MONASH University

关于在脑退化症患者和寄宿制老年护理机构中适当使用精神药物的临床实践准则

为脑退化症患者、其照护者和家人提供的配套指南

Chinese (Simplified) | 简体中文

目录

3 背景

5 基本原则

8 抗精神病药物

12 苯二氮卓类药物

15 抗抑郁药物

18 在“根据情况有需要时”服用抗精神病药物和苯二氮卓类药物

19 改善寄宿制老年护理机构的用药情况及其适当性

21 词汇表

25 参考文献

背景

关于本配套指南

这是最近出版的《脑退化症患者和寄宿制老年护理机构中适当使用精神药物的临床实践准则》的配套指南，采用了更简洁的语言来编写。

准则中的建议基于与使用精神药物（即影响行为、情绪、思想或感知的药物，包括抗精神病药物、苯二氮卓类药物和抗抑郁药物）相关的最佳研究证据，用于控制脑退化症患者经常出现的被称为“行为改变”的情况。

该准则基于研究证据和专家（包括受脑退化症影响的人）的观点。

要控制行为改变，可以使用药物，也可以不使用药物，还可以将两种方法结合使用。理想情况下，只有在尝试过其他方法（例如改变环境或解决患者可能遇到的任何生理或心理健康问题）之后，才能使用药物。因此，在阅读本配套指南时，应同时参阅有关控制行为改变的非药物策略的其他资源。

请注意，该准则不涵盖精神疾病患者（例如精神分裂症、双相情感障碍）或接受临终关怀和姑息治疗的患者使用精神药物的情况。

本配套指南适合哪些人阅读?

本配套指南适用于任何受脑退化症影响的人。其中包括患有各种类型脑退化症的人、其照护者和家人。配套指南也面向广大公众。医疗和护理专业人员可能会发现配套指南有助于共同决策。

什么是行为改变?

“行为改变”一词所描述的，即是临床医生有时会提到的脑退化症的行为和心理症状 (BPSD)。脑退化症患者的行为变化可能会给他们和周围的人带来很多困扰，这其中有很多原因。行为的改变可能反映了需求或感觉，包括沮丧、痛苦、无聊和孤独。

基本原则

如何决定是否使用精神药物来控制行为改变？

开处方者、药剂师、老年护理提供者、护理和老年护理人员的职责包括积极主动地让您参与决策过程，以决定是否应该服用精神药物。在考虑用药需求的同时，还应始终考虑您的身体、情感和精神需求。

您对药物做出决定的能力可能会随着时间的推移而改变，有时可能会更好，有时会更差。但是，我们不能假定您不能对自己的治疗做出决定。您所信赖的人可以帮助您做出决定。这被称为辅助决策。辅助决策使您能够在他人的协助下对自己的医疗保健安排做出决定。

如果您失去了自己做决定的能力，那么由代理决策者代您做决定可能会让您受益。

代理决策者

代理决策由澳大利亚各州和领地立法规定。在澳大利亚的一些司法管辖区，有时代理决策者无法代表脑退化症患者做出医疗护理决定，因此必须将医疗护理决定提交给相关法庭。

即使您的行为发生了令人痛苦的变化，也并不总是适合使用药物来应对。应首先使用其他方法。这可能包括改变环境，或解决您可能遇到的任何身体或心理健康问题。

决定使用精神药物

您和 / 或您的代理决策者应参与关于任何处方精神药物可能存在的益处和危害的全面讨论。讨论应以您能够理解的方式进行。应定期记录并重新评估您的治疗意愿。

此外，您和 / 或您的代理决策者应给予知情同意，并应记录在案。如果代理决策者提供了知情同意，仍应尽可能向您解释可能存在的益处和危害。护理团队应说明精神药物可改善的具体症状。这些症状被称为目标症状，应加以识别、测量和记录。应与您和 / 或您的代理决策者、护士和老年护理人员讨论复查药物的日期。

应如何以及何时对精神药物进行复查？

应定期检查精神药物的使用情况。如果药物似乎对您没有帮助、您的护理目标发生变化或者您有副作用，您的护理团队可能会要求进行复查。您和 / 或您的代理决策者也可以随时请求复查。

该如何停用精神药物？

无论出于何种原因，如果作出了停止服用处方精神药物的决定，您和 / 或您的替代决策者应该参与关于如何停药以及可能带来的益处和危害的全面讨论。停用精神药物应缓慢进行，以尽量减少症状复发的风险。

您和 / 或您的代理决策者应参与制定停药计划。您之前可能尝试过停药。如果是这样，停药计划应考虑从以前的尝试中吸取的经验教训。如果您决定停药，请放心，必要时可以重新开始服用精神药物。除了您的医疗和护理专业人员之外，您和 / 或您的代理决策者也应了解停药计划。

您所在的养老院应如何监测精神药物的使用？

您的养老院应设立一个药物咨询委员会，每年至少召开四次会议，审查院内精神药物的总体使用情况。药物咨询委员会还将制定、开展和评估各类活动，以确保精神药物得到合理的使用。

提出投诉

应该向您和 / 或您的代理决策者、您的照护者以及家人解释有关药物处方、配药、给药或监测的投诉流程。

让照护者参与

您的照护者应被视为药物管理的合作伙伴，因为他们通常对您和您所使用的药物有着独特的了解。

预立护理计划

我们鼓励您预立护理计划并制定预立护理指示。该预立护理指示可能包括您对精神药物处方和用药的偏好以及价值观。您的护理团队应该对这些偏好和价值观做到心中有数。

抗精神病药物

在本节中，您将找到有关一类被称为抗精神病药物的精神药物的信息。抗精神病药物主要有两种类型——第一代（典型）和第二代（非典型）抗精神病药物。利培酮是第二代抗精神病药物之一。

脑退化症患者何时适合使用抗精神病药物？

在少数情况下，患有某些（但不是全部）类型脑退化症且正在经历以下情况的人可以考虑短期使用利培酮：

- 精神错乱（即 psychosis）的痛苦症状。这可能包括感觉到并非真实存在的事物（幻觉）以及拥有并非基于现实的信念（妄想），或
- 具有剧烈的躁动或严重的挑衅攻击行为，直接威胁到自己或周围的人。

如果脑退化症患者出现呼喊或哭喊、漫无目的地四处徘徊或去抑制行为（例如，对他人来说可能看起来不恰当或粗鲁的行为），则不应开具抗精神病药物处方，因为此类药物对控制这些行为毫无益处。

建议

不建议患有脑退化症和出现行为改变的人使用第一代抗精神病药物，因为其危害风险大于潜在益处。

建议

不建议对脑退化症患者和出现行为改变的人常规使用第二代抗精神病药物，因为其危害风险大于潜在益处。

建议

如果脑退化症患者表现出痛苦的精神障碍症状和 / 或攻击行为 / 激越状态，对自己或他人构成直接威胁，可以考虑短期使用利培酮。在开始服用利培酮之前，开处方者应考虑该药物对您个人的危害和益处。您的护理团队应在开始使用利培酮时记录您的具体目标症状。

抗精神病药物的潜在不良反应

- 心血管疾病（例如心脏病发作）
- 中风
- 跌倒和骨折
- 镇静作用（如嗜睡、困倦等）
- 便秘
- 不能完全排空膀胱中的尿液
- 干渴
- 记忆或注意力问题
- 脚踝、足部和腿部肿胀
- 血糖水平升高和体重增加
- 无法静坐、肌肉僵硬、颤抖
- 低血压（从坐着或躺着站起来时血压突然下降）和头晕
- 心律异常
- 死亡

如果您使用抗精神病药物，就应该制定计划来监测可能发生的不良反应。该计划应提供给您和 / 或您的代理决策者、开处方者、药剂师、护士和老年护理人员（如适用）。该计划应列出责任人、他们的具体角色和职责、何时进行监测以及发生严重不良反应时应采取的措施。

建议

您的护理团队应与您和 / 或您的代理决策者一起，审查因行为改变而继续服用抗精神病药物的危害和益处，并讨论停药方案。

路易体脑退化症患者使用抗精神病药物的情况

由于发生不良反应的风险很高，路易体脑退化症患者应避免使用抗精神病药物。乙酰胆碱酯酶抑制剂是一类可作为替代选择的药物。如果使用抗精神病药物，应考虑特定不良反应风险较低的第二代药物。您的护理团队应经常监测不良反应。应在尽可能短的时间内使用最低的有效剂量。

开始服用抗精神病药物之前

开具抗精神病药物处方的医务工作者应考虑可能会给您造成的危害和带来的益处。这应该包括您突发心血管疾病（例如心肌梗塞）、中风、跌倒和骨折的风险。

此外，还应检查您当前服用的药物，以评估新药是否会与您正在服用的任何其他药物发生相互作用。

应酌情与您和 / 或您的代理决策者讨论服用抗精神病药物的危害和益处。讨论过程应包括谈论您的治疗偏好，并且应让您能够理解讨论的内容。讨论时应尽可能使用您首选的语言。

医疗和护理专业人员在决定首次为您开具、配发和使用抗精神病药物时，应至少与另外一名直接参与护理您的医疗和护理专业人员进行讨论。如果您不确定，可以询问是否已经开展过此类讨论。

如果您选择开始服用抗精神病药物来控制行为改变

如果您开始服用抗精神病药物，应从小剂量开始，只有在必要时才可增加剂量。您的护理团队应每隔 1-2 周对药物的有效性进行一次检查，同时计划并记录下一次检查的日期。

一般来说，使用抗精神病药物的时间不应超过 12 周，除非是在计划减少或停止治疗的过程中逐渐减少剂量。

仅当出现以下情况时，才可在 12 周后继续服药：

- 得到过精神科医生或老年病科医生的审查；或者
- 开处方者与精神科医生或老年病科医生之间已经过正式讨论，且双方均同意；或者
- 得到了开处方者和至少另一名医生共同参与的临床审查，且双方均同意。

何时应停用抗精神病药物？

如果出现以下情况，开处方者应考虑在开始治疗后 12 周内停止给您服用抗精神病药物：

- 您的目标症状尚未得到有据可查的改善；或者
- 您接受治疗后的症状有所改善或趋于稳定；或者
- 您经历了不良反应；或者
- 最初给您开抗精神病药物时并未出于适当的原因。

该如何停止服用抗精神病药物？

如果决定停用抗精神病药物，您的护理团队应为您制定停药计划。

缓慢减量（慢慢减少剂量，直到完全停用抗精神病药物）可降低症状复发的风险。这也将降低因过快停药而产生副作用（停药症状）的风险。

如果您有以下情况，抗精神病药物的减量速度应该更慢一些：

- 经历过严重且痛苦的精神错乱和出现过严重的攻击行为 / 躁动；或者
- 一直在使用较高剂量的药物；或者
- 服用抗精神病药物超过 12 周。

有时，停用抗精神病药物后，您的症状可能会再次出现。这被称为症状复发。护理团队应对这些反复出现的症状进行测量并记录在案。如果这些反复出现的症状无法通过非药物策略得到控制，您的护理团队可以考虑让您重新开始服用抗精神病药物或尝试其他药物。应与您和 / 或您的替代决策者讨论这一问题。

继续服用抗精神病药物的其他原因

如果您患有精神疾病（例如精神分裂症、双相情感障碍）并且患有脑退化症，则可以根据与精神科医生协商制定的治疗计划继续服用抗精神病药物。应由精神科医生定期审查抗精神病药物的危害和益处，或者也可在与精神科医生商量后对其进行定期审查。

苯二氮卓类药物

在本节中，您将找到有关一类被称为苯二氮卓类精神药物的信息。这类药物包括替马西泮、地西泮和奥沙西泮。

脑退化症患者何时适合使用苯二氮卓类药物？

如果您出现睡眠障碍，如难以入睡或易醒，那么请务必要调查造成这些障碍的根本原因。您应该首先尝试非药物策略来调整睡眠。如果仅靠这些非药物策略无法奏效，苯二氮卓类药物可能会在短期内对您有所帮助。

苯二氮卓类药物的潜在不良反应

- 过度镇静
- 白天嗜睡和困倦
- 中枢神经系统抑制（例如大脑活动缓慢）
- 呼吸抑制（例如呼吸缓慢）
- 记忆或注意力问题
- 跌倒和骨折
- 耐受性和依赖性（例如，随着时间的推移，身体“习惯”药物，因此需要更高的剂量才能产生相同的效果）

如果您使用苯二氮卓类药物，则应制定计划来监测可能出现的不良反应。该计划应提供给您和 / 或您的代理决策者、开处方者、药剂师、护士和老年护理人员（如适用）。该计划应列出责任人、他们的具体角色和职责、何时进行监测以及发生严重不良反应时应采取的措施。

建议

不建议常规使用苯二氮卓类药物来治疗脑退化症和行为改变患者的睡眠障碍。对于使用苯二氮卓类药物的情境可能会有特殊考虑，包括但不限于严重酒精戒断、急性癫痫发作和生命尽头的临终关怀。

建议

您和 / 或您的替代决策者应参与审查继续服用苯二氮卓类药物的危害和益处。如果您最近开始使用苯二氮卓类药物来治疗睡眠障碍，则最多应在两周后就考虑停药。如果您因睡眠障碍而长期使用苯二氮卓类药物，您和 / 或您的代理决策者应参与有关是否选择停药的讨论。

在开始使用苯二氮卓类药物之前

开具苯二氮卓类药物处方的医师应考虑可能会对您产生的危害和带来的益处。这应该包括过度镇静、中枢神经系统抑制（例如大脑活动缓慢）、呼吸抑制（例如呼吸缓慢）和跌倒的风险。

应酌情与您和 / 或您的代理决策者讨论服用苯二氮卓类药物对您的危害和益处。讨论过程应包括谈论您的治疗偏好，并且应让您能够理解讨论的内容。讨论时应尽可能使用您首选的语言。

如果您选择开始服用苯二氮卓类药物来治疗睡眠障碍

如果您选择服用苯二氮卓类药物，所用的药物通常应该是：

- 短效且不含活性代谢物（身体处理药物时产生的物质）的苯二氮卓类药物；和
- 以最低有效剂量使用，持续时间尽可能短。

您可以询问开处方者或药剂师，为您开出的苯二氮卓是否为短效且不含活性代谢物的药物。

何时应停用苯二氮卓类药物?

一般来说，服用苯二氮卓类药物治疗睡眠障碍的时间不应超过两周。

您和 / 或您的代理决策者应与您的护理团队讨论何时应停用苯二氮卓类药物。当首次开具苯二氮卓类药物处方时，护理团队应计划并记录终止日期。

应如何停用苯二氮卓类药物?

如果决定停用苯二氮卓类药物，您的护理团队应为您制定停药计划。

缓慢减量（慢慢减少剂量，直到完全停止使用苯二氮卓类药物）可降低症状复发的风险。这也将降低因过快停药而产生副作用（停药症状）的风险。您的护理团队应定期对您进行监测，并调整苯二氮卓类药物的剂量，以帮助减轻停药症状。

如果您在停止服用苯二氮卓类药物后再次出现睡眠障碍，那么您的护理团队应该记录下您的睡眠障碍的严重程度。

如果这些反复出现的睡眠障碍无法通过非药物策略得到控制，您的护理团队可以考虑重新开始或维持当前剂量 1-2 周，然后继续逐渐减少苯二氮卓类药物的用量。应与您和 / 或您的替代决策者讨论这一问题。

抗抑郁药物

在本节中，您将找到有关一类被称为抗抑郁药物的精神药物的信息。一些抗抑郁药物包括选择性血清素再摄取抑制剂（例如西酞普兰、舍曲林）、三环类抗抑郁药物（例如阿米替林）和四环类抗抑郁药物（例如米氮平）。

脑退化症患者何时适合使用抗抑郁药物？

当仅对非药物策略进行充分试验未获成功时，如果医生诊断您患有中度临床抑郁症，并且您之前对抗抑郁药物有反应，那么可以考虑使用抗抑郁药物。

如果医生诊断您患有重度临床抑郁症，或者您患有抑郁症并伴有自杀意念和 / 或自残风险，也可以考虑在使用非药物策略的同时服用抗抑郁药物。

什么情况下不建议脑退化症患者服用抗抑郁药物？

通常不建议使用抗抑郁药物来治疗激越状态、睡眠障碍或新的抑郁症状。如果医生诊断您患有轻度至中度临床抑郁症，也不建议您常规服用抗抑郁药物。

一般来说，您应避免使用具有强烈抗胆碱能副作用的抗抑郁药物（例如三环类抗抑郁药物）。您可以询问开处方者或药剂师，为您开出的抗抑郁药物是否具有抗胆碱能特性。此外，还建议您避免同时使用不同类型的抗抑郁药物。

建议

如果您一直在使用抗抑郁药物治疗轻度至中度临床抑郁症，建议定期审查继续使用抗抑郁药物的危害和益处，并讨论是否选择停药。

如果您首次重度临床抑郁症发作并对治疗有反应，则应在症状缓解后继续服用抗抑郁药物六个月，然后考虑尝试停药。

如果您患有重度临床抑郁症，并且您之前曾有过一次或多次重度临床抑郁症（或具有自杀意念和 / 或自残风险的抑郁症）发作的经历，您应该考虑继续治疗并定期检查药物是否有危害。这项审查应由精神科医生、老年病科医生和 / 或老年人心理健康小组进行，或与他们协商进行。

抗抑郁药物的潜在不良反应

- 跌倒
- 睡眠障碍（例如入睡困难或易醒）
- 疲劳
- 记忆或注意力问题
- 激越状态
- 血液中钠含量低
- 心律异常
- 出血
- 腹泻或便秘
- 恶心
- 血清素综合征（由体内血清素蓄积而引发；症状可轻可重，例如腹泻、震颤、意识混乱、高烧、癫痫发作等）
- 口干、眼干和尿潴留（例如膀胱不能完全排空尿液）

如果您使用抗抑郁药物，应制定计划来监测可能出现的不良反应。该计划应提供给您和 / 或您的代理决策者、开处方者、药剂师、护士和老年护理人员（如适用）。该计划应列出责任人、他们的具体角色和职责、何时进行监测以及发生严重不良反应时应采取的措施。

建议

如果您因激越状态而使用抗抑郁药物，且并没有临床抑郁症（或其他相应的抗抑郁药适应症），则应考虑停服抗抑郁药物。

建议

由于存在不良反应风险且缺乏有效性证据，不建议常规使用抗抑郁药治疗激越状态。然而，如果您对适当的非药物策略没有反应，正在考虑使用药物治疗，那么选择性血清素再摄取抑制剂引起的不良反应可能会比抗精神病药物引起的更少。西酞普兰治疗激越状态的证据最为充分。

如果您选择开始服用抗抑郁药物

如果您选择服用抗抑郁药物来治疗临床抑郁症，则称为选择性血清素再摄取抑制剂的一类抗抑郁药物通常比其他类别的抗抑郁药物具有更好的安全性。不过，这类抗抑郁药物有时仍可能引起不良反应（例如睡眠障碍、跌倒、出血和低血钠水平）。

当您开始服用抗抑郁药物时，您和 / 或您的代理决策者应该参与讨论，讨论内容包括：如何确保您按医嘱服用药物、药物可能需要多长时间才能见效、可能出现的不良反应，以及如果您迅速停止服用药物而出现副作用的风险。

脑退化症患者应该在多长时间内持续服用抗抑郁药物？

您的护理团队应在开始用药后 2-4 周内审查您使用抗抑郁药物的情况。药物的全部疗效可能要在 4-6 周后才能显现。

至于服药时间的长短，则要根据个人情况而定。如果抗抑郁药物在 4-6 周内见效，您可以继续服用相同剂量 6 个月，然后再进行复查。这时，您可能应该停止服药。

应如何停止服用抗抑郁药物？

您的护理团队应该为您制定一个如何停止服用抗抑郁药物的计划。缓慢减量（慢慢减少剂量，直到完全停用抗抑郁药物）可降低症状复发的风险。这也将降低因过快停药而产生副作用（停药症状）的风险。对于长期使用抗抑郁药物的人来说，停药症状可能会持续长达 6-8 周。

继续服用抗抑郁药物的其他原因

如果您被诊断出患有重度临床抑郁症，或在患有抑郁症的同时伴有自杀意念和 / 或自残风险，您应该考虑继续服用抗抑郁药物，并定期复查该药物的危害性。这些审查应由精神科医生、老年病科医生和 / 或老年人心理健康小组进行，或与他们协商进行。

在“根据情况有需要时”服用抗精神病药物和苯二氮卓类药物

有时会根据“需要”开具抗精神病药物或苯二氮卓类药物的处方。您可能听说过这被称为“根据情况需要”使用的处方药（PRN）（拉丁文“pro re nata”的缩写）。以这种方式使用抗精神病药物或苯二氮卓类药物并不一定比定期（例如每天）使用它们更安全。

如果根据“病情需要”使用抗精神病药物和苯二氮卓类药物，应遵循哪些步骤？

开处方者应接受培训，了解 PRN 给药临床监督的需求和要求。您的护士和老年护理人员应接受培训，以识别抗精神病药物或苯二氮卓类药物的不良反应。

您和 / 或您的代理决策者应给予知情同意。如果延迟处方不安全，则应在事后尽快征得同意。

在为您开具处方的第一个月内，应审核以 PRN 方式使用的抗精神病药物或苯二氮卓类药物的服药次数。

参与处方、配药和给药的人员应能获得每次 PRN 用药情况的清晰记录。给药结果应记录在护理记录中。

建议

建议不应对患有脑退化症且出现行为改变的患者按 PRN 常规开具抗精神病药物或苯二氮卓类药物处方。在“逐步减量”或分阶段停药的过程中，可以根据需要临时使用抗精神病药物或苯二氮卓类药物。只能针对特定的目标症状以 PRN 方式开具抗精神病药物或苯二氮卓类药物的处方，并应酌情在用药图表、病历、行为支持计划和护理进展记录中记录。对于严重酒精戒断、急性癫痫发作或生命尽头的临终关怀等情况，可以考虑以 PRN 方式使用苯二氮卓类药物。

改善寄宿制老年护理机构的用药情况和适当性

有多种方法可以帮助确保在寄宿制老年护理机构安全、有效和适当地使用药物。这包括定期药物审查并确保工作人员接受适当的培训和教育。

提供全面的药物审查

您应在入住养老院后 3 个月内接受一次全面的药物检查。在本次审查中生成的报告应提供给您和 / 或您的代理决策者。报告应上传至您的老年护理服务提供机构的电子病历系统，并上传至您的“我的健康档案”（即 My Health Record，如适用）。

您和 / 或您的代理决策者应参与决定实施哪些药物审查建议。药物审查的结果应在审查结束后 3 个月内跟进。如果您的药物相关问题尚未解决、您的护理目标发生了变化，或者您的用药情况或病情发生了重大变化，则可能需要重复进行药物审查。

建议

应定期审查您的用药方案。应与您和 / 或您的代理决策者讨论药物审查。应记录您与药物相关的护理目标。不同的医疗和护理专业人员应参与审查，包括经常为您开具处方的医疗工作者。

建议

参与精神药物处方、配药和给药的医疗专业人员应开展有关安全有效使用这些药物的教育。结构化、互动式的专业教育课程比被动式、说教式的课程更受欢迎。专业教育课程应针对具有不同健康和药物知识水平的医疗和护理专业人员而提供。将教育作为改善药物使用的多元策略的组成部分比单独提供教育更可取。

药物咨询委员会

您的养老院应设有药物咨询委员会（Medication Advisory Committee，简称 MAC）。MAC 由一组人员组成，他们负责制定、推广、监督、审查和评估药物管理政策和程序。

- MAC 应监督养老院住客药物审查的实施情况
- MAC 应监督针对老年护理服务提供机构聘用的医护人员举办的精神药物教育活动
- MAC 应利用澳大利亚“国家强制性老年护理质量指标计划”中的数据来制定、实施和评估当地策略，以提高用药质量。

开处方者和老年护理提供机构应实施相关程序，确保在电子用药图表上准确记录精神药物的处方和给药状况。

词汇表

乙酰胆碱酯酶抑制剂

防止乙酰胆碱分解的药物，乙酰胆碱是一种神经递质，被认为是许多认知过程（包括记忆、思考和判断）的重要化学基础。澳大利亚临床实践中使用的乙酰胆碱酯酶抑制剂包括卡巴拉汀、多奈哌齐和加兰他敏。

预立护理计划

规划未来的护理，以确保当您无法再为自己做决定或合法地填写文件时，他人能够了解您的意愿。

不良反应

任何与药物或健康干预相关的不良经历。不良反应可能很严重，导致住院、永久性残疾或死亡。不良反应有时被称为副作用。

老年护理人员或工作者

澳大利亚老年护理质量和安全委员会将员工定义为“在组织中工作且负责服务使用者的护理、管理和支持工作或与需要服务使用者接触的人员”。在本准则中，工作人员是指老年护理人员 / 工作者。

抗抑郁药物

用于治疗抑郁症、焦虑症和相关病症（例如进食障碍、强迫症和创伤后应激障碍）的一类精神药物。这类药物会影响大脑中对情绪和焦虑起作用的许多化学物质，例如血清素、去甲肾上腺素和多巴胺。

抗精神病药物

一类精神药物（也称为神经安定药或强镇静剂），可改变大脑化学物质，帮助减轻精神障碍的症状。抗精神病药物可分为第一代抗精神病药物（也称为典型治疗精神障碍药物）或第二代抗精神病药物（也称为非典型治疗精神障碍药物）。

脑退化症的行为和心理症状（BPSD）

这是一个临床术语，经常用于描述脑退化症的许多不同症状。行为症状可能包括攻击性、哭闹抱怨、焦躁不安、激越状态、漫无目的地四处徘徊、违反文化习俗的不当行为、脱抑制的性行为、囤积行为、咒骂和尾随跟踪。心理症状可能包括焦虑、抑郁情绪、幻觉和妄想。另请参阅行为改变。

苯二氮卓类药物

一类精神药物，可增强 γ- 氨基丁酸对整个中枢神经系统的抑制作用，从而产生抗焦虑、镇静、催眠、肌肉松弛和抗癫痫作用。

照护者

以非专业、无偿的身份为脑退化症患者提供主要持续支持和护理的人员。照护者通常是配偶 / 伴侣、子女、其他家庭成员、亲戚或朋友。并非担任此角色的每个人都喜欢被称为“照护者”，在使用该词语之前应询问此人的偏好。照护者应与“护理工作者”区分开来。

行为改变

澳大利亚脑退化症协会（Dementia Australia）将行为改变定义为大脑的生理性变化，这些变化会影响患者的记忆、情绪和行为。有时，行为可能与这些变化有关，但有时，行为可能是由患者的环境、健康或药物的变化引发的。

全面的药物审查

对个人药物管理进行系统、全面和协作性的评估，旨在通过提供建议或做出改变来优化患者的药物和治疗结果。审查目标包括与患者就治疗达成一致、优化药物疗效、尽量减少与药物相关的问题以及减少浪费。

路易体脑退化症

这是一种脑退化症，其中脑退化症状出现在典型的帕金森病运动障碍症状之前。

抑郁

一种情绪障碍，其特点是持续悲伤，对以前曾感到有益或愉快的活动缺乏兴趣或无法从中获得乐趣。

抑郁症状

抑郁症状是许多疾病的特征，包括抑郁症（例如临床抑郁症）和双相情感障碍。抑郁症状会导致不同程度的功能障碍。主要的抑郁症状是情绪低落，或对活动失去兴趣或无法从中获得乐趣。其他抑郁症状包括躯体症状（例如体重变化、精神运动障碍、疲劳和睡眠障碍）、心理症状（例如注意力难以集中、自卑、过度内疚、绝望和无助感、易怒）以及自杀念头或对生存的矛盾心理。

停药症状

停药过程中可能出现的令人不快的生理反应。也称为不良戒断事件、停药效应、戒断效应和戒断症状。

医疗和护理专业人员

在医疗和 / 或老年护理机构工作的医生、护士和专职医疗人员。

知情同意

患者和医疗保健专业人员之间就治疗方案、护理流程或潜在结果进行沟通的过程。这种沟通的结果是患者授权或同意接受特定干预或参与计划中的护理。这种沟通应确保患者了解他们将接受的护理、所有可供选择的治疗方案和预期结果，包括每种方案的成功率和副作用。

药物咨询委员会 (MAC)

寄宿制老年护理机构的多学科顾问小组，提供药物管理领导和治理，并协助制定、推广、监督、审查和评估药物管理政策、程序和指南，从而对接受护理者的健康和生活质量产生积极影响。

用药图表

记录开具处方者对患者治疗的临床意图、药剂师为患者配药的指令以及对患者用药记录的工具。

药物管理

用于管理药物供应的做法，包括：

- 如何选择、订购和供应药物
- 人们如何服药或在他人协助下服药
- 如何记录和审查药物使用情况
- 如何安全储存和处置药物
- 如何支持、监测和评估药物使用。

药物管理既包括个人层面，也包括服务机构层面。药物管理也被描述为一个周期、途径或系统，它很复杂，涉及到许多不同的医护专业人员。药物管理应以人为本。该系统包括药物的生产、配制、采购、配发、处方、储存、给药、供应和效果监测。它还包括决策，以及指导用药的规则、指南、支持工具、政策和程序。

我的健康档案

服务使用者健康信息的安全在线摘要，由国家“我的健康档案”系统（澳大利亚数字健康局）的系统运营商管理。医疗保健专业人员可以根据服务使用者的访问控制，将医疗临床文件共享到服务使用者的“我的健康档案”中。这些可能包括有关病史和治疗、诊断、药物和过敏史的信息。

非药物策略

不涉及使用药物的干预措施。

开具处方者

经授权的医疗从业者（如医生、牙医、护理医生），他们已完成与其执业范围一致的认证处方教育和培训，已在其专业所属的全国性专业协会注册，根据《1953 年国家卫生法》获准开具 PBS 或 RPBS 药品处方，并根据相关州和领地的法律法规获得批准。

精神错乱或其症状

个体与现实脱节的状态。这可能包括感觉到并非真实存在的事物（幻觉）、拥有并非基于现实的信念（妄想）以及思维不清晰。《精神障碍诊断与统计手册》第五版（DSM-5）不包括脑退化症精神错乱的具体诊断标准。

精神药物

澳大利亚老年护理质量和安全委员会将精神药物定义为“任何能够影响思想、情绪和行为的药物”。处方的三类主要药物是抗抑郁药物、苯二氮卓类药物和抗精神病药物。

寄宿制养老院

也称为寄宿制老年护理机构。澳大利亚卫生与福利研究所将寄宿制老年护理机构定义为“为年老体弱的住户提供住宿和其他类型支持（包括日常生活协助、强化护理和独立生活协助）的特殊用途机构。这些机构经老年护理标准和认证机构有限公司 (Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd) 认证，可通过寄宿制老年护理补贴获得澳大利亚政府的资助。”

寄宿制机构药物管理审查 (RMMR)

由经认证的药剂师根据澳大利亚政府资助的计划，为在政府资助的寄宿制老年护理机构内接受护理的合格人员提供的合作用药审查，符合《全民医疗保险收费标准清单》第 903 项的业务规则。另请参阅药物审查。

选择性血清素再摄取抑制剂

一类抗抑郁药物，可增加大脑中血清素（一种被认为影响情绪的神经递质）的水平。

副作用

药物的非预期效应。不良副作用也称为不良事件。请参阅不良反应。

代理决策者

当脑退化症患者被认为不具备决策能力时，有立法确保从代理决策者处获得知情同意。澳大利亚各州和领地有关代理决策的法律各不相同。

辅助决策

为个人提供支持，帮助其对自己的护理做出决定的过程。澳大利亚脑退化症协会（https://www.dementia.org.au/planning-ahead/their-plans/key-principles）和认知衰退合作中心（https://cdpc.sydney.edu.au/research/planning-decision-making-and-risk/supported-decision-making/）已经制作了有关辅助决策的资源。

参考文献

1. 澳大利亚脑退化症协会。2022 年行为变化和脑退化症。可在下列网址查阅 https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-ChangedBehaviours01-ChangedBehaviours_english.pdf

2. 卫生和老年护理部。指导原则和用户指南的词汇表。澳大利亚联邦 2022 年

3. 准则改编委员会：脑退化症患者的临床实践准则和护理原则。NHMRC 应对老年人认知及相关功能衰退合作中心 2016 年 https://cdpc.sydney.edu.au/research/clinical-guidelines-for-dementia/

建议引用方式

Simon Bell, Ravi Bhat, Sue Brennan, MalcolmClark, Megan Corlis, Christopher Etherton Beer, Susan Field, Julia Gilmartin-Thomas, Terrence Haines, Sarah Hilmer, Leanne Jack, Alison Kitson, Constance Kourbelis, Sue Kurrle, Dina Logiudice, Steve Macfarlane, Tuan Nguyen, Amy Page, Dimity Pond, Davina Porock, Tara Quirke, Velandai Srikanth, Andrew Stafford, Jane Thompson, Edwin Tan, Jacqueline Wesson（准则开发小组）。脑退化症患者和寄宿制老年护理中适当使用精神药物的临床实践准则：针对脑退化症患者及其照护者和家人的配套指南。Parkville: Monash University 2023。

负责系统检索、证据审查和起草准则文本的技术团队由以下人员组成：Simon Bell、Sue Brennan、Mouna Sawan、Brooke Blakeley、Darshna Goordeen、Michelle Steeper、Edwin Tan、Julia Gilmartin-Thomas 和 Amy Page。

通讯作者

蒙纳士大学药学与药物科学学院
药物使用与安全中心
Simon Bell 教授
Simon.Bell2@monash.edu

© 未经 Simon Bell 教授许可，不得以任何方式复制本出版物的任何部分。2023 年 10 月

出版机构

澳大利亚蒙纳士大学 (Monash University, Parkville, Australia)

资助机构

由脑退化症研究合作中心 (DCRC) 提供资助制定了这些准则。国家健康与医学研究委员会（NHMRC）向 Simon Bell 教授颁发了“促进脑退化症研究领导研究奖金”，为该研究提供了额外的资金支持。DCRC 获得澳大利亚政府的资助，在 NHMRC 所授予的广泛职责范围内开展工作，推进脑退化症研究和知识转化战略路线图的实施。DCRC 的主要目标是增进对这些领域研究成果的了解和实施，并资助世界一流的研究。

鸣谢

本准则的部分内容是经许可从其他准则中更新和改编而来，包括：

- NHMRC 应对老年人认知和相关功能衰退合作中心：脑退化症患者护理临床实践准则和原则 (2016)
- 美国精神病学协会关于使用抗精神病药物来治疗脑退化症患者激越状态或精神错乱的实践准则 (2016)
- 加拿大家庭医生临床实践准则：停止使用抗精神病药物来治疗脑退化症和失眠的行为和心理症状 (2018)

脑退化症患者的照护者和老年护理提供机构贡献了他们的经验和专业知识，以帮助确保该配套指南的内容对脑退化症患者有所帮助。准则制定小组感谢 Jane Thompson 和 Choon Ean Ooi 对本配套指南提供的补充反馈意见。

免责声明

本文件是关于适当使用和实践的一般指南，应根据临床医生或医护人员的判断以及脑退化症患者的偏好和价值观加以遵循。该准则旨在提供信息以协助决策，并基于截至 2021 年 4 月的最佳可用证据。

MONASH University

扫描此二维码，即可查阅准则全文。