



社團法人台灣老年精神醫學會  
Taiwanese Society of Geriatric Psychiatry



# 失智症合併精神行為症狀病人 的最佳治療及照護實務

針對醫療衛生及社會照護專業人員一本最佳的實務指南



本指南僅為臨床參考，應隨個案狀況與醫療證據做適度修正。

定價：50元/本

彰基醫療體系精神科主任 歐陽文貞 贊助印刷  
暨 鹿東基督教醫院院長

英國失智症學會 引領失智症防治

本書翻譯自英國失智症學會(Alzheimer's Society, UK) 2011年7月出版  
Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia-  
A best practice guide for health and social care professionals



|                           |    |
|---------------------------|----|
| 目錄.....                   | 1  |
| 創會理事長序.....               | 3  |
| 理事長序.....                 | 4  |
| 兩岸三地老年精神醫學交流學術會議召集人序..... | 5  |
| 主編譯的話.....                | 6  |
| 原作者序 – 關於本指南.....         | 7  |
| 簡介.....                   | 8  |
| 指南的使用方法.....              | 9  |
| 病人目前未使用抗精神病藥物的適用程序.....   | 10 |
| 病人目前已使用抗精神病藥物的適用程序.....   | 11 |
| 預防.....                   | 12 |
| 第一線治療處置、持續評估與追蹤觀察.....    | 15 |
| 特定的治療處置.....              | 19 |
| 開立抗精神病藥物.....             | 26 |
| 相關資源與參考資料.....            | 29 |
| 合作夥伴.....                 | 30 |





|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 附錄一 追蹤觀察-症狀/事件發生紀錄表.....                 | 31 |
| 附錄二 AD-8極早期失智症篩檢量表.....                  | 33 |
| 附錄三 康乃爾失智者憂鬱量表(CSDD)及使用CSDD指引 .....      | 35 |
| 附錄四 健保有關抗失智藥物的申請規定.....                  | 37 |
| 附表一 失智症的疾病名稱一覽表 .....                    | 39 |
| 附表二 常見的其他疾病引起的失智症相關疾病一覽表 .....           | 40 |
| 附表三 失智症常見的精神行為症狀.....                    | 41 |
| 附表四 確認或鑑別失智症病因的重要步驟及檢查.....              | 44 |
| 附表五 確認或鑑別失智症合併精神行為症狀(BPSD)病因的重要抽血檢查..... | 46 |
| 局長的話.....                                | 49 |
| 英國失智症學會-引領失智症防治 .....                    | 51 |



## 創會理事長序

失智症合併精神行為症狀(**behavioural and psychological symptoms of dementia**，簡稱**BPSD**)可在失智症病程中任何時間發生，也是家屬照顧病人最重的負荷來源，有時可能造成對病人的虐待，使病人及家屬生活品質的下降，並提早送病人到安養院，增加照顧的費用，且加速認知功能退化，預後變差，加重日常生活功能障礙。事實上，相較於失智症之認知功能障礙，精神行為症狀能夠得到有效及安全的治療結果。除了失智症的嚴重度及日常生活功能障礙外，精神行為症狀的出現也是讓家屬認識失智症一個重要因子，有時甚至比明顯記憶力變差前，病患就已出現精神行為症狀，故對於失智症之精神行為症狀的認識及處理，是醫療及社會專業照顧人員在照顧失智症病人當前重要的課題。

2011年在香港舉行的兩岸三地(台灣、香港及大陸)老年精神醫學會議中，與會專家共同一致的贊成應有一本中文之失智症合併精神行為症狀的照顧手冊，以提供華人地區的失智症專業照顧人員使用，會中決定採用英國失智症專家Alistair Burns教授所撰寫的**Optimising treatment and care for people with BPSD: A best practice guide for health and social care professionals**翻譯成中文，台灣由衛生福利部嘉南療養院歐陽文貞主任負責翻譯規劃，再由高雄醫學大學附設醫院精神科黃美鳳醫師及台北榮總精神部蔡佳芬醫師的協助及台灣老年精神醫學會的理監事修訂，歷時一年多，終於完成出版。

本指南係經諮詢英國失智症專長的頂尖醫師顧問團隊後開發製作，以提供給各種照顧失智症合併精神行為症狀病人的醫療及社會專業照顧人員之實證支援、建議與相關資源的知識。這是一種豐富實用的資料工具，並強調藥物治療外的另一種替代治療選項。本指南最大的特色是採用以「交通號誌」色碼標示的階段式照護基本模式，各種顏色代表：綠色—表示無症狀，只做簡易預防措施即可，黃色—表示輕至中度症狀，需要一般性介入及追蹤觀察，紅色—代表重度症狀，則要特定的治療處置及開立抗精神病藥物使用，醫療專業人員再根據流程圖的顏色與編號，依步驟尋找適用的指南、表單與照護計畫，來選擇失智症病人的最佳照護與治療。

本指南應是社區醫療及社會專業人員在照顧失智症病人最佳的一本參考書。希望透過本書的發行可以帶給失智症及其家人更好的生活品質。

黃正平

Jen-Ping Hwang

台灣臨床失智症學會理事長

台灣老年精神醫學會創會理事長





## 理事長序

失智症合併精神行為症狀經常是失智症患者被發現的第一個症狀，也是將患者送到精神科門診常見的原因。十年前，台灣的精神科醫師普遍對失智症的診斷與治療認識不足，但在本會創會理事長黃正平理事長與諸位有識之士於2005年共同成立「台灣老年精神醫學會」，並長期與台灣失智症協會及台灣臨床失智症學會之專業人員共同參與失智症的相關學術研討會，再加上本會成立專科醫師制度，且舉辦多次繼續教育後，國內精神科醫師對失智症的照護水準已逐漸達到先進國家之林。

2011年由香港中文大學趙鳳琴教授(Professor CHIU Fung Kum)、台灣老年精神醫學會黃正平理事長及中國大陸北京大學于欣(Professor YU Xin)教授共同在香港發起兩岸三地(台灣、香港及大陸)老年精神醫學會議，與會專家決定採用英國失智症專家Alistair Burns教授所撰寫的Optimising treatment and care for people with BPSD: A best practice guide for health and social care professionals(失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務)為華人地區失智症專業照護人員之實務指南。這本書之台灣翻譯在黃正平創會理事長與台大黃宗正主任指導下，由衛生福利部嘉南療養院歐陽文貞主任負責，經高雄醫學大學附設醫院精神科黃美鳳醫師及台北榮總精神部蔡佳芬醫師的協助及台灣老年精神醫學會的理監事共同修訂完成出版。

本指南的目的是協助專業醫療與照護人員為失智症合併精神行為症狀的病人提供最佳治療與照護，以社會心理處置方式作為BPSD第一線介入途徑，並於必要時，負責且安全地使用抗精神病藥物與其他精神科藥物。本指南建議採取一些簡易途徑，預防BPSD發生，避免不適切地使用藥物。另外，本指南也列出積極預防「失智症合併精神行為症狀」的關鍵步驟。

感謝本會之兩岸三地老年精神醫學交流學術會議召集人黃照副院長之長期促成兩岸三地老年精神醫學交流，感謝失智症患者及家屬讓我們進一步認識失智症，願本指南的出版可以為台灣失智症的醫療照護提升到另一個新里程碑。

賴德仁 賴德仁  
Te-Jen Lai  
台灣老年精神醫學會理事長  
中山醫學大學校長



## 兩岸三地老年精神醫學交流學術會議召集人序

很高興今天我們台灣老年精神醫學會在英國Alistair Burns教授的推動及授權下能順利翻譯英國「失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照顧實務」的中文版，並發行供相關人員使用。本指南的目的在於提供臨床失智照顧工作人員相關重要的資訊，以達病患、家屬及專業照顧人員三贏。

本指南的中文翻譯工作始於香港中文大學趙鳳琴教授在2011年的兩岸三地老年精神醫學交流學術會議中提出，目的為使兩岸三地能提昇BPSD的照顧品質，在提案後獲得大家熱烈的支持與配合並於台港中分別進行，台灣在黃正平理事長的與黃宗正學術主任委員指導下，由歐陽文貞主任和蔡佳芬醫師進行翻譯工作，之後由兩位醫師及黃美鳳醫師在百忙之中也不辭辛勞順利地完成，並由現任賴德仁理事長與各位理監事的審閱後，於2012年的兩岸三地老年精神醫學流會議中提出報告並通過可行出版，在這一年多的過程，很感謝他們無私的付出與貢獻!

BPSD在臨床上極具挑戰，困擾的不只有醫療工作人員、也有非醫療照顧者和家屬，參閱本指南定能有幫助，希望大家也不吝給我們提出回饋與指正!

黃 照

Chao Huang

兩岸三地老年精神醫學交流學術會議召集人  
財團法人為恭紀念醫院副院長



1993年台灣已進入聯合國世界衛生組織(WHO)的老人國，今年(2013)全台老人已超過人口的11%，2020年將達16%，而失智症已是近來老人最受關注的衛生福利議題之一。隨著老人失智症人數逐步攀升，整個社會都承受極大的負荷及人力成本；其中，「失智症合併精神行為症狀」(BPSD)是造成家屬在體力、心力、人際社會及經濟負擔上的主因，如何以非藥物介入或藥物來預防、減緩或治療BPSD，並提升失智病患與照顧者的生活品質也成為當代醫學、跨科技整合與社會工作的重要課題。而傳播這方面的知識或教育訓練給失智症家屬、基層或醫院的醫療衛生福利專業人員、長照人員、非政府組織(NGO)、健康相關科系學生或研究人員、民衆及政策制定人員也是目前的當務之急。

本書「失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務」是針對醫療衛生及社會照顧人員的一本指南，是由英國失智症學會(Alzheimer's Society, UK)2011年公布的實用處置建議，希望透過本指南的知識傳播與教育讓相關工作人員提供適當處置，使得病人的醫療照護品質改善。本書除強調預防-追蹤-治療BPSD外，也強調「以病人為中心的照護」及完整檢視影響失智症患者身體精神健康及生活相關因素的觀念，更提到近十多年新一代抗失智症藥物如乙醯膽鹼酯酶抑制劑(acetylcholinesterase inhibitors)及谷胺酸接受體抑制劑( glutamate receptor blocker)除了改善認知功能外，對「失智症合併精神行為症狀」也有預防的附加效果。

而本書的翻譯出版要感謝台灣老年精神醫學會賴理事長德仁、創會黃理事長正平、港中台兩岸老年精神醫學學術會議黃昭召集人、台大醫院一般精神科黃主任宗正及高雄醫學大學精神科主任陳正生教授的支持、擔任專家顧問、並給予翻譯內容的審定與建議；同時也要感謝本學會秘書處李秘書長俊德在行政上帶領與支援-尤其是現任黃副秘書長美鳳、曾采鈴秘書及蔡前秘書長佳芬在翻譯、排版及校正上的投入，更是本指南出版的重要關鍵因素之一；此外，台南市衛生局的大力鼓勵與對第一版一刷的實質支持，更讓此書出版有極大的進展。

最後，盼望本書出版與透過關心失智症機關團體的推廣，能增進失智患者及其家庭的生活福祉。也希望本書能讓社區民衆與醫療衛生人員更了解失智症，讓台灣朝失智症友善社會更邁進一大步。也盼此福分與我父母、內人淑玲、子女及天上的丞昱分享。

歐陽文貞

Wen-Chen Ouyang

台灣老年精神醫學會常務理事暨教育委員會召集人  
衛生福利部嘉南療養院高年精神科主任





## 原作者序 – 關於本指南

本指南係經諮詢失智症專長的頂尖醫師顧問團隊後開發製作，以提供給各種照顧失智症合併精神行為症狀 (behavioural and psychological symptoms of dementia, 簡稱BPSD) 病人的醫療及社會專業照顧人員之實證支援、建議與相關資源的知識。這是一種豐富實用的資料工具，並強調藥物治療外的另一種替代治療選項。

除醫院的急性治療環境外，本實務原則與支援資料適合所有專業人員使用。基於這項臨床實務逐漸受到關注，希望相關領域的人員可透過本指南獲得幫助。若您為專科醫師，或想瞭解本指南未提供的資料，可透過第29頁的「相關資源與參考資料」尋找可用資訊。

「失智症患者是社會上的弱勢族群，為他們開立正確的藥物是臨床必要工作之一。透過適當的評估以及瞭解各種介入的功能，可以讓相關人員提供適當且最安全的治療方法。我們希望這項指南可以協助大家達成這項目標。」

(Alistair Burns教授/英國衛生署國家失智症臨床主任)

「過去十年來，失智症病人使用抗精神病藥物可能引發的嚴重不良事件，成為不可忽視的風險。然而，失智症合併精神行為症狀的病人能接受的治療牽涉許多複雜的關係，因此就實務而言，藥物調整是極為困難的工作。減少使用抗精神病藥物是非常重要的，但這項措施的前提為進行更理想的症狀控制與治療，並於必要時，以負責與安全地開立抗精神病藥物與其他精神治療藥物(psychotropic drugs)。英國失智症學會(Alzheimer's Society, UK)希望以專業醫療與社會照護人員為目標族群，透過此指南提供實用的實證架構，讓失智症病人接受最優良的治療與照護。」

(Clive Ballard教授/英國失智症學會研究主任)

---

專業諮詢團隊由Anne Corbett醫師(現任英國失智症學會研究協調主管；即Research Communications Manager)與Alistair Burns教授和Clive Ballard教授共同領導，並根據顧問團隊的建議與回饋，進行相關資源的開發。

顧問團隊成員：Clive Ballard、Sube Banejee、Nina Barnett、Donald Brechin、Dawn Brooker、Alistair Burns、Peter Connelly、Anne Corbett、Jane Fossey、Clive Holmes、Julian Hughes、Gill Livingston、Deborah Sturdy、Simon Wright。



## 簡介

本指南的目的是協助專業醫療與社會專業照護人員為失智症合併精神行為症狀的病人提供最佳治療與照護。

英國約有75萬失智症病人，其中約三分之一居住於照護中心(care home)。失智症病人會有許多症狀，有些會影響行為及個人經驗感知(inner experience)，這些症狀包括躁動、攻擊行為、幻覺與妄想等各種症狀。目前這類症狀的詞彙相當繁雜，因此為了清楚、方便起見，本指南一概使用國際老年精神醫學會(International Psychogeriatric Association)所制定的統稱術語：「失智症合併精神行為症狀」(BPSD)。

超過90%失智症患者會發生精神行為症狀，而居住於照護中心的失智症患者約有三分之二會持續出現這些症狀。「失智症合併精神行為症狀」不但讓患者感到困擾、使其家屬與專業照護人員感受極大的壓力，更為患者與周遭人員帶來高度風險。由於許多出現這些症狀的病人已喪失對治療作出有法律效力決定(informed decision)的能力，使用本指南時，亦應遵守英國「心智能力法(Mental Capacity Act)」的規定。(備註：在台灣請參照相關法規)

像NICE的失智症指南所提出的優良臨床實務建議，應以社會心理處置方式作為第一線介入途徑，並強調經常引起這些症狀的身體疾病(medical condition)及疼痛的重要性，其焦點在於這些症狀的發展原因。此外，避免立即給予莽撞的治療也十分重要，因為許多具有行為精神症狀的失智病人在4至6週後，症狀便改善或緩解。

實務上通常以藥物介入，特別是用抗精神病藥作為第一線治療。非典型抗精神病藥可在6至12週為攻擊行為與精神病症狀帶來一些效益，但可能引發鎮靜、類帕金森氏症症狀(parkinsonism)、步態異常、脫水、跌倒、肺部感染、認知退化加劇、中風與死亡等重大不良事件及副作用。

根據英國衛生署的一項報告指出，英國約有18萬失智症患者使用抗精神病藥物。

這些病人在使用抗精神病藥物後，每年發生中風及死亡的案例數分別提升約1%(各約1800與1600件)。

雖然許多指南均提出各種優良實務原則，但這些文件大多相當冗長，且缺乏醫師可應用的詳細實用建議。

本指南目的為替「失智症合併精神行為症狀」治療的日常實務提供簡易實用的程序，讓相關人員得以實際應用最佳實務指南的內容，並可作為參考資料。請注意，本指南不得用於醫院急診及急性治療(備註：在台灣即綜合醫院與精神專科醫院的急性設置環境)。



## 指南的使用方法

本工具組採用以「交通號誌」色碼標示的階段式照護基本模式。各種顏色代表：

|                                                                                   |                              |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|
|  | 綠—無症狀<br>簡易預防措施              | 預防                   |
|  | 黃—輕至中度症狀<br>輕度一般性介入          | 追蹤觀察                 |
|  | 紅—重度症狀<br>特定的治療處置及抗精神病藥物使用說明 | 特定的治療處置、<br>開立抗精神病藥物 |

以下根據失智症病人是否使用抗精神病藥物，提供兩張簡易流程圖。請根據流程圖，判定失智症病人的最佳照護與治療。

必要時，您可參照附加流程圖的顏色與編號，依步驟尋找適用的指南、表單與照護計畫。

您可前往[alzheimers.org.uk/bpsdguide](http://alzheimers.org.uk/bpsdguide)查詢其他資訊網站及來源與本指南的完整參考資料。

註：有關失智症的分類或相關疾病名稱詳見第39頁-第40頁，附表一及附表二。

有關失智症常見的精神行為症狀，詳見第41頁-第43頁，附表三。

有關確認或鑑別失智症或失智症合併精神症狀診斷的重要步驟或檢查，詳見第44頁-第47頁，附表四及附表五。

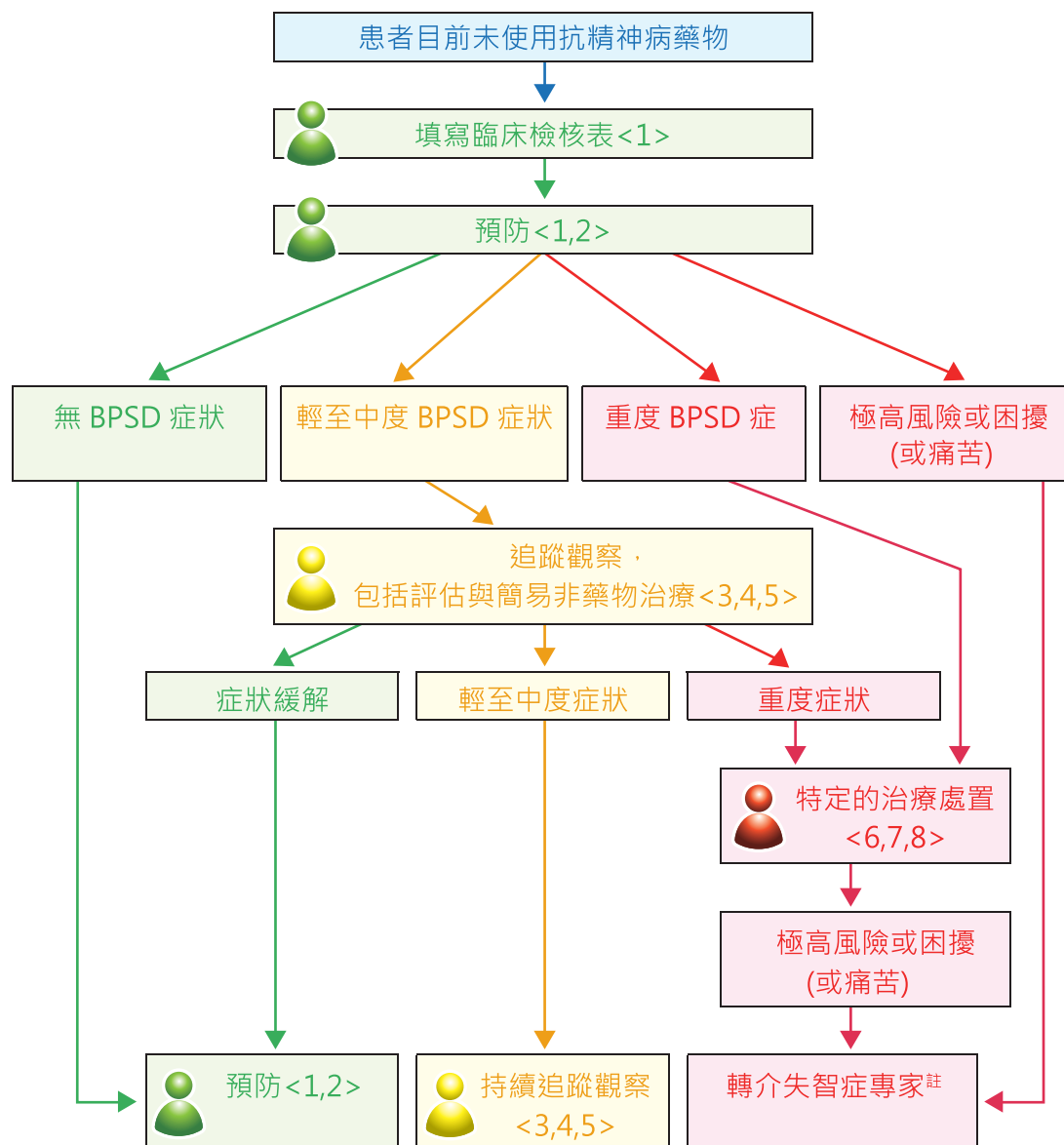
**約四分之一居住於英國照護中心的患者正在使用抗精神病藥物**

(備註：英國的照護中心不一定都住失智症老人)



# 病人目前未使用抗精神病藥物的適用程序

括號內數字係指本指南之說明與表單的編號。



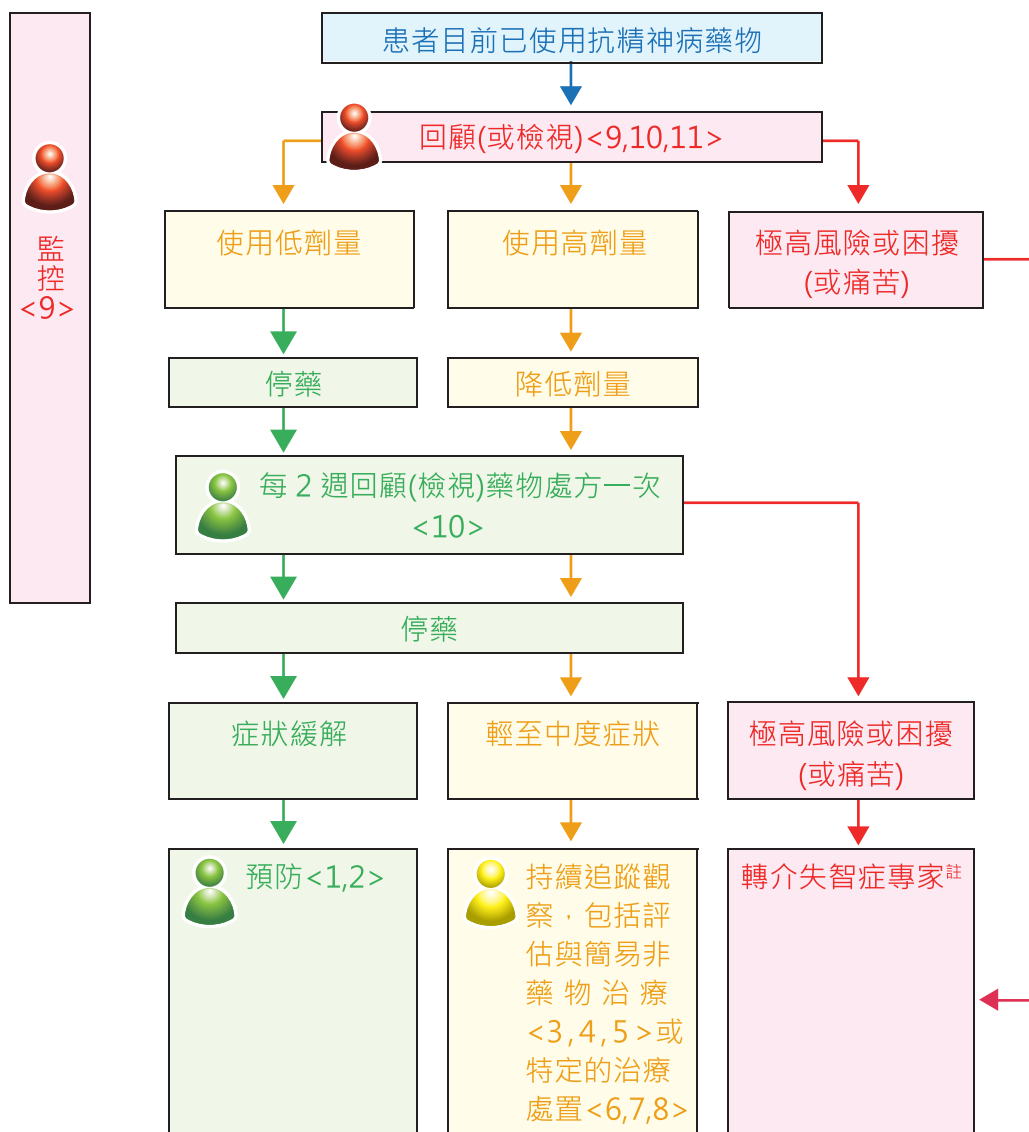
註：原文為specialist，在台灣，目前建議台灣老年精神醫學會專科醫師及台灣臨床失智症學會失智症診療醫師，詳見第30頁上述兩學會網頁。





# 病人目前已使用抗精神病藥物的適用程序

括號內數字係指本指南之說明與表單的編號。



註：同第10頁註解說明。

請為每位失智症患者填寫本檢核表。

請將本表置入患者的(紙本)病歷紀錄中保存。

姓名：

目前診斷：

## 一般症狀

包括已知症狀與病人為中心照護(person-centered care)資訊(請參閱 2：預防指南)

建議可使用「臨床整體改變評估量表」(Clinical Global Impression of Change Scale, 即 CGIC scale)作為評估量表，完成後，請將得分寫於此處：

## 其他症狀

請於各欄中填入其他重大症狀。建議以選擇性評估量表取得相關資訊(請參閱第 29 頁「評估量表說明」)。

疼痛 (量表：疼痛量表, 即 Pain Rating Chart)

憂鬱 (量表：Cornell 失智患者憂鬱量表, 即 Cornell Scale for Depression in Dementia) (備註：台灣繁體中文翻譯的康乃爾失智者憂鬱量表及其使用指引，詳見第35頁，附錄三。)

神經精神症狀 (量表：神經精神症狀評估表, 即 Neuropsychiatric Inventory)

譫妄與混亂 (量表：譫妄混亂評估量表, 即 Confusion Assessment Method)

其他相關健康問題

簽名：

日期：



## 預防 指南說明

許多失智症患者常出現精神行為症狀，因此接受有風險性的抗精神病藥物。然而，您可以採取一些簡易途徑，預防「失智症合併精神行為症狀」發生，而避免使用藥物。本指南列出積極預防「失智症合併精神行為症狀」的關鍵步驟：

### 醫療回顧檢視(medical review)

為瞭解病人的生活品質、健康或其他症狀是否會受到一般健康問題的影響，因此必須進行完整醫療檢視來探查這些健康問題。這些健康問題中，疼痛是造成躁動與攻擊行為的主要因素，而感染(例如：泌尿道感染)可能會使「失智症合併精神行為症狀」的影響層面更為廣泛。此外，脫水、便秘與營養不良也是造成惡化的關鍵因素。請於病歷記錄任何臨床有意義的行為症狀。

請為每位失智症病人完成以下項目：

- 醫療檢視(包括任何服用的藥物)
- 特定臨床重大症狀檢核表(請參閱第12頁<1>：預防—臨床檢核表)

### 瞭解失智症

所有照護人員應瞭解並留意失智症病人的需求，包括各種以病人為中心的照護(請參閱下一頁)。失智症會造成多層面的影響，引發各種症狀，因此並無制式照護策略可供遵循。

由於不同類型失智症的症狀與適合藥物不盡相同，因此需要給予各種不同的治療方法。

此外，必需要認清精神行為症狀並非病人的「不良行為」，而是由腦部的神經化學物質發生變化，或社會與環境因素引起。稍微調整社交互動與環境即可帶來明顯的改善。

### 辨識誘發因素與早期癥候(sign)

辨識在精神行為症狀發生前的誘因及早期癥候是非常重要的。大部分案例，在經過改善早期癥候的簡易方法後，甚至可完全避免症狀發生，因此相關人員必備辨識誘發因素與早期癥候的能力。這些重要的早期癥候包括：

- 疼痛、不舒服、營養不良、脫水、無聊感與生理(身體)疾病—這些都是極為常見，但經常受到忽略的誘發因素。
- 壓力、易怒、情緒障礙與多疑會增加病人困擾或痛苦的程度。
- 若某些早期徵象在特定時間發生，代表具有特定誘發因素。
- 虐待與忽視並非常見的誘發因素，但知道虐待或忽視的特徵或癥候十分重要。

### 藥物治療

乙醯膽鹼酯酶抑制劑(donepezil、rivastigmine、galantamine)與memantine通過許可，分別可用於治療輕至中度與中至重度阿茲海默症的藥物(備註：在台灣donepezil可用於重度失智；上述四種藥品需醫師處方開立。有關台灣衛生福利部健康保險署抗失智症藥物的申請規定詳見37頁-第38頁，附錄四。)。實證指出這類藥物可以延緩「失智症合併精神行為症狀」發生，帶來改善記憶以外的附加效益。

疼痛是「失智症合併精神行為症狀」最常見的原因之一

### 以病人為中心的照護

這項照護模式是以病人的生命歷程(個人史)與其經驗(包括工作、生活習慣、嗜好、家庭、環境與宗教)、好惡與觀點為基礎。此外，應確保病人有可與他人接觸的機會，建立溫和正向的關係。需詢問的關鍵問題包括：

- 病人接受治療時，是否獲得尊嚴與尊重的態度對待？
- 您是否瞭解其生命歷程、生活型態、文化背景與喜好？
- 照護者是否可從失智症病人的角度來看待事情？
- 病人是否有機會和他人建立關係？
- 病人是否有機會享受刺激與樂趣？
- 是否已和病人的家屬和照護者溝通？
- 病人的照護計畫是否能夠反映其能力及溝通上的需求？

以「病人為中心的照護」之詳細內容列於第16頁<4>：追蹤觀察指南。經過以病人為中心的照護訓練的人員對患者有助益。

### 實體環境(即身體及環境上的照護)

請務必考量病人周遭環境以及環境對於病人的影響。需詢問的關鍵問題包括：

- 若病人臥床或必須仰賴輪椅行動，確認病人是否舒適，且未出現褥瘡？
- 病人能瞭解或喜愛電視或收音機所播放的節目內容嗎？
- 若病人能走動，是否可獨立行動且自由外出活動？
- 病人是否可將所處環境視為自己的家？是否一些擺設能幫助讓他們感到就像住在自己家中一樣？
- 是否可藉由輔具提高病人的活動性與安全性？
- 病人是否配有適當的眼鏡，且是否乾淨？
- 病人的助聽器是否已開啓且正常運作？
- 周遭的環境是否太熱或太冷？
- 病人是否感到飢餓？失智症病人可能會忘記吃飯。

**突發的「失智症合併精神行為症狀」通常具有環境誘發因素，而長時間才發生的症狀可能跟憂鬱有關**



## 第一線治療處置、持續的評估與追蹤觀察 臨床檢核表

追蹤觀察是一項為時4週的積極作業，對失智症合併精神行為症狀的誘發因子持續進行評估，並進行簡易非藥物治療，並非「只看不做」。有一部分(high proportion)具精神行為症狀的失智症病人可在沒有特別治療下，於4週後明顯改善。病人若沒有出現明顯風險性或困擾，一般而言追蹤觀察是最安全有效的治療方法。您可透過此檢核表瞭解如何在追蹤觀察期間，透過評估與非藥物治療獲得良好成效。(備註：在台灣，這部分的診斷與治療計畫需經過醫師評估，而非只是在家或社區中透過非醫師的觀察判斷。)

姓名：

目前診斷：

### 一般症狀

包括已知症狀與以病人為中心的照護資訊 (請參閱第 16 頁<4>：追蹤觀察指南)

建議可使用「臨床整體改變評估量表」作為評估量表，完成後，請將得分寫於此處：

### 其他症狀

請於各欄填入其他重大症狀。建議以選擇性評估量表取得相關資訊 (請參閱第 29 頁「評估量表」)。

疼痛 (量表：疼痛量表)

憂鬱 (量表：Cornell 失智患者憂鬱量表)

神經精神症狀 (量表：神經精神症狀評估表)

譫妄與混亂 (量表：譫妄混亂評估量表)

其他相關健康問題

簽名：

日期：





## 第一線治療處置、持續的評估與追蹤觀察 指南說明

### 醫療檢視

請對任何出現「失智症合併精神行為症狀」的病人進行完整的醫療檢視。

### 以病人為中心的照護

改善精神行為症狀的第一步驟，是建立簡易**臨床照護計畫**，詳見第17頁<5>，作為以「病人為中心的照護」之非藥物治療，其重點在於這種臨床照護計畫應符合病人的需求、能力與興趣。需詢問的關鍵問題應包括：

- 照護者是否瞭解病人的感受？是否按照病人的觀點訂立計畫？
- 病人的喜好與意見是甚麼？
- 考量病人與其他人的關係，了解他人如何支持病人？
- 照護者是否有效避免病人感到孤獨，獲得社會支持？
- 病人如何參與會談與照護？
- 病人得到尊重、關懷與接受？
- 是否可辨識出病人的恐懼，並加以疏導？
- 是否瞭解病人的生命歷程、文化背景與興趣？
- 病人是否具有感官(例如：視覺或聽覺)障礙？
- 病人是否具有溝通障礙？
- 病人是否任何身體需求或行動障礙？
- 照護者如何找方法協助具有知覺或記憶障礙的病人？

請與照顧者或照護人員合作，建立特別的以「病人為中心的照護」計畫與活動方案，可以為病人帶來些許幫助。

### 詢問家屬

務必與家屬或照顧者討論病人的症狀與可能治療，並藉此瞭解症狀誘因，以及讓病人參與活動的方法。

### 舒緩與創意治療

芳香療法、按摩，以及熱毛巾、菜香、梳頭或美甲等方法不一定有實證，但它們確實可以帶來舒緩效果。音樂可緩和病人的情緒，而老歌可以勾起過去美好的回憶。病人可以透過唱歌與跳舞活動，保持愉快的心情。若照護中心可以提供這些活動，不妨讓病人嘗試。

### 簡易非藥物治療—這些治療包括：

- 和病人一起整理其生活史記錄本
- 經常進行簡短會談(經證實只要30秒即可發揮效果)
- 透過個人照護進行正面社交互動

### 睡眠衛生—下列方法應可帶來幫助：

- 減少午睡及白天打瞌睡的時間
- 增加日間活動量
- 對於合理的睡眠要求表示認同



## 第一線治療處置、持續的評估與追蹤觀察 臨床照護計畫(第0週)

若出現輕至中度精神行為症狀時，請填寫此表，並同時實施第16頁<4>：追蹤觀察指南的醫療回顧。

姓名：

目前診斷：

第 0 週

出現哪些症狀？

嚴重度如何？ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐

具有哪些風險：

對於患者

對於他人

患者是否感到困擾(或痛苦)？

解決以上風險後，是否可為患者帶來幫助？

這項照護計畫使用哪些追蹤觀察工具？

已完成追蹤觀察評估 ☐ ( 請簡短說明評估成效 )

簡短說明追蹤觀察照護計畫 ( 依「第 16 頁<4>：追蹤觀察指南」而定 )

這位患者的改善徵候(sign)為何 ( 作為成效測量方法 ) ？

往後回顧與支援計畫為何？

簽名：

日期：



## 第一線治療處置、持續的評估與追蹤觀察 臨床照護計畫(第1至4週)

### 第 1 至 4 週：進展紀錄

此欄供相關人員記錄處置與行為變化。

第 2 週：臨床檢視已完成 ☐

簽名：

日期：

### 第 4 週

症狀是否改善？是否發現改善徵候(sign)（於第 0 週定義）？

病人對於自己或他人是否會帶來任何風險？這些風險在追蹤觀察期間是否改善或惡化？

病人是否感到困擾(或痛苦)？這個狀況在追蹤觀察期間是否改善或惡化？

持續照護計畫為何？

☐ 預防

☐ 轉介

☐ 持續追蹤觀察（請詳述內容）：

簽名：

日期：



## 特定的治療處置 臨床檢核表

若精神行為症狀在追蹤觀察後並未改善，請改用更適合這位患者的特定的治療處置。請依照第20頁<7>特定的治療處置指南，完成此臨床檢核表後，再依第23頁<8>建立臨床照護計畫。

姓名：

目前診斷：

### 一般症狀

包括已知症狀與以病人為中心照護資訊

( 請參閱 7：特定的治療處置指南 )

風險與困擾(或痛苦)狀況簡述：

建議可使用「臨床整體改變評估量表」作為評估量表，完成後，請將得分寫於此處：

### 其他症狀

請於各欄中填入其他重大症狀。建議以選擇性評估量表取得相關資訊 ( 請參閱第 29 頁「評估量表」 ) 。

疼痛 ( 量表：疼痛量表 )

憂鬱 ( 量表：Cornell 失智患者憂鬱量表 )

神經精神症狀 ( 量表：神經精神症狀評估量表 )

譫妄與混亂 ( 量表：譫妄混亂評估量表 )

其他相關健康問題

簽名：

日期：



## 特定的治療處置 指南

**若精神行為症狀在追蹤觀察後並未改善，請採取特定的治療處置措施。建議在藥物使用前先嘗試使用所有可用的心理社會治療處置。**

### 醫療檢視

請對任何出現「失智症合併精神行為症狀」的病人進行完整的醫療檢視。

### 心理社會治療處置

(相較於追蹤觀察所列項目)，心理社會治療處置是一種更符合系統化、以病人為中心的照護方法。

制定**特定的介入治療照護計畫**，即第23頁<8>時，應考量以下步驟：

- 完成身體醫療與精神健康檢視，包括第19頁<6>：**臨床檢核表**
- 請考量各層面的以病人為中心的照護(請參閱第16頁<4>：**追蹤觀察指南**)
- 請與家屬與照護者諮詢，尋找最理想的治療方法
- 規劃特定的治療處置方案(下方所列的簡易途徑相當有效，並可於任何醫師的支援下，由照護人員實施)
- 考量照護人員是否需要特別的失智症訓練(讓相關人員接受個人中心照護訓練，減少抗精神病藥物用量及改善躁動)

### 改善社交互動

可以透過簡短的心理社會治療，引發病人的興趣。其中包括依患者興趣、嗜好、生活史與能力，以及照顧者及(或)家屬的回饋意見，進行每天**10至30分鐘**的個人會談或活動。

### 鼓勵積極參與活動與運動

相關實證指出運動與愉快的活動，可以改善生理功能、認知與情緒。《西雅圖協定》(Seattle Protocols，請參閱第29頁)。列出選項，包括：

- 運動—輕柔伸展、力量訓練、平衡與耐力
- 愉快的活動—瞭解病人的偏好與興趣，引起他們參與運動或活動的動機
- 問題解決—向患者詢問更能讓他們享受運動或活動的方法。

### 個人化活動

為病人列出各項愉快的活動的清單，讓照護人員協助完成，例如：

- 翻閱以前的照片或圖片
- 進行遊戲或拼圖
- 參與拼貼或其他簡易手工
- 散步

### 失智症專家(同第10頁註)心理社會的治療處置

許多實證指出，臨床心理師或相關等醫療人員所進行的特定治療處置具有理想的治療潛力。透過「前因-行為-後果」(Antecedent Behavior Consequence, ABC)等途徑建立個別化介入計畫的成效相當理想，但需進行失智症專家的轉介。



## 特定的治療處置 指南(續)

### 藥物治療

請依照(「第19頁<6>：臨床檢核表」所列)病人出現的症狀，給予藥物治療。

#### 憂鬱

失智症患者憂鬱的藥物治療成效，目前尚未確立，但相關實證指出，帶來正面經驗的活動與運動，可改善輕至中度的憂鬱。然而，患有重度憂鬱者應接受藥物治療。如citalopram 10mg，最高一天20mg\*。

(備註：各種血清素或腎上腺素回收抑制劑<SSRI或SNRI>及單胺抗氧化酶抑制劑<MAOI>在台灣均可使用。其劑量依台灣衛生福利部食品藥物管理署之仿單資料，有的citalopram的仿單最高一天可使用60mg)。

#### 睡眠障礙

若主要問題是睡眠障礙，且睡眠衛生習慣的調整失效，則給予短期(4週)安眠藥物zopiclone〔每天3.75 mg開始，最高每天7.5 mg〕或zolpidem〔每天5 mg開始〕治療可帶來幫助，但此觀點並無實證支持\*\*。

#### 躁動、攻擊行為與精神病

若所有特定的治療處置均宣告無效，且病人因症狀出現嚴重的危險性或困擾的狀況，可嘗試針對行為與精神症狀進行藥物治療。雖然有些非抗精神病藥物較安全，但目前只有初步證據支持其療效。

#### 止痛藥

根據疼痛評估結果，給予止痛藥\*\*\*。

#### 阿茲海默症治療

相關實證指出乙醯膽鹼酯酶抑制劑(如第13頁)與memantine可改善躁動患者的認知功能，但無法改善躁動症狀。

\*在兩個隨機分派臨床試驗初步有證據顯示有效，即使個案無憂鬱症。

\*\*提高腎、肝功能障礙及混亂風險。

\*\*\*隨機分派臨床試驗指出「逐步止痛治療」(stepped analgesic treatment)對躁動有幫助。





## 特定的治療處置 指南(續)

### 抗精神病藥物

目前risperidone是唯一通過英國適應症：可用於失智症患者的抗精神病藥物，最長僅可使用6週，開立前建議經藥物回顧或轉介專業醫師評估。英國NICE指南提出同樣的原則，但將最長治療期間定為12週，開立藥物前，建議對患者進行心臟風險評估<sup>註</sup>。

- 起始劑量0.25mg，每天2次
- 最低有效治療劑量為0.5mg，每天2次
- 最高劑量1mg，每天2次\*\*\*\*

請務必以較低的起始劑量，逐漸提升至有效治療劑量。

**注意：若未徵詢失智症專家(同第10頁註)的意見，請勿為路易氏體失智症(Lewy Body Dementia)患者開立抗精神病藥物。**

在英國，其他抗精神病藥的選擇如olanzapine、aripiprazole及quetiapine較少實證，其中quetiapine較沒效，且須注意抗膽鹼副作用<sup>註</sup>。

除了上述所列的治療藥物外，其他藥物(例如：benzodiazepines)並無實證研究指出可帶來幫助，甚至可能提高患者發生跌倒等不良事件的風險。

註：引用目前較新的實證建議：在台灣，除risperidone外，其他抗精神病藥物也有效果，可以做抗精神病藥物的選擇，如olanzapine、aripiprazole及quetiapine；olanzapine每天總劑量5-15mg、aripiprazole每天總劑量2.5-15mg、quetiapine每天總劑量12.5-400mg、risperidone每天總劑量0.5-2mg，建議盡量使用較低劑量，且均需由最低量開始使用、均可單次或分次使用及均需注意錐體外症候群或其他副作用。若症狀改善，儘快減量，或彈性使用，避免持續高劑量使用，以降低中風及死亡風險。

\*\*\*\*絕大部分有較嚴重的副作用



## 特定的治療處置 臨床照護計畫(第0週)

姓名：

目前診斷：

第 0 週

出現哪些症狀？

具有哪些風險：

對於病人

對於他人

病人是否感到困擾(或痛苦)？

出現這種程度的風險與困擾(或痛苦)時，需要接受特別治療的原因為何？

解決以上風險後，是否可為患者帶來幫助？

完成醫療檢視

完成臨床檢核表

完成以病人為中心的照護評估

請概述以病人為中心的照護評估的成效：

簽名：

日期：



## 特定的治療處置

### 臨床照護計畫(第0週)(續)

風險與困擾(或痛苦)的主要內容：

照護計畫目標（病人的改善徵候<sign>為何？）

將以哪些方法評估改善狀況？

選擇（心理社會或藥物）介入的原因為何？

安全監控措施為何？

簽名：

日期：

若選擇抗精神病藥物治療，請參閱第26頁<9>開立抗精神病藥物—安全監控指南



## 特定的治療處置 臨床照護計畫(第6-12週)

第 6 至 12 週

症狀是否獲得改善？是否出現「改善徵候(sign)」(於第 0 週定義)？

病人或其他人是否面臨風險？經特定的介入治療後，此狀況獲得改善或惡化？

病人是否感到困擾(或痛苦)？經特定的介入治療後，此狀況獲得改善或惡化？

後續照護計畫為何？

追蹤觀察

轉介

繼續實施特定的介入治療 (請詳述計畫內容)：

簽名：

日期：

若選擇抗精神病藥物治療，請參閱第26頁<9>開立抗精神病藥物—安全監控指南



## 開立抗精神病藥物 安全監控指南與監控計畫

目前已知抗精神病藥物對人體有某些傷害，可能引發嚴重的副作用。對接受這些藥物的病人，請監控其副作用與症狀變化是很重要的。當開始開立抗精神病藥物時，就要持續執行此監控計畫。請為每位使用抗精神病藥物的失智症病人制定此計畫。(備註：在台灣，本項目建議醫師能依個別診療情形，儘量跟家屬說明留意下列藥物副作用)。

### 抗精神病藥物不良事件 (備註：可能出現的副作用，但不一定每個人都有。)

最重要的抗精神病藥物不良事件包括類帕金森氏症症狀、跌倒、脫水、肺部感染、腳踝水腫、深層靜脈血栓形成/肺栓塞、心律不整與中風(最初4週的風險最高)。

使用抗精神病藥物引起病人長期過度鎮靜與脫水(可能引發肺炎與血栓栓塞事件)，而增加死亡率。強烈建議每週監控病人的鎮靜與水分攝取狀況，以及肺部感染的早期指標(indicator)。

**注意：若未徵詢失智症專家(同第10頁註)的意見，請勿為路易氏體失智症(Lewy Body Dementia)患者使用抗精神病藥物。**

姓名：

目前診斷：

目前處方：

由醫師<sup>註</sup> / 執業護士實施監控：

由照護人員每日監控：

整體監控與回顧計畫：

簽名：

日期：

註：本文為英國的 general practice



## 開立抗精神病藥物 檢視藥物處方的指南

每6週及(或)12週應檢視所有抗精神病藥物的使用狀況，以決定停用或續用與否。若無非常嚴重的病情，建議停止用藥。檢視藥物使用狀況與填寫下一頁的<11>：檢視表時，請參考本指南。

### 停止使用抗精神病藥物

停止用藥的病人中，70%不會出現症狀惡化。

在前4週出現症狀惡化的病人，處理上會具挑戰性，但經過觀察追蹤後，通常可獲得有效控制，是否需再次使用抗精神病藥物需醫師評估。

在停藥之後，較易復發精神行為症狀的危險因素如下：

- 先前曾經因停藥導致症狀復發
- 病人停藥當時還有嚴重症狀

**若病人使用低劑量藥物** (備註：低於下列劑量請考慮直接停藥並實施監控\*。)

- risperidone 劑量為 0.5 mg 以下
- olanzapine 劑量為 2.5 mg 以下
- quetiapine 劑量為 50 mg 以下
- aripiprazole 劑量為 5 mg 以下

**若病人使用高劑量藥物** (在英國)建議在一個月內降低劑量

- 將劑量減半，維持2週
- 2週後由醫師(同第26頁註)再檢視
- 再經過2週後，才可考慮停藥

若無嚴重危險或非常困擾的狀況，逐步建議停止使用抗精神病藥物，並透過追蹤觀察或特定的治療處置進行監控/評估（請參閱追蹤觀察/特定的介入治療指南<3,4,5,6,7,8>）

若症狀持續無法好轉(合併有嚴重危險性或困擾)，且必須持續以抗精神病藥物進行治療，請轉介失智症專家(同第10頁註)。持續安全監控的方法，請參閱第26頁<9>：開立抗精神病藥物—安全監控指南與監控計畫。

\*此為建議劑量，建議參考英國國家處方集(BNF)。(備註：上述劑量應為每日劑量。在台灣，病人服用以上的低劑量不一定需要完全停藥；建議停藥或彈性使用<prn>)

使用抗精神病藥物的患者中，至少30%  
在降低劑量或停用後，不會發生任何不好的反應。





## 開立抗精神病藥物 使用檢視表

所有開立的抗精神病藥物應在每6週(建議)或12週檢視其使用狀況，並在停用或續用藥物之前應完成填寫此表。(備註：在台灣，本項目建議醫師能依個別診療情形，儘量跟家屬說明留意下列藥物副作用)。

姓名：

目前診斷：

目前處方：

出現哪些症狀？

嚴重度如何？ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐

具有哪些危險：

對於病人

對於他人

病人是否感到困擾(或痛苦)？

解決以上風險後，是否可為病人帶來幫助？

臨床治療決策：

停止 ☐ 繼續 ☐ 使用藥物，詳細內容：

病人病情持續出現改善或維持穩定的徵候(sign)為何？

往後回顧計畫為何？

若停止使用抗精神病藥物，必須在前 4 週提供哪些支援(support)？

簽名：

日期：



## 相關資源與參考資料

### 評估量表

您可透過《精神醫學評估量表 (Assessment Scales in Old Age Psychiatry)》(第二版、2004年，作者群：Alistair Burns、Brian Lawlor與Sarah Craig、Martin Dunitz：Taylor & Francis出版社，倫敦)一書查閱各種評估量表。您可透過網路搜尋部分量表的免費資源，但仍建議您在使用前，確認其著作權。

### 理想實務指南

《失智症 (CG42)：失智症患者、醫療人員、社會照護人員支援指南 (Dementia (CG42): Supporting people with dementia and their carers in health and social care)》(2006年)；英國健康衛生暨臨床卓越研究院。線上版：<http://egap.evidence.nhs.uk/CG42>

英國《優良藥物處方規範—醫師指南 (Good practice in prescribing medicines – guidance for doctors)》；醫療管理委員會。線上版：[www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/prescriptions\\_faqs.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/prescriptions_faqs.asp)

此文件也包括非處方藥物使用指南。

《英國國家處方集 (British National Formulary)》。線上版：[www.bnf.org](http://www.bnf.org)

### 治療介入協定

西雅圖協定：[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518041/?tool=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518041/?tool=pubmed)

《最初的快樂：護理之家失智症居民多層級感覺運動介入方法 (Simple Pleasure: A multilevel sensorimotor intervention for nursing home residents with dementia)》(1999年)；Linda L. Buettner。可透過電子郵件索取：[rth@uncg.edu](mailto:rth@uncg.edu)

前因-行為-後果 (antecedent behaviour con, ABC) 途徑：[www.specialconnections.ku.edu/egi-bin/cgiwrap/speconn/main.php?cat=behavior&section=main&subsection=fba/abc](http://www.specialconnections.ku.edu/egi-bin/cgiwrap/speconn/main.php?cat=behavior&section=main&subsection=fba/abc)(備註：編輯檢視後發現此網站無法找尋)

《焦點式介入人員訓練 (FITS) 計畫手冊：照護中心失智症照護實證改善途徑 (Focused intervention for training of staff (FITS) programme manual: Evidence-based approaches for improving dementia care in care homes)》(2008年)；Jane Fossey與Ian James。可透過英國阿茲海默症學會電子郵件索取：[research@alzheimers.org.uk](mailto:research@alzheimers.org.uk)

其他介入與重點參考資料均列於參考資料列表：

[www.alzheimers.org.uk/bpsdguide](http://www.alzheimers.org.uk/bpsdguide)



## 合作夥伴

英國失智症學會與眾多組織密切合作，期望可減少以抗精神病藥物治療失智症合併精神行為症狀的案例：

### 英國失智症行動聯盟 (Dementia Action Alliance)

失智症行動聯盟，由超過40所致力改善英國失智症患者生活品質的組織，以及數百萬位照護者共同組成。

網址：<http://www.dementiaaction.org.uk>

### 英國衛生署 (Department of Health)

英國衛生署致力提升國民保健服務 (NHS) 與社會服務的照護品質與便利性。其工作包括設立國家標準、建立醫療與社會照護服務指標，以及促進大眾健康。

網址：<http://www.dh.gov.uk>

### 英國皇家全科醫師學會 (Royal College of General Practitioners, RCGP)

英國皇家全科醫師學會 (RCGP) 是由家庭醫師組成的團體，致力為英國與海外地區提供卓越基層醫學與患者照護。

網址：<http://www.rcgp.org.uk>

### 英國皇家精神醫學院 (Royal College of Psychiatrists, RCPsych)

皇家精神醫學院為英國精神科學專業與教育體系。此學院設立相關標準，並促進精神醫學與心理健康的卓越服務，為英國精神醫學的領導組織，並與個案、照護者與類似組織密切合作。

網址：<http://www.rcpsych.ac.uk>

### 英國精神醫學藥理學院 (College of Mental Health Pharmacy)

精神醫學藥理學院為一所登記在案的福利機構，以提供最高品質的精神醫療服務為宗旨。此學院的理念為透過高品質藥理教育培養優秀藥師團隊，並提供精神疾病與處置的相關支援，達到理想治療的目標。

網址：<http://www.cmhp.org.uk>

在台灣至少有三個主要的全國性組織關心失智症患者及其家屬並密切合作，期望可以改善失智症患者的生活品質與負擔。

### 台灣老年精神醫學會 (英文全名Taiwanese Society of Geriatric Psychiatry, TSGP)

地址：40201 台中市南區建國北路一段110號內科大樓8樓精神科辦公室

電話：04-2471-6239

傳真：04-2471-5124

網址：<http://www.tsgrp.org.tw>

秘書處電子信箱：[secretary@tsgrp.org.tw](mailto:secretary@tsgrp.org.tw)

### 台灣臨床失智症學會 (英文全名Taiwan dementia Society, TDS)

地址：11217台北市北投區石牌路二段201號精神部

電話：0966-500-330

傳真：02-2876-5215

網址：<http://www.tds.org.tw>

秘書處電子信箱：[tds20061015@gmail.com](mailto:tds20061015@gmail.com)

### 台灣失智症協會 (英文全名Taiwan Alzheimer's Disease Association, TADA)

地址：10084 台北市中正區南昌路二段206號10樓之1

電話：02-3365-2826

傳真：02-3365-2827

網址：<http://www.tada2002.org.tw>

秘書處電子信箱：[tada.tada@msa.hinet.net](mailto:tada.tada@msa.hinet.net)



## 附錄一 追蹤觀察 症狀/事件發生紀錄表

姓名：

目前診斷：

症狀 / 事件說明 ( 包括時間與在場人員 )

是否有任何可能的誘發因素？

採取行動：

簽名：

日期：

症狀 / 事件說明 ( 包括時間與在場人員 )

是否有任何可能的誘發因素？

採取行動：

簽名：

日期：





## 附錄二

### AD-8極早期失智症篩檢量表

AD-8網路版 2013/06/01修訂

#### 填表說明：

若您/您的家屬以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請填「有改變」無，請填「無改變」；若不確定，請填「不知道」。

| 題 目                                                       | 有改變<br>/1 分 | 無改變<br>/0 分 | 不知道<br>/不適用 |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1.判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。                |             |             |             |
| 2.對活動和嗜好的興趣降低。                                            |             |             |             |
| 3.重複相同的問題、故事和陳述。                                          |             |             |             |
| 4.學習如何使用工具、設備、和小器具上有困難。<br>例如：電視、音響、遙控器、冷氣機、洗衣機、熱水器、微波爐等。 |             |             |             |
| 5.忘記正確的月份和年份。                                             |             |             |             |
| 6.處理複雜的財務上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、繳費單、所得稅等。                     |             |             |             |
| 7.記住約會的時間有困難。                                             |             |             |             |
| 8.有持續的思考和記憶方面的問題。                                         |             |             |             |
| <b>AD-8 總得分</b>                                           |             |             |             |

合法授權複印。楊淵韓。2009 世界阿茲海默失智症大會；Yang YH et al. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2011;26:134-8。八項鑑定老化與失智受試者訪談量表為美國密蘇里州聖路易華盛頓大學版權所有。Copyright© 2005 All rights reserved。

當您的「AD-8極早期失智症篩檢」總得分大於或等於2分，建議您儘早到「老年精神醫學會專科醫師」或「失智症診療醫師」進行更詳細的檢查及診療，以上名單詳見台灣老年精神醫學會網頁、台灣臨床失智症學會或台灣失智症協會網頁。

備註：智慧型手機及平板電腦可以免費下載「篩檢極早期失智症(AD-8)」APP，歡迎使用。







## 附錄三

### 康乃爾失智者憂鬱量表(CSDD)及使用CSDD指引

#### 康乃爾失智者憂鬱量表

#### The Cornell Scale for Depression in Dementia

編號：\_\_\_\_\_

請依據老人在過去一週以來所出現的症狀或徵兆，依實際觀察情況圈選合適的格內數字，若因生理狀況引發的狀況則不算，且若未出現任何該項徵兆或症狀，則圈“0”。

| 與情緒相關之徵兆 |                                                     |     |       |    |
|----------|-----------------------------------------------------|-----|-------|----|
| 題數       | 徵象/症狀                                               | 未出現 | 輕度或間歇 | 嚴重 |
| 1        | 焦慮(表情焦慮、沉思、擔心)                                      | 0   | 1     | 2  |
| 2        | 悲傷(表情悲傷、說話音調哀傷、流淚)                                  | 0   | 1     | 2  |
| 3        | 對可喜事件缺乏反應                                           | 0   | 1     | 2  |
| 4        | 焦躁不安(易怒、脾氣暴躁)                                       | 0   | 1     | 2  |
| 行為障礙     |                                                     |     |       |    |
| 5        | 激動不安(坐立不安、扭手、抓頭髮)                                   | 0   | 1     | 2  |
| 6        | 遲緩(動作緩慢、說話速度慢、反應慢)                                  | 0   | 1     | 2  |
| 7        | 多重性生理不適抱怨<br>【若只有腸胃方面不適抱怨則仍視為0分】                    | 0   | 1     | 2  |
| 8        | 失去興趣(較少參與例行活動)<br>【只有在一個月內有急遽地改變時才給分，若原本就為如此則為0分】   | 0   | 1     | 2  |
| 生理徵兆     |                                                     |     |       |    |
| 9        | 食慾不振(吃得比平常少)                                        | 0   | 1     | 2  |
| 10       | 體重減輕<br>【若一個月減少超過2公斤，則給2分】                          | 0   | 1     | 2  |
| 11       | 體力不支(易疲憊、無法持續活動)<br>【只有在一個月內有急遽地改變時才給分，若原本就為如此則為0分】 | 0   | 1     | 2  |
| 週期性功能    |                                                     |     |       |    |
| 12       | 每天早上心情狀況較差                                          | 0   | 1     | 2  |
| 13       | 比平常更不容易入睡                                           | 0   | 1     | 2  |
| 14       | 夜間常醒來                                               | 0   | 1     | 2  |
| 15       | 比平常更早醒來(非刻意早起)                                      | 0   | 1     | 2  |
| 觀念障礙     |                                                     |     |       |    |
| 16       | 自殺意念(感到不值得再活下去，有自殺期望及意圖)                            | 0   | 1     | 2  |
| 17       | 低自尊(自責、自貶、感到失敗)                                     | 0   | 1     | 2  |
| 18       | 悲觀(預期自己會相當糟)                                        | 0   | 1     | 2  |
| 19       | 妄想(妄想自己貧窮、生病、或失落)                                   | 0   | 1     | 2  |



## 附錄三

### 康乃爾失智者憂鬱量表(CSDD)及使用CSDD指引(續)

#### 《康乃爾失智者憂鬱量表中文版使用指引》

##### 注意事項：

本量表為觀察式量表，特別適用於無法用言語清楚表達感受的中至重度失智症患者，亦可使用於輕度失智症患者但建議配合問答式量表。觀察者必須是醫療專業人員或受過訓練的照顧服務人員；且必須是持續且直接提供受觀察之失智患者至少達二周之照顧者。

##### 觀察指引：

1. 觀察者需依據受觀察之失智患者在過去1週以來(時間可自調為2週也可以)，是否出現表中19項症狀或徵兆，逐項依實際觀察情況圈選合適的格內數字。
2. 患者未出現的項目，則直接於該項後圈選格內數字“0”；若有出現的項目，則依自覺程度圈選格內數字“1”或“2”。
3. 不一定每位失智患者都會出現所有項目。
4. 各項目只要於一週內曾出現過一次就算是有，而判斷輕重程度可依循下列原則：
  - A. 於一周內出現1~3次且每次都為間歇性則可判斷為輕度。
  - B. 於一周內出現4次或以上不論是否為間歇；或僅出現1次但持續一天或以上則可判斷為嚴重。
5. 第7、8、10、11項目需依據表格中的特別指示圈選格內適當數字。
6. 若有二位或以上的觀察者則必須先建立“觀察者一致性”訓練；若一位個案必須被觀察二次或以上則必須由同一位觀察者進行。

備註：若是有需要使用此份中文版問卷時，請事先跟(台灣台南市)成功大學醫學院護理系王靜枝教授聯絡，email：ns127@mail.ncku.edu.tw



## 附錄四

### 健保有關抗失智藥物的申請規定

#### 「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」藥品給付規定(最新版)

##### 1.3.3.失智症治療藥品

- 1.限用於依NINDS-ADRDA或DSM或ICD標準診斷為阿滋海默氏症或帕金森氏症之失智症病患。
- 2.如有腦中風病史，臨床診斷為「血管性失智症」，或有嚴重心臟傳導阻斷(heart block)之病患，不建議使用。
- 3.需經事前審查核准後使用，第一次申請須檢附以下資料：
  - (1)CT、MRI或哈金斯氏量表(Hachinski Ischemic Score)三項其中之任一結果報告。
  - (2)CBC, VDRL, BUN, Creatinine, GOT, GPT, T4, TSH檢驗。
  - (3)病歷摘要。
  - (4)MMSE或CDR智能測驗報告。
- 4.依疾病別及嚴重度，另規定如下：
  - (1)阿滋海默氏症之失智症  
由神經科或精神科醫師處方使用。
    - I.輕度至中度失智症：  
限使用donepezil、rivastigmine及galantamine口服製劑(90/10/1、92/1/1、95/6/1、100/3/1、102/8/1)：
      - i.智能測驗結果為MMSE 10~26分或CDR 1級及2級之患者。
      - ii.使用前述三種藥品任一種後，三個月內，因副作用得換用本類另一種藥物，不需另外送審，惟仍應於病歷上記載換藥理由。其中Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets等3種藥品，倘因副作用，需換用donepezil、rivastigmine或galantamine口服製劑之另一種藥物，需另經事前審查核准後使用。(93/4/1、102/8/1)
      - iii.使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較前一次治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。惟Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets等3種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1)
      - iv.使用rivastigmine貼片劑(如Exelon Patch)，每日限用一片，且不得併用同成分之口服藥品(100/3/1)。



## 附錄四

### 健保有關抗失智藥物的申請規定(續)

#### II. 中重度失智症：

限使用memantine口服製劑（95/6/1、99/10/1、102/8/1）

- i. 智能測驗結果為 $10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或CDR 2級之患者。
- ii. 曾使用過donepezil, rivastigmine, galantamine其中任一種藥品之患者，若不再適用上述其中任一藥物，且MMSE或CDR智能測驗達標準( $10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或CDR 2級)，並經事前審查核准後得換用memantine。惟memantine不得與前項三種藥品併用。
- iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較前一次治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。惟Ebixa Tablets及Evy Tablets等2種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1)

#### III. 重度失智症：(99/10/1、102/8/1)

限使用donepezil及memantine口服製劑 (102/8/1)

- i. 智能測驗結果為MMSE 5-9分且CDR 3級之患者。
- ii. 臥床或無行動能力者不得使用。
- iii. 曾使用過memantine, donepezil, rivastigmine, galantamine而不再適用者，不得使用。
- iv. donepezil及memantine二者不能併用。
- v. 使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE智能測驗，如MMSE較前一次治療時減少2分(不含)以上，則應停用此類藥品。惟Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets、Ebixa Tablets及Evy Tablets等5種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上，則應停用此類藥品。(99/10/1、102/8/1)

#### (2) 帕金森氏症之失智症(99/5/1、100/3/1、102/8/1)

限神經科醫師診斷及處方使用於輕度至中度之失智症。

限使用rivastigmine口服製劑 (102/8/1)

- I. 智能測驗結果為MMSE 10~26分或CDR 1級及2級之患者。
- II. 失智症發生於帕金森氏症診斷至少一年以後。
- III. 使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較前一次治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。(99/5/1、102/8/1)

備註：起步治療定義：係指同組藥品第一次申請同意治療之評分。

備註：本文所謂的yyy/mm/mm(年/月/日)係指民國xxx年，如99/5/1係指2010年5月1日。



## 附表一 失智症的疾病名稱一覽表

| 失智症英文名稱 <sup>1</sup><br>(ICD-9/ICD-10 中<br>相關疾病編碼)                         | 繁體中文名稱 <sup>2</sup>              | ICD-10/<br>ICD-9-CM<br>編碼 | DSM-IV-TR/<br>編碼      |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1.dementia in Alzheimer's disease<br>(AD) (331.0/G30)                      | 阿茲海默病失智症                         | F00.xx/290                | 294.1x                |
| dementia in AD with early onset                                            | 早發型                              | F00.0x/290.1x             |                       |
| dementia in AD with late onset                                             | 晚發型                              | F00.1/290.2x              |                       |
| dementia in AD, atypical or mixed                                          | 非典型或混合型                          | F00.2/--                  |                       |
| 2. frontotemporal dementia (FTD)<br>(331.19/G31.09)                        | 額顳葉失智症                           | F02.8x/290.8x             | ICD-10 及<br>DSM-IV-TR |
| 3.dementia with Lewy bodies (DLB)<br>(331.82/G31.83)                       | 路易氏體失智症                          | F02.8x/290.8x             | 中均無<br>FTD 及 DLB      |
| 4.vascular dementia<br>(436, 438/I61, I63, I64, I67.3,<br>I67.4)           | 血管性失智症                           | F01.x/290.4x              | 此診斷名稱                 |
| 5.dementia due to traumatic brain<br>injury(853.00, 850.9,<br>907.0/S06.x) | 創傷性腦傷引起的<br>失智症                  | F02.8x/--                 | 290.4x<br>294.1x      |
| 6.dementia due to alcohol or<br>substance<br>(305.xx, 304.xx/F1x.xx)       | 酒精或成癮物質引<br>起的失智症                | F1x.73/291.2,<br>292.82   | 291.2,<br>292.82      |
| 7.dementia in HIV disease<br>(042/B22.0)                                   | 人類免疫缺乏病毒<br>疾病的失智症               | F02.4/294.1x              | 294.1x                |
| 8.dementia in Creutzfeldt-Jakob<br>disease (046.1/A81.9)                   | 克斐-雅客病的失<br>智症<br>(有人譯為庫賈氏<br>病) | F02.1x/294.1x             | 294.1x                |
| 9.dementia in Parkinson's disease<br>(332.0/G20)                           | 巴金森病的失智症                         | F02.3x/294.1x             | 294.1x                |
| 10.dementia in Huntington's<br>disease,<br>(333.4/G10)                     | 亨汀頓病的失智症                         | F02.2x/294.1x             | 294.1x                |
| 11.dementia in other specified<br>disease classified elsewhere             | 其他疾病引起的失<br>智症 <sup>3</sup>      | F02.8x/294.1x             | 294.1x                |

<sup>1</sup>dementia in English; <sup>2</sup>dementia in traditional Chinese; <sup>3</sup>詳見附表二。HIV: human immunodeficiency virus.



## 附表二

### 常見的其他疾病引起的失智症相關疾病一覽表

| 英文疾病名稱 <sup>1</sup>                                               | 繁體中文名稱        | ICD-10 編碼   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>Infection</b>                                                  | 感染            | A00-B99     |
| 11-1 neurosyphilis                                                | 神經性梅毒         | A52.1       |
| 11-2 trypanosomiasis                                              | 錐蟲病           | B56, B57    |
| <b>Neoplasm</b>                                                   | 腫瘤(良性或惡性)     | C00-D48     |
| <b>Endocrine, nutrition and metabolic diseases</b>                | 內分泌、營養及代謝疾病   | E00-E90     |
| 11-3 hypothyroidism, acquired                                     | 甲狀腺功能過低       | E01, E03    |
| 11-4 thiamine (vitamine B1) deficiency: Wernicke's encephalopathy | 維他命 B1 缺乏     | E51, E51.2  |
| 11-5 niacin (vitamine B3) deficiency: pellagra                    | 菸鹼酸(維他命 B3)缺乏 | E52         |
| 11-6 folic acid (vitamine B9) deficiency                          | 葉酸缺乏          | E53.8       |
| 11-7 vitamine B12 deficiency                                      | 維他命 B12 缺乏    | E53.8       |
| 11-8 cerebral lipidosis                                           | 大腦類脂代謝障礙症     | E75         |
| 11-9 hepatolenticular degeneration(Wilson's disease)              | 肝豆狀核變質(威爾遜氏病) | E83.0       |
| 11-10 hypercalcaemia                                              | 血鈣過高          | E83.5       |
| <b>Diseases of the nervous system</b>                             | 神經系統的疾病       | G00-G99     |
| 11-11 multiple sclerosis                                          | 多發性硬化症        | G35         |
| 11-12 epilepsy                                                    | 癲癇            | G40         |
| 11-13 hydrocephalus                                               | 水腦症           | G91         |
| 11-14 hypoxic brain injury and postoperative dysfunction          | 缺氧及開刀後的腦病變    | G93, G97.82 |
| <b>Diseases in musculoskeletal system &amp; connective tissue</b> | 肌肉骨骼系統及結締組織疾病 | M00-M99     |
| 11-15 polyarteritis nodosa                                        | 結節性多發性動脈炎     | M30.0       |
| 11-16 systemic lupus erythematosus                                | 紅斑性狼瘡         | M32         |
| <b>Intoxication</b>                                               | 中毒            | T35-T65     |
| 11-17 carbon monoxide                                             | 一氧化碳中毒        | T58         |

<sup>1</sup> 即dementia in other common specified disease classified elsewhere，ICD-10及ICD-9碼為F02.8x及294.1x.



## 附表三

### 失智症常見的精神行為症狀

| 繁體中文                                                                                                                                      | 英文                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>一 情緒</b>                                                                                                                               | <b>Affection and mood</b>                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1 憂鬱 <sup>c</sup> / 情緒不佳 <sup>a</sup><br>悲傷 <sup>b</sup> (表情悲傷、音調哀傷、流淚 <sup>c</sup> )<br>對可喜的事缺乏反應 <sup>b</sup><br>憂鬱症狀在早上最差 <sup>b</sup> | Depression <sup>c</sup> / dysphoria <sup>a</sup><br>sadness <sup>b</sup> (sad expression, sad voice, tearfulness <sup>c</sup> )<br>lack of reactivity to pleasant events <sup>b</sup><br>diurnal variation of mood (symptoms worst in the morning) <sup>b</sup> |
| 2 焦慮 <sup>a, b</sup><br>過度焦慮反應 <sup>c</sup> 、<br>其他焦慮 <sup>c</sup><br>畏懼(怕一個人在房間 <sup>c</sup> )<br>其他畏懼反應 <sup>c</sup> (如怕黑、怕洗澡)          | Anxiety <sup>a, b</sup><br>catastrophic reaction (Godot syndrome <sup>c</sup> ),<br>other anxieties <sup>c</sup><br>phobia (fear of being left alone) <sup>c</sup><br>other phobia <sup>c</sup>                                                                 |
| 3 昂然自得/欣快感 <sup>a</sup>                                                                                                                   | Euphoria/ elation <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4 淡漠 <sup>a, 註一</sup> ：表情平淡、情緒反應少                                                                                                         | Apathy <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5 暴躁易怒 <sup>a, b</sup> / 情緒易變 <sup>a</sup>                                                                                                | Irritability <sup>a, b</sup> (easily annoyed, short-tempered) / lability <sup>a</sup>                                                                                                                                                                           |
| 6 情緒失禁                                                                                                                                    | Emotion incontinence                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>二 行為</b>                                                                                                                               | <b>Behavior</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1 激動 <sup>a, c</sup> (坐立不安、扭手、抓頭髮) <sup>b</sup> / 攻擊 <sup>a</sup><br>肢體暴力 <sup>c</sup><br>罵人 <sup>c</sup>                                 | Agitation <sup>a, c</sup> (restlessness, handwringing, hairpulling) <sup>b</sup> / aggression <sup>a</sup><br>physical threat and/or violence <sup>c</sup><br>verbal outburst <sup>c</sup>                                                                      |
| 2 言行失控 <sup>a</sup> ，如不適切社交禮儀                                                                                                             | Disinhibition <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3 怪異動作 <sup>a</sup> 或不適切行為 <sup>c</sup><br>幻覺或妄想的行為、自言自語                                                                                  | Aberrant behavior <sup>a</sup> or inappropriate activities <sup>c</sup><br>hallucination- or delusion-related behavior, self-talking                                                                                                                            |
| 4 重複(反覆)、刻板重覆的 <sup>c</sup> 或強迫性儀式行為，如收集行為、磨牙、吐口水                                                                                         | Repetitive (preservative), stereotyped (purposeless activities) <sup>c</sup> or compulsive/ritualistic behavior, e.g. hoarding behavior, grinding one's teeth, spitting                                                                                         |
| 5 漫遊 <sup>c</sup>                                                                                                                         | Wandering (away from home or caregiver)                                                                                                                                                                                                                         |
| 6 迷路                                                                                                                                      | Lost (disorientation to place)                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7 動作遲緩 (動作慢、說話慢及反應慢) <sup>b</sup>                                                                                                         | Retardation (slow movements, slow speech, slow reactions) <sup>b</sup>                                                                                                                                                                                          |
| 8 失去興趣(原本有興趣的活動變少) <sup>b</sup>                                                                                                           | Loss of interest (less involved in usual activities) <sup>b</sup>                                                                                                                                                                                               |





## 附表三

### 失智症常見的精神行為症狀(續)

| 繁體中文                                                                          | 英文                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>三 認知</b>                                                                   | <b>Cognition</b>                                                                                                                                        |
| <b>1 語言</b>                                                                   | <b>Language</b>                                                                                                                                         |
| 反覆同一句話或重覆問話                                                                   | repetitive the same sentence or question                                                                                                                |
| 刻板重覆的言談或發聲，如呻吟                                                                | stereotypy speaking or voice, e.g. moan,                                                                                                                |
| 答非所問                                                                          | groan                                                                                                                                                   |
| 拼字(音)、語法、句子連接錯誤或邏輯                                                            | irrelevant speech                                                                                                                                       |
| 混亂言談或思考                                                                       | error of spelling, syntax, grammar, thought process or logic,                                                                                           |
| 話多或話少                                                                         | disorganized speech or thought                                                                                                                          |
|                                                                               | hypertalkative or hypotalkative                                                                                                                         |
| <b>2 妄想<sup>a</sup>：深信不真實的想法</b>                                              | <b>Delusion<sup>a</sup>: false belief</b>                                                                                                               |
| 被偷妄想 <sup>c</sup>                                                             | delusion of theft <sup>c</sup>                                                                                                                          |
| 被害妄想 <sup>c</sup>                                                             | delusion of persecution:                                                                                                                                |
| 錯認妄想 <sup>註二</sup> ：“自己的家不是自己的家” <sup>c</sup> 及“配偶(或照顧者)是偽裝者”的妄想 <sup>c</sup> | suspiciousness/paranoia <sup>c</sup>                                                                                                                    |
| 忌妒妄想 <sup>c</sup>                                                             | delusion of misidentification: “one’s house is not one’s house” delusion <sup>c</sup> , “spouse/ other caregiver is an imposter “ delusion <sup>c</sup> |
| 情緒一致的妄想(貧窮、生病或失落妄想) <sup>b</sup>                                              | delusion of jealousy <sup>c</sup>                                                                                                                       |
| 其他妄想 <sup>c</sup> 、虛談或不真實的言談思想                                                | mood-congruent delusions(delusion of poverty, illness, or loss) <sup>b</sup>                                                                            |
|                                                                               | delusions other than above <sup>c</sup> , confabulation                                                                                                 |
| <b>3 幻覺<sup>a</sup>：無感官刺激，卻有知覺</b>                                            | <b>Hallucination<sup>a</sup></b>                                                                                                                        |
| 視幻覺 <sup>c</sup>                                                              | visual hallucination <sup>c</sup>                                                                                                                       |
| 聽幻覺 <sup>c</sup>                                                              | auditory hallucination <sup>c</sup>                                                                                                                     |
| 嗅幻覺 <sup>c</sup>                                                              | olfactory hallucination <sup>c</sup>                                                                                                                    |
| 觸幻覺 <sup>c</sup>                                                              | tactile hallucination <sup>c</sup>                                                                                                                      |
| 其他幻覺 <sup>c</sup> ：如味幻覺或其他幻覺                                                  | other hallucination <sup>c</sup> : e.g. gustatory hallucination                                                                                         |
| <b>4 許多身體抱怨<sup>b</sup>或慮病想法</b>                                              | <b>Multiple physical complaint<sup>b</sup> or hypochondriacal idea</b>                                                                                  |
| <b>5 憂鬱相關的思想內容</b>                                                            | <b>Idea disturbance in depression</b>                                                                                                                   |
| 自殺意念(無價值感、想自殺、自殺企圖) <sup>b</sup>                                              | suicidal idea(worthless feeling, suicidal wish, suicidal attempt) <sup>b</sup>                                                                          |
| 低自尊(自責、自貶、失敗感) <sup>b</sup>                                                   | poor self-esteem(self-blame, self-depreciation, feelings of failure) <sup>b</sup>                                                                       |
| 悲觀(期望自己會很糟) <sup>b</sup>                                                      | pessimism (anticipation of the worst) <sup>b</sup>                                                                                                      |





## 附表三

### 失智症常見的精神行為症狀(續)

| 繁體中文                                            | 英文                                                                         |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>四 驅力</b>                                     | <b>Drive</b>                                                               |
| 1 睡眠/夜間行為 <sup>a</sup> (白天嗜睡/夜間失眠) <sup>c</sup> | Nightmare disturbance <sup>a</sup> (day/night disturbance) <sup>c</sup>    |
| 入睡困難 <sup>b</sup>                               | difficulty falling asleep <sup>b</sup>                                     |
| 多次睡眠中斷 <sup>b</sup>                             | multiple awakenings during sleep <sup>b</sup>                              |
| 比平常早醒 <sup>b</sup>                              | early morning awakening <sup>b</sup>                                       |
| 2 食慾/進食改變 <sup>a</sup>                          | Appetite/ eating disturbance <sup>a</sup>                                  |
| 食慾差 <sup>b</sup>                                | appetite loss <sup>b</sup>                                                 |
| 體重減輕 <sup>b</sup>                               | weight loss <sup>b</sup>                                                   |
| 暴食                                              | polyphagia,                                                                |
| 異食症、挑食、貪食/食物偏好改變                                | pica, be picky about food, hyperorality                                    |
| 3 性慾高/不適切性行為                                    | Hypersexuality/inappropriate sexual behavior                               |
| 4 無動機                                           | Avolition                                                                  |
| 5 體力不支(易疲憊、無法持續活動) <sup>b</sup>                 | Lack of energy (fatigue easily, unable to sustain activities) <sup>b</sup> |

<sup>a</sup>屬於Neuropsychiatry Inventory (NPI) 12項精神行為症狀，該量表主要藉與照顧者會談，以評估病患過去一個月的精神行為症狀。

<sup>b</sup>屬於Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)的19個憂鬱相關精神行為症狀，該量表主要藉照顧者提供資料及病患會談以評估病患過去一週的憂鬱情形。

<sup>c</sup>屬於BEHAVE-AD量表的精神行為症狀共25個項目，該量表藉會談照顧者以評估病患過去兩週的精神行為症狀。

註一有學者(Robbett PH, et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2002 Dec;17(12):1099-105)在淡漠量表(Apathy Inventory)中認為包括三向度，即情緒平淡(emotional blunting)、缺乏啓動力(lack of initiative)及缺乏興趣(lack of interest)。

註二除上述兩者外，還包括錯認“陌生人為熟識的親友”、“鏡中的自己不是自己”及“電視中的情境是真的”。



## 附表四

### 確認或鑑別失智症病因的重要步驟及檢查

| 步驟或檢查項目                                                                                                                     | 說明或理由                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 由可信的資料提供者獲得病史                                                                                                             | 注意是否有身體疾病、疼痛、治療藥物、安眠藥、酒、非法藥物使用。                                                                           |
| 2 身體檢查：包括神經學及精神狀態檢查                                                                                                         | 是否有身體、局部神經及精神行為症狀。                                                                                        |
| 3 心理測驗：簡易精神狀態檢查(MMSE)、認知功能篩檢表(CASI)、臨床失智量表(CDR)                                                                             | 這些測驗的目的之一是篩檢用，並非診斷失智症；也可作為認知功能的基準線或長期變化的測量。                                                               |
| 4 哈欽斯基缺血量表(Hachinski Ischemic scale)                                                                                        | 不一定列入常規檢查，但若是無法進行腦影像檢查時可作為鑑別血管性失智症的參考。                                                                    |
| 5 抽血檢查：全血球檢查(CBC)、血清生化檢驗、血清免疫檢驗                                                                                             | 項目詳見附表五                                                                                                   |
| 6 心電圖(Electrocardiography, ECG)                                                                                             | 評估心臟疾病，如心律不整、QT <sub>c</sub> 、心臟肥大或曾有心肌梗塞，作為失智診斷及使用乙醯膽鹼代謝酶抑制劑前或抗精神病藥的參考。                                  |
| 7 腦部影像檢查：電腦斷層(computerized tomography, CT)、核磁共振檢查(magnetic resonance imaging, MRI)、正子攝影(positron emission tomography, PET)。 | CT 或 MRI 可鑑別水腦症、硬腦膜下出血、腦梗塞或出血、腫瘤、海馬迴或腦葉萎縮、多發性硬化症或白質變化。PET 雖可了解某些腦區代謝功能低 <sup>1</sup> ，作為鑑別失智症的參考，但並非常規檢查。 |
| 8 腦波(Electroencephalography, EEG)                                                                                           | 棘波或大腦皮質功能異常，可作為鑑別癲癇、克斐-雅客病(Creutzfeldt-Jakob disease)的失智症或譫妄的參考。                                          |
| 9 尿液檢查                                                                                                                      | 是否有泌尿道感染，但病人往往無法配合。                                                                                       |
| 10 放射線檢查：胸部或腹部 X 光檢查。                                                                                                       | 是否有肺炎、肺部疾病、便秘或腹部疾病。                                                                                       |
| 11 家庭功能評估                                                                                                                   | 家族治療的重要評估，如評估家庭結構、家屬負荷與照顧的資源                                                                              |



## 附表四

### 確認或鑑別失智症病因的重要步驟及檢查(續)

| 步驟或檢查項目                              | 說明或理由                                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 12 職能評估：如基本 (BADL)及技巧性日常生活功能評估(IADL) | 評估日常生活功能照顧或復健的需求。                                           |
| 13 脊髓穿刺檢查(lumbar puncture)           | 腦膜炎或侵犯腦區的相關細菌、梅毒、病毒或結核菌及相關檢查。屬失智症視需要才進行的檢查。不易獲得家屬的同意及病人的配合。 |
| 14 遺傳基因檢查(genetic test)              | ApoE、PS1、PS2 或 APP 基因型不是常規檢查。                               |

<sup>1</sup>PET若發現頂葉或顳葉代謝低，可作為阿茲海默氏或路易氏體失智症診斷的參考，只是後者更易有枕葉或小腦的代謝低；若發現額葉、前或內顳葉(anterior or medial temporal cortices)代謝低，可作為額顳葉失智症的參考；中風的腦區代謝也較低，憂鬱症患者可能是代謝正常或額葉代謝低。APOE: Apolipoprotein E genotype; APP: amyloid precursor protein; BADL: basic activity of daily life; CASI: cognitive abilities of screen instrument，又譯為「知能篩檢測驗」；CBC: complete blood count; CDR: clinical dementia rating scale; IADL: instrumental activity of daily life; MMSE: mini-mental status examination; PS: presenilin.



## 附表五

### 確認或鑑別失智症合併精神行為症狀(BPSD)病因的重要抽血檢查

| 項目註                                                                             | 理由                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 全血球檢查(complete blood count, CBC)、不同白血球的比例(differential count)及血紅素(hemoglobin) | 鑑別是否貧血、感染、發炎或血小板缺乏。貧血常跟焦慮、憂鬱、頭暈、虛弱或沒精神有關。使用抗精神病藥或抗癲癇作用的情緒平穩劑可能會增加(或減少)白血球或血小板數目。       |
| 2 腎功能：尿素氮(BUN)、肌酸酐(Creatinine, Cr)                                              | BUN 過高跟脫水(dehydration)、類固醇使用或腎功能異常有關。BUN/ Cr >20 就要懷疑脫水，常造成失智患者虛弱、坐立不安、激躁或譫妄。          |
| 3 肝功能：ALT、AST、GGT(r-GT)                                                         | ALT 或 AST 跟肝炎、肝病、某些藥物使用、膽固醇過高、心肌梗塞或橫紋肌溶解有關。肝不好可引起 BPSD。<br>r-GT 高可能跟藥物或喝酒有關。           |
| 4 葡萄糖(Glucose)                                                                  | 血糖過低或過高可導致 BPSD 或譫妄。低血糖跟營養或降血糖藥有關。                                                     |
| 5 電解質：鈉(sodium, Na)、鉀(potassium, K)、氯(chloride, Cl)                             | 鈉、氯或鉀過低(或過高)常引起坐立不安、激躁、意識不清、幻覺、妄想或癲癇。鈉過低跟攝食少、利尿劑、抗憂鬱或抗精神病藥、SIADH、腹瀉或腎臟病有關。             |
| 6 鈣(calcium, Ca)                                                                | 血鈣過高常引起憂鬱、激躁或精神病，跟副甲狀腺腫瘤、腎衰竭、鋰鹽或其他惡性腫瘤疾病。血鈣過低可引起憂鬱或易怒，跟營養差或副甲狀腺功能低有關。                  |
| 7 甲狀腺功能：甲狀腺刺激素(TSH)、甲狀腺素(thyroxine)如游離甲狀腺素-free T4。                             | 甲狀腺功能過高(過低)常引起焦慮、憂鬱、激躁或精神病。過高跟類固醇、增強度多巴胺作用(dopaminergic)藥物、甲狀腺亢進或 Grave's 病有關。過低跟鋰鹽有關。 |
| 8 梅毒血清 RPR(VDRL)檢查                                                              | 若是 RPR 反應陽性，才進一步做 TPHA 檢查。                                                             |
| 9 人類免疫病毒(HIV)抗體                                                                 | 若抗體陽性則懷疑有感染 HIV，需做進一步確診檢查。                                                             |



## 附表五

### 確認或鑑別失智症合併精神行為症狀(BPSD)病因的重要抽血檢查(續)

| 項目註                                           | 理由                                                                               |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 10 三酸甘油、總膽固醇、高密度(HDL)及低密度膽固醇(LDL)             | 過高和使用抗精神病藥、高血壓、動脈硬化、中風糖尿病或代謝症候群有關。過低跟攝取/營養缺乏有關。                                  |
| 11 白蛋白(albumin)、球蛋白(globulin)                 | 白蛋白過低跟蛋白質攝取、吸收或製造有關，過低可引起虛弱或精神差。                                                 |
| 12 維他命 B12、葉酸(folate, B9)、同半胱氨酸(homocysteine) | 缺 B12 或 B9 可造成焦慮、憂鬱、記憶力差及精神病。缺 B12 或 B9、腎功能差或抽菸會使同半胱氨酸增高，此物質增高會增加心肌梗塞、中風或腦萎縮的風險。 |
| 13 發炎指數檢查(ESR 或 CRP)                          | 過高異常時代表有發炎或感染。CRP 在急性發炎時升高。ESR 在老年時經常比成年期增高。                                     |
| 14 血中氨 (ammonia, NH3)                         | 氨過高跟躁動、精神病或譫妄有關，跟肝功能差、某些藥物使用或肝腦病變(hepato-encephalopathy)有關。                      |
| 15 鐵(iron, Fe)、鐵蛋白(ferritin)、運鐵蛋白(TIBC)       | 鐵過低跟貧血、坐立不安或不寧腿症候群(restless leg syndrome)有關。                                     |

註：本表並未窮盡BPSD所需的抽血檢查，若有BPSD患者有任何懷疑或可能致病的身體疾病或徵兆時，則可以依需要開立內科抽血檢查。ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia; BUN: blood urea nitrogen; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; GGT: gamma-glutamyl transpeptidase; HDL/LDL: high/low density lipoprotein; HIV: human immunodeficiency virus; RPR: rapid plasma reagin; SIADH: syndrome of inappropriate anti-diuretic hormone; TIBC: total iron-binding capability; TPHA: Treponema pallidum hemagglutination; TSH: thyroxine-stimulating hormone; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.





## 局長的話

台灣現今失智症的人口越來越多，而失智症之精神行為症狀的出現，常會造成家屬照顧上的負擔，而且在這些家屬中**66%**會有憂鬱、焦慮、失眠等症狀發生，三分之一的家屬或照顧者則因長期照顧患者所帶來的壓力而身心俱疲，導致嚴重的憂鬱症；甚至發生家屬不堪長期照顧所帶來的身心壓力，而帶著患者自殺的不幸事件，也時有所聞。聽聞到這樣的事件發生不僅讓人鼻酸，也感到相當的遺憾！

臺南市政府衛生局透過行動醫院不僅關心老年人的身體健康，也注重頭腦的健康，在今年(2013)四月成為第一個將“極早期失智症篩檢問卷”(AD-8；詳見附錄二)納入篩檢的地區，希望可以讓更多社區中的失智症個案能夠早期發現早期治療！

因此，臺南市政府除了積極關心自殺及憂鬱症防治議題外，也希望可以從減少不幸自殺事件發生的源頭著手預防，進而提升市民的生活品質。所以，我們根據國外經驗，妥善對失智症患者的家屬進行篩檢、衛教及提供支持，希望可以改善家屬的負荷與調適照顧者的壓力，同時也避免失智症家屬出現老年憂鬱症，進而減少老人自殺這樣的憾事發生。這也就是臺南市政府希望透過印製英國失智症協會這本「失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務」的初衷，盼望本書能讓失智症患者家屬的憂鬱-焦慮及失智症患者的焦躁不安或不適切行為得以改善或減緩！也希望未來臺南市各區衛生所照護人員或相關社福照顧人員都能具備失智症照護的基本常識。

最後，臺南市政府關心每位市民的身體健康、精神健康、頭腦保養與心理壓力調適。相信在賴市長清德及顏副市長純左前瞻睿智的帶領之下，各局處及衛生與福利單位同仁的齊心努力下，我們一定可以讓臺南市民及老人身心健康獲得改善，也會讓臺南市朝更幸福的健康城市目標邁進！

林聖哲

Sheng-Che Lin

臺南市衛生局局長 林聖哲





## Acknowledgement

The part (from page 7 to page 31) of this book was originated from "Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia- A best practice guide for health and social care professionals" based on the consensus of an Advisory Group led by Professor Alistair Burns (National Clinical Director for Dementia in England, Department of Health, UK) and Professor Clive Ballard (Director of Research, Alzheimer's Society, UK) and Dr. Anne Corbett (Research Communications Manager at Alzheimer's Society, UK). This Advisory Group included Clive Ballard, Sube Banerjee, Nina Barnett, Donald Brechin, Dawn Brooker, Alistair Burn, Peter Connelly, Anne Corbett, Jane Fossey, Clive Holmes, Julian Hughes, Gill Livingston, Deborah Sturdy and Simon Wright.

This book is adapted with permission from Alzheimer's Society in UK and from Professor Alistair Burn, Professor Clive Ballard and Dr. Anne Corbett. We deeply appreciate the permission to use the above material in our book for non-profit-making purpose and are also sincerely grateful to the Advisory Group. We also sincerely thank Professor Helen Fung-Kum Chiu (Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, Hong Kong SAR, China) for coordinating the work for Chinese translation of the above guide among UK, Hong Kong, Taiwan and China.

### 致謝

本書第7至31頁翻譯自Alistair Burn(英國衛生部英格蘭區國家臨床失智症組主任)、Clive Ballard(英國失智症學會研究主任)及Anne Corbett(英國失智症學會研究協調主管)共同帶領的顧問小組共識後所出版的*Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia- A best practice guide for health and social care professionals*一書。此顧問小組包含Clive Ballard、Sube Banerjee、Nina Barnett、Donald Brechin、Dawn Brooker、Alistair Burns、Peter Connelly、Anne Corbett、Jane Fossey、Clive Holmes、Julian Hughes、Gill Livingston、Deborah Sturdy及Simon Wright (依英文姓氏順序)。

本書的翻譯已取得英國失智症學會及Alistair Burn、Clive Ballard及Anne Corbetts的許可。我們對於上述資料許可使用在非營利出版一事，致上深深的感謝，也衷心感謝此指南的英國失智症學會顧問小組。我們也誠摯地感謝香港中文大學精神科趙鳳琴教授在英、港、中及台的居間協調上述指引的中文翻譯事宜。



## 英國失智症學會 引領失智症防治

英國失智症學會是一個成立於英國的福利機構，以失智症患者、家屬與照顧者的主要支援與研究為宗旨。我們透過相關著作、英國國家失智症專線（**National Dementia Helpline**）、相關網站及超過2000所各地服務據點，為各種失智症患者與照顧者提供相關資訊與支援，期待可讓失智症患者獲得更優良的生活品質，以及讓大眾更加瞭解失智症。此外，我們贊助一項全新的醫療暨社會研究計畫，深入探討失智症的成因、治療與預防，以及患者接受的照護服務。

若您想瞭解阿茲海默症或其他類型的失智症，請上網查詢（[alzheimers.org.uk](http://alzheimers.org.uk)），或撥打阿茲海默症學會專線0845 3000 336，北愛爾蘭地區請撥打028 9066 4100（接聽人員可接受任何語言。基於訓練與評估之目的，我們將可能記錄或監控會談內容）。

### 英國失智症學會

住址：Devon House, 58 St Katharine's Way, London E1W 1LB, UK

電話：020 7423 3500

傳真：020 7423 3501

網址：[Alzheimers.org.uk](http://Alzheimers.org.uk)

電子信箱：[info@alzheimers.org.uk](mailto:info@alzheimers.org.uk)

備註：上述電話號碼，僅在英國本地不需加國碼，英國以外地區，請去除第一個0，並加英國國碼44

代碼 865

© 2011年7月，英國失智症學會

福利機構登記號296645，英國責任有限公司登記號2115499

英國失智症學會服務範圍，包括英格蘭、威爾斯與北愛爾蘭地區

**台灣繁體版版權詳見版權頁或洽台灣老年精神醫學會秘書處**

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務 /  
歐陽文貞主編譯. — 臺中市：台灣老年精神醫學會，2013.10  
面：公分  
譯自：Optimising treatment and care for people with behavioural  
and psychological symptoms of dementia : a best practice guide  
for health and social care professionals  
ISBN 978-986-90040-0-8 (平裝)  
1.失智症 2.健康照護 415.934 102020985

## 失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務

Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia- A best practice guide for health and social care professionals

發行人：賴德仁  
發行所：社團法人台灣老年精神醫學會  
發行所地址：台中市南區建國北路一段110號中山醫學大學附設醫院8樓精神科  
辦公室(台灣老年精神醫學會秘書處)  
編輯顧問委員會召集人：賴德仁  
編輯顧問委員會委員：陳正生、黃正平、黃宗正、黃照、賴德仁(姓名筆劃排序)  
編輯指導委員會：李淑花、邱南英、張君威、張景瑞、陳坤波、曾念生、曾憲洋、  
楊詠仁、葉宗烈、廖以誠、趙建剛、蔡尚穎、魯思翁、藍祚鴻、  
顏永杰(依姓名筆劃排序)  
主編譯：歐陽文貞  
副主編譯：黃美鳳、蔡佳芬  
編輯小組：李俊德、周主恩、黃美鳳、游舒涵、蔡佳芬、歐陽文貞(姓名筆劃排序)  
助理編輯：曾采鈴  
封面設計及印刷公司：松城企業社 地址：台中市西屯區福順路333號5樓 電話：04-24625387  
電子信箱：secretary@tsgp.org.tw(台灣老年精神醫學會秘書處)、  
d88904@gmail.com(主編譯)  
電話：(04)2471-6239  
傳真：(04)2471-5124  
網址：http://www.tsgp.org.tw  
出版日期：2014年03月 一版二刷

Publisher: Te-Jen Lai

Published by: Taiwanese Society of Geriatric Psychiatry

Address of Publisher: Secretary Office of Taiwanese Society of Geriatric Psychiatry in Dep.  
of Psychiatry, Chung Shan Medical University Hospital, 8th Floor, No.  
110, Sec. 1, Jian-guo N. Rd., South Dist., Taichung City 40201, Taiwan

Chair of Editorial Advisory Committee: Te-Jen Lai

Advisory Editors Committee: Chao Huang, Cheng-Sheng Chen, Jen-Ping Hwang, Te-Jen  
Lai, Tzung-Jeng Hwang

Steering Committee: Ching-Jui Chang, Chun-Wei Chang, Jian-Kang Chao, Kun-Po Chen,  
Nan-Ying Chiu, Tsuo-Hung Lan, Shwu -Hua Lee, Yi-Cheng Liao,  
Sy-Ueng Luu, Shang-Ying-Tsai, Hin-Yeung Tsang, Nian-Sheng Tzeng,  
Yung-Jen Yang, Tzung-Lieh Yeh, Yung-Chieh Yen

Chief Editor and Translator: Wen-Chen Ouyang

Deputy Editor-in-Chief and Translator: Mei-Feng Huang, Chia-Fen Tsai

Editorial Team: Chun-Te Lee, Chu-En Chou, Mei-Feng Huang, Shu-Han Yu, Chia-Fen Tsai,  
Wen-Chen Ouyang

Assistant Editor: Cai-Ling Zeng

Designer of Cover and Printing House: Songchen Printing Corporation/Address: 5F., No. 333,  
Fushun Rd., Xitun Dist., Taichung City 407, Taiwan  
(R.O.C.) TEL:(+886)4-2462-5387

E-mail of Editor-in-Chief: d88904@gmail.com

E-mail of Publisher: secretary@tsgp.org.tw

TEL of Publisher: (+886)4-2471-6239/FAX of Publisher: (+886)4-2471-5124

URL of Publisher: http://www.tsgp.org.tw

Date of Publishing: Oct. 2013

ISBN: 978-986-90040-0-8

所有版權屬台灣老年精神醫學會所有，若有意助印，請聯繫秘書處！ All Right Reserved!