

認識失智症

馬偕紀念醫院 精神醫學部

張峻維 醫師

認識失智症：打破迷思 與照護全指南 (Part 1)

從症狀判斷、核心元素到四大類型，建立正確的照護基礎。



原著內容：馬偕紀念醫院
精神醫學部 張峻維 醫師

今天，您將帶走什麼？



精準識病

看懂「失智 ≠ 正常老化」，理解失智症絕不只是一種單一疾病。



快速評估

學會運用「症狀 + 日常功能」的黃金交叉，快速判斷疾病嚴重度與潛在風險。



實戰應對 (Part 2 預告)

面對照護現場最常見的 5 類困境（記憶退化、日夜顛倒、拒絕洗澡吃藥、妄想幻覺、走失跌倒），掌握具體解方。



醫療決策

把「該急、該排門診、該轉介」分清楚，精準掌握就醫時機（特別是譫妄、急速惡化或危險行為）。

失智症醫療的國際新趨勢

過去的被動照護

認為失智症只能單向退化，照護者僅能被動承受疾病帶來的結果。

現在的主動介入 (國際醫學共識)

生物標記 + 早期介入

特別針對阿茲海默症，醫學界越來越強調透過生物標記提早發現、及早啟動治療。

風險因子的積極預防

有許多可預防與可延緩的風險因子，是照護者與家屬在日常生活中就能一起執行的行動。

關鍵分水嶺：失智 ≠ 正常老化

正常老化 (Normal Aging)



記憶特徵：

偶爾忘記事情，但事後經過回想通常想得起來。

生活影響：

生活功能「完全不受影響」，依然能獨立自理日常事務。

失智症 (Dementia)



記憶特徵：

不只是單純忘記，還會「做不到」原本熟練會做的事。

生活影響：

嚴重影響「日常生活功能」，包括：吃飯、洗澡、用錢、出門、安全意識。

破除照護現場的三大常見迷思



迷思：「老了本來就會失智」



真相：失智是一種大腦神經退化疾病，絕非正常的生理老化過程。



迷思：「健忘 = 失智」



真相：健忘只是表徵之一，許多失智症狀最初根本與記憶無關。



迷思：「情緒變差就是失智」



真相：情緒惡化可能是大腦病變的結果，但也可能掩蓋了真正的核心退化問題。



醫學真相：以上三句話，全都是錯的。放下這些預設，才能看清疾病真貌。

失智症的全貌：三大核心元素

失智症不是只有「記憶」問題，完整的評估必須同時檢視這三個面向：

認知 (Cognition)

記憶、語言能力、判斷力、專注力、視空間能力。

行為與心理症狀 (BPSD)

躁動、妄想、幻覺、憂鬱、睡眠障礙。

日常功能 (Function)

吃飯、穿衣、洗澡、用錢、外出、安全意識。

如何判斷異常？家屬必備的三個檢驗點

頻率 (Frequency)

忘記或出錯的狀況，是不是越來越常發生？

回復性 (Reversibility)

經過旁人提醒後，能不能想起來
或恢復正常？

功能影響 (Functional Impact)

有沒有實質影響到日常生活、
工作表現或照顧安全？

行動準則：如果這三個問題的答案偏向惡化（頻率高、想不起來、影響生活），請立即尋求專業醫療協助。

為什麼「生活功能」永遠要擺第一？



日常功能 $\geq$ 認知測驗分數

- ▶ 分數不好 $\neq$ 一定失智：測驗可能受教育程度或當下狀態影響。
- ▶ 分數還行，但功能壞了 $\rightarrow$ **一定要處理**：生活能力的喪失才是最真實的退化指標。

照護現場最常見的 3 大錯誤：

1. 只看醫療測驗分數，卻忽略真實生活功能的退化。
2. 忽略生活功能，導致無法提供精準的照護協助。
3. 把「行為與情緒問題」誤判為長輩的個性變差或是故意作對。

失智症不是只有一種：認識疾病地圖

為什麼分類很重要？因為「不同類型，用藥與照護策略差很多！」

阿茲海默症 (AD)

血管性認知障礙/失智 (VCID)

路易體失智 (LBD / DLB)

額顳葉失智 (FTD)



關鍵概念：不是每一種失智，都是從「記憶退化」開始。

四大常見失智症類型比較矩陣

類型	核心特徵	病程發展與關鍵差異
阿茲海默症 (AD)	以「記憶退化」為主。	 慢慢進展，緩慢漸進式退化。
血管性認知障礙 (VCID)	與中風、三高、血管病變高度相關。	 常呈現「階梯式惡化」。
路易體失智 (LBD/DLB)	認知波動、視幻覺、伴隨動作變慢(類巴金森)、睡眠異常。	 呈現波動性變化。
額顳葉失智 (FTD)	個性改變、衝動、失去社交分寸。	 初期記憶力可能依然良好，容易被誤解。

照護的鴻溝：為什麼失智症常被延誤診斷？

家屬端 (Family)

- 誤解「他只是老了」。
- 畏懼眼光：「講了會被說不孝」、「怕被貼上疾病標籤」。

病人端 (Patient)

- 病識感下降，否認或合理化自己的退化。
- 情緒或個性改變，反而掩蓋了核心的認知問題。

Delayed Diagnosis (延誤診斷)

醫療端 (Medical)

- 門診時間短暫，只看測驗分數而沒看到真實生活全貌。
- 行為問題容易被單純誤判成精神疾病或自然老化。

延誤診斷的骨牌效應

當家屬、病人與醫療系統出現盲點，將付出極大的代價：



錯過黃金期

錯過「早期介入」的時機，無法及早應用延緩病程的醫療與介入手段。

行為問題爆炸

核心退化未經妥善處理，導致行為與心理症狀(BPSD)提早引爆。

照護體系崩潰

照護壓力大幅上升，家屬身心俱疲，最終導致全家生活品質全面下降。

總結：看見失智的全貌，才能正確應對

破除迷思：

失智絕非正常老化，功能退化比單純的健忘更具指標性。

全面評估：

永遠將「日常功能」與「行為症狀 (BPSD)」置於與測驗分數同等、甚至更高的觀察地位。

及早行動：

了解四大類型的差異與延誤診斷的盲點，是打破照護困境、啟動早期介入的第一步。

Next in Part 2：照護實戰篇



面對「記憶退化、日夜顛倒、拒絕洗澡吃藥、妄想幻覺、走失跌倒」這5大最棘手的照護困境，我們該如何見招拆招？敬請期待下篇。

留意日常生活中的**四大早期紅旗變化**



記憶

重複問同樣的問題、剛講就**忘**、就算提醒也想不起來。



執行與判斷

做事順序大亂、理財出錯、容易被詐騙。



空間與安全

在熟悉的地方迷路、經常撞到東西、瓦斯忘了關。



個性與行為

突然變得**易怒**、**多疑**、**冷漠**，或是出現**衝動行為**。

啟動醫療評估的黃金臨界點



👉 只要出現以上任一項指標，這條線就不再是單純的老化，請立刻啟動就醫評估。

出現這些狀況，請立刻前往急診

緊急醫療警報

-  幾天內突然大亂（快速惡化）
-  意識忽高忽低、白天昏沉、晚上混亂
-  出現發燒、感染、脫水、或嚴重疼痛
-  突然走不穩、跌倒、說話不清
-  出現新的幻覺、妄想或嚴重躁動

**這很可能不是失智症本身，而是伴隨致命風險的「急症」！
(任何一項出現都必須立即就醫)**

救命的鑑別：失智症 vs. 急性譫妄



失智症 (Dementia)

慢慢變、日復一日



時間維度

相對穩定



波動特徵

無明顯急性生理異狀



生理伴隨

慢性腦部退化



核心本質



預約門診評估

急性譫妄 (Delirium)

突然大亂、幾天內快速惡化



意識忽高忽低、日夜顛倒 (時好時壞)



常伴隨發燒、感染、疼痛、步態不穩



通常有「可逆原因」的急性生理反應



立刻送急診！

轉換角色：從焦慮的家屬，變成精準的觀察者



「在診間裡，醫師最需要的不是一句『他最近變怪了』...」

而是由家屬提供具體、精準的「照護者觀察數據」。
您的紀錄，是醫師鑑別診斷最關鍵的拼圖。

門診溝通導航儀表板：時間與情境模式 (1/2)

1. 時間起點

什麼時候開始的？是突然發生，還是慢慢出現？

突然發生

慢慢出現

2. 發生頻率

每天發生？這是一週幾次？有越來越嚴重的趨勢嗎？

☒ 每天

☐ 每週幾次

☐ 越來越嚴重

3. 情境觸發

通常發生在什麼時候？（例如：洗澡時、吃藥時、或是日落後的晚上）

洗澡時

吃藥時

日落後/晚上

其他

4. 波動狀態

一天之內的状态會不會忽好忽壞？

忽好忽壞

穩定

是

否

門診溝通導航儀表板：具體行為與生理線索 (2/2)

 5. 具體行為

實際做了什麼？或是說了什麼？（請盡可能紀錄「原話」）

 新增語音紀錄

 6. 功能影響

哪一件原本他會做的事情，現在做不到了？

☐  無法自行穿衣

☐  忘記回家的路

☐  無法使用遙控器

☐  其他影響...

 7. 身體線索

有無發燒、疼痛、便秘？尿量、食慾與睡眠狀況如何？

體溫



正常發燒

☐ 疼痛



輕微 / 中度 / 嚴重

☐ 便秘 

食慾



差 / 好

睡眠



差 / 好

 8. 藥物變動

最近有沒有吃新藥、加量、停藥，或是漏吃？

新藥 

加量 

停藥 

漏吃 

 新增變動紀錄

新增

NotebookLM

該看哪一科？症狀分流決策樹

病患目前最困擾的狀況是什麼？



診斷不清楚、
懷疑中風或腦病變



神經內科

(專注：影像判讀、失智類型
鑑別如AD/血管性/LBD等)



行為問題多、
照護者快撐不住



精神科

(專注：躁動、妄想、幻覺、
憂鬱、失眠的評估與治療)



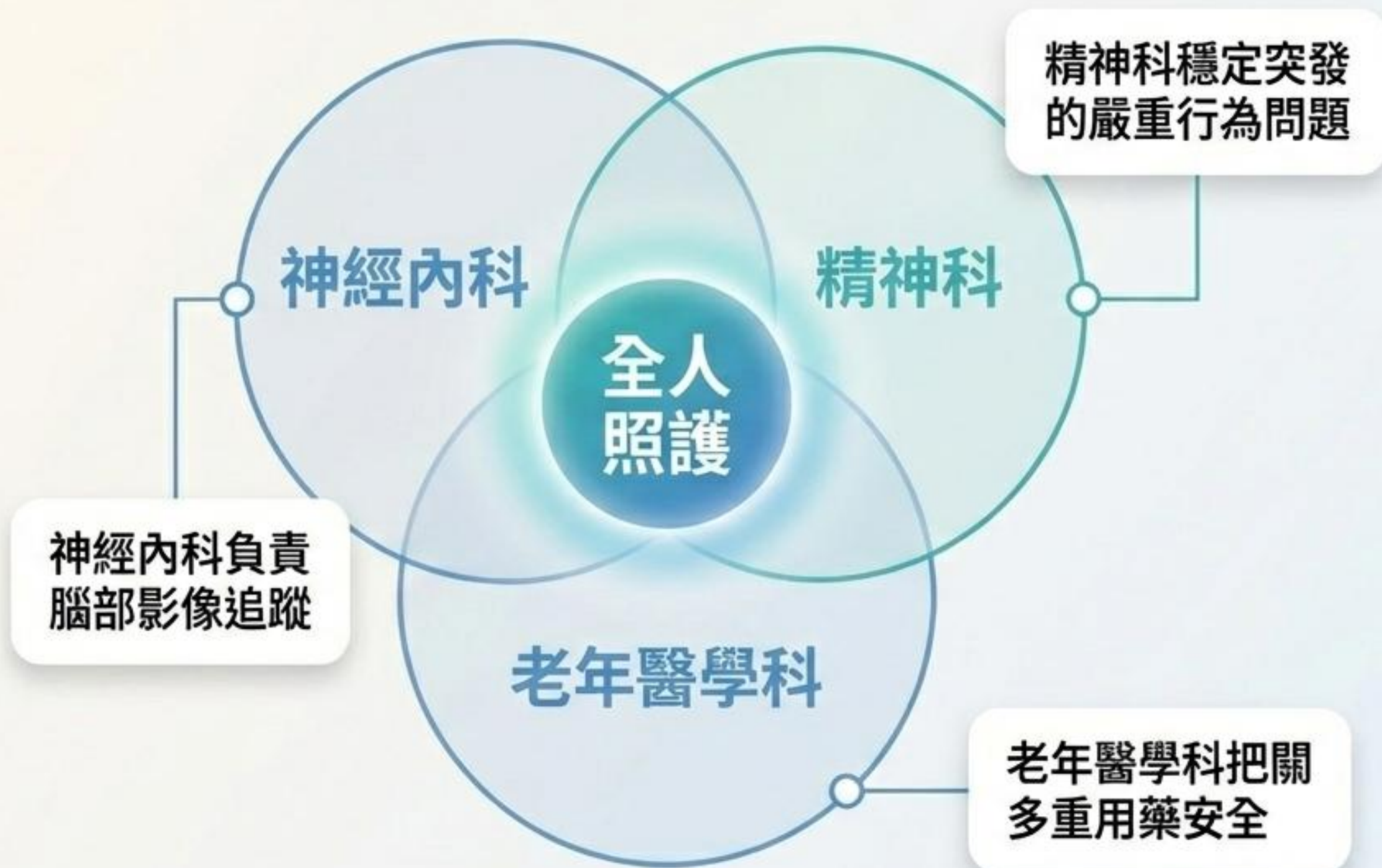
病多藥多、
功能退化極快



老年醫學科

(專注：多重疾病、藥物整合
、長期照護決策)

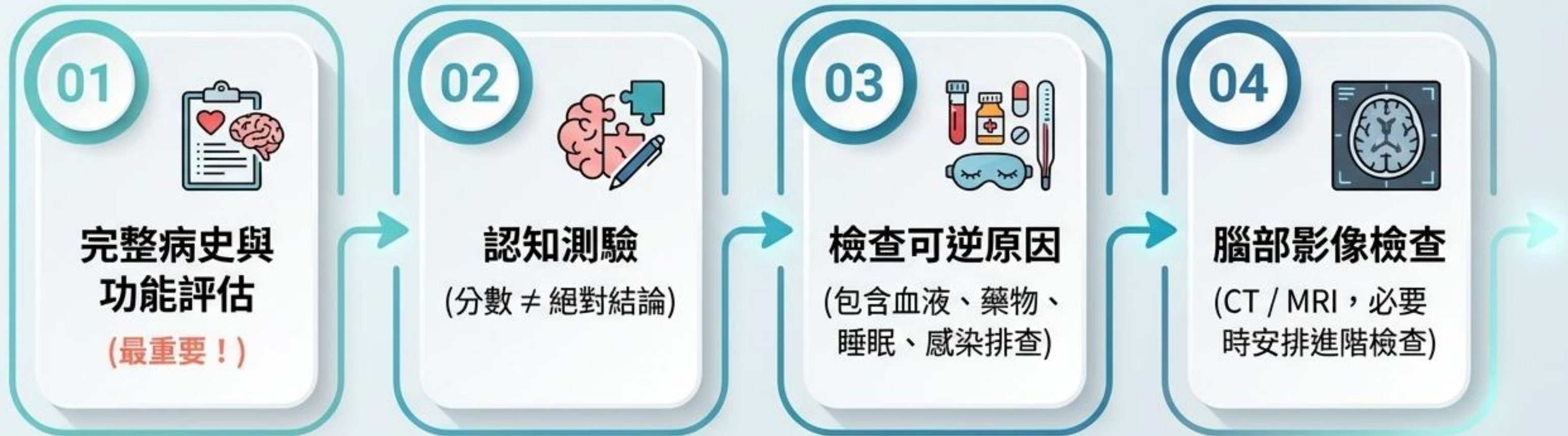
全人照護的跨科合作網絡



不是看錯科，而是每一科負責的重點不同。

許多失智症患者其實需要「跨科合作」。

確診旅程的四個關鍵步驟



失智診斷無法在一次門診內完成，這是一段需要**耐心抽絲剝繭**的過程。

建立合理期待：看診時間軸與目標



第一次門診

釐清核心問題、安排初步檢查。



第二～三次門診

整合各項檢查結果、確認診斷、討論未來照護方向。



後續長期

治療介入、居家照護安排、持續追蹤與用藥調整。

「診斷的目標從來不是為了貼標籤，而是為了找到『下一步該怎麼做』。」

建立安全網：不再迷惘的照護導航圖

The Care Ecosystem Timeline

起點：居家觀察

使用 8 項紀錄清單



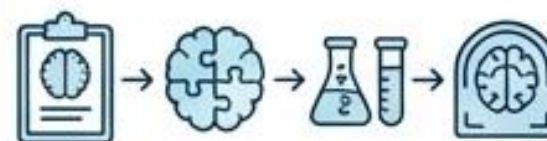
分流：精準就醫

透過決策樹選擇
3 大科別



診斷：確診旅程

經歷 4 步完整檢查



終點：長期照護

建立專屬的安全網
與治療計畫



走入迷霧確實令人不安，但透過精準的觀察與正確的醫療導航，
您與家人絕對不需要孤軍奮戰。

認識失智症： 破除迷思與看懂 醫師的診斷邏輯

馬偕紀念醫院 精神醫學部 | 張峻維 醫師



失智的評估標準是 「生活功能」 而非考卷分數

迷思

「考卷分數低，
就是得失智症了。」

真相

測驗只是篩檢工具，
從來不是「失智判決書」。



能不能好好過日子，決定了是否真正跨入失智階段

測驗分數(低→高)

「能考試，但過不了日子。」
分數雖然尚可，但生活機能已喪失
→ 臨床判定：已經是失智

「分數掉一點，但功能還在。」
測驗退步，但仍能完全自理生活
→ 臨床判定：可能僅是 MCI (輕度認知障礙)

日常功能(低→高)

考試的表現可以掩飾，但日常生活的柴米油鹽無法作假。

MMSE 與 MoCA 測驗的臨床重點與適用時機

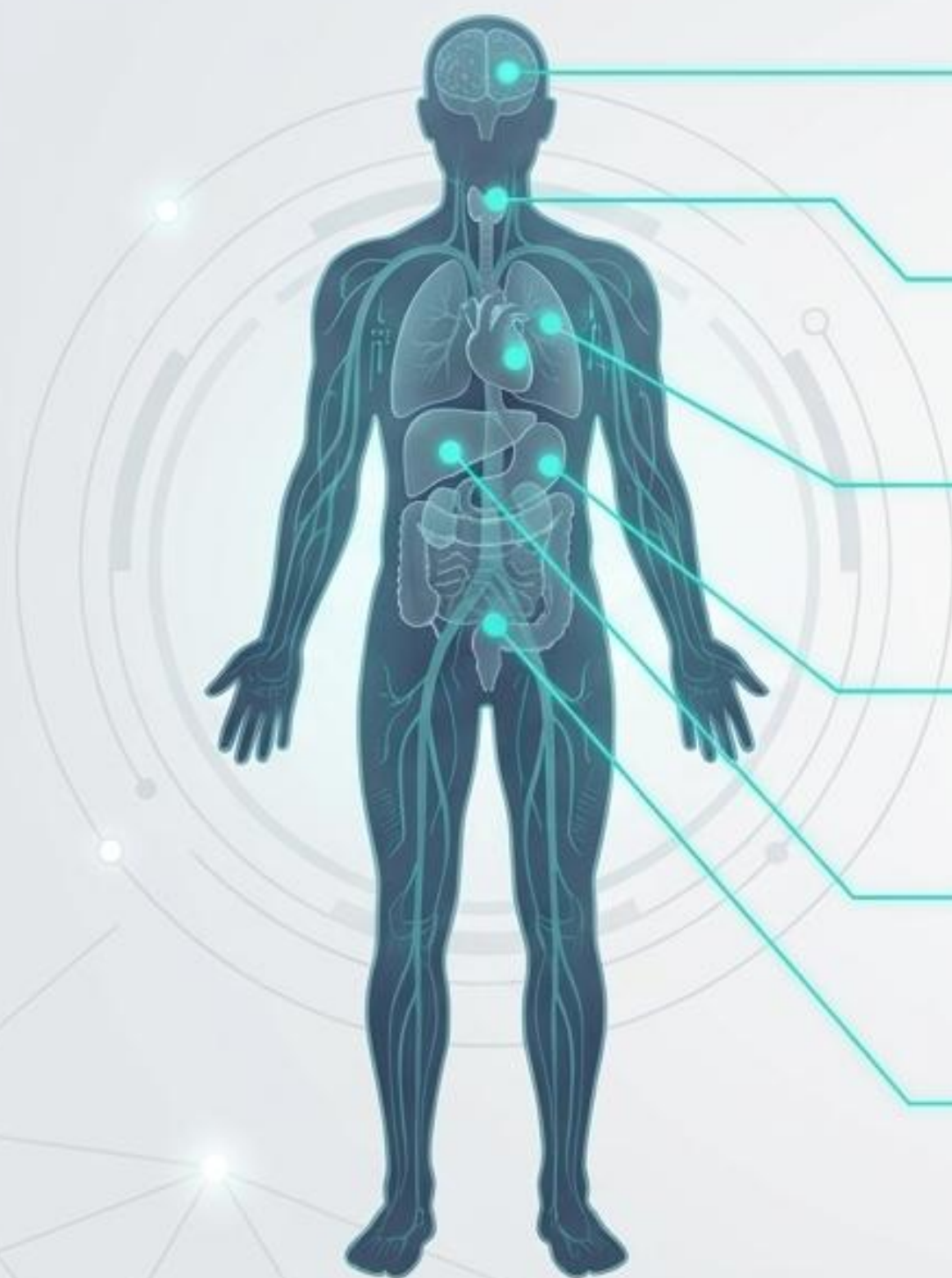
維度	MMSE (簡易心智量表)	MoCA (蒙特利爾認知評估)
核心側重能力	評估整體嚴重度、 語言能力、定向感	專注於早期變化、 執行功能與注意力
敏銳度落點	對中後期的認知退化 表現較為明確	對「早期失智」或 輕度認知障礙更為敏感
臨床扮演角色	傳統經典、快速且普及 的基礎指標	更精細、用於捕捉早期 微小異常的偵測雷達

五個可能導致測驗失常的「非疾病干擾因子」



「長輩考不好，有時候真的只是昨天沒睡好，或是耳朵聽不清楚！」

臨床必須排除的六大類內科干擾源



● 腦部 / 神經

藥物副作用。需檢視鎮靜、抗膽鹼、止痛或安眠藥物。

● 甲狀腺

甲狀腺功能異常。分泌太高或太低皆會直接影響認知。

● 血液 / 營養

維生素 B12 與葉酸。缺乏時會造成可逆性的認知障礙。

● 肺 / 泌尿道

潛在感染。尿道感染或肺炎常以「行為混亂」為首要表現。

● 肝 / 腎臟

電解質與肝腎功能。代謝失衡會導致大腦運作當機。

● 心血管

血脂、血糖與血壓。血管性失智惡化的絕對關鍵。

日常功能的兩大防線：誰先響起警報？

水面上 (早期受損)：工具性日常生活功能 (IADL)

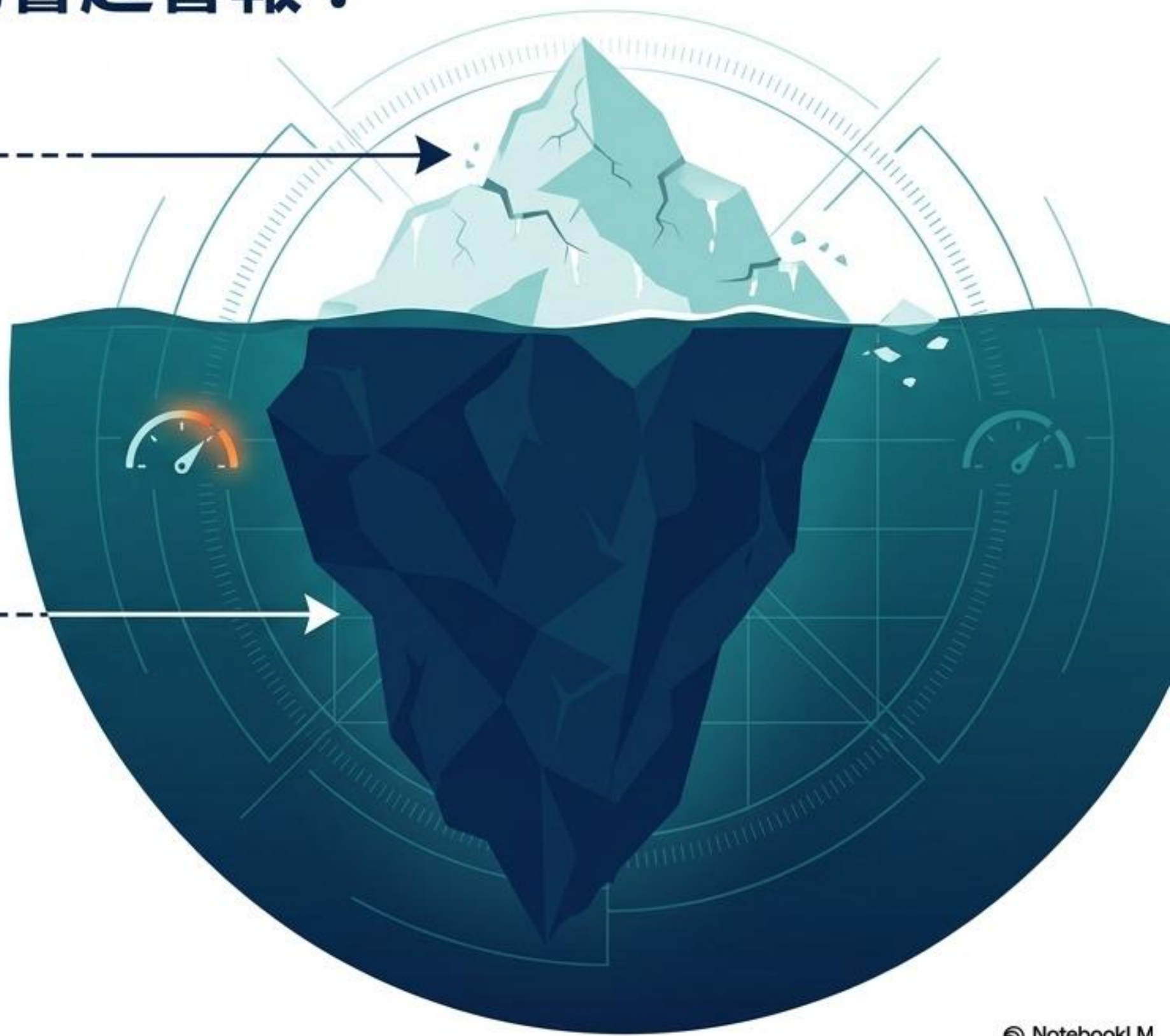
包含：管理金錢、按時吃藥、外出購物、煮飯、搭乘交通工具、打電話。

臨床洞察：這些高階能力通常比「單純的記憶衰退」更早出現破綻。

水面下 (後期受損)：基本日常生活功能 (BADL)

包含：自行吃飯、穿脫衣物、洗澡、如廁、移位行走。

臨床洞察：當這些深層基底受損時，通常已進入較晚期的階段。



CT 與 MRI 在解析大腦硬體時扮演的不同角色



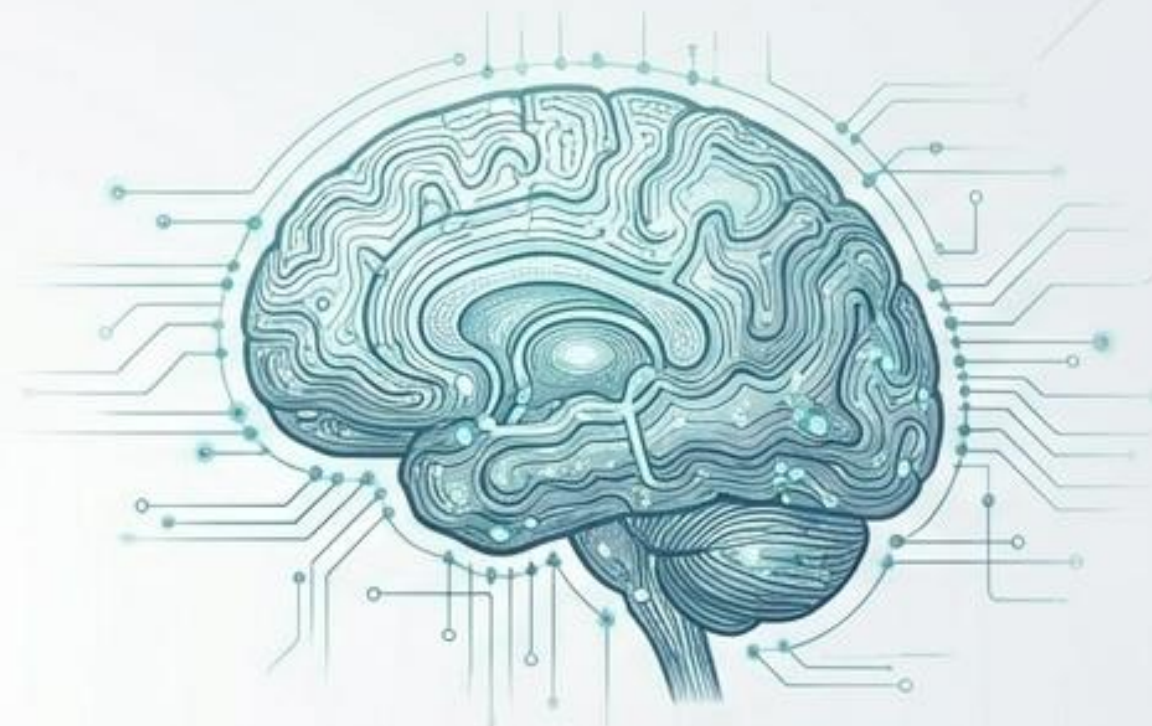
CT (電腦斷層掃描)

特點

檢查速度極快、費用較低。

主要任務

快速排除重大結構性問題，如腦部腫瘤、明顯出血或水腦症。



MRI (核磁共振)

特點

無輻射，能看得極度精細，但檢查耗時較長。

主要任務

偵測微小病變，如早中風、小血管病變、或是特定腦區的細微萎縮。

腦部影像無法單獨確診，必須搭配症狀共同解讀



影像檢查的目的，並非用來「直接診斷」失智症。

影像能幫助我們：

✓ 排除具危險性或可透過外科處理的硬體問題（例如腦瘤、硬腦膜下出血）。

協助鑑別失智的類型（血管型、退化型）。

影像無法做到：

✗ 不能單憑一張片子的萎縮程度，就直接下定論判定失智。

核心原則：大腦的硬體影像，永遠必須「搭配病患的實際症狀與日常功能」一起解讀才有意義。

進階檢查僅在「會改變後續醫療決策」時才具備價值

核心大原則：不是每個人都需要做。只有在結果「會直接影響後續治療決策」時，進階檢查才值得進行。

PET (正子攝影)



鎖定特定病理沉積（如類澱粉蛋白、Tau蛋白）。

CSF (腦脊髓液)



檢測 $A\beta 42$, p-tau, t-tau，最直接反映腦部深層病理變化。

Blood Biomarkers (血液標記)



可近性高、侵入性低的新趨勢（如 p-tau217），目前多作為重要輔助工具。

「做這些檢查不是為了更精確地『貼標籤』，而是為了幫助醫師與家屬做對決定。」

失智症診斷是一場以人為本的全方位拼圖過程

失智症的診斷從來不是單一考卷的結果，而是整合各項資訊的全方位評估。



三大核心總結



1. 功能大於分數

能不能好好過日子，才是真正的評估核心。



2. 先治癒身體

找出可逆的內科干擾因素，往往能大幅改善異常行為。



3. 精準不濫用

所有的影像與進階檢查，都是為了幫助決策，而非單純製造焦慮。→ DECISION

破除迷思，了解醫師的邏輯，我們就能在面對失智時，**多一分精準，少一分恐慌。**

認識失智症： 照護者的導航指南

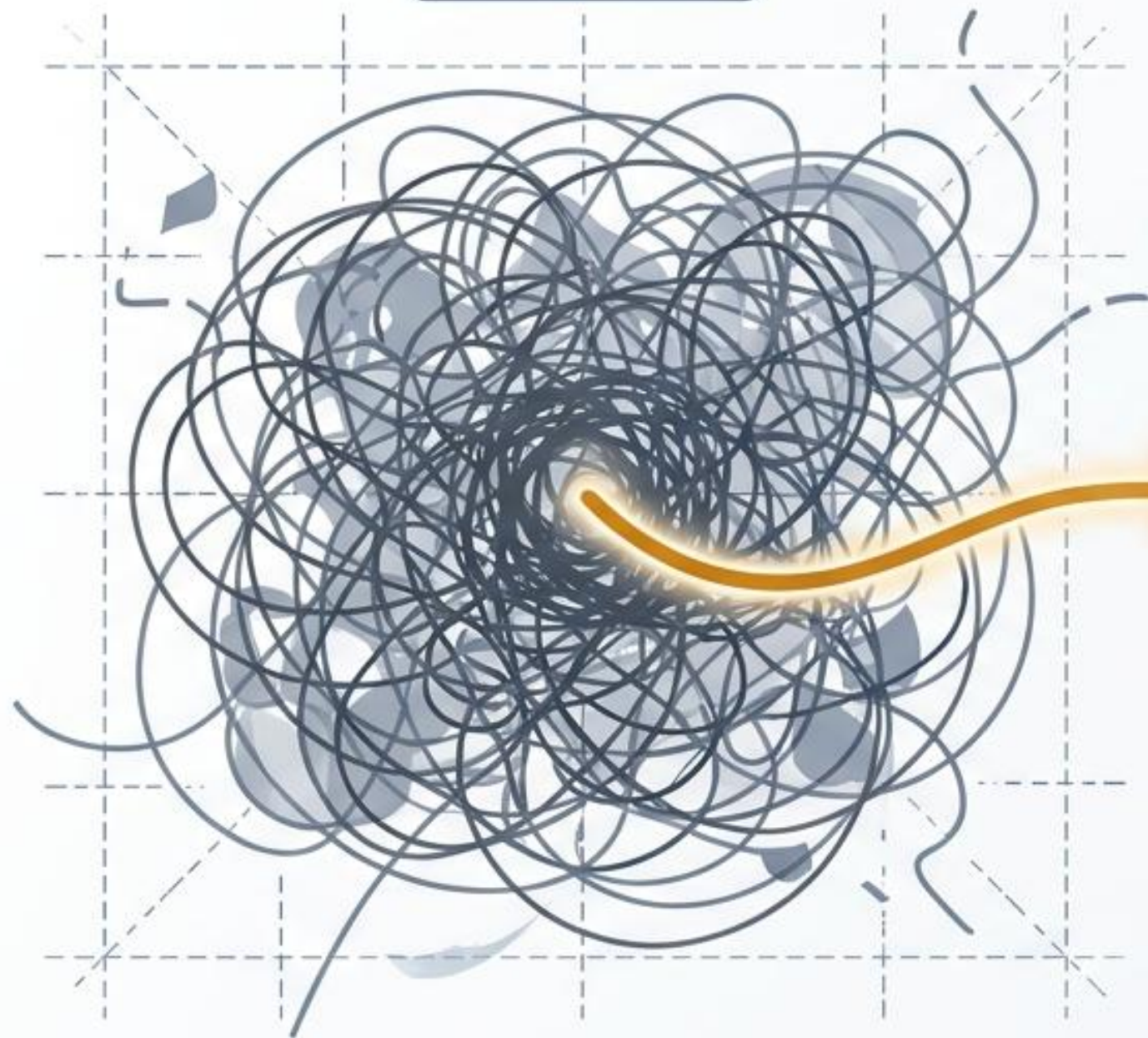
從確診到日常管理的實戰藍圖

內容精煉自 馬偕紀念醫院 精神醫學部 張峻維 醫師 專業指引



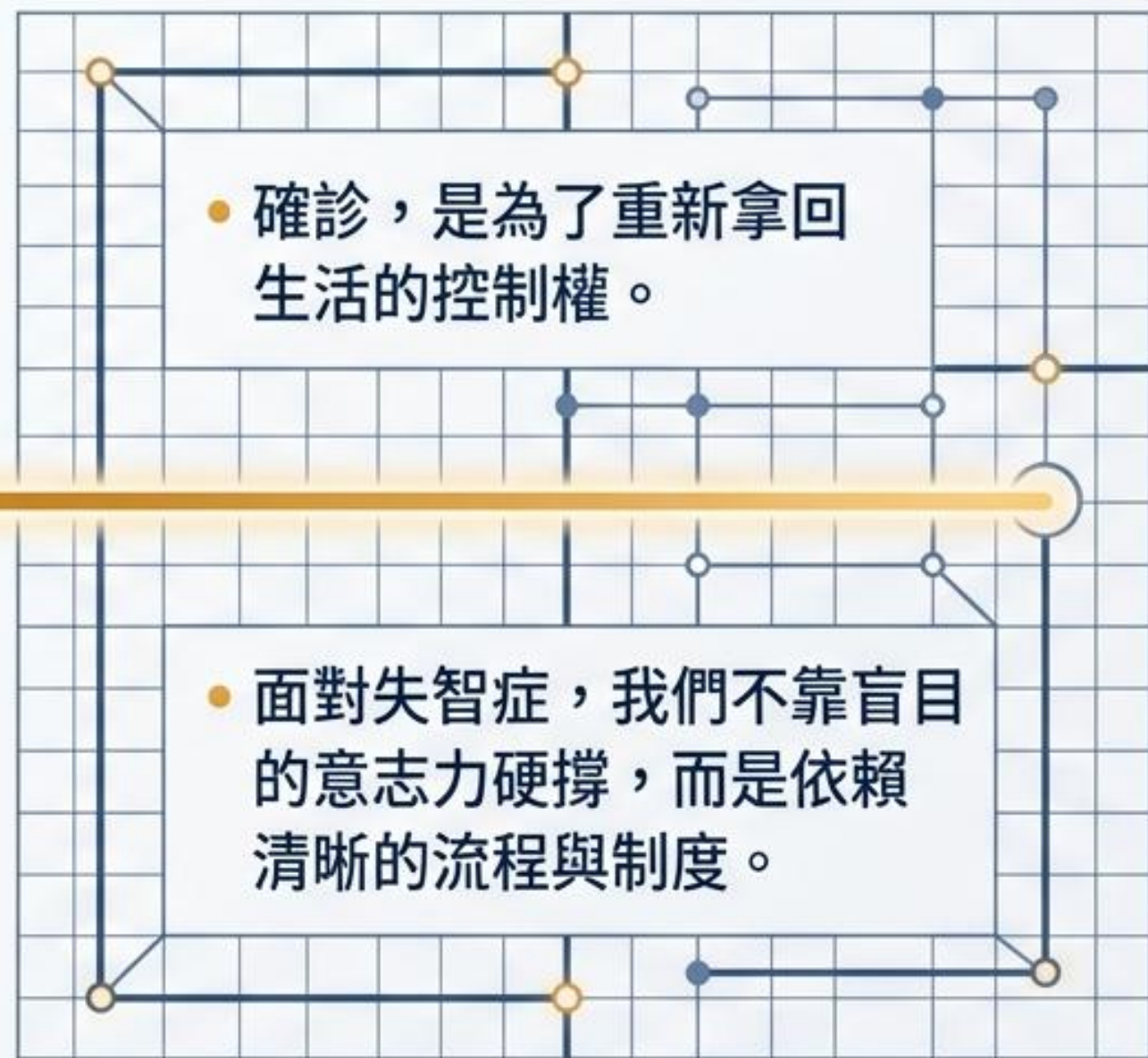
「診斷」不是終點，而是照護的起點

未知的焦慮



確診

主動照護



- 確診，是為了重新拿回生活的控制權。

- 面對失智症，我們不靠盲目的意志力硬撐，而是依賴清晰的流程與制度。

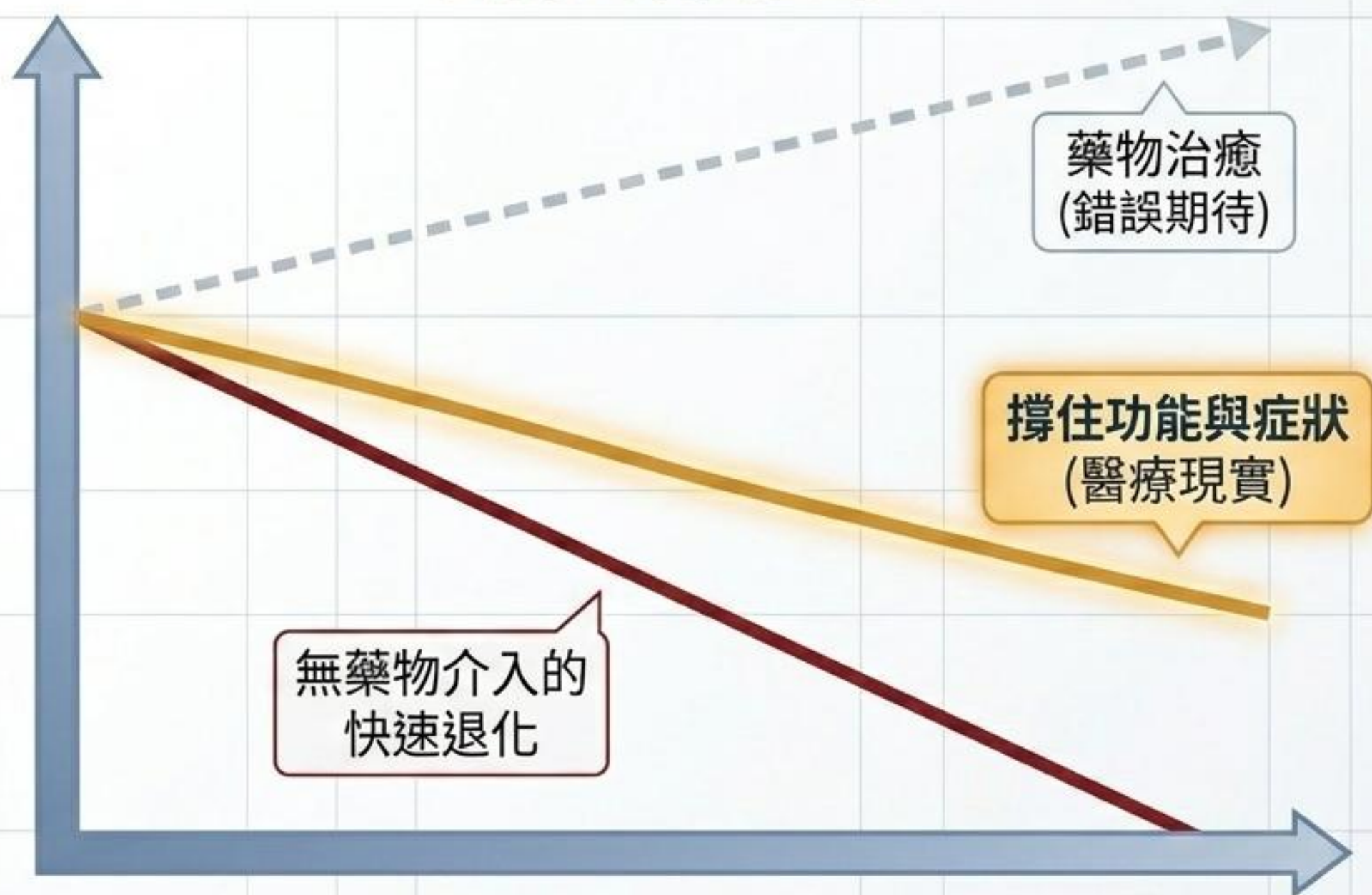
確診後的四大優先任務

照護基石四象限



失智藥物能做什麼？不能做什麼？

期待與現實曲線



藥物不是治癒。



藥物是「幫忙撐住
功能與症狀」。

效果雖然有限，
但用對、用早、用穩，
才有實質的意義。

船錨：現行常規藥物地圖



早期

中期

晚期

膽鹼酯酶抑制劑 (ChEI)

Donepezil / Rivastigmine / Galantamine

改善或延緩記憶、注意力與日常功能退化。

Memantine

針對中重度患者，改善行為問題，提升照護穩定度。

煞車：新型單株抗體的希望與現實

高度風險監測。必須規律回診並進行 MRI（核磁共振）追蹤，嚴防腦水腫與腦出血等副作用。

資格嚴格。僅適用於「早期」且符合特定醫療條件的患者，並非人人適用。

幅度有限。延緩退化的效果有其極限，並非停止退化。

目標：清除腦中的類澱粉蛋白 (Amyloid)。
期待：讓病程「慢一點」，而非變好。

失智症治療武器庫比較矩陣

比較維度	現行常規藥物	新型單株抗體
作用機制	穩定神經傳導，撐住現有功能	清除大腦類澱粉蛋白
主要期待	改善症狀、提升照護穩定度	延緩疾病整體退化速度
適用階段	依藥物不同涵蓋早、中、晚期	嚴格限制於「早期」患者
風險與監測	常規副作用觀察	需嚴密 MRI 追蹤腦水腫/腦出血風險
治癒可能性	✗ 無法治癒	✗ 無法治癒（僅能延緩）

轉念：BPSD 不是脾氣變壞，是大腦在求救

行為與心理症狀（BPSD）是失智症的一部分，絕非患者「故意找碴」。



外界刺激 /
身體不適



腦功能退化，無法
正確表達與處理



BPSD
行為爆發



躁動攻擊



妄想幻覺



憂鬱焦慮



日夜顛倒與遊走

BPSD 冰山模型：看見水面下的真相

看得見的行為

- 躁動、攻擊、妄想、遊走

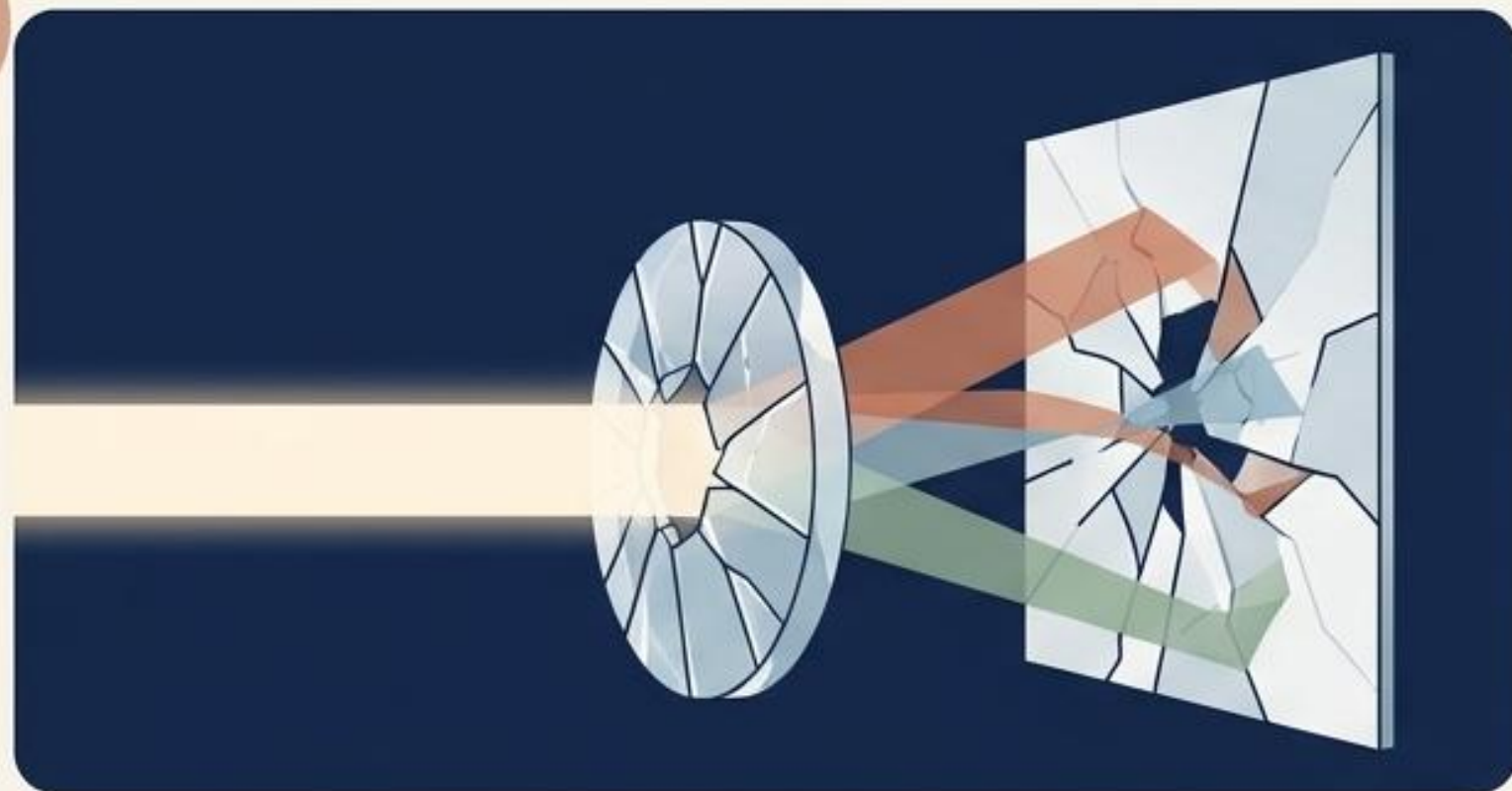
隱藏的真正原因

身體不適 -
疼痛、感染、便秘、睡眠障礙。

環境與溝通不合
- 噪音、光線刺眼、指令過快、對抗性言語。

腦功能退化 -
認知受損導致的恐懼與混亂。

當現實感崩解：辨識幻覺與妄想的真實誘因



幻覺 (Hallucinations)：

看到、聽到「其實不存在」的東西（無中生有）。



妄想 (Delusions)：

對現實產生錯誤信念（如：堅信東西被偷、被害、伴侶外遇）。

誘發因素掃描

感官空窗：
視力 / 聽力退化

環境干擾：
光線昏暗、
詭異的影子

生理壓力：
疲勞、潛在感染、
嚴重失眠

化學反應：
其他藥物的副作用

👉 處理對策：先處理誘因（如開燈、治療感染），再談用藥。患者不是故意說謊，絕不爭辯對錯！

精準辨識情緒：憂鬱、焦慮與冷漠的本質差異



憂鬱 (Depression)

特徵: 悲傷、無望感、強烈罪惡感、表達想死或不想活。



焦慮 (Anxiety)

特徵: 極度不安、坐立難安、反覆擔心同一件事、過度黏人。



冷漠 (Apathy)

特徵: 缺乏動機、不主動、不悲不喜、叫不動。



核心辨識錯誤警告：

1. 冷漠 ≠ 憂鬱！（冷漠缺乏明顯情緒起伏）
2. 出現情緒症狀 ≠ 一定要使用抗精神病藥物！

拆解日夜顛倒：損壞的生理時鐘與安眠藥迷思



真正的病因：

患者不是故意不睡，而是大腦內掌管節律的「生理時鐘壞了」。

☀️ 白天決定晚上！

重建生理節律，
比依賴安眠藥更有效、更安全。



安眠藥的危險迷思：

單靠安眠藥無法修復節律，
反而容易引發致命的「跌倒」與「譫妄」。

拒絕依賴藥物：24小時生理節律重建藍圖

Care Clock



晨間：固定起床時間。

（比規定什麼時候睡覺更重要！這是建立一天節律的錨點）。



日間：導入「光與動」。

確保充足日照與身體活動，消耗體力並重置褪黑激素。



傍晚：開始「降刺激」。

調暗燈光、降低環境音量、減少螢幕視覺刺激。



睡前：專屬「睡前流程」。

只做放鬆的事，不談嚴肅話題、絕不訓話。



夜醒：處理三原則。

「陪伴、不吵醒、不強制」。若醒來，不要強迫患者立刻睡回去。

👉 耐心是關鍵：節律重建需持續執行 2-3 週，效果才會顯現。



處理 BPSD 的黃金準則

先找原因，
再談用藥。



多數的 BPSD 都可以透過調整「人、事、時、地」在不增加藥物的情況下獲得顯著改善。

照護者檢傷分類漏斗 (Level 1: 生理與作息)



先排除身體不適

患者無法說痛，只能用躁動表現。



痛覺？



便秘？



感染？



沒睡好？

固定作息與節律

重建大腦的安全感。

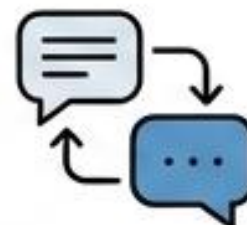


照護者檢傷分類漏斗 (Level 2：環境與心智)



減少刺激、一次一件事

降噪、減少空間人數、放慢指令語速。



改說法，不對抗

放下說理。採用「同理 ➡ 轉移注意力 ➡ 給予簡單選擇」的溝通迴圈。



安排有意義的活動

量身訂做符合過去背景的活動，不是單純「讓他忙起來就好」，而是創造價值感。

照護者檢傷分類漏斗 (Level 3：安全與防護)



環境安全化

充足燈光、清晰動線與標示、升級門鎖防護，
打造不需隨時盯哨的安全空間。

照護者自我保護

建立輪班制度、尋求喘息服務與外部求助。
照護者不崩潰，系統才能運作。

經過這 7 道過濾，多數 BPSD 已能獲得緩解。

人、事、時、地的動態平衡

人
事
時
地



照顧者的狀態與溝通方式（同理不對抗）。



排除生理不適與安排專屬活動（尋找意義）。



嚴格的日常作息節律（日夜分明）。



安全、低刺激的物理空間（降噪減壓）。

當行為失控時，像微調儀表板一樣，先盤點這四個維度，這是比藥物更強大的照護基石。

最後一道防線：啟動藥物介入的嚴格底線

處理失智症精神行為症狀，用藥絕對不是第一步。
只有在滿足以下「任一」極端情況時，才考慮開啟藥物大門：



底線一：立即危及安全

(出現嚴重的自傷、他傷、或極易導致跌倒的嚴重遊走)。



底線二：非藥物介入徹底失敗

(已充分嘗試環境調整與節律重建，但毫無改善)。



底線三：系統崩潰邊緣

(症狀造成患者極度痛苦，或導致照護者身心崩潰)。

如履薄冰的平衡：安全用藥的四大鐵律



精神藥物導覽：精準定位與潛在地雷

抗精神病藥 (Antipsychotics)

用途：嚴重的妄想、幻覺、具攻擊性的行為。



潛在地雷：增加中風與死亡風險、肌肉僵硬（類巴金森症狀）、嚴重嗜睡。

抗憂鬱藥 (Antidepressants)

用途：憂鬱、焦慮、易怒、部分躁動行為。



藥物特性：相對最安全。但起效極慢，需耐心等待。

安眠藥/鎮靜劑 (Hypnotics/Sedatives)

用途：僅限於「短期的」嚴重失眠。

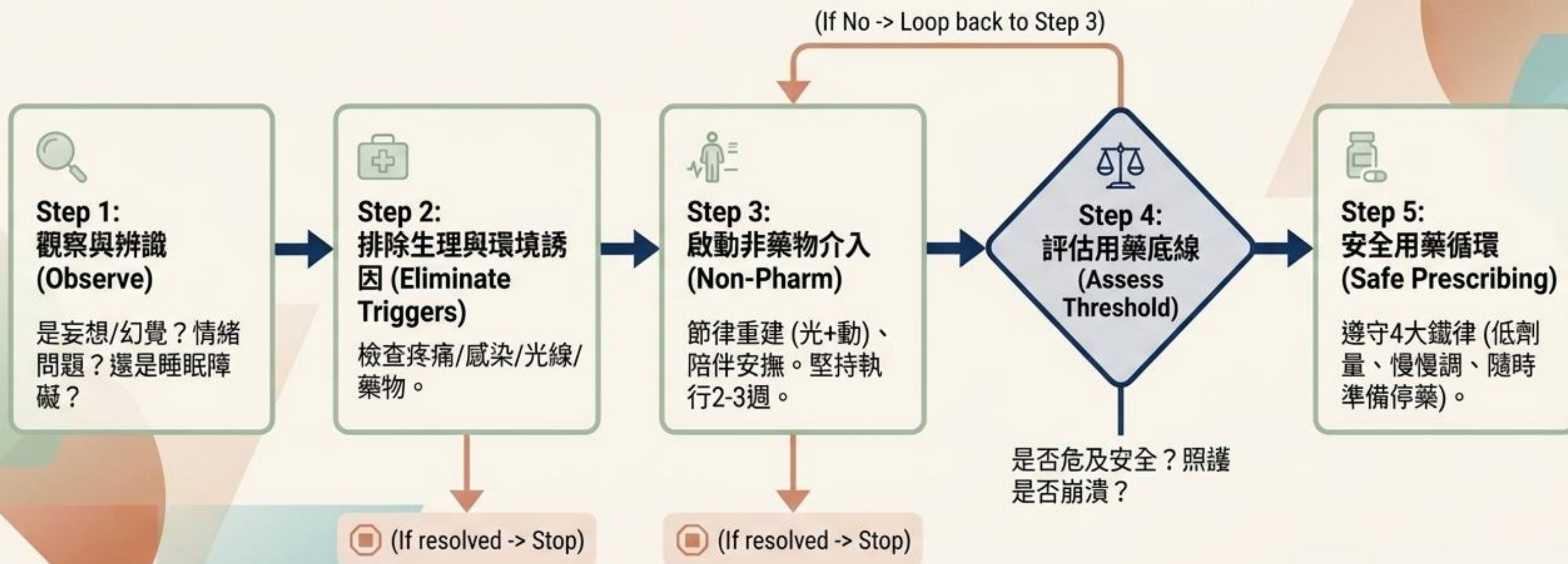


潛在地雷：副作用最多！極易導致跌倒、誘發譫妄、產生藥物依賴。



最高指導原則：選藥不是看「哪個效果最強」，而是評估「哪個最必要且風險最低」。三類藥物各有定位，無法互相取代。

化繁為簡：失智症行為照護全攻略決策樹



重新認識失智症：這不是正常老化，也不是誰的錯

✗ 迷思：失智症只是「記憶力變差」而已。

Many believe it's solely about forgetting things, a natural part of aging.



真相：這是一段需要被「陪著走完」的全身性退化歷程。

It is a progressive, full-body degenerative journey affecting cognitive function, behavior, and physical abilities, requiring sustained companionship and support.

✗ 迷思：他一直重複問、亂跑，是故意在煩人。

Caregivers often interpret repetitive questions and wandering as intentional behavior to annoy.



真相：行為問題是「症狀」，不是故意；冷漠也不等於憂鬱。

These behaviors are symptoms of the disease, not deliberate acts; apathy should not be confused with depression, as they require different approaches.



✗ 迷思：撐不住是因為我不夠用心、不夠愛。

Caregivers may feel guilt, believing their struggle indicates a lack of devotion or love.



真相：撐不住是「超過單人負荷」的危險訊號，照護者被照顧，病人才會被照顧。

Struggling is a dangerous signal that the care load exceeds one person's capacity; only when the caregiver is cared for can the patient receive proper care.



走失與重複行為：尋找行為背後的「動機」



表層行為：
遊走亂跑、重複發
問、重複動作

深層動機：
降低焦慮 / 想找人 /
想回家 / 感到無聊

行動指南

- ✓ 1. 先找動機：觀察觸發行為的原因。
- ✓ 2. 環境安全化：把環境變安全，而不是把人關住。
- ✓ 3. 事前預防：備妥「走失應變計畫」

👉 安全與尊嚴要一起顧，不是事後補救

進食與體重下降：失智後期容易忽略的警訊

⚠️ 噎到、咳嗽是警訊，不是小事！體重下降常常是疾病進展的一部分。



吞嚥困難

噎咳、濕聲、
反覆肺炎。



動機下降

冷漠、疲勞、嗅味覺改變
(吃得少不一定是想吃)。



技巧退化

忘了怎麼用餐具、
咀嚼變慢。



👉 照護目標不是「吃很多」，
而是確保「吃得安全、舒服」。

跌倒與骨折：這不是意外，而是「可預測的風險」

“骨折常是失智病程的轉折點。預防大於復健，環境重於力氣。”



步態與平衡退化：
生理機能的實質下降。



認知判斷下降：
高估自己的能力、無法判斷危險。



環境不安全：
燈光昏暗、地面濕滑、動線雜亂。



藥物副作用：
鎮靜劑、降血壓藥、抗精神病藥導致暈眩。

👉 跌倒極少是單一原因，
而是「**風險疊加**」，請全面
檢視以上四點進行防護。

照護轉換地圖：你現在在哪裡？

同一個照護方法，不可能一路用到底。
失智照護的核心是：每進一個階段，就要「換策略（換檔）」。



階段一：早期照護（能自理但開始出錯）



發生什麼事？

忘記約定、重複發問；
工作或金錢管理開始
出錯。但洗澡、吃飯
等多半還能自理。

照護目標：保留自主 + 防止大災難

核心策略：提醒 + 工具 + 風險防呆



- 財務管控：設定轉帳上限、防止詐騙。



- 用藥安全：使用分藥盒、設鬧鐘提醒。



- 交通與火源：評估駕駛能力、安裝瓦斯自動斷氣設備。

階段二：中期照護（需要陪伴與安排）



發生什麼事？

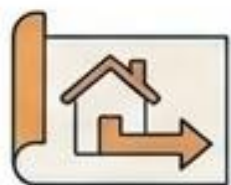
迷路、煮菜忘關火、吃藥順序大亂。行為問題（BPSD）變多：妄想、焦躁、日夜顛倒。

照護目標：把生活撐住 + 把衝突降到最低

核心策略：結構化日常 + 環境改造 + 照護分工



- 建立作息：讓每天的行程規律化（結構化日常），減少病患的未知焦慮。



- 環境改造：簡化動線，移除危險物品，增加視覺提示。



- 照護分工：單人極易崩潰，必須引入外部資源或家庭輪替。

階段三：晚期照護（高度依賴與臥床）



發生什麼事？

吞嚥變差、失禁、反覆感染。溝通困難，常只能用「行為」表達身體的不適。

照護目標：把痛苦降到最低 + 讓家屬能承受

核心策略：舒適照護 + 症狀控制 + 預立醫療/安寧規劃



- 舒適優先：維持皮膚完整、預防壓瘡與關節攣縮。



- 症狀控制：細心觀察是否因疼痛、感染（如尿道炎）引起焦躁。



- 預立醫療：及早討論鼻胃管、急救意願與安寧緩和醫療規劃。

照護者的心理防線：理解、安全與自我照顧



理解：患者的行為不是針對你

當你深刻理解「這是大腦生病了的表現」，就能最大程度減少個人的挫折感與憤怒。



安全：完美不是目標，安全才是

不需要糾正患者的每一個錯認知（絕不爭辯現實），維持情緒穩定與環境安全才是首要任務。



自我照顧：照護崩潰是醫療指標

照顧好自己，才能照顧他。照護者的身心崩潰是啟動醫介入的合理底線，請尋求專業協助，不要獨自硬撐。

5 大崩潰時刻的「應對腳本」

崩潰不是因為你不夠愛，而是面對超過單人負荷的狀況。每一個行為都有「腦部退化的原因」，請轉換腳本。

【情境】	【❌ 不要這樣做】	【✅ 可以這樣做】
[重複問]	糾正他(你問過100次了)	給予視覺提示 + 轉移注意力
[妄想(指控偷錢/外遇)]	邏輯辯論	同理他的害怕 + 幫忙找/環境調整
[夜醒(晚上不睡)]	說服他睡覺	靜靜陪伴 + 降低環境光線與刺激
[強烈抗拒(洗澡/吃藥)]	強迫執行	把動作拆解成小步驟 + 給予簡單選擇
[照護者太累撐不住]	咬牙硬撐	尋求分工 + 安排喘息服務

照顧自己不是自私，是撐得久的「必要條件」

3 個你需要知道的事實：

😵 耗竭很常見且真實 | 🧠 情緒失控是負荷過量，不是你不好 | 🤝 求助是專業決策，不是失敗。



界線：清楚認知
「我能做什麼」
與「我不能做什麼」。



分工：絕不能
一個人扛，召
集家庭會議或
長照資源。



喘息：必須有
「固定、制度
化」的休息時
間。



支持：參與家屬
支持團體（同
儕）與尋求醫療
建議（專業）。

👉 先撐住照護者，才能撐住病人。

守護尊嚴：以人為本的失智症護理終極目標

無論是重建生理節律，還是謹慎使用藥物，
我們所有的努力都指向同一個目標——

**「在不可逆的退化中，盡最大可能守護患者
的尊嚴，並維持照護者的生活品質。」**

↻ 知識是最好的照護後盾。歡迎將此視覺指南分享給需要的家庭與醫療照護夥伴。

如果今天只記得一件事，請帶走這 10 句話

1. 失智不是只有記憶退化，而是一段需要被「陪著走完」的歷程。
2. 失智不是正常老化，但也不是你的錯。
3. 行為問題是症狀，不是故意。
4. 先找原因，再談用藥。
5. 環境與流程的調整，常比藥物更有力。
6. 冷漠不等於憂鬱，處理方式完全不同。
7. 走失與跌倒，都是可以事前預防的。
8. 吃得安全、舒服，有時比「吃得多」更重要。
9. 照護策略要隨病程「隨時換檔」。
10. 撐不住不是失敗，是求救訊號；照護者被照顧，病人才會被照顧。



「先撐住照護者，才能撐住病人。」

尋求專業協助，建立您的支持網絡。這條路很長，但您不需要一個人走。