

我需要吃藥嗎？  
-精神分裂症病識感與服藥合作度

高醫精神科林皇吉醫師

# 精神分裂症之診斷準則(一)

---

A. (活躍期): 2項(以上), 持續1個月以上

1. 妄想
2. 幻覺
3. 解構性的語言(脫軌的思考流程或言詞無法連貫通順)
4. 整體而言解構性的行為或緊張性的表現(catatonic behaviors)
5. 負性症狀:缺乏動機,言語貧乏,平板的情感

附註:(如果是極奇怪異的妄想、幻聽的內容為持續不斷評論個案的行為、抑或是2種聲音以上的交談,則只要一項即可)

---



# 精神分裂症之診斷準則(二)

---

B. 職業,人際,或自我照顧等至少一個重要的個人功能受到影響,顯著低於病前的水準。

C. 時間:總時期 (前驅期、活躍期、殘餘期) $\geq$ 6月以上,其中的急性症狀活躍期 $\geq$ 1個月

排除條款(1):並非源自於-其他的情感性疾患  
-情感性精神分裂症.

排除條款(2):並非源自於-物質或藥物的使用結果  
-身體疾病或其他醫學狀況.



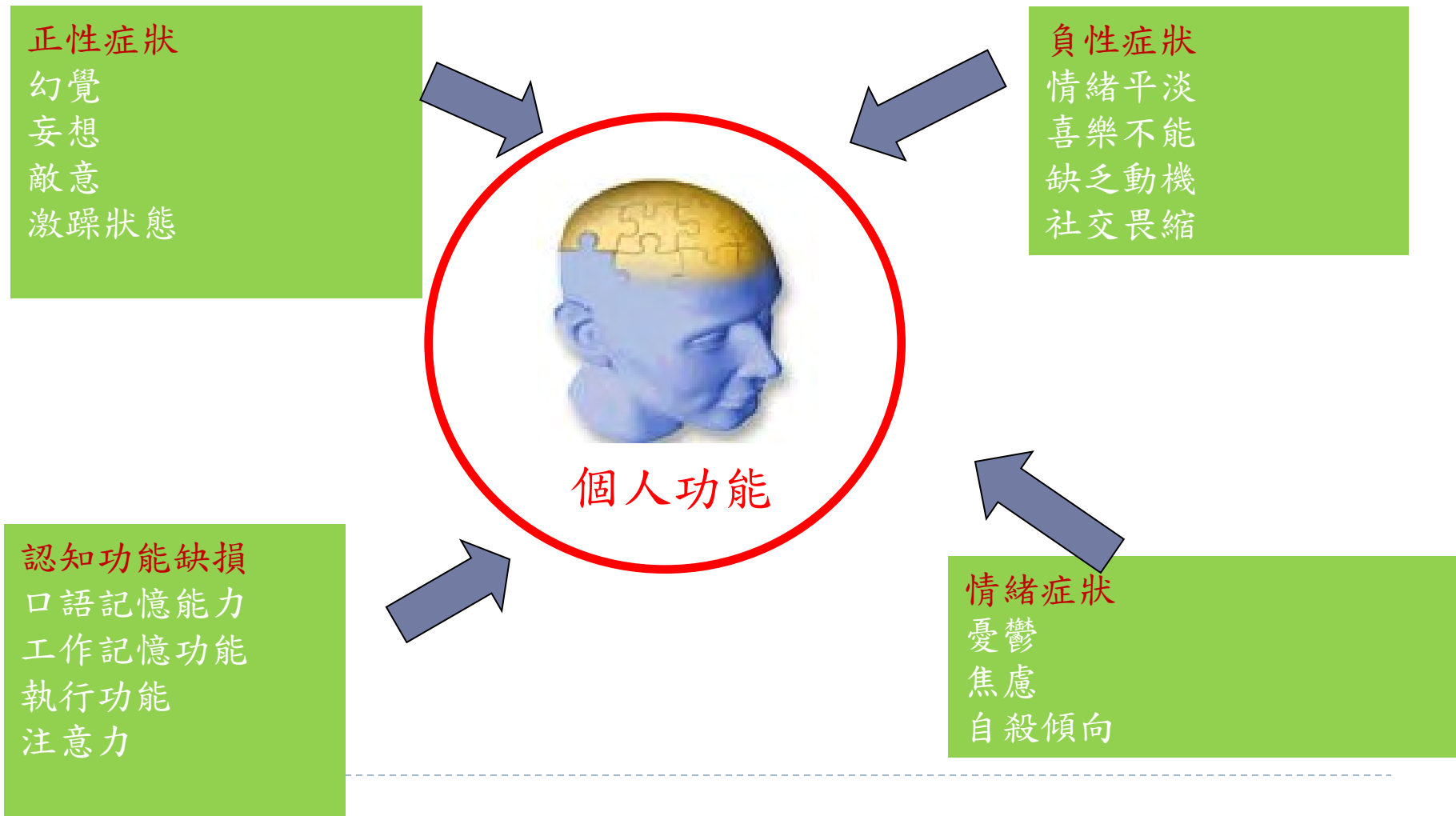
# 精神分裂症-症狀及表徵的五個面向

---

- ▶ 認知功能退化
- ▶ 正性症狀
- ▶ 負性症狀
- ▶ 情緒問題：憂鬱或焦慮
- ▶ 衝動及激進性行為，防衛及敵意



# 精神分裂症臨床表徵



# 精神分裂症-流行病學

---

- ▶ 終生盛行率:1% (台灣本土研究3/1000)
- ▶ 男女比率:1:1
- ▶ 男性發病高峰期:15-25歲
- ▶ 女性發病高峰期:25-35歲
- ▶ 極少初次發作小於10歲或超過50歲
- ▶ 台灣急慢性精神科病房:精神分裂症個案占50-60%



# 病因學

---

## ▶ 遺傳因素：

父母親其中一位罹病：則子代盛行率：12%

## ▶ 神經心理學因素：

-執行功能、持續注意力及工作性記憶缺損。

-感官刺激的篩選及眼球運動有障礙。

## ▶ 神經生化學：

-多巴胺(dopamine)假說

-NMDA假說

## ▶ 神經影像學：大腦皮質萎縮、腦室擴大、內側顳葉體積減少、左右腦不對稱性的減少。

---



# 精神分裂症的病程

---

- ▶ 社會、環境的改變或生活事件→誘發前驅期的症狀  
(好發:青少年,可能持續數年才出現明顯的精神症狀)
- ▶ 典型病程:惡化-緩解-惡化-緩解……交織而成





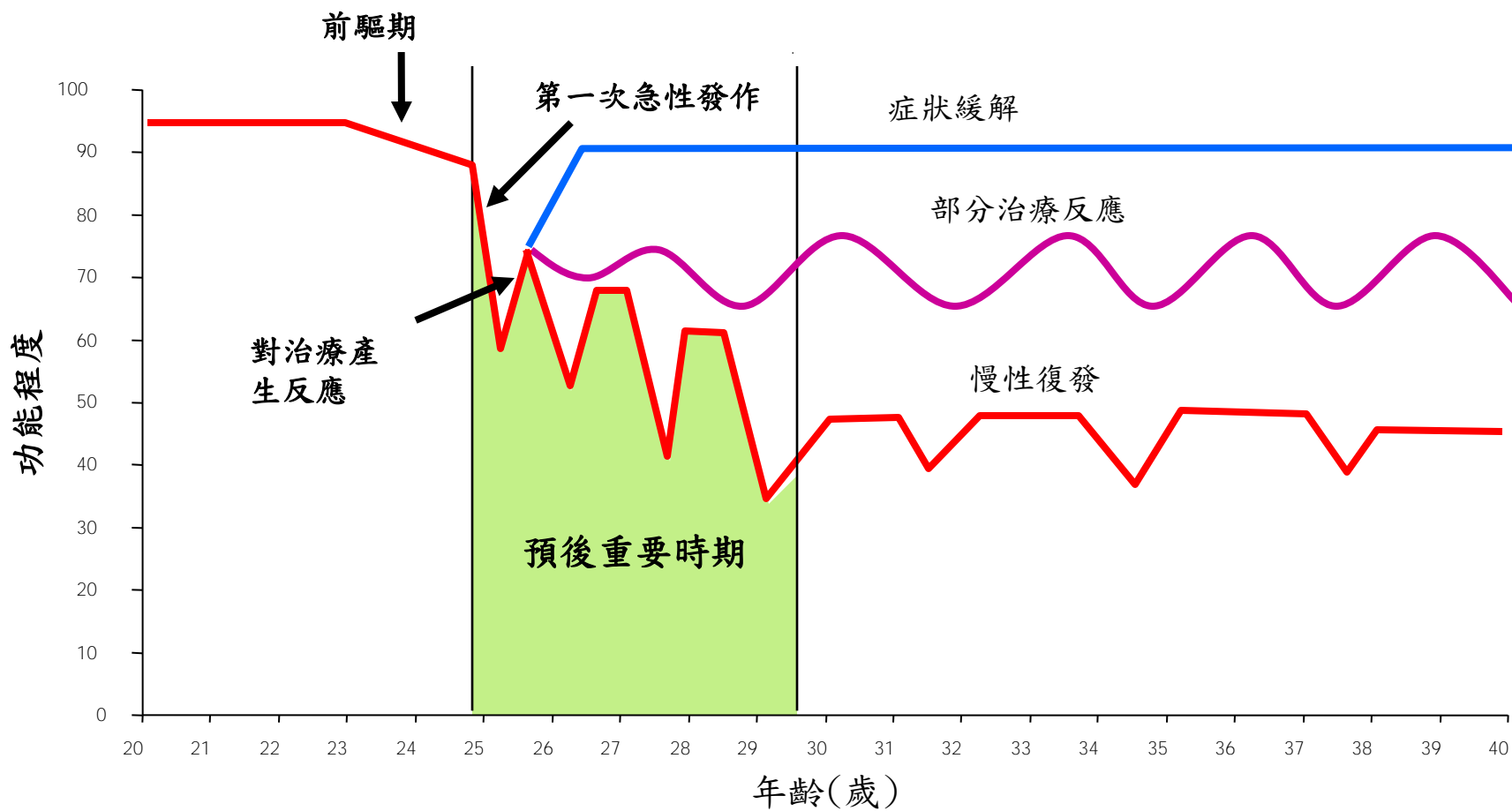
# 精神分裂症的病程

---

- ▶ 前五年的病程狀況通常預言著預後
- ▶ 一次發作,伴隨著一次功能階梯式下降...
- ▶ 精神疾患發作後,可能伴隨著憂鬱
- ▶ 個案對於終生面對壓力的脆弱性 ↑
- ▶ 隨病程進行:正性症狀 ↓,負性症狀 ↑ 及失能 ↑



# 初發精神分裂症患者急性治療後可能的預後

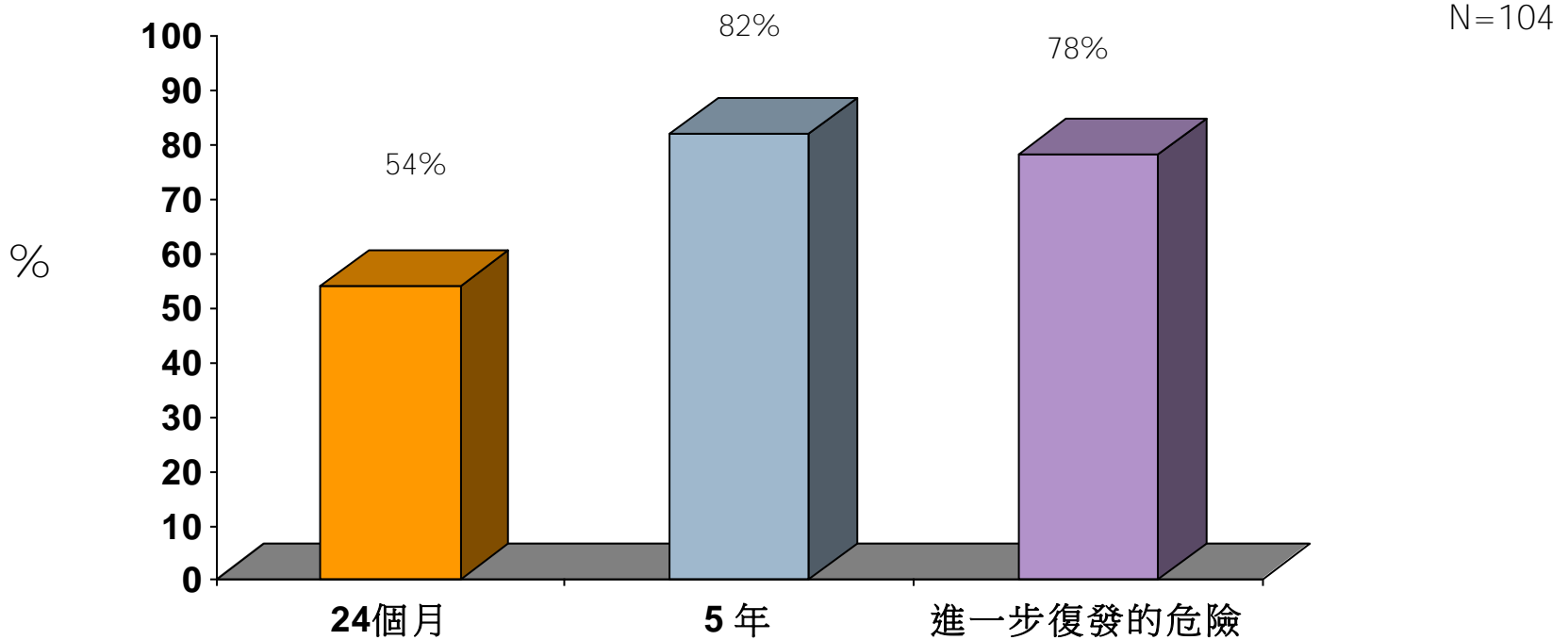


From: Birchwood M et al. Br J Psychiatry 1998;172 (S 33):53-9.

Breier et al. Am J Psychiatry 1994;151:20-26.

# 精神分裂症：

第一次發病後的復發比例



**最強的復發預測因子：停止服藥**

# 精神分裂症的預後

---

- ▶ 在首次住院後的5-10年後
  - 僅10-20%可謂之有良好的預後
  - >50%預後不佳:包括反覆住院、症狀惡化、情緒疾患及自殺企圖...
- ▶ 20-30%:可過某種程度的正常生活
- ▶ 20-30%:仍然經驗著中等程度的精神症狀干擾
- ▶ 40-60%:整個生活依然受到疾病的顯著影響



# 復發將會惡化精神分裂症預後

---

每次復發都會：

## — 進一步造成腦部灰質及白質的減少

- ▶ 治療反應將會變慢及不完全
- ▶ 增加反覆住院頻率
- ▶ 增加疾病對治療產生阻抗的機會
- ▶ 增加自傷及無家可歸的機會
- ▶ 復原至之前的功能水準倍加困難
- ▶ 失去自信，並出現社會及就業阻礙
- ▶ 廣大醫療照護資源的耗費
- ▶ 增加家庭照護者的負擔

# 反覆復發的後果

## 精神分裂正反覆復發…

預後不佳

減少回復到之前功能及健康的可能

增加自傷傷人的風險

增加照顧者負擔

降低生活品質

增加健康照護資源的使用與耗費

降低自尊

# 持續服藥的好處

## 減少：

- 疾病相關症狀
- 復發
- 住院
- 對病患家屬及朋友的衝擊

## 增加：

- 疾病緩解比率
- 醫療合作度
- 功能
- 生活品質

持續接受治療將改善初次發病及慢性化的精神分裂症患者的預後

聽起來服藥很重要…所以病友都有好好服藥？



# 醫療遵從性(compliance)

---

- ▶ 定義：個案的行為符合其所接受醫療建議的程度
- ▶ 較中性的辭彙：醫療合作度(**adherence**)、醫療協同度(**concordance**)

## 醫療遵從性不佳的形式

- 未到診
- 拒絕至醫院接受治療
- 無法開始治療計劃
- 自行終止治療
- 未配合醫療指示、建議



# 醫療合作度(medical adherence)的層面

---

- ▶ 願意規則返診
- ▶ 願意依照醫囑接受藥物治療



# 常見的藥物服用合作度問題

---

- ▶ 蓄意或不小心在服用時間與劑量上自行調整
- ▶ 完全忽略或部分忽略藥物服用
- ▶ 使用可能有副作用的藥物併用方式
- ▶ 服用藥物後，吐藥或藏藥

(Demyttenaere, 1997; Scott and Pope, 2002; Zygmunt *et al.*, 2002).



# 藥物遵從性不佳

---

- ▶ >50% 慢性疾病需要長期服藥的個案
- ▶ 尤其是治療目標是在：防範疾病復發
- ▶ 後果：
  - 復發
  - 反覆住院或更長期的住院治療
  - 預後不佳



# 精神科治療藥物缺乏醫療合作度的比例

---

- ▶ 抗精神病劑: 40–60%
- ▶ 情緒穩定劑: 18–56%
- ▶ 抗憂鬱劑: 30–97% (中位數: 63%)

(Pampallona *et al.*, 2002; Scott and Pope, 2002; Zygmunt *et al.*, 2002).



如何協助增進服藥及醫療合作度？

# 影響醫療合作度的因素

---

- ▶ 病患與疾病的特質
- ▶ 藥物層面及相關副作用
- ▶ 其他因素

(Patel and David,2004)



# 病患與疾病的特質

---

- ▶ 社經人口學特質
- ▶ 過去醫療合作度的狀況
- ▶ 生病的病程：
  - ▶ 醫療合作度通常隨著疾病的時間而下降，特別是
    - 慢性疾病，個案常處於無症狀狀態
    - 治療為預防復發導向
    - 停止藥物治療之後，往往不會立即疾病復發或惡化。
- ▶ 精神病理學特質 - 具敵意、多疑、思考解構的特質
- ▶ 病識感-疾病的查覺及洞視能力
- ▶ 認知功能的缺損


(Patel and David,2004)

---





# 精神分裂症患者的服藥合作度不佳， 源至於多種的疾病症狀特徵

- ▶ 缺乏病識感（否認疾病 / 疾病感缺失）
  - ▶ 認知功能缺損
    - 記憶功能缺損
    - 執行功能缺損
  - ▶ 負性症狀
    - 缺乏主動性
    - 缺乏動機
  - ▶ 藥物副作用的敏感性
  - ▶ 物質濫用
- 
- 

# 病識感與醫療合作度

- ▶ 大多數精神分裂症的個案對於精神病狀態的病識感不佳
  - ▶ 病識感不佳是疾病的表徵而不是因應疾病的方式
- ▶ 病識感影響醫療合作度
- ▶ 病識感不佳亦可預期高復發率、增加住院次數、心理社會功能惡化、較差的病程變化

# 藥物與藥物副作用

---

- ▶ 藥物治療強度
- ▶ 藥物服用的次數
- ▶ 藥物的劑型與服用途徑
- ▶ 藥物包裝 - 藥盒
- ▶ 多重藥物處方
- ▶ 藥物副作用

(Patel and David,2004)

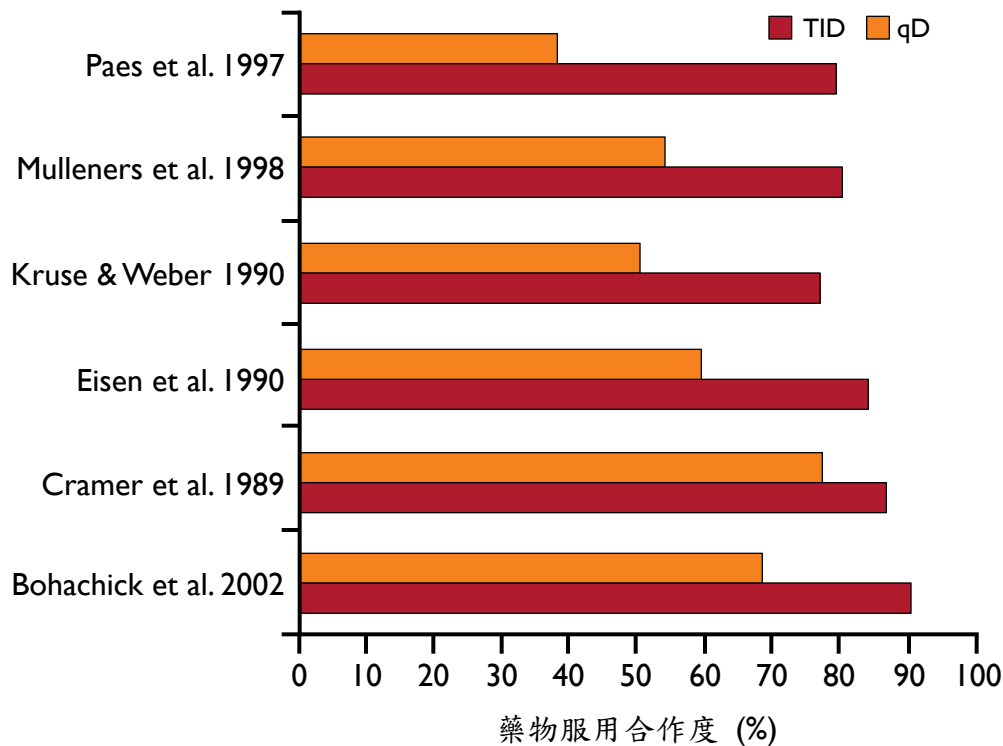


# 有效的抗精神病劑治療



# 藥物使用頻次對於慢性病患者藥物治療合作度的影響

比較一天一次與一天多次藥物服用的合作度



一天一次：一天多次的藥物服用方式

→規則服藥時間可高達2倍

## 抗精神病劑治療：改善醫療合作度

- ▶ 調整劑量、劑型減少副作用
- ▶ 簡化藥物處方
- ▶ 簡便的投與方式：長效針劑的使用



# ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES

Evidence for action



World Health Organization 2003





# 不同藥物劑型對於服藥合作度的促進

---

## ▶ 滴劑：

好處：容易吞服

壞處：若摻在飲料中，服下的藥物劑量不易掌控

▶ 口融錠：輕、薄，服用後在口中即崩解，通常具有甜味。

好處：容易吞服、減少排拒

壞處：藥物剝半或開封後叫不易保存。

---

# 長效針劑的使用

---

## ▶ 2-4週施打一次

好處：

- 確認有接受到藥物的治療
- 早期偵測到醫療合作度下降(如：未規則回診施打針劑)
- 降低家屬及個案需要提醒服藥的負擔
- 增加個案及家屬的便利性

壞處：

- 個案對打針的懼怕
- 若個案對藥物有不適反應，需一段時間才可完全將藥物排出



# 其他重要因子

---

- ▶ 醫師
- ▶ 被強迫接受治療
- ▶ 診療的環境與組織結構
- ▶ 醫療可近性
- ▶ 家屬的支持與監測
- ▶ 以社區為基礎的精神醫療

(Patel and David,2004)



# 家庭及照顧者對醫療合作度之影響

- ◎家屬及照顧者對於精神分裂症患者醫療合作度極為重要。
  - ▶ 家庭介入可以協助改變個案病識感、治療態度及醫療合作度
  - ▶ 家人及照顧者參與治療聯盟可減少疾病復發及再住院率

## ◎家庭介入的重要原則：

- ▶ 疾病衛教
- ▶ 危機處遇
- ▶ 情感支持
- ▶ 訓練如何應對個案的疾病症狀及相關問題



# 治療聯盟對於醫療合作度的影響

## ▣ 首次發作的精神分裂症患者的研究

- 影響往後五年追蹤期間的醫療合作度
  - 最初與工作人員的互動
  - 是否非自願性住院
- 非自願住院者在出院後需要更密切的追蹤及門診治療

理想的初期與心理衛生人員的互動則有較好的醫療合作度

## ▣ 非慢性化的精神分裂症患者研究

- 產生較好治療同盟的人
  - ▣ 留存再心理治療的比率較高
  - ▣ 較願意配合服藥
  - ▣ 2年後的治療預後較好

理想的治療同盟關係有較好的醫療合作度及疾病預後

# 病患對疾病及治療的態度

- ▣ 影響治療態度的重要因子
  - 病識感
  - 經驗到藥物治療的副作用
  - 得到治療的難易度
  - 自我的疾病恥辱感
  - 治療同盟的穩固
- ▣ 治療者的同理及對於預後的態度也顯著影響個案的醫療合作度

## 醫療合作度的促進-通則

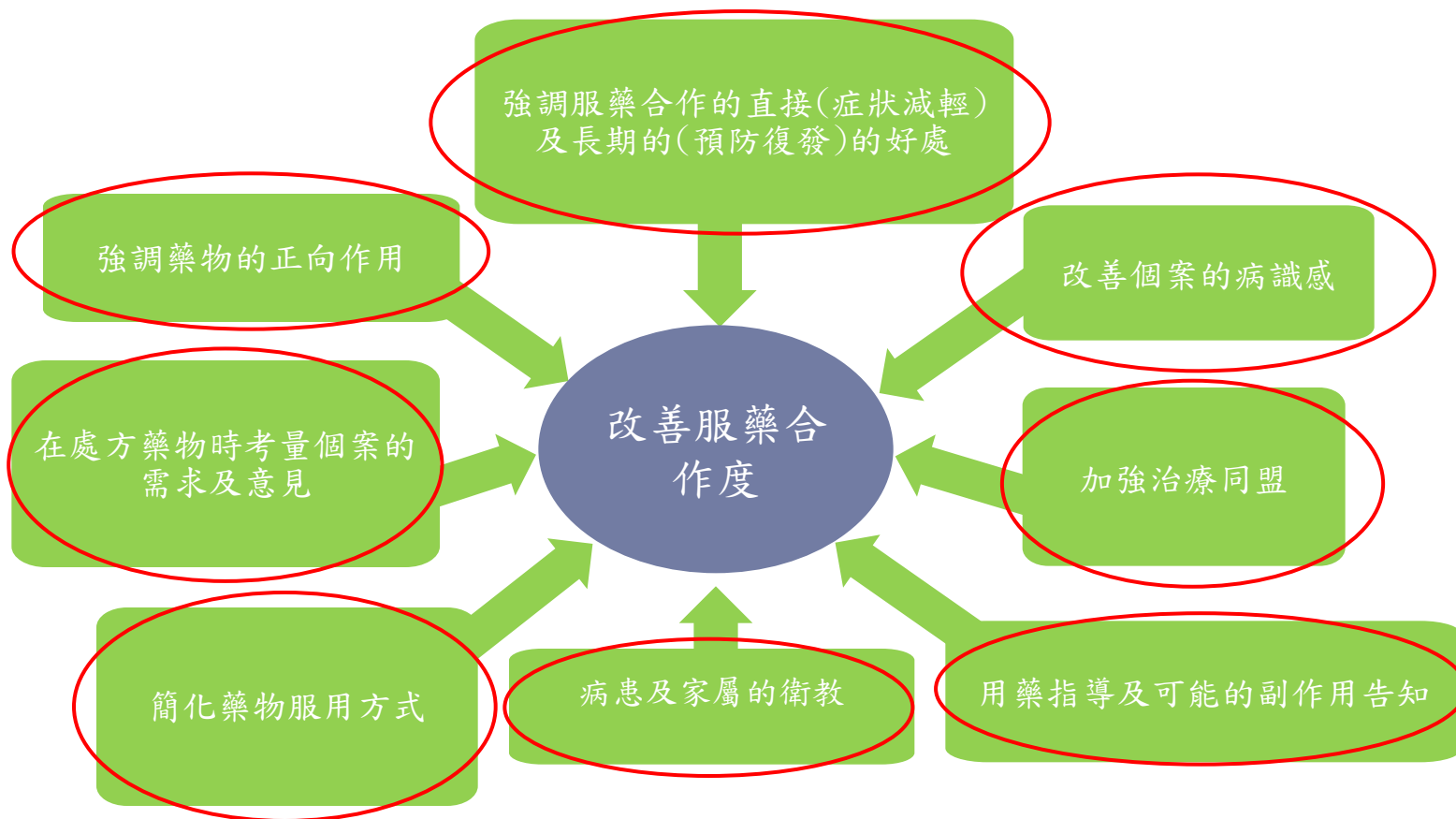
---

- ▶ 規則詢問，澄清個案在家藥物服用的狀況。
- ▶ 需緊覺認知功能缺損、酒精及成癮物質使用對藥物治療合作度的影響。
- ▶ 簡化藥物得服用頻次及減少多重用藥。
- ▶ 調整藥物到最小理想劑量(有好的療效但鮮少副作用)。
- ▶ 確認個案已充分了解藥物的相關訊息。
- ▶ 協請家屬提供適當的協助。

(Patel and David,2004)



# 強化醫療合作度



理解個案對於疾病及治療的想法及擔心，並澄清任何可能影響規則服藥及治療決定的障礙



# 醫療合作促進

---

- ▶ **健康信念模式(health belief model):**

個案如果經驗到治療的好處超過接受治療所需的耗費，個案將配合治療的建議

- ▶ **衛教(Psychoeducational)**

- 個人(*Individual*)

- 家庭與團體(*Family and group*)

- ▶ **個別心理介入(Individual psychological interventions)**

- 認知改變介入 **Cognitive-based interventions**

- 行為調整介入 **Behaviour-modification interventions**

- 動機式晤談 **Motivational interviewing**

- 醫囑順從性介入(**Compliance therapy**)

(Patel and David,2004)

---

# 醫囑順從性介入(Compliance therapy)

---

## ▶ 方法:

- 容許個案表達他們對於藥物的想法與擔心，不予辯駁。
- 將治療目標聚焦在個案的個人生涯目標
- 強調治療的間接的好處
- 探索個案對於藥物的矛盾態度
- 討論規則服用藥物可能的好處，停止服用藥物可能的風險。
- 簡單的比擬、使瞭解慢性病的意涵。
- 提供藥物可能的優點與缺點提供選擇

- ▶ **目標:**強化藥物的角色在使個案維持穩定，並符合個案的需求，已達成個案的生活型態的需要及個人的目標
-

我需要吃藥嗎？

精神分裂症是什麼？

很多人說：腦部的神經傳導物質不平衡…



如果騎腳踏車無法保持平衡？  
需不需要裝輔助輪？



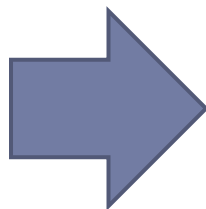
酷炫跑車要好好的跑，  
要加油加幾次…？要加油加多久？





# 持續吃、不中斷、更有效

---



謝謝聆聽