



邁入失智症新紀元～失智症中心

◎林口長庚神經內科系主治醫師 徐文俊

失智症醫療與照護需要持續增加

台灣社會老化速度世界第一。我們早於 1993 年步入高齡化社會（根據聯合國之定義，老人人口超過總人口數 7% 者之社會），卻將於 10 年後進入超級老人社會（老人超過總人口數 14% 者）。所以我們應當為即將來臨之老人照護問題準備。

老人失智症是一種發生於老人（指 65 歲以上者）之退化性疾病。其發生率隨著年齡增加而增加；亦即在老人之發生率大約為 1~2%。隨著年齡增加，其發生率每 5 年增加一倍。目前老人人口中約有 3~5% 為失智症患者。因此台灣失智症協會估計，國內失智人口已突破 16 萬人，民國 145 年，失智人口將超過 62 萬人，亦即平均每年逾萬人速度成長。

本院本著「取之社會、用之社會」的宗旨，於 2001 年初創設護理之家，而於 2003 年 12 月設立兼具急慢性醫療之桃園分院，專門從事慢性醫療及長期照護，提供民眾完整醫療照護。於此同時，更在 2005 年 1 月開放養生文化村，提供老年人口一個可以繼續經營晚年生活的安養社區。而為因應社會對於失智症持續增加之醫療與照護需要，本院於今

年成立了「失智症中心」。

失智症中心成立目的

1. 建立一具失智症專業之多領域（multidisciplinary）照護團隊，包括醫師、護理師、衛教師、心理師、社工師、復健師以及個案管理師，提供病患與家屬全方位之服務。
2. 建立失智症完整之評估診斷流程與技術，尤其是早期診斷，以便早期介入，早期治療。目前已結合核子醫學、磁共振造影、神經心理、遺傳基因與分子醫學進行研究，期能對於極早期阿茲海默氏症予以正確診斷。
3. 提供連續性之照護平台，結合養生文化村與護理之家，串連養生機構與長期照護，提高照護品質。
4. 建立亞急性病房與失智症養護中心，以補足目前本院急性醫療（急診、病房與加護病房）與慢性照護對於失智症醫療照護之空隙。
5. 建立失智症研究與臨床試驗之平台，與國際同步。跨科系、跨院區並與國內外機構合作研究。
6. 建立失智症資訊系統，包括個案管

理系統，對個案完整登錄與追蹤；多專業領域資訊系統，建立多專業照護資訊平台，使各專業間之資訊流可以互通；研究資料庫系統，連結臨床與各研究之資訊，以達成病患資訊完整與充分之利用。

失智症照護之特殊性

失智症醫療照護有其特殊性，而失智症中心之建構需能因應此特殊性。分述如下：

1. 不同病程階段需求改變：退化性之失智症，如阿茲海默氏症，雖有藥物治療，但仍會持續惡化。其失智症嚴重度從極輕度、輕度、中度、重度，所需之醫療與照護隨之不同（詳見表一）。
2. 照顧者負擔沈重：照顧者因為失智症患者常有行為與心理障礙，照顧上非常困難，而且大部分之失智症患者已經失去自我照顧，完全需仰賴照顧者。因此照顧者也需要予以特別之照顧，才能同時提高病患以及照顧者之生活品質。對於失智症，不僅是對於病患需提供正確之診療服務外，對於照顧者亦需有完整之照顧。
3. 照護時間長久：由於失智症病患經診斷後，其平均存活約 8~10 年，因此需要長期之照護。照顧者需因應患者之改變而學習不同之照護技巧與知識；且眼見病患持續惡化，照顧者亦身心耗竭。因此對於患者與照顧者均需持續提供不同階段之照護服務與支持。

失智症醫療之特殊性

1. 患者就醫困難：由於病患之認知功能退步，加上其精神症狀與行為問

題，對於目前門診空間擁擠與就醫流程快速繁瑣，多會排斥，以致於患者排斥就醫，增加醫療照護困難度。

2. 非藥物療法為主要治療方式：由於目前並無有效防止失智症惡化之藥物，反而是對於非藥物治療，有許多文獻報導有效之方式，其中包括活動治療、運動、瑞智學堂、園藝治療等等。因此，在醫療服務中，應提供此類非藥物治療給病患，或透過間接教導照顧者，於居家提供相關治療。
3. 藥物治療：雖然目前無防止惡化或治癒之藥物，但是對於失智症之各種症狀，如有必要，仍須給予藥物，包括提昇認知功能之藥物、抗憂鬱藥物、抗精神藥物等。再加上老年通常有許多共病，包括高血壓、糖尿病、腦中風等等。不僅藥物種類複雜、其間有交互作用、也可能對失智症患者之認知功能與精神行為有不良反應。故病患之藥物治療需要專業判斷與諮詢。

失智症中心之建構

失智症中心之設計理念，乃是依失智症嚴重度提供所需不同之服務。

類別	需求與重點	設置機構之基本概念
正常或極輕度失智症	早期診斷、早期治療	健康檢查 失智症之預防
輕度及中度失智症	門診照護	提供診斷、治療、教育與照護之整體醫療系統。
中度及重度失智症	機構化照護	提供不同機構層次之服務供家屬選擇
所有病患	關懷與諮詢	提供諮商與衛教服務 提供居家照護服務



表一 不同階段失智症之症狀、醫療方向與所需之照護

失智症嚴重度	認知功能	日常生活功能	常見精神症狀	所需之醫療方向*	所需之照護
輕度認知障礙	記憶力明顯障礙	正常（或個案能有效代償認知障礙）	焦慮，憂鬱	個案之教育，危險因素控制，焦慮與憂鬱診療。	不需他人照護
極輕度失智症	記憶力與其他認知功能障礙明顯，但不嚴重	可自理。可自行建立代償方式。	焦慮與憂鬱（有病識感），開始出現妄想，睡眠障礙	抗失智症藥物治療，活動與職能治療	有時需要他人提醒或監督
輕度失智症	明顯障礙	保有部分自理能力	妄想，幻覺，行為問題，躁動	抗失智症與精神症狀藥物治療，活動與職能治療	需要協助，有時僅需要提醒或監督
中度失智症	明顯障礙	自理能力幾乎完全喪失	妄想，幻覺，行為問題，攻擊行為，躁動	抗失智症與精神症狀藥物治療	完全需要協助。
重度失智症	明顯障礙	無自理能力；臥床	喊叫，日夜顛倒	基本醫療，易有肺炎與尿路感染	完全需要協助。

* 每一階段均需要認知功能與精神行為症狀之完整評估，以決定所需之藥物與非藥物治療。

失智症中心初步將於桃園分院成立門診區，其服務以門診為主（如附圖）。

其設計以溫馨安靜與明亮為原則，與其他門診區隔，設有懷舊區，播放清柔音樂，使得失智症患者能有獨立、可放鬆的空間，提昇看診之舒適性。並於該區域設有評估室、衛教室、安撫室與會談室，一改過去在一般門診區擁擠悶熱之情形。

失智症中心提供之服務

目前失智症中心提供之服務，包含以下。

衛教服務

由專任衛教師作日常生活活動（ADL）與神經精神/行為障礙評估，並且

評估藥物療效，原有問題之再評估，並對特定問題進行衛教。醫師看診後，並可依醫囑進行衛教。對於初診病患並可以家族或病患支持系統為對象，進行較長時間之諮詢與規劃。

職能治療

職能治療之目的期能改善病患症狀，減緩功能退化，因此以鼓勵與教導家屬進行居家活動治療為目的。其內容包括配對、記憶、分類、排序等認知活動之訓練。

瑞智健診

其對象包括主訴記憶障礙、老人失智症家族史、或有輕度失智症症狀，希望得到精緻服務者。目的是發現疑似病患，轉介至失智症門診，及早診斷失智



失智症中心之門診照護模式



症；對於診斷「輕度認知障礙」，施予預防措施，減少轉變至失智症之可能。

輕度失智症訓練課程

其對象包括輕度失智症患者。目的為增強記憶力，期能減緩記憶力退化速度；教導代償性技巧，減少功能退化；增進人際互動；給予情感支持，保有正向情緒與想法；教導預防失智症發生與惡化之正確健康概念等等。

「健腦保智」訓練課程

其對象包括正常者或輕度障礙者，例如自覺記憶障礙、有失智症疑慮（例如失智患者之兒女）者。

其主題包括記憶增強術（記憶訓練）、焦慮、壓力與自我調適、舒緩運動、認識記憶障礙失智症、預防失智症、輕度認知障礙與失智症、吃的學問。

失智症照顧者照護技巧訓練班

其對象為照顧者，尤其是家庭照顧者。以一系列之課程，使家屬更進一步了解失智症患者之症狀、照護重點、社會資源…等相關資訊。目的在提昇家屬的照護技巧，更得心應手地照顧病人，使病人及家屬更有生活品質。

結語

失智症中心首創之初，將以門診個案為對象。然而，目前長庚養生文化村與護理之家正蓬勃發展，期望在將來能夠藉助兩個單位之成果基礎，更進一步提供機構化服務，使得失智症病患與照顧者能得到持續性醫療服務。

此失智症中心之成立為國內首創，而其整合醫療服務與學術研究之架構，更讓臨床與研究相輔相成。目前失智症之照護雖一致認為非常重要，其影響亦會隨老年人口增加而日趨重要。然而照護之難度頗高，且成本比其他疾病之照護昂貴。本院之宗旨為「不以營利為目的，從事醫療事業，促進社會公益福利」。必定能為失智症病友提供優質而完善之服務，並成為國內第一而世界一流之失智症中心。☺

