RRPC90080032 (6 .P)

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

老年期躁鬱症患者之認知功能與整體預後

The cognitive function and overall outcome in elderly bipolar disorder

計畫類別：☑個別型計畫

計畫編號：NSC90 －2314－B －038-015

執行期間：89 年 8 月 1 日至 91 年 7 月 31 日

計畫主持人：蔡尚穎

共同主持人：

計畫參與人員：

李信謙、郭千哲、李儒卿、陳坤波、蘇冠賓、陳怡群、江慧珍

執行單位：台北醫學大學

中 華 民 國 91 年 10 月 20 日

背景與目的

情感性疾患中之雙極性情感疾患(bipolar disorder, 以下簡稱躁鬱症）有高於一般人之死亡率，且自殺危險度為所有第一軸精神疾病中最高者（Chen and Dilsaver 1996），作者先前研究發現中年之躁鬱症病患有 50%罹患一種以上的慢性生理疾病（蔡尚穎等 1997），且病程中有過自殺史者達 48%（Tsai et al 1999）。近年來，由於鋰鹽以及其他情緒穩定劑的使用，而有效的預防其再發(rercurrence)且降低死亡率（APA 1994; Schou 1988），國內自精神衛生法實施以後，醫療負擔的減輕以及各種精神醫療資源的提昇，精神病患之死亡率逐漸減少（郭千哲等 1998），因此國人躁鬱症患者勢必因為醫療品質的提高而逐漸高齡化。

由於老年期躁鬱症病患的死亡率極高,出院後兩年死亡率為 16%(Stone 1989), 5-7 年為 34% (Dhingra & Rabins 1991), 10 年為 50% (Shulman et al., 1992),因此針對目前存活的老年期躁鬱症病患進行追蹤研究有其迫切性。本研究探討高齡化於躁鬱症患者的影響以探討認知功能與整體預後(overall outcome)為主：就老年期精神病患而言，認知功能更直接影響到個案之自我照顧能力與社區生活能力(community-living skill)(Bartels et al.,1997)，高齡化導致躁鬱症病患認知功能退化之可能因素為：精神疾病所致退化或自然老化,長期藥物作用,共發身體疾病 。而整體預後(overall outcome)應該涵蓋：精神症狀預後、心理社會預後與適應能力。以高齡化對於躁鬱症的影響，至少應包括精神疾病病程與社會適應功能

目的

因此本研究主要為了解高齡化對於躁鬱症患者的影響，尤其針對與社區適應能力息息相關之認知功能，探討有失智現象者的比例與一般人的差異，並了解失智者的特徵以發現可能之有關因素。

方法

研究樣本來源與收案條件：由臺北市立療養院、台北醫學院附設醫院與台北醫學院萬芳醫院精神科之曾經急性住院或日間住院的病患為收案來源。選擇由電腦自動累計的年齡在民國 90 年 7 月底以前(本

研究第一年結束前），年紀已達 60 歲以上者，以 DSM-IV 為診斷依據，選擇符合 Bipolar I disorder 或 Bipolar II disorder 診斷者；排除單極性重鬱症(即未曾有過輕躁症（hypomanic episode）或躁症者)與分裂情感性疾患(schizoaffective disorder)。

說明：選擇 60 歲以上之住過院病人的原因如下：1. 選擇曾經住院之個案以便有充分之臨床觀察以及檢驗之資料，且診斷的可信度較高。2. 雖然一般以 65 歲為老年期的標準，因慢性躁鬱症之患者相較於同年齡層之人口其死亡率高且平均壽命可能較短（Shulman et al.,1992; 蔡尚穎等 1999），故選擇老年期躁鬱症時降低年齡層，除增加樣本數且可收集於 65 歲以前提早有癡呆化的個案。

資料收集：(1)病歷回溯、臨床就醫及治療記錄之收集(2)聯繫個案與家屬，進行會談與認知功能評估 (3)生理狀況之評估,包括身高、體重與血壓。

精神狀態評估工具: 精神科診斷工具：精神科醫師診斷法〝Psychiatrist's Diagnostic Assessment(PDA) (Hwu HG and Yang, SY, 1988); 認知功能評估：認知功能篩選量表(Chinese version of Cognitive Abilities Screening Instrument 簡稱為 CCASI）（張景瑞等,1993）; 橫斷面症狀評估：漢氏憂鬱量表（Hamilton Rating Scale for Depression 簡稱為 HAM-D）;楊氏躁症量表(Young Mania Rating Scale 簡稱為 YMRS) (Young et al.,1978)；簡短精神量表(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)(Overall and Gorham 1962); 社會適應與整體功能評估：Strauss-Carpenter Scale (Strauss and Carpenter 1972)；社區精神醫療評量表 (Community Psychiatric Rating Scale,CPRS)〞(胡海國等 1987)；Global Assessment of Functioning (GAF) (APA 1994)

統計分析：依照 CASI 之得分與教育程度決定病患是否有失智，再依失智與否分為兩組進行比較，以 T-test 或卡方測驗進行分析

結果

Table 1. Current medication status

連續變項	Mean (SD)	Mean (SD)	
	Dementia (N=24) N (%)	Non-dementia (N=56) N (%)	P
男性	12(50)	30(54)	NS
服用 Li	18(75)	31(55)	NS
服用 depakine	6(25)	24(43)	NS
服用 tegretol	5(21)	18(32)	NS
入睡前用助眠劑	12(50)	37(66)	NS
開始服用 Li 年紀	56.8 (10.1)	51.4 (10.2)	NS
Li 劑量, mg	542.9 (217.4)	596.12(232.4)	NS
服用鋰鹽年數	10.6 (11.0)	7.6 (5.5)	NS
Depakine 劑量, mg	721.4 (273.6)	834.1 (314.5)	NS
服用 depakine 年數	10.1 (13.8)	3.4 (2.4)	<0.05
Tegretol 劑量, mg	280.0 (178.9)	366.7 (191.5)	NS
服用 tegretol 年數	7.9 (5.2)	5.7 (2.3)	NS

Table 2. Clinical features of illness

	Dementia (N=24) N (%)	Non-dementia (N=56) N (%)	P
躁症與鬱症 40 歲以後發作	7(29)	22(39)	NS
總躁症發作次數七次以上	14 (58.3)	26 (46.4)	NS
總鬱症發作次數七次以上	6(25)	13(23.2)	NS
近五年發病間隔縮短	10(41.7)	17(30.4)	NS
發病頻率有升高	9 (37.5)	15(26.8)	NS
一年曾有發作三次以上	13(54.2)	9(16.1)	<0.025
連續變項	Mean (SD)	Mean (SD)	
首次躁症年紀(病歷)	36.1 (15.3)	41.0 (13.1)	NS
首次鬱症年紀(病歷)	43.5 (14.9)	37.7 (16.7)	NS
首次發病循環長度(病歷)	7.1 (7.8)	7.4 (9.0)	NS
最後發病循環長度(病歷)	3.6 (7.2)	3.1 (5.2)	NS
首次躁症年紀(訪談)	37.8 (11.7)	41.1 (13.8)	NS
首次鬱症年紀(訪談)	34.6 (22.3)	37.5 (21.0)	NS
最後兩次發病間隔月數	23.0 (30.1)	29.3 (43.9)	NS
每年發病次數	0.9 (0.8)	1.0 (0.9)	NS

Table 3. Family history

	Dementia (N=24) N(%)	Non-dementia (N=56) N(%)	P
父母看過精神科	0	3 (5.4)	<0.001
兒女看過精神科	6 (25)	1 (1.8)	<0.025
兄弟姊妹看過精神科	0	3 (5.4)	<0.001
一級血親看過精神科	6 (25)	7 (12.5)	<0.05

Table 4. Bio-psycho-social assessment

	Dementia Mean (SD)	Non-dementia Mean (SD)	P
年齡	71.0 (7.2)	66.6 (6.0)	NS
收縮壓, mmHg	127.8 (19.7)	125.2 (22.1)	NS
舒張壓, mmHg	78.0 (16.6)	81.4 (14.2)	NS
BMI	23.6 (5.1)	25.5(5.3)	NS
BMI >28	3 (12.5%)	15 (26.8%)	<0.05
Stress-Carpenter Scale	7.9(3.0)	11.3(2.9)	<0.05
CPRS	10.4(4.9)	15.9(4.1)	<0.05
GAF	60.1(11.0)	71.8(9.5)	<0.05
GAF< 60	10 (41.7%)	4 (7.1%)	<0.001
YMRS(未加成)	3.88(4.69)	2.98(4.62)	NS
HDRS(未加成)	5.04(5.92)	4.45(6.44)	NS

討論

1. 有失智症者的比率佔研究樣本之 30%，高於國內外一般人約 10%以下的失智症比例。此現象有可能因選樣的誤差(Berkson's bias)，因本研究主要以至醫院求治者為調查對象，以致於症狀較嚴重的個案容易被納入研究。此現象可由有失智現象者其鋰鹽或其他情緒穩定劑服用的長度高於無失智現象者而加以證實。然而即使如此，在醫院就醫的高齡個案其認知功能退化現象值得注意。

2. 有失智現象的個案其主要的特徵為：有過快速循環期(rapid cycling)，一級血親疑似有精神疾病史者高、此外其社會功能亦有顯著退化。然而有失智現象者其在發病年紀、頻率以及其他臨床特徵並無明顯差異，由此推論病程曾經有快速循環期者，可能對個案日後造成認知功能的傷害。家族遺傳傾向高者可能顯示生理基因因素與失智有關。而社會功能的退化，應是認知功能下降所導致的結果，社會功能的退化也將在惡化個案病情。

計畫成果自評

本研究最後收集之樣本共 80 位老年期躁鬱症個案，符合原先之預期且此個案數，為目前國內外有關高年期躁鬱症之相關研究個案數最大之研究，故以本研究所得之研究結果將有極大之學術價值。雖然研究成果尚未完成期刊論文，但已經於 2001 年與 2001 年之台灣精神醫學會發表研究之成果，並將發表於 2003 年之國際老人精神醫學會之年會。

本研究主要發現包含：舉出高盛行率之失智現象存在於目前就醫之躁鬱症個案，且與家族傾向以及快速循環型有關，進一步的研究將包含神經學影像之攝影以及社區高齡躁鬱症樣本之收集。

參考文獻

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual OF Mental Disorders .Ed 3-Revised (DSM-III-R).Washington, DC, 1987.

American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry , 151(12, supplement) : 1-36, 1994.

Bartels SJ, Mueser KT, Miles KM: A comparative study of elderly patients with schizophrenia and bipolar disorder in nursing homes and the community. Schizophrenia Res 27: 181-190, 1997.

Chen YW and Dilsaver SC: Lifetime rate of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. Biol Psychiatry 39 : 896-9,1996.

Dhingra U, Rabins PV: Mania in the elderly : A five- to seven-year follow-up. J Am Geriatric Soc 39 : 581-3 ; 1991.

Eaton WW: Studying the natural history of psychopathology. In: Tsuang MG, Tohen M, Zahner GEP eds.: Textbook in psychiatric epidemiology. Wiley-Liss New York. p170 1995.

Tsai SY, Lee JC, Chen CC：Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt. J Affect Disord 52: 145-152,19991.

Tsai SYM, Chen CC, Kuo CJ, Lee JC, Lee HC, Strakowsk SM: 15-year outcome of treated bipolar disorder. J Affect Disord 2000 (in press).

Tsai SY, Chen CC, Yeh EK.: Alcohol problems and long-term psychosocial outcome in Chinese bipolar disorder. J Affect Disord 46: 143-150, 1997.