

出國報告（出國類別：進修）

老年精神分裂症(思覺失調症)患者內外科合併症臨床治療與照護

服務機關：衛生福利部玉里醫院

姓名職稱：邵靖翰醫師

派赴國家/機構：日本 大阪大學 附設醫院精神科

出國期間：103年7月10日至同年9月30日

報告日期：103年12月16日

摘要

本院長期收治約 2550 位慢性精神病患，年齡平均為 55 歲，而其中超過 60 歲的住民約八百位且超過 60 歲人數日益增加。民國 102 年本院死亡個案平均死亡年齡 68 歲共 48 人，今年至十一月死亡人數累計 45 人平均約 65 歲；這顯示最高年齡層的住民終究抵不過時光的召喚離我們而去而且死亡年齡層逐漸下降也使醫療團隊面臨一個挑戰：老年精神分裂症患者的內外科合併症到底該如何處理？如何照護？這些問題全院的醫護同仁意識到多少？而又有形成多少共識？

日本為目前亞洲老年人口比例最高的國家，過去幾十年在大量財力挹注下在老人照護方面形成完整治療照護體系並有非凡研究成果，而過去四年內本院已有孔繁錦主任與余權訓主治醫師前往過日本大阪大學附設醫院精神科進修，因此在孔繁錦主任的幫忙介紹之下，承蒙武田雅俊教授同意，於民國 103 年 7 月到 9 月前往大阪大學附設醫院進修老年精神分裂症患者內外科合併症臨床治療與照護。在此就簡略介紹大阪大學附設醫院精神科，然後直接就大阪大學附設醫院精神所見所學及三個月期間完成的論文部份加以報告，並依此提出心得及建議。

目次

章 節	頁 數
一、 目的	2
二、 過程	4
三、 心得和建議	7

本文

一、目的:

學習老年思覺失調症患者內外科合併症臨床治療與照護

本院長期收治約 2550 位慢性精神病患，年齡平均為 55 歲；在內外科疾病的治療與照護模式上本院設有 48 床之急性內科健保病房(玉三)及 24 床之內科長照病房(玉五)，另外在新興院區也設有 80 床之加強照護內科長照病房(新八)。玉三負責有限之感染疾病(如肺炎初期治療、蜂窩組織炎及氣切病患照護)治療，以健保住院模式處置；玉五負責外醫住院返院住民之評估(評估內外科急症痊癒狀況或是否有院外感染帶入)以及長期收治各種因為內科疾病致失能需長期內科醫療照護之病人(類似很久以前健保曾經准許過之慢性內科病房)，以門診治療模式處置。新八則是專收帶管路之失能病患，基本與一般內科安養護理中心較為接近，也是以門診治療模式處置。

在此同時全院其他院區還有至少 200 位輪椅客(因各種原因導致下肢失能或虛弱無法完全自理生活之住民)，只要季節變化流感流行，這 200 位以上的住民隨時就能到以上三個病房報到，報到頻率由幾年一次到一年一次再到一年數次，最後就無法離開而長期在此三個病房輪轉 long stay(旋轉門效應)。再一個數據：每週平均有 7-13 人次住民因內外科急症外醫至花蓮其他醫院住院，而每日本院在外院內外科病房住院滯外住民約有 20 位。

以上所有數據中的病人都先是思覺失調症病患，而且極大多數還是老年思覺失調症病患，然後才是內外科疾病病人；這表示第一個問題就是溝通的困難，病人不會精確表達不適甚至不願意表達(以免被送離原生病房到不熟悉的醫院環境)，第二就是疾病表現與發覺上的困難，我們臨床實務上遇見太多已經罹有敗血症但是只有微燒甚或不發燒的病人，等到病人跌倒外醫急診才發現是肺炎。而第三個問題就是上述老化失能的病人越來越多……。

過去十年本院歷經數位有為的院長，面對病人不斷老化與失能化的趨勢帶

領著全院同仁建立了前面所述的內科照護模式處理了第一與第二個問題；然而現在面臨第三個問題的挑戰：越來越多的思覺失調症病人老化且因內外科疾病而更加嚴重失能，之前所建立的處置模式負擔日益加大且愈來愈吃力已經不是一個家庭醫學科(三位內科專任醫師與二位精神科兼職家醫科醫師)所能順利處置與面對的了，現有模式勢必要調整，那麼哪裡可以給我們借鑑讓我們學習「老年思覺失調症患者內外科合併症臨床治療與照護」以更進一步思考出面對第三個問題的方法？這就是我去日本大阪大學附設醫院精神科的目的。

二、過程

(一) 大阪大學附設醫院精神科簡介：

大阪大學附設醫院為日本關西地區大阪府的醫學中心，病床位共1076床其中一般科病床1024床、精神病床52床皆為急症床位。大阪大學附設醫院精神科在關西地區居精神醫學界領導地位，大阪府地區醫院的精神科與診所醫師皆由此派出或訓練，其科內有教授二名、副教授二名、助理教授三名、講師十名、住院醫師十二名。其國際間學術交流頻繁，本人受訓期間即有印度 智利 中國大陸 台灣來的受訓醫師，其科內最常用語言除日語外籍為英語，就算是主任辦公室門口的秘書都是一口流利的英語。

目前大阪大學附設醫院精神科(<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www/jp/staffs.html>)包含5個研究室：神經化學研究室(neurochemistry group)、統合失調症研究室(schizophrenia group)神經心理研究室(neuropsychology group)、精神病理與精神療法研究室(psychopathology and psychotherapy group)、神經精神生理研究室(neuropsychophysiology group)。受訓期間的指導老師包括武田雅俊教授(Takeda)(主任)擔任老人精神門診指導、石井良平(Ishii Ryouhei)醫師負責安排相關醫院參訪 與論文指導、數井裕光(KAZUI Hiroaki)講師擔任

失智症門診與住院教學。

(二) 大阪大學附設醫院精神科所見所學_老人精神疾病病患之內外科疾病住院處理模式：

1. 大阪大學附設醫院精神科完全以人為本，針對老人精神疾病病患之內外科疾病住院處理模式為：只要是本科的病人若需要開刀或是內外科重症住院皆是住在精神科半開放式病房，其病房護理人員精神科與內外科照護皆非常嫻熟，且由精神科醫師主治然後照會內外科共同照護治療，沒有所謂的人球問題也沒有拒絕治療精神病人餒外科疾病的情形。
2. 參訪過的慢性精神病院皆如孔繁錦主任及余權訓醫師之前所參訪，醫療法人恒昭會藍野病院(1000床，其中400床為失智症病患100床為慢性思覺失調症其餘為內外科床位)其雖收治慢性精神病患但本身仍為一綜合醫院，同時提供地區民眾內外綜合科之門診治療與轉介。所以所收治的慢性精神病患其內外科疾病仍是可以得到適當的專科醫療服務，僅在重症需醫學中心治療時予以轉介。由於日本對老人醫療照護投資甚重，其護理人力與病人比例為本院5-7倍以上(依病房單位而定)，且環境優美明亮乾淨聞不到任何不適的味道。
3. 受訓期間比較令人印象深刻的三個個案：包括一位厭食症懷孕婦女，住院期間所有相關醫囑包含藥物對胎兒之影響討論皆由精神科醫師處理，最後病人平安出院。另一個是思覺失調症女性子宮開刀，除嘔開刀房內不是精神科醫師處理，其他換藥評估傷口等等皆由精神醫護團隊包了。第三個是老年失智症患者肺炎住院，整個住院過程非常順利，只見過內科醫師來一次其他也全由精神醫療團隊全人照護。
4. 重要的疾病: 常壓性水腦症(NPH)：失智症可逆性病因：在跟隨數井醫師門診當中最重要與常見的疾病除嘔失智症就是常壓性水腦症(NPH)。幾乎有一半的門診病人皆是此項疾病病患，數井醫師率領

的醫療團隊近十年來將常壓性水腦症(NPH)這個疾病從 公共疾病衛教、徵狀篩檢、徵狀評估、地區門診醫師轉介、醫學中心診斷與治療、治療後評估與復健，已經建立了一套完整而有效的體系。

i. 常壓性水腦症(NPH)之重要是因為此疾病為老人失智症成因當中為數不多可以逆轉痊癒的致病因子之一。此疾病約占老人失智症的5%-10%，在此類病人中平均發病年齡在70歲以上，只要是受過腦傷的病人都有可能後續發生。

ii. 成人會依序產生三組特別的症狀：1.步態不穩—導致頭部外傷或身上瘀青，約60-70%病人會有此症狀且首先出現。2.尿失禁—無預警地尿在褲子裏，或來不及上廁所 佔50%。3.智能記憶力減退—記憶力越來越不好，甚至遺忘親人名字或自家住址10-20%..此症狀較不可逆一旦出現即表示預後退化。

致病原因: 腦中風、頭部外傷、腦膜炎等腦疾的後遺症，或是放射線治療過。

iii. 診斷:1.電腦斷層掃描:腦室變大及腦室周圍的低密度影像。2.核磁共振掃描:腦室周圍的水分積聚，甚至看到大腦導水管的低訊號。

iv. 治療:常壓水腦症引起的癡呆症其他症狀是可手術治療:VP shunt LV shunt。治療後最先改善的症狀為步態與尿失禁，失智症狀亦會有一定程度改善但因人而異。

v. 早期診斷早期治療預後佳。

(三) 論文：

在日本三個月中，由石井醫師帶領我撰寫研究論文。由於日本長期在漢藥與傳統醫學的注重與投資，日本只要是執業醫師即可以開立漢藥藥方，因此日本西醫師對漢藥多不陌生也頗多研究。大阪大學附設醫院精神科甚多醫師也對漢藥如何醫治失智症、憂鬱症與思覺失調症有著豐富的經驗，使它們的病人多了用藥的選擇也減少了部份抗精神藥物的副作用，這

些都完全不受甚麼保險與政策限制，令人感覺他們的病人真是幸福無比。在我之前來受訓的孔主任與余醫師皆因此在 SCI 期刊上陸續發表了相關論文數篇，而我則選擇了「漢藥對治療因使用 Clozapine 治療思覺失調症而罹患白血球稀少症(WBC<3000 10³/ul，可分輕中重度)副作用的可能性」為題目做一篇 review 性質的論文。主要的原因是本院過去服用 Clozapine 成分抗精神藥物的病人實在太多，最多時甚至高達約 600 位病患在使用，按使用 Clozapine 因此約有 3%罹患白血球稀少症的盛行率，本院至少可見 15 位以上這樣的病患；如果再加上其他服用其他種類抗精神藥物因而導致的白血球稀少症患者，也許全院有白血球稀少症的患者在 30-40 位之間。白血球稀少代表著免疫力的缺乏與減弱，似乎可以意味著這些病人就是本院玉三玉五病房的強力預備隊，而且會提早報到。

然而過去在治療 Clozapine 引致的白血球稀少症的方法甚為有限，第一是停藥，然而這對於頑治型思覺失調症患者甚為為難。第二是併用鋰鹽刺激骨髓造血，然而鋰鹽副作用亦甚多且不一定有效。第三是運動，有一定效果，但只要一停止運動馬上失效。第四是使用 GCSF 刺激骨髓造血，但是這很貴，我想台灣健保局也不一定會給付吧！

而漢藥(傳統中藥)中已經有許多常見藥方在過去 30 年中被證明對治療因癌症化療/放療導致白血球稀少症有效且在日本與中國大陸已經為血液腫瘤科醫師所廣泛應用於癌症之輔助治療上。其中歸脾湯、十全大補湯與補中益氣湯等含當歸與人蔘或黃耆成分的中藥藥方尤為出名。Clozapine 亦可以是做一種化療物質，與許多造成白血球稀少症的化療藥物一樣皆因對骨髓造血功能抑制而導致白血球稀少；因此，前述中藥如果可以對化療後的白血球稀少症有效，那麼可不可以用來治療 Clozapine 引致的白血球稀少症呢？這就是我與石井醫師在三個月期間所探討的重點，最重要的是漢藥相對 GCSF 便宜且副作用相對較少，因此頗值得花時間來討論與研究。

三、心得與建議

強力的醫療資訊系統或行政資訊系統的設置。尤其是可以協助護理人員進行病歷寫作與個案管理的系統應放在首位，以減少護理人員寫作的勞累。而臨床上類似 iPad 的系統亦已經在日本臨床醫療中廣泛應用。護理人員基本內外科能力常態化加強，再好的醫療計劃如果沒有足夠的專業護理人員去執行那就只是空話。新進無經驗的護理人員之內科訓練尤應抓緊。

醫師教育訓練應加重內科相關主題及精神藥物各種應用與副作用等主題的比例。本院為了防弊已經很久未有最新相關抗精神藥物介紹應用與副作用討論，這是矯枉過正。另外如精神科主治醫師演講可增加藥物副作用及老年內科疾病主題的要求。而在研究上本院已有中醫師也許可以在中藥這方面展開研究與討論。

各院區病房專業功能化，將某些具有內科疾病危險因子的群體集中專門照護並予以系統化。例如過去樂主任與余醫師主持的專門處置過度飲水病患病房的專案未再延續與強調，此甚為可惜，也許各院區皆可以設置類似的專區或病房。而各院區輪椅客的處置是否需集中照護或分散照護？如果疾管局的防疫要求更趨嚴格，祥 A 這樣的肺結核集中照護病房是否需增加？

我們不可能有日本那樣的資源來投入老年精神疾病患者照護，而台灣長照法草案中對於身心障礙失能之定義以日常生活自理能力（ADLS）及生活工具使用能力（IADLS）為主，著重在肢體障礙，忽略了慢性精神障礙者的特性及需求（等於間接排除了慢性精神障礙患者的照護，將彼等之長期照護擲給醫療機構去負擔）。在資源有限而病人老化失能如雪崩而來時，也許我們應該學習日本人的經驗：精神醫療團隊不再自限於僅僅專注在精神疾病的治療上，是要真正的以病人為本，而不是以疾病(或醫師專科)為本；使我們成為精神病患的全人醫師。

我們過去所走的路所打造的治療模式是值得肯定的但是已經不夠用，加強各個精神醫療團隊在內外科領域的能量與處理經驗以共同面對挑戰是我們必須要走的路，以此與諸君共勉。