

保養頭腦： 談年輕型失智症與失智症的預防

歐陽文貞, M.D., M.P.H., Ph.D.

1. 衛生福利部嘉南療養院副院長暨高年精神科主治醫師
2. 精神健康基金會苑務發展組召集人
暨台南精神健康學苑執行長及彰化精健之友會副會長
3. 台灣老年精神醫學會常務理事
4. 台灣臨床失智症學會理事, 台灣失智症協會政策發展委員

大綱

- 前言:失智症有多少？年輕型失智症知多少？
- 失智症的身體_心理_社區及經濟負荷
- 失智症的治療與長期照顧
- 年輕型及老人失智症可以預防嗎？
 - 樂活保腦與精神健康
 - 三五成群

老年人口

- 台灣 1993年7%, 2014年11%,
- 台灣 2018年3月14%, 約320萬老人,
 - 失智症26-27萬(老人25萬,年輕發病2萬)
- 台灣 2025年老人人口超過21%
- 大陸2011年13.7%,約1.8億老人, 失智1800萬
- 香港 2010, 13%, 約90萬老人
- 香港2030 25%

台灣及美國精神疾病盛行率 -老人與成人的比較 (%)

精神疾病	<65, 台灣	65+, 台灣	<65, 美	65+, 美
認知障礙/失智	0.85 ³	8	0.4-1.2	16.8
重鬱症	1.0	5.9	2.6	2.5
輕鬱症	1.66	15.9	3.0	2.0
焦慮疾病	5.0-10	8.5- 20	2.0- 4.7	5.5
思覺失調/躁症	0.3/0.3	--	1/0.8	0.1/0.1
失眠(單純失眠)	20-30	? (6) ¹	-	40

腦健康的重要

失智症是什麼？

失智症是什麼？

- 失智症是一腦部的慢性/持續退化疾病。
- 高級大腦皮質的功能障礙--包括記憶、思考、定向感、理解能力、規劃、學習、語言、判斷能力。
- 意識狀態沒有混淆。
- 認知功能合併出現，而且在情緒控制、社會行為與動機功能退化之前。
- 需要又認知功能下降六個月 ICD-10, 1992
- 以前叫癡呆症或老番顛癲

失智症的認知缺損症狀有哪些？

多重認知缺損(同時有2項)

- 1.記憶損傷(amnesia) – 近期或遠期記憶
- 2.認識不能(agnosia) – 認物品、地、認人
- 3.失語症狀(aphasia)、
- 4.操作不能(apraxia) – 穿衣、洗澡、如廁、進食、移動(肌肉無力、無法協調)
- 5.計算,判斷,規劃,執行功能障礙

• DSM-IV

哪些疾病或原因會造成失智症

- 阿茲海默失智症(60-70%)
- 血管性失智症(10-20%): 中風所引起
- 其他原發或續發性失智症
 - 額顳葉失智症 (FTD), 路易氏體失智症
 - 身體疾病造成
 - 巴金森病、頭部創傷、缺維生素B1、B9(葉酸)及B12、愛滋病、杭亭頓舞蹈症、水腦症、甲狀腺功能低下、腫瘤、放射治療、腦出血、CO中毒
 - 物質使用造成(酒及強力膠)
 - 憂鬱症
- 10%能夠找到可逆的病因。

ICD-11 失智症於第6章 精神疾病的 「認知障礙症」中 2018.6公布於WHO

- 最新ICD-11中失智症的疾病觀念需要七個認知領域有兩個領域減損，如
 - 記憶功能、
 - 執行功能、
 - 注意力、
 - 語言、
 - 社會認知及判斷力、
 - 思考運動速度(psychomotor speed)與
 - 知覺感官或知覺空間功能等，
- 而且不只是老化的過程，還要影響到個人的獨立生活功能。

ICD-11 2018.06於WHO

- 其中造成失智症病因有早發性及晚發性「阿茲海默氏病引起的失智症」外，還包括
 - 「混合腦血管疾病的阿茲海默病引起的失智症(6D80.2)」及「混合其他**非腦血管的病因**與阿茲海默病引起的失智症(6D80.3)」、
 - 「血管性失智症」、
 - 「路易氏體失智症」、「額顳葉失智症」、後腦局部萎縮引起
 - 「包括醫藥_如鎮靜(sedative)或安眠藥、酒精及精神作用物質引起的失智症」及
 - 「已歸類疾病引起的失智症(dementia due to diseases classified elsewhere，即過去的[續發的失智症])」等五大類；

ICD-11續發性失智症-2018.06

- 巴金森氏病引起的失智症、亨丁頓病引起的失智症、
- 暴露於重金屬及其他毒素引起的失智症、
- HIV引起的失智症、普利昂病(prion disease)引起的失智症、
- 多發性硬化症引起的失智症、
- 常壓水腦症引起的失智症、
- 腦傷引起的失智症、
- 糙皮病(缺維他命B3)引起的失智症、
- 唐氏症引起的失智症(編碼為6D85.9)等。
- 原本在1992年出版ICD-10及1994年DSM-IV中提到須排除可治療的失智症病因如甲狀腺功能低下、高血鈣症、維生素B12、葉酸(B9)的缺乏、神經性梅毒、硬腦膜下出血、慢性生長腦部腫瘤應該歸入「其他已歸類特定疾病引起的失智症(6D85.Y)」；
- 其他還有維生素B1、B6或D肝衰竭、腎衰竭、自體免疫疾病、腦膜炎、淋巴瘤、癲癇及某些特定的遺傳疾病，如脆弱X染色體相關的手抖或步態不穩(fragile-X associated tremor/ataxia)所造成的失智症依照分類原則都會歸在「其他已歸類特定疾病引起的失智症」編碼之中。

年輕型失智症

年輕型失智症盛行率

- 年輕型失智症(Early-onset dementia)是指發病於65歲前的失智症
- 發病在45歲前少見。個人經驗放射腫瘤治療、酒精引起、腦傷、中風、AD
- 45到65歲盛行率(prevalence)0.067% to 0.081%
-
- 在台灣2018年失智症約27萬人, 年輕型約佔1.3到1.5萬. 台南市失智症2萬人, 年輕型約1000人。

Harvey RJ, et al. Young onset dementia: epidemiology, clinical symptoms, family burden, support and outcome. London: Dementia Research Group, 1998.

Ratnavalli E, et al. The prevalence of frontotemporal dementia. Neurology 2002;58:1615–21.

Prevalence and Causes of Early-Onset Dementia (EOD) in Japan: A Population-Based Study

- The estimated prevalence of EOD (20-64 y/o) in the target population was 42.3/100,000 (95%CI, 39.4-45.4); **83.3**/100 000 between 45-64 y/o.
- Of the illnesses that cause EOD,
 - vascular dementia was the most frequent (42.5%)
 - followed by Alzheimer disease (25.6%),
 - head trauma (7.1%),
 - dementia with Lewy bodies/ PDD (6.2%),
 - FTD (2.6%), and other causes (16.0%). (*Stroke. 2009;40:2709-2714.*)

The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years, London, UK

- The prevalence of dementia in those aged 30–64 was **54.0** per 100 000.
- For those aged 45–64 years, the prevalence was **98.1 per 100 000** (95%CI 81.1 to 118.0 per 100 000).

--AD 31.4/100 000

--VaD 17.9/100 000

--FTD 15.4/100 000

--alcohol-related dementia 13.6/100 000(J Neuroi Neurosurg Psychiatr 2003)

Course of Young Onset dementia: dementia in other diseases in ICD-10

- F02 dementia in other disease classified elsewhere
 - F02.0 dementia in Pick' disease (匹克病之失智症)
 - F02.1 dementia in CJD (庫賈氏病之失智症)
 - F02.2 dementia in Huntington's disease(亨汀頓病之失智症)
 - F02.3 dementia in Parkinson's disease
 - F02.4 dementia in HIV infection
 - F02.8 dementia in other specified disease classified elsewhere:
- F1x.6 amnesia due to psychoactive substance use
- F1x.73 dementia due to psychoactive substance use,
- F1x.74 other persistent cognitive impairment due to psychoactive substance use

ICD-10: 1990 dementia in AD with early onset

早發型阿茲海默病之失智症

- 發生在65歲以前的失智症：
 - 較多家族病史
 - 病程較快
 - 包括語言困難或操作運用不能(apraxia)的額顳葉表徵。
 - 大多數個案失語、書寫不能、閱讀不能及操作不能在失智症病程中較早期發生。
- 唐氏症是早發型AD的危險因子。

胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引 p99, 101

藉由完整評估與神經影像學檢查診斷的 中年早發病的阿茲海默氏症

- 個案報告：病人患有記憶力喪失、執行功能障害與社會職業功能受損的**50歲**女性，因為她被懷疑是早期發病的失智症，所以安排完整的神經精神醫學評估與神經影像學檢查，包含腦部磁共振造影 (MRI) 與正子檢查 (SPECT)。
- 結論：結合臨床病史、神經精神科評估、神經影像檢查，將可診斷中年發病的**AD**。
- **50歲前發病的失智症**十分罕見，正確的疾病鑑別診斷仍是重要課題之一。 陳鑫儀、歐陽文貞
台灣精醫

額顳葉認知障礙症 in DSM-5及額顳葉失智症

- 好發年齡**60歲**，可發病在30-90歲
- 存活時間在症狀發生後**6-11年**，**診斷後3-4年**。(APA 2013 DSM-5 pp616)
- **AChEI無效**
- SSRI or trazodone

有路易氏體的認知障礙症 in DSM-5 及路易氏體失智症(DLB)

- 緩慢發病，好發於70歲(60-90歲), 年輕型也有
- 然而在身體疾病治療及手術時會常見到急性發作的譫妄。
- 早期巴金森氏症狀與認知障礙的關係
- 持續退化,但有時緩和(**plateau**),但最終嚴重失智及死亡
- 存活**5-7**年 (APA 2013 DSM-5 pp619-620)

路易氏體失智症(DLB)

- 認知治療: AChEI治療有效
- 神經精神症狀治療：注意抗精神病藥的起始劑量及是否有副作用, **quetiapine** 是首選藥物之一。

F02 其他疾病之失智症

- 可以在任何年齡發生，但少發生在老年。
- 早發性巴金森氏病引起的失智症(F02.3)呢?
- 一般的巴金森氏症治療經過多久(5-10 年?)才容易有失智症？

胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引
p103

額顳葉失智症(FTD, fronto-temporal dementia)

- 逐漸發病
- 通常發病在**50-60** 歲
- 特徵是**性格及社交能力**的緩慢進行性改變
- 社交及行為症狀(disinhibition or hypersexuality)比記憶缺損早出現
- **早發病個案傾向較惡性之病程**
- 額葉或顳葉選擇性萎縮
- 胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引 p103-104

F02.0 dementia in Pick's disease (目前稱為fronto-temporal dementia)

- **SSRIs** may offer some relief from **apathy** and **depression** and help **reduce food cravings, loss of impulse control and compulsive activity**
- **Non-pharmacology**
 - **Professional therapy.** Speech therapy and/or occupational therapy
 - **Behavior modification.** Systems that reward positive behaviors can help reinforce appropriate behavior
 - **Sensory function aids.** Eyeglasses or hearing aids .

http://www.helpguide.org/elder/picks_disease.htm

創傷後腦傷引起的失智症(TBI, traumatic brain injury)

- 輕微TBI後數天到數周內發病, 有人的認知功能在三個月內可緩解, 精神症狀及認知功能一起改善
- 中及重度TBI常持續有精神症狀及認知障礙
- TBI嚴重程度與認知障礙發生不一定相關
- **病程**和年齡、過去腦傷及**成癮物質使用**有關(APA 2013 DSM-5 pp625-626)

創傷後腦傷引起的失智症(TBI, traumatic brain injury)

- 神經精神症狀的藥物治療
- 注意是否有慢性硬腦膜下出血(chronic subdural hemorrhage)或腦出血(ICH)是否可以開刀
- TBI後的癲癇(seizure)的藥物治療

普利昂病(prion disease)/庫賈氏症引起的失智症

- 迅速進行的病程、myoclonus、triphasic EEG
- 中年期發病或更晚發病
- 典型地在40多歲發病，但任何年齡皆可能發病，亞急性病程，發病後1-2年死亡
- 胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引 p104
- 前驅症狀往往是non-specific , such as疲倦, anxiety, 胃口或睡眠改變及注意力不集中
- 症狀可在數周後出現協調及運動問題(myoclonic, ballistic, choreoathetoid)、視力模糊。(APA 2013 DSM-5)

普利昂病(prion disease)或庫賈氏症 引起的失智症

普利昂病引起的失智症

- There is **no treatment** that can slow or stop the underlying brain cell destruction caused by Creutzfeldt-Jakob disease and other prion diseases.
- Various drugs have been tested **but have not shown any benefit**. Clinical studies of potential CJD treatments are complicated by the rarity of the disease and its rapid progression.
- <http://www.alz.org/dementia/creutzfeldt-jakob-disease-cjd-symptoms.asp>

巴金森氏病(Parkinson's disease)引起的失智症

- 巴金森氏症好發於60-90歲
- 此種認知障礙症可以在PD疾病的早期就出現。
- 年齡大及PD生病時間久是危險因子。(APA 2013 DSM-5)
- AChEI可以延緩氏症的認知功能

杭亭頓病(Huntington's disease)引起失智症

- Autosomal dominant genetic
- 病程緩慢
- 最早症狀: 可能是depression , anxiety, delusion
- Huntington's disease好發於20-30歲, 10-15年內死亡; 失智症好發於40歲以後.
- 不自主運動發生在記憶或認知缺損前
- 胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引 p105

Huntington's disease引起的失智症

- 發病和(某一染色體中)CAG expansion的長度有關
- 一開始症狀往往non-specific: depressed mood, irritability, anxiety
- 隨時間疾病程進展, 行為精神問題更多
- 動作問題嚴重時, 也會影響到語言功能
- 緩慢進展的病程(APA 2013 DSM-5)
- There is currently no cure for Huntington's disease **and no way to slow or stop the brain changes** it causes.
- **Treatments focus on managing symptoms, eg SSRI for irritable, depression or OCD.**
- <http://www.alz.org/dementia/huntingtons-disease-symptoms.asp>

F02.4 dementia in HIV disease

- 任何年齡都可以有此失智症。**典型**有記憶力差、注意力不集中、遲滯、解決問題有困難，淡漠或社交退縮症狀也常見；少數個案有情感症狀、精神病或癲癇。
- **兒童**也可以有此疾病，其特徵為發展遲滯、**肌張力增加**、**基底核鈣化**及小腦病變。
- 雖並非必然，但大部份發病進展快速，**數週至數月間**就造成嚴重的整體失智、不語或死亡。
- 胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引 p106

HIV disease related CNS pathologies

- Mass lesions, meningoencephalitis, demyelination, atrophy, and vascular lesions are the commonly encountered imaging findings. (Smith AB, et al. RadioGraphics 2008; 28:2033–2058 • Published online 10.1148/rg.287085135)

HIV disease related CNS pathologies

- In countries that use HAART, AIDS dementia complex is becoming the most common neurologic complication of HIV infection, whereas **opportunistic infections are still the major cause of neurologic complications** in patients from countries that do not commonly use HAART. (Smith AB, et al. RadioGraphics 2008; 28:2033–2058 • Published online 10.1148/rg.287085135)

HIV感染引起的認知障礙症(或失智症)

- 病程可以是完全改善、緩解、緩慢變壞或是起起伏伏。
- 在使用抗病毒藥物治療時，病程不易急速惡化。
- 若是認知功能或精神狀態突然改變，需考慮身體疾病、藥物或其他感染。
- 常影響subcortical region, 在psychomotor or motor s/s方面有受損如slow gait，老年期更加重。(APA 2013 DSM-5 pp633)

HIV感染引起的失智症

- HAART, which is effective in controlling HIV infection, also protects many HIV-positive people from developing AIDS dementia complex.
- In some cases, HAART can partially or completely reduce symptoms of ADC.
- No specific treatment is available for cognitive decline in AIDS.
- 神經精神症狀的藥物治療

http://www.emedicinehealth.com/dementia_due_to_hiv_infection/page7_em.htm#medical_treatment

F02.8 其他特定疾病之失智症

- 病因如T58一氧化碳中毒
 - G40癲癇
 - E83.0 Wilson's disease, E83.5 血鈣過高
 - E00-F02 甲狀腺機能過低
 - A52.1神經性梅毒
 - M32 SLE
 - E53.8 維生素B12缺乏
- 胡海國 林信男編譯 WHO ICD-10精神與行為障礙之分類_臨床描述與診斷指引 p106
- 有些為可逆性失智症，早期診斷早期治療。
- 有些是不可逆失智症，以促進病患或照顧者生活品質及症狀治療為主。
- 有些為可逆性失智症，早期診斷早期治療。
- 有些是不可逆失智症，以促進病患或照顧者生活品質及症狀治療為主。

成癮物質引起的失智症

- Substance use高峰20-30歲
- 失智症好發在50歲左右
- 病程隨物質或藥物使用而起伏變化，如果在50歲之前戒除成癮物質或藥物，有人也會完全改善。
- 物質使用時間越長 (APA 2013 DSM-5)及使用量可能與認知障礙有關
- 需鑑別是否為(或是共存)withdrawal delirium, intoxication or nutrition-deficiency induced NCD

F1x.73 dementia due to psychoactive substance use

- 避免再使用造成失智症的物質，如
 - 酒精
 - BZD
 - 強力膠
- 適當地補充營養，B1、葉酸、B12
- 神經精神症狀治療

Take home message

- 小於65歲發病的失智症原因以AD/VaD, trauma引起/酒精引起, FTD/DLB較為常見。
- 病程隨造成失智症的病因而有快慢不同，早期完整的檢查及正確診斷實屬必要。
- 認知方面在AD及DLB/PDD有AChEI可使用。
- 精神行為問題需使用抗憂鬱藥物、抗精神病藥物症狀治療。
- 其他並存的身體問題也需要治療，以免惡化病程。

值得注意的MBI(minimal behavior impairment) vs MCI

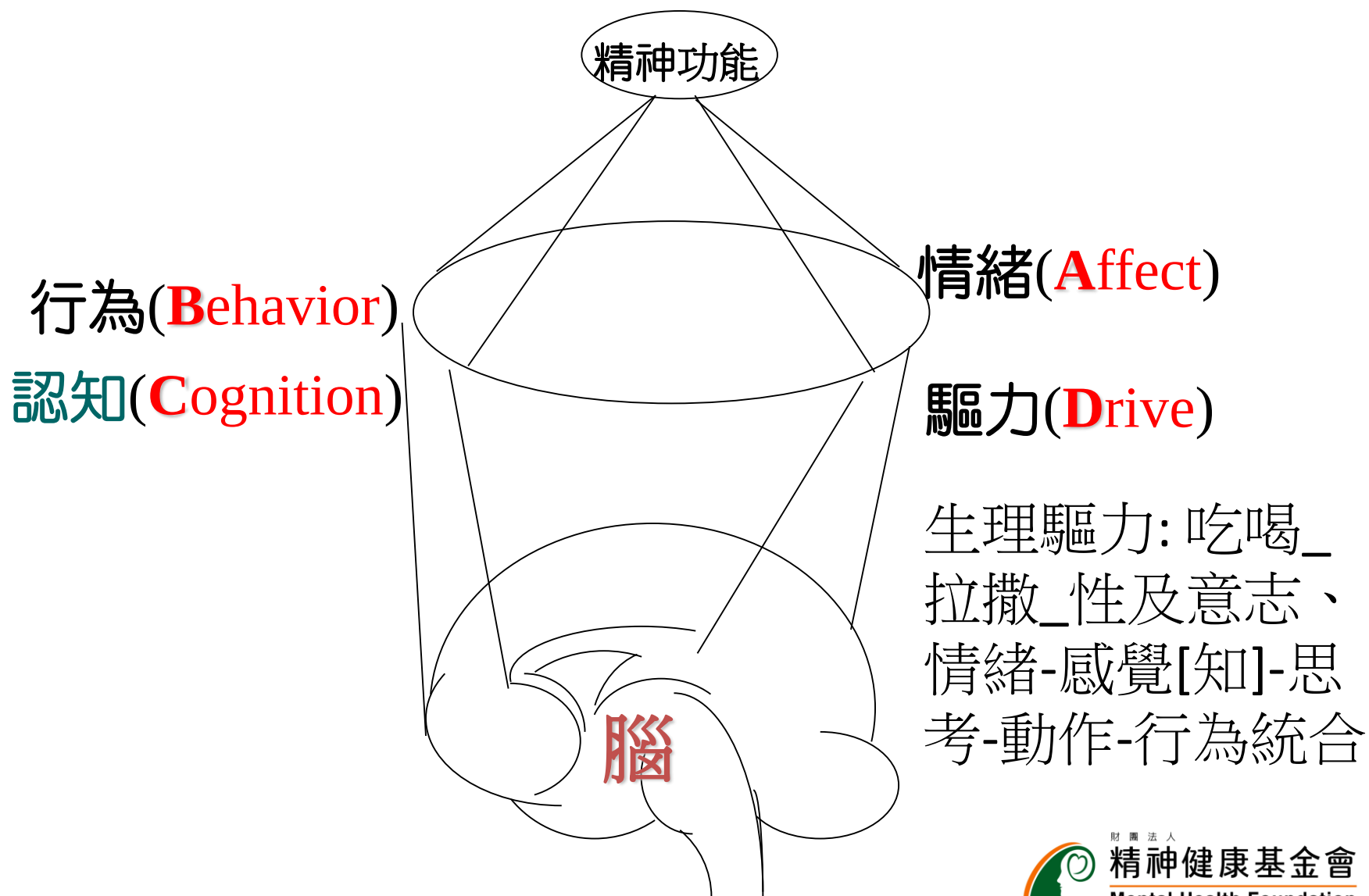
- 容易增加失智症風險的精神疾病
 - 憂鬱症
 - 躁鬱症
 - PTSD
 - 睡夢時期障礙症
 - BZD使用障礙症
 - 酒精使用障礙症

Part II 失智症的預防

為何要預防失智症：

- 1.精神症狀多及負荷重,
- 2.認知障礙藥物治療只有一部分有效

“精神”是腦功能的外在表現



失智症不是精神病,但是 失智症有精神行為症狀-BPSD

- A—憂鬱(達重鬱症否),焦慮,輕躁或躁症,易怒
- B—自言自語,反覆衝動或持續行為,遊走,不適切行為,坐立不安,傷人或自傷,
- C—被偷妄想,錯認妄想,忌妒妄想,被害妄想,宗教妄想(?),反覆固著的想法(不尋常內容的想法或妄想),虛談現象,答非所問,聽幻覺,視幻覺,觸幻覺,嗅幻覺, 4A
- D—不想動或低動機,失眠或嗜睡,暴食,厭食或胃口差(食慾高或低),體重減輕,性慾過高或不適切性行為

ICD-11 失智症合併精神行為症狀

2018.06 WHO

- 在ICD-11中正式將失智症合併精神行為症狀 (behavior and psychological symptoms of dementia) 納入失智症正式的附加編碼(additional code, 編碼為6D86.0到6D86.6)，包括
 - 失智症中的精神病症狀(6D86.0)_幻覺/妄想及混亂行為、
 - 失智症中的情緒症狀(6D86.1)_憂鬱或躁症、
 - 失智症中的焦慮症狀(6D86.2)、
 - 失智症中的淡漠(apathy, 6D86.3)、
 - 失智症中的焦躁或攻擊(agitation or aggression, 6D86.4)、
 - 失智症中的失抑制行為(disinhibition, 6D86.5)及
 - 失智症中的漫遊(wandering, 6D86.6)等七類。

失智症的精神行為症狀(behavior and psychological symptom of dementia-BPSD)

- 失智症約90%以上有精神行為症狀, 如焦慮、躁動、反覆行為、失眠或精神病症狀
- 黃正平1995—住院VaD有妄想50%, AD妄想亞型42.6%, 譫妄亞型14.8%, 憂鬱亞型3.7%, 無併發症38.9%(台灣精醫), 所有失智症-妄想59%, 幻覺25.6%, 精神病症狀71.8%.
- Prevalence of psychotic symptoms in dementia 10-75%(Wragg1989 , Ballard1995 , Devanand1997,Drevet & Rubin1991, Skoog 1993)
- BPSD常造成照顧者負擔及病患送機構照顧(就醫 in Taiwan) Steel 1990 Am J Psychiatry, Magni 1996 Int J Geriatr Psychiatry, Stern 1997 JAMA

失智症帶給家人/照顧者的負擔

- 1.照顧者體力上的負荷（餵食、沐浴、大小便、協助行動或就醫）
- 2.心理上被綁死、壓力大、失眠、焦慮、憂鬱
- 3.走失、破壞、遊蕩、干擾、暴力或法律事件造成社區困擾
- 4.經濟：需要長期照顧時的人力成本及失智症本身合併身體疾病時的醫療成本

照顧者的衝擊

誰式照顧者？

- 配偶 68% (也是老人)
- 子女 32%

Stommel et al

社會評價：護老—老人日間照護中心 家屬的心聲

作者：陳昭頤，92年創作

家有一老如一寶，身體勇健人呵佬
哪來笨憚間檻爛，身軀不洗衫不換
出外佚陀找無厝，一天到晚找無人
暝日又攞分不清，緊張驚嚇真無奈
怕人陷害疑心重，照顧有苦無地講
嘉南嘉南服務好，專業人員勤照顧
生活退化免緊張，這是復健好所在
厝內父母那健康，大家輕鬆好過日



失智症如何治療

- 診斷及檢查：要看醫師
- 失智症藥物
- 營養
- 精神科藥物
- 非藥物治療/活動及照顧

失智症確定診斷前的檢查評估

- 病史: 詢問家人發病的過程及症狀
- 完整的肝腎功能, 營養評估, 甲狀腺及電解質, 鈣質, 血球檢查(CBC), 感染評估(CRP, CXR, 梅毒, HIV, 尿液), 心電圖
- 腦部影像檢查(CT/MRI)
- 心理測驗 (MMSE, CASI , CDR)
- 職能評估 (日常生活功能評估BADL/IADL)
- 家庭負擔評估

失智老人日間的特色及創新

- 院內長青客棧的硬體
 - 無障礙的懷舊空間
 - 阿公阿嬤的菜園
 - 防走失的無線定位系統 (RFID)
- 失智老人醫療照護
 - 評量簡易趣味化
 - 溝通聯繫持續化
 - 中西醫療一處化
 - 復健活動多樣化
- 97年起為失智症高風險的社區獨居老人健康把關
 - 失智失能社區照護計畫—針對營養不良、社會互動少及易產生失智症高危險群的獨居老人進行社區關懷及失智症篩檢，以期達到早期發現，早期治療之效。

失智症可以預防

- 睡不好跟失智症有關嗎？
- 長期吃安眠藥跟失智症有關嗎？
- 憂鬱症及譫妄跟失智症有關嗎？
- 睡夢期行為障礙症：半夜抓賊

預防失智症JAMA 2017

- 維持適當飲食, 充足睡眠及運動
- 保護心臟, 血壓及血糖適當
- 保護頭腦
- 維持聽力
- 社會參與

失智症的預防

- 台灣老人失智症研究發現(Wang PN)和 MCI及失智症有關的疾病包括
 - 腦中風(OR 3.35)、
 - 肝硬化(OR 3.29)、
 - 氣喘 (OR 1.56)及
 - 糖尿病 (OR 1.24)；
- 鰥寡 (OR 1.42) 及睡午覺 (OR 1.33)增加失智症風險。
- 可以減少失智症風險：
 - 規律運動 (OR 0.12)
 - 充足夜睡(OR 0.55)及
 - 規律社會參與(regular social engagement, OR 0.53)。

No health without mental health!

Prince M, et al. Lancet. 2007;370:859-77.

至2012年以後mental illness才被WHO重視 (SDG)

聯合國世界衛生組織說：沒有**精神健康**
就沒有真正且持久的身體健康。

減少精神疾病或精神健康 可以預防失智症

- 睡不好跟失智症有關
- 長期吃安眠藥跟失智症有關
- 老人憂鬱症跟失智症有關
- 睡夢期行為障礙症(半夜抓賊)和失智症罹病風險有關

何謂精神健康(mental health)

- 精神健康：包括腦的健康(或穩定)及「情緒、行為、認知、生理驅力及感覺動作統合」的一種安適狀態；
 - 其意義並不只是沒有精神疾病(mental illness)，
 - 還要能適應環境的變化，包括家庭、學校、職場、人際社會的良好功能-適應與抗逆能力，
 - 也要能從生命經驗中學會歸屬感與意義價值。
 - 注意：意義不是道德或是“高尚”或“好”的而矣

[精神健康之道] 了解頭腦：
善用壓力，自我覺知



精神健康基金會
www.mhf.org.tw

百元力量 助人得福

常見壓力之相對值(節錄自荷姆斯與雷之研究)

評等	生活事件	相對值
1	配偶死亡	100
2	離婚	73
3	分居	65
4	親友入監	63
5	家人死亡	63
6	生病受傷	53
7	結婚	50
8	解聘	47
9	夫妻吵鬧	45
10	退休	45
12	懷孕	40
13	性失調	39
15	事件再調整	39
26	配偶開始或停止工作	26

人生不如意的事 十之八九

但看一二

淡看一二

台灣的災難與轉型_自然的災難 無法因應的壓力及災難會增加憂鬱 症風險

- 1999 921地震2415+死亡, 2005蘇門答臘海嘯, 2006日惹地震
- 2001 桃芝200+死亡, 納莉風災100+死亡,
- 2003 SARS台灣73人死亡,
- 2009 八八風災(700+死亡)
- 2015 登革熱(3萬, 死112台南+103高雄)
- 2016 台南大地震(0206死亡117人)
- 2017 06/02梅雨成災
- 高雄氣爆
- 八仙塵暴
- 大車禍, 或空難

不要忘記老人也有焦慮症、
PTSD、強迫症及其他精神疾病

壓力或憂鬱症會使上述疾病惡化
憂鬱症及PTSD都會增加失智症風險

“認知訓練與多元包容”可減少憂鬱

另類思考 VS 正面思考

- 小孩在“開放”“多元”“祥和”的成長環境(少批評,多支持)鼓勵好的防衛機轉及正面思考-如利他,昇華,
- 腦神經可以成長: 活到老學到老—每個人有自己的一套生活(思考)哲學,先知道自己不好(人性的慾望,弱,罪)的思考習慣,才能提醒自己改變,養成好習慣! 方法很多
- 多看廣告”奇檬子”—只要我喜歡,有甚麼不可以!
- 唱歌吟詩如:”愛拼才會贏”:一時失志不免怨嘆,一時落魄..
- 多讀書:”吃得苦中苦方為人上人”

愛拼才會贏 葉啟田 (YouTube)



作詞：陳百潭/作曲：陳百潭-1988

- 一時失志不免怨歎，一時落魄不免膽寒
那通失去希望，每日醉茫茫
無魂有體親像稻草人
- 人生可比是海上的波浪，有時起有時落
好運歹運 總嘛要照起工來行
三分天注定，七分靠打拼
愛拼才會贏

樂活與精神健康課題之一

- 面對(逆境或壓力)
 - 接受
 - 包容(處理? 智慧生!)
 - 放下
-
- 減少”孤寂(loneliness)”, 因為孤寂感會傷腦筋

[精健道 5]

活出幸福生命的源頭

用心體會及關懷

生命因夢想而偉大
頭腦因經驗而豐富

操練能耐人生的酸、甜、苦、辣、澀、鹹、
挫折、迷惑、創造、不確定...

Facts and Problems

國人孤寂感程度人數比例分布

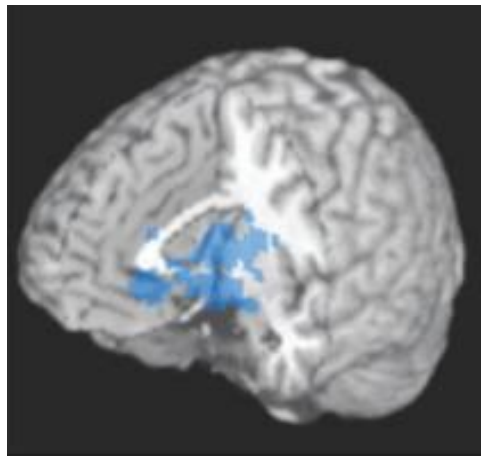
題目	類別	人數百分比	粗估人口數	整體精神健康
孤寂感	高度孤寂	7.3%	137 萬人	61.8
	低度孤寂	24.6%	457 萬人	78.2
	無孤寂	68.1%	1267萬人	86.9

近**600萬**國人過去一年曾感到孤寂！
且該族群的精神健康得分低於80分！

高低度孤寂感族群約占總樣本32%，粗估人口數為600萬人
註：20歲以上人口總數：18,605,444人，亦即成年人約1800萬人
(民國103年；行政院主計處)

孤寂者的回饋迴路活化低 (不能愉快)

- 孤寂者從人際互動獲得的喜悅較少
 - 看微笑臉刺激時，孤寂者腹側紋狀體 (ventral striatum，大腦回饋迴路的一環) 活化較低



Cacioppo, J. T., Norris, C. J., Decety, J., Monteleone, G., & Nusbaum, H. (2009). In the eye of the beholder: individual differences in perceived social isolation predict regional brain activation to social stimuli. *Journal of cognitive neuroscience*, 21(1), 83-92.

執行控制能力差 (暴戾行為)

- **孤寂**者在與執行控制能有有關的作業中表現較差
- 社會人際網絡較差的人較**無法控制自己的**飲食、飲酒和運動習慣
- **孤寂**者的前額葉活化較低
 - **前額葉主司執行控制**，與約束、抑制功能有關

Campbell, W. K., Krusemark, E. A., Dyckman, K. A., Brunell, A. B., McDowell, J. E., Twenge, J. M., & Clementz, B. A. (2006). A magnetoencephalography investigation of neural correlates for social exclusion and self-control. *Social Neuroscience*, 1(2), 124-134.

活出優質生命的源頭

- 足定氣靜 當下不亂
- 節律充實 當日不忙
- 用心關懷 當生不惑

- 由自身樂活做起, 到三五成群, 利益眾生

失智症的預防(小結)

- 預防失智症的方向**A-B-C**就是「延緩阿茲海默病發病、減少心血管性因素風險及豐富認知(cognitive reserve)」，也就是保護頭腦及健壯頭腦。
- 而研究實證上可以預防失智症的發生或嚴重度：包括
 - 多飲食富含**B12**及葉酸食物可減緩腦萎縮、
 - 多**運動**、
 - 多動腦_即保持對新知或新技巧的好奇心及用心學習、
 - 多**社會參與互動**-避免孤寂(loneliness)、
 - 多樂活經驗, 預防及治療憂鬱症
- **良好的睡眠**、減少不當飲酒及減少長期benzodiazepine的使用是預防失智症值得關注的課題之一。
- **3C(connection , communication and care other person)**減少憂鬱症及增加血中神經滋養因子(BDNF)可降低風險失智症。

謝謝您的聆聽!