

譫妄、失智和其他認知疾患的護理

Delirium, Dementia, and cognitive disorder

授課教師：謝佳容助理教授

服務單位：臺北醫學大學老人護理暨管理學系

聯絡方式：27361661-6330

chiajung@tmu.edu.tw



Learning Object

After studying this lesson, the student should be able to:

1. Describe the continuous of adaptive and maladaptive cognitive responses
2. Analyze predisposing factors, precipitating stressors, and appraisal of stressors related to CT
3. Describe coping resources and coping mechanisms related to cognitive responses
4. Assess the relationship between nursing diagnosis and medical diagnosis related to CT
5. Development a family education plan to help caregivers to cognitive response
6. Analyze and evaluate nursing interventions related to cognitive response

Introduction

- 人口老化為全球性議題預估西元2050年老年人口將佔全球人口比例21%，臺灣地區為先進國家中老化速度第二快的國家，
- 我國老人人口比率96年初達到10%
 - 預估至2036年老年人口將佔21.68%，隨著老年人口比例的日增，有認知方面困擾的病患也日漸增加。
- 國內老人人口依據統計65歲以上老人患有失智症比率為2-4%，推估台灣有5-8萬失智老人
- 大於65歲的老年人約有1 - 6%罹患失智症，大於80歲的老年人則有10 - 20%罹患失智症。
 - 每增加5歲，發生率就增加1倍

Introduction

- 已開發國家的失智盛行率估5-6%，未來失智症可能全球趨勢
- 據估計在美國就有超過400萬人罹患此病。阿茲海默氏症在美國之成人死因排名第四位，僅次於心臟病、癌症及腦中風
- 歐美國家之研究報告顯示二年的死亡率大約是20 - 40%，缺乏照顧時其死亡率更高
- 台灣的失智症二年死亡率高達60 - 70%

Introduction

- 教育程度愈低者，患失智的比率愈高。原因尚不清楚。
- 性別也是明顯的差異，幾乎所有的研究均可看出，女性患失智症的盛行率高出男性二到三倍。

II Continuous of cognitive responses

- ◆ Learning model of cognition
- ◆ Social –cognitive model
- ◆ Piaget's development model of cognition



III Analyze etiology related factor to CT

■ predisposing factors:

- Aging-與老化造成腦部組織多重的變性(cumulative degeneration)有關
- Neurobiological –佈有神經斑（neuritic plaques），主要由 β 澱粉質（ β -amyloid）及類澱性蛋白質（starch-like protein）所組成；神經纖維糾結（neurofibrillary tangles），糾結內含有 τ 蛋白質，會阻礙神經細胞的內部傳遞功能。
 - 這些現象主要位於大腦皮質，杏仁核，以及短期記憶中樞的海馬迴。
 - Genetic-如Huntington氏舞蹈症（為遺傳性腦部退化的疾病）

家族性AD主要的三個病因

- 類澱粉沈積的前驅蛋白質Amyloid Precursor protein(APP)：位在人體第21對染色體
- 準老化蛋白Presenilin-1：位在人體第14對染色體
- 準老化蛋白Presenilin-2：位在人體第1對染色體
- 家族性AD只佔所有患者的1-5%
- 絕多數是偶發性AD

偶發性AD主要的基因病因

- 偶發性AD的發生：與位在人體第19對染色體的Apolipoprotein E (ApoE)蛋白有關。
- ApoE有2、3、4等三種基因型態，其中ApoE4與阿茲海默氏症的相關性最高
- 西方研究：30-50%的AD病患者有ApoE4蛋白的存在，而一般人是14-16%
- 台灣研究：25-26%的AD病患者有ApoE4蛋白的存在，而一般人是7-8%
- 有ApoE4蛋白的病人，其腦中類澱粉沈積量也較多，相對發病率也較高

III Analyze etiology related factor to CT

- precipitating stressors

 - Hypoxia

 - Metabolic disorders: TSH

 - Toxicity and infection: 梅毒、AIDS

 - Structural changes：腦部腫瘤造成組織增生與移位進一步影響腦功能

- sensory stimulation過多或不足也會造成認知功能失調（ICU psychosis）

III Analyze etiology related factor to CT

- appraisal of stressors：造成認知障礙的特定壓力源常未被確認出來，故首先找出生理方面的原因，之後要考慮心理社會的壓力源可能會進一步影響個體的壓力過程
- coping resources：AD患者高學歷者退化速度比低學歷者慢
- coping mechanisms：會受過去經驗的影響（對自己的發病反應常透露其基本人格特質，疾病初期常見的因應機轉為否認，之後會有許多退化行為出現）

IV The relationship between nursing diagnosis and medical diagnosis

- 器質性精神疾病定義：
- 泛指「由於永久性腦損傷或暫時性腦功能失常，或兩者同時兼具而造成的一群精神功能或行爲上失常之病況。」
- DSM-IV精神疾病診斷分類

阿爾滋海默氏症型失智症的診斷標準 (DSM-IV)

一、多項認知缺損，可由下列兩者表示：

- (一) 記憶損傷 **amnesia**
- (二) 下列認知障礙一種或以上
- (三) 失語症 **aphasia**
- (四) 運用不能 **apraxia**
- (五) 認識不能 **agnosia**
- (六) 執行功能障礙

二、顯著的社會或職業功能損傷。與以前的水準比，明顯下降

三、病程的特徵為逐漸得開始及持續性的認知損傷。

四、第一(一)及二(二)項的認知損傷不是由於下列事項：

- (一) 其他造成記憶及認知進行性缺損的中樞神經系統狀態
- (二) 已知會造成失智的系統性情況
- (三) 藥物引起的情況。

五、缺損不侷限發生於譫妄中

六、不適用其他第一軸的生理

IV The relationship between nursing diagnosis and medical diagnosis

- 譫妄（Delirium）：急性的腦病變
- 失智症（dementia）包括：
 - 1.早發型阿茲海默氏失智
 - 2.晚發型阿茲海默氏失智
 - 3.血管性失智
 - 4.一般性醫學狀況造成的失智症（AIDS、頭部外傷...等）
 - 5物質誘發之持續性失智
 - 6多重病因造成的失智
 - 7其他未註明的失智症；
 - 亦有學者分爲原發型失智症與續發型失智症，國外：AD較多，國內：血管型失智症比例較多，多與CVA有關
- 其他認知性疾患

失智症的病程發展

發病初期

- (1) 憂鬱
- (2) 易怒
- (3) 退縮
- (4) 動作緩慢
- (5) 嘮叨、無法明確表達自己的意思

中 期

- (1) 健忘
- (2) 無法妥善處理生活事件
- (3) 定向感障礙(時間)

中後期

- (1) 記憶力障礙(立即近期及遠期記憶依次喪失)
- (2) 智能障礙
- (3) 錯覺、幻覺、妄想
- (4) 情感平淡呆滯
- (5) 人格改變
- (6) 判斷、認知能力障礙
- (7) 定向感障礙(人、時、地)
- (8) 語言障礙(如回音症、刻板言語)
- (9) 腳步不穩、小碎步

末 期

- (1) 失語症
- (2) 運動不能
- (3) 無法自我照顧，嚴重者即猶如植物人

阿茲海默症：較高層的皮質功能出現障礙

情緒控制、社會行為的障礙

Memory loss 記憶力喪失

Impaired thinking 思考障礙

Disorientation 定位感障礙

Impaired comprehension 理解能力障礙

Loss of arithmetic ability 算術能力喪失

Progressive reduction of learning capacity 進行性學習能力降低

Loss of language 語言功能喪失

Altered judgement 判斷力改變



抑鬱症

IV The relationship between nursing diagnosis and medical diagnosis

- 日落黃昏症候群（Sun-down syndrome）：傍晚和前半夜症狀會較嚴重
- 精神症狀：
 - 1妄想症狀：如被偷妄想
 - 2幻覺症狀
 - 3.錯認症狀
 - 4行爲障礙
- 臨床診斷檢查：病史,神經檢查及簡短的認知測驗
- 常用臨床智能檢查（MMSE）
- 臨床失智症評量表（CDR）

V. 治療的目標

- 並非在治癒疾病
- 應設定在維持病患生活品質，發揮最大的日常功能，
- 需避免因身體及視覺反應變差所產生的危險，穩定認知功能，控制社交行為障礙，以及減輕照顧者的負擔

VI. Nursing assessment:

- 生理層面：安全 睡眠 營養 口腔衛生 排泄功能
- 情緒層面：焦慮 過度反應 憂鬱 生氣與攻擊行為 有關性行為
- 認知功能層面：感覺 知覺 運動 定向感 記憶 漫遊
- 社會功能層面：環境 社會互動 支持系統 懷疑及妄想

Nursing diagnosis:

- ◎ 焦慮
- ◎ 家庭因應能力失調：妥協性
- ◎ 排便失禁
- ◎ 潛在危險性體液容積缺失
- ◎ 健康維護能力改變
- ◎ 持家能力障礙
- ◎ 社交互動障礙
- ◎ 潛在危險性自我傷害
- ◎ 身體活動功能障礙
- ◎ 自我照顧能力缺失
- ◎ 自我概念紊亂
- ◎ 感覺及知覺改變
- ◎ 睡眠型態紊亂
- ◎ 社交隔離
- ◎ 思考過程的變異
- ◎ 言辭溝通障礙

Nursing intervention:

- 1 自我照顧能力缺失/沐浴及衛生,如廁,與認知障礙,記憶力缺損,行為退化關
- 2 思考過程改變/定向感缺失,與大腦功能的退化,認知障礙,記憶力缺關。
- 3 睡眠型態紊亂/與老年睡眠型態改變及疾病有關.
- 4 潛在性創傷/與判斷力減損及缺乏安全的保護技能有關.
- 5 家庭因應能失調—危害性/與知識不足有關.
6. 提供現實定向感治療(reality orientation therapy)

VII. Development a family education plan

■ 家庭照顧者的壓力與負擔

- 主要照護者之心理壓力：哀傷 罪惡感 憤怒 困擾及困惑 孤獨
- 心理上、情感與精神負擔
- 居住安排的困擾
- 醫療問題
- 財務問題
- 法律問題

VII. Development a family education plan

■ 家庭照顧者的調適與照顧技巧

1. 如何調適壓力
2. 訓練正確照顧技巧，減低照顧壓力
3. 與醫師充份討論治療計畫
4. 善用家人、家族力量與社會資源
5. 照顧病人也照顧自己
6. 規劃不同階段的居住安排

VII. Development a family education plan

支持團體與社會福利資源

失智症病患可申請之社會福利資源：

- 1 重大傷病卡, 醫療費用可優待補助
- 2 身心障礙手冊
- 3 中低收入戶生活津貼
- 4 走失手鍊
- 5 申請在宅服務

失智症病患可運用之社會資源：

- 1 失智老人諮詢機構
- 2 家屬互助團體
- 3 日間照顧中心
- 4 居家服務居家護理
- 5 養護中心

失智症病患可利用之支持團體 及醫療資源：

- 失智老人社會福利基金會
- 北區老人諮詢服務中心
- 康泰醫療教育基金會
- 台北榮總神經內科門診
- 天主教耕莘醫院記憶門診
- 天主教耕莘醫院永和分院記憶門診
- 各醫院神經內科、精神科、中老年科門診

結論

- 要能維持病人的尊嚴，及病人的日常生活能力，使其免於進一步的退化
- 家庭照顧過程既艱辛又漫長，需要相當大且持續的愛心、耐心才能勝任
- 儘可能了解長者題行爲的成因，並善用各種資源建立一個生活常規，減少日常生活產生混亂的狀況，並讓病患有較多的生活安全保障