

輔助工具標題

我或親人有憂鬱症惡化，需不需要再加上電痙攣治療？或是有其他選擇？

◎前言

最近兩週內，我或我的親人有持續的下列五種以上現象，且嚴重影響到生活品質(您因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降)，或可能有致命的風險：

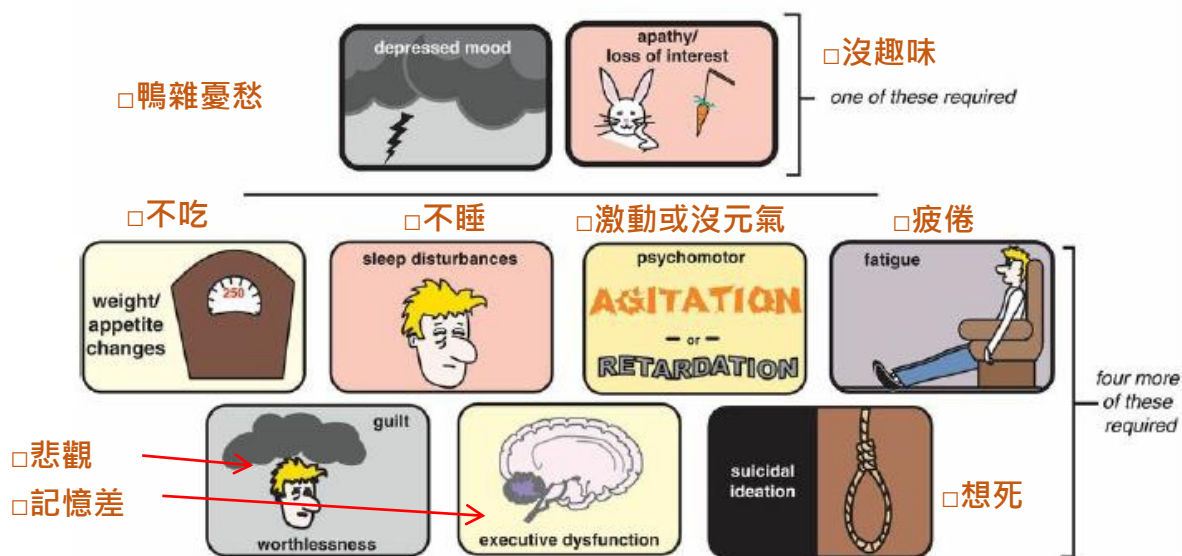


Figure 6-44. Symptoms of depression. According to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a major depressive episode consists of either depressed mood or loss of interest and at least four of the following: weight/appetite changes, insomnia or hypersomnia, psychomotor agitation or retardation, fatigue, feelings of guilt or worthlessness, executive dysfunction, and suicidal ideation.

問病人如下問題：

Q：您最近兩週內有下列的情形嗎？(九大症狀中，有五項持續2週)

- 1) 每天大部分的時間都覺得心情低落？(變得愛哭，容易流淚)？
- 2) 對大多數的事物感受不到興趣？(對以前自己會覺得愉快的事變得沒有興趣)？
- 3) 您的食慾是否明顯的改變(下降或增加)？
您的體重是否在未刻意增減下，有明顯的變化(增加或減少超過5%)？
- 4) 幾乎每天都有睡眠上的困擾(失眠、早醒或睡眠過多)？
- 5) 幾乎每天都覺得說話、行動或思考都比平常遲緩(都覺得煩躁、無法平靜或坐立不安)？
- 6) 幾乎每天都覺得容易累、疲倦或缺乏精力？
- 7) 幾乎每天都覺得自己沒有價值(幾乎每天都有不恰當或強烈的罪惡感)？
- 8) 幾乎每天都有思考能力下降或不能專心的情形(幾乎每天都難以下決定)？
- 9) 反覆的想到死亡，有自殺的念頭或希望自己已經死去？

再一次深入詢問自殺議題：

1) 在最近一個月您有下列的情形嗎？

您是否常反覆想到死亡？

您是否覺得死了比較好？

您是否希望自己已經死了？

您是否覺得未來沒有希望？

您是否會想要傷害自己？

您是否考慮要自殺？

您是否有自殺的計畫？

您是否曾嘗試自殺？

2) 在過去的日子裡，您曾有下列情形嗎？

您是否曾有自我傷害的情形？

您是否以前曾自殺，但未成功？

◎疾病及治療介紹：

疾病介紹：憂鬱症往往不是單一因素所造成的，所以在評估及治療時，您、家人及醫師必須仔細審視各個層面，用來決定個案後續治療的最佳方案。

生理層面：即「憂鬱症的單胺假說」：當大腦內調控情緒的神經傳導物質功能不足時，就會導致憂鬱情緒；這些神經傳導物質，包括血清素、正腎上腺素以及多巴胺功能不足。

心理層面：包括人格特質、成長經歷、慣性思維、面對壓力時的內在感知與防衛機轉等，都會影響一個人的情緒反應。

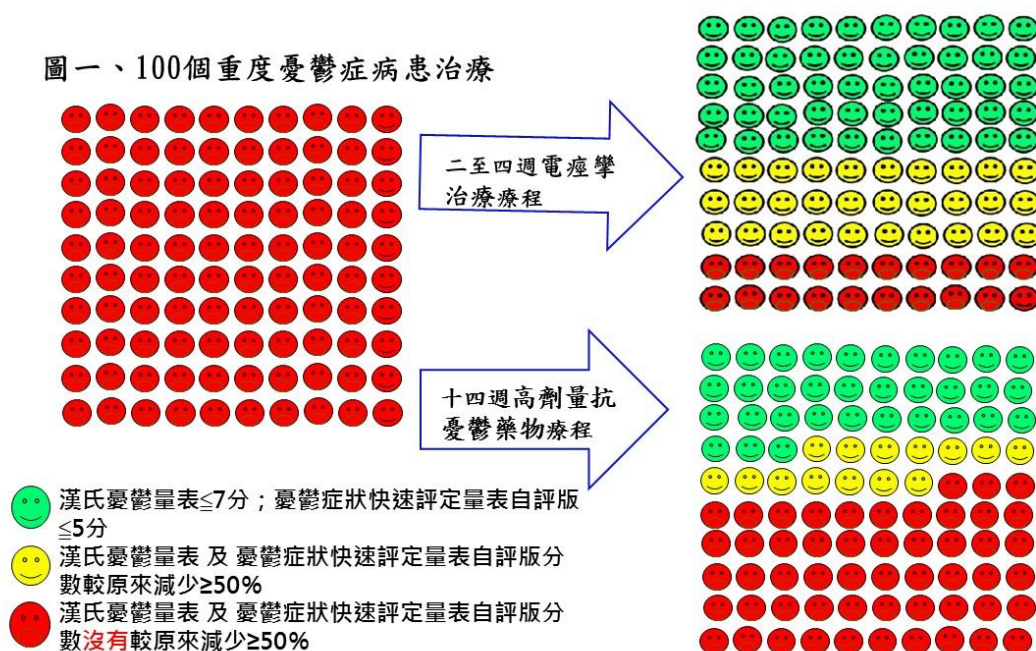
社會層面：則是指個案所處環境的支持系統-包括家族成員及內部的家族動力、職業、功能、經濟因素，甚至是社會救濟系統等，提供的是正向的保護力量、還是負面的衝擊效應。足夠的社會支持可以幫助個案渡過壓力，避免嚴重憂鬱症的產生或惡化；反過來說，如果個案可獲得的社會支持力量不足，甚至所在的社會環境是消極負向的，則很可能反而成為誘發或持續憂鬱症狀的危險因子。

上述憂鬱症嚴重影響到生活品質，可能有致命的風險，就是「嚴重」憂鬱症，單次的嚴重憂鬱症發作，有50%的機率會維持半年以上，約有**10%**的機率會維持二年以上。嚴重憂鬱症緩解後，有64%的病人會再次復發。每次嚴重憂鬱發作，會增加再復發風險16%。即使嚴重憂鬱症緩解，仍常見有疲倦、失眠、認知障礙等殘餘症狀，需持續藥物或心理治療。

◎治療方式介紹

一.電痙攣治療：此治療乃以微小電流，誘發腦部痙攣，藉以改善精神症狀。雖然目前已有許多對於重鬱症有效的藥物及心理治療，但仍有不少病人，僅有電痙攣治療能改善病情。電痙攣治療用於治療初次發作重度憂鬱症，8成病人會明顯改善(如圖一中😊加上😄)，5成病人的憂鬱症會完全消失(如圖一上半部簡圖中😊)。而電痙攣治療用於藥物治療反應不佳的病人(約佔嚴重憂鬱症病人的2~3成，如圖一右側中😡)的治療，仍約有50~60%

的病人會明顯改善。電痙攣治療是目前被證明對於嚴重自殺危險性具快速療效的療法 [1,2]。



圖一、100個重度憂鬱症病人治療

在特殊狀況下，如：因僵直症狀導致拒食而危及生命、因嚴重憂鬱症狀而有極高自殺危險性等，需立即解除危害人身安全的風險時，則考慮電痙攣治療為首選治療。

以美國CORE臨床試驗的結果來看，針對具嚴重自殺危險的病人，經標準電痙攣治療的療程後，8成病人的自殺想法完全消失；對照未接受電痙攣治療的病人，僅2成病人的自殺想法完全消失。治療時，醫師會給予麻醉藥物(或加上肌肉鬆弛劑)，讓病人入睡且充份放鬆，實際電流刺激的時間，約0.25至8秒間，而痙攣時間，通常為每次25~60秒間。每次整體治療約15分鐘，一週三~六次，通常需要二至四週療程。電痙攣治，比單純藥物治療多20%~30%的成效。

優點：立即解除危害人身安全的自殺風險。對於患有嚴重或治療頑抗性憂鬱症的病人，電痙攣治療是最有效的短期治療方法[1]。就瑞典所做預防嚴重憂鬱症病人自殺企圖的追蹤研究，以電痙攣治療同時加上藥物治療後調查，自殺企圖比率為2%最低；在僅有電痙攣治療後為8%；僅僅接受四週抗憂鬱藥物治療後為20%[3]。

有文獻顯示，即使一次抗憂鬱藥物治療失敗，病人的電痙攣治療反應率(24項漢氏憂鬱量表評分，治療後分數較原來分數減少 $\geq 60\%$)及緩解率(24項漢氏憂鬱量表評分， ≤ 9 分)也會下降。在有至少一次療程抗憂鬱藥物治療失敗的憂鬱症病人，經雙側電痙攣治療後一週，病人反應率仍有50%、緩解率仍有42%；而那些未被認為抗憂鬱藥物治療失敗的病人，雙側電痙攣治療後一週，病人反應率達85%、緩解率有達69%，未接

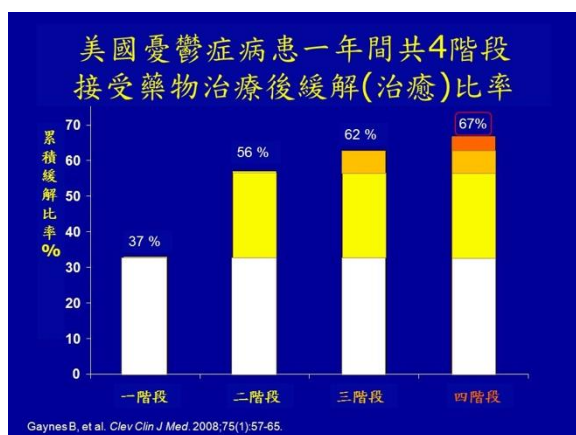
受抗憂鬱藥物治療過病人的治療效果較高[4]。

副作用(併發率)及安全性部分：電痙攣治療相關的死亡率極低(少於十萬分之一)。電痙攣治療副作用主要有**短暫的認知障礙**，近期記憶力障礙者約 10-20%，失憶主要影響治療前 1 個月內對過去事件的記憶。通常會逐漸改善，但這其中病人約 12.4% 仍會持續 6 個月以上。此近期間失憶狀況會逐漸改善，療程結束後三天，認知副作用多數即消失。電痙攣治療有失。其他可能副作用，包含：

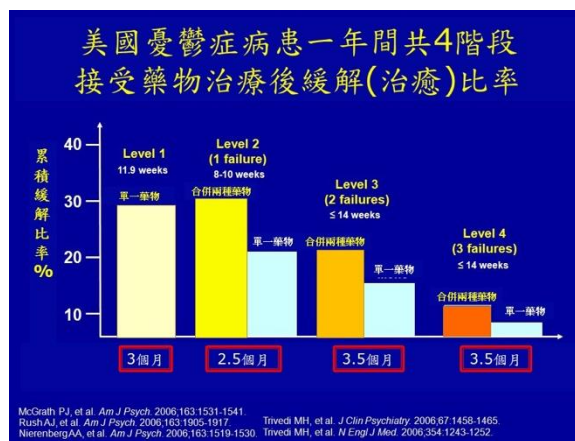
- (一) 死亡(約0.01%)
- (二) 躁動
- (三) 骨折(本院曾發生過一例)
- (四) 血壓暫時增高
- (五) 心律暫時不整
- (六) 暫時反胃或嘔吐
- (七) 牙齦/嘴唇咬傷或下巴鬆脫(過去有幾例者，但都可推回復位)
- (八) 自發性痙攣(約0.1-0.5%)
- (九) 痙攣時間過長(約1-2%)
- (十) 疼痛問題：頭痛、肌肉痠痛、顳顎關節疼痛，在療程完畢之後，應該都會逐漸緩解。

以上**副作用必要時**可服用藥物(腦循環藥物、降血壓藥物、痙攣藥膏或止痛藥物)預防及治療改善。

2006年起，美國所發表一系列著名的研究報告[5]指出，針對重度憂鬱症病人的療效，經過四個階段的治療策略(分別為**單一抗憂鬱劑、合併藥物、或轉換用藥、合併心理治療**等)，重度憂鬱症病人在各階段的緩解率(remission rate：指漢氏憂鬱量表及憂鬱症狀快速評定量表自評版分數較原來減少 $\geq 50\%$) 分別為33~36.8%(如圖一下半部簡圖)、30.6%、13.7%及13.0%，累積緩解率為67%(圖二)，而且愈晚達到緩解，一年內的復發率愈高。



圖二、重度憂鬱症病人在四階段的緩解率



圖三、重度憂鬱症病人四階段治療的時間

二.抗憂鬱藥物更換治療、或雙重抗憂鬱藥物、或抗憂鬱藥物加抗精神病藥物：

大部分抗憂鬱藥物的作用是使腦中的血清素、正腎上腺素、或多巴胺，在腦中的含量或作用增加，以改善憂鬱及身體症狀。抗憂鬱劑的反應是延緩的，剛開始服用的第一

週可能效果不大，在服用足夠治療劑量約二至三週後，症狀才會逐漸改善，服藥後四至六週可達最大效果，因此須耐心地遵照醫師指示服藥，不可自行停藥或調整藥量。

依美國國家衛生研究院(STAR*D)研究：

若病人持續接受4階段治療一年(圖三)，研究達到達到緩解比率(憂鬱症狀快速評定量表自評版 ≤ 5 分)，**第1階段**以第一種增加血清素藥抗憂鬱劑Citalopram足夠劑量治療，緩解人數比率33~37%；沒緩解的病人接受**第2階段**治療：為轉換第二種抗憂鬱劑、或兩種抗憂鬱劑藥物、或一種抗憂鬱劑加上心理治療，額外緩解人數比率為多了總人數的19%[5]。

針對重度憂鬱症急性發作，若經兩種不同種類抗憂鬱藥物的標準療程後，仍未改善時，臨床上稱為治療反應不佳之憂鬱症(Treatment-resistant depression, TRD)；此時若再換另一種的抗憂鬱藥物治療，依美國國家衛生研究院(STAR*D)到第三階段治療時的症狀緩解率，其中僅13.7%的病人會有顯著改善，到第四階段治療時的症狀緩解率，其中僅13%的病人會有顯著改善[5]。沒緩解的病人接受第3階段為轉換第三抗憂鬱劑治療、或原來用藥合併鋰鹽或甲狀腺素後(併鋰鹽或甲狀腺素的緩解率，分別增加第2階段中未緩解病人的13.2及24.7%的緩解率。)，此階段共可增加額外緩解人數比率為多6%；沒緩解的病人接受第4階段治療，為轉換第四種抗憂鬱劑、或改另兩種抗憂鬱劑藥物，額外緩解人數比率為多5%，這樣試驗，累積一年時間以上，共僅有67%重度憂鬱症病人可沒用電痙攣治療達到緩解(圖四)。

重度憂鬱症4階段治療累積一年緩解率

- * 若有100位病人有持續接受4階段治療，共有達到緩解(憂鬱症狀快速評定量表自評版 ≤ 5 分)
 - * 第1階段，緩解人數為37人= $[100] \times 36.8\%$
 - * 第2階段，緩解人數為19人= $[100-37] \times 30.6\%$
 - * 第3階段，緩解人數為6人= $[100-37-19] \times 13.7\%$
 - * 第4階段，緩解人數為5人= $[100-37-19-6] \times 13.0\%$
- * 4階段共有 $37+19+6+5=67$ 人緩解
- * 所以用公認較有效藥物組合及心理治療，一年有**67%**憂鬱病人會被積極治療到**緩解**

圖四、美國研究院4階段治療重度憂鬱症，沒用電痙攣治療的其他治療一年緩解率

若重度憂鬱症病人加抗精神病藥治療**思樂康(Quetiapine)或安立復(Aripiprazole)**，可增加10%以上緩解率，但抗精神病藥物的副作用，隨藥物種類而異，常見的有於口乾、便秘、噁心、嘔吐、失眠、坐立不安、頭痛、食慾改變、肌肉僵硬、坐不住、行動緩慢、手抖等。若病人可適應此類藥物，大部分的此類藥物副作用，會隨時間或調藥而緩解。**費用**：健保給付。若要求雙重抗憂鬱藥物治療：則健保給付一種藥物、另一種可能自費。

三.心理治療：

目前已知針對憂鬱症有效的心理治療，主要有：動力取向心理治療、行為治療 (behavior therapy, BT)、認知行為治療 (Cognitive-behavioral therapy, CBT)、人際心理治療 (Interpersonal therapy, IPT)、問題解決治療 (Problem-solving therapy, PST)、短期心理動力心理治療 (Short-term psychodynamic psychotherapy, STPP)。無論是哪一種形式的心理治療，均需要治療前的評估會談，每週一次50分鐘的治療，療程至少需要四至十二次以上。選擇心理治療前，需要考慮的因素包括時間、費用、治療師等。若有明顯的認知症狀或自殺風險，則不適合接受心理治療。合併藥物及心理治療，可能會比單純藥物治療多10%以上的療效。2006年STAR*D研究第2階段中有比較緩解率，服用兩種抗憂鬱藥物的病人組：緩解率為33.3%，平均40.1天達到緩解，較快好。接受一種藥物加上心理治療的病人組：緩解率為23.1%，平均55.3天達到緩解，治療結果較慢較久。心理治療治療一般在嚴重憂鬱症病人為輔助治療，且費用較高。

優點：沒有抗憂鬱劑副作用，且治療進程皆相當程度地仰賴治療師，經由引導或詮釋，個案因而理解其受困於憂鬱症狀的根源何在，亦即獲得對自身困境的「病識感」，並從中受益，改善其情緒困擾及因應壓力的能力。

副作用(併發率)：需有能力回想、整理及思考內心壓力事件。若決定不吃藥了，對部分病因是腦中缺少神經傳導物質的憂鬱症病人，反而延誤了治療時機。

費用：若以健保就診時，可能額外收費費用不高，約核定費用 10%。若病人有重大傷病卡，則不額外多支出金錢，但在較忙碌醫院，可能要數個月等候心理師安排可諮詢時間。若不想等候，以自費就診時，費用較高，本院費用可能約 1500 元(心理師)至 3000 元(精神科醫師)新台幣/一小時。

四.經顱磁刺激術：

目前高雄長庚醫院精神科系尚無此治療，且健保並未給付經顱磁刺激術。此治療乃以磁場變化，產生微弱電流，來調整腦部功能。病人門診接受治療時，病人是清醒狀態，且此微弱電流不會誘發痙攣。每次治療時間，約半小時到一小時，每週五次，療程為二至六週不等。合併藥物及經顱磁刺激術，會比單純藥物治療多10%的療效。

副作用：有頭痛、局部疼痛、頸部疼痛、牙痛、麻等。

費用：自費，每一次約需2500或3000元台幣。

五.不接受治療：家人及朋友陪伴關心，尋求宗教慰藉。

優點：沒有耗時間就醫。

副作用(併發率)：憂鬱症病人的自殺死亡率是一般人口的20倍，15%不接受治療憂鬱症病人會自殺而死亡，憂鬱症本身也是心血管疾病死亡的危險因子之一，憂鬱症狀愈嚴重，死亡率愈高。此外，罹患憂鬱症也會導致工作生產力下降及請假日數增加，造成收入減少或失業。

費用：沒有費用支出，但可能因無法工作或做家事，影響生活品質。

請透過以下四個步驟來幫助您做決定↓↓

◎步驟一、比較每一項選擇的優點、風險、副作用(併發率)、費用、替代方案

	加上電痙攣治療	轉換抗憂鬱藥物或雙重抗憂鬱藥物	抗憂鬱藥物加抗精神藥物、抗鋰鹽、或甲狀腺素	加上心理治療	轉院接受重覆經顱磁刺激(rTMS)
要接受的過程	住院且評估身體及精神狀態，施做前一週三至四週療程，夜間禁食8小時，通常需一至四週療程	轉換抗憂鬱藥物，選擇一種藥物，通常需六至八週觀察療效，有風險或需密切觀察者，需住院幾週	繼續原使用的抗憂鬱藥物，加上另一種安定劑(安立復或思樂康)或甲狀腺素，需要觀察六至八週的療效	每週一次50分鐘的心理治療，至少需四至六次的心治療程	規則服用目前藥物。週一至週五都須至醫院接受30~40分鐘治療
優點	針對憂鬱症的緩解率：未治療者約80-90%有效；過去對藥物治療效果不佳者約50-70%有效。針對自殺意念，緩解率有80%；能顯著及快速改善生活品質	不需麻醉，可在門診追蹤。不用轉換藥物。針對重鬱症的緩解率，第二種抗憂鬱藥物為30.6%，第三種藥物為13.7%，第四種藥物為13.0%	不需麻醉，可在門診追蹤。不用轉換藥物。協助藥物治療。比起單用抗憂鬱藥物治療，多10%以上緩解率	不需麻醉，可在門診追蹤。美國研究，比起抗憂鬱藥物治療，一種藥物加上12~16次心理治療，23.1%緩解率	不需麻醉，可在門診治療。連續治療後，約有50-60%的情緒改善
缺點(風險)	死亡率或骨折的機率極低(少於十萬分之一)，另需接受施打短效性麻醉劑、及一分鐘內暫時性低血氧的風險	轉換或增加另一種抗憂鬱藥物，可能有相對應的藥物副作用、交互作用、及未相關症候群等	加上不同類藥物，可能產生副作用、停藥、或產生相關症候群	1. 療程較長。 2. 若要使用健保給付的心理治療，通常需等待半年以上。 3. 需規則出席	不適合者為；有癲癇病史、酒精成癮、易誘發癲癇、腦部創傷、或有金屬植入物(如耳、心律調節器)
副作用(併發率)	副作用有：誘發痙攣、短暫認知障礙、近期事件暫時失憶、頭痛、肌肉痠痛、口腔嘴唇破皮受傷、噁心嘔吐、骨折等	可能有相對應的藥物副作用，需參考各種藥物的仿單	安立復藥物副作用：靜坐不能、類巴金森症候群；高劑量思樂康藥物副作用：嗜睡、便秘、易跌倒、代謝症候群	病人心理層面需能針對過去事件回想與討論如何因應	暫時性頭重腳輕、聽力障礙、頭痛、臉/下巴/頭皮發麻
費用	健保給付。在健保法之規定給付點值1718點(包含麻醉護理費用)，有重大傷病卡病人有優待，不收費，沒有重大傷病卡，一次收費172元，一般一次住院中做6~12次	健保給付一種藥物、另一種自費	健保給付	健保給付(需等待半年以上)或自費(較快安排)	自費，每一次約需2500元或3000元台幣

◎步驟二、您選擇治療方式會在意的因素有什麼?以及在意的程度(1-5，分數越多代表越在意)

	加上電痙攣治療	轉換抗憂鬱藥物或雙重抗憂鬱藥物	抗憂鬱藥物加抗精神病藥物	加上心理治療	轉院接受重覆經顱磁刺激(rTMS)
1.要接受的過程					
2.優點(療效)					
3.缺點(風險)					
4.副作用(併發症)					
5.費用					
6.其他在意問題，可自填於右側：					

◎步驟三、您對治療方式的認知有多少?

	憂鬱症惡化時	是	否	不確定
1.接受電痙攣治療，我覺得能有效改善嚴重憂鬱症?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.我覺得電痙攣治療風險很高?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.電痙攣治療的主要併發症，暫時性短期認知障礙會影響我的治療決定?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.電痙攣治療的其他次要併發症，如：暫時性血壓高、疼痛問題、骨折(極少見)或牙齦/嘴唇咬傷會影響或中斷我的持續治療決定?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.接受電痙攣治療後，復發率很低，就可以不用再服用藥物?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.目前定期服用抗憂鬱藥物是治療嚴重憂鬱症最有效的治療?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◎步驟四、您現在確認好治療方式了嗎?

	確認有憂鬱症惡化時	是	否
1.我清楚各種治療方式的優缺點了嗎?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.我清楚上述優缺點何者對我是最重要的考量?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.我或我的親人同意要接受電痙攣治療?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.我需要找家中其他成員來做決定嗎?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.我不能確認電痙攣治療方式，需找主治醫師或其他醫師商量?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其他不能確認電痙攣治療的理由為：

我目前想要選擇的方式是：

電痙攣治療

非電痙攣治療，如抗憂鬱藥物治療、心理治療、經顱磁刺激術

目前我還不清楚電痙攣治療

其他不能確認電痙攣治療的理由為：_____

◎瞭解更多資訊及資源：

預計討論電痙攣治療前，提供下列衛教資訊：

1.長庚醫療財團法人衛教資料:認識憂鬱症

https://www.cgmh.org.tw/asproot/healthedu/view/health_01.aspx



2.維基百科 (Wikipedia):電痙攣治療

<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%9B%BB%E7%97%99%E6%94%A3%E7%99%82%E6%B3%95>



3.長庚醫訊第三十九卷第五期 23~25頁:精神醫學的絕地武士~電痙攣治療

https://www.cgmh.org.tw/cgmn/cgmn_file/1804010.pdf



出版日期:2019/06/22

更新日期:2021/04/15(第2次修訂)

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

◎參考文獻

- [1]Pagnin, D., et al., Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. J ECT, 2004. 20(1): p. 13-20.
- [2]李文貴, 電氣痙攣治療. 91 年 10 月, 台北市: 立大圖書有限公司.
- [3]Bradvik, L. and M. Berglund, Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depress Anxiety*, 2006. 23(1): p. 34-41.
- [4]Prudic, J., H.A. Sackeim, and D.P. Devanand, Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. *Psychiatry Res*, 1990. 31(3): p. 287-96.
- [5]Rush, A.J., et al., Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(11): p. 1905-17.