

失智症預防之最新概念

◎桃園長庚失智症中心主任 徐文俊

失智症好像是 21 世紀的黑死病，在全世界蔓延。失智症好發於 65 歲以上的老人，根據台灣失智症協會 2015 年的調查，8.09% 的 65 歲以上老人有失智症，其中極輕度失智症為 3.26%，而輕度以上者為 4.82%；若加上 65 歲以下的病人，全台灣失智症病人總數高達 23.8 萬人。隨著高齡人口逐年增加，失智症人數快速成長，預估到 2030 年，將達 47 萬人；到 2050 年，將達 86 萬人。

以下幾項事實足以說明失智症是全球關切的重要問題：

1. 世界衛生組織統計，全世界每 3.2 秒鐘就發生一個新的失智症病人，所以特別呼籲失智症必須是公共衛生的優先議題。
2. 失智症已經是美國第六大死因，而且是十大死因中唯一沒有藥物可以治癒的疾病。
3. 歐盟預估全歐洲約 1.5~2% 的人口受到失智症影響，所以聯合世界七大工業國家組織聯盟，從研究、藥物研發到病人照護共同對抗失智症。

這些現況顯示失智症的可怕。台灣若未採取行動，30 年後每 100 位台灣人中可能會有超過 4 位失智症病人，將會

成為醫療與家庭乃至全社會十分沉重的負擔，切不可掉以輕心。

● 阿茲海默氏病 (Alzheimer disease ; 以下簡稱 AD)

因為表現的症狀是認知功能與精神症狀，所以診斷不易；直到西元 1905 年，阿茲海默醫師在一個失智的婦女腦部組織發現斑塊與神經結節，其神秘面紗才逐漸被揭開。AD 是一個謎樣的疾病，即使發現至今已超過百年，我們仍不甚了解其病因，以致於還沒研發出有效控制藥物。AD 症造成大腦漸進性的退化，是會致死的疾病，從發生失智症到死亡大約 8~10 年；然而若從腦部開始有病理變化至失智症來估算，大約歷時 25 年。

由於病人一旦失智即無法復原，而且照護的難度與成本都相當高。若能延後 5 年發生失智症，估計全世界的失智症總病人數會減少一半，將可以大幅減輕醫療和照護的負擔。所以，科學家一直希望能找出病人失智之前的治病方式，以減少失智症發生。在有效的藥物和治療科技問世之前，將希望寄託在及早預防、及早治療與及早介入。

60年前克勞（V.A. Kral）博士提出以「良性衰老性健忘」描述 AD 的失智前症狀開始，直至 1990 年代，彼得森（R. Petersen）利用輕度認知障礙（Mild Cognitive Impairment, MCI）概念，成功證實失憶型 MCI 是早期 AD 的表現，醫界才有較具體的共同認知。

依據失憶型 MCI 的研究結果，一旦診斷為失憶型 MCI 者，每年約有 12~15% 個案演變成失智症；追蹤 6 年後，大約 80% 個案成為 AD。但是，卻有 20% 個案會停留在 MCI 甚至回復正常。所以，失憶型 MCI 即使不完全是早期 AD，也是罹患失智症的高危險群，其危險值大約為一般人的 10 倍。

● 及早預防

AD 有許多危險因素，包括高血壓、糖尿病、高血脂症（以上合稱三高）、肥胖、抽菸、低教育程度、不運動與憂鬱症。若沒有這些危險因素，罹患失智症的風險可以降低 25%。預防失智症最大的秘訣是健康生活形態，亦即多運動與地中海型飲食。後者指食物攝取著重於穀類以及含抗氧化劑的蔬菜與水果，肉類則是以魚肉為主，禽類次之，並搭配少量紅酒。所以，我們應當對 40~60 歲的人進行宣導，教育這群正處於要照顧進入失智症的長輩，而且自己也正跨進失智症盛行年齡的中年人，讓他們知道 AD 雖然沒有藥物可以治療，但是可以有效預防。65 歲以上的人 MCI 的好發率高達 18.67%，所以這群 40~60 歲的

人必須學習如何避免進入 MCI，以及萬一已有 MCI，應該如何做，才可以讓自己延後進入失智症。此外，焦慮與憂鬱是 MCI 階段常有的症狀，甚至是 MCI 病人的家屬唯一可觀察到的症狀，所以要教育民眾了解 MCI、失智症、憂鬱三者之間的關係。

● 及早治療

對於上述危害腦部的危險因素，必須定期檢查與追蹤。一旦確定發生，就要及早治療。三高會導致腦中風，當血管遭受傷害，會致使病人在晚年神經細胞受破壞，產生血管性失智症。所以積極預防與治療三高也是預防失智症的重要措施。

大家都很期待有防止 AD 發生的藥物，或許至少可以防止此病繼續惡化。可惜由於現今對這些神經疾病的了解有限，所以到目前為止，尚無此類可治療又安全的藥物研發成功完成臨床試驗，核准上市。

● 及早介入

除了預防與治療之外，及早介入對於高危險群的老人尤其重要。研究發現，身體活動（如運動、跳舞）與認知活動（如學習新事物、看書、唱歌）都可以預防失智症，稱為保護因子（加上健康飲食）。所以，著名的 FINGER 研究，在芬蘭的社區進行臨床試驗，讓高危險群的老人接受飲食指導、運動處方、認知訓練與醫療諮詢，能夠有效降

低失智症與認知退化。因此要預防失智症，應當要以此四大要項來進行健康管理。一旦老年人已經有 MCI，應當要注意他的多重疾病和多重疾病用藥問題，提供必要協助，增進他們的疾病管理與用藥管理之能力。

失智症是高齡社會無可迴避的嚴重問題，政府與醫界都有責任共同宣導及早預防、及早治療與及早介入的觀念，以及提倡健康生活形態和防治三高，降低民眾罹患失智症的風險。

● 特殊醫療照護需求～失智症整合型醫療照護

失智症個案有其特殊醫療照護需求，包括：

1. 不同病程階段需求改變，應依照失智症嚴重度從極輕度、輕度、中度、重度，提供不同的醫療與照護。
2. 大部分之失智症患者已經失去自我照顧能力，完全需仰賴照顧者，而且常有行為與心理障礙，照顧上非常困難。所以照顧者需要予以特別支持照顧，方能提高病人以及照顧者之生活品質。
3. 由於失智症病人經診斷後，照護時間長久，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；且眼見病人持續惡化，照顧者亦身心耗竭。
4. 由於病人之認知功能退步，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，以致於增加醫療照護困難度。

5. 評估與診斷耗時，需要由失智症患者本身與照顧者得到各類訊息；同時需有繁多之檢驗檢查，以確立診斷。
6. 目前有許多非藥物治療，在文獻報導為有效。因此，在醫療服務中，應提供此類非藥物治療資訊給病人，或透過間接教導照顧者，於居家提供相關治療。
7. 病情與藥物種類複雜。由於老年人通常有許多共病，關係複雜，且身體虛弱，更需要多種藥物治療之專業。

綜合以上這些原因，故失智症之照護，應當以「整合型醫療照護模式」來進行。所以長庚醫院以其企業社會責任建立了失智症中心，並得到衛福部補助建構了失智症特別門診、老年與失智症整合門診、與瑞智病房，而近日又將成立日間照護中心。希望藉由全方位的規劃使得病人由居家、門診與住院，能得到一貫而專業之處理。

● 結論

失智症是可以預防的。多做對腦部有益的事，包括多做身體與認知活動與遵守健康飲食，稱為「健腦」。好好控制對腦部有害的事，包括相關疾病預防與治療、戒菸、防止憂鬱症，稱為「護腦」。健腦與護腦雙管齊下，失智症就會遠離我們。☺