

应对全球日益严重的痴呆负担的宣言

由国际医学科学院组织各成员单位共同签署

简介

在过去的几十年中，全世界 65 岁及以上的人口比例有所增长，这一趋势还将持续下去。高龄是痴呆的最大已知危险因素^{1,2}。如果年龄标化患病率没有变化，预计到 2050 年，全球老年痴呆患者人数将增加近 3 倍^{3,4}。据估计，到 2050 年，痴呆患者人数将从 4750 万人增加到 1.355 亿人，其中大多数患者为生活在低收入和中等收入国家的人群²。除了痴呆患者的个人成本之外，这些增长的患者人数还将带来经济负担的增长。2015 年，全球痴呆的治疗估计需 818 亿美元，预计到 2018 年，将达到 1 万亿美元⁵。

世界卫生组织 (WHO) 目前已将痴呆列为公共卫生优先事项^{6,7}。为了应对这一挑战，在 2013 年英国担任 G8 轮值主席国期间，包括经济合作与发展组织 (经合组织)⁸、国际阿尔茨海默氏症协会 (ADI) 和世界痴呆理事会在内的诸多机构共同发起了一系列全球行动⁹。

痴呆概况

痴呆是认知能力的后天性、持续性和典型的进行性衰退症状，影响学习和记忆、语言和/或推理，严重到足以影响日常活动中的独立生活能力。随着年龄的增长，这种病症变得更为常见。除了认知功能障碍外，痴呆常常还与神经精神损害症状有关，如兴奋、精神病性症状、睡眠障碍、抑郁、焦虑和淡漠¹⁰。痴呆可能由多种病症单独或综合形成^{11,12}。对于很多人来说，痴呆是由于神经退行性过程造成的，这

是一系列导致神经元进行性退化和/或死亡的虚弱症状的总称⁵。阿尔茨海默氏症是痴呆最常见的神经退行性病因，目前无法治愈。一系列的脑部疾病往往是痴呆的基础致因，许多人表现出与阿尔茨海默氏症和脑血管疾病一致的病症变化^{13, 14}。痴呆通常是一种慢性进行性疾病，并且往往在症状出现多年后才进行诊断¹⁵。

与血管疾病（中风、心脏病）有关的危险因素和情况（如吸烟或糖尿病），也被认为与痴呆有关^{16, 17}。脆弱性本身是痴呆的一个相当大的风险因素¹⁸。同样，帕金森病与痴呆的形成密切相关¹⁹。大多数老年痴呆患者的大脑中都有混合的病理学特征^{11, 12, 20, 21}。

尽管很多国家的较年轻人群（60岁以下）很少患有痴呆，但在艾滋病病毒流行率较高的国家情况可能并非如此。艾滋病病毒疫情集中在低收入国家的年轻人身上，特别是在撒哈拉以南非洲地区，该地区的年轻人随后患痴呆的可能性更大²²。

女性患痴呆的风险更大，并且一旦女性发病后带病生存时间更长²³。女性还为痴呆患者提供大部分（无偿）日常照顾。

虽然，目前还没有能够治疗导致痴呆的神经退行性疾病的方法，但新兴研究表明，某些生活方式因素（例如参与体育活动、调理血压、选择认知训练形式）即使无法预防，也能起到延缓发作的作用²⁴⁻²⁷。人群研究表明还存在其他的相关危险和保护因素，需要进一步研究来评估这些危险和保护因素作为初级预防干预措施的潜力^{28, 29}。迄今为止，在开发有效药理治疗方案方面的进展不尽如人意³⁰⁻³²，由不同世代队列人群以及不同人群痴呆综合征的致因³³仍需要更深入地研究。

研究的关键领域之一是改善和宣传针对痴呆患者的照顾工作，包括给予患者同情和适当的临终关怀³⁴⁻³⁷。社区高度接纳和包容痴呆患者，越来越被认为是提高患者生活质量和减缓病情的重要因素^{7, 38}。患者及其家属的需求随着疾病的恶化而变化，有必要为不同阶段的患者提供结构化的支持和治疗。

行动倡议

由于存在这些问题，需要进行广泛的磋商来制定一项全面的国际战略以应对痴呆的挑战，然后长期实施一系列全面、综合和响应性的行动。大多数举措都是以国家为基础开展的，但是为了解决痴呆的其他国际合作也是有益的。国家层面的各项举措通常会有着类似的高层次目标和原则来应对这一全球健康问题。我们呼吁同一区域有资源的国家建立网络来支持与其具有相似情形的其他国家开展对痴呆的治疗。

行动的目标和原则应包括以下多个领域：

- 提高公众意识 - 对社会大众进行关于痴呆的教育，教育大众如何保持大脑健康，解决这一健康挑战的重要性，以及社会如何接纳痴呆患者以发挥他们的剩余能力；
- 支持研究，以探索和实施延迟、预防、减缓、治疗、改善并最终治愈引起痴呆常见病因的有效方法（包括药理学和非药理学方法）；
- 投资国家医疗保健系统 - 这将需要培训足够数量和多样的医疗机构，并建立必要的基础设施，以确保在疾病的各个阶段为患有痴呆的老年人及其照顾者提供及时、合格的以人为本的医疗服务。

我们的行动倡议旨在发展以公共健康为导向的方法，它同时也将是基于科学实例证实的。最终，这些行动举措中应包括对每一类人群进行清晰评估流程，确定他们进行一级预防（初级预防）、二级预防（早期检测后进行有效治疗，公认在此阶段进行治疗更有效）和三级预防（通过各种治疗手段缓解痴呆及其后遗症，并对痴呆患者提供临终关怀）的可能性。

应对痴呆挑战的行动计划注意事项

在全球范围内应对痴呆挑战的行动计划，从政策到研究、到日常照顾再到社会包容方面，必须包括一系列协调一致的行动。这样的行动计划应该包括七大关键要素：

1 必须建立国家痴呆防治计划

自 2005 年以来，已有 29 个国家/地区启动了国家防治痴呆的计划。世界卫生组织正在制定一项关于痴呆防治的全球计划（<https://www.alz.co.uk/dementia-plans/global-plan>）^{6,7}，并且第一项关于美洲痴呆防治的地区计划由泛美卫生组织（PAHO）于 2015 年 10 月公布。（参见 ADI 网站 <https://www.alz.co.uk/dementia-plans>，查阅目前正在开展的国家计划清单以及目前未开展国家计划的国家名单）。加拿大是唯一没有开展国家痴呆防治计划的 G7 国家³⁹。

每个国家都应该制定一项与其医疗目标相一致的国家计划，这些计划可以协调各项活动，酌情协调与国际计划保持一致，促进分享成功的地方举措，缩短已明确的差距，确保资源的有效利用，以及动员对包括日常照顾和研究在内的痴呆防治方面进行进一步投资。国家计划中

需要将痴呆做为公共卫生优先事项 ,并提高对这一严重的健康挑战难题的认识。

作为实现这些计划的第一步 ,我们建议有资源的国家应尽可能拟定全国痴呆状况报告。此类状况报告的内容应是广泛性的 ,包括关于所有痴呆类型、共患病症、危险因素、治疗方法和护理系统负担等方面的信息。

需要开展更多的研究来确定与痴呆有关的生命周期危险与保护因素的强度及相互作用。尽管如此 ,评估各人群的“暴露因素”、潜在危险和保护因素将是本报告的重要组成部分^{40, 41}。这些报告应该建立这些人群关键生命阶段脑部健康积极与消极特征的平衡因素^{42, 43}。其中将涵盖广泛的环境因素 ,如孕产妇健康、早期生命健康、感染、教育、接种疫苗 ,以及不良的暴露因素 ,如住房条件差、吸烟、饮食不良和接触有毒物质等。

应计划拟定一份 5 年期的后续报告 ,记录国家政策 (公众意识、风险因素、护理系统等) 的影响以及制定全国痴呆防治战略。

2 增大对国家痴呆研究计划的投资

不同国家的医疗研究投资差异很大。2016 年 ,美国对痴呆研究的投资为 9.36 亿美元 ,相当于人均 2.93 美元²³。相比之下 ,加拿大对痴呆研究的投入较小(不到美国人均投资额的四分之一)⁴⁴。总体而言 ,与癌症和心脏病等其他疾病的研究资助力度相比 ,发达国家没有充分投资痴呆研究 ,即使痴呆患者的护理费用估计高于其他疾病的护理费用^{45, 46}。据指出 ,加拿大拟将全国痴呆防治年度费用的 1% 引导到痴

呆研究计划方面(加拿大参议院 2016 年报告 ;ADI 和 WHO 报告[2016]⁶)。每个国家需要精心分配和管理这笔额外投资。各国内部应该进行广泛的协调,以最大限度地利用研究资金。这些资金的分配和管理优先次序还必须考量痴呆患者及其照顾者、研究机构和从业人员。

3 投资必须涵盖痴呆研究的各个方面

研究资金的分配应支持从生物医学调查到涉及临床问题、卫生系统和服务研究查询的各方面活动。此外,对影响人群健康的社会、文化和环境因素的研究也十分重要。投资应以国家研究能力为目标,支持知识转让,满足特殊人群(例如土著居民和生活在农村和偏远社区的居民⁴⁷⁻⁴⁹)的需求,调查痴呆状况中的性与性别差异,以及道德和社会的包容尺度^{50, 51}。

现在,利用临床、影像学和生物标志物方面的支持,可早期诊断各种形式的痴呆⁵²。早期诊断的优势和潜力是西方国家研究的重点⁵³⁻⁵⁷。现在,必须注意明确最佳的早期诊断方法,并确定将这些知识转化为医疗保健政策的风险和收益。

需要更多地关注痴呆的神经精神(行为和心理)症状,因为它们对生活质量、照顾者负担和机构化率具有很大的影响^{10, 58, 59, 60}。未来需要对痴呆神经精神症状的患病率、病因和治疗(包括随机对照试验)进行研究。

必须进行研究投资,以了解整个生命周期中哪些可变的生活方式因素组合会增大和减弱老年痴呆的风险^{26, 61}。痴呆并非全球范围内的一种均衡综合征。在不同的文化和社区中,相关风险因素的组合情况可

能有所不同。只有在对这些因素作最充分的了解后，才能够制定最有效的痴呆预防和公共卫生战略。

应该特别注重支持旨在确定痴呆患者及其照顾者实际需求的社会研究⁶²⁻⁶⁴。此类调查研究的一般目的是制定多方面的干预措施，包括环境、心理、医疗和社会支持。

4 应制定降低风险的策略

虽然仍然需要做出相当大的努力来充分了解各项风险的相互作用，但政府必须支持国家层面的降低风险策略和公众知情权策略，并支持卫生专业人员在促进健康大脑衰老方面的努力。目前的证据可以用于指导公共和健康专业人员采用正确的方法，减少能够引发所有痴呆类型的风险，推迟痴呆临床表现的出现，并优化日常职能，开展有意义的社会活动并承担相关角色。除了其他地区特定的危险因素之外，这种风险降低策略的重点还包括血管危险因素、肥胖、糖尿病、吸烟、高热量饮食、睡眠问题、文盲、头部创伤、营养不良和缺乏运动⁵。

个体层面的风险降低，必须辅之以基于实例的结构化的以及立法方面的举措，来支撑这些降低风险举措。禁烟立法、降低过度饮酒风险的策略、减少饮食中盐的摄入和降低头部受伤风险的立法只是政府为降低人群患痴呆而采取的风险降低策略中的一小部分举措。这种政府干预措施将缩小不平等性，因为这些措施对弱势群体有利。“2013-2020年全球非传染性疾病预防控制行动计划”侧重于其中的诸多因素⁶。

5 所需的从业人员必须进行调配和培训

应对越来越多痴呆患者需要大量的人力投入。需采取措施，确保所需

人员在其活动中得到培训和支持。需要一支训练有素、能够正确组合并有充足人数的员工队伍来满足这一新兴的人力需求。在每个国家，必须在地方和地区当局的积极参与下制定和实施国家人力计划。

只有在制定适当的基于实例证明的降低风险策略之后，才能培养出全面合格的从业人员。受过培训的人员最初将集中在老年人护理和医疗保健部门，但应对可变的风险（例如，有限的教育和幼儿营养），意味着需要将来对教师、营养师和其他专业人士进行投资。

6 确保痴呆患者融入社会生活

当患者诊断为痴呆时，不应该限制患者放弃她/他的社会角色和参与的权利。在可以与痴呆患者融洽生活的国家创造条件，包括确保公众对痴呆的复杂性有一定的认识，确保在生活中提供食宿（包括工作），以弥补患者不断减退的能力，并确保提供充足的保护，防止出现对痴呆患者的各种虐待行为，并且痴呆患者应享有的合法权利不应自动丧失。应鼓励学术机构与地方政府之间开展合作，以便评估和满足痴呆患者及其照顾者的所有需求。

7 所有人都能够享有痴呆预防和护理服务

无论其居住在何处，或者其身份如何，患有痴呆或有患痴呆风险的公民应该有途径能够享有最佳的预防方案、护理系统和生活环境^{49, 65-67}。

痴呆挑战的未来发展

再过数十年，痴呆将成为全球生活的一部分，患者人数将达到目前（2016年）至少两倍的水平。事实上，即使未来的科学研究可以提

供能够根除引起痴呆的脑部疾病的手段,许多人仍会已处于罹患痴呆的过程中。从现在研究可知,在痴呆的临床症状变得明显之前的数十年,能够导致痴呆的脑部疾病可能就已经存在。由于这个原因,整体解决方案的提出仍将需要很长一段时间。这也是国际医学科学院组织成员科学院倡议制定针对痴呆行动计划的原因所在,该项计划力求解决痴呆挑战的多方面的问题,并特别关注痴呆患者及其照顾者的健康问题。

参考文献

- 1 Prince M , Bryce R , Albanese E , Wimo A , Ribeiro W , Ferri CP. 《全球痴呆患病率 :系统评价和综合分析》. *Alzheimers Dement* 2013 ; 9 : 63-75。
- 2 Prince MJ , Albanese E , Guerchet M , Prina M. 《2014 年世界阿尔茨海默氏症报告 - 痴呆和风险降低 :对保护因素和可变因素的分析》, 2014 年。
- 3 CSHA. 《加拿大健康和老龄化研究 :加拿大阿尔茨海默氏症的危险因素》. *Neurology* 1994 ; 44 : 2073-2080。
- 4 Ferri CP , Prince M , Brayne C 等人. 《全球痴呆患病率 : 德尔福共识研究》. *Lancet* 2005 ; 366 : 2112-2117。
- 5 Winblad B , Amouyel P , Andrieu S 等人. 《击败阿尔茨海默氏症和其他痴呆 : 欧洲科学和社会的优先事项》. *Lancet Neurol* 2016 ; 15 : 455-532.
- 6(WHO). 《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》. 瑞士日内瓦 : 世界卫生组织 , 2013 年。
- 7 WHO. WHO 高龄友善城市和社区全球网络 , 2017 年。

- 8 OECD.《释放阿尔茨海默氏症和痴呆研究大数据的力量》:OECD出版社。
- 9 Prince M. 《世界阿尔茨海默氏症报告》, 《2016年:改善痴呆患者的医疗保健》.伦敦,英国:国际阿尔茨海默氏症协会,2016年。
- 10 Jeste DV, Meeks TW, Kim DS, Zubenko GS. 《DSM-V 研究议程:痴呆神经精神综合症的诊断类别和标准》. J Geriatr Psychiatry Neurol 2006; 19: 160-171。
- 11 Schneider JA, Arvanitakis Z, Leurgans SE, Bennett DA. 《或有的阿尔茨海默氏症和轻度认知功能障碍的神经病理学》. Ann Neurol 2009; 66: 200-208。
- 12 Schneider JA, Aggarwal NT, Barnes L, Boyle P, Bennett DA. 《社区与临床人群中老年痴呆患者的神经病理学研究》. J Alzheimers Dis 2009; 18: 691-701。
- 13 Hachinski V, Sposato LA. 《痴呆:混乱的诊断到可治疗的机制》, Brain 2013; 136: 2652-2654。
- 14 Hachinski V. 《应对痴呆的思维转变》. JAMA 2008;300:2172-2173.
- 15 Larson EB, Yaffe K, Langa KM. 《关于痴呆流行的新见解》. N Engl J Med 2013; 369: 2275-2277。
- 16 Black S, Iadecola C. 《血管性认知功能障碍:细小血管,大量损伤:简介》. Stroke 2009; 40: S38-39。
- 17 Smith E. 《血管性认知功能障碍》. Continuum (Minneapolis) 2016; 22: 490-509。
- 18 Song X, Mitnitski A, Rockwood K. 《年龄相关的身体亏损积累和晚年痴呆的风险》. Alzheimers Res Ther 2014; 6: 54。
- 19 Huber SJ, Shuttleworth EC, Freidenberg DL. 《阿尔茨海默氏症

与帕金森病所致痴呆之间的神经心理学差异》. Archives of Neurology 1989 ; 46 : 1287-1291。

20 Brayne C , Richardson K , Matthews FE 等人. 《来自剑桥城 75 岁以上人群队列研究 (CC75C) 中 80 岁以上脑供体痴呆的神经病理学相关性》. J Alzheimers Dis 2009 ; 18 : 645-658。

21 Richards M , Brayne C. 《阿尔茨海默氏症意味着什么?》 BMJ 2010 ; 341 : c4670。

22 de-Graft Aikens A , Sanuade , O.Anie , K. 《中低收入国家的老龄化和神经退行性疾病》. de-Graft Aikins 和 C. Agyemang (Eds) 编辑, 《低收入和中等收入国家的慢性非传染性疾病: 研究、干预和政策的综合作用》. 牛津: CABI 出版社, 2016 : 50-68。

23 阿尔茨海默氏症协会. 《2015 年阿尔茨海默氏症的事实和数据》. Alzheimer's&Dementia 2015 ; 11 : 332-384。

24 Richards M , Deary IJ. 《认知储备的生命周期方法: 认知老化与发展的模型?》 Ann Neurol 2005 ; 58 : 617-622。

25 Solomon A , Mangialasche F , Richard E 等人. 《阿尔茨海默氏症和痴呆的预防进展》. J Intern Med 2014 ; 275 : 229-250。

26 Norton S , Matthews FE , Barnes DE , Yaffe K , Brayne C. 《阿尔茨海默氏症初级预防潜能: 基于总体数据的分析》. Lancet Neurol 2014 ; 13 : 788-794.

27 Ngandu T , Lehtisalo J , Solomon A 等人. 《为期 2 年的饮食、运动、认知训练和血管风险监测与控制多域干预, 防止危险老年人群体 (FINGER) 认知功能衰退: 一项随机对照试验》. Lancet 2015。

28 Kivipelto M , Mangialasche F. 《阿尔茨海默氏症: 可在多大程度上预防阿尔茨海默氏症?》 Nat Rev Neurol 2014 ; 10 : 552-553。

29 Kivipelto M , Mangialasche F , Ngandu T. 《生活方式的改变可

- 以预防认知功能障碍吗?》Lancet Neurol 2017 ; 16 : 338-339.
- 30 Mangialasche F , Solomon A , Winblad B , Mecocci P , Kivipelto M. 《阿尔茨海默氏症 : 临床试验和药物研发》. Lancet Neurol 2010 ; 9 : 702-716.
- 31 Doody RS , Thomas RG , Farlow M 等人. 《茄尼醇单抗用于治疗轻度至中度阿尔茨海默氏症的 3 期试验》. N Engl J Med 2014 ;370 : 311-321。
- 32 Salloway S , Sperling R , Fox NC 等人. 《巴皮纽阻单抗用于治疗轻度至中度阿尔茨海默氏症的两项 3 期试验》. N Engl J Med 2014 ; 370 : 322-333。
- 33 Baumgart M , Snyder HM , Carrillo MC , Fazio S , Kim H , Johns H. 《有关认知功能衰退和痴呆可变危险因素证据的汇总 : 患病人群群体观》. Alzheimers Dement 2015 ; 11 : 718-726。
- 34 Welsh MD. 《衡量神经退行性疾病患者的生活质量》. Curr Neurol Neurosci Rep 2001 ; 1 : 346-349。
- 35 Hughes JC. 《“认知功能障碍”的概念问题》. Curr Opin Psychiatry 2015 ; 28 : 188-193。
- 36 Hogan DB , Bailey P , Carswell A 等人. 《轻度至中度阿尔茨海默氏症和痴呆的管理》. Alzheimer's&Dementia 2007 ; 3 : 355-384。
- 37 Ebly EM , Hogan DB , Rockwood K. 《独自与痴呆患者一起生活》. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders 1999 ;10 :541-548。
- 38 Chalmers J. 《2014 年哈利法克斯市痴呆患者友善城市举措》. 哈利法克斯 : <https://www.halifax.ca/boardscom/access/documents/DementiaFriendlyCityAAC140317.pdf>.
- 39 Patterson C , Gauthier S , Bergman H 等人. 《我们能否改善痴呆

患者的初级医疗护理？加拿大痴呆共识会议相信能够达成》. *Mature Medicine* 1999 : 219。

40 Fargo KN , Aisen P , Albert M 等人. 《2014 年旨在解决阿尔茨海默氏症的美国国家计划里程碑报告》. *Alzheimers Dement* 2014 ;10 : S430-S452。

41 Maloney B , Lahiri DK. 《痴呆的表观遗传学：将疾病理解为一种转变，而不是一种状态》. *Lancet Neurol* 2016 ; 15 : 760-774.

42 Brayne C. 《关于 IWG-2 阿尔茨海默氏症研究诊断标准的群体观》. *Lancet Neurol* 2014 ; 13 : 532-534.

43 Clare L , Wu YT , Teale JC 等人. 《可能改变的生活方式因素、认知储备和后期认知功能：剖析研究》. *PLoS Med* 2017 ; 14 : e1002259。

44 加拿大阿尔茨海默氏病协会.《涨势 :痴呆对加拿大社会的影响》，2010 年 [http://www.alzheimer.ca/docs/RisingTide/Rising Tide_Full Report_Eng_FINAL_Secured version.pdf](http://www.alzheimer.ca/docs/RisingTide/Rising_Tide_Full_Report_Eng_FINAL_Secured_version.pdf).

45 Wimo A , Jonsson L , Bond J , Prince M , Winblad B. 《2010 年痴呆的全球经济影响》. *Alzheimers Dement* 2013 ; 9 : 1-11。

46 Wimo A , Guerchet M , Ali GC 等人. 《2015 年痴呆的全球成本及与 2010 年情况的比较》. *Alzheimers Dement* 2017 ; 13 : 1-7。

47 Jacklin KM , Walker JD , Shawande M. 《痴呆是加拿大阿尔伯塔省首要的民众健康问题》. *Canadian Journal of Public Health* 2013 ; 104 : e39-e44。

48 Innes A , Morgan D , Kosteniuk J. 《农村和偏远地区的痴呆护理：对非正式/家庭护理的系统评估》. *Maturitas* 2011 ; 68 : 34-46。

49 Morgan D , Innes A , Kosteniuk J. 《农村和偏远地区的痴呆护理：对正式或有偿护理的系统评估》. *Maturitas* 2011 ; 68 : 17-33。

- 50 Gauthier S , Rosa-Neto P , Kass JS. 《对有症状和有风险的患者使用新一代阿尔茨海默氏症治疗药物的伦理思考》. Continuum (Minneap Minn) 2016 ; 22 : 615-618。
- 51 Gauthier S , Leuzy A , Racine E , Rosa-Neto P. 《阿尔茨海默氏症的诊断与治疗：过去、现在和将来的道德问题》. Prog Neurobiol 2013。
- 52 Leibing A. 《越早越好：阿尔茨海默氏症的预防、早期发现和对药物干预的探索》. Cult Med Psychiatry 2014 ; 38 : 217-236。
- 53 Chertkow H , Nasreddine Z , Joannette Y 等人. 《轻度认知功能障碍和认知功能障碍（无痴呆）：A 部分，概念与诊断》. Alzheimer's&Dementia 2007 ; 3 : 266-282。
- 54 Feldman HH , Jacova C. 《轻度认知功能障碍》. Am J Geriatr Psychiatry 2005 ; 13 : 645-655。
- 55 Feldman HH , Jacova C , Robillard A 等人. 《痴呆的诊断与治疗：2. 诊断》 Cmaj 2008 ; 178 : 825-836。
- 56 Scheltens P , Blennow K , Breteler MM 等人. 《阿尔茨海默氏症》. Lancet 2016 ; 388 : 505-517。
- 57 Rossini PM , Di Iorio R , Granata G , Miraglia F , Vecchio F. 《从轻度认知功能障碍到阿尔茨海默氏症：人脑反应性和连接性“基础”的新视角》. J Alzheimers Dis 2016 ; 53 : 1389-1393。
- 58 Herrmann N , Lanctot KL. 《从传播者到治疗：痴呆行为障碍的药物治疗》. Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie 1997 ; 42 : 51S-64S。
- 59 Herrmann N , Gauthier S , Lysy PG. 《有关重度阿尔茨海默氏症的临床实践指南》. Alzheimer's&Dementia 2007 ; 3 : 385-397。
- 60 Peters ME , Rosenberg PB , Steinberg M 等人. 《神经精神症状

是从 CIND 发展为痴呆的风险因素：Cache 县研究》. Am J Geriatr Psychiatry 2013 ; 21 : 1116-1124。

61 Norton MC , Dew J , Smith H 等人. 《生活方式行为模式与偶发性痴呆和阿尔茨海默氏症的不同风险水平相关联：Cache 县研究》. J Am Geriatr Soc 2012 ; 60 : 405-412。

62 Brodaty H , Donkin M. 《痴呆患者的家庭护理人员》. Dialogues Clin Neurosci 2009 ; 11 : 217-228。

63 Ory MG , Hoffman RR , 3rd , Yee JL , Tennstedt S , Schulz R. 《护理的流行与影响：痴呆和非痴呆护理人员之间的详细比较》. The Gerontologist 1999 ; 39 : 177-185。

64 Karlawish JH , Klocinski JL , Merz J , Clark CM , Asch DA. 《照顾者对阿尔茨海默氏症患者治疗的偏好》. Neurology 2000 ; 55 : 1008-1014。

65 Dorsey ER , George BP , Leff B , Willis AW. 《即将到来的危机：关注神经退行性疾病日益增加的负担》. Neurology 2013 ; 80 : 1989-1996。

66 Evans DA , Grodstein F , Loewenstein D , Kaye J , Weintraub S. 《降低美国阿尔茨海默氏病、痴呆和认知功能障碍人群研究中的病例确定成本 - 第 2 部分》. Alzheimers Dement 2011 ; 7 : 110-123。

67 Leuzy A , Gauthier S. 《阿尔茨海默氏症的道德问题：概况》. Expert Rev Neurother 2012 ; 12 : 557-567。

本声明由加拿大健康科学院最初委托并由加拿大老龄化神经退化联合会 (CCNA) 研究执行委员会 (REC) 编写、批准和提交的行动报告改写而成。

工作小组

Howard Chertkow 博士 (主席) , 加拿大

Ama de-Graft Aikins 教授 , 加纳

Liaquat Ali 博士 , 孟加拉国

Laila Asmal 博士 , 南非

Hayrunnisa Bolay Belen 教授 , 土耳其

Carol Brayne 教授 , 英国

Josef Priller 博士 , 德国

Lars Lannfelt 教授 , 瑞典

Alan Leshner 教授 , 美国

Ninoslav Mimica 博士 , 克罗地亚

Maryam Noroozian 教授 , 伊朗

Adesola Ogunniyi 教授 , 尼日利亚

Juha Rinne 教授 , 芬兰

Paolo Maria Rossini 教授 , 意大利

Jonas Alex Morales Saute 博士 , 巴西

Philip Scheltens 博士 , 荷兰

Ales Stuchlik 博士 , 捷克共和国

国际医学科学院组织

国际医学科学院组织(IAPH)是国际科学院合作组织 (IAP) 的组成部分。

其成员有 78 个 , 包括国家级医学科学院 , 和设有拥有医药卫生分支的工程院或科学院。

国际医学科学院组织致力于改善全球范围内的健康状况，包括就全球健康重要性事项发表共识声明。国际医学科学院组织声明(如本声明)由成员科学院、工程院、医科院提名的专家组成的工作小组编写，一旦获得组织一半以上成员科学院、工程院、医科院的支持，即可发布。

各成员科学院赞同本声明的<<日期>>

- 1.
- 2.
- 3....

本声明的副本可从以下网站下载：

<http://www.....>