

精神分裂症藥事照護案例分享

財團法人私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院 洪俊彬藥師

一、前言

精神分裂症 (schizophrenia) 希臘原文意指「分裂的心靈」(split mind)，與現實分隔脫節，病人無法分辨真假，其感知往往部分或完全脫離現實。雖然「精神分裂症」此病名廣為人知，但長期以來多有汙名化之傾向，常造成大眾誤解，故針對其臨床症狀表現，近年來有部分學者提出建議更改其病名為「思覺失調症」，意指此疾病為一種思考、感覺統合失調的慢性疾病，是因腦中傳導物質分泌失衡，導致出現幻聽、自言自語、多疑、思考混亂、妄想等精神症狀，並因而影響其社交及生活功能。其精神症狀大致可分為以下四種：

1. 正性症狀：

- (1) 幻覺：包含聽覺、視覺、體感覺、嗅覺、味覺等面向，其中以幻聽最為常見，40~80%個案有此症狀。
- (2) 妄想：為一種固著、虛假的信念，80%個案有此症狀。
- (3) 思考：流程變異或談話缺乏組織。

2. 負性症狀：喪失社交能力 (social withdrawal)，缺乏情緒起伏與情感的表達能力，沒活力，沒有動機與衝勁，自我照顧能力變差。

3. 認知障礙：處理速度、注意力、工作記憶、非書面學習和記憶、視覺學習和記憶、推理/執行功能、言語理解、社會認知等有障礙。

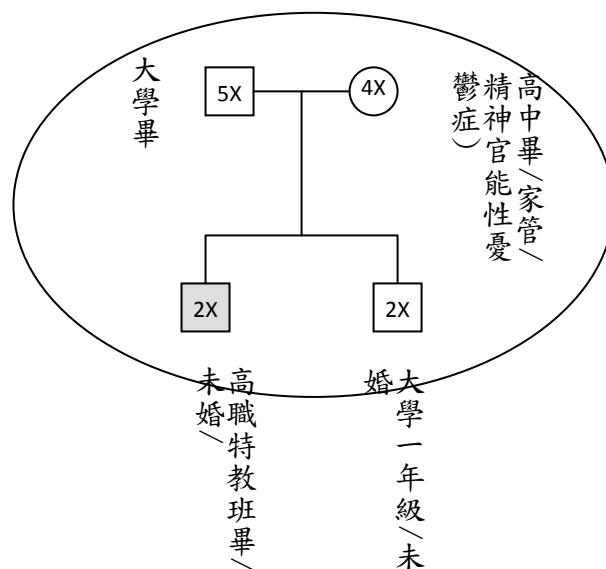
4. 情緒與焦慮症狀：包含焦慮、憂鬱、敵意、衝動性、侵略性等情緒控制問題。

本案例 ICD-9-CM 診斷為情感性精神分裂症疾患 Schizoaffective disorder，其表現症狀除包含精神分裂症的主要症狀，即妄想、幻覺、言語和行為紊亂，和出現呆滯、被動等負性症狀，發病過程部份時間亦同時存在足以診斷為鬱症、躁症或躁鬱症等情感症狀，故患者各方面的生活能力都因此減低，情緒控制能力變差，在工作和社交均受影響，甚至失去基本的自理能力，如個人衛生、整理儀容和飲食作息安排等，使其在治療上亦增添更多難度。

二、案例介紹

吳小弟，男性，2X 歲，高職（特教班）畢業，診斷為 Schizoaffective disorder，Moderate MR。個案因表現及適應狀況穩定，情緒方面雖偶爾受他人影響而起伏，偶有幻聽及關係妄想及被害言談，於 102 年 06 月入住日間病房開始復健治療。

102 年 07 月病人來院上課時，有幻聽干擾，考量過往個案易受症狀影響，出現焦慮情緒，甚至自傷/傷人行為，因此安排轉急性病房，102 年 08 月轉慢性病房繼續接受復健治療。



1. 過去病史：個案出生後有心室中膈缺損，從小個性內向，發展慢，學業成績不佳，國三下學期因功課壓力大，考試成績差，之後轉特教班就讀。
2. 過往成長經驗：國中被取笑智障，常覺得有人要打他，高二曾被同學欺負而情緒低落、體重下降、不敢睡覺。
3. 精神症狀分析：個案有幻聽及關係/被害妄想，對週遭環境警覺，擔心他人對自己不利。住院期間症狀不穩時會有明顯情緒起伏，有突發性暴力行為，或出現自我照顧變差，外觀退塌，情緒憂鬱、退縮，神情倦怠多躺床，活動持續度差、無活力等。
4. 入院一般生化檢驗與藥物相關血中濃度監測數據

(1) 入院生化檢驗

項目	參考值	102/06/xx
MCH	26~35 pg	32.0
MCHC	31~37 g/dl	33.8
MCV	80~100 fl	94.8
WBC	4 ~ 11 x 10 ³ /μL	6.2
PLT	150~350 x 10 ³ /μL	95
RBC	4 ~ 5.5 x 10 ⁶ /μL	3.84
HGB	11~ 16 g/dL	12.3
HCT	32 ~ 53 %	36.4
GOT	<34 μ / L	20
GPT	< 43 μ / L	10
Albumin	3.5~5.2g	4.6
ALK-P	35~129 IU/L	61
BIL_DIR	0.0~0.2 mg / dL	0.24
BIL_TOT	0.2~1.0mg / dL	0.52
TP	6.4~8.3g / dL	7.6
Sugar(AC)	70 ~ 105 mg / dL	102
Cholesterol	240 ↓mg / dL	150
TG(M)	40 ~160 mg / dL	110
Urea N	6 ~20 mg / dL	8
Uric acid(M)	3.4~7.0 mg / dL	7.9
Creatinine	0.6 ~ 1.1mg / dL	0.9
Na	135 ~ 150 mmol/L	143
K	3.5 ~ 5.3 mmol/L	4.1
Cl	95 ~ 110 mmol/L	104

6. 精神症狀變化及醫療處置困難

個案調降部分藥物劑量導致症狀不穩定時，易出現幻聽加重、被害妄想、敵意眼神、負性症狀（躺床、想家出現哭泣、害怕、社交退縮），甚至因此出現自傷行為。但 09/25 藥物調升至較高劑量時，雖幻聽有明顯改善，但個案亦出現明顯便秘、嚴重口水過多，甚至 EPS 等相關藥物副作用，且仍有殘存之幻聽干擾，在治療計畫抉擇上常陷入兩難處境，其後續治療計畫需縝密思考，是維持目前劑量穩定其精神症狀表現，讓病人承受嚴重副作用影響生活品質？抑或調降藥物劑量，但同時亦須承擔精神症狀是否復發的風險？

7. 照護過程轉折

個案於治療計畫上陷入一段瓶頸，但後續與醫師討論後，期望可逐漸降低藥物使用劑量，但是 10 月，個案因肺炎轉院外就醫治療，期間因其生理狀況虛弱，經歷將精神科相關藥物完全停用的「Drug Free」階段，7 天後感染症狀穩定，返院持續治療精神症狀，因 clozapine 需重新逐漸緩慢調升劑量，其治療用藥紀錄如下：

藥品	日期	102 10/11	10/12	10/14	10/15	10/16		10/23		10/30		11/04 出院
Flupenthixol Decanoate 20mg/ml 1 vial Q2W		1										1
Clozapine 25mg 2# HS		50mg	75mg									
Clozapine 100mg 1# HS				100mg								100mg
Depakine 500MG 1# HS		500mg										500mg
Depakine 200MG 1# AM			200mg									200mg
Clonazepam 2MG 2# HS		4mg				3mg		2mg		1mg		1mg
Propranolol 10mg 1# Tid				30mg	60mg							60mg
Sennaprr 12.5mg 2# HS		50mg			25mg							25mg

本次住院明顯用藥劑量遠低於轉院前使用劑量，但個案主訴其幻聽卻有明顯改善，同時藥物副作用亦大幅降低，茲以下表列比較兩次住院主線精神科用藥與其臨床表現：

07/10 轉急性病房~10/04 因肺炎感染轉院		10/11 再次住院 ~ 11/04 穩定出院	
主線用藥	臨床症狀	主線用藥	臨床症狀
Flupenthixol Decanoate 20mg/ml 1 vial Q2W	主訴無幻聽干擾。 近期無暴力或自傷事件，但是注意不集中，會談神情倦怠，明顯口水過多，提醒下仍無法自行吞下，衣服胸前明顯潮濕，反應遲緩，白天多躺床嗜睡，手部明顯顫抖。	Flupenthixol Decanoate 20mg/ml 1 vial Q2W	於日間病房活動表現穩定，情緒可，偶有幻聽干擾，但不明顯影響個案情緒。無暴力或自傷想法，會談對答有條理，有社交性微笑，白天無明顯嗜睡情形。副作用觀察，雖主訴仍多口水，但已明顯改善。外觀整潔，有社交性微笑。需密切注意為其心跳變化，仍偶有過快。
Clozapine 212.5mg/day		Clozapine 100mg/day	
Flupenthixol 9mg/day Fluvoxamine 50mg/day			

三、討論

比較兩次出入院藥物與症狀改善程度，明顯可發現個案使用藥物劑量降低，但精神症狀卻更加改善，且副作用明顯減少，探討其改善原因時，除將歷經重大生理異常導致體質改變、體重降低對藥物敏感性改變等可能因素列入考量外，我們重新思考評估的歷程。

前言已有提到，精神分裂症患者可能會受分不清現實與虛假的症狀干擾，但並非代表他們無法理解我們所要表達的事情，他仍聽的到、能思考、能說話，所以他們也會有正常的情緒表達，尤其當情緒的表達與症狀混合出現時，藥師需要思考以下的現象可能會混合出現，進而影響評估的結果

1. 精神症狀言談 V.S 主觀情緒表述？
2. 精神症狀干擾 V.S 行為問題？
3. 精神症狀表現 V.S 藥物副作用？

當我們以身為一個藥師的角度接觸病人時，需要分辨以上三者的差異性，及同時混合表現的可能性。精神疾患症狀表達往往是病人主觀的感受，但藥師卻需得從其症狀干擾表現及言談中，期望以醫療角度主觀的認知，做出可最接近客觀的評估，若我們不慎遺漏或錯看某些重要訊息，極可能導致我們所提出的處方建議反而造成病人更大的傷害。

因此在評估的過程中，除藥物處方資訊的評估外，更應對其精神症狀干擾的表現、個人行為的問題、正常情緒的發洩、其他生理疾病的干擾，以及藥物的臨床療效與副作用等多種因素同時進行考量，結合其他各專業團隊領域觀察的意見，重複釐清與確認後，才能給予正確、有效的用藥建議。

四、參考資料

1. 全民健保醫療統計
2. UpToDate-Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis.