



現今恐慌症的診斷及治療

許華文¹ 施議強² 賴文恩² 吳中興²

前言

恐慌症(panic disorder)為門診常見的精神疾病，其症狀多以身體上的不舒服來表現，因此不容易正確診斷，而其所呈現的症狀對病人生活上的影響不容小覷，臨床醫師應藉由周全的病史詢問、謹慎的理學檢查以及可用的實驗室檢查或影像學檢查，排除症狀類似的內科疾病或其他精神疾病，進而下此診斷進行正確的治療。

恐慌症是一種反覆恐慌發作的慢性疾病，同時也是很容易誤診的一種疾病，常常因為病人多樣化的症狀表現而轉介至心臟科、胸腔科就診，但卻找不出明確的病因。患者也常受苦於無法預測的交感神經症狀，或出現吸不到空氣快要窒息的感覺而頻繁入急診室；因而產生行為上的改變，來避免此疾病發作或焦慮害怕此疾病再度發作。當今文明社會壓力繁重，在台灣地區憂鬱性及焦慮性疾患的盛行率也跟著提高^[1]，其中恐慌症屬於焦慮性疾患的一環，且其對於患者的生活品質及社會功

能有巨大的影響，本文將針對恐慌症的診斷及治療做一完整回顧。

盛行率及病理生理學

在美國，18-64歲的成人終生盛行率(lifetime prevalence)女性為7.0%，男性則為3.3%，女性約為男性的兩倍^[2]。Weissman等人的研究顯示台灣恐慌症的終生盛行率只有0.4%，在十個國家顯為最低^[3]，這可能是因為研究方法的差異而造成。恐慌症的病因如同很多其他精神疾病一樣，至今仍未有定論，但學者提出了不少假說。目前推估最可能影響的因素包括遺傳(genetics)、童年逆境(childhood adversity)、生活壓力(life stress)、性格(temperament)、社會心理因素(psychological factors)等等；近年來除了神經生物學(Neurobiology)的發展而發現恐慌症可能與腦神經傳導物質(例如正腎上腺素、血清素、GABA)不平衡有關之外，由於功能性神經影像學(functional neuroimaging)之發展，我們也對於恐慌症之中樞神經傳導路徑異常有了更進一步的認識，目前的研究主要針對於恐慌症個案之杏仁核(amygdala)、海馬迴

1 光田綜合醫院家庭醫學科 住院醫師

2 光田綜合醫院家庭醫學科 主治醫師

關鍵詞：panic disorder, panic attack

通訊作者：施議強



(hippocampus)與額葉(frontal cortex)的型態變化以及功能活化的現象^[4]。

臨床症狀

恐慌症在臨床症狀上大略可分為心理與生理症狀；生理症狀包括頭暈、呼吸急促或困難、窒息感、心悸、胸悶、胸痛、腹部不適等。心理症狀則指患者會有失真感或自我感喪失、害怕失去控制或發瘋、害怕即將死亡等。病人發作時會在很短的時間內，一般在10分鐘內症狀嚴重度會達到最高點，且是多種生理及心理症狀一起發作，通常持續數分鐘至半小時，事後，患者身心都極度疲憊，彷彿剛經歷一場大災難似；在發作頻率方面則變化很大，有的人一生只發作一次，有的人一天發作數次，而一般患者約每週發作二至三次。

恐慌發作是無法預期的，症狀可能突然發作，也可能突然消失，患者會感到巨大的痛苦，因為他不曉得何時何地會發生恐慌發作。無論是逛街、約會等輕鬆時刻，或是與客戶談生意、發表演講等重要事件上，恐慌發作都可能突然發生。也因為恐慌發作是無法預期的，所以大部分患者會很害怕下一次的發作，也擔心被別人發現自己不對勁。有些患者甚至因而不敢出門或去到哪裡都需要有人陪伴，到最後，連工作、人際關係，也都會因此受嚴重影響。

診斷

恐慌症的診斷主要是根據美國精神醫學會於西元2013年所公佈的Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., text revision(DSM-5-TR)作為診斷的準則(表一)^[5]。

從DSM-5開始，恐慌症與懼曠症(agoraphobia)被視為互不相關的兩個獨立診斷，不再區分恐慌症是否伴隨懼曠症；而懼曠症也自成診斷分項，不再受有無恐慌症病史的限制。

由於恐慌症會呈現出很多身體上的不舒服，因此確診恐慌症前，應先排除其他可能造成類似症狀的內科疾病，或其他精神疾病；有些時候內科急症一開始會出現類似恐慌發作的症狀，例如心肌梗塞或肺栓塞。事實上，不管在急診或門診，以胸痛來求診的病人通常會伴隨著類似恐慌或過度焦慮的狀況，藉由完整病史的詢問、身體檢查及實驗數據可達成初步的評估。因此，遇到有可能是恐慌症的病人時，應仔細思考是否有其他疾病的可能(表二)。相反的，已有內科疾病的患者也可能合併恐慌症。研究發現有46%根據心電圖確診有陣發性快速不整脈(paroxysmal tachyarrhythmia)的病人，同時也符合恐慌症的診斷^[6]。

其他精神疾病像是思覺失調症(schizophrenia)、雙極性情感疾患(bipolar disorder)、憂鬱疾患(depressive



表一 DSM-5之恐慌症診斷標準

(一)反覆的發生非預期性的恐慌發作。恐慌發作是突然一股強烈的恐懼或強烈的不適，在幾分鐘之內達到高峰，並在這段時間內出現下列四個(或更多)的症狀：
1.心悸、心臟怦怦跳(pounding heart)或心跳加快。 2.出汗(sweating)。 3.發抖或顫慄(trembling or shaking)。 4.呼吸短促或透不過氣(smothering)的感覺。 5.哽塞感(feelings of choking)。 6.胸痛或不適。 7.噁心或腹部不適。 8.感覺頭暈、步態不穩、頭昏沉(light-headed)或快要暈倒(faint)。 9.冷顫或發熱的感覺(chills or hot flushes)。 10.感覺異常(Paresthesias)(麻木或刺痛感覺)。 11.失去現實感(de-realization，不真實的感覺)或失去自我感(de-personalization，自己心智和身體脫離的感覺)。 12.害怕失去控制或即將發狂(going crazy)。 13.害怕即將死去。
(二)至少其中一次發作有下列其中一或兩個症狀，為期一個月(或更久)：
1.持續擔心會再次恐慌發作或是因發作造成的後果(如失去控制、心臟病發作、發瘋等)。 2.因恐慌發作的問題，作出不恰當的行為改變(如：為了避免恐慌發作，從此不再運動或接觸陌生環境)。
(三)此困擾無法歸因於某種物質使用(例如：濫用的藥物、毒品)或是其他生理性疾病(如甲狀腺機能亢進、心肺功能障礙等。)
(四)此恐慌症無法以其他精神疾病做更好的解釋(如社交焦慮症，恐慌發作不僅是對害怕的社交場合所發生的反應；如特定恐懼症，不僅是對特定的恐懼對象或情境所發生的反應；如強迫症，不僅是對強迫思考所發生的反應；如創傷後壓力疾病，不僅是對回憶起創傷事件所發生的反應；如分離焦慮症，不僅是對與依戀對象分離所發生的反應。)

資料來源：參考資料5

disorder)、創傷後壓力疾患(posttraumatic stress disorder)、畏懼症(phobia)及身體化疾患(somatization disorder)等均有可能導致恐慌發作(panic attack)，因此對於考慮是否符合恐慌症的診斷，或者是否兩個精神疾病同時存在，需進一步小心的澄清，另外物質濫用如酒精、藥物等也應該予以小心排除。

治療

在開始治療前，應先仔細評估病人各方面的症狀及背景，包括疾病的嚴重度、病識感、病人喜好的治療方式(藥物治療或心理治療)、過去是否有接受過精神科藥物的治療、藥物順從性、藥物副作用、是否合併其它內科問題等等。詳細了解後才能制定一套適合病人的治療策略。由於恐慌症是個容易復發的疾病，因此對於醫師及病人雙方面來說都是一場長期抗戰，治療期間，仍須不斷與病人溝通，讓



表二 常見類似恐慌症的內科疾病、兩者間相似的症狀及相關檢查

鑑別診斷	可能出現與恐慌症類似的症狀	除病史及理學檢查之外相關檢查
甲狀腺機能亢進 (hyperthyroidism)	心悸、出汗、發抖或顫慄 (trembling or shaking)、呼吸困難、熱難耐(heat intolerance)	TSH、free T4/T3
副甲狀腺機能低下 (hypoparathyroidism)	感覺異常(paresthesia)、肌肉痙攣 (muscle cramps)	副甲狀腺素(parathyroid hormone)濃度、鈣離子、磷離子
心絞痛或心肌梗塞(angina or myocardial infarction)	呼吸困難、胸痛胸悶、心悸或出汗	心電圖、血管攝影
心律不整(arrhythmia)	心悸、呼吸困難或昏厥(syncope)	心電圖、24小時攜帶式心電圖
氣喘(asthma)、慢性阻塞性肺部疾病(chronic obstructive pulmonary disease)	呼吸困難、焦躁不安、胸悶	尖峰呼氣流速(PEF)、肺功能檢查(FEV1/ FVC、RV、TLC、一氧化碳擴散DLCO)
肺栓塞(pulmonary embolism)	呼吸困難、過度換氣、胸痛	D-dimer、心電圖、胸部X光、電腦斷層掃描(computed tomography, CT)
暫時性腦缺血發作 (transient ischemic attack)	哽塞感、感覺異常、頭暈、步態不穩、頭昏沉(light-headed)或快要暈倒	腦部電腦斷層/核磁共振造影(Magnetic Resonance Imaging, MRI)
癲癇(seizure)	感覺異常、昏厥、自主神經的症狀(心跳速率快、血壓高)	腦波檢查(electroencephalography)
低血糖(hypoglycemia)	出汗、焦躁不安、顫抖、頭暈、昏厥	血糖值
嗜鉻細胞瘤 (pheochromocytoma)	顫抖、胸痛或頭痛、血壓較高、心跳快	單次測定尿液VMA(vanillylmandelic acid)、24小時尿液metanephrines、腎上腺 CT/MRI

其了解後續療程、病情進展及藥效等等，藉以增加病人的順從性及配合度。許多臨床隨機對照試驗支持以藥物治療、認知行為治療(cognitive-behavioral therapy, CBT)或CBT合併藥物治療做為恐慌症第一線的治疗。

藥物治療

藥物治療包括選擇性血清再回收抑制劑(serotonin reuptake inhibitor, SSRI)，

正腎上腺素與血清回收抑制劑(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI)，三環抗憂鬱劑(tricyclic antidepressant, TCA)，另外苯二氮平類(benzodiazepines, BZD)類藥物也被認為是合理的第一線"輔助"治療藥物，以下就各種可能的治療方法進行討論。

考慮到療效、安全性和副作用的問題，選擇性血清素再回收抑制劑(SSRIs)和血清素正腎上腺素再吸收抑制



劑(SNRIs)是現在最佳的第一線藥物，建議劑量如表三^[7]所示，不過要注意的是，一般恐慌症用藥初始劑量的原則是從低劑量開始，大部分為重鬱症(major depressive disorder)建議初始劑量的一半或少於一半(詳見表三及表四以利比較)，約1週後，個案較能適應副作用以及醫病關係建立更為穩固後，開始增加劑量至治療劑量，使用約4~6週後才可產生較明顯治療效果。如果使用8~12週仍未有明顯改善，可考慮加上其他抗憂鬱劑或是轉介至精神專科醫師。恐慌症狀經藥物治療消除，以及與病患充分溝通後，建

議以SSRI或SNRI進行1年以上之維持期治療(maintenance therapy)，以減少復發之機率^[7]。但事實上，尚未有足夠證據可以確定維持期治療一定得持續多久。在維持期治療之後，若要減低劑量乃至停藥，需要考慮多項因子，包括患者目前的症狀穩定度、現在以及未來可能面臨的壓力、過去減藥後恐慌復發的狀況、其他共病之精神疾病(如憂鬱症、人格疾患、物質濫用等)等進行綜合評估，此外需先向患者告知降低劑量後可能帶來的影響(例如：可能再次恐慌發作)，待醫師與患者皆同意減藥後，開始逐月緩慢調

表三 針對恐慌症的藥物劑量建議

藥物類型	藥物名稱	起始劑量 (mg/day)	治療劑量 (mg/day) ^a	副作用
SSRIs	Citalopram	10	20 - 40	噁心、食慾差、頭痛、失眠、易怒、緊張不安、性功能障礙(性慾減低、射精困難)
	Escitalopram	5 - 10	10 - 20	
	Fluoxetine	5 - 10	20 - 40	
	Fluvoxamine	25 - 50	100 - 200	
	Paroxetine	10	20 - 40	
	Paroxetine CR	12.5	25 - 50	
	Sertraline	25	100-200	
SNRIs	Duloxetine	20 - 30	60 - 120	噁心、冒汗、口乾、頭暈、失眠、便秘、性功能障礙
	Venlafaxine ER	37.5	150 - 225	
TCAs	Imipramine	10	100 - 300	鎮靜、體重增加、口乾、便秘、解小便困難、視力模糊、陽痿、姿態性低血壓
	Clomipramine	10 - 25	50 - 150	
	Desipramine	25 - 50	100 - 200	
	Nortriptyline	25	50 - 150	
BZDs	Alprazolam	0.75 - 1.0 ^b	2 - 4 ^b	鎮靜、疲勞、記憶力減退、注意力下降
	Clonazepam	0.5 - 1.0 ^c	1 - 2 ^c	
	Lorazepam	1.5 - 2.0 ^b	4 - 8 ^b	

a. 對於一般治療劑量無效的某些病人，有時可考慮使用更高的劑量

b. 通常分成一天3 - 4次給予

c. 通常分成兩次，早上和晚上給予

資料來源：參考資料7



表四 針對重鬱症的藥物劑量建議（僅列也適用於恐慌症之藥物以利比較）

藥物類型	藥物名稱	起始劑量 (mg/day)	治療劑量 (mg/day)
SSRIs	Citalopram	20	20 - 60
	Escitalopram	10	10 - 20
	Fluoxetine	20	20 - 60
	Paroxetine	20	20 - 60
	Paroxetine CR	12.5	25 - 75
	Sertraline	50	50-200
SNRIs	Duloxetine	60	60-120
	Venlafaxine ER	37.5	75-375
TCAs	Imipramine	25-50	100 - 300
	Desipramine	25 - 50	100 - 300
	Nortriptyline	25	50 - 200

資料來源：參考資料8

降劑量，並於患者回診時觀察是否有復發之現象，若有復發的現象，需再從之前對此患者有效的劑量(effective dose)開始給藥^[7]。

三環抗憂鬱劑(TCAs)雖然有效，但因有明顯抗膽鹼(anticholinergic)或抗組織胺(antihistamine)的副作用，而且過量易產生藥物毒性，目前已漸漸失去它在治療恐慌症上的地位。

BZD類藥物，其單一藥物治療的效果並不若SSRIs, SNRIs及TCAs來得有效，比較常用來治療恐慌症的BZD類藥物包括clonazepam, lorazepam與alprazolam，此類藥可用於一些無法忍受TCAs或SSRIs副作用的患者。BZD作用較迅速，還可作為抗憂鬱劑的輔助用藥，因為抗憂鬱藥從開始投藥到藥效明顯發揮可能需達4週左右的時間，在這段時間內，對於經歷恐慌發作之恐慌症個案，可能較難以忍受，此時就可同時投予此類藥

物一起使用當做初始的治療。BZD雖然藥效快，可迅速控制症狀，但有耐受性及成癮性之問題，且有部分病人，會因症狀起伏，自行增減或不規則服用，又增加了戒斷症狀的可能性。因此開立此藥物時，要小心病人過去有無物質使用疾患(substance use disorder)之病史，且應衛教病人定期定量使用，而非「需要時」才使用，治療最終目標是達到預防恐慌症發作，而不是單純減緩恐慌已發作時的症狀。

單胺氧化酵素抑制劑(Monoamine oxidase inhibitors, MAOIs)對於恐慌症也有效果，但由於安全性的考量，以及和其他藥物及食物易有交互作用，它只保留在對於第一線藥物沒有反應的病人才考慮使用。

認知行為治療

CBT是傳統上廣義心理治療的一



種；心理治療可分為三個層次，支持性(supportive)、再教育(re-educative)與重新建構(re-constructive)，CBT至少包含了前兩個層次。CBT經常被誤解為將思考型態和行為模式强行加諸於患者，嚴格說來，CBT是強調在工作同盟(working alliance)的基礎上，協助指導患者學習和實踐^[9]。CBT已被許多隨機對照試驗證實它對恐慌症有療效，接受治療的患者，應當1週接受心理治療1到3小時。心理治療師通常會謹慎仔細地搜尋伴隨恐慌發作而來的想法和感覺，並由這些想法和感覺來分析恐慌發作的認知模式。認知模式通常會顯示恐慌症的患者有思考上的扭曲失真。這些扭曲可能患者從未注意過，而且會造成恐懼感的循環出現。這種治療方式是藉由心理治療師的幫助，讓恐慌症患者可以學會辨識這個惡性循環中出現的第一個想法和感覺，進而改變他們的行為反應。通常治療師會給患者一些簡明的指示，讓他們在感覺恐慌快要發作時可以遵循，例如：

- 1.記得即使你的感覺和恐慌症狀十分嚇人，但是它們既不危險也不會傷人；
- 2.不要想像有什麼壞事「可能會」發生，這只會惡化你的恐慌；
- 3.如果你發現自己在問「萬一...會不會...」，馬上回答自己「那又怎麼樣」等等。

其他治療

其他曾被提及，可能可以緩和焦慮程度的治療有音樂療法、芳香精油療法、按摩、針灸、瑜珈或腹式呼吸等，但並無

明確證明療效，其中腹式呼吸法被許多精神科醫師所推崇，其為一種放鬆技巧，讓病人專注於「控制自己呼吸」時，可以停止不自覺在腦海中怪罪自己或增加自我壓力的想法，讓病人能在短時間內讓輕微的恐慌症狀緩和下來，避免陷入「焦慮-恐慌-害怕-更焦慮」的惡性循環。

何時該轉介精神科？

當病人對於任何治療皆無明顯反應、出現非典型症狀例如幻覺、妄想或自殺意念、或者懷疑有其他精神疾病共病時，應該考慮轉介至精神科做進一步的評估和治療。

結論

恐慌症好發於青壯年正值生產力旺盛的年紀，此病易造成個人、家庭和社會功能的重大損失，此外患者到處求醫做檢查，常導致醫療資源的浪費。在診斷恐慌症之前，需要先考慮一些器質性疾病(organic disease)，小心排除一些潛在的內科疾病或物質濫用等問題；此外恐慌症也很容易和其他精神疾病有共病症，造成第一線醫師診斷和治療上的困難，因此適當的轉介精神科也是必要的。治療恐慌症病人時，需要衛教患者及家屬藥物順從性的重要、藥物安全以及BZD藥物成癮的考量等，基層醫師應多花點心力在衛教上面，並適時的鼓勵患者和家人，才能使患者得到完善的治療。



參考資料

1. Fu TST, Lee CS, Gunnell D, Lee WC, Cheng ATA: Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: A 20 years repeated cross-sectional survey. *Lancet*. 2013; 381:235-41.
2. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU: Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012; 21:169-84.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al: The Cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:305-9.
4. 廖士程、林信男：恐慌症之診斷與藥物治療策略。當代醫學 2003；351：31。
5. American Psychiatric Association: Panic disorder. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. text revision (DSM-V-TR). 2013: 208-9.
6. Ku PM, Li CY, Huang TY et al: Prevalence of Panic Disorder Documented Among a Population with Paroxysmal Tachyarrhythmia. *J Intern Med Taiwan* 2010; 21:42-7.
7. Work Group on Panic Disorder, Stein MB: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic disorder, 2nd ed. 2009:33.
8. Gelenberg AJ: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed. 2010: 34.
9. Wright JH, Basco MR, Thase ME: 學習認知行為治療：實例指引。2009：21-2。