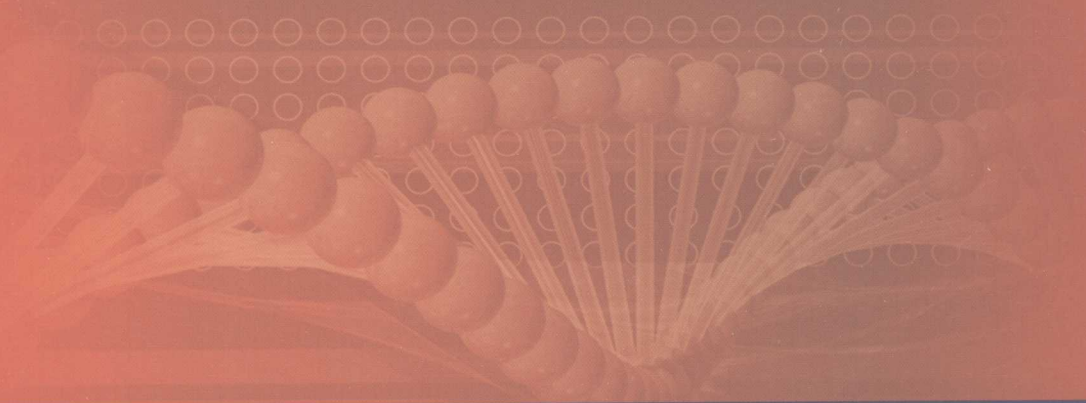




Progress in Geriatrics

老年医学进展

2013

主 编 李小鹰

 人民卫生出版社

R592-53
4090

老年医学进展 2013

主 编 李小鹰

副主编 徐 浩 张存泰 张新军

编 委 (按姓氏笔画排序)

于普林	司良毅	严 祥	宋双双	赵铤民
高学文	马 辛	成 蓓	严 雯	宋岳涛
柯 丽	高建苑	王 林	曲志刚	李 刚
张 俊	姚慧卿	高海青	王 岩	朱鸣雷
李小鹰	张存泰	秦明照	郭振辉	王建业
刘 坚	李云桥	张新军	贾建军	唐佩福
王小明	刘 赞	步荣发	陈 铮	侯惠茹
程庆砾	王朝晖	刘长庭	肖 航	陈晓春
徐 浩	鲁 翔	方宁远	刘晓红	吴本俨
拓西平	徐灵彬	樊 瑾	白 松	祁慧萌
辛 伟	林展翼	徐茂锦	魏声泓	白小涓
孙 莉	汪金峰	周白瑜	徐稀奇	蹇在金
白丽娟	孙志宏	沈 景	赵艳萍	高迎春



B0009476

中国书店藏

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

老年医学进展.2013/李小鹰主编.—北京:人民卫生出版社,2013

ISBN 978-7-117-17743-6

I. ①老… II. ①李… III. ①老年病学-文集 IV. ①R592-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 176972 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

老年医学进展 2013

主 编: 李小鹰

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 39

字 数: 973 千字

版 次: 2013 年 9 月第 1 版 2013 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17743-6/R·17744

定 价: 99.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

参编人员

(按姓氏笔画排序)

- 于普林 卫生部北京医院
马 辛 首都医科大学附属北京安定医院
王 林 天津医科大学第二医院
王 岩 解放军总医院
王建业 卫生部北京医院
王晓明 第四军医大学西京医院
王朝晖 华中科技大学同济医学院附属协和医院
方宁远 上海交通大学医学院附属仁济医院
白 松 昆明医科大学第一附属医院
白小涓 中国医科大学附属第一医院
白丽娟 华中科技大学同济医学院附属协和医院
司良毅 第三军医大学西南医院
成 蓓 华中科技大学同济医学院附属协和医院
曲志刚 解放军总医院
朱鸣雷 中国医学科学院北京协和医院
刘 坚 广州军区广州总医院
刘 赞 华中科技大学同济医学院附属协和医院
刘长庭 解放军总医院
刘晓红 中国医学科学院北京协和医院
祁慧萌 中国医科大学附属第一医院
孙 莉 陕西省人民医院
孙志宏 解放军总医院
严 祥 兰州大学第一附属医院
严 雯 华中科技大学同济医学院附属同济医院
李 刚 第四军医大学口腔医学院
李小鹰 解放军总医院
李云桥 华中科技大学同济医学院附属协和医院
步荣发 解放军总医院
肖 航 第三军医大学西南医院
吴本俨 解放军总医院
辛 伟 解放军总医院

- 汪金峰 华中科技大学同济医学院附属协和医院
沈 景 解放军总医院
宋双双 第三军医大学西南医院
宋岳涛 北京老年医院
张 俊 四川大学华西医院
张存泰 华中科技大学同济医学院附属同济医院
张新军 四川大学华西医院
陈 峥 北京老年医院
陈晓春 福建医科大学附属协和医院
拓西平 第二军医大学长海医院
林展翼 广东省人民医院
周白瑜 卫生部北京医院
赵艳萍 四川大学华西医院
赵依民 第四军医大学口腔医学院
柯 丽 华中科技大学同济医学院附属协和医院
姚慧卿 卫生部北京医院
秦明照 首都医科大学附属北京同仁医院
贾建军 解放军总医院
侯惠茹 解放军总医院
徐 浩 中国中医科学院西苑医院
徐灵彬 陕西省人民医院
徐茂锦 第二军医大学长海医院
徐稀奇 解放军总医院
高迎春 内蒙古自治区人民医院
高学文 内蒙古自治区人民医院
高建苑 第四军医大学西京医院
高海青 山东大学齐鲁医院
郭振辉 广州军区广州总医院
唐 莉 北京老年医院
唐佩福 解放军总医院
程庆砾 解放军总医院
鲁 翔 南京医科大学第二附属医院
樊 瑾 解放军总医院
魏声泓 陕西省人民医院
蹇在金 中南大学湘雅二医院

前言

我国自 20 世纪末已进入了老龄化社会(60 岁以上人口达到总人口比例 10%),到 2009 年 60 岁以上老年人为 1.67 亿人,占全国总人口数 12.5%,已成为世界上唯一老年人口过亿的国家。我国迅速进展的老龄化以“未富先老”和“慢病高发”为特点,对整个社会的发展形成了严峻的挑战,也使我国老年医学的发展面临巨大压力和空前的机遇。

近 50 年来现代老年医学发展迅速,其宗旨是预防和治疗与老年相关的所有疾病及问题,最大限度地维持和恢复老年人的功能状态,提高其生活质量。老年医学在国际上已经被公认为是一门“合理的、以科学为基础的医学学科”。新中国的老年医学是依托于保健医学发展起来的,形成了集“病情综合评估、多学科联合诊治和中长期全面照护”于一体的基本学科模式,培养造就了一大批老年医学专家。随着我国医疗改革的深入发展,国家日益重视老年医学的建设。2013 年国家卫生和计划生育委员会依托中华医学会老年医学分会评选出了全国老年医学临床重点学科;同时委托我分会进行中国老年病医院以及综合医院老年病科建设标准的研究,并将于近期通过和公布上述标准。因此可以预测,今后 3~5 年内我国老年医学机构及从业人员都将大幅度增加,我们即将迎来老年医学高速发展的新形势。努力学习和借鉴世界现代老年医学发展的经验,熟悉并掌握我国老年医学运行规范,以促进中国特色的老年医学发展,是我们老年医学工作者面临的迫切任务。

为此,我们与人民卫生出版社共同努力从今年开始,编写出版《老年医学进展》系列丛书,每 1~2 年出版一册,内容聚焦于:国际国内老年医学基础与临床发展最新成果;老年病防治与康复规范;老年医学医疗、教学、科研及保健领域的成果模式。今年首册《老年医学进展 2013》内容为近 10 年来国际国内老年病诊治规范,其中第一篇“国际老年疾病相关诊治指南解读”介绍了近年国际老年病防治指南(共 29 章),第二篇“国内老年疾病相关诊治指南”和第三篇“国内其他专科疾病诊治指南有关老年人群内容”则介绍了近年国内有关老年病的诊治规范(分别有 13 章和 3 章)。

本书的编委集中了国内老年医学领域的资深专家以及部分优秀的中青年专家,他们丰富的临床经验、精辟的独到见解和深厚的文学修养使本书得以独具特色。在此向所有参与本书编写的专家致以诚挚的感谢和深切的敬意!

希望本书能够成为广大老年医学工作者的重要参考书。希望读者对本书不足之处给予批评指正,以便我们及时修订完善。

中华医学会老年医学分会主任委员
解放军总医院老年心血管科教授

李小鹰

2013 年 8 月

目 录

第一篇 国际老年疾病相关诊治指南解读

第1章 老年人潜在不适当用药.....	3
——解读美国老年协会《老年人潜在不适当用药 Beers 标准(2012)》(徐浩)	
第2章 老年人共病的处理	23
——解读美国老年协会《老年人共病的处理指南》(2012)(朱鸣雷 刘晓红)	
第3章 老年患者手术前的综合评估策略	28
——美国《优化老年手术患者术前评估指南(2012)》解读(李小鹰 徐稀奇 王岩)	
第4章 老年人持续性疼痛的药物管理	47
——AGS《老年人持续性疼痛药物管理指南》(2009)解读(蹇在金)	
第5章 良性阵发性位置性眩晕	64
——近年国内外良性阵发性位置性眩晕诊治指南综述(秦明照)	
第6章 晕厥的诊治	70
——欧洲心脏病学会《晕厥诊治指南 2009》解读(王林)	
第7章 HIV 感染老年患者的临床处理策略	117
——美国《HIV 感染老年患者的临床处理策略 2011》解读(孙志宏 刘长庭)	
第8章 无症状老年患者的预防保健.....	127
——美国《65 岁以上无症状老年患者预防保健指南(2012)》解读(徐浩)	
第9章 老年人的肥胖问题.....	140
——欧洲肥胖研究协会《老年人肥胖指南(2012)》解读(王晓明 高建苑)	
第10章 老年人非预期体重减轻的营养处理	159
——解读美国糖尿病协会《老年人非预期体重减轻的营养实践指南(2009)》(高海清)	
第11章 关注老年高血压的诊治原则	165
——解读《ACCF/AHA 老年高血压专家共识(2011)》(李小鹰 辛伟 曲志刚)	
第12章 老年人心衰的处理	197
——解读美国《心力衰竭指南:特殊人群心力衰竭处理(2010)》(张存泰 严雯)	
第13章 老年人糖尿病的诊治	200
——近年国内外老年糖尿病指南综述(拓西平 徐茂锦)	

第 14 章 衰弱老年人的尿失禁	213
——欧洲泌尿外科学会《衰弱老年人尿失禁诊疗指南(2009)》解读(白松)	
第 15 章 老年人口腔颌面-头颈癌诊治进展	222
——维也纳 EUFOS 会议《老年头颈部癌治疗》(2010)介绍(步荣发)	
第 16 章 老年睡眠障碍的诊治原则	228
——近年国内外老年睡眠障碍诊治指南综述(宋岳涛 唐莉 陈峥)	
第 17 章 老年创伤的评估和处理	249
——美国东部创伤外科协会《老年创伤的评估和处理指南(2012)》解读(刘坚 郭振辉)	
第 18 章 老年人髌部骨折	260
——苏格兰《老年人髌部骨折处理国家实践指南(2009)》解读(唐佩福 沈景)	
第 19 章 功能依赖及认知障碍老年人的口腔护理	276
——解读美国《功能依赖及认知障碍老年人的口腔护理指南(2011)》(侯惠茹)	
第 20 章 老年患者视力受损的筛查	280
——解读美国《老年患者视力受损的筛查指南(2009)》(白小涓 祁慧萌)	
第 21 章 老年人的免疫接种	287
——印度尼西亚老年医学会《老年人免疫接种共识(2011)》简介(高学文 高迎春)	
第 22 章 职业治疗和体力活动与老年人精神健康	291
——《改善接受初级和家居保健的老年人精神健康而进行的职业治疗和体力活动指南(2008)》解读(姚慧卿 于普林)	
第 23 章 产出性老龄化与职业性治疗的概念	293
——美国职业治疗协会《社区老年人产出性老龄化职业治疗实践指南(2012)》解读(姚慧卿 于普林)	
第 24 章 老年人内镜操作	296
——美国胃肠镜协会《改善老年内镜实践指南(2011)》解读(吴本俨)	
第 25 章 老年抑郁症	301
——解读西班牙老年精神病学会《老年抑郁症专家共识(2011)》(陈晓春)	
第 26 章 老年焦虑症的检测与评估	305
——美国《老年焦虑症的检测与评估(2008)》解读(马辛)	
第 27 章 老年谵妄、痴呆及抑郁症患者的筛查	309
——加拿大《老年谵妄、痴呆及抑郁症患者的筛查指南(2010)》简介(贾建军)	
第 28 章 老年谵妄、痴呆症和抑郁症患者的照料策略	313
——加拿大《老年谵妄、痴呆及抑郁症患者的照护策略(2010)》指南简介(贾建军)	
第 29 章 老年急性髓性白血病的治疗	318
——解读加拿大《老年急性髓细胞性白血病的治疗——指南推荐》(2008)(孙莉 魏胜泓 徐灵彬)	

第二篇 国内老年疾病相关诊治指南

第 30 章	老年人心房颤动诊治中国专家建议(2011)(李小鹰)	351
第 31 章	甘油三酯增高的血脂异常防治中国专家共识(2011)(成蓓)	368
第 32 章	老年高血压的诊断与治疗中国专家共识(2011 版)(张存泰)	378
第 33 章	新型单片联合制剂治疗老年高血压中国专家共识(2012)(方宁远)	391
第 34 章	老年人良性前列腺增生/下尿路症状治疗共识(2011)(王建业)	402
第 35 章	老年期痴呆防治指南(2005)(陈晓春)	412
第 36 章	老年人缺血性肠病诊治中国专家建议(2011)(严祥)	473
第 37 章	血脂异常老年人使用他汀类药物中国专家共识(2010)(鲁翔)	483
第 38 章	老年人颈动脉粥样硬化性疾病诊治中国专家建议(2013)(樊瑾)	498
第 39 章	老年人四肢动脉粥样硬化性疾病诊治中国专家建议(2013)(林展翼)	511
第 40 章	老年人跌倒预防技术指南(2011)(周白瑜 于普林)	530
第 41 章	老年口腔疾病的预防和治疗指南(2010)(赵钦民 李刚)	551
第 42 章	动脉粥样硬化性肾动脉狭窄诊治中国专家建议(2011)(程庆砾)	592

第三篇 国内其他专科疾病诊治指南有关老年人群内容

第 43 章	冠心病诊治相关指南有关老年人群内容(张新军 赵艳萍 张俊)	605
第 44 章	其他心血管疾病相关诊治指南有关老年人群内容(司良毅 肖航 宋双双)	608
第 45 章	其他专科疾病相关诊治指南有关老年人群内容(王朝晖 柯丽 刘赞 汪金峰 白丽娟 李云桥)	611

第一篇

国际老年疾病相关诊治指南解读

老年人潜在不适当用药

——解读美国老年协会《老年人潜在不适当用药 Beers 标准(2012)》

(徐 浩)

潜在不适当用药在老年人群中一直普遍存在。2012 年,美国老年医学会(American Geriatrics Society, AGS)发布了最新的 Beers 标准^[1]。该标准是 AGS 汇集 11 位跨学科专家在全面、严格进行系统的文献评价和证据分级后,对老年人的潜在不适当使用药物在 2003 年 Beers 标准的基础上进行的修订,对老年患者的选择用药具有指导意义。本章在结合当前老年人的不合理用药现状,对 Beers 标准的发生、发展及 2012 年 Beers 标准的内容进行解读,希望对读者更好地理解新标准的内容有所帮助。

一、老年人不合理用药现状

作为特殊的患病群体,老年患者有其自身的特点,如常患有慢性病,需要接受多种药物联合治疗,加上机体功能下降等因素,其发生药物不良反应的概率大大增加。目前,国内外老年患者的不合理用药现状不容乐观。2005 年美国一项对 3005 例 57~85 岁社区居民的调查发现^[2]:81%的老人至少使用 1 种处方药,29%的人存在多重用药(≥ 5 种药物),75 岁以上老人多重用药比高达 36%。2008 年国内一家三甲医院调查内科 60 岁以上老年住院患者的用药情况^[3],发现 426 例患者中平均用药 8 种,最高达 23 种,13.6%的患者存在潜在药物不良反应的风险。2012 年国外系统评价研究结果亦提示^[4]:在基层医疗老年患者处方中,约 20%存在不适当用药。潜在不适当用药增加了老年患者药物相关不良事件的发生率,其造成的不良结局和医疗花费,给整个社会的发展带来巨大的负担。然而,老年人中相当一部分药物相关不良事件是可以避免的。据统计,发生在长期医疗中的药物相关不良事件,42%是可以避免的^[5,6]。目前,我国已步入老龄化社会,60 岁以上人口为 1.78 亿人,占总人口数的 13.26%,改善老年人的不合理用药问题,减少药物相关不良事件对我国社会的健康发展很重要。在老年人中避免使用不适当药物和高风险药物对减少药物相关不良事件是一个简单且行之有效的方法。因此,学习与借鉴国际公认的老年人不合理用药判断标准,结合我国具体情况加以合理利用很有必要。

二、Beers 标准的产生和发展

1991 年,在已故的老年病学专家 Mark Beers 的带领下,AGS 专家组制定了判断老年人潜在不适当使用药物的 Beers 标准^[7]。当时的标准是针对疗养院老人制定的,包括 30 种在老年人中应避免使用的潜在不适当使用药物,其定义潜在不适当使用药物为药物使用的潜在风险大于益处。20 多年来,Beers 标准在实践中不断丰富完善,分别在 1997 年、2003 年和 2012 年进行了修订更新。1997 年的 Beers 标准清单中^[8]保留第一版标准中应避免使用

的 28 种潜在不适当使用药物,增加了 35 种与疾病状态相关的潜在不适当使用药物,并扩大适用范围到所有老年人的医疗护理。1999 年,Beers 标准的部分清单(包括 22 种与疾病状态无关的潜在不适当使用药物和 12 种与疾病相关的潜在不适当使用药物)被美国医疗保险和医疗救助服务中心(the Center for Medicare and Medicaid Services,CMS)采用,作为长期医疗的质量监测标准^[9]。2003 年的 Beers 标准^[10]包括 48 种与疾病状态无关的潜在不适当使用药物和 20 种与疾病状态相关的潜在不适当使用药物。随着新药的不断上市、已上市药的撤市以及新证据的出现,Beers 标准必须定期更新才能保证其实用性。2011 年,AGS 组织 11 个包括老年医学家和药学家的跨学科专家组对 2003 年的 Beers 标准进行了修订更新,新修订的标准于 2012 年发布。

三、2012 年 Beers 标准的更新

(一) 更新的目的和策略

2012 年 Beers 标准是为美国 65 岁以上老年人的医疗护理设置的,其首要目标人群是临床医师。此外,药剂师、相关政策制定者和研究者也可以使用这个标准。新标准采用综合、系统、证据分级的方法,就老年人药物相关问题和不良事件在 2003 年标准的基础上进行更新,其主要目的是改善临床医师和患者对老年人处方药的选择,通过减少老年人潜在不适当药物的使用来改善他们的医疗状况。此外,新标准还可用作教育、研究及相关质量评价的工具,如用于教育临床医师和患者正确用药,评价人群药物使用情况,评价健康结局、医疗质量、卫生经济等。

为了达到这个目的,标准制定专家组采用了以下策略:

1. 在 2003 年 Beers 标准的基础上,吸收整合新的证据。
2. 对证据的推荐强度进行分级。
3. 集合跨学科专家组进行 Beers 标准的更新。
4. 纳入临床上合理的例外情况。

(二) 更新的方法和过程

2012 年 Beers 标准的修订更新采用了一个较好的结构体系,包括含有 11 个跨学科成员的专家组,基于循证医学的系统的文献评价和证据分级方法以及改良的德尔菲法(Delphi method)。具体修订过程包括文献检索,专家组的遴选,通过改良德尔菲法汇集专家意见进行系统的文献评价和证据分级,最后达成共识形成更新结果。

1. 文献检索 文献检索包括电子检索和手工检索两部分。起初的检索内容为年龄大于 65 岁人群的相关研究的系统评价和 Meta 分析,检索时间从 2001 年 12 月 1 日(上次标准修订检索的截止时间)到 2011 年 3 月 30 日,检索已经发表的文献,限定检索语言为英文,检索词包括:adverse drug reactions,adverse drug events,medication problems,polypharmacy,inappropriate drug use,suboptimal drug therapy,drug monitoring,pharmacokinetics,drug interactions,medication errors。采用单独检索结合联合检索的方式,检索以下数据库:Medline,the Cochrane Library,International Pharmaceutical abstracts。最初检索到 25 549 篇文献,初筛后留下 6505 篇作进一步鉴定。随后进行了两项补充检索,一项检索 2009 年至 2011 年发表的随机临床试验、上市后观察研究,采用了与主要药物种类和疾病相关的检索词,包括 adverse drug reactions,Beers Criteria,suboptimal prescribing,interventions 等;另一项采用以下检索词:drug-drug and drug-disease interactions,pharmacoepidemiology,

drug safety, geriatrics, elderly prescribing。当证据很少时,检索会包括过去检索过的日期。手工检索主要针对相关文章的参考文献。

经过鉴定筛选,留下 2169 篇无重复的全文在专家组成员会面时供大家评价,其中包括 446 篇系统评价/meta 分析、629 篇随机临床试验和 1094 篇观察性研究。此外还有经手工检索得到的文献,专题小组的讨论文件,相关书籍,以及近期的文献综述供专家组参考。最终 258 篇文献被选为支持避免使用的药物清单的证据。

2. 专家组遴选 预选专家组成员为公认的在老年医学、护理学、临床药理学、流行病学以及质量评价方面的专家。此外还包括各学科领域和医学专业的代表,包括长期医疗、门诊医疗、老年精神心理医疗、临终关怀等专业领域。最终挑选了 11 个专家组成具有投票权的专家组(包括两名护士、四名内科医师、五名药师)。

此外,来自 CMS、美国国家质量保证委员会和药物质量联盟的代表也被邀请作为额外的无投票权的专门人员为标准的修订提供服务。

为了保证潜在的利益冲突的公开和恰当处理,专家组成员在整个程序开始前就公开表明潜在的利益冲突,进行公开评论和解决。每一个专家组成员的利益冲突会附在修订好的标准最后。

3. 数据收集与分析 首先,AGS 工作人员修订之前 Beers 标准开发过程使用的调查函,修订后的调查函包括三个部分:①在老年人中不依赖于疾病状态的潜在不适当使用药物清单;②在老年人中与疾病状态相关的潜在不适当使用药物清单;③专家组意见书。通过改良的德尔菲调查法进行调查。每一位专家组成员完成一份 5 分制的李克特量表(Likert scale)(对每一问题给予“非常同意”、“同意”、“不一定”、“不同意”、“非常不同意”五种不同的答案,分别记 5、4、3、2、1 分)。评级计分完成后,调查表与评级计分结果一起返回给调查小组。随后进行两次电话会议对调查评级结果进行评价、商议并达成共识。

2011 年 8 月 2 和 3 日,AGS 组织了为期两天的专家组现场讨论会,讨论了第二轮调查表的设计和先前文献检索的结果,会议还制定了评价证据的策略。会上,专家组分四个小组,(分组主要根据各专家的临床实践领域,尽可能将联系紧密的专家分在一个组)每组制定评价标准,分别评价文献,决定最终纳入证据表的文献,并向整个专家组提出他们的发现供讨论商议。会上,独立的研究人员还准备证据评价表,分发给每一个专家组成员,各成员独自评价每一个标准的证据质量和推荐强度,评价参照依据 GRADE 证据分级系统^[1]建立的美国医师学院的临床实践指南分级系统^[12](表 1-1)。之后,AGS 工作人员编辑专家组的评级意见并返回给他们,最后通过电话会议达成共识。追加的文献获得后根据需要被纳入。对于某些标准,虽然证据的质量低或中等,专家组仍给予强推荐,则这些推荐强度是建立在潜在的严重危害或实用的替代治疗上的。

表 1-1 证据质量和强度分级表

分级	描述
证据质量	
高	证据来自典型的有代表性的人群的,设计、实施且同质性良好的,可直接评价健康结局的研究(大于或等于两个同质性良好的随机对照试验,或多中心、无严重的方法学缺陷的同质性良好的观察性研究)

分级	描述
中	证据足以支持对健康结局的作用,但是由于纳入研究的数量、质量、样本量或同质性,对临床实践的概括性,或者证据来自间接的结局指标等,限制了证据的质量(大于100例样本量的1个以上的高质量临床试验;2个以上同质性欠佳的高质量临床试验;2个以上同质性较好的低质量临床试验;或者多中心、同质性较好的没有较严重缺陷的对结局显示出中等作用的观察性研究)
低	证据不足以评估对健康结局的作用,因为纳入研究的数量或质量有限,高质量的研究间存在较大的异质性,研究的设计或者实施存在重大的缺陷,证据的主体间存在差异或者缺乏对主要健康结局的信息
推荐强度	
强	利益明显大于风险和负担,或者风险和负担明显大于利益
弱	利益与风险和负担之间平衡
证据不足	目前的证据不足以确定净利益或风险

(三) 更新的结果

2012年 Beers 标准将老年潜在不适当使用药物分为3大类:①老年人应避免使用潜在不适当药物;②与疾病状态相关的潜在不适当使用药物,因可能加重疾病,在老年人中应避免使用;③老年患者慎用药物,共包含53种药物或药物种类(表1-2~表1-9)。

表1-2为老年人潜在不适当使用药物/种类(部分药物附有选择性使用说明)。

表1-3为与疾病状态相关的老年人潜在不适当使用药物/种类。

表1-4为老年人慎用药物。

表1-5为在2003年标准基础上归类有变动的药物。

表1-6为在2003年标准基础上删除的药物。

表1-7为在2003年标准基础上新增加的药物。

表1-8为抗精神病药物。

表1-9为老年人应避免使用的强抗胆碱能药物。

(四) 2012年 Beers 标准更新要点

与2003年 Beers 标准比较,2012年 Beers 标准的主要更新要点有:①标准更新过程中加入了循证医学方法,对证据的推荐强度进行了分级,增强了临床实用性;②避免使用的潜在不适当药物/种类有一些重要的增加和删除,删除药物的原因包括药物撤市,如丙氧芬;相关副作用的证据不足,如长期使用刺激性泻药比沙可啶;非老年特异性副作用,如氟西汀、西咪替丁、硫酸亚铁(>325mg,1天1次);增加的药物主要有甲地孕酮,格列本脲,甲氧氯普胺,可调节性胰岛素持续输注装置,短效的苯二氮草类(不论剂量大小都应避免在老年人中使用)等;此外一些药物增加了选择性使用说明,如螺内酯>25mg/d避免用于心衰或Ccr<30ml/min的患者,低剂量雌激素阴道用乳膏可用于缓解性交疼痛、治疗下尿路感染及其他阴道症状等(表1-2、表1-6、表1-7)。③与疾病状态相关的潜在不适当使用药物/种类也有一些重要的增加和删除,药物删除的主要原因为药物的撤市(如胍乙啶用于抑郁)或者药物加剧疾病的证据不足(如伪麻黄碱用于高血压);增加的药物/种类有噻唑烷二酮类药物用于

表 1-2 老年人潜在不适当用药 (2012 AGS Beers 标准)

器官系统/治疗类别/药物	原理	使用建议	证据质量	推荐强度
抗胆碱药 (TCAs 除外)				
第一代抗组胺药 (单一/复方成分)				
溴苯那敏, 卡比沙明, 氯苯那敏, 氯马斯汀 (克立马丁), 赛庚啶, 右溴苯那敏, 右氯苯那敏, 苯海拉明 (口服), 多西拉敏, 盐酸羟嗪 (安泰乐), 异丙嗪, 苯丙烯啶	强的抗副交感神经作用; 随着年龄增加在体内清除减少, 且作为催眠药易产生耐药性; 易导致意识混乱, 口干, 便秘及一些其他抗胆碱类不良反应; 使用苯海拉明作为严重过敏反应的应急处理是合理的	避免使用	盐酸羟嗪和异丙嗪为高质量, 其余为中等质量	强
抗帕金森药				
苯托品 (口服), 苯海索	不推荐用于抗精神病药物引起的锥体外系反应; 有更有有效的抗帕金森病药	避免使用	中等	强
解痉药				
颠茄, 抗溃疡药, 双环维林 (双环胺), 莨菪碱, 丙胺太林, 东莨菪碱	强的抗副交感神经作用; 效果不确定	避免使用, 除非在短期缓和医疗中用于减少口腔分泌物	中等	强
抗血栓药				
口服短效双嘧达莫 (不包括与阿司匹林的复方缓释制剂)	可能导致体位性低血压; 有更有有效的替代治疗; 注射制剂可用于心脏负荷试验	避免使用	中等	强
噻氯匹定	有安全有效的替代治疗	避免使用	中等	强
抗感染药物				
呋喃妥因	潜在的肺毒性; 有安全的替代治疗; 对 $\text{Cr} < 60\text{ml/min}$ 的患者, 由于尿液中浓度较低, 不足以发挥疗效。	避免长期使用; 避免用于 $\text{Cr} < 60\text{ml/min}$ 的患者	中等	强

续表

器官系统/治疗类别/药物	原理	使用建议	证据质量	推荐强度
心血管药物				
多沙唑嗪, 哌唑嗪, 特拉唑嗪	体位性低血压风险较高; 不建议作为高血压的常规治疗; 替代药物具有更好的风险效益比	避免作为降压药物	中等	强
可乐定, 胍那苄, 胍法辛, 甲基多巴, 利血平 (>0.1mg/d)	中枢神经系统不良反应风险较高, 可能导致心动过缓及体位性低血压, 不建议作为高血压的常规治疗	避免可乐定作为降压的一线药物; 避免使用列出的其他药物	低	强
抗心律失常药物				
胺碘酮, 多非利特, 决奈达隆, 氟卡尼, 依布利特, 普鲁卡因胺, 普罗帕酮, 奎尼丁, 索他洛尔	对于多数老年人, 控制心率比控制心律可更多获益; 胺碘酮可产生多种毒性(如甲状腺、肺及QT间期延长)	避免使用抗心律失常药物作为房颤的一线用药	高	强
丙吡胺	具有强的抗心肌收缩作用, 在老年人中可能导致心衰; 强的抗胆碱能神经作用; 优先选择其他药物	避免使用	低	强
决奈达隆	已经有证据表明永久性房颤或心衰的患者使用决奈达隆产生不良结局; 一般对于房颤患者, 控制心率比控制心律可更多获益	避免用于永久性房颤或心衰的患者	中等	强
地高辛 >0.125mg/d	在心衰患者中, 高剂量地高辛没有更多获益反而增加毒性; Ccr 降低会导致毒性增加	避免使用	高	强
速释硝苯地平	可能导致低血压; 增加突发心肌缺血的风险	避免使用	中等	强
螺内酯 >25mg/d	在老年心衰患者中增加高血钾风险, 尤其剂量 >25mg/d 或合并使用 NSAIDs、ACEI、ARB 或补钾制剂时	避免用于心衰或 Ccr <30ml/min 的患者	中等	强