

失智老人需要妥善照護

健保宜納入周全管理

文／神經部 神經檢查室 主任 劉崇祥

大多數有慢性病的老年人都合併罹患數種慢性病，根據統計，一名病人在1年內通常會因3至7種不同的病症接受治療；大約50%的成年人有一種慢性病，其中80%有超過一種以上的慢性病。病症多，就醫頻率增加，健保開銷自然隨之升高。

一般醫療照護機構對自己所照護病人合併症的特性，以及合併症所造成的醫療資源耗用情形，均無詳細研究。2003年Barbara Starfield等人曾提出合併症對於基層醫療的影響，而國內對類似的研究明顯不足。老年人口逐年成長，緊接而來的是一連串與老人醫療相關的問題，其中最不容忽視的疾病之一便是老年失智症，失智症帶給整個社會與家庭在精神及財力上極大衝擊，更糟糕的是醫界至今仍無法治癒它。

失智症危險因子已確認

在失智症的診斷類別中，以阿滋海默症（dementia of the Alzheimer type）及血管性失智症（Vascular dementia）占最多數。失智症流行病學的發展，已確認了各類型失智症的危險因子，最近諸多研究顯示造成血管性失智症的危險因子很可能也會使得阿滋海默症惡化；動脈硬化的危險因子如高血壓、糖尿病、高血脂、心血管疾病、腦血管疾病

等，對於阿滋海默症的惡化也有影響。另一解剖研究顯示，60至90%的阿滋海默症有血管內皮的變性，以及側腦室周圍白質的血管病變。並且，針對腦血管性失智（VaD）患者死亡後的解剖，有3/1出現了阿滋海默症型的病理報告。因此，血管性失智症和阿滋海默症兩者在臨床上及病理學上的界線很難清楚劃分。

Rotterdam大規模的流行病學研究顯示，不僅動脈硬化患者如果頸動脈內膜肥厚或有斑塊，罹患血管性失智症的危險性高，阿滋海默症患者併有動脈硬化的危險程度也偏高。阿滋海默症不僅在小梗塞，包括側腦室周圍白質的血管病變頻度也偏高；合併腦梗塞比沒有合併腦梗塞的病人，失智機率較高；老人若曾腦中風，比起沒有中風的老人，失智進展較快。因此，腦血管障礙也可能是阿滋海默症失智的最終加害者。至於無症狀腦梗塞和阿滋海默症並存的可能性，以及與失智惡化的關聯性，都有必要進一步探討。

血管病變與失智症有關

黃正平（2005）分析台北榮總近5年來，收治的100名65歲以上、罹患老年精神疾病住院的患者，發現半數以上屬器質性精神病，其中3/1罹患失智症，這些失智症病人中又有20%屬於阿滋海默症，7%為血管性失智症與其他混合型痴呆症狀。在黃正平的研究中顯示，器質性精神病多由其他疾病誘發，他統計研究對象罹患的十大合併症，依序為高血壓（60%）、腦中風等腦血管疾病（33%）、前列腺疾病（26%）、糖尿病（20%）、白內障（15%）、冠狀動脈疾病（12%）、阻塞性肺病變（10%）、胃

潰瘍（7%）、退化性關節炎（7%）、痛風（6%），其中，血管疾病就占了4項。另有研究報告指出，血管疾病與失智症有密切關係，可見在影響失智症的族群中，血管疾病是值得探討的危險因子。

失智症的疾病嚴重度及病程的惡化與動脈硬化具有高度相關性，當世界各國紛紛對於失智症的危險因子與醫療資源耗用提出研究報告時，我國在這方面似乎做得太少，實有必要著手了解失智症病人使用醫療服務的狀況，以及是否會因疾病特性、病人特質與治療方式而有所差異，作為臨床處置及醫院經營管理的參考。

失智症治療宜論質計酬

世界先進國家對於醫療成本及資源耗用高的疾病，例如糖尿病、高血壓、癌症、躁鬱症等慢性疾病，都會選定疾病管理的方法來加強費用控管，中央健保局有鑑於此，於民國90年10月及11月先後將子宮頸癌、肺結核、乳癌、糖尿病、氣喘等5大疾病納入以論質計酬的包裹給付方案，鼓勵醫療院所採用包醫制，亦即給付方式由過去的論量計酬，轉為論質計酬，進行以結果為主的個案追蹤管理，但嚴重性不容小覷的失智症至今卻仍被排除在此一方案之外。

從研究中得知，失智症患者的動脈硬化相關合併症越多（包括第二型糖尿病、高血壓、血脂異常、心血管疾病與腦血管疾病），醫療資源耗用程度越大，衛生主管機關應重視失智症問題，以政策引導醫療提供者發展全人疾病管理，預防與定期追蹤相關合併症，使患者得到更周全的照護和關心。🌐