

老年精神醫學簡介

林口總院精神科 李淑花醫師

前言

近幾年來全球的各年齡層人口中，老年族群的快速成長是世界的趨勢。台灣的老年人口所佔的比例已步入高齡化社會；

因此銀髮族的身心健康及對社會所帶來的影響是我們應積極關心的議題。

隨著現代醫學科技突飛猛進，平均期望壽命的延長，一般人將面對較長久的老年生活。以年齡區隔對老年人口進一步定義，可分為老人(old age, 依據一般的定義而言，年齡在65歲以上的人就可以被視為老人)，年輕的老人(young old 意指年齡在65至74歲的人)，老年人(old old 意指年齡在74歲以上的人)，最老的老人(oldest old 意指年齡在85歲以上的人)。

老化的過程是很複雜的，在生理及心理上都有明顯的變化。在生理基礎的影響會牽涉到細胞的死亡、組織和器官的運作效率降低，而且生理修復的過程也會減緩。這些變化造成基礎代謝率降低、心肺及腎臟功能減退及神經系統功能衰退等。我們的神經系統更是經歷神經化學的(neurochemical)、神經生理的(neurophysiological)、結構上(structural)的各種的改變。在微觀上，當神經細胞流失、神經細胞病變、神經傳導物質活性代謝改變，發生在特定的皮質或是皮質下神經組織時，就可能導致神經精神疾病的症狀，如失智、憂鬱、動作遲緩、日常生活執行能力受損等。

老年人與社會的關係也隨著歲月逐漸在累積變遷中。老年人面臨心理上的變化包括家人親友的死亡失落感、因退休導致角色喪失，經濟困難失去自尊心，失去自主性，甚至與社會隔離等。上述老化過程所產生的生理、心理、社會壓力都是導致罹患老年精神疾病的危險因子。

一般說來40%以上的老年人罹患一種以上的慢性疾病，常見的有高血壓、糖尿病、缺血性心臟病、血管硬化等。這些慢性疾病可能經由直接或間接的方式影響腦部功能而造成神經精神症狀的表現。同時，老年人可能服用多種藥物，反而造成藥物遵從度較差，惡化藥物副作用與毒性，與藥物濫用等問題。因此生理疾病與精神症狀同時存在的現象除了增加診斷上的困難外，也會造成住院時間延長，治療預後變差等不利影響，這是面對老年族群的一大挑戰。

老年精神疾病包括失智症(dementia)、憂鬱症(Major depressive disorder)、躁鬱症(bipolar disorder)、器質性精神病(organic mental illness)、精神分裂異常(schizophrenia)、焦慮症(anxiety disorder)、物質濫用(substance abuse)、睡眠障礙(sleep

disorder)、譫妄(delirium)等，其中以失智症、憂鬱症、焦慮症與物質濫用等是最為常見的。分別介紹如下：

一、失智症(Dementia)

失智症是後天性的智力退化，主要症狀包括記憶力障礙，語言表達困難，判斷力變差，時間空間感覺喪失，認知功能缺損。除了智力退化的特徵，一半以上的病患會出現行為與心理症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)，可能表現人格改變，情緒不穩(如憂鬱、焦慮、表情呆滯冷漠、易怒)、行為異常、妄想、幻覺、睡眠週期混亂的情形。這些症狀除了惡化認知功能之外，更加重照顧者的負擔。

引起失智症的原因很多，如腦部退化性病變、腦血管疾病、正常壓力水腦症(normal pressure hydrocephalus)、內分泌失衡、腦傷、藥物濫用、中樞神經感染、維生素不足，以及其他因素等。在這種原因中，約12%是可逆性的，因此儘早就醫，積極的檢查是治療最重要的第一步。

由於神經影像學進步，包括腦部電腦掃描(computed tomography, CT)、核磁

共振影像檢查(magnetic resonance imaging, MRI)、正子放射掃描(positron emission tomography, PET)、單光子放射掃描(single photon emission tomography, SPECT)，對於疾病的診斷上有很大的幫助。以阿茲海默症(Alzheimer's disease)為例，核磁共振影像檢查的發現到n-acetyl-aspartate減少，而myoinositol增加。Weimer與同事發展出定量分析海馬回(hippocampus)萎縮與細胞數目減少的技術。研究顯示合併上述兩項檢查診斷出阿茲海默症，正確率可達90%。

雖然目前還沒有任何藥能完全恢復大腦的智能，而新藥的發展如乙醯膽鹼酯酶素抑制劑(acetylcholinesterase inhibitors)，對輕度(clinical dementia rating, CDR = 1)與中度(CDR = 2)的失智症患者具有延緩智能退化的功效。同時關於失智症合併的情緒或行為異常的症狀，經由精神科醫師詳細的評估後，給予適當的藥物治療能使病患躁動干擾的症狀顯著改善，也能降低家人的壓力且提升生活品質。

二、老年憂鬱症

老年憂鬱症的盛行率與嚴重度常被輕忽，若不積極治療，將導致成更嚴重的後果。老年憂鬱症與一般成人憂鬱症表現不完全相同，除了常見的症状如失眠、胃口差，對生活喪失興趣或退縮之外，有些表現是非典型的(atypical)，通常不是以憂鬱情緒來表現(depression without sadness)，而是易怒、抱怨記憶力變差，身體不適、慢性疼痛、慮病(hypochondriasis)的現象等。偽裝的憂鬱(masked depression)即是用來描述這種憂鬱症狀。老年憂鬱症也可以用初次發病年齡區分為早發型(early onset, 指65歲以前)，晚發型(late onset, 指65歲以後)，兩者在症狀、危險因子、治療反應、病程有明顯差異。晚發型憂鬱症的症狀表現上較多為冷漠呆滯(apaty)、失去活力、沒有動機、認知功能退化等，通常伴隨有慢性疾病，如高血壓、心臟血管疾病、糖尿病、中風等腦血管危險因子(Cerebrovascular risk factor)。研究顯示相較於早發型憂鬱症，晚發型憂鬱症有明顯的腦血管病變，如腦部磁共振影像檢查可見明顯的白質與灰質(Hyperintensity, 腦溝與腦室變寬，前額葉(prefrontal lobe)體積變小等病變。晚

發型憂鬱症的病程比較容易趨向慢性化，復發危險性高。有些臨床藥物實驗指出晚發型憂鬱症對藥物治療反應比較差，造成日常生活功能失能更厲害，日後進展到失智症的危險性更高。

雖然有些老人憂鬱症的症狀表現嚴重度並未達到重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)，而是以輕鬱症 (dysthymic disorder) 或是臨床以下的憂鬱症狀 (subclinical depressions) 的表現。因這些症狀比較輕微而且慢性化，常被視為自然老化的現象，但這是錯誤的觀念。

老年人自殺是個日益嚴重的問題。老年族群自殺的危險性是一般成人的3倍，自殺的方式多用較暴力性且致命性高的方式，因此導致更高的死亡率。造成自殺的因素是多重的，其中以老年憂鬱症是造成自殺死亡最主要的原因，所以詳盡的評估並妥善的治療憂鬱症是防制自殺的基本工作。

老年憂鬱症不是正常老化的過程，而是一種可治療的疾病，特別是新型的抗憂鬱劑如 specific serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, noradrenergic and

specific serotonergic antidepressants 等，在療效與副作用方面有卓越的進展，能有有效的治療老年憂鬱症，並預防復發。我們應重視並積極的面對老年憂鬱症，恢復老人家應有的尊嚴。

三、焦慮症

是常見的老年精神疾病之一，包括廣泛性焦慮症 (generalized anxiety disorder)、畏懼症 (phobia)、恐慌症 (panic disorder)、強迫症 (obsessive-compulsive disorder)、創傷後壓力症候群 (posttraumatic stress disorder) 等。焦慮症的症狀是多面向的，可區分為認知 (cognitive)、行為 (behavioral)、生理 (physiological) 三方面。認知症狀表現如焦慮、害怕、擔心、易怒、注意力無法集中等。行為症狀表現如坐立不安、重複性動作、肌肉緊繃、過度警覺、畏懼行為等。生理症狀表現如心悸、心跳加速、胸悶、口乾、頭暈、盜汗、頻尿等。雖然老年時期的焦慮症狀的嚴重度比一般成人輕微，但是對於日常生活失能的影響程度更厲害。

需強調的是老年焦慮症可能與身體疾病息息相關，如氣喘、高血壓、心律不

整、消化性潰瘍、肺栓塞 (pulmonary embolism)；此外會增加心臟血管性疾病引起的致死率。其他用藥如 ephedrine、pseudoephedrine、theophylline、鈣離子阻斷劑都可能造成焦慮狀態。目前已有研究報告顯示焦慮症與酒精濫用、鎮靜劑濫用相關，其中的共病性 comorbidity 甚至於高達 01% (Blow et al, 1992)。所以必須更仔細的評估，以避免加重失能的負面影響。

有效的治療焦慮症方式包括藥物與心理治療。藥物治療除了過去常用的苯二酚類 (benzodiazepine)、抗組織胺 (antihistamine)、 β -blocker 之外，新型的抗憂鬱劑也有顯著的藥效。

心理治療如認知行為治療 (cognitive-behavior therapy (CBT)、肌肉放鬆運動對於老年焦慮症的治疗伴有重要的角色。特別是對於同時罹患多種慢性疾病的老年人，擔心過度使用藥物可能引起藥物間交互作用與不良反應的情況下，心理治療是有效的選擇之一。

四、物質濫用

老年人物質濫用的是個重要卻潛藏的問題，至今尚未受到廣泛的重視，甚至於

醫療人員也對這問題抱持悲觀的態度。多數老年人罹患慢性疾病，長期情緒困擾，失眠與慢性疼痛等因素都是導致物質濫用的危險因子。在臨床常發現老年人大多是隱匿性的物質濫用者，伴有情緒低落、注意力無法集中、營養不良、突發性的意識混亂，常意外跌倒等現象，都是必須特別注意的警訊。值得注意的是物質濫用除了物質本身造成的不良作用外，更嚴重的是與精神疾病的共病性。國外研究顯示酒精濫用與精神疾病的共病性高達50%，情感性精神疾病佔了12%，其中以憂鬱症最常見佔10% (Finlayson et al 1988)。這些物質包括酒精、鎮靜劑、安眠藥、止痛藥、或非處方用藥等。由於這些藥物容易取得，醫療人員未提高警覺，而導致家屬乃至於醫療人員過度低估而延誤醫治，甚至造成永久性的後遺症。尤其在可逆性的失智病因當中，物質濫用的因素佔有最大部份。因此提高專業敏感度，詳細的瞭解疾病史是最重要的。

隨著老年精神醫學越來越受到重視，老年精神醫學的進展，是近幾年來在精神醫學各領域中發展最快速的次專科。美國於1991年舉行第一次老年精神醫學專科醫師考試，開啓嚴格的老年精神醫學專科

醫師訓練。臺灣精神醫學會已成立老年精神醫學小組，對於國內老年精神醫學的發展，與人員的訓練將朝向更專業化推展。

長庚醫院以關心老年身心健康為重要目標，已發展照顧老年身心健康的專業團隊。目前林口總院精神科已成立老人精神醫學小組，同時提供老年族群的服務與積極的進行研究。在臨床服務方面包括在林口總院週一下午與神經內科開立的失智症合併行為精神疾患聯合門診，週六上午老年憂鬱症團體治療，桃園分院週五上午老人身心醫學特別門診。除了針對憂鬱症狀嚴重度評估與治療，我們特別加強病患與家屬的關懷與衛教。國外研究顯示老年憂鬱症團體治療是有效的治療模式之一，因此我們團隊於11月至12月間，每週六上午舉行老年憂鬱症病患與家屬團體治療，這項治療成果是非常令人期待的。

老年精神醫學小組的研究主題是探討老年精神疾病特殊的症狀表現、危險因子、致病機轉，主要目的是尋求可緩和的(modifiable) 控制因素，以達到預防疾病發生，降低失能，並減輕照顧者的負擔。過去老年精神疾病的研究大多以失智症為導向，然而憂鬱症卻未受到重視。很多研究指出老年憂鬱症本身以及憂鬱症合併多種

慢性疾所帶來的憂鬱症負擔並不低於失智症，因此主動積極的診斷治療，預防疾病惡化是我們小組研究的重點。另外一個研究方向是探討老年憂鬱症與失智的關係以及對疾病預後的影響，這議題也是已開發國家研究的趨勢。

老年人可能因為情緒表達困難或是認知功能障礙，常常以身體不適而四處就醫，反而導致過度消耗醫療成本，延誤了治療精神疾病的時機。因此醫療人員應加強對當老年精神疾病的了解，當患者出現上述症狀時，應積極地鼓勵到老人身心醫學特別門診就醫，儘早接受診斷與治療；才能提供老年人較佳的生活與照顧品質。

感謝黃美涓院長的支持與鼓勵，促成本期長庚醫訊「老年精神醫學」的封面故事報導。✕

更正啟示

長庚醫訊第26卷3期第3頁「藥劑傷害之我見」內文中藥物基因學的Pharmaco-genomics 應為Pharmacogenetics 之誤植。✕