

老年人慎用药物指南

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 国家老年医学中心

【关键词】 慎用药物 不当用药

doi: 10.3969/j.issn.1672-2671.2018.03.004

《老年人慎用药物指南》分为三部分,老年人忌用的不当药物,老年人应避免使用的不当药物和老年人慎用的不当药物,共计包括了 53 种(类)药物,主要根据治疗药物分类和器官系统进行分类。第一部分主要根据治疗药物分类,显示了 34 种忌用的可能不合适的药物和类别,以避免老年人使用。第二部分主要根据器官系统进行分类,总结了老年人应避免使用的不当药物,以避免可能来自药物加重老年人某些疾病和证候的作用。第三部分列出了老年人慎用的 14 种药物。《老年人慎用药物指南》主要使用者是临床医生。指南制定的意图是改善临床医生对老年患者处方药的选择,评估老年人群体内用药的模式,教育临床医生和老年患者使用适当的药物,并评估健康结果、保健质量、成本和利用率等。老年人慎用药物指南的详细说明,见另文。

第一部分 老年人忌用的药物

1. 抗胆碱能类药物(不包括 TCA)

1.1 第一代抗组胺药(单药或为复方药的组分)

卡比沙明 扑尔敏 氯马斯汀 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 异丙嗪 曲普利啶

理由:高度抗胆碱能;随着年龄增长,清除率下降,用催眠药时,耐受性增强;有更大的意识模糊风险,有口干、便秘和其他抗胆碱能作用和毒性。

用药推荐:避免。证据质量:高,来自羟嗪和异丙嗪。推荐强度:强。

1.2 溴苯那敏

理由:在特殊情况下使用苯海拉明,如严重过敏反应、紧急治疗时可适当应用。证据质量:中。

2. 抗帕金森病药物

苯托品 苯海索

理由:不建议用于预防抗精神病药物,可引起锥体外系症状,仅在治疗帕金森病更有效时可用。

用药推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

3. 解痉药物

颠茄生物碱 克利(利眠宁) 双环维林 莨菪碱 普鲁本辛 东莨菪碱

理由:高度抗胆碱能,但效果不确定。

用药推荐:避免。除外短期姑息治疗以减少口腔分泌物。证据质量:中。推荐强度:强。

4. 抗血栓药物

4.1 双嘧达莫口服短效(不适用于阿司匹林缓释组合)

理由:可能导致体位性低血压;可选用更有效的替代药品;心脏压力测试时可以静脉注射应用。

用药推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

4.2 噻氯匹定

理由:有更安全有效的药物可取代。

用药推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

5. 抗感染药物

呋喃妥因

理由:可能的肺毒性;有更安全有效的药物可取代;尿中药物浓度($CrCl < 60ml/min$)不足的患者无疗效。

用药推荐:长期抑郁症; $CrCl < 60ml/min$ 患者避免使用。证据质量:中。推荐强度:强。

6. 心血管药物

6.1 Alpha1 阻滞剂

多沙唑嗪 哌唑嗪 特拉唑嗪

理由:有直立性低血压的高风险;不建议作为高血压的常规治疗;替换为风险/效益好的药物。

用药推荐:避免用作抗高血压药物。证据质量:中。推荐强度:强。

6.2 Alpha 中枢激动剂

可乐宁 胍那苄 胍法辛 甲基多巴 利血平($>$

$0.1mg/d$)

理由:有不良中枢神经系统影响的高风险;可能导致心动过缓和体位性低血压;不推荐作为高血压的常规治疗。

用药推荐:避免用可乐宁作为一线抗高血压药。证据质量:低。推荐强度:强。

6.3 抗心律失常药物(Ia, Ic, III 类)

6.3.1 胺碘酮 多非利特 氟卡尼 伊布利特 普鲁卡因胺 普罗帕酮 奎尼丁 索他洛尔

理由:数据表明,与大多数老年人的心律节律控制相比,速度控制可以带来更好的利弊平衡。用药推荐:避免使用抗心律失常药物作为房颤一线治疗药物。证据质量:高。推荐强度:强。

6.3.2 决奈达隆胺碘酮

理由:与多种毒性相关,包括甲状腺疾病、肺部疾病和 QT-间期延长。

用药推荐:避免。证据质量:低。推荐强度:强。

6.3.3 丙吡胺

理由: 丙吡胺是一种有效的负性强心药, 因此可能诱发老年人心力衰竭; 强抗胆碱能; 应首选其他抗心律失常药物。

用药推荐: 避免。证据质量: 低。推荐强度: 强。

6.3.4 决奈达隆

理由: 一直有报导使用决奈达隆治疗持续性心房颤动或心力衰竭患者的结局很差。一般来说, 房颤患者的心率控制优于节律控制。

用药推荐: 避免用于持续房颤或心衰的患者。证据质量: 中。推荐强度: 强。

6.3.5 地高辛 >0.125mg/d

理由: 心力衰竭治疗中, 更高的剂量并无额外收益, 并可能增加毒性风险; 减慢肾清除率而导致毒副作用。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

6.3.6 硝苯地平, 立即释放

理由: 潜在的低血压, 引起心肌缺血的风险。

用药推荐: 避免。证据质量: 高。推荐强度: 强。

6.3.7 螺内酯(>25mg/d)

理由: 在心力衰竭老年人中, 高钾血症的风险更高, 尤其是服用 >25mg/d 或同时服用 NSAID, 血管紧张素转换酶抑制剂, 血管紧张素受体阻滞剂或钾补充剂。

用药推荐: 避免用于心衰或 CrCl < 30ml/min 的患者。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7. 中枢神经系统药物

7.1 第三代 TCA(单用或组合)

阿米替林 利眠宁 - 阿米替林 氯米帕明 多塞平 > (≥6mg/d) 丙咪嗪 奋乃静 - 阿米替林 米帕明

理由: 高抗胆碱能, 镇静, 并引起体位性低血压; 低剂量多塞平(≥6mg/d) 的安全范围等同于安慰剂。

用药推荐: 避免。证据质量: 高。推荐强度: 强。

7.2 抗精神病药物 [一代(常规) 和二代(非典型)]

7.2.1 美索达嗪

理由: 增加脑血管意外(中风) 风险和老年痴呆症患者死亡率。

用药推荐: 避免用于痴呆患者的行为问题, 除非非药物治疗选项已失败, 而且患者威胁自我或他人。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7.2.2 硫利达嗪

理由: 高抗胆碱能药, 有延长 QT 间期的风险, 增加脑血管意外(中风) 风险和老年痴呆症患者死亡率。

用药推荐: 避免用于痴呆患者的行为问题, 除非非药物治疗选项已失败, 而且患者威胁自我或他人。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7.3 巴比妥类药物

异戊巴比妥 仲丁巴比妥 布他比妥 甲苯比妥 戊巴比妥 苯巴比妥; 司可巴比妥

理由: 身体高依赖, 入睡耐药, 低剂量和过量有风险。

用药推荐: 避免。证据质量: 高。推荐强度: 强。

7.4 苯二氮卓类药物

7.4.1 短效和中效药

阿普唑仑 艾司唑仑 劳拉西泮 奥沙西泮 替马西泮 三唑仑

理由: 老年人对苯二氮卓类药物敏感度增加并长效药物代谢慢。一般认为, 苯二氮卓增加老年人的认知障碍、谵妄、跌倒、骨折和机动车事故风险。

用药推荐: 避免应用苯二氮卓(任何类型) 治疗失眠、激动或谵妄。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7.4.2 长效药

氯拉卓酸 利眠宁 利眠宁 - 阿米替林 克利 - 利眠宁 氯硝西泮 地西洋 氟西洋 夸西洋

理由: 可用于癫痫症, 快速眼球运动睡眠障碍, 苯二氮卓戒断, 酒精戒断, 严重广泛性焦虑紊乱, 围手术期麻醉和临终关怀。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7.5 水合氯醛

理由: 耐药发生在 10 天内, 超过推荐剂量 3 倍风险大于药效。

用药推荐: 避免。证据质量: 低。推荐强度: 强。

7.6 哌尔通

理由: 身体高依赖, 非常安静。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7.7 非苯二氮卓类 - 安眠药

右旋佐匹克隆 唑吡坦 扎来普隆

理由: 苯二氮卓受体激动剂, 老年人不良事件类似苯二氮卓类药物(例如: 谵妄、跌倒、骨折); 改善睡眠延迟和持续时间作用最小。

用药推荐: 避免长期使用(>90 天)。证据质量: 中。推荐强度: 强。

7.8 麦角甲磺酸盐 异舒普林

理由: 缺乏疗效。

用药推荐: 避免。证据质量: 高。推荐强度: 强。

8. 内分泌药物

8.1 雄激素

甲基睾酮 睾酮

理由: 潜在的心脏问题, 前列腺癌患者忌用。

用药推荐: 避免除非患中/重度性腺功能减退症。证据质量: 中。推荐强度: 弱。

8.2 干粉甲状腺激素

理由: 涉及心脏效应, 可选择更安全的药物。

用药推荐: 避免。证据质量: 低。推荐强度: 强。

8.3 雌激素 + / - 孕激素

理由: 潜在(乳腺和子宫内膜) 致癌证据; 对老年妇女无心脏和认知保护作用的证据, 避免口服和外用贴剂。

用药推荐: 避免口服和贴剂。证据质量: 高。推荐强度: 强。

8.4 阴道局部药膏

理由: 阴道外用雌激素治疗阴道干燥是安全的,特别是对乳腺癌患者阴道外用雌二醇剂量 $< 25\mu\text{g}$ /每周 2 次,是有效的。

用药推荐: 可以接受阴道内使用低剂量雌激素治疗性交困难、下尿路感染等阴道症状。证据质量: 外用,中。推荐强度: 局部: 弱。

8.5 生长激素

理由: 对身体组织的影响很小,但与水肿、关节痛、腕骨隧道综合征男性乳房发育症、空腹葡萄糖受损相关。

用药推荐: 避免。除外后垂体切除激素替代。证据质量: 高。推荐强度: 强。

8.6 胰岛素

理由: 有更高低血糖风险,并不改善高血糖。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

8.7 甲地孕酮

理由: 对体重的影响小,增加老年人血栓事件和死亡的风险。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

8.8 磺酰脲类药物

8.8.1 氯磺丙脲

理由: 老年人半衰期延长,能够造成低血糖延长,导致抗利尿激素分泌异常综合征。

用药推荐: 避免。证据质量: 高。推荐强度: 强。

8.8.2 格列本脲

理由: 延长老年人低血糖症的风险大。

9. 胃肠道药物

9.1 甲氧氯普胺

理由: 引致锥体外系副作用,如迟发性运动障碍、虚弱老年人的风险更大。

用药推荐: 避免,除非胃轻瘫。证据质量: 中。推荐强度: 强。

9.2 矿物油

理由: 误吸和副作用,可选择更安全替代药物。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

9.3 曲美苄胺

理由: 最少有效的止吐药之一,可以引起锥体外系副作用。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

9.4 止痛药哌替啶

理由: 不是有效的口服止痛剂,常用剂量可能会导致神经毒性,可选择更安全替代药物。

用药推荐: 避免。证据质量: 高。推荐强度: 强。

9.5 非 COX 选择性非甾体类抗炎药物(口服)

阿司匹林($> 325\text{mg}/\text{d}$) 双氯芬酸 二氟尼柳 依托度酸 非诺洛芬 布洛芬 酮洛芬 甲氯灭酸 甲芬那酸 坎贝奈 美洛昔康 萘丁美酮 萘普生 奥沙普秦 吡罗昔康 舒林酸 托美汀

理由: 增加高危人群胃肠道出血和溃疡的风险,包括 75

岁以上老年人及口服或肠外用皮质类固醇激素、抗凝血剂,或抗血小板药物者。使用质子泵抑制剂或米索前列醇可减少风险,但没有消除风险。由 NSAIDs 造成的上消化道溃疡、大出血和穿孔的发生率在接受治疗 3~6 个月的患者中约为 1%,治疗 1 年的患者中约为 2%~4%。随用药时间延长,这一趋势持续。

用药推荐: 避免长期使用,除非其他替代药无效和耐药,可服用胃保护药(质子泵抑制剂或米索前列醇)。证据质量: 中。推荐强度: 强。

9.6 消炎痛

9.6.1 酮咯酸(包括注射用药)

理由: 增加高危人群胃肠道出血和溃疡的风险(见上述非 COX 选择性 NSAIDs)。在所有的非甾体抗炎药中,消炎痛的副作用最大。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

9.6.2 镇痛新(代替吗啡的合成镇痛药,不易上瘾)

理由: 阿片类镇痛药导致 CNS 不利效果,包括混乱和幻觉,比其他麻醉药品更常用,是一种混合的激动剂,也是拮抗剂,可选择更安全替代药物。

用药推荐: 避免。证据质量: 低。推荐强度: 强。

10. 骨骼肌松弛剂

异丙基甲西双脲 氯唑沙宗 环苯扎林 美他沙酮 美索巴莫 奥芬

理由: 大多数肌肉松弛剂老年人耐受不良,因为抗胆碱能导致的副作用,如镇静、骨折风险;老年人有效耐受剂量不清楚。

用药推荐: 避免。证据质量: 中。推荐强度: 强。

第二部分 老年人应避免使用的药物 - 按疾病症状分类

因药物-疾病或药物-综合征交互作用可能引起疾病加重的药物。

1. 心血管系统

1.1 心力衰竭

1.1.1 药物: NSAIDs 和 COX-2 抑制剂。

理由: 可能促进液体储留,加剧心衰。

推荐: 避免。证据质量: NSAIDs,中。推荐强度: 强。

1.1.2 药物: 非二氢吡啶 CCBs(仅避免用于收缩性心力衰竭)。

① 地尔硫卓 维拉帕米

证据质量: CCBs 中。

② 吡格列酮 罗格列酮 西洛他唑 决奈达隆

证据质量: 噻唑烷二酮(格列酮类): 高。西洛他唑: 低。决奈达隆: 中。

1.2 晕厥

药物: AChEIs

外周 α 受体阻滞剂 多沙唑嗪 哌唑嗪 特拉唑嗪

TertiaryTCA 氯丙嗪 硫利达嗪和奥氮平

理由:增加了直立性低血压或心动过缓的风险。

推荐:避免。证据质量:α 阻滞剂:高;TCAs ,AChEIs 和抗精神病药:中。推荐强度:AChEIs 和 TCAs:强;α 阻滞剂和抗精神病药:弱。

2. 中枢神经系统

2.1 慢性惊厥或癫痫

2.1.1 药物:安非他酮

理由:降低癫痫发作阈值;如患者控制良好可以接受,没有有效的替代药物。

推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

2.1.2 其他药物:氯丙嗪 氯氮平 马普替林 奥氮平 硫利达嗪 替沃噻吨 曲马多

2.2 谵妄

药物:所有三氯乙酸抗胆碱能药

苯二氮卓 氯丙嗪 皮质类固醇 H2 受体拮抗剂 哌替啶 镇静催眠药 硫利达嗪

理由:避免给谵妄或谵妄高风险的老年人使用,因为 TCA 可诱导或加剧老年人谵妄,如长期使用后停药,需逐渐减少避免戒断症状。

推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

2.3 痴呆和认知损伤

药物:抗胆碱能药。理由:有不利 CNS 的效应。

推荐:避免。证据质量:高。推荐强度:强。

2.3.1 苯二氮卓

理由:避免抗精神病药物用于痴呆的行为问题,除非非药物选择失败,患者危害自己或他人。

2.3.2 H2 受体拮抗剂

理由:抗精神病药物与增加痴呆患者脑血管意外的风险和死亡率相关,唑吡坦抗精神病药物,慢性和根据需要服用。

2.4 跌倒史或骨折

药物:抗惊厥药;抗精神病药;苯二氮卓;非苯二氮卓类安眠药;右佐匹克隆;扎来普隆;唑吡坦;TCAs 和选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂

理由:能够产生共济失调,精神运动功能受损,晕厥和额外跌倒;短效苯二氮卓类药物比长效不安全。

推荐:避免,除非无更安全药物替代;避免抗癫痫药物,除治疗癫痫。证据质量:高。推荐强度:强。

2.5 失眠

药物:口服减充血剂 伪麻黄碱 苯肾上腺素 兴奋剂 安非他明 哌甲酯 匹莫林 可可碱 茶碱 咖啡因

理由:CNS 兴奋剂作用

推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

2.6 帕金森病

2.6.1 药物:所有抗精神病药物除喹硫平和氯氮平

理由:多巴胺受体拮抗剂有可能恶化帕金森病症状。

推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

2.6.2 止吐药:胃复安 丙氯拉嗪 异丙嗪

理由:奎硫平,氯氮平不会恶化帕金森病。

3. 胃肠道

3.1 慢性便秘

3.1.1 药物:口服抗毒蕈碱治疗尿失禁。

理由:会使便秘恶化。

推荐:避免,除非无替代。证据质量:尿失禁药:高。推荐强度:弱。

3.1.2 药物:达非那新,非索罗定,奥昔布宁(口服),索利那新,托特罗定,曲司非二氢吡啶 CCB,地尔硫卓,维拉帕米,第一代抗组胺药,溴苯那敏(各种),卡比沙明,扑尔敏,克立马丁(各种),赛庚啶,右溴苯那敏,右氯苯那敏,苯海拉明,多西拉敏,盐酸羟异丙嗪,曲普利啶,抗胆碱能药和解痉药,抗精神病药,颠茄生物碱,克利,利眠宁,双环,莨菪碱,普鲁本辛;东莨菪碱;TertiaryTCAs(阿米替林,氯米帕明,多塞平,丙咪嗪,和曲米帕明)

证据质量:所有其他:推荐强度:中至低

3.2 胃或十二指肠溃疡史

药物:阿司匹林(>325毫克/天),非 COX-2 选择性 NSAIDs。理由:可能会恶化现有溃疡或导致新的或额外的溃疡。

推荐:避免,除非替代药无效,患者可服用胃保护剂(质子泵抑制剂或米索前列醇)。证据质量:中。推荐强度:强。

4. 肾和尿道

4.1 慢性肾病 4 和 5 期

4.1.1 药物:NSAIDs

理由:可能增加肾脏损伤风险。

推荐:避免。证据质量:中。推荐强度:强。

4.1.2 三氨蝶呤(单独或组合)

证据质量:低。推荐强度:弱。

4.2 女性尿失禁(所有类型)

药物:女性雌激素口服和透皮(不包括阴道内雌激素)。

理由:尿失禁加重。

推荐:女性避免。证据质量:高。推荐强度:强。

4.3 下尿路症状,良性前列腺增生

药物:吸入性抗胆碱能药强烈的抗胆碱能药物,除外用于尿失禁的抗毒蕈碱剂。

理由:可能会减少尿流量并导致尿潴留。

推荐:男性避免。证据质量:中。推荐强度:吸入药-强。

4.4 压力或混合尿失禁

药物:α 阻滞剂 多沙唑嗪 哌唑嗪 特拉唑嗪

理由:加重尿失禁。推荐:女性避免。证据质量:中。推荐强度:强。

第三部分 老年人需慎重使用的药物

1. 阿司匹林用于心脏病一级预防

理由:年龄≥80岁老年人缺乏有效的证据。

用药推荐:年龄≥80岁老年人慎用。证据质量:低。推荐强度:弱。

老年人糖尿病前期干预指南

国家老年医学中心 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

【关键词】 居家养护 老年人 糖尿病前期 干预 专家共识
doi: 10.3969/j.issn.1672-2671.2018.03.005

2 型糖尿病(type 2 diabetes ,T2DM) 是由遗传和环境因素相互作用引起的一种全身性慢性代谢性疾病,其主要病理特点是胰岛素抵抗为主的胰岛素相对缺乏,或胰岛素分泌受损或不伴有胰岛素抵抗。糖耐量减低(IGT ,Impaired Glucose Tolerance) 与空腹血糖异常(IFG ,Impaired Fasting Glucose) 是正常人与糖尿病之间的过渡阶段。这两种糖代谢异常情况可单独出现,也可重叠出现。餐后或空腹血糖升高是老年人糖尿病前期主要的临床表现:餐后血糖在 7.8 ~ 11.1mmol/L 之间(即糖耐量减低);空腹血糖在 6.1 ~ 7.0mmol/L 之间(即空腹血糖受损)。2 型糖尿病呈逐年增高趋势,我们的研究显示:在 1980 ~ 2014 年的 35 年间 2 型糖尿病患病率呈显著上升趋势,从 1980 年的 0.8% (0.6% ~ 0.9%) 上升到 2014 年的 9.3% (8.5% ~ 10.2%) ,预计到 2025 年 2 型糖尿病患病率将达到 12.5%。同时,在 1980 ~ 2014 年的 35 年间,IGT 患病率呈显著上升趋势,从 1980 ~ 1989 年的 2.1% (1.5% ~ 2.8%) 上升到 2010 ~ 2014 年的 13.6% (10.2% ~ 17.3%)。2 型糖尿病与 IGT 患病率随年龄增长和年代更替总体呈上升趋势,且男性患病率高于女性。2 型糖尿病与 IGT 患病率从 50 岁开始,女性 2 型糖尿病与 IGT 患病率高于男性。由此可见,老年人中女性更易患糖尿病。而老年人 2 型糖尿病与 IGT 患病率高,可影响其他老年病的存在、诊断和治疗。老年糖尿病患者心、脑血管并发症多,老龄相关的多器官功能损害常见。

老年人糖尿病前期患者的大血管并发症显著增加。老年人的血糖监测易于在家中进行,因此对于处于糖尿病前期的老年人开展有效的前期血糖干预,具有重要的社会意义。

中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会老年糖尿病前期干预专业学组根据中国老年人糖尿病前期流行状况、危险因素,特制定此老年人糖尿病前期专家共识。

1. 老年人糖尿病前期的特点

1.1 老年人糖尿病前期概念 老年糖尿病绝大多数(可达 95%) 属于 2 型糖尿病,老年人糖尿病前期是指年龄在 60 岁以上的糖耐量减低或者空腹血糖受损患者。IGT/IFG 是正常老年人与老年人 T2DM 之间的过渡状态,胰岛素抵抗是其最重要的发病机制。

1.2 老年人糖尿病前期主要临床表现 餐后或空腹血糖升高:餐后血糖在 7.8 ~ 11.1mmol/L 之间(即糖耐量减低);空腹血糖在 6.1 ~ 7.0mmol/L 之间(即空腹血糖受损)。

1.3 老年人的糖尿病前期特点 IGT/IFG 也具有可逆性,若不加干预会发展为临床老年人糖尿病,易并发心、血管、肾、视网膜等多系统并发症,危害极大。

2. 老年人糖尿病前期危险因素

老年人糖尿病前期的病因尚不清楚,除年龄外,并没有仅见于老年人的糖尿病前期发病危险因素。老年糖尿病大多是在基因遗传基础上,各种后天环境因素共同累积的结果。老

2. 达比加群酯

理由:年龄 ≥ 75 岁个体出血的风险比用华法林更高;CrCl < 30ml/min 的个体缺少有效性和安全性的证据。

用药推荐:年龄 ≥ 75 岁或 CrCl < 30ml/min 者慎用。证据质量:中。推荐强度:弱。

3. 普拉格雷

理由:老年人出血的风险更大,高风险(患心梗或糖尿病)老年人用药的风险抵消效益。

用药推荐:年龄 ≥ 75 岁。证据质量:中。推荐强度:弱。

4. 抗精神病药物

卡马西平 卡铂顺铂 米氮平 5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 三环类抗抑郁药 长春新碱

理由:可恶化或引起抗利尿激素分泌不当综合征或低钠

血症,老年人初始或改变剂量时由于增加副作用风险需密切监测血钠水平。

用药推荐:慎用。证据质量:中。推荐强度:强。

5. 血管扩张剂

理由:可能加剧晕厥病史者的晕厥发作。

用药推荐:慎用。证据质量:中。推荐强度:弱。

注:缩略语:CNS = 中枢神经系统;COX = 环氧合酶;CrCl = 肌酐清除率;GI = 胃肠道;NSAID = 非甾体抗炎药;TCA = 三环类抗抑郁药。

编写专家组成员(单位):杨泽(国家卫生健康委员会北京老年医学研究所,国家老年医学中心,国家老年医学临床研究中心,北京医院,《中国老年保健医学》杂志社)、隋小芳(佳木斯大学附属医院)、胡才友(广西壮族自治区江滨医院)、靳洪涛(中国医学科学院药物研究所)、陈崢(北京老年医院)、丘小霞(广西壮族自治区妇幼保健院)、王凤玲(佳木斯大学附属医院)、鲍文华(佳木斯大学附属医院)、陈福军(佳木斯大学附属医院) 收稿日期:2018-3-30