

失智症之重點回顧

梁家欣¹ 程蘊菁² 陳人豪^{1,3}

¹ 臺大醫院 老年醫學部

² 國立臺灣大學公共衛生學院 流行病學及預防醫學研究所

³ 臺大醫院 內科部

摘要

隨著全球人口老化，失智症人口快速增加。失智症並非正常老化的現象，而是一種疾病。失智症的特徵是漸進性認知功能減退，包括記憶力會受到影響，並且其症狀會使一個人正常生活的能力受損。包括台灣在內，全球在照顧失智症患者所需的成本日益增加。早期診斷失智症在失智症照護上為重要的一環，然而診斷失智症經常是困難的，尤其在失智症早期。美國精神醫學會於2013年所出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版中，將失智症更名為重度神經認知症 (major neurocognitive disorder)。在其診斷標準中，認知功能要有至少一項以上衰退，包括整體注意力、執行功能、學習能力、記憶力、語言功能、知覺動作功能或社會人際認知等。目前沒有任何藥物可以治癒已經失智症患者受損的大腦，但治療仍對患者的認知功能及行為症狀有助益。失智症的治療包括藥物治療和非藥物治療，治療的主要目標是延緩疾病的進展或改善症狀。此外，減輕照顧者的負擔及增進其生活品質亦很重要。

關鍵詞：失智症 (Dementia)
神經認知症 (Major neurocognitive disorder)

前言

隨著全球人口老化，失智症人口快速增加。在世界衛生組織於2012年4月發佈的全球失智症報告中¹，估計2010年全球有3560萬的失智症患者，以每年增加770萬人的速度成長，即約每4秒鐘就有一名新罹病者。全球每年花費在失智症的相關支出高達6040億美元(約台幣20兆元)。在高所得國家中，失智症的支出有45%用於非正式照顧，40%用於正式社會照顧，而直接的醫療支出僅佔15%。低收入及中低收入國家直接社會照顧支出較少，以非正式照顧(例如家人

提供的無償照顧)支出為主。台灣失智症的盛行率隨著年齡的增加而遞增，台灣失智總人口在2011年時估算就已超過19萬人²，其中失智症老人(65歲以上)超過17萬人，預估到2056年失智人口將達72萬人。依據衛生福利部委託台灣失智症協會進行2011至2012年底的全國失智症盛行率調查結果顯示，台灣老年失智症盛行率約5%。另外，衛生福利部2004年的統計資料顯示，台灣失智症盛行率於安養機構為26.8%、養護機構為61.8%、護理之家為64.5%³。另外，2000年針對台灣地區老人失智症經濟成本的研究指出，台灣輕度失智症直接醫療成本每人每

年約4萬元，中度及重度約5萬元，但是輕、中、重度失智症間接成本每人每年分別高達約16~42萬元，這代表間接照護成本隨著疾病惡化而大幅成長⁴。對於人口快速老化的台灣，照顧失智症病患所需的成本日益增加，這將會是下一代非常沉重的負擔。

失智症並非正常老化的現象，而是一種疾病。失智症病人不只有記憶力的減退，還有注意力、語言能力、抽象思考能力、空間感、計算力、判斷力、行為情緒控制能力等功能會受到影響，且容易出現譫妄症、幻覺或干擾行為等症狀，這些症狀會隨著嚴重程度的不同而影響工作、社會人際關係及日常生活功能。失智早期的表現可能只有記憶力較差，常找不到東西或放錯地方，漸漸可能會出現明顯的記憶力衰退，無法處理複雜的工作或解決問題，減少以前喜歡的休閒活動，情緒起伏較大，甚至會出現多疑或無故發脾氣亂罵人等症狀。

失智症的種類

失智症可依病因分為退化性、血管性及可逆性失智症。退化性失智症包括阿茲海默症 (Alzheimer's disease)、額顳葉型失智症 (frontotemporal lobe dementia) 和路易氏體失智症 (dementia with Lewy bodies)。阿茲海默症是最常見的失智症，為兩種以上進行性不可逆的認知功能障礙，早期病徵主要是記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，腦部主要病灶以侵犯海馬迴為主，其病理變化包括異常老年斑 (senile plaques) 及神經纖維糾結 (neurofibrillary tangles)。路易氏體失智症是第二常見的退化性失智症，除了認知功能障礙外，在疾病早期可能出現身體僵硬、手抖、步態障礙和跌倒的現象，且有比較明顯的精神症狀 (例如視幻覺或聽幻覺、情緒不穩或疑心妄想等)。額顳葉型失智症的特徵為早期出現人格變化和行為控制力的喪失，常有不合常理的行為舉動，或早期出現語言障礙等，其病灶主要以侵犯額葉及顳葉為主，平均好發年齡為50歲之後。血管性失智症是造成失智症的第二大原因，因為腦中風造成腦部血液循環不良，導致

腦細胞死亡造成智力減退，分中風後血管性失智症 (post-stroke vascular dementia) 和小血管性失智症 (dementia with small vessel diseases)，早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態障礙與精神症狀。中風病人若存活下來，每年約有5%病人會產生失智症，五年內得失智症之機率約25%。帕金森病 (Parkinson's disease) 病患得到失智症的危險性是一般同齡者的6倍⁵，帕金森失智症 (Parkinson's disease dementia) 發生的主要危險因子包括老年人、帕金森病發年齡較大、較嚴重的帕金森症狀 (尤其是僵硬、步態障礙)、男性、輕微認知障礙、部分精神症狀 (例如：憂鬱、幻覺、妄想)。此外，失智症可能是由某些疾病 (表一) 所造成，經過治療之後可能有機會可以恢復，這類型失智症屬於可逆性失智症。有時失智症病患會同時有兩種或以上的病因，最常見是阿茲海默症與血管性失智症並存 (又稱為混合型)。

失智症的症狀

失智症治療的重點在於早期診斷，然而每位病患的早期症狀會有所不同，且失智症本身是一種緩慢進展的疾病，有時與正常的老化難以區分。為了讓民眾和醫師早期診斷失智症，美國失智症協會 (Alzheimer's Association) 提出了失智症十大警訊作為參考，希望可以早期診斷和治療失智症以延緩部分症狀惡化 (表二)⁶。

失智症的病程一般分初期、中期和後期，失智症患者從發病到死亡，一般病程約8到10年，部分甚至長達15年。初期失智症患者的症狀通常不太明顯，常被他人疏忽而延誤就醫，病患對近期發生的事健忘，不能學習新的事，在不常去的地方容易迷路，開始不愛出門，對日常生活嗜好及活動缺乏興趣。中期失智症患者的記憶力變得日趨嚴重，無法自己出門購物或使用交通工具，只可在家做簡單的家務，很多事情都需要別人監督，有時甚至會日夜顛倒、突然發怒、出現幻覺或其他精神困擾，接著逐漸失去閱讀及語言能力。後期失智症患者的記憶喪失嚴重，無法獨立完成家務或解決問題，在公共場所有時會出現不適當的行為，大小便

失禁，可能會有吞嚥困難而依賴鼻胃管餵食，生活無法自理，功能下降而需要別人照顧。失智症病患的認知障礙或精神症狀常造成行為問題，常見有症狀包括錯置物品、藏物、漫遊、反抗敵對、囤積物品、停止服藥、不適當的飲食、社交功能衰退、不正常的性行為、重複問相同的問題、重複的行為、日落症候群、好鬥性、翻尋、跟隨、依賴等，時常造成照顧者的壓力及負擔。

危險因子

失智症的危險因子包括年紀較大、失智症家族史、心血管疾病、高血壓、糖尿病、腦損傷病史、酗酒、教育程度較低、憂鬱或其他腦部退化性疾病(例如帕金森病)等。少數退化性失智症與基因遺傳有關，目前與阿茲海默症相關的基因包括脂蛋白E (apolipoprotein E) 基因、類澱粉前趨蛋白基因(amyloid precursor protein)、presenilin-1、presenilin-2 和 Tau 蛋白基因等，其中脂蛋白基因與阿茲海默症相關性最高。若帶有一個脂蛋白E4基因，阿茲海默症的危險率增加2-3倍，若帶有兩個脂蛋白E4基因，危險率增加至15倍⁷。

表一：可逆性失智症

營養失調	維他命 B12 缺乏、葉酸缺乏
顱內病灶	常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷
新陳代謝異常	甲狀腺功能低下、電解質失調
中樞神經系統感染	梅毒、愛滋病
中毒	藥物、酗酒

表二：失智症十大警訊

1. 記憶減退影響到生活和工作
2. 無法勝任原本熟悉的事務
3. 言語表達出現問題
4. 喪失對時間、地點的概念
5. 判斷力變差、警覺性降低
6. 抽象思考出現困難
7. 東西擺放錯亂
8. 行為與情緒出現改變
9. 個性改變
10. 活動及開創力喪失

常用的失智症評估工具

臨床及研究上用來評估失智症的工具相當多，以下介紹常用的幾項工具。

1. 簡易智能狀態檢查 (Mini-Mental State Examination, MMSE)：最常使用的失智症評估工具之一，評估項目包括定向感(時間與地方)、注意力與計算能力(訊息登錄與系列減7)、記憶力(短期記憶)、語言(讀、寫、命名、理解)、建構力(視覺繪圖)等功能，分數從0(最差)至30(最好)。除了命名和登錄外，簡易智能狀態檢查上的其他項目都會受到教育程度的影響⁸。若受檢者的教育程度為國中以上，其分數低於24分可能表示受檢者有認知功能異常，小學程度者則為21分，未受教育者則為16分。

2. 臨床失智評估量表 (Clinical Dementia Rating, CDR)：針對阿茲海默症患者日常生活與認知功能作整體性評估的量表，是評估失智症嚴重程度的主要工具之一。臨床失智評估量表包含6個功能項目：記憶、定向力、判斷與解決問題、社區事務、家居與嗜好、個人照料。對上述的6個功能項目，分為0-3的5個不同功能程度：0代表健康(health)，0.5代表疑似或輕微障礙(questionable)，1代表輕度障礙(mild)，2代表中度障礙(moderate)，3代表重度障礙(severe)。

3. 老人認知功能減退知情者問卷 (The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE)：針對病患最近10年來的智能變化情況評估，最大的好處是不受教育程度、性別或職業的影響。針對教育程度差異甚大的族群，IQCODE比MMSE更為合適作為一篩檢工具⁹。

4. 阿茲海默氏病量表 (Alzheimer's Disease Assessment Scale)：輕到中度阿茲海默症的標準量表，台灣版的阿茲海默症量表將原版中的語言記憶，改成視覺記憶，所以也適用於沒有接受過教育的老年人¹⁰。

5. 智能篩檢測驗 (Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)：結合了簡易智能狀態檢

查和日本常用的長谷川氏量表 (Hasegawa Scale) 所發展出的失智症量表，所評估的認知領域較多，共有 20 個項目，總分 100 分，可以計算出下列 9 個認知向度 (cognitive domain) 的分數，包括長期記憶、短期記憶、注意力、集中及心算力、定向感、抽象推理、語文能力、空間概念與構圖，以及思考流暢度¹¹。

失智症的診斷

目前臨床上對於失智症的診斷，主要是根據美國精神醫學會 (American Psychiatric Association) 所制定的精神疾病診斷與統計手冊第四版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV) 中之診斷準則。此診斷準則中，除了記憶力缺損之外，還需包括語言表達與理解、對熟悉人事物的辨識、物品操作與動作表現、與執行功能等一項以上的認知功能缺損。當上述的功能缺損足以影響其日常生活或職場的表現，並與其先前的能力比較有確實的減退，且患者不是處在譫妄的狀態，才能診斷為失智症。美國精神醫學會於 2013 年所出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版 (DSM-V)¹²，其中在失智症的章節有兩個重大的改變。第一，在 DSM-V 中將失智症 (dementia) 更名為神經認知症 (neurocognitive disorders, NCDs)，NCDs 又再細分為重度神經認知症 (major neurocognitive disorder, major NCD) 和輕度神經認知症 (mild neurocognitive disorder, mild NCD)；第二，記憶力變差不再是診斷失智症的必要條件，只要有一項以上的認知功能障礙，包括整體注意力 (complex attention)、執行功能 (executive ability)、學習能力 (learning)、記憶力 (memory)、語言功能 (language)、知覺動作功能 (perceptual-motor) 或社會人際認知 (social cognition) 等，即可診斷為失智症。重度神經認知症和輕度神經認知症最主要的差別在於認知功能下降程度是否嚴重到足以影響日常生活功能，如果有影響到日常生活則屬於重度神經認知症。

另外，國家神經與溝通疾病暨腦中風 (National Institute of Neurological and Communi-

cative Disorders and Stroke, NINCDS) 與阿茲海默症暨相關疾病協會 (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, ADRDA) 於 1984 年提出的阿茲海默症臨床診斷標準¹³，其內容包括以記憶為主並且有其他認知功能障礙，病情緩慢進展且持續惡化，而且要排除其他可能造成失智症的病因。過去研究顯示此診斷準則對阿茲海默症的敏感性約 81%，特異性約 70%¹⁴。在過去，失智症重視的是臨床病理的部分，但後來發現臨床和病理不一定相關，有的病人腦部有廣泛的類澱粉蛋白斑塊，但臨床一點症狀也沒有¹⁵。後來美國老化研究所 (National Institute on Aging, NIA) 與失智症協會於 2011 年重新訂定失智症的診斷標準 (NIA-AA diagnostic criteria)¹⁶，其內容如下：

1. 症狀影響到日常生活和工作
2. 無法勝任原本的工作或熟悉的事物
3. 症狀無法用譫妄或精神疾病來解釋
4. 以問診或認知檢測量表評估有認知障礙
5. 認知或行為異常至少兩項：
 - (1) 無法學習新事物
 - (2) 無法分析或處理複雜的事
 - (3) 視覺空間障礙：如無法認人
 - (4) 語言障礙：如閱讀、寫字或講話
 - (5) 個性或行為改變

在評估任何懷疑失智症的患者時，應該詳細詢問相關病史、過去病史、家族史、用藥史等。過去病史包括高血壓、糖尿病、高膽固醇、心臟病、腦中風、頭部外傷等失智症危險因子，家族史包括一等親或直系親屬有無失智症或腦中風。此外，應了解發病前的認知與社會功能 (母語、教育程度、過去的主要職業)、目前與誰同住、主要照顧者或可能的主要照顧者，家庭照顧資源等。病患的用藥也應詳細評估，抗膽鹼激性藥物 (anti-cholinergics)、安眠藥或抗精神病藥物等都有可能引起認知功能障礙。

在身體檢查與神經學檢查方面，主要目的在尋找是否存在增加失智症發病機會的疾病，例如、心律不整、心雜音、頸動脈雜音、周邊動脈硬化等心血管病變病徵，以及可能會引起或加重失智症的身體病況，例如視力不良、聽

力異常、甲狀腺功能低下、貧血、肺炎、發燒、脫水、肝功能異常、腎功能異常、心臟衰竭等。神經學檢查的目的則在發現其他合併失智症症狀、椎體外運動系統或自主神經系統功能障礙之相關神經疾病，例如腦室積水、帕金森失智症、皮質基底核退化症、進行性核上麻痺症、維生素B12或葉酸缺乏所引起之亞急性合併退化症(subacute combined degeneration)、多重系統退化症，以及可能造成各種局部神經病徵的腦血管病變。其中與失智症照護和預後關聯性最高的吞嚥困難、步態障礙更是神經學檢查注意之重點。

實驗室檢查包括全血球計數、生化學檢查(肝、腎功能)、甲狀腺功能、維他命B12和葉酸濃度、血清梅毒試驗等。在血管性失智症患者則需檢查心血管危險因子，包括血糖，血脂、心電圖、頸動脈超音波等。在梅毒血清試驗陽性反應的患者需進一步排除神經性梅毒，或懷疑失智與中樞神經系統感染有關者(例如腦炎、腦膜炎)，才會實施腦脊液檢查。在影像學檢查方面，可安排頭部電腦斷層或腦部磁共振造影，來排除其他可以治療或可以控制的失智症病因，例如腦中風、水腦症、腦瘤、硬腦膜下血腫等結構性病變，同時可提供局部腦萎縮所造成的失智症(例如額顳葉型失智症)的診斷參考。

失智症的診斷需考慮病人的症狀及徵候，如有明顯的視幻覺要考慮帕金森病，睡眠時快速動眼期異常常見於路易氏體失智症的病患，腦部影像檢查出現腦部血管疾病或腦中風病史的病人要考慮血管性失智症，疾病早期主要以行為或語言障礙表現的人則要考慮額顳葉型失智症，認知障礙在幾星期或幾個月內快速惡化要注意是否為腫瘤、其他代謝性疾病或普利昂病(prion disease)所引起。

失智症的治療

失智症患者需要家人更多的關注及醫療團隊長期的治療。目前沒有任何藥物可以阻止或治癒已經失智症患者受損的大腦，但有治療可延緩疾病的進展或改善症狀。失智症的治療包

括藥物治療和非藥物治療，治療的主要目標是增進患者的生活品質與減輕照顧者的負擔。

阿茲海默症的藥物治療包括膽鹼酶抑制劑及N-methyl-D-aspartate (NMDA)受體拮抗劑，其他藥物包括抗精神病藥物(antipsychotic)、抗憂鬱藥(antidepressant)等，可用來改善患者的精神行為症狀。臨床常用的膽鹼酶抑制劑包括donepezil、rivastigmine、galantamine，適用於輕度至中度阿茲海默症，其可能的副作用有噁心、腹瀉、厭食、頭痛、嘔吐等。NMDA受體拮抗劑(如memantine)，對中、重度阿茲海默症較為有效，其副作用包括眩暈、躁動、尿失禁、失眠、嗜睡、厭食、頭痛或腹瀉等。健保局目前的藥品給付規定，對於初次使用的病患，神經科或精神科醫師需事前申請經健保局核准後方得使用此類藥品；而對於續用的病患，則需在使用後每6個月重新評估，由專科醫師以簡易智能測驗或臨床失智評估量表追蹤病患的智能狀態，若測驗結果顯示病患的MMSE較初步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用膽鹼酶抑制劑或NMDA受體拮抗劑。除了藥物治療之外，藉由環境的調整(熟悉、穩定、有安全感的環境)、活動的安排、溝通方式的改變、認知訓練、懷舊療法、亮光、按摩、音樂治療、芳香療法、寵物治療、多感官刺激治療、藝術治療等非藥物治療，也能改善失智患者精神行為症狀。

隨著失智症病情的進展，患者可能會出現失智症之行為精神症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)，包括幻覺、妄想、攻擊、敵意和不合作等。若有上述症狀時，可適時給予抗精神病藥物，如quetiapine、risperidone、olanzapine ziprasidone、sulpiride、clozapine等。這些藥物可能的副作用包括嗜睡、便秘、尿液滯留、血壓降低、顫抖、身體或四肢僵硬等。有時阿茲海默症的病患也會合併憂鬱、煩躁、睡眠障礙等問題，可使用抗憂鬱劑如citalopram、sertraline、paroxetine、fluoxetine、trazodone、imipramine等藥物治療，其可能的副作用包括頭痛、噁心、頭暈、平衡感差等。

另外，額顱葉型失智症的病患乃針對其精神行為症狀治療，可採用抗憂鬱劑或抗焦慮劑等藥物來治療。路易氏體失智症的病患只能症狀治療，使用藥物來控制帕金森症狀和精神症狀。抗帕金森藥物雖可改善顫抖等動作障礙，但可能使精神症狀加劇；抗精神藥物可改善患者精神症狀，但同時可能使動作障礙更加嚴重，所以使用這些藥物時要小心。血管性失智症的治療重點是預防中風的發生以及降低大腦進一步受損，所以主要針對血管危險因子進行控制，例如高血壓、糖尿病、高血脂之治療及抗血栓治療。其他因素導致之失智症的治療重點是找出可逆性病因而加以治療，例如：維他命 B12 缺乏、甲狀腺功能低下等。

失智症的預防

預防失智症的方法包括養成良好的生活習慣和健康飲食，老人牙齒若有缺失應及早補鑲假牙以恢復咀嚼功能，才能正常進食以維持良好營養。有些飲食可以幫助補充大腦營養（例如一些深海魚類）。老人不要吃過多膽固醇、脂肪含量高的食物，應該多吃一些較清淡，維他命、植物纖維以及不飽和脂肪酸含量高的食物（例如新鮮水果和蔬菜）。平時應多用腦思考和閱讀，避免抽菸、過度喝酒，及早治療心血管相關疾病（包括高血壓、糖尿病等），避免腦部外傷，並保持心情開朗，不要壓抑情緒過度憂鬱。

結語

隨著社會的老化，失智症患者日益增加。失智症是一個緩慢惡化的病況，早期症狀可能不太明顯，所以會延誤早期診斷的時機。另外，照顧失智症患者並不容易，需要相當的耐心與愛心。失智症已成為醫療上的重要議題，所有醫療人員及民眾應該對失智症要有相當的了解。

參考文獻

1. Geneva, Dementia: A Public Health Priority. World Health Organization and Alzheimer's Disease International, 2012.
2. The Estimated Report on the Population of Dementia in Taiwan. Taiwan Alzheimer's Disease Association, 2012.
3. Chen TF, Chiu MJ, Tang LY, et al. Institution type-dependent high prevalence of dementia in long-term care units. *Neuroepidemiology* 2007; 28: 142-9.
4. Chou LF, Fu JL, Wang SJ. The economic costs of dementia in Taiwan. *National Chengchi University J* 2000; 82: 1-25.
5. Padovani A, Costanzi C, Gilberti N et al. Parkinson's disease and dementia. *Neurological Sciences* 2006;27 (Suppl 1): S40-3.
6. Alzheimer's Association : 10 warning signs of Alzheimer's disease. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association* 2012;105: 437-44.
7. Blennow K, de Leon MJ, Zetterberg H. Alzheimer's disease. *Lancet* 2006;368: 387-403.
8. O'Connoer DW, Treasure FP, Brook CP, Reiss BB. The influence of education, social class and sex on Mini-Mental State scores. *Psychol Med* 1989; 19: 771-6.
9. Fuh JL, Lin KN. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population. *Neurology* 1995; 45: 92-6.
10. Liu HC, Chuang YY, Lin KN, Fuh JL, Wang PN. The Alzheimer's Disease Assessment Scale: findings from a low-education population. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;13:21-6.
11. Teng EL, Homma A. The Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI): A practical test for cross cultural epidemiological studies of Dementia. *Int Psychogeriatr* 1994; 6:45-58.
12. David JK. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association 2013: 591-644.
13. McKhann GM. Mental and clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 934-44.
14. Knopman DS, Dekosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1143-53.
15. Price JL, Morris JC. Tangles and plaques in nondemented aging and "preclinical" Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 1999; 45: 358-68.
16. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011; 7: 263-9.

Dementia: A Focused Review

Ka-Ian Leong¹, Yen-Ching Chen², and Jen-Hau Chen^{1,3}

¹*Department of Geriatrics and Gerontology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan;*

²*Institute of Epidemiology and Preventive Medicine, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan;*

³*Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan*

As populations around the world are aging rapidly, patients with dementia increase steadily. Dementia is a syndrome characterized by progressive deterioration in cognitive function, including memory, which impairs a person's capacity to function normally. Although dementia mainly affects older people, it is not a normal part of aging. Dementia imposes huge economic burdens worldwide, including Taiwan. Diagnosing dementia is often difficult, particularly in the early stage. However, early diagnosis of dementia is a crucial element in managing dementia. In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), "dementia" in the previous edition was replaced by "major neurocognitive disorder". The criteria for major neurocognitive disorder include "significant cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition)". Currently, there is no curable treatment for dementia. Pharmacologic and non-pharmacologic treatments may be helpful to both cognitive and behavioral symptoms of dementia. The principal goal of dementia care is to slow the disease progression and improve symptoms. It is also important to reduce the burden of caregivers and thus improve their quality of life. (J Intern Med Taiwan 2014; 25: 151-157)