

失智症常見 種類與檢查

◎林口長庚失智症科主治醫師 徐榮隆

由 由於高齡化社會的到來，導致失智症病人人數的增加，國家與社會也越來越重視失智症的檢查與治療。

在失智症的病因當中，最常見的為阿茲海默氏症（Alzheimer's disease），其典型的表現是以記憶力喪失為主。民眾往往以為記憶力不好就是失智症，也認為阿茲海默氏症病是老年人的疾病。事實上記憶力不好只是臨床症狀而非某一特定疾病，包含壓力、睡眠問題、情緒問題與身體疾病均有可能表現出記憶力不好，但此情況並不一定等同失智症。此外，失智症並非只發生在老年人，也有所謂的早發性失智症（發病年齡早於 65 歲）。

● 常見失智症症狀的介紹

一、阿茲海默氏症

典型的阿茲海默氏症是發生於 65 歲以後，以持續且漸進式的記憶力喪失為主要表現。由於常發生於老年，常被誤以為是初期老化的現象。早期隨著疾病的進展，病人開始出現其他的症狀，例如語言功能減退，表達事情時會有詞不達意的狀況；方向感也會減弱，因而可能會有走失的意外；另外在複雜事情的

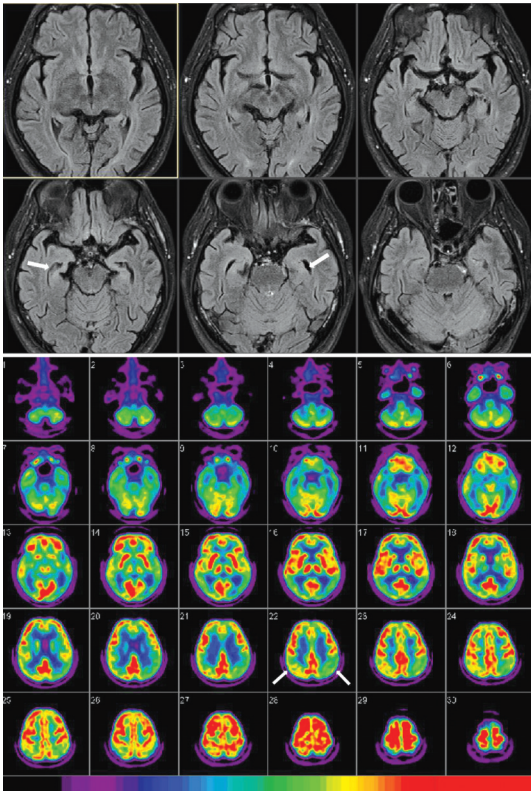
執行與判斷事情的能力上也會受到影響。

在疾病的中期，病人的精神與行為異常更加明顯，情緒上會有低落、焦慮不安、易怒等現象，行為上有冷漠、躁動、重複遊走等行為；精神症狀上有被偷妄想、配偶不真妄想或是視幻覺產生。而此時病人的基本日常生活，自我照顧能力開始減退，需要家人協助照料或提醒。這時期病人的活動與主動性開始降低，對時、地、人的辨認明顯的缺損，語言表達也隨之減少了。

隨著肢體活動能力開始減退，病人的步行、吞嚥能力下降，反應遲鈍，更加需人照顧。在接下來的數年中，臥床、失禁、褥瘡與感染會隨之而來。因此阿茲海默氏症是一個進行性的退化性失智症，終究會因為疾病與併發症而死亡。

在醫療上這類疾病的診斷，需要有詳細的病史，因此熟知病人生活作息的家屬所提供的病史就非常重要。其次在醫院的檢查中，需要抽血檢查相關連的肝、腎、甲狀腺功能與維他命缺乏程度。另外會安排神經影像學檢查，是排除腦部結構性病變，例如腦部積水、腫瘤等。

神經心理學的評估主要是測量整體與個別的認知功能是否有缺損，提供臨床醫師疾病診斷的依據。正子電腦斷層造影與腦中類澱粉蛋白的堆積，對於早期確診這類退化性失智症有一定的幫助。



▲圖一 阿茲海默氏症病人的核磁共振造影顯示病人有海馬迴萎縮（上圖），病人的正子斷層造影顯示病人的雙側頂葉有區域性低代謝現象，病人有明顯記憶喪失（下圖）

二、路易氏體失智症

路易氏體失智症是次於阿茲海默氏症的第二常見退化性失智症。它的發生率占所有失智症的 15~30%。這類失智症與典型的老年失智症不同。在臨床症狀上，路易氏體失智症多發生於老年期，主要的表現是進行性的失智症，錐體外徑運動失調與神經精神症狀。病人

在疾病的早期常有憂鬱、妄想等症狀。之後有認知功能障礙，像是注意力不集中、容易分心、方向感不佳與面孔辨認問題。在錐體外徑運動失調方面的表現有動作變慢、肢體僵硬、顫抖、步態不穩、容易跌倒等，有如阿茲海默氏病與巴金森氏病的混合體。

此外，病人常有神經精神症狀，如反覆性的視幻覺，會見到人臉，各種動物等，治療上有時會給予抗精神藥物；然而這類病人會有對抗精神藥物過度敏感的現象，而容易造成肢體僵硬等副作用，因此用藥需要注意。病人於睡眠時也常會有演出夢境的現象，這是由於睡眠時產生快速動眼期行為障礙。

診斷路易氏體失智症是靠診斷準則，包括有明顯的意識或認知症狀的起伏，重覆出現的視幻覺與巴金森氏症。在影像學檢查中會發現有基底核多巴胺轉運受器接受下降。在病理學的檢查下，病人的腦組織產生路易氏體的沉積，這是一種細胞內的蛋白質包含體。

治療路易氏體失智症著重於症狀的緩解，包括使用乙醯膽鹼酶抑制劑來改善認知功能的退化與減少視幻覺產生，及給予多巴胺作用的藥物改善動作障礙。相較於其他失智症，路易氏體失智症病人通常預後不佳，最終多因相關的併發症而死亡。

三、額顳葉退化症

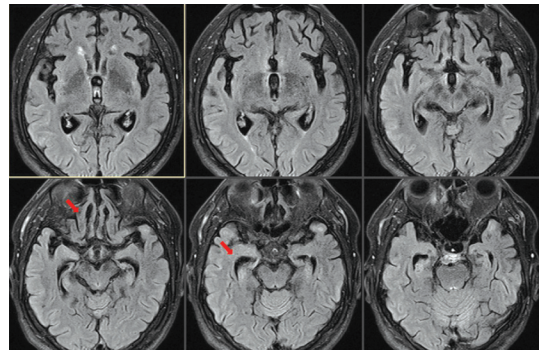
額顳葉退化症是一種以行為異常或語言障礙為主要表現的認知障礙疾病。它常好發於 50 到 70 歲中間。流行病學

的研究顯示額顳葉退化症是早發性失智症（指發病於 65 歲以前的失智症）中第二常見的類型。此疾病的症狀容易與精神病患者的表現混淆而導致臨床診斷上的困擾與延遲，因此需要詳細診斷。

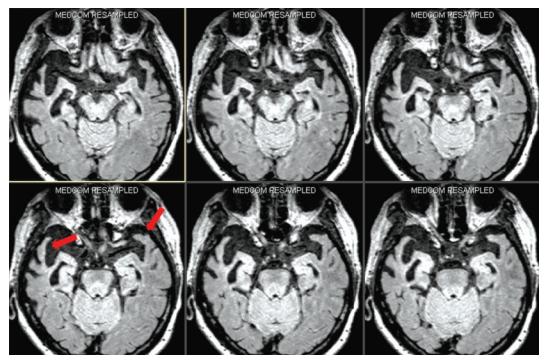
額顳葉退化症主要的臨床症狀區分成以行為異常為主的類型與以語言障礙為主的類型，雖然這兩類型的症狀於疾病初期有明顯的不同，然而隨著病程的進展中會混合彼此的症狀。以行為異常的額顳葉退化症主要的特徵是在人際間的社會功能與執行功能、情緒調控出現異常，病人會在公眾場合出現令人發窘的言行或是不恰當的行為，讓人覺得不禮貌、沒教養。在情緒上會顯出冷漠、沒有同理心，無法理解他人情緒反應；在飲食上顯出口味改變，喜好甜食的傾向；在動作上會有重複、強迫性的行為。病人的認知功能在早期不一定會有明顯的缺損。隨著疾病的進展，病人的語言與溝通能力會受到影響，日常生活的自理能力也會下降，最終會進行到飲食、穿衣、洗澡與上廁所都需要他人協助或完全依賴他人的地步。診斷上主要是依賴神經影像學的檢查，在大腦額葉與前顳葉均呈現萎縮（圖二）。

以語言或溝通障礙為主要的表現是額顳葉退化症的另一種表現，部分病人會發現到日常用品名稱會表達不出，常用代名詞如「那個東西」代替，使聽話的人常要猜測病人所指的東西，這種名詞表達困難的症狀常干擾病人的溝通，同時對於所指的物體失去概念的意義，

此種稱為語意型失智症。另一類的語言溝通障礙表現於進行性非流暢型失語失智症，病人在表達上常有停頓、表現不出、講話無文法，說話費力的情況，之後表達越來越少，終於說不出話來。這兩類以語言溝通為初期主要表現的進行性失語症是屬於額顳葉退化症的其中一類，只是在疾病的早期沒有明顯的行為異常。



▲圖二 額顳葉失智症病人的核磁共振造影顯示病人有額葉底部與雙側顳葉萎縮現象，病人有明顯行為異常



▲圖三 語意型失智症病人的核磁共振造影顯示病人有雙側外側顳葉萎縮現象，病人有明顯命名困難

● 實驗室檢查與神經影像學

雖然失智症的診斷是基於病人的臨床病史與理學檢查，但仍需要配合實驗

室的檢查結果來進一步確認失智症的可能病因。失智症的實驗室檢查基本上分成三大面項：

一、神經心理學檢查

必要項目包含簡易精神狀態檢查，臨床失智症嚴重度評估。此項檢查的目的在於對失智症病人提供整體的認知功能受損狀況，並評估其疾病嚴重度。而選擇性檢查則包含各認知功能檢查的細項，例如額顳葉失智症主要是以額葉功能受損同時有行為異常為主要表現，一般的臨床心智評估較不易呈現其障礙，此時可用額葉行為量表來評估病人的負向症狀與去抑制症狀，一般認為超過 36 分為異常。路易氏體失智症的主要表現為認知功能障礙，反覆性的視幻覺，自發性的巴金森氏症與起伏的智能症狀，此種起伏的智能症狀可以用梅約起伏症狀量表來評估。另外病人睡眠時常有快速動眼期行為障礙，病人常會把夢境中的行為演出來。在精神症狀方面可以選用神經精神評估量表。

二、抽血檢查

必要項目包含血紅素、肝與腎臟功能、甲狀腺功能、維生素 B12 與梅毒血清反應，血液中的 RPR 檢查在老年人可能會有偽陽性，此時需要加驗 TPPA 檢查。這些檢查的目的在排除由於嚴重的貧血或是肝、腎病變，或甲狀腺低下所引起類似失智症的表現。其它選擇性的檢查則包含鈣離子、腎上腺素、腫瘤指標、自體免疫與 HIV 病毒、重金屬含量的檢查。

三、其他選擇性檢查

對於一些診斷不確定的失智症則需要安排選擇性檢查來確定病因。如有懷疑中樞神經感染，則病人應抽取腦脊髓液做進一步的檢查以排除慢性腦膜炎的可能。典型的神經性梅毒診斷為腦脊髓液要有發炎反應，同時需要脊液中的 VDRL 是陽性，例如神經電生理的檢查在失智症的診斷上為選擇性的，然而在一些特殊的疾病診斷上有其必要性，其一是庫賈氏病，其腦波有特殊的週期性癲癇樣放電，另外在鑑別譫妄與失智症或是癲癇時，腦波也有其角色。另外心電圖的檢查則有助於了解心律異常的可能，以避免使用藥物治療時引起心律過慢的副作用。

失智症的診斷至少需要做一次神經影像學的檢查來協助診斷。神經影像學的檢查分成構造型與功能性檢查：

一、構造型

包含有頭部電腦斷層與磁振造影，檢查的目的在尋找構造型的病變如額葉與顳葉腫瘤，慢性硬腦膜下出血，水腦症或是腦血管病變。磁振造影可以顯示海馬迴與附近相關構造，更能清楚顯示老年失智症的構造型病變。

二、功能性

包含有腦部單光子電腦斷層攝影與正子斷層造影，此檢查主要是呈現腦部血流的變化與細胞活性的變化，典型的阿茲海默氏症會於雙側的頂顳葉有血流降低或是代謝下降的現象。☞