

香港精神科醫學院
精神健康教育系列



Bye Bye情緒問題
2016

LOOK AT MI

李永堅精神科醫生

李永堅醫生

精神科專科醫生
英國皇家精神科學院榮授院士
香港醫學專科院士
香港精神科學院院士
醫院管理局顧問醫生
香港大學李嘉誠醫學院精神科學系名譽臨床副教授
香港中文大學醫學院精神科學系名譽臨床副教授
香港中文大學醫學院社區及家庭醫學系家庭醫學名譽臨床副教授
香港家庭醫生學院的榮譽臨床導師

LOOK AT MI

李永堅精神科醫生

大綱

1. 情緒問題-抑鬱症、躁鬱症(兩極性情緒病)-個案討論
2. 流行病學研究
3. 神經生物學和病因
4. 藥物治療
5. 澄清誤解

世界衛生組織「國際疾病分類定義」(ICD-10) 抑鬱症的診斷標準
2013年美國精神科學會《診斷及統計手冊》第五版(DSM-5)-躁鬱症
美國精神醫學會 (APA)抑鬱症治療指南(2010版)
英國NICE抑鬱症治療指南(2009版)
加拿大 CANMAT抑鬱症治療指南(2009版)
英國NICE躁鬱症治療指南(2014版)
加拿大 CANMAT躁鬱症治療指南(2013版)
英國 Maudsley Prescribing Guideline, 12th Edition(2015版)

LOOK AT MI

李永堅精神科醫生

情緒問題-抑鬱症、躁鬱症
個案討論

LOOK AT MI

世界衛生組織「國際疾病分類定義」(ICD-10)
抑鬱症的診斷標準

出現以下4項或以上徵狀

- 情緒低落(至少連續兩星期)
- 失去興趣和樂趣
- 疲倦乏力
- 喪失自信
- 過分罪疚
- 自殺念頭
- 專注減退
- 動作呆滯或激動
- 失眠/昏睡
- 體重劇變(胃口增減)



LOOK AT MI

世界衛生組織「國際疾病分類定義」
(ICD-10) 抑鬱症的診斷標準

輕度抑鬱：徵狀1至3項中至少2項
合共最少4項病徵

中度抑鬱：徵狀1至3項，至少有2項，
合共最少6項病徵

嚴重抑鬱：徵狀1至3項全出現
合共最少8項病徵



LOOK AT MI

躁狂症

- 2013年美國精神科學會《診斷及統計手冊》第五版(DSM-5)
- (A)
 - 至少連續一星期，出現異常及持續的高漲、興奮、或暴躁的情緒。(若曾因躁狂而需住院治療，則任何時間皆足以作診斷)

American Psychiatric Association | Psychiatric News | February 16, 2013, Volume 36, Number 4 page 22-43, 10.1176/appi.pn.2013.2b39
<http://www.psychiatry.org/dsm5>
Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association, 2013

躁狂症

- (B)在情緒異常期間，持續出現以下病徵中的3個或以上，並達顯著程度：
(若只是暴躁而非高漲或興奮，則需至少4個病徵)
- 1. 自尊心膨脹或自大。
- 2. 睡眠需要減少(例如只睡3小時便覺得足夠)。
- 3. 比平常多說話，或不能自制地說個不停。

American Psychiatric Association | Psychiatric News | February 16, 2013, Volume 36, Number 4 page 22-43, 10.1176/appi.pn.2013.2b39
<http://www.psychiatry.org/dsm5>
Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association, 2013

躁狂症

- 4. 思想或意念飛躍，或自覺思維在奔騰。
- 5. 易於分心。(即很容易被不重要或無關的外界刺激分散注意力)
- 6. 目標主導的計劃及活動增加(如社交、工作、學業或性行為)或思想行為焦躁激動。
- 7. 過度參與可給自己快感，但能引致痛苦或負面後果的活動(如無節制的購物、不慎重的性行為、或魯莽愚蠢的投資)。

American Psychiatric Association | Psychiatric News | February 16, 2013, Volume 36, Number 4 page 22-43, 10.1176/appi.pn.2013.2b39
<http://www.psychiatry.org/dsm5>
Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association, 2013

躁狂症

- C. 以上徵狀並不符合混合型發作的徵狀。
- D. 這狀態已足以構成對工作、社交、人際關係的嚴重損害，或必須住院以防止傷害自己或他人，或已出現幻覺、妄想等之思覺失調徵狀。
- E. 這些徵狀並非因藥物(例如濫藥或藥物治療)直接引起的生理反應、或一般疾病(例如甲狀腺機能亢進)而致。

American Psychiatric Association | Psychiatric News | February 16, 2013, Volume 36, Number 4 page 22-43, 10.1176/appi.pn.2013.2b39
<http://www.psychiatry.org/dsm5>
Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association, 2013

流行病學研究

LOOK AT MI

抑鬱症

- 15%女性一生中有機會發病
- 男女比例=1:2
- 復發率可高達50%
- 35至50歲為發病高峰期，根據世界衛生組織及世界銀行估計：於2030年，抑鬱症在疾病引致社會經濟負累排名榜上會由2004年的第3位晉升至第1位。
- 15%患者會自殺死亡
- 文化差異，以身體不適來表達抑鬱情緒



LOOK AT MI

By the year 2030, unipolar depression will rank FIRST in overall disease burden

2004 Disease or injury	As % of total DALYs	Rank	Rank	As % of total DALYs	2030 Disease or injury
Lower respiratory infections	6.2	1	1	6.2	Unipolar depressive disorders
Diarrhoeal diseases	4.8	2	2	5.5	Ischaemic heart disease
Unipolar depressive disorders	4.3	3	3	4.9	Road traffic accidents
Ischaemic heart disease	4.1	4	4	4.3	Cerebrovascular disease
HIV/AIDS	3.8	5	5	3.8	COPD
Cerebrovascular disease	3.1	6	6	3.2	Lower respiratory infections
Prematurity and low birth weight	2.9	7	7	2.9	Hearing loss, adult onset
Birth asphyxia and birth trauma	2.7	8	8	2.7	Refractive errors
Road traffic accidents	2.7	9	9	2.5	HIV/AIDS
Neonatal infections and other*	2.7	10	10	2.3	Diabetes mellitus
COPD	2.0	13	11	1.9	Neonatal infections and other*
Refractive errors	1.8	14	12	1.9	Prematurity and low birth weight
Hearing loss, adult onset	1.8	15	15	1.9	Birth asphyxia and birth trauma
Diabetes mellitus	1.3	19	18	1.6	Diarrhoeal diseases

LOOK AT MI

World Health Organization. (2008). Part14: Burden of Disease: DALYs in The World Health Report 2004: The global burden of disease: 2004 update

The Hong Kong Mental Morbidity Survey – HKMMS 10

- Purpose
 - Data on mental disorder prevalence and health service utilization required to inform healthcare management and planning are lacking in Hong Kong.
 - The current study determined the prevalence of common mental disorders (CMD), and examined the patterns of mental health service utilization and associated factors.
- Methods
 - We analyzed data from the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS) of 5,719 Chinese adults aged 16–75 years in the general Hong Kong population, using the Chinese Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R).

香港精神健康調查，訪問約5700成年人士。研究主旨為探討主要精神病患發病率及求助概況

LOOK AT MI

Lam LCW, Wong CSM, Wang MJ, et al. Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2015. DOI 10.1007/s00127-015-1014-5

The Hong Kong Mental Morbidity Survey – HKMMS 10

- Results
 - The weighted prevalence estimate for any past week CMD was 13.3%, with mixed anxiety and depressive disorder being the most frequent diagnoses.
 - CMD was positively associated with female gender, being divorced or separated, alcohol misuse, substance dependence, lack of regular physical exercise, and a family history of mental disorder
 - Among individuals with CMD, only 26% had consulted mental health services in the past year; less than 10% consulted general practitioners or family physicians. Lack of mental health service usage was significantly more likely in men and those with lower educational attainment.

LOOK AT MI

Lam LCW, Wong CSM, Wang MJ, et al. Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2015. DOI 10.1007/s00127-015-1014-5

躁鬱症

- 病發高危期：15–25歲
- 90%患者於50歲前發病

LOOK AT MI

Vieta E. Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition. Spain: Current Medicine Group Ltd, UK 2009

併發症

- 焦慮症
- 濫用安眠藥和鎮靜劑
- 酗酒

LOOK AT MI

Vieta E. Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition. Spain: Current Medicine Group Ltd, UK 2009

後遺症

- 自殺
- 影響工作和日常生活
- 魯莽投資
- 過度購物
- 不慎重性行為

LOOK AT MI

Vieta E. Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition. Spain: Current Medicine Group Ltd, UK 2009

延誤治療

- 外國研究顯示
- **48%** 兩極性情緒病患者，平均為精神科醫生治療8年，才得到正確診斷。一些躁狂病徵不大明顯的病人，甚至可以拖上12年，才得到正確診斷。

LOOK AT MI

Vieta E. *Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition*. Spain. Current Medicine Group Ltd, UK 2009

延誤治療

- 在診斷出躁鬱症的首十年，病人會經歷大約四次情緒病徵。如果患者没有得到治療，他們一生可能會經歷多於十個的情緒週期

LOOK AT MI

Vieta E. *Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition*. Spain. Current Medicine Group Ltd, UK 2009

延誤治療

- 躁鬱症的第一次出現常被誤診為抑鬱症、焦慮症、精神分裂、人格障礙、酗酒或濫用藥物。

LOOK AT MI

Vieta E. *Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition*. Spain. Current Medicine Group Ltd, UK 2009

香港中文大學醫學院香港健康情緒中心電話訪問調查

- 2007年
- 每100個香港成年人之中，大約有3人可能患上躁鬱症-**3%**
- 女性的發病率約為男性的**1.89**倍

LOOK AT MI

香港大學李嘉誠醫學院精神醫學系聯同香港大學民意研究計劃躁鬱症調查

- 2007年
- 在**1483**名完成整份問卷的受訪者中，推算出本港躁鬱症的人口普遍程度為**5.5%**，即香港人口每二十人便有一人患有躁鬱症。
- **32%**躁鬱症患者為三十歲以下，男女比例是大致均等，而各行各業的人也有機會患上躁鬱症。

LOOK AT MI

香港雙相情緒學會2007年「醫務所求診病人躁鬱症」調查報告

- 躁鬱症在香港發病情況普遍，約佔普通人口**2.5%**
- 對於有精神問題的病人，發病率可高達**7.4%**
- 在基層護理的層面上，整體發病率約為**3.6%**

LOOK AT MI



神經生物學和病因

LOOK AT MI

情緒病是一種普遍的腦部疾病

- 情緒病包括：
抑鬱症、經常焦慮症、驚恐症、強迫症等等
- 病因不單單是情緒問題，
而是患者的**腦部網絡健康出現問題**
- 情緒病不單影響患者的情緒、思想，
也令他們的身體出現負面的轉變，
包括生理疾病反應，如頭痛、腸胃不適、疼痛等



LOOK AT MI

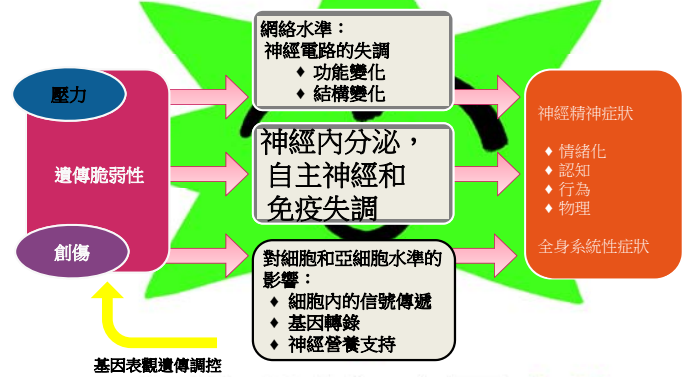
抑鬱症是一種腦部疾病

- 腦部網絡健康出現問題
- 腦部傳遞物質失調
- 壓力荷爾蒙系統失調
- 免疫系統失調
- 減少腦部營養因數
- 加速腦細胞死亡
- 引致腦部情緒中心組織萎縮
- 破壞腦部某些認知功能

LOOK AT MI

Reference: 1. Shelton VL. Biol Psychiatry 2000;48:793-800. 2. Raison et al. Trends Immunol 2006;27(1):24-31. 3. Gatt et al. J Integr Neurosci 2007;6(1):75-104. 4. Carlson et al. Neurobiol 2006;16(1):22-41. 5. Drevets. Curr Opin Neurobiol 2005;15(2):240-6. 6. Blackburn-Munro et al. J Neuroendocrinol 2003;13(12):1609-23. 7. Masicic et al. Front Biosci 2009;14:3291-338.

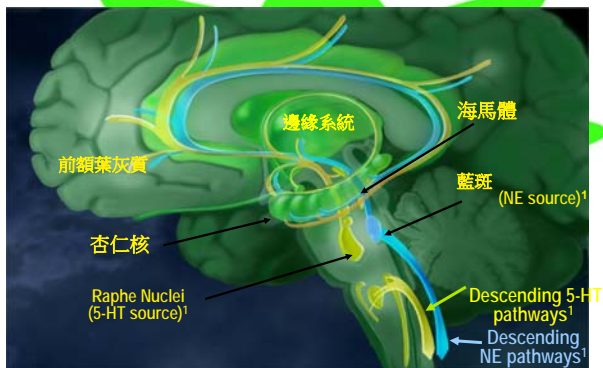
抑鬱症的神经生物学病理机制



1. Shelton VL. Biol Psychiatry 2000;48:793-800.
2. Raison et al. Trends Immunol 2006;27(1):24-31.
3. Gatt et al. J Integr Neurosci 2007;6(1):75-104.
4. Carlson et al. Neurobiol 2006;16(1):22-41.
5. Drevets. Curr Opin Neurobiol 2005;15(2):240-6.
6. Blackburn-Munro et al. J Neuroendocrinol 2003;13(12):1609-23.
7. Masicic et al. Front Biosci 2009;14:3291-338.

LOOK AT MI

腦部情緒中心



LOOK AT MI

Based on: Cooper JR, ed. The Biochemical Basis of Neuropharmacology, 8th ed. New York: Oxford University Press; 2003.

腦神經傳導物質失調

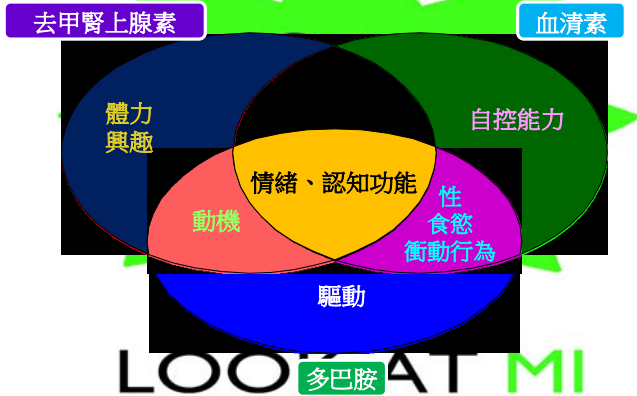
- 血清素 (5HT)(serotonin)
- 去甲腎上腺素 (NE)(Norepinephrine)
- 多巴胺 (dopamine)

心理及生理反應

LOOK AT MI

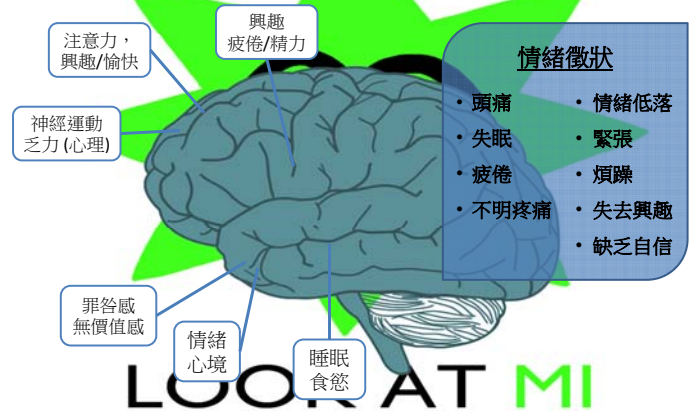
情緒失調

神經傳遞質對我們的影響



Reference: Stahl SM. Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000:152.

情緒問題由腦部傳遞物質失調所引致



Reference: Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications 3rd edition. Cambridge University Press 2008, p491

躁鬱症病因

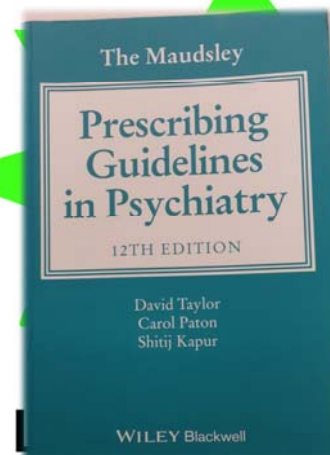
- 遺傳因素：患者的雙胞胎 / 直系親屬的機會較高
- 腦部失調
- 壓力

1. Newberg AR, Lisa A, Catapano LA, Zarate CA, Manji HK. Review. Neurobiology of bipolar disorder. Expert Review of Neurotherapeutics. 2008; 8:1
2. MANJI HK, QUIROZ A, PAVANE JL, SINGH J, LOFFES JP, VIEGAS JS, ZARATE CA. The underlying neurobiology of bipolar disorder. World Psychiatry 2009; 8:135-141
3. Bezchlibnyk, YYoung, LT. The Neurobiology of Bipolar Disorder: Focus on Signal Transduction Pathways and the Regulation of Gene Expression. Can J Psychiatry 2002; 47:135-148

藥物治療

- 美國精神醫學會 (APA) 抑鬱症治療指南(2010版)
- 英國NICE抑鬱症治療指南(2009版)
- 加拿大 CANMAT 抑鬱症治療指南(2009版)
- 英國NICE躁鬱症治療指南(2014版)
- 加拿大 CANMAT 躁鬱症治療指南(2013版)

臨床治癒及患者的功能恢復



治療抑鬱症

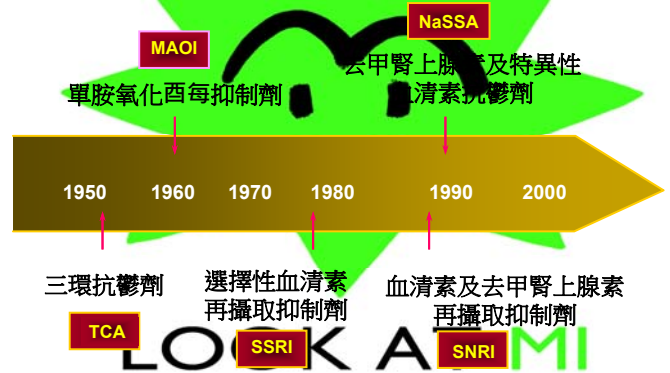
- 抗抑鬱藥物
- 抗焦慮藥物
- 安眠藥



現時藥物治療可有效控制抑鬱症

LOOK AT MI

情緒藥之發展過程



新一代情緒藥

- 選擇性血清素再攝取抑制劑 (SSRI)
 - fluoxetine
 - Paroxetine
 - sertraline
 - fluvoxamine
 - citalopram
 - escitalopram
- 血清素拮抗劑及血清素再攝取抑制劑 (SARI)
 - nefazodone
 - Trazodone
 - Agomelatine
- 去甲腎上腺素及多巴胺再攝取抑制劑 (NDRI)
 - bupropion
- 去甲腎上腺素再攝取抑制劑 (NARI)
 - reboxetine
- 去甲腎上腺素及特異性血清素抗鬱劑 (NaSSA)
 - mirtazapine
- 血清素及去甲腎上腺素再攝取抑制劑 (SNRI)
 - Venlafaxine
 - Desvenlafaxine
 - Duloxetine
 - milnacipran

LOOK AT MI

藥物治療

- 抗抑鬱藥物：
- 舊藥：
- TCA例如DOXEPIN、TRAZODONE
- 副作用：口乾、視野不清、便秘、尿瀦留、體位性低血壓、睡意、手震、肌肉不協調等等副作用
- MAOI'S例如PHENELZINE
- 副作用：困倦、口乾、體重增加、視覺模糊、便秘、暈眩，以及其他副作用。再者，它和特定的食物及藥物併用時，可能會導致血壓上升。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 抗抑鬱藥物：
- 新藥：選擇性血清素再攝取抑制劑 (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR)，簡稱SSRI'S，如：PAROXETINE CR、FLUOXETINE、SERTALINE、FLUOXAMINE、ESCITALOPRAM等。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 回復血清素的正常濃度，把不安及低落的情緒扭轉過來。SSRI'S已在歐美各國受到醫生廣泛使用，香港醫生亦逐漸於個別病人上，以新藥代替舊藥，效果良好。病者需要服用一個療程的藥物，約半年至一年，以防止復發。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 抗抑鬱藥物：
- 新藥：
- BUPROPION (NURI) (去甲腎上腺素-多巴胺調節劑)
- MIRTAZAPINE (NASSA) (去甲腎上腺素及血清素強化劑)
- VENLAFAXINE XR 和 DULOXETINE (SNRI) (血清素及去甲腎上腺素調節劑)
- 以上藥物同時調節兩種與情緒病有關的神經傳導物質，故較單管藥物的血清素調節更快見效。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 抗抑鬱藥物：
- 新藥：
- 和舊的抗抑鬱藥比較，新藥較少出現副作用，具有良好的耐受性，療效較佳，而且當病者過量服用後，亦較少出現心律不齊等致命現象。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

SSRIs的常見副作用

SSRI	鎮靜	低血壓	抗膽鹼能作用
Sertraline 舍曲林	-	-	-
Paroxetine 帕羅西汀	+	-	+
Fluoxetine 氟西汀	-	-	-
Fluvoxamine 氟伏沙明	+	-	-
Citalopram 西酞普蘭	+/-	-	-
Escitalopram 艾司西酞普蘭	+/-	-	-

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 11th Edition. Wiley-Blackwell 2012: p. 249

情緒藥物

抗焦慮藥物：

舊藥：

鎮靜劑 --- 「苯二氮卓類」(BENZODIAZEPINES)，例如：CLONAZEPAM、CHLORDIAZEPOXIDE等。

副作用：上癮及有吊癮跡象。

LOOK AT MI

情緒藥物

抗焦慮藥物：

新藥：

PREGABALIN：

治療焦慮症最新藥物，以其獨特藥理，能同時調節多類腦部化學傳遞物如谷氨酸 (Glutamate)、腦腎上腺素等的作用，以達至治療焦慮症的效果。

多項臨床研究結果顯示，它的起效快，病人服藥一星期後有效控制症狀，副作用較舊式藥為少；包括短期頭暈及疲倦。

LOOK AT MI

情緒藥物

舊一代安眠藥

以前，醫生通常會處方舊式安眠藥---苯二氮卓類 (BENZODIAZEPINES)，可透過影響腦內GABA受體 (RECEPTOR)的化學作用，減少或增加腦內神經傳導物質，如血清素 (SEROTONIN)、GABA、去甲腎上腺素 (NORADRENALIN) 等的活動和濃度，達到安眠效果。

LOOK AT MI

情緒藥物



新一代安眠藥

新一代安眠藥如 ZOLPIDEM 及 ZOLMIDCLONE，有助強化腦內 GABA 受體 (RECEPTOR) 的 BENZODIAZEPINE 部分作用，達到安眠效果。

LOOK AT MI

情緒藥物



新舊安眠藥比較

雖然新藥跟舊藥的療效相若，但副作用較少。常見舊一代安眠藥副作用常包括：頭暈、不能平衡、失憶、口乾、上癮、吊癮、昏睡、行動遲緩、動作不協調、如宿醉後頭暈、頭痛 (HANGOVER)、疲倦、作悶、心癢 (並不是藥癮)。新舊安眠藥都不應與酒精混合飲用；一旦出現副作用，毋須恐慌，應及早求診。

LOOK AT MI

躁鬱症藥物治療

- 急性治療期
- 持續治療期
- 穩定治療期

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

治療躁鬱症的藥物的組合

1. 情緒穩定藥物
2. 抗躁狂藥物
3. 抗抑鬱藥物

現時藥物治療可有效控制躁鬱症

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 情緒穩定藥物：
- lithium (鋰鹽)：
- 副作用包括：口渴、尿頻、手震、作嘔、輕微肚瀉、影響甲狀腺功能或導致胎兒不正常。若中鋰毒，會出現：昏迷、抽搐、腸胃不適、視力模糊、手震厲害、步伐不穩及說話含糊不清，應立即求診。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- SODIUM VALPROATE (德平)：
- 副作用有：短暫性腸胃不適、體重增加、影響肝功能。
- CARBAMAZEPINE (卡馬西平)：
- 副作用有：口乾、頭暈、嗜睡、腸胃不適、皮膚過敏反應。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- LAMOTRIGINE (拉莫三嗪)
- 以預防抑鬱的 LITHIUM 及 SODIUM VALPROATE CHRONO 為顯著。服食 LAMOTRIGINE 人士不需要定期血液化驗，相比 LITHIUM 及 SODIUM VALPROATE CHRONO，LAMOTRIGINE 不會使病人體重明顯增加、昏昏欲睡或影響認知。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 抗躁狂藥物：
- 舊藥：
- CHLORPROMAZINE、TRIFLUOPERAZINE、SULPIRIDE、HALOPERIDOL、FLUPENTHIXOL、FLUPHENAZINE DECANOATE 長效針劑等等口服或注射藥。
- 副作用包括：倦怠、坐立不安、食慾不振、心跳加速、肌肉僵硬、手震、抽筋、帕金遜綜合徵狀、口乾、便秘、血壓低、月經失調等等。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 抗躁狂藥物：
- 新藥：
- RISPERIDONE、OLANZAPINE、QUEtiapine、ZIPRASIDONE、AMISULPRIDE、PALIPERIDONE、ARIPIPRAZOLE、RISPERDAL CONSTA 長效針劑等。
- 新藥與舊藥的療效相若，但副作用較少，因而增加患者的服藥意欲，提高學習和工作能力，增加提前出院機會，更可能減低復發機會。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

藥物治療

- 患者需要服用一個療程的藥物，大約數年，以防止復發。假若病情不穩定，患者需要盡快求教醫生，從而預防復發。

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

澄清誤解

LOOK AT MI

澄清有關抑鬱症的一些誤解

- 抗抑鬱藥物不會導致倚賴 / 上癮，新藥較少有副作用
- 當病情好轉後，還需要服用一個療程，防止復發，然後和醫生商量，可否和何時停藥
- 抑鬱症是一種腦部疾病，不只是「心病還需心藥醫」，所以要藥物及心理治療
- 對抑鬱症患者不應避忌談及「自殺」，這樣做不會「促成」他們自殺

LOOK AT MI

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, 12th Edition. Wiley-Blackwell 2015

澄清有關躁鬱症的一些誤解

- 只懂單極性抑鬱症，不知有兩極性情緒病。
- 誤以為躁狂症患者只有暴躁情緒，不知有高漲興奮狀態，甚至是自誇情況。

LOOK AT MI

Vieta E. Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice 2nd edition. Spain. Current Medicine Group Ltd, UK 2009

總結

- 情緒病對個人健康和社會影響深遠
- 情緒病是一種腦部疾病，由多種先天和後天因素導致
- 情緒病具備有效的藥物及心理治療
- 愈早求醫，療效愈好
- 家人的體諒，鼓勵和支持有助患者加快復元，重投正常生活

LOOK AT MI