

失智症診療手冊

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

目 錄

第一章 失智症的認識	1
一、失智症的早期病徵與案例	2
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	4
四、基層醫師在失智症病人照護所扮演的角色	5
五、失智症友善門診及照護團隊	6
六、衰弱與失智症	8
第二章 失智症的診斷	10
一、失智症的診斷準則	11
二、鑑別診斷：失智症、譫妄、憂鬱	13
三、尋找失智症的病因	14
四、失智症的診斷流程	17
第三章 失智症的評估	19
一、認知功能	20
二、精神行為症狀	21
三、實驗室檢查與神經影像學	23
四、失智症相關共病症及周全性老年醫學評估	25
五、家庭照顧者壓力和需求評估	26
第四章 失智症的治療	27
一、認知的治療	28
（一）藥物治療	28
（二）非藥物治療	30
二、失智症精神行為症狀的治療	32
三、共病症治療	38

第五章 失智症的照護 42

一、溝通關懷與社會資源	43
二、預立醫療自主計畫	46
三、安寧緩和醫療照護	48
四、倫理議題	49

第六章 失智症的預防 52

附錄 55

附錄一：專有名詞之中、英文對照表 (依 A-Z 排序)	56
附錄二：MMSE 簡易智能檢查	58
附錄三：CDR 臨床失智評分量表	59
附錄四：日常生活活動功能量表 (巴氏量表)	60
附錄五：工具性日常生活量表 (IADL)	61
附錄六：全民健康保險藥品給付規定	62
附錄七：病人自主權法	64

表格目錄

表 1、正常老化與失智症在認知功能改變上的差異	3
表 2、基層醫療面對失智症所遭遇的障礙	6
表 3、失智症友善環境的基本原則	7
表 4、DSM-IV-TR 失智症的診斷標準	11
表 5、DSM-5 認知障礙症 (Major Neurocognitive Disorder) 的診斷標準表	12
6、失智症、譫妄及憂鬱症三者的鑑別診斷	13
表 7、常見的失智症病因一覽表	15
表 8、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	15
表 9、失智症在不同面向認知功能障礙的症狀與表現	20
表 10、不同面向的早期認知功能障礙與相對應的退化性失智症	21
表 11、BPSD 常見之症狀	22
表 12、神經精神評估量表	22
表 13、失智症的實驗室檢查	24
表 14、失智症相關共病症及周全性老年醫學評估項目和主要內容	25
表 15、認知藥物一覽表	29

第一章

失智症的認識

- 基層醫師身負守護社區民眾健康第一線的任務，在失智症大流行中有重要的角色與責任。
- 正常老化與失智症的差異，失智症的早期症狀與早期篩檢的方法。
- 失智症的照護必須涵蓋病人生理、心理與社會層面，及照顧者的身心壓力，亦即為全人、全家、全程的服務。
- 失智症照護團隊與友善門診為達成失智症良好周全性照護的醫療模式。
- 在高齡友善環境下，應用三段五級的預防模式以照護有認知功能障礙衰弱的老年人。

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

隨著老年人的快速增加，失智症已成為日益嚴重的全球公共衛生問題。據國際阿茲海默症協會 (Alzheimer's Disease International) 估計，2015年全球失智症病人約有 4,680 萬人，並以每 20 年多一倍的速度增加。依 2011-2012 年台灣失智症盛行率調查顯示，65歲以上的失智症人口約占8% (約23萬人)，也就是說每12人即有1位失智者且年齡愈大盛行率愈高，80歲以上的老人每 5位約有 1 位失智。然而，失智症並非老年人的專利，約有 5% 的失智症病人屬於 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，對個人、家庭與社會造成嚴重的打擊。此外，研究顯示失智症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。

本章是以基層醫療的角度，討論基層醫師面對失智症的重要問題，對於失智症較完整的了解請參考本書其他篇章。

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，晚上無法安穩入睡。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。

記憶力減退是老化的現象之一，也是老年人常有的抱怨，基層醫師必須了解正常老化與失智症在認知能力的差異 (表 1)。

從認知能力正常到失智之間存在一個灰色地帶，而輕度認知障礙 (mild cognitive impairment, MCI) 可能是失智的前驅期，流行病學研究中顯示，社區篩檢出的MCI患者至少有 1/3 會在5年內會發展成失智症，而主動到記憶門診

求診並經確診為MCI者，5年內更是高達40-50%的比例會發展成失智症，但亦有些MCI的患者會恢復正常。台灣於100-102年的全國性調查發現，65歲以上人口約18.8%有MCI。MCI的特徵為開始出現輕度的認知障礙，例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，例如做決定、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，病人開始出現獨立生活、社交、工作上的困難，或出現認知以外的精神症狀（例如人格改變、易怒等），便是早期（輕度）的失智症。必須注意的是，有記憶問題不一定是失智，失智也可以是記憶之外的認知與行為障礙表現；而一方面也要及早找尋導致失智的原因，可能為阿茲海默症（Alzheimer's disease）、血管性失智症（vascular dementia）或其他可治療的狀況，例如憂鬱症、甲狀腺功能低下、維生素B6或B12缺乏等。關於失智症詳細的病因與分類請參閱第二章。

表 1、正常老化與失智症在認知功能改變上的比較

能力或徵狀	正 常 老 化	失 智 症
日常生活能力	能獨立維持	需要協助
病識感	有，會覺得自己記憶力差	早期可能有，大多數無病識感
回想能力	過後會想起來或經提醒後可以記起	不容易經提醒後記起
對健忘看法	自己比親人更關心	親人比當事人擔心
近期記憶力	較不會忘記	容易忘記
說話連貫性	偶而會忘詞	說話會中斷或用其他詞彙替代
方向感	在熟悉環境中較不會迷路	會迷路，或要花較長時間找到路
使用新用具	仍能學習或操作一般的用具	漸無法學習或操作一般的用具
社交技巧	並無減退	失去參與的興趣或表現不恰當
認知功能測驗	正常	異常

摘譯與修改自：Gattman R, Seleski M, eds. *Diagnosis, Management and Treatment of Dementia: a Practical Guide for Physicians*. Chicago, IL: American Medical Association; 1999.

二、失智症診斷之重要原則

失智症是緩慢進行且目前仍無法治癒的疾病，然而，早期發現與治療可有效延緩疾病的進行、維持病人的功能與生活品質、減輕照顧者壓力等。失智症常不易察覺，研究發現只有約 1/3 的病人獲得診斷；因此，如何提高基層醫師對失智症病人的敏感度與診斷能力是相當重要的課題，下述為診斷失智症之概要原則，更詳細之診斷標準請參閱第二章。

- (一) 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。
- (二) 評估過程必須有家屬，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。
- (三) 失智症的診斷有三個重要部份：臨床診斷、病因探討、找尋可治療的問題與相關危險因子（如腦血管疾病）。
- (四) 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醫學評估 (comprehensive geriatric assessment)(請參閱第三章第四節)。
- (五) 早期診斷的主要目的並非單純獲得一個診斷或對症下藥，而是使病人與家屬能及早作好準備，包括安排日後生活與工作、預立醫療指示、規畫財務等，以因應疾病對個人與家庭的影響；同時也可減少家屬對病人的誤解（例如大小便無法處理、物品錯放等）與衝突，並降低因行為問題產生的危險（例如忘記關瓦斯）。
- (六) 失智症的診斷是醫療工作的開始而非結束，須為病人擬定治療計畫、評估需求、轉診、追蹤，並適時關懷照顧者。

三、門診或臨床可以使用的簡易檢查與診斷工具

一個良好的篩檢或診斷工具必須符合準確性、安全、能被接受等條件，目前已有不少簡單快捷的篩檢與診斷工具可供基層醫師參考，例如：簡易智能檢查 (Mini-Mental Status Examination, MMSE)、AD8 極早期失智症篩檢量表、簡易心智狀態問卷調查表 (Short Portable Mental Status

Questionnaire, SPMSQ)、畫鐘測驗 (Clock-Drawing Test)、迷你認知功能測驗 (Mini-Cognitive Assessment Instrument, Mini-Cog)、基層醫師認知功能測驗 (General Practitioner Assessment of Cognition, GPCOG)、記憶障礙篩檢 (Memory Impairment Screen, MIS) 等。欲對失智症的評估工具有更多了解請參閱第三章、台灣臨床失智症學會網站 (<http://www.tds.org.tw>) 及台灣失智症協會網站 (<http://www.tada2002.org.tw>)。

四、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之責任與角色。以病人為中心的全人醫療服務是家庭醫學的核心理念，因此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。

- (一) 在病人方面，應落實以「人」而非以疾病為中心的照護，對一般民眾提供失智症的預防計畫，包括教育如何健康生活、給予早期的篩檢與處理等。若發現患病時，轉介專科確診、對病人提供疾病諮詢、繼續其他慢性或急性症狀照護，及協助病人與家屬為疾病的進程預做準備，例如預立醫療指示 (advanced directives)；當病人到達末期時則啟動末期照護。
- (二) 在病人家庭方面，通常病人的家屬為照顧的主力，須先了解誰為主要照顧者、疾病與家庭的相互影響及評估照顧需求等，以協助照顧者取得各種醫療與照護資源，並針對疾病的自然史、可能發生的問題做預先的警示與處理，為預期性指導 (anticipatory guidance)，如此可使照顧者更加了解如何與失智症共處。另一方面，亦須注意家屬與主要照顧者的健康，家屬與照顧者可能因長期照顧病人累積巨大的壓力，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。
- (三) 在醫療系統方面，基層醫療應站在對抗失智症的第一線，提供持續性、周全性與可近性的醫療保健照護；營造基層醫療友善的診療環境，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) 模式；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；透過醫學會與醫師公會組織，建立與強化失智者的基層醫療照護系統。

(四) 在社會方面，參與社區的失智症宣導與教育，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，對失智症病人提供醫療之外的社會支持照顧。

(五) 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(表2)，必須透過大家的努力來克服。

表 2、基層醫療面對失智症所遭遇的障礙

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。
缺乏對相關社會團體與資源的認識與連結。

摘譯與修改自：Aminzadeh F, 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.

五、失智症友善門診及照護團隊

失智症病人常有多重功能障礙，因此對外界環境的理解與適應力較差，在疾病後期或為路易體失智症 (dementia with Lewy bodies) 者，常有行動障礙與跌倒風險，需要較多的關注與協助。失智症友善門診便是透過環境的改善(表3)，提供一次到位的整合性服務，使失智症病人可方便取得所需之醫療與照護，發揮其功能，減少可避免之失能與行為問題、維護自尊、增進病人與照顧者的生活品質等。目前已有多間醫院開辦專門服務失智症病人的「記憶門診」，例如長庚紀念醫院失智症中心、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的需要。研究發現由基層醫師與有護理專業的個案管理師合作，在失智症專業人員【神經內科醫師、(老年)精神科醫師及心理師等】的支持下，可以有效執行失智症臨床照護指引的工作，病人的症狀與照顧者的壓力亦明顯改善。建立失智症照護的團隊合作模式應是病人、照顧者與醫護人員三贏的方式。在橫向方面，團隊必須整合基層醫療、次級照護、各種醫療專業(醫師、護理人員、營養師、職能/物理治療師、語言治療師、臨床心理師、藥劑師等)、個案管理師、社工人員及志工等，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，亦有人建議須把照顧者納入團隊中；此外，將志工納入團隊中，是因關懷志工可陪伴、支持、撫慰病人與照顧者，減少其孤單與無助感，並鼓勵病人與照顧者參與社會活動，促進其身心健康。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維護，依疾病不同階段使用不同方式滿足病人與照顧者的需要。

各地區環境與資源有其差異，因此須因地制宜發展適合在地的團隊架構與合作模式。在團隊人力較不足的基層醫療，認識次級醫療照護機構之服務與建立彼此的連結關係，可提供病人與照顧者更完整的照護；此外，結合社區醫療與衛生局/所，建立相關專業人員的轉介與支援系統，亦可使基層醫師在病人及照顧者需要的時候提供相關協助。

表 3、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。
 - 營造居家般的環境。
 - 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的機會。
-

六、衰弱與失智症

「衰弱」(frailty) 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 24 小時的照顧機構，及提高死亡率。這些臨床病程在失智症老年人更加嚴重。2013 年由國際營養和老化學會和國際老年學暨老年醫學協會所組成的共識團體 (IANA/IAGG) 提出了認知功能障礙衰弱 (cognitive frailty) 在老年人的定義，除上述身體衰弱外，加上認知功能減退，臨床失智症評估量表 (Clinical Dementia Rating, CDR) 為 0.5，但尚未到達失智的情況。

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。

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：

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 早期認知功能障礙衰弱：看似衰弱，抗傷害性差，但未失能。
- (四) 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。
- (五) 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。

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年人三段五級預防」，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：

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 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。
- (四) 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。
- (五) 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。

推薦讀物

1. 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。
2. 吳風鈴、陳慶餘、許志成、謝博生。以衰弱症為導向的老年人三段五級預防。台灣醫誌 2013;56(9):17-22。

誌謝

感謝陳晶瑩醫師、黎家銘醫師提供資料；林名男醫師以基層醫師的角度提供寶貴的建議。

第二章

失智症的診斷

- 失智症是一種由腦部疾病、身體疾病、藥物或成癮物質使用所引起的持續認知功能下降及相關症候群。90%失智症患者會出現精神行為症狀。
- 失智症的認知功能障礙包括：記憶、學習、注意力、語言、推理、計算、組織、規劃、視覺空間動作整合等執行功能或社交認知功能等。
- 譫妄及憂鬱症常與失智症混淆，鑑別診斷的重要根據有疾病的發展史、憂鬱症狀或是意識變化之發生時間序、認知與精神狀態檢查的變化等因素。
- 最常見的失智症依序為阿茲海默症、血管性失智症、路易體失智症及額顳葉失智症，其中阿茲海默症是以記憶缺損為早期的主要症狀，少於 5% 的失智症是可逆性。
- 早期找出可逆性的病因或認知功能惡化的共存原因，是可以延緩或改善失智狀態。

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

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；患者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、障礙或社交認知功能等。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。

失智症診斷概念或準則隨著年代有些改變。1950 年 Martin Roth 到 1977 年 ICD-9 定義失智症為「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，但就沒有強調定向感退化。1992 年 ICD-10、1994 年 DSM-IV 及 2000 年 DSM-IV-TR（見表 4）都放寬失智症診斷準則：不一定要同時有近期與遠期記憶力缺損，但是仍需要有多重認知障礙。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；經過診斷準則放寬後值得一提的是，1998 年起至 2002 年台灣就有相關團體倡議將「癡呆症」改為「失智症」。

表 4、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。

但在 2011 年美國國家老化研究院與阿茲海默症協會 (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 (見表 5)，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，但仍維持至少需兩項認知領域缺損才可診斷失智症，後者則更放寬失智症診斷，並將其概念往預防失智症及失智症臨床前期推演，並因去標籤化及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為六大領域，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及 ICD-9 的「記憶與學習能力」及隱性學習 (implicit learning)，將「語言功能、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為「認知障礙症」，並且首次將額顳葉退化症 (frontotemporal lobar degeneration) 或路易體症 (Lewy body disease) 列入失智症的病因中。

表 5、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。

二、鑑別診斷：失智症、譫妄、憂鬱

譫妄及憂鬱症常與失智症混淆，而失智症在其病程中也容易合併譫妄或憂鬱症，所以三者的鑑別診斷十分重要。鑑別診斷的重要根據是疾病的發展史、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、憂鬱症狀是否在失智症（或是意識變化）之前或之後、認知與精神狀態檢查的變化等因素，詳見表 6。

表 6、失智症、譫妄及憂鬱症三者的鑑別診斷

	譫妄	失智症	憂鬱症
認知症狀與憂鬱症狀出現先後	不一定，大多認知症狀先	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大	意識清楚（除非到末期）	意識清楚（除非到嚴重的僵直狀態）
記憶問題的抱怨	恍惚或明顯記憶力差	常掩飾其認知障礙	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	疾病早期就有立即、近期、長期記憶障礙	大部分疾病在早期，僅有近期記憶障礙	疾病輕或中度時期無記憶力障礙
幻覺的出現	一開始或疾病早期就出現幻覺	大部分疾病早期無幻覺（路易體失智症例外）	疾病嚴重時才出現
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	早期大多無妄想（路易體失智症例外），常見的為被偷或錯認妄想	疾病嚴重時才出現
認知或精神行為症狀的可逆性或大幅改善	是；認知或精神行為症狀可在一天內起伏變化，有黃昏日落症	非可逆性；中或重度時容易有黃昏日落症；可透過藥物或非藥物延緩退化	一般為可逆性，無黃昏日落症
發病快慢	急性發病（數小時到數天）	緩慢發病（數月到數年）	發病較快（數週）

三、尋找失智症的病因

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、帕金森症或亨汀頓症引起的失智症等）、血管性失智症及其他續發性失智症（參見表 7）。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、缺乏維生素 B12 或葉酸、甲狀腺功能低下、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。其中少於 5% 是可逆性失智症，經過治療可能恢復。所有失智症中以阿茲海默症占超過 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。

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，其幻覺或妄想該失智症的中期十分常見，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。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。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；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醯膽鹼酶抑制劑 (acetylcholinesterase inhibitors, AChEI) 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。上述的比較詳見表 8。

表 7、常見的失智症病因一覽表

阿茲海默症	Alzheimer's disease (AD)
額顳葉失智症	Frontotemporal dementia (FTD)
路易體失智症	Dementia with Lewy bodies (DLB)
血管性失智症	Vascular dementia
其他因素導致之失智症：	Other dementias
營養不足：缺乏維他命 B9 (葉酸)、B12等。	
新陳代謝異常：甲狀腺、血糖、電解質失調。	
傳染病：梅毒、愛滋病等。	
中毒：一氧化碳或重金屬中毒、酒精成癮物質或醫藥等。	
疾病引起：庫賈氏症、帕金森症、亨汀頓症、常壓性水腦症、腫瘤、腦創傷。	

表 8、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

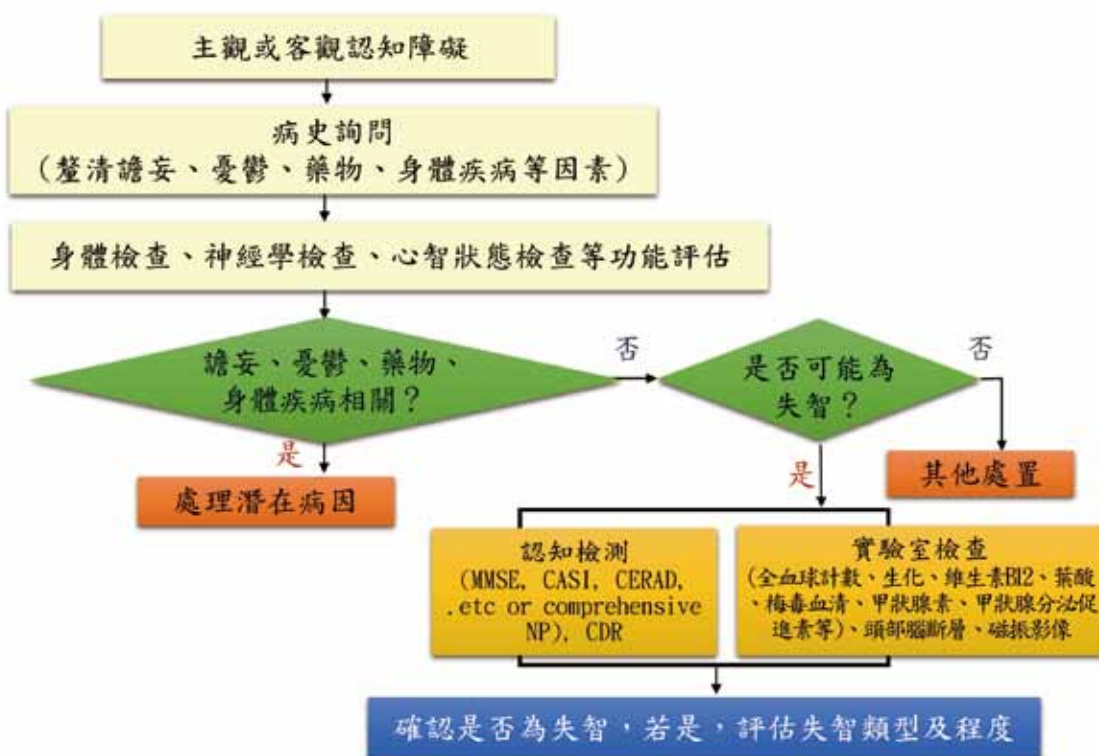
	阿茲海默症	血管性失智症	額顳葉失智症	路易體失智症
認知範疇的缺損	以近期記憶力為早期的主要症狀	以注意力、執行功能	社交認知或語言功能為主	知覺 - 動作整合功能及注意力 (或意識起伏)
幻覺的出現與特徵	在疾病早期幾乎沒有幻覺，但進到疾病中期或後期幻覺比例高 (超過 30%)。視幻覺的影像模糊、且維持短暫。有些個案有聽或嗅幻覺。	幻覺出現與腦部中風部位有關；整體而言，幻覺比例少於 13%，有幻覺者認知功能較嚴重。	整個過程少有幻覺 (10%)。	視幻覺與聽幻覺為主；疾病早期即有影像完整或生動的視幻覺。

	阿茲海默症	血管性失智症	額顳葉失智症	路易體失智症
妄想的出現與特徵	早期不常見，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；而反覆刻板、強迫、儀式化固執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。	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有帕金森症狀。	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 ² 。	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，容易產生帕金森症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	大多在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%

四、失智症的診斷流程

圖一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，包括認知功能檢測及實驗室檢查（相關細節可參見第3章）。

圖一：診斷失智症的一般流程



備註*：

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

推薦讀物

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. 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
3. 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

- 失智症的診斷上必需在記憶、推理判斷，視覺空間、語言、和個性行為這 5 個面向上至少有兩項有功能減退且影響到日常生活或工作能力。
- 不同類型的失智症在起始症狀的表現上有所不同，如阿茲海默症通常由短期記憶面向的衰退開始，而路易體失智症則在早期時即有明顯的視空間能力減退和視幻覺的症狀。
- 精神行為症狀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，憂鬱、妄想、錯認和幻覺都是常見的症狀。
- 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。
- 失智症患者常合併有其他的共病症，將周全性老年醫學評估的概念和方法應用在失智症患者，可以幫我們對失智病患做整體全人的評估與治療。

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

(一) 症狀分類：

失智症的疾病早期是以認知功能障礙為主，而相關的認知功能症狀包含有五大面向 (表 9)：

表 9、失智症在不同面向認知功能障礙的症狀與表現

認知面向	症狀與表現
記憶	早期的失智症病人會有持續性惡化的記憶喪失，病人常遺忘重大且近期發生的事件，甚至無法經由提示再回想起整件事件。
語言	某些失智症的病人早期症狀的表現是以語言功能障礙為主，病人的日常溝通能力減弱、減少語言的表達、常無法說出物品的正確名稱而以代名詞取代之，或病人的理解能力下降卻被誤以為重聽。
視空間	在視覺症狀上，病人對熟知的人可能無法辨識面孔或認不得物品。在空間方面，病人可能認不得周圍的環境或常有迷路的狀況。
推理與判斷	病人在日常生活中無法解決突發的小狀況、無法了解生活中的潛在危險、無法處理複雜的事情，或在決定事情上顯得猶豫不決。
個性或行為	病人的個性改變，失去主動性、生活上變得較退縮、出現重複性的行為或不恰當的社會行為。

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。(表 10)

表 10、不同面向的起始認知障礙與相對應的退化性失智症

起始認知障礙	主要臨床症狀	相對應之退化性失智症
記憶症狀	持續性的近期記憶喪失，無法學習新的事務。	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	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為。	額顳葉失智症

(二) 認知評估量表

1. 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，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，解讀時需謹慎；其次在詳細的神經心理學檢查則會依照上述的認知功能面向選取合適的檢查(可參考台灣臨床失智症學會網站：<http://www.tds.org.tw>)。
2. 生活功能評估：一般是以基本的 ADL (Activities of Daily Living) 與 IADL (Instrumental Activities of Daily Living) 量表為主，另外亦有針對失智症病人的生活功能評估工具 (Disability Assessment for Dementia, DAD)。
3. 失智症嚴重度評估：常用的量表為臨床失智症評估量表 (CDR 量表可參考台灣臨床失智症學會網站：<http://www.tds.org.tw>) 或阿茲海默症功能性評估量表 (Functional Assessment Staging Test, FAST)。

二、精神行為症狀

(一) 症狀分類

BPSD 常見之症狀分類如下 (表 11)，BPSD 可能在失智症病程中任何時間發生，而在失智症中、重度時出現之頻率及強度較高。病人就醫時，家屬通常只表達當下最困擾的症狀，以前曾發生或較不嚴重的症狀則容易忽略，且現在尚未出現之症狀未來也可能出現，因此建議醫師須主動詢問及關懷。

(二) 評估量表

評估量表常見的有 Behave-AD 量表、柯恩 - 曼斯菲爾德激動情緒行為量表 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI) 及神經精神評估量表 (Neuropsychiatric Inventory, NPI)，而在臨床與研究上較常用的是 NPI，因此現以 NPI 為例，它包括 10 個評分項目，先評估有無此項症狀，若有出現，則再記錄其出現的頻率和嚴重度 (表 12)。

表 11、BPSD 常見之症狀

A. 情感症狀	B. 精神病症狀	C. 行為症狀
憂鬱	妄想	激動 / 攻擊行為
冷漠	幻覺	重複行為 (repetition)
欣快感	錯認	漫遊 / 迷路 (wandering/getting lost)
焦慮	(misidentification)	睡眠障礙
		食慾 / 飲食行為障礙 (appetite/eating change)
		病態收集行為 (hoarding behavior)
		不恰當 / 失控行為 (inappropriate/disinhibition)
		日落症候群 (sundown syndrome)

表 12、神經精神評估量表

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

(三) 行為症狀對病人和照護者的影響：

對 BPSD 病患用藥時常造成困擾，因用藥有其風險，例如可能增加中風或死亡之機率。而 BPSD 可在失智症病程中任何時間發生，也是家屬照顧病患最重要的負荷來源，有時可能造成對老年病患言語及身體上的虐待，使病患及家屬的生活品質下降，並提早送病患到慢性安養院，增加照顧的費用及家庭經濟壓力。如此亦會加速認知功能退化、預後變差、加重日常生活功能障礙及增加身體上的約束。

三、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(表 13)：

1. 神經心理學檢查：必要項目包含 MMSE 與 CDR，此項檢查的目的在於確認失智症病人的整體認知功能受損狀況，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，例如額顳葉失智症則可用額葉行為量表 (Frontal Behavioral Inventory, FBI) 評估負向症狀與去抑制症狀，路易體失智症的起伏症狀可以用梅奧波動量表 (Mayo Fluctuation Scale) 評估，在精神症狀方面可以選用神經精神評估量表 (NPI)。
2. 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。
3. 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。另外、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。

(二) 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。

1. 構造性：包含有頭部電腦斷層 (Brain CT) 與磁共振造影 (MRI)，檢查的目的在尋找構造性的病變，例如額葉與顳葉腫瘤、慢性硬腦膜下出血、水腦症或腦血管病變。磁共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。
2. 功能性：包含有腦部單光子電腦斷層掃描 (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。

表 13、失智症的實驗室檢查

面向	必要項目	選擇項目
神經心理學檢查	MMSE, CDR	MoCA, CASI, ADAS-cog, CERAD neuropsychological battery, CDT, WMS, NPI, FAST, basic ADL, IADL, etc.
抽血檢查	Hb, MCV, GOT(AST)/GPT(ALT), BUN/Cr, TSH/T3/T4, B12, VDRL	Na, K, Ca, P, Cl, cortisol, ammonia, ESR, CRP, albumin, homocysteine, folate, tumor marker, autoimmune, HIV, heavy metals, etc.
神經影像學檢查	Brain CT	Brain MRI, SPECT, FDG-PET, etc.
其他檢查		CSF, CXR, EKG, etc.
備註：蒙特利爾認知評估量表 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) 阿茲海默症評估量表 (Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale, ADAS-cog) 畫鐘測驗 (Clock Drawing Test, CDT) 魏氏記憶量表 (Wechsler Memory Scale, WMS)		

四、失智症相關共病症及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。

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患做整體全人的評估，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 (表 14)，以給予病患全面性的治療建議。

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，如起身一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。

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。

表 14、失智症相關共病症及周全性老年醫學評估項目和主要內容

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、跌倒史
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

五、家庭照顧者壓力和需求評估

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。

(一) 照顧者常出現的身心症狀

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。

(二) 照顧者評估

照顧者的評估應包括生理、心理、和社會三大面向。

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

推薦讀物

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。

第四章

失智症的治療

- 至目前為止並無任何藥物或治療方法可以阻止或逆轉退化性失智症的病程。
- 目前在輕至中度的阿茲海默症的病人建議給予乙醯膽鹼酶抑制劑治療，中至重度的建議給予 NMDA 受體拮抗劑治療。
- 修正生活習慣，養成健康行為，非藥物的介入或治療是當今防治失智症的重要對策。
- 失智症的精神行為症狀的治療仍以非藥物的治療為優先，須使用藥物時由低劑量，單純的藥物開始，隨時檢討藥物使用的必要性。
- 失智症患者共病的治療對減緩認知退化有幫助，但須考慮共病治療的副作用與多重用藥的交互作用。

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

(一) 藥物治療

1. 阿茲海默症

- (1) 輕至中度的阿茲海默症病人建議給予乙醯膽鹼酶抑制劑治療；健保申請規定請見附錄六。
- (2) 三種目前可以使用的乙醯膽鹼酶抑制劑包括，donepezil(如，愛憶欣)、rivastigmine(如，憶思能)、galantamine(如，利憶靈)，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。使用方式與常見副作用請見表 15。
- (3) 中至重度的阿茲海默症病人建議給予 NMDA 受體拮抗劑治療(如，memantine)；而重度病人也可使用 donepezil 治療。健保申請規定請見附錄六。
- (4) 乙醯膽鹼酶抑制劑與 memantine 的主要治療效果在於減緩退化病程，建議治療前應與病人與家屬適當說明。
- (5) 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。
- (6) 其他藥物：如維他命 E、銀杏萃取物、諾必佳 (piracetam)、ergoloid 血循促進劑目前也無足夠臨床證據支持其顯著療效。
- (7) 建議停止藥物治療時機：
 - A. 病患對藥物順從性不佳。
 - B. 病患在使用藥物後智能、精神行為、或生活功能減退速度反較治療前為快。
 - C. 病患對藥物產生無法忍受之副作用。
 - D. 疾病末期治療已無意義。

2. 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；但健保只給付 rivastigmine 膠囊，申請規定請見附錄六。

3. 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

表 15、認知藥物一覽表

藥物 / 劑型	建議劑量	副作用	注意事項
donepezil tablet 5mg/10mg 孕婦用藥：C	起始：5mg HS 維持：5-10mg HS	噁心、嘔吐、 腹瀉、肌痙 攣、尿失禁、 倦怠、失眠、 食慾減退、暈 厥、心博徐緩	●與食物同時服用、或分開劑量服用可減緩症狀。 ●若出現干擾睡眠症狀，可改至白天飯後服用。 ●起始治療後可依其治療反應在 4-6 週後提高劑量。
rivastigmine capsule 1.5mg/3mg/ 4.5mg/ 6mg 孕婦用藥：B	起始：1.5mg BID 維持：3-6mg BID	同上	●腸胃副作用可能較其他乙醯膽鹼酶抑制劑容易發生，建議以每 4 週增加 3mg/day 逐漸提高劑量。 ●不經肝臟代謝。
rivastigmine patch 9mg-5cm ² (4.6mg/24 時) 18mg-10cm ² (9.5mg/24 時) 孕婦用藥：B	起始：4.6 mg/24 時 維持：4.6-9.5mg/ 24 時	同上 及輕至中度的 皮膚反應	●起始治療後可依其治療反應在 4 週後提高劑量。 ●由口服劑量轉換： ■6mg/day → 4.6mg/24 時 ■6-12mg/day → 9.5mg/24 時
galantamine capsule 8mg/16mg 孕婦用藥：B	起始：8mg QAM 維持：16-24mg QAM	同上	●起始治療後可依其治療反應在 4 週後提高劑量。
memantine tablet 5mg/10mg 孕婦用藥：B	起始：5mg BID 維持：10mg BID	頭痛、頭暈、 鎮靜、躁動、 便秘	●起始治療後可依其治療反應在二週後提高劑量。 ●腎功能不佳者 (Creatinine Clearance 40-60 ml/min/1.73 m²)，建議維持劑量調整至 5mg BID。

* 有嚴重心搏徐緩或心臟傳導阻斷 (heart block) 之病患，不建議使用乙醯膽鹼酶抑制劑

劑治療；但健保並未給付。

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，健保亦未給付。
5. 額顳葉失智症：目前並無有效控制或減緩病程之藥物。
6. 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。
7. 其他較罕見之退化性失智症，如亨汀頓症、皮質基底核退化症 (corticobasal degeneration, CBD)、進行性核上性麻痺 (progressive supranuclear palsy, PSP) 等，或其他可治療之病因則不在本節討論。

(二) 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，不要抽菸，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 (reminiscence therapy)：

基本上，生命的回顧是很多老年人生活的一部分，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

認知障礙是失智症患者其中一個最主要問題，許多失智症患者因為認知

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

失智患者隨著疾病進展，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 (reality orientation therapy, ROT)

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

失智症患者因其疾病特性，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 是失智症患者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，以及老年患者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「增進失智症患者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。

對於治療 BPSD，基層醫師應能做到以下建議：

1. 分辨與確認出個別 BPSD 症狀。
2. 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。
3. 探求 BPSD 可能的發生原因。
4. 擬定治療計畫。
5. 進行療效評估，以及依照療效調整治療內容，並要預設停用藥物的時機及計畫。

(一) BPSD 的非藥物治療

1. BPSD 的非藥物治療包括下列原則：

- (1) 調整與控制相關環境因素，例如減少噪音和過度刺激。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 與病人互動時利用提供線索的方式引導思考、減少混淆。
- (5) 將日常生活活動結構化。

2. BPSD 的非藥物治療介紹如下：

(1) 行為處置的因應策略：

- A. 尋找與標定可處理的促發因素，尤其必須尋求是否有未獲滿足的需求，例如疼痛、飢餓、便秘、尿滯留、尿布濕了等等。
- B. 評估是否有其他精神狀況，如譫妄與憂鬱。
- C. 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。
- D. 提供適當的保證與安撫。
- E. 活動作息與態度盡量要前後一致。
- F. 提供對照護者照護技巧的訓練與教育，例如要教導照護者：
 - (A)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。
 - (B)盡量不要使用負向表達，例如：「不要」出去…。
 - (C)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。
 - (D)避免讓病人有過多的選擇，以減少病人混淆。
 - (E)當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。

(2) 一些有用的非藥物治療技巧：

- A. 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。
 - B. 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。
 - C. 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。
 - D. 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。
 - E. 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。
 - F. 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。
- (3) 在專業領域中，非藥物治療尚有其他的专业治療模式，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。

(二) BPSD 的藥物治療

1. BPSD 的藥物治療包括以下的原則：

- (1) 僅在非藥物治療效果不佳時，再加上藥物處理。
- (2) 盡可能以最低劑量、最單純的神經精神類藥物達到期待的效果（亦即藥物劑量能低就低，種類能少就少）減少藥物對身體造成的負荷與副作用。
- (3) 對於老年失智症病人，神經精神類藥物的使用原則為低起始劑量、緩慢調整（start low, go slow!）。

2. 各類神經精神類藥物的治療：

(1) 乙醯膽鹼酶抑制劑：

- A. 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。
- B. 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。
- C. 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：

- A. 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。
- B. 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。

- C. 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。
- D. 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道不適、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。
- E. 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：

- A. 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。
- B. 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。
- C. 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；美國與台灣的食品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：

- A. 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。
- B. 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：

- A. 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。
- B. 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。
- C. 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。
- D. 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

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者相關 (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 1,000 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 16,000 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。健康人的 HbA1C 設定在 $\leq 7\%$ ，對於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 HbA1C $\leq 8\%$ ，而健康狀態很差，有多重慢性病，衰弱、依賴他人或與社會隔絕的人設定在 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，而改採加上二肽基胜肽酶 -4 (Dipeptidyl Peptidase-4, 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

1. 高血壓與失智症

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)。

2. 高血壓的治療

老年人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)，除非不得已不要有一天三次 (TID) 的使用方式。

推薦讀物

1. 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.
2. 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.
3. Bordier L, Doucet J, Boudet J, Bauduceau B. Update on cognitive decline and dementia in elderly patients with diabetes. Diabetes & Metabolism 2014. In Print.
4. Welsh TJ, Goldman JR, Gordon AL. The treatment of hypertension in people with dementia: a systemic review of boservational study. BMC Geriatrics 2014; 12:19.
5. 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。
6. 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

- 如何幫助失智症病人與家屬面對溝通難題。
- 關心失智症家屬的需求並提供社會資源的支持。
- 瞭解失智症之預立醫療照護計畫。
- 依照安寧緩和醫療條例來指導病人與家屬接受末期照護。
- 如何面對及解決失智症照護的倫理爭議。

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

(一) 溝通

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。

要如何幫助失智症病人與家屬面對溝通難題，以下有一些建議：

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：長者或許無法清楚表達，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。不管病患能否理解，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，有助於減輕其不當的焦慮或退縮。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，經常可讓病患更安心。

(二) 關心家屬的需求

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面臨以下的挑戰：1. 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患的期望，避免造成過大壓力，反而使病患情緒失控；2. 病患的睡眠、情緒及行為問題可能反覆出現或變化多端，讓照顧者難以招架；3. 照顧工作常不管自己如何努力，病患不僅學不會，甚至一直退步，而且講的話越來越少或越來越聽不懂，病患甚至不認得自己，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；4. 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，家人不僅不能分攤照顧，有時甚至聽信病患一面之辭，反過來指責自己，讓人生氣、無助卻又無奈。

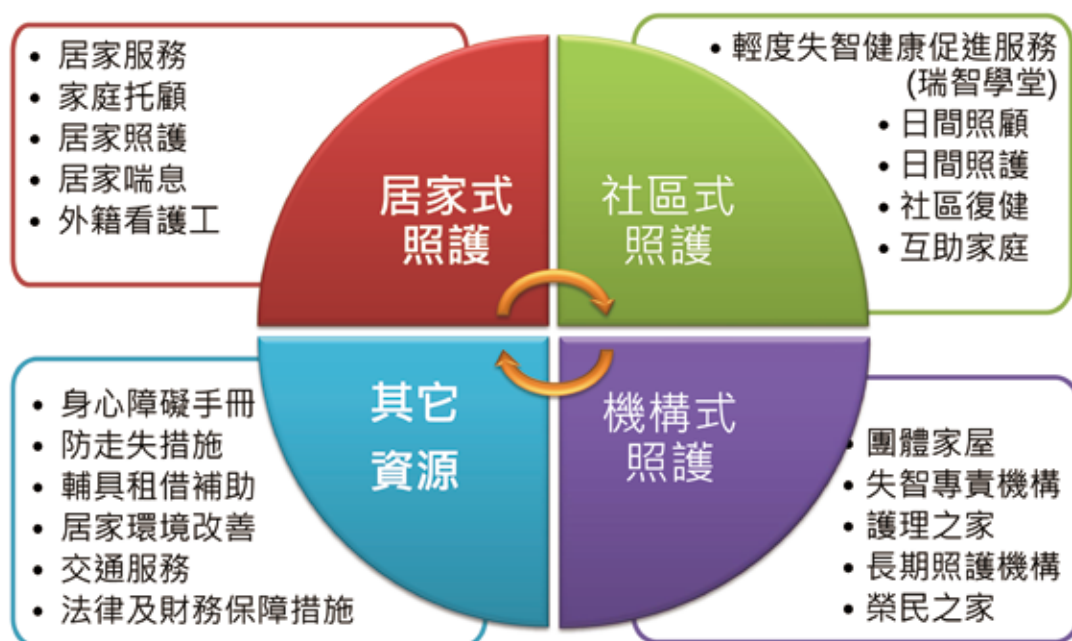
以下是通常可以給照顧者的關懷與建議：

1. 充分認識失智症及照顧方法：由網路、書籍、失智症協會或醫療院所舉辦的失智症講座都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，都有助於建立良好的照顧技巧，也讓自己不那麼孤單。
2. 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。
3. 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。

4. 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，傾聽別人經驗或可以獲得資訊與情緒支持，讓自己調適得更好。
5. 其他相關照護資訊可上台灣失智症協會網站下載照顧手冊 (認識失智症、輕中重度照護、家屬調適及社會資源)<http://www.tada2002.org.tw/Learning/Reference.aspx>；或是於線上瀏覽 <http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/Default.aspx>。
6. 其他可推薦家屬的一些相關書籍可上台灣失智症協會網站查詢 http://www.tada2002.org.tw/tada_publish.html。

(三) 尋求社會支持資源 (如圖示)

失智症的社會資源包括：失智症的社會資源面向包括居家式、社區式、機構式及其他相關社會資源等，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，亦可上台灣失智症協會的社會支持網站查看最新資源 www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw。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。



二、預立醫療自主計畫

高齡者健康係以維護與促進個人健康，並在生活環境中仍能保有獨立自主的功能為重要核心價值，基此原則，在台灣民主法制的社會應享有生命權和善終權，就「生命權」而言，高齡者要有機會在意識清楚且具自決能力下，簽署預立醫療指示；就「善終權」而言，醫療專業人員有責任提供安寧緩和醫療照護（palliative/hospice care），以提升高齡者於生命末期之生活品質，以達善終。在先進國家預立醫療照護計畫是伸張高齡者健康權益的基本手段，因此，高齡者要滿足上述兩項權利，衛生福利機構以及醫療 / 護理專業學會或組織，就必須結合社會資源以積極推展預立醫療自主計畫（advance care planning, ACP），方能讓高齡者的自主意願獲得尊重，以擁有生命的尊嚴。

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。其中包含二項基本要素：1. 思考病人醫療照護的偏好和目標：例如，對受苦（suffering）、生命尊嚴或不施給或撤除治療的看法；2. 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。

綜合文獻以及多位專家學者建議預立醫療自主計畫的討論方向、重點與執行方式，整理出臨床實務可進行的五個步驟如下：

（一）呈現並說明主題：

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，並徵詢病人進行預立醫療自主計畫的意願，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。

（二）促進結構式的討論：

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預立醫療指示文件的目的及各種治療的意願等。

(三) 完成書面文件簽署：

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，可以隨時更改預立醫療指示文件。

(四) 再度審視或更新預立醫療指示：

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。

(五) 依預立醫療指示落實於實際臨床照護情境：

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預立醫療指示，如果病人已簽署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。

臨床實務上，預立醫療指示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預立醫療自主計畫的溝通過程，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，才是真正發揮預立醫療自主計畫的自立精神，藉由預立醫療自主計畫的溝通過程來落實安寧緩和醫療條例之立法目的與精神，進而能指引失智症者自主地選擇其個人適切地末期醫療決策。

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。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。基層醫師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，透過前述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署之預立醫療指示，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。

三、安寧緩和醫療照護

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，其中必要收案條件之第二個必要條件為：「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。

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 月起健保署公告新增「社區安寧照護」，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，提供社區中末期失智病人有尊嚴之善終。

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，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。

四、倫理議題

負責照顧的家屬或是醫師本身在照顧失智症病人的過程中，都將可能面對許多難以做出決定的倫理爭議議題，這些議題歸納後，分述如下：

(一) 尊重病人自主決定：

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：

1. 「自主決定」是否為必須依循的唯一價值

自主決定是西方生命倫理學的核心價值，家人決定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。因此，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。

2. 如何知道失智症病人具備可以做醫療決定的能力

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和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本質、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：(1) 在評估方面，病人對醫療的建議有正面評價能力；(2) 在處置方面，

理解目前的醫療情況及預後、所建議治療方式的本質、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。

(二) 病人接受治療的權利

在失智症病人被認定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，在被認定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。

(三) 診斷的告知

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，但是醫療行為可以協助減輕大多數的症狀」。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。

推薦讀物

1. 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。
2. 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。
3. 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，2011。

第六章

失智症的預防

- 神經科學研究顯示經過活動訓練的老鼠其海馬迴附近可以出現新生的神經元和新的功能性連結。
- 預防失智症首先要能遠離失智症危險因子，治療三高（高血壓，高膽固醇，糖尿病）。
- 遠離失智症危險因子包括修正生活習慣，例如戒菸，預防頭部外傷，避免憂鬱與孤單的生活。
- 養成健康行為能增加大腦保護因子，養成運動習慣，終身學習，多社會參與人際互動即動腦，運動，社會互動的三動。
- 採地中海型飲食習慣，維持適當體重有助於降低失智症風險。

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

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。以下就是預防失智或延緩發病的一些建議。

一、增加大腦保護因子

(一) 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。

(二) 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。

(三) 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。

(四) 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。

(五) 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。

二、遠離失智症危險因子

(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、糖尿病患者應及早接受治療，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。

(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。憂鬱症患者宜定期接受治療。

推薦讀物

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。

附 錄



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

英文	簡稱	中文
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
frontotemporal lobar degeneration	FTLD	額顳葉退化症
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

英文	簡稱	中文
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							
患者姓名：		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，但無法單獨參與，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；被帶出來外面活動時，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，不能坐也不能站，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 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 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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 ☐ 0 ☐	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 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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 ☐ 0 ☐	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 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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 ☐ 5 ☐ 0 ☐	可自行上下樓梯, 可使用扶手、拐杖等輔具。 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 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	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	☐ 自動自發使用電話 - 查電話號碼，撥號等
	1	☐ 只會撥幾個熟知的電話
	1	☐ 會接電話，但不會撥號
	0	☐ 完全不會使用電話 -
上街購物	1	☐ 獨立處理所有的購物需求
	0	☐ 可以獨立執行小額購買
	0	☐ 每一次上街購物都需要有人陪伴
	0	☐ 完全不會上街購物
做飯	1	☐ 獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜
	0	☐ 如果備好一切作料，會做一頓適當的飯菜
	0	☐ 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	☐ 需要別人把飯菜煮好、擺好
做家事	1	☐ 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	☐ 能做較輕的家事，例如：洗碗、鋪床、疊被
	1	☐ 能做較輕的家事，但不能達到可被接受的清潔程度
	1	☐ 所有的家事都需要別人協助
	0	☐ 完全不會做家事
洗衣	1	☐ 會洗所有的個人衣物
	1	☐ 會洗小件衣物，例如：清洗襪子、褲襠等
	0	☐ 所有的衣物都要由別人代洗
使用交通工具	1	☐ 能自己搭乘公共交通或自己開車
	1	☐ 能自己搭計程車，但不會搭公共交通工具
	1	☐ 當有人協助或陪伴時，可以搭公共交通工具
	0	☐ 只能在別人協助下搭計程車或私用車
	0	☐ 完全不能出門
自己負責用藥	1	☐ 能自己負責在正確的時間，服用正確的藥物
	0	☐ 如果事先將藥物的分量備妥，可以自行服用
	0	☐ 不能自己負責服藥
財務管理	1	☐ 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	☐ 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	☐ 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 級之患者。
 - (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 級之患者。

(2) 曾使用 donepezil, rivastigmine, galantamine 其中任一種藥品之患者，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 級之患者。

(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 級之患者。

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」與「失智症教師手冊」之預立醫療自主計畫 (Advance Care Planning) 及預立醫療指示 (Advance Directives) 係以安寧緩和醫療條例之臨床實務模式撰寫，內容範圍未涉及病人自主權利法，特此補充說明，亦歡迎未來各界繼續提供寶貴意見。

為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，臺灣於 2016 年公布施行的「病人自主權利法」，為亞洲第一部病人自主權利之專法。核心重點為：具完全行為能力之意願人可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，可以選擇接受或拒絕醫療。此法案讓末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、痛苦難以忍受、疾病無法治癒之病人自主權更進一步。為利本法施行順遂，特別規定施行日為公布三年後。

「預立醫療照護諮商」(Advance Care Planning) 及「預立醫療決定」(Advance Directives)，須由醫療機構提供預立醫療照護諮商，並於預立醫療決定上核章證明，再經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證，最後註記於全民健康保險 IC 卡，才算完成「預立醫療決定」而具有效力。

考量本法尚未生效，各界對新法之中文專有名詞尚不熟悉且與原本外國英文名詞字義有差異，因此在過渡時期增列失智症診療手冊與病人自主權利法中英文名詞對照表以供參考討論。

英文	失智症診療手冊	病人自主權利法
Advance Directives	預立醫療指示	預立醫療決定
Advance Care Planning	預立醫療自主計畫	預立醫療照護諮商

名詞	概述
預立醫療照護諮商	指病人與醫護人員、親屬或其他相關人士持續討論當病人處於意識昏迷或無法清楚表達意願時所期望及偏好之照護計畫的過程。
預立醫療決定	病人書面表示有關生命末期照護的意願。希望接受或拒絕維持生命的治療(如急救、維生器、輸血、導管餵養等)、善終或其他與醫療照護。
醫療委任代理人	於病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理病人作決定之人。
安寧緩和醫療	為減輕或免除末期病人痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進生活品質。

失智症診療手冊

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

校 正：陳麗絹

設計印製：吉興印刷品事業有限公司

版 次：106 年 2 月三版

失智症診療手冊

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