

# 恐慌症之介紹與處理

王壬申 吳中興 林令世 溫偉鈞

## 一、前言

恐慌症是一種陣發性極度焦慮的疾病，發作時病人常有瀕臨死亡的恐懼與感覺，及一些胸悶、心悸與呼吸困難等生理症狀，使病人感到焦慮且害怕。基層醫師在門診遇到這類病人時，常因為病人多樣化的症狀表現而轉介至心臟科、胸腔科就診，但卻找不出明確的病因，有些病人甚至會轉而求助廟宇神明或傳統醫療。其實恐慌症的治療並不困難，關鍵在於如何發現病人是罹患恐慌症。許多患者常因延遲診斷而反覆承受發病之苦，除了影響工作及降低生活品質外，患者也會因為多樣化的症狀而四處求診，造成醫療資源的浪費；因此，對一般基層醫師而言，了解恐慌症的診斷與處理是必要的。

## 二、流行病學及危險因子

恐慌症的終生盛行率約 1~2%，一般發病年齡呈雙峰分佈(青春期末期及 30~40 歲之間)，其中女性發生率約是男性的 2 倍。發作時通常持續數分鐘至半小時，一般在十分鐘內症狀嚴重度會達到最高點；在發作頻率方面則變化很大，有的人一生只發作一次，有的一天發作數次，而一般患者約每週發作二至三次。

恐慌症的發生與一些因素有關，如遺傳 - 同卵雙生的兄弟姐妹或一等親內有人患病都會增加罹病率；研究發現約百分之八十的患者在罹病前一年內曾遇到重大的生活事件或壓力。

而在病理生理學研究上，並沒有發現明確的致病機轉，但一般認為恐慌症的發生可能與過於敏感的恐懼系統有關，牽涉到的器官可能有額前皮質 (pre-frontal cortex)、腦島 (insula)、視丘 (thalamus)、杏仁體 (amygdala) 等。

## 三、臨床表現與診斷

恐慌症在臨床表現上可分為心理與生理症狀。「心理症狀」意即患者會有失真感或自我感喪失、害怕失去控制或發瘋、害怕即將死亡 等。而「生理症狀」為頭暈、呼吸急促、窒息感、心悸、胸痛、腹部不適 等。發作時會感到強烈害怕或不適，有些病人甚至出現「懼曠」症狀，如害怕在空曠、橋上、排隊、坐車、單獨外出或擁擠等不易逃開、困窘或不易獲救的場合 等。

在診斷恐慌症前須先排除其他可能造成類似症狀的疾病，如甲狀腺機能亢進、心律不整、服用過多刺激性食物(如咖啡、茶葉)、或酒精戒斷症狀 等問題，這可以藉由完整病史的獲得、身體檢查及實驗數據而達成初步的評估。實驗數據可以在病史詢問及身體檢查完後，針對懷疑的情況而開立如甲狀腺功能、心電圖及一些常規生化檢查。

研究發現約百分之九十的恐慌症患者終其一生至少會合併一項以上的精神疾患，其中以合併焦慮症、憂鬱症及躁鬱症最為常見，這些病人在共病的情況下可能會增加自殺行為的發生，所以評估病人是否有其他身心問題亦為重要的環節。

恐慌症的診斷主要是根據美國精神醫學會於西元 2000 年所公佈的 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed., text revision(DSM-IV-TR)作為診斷的準則，以下詳述之。

(一)反覆發生未預期型的恐慌發作，發作時，在一特定時期內有強烈害怕或不適感受，突然發生下列四項以上的症狀，且在十分鐘內達到最嚴重的程度。

- 1.心悸、心怦怦跳或心跳加快。
- 2.出汗。
- 3.發抖或顫慄(trembling or shaking)。
- 4.感覺呼吸困難或窒息感。
- 5.哽塞感。
- 6.胸痛或不適。

- 7.噁心或腹部不適。
  - 8.頭暈、不穩感覺、頭昏沉或暈厥。
  - 9.失去現實感(de-realization, 覺得事物不真實)或失去自我感(de-personalization, 感覺與自己疏離)。
  - 10.害怕失去控制或即將發狂。
  - 11.害怕即將死去。
  - 12.感覺異常(Paresthesias)(麻木或刺痛感覺)。
  - 13.冷顫或臉潮紅(chills or hot flushes)。
- (二)至少有一次,在發作一個月或更長的時間後,有以下一項以上情形:
- 1.持續擔憂是否會有額外的發作。
  - 2.焦慮發作時的傷害或其後遺症。
  - 3.與發作相關聯的顯著行為改變。
- (三)恐慌發作並非由於某種物質使用(如藥物濫用或是處方用藥)或是一般性醫學狀況(如甲狀腺亢進症。)的直接生理效應造成。
- (四)此恐慌症無法以其他精神疾患作更佳解釋,諸如社會畏懼症(如暴露於害怕的社交場合而發生)、特定對象畏懼症(如暴露於一種特定的畏懼狀況而發生)、強迫性疾患(如有被沾污強迫意念的個案暴露於污物中而發生)、創傷後壓力疾患(如因接觸與嚴重壓力源相關的刺激而發生)或分離焦慮疾患(如因離開家或親密的親戚而發生)。

#### 四、治療

恐慌症的治療主要分成藥物治療以及認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy, 簡稱 CBT)兩種。病人該接受何種治療主要是依病人的整體表現、耐受性、便利性以及是否有訓練良好的治療師可以執行適當的認知行為治療來作選擇。

藥物治療以抗鬱劑(SSRIs、TCAs)為優先選擇,其中又以 SSRIs 為第一線用藥,而高效價 BZDs 可作為病人無法耐受抗鬱劑時的另一選擇用藥或為短期輔助緩解症狀。臨床使用上以這三類藥物為主要用藥,其他藥物可作為選擇性使用。

在治療前對病人施予良好衛教是很重要的,須給予病人適當的情緒支持,解釋恐慌症的特點,及跟病人保證恐慌症發作時不會引發死亡。如此一來,除了可以建立良好的醫病關係,還可使病人配合規律性的治療;此外,最重要的是須跟病人解釋清楚各種藥物可能引起的副作用且這些副作用可能於幾週內減輕,這樣可以減少病人在服藥初期因副作用而停藥的情況。

研究顯示抗鬱劑在服用 6 個月後會有相對較低的恐慌症復發率,而使用超過六個月並不會進一步減少復發率,但仍不能斷然停藥;所以臨床治療上,可在恐慌症消失後再服藥半年或是服用藥物一年,之後即可逐漸減少劑量直至停藥。以下分述藥物與認知行為治療:

(一)藥物治療:主要有以下五類藥物可以選擇。

1. 三環抗憂鬱劑(TCA, Tricyclic Anti-depressants):

藉由抑制正腎上腺素和血清素的再回收而達到其藥理作用,是最早用來治療恐慌症的藥物。由於此類藥物有明顯抗膽鹼或抗組織胺的作用,副作用相對較多,所以在 SSRIs 類藥物問市後,於治療恐慌症上已被 SSRIs 取代。使用時從低劑量開始,約 4~5 天慢慢增加劑量,直到病人恐慌症不再發作或是達到治療劑量為止,通常使用幾週後才會有較明顯的效果。

2. 選擇性血清素再吸收抑制劑(SSRIs, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors):

此類藥物主要是選擇性抑制血清素的再吸收,其抗膽鹼及阻斷正腎上腺素的作用顯著低於 TCAs,副作用相對較少,再加上研究顯示 SSRIs 與 TCAs 的療效差不多,所以在治療恐慌症上,SSRIs 已被列為第一線用藥。使用時從低劑量開始,約 5~7 天增加劑量,一般使用約 4~6 週後可產生較明顯治療效果。如果使用 8~12

週仍未有明顯改善，可考慮加上其他抗鬱劑或是轉介至精神專科醫師。

3. 高效價 Benzodiazepines :

BZDs 中有一些藥物可以用來治療焦慮症或恐慌症，這些藥包括 clonazepam、lorazepam、alprazolam。一些早期的研究顯示高效價 BZDs 的效果與 TCAs 差不多，所以此類藥可作為一些無法忍受 TCAs 或 SSRIs 副作用的患者使用。使用時從低劑量開始，約 1~3 天慢慢增加劑量至恐慌症不再發作或達治療劑量為止。此類藥物若長期使用，停藥時易使病人有戒斷症候群，所以常需較長時間減少劑量直至停用(約 10~16 週)。

4. 選擇性血清素-正腎上腺素再吸收抑制劑(SNRIs, Selective Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors) :

此類藥物目前有 venlafexin，在治療恐慌症上有其一定的效果，但通常只能減少嚴重度，而不能使恐慌症完全不發作。

5. 單胺氧化酵素抑制劑(MAOI, Monoamine oxidase inhibitors) :

MAOIs 在治療上與 TCAs 有著差不多的效果，但因為服用時限制較多，如併用含 tyramine 的食物或一些藥物(如 SSRIs....)時可能會引發高血壓危象。moclobemide 屬於新一代 MAO-A 選擇性可逆性抑制劑(RIMA - Reversible Inhibitor of MAO-A)，在臨床使用上，幾乎不用擔心會有高血壓危象，副作用也顯著減少。(表一)

表一 恐慌症的藥物治療

藥物類型	藥物	起始劑量 (mg)	治療劑量 (mg/day)	注意事項
SSRIs	Fluoxetine	10	20-60	副作用：噁心、食慾差、震顫、焦慮、失眠、緊張不安、性功能障礙(性慾減低、射精困難)
	Sertraline	25	50-200	
	Citalopram	10	20-60	
	Paroxetine	10	10-30	
TCAs	Imipramine	10-25 HS	100-300	副作用：鎮靜、體重增加、口乾、便秘、解小便困難、視力模糊、陽痿、姿態性低血壓 禁忌：青光眼、BPH(前列腺肥大)、心律不整或心傳導不良
高效價 BZDs	Clonazepam	0.25mg TID	0.5-1.5mg TID	副作用：鎮靜、避免用於嚴重肺病或肺功能不佳之病人
	Alprazolam	0.25mg TID	0.5-1.5mg TID	
	Lorazepam	0.25mg TID	0.5-1.5mg TID	
SNRIs	Venlafaxine	37.5	75-300	副作用：噁心、冒汗、口乾、頭暈、失眠、高血壓 (>300mg/day 時可能發生)

## (二) 認知行為治療(CBT— Cognitive Behavioral Treatment)

可分為「行為治療」及「認知治療」兩部分。「行為治療」只關心目前的症狀問題，並不注重病人內在的心理認知，透過一個有計畫性的治療過程以及擬訂實驗性治療情境，以「訓練」病人去改善目前的症狀，及改變病人在面對症狀時異常的情緒與行為，系統減敏法、相對抑制法、洪水法、參與模仿等，皆屬此類。而「認知治療」首先要找到患者的「核心信念」，再利用一些方法來改變個案的思考及信念系統，以達到持續性的行為及情緒改變。

認知行為治療主要是在 3~4 個月內執行約 12~16 次的治療，治療著重於重建病人發作時害怕的症狀，並且藉由治療去調整病人在面對這些症狀時的反應。舉例來說，如果病人發作時是以心跳加快為主要症狀，病人可能會恐慌自己是否有心臟方面的疾病甚至會因為心臟病而死亡；在治療時我們可以叫病人在一空間內慢跑，誘發病人心跳加快的症狀，同時去加強病人對此症狀的認知(如慢跑也會誘發心跳加快，但它不會造成你死亡)。

學者 Barlow 研究比較 CBT 及藥物治療(選用 TCA 中的 imipramine)之間的差異，他以恐慌程度評量法(PDSS—Panic Disorder Severity Scale)作為評估方法，得到如表二的結果。該研究的患者會先接受 3 個月的治療，3 個月後對治療有反應者(依 PDSS 程度計算嚴重度降低 40% 以上者歸類為有反應)會再接受 6 個月的維持治療。此研究的結果發現單獨接受 CBT 或單獨接受藥物治療的患者其反應率是差不多的；但是若患者接受合併治療(imipramine+CBT)，則可以大大地提高治療反應率。由此研究可以得知「認知行為治療」在恐慌症上也扮演著一個很重要的角色。(表二)

表二 Barlow 比較藥物及認知行為治療的結果

治療方法 \ 治療期間	3 個月治療	6 個月維持治療
CBT	48.7%	39.5%
Imipramine	45.8%	37.8%
CBT+Imipramine	60.3%	57.1%
CBT+Placebo	57.1%	46.8%
Placebo	21.7%	13.0%

註：表中數字代表反應率(以 PDSS 程度計算，嚴重度降低 40% 以上算有反應者)

資料來源: 參考資料一

## 五、結論

恐慌症是個會造成病人極大痛苦但卻容易治療的疾病，如果可以早期診斷，給予病人適當的治療，不僅可以減輕病人的痛苦，也可減少病人奔波各大醫院，造成醫療資源浪費。目前 SSRIs 仍為治療恐慌症的優先用藥，其他還可以視病人狀況而選擇 TCAs 或高效價 BZDs 使用；如果病人無法耐受這三類藥物，可再選用 venlafexin 或 moclobemide 類的藥物。除了藥物治療外，亦可合併認知行為治療或單獨使用認知行為治療於一些無法接受藥物的患者。如果病人在治療一段時間後並無明顯改善，應轉介至精神專科醫師作進一步的評估與治療。

在強調全人照顧的現代，除了使用認知行為治療及藥物治療之外，也應對病人加強心理建設及提供適當的衛教與支持，並與其周遭朋友親人合作，協助病人完成治療。

## 六、參考資料

1. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. : Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder : a randomized controlled trial. JAMA 2000 ; 283 : 2529-36.

[Erratum, JAMA 2000 ; 284 : 2450,2597.]

2. Katon WJ. : Clinical Practice. Panic Disorder. N Engl J Med 2006 ; 354 : 2360.
3. Mitte K. : A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord 2005 ; 88 : 27-45.
4. Ham P, Waters DB, Oliver MN. : Treatment of Panic Disorder. Am Fam Physician 2005 ; 71 : 733-9.
- 5.李明濱：實用精神醫學。第二版。台北：國立台灣大學醫學院，2000：160-1，256-60，277-84.