functional abilities and quality of life, as well as increased risk of falls and mortality. Frailty is reversible, indicating early identification and intervention are crucial. Currently, there is a lack of clinical guideline for managing frailty of older adults in Taiwan. This study reviewed six evidence-based guidelines of frailty management, consolidating important concepts and prioritizing recommendations. These recommendations include frailty screening, comprehensive care planning, physical activity and nutrition interventions, oral health, and optimizing prescriptions. The intent of this review is to furnish references for clinical practice. It is recommended to enhance frailty education and training in the future, to improve healthcare professionals' knowledge and quality of care regarding frailty.