

健康老龄化，从“心”开始

北京回龙观医院心理科

刘华清 教授

北京回龙观医院老年科

韩笑乐 科室主任



联合国可持续发展目标(SDG3.4)

- 到2030年，通过预防和治疗，将非传染性疾病导致的过早死亡率降低三分之一，并促进心理健康和福祉。



2023年医疗卫生健康9项重点工作

- 1.在对疫情防控工作进行全面科学总结的基础上，更加科学、精准、高效做好防控工作。
- 2.围绕保健康、防重症，重点做好**老年人**、儿童、患基础性疾病群体的疫情防控和医疗救治。
- 3.提升疫情监测水平，推进疫苗迭代升级和新药研制，切实保障群众就医用药需求，守护好人民生命安全和身体健康。
- 4.深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。
- 5.推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。
- 6.实施中医药振兴发展重大工程。
- 7.重视心理健康和精神卫生。
- 8.实施积极应对人口老龄化国家战略，加强**养老**服务保障，完善生育支持政策体系。
- 9.保障妇女、儿童、**老年人**、残疾人合法权益。



一、老年人的心理特点

(一) 老年人的记忆特点

- 记忆力下降，记忆速度变慢；
- 有意记忆为主，无意记忆为辅；
- 远事记忆尚好，近事记忆较差；
- 意义识记尚好，无意义的机械识记较差。

(二) 老年人的思维特点

- 因感知和记忆减退，在概念、逻辑、推理和解决问题方面能力下降；
- 尤其是思维的敏捷度、灵活度、流畅性、变通性、创造性比中青年期差。

(三) 老年人的人格特点

- 对健康和经济的过分关注与担心产生的不安、焦虑；
- 能力下降产生的保守；
- 交往减少造成的孤独；
- 把握不住现状产生的怀旧和抱怨。





- 大脑功能用进废退，如果注意自我保健，坚持适当脑力锻炼和记忆训练，可延缓大脑衰退！



蓝色

绿色

红色

黑色

红	<u>绿</u>	蓝	<u>红</u>	蓝	黄
蓝	<u>绿</u>	红	黄	<u>黄</u>	绿
<u>红</u>	绿	<u>蓝</u>	<u>蓝</u>	红	<u>黄</u>
<u>蓝</u>	黄	<u>红</u>	<u>黄</u>	绿	<u>绿</u>



二、常见老年心理问题

- 睡眠问题
- 焦虑抑郁
- 老年痴呆

重点讲述



二、常见老年心理问题

老年常见睡眠问题：夜间总睡眠时间^①及有效睡眠时间减少，睡眠效率降低。

- ✓ **入睡困难**：入睡时间延长（ ≥ 30 分钟），睡眠质量下降；
- ✓ **易醒**：夜间觉醒次数增多（超过3次），浅睡眠增多，深睡眠减少；
- ✓ **早醒**：醒后不能再入睡，白天易困倦、嗜睡、早睡等；
- ✓ **矛盾性失眠**（睡眠知觉障碍或主观性失眠）：主诉严重失眠（高估入睡所需时间，低估睡眠效率，而多导睡眠监测未见异常）；
- ✓ **睡眠相关运动障碍**：不宁腿、周期性肢体运动障碍以及快速眼动期睡眠行为障碍等。



二、常见老年心理问题

- **抑郁发作核心症状：**心境低落、快感缺失、兴趣减退
- 老年患者的抑郁情绪常常被其他症状所掩盖：
 - 1.焦虑/激越突出：过分担心、灾难化的思维与言行以及冲动激惹；
 - 2.躯体不适主诉突出：可辗转多家医院或多科就诊，“隐匿性抑郁”常见；
 - 3.精神病性症状：可有幻觉，常见疑病、虚无、被遗弃、贫穷、灾难及被害等妄想；
 - 4.自杀行为：自杀观念频发且牢固、自杀计划周密，自杀成功率高；
 - 5.认知功能损害：是抑郁的易感和促发因素，抑郁也可能是痴呆的早期表现；
 - 6.睡眠障碍：往往是抑郁的首发和诱发加重症状。



二、常见、老年心理问题

中华精神科杂志 2017 年 10 月第 50 卷第 5 期 Chin J Psychiatry, October 2017, Vol. 50, No. 5

· 329 ·

·标准与讨论·

老年期抑郁障碍诊疗专家共识

中华医学会精神医学分会老年精神医学组

老年期抑郁障碍(late life depression, LLD)指年龄 60 岁及以上的老年人中出现的抑郁障碍^[1-3],其在老年人群中是一种较常见的精神障碍,在伴发躯体疾病患者中患病率可能更高,不仅损害老年患者的生活质量和社会功能,而且增加照料者的负担。老年人群中合并各种脑器质性疾病和躯体疾病的抑郁发作较常见。本共识中的抑郁障碍不仅包括抑郁症,还包括其他疾病学分类中的抑郁发作。

意义的抑郁综合征,从原发性抑郁到躯体情况所致的继发性抑郁障碍,具有明显的异质性和复杂性。老年期抑郁障碍的易感因素和促发因素主要包括:脑器质性损害基础、躯体疾病共病、使用药物的影响,回避、依赖和挑剔等人格因素,低文化、贫困、独居和服务照料不良等社会因素,心理灵活性下降、负性生活事件、慢性应激和挫折等心理因素,功能损害、活动受限等躯体因素^[5]。



老年期痴呆患病率高

2020年第七次全国人口普查			老龄化社会标准
60岁及以上人口	2.64亿	占18.7%	占10%
65岁及以上人口	1.9亿	占13.5%	占7%

- ✓ 我国人口老龄化程度进一步加深，而痴呆等认知障碍类疾病与老龄化密切相关；
- ✓ 当前，我国痴呆总体患病率为6.19%，≥65岁人群痴呆的患病率为5.14%-13%；形势严峻，给人民健康和社会经济带来沉重负担
- ✓ 到2030年全球痴呆总花费预估为2万亿美元²

1、1.国家统计局. 第七次全国人口普查公报(第五号)

2、于恩彦主编. 中国老年期痴呆防治指南 (2021). 人民卫生出版社. 2021年11月第1版. P9-11

3、http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm



老年期痴呆患病率高



http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm



认识不足，就诊率低，误诊率高

由于对老年性痴呆的认识不足，加上老年健康保健体系还不够完善，目前我国痴呆患者的就诊率较低。调查发现，轻度痴呆症患者的就诊率不到20%，其中半数以上被误诊，47%的痴呆症老人被认为是自然衰老的结果，是“老糊涂”了。

近几年研究发现两个新的现象：

一、老年痴呆的患病年龄在提前，老年痴呆逐步呈现年轻化趋势，不少四十多岁的中年人出现记忆力、思维能力明显下降等老年痴呆的早期症状；

二、由于生活环境和生活方式的变化，我国高血压、糖尿病和中风等血管损害所致的血管性痴呆的患病率明显高于欧美国家。



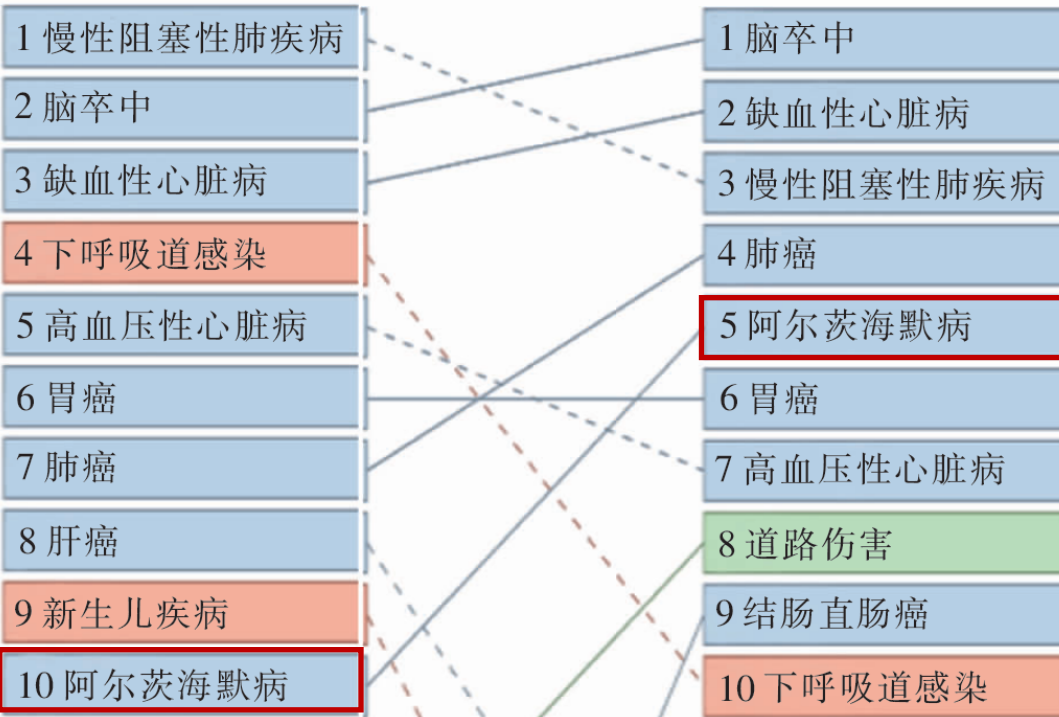
防治迫在眉睫

《中国阿尔茨海默病报告2021》

男女合计,年龄标准化,每10万人死亡

1990年顺位

2019年顺位



《中国阿尔茨海默病报告 2021》显示, AD已成为我国城乡居民第5位死因, 给居民和社会带来沉重负担²。

2.任汝静,等. 诊断学理论与实践. 2021;20(4):317-337.

《中国老年期痴呆防治指南》 时隔14年，重磅更新

指南更新的背景：

- ✓ 近年来，国家各部委密集出台针对**人口老龄化**的应对方案，其中特别强调了**加强老年期痴呆的筛查、诊治和照护**。
- ✓ 当前，**老年期痴呆**已成为**跨学科**疾病，老年痴呆的**筛查率、诊疗率、规范治疗率都非常低**，老年痴呆防治工作亟需一本**新的指南**来指导工作。



指南更新的意义：

- ✓ 目前痴呆还**无法治愈**，因此指南突出**预防、早期干预、居家管理与康复**三大特色，强调**全病程管理**的理念。

于恩彦主编. 中国老年期痴呆防治指南 (2021). 人民卫生出版社. 2021年11月第1版



痴呆的预防

- 痴呆的预防是复杂的系统工程，主要在于对可控制风险因素进行早期的、全面的、系统的、长期的干预，并对易感人群加强筛查和监测，建立完善的网络分层治疗和机制。

01 一级预防

- 即**病因预防**，目的在于消除各种致病因素，避免或减少致病因素的影响，防止痴呆的发生

02 二级预防

- 即对痴呆进行早期筛查，以便**早发现、早就医、早诊断和早治疗**

03 三级预防

- 即对痴呆患者进行**规范的临床管理和生活照料**，目的是提高生活质量



痴呆的预防

- 多种因素影响痴呆的发生，最近研究显示：全球约半数以上的痴呆负担是由于潜在的、可干预的危险因素所致。

可控的危险因素

- 高血压
- 高脂血症
- 2型糖尿病
- 中年期肥胖与高体质指数
- 吸烟
- 脑动脉硬化 风险升高**3倍**
- 饮酒 风险增加**3倍**
- 摄入过多饱和脂肪酸
- 高同型半胱氨酸
- 不同类型的脑血管病
- 受教育程度低
- 男性头部外伤史
- 低体力和脑力活动者
- 社交活动少者
- 情感障碍



痴呆的预防

不可控的危险因素

- 高龄
- 女性 65岁以上的女性AD患者大约是同龄男性的3倍
- 遗传因素
 - 致病基因：***PSEN1*基因、*PSEN2*基因和*APP*基因**
 - 风险基因：
 - ✓ 不携带***APOE4***等位基因的人患AD的危险性为**20%**
 - ✓ 携带1个该基因的患病危险为**45%**
 - ✓ 携带2个为**90%**，是正常人的**8-12倍**



痴呆的预防

- 轻度认知功能障碍 (mild cognitive impairment, MCI) 是一种介于正常衰老与痴呆之间的认知功能缺损, 涉及多个认知领域的损害, 包括记忆、语言、注意力、执行功能及视空间功能等。
- MCI 向痴呆的转化率高达10% ~ 15%/ 年, 普通人群早期识别和干预是防止或延缓MCI向痴呆转化的重要手段。

- Barnes等研究显示, 若能将AD 7种主要危险因素降低10% ~ 25%, 全世界将减少110万 ~ 300万AD患者。

I级证据 A级推荐

- 科学锻炼
- 戒烟
- 健康、均衡饮食
- 停止有害饮酒
- 益智活动、适宜社交
- 抗高血压治疗
- 糖尿病管理



痴呆的预防

营养学报 2022 年第 44 卷第 6 期

523

DOI:10.13325/j.cnki.acta.nutr.sin.2022.06.015

维护老年人认知功能营养专家共识

中国营养学会特殊营养分会 中国营养学会老年营养分会 中国营养学会
营养与神经科学分会 中国老年学和老年医学学会营养食品分会
中国老年医学学会营养与食品安全分会

维护老年人认知功能是积极维护脑健康、主动预防痴呆和认知相关疾病的根本措施，也是实现健康老龄化的必然要求。研究显示，膳食营养在延缓认知功能衰退、降低痴呆风险方面发挥重要作用^[1]。中国营养学会特殊营养分会牵头，组织专家依据循证医学原则，系统检索了近 20 年国内外相关文献；并按照 WHO 推荐的证据评价方法和标准^[2]系统评价了营养素、食物、膳食、运动、心理、睡眠等因素与老年认知功能及认知相关疾病的关系，根据不同等级的科学证据形成了十五条推荐意见和六大策略。

第一部分 研究证据



痴呆的预防



维护老年人认知功能六大策略扇形图



评估对痴呆的早期筛查、诊断及鉴别诊断 具有重要价值

病史资料

- 主诉、现病史、既往史、个人史、家族史等
- 病史还包括ABC三个方面

认知评估

- 记忆功能
- 语言功能
- 注意
- 视空间功能
- 运用功能
- 执行功能

精神行为症状评估

- 精神病性症状（幻觉、妄想）
- 情感症状（淡漠、抑郁、焦虑）
- 人格及行为改变
- 饮食及睡眠障碍

躯体及神经系统检查

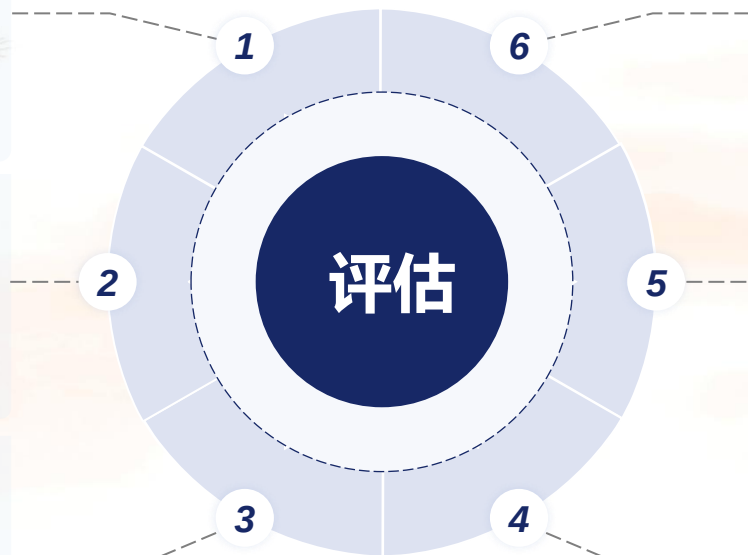
- 体格检查
- 神经系统检查包括意识、高级皮质功能的初步检查、脑神经、运动系统、感觉系统、反射和脑膜刺激征、自主神经功能等

辅助检查

- 影像学检查（脑结构/脑功能/脑分子影像）
- 实验室检查（血液、尿液、脑脊液）
- 生物标志物（A β 斑块的生物标志物（A）、纤维状tau蛋白的生物标志物（T）、神经退行性变或神经元损伤的生物标志物（N））

日常生活能力评估

- 是否需要放弃工作
- 是否能管理钱物
- 是否还能驾车
- 是否适宜单独生活



痴呆的 A B C 症状



A 日常生活能力下降 (ADL, activity of daily living)

- **工具性ADL**：做饭、购物、打电话、通信、理财、独自出行
- **基础性ADL**：穿衣、打扮、梳洗、如厕、进食和行走



B 精神症状与行为改变 (BPSD, Behavioral and psychological symptoms of dementia)

- 妄想
- 幻觉
- 激越
- 抑郁
- 焦虑
- 淡漠
- 激惹
- 欣快
- 脱抑制行为
- 异常动作
- 夜间行为紊乱
- 饮食异常



C 认知功能障碍 (Cognitive impairment)

- 记忆障碍、语言障碍
- 执行能力障碍、视知觉障碍
- 注意力障碍、社会认知障碍



三级预防：进行规范的临床管理和生活照料

规范临床管理

- 对痴呆患者进行**早期、全面、系统、规范的综合治疗**有助于延缓疾病的进展（II级证据、B级推荐）
- 注重识别与及时**处理BPSD**，可提高治疗效果和生活质量（II级证据、B级推荐）
- **非药物干预**对患者的病情具有减缓作用（II级证据、B级推荐）

加强患者照料

- 在获得足够照料的情况下，鼓励患者**进行力所能及的活动**，尤其是感兴趣的活动，可较好地**保持其残存的能力，延缓疾病进展**（II级证据、B级推荐）

提高患者生活质量

- **保证充足的睡眠，均衡的饮食、适当的锻炼**，保证生活环境的**舒适与安全**，防止意外损伤，可大大提高患者的生存质量（II级证据、B级推荐）

协助照料者

- 关注照料者的身心健康，**减轻照料者负担和心理压力**有利于提高其照料患者的质量（III级证据、C级推荐）



痴呆的诊断

生物标记物检测:
血和脑脊液

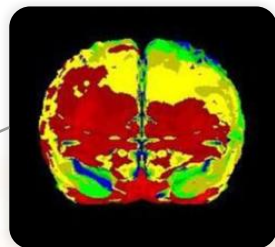


辅助



- 完整准确的**病史采集和查体**
- 全面系统的**评估**

辅助



影像学检查:
脑电图、脑影像 (MRI、
PDG-PET、SPECT等)

MRI: 核磁共振成像
PET: 正电子发射型计算机断层显像
SPECT: 单光子发射计算机断层成像术

基因筛查



辅助



痴呆的分型（按照病因）

- AD（阿尔茨海默病）最常见，约占60%-70%
- VD（血管性痴呆）次之，约占15%-20%
- DLB（路易体痴呆），约占5%-10%
- FTD（额颞叶痴呆），约占5%-10%
- PDD（帕金森病痴呆），约占3.6%
- 其他类型痴呆：正常压力性脑积水；继发于感染、肿瘤、中毒或代谢性疾病引起的痴呆；混合型痴呆.....

注：后面讲座主要以AD（阿尔茨海默病）为例



评估痴呆常用的量表

患者进行评估时，选择合适的量表对早期干预/诊断至关重要



认知评估量表

- 认知筛查量表（MMSE、MoCA、CDT、ACE）
- 单认知域评估（AVLT、BNT、DST、CDT）
- 综合评定量表（ADAS-cog、SIB、CDR、GDS、DRS等）



BPSD评估量表

- 阿尔茨海默病行为病理评定量表（BEHAVE-AD）
- 神经精神症状问卷（NPI）
- Cohen-Mansfield激越问卷（CMAI）



日常生活能力评估量表

- 6项躯体自理量表（PSMS）
- 8项工具性日常活动量表（IADL）
- 社会活动功能量表（FAQ）

MMSE：简易精神状态检查；MoCA：蒙特利尔认知评估量表；CDT：画钟测试；ACE：安登布鲁克认知检查；AVLT：听觉词语学习测验，国内版本主要有上海市卫生中心版本、复旦大学附属华山医院版本等；BNT：Boston命名测验；DST：数字广度测验；ADAS-cog：阿尔茨海默病评定量表认知分量表；SIB：严重损害评定工具；CDR：临床痴呆量表；GDS：总体衰退量表；DRS：Mattis痴呆评估量表；BPSD：精神行为症状



认知功能评估：画钟试验(CDT)

➤指导语：

- 请在这张白纸上画出一个圆形钟表
- 要标出12个刻度数字
- 并用指针表示出11:10 或者8:20

➤优点：

- 操作性良好；
- 耗时短；
- 受环境和文化程度影响小；
- 对临床医生专业要求性不高。

➤判断标准（4分评分法）¹

- 画出一个闭合的圆 +1分
- 12个刻度数字无漏掉 +1分
- 刻度数字与位置正确 +1分
- 指针位置正确 +1分

➤评分分级：

- 0-1分为重度；
- 2分为中度；
- 3分为轻度。

1.于荣焕等. 中国康复理论与实践, 2004;10(3):139-140.

2.徐珊瑚等. 中华老年医学杂志, 2018(4):390-393.



认知功能评估：画钟试验(CDT)

画钟试验 2:45



10



9



8



7



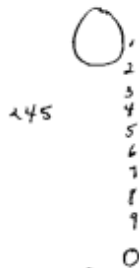
6



5



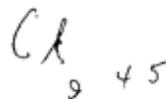
4



3



2



1

10分评分法：

10分表示最佳

1分表示最差



AD的诊断标准

1. 隐袭起病，症状逐渐出现（数月或数年），并非突然起病（数小时或数天）
2. 知情者报告或观察有明确认知衰退病史
3. 病史和检查证实存在以下任一种早期突出的认知损害：
 - A. 遗忘症状：为AD痴呆最常见的表现，包括学习和回忆近期信息的能力受损，还应具备至少一个其他认知领域的认知功能受损证据
 - B. 非遗忘证据
 - a) 语言症状：最突出的损害是找词困难，也存在其他认知领域损害
 - b) 视空间功能表现：最突出的损害是空间认知损害，包括物体失认，面孔识别受损、图像组合失认和失读，也存在其他认知领域损害
 - c) 执行功能障碍：最突出的是推理、判断和解决问题能力受损，也应存在其他认知领域损害
4. 当存在下列证据之一时，不应该诊断很可能的AD痴呆：存在与认知障碍起病或症状恶化时间关联性的卒中病史而确定伴发明确的脑血管病；或存在多发或广泛梗死，或严重的白质高信号。除了痴呆之外还有DLB的核心特征，与AD痴呆本身不同。有行为变异型FTD的显著特征。有语义变异型或非流利性/失语变异型原发性进行性失语的显著特征。有证据表明同时存在尚未治愈的神经疾病或非神经科疾病，或正在服用对认知有显著影响的药物



AD的鉴别诊断

- 老年人良性健忘：与增龄有关，特点是对事件总体记忆尚好，对记忆的下降有自知力，进展缓慢，社会功能保持良好。
- 老年期抑郁症（假性痴呆）：起病相对较快，定向力完整，以情绪改变为主，通常晨重夕轻，病前的智能和人格完好，因思维迟缓，回答问题时若给予充分时间能答对，但为此沮丧。因抗抑郁治疗有效，病程通常较短，可逆，易复发。



痴呆的治疗目标

- 改善或保持患者认知功能，延缓认知衰退
- 控制痴呆相关精神行为症状，减少症状的发生
- 降低疾病给患者和照料者带来的苦恼与伤害
- 保持患者的社会功能，提高患者生活质量
- 减轻照料者负担



痴呆的治疗原则



综合评估原则

- **评估**是有效且恰当治疗的前提
- **临床诊断、全面且个体化的临床干预、治疗效果**等均需要评估
- 评估应该是规范的且**贯穿治疗的始终**



循证抉择原则

- 现有痴呆治疗措施的有限性给患者、家庭和社会带来了严重困扰，也给医师带来巨大压力，减少这些不良影响、给患者提供最大获益的解决方法就是制定治疗方案时的**循证抉择**



随访监测原则

- 痴呆的治疗是长期的，应定期对治疗情况进行全面的**随访监测**
- **依从性**监测
- **安全性**监测
- 治疗**有效性**监测



患者优先原则

- 痴呆治疗的最终目的是尽可能的保持患者的**健康和生活质量**
- 痴呆治疗应**全方位**考虑**患者需求**，积极鼓励患者及其权益维护者参与到治疗联盟中来



痴呆的治疗

- 1.病因学治疗
- 2.药物治疗
- 3.非药物治疗
- 4.精神行为症状（BPSD）的治疗
- 5.多学科协作治疗



1.痴呆的病因学治疗

病因学治疗

变性病性痴呆 — AD的治疗

- 作用于神经递质的药物：**ChEIs、NMDA受体拮抗剂（美金刚）、**其他作用于神经递质的药物（右美沙芬-奎尼丁复合制剂）
- 疾病修饰治疗药物（DMTs）：**以A β 及tau蛋白为治疗靶点**，如抗A β 药物（人源化IgG1单抗及CAD106）；抗tau蛋白药物（目前有20多种抗tau蛋白疫苗）、其它药物（如甘露特钠）

非变性病性痴呆

- VD：血管扩张剂（如尼麦角林）、脑代谢类药物（奥拉西坦）、中草药制剂（银杏叶片）、钙通道阻滞剂（尼莫地平）等
- 颅内器质性疾病：手术是主要治疗手段
- 感染性疾病：加强营养支持、抗惊厥药、抗精神病药物
- 酒精中毒性痴呆：大量维生素B1
- 亨廷顿病性痴呆：尚无有效药物，可借助心理治疗
- 代谢性疾病：可对症补充叶酸、维生素B2、甲状腺激素等

2.痴呆的药物治疗

- 胆碱酯酶抑制剂（ChEIs）：增加脑内突触间隙乙酰胆碱功能和水平，治疗轻中度AD，主要有多奈哌齐、卡巴拉他、加兰他敏等；
- 谷氨酸受体拮抗剂：减少异常的谷氨酸能神经传递，治疗中重度AD，美金刚，也可与ChEIs联合使用；
- 甘露特钠：首个可改变AD病程终点的肠道菌群靶向药，重塑肠道菌群，降低A β 和tau蛋白过度磷酸化；
- 阿杜那单抗：2021年FDA有条件批准上市，有效清除脑内A β 沉积；
- 其他可能有益的药物：石杉碱甲、银杏叶、维生素E、叶酸、司来吉兰、雌激素、他汀类药物、中药及复方海蛇胶囊、膳食补充剂等。



3.痴呆的非药物治疗

运动疗法

- 有氧训练
- 阻力训练

认知干预

- 认知训练
- 认知刺激
- 认知康复

物理疗法

- 重复经颅磁刺激 (rTMS)
- 经颅直流电刺激 (tDCS)
- 深部脑刺激 (DBS)

非药物治疗

心理治疗

- 行为管理技术
- 环境治疗
- 回忆疗法
- 芳香疗法
- 手部按摩
- 言语鼓励等

中医针灸疗法

- 针刺疗法
- 电针疗法
- 穴位注射疗法
- 艾灸疗法
- 针刺加中药
- 针刺加穴位注射的综合疗法

感官艺术疗法

- 音乐疗法
- 视觉艺术疗法 (彩绘、画画)
- 光照治疗



4.精神行为症状（BPSD）的治疗

非药物 治疗

对患者的干预

- 运动训练
- 音乐疗法
- 物理治疗

对照料者干预

- 对家庭成员的教育
- 对养老机构员工的培训

环境因素干预

- 建立安全环境
- 降低噪音
- 避免运动过度

药物 治疗

抗精神病药

- 利培酮
- 喹硫平
- 阿立哌唑
- 奥氮平

抗抑郁药

- SSRI类等

心境稳定剂

- 丙戊酸盐等

促认知药物

- 美金刚
- 多奈哌齐
- 卡巴拉汀
- 加兰他敏



5.痴呆治疗的多学科协作

老年期痴呆患者共躯体疾病的治疗原则

1. 及时请相关学科协作会诊
2. 必须明确是否需要用药
3. 必须正确选择药物及使用适当的剂量
4. 注意药物之间的相互作用，尽可能的减少用药品种
5. 把握好急性病和慢性病的关系，在追求疗效的同时，兼顾安全性
6. 必要时进行多学科会诊



小结

- 痴呆已成为21世纪全球健康难题；
- 在我国，患病率和发病率居高不下，给社会和家庭都带来沉重负担；
- “上医治未病”，对痴呆发病的危险因素早期识别，早期干预，可降低痴呆风险；
- 痴呆的诊疗水平存在较大差异，不能完全满足临床需要，需要加强培训；
- 尽早诊断，及时治疗，终生管理。现有抗痴呆药不能逆转病程，但可延缓进展；
- 痴呆的预防、早期干预、居家管理与康复环环相扣，强调全病程管理；
- 对照料者的健康教育、心理支持及实际帮助，可改善痴呆患者的生活质量。

