



巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

巴金森病友憂鬱症的面面觀



台大醫院神經部 余勁毅醫師/吳瑞美醫師

憂鬱症是巴金森病友最常見的精神疾病。對於憂鬱症各方面的影響仍有許多值得深入探討之處，其中包括了要如何診斷一位巴金森病友者是否罹患憂鬱症？有多少比例的巴金森病患可能會遭受憂鬱症的困擾？哪些是罹患憂鬱症的危險因素？而憂鬱症又該如何有效治療等等。今天我們就來和大家談一談「巴金森病友憂鬱症的面面觀」。



盛行率

有多少比例的巴金森病友會罹患憂鬱症呢？其實要回答這個問題並不容易，各家研究所得的數據也不





巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

盡相同。不過目前比較為大家所認同的盛行率約在 43% 左右。在所有罹患憂鬱症的巴金森病友中，「重憂鬱症」約佔一半，另一半則屬「輕憂鬱症 (dysthymia)」。

然而在 Tandberg et al 較深入的研究中所得出的盛行率卻要比 43% 少上許多。他發現在社區裡的巴金森病患中，約有 7.7% 符合 DSMIII 「重憂鬱症」的診斷標準。在他進一步把憂鬱症的症狀根據 Montgomery-Asberg depression rating scale (簡稱為 MADRS) 作程度上的分級後發現，在這些患有憂鬱症的巴金森病患之中，症狀屬於「中重度」者只佔了 5.1%，而有 45.5% 的症狀屬於輕度。再者，他也發現巴金森病友罹患憂鬱症的比例明顯地受到病患認知功能的影響。若以「簡易神智狀態測驗」(簡稱 MMSE) 為標準，在 MMSE 20 分以上的巴金森病患中只有 3.6% 符合「重憂鬱症」的診斷，而分數如果小於 20，則盛行率會明顯增加到 25.6%。



若針對在巴金森的病程中好發憂鬱症的時間作分析，會看到「雙峰」的分佈。第一個好發的時間在病



巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

友剛被診斷出巴金森氏病時，而且和病患左大腦半球的功能密切相關。另一個好發的時間點則在病程的後期，此時和病患的日常生活功能缺損較有相關。此外，也有些證據指出似乎在較年輕的巴金森氏症病患、女性以及在巴金森氏症中以「僵硬」和「動作遲緩」為主要表現者較容易罹患憂鬱症，而以「顫抖」為主要表現者較少得憂鬱症。

究竟哪些是巴金森氏病患者罹患憂鬱症的危險因子呢？尋找這個問題的答案是否能有助於及早預防憂鬱症的發生呢？



危險因子

一般而言，罹患憂鬱症的危險因子包括了年齡、性別、憂鬱症的家族史、和生理上並存的疾病等。這幾個因子可以預測約 75% 的憂鬱症。而就巴金森氏病而言，下列的狀況會增加罹患憂鬱症的機會，包括(1)較年輕的病患(2)處於疾病初期或是末期者(3)病程進展較快者，尤其以第三點最為重要。一般認為，病程進展較快的巴金森氏症患者由於在心理上可能一時無法調適，因而較容易產生憂鬱的症狀。再者，也有許多社會家庭等人際層面的因素會造成不同的影響。例如家庭內是否有足夠的支持、病患對於疾病的認知，





巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

以及對於壓力或疾病的調適能力等，都在在影響著罹患憂鬱症的機率。因此，若是巴金森病友的親友能多給予病患支持和鼓勵，是可以減少其罹患憂鬱症的機率的。

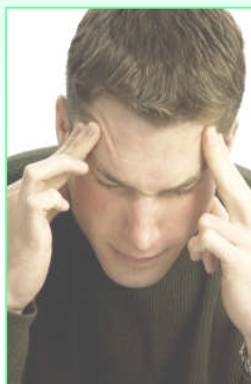


抗巴金森氏症藥物對於情緒的影響



目前學界關於巴金森氏症用藥對於情緒影響的研究眾說紛紜。自左多巴藥於 1970 年代問世以來，陸陸續續就有許多對於情緒影響的研究報告，有些人認為左多巴會加重憂鬱症的症狀，有些人則認為其對減輕憂鬱症有正面的幫助，這些正面的助益有可能是導因於病患運動功能的改善。此外，在多巴胺促效劑方面，也有學者提出保乳調 (bromocriptine) 和協良行 (pergolide) 有可能和憂鬱的症狀有關。至於最近十年來方興未艾的視丘下核深部電極刺激術 (STN-DBS)，也有報導說可能導致憂鬱症的產生。

根據一項研究的結果，在 24 位接受深部電極刺激術的病患中，有 6 位產生憂鬱症的症狀，其中有 5 位出現的時間約在接受手術後的一個月，而這些病患在接受憂鬱症藥物的治療之後大多反應良好。而躁症





巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

和巴金森氏症藥物的關係就較為明確。約有 1.5% 接受左多巴治療的病患會出現躁症的症狀，包括過度樂觀、欣快症(euphoria)等。而保乳調(bromocriptine)和協良行(pergolide)在高劑量時也容易導致躁症的發生。



病態生理

在生理學上，憂鬱症的成因目前已有一個初步的輪廓。目前的研究指出，在巴金森氏症病患腦幹之中，一些分泌特殊神經傳導物質的神經核的退化是造成巴金森病患較容易罹患憂鬱症的主因，包括了分泌多巴胺、血清素、正腎上腺素(norepinephrine)、乙醯膽鹼(cholinergic)等的神經核。其中尤以分泌正腎上腺素的藍斑核(locus ceruleus)最為大家所熟知。這些腦幹的神經核與大腦半球以及掌管情緒的邊緣系統有緊密的連結，若調節情緒的物質因退化而減少，便容易產生情緒低落等憂鬱症的症狀。



診斷上的困難

臨床醫師在診斷巴金森患者之憂鬱症時也常常遭遇一些困難。由於巴金森病友本身就有動作障礙、思考遲緩、睡眠型態、食慾或體重改變等等的表現，而憂鬱症的患者也會有一些上述的「生理症狀」，因此在





巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

套用 DSM-IV(最新的精神疾病診斷依據)時,常會遇到難以判斷這些「生理症狀」是導因於巴金森氏症本身或是憂鬱症的狀況。曾經有些回溯性的研究指出,憂鬱症本身可能是巴金森氏病早期的症狀之一。而更有些研究發現罹患重憂鬱症的患者比其他疾病的患者罹患巴金森氏病的機率要高上兩倍之多。而巴金森氏病患同時罹患憂鬱症的比例也比其他疾病如退化性關節炎或是糖尿病要來的高,這樣的研究結果也進一步證實了巴金森氏病和憂鬱症的密切關係。

再者,常與巴金森氏病並存的失智症也會增加了診斷憂鬱症的困難,因為兩者的表現常有一些雷同之處。失智症患者常出現對日常生活事物失去興趣、沒有元氣、運動功能與思考速度遲緩,以及專注力下降等症狀,而這些症狀看起來會像是得了憂鬱症。而憂鬱症所產生的反應速度變慢 在認知功能測驗時因「興趣缺缺」而導致表現不佳的狀況也容易被誤認為有失智症。而且也有學者認為患有失智症的巴金森病患若不幸又罹患了憂鬱症,其整體的認知功能缺損會變得更加嚴重。而憂鬱症若能適時接受適當治療,病患的認知功能也會有明顯的進步。這些研究的結果也顯示了憂鬱症適切的診斷與治療對於巴金森氏症患者是有多麼重要了。



巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀



治療

憂鬱症的治療可分為藥物治療、電擊治療和心理治療三大類，以下分別簡單的介紹。

藥物治療

在藥物治療上主要以增進腦中單胺類(monoamine)神經傳導物質的藥物為主。由於巴金森氏症的患者因疾病本身或藥物的關係，容易



產生失智症、意識不清或是自主神經功能的障礙。考量到這些可能並存的情形，在抗憂鬱症的藥物中以血清素回收抑制劑(SSRI)最適合巴金森患者使用。和三環類抗憂鬱劑(TCA)相較，這類藥物抗乙醯膽鹼的效果較小，因此比較不會導致妄想或意識不清的情形，姿勢性低血壓的副作用也較低。

此外 Mirtazapine 和 Bupropion 這兩者不屬於 SSRI 或 TCA 的抗憂鬱劑也適合用於巴金森氏症患者，後者據說還有能增進患者精神與元氣的效果呢！但要注意晚上使用時可能會有失眠的困擾。

電擊治療





巴金森氏病的非運動障礙症狀

巴金森病友憂鬱症的面面觀

這項治療常用於精神科對藥物效果反應不佳的重憂鬱症患者。對巴金森氏症而言，除了有治療憂鬱症的效果之外，也有研究指出它可以改善患者的運動功能障礙，如減少「關」的狀態。電擊治療對於憂鬱症的療效通常是短暫的，只能維持約數周，因此患者必須每月接受治療才能維持其效果。可能的副作用包括譫妄和精神病症狀。甚至有些病患在接受電擊治療後會出現異動症，因此有學者建議在接受治療的時期，抗巴金森的藥物劑量須減少約三分之一左右以減少異動症的發生。

心理治療

俗語說「心病尚需心藥醫」。除了藥物治療之外，心理治療的重要性是不可被忽略的。心理治療對於認知功能正常的病患效果更為顯著。透過心理治療，病患可以學習處理壓力和解決問題的方法。透過團體治療和心得交流，病患可以獲得許多心理上的支持和慰藉，這對減緩病患的憂鬱症狀十分有助益。因此我們由衷的期盼，有憂鬱症狀的巴金森病友和其親友能夠透過病友團體和專業心理治療團隊的協助，走出憂鬱症的陰霾，進而以更開朗勇敢的心情，面對巴金森氏病的挑戰。 