

失智症診斷治療的教戰守則

台大醫院 神經部 邱銘章 醫師

隨著整個人口的老化，台灣社會的老年人口將在今年超過百分之10，預計20年後每5個人就有一個人超過65歲，老年人口將佔全體人口數的百分之20。而根據全世界有關失智症盛行率的調查顯示，失智症盛行率隨著年齡增加而上昇，幾乎過了65歲，每增加5歲年齡別盛行率就增加一倍。

國際失智症協會，在2005年年底發表有關全世界最新調查結果指出，目前全世界有約2430萬的失智症患者，每年新增460萬名，相當於每七秒鐘就增加一名失智症患者[1]。預計二十年後失智人口倍增，將有約4230萬名患者。在台灣依據四個不同地區的流行病學調查

顯示台灣的失智症盛行率在65歲以上老年人口約在百分之2~4，而且隨著人口結構的老化，盛行率逐漸攀升，估計台灣目前在社區約有9萬人罹患失智症。

且根據台灣失智症協會的調查顯示在各式長期照護機構中尚有約兩萬人罹患失智症，在養護機構和護理之家中的這些失能老人，罹患失智症的比率更超過一半（表一），總計台灣目前應有11萬左右的失智症人口。20年（民國115年）後這個數字將加倍，估計將有22萬人的老人罹患失智，它所帶來健康照護的問題與對家庭的衝擊及所衍生的社會、經濟的影響相當龐大，這將是後高齡化台灣社會的嚴峻挑戰。

表一、台灣長照機構六十五歲以上住民失智症盛行率^{93.12}

機構別	安養中心	養護機構	護理之家
失智症盛行率	24.54%	61.17%	65.70%

失智症的診斷與分類

根據DSM-IV的診斷準則(表二)，失智症是以記憶功能退步為主加上一種或以上不同面向的認知功能障礙。而且這些認知功能障礙，需要嚴重到足以影響患者的社會或職業功能。

如果是像阿茲海默症這一類的退化性失智症，則整個臨床過程還需符合逐漸發病、持續惡化，並須排除其他大腦或身體疾病造成認知功能敗壞的可能性。因此失智症的診斷重點，從病史詢問開始，便須特別注意發病之起始和早期症狀，是以記憶功能、語言功能、個性改變或精神行為症狀為最明顯。病程發展之速度及起伏之有無，是否有家族史、血管危險因子等等。身體檢查須注意心血管、新陳代謝、內分泌、貧血等的合併症。神經學檢查，則須注意有無意識障礙、譫妄、偏癱、步履障礙、肌躍性抽搐、吞嚥及構音困難等。

臨床上用來協助鑑別阿茲海默症與血管性失智症的哈金思氏缺血量表[2]（Hachinski Ischemic Score, HIS）也是這種精神的應用（表三）。

依照病因而分類，失智症可以簡單分類為退化性與非退化性病變。

前者以阿茲海默症為大宗，其他還有額顳葉型失智症、路易氏體失智症、巴金森氏病併發之失智症等等。

後者指的是因其他大腦非退化性病變或全身性疾病所導致的失智症，如血管性失智症（由各種腦中風引起）、頭部外傷、水腦症、腦瘤、中樞神經感染（如疱疹腦炎、神經性梅毒、結核）、內分泌失調（甲狀腺）、營養素缺乏（維生素B12、葉酸）、酒精性失智症等等。

表三、哈金思氏缺血量表

特徵	點數
突然發作	2
梯狀惡化	1
起伏病程	2
夜間混亂	1
人格不變	2
憂鬱	1
身體症狀	1
情緒失控	1
高血壓病史	1
中風病史	2
局部神經學病徵	2
局部神經學症狀	2

四分或以下則血管性失智症可能性低；七分或以上則血管性的可能性高

失智症的篩檢與評估

從以上分類就知道，失智症的篩檢首先要排除所謂的「可治療性」失智症的病因。

因此神經影像的檢查（頭部電腦斷層或腦部磁共振影像），對於排除腦部結構性、血管性病變仍屬必要。

簡易的生化檢查、全血球計數、甲狀腺功能、梅毒血清試驗等為失智症篩檢的基本項目。若有臨床證據顯示應該懷疑其他病因時，進一步再安排各種檢查，如有巨球形貧血則檢查維生素 B12、葉酸、同胱胺酸；梅毒血清陽性反應或急性、亞急性病程則進行腰椎穿刺與腦脊髓液分析；懷疑類固醇型失智症、巴金森氏病則可以安排單光子射出斷層的核醫攝影等等；懷疑 CJD 等海綿腦症時則安排系列腦波的追蹤檢查。

失智症的評估包括智能（簡易心智量表 MMSE、認知評估篩檢工具 CASI）、生活功能（工具性日常生活功能 IADL、日常生活功能 ADL），

與精神行為症狀（神經精神症狀問卷 NPI、阿茲海默症行為量表 Behave-AD）三大方面。

另外還有患者整體功能評估（臨床失智量表 CDR）、照護者壓力與負擔評估。失智症的治療可分為病因治療與症狀治療。

小於百分之五的失智症病患，罹患的是所謂的「可治療性」失智症。如果治療的時機較早，則可能將認知功能缺損的情形逆轉，甚至恢復到發病前的程度，如維生素 B12 缺乏症、亞急性神經性梅毒、甲狀腺功能低下、硬腦膜血腫、水腦症等等。有些情況雖無法完全恢復，但至少可以遏止惡化、或部分改善智能缺損，如、血管性失智症的患者，若能早期治療，嚴格控制血管危險因子，臨床上認知功能得到穩定甚或進步的個案並不少見。

至於像阿茲海默症這一類的退化性失智症，到目前為止並無任何治療方法或藥物經證實可以有有效的逆轉或遏止其病程的惡化。

認知功能治療裡的膽素療法，即是乙醯膽鹼水解酶抑制劑（cholinesterase inhibitor）目前有 donepezil（Aricept 愛德欣）、rivastigmine（Exelon 憶思能）和 galantamine（Reminyl 利憶靈），適應症為輕到中度的阿茲海默症患者。

在非膽素治療方面目前只有 memantine 一種（國內有 Witgen 威智、Ebixa 憶必佳），適應症為中、重度的失智症。這幾種藥物，雖對於患者的某些行為或日常生活功能有些微改善的功效，但是對於記憶或整體認知功能的效果實則相當有限。然而大體而言，這四種目前為歐盟（EMA）和美國（FDA）所認可的失智症治療藥物，雖藥效不顯著但都有延緩失智症惡化的效果。

精神行為症狀（表四），是失智症照護家屬最大的壓力來源，也是失智症病患被送至機構中安置的最重要理由。精神行為症狀的治療，須先釐清問題的本質和標的行為，排除病

人是因發燒、疼痛、饑餓、寒冷等等的身体不適所引起或因幻覺、妄想、焦慮、恐慌等精神疾病因素所導致。

處理上首先考慮使用非藥物治療的方法，但是家屬需要去充實非藥物治療的照護技巧與知識，調整對待失智症長輩的態度。藥物治療包括傳統或非典型(atypical) 抗精神藥物、抗憂鬱藥物、情緒穩定劑、安眠藥等等。不

管是那一類的藥物在劑量調整上都要符合從低劑量開始逐漸增加 (start low and go slow)，在解決標的問題行為之後，便可進行減量，並經常檢討長期使用之正當性。

通常失智症病患因年齡較長，身體對藥物的吸收與代謝較慢；且因腦傷或腦退化，腦部對藥物作用的承受力較差；或因服用多種藥物容易產生藥物交互作用，所以劑量通常較一般劑量為低。

且不論是傳統或非典型 (atypical) 抗精神藥物，都可能容易在這些罹患失智症的老年病患身上產生明顯的椎體外運動系統或心血管副作用，因頭暈、嗜睡、步履不穩而跌倒甚至繼發骨折、頭部外傷的併發症。或因過度鎮靜產生餵食困難而繼發吸入性肺炎或脫水及電解值不平衡的併發症。

總之，失智症的治療與照護在不同種類的失智症與不同嚴重程度的失智症病人上需要有不同的方法與對策，尤其是要注意減少因治療而產生的副作用與併發症。

結語

失智症對個人而言不但是個健康照護的問題，對於整個家庭來講會因照護的負擔與所伴隨的症狀而造成在情緒上、經濟上以及生活品質上相當大的衝擊。

因此如何增加社區醫師及各種科別的執

業醫師對於失智症種種臨床症狀表現的敏感度，知道記憶不好並非老化的結果，行為個性的改變也不是「老番癩」，讓失智症的病人早期被診斷出來並接受治療，減輕病人被誤會的痛苦與照護者的負擔，才是台灣社會迎接失智症這個後高齡化台灣社會的嚴峻挑戰的最佳準備。

相關訊息可以參考台灣失智症協會網站 <http://www.tada2002.org.tw/>。

表四、失智症病患常見之精神行為症狀 無目的之活動

遊走

多疑 / 妄想

「有人在偷東西」的妄想

日夜顛倒

對於即將到來的事焦慮

口語上的脾氣發作

害怕單獨一個人

躁動

不適切的行為

情緒低落

配偶或家人不忠的妄想

視幻覺

「自己的房子不是自己的家」的妄想

容易哭泣流淚

【本文轉載自台北市醫師公會會刊 2006 年
第 50 卷第 7 期】

(感謝邱銘章醫師答應本刊轉載)