



失智症合併精神行為症狀的 診斷及治療照護

張可臻¹ 陳昭源² 林忠順³

前言

在台灣，失智老人的人口約佔老年人口中的4.6%。目前台灣之失智老人已超過10萬人。在以往的傳統觀念裡，失智症的診斷以及治療重心在於認知功能的障礙和生活功能的減退；DSM-IV裡對於失智症的診斷標準也著重於記憶力喪失和任一認知範疇的損害。然而，真正造成病患生活品質下降、照顧者沉重負擔以及影響失智症預後的重要因子，卻是以往較未受學者重視的失智症合併精神行為症狀。

失智症合併精神行為症狀首次是在阿茲海默1907年的原著當中被提及，描述一位51歲女性病患不但具有記憶力喪失等認知功能減退，還合併有妄想、幻覺等非認知功能的精神症狀/徵候。為了與認知功能障礙區分，這些情緒、行為症狀於1994年被學者稱為「非認知症狀」。但這樣的分法並不是很恰當，因為某些非認知病徵可能是續發於認知功能障礙，如錯認、漫遊迷失等。於1996

年，有學者直接以精神症狀稱之，卻略顯狹隘。更有學者認為應將之歸類為行為障礙，但又不易包括憂鬱、焦慮等情緒症狀以及幻覺、妄想等精神病症狀。故國際老年精神醫學會（International Psychogeriatric Association）在2000年統一稱之為精神行為症狀(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)。BPSD在臨床上十分常見，台灣約有70%的失智症病患合併有精神行為症狀。它包括憂鬱、妄想、錯認、幻覺、及其他精神行為障礙，是家屬照顧者的主要壓力來源，約有25%的照顧者壓力來自BPSD。BPSD也常是家屬無法照顧，而將病患送往療養機構或長期照護機構的原因；因此增加了照顧的費用支出。相較於失智症的認知功能障礙，精神行為症狀應得到有效且安全的治療結果。我們若能對於BPSD有更多了解和處理，就能減輕家屬照顧的負擔，以及提升病患和家屬的生活品質。此外，由於不同的失智症類型會有不同的精神行為病徵表現，故可用來鑑別診斷不同的失智症類型。

1 林口長庚醫院家庭醫學科 住院醫師

2 林口長庚醫院家庭醫學科 主治醫師

3 林口長庚醫院家庭醫學科 主任

關鍵字：BPSD, dementia, Alzheimer disease,
Pharmacological treatment

BPSD的臨床表現及分類



1. 精神病症狀：包括妄想、幻覺和錯認病徵。

a. 妄想：失智症最常見的精神病症狀/徵候，約有30%~63%的台灣失智症病患合併有妄想。妄想病徵包含被偷妄想、被害妄想以及忌妒妄想。其中以被偷妄想最為常見(佔妄想病徵中的50%)，被害以及忌妒妄想則分別佔27%和18%。妄想病徵皆源於病患企圖對其認知功能障礙發生補償作用，使患者對外界刺激產生高度警覺性，而產生躲避或攻擊行為之妄想狀態；這就是當病患開始忘了自己把東西放在哪裡或忘了老伴跟自己說過要外出，無法接受是自己的記憶力喪失，便轉而懷疑他人偷竊或老伴與他人有染的道理一樣。但是，當失智症病情越來越惡化，妄想的內容反而會越來越簡單，頻率也會減少，容易讓家屬誤認病情改善的假象。

b. 幻覺：出現比例較妄想少，臨床上妄想也比幻覺較早出現，約有21%~26%的台灣失智症病患合併有幻覺，其中以視幻覺為主；視幻覺內容多半是看見較溫馨的景象，如鳥在飛、牛羊在吃草。失智症認知功能快速惡化的病患容易有幻覺出現；尤其伴隨視、聽覺障礙者亦較易產生幻覺。

c. 錯認病徵：由法國精神科醫師 Caspgras於1923年提出，最早的錯認症狀指的是患者把熟悉的親友，錯認為已經被人冒充取代。此症狀後來被

學者再擴充分類為：錯認不存在的人在房子裡；錯認現在住的房子不是自己的家；錯認親人配偶是別人或偽裝者；錯認電視上的事實是真實；錯認鏡中的自己的影像是別人。在台灣，有35.9%的失智症病患出現錯認病徵，而以錯認不存在的人在房子裡最多，約佔22%。

2. 行為障礙：包括攻擊行為、睡眠障礙、重複現象、漫遊、迷路、飲食改變、病態收集。台灣約有54.7%的失智症老人有攻擊行為(aggressive behavior)，通常在年紀較大的病人較常見，也就是晚發型。但這樣的攻擊行為通常是被動式，也就是當病患被阻止執行某些不適當行為時才會發生，故攻擊行為常常合併其他行為障礙，如：漫遊、錯認或貪食。睡眠障礙在失智症病患中也十分常見，約佔61.3%。迷路佔70.7%、重複現象佔62.7%、漫遊佔45.3%；重複現象可分為重複語言和重複行為，通常是病患忘了自己已經問過的問題或已經做過的事情，所以重複執行和發問，而飲食改變中的貪食也是同樣的道理，因為忘了已經吃過飯而一直要求照顧者給飯吃，若照顧者予以阻止，就會衍生出病患的攻擊行為，由此可見，這些行為障礙都是環環相扣、相互影響。

3. 情感病徵：情感病徵主要包括憂鬱和焦慮症狀。在台灣的失智症老人中，憂鬱和焦慮症狀分別約佔47%和37%；失智



表一、BPSD臨床表現及分類彙總

精神病症	妄想	被偷妄想 (50%)
		被害妄想 (27%)
		忌妒妄想 (18%)
	幻覺	視幻覺 (21%)
		聽幻覺 (12%)
	錯認症狀	錯認不存在的人在房子裡 (22%)
		錯認現在住的房子不是自己的家 (16%)
		錯認親人配偶是別人或偽裝者
		錯認電視上的事實是真實
錯認鏡中的自己的影像是別人		
行為障礙	睡眠障礙 (61%)	
	重複現象 (62%)	
	攻擊行為 (54%)	
	迷路、漫遊 (70%、45%)	
	飲食改變 (36%)	
	病態收集 (27%)	
情感症狀	憂鬱症狀 (47%)	
	焦慮症狀 (37%)	

資料來源：Fuh JL: Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. Acta Neurol Taiwan. 2006;15:154-60

症患者於早期對認知功能和生活功能的減退時常感到困惑且沮喪，甚至出現被遺棄妄想，認為家人會丟下他不管，進而演變成憂鬱或焦慮症狀。曾有文獻統計分析生活功能減退與憂鬱症狀的關係，發現生活功能減退的確會加速憂鬱症狀的產生。由此可知，我們若能強化失智病患的獨立自主性，便能減少或延遲憂鬱症狀的發生。此外，女性的失智老人比男性更易發展出憂鬱症狀，且女性失智老人的憂鬱症狀會比男性來的嚴重（表一）。

不同類型失智症之精神行為症狀/徵候的比較

失智症大致上可區分為退化性失智症和血管性失智症二類。退化性失智症中，除了最常見的阿茲海默（氏）病外，還包括額顳葉型失智症 (frontotemporal dementia) 以及路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)。而不同的失智症類型會以不同的精神行為症狀/徵候作表現。路易氏體失智症較易出現視幻覺和快速動眼睡眠行為障礙；額顳葉型失智症則會有去抑制化 (dis-inhibition) 行為表現。血管性失智症的病程較為快速，且容易出現情感性疾患，時常合併憂鬱症狀。阿茲海默(氏)病的表現較為多樣化，可見情感漠然、激動、焦慮、妄想和易怒。只要了解不同失智症擁有的不同特性，我們便能鑑別診斷(表二)。



表二、不同類型失智症之精神行為症狀比較

退化性失智症	阿茲海默(氏)病	情感漠然、激動、焦慮、妄想和易怒
	額顳葉型失智症	去抑制化行為表現
血管性失智症	路易氏體失智症	視幻覺和快速動眼睡眠行為障礙
	病程較為快速，容易出現情感性疾患，時常合併憂鬱症狀	

資料來源： Behavioral and psychological symptoms in different types of dementia. J Formos Med Assoc. 2006 ;105:556-62

評估及診斷

第一步、確定診斷：臨床上面對一個失智症老人，我們要先評估認知功能和日常生活功能，釐清病患是否真的進入失智症的病程。

第二步、釐清合併哪些精神行為症狀/徵候：找出病患已經出現的精神行為症狀/徵候。

第三步、評估有無誘發因子：評估這些精神行為症狀/徵候是否在特別人、事、時、地、物特別容易發生；有時老人的某些異常行為是為了表達心裏或生理的不舒適，但因表達能力退化，所以用一些不適當方式表達，而非真正的失智症導致之精神行為症狀/徵候，我們需鑑別並避免不必要的治療。

第四步、評估BPSD的嚴重性：臨床上最常拿來評估BPSD的工具為BEHAVE-AD(Behavioral pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale)以及NPI(Neuropsychiatric inventory)。

第五步、治療照護計畫：確定診斷後，即可著手進行治療照護。

治療及照護

可分為藥物治療控制與非藥物治療照護，一般來說，除非症狀已經十分嚴

重，否則應以非藥物治療控制為第一線。

非藥物治療控制：

可分為以下七大方向

- 1.提供病患熟悉的環境
- 2.提供固定且有結構化的生活作息
- 3.訓練認知功能，強化病患剩餘的功能
- 4.矯正病患的聽力與視力
- 5.加強照顧者的照顧技巧
- 6.關心照顧者的身心狀況
- 7.尋找任何會加重精神行為症狀的環境或物理因子，並加以去除。

此外，有學者提出不同的治療方法，如音樂療法、寵物療法、光照療法、運動等也有部分的治療效果。

藥物治療：

藥物治療原則是當BPSD具有危險及對生命有威脅性時，就須以精神病藥物積極治療，且須選擇副作用最少、具有最低有效劑量的藥物。注意藥物之間的交互作用；若BPSD已被控制，可減低劑量以至慢慢停藥。

常用來治療BPSD的藥物有：

- 1.非典型抗精神病藥：雖然目前美國FDA尚未認可任何BPSD的治療藥物，非典型抗精神病藥因其相對安全性和有效性，已被廣泛使用。非典型抗精神病藥



物臨床上可減少精神病症狀及躁不安，且比典型抗精神病藥有較少的錐體外症狀副作用。然而，自2005年4月有學者提出使用非典型抗精神病藥物會增加病患腦血管疾病的機率及死亡率後，在臨床上使用此藥物治療BPSD面臨兩難的局面。但在最近幾年回溯性的研究中發現，無論是典型或非典型抗精神病藥物，都無明顯增加心血管或腦中風的機率。非典型抗精神病藥物的劑量則應從低劑量開始慢慢加到有效劑量(表三)。

2. 乙醯膽鹼酶抑制劑(cholinesterase inhibitor)：可改善情緒情感症狀、冷漠情緒、改善認知功能、增加注意力。
3. 抗憂鬱藥物：最常使用的為SSRI，可減少憂鬱症的發生，改善情緒不穩定。

臨床上時常用來鎮靜病人的benzodiazepine藥物不被建議使用在具有睡眠障礙或躁不安的BPSD病患上，因失智病患的大腦皮質已萎縮，失去BZD藥物作用的接受器，故效果不佳，反而容易產生譫妄等副作用，並加重認知障礙。

結論

失智症合併的精神行為症狀/徵候在失智老人中十分常見，也大大影響病患和照顧者的生活品質；有時，認知功能減退程度還不明顯時，家人和照顧者已被精神

表三、臨床上最常使用的非典型抗精神病藥物

藥物	有效劑量	副作用
Risperidone	1.3mg	雙腳無力、下肢水腫
Olanzapine	7mg	雙腳無力、體重增加、鎮靜嗜睡
Quetiapine	200mg	雙腳無力、鎮靜嗜睡

資料來源：黃正平：失智症之行為精神症狀。台灣精神醫學 2006；20：3-17。

行為症狀困擾不已，因而在求助無門之下常帶至家醫科或基層醫療院所門診求診。因此，了解失智症合併精神行為症狀的種類、評估標準以及治療方法，有助於我們提升病患和家屬的生活品質，改善失智症的預後。然而，當無論我們使用非藥物或初步藥物治療2週後，病患都無明顯的臨床進步時，就應及時轉介老人精神科專科醫師，以作進一步的評估和治療。

參考資料

1. 黃正平：失智症之行為精神症狀。台灣精神醫學 2006；20：3-17。
2. Liu CY, Wang PN, Lin KN, Liu HC: Behavioral and psychological symptoms in Taiwanese patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2007; 19:605-13.
3. Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS, Tang LY: Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. *J Formos Med Assoc*. 2006;105:556-62.
4. Madhusoodanan S, Shah P, Brenner R, Gupta S: Pharmacological treatment of the psychosis of Alzheimer's disease: what is the best approach? *CNS Drugs*. 2007;21:101-15.
5. Barak Y, Baruch Y, Mazeh D, Paleacu D, Aizenberg D: Cardiac and cerebrovascular morbidity and mortality associated with antipsychotic medications in elderly psychiatric inpatients. *Am J Geriatric Psych*. 2007; 15:354-6.
6. Fuh JL: Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan*. 2006;15:154-60.