

目 錄

第一章 失智症的認識	1
一、失智症的早期病徵與案例	1
二、失智症診斷之重要原則	4
三、門診或臨床可以使用的簡易檢查與診斷工具	5
四、基層醫師在失智症病人照護所扮演的角色	7
五、失智症友善門診及照護團隊	9
六、衰弱與失智症	13
第二章 失智症的診斷	18
一、失智症的診斷準則	18
二、鑑別診斷：失智症、譫妄、憂鬱	20
三、尋找失智症的病因	21
四、失智症的診斷流程	23
第三章 失智症的評估	38
一、認知功能	38
二、精神行為症狀	41
三、實驗室檢查與神經影像學	57
四、失智症相關共病症及周全性老年醫學評估	60
五、家庭照顧者壓力和需求評估	62
第四章 失智症的治療	67
一、認知的治療	67
(一) 藥物治療	67
(二) 非藥物治療	68
二、失智症精神行為症狀的治療	71
三、共病症治療	76
(一) 糖尿病	76
(二) 高血壓	79

第五章 失智症的照護	82
一、溝通關懷與社會資源	82
二、預立醫療自主計畫	85
三、安寧緩和醫療照護	88
四、倫理議題	95
第六章 失智症的預防	103
案例分享～阿玉的最後 17 年	105
附錄	110
附錄一：專有名詞之中、英文對照表 (依 A-Z 排序)	110
附錄二：MMSE 簡易智能檢查	112
附錄三：CDR 臨床失智評分量表	113
附錄四：日常生活活動功能量表 (巴氏量表)	114
附錄五：工具性日常生活量表 (IADL)	115
附錄六：全民健康保險藥品給付規定	116
表格目錄	
表 1、ICD-10-DCR 失智症診斷標準	25
表 2、ICD-10-DCR 各種失智症準則	26
表 3、DSM-IV-TR 失智症的診斷標準	26
表 4、DSM-5 認知障礙症 (Major Neurocognitive Disorder) 的診斷標準	26
表 5、DSM-5 阿茲海默認知障礙症及血管性認知障礙症診斷準則	27
表 6：DSM-5 額顳葉認知障礙症及路易體認知障礙症診斷準則	28
表 7、NIA-AA 失智症診斷準則	29
表 8、NIA-AA 的阿茲海默症診斷標準	30
表 9、失智症常見的精神行為症狀	31
表 10、確認或鑑別失智症病因的重要步驟及檢查	33
表 11、鑑別失智症病因及治療失智症合併精神行為症狀前所需的重要抽血檢查	34
表 12、常見的失智症病因及 ICD-10-CM 一覽表	35
表 13、阿茲海默症、血管性失智症、額顳葉失智症、路易體失智症的比較	36

第一章 失智症的認識

台大醫學院家庭醫學科 梁繼權醫師
台大醫學院家庭醫學科 陳慶餘醫師
衛生福利部雙和醫院神經科 胡朝榮醫師

一、失智症的早期病徵與案例

基層醫師為什麼需要了解失智症

- 人口老化導致失智症大流行
- 病人的醫療與照護需求遠高於同年齡的非失智者
- 基層醫師對社區民眾健康的整體責任
- 增加臨床敏感度與鑑別診斷能力，有助及早診斷與治療

● 基層醫師為什麼需要了解失智症

介紹失智症對民眾健康與在基層醫療的重要性，教師可以利用下列國際及國內的流行病學資料，或加入其他更新的統計資料來突顯其意義：

1. 國際失智症協會 (Alzheimer's Disease International, ADI) 估計，2010 年全球失智症病人約有 3 千 6 百萬人，並以每 20 年多一倍的速度增加。
2. 2011-2012 年台灣失智症盛行率調查顯示，65 歲以上的盛行率約為 8%，約有 20 萬人。
3. 失智症隨年齡愈大盛行率愈高，85 歲以上的老老人每 4 位約有一位失智。
4. 失智症並非老年人的專利，約有 5% 的失智病人屬於 65 歲之前發病的早發性失智症，這些病人不但常被忽略而延誤診斷，而且往往處於生涯的重要時期，導致對個人、家庭與社會嚴重的打擊。
5. 據美國的統計，65 歲及以上失智病人之醫療與長期照護支出平均每人每年 \$43,847 美元，而非失智者則為 \$13,879 美元。
6. 基層醫師身負守護社區民眾健康的責任，應有充分的準備來面對這個無法逃避的失智症大流行。

我的門診病患中那些人可能有失智症？

●我的門診病患中哪些人可能有失智？

介紹失智症的早期病徵與案例；在基層醫療所接觸的病人中，常隱伏有失智症病人，這些病人中有些並不是以失智的常見症狀如記憶力等認知問題或行為精神症狀為主訴，必須依賴基層醫師的臨床敏感度與對此疾病的認識才能及早發現。教師可以利用以下案例作例子，如果能用自己親身經歷的案例更佳，因為可以作更深度的說明；重點是病人就在我們的門診，只差有沒有去找出來。

個案介紹：74歲A女士，是退休的中學老師，目前與先生同住，子女都在國外成家立業；有30年高血壓病史，除此之外無其他慢性疾病，多年來都在家附近的診所追蹤治療。平日生活可以自理，少運動但平時與鄰居、老同事互動佳。A女士自一年前開始被先生發現常會反覆問同一個問題，有時會忘記與親戚或朋友的約會，過去常幫老同事的聚會做攝影、編輯、連絡工作，可是三個月前的最近一次聚會，卻一直無法順利完成，同時、她開始有失眠的問題，晚上無法安入睡；為此，A女士跟診所的醫師抱怨睡眠及記憶不如以往，多次頻繁求診後，開始使用安眠藥。一週前，因瓦斯爐忘了關火，差一點造成火災，經過診所醫師的轉介，由先生陪同到記憶門診求治。

美國失智症協會的失智症十大警訊

- 記憶力減退影響到生活
- 計劃事情或解決問題有困難
- 無法勝任原本熟悉的事務
- 對時間地點感到混淆
- 視覺影像和空間關係之理解困難
- 言語表達或書寫困難
- 東西擺放錯亂且失去回頭尋找的能力
- 判斷力變差或減弱
- 從職場或社交活動中退出
- 情緒和個性的改變

●美國失智症協會的失智症十大警訊

基層醫師對於認知功能障礙及早期失智症症狀解，可以增加處理認知問題的臨床敏感度與鑑別診斷能力，有助病人及家屬提早獲得照護與協助，由失智症專業團體所歸納的十大警訊乃提醒臨床醫師與一般民眾去注意此一問題，臨床上發現病人出現上述十大警訊的症狀時，應進一步檢查是否有失智，亦可利用來教育社區民眾去發現家人朋友是否有失智的可能。

輕度失智病人在門診的常見主訴

功能類別	常見主訴
記憶力	重覆相同的話或述說相同的事件。 忘記親友或熟悉的人的名字。 忘記最近發生過的重大事件，如住院、 親人去世、重要約會等。
執行能力	計算能力，特別是算帳的困難。 日常生活如買菜、吃藥、準備食物等需要 別人協助。
判斷能力	不常洗澡、穿髒衣服等個人衛生問題。
視覺空間能力	在熟悉的環境中迷路。

翻譯與修改自：Chen et al. (2014) *Chen et al. (2014) Check to early Alzheimer dementia in the outpatient setting*

● 輕度失智病人在門診的常見主訴

從認知能力正常到失智之間存在一個灰色地帶，而輕度認知功能障礙 (mild cognitive impairment, MCI) 可能是失智的前驅期，約有 40-50% 的 MCI 在追蹤 5 年後會發展成失智症，但亦有約 40% 的 MCI 會恢復正常。台灣的全國性調查發現 65 歲以上人口的 18.8% 有 MCI。MCI 的特徵是開始出現輕度的認知障礙，如容易忘記最近發生的事情、思緒或說話中斷、忘詞、忘記約會或一些特殊的日子；記憶以外的認知功能如做決定、估算複雜工作所需的時間或步驟、處理複雜的財務問題、計畫或組織能力等亦會發生困難；但不至於影響日常生活、工作與社交。當認知功能繼續惡化，病人開始發生獨立生活、社交或工作上的困難，或出現認知以外的精神症狀 (如人格改變、易怒)，便是早期 (輕度) 的失智症。失智症並非單一疾病而是一個症候群，要及早找尋導致失智的原因，如阿茲海默症、血管性失智、及其他可治療的狀況如憂鬱症、甲狀腺功能低下、維生素 B6 或 B12 缺乏等。有研究發現某些門診病人的主訴能預測可能有認知問題，可以提高基層醫師的臨床敏感度。

認知功能改變在正常老化與失智症的差異(1)

正常老化	失智症
能維持日常生活的獨立能力	日常生活需要協助
有病識感，知道且會抱怨自己健忘	早期有病識感，有時要別人指出才發現忘記事情，但隨著病情惡化根本不知道有那一回事
過後會想起來或經提醒後可以記起	不容易經提醒後記起
自己比親人更關心本身的健忘	親人比當事人更緊張健忘的狀況
對於近期發生的重大事件與談話較不會忘記	會容易忘記近期發生的重大事件與談話

認知功能改變在正常老化與失智症的差異(2)

正常老化	失智症
偶爾會忘詞	經常因想不出適當的用語而說話中斷或用其他詞彙替代
在熟悉環境中不會迷路，但可能需要稍為停下來思考	在熟悉環境中走路或開車會迷路，可能要花很長時間才找到回家的路
雖然不喜歡學習使用新用具，但仍能操作一般的用具	無法操作一般的用具，也不能學習使用簡單的新用具
社交技巧並無減退	失去參與社交活動的興趣，會表現出不適當的社交行為
調整教育程度及文化因素後，認知功能測驗正常	非教育程度及文化因素導致的認知功能測驗異常

翻譯與修改自：Diagnosis, Management and Treatment of Dementia: a Practical Guide for Physicians.

● 認知功能改變在正常老化與失智症的差異

記憶力減退是老化的現象之一，也是老年人常有的抱怨，基層醫師必須能夠從中分辨那些人可能患有失智症，那些是正常老化，本投影片乃整理比較兩者的差異。

二、失智症診斷之重要原則

失智症診斷之重要原則(1)

- 早期診斷與處理以延緩疾病進行及維護生活品質
- 評估過程必須有家人，最好是主要照顧者參與，以獲得無法由病人取得的病史資料及對病人主訴做進一步的確認。
- 失智症的診斷分為臨床診斷、病因探討及找尋可治療的問題與相關危險因素(如腦血管疾病)三部分。
- 評估內容必須包括個人生活功能、精神狀態、社會功能、營養狀況、其他慢性疾病、藥物使用、家人與社會支持等。老年人最好包括周全性老年評估(comprehensive geriatric assessment)。

失智症診斷之重要原則(2)

- 早期診斷的主要目的是讓病人與家屬能及早作好準備，以因應對個人與家庭的影響、作日後生活與工作的安排、預立囑咐、做財務規劃等。減少家人的誤解(如大小便處理、物品錯放等)與衝突，甚至因行為問題產生危險(如忘記關瓦斯)。
- 失智症的診斷是醫療工作的開始而非結束，必須為病人作治療計畫、需求評估、轉診、追蹤評估、居家安全評估、照顧者關懷照護等工作。

● 失智症診斷之重要原則

失智症是緩慢進行與目前仍無法治癒的疾病；然而，早期發現與治療可以有效延緩疾病的進行、維持病人的功能與生活品質及減輕照顧者壓力。研究發現失智症常不被發現，只有約 1/3 的病人獲得診斷；因此，如何提高基層醫師對失智病人的敏感度與診斷能力是相當重要的課題。本投影片是介紹診斷失智症的一些原則，更詳細的疾病診斷標準將在第二章中說明。

失智症診斷之重要原則包括：

1. 早期診斷與處理可以延緩疾病的進行及維護最佳的生活品質。
2. 評估過程必須有家人，最好是主要照顧者參與，以獲得無法由病人取得的病史資料及對病人主訴做進一步的確認。

3. 失智症的診斷有三個重要部份：臨床診斷、病因探討及找尋可治療的問題與相關危險因素 (如腦血管疾病)。
4. 失智症的評估並非單純取得診斷失智症的資料，必須包括個人生活功能、精神狀態、社會功能、營養狀況、其他慢性疾病、藥物使用、家人與社會支持等。老年人最好包括周全性老年評估 (comprehensive geriatric assessment)。
5. 早期診斷的主要目的並非單純獲得一個診斷或對症下藥，而是讓病人與家屬能及早作好準備以因應疾病對個人與家庭的影響、作日後生活與工作的安排、預立囑咐、做財務規劃等；同時減少家人對病人的誤解 (如大小便處理、物品錯放等) 與衝突，甚至因行為問題產生危險 (如忘記關瓦斯)。
6. 失智症的診斷是醫療工作的開始而非結束，必須為病人作完整的治療計畫、需求評估、轉診、追蹤評估、居家安全評估、照顧者關懷照護等工作。

三、門診或臨床可以使用的簡易檢查與診斷工具

基層醫療的失智症簡易篩檢工具(1)

- 詳細的病史及身體檢查是必須與基層醫師有能力執行的工作，此外一些簡易的篩檢工具可以協助醫師在忙碌的工作中增加發現可能病患的敏感度，醫師可以依個人的執業狀況選擇適合的工具。
- 一個良好的篩檢或診斷工具必須符合準確性 (accuracy)、信度 (reliability)、預測值 (predictive values)、成本 (cost)、可接受度 (acceptability)、可得性 (availability) 等條件。

● 基層醫療的失智症簡易篩檢工具 (1)

詳細的病史及身體檢查是必須與基層醫師有能力執行的工作，此外一些簡易的篩檢工具可以協助醫師在忙碌的工作中增加發現可能病患的機會，醫師可以依個人的執業狀況選擇適合的篩檢工具。

一個良好的篩檢或診斷工具必須符合準確、穩定、合理成本、安全、能被接受等條件。

1. 準確性 (accuracy) 包括敏感度 (sensitivity) 與特異度 (specificity)。
2. 信度 (reliability) 常使用再測信度 (test-retest reliability)、評估者間信度 (inter-rater reliability) 來評估。

3. 預測值 (predictive values) 分為陽性預測值 (positive predictive value, PPV) 及陰性預測值 (negative predictive value, NPV) ; PPV 為測驗陽性者真正有病的比率，最高值為 1 ; 愈高代表測驗愈少假陽性。NPV 為測驗陰性者真正沒有病的比率，愈高代表愈少遺漏。
4. 成本 (cost) 必須同時考慮價格、人力成本、時間成本等。
5. 可接受度 (acceptability) 是該測驗之安全性、舒適性、方便性。
6. 可得性 (availability) 是該測驗在目前之社會環境下是否容易取得。

基層醫療的失智症簡易篩檢工具(2)

- 簡易智能檢查(MMSE)
- AD8極早期失智症篩檢量表
- 簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)
- 畫鐘測驗(CDT)
- 迷你認知功能測驗(Mini-Cog)
- 基層醫師認知功能測驗(GPCOG)
- 記憶障礙篩檢(MIS)

● 基層醫療的失智症簡易篩檢工具 (2)

本章只針對適用於基層醫療的篩檢與診斷工具，作簡單的介紹，對於各種篩檢工具較詳細的說明將會在第二章中介紹。

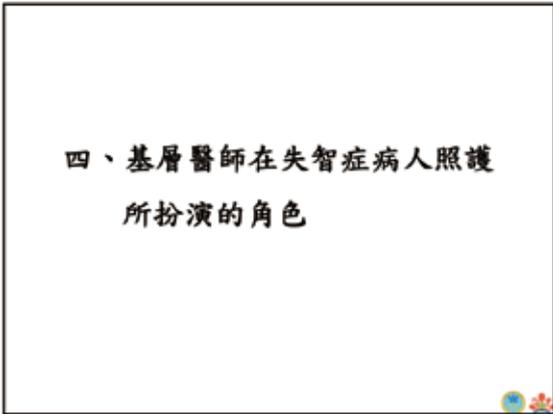
認知功能檢查工具的比較

	MMSE	AD8	CDT	Mini-Cog	SPMSQ	GPCOG	MIS
接受度	較差	佳	佳	佳	佳	佳	佳
施測複雜度	較複雜	簡單	較複雜	簡單	簡單	簡單	簡單
評分複雜度	較複雜	簡單	較複雜	簡單	簡單	簡單	簡單
耗時(分)	5-10	3	2	2-4	3-4	4.5	4
信度	足夠	足夠	足夠	足夠	高	足夠	足夠
敏感度(%)	≤70	≥80	≥80	71-79	71-79	≥80	≥80
特異度(%)	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80

● 認知功能檢查工具的比較

本投影片為各種失智症篩檢工具在信效度、可行性、接受度等方面的比較；基層醫師可以依此選擇適合個別臨床醫療狀況的失智症篩檢工具；對於非常忙碌的醫師來說，簡單的讓病人做「3項事物的回憶」也有不錯的篩檢能力(以答錯1項為切點，Se:83.3%，Sp:53.6%)。

四、基層醫師在失智症病人照護所扮演的角色



● 基層醫師在失智症病人照護所扮演的角色

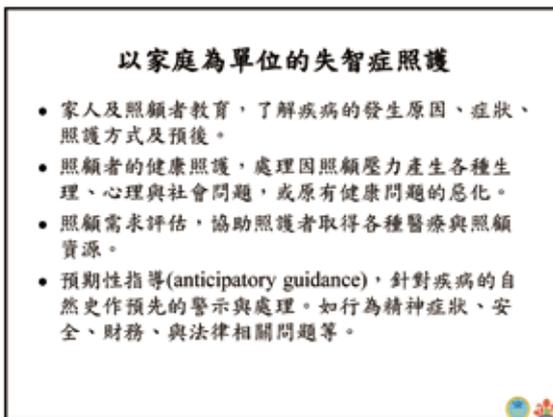
要面對快速增加的失智症病人及複雜的照護工作，必須動員整個醫療照護系統共同參與；不少臨床照護指引提出基層醫療在失智症診療與照護的責任與角色。以病人為中心的全人醫療服務是家庭醫學的核心理念，失智症的防治應放在「以人為中心、以家庭為單位、以社區為範疇」的照護架構中。



● 以人為中心的失智症照護

在病人層面，應落實以人而非以疾病為中心的照護：

1. 將失智症預防放入整體的週期性預防醫療計畫中，提供一般人健康生活、飲食與運動的教育，懷疑有認知問題時立刻篩檢與處理。
2. 失智病人的整體照護，包括其他慢性病持續性照護及急性健康問題的處理。
3. 提供居家安寧照護，讓病人在家中自然往生。



● 以家庭為單位的失智症照護

在病人家庭層面，了解病人的家人及主要照顧者是照顧的主力，及疾病與家庭的相互影響：

1. 照顧者的健康照護，照顧者常因巨大的照顧壓力產生各種生理、心理與社會問題，或導致原有健康問題的惡化，基層醫師必須及早介入處理。
2. 照顧需求評估，協助照護者取得各種醫療與照顧資源，包括專科轉介及政府與非政府組織（如台灣失智症協會）的協助。
3. 預期性指導 (anticipatory guidance)，針對疾病的自然史，對可能發生的問題作預先的警示與處理。如各種可能發生的行為精神症狀、駕駛安全、財務處理能力、法律相關問題等。

在醫療系統中扮演的角色

- 提供社區失智病人第一線，持續性、周全性與可近性的醫療服務。
- 營造失智症友善的診療環境，如無障礙空間等。
- 建立良好的專科轉介管道與服務，依疾病的不同階段與其他專科發展共同照護(shared care)。
- 組織多專業的照護團隊，仿效慢性病照護或社區醫療群模式，提供整體的服務。
- 透過醫學會與醫師公會組織，促進國家醫療政策對失智者的照護系統的建立與強化。

● 基層醫師在醫療系統中扮演的角色

1. 基層醫療提供社區民眾第一線，具有持續性、周全性與可近性的醫療保健照護，在失智症防治方面應該維持此一貫精神。
2. 營造基層醫療友善的診療環境，如無障礙空間、大字體的標示、良好的照明與避免眩光及反光等。
3. 建立良好的專科轉介管道與服務，依疾病的不同階段與其他專科發展共同照護 (shared care) 模式。
4. 組織多專業的照護團隊，仿效糖尿病及慢性腎臟病照護模式提供整體的服務，單獨開業的基層醫師可以模仿社區醫療群模式，結合多所診所與後送醫院的力量來推動。
5. 透過醫學會與醫師公會組織，協助爭取各項國家醫療政策對失智者的照護系統的建立與強化，特別是基層醫療體系。

在社會層面中扮演的角色

- 社區的失智症宣導與教育，提高民眾對失智症的關注及疾病的知能(literacy)。
- 讓社會大眾對失智症有正確的認識，減少對失智症的偏差態度及污名(stigma)。
- 為病人與家屬發聲，爭取政府合理的資源分配及社會資源的投入。
- 與社區相關團體建立合作關係，對失智症病人及家人提供醫療之外的社會支持照顧。

● 基層醫師在社會層面中扮演的角色

基層醫師本著全人、全家、全社區之理念，及對社區的瞭解，應站在社區的第一線推動失智病患的社區照護，為失智病患及家人發聲，爭取各種社會資源之投入與應用。社會層面的角色包括：

1. 社區的失智症宣導與教育，提高社區民眾對失智症的關注及疾病的知能 (literacy)。
2. 讓社會大眾對失智症有正確的認識，減少對失智症的偏差態度及污名 (stigma)。
3. 為病人與家屬發聲，爭取政府合理的資源分配及社會資源的投入。
4. 與社區相關團體建立合作關係，對極早期與早期失智症病人，提供醫療之外的社會支持照顧。

失智症在基層醫療照護遭遇的障礙

- 認為失智症並非當前的優先處理問題。
- 缺乏對失智症早期症狀的認識與診斷能力。
- 認為失智症無法治癒，醫師能做的有限。
- 缺乏時間、人力與診療工具。
- 保險給付不足。
- 病人與家屬的不合作，否認或不接受轉診等。
- 缺乏相關的醫療照護資源與轉診管道，及對相關社會團體與資源的認識與連結。

● 失智症在基層醫療照護遭遇的障礙

基層醫療要承擔失智症照護的龐大工作必然遭遇諸多的困難與障礙，下面是文獻與作者們經驗的歸納整理，希望透過大家的努力來克服。

1. 認為失智症並非當前的優先處理問題。
2. 缺乏對失智症早期症狀的認識與診斷能力。
3. 認為失智症無法治癒，醫師能做的有限。
4. 缺乏時間、人力與診療工具。
5. 保險給付不足。
6. 病人與家屬的不合作，否認或不接受轉診等。
7. 缺乏相關的醫療照護資源與轉診管道。
8. 缺乏對相關社會團體與資源的認識與連結。
9. 教師可與學員做即時的互動，詢問學員曾遭遇過的困難及使用過那些有效的解決方法。

五、失智友善門診及照護團隊

失智症照護團隊

- 失智症照顧是一件全人、全家、全程、全隊、全社區的照護工作，必須隨著病程的發展提供不同的服務模式，才能滿足失智病人及家屬的需要。
- 團隊必須整合從基層醫療到次級照護、各種醫療專業(醫師、護理師、營養師、職能/物理治療師、語言治療師、臨床心理師、藥劑師)、個案管理師、社工人員、志工等。
- 提供由預防、治療、復健、到末期/安寧照護，及各階段的生活品質的維護，依疾病不同階段滿足病人與照顧者的需要。

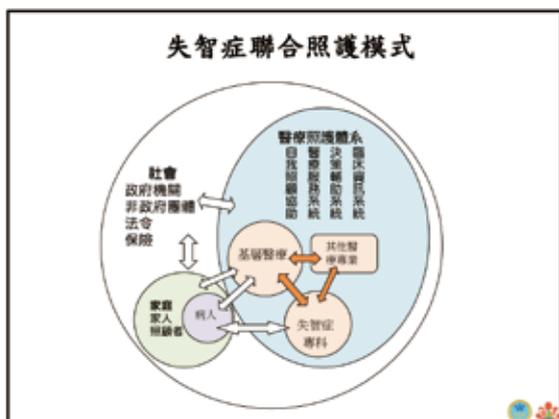
● 失智症照護團隊

失智症照顧是一件全人、全家、全程、全隊、全社區的照護工作，隨著病程的發展，必須提供不同的服務模式，才能滿足失智症病人及家屬在疾病不同階段的需要。研究發現由基層醫師與護士管理師合作，在失智症專業人員(老年醫學科醫師、老年精神科醫師及心理師)的支持下，可以有效執行失智症臨床指引建議的照護工作，病人的症狀與照顧者壓力也有明顯的改善。建立失智症照護的團隊合作模式應是病人、照顧者與醫療人員三贏的方式。

在橫向方面，團隊必須整合從基層醫療到次級照護、各種醫療專業(醫師、護理師、營養師、職能/物理治療師、語言治療師、臨床心理師、藥劑師)、個案管理師、社工人員、志工等；並聯繫社區的照護資源。由於家庭/非專業照顧者

在失智症病人的照護中是十分重要的一環，因此亦有人建議必須把照顧者納入團隊中。此外、失智症關懷志工可以提供個案與家屬的陪伴、支持、與撫慰，減少孤單與無助感，並陪伴個案與家屬參與社會活動，促進個案與家屬的身心健康。

在縱向方面，由預防、治療、復健、到末期 / 安寧照護，及各階段的生活品質的維護，依疾病不同階段滿足病人與照顧者的需要。由於環境與資源的差異，必須因地制宜發展適合在地的團隊架構與合作模式。



●失智症聯合照護模式

是參考 Wagner 等人的慢性病照護模式 (chronic care model) 與 Baustani 等人的失智症共同照護計畫，試圖建構一個更完整的失智症照護團隊的聯合照護模式供大家參考。

在團隊人力比較不足的基層醫療，認識次級醫療照護機構相關服務能力與建立彼此的聯結關係，可提供病人與家屬更完整的照護；此外、結合社區醫療群與衛生局所，建立相關的專業人員轉介與支援的系統，讓基層醫師也能在病人及家屬需要的時候提供相關的協助。

失智症友善門診

- 透過環境的改善，提供一次到位的整合性服務，讓失智症病人可以方便的得到所需的醫療與照護。
- 失智症友善門診應從環境設施與人員服務兩方面來考量。
- 在診所張貼與失智症有關的宣導海報，提供各種失智症資源訊息、照顧者手冊等，可提高大眾對失智症的關注，及在繁忙的基層醫療工作中提供病人與照顧者協助。

●失智症友善門診

失智症病人由於具有多重功能障礙，導致對於外界環境的了解與適應力差，在疾病後期或路易體 (dementia with Lewy bodies, DLB) 失智症，常有行動障礙與跌倒危險。失智症是一種影響身心社會的整體性疾病，且病人常合併其他的慢性病如高血壓、糖尿病、腦中風等，醫療需要具多樣性與複雜性，在醫療環境中必須給予特別的關注與協助。失智症友善門診便是透過環境的改善，提供一次到位的整合性服務，讓失智症病人可以方便的得到所需的醫療與照護，發揮其具有的最大功能、減少可避免的失能與行為問題、維護自尊、增進病人與家屬的生活品質等。

目前已有多間醫院開辦專門服務失智症病人的「記憶門診」，例如大林慈濟醫院、成大醫院失智症中心等，由醫師、護理人員、職能治療師、物理治療師、營養師、心理師與志工等醫療專業共同提供失智症整合照護，此一站式服務實為友善門診之良好模式。此外，在新北市亦有許多熱心的基層醫師加入「瑞智友善診所」，落實失智症友善社區的概念。

失智症友善環境的基本原則

- 維護可能達到的最佳健康與功能。
- 補償認知能力的缺損，讓病人儘可能維持獨立。
- 營造像家裡般的環境。
- 安全的環境與設施。
- 尊重病人的隱私與尊嚴。
- 提供病人與照顧者選擇與參與醫療決策的機會。

●失智症友善環境的基本原則

失智症友善環境的設計必須考慮病人的需要與疾病對病人與照顧者的影響，其基本原則如下：

1. 維護可能達到的最佳健康與功能。
2. 補償認知能力的缺損，讓病人儘可能維持獨立。
3. 營造像家裡般的環境。
4. 安全的環境與設施。
5. 尊重病人的隱私與尊嚴。
6. 提供病人與照顧者選擇與參與的機會。

基於上述原則，失智症友善門診應從環境設施與人員服務兩方面來考量。

失智症友善門診的環境設施(1)

- 強化注意力與定向感
 - ◆ 以大字體(圖案)清楚標示空間與設施
 - ◆ 提供明確的指示，如：進出口、行走方向、開關按鈕的使用方法等
 - ◆ 使用明亮及與背景有反差的顏色以突顯物件
 - ◆ 放置大字體的時鐘、日曆、熟悉景物的照片等以加強定向感
 - ◆ 類似家居環境的候診室佈置

●失智症友善門診的環境設施(1)

在環境設施方面，主要是強化各種設施的標示與說明，讓失智症病人易於辨識與使用，但對於某些可能會導致危險的物品或出口，為了防止病人使用時發生危險或走失，反而要降低其可辨性(如大門使用和牆壁相同的顏色)。在容易看到的地方放置大型的時鐘與日曆，指標等可以增加病人對時、地的定向感；環境盡量與一般人生活的空間相似，亦可以減少病人在陌生環境中發生紊亂甚至譫妄。

失智症友善門診的環境設施(2)

- 安全的環境
 - ◆ 無障礙空間
 - ◆ 移除環境中的危險因素(如傢俱的銳角、有毒的植物、門框等)並營造安全與防跌倒的環境
 - ◆ 進出口的管制與監視，使用隱密或不易辨認的出入口或加裝不易打開的門鎖，以防病人誤闖或走失

●失智症友善門診的環境設施 (2)

安全的環境如無障礙空間、適當的照明等，以營造安全與防跌倒的環境；環境中的危險因子如有毒的觀賞植物、化學藥品、瓦斯設備等應儘量讓失智病人無法接觸，以免發生危險；進出口的管制與監視，將門窗關閉上鎖或用其他傢俱遮蔽以防病人誤闖或走失。

失智症友善門診的環境設施(3)

- 適度的知覺刺激
 - ◆ 有適度的照明，最好是自然採光
 - ◆ 避免反光與眩光，特別是反光的地板、窗戶與鏡子
 - ◆ 不同空間使用不同的色彩或擺設以突顯差異
 - ◆ 避免使用背景音樂
 - ◆ 減低環境中的噪音及突如其來的聲響
 - ◆ 以悅耳的聲音作提示，如使用鳥聲代替鈴聲

●失智症友善門診的環境設施 (3)

適度的知覺刺激如減少眩光、空間使用不同的色彩或擺設以突顯差異、減低環境中的噪音及背景音樂等，過少或過多的知覺刺激都會對病人有不利的影響。

失智症友善門診的人員服務

- 工作人員了解失智症病人的特性及如何與失智症病人互動
- 維護病人的隱私與自尊
- 在接觸病人身體或作治療時應先徵求病人及/或照顧者的同意
- 以有耐心與心平氣和的態度對待病人
- 發揮同理心
- 在病人視線範圍內與病人溝通，說話清晰、不疾不徐
- 同時使用多種知覺刺激，除語言外、身體語言、動作等視覺刺激可加強病人的了解

●失智症友善門診的人員服務

失智症病人由於認知功能缺損，會有不同於一般病人的溝通與互動問題。友善門診的醫療人員必須有良好的訓練，了解這類病人的特性，才能提供專業的服務，讓病人獲得最好的照護。本投映片介紹醫療人員在與失智病人及照顧者溝通互動時的簡單原則。

此外、在診所張貼與失智症有關的宣導海報，提供各種失智症資源訊息、照顧者手冊等，可提高大眾對失智症的關注，及在繁忙的基層醫療工作中提供病人與照顧者協助。

六、衰弱與失智症

高齡友善環境下之失智症預防策略

- 「衰弱」的現象是一個表現型的老年病症候群，代表各個生理系統累積性的機能退化，造成生理儲備量降低、抗壓力減弱，容易感受負面的醫療後果。
- 臨床上具有體重減輕、費力、體能活動度低，行走速度慢及肌握力不良5項中的3項以上歸屬為身體衰弱 (physical frailty)，1至2項為前衰弱 (pre-frailty)。
- 除上述身體衰弱外，CDR (臨床失智症評估量表) 為 0.5，排除其它失智的情況，定義為老人的認知功能障礙衰弱 (cognitive frailty)。

● 高齡友善環境下之失智症預防策略

「衰弱」的現象就是一個表現型的老年病症候群，代表著各個生理系統累積性的機能退化，造成生理儲備量降低、抗壓力減弱，而容易感受負面的醫療後果。臨床指標包括體重減輕、費力、體能活動度低，行走速度慢及肌握力不良。合乎上述五項中的三項以上歸屬為身體衰弱 (physical frailty)，1 至 2 項為前衰弱 (pre-frailty)。衰弱所引起的後遺症，包括身體功能下降，活動力下降，跌倒、受傷、失能或殘障、住院、住進養護之家，及提高死亡率。這些臨床病程在失智症老年人更加嚴重。2013 年國際老年醫學協會針對認知功能障礙衰弱 (cognitive frailty) 老年人的定義，除上述身體衰弱外，臨床失智症評估量表 (Clinical Dementia Rating, CDR) 為 0.5，並排除其它失智的情況。

唯有早期診斷出造成認知功能障礙衰弱的原因，找出認知功能障礙衰弱的早期症狀，才能避免後續的惡性循環。因此老年人的持續性健康照護過程中，每一階段透過需求評估、擬定照護服務、調查及協調社區資源，以完成在地老化的政策目標。

認知功能障礙衰弱的歷程

認知功能障礙衰弱程度	狀態
健康	指各器官系統仍保有彈性，受傷害後恢復快。
前期	看似健康，受傷害後，恢復慢且不完全，有後遺症。
早期	看似衰弱，抗傷害性差，但未失能。
晚期	衰弱明顯，抗傷害性差、活力下降，導致失能。
末期	嚴重衰弱、低糖因群、體重減輕、活力差、依賴、一年內高死亡率。

● 認知功能障礙衰弱的歷程

三段五級預防醫學為健康促進、早期診治和功能復健。在正常心智功能或 CDR 低於 0.5 的情況下，依照老年人衰弱歷程，分別為：

1. 健康無認知功能障礙衰弱：指各器官系統仍保有彈性，受傷害後恢復快。
2. 前期認知功能障礙衰弱：看似健康，受傷害後恢復慢且不完全，有後遺症。
3. 早期認知功能障礙衰弱：看似衰弱，抗傷害性差，但未失能。

4. 晚期認知功能障礙衰弱：衰弱明顯，抗傷害性差、活力下降，導致失能。
5. 末期認知功能障礙衰弱：嚴重衰弱、低膽固醇、體重減輕、活力差、依賴、一年內高死亡率。

以衰弱症為導向的失智老人三段五級預防

階段	對象	策略
初級	社區健康老人	透過健康促進、慢性病控制、生活型態、預防注射來預防前期衰弱的發生。
二級	老人健檢篩檢出認知功能障礙衰弱之高危險群	提供門診老人周全性評估與照護，以找出潛在可能發生認知功能障礙衰弱之高危險群。
三級	認知功能障礙衰弱高危險群	在因病住院時進行周全性老年評估，減少住院併發症及醫源性問題之發生，以期能健康返回社區。
四級	有認知功能障礙的衰弱老人	提供中期照護、社區復健、急性後期照護，透過評估後以積極的復健協助病人重返社區，避免成為失能老人。
五級	失能、失智症及末期老人	提供居家照護、長期照護、安寧緩和照護。

● 以衰弱症為導向的失智老人三段五級預防

對於認知功能障礙衰弱老年人，比照疾病三段五級預防模式，擬定「以衰弱症為導向的失智老人三段五級預防」，在高齡友善健康照護機構和高齡友善健康城市的環境建構中，分述如下：

1. 初級預防策略：社區老年人健康促進，對象是健康老年人。透過健康促進、慢性病控制、生活型態、預防注射來預防前期衰弱的發生。
2. 二級預防策略：老年人健檢，篩檢出認知功能障礙衰弱之高危險群。醫療院所提供門診老年人周全性老年醫學評估與照護，透過老年人健康檢查的實施，以找出潛在可能發生認知功能障礙衰弱症的高危險群。針對 80 歲以上門診病人進行周全性老年醫學評估，預防老年病症候群發生。
3. 三級預防策略：醫療院所提供住院老年人周全性評估與照護，對象是認知功能障礙衰弱高危險群。在住院時進行周全性老年醫學評估，減少住院併發症及醫源性問題之發生，以期能健康返回社區。
4. 四級預防策略：醫療院所提供中期照護、社區復健，對象是有認知功能障礙的衰弱老年人。提供急性後期照護，透過評估後以積極的復健協助病人重返社區，避免成為失能老年人。
5. 五級預防策略：居家照護、長期照護、安寧緩和照護，對象是失能、失智症及末期老年人。

結語

失智症乃是一個危害個人生理、心理與影響家庭、社會的重大健康問題，有賴基層(家庭)醫師發揮全人、全家、全程、全隊、全社區的照護工作，整合醫療體系與各種相關社會資源，才能面對二十一世紀的失智症大流行。

● 結語

重申失智症對個人健康及對家庭與社會的影響，並再次強調基層與家庭醫師在失智症防治的重要角色及專業責任。

參考文獻：

1. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013;9(1):63-75.e2. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007.
2. Sun Y, Lee HJ, Yang SC, et al. A nationwide survey of mild cognitive impairment and dementia, including very mild dementia, in Taiwan. *PLoS One* 2014;9(6):e100303. doi: 10.1371/journal.pone.0100303.
3. Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2012;8(2):131-68. doi: 10.1016/j.jalz.2012.02.001.
4. Alzheimer's Association. Know the 10 Signs-Early Detection Matters, 2009. Available at: http://www.alz.org/national/documents/checklist_10signs.pdf
5. Tuokko H, Frerichs R, Graham J, et al. Five-year follow-up of cognitive impairment with no dementia. *Arch Neurol* 2003;60(4):577-82.
6. Larrieu S1, Letenneur L, Orgogozo JM, et al. Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology* 2002;59(10):1594-9.
7. Chertkow H1, Massoud F, Nasreddine Z, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *CMAJ* 2008;178(10):1273-85. doi: 10.1503/cmaj.070797.
8. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Ageing-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7(3):270-9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
9. Holzer C, Warshaw G. Clues to early Alzheimer dementia in the outpatient setting.

Arch Fam Med 2000;9:1066-70.

10. Glisky EL. Changes in Cognitive Function in Human Aging. In: Riddle DR, editor. Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms. Boca Raton (FL): CRC Press; 2007. Chapter 1. Available at:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3885/>
11. Okie S. Confronting Alzheimer's disease. N Engl J Med 2011;365 (12):1069-72. doi: 10.1056/NEJMp1107288.
12. Feldman HH1, Jacova C, Robillard A, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. CMAJ 2008;178(7):825-36. doi: 10.1503/cmaj.070798.
13. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.
14. Feldman HH1, Jacova C, Robillard A, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. CMAJ 2008;178(7):825-36. doi: 10.1503/cmaj.070798.
15. Moorhouse P. Screening for dementia in primary care. Can Rev Alzheimer's Dis Other Demen, 2009:8-12.1
16. Milne A1, Culverwell A, Guss R, et al. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. Int Psychogeriatr 2008;20(5):911-26. doi: 10.1017/S1041610208007394.
17. Brodaty H, Low LF, Gibson L, et al. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? Am J Geriatr Psychiatry 2006;14(5): 391-400.
18. Chen CY, Leung KK, Chen CY. A quick dementia screening tool for primary care physician. Arch Gerontol Geriatr 2011;53(1):100-3. doi: 10.1016/j.archger.2010.06.008.
19. Aminzadeh F, Molnar FJ, Dalziel WB, et al. A review of barriers and enablers to diagnosis and management of persons with dementia in primary care. Can Geriatr J 2012;15(3):85-94. doi:10.5770/cgj.15.42.
20. Hinton L, Franz CE, Reddy G, et al. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: Primary care physicians' perspectives. J Gen Intern Med 2007;22(11):1487-92.
21. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2006;295(18):2148-57.

22. Bradway C, Hirschman KB. Working with families of hospitalized older adults with dementia: caregivers are useful resources and should be part of the care team. *Am J Nurs* 2008;108(10):52–60. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336967.32462.2d.
23. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
24. Boustani M, Sachs G, Callahan CM. Can primary care meet the biopsychosocial needs of older adults with dementia? *J Gen Intern Med* 2007;22(11):1625-7.
25. Hadjri K, Faith V, McManus M. Designing dementia nursing and residential care homes. *J Integr Care* 2012;20(5):322-40.
26. Department of Health. Dementia-friendly environments: a guide for residential care. Victoria, Australia. Available at:<http://www.health.vic.gov.au/dementia/index.htm#principles>
27. Calkins MP, Sloane PD. *Designing a Care Facility*. Chicago, Alzheimer's Association, 2007. Available at: www.alz.org/professionals_and_researchers_designing_a_care_facility.asp#max.
28. Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia a review of the empirical research. *Gerontologist* 2000;40(4):367-416.
29. National Health Service. Communicating with people with dementia. UK, National Health Service. Available at: <http://www.nhs.uk/Conditions/dementia-guide/Pages/dementia-and-communication.aspx>.
30. Alzheimer's Association. Steps to Enhancing communication: interacting with persons with Alzheimer's Disease. Available at: https://www.alz.org/national/documents/c_edu-stepstoenhancing.pdf.
31. 陳慶餘。衰弱症。台灣老年學暨老年醫學會，老年病症候群，台北市，合記圖書出版社，2012:141-157。
32. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *J Nutr Health Aging* 2013;17:726-34.
33. 吳風鈴、陳慶餘、許志成、謝博生。以衰弱症為導向的老人三段五級預防。台灣醫誌 2013;56(9):17-22。

第二章 失智症的診斷

彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院 歐陽文貞醫師
台大醫院精神部 黃宗正醫師

一、失智症的診斷準則

何謂失智症？

- 失智症是一種由腦部疾病、身體系統性疾病、藥物或成癮物質使用所引起的持續性**認知功能**下降及相關症候群。
- 失智症大部分的個案意識清楚，整個認知功能下降或缺損的病程不只發生在譫妄期間。
- 超過90%失智症病人會出現精神行為症狀 (behavior and psychological symptom of dementia, BPSD)。

● 何謂失智症？

失智症是一種由腦部神經疾病、身體系統性疾病、藥物或成癮物質使用所引起的持續性認知功能下降的疾病；病人出現的認知功能障礙包括：記憶與學習功能、注意力、語言功能、知覺-空間-動作整合功能、推理-計算-組織-規劃等執行功能、社交認知功能等。失智症大部分個案的意識清楚，整個認知功能下降或缺損的病程不能只發生在譫妄期間。而且超過 90% 個案在失智症的病程中會出現精神行為症狀 (behavior and psychological symptom of dementia, BPSD)，且增加照顧者身體、心理、社會及經濟上的沉重負擔，也增加社會成本。

失智症的精神行為症狀(BPSD)

- A 情緒—憂鬱、焦慮、輕躁或躁症、易怒
- B 行為—自言自語、反覆衝動或持續行為、遊走、不適切行為、坐立不安、傷人或自傷
- C 認知—被偷、錯認、忌妒、被害妄想、反覆固著的想法、虛談現象、答非所問、聽幻覺、視幻覺、觸幻覺、嗅幻覺
- D 生理驅力—不想動或低動機、失眠或嗜睡、暴食、厭食、食慾高或低、體重減輕、性慾過高或不適切性行為

● 失智症的精神行為症狀 (BPSD)

失智症不是精神病，但是失智症有精神行為症狀，此張投影片是在介紹失智症常見之精神行為症狀。

失智症影響的認知領域

- 注意力(complex attention)
- 記憶與學習功能(memory and learning)
- 語言功能(language)
- 知覺-空間-動作整合功能
- 推理-計算-組織-規劃等執行功能
- 社交認知功能

失智症診斷概念/準則的改變

1950年Martin Roth到1977年ICD-9	失智症為「記憶的嚴重退化並伴隨時間與地點的定向感退化」
1987年DSM-III-R	雖強調記憶受損必須短期及長期記憶均受損，但沒有強調定向感退化。
1992年ICD-10、1994年DSM-IV及2000年DSM-IV-TR	放寬失智症診斷準則：不一定同時有近期與遠期記憶力缺損，但仍需要有多重認知障礙。
1998年起至2002年	經過診斷準則放寬後，台灣有相關團體倡議將「癡呆症」改為「失智症」

●失智症診斷概念 / 準則的改變

失智症診斷概念或準則隨著年代有些改變。但失智症精神行為症狀雖被注意到，但仍然沒被廣泛納入診斷準則之中。

1994年DSM-IV失智症診斷準則

- A** 發展出多重認知缺損，同時表現以下兩項
1. 記憶受損(學習新訊息或記起過去已學會資訊能力受損)
 2. 存在下列認知障礙之一種(或一種以上)
 - (1)失語症(aphasia)
 - (2)失用症(apraxia)，即運動功能良好，但執行運動活動之能力缺損
 - (3)失認症(agnosia)，即感官功能良好，但無法認識或分辨物體
 - (4)執行功能障礙，即計畫、組織、排序、抽象思考之障礙
- B** 準則A1及A2的認知障礙造成社會或職業功能的顯著損害，並彰顯了由原先功能水準的顯著下降。
- C** 此缺損不只是發生在譫妄的病程之中。

失智症診斷概念/準則的改變

- 2013年DSM-5失智症診斷準則都大幅放寬失智症的診斷標準，其中最重要的概念是「放棄以記憶力作為失智症的主要認知功能缺損」。
- DSM-5「只要有一項認知領域」出問題就可診斷「認知障礙症」(major neurocognitive disorder)的新疾病概念來含括失智症診斷及失智症前期的個案，並將其概念往預防失智症及失智症臨床前期推演。

●失智症診斷概念 / 準則的改變

但在 2011 年美國老化與阿茲海默失智症協會 (National Institute on Aging-Alzheimer's Association, NIA-AA) 與 2013 年美國精神醫學會的 DSM-5 失智症診斷準則都大幅放寬失智症的診斷標準，其中最重要的概念是「放棄以記憶力作為失智症的主要認知功能缺損」，前者將「人格精神行為改變」放入擴大的五項認知或行為領域中，但仍維持兩項領域缺損才可診斷失智症，後者則更放寬失智症診斷，並將其概念往預防及失智症臨床前期推演，並因去標籤化或汙名化作用而將失智症更名為「認知障礙症 (major neurocognitive disorder)」，其診斷準則的認知範疇擴大且包容原本 DSM-IV 中的失憶、失認、失語或失用症狀與執行功能 (executive function) 缺損，將「語言功

2013年DSM-5中認知障礙症(major neurocognitive disorder)診斷準則(1)

- 六大認知範疇，包括
 - 複雜注意力(complex attention)
 - 執行功能(executive function)
 - 學習和記憶(learning and memory)
 - 語言(language)
 - 知覺-動作(perceptual-motor)
 - 社交認知(social cognition)

2013年DSM-5中認知障礙症(major neurocognitive disorder)診斷準則(2)

- 一或多項認知範疇(neurocognitive domain)的能力表現顯著降低，證據根據：
 - 瞭解病情的資訊提供者或是臨床專業人員知道個案有認知功能顯著降低(decline)。
 - 標準化神經認知測驗或另一量化的臨床評估顯示認知功能顯著減損。
- 認知缺損干擾日常活動獨立進行
 - 指至少複雜工具性日常生活活動需要協助，如付帳單或吃藥
- 認知缺損非只出現於譫妄情境
- 認知缺損無法以另一精神疾病作更好的解釋
 - 如鬱症(major depressive disorder)、思覺失調症(schizophrenia)

能、注意力 (complexed attention)、知覺_動作整合、社交認知 (social cognition)、學習_記憶及執行功能」都放入新增的六大認知範疇 (neurocognitive domains) 中，而且只要有一項認知範疇出問題即可診斷認知障礙症，並且首次將額顳葉退化 (frontotemporal lobar degeneration) 或路易體病 (Lewy body disease) 列入失智症的病因中。

DSM-IV 失智症及DSM-5 認知障礙症

	DSM-IV	DSM-5
是否以記憶力缺損為主	是	否 (AD除外)
是否多重認知障礙(≥2個)	是	否
症狀需要 主觀報告及客觀量化評估與否	否	是
有無額顳葉失智症及路易體失智症診斷標準	無	有

二、鑑別診斷：失智症、譫妄、憂鬱

鑑別診斷：失智症、譫妄、憂鬱

- 譫妄、憂鬱症與失智症鑑別診斷的根據是
 - 疾病症狀的發展史
 - 發病的快慢
 - 發病前或當時是否有共存的神經疾病、身體疾病或代謝與營養問題
 - 意識是否清楚或起伏
 - 憂鬱症狀(或是意識變化)是否在失智症之前或是與認知缺損同時發生

● 鑑別診斷：失智症、譫妄、憂鬱

由於失智症在其病程中有許多精神行為症狀 (詳見表 10、本書第三章與第四章)，所以也需要跟老年期發病的妄想症、思覺失調症或器質性精神病鑑別診斷。

失智症也比一般老人或成人容易合併譫妄或憂鬱症，又因為不同致病因導致的失智症有不同的病程及症狀，常因為疾病發生緩慢或是不被注意到，譫妄及憂鬱症也十分擬似失智症，也經常被誤診或忽略，也因此延緩治療或給予不適切的治療，所以鑑別診斷失智症、譫妄與憂鬱症十分重要。

出現之症狀	譫妄	失智症	憂鬱症
認知與憂鬱症狀先後	不一定，大多為認知症狀先出現	先有認知症狀，之後才憂鬱	憂鬱先出現，之後才有認知症狀
意識清醒與否	意識不清或起伏變化(時醒時昏睡)	意識清楚(除非到末期)	意識清楚(除非到嚴重的僵直狀態)
記憶問題的表現	恍惚或明顯記憶力差	常伴發其認知障礙	經常強調或誇大其認知障礙
回答問題的情形	回答錯誤，常胡言亂語	經常回答錯誤，但接近正確答案	經常回答「不知道」
記憶缺損的表現	早期有近期、長期記憶障礙	大部分為近期記憶障礙	輕或中度時期無記憶力障礙
幻覺的出現	一開始或早期就出現幻覺	大部分早期無幻覺(路易體失智症例外)	嚴重時才出現幻覺
妄想的出現	早期就出現妄想，且以被害妄想或恐怖內容為主	被偷或錯誤妄想常見，大部分早期無妄想(路易體失智症例外)	嚴重時才出現妄想
精神病症狀的可逆性或是大幅改善	是：症狀可在一天內起伏變化。有黃昏日落症。	症狀非可逆性：中或重度時容易有黃昏日落症。	一般為可逆性，無黃昏日落症。
發病快慢	急性(小時到數天)	緩慢發病(數月到數年)發病較快(數週)	

三、尋找失智症的病因

常見失智症的成因

- 阿茲海默症引起的失智症
- 額顳葉退化引起的失智症
- 路易體失智症
- 血管性疾病引起的失智症
- 創傷性腦傷引起的失智症
- 酒精或成癮物質引起的失智症
- 人類免疫缺乏病毒引起的失智症
- 庫賈氏症引起的失智症
- 帕金森症引起的失智症
- 亨汀頓症引起的失智症
- 其他疾病引起之失智症

● 常見失智症的成因

失智症的病因簡單分為腦部神經退化疾病引起之失智症（包括阿茲海默症、額顳葉失智症、路易體失智症、帕金森失智症或亨汀頓症的失智症等）、血管性失智症及其他續發性失智症（參見下張投影片）。續發性失智症包括下列原因引起的失智症：酒精成癮物質或醫藥、頭部創傷、梅毒、人類後天免疫不全病毒、庫賈氏症、缺 B12、葉酸或鈣質、甲狀腺低下、硬腦膜下出血、腦部慢性生長的腫瘤、轉移的腫瘤、放射線治療、一氧化碳或重金屬中毒所引起失智症等。

續發性失智症

- 血管性失智症（最多）
- 酒精性或物質使用失智症（如強力膠）
- 帕金森症合併失智症
- 庫賈氏症之失智症（CJD）
- 亨汀頓症之失智症
- 低血糖或其他休克造成之腦病變
- 放射線治療合併失智症
- 其他大腦脂代謝障礙
- 一氧化碳中毒
- 其他，如：重金屬中毒

可以治療之續發性失智症

- 愛滋病造成失智症
- 常壓性水腦症
- 慢速成長之腦腫瘤
- 梅毒引起失智症
- 憂鬱症造成假性癡呆症
- 慢性硬腦膜下出血
- 後天性甲狀腺功能過低
- 缺乏葉酸
- 缺乏維他命B1
- 缺乏維他命B12
- 缺乏維他命B6

失智症的病因

- 所有失智症中以阿茲海默症占超過60%為最多
- 其次是血管性失智症約占10-15%
- 再其次是路易體失智症或額顳葉失智症
- 續發性失智症的比例並不高
- 可逆性失智症約佔所有失智症的10%
- 早期找出可逆性失智症的病因或惡化認知的共存原因，以延緩或改善失智狀態

● 失智症的病因

所有失智症中少於 5% 是可逆性失智症，早期找出可逆性失智症的病因或惡化認知功能的共存原因，可儘量改善或減緩失智症的惡化及所帶來的困擾。所有失智症中以阿茲海默症失智症占超過 60% 為最多，其次是腦中風相關的血管性失智症約占 10-15%，再其次是路易體失智症或是額顳葉失智症，續發性失智症的比例並不高；因此早期找出可逆性失智症的病因或惡化認知功能的共存原因，以延緩或改善失智狀態。

阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別(1)

- 阿茲海默失智症
 - ◆ 以記憶力為早期主要症狀
 - ◆ 緩慢發病失智症，
 - ◆ 其幻覺或妄想在中後期中十分常見
 - ◆ 失語症狀及帕金森症狀在中後期才明顯
 - ◆ 其發病年齡在70歲以後最為常見。
 - ◆ 輕度到重度可用抗乙酰膽鹼代謝酶抑制劑延緩認知功能退化

● 阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別 (1)

上述最常見的四種失智症中，阿茲海默症是以記憶力為主要缺損的緩慢發病失智症，其幻覺或妄想在中後期中十分常見，而失語及帕金森症狀在中後期才明顯，其發病年齡在 70 歲以後最為常見。

阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別(2)

- 血管性失智症
 - ◆ 發病較快，常在中風後三個月內認知逐漸缺損
 - ◆ 不一定以記憶力缺損為早期的主要症狀
 - ◆ 許多個案因腦血管損傷引起的部位而有局部神經症狀、帕金森症狀、失語症、幻覺或妄想
 - ◆ 且上述症狀可在該失智症早期或任何時期出現
 - ◆ 發病年齡也跟腦血管事件發生在40歲以後有關
 - ◆ 部分病人可用抗乙酰膽鹼代謝酶抑制劑延緩認知功能退化

● 阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別 (2)

血管性失智症的發病較快，常在中風後三個月內認知功能逐漸缺損，但不一定以記憶力缺損為主，許多個案因中風或腦血管損傷引起的部位而有局部神經症狀、帕金森症狀、失語症、幻覺或妄想，且上述症狀可能在該失智症的早期或任何時期出現，發病年齡也跟腦血管事件發生在 40 歲以後有關。

阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別(3)

• 額顳葉失智症

- ◆ 緩慢發病
- ◆ 社交行為不適切或是語言功能缺損為主
- ◆ 其幻覺或妄想並不多見
- ◆ 發病年齡較早，約在45到65歲之間
- ◆ 對抗乙酰膽鹼代謝酶抑制劑的抗失智症藥物效果不佳

● 阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別(3)

額顳葉失智症是一種以額葉相關的社交行為不適切或是顳葉相關的語言功能缺損為主的失智症，其幻覺或妄想並不多見，發病年齡較早，約在 45 到 65 歲之間。

阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別(4)

• 路易體失智症

- ◆ 發病緩慢，但較阿茲海默症快
- ◆ 疾病早期以視幻覺、注意力、意識起伏及隨後的自發性帕金森症狀為主
- ◆ 記憶力不一定在早期明顯受損
- ◆ 對抗精神病藥的副作用明顯
- ◆ 發病年齡在50到83歲之間。
- ◆ 輕度到中度可用抗乙酰膽鹼代謝酶抑制劑延緩認知功能退化

● 阿茲海默症與血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症的鑑別(4)

路易體失智症則在疾病早期以視幻覺、注意力、意識或認知功能起伏及隨後的自發性帕金森症狀為主的失智症，記憶力不一定在早期明顯受損，且對抗精神病藥的副作用明顯，發病年齡在 50 到 83 歲之間。除了額顳葉失智症對抗乙酰膽鹼酶抑制劑 (acetylcholinesterase inhibitor) 的抗失智症藥物效果不佳外，上述的其他三種失智症都建議早期使用 AChEI 藥物。

四、失智症的診斷流程

診斷失智症的一般流程

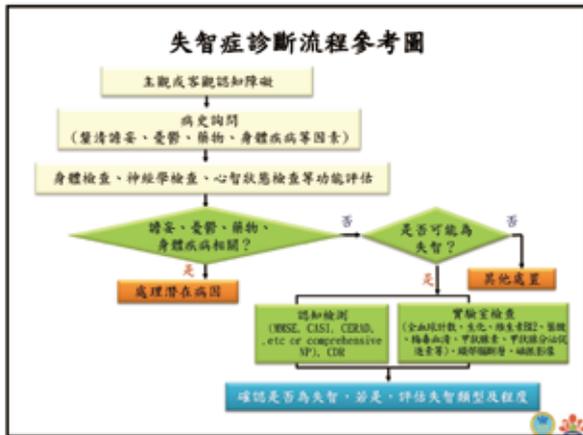
- 初診時醫療人員需跟病患同住、了解病患的家屬或醫療長照人員釐清病患的疾病史
- ⇒ 並進行必要的身體檢查、神經學、精神狀態檢查
- ⇒ 之後進行檢驗及檢查流程，包括認知功能的心理測驗、抽血檢查及腦影像學檢查

● 失智症診斷流程參考圖

圖為診斷失智症的一般流程。初診時會先釐清病史及必要的理學、神經學、精神狀態檢查，並先排除譫妄、憂鬱及藥物造成失智的可能。若排除之後仍懷疑是失智症或失智症前驅期，則進行標準的檢查流程，包括認知功能測試及實驗室檢查 (相關細節可參見第 3 章)。

認知檢測：

- 簡易智能檢查：Mini-Mental Status Examination; MMSE
- 知能篩檢測驗：Cognitive Ability Screening Instrument; CASI



- CERAD 神經心理測驗 : Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Neuropsychological Battery; CERAD neuropsychological battery
- 臨床失智症評估量表 : Clinical Dementia Rating; CDR
- 完整神經心理功能評估 : Comprehensive Neuropsychological Test; Comprehensive NP

* 以下表 1- 表 13 供授課講師參考用

表 1、ICD-10-DCR 失智症診斷標準

G1 有以下每一項的證據：

1. 記憶力下降 (decline in memory)：雖然嚴重的個案對回想 (recall) 先前所學到的資訊也受影響，但最主要證據是以新資訊的學習為主。這部分缺損在語言及非語言資訊都有。記憶力下降應該從資訊提供者可信的病史中確認，如果可能的話，由神經心理測驗或是量化的認知評估中補充。記憶力下降有輕度缺損是診斷閾值 (threshold for diagnosis)，應該如以下標準評估：
 - 輕度缺損：記憶力喪失雖然不嚴重到足以困擾到獨立生活 (incompatible with independent living)，但足以干擾到每天的生活 (interfere with everyday activities)。舉例來說：個案在牽涉到日常生活的登錄、儲存及回想有困難，如財產放哪裡、社交安排或家人剛提供的資訊。
 - 中度缺損：記憶力喪失代表有獨立生活的嚴重障礙。只有精熟學習的 (highly learned) 或非常熟悉的資訊會被保留。新資訊僅很短暫的或偶爾被保留下來。個案無法回想當地地理位置、最近做過的事或熟悉的人姓名。
 - 重度缺損：記憶力喪失的特徵是完全無法保留新資訊。僅有片段的先前所學的被保留。個案無法認識親近的親戚。
2. 其他認知能力下降：特徵是判斷思考力及一般資訊處理能力下降；前者如際化及組織能力。理想上這些認知能力下降應該由資訊提供者獲得，如果可能的話，由神經心理測驗或是量化的認知評估中補充。由先前較高功能的認知功能下降應被建立。記憶力下降有輕度缺損是診斷閾值 (threshold for diagnosis)，應該如以下標準評估：
 - 輕度缺損：認知功能下降造成日常生活表現缺損，但不嚴重到使人依賴他人。複雜的日常事務或休閒活動無法進行。
 - 中度缺損：認知能力下降使人在沒有另一人協助下無法日常生活運作，包括購買及處理金錢。在家中，只有簡單家庭雜務可執行。活動十分受限及很難持續。
 - 重度缺損：認知能力下降的特徵是缺乏清晰的意見 (intelligible idea)。

註：整體失智症的嚴重度由記憶力及認知能力呈現，取決於哪一方面較嚴重（即記憶力輕度下降且其他認知能力中度下降，失智症嚴重程度為中度）。

G2 環境覺察力保留，即沒有意識不清（如同 F05 譫妄的準則 A）的時間足以長到明確的證明 G1 症狀存在。當同時有譫妄存在時，失智症診斷應被延緩確立 (deferred)。

G3 有情緒控制或動機 (emotional control or motivation) 下降、或社交行為改變下降的證據；至少表現如以下一項：

1. 情緒容易變化 (emotional lability)
2. 易怒 (irritability)
3. 淡漠 (apathy)
4. 社交行為不細膩 (coarsening of social behavior)

G4 為了確認臨床診斷，G1 準則的症狀應至少持續六個月；如果持續時間少於六個月，診斷只是暫時的 (tentative)。

本表格翻譯自 WHO (compilation and editorial arrangement by Cooper JE). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (ICD-10; DCR-10). WHO Geneva, 1994; 28-31.

表 2、ICD-10-DCR 各種失智症準則

失智症種類	準則
阿茲海默症 (F00.xx)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合上述失智症準則 G1-G4。 2. 由病史上、身體檢查或其他檢測無證據顯示任何其他原因失智症的疾病 (如腦血管疾病、後天免疫疾病、帕金森症、亨汀頓症或常壓性水腦症)、全身系統性疾病 (甲狀腺過低、B12 或葉酸缺乏、血鈣過高) 或酒精或藥物濫用。
血管性失智症 (F01.xx)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合上述失智症準則 G1-G4。 2. 高級認知功能缺損不一致受影響，有的有受影響，有的沒受影響。因此，記憶力可能明顯受影響，而思考、推理及資訊處理僅輕微下降。 3. 有局部腦傷 (focal brain injury) 證據，至少以下一項呈現： <ol style="list-style-type: none"> (1) 一側肢體緊僵無力 (spastic weakness) (2) 一側肌腱反射 (tendon reflex) 增強 (3) 腳掌曲張反應 (extended plantar response) (4) 假性延隨病性癱瘓 (pseudobulbar palsy) 4. 由病史上、身體檢查或其他檢測有證據顯示腦血管疾病，此腦血管疾病合理的判斷在病因上跟失智症的病因相關 (即中風病史、腦梗塞證據)。
其他原因造成的失智症 (F02.xx)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合上述失智症準則 G1-G4。 2. 有病因造成非阿茲海默症或腦血管疾病的失智症。

本表格翻譯自 WHO (compilation and editorial arrangement by Cooper JE). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (ICD-10; DCR-10). WHO Geneva, 1994; 32-39.

表 3、DSM-IV-TR 失智症的診斷標準

- A 發展出多重認知缺損，同時表現以下兩項
1. 記憶受損 (學習新訊息或記起過去已學會資訊能力受損)
 2. 存在下列認知障礙之一種 (或一種以上)
 - (1) 失語症 (aphasia)
 - (2) 失用症 (apraxia)，即運動功能良好，仍有執行運動活動之能力缺損
 - (3) 失認症 (agnosia)，即感官功能良好，仍有認識或分辨物體之能力缺損
 - (4) 執行功能障礙，即計畫、組織、排序、抽象思考之障礙
- B 準則 A1 及 A2 的認知障礙造成社會或職業功能的顯著損害，並彰顯了由原先功能水準的顯著下降。
- C 此缺損不只是發生在譫妄的病程之中。

表 4、DSM-5 認知障礙症 (major neurocognitive disorder) 的診斷標準

- A 一項或多項認知範疇，包括複雜注意力、執行功能、學習和記憶、語言、知覺 - 動作、或社交認知的認知力表現顯著降低，證據根據：
1. 瞭解病情的資訊提供者或是臨床專業人員知道個案有認知功能顯著降低。
 2. 標準化神經認知測驗或另一量化的臨床評估顯示認知功能顯著減損。
- B 認知缺損干擾日常活動獨立進行 (指至少複雜工具性日常生活活動需要協助，例如付帳單或是吃藥)。
- C 認知缺損非只出現於譫妄情境。
- D 認知缺損無法以另一精神疾病作更好的解釋 (例如重鬱症、思覺失調症)。

本表格參考自台灣精神醫學會 (譯者與審訂) DSM-5 精神疾病診斷準則手冊 (第一版，譯自 APA 的 Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5)。台灣台北市；合記圖書出版公司，2014 年。

表 5、DSM-5 阿茲海默認知障礙症及血管性認知障礙症診斷準則

阿茲海默認知障礙症

- A. 符合認知障礙症者準則。
- B. 一項或以上受損的認知範疇緩慢發病及逐漸持續進展 (認知障礙症須至少出現二項認知範疇受損) 。
- C. 符合極可能 (probable) 或可能的 (possible) 阿茲海默症標準如下：
如果出現以下兩者之一項，則診斷為極可能的阿茲海默症 (probable Alzheimer's disease)；否則，應診斷可能的 (possible) 阿茲海默症。
1. 家庭病史或基因檢測發現引起阿茲海默症的基因突變。
 2. 以下三項全部表現：
 - a. 記憶和學習明顯退化及至少有一項其他認知範疇出現 (根據詳細的病史或系列神經認知測驗)
 - b. 認知的穩定進展及逐漸退化且無維持的現象 (extended plateaus) 。
 - c. 無混合病因 (mixed etiology, 指無其他神經退化或腦血管疾病，或是可歸因於另一神經疾病、精神疾病、系統性疾病或造成認知退化的身體病況)
- D. 此干擾無法以腦血管疾病、另一種神經退化、物質效應、或另一神經疾病、精神疾病、系統性疾病或造成認知退化的身體病況做更好的解釋。

血管性認知障礙症

- A. 符合認知障礙症診斷準則。
- B. 臨床症狀符合血管病因 (a vascular etiology)，如以下兩者之一項表現：
1. 認知缺損的發病 (onset) 時序上和一次或多次腦血管事件 (cerebrovascular event; 有人譯為 (腦中風)) 有關。
 2. 有複雜注意力 (complex attention; 含處理速度 [processing speed]) 及前額葉執行功能 (frontal-executive function) 退化的明顯證據。
- C. 有藉由病史、體檢和 (或) 神經影像 (neuro-image) 證實足以說明認知缺損的腦血管疾病 (cerebrovascular disease) 存在，。
- D. 症狀無法以另一腦部疾病或身體系統性疾病作更好的解釋。

註：如果出現以下三者之一項，則診斷為極可能由血管疾病引起的認知障礙症 (major neurocognitive disorder probably due to vascular disease)；否則，應診斷可能由血管疾病引起的認知障礙症。

1. 臨床診斷準則藉由神經影像證實歸因腦血管疾病的明顯神經組織受傷 (parenchymal injury) (神經影像佐證) 。
2. 認知障礙症候群 (neurocognitive syndrome) 在時序性確定與一次或多次的腦血管事件有關。
3. 臨床和基因 (如：體顯性遺傳的腦動脈血管病變合併皮質下梗塞及腦白質病變 (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarct and leucoencephalopathy)) 兩者的證據顯示腦血管疾病存在。

假如血管性認知障礙症臨床準則符合，但無神經影像學佐證資料或認知障礙症與一次或多次腦血管疾病的時序上相關性未建立，則診斷「可能由血管疾病引起的認知障礙症」。

註：本表格的準則參考自台灣精神醫學會 (譯者與審訂) DSM-5 精神疾病診斷準則手冊。台灣台北市：合記圖書出版公司，2014 年。

表 6：DSM-5 額顳葉認知障礙症及路易體認知障礙症診斷準則

額顳葉認知障礙症

- A. 符合認知障礙症的準則。
- B. 此干擾緩慢發病及逐漸進展。
- C. 出現以下兩者之一
 - 1. 行為型 (behavior variant)：
 - a. 以下三種或更多的行為症狀：
 - i. 行為失去節制 (behavioral disinhibition)
 - ii. 冷漠或呆滯 (apathy or inertia)
 - iii. 沒同情心或沒同理心
 - iv. 固執、刻板或強迫 / 固定儀式行為
 - v. 多食 (hyperorality) 和飲食習慣改變
 - b. 在社交認知及 (或) 執行功能方面明顯的下降。
 - 2. 語言型 (language variant)：
 - a. 說話能力顯著退化，包括語言、找字、物品命名、文法或理解字義。
- D. 學習 _ 記憶和知覺 _ 運動功能相對保存。
- E. 此困擾無法以腦血管疾病、另一種神經退化、物質效應、或另一神經疾病、精神疾病或系統性疾病作更好的解釋。

如果出現以下兩項之一時，則診斷「極可能由額顳葉退化引起的認知障礙症」(major neurocognitive disorder probably due to fronto-temporal lobar degeneration)；否則，診斷「可能由額顳葉退化引起的認知障礙症」。

- 1. 家庭病史或基因檢測發現引起額顳葉認知障礙症的基因突變。
- 2. 腦影像檢查顯示不成比例的額葉及 (或) 顳葉變化。

路易體認知障礙症

- A. 符合認知障礙症的準則。
- B. 此干擾緩慢發病及逐漸進展。
- C. 同時有核心症狀 (core features) 和次要 (suggestive) 症狀者符合此障礙。

極可能有路易體的認知障礙症 (major neurocognitive disorder with probable Lewy bodies)，具有二項核心症狀或是有一項次要症狀伴隨一項或多項的核心特徵。可能有路易體的認知障礙症，只有一項核心症狀或是只有一項或多項以上的次要症狀。

 - 1. 核心診斷症狀：
 - a. 認知波動，且有顯著注意力和警覺力改變。
 - b. 清楚而具體的視幻覺反覆發生。
 - c. 認知退化進展後，隨即有帕金森症自發性症狀發生。
 - 2. 次要診斷症狀：
 - a. 符合快速眼動睡眠障礙標準。
 - b. 嚴重的抗精神藥物敏感性
- D. 此困擾無法以腦血管疾病、另一種神經退化、物質效應、或另一神經疾病、精神疾病或系統性疾病作更好的解釋。

註：本表格的準則參考自台灣精神醫學會 (譯者與審訂) DSM-5 精神疾病診斷準則手冊。台灣台北市；合記圖書出版公司，2014 年。

表 7、NIA-AA 失智症診斷準則

以上認知或行為症狀同時符合以下 A-E 五項時，才可診斷失智症：

- A. 認知功能或行為症狀 (神經精神症狀，即 neuropsychiatric symptom) 缺損 (impairment) 牽涉到以下兩個領域：
1. 此缺損使獲得及記憶新資訊的能力受損
 - 症狀包括：重複問句或會談內容、放錯個人攜帶物品的位置、忘記事件或約會、熟悉的路徑上迷路。
 2. 此缺損使推理及處理複雜事務能力 (reasoning and handling of complexed task) 受損，即判斷力差
 - 症狀包括了解安全風險能力差、無法處理財務、下決定能力差、無法計畫複雜或一系列活動
 3. 此缺損使視覺空間 (visuospatial abilities) 能力受損
 - 症狀包括：即使視力佳卻無法辨認人臉或常見的物件或找到物品、無法操作簡單的設備或穿衣服
 4. 此缺損使語言功能 (language function，包括說、讀及寫) 受損
 - 症狀包括：說話時難想到常用字彙、口吃 (hesitations)、語言、拼字及書寫錯誤
 5. 此缺損使個性、行為或態度 (comportment) 改變
 - 症狀包括：不典型的情緒起伏如急躁 (agitation)、動機及進取心受損 (impaired motivation, initiative)、淡漠 (apathy)、喪失驅力 (loss of drive)、社交退縮、對先前喜愛的活動興趣降低、喪失同理心 (empathy)、強迫行為或思考、社交上不適切行為 (socially unacceptable behaviors)
- B. 認知功能或行為症狀干擾職場或一般活動功能
- C. 認知功能或行為症狀呈現出從先前功能及執行力的下降
- D. 認知功能或行為症狀無法以譫妄或其他重大精神疾病作解釋
- E. 認知功能缺損透過以下兩個方面的資料整合被發現及診斷：
1. 從病人及了解病人的資訊提供者所得的病史
 2. 客觀的認知評估，如臨床精神狀態檢查 (“bed-side” mental status examination) 或神經心理測驗。神經心理測驗當病史及臨床精神狀態檢查無法提供一確信的診斷時，應該要進行。
-

本表格參考自 McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the NIA-AA workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011; 7:263–269.

表 8、NIA-AA 的阿茲海默症診斷標準

一、極可能的阿茲海默症 (probable AD dementia)

當個案符合上述 NIA-AA 的失智症診斷準則，且具有以下的四個特徵時，診斷為極可能的阿茲海默症：

- A. 緩慢發病 (insidious onset)。症狀的逐漸發病是經年累月，而非突然在數小時到數日內發生。
- B. 個案報告或被觀察到清楚的認知功能變壞。
- C. 起始症狀及明顯的認知功能缺損藉由以下之一的病史及檢查中佐證：
 - 1. 失去記憶力 (amnesic) 的表現：這是在阿茲海默症中最常見的症候群。這個缺損包括學習及回憶最近所學的資訊。應該有證據顯示上述造成失智症的認知領域中的其他一項認知功能缺損。
 - 2. 非失去記憶力 (nonamnesic) 的呈現：
 - (1) 語言方面的表現：最常見的缺損是找字 (word-finding)，但是其他認知功能的缺損也應該有存在。
 - (2) 視覺空間的表現：最明顯的缺損在空間認知 (spatial cognition)，包括物品的失去辨認力 (object agnosia)、臉的辨認受損、無法同時知覺在相同地方超過一個的物品 (simultanagnosia) 及無法了解書寫文字的涵意 (alexia)，且其他認知功能的缺損也應該有存在。
 - (3) 執行功能障礙：最明顯的缺損是推理、判斷及問題解決能力受損，且其他認知功能的缺損也應該有存在。
- D. 當有以下之一項證據顯示時，極可能的阿茲海默症不應該下此診斷：
 - 1. 有共存病史上的時序性與認知功能發病或惡化相關的中風 (stroke) 或是多次或廣泛的小梗塞 (infarct) 或嚴重的白質病變 (white matter hyperintensity burden) 之腦血管疾病。
 - 2. 路易體失智症 (dementia with Lewy bodies) 的核心症狀存在時。
 - 3. 額顳葉失智症行為型 (behavioral variant frontotemporal dementia) 的明顯症狀存在時。
 - 4. 原發性持續失語症語義型或非流暢 / 無文法型的明顯症狀存在時 (semantic variant or nonfluent/agrammatic variant primary progressive aphasia)。
 - 5. 證據顯示同時有其他神經疾病、非神經疾病的身體疾病共同存在或使用一種有認知作用的醫藥或成癮物質時。

註明：極可能的阿茲海默症有更多的確定性 (with increased level of certainty)

- 1. 極可能的阿茲海默症有確切的認知下降 (with documented decline)：在符合極可能阿茲海默症的核心症狀的人有確認的認知功能下降增加確定性是表現在一活躍的且逐步展開的病理過程，但並不特別地增加病理學是主要進程的確定性。極可能的阿茲海默症有確切的認知下降定義如下：有藉由資訊提供者隨後的報告或是認知功能測驗 (標準的精神狀態檢查或正式的神經心理測驗) 的證據顯示持續性認知缺損。
- 2. 極可能的阿茲海默症有致病性的阿茲海默症的基因突變者 (in a carrier of a causative AD genetic mutation)：符合極可能阿茲海默症的核心症狀的人有致病性的阿茲海默症的基因突變 (在 APP、PSEN1 或 PSEN2 基因上) 增加奇阿茲海默症病理學的確定性。專家們註明 APOE4 (ε 4 allele of the apolipoprotein E) 的基因並不特別考慮在內。

二、可能的阿茲海默症 (possible AD dementia) 核心症狀準則

當以下兩種之一的情況被提到時，要下可能的阿茲海默症診斷：

- 1. 不典型的病程 (atypical course)

“不典型的病程”符合阿茲海默症認知缺損的核心準則，但有一突然發病的認知缺損或是病史資料 / 客觀上確認認知持續退化的證據不足。
- 2. 病因上混合的表現 (etiologically mixed presentation)

“病因上混合的表現”符合阿茲海默症認知缺損的核心準則但是有證據顯示：

 - (1) 有共存病史上的時序性與認知功能發病或惡化相關的中風 (stroke) 或是多次或廣泛的小梗塞 (infarct) 或嚴重的白質病變 (white matter hyperintensity burden) 之腦血管疾病、
 - (2) 路易體失智症 (dementia with Lewy bodies) 的核心症狀存在時
 - (3) 證據顯示同時有其他神經疾病、非神經疾病的身體疾病共同存在或使用一種有認知作用的醫藥或成癮物質時。

註：本表格及有關研究使用的阿茲海默失智症診斷準則：Probable AD dementia with evidence of the AD pathophysiological process 及 Possible AD dementia with evidence of the AD pathophysiological process 請參考自文獻 McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the NIA-AA workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011 ; 7: 263–269.

表 9、失智症常見的精神行為症狀

繁體中文	英文
一、情緒	affection and mood
1. 憂鬱 / 情緒不佳	depression /dysphoria
悲傷 (表情悲傷、音調哀傷、流淚)	sadness (sad expression, sad voice, tearfulness)
對可喜的事缺乏反應	lack of reactivity to pleasant events
憂鬱症狀在早上最差	diurnal variation of mood (symptoms worst in the morning)
2. 焦慮	anxiety
過度焦慮反應	catastrophic reaction (Godot syndrome)
其他焦慮	other anxieties
畏懼 (怕一個人在房間)	phobia (fear of being left alone)
其他畏懼反應 (如怕黑、怕洗澡)	other phobia
3. 昂然自得 / 欣快感	euphoria/ elation
4. 淡漠：表情平淡、情緒反應少	apathy
5. 暴躁易怒 / 情緒易變	irritability (easily annoyed, short-tempered)/ lability
6. 情緒失禁	emotion incontinence
二、行為	behavior
1. 激動 (坐立不安、扭手、抓頭髮) / 攻擊	agitation (restlessness, handwringing, hairpulling)/aggression
肢體暴力	physical threat and/or violence
罵人	verbal outburst
2. 言行失控，如不適切社交禮儀	disinhibition
3. 怪異動作或不適切行為	aberrant behavior or inappropriate activities
幻覺或妄想的行為、自言自語	hallucination- or delusion-related behavior, self-talking
4. 重複 (反覆)、刻板重覆的或強迫性儀式行為，如收集行為、磨牙、吐口水	repetitive (preservative), stereotyped (purposeless activities) or compulsive/ritualistic behavior, e.g. hoarding behavior, grinding one's teeth, spitting
5. 漫遊	wandering (away from home or caregiver)
6. 迷路	lost (disorientation to place)
7. 動作遲緩 (動作慢、說話慢及反應慢)	retardation(slow movements, slow speech, slow reactions)
8. 失去興趣 (原本有興趣的活動變少)	loss of interest(less involved in usual activities)
三、認知	cognition
1. 語言	language
反覆同一句話或重覆問話	repetitive the same sentence or question
刻板重覆的言談或發聲，如呻吟	stereotypy speaking or voice, e.g. moan, groan
答非所問	irrelevant speech
拼字 (音)、語法、句子連接錯誤或邏輯	error of spelling, syntax, grammar, thought process or logic,
混亂言談或思考	disorganized speech or thought
話多或話少	hypertalkative or hypotalkative
2. 妄想：深信不真實的想法	delusion : false belief
被偷妄想	delusion of theft
被害妄想	delusion of persecution: suspiciousness/paranoia
錯認妄想：“自己的家不是自己的家”及“配偶 (或照顧者) 是偽裝者”的妄想	delusion of misidentification : “one's house is not one's house” delusion , “spouse/ other caregiver is an imposter” delusion

繁體中文	英文
忌妒妄想	delusion of jealousy
情緒一致的妄想 (貧窮、生病或失落妄想)	mood-congruent delusions (delusion of poverty, illness, or loss)
其他妄想、虛談或不真實的言談思想	delusions other than above, confabulation
3. 幻覺：無感官刺激，卻有知覺	hallucination
視幻覺	visual hallucination
聽幻覺	auditory hallucination
嗅幻覺	olfactory hallucination
觸幻覺	tactile hallucination
其他幻覺：如味幻覺或其他幻覺	other hallucination : e.g. gustatory hallucination
4. 許多身體抱怨或慮病想法	multiple physical complaint ^b or hypochondriacal idea
5. 憂鬱相關的思想內容	idea disturbance in depression
自殺意念 (無價值感、想自殺、自殺企圖)	suicidal idea (worthless feeling, suicidal wish, suicidal attempt)
低自尊 (自責、自貶、失敗感)	poor self-esteem (self-blame, self-depreciation, feelings of failure)
悲觀 (期望自己會很糟)	pessimism (anticipation of the worst)
四、驅力	drive
1. 睡眠 / 夜間行為 (白天嗜睡 / 夜間失眠)	nightmare disturbance (day/night disturbance)
入睡困難	difficulty falling asleep
多次睡眠中斷	multiple awakenings during sleep
比平常早醒	early morning awakening
2. 食慾 / 進食改變	appetite/ eating disturbance
食慾差	appetite loss
體重減輕	weight loss
暴食	polyphagia,
異食症、挑食、貪食 / 食物偏好改變	pica, be picky about food, hyperorality
3. 性慾高 / 不適切性行為	hypersexuality/inappropriate sexual behavior
4. 無動機	avolition
5. 體力不支 (易疲憊、無法持續活動)	lack of energy (fatigue easily, unable to sustain activities)

本表格引用自歐陽文貞 (主編)、黃美鳳、蔡佳芬 (副主編)：失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務。台灣台中市：台灣老年精神醫學會，2013 年。Neuropsychiatry Inventory (NPI) 12 項精神行為症狀，該量表主要藉與照顧者會談，以評估病患過去一個月的精神行為症狀。屬於 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) 的 19 個憂鬱相關精神行為症狀，該量表主要藉照顧者提供資料及病患會談以評估病患過去一週的憂鬱情形。c 屬於 BEHAVE-AD 量表的精神行為症狀共 25 個項目，該量表藉會談照顧者以評估病患過去兩週的精神行為症狀。

註一：有學者 (Robbert PH, et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2002 Dec;17(12):1099-105)

在淡漠量表 (Apathy Inventory) 中認為包括三向度，即情緒平淡 (emotional blunting)、缺乏啟動力 (lack of initiative) 及缺乏興趣 (lack of interest)。

註二：除上述兩者外，還包括錯認” 陌生人為熟識的親友”、” 鏡中的自己不是自己” 及” 電視中的情境是真的”。

表 10、確認或鑑別失智症病因的重要步驟及檢查

步驟或檢查項目	說明或理由
1. 由可信的資料提供者獲得病史	注意是否有身體疾病、疼痛、治療藥物、安眠藥、酒、非法藥物使用。
2. 身體檢查：包括神經學及精神狀態檢查	是否有身體、局部神經及精神行為症狀。
3. 心理測驗：簡易智能檢查 (MMSE)、認知功能篩檢表 (CASI)、臨床失智症評估量表 (CDR)	這些測驗的目的之一是篩檢用，並非診斷失智症；也可作為認知功能的基準線或長期變化的測量。
4. 哈欽斯基缺血量表 (Hachinski Ischemic Scale)	不一定列入常規檢查，但若是無法進行腦影像檢查時可作為鑑別血管性失智症的參考。
5. 抽血檢查：全血球檢查 (CBC)、血清生化檢驗、血清免疫檢驗	項目詳見附表五
6. 心電圖 (Electrocardiography, ECG)	評估心臟疾病，如心律不整、QTc、心臟肥大或曾有心肌梗塞，作為失智診斷及使用乙醯膽鹼代謝酶抑制劑前或抗精神病藥的參考。
7. 腦部影像檢查：電腦斷層 (Computerized Tomography, CT)、核磁共振檢查 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、正子攝影 (Positron Emission Tomography, PET)。	CT 或 MRI 可鑑別水腦症、硬腦膜下出血、腦梗塞或出血、腫瘤、海馬迴或腦葉萎縮、多發性硬化症或白質變化。PET 雖可了解某些腦區代謝功能低 ¹ ，作為鑑別失智症的參考，但並非常規檢查。
8. 腦波 (Electroencephalography, EEG)	棘波或大腦皮質功能異常，可作為鑑別癲癇、庫賈氏症 (Creutzfeldt-Jakob disease) 的失智症或譫妄的參考。
9. 尿液檢查	是否有泌尿道感染，但病人往往無法配合。
10. 放射線檢查：胸部或腹部 X 光檢查。	是否有肺炎、肺部疾病、便秘或腹部疾病。
11. 家庭功能評估	家族治療的重要評估，如評估家庭結構、家屬負荷與照顧的資源
12. 職能評估：如基本 (BADL) 及技巧性日常生活功能評估 (IADL)	評估日常生活功能照顧或復健的需求。
13. 脊髓穿刺檢查 (Lumbar Puncture)	腦膜炎或侵犯腦區的相關細菌、梅毒、病毒或結核菌及相關檢查。屬失智症視需要才進行的檢查。不易獲得家屬的同意及病人的配合。
14. 遺傳基因檢查 (Genetic Test)	ApoE、PS1、PS2 或 APP 基因型不是常規檢查。

¹PET 若發現頂葉或顳葉代謝低，可作為阿茲海默症或路易體失智症診斷的參考，只是後者更易有枕葉或小腦的代謝低；若發現額葉、前或內顳葉 (anterior or medial temporal cortices) 代謝低，可作為額顳葉失智症的參考；中風的腦區代謝也較低，憂鬱症病人可能是代謝正常。APOE: Apolipoprotein E genotype; APP: amyloid precursor protein; BADL: Basic Activity of Daily Life; CASI: Cognitive Abilities of Screen Instrument, 又譯為「知能篩檢測驗」; CBC: Complete Blood Count; CDR: Clinical Dementia Rating; IADL: Instrumental Activity of Daily Life; MMSE: Mini-Mental Status Examination; PS: presenilin.

表 11、鑑別失智症病因及治療失智症合併精神行為症狀前所需的重要抽血檢查

項目 ^註	理由
1. 全血球檢查 (Complete Blood Count, CBC)、不同白血球的比例 (differential count) 及血紅素 (hemoglobin)	鑑別是否貧血、感染、發炎或血小板缺乏。貧血常跟焦慮、憂鬱、頭暈、虛弱或沒精神有關。使用抗精神病藥或抗癲癇作用的情緒平穩劑可能會增加 (或減少) 白血球或血小板數目。
2. 腎功能：尿素氮 (BUN)、肌酸酐 (creatinine, Cr)	Bun 過高跟脫水 (dehydration)、類固醇使用或腎功能異常有關。BUN/ Cr >20 就要懷疑脫水，常造成失智病人虛弱、坐立不安、激躁或譫妄。
3. 肝功能：ALT、AST、GGT(r-GT)	ALT 或 AST 跟肝炎、肝病、某些藥物使用、膽固醇過高、心肌梗塞或橫紋肌溶解有關。肝不好可引起 BPSD。r-GT 高可能跟藥物或喝酒有關。
4. 葡萄糖 (glucose)	血糖過低或過高可導致 BPSD 或譫妄。低血糖跟營養或降血糖藥有關。
5. 電解質：鈉 (sodium, Na)、鉀 (potassium, K)、氯 (chloride, Cl)	鈉、氯或鉀過低 (或過高) 常引起坐立不安、激躁、意識不清、幻覺、妄想或癲癇。鈉過低跟攝食少、利尿劑、抗憂鬱或抗精神病藥、SIADH、腹瀉或腎臟病有關。
6. 鈣 (calcium, Ca)	血鈣過高常引起憂鬱、激躁或精神病，跟副甲狀腺腫瘤、腎衰竭、鋰鹽或其他惡性腫瘤疾病。血鈣過低可引起憂鬱或易怒，跟營養差或副甲狀腺功能低有關。
7. 甲狀腺功能：甲狀腺刺激素 (TSH)、甲狀腺素 (thyroxin) 如游離甲狀腺素 -free T4。	甲狀腺功能過高 (過低) 常引起焦慮、憂鬱、激躁或精神病。過高跟類固醇、增強多巴胺作用 (dopaminergic) 藥物、甲狀腺亢進或 Grave's 病有關。過低跟鋰鹽有關。
8. 梅毒血清 RPR (VDRL) 檢查	若是 RPR 反應陽性，才進一步做 TPHA 檢查。
9. 人類免疫病毒 (HIV) 抗體	若抗體陽性則懷疑有感染 HIV，需做進一步確診檢查。
10. 三酸甘油、總膽固醇、高密度 (HDL) 及低密度膽固醇 (LDL)	過高和使用抗精神病藥、高血壓、動脈硬化、中風糖尿病或代謝症候群有關。過低跟攝取 / 營養缺乏有關。
11. 白蛋白 (albumin)、球蛋白 (globulin)	白蛋白過低跟蛋白質攝取、吸收或製造有關，過低可引起虛弱或精神差。
12. 維他命 B12、葉酸 (folate, B9)、同半胱氨酸 (homocysteine)	缺 B12 或 B9 可造成焦慮、憂鬱、記憶力差及精神病。缺 B12 或 B9、腎功能差或抽菸會使同半胱氨酸增高，此物質增高會增加心肌梗塞、中風或腦萎縮的風險。
13. 發炎指數檢查 (ESR 或 CRP)	過高異常時代表有發炎或感染。CRP 在急性發炎時升高。ESR 在老年時經常比成年期增高。
14. 血中氨 (ammonia, NH3)	氨過高跟激躁、精神病或譫妄有關，跟肝功能差、某些藥物使用或肝腦病變 (hepato-encephalopathy) 有關。
15. 鐵 (iron, Fe)、鐵蛋白 (ferritin)、運鐵蛋白 (TIBC)	鐵過低跟貧血、坐立不安或不寧腿症候群 (restless leg syndrome) 有關。

註：本表並未窮盡 BPSD 所需的抽血檢查，若是有 BPSD 病人有任何懷疑或可能致病的身體疾病或徵兆時，則可以依需要開立內科抽血檢查。ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia; BUN: blood urea nitrogen; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; GGT: gamma-glutamyl transpeptidase; HDL/LDL: high/low density lipoprotein; HIV: human immunodeficiency virus; RPR: rapid plasma reagin; SIADH: syndrome of inappropriate anti-diuretic hormone; TIBC: total iron-binding capability; TPHA: Treponema pallidum hemagglutination; TSH: thyroxin-stimulating hormone; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

表 12、常見的失智症病因及 ICD-10-CM 一覽表

失智症英文名稱	繁體中文名稱	失智症的 ICD-10/ ICD-9-CM 編碼	造成失智症的 疾病 ICD-9/ ICD-10 編碼
1.dementia in Alzheimer's disease (AD)	阿茲海默症	F00.xx/290	331.0/G30
dementia in AD with early onset	早發型	F00.0x/290.1x	
dementia in AD with late onset	晚發型	F00.1/290.2x	
dementia in AD, atypical or mixed	非典型或混合型	F00.2/--	331.19/G31.09 331.82/G31.83
2.frontotemporal dementia (FTD)	額顳葉失智症	F02.8x/290.8x	436, 438/I61, I63, I64, I67.3, I67.4
3.dementia with Lewy bodies(DLB)	路易體失智症	F02.8x/290.8x	
4.vascular dementia	血管性失智症	F01.x/290.4x	
5.dementia due to traumatic brain injury	創傷性腦傷引起的失智症	F02.8x/ 294.1x	853.00, 850.9, 907.0/S06.x
6.dementia due to alcohol substance	酒精或成癮物質引起的失智症	F1x.73/291.2, 292.82	305.xx, 304. xx/ F1x.xx
7.dementia in human immunodeficiency virus disease	人類免疫缺乏病毒疾病的失智症	F02.4/294.1x	042/B22.0
8.dementia in Creutzfeldt-Jakob disease	庫賈氏症的失智症	F02.1x/294.1x	046.1/A81.9
9.dementia in Parkinson's disease	帕金森症的失智症	F02.3x/294.1x	332.0/G20
10.dementia in Huntington's disease	亨汀頓症的失智症	F02.2x/294.1x	333.4/G10
11.dementia in other specified disease classified elsewhere	其他疾病引起的失智症，如神經性梅毒、缺 B12 或葉酸、甲狀腺功能過低、血鈣過高、水腦症	F02.8x/294.1x	-/ 094.9/A52.1、 266.2/E53.1、 244.9/E03、 275.42/ E83.5、331.4/ G91

表 13、阿茲海默症、血管性失智症、額顳葉失智症、路易體失智症的比較

	阿茲海默症	血管性失智症	額顳葉失智症	路易體失智症
認知範疇的缺損	以近期記憶力為早期的主要症狀	以注意力、執行功能	社交認知或語言功能為主	知覺 - 動作整合功能及注意力 (或意識起伏)
幻覺的出現與特徵	在疾病早期幾乎沒有幻覺，但進到疾病中期或後期幻覺比例高 (超過 30%)。視幻覺的影像模糊、且維持短暫。有些個案有聽或嗅幻覺。	幻覺出現與腦部中風部位有關；整體而言，幻覺比例少於 13%，有幻覺者認知功能較嚴重。	整個過程少有幻覺 (10%)。	視幻覺與聽幻覺為主；疾病早期即有影像完整或生動的視幻覺。
妄想的出現與特徵	早期妄想不常見，中期十分常見 (約 60%)，經常有被偷妄想、忌妒妄想、被害妄想及錯認妄想，疾病的後期妄想減少。	妄想出現與腦部中風部位有關，比例上不高 (<13%)。	妄想十分少見；病人的反覆刻板、強迫、儀式化固著行為或失去節制的行為常被誤以為有妄想。	疾病早期即有妄想，且妄想和大部分與幻覺相關，尤其是 Capgras 症候群。
失語症或語言缺損的出現與特徵	早期及中期無明顯失語症，中期常見的語言功能是找字及物品命名問題，後期失語症才明顯。	可能因中風或腦損傷部位，在疾病早期就出現失語症；語言問題如發音流暢性、文法及音調問題在疾病早期就十分常見。	語言型的疾病在一開始就有明顯的語言問題；行為型的疾病則在早期語言問題很少見。	疾病早期很少有語言問題 (<5%)，語言問題通常在疾病後期才出現。
帕金森症狀的出現	疾病的後期才有一部分個案帕金森症狀，前期及中期都無此現象。	可能因中風或腦損傷部位，在疾病早期就出現帕金森症現象。	早期及中期無帕金森症狀。但 10-20% 個案有動作障礙。	疾病早期就有自發性帕金森症狀。
抗精神病藥物的使用	抗精神病藥物有效，但長期增加中風與死亡風險；高劑量抗精神病藥要減藥時須緩慢減藥，以避免復發。	儘量短期低劑量使用，對幻覺妄想可能有效。	抗精神病藥物對躁動不安無實證支持。	對所有抗精神病藥都十分敏感，容易產生帕金森副作用或抗精神病藥物惡性症候群，建議考慮使用極低劑量 quetiapine，並緩慢加藥。
乙醯膽鹼酶抑制劑的使用	有效；輕、中、重度可以使用。	部分個案有效。	無效	有效
發病的快慢	發病十分緩慢	大部分在中風後三個月內逐漸發病	發病緩慢	發病緩慢
發病年齡	大部分在 70 歲以後發病	中年到老年都可發病	平均 60 歲 (常見於 45-65 歲)	50-83 歲
病程	5-12 年	依腦損傷 / 惡化健康因素而定	2-10 年	5-7 年
占失智症的比例	60%	10-15%	<10%	10%

參考文獻：

1. 黃正平失智症之行為精神症狀。台灣精神醫學 2006;20:3-18。
2. Köhler S, Allardyce J, Verhey FR, McKeith IG, Matthews F, Brayne C, Savva GM; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Cognitive decline and dementia risk in older adults with psychotic symptoms: a prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:119-28.
3. Xing Y, Wei C, Chu C, et al. Stage-specific gender differences in cognitive and neuropsychiatric manifestations of vascular dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012;27:433-8.
4. Shinagawa S, Nakajima S, Plitman E, et al. Psychosis in Frontotemporal Dementia. *J Alzheimers Dis*. 2014 Jun 2. [Epub ahead of print]
5. Perri R, Monaco M, Fadda L, Caltagirone C, Carlesimo GA. Neuropsychological correlates of behavioral symptoms in Alzheimer's disease, frontal variant of frontotemporal, subcortical vascular, and Lewy body dementias: a comparative study. *J Alzheimers Dis*. 2014;39:669-77.
6. Thaipisuttikul P, Lobach I, Zweig Y, Gurnani A, Galvin JE. Capgras syndrome in Dementia with Lewy Bodies. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:843-9.
7. Reilly J, Rodriguez AD, Lamy M, Neils-Strunjas J. Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias: an overview. *J Commun Disord*. 2010;43:438-52.
8. Sato K, Urbano R, Yu C, et al. The effect of donepezil treatment on cardiovascular mortality. *Clin Pharmacol Ther*. 2010;88:335-8.
9. Ellis JM. Cholinesterase inhibitors in the treatment of dementia. *J Am Osteopath Assoc*. 2005;105:145-58.
10. 參考自 UK 失智症協會網頁 <http://www.alz.org/dementia/types-of-dementia.asp> 及 http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=167 及 http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=113
11. 參考自網頁 <http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Other-forms-of-dementia/Neuro-Degenerative-Diseases/Dementia-with-Lewy-Bodies-DLB?#fragment-1>

第三章 失智症的評估

台北榮民總醫院精神部老年精神科 黃正平醫師
長庚紀念醫院神經內科 徐榮隆醫師
台北榮民總醫院神經內科 王培寧醫師

一、認知功能

失智症之症狀

- 失智症的診斷主要是認知功能或是行為症狀上產生障礙：在工作中或行動中干擾其能力，比起之前的功能或表現上有下降的情形。而認知功能障礙的偵測與診斷是經由以下兩者的合併出現：
 - 從病人或熟知並認病史的人得到病人病史。
 - 加上客觀的認知功能評估，可以是床邊的簡式心智評估或是神經心理學檢查。

認知功能病史

- 認知功能病史-認知功能或行為的障礙在以下的5個面向中至少有2項：
 - 記憶面向：學習新的資訊或記得新的訊息有障礙。
 - 推理與判斷面向：處理複雜事情或在判斷、推理事情上受損。
 - 視空間面向：視空間能力受到影響。
 - 語言面向：溝通語言能力受損。
 - 個性行為面向：個性或行為產生變化。

記憶力面向

- 學習新的資訊或記得新的訊息有障礙
- 症狀包含
 - 有重複的談話或問相同問題
 - 常常放錯東西
 - 忘記約定的事情或發生過的事
 - 在熟知的路上迷失

●失智症之症狀

在失智症的診斷中，認知功能受損導致日常生活障礙是占一個很重要的角色。雖然目前的假說認為臨床認知功能障礙出現前的數年，可以用某些特殊的生物學指標 (biomarker) 發現其變化，但以最近的 NIA-AA 診斷標準來看，認知功能障礙是任何原因所導致失智症的基本要件。認知功能障礙的臨床表現在 NIA-AA 診斷標準中包含有 5 大類。

●認知功能病史

1. 記憶功能：所表現出的臨床症狀以近期記憶喪失為主，失去學習能力、重複的問問題。
2. 推理與判斷功能：所表現出的臨床症狀為病人無法解決日常生活中突發的小狀況或是無法理解日常生活中的潛在危險狀況，在處理事情上常無法處理複雜的情況，在決定事情上常顯得猶豫不決。
3. 視空間功能：所表現的症狀是對於人面孔的辨識有困難，方向感辨識有問題，甚至有迷路現象。
4. 語言功能：所表現的症狀為日常口語溝通能力下降，無法理解句子。
5. 個性與行為：所表現的症狀為病人個性改變，失去主動性，生活上變的較退縮，在行為上有異常的行為，如重複性行為或產生不

抽象與判斷面向

- 在處理複雜事情或在判斷、推理事情上有受損
- 症狀包括
 - ◆ 無法了解安全上的顧慮
 - ◆ 無法妥善規劃財務
 - ◆ 做決定的能力下降
 - ◆ 無法計劃複雜或連續性的活動



洽當的社會行為，如不當接觸，收集垃圾行為等。

這些早期表現出的認知功能障礙與相對應的不同類型退化性失智症有相關，依照 NIA-AA 診斷失智症的標準，至少需要 2 個以上症狀才可以符合失智症的診斷標準。

視覺空間面向

- 視空間面向：視空間能力受損
- 症狀包括
 - ◆ 在視力良好的情況下仍無法辨認面孔或常見物品
 - ◆ 在穿衣或操作簡單物品上有困難



語言溝通面向

- 說、讀或寫的能力受到影響
- 症狀包括
 - ◆ 在講話時無法想起常用的字
 - ◆ 講話時常會停頓
 - ◆ 拼字或寫字產生錯誤



個性與行為面向

- 個性或行為上的改變
- 症狀包括
 - ◆ 情緒上的起伏如激動
 - ◆ 失去自主性
 - ◆ 冷漠，失去動機、退縮
 - ◆ 以前有興趣的活動變得失去興趣
 - ◆ 失去同理心
 - ◆ 重複或強迫性行為，不恰當的社會行為



起始認知障礙	主要臨床症狀	相對應之失智症
記憶症狀	持續性的近期記憶喪失，無法學習新的事物	阿茲海默症
語言症狀	語言溝通上有困難，理解能力下降，無法說出物品名字	語言性失智
視空間症狀/視幻覺	對熟知的人面孔無法辨識，常有迷路的現象，或是重複出現的視幻覺	路易體失智症
個性或行為症狀	個性改變，失去主動性，生活上變得較退縮，或產生不恰當的社會行	額顳葉失智症

● 退化性失智的早期認知功能障礙與相對應之臨床症狀

依照 NIA-AA 診斷失智症的標準，這些認知功能的症狀至少需要出現兩個以上才符合失智症的診斷標準。最常見的退化性失智症是阿茲海默症，疾病早期的認知功能異常以記憶症狀為主要表現，不同類型的失智症也會有不同的早期臨床表現，例如額顳葉失智症有些以個性或行為症狀為主要表現，有些則以語言症狀為其表現；路易體失智症則有失智症合併視幻覺與帕金森症。

<ul style="list-style-type: none"> ● 客觀評估 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 認知功能的評估包含床邊的認知功能檢查與神經心理學評估 ● 床邊認知功能檢查 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 簡易智能檢查MMSE (Mini-Mental Status Examination)為主 ● 神經心理學評估 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 知能篩檢測驗CASI(Cognitive Ability Screening Instrument) ◆ 阿茲海默症評估量表ADAS-cog(Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale)
--

● 認知功能的評估

在 NIA-AA 診斷失智症中，包含有病人有臨床的認知功能障礙症狀，同時有客觀認知功能檢查受損。客觀的認知功能檢查受損，可以用臨床檢查如簡易智能檢查 (MMSE) 或是詳細的神經心裡學評估。在神經心理學檢查中，可以依照不同的認知功能障礙選擇相對應的檢查。

簡易智能檢查
(Mini-Mental Status Examination, MMSE)

- 包括定向感、訊息登錄、注意力與計算能力、記憶力、語言與行為能力；最高分30分，18-26分表示輕度障礙，10-18分表示中度
- 是最早與廣被應用的評估工具，也是健保局審查失智症藥物給付所要求的資料之一
- 容易受到教育程度與文化背景的影響
- 對輕度失智的敏感度較低，嚴重病人有得分無法再下降的限制(floor effect)
- 偽陰性的比率很低，可作為排除失智症之用
- 量表及應用方法可在台灣臨床失智症學會網站取得
<http://www.tds.org.tw/html/from/bis/pdetail.php?Part=mmse20110222&Category=121255>

● 簡易智能檢查

認知功能常用的評估量表是以 MMSE 為主，一般認為失智症的標準是在 26 分以下，滿分是 30 分。然而此分數容易受病人年齡、性別、教育程度與其它因素之干擾，解讀結果時需謹慎。

MMSE部分內容

A. (10) 1. 現在：(民國) ____年__月__日，星期__，____
2. 地方：____省____市(縣)____

B. (5) 1. 三樣：____、____、____
2. 嘗試次數：____

C. (5) 1. 減7：____、____、____、____、____

D. (5) 1. 剛才的三樣：____、____、____

E. (5) 1. 這是什麼：____、____
2. 再講一遍：____
3. 閉 眼：____
4. 寫 句 子：____
5. 畫 圓：____
6. 三個動作：____、____、____

● ADL and severity

ADL and severity

- ADL and IADL: 一般是以基本的ADL (Activity of Daily Living)與IADL(Instrumental Activity of Daily Living) 量表為主，另外也有針對失智症病人的生活功能評估工具DAD (Disability Assessment for Dementia)。
- Severity: 常用的失智症嚴重度評估是以臨床失智症評估量表CDR (Clinical Dementia Rating)或是阿氏失智症功能性評估量表FAST (Functional Assessment Staging Test)為常用工具。

在生活功能的評估方面是以評估基本的日常生活功能如吃飯、穿衣、洗澡、上廁所與行為面向為主；另外在工具性日常生活功能如逛街、整理家務、財務處理、交通與服用藥物等面向。

二、精神行為症狀

二、精神行為症狀(BPSD)

阿茲海默 (Alzheimer) 在 1907 年所寫的原著中，第一次發表一位 51 歲女性個案時，描述她不但有認知功能障礙，並且伴隨出現嫉妒妄想及聽幻覺等精神症狀。非認知症狀在失智症之發生率是相當常見的，故除了對失智症之原因及基本機轉做研究外，也應對失智症行為症狀有所認識。非認知症狀包括了憂鬱、焦慮、妄想、幻覺、行為障礙及其他精神

病症狀，以前統稱之為行為障礙，因為不能包含整體精神症狀，故國際老年精神醫學會（International Psychogeriatric Association，簡稱 IPA）在 2000 年已把它改稱為精神行為症狀（behavioral and psychological symptoms of dementia，簡稱 BPSD），故現今採用 BPSD 來代表非認知症狀。

精神行為症狀(BPSD)對病人和照護者的影響

- 可以在失智症病程中任何時期出現
- 是照顧者精神心理負荷及崩潰最大的來源 (caregiver burnout)，並降低生活品質
- 可能引起老年人施虐情形 (elderly abuse)
- 可能造成提早送入安養院
- 增加照顧的經濟壓力
- 增加身體的束(physical restrain)的使用率
- 增加抗精神病藥物的使用

黃五平:臨床老年精神醫學 2011:37-144

●精神行為症狀對病人和照護者的影響

BPSD 可在失智症病程中任何時間發生，是照顧者最主要的壓力負荷來源，可能對病人造成言語及身體上的虐待，造成病人和照顧者生活品質下降，並提早送病人到慢性安養院，增加照顧的費用及家屬經濟壓力，增加身體上的約束，且加速認知功能退化，加重日常生活功能障礙，造成預後變差，BPSD 的出現也是使家屬能認識到病患有失智症的一個重要因子，而帶來就醫，故對於 BPSD 之認識及處理，是治療及照顧失智症病人當前重要的課題。

失智症之憂鬱症狀(1)

- 血管性失智症發生憂鬱症的比率要高於阿茲海默症，這可能和腦中風後較易發生憂鬱症有密切關係。
- 一些憂鬱症之症狀，如對任何事都提不起興趣、社會退縮、精神運動變遲鈍等也和失智症之一些症狀相互重疊，更增加診斷的困難。故在評判失智症是否有憂鬱症狀時，應著重在憂鬱症之心理思想層面，如無助感、無望感、無價值感、甚至有想死及自殺的念頭才能做出正確的診斷。

黃五平:臨床老年精神醫學 2011:37-144

●失智症之憂鬱症狀 (1)

情感症狀 (affect)：

憂鬱 (depression)：失智症伴隨憂鬱症的發生率，各家報告相當分歧，常見於 40~50% 之間。會有如此大的差異主要和檢測憂鬱的方法有關，例如以問卷方式獲得之憂鬱症比例，一定比醫師診斷來得高；如選用的樣本多半是早期病情輕的個案，就比中、重度樣本來得高。近年來研究阿茲海默症合併憂鬱症的自然病程，發現阿茲海默症發病後前 3 年之流行率為 40%，第 4、5 年開始大幅下降到 28% 及 24%，台北榮民醫院的研究小組曾在 1994 年中華精神醫學會年會上，發表失智症（包括阿茲海默症）伴隨憂鬱症之報告憂鬱症狀 (depressive symptoms) 佔 30%，憂鬱疾病

(depressive illness) 佔 3.7%。其結果比國外研究低，主要的原因可能是我們的研究對象，大多數是中、重度的個案，其憂鬱症的發生率本來就低，但和國外研究阿茲海默症第 4、5 年流行率相似。一些憂鬱症之症狀，如對任何事都提不起興趣、社會退縮、精神運動變遲鈍等也和失智症之一些症狀相互重疊，更增加診斷的困難。故 Lazarus 等人建議在評判失智症是否有憂鬱症狀時，應著重在憂鬱症之心理思想層面，如無助感、無望感、無價值感、甚至有想死及自殺的念頭才能做出正確的診斷。一般來說血管性失智症發生憂鬱症的比率要高於阿茲海默症，這可能和腦中風後較易發生憂鬱症有密切關係。

失智症之憂鬱症狀(2)

- 在失智症早期出現憂鬱症狀，只限於高教育程度之老年病人，主要由於高教育程度之老年病人，在失智症早期，認知障礙症狀不明顯，因為以常用的認知測驗工具如MMSE並不能察覺出認知功能比以前下降的證據，臨床只出現憂鬱症狀，但持續幾年後，失智症才明朗化。故高教育的老年失智症病人，在發病初期，可能僅以憂鬱症狀呈現，而掩飾其輕度的認知功能障礙，等到臨床診斷為失智症時，可能已達中、重度的程度了。

卷五下：臨床老年精神醫學 2011:37-144

●失智症之憂鬱症狀 (2)

由於失智症常合併憂鬱症狀，而另一方面憂鬱症病患也會出現認知功能變差，有時嚴重到符合失智症的診斷標準，形成所謂之“假性失智” (pseudodementia)，使得失智症和憂鬱症之關係變得相當複雜。在 2002 年，Olin 等人提出阿茲海默症的憂鬱症之診斷標準，以供臨床及研究之用，其準則如下：

1. 下列症狀中至少有三種以上存在，且持續存在兩星期，並改變先前的日常生活功能，其中有憂鬱情緒及對以往的興趣和樂趣感降低，這兩者症狀在以上三種症狀中，必須具備其一才算：
 - (1) 明顯的憂鬱情緒（情緒低落、悲傷、流淚、哭泣等）。
 - (2) 對以前的社交活動及平常的嗜好，變得沒有興趣。
 - (3) 社交隔離或退縮。
 - (4) 食慾變差。
 - (5) 睡眠障礙。

- (6) 精神活力變得無精打采或躁動不安。
 - (7) 易生氣及發脾氣。
 - (8) 易疲倦或感到全身無力。
 - (9) 感到無價值感、無望感、或過度不適當的罪惡感。
 - (10) 重複出現自殺及想死的念頭，自殺計劃或自殺企圖。
2. 符合阿茲海默失智症之所有診斷準則。
 3. 這些症狀造成臨床上明顯的困擾或日常生活功能的障礙。
 4. 這些症狀不是由譫妄症造成的。
 5. 這些症狀不是直接由藥物或物質濫用引起的。
 6. 這些症狀不是由其他情況如重鬱症、躁鬱症、喪親傷慟 (bereavement)、精神分裂症、焦慮症或阿茲海默症合併精神病 (psychosis of Alzheimer's disease) 等所引起的。

失智症之妄想症狀(1)

• 被偷妄想:是失智症病人最常出現的妄想

- 具有被偷妄想的病人，大多數是懷疑主要照顧者偷他(她)東西，但會隨照顧者轉換而改變懷疑對象。懷疑被偷的東西最常見的是錢財及其相關的證件如存摺，印鑑，房地契等，因而引起病人焦慮害怕而收藏這些東西，但由於記憶力差，收藏的地方又找不到，則更加懷疑他人偷拿而形成堅定不移的妄想。
- 被偷妄想失智症早期就會出現，故當一位認知功能還不算太差的老年人來就診時，就必須主動詢問家屬是否有被偷妄想的存在，如家屬告之確定有時，則要小心評估可能是早期失智症的個案，必須要做謹慎的鑑別診斷及持續的追蹤診察。

吳孟平 | 臨床老年精神醫學 2011:37-148

● 失智症之妄想症狀 (1)

精神病症狀 (psychosis): 包括妄想 (delusion)、幻覺 (hallucination)、錯認 (misidentification)。

妄想: 一般而言，阿茲海默症的妄想症狀出現頻率大約在 10~70% 之間，平均介於 30~38% 左右。國內的研究報告指出，在老年精神科住院失智症病人中，有精神病症狀者佔 71.8%，有妄想症狀者有佔 59%；其中以被偷妄想最常見佔 50.1%，其次是被害妄想佔 26.9%，而嫉妒妄想佔 18%。在失智症早期其妄想結構及內容可能屬於較系統化、複雜化，但在中、重度時大多數是屬於簡單非系統化的，如錢財找不到而懷疑被家人偷拿；忘了吃過飯又要求吃飯，家人不答應就認為家人要餓死他（她）；病人找不到太太（事實上已告知病人出去買菜）即懷疑有外遇等。常見的妄想包括被偷妄

想、嫉妒妄想及被害妄想，茲分述如後：

被偷妄想這是失智症病人最常出現的妄想，國外的報告約在 13~28% 間。國內的研究發現，約有 55.6% 的個案在其病程中曾出現被偷妄想，而其中有 1/3 的病人，在發病一年內出現這種妄想。具有被偷妄想的病人，大多數是懷疑主要照顧者偷他（她）東西，但會隨照顧者轉換而改變懷疑對象。懷疑被偷的東西最常見的是錢財及其相關的證件如存摺、印鑑、房地契等，因此引起病人焦慮害怕而收藏這些東西，但由於記憶力差，收藏的地方又找不到，則更加懷疑他人偷拿，而形成堅定不移的妄想。

國外的研究指出，失智症退化到重度時，被偷妄想的頻率反而漸漸減少，雖然提起被偷之事，也無太大的情緒及行為反應；到了失智症重度的末期，被偷妄想幾乎是消失了，這現象可能由於當失智退化之病程，進行到影響病人之語言功能時，病人已無法表達其妄想內容之故。

這和國內的研究相似，在失智症輕度時，只出現被偷意念 (*idea of theft*)，病人會偷偷私底下向家人說主要照顧者偷他東西，但可接受家人說明為病人亂放而找不到之解釋；隨著失智症病情變差，病人會指明主要照顧者偷他東西且不聽家人解釋，此時病人會有一些輕微的情緒反應，但如家屬幫忙找到“被偷”的東西，病人會承認是自己亂放或以沉默不語做反應。隨著失智症嚴重度增加到中度時，被偷妄想出現的頻率增多，且強度增加到不接受家人之解釋，並出現嚴重的情緒反應，如發脾氣、哭或大叫。失智症嚴重度到中重度時，被偷妄想的嚴重度達到高峰，除了有強烈的情緒反應外，也出現強烈的反應行為，特別在家人與病人爭辯澄清時，會出

現破口罵人，甚至打人，如家人協助找到“被偷”的東西時，病人會合理化解釋說是家人偷走又放回原處的，此時也會有鎖門及用桌椅抵門之防禦行為。到了失智症重度時，被偷妄想的頻率反而漸漸減少，雖然提起被偷之事也無太大的情緒及行為反應；到了失智症重度的後期，家人描述病人還是有被偷妄想，只是想起被偷的東西時，用手指著“偷竊者”口中只發出“嗯嗯”聲而已。因被偷妄想失智症早期就會出現，故當一位認知功能還不算太差的老年人來就診時，就必須主動詢問家屬是否有被偷妄想的存在，如家屬告之確定有時，則要小心評估可能是早期失智症的個案，必須要做謹慎的鑑別診斷及持續的追蹤診察。

失智症之妄想症狀(2)

• 被害妄想

- 懷疑別人要迫害他、毒害他。
- 國內在1999年的研究報告指出，被害妄想失智症之發生率為26.9%，並常合併有其他妄想、幻覺及攻擊行為。病患所採用的反應，最常見的是身體攻擊行為，佔了將近40%的個案，其次是防禦行為佔17.8%，拒吃(包括食物及藥)佔15.6%。

• 嫉妒妄想

- 懷疑配偶有外遇、不忠，而對配偶有暴力攻擊行為，有時甚至出現過度性需求的行為，造成配偶很大的困擾。
- 在國外報告約佔4.2%之失智症個案，國內報告佔15.8%。

黃正平：臨床老年精神醫學 2011:37-144

● 失智症之妄想症狀 (2)

被害妄想：懷疑別人要迫害他、毒害他。國內在1999年的研究報告指出，被害妄想失智症之發生率為26.9%，並常合併有其他妄想、幻覺及攻擊行為。病人對被害妄想採用最常見的反應是身體攻擊行為，佔了將近40%的個案，其次是防禦行為佔17.8%，拒吃（包括食物及藥）佔15.6%。

嫉妒妄想：懷疑配偶有外遇、不忠，而對配偶有暴力攻擊行為，有時甚至出現過度性需求的行為，造成配偶很大的困擾。在國外報告約佔4.2%之失智症個案，國內報告佔15.8%。失智症之嫉妒妄想和功能性精神病之嫉妒妄想有些不同，前者不只是懷疑配偶和他人有染，且有時出現亂倫之妄想，此外有時連已死去的配偶也認為現在還在外遇中，這些幾乎都不在功能性精神病之嫉妒妄想中出現。嫉妒妄想較常發生早期至中期失智症之個案，通常失智症病況嚴重者反而無妄想產生，主要是因妄想的形成需要某種正常程度的認知功能。在國內研

究發現，被偷妄想、被害妄想、嫉妒妄想常常伴隨在一起出現，即當一位老年人在老年期第一次出現有上述妄想，且認知功能大致正常時，失智症應列為鑑別診斷疾病之一，且要非常小心的追蹤評估，是否可能是一個失智症的個案。在臨床上我們也發現有些獨居的老年失智症病人，在早期會出現宣稱或看到有人闖入家中，而驚慌害怕地打電話告知住在的兒女，經由報警或兒女搬去和病人住幾天，才發現是病人的妄想，在臨床上稱為“被闖入妄想”(delusion of intruder)。

失智症之幻覺症狀及錯認症狀

- 國內研究發現大約有三分之一(34.7%)的失智症病患在其病程中出現幻覺，而視、聽幻覺之頻率並無多大差別。
- 失智症之視幻覺多半是看見較溫馨的景象如鳥在飛、牛羊在吃草等。
- 聽幻覺多半是聽到死去的親人在叫自己的名字等。
- 錯認現在住的房子不是自己的家。
- 錯認有他人在自己家中。
- 錯認親人或配偶當成他人。
- 錯認把電視上的事件當成真實。
- 錯認鏡中自己的影像是他人

景正平:臨床老年精神醫學 2011:37-144

●失智症之幻覺症狀及錯認症狀

幻覺：在國外的報告，顯示阿茲海默症病人有7~49%出現幻覺，其中以視幻覺最為常見，其次為聽幻覺，其他觸幻覺、嗅幻覺、味幻覺等則較少見。有研究顯示，病程極速惡化的個案較易出現幻覺，而妄想通常早發於幻覺。阿茲海默症病人伴隨視、聽覺障礙者，亦較易產生幻覺。在國內研究發現大約有1/3(34.7%)的失智症病人在其病程中出現幻覺，而視、聽幻覺之頻率並無多大差別(26.3% Vs 19.2%)。一般來說，失智症之視幻覺多半是看見較溫馨的景象如鳥在飛、牛羊在吃草等，有時會看到陌生的人闖入家中而感到害怕不安；或聽幻覺多半是聽到死去的親人在叫自己的名字等，不像是譫妄症的病人出現較多恐怖的景象，如可怕的動物或妖魔鬼怪等。

錯認 (misidentifications 簡稱 MIT)：錯認症狀由法國精神科醫師 Capgras 於 1923 年提出，最早的錯認症狀指的是病人將熟悉的親友，錯認為已經被人冒充取代，此症狀後來被稱為 Capgras syndrome，且被認定屬於妄想的一種型式。錯認症狀分類為：

1. 錯認不存在或陌生的人在房子裏 (MIT of

someone in the house)：病人常常訴說有人在房內而叫家人去請他出來，或用餐時請家人多備一副碗筷，叫不存在的人出來吃飯。

2. 錯認現在住的房子不是自己的家 (MIT of home)：即病人明明是在自己的家，而常常打包行李想出門回到自己的家，雖經家人解釋，病人還是執意要出門，造成家人很大的困擾。
3. 錯認親人、配偶是別人或偽裝者 (MIT of people)：有些病人常常把太太當成女兒，或把先生誤認成兒子看待，但通常並無情緒或行為反應。有時會把配偶當成陌生人認為陌生人穿著和配偶一樣的衣服偽裝而已，臨床上叫 Capgras 症候群。
4. 錯認為電視上的事件是真實 (MIT of TV)：病人有時把電視上發生之事如槍戰、火災，誤認為在現實中發生，而產生驚恐、害怕逃避之行為。
5. 錯認鏡中的自己的影像是別人 (MIT of mirror image)：有些病人會出現認不得鏡中的自己，因而對鏡中的人有說有笑。錯認發生的比例在 30~ 55% 之間，以「錯認有他人在自己房子」最常見。在國內研究中，發現有 35.9% 的住院失智症病人出現錯認症狀，而以錯認不存在的人在房裏（佔 19.8%）及錯認現在住的房子不是自己的家 (18.0%) 最多。而錯認症狀在失智症之中重度最常見，常合併漫遊、迷路、攻擊行為。另在國內最近對錯認不存在的人在房裏的研究中，發現此症狀在失智症之中重度最常見，常合併幻覺、漫遊、迷路等症狀，但較少合併妄想症狀。但有些個案例外，在其失智症早期，記憶力沒明顯變差時，就會出現錯認症狀。

行為症狀的種類

1. 攻擊行為 (aggressive behavior)
2. 重覆現象 (repetitive phenomena)
3. 迷路(loss of way home)
4. 睡眠障礙 (sleep-wake cycle disturbance)
5. 漫遊(wandering)
6. 貪食行為 (hyperphagia)
7. 病態收集行為 (hoarding behavior)
8. 不適當性行為 (inappropriate sexual behavior)

張三才:臨床老年精神醫學 2011;37:144

●行為症狀的種類

除了精神病症狀外，阿茲海默症病人也可能產生其他精神行為症狀，某些行為問題甚至比精神病症狀更困擾照顧者，加重照顧者之負擔，且是直接送病人到長期療養院的禍首。大約 80% 的失智症病人，具有一種以上之行為障礙，且失智症愈嚴重，出現的行為症狀數量也愈多。因為行為症狀種類繁多，各個研究報告採用的項目及定義也不儘相同，故很難做一比較性的探討，大致上曾被文獻上引用過的行為症狀包括激躁行為、攻擊行為、漫遊、飲食改變、睡眠障礙、失禁行為、貪食行為、重覆行為、怪異行為、暴力行為、個人衛生變差行為、不恰當的性行為等。在國內的研究中約佔 70.7%，並挑出八種臨床上出現頻率較多，且為家屬較困擾而送醫的行為症狀作為研究項目，它們是攻擊行為、重覆現象（包括重覆行為及重覆言語）、迷路、睡眠障礙、漫遊、貪食行為、病態收集行為、不恰當的性行為。

1. 激動 / 攻擊行為 (agitation/aggression) :
在國外研究佔 20~30% 之個案。在國內的研究中約佔 54.7%，隨著病情變化，對於負面的感覺忍耐力低而無法接受，再加上喪失是非判斷的能力，容易誤解別人意思，因此發生言語及暴力之攻擊行為。引起激動攻擊的可能原因包括：照顧者沒耐心、督促太急及情緒不穩；對病人現存的能力而言，給予病人的工作太難；疼痛及不舒服；疲倦；不安害怕；過度刺激；身體疾病及藥物副作用等。研究發現失智症病人的攻擊行為，常發生在年紀大及晚發型的病人，且多半為被動性，經常在家屬或照顧者制止病人做某些不適當的意圖或行為時才出現，故攻擊行為常伴隨其他精神行為症狀如漫遊、錯認、多食等。在臨床上

常發現家屬要限制病人飲食過量之貪食行為；或病人因錯認自己的房子不是自己的家，而執意要外出被家人制止時；或家人要協助病人之個人清潔衛生時；或病人聽到有人叫他名字而欲外出，若被家人阻止時；這些情形都會發生攻擊行為，是家屬帶病人就醫的原因之一。

2. 重覆現象 (repetition)：包括重覆行為及言語，在國內的研究中佔 62.7%。在臨床研究中，重覆現象在失智症早期就已出現，剛開始只出現重覆言語，也許是好幾天都會問相同的問題，有時偶爾會重覆說過的話，到失智中期，重覆的頻率增加，往往前一分鐘已告訴或回答病人，轉個身又問相同的問題，特別是要帶病人出門到某一地方去，或某人要到家中來，如事先幾天前告知病人，則會出現這種重覆言語，使得家人煩不勝煩。重覆行為大約從失智中期出現較多，如重覆買相同的東西、重覆做無目的行為，如翻箱倒櫃、搬來搬去等。
3. 漫遊 / 迷路 (wandering/getting lost)：迷路多半在失智中後期出現較多，此時病人認知功能已退化到家中地址、電話號碼均不記得，連尋求路人、警察幫助之能力都漸漸喪失，因家人事先沒有察覺到而迷路。一旦迷路，病人病情會突然惡化，變得突然不認識家人及大小便失禁。在國內的研究中佔 61.7%，是家屬帶病人就醫住院的原因之一，也是家屬及主要照顧者一大負擔。由於病人方向及地點之定向感逐漸喪失，容易在家裡及鄰近社區四處遊走造成漫遊。引起漫遊可能的原因，包括病人以前就有喜歡活動的個性；由於刺激太少感到無聊；由於尋找物品；藥物副作用；看到有出口的標示看板等引起。在國外的

報告見於 18% 之個案，在國內的研究佔 45.3%。漫遊也是照顧者之一大負擔，在國內的研究中，漫遊常伴隨有錯認、迷路、幻聽、攻擊行為等精神症狀。因病人聽到死去的親人呼叫其名字，而漫遊外出，如家屬阻止則發生攻擊行為，如不注意走出門則迷路。另當病人錯認現在住的房子不是自己的家時，常會打包行李，企圖要出門尋找自己的家，也會伴隨漫遊及迷路，如家人阻止則引起攻擊行為。

4. 睡眠障礙 (sleep disturbance)：在國外的報告可見於 42% 之個案，在國內的研究佔 60.5%。因腦部功能退化，影響到日夜節律，使病人之體溫和活動性不像正常老年人一樣，在傍晚同步的降低，以致影響到晚上的睡眠，嚴重者甚至日夜顛倒，另外，失智症病人由於社交參與及體能活動減少，日常生活不若以往規律，易養成不良的睡眠習慣，再加上暴露陽光的機會不若以往，常造成白天睡覺，晚上失眠的睡眠障礙，是家屬帶病患就醫住院的原因之一，也是送老人去安養院原因之一。夜間睡眠障礙常伴隨出現漫遊、迷路、攻擊行為，使照顧者精神及體力遭到極度的負擔與損害。
5. 食慾 / 飲食行為障礙 (appetite/eating change)：飲食改變在國外報告見於 5~26% 之個案，在國內的研究佔 36.0%，在研究中發現飲食改變包括有貪食、口味改變、只吃飯不夾菜、吃飯需提醒、不會準備碗筷、不會點菜、將不是食物的東西放入口中、把吃剩的廚餘殘渣和未吃的菜混合一起等，內容太多不能單一代表飲食問題，其中以貪食行為 (hyperphagia) 最常見，以其為代表。這種貪食行為在失智症中期較常見，常合併有病態收集食物的情

形，家屬常抱怨病人好像有吃不飽的感覺，吃完了看到桌上有食物又拿來吃；看見家人在吃又要求吃，如家人阻止則可能出現攻擊行為，也有病人向其他的家人告狀，謂照顧的家人不給他／她吃飯，而造成家人彼此之間的緊張氣氛。失智症病人飲食改變可能跟記憶變差，忘了已吃過東西有關，也可能因腦部退化，下視丘飲食中樞失調所致。

6. 病態收集行為 (hoarding behavior)：病態收集在國外報告大約有 2% 會出現此行為，國內的研究佔 27.5%，收集的項目不一而足，可能和失智的嚴重度有關，在臨床研究發現當輕度時，收集的物品還有些價值，如雨傘、衛生紙、新鮮的食物等，到嚴重度增加其判斷力變壞時，則出現收集一些無關緊要的東西，如腐敗的食物、垃圾、廢紙等項目，常造成家人的困擾。
7. 不恰當 / 失控行為 (inappropriate/disinhibition)：主要指不恰當性行為，在國外的報告，此行為出現於 7~ 18% 之個案，在國內的研究則佔 15.0%。一般而言，血管性失智症多於阿茲海默症，但無統計學上的意義，這些包括性暴露、在公眾場合自慰、不恰當性接觸、性需求增加 (hypersexuality) 等。引起不恰當性行為的可能原因包括：判斷力逐漸變差；誤解和照顧者互動的關係；室內溫度太熱；生殖器官受到刺激；需要別人的注意關心；需要去解決性刺激等引起。另一些學者認為這症狀是受大腦退化影響，額葉之皮質抑制作用被壓制之故，或是兩側顳葉之功能退化，而伴隨出現 Kluver-Bucy 症候群 (Kluver-Bucy syndrome) 的其中一種症狀而已。以上八項行為障礙，而其中前四項的行為障礙（攻擊

行為、睡眠障礙、迷路、重覆現象)出現的頻率，佔了所有住院失智症病患一半以上，而是家屬送醫住院最主要的原因。

8. 日落症候群 (sundowning or sun-down syndrome)：最近有些學者把日落症候群當做另一種 BPSD，他們定義此症狀是在下午到黃昏，大約從下午 3 點到晚上 11 點出現的精神混亂、激躁行為都稱之謂日落症候群。有些學者更把夜間的睡眠障礙也算在內，形成從下午到整夜的精神行為異常現象。Volicer 等人認為日落症候群可能和日夜節律的破壞有關係，他們指出日夜節律的調節中樞是在上視交叉核 (suprachiasmatic nucleus)，而失智症腦部退化可造成上視交叉核的病變，導致日夜節律的破壞，形成夜間體溫振幅較低，體內活力反而增加的不同步調情況（體溫極高曲線通常比正常延後），而造成日落症候群。

阿茲海默症之 BPSD 和血管性失智症有何不同呢？在國內的研究，發現兩者在妄想、幻覺、錯認及各種不同之行為障礙方面都沒有差異性，筆者研究住院之阿茲海默症病人其平均失智嚴重度要比血管性病人來的嚴重，這表示血管性失智症之病患在其認知功能不很嚴重時，就能和阿茲海默症認知功能在嚴重時出現相同頻率的精神行為症狀。另一種比阿茲海默症及血管性失智症更易發生精神行為症狀的類型是路易體失智症 (dementia with Lewy body，簡稱 DLB)。Ballar 曾比較阿茲海默症、血管性及路易體三種失智症之精神病症狀，發現路易體比其他兩組更易出現精神病症狀 (DLB: 90% Vs AD 及 VaD: 65~ 70%)。其中視幻覺為最主要的症狀，且是 DLB 最主要診斷的項目之一，典型的視幻覺是看見成人、小孩及動物，另有些抱怨看到火、煙等景象。

除了視幻覺外，在聽幻覺、錯認症狀、憂鬱症狀及動眼睡眠期行為障礙（REM sleep behavior disturbance，簡稱 RBD）方面，DLB 都要比阿茲海默症來得常見。但在筆者的研究個案中，DLB 並不常見，是否和先有帕金森症狀而被帶至神經科就診有關就不得而知，這需要進一步做探討。

BPSD 和失智症嚴重度也有某種程度的關係，當失智症之嚴重度增加時，其妄想也隨之減少及減輕，最後會消失，這表示妄想的形成必須有一定程度健全的認知功能才行。另外在國內的研究也發現，錯認症狀在阿茲海默氏失智症功能性評估量表 (Functional Assessment Staging Test, FAST) 之中、重度（相當於 stage 6）最常出現，而較少出現在 FAST 之輕、中度（相當於 stage 4、5），如常在 FAST stage 4 或 5 出現，則要考慮是否有其他原因如譫妄症等存在。憂鬱症狀在早期失智症 (FAST 3 and 4) 最常見，精神病症狀在 FAST 6 出現頻率最多，妄想症狀在 FAST 6 末期可能減少消失，行為障礙的數目及頻率隨著失智症愈嚴重出現愈多。

當失智症之嚴重度增加時，不但其精神行為症狀之頻率及數量增多，有些症狀常常同時出現且互有關係；如攻擊行為和漫遊及貪食行為有正相關；而錯認症狀和攻擊行為、漫遊及迷路有關聯；有幻覺的病人較常合併有攻擊行為、漫遊及迷路的現象。臨床上常發現家屬限制病人飲食過量之貪食行為、制止病人因錯認自己的房子不是自己的家，而執意要外出、協助已認不清親人的病人之個人清潔衛生時，或病人聽到有人叫他名字而外出漫遊迷路，若被家人阻止時，以上的情形都會發生攻擊行為。

BPSD 也可能是家人認識早期失智症的一個徵候，在研究個案當中，筆者發現有些

精神病症狀及行為問題，在認知功能障礙不明顯的失智症早期就出現，但家屬及主要照顧者並不認識而沒有特別注意到，等到病人失智病情嚴重，而 BPSD 變得很明顯及令人困擾來就醫時，才回憶起這些現象其實很早就存在了。例如在筆者研究有被偷妄想的個案時，發現病發後一年內有 1/3 出現被偷妄想，而其中將近有 1/4 的個案在病發時就發生了，這表示這些非認知症狀在失智症早期就存在了，只是當時症狀輕（也許只是一種妄念），不會對家屬造成困擾而不在意，也不會主動向醫護人員提及。故當一位認知功能還不算太差的老年人來就診時，就必需主動詢問家屬是否有被偷妄想（念）存在，如家屬告之確定有時，則要小心評估可能是早期失智症的個案，必須要做謹慎的鑑別診斷及持續的追蹤診察。而被偷妄想在其他精神疾病如精神分裂症、妄想症、躁鬱症及重型憂鬱症幾乎都不會出現，它應是失智症早期診斷特有的非認知症狀。早期失智症除了出現被偷妄想外，有些病人也單獨或合併出現嫉妒妄想或被害妄想，故一個老年病患在老年期第一次出現妄想症狀（不論是被偷，嫉妒或被害妄想），早期失智症都是應鑑別的老年精神疾病之一。

另外在臨床上發現，重覆發問或行為也是一種早期失智症之徵候。有些早期失智症病人，在家人發現其記憶力有點變差時，其個性就已經變得比較退縮、依賴，對以前可以簡單處理的事，也常要求配偶代勞，使家人認為病人變得比較“懶惰”，而病人也常以年紀大了或體力不行，來合理化家人代勞的情形，使得家人失去警覺病人已有早期失智症的可能而延誤就醫。另有些單身獨居的老年人，當出現懷疑郵局、銀行出納人員對其存款有動手腳，並發生爭執時，也可能要警覺

是早期失智症了，所以當病人認知功能尚未明顯變差，就已出現這些 BPSD 的症狀而困擾家屬時，應即時就醫做進一步的確定診斷。

●神經精神評估量表

BPSD 之評估量表：當一位疑似失智症的病人被帶來就醫時，首先要評估其認知及日常生活功能，如確定為失智症病人，則需要評估病人有那些是 BPSD（多半是家人抱怨病人不適當的精神行為症狀）；然後再收集這些與 BPSD 相關的資料，如在何時、何地、和什麼人在一起，以及為了什麼事較易發生 BPSD；然後再找出引起 BPSD 之誘發因子；必須鑑別 BPSD 是由失智症本身引起的，還是由其他可治療的疾病如譫妄症所引起的；接著要評估 BPSD 之嚴重度及廣泛度；再進一步評估那些 BPSD 需要藥物治療，那些需要非藥物治療或需要兩者聯合治療；最後再評估 BPSD 對病患日常生活功能及其家庭造成有多大衝擊的影響。目前常用來評估 BPSD 之工具為神經精神評估量表 (Neuropsychiatric inventory，簡稱 NPI): NPI 是 Cummings 在 1994 年設計出的另一種評估 BPSD 之量表，目前也廣泛被採用於 BPSD 之研究報告中，它包括了包括 10 個評分項目，每個項目又分出現的頻率 (偶爾：1 分；時常：2 分；經常：3 分；常常：4 分)，嚴重度 (輕度：1 分；中度：2 分；重度：3 分)，是從熟悉病人的照顧者獲得。NPI 在 BPSD 評量研究中，已證實有較佳的效度及信度。

在 BPSD 之鑑別診斷方面，應和身體問題所造成之 BPSD 做鑑別。BPSD 除了和失智症本身有關之精神行為症狀外，還有因內、外科身體問題所引起的 BPSD，如譫妄、激躁、不安、焦慮等做鑑別診斷。在臨床上，失智症常合併譫妄症，主要由於失智症病人本身腦部功能就差，如有任何身體之不適如感冒

神經精神評估量表(Neuropsychiatric inventory，簡稱 NPI)

項目	有無此項症狀	頻率	嚴重性
妄想	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
幻覺	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
激動/攻擊行為	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
憂鬱/情緒不佳	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
焦慮	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
怡然自得/欣快感	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
冷漠/毫不在意	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
言行失控	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
暴怒易怒/情緒易變	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重
異常動作 (主要指重複性動作)	是 否	偶爾 時常 經常 常常	輕 中 重

失智症之精神行為症狀(BPSD)常見的徵兆
(編成幾句順口溜)

「近的記不住，舊的一直講」
 「躺著睡不著，坐著打瞌睡」
 「到處漫遊走，出門就迷路」
 「東西一不見，直覺被偷走」
 「問話重覆說，行為反覆做」
 「情緒欠穩定，憂鬱最早現」
 「當面對質問，謾罵攻擊出」

資料中：臨床老年精神醫學 2011;37:144

或感染、飲食不正常帶來之電解質不平衡、脫水及營養不良，再加上服用多種不同的藥物，都可使病人併發譫妄症，這是一種急性精神混亂狀態，會使原本的認知障礙症狀急劇惡化，也加重原有的 BPSD 症狀，甚至會增加一些新的 BPSD 症狀，對病人及其照顧者，以至整個家庭都會造成極大的困擾及緊張關係。故當一位病情穩定的失智症病人，突然發生認知障礙急劇變壞，BPSD 也突然變的嚴重時，就要小心有合併譫妄症的可能。另外一些身體上的小毛病或不舒服，如便秘及腹脹、大小便失禁、跌倒、身體疼痛、癢、穿戴不舒適的衣服、助聽器、尿布等，雖然只是小問題，但也會造成失智病人急躁不安，不停呻吟或叫喊、來回不停走動、亂闖房間、夜晚不睡等精神行為症狀，常造成家屬照顧者巨大的負擔。尤其是在中、重度失智症病人，因出現語言障礙，而無法表達及有效溝通他們的不舒服，而易造成上述情形，故當失智症語言功能漸漸喪失時，這些精神行為症狀可能是病人表達溝通的一種方式。事實上把這些身體上的小問題解決後，病人的精神行為症狀也能很快得到改善，甚至消失，大大減少家屬照顧者的負擔，增進病人及家屬之生活品質。

三、實驗室檢查與神經影像學

實驗室檢查與神經影像學

一. 實驗室檢查項目和原因

- ◆ 雖然失智症的診斷是基於病人的臨床病史與理學檢查，但仍需要配合實驗室的檢查結果來進一步確認失智症的病因。
- ◆ 失智症的實驗室檢查基本上分成三大面向
 1. 神經心理學檢查
 2. 抽血檢查
 3. 其他選擇性檢查

二. 神經影像學的檢查

1. 構造性
2. 功能性

● 實驗室檢查與神經影像學

雖然失智症的診斷是基於病人的臨床病史與理學檢查，但仍需要配合實驗室的檢查結果來進一步確認失智症的可能病因。

神經心理學檢查

- 必要項目包含簡易智能檢查(MMSE)，臨床失智症評估量表(CDR)。此項檢查的目的在於對失智症的病人提供整體的認知功能受損狀況，並評估其疾病嚴重度。
- 選擇性檢查則包含各認知功能檢查的細項

蒙特利爾智能測驗	MoCA: Montreal Cognitive Assessment
知能篩檢測驗	CASI: Cognitive Ability Screening Instrument
阿茲海默症評估量表	ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale
CERAD神經心理測驗	CERAD neuropsychological battery: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease neuropsychological battery
畫鐘測驗	CDT: Clock Drawing Test
魏氏記憶測驗	WMS: Wechsler Memory Scale
神經精神評估量表	NPI: neuropsychiatric inventory

●神經心理學檢查

必要項目包含簡易智能檢查 (MMSE)，臨床失智症評估量表 (CDR)。此項檢查的目的在於對失智症的病人提供整體的認知功能受損狀況，並評估其疾病嚴重度。而選擇性檢查則包含各認知功能檢查的細項，例如額顳葉失智症主要是以額葉功能受損同時有行為異常為主要表現，一般的臨床心智評估較不易呈現其障礙，此時可用額葉行為量表 (Frontal Behavioral Inventory, FBI) 來評估病人的負向症狀與去抑制症狀，一般認為超過 36 分為異常，路易體失智症的主要表現為認知功能障礙，反復性的視幻覺，自發性的帕金森症與起伏的智能症狀，此種起伏的智能症狀可以用梅奧波動量表 (Mayo Fluctuation Scale) 來評估，另外病人睡眠時常有快速動眼期行為障礙，病人常會把夢境中的行為演出來。在精神症狀方面可以選用神經精神評估量表 (Neuropsychiatric Inventory, NPI)。

抽血檢查

- 必要項目包含血紅素、肝與腎臟功能、甲狀腺功能、維生素B12與梅毒血清反應。此項檢查的目的在排除由於嚴重的貧血或是肝、腎病變，或甲狀腺低下所引起類似失智症的表現。
- 其它選擇性的檢查則包含鈣離子、腎上腺素、腫瘤指標、自體免疫與HIV病毒、重金屬含量的檢查。

●抽血檢查

血液中的 RPR 檢查在老年人可能會有偽陽性，此時需要加驗 TPPA 檢查。典型的神經性梅毒診斷為腦脊髓液要有發炎反應，同時需要脊液中的 VDRL 是陽性。

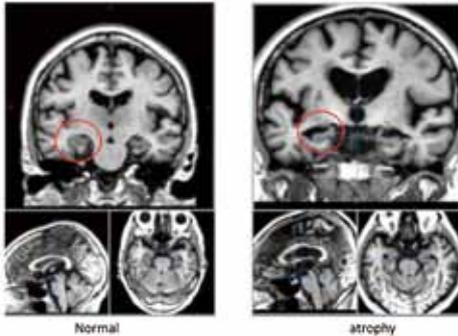
其他選擇性檢查

- 對於一些有診斷不確定的失智症則需要安排選擇性檢查來確定病因。如有懷疑中樞神經感染，則病人應抽取腦脊髓液做進一步的檢查以排除慢性腦膜炎的可能。
- 神經電生理的檢查在失智症的診斷上為選擇性的。然而在一些特殊的疾病診斷上有其必要性，其一是庫賈氏病，其腦波有特殊的週期性癲癇樣放電，另外在鑑別譫妄與失智症或是癲癇時，腦波也有其角色。
- 心電圖的檢查則有助於了解心律異常的可能，以避免使用藥物治療時引起心律過慢的副作用。

神經影像學的檢查

- 失智症的診斷至少需要做一次神經影像學的檢查來協助診斷。神經影像學的檢查分成構造性與功能性檢查。
 - 構造性
 - ◻ 包含有頭部電腦斷層(CT)與磁振造影(MRI)。
 - 功能性
 - ◻ 包含有腦部單光子電腦斷層攝影(SPECT)與正子斷層造影(FDG-PET)。

構造性檢查: hippocampus atrophy



● 構造性檢查

包含有頭部電腦斷層 (CT) 與磁振造影 (MRI)，檢查的目的在尋找構造性的病變如額葉與顳葉腫瘤，慢性硬腦膜下出血，水腦症或是腦血管病變。磁振造影可以顯示海馬迴與附近相關構造，更能清楚顯示老年失智症的構造性病變。

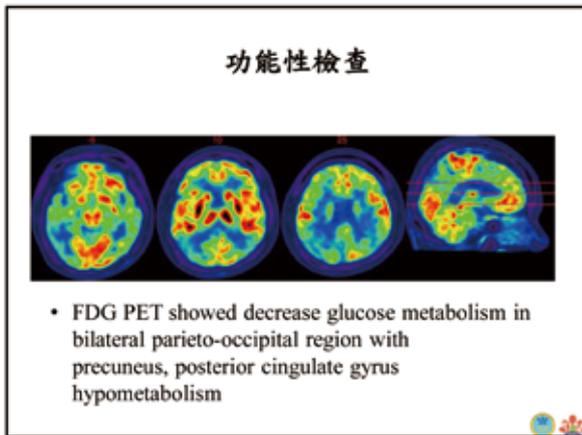
Large ventricle with NPH



- Brain MR shows large ventricle. Patient has cognitive impairment, gait disturbance and incontinence

● 常壓性水腦症

腦部磁振造影顯示有大的腦室，病人有認知功能異常、步態不穩與失禁現象



● 功能性檢查

正子斷層造影顯示在後扣帶迴、雙側頂顳葉都有葡萄糖代謝下降現象，符合典型阿茲海默症的影像特色。

功能性檢查包含有腦部單光子電腦斷層攝影 (SPECT) 與正子斷層造影 (FDG-PET)，此檢查主要是呈現腦部血流的變化與細胞活性的變化，典型的阿茲海默症會於雙側的頂顳葉有血流降低或是代謝下降的現象。

四、失智症相關共病症及周全性老年醫學評估

周全性老年醫學評估

項目	主要內容
過去病史	血管危險因子相關疾病、手術、重大疾病史、精神疾病史、住院史
藥物	目前使用藥物、多重藥物評估、藥物過敏史
視力	是否有視力障礙
聽力	是否有聽力障礙
活動性	起身一行走能力、走路速度、步態、平衡性
情緒	焦慮、不安、憂鬱、躁動
睡眠	失眠、白天嗜睡、睡眠週期改變
營養	身體質量指數 (BMI) 過重或過輕、體重變化、食慾、偏食、素食
排尿	頻尿、尿失禁、排尿困難

● 周全性老年醫學評估

由於失智症病人的年齡較大，所以除了會出現和失智症相關的認知功能減退和精神行為症狀外，也常合併有其他的共病症和老年症候群的症狀，如高血壓、糖尿病、高血脂、易跌倒、衰弱等。而這些生理和身體上的變化，也會影響到病患的生活功能以及病程的變化。

周全性老年評估就是透過對病患整體性的評估，以有系統的去篩檢出老人常見的問題，達到早期介入治療，預防問題快速惡化的一套流程。目的在改善老人身體、心理與社會及活動功能的問題。

將周全性老年醫學評估的概念和方法應用在失智症病患的臨床評估，可以幫我們對失智病人做整體全人的評估，醫師不僅應注意失智病人的認知功能和行為症狀，也應重視其共病症的控制、活動力和生活功能的問題，以給予病患全面性的治療建議。

評估工具方面需考慮到其信度與效度、病人的接受度、所需花費的人力與時間。此外，病患所在之地域、場所及病患本身病況的差異亦需考慮。而評估中應考量的因素，

包括訊息的來源 (如病人自己的陳述可能與照顧者的陳述有所不同)、病人能力及負擔，而開放性的問題亦較能獲得更多有用的資訊。除了標準病史詢問 (包括詳細的過去病史及疫苗注射史) 及理學檢查外，臨床應有系統地評估常發生於老人且易影響其功能的病症，包括視力及聽力狀況、四肢功能、行動障礙、以及其他老年病症候群，如跌倒、營養不良及尿失禁等。而用藥問題亦需評估。

周全性老年醫學評估常用量表

- 起身—行走活動性
 - ◆ 病人從無扶手椅子起身、走3公尺、轉身，然後再度坐下所需的時間來量化
- 憂鬱
 - ◆ 老年憂鬱量表
- 睡眠
 - ◆ 匹茲堡睡眠品質量表

● 周全性老年醫學評估常用量表

周全性老年醫學評估中各個主要項目都可用一些量表來幫助評估，如起身—行走能力可以測試病人從無扶手椅子起身、走 3 公尺、轉身，然後再度坐下所需的時間來量化，老年人的憂鬱症狀可用老年憂鬱量表來評估。

失智症的共病症

- 高血壓
- 糖尿病
- 高血脂
- 心血管疾病
- 中風
- 腎功能不全

● 失智症的共病症

血管疾病相關危險因子如高血壓、糖尿病、高血脂、心血管疾病等不只是失智症的危險因子，這些相關疾病的治療也會影響到失智症退化的病程，除了應考慮可能的藥物相互作用，多重用藥的問題之外，將這些血管因子控制在較適當的程度，可減緩失智症退化的速度。

失智症共病症的控制

- 藥物種類
- 服藥順從性
- 服藥規律性
- 適度的控制
 - ◆ 可能不適用愈低愈好的原則

● 失智症的共病症的控制

用藥問題的評估，最好是將其現正在服用的藥物全部帶來加以檢視，且每次回診時均需重新評估所有用藥的必要性。

五、家庭照顧者壓力和需求評估

家庭照顧者壓力

- 照顧是三高工作
 - 高體力
 - 高壓力
 - 高專業
- 壓力來自許多面向
 - 生理
 - 心理
 - 家庭
 - 社會
 - 經濟

照顧者壓力警訊

- 脾氣變壞
- 失眠或睡眠剝奪
- 身體開始出現不適症狀
- 無法接受他人的協助
- 不再與原本親近您的人聯繫
- 財務出現問題
- 對一般的休閒活動沒興趣
- 常常哭泣，難以控制

照顧者評估

面向	評估內容
生理	疲倦、疼痛、失眠、血壓、食欲不振
心理	焦慮、憂鬱、易怒、失去興趣、缺乏決斷
家庭社會	工作調整、生活不便、家人支持、經濟壓力、社交活動

家庭照顧者自我壓力檢測量表

請您在看了下列14項敘述後，就您實際上照顧的情況，圈選從左到右的分數。(如：若您很少感到疲倦，就圈1分的位置)

	從來沒有	很少如此	有時如此	常常如此
1. 您覺得身體不舒服(不爽快)時還是要照顧他	0	1	2	3
2. 感到疲倦	0	1	2	3
3. 體力上負擔重	0	1	2	3
4. 我會受到他的情緒影響	0	1	2	3
5. 睡眠被干擾(因為病人在這裡無法安睡)	0	1	2	3
6. 因為照顧他讓您的健康變壞了	0	1	2	3
7. 感到心力交瘁	0	1	2	3
8. 照顧他讓您精神上覺得痛苦	0	1	2	3
9. 當您和他在一起時，會感到生氣	0	1	2	3
10. 因為照顧家人影響到您原先的旅行計畫	0	1	2	3
11. 與親朋好友社交受影響	0	1	2	3
12. 您必須時時刻刻都要注意他	0	1	2	3
13. 照顧他的花費大，造成負擔	0	1	2	3
14. 不能外出工作家庭收入受影響	0	1	2	3

資料來源：中華民國家庭照顧者關懷總會

● 家庭照顧者壓力

失智症伴隨著精神變化與行為改變，不僅病人辛苦，照顧者更承受了極大的照顧壓力容易心力交瘁，常成為隱形的病人，醫師在治療病人的同時，也需注意到家屬對此疾病是否瞭解，是否有足夠的照顧技巧，對社會資源是否熟悉，能否應付照顧上所產生的壓力，以及其心理或生理狀況是否仍可負荷。

● 照顧者壓力警訊

醫師應提醒照顧者要留意自己的身心狀況，在和照顧者詢問失智症病人近況時也可同時觀察照顧者是否有疲倦、勞累，焦慮，憂鬱，易怒、易流淚、注意力無法集中、體重明顯改變、失眠等症狀。出現上述徵兆時要主動建議照護者及時就醫。有些照顧者可能因這些問題沒有得到適當的處置，而造成心理疾病，如重度憂鬱症，嚴重時可能有輕生的念頭。也因無法好好照顧自己原有的疾病而引發病情加重，如心臟病、高血壓、高血糖、氣喘等，甚至發生意外事件或延遲癌症等重大疾病的診斷。

以下是一些壓力的警訊，當照顧者有這些狀況出現時，就是需要協助了。

1. 脾氣變壞：由於照顧工作是相當繁重與瑣碎的，所以家庭照顧者必須付出相當大的精神與體力，照顧者對於病人的行為也逐漸到了忍耐的極限，所以常常很容易變得易怒，對任何事情都不再有耐性。
2. 失眠或睡眠剝奪：因所照顧的病患的睡眠問題或照顧需要，照顧者的睡眠常會被剝奪，甚至造成平日習慣預定睡眠的時間，仍無法入睡，可以入睡但過早甦醒，之後再也無法入眠。

3. 身體開始出現不適症狀：不適的症狀例如：常常頭痛、疲勞、腰酸背痛、腸胃不舒服、容易心悸、食慾不佳、體力不支……等等。
4. 無法接受他人的協助：拒絕身邊的親朋好友及專業人員，包括所提供對您在照顧工作上的建議及協助。
5. 不再與原本親近您的人聯繫：逐漸與以前交情熱絡的親戚或知己好友疏遠，不再打電話或拜訪他們。
6. 財務出現問題：照顧工作使得日常生活開銷大增，照顧者本身的工作也會受到影響或無法工作。
7. 對一般的休閒活動沒興趣：開始對原本熱衷的休閒活動如：看電影、打麻將、散步、逛街、下棋等等，感到興趣缺缺。
8. 常常哭泣，難以控制：一想到所照顧的人或照顧工作，甚至有來由的就不由自主的流淚、傷心，以致無法控制，須要很久的時間才能回復。

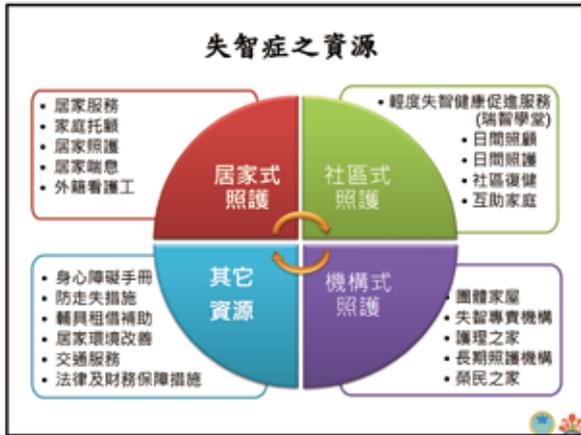
失智症服務資源哪裡找？

單位	資源類別
醫院	神經科門診、精神科門診、老年精神病房、出院準備服務、居家護理
縣市長照管理中心	居家照護、居家服務、日間照顧或機構式照顧服務知補助評估、喘息服務、輔具補助等
社會局	防走失服務、身心障礙手冊申請、各類社會福利補助等
勞動署	外籍看護工
各縣市警察局	指紋捺印
各縣市輔具中心	衛星定位器
老人福利聯盟	愛心手鍊、NCF手環
台灣失智症協會	失智症相關資源資訊之提供

●失智症服務資源哪裡找？

建議失智症家屬們充分了解和善用各項社會福利資源，將可以有效幫助照顧者及被照顧者減輕照顧壓力並提升照顧品質。

社會福利資源會因各縣市資源和需求之差異而有所不同，使用福利資源難免遭遇問題或不符需求，醫師應鼓勵家屬用本手冊所附之各縣市專責單位或諮詢專線詢問。



●失智症照護之社會資源

1. 照護資源：諮詢資源、門診資源、長期照顧中心、居家服務、日間照顧中心、居家護理、養護/護理構、喘息服務、失智專區、團體家屋、老年精神科病房、輔具資源中心、其他社會福利…。
2. 社會福利資源：身心障礙手冊、重大傷病卡、防走失服務 (愛心手鍊、衛星定位器、指紋捺印)、各項福利補助 (包括中低收入老人生活津貼、中低收入老人特別照顧津貼、敬老福利生活津貼…)、外籍監護工申請、法律資源及財務安全法律資源及財務安全、交通服務等

資料來源：台灣失智症協會

參考文獻

1. 黃正平。2011 年。臨床老年精神醫學。台北：合記圖書。
2. 台灣老年學暨老年醫學會 (主編)。2009 年。周全性老年醫學評估的原則與技巧。台北：合記圖書。
3. Dementia diagnostic criteria (McKhann et al., 2011)
4. Preclinical stage of dementia (Sperling et al., 2011)
5. Fronto-temporal dementia (Rascovsky et al., 2011)
6. Dementia with Lewy body (McKeith et al., 2005)
7. Dementia associated with Parkinson’ s disease (Emre et al., 2007)
8. Primary progressive aphasia (Rogalski et al., 2011)
9. Cognition and dementia (Knopman and Caselli, 2012)
10. MMSE and MCI (Arevalo-Rodriguez et al., 2015)
11. Neuroimaging for dementia (Nasrallah and Wolk, 2014)
12. Appropriate use of neuroimaging in diagnosis of dementia (Health Quality, 2014)
13. Systematic review of biomarkers (McGhee et al., 2014)
14. Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic, N., Roque, I.F.M., Ciapponi, A., Sanchez-Perez, E., Giannakou, A., Pedraza, O.L., Bonfill Cosp, X., Cullum, S., 2015. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database Syst Rev 3,

CD010783.

15. Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D.J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., Broe, G.A., Cummings, J., Dickson, D.W., Gauthier, S., Goldman, J., Goetz, C., Korczyn, A., Lees, A., Levy, R., Litvan, I., McKeith, I., Olanow, W., Poewe, W., Quinn, N., Sampaio, C., Tolosa, E., Dubois, B., 2007. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 22, 1689-1707; quiz 1837.
16. Health Quality, O., 2014. The appropriate use of neuroimaging in the diagnostic work-up of dementia: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 14, 1-64.
17. Knopman, D.S., Caselli, R.J., 2012. Appraisal of cognition in preclinical Alzheimer's disease: a conceptual review. *Neurodegener Dis Manag* 2, 183-195.
18. McGehee, D.J., Ritchie, C.W., Thompson, P.A., Wright, D.E., Zajicek, J.P., Counsell, C.E., 2014. A systematic review of biomarkers for disease progression in Alzheimer's disease. *PLoS One* 9, e88854.
19. McKeith, I.G., Dickson, D.W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J.T., Feldman, H., Cummings, J., Duda, J.E., Lippa, C., Perry, E.K., Aarsland, D., Arai, H., Ballard, C.G., Boeve, B., Burn, D.J., Costa, D., Del Ser, T., Dubois, B., Galasko, D., Gauthier, S., Goetz, C.G., Gomez-Tortosa, E., Halliday, G., Hansen, L.A., Hardy, J., Iwatsubo, T., Kalaria, R.N., Kaufer, D., Kenny, R.A., Korczyn, A., Kosaka, K., Lee, V.M., Lees, A., Litvan, I., Londos, E., Lopez, O.L., Minoshima, S., Mizuno, Y., Molina, J.A., Mukaetova-Ladinska, E.B., Pasquier, F., Perry, R.H., Schulz, J.B., Trojanowski, J.Q., Yamada, M., Consortium on, D.L.B., 2005. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 65, 1863-1872.
20. McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B.T., Jack, C.R., Jr., Kawas, C.H., Klunk, W.E., Koroshetz, W.J., Manly, J.J., Mayeux, R., Mohs, R.C., Morris, J.C., Rossor, M.N., Scheltens, P., Carrillo, M.C., Thies, B., Weintraub, S., Phelps, C.H., 2011. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7, 263-269.
21. Nasrallah, I.M., Wolk, D.A., 2014. Multimodality imaging of Alzheimer disease and other neurodegenerative dementias. *J Nucl Med* 55, 2003-2011.
22. Rascovsky, K., Hodges, J.R., Knopman, D., Mendez, M.F., Kramer, J.H., Neuhaus, J., van Swieten, J.C., Seelaar, H., Dopper, E.G., Onyike, C.U., Hillis, A.E., Josephs, K.A., Boeve, B.F., Kertesz, A., Seeley, W.W., Rankin, K.P., Johnson, J.K., Gorno-Tempini, M.L., Rosen, H., Prioleau-Latham, C.E., Lee, A., Kipps, C.M., Lillo, P., Piguet, O.,

- Rohrer, J.D., Rossor, M.N., Warren, J.D., Fox, N.C., Galasko, D., Salmon, D.P., Black, S.E., Mesulam, M., Weintraub, S., Dickerson, B.C., Diehl-Schmid, J., Pasquier, F., Deramecourt, V., Lebert, F., Pijnenburg, Y., Chow, T.W., Manes, F., Grafman, J., Cappa, S.F., Freedman, M., Grossman, M., Miller, B.L., 2011. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 134, 2456-2477.
23. Rogalski, E., Cobia, D., Harrison, T.M., Wieneke, C., Weintraub, S., Mesulam, M.M., 2011. Progression of language decline and cortical atrophy in subtypes of primary progressive aphasia. *Neurology* 76, 1804-1810.
24. Sperling, R.A., Aisen, P.S., Beckett, L.A., Bennett, D.A., Craft, S., Fagan, A.M., Iwatsubo, T., Jack, C.R., Jr., Kaye, J., Montine, T.J., Park, D.C., Reiman, E.M., Rowe, C.C., Siemers, E., Stern, Y., Yaffe, K., Carrillo, M.C., Thies, B., Morrison-Bogorad, M., Wagster, M.V., Phelps, C.H., 2011. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7, 280-292.

第四章 失智症的治療

中山醫學大學附設醫院精神科 賴德仁醫師

草屯療養院精神科 楊詠仁醫師

台大醫院神經部 陳達夫醫師

台大醫院神經部 邱銘章醫師

成功大學附設醫院神經科 白明奇醫師

一、認知的治療

認知的治療

- 藥物治療
 - ◆ 可逆性病因
 - ◆ 退化及血管性病因
 - 阿茲海默症
 - 帕金森失智症
 - 其他
- 非藥物治療

(一) 藥物治療

藥物治療(1)

阿茲海默症(1-1)

- 輕至中度的病人建議給予乙醯膽鹼酶抑制劑治療
 - ◆ 包括: donepezil、rivastigmine、galantamine，在療效與副作用的比較上並無明顯差別，建議依病人反應及服藥順從性來選擇使用藥物
 - ◆ 有嚴重心律徐緩或心臟傳導阻斷 (heart block) 之病患，不建議使用
- 中至重度的病人建議給予memantine (NMDA受體拮抗劑)治療；而重度病人也可使用donepezil 治療

藥物治療(2)

阿茲海默症(1-2)

- 乙醯膽鹼酶抑制劑與 memantine 的主要治療效果在於減緩症狀，建議治療前應與病人與家屬適當說明
- 學理上可考慮乙醯膽鹼酶抑制劑與memantine 的合併治療，但目前並無足夠證據支持或反對這項療法
- 其他藥物：如維他命E、銀杏萃取物、piracetam、ergoloid 血循環促進劑目前也無足夠臨床證據支持其療效

● 藥物治療

1. 目前台灣健保法規規定只有神經與精神科醫師可以開立健保給付之阿茲海默症與帕金森失智症特殊治療藥物 (即乙醯膽鹼酶抑制劑與 NMDA 受體拮抗劑)，須每年事先申請，參雜其他可能影響智能的病因 (最常見是腦部血管病變) 大多無法通過審查，若是智能療效不佳 (MMSE 每年退步 2 分以上，或是 CDR 退步一級)，也無法再通過申請。
2. 失智症智能治療藥物 (即乙醯膽鹼酶抑制劑與 NMDA 受體拮抗劑) 的效果，主要是讓病程惡化的速度減緩，或改善神經行為症狀，並無法真的讓病人的智能進步 (只有在剛開始治療 3~6 個月、MMSE 分數約有 1~2 分的進步，之後還是慢慢減退)；這個治療效果必須先與病人與家屬解釋清楚，避免期過高的期待。

藥物治療(3)

- 帕金森失智症
 - ◆ 建議給予輕至中度病人乙醯膽鹼酶抑制劑治療
 - ◆ 健保只給付rivastigmine膠囊
- 路易體失智症
 - ◆ 致病機轉與帕金森症類似，因此亦建議給予乙醯膽鹼酶抑制劑治療；但健保並未給付

藥物治療(4)

- 血管性失智症
 - ◆ 目前並無足夠臨床實驗證據支持或反對使用乙醯膽鹼酶抑制劑，但健保並未給付此一項目
- 額顳葉失智症
 - ◆ 目前並無有效控制或減緩病程之藥物
 - ◆ 可嘗試使用選擇性血清促進素再吸收抑制劑(SSRI)
- 輕度認知障礙
 - ◆ 目前並無任何藥物有臨床證據可降低惡化成失智症的風險

(二) 非藥物治療

非藥物治療(1)

- 預防失智概念
- 阿茲海默症病人的大腦病變在發病前已經累積快 20 年，因此從年輕開始就要養成健康的行為習慣

非藥物治療(2)

- 懷舊治療(reminscence therapy)
 - ◆ 透過與其他人或團體的活動，聊聊過去的生活紀錄、事件與經驗
 - ◆ 通常會利用照片、日常用品、年代音樂、錄音帶、錄影帶或光碟等來幫忙回憶、並述說個人的經驗
 - ◆ 能夠穩定病人情緒及增加與週遭人們互動，藉以維持腦部活動、表達能力、減緩退化，更重要的是增進愉悅之情緒

3. 目前可使用之三種乙醯膽鹼酶抑制劑主要作用雖相同，但因分子結構差異仍存在部分效果差異，學理上使用某種乙醯膽鹼酶抑制劑療效不彰時，可考慮轉換成另一種同類藥物。但現今健保法規規定除副作用之外，不得自行更動。

● 非藥物治療

2014 年 7 月，在哥本哈根舉行的阿茲海默協會國際研討會提到預防失智的概念，學者專家們指出，修正生活習慣、養成健康行為是遠離失智的王道。首先，從年輕開始就要養成健康的行為習慣，不要抽煙，隨時控制體重，避免發生、或治療已經發生的高血壓、糖尿病、高血脂等心臟血管危險因子。

短期內，終結失智症的藥物問世還不甚樂觀；而且，由於阿茲海默症者的大腦病變在發病前已經累積快 20 年，即使根治失智用藥明天突然問世，往後十幾年全球仍有上千萬的失智者將繼續出現與共存。因此非藥物的介入或治療已經成為當今防治失智症的重要對策。

1. 懷舊治療：

基本上，生命的回顧是很多老年人生活

非藥物治療(3)

- 現實定向感治療(reality orientation therapy, ROT)
 - ◆ 病人可能逐漸與人群疏遠而發生沒有現實感的窘境
 - ◆ 應用原理就是利用情境或環境安排讓病人感受周遭的真實情況
 - 例如日期、時間、地點、天氣、季節、親朋等現況
 - ◆ 有助於提升自尊、並減緩問題行為

非藥物治療(4)

- 認知活動
- 娛樂與藝術治療(recreation therapy and art therapy):
 - ◆ 音樂、藝術與舞蹈治療，對問題行為、躁動都有很好的緩解效果。
- 運動治療(exercise training):
 - ◆ 研究顯示適當的規律運動是有益心智的，甚至能延緩海馬迴萎縮的速度

的一部分，但對於失智長者來說，他們的記憶力因疾病而受損，但遠程記憶相對較遲受到影響，因此他們大多記不得現在發生的事，但能記得許多過去的事。因此懷舊治療是透過與他人或團體的活動，聊聊過去的生活紀錄、事件與經驗，通常會利用引導物如照片、日常用品、年代音樂、錄音帶、錄影帶或光碟等來幫忙回憶、並述說個人的經驗，透過回想，可以讓人覺得溫暖熟悉；藉由傾聽老人的故事來安定他們的心情，加強他們與週遭人們互動，藉以維持腦部活動、表達能力、減緩退化，更重要的是增進愉悅之情緒。

2. 認知活動

認知障礙是失智症病人其中一個最主要問題，許多失智症病人因為認知問題造成生活上許多活動無法參與或參與困難而需要協助。以認知訓練為團體主軸，結合生活中各項功能，透過團體活動的設計，讓病友在活動中不斷地運用各項認知能力，例如：專注力、計算能力、記憶力、邏輯推理能力，藉以維持現有之認知功能，延緩退化速度。

3. 音樂團體

運用音樂的元素，包括旋律、律動、節奏活動、創作等，讓病友在團體過程中感受音樂的豐富多元，藉由音樂的媒介增進團體成員間的互動，達到社會參與之目的，並協助病友在音樂的世界中擁有正向的情緒，及增加社會互動及歡愉的感覺。

4. 藝術創作

藝術創作是人與生俱來自我表達的方式。藝術創作團體運用廣義「藝術創作即為治療」的概念，相信藝術創作的過程具有療癒的能量，讓團體成員一同創作、一起說「畫」；運用藝術創作過程與圖像，幫助失智長輩獲得接

納與支持，以回顧、重整、傳承生命經驗。且團體中透過病友感興趣的主題與媒材，激發病友投入創作過程，將其表達由作品的形式發揮。透過適當的活動設計可提供成員感官刺激、提升其專注力，並藉由作品的分享獲得使成員成就感及達到與團體成員間的互動。

5. 運動團體

失智病人隨著疾病進展，身體動作功能也已經開始出現退化的現象，例如體能漸漸變差，開始出現走路速度變慢，平衡能力變差導致容易跌倒等情況。而這些身體動作功能退化的現象，可以透過體能活動達到有效的改善；同時，體能活動也能增進肌力、改善平衡功能，增加體能、維持生活功能，增進人際互動、增加成就感，減緩認知功能退化，更能促進生活品質提升。

6. 現實定向感治療

隨著時間，失智病人有可能逐漸與人群疏遠，而發生沒有現實感的窘境。為了避免外來的刺激不足，增進互動，現實定向感治療的應用就是利用情境或環境安排讓病人感受周遭的真實情況，例如日期、時間、地點、天氣、季節、親朋等現況，有助於提升自尊、並減緩問題行為。

7. 其他

其它還包括舞蹈、園藝、芳香療法、園藝治療、寵物治療、娃娃治療、感官刺激等。也常有家屬詢問是否要鼓勵病人打麻將？打麻將可以活動大腦，目的在於能維持病人既有之功能，但是長時間在麻將桌前沒有活動，不見得有利於健康，病人也可能為輸贏有挫折，要注意拿捏利與弊。

二、失智症精神行為症狀的治療

精神行為症狀的分類

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 情感症狀 <ul style="list-style-type: none"> a. 憂鬱 b. 冷漠 c. 欣快感 d. 焦慮 • 精神病症狀 <ul style="list-style-type: none"> a. 妄想 b. 幻覺 c. 錯認 | <ul style="list-style-type: none"> • 行為症狀 <ul style="list-style-type: none"> a. 激動/攻擊行為 b. 重複行為 c. 漫遊/迷路 d. 睡眠障礙 e. 食慾/飲食行為障礙 f. 病態收集行為 g. 不恰當/失控行為 h. 日落症候群 |
|---|--|

BPSD的治療通則(1)

- BPSD是失智症病人在罹病病程中所特有的臨床表現
- 擬定治療計畫時必須有通盤性考量
 - ◆ 以身體、心理與社會環境模式多面向著手
 - ◆ 應考慮老年病人身體機能的脆弱與易感性，須優先採用非藥物療法，勿單以依賴藥物治療
- IPA建議基層醫師對於治療BPSD的終極目標：
 - ◆ 增進失智症病人獨立功能與生活品質
 - ◆ 減輕照護者負荷、增進其因應技巧與照護能力

BPSD的治療通則(2)

- 基層醫師治療BPSD，應具備的核心能力
 - ◆ 分辨與確認個別的BPSD症狀
 - ◆ 標定欲處理的目標症狀
 - 若有一個以上的症狀，依照嚴重度與急迫性訂出處理的先後次序
 - ◆ 探求BPSD可能的發生原因
 - ◆ 擬定治療計畫
 - ◆ 進行療效評估，以及依照療效調整治療內容，並要預先有停用藥物的時機及計畫

BPSD的治療通則(3)

- 正確的態度
 - ◆ 幫忙家屬及主要照顧者去接受失智症診斷，要了解病人出現的精神行為問題並非故意，而是失智症疾病本身所導致的
 - ◆ 設身處地的瞭解病人的感受
 - ◆ 善用家族成員的力量，幫助分擔照顧老人的工作，避免照顧者過勞
 - ◆ 針對鎖定的目標症狀進行正確的評估，找出引起行為為精神症狀的可能原因再行處理

● BPSD 的治療通則

失智症病人因其疾病特性，會出現智能與認知功能缺損及精神行為症狀，因此在制定治療方向時必須有通盤性考量，由身體、心理與社會環境模式（bio-psycho-social model）多面向來著手。如同之前所提過的，BPSD 是失智症病人在罹病病程中所特有的臨床表現，且由於其發生原因與促發因子的獨特性，以及老年病人身體機能的脆弱與易感性，使得治療者在面對 BPSD 時，切勿完全單以藥物治療為之。

根據國際老年精神醫學會針對基層醫師處理 BPSD 的建議：臨床上不論採取非藥物或藥物治療，都要極力以「增進失智症病人獨立功能與生活品質」及「減輕照護者負荷、增進其因應技巧與照護能力」為治療的終極目標。由於非藥物療法在治療 BPSD 的療效不遜於藥物療法，且極少有副作用。對於不論是輕至中度或是中至重度的 BPSD，均必須優先採用非藥物療法，若成效不足時，再考慮結合與藥物治療的協同治療模式。

BPSD的非藥物治療(1)

- BPSD的非藥物治療包括下列原則：
 - ◆ 調整與控制相關環境因素，例如減少噪音。
 - ◆ 對照護者提供訓練，使其具有解決干擾行為的技巧，以及熟練使用相關技巧的能力。
 - ◆ 鼓勵照護者使用懷舊訊息與回憶的方式來解讀病人所呈現的情境。
 - ◆ 與病人互動時利用提供線索的方式引導思考，減少混淆。
 - ◆ 將日常生活活動結構化。

BPSD的非藥物治療(2)

- 行為處置的因應策略：
 - ◆ 尋找與標定可處理的促發因素（如下一張）
 - ◆ 評估是否有其他精神狀況，如譫妄與憂鬱
 - ◆ 評估外在環境是否有可能引發焦慮或恐懼的干擾因素，並加以改正或減緩
 - ◆ 提供適當的保證與安撫
 - ◆ 活動作息與態度儘量要前後一致
 - ◆ 提供對照護者照護技巧的訓練與教育

BPSD之處理-排除誘發因素

- 常見可能激發失智症病人出現行為精神症狀原因：
 - ◆ 環境因素：如變更住處、變更照顧者、換新室友、環境過於吵雜
 - ◆ 身心需求未獲滿足：如疼痛、搔癢、便秘、饑餓、口渴、視力或聽力障礙，或其他身體不適；心理上的焦慮、挫折都可成失智症病人的行為改變
 - ◆ 內科問題、疾病或藥物作用：例如泌尿道感染、脫水、電解質不平衡、呼吸道感染、肺炎、鬱血性心衰竭、慢性阻塞性肺病等

● BPSD 的非藥物治療

1. 一些有用的非藥物治療技巧：

- (1) 善用病人健忘的特性，以活動或是小點心將病人由不良的情緒或情境中轉移。
- (2) 可以用適度的肢體接觸、和緩音樂、朗讀來緩解病人的焦慮與增加病人的認同。
- (3) 對病人的某些動作，需要適度加以解讀，例如，坐立不安、拉扯衣服，有可能是病人要上廁所，卻無法表達的行為表徵。
- (4) 有時候讓病人撫摸或抱著洋娃娃（尤其是女性病人），或是讓病人適度與寵物互動，有助於緩和急躁情緒、讓病人安定下來。
- (5) 對於遊走、反覆尋找出口的病人，將門作適度的偽裝、用布幕遮起來，或是將門鎖或把手移至病人視線外的地方（例如高於病人視線以上的地方），可以有效減少急躁地尋找出口、破壞與遊走的狀況。
- (6) 身體約束應盡量避免，應僅在用盡各種方式都無法降低傷害的風險時，方能為之。

2. 在專業領域中，非藥物治療尚有其他的專業治療模式，例如支持性團體、懷舊治療、行為治療、確認治療、現實導向治療、美術治療、音樂治療、活動治療、芳香療法、光照治療、多元感官刺激等。基層醫師可以對有需要的病人與家屬提供轉介，以讓病人接受良好的照護。

BPSD的非藥物治療-對照顧者的指導

- 重要的是增強照顧者與病人的溝通技巧：
 - ◆ 使用簡短、易懂的語言與病人溝通，速度放緩，而且一次只講一件事
 - ◆ 盡量不要使用負向表達，例如：「不要」出去…
 - ◆ 與病人溝通時要保持眼神接觸，而且可以用手勢或輔具協助溝通
 - ◆ 避免讓病人有過多的選擇，以減少病人混淆。
 - ◆ 對於病人出現錯誤的資訊，不要直接面質或糾正，以避免病人錯誤解讀而導致衝突

有用的應對小技巧

- 善用病人健忘的特性轉移其不良的情緒或情境
- 適度的肢體接觸、和緩的聲音，以緩解焦慮
- 觀察與解讀病人的某些動作，如要上廁所的坐立不安或拉扯衣服，預先做介入
- 可讓病人撫摸或抱著洋娃娃，或是讓病人適度與寵物互動，有助於緩和躁動情緒、讓病人安定
- 對環境做裝飾：例如將門作適度的偽裝、用布幕遮住、將門鎖或把手移至病人視線外的地方
- 儘量避免身體約束，只有於用盡各種方式都無法降低病人受到傷害的風險時，方能為之

BPSD的藥物治療原則

- 不論哪一種程度的BPSD，僅在非藥物治療效果不佳時，才於非藥物治療再加上藥物治療。
- 儘可能以最低劑量、最單純的神經精神類藥物達到期待的效果
- start low, go slow!
 - 對於老年失智症病人，神經精神類藥物的使用原則為由最低起始劑量開始、緩慢調整
- 處方藥物時，務必考慮所有的藥物與可能的交互作用
- 要理解藥物有其極限，且有些BPSD症狀無法由藥物清除，故不應一味加高劑量或複雜用藥

治療BPSD的神經精神類藥物種類

- 乙醯膽鹼酶抑制劑 (ChEIS)
- NMDA受體拮抗劑 (NMDA receptor antagonist)
- 抗焦慮劑
- 抗憂鬱劑
- 抗精神病藥物
- 情緒穩定劑
- 鎮靜安眠藥物

* 各類神經精神類藥物的治療：

1. 乙醯膽鹼酶抑制劑：

(1)部分研究顯示 donepezil(如，愛憶欣)對於中重度阿茲海默症病人的 BPSD 有緩解效果，而 rivastigmine(如，憶思能)的研究發現，對於路易體失智症的視幻覺、妄想、冷漠與焦慮有效。

(2)乙醯膽鹼酶抑制劑在高劑量時也要注意某些副作用，例如噁心、頭痛、頭暈等，而有時乙醯膽鹼酶抑制劑在某些類型的失智症會惡化躁動症狀。

(3)乙醯膽鹼酶抑制劑的使用也要注意突然停用時的戒斷現象，研究顯示突然停用時，容易導致認知功能突然惡化、激躁、甚至譫妄。

2. NMDA 受體拮抗劑：

memantine 是目前唯一用於治療中至重度阿茲海默症的非選擇性 NMDA 受體拮抗劑。有研究顯示 memantine 可以減輕重度失智症病人的躁動症狀。

3. 抗憂鬱劑：

(1)目前有許多抗憂鬱藥物能有效改善憂鬱症狀、緩解焦慮、改善睡眠、減輕躁動症狀。抗憂鬱劑有諸多選擇，一般而言，選擇性血清素再吸收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 仍為抗憂鬱劑的首選。

(2)對於某些特定抗憂鬱劑對特定症狀有療效，例如：

A. 血清素與正腎上腺素再吸收抑制劑 (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI) 類的抗憂鬱劑與 bupropion(如，威克倦持續性藥效錠) 被認為可改善活力差、社

失智症用藥於BPSD的注意事項

- 乙醯膽鹼酶抑制劑
 - ◆ donepezil可能對於中重度阿茲海默症的BPSD有緩解效果，而rivastigmine，對於路易體失智症的視幻覺、妄想、冷漠與焦慮可能有效
 - ◆ 在高劑量時也要注意某些腸胃副作用，且有時在某些類型的失智症會惡化躁動現象
 - ◆ 勿突然停用，研究顯示突然停用時，容易導致認知功能突然惡化、激躁、甚至譫妄等戒斷現象
- NMDA受體拮抗劑
 - ◆ memantine可能可以減輕重度病人的躁動

神經精神用藥於BPSD的治療

- 抗焦慮劑、抗憂鬱劑、抗精神病藥物、情緒穩定劑、鎮靜安眠藥物均可對BPSD提供症狀治療；但使用時應依循通用原則，由最低劑量開始使用
- 基層醫師在使用神經精神用藥仍無法達到預期效果，或出現副作用時，建議儘速將病患轉介至老年精神醫學專長醫師或具失智症診療專長醫師，進行專科性積極治療

交退縮等症狀，但是要注意這兩類藥物對於血壓的影響。

B. 腎上腺素與專一性血清素抗憂鬱劑 (noradrenergic and specific serotonin antidepressant, NaSSA) 類的抗憂鬱劑，例如 mirtazapine(如，樂活憂) 對於憂鬱相關的食慾差、睡眠障礙及體重過輕有所幫助。

C. 有研究顯示，trazodone 對於睡眠障礙與某些類型失智症的躁動有所改善。

(3) 使用抗憂鬱劑時要注意，足夠的劑量與足夠使用時間是達到療效的必要因素，絕大部分的抗憂鬱劑，都需要一段時間（例如一至二週以上）才能開始見到療效。

(4) 抗憂鬱劑的使用也要注意其副作用，許多抗憂鬱劑都有腸胃不適、甚至腸胃道出血的報告；抗膽鹼作用較高的抗憂鬱劑，也容易導致便秘，甚至譫妄；而除了 SSRI 與 SNRI 外，所有的抗憂鬱劑都有電解質異常，甚至是抗利尿激素分泌失調症 (SIADH) 的副作用報告。

(5) 一般而言，抗憂鬱劑的戒斷現象並不明顯，但在部分的病人仍可見；所以若考慮停用時，仍建議漸次緩慢降低劑量。

4. 抗精神病藥物：

(1) 抗精神病藥可緩解 BPSD 中的躁動、妄想與幻覺等症狀，但使用時應要針對明確的目標症狀，且避免多線藥物同時使用。

(2) 抗精神病藥基本上可分為第一代（或傳統型）與第二代（或非傳統型）兩大類。研究顯示不論第一代或第二代中，較強效的抗精神病藥對妄想與幻覺，均較安慰劑有良好的療效。然而此類藥物容易造成錐體外徑徵候群，使得病人容易出現運動功能

障礙，造成吞嚥障礙（易致吸入性肺炎）與跌倒（易致骨折）等不良結果。故建議在使用此類藥物時務必小心調整劑量，而第一代抗精神病藥在某些類型的失智症中有較高的死亡率，整體而言不建議於第一線使用。

- (3) 抗精神病藥物在長期使用時，特別要留意其可能的各種副作用。研究顯示，在老年失智症病人使用抗精神病藥物，其整體死亡率與風險均較未使用者為高；美國與台灣的食物藥物管理局均對抗精神病藥物用於老年失智症的狀況加註警語。例如第二代抗精神病藥，要注意長期使用時所造成代謝症候群的風險增高。各種抗精神病藥物或多或少對心臟傳導有所影響（例如 QTc 的延長）。

5. 情緒穩定劑：

- (1) 常見的情緒穩定劑包括 valproic acid、carbamazepine、lithium、lamotrigine 等。雖然情緒穩定劑用於老年失智症 BPSD 的情況並不罕見，但實證醫學上的檢視並不強烈支持其使用。
- (2) 情緒穩定劑在使用上要留意相關副作用，例如神經學、血液學與肝腎功能的影響。

6. 抗焦慮劑與鎮靜安眠藥物：

- (1) 抗焦慮劑與鎮靜安眠藥物主要為 benzodiazepine，鎮靜安眠藥物還包括 non-benzodiazepine 類的 zolpidem、zopiclone 與 zaleplon，而抗焦慮劑另外也包括了 buspirone。適度適量地使用抗焦慮劑與鎮靜安眠藥物有助於改善睡眠障礙與紓緩焦慮。
- (2) 不論是 benzodiazepine 或 non-benzodiazepine 類的鎮靜安眠藥物，均有鎮靜、嗜睡等副作用，除此之外，認知功能

缺損與運動功能障礙也是此類藥物用於老年失智症病人常見的副作用。近來有相當多的個案報告通報了 non-benzodiazepine 類的鎮靜安眠藥物（尤其是 zolpidem）於老年人造成的譫妄症狀與記憶力缺損（retrograde amnesia），而此類症狀在老年失智症病人特別容易發生。

(3) 長期使用 benzodiazepine 或 non-benzodiazepine 類的鎮靜安眠藥物易有依賴現象，也會有戒斷症狀出現。所以在失智症病人使用此類藥物時，應特別留意，建議只短暫使用，或轉介老年精神醫學專科醫師進行處理。

(4) buspirone 由於目前實證不足，不建議使用於老年失智症的焦慮狀態。

三、共病症治療

(一) 糖尿病

糖尿病與失智症(1)

- 血糖控制不理想導致認知功能加速退化（經常性高血糖、高糖化血色素或反覆發生的低血糖事件）
- 認知功能障礙會造成血糖藥物或正常規則進食的管理困難
- 照顧有認知障礙的老年糖尿病患要採用一些特殊策略，尤其是MMSE得分低於25/30的人要特別注意（小學或以下教育程度，可切在19/30分以下）
- 老年糖尿病病人還要注意腎功能較差，多重藥物使用，發生低血糖事件導致認知惡化的風險上升，還有較高的營養不良的風險

糖尿病與失智症(2)

- 適度調降血糖控制目標
 - 健康老年人的HbA1C \leq 7%
 - 易受傷害且認知功能與生活調適技巧較差的老年人可設HbA1C \leq 8%
 - 健康狀態很差，有多重慢性病，衰弱、依賴他人或與社會隔絕者HbA1C $<$ 9% 或空腹血糖100-200mg/dl 之間

1. 糖尿病與失智症

在很多不同的以人口群為基礎對象研究中，皆顯示糖尿病本身是個認知功能衰退的獨立危險因子，一般而言糖尿病會增加失智症 1.5-2.5 倍的風險。而每年以 MMSE 來追蹤整體認知功能的衰退，糖尿病病人的下降分數為非糖尿病人的 1.5 倍。在一個世代研究的綜合分析 (meta-analysis) 裡，糖尿病的病人失智風險增加百分之 47%，而阿茲海默症的風險增加百分之 39%，而且是獨立於心血管疾病之外的共病。

2. 認知衰退與血糖控制不良有關

很多研究都指出較高的糖化血色素 (HbA1C) 濃度與認知測驗得分較低或認知功能下降速度較快相關（針對 55-80 歲的病人）。簡而言之，血糖控制不良的老年人（糖

糖尿病與失智症(3)

- 藥物使用以metformin 為優先，但需注意有無腎/肝功能異常、呼吸/心臟衰竭、厭食/腸胃道疾病
- 血糖控制無法達標要加sulfonylureas 需監測血糖。低血糖事件中至高風險的者sulfonylureas 應在最後，高風險者應避免使用，改採加DPP-4 抑制劑
- 有腎功能不足、脫水或急性感染等其他因素容易血糖不平衡，只好在家屬協助下使用胰島素注射

化血色素較高) 更可能出現認知障礙；然而，適當控制血糖是否一定能預防認知衰退或延遲失智症的發生仍待進一步的長期研究。

3. 低血糖事件在認知功能不良的糖尿病病人身上的重要性

這又可以從幾方面來看。首先是嚴重低血糖與老年期認知衰退或失智症有關聯。在愛丁堡的一個橫斷性研究中，超過 1000 個自我報告有嚴重低血糖的病人，在老年期的認知功能顯著較差且無關乎生病之前的認知功能狀態。在另外一個 16000 名第二型糖尿病病人的 4 年追蹤的世代研究中，嚴重低血糖事件對認知功能的影響可以追溯到 20 年以前，但在第一型糖尿病病人並無此狀況。

反過來說，認知障礙和低血糖事件的發生率相關，在 MMSE 低於 24/30 的糖尿病病人發生低血糖事件的風險增加達到兩倍，失智症病人也是上升的。這當然一部分是由於病人的藥品自我管理的能力不足，而且失智症病人很可能食物攝取不足，老年人的多重用藥也是個原因，加強這些藥品使用安全的監督及血糖的量測，是刻不容緩的事。

4. 第二型糖尿病病人發生認知障礙與失智症之可能機轉

首先是腦血管病變的機轉，透過動脈粥狀硬化和微小血管病變、中風及心血管共病，其次是葡萄糖毒性，透過升高的氧化壓力及 AGEs(advanced glycosylation end products)。周邊的 AGEs 會導致老年人認知衰退，AGEs 也與傳統的微小血管併發症相關，且可能加速 β 類澱粉蛋白的沉積速度。最後是胰島素抗性的影響，胰島素抗性與神經退化相關聯。胰島素受體本來就存在於內側顳葉和海馬迴，所以正常情況下，它已經

和認知與記憶的功能有相關性。在胰島素抗性的情況下，長時期慢性的血液中高胰島素會導致大腦內的胰島素濃度下降，而引發胰島素分解酵素的向下調節 (down-regulation) 而影響到 β 類澱粉蛋白的清除；此外腦內胰島素濃度降低會增加 tau 蛋白的產量，因此血中胰島素濃度太高是獨立於腦血管疾病的阿茲海默症的危險因子。最後低血糖對大腦功能的衝擊為何，在許多動物和臨床的研究都指出反覆性發生低血糖事件可能導致大腦神經元的損傷而加重認知衰退。

5. 糖尿病的治療

血糖控制不理想會導致認知功能加速退化，不管是經常性的高血糖、高糖化血色素或反覆發生的低血糖事件；相反的認知功能障礙會造成血糖藥物或正常規則進食的管理困難。因此在照顧老年糖尿病病人中，尤其是那些有認知障礙的長者要採用一些特殊策略。MMSE 得分低於 25/30 的人要特別注意 (小學或以下教育程度，可切在 19/30 分以下)。

老年糖尿病病人還要特別注意他們的腎功能較差，多重藥物使用，發生低血糖事件導致認知惡化的風險上升，還有較高的營養不良的風險。因此適度調降血糖控制目標是必須的。從健康人的 $\text{HbA1C} \leq 7\%$ ，到易受傷害且功能與認知生活調適技巧較差的老年人可以設在 $\text{HbA1C} \leq 8\%$ ，最後到健康狀態很差，有多重慢性病，衰弱、依賴他人或與社會隔絕的人的 $\text{HbA1C} < 9\%$ 或空腹血糖在 100-200mg/dl 之間。

藥物的使用上以 metformin 為優先，但需注意有無腎/肝功能異常、呼吸/心臟衰竭、厭食或腸胃道疾病。在血糖控制目標無法達成的個案，如果要加 sulfonylureas 則需小心監測血糖，對於低血糖事件中至高風險的病

人 **sulfonylureas** 則應在最後，若高風險則應避免使用，而改採加上 **DPP-4** 的抑制劑。如果有腎功能不足、脫水或其他因素像急性感染等會容易造成血糖不平衡，則只好在家屬協助下使用胰島素注射。

(二) 高血壓

失智症的高血壓治療

- 容易出現姿態性低血壓，腦血流循環自動調節機制的故障，而產生大腦灌流的不足
- 多重用藥與藥物的交互作用
 - 利尿劑與衰弱有關係，而血管張力素轉化酶抑制劑 (ACE-I) 或血管張力素受體阻斷劑 (ARB) 比較不會。
 - 失智症用藥與心血管藥物的交互作用。在認知促進藥物加強副交感神經和乙型阻斷劑一起用會使心跳變慢。抗精神或抗憂鬱藥物會造成姿態性低血壓和鈣離子阻斷劑、甲型阻斷劑等交互作用。左多巴或多巴胺促效劑也會造成姿態性低血壓
- 藥物的使用方法盡量簡化

● 失智症的高血壓治療

認知功能缺損的人更容易出現身體的衰弱，更容易發生姿態性低血壓。而年齡相關的動脈硬化更容易導致腦血流循環自動調節機制的故障，而產生大腦灌流的不足，甚至出現腦中風或暫時性腦缺血 (**transient ischemic attack, TIA**)。此外老年人更容易因為多重用藥與較低劑量就發生副作用。在一個有關多重用藥的研究顯示，利尿劑的使用與衰弱有關係，而血管張力素轉化酶抑制劑 (**angiotensin converting enzyme inhibitor, ACE-I**) 或血管張力素受體阻斷劑 (**angiotensin receptor blocker, ARB**) 的使用則比較不會。另外在多重用藥的藥物交互作用方面。需注意失智症用藥與心血管藥物的交互作用。在認知促進藥物方面，乙醯膽鹼酶抑制劑本身有促進副交感神經作用和乙型阻斷劑一起用會使心跳變得更慢。另外抗精神藥物（傳統或非典型藥物）或抗憂鬱藥物都會有造成姿態性低血壓的副作用。所以會和鈣離子阻斷劑、甲型阻斷劑等交互作用。另外，在帕金森症病人使用左多巴或多巴胺促效劑也會容易造成姿態性低血壓。

總之在認知功能衰退或失智症病人用藥治療的時候需更注意多重用藥的藥物交互作用方面外，要把藥物的使用方法盡量減化，能一天一次 (**QD**) 使用的藥，不要一天兩次 (**BID**)，除非不得以不要有一天三次 (**TID**) 的使用方式。

參考文獻：

1. Bordier L, Doucet J, Boudet J, Bauduceau B. Update on cognitive decline and dementia in elderly patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism* 2014. In Print.
2. Welsh TJ, Goldman JR, Gordon AL. The treatment of hypertension in people with dementia: a systemic review of observational study. *BMC Geriatrics* 2014; 12:19.
3. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, Adelman A, Mehr D, Schellhase K, Campos-Outcalt D, Santaguida P, Owens DK; American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2008 Mar 4;148(5):370-8. (AAFP Guideline)
4. Nakamura S. A guideline for the treatment of dementia in Japan. *Intern Med.* 2004 Jan;43(1):18-29.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Review of NICE technology appraisal guidance 111. NICE technology appraisal guidance 217. London:NICE, 2011.
6. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, Scheltens P, Tariska P, Winblad B; EFNS Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol.* 2007 Jan;14(1):e1-26.
7. APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias, Rabins PV, Blacker D, Rovner BW, Rummans T, Schneider LS, Tariot PN, Blass DM; Steering Committee on Practice Guidelines, McIntyre JS, Charles SC, Anzia DJ, Cook IA, Finnerty MT, Johnson BR, Ninger JE, Schneidman B, Summergrad P, Woods SM, Berger J, Cross CD, Brandt HA, Margolis PM, Shemo JP, Blinder BJ, Duncan DL, Barnovitz MA, Carino AJ, Freyberg ZZ, Gray SH, Tonnu T, Kunkle R, Albert AB, Craig TJ, Regier DA, Fochtmann LJ. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition. *Am J*

- Psychiatry. 2007 Dec;164(12 Suppl):5-56.
8. Ihl R, Bunevicius R, Frolich L, Winblad B, Schneider LS, Dubois B, Burns A, Thibaut F, Kasper S, Möller HJ; on behalf of the WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care and WFSBP Task Force on Dementia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Dementias in Primary Care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Sep 8:1-11.
 9. Ihl R, Frölich L, Winblad B, Schneider L, Burns A, Möller HJ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Alzheimer's Disease and other Dementias. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. World J Biol Psychiatry. 2011 Feb;12(1):2-32.
 10. Moore A, Patterson C, Lee L, Vedel I, Bergman H. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: recommendations for family physicians. Moore A, Patterson C, Lee L, Vedel I, Bergman H. Can Fam Physician. 2014 May;60(5):433-8.
 11. Kawamura T, Umemura T, Hotta N. Cognitive impairment in diabetic patients: Can diabetic control prevent cognitive decline. J Diabetes Invest 2012; 5:413-423.
 12. 陳美君 (譯)(2010)。失智症居家照護指南 (原作者：Nancy L.Mace,Peter V.Rabins)。台北：書泉。
 13. 蔡佳芬等。民 103。今天不開藥醫師教你抗失智。台北：希伯崙公司。

第五章 失智症的照護

國泰醫院精神科 張景瑞醫師

台大醫學院家庭醫學科 陳慶餘醫師

台大醫學院醫學教育暨生醫倫理學科 陳彥元醫師

台灣大學護理學系 胡文郁教授

一、溝通關懷與社會資源

失智症病人的溝通障礙

- 失智症病人因為大腦功能退化導致記憶力、思考與語言障礙，溝通能力逐步下降。
- 有些病人會企圖掩飾，因此可能變得冷默寡言或乾脆說「不記得」或「我都不會」，過度防禦或依賴。
- 有些病人則相反的強調其功能良好，不願他人協助，犯錯被指責時則以虛談式言語 (confabulatory speech) 或甚至妄想 (delusion) 應對。

●失智症病人的溝通障礙

失智症病人因為大腦功能退化導致記憶力、思考與語言障礙，溝通能力逐步下降。有些病人會企圖掩飾，因此可能變得冷默寡言或乾脆說「不記得」或「我都不會」，過度防禦或依賴讓家人疲憊不堪。有些病人則相反的強調其功能良好，不願他人協助，犯錯被指責時則以虛談式言語 (confabulatory speech) 或甚至妄想 (delusion) 應對。家人若無法理解是生病所致，常以為病人是狡辯或找代罪羔羊，難免出現情緒反應，經常造成病人更強烈的焦慮、挫折或憤怒情緒，可能出現拒食抗議、離家或甚至攻擊等行為。如果病人合併出現憂鬱、精神病症狀等非認知症狀時，溝通與行為問題經常更加嚴重，家屬常常和病人一樣出現焦慮、生氣或無助、恐懼的情緒 (甚至更嚴重)。

幫助失智症病人與家屬面對溝通難題(1)

- 把病人當成人而非小孩看待
 - ◆ 即使是重度溝通障礙的病人，仍有其原有習慣、個性與自尊，應適度詢問其需求
- 真誠看待病人的感受並接納之
 - ◆ 照顧者若能理解病人言語或行為背後的意義及情緒，而不以懶惰、不合作等負面心態面對，病人也較放鬆、有安全感

●幫助失智症病人與家屬面對溝通難題

1. 把病人當成人而非小孩看待：即使是失智症重度溝通障礙的病人，仍有其原有習慣、個性與自尊，應適度詢問其需求，而非完全由照顧者自行決定。
2. 真誠看待病人的感受並接納之：照顧者若能理解病人言語或行為背後的意義及情緒，而不以懶惰、不合作等負面心態面對，通常病人也較放鬆、有安全感。例如有些病患平日

幫助失智症病人與家屬面對溝通難題(2)

- 多運用同理心，想像更有彈性及創意的照顧方式：很多家庭中原本不必講或不能講的潛規則，必須更明確或者修正。
- 使用簡短、清楚指示的用語，多注意非語言的溝通：以平靜溫和的口吻，清楚的告訴病患你要做什麼事，並鼓勵其參與。若長者有視覺或聽力障礙時，多多使用握手、擁抱等觸覺溝通。

常嫌東嫌西，很難溝通，且老是批評照顧者不用心，但假日較多親人在場時，又談笑風生，一切好商量。若能理解長者並非針對其個人，而是更喜歡全家和樂的感覺，而且一般人的行為在公眾場域與私下本來就可能不同，長者並非特例，照顧者或許較能釋懷，並能與其他家人商量爭取更多家族聚會。

3. 多多運用同理心，想像更有彈性及有創意的照顧方式：面對病人忘記了，經常反覆講同樣的話或事，鼓勵照顧者想想自己有一天也忘記時，可能會有甚麼表現，最擔心甚麼事，可能需要什麼協助，也許能想出一些更好的溝通方式，畢竟家人一起多年，很多家庭中原本不必講或不能講的潛規則，現在必須更明確或者修正，只有自家人最清楚。
4. 使用簡短、清楚指示的用語，多注意非語言的溝通：病人或許無法清楚表達，鼓勵慢慢講，仔細觀察其手勢、臉部表情及情緒反應，通常可以達到有效溝通。不管病人能否理解，以平靜溫和的口吻，清楚的告訴病人你要做什麼事，並鼓勵其參與，有助於減輕其不當的焦慮或退縮。若病人有視覺或聽力障礙時，多多使用握手、擁抱等觸覺溝通（這常是國人最不習慣的），經常可讓病人更安心。

失智症家屬常見的情緒反應

- 照顧失智症病人是漫長且艱辛的過程，研究顯示有半數至三分之二的家屬及照顧者覺得照顧工作造成挫折與痛苦，有時候甚至被稱為「家中的第二個病人」
- 如果病人合併出現憂鬱、精神病症狀等非認知症狀時，溝通與行為問題更加嚴重，家屬常常和病人一樣出現焦慮、生氣或無助、恐懼的情緒(甚至更嚴重)。

●失智症家屬常見的情緒反應

照顧失智症病人是漫長且艱辛的過程，研究顯示有半數至三分之二的家屬及照顧者覺得照顧工作造成挫折與痛苦，有時候甚至被稱為「家中的第二個病人」，因此如何做好本身的心理調適，保持身心健康，也是家屬必修的課題。

失智症家屬面對的挑戰

- 病患自我照顧能力越來越差，需要協助的時間越來越多，單調重覆的工作讓人厭煩。有時還要注意調整對病人的期望，避免造成過大壓力，反而使病人情緒失控
- 病患的睡眠、情緒及行為問題可能反覆出現或變化多端，照顧者難以招架
- 不管自己如何努力，病患不僅學不會，甚至一直退步，而且講話越來越聽不懂，甚至不認得自己，挫折甚至無望感油然而生，逐漸失去的親密關係，更讓人難過不已
- 忙於照顧，無法從事自己有興趣的事，自己的社交生活也受限，越來越孤獨，家人不僅不能分擔照顧，有時反過來指責自己，讓人生氣、無助卻又無奈

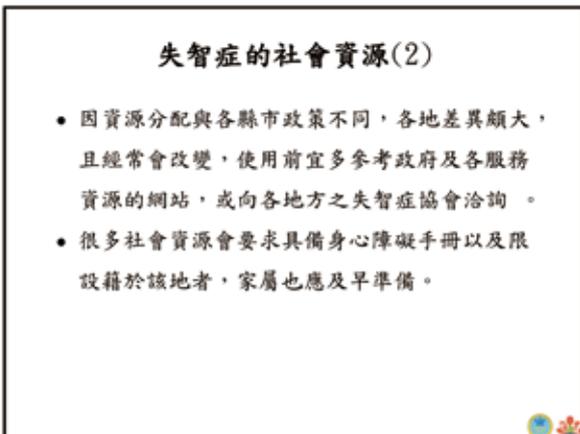
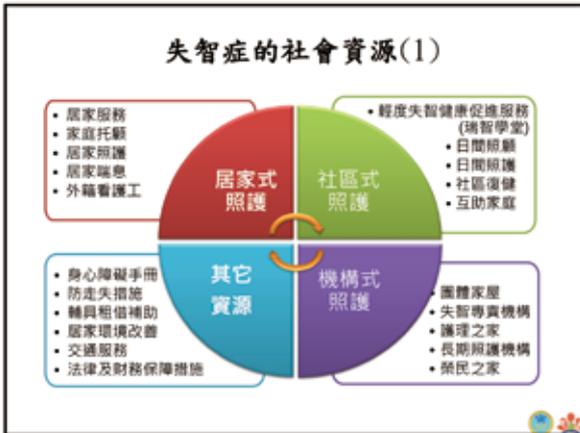
●給照顧者的關懷與建議

給照顧者的關懷與建議

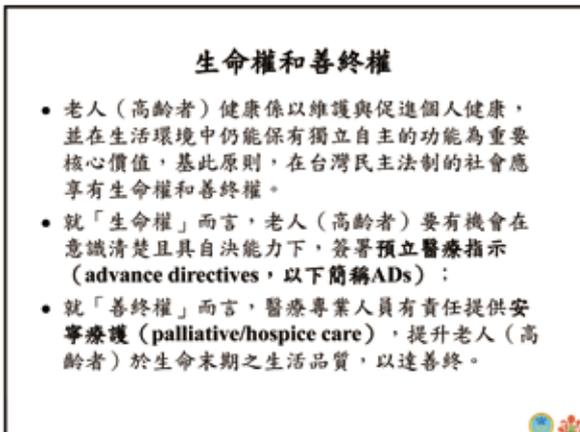
- 充分認識失智症及照顧方法
 - 失智症講座可獲知照顧方法的訊息，聽聽別的照顧者的心聲與專家當面的溝通，有助於建立良好的照顧技巧，也讓自己不那麼孤單。
- 安排規律的健康生活與喘息，儘可能維持原有嗜好與社交生活
 - 照顧者自己應維持運動習慣與良好的睡眠，若仍有問題，應及早求醫。
- 調整自己的期望與心態
 - 失智症病患失去的功能，通常都回不來了，病患的退步本來就是病程的一部分，不用因此自責，要求喘息協助或請求協助，為了自己好，更為了病人好。
- 多與有類似經驗的照顧者交流、分享經驗
 - 參加家屬支持/互助團體，傾聽別人經驗，可以獲得資訊與情緒支持，讓自己調適得更好。

安排規律的健康生活與喘息，儘可能維持原有嗜好與社交生活：失智症病患常有睡眠問題，尤其是日夜顛倒、兩三天不睡等問題，幾乎把家人都整垮了。照顧者自己應維持運動習慣與良好的睡眠，若仍有問題，應及早求醫。

調整自己的期望與心態：失智症病患已經失去的功能，再怎麼刺激或用藥，通常都回不來了，如果有這種理解，比較不會過度期望，反而造成病患與自己的壓力。病患的退步本來就是病程的一部分，不用因此愧疚沒照顧好，要求喘息協助或撐不下去請求協助，是為了自己好，更為了病人好，也毋須自責，如此才能避免自己累垮。



二、失智症之預立醫療照護計畫



●失智症的社會資源

包括：失智症諮詢專線、失智症網站、記憶門診、家屬團體、預防走失資源（愛的手鍊、個人衛星定位器）、日間照顧中心、輕度失智社區預防設施（如瑞智學堂）、養護護理機構及法律諮詢等，因資源分配與各縣市政策不同，各地差異頗大，且經常會改變，使用前宜多參考政府及各服務資源的網站，或向各地方之失智症協會洽詢。很多社會資源都會要求具備身心障礙手冊以及限設籍於該地者，家屬也應及早準備。

●生命權和善終權

在先進國家預立照護計畫是申張老人（高齡者）健康權益的基本手段，因此，老人（高齡者）要滿足上述兩項權利，衛生福利機構以及醫療護專業學會或組織，就必需結合社會資源以積極推展預立照護計畫（advance care planning，以下簡稱ACP），方能讓老人（高齡者）的自主意願獲得尊重，以擁有生命的尊嚴。

(一) 預立照護計畫與預立醫療指示

預立醫療自主計畫的定義
(advance care planning,ACP)

- 預立醫療自主計畫：係指一個病人、醫療人員及家屬或代理決策者間，針對如果當病人罹患重病致無法思考自身的醫療照護時，未來期望及偏好的醫療照護計畫的一個持續討論的過程。

ACP的兩項基本要素 (Starks et al., 2007)

- 思考病人醫療照護的偏好和目標
 - ◆ 如：對受苦 (suffering)、生命尊嚴、不施給或撤除治療的看法。
- 與其最親愛的家人、醫療委任代理人或健康照護提供者進行溝通
 - ◆ 病人則須考量醫療委任代理人，是否在病人發生緊急狀況時，能立即趕到醫院為病人簽署同意書等法律文件。

五個步驟

1. 呈現並說明主題 (presenting and illustrating topic)
2. 促進結構式地討論 (facilitating a structured discussion)
3. 完成書面文件簽署 (completing document with advanced directives)
4. 再度審視或更新預立醫療指示 (reviewing and updating the Ads)
5. 依預立醫療指示落實於實際臨床照護情境 (applying the ADs in clinical circumstances)

● 五個步驟

綜合文獻以及多位專家學者 (Emanuel, et al., 1995; Marquis, 2001; Moore, 2007; Starks et al., 2007) 建議 ACP 的討論方向、重點與執行方式，整理出臨床實務可進行的五個步驟如下：

1. 呈現並說明主題 (presenting and illustrating topic)：醫療人員較能適時提出有關預立醫療計畫的主題，說明基本概念及其可能帶給個人和家屬的利益，並徵詢病人進行 ACP 的意願，尊重病人的價值觀和信念，以確保病人參與自身醫療決定的權利。
2. 促進結構式地討論 (facilitating a structured discussion)：詢問病人或代理人看過資料或與家人討論後，鼓勵提出疑

問予以澄清，並確認病人已正確了解簽署 ADs 文件的目的及各種治療的意願等。

3. 完成書面文件簽署（**completing document with advanced directives**）：簽署正式文件前，醫師應確認病人已經充分思考，並和家人與指定代理人討論過，在病人有決策能力下簽署；也必須告知病人，可以隨時更改 ADs 文件。
4. 再度審視或更新預立醫療指示（**reviewing and updating the ADs**）：當病人健康狀況改變時，醫師應鼓勵病人再次思考或重新做出醫療的選擇，最好定期審視病人或代理人所簽署的文件內容。
5. 依預立醫療指示落實於實際臨床照護情境（**applying the ADs in clinical circumstances**）：當病人因疾病或意外喪失決定能力時，醫師必須告知家人和代理人病人的健康狀況適用其先前已擬定之 ADs，如果病人已簽署 ADs 表明拒絕接受心肺復甦術，醫師應在病歷上加註不施予心肺復甦術之醫囑，期望能兼顧尊重病人自主權與避免醫療爭議。

預立醫療指示 (advance directives ; ADs)

- ADs係一個人意識清楚且具有決策行為能力時，為自己未來可能失去決定能力的情況，預先規劃個人所期望獲得的末期醫療處置與照護，並將此意願作一個預先的書面陳述、指示與說明文件。
- 在台灣，病人或家屬所簽署的預立醫療指示（ADs），包括「不接受心肺復甦術意願書或醫療委任代理人意願書」等其它任何書面資料。

●預立醫療指示

ADs 係一個人意識清楚且具有決策行為能力時，為自己未來可能失去決定能力的情況，預先規劃個人所期望獲得的末期醫療處置與照護，並將此意願作一個預先的書面陳述、指示與說明文件。在台灣，病人或家屬所簽署的預立醫療指示（ADs），包括「不接受心肺復甦術意願書或醫療委任代理人意願書」等其它任何書面資料（Marquis, 2001; Moore, 2007; Starks, Vig, & Pearlman, 2007）。此意願書或同意書往往只是臨床實務執行 ACP

AD 與 ACP之臨床實務

- ADs不應該只被視為一項法律文件的簽署，健康照護專業人員若能藉由ACP的溝通過程，來澄清病人或家屬對生命末期照護期望與自我對生命的價值、信念與生活品質的看法以及治療偏好，才是真正發揮ACP的自立精神
- 藉由ACP的溝通過程來落實安寧緩和醫療條例之立法目的與精神，進而能指引失智症病人自主地選擇其個人適切地末期醫療決策

的結果之一，醫護人員應當完全尊重病人的個人選擇意願，且此書面文件需由見證人簽署後（正本置於病人病歷），方具立法的保障效力。

三、失智症之安寧療護

三、失智症之安寧療護

「安寧緩和醫療條例」第 2 條（主管機關）及第 15 條（施行日）明確指出台灣於民國 102 年 1 月 9 日公布安寧緩和醫療條例（第三次修正）的內容，並正式實施。在歷經三度修法後，臨床實務專業人員實應瞭解並熟悉已公布通過之法律條文，並予以落實於臨床醫療情境。本文就「安寧緩和醫療條例（第三次修法後）」之法律條文，針對基層醫師如何應用前述提及之預立醫療照護計畫之重點原則，依失智症適用條件重點說明與失智症相關安寧緩和醫療條例的條文，並透過預立醫療照護計畫的實施步驟，說明其別於安寧緩和條例應用於癌末病人之處，協助失智症者或家屬將所簽屬之預立醫療指示，真正落實於癌症和非癌症的末期病人的實際臨床照護情境，進而作為臨床執業醫師提供生命末期失智症病人適切安寧緩和醫療照護服務之參考。茲將可行之照護內容，簡要說明如下：

安寧療護之原則-1 儘早啟動失智症病人之預立醫療照護計畫

- 依安寧條例第5條（意願書之要件），「二十歲以上具完全行為能力之人，得簽署預立意願書。前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署」。有鑑於失智症發病率高，一旦發病病程可治癒，且具完全行為能力時，是簽署預立意願書意願人（含醫療委任代理人）的最好時機。

●安寧療護之原則(1)

當臨床執業醫師於門診診察到預期生存餘命有限的老人，且其罹患之疾病對治癒性治療反應不佳，臨床醫師應於何時告知病情較為適切呢？通常失智症病人及家屬無法於早期來討論這類議題，因此，建議臨床醫師可以使用預防性醫療的觀點，提早於診斷初期（即輕度失智時），醫師盡可能於告知病情後，即與病人

或家屬討論，並在多次漸進溝通的過程中，協助他們決定預立醫療代理人或預立遺囑。有研究顯示，91% 病人表示應在罹患嚴重疾病之前討論 ADs，如：高齡或慢性病等，醫療人員應儘早啟動 ACP 討論，並將 ACP 的討論列入醫療照護常規中，進行說明，定期更新，特別是病人健康狀態改變時，應邀請病人、醫療決策代理人及家人共同參與（Marquis, 2001; Moore, 2007; Starks et al., 2007），讓病人充分了解自己目前的疾病診斷、預後以及可以選擇的醫療照護方式等，並尊重病人的價值觀和信念，方能確保病人能擁有參與自身醫療決定的選擇權利。

依安寧條例第 5 條（意願書之要件），「二十歲以上具完全行為能力之人，得簽署預立意願書。前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署」。有鑑於失智症發病率高，一旦發病病程可治癒，且具完全行為能力時，是簽署預立意願書意願人（含醫療委任代理人）的最好時機。

預立醫療委任代理人委任書需「立意願人」及「委任代理人」簽名，但於選擇委任代理人時仍有些風險，有時被委任之代理人不見得是適任的，他必須是一位真正了解病人價值觀、醫療照護目標及偏好者，且代理人在緊急關頭時，必須是個具有決策力並能維護病人權益者，故醫療委任代理人的選擇須非常謹慎，這部分應醫療人員可以提出建議以教導並協助失智症病人如何選擇適切的代理人。

安寧療護之原則-2

引導並確認失智症病人的價值觀與選擇

- 安寧條例第7條（不施行心肺復甦術或維生醫療之要件）提及「末期病人無簽署意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。」

安寧療護之原則-3

協助失智病人或家屬完成ADs的書面文件簽署

- 依安寧緩和醫療條例第三次修法後之第4條（意願書之簽署及應載明事項）、第5條（意願書之要件）及第6條（書面撤回意願）條文內容，包括：「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「不施行心肺復甦術同意書」、「不施行維生醫療同意書」、「醫療委任代理人委任書」、「撤回安寧緩和醫療意願書」以及「選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」。

● 安寧療護之原則 (2)(3)

安寧緩和醫療條例之第 1 條立法目的為「尊重失智症末期病人之醫療意願及保障其權益」，即已闡明尊重末期病人的選擇（**respect patient's choice**），乃是安寧緩和醫療條例立法之重要核心價值。失智症病人在獲得足夠的健康醫療資訊後，醫療人員須真正落實「尊重病人自主性」之重要臨床倫理原則。醫療人員在進行預立醫療照護計畫之初，可以從網站或相關書面文宣得知台灣安寧緩和醫學會、台灣安寧緩和護理學會、蓮花臨終關懷基金會、康泰醫療照顧基金會、台灣安寧照顧基金會、以及安寧照顧協會等機構資訊，取得與 ACP 或安寧緩和醫療相關之指導教材或影片；臨床執業醫師或護理師可以主動提供 ADs 手冊、錄影帶或書面資料等相關資訊，透過這些媒介進一步引導病人思考自己的生命價值、信念、醫療目標及各種治療的意願，如：對疾病想了解多少？討論過程希望誰在場？對你而言最重要的事情是什麼？等，以促進醫療人員與病人或家屬進行結構式地討論，並於會談過程盡量鼓勵病人慢慢思考相關的決定及澄清病人不切實際的期待或決定。

由於失智症病程長，在認知功能有輕度障礙但行為能力尚未損失時，必須及早進行，當病人罹患失智症並進入失智症末期時，本身已經喪失心智能力，因此所接受之醫療處置已經完全無法自行決定，就有賴法定醫療委任代理人決定。此時，安寧條例第 7 條（不施行心肺復甦術或維生醫療之要件）提及「末期病人無簽署意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。」故失智症末期病

人若於疾病前期已找好預立醫療委任代理人，在病人被急救插管前，即病人意識昏迷無自決能力時，代理人可代替病人簽署「不施行心肺復甦術同意書」，除了使病人免於被插管急救之侵入治療之外，更可免於接踵而來的氣管切口或呼吸器治療，延長痛苦而無意義的生命，甚至拖延死亡時間，以致無法善終。

抉擇意願聲明書

- 當病人罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，可做以下之抉擇：
 1. 接受 安寧緩和醫療
 2. 接受 不施行心肺復甦術
 3. 接受 不施行維生醫療
 4. 同意 將上述意願加註於本人之健保IC卡內

● 抉擇意願聲明書

當病人罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，可做以下之抉擇（請勾選）：

- 接受 安寧緩和醫療
- 接受 不施行心肺復甦術
- 接受 不施行維生醫療
- 同意 將上述意願加註於本人之健保 IC 卡內

安寧療護之原則-4

提醒失智症者審視預立醫療指示並落實ADs

- 預立醫療指示簽署後，當病人健康狀況改變時，如「中度」或「重度」失智時，醫師應主動定期評估病人是否仍具有自主決策能力，若病人仍具自主決策能力，可以提醒病人再次思考或重新做出適切之生命末期醫療的選擇，必要時，仍可以更改原已簽署之意願書或同意書，但必須以「書面」撤回。

檢視病人想簽署的 ADs 初稿內容，在病人仍具有決策能力時進行 ADs 的簽署，並確認兩位見證人已在文件上簽字；病人簽署後，若想改變所接受的治療或指定代理人，可以隨時更改 ADs 文件，並以書面撤回。若病人已簽署意願書，可提醒病人或家屬於全民健康保險憑證（簡稱 IC 健保卡）上註記安寧緩和醫療意願，因為該註記的效力在法律上是等同於意願書正本的法律效力。

無簽署意願書之處理

- 當失智症病人無簽署意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，任何人不能違反末期病人的意願，為了病人的權益，提醒病人平時應對預立意願書予以明示，告知周遭的家人或重要友人在必要時，方能有所遵循依據。
- 依照第7條（不施行心肺復甦術或維生醫療之要件），由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

● 無簽署意願書之處理

一旦失智症病人進入到末期（重度及極重度失智），原先所簽署之預立醫療指示意願書均開始啟動且具有法律效力。當失智症病人無簽署意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，任何人不能違反末期病人的意願，為了病人的權益，提醒病人平時應對預立意願書予以明示，告知周遭的家人或重要友人，在必要

時，方能有遵循依據。依照第 7 條（不施行心肺復甦術或維生醫療之要件），由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

此外，安寧條例第 8 條（醫師告知之義務）提及「醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。」，可見醫師於末期病情告知的責任與義務非常重要。在預立醫療指示簽署前，不論國內、外，醫師是否主動且直接告知病人失智症診斷結果雖仍有爭議，但台灣安寧緩和醫療條例已明確指出「病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知」，身為第一線臨床執業醫師應當化被動為主動，與失智症病人建立良好的醫病關係，以提供生命末期失智症病人適切之安寧緩和醫療照護相關資訊與服務。

醫師告知之義務及相關罰則

- 安寧條例第8條（醫師告知之義務）提及「醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。」，可見醫師於末期病情告知的責任與義務顯得非常重要。
- 安寧條例第9條（病歷記載及保存）之相關罰則、第10條（違反不實施心肺復甦術要件之處罰）、第11條（違反病歷記載及保存之處罰）、第12條（處罰機關）以及第14條（施行細則）之內容，均涉及行政程序及相關罰則，由中央主管機關定之。

●醫師告知之義務及相關罰則

對於上述提及臨床執業醫師於第一線提供預立醫療照護計畫及安寧緩和醫療照護，須瞭解之安寧緩和醫療條例的重點外，安寧條例第 9 條（病歷記載及保存）之相關罰則、第 10 條（違反不實施心肺復甦術要件之處罰）、第 11 條（違反病歷記載及保存之處罰）、第 12 條（處罰機關）以及第 14 條（施行細則）之內容，均涉及行政程序及相關罰則，由中央主管機關定之。

醫療人員可以直接進入國家衛生福利部官方網站詳讀安寧緩和醫療條例之施行細則，隨時審視失智症者之預立醫療指示，如果病人已簽署 ADs 表明拒絕接受心肺復甦術，醫師應

在病歷上加註不予施行心肺復甦術醫囑，以落實於實際臨床照護情境，當家屬有不同意見或衝突時，醫師除了可以召開「家庭會議」，盡力溝通以協助家屬間達成共識外，必要時，可尋求醫院倫理委員會或法院的意見，以避免陷入「尊重病人自主權」和「避免醫療糾紛」之倫理兩難困境，進而讓失智症實施安寧緩和醫療服務病人於生命末期時，仍能擁有好的生活品質，且有尊嚴地善終。

收案必要條件

- 第一個必要條件為：病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書。這個必要條件所顯示出的實質內涵，也就是選擇安寧療護的醫療哲學—不再多接受無效醫療，而簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書，選擇「自然死」的安寧療護善終方式。
- 第二個必要條件為：「CDR臨床失智症評估量表為-末期（CDR=5）者：病人沒有反應或毫無理解力；認不出人；需旁人餵食，可能需用鼻胃管；吞食困難；大小便完全失禁；長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮」。

● 收案必要條件

面對治癒性治療反應不佳且預期生存餘命有限的罹病老人，應於何時告知病情，且在失智症病人意識清楚具自決能力的情況下進行預立照護計畫，以及當失智者的病情進入疾病末期的情況時，何時才是轉介其接受安寧緩和醫療的時機呢？

依行政院衛生署公告之「全民健康保險之安寧療護」，自民國 98 年 9 月 1 日起，以老年期及初老期器質性精神病態住院條件之規定為例。其所規定的兩個收案必要條件之一為：病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書。這個必要條件所顯示出的實質內涵，也就是選擇安寧療護的醫療哲學—不再多接受無效醫療，而簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書，選擇「自然死」的安寧療護善終方式。第二個必要條件為：「CDR 臨床失智症評估量表為末期（CDR=5）者，即病人沒有反應或毫無理解力；認不出人；需旁人餵食，可能需用鼻胃管；吞食困難；大小便完全失禁；長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮」。此第二個必要條件，提及臨床失智症評估量表為 CDR=5 的病人，才是符合安寧緩和醫療之收案標準，就不單單僅是抽象的安寧療護的哲學理念而已，而是已經加入了緩和醫療的臨床分期，也就是透

過專業醫學的知識，在臨床上加以實際運用了（Dementia, 2006）。

轉介失智症接受安寧緩和醫療照護

- 各科臨床醫師可以主動提供失智症家屬安寧緩和醫療照護網絡之各項資源。
- 在台灣目前已建置以醫院為基礎完備之住院安寧、安寧共同照護及安寧居家照護，以及新北市目前正積極努力推展社區安寧之在宅善終的生命末期照護模式，各縣市醫院或機構可提供的服務項目，安寧緩和醫療門診專科醫師看診時間及聯絡電話，或至台灣安寧照顧協會或相關學會及基金會網站均可獲得相關照護資源的詳細訊息，以提供家屬選擇之參考。
- 為使社區中之末期病人能有妥適安寧療護，自民國103年1月起健保將給付社區安寧療護，呼籲社區中之社區醫院及診所醫師踴躍加入安寧照護之行列。

●轉介失智症接受安寧緩和醫療照護

各科臨床醫師可以主動提供失智症家屬安寧緩和醫療照護網絡之各項資源。在台灣目前已建置以醫院為基礎完備之住院安寧、安寧共同照護及安寧居家照護，以及新北市目前正積極努力推展社區安寧之在宅善終的生命末期照護模式，各縣市醫院或機構可提供的服務項目，安寧緩和醫療門診專科醫師看診時間及聯絡電話，或至台灣安寧照顧協會或相關學會及基金會網站均可獲得相關照護資源的詳細訊息，以提供家屬選擇之參考。此外，台灣進入高齡化社會，多數長者希望在地老化，返家善終，安寧療護界也積極推動社區化，安寧照顧不應再侷限在醫院和病房內。為使社區中之末期病人能有妥適安寧療護，自民國103年1月起健保將給付社區安寧療護，呼籲社區中之社區醫院及診所醫師踴躍加入安寧照護之行列。

總而言之，華人乃追求善終之民族，善終是華人追求的「五福」之一，老人（高齡者）亦期待能落葉歸根，歐美國家均已努力致力於社區安寧緩和醫療，台灣目前也正積極推展社區安寧緩和醫療，期待基層醫療團隊人員能協助失智者完成心願，並能達到「在家善終」的願景。

問題討論

- 當臨床執業醫師於門診診察到預期生存餘命有限的老人等，且其罹患之疾病對治癒性治療反應不佳，臨床醫師應於何時告知病情較為適切呢？
- 面對治癒性治療反應不佳且預期生存餘命有限的罹病老人，應於何時告知病情，且在失智症病人意識清楚具自決能力的情況下進行預立照護計畫，以及當失智者的病情進入疾病末期的情況時，何時才是轉介其接受安寧緩和醫療的時機呢？

四、倫理議題

四、倫理議題

在基層醫療的執業醫師，面對患失智症的病人和其家屬，在醫療處置上，常遭遇醫療倫理的困擾。例如：陳醫師擔任某護理之家的特約醫師，根據臨床照顧失智症老人的經驗，提出下列倫理議題討論：

- 在照顧失智症病人時，必需告知病情嗎？隨病情的進行認知能力的喪失，如何決定病人是否有自主能力？何時可以指定醫療決定代理人？醫療決定代理人如何做決定呢？
- 失智症老人是否如同一般老人須接受例行的檢查如癌症篩檢，而若失智症病人發生其他共病症時，是否比照非失智症病人的治療指引？
- 隨著病情日益嚴重，有不同併發症發生時的處置原則，例如：使用抗憂鬱藥物在早期失智症併發憂鬱症治療是必要的，但在失智症末期是否可停用？同樣地，早期有吸入性肺炎使用抗生素是必要的，但是否需要長期性的預防使用抗生素？
- 末期失智症病人不吃不喝必須放鼻胃管嗎？
- 日本有一判例，失智症病人在家屬不注意的情況外出，被新幹線列車撞死，法官判家屬賠償鐵路公司損失，引起社會輿論的一陣嘩然。其所延伸的議題為安全考量，失智症病人可以限制活動嗎？反之，根據家屬的敘述，在何種情況下需限制或取消失智症病人駕駛的資格？
- 在長照機構常看到接受維生醫療的末期失智症老人，家屬為享有其月退俸，想盡辦法讓病人持續接受無效醫療。延伸至其它社會福利的議題，是否也應考量社會資源分配的議題？

針對上述倫理議題，本文以美國阿茲海默症協會（Alzheimer's Association）對照顧阿

茲海默症（Alzheimer's diseases）及失智症（dementia）的建議為基礎，參考相關的研究結果以及專家學者的建議撰寫而成。不論是阿茲海默症或失智症病人、負責照顧的家屬或是醫師本身在照顧的過程中，都將可能面對許多難以做出決定的倫理爭議議題，這些議題包括了病人自主（respect for patient autonomy）、病人接受治療的權利（right to treatment）或是告知診斷（telling the truth in diagnosis）等。本文將就基層醫師面對阿茲罕默症或失智症病人所遭遇的醫療照護倫理議題進行探討，最後並簡介由美國生命倫理學者 Albert Jnosen 所提出的四象限（four boxes）考慮與解決倫理爭議方式，讓門診醫師未來在面對阿茲罕默症或失智症病人時，能夠從容地給予病人協助。這些議題歸納後，分述如下：

阿茲海默症或失智症病人，由於其記憶力與其他能力將逐漸衰退，因此經常遭遇自主決定的問題。我們可以將「尊重病人自主決定」的原則，再拆解成以下兩個問題，並逐一回答：第一、「自主決定」是否為必須依循的唯一價值；第二、如何知道阿茲海默症或失智症病人具備可以做醫療決定的能力（competence）。

是否為必須依循尊重病人自主決定
（respect for patient autonomy）？

- 「自主決定」（self determination）或「家人決定」（familial determination）？
- 為避免誤判失智症病人的醫療決定模式，建議以場域為基礎的醫療決定模式（situationally-determined medical decision-making）為主。亦即，若病人尚有醫療決定能力時，應避免先入為主的認定「自主決定」或是「家人決定」，而是必需透過與病人及家屬的溝通，以了解病人及家屬共同期待的決定模式。

● 是否為必須依循尊重病人自主決定

「自主決定」（self determination）是西方生命倫理學的核心價值，「家人決定」（family determination）為東方生命倫理學的核心價值¹。因此，家屬共同決定的方式常見於台灣的醫療情境中。研究顯示，雖然家屬共同決定的方式普遍存在於臨床醫療照護，「自主決定」在台灣醫病關係中所扮演的角色日益重要。

失智症病人醫療決定的能力

- 評估病人是否具備可以做醫療決定的能力，常常透過該病人的負責醫師、其他醫療專業人員以及病人家屬共同達成。
- 評估病人的下列能力：
 1. 在評估方面，病人對醫療的建議有正面評價（appreciate）能力；
 2. 在處置方面，理解目前的醫療情況及預後、所建議治療方式的性質、所有治療方式的好處與壞處及其相關之治療結果；
 3. 在病程方面，確認醫療決定的能力具備持續性（over time）。

●失智症病人醫療決定的能力

評估病人是否具備可以做醫療決定的能力，常常透過該病人的負責醫師、其他醫療專業人員以及病人家屬共同達成。如果病人的臨床症狀十分明顯，例如：病人說話已經沒有連貫性、對於白天或黑夜已經辨識不清等，便可以很清楚地知道該失智症病人已經不具備做醫療決定的能力。然而，由於病人的意識能力是否勝任判斷不易、或是日夜間的醫療決定能力是否穩定等因素，並非判斷所有的病人都可以如此確定。

多數的情況下，判斷醫療決定的能力並不需要透過法律程序。只需透過主要負責醫師與家屬共同確定病人是否了解所建議之每一項治療方式的性質、主要目的、風險、利益）及其他可替代的治療方式。更精確而言，一個接受醫療決定能力評估的病人，必須能夠清楚呈現下列能力，以佐證其是否具備醫療決定能力：第一、在評估方面，病人對醫療的建議有正面評價能力；第二、在處置方面，理解目前的醫療情況及預後、所建議治療方式的性質、所有治療方式的好處與壞處及其相關之治療結果；第三、在病程方面，確認醫療決定的能力具備持續性。

病人接受治療的權利（right to treatment）

- 在失智症病人被認為不具備醫療決定能力之前，病人仍具備接受或拒絕治療的權利，在被認為不具備醫療決定能力之後，這個權利則轉移至醫療決定代理人（surrogate decision-maker）
- 醫療決定代理人可以透過了解病人的價值及任何病人曾經表達過的願望，瞭解病人對於治療的喜好度（preference），進而幫助已經失去醫療決定能力的失智症病人做醫療決定。
- 負責醫師接受病人或代理人拒絕治療的要求，並不同於醫師協助自殺（physician-assisted suicide）或是安樂死（euthanasia）。然而，病人或代理人拒絕某些特定的治療，並不意味著負責醫師亦必須中止其他的醫療，如疼痛控制等等。

●病人接受治療的權利

在失智症病人被認為不具備醫療決定能力之前，病人仍具備接受或拒絕治療的權利，在被認為不具備醫療決定能力之後，這個權利則轉移至醫療決定代理人。醫療決定代理人可以透過了解病人的價值及任何病人曾經表達過的願望，瞭解病人對於治療的喜好度，進而幫助已經失去醫療決定能力的失智症病人做醫療決定。

確定失智症的診斷後，是否意味著病人將接受所有形式的治療？顯然答案是否定的。更清楚的說，失智症病人有權利接受或拒絕任何形式的治療，取決於病人、病人家屬及負責醫師共同決定的醫療照護目標。例如，如果病人需要復健治療，甚至可以接受比一般病人更長的復健治療療程。如果已經在進行中的治療是有益於病人，切不可因為她是失智症病人，便將治療中斷。同樣的道理，失智症病人，或其醫療決定代理人，亦有權利拒絕治療，負責醫師接受病人或代理人拒絕治療的要求，並不同於醫師協助自殺或是安樂死。然而，病人或代理人拒絕某些特定的治療，並不意味著負責醫師亦必須中止其他的醫療，如疼痛控制等等。

告知診斷 (telling the truth in diagnosis)

- 積極地、主動地告知診斷及病情，仍是為了病人及家屬的最大利益，讓他們可以對未來的病情變化先做討論，預作準備。
- 依循以場域為基礎的考量模式：若病人堅持要自己得知診斷與病情，而家屬亦不反對，請直接告知病人診斷與病情；若病人並不堅持要自己得知診斷與病情，但家屬堅持要先得知病人的診斷與病情，請先告知家屬關於病人診斷與病情，並持續鼓勵家屬必須告知病人的診斷與病情，以便讓病人參與後續的醫療決定。

●告知診斷

告知病人失智症的診斷，是在門診常見的醫療行為。對於告知的過程必須特別謹慎小心，秉持對病人支持的態度，避免造成病人及家屬絕望。在告知診斷、未來疾病可能的病程和預後時，務必提到「失智症雖然無法治癒，但是可以控制絕大多數的症狀」。積極地、主動地告知診斷及病情，仍是為了病人及家屬的最大利益，讓他們可以對未來的病情變化先做討論，預作準備。

在告知診斷前，必須了解文化的差異性，西方人強調直接告知本人關於失智症的診斷，我們也許莫衷一是，有的病人可能堅持要自己得知診斷與病情，有的家屬可能堅持負責醫師不可以告知病人診斷與病情。因此，還是依循前述建議以場域為基礎的考量模式：若病人堅持要自己得知診斷與病情，而家屬亦不反對，請直接告知病人診斷與病情；若病人並不堅持要自己得知診斷與病情，但家屬堅持要先得知

病人的診斷與病情，請先告知家屬關於病人診斷與病情，並持續鼓勵家屬必須告知病人的診斷與病情，以便讓病人參與後續的醫療決定。

以Albert Jonsen之四象限解決倫理爭議

- 醫療適應性 (medical indication)
- 病患偏好 (patient preference)
- 生活品質 (quality of life)
- 情境特徵 (contextual features)

● 以 Albert Jonsen 之四象限解決倫理爭議

過去以生命醫學倫理四原則 (the four principles of biomedical ethics) 為依據以解決臨床倫理爭議的方式，已經為大家所熟悉，但是，要將四原則運用在臨床醫療上，還是必須具備特異 (specification) 及平衡 (balancing) 等技巧。考量實際臨床場域的重要性，聚焦於個案的獨特性與不同個案間差異性的比較，Albert Jonsen 提出了以四象限 (four boxes) 為依據解決臨床倫理爭議議題。

Albert Jonsen 的四象限包括了醫療適應性 (medical indication)、病患偏好 (patient preference)、生活品質及情境特徵 (contextual features)，提醒醫療專業人員，在解決臨床倫理爭議時，至少必須考慮上述四大面向。針對上述四大面向，Albert Jonsen 提到應該考量的問題，茲簡述如下：

1. 在醫療適應性方面，必須仔細評估病人的主要醫療問題是什麼？該醫療問題究竟是急性或是慢性？是可逆性還是不可逆性？是緊急狀況還是末期？要考量病人的治療目標為何？同時理解各種不同的醫療處置，其成功率為何？依據醫療適應性，考量病人最終是否可以藉由該醫療處置受惠？
2. 在病患偏好方面，眾所皆知病人醫療決定的產生，深受個人價值、個人偏好、媒體訊息等等的影響，而關切病人的偏好，亦是尊重病人自主的展現。在臨床情境中，醫療專業人員必須了解病人是否已經被清楚告知接受某種醫療處置的好處與風險？並在已經理解的情況下，同意接受該醫療處置？病人的健

康狀況是否具備行為能力？病人如可以被卻確定為具備醫療決定的能力，病人對於醫療處置的偏好為何？若不具備醫療決定的能力，病人之前是否曾經表達過其偏好？誰是最適切的醫療決定代理人，可以為該病人做醫療決定？

3. 在生活品質方面，必須考量若病人接受該醫療處置，能回到過去正常生活的機會為何？即使治療成功，病人可能面對之身心及社會功能的障礙為何？病人是否曾經對生活品質表達過看法？對於病治療後生活品質的評估，是否存在偏見呢？
4. 在情境特徵方面，Albert Jonsen 提出了以下數個問題，提醒醫療專業人員在解決臨床倫理爭議議題時，必須仔細考慮，包括：是否有任何利益衝突？是否有除了病人以外的另一方關注醫療處置的決定？臨床醫療處置的決定是否受到經濟因素的影響？有無因為醫療照護資源分配不均的問題而影響醫療決定呢？醫療處置的決定是否受到宗教因素的影響？是否有任何影響醫療處置決定的法律條文呢？是否有任何組織或醫療機構的利益會影響病人的福祉呢？³

依據 Albert Jonsen 所提的四象限方法，可以協助醫療專業人員清楚地釐清所面對的倫理爭議議題，讓可能採行的醫療決定更清楚地浮現。此外，美國阿茲海默症協會建議負責醫師及其他相關之醫療人員，建議必須教育病人及家人關於侵入性治療及安寧緩和醫療的概念，並且透過誠實地溝通，以提升病人的生活品質為出發點，考量病人的意願及最大利益，以適切的社會資源分配為依歸，協助病人及家屬完成醫療照護的決策。

倫理議題討論-1

- 在照顧失智症病人時，必需告知病情嗎？隨病情的進行認知能力的喪失，如何決定病人是否有自主能力？何時可以指定醫療決定代理人？醫療決定代理人如何做決定呢？
- 失智症老人是否如同一般老人須接受例行的檢查如癌症篩檢，而若失智症病人發生其他共病症時，是否比照非失智症病人的治療指引？
- 隨著病情日益嚴重，有不同併發症發生時的處置原則，例如：使用抗憂鬱藥物在早期失智症併發憂鬱症治療是必要的，但在失智症末期是否可停用？同樣地，早期有吸入性肺炎使用抗生素是必要的，但是否需要長期性的預防使用抗生素？

倫理議題討論-2

- 末期失智症病人不吃不喝必須放鼻胃管嗎？
- 日本有一判例，失智症病人在家屬不注意的情況外出，被新幹線列車撞死，法官判家屬賠償鐵路公司損失，引起社會輿論的一陣嘩然。其所延伸的議題為安全考量，失智症病人可以限制活動嗎？反之，根據家屬的敘述，在何種情況下需限制或取消失智症病人駕駛的資格？
- 在長照機構常看到接受維生醫療的末期失智症老人，家屬為享有其月退休，想盡辦法讓病人持續接受無效醫療。延伸至其它社會福利的議題，是否也應考量社會資源分配的議題？

參考文獻：

1. 胡文郁、蔡甫昌、鄭安理（2007）· 癌末病情告知指引· 台北：行政院衛生署國民健康局。趙可式（1996）· 臨終病人的病情告知· 安寧療護，1（1），20－24。
2. 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玟、邱泰源、黃天祥（2006）· 預立醫療計畫之倫理與法律議題· 台灣醫學，10（4），517－536。
3. 周希誠（2012）· 失智症末期的安寧緩和醫療照護· 應用心理研究，(55)，115-153。
4. 衛生福利部國民健康署健康九九網站（2012）：線上檢索於2014年11月5日，取自：http://health99.hpa.gov.tw/EducZone/edu_detail.aspx?CatId=21568
5. 全國法規資料庫（2013）：線上檢索於2014年11月5日，取自：http://law.moj.gov.tw/News/news_detail.aspx?SearchRange=S&id=90591&k1=%E5%AE%89%E5%AF%A7
6. 衛生福利部中央健康保險署（2013）：線上檢索於2014年11月5日，取自：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=3651
7. Dementia G. (2010, March 1). Re: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/>

CG042quickrefguide.pdf.

8. Emanuel, L. L. (2000). Living wills can help doctors and patients talk about dying. *Western Journal of Medicine*, 173(6), 368 – 369.
9. Emanuel, L. L., Danis, M., & Pearlman, R. A. (1995). Advance care planning as a process: Structuring the discussion a practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(4), 440 – 446.
10. Hu, W. Y., Chiu, T. Y., Chuang, R. B., & Chen, C. Y. (2002). A professional perspective: Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, 25(6), 486 – 492.
11. Norton, S. A., & Bowers, B. J. (2001). Working toward consensus: Providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices. *Research Nursing Health*, 24(4), 258 – 269.
12. The, A. M., Pasman, R., Onwuteaka-Philipsen, B., Ribbe, M., van der Wal, G. (2002). Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: Ethnographic study. *British Medical Journal*, 325(7376), 1326.
13. Tulsky, J. A. (2005). Beyond advance directives: Importance of communication skills at the end of life. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(3), 359 – 365.
14. Fan R. Self-determination vs. family-determination: two incommensurable principles of autonomy: a report from East Asia. *Bioethics* 1997; 11(3-4) :309-22.
15. Chen YY, Tsai SL, Yang CW, Ni YH, Chang SC. The Ongoing Westernization of East Asian Biomedical Ethics in Taiwan. *Soc Sci Med* 2013; 78: 125-129.
16. Jonsen A. *Clinical Ethics, a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. Seventh edition. 臨床倫理學，辛幸珍等譯。

第六章 失智症的預防

台大醫院神經部 邱銘章醫師

成功大學附設醫院神經部 白明奇醫師

失智症的預防

- 研究發現，經過活動訓練的老鼠，海馬迴附近出現新生的神經元，並且產生具有功能性的聯結，這項發現打破了哺乳類出生後、大腦神經細胞的數目便不會再增加的傳統理論，更令人訝異的，即使是相當於高齡的「老」老鼠，也能發生這種效應新生、或至少延緩退化的速度。

●失智症的預防

先進國家有關於癌症的治療，已逐漸將重點放在預防或避免危險因子，同樣地，宣導失智症防治的重點之一就是要預防，因為延緩失智症的發病年齡，等於就是減少失智人口的總數。

研究發現，經過活動訓練的老鼠，其海馬迴附近出現新生的神經元 (neurogenesis)，並且產生具有功能性的聯結，這項發現打破了哺乳類出生後、大腦神經細胞的數目便不會再增加的傳統理論，更令人訝異的，即使是相當於高齡的「老」老鼠，也能發生這種效應，換言之：老狗也能學新把戲。看到這樣的現象，科學家與神經學家們提問：到底失智病人經過某種程度有系統的認知訓練，能否也產生神經新生、或至少延緩退化的速度？答案是肯定的。

失智症的預防-增加大腦保護因子(1)

(一)、多動腦

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

(二)、多運動

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、上健身房、柔軟體操、有氧運動、瑜珈、太極拳、元極舞等都不錯。

●失智症的預防 - 增加大腦保護因子

- 1.多動腦：建議保持好奇心、接觸新事物、參加課程、學習新知、閱讀書報雜誌、寫作、猜謎、打橋牌、打麻將、繪畫、園藝、烹飪、縫紉、編織、規劃旅遊、參觀博物館、聽音樂會。
- 2.多運動：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。
- 3.多社會互動：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

失智症的預防-增加大腦保護因子(2)

(三)、多社會互動

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。

(四)、採地中海型飲食

多攝取蔬果、豆類、堅果、未精製穀類、使用橄欖油等未飽和油脂來烹調或調拌沙拉，多攝取魚類(富含omega-3 脂肪酸之魚類)；有飲酒習慣者可飲用適量葡萄酒，但切勿過量。

(五)、維持健康體重

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。



失智症的預防-遠離失智症危險因子(1)

(一)、三高 (高血壓、高膽固醇、高血糖)

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、糖尿病病人應及早接受治療，控制在正常範圍內。

(二)、頭部外傷

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。



失智症的預防-遠離失智症危險因子(2)

(三)、抽菸

建議立即戒菸，可尋求戒菸門診協助。

(四)、憂鬱

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。憂鬱症病人宜定期接受治療。



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。

- 4.採地中海型飲食：建議多攝取蔬果、豆類、堅果、未精製穀類、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、多攝取魚類(富含omega-3 脂肪酸之魚類)、不建議喝酒；有飲酒習慣者可飲用適量葡萄酒，但切勿過量。
- 5.維持健康體重：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。

●失智症的預防 - 遠離危險因子

1.三高 (高血壓、高膽固醇、高血糖)

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、糖尿病病人應及早接受治療，控制在正常範圍內。

2.頭部外傷

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。

3.抽菸

建議立即戒菸，可尋求戒菸門診協助。

4.憂鬱

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。憂鬱症病人宜定期接受治療。

參考文獻

1. 台灣失智症協會，取自：<http://www.tada2002.org.tw/>。
2. 王培寧。台灣失智症危險因子探討。失智症(含輕度認知功能障礙【mild cognitive impairment, MCI】)流行病學調查及失智症照護研究計畫成果報告特刊。2014:23-24。

案例分享 ~ 阿玉的最後 17 年

成功大學附設醫院神經科 白明奇醫師

1998-2000 極輕度失智

- 1992 PT高工護理老師退休，擔任婦女社團志工。
- 1996 罹大腸癌，於嘉義長庚醫院開刀，術後良好。
- 1998 初，由於五月底將往美國，暫停志工任務，社交圈頓時變窄，侷限在家，服伺先生一如個人，自覺不受尊重，爭吵不斷，情緒低落並擔心身體健康，尤其記憶力大退，時年72歲。年中來到精神科門診，主訴近兩個月記憶力不好、健忘、心情不好常與先生爭吵衝突。
- 1999 年底，掛神經科一般門診，疑早期失智或憂鬱，無思路。同時間，精神科醫師開立抗憂鬱及焦慮緩解用藥。

● 1998-2000 年 ~ 極輕度失智

1. 失智症大都以記憶力減退為初發症狀，逐漸會影響生活，也經常被誤以為情緒異常、焦慮或憂鬱。
2. 70-80 歲是阿茲海默症發病的最常見年齡。

2000-2003 輕度失智

- 2000 年初，掛失智症門診，主訴記憶力差將近三年，反覆問同樣問題，已經事先預約掛號，到了醫院卻又掛一次號，日常生活尚可自理、但開始不注重儀表，電話回答舊的號碼，安排住院檢查。
- 出院診斷為阿茲海默症。開始日服 donepezil 5 mg。隨即赴美、並滯美半年。
- 2000 年底返國，記憶力又退，家屬表示病人有可能迷路。申請重大傷病卡。空間定向感差、自覺記憶力差。家屬表示：病人之記憶功能與情緒相當有關，切身的、喜歡的較易記住，如月俸。

● 2000-2003 年 ~ 輕度失智

1. 空間定向感差、甚至迷路也是阿茲海默症常見的早期症狀。
2. donepezil 是健保核准使用的失智治療用藥之一。

2000-2003 輕度失智

- 2001 年初，對時間的定向感差，赴美。
- 2001 年底，自美歸來。與先生爭吵會回嘴，以前不會回嘴；無法記得每一件事，曾於晚上迷路，不記得領月俸與否，執行功能異常。
- 開始加量donepezil，日服 10 mg。

2000-2003 輕度失智

- 2002 年初，不知內閣改組，於台南住家附近**迷路**。常找不到私人物品，近程記憶很差，久遠記憶則很好。沒有病識感，認為先生在宣傳。問已經退休的朋友：下班了嗎？
- 2002 年中，緩慢退步。不快樂、有些憂鬱，但食慾睡眠都好，未失去興趣或離群索居。不知去年訪美之事，但推論可能有去，搭長榮、卻說華航。說不出一個小時前早餐吃什麼？知道無法形成新的記憶，**判斷力差，無法規畫未來，生活一團亂**，但對財務很專注，沒有安全感。

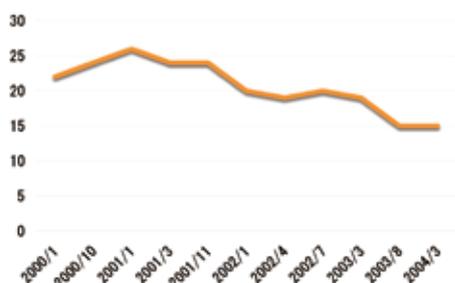
1. 病人不見得對每個症狀都有病識感。
2. recent memory 很差，remote memory 則相對完好，是海馬迴受損造成失憶的典型表現，常讓家人、朋友不解，以為是故意裝的。
3. 老年憂鬱與年輕人的憂鬱症表現不同。

2000-2003 輕度失智

- 2002 年底，不知剛從斗六回來，**五度迷路**，還能請路人打電話，事後完全不記得。運動功能很好。
- 2003 年初，失去時、地之定向感。
- 2003 年中，改服 rivastigmine 1.5 mg bid。再度迷路，**認錯人**，實際人在斗六錯認在美國 DC。
- 提高 rivastigmine 劑量至 4.5mg bid。
- 2003 年底，對年齡迷糊，說不出電話號碼，月份也常弄錯。改服用 nicergoline 10mg tid。

1. rivastigmine 也是健保核准使用的失智用藥之一。
2. 相對於認知功能，病人的體能、四肢運動機能不受影響。

Mini-mental State Examination



● MMSE

病人認知功能逐年減退

2004-2006 中度失智

- 2004 年初，有人陪同可上市場買菜，記憶力持續退步，但仍無妄想或幻覺，在斗六女兒家**迷路十餘次**，可認得房子，但轉個彎就不行了，無法計畫，解決問題能力差。照顧上還好。
- 2004 年中，逐漸形成行動的安全範圍，不敢走遠。2004 年末，以為美國的子孫住在台灣，經常出現錯認(misidentified people)，沒有幻覺。
- 2005 年初，晚餐時刻，說孩子怎麼還沒有回來？意指不可能在台南的外孫女，睡眠仍可。

● 2004-2006 年 ~ 中度失智

1. 病人經常發生迷路，家人受到困擾。
2. 錯認人、物品或房屋、路景都可能發生。

2004-2006 中度失智

- 2005 年中，天天以塑膠袋裝行李說要回台南，不知道用了30年烘碗機放在何處？分不清開飲機的冷熱；仍認得丈夫，在台南未再迷路。午睡中：我還要上上課！愛撿塑膠管等東西回家。
- 2006 年初，人在台南，卻天天吵著要回台南 (misidentified home)，自稱仍在上課、能上市場買菜等。明明在台南，卻說從斗六來。
- 出現黃昏症候群，一直要走出去；赴宴，取他人之手提袋，沒有自覺；在斗六有十七次回不了家。
- 申請外籍看護。

1. 病人常在黃昏時刻混亂、恍惚或惡化，稱為黃昏症候群 (sun-down phenomenon)。
2. 病人也可能收集沒有價值的東西，如塑膠袋、瓶蓋、衛生紙、甚至石頭。
3. 家人疲於照顧，決定申請外籍看護以分勞。

2004-2006 中度失智

- 2006年中，不知道先生跌倒骨折，無法處理日常生活，如沐浴。衛生習慣差，隨手丟垃圾，偶爾隨地小便，家中物件一律收為己有，藏在自己房內的櫥櫃中。有著嚴重的不安定感。
- 很少有安靜時刻，三不五時就想開門走出去。
- 能吃、能動、又好睡。極愛說話，偶爾能說出正確的事。
- 焦躁不安、動個不停，需帶出門散步消磨體力以穩定情緒。

1. 病人出現不安定感、焦慮，經常需要旁人給予安撫。
2. 衛生習慣變差，也常造成家人困擾。
3. 規律運動、轉移注意力是好方法。

2004-2006 中度失智

- 2006 年中，隨地便溺，洗澡邊哄帶騙，很難脫下衣褲。出現挑食，喜重口味與甜食，不愛青菜，吃到飽為止，變胖。
- 按馬桶沖水來洗手，心情好時隨口編故事，心情不佳就動怒、罵人。對親人的認識愈發混亂，欲取用物品遇阻礙時如幼兒般用本能去破壞。老伴在視線範圍之內才有安全感(阿玉的先生在大陸有前妻)。
- 已難有規律生活，清楚時，可看電視、哼老歌；大都不易集中注意力於電視或某件事物上。

1. 病人出現飲食習慣的改變，尤其喜愛甜品，常造成過重。
2. 病人對久遠記憶或者早年學會的事物，可以保持完好。

2004-2006 中度失智

- 2006 年底，使用 fluoxetine 及 nicergoline 之後，阿玉人變得較開朗，情緒也較穩定。
- 家屬採用照顧幼兒的方式，如生活規律、吃點心、散步、看電視、有人陪，大致效果不錯；阿玉若餓了、累了，脾氣就壞；同時，作息一變或出門在外，狀況就多。
- 喜歡吃香甜有味的食物，體重上升，但體力退步，腳勁不如以前。

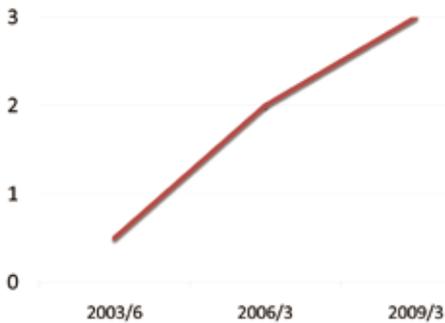
2007-2011 中重度失智

- 2007年，認知功能退步，偶有**虛謔** (confabulation)，病人對他人針對自己做出的動作可以迅速地回應，與外籍看護規律散步，情緒尚稱穩定。服用 nicergoline 10mg bid 及 fluoxetine 20mg qd。
- **大小便偶爾失禁**，將衛生紙當作吃喝穿用，毛巾當蝴蝶，愛說話，但人事混淆，不知所云。與之對話常是雞同鴨講，前言後語無法連貫。尚能分辨人的親疏，只是不知對方關係。
- 幾乎**沒有生活自主能力**，吃飯要有肉香，不吃青菜。牙齒不好，許多蔬果類纖維吃不下去，肉亦嚼不爛並吐出。

● 2007-2011 年 ~ 中重度失智

1. 病人已失去生活自主性 (loss of autonomy)。
2. 大小便失禁並非阿茲海默症早期的症狀，阿玉發病第九年方才發生。

CDR



臨床失智嚴重度的演變。

2007-2011 重度失智

- 2007年，作息規律，喜熱鬧，如哄幼兒般的讚美可以使她快樂或配合。進入她早年的生活模式可以與她互動，例如稱臥室為宿舍、浴室當澡堂、老師有道理(病人之前為護理老師)等等。
- 2007年中，已經無法寫字，**失禁嚴重**。到了年底，已經無法命名許多東西、或出現錯語 (paraphasia)，大小便失禁次數增加，行動較遲緩，走路小步且不穩，走不遠。使用 amantadine 後動作有點進步。
- 語言詞彙再減少，日常生活事項可聽懂，但說不明白(失語 aphasia)。
- 2008年中，因為牙周病拔牙。

● 2007-2011 年 ~ 中重度失智

1. 病人因為對早年熟悉的用語與環境較能掌握，因而有安全感。
2. 喪失語言溝通能力是遲早的事，但一開始並非主要症狀。

2007-2011 重度失智

- 2009年四月，阿玉發現乳癌第二期，立刻接受開刀切除，術後身體還算硬朗。
- 2010年，營養狀況還好，走路動作**變得笨重、遲緩**，自己站不起來，走路不能抬腳也走不遠，同時顯得較沉默，發呆時間較多。
- 逐漸地，阿玉需要藉由助行器才能行動、且步步為營，雖然還可以說話，但不常開口，詞彙也變得更少。
- 2011年，平平。

2012-2015 極重度失智

- 2012年，食慾正常，尿失禁，身體僵硬，雖然不必扶持可以走幾步，但也僅能如此；仍有眼神，但很少說話，已經完全失去生活自主性，經由餵食，營養狀況還算可以。
- 2013年，病情穩定。身體更加僵硬與彎曲。從錄影資料得知病人走路時，腳底離地面很近，幾乎貼著地板移動。
- 據家人稱，病人看到一群人時仍可露出笑容。

● 2012-2015 年 ~ 極重度失智

1. 情緒功能有時能保留到疾病的晚期。
2. 許多失智病人到了晚期會出現身體僵硬、甚至到類帕金森症的地步。

2012-2015 極重度失智

- 2014年初，因肺炎住院。其子去世。
- 年中，又一次肺炎，從此住進護理之家，並與家屬討論後置放鼻胃管。
- 在護理之家由於驗血，血紅素偏低，經家屬討論後，不進行侵入性治療，接受安寧療法。
- 2015.01.18 阿玉病逝於護理之家。

失智症已納入安寧緩和治療項目之一。

附錄

附錄一：專有名詞之中、英文對照表 (依 A-Z 排序)

英文	簡稱	中文
Activities of Daily Living	ADL	日常生活活動功能
advance care planning	ACP	預立醫療自主計畫
advance directives	ADs	預立醫療指示
advanced glycosylation end products	AGEs	最終糖化蛋白
Alzheimer's disease	AD	阿茲海默症
Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale	ADAS-cog	阿茲海默症評估量表
agnosia		失認症
amnesia		失憶症
angiotensin converting enzyme inhibitor	ACE-I	血管張力素轉化酶抑制劑
angiotensin receptor blocker	ARB	血管張力素受體阻斷劑
aphasia		失語症
apraxia		失用症
aroma therapy		芳香療法
art therapy		藝術治療
behavioral and psychological symptoms of dementia	BPSD	精神行為症狀
cholinesterase inhibitor	ChEIS	乙醯膽鹼酶抑制劑
Clinical Dementia Rating	CDR	臨床失智症評估量表
Clock-Drawing Test	CDT	畫鐘測驗
Cognitive Abilities Screening Instrument	CASI	知能篩檢測驗
Cohen-Mansfield Agitation Inventory	CMAI	柯恩 - 曼斯菲爾德激動情緒行為量表
comprehensive geriatric assessment	CGA	周全性老年醫學評估
Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Neuropsychological Battery	CERAD Neuropsychological Battery	CERAD 神經心理測驗
corticobasal degeneration	CBD	皮質基底核退化症
Creutzfeldt-Jakob disease	CJD	庫賈氏症
dementia with Lewy bodies	DLB	路易體失智症
Disability Assessment for Dementia	DAD	失智症生活功能評估工具
donepezil(aricept)		愛憶欣
exercise training		運動訓練 (運動治療)
frontotemporal dementia	FTD	額顳葉失智症

英文	簡稱	中文
fronto-temporal lobar degeneration	FTLD	額顳葉失智症
Frontal Behavioral Inventory	FBI	額葉行為量表
Functional Assessment Staging Test	FAST	阿茲海默氏失智症功能性評估量表
galantamine(reminyl)		利憶靈
General Practitioner Assessment of Cognition	GPCOG	基層醫師認知功能測驗
Huntington disease		亨汀頓症
Instrumental Activities of Daily Living	IADL	工具性日常生活活動
major depressive disorder		重鬱症
major neurocognitive disorder		認知障礙症
Mayo Fluctuation Scale		梅奧波動量表
memantine		NMDA 受體拮抗劑
Memory Impairment Screen	MIS	記憶障礙篩檢
mild cognitive impairment	MCI	輕度認知障礙
Mini-Cognitive Assessment Instrument	Mini-Cog	迷你認知功能測驗
Mini-Mental Status Examination	MMSE	簡易智能檢查
Montreal Cognitive Assessment	MoCA	蒙特利爾認知評估量表
multi-sensory stimulation, Snoezelen		多重感覺刺激，多感官訓練
Neuropsychiatric Inventory	NPI	神經精神評估量表
Parkinson disease dementia	PDD	帕金森失智症
progressive suprabulbar palsy	PSP	進行性核上性麻痺
reality orientation therapy	ROT	現實定向感治療
recreation therapy		娛樂治療 (休閒治療)
reminiscence therapy		懷舊治療
selective serotonin reuptake inhibitor	SSRI	選擇性血清素再吸收抑制劑
serotonin norepinephrine reuptake inhibitors	SNRI	血清素與正腎上腺素再吸收抑制劑
schizophrenia		思覺失調症
Single Photon Emission Computed Tomography	SPECT	單光子電腦斷層掃描
Short Portable Mental Status Questionnaire	SPMSQ	簡易心智狀態問卷調查表
syndrome of inappropriate antidiuretic hormone	SIADH	抗利尿激素分泌失調症
valproic acid		抗癲癇劑
vascular dementia	VD	血管性失智症
Wechsler Memory Scale	WMS	魏氏記憶量表

附錄二：MMSE 簡易智能檢查

MMSE 的作者將 MMSE 的版權轉移至 MiniMental 公司。2001 年 3 月，MiniMental 與心理評估資源公司（PAR）簽訂了一項獨家協議，授權 PAR 發行和管理所有有關 MMSE 的知識產權。（[http://zh.m.wikipedia.org/wiki/ 簡短智能測驗 /](http://zh.m.wikipedia.org/wiki/簡短智能測驗/)）

量表內容包括：

一、基本個人資料

1. 識字程度：包括讀與寫的能力
2. 慣用手為那一手

二、量表內容

1. 定向感 (共 10 分)
 - (1) 時間 (5 分)：年、月、日、星期、季節
 - (2) 地方 (5 分)
2. 注意力 (8 分)
 - (1) 訊息登錄 (3 分)
 - (2) 系列減七 (5 分)
3. 回憶 (3 分)
4. 語言 (5 分)
 - (1) 命名 (2 分)
 - (2) 覆誦 (1 分)
 - (3) 閱讀理解 (1 分)
 - (4) 書寫造句 (1 分)
5. 口語理解及行用能力 (3 分)
6. 建構力 (1 分)：圖形抄繪

附錄三：CDR 臨床失智評分量表

CDR 臨床失智評分量表							
病人姓名：		病歷號碼：		CDR = 分		填表日期： 年 月 日	
項目 分數	記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料	小項計分
無 (0)	沒有記憶力減退、或稍微減退，沒有經常性健忘。	完全能定向。	日常問題（包括財務及商業性的事務）都能處理很好；和以前的表現比較，判斷力良好。	和平常一樣能獨立處理相關工作、購物、業務、財務、參加義工及社團的事務。	家居生活、嗜好、知性興趣都維持良好。	完全能自我照料。	
可疑 (0.5)	經常性的輕度遺忘，事情只能部分想起；“良性”健忘症	完全能定向，但涉及時間關聯性時，稍有困難。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，稍有困難。	這些活動稍有障礙。	家居生活、嗜好、知性興趣，稍有障礙。	完全能自我照料。	
輕度 (1)	中度記憶力減退；對最近的事尤其不容易記得；會影響日常生活。	涉及有時間關聯性時，有中度困難。檢查時，對地點仍有定向力；但在某些場合可能仍有地理定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有中度困難；社會價值之判斷力通常還能維持。	雖然還能從事某些活動，但無法單獨與，對一般偶而的檢查，外觀上還似正常。	居家生活確已出現輕度之障礙，較困難之家事已經不做；比較複雜之嗜好及興趣都已放棄。	須旁人督促或提醒。	
中度 (2)	嚴重記憶力減退只有高度重複學過的事物才會記得；新學的東西都很快會忘記。	涉及有時間關聯性時，有嚴重困難；時間及地點都會有定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有嚴重障礙；社會價值之判斷力已受影響。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。被帶出外面活動時，外觀還似正常。	只有簡單家事還能做，興趣很少，也很難維持。	穿衣、個人衛生、及個人事務之料理，都需要幫忙。	
嚴重 (3)	記憶力嚴重減退只能記得片段。	只能維持對人的定向力。	不能作判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重，無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。	
深度 (4)	說話通常令人費解或毫無關聯，不能遵照簡單指示或不能了解指令；偶而只能認出其配偶或照顧他的人。吃飯只會用手指頭不太會用餐具，也需要旁人協助。即使有人協助或加以訓練，還是經常大小便失禁。有旁人協助下雖然勉強能走幾步，通常都必須座輪椅；極少到戶外去，且經常會有無目的的動作。						
末期 (5)	沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能座也不能站，全身關節攣縮。						

備註：A. 原版臨床失智評估量表並無第 3 級以上之狀態，但因目前台灣安寧療護緩和醫學針對失智末期定義為 CDR=5 分方能申請健保給付之安寧居家療護。因此面對嚴重的失智障礙程度時，可以參考深度 (4) 及末期 (5) 之規則。
 B. 如於兩格中無法決定選那一格，請圈選嚴重者
 C. 計分原則可參考下列網址 <http://www.biostat.wustl.edu/~adrc/cdrpgm/index.html> 或參考下列文獻
 Lin KN,Liu HC(2003).Clinical Dementia Rating (CDR),Chinese Version.Acta Neurologica Taiwanica;12(3):154-165

醫院名稱	醫生簽章 (簽名及蓋章)
------	-----------------

附錄四：日常生活活動功能量表 (巴氏量表)

項目	分數	內容說明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間 (約十秒鐘吃一口) 可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成 (不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁 (每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁 (每週不超過一次) 或尿急 (無法等待放好變盆或及時趕到廁所) 或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅 (包括轉彎、進門及接近桌子、床沿) 並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 上下床或椅子	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



本表格參考自台灣長期照護專業協會

附錄五：工具性日常生活量表 (IADL)

項目	分數	內容
使用電話的能力	1	<input type="checkbox"/> 自動自發使用電話 - 查電話號碼，撥號等
	1	<input type="checkbox"/> 只會撥幾個熟知的電話
	1	<input type="checkbox"/> 會接電話，但不會撥號
	0	<input type="checkbox"/> 完全不會使用電話 -
上街購物	1	<input type="checkbox"/> 獨立處理所有的購物需求
	0	<input type="checkbox"/> 可以獨立執行小額購買
	0	<input type="checkbox"/> 每一次上街購物都需要有人陪伴
	0	<input type="checkbox"/> 完全不會上街購物
做飯	1	<input type="checkbox"/> 獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜
	0	<input type="checkbox"/> 如果備好一切作料，會做一頓適當的飯菜
	0	<input type="checkbox"/> 會將已做好的飯菜加熱和擺設，或會做飯，但做得不夠充分
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人把飯菜煮好、擺好
做家事	1	<input type="checkbox"/> 能單獨處理家事或偶爾需要協助 (例如：幫忙比較重的家事)
	1	<input type="checkbox"/> 能做較輕的家事，例如：洗碗、鋪床、疊被
	1	<input type="checkbox"/> 能做較輕的家事，但不能達到可被接受的清潔程度
	1	<input type="checkbox"/> 所有的家事都需要別人協助
	0	<input type="checkbox"/> 完全不會做家事
洗衣	1	<input type="checkbox"/> 會洗所有的個人衣物
	1	<input type="checkbox"/> 會洗小件衣物，例如：清洗襪子、褲襪等
	0	<input type="checkbox"/> 所有的衣物都要由別人代洗
使用交通工具	1	<input type="checkbox"/> 能自己搭乘公共交通或自己開車
	1	<input type="checkbox"/> 能自己搭計程車，但不會搭公共交通工具
	1	<input type="checkbox"/> 當有人協助或陪伴時，可以搭公共交通工具
	0	<input type="checkbox"/> 只能在別人協助下搭計程車或私用車
	0	<input type="checkbox"/> 完全不能出門
自己負責用藥	1	<input type="checkbox"/> 能自己負責在正確的時間，服用正確的藥物
	0	<input type="checkbox"/> 如果事先將藥物的分量備妥，可以自行服用
	0	<input type="checkbox"/> 不能自己負責服藥
財務管理	1	<input type="checkbox"/> 獨立處理財務 (自己做預算、寫支票、付租金、付帳單、上銀行)，自己匯集收入並清楚支用狀況
	1	<input type="checkbox"/> 可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行的往來，或大宗的購買等
	0	<input type="checkbox"/> 不能處理錢財
總分		

每一個項目計分方式為二分法，即 1 分或 0 分，滿分為 8 分。喪失功能項目的多寡，可幫助區分功能障礙的輕重程度，評估的結果越接近滿分則表示老年人功能越獨立。

源自 Lawton, M. P., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.

附錄六：全民健康保險藥品給付規定

資料來源：衛生福利部中央健康保險署 (2015): 線上檢索於 2015 年 5 月 18 日，
取自 http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_file/chap1.doc

1.3.3. 失智症治療藥品

- 一、限用於依 NINDS-ADRDA 或 DSM 或 ICD 標準診斷為阿茲海默氏症或帕金森症之失智症病患。
- 二、如有腦中風病史，臨床診斷為「血管性失智症」，或有嚴重心臟傳導阻斷（heart block）之病患，不建議使用。
- 三、需經事前審查核准後使用，第一次申請須檢附以下資料：
 - (一) CT、MRI 或哈金斯氏量表 (Hachinski Ischemic Score) 三項其中之任一結果報告。
 - (二) CBC, VDRL, BUN, Creatinine, GOT, GPT, T4, TSH 檢驗。
 - (三) 病歷摘要。
 - (四) MMSE 或 CDR 智能測驗報告。
- 四、依疾病別及嚴重度，另規定如下：
 - (一) 阿茲海默症之失智症

由神經科或精神科醫師處方使用。

 1. 輕度至中度失智症：

限使用 donepezil、rivastigmine 及 galantamine 口服製劑 (90/10/1、92/1/1、95/6/1、100/3/1、102/8/1)。

 - (1) 智能測驗結果為 MMSE 10~26 分或 CDR 1 級及 2 級之病人。
 - (2) 使用前述三種藥品任一種後，三個月內，因副作用得換用本類另一種藥物，不需另外送審，惟仍應於病歷上記載換藥理由。其中 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets 等 3 種藥品，倘因副作用，需換用 donepezil、rivastigmine 或 galantamine 口服製劑之另一種藥物，需另經事前審查核准後使用。(93/4/1、102/8/1)
 - (3) 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets 等 3 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1)
 - (4) 使用 rivastigmine 貼片劑 (如 Exelon Patch)，每日限用一片，且不得併用同成分之口服藥品 (100/3/1)。
 2. 中重度失智症：

限使用 memantine 口服製劑 (95/6/1、99/10/1、102/8/1)。

- (1) 智能測驗結果為 $10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或 CDR 2 級之病人。
- (2) 曾使用 donepezil, rivastigmine, galantamine 其中任一種藥品之病人，若不再適用上述其中任一藥物，且 MMSE 或 CDR 測驗達標準 ($10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或 CDR 2 級)，並經事前審查核准後得換用 memantine。惟 memantine 不得與前項三種藥品併用。
- (3) 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 2 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1)

3. 重度失智症：(99/10/1、102/8/1)

限使用 donepezil 及 memantine 口服製劑 (102/8/1)

- (1) 智能測驗結果為 MMSE 5-9 分且 CDR 3 級之病人。
- (2) 臥床或無行動能力者不得使用。
- (3) 曾使用過 memantine, donepezil, rivastigmine, galantamine 而不再適用者，不得使用。
- (4) donepezil 及 memantine 二者不能併用。
- (5) 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分 (不含) 以上，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets、Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 5 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分 (不含) 以上，則應停用此類藥品。(99/10/1、102/8/1)

(二) 帕金森症之失智症 (99/5/1、100/3/1、102/8/1)

限神經科醫師診斷及處方使用於輕度至中度之失智症。

限使用 rivastigmine 口服製劑 (102/8/1)。

1. 智能測驗結果為 MMSE 10~26 分或 CDR 1 級及 2 級之病人。
2. 失智症發生於帕金森症診斷至少一年以後。
3. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。(99/5/1、102/8/1)

備註：起步治療係指同組藥品第一次申請同意治療之評分。

失智症診療手冊 - 教師手冊

指 導 單 位：衛生福利部醫事司

執 行 單 位：社團法人台灣失智症協會

共同執行單位：台灣臨床失智症學會
社團法人台灣老年精神醫學會

總 編 輯：邱銘章醫師

編輯委員（依章節排序）：

梁繼權醫師、歐陽文貞醫師、王培寧醫師、
陳慶餘醫師、白明奇醫師

設計印製：吉興印刷品事業有限公司

版 次：104 年 5 月二版