



老人憂鬱症

朱哲生¹ 葉慶輝²



前言

一位七十多歲的老先生由家人帶到家醫科門診求診，老先生主訴為最近全身不舒服如胸口悶、頭痛、腸胃不適等，夜晚睡眠不佳。尋求多位醫師協助後仍無確切診斷，經過症狀治療情況未見舒緩，經醫師評估高度懷疑為憂鬱症疾病，建議轉至精神科作進一步診斷及治療。

世界衛生組織（WHO）1998年世界衛生報告中提出，重鬱症（major depressive disorder）、愛滋病、惡性腫瘤並列為21世紀三大常見疾病（衛生署定義之疾病名稱為重鬱症，DSM-IV-TR稱為重鬱病，以下使用較常用的重鬱症稱之）。另外，2005年WHO在全球疾病負擔（Global Burden of Disease, GBD）研究中，使用失能調整人年（Disability Adjusted Life Years, DALYs）綜合評估方法指出，預估到2030年所有疾病當中，造成明顯而嚴重失能排名第一位就是重鬱症。俗稱憂鬱症之憂鬱性疾患

（depressive disorder）是老年人失能的主要原因之一，但只有不到三分之一的病患會就醫或積極面對。更嚴重的是，憂鬱性疾患不僅會造成老人生活品質的下降，也會失去本身原有的社會功能。然而，面對如此迫切的公共衛生議題，社會仍存有錯誤觀念，將憂鬱性疾患視為老化的正常過程。大部分社區老人罹患憂鬱性疾患時，大多以身體不適如失眠、疲倦、食慾不振等來表現，典型情緒低落的症狀反而不是病患的主訴。因此，如何正確診斷與及早介入治療，應該是每一位基層醫師所需具備的觀念。本文回顧老人憂鬱性疾患的診斷及治療方式，提供一個方向來幫助大家有初步的概念。

流行病學

老年化社會已經是全球化的趨勢，世界衛生組織定義老年人占全體人口7%以上者為老年化社會，台灣地區2008年65歲以上老年人占總人口比例為10.4%，行政院經濟建設委員會預估至2026年時比例會上升到20%。根據林口長庚醫院及高雄醫學大學分別在1997年與2000年期間針對南部民眾研究指出，台

1 高雄榮民總醫院精神部住院醫師

2 國軍左營總醫院家庭醫學科主任

關鍵詞：depressive disorder, psychotic depressive



灣有憂鬱症狀的老年人盛行率約在12.9%到21.7%之間。其中重鬱症達6.2%，低落性情感患者為6.8%到15.5%。2003年的研究以老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scales, GDS)針對新店地區安養機構及社區老人的憂鬱情形進行調查，發現機構老人憂鬱的盛行率是39.2%，而社區老人的盛行率是29.5%(GDS總分三十分，以十一分以上者為有憂鬱症)。可知不論在社區還是機構的老年人憂鬱性疾患非常普遍，是個值得社會關注的議題。此外，高達75%的病患剛開始都向基層醫師求助，因此第一線的醫療人員對於預防及治療老人憂鬱性疾患扮演了極為重要的角色。

危險因子及自殺議題

造成老人憂鬱性疾患危險因子包括：有憂鬱性疾患過去史、長期慢性疾病、女性、離婚或喪偶者、腦部疾患、酒精濫用、使用會引起憂鬱症狀的特定藥物、面臨生活重大壓力、失去和社會的連結等。研究發現憂鬱性疾患是老年人自殺最常見的診斷，這不同於年輕人自殺大多因為物質濫用合併情感性疾患。2008年台灣自殺率為每十萬人口17.9人，係屬WHO分類下高盛行率國家(根據WHO資料指出，自殺分為高、中及低盛行率區域，三種區域的自殺率分別為每年每十萬人口大於13人、6.5-13人及小於6.5人)。65歲以上老人自殺率為每十萬人口

36.5人，遠高於青少年。老年憂鬱性疾患病患自殺是一般民眾的兩倍，其中有75%自殺者在前一個月內曾經看過醫師，這一點確實需要第一線醫療人員警惕。

老人憂鬱性疾患評估及鑑別診斷

老年憂鬱性疾患評估需要詳細的病史詢問和理學檢查。老年人較少以情緒症狀來表現，而常常以身體症狀的不適來求診，因此造成臨床醫師判斷的困難。有憂鬱傾向的老人開始可能以非特異性的身體疾患來表現，如慢性疼痛、食慾不振、失眠、煩躁、全身無力和疲倦等，嚴重者甚至有精神症狀如被害妄想的產生，形成精神病性憂鬱症(psychotic depression)。患者也容易以記憶力變差為主訴，例如東西忘了擺在哪裡、忘記家中住址和電話，也因此常會跟老年失智症混淆。老人憂鬱性疾患的特點是，隨著憂鬱症狀緩解，認知功能和記憶力多會隨之改善。但臨床醫師仍須牢記，憂鬱性疾患和失智症共病性仍是有可能的。

完整的神經學檢查和認知功能測試能幫助作鑑別診斷，另外用藥和物質濫用的過去史也應注意。常見藥物導致憂鬱性疾患如表一所示。實驗室檢查對於診斷也有幫助，依照病情需求而開立血液及生化檢查、甲狀腺功能測試、尿液篩檢、維他命B12、葉酸等。內科疾病也可能伴隨憂鬱性疾患的產生(表一)，據研究中風的病人在兩年內罹患憂鬱性疾患的比例可以



高達25~50%，其中左右兩側大腦中風的病人罹病率是差不多的。其它常見疾病導致憂鬱性疾患的比例為：冠狀動脈疾病(8~44%)、癌病(1~40%)、帕金森氏病(40%)、阿茲海默氏病(20~40%)、老年失智症(17~31%)。

憂鬱性疾患

目前對於憂鬱性疾患最常見的分類法有兩種，第一種是國際疾病分類第十版(The 10th International Classifications of Disease, ICD-10)。ICD-10憂鬱性疾患分類較多且複雜(ICD-10分類編碼的F32、F33、F34.1、F38.1)，若詳述會占過多篇幅，故不在此列出。第二種分類法

是美國精神科醫師協會於1994年出版的精神疾病診斷與統計手冊第四版(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV)，目前最新版為2000年出版的DSM-IV-TR(Text Revision of the DSM-IV)。兩種版本絕大部分內容都是一樣，DSM-IV-TR也是目前國內精神科學界較常使用的診斷依據，本文中描述之憂鬱性疾患都是以DSM-IV-TR為主。

DSM-IV-TR將憂鬱性疾患分成三類：重鬱症、低落性情感疾患(dysthymia)、其他未明示之憂鬱性疾患。其中，重鬱症又分單次發作(single episode)和重複發作(recurrent)，程度上可分為輕度(mild)、中度(moderate)、重度

表一：可能導致憂鬱性疾患的藥物及內科疾病

藥物	疾病
心血管藥物 beta-blocker, clonidine, digitalis, hydralazine、methyldopa, reserpine, thiazide diuretic	癌病(特別是胰臟癌) 神經系統疾病 老化性及血管性失智症、帕金森氏病、阿茲海默氏病、多發性硬化症
化療藥物 6-azauridine, asparaginase, azathioprine, bleomycin, cisplatin, cyclophosphamide, doxorubicin, vinblastine, vincristine	心血管疾病 心肌梗塞、心臟衰竭、心肌病變
抗精神病藥物 fluphenazine, haloperidol	代謝性疾病 糖尿病、葉酸及維他命B12不足、電解質不平衡、
安定及抗焦慮藥物 barbiturates, benzodiazepines, chloral hydrate, ethanol	內分泌疾病 甲狀腺功能亢進或低下、Addison氏病、Cushing氏症、腦下垂體低下症
抗帕金森氏病藥物	病毒感染 病毒性肝炎、HIV感染、病毒性肺炎、流行性感冒
類固醇	風濕性免疫疾病 紅斑性狼瘡、類風濕性關節炎
非類固醇抗發炎藥物	

本圖修改自Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge, Am Fam Physician 2004;69:2375-82.



未伴隨精神病症狀(severe without psychotic features)、重度伴隨精神病症狀(severe with psychotic features)、部分緩解中、完全緩解中、未明示等六種。

重鬱發作(major depressive episode)症狀共有九個，包括憂鬱情緒、興趣與喜樂減少、體重及食慾改變(一個月體重變化超過5%)、失眠或嗜睡、精神運動性遲滯或激動、疲累失去活力、無價值感或罪惡感、無法專注、反覆想到死亡(甚至有自殺意念、企圖或計畫)。若要符合重鬱症的診斷，有以下的條件：(1)至少符合五個以上，且時間(幾乎每天)持續超過兩週；(2)至少要有憂鬱情緒或失去對原有事物的興趣；(3)症狀會造成臨床上病患顯著痛苦，且損害職業、社會及其他重要領域的功能；(4)排除因為某些物質使用、內科疾病、其他情感性疾患(mood disorder)或失去親人等重大事件的影響。

低落性情感疾患是慢性、持續性、中等程度的憂鬱症狀，其診斷標準如下：(1)憂鬱的情感反應持續兩年以上(病患主觀陳述或他人觀察憂鬱的日子比不憂鬱的日子還多)；(2)心情憂鬱同時呈現下列症狀至少兩項且持續2個月以上，如胃口差或食量過多、失眠或睡眠過多、疲倦或乏力感、自尊心低、注意力差、無助感；(3)以上症狀從未一次消失2個月以上；(4)症狀會造成臨床上病患顯著痛苦，且損害職業、社會及其他重要領域的功能；(5)排除因為某些物質使用、內科疾病、其他情感性疾患或失去親人等重大

事件的影響。

有時候老年人因疾病因素(如罹患癌症)、喪失配偶時，會有短暫數天的情緒低落，此時應當視為正常的情緒反應或暫時性的適應不良。當情緒低落的時間超過兩個月，就有可能是種病態性的哀傷，可搭配之前所提的診斷標準判定是否符合重鬱症，考慮介入治療。

老年人和成年人的診斷標準完全相同，但老人較會將注意力放在身體的症狀上，常見的主訴有失眠和食慾的改變。當符合以下狀況時都需懷疑老人憂鬱疾患的可能：(1)以身體症狀反覆回診(如長期慢性疼痛、疲倦、頭痛、無法解釋的腸胃道不適)；(2)獨居老人、社會及家庭支持系統較差者；(3)因內科疾病或開刀後數日仍拒絕出院、拒絕接受進一步醫療照護處置的老年人。

世界衛生組織於 2001 年頒佈 ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health)「國際健康功能與身心障礙分類系統」，它提供了健康上一體的框架，對組成健康要件的功能性狀態與失能程度進行分類。一個人的健康圖像，可視為個體的健康狀況、環境背景與個人因素之間的互動關係。憂鬱性疾患本來就和環境等外在因素有很大的關係，ICF可提供全方面的評估，精神學界目前也積極推廣ICF於憂鬱性疾患上。

評估工具



除了以上的症狀和疾病診斷標準外，一般基層醫師可以使用憂鬱量表來幫助初步地篩選病患。較常用的量表有台灣老人憂鬱量表(Taiwan Geriatric Depression Scales, TGDS-30題)，包含了三十個以[是/否]二分法來回答的題目，若得分大於十分以上便有可能是憂鬱性疾患。為了提升大量社區或繁忙臨床篩檢之實用性，有各種短式量表如GDS-15題、10題、4題、1題的出現。此外，有許多其他評估量表可供使用，以下僅列出三種常用的老人憂鬱評估工具如：(1)由Hamilton於1960年研發出來的漢氏憂鬱量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD)；(2)Beck於1967年發展的貝氏憂鬱量表(Beck Depression Inventory)，現已有中文版第二版(BDI-II)；(3)美國流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)。這些評估量表常運用在疾病評估或臨床研究上。

病因

憂鬱性疾患的致病機轉仍然不甚明朗，一般認為是多重致病原因所造成，例如基因遺傳的影響、腦部結構性的改變(特別是血管性原因)、腦部神經傳導物質的改變、社會支持和個人心理狀態的不同。另外，從老年憂鬱性疾患患者的腦部核磁共振掃描發現，病患有較嚴重的腦部萎縮和腦室周邊白質高密度顯影異常

(brain atrophy and white matter hyperintensities)，且顯影異常的程度和年齡有正相關。

治療

高達65%~75%老人憂鬱性疾患患者對治療有反應，研究指出合併藥物和心理治療對於患者療效最好。就老年重鬱症而言，治療後復發率可以高達40%，因此目標已經從以前的治癒轉為避免疾病復發為主。症狀改善可以提升老人生活品質，回復生活功能，降低死亡率及節省醫療花費。症狀改善一般可以在治療介入的2週左右顯現，但有時需要數星期甚至數個月的時間。第一次發作的重鬱症痊癒至少需要6~12個月，若判定患者對於藥物沒有反應，需要至少6週的觀察。

藥物治療

藥物是目前最常用且有效的治療方式之一，老年人對於藥物的反應比較慢，也要注意老年病患對於藥物耐受性較差，因此對於藥物選擇和劑量要更小心。研究發現選擇性血清素再吸收抑制劑(selective serotonin-reuptake inhibitors: SSRI)和三環抗憂鬱藥物(tricyclic antidepressants, TCA)有相同的療效，病患反應率大約可達70%~75%。因為TCA有較多副作用，SSRI仍是目前治療老年憂鬱性疾患的第一選擇。但SSRI仍有可能造成噁心、腸胃不適、頭痛、失眠及性



功能障礙等副作用。當老年人對於第一線抗憂鬱劑反應不佳時，可以選擇新一代抗憂鬱劑SNRI(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor), 如venlafaxine (efexor); NDRI(norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor), 如 bupropion; NaSSA(noradrenergic and specific serotonergic antidepressants), 如 mirtazapine (Remeron)。要注意venlafaxine會有血壓上升的副作用，mirtazapine會有較明顯的鎮靜效果和造成體重上升。至於新一代抗憂鬱劑不同藥物間的療效何者較高呢？根據2009年Lancet

表二 抗憂鬱劑選擇及使用劑量

一篇文章指出，escitalopram、sertraline、mirtazapine、venlafaxine對於憂鬱性疾患病患具有較佳的療效。藥物選擇及劑量如表二。

根據2009年CANMAT(Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments)指出，第一次重鬱症發作的病患在治療症狀緩解後，建議維持半年到一年的療程，同時治療劑量等同於急性時期的劑量。若合併以下復發危險因子如年老、發作三次以上、合併精神症狀、藥物中斷合併復發、合併內科或其他精神疾

抗憂鬱劑	作用機轉	劑量(daily)	副作用(詳述如表三)
第一線治療*			
bupropion[Wellbutrin]	NDRI	150-300 mg	癲癇(dose-dependent) SSRI、SNRI併用MAOI使用時會引起serotonin syndrome危險
citalopram[Celexa]	SSRI	20-60 mg	
fluoxetine[Prozac]	SSRI	20-80 mg	
sertraline[Zoloft]	SSRI	50-200 mg	
fluvoxamine[Luvox]	SSRI	100-300 mg	
paroxetine[Seroxat]	SSRI	20-50 mg	
venlafaxine[Efexor]	SNRI	75-375 mg	
duloxetine[Cymbalta]	SNRI	60-120 mg	
escitalopram[Lexapro]	SSRI	10-20 mg	
第二線治療			
amitriptyline, clomipramine and others	抑制突觸前 serotonin and norepinephrine回收(主要機轉)	Various	口乾、便秘、小便困難、視力模糊、體重增加、嗜睡、心悸過速、血壓降低等 併用提升血清素藥物如TCAs、SSRIs等會引起serotonin syndrome危險 嗜睡及姿勢性低血壓
selegiline transdermal[Emsam]	Irreversible MAO-B inhibitor	6-12 mg transdermal	
trazodone[Desyre]#	SARI	150-300 mg	

*第一線藥物在CANMAT所作的systemic review文章中定義為有level 1或level 2證據加上臨床運用的支持；第二線藥物為level 3證據加上臨床運用支持(level 1：至少兩篇RCTs文章證據；level 2：至少一篇RCT文章；level 3：非隨機取樣、case series、回顧性文章證據支持)

*患者對於第一線治療藥物的耐受性和副作用小，接受度也較高，因此使用上優於第二線藥物如TCA、MAOI，但研究也指出第一線和第二線藥物對於患者的療效大致相同

#trazodone在治療劑量下sedative effect(鎮定效果)很強，因此放在第二線治療

資料來源：Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy



表三 第二代抗憂鬱劑藥物常見副作用

	嗜睡	失眠	頭痛	口乾	視力模糊	解尿困難	腸胃不適	噁心	便秘	性功能障礙
citalopram	b	*	*	b	*	*	a	b	*	10-30%
escitalopram	a	a	*	a	*	*	a	b	a	10-30%
fluoxetine	b	b	*	b	*	*	a	b	*	>30%
fluvoxamine	c	b	c	b	*	a	a	c	b	>30%
paroxetine	b	b	b	b	a	a	a	b	b	>30%
sertraline	b	b	c	b	a	a	a	c	a	>30%
bupropion	*	b	*	b	a	*	a	b	b	<10%
duloxetine	a	b	a	b	a	a	a	c	b	10-30%
selegiline	a	b	b	a	a	*	a	*	*	<10%
trazodoe	c	a	a	b	a	a	b	*	a	(未註明)

a=9% or lower, b=10-29%, c=30-49%, d=50% or higher, *=usually 5% or less

資料來源：Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy

病、症狀嚴重等，建議持續使用藥物達兩年以上。2006新英格蘭期刊研究更指出，老年重鬱症(major depression in old age)持續使用SSRI維持劑量達兩年，可以有效降低復發機率。儘管如此，加拿大安大略省針對當地978位基層醫師(佔當地基層醫師總數約11%)對於抗憂鬱劑藥物的使用調查，發現有三分之二的醫師使用藥物治療重鬱症不到9個月就會停用，甚至有一半的醫師使用不到半年。另外患者對於藥物反應不如預期時，儘管並未產生藥物相關副作用，基層醫師仍然不會調高藥物的劑量。探究基層醫師過度保守治療的可能原因如下：(1)害怕老年人對於藥物反應太敏感；(2)過於強調「低劑量開始，再緩慢增加」(start low, go slow)的藥物使用原則；(3)甚至醫師本身還沒得知新的治療準則。

若憂鬱性疾患同時合併焦慮時，病患對於藥物的反應會比較差，中途脫離治

療比率也較高，此時合併使用BZD類藥物是合理的。合併精神症狀的憂鬱性疾患病患也應該加上新一代的抗精神病藥物治療。

儘管目前藥物治療效果不錯，但仍有許多老年人不願意接受治療。研究發現原因可能有下列幾項：怕藥物上癮、病患認為憂鬱症狀只是情緒的正常起伏、怕吃藥會無法掌控自己的情緒(例如對於原本難過的事情不再難過或導致不正常的情緒愉悅)、以前吃藥產生副作用的不好經驗等。

心理治療

藥物治療達到臨床反應需要較長的時間，若能於服用藥物的同時合併心理治療，對於老年憂鬱性疾患病人是有幫助的。一般常用的心理治療方式包括認知行為、人際關係治療或心理動力取向治療。針對老年人進行心理治療的重點在於



失落處理，包括哀慟反應、健康與體力的喪失、對孤獨、空虛及死亡的恐懼等等。

電痙攣療法

當患者的憂鬱情形嚴重、合併精神症狀或出現自殺意念時，電痙攣療法(ECT, electroconvulsive therapy)是有療效且相對安全的。ECT對於有相關精神疾病史、合併幻覺、精神運動性遲滯者效果更好。雖然ECT對於短期有療效，研究指出經過六到十二個月後，症狀復發機率仍然很高。除此之外，若近期有心肌梗塞、腦部腫瘤或血管瘤、心衰竭末期患者都是此種療法的禁忌症。

結語

老年人罹患憂鬱性疾患不僅會造成生理、心理和社會功能下降，也會影響生活品質，甚至使得原有的內科疾病變得難以控制。隨著人口老化，未來老年憂鬱性疾患的病人勢必會越來越多。在美國，重鬱病所造成的疾病負擔已經僅次於缺血性心臟病。老人憂鬱性疾患是可以治療和控制的，治療方式除了常見的藥物治療更應搭配心理治療，嚴重者可以考慮電療法。然而老年人共病性和非特異性的主訴常導致診斷上困難，也會有治療時間不夠和藥物劑量不足的問題。基層醫師應該對於老人憂鬱性疾患有所認識，讓病患接受適當的治療，提升老人生活品質，減緩老年失能和預防自殺的發生。

參考資料

1. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al: Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 746-58.
2. 林怡君、余豎文、張宏哲：新店地區機構和非機構老人憂鬱情形及相關因素之調查。台灣家醫誌。2004；14；81-93。
3. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP: The expert consensus guideline series. *Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. *Postgrad Med* 2001. Accessed April 21.
4. Carota A, Berney A, Aybek S et al: A prospective study of predictors of post stroke depression *Neurology* 2005; 64:428-33.
5. Birrer RB, Vemuri SP: Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge, *Am Fam Physician* 2004; 69:2375-82.
6. Ryan J, Carriere I, Ritchiek, et al: Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use, *The Bri J Psychiatry*. 2008; 192: 12-8.
7. Charney DS, Reynolds CF III, Lewis L, et al: Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:664-72.
8. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, et al: Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age *N Engl J Med* 2006; 354:1130-8.
9. Fitch K, Molnar FJ, Power B, Wilkins D, Man-San-Hing M: Antidepressant use in older people *Family physicians' knowledge, attitudes, and practices Can Fam Physician* 2005; 51:80-81.
10. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al: Older Patients' Aversion to Antidepressants. A Qualitative Study. *J Gen Intern Med* 2006; 21:146-51.