

精神藥物減藥計畫於失智症激動症狀之治療

楊焯翔^{1,2} 黃宗正^{1,3}

摘要：失智症病人高達 9 成會出現行為問題，激動症狀是最常見的行為症狀，這些症狀不僅造成病人及照顧者困擾，還會加速認知及生活功能退步，使病人更早住進機構，增加死亡的風險。可惜，激動症狀的藥物治療常伴隨各種不良反應，因此歐美各國都提醒醫師謹慎處方抗精神病劑，但減少抗精神病劑，替代的處方藥物可能會隨之增加。近年各國在護理之家嘗試減少使用精神作用藥品，不同的介入模式結果也不盡相同。有較多證據支持，比起單純的藥物回顧，採用以個人為中心的多種非藥物治療方法效果會更好。本文將回顧上述議題，再依據最新的證據與指引提出建議，期盼對臨床照顧有所助益。

關鍵詞：失智症，激動，抗精神病劑，精神作用藥品，以個人為中心的照顧，非藥物治療

(台灣醫學 Formosan J Med 2024;28:239-46) DOI:10.6320/FJM.202403_28(2).0013

前言

根據統計，失智症病人有高達 9 成會在病程出現各種行為症狀 (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)，又稱為神經精神症狀 (neuropsychiatric symptoms)，當中最常見的是激動行為。這些症狀會對病人和照顧者帶來有害的影響，若未妥善處理，可能加速認知功能和日常生活功能的退化，讓病人更早住進機構，增加死亡的風險[1]。

臨床上治療失智症激動行為的精神作用藥物，經常伴隨各種不良反應。其中，抗精神病劑使用 6 至 12 週，就可能導致過度鎮靜、運動障礙、跌倒、骨折、呼吸道感染等問題，還有 2 到 4 倍的風險會加速認知功能的退化，發生中風或血栓的風險上升逾 3 倍，死亡風險上升超過 1.5 倍[2]。其他精神作用藥品，還包括苯二氮平類 (benzodiazepines) 和 Z 開頭的鎮靜安眠藥 (z-drug)、抗癲癇藥 (如：valproic acid) 和抗憂鬱劑 (如：trazodone, citalopram)[1]。

考量病人安全，美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration) 和歐洲藥品管理局 (European Medicine Agency) 都發布警示，提醒醫師面對失智症病人，處方抗精神病劑須更加謹慎。然

而，有證據顯示，為了減少抗精神病劑，臨床醫師可能處方更多作為替代的其他精神作用藥品[3]。2000 年起，許多國家陸續展開大型研究，試圖在護理之家減少處方精神作用藥品，這些研究各自採取不同組合的介入模式，結果不盡相同。

本文作者於 PubMed 資料庫，運用布林邏輯，輸入關鍵詞「失智症 (dementia)」和「激動 (agitation)、行為症狀 (behavioral and psychological symptom) 或神經精神症狀 (neuropsychiatric symptom)」和「抗精神病劑 (antipsychotic, neuroleptic)」和「減量 (reduce, reducing, reduction) 或減少處方 (deprescribe, deprescribing, deprescription)」，尋找以失智症病人為對象，減少抗精神病劑為主要介入，以抗精神病劑減量程度為監測指標的臨床試驗，2005 年初至 2020 年底之間刊登的英文文獻，找出 250 篇文章，實際內容有 13 項研究案符合前述研究方法，從中找出確實執行以個人為中心的照顧 (person-centered care) 之研究 5 篇，另有 1 篇僅進行藥物回顧之研究作為對比，合計 6 篇文章作為本文探討的主軸 (表一)。從這些實證研究能發展出可行的策略供醫療團隊參考，以下依發表時序說明各研究的主要發現，並藉文獻回顧總結出可行之評估與介入方法。

¹ 國立臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部，² 國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院精神醫學科，³ 國立臺灣大學醫學院精神科

受文日期：2023 年 7 月 3 日

接受日期：2023 年 10 月 20 日

通訊作者聯絡處：黃宗正，臺大醫院精神醫學部，臺北市中正區中山南路 7 號。E-mail: tjhwang@ntu.edu.tw

表一：各國的減藥計畫比較表

研究案	FITS	WHELD	HALT	OPUS-AP	CHROME
參考文獻	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
國別	英國	英國	澳洲	加拿大	西班牙
發表年度	2006	2016	2018	2020	2020
研究設計	以機構為單位 隨機分配	以機構為單位 隨機分配	無對照組的單 組試驗	無對照組的單組試 驗	無對照組的單 組試驗
收案機構數	12	16	23	24	1
收案人數	346	277	139	464	288
受試者診斷	失智症	失智症	99%失智症	失智症	77%失智症
追蹤期間	12 個月	9 個月	12 個月	9 個月	24 個月
多職類合作	是	是	是	是	是
藥物回顧	是	是	是	是	是
以個人為中心 的照顧	是	是	是	是	是
抗精神病劑處 方盛行率	減少 53%	減少 50%	減少 90%	減少 34%	減少 56%
苯二氮平類處 方盛行率	未獨立監測	未監測	無顯著差異	有下降趨勢 ($p = 0.1$)	減少 75%
其他精神作用 藥物處方	無顯著差異	未監測	無顯著差異	無顯著差異	無顯著差異
激動症狀的嚴 重度變化	無顯著差異	有顯著降低	無顯著差異	抗精神病劑完全停 用者有顯著降低	未監測
跌倒發生率	無顯著差異	未監測	無顯著差異	無顯著差異	有顯著降低
物理約束率	未監測	未監測	未監測	未監測	有顯著降低
住院率	未監測	未監測	無顯著差異	未監測	未監測
死亡率	未監測	有顯著降低	未監測	有顯著降低	未監測

英國的減藥計畫

2006 年，英國學者發表重點式介入訓練與支持計畫(focused intervention training and support, FITS)[4]，以失智症護理之家為單位進行隨機分配試驗的研究結果。對照組採常規照顧，實驗組邀請醫師、護理師、心理師、職能治療師合作，加強訓練以個人為中心的照顧以減少住民的激動行為，並建立抗精神病劑的減量步驟，由研究人員定時提供建議，幫助團隊有計劃的減藥。

其中，以個人為中心的照顧，專指照護人員經過訓練，基於「認可、尊重和信任」的價值觀，將失智症病人視為一個人(personhood)，理解他們各有獨立的人格，疾病也會導致他們在照護上各有獨

特的需求，據以加強實證有效的非藥物治療技巧，給予完善的照顧。研究當時採用的非藥物治療技巧包括：進行完整的身體檢查以確認造成疼痛和其他不適的身體問題，注重照護環境的空間設計，辨認事件發生之前人、事、時、地、物對行為的影響(antecedent behavior consequence models, ABCs)，培養主動聆聽(active listening)和溝通的能力，積極擬定個別化的治療計畫(positive care planning)，運用音樂、影片、一對一的人際互動、懷舊療法等技巧提供適度的感官刺激，並邀請家庭照顧者一起參與等等。

經過 1 年，實驗組住民服用抗精神病劑處方的盛行率由 47%降至 23%，相當於減少原服藥人數的 53%，對照組的抗精神病劑處方盛行率由 50%

降至 42%，相當於減少原服藥人數的 16%。其他精神作用藥品處方盛行率，實驗組為 57%，對照組為 63%，兩組間無顯著差異($p = 0.56$)，顯示抗精神病劑的減少並非全數由其他藥品取代。而根據柯恩—曼斯菲爾德激動行為量表 (Cohen-Mansfield agitation inventory, CMAI)，住民的激動程度在兩組間未達顯著差異，此外，在跌倒發生率、生活品質指標(如：白天花費在睡眠與退縮行為的人數比例)，兩組間亦無顯著差異。

同一組研究人員，為了得知哪些特定介入方法的組合，最能有效減少抗精神病劑的使用，以失智病人福祉與健康提升計畫(well-being and health for people with dementia, WHELD)[5]，再次進行以護理之家為單位的多變項隨機分派試驗。收案的 16 間護理之家，全數採取團隊合作，加強以個人為中心的非藥物治療技巧，再依據有無邀請家屬和志工加強社交互動，有無依照個人體能安排運動療程，以及有無定期檢視藥物處方，比較 8 種組合對於藥物減量的效果，但此次實驗並未監測其他藥品處方盛行率的變化。

結果顯示，原有 18%的住民已連續服用抗精神病劑 3 個月以上，符合減藥條件。依照步驟檢視藥物的組別，有半數住民能減少劑量或完全停藥，沒有加強檢視藥物的組別，甚至有更多的病人開始服用抗精神病劑。以死亡作為結果來看，同時評估藥物又加強社交互動的護理之家死亡率為 19%；只進行藥物回顧，但沒有加強社交互動的組別，死亡率為 28%；而沒有進行藥物回顧，也未加強社交互動的分組，死亡率達 35%；死亡率最高與最低的兩組之間有統計上顯著的差異($p < 0.001$)。

若以神經精神症狀評估量表(neuropsychiatric inventory, NPI)得分做比較，有運動的組別行為症狀的分數有顯著改善，同時加強社交互動與檢視藥物的組別行為症狀也有改善，然而，只加強社交互動，或只強調藥物回顧的組別，行為症狀都沒有顯著改善。

綜觀英國的研究經驗，治療失智症的激動症狀，要減少藥物的使用，可能的策略有：第一，須團隊合作；第二，須加強訓練以個人為中心的非藥物治療技巧；第三，若能同時加強社交互動和運動，效果可能會更好。

澳洲的減藥計畫

澳洲的團隊在雪梨都會區進行長期照顧機構停用抗精神病劑的研究(halting antipsychotic use in long term care, HALT)[6]。此研究是沒有對照組的臨床實驗，採取團隊合作，提供照顧團隊 3 天的教育訓練工作坊和相關主題的繼續教育課程，持續指導團隊成員運用以個人為中心的非藥物治療方法來預防、辨識、減少和處理激動行為，並持續評估藥物處方的適當性。

經過 1 年追蹤，高達 9 成病人大幅減少抗精神病藥物劑量，8 成可以停藥，大部分在頭 3 個月停藥，停藥的病人平均維持 11 個月不再使用抗精神病劑。替代藥物如苯二氮平常規處方盛行率並未增加，需要時使用(pro re nata, PRN)的苯二氮平類處方盛行率有少量增加，進一步分析則發現增加用量的人數在研究中任何時刻都低於受試者總數 3 分之 1，且與抗精神病劑的減量無直接的關聯($p = 0.53$)。此外，整體行為問題、激動症狀沒有惡化，跌倒發生率和住院率都未呈現顯著差異，只有少數病人需再次使用抗精神病劑。

從澳洲的研究可以推知：第一，治療失智症激動行為的抗精神病劑，可以在特定條件下減量；第二，併用非藥物治療的照顧技巧可能有助於減藥和維持減藥的效果。

加拿大的減藥計畫

魁北克衛生暨社會服務部發起針對抗精神病劑優化長期照顧機構執業、使用、照顧和服務之研究案(optimizing practices, use, care and services-antipsychotics in long-term care centers, OPUS-AP)[7]。這項沒有對照組的前瞻試驗，以機構中符合失智症且服用抗精神病劑的住民為主要對象，同時加強 3 種介入方式：第一，以住民為中心的照顧，第二，失智症行為症狀的非藥物治療，第三，系統性回顧抗精神病劑處方以減少非適應症使用。

實驗安排醫師、護理師、藥師、管理人員參加訓練工作坊，提倡多職類合作，鼓勵和住民及家屬合作，以團隊為單位探討促進與阻礙 3 種介入方式施行的因素，審視住民個別化的治療計畫，還有家

庭醫學科、老年精神科醫師、省政府督導提供團隊支持，安排電話訪談和現場訪視。過程中，優先為症狀較輕微且不再有適應症的住民減藥，再擴及症狀嚴重的住民，每 3 個月紀錄 1 次藥物處方，激動症狀，以及跌倒事件。

經過 9 個月，仍在機構的住民中，抗精神病劑原處方人數的 34% 可以完全停用，21% 減少劑量。停藥者激動程度有顯著下降 ($p < 0.01$)，減量和未減量者的激動程度無顯著變化。而抗精神病劑減量或停用者，苯二氮平約有 7 至 8 成的住民維持處方，其餘 2 至 3 成，停藥者比新開立處方者多，抗憂鬱劑、抗癲癇藥、抗組織胺、鴉片病劑的條件可能包含：第一，團隊合作；第二，以個人為中心的非藥物治療。

西班牙的減藥計畫

西班牙有一所基金會經營的護理之家，進行避免使用化學約束的方法學研究 (chemical restraints avoidance methodology, CHROME)[8]。這是沒有對照組的臨床試驗，基金會任用比法定標準更充裕的醫事人員，部分管理人員由心理師擔任，因此機構政策支持非藥物治療，並嘗試將可能有藥的藥物治療做適當規範。在設計研究階段，他們邀集精神醫學、神經醫學、老年醫學、心理學、藥學等領域專家以及法務人員、管理人員形成專家小組，制定研究細節，包括：定義 6 類精神症狀(焦慮、睡眠障礙、憂鬱、衝動行為、精神病症狀、躁期類症狀)，並定義化學性約束(任何非針對 6 類精神症狀所給予的處方或任何僅出於方便機構照顧與管理的處方)。

該計畫為期 2 年的介入，採取團隊合作，加強以個人為中心的非藥物治療，定期檢視處方以嘗試減藥，並且定期安排教育訓練。訓練對象包含 200 多位受僱者，包含醫護人員、高階管理人員、護佐與維修人員。訓練目的在於以非藥物治療為主，以藥物治療為輔，預防和治療失智症的行為症狀，減少物理性和化學性約束，建立對失智症友善的照顧環境，作為全體專業人員的共同目標。

此研究的早期報告曾說明以個人為中心的照顧，若採用越多種(components)非藥物介入方法，

在臨床各面向就能帶來更多好處，而且特定非藥物治療經常與特定臨床面向的改善有密切關連，甚至可以應用心理社會層面的介入來調整照護體系內部成員的照顧行為。因此，該研究特別考慮住民的行為、感知、跌倒風險、營養、照護倫理、失智症相關知識、藥物、住民的親屬、照護環境、建築設計等多種面向，針對各個面向設計並實施多種以個人為中心的介入方法。

經過 2 年追蹤，整體住民平均使用藥物種類從 8.3 種降至 5.6 種，以特定種類藥物處方人數來看，典型抗精神病劑從 5.8% 降至 1.9%，非典型抗精神病劑從 42.7% 降至 18.7%，助眠藥從 47.7% 降至 12.1%，長效苯二氮平類藥物從 25.2% 降至 6.5%，其中除了典型抗精神病劑，另三類處方人數變化都達到統計上顯著的差異 ($p < 0.001$)，抗憂鬱劑、抗癲癇藥物處方人數則無顯著差異。若以每年、每 100 人監測相關不良反應，跌倒次數由 67.3 次降為 32.7 次，急診使用次數由 20.6 次降為 7.5 次。雖然此研究並未以量表呈現激動程度的變化，但是透過圖表呈現精神病症狀、衝動行為、躁期類症狀、睡眠障礙的盛行率均有下降趨勢，需要物理約束的人數有顯著減少 ($p < 0.001$)。

由西班牙的研究經驗可知：第一，要減少用於失智症行為症狀的藥物處方，除了嚴謹的對症下藥，可能還要合併運用以個人為中心的照顧；第二，可能需要適當的機構文化來支持以個人為中心的照顧和非藥物治療；第三，以個人為中心的照顧，須從病人的角度考慮各個面向，給予多樣化的介入方能帶來更好的成效。

荷蘭的減藥計畫

雖然許多國家的研究都很成功，在荷蘭進行的護理之家失智病人優化抗精神病劑處方計畫 (prescription optimization of psychotropic drugs in elderly nuRsing home patients with dementia, PROPER)[9]，結果卻不理想。這是一場以病房為單位的隨機分配試驗，實驗組在既有的照顧模式中，加強檢視藥物處方的各種策略，對照組則僅提供既有的照顧模式，但不額外審查藥物處方。儘管藥物回顧的步驟與時程相當嚴謹，實驗組的整體用藥量不減

反增，對照組卻有減少的趨勢。若將處方藥品分為抗精神病劑、抗憂鬱劑、助眠劑、抗焦慮劑，在實驗前後，4類藥品處方盛行率變化都未達顯著差異，2種行為症狀量表的得分也未達顯著差異，主要的原因可能是沒有加強以個人為中心的非藥物治療。

國際老年精神醫學期刊的編輯評論，過去已知單純回顧藥物的效果既不好又不持久；荷蘭的研究在一開始兩組病人失智症種類和嚴重度的比例並不平均，可能影響症狀量表的得分和減藥的成效；此外，沒有考慮到參與研究的組織文化是否支持非藥物的介入，教育訓練和資源是否足夠，醫事人員是否感受到照顧的壓力而被迫開藥，都可能是荷蘭研究的限制[3]。

綜合以上各國幾項大型研究可以得知，要有效幫助失智症病人減少抗精神病藥物，單純檢視藥物處方並不足夠，可能還要採取多種策略併行：第一，須由醫護團隊各專業人員合作；第二，須加強以個人為中心的非藥物治療[1](表一)。

以個人為中心照護的限制與挑戰

美國老年醫學會也認為以個人為中心的照顧是一種理想，卻不免要面對許多現實問題。例如：目前還沒有明確的指引協助臨床人員設定目標，定義個人偏好與價值觀，作為有效量化和評估成效的方法，臨床醫師也習慣主導治療決策，較少和病人與家屬共同討論。更實際的問題在於醫師的工作量太多，政策和保險給付也有許多限制和不足，臨床人員、病人和照顧者也擔心減藥會導致症狀惡化。換言之，在人力、給付、時間受限，且難以放心的情況下，很難有效推動減藥計畫。除此之外，民眾尚不習慣在失能之前預立醫療決策，決定自己想要接受何種照顧；從急性住院轉銜到長期照顧體系之間所需的費用來源，還有不同醫療體系和機構之間病歷紀錄的流通也有各自的阻礙[10]。這些現實的考量也是台灣醫療體系面臨的挑戰。

傳染病流行對於激動行為與藥物處方的影響

嚴重特殊傳染性肺炎(coronavirus disease 2019,

COVID-19)全球大流行超過4年，前述的英國研究團隊又發現，整體而言，護理之家使用抗精神病劑的人數比例從18%上升至32%($p < 0.0001$)。儘管和疫情之前的數據相比，疫情期間住民的平均年齡、性別比例，以及失智症的嚴重度分佈相似，妄想(20.3%)、幻覺(15.3%)、激動(46.6%)症狀的盛行率也相似，但若依疫情期間抗精神病劑處方人數，將護理之家分為低(0~14%)、中(14~36%)、高(> 36%)使用量3組，用量最高的組別，處方人數的中位數高達59%，這些高使用量的護理之家，住民的激動程度有統計上顯著的增加。

顯示疫情期間，受限於人力縮減和隔離管制措施，讓非藥物治療難以進行，許多機構都備感艱辛。也許透過數位科技的資料傳輸、視訊會議，提供更多教育訓練與支援，能減輕部分臨床人員的負擔，但如何協助抗精神病劑處方最多、總數達3分之1的護理之家，讓處方使用量恢復疫情前的水準，仍是一大挑戰[11]。

專業學會與統合分析的建議

國際老年精神醫學會(International Psychogeriatric Association, IPA)於2023年發表文章指出，失智症行為症狀中，激動是最常見的表現之一。文章藉由文獻回顧，建議臨床人員在給予治療之前，持續評估(investigate)、計畫(plan)與執行(act)，作為一種循環式的處置流程(IPA algorithm)，用來減少與預防激動行為。這個流程適用於藥物治療與非藥物治療，希望在每次出現激動行為時，幫助團隊分析行為發生前的時空脈絡(antecedent)，行為(behavior)的樣態，以及行為帶來的結果(consequence)，根據這種評估模式(ABC approach)，調整治療策略，找到最有效的介入方法，訂定可接受的方案，並依據環境限制採用務實的策略，減少激動行為至可接受的程度，而不是設定過度理想卻難以執行的目標。如果非藥物治療效果不夠好，建議自始至終都要持續給予非藥物治療，並在必要時才合併使用藥物治療，而不是放棄非藥物治療，只給予藥物治療[12]。

還有學者進行網路統合分析(network meta-analysis)，針對失智症的激動行為，比較各種治療

的成效，利用累加排名曲線下的面積(surface under the cumulative ranking curve, SUCRA)進行排序，藉此計算出每一種治療選項，可能最有效的機率值。結果發現，有幾種非藥物治療方法的療效比常用的抗精神病劑效果更好。其中最可能有效的是多職類團隊合作的照顧計畫，音樂治療合併按摩與接觸治療，單純的按摩與接觸治療[13]。其所引用的文獻指出，僅需播放 10 分鐘當事人偏好的音樂種類，同時給予雙手各 5 分鐘的局部按摩，激動量表得分即有顯著的降低。

另有學者指出，理想的治療情境是尊重失智症病人的個別差異，藉由認識他們過往的喜好，或觀察播放音樂後的反應，選擇適當的音樂種類，因為在不同情境下，音樂對人的情緒和行為可能帶來正面或負面的雙重影響，因此選擇音樂種類的過程可能較為複雜。對於多數人而言，相對低頻、和緩的大自然聲音(例如：風聲、鳥鳴)具備改善情緒和加強安全感的特性，通常較能帶來平靜的效果，可以應用於失智症病人[14]。

若想設計個別化的音樂療程，可針對早、中、晚不同活動，測試不同音樂的效果。一般而言，從個案 10 至 20 歲時期喜歡的音樂去尋找，是一個好方法。就現實條件來說，前述幾種非藥物治療相對容易執行，例如：約翰霍普金斯大學醫院的 Paul B. Rosenberg 醫師曾經在國際會議中報告，在急診為激動的失智症病人給予按摩和接觸療程是有效的。

給居家照顧的簡單建議

若要在家照顧失智症病人，建議家屬或照顧者參考護理之家的做法，採取多面向的方法來照顧病人，並定期追蹤病人反應。這些方法包括：學習溝通技巧，觀察會引起病人愉悅或激動的情境及相關因素，藉此調整環境佈置、安排適當的活動。其中，戶外活動、有氧運動、按摩與輕觸、按摩搭配音樂較有效，此外，也要指導照顧者學習自我照顧，提供相關網站或服務電話，讓照顧者可以獲得足夠的資訊和支援[12]。

總結

根據歷年的研究報告，未來治療失智症的激動

行為，若想達到更好的成效，具體而言有幾項建議提供臨床人員參考。首先，應評估激動行為發生的前因後果(ABC approach)，循環式的依據評估(investigate)、計畫(plan)與執行(act)進行治療處置(IPA algorithm)。第二，在非藥物治療方面，建議在團隊合作下提供多面向的照顧。然而完整的非藥物治療的經濟成本較高，醫療團隊或照顧者與家屬都較難全面執行理想中複雜的非藥物治療。

雖然如此，我們依然可以依照情境的限制，加入容易執行的按摩與接觸治療，或簡短的按摩搭配音樂治療。例如：在機構或居家環境中，照顧者或家屬在每日忙碌的行程後，只要為失智症病人播放一段時間大自然的聲音，給予 10 分鐘簡易的肢體按摩，按摩時同時與長輩聊一聊，就可能有效減少激動行為。第三，在藥物治療方面，如果行為症狀無法只用非藥物治療改善，建議只在症狀嚴重、有危險性、或造成病人顯著困擾的情況下，考慮處方抗精神病劑。處方應從低劑量開始，使用最低有效劑量。如果藥物治療沒有效果，4 週之後就應停止使用，如果有效，建議使用期間不超過 12 週，並在嘗試減藥的過程，記得搭配以個人為中心的非藥物治療。

聲明

本研究之利益衝突：無。知情同意：無。受試者權益：無人體或動物實驗。

參考文獻

1. Ballard C, Corbett A. Reducing psychotropic drug use in people with dementia living in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2020;32:291-4.
2. Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, et al. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: Controversies and possible solutions. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:532-40.
3. Jeon YH, Sawan M, Simpson J, et al. What is more important, the appropriateness or the rate of psychotropic prescription in aged care homes? *Int Psychogeriatr* 2021;33:539-42.

4. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: Cluster randomised trial. *BMJ* 2006;332:756-61.
5. Ballard C, Orrell M, YongZhong S, et al. Impact of antipsychotic review and nonpharmacological intervention on antipsychotic use, neuropsychiatric symptoms, and mortality in people with dementia living in nursing homes: A factorial cluster-randomized controlled trial by the well-being and health for people with dementia (WHELD) program. *Am J Psychiatry* 2016;173:252-62.
6. Brodaty H, Aerts L, Harrison F, et al: Antipsychotic deprescription for older adults in long-term care: The HALT study. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19:592-600.e7.
7. Cossette B, Bruneau MA, Couturier Y, et al. Optimizing practices, use, care and services-antipsychotics (OPUS-AP) in long-term care centers in Québec, Canada: A strategy for best practices. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21:212-9.
8. Muñoz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, et al. The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2020;32:315-24.
9. Smeets CHW, Smalbrugge M, Koopmans R, et al. Can the PROPER intervention reduce psychotropic drug prescription in nursing home residents with dementia? Results of a cluster-randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2021;33:577-86.
10. American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:15-8.
11. McDermid J, Ballard C, Khan Z, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on neuropsychiatric symptoms and antipsychotic prescribing for people with dementia in nursing home settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2023;38:e5878.
12. Cummings J, Sano M, Auer S, et al. Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: An international psychogeriatric association consensus algorithm. *Int Psychogeriatr* 2023 Mar 6:1-12.
13. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, et al. Comparative efficacy of interventions for aggressive and agitated behaviors in dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med* 2019;171:633-42.
14. Devos P, Aletta F, Thomas P, et al. Designing supportive soundscapes for nursing home residents with dementia. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:4904.

Psychotropic Medications Reduction Programs for Managing Agitation in Dementia

Cho-Hsiang Yang^{1,2}, Tzung-Jeng Hwang^{1,3}

Abstract: Up to 90% of patients with dementia have behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), and agitation is the most common among these behavioral disturbances. These symptoms have detrimental effects on patients with dementia and their caregivers. If not managed well, these neuropsychiatric symptoms may lead to accelerated cognitive and functional decline, early institutionalization, or increased mortality. Unfortunately, many psychotropic medications for treating agitation are associated with adverse events. Out of safety concerns, the US Food and Drug Administration and the European Medicines Agency issued warnings on antipsychotic prescriptions for dementia. However, some evidence showed that, while antipsychotic use might be reduced, alternative psychotropic prescriptions might increase. Aged care homes around the world have conducted studies aiming to decrease psychotropic prescriptions in recent years. These studies adopted different intervention components, and the outcomes were not identical. For example, more evidence supports that multi-component approaches achieved better results than medication review interventions alone could. In this article, we will review these issues and make suggestions based on the latest evidence and guidelines for clinicians to consider in daily practice.

Key Words: dementia, agitation, antipsychotic, psychotropic, person-centered care, non-pharmacological intervention

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2024;28:239-46) DOI:10.6320/FJM.202403_28(2).0013

¹Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital; ²Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital Bei-Hu Branch; ³Department of Psychiatry, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

Received: July 3, 2023

Accepted: October 20, 2023

Address correspondence to: Tzung-Jeng Hwang, Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital. No. 7, Chung Shan South Road, Taipei, Taiwan. E-mail: tjhwang@ntu.edu.tw