

老人精神疾病



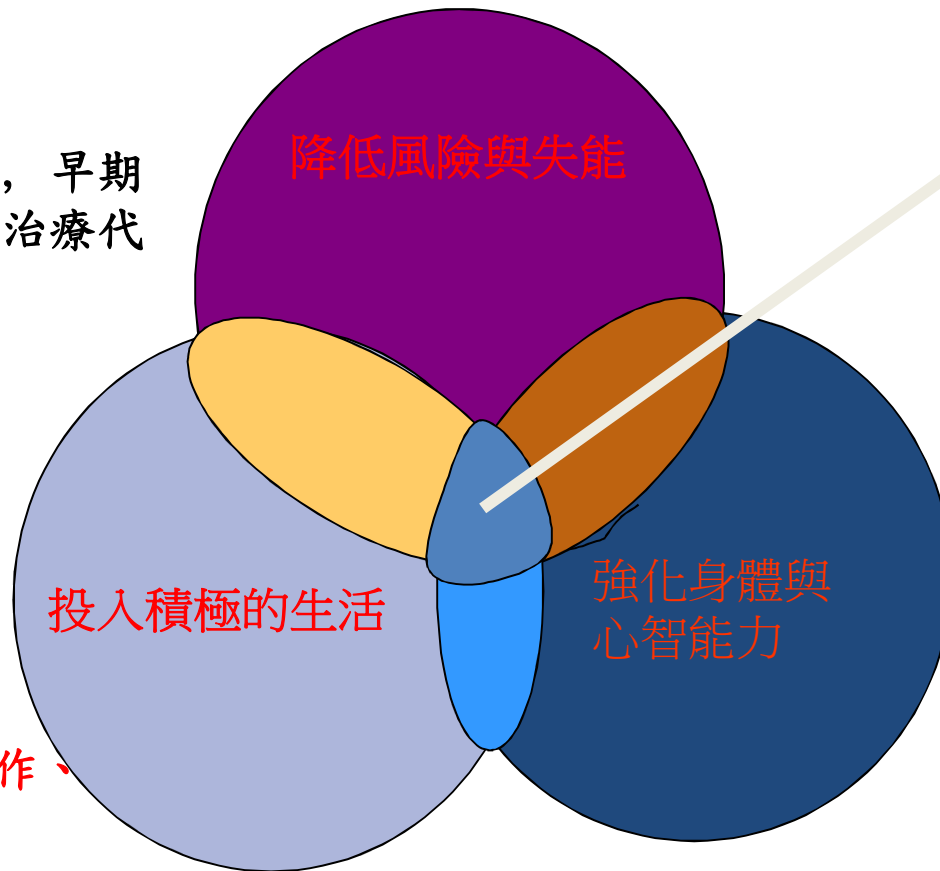
羅東聖母醫院精神科
郭約瑟醫師

良性老化

活力：運動與營養，早期偵測癌症，預防與治療代謝性疾病

愛：社會情緒與功能性支持

成就：生產性工作、志工



良性老化

智慧：認知、學習、問題解決、記憶力（教育、健康、支持、工作、自我效能）

靈性：信仰

台灣高齡化社會的危機

年份	老年人口佔總人口之百分比
1991	6.9
1995	7.3
2000	8.2
2001	8.8
2020	13.7
2030	19.8

需要長期照顧護理者，也由1995年之4.5%增加到公元2000年的5%。目前平均每7.9位生產者撫養一位退休者，預估30年後，每3.8個生產者就要撫養一位退休者，這些數字皆意味著高齡化社會的危機，已經到來。

老年人危機、重要問題及 精神疾患

- **失落**
面臨親友過世、離開工作、健康及經濟失去掌控力
- **孤單**
代表人際網絡的減少
- **尊重降低**
現代社會快速變遷，對老人賦予的價值、尊重及支持少
- 缺乏士氣
- 依賴
- 失志
- 死亡
- **Delirium 譫妄**
- **Dementia 失智**
- **Depression 憂鬱**

老年人之精神疾患

- 老年人精神疾患盛行率
 - 憂鬱症 12-16%
 - 失智症 3-12%
 - 精神病 0.2—0.6%
 - 老年人之其他精神疾患
 - 焦慮症
 - 晚發性精神分裂症
 - 物質使用障礙:安眠藥, 成藥(如:咳嗽糖漿)
- 國內研究顯示一般基層醫療、家醫或內科門診中高達18%有輕重不等的憂鬱症。



憂鬱症－疾病狀態

人際功能障礙(愛)

- 1. 憂鬱情緒:悶悶不樂、面露愁容、哭泣、易怒。
- 2. 生活失去平時的興趣或樂趣、性慾減低。

認知功能障礙(智慧)

- 3. 認知及動作遲鈍:反應遲鈍、記憶力變差、無法專心、猶豫不決、生活懶散、生活及工作能力減退。
- 4. 自責、罪惡感。
- 5. 自殺念頭或企圖。

生理功能障礙(活力)

- 6. 食慾不振或暴食、體重減輕或增加。
- 7. 失眠、經常凌晨醒來或睡眠過多。
- 8. 疲倦及四肢無力。
- 9. 躁動不安、手足無措或破壞攻擊行為。



失能(成就)

當每天持續出現上述症狀中的五種或以上時，且嚴重影響到社會、學業或職業功能等，並持續兩週以上，即可被診斷為重度憂鬱症。

台灣人憂鬱量表

- 1. 我常常覺得想哭
- 2. 我覺得心情不好
- 3. 我覺得比以前容易發脾氣
- 4. 我睡不好
- 5. 我覺得不想吃東西
- 6. 我覺得胸口悶悶的
(心肝頭或胸坎綁綁)
- 7. 我覺得不輕鬆、不舒服
(不爽快)
- 8. 我覺得身體疲勞虛弱、無力
(身體很虛、沒力氣、元氣及
體力)
- 9. 我覺得很煩
- 10. 我覺得記憶力不好
- 11. 我覺得做事時無法專心
- 12. 我覺得想事情或做事時，比
平常要緩慢
- 13. 我覺得比以前較沒信心
- 14. 我覺得比較會往壞處想
- 15. 我覺得想不開、甚至想死
- 16. 我覺得對什麼事都失去興趣
- 17. 我覺得身體不舒服
(如頭痛、頭暈、心悸或肚子
不舒服…等)
- 18. 我覺得自己很沒用

注意：本評量之評量結果僅供參考使用，若有任何疑問或困擾請洽詢專業的醫師！量表提供：高雄長庚醫院精神科 成大醫院精神部李昱醫師、楊明仁醫師、賴德仁醫師、邱念睦醫師、周騰達醫師

資料來源：[董氏基金會心理衛生組](#)

「沒有或極少表示」	0分
「有時候表示」	1分
「時常表示」	2分
「常常或總是表示」	3分

將所有十八提選項的分數相加，就可知道你的情緒狀態了！

◎ 8分以下

- 真令人羨慕！你目前的情緒狀態很穩定，是個懂得適時調整情緒及紓解壓力的人，繼續保持下去。

◎ 9分～14分

- 最近的情緒是否起伏不定？或是有些事情再困擾著你？給自己多點關心，多注意情緒的變化，試著了解心情變化的緣由，做事時的處理，比較不會陷入憂鬱情緒。

◎ 15分～18分

- 你是不是想笑又笑不太出來，有許多是壓在心上，肩上總覺得很沉重？因為你的壓力負荷量已到了臨界點了，千萬別再「撐」了！趕快找個有相同經驗的朋友聊聊，心情找個出口，把肩上的助當放下，這樣才不會陷入憂鬱症的漩渦！

◎ 19分～28分

- 現在的你必定感到相當不順心，無法展露笑容，一肚子苦惱及煩悶，連朋友也不知道如何幫你，趕緊找專業機構或醫療單位協助，透過專業機構的協助，必可重拾笑容！

◎ 29分以上

- 你是不是感到相當的不舒服，會不由自主的沮喪、難過，無法掙脫？因為心已「感冒」，心病需要心藥醫，趕緊到醫院找專業及可信賴的醫生檢查，透過他們的診療與治療，你將不再覺得孤單、無助！

老人憂鬱症之迷思

- 憂鬱症是老化所引起之正常結果
- 老年憂鬱症無法治療
- 大部份之老年自殺者是末期疾病患者
- 老年自殺者缺少親密之家人
- 只有獨居之老人才具有自殺之危險性
- 自殺是大多數人遇到壓力之正常反應
- 沒有任何方法可阻擋老年自殺者
- 大部份之老年自殺者會自己尋求精神醫療之幫助
- 老年自殺者不會呈現一些警訊
- 不佳之環境不是老年自殺之顯著危險因子
- 常常不把憂鬱症狀當症狀，忽略它或是視為一般身體疾病

老人憂鬱症的確據(一)

- 目前研究資料顯示老年憂鬱症是一種可治療的疾病。
- 「憂鬱症是腦部的病變」、「憂鬱症和神經內分泌有關—血清素及腎上腺素」及「憂鬱症造成大腦海馬回萎縮，經過治療後可恢復」已是公認的事實。
- 一般人總認為老年人出現憂鬱症狀是正常自然而不去重視，到嚴重影響到家庭及日常生活品質時，已付出龐大之社會或個人成本而不自知。
- 許多文獻都提到「老人憂鬱症常被低估或治療不完整」，這也是我們需要大聲疾呼的地方。

老人憂鬱症的確據(二)

- 世界衛生組織資料顯示全球各種身體或精神疾病中，以精神疾病造成的整體經濟負擔11.5%最大，精神疾病中又以憂鬱症佔其中36.5%最多，雙極性憂鬱症佔10.4%為其次，亦即和憂鬱症相關的疾病佔所有精神疾病的一半左右，佔整體負擔的5.4%，此乃所有身體及精神疾病中最多的一種。
- 許多研究都指出憂鬱症也惡化心臟疾病及導致死亡率增加（如Ferkeith 2000, Schulz 2000, Scoevers 2000, Brenda 2000），並且憂鬱症也惡化COPD（Ede 1999）、身體殘疾或疼痛（Brenda 1999, Brenda 2000）。另外憂鬱症可能加速失智症的進展與惡化及減低免疫力--interleukin。
- 34%的內科住院病人有憂鬱症，在住院中或45週的追蹤中沒有使用抗憂鬱藥及心理治療（Koeing1997）。

老人憂鬱症病因

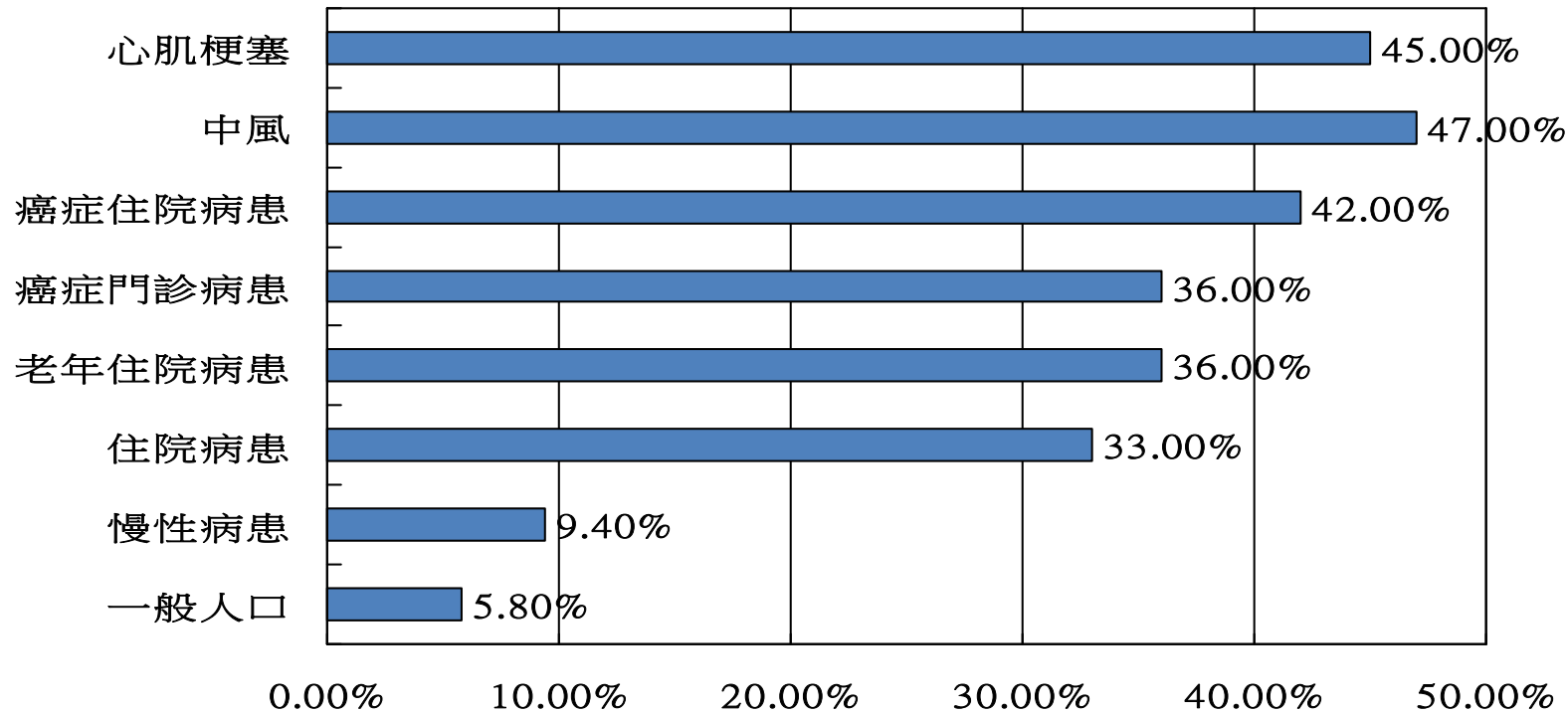


- 一. 人際關係:(愛)
空巢期, 親人死亡 (失去配偶, 孩子、婆媳關係、兒子們兄弟鬩牆)
- 二. 疾病:(活力)
慢性身體疾病患者、及照顧家屬
女性特有的更年期憂鬱症
器質性憂鬱症: 甲狀腺素低下, 胰臟癌, 巴金森氏症, 中風
藥物引起: Digoxin、L-Dopa、類固醇類、降血壓藥B-blocker、clonidine、nifedipine及reserpine、長期使用BZD類的抗焦慮或安眠藥、腸胃藥sulpiride與novamine、
其他精神疾病: 焦慮症, 精神分裂症, 藥癮和酒癮
- 三、認知功能障礙 (智慧)
記憶、思考能力、專注能力退化、失智症
- 四、生命週期 (成就)
退休(名、利、權力、影響力)、被詐財、法律困擾

老人憂鬱症 Taiwan

- 老年人最大之壓力源來自於身體健康之問題
- 憂鬱症之危險因子：
 1. 居住在城市、低教育之喪偶婦女
 2. 有身體疾病(白內障、關節炎、高血壓、胃腸疾病、冠狀動脈疾病等)

慢性身體疾病患者合併憂鬱症的盛行率

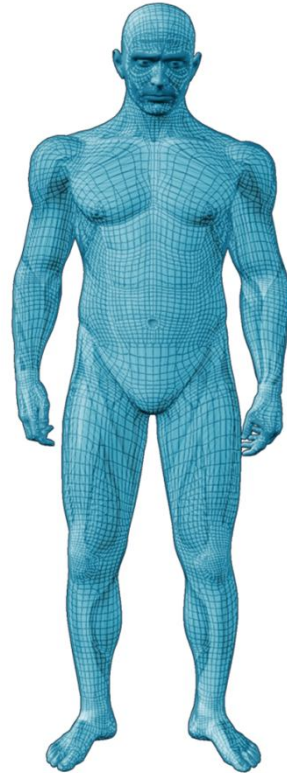


Buckman醫師1999年發現巴金森氏症40%、風濕性關節炎25-30%、糖尿病20%有憂鬱症狀。Montano1999年發現慢性疼痛及髖關節病變50%有憂鬱症狀。

憂鬱症：是一種系統性疾病

情緒性症狀

- 憂鬱
- 失去興趣
- 無希望
- 低自尊
- 記憶不佳
- 專心困難
- 焦慮
- 憤怒/激動



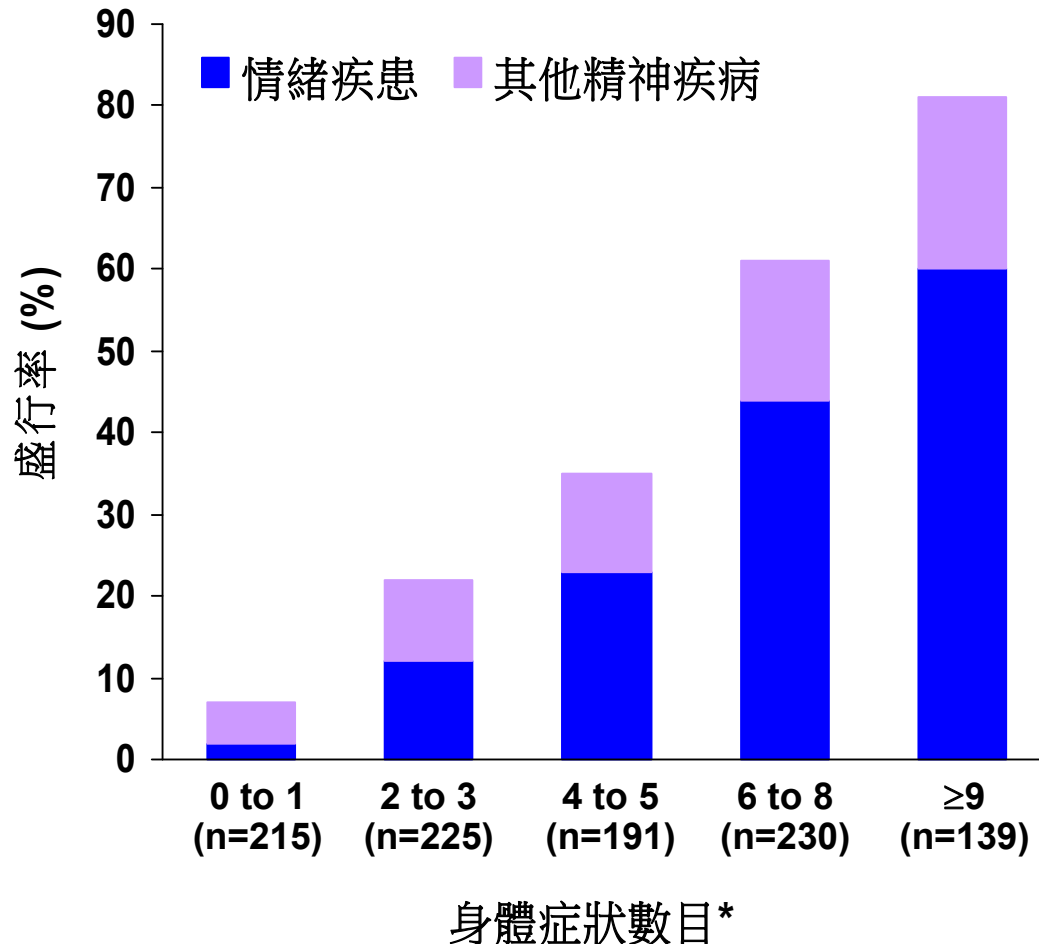
身體症狀

- 頭痛
- 疲憊
- 睡眠障礙
- 頭暈
- 疼痛
 - 胸痛
 - 關節或肢體痛
 - 背痛或腹痛
- 胃腸不適
- 性功能障礙
- 經期問題

JJF1

Develop graphic using arrows to convey areas of illness
John Fitzgerald, 2003/10/26

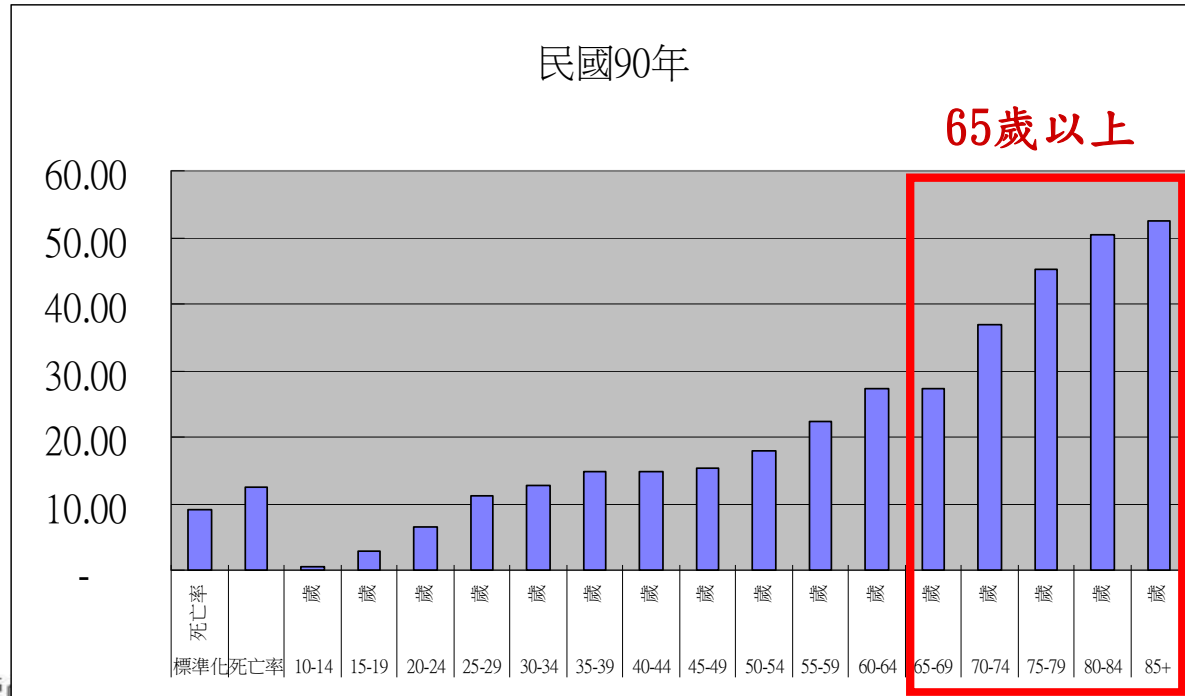
身體症狀眾多可能隱含憂鬱症



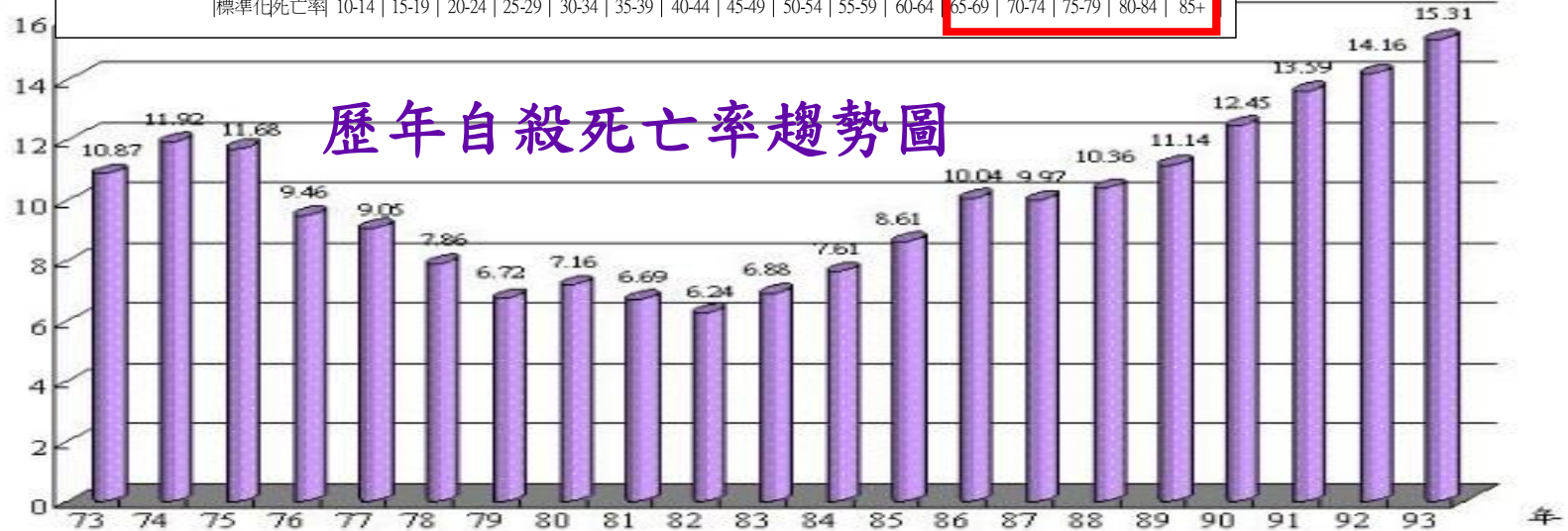
*身體症狀包括:

頭痛
疲憊
睡眠障礙
頭暈
疼痛
胸痛
關節或肢體痛
背痛或腹痛
胃腸不適
性功能障礙或性趣缺
經期問題

2001年各年齡層之自殺死亡率 (每十萬人口死亡率)



每十萬人口
死亡數



老人自殺之相關因素

- 老人常在自殺前幾個月有**較多之壓力事件**，例如：身體疾病、喪偶、家人過世、朋友過世、退休、失去自主能力等
(Cochrane & Robertson 1975; Paykelet al. 1975; Luscomb et al. 1980)
- 自殺之老人較沒自殺之老人有**較多身體疾病** (Whitlock 1986)
- 自殺成功老人：84%身體疾病所致；20%是慢性疼痛。
- 罹患身體疾病之老人很有可能是生**憂鬱症**而自殺。
- 自殺死亡之老人比自殺死亡之年輕人在自殺之前較少有自殺行為 (Carney et al. 1991; Conwell et al. 1991)
- 很多老人在第一次罹患**重度憂鬱症**時自殺死亡，因常不同時罹患藥物濫用或人格問題，所以對抗憂鬱劑反應佳。
- 根據中研院鄭泰安教授的調查顯示，台灣地區自殺死亡者在自殺之前，98%患有精神疾患，其中**憂鬱症者高達九成以上**，所以建構老人自殺與老人憂鬱症的防治是刻不容緩。

老人自殺預防的三個層次

- 平時以電話關懷高危險群的老人，注意其生活起居、鼓勵參加活動。
- 早期發現早期治療，特別是憂鬱症及自殺意念，提供支持性會談，避免老人感到孤單。
- 提供身心靈全人復健，提供適當的醫療及心理諮詢資源。

家人的配合

- 注意睡眠習慣
- 勸病人規則服藥、規則看診。
- 多瞭解、支持病人
- 急性期少給壓力
- 不要一味地休息躺床，可以適當地做一些運動。
- 注意飲食
- 注意自殺跡象
- 坦然地和醫師討論治療的進展與影響

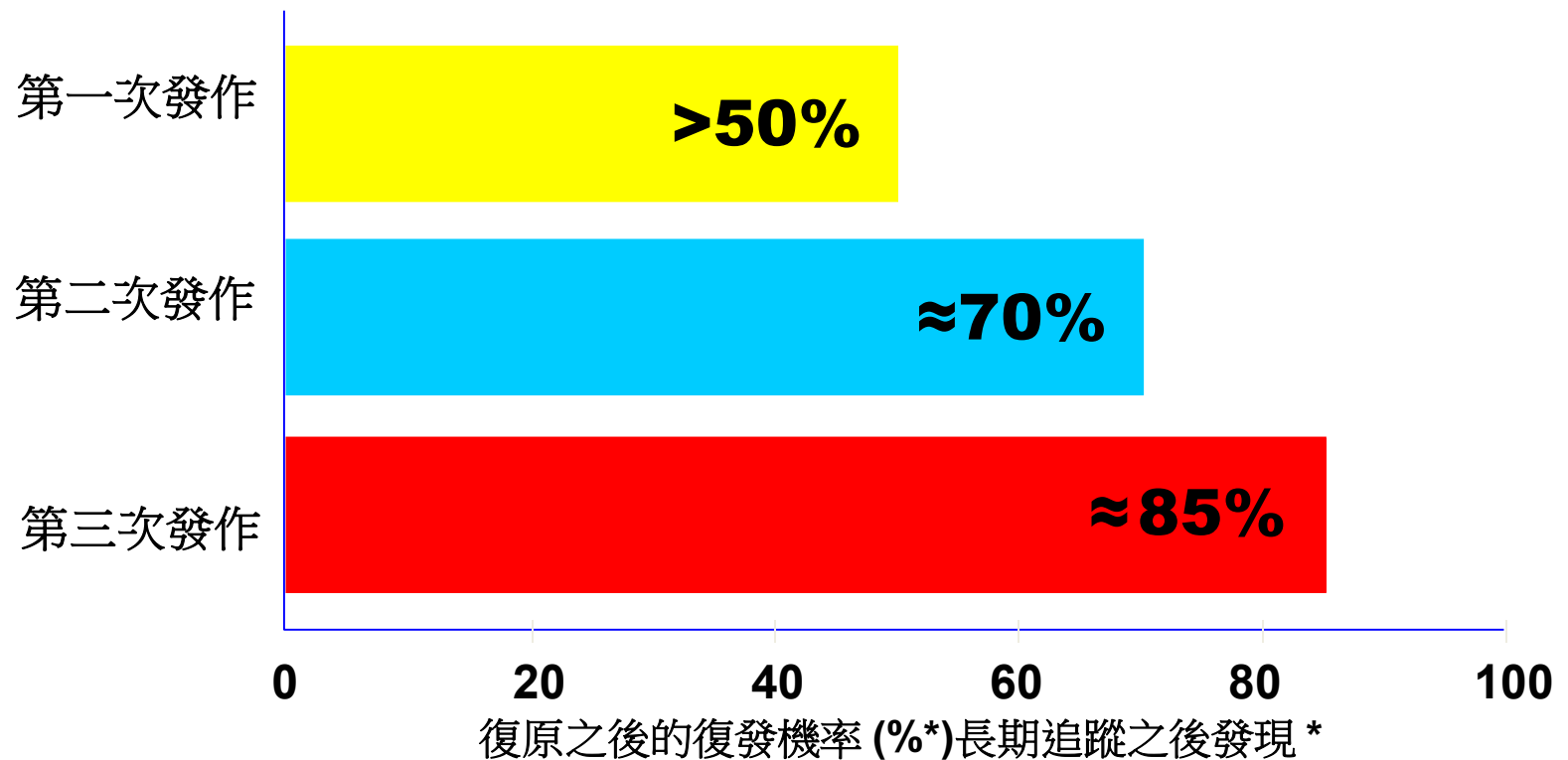


家人應該避免做的事

- 不要將憂鬱症患者自家庭的事務或活動中排除
- 不要設法幫憂鬱症患者做好每一件事，即使這可能是最佳的協助方式
- 不要挑剔或責怪憂鬱症患者的行為
- 不要老是叫憂鬱症患者“重新振作起來”
- 不要害怕提出問題
- 不要在罹患憂鬱症期間做任何重大的生活決定
- 不要在憂鬱症的恢復過程中繼續維持所有的壞習慣



憂鬱症：隨著發作次數增加 復發機率越高



*Patients were followed for 3 to 15 years following recovery from previous episode.

1. Judd LL, et al. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1501-1504.
2. Mueller TI, et al. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1000-1006.3.
3. Keller MB, Boland RJ. *Biol Psychiatry*. 1998; 44:348-360.

造成治療效果不佳的因素

- 藥物順從性不佳 (POOR ADHERENCE)
- 劑量不足 (INADEQUATE DOSAGE)
- 治療時間不足 (INSUFFICIENT DURATION)
- 使用藥物種類不對 (WRONG DRUG)
- 診斷錯誤或多重診斷 (MISDIAGNOSIS)
- 持續有嚴重心理社會問題 (PERSISTENT DISTRESS)
- 社會支持度不足 (Social Support Depletion)

老人失智症(Dementia)

輕到中度老人失智症之精神疾病盛行率

症狀	起始 (%)	1yr (%)	2yr (%)	3yr (%)
被害妄想	14.5	19.1	14.6	18.2
幻覺	8.1	11.6	11.3	12.2
焦躁不安	38.7	47.3	52.2	56.9
攻擊	6.4	9.6	19.8	19.0
憂鬱	25.1	26.6	21.7	22.6
憂鬱(具有失眠及 缺乏食慾)	6.8	6.4	8.3	4.4

失智症

- 失智症是腦部疾病造成的症候群，病程通常為慢性或進行性，其症狀可能同時出現多種高級大腦皮質功能的障礙，以認知障礙為主。
- 失智症症狀如近期記憶力不好（amnesia）、失語症（aphasia）、認識能力不好（agnosia）、操作能力不好（apraxia，包括吃飯、如廁、穿衣、沐浴盥洗、及運動功能）、定向感、抽象思考、規劃、計算、學習、理解、判斷能力等。
- 失智症病患意識狀態大部分是清醒的，除非因身體疾病而同時合併譫妄。
- 失智症病患在疾病中的某種程度或其中一部分病人會同時出現情緒控制、社會功能、動力調節、睡眠習慣、覺醒性慾、憂鬱、妄想或幻覺等症狀。
- 失智症不是智能不足（或智能障礙）發生在18歲以前，失智症大部分發生在65歲以後，但是也有一部分病人在30至65歲之間，尤其發生在血管性的失智症是在45歲以後發生的機會因為中風（出血或梗塞）發生而增加。

失智症各期基本症狀

初期症狀

- 經常健忘、導致干擾工作或家務的完成
- 忘記一般常見物品的稱呼，如麵包、米飯、麵條等
- 對數字的認知有障礙
- 對個人嗜好或喜愛物品缺乏興趣
- 正常判斷力減低，如忘記穿外衣出遠門

中期症狀

- 無法辨認好朋友或親戚的姓名
- 常四處漫遊而走失
- 困惑感增加、焦慮、個性上有大的轉變
- 忘記如何完成日常的事務，如穿衣服或刷牙
- 錯覺、幻覺
- 失眠

晚期症狀

- 無法記得任何東西或處理新事務，無法辨認家人
- 無法了解文字或語言。但對音樂、觸摸、視覺接觸仍有反應
- 吞食食物有困難
- 無法自己穿衣、洗澡、上廁所。大小便失禁
- 長期臥床

失智症原因

- 老年痴呆症是年長的老人因腦部病變而引起心理及智力功能退步，影響到工作及生活上自我照顧能力者，綜合所有原因可分為：
- 原發性退化性失智症（病因尚不完全明白）
阿茲海默失智症（不論在65歲之前或之後都是以症種失智症最多）、額顳葉失智症（包括Pick's disease、fronto-temporal dementia）、Lewy-body 失智症
- 續發性失智症
即失智症的病因可以找到，其中有一部分失智症是可逆性的（可以完全治癒的），約佔所有失智症病患的10%。
- 續發性失智症血管性失智症（最多）克斐-雅各病之失智症（CJD）、酒精性或物質使用失智症（如強力膠）、其他大腦脂代謝障礙、巴金森氏病合併失智症、一氧化碳中毒、放射線治療合併失智症、低血糖或其他休克造成之腦病變、杭亭頓病之失智症
- 可以治療之續發性失智症：愛滋病造成失智症、梅毒引起失智症常、壓性水腦症、慢性硬腦膜下出血、慢速成長之腦腫瘤引起失智症、後天性甲狀腺功能過低、缺乏維他命B1、缺乏維他命B12、缺乏葉酸維他命C、憂鬱症造成的假性癡呆症

失智症預防

預防失智症

- 一級預防—防病於未然；健康促進、疫苗、營養與衛生教育。
- 二級預防—早期發現早期治療；疾病篩檢、早期確立疾病診斷。
- 三級預防—避免殘障（疾）與疾病惡化；心理生理社會的復健、維持性治療。

社區醫學的深入了解與便民服務

- 證據醫學的資料使用。
- 失智症可以早期發現與治療—營養適中，快樂與適當的學習
- 控制血壓，血脂肪與血糖
- 適當的治療失眠與更年期或老人憂鬱症
- 婦女更年期荷爾蒙調整
- 早期使用促進記憶力的藥物(健保事先申請與給付)

失智症預防

預防失智的藥物

- 血管性失智症---控制血壓、防止中風、降低血脂肪與血糖、銀杏。Aspirin或estrogen的使用須與醫師討論。
- 阿茲海默失智症—維他命E、放輕鬆（增加附加感神經與交感神經的平衡）、避免長時期的憂鬱。銀杏、Aspirin、estrogen或NSAID的使用須與醫師討論。
- 酒精性或物質使用引起的失智症—避免喝酒及傷害頭腦的物質、維他命 B1、B12、及葉酸的攝取、避免頭部外傷及高血壓中風。
- 其他梅毒或HIV引起的失智症—避免感染及積極治療，勿諱疾忌醫。
- 甲狀腺與放射線治療引起之失智症---開刀或腫瘤處置前需積極評估與防護，發現時積極的治療，注意情緒的變化及憂鬱症。
- 常壓性水腦症合併失智症、尿失禁及步態不穩或是硬腦膜下出血可以積極開刀治療。
- 杭亭頓舞蹈症合併憂鬱症或失智症或精神症狀—需注意精神治療藥物的使用。

藥物治療

- 失智症的病因可以找到，其中有一部分失智症是可逆性的（可以治癒的），約佔所有失智症病患的11%，3%完全好(fully remission)，8%好了一大半(partial remission)。
- 乙醯膽鹼代謝酵素的拮抗劑AChEI，(acetylcholine esterase inhibitor)
- Nicotine
- 單胺抗氧化酶抑制劑B (MAOI-B)
- 維他命E
- 銀杏抽取物質 (Ginkgo biloba)
- 中藥「天麻」
- 婦女荷爾蒙 (estrogen雌激素)
- 阿斯匹靈Aspirin
- Donepezil
- Rivastigmine

TABLE 1: Selected antidepressants

Drug	Starting dose	Maintenance dose	Comments
Selective serotonin reuptake inhibitors			
Citalopram	10-20 mg qd	20-40 mg/d	Usually well tolerated; possible nausea, sexual dysfunction
Escitalopram	5-10 mg qd	10-20 mg/d	Usually well tolerated; possible nausea, sexual dysfunction
Fluoxetine	10-20 mg qd	20-60 mg/d	Long half-life; possible nausea, sexual dysfunction
Paroxetine	10-20 mg qd	20-60 mg/d	Possible nausea, sexual dysfunction, sedation
Sertraline	25-50 mg qd	50-200 mg/d	Usually well tolerated; possible nausea, sexual dysfunction
Other agents			
Bupropion	100 mg qam - 100 mg bid	200-300 mg/d	Activating; few reports of sexual dysfunction; risk of seizures in predisposed patients
Duloxetine	20-30 mg	60 mg/d	May increase blood pressure; possible efficacy for neuropathic pain
Methylphenidate	2.5 mg qam	10-60 mg/d	Activating; rapid effect possible; monitor blood pressure
Mirtazapine	7.5-15 mg qhs	15-45 mg qhs	Sleep aid and appetite-stimulant
Venlafaxine	18.75-37.5 mg qd	75-375 mg/d	May increase blood pressure; may be useful for neuropathic pain, hot flashes

Delirium(譫妄症)



Epidemiology

- At admission prevalence 14-24%
- Hospitalization incidence 6 to 56%
- 15-53% geriatric patients post-op
- 70-80% older patients in ICU
- 60% nursing home will have at some time
- 83% of geriatric patients prior to death

Delirium....Why should I care?

- Mortality rate in hospitalized patients 22-76%
- One year mortality rate is 35-40%
- Prolongs hospital course
- Increased cost of care in hospital
- Increases likelihood of disposition to nursing home, functional decline and loss of independence

More reasons to care

- Strong association with underlying dementia
- Frequently, patient may never return to baseline or take months to over a year to do so
- Delirium is often the sole manifestation of serious underlying disease

Pathophysiology

- EEG shows diffuse cortical slowing
- Neuropsych and imaging
 - Disruption of higher cortical function
 - Prefrontal cortex
 - Subcortical structures
 - Thalamus
 - Basal ganglia
 - Frontal and temporoparietal cortex fusiform cortex
 - Lingual gyri
 - Effect greatest on non-dominant side.

Pathogenesis

- Involves
 - Neurotransmission
 - Inflammation
 - Chronic stress



Risk Factors

- Underlying brain disease
 - Dementia
 - Stroke
 - Parkinson's
- Advanced Age
- Sensory Impairment
- Bladder Caths

Differential

- Psychiatric Illness
 - Depression
 - mania
- Dementias
- Nonconvulsive status epilepticus
 - Especially in ICU
- Wernicke's aphasia
- Occipital lesions
 - (cortical lesions and confabulations)
- Bifrontal lesions (tumors or trauma)

Diagnosis

- Clinical

Step #1 – Reconnize the disorder

Step #2 - Uncover underlying medical illness



Recognize

Often unrecongized, >70% of cases

Behavioral or cognitive issues often wrongly attributed to age, dementia or other mental disorders

determine acuity of change in mental status.

if no historian available, one should assume acute and delirious until proven otherwise

Recognize-core features

- Disturbance of consciousness (that is, reduced clarity of awareness of the environment, with reduced ability to focus, sustain, or shift attention)
- Change in cognition (e.g., problem-solving impairment or memory impairment) or a perceptual disturbance
- Onset of hours to days, and tendency to fluctuate.
- Behaviour may be either overactive or underactive, sleep is often disturbed.
- Thinking is slow and muddled but the content is often complex.

Recongnition

- Congition
 - Memory loss
 - Disorientation
 - Difficulty with language and speech
 - Perceptual disturbances
 - Delusions
 - Hallucination

Causes

- D** Drugs, Drugs and toxins, too; alcohol withdrawal syndrome
- E** Eyes, ears
- L** Low O₂ states (MI, ARDS, PE, CHF, COPD, stroke, shock)
- I** Infection: infection of the CNS or its coverings (encephalitis or meningitis), other massive infection (sepsis, endocarditis),
- R** Retention (of urine or stool). Restraints
- I** Ictal
- U** Underhydration, Undernutrition
- M** Metabolic (hypo/hyper- glycemia, calcemia, natrμία, uremia, liver failure, thyroid disorders)

Drugs

- Accounts for 30% of all cases
- Common culprits
 - Anti-histamines
 - Anti-cholinergics
 - Antibiotics
 - Some antidepressants
 - Dopamine agonists
 - Hypoglycemics
 - Benzos
 - Opiates



Drugs Commonly Causing Delirium or Confusional States*

Analgesics

Nonsteroidal anti-inflammatory agents
Opioids (especially meperidine)

Antibiotics and antivirals

Acyclovir
Aminoglycosides
Amphotericin B
Antimalarials
Cephalosporins
Cycloserine
Fluoroquinolones
Isoniazid
Interferon
Linezolid
Macrolides
Nalidixic acid
Penicillins
Rifampin
Sulfonamides

Anticholinergics

Atropine
Benztropine
Diphenhydramine
Scopolamine
Trihexyphenidyl

Anticonvulsants

Carbamazepine
Phenytoin
Valproate
Vigabatrin

Antidepressants

Mirtazapine
Selective serotonin reuptake inhibitors
Tricyclic antidepressants

Cardiovascular and hypertension drugs

Antiarrhythmics
Beta blockers
Clonidine
Digoxin
Diuretics
Methyldopa

Corticosteroids

Dopamine agonists

Amantadine
Bromocriptine
Levodopa
Pergolide
Pramipexole
Ropinirole

Gastrointestinal agents

Antiemetics
Antispasmodics
Histamine-2 receptor blockers
Loperamide

Herbal preparations

Atropa belladonna extract
Henbane
Mandrake
Jimson weed
St. John's Wort
Valerian

Hypoglycemics

Hypnotics and sedatives

Barbiturates
Benzodiazepines

Muscle relaxants

Baclofen
Cyclobenzaprine

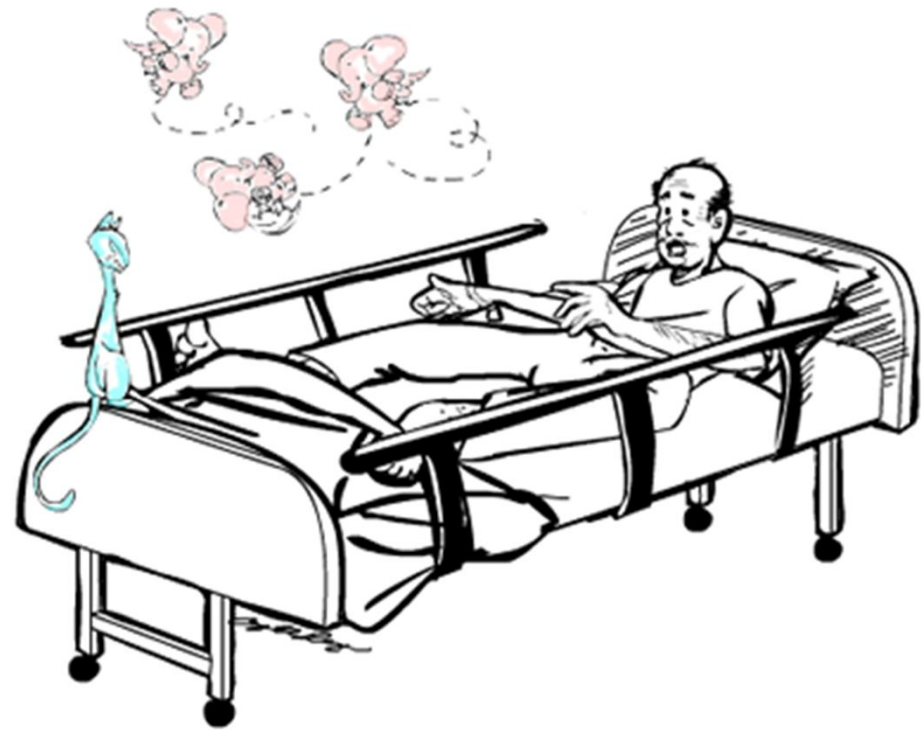
Other CNS-active agents

Disulfiram
Donepezil
Interleukin-2
Lithium
Phenothiazines

* Not exhaustive, all medications should be considered

Patient

- Poor vision
- Evidence of old and recent strokes
- Infection - UTI
- Restrained
- Multiple medications
 - Pepcid started on admission
- ESRD
- Hypoxia



Treatment

- Correct all identifiable causes
 - Delirium is usually multifactorial
 - Correction of multiple causes is often necessary for recovery
- Pharmacologic – if needed
 - Antipsychotics
 - Avoid benzos except with ETOH withdrawal
- Orient Patients
 - Provide clocks, calendars, windows, structured activities
 - Hearing aides, glasses

Treatment of **Delirium** With Quetiapine

- The mean daily dose was 127.1 ± 72.2 (**50-200**) mg. The mean initial dose was 37.5 ± 12.8 g/day(25-50) and the mean maximal dose was 177.3 ± 121.0 (**50-300**) mg/day.
- The mean duration of the quetiapine treatment was 8.5 ± 4.5 (4-13) days.
- N=22

(25-400)			
Variable	Quetiapine (N = 11)	Haloperidol (N = 11)	t Test p Value
Dose, mg/d	211.4	3.4	.0029
Peak response, d	6.5	7.6	.6587
Duration of treatment, d	13.0	10.4	.4375
DRS score prior to treatment	20.9	18.5	.1765
DRS score after treatment	2.7	3.1	.7886

^aAbbreviation: DRS = Delirium Rating Scale.

risperidone (mean dose = 1.59 ± 0.8 mg/day)

olanzapine (mean dose = 8.2 ± 3.4 mg hs)

haloperidol (mean dose = 5.1 ± 3.5 mg)

Prim Care Companion J Clin Psychiatry.
2000 February; 2(1): 10–12.

Hum Psychopharmacol Clin Exp 2004; 19: 125–127.

功能性精神病

認識精神分裂症

- 1. 妄想：被害、被控制誇大、宗教、政治、關係、多情、虛無、罪惡等
- 2. 幻覺：聽幻覺、視幻覺、嗅幻覺
- 3. 語無倫次
- 4. 不適切表情
- 5. 怪異行為

會造成工作、人際關係及自我照顧能力明顯障礙。並且可能出現明顯社會孤立、怪異行為、個人衛生差、情緒平淡、言語障礙、怪異念頭、易生錯覺、缺乏動力、無精打采、缺乏興趣等現象，上述症狀持續六個月以上，就會診斷為精神分裂症。



躁症患者常表現

- 1. 過度的愉快、興奮、得意自大、意念飛躍、思想澎湃、聯想力增快。甚至有誇大妄想，其妄想內容大多自以為異於常人、其有超強能力、財富或地位，有時自認為是上帝或神的化身或傳人，可以拯救世人。
- 2. 病患也常表現過份慷慨、浪費金錢、喜好爭論、愛干涉他人，經常滔滔不絕，即使嗓子啞了也不罷休。
- 3. 也因精力充沛，常常計劃過多、不眠不休。但因欠缺組織能力及現實感差，而顯得草率行事。
- 4. 有時幽默、受歡迎，但有時變得躁動不安、敵意、易怒，甚至暴力及攻擊行為。更有甚者，會出現精神混亂、幻聽及其他妄想等。

妄想症

- 妄想：
一種念頭，即使呈現所有的證據來證明其荒謬性，當事人仍然堅持該念頭為真，稱為妄想），
- 具有以下特點：
 - 固定不變一周圍發生的事件會因配合妄想內容而遭曲解，
反之妄想內容不會因此而修正；
 - 系統化—所有內容纏繞在某特定主題，自成邏輯；
 - 封閉化—妄想系統以外的思考過程並未波及，故未觸及妄想內容時，病人的外觀及行為上表現正常。
- 至於妄想內容，以嫉妒妄想(懷疑配偶不忠)佔54%為最多，誇大妄想佔15%及被害妄想12%次之，其他還有多情、關係及慮病妄想等。
- 此類病患也因症狀關係而有退縮、孤立、封閉等行為，情緒上也常顯憂鬱。

妄想症

- 一般人口盛行率約為萬分之三，男女發病率2:1，發病平均年齡為40歲。
- 病症緩解率為54%，而能維持穩定工作的比率高達84%，可見預後還算不錯。
- 治療也以抗精神病藥物為主，但病患服藥順從性相當難掌控，有些病患需使用長效針治療。
- 至於嫉妒妄想患者，有25%會出現威脅暴力，甚至殺人等結果，也可能造成本人配偶憂鬱及自殺，因此是相當值得重視的問題。

Table 2

Relative frequency of common adverse effects of antipsychotics at usual therapeutic doses

Note: this is the frequency of occurrence of adverse effects, not the intensity with which they occur

Drug	Usual daily oral dose range (mg)	Sedation	Postural hypotension	Anticholinergic	Extrapyramidal	Weight gain
Atypical drugs						
amisulpride	400-1000 (acute psychosis) 100-300 (negative symptoms)	+	+	0	++ *	+
aripiprazole	10-30	++	+	0	+	+
clozapine	200-600	+++	+++	+++	+	+++
olanzapine	5-20	+++	+	++	+	+++
quetiapine	300-750	+++	++	+	+ *	++
risperidone	2-6	++ (initially)	+++ (initially)	0	++	++
ziprasidone	80-160	++	+	+	+	+
Typical drugs						
chlorpromazine	75-500	+++	+++	+++	++	+++
droperidol	5-10 (intramuscular) †	++	+	+	+++	+
fluphenazine	5-20	+	+	+	+++	+++
haloperidol	1-7.5	+	+	+	+++	++
pericyazine	15-75	+++	++	+++	+	++
pimozide	2-12 ‡	++	+	+	+++	+
thioridazine	300-600	+++	+++	+++	+	+++
trifluoperazine	5-20	+	++	+	+++	++
zuclopenthixol acetate	50-150 (intramuscular) §	+++	+	++	+++	++
zuclopenthixol dihydrochloride	10-75	+++	+	++	+++	++

Approximate frequencies of adverse effects:

0 (<2%) = negligible or absent; + (>2%) infrequent; ++ (>10%) = moderately frequent; +++ (>30%) = frequent

* rarely a problem at usual therapeutic doses

† doses >5 mg should not be given without immediate access to ECG monitoring and resuscitation facilities

‡ use doses >12 mg only under specialist supervision

§ single dose, not to be repeated for 2 to 3 days

焦慮症

廣泛性焦慮症

- 一種廣泛且持續的焦慮狀態，不侷限或明顯發生於某一特定情境，至少持續一個月，並且有下列特徵，就可診斷為廣泛性焦慮在。
- 不安的期待—
焦慮、擔心、害怕、反覆惦念、擔心自己或別人發生不幸；
運動機能系統緊張—
顫抖、肌肉緊張、酸痛、易疲倦、無法放鬆、眼皮抽動、
臉孔緊繃、坐立不安、躁動、易有驚嚇反應；
- 自律神經失調—
流汗、心悸、口乾、頭暈、手腳麻、胃部不適、冒冷汗、
頻尿、腹瀉、喉中有異物感、脈搏和呼吸快速等；
- 過度警覺—
注意力不集中、失眠、緊張、易激動、缺乏耐性。

恐慌症

- 呼吸困難或窒息感
- 喉嚨硬塞感
- 噁心或腹部不舒服
- 全身冒汗
- 心悸或心跳加速
- 感覺快死掉或失去控制而瘋掉
- 身體發麻、刺痛或顫抖
- 失真感(覺得周遭環境怪怪的或身體不聽使喚)
- 1. 是一種特別的心理疾病，發病若不治療，會持續發作及惡化。
- 2. 會不可預期地突然發作，發作前，少有癥兆
- 3. 嚴重發作時間，很少超過半小時。但發作後的疲憊，可持續一整天。
- 4. 常擔心會隨時發作，發作頻率可能好幾個星期一次，也可能一天好幾次。
- 5. 發作地點常在人多、擁擠，又閉塞的環境。有的人在高速公路或隧道，甚至，在睡夢中發作而驚醒。
- 6. 常四處求醫，送到醫院急診室或住院，做許多檢查，都找不出病因。

睡眠障礙分成四大類

- 一、不正常睡眠：

1. 內因性睡眠障礙：

精神生理性失眠、多
眠、睡眠失調、阻塞性呼
吸停止、猝睡症、夜間肌
痙攣。

2. 外因性睡眠障礙：

食物過敏、夜間吃喝症
候群（藥物引起）

3. 約日節律睡眠障礙：

輪班、相位延遲或提前

- 二、睡眠異常行為：

快速動眼期行為障礙症、睡遊症、磨
牙、尿床、（鬼壓床、睡眠幻覺）

- 三、身體或精神疾病導致失眠：

包括失智症、憂鬱症、恐慌症等

- 四、提議性的睡眠障礙：

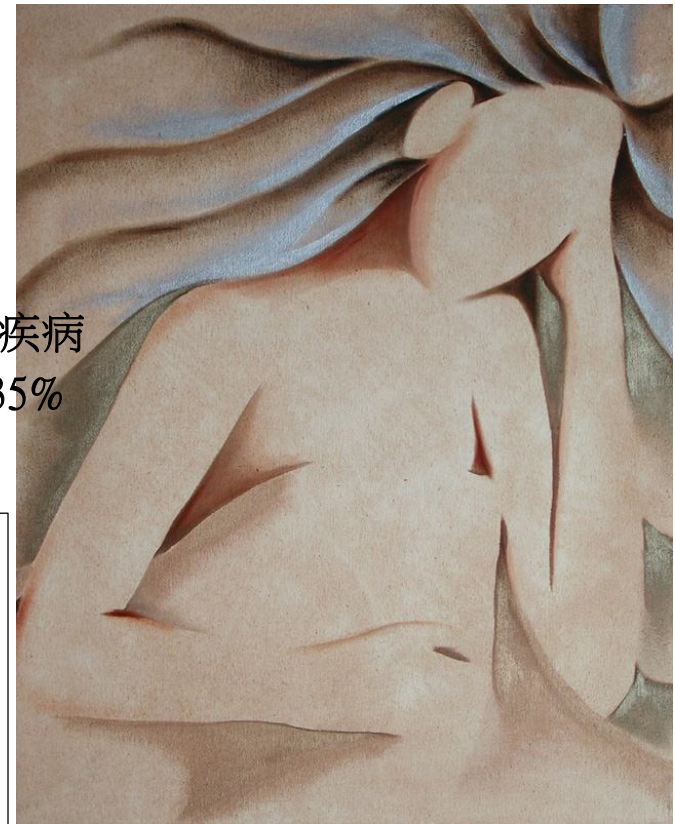
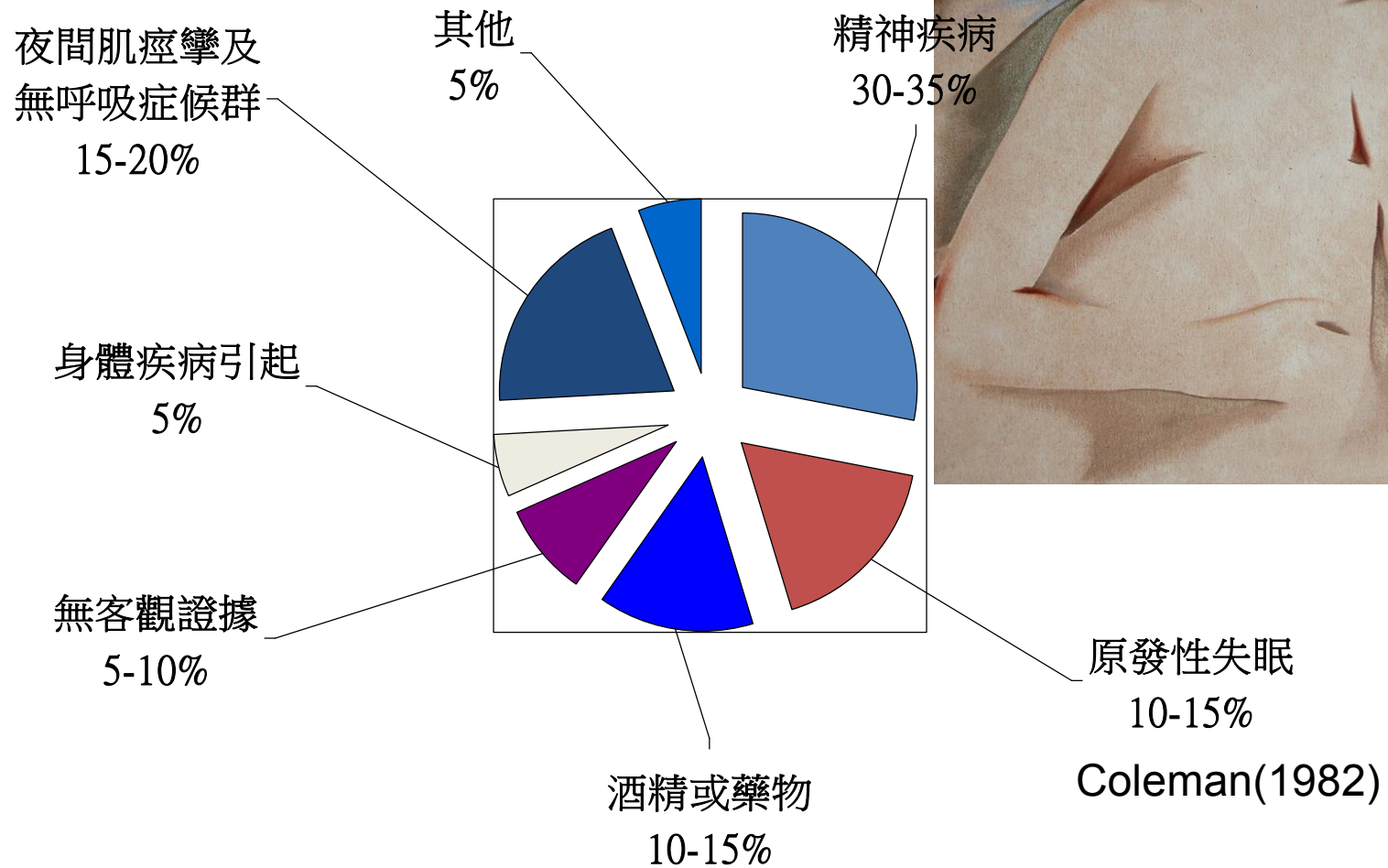
短時間睡眠者、長時間睡眠者、經
期症候群

（美國睡眠障礙協會）

失眠症定義

- 主訴有入眠困難或無法持續睡眠，或其睡眠為非回復性（即睡眠量雖然足夠，但睡眠者仍覺未休息夠）。
- 一周至少發生三次，持續至少長達一個月，且嚴重到足以造成明顯的日間疲乏，或形成別人可以注意到的，與睡眠障礙有關的症狀。
- 不僅出現在睡醒時間表障礙或睡眠異常現象時。
- 暫時性失眠：2-3天
無壓力事件、睡醒時間表改變。
- 急性失眠：一個月以內
有重大壓力事件，短期治療。
- 慢性失眠：一個月以上
尋找確切原因，對症解決。

失眠的原因



原發性失眠
10-15%
Coleman(1982)

老人失眠

- 當睡眠越來越短時，也是生命越來越短時？
- 80-90%老人不滿意自己的睡眠。
- 慢波睡眠減少、小醒次數及時間增加、睡眠效率降低(70-80%)
- 白天不夠清醒、晚上睡得不深。
- 睡眠相位往前移動、早睡早起
- 腦部老化的表現
- 成就感及目標失落、活動量降低、孤立
- 憂鬱症與失智症(日落症候群)
- 其他藥物或身體疾病影響

睡眠衛生

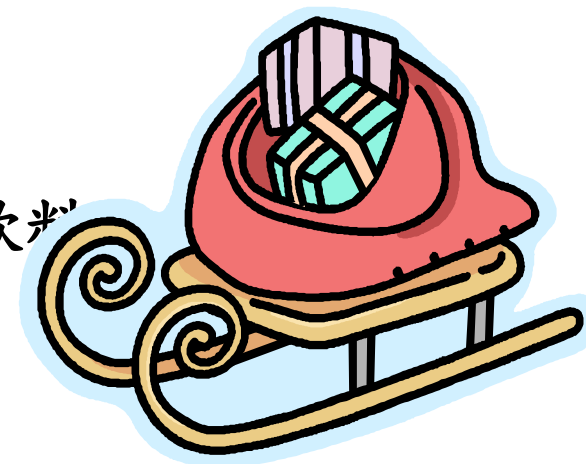
1. 良好的睡眠習慣：

- (1) 臥室及床只做睡眠用，進入臥室後宜隨即將燈關掉，上床睡覺，不要在床上做其他活動如閱讀書報、看電視等。若躺在床上難以入睡，則起床到另外的房間，直到睡意來襲時再回床上。這段時間可以做些放鬆練習，但不要從事任何刺激性或活動量大的事情。在身體放鬆及心情平穩(如不看書或不想事情)時再上床。
- (2) 保持床鋪及四周環境的舒適，如注意光線聲音、溫度及床褥、枕頭、毛毯等是否恰當舒服。
- (3) 儘量定時就寢及起床，在假期或週末也不要改變。即使前一晚睡得不好，每天早上還是要準時起床。規律的睡眠型態較能持續地改善睡眠品質。
- (4) 試著找出自己並適當的睡眠時數，並且每晚都睡得一樣長。如果前一天睡得較長，第二天即會難以入睡。長遠來看，寧願睡得少也不要貪睡。
- (5) 每天做中等量運動，但請勿在晚上做。研究指出適度的運動可緩和交感神經系統，是改善老年人睡眠障礙的良方。
- (6) 試著睡前喝一杯加糖的牛奶，有時可幫助睡眠。
- (7) 試著找尋某些活動(如熱水浴)，以助建立規律的睡眠週期。

睡眠衛生

2. 避免做下列活動：

- (1) 午睡或白天補睡。
- (2) 晚上做運動或刺激性活動。
- (3) 傍晚或晚上喝含有咖啡因的飲料
(如咖啡、茶、可樂)。
- (4) 進食太豐盛或太辣的晚餐。
- (5) 太晚進食或晚上喝了大量的液體。
- (6) 空腹上床。



藥物治療原則

- 思考對睡眠問題及安眠藥的了解程度，必要時請教專業人員
- 確定失眠症之根本原因，對症治療。
- 當失眠以影響白天功能，短期使用安眠藥也是必要的措施
- 當睡前對要不要吃安眠藥感到矛盾時，就是該吃藥的時候
- 搭配認知行為治療技巧，達到需要時使用(3-7天)、甚至不需服用，指日可待！
- 以含酒精飲料助眠是首要禁忌，因初期增強相互作用、易造成危險；後期反而興奮，干擾睡眠；長久使用會降低安眠藥效用。

臨床常用Benzodiazepine之整理比較

藥名 (mg/tab)	半衰期 (時)	作用時間 (時)	活性代謝物	建議劑量(mg/d)	最大劑量 (mg/d)	價格 (元/tab)
短效						
Brotizolam (Lendormin)(0.25)	3.5-8	0.3-0.5	-	0.125-0.25 hs	0.5	5.2
Midazolam(Dormicum)(7.5)	2	0.4-0.7	-	7.5-15 hs	NA	4.7
Triazolam(Halcion)(0.25)	2-5	0.5-1	-	0.125-0.25 hs	4	3.25
中效						
Alprazolam(Xanax)(0.5)	6-12	0.7-1.6	-	0.25-0.5 tid	4	3.19
Bromazepam (Lexotan)(1.5/3)	8-30	0.5-4	-	1.5-3mg tid	18	2.23 /3.03
Estazolam(Eurodin)(2)	8-24	0.25-0.5	+	1-4mg hs	8	4.57
Lorazepam (Ativan)(0.5/1)	10-20	0.5-1	-	1-2-4mg hs A: 1-2 bid-tid	A:10	0.39
Oxzepam(Serenal)(10)	5-15	0.5-1	+	10-20mg tid	60	1.48
Temazepam(Restori)	8-15	0.5-1	-	15-30mg hs	60	
長效						
Chlordiazepoxide (Librium)(1.5/3)	5-30	0.5-1	+	A:5-10 tid AI: 50-100/d	A: 100 AI: 300	0.32
Clopbazam(Frisium)(5/10)	12-60	1-3	+	A:10-20 C: 5-15	A:30 C: 80	10/38
Clonazepam(Rivotril)(0.5/2)	24-48	0.5-1	-	0.5mg tid	20	1.82 /3.69
Diazepam (Valium)(2/5)	20-100	0.5-2	+	A:2-10bid-qid AI:5-10tid-qid M:2-10bid-qid	40	0.26 /1.25
Fludiazepam(Erispan)(0.25)	23-50	0.5-1	-	0.25mg tid	0.75	3.92
Flunitrazepam (Rohypnol)(1/2)	22	0.5-1	+	0.5-2mg hs	6	2.92 /3.91
Fluraepam (Dalmadorm)(15/30)	40-115	0.5-2	+	15-30mg hs	60	5.2/6.2
Nitrazepam(Magadon)(2/5/10)	30		-	I- 5-10 C-5-10	20	
Nordazepam(Calmbay)(5)	65	0.5-1	+	7.5-15 hs	15	5.4
Non-BZD						
Zaleplon(Sonata)(5)	1	1	-	5-10 mg hs	20	
Zolpidem(Stilnox)(10)	2	0.5-2	-	5-10 mg hs	20	11
Zopiclone(Imovane)(7.5)	5-6	1.6	Weak	7.5 mg hs	15	8.9

NA-not available, A-anxiety, AI-alcohol withdrawal, C-anticonvulsant, M-muscle relaxant

Thanks for all your attention



許惠美攝