慢性疲勞症候群

林英哲[1] 黃奕彰[2] 劉文信[3]



前言

「你累了嗎?」，打開電視，這一句話早已耳熟能詳，刻苦耐勞的國人往往在日以繼夜的加班或工作後，仍勞心勞力於工作職場或家庭生活中。根據洛桑管理學院(IMD)全球競爭力報告，2006年台灣平均工時為2,256小時，僅略低於韓國2,439小時、墨西哥2,385小時、香港2,348小時，以及印度2,277小時。

在家醫科門診常遇抱怨全身無力，疲勞虛弱的病患詢問：「我是不是肝不好？ 我是不是貧血？」，在一連串的檢查之後卻找不出明確的病因，醫師只好以「神經衰弱」或「自律神經失調」回答，這類病患也常被醫師歸類為憂鬱症，身體化症(somatism)，或是難以處理的病患，病患也常對醫師失去信賴感，而造成醫病關係惡化。

定義

1 嘉義基督教醫院家庭醫學科 住院醫師
2 嘉義基督教醫院家庭醫學科 主治醫師
3 嘉義基督教醫院家庭醫學科 主治醫師
關鍵字：chronic fatigue syndrome, CFS

1994年，美國疾病管制局提出新的診斷方式，若病患符合表一中的主要標準，及至少四項或四項以上之次要症狀，即可診斷為慢性疲勞症候群。

流行病學

慢性疲勞症候群因為難以診斷，所以盛行率仍不明。在一項針對1,000位基層門診病患的研究中，發現有8.5%的病患有持續超過六個月的虛弱疲勞感，然而其中只有15%符合慢性疲勞症候群的診斷標準。美國一項針對1,159位基層門診病患的研究中發現，有276位病患(24%)有超過一個月的疲勞症狀。在英國，一項針對2,400位門診病患的研究發現，有214位病患(11%)有慢性疲勞的症狀。在印度，一項針對2,494位婦女的研究顯示，其中301人(12%)有超過六個月以上的疲勞症狀。

高危險群

1.年齡

慢性疲勞症候群較常發生在年輕人至中年人，在兒童或老人也可發生但少被考慮作此診斷，未成年人或低社經地位族

表一 慢性疲勞症候群之定義標準

主要症狀
無法解釋的持續疲勞感，與運動無關，而且休息也無法改善。此症狀是新產生的，而且造成日常活動的顯著減少。
次要症狀：至少符合下列八項症狀中的四項，且持續六個月以上
1. 短期記憶力或專注力減退
2. 運動後疲勞不適感持續達24小時以上。
3. 睡眠無法消除疲勞
4. 肌肉疼痛
5. 多處關節疼痛，但是沒有關節紅腫的情形。
6. 與以往不同型態或嚴重度的頭痛。
7. 頻繁發生的喉嚨痛
8. 頸部或腋下淋巴結疼痛

資料來源：Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al, Ann Intern Med. 1994 Dec 15;121(12):953-9.

群則少被報告。

2.性別

許多研究發現，女性發生慢性疲勞症候群的機會是男性的兩倍。

3.種族

在種族方面，高加索人的罹病率也比其它族群高。

4.行業

在不同行業之間，根據台灣勞工安全衛生研究所的研究顯示，容易發生慢性疲勞症候群之作業有：熱暴露、電腦終端機、噪音、裝配線、精度控制、駕駛、重體力、輪班制、勞動時間長、長期站立或姿勢不良、主管經理人員。

致病原因

1.感染

慢性疲勞症候群的致病原因，在最早期的1930年代到1950年代歸因於慢性布氏桿菌症(Brucellosis)，1950年代到1970年代認為慢性疲勞症候群是慢性低血糖引起。直到1980年代的觀念認為慢性疲勞症候群可能與某些慢性感染(如：EB病毒、黴菌感染、萊姆病…)有關。

除了EB病毒之外，其它許多病毒也被認為可能跟慢性疲勞有關，包括反轉錄病毒(retrovirus)、第六型人類疱疹病毒(HHV-6)、腸病毒…等等，目前仍無確切證據顯示何者為主要病因。

2.免疫功能異常

除了病毒之外，部分研究也認為慢性疲勞症候群與免疫功能異常有關，可能由慢性發炎所導致。研究發現慢性疲勞症候群的病患血中的補體濃度較低、自然殺手細胞(NK cell)的數目與功能都較低、病毒抗體 (如對抗EBV，HHV-6和CMV的抗體) 濃度增加、干擾素(Interferon)的活性增加、介白素(Interleukin) IL-2增加、CD4/CD8的比例也增加。

3.內分泌代謝功能異常

研究也發現符合慢性疲勞症候群診斷標準的病患，體內有較低的Cortisol濃度，ACTH分泌功能降低。其它研究顯示慢性疲勞症候群患者的血清素(serotonin)活性在中樞神經系統增加，體內insulin-like growth factor的濃度也增加。

有一研究認為神經性低血壓在慢性疲勞症候群中扮演一個重要角色。在一項報告中，針對23位慢性疲勞症候群病患做傾斜板測試(tilt table test)，發現有22位(96%)結果異常，這22位測試異常的病患給予fludrocortisone, atenolol和disopyramide治療之後，症狀都得到改善。

4.憂鬱症

憂鬱症也被視為慢性疲勞症候群可能的原因之一。

5.遺傳因素

研究發現某些基因的表現會影響下視丘-腦下垂體-腎上腺此一路徑，並且影響交感神經系統，使身體對於壓力環境下所分泌的某些激素或化學訊息產生不同的反應。這方面的研究在慢性疲勞症候群的生理機轉方面，提供了強而有力的證據，或許可以提供我們有效的診斷方式及治療方法。

臨床表現

慢性疲勞症候群的疲勞感常是突發性的，常與上呼吸道感染或單核球增多症有關。在感染緩解之後，病患常覺得全身疲勞，且伴隨其它症狀，特別是睡眠問題。有些病患的症狀常常會因為身體的活動而加劇，有些病患常常會覺得有些發燒，但是實際測量的體溫卻很少超過37.4°C。有些病患可能會抱怨關節痛，但是卻沒有關節紅腫、積液或是活動障礙的情形。雖然常會覺得肌肉疲勞，但是肌力、肌肉切片或是肌電圖的測試卻是正常。

此外，偶爾也會有病患抱怨淋巴結疼痛，但是卻沒有明顯的淋巴結病變，即使做淋巴切片也只看到反應性的淋巴球增生而已。

診斷

要診斷慢性疲勞症候群必須排除其它疾病，根據美國疾病管制局在1994年的定義，病患必須在臨床上有超過六個月無法解釋、持續性或反覆發作的疲勞感，加上四個或四個以上的次要症狀，才能診斷為慢性疲勞症候群。根據此診斷標準，慢性疲勞的病患中，只有不到10%的病患是真正的慢性疲勞症候群。

在1991年，美國國家衛生研究院(National Institutes of Health)提出診斷慢性疲勞症候群之標準檢驗流程，其中包括全血檢查與白血球分類檢查、紅血球沈降速率、標準生化檢查(包括鈣濃度)、甲狀腺功能檢查、抗核抗體、尿液檢查、結核

菌素皮膚檢查以及精神疾病的篩檢問卷。其它臨床可做的檢查包括血漿中的Cortisol濃度、類風濕因子、免疫球蛋白濃度。在萊姆病和愛滋病流行地區，也必須做相關檢查。

診斷慢性疲勞症候群需依靠病史，並且在理學檢查和實驗室檢查方面無特殊異常，不需做昂貴的神經影像學檢查。

治療

目前只有少數對照組實驗針對慢性疲勞症候群的治療進行研究，但是確切的療效仍無定論，實驗結果發現效果比較好的治療方式只有認知行為治療與運動治療。在一項針對60位慢性疲勞症候群病患的隨機對照組實驗中發現，使用認知行為治療的病患比藥物治療的病患有較高的治療滿意度 (73% 比 27%)。

所謂認知行為治療是強調考量個案信念和期望，並找出對個案最有利策略。可由專業的醫師與心理治療師利用每週一次，每次約一小時的時間，與病患進行多次的協商，瞭解病患對疾病的想法，找出病患對症狀或疾病本身一些錯誤的認知，以及在生活型態上一些不健康的調適技巧而加以導正，讓病患瞭解心理因素是重要原因，並給予情緒上的支持，讓他們學習如何自我放鬆，使症狀獲得改善。

其它曾被研究所採用的治療方式包括：

* 抗憂鬱藥
* 抗生素和抗病毒藥(Doxycycline, Amantadine, Acyclovir)
* 免疫相關藥物(如：免疫蛋白、干擾素、白血球透析萃取物)
* 類固醇(單獨使用fludrocortisone，或是併用乙型阻斷劑如：Atenolol)
* H2受器拮抗劑 Cimetidine或Ranitidine
* 鎂製劑
* 月見草油
* 維他命B12
* 牛或豬的肝臟萃取物
* 認知行為治療
* 運動治療

預後

針對慢性疲勞症候群的長期研究發現，某些病患隨著時間會慢慢覺得症狀好轉，但是某些病患卻逐漸惡化，預後不好的因子包括：

1.具有無法解釋的的臨床症狀。
2.有情感障礙 (反覆發作的憂鬱情緒、伴隨有吃太多睡太多、吃太少睡太少、全身無力、或注意力不集中)。
3.慢性疲勞症候群超過1.5年。
4.教育程度低。
5.38歲以後才發病者。

結語

慢性疲勞症候群是門診常見的疾病，目前有證據支持的有效療法只有運動和認知行為療法，因為沒有特效藥，所以在治療過程中，醫病之間的充分信賴與溝通是很重要的。此外，疲勞也是許多潛在疾病唯一的早期症狀，病患若有不明原因的疲勞，需長期追蹤及定期健康檢查。

參考資料

1. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, et al. : Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. Arch Intern Med 1993; 153:2759-65.
2. Vernon SD, Reeves WC. : Evaluation of autoantibodies to common and neuronal cell antigens in Chronic Fatigue Syndrome. J Autoimmune Dis 2005; 2:5.
3. Demitrack MA, Dale JK, Straus SE, et al. : Evidence for impaired activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with chronic fatigue syndrome. J Clin Endocrinol Metab 1991; 73:1224-34.
4. Bou-Holaigah I, Rowe PC, Kan J, Calkins H. : The relationship between neurally mediated hypotension and the chronic fatigue syndrome. JAMA 1995; 274:961-7.
5. White PD, Thomas JM, Kangro HO. : Predictions and associations of fatigue syndromes and mood disorders that occur after infectious mononucleosis. Lancet 2001; 358:1946-54.
6. Sharpe M, Hawton K, Simkin S. : Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomised controlled trial. BMJ 1996; 312:22-6.