

老年憂鬱症



文／黃宗正

憂鬱是一種痛苦的情緒感覺，讓人感到難過及受折磨，覺得生命喪失了意義及樂趣。憂鬱不是非正常老化的一部分，雖然在老化的過程中往往伴隨著不想要、卻又不得不接受的失落與改變，如子女離開、朋友過世等，這些事件會讓人感到悲傷與沮喪，但多數老年人並不會因此而罹患憂鬱症。老年人憂鬱症的盛行率較一般族群來得高，影響老年人的生理、心理及社會各層面，導致身體功能下降、生活品質低落，也可能讓原有的疾病惡化，造成住院天數延長、醫療費用增加，與入住機構的機會增加等等。其實，憂鬱症是可以復原的，有許多非藥物及藥物的治療方法，只是有很多老年憂鬱症沒有被正確診斷及完整治療。

罹患老年憂鬱症的人有多少？

根據美國的流行病學調查顯示，老年憂鬱症的盛行率在社區中為8~15%，在機構（如老年護理之家）中為30%；臺灣近年流行病學研究顯示，老年憂

鬱症的盛行率在社區中為13~21%，而在長期照護機構中更升高至43~52%，比美國高出很多。可以預見的是，未來20、30年老年憂鬱症的案例會增加，因為年輕世代憂鬱症盛行率較以往為高，當這些世代逐漸衰老，老年憂鬱症的人數也會隨之上升。

憂鬱症是自殺最常見的因素之一（表1）。在美國自殺率最高的族群是大於70歲的老人，尤其是男性。以白種男性來說，65~69歲的老年男性自殺率是15~19歲年輕人的1.5倍，70~74歲更提高到近2倍，而大於85歲的升高至3.5倍；但女性自殺率並沒有隨年紀而上升，可能因素之一是男性比女性較常使用激烈的手段，即使次數較少，但成功率相對較高。老

表1：自殺的危險因子

- 年齡>55歲
- 男性
- 導致疼痛或是失能的身體疾病
- 獨居
- 低收入、負債、或是貧窮
- 哀傷反應
- 憂鬱，尤其是同時有躁動、過度的罪惡感、自責、以及失眠
- 憂鬱症逐漸好轉時，特別是體力已經恢復但心情仍持續憂鬱時
- 有藥物及酒精濫用的病史
- 有自殺企圖的病史
- 有自殺的家族史
- 言談中充滿自殺想法
- 有完整的自殺計畫者



黃宗正小檔案

臺灣大學醫學系畢（1986），美國哈佛大學公衛學院碩士，臺大預防醫學研究所博士候選人。為中華民國內科、精神科、老年醫學、安寧緩和醫學專科醫師。曾到美國加州大學洛杉磯分校研修老年精神醫學，目前在瑞典Karolinska Institute研究腦部影像學。擔任臺灣老年精神醫學會常務理事暨學術委員會召集人，臺灣老年醫學會教育委員會及甄審委員會委員，臺灣失智症學會學術委員會委員。專長為老年精神醫學、精神分裂症、精神藥物學等。

年人較少尋求自殺防治的協助，即使有，對協助的反應也比較不好。研究顯示有70%的老年人曾經在自殺前4週內去找過他們的醫師，但是他們的症狀卻沒有被發現或是被治療。

老年憂鬱症的病因是什麼？

老年憂鬱症的病因和年輕族群一樣，有生理、心理、社會等多重因素。憂鬱症的復發率高達4成，因此老年憂鬱症很有可能是之前憂鬱症的復發。此外，罹患慢性疾病、女性以及生活壓力事件（尤其是最近喪偶）都是老年憂鬱症的主要危險因子，其他次要因子尚有獨身或離婚、腦部疾病、酒精及藥物濫用。遺傳因素對於在晚年型（late life）首次發作憂鬱症（第一次發作的年齡大於65歲）的影響不如在青年或中年時發作憂鬱症者，反而是其他老化疾病才是罪魁禍首。

老年人通常同時罹患多種疾病，如中風、冠心病、癌症、帕金森氏症、阿茲海默氏症及失智症等，而越來越多的證據顯示腦部結構的改變，特別是血管性因素，會使得有些人年老時容易憂鬱。這些腦部變化包括大腦萎縮、腦室擴大、腦白質病變（leukoencephalopathy）、深部白質變化（deep white-matter change），通常僅能在腦部的影像檢查中發現。所謂血管性憂鬱症，就是血管病變導致腦部循環不足、腦細胞壞死所造成。這可以解釋部分認知障礙（cognitive dysfunction）和憂鬱症之間的關係。因為這些病變可以同時造成憂鬱及認知障礙。

老年憂鬱症的症狀及分類

有憂鬱症的老人較少描述自己心情的鬱悶，反而較常陳述一些身體的症狀、失眠、喪失胃口或是

容易疲倦，這樣的表現和年輕族群典型的憂鬱症狀不同，所以常讓照顧者難以察覺。而且老年憂鬱症患者經常因無法找出病因，而在各大醫院或不同專科中遊走，不但被誤為「難搞的病人」，更增加了許多不必要的醫療支出。表2列出了憂鬱症在老年人的臨床表現。

有些老年人會經歷一段短暫時期（通常僅持續幾天）的嚴重憂鬱，通常發生在老年人罹患嚴重（如癌症）的慢性疾病、或喪偶時，可以歸類為適應障礙或哀傷反應。這樣的症狀會隨著時間過去而逐漸好轉，或是因壓力消失而緩解。病態性哀傷（pathologic grief）指的是哀傷的時間延長，如超過半年，或是嚴重度超過正常的程度。如果老年喪偶後3到6個月，還有下列症狀就應該積極治療，否則預後不好。包括：腦中充滿亡者的思想、不亡亡者

表2：老年人憂鬱症的臨床表現

項 目	症 狀
情緒	憂鬱的表現、易怒、或焦慮（但病患仍可能有笑容、或否認情緒變化，只是抱怨疼痛或身體不適）
心理	缺乏自信心、低自尊心、自責 注意力及記憶變差 對日常活動失去興趣、社交退縮 負面想法、無望感、無助感、依賴性增加 反覆的死亡想法 自殺的想法（較少出現，但是如果有即表示嚴重）
身體化	反應遲滯、倦怠 躁動 無食慾及體重下降 失眠
不符事實的妄想或幻覺	認為自己沒有用，具罪惡感，到了妄想的地步 一直認為自己有某種疾病的妄想 貧窮的妄想 聽覺、視覺、及嗅覺的幻覺

已死，仍處在對死訊震驚的狀態、出現幻覺等。

重鬱症 (major depressive disorder) 是最嚴重的憂鬱症，定義為憂鬱的心情或對事物失去興趣，加上四個以上的下列症狀：睡眠障礙（通常是失眠）、食慾不佳、體重減輕、遲滯、自殺意念、注意力不佳、罪惡感等；且症狀持續2週以上。愁苦 (melancholia) 是重鬱症中的一種特別表現，症狀包括（1）對社交活動或環境失去興趣；（2）情緒變化有晝夜的差異（通常是在早晨時情緒特別的低落）；（3）可能有顯著的反應激動或遲滯。有時候重鬱症可能會有精神病現象 (psychotic features)，也可稱為精神病性憂鬱症 (psychotic depression)，它的盛行率在老年族群比年輕族群高。一般來說，老年人的精神病症狀和年輕人相似，較常見的妄想症狀有被害妄想 (persecution)、罹患絕症 (incurable illness)，以及抱怨身體狀況（比如一直說腹痛，甚至說腸子不動了），其次是自貶 (self-deprecation) 及罪惡感 (delusion of guilt)。此外，也有少部分的病患會有聽幻覺的症狀。

第一型雙相情感障礙症 (bipolar I disorder) 是以一次或多次的躁症發作 (manic episode) 為特徵，可能伴隨鬱症發作。躁症發作的定義為在一段較長時間（持續至少1個星期），病患異常且持續地具有高昂的 (elevated)、渲染的 (expansive)，或易怒的情緒。有可能在年輕時即有發作，而於晚年時復發。如果確定第一次發作是在65歲之後，一定要先排除器質性病因，如中風、甲狀腺亢進、藥物等。在躁症發作期間，病患會有過度膨脹的自尊、睡眠需求減少、多話、主觀感覺自己的思緒飛馳、注意力分散、精神激動，而且經常會一時興起而參與導致不良後果的活動（例如毫無節制地購買），憂鬱則呈現相反的現象。

如何評估及診斷老年憂鬱症？

處理老年人的憂鬱症，尤其是重鬱症，關鍵是及早發現與治療。因此，老人的照護者（家屬、看護或是醫護人員）對於憂鬱症都要有清楚的認識，尤其是當老人發生疾病或喪失至親的時候要提高警覺。老人的人格微小變化也有可能是憂鬱症的表現，例如當老人們不再熱衷於或自發地參與社交活動、失去幽默感或是有新發生的健忘，這些通常是家屬才能察覺的變化。至於對性生活喪失興趣可能只有老人的配偶或性伴侶才能察覺。而機構中的護理人員要注意老人的食慾不佳、新的睡眠障礙或其他憂鬱症症狀。當病人在接受治療當中，醫師及照護者要注意是否有發生藥物的不良反應，而且也要注意憂鬱症惡化的徵候及患者想要自殺的警訊。

除了詳盡的病史詢問及身體檢查，還必須包含完整的神經學及心智狀態檢查，以及回顧所有藥物（尤其是非法藥物）和酒精的使用。尤其是病人已經是失智狀態或是無法溝通的時候，醫師從家屬的會談中通常可以得到許多對診斷很有幫助的資訊。

在憂鬱症的篩檢方面，老年憂鬱量表（表3）是個簡單有用的工具。然而，這些評分量表僅是篩檢的工具，並不能取代完整的評估以及和病患及家屬之間的會談。

表3：四題版老年憂鬱量表（GDS-4）

1. 基本上，您對您的生活滿意嗎？答否給1分
2. 您是否覺得您的生活很空虛？答是給1分
3. 您是否會害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？答是給1分
4. 您是否大部分時間都感到快樂？答否給1分

只要有1分或更多，應考慮有憂鬱症。

對於憂鬱症患者自殺的想法或意圖，最好以直接詢問的方式來評估，例如：「你是否覺得自己不值得再活下去了？」或是「你是否曾經想要傷害自己？」詢問患者自殺的想法或意圖並不會增加自殺風險。對於有自殺念頭的病患，要進一步詢問其是否有自殺的計畫，如果有自殺計畫的人都應該建議立即住院。

老年憂鬱症會好嗎？該如何治療？

晚年發作的重鬱症，如果病情不複雜的話，約1/3會好轉且不會復發；1/3會好轉但日後會復發；另外1/3的人可能不會改善，或是僅有部分改善（1/3法則）。老年憂鬱症患者若之前就有憂鬱症、其他內科疾病、或合併認知功能障礙，預後比較差。有些老年憂鬱症常合併基底核及前額葉的迴路出現問題，而導致抽象思考能力障礙，這類老年憂鬱症未來容易發生失智症。

心理治療

新發生的輕微憂鬱症可能僅需心理治療，不須要藥物治療。對於嚴重的憂鬱症，心理治療須合併使用抗鬱劑。而行為及認知治療被認為比心理分析式治療有效，可幫助患者重新融入社會，並防止復發。心理治療可以由精神科醫師、臨床心理師，或心理衛生社工來進行，或者是一個跨科際的團隊來進行。

藥物治療

對於嚴重憂鬱症患者的治療以藥物為主，而藥物的選擇以副作用較少為先。三環抗鬱藥物（TCA）在老年患者較少使用，因為會產生抗膽鹼性副作用，如便秘、視力模糊等，而且也常會造

成姿勢性低血壓。單胺氧化酶抑制劑（MAOI）也是因副作用的關係而較少被使用，而且療效也並沒有比其他藥物更好。因此，治療的首選藥物為選擇性血清素回收抑制劑（SSRI），例如escitalopram, citalopram, sertraline, fluoxetine, nefazodone, paroxetine。這些藥物的心血管及抗膽鹼副作用相對少，對於有心臟傳導異常或缺血性心臟病、攝護腺肥大、或是控制不佳的青光眼病患，SSRI是第一線的選擇。然而，在副作用上，SSRI可能會導致躁動（agitation）、在某些患者可能會產生性功能障礙。第二線的選擇藥物為：venlafaxine, mirtazapine, bupropion。抗憂鬱劑的治療起始劑量在老年人通常為成人劑量的一半。劑量調整要緩慢進行，通常以一週為單位來調整，不像年輕患者每3到5天即可調整。

電痙攣治療

（Electroconvulsive therapy, ECT）

ECT被建議用來治療嚴重憂鬱症，尤其是之前對於ECT反應良好的人、有明顯精神病症狀或自傷行為的人，或對於抗鬱劑治療反應不佳、無法忍受其副作用的人。在多頻道監視（腦波圖、心電圖、血壓、心跳、呼吸功能）之下，ECT是相當安全的治療方式。對於抗鬱劑治療沒有反應的老年患者，有8成的人對ECT治療有改善，而年輕的患者也有類似的效果。病患在接受ECT之後會有失憶的情形發生，這常會讓患者覺得困擾，但失憶通常會在半年內改善（感謝張耀文醫師提供部分資料）。（本文策畫／臺大醫院骨科部江清泉主任）