

編者的話



《柏友新知》第十一期除了委員會成員的文章外，另請來三位嘉賓獻文，他們是香港腦科學會會長吳炳榮醫生、東區尤德夫人那打素醫院內

科部腦神經專科歐陽敏醫生及香港大學社會工作及社會行政學系助理教授吳兆文博士，分別為大家剖析柏金遜症的非運動性徵狀、藥效波動的治疗方法及中醫如何治療柏金遜病。本人謹此代表香港柏金遜症基金向三位鳴謝。希望這些寶貴資訊能充實讀者有關知識。

籍此機會，本人再一次呼籲大家參與香港柏金遜症基金於今年10月4日(星期日)在醫院管理局大樓舉辦的第二屆柏金遜症公眾研討會。由於是次研討會將加入問答環節，本人謹此呼籲各位讀者把希望我們於研討會當日解答的問題電郵或傳真至本基金秘書處，本基金屆時將邀請不同專業醫護

人士，包括醫生、物理治療師、言語治療師、職業治療師、專業社工等，盡力解答大眾有關柏金遜症的疑問，務求讓有興趣及有需要人士全方位了解此病。本研討會歡迎任何人士參與，名額暫定上午講座350位、下午工作坊90位。本人呼籲有興趣人士踴躍報名及提供問題，填妥今期季刊內頁的報名表格並交回《柏友新知》編輯部。

最後，為不斷提升本季刊之質素，本基金特於今期附上問卷收集讀者意見，希望大家填妥並交回《柏友新知》編輯部，好讓我們根據讀者意見作相應改善。

蔡德康醫生
香港柏金遜症基金董事
《柏友新知》主編

二零零九年七月三十日

目錄

頁	題目	作者
封面	編者的話	蔡德康醫生
2	目錄	
3-4	柏金遜症能預測嗎？	蔡德康醫生
5	被忽視的病徵	吳炳榮醫生
6	對付藥效波動	歐陽敏醫生
7	如何改善碎步問題？	麥潔儀博士
8	中醫治療柏金遜症	吳兆文博士
9-10	抑鬱與我	范上妍小姐
11-12	向照顧壓力說不	梁錦滔先生
13-14	第二屆柏金遜症公眾研討會 報名表格	《柏友新知》編輯部
15	問卷調查	《柏友新知》編輯部
16	認捐表格	《柏友新知》編輯部

柏金遜症能預測嗎？

作者簡介：蔡德康醫生為香港柏金遜症基金董事及教育與培訓委員會成員。現任東區尤德夫人那打素醫院腦神經科顧問醫生。

蔡德康醫生

手腳僵硬、震顫、動作遲緩、步履不穩，是柏金遜症的四大運動障礙。患者身上必須最少出現其中兩種運動障礙，我們才會考慮患上柏金遜症的可能性，這是現時確診柏金遜症的標準。有關柏金遜症的診斷問題，讀者可以參考第一期《柏友新知》內本人的文章。

然而，我們是否能夠在確診前找到種種蛛絲馬跡，提早預知自己將會患病呢？近年來，醫學界有人認為在臨床前期患者有可能已出現非運動功能障礙的病徵，倚靠各種測試就能預知患病的機會。不過，這問題仍然極具爭議性。

最近，有位病人前來求醫，他在兩年前曾經因為睡眠不佳及右邊肩膊疼痛而求診於另一位腦神經科專科醫生，當時，該醫生斷定他並沒有嚴重的腦神經障礙，這些非運動功能障礙都不是柏金遜症的典型病徵。不過，上述毛病仍然持續，直至兩年後，當我看見他時，他已出現柏金遜症典型的運動功能障礙病徵，包括手腳震顫、僵硬，以及輕微的動作遲緩，證實患上柏金遜症。

臨床前期病徵

病人狐疑，為何疾病不能早在兩年前被診斷出來呢？這個問題令我想到近年來醫學界出現的一些爭議。

以往，我們認為非運動功能障礙通常在患病的中後期才出現，如自主神經功能障礙、排便困難、冒汗、抑鬱、認知功能障礙等等。但近十年來，愈來愈多人相信，即使在未出現這些病徵前，柏金遜症其實已有跡可尋。臨床前期有可能出現的病徵包括：睡眠不佳、便秘、嗅覺失調、造夢時會郁動手腳、發開口夢、頸項或主要關節疼痛。

不過，這些臨床前期的病徵並不具指標性。根據一項在檀香山進行的大型流行病學研究顯示，相較沒有便秘的人，有便秘的人患上柏金遜症的機會高出4.5倍，不過，在隨後12年內有便秘的人患上柏金遜症的實際數字甚低，1000人中只有少於2個。即是說，有便秘的人患上柏金遜症的機會率只有0.2%，因此，便秘這個單一病徵並不是一個好的預測指標。我們不能說，所有出現便秘的人，就會在兩三年後患上柏金遜症。

預測方法

憑着這些指標性不高的病徵，究竟可以怎樣在臨床前期便確診帕金森症呢？關於這個問題，醫學界有人提出以下的方法：

1. 嗅覺測試：假如接受測試者無法辨認出多種味道，證明嗅覺功能失調，患上帕金森症的機會便較高。但這測試的準確性較低，嗅覺失調這病徵也不具指標性，因為有很多原因也可影響嗅覺功能。

2. 基因測試：約5-10%的帕金森症源於基因的突變，不過此方法現時仍在實驗階段，而且絕大部分的帕金森症都不是遺傳引起的。

3. 腦掃描造影檢查：提供較為客觀的診斷證據，現時正在研究中的檢查有兩種，一是fluorodopa-PET，另一種名為dopamine transporter SPECT。造影檢查能透視出腦部內多巴胺神經元的影像，影像顯示，帕金森症病人在出現運動功能障礙前，30-50%的神經元已消失。然而，這個檢查方法仍處於研究階段，只有在極少地方臨床應用，且價錢昂貴，也須要每隔數年進行一次以作比較。

4. 量表評分：基於上述方法都有其限制，有人研究以量表作為評估工具，設計一份問卷，按病徵的多少而評分，利用得出的總分來預測未來兩三年後會患上帕金森症的機會。同樣地，這也只是一個機會率，並非百分百的確診。

提早確診幫助不大

個人認為，直至目前為止，憑着單一的前期病徵，是難以在運動功能障礙病徵出現前就確診帕金森症的，此時即使進行一般的血液測試或腦掃描造影檢查，都不會發現異樣。

此外，即使能提早診斷出患有帕金森症，除了令病人擔憂外，沒有什麼實質作用。現時仍未有根治帕金森症的方法，仍然無法預防細胞的退化，只能改善症狀，提早診斷是否就能給患者帶來希望呢？只有待將來，有效根治或預防帕金森症的方法研究成功時，及早確診才顯得重要。



現時尚未有根治或預防帕金森症的方法，但患者仍可參與改善病情的治療。上圖為本基金贊助患者接受LSVT 言語治療的情況。



本基金贊助患者組織舉辦退修日，鼓勵患者多與別人溝通，積極面對疾病。

被忽視的病徵

作者簡介：吳炳榮醫生為聯合醫院腦內科顧問醫生，現任香港腦科學會會長。

吳炳榮醫生

傳統上，帕金森病被視為一種跟運動障礙有關的疾病，典型病徵包括：手震、僵硬、行動緩慢、易失去平衡等。事實上，當詹姆士·帕金森第一次在醫學文獻上報告這個疾病時，也稱它為「顫動的癱瘓」(Shaking palsy)。

發病前徵狀的病理解釋

可是，愈來愈多資料顯示，「非運動性的徵狀」(non-motor symptoms)在帕金森病人裡是普遍存在的。很多病人在發病之前，已可能感受到味覺的變化，或便秘等不同徵狀。這情況也可以從病理方面尋到解釋。

德國的病理學家(H. Braak)研究病人的腦部組織時發現，在病人的中腦黑質(substantia nigra)出現病變之前，路易氏體(Lewy body)已經在腦幹中廣泛存在。隨着腦部退化的情況日趨嚴重，路易氏體的分佈也逐漸擴散到大腦的其他部份。

中腦黑質的多巴胺腦細胞聯繫網絡廣泛地分佈至大腦的各個部分，包括mesocortical, mesolimbic, nigrostriatal等主要通路，例如limbic系統，主理包括情緒的反應，可見帕金森病可能導致焦慮、抑鬱等情緒問題。

「非運動性的徵狀」可能比典型的帕金森病徵狀較早出現。同時，「非運動性的徵狀」通常也會在較晚期的病人身上出現，這些徵狀可能導致病人的日常活動和生活質素受影響，如何處理這方面的問題，對病人作出治理，也是一個重要的課題。

治療非運動性的徵狀

這篇文章只就情緒、認知能力，非自主神經系統(autonomic nervous system)和睡眠這幾方面作出簡介：

情緒病

外國的研究顯示，10-45%的帕金森病人受到抑鬱病的困擾，我們對聯合醫院的帕金森病人進行調查，利用Geriatric Depression Scale和Hamilton Depression Rating Scale來進行分析，發現分別有25.2%和43.2%的病人受到抑鬱病的影響(**)。除此以外，也有病人出現焦慮、缺乏動力等情況，這不單進一步影響病人待人接物的能力，更可能使病人對社交感到恐懼而進一步孤立自己。

認知障礙

近八成的晚期帕金森病人會有失智症(dementia)的情況出現。但早期病人的認知障礙問題往往被人忽略。加上他們所出現障礙的範疇和我們常見的老年痴呆症(Alzheimer's Disease, 阿爾茨海默病)有所不同，所以較常用的偵測方法如MMSE(Mini-Mental State Examination)便經常走漏了病人的認知問題，帕金森病人通常在執行性(executive)視覺空間(visuospatial)方面的障礙較大，因此用其他工具如滿地可認知評估(Montreal Cognitive Assessment)，前額葉評估組(Frontal Lobe Battery)等較為適當。

非自主神經系統失調

除便秘外，不少人也有泌尿系統控制的失調，引起尿頻、夜尿等問題，經常令病人因害怕尷尬而避免參與社交活動，較嚴重的還會因體位性低血壓的問題而導致休克，也有病人因口水分泌過多而出現流口水的情況，而需要用肉毒桿菌毒素(Botulinum Toxin)注射到口水腺來控制。

睡眠問題

帕金森病人在夜間常因缺乏多巴胺供應而難以轉動身軀、改變睡姿，因而無法入睡，或出現腳動症(Restless Leg Syndrome)和速眼活動睡眠期的行為失調(REM Sleep Behavior Disorders)等症狀，使病人日間精神不振，加上缺乏運動，減弱自我照顧的能力。

由此可見，非運動性徵狀對帕金森病人的影響可真不少，可幸這些問題很多仍可透過藥物治療而得到改善，若閣下遇到同樣的情況，可向醫生提出詢問，切忌諱疾忌醫，必須接受治療來改善自己的生活質素。

(**此文部分資料摘自張家賢醫生的專科畢業論文)

對付藥效波動

作者簡介：歐陽敏醫生是香港帕金森症會顧問，現任東區尤德夫人那打素醫院內科部腦神經專科醫生。

歐陽敏醫生

帕金森症患者在服用對抗帕金森症的藥物一段時間後，便會出現藥效波動的情況，患者的活動能力也就受着藥效的影響而產生起伏變化。

治療的早期，帕金森症病人在服用藥物時，通常會有持久而良好的效果，一般來說，病人每天服食左旋多巴兩至三次，便可維持一整天正常的活動能力。

香港的三大醫院近年進行了一項調查，對象為101個平均年齡在61歲的帕金森症病友，調查發現，68%的患者在平均發病7.4年後，便會出現藥效波動的情況，可見在病發一段時間後，藥效波動是頗為普遍的現象。

藥效波動可分為三種：

一. 劑末現象

所謂劑末現象，即藥效持續的時間愈來愈短，仍未到下一次服藥的時間，藥力已開始失效，這時，帕金森徵狀便會再次出現，要等下一劑藥物發揮效用時，才可舒緩徵狀，因此，服藥次數便要增加。

二. 晨僵現象

晨僵現象是清晨時份出現的劑末現象，例如睡前服藥，而藥力只能維持四個小時，因此八個小時後醒過來時，便會感到肌肉僵硬而無法動彈。

三. 開關現象

開關現象通常在較後期出現，開即是藥力生效時，關即是藥力失效時。藥效開關的情況每天重複在病人身上發生，藥效波動更加頻密，或者甚至出現突如其來的失效現象，前一分鐘仍然活動自如，但後一分鐘卻僵硬得無法郁動。開關現象會相間地出現，有時又無從預測，關

完後便不再開，藥效與吃藥的時間或會失去關連，即使提早服藥，藥物或許也無法產生作用。到了晚期，藥效愈來愈短，開關現象也會愈來愈頻密。

治療方法

針對以上藥效波動的現象，我們可以採取以下幾種處理方法：

初時可以增加左旋多巴的服藥次數，或者使用更多的多巴胺受體激動劑，然後再加上COMT酶素抑制劑，以減慢左旋多巴及多巴胺能的分解，增強和延長它們的效力。

至於開關現象的問題則令人頗為頭痛。或許可以嘗試要病人每次減少服用左旋多巴的劑量，並增加服用的次數，每天甚至可能須要服藥五六次以上。

此外，也有人利用左旋多巴直腸灌注劑，在皮下植入儀器，透過連接直腸的導管，24小時逐少釋放藥物，讓直腸慢慢吸收。外國有人正使用此法，效果不錯，但現時香港仍未有提供，需要更多臨床報告以證實其效果。

另一方法名為阿撲嗎啡持續皮下給藥，已使用多年，也可達到劑量穩定給與、持續藥效的效果，但是，現時在英國、歐洲等地較常用，在香港則不是太普及，因為需要把儀器帶在身上，於皮下插針，令病人感覺不佳，也帶來生活上的麻煩。

最後一種方法為手術治療，即深腦刺激術，能有效治療藥效波動，為至今最有效的方法之一。

如何改善碎步問題？

作者簡介：麥潔儀博士為香港帕金森症基金教育與培訓委員會成員、現任香港物理治療學會腦神經專研組執行委員、香港理工大學康復治療科學系副教授。

麥潔儀博士

以碎步走路是帕金森症病人的普遍病徵，碎步的特點是步幅短，並以腳尖走路。正常人走路時以腳跟先着地，但很多帕金森症病人卻以腳尖先着地，看起來像拖着腳部前行。碎步加上身體向前傾，容易令人不受控地往前衝，甚或失去平衡，跌倒受傷。想改善碎步的毛病？不妨試試以下介紹的方法。

碎步的成因

我們很少會想到，基底核(basal ganglia)是腦部中負責自主動作(automatic movement)的其中一個部分，而在帕金森症病人的身上，這部分受到了損害。

由於腦幹內的黑質(substantia nigra)細胞出現退化，導致腦中缺乏多巴胺這種負責傳遞自主動作信息的重要化學物質。自主動作的信息猶如領航員，在它的帶領下，人便能夠好好控制步速，以及踏出正確的步姿。因此，帕金森症病人在缺乏自主動作的指引下，必須費勁才能以大踏步前行，以及走出腳跟先着地的正常步態。

此外，肌肉及關節僵硬也會降低患者的肢體靈活性，導致無法大踏步，只能以碎步走路。因為手腳肌肉僵硬，也令人容易失去平衡，有些帕金森症病人會出現非自主性的動作，如四肢郁動、舞蹈症，這亦可以造成步履不穩。

碎步通常在什麼情況下出現？

- 當你已步行了一段時間
- 當你已感到疲累
- 當你正專注於其他事情，如說話或拿着物件
- 當你的肢體僵硬，並非處於活躍狀態下，如早上剛起床時
- 當你服用的藥物效力不佳

我們可以如何改善情況？

必須記住，帕金森症病人原來的基本步態並沒有受損，只要我們懂得利用新的方法來走路就行了：

- 以良好的姿態起步及繼續前行
- 調整步幅，並好好掌握踏步的時間

大家可以嘗試以下方法：

集中注意力，讓步幅加大，踏步平均。利用自我提示的方法，如邊踏步邊數數字，或邊踏步邊提醒自己應順着「腳跟、腳尖」的着地次序，會較容易踏出正確步姿。

身處繁忙地帶時，你可能會被其他事情吸引而導致分心，因此，你可以利用一些外在暗示信號來提醒自己，改善步態。例如：

- 視覺信號——利用貼於地上的細長條或是鋪路石板來提醒自己
- 聽覺信號——聽着拍子機的節拍，或是具有固定節拍的音樂來提醒自己

想踏出正確的步姿，令步履穩定，避免跌倒，走路時便必須減少踏步的次數，並加長步幅，這就能改善碎步的毛病。



中醫治療帕金森症

作者簡介：吳兆文博士為香港帕金森症基金董事，現任香港大學社會工作及社會行政學系助理教授及行為健康教研中心副總監、香港註冊中醫師。

吳兆文博士

現時，醫學上仍未有根治帕金森症的方法，西醫如是，中醫亦然。不過，患者總希望尋求或嘗試不同的療法，保留一線治癒的希望。中醫是怎樣治療帕金森症的？患者和家人又該抱持什麼心態去接受中醫的治療呢？

中醫調理機體平衡

中醫所指的「顫病」近似西醫的帕金森病，臨床表現以震顫、肌強直和運動障礙為主，多見於年長人士，自古以來有不少的病案記錄。

討論「顫病」之前，不如先來了解中醫的治病原理。中醫診斷分「辯病」和「辯證」兩個層次，「辯病」概念跟西醫相似，即根據臨床表現、病史和體檢，把疾病分辯歸納到標準分類。「辯證」的概念較為特別，簡單來說可以視為一種依重「系統理論」角度去分析機體的平衡狀況。中醫治療較偏重於「辯證」，故此有著名「辯證論治」的觀點，即用藥或施針主要以辯證結果為依據，回復機體平衡為較高的目標。針對症狀的緩解性治療雖然也重要，但治標中不忘治本，而治本便是通過「辯證論治」調理機體的平衡。

在「顫病」方面，常見的證型有慢性正虛為主的證型，多與氣血肝腎不足有關；亦有急性邪實為主的證型，多與「風」、「痰」和「熱」有關。但是，臨床上病人的表現就更為複雜和多變，經常是虛實夾雜。中醫通過望、聞、問、切及其他輔助體檢，判斷其證型，從而施予中藥和針灸等治療。

中藥湯劑治療

中藥治療常用湯劑，因為化材比較容易，由中醫為個別患者處方，而現在濃縮顆粒亦十分流行，便利患者沖服。除了個別化材的湯劑外，中醫亦常因應患者的證型，處方中成藥，特別是需服用較長時期的補虛藥，用中成藥可以為患者省去很多配藥和煎藥的時間。較常用於虛證顫病的中成藥有六味地黃丸、金匱腎氣丸和十全大補丸，但讀者請留意不要隨意購買自己嘗試，最好是先去諮詢中醫師，經診斷後才服用合適的中藥。

現代醫學強調以實證為本，參考臨床研究結果去選擇最有效和安全的治療，在中藥治療帕金森病方面，文獻亦有一些報道[1]，但是，基於中醫是用複方草藥，又強調個別化的「辯證論治」，要進行高科學水平的「隨機對照臨床實驗」較為困難，目前的臨床研究報告主要來自國內，在英語國際醫學雜誌發表的並不多見，故此在這方面尚有很多研究工作要進行，才可以更具體評估中藥治療帕金森症的療效和適應症。

針灸 推拿 太極 氣功

除了中藥外，相關中醫學的治療還有針灸、推拿、太極和氣功，亦有文獻報道了一些相關的臨床研究[2,3]。但是跟中藥相似，要為這些複合性的治療進行標準的「隨機對照臨床實驗」頗為困難，故此尚有大量研究工作要跟進。

對患者和其親人來說，最重要是多了解每一種治療方法的資料，不要盲目地對個別治療有過高的期望。例如有研究顯示太極有助於改善平衡，減少跌倒等，但不可以期望太極可以解決所有帕金森病的問題。跟大多數慢性病一樣，帕金森病是需要全面身、心、社、靈的應對，患者可以因其個人狀況加入一些中醫學元素作為整體對應的一部份，組成全面平衡的方案，提升生活質量。

參考文獻：

1. Li Q, Zhao D, Bezard E. Traditional Chinese medicine for Parkinson's disease: a review of Chinese literature. *Behavioral Pharmacology* 2006;17(5-6):403-410.
2. Lee MS, Lam P, Ernst E. Effectiveness of tai chi for Parkinson's disease: a critical review. *Parkinsonism Related Disorders* 2008;14(8):589-594.
3. Schmitz-Hubsch T. Qigong exercise for the symptoms of Parkinson's disease: a randomized, controlled pilot study. *Movement Disorders* 2006;21(4):543-548.

抑鬱與我

范上妍藥劑師

作者簡介：范上妍小姐為註冊藥劑師，現任香港柏金遜症基金教育及培訓委員會成員。

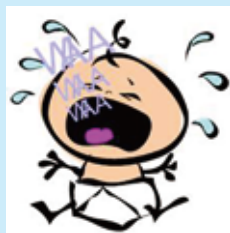


在眾多精神及情緒病中，柏金遜症患者最普遍患上的是抑鬱症。根據一項研究顯示，大約有三成半的柏金遜症病人同時受著抑鬱症症狀的煩擾，而其中只有四分一患

有中度至嚴重抑鬱症的患者正在服用抗抑鬱症的藥物。其實，不同程度的抑鬱症狀會直接或間接地影響着柏友們的生活及健康質素，我們應該正視面對，絕不應逃避。

怎樣才知道自己有沒有抑鬱症呢？

抑鬱症和一般的「唔開心」並不相同，病友們不要因一時的「唔開心」就介定自己患上抑鬱症。抑鬱症的臨床診斷是要符合一系列症狀的，根據《精神疾病診斷與統計手冊》第四版（DSM-IV）的臨床診斷標準，必須符合以下不少於五項症狀，而這些症狀跟先前的狀態比較，必須有所改變，並顯著地影響現時的生活質素，而且差不多連續兩星期天天出現，此外，也要排除這些抑鬱症狀是由於近日喪親、使用了其他藥物或是因為任何疾病而直接產生的生理反應而引起的。



抑鬱症自我評估表

- 心情憂鬱
- 所有興趣、娛樂、活動都顯著減少
- 體重有明顯的改變
- 失眠或嗜睡
- 精神過度激動或遲緩
- 疲勞或失去平常應有的活力
- 自覺無價值或無故出現罪惡感
- 思考能力或專注力下降、或無法下決定
- 反覆想到死亡、重複出現自殺念頭、嘗試或計劃自殺

單憑上述自我評估表並不能斷症，若懷疑患有抑鬱症，必須盡快尋求精神科醫生的專業評估，以作出正確的診斷。

抗抑鬱症藥物的種類

假如證實患上抑鬱症，也應積極接受治療，聽從醫生囑咐，服用合適的藥物。常見抗抑鬱症的藥物一般分為幾大類：

三環抗抑鬱藥 (Tricyclic antidepressants - TCA)

四環抗抑鬱藥 (Tetracyclic antidepressants)

選擇性血清素再吸收抑制劑 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor - SSRI)

雙向性再吸收抑制劑 (Serotonin Nor-adrenaline reuptake inhibitor - SNRI)

治療抑鬱症的首選藥物一般為選擇性血清素再吸收抑制劑，此類藥物包括氟西汀 (Fluoxetine)、西酞普蘭 (Citalopram)、舍曲林 (Sertraline) 等等；其他藥物選擇為較新的雙向性

再吸收抑制劑，如文拉法辛 (Venlafaxine)、度洛西汀 (Duloxetine)；以及四環抗抑鬱藥米安色林 (Mianserin)、米氮平 (Mirtazapine) 及傳統的三環抗抑鬱藥去甲替林 (Nortriptyline)、阿米替林 (Amitriptyline) 等等。抗抑鬱藥一般需要四至六星期才開始產生顯著效用，尤其是選擇性血清素再吸收抑制劑，病友應有心理準備，有機會在服用後四星期內仍未見顯著的藥效，甚至服藥頭兩星期情緒會更低落，病友應持續服用，不應中途停服。

柏金遜與抗抑鬱藥

醫生會因應你的病情，揀選最合適的治療藥物。部份抗抑鬱藥與柏金遜藥會產生藥物相互的反應，用藥時必須注意。

如當選擇性血清素再吸收抑制劑與柏金遜藥司來吉蘭 (Selegiline) 同服，便有機會出現血清素症候群 (Serotonin Syndrome)，如高血壓、體溫上升、抽筋等症狀，雖然機會率低 (約0.24%)，但亦應注意其藥物合用所產生的反應。以往，有部份研究發現柏金遜症病友服用選擇性血清素再吸收抑制劑會增加出現震顫的情況，但近年的研究卻指出，這些藥物所引致震顫出現的情況於數據統計上並不顯著。



又如三環抗抑鬱藥，其常見的副作用如體位性低血壓、意識混亂、認知能力下降、口乾、便秘、視力模糊等，有機會加強了部份柏金遜症藥物的副作用，如左旋多巴類藥物 (Sinemet 息寧及 Madopa 美多巴) 所出現的體位性低血壓及苯海索 (Benzhexol) 常見的口乾、便秘等等。選用較少抗乙醯膽鹼作用的去甲替林 (Nortriptyline)，有機會減少這方面的不良反應。

柏金遜藥也可舒緩抑鬱？

此外，某些抗抑鬱藥可能同時對柏金遜症的徵狀有幫助，反之亦然。有部份個案指出，米氮平 (Mirtazapine) 除了對抑鬱症病情有顯著幫助之外，用於一些病友身上亦有機會減少震顫，但這方面的藥用價值仍有待更詳盡的研究。

近年研究顯示，柏金遜症藥物羅匹尼羅 (Ropinirole) 用於患有抑鬱症，而同時柏金遜症症狀未能完全受控的病友身上時，除了在運動功能方面有顯著成效之外，亦有舒緩抑鬱症狀的正面藥效。

總括而言，柏金遜症病人同時有抑鬱症的症狀並不罕見，若然發現自己有抑鬱症狀，柏友們應正面面對，與醫生討論，以尋求最合適自己的治療方案。

參考文獻:

Astrid Althaus et al. Frequency and treatment of depressive symptoms in a Parkinson's disease registry. *Parkinsonism and Related Disorders* 14 (2008); 626-32

Toyama SC, Iacono RP. Is it safe to combine a selective serotonin reuptake inhibitor with selegiline. *Ann. Pharmacother.* 1994; 28: 405-6

Irena Rektorova, Katerina Zarubova, Silvie Sedlackova, Martin Bares, Ladislav Dusek. Effects of ropinirole on nonmotor symptoms of Parkinson disease: a prospective



向照顧壓力說不

梁錦滔

作者簡介：梁錦滔先生是註冊社工，現任香港柏金遜症基金董事及教育與培訓委員會成員，香港復康會社區復康網絡高級經理。

患者需要懷着積極的信念來對抗疾病，身邊的照顧者同樣要懂得調適心態，化解照顧的壓力，否則便會一起被病魔拖垮。「如何協助照顧者舒緩壓力？」是一個重要的課題。要尋求處理壓力的良方，首先必須查探壓力的來源，然後對症下藥，斬草除根。

照顧者的壓力來源，基本上來自三方面，第一方面是繁瑣的日常照顧工作所帶來的壓力，第二方面的壓力來自照顧者與患者之間的微妙關係，第三方面是照顧者未能有效管理情緒而產生的壓力。

照顧工作帶來的壓力

照顧患者的日常起居生活是一項極為繁重及困身的工作，令照顧者身心俱疲。「照顧家人」這份工並沒有放工時間，年終無休，照顧者如未能有效平衡個人生活和照顧的責任，便會社交生活全失，令身心失去調劑的機會。另一方面，部分照顧者的責任心過重，不懂得作出調適，如要放下患者在家中，而自己外出進行社交活動時，會不期然產生歉疚感，給自己造成壓力。

患者態度造成的壓力

照顧者與患者關係密切，互相影響。患者對照顧者抱持的心態直接影響彼此的關係，給照顧

者造成壓力。當患者過份依賴照顧者，會令照顧者負擔過重，容易產生壓力。另一方面，若患者有負累照顧者的想法，會為彼此的相處關係帶來張力，例如以負面的態度回應照顧者的關懷，或令彼此的日常相處失去樂趣。

照顧者的情緒管理

當照顧者感到壓力重重，卻又未能有效管理其情緒的話，便容易失控，當患者感受到照顧者的情緒時，患者的情緒亦會被帶動，令彼此的關係產生變化，出現惡性循環的效應，繼而令照顧者的情緒壓力更大。

化解壓力六大對策

人的壓力來源不同，承受壓力的能力也有異，每個照顧者需要個別分析壓力的來源，然後尋找減低照顧壓力的方法。化解照顧工作壓力的方法包括：

一. 善用社會支援服務

要減低照顧工作的過分勞累，照顧者可以善用社會支援服務，以分擔照顧工作，如考慮使用日間照顧中心、申請家務助理服務等。

二. 多作溝通，尋求共識

照顧者與患者應就各項照顧工作的安排多作溝通，尋求共識。照顧者切忌擅作主張，在缺乏溝通的情況下安排各種照顧細節，這會令患者更為依賴及被動。應該增加溝通，令照顧安排更符合患者的需要，亦避免產生誤會。

三. 為照顧工作安排「放工」時間

避免將照顧工作變成24小時無休止的勞動，令自己過份疲累。因此，照顧者應盡量每天安排一些「放工」時間，利用這段時間，暫時離開患者，進行一些有助調節身心的活動。照顧者在安頓好患者後，可以暫時休息，外出飲下午茶，或約會朋友，維持適量的社交生活。亦可以在家中看電視、聽音樂、閱報或看書等，放鬆身心。

四. 把歡樂元素加入照顧工作中

除了日常起居護理外，照顧者大部分時間用來陪伴患者。如果只是單調地陪伴在側，會感到沈悶。因此，應在照顧工作中加入一些歡樂的元素，令照顧工作變得更輕鬆愉快，當中包括探訪親友或親友來訪、外出活動、遊公園、打麻雀、看舊日電影影碟等。翻看舊照亦是一個好節目，一起想當年，回憶一下開心的日子。

五. 學習管理情緒的技巧

照顧者必須要學習情緒管理的技巧，令自己可以輕鬆面對因為照顧工作而引起的問題。患者可能因為未能適應疾病帶來的問題而產生情緒的困擾，如果照顧者的情緒智商不夠高，便會容易被患者的負面情緒所感染，引發情緒問題，互相影響，出現惡性循環。相反，若照顧者情緒智商高，便可以輕鬆面對患者的負面情緒，以四兩撥千斤的方法化解問題。

六. 建立情緒支援網絡

每名照顧者均需要在親人或朋友中，尋找可以提供情緒支援的人士，當遇到困難時，那人會願意伸出援手，照顧者便不至孤軍作戰，亦可以避免鑽牛角尖。

照顧患者的工作並不輕鬆，要化解照顧工作的壓力，一方面要需要來自親友及服務機構的支援，另一方面照顧者須要對照顧工作進行適當的安排，令照顧工作變為樂事，最後照顧者亦須要不斷提升其情緒管理能力，再透過不斷的實踐及檢討，照顧壓力便可以化解。



為鼓勵照顧者及患者積極面對困難，本基金每年皆安排義工上門探訪行動不便的患者，估計累積有1,000人受惠

全力支持：



醫院管理局健康資訊天地

協辦：



香港復康會社區復康網絡



香港帕金森症會



香港大學教育學院
言語及聽覺科學部



香港物理治療學會



香港醫院藥劑師學會

金贊助：



葛蘭素史克有限公司



NOVARTIS

瑞士諾華製藥（香港）有限公司



Medtronic
美敦力國際有限公司

銀贊助：



Boehringer
Ingelheim
德國寶靈家科研藥廠

第二屆帕金森症公眾研討會

2009年10月4日(星期日)

由專業醫護人士講解有關帕金森症的最新資訊，並解答公眾疑問。

活動詳情：

時間：上午九時十五分至下午四時十五分

地點：醫院管理局大樓演講廳及健康資訊天地

大會將安排旅遊巴士於當日早上8時30分於以下地點免費接送參加者到會場：

(1) 九龍九龍塘港鐵站B3出口理想酒店側

(2) 香港灣仔軒尼詩道138號中旅社門口

參加者亦可乘搭途經亞皆老街之巴士路線：2A、9、13D、16、24、203E

名額：上午講座：350人

下午工作坊：90人

(下午工作坊只適合帕金森症患者及親屬參加)

費用：上午講座：免費

下午工作坊：港幣50元正（包午餐及講義）

報名方法：請於截止日期2009年9月25日前填妥並交回報名表格及支付講座費用

查詢：81005223 譚先生

網址：www.hkpdf.org.hk

活動流程：

時間	內容
9:30-10:15	講座1：帕金森症治療及病理最新發展(腦神經專科楊漢明醫生)
10:15-10:45	講座2：帕金森症藥物常見問題(註冊藥劑師范上妍小姐)
10:45-11:15	茶點
11:15-11:45	講座3：運動對帕金森症患者益處良多(香港理工大學康復治療科學系麥潔儀博士)
11:45-12:15	講座4：吞嚥及言語困難的處理方法(言語治療師關陳立穎女士)
12:15-12:45	討論時間
12:45	上午講座完結
12:45-14:15	午餐
14:15-16:15	工作坊1：帕金森症藥物(註冊藥劑師范上妍小姐)
(5個工作坊將同時進行，全部只適合帕金森症患者及親屬參加)	工作坊2：LSVT大聲療法(言語治療師關陳立穎女士)
	工作坊3：情緒管理(資深社工李儉汶小姐及何佩瑩小姐)
	工作坊4：運動與防跌(香港理工大學康復治療科學系麥潔儀博士)
	工作坊5：深腦電刺激手術(腦神經專科歐陽敏醫生)

香港帕金森症基金主辦

第二屆帕金森症公眾研討會

2009年10月4日

報名表格

本人將於2009年10月4日出席第二屆帕金森症公眾研討會：

(請於合適方格填上 ☒ 號)

- ☐ 參與上午講座 (費用: 免費)
- ☐ 參與下午工作坊(請選擇以下其中一個) (費用: 港幣50元正包括午餐及講義)
- ☐ 帕金森症藥物
 - ☐ LSVT大聲療法
 - ☐ 情緒管理
 - ☐ 運動與防跌
 - ☐ 深腦電刺激手術

身份: ☐ 帕金森症患者 (是否已經/即將接受深腦刺激手術? 是☐/否☐)
☐ 患者家屬/照顧者
☐ 其他

(注意: 下午工作坊只接納帕金森症患者或其親屬參加)

是否有興趣接收本基金的資訊? 是☐ / 否☐

會否乘搭大會提供之旅遊巴士至會場? 是☐/否☐

上車地點: 香港灣仔☐/九龍九龍塘☐

請盡量提供希望講者解答的疑問(如需要): _____

姓名: _____ 手提電話*: _____

地址: _____

傳真: _____ 電郵: _____

報名方法:

1. 郵寄已填妥之報名表格至九龍大角咀通州街135-137號明德中心2樓A室香港帕金森症基金秘書處譚先生收
 2. 傳真已填妥之報名表格至2396 6465
 3. 電郵已填妥之報名表格至 info@hkpdf.org.hk
- *成功報名之參加者將收到電話短訊確認

付款方法:

1. 銀行入數: 請把參加費存入本基金戶口 匯豐銀行 405-061888-001, 並把入數紙傳真至2396 6465或郵寄至九龍大角咀通州街135-137號明德中心2樓A室香港帕金森症基金秘書處, 背面註明參加者姓名、聯絡電話及「參與第二屆帕金森症公眾研討會」
2. 支票: 請把支票郵寄至九龍大角咀通州街135-137號明德中心2樓A室香港帕金森症基金秘書處, 背面註明參加者姓名、聯絡電話及「參與第二屆帕金森症公眾研討會」, 支票抬頭請寫「香港帕金森症基金」

查詢: 81005223 譚先生

截止日期2009年9月25日

《柏友新知》讀者問卷調查

多謝讀者們一直以來的支持，為不斷提升質素，《柏友新知》編輯部邀請讀者填妥以下問卷並傳真至 23966465，或郵寄至大角咀通州街135-137號明德中心2樓A室《柏友新知》編輯部，好讓我們了解你們的需要及作相應改善。編輯部將抽出十位提交問卷的讀者並送出紀念品一份，以表謝意。

1. 您認為《柏友新知》在下列各方面的表現怎樣？(請在適當的方格填上“✓”號)

	很好	好	一般	差	很差
封面設計					
內容版面設計					
印刷質素					
插圖質素					
內容質素					
整體評價					

2. 您最喜歡閱讀哪一類型的文章?(可選多於一項)

成因及病理	徵狀及診斷	治療	復康	心理	患者心聲

3. 您希望本季刊能增加哪一方面的內容？

4. 您會否推介此季刊給您認識的人？請說明原因。

5. 請提供其他改善季刊質素的建議。

個人資料

姓名: _____ 電話: _____

通訊地址: _____

電郵: _____ 傳真: _____

謝謝！

香港柏金遜症基金 認捐表格

香港柏金遜症基金的成立及運作，主要依靠社會上眾多善長及商業機構的慷慨捐款支持。扣除成本後，本基金會把所得善款全數用於贊助、協辦各類惠及柏金遜症患者的活動、向社會宣傳柏金遜症的知識及資助有關此病的學術、醫療研究。你的善款可以：

- * 提升柏金遜症患者的生活質素，
- * 提供有關此病的正確資訊予患者；
- * 增強社會對他們的了解及認同。

捐款方法

1. 請把劃線支票(抬頭請寫「香港柏金遜症基金」)連同此捐款表格郵寄給本基金。
2. 請把捐款存入香港匯豐銀行戶口405-061888-001，並將銀行入數紙正本連同此捐款表格郵寄給本基金。

認捐款項：☐ HKD\$ 100 ☐ HKD\$ 500
☐ HKD\$ 1000 ☐ 其他(請列明)_____

捐款人士資料：

姓名：_____ (先生/太太/小姐)
地址：_____
聯絡電話：_____
傳真：_____
電郵地址：_____

捐款港幣\$100或以上，可獲發正式收據向稅務局申請免稅。

請把捐款收據或支票連同此表格郵寄至香港薄扶林102號瑪麗醫院香港大學內科部腦內科。多謝閣下慷慨捐助，如有查詢，請聯絡：

香港柏金遜症基金
香港認可公共性質慈善機構稅務局檔案編號：91/6429
香港薄扶林道102號瑪麗醫院香港大學內科部腦內科
電話Tel: (852) 2396 6468 傳真Fax: (852) 2396 6465