

# 失智症與精神健康

衛生福利部心理衛生專輯(19)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

衛生福利部 出版





## 目錄

一、引言 .....	1
二、失智症的病因、分類和診斷 .....	3
三、失智症的病程與症狀 .....	8
四、失智症的行為和精神症狀 .....	13
五、失智症的危險因子 .....	18
六、失智症的警訊 .....	21
七、失智症的非藥物治療 .....	25
八、失智症的藥物治療 .....	27
九、失智症的倫理與法律議題 .....	30
十、失智症的預防 .....	32
十一、失智症的社會資源 .....	35
十二、結語 .....	43
參考資料 .....	44

## 一、引言

隨著營養及醫藥衛生的改善，人類壽命明顯延長，老年人口增加，與老年相關的精神疾患也隨之增加，其中以失智症最為顯著。同時出生率逐漸下降，人口高齡化，社會被扶養人口增加成為普遍的社會問題。當失智症患者逐漸退化，除了影響患者本身的生活，也會帶來不少醫療和家庭照顧的問題。如果能夠在警訊症狀出現時就讓家人就醫，在診斷和治療後，除了使病情減緩，精神症狀達到有效控制，病人的生活品質得以改善，家人也可以因為患者病情的改善而減少負擔。

陳女士，現年 70 歲，初中畢業，退休前在稅務局擔任收發工作。陳女士身材微胖，除了糖尿病和血脂肪偏高需要吃藥控制，身體健康大致良好。陳女士沒有特殊的嗜好，退休後除了偶爾出去買菜，多在家唸佛、看電視劇。儘管醫師和家人都鼓勵她養成規律的運動習慣，陳女士對於外出活動仍是興致缺缺。三年前陳女士

因照顧頸椎開刀而住院的先生，開始有失眠、容易緊張、憂慮的情況，曾經在身心科就診，但後來因為擔心藥物副作用未再追蹤。從那時開始，陳女士更不喜歡出外活動了，除了推辭和老同事及姊妹們的聚會，也不像過去每天出門買菜。兒子週末回家探望時，發現陳女士有重複問問題的現象，煮的菜味道變了，家中環境也不像以往整潔。兒子和先生都覺得陳女士的記憶力變差了，陳女士卻不認為；家人以檢查身體為由，半強迫地帶著陳女士來到門診。

陳女士的故事，描述了一位失智症患者早期的變化；然而在對生活造成明顯的影響之前，家人可能和病人一樣，不認為這是需要治療的情況。以下的十章，將簡介失智症的病因、分類、診斷、病程、症狀、危險因子、十大警訊、治療方式、倫理法律議題、預防之道及相關社會資源，希望有助於社會人士早期發現身旁的失智症患者，給予適當的治療和照顧。

## 二、失智症的病因、分類和診斷

門診時，醫師為陳女士做了身體檢查和神經學檢查，也仔細詢問了陳女士的症狀開始時間、病情是否起伏不定，並澄清過去的內外科病史以及藥物和酒精的使用，了解是否曾經有憂鬱等精神症狀。醫師說明後續還需要安排心智功能評估和抽血檢查。

### 【病因和分類】

日常生活當中，我們偶爾會發生忘東忘西，突然想不起來某件事情的狀況，不過通常只要靜下心來，或補充睡眠，上述惱人的情況就會慢慢消失；但如果得到了失智症，忘掉的事情自己很少能夠回想起來，別人提醒也還是記不起來。記憶的功能是個複雜的過程，需要腦部不同區域的網絡連結。現代認知心理學理論認為記憶至少需要有以下三個步驟：編碼、儲存、提取。當環境

中的刺激輸入腦部，就開啓了第一步的「編碼（學習）」，在這個步驟，腦部吸收新的訊息，短暫地存放在腦海中，等待進入長期記憶。如果要將吸收到的訊息轉換成更永久的形式，必須經過第二步「儲存」，除了複誦和規律提取等對訊息的加工，也必須有時間讓腦神經的連結發生轉變。最後一個步驟「提取」包括再認及回憶，分別指的是在提供線索及沒有提供任何線索之下，從過去的經驗尋找相關記憶；是否能完成這個步驟，也受到編碼、儲存功能以及表達能力的影響。

失智症是一群症狀的統稱，造成的原因很多。仔細觀察病程變化和醫師做討論，對於分辨病因和選擇合適的治療有很大的幫助。一般而言失智症可做以下的分類。

### 1. 退化性失智症（50~60%）

(1) 阿茲海默症：最常見的退化性失智症，早期的病徵是記憶力不好，對人時地的辨認出現問題，病情的變化是漸進式的，逐漸影響到大腦全部的功能。

(2) 路易體氏失智症：有三大臨床症狀可和阿茲

海默症區分，第一是在認知功能障礙外伴隨有巴金森氏症的運動徵狀，如身體僵硬、手抖、走路不穩等。第二是患者會有較明顯的精神症狀，特別是看到鮮明的視幻覺。第三，認知功能隨著時間會有明顯的起伏變化。

(3) 額顳葉型失智症：特色為早期就出現個性改變、不合常理的行為，或語言逐漸變得無法被理解、也無法聽懂別人的話。發病的年齡較阿茲海默症早，平均是 50 幾歲。

**2. 血管性失智症 (10~20%)**：失智症的第二大原因，主要是腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞損傷所引起。臨床表現可以是突然發生、認知功能時好時壞，若有多次腦中風，認知功能可能會有階梯式的變化，越來越差。

**3. 混合性失智症 (10%)**：血管性失智症加上退化性失智症。

**4. 其他失智症 (10~20%)**：此類失智症經過治療，有機會可以恢復，病因包括有維他命 B12 或



正常



萎縮



失智症常有大腦萎縮現象，但大腦萎縮不一定會失智，仍須完整檢查才能確定診斷

葉酸缺乏、常壓性水腦症、腦部腫瘤、慢性腦膜下腔出血、甲狀腺疾病、肝腎腦病變、梅毒、酗酒、化學毒素中毒或重金屬中毒後遺症。

## 【診斷】

沒有單獨一種檢驗可以診斷出失智症的病因，因此醫師會仔細詢問病患的發病過程、過去和最近的工作和生活、內外科病史〈如腦中風、高血壓、糖尿病〉、服用的藥物、是否使用酒精或曾經接觸有毒物質，並安排相關檢查以找出可以治療的病因。精神狀態評估也會是診斷過程的一部分，除了了解是否有精神或情緒症狀，也可以排除其他精神疾病例如憂鬱症或藥物造成假性失智症的可能。

神經心理學檢查可以協助客觀評估病患失智的情形，測驗大致分為兩部分，一部分是針對患者做測驗，評估患者目前的大腦功能，例如整體注意力、執行功能、學習能力和長短期記憶力、語言能力、空間知覺推理、社會認知功能等；另一部份則是與和患者同住的家

屬或主要照顧者會談，了解病患的記憶力、對人時地的定向感、解決問題能力、社區活動能力、家居嗜好、自我照料等，以確定功能退化的嚴重程度。

身體機能方面會安排實驗室檢查，基本項目包括血球計量與分類、肝腎功能、電解質、維他命 B12 和葉酸、甲狀腺功能、血清梅毒試驗等，以排除可治療的疾病造成類似失智症的症狀。腦部電腦斷層或是核磁共振造影可以協助診斷結構性的腦部病變，例如常壓性水腦、腦部腫瘤、腦中風相關的失智現象。腦波檢查則用以評估病患的腦部是否有異常放電或代謝性問題造成的腦部功能異常。

### 三、失智症的病程與症狀

以下以阿茲海默症病程為例：

#### 1. 輕度症狀

年紀大了，多少都有些記性不好的情況；失智症剛開始的症狀大多輕微，因此常常被忽略。一般健康老人

的健忘是由大腦生理性的老化所引起，大多不會對日常生活造成太大的影響，失智症所表現的健忘的嚴重程度卻會造成生活上的障礙。失智症的患者比較不能記住最近發生的事情：譬如忘記東西放在哪裡，卻怪別人亂放；剛剛發生的事情過不久就忘了，因此同樣的問題老是要反覆詢問。另外也會出現想不起來要講什麼或想不起來某件物體名稱的情況。

同一時間，失智症患者的判斷力和工作能力也會逐漸減退，處理日常生活中比較複雜的事務時開始有些困難，譬如錢財管理出錯、烹調能力下降等；對器物的使用能力下降，譬如時常打錯電話。記憶力的缺損也會讓患者弄不清楚現在是幾年幾月幾日。對之前喜歡從事的活動顯得興趣缺缺，變得不愛出門。常常在不熟悉的地方迷路，搭乘大眾運輸工具會下錯站。有些患者可能變得猶豫不決，對事情難以決定，有些患者則變得多疑猜忌，或變得孤僻、暴躁、愛發脾氣；情緒起伏可能比以前大，譬如會因遍尋不著想要的東西而大發脾氣。妄想也可能出現，譬如懷疑配偶不忠，擔心會被家屬遺棄，認為鄰居會傷害他或偷他東西。整個病程的發展可

能由幾個月到數年不等。

### 2. 中度症狀

當病程進入中期，患者的生活事務處理會更為困難。非常的健忘，對眼前剛發生過的事馬上忘記，經提醒仍無法想起或否認，重複問相同問題或做同樣的事，譬如重複開關門窗、上鎖。對於辨認人物、認識環境和區分時間等更加困難，可能會誤以為自己的家人或配偶是別人偽裝的，因而想趕走照顧他的家人或配偶，或想尋找已不在身邊的親人的行蹤（如已過逝、已不同住），或以為目前所處的環境並非自己的家，因此吵著要「回家」，在熟悉的地方（自家附近）有時會迷路。

煮飯、上街購物、打電話等活動難以獨自完成，生活能力的退化相當明顯。個人衛生開始需要他人協助，好幾天不刷牙洗臉，忘記如何洗澡，無法適當地穿衣或處理衣物。說話字句變少，內容貧乏；言語表達不連貫，缺乏邏輯性；閱讀及語言能力可能逐漸喪失。

在情緒上，部份患者可能會有突然發怒、大哭大叫、激動的行為。妄想比早期的失智症更為常見，也更容易因妄想引發繼發性的語言與肢體暴力。有些患者會

看到房間裡有人或聽到有人對他說話，可能是熟識者、已過世的家屬、不認識的小孩，但事實上並沒有。

不恰當行為也可能發生，譬如藏一些沒用的東西，攻擊行為，因判斷力和理解力缺損而在公共場所有不適當舉動。日夜顛倒，整夜不睡，四處漫無目的地走，白天嗜睡。這時患者的症狀可能會嚴重到足以干擾他人的生活，也因此常到了這個階段家人才會帶患者到醫療機構尋求幫助。

### 3. 重度及末期症狀

到了失智症的後期，記憶力嚴重喪失，只有片段記憶，可能忘記生日、出生地，忘記以前做什麼工作，定向感變得更差，在家中會迷路，找不到廁所或走錯房間。對很多事情已無法做判斷，也無法解決問題。大部分的個人日常生活功能，包括使用餐具進食、穿脫衣物、刷牙漱口、大小便處理等幾乎無法自理，依賴度相當高。語言表達及理解能力持續地變差，造成與別人的語言溝通上出現問題，無法適當地表達需求或理解指令。嚴重者連肢體功能都退化，平衡障礙、行動緩慢、步態不穩，使得獨力行走越來越困難，加上判斷力和空

間辨識感變差，容易發生跌倒或碰撞等意外事件。此外可能因為下床需要坐輪椅而不想起來，整天躺在床上，造成病患因為缺乏活動而四肢肌力退化，逐漸變成長期臥床。在這個時期吞嚥困難可能發生，影響進食，導致營養狀況改變；感染的問題也增加，最常見的就是肺炎。在這個病程的患者可以說是生活完全都需要別人的照顧了。

陳女士抽血檢查的結果除了血糖和膽固醇偏高，並沒有其他重大問題，醫師安排了腦部的核磁共振造影檢查，發現陳女士的腦部有不少白質病變及一些小梗塞，但海馬區沒有萎縮，懷疑其認知減退與這些腦部小血管缺血性疾病有關。醫師建議陳女士繼續在內科醫師的門診追蹤，妥善控制血糖和膽固醇。神經心理學檢查則發現陳女士的定向能力正常，長期記憶尚可，但短期記憶力有問題，在評估的過程中，陳女士顯得容易焦慮，對未來的事務有過分的擔心，並透露出自卑憂鬱的傾向。家人亦報告在社交活動日漸退縮，語言表達的內容越來越匱乏，經常一整天躺床，有時好幾天不刷牙洗臉。家人十分擔心這樣的情況會不會繼續惡化，詢問醫師是否

有藥物可以改善症狀。

## 四、失智症的行為和精神症狀

雖然失智症主要的臨床症狀是認知和記憶障礙，但也會改變人的性格、情緒和行為，在失智症的整體病程中，大約有七到九成的失智症患者會出現一項以上的行為或精神症狀。這些令人困擾的改變經常是家人或照顧者覺得最難處理的部份，並且容易帶來沮喪和挫折感。這些症狀也會增加住院機率、提早機構化、增加醫療成本支出，其中以「妄想與攻擊行為」為主要導因。以下為幾項行為和精神症狀的說明。

- 1. 妄想：**失智症患者會出現妄想可能是因為喪失記憶而嘗試合理化事情的結果，常見的妄想包括東西被偷、被遺棄、配偶或照顧者不忠。
- 2. 錯認：**錯認不存在的人在屋子裡、錯認現在住的房子不是自己家、錯認親人配偶是別人或偽裝者、錯認電視上的內容是事實、錯認鏡中的自己





老太太找不到存摺，心想是不是媳婦拿走了。

（失智症的精神行為症狀：被偷妄想。）

是別人。

**3. 幻覺：**在沒有外在的刺激下，仍經驗到某種感覺，許多家人看到失智症患者的精神症狀，會擔心患者是不是得了精神病，其實兩者在症狀和用藥劑量都不相同。視幻覺是最常出現的幻覺，多數失智症患者經驗到的視幻覺通常讓患者感到好奇而不是害怕激動。聽幻覺通常是聽到模糊的聲音。嗅幻覺或觸幻覺則相當少見。

**4. 憂鬱：**大約有 40 ~ 50% 的失智症患者有憂鬱的症狀，而 10 ~ 20% 的患者達到憂鬱症的診斷。當患者出現以下幾種情況，便要考慮憂鬱症的可能：廣泛的憂鬱心情和喪失喜樂、自我貶抑的陳述和表達想死的念頭、過去曾罹患憂鬱症或是有憂鬱症的家族史。

**5. 冷漠：**缺乏情緒反應和面部表情，對日常活動或個人需求漠不關心，較常出現在阿茲海默症，且較常發生在男性。

**6. 焦慮：**失智症患者常有焦慮的症狀，干擾的行為可能反映了患者內在的焦慮，疼痛或身體不適也

會導致焦慮的症狀。一種常見的焦慮表現方式是患者一再地詢問即將發生的事情，另一種是害怕單獨一個人被留下，或是其他的恐懼症，例如怕人多、怕旅行、怕黑等。

- 7. 漫遊：**這是令人困擾的行為症狀，例如隨時隨地跟著照顧者或某個人、沒有目的地走動、半夜起來走動、活動量過多、到處亂走而迷路等。
- 8. 激動：**大多數的激動行為反映了患者的不舒服，可分為身體和言語的攻擊和非攻擊行為。肢體動作的激動通常發生在嚴重認知功能障礙的患者，以男性居多。言語的激動則較常發生在女性，或是因為健康問題或慢性疼痛而憂鬱的患者。
- 9. 干擾行為：**命令照顧者、沒有耐性、黏人等等。
- 10. 失控行為：**由於易分心、缺乏病識感和判斷力所致，包括哭泣、自傷行為、性行為失控、衝動行為。
- 11. 拒絕配合：**會導致固執、不合作的行為，也可能抵抗被照顧。
- 12. 睡眠障礙：**因腦功能退化，患者日夜節律出現障



焦慮憂鬱來回踱步的失智老太太。  
(失智症的精神行為症狀)

礙，影響到晚上睡眠，甚至日夜顛倒。

## 五、失智症的危險因子

失智症可以發生在任何人身上，可能造成失智症症狀的原因很多，但現有的研究顯示，若有下列危險因子者，罹患失智症的機會可能增加。

- 1. 年紀大：**年紀是失智症最強的危險因子，特別是在阿茲海默症。根據國際阿茲海默症協會（ADI, Alzheimer's Disease International）的資料，65 歲以上約 5%，80 歲以上約 20%，65 歲以下較少見。民國 100-101 年國內失智症盛行率調查估計在社區中，失智症（失智症 + 極輕度失智症）合計 8.9%，在不同年齡層之盛行率分別為：  
65~69 歲 3.4%、70~74 歲 3.5%、75~79 歲 7.2%、80~84 歲 13.0%、85~89 歲 21.9%、90 歲以上 36.9%，年紀愈大盛行率愈高。

- 2. 失智症家族史：**一等親有失智症，自己得到失智

症的機會比較高，危險率是一般人的 1.1 到 1.3 倍。

**3. 基因遺傳：**失智症中最常見的是阿茲海默症，目前發現與阿茲海默症相關的基因有：脂蛋白 E (Apoprotein E) 基因、類澱粉前趨蛋白基因 (Amyloid Precursor Protein)、presenilin-1、presenilin-2，及 Tau 蛋白基因等。其中脂蛋白基因與阿茲海默症有相當密切關係，但是並非所有帶有這些基因的人就一定會得失智症。

**4. 心血管疾病（中年高血壓、高血脂、糖尿病）、肥胖：**研究顯示的中年血管性因子、肥胖與阿茲海默症、血管性失智症的發生相關。

**5. 受教育程度較低：**高教育程度者相較於低教育程度者，患阿茲海默症的風險較低。據信與高教育程度者其腦本（知能存款）較高，可減少阿茲海默症對認知功能的影響有關。

**6. 女性：**阿茲海默症在女性較常見。

**7. 腦創傷病史：**反覆的頭部外傷、腦部撞擊，與慢性的認知功能缺損有關。



肥胖抽菸喝酒會增加失智的風險

8. **飲酒過量**：酒精濫用與認知缺損有關。
9. **內科疾病**：急性內科疾病與後續的認知退化有關。
10. **毒素暴露**：有機磷和有機氯殺蟲劑、有機溶劑、苯二氮平類安眠鎮靜劑與老年的認知缺損有關。
11. **憂鬱**：老年憂鬱症會增加罹患失智症的風險。

## 六、失智症的警訊

除了大家所熟悉的記憶力減退外，還有哪些症狀可能是失智症的警訊呢？由於失智症是整個大腦的退化，所以依退化區域和程度的不同，會現不同的症狀。若出現的症狀愈多且程度愈嚴重，已是失智症的機率就愈大。國際失智症協會提出了失智症十大警訊供大家參考，幫助大家提早發現失智症。

1. **記憶減退影響到工作**：經常忘記與人約定的事，即使他人提醒也想不起來，甚至會否認說過某些話或做過某些事。



- 2. 無法勝任原本熟悉的事務：**例如英文老師不知道「book」是什麼，計程車司機經常找不到路，售貨員數鈔票有困難，家庭主婦不知道如何煮菜等。
- 3. 言語表達出現問題：**經常想不起來某個字眼，必須用替代的方式來說明簡單的辭彙，例如想不出「端午節」就說「划龍舟的節日」，想不起「時鐘」怎麼說，只能以「用來看時間的那個」來表達。
- 4. 喪失對時間、地點的概念：**搞不清楚年、月、白天或晚上，且無法經由事件的記憶推算，亦可能在自家周圍迷失找不到回家的路，無法經由路標和建築推測方向。
- 5. 判斷力變差、警覺性降低：**例如有不適合氣候的穿著，開車經常與人擦撞，過馬路不看紅綠燈，容易被詐騙集團騙等。
- 6. 抽象思考出現困難：**無法理解言語中的抽象意涵而有錯誤反應，對於機械器具如微波爐、遙控器、提款機等的操作指示無法理解。

- 7. 東西擺放錯亂：**將物品放在非習慣性或不恰當的位置，例如碗筷放在冰箱裡、拖鞋放在衣櫥裡等。
- 8. 行為與情緒出現改變：**情緒轉變相當快，一下子就大哭或罵人，且情緒的改變不一定有可以理解的原因；另外也可能出現異於平常的行為，例如隨地吐痰、拿商店中的物品不付錢、衣著不適切等。
- 9. 個性改變：**一般人年紀大了，性格可能會有些改變，但失智症患者可能更加明顯，例如疑神疑鬼、過度重視細節、特別依賴某位家人等。
- 10. 活動及開創力喪失：**變得被動，需要許多叮嚀鼓勵才會參與事務，甚至連原本的興趣嗜好也不想做了。

醫師向陳女士和家人說明，陳女士的情況屬於血管性失智症，於是開始使用低劑量阿斯匹靈，及治療其憂鬱焦慮症狀。由於陳女士的兒女白天都要上班，在與醫師討論之後，陳女士的家人找到了離家較近的老人日間照顧中心，鼓勵陳女士前往參與活動。陳女士雖然一開



失智老太太被金光黨詐騙（失智症警訊：判斷力變差）

始不願意，但家人每天接送，久而久之陳女士也習慣了。漸漸地她也可以每日規律運動 30-60 分鐘，雖然還是容易緊張擔心，也會重複問問題；但精神看起來好多了，會跟孩子分享卡拉 OK 唱了什麼歌，展示手工藝活動的作品。也漸漸增加與人的互動，反應越來越好。

## 七、失智症的非藥物治療

由於目前尚無有效的藥物可以治癒失智症，如何運用非藥物療法來延緩失智症患者的退化，目前各國都在進行研究當中。整體來講，最重要的有 4 點：

- 1. 運動：**規律的運動，例如每日 30 分鐘快走。
- 2. 腦部認知活動：**包括各種認知訓練、社區大學上課、學習新知等。
- 3. 社交活動：**與人互動對大腦活化很有幫助，規律的社交活動，尤其是相互關懷支持、助人及靈性提升的活動，助益更大。
- 4. 適當的飲食：**一般推薦地中海式飲食。泛指希

臘、西班牙、法國和義大利南部等處於地中海沿岸的南歐各國以蔬菜水果、魚類、五穀雜糧、豆類和橄欖油為主的飲食風格。研究發現地中海飲食除了可以減少患心臟病的風險，還可以保護大腦免受血管損傷，降低發生中風和記憶力減退的風險。

其他如懷舊療法、音樂治療、芳香療法、寵物治療、藝術治療等，都有成功減緩記憶力或功能退化的報告。環境的調整（提供熟悉的、穩定的、有安全感的環境）、行為治療、針對照顧者的教育和支持團體，也是失智症的非藥物治療的重要的一環。

以下簡單介紹幾種療法：

### 1. 認知訓練

運用日常生活器具或輔助教具，進行認知活動或記憶訓練，幫助失智症者動動腦、減緩認知功能退化。過程常結合感官刺激活動、現實導向活動。目標是希望即使在疾病的影響下，仍能維持患者最大可能的獨立功能，並找出應對失智症帶來之困擾的策略。

### 2. 懷舊治療

鼓勵患者在團體中有組織地回想、討論並分享過往的事情及經驗，除了促進患者的語言表達和人際互動，同時也增加患者的信心和自尊，進而減輕憂鬱情緒、緩解症狀。

### 3. 音樂治療

音樂可以降低腎上腺分泌皮質醇，降低焦慮，使情緒平緩，因此可以做為改善患者情緒和促進語言溝通的媒介。音樂活動中簡單樂器的使用以及歌詞解說等方法，同時也提供患者正向刺激，延緩疾病之退化。

## 八、失智症的藥物治療

### 1. 阿茲海默症的藥物治療

阿茲海默症的藥物主要有膽鹼酶抑制劑及 NMDA 受體拮抗劑，希望能減緩患者心智功能退化的速度，其他可能處方的藥物還包括抗憂鬱劑、抗精神病藥物、抗焦慮劑、情緒穩定劑等，這些種類的藥物多用於改善患者的精神行為症狀，以下針對幾類常見的藥物做說明。

- (1) 膽鹼酶抑制劑：乙醯膽鹼是人體有助於形成記憶的重要神經傳導物質，因為阿茲海默症患者大腦內的乙醯膽鹼濃度是降低的，因此這種藥物可以藉由提高乙醯膽鹼濃度，暫時改善病人的臨床症狀。目前這類藥物主要是用在治療輕度到中度的阿茲海默症。
- (2) NMDA 受體拮抗劑：此類藥物可阻斷因麩胺酸過多在 NMDA 受體作用過強而造成的神經細胞損傷。此類藥物對中重度阿茲海默症較為有效。
- (3) 抗憂鬱劑：患者的嚴重憂鬱、煩躁、睡眠障礙可使用抗憂鬱劑治療，由於失智症伴隨輕度憂鬱的藥物試驗並未顯示抗憂鬱劑的顯著療效，因此對於輕度憂鬱患者，應優先用非藥物方式處理。比如注意生活作息、睡眠時間是否固定，身體疾病疼痛是否已經控制，親人是否定期探視，是否有規律運動，足夠照射陽光等。抗憂鬱劑可能的副作用有頭痛、噁心、食慾減退、性慾降低、頭暈等，這也可能是降低其療效的原因之一。

(4) 抗精神病藥物：當患者有躁動、攻擊行為、幻覺與妄想等「失智症合併行為與精神症狀」時，實務上通常以藥物介入，特別是用抗精神病藥作為第一線治療。雖然非典型抗精神病藥對於改善攻擊行為與精神症狀有效益，但可能引發鎮靜、巴金森氏症症狀、步態異常、脫水、跌倒、肺部感染、認知退化加劇，甚至中風與死亡等重大不良事件及副作用。失智症患者使用抗精神病藥物後，發生中風及死亡的案例數比起服用安慰劑者分別提升約 1%，且最容易發生的時機是用藥後第一個月，因此這些藥物的使用都應該從第一個月以較低的起始劑量開始，配合一些心理、環境因素的改善，然後必要時才逐漸提升劑量。如果症狀改善，須盡快減量以降低風險。

## 2. 血管性失智症的藥物治療

治療重點為降低大腦進一步受損的風險，即預防中風和短暫性腦缺血的發生。因此醫師會建議控制血管危險因子，如治療高血壓、糖尿病、高血脂之藥物及防止



血栓形成的藥物。

### 3. 額顳葉型失智症的藥物治療

目前仍然沒有任何藥物可以治療或預防，不過對於伴隨的精神和行為症狀，可使用抗憂鬱劑或抗焦慮劑等藥物來治療。

### 4. 路易氏體失智症的藥物治療

使用藥物能夠控制巴金森症狀和精神症狀。抗巴金森藥物雖可改善動作障礙，但可能使精神症狀增加；抗精神藥物可改善患者精神症狀，但可能加重動作障礙。

### 5. 其他因素導致之失智症

找出可逆性病因而針對病因治療。比如若缺乏維他命 B12，則補充之。

## 九、失智症的倫理與法律議題

### 1. 失智症的緩和醫療照護

目前我國已將極重度失智症納入健保安寧緩和醫療之對象，也就是「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」的患者。研究發現，極重度失智症病人一旦有發燒感染或進食問題者，40 到 50%會在半年內死亡；因此當一名極重度失智症的病人出現以上問題時，應該可以考慮接受緩和醫療照護。當病情急劇轉變造成病人極大不適時，可符合安寧緩和醫療照護，讓末期病人不再施予無效醫療，得以自然死亡。

## **2. 失智症常見的法律相關議題包括是否具備行為能力，如何預立財產授權及醫療代理，如何財產信託等。**

(1) 行為能力是指在法律上能夠獨立地基於自己的意思而實際上取得權利或負擔義務的資格。失智症患者是否有行為能力，與失智的嚴重程度和病識感有關。此外，不同面向的認知功能減退可能不一致，隨著時間也可能會有波動。因此要評估患者是否充分瞭解並能做決定，需要法官的專業來判定。心神喪失或精神耗弱致不能處理自己事務者皆可申請監

護或輔助宣告，法院會指定醫師做精神鑑定，若經法院裁定為監護宣告，之後就由監護人擔任其法定代理人，若經法院裁定為輔助宣告，之後就由監護人輔助其行使重大決定。

- (2) 站在保護患者的立場，失智症患者的家屬有必要在患者仍具有判斷力與自主性之時就提早與之討論財務規劃、財產信託、預立遺囑、指定法定代理人等法律問題。否則當患者已經退化到失去自主決定能力時，患者所做的決定和簽署的文件的有效性會有疑問。如何預立財產授權及醫療代理，如何財產信託等問題，必要時可及早接洽律師，以研擬最符合個案想法的方式。

## 十、失智症的預防

研究發現，如果能延緩失智症晚 2 年發生，則整體失智症的盛行率會減少 20%，如果能延緩 5 年，則整體

失智症的盛行率會減少 50%，這是何其重要的訊息。然而雖然我們已經知道老年失智症的腦部病理變化，但真正的致病原因仍然不知道，目前也尚未有任何藥物可以治癒失智症，但隨著研究的進展，我們也越來越了解失智症的危險因子和保護因子。因此預防之道就是增加保護因子，避開危險因子。這個原理與失智症的非藥物治療類似。

- 1. 多運動：**規律的運動可以刺激生長因子的合成，有助於神經細胞的存活；運動也可以減少血管硬化，因而降低大腦受損的危險性。建議維持每週 2 次以上規律的運動習慣。
- 2. 腦部認知活動：**老年失智症的保護因子之一是高教育。當貯存的腦本（知能存款）愈多，就愈經得起疾病的消耗。貯存腦本要從年輕時就開始，以下是一些保持頭腦活躍的活動：學習新知、閱讀、寫作、看電視、聽演講、做數獨、打麻將、繪畫、園藝、烹飪、縫紉、編織等。
- 3. 社交活動：**與人互動對大腦活化很有幫助，規律的社交活動，尤其是相互關懷支持、助人及靈性



腦部認知活動與人際互動可以減少失智的風險

提升的活動，注意更大。

**4.採清淡飲食：**地中海飲食被證實可降低心血管疾病的風險，也可降低阿茲海默症發病的相對風險。建議多攝取蔬果、豆類、未精製穀類、橄欖油、適量飲酒（無此習慣者則不建議喝酒），並從飲食中多吸收維生素。

**5.減少心血管危險因子，預防和治療高血壓、高膽固醇、糖尿病：**高血壓、高膽固醇、糖尿病都會增加阿茲海默症的風險。建議從改變生活型態開始，例如調整飲食、減重、運動、戒菸以維持正常的血壓、膽固醇及血糖。已有高血壓、高血脂、糖尿病的患者，應接受治療以降低發生阿茲海默症或血管性失智症的風險。

## 十一、失智症的社會資源

當家人被診斷為失智症，不免會惶恐擔憂，而一旦患者的自我照顧功能逐漸退化，或出現精神狀態、行為

的改變，照顧者更容易感到壓力沉重甚至束手無策。在確定診斷之後，除了在醫療院所的神經科 / 精神科的失智症門診追蹤，照顧失智症患者的歷程中尚有相關社會資源可運用。

### 1. 諮詢資源

#### (1) 失智症相關網站：

台灣失智症協會

<http://www.tada2002.org.tw>

天主教失智老人社會福利基金會

<http://www.cfad.org.tw>

台北市政府失智症服務網

<http://dementia.health.gov.tw>

#### (2) 諮詢專線：

台灣失智症協會關懷專線 0800-474-580

（可詢問如何取得出版品及刊物）

天主教失智老人社會福利基金會

02-2332-0992

中華民國失智者照顧協會

04-2302-7108

中華民國家庭照顧者關懷總會

0800-580-097

(3) 各縣市長期照護管理中心服務窗口：

如果對上網或電腦不熟悉，建議直接電話洽詢衛生局或社會局的主要承辦人。

## 2. 瑞智學堂

針對輕度失智症患者設計之社區式服務，希望能藉由活動發揮患者的功能、減緩疾病之退化、提升病友及家屬的生活品質。課程種類包括薪火相傳班、頭腦體操班、藝術創作班、瑞智合唱團、瑞智音樂班。目前全台有十餘個單位提供相關課程，可撥打失智症關懷專線（0800-474-580）洽詢。

## 3. 日間照顧服務

老人日間照顧中心提供白天的文康活動、社交活動、音樂律動、懷舊團體等目標在於延緩失智症患者功能退化、改善生活品質的多元活動。適合輕中度失智症患者且無法定傳染病者；明確的收案條件，建議直接洽詢各日間照顧中心了解。

## 4. 我國長期照顧十年計劃之福利服務與補助



和失智症照顧最為相關的包括：

- (1)提供給失去日常生活功能者的居家照顧服務
- (2)幫助家庭照顧者減輕照顧壓力的喘息服務
- (3)提供給重度失能者的交通接送服務
- (4)增加身心失能者在家自主活動能力的輔具資源
- (5)給付對象以中低、低收入戶老人為主的經濟補助

由於多數服務項目之對象和內容由各縣市政府自行訂定，以上各項福利服務與補助的詳細施行方法，建議詢問戶籍所在地之鄉鎮市公所、縣市政府社會局，或長期照護管理中心。

以下為十年長照摘要的說明：

## 服務項目及補助標準（長照十年摘要版）

- 註：(1)若有異動，依各縣市最新規定為原則
- (2)各直轄市或縣（市）政府補助標準因各縣市政府資源不同而有差異，請逕洽各縣市政府社會局（處）。
- (3)補助金額大多是低收入全額補助、一般戶補助 60%。詳細各類服務補助狀況請逕洽各縣市長照中心。

服務項目	補助內容
(一)照顧服務 （包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務）	1. 依個案失能程度補助服務時數： 輕度：每月補助上限最高 25 小時；僅 IADLs（工具性日常生活功能）失能且獨居之老人，比照此標準辦理。 中度：每月補助上限最高 50 小時。 重度：每月補助上限最高 90 小時。 2. 超過政府補助時數者，則由民衆全額自行負擔。
(二)居家護理	除現行全民健保每月給付 2 次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次。
(三)社區及居家復健	針對無法透過交通接送使用健保復健資源者，提供本項服務。每人最多每星期 1 次。
(四)輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	每 10 年內以補助新台幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。
(五)老人餐飲服務	服務對象為低收入戶、中低收入失能老人（含僅 IADLs 失能且獨居老人）；每人每日最高補助一餐。

服務項目	補助內容
(六)喘息服務	1. 輕度及中度失能者：每年最高補助 14 天。 2. 重度失能者：每年最高補助 21 天。 3. 補助受照顧者每日照顧費以新台幣 1,000 元計。 4. 可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 5. 機構喘息服務另補助交通費每趟新台幣 1,000 元，一年至多 4 趟。
(七)交通接送服務	補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助 4 次（來回 8 趟），每趟以新台幣 190 元計。
(八)長期照顧機構服務	家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能老人：由政府全額補助。 未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能老人：經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。

## 5. 外籍監護工申請

若隨著失智症病程的發展，短時數服務日漸無法滿足家屬的需求，家屬可能會考慮申請外籍看護工來提供患者全天的陪伴，申請辦法主要有兩類：

(1) 向指定醫院申請開立「病症暨失能診斷證明

書」，由醫事人員綜合評估 CDR（臨床失智評估量表），認定是否有 24 小時照顧需求，再轉由長期照護管理中心辦理。

- (2) 領有身心障礙手冊級別為重度、極重度等級者，直接持身心障礙手冊到患者現居地之長期照護管理中心申請。

## 6. 機構式照護

當照顧中重度失智症患者已造成家屬太大的壓力，專業團隊可能提供更好的照護品質時，可以考慮 24 小時的機構服務。選擇機構式照護並不代表放棄患有失智症的家人，反而是為失智症患者及家人提供新的出路。如何選擇一個適合患者的機構，除了經濟考量、是否方便家人探視，親自參訪以了解機構性質、環境設備、活動安排、照顧人力配置、評鑑等級、住民特性，也是評估時的重點。依照機構性質區分，照護機構主要可分為下列幾種：

- (1) 護理之家：如果患者有較多的醫療照護需求，譬如有許多慢性疾病、必須頻繁就醫，可以選擇醫院附設之護理之家。

- (2) 養護機構：即使沒有特別設立失智專區，仍可與機構討論以患者的狀況，該機構的人力、人員訓練、空間是否能夠提供服務。
- (3) 團體家屋：人力比一般養護機構多，工作人員受過失智症照護訓練，採小單元的照顧，是目前照護品質較好的照顧模式，但費用較高，家數較少（目前有士林團體家屋、台中市活力村、嘉義市聖母家屋、南投縣福氣村）。

### 7. 走失協尋

- (1) 愛心手鍊：若失智症患者有走失之虞，可洽詢失蹤老人協尋中心(02-2592-7999)或當地縣市政府社會局辦理。
- (2) 指紋捺印：有走失之虞的失智症患者若能接受內政部警政署的指紋捺印建檔服務，警方可以盡快幫助家屬找回走失的患者。須自行至各縣市警察局或刑事鑑識中心申請。
- (3) 衛星定位：可自費向「個人衛星定位器」廠商購買；領有身心障礙手冊、有走失之虞且具獨力外出能力的失智症患者可申請補助。

## 8. 照顧者相關資源

照顧失智症患者是勞心勞力的工作，各地失智症協會或醫療院所會舉辦對象為家屬或照顧者的團體，例如失智症講座可以正確了解疾病、為後續照顧奠定基礎，照顧訓練班可以學習照顧技巧，家屬支持團體能夠和其他照顧者分享經驗、互相支持。

## 9. 法律資源

照顧失智症患者若遇到法律問題，可求助各地方法院之單一窗口聯合服務中心或財團法人法律扶助基金會。

其他相關資源還可上台灣失智症協會網站查詢：  
<http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/Default.aspx>

## 十二、結語

隨著人口老化，已開發國家（包括台灣）都面臨著一個嚴峻的挑戰，就是人老了但不一定健康，可能失

智，還伴有憂鬱及各種身體疾病，活得不快樂，死也死不了。台灣健保資料庫的分析指出，台灣人平均壽命達到 79-82 歲，但真正健康狀態平均只到 68 歲左右，也就是說，生命中最後的 10 幾年都在病苦之中度過。因此如何積極準備一個健康的晚年生活，已經是重要議題。綜合來講，若要預防老年失智，至少必須從中年就開始行動，養成從事規律的運動、良好的飲食習慣、建立學習及社交支持系統、並且減少心血管危險因子。期待這些行動能變成全民運動，不但可以造福每個家庭，減少健保支出，更可以增強國力，讓整個國家社會更正向地提升發展。

### 參考資料

1. 台灣失智症協會網站 <http://www.tada2002.org.tw/>
2. 我會永遠記得你：認識失智症；臺北市；臺灣失智症協會；2010；初版

3. 失智症完全手冊—台灣失智症協會專家智慧集結;臺灣失智症協會;臺北市;健康文化;2008;一版
4. 別等失智上身：瞭解它、面對它、遠離它；王培寧，劉秀枝；台北市；台灣商務；2010；初版
5. 失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照顧（護）實務；英國失智症學會；2011



## 失智症與精神健康

---

著 者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主 筆：杜昭瑩、黃宗正

校 訂：杜昭瑩、黃宗正

出 版 者：衛生福利部

地 址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電 話：(02)8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：中華民國 103 年 12 月

版 次：第一版第一刷

I S B N：978-986-04-3956-4

G P N：1010303238