

失智二、三事

文·圖/吳佳璇

由於衛生醫療進步，重以戰後嬰兒潮效應，臺灣人口自上世紀末開始快速老化。1993年，65歲以上老年人口超過7%，今年（2018）3月底達到14.05%，正式成為聯合國定義的「高齡社會」。而根據國發會推估，8年不到，也就是2026年，臺灣將跨過高齡化率20%的關卡，進入「超高齡社會」。

為維持快速老化社會的運作與活力，各國政府無不絞盡腦汁，臺灣亦不例外。因此，如何延緩、甚至減少老年人失能，將成為落實聯合國世界衛生組織倡議之「活力老化」關鍵步驟。

儘管老人失能往往是多重因素造成，然就疾病而言，失智症卻是其中最大宗。根據衛生福利部委託臺灣失智症協會進行之流行病學調查（2011-3）結果推估，2017年底，臺灣約有27萬人罹患失智症，65歲以上之患者約25萬3千名；換言之，每13位長者，就有一位失智，且比例隨年齡增加（表1）。

表1：五歲分年齡層失智症盛行率

年齡（歲）	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	≥90歲
失智症盛行率（%）	3.40	3.46	7.19	13.03	21.92	36.88

資料來源：衛生福利部科技研究計畫『失智症（含輕度認知功能障礙，MCI）流行病學調查及失智症照護研究計畫』，www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia

失智症不是正常老化

近年來，失智症及相關議題，越來越受民眾關注，也因此出現不少似是而非、需要導正的資訊，例如失智症只是正常老化，便是常見謬誤之一。

其實，失智症不單單是健忘，是一群症狀的組合（症候群），除了記憶力減退，其他認知範疇，包括語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、以及注意力等，亦隨著時間發生不同程度的退化（表2）；此外，還會出現干擾行為、性格改變、妄想或幻覺，而這些症狀的嚴重程度，足以影響患者的人際關係、工作能力，甚至生活自理能力。多數的失智患者病情是逐漸惡化，從確診到死亡，大約是8到10年的病程，只有少數因致病原因得以矯治而恢復（例如水腦症、腦部腫瘤、新陳代謝異常、病毒感染、酗酒等）。

表2：認知障礙的範疇（節錄自p286-91，DSM-5®精神疾病診斷準則手冊，美國精神醫學會原著，臺灣精神醫學會翻譯審定，合記書局出版，2015）

認知範疇	可觀察到的徵兆
<p>複雜注意力，包括</p> <p>持續性注意力、雙向注意力 選擇性注意力、速度</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 多重刺激（電視、收音機、談話）的環境中，專注困難度增加。 · 除非輸入訊息有限且單純，否則無法專心。 · 記住新訊息有困難，無法心算，思考比平常花更久的時間。
<p>執行功能，包括</p> <ul style="list-style-type: none"> · 計畫、決策、工作記憶（working memory）、 · 對回饋的反應 / 錯誤修正 · 抑制、心理彈性 	<ul style="list-style-type: none"> · 放棄複雜的計畫，同時從事多項工作有困難。（訪客或來電打斷，無法重回原來工作）。 · 因為組織、計畫和決策更費力而感到疲勞。 · 參加大型社交活動感到負擔，無法跟上話題。
<p>學習和記憶，包括</p> <ul style="list-style-type: none"> · 立即記憶、近期記憶（自由回憶、有線索的回憶） · 辨識記憶、長久記憶、內隱學習 	<ul style="list-style-type: none"> · 同一次談話重複表達。 · 回想最近的事情有困難，記不得是否付過帳。 · 更加依賴表單與行事曆。
<p>語言，包括</p> <ul style="list-style-type: none"> · 表達性語言、字彙尋找、流暢度、文法 · 接受性語言 	<ul style="list-style-type: none"> · 常使用一般性片語，如“那件事”、“你知道我的意思”。 · 偏向使用代名詞而非具體名稱，出現奇特的文法與用字，刻板語言。
<p>知覺動作，包括</p> <ul style="list-style-type: none"> · 視覺知覺、知覺建構、知覺動作、使用與辨識 	<ul style="list-style-type: none"> · 從事先前熟悉的活動出現困難，黃昏時變得混亂。 · 空間性工作，像是木工、裝配、縫紉與編織要費更多工夫。
<p>社會認知</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 穿著是否合宜，談話主題等變得不敏感。 · 行為不考慮家人與朋友，不考慮安全性。

依照臨床表徵與受損或退化部位分類，失智症大致分為兩類：退化性及血管性。有些患者則同時存在兩種甚至更多病因，最常見的是阿茲海默症與血管性失智症並存（又稱為混合型）。

退化性失智

大部份患者屬於這類型，以下三者最常見：

1.阿茲海默症

是最常見的失智症，病程漸進發展，最終整個大腦功能都受影響。一開始是記憶力不好，容易忘記最近發生的事、說過的話，初期頻率和嚴重度都很輕微，漸漸影響患者日常生活。語言、判斷力、及時空感等也會退化，連個性都可能出現重大改變。後期患者喪失自主性，無法獨立生活。阿茲海默症是為了紀念愛羅斯·阿茲海默醫師（Alois Alzheimer）而命名。他在1906年解剖一位死於智力問題中年女病人的大腦，發現一些不尋常組織病理變化。百年後，神經科學家雖無法完全掌握該病成因，卻找出許多相關危險因子，包括年齡（罹病機率隨年齡遞增）、家族史、血脂蛋白ApoE 4基因（有此基因的人罹病機率較高）、低教育、糖尿病、高血壓、高血脂及頭部外傷。

其實，阿茲海默症的大腦病理變化，早在病人出現認知功能衰退、或行為變化前一、二十年就已經存在。因此，美國國家老年研究院（NIA）與阿茲海默症協會（AA），於2011年聯合發表新的診斷標準與建議，強調應該把大腦的結構、生化、功能及基因的生物標記（biomarker）列入診斷標準的參考，將阿茲海默症分為臨床前（preclinical-AD）、輕微認知障礙（MCI-AD）與失智（dementia-AD）三個連續階段。

2.路易氏體失智症

是第二常見的退化性失智症。有時單獨發生，有時和阿茲海默症或巴金森氏症一起發生，腦部某些特定區域會出現異常的路易氏體（Lewy-Bodies）沉積。主要症狀包括（1）認知功能減退可能時好時壞，伴隨著明顯的注意力變化；（2）栩栩如生的視幻覺；（3）類似巴金森氏症的動作特徵，如動作緩慢、肢體僵硬、顫抖、步伐不穩；有些病人睡夢中會大聲說夢話、喊叫，並揮動四肢，也就是所謂的動眼期睡眠障礙。

3. 額顳葉失智症

特性為早期即出現人格變化和行為控制力喪失，常常會有不合常理、或重複的行為舉動，像是不恰切的發言、講不適當的笑話，重複某幾個動作，或蒐集物品。另一類表現是語言障礙，出現講話不流暢、表達困難、命名困難等漸進性退化現象。平均好發年齡50歲以後，但較阿茲海默症早。

血管性失智症

主要原因是腦部血液循環不良或是中風導致腦細胞死亡，造成智力減退。臨床表現可以是突發性，或階梯式逐漸變壞。常見症狀包括動作緩慢、反應遲鈍、步態不穩、以及憂鬱情緒等精神症狀。控制不佳的高血壓，容易導致腦血管梗塞或破裂；糖尿病和高血脂症等疾病造成血管硬化狹窄，致使腦血液循環差，也是常見的危險因子。

失智照護

正確的診斷與詳盡的評估，不只是治療的基石，也是病家取得照護資源的入場券。由於臺灣醫療普及率高，當民眾懷疑自己或家人有疑似失智徵兆，幾乎都能在居住縣市找到神經內科或精神科門診，就近進行評估。為何強調「就近」，乃是考量一旦確診失智，日後無論門診追蹤，轉介復健或長照機構，在地醫療團隊才能無縫接軌，且隨著失智病程進展，將大大省去就醫之舟車勞頓與等候之苦。

一般而言，如果病人是記憶力衰退，多半會求助神經內科。倘若病人一開始出現的是怪異言行或情緒障礙，就可能找上精神科。無論是哪一科門診，在做出診斷前，都需要蒐集相關病史，家族史，藥物使用史，並完成認知功能檢測與精神行為情緒評估、腦部影像學檢查、實驗室（抽血）檢查，再綜合所有結果做出診斷，給予治療及照護建議。

至於各大醫院最近很夯的「記憶門診」，其實是整合相關專科醫師，與心理、職能治療及社工等其他專業而成立的單位，以單一窗口提供所有服務，不讓病家迷失在專科林立的醫院叢林裡。

藥物與非藥物並進的治療

除了極少數患者因可逆轉成因導致失智，多數患者確診失智後，將面臨一個沒有藥物可以治癒的情境。上世紀後半葉，生醫界投入大量資源開發藥物，目前獲致的成果是：臨床試驗證實，針對阿茲海默症適時投予膽鹼酶抑制劑或NMDA 受體拮抗劑，將能保留（甚至改善）認知功能、減少行為混亂，並延緩疾病惡化。

既無治癒可能，該如何決定開始與停止服藥的時機？一般而言，確診患者越早開始服用膽鹼酶抑制劑，延緩退化的效果越明顯。當藥物未如預期延緩退化，便是考慮停藥的時機。只不過，健保署規定如此，仍有家屬自費購買藥物，抱著「死馬當活馬醫」的心情繼續服用。

除了前兩類藥物，臨床上也會處方抗憂鬱藥、抗精神病藥等中樞神經藥物，治療病人的精神行為症狀（behavior and psychological symptoms of dementia, BPSD）。

藉由環境的調整—為患者建立一個熟悉的、穩定的、有安全感的生活空間，並透過活動安排，改變溝通方式，認知訓練，懷舊療法，按摩，音樂治療，芳香療法，寵物治療及藝術治療等非藥物照顧方法，也能改善失智患者精神行為症狀。

近年來，非藥物治療漸受重視，以雙北市的瑞智及瑞齡學堂為例，便是靈活運用頭腦體操、懷舊、音樂、藝術與園藝等治療，使輕度失智者在專業人員的帶領下，訓練提取遠程記憶、組織訊息、邏輯推理、增加現實定向感，以維持認知功能。

無論是參與社區服務據點活動，或是失智共照中心的服務，都能增加失智者的人際互動，滿足其情緒需求，減少問題行為。尤其是體能活動，除了維持心肺功能、肌耐力及靈活度，更因體力適度消耗，減少遊走，改善夜眠。

照顧者的調適

由於失智症無法治癒僅能延緩的特性，照顧者即使有心，也不一定發生期待中的轉變；加上患者從發病到死亡的病程約八到十年，有時長達15年，漫長的照護歷程不啻是嚴苛的挑戰。

為了不讓主要照顧者孤軍奮戰，成為憂鬱症預備軍，照顧失智者必須是全家人的事。從認識疾病、共同討論照顧問題並分擔責任，更重要的是當主要照顧者面臨困難時，適時給予支持與協助。

近來，「被照顧者要好，照顧者要先好」的概念抬頭，長年耕耘失智照護的天主教失智老人基金會，也開始倡議失智者及照顧者的健康自我管理。

然而，由於社會與家庭型態改變，重以少子化影響，照顧失智者，恐怕不只是一家子，而是整個社區，甚至生活在這島上每個人的事。

所幸，除了公部門力推長照2.0，近年來各種民間力量勃發，改造生活環境與民眾觀念，讓失智者過著有尊嚴、有品質地活著。（本期專題策畫／醫技系方偉宏教授 & 經濟系謝德宗教授）

延伸閱讀：

- [1] 臺灣失智症協會網站<http://www.tada2002.org.tw/>
- [2] 財團法人天主教失智老人社會福利基金會 <http://www.cfad.org.tw/about.php?s=2>
- [3] 有品質的陪伴—失智症病患家屬照護手冊，Nancy L. Mace & Peter V. Rabins 著，楊培珊譯，遠流文化出版，2015
- [4] 當最愛的人失智，蔡佳芬著，寶瓶文化出版，2017



吳佳璇小檔案

1995 臺大醫學系畢業，附設醫院精神科住院醫師訓練。2004 年獲澳洲墨爾本大學「國際心理衛生」碩士。曾於臺大醫院服務十餘年，深感癌症病人及家屬心理調適問題重要，決心轉癌症中心專職，尋求本土腫瘤心理學照護模式發展。

2008 年 3 月，因緣際會成為後山「浪人醫師」，支援臺東監獄、榮家、校園與社區精神醫療三年半，足跡遍佈縣內山地與離島部落。

2010 年，以《罹癌母親給的七堂課：當精神科醫師變成病人家屬》一書獲得金鼎獎。近年暫停島內游牧，於臨床工作及履踐為人子女「不遠遊」的守候之餘，仍持續透過創作，再現醫療場域各種故事及其兩難，期待更多讀者將因共感（empathy）體認當代社會與醫學之多元樣貌與核心價值。