

# 我的長輩精神錯亂了嗎？

## 漫談老年人的譫妄

林口總院精神科 李淑花·莊永毓醫師

親人，弄不清楚白天或是黑夜，不知道自己身在何處等），情緒變得容易激動，睡眠——清醒週期混亂（白天嗜睡，晚上精力充沛；或是幾天不睡覺，之後又連睡好幾天），甚至常常伴隨著妄想（例如相信有人要害他）、幻覺（通常是活靈活現的視幻覺，例如看到動物、昆蟲在房裡出現、看到未曾到訪的親友）等。而其病程通常是時好時壞，可能在一天之中，有時清醒有時又變得迷迷糊糊。由於其症狀的發生經常是非常突然的發作（這點可以與失智症作區別），症狀的表現相又當劇烈，因此家人會擔心長輩是不是「精神錯亂」了。

發生譫妄的原因是因為身體健康發生異常，導致大腦功能發生混亂。在老年人，由於大腦功能狀態較差（或許原本就有失智症），以及常常有多種身體疾病，是發生譫妄症狀的高危險群。所以當譫妄的症狀產生時，必須儘速就醫，盡快找到身體異常狀況的病因，以對症治療，避免潛藏的身體疾病惡化，危及生命安全。

### 流行病學研究

譫妄是綜合醫院老年病患精神科照會中，最為常見的診斷，但是一開始常被誤認為是精神疾病而轉介到精神科，因此對

譫妄的症狀保持警覺性，以早期診斷是非常重要的。

其他各科醫療人員常用的其他名詞包括急性精神病狀態(acute psychosis)、急性混亂狀態(acute confusional state)、加護病房症候群(ICU syndrome or ICU psychosis)、代謝性腦部疾病(metabolic encephalopathy)、中毒性腦部疾病(toxic encephalopathy)、急性腦衰竭(acute brain failure)等，各種不一致的名詞。不恰當的名詞除了將病因指向環境因素，而忽略內在的生理因素之外，診斷上的分歧造成在流行病學研究方面的困難。又如譫妄是一暫時急性發作的症候群，因此易被忽略或被解釋為病患不合作的干擾行為，及情緒不穩等，甚至延誤治療。發生率與盛行率的結果會因不同的年齡與病房單位而定，老年族群、加護病房、多種藥物使用、多重生理疾病、腦傷等是發生譫妄的危險因子。

### 臨床特徵

典型的譫妄其症狀的發生，通常是數小時或是數天內突然快速發作，特別是在晚上症狀更加劇。如腦部受傷或是手術後導致的譫妄通常是立即發生，然而感染或

譫妄(delirium)是一種急性發作的症候群，特徵為意識清醒程度降低，注意力不全，有時定向感差(例如認不得自己的

是代謝異常的譫妄則是逐漸發生。個案在出現譫妄之前，也可能出現臨床診斷標準下(subclinical)的症狀，如不安、焦慮、易怒、注意力不集中、睡眠障礙等前驅症狀。

## 症狀分類

根據症狀將譫妄分為三種型態：

1. 活動力低(hypoactive type)。
2. 活動力高(hyperactive type)。
3. 混合型態(mixed type)。

即使在活動力低的型態中不會觀察到躁動不安，或是精神病症狀，認知功能損傷會出現在所有型態的譫妄中；而且活動力低型態的譫妄預後較差。

## 病程

譫妄在時間與病程進行上具有兩項特點：

1. 突然／急性症狀發作(sudden/acute onset)。
2. 病症起伏不定(fluctuation)。

有時對於本來患有失智症者或是慢性腦部疾病的病人，在譫妄急性發作時不易確認，但是漸行性行為改變或症狀忽然惡化的現象可作為鑑別診斷的參考。病症起

伏不定(fluctuation)為一常見的情形，可能在病程中出現短暫意識清醒片段；然而在晚上症狀通常會更加惡化(sundowning syndrome)。

## 認知功能障礙

認知功能障礙損傷包括：

1. 注意力不集中，可能反應出合併著前額葉、顳葉及大腦皮質以下功能障礙。
2. 記憶障礙包括短期及長期記憶障礙。部份由譫妄中復原的個案對整個病程呈現失憶狀態，有些對於某些經驗具片段記憶或是如夢境般朦朧的感覺。
3. 失去定向感是指個案對於時間、地點、人物失去定向感，在譫妄症狀中是常見的。初期是對時間失去定向感，病人無法知道正確時間或是這一兩天內發生的事情，接著是對地點失去定向感，如將醫院當成是自己的家；更嚴重時是對失去人物定向感，甚至不認得家人等。

4. 視覺組織功能(visuoconstructual function)會受損，以致無法複製簡單的幾何圖形或完成畫鐘測驗(draw-a-clock)。

5. 其他認知功能障礙包括抽象思考、語言流暢性、判斷力都會受影響。

## 思考與語言障礙

譫妄經常會併有混亂的思考形式，嚴重性可由迂迴至思考鬆散等。語言障礙的表現在說話的速度、音量、邏輯性等。症狀包括不語、自言自語、語無倫次、答非所問；重複或猶豫不決等。

## 知覺障礙

譫妄經常會併有錯覺或幻覺，可表現於視覺或聽覺上；特別是以視覺為主，體幻覺、味幻覺、嗅幻覺等較少見。錯覺方面，病人會誤以為牆上的污點是爬行的蟲，床單上的縐折是蛇等。幻覺的發生率為40%至50%，可能同時合併多種幻覺，內容是多變性，威脅性的；症狀通常是短暫性的，於夜間發作或是惡化。病人可能表現出對外界環境漠不關心，或是出現追逐、逃跑等行為障礙。

## 精神行為(psychomotor)障礙

許多譫妄的病人精神行為(psychomotor)會有所改變，可能為活動力低(hypoactive)與活動力高(hyperactive)或混合型(mixed type)。活動力低的病人表現出表情淡漠、不語、

意識不清或是嗜睡，通常容易被忽視延遲或被誤診為憂鬱症。活動力高的病人表現出明顯的心理行為症狀、不安及過度警覺等，比較容易被察覺。

### 1. 睡醒週期障礙(sleep-wake cycle disturbance)

睡醒週期障礙在譫妄的病人中是常見的，症狀表現可能為失眠或24小時睡醒週期完全混亂狀態，在夜晚時，外界刺激少，更易造成定向感失常與妄想。治療上重建正常日夜睡醒週期是很重要的。

### 2. 妄想

妄想會發生於20%譫妄的病人，內容以被害妄想最常見，會隨著內在及外在刺激影響而變換，較不會有系統性妄想。被害妄想會導致病人相信對週遭的人欲傷害他，如家屬、醫療人員、甚至其他病人等，因此而產生激動暴力的行為。

### 3. 情緒障礙

譫妄病人的情緒表現可能為快速的情緒波動，此為器質性精神病的特徵。情緒上的表現包括焦慮、恐慌、害怕、忿怒、傷心、淡漠。第一線醫療人員可能只注意到病人的情緒變化而忽略進行中的譫妄，因此導致錯誤的以憂鬱症或人格違常的原因照會精神科。在過去的研究中，精神科

照會個案裡，原科診斷為憂鬱症者，其中23%其實為譫妄。

## 神經學的異常

神經學的異常中並無任何特殊專一性，無法保持固定姿勢之能力、運動失調、顫抖等。特別是毒性或代謝原因導致的顫抖，一般發生於動作中，靜止中則無此現象。顫抖的形式可能暗示內在的生理問題；有學者指出譫妄是大腦功能不足症候群，因代謝異常而臨床表現出認知功能受損，在生理上表現腦波變慢。肝病變腦部症候群(hepatic encephalopathy)典型的腦波為triphasic delta wave, low-voltage fast activity 與活動力高(hyperactive type)的譫妄有關。

## 診斷

診斷包括兩項步驟：

1. 了解譫妄的症狀。
2. 探索導致譫妄的原因。

對此臨床症狀的了解，包括病患基本資料、病史、臨床症狀觀察與及完整的心理、生理評估，此外檢查者需作較完整的認知功能的檢查，以確實診斷。最重要的是注意最近病人的行為、認知功能、知

覺、定向感、注意力是否異常，睡醒週期混亂，症狀起伏不定，或有短暫的意識清醒。認知功能的檢查包括注意力、專注力、短期及長期記憶、視覺結構能力、抽象思考、語言功能等。

診斷的主要準則除了依據精神科診斷準則，其他認知功能的檢查(如Mini-Mental State Exam)也可測出譫妄的某些症狀，但無法區別出譫妄與失智症。有數種測驗工具可用來篩選譫妄及評估症狀的嚴重度，The delirium rating scale and the confusion assessment method 是近期以來發展的測驗工具，譫妄量表(Delirium Rating Scale, DRS)，需由精神科醫師來施測，是目前最廣泛使用的評估工具。

實驗室檢查為輔助診斷譫妄與追究可能導致因子的工具，但是即使無明顯實驗室檢查結果異常，也不能排除譫妄的診斷。

## 鑑別診斷

譫妄的鑑別診斷範圍很廣，意識不清狀態特別是在重症及高齡患者中通常有多重因素。過去的研究指出，老年譫妄個案中有單一因素者佔56%；另外44%的患

者，則有平均2.8個因素，因此需仔細評估多種可能性。

實驗室及影像學的評估分為兩階段式：

**1. 基本檢查：**對譫妄作基本評估，包括生化、血液、血清、尿液、心電圖、X光、腦波、腦脊髓液與藥物篩檢等要強調的是並非所有的病人都做上述所有的檢查，而是依病人的年齡、危險因子決定。

**2. 進階檢查：**則是針對特別個案執行。腦部電腦斷層檢查(Brain CT)、核磁共振造影檢查(MRI)、腦脊髓液檢查，對於免疫力缺失的個案是特別重要的，如接受器官移植者與愛滋病患者。

臨床上常見造成譫妄的原因，除了身體疾病以外，藥物也是可能的因素。

## 治療

譫妄的治療有兩個重點：

**1. 治療造成譫妄的原因：**此點攸關病患的存活，及早找出及治療導致譫妄的因素，可降低死亡率。

**2. 控制行為障礙：**可藉由藥物降低精神行為異常症狀、不安與失眠，以避免病患因為行為障礙，而出現危及自身安全或傷害他人的情形。

由於譫妄的出現，會使患者死亡率增高，因此適當的處理是非常重要的。病患需安置於靠近護理站，以便觀察病情進展，及控制危險性行為，如爬出床欄、拔掉注射線等。須有生命徵兆監視系統、體液進出監測、氧氣供給等設施，而且需隨時監測。停止非必須的用藥，避免多重藥物的使用。

必要時，例如當患者出現激動不安等行為障礙，或是嚴重的幻覺、妄想，而導致病患有安全上的顧慮時，可以使用低劑量的抗精神病藥物。

對於鎮定劑、酒精戒斷引起之譫妄，則應該使用Benzodiazepine (BZD) 來治療。但是BZD的鎮靜作用及對認知功能的影響，會惡化病患的清醒程度與行為障礙，因此除了鎮靜安眠藥物以及酒精戒斷引起之譫妄以外，並不建議單一使用BZD來治療譫妄。

環境調整也有助益，醫療人員及家屬需一再提醒(re-orient)病患時間及地點，如放置時鐘、日曆、以及病患熟悉的物品。精神上的支持是很重要的，教育家屬、幫助病患瞭解當時不尋常的經驗，讓他們知道這是短暫性，且在生病住院中的病患是常見的。

## 預後

譫妄的臨床結果是多樣化，包括完全康復、進行至木僵狀態(stupor)、昏迷不醒、慢性器質性腦症候群，甚至死亡等。大部份譫妄個案經積極治療後可完全康復。相較於活動力高(hyperactive type)與混和型(mixed type)型態類別，活動力低(hypoactive type)的個案認知能力損傷最為嚴重，預後最差。

## 結論

譫妄是老年常見疾病症候群。它的發生意謂著身體疾病正在進行或惡化中，需仔細查證並治療，以減少併發症與死亡。家屬以及第一線的醫護人員應了解譫妄症狀並保持警覺性以作緊急的處理。✕

## 快訊

本刊於日前已登上全球資訊網，並全新改版，民眾可透過網路(Internet)查詢長庚醫訊86年9月以後的內容，歡迎大家上網瀏覽。長庚醫訊的網址：<http://www.cgmh.org.tw/new1/medi-inform.htm> ✕