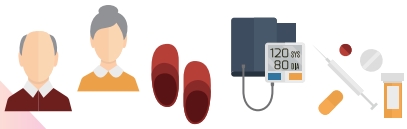
1 Chapter

失智症的基本概念

第一節　失智症的定義
第二節　台灣目前失智症人口概況
第三節　失智症的類型
第四節　失智症的形成因素

林育德　編著



學習目標

研讀本章後，應能達成以下目標：

1. 了解失智症的定義與類型。
2. 認識台灣失智症人口概況。
3. 了解失智症的病因及預防或延緩因子。

◉ 前言

失智症 (dementia) 是由後天性腦部病變所造成，與正常老化不同，並不是單一疾病，而是一群症狀的組合。這群症狀主要以記憶力、時間空間定向感、判斷力、計算力、抽象思考力、注意力、語言等認知功能障礙為主，而且這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係、工作能力，以及日常生活自我照顧能力，同時可能出現干擾行為及情緒、個性改變、妄想或幻覺等症狀。以下將分別說明失智症的基本概念。

✧ 第一節 失智症的定義

失智症是英文名詞 dementia 一詞的翻譯，台灣於 1990 年代以前翻譯作「癡呆症」，之後因病人和家屬覺得「癡呆」這個詞有歧視的意味，而改稱為「失智症」。爾後，名詞繼續轉變，2005 年日本就已經開始將「失智症」改稱為「認知症」，香港也在 2012 年跟進，美國精神醫學會在 2013 年開始，也採用認知症這個名詞。台灣自 2017 年開始陸續有學者提倡將「失智症」改為「認知症」，現今是否改名仍在討論之中，目前臨床使用上，仍以「失智症」一詞為主。

失智症的診斷概念或準則隨著年代進步而有些許改變。早期在 1950~1977 年代的 ICD-9 定義失智症為「記憶的嚴重退化並且伴隨時間與地點的定向感退化」，到了 1987 年 DSM-III-R 診斷準則雖強調記憶力受損必須有短期及長期記憶均受損，但卻沒有強調時空定向感退化的必要性。接續於 1992 年 ICD-10、1994 年 DSM- IV 及 2000 年 DSM-

IV-TR 也都放寬對失智症的診斷準則；不一定要同時合併有短期及長期記憶力缺損，但是診斷上仍需有包括記憶受損的多重認知功能障礙。於 2011 年美國國家老化研究院與阿茲海默症協會 (Nation Institute on Aging & Alzheimer's Association；NIA-AA) 與 2013 年美國精神醫學會的 DSM-5 失智症診斷準則則更大幅放寬失智症的診斷標準（表 1-1）。主要的改變是不再將記憶力當作是失智症的主要認知功能缺損。DSM-5 診斷準則將認知範疇擴大為六大領域，內容包括了原本 DSM-IV 以及 ICD-9 的精神。主要有複雜注意力、執行功能、學習和記憶、語言、知覺 - 動作、或社交認知的認知表現降低等共 6 項，而且只要有一項認知範疇出問題即可診斷為「認知障礙症」。

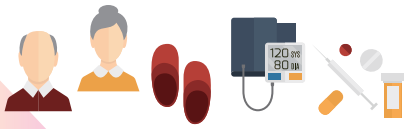
表 1-1　DSM-5 認知障礙症的診斷標準

A. 一項或多項認知範疇，包含複雜注意力、執行功能、學習和記憶、語言、知覺 - 動作、或社交認知的認知表現降低，證據根據： 1. 了解病情的資訊提供者或臨床專業人員知道個案有認知功能顯著降低。 2. 標準化神經認知測驗或另一量化的臨床評估顯示認知功能顯著減損。
B. 認知缺損干擾日常活動獨立進行（指至少複雜性工具性日常生活活動需要協助例如：付帳單或是吃藥）。
C. 認知缺損非只出現於譫妄情境。
D. 認知缺損無法以另一精神疾病做更好的解釋（例如鬱症、思覺失調症）。

資料來源：台灣精神醫學會（2014）．*DSM-5 精神疾病診斷準則手冊*（一版）(Desk Reference to the Diagnostic fro DSM-5)．台北市：合記。

臨床診斷失智症時，需考慮三個重要的實際面向：(1) 第一項是認知功能障礙的程度及原因，包含記憶力、抽象思考、語言能力、執行功能等認知功能；(2) 第二項是日常功能的退化，工具性日常功能退化往往會先發生，諸如搭乘交通工具、使用金錢、購物、打電話、做家事等，接著是生活必須的功能，如吃飯、洗澡、上廁所的基本能力；(3) 第三項則是異常精神行為症狀，包含妄想、幻覺、錯認、遊走及憂鬱等，其中，被偷妄想臨床上很常見，這是因為病患忘記了自己的錢

臨床診斷失智症時需考慮日常功能的退化，如購物等



財和物品在哪裡，而覺得是被特定人士偷走，因而對妄想對象有敵意或是攻擊行為。而異常精神行為症狀常常是造成照顧者困擾及負擔的最大來源，以及就醫及機構化照護的重要原因。

失智症的病因除臨床診斷外，近年來生物標記 (biomarkers) 的偵測以及腦部影像醫學診斷工具也蓬勃發展中，包含偵測腦脊髓液中的不正常 β 類澱粉蛋白及 Tau 蛋白濃度，核磁共振掃描顯示內側顳葉萎縮，正子掃描造影的不正常葡萄糖代謝變化和 β 類澱粉蛋白沉積等，有些工具已經發展並實際應用於臨床上，特別是阿茲海默症症狀尚未明顯時，即可早期診斷。

臨床上失智症、譫妄症以及憂鬱症容易混淆不清，或是合併出現，常常需要進一步鑑別診斷。諸如憂鬱的患者常常表現認知功能下降，而和失智難以區分，而失智症患者也可能因為發現自己認知功能下降和生活逐漸不受控制，而感到憂鬱。同時，失智症患者也會因為環境變化、情緒和身體的種種狀況，較未失智的患者，更容易產生譫妄。因此，藉由臨床症狀及生物標記偵測以及腦部影像檢查有助於了解是否真為失智症。

根據失智症診療手冊的建議，鑑別診斷的重要根據是疾病的發展史、發病的快慢、發病前或當時是否有共存的神經疾病、身體疾病或代謝與營養問題、意識是否清楚或起伏、憂鬱症狀是否在失智症（或是意識變化）之前或之後、認知與精神狀態檢查的變化等因素綜合判斷。目前臨床上常使用簡易智能量表 (Mini-Mental State Examination；MMSE) 來做為失智症篩檢的工具，該量表包含定向力、注意力、計算、短期記憶、語言、以及視覺空間繪圖能力，共 11 個問題，總分 30 分。24~30 分為正常，18~23 分為輕度認知障礙，11~17 分為中度認知症；小於 10 分則為重度認知障礙，該量表會受教育程度、年齡以及受測者的合作程度影響，須小心判讀。

第二節 台灣目前失智症人口概況

隨著高齡人口快速增加，失智症已成為日益嚴重的公共衛生課題。根據經建會報告，於 1993 年台灣老年人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化社會。自 2018 年 3 月此比率超過 14%，使我國成為高齡社會，推估 2025 年此比率將再超過 20%，將使我國成為超高齡社會的一員。

隨者高齡人口的增加，失智症患者人口也快速上升，依衛福部於 2011~2013 年台灣失智症盛行率調查顯示，65 歲以上的失智人口約佔 7.54%（約 23 萬人），以及內政部 2022 年 12 月人口統計資料估算：台灣 65 歲以上的老人每 13 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。依此流行病學調查之結果，每 5 歲之失智症盛行率分別為：65~69 歲 3.40%、70~74 歲 3.46%、75~79 歲 7.19%、80~84 歲 13.03%、85~89 歲 21.92%、90 歲以上 36.88%，年紀愈大盛行率愈高，且有每 5 歲盛行率即倍增之趨勢（衛生福利部，2020）。

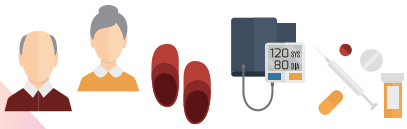
台灣失智症協會依據國家發展委員會於 2020 年 8 月公告之「中華民國人口推計（2020 年至 2070 年）」之全國總人口成長中推計資料，再加上失智症每五歲盛行率推估。結果如表 1-2，民國 120 年每 100 位台灣人有 2 位失智者；民國 130 年每 100 位台灣人有超過 3 位失智者；民國 140 年失智人口逾 80 萬人，每 100 位台灣人有 4 位失智者；民國 150 年失智人口逾 85 萬人，每 100 位台灣人有近 5 位失智者；民國 159 年失智人口逾 84 萬人，每 100 位台灣人有 5 位失智者（表 1-2）。

表 1-2　台灣失智人口推估中推計

仟人

民國（年）	111 年 12 月底	115 年	120 年	125 年	130 年	135 年	140 年	145 年	150 年	155 年	159 年
全國總人口	23,265	23,404	23,140	22,693	22,024	21,162	20,157	19,056	17,911	16,747	15,814
45~64 歲失智人口數	11.4	11.7	11.5	11.1	10.8	9.9	8.9	8.0	7.2	6.4	6.0
65 歲以上失智人口數	307.9	361.3	445.1	542.2	649.4	740.2	792.0	823.0	843.7	849.8	939.2
65 歲以上失智盛行率 (%)	7.54	7.41	7.77	8.52	9.51	10.15	10.67	11.22	11.65	12.16	12.76
失智總人口	319.3	373.0	456.6	553.4	660.1	750.1	801.0	831.0	850.9	856.2	845.2
失智總人口佔全國總人口比 (%)	1.37	1.59	1.97	2.44	3.00	3.54	3.97	4.36	4.75	5.11	5.34

資料來源：台灣失智症協會（2023，5 月），*認識失智症*，取自 http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia



失智症對於患者的危害主要不僅於壽命的減少，而是健康餘命的下降，但失能存活時間卻增加。照護失智症患者需要投入大量的醫療和照護資源，因此，大量的失智症患者將造成嚴重的國家財政負擔。根據 2019 年國際失智症協會 (Alzheimer's disease International ; ADI) 資料，推估 2019 年全球新增 1 千萬名失智症患者，平均每 3 秒就有一人罹患失智症。2019 年全球失智症人口推估有 5,000 萬人，到了 2050 年人數將高達 1 億 5,200 萬人。2018 年花費在失智症的照護成本為 1 兆美元，到了 2030 年將倍增為 2 兆美元，與世界各國經濟體相比，失智症照護的總金額可名列全球第 18 大經濟體，超越蘋果和 Google 市值。

更嚴重的是，預估未來這些失智症的病例，大部分將出現在中低收入國家，2015 年全球 58% 的失智患者住在中低收入國家，2030 年將估計增加到 63%，2050 年估計會達到 68%，這些地區隨者經濟發展，醫療衛生進步，平均壽命延長，高齡人口增加，進而必須面臨隨之而來失智症預防、治療、照護的壓力。

第三節 失智症的類型

失智症是症候群，不是單一疾病，病因的探討尤其重要。失智症在分類上可以分為退化性失智症、血管性失智症、混合型失智症和續發性失智症，以下為不同分類的介紹。

壹、退化性失智症

大部分失智症患者都是屬於退化性失智症此類型，以下列三者最常見。

一、阿茲海默症

阿茲海默症 (Alzheimer's disease) 於 1906 年由德國 Alois Alzheimer 醫師發現，是最常見的失智症原因。因患者腦部神經細胞受到破壞，往生後之大腦病理解剖可發現異常老年斑塊及神經纖維糾結，美國前總統雷根即是罹患此症。大部分為偶發性 (sporadic)，少部分跟基因遺傳有關係，發生率隨著年齡上升而增加。好發年齡在 65 歲以後，臨床病程約 8~10 年，甚至有可能更久。