

# 我會永遠

You'll be always on my mind

認識失智症

# 記得你



# 導讀

台灣步入高齡社會，失智人口隨之增加。然而，少子化現象將導致照顧人力減少，未來快速增加的失智人口將難以獲得妥適之照顧，並造成社會負擔，甚至影響國家生產力。因此，政府及民間必須未雨綢繆，及早規畫有效滿足社會需求之照護體系。

台灣失智症協會結合專家學者共同策畫「關懷失智症系列宣導教材」，期能藉此教材幫助社會大眾了解失智症及其照顧方法，並減輕家屬照顧負荷及身心壓力。感謝衛生福利部社會及家庭署（前內政部社會司）對失智症照護服務的支持，從民國 95 年起陸續補助製作及五冊失智症宣導教材，包含對失智症之基本認識、輕中重度各階段之照護原則與技巧、家屬調適及社會資源運用等，透過具豐富照護經驗之家屬與醫療照護專家的說明，讓失智症患者及家屬於面對疾病及照護困境時能有所依循，以降低困擾並提升患者及家屬生活品質。本冊重點為介紹失智症之基本概念，包含失智症之定義、徵兆、

診斷、治療及預防等，照顧者若於開始照顧時就清楚理解本冊之內容，可增進對失智者之接納並減少照顧困擾與壓力。家屬有任何失智症相關問題，可撥打失智症關懷專線 0800-474-580（失智時我幫您）尋求協助。



台灣失智症協會持續推動失智症防治照護政策及宣導，並秉持「結合家屬及專業人員力量共同推動失智症防治及照護工作，以提昇失智患者及家屬之生活品質」之宗旨，持續努力結合各界資源共同幫助失智患者及家屬，並致力為其謀求最大福祉與創造最佳生活品質。

祝福每位失智長者及家屬

平安健康



社團法人台灣失智症協會謹致

# 目錄

<b>Chapter 1</b> 失智症的定義 .....	5
<b>Chapter 2</b> 失智症的危險因子 .....	9
<b>Chapter 3</b> 失智症的早期徵兆 .....	13
<b>Chapter 4</b> 失智症的病因與分類 .....	19
<b>Chapter 5</b> 失智症的診斷 .....	23
<b>Chapter 6</b> 失智患者的腦部變化 .....	27
<b>Chapter 7</b> 失智症的病程與症狀 .....	31
<b>Chapter 8</b> 失智症的行為和精神症狀 .....	37
<b>Chapter 9</b> 失智症的預防 .....	53
<b>Chapter 10</b> 失智症的藥物治療 .....	59
<b>Chapter 11</b> 結語 .....	66

# Chapter 1

## 失智症的定義

失智是一種疾病現象而不是正常的老化，失智症的特點是患者的認知功能障礙及日常生活功能逐漸的退化。很多家屬都以為患者是老番癲、老頑固，以為人老了都是這樣，因而忽略了帶他去看醫生，但是事實上他已經得到了失智症，應該要接受治療。



我們常常聽到一些老人家抱怨自己記憶力不好，常常忘記事情，例如本來要到房間拿東西，可是才一轉身就忘記要拿什麼了，看到朋友老是想不起對方的名字，發生過的事情常常會忘記，很擔心自己是不是得了失智症，那麼怎樣才算是得到了失智症呢？是不是每個人老了、頭腦遲鈍了就算是得到了失智症呢？很多人都有這樣的疑惑。

一般來說，當我們年齡逐漸增加的時候，身體各個器官都會逐漸老化，包括智能也會減退，也許偶爾會出現容易忘東忘西的現象，但是這種正常老化的健忘現象不會越來越嚴重，忘記的事情只要靜靜回想，通常可以再想起來，或者經過提醒應該都可以回想起來，並不會因為記憶力不好而影響到日常生活和工作；但是如果得到了失智症，那情形就不一樣了，失智患者的腦部功能會明顯衰退到影響工作及日常生活上照顧自己的能力，而且忘記的事情



很少能夠自己回想起來，就算是經由他人的提醒也想不起來，並且經常不肯承認自己的健忘。

因此，失智是一種疾病現象而不是正常的老化，失智症的特點是患者的認知功能障礙及日常生活功能逐漸的退化。疾病剛開始發生時，患者可能只是輕微的容易忘記，常找不到東西或是放錯地方，因為症狀很輕微，一般人常常都沒有放在心上，因而沒有注意到它，等到情形越來越嚴重了，患者可能出現明顯的記憶力衰退、智力下降、沒有辦法思考

解決問題、對複雜的工作不再有能力處理，也逐漸減少和親戚朋友間的往來，以前喜歡的休閒興趣可能慢慢的不再喜歡了，情緒上也可能比較容易起伏，會因為一些小事就發脾氣或是容易心情低落，說話也常顛三倒四，個性變得古怪或是疑神疑鬼，常常和鄰居或家人吵架，無緣無故發脾氣亂罵人，有時會出現一些奇怪的想法，例如覺得家人要偷他的錢、別人要害他，或是可能會做出亂藏東西、亂撿垃圾等不合宜的舉動。

很多家屬都以為患者是老番癲、老頑固，以為人老了都是這樣，因而忽略了帶他去看醫生，但是事實上他已經得到了失智症，應該要接受治療，因為在經過醫師的診斷和治療之後，除了病情可以減緩，家屬也可以因為患者病情的改善，進而提升生活品質。



# Chapter 2

## 失智症的危險因子

失智症可能發生在任何人身上，造成失智症的病因有許多種（詳見Chapter 4. 失智症的病因與分類），但根據研究資料顯示，下列危險因子會使罹患失智症的機會增加。

## 一、年紀愈長

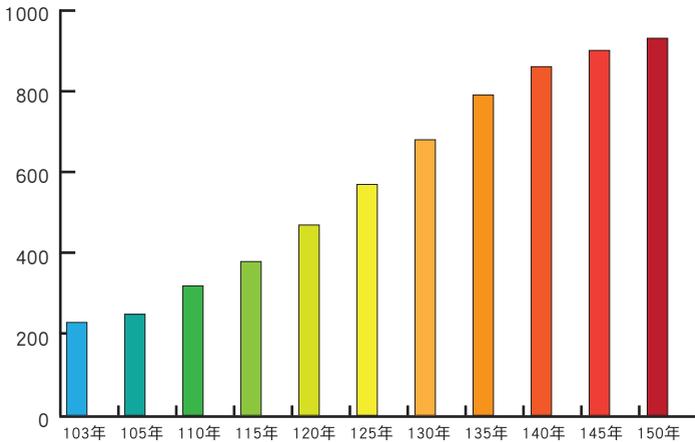
隨著世界各國老年人口的逐漸增加，失智症議題也越來越受到重視。根據國際失智症協會(ADI, Alzheimer's Disease International)的資料，推估 2015 年有 990 萬新增失智症案例，平均每 3 秒就有一人罹患失智症。2015 年全球失智症人口為 4680 萬人，到了 2050 年人數將高達 1 億 3150 萬人。估計 2015 年花費在失智症的照護成本為 8180 億美元，到了 2018 年將突破 1 兆美元。

根據內政部的 104 年 6 月底人口資料與台灣失智症流行病學調查的結果，台灣目前失智症總人口數推估為 24.4 萬人，相當於一個彰化市的總人口數（23.5 萬人）。65 歲以上老人每五歲的失智症盛行率分別為：65~69 歲 3.40%、70~74 歲 3.46%、75~79 歲 7.19%、80~84 歲 13.03%、85~89 歲 21.92%、90 歲以上 36.88%，年紀愈大盛行率愈高，而且有每增加五歲盛行率倍增的現象。

台灣失智症協會依據國家發展委員會於 103 年 8 月公告之「中華民國人口推計（103 至 150 年）」之全國總人口成長低推計資料，再加上失智症五歲盛行率推估。結果，民國 120 年失智人口逾 47 萬人，屆時每 100 位台灣人有超

過 2 位失智者；民國 130 年失智人口逾 68 萬人，每 100 位台灣人有超過 3 位失智者；民國 140 年失智人口逾 86 萬人，每 100 位台灣人有超過 4 位失智者；民國 150 年失智人口逾 93 萬人，每 100 位台灣人有超過 5 位失智者。

臺灣失智總人口推估 (千人)



台灣失智人口快速增加，當前首要任務是建立民眾的正確認知，從年輕就開始努力降低失智症風險，並要從教育著手；強化基層醫療失智症診療知能，使失智者得以早期診斷治療；去除社區對於失智症污名化及負面標籤，建立一個失智症友善社會。

## 二、有失智症家族史

很多失智患者的家屬常常會擔心失智症是否會遺傳，根據目前醫學上的研究發現，少數退化性失智症與基因遺傳有關，若是家族中有人罹患失智症，則自己得到失智症的機會也比較高。

失智症中最常見的是阿茲海默症，目前發現與阿茲海默症相關的基因有：脂蛋白 E 基因（Apoprotein E）、類澱粉前趨蛋白基因（Amyloid Precursor Protein）、presenilin-1、presenilin-2，及 Tau 蛋白基因等，其中脂蛋白基因與阿茲海默症有相當密切關係，若帶有一個脂蛋白 E4 基因，得到阿茲海默症的危險率會是一般人的 2~3 倍，若帶有兩個脂蛋白 E4 基因，危險率更增加到 7~8 倍，但是並非所有帶有這些基因的人就一定會得失智症，而沒有這些遺傳基因的人也有可能得到失智症。

## 三、心血管疾病（如高血壓，高血脂等）

## 四、糖尿病

## 五、腦損傷病史

## 六、飲酒過量

## 七、受教育程度較低

## 八、有其他腦部退化性疾病，如巴金森氏症等

# Chapter 3

## 失智症的早期徵兆

每位患者的早期症狀與其過去從事工作及社會功能有密切相關，具有個別性。如果發現家裡的長輩有類似以上的症狀出現，建議您應該立即尋求專業的神經內科或精神科醫師進行完整的檢查和診斷。



## 失智症十大警訊

如何發現失智症的早期徵兆，以下的十大警訊可供參考：



### 1 記憶力減退影響到生活

一般人偶而會忘記開會時間、朋友電話，但是過一會兒或經過提醒會再想起來。但失智症患者忘記的頻率較高，而且即使經過提醒也無法想起該事件。因此，可能也會使患者常常重複發問、重複購物，甚至重複服藥。失智患者容易忘記近期發生的事，甚至連重要之日期或事件也會忘記。

### 2 計劃事情或解決問題有困難

一般人可能收支平衡上有時會出現困難，但失智患者在規劃、執行計劃或在處理數字都可能出現困難。例如依照一個熟悉的食譜做菜或處理每個月的帳單時出現問題。他們比較無法專心，且需要更多的時間來處理以前熟悉的事情。

### 3 無法勝任原本熟悉的事務

失智症患者對於原本熟悉的事務常會忘記或遺漏既定的步驟，而無法順利完成，例如數學老師對於加減算數常出錯、英文老師不知「book」是什麼、年輕就開車的司機伯伯現在卻經常開錯路、銀行行員數鈔票有困難、資深廚師炒菜走味等。

### 4 對時間地點感到混淆

一般人偶而會忘記今天是幾號，在不熟的地方可

能會迷路。但失智患者會搞不清楚年月、白天或晚上，不知道自己身在哪裡或如何來到這裡，甚至會在自家周圍迷路而找不到回家的方向。

### 5 有困難理解視覺影像和空間之關係

一般人可能因白內障而出現視覺障礙，但失智患者可能在閱讀、判斷距離遠近、決定顏色或對比上會出現困難。失智患者可能會誤認鏡子中的自己是另外一個人，而覺得屋裡還有其他人存在。

### 6 言語表達或書寫出現困難

一般人偶而會想不起某個字眼，但失智患者想不起來的機會更頻繁，甚至會用其它的說法來替代簡單的用詞，例如：「送信的人（郵差）」「用來寫字的（筆）」等，部份患者語言理解出現困難。失智患者於會談中可能有困難跟上或參與討論，會談可能中斷、重複或不知如何進行。

### 7 東西擺放錯亂且失去回頭尋找的能力

一般人偶而會任意放置物品，但失智患者卻更頻繁及誇張，將物品放在不合常理或不恰當的位置，例如水果放在衣櫥裡、拖鞋放在被子裡、到處塞衛生紙等。失智患者於東西搞丟之後，無法回頭一步

步尋找，且於找不到東西時常指控他人偷竊。

### 8 判斷力變差或減弱

一般人偶而會做不好的抉擇，但失智症患者更頻繁或偏差更大，如聽信成藥等推銷廣告而付出大量金錢，或者買不新鮮的食物，借錢給陌生人、開車易發生交通事故或出現驚險畫殊，過馬路不看左右紅綠燈等，穿著打扮可能不適合天候、場合或蓬頭垢面。

### 9 從職場或社交活動中退出

一般人偶而會不想上班或參與社交活動，但失智患者的生活嗜好、運動、社交活動、工作等都逐步減少。患者變得被動，且避免掉許多互動場合。常在電視機前坐好幾個小時，睡眠量比過去大，需要許多催促誘導才會參與事務。

### 10 情緒和個性的改變

一般人年紀大了，情緒及性格可能會有些許改變，但失智患者較明顯，例如：疑心病重、憂鬱、焦慮、易怒、口不擇言、隨地吐痰、過度外向、失去自我克制或沈默寡言、特別畏懼或依賴某個家庭成員等。



### 貼心叮嚀

每位患者的早期症狀與其過去從事工作及社會功能有密切相關，具有個別性。如果發現家裡的長輩有類似以上的症狀出現，建議您應該立即尋求專業的神經內科或精神科醫師進行完整的檢查和診斷，依據結果來決定治療的方向，就有可能改善或延緩部分症狀的惡化，千萬不要以為這是老化的必然現象而忽略、延誤了適當的治療時機。



失智症關懷專線

**0800-474-580**

失智時 我幫您

# Chapter 4

## 失智症的病因與分類

「失智症」是一群疾病症狀的統稱，造成的原因很多。能認識病因與疾病分類，並抱持正面態度看待疾病，才能和「失智症」和平共處。

「失智症」其實是一群疾病症狀的統稱，造成失智症的原因很多，一般的病因可以歸納如下：

## 一、漸進性中樞神經退化

是退化性的疾病所造成，不一定可以治癒，但是經過治療後可能可以延緩病情惡化，主要的疾病類別有以下幾項：

### （一）阿茲海默症

主要的早期病徵為明顯的記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，患者的病情慢慢的變壞，逐漸影響到大腦全面功能，這是最常見的退化性失智症。

### （二）額顳葉型失智症

腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，特性為早期即出現人格變化，常常會有不合常理的行為舉動，或是早期就出現語言障礙，例如表達困難、命名困難等皆有進行性退化現象。它與阿茲海默症不同的是，早期比較不會有記憶喪失和定向感的問題，而是有比較明顯的性格改變和判斷力、行為控制力的喪失。

### （三）路易氏體失智症

特性為除了認知功能障礙外，患者在很早期就伴隨著身體僵硬、手抖、走路不穩、重複地無法解釋的跌倒現象。除此之外則會有比較明顯的精神症狀，例如鮮明的視或聽幻覺、情緒不穩或疑心妄想等合併症狀發生，治療時對抗精神藥物十分敏感，時好時壞、起伏變化大。

（四）其他還有像是巴金森氏症、亨汀頓氏症等等所造成的失智症。

## 二、血管性失智症

是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，是造成失智症的第二大原因。臨床表現上可以是突發性，智力的變化可能時好時壞，甚至有突發性的變化，中風的情況如果多次復發，患者的認知能力可能會呈線「階梯式」漸進衰退、越來越差。

### 三、其他因素導致之失智症

有些失智症則是由特定原因所造成，經過治療之後，有機會可以恢復，這類型失智症的病因有：

- (一) 營養失調：例如缺乏維他命 B<sub>12</sub>、葉酸等營養素。
- (二) 顱內病灶：例如常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷、一氧化碳中毒等。
- (三) 新陳代謝及電解質失調的內分泌疾病：例如甲狀腺疾病、肝腎腦病。
- (四) 中樞神經系統感染，如梅毒、愛滋病、庫賈氏症等。
- (五) 長期的服用藥物、酗酒、化學毒素中毒或重金屬中毒後遺症。
- (六) 其他

依據統計，造成失智症的原因，最多的是阿茲海默症，其次是血管性失智症。患者有時會存在兩種或以上的病因，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存（又稱為混合型）。



# Chapter 5

## 失智症的診斷

由於沒有任何單獨一種檢驗就能夠診斷出是哪一種類型的失智症，為了要找出原因，醫師會仔細詢問患者的個人病史、發病過程，並安排各種檢查，以求找出可以治療或控制的病因。



## Dementia

由於沒有任何單獨一種檢驗就能夠診斷出是哪一種類型的失智症，為了要找出原因，醫師會仔細詢問患者的個人病史、發病過程，並安排各種檢查，以求找出可以治療或控制的病因。醫師對於患者發病的過程都會有詳細的詢問，包括何時開始出現症狀、出現哪些症狀、是否有精神疾病症狀、病情是否有改善或是惡化、病情是否起伏不定、患者日常生活和工作的情形、是否有服用藥物、酗酒或接觸有毒物質等等相關資料，同時評估患者的情緒狀態，因為藥物、酒癮及憂鬱症也可能造成類似失智症的表現。並檢查是否有高血壓、糖尿病、腦血管疾病史、肝腎疾病史等，因為這些都可能與臨床的失智症狀有關。

為了要確定患者是否有失智情形，一般還會安排

專門的神經心理學檢查，這種檢查是要用客觀性的評估來檢測患者的心智狀態，可以測驗記憶、推理、寫字、視覺和肌肉協調性及表達意見的能力，了解患者大腦現階段的基本功能；目前這些測驗分為兩部分，一部分是針對患者做測驗，評估患者目前大腦的認知功能，例如短期和長期記憶力、心算能力、思考推理能力、語文能力等；另一部份則是與患者同住的家屬或主要照顧者晤談，了解患者平日生活及社會功能，包括記憶力、對時間／地方／人物的辨別能力、社交能力、日常生活嗜好、個人自我照顧能力等，以確定功能退化的嚴重程度，經過這些測試與晤談之後，將患者以前的日常和社會功能與目前的能力作比較，評估患者是否有記憶力及生活功能退化的情形，臨床上常利用的是臨床失智症嚴重度評估表（Clinical Dementia Rating, CDR）來表示患者退化的程度。

在身體機能方面還會安排實驗室檢查，檢查類別包括血液完整血球量計算和分類、生化學檢查、肝腎功能檢驗、維他命 B<sub>12</sub> 和葉酸濃度、甲狀腺功能與皮質類固醇濃度、血清梅毒試驗、愛滋病毒篩檢、抗細胞核體試驗等等，以便排除因為可治療的疾病

所造成類似失智症的現象，例如甲狀腺功能不足，神經性梅毒，維他命 B<sub>12</sub> 缺乏等。另外並會安排腦部電腦斷層或是磁振攝影來檢查是否有腦部病變（如腦瘤、腦出血造成失智現象），如果懷疑是中樞神經感染的患者，醫師會安排腰椎穿刺來檢查脊髓液是否有發炎反應，而安排腦波檢查則可以用來評估患者是否有不正常的腦部放電情況。

在診斷過程中，有時還會安排精神狀態評估，這項評估可以排除其他精神疾病的可能，例如憂鬱症，因為憂鬱症也會引起類似阿茲海默症失智現象的記憶喪失，有時會與失智症造成混淆。

當這些檢查做完後，綜合患者病史和檢驗結果，排除其他可能的致病因子後，才能診斷出可能是哪

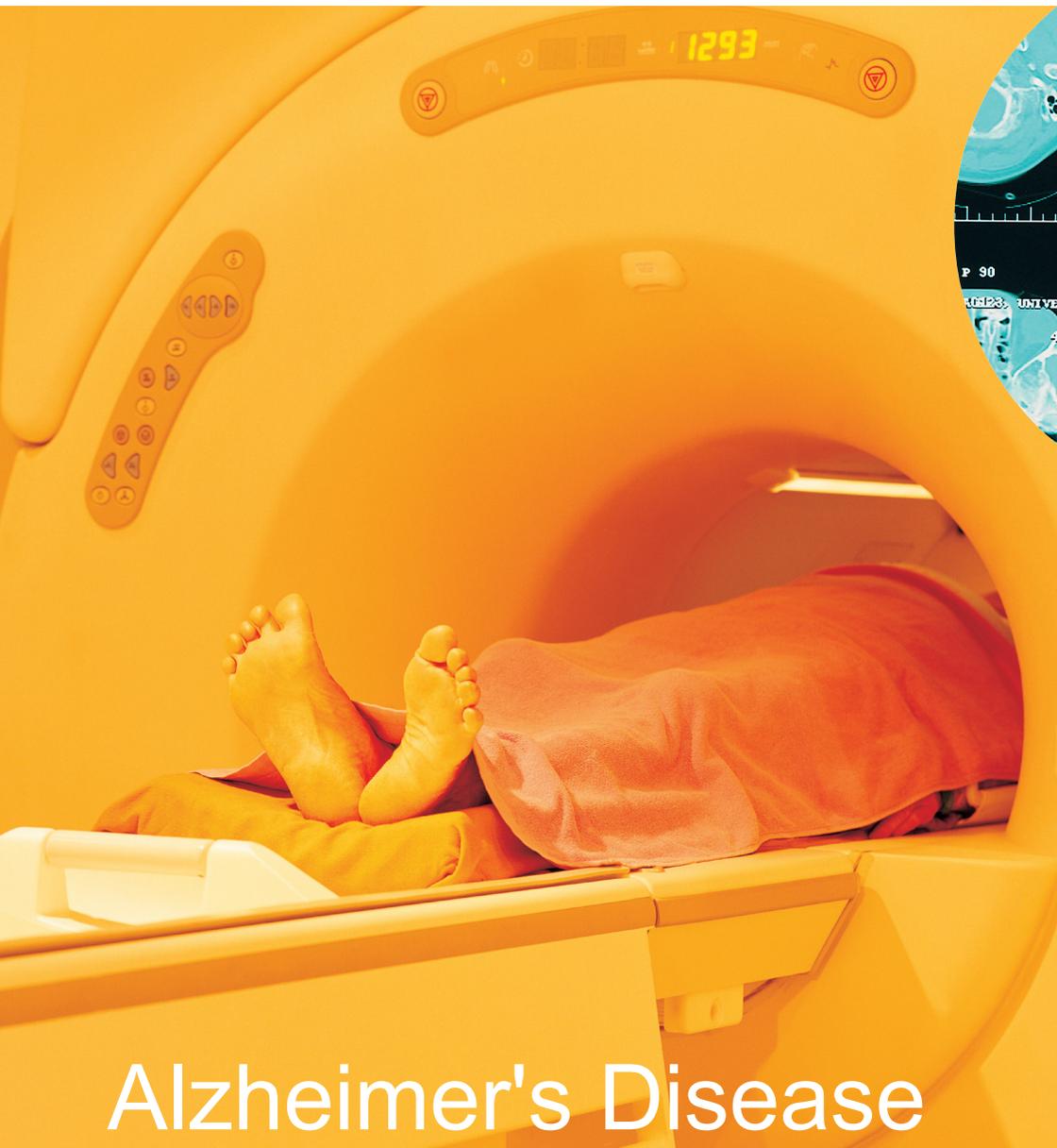
一種類型的失智症。目前雖然在診斷測驗方面已有很大的進步，不過醫生診斷的準確率約為 80 ~ 90%，對於漸進型、中樞神經退化性失智症的唯一確認方法，還是必需經由腦病理解剖才可確切判斷。



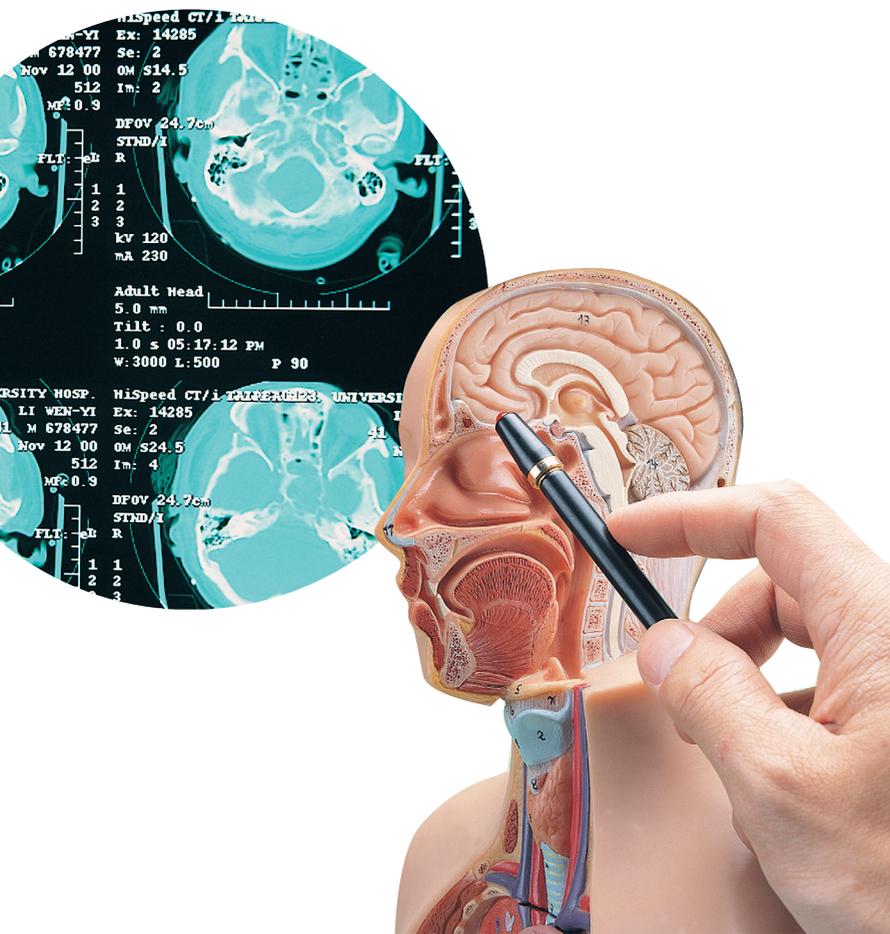
# Chapter 6

## 失智患者的腦部變化





# Alzheimer's Disease



阿茲海默症患者腦部的主要病理變化在於大腦皮質萎縮，特別是在額葉及顳葉內側海馬體明顯萎縮，而神經元細胞也嚴重損失。病理切片可以發現兩種特徵，分別為神經微纖維纏結（neurofibrillary tangles）及老斑（senile plaques）。

電腦斷層掃描（CT）與磁共振攝影（MRI）可以照出腦部結構性病變，發現腫瘤、中風、血管阻塞和腦積水的證據，應用在失智患者的腦部檢查上，常常能發現特殊的腦部變化，例如早期的阿茲海默症患者，其腦部兩側海馬體可見萎縮現象，到了晚期則可見更廣泛的腦部萎縮。

應用正子造影（PET）則可發現在阿茲海默症患者的腦頂葉及顳葉部位出現活性下降影像，而這情形在很早期就能看見。



正常的腦部斷層



腦萎縮（阿茲海默症）

# Chapter 7

## 失智症的病程與症狀

失智症是一個進行性記憶、行為退化的疾病，從輕度時期的輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異，了解疾病病程與症狀，可以幫助病人、家屬預做準備，以因應疾病帶來的生活變化。

本文以阿茲海默症的病程為例，來說明失智患者在輕、中、重度時期的不同症狀。

## 一、輕度症狀

一般而言，失智症剛開始的症狀都很輕微，因而常常被忽略，由於患者意識都很清楚，外表看起來跟一般正常人並沒有兩樣，所以一般人可能不會認為患者有病，只有每天跟患者一起工作或是住在一起生活的人才會察覺異狀。患者比較不能記住最近發生的事情，例如沒辦法記住新認識的朋友姓名，電話號碼也容易忘，或是常常會忘記東西放在哪裡，



甚至剛剛發生的事情過一下子就忘記了，而同樣的問題卻老是要反覆問很多遍，講話常常要停下來想一想要講什麼話，或是想要講某一個物品卻想不起來物品的名稱；不過患者倒是可能對過去年輕時候的往事記得很清楚，經常反覆的提起一些陳年舊事，也因此家人常常會不知道患者已經出現失智現象，反而以為患者是故意要和家人作對、故意要忘記。

失智症患者的判斷力和工作能力會逐漸減退，處理日常生活中比較複雜的事務時，能力可能會出現問題，例如不會去銀行處理存款，常常猶豫不決，弄不清楚現在是幾年幾月幾日，做事情缺乏動機，以前喜歡的活動或興趣逐漸變得減少，在較不常去的地方容易迷路；有些患者可能變得多疑、易怒或依賴他人，懷疑配偶有外遇，懷疑有人要害他，有時也會懷疑東西被別人偷或被故意藏起來，然而事實上卻是他忘了東西放到哪裡了；有時脾氣變得急躁，很容易生氣，有些人則可能變得很依賴別人處理生活瑣事，整個病程的發展可能由幾個月到數年不等。

## 二、中度症狀

當病程進入中期，患者的生活能力會繼續下降，對於辨認人物、認識環境和區分時間等等會更加困難，本來應該認識的家人或朋友可能也會認不出來，可能分不清楚現在的季節，本來常走動、會認識的地方可能也會因為搞不清楚方向而迷路，煮飯、洗衣服或是上街買東西等活動更無法自行完成，個人清潔衛生處理不好，衣服穿不整齊等等，生活能力的退化相當明顯。

在情緒上，部份患者可能會有嚴重的波動，情緒容易激動而無緣無故大哭或大叫、不合理的妄想或明顯的性格改變，有些患者會出現強烈的妄想，隨便亂罵人，甚至出現暴力攻擊行為，或者會四處漫無目的地遊蕩、日夜顛倒，可能整夜不睡、不停的走來走去，有些人可能會覺得看到已往生的親友，或聽到現實中不存在的人跟他說話，種種怪異的行為常常會嚇到家人；但是這些異常行為並不





一定持續存在，生活上可能會混亂幾天之後又安靜幾天，有時候在一天當中，早上會比較安靜，但是到了下午或晚上時，症狀就會比較嚴重，這時患者的症狀可能會嚴重到足以干擾他人的生活，也因此才被家人帶到醫療機構尋求幫助。



### 三、重度及末期症狀

到了失智症的後期，患者幾乎完全依賴別人照顧，記憶力嚴重喪失，幾乎不記得生命中重要的事情，分不清楚白天晚上，家裡的環境也不認識而常常走錯房間，離開家門就不知道回來的路，朋友或家人可能已經全都不認識，甚至連自己是誰都記不得，缺乏判斷力和理解力，甚至在公共場所出現不適宜的舉動。



除此之外，他們說話的能力也會跟著下降，造成與別人的語言溝通上出現問題，聽不懂別人說的話，無法跟其他人談話應對，可能只會說幾個簡單的字詞，甚至變得不會講話；患者會失去自我照顧的能力，衣服拿在手上卻不會穿，吃飯不會自己使用餐具進食，大小便不會處理甚至失禁，嚴重者連行動能力都退化，可能會因為沒力氣走路而需要坐輪椅或是長期躺在床上不想起來，最後患者可能因為缺乏活動而四肢肌力退化，逐漸變成長期臥床，在這個病程時的患者可以說是生活完全都需要別人的照顧了。

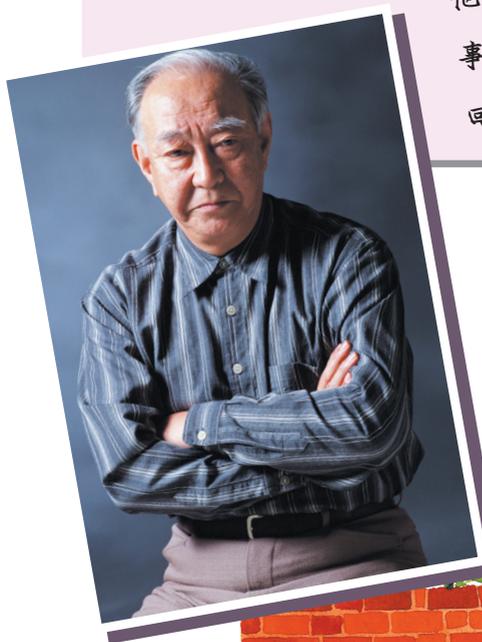
# Chapter 8

## 失智症的行為和精神症狀

失智症除了影響患者的記憶力和心智能力，也會改變他的情緒及行為，大約有七到九成的失智患者會發展出一項以上的行為或精神症狀，家人或照顧者會發現患者出現令人困擾的改變，而這些症狀經常是他們覺得最難處理的部份，並且容易讓他們感到沮喪和挫折感。

“我先生本來是個親切溫和的人，現在他會突然打我，還會說一些很難聽的話，上星期我女兒一家人回來，當我們坐下來吃飯時，他開始大發脾氣，我真的搞不清楚怎麼一回事，他變了好多，有時候我都會嚇到！”

“我爸爸很容易激動，他會一直走來走去、搓手，還會大哭，我知道他為了某件事而擔心或難過，但是他沒有辦法告訴我到底是什麼事在困擾著他，如果問他怎麼回事，他會變得更沮喪。”



“上星期我去安養院看我奶奶，我們共渡了一段愉快的時光，但昨天我再去看她的時候，我一踏進她的房間，她就開始尖叫，還一直喊救命，我完全不知道該怎麼辦才好。”

“我媽會在半夜起床，在家裡走來走去，昨天晚上我發現她打扮得好好的，準備開大門出去，之後我們全家沒有一個人能再回去睡覺。”

失智症患者的行為和精神症狀包羅萬象，在下列兩個表格中列出了一些常見的症狀，以及各種行為和精神症狀出現的頻率



（Finkel 1998），其中行為症狀包含身體上的攻擊行為、尖叫、坐立不安、激動、遊走、不合風俗的舉動、不合宜的性行為、貯藏無用的東西、咒罵、如影隨行地跟著別人等等；精神症狀則可能有焦慮不安、心情低落、幻覺、妄想等等。

## 失智症常見的行為和精神症狀

行為症狀	精神症狀
<p><b>活動的障礙：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 激動</li> <li>2. 坐立不安</li> <li>3. 遊走、迷路</li> <li>4. 踱步</li> <li>5. 尖叫</li> <li>6. 哭泣</li> <li>7. 咒罵</li> <li>8. 重覆問同樣的問題或動作</li> <li>9. 如影隨行地跟著別人</li> <li>10. 喪失動力</li> </ol>	<p><b>妄想和錯認：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 東西被別人藏起來偷走</li> <li>2. 多疑</li> <li>3. 長久以來住的地方不是自己的家</li> <li>4. 配偶或照顧者是別人假扮的</li> <li>5. 配偶或照顧者不忠</li> <li>6. 配偶或照顧者遺棄自己</li> <li>7. 認為已去世的親人或朋友還活著</li> <li>8. 認為鏡子中的自己是別人</li> </ol>
<p><b>攻擊行為：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 言語攻擊</li> <li>2. 肢體攻擊</li> </ol>	<p><b>幻覺：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 視幻覺</li> <li>2. 聽幻覺</li> <li>3. 嗅幻覺</li> <li>4. 觸幻覺</li> </ol>
<p><b>食慾和飲食疾患</b></p>	<p><b>情感的障礙：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 焦慮</li> <li>2. 煩躁</li> <li>3. 憂鬱症狀</li> <li>4. 情緒起伏大 / 情緒高昂</li> <li>5. 冷漠</li> </ol>
<p><b>日夜顛倒或睡眠週期混亂</b></p>	
<p><b>不合風俗的行為</b></p>	

## 失智症的行為和精神症狀出現的頻率

症狀	出現頻率 ( % )
性格改變	可高達 90%
憂鬱	可高達 40~50%
行為問題	可高達 50%
攻擊 / 敵意	可高達 20%
妄想	20~73%
錯認	23~50%
幻覺	15~49%
情緒高昂	3~15%

不同類型的失智症所伴隨的行為和精神症狀不盡相同，簡單介紹如下：

### 1 阿茲海默症

常見的症狀包括冷漠、激動、憂鬱、焦慮、妄想、煩躁等，心情高昂較少見。

### 2 額顳葉型失智症

最明顯的症狀是做事衝動、反覆做同一件事以及口出穢言，他們喪失了情緒、沒有病識感、自私、不在乎自我照顧、漫遊、重覆別人的話，甚至不說話。

### 3 路易氏體失智症

比起其他類型的失智症，路易氏體失智症的患者有較高的比例會出現行為和精神症狀，約有 80% 以上的患者出現重覆、複雜的視幻覺，而錯認現象、錯覺、妄想也很常見，他們不僅會失眠，還可能有快速動眼期的睡眠行為問題。

### 4 血管性失智症

多為情緒問題，例如憂鬱、情緒起伏大、漠不關心等。

雖然不同類型失智症的精神行為症狀有其特性，但是並非絕對的，仍具個別差異。不同的行為和精神症狀會在不同的病程時期出現，一般來說，隨著失智症的進展，行為和精神症狀會逐漸增加，而有些症狀可能會在某個特定時期最為明顯，例如情緒症狀通常在疾病早期就可能出現，而激動、妄想、幻覺等症狀則會在患者進入中度認知功能障礙時較為常見，但這些症狀到了重度失智階段時反而會減少，因為患者的身體和大腦功能已經明顯惡化；而在各種行為和精神症狀中，漫遊和激動比起其他症狀持續的時間更久，以下為幾項行為和精神症狀的說明。

## （一）妄想

妄想是指毫無根據而且與現實不符的信念，失智患者會出現妄想可能是因為喪失了記憶而嘗試合理化事情的結果，因為這些妄想，患者容易出現攻擊行為，常見的妄想有以下幾種：



- 1. 東西被偷：**這是失智症最常見的妄想，可能是因為患者不記得家裡的東西放在那裡而產生，程度嚴重時，患者可能堅信別人到家裡來藏東西或偷東西，因而變得情緒激動或是重覆地翻箱倒櫃找東西
- 2. 被遺棄：**失智患者常覺得他們被遺棄，或是想像他們將會被密謀送去安養中心，雖然他們的認知能力下降，但卻仍保有某種程度的病識感，並可以察覺到自己已經成為別人的負擔
- 3. 不忠或嫉妒：**有時候患者會堅信他們的配偶或是照顧者有外遇，而可能出現暴力行為

## （二）錯認

錯認是一種知覺的異常，指的是患者會對外在刺激產生錯誤的知覺，以下舉出幾種主要的錯認現象：

1. **錯認為有其他人在自己住的地方：**像是告訴家人有其他人在家裡，或是會幫根本不存在的人多準備一些食物
2. **錯認自己：**不認得鏡子中的自己
3. **錯認別人：**錯認自己的配偶或照顧者，相信他們是別人偽裝的，因此會生氣或是攻擊那些他們認為是假扮的人，這種狀況對他們的配偶或照顧者來說是令人非常挫折與沮喪的
4. **錯認電視或報上的事件：**患者會認為電視播放的內容或是報上的新聞報導是發生在自己身上
5. **錯認自己的家：**認為現在住的不是自己的家，時常打包要出門回到自己的家



### （三）幻覺

幻覺是指在沒有外在的刺激下，仍經驗到某種感覺，在阿茲海默症的患者中，可能有高達五成的人曾經有過幻覺經驗，其中視幻覺比聽幻覺還多，這也是和精神分裂症不同的地方之一。許多家人看到失智患者的精神症狀，會擔心患者是不是得了精神病，其實兩者之間在症狀的種類、自殺意念的比例、過去有無精神病史、最終會不會完全好轉，以及用藥的劑量上都不相同，以下為幾項幻覺的種類：

1. **視幻覺**：是最常出現的幻覺，而且大多發生在失智症的中期，多數失智患者經驗到的視幻覺是「良性」的，例如看到很多人、小孩或陌生人一起在某個活動中，他們通常感到好奇而不是害怕激動，有時這些視幻覺對家人或照顧者的困擾比患者本身還要明顯
2. **聽幻覺**：聽到模糊的聲音，或是有人在叫自己的名字
3. **嗅幻覺或觸幻覺**：相當少見

#### （四）憂鬱

大約有 40 ~ 50% 的失智患者有憂鬱的症狀，而 10 ~ 20% 的患者達到憂鬱症的診斷，要判斷患者有沒有憂鬱和他失智的程度有密切關係。在失智症早期可以藉由和患者的會談而了解他是否有憂鬱的症狀，但隨著失智症逐漸惡化，會越來越難診斷憂鬱症；一方面是因為患者語言和溝通能力的退化，另一方面則是因為漠不關心、體重減輕、睡眠障礙，以及以為激動等症狀原本就是失智症的一部份，如果發現以下情況，便要考慮憂鬱症的可能性：

1. 廣泛的憂鬱心情和喪失喜樂
2. 自我貶抑的陳述和表達想死的念頭
3. 過去曾罹患憂鬱症或是有憂鬱症的家族史

#### （五）冷漠

冷漠是最常見的行為和精神症狀之一，是一種缺乏熱情、情緒或興奮之情的狀態，並對感受或興趣的需求漠不關心、缺乏動機，較常出現在阿茲海默症的患者身上，而且較常發生在男性，患者對日常生活的活動或個人照顧毫無興趣，以下幾種類型的

互動也會減少：

1. 社交活動
2. 臉部表情
3. 語調
4. 情緒反應
5. 主動性



## （六）焦慮

失智患者常常有焦慮的症狀，而且可能伴隨著煩躁不安、攻擊行為、精神運動性激動和病態的大哭，一些行為如踱步、重覆某個字或片語，和不斷的拍打則可能反映了患者內在的焦慮，拒絕一些必要的照顧像是洗澡、穿衣、刷牙等等，可能代表患者對這些情境的焦慮，有時疼痛會導致焦慮的症狀，例如煩躁和攻擊行為，如果給予適當的止痛，患者的焦慮程度就會好轉。

失智症常見的焦慮是患者一再地詢問即將發生的事情，這和他們的認知功能，特別是記憶力下降以及無法有效地思考有關，另一種常見的焦慮是患者

很怕單獨一個人被留下，當他們的家人或照顧者走到另一個房間時，他們可能會不斷的要求不要留他一個人在原地，阿茲海默症的患者有時會發展出其他的恐懼症，像是怕人多、怕旅行、怕黑等等。

### （七）漫遊

漫無目地的遊走是失智患者相當令人困擾的行為症狀，下列幾個類型的行為都是漫遊的一種：

1. 檢查：例如重覆地尋找照顧者在那裡
2. 如影隨行地跟著照顧者或某個人
3. 重覆做一些不重要的事：像是在房子裡走來走去、洗 / 晾衣服、除草等等
4. 沒有目的的走動
5. 半夜起來走動
6. 朝著不恰當的目的走去
7. 活動量過多
8. 到處亂走而迷路，需要別人帶回家裡
9. 不斷地想要離開家





### (八) 激動

所謂的激動是指因為患者的需要或迷惑而引發的不適當言語、發聲或是舉動，大多數的激動行為反映了患者的不舒服或不滿，這是一個複雜的現象，依照不同的類型可能有不同的表現，詳細如下頁表中所示。



## 機動的類型

### 身體的非攻擊行為：

1. 坐立不安
2. 重覆的作態行為或動作
3. 踱步
4. 嘗試要去另一個地方
5. 不適當的操作事物
6. 藏東西
7. 不適當的穿著
8. 重覆的字句

### 身體的攻擊行為：

1. 打人
2. 推人
3. 抓人
4. 抓住東西
5. 抓住人
6. 踢人和咬人

### 言語的非攻擊行為：

1. 否定
2. 不喜歡任何事
3. 一直要求受到注意
4. 跋扈的言辭
5. 抱怨或嘀咕
6. 有理由的干擾
7. 沒理由的干擾

### 言語的攻擊行為：

1. 尖叫
2. 咒罵
3. 大發脾氣
4. 發出怪聲



一般來說，身體的非攻擊行為多出現在中度到嚴重功能障礙的患者，言語的非攻擊行為則較常發生在女性，或

是因為健康問題或慢性疼痛而憂鬱的患者，他們只有輕度到中度的認知障礙，而且社會關係不佳；至於身體的攻擊行為通常發生在嚴重認知功能障礙的患者，以男性居多，言語的攻擊行為則與憂鬱心情及健康問題有關。

雖然激動行為與認知障礙的程度有關，但是身體疾病、心理狀態、環境因素和生病前的個性都會影響激動行為，因此，辨認出那些社會、環境、行為和醫療因素影響了患者並改善這些狀況，可以降低他們的激動症狀。

### （九）失控行為

失智患者可能會出現失控行為，他們很容易分心、缺乏病識感和判斷力，而且沒有辦法維持如往常一樣的社交行為，除了激動的舉止動作、干擾行為及漫遊外，其他可能的失控行為還包括如下：

1. 哭泣
2. 欣快感
3. 言語攻擊
4. 對其他人或物體做出身體攻擊
5. 自傷行為
6. 性行為失控
7. 衝動行為

這些失控行為不僅對照顧者是沉重的壓力，也可能造成嚴重的不良後果，例如暴力行為、欠債、酒精濫用或車禍等等。

### （十）干擾行為

讓照顧者無法自主行動的干擾行為包含命令、沒有耐性、黏人、推人等等，患者會在未受到邀請下置身某個情境，或是侵害他人擁有或享受的事物，

這些干擾行為似乎和患者的認知或功能退化程度無關。

### （十一）拒絕配合

造成患者拒絕配合的理由有很多，有時候可能只是患者聽不懂別人叫他們做什麼，拒絕配合會導致固執、不合作的行為，以及抵抗受到照顧，這種行為為常常在早期的血管性失智患者身上就發生，然而阿茲海默症患者卻會到晚期才會出現。

### （十二）睡眠障礙

因腦功能退化，患者日夜節律（生理時鐘）出現障礙，影響到晚上睡眠，嚴重者甚至日夜顛倒，造成家屬精神及體力極大負荷。是家屬帶患者就醫的重要原因之一，也是送至養護機構的重要影響因素。



# Chapter 9

## 失智症的預防

還沒有任何藥物可以治癒失智症，因此如何預防失智症就成為大眾關心的課題。在現今預防失智症的研究中，多數以阿茲海默症為主，而隨著失智症的研究不斷地進展，我們對於哪些因子可能有助於預防或延緩失智症的瞭解也越來越多……

由於目前還沒有任何藥物可以治癒失智症，因此如何預防失智症就成為大眾關心的課題，在現今預防失智症的研究中，多數以阿茲海默症為主，而隨著失智症的研究不斷地進展，我們對於哪些因子可能有助於預防或延緩失智症的瞭解也越來越多；舉例來說，糖尿病的患者如果血糖控制得越好，他們的認知功能表現也就越佳，另外，常常從事可以刺激心智活動的人，像是參加社交活動、下棋、玩樂器、聽音樂、看報紙、上博物館等等，可以明顯降低得到阿茲海默症或是其他類型失智症的危險性，這是因為從事心智活動可以刺激大腦，使得一個人對抗或彌補腦細胞退化的能力增加，根據目前的研究（其中多數以阿茲海默症為主）我們整理出下列保養頭腦以預防失智症的方法。

## 一、阿茲海默症的預防

民眾應積極在生活中增加大腦保護因子（趨吉），同時減少危險因子（避凶），以降低罹患失智症與阿茲海默症的風險，甚至預防失智症的發生。

## ※ 趨吉（增加大腦保護因子）

### （一）多動腦

研究顯示，從事可刺激大腦功能的心智活動或創造性活動，都可降低罹患失智症之風險，其相對風險下降近 5 成。民眾應養成終身學習的習慣，以增強腦細胞間有效的神經鍵結，並儲備大腦認知功能【儲存腦本】。

#### 建議：

1. 保持好奇心、接觸新事物、參加課程、學習新知
2. 閱讀書報雜誌、寫作、猜謎、打橋牌、打麻將
3. 繪畫、園藝、烹飪、縫紉、編織
4. 規劃旅遊、參觀博物館、聽音樂會

### （二）運動

每週規律地從事 2 次以上的運動，對失智症與阿茲海默症都有保護作用，其相對風險下降近 6 成。

#### 建議：

維持每週 2~3 次以上規律運動的習慣，如走路、爬山、游泳、騎自行車、健身房、柔軟體操、有氧運動、瑜珈、太極拳、元極舞等都是不錯的選擇。

### （三）採地中海型飲食

地中海飲食被證實可降低心血管疾病與某些癌症的風險甚至是整體死亡率，同時阿茲海默症發病的相對風險下降約 7 成。

**建議：**

1. 多攝取蔬果、豆類、堅果、未精製穀類（維生素 C、E 及 B 群）
2. 使用橄欖油等未飽和油脂來烹調或調拌沙拉，少食用飽和性脂肪
3. 多攝取魚類（富含 omega-3 脂肪酸之魚類）
4. 不建議喝酒；有飲酒習慣者可飲用適量葡萄酒，但切勿過量。

\* 目前不建議長時間、高劑量從飲食以外的來源進行補充維生素或深海魚油，以免過量而造成副作用。

**（四）多社會互動**

研究顯示，多參與社交活動可降低罹患失智症之風險，其相對風險下降 4 成；孤單的人，罹患阿茲海默症的風險增加 2 倍以上，孤單的生活方式其認知功能退步速度比較快。

**建議：**

努力保持社會參與、和人群接觸，如參加同學會、公益社團、社區活動、宗教活動、當志工、打牌等，都有助於增加大腦的血液灌流量，降低失智症發病之風險。



### （五）維持健康體重

中年時期肥胖者（BMI  $\geq 30$ ），其阿茲海默症發生的相對風險上升 3 倍，過重者（BMI 介於 25、30 之間）升高 2 倍。老年過瘦（BMI  $< 18$ ）失智風險亦提高。

#### 建議：

避免肥胖、過重或過瘦，維持健康體位（ $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ ）。老年人不宜過瘦。

### ※ 避凶（遠離失智症危險因子）

#### （一）三高（高血壓、高膽固醇、高血糖）

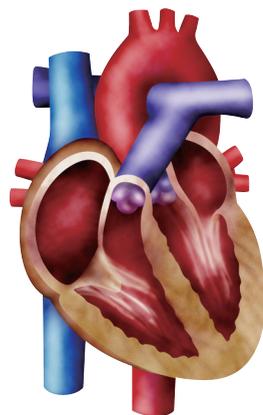
高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、腦中風都會增加阿茲海默症的風險。許多研究顯示糖尿病會造成記憶或認知的衰退。血壓收縮壓  $> 160\text{mmHg}$  且未治療者，發生阿茲海默症的風險為血壓正常者的 5 倍。重要的是，研究顯示控制高血壓可以降低發生阿茲海默症的風險。

#### 建議：

及早調整飲食、運動，維持正常血壓、血糖及膽固醇。高血壓、高血脂、糖尿病患者應及早接受治療，控制在正常範圍內。

#### （二）頭部外傷

嚴重頭部外傷是阿茲海默症危險因子之一，腦部曾經受到重創的人罹患阿茲海默症的風險是



一般人的 4 倍以上。

**建議：**

騎單車或機車時應戴安全帽，並避免其他頭部受傷之機會。

**(三) 抽菸**

抽菸是阿茲海默症的危險因子，相對風險上升近 2 倍，而戒煙可降低風險。持續抽菸的人每年認知功能退化的速度較快。

**建議：**

立即戒菸，可尋求戒菸門診協助。

**(四) 憂鬱**

曾罹患憂鬱症者發生阿茲海默症的風險增加，研究顯示其相對風險值約為無憂鬱病史者之 2 倍。

**建議：**

以運動、靜坐、瑜珈等方式釋放壓力，並學習以積極正向的態度面對生活，接受自己、家人及同事的不完美。憂鬱症患者宜定期接受治療。

## 二、血管性失智症的預防

與血管性失智症有關的危險因子包括：高血壓、糖尿病、高膽固醇、酗酒和吸煙，所以要預防血管性失智症，可以從改變生活型態開始，例如減重、控制血壓、以及降低引起中風的危險因子等。

# Chapter 10

## 失智症的藥物治療

一些針對阿茲海默症和其他進行性的失智症的藥物已經上市，這些藥物沒有辦法阻止或恢復已經受損的大腦，但是可以使患者的症狀獲得改善，甚至可以延緩疾病的進行，透過藥物治療可以增進患者的生活品質，減輕照顧者的負擔，並且延後患者被送到安養中心的時間。

雖然醫學不斷地進展，但到目前為止還沒有任何治療可以終止或逆轉失智症的逐漸惡化，不過有些藥物可以使失智患者獲得一些幫助，這些藥物沒有辦法恢復已經受損的大腦，但是可能可以使患者的症狀獲得改善，對部份患者可以延緩疾病的進行，以增進生活品質、減輕照顧者的負擔，並且延後患者被送到安養中心的時間。

## 一、阿茲海默症的藥物治療

現在市面上被核准用來治療阿茲海默症的藥物有膽鹼酶抑制劑及 NMDA 受體拮抗劑，這類藥物是希望能減緩患者心智功能退化的速度，另外，醫師可能給予的其他藥物包括情緒穩定劑、鎮定劑、抗憂鬱劑和抗精神病藥物等等，這些種類的藥物大多用於改善患者的行為或精神症狀，以下將針對這幾大類的常見藥物逐一說明。

### （一）認知功能治療藥物

#### 1. 膽鹼酶抑制劑

乙醯膽鹼是一種存在人體中的化學物質，也是有助於形成記憶的重要神經傳導物質，而阿茲海默症患者大腦內的乙醯膽鹼濃度是降低的，因此，利用膽

膽鹼酶抑制劑可以減緩大腦中乙醯膽鹼的分解，提高乙醯膽鹼濃度，暫時性的改善或穩定患者的記憶和思考能力，除了減慢心智功能退化的速度，這些藥物也有助於降低行為問題，並增進患者的日常生活功能，目前使用的膽鹼酶抑制劑有以下三種：

- (1) 愛憶欣 (Aricept®, donepezil)
- (2) 憶思能 (Exelon®, rivastigmine)
- (3) 利憶靈 (Reminyl®, galantamine)



愛憶欣 (Aricept®, donepezil)

這類藥物常見的副作用有噁心、嘔吐、拉肚子、便秘、厭食、頭痛、頭暈等等，但通常這些副作用是輕微的，而且隨著繼續服用藥物會逐漸好轉，一般來說，醫師會從低劑量的藥物開始給予，再慢慢增加劑量，以減少副作用的出現。



憶思能 (Exelon®, rivastigmine)

## 2. NMDA 受體拮抗劑

NMDA 受體拮抗劑與膽鹼酶抑制劑的作用機制不同，這類藥物並非增加神經傳導物質濃度，而是抑制腦部神經元的毒素作用，也就是經由



利憶靈 (Reminyl®, galantamine)

對 NMDA 受體的拮抗作用，減少麩胺酸 (glutamate) 所造成的神經毒性，而讓腦細胞不會因而受損或死亡。根據國外文獻報告，此類藥物對於中重度的阿茲海默症較為有效，目前使用的 NMDA 受體拮抗劑有以下二種：

- (1) 憶必佳 (Ebixa<sup>®</sup>, memantine)
- (2) 威智 (Witgen<sup>®</sup>, memantine)



憶必佳 (Ebixa<sup>®</sup>, memantine)



威智 (Witgen<sup>®</sup>, memantine)

## (二) 抗精神病藥物

當患者有幻覺、妄想、攻擊、敵意和不合作等症狀，可給予抗精神病藥物，目前常用的抗精神病藥物如下：

1. 思樂康 (Seroquel<sup>®</sup>, quetiapine)
2. 理思必妥 (Risperdal<sup>®</sup>, risperidone)
3. 金菩薩 (Zyprexa<sup>®</sup>, olanzapine)
4. 哲思 (Geodon<sup>®</sup>, ziprasidone)

5. 脫蒙治 (Dogmatyl<sup>®</sup>, sulpiride)

6. 可致律 (Clozaril<sup>®</sup>, clozapine)

對於這些藥物，通常醫師會由低劑量開始給予，之後再考量患者的反應加以調整用量，這類藥物可能產生的副作用包括疲累、嗜睡、便秘、小便滯留、血壓降低、或是錐體外症候群（例如顫抖、身體或四肢變得僵硬、用小碎步走路、面無表情等等），如果出現以上提到的副作用並且影響到患者的生活，就必需與醫師討論藥物調整的可能性。

### （三）抗憂鬱劑

對於患者的憂鬱、煩躁、睡眠障礙等可以使用抗憂鬱劑來治療，包括以下幾大類：

1. 選擇性血清素再吸收抑制劑，例如：
    - (1) 舒憂 (Celexa<sup>®</sup>, citalopram)
    - (2) 百憂解 (Prozac<sup>®</sup>, fluoxetine)
    - (3) 樂福得 (Zoloft<sup>®</sup>, sertraline)
    - (4) 克憂果 (Paxil<sup>®</sup>, paroxetine)
  2. 美舒鬱 (Mesyrel<sup>®</sup>, trazodone)
  3. 三環抗鬱劑，例如：妥富腦 (Tofranil<sup>®</sup>, imipramine HCl)
- 抗憂鬱劑常見的副作用有頭痛、噁心、厭食、性慾降低、頭暈及平衡感變差等等，大部份的患者在服用一

段時間之後會漸漸適應這個藥物，通常老人家比起年輕人需要服用更久的時間，藥效才會展現出來。

#### （四）抗焦慮劑

為了減輕患者失眠、煩躁不安、不適當言語以及反抗等情形，可使用抗焦慮劑來幫助患者，可能出現的副作用有過度鎮靜、行為失控（例如激動或衝動控制差）、口乾、視力模糊等等。

以上介紹的這些藥物，都應該由醫師診斷後開立處方，如果使用上有任何疑問或不良反應，也必需與醫師詳細討論藥物的使用和調整。

## 二、血管性失智症的藥物治療

目前沒有任何藥物專門用於治療血管性失智症，但某些症狀（例如憂鬱）可以被治療，也有些研究發現膽鹼酶抑制劑可以改善早期血管性失智患者的認知功能和行為症狀。血管性失智症治療的重點是降低大腦進一步受損的危險性，換句話說，就是預防中風和暫時性腦缺血的發生，因此，醫師會給予控制高血壓、高血脂、心臟病和糖尿病的藥物，有時醫師也會建議服用防止血栓形成的藥物，例如阿司匹靈（**aspirin**）。

如果患者出現失眠、坐立難安、或憂鬱等情形，前面提到的其他種類藥物也可以提供幫助。

### 三、其他類型失智症的藥物治療

#### (一) 額顳葉型失智症

對於額顳葉型失智症，目前仍然沒有任何藥物可以治療或預防，不過伴隨失智症的行為和精神症狀，可以用之前提到的抗憂鬱劑或抗焦慮劑等藥物來治療。

#### (二) 路易氏體失智症

關於路易氏體症，現在只能夠提供症狀治療，也就是使用藥物來控制巴金森症狀和精神症狀，雖然抗巴金森症藥物可以減少顫抖和肌肉運動的喪失，但是它可能惡化患者的精神症狀，例如幻覺和妄想，另一方面，抗精神病藥物則可能使得患者的動作問題更加嚴重，在促進認知功能和緩和行為問題方面，使用膽鹼酶抑制劑可能會有部份功效。

#### (三) 巴金森氏症引發之失智症

有些研究結果顯示給予膽鹼酶抑制劑可以減輕巴金森氏症所引發之失智症的行為問題。

#### (四) 可逆性失智症

除此以外，還有其他造成失智症的原因，包過常壓性水腦症、腦瘤、甲狀腺功能過低症、維他命B<sub>12</sub>缺乏症、神經性梅毒及憂鬱症等，以上疾病應及早求醫，及早診斷及治療是有機會改善或終止智能繼續退化的。

# Chapter 11 結語



非藥物治療如認知訓練、懷舊療法、音樂治療、芳香療法、寵物療法、藝術治療等，目前各國都在進行研究，將於本宣導教材後續製作內容介紹。

照護失智患者需要對失智症有清楚的認識，同時需要相當的耐心與愛心。提供失智患者熟悉的環境，規律的生活作息，白天能有適當的運動、參與家庭事務、與親友聚會等，或參加日間照顧中心的活動都對患者有幫助，儘量減少白天打瞌睡的時間，幫助患者晚上可以睡得更好。預防走失及意外事件、定期回診、協助患者服藥、留意患者身體健康狀況等，都是照顧失智患者需要注意的事項。照顧失智患者並不容易，常造成家屬及主要照顧者困擾與壓力，因此家屬必須給自己喘息的空間，在照顧患者的同時也要照顧好自己的需求。相信有健康快樂的照顧者，才能提供失智患者最好的照顧品質。



# 我會永遠記得你

## 關懷失智症宣導教材—認識失智症

指導單位： 衛生福利部社會及家庭署

發行單位： 社團法人台灣失智症協會

發行人：邱銘章

審定小組：召集人／陳榮基

委員／（依委員姓氏筆畫順序）

毛慧芬、林麗嬋、陳獻宗

黃正平、翁美櫻、甄瑞興

撰稿小組：召集人／湯麗玉

委員／（依委員姓氏筆畫順序）

朱育瑩、林均澄、柯宏勳、徐文俊

徐國強、梁珪瑜、黃宗正、曾玉玲

出版：社團法人台灣失智症協會

地址：104 台北市中山北路三段 29 號 3 樓之 2

電話：(02) 2598-8580

傳真：(02) 2598-6580

劃撥帳號：19688567 戶名：社團法人台灣失智症協會

線上捐款：[www.tada2002.org.tw](http://www.tada2002.org.tw)

電子信箱：[tada.tada@msa.hinet.net](mailto:tada.tada@msa.hinet.net)

承製單位：大乙傳播事業有限公司

版次：104 年 10 月 二版第一刷

版權所有

歡迎各大企業、公益團體、熱心人士捐款助印