



Alzheimer's Disease  
International

# 2011全球失智症報告 失智症早期診斷及介入的益處

精簡報告



國際失智症協會  
2011全球失智症報告  
失智症早期診斷及介入的益處  
精簡報告

Martin Prince教授、Renata Bryce博士、Cleusa Ferri博士，  
精神醫學研究所，英國倫敦國王學院  
國際失智症協會(ADI)出版於 2011年9月

致謝  
美國失智症協會參與審稿和發佈此份報告

日本失智症協會,澳洲失智症協會,Sube Banerjee, Henry Brodaty, Steve Iliffe, Paul McCrone and Bengt Winblad對此報告草稿的評論及建議  
國際失智症協會醫學及科學顧問團成員，協助定義此份報告之許多問題  
言論收錄於此報告的失智患者及其照顧者



攝影：Cathy Greenblat – [www.cathygreenblat.com](http://www.cathygreenblat.com)

設計：Julian Howell - [www.julianhowell.co.uk](http://www.julianhowell.co.uk)

此計畫由Bayer HealthCare教育補助金贊助，內容由國際失智症協會  
負完全責任。

Cathy Greenblat在此報告中的照片取自即將於2012年3月發行的  
新書: Love, Loss, and Laughter: Seeing Alzheimer's Differently

此為2011全球失智症報告的精簡報告，完整的版本可於

[www.alz.co.uk/worldreport2011](http://www.alz.co.uk/worldreport2011)網站免費取得

此精簡報告著重於主要發現，並簡要描述其證據。完整報告記載文獻查証過程及資料來源的細節，包含文章品質的詳細評論，以及現有證據的相關性和證據強度。

封面照片：Facunda and Esther 來到加拿大多倫多Baycrest中心參加鼓樂活動，他們很喜歡這個活動，而且除了享受音樂之外，他們更喜歡一起參與的感覺。

# 目 錄

摘要	2
重要的發現	4
建議	5
第一章	6
背景	6
為什麼需要早期診斷	7
獲得診斷的權利	7
診斷帶來的衝擊	7
診斷不足—治療落差	7
早期診斷的意義	7
早期診斷的目的	8
結論	8
第二章	9
如何能夠促進早期診斷？	9
失智症早期診斷和早期介入服務的提供--全球的觀點	10
在基層醫療中診斷失智症是否可行？	10
以實作為基礎的教育性介入措施促進失智症的早期診斷	11
記憶門診服務	12
結論	12
第三章	13
早期診斷對失智症患者及其照顧者真的有幫助嗎？	13
研究證據之文獻查証	14
共識指引	15
相關病人利益團體及支持早期診斷的其他聲明	15
結論	16
第四章	17
那些介入對早期失智病患是有效的？	17
系統性文獻回顧的範圍	18
早期失智症有效治療介入之實證	18
缺乏足夠實証之早期失智症治療介入	19
結論	20
第五章	21
是否有些失智症的治療是越早治療效果越好？	21
抗失智藥物	22
照顧者介入服務	22
結論	22
第六章	23
能節省開銷的必要投資—早期診斷與介入的經濟情勢	23
經濟分析的方法	24
證據	24
結論	25
第七章	26
結論和建議-- 一起來行動！	26
參考文獻	30

# 摘要

阿茲海默症及其他失智症不僅摧毀失智症患者的生活，同時也影響其家庭和照顧者。國際失智症協會(ADI)致力於改善世界各地失智症患者及其照顧者的生活品質，並認為政策及實務工作都應以現有最佳證據為依歸。

## 我們的早期報告

ADI以實證為基礎的倡議行動已逐漸開花結果

我們最初的兩份全球失智症報告協助重整了全世界健康及社會照顧的政策，提升了大眾對阿茲海默症及失智症所造成的社會負擔的認識。在2009年全球失智症報告，ADI預估世界約有3600萬失智症患者，且將會以每20年成長一倍的速度，在2030年達到6600萬人，於2050年達到1億1500萬人。失智人口增加多數將發生在中低收入國家；目前已有58%的失智症患者是住在中低收入國家，預計在2050年會增加到71%。根據2010年全球失智症報告，失智症在全世界造成的社會成本超過世界GDP的1% (6040億美元,2010)。如果失智症照顧當做一個國家，那它將是世界第18大經濟體。

同時，這些報告清楚地闡述阿茲海默症是21世紀最重要的社會、健康以及經濟危機之一。然而，若政府積極的發展研究及照顧策略，此疾病的影響是可以被控制的。

ADI 在各國失智症協會的支持下，進行以實證為基礎的倡議行動，已逐漸開花結果。許多證據顯示失智症已得到較多的社會關注。澳洲、法國、英國、挪威及南韓最近已發起完整的國家失智症策略，美國更於2011年1月通過國家失智症計畫法案。世界衛生組織(WHO)將失智症列為世界心智健康活動計畫(Mental Health Global Action Plan (mhGAP))七項重點心智和神經學疾病之一，希望能減少資源缺乏國家治療的落差。

## 治療的落差

目前大部份的失智症患者未獲得正式的診斷

研究顯示目前大部分失智症患者並未獲得正式的診斷。在高收入國家中，只有20-50%的失智症個案於基層醫療體系被辨識出來且具有記錄。這樣的治療落差在中低收入的國家更形明顯；有一個研究指出在印度約有90%的病人未被診斷。如果這個數據也適用於世界上其他國家，那就表示3600萬失智症患者中約有2800萬人未被診斷，也因此這些患者無法獲得正式診斷後可獲得的治療、照顧及支持服務。

由於世界人口趨向老化，可以預期阿茲海默症及失智症患者會不斷增加。根據此份報告，早期診斷及介入是縮減治療落差的不二法門。這個議題將越來越重要。

## 研究回顧

為了2011年全球失智症報告，我們首次委任了一個獨立的研究小組來校對及回顧所有針對早期診斷及治療的現有證據。關鍵問題包括：

- 是否有可能促進失智症的早期診斷？要如何達到這個目標？

- 對於失智症患者及其照顧者來說，早期診斷及介入的利弊為何？
- 對早期失智症來說，哪些治療或介入是有效的？
- 是否有證據證明有些介入在病程的早期給予是較有效的？
- 早期診斷及介入是否能減少醫療及社會照顧成本？

這些問題對政策制定者及規畫者都是很重要的。我們期望這篇報告所提出的觀點能影響現行的國家計畫，也能鼓勵其他國家付出更多心力來縮減治療的落差。

## 穿越失智症危機的途徑

2011年全球失智症報告指引了一條穿越失智症危機的途徑。

缺乏早期檢測及診斷，是改善失智者與家人生活的主要阻礙。只有那些尋求協助並得到確診的人，才有機會得到醫療與其他幫助。這份報告裡的系統性回顧已證實，在疾病的早期以現有的藥物治療及心理社會介入，可有效改善失智者的症狀，也可減輕照顧者的負擔。在疾病早期給予照顧者協助，可以幫助他們持續在家提供照顧，避免或延緩失智者入住機構的時間。

科學家仍在發展可以停止或延緩失智症進展的新藥。擴大現有實證基礎的藥物涵蓋範圍至早期失智症，可以讓醫療照顧體系有更充裕的時間，來提供更新、更有效的診斷與治療。

缺乏對疾病的檢測是主要的阻礙

## 有效節省成本

根據2010年全球失智症報告，在高收入國家，每位失智者平均每年耗用\$32,865美元的社會成本。比較起來，一位失智患者高品質早期診斷的費用大約\$5,000美元，加上早期治療介入的花費，減去未來延後入住機構的而省下的費用，每位失智症患者在病程中可省下約\$10,000美元的費用。再加上改善失智者與照顧者的健康與生活品質，更使其成為符合成本效益的投資。雖然這些證據來自少數研究，但已清楚指出，如果政府願意考慮在正確時機提高醫療與社會照顧成本，將可有效節省成本。

投入早期診斷的費用可以省下未來治療照顧的費用

## 讓失智症擺脫陰影

早期診斷失智症或許可以改變社會對阿茲海默症及其他失智症的看法。不幸的是，失智症的照顧面臨許多阻礙：對失智症的標籤化阻礙了公開討論，錯誤觀念認為記憶障礙是正常老化過程，誤以為面對失智症患者和他們的家屬，我們是束手無策的。這些錯誤觀念在高收入、資源豐富、醫療常識普及的國家也是非常普遍。儘管如此，如果您聽取這份報告裡的證據與詳細的建議，仍有機會讓失智症擺脫陰影，並促使失智者獲得更好的治療與照顧。至少可以讓失智者與家人們在有疑慮且需要協助時，能得到及時的診斷、治療與支持。

誤以為面對失智症患者和他們的家屬，我們是束手無策的

長期從事失智症照護的人士持續在推動失智症的早期診斷，以讓失智者能於早期盡量參與規劃他們的生活，並對往後的治療與照顧作重要決定。在這樣的理念下，國際失智症協會收到來自世界各地失智者的診斷故事，部分內容摘錄在這份報告中。裡頭描述著接受失智症診斷的痛苦，但診斷也讓他們剩餘的人生有新的開始，我們必須認真傾聽這些聲音。

## 重要的發現

- 確定失智症診斷，才能獲得病程中所需之實證醫療、照顧與支持。
- 全世界估計有三千六百萬失智患者，其中可能有二千八百萬人沒有得到診斷，因此無法得到所需治療、照顧與相關資訊。
- 失智症診斷的衝擊取決於診斷與傳達的過程。證據顯示當失智患者與家人有良好準備與支持時，他們所獲得的力量與安心，可以緩和診斷所帶來的震驚、憤怒、悲傷的情緒。
- 早期診斷使失智患者得以在他們仍有能力時預先計畫，並對未來的照顧作重要決定。此外，他們與家人可以及時得到實用資訊、建議與支持。只有透過確定診斷，患者才能得到藥物與非藥物治療，來改善認知功能與生活品質。患者也可以選擇參與研究以造福後代子孫。
- 大多數早期失智患者希望被告知診斷。
- 早期診斷的促進，可以藉由(1)對基層醫師提供以醫療實務為基礎的教育訓練計畫(2)引入容易取得的失智症診斷與早期照護服務(如記憶門診) (3)促進醫療照顧系統不同部門間的有效溝通。

### 英國的失智病友Norm McNamara

我可以毫不保留地告訴我的家人我愛他們，不過要告訴他們我得了阿茲海默症又另當別論。但當我向他們坦誠後，我知道這是我這輩子所做過最好的決定。在確診後的一週內，我就邀集了我的家人，並且向他們解釋這個診斷所帶來的衝擊以及未來可能發生的事。他們有什麼反應呢？在一陣流淚、擁抱與一大堆詢問後，接下來就只是：好吧，就是這樣啦！我們該怎麼做呢？

我並不要求我的家人做什麼，但是知道他們接受我並且克服眼前的種種障礙，就已讓我可以放心並充滿希望。有他們的支持與理解，我知道自己可以儘可能地維持以往的生活。

而後，我親愛的妻子和我一同討論臨終計畫，我的願望與家務現在都已就定位。怎麼說呢？因為我現在可以沒有負擔地盡情和我的家人與朋友相處，而如果有一天我做出什麼毫無道理的舉動時，至少我知道我的家人能了解。



- 早期治療介入可以有效改善認知功能、治療憂鬱症、改善照顧者的情緒壓力、延遲入住機構的時間。”即使早期診斷也沒有什麼事可以作”這句話是錯誤的。有些治療介入如果能在疾病更早期就開始會更有效。
- 目前證據顯示，政府應該投資現在以節約未來。經濟模式顯示，早期診斷失智症的支出可以在未來省下更多失智藥物與照顧的費用。早期診斷的益處還包括延後入住機構的時間，以及增進失智者與照顧者的生活品質。

## 建議

- 每個國家都應該有國家級失智症策略，此一國家級失智症策略可藉由提升民眾失智症的認識、訓練醫療人員與照顧人力、強化醫療系統，來促進失智症的早期診斷與介入。
- 所有基層醫療單位都應有能力早期發現失智症，並提供初步診斷與治療。
- 如果情況允許，應建立專家診斷之網絡，來確診早期失智症並制定照顧計畫。
- 在資源有限或缺失失智症專家的單位，仍然可以診斷早期失智症，例如可以利用WHO mhGAP實證指引作為協助。
- 現有的有效藥物與非藥物治療，應該在初期與持續教育訓練中，傳達給醫療與照護人員，並藉由衛教傳遞給一般民眾。
- 失智症照護服務的提供者與使用者，都應確保對早期失智患者提供實證治療介入，並監督介入過程。
- 需要委託並贊助更多的研究，包括：
  - 藥物與非藥物介入的效果，特別是針對早期失智患者的需求。
  - 現實世界裡，失智症早期診斷與照護的成本與效益。
  - 早期診斷對失智患者與照顧者整體健康、認知功能、生活品質的影響。
  - 減少”治療落差”的進展研究。

## 第一章

## 背景

這是國際失智症協會的第三份全球失智症報告。之前2009年及2010年的全球失智症報告主要著眼在全球失智症的盛行率以及經濟上的衝擊。這些報告有助於世界各國重新制定健康及社會政策，促進大眾認識阿茲海默症以及失智症對社會所帶來的影響。我們相信，這會讓各國政府更重視失智症對醫療體系的衝擊，了解到該以更好的管控來面對失智症所帶來的社會醫療成本。



這是2011年於加拿大舉行的國際失智症研討會中活躍參與的失智症患者們。我們看到他們參與一個去污名化的非公開會議中，並以各式各樣的能力參與這活動，有時擔任演講者，有時是主持人。後排: Jan Philips, Lynn Jackson, Debbie Browne (由她先生 Graham 陪伴), Richard Taylor. 前排: Lynda Hogg, Christine Bryden, Graham Browne, Agnes Houston, Helga Rohra.



## 為什麼需要早期診斷

科技日新月異，我們越來越能夠在疾病的早期就做出診斷。國際失智症協會和其他的會員組織都試圖提高社會大眾的警覺，鼓勵患者儘早尋求協助。我們努力讓全球近三千六百萬的失智病友以及他們的家屬與照顧者，都能得到更好、更有效以及更有責任的照顧。在國家政策上，失智症的早期診斷與治療已是首要任務，例如一開始有英國和法國，而美國也正在擬定國家計畫。

國際失智症協會的重要原則是：這些政策與作為必須基於最好的研究證據。所以2011年的全球失智症報告要回答下列有關早期診斷與早期介入的關鍵問題：

- 早期診斷和介入對於失智患者以及他們的照顧者有何利弊？
- 早期診斷和介入能減少醫療及社會照顧成本嗎？
- 什麼是現今被證實最好的早期介入方式？

## 獲得診斷的權利

90年代初期，失智症患者有權利得到可信的診斷、並且被告知診斷結果的觀念，就已經開始受到重視。過去有許多醫生會對失智患者及其照顧有所隱瞞，但近來的研究顯示，那些有輕微失智的患者仍希望得知自己的診斷結果(2)。有越來越多的家屬及照顧者希望失智患者知道自己的診斷結果，尤其是在失智早期階段。

## 診斷帶來的衝擊

失智會劇烈地改變一個人的生活，而這樣的診斷常常給病友帶來很大驚嚇以及否認、憤怒、失落和悲傷(4,5,6)。當此之時，如果患者和家屬可以接受這個診斷，往往能帶來正面的效應，尤其是當震驚消退下來之後，接受診斷可以幫助減輕疑慮、理解症狀、讓病人獲得關心並讓照顧者有所規劃(4,5)。病人對於診斷的反應取決於病情如何被告知—所以「必須妥善處理診斷告知的過程」(7,8)

## 診斷不足—治療落差

研究顯示，在富裕國家中只有五分之一到二分之一的失智患者，在基層醫療中被診斷出來(9-13)。這樣的「治療落差」在中低度開發的國家會更大，一份研究報告指出在印度有百分之九十的失智症者沒有被診斷出來。

英國國家失智策略(National Dementia Strategy)指出，造成這種漠視情況的三個因素是：失智症的污名使人不願公開討論、把失智的症狀誤認為是正常老化的一部分，以及誤以為束手無策。

## 早期診斷的意義

證據顯示，現今失智症大部分都在疾病相對晚期時，才被診斷出來。

- 早期診斷最好是，當患者一旦符合現有的失智症診斷標準就被發現(基本上意指認知功能退化足以影響日常活動)。為了能夠早期介入，也許需要全面性的篩檢。

- 有些人認為並不需要「及時」診斷失智症，也就是不做全面篩檢，而是等病人及家屬自己發現症狀。
- 造成失智的腦部病理變化，早在臨床症狀出現之前就已開始。早期指標包括主觀的記憶退化(SMI)，及輕度認知功能障礙(MCI,主觀和客觀認知功能的改變，但沒有明顯的失能)。我們仍致力尋找關於腦細胞退化的生物指標(可以用來反應疾病狀態的生理徵象)，但迄今仍未有適合的指標，可以早期準確預測誰會進展成失智症。

## 早期診斷的目的

國家失智策略(National Dementia Strategy)強調，早期診斷的目的在於及時提供資訊、建議以及支持，並且提供病友從診斷到臨終有效的治療與照顧。

臨床上，疾病可以被診斷出來的時間、到疾病真正被診斷出來之間，有一段關鍵時期，某些治療介入於此期間導入是非常重要的。也就是說，某些我們可以提供的治療介入，只有在早期有用，或者在早期較有效。

目前既有的失智症藥物只能治療症狀，但無法真正地改變病程。乙醯膽鹼酶抑制劑(donepezil, rivastigmine and galantamine)被許可用於輕度到中度的阿茲海默症，而memantine可用於中度到重度的失智症。但它們對輕度認知功能障礙卻沒有什麼幫助(16)。儘管如此，也許未來會發展出減緩疾病進展的藥物。在發生廣泛且永久的傷害前，這類的藥物就應該使用，才能夠達到最佳的功效；換言之，應該使用在失智症的最初期，甚至在可以診斷失智症的臨床證據出現前就該使用。

非藥物的治療(不含藥物，如從心理社會和心理健康方面等介入的措施)，也有可能改善認知功能，延緩失智者進入長期照護機構，減少照顧者的壓力和心理疾病，進而提高失智者的生活品質。但是，目前尚無關鍵時期有效的介入措施的資訊。

很少有人會關心早期失智症的病人及其家屬的特殊需要。在美國發展的一項研究當中，顯示出目前國家社會都對這些問題有相當的需求，如：失智患者的臨床資訊、資源和法律諮詢、情緒支持(特別是對失智者和家屬的支持)、及研究的興趣(包括此疾病的臨床試驗)(17)。

## 結論

本報告將討論以下關鍵問題：

- 如何能夠促進早期診斷? (第二章)
- 早期診斷對失智症患者及其照顧者真的有幫助嗎? (第三章)
- 那些介入對早期失智病患是有效的? (第四章)
- 是否有些失智症的治療是越早治療效果越好? (第五章)
- 能節省開銷的必要投資—早期診斷和介入減少失智症的社會成本嗎? (第六章)

## 第二章

# 如何能夠促進早期診斷？

一個醫療照護系統，要有效地診斷出失智症的患者，需要靠潛在的失智症患者和提供社會照護和醫療照護的提供者。提高民眾對失智症的警覺度，並鼓勵民眾尋求資源協助，是可以消弭治療落差的完整策略。經過培訓且可以及時又有效的作出準確的診斷，並確保診斷後可以提供連續性的實證醫療及照護，才能夠有充份準備的資源服務來滿足社會逐漸增加的需求。雖然一直在突顯基層服務應該促進這些需求，但本章的重點仍是在基層服務人員的反應。



六位住在美國德州Silverado失智老人專區的女仕，在工作人員帶領下去跳蚤市場買帽子。第二天，在餐廳為她們準備了一個特別的聚會。每位女仕都到場，炫耀她的新帽子或幫忙她們戴上。她們都渡過了一段美好的時光。

## 失智症早期診斷和早期介入服務的提供—全球的觀點

高收入國家受惠於健全的基層醫療服務，再佐以國家級的網絡，使其可以連結至專業醫學中心，並使用其診斷技術。因此，就應該能做到失智症的早期診斷。基層醫療為失智患者的第一站服務區，其擔負了初步診斷和轉診的重責。而基層醫師與失智專業醫師必須有有效的合作連繫，來確認早期失智症的診斷和銜接後續的照護。失智專業醫師提供失智症患者的服務包括「早期介入」(主要為記憶門診的追蹤，著重於診斷和早期介入措施)和「嚴重的心智問題」(在更嚴重的失智症中，須著重於社區照護的協調運用)。

在很多中低收入國家，因為缺乏對疾病的認識、以此病為恥、或是服務提供者技能不足，而成為診斷失智症的障礙，這問題比高收入國家來的更加明顯。認為失智症是正常老化的這種錯誤觀念普遍存在，而變成了一種潛藏的問題。由於失智患者的家人很少尋求協助，所以基層的醫師就很少遇到這樣的病例。在有限的資源中，特別缺乏可診斷早期失智症的資源，通常失智症早期被診斷為許多不同的疾病，而中重度失智則被非失智專業醫師所診斷。針對中低收入國家，世界衛生組織最近提出了全球心理健康行動計劃(Mental Health Global Action Plan, mhGAP)，利用實證醫學方式作出失智症指引，來協助非專業人員對於失智症的診斷和處置，以期擴大治療範圍(18)。對一個非專業人員來講，辨識且管理這些明確的個案，應為其核心的能力，這樣他們就可以跨越這巨大的治療鴻溝。

## 在基層醫療中診斷失智症否可行？

在高收入國家中，已經證實基層醫療的醫師和護士，在特別敦促診斷失智症的情形下，是能夠在有限的時間且於平常的就診過程當中，藉著醫護人員的知識、病歷記錄的資訊，及其常規的評估就能夠診斷失智症，且有合理的準確度(19,20)。在印度和巴西，經過幾個小時培訓的社區醫護人員，可以完全基於自己原有的知識(來自於原有常規的老年人外展服務)，便可以在社區中辨認且診斷失智症患者(21,22)。



### 新加坡被診斷為失智症的 Myrna Blake醫師

自從我被診斷了阿滋海默症之後，我已經學會接受和處理它。當事情發生後，我就開始處理面對。多年以後，我已經失去了某些獨立生活的能力，必須靠兩位家管來協助我的日常生活。

在高收入國家，對民眾進行失智症普查，並非符合成本效益的作法(23,24)。但是在高度懷疑失智症的病人身上，使用篩檢的工具可以促進我們診斷失智症。專家建議用來篩檢的工具應該要能夠利用簡短的會談，在五分鐘以內完成。「一般醫師之認知功能評估量表(the General Practitioner Assessment of Cognition, GPCOG)」或是「記憶衰退篩檢表(the Memory Impairment Screen, MIS)」和「迷你認知量表(the Mini Cog)」，都是精簡且具有合理效度的篩檢工具(25)。而在中低收入國家當中，因為低教育程度和文盲的比率較多，因此較適合使用「社區失智篩檢量表精簡版(the brief Community Screening Instrument for Dementia, CSI-D)」，其內容包括認知測驗和旁邊照顧者對於病人的評估，相較於其他的篩檢工具比起來，其可信度是較高的(26)。

## 以實作為基礎的教育性介入措施促進失智症的早期診斷

對於某些知識技巧不足，及存有消極觀念的醫療從業人員，廣泛的使用篩檢工具並無法解決根本的問題。對於失智症的診斷，使用多元化的教育方式會遠勝過單純只提供知識和技巧。若是能夠意識到失智症的重要性，以及很多無法被滿足的需求，和介入性措施的能效潛力之後，醫療機構的專業人員可激發出主動的作為。有鑑於診斷是「達到目的的手段」，醫療從業人員還需要能夠提供訊息和支持，並規劃及提供基本的照護策略。

對於以實作為基礎的教育性介入措施，已經做出一篇系統性回顧文獻，其內含六篇文章，並包括兩篇特別相關的隨機對照試驗(randomized controlled trial, RCT\*)(27)。一篇英國的群組隨機對照試驗(cluster randomised controlled trial)指出，相關從業人員在經過“以實作為基礎”的研討會並輔以診斷決策輔助軟體，其診斷失智症的病例數遠遠超過那些只接受光碟片指導教學，且後者的訓練成效與完全沒受過任何訓練的從業人員一般，在診斷失智症上並無差異(28)。在法國的一項研究指出，一場兩個小時的研習會議，再搭配簡短的神經心理工具，對診斷失智症的醫師能使其具有更大的信心；但是整體而言，新診斷的個案數並無增加(29)。

我們檢視的研究強調了幾個問題和限制：第一，醫護人員參與教育訓練計畫不夠全面。大家似乎比較喜歡參訪機構或工作坊，較少參與研討會和繼續教育訓練，而線上學習和資源更是短缺。我們或許能夠用更好的體制，或更多的誘因來克服這些障礙。第二，截至目前為止，還沒有證據顯示教育訓練能提升失智症的照護品質。再多的篩檢，其幫助是有限的，除非有準確敏銳的診斷，且讓患者家屬了解，並提供及時且持續性的照護服務。

目前有兩個正在進行中的研究，試圖解決上述的問題。它們都以稍早英國的研究(30,31)為基礎。兩個研究的重點都放在教育訓練上，透過實務性工作坊和電腦決策輔助軟體、電子病歷的幫助，增進醫護人員對失智症整個病程照顧的技巧和信心。其中的創新之舉在於使用跨學科、不同領域的團隊合作，包括社區護理師。其中的一個研究則希望發展出個人化

---

\* 隨機對照試驗(randomized controlled trial, RCT)是一種研究方法，是指一群人被隨機的分派到實驗組和對照組，其中實驗組將接受一些臨床的介入，而對照組則是接受原本的標準處理措施，或是根本不介入任何措施。隨機分配的優點是能夠將實驗偏差減到最低，且平衡我們對於介入措施的所知與不知的影響因子。隨機對照試驗是測量一項介入措施的效果的有效方法。

\* 群組隨機臨床對照試驗的對象是團體而非個人(例如參加同一醫療群的成員)。試驗會以團體為單位隨機分配到試驗中的不同介入措施。這種試驗方法的結果，頗適合用在整體醫療照護系統的層級上。

的訓練課程，針對不同的照護需要發展出不同的課程。這些第二代的處置發展，是否能提升失智症的診斷和後續照顧品質，且讓我們拭目以待。

## 記憶門診服務

在高收入國家，記憶門診服務的增加是早期失智診斷的重要因素。荷蘭在過去十年中，記憶門診量增加了5倍，求診數則增加了8倍，新患者的診斷率則估計從5%提升為27%。英國則使用了新的社區型記憶門診服務，在兩年的統計資料中，專科醫師診斷率提升了63%，轉診到記憶門診的量則增加了77%，更加提升了早期診斷率。英、法的國家失智症計畫，則希望推動全國的記憶門診，成為早期診斷和早期治療的核心要素。

## 結論

- 失智症的診斷不足(同時也造成治療不夠)，是一個複雜的問題，而且沒有簡單的解決方法。要改變這個情形，需要整體醫療系統的調整。
- 基層醫療的角色在不同體系中，會因為資源的不同而有差異。早期發現可能的個案，是基層醫療很重要的工作。有些人認為失智症的診斷應該交給專科醫師，但許多發展中國家的專科醫師是不夠的。即使在某些高收入國家，想要縮小診斷落差，若只靠專科醫師來完成所有的診斷和治療，仍然相當困難。
- 透過教育訓練提升基層醫師對失智症的警覺性是可行的；雖然目前只有兩個相關的研究。
- 若是基層醫師的臨床技能獲得更進一步的提升，而且參與更多有效之介入且看到病人的進步，那麼診斷率將更為提升。
- 相關的研究主要都在歐洲，而且目前只在發展的早期階段。
- WHO mhGAP臨床指引必需在中低收入國家執行和評估，但只有這個指引是不夠的，同時還需要足夠的訓練、鼓勵和品質的確認。
- 對於減少失智症患者罹病卻未被診斷與治療的落差，及早診斷失智症扮演重要的角色。失智症照顧(尤其是失智症藥物)需求的成長，是刺激記憶門診加速設立的因素之一，而記憶門診對於民眾的方便性，也影響了失智症患者被診斷出來的機會。
- 對於想要推動失智症患者照顧計畫的人來說，他們需要留意基層醫療、記憶門診與社區中的專科醫療照護各別的角色、與如何讓他們有效率的合作。然而這些醫療服務之間的關係，在疾病的不同階段與不同的健康照護體系之間，都會有所不同。

### 第三章

## 早期診斷對於失智症患者及其照顧者真的有幫助嗎？

早期診斷出失智症的確有一些好處，因為這可以改變原本一般大眾、受失智症與阿茲海默症影響的家庭、醫療服務提供者等人們對於失智症的負面看法，尤其是對於「失智症是不可避免的正常老化」與「沒有任何方法可以幫忙這些患者」這些錯誤的觀念。



在多米尼加共和國，已經93歲的Altagracia Nuris，76歲的 Arcelis，97 歲的 Mercedes，82歲的Elsa，和 80歲的 Luz Candida，大家一起同住並在日常生活上彼此幫忙照料。一個主要的責任是照顧失智的Elsa。

早期診斷最大的好處是我們可以即早使用有效的方法來治療與照顧這些病人。這些特別用於照顧輕微與早期失智症患者的方法會在第四章中討論。”即早診斷”對於病人與他們的照顧者來說是，如同獲得有效介入服務的入場券。而若沒有失智症的診斷與銜接後續照護體系，這些有助益的照顧服務是無法獲得的。

用隨機分配的對照試驗來評估即早或較遲的診斷失智症這兩者之間的療效差異，在倫理考量與實務上都是非常困難的。然而，我們可以對在疾病的不同階段被診斷出失智症的患者，於不同病程所出現的自然差異，進行觀察性的研究（例如，在診斷前，症狀出現的時間有多久，或是其他可作為疾病嚴重度的指標），從而探討即早或較遲的診斷失智症這兩者，對於失智症患者與他們的照顧者在臨床上、社會上與生活品質上有什麼樣的相關。因此，對患者與照顧者進行一段時間的追蹤與的縱貫性研究是有必要的。

## 研究證據之文獻查証

在我們進行的文獻搜尋中，發現了共8,039篇相關主題的論文(標題與概論)。其中只有3篇論文提供相關有定量的證據；有一篇探討從發病至死亡的時間，另兩篇研討診斷失智症時的疾病階段及其後續病程。我們也搜尋到五份關於早期診斷的共識性實務指引。

在法國記憶門診進行的一大型觀察研究中<sup>(34)</sup>，在排除年齡、性別、教育程度、其他疾病及智力程度等因素後，發現發病至第一次診察時間較短者(也即早期診斷者)有較低死亡率。

---

\* 觀察性研究可探討治療的可能效果，而病人分配至治療組或是對照組的安排並不是由觀察者決定的。這跟「隨機分配對照試驗」這一類的對照性試驗是相反的；在對照性試驗中，受試者要被分配入實驗組或對照組是一開始就用隨機方法分配好的。

我們對於科學文獻進行詳盡而全面的搜尋與回顧，試圖由觀察性流行病學統計或是臨床研究尋找量性的資料。我們也查閱建議即早診斷疾病的專家會議結論與治療準則；而且許多重要的參與者團體與權益關係者團體也倡導即早診斷。所以我們以此為基礎，先不論搜尋到的結果是否支持即早診斷的做法，對於這方面做了以下主題性的回顧。

### 印度阿茲海默症患者Francis Mavalan

在Francis Mavalan的行為越來越困擾家人之後，他被診斷出有阿茲海默症，這是在七年前的事情。在接下來的七年中，他加入了位於印度Cochin的”印度失智症協會日間照顧中心”。這七年來，他的狀況維持平穩，但記憶力越來越差。每天早上他都忠誠的離開家到這個機構來”上班”。自從2004年開始，日間照顧中心就像是他的”辦公室”。這裡的護理人員與照顧服務員都是樂觀的好人。





然而目前還需要更多研究證實早期診斷與介入會影響存活率。

另兩份相關研究並沒有發現，失智症在記憶門診初次診斷時的病程階段與後續病程進展的快慢有直接相關(35,36)。

## 共識指引

- 英國健康與臨床卓越機構(NICE)及社會福利卓越機構(SCIE)針對失智症的聯合指引的「失智症：於醫療及社會照護體系支持失智患者及照顧者」，與美國神經科學會的品質標準委員會關於早期診斷失智症的實務指標，二者都建議追蹤輕微認知障礙患者，以利早期診斷失智症病患。
- 歐洲失智症共識網絡(EDCON)所發表的一份共識報告書中聲明：“早期診斷及介入治療失智患者對病患、家屬及社會大眾都是有益的”。他們建議透過活動及教育，提高社會大眾對於早期診斷及介入的益處與失智症相關的照顧指引的認知。
- INTERDEM 集團(一跨歐洲的專家網絡)提出‘及時診斷’比‘早期診斷’更為有利。“及時診斷”指的是當病患、照顧者及基層醫師認知到病患有可能發展成失智症時，立即進行檢查診斷。以及時診斷為主軸的方式強調針對早期輕微症狀的快速反應，而非提倡針對大眾進行篩檢的動作。
- 義大利神經學會的失智症研究小組提倡早期診斷，因為這樣可以早期治療可逆轉的失智症，以延緩病程進展，並提早給予病患及家屬支持服務。

## 相關病人利益團體及支持早期診斷的其他聲明

我們檢閱論文的過程中，發現有數篇論文有提到早期診斷的益處；但大部分的論文並無提供參考文獻，因此這些聲明被視為專家建議。很多單位如失智症協會也強調了早期診斷的重要性。

我們統整早期診斷的論文，並歸納為九大議題：

- 1 提高目前失智症的治療品質—特別著重於可治療的失智症病因、快速惡化的因子及檢視患者的藥物
- 2 透過增加對於疾病的了解以降低焦慮 – 鼓勵陳述擔憂並提供網絡協助了解疾病症狀的成因與本質

- 3 盡量增加患者的自主性 – 鼓勵失智患者在尚有自主行為能力時參與決定
- 4 服務的方便性 – 早期診斷可讓病患及時獲得醫療照護及相關福利支持
- 5 降低風險 – 協助病患及照顧者注意居家安全、審視駕駛的適當性、避免藥物的副作用
- 6 規劃未來 – 提早退休、金錢規劃、安全與保險規劃
- 7 延緩臨床病程 – 延緩或穩定心智功能上的退化
- 8 避免或降低未來花費 – 主要透過延緩或避免入住養護機構
- 9 診斷是病患的基本權利 – 包括獲得正確診斷及被告知與否的權利

## 結論

- 我們發現有關失智症診斷時機對病程的進展及預後的影響研究，目前仍相當不足。
- 由於缺乏有關診斷時機對失智病患及其照顧者的影響的研究實證，我們目前無法斷言早期診斷是否會帶來較好的預後。雖然相關研究有實際操作的困難，不過依然可以透過排除干擾因子的方式進行。
- 雖然缺乏研究實證，專家仍大致認為早期診斷失智症對病患、照顧者及社會大眾是有利的且應被推廣。
- 以上關於早期診斷的九大議題，未來皆可列為研究主題，透過研究來進一步證實。

#### 第四章

## 那些介入對早期失智病患是有效的？

有很多試驗探討不同醫療介入對於失智患者的幫助。然而至目前為止，相對較少試驗是針對早期失智患者進行研究。這個章節主要是要探討目前有關早期或輕微失智病患的介入的隨機對照研究文獻。



結婚已經51年的Ovidio 和 Antonia。背後的肖像是他們在29和27歲的時候，目前肖像放在他們位在多明尼加的家，成為家族的珍藏；他們也珍惜著彼此。

## 系統性文獻回顧的範圍

我們探討：

- 藥物治療，包括主要針對認知障礙(乙醯膽鹼酶抑制劑及Memantine)及憂鬱症的症狀治療，以及針對疾病的可能機制以改善病程的藥物，如微量元素、降低心血管疾病的藥物、荷爾蒙治療(針對女性)及非類固醇抗發炎藥物等。
- 非藥物治療，包括增強失智患者認知功能的策略、針對失智患者及其照顧者的心理與社會處置。

相關的預後(Outcomes)如下：

- 對於失智症患者：認知功能、功能狀態、生活品質、心理健康、社會參與(社會、就業、教育、休閒)。
- 對於照顧者：生活品質、心理健康和壓力。

我們首先找到了一些相關的系統性文獻回顧，包含Cochrane Reviews website, UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)，和美國阿茲海默症協會在2007，特別針對早期阿茲海默症的「非藥物治療」所做的系統性文獻回顧，我們也針對失智症早期階段的隨機對照試驗進行了新的搜索(2005-2011間的文獻)，我們還邀請了相關的專家來檢查其完整性。

我們主要只針對輕度或早期失智症患者的研究。然而，在我們的敘述性回顧(Narrative review)也包括了中度或重度失智症，並根據疾病的嚴重程度，去分析並釐清治療的有效性。

## 早期失智症有效治療介入的實證

我們從多個隨機對照試驗的統合分析中發現，乙醯膽鹼酶抑制劑在對輕度阿茲海默症的認知障礙是有效的。效應大小(Effect size, 比較治療組和對照組治療效果的大小)是一致且和臨床相關的，並在功能障礙上也有助益。

對於隨機對照試驗的證據進行統合分析(Meta-analyses)之後，發現銀杏萃取物製劑(Ginkgo Biloba)在治療輕度至中度失智症的認知障礙上具有療效。然而，因其效應大小較輕微，所以臨床相關性是不確定的，尤其是對於輕度失智症的有效性還沒有評估確定。我們從來自多個隨機對照試驗的證據中，則發現認知刺激在治療輕度至中度失智症的認知障礙上具有療效，其效果與乙醯膽鹼酶抑制劑藥物類似；但在整體臨床效益與改善功能障礙的部分，則還沒有得到證實。從兩項試驗結果發現，對於輕度、中度或輕中度失智症患者的效應大小是相近的。

我們一個隨機對照試驗結論中發現，認知復健對於早期失智症的目標性表現、滿意度和主觀記憶障礙是有效的。

這章節大部分的參考文獻可於完整報告版本內尋獲，也可於[www.alz.co.uk/worldreport2011](http://www.alz.co.uk/worldreport2011)免費下載

我們在一個隨機對照試驗結論中發現，照顧者擔任輔助治療者並運用行為療法，對改善輕度至中度失智症的憂鬱是有效的。

我們在另一個隨機對照試驗的結論發現，支持性團體能有效改善早期失智症患者的生活品質，及減少憂鬱的症狀。

對於隨機對照試驗進行統合分析後，得到建議性的、但並不一致的證據：對體能活動的介入措施可能有利於改善失智症患者身體功能，並可限制日常功能的障礙。但是體能活動對於輕度失智症患者的證據力不足。

根據對隨機對照試驗的統合分析發現，多元的照顧者介入對改善照顧者的情緒、生活品質、延遲機構化照顧的時間、與對照顧者的情緒教育（例如解決問題或應對技巧等）是有助益的；但這類研究受試者多半是中重度失智症患者。有一篇特別對輕度失智症患者的研究發現，多元的照顧者介入對延遲病患入住機構是有助益的。

## 缺乏足夠實證之早期失智症治療介入

我們從數個隨機對照試驗與一個大型實驗綜合分析取得證據指出，抗憂鬱劑對於治療具有輕至中度失智症患者的憂鬱症缺乏效果，且在各不同嚴重度的失智症患者族群中，效應大小並沒有顯著的差異。但是這些治療尚未針對輕度失智病人進行試驗。

我們綜合分析數個隨機對照試驗發現statins(用來降低血清膽固醇濃度的藥物) 對於治療輕度至中度失智症患者的認知功能缺乏效果。我們也從一相對小型的試驗和一些伴隨有腦血管疾病的神經學影像中實證發現：針對輕度阿茲海默症患者進行血管照護的次級預防（改善高血壓、高膽固醇與重視心血管疾病行為上的危險因子），並無法影響病患日後的失能、認知退化、機構化或是花費。然而，重視心血管危險因子與最佳化原有心血管疾病的處置在失智症治療指引中仍然被認為是好的作法，而且應被用來改善心血管疾病。

我們在輕度失智症患者身上使用微量營養素補充方面並沒有找到證據支持。有許多的隨機對照實驗證據指出，對輕度失智症病患補充維他命B12與葉酸沒有辦法有效改善認知障礙。曾有一隨機對照實驗指出，在中等嚴重程度的阿茲海默症患者身上補充維他命E可能可以減少惡化至--死亡、機構化、發展至重度失智症[臨床失智量表評分(Clinical Dementia Rating)3.0分]或是喪失日常活動--此四種結果之一，但是這同時也會增加三倍的跌倒風險。另外有一前導性的試驗結果顯示，輕度阿茲海默症患者使用含有必須脂肪酸、磷脂質、維他命E、C、B6、B12、硒與葉酸等所謂「醫療食物」可以改善記憶。但是這效果的臨床重要性仍不清楚，因為在其他相關的臨床或功能性結果並無顯著差異或改變。篩檢並矯正維他命B12與葉酸缺乏症仍被認為是好的失智症照護指引的一部分，並且可以預防貧血、減少心血管疾病的危險，並且避免嚴重的神經學上的併發症。

這章節大部分的參考文獻可於完整報告版本內尋獲，也可於 [www.alz.co.uk/worldreport2011](http://www.alz.co.uk/worldreport2011) 免費下載

我們沒有發現證據支持荷爾蒙替代治療在改善輕度至中度失智症患者認知障礙是否有效，甚至有一些證據顯示，其使用可能與較快發展至較重度的失智有關。有鑑於擔憂使用荷爾蒙替代治療將會增加乳癌及心血管疾病的風險，這些產品的一般性指引應建議荷爾蒙替代治療只適用於短期更年期症候群的控制。

我們沒有發現證據支持在輕度失智使用非類固醇消炎藥物。有一試驗證實ibuprofen在治療輕度失智症的認知障礙並沒有效果，而且在其他臨床或功能上的結果也無益處。有一小型試驗針對輕度至中度失智症患者使用indomethacin，結果顯示在認知方面有可能的效益但並不確定其臨床顯著意義，可是使用indomethacin的治療組患者卻有著更高的嚴重副作用發生率。我們從多個針對輕度至中度失智症患者隨機對照試驗的統合分析證據發現，認知訓練對於認知障礙、主觀記憶障礙或照顧者評估的障礙並沒有效果。我們發現懷舊療法在輕度失智的使用沒有足夠的證據，只有在一個非常小的試驗招募一群輕度至中度失智症患者發現有可能的認知效益。在系統性文獻回顧的這四個試驗都很小且其方法學品質不佳。

我們尚未發現有輕度或早期失智症患者接受個人諮商的試驗。

## 結論

- 根據多篇隨機對照試驗的強烈證據顯示，乙醯膽鹼酶抑制劑（針對認知及個人功能缺損）以及認知刺激療法（針對認知缺損）對於輕度失智症是有效的。儘管尚未有專門量化的報告，但強烈證據仍顯示銀杏萃取物製劑（gingko biloba）（針對認知缺損），以及照顧者的教育、訓練與支持介入計畫（針對照顧者情緒及患者入住機構），對於輕到中度的失智症是有效的。另外，有一篇隨機控制實驗顯示，失智患者的支持團體（針對生活品質及憂鬱）、行為治療（針對憂鬱）以及認知復健（針對目標性表現、滿意度和主觀記憶障礙）在早期失智患者可能是有幫助的。從多篇隨機控制實驗結果歸納建議性的證據等級，體能活動的介入措施可能有利於改善失智症患者身體功能，並限制殘障的效果。不過臨床證據有限，且針對輕度失智症患者的效果仍未明。
- 無證據顯示微量營養素補給物（micronutrient supplementation）、statin類藥物或是周全性血管照護對於輕度失智症的各項後果有幫助；然而，良好的臨床指引仍然建議要矯正葉酸與維生素B12缺乏症、注意心血管危險因子以及治療心血管疾病，因為可以預防其他重大健康問題的不良後果。
- 仍然需要更多的臨床研究（特別是品質良好的隨機控制實驗），去分析各種社會、心理以及改善疾病的治療策略對於早期失智症患者的療效。

這章節大部分的參考文獻可於完整報告版本內尋獲，也可於 [www.alz.co.uk/worldreport2011](http://www.alz.co.uk/worldreport2011) 免費下載

## 第五章

# 是否有些失智症的治療是越早治療效果越好？

在前兩章節，我們已經回顧許多實證醫學文獻關於早期診斷的好處(第三章)，以及對早期失智症患者有效的介入治療(第四章)。接下來要探討的是：這些治療，是否有早期黃金治療時期？因此我們分析了四個相關研究，其中兩個關於抗失智藥物療效，另外兩個針對照顧者的介入與支持。



儘管年紀差了90多歲， Marie-Therese 和 Frederica 一樣快樂的在一起畫著小貓咪。摩納哥的失智症協會和日照中心Speranza一起策畫了繪畫工作坊，讓孩子們和她們的年長伙伴發揮藝術天份，一起為100多隻貓咪圖上色。這個方案整合了健康照顧、心理支持和大眾宣傳的目的。

## 抗失智藥物

由藥廠贊助，在西班牙進行的第四期自然開放式藥物治療的大型研究(Naturalistic open label Phase IV trial)中發現，追蹤使用donepezil六個月治療的結果，發現其中輕度失智症患者，在認知功能方面有所改善，中度失智症患者反而明顯惡化(兩組在記憶、語言以及定向感方面的評分有統計學上顯著差異)；在生活功能方面，兩組都呈現退化，只是輕度失智組退化程度較少(37)。另一篇美國失智照顧機構的觀察性世代研究中顯示，針對疾病嚴重度相同的患者，平均觀察期三年(範圍1到13年，比起一般的隨機控制研究的半年到一年的研究期更久)，發現那些自發病開始算起，服用抗失智藥物的時間比例較高者(即有較高的persistence index)的患者，最終有較少的認知功能與日常功能退化(38)，並有較低的死亡率(39)，不過此篇並未針對疾病早期或晚期用藥間的效果比較來做研究。

## 照顧者介入服務

從美國的一項大型隨機對照試驗(40)與觀察世代研究(41)發現，有證據顯示，若是能針對照顧者進行早期介入以及支持，可能有利於延緩或防止失智者被安置於機構。在這個世代研究顯示，照顧者若是能在家庭裡照顧較不嚴重的失智者，獲得的好處是更大的，因為照顧者可以就近地照顧他們。Mittelman醫師在紐約進行的研究，同時給予配偶照顧者長期持續性的情感支持與工具上的協助，進行長達八年的追蹤。結果顯示，與重度失智者比較，對於輕度或中度失智者，若是給予照顧者較密集的輔導與支持可以帶來更顯著的好處(40)。

## 結論

- 有初步證據顯示，特別是來自美國的一篇對於失智者接受治療與照顧的長期自然研究發現，大部分的失智者在症狀一出現時就開始使用抗失智藥物的話，可能與認知能力下降較少和較長時間的存活有關。
- 兩項長期追蹤的研究也顯示，愈早協助照顧者(包括家庭護理，諮詢和支持)可更有效地預防或延緩失智者住到機構。
- 在照顧者開始承擔照顧責任的期間，以及在這過渡期間所發生的任何情況，都可能對於長期結果有重大的影響。當照顧者能愈早獲得支持，就愈能夠讓照顧者有效地適應環境及逐漸增加的照護需求。因此他們可能有更多的機會來計劃和安排，對於後面的病程可能更有幫助。

---

開放式藥物治療試驗(open label trial)無比較對照組，醫師、研究員及患者知道所接受之治療介入。於隨機對照試驗確認治療效益之後，這種試驗可提供治療的長期效益及附帶風險等有用資訊。



## 第六章

## 能節省開銷的必要投資—早期診斷與介入的經濟情勢

失智症所耗費的經濟成本是巨大的。在去年的全球失智症報告中，全球失智症的醫療照護成本，總估計約在每年6040億美元左右(42)。這些「社會」的成本費用包括由家庭成員和其他人(有時被稱為間接成本)提供的無償照顧，以及由社區服務、養老院和護理之家所提供的直接醫療照顧費用，和直接社會照顧費用。



這個位在日本京都的團體家屋只有9位居民，沒有特別負責烹飪的人。餐食由工作人員準備，有意願的居民協助。這個團體家屋裡每個人都有可參與的事情，不論是放盤子、筷子、或確認上菜。照片中的男子之前是位廚師。

從全球來看，失智者的總數約每20年增加一倍，預測從2010年的3600萬人增加到2050年的1.15億人(43)。由於人口老化，增幅最大的部份將會是年老衰弱的嚴重失智老人，再加上他們也可能是處於喪偶狀態，因此最有可能需要養老院或是護理之家的照護(44)。各國政府已開始著手處理這些需求以及花費。

## 經濟分析的方法

儘管隨機對照試驗提供了成本效益的有力證據，但是目前沒有試驗去比較早期診斷介入與後期診斷介入的差異。目前有試驗進行早期失智症的介入的有效性，但這些研究往往局限在個別療效上，而非整體照顧的花費。

由於這些限制，健康經濟學家已經應用精密的建模技術來整合最佳可用的資訊，包括：

- 將診斷時間提早的可能性？
- 探討藥物和心理社會支持介入對於疾病長期進展和機構化的效果如何？
- 這些處置介入對於成本的影響？

正如各種經濟模式的運作，其分析結果與假設有密切關係，應把假設加以釐清。在敏感度分析中，為了量化這些推估值的不確定性，某些重要的參數必須代入不同可能數值來進行測試。

## 證據

一些參考證據如下：

我們想確認三個有效經濟的分析，探討進行早期診斷對於未來健康支出和社會照護系統的支出，以及社會成本的影響。

Wisconsin大學的研究學者發現：早期診斷治療阿茲海默症，可以產生很多正面的社會利益，以及省下美國州政府與聯邦政府的財務支出。

早期診斷一位阿茲海默症病患大約需要4千元美金的費用。乙醯膽鹼酶抑制劑藥物治療和積極的照護教育訓練和支持，可以產生協同作用，以延緩病患被機構化安置。

這個研究也發現，早期介入比晚期介入更有成效。接受介入處置的照護者，可能會使用較多的資源，而且減少了憂鬱的情緒表現。

在此研究中，乙醯膽鹼酶抑制劑被認為因為減少了認知功能的退化，進而減少病患因為功能退化後進行機構安置的機率。結果顯示，早期診斷和早期介入是成果是正面。尤其在疾病早期時(例如MMSE測驗為28分)，進行藥物治療與照護者介入計畫，可以得到最高的效益。

第二個經濟分析是由生產donepezil的Eisai Ltd所進行。這個研究針對自述記憶力障礙個案進行篩檢與早期診斷，若個案MMSE的分數介於10到26分之間，則使用donepezil來治療。這個研究對於使用抗失智症的藥物所得到的延緩長期認知功能退化的好處，比起Wisconsin大學所做的研究，是持相對保守的看法。失智症診斷所須花費大約是美金7700元。

---

\*MMSE測驗用來檢測認知功能障礙，其滿分30分，分數越低代表認知功能障礙越顯著。

這個研究探討關於MMSE分數、行為症狀、機構安置所導致直接的花費(例如照護介入和健康照顧和社會資源和機構的花費)、和間接的花費(例如照顧者所花費的時間效益)所帶來的影響。在這個試驗中，淨利益是正面的(意指早期發現和使用donepezil藥物治療的好處利益)。簡而言之，直接的花費大約美金5700元，間接的花費大約美金6600元，總共約花費美金12400元。

第三個持有效看法的經濟分析是在英國利用社區基礎的Croydon Memory Service mode來探討早期發現和治療失智症患者所需的花費。如第二章所描述，在兩年期間內，以社區為基礎的簡易可行之評估方式的介紹，增加了63%的診斷率。所需要的花費包括診斷過程的費用，和家人溝通過程的費用，診斷後照護以及支持的費用。但未納入藥物治療的費用。雖然有分配資源，但照護失智症患者由現存健康和社會資源服務所延伸的下游照顧服務，還是必須的。明顯的好處就是減少了機構化安置。總共額外的費用如下：對於延緩記憶退化方面的支出大約是每年350百萬美元，健康照顧花費大約110百萬美元，所延伸的社會照顧花費是90百萬美元。因為新的照顧服務介入可望在10年後減少在照顧方面10%的花費，可以約略平衡社會資源的支出。也因此作者指出，利用QALY(Quality-adjusted life year—一種用以評估疾病負擔的方法，包括生活的質與量)，可以看出早期診斷和治療所獲致的正向利益。

## 結論

- 以經濟學論點來看，早期診斷和處置介入對於疾病治療是正向的，但論點還未達到完全無爭論的程度。
- 有許多證據是間接的，或者結論是視情況而定，有些未經檢驗的假設卻是很重要的，以至於是否獲致利益還是有些保留。
- 另一方面，許多失智症和其照顧者的生活品質介入效益試驗的失敗，可能導致低估了介入所帶來的淨利益，這些效益已被量測並著重在平衡財政支出與效益。

必須針對不同處置對縮小治療落差之相關效益進行研究，包括把病患分配到不同的實驗方法，以減少差距，且讓某些病患接受早期診斷和介入。因此提供實際的機會來評估早期診斷和介入的潛在的效價比，在這樣的架構下去進行能更真實地代表在於日常執業應用上的價值。



### 南非失智症患者John du Preez

剛開始我抱著否定以及不敢相信的態度，後來我決定多了解這個疾病。但當我讀得愈多愈了解就愈絕望；因此我決定對抗這個疾病，且試著保持健康到發現可延緩疾病惡化的藥物。我強烈建議，所有的病患在剛開始懷疑可能是阿茲海默症，或是父母有明顯短期記憶障礙時，就接受失智症的診斷評估。

## 第七章

# 結論和建議 -- 一起來行動！

大約有60%病患居住在高收入的國家，但那些居住在中低收入國家的患者中，卻有90%沒有接受診斷治療。因此在全球3千6百萬的失智症患者中，可能約有2千8百萬的人沒有接受具實證之治療與照護。在2011年全球失智症報告中顯示，許多原本可讓失智症患者、其家人、社會更好的機會，都被忽略與錯失了。



前慕尼黑失智症協會的主任Claudia Beyer-Feldman非常喜歡這張照片，這是一對夫妻去法國尼斯的記憶門診之後正要回家的路上。她說：「雨傘保護著我們不被淋溼。重要的是我們為失智者創造了一把看不見的保護傘 - 由信任、愛、關懷和真正的友誼組成。」

我們發現早期診斷失智症是可被推行的，而且許多有效的治療處置在疾病的早期是相對有效且能節省成本。因此，至少在美國或英國這些高收入國家，政府應投資符合經濟成本效益的早期診斷和早期介入！

**1** 證據顯示，我們可藉由以下方法在失智症的更早期做出診斷：(a) 舉辦基層醫療照護人員的實務教育訓練 (b) 提供能進行早期失智症診斷的醫療服務(如記憶門診) (c) 促進不同健康醫療體系單位之間的有效互動。

### 建議

- 所有的基層醫療照護服務應具備基本失智症篩檢能力，給予暫時的失智症診斷 (並排除其他可逆性的病因)、初步處理(提供資訊、支持、制定最佳的醫療照護計畫)和轉介。
- 進行臨床實務登錄，以執行診斷的稽核、並促進專科服務間的共同照護機制。
- 在醫療資源貧乏、有限或欠缺失智症專科診斷及照護服務的地區，應於基層醫療服務中擴大WHO mhGAP (mental health Global Action Programme)的實證介入指引的實施。
- 如果可行，應建立全國失智症專科醫療網，讓基層醫療可轉介疑似失智個案進行確診。
- 在較為複雜的醫療體系中，應建立詳細的臨床指引，確立基層醫療、記憶門診、和社區照顧服務在診斷、早期介入和持續照護中的角色。

**2** 雖然迄今沒有明確的證據可以證實，更早期的診斷對於失智患者和其照顧者有更好的預後，目前也相當缺乏足夠的大型人口學觀察性調查資料來下結論。

### 建議

- 需要委託執行更多觀察性研究，且需在病人初步診斷和後續追蹤時，常規地建立資料庫，以利後續的研究。
- 做人口學研究以調查失智症盛行率時，應查明初次診斷的時間、地點，和病人接受了何種的失智症醫療照護。

**3** 目前普遍存在一個迷思，認為早期診斷並沒有用處，因為「什麼也不能做」。事實上，已有部分的證據證明早期介入對於增進認知功能、治療憂鬱、改善照顧者情緒、和延緩機構化是有幫助的。

--乙醯膽鹼酶抑制劑和認知刺激可能使患有輕度阿茲海默症的病人增強其認知功能，因此應常規性地提供。

- 銀杏不建議當作阿茲海默症的第一線治療藥物，但對於對乙醯膽鹼酶抑制劑反應不佳或為其他失智症亞型的病人則可以考慮使用。認知刺激對於各種亞型的失智症可能都有效。
- 參與各種同儕支持團體對早期的失智症患者可能會有幫助，對於同時有憂鬱傾向的患者，應考慮給予個別化的行為治療課程。
- 雖然肢體活動課程的助益仍不是非常確定，但也可以考慮使用於輕度失智患者上。
- 當病人的照護需求增加時，適時地給予照顧者高品質的指導、訓練與支持，可協助照顧者改善情緒問題，延後失智患者入住機構的時間。

## 建議

- 應透過大眾宣導、教育訓練，讓一般民眾及醫療社會照護專業人員都了解各種有效介入機制。
- 無論是失智症照護的從業人員或照護服務提供業主，都應該確保早期失智患者能得到以上提及的實證介入服務。其中包括設立早期失智症醫療服務、充足的經濟支持、以及員工支持與訓練。
- 應定期審核與監測各單位對於以上目標的認知與實施情況
- 目前仍需要更多隨機對照研究，來提高各種早期失智症的介入方法的實證強度，其中包括：
  - 在失智病程的更早期開始藥物介入、延長藥物治療期間，並運用於更多患者和更多樣的病人族群。
  - 對於新診斷為失智症的患者，找出最有效的心理介入或支持方式(含對象及治療期間)。
  - 研究對於早期失智症合併有憂鬱及焦慮問題的病患，心理介入(包括認知行為治療、行為治療、支持性心理治療)的治療效果。
  - 研究持續的肢體活動課程對於早期失智症患者的療效和長期效益。
  - 研究給予早期失智患者持續且周全的營養補充(如微量元素、必需脂肪酸)的療效和長期效益。
  - 找出提供照顧者有效介入的最佳時機及方式，不斷更新初期到中期失智症的相關資訊、教育訓練和支持，達到更細緻、漸進的照護模式。

**4** 經濟證據顯示，更早期診斷失智症，並給予具有實證效果的治療，可以減少後續的醫療照護花費，其獲利來自 a) 抗失智症藥物和照顧者的介入 b) 延後病人機構化，提高失智患者及其照顧者的生活品質。

### 建議

- 現今的經濟模式，大部分是應運特定的醫療體系(如美國、英國)而生。政策制訂者需成本效益的實証資料，並依社會經濟狀況來擴大失智症的早期診斷和醫療照護服務。
- 無論是觀察性研究或群組隨機對照研究，失智患者相關利益團體應優先進行具實證內容的遊說，政府也應依實證結果制定相關政策。

### 匈牙利布達佩斯路易氏體失智症患者 Istvan Kappeter

全匈牙利最知名的失智症專家，在匈牙利科學院製作的電視節目中指出：在匈牙利每個疑似有記憶問題的病人，無論是病人本人或其家人，都寧願選擇保持沉默，不讓其他人知道，因為擔心他們會被社會汙名化。在匈牙利，多數可能患有路易氏體失智症或阿茲海默型失智症的病人，都沒有接受乙醯膽鹼酶抑制劑的治療。據我所知，多數匈牙利的醫師、精神科醫師甚至神經內科醫師，當病人要求檢查關於記憶或思考問題時，都會回答他們看起來沒有什麼



大問題。根據Konrad Beyreuther教授的說法，德國在20年前也有相同的問題，但是現在已經大幅改善。其中最重要的因素在於克服外界對於失智症的成見，鼓勵病人以合理、開放、樂觀的態度面對及處理失智症。

在成年期開始發生認知障礙的病患，特別是罹患路易氏體失智症或阿茲海默症的個案仍能保有工作能力，所以只要工作內容相對容易、不使他們感到難堪，他們在疾病的初期階段仍可從事部份可支薪的工作。這對社會的每個人來說都是好事—包括病患、家屬以及全人類。

# 參考文獻

- (1) Carpenter B, Dave J. Disclosing a dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda. *Gerontologist* 2004; 44(2):149-158.
- (2) Pinner G, Bouman WP. Attitudes of patients with mild dementia and their carers towards disclosure of the diagnosis. *Int Psychogeriatr* 2003; 15(3):279-288.
- (3) Fahy M, Wald C, Walker Z, Livingston G. Secrets and lies: the dilemma of disclosing the diagnosis to an adult with dementia. *Age Ageing* 2003; 32(4):439-441.
- (4) Connell CM, Boise L, Stuckey JC, Holmes SB, Hudson ML. Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *Gerontologist* 2004; 44(4):500-507.
- (5) Derksen E, Vernooij-Dassen M, Gillissen F, Olde RM, Scheltens P. Impact of diagnostic disclosure in dementia on patients and carers: qualitative case series analysis. *Aging Ment Health* 2006; 10(5):525-531.
- (6) Pratt R, Wilkinson H. Tell me the truth: The effect of being told the diagnosis of dementia. 2001. London, The Mental Health Foundation.
- (7) Lecouturier J, Bamford C, Hughes JC, Francis JJ, Foy R, Johnston M et al. Appropriate disclosure of a diagnosis of dementia: identifying the key behaviours of 'best practice'. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:95.
- (8) Banerjee S. Living well with dementia—development of the national dementia strategy for England. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25(9):917-922.
- (9) Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000; 160(19):2964-2968.
- (10) Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000; 11(4):223-229.
- (11) Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, Williams J, Edwards DF. Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(11):1771-1776.
- (12) Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, Austrom MG, Perkins AJ, Fultz BA et al. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20(7):572-577.
- (13) Lopponen M, Raiha I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivela SL. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care – a more active approach is needed. *Age Ageing* 2003; 32(6):606-612.
- (14) Dias A, Patel V. Closing the treatment gap for dementia in India. *Indian Journal of Psychiatry* 2009; 51(5):93-97.
- (15) Department of Health. Living well with dementia. A National Dementia Strategy. 2009. London, UK, Department of Health.
- (16) Raschetti R, Albanese E, Vanacore N, Maggini M. Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: a systematic review of randomised trials. *PLoS Med* 2007; 4(11):e338.
- (17) Batsch NL, Miller RV. An Assessment of Needs for Serving Individuals Diagnosed With Alzheimer's Disease and Related Dementias in the Early Stages. *Alzheimer's Care Today* 2009; 10(3):140-155.
- (18) World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). 2010. Geneva, WHO.
- (19) Cooper B, Bickel H, Schaufele M. The ability of general practitioners to detect dementia and cognitive impairment in their elderly patients: a study in Mannheim. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992; 7:591-598.
- (20) O' Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ* 1988; 297(6656):1107-1110.
- (21) Shaji KS, Arun Kishore NR, Lal KP, Prince M. Revealing a hidden problem. An evaluation of a community dementia case-finding program from the Indian 10/66 dementia research network. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(3):222-225.
- (22) Ramos-Cerqueira AT, Torres AR, Crepaldi AL, Oliveira NI, Scazufca M, Menezes PR et al. Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(10):1738-1742.
- (23) National Collaborating Centre for Mental Health. Dementia. A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care – National Clinical Practice Guideline Number 42. 2007. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- (24) U.S.Preventive Services Task Force. Screening for dementia: recommendation and rationale. *Am Fam Physician* 2004; 69(6):1473-1475.
- (25) Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(5):391-400.



- (26) Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS et al. A brief dementia screener suitable for use by non-specialists in resource poor settings-the cross-cultural derivation and validation of the brief Community Screening Instrument for Dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26(9):899-907.
- (27) Perry M, Draskovic I, Lucassen P, Vernooij-Dassen M, van AT, Rikkert MO. Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26(1):1-11.
- (28) Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ* 2006; 332(7543):692-696.
- (29) Rondeau V, Allain H, Bakchine S, Bonet P, Brudon F, Chauplannaz G et al. General practice-based intervention for suspecting and detecting dementia in France. *Dementia* 2008; 7(4):433-450.
- (30) Iliffe S, Wilcock J, Griffin M, Jain P, Thune-Boyle I, Koch T et al. Evidence-based interventions in dementia: A pragmatic cluster-randomised trial of an educational intervention to promote earlier recognition and response to dementia in primary care (EVIDEM-ED). *Trials* 2010; 11:13.
- (31) Perry M, Draskovic I, van AT, Borm GF, van Eijken MI, Lucassen P et al. Can an EASYcare based dementia training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:71.
- (32) Ramakers IH, Verhey FR. Development of memory clinics in the Netherlands: 1998 to 2009. *Aging Ment Health* 2011; 15(1):34-39.
- (33) Banerjee S, Willis R, Matthews D, Contell F, Chan J, Murray J. Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(8):782-788.
- (34) Bruandet A, Richard F, Bombois S, Maurage CA, Deramecourt V, Lebert F et al. Alzheimer disease with cerebrovascular disease and vascular dementia: clinical features and course compared with Alzheimer disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80(2):133-139.
- (35) Bowler JV, Munoz DG, Merskey H, Hachinski V. Factors affecting the age of onset and rate of progression of Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65(2):184-190.
- (36) Musicco M, Palmer K, Salamone G, Lupo F, Perri R, Mosti S et al. Predictors of progression of cognitive decline in Alzheimer's disease: the role of vascular and sociodemographic factors. *J Neurol* 2009; 256(8):1288-1295.
- (37) Molinuevo JL, Berthier ML, Rami L. Donepezil provides greater benefits in mild compared to moderate Alzheimer's disease: implications for early diagnosis and treatment. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52(1):18-22.
- (38) Rountree SD, Chan W, Pavlik VN, Darby EJ, Siddiqui S, Doody RS. Persistent treatment with cholinesterase inhibitors and/or memantine slows clinical progression of Alzheimer disease. *Alzheimers Res Ther* 2009; 1(2):7.
- (39) Rountree S, Pavlik V, Chan W, Doody R. P4-102: Persistent antidementia drug treatment and survival in an Alzheimer's disease (AD) cohort. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 4[4], T698-T699. 1-7-2008.
- (40) Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996; 276(21):1725-1731.
- (41) Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R. Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *Gerontologist* 2005; 45(2):177-185.
- (42) Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010; The Global Economic Impact of Dementia. 2010. London, Alzheimer's Disease International.
- (43) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2009. Prince M.J., Jackson J, editors. 2009. London, Alzheimer's Disease International.
- (44) Knapp M, Prince M. Dementia UK – A report into the prevalence and cost of dementia prepared by the Personal Social Services Research Unit (PSSRU) at the London School of Economics and the Institute of Psychiatry at King's College London, for the Alzheimer's Society. THE FULL REPORT. 2007. London, The Alzheimer's Society.
- (45) Weimer DL, Sager MA. Early identification and treatment of Alzheimer's disease: social and fiscal outcomes. *Alzheimers Dement* 2009; 5(3):215-226.
- (46) Getsios D, Blume S, Ishak KJ, Maclaine G, Hernandez L. An economic evaluation of early assessment for Alzheimer's disease in the United Kingdom. *Alzheimers Dement* 2011.
- (47) Banerjee S, Wittenberg R. Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24(7):748-754.

## Sylvia Frias de Guerrero的告白

### --多明尼加共和國失智症患者Francisco Antonio Guerrero AndújarAna的太太

在五年前他被診斷為失智症患者時，我還完全不知道未來會發生的情況有多嚴重--- 我從來無法想像事情會如何演變。我先生的母親和他的許多家族成員都患有失智症，由於我們的關係並不密切，所以我也沒察覺到這個診斷會如何影響我們的生活。

我想知道更多未來需要處理的狀況，可是因為一無所知，所以覺得失落。直到有人告訴我多明尼加失智症協會這個組織，我加入了他們，也開始了解這種疾病將會如何改變我們的生活、我們的計劃。

我最懷念的是我原本獨立的生活，我知道，如果現在的他能理解他是如何的依賴我，我想，他也同樣會懷念以前獨立自主的生活。藉著對上帝的信仰和不斷的祈禱中，我保守著耐心、謙遜和智慧來面對這一切，在照顧的歷程給他所應得的愛和尊重。





**Alzheimer's Disease  
International**

# 國際失智症協會 (Alzheimer's Disease International)

國際失智症協會（簡稱 ADI）是一個國際性的失智症聯合組織，共有76個國家會員，每一個會員均為非營利組織，支持著失智病友及其家屬。

國際失智症協會的遠景是，提升全球失智患者及家屬的生活品質。

目標是致力於建立和強化各國失智症協會，並促進全球對失智症之正確認知。

組織功能越強的失智症協會，越能符合失智患者及其照顧者的需求。

## 服務項目

支持各會員國在世界各地的發展和活動。

鼓勵在尚未設立協會的國家，發展失智症協會。

連結各國失智症協會，促進共同分享與相互學習。

提高社會大眾和政府部門對失智症的認知。

推動全球阿茲海默症和失智症的盛行率及其影響之研究。

## 主要活動

透過國際失智症日（每年9月21日）提昇全球對失智症的認識。

透過「阿茲海默大學」的相關課程，提供各協會非營利組織運作的訓練。

主辦國際研討會，讓失智症協會的同仁、志工、醫護專業人員、研究人員、失智症患者及其家屬，享有一個交流的平台。

透過網站和出版品提供可靠和準確的訊息。

支持10/66失智症研究小組，於發展中國家進行失智症盛行率及影響之研究。

國際失智症協會總部設在倫敦，於美國註冊為非營利組織。國際失智症協會成立於

1984年，並於1996年建立與世界衛生組織的官方關係。讀者可於[www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)找到

更多關於國際失智症協會的資訊。

國際失智症協會：全世界各國失智症及相關疾病協會的聯盟組織，於美國伊利諾州組成，為非營利組織。

Alzheimer's Disease International  
64 Great Suffolk Street  
London SE1 0BL  
UK  
Tel: +44 20 79810880  
Fax: +44 20 79282357

翻譯：李怡萱、林洛弘、葉柏綸、吳雅汝、  
張炳勳、鄭文立、張家芸、陳昭先、  
鄭偉伸、李榕修、陳宥伶、李雅萍、  
薛雅元、黃馨葆

審閱：王鵬智、白明奇、楊詠仁、蔡佳芬、  
巫瑩慧、徐文俊、邱銘章、湯麗玉、  
洪心平、吳義銘、鍾愛英

社團法人台灣失智症協會  
<http://www.tada2002.org.tw>  
諮詢專線 0800-474-580  
(失智時 我幫您)

香港老年痴呆症協會  
<http://www.hkada.org.hk>  
諮詢專線 2338-2277,3553-3656



**Alzheimer's Disease  
International**