失智症行為及精神症狀的非藥物處置

1臺大醫院 家庭醫學部 2台灣失智症協會 李怡萱¹ 陳晶瑩¹ 湯麗玉² 梁繼權¹

前言

台灣於人口加速老化的同時，失智症人口也急遽增加。推估2012年社區內65歲以上失智人口約占總人口的0.6%¹。與世界衛生組織資料比較，台灣失智症人口不到20年即倍增，成長速度驚人。照顧失智老人的社會成本，於不久的將來勢必成為青壯年世代的沉重負擔。

失智症行為及精神症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)，典型如重複的問話，漫遊及睡眠障礙，都是阿茲海默症(Alzheimer's disease)和其他失智症的核心症狀。在未經治療的狀況下，可能會加速病情進展，造成病患功能下降並減少生活品質。由於此類症狀時常造成照顧者極大的壓力，病患入住機構的比例往往因此增加。系統性的篩檢有助於早期介入，鑑別可治療的原因，並擬定治療計畫。

有鑑於目前的藥物治療只有中等的療效，以及相關的副作用，且對於造成照顧者最大壓力的部分行為症狀沒有顯著幫助；非藥物處置仍是被建議的第一線治療方式。

失智症與行為及精神症狀

失智症行為及精神症狀特指發生於失智患者的一群非認知障礙相關症狀。常見的精神症狀如：憂鬱、冷漠(apathy)、激躁(agitation)、侵略性行為(aggression)、妄想、幻覺、睡眠障礙等；其他常見症狀如：重複的發聲、緊密的跟隨照顧者(shadowing)、拒絕被照顧、漫遊(wandering)、好爭辯等。

BPSD在各類型的失智症患者身上皆可看到。不過特定的症狀與某些類型的失智症特

別具有相關性。譬如憂鬱症狀較常見於血管性失智症患者，幻覺症狀於路易氏體失智症(dementia with Lewy body)較為常見。在額顳葉失智症(frontotemporal dementia)患者，則是以執行控制能力異常較為顯著，如抑制力減低(disinhibition)，漫遊，不適切行為，冷漠。

BPSD並非只出現在失智症晚期，事實上，在疾病的各階段都可能出現。憂鬱症狀常出現在阿茲海默症患者的疾病早期，並隨著疾病進展而惡化。妄想、幻覺以及侵略性行為則較常出現在疾病中晚期。冷漠持續發生於疾病各階段，也是最常被照顧者所觀察到的症狀。激躁在認知功能明顯下降的中晚期(MMSE < 20)較常出現。

認知功能的下降並無法完全解釋BPSD的出現。這類症狀的出現可歸因於多重因素，包括內在因素(疼痛、恐懼)，及外在因素(過度刺激的環境、與照顧者的溝通不良)。

失智症行為及精神症狀的非藥物處置

失智症行為及精神症狀的藥物治療，時常牽涉到非典型抗精神病藥物(atypical antipsychotics)的仿單核准適應症外的使用(off-label use)。然而這類藥物與安慰劑比較，卻只有中度到無的療效²。美國食品與藥物管理局(FDA)更於2005年針對部分二代抗精神病藥物發布警告，表示有增加致病率(如中風)³及死亡率的危險性⁴。再者，部分造成照顧者最大負擔的症狀(如拒絕被照顧)和可進一步澄清的症狀(如患者未被滿足的需求)往往無法藉由藥物治療達到預期的效果。有鑑於此，非藥物處置被建議為BPSD非緊急狀況時的第一線處理方式，也應

整合於每位失智症患者的例行照顧中。

非藥物處置的三大原則可以用“3R”的縮寫來呈現，分別為：保證(reassure)，再考慮(reconsider)，以及轉移焦點(redirect)⁵。「保證」的意思為，讓病患知道自己會被妥善的照顧，且其意願會受到尊重。「再考慮」指的是設身處地以病患的觀點思考。「轉移焦點」指的是不要與病患的不適切行為、妄想做正面的衝突與指責或指正，試著分散其注意力到其他活動與話題。以下簡述三實例：

- (1)失智症患者是否適合開車的問題，一直被廣為討論。M先生是一位退伍軍人，被診斷為失智症。近幾年來，不斷因為開車發生一些小車禍，因為迷路由警察護送回家，或者將車子遺忘在某個停車場。家人無法勸阻M先生開車，因為往往會引發他激躁的反應(尖叫、丟東西)。失智症照護小組與家人討論了許多方式，但都沒有明顯幫助。最後，M先生同意車上裝置紀錄目的地的機器，而家人發現他幾乎每天都前往同一個地點：離家數公里遠的郵局。在與M先生討論後，他同意由家人帶他前往想去的地方，也同意不再開車了。在此例，家人所做的就是「保證」，讓病患明白他有關心他的照顧者，且願意尊重他的需求。
- (2)P先生罹患失智症後，家人為他請了一位女性看護照顧生活起居。然而，P先生會對這位女性看護有不適切的性意味行為；這些行為讓P先生的妻子非常沮喪，因為病患病前不曾對其他女性有類似的舉止。失智症照護小組與P先生和女性看護訪談後發現，原來P先生視女

性看護幫助他沐浴的舉動為性暗示，並認為其回應的舉止很恰當。之後P先生不再由女性幫助沐浴，也不再類似舉止。此例所表現的是「再考慮」，從病患觀點了解病患行為所代表的意義。

- (3)Q女士在罹患失智症前，對於烹調美食非常的擅長。在生病後，Q女士的先生接手了廚房的工作，而他最大的困難就是勸阻Q女士進廚房。Q女士認為能勝任她熟悉的工作，然而，她卻三不五時會有危險行為，如把金屬器皿放入微波爐，或把抹布放在火爐上。這些行為成為Q女士夫婦經常爭執的原因。在與失智症照護小組討論後，Q女士的先生準備了她專屬的烤爐(玩具)，並不定時指派一些簡單的工作給她；而Q女士也滿意於與先生一同做事。此例，所討論的是「轉移焦點」，不再試圖指正病患，而是讓病患的注意力轉移到其他替代活動。

整合非藥物處置原則於失智症照護

整合非藥物處置原則施行於失智症患者的照護中，可依下列的六個步驟⁶：

(1)病患是否有精神與行為症狀？

與關鍵照顧者會談，並使用標準問卷做篩檢如NPI-Q(表1)⁷。若病患無明顯症狀，則每年定期追蹤。對於照顧者的衛教包含：失智症照護相關資源、如何辨別相關症狀並早期就醫、給予病患適當的刺激並建立規律生活作息、照顧者的壓力抒發。辨識可能引發症狀的危險因子(如照顧者壓力、病患未被滿足的需求、病患急性疾病、睡眠失調、營養不良等)。

Apathy or indifference

Does the patient seem less interested in his or her usual activities and in the activities and plans of others?

Yes No

Severity: 1 2 3

Distress: 0 1 2 3 4 5

Disinhibition

Does the patient seem to act impulsively? For example, does the patient talk to strangers as if he or she knows them, or does the patient say things that may hurt people's feelings?

Yes No

Severity: 1 2 3

Distress: 0 1 2 3 4 5

Irritability or lability

Is the patient impatient and cranky? Does he or she have difficulty coping with delays or waiting for planned activities?

Yes No

Severity: 1 2 3

Distress: 0 1 2 3 4 5

Motor disturbance

Does the patient engage in repetitive activities, such as pacing around the house, handling buttons, wrapping string, or doing other things repeatedly?

Yes No

Severity: 1 2 3

Distress: 0 1 2 3 4 5

Nighttime behaviors

Does the patient awaken you during the night, rise too early in the morning, or take excessive naps during the day?

Yes No

Severity: 1 2 3

Distress: 0 1 2 3 4 5

Appetite and eating

Has the patient lost or gained weight, or had a change in the food he or she likes?

Yes No

Severity: 1 2 3

Distress: 0 1 2 3 4 5

(2)了解精神與行為症狀的內容與影響

1. 症狀是否為近期內新發生：排除可治療的潛在疾病，並重新評估病患用藥。
2. 病患是否有安全上的考量：衛教照顧者安全措施。若安全問題無法改善，適時轉介專科醫師或住院。
3. 評估照顧者壓力：衛教照顧者減壓策略，並評估是否有憂鬱傾向。若情況未改善，適時轉介專科醫師。

(3)辨識引發精神與行為症狀的潛在因素

1. 潛在疾病、疼痛、藥物、睡眠干擾等。

2. 照顧者不良溝通以及照顧者調適困難引發的問題。
3. 環境因素：如過度刺激(噪音、雜亂人多的環境)、刺激過少(燈光不足、視覺及觸覺刺激減少)、室溫過高或過低、難以辨識的環境(病患不易找到廁所、浴室等)。

(4)建立治療計畫

會造成病患安全問題或照顧者極大壓力的症狀需要處理。治療計畫的擬定須符合全家期待。

當病患同時出現多種精神與行為症狀

時，一般性可運用的策略包括：定期的運動、安排病患參與結構性活動、照顧者的教育及技巧訓練、居家環境的簡化、訂定規則的日常生活作息。

音樂治療在少數隨機試驗中，證實可減少病患的侵略性行為、激躁、漫遊等症狀。其他如懷舊治療(reminiscence therapy)、驗證治療(validation therapy，討論未解決的衝突)、刺激存在治療(simulated presence therapy，照顧者利用錄音設備講述病患的人生故事)、芳香治療、光線治療，目前尚無一致性的證據可以證明其功效。

(5)評估治療計畫成效

若治療計畫未達到預期功效，首先評估治療計畫是否被適當的施行。若治療計畫已確實實行，則須與關鍵照顧者討論修訂新的照顧計畫。需要時轉介專科醫師做進一步處理。

(6)定期監督是否有新的精神與行為症狀出現。確認這些症狀是否危害病患安全，並同時評估照顧者承受的壓力。

總結

失智症行為及精神症狀是造成病患失能的主要原因，然而大部分病患並未得到適當的評估、治療以及後續追蹤。原因可能在於現行的保險給付制度以及醫療體制造成臨床實務上的困難。

雖然非藥物處置對於部份症狀效果較佳(如重複的問題、激躁)，但對於部份症狀(如幻覺)仍須藥物治療的介入。目前已有足夠證據可證明非藥物處置有極佳的病患及照顧者滿意度，並可增

進病患生活品質。失智症行為及精神症狀的非藥物處置應該成為失智症正規治療的一環。

參考文獻

1. 行政院衛生署93年度委託台灣失智症協會：「台灣失智症機構照顧需求之調查-長期照護機構失智症患者之盛行率調查」研究報告。
2. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al: CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006; 355(15): 1525-38.
3. Sink KM, Holden KF, Yaffe K: Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293(5): 596-608.
4. Kales HC, Valenstein M, Kim HM, et al: Mortality risk in patients with dementia treated with antipsychotics versus other psychiatric medications. *Am J Psychiatry* 2007; 164(10): 1568-76.
5. Budson AE, Solomon PR: Non-pharmacological treatment of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Memory loss. *A Practical Guide for Clinicians*. Elsevier Inc 2011; 236-46.
6. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG: Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA* 2012; 308(19): 2020-9.
7. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al: Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65(11): 2263-72. 🇺🇸