

編者的話

《柏友新知》第十二期新增了柏金遜症短訊速遞，為讀者提供國際上有關柏金遜症的最新資訊。今期除了委員會成員的文章外，另請來嘉賓沙田威爾斯親王醫院腦外科副顧問陳達明醫生獻文，分享一位柏金遜症患者接受深腦刺激手術後的感想。本人謹此代表香港柏金遜症基金向陳醫生鳴謝。

最後，為不斷提升本季刊及本基金網頁之質素，本基金特設問卷收集讀者意見，大家可於今期末頁或本基金網頁(www.hkpdf.org.hk)找到問卷，請填寫並交回編輯部好讓我們根據意見作相應改善。感謝支持！

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經已順利完成。是次研討會共有約350位患者、照顧者及公眾人士參加，反應熱烈。本人謹此鳴謝食物及衛生局副局長梁卓偉教授，JP抽空出席，擔任是次活動之主禮嘉賓，以及一眾義務支持是次講座的講者，包括楊漢明醫生、歐陽敏醫生、麥潔儀博士、關陳立穎言語治療師、范上妍藥劑師、資深社工李儉汶小姐及何佩瑩小姐。另外亦感謝一眾協辦機構及贊助機構的鼎力支持，包括愛心力量、葛蘭素史克有限公司、瑞士諾華製藥(香港)有限公司、美敦力國際有限公司、德國寶靈家科研藥廠、醫院管理局健康資訊天地、香港復康會社區復康網絡及香港柏金遜症會。是次研討會得以順利進行，以上人士及團體實在功不可沒。今期《柏友新知》收錄了上午講座部份的撮要，供未能參與的讀者參考。



第二屆柏金遜症公眾研討會一眾講者及嘉賓合照留念

蔡德康醫生
香港柏金遜症基金董事
《柏友新知》主編

二零零九年十月三十日

目錄

頁	題目	作者
1	編者的話	
2	目錄	
3	柏金遜症用藥策略的轉變	蔡德康醫生
4	手術影響語言能力	關陳立穎女士
5-6	阻力運動、柏金遜症短訊	麥潔儀博士
7-8	新註冊藥物	范上妍小姐
9	深腦刺激術、柏金遜症短訊	陳達明醫生
10-11	第二屆柏金遜症公眾研討會 講座撮要	《柏友新知》採編組
12-14	活動速遞	《柏友新知》採編組
15	《柏友新知》及香港柏金遜症基金 網頁讀者問卷調查	《柏友新知》採編組
16	認捐表格	《柏友新知》採編組

改變策略早期服藥

作者簡介：蔡德康醫生為香港帕金森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

「愈早開始服藥，愈早出現副作用，病情便愈來愈難受控制。」

今時今日，各位必須開始扭轉以上錯誤觀念，重新認識治療帕金森症的用藥策略。愈來愈多研究顯示，一旦出現運動功能障礙又確診患上帕金森症，便應立刻開始服藥，把握仍然青壯的黃金時間，好好利用靈活的四肢；而且，提早服藥，並不代表病情就會提早轉差。

過往：病情嚴重才用藥

現時，治療帕金森症仍以藥物為主，手術治療則到了病情的後期、藥物失效時才派上用場。目前仍未有藥物能確實減慢患者腦細胞衰退的情況，左旋多巴只能紓緩疾病引起的運動功能障礙，卻不能改變病理。此外，服用了左旋多巴一段時間後，漸漸出現「開關」現象及不自主動作等副作用，嚴重影響藥物的功效。

因此，過去二十年來，醫學界一直主張盡量延遲用藥，直至日常生活或工作能力受到嚴重影響時才開始處方藥物。尤其是治理較年青的患者時，便愈小心用藥。此外，過往主張，開始服藥時宜處方較溫和的藥物，例如安坦(Artane)，到了後期才開始服用最強的藥物左旋多巴。

今天：一旦確診 開始用藥

但是，近年來這種用藥觀念備受挑戰，很多帕金森症的權威學者提出，應該在確診患上帕金森症時，便開始服用左旋多巴或多巴胺受體激動劑，及早改善生活質素，而且早用藥也不代表病情會更快轉差。這令人醒覺，向來的用藥方針未必是最好的。

早一點服藥，對改善徵狀必定有幫助，也就能改善生活質素。很多病人以為，早期忍受一段日子不服藥，就能先苦後甜，把藥物出現失效

的時間延遲。但事實上，早期不服藥，不代表副作用就不會出現。近期的研究顯示，若在早期放棄服藥，病情會日漸轉差，到了病情嚴重時才開始服藥，就需要服用更高的藥量才能控制已變得嚴重的徵狀，藥量愈大，有可能在半年或一年後便會出現副作用。舉例說，早期病徵不太嚴重時只需服用一粒藥，四年後仍只需服用三粒；但若早期沒有服藥，四年後等到病徵非常嚴重了才服藥，一開始便需要服用三粒藥，結果分別不大，卻白白失去了四年的自由時間。

患者犧牲了黃金歲月裡的活動能力，結果卻沒法換取先苦後甜的目的，一直被病患困擾，生活質素永遠低於在藥物幫助下能改善的程度，實在得不償失。尤其是對年青的患者來說，因為年青時在工作、社交上對活動能力的需求，遠較年紀大時為高。

先用什麼藥？存在爭議

不過，究竟應否一開始便服用藥力最強的左旋多巴？現在仍存在爭議。有人建議開始時可服用多巴胺受體激動劑；也有人建議可服用低劑量的左旋多巴，另加多巴胺受體激動劑。如何用藥因人而異，必須視乎臨床情況。

左旋多巴已證實能延長帕金森症患者的壽命，未有此藥物前，患者通常在確診後約五至六年病情便會急轉直下，或要長期臥床，繼而出現嚴重併發症而危及性命。服用了左旋多巴後，不管活動能力如何，患者的壽命跟健康的同齡者相差不遠，足以證明藥物的效用。

醫學進步，上月在《新英格蘭醫學期刊》刊登的研究報告顯示，藥物Rasagiline有可能延緩帕金森症惡化的速度，這便更值得在早期便開始嘗試服藥。

阻力運動、帕金森症短訊

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

帕金森症是源於腦內缺乏製造多巴胺的腦細胞，而形成的慢性中樞神經系統失調。帕金森症的四大病徵為震顫、僵硬、動作緩慢，以及姿態不穩，導致不同程度的損傷，包括肌肉無力、功能上的限制、影響平衡、及骨質流失。藥物治療是現時的主流治理方法，此外，愈來愈多證據顯示，運動有助控制肢體的動作，改善體能，也有助應付日常的起居生活。

做運動更能減低部分帕金森症患者的死亡率，動物實驗證明，密集的運動訓練能刺激多巴胺的合成。阻力運動是帕金森症患者可以進行的其中一種運動，下文我們將會檢視阻力運動的好處、阻力運動的理念，以及它在帕金森症患者身上發揮的效用。

患者肌肉薄弱

肌肉無力是導致動作遲緩的次要原因，同時是帕金森症的病徵。此外，肌肉無力也被視為是造成患者姿態不穩的原因之一。研究顯示，相對沒有患上腦神經病變的成年人來說，帕金森症患者的肌肉力量減弱了30-50%。

容易患上骨質疏鬆

多個研究顯示，帕金森症跟低骨質密度有關，或會導致骨質疏鬆。我們發現，約有30%的帕金森症患者的骨質密度減少了，而10%則患有骨質疏鬆。此外，患者髖關節折斷的比率甚高，這有可能源於他們的髖關節及背部下段的骨質密度較低之故。

循序漸進地進行阻力運動，是改善骨質參數的可行辦法。若阻力運動配合藥物治療(例如服用維他命D)，對個別患者來說或能達致更高的療效。不過，現階段還需要更多的研究證實這個假設。

下肢功能影響生活

因為大部分的日常生活起居涉及下肢的運動，能否做到「坐下後起立」這個動作便被用作評估帕金森症患者在功能上的限制。早前的研究顯示，帕金森症患者的髖關節、膝部及足踝的肌肉力量及發力速度均有所減弱，因此，坐下後起立所需的時間較長。步態不穩是帕金森症的主要病徵，步幅變短，步行速度變慢是帕金森症患者在步姿上最顯著的病徵。患者在步行時，雙腳支撐的時間傾向延長，這便有可能增加跌倒的機會。

阻力運動的成效

現在我們來回顧一下五項與阻力運動有關的對照臨床試驗(表一)。全部試驗均把患者分成兩個組別，一組患者有進行阻力運動，另一組則只接受傳統的治療。實驗結果證明，阻力運動對肌肉力量、平衡力以及步態均產生正面的效用。總括而言，其中三項實驗顯示進行阻力運動後，肌力增加11-44%；兩項研究顯示，平衡力改善了27-52%；一項研究則顯示，步行速度提高了8%。



表一：阻力運動的試驗結果概要

參考	阻力運動實行計劃	做多久？	研究結果
Toole et al. 2000	利用健身器械操練膝蓋及足踝的肌肉及平衡力訓練	10星期 (30節)	膝蓋肌肉力量增加24-44%； 平衡力上升27%
Scandalis et al. 2001	利用健身器械操練膝蓋、足踝及腹肌	8 星期 (16 節)	步速提高8%； 步幅增加15%
Hirsch et al. 2003	利用健身器械操練膝蓋及足踝肌肉, 及平衡力訓練	10 星期 (30 節)	平衡力上升52%
Dibble et al. 2006	踏單車	12 星期 (36 節)	膝蓋肌肉力量增加24%； 耐力增加21%
Hass et al. 2007	利用健身器械操練膝蓋、足踝、腹肌及手臂肌肉	12 星期 (24 節)	膝蓋肌肉力量上升11%； 腹部肌肉力量上升21%； 手臂肌肉力量上升23%

總結

阻力運動對衰弱的帕金森症患者來說，是具有療效的治療方法。不少對照床臨實驗亦已完成。不過，暫時提出的阻力運動只顯示肌肉力量的增加；當阻力運動結合平衡力訓練時，亦能改進平衡能力，但對於步態則只有輕微的改善。如能讓這些患者重新學步，並提供針對性的訓練，或許對改善步態會更有幫助。

太極為對改善帕金森症病情極為有效的運動之一。香港帕金森症基金亦有贊助專為患者而設的太極班。

參考書目

Dibble LE, Hale TF, Marucs RL, Droge J, Gerber JP, LaStayo PC. High-intensity resistance training amplifies muscle hypertrophy and functional gains in persons with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2006; 21: 1444-1452

Falvo MJ, Schilling BK, Earhart GM. Parkinson's disease and resistance exercise: rationale, review, and recommendations. *Mov Disord* 2007;23:1-11.

Hass CJ, Collins MA, Juncos JL. Resistance training with creatine monohydrate improves upper-body strength in patients with Parkinson disease: a randomized trial. *Neurorehabil Neural Repair* 2007; 21: 107-115

帕金森症短訊

-及早服用藥物Rasagiline，有助延緩帕金森症的病情？有關Rasagiline的研究報告9月份在醫學權威雜誌《新英倫醫學雜誌》刊登。研究人員把患者分成兩組，一組及早服用Rasagiline，另一組則延遲用藥。結果，前者每天服用1mg的藥量時，顯示有助延緩病情，但若每天服用2mg的話則無效。結果顯示，Rasagiline可能對延緩病情有幫助，但仍需進一步的數據才可證實。

資料來源：2009年9月《新英倫醫學雜誌》

新註冊藥物

作者簡介：范上妍小姐為註冊藥劑師，現任香港帕金森症基金教育及培訓委員。

范上妍藥劑師

「醫生已多次替我調校口服藥物的藥量，但「開關」現象仍然嚴重，病情似乎控制得不太好，真叫人苦惱。」很多帕金森症患者備受藥物失效所困擾，但別氣餒，這一期，藥劑師為大家介紹一種新註冊藥物，或能在「關」的現象出現前及時為患者作出營救。



帕特捷® (APO-GO; 藥名: 阿撲嗎啡 Apomorphine) 剛於2009年第三季在香港衛生署註冊。其實阿撲嗎啡 (美國商標名: Apokyn®) 早於2004年7月

已在美國食品及藥物管理局註冊為用於治療帕金森症的藥物，而早於90年代，這種藥在歐洲多國已為帕金森症患者所用，所以，與其說這是一種「新藥」，不如說它是「新註冊藥物」。

經皮下注射/注入

雖然藥名很相似，但阿撲嗎啡與止痛藥嗎啡 (morphine) 完全不同，阿撲嗎啡是一種多巴胺激動劑，藥理上與羅匹尼羅 (Ropinirole) 及普拉克索 (Pramipexole) 相類似。當多種口服帕金森症藥物經已調校到最有效的藥量，但仍未能有效控制帕金森症病情，仍持續出現開關現象及藥物反應波幅很大時，便可嘗試服用阿撲嗎啡。阿撲嗎啡的服用方法與市面上的多巴胺激動劑大不相同，阿撲嗎啡透過皮下注射或注入的方式發揮作用，卻並非從口服或皮膚滲透的途徑。



阿撲嗎啡適合我用嗎？

阿撲嗎啡並不適用於每一位帕金森症患者，患者必須清楚而準確認知何時出現「關」的現象，而且必須懂得在需要時作皮下注射，或要有合適的照顧者為你注射。

阿撲嗎啡有兩種不同的皮下注射方式，其中一種是間歇性皮下注射，使用多劑量筆型注射器 (見圖一)，可因應個別病情的需要而調校藥量，當病友知道將會接近「關」狀態的時候，即時作皮下注射，便可作為帕金森症的營救治療，即時令患者處於「開」的狀態；另外一種皮下注射方式，則是使用一個小型的可攜式泵作連續皮下注射 (見圖二及圖三)，適用於因為「關」狀態的時間很長而需要一天內多次注射藥量者 (如10次或以上)，也適用於因左旋多巴的副作用而出現太多不自主動作的患者，使用阿撲嗎啡可以減少左旋多巴的藥量，從而減少其不自主動作的問題。

建議劑量

根據美國食品及藥物管理局的建議，阿撲嗎啡每次間歇性皮下注射應不多於6毫克，以平衡其副作用及藥效；另每日最高建議劑量為20毫克。若病情嚴重者，藥廠則建議每日的最高劑量為100毫克，而每一次間歇性皮下注射的劑量不建議多於10毫克。間歇性皮下注射的劑量由最低份量開始，宜每30分鐘觀察藥物反應，阿撲嗎啡一般會於4至12分鐘內發揮藥效，藥量應逐步調校至最佳藥量，以達致日常的運動能力。而可攜式泵的連續皮下注射應於日間活動的時間使用，除非睡眠時仍然有很嚴重的帕金森症症狀，否則睡眠時應關閉藥泵，建議每

天最少有四小時關閉藥泵的時間，以避免出現耐藥性。

禁忌與副作用

若患者同時患有呼吸抑壓、癡呆症、精神病或肝功能不足，皆不適合使用阿撲嗎啡。注射阿撲嗎啡之前，建議於兩日前開始使用多潘立銅 (Domperidone)，以減少阿撲嗎啡所引起的嘔吐及腸胃不適的副作用。皮下注射位置有機會出現紅腫的情況，建議注射位置應每12小時轉換一次，另外，亦有機會出現嘔吐、腸胃不適、精神情緒混亂及間歇性昏睡等等現象。同時，使用阿撲嗎啡後會出現血壓低的副作用，有機會加強了降血壓藥及柏金遜症藥物造成的體位性低血壓的問題，同時服用其他止嘔藥如血清素3受體類別的藥物昂丹司琼 (Ondansetron)，亦會加強其低血壓的副作用，這一點必須留意。

帕特捷的好處



阿撲嗎啡可以作為柏金遜症的營救治療，由於其藥效發揮得很快，於4至12分鐘內便見效，相對於口服藥物，在藥效發揮上迅速很多。另外，當患者用

上一段時間之後，會發現開關現象的波幅亦會減少。

帕特捷的缺點

阿撲嗎啡只能用於皮下注射，使用上並沒有口服藥物或貼片般方便，注射位置亦需要最少每12小時更換一次，以減少注射位置的紅腫不適。另外，此藥亦會引起嚴重的嘔吐，必須與止嘔藥物多潘立酮 (Domperidone) 同時服用以減輕其副作用，但副作用因人而異，部份患者使用了藥物後數個月，仍毋須服用止嘔藥。



圖一：
多劑量筆型注射器



圖二：
帕特捷®小型的可攜式泵



圖三：
帕特捷®以可攜式泵作連續皮下注射

手術影響語言能力？

作者簡介：關陳立穎女士為香港帕金森症基金教育及培訓委員，現任香港大學言語及聽覺科學部言語治療師。

關陳立穎

深腦刺激術為帕金森症患者帶來希望，不過，部分患者做完手術後，行動沒錯是變得靈活，但語言能力卻變差了。這是手術的副作用嗎？有沒有辦法改善情況呢？

手術影響語言能力？

以手術治療帕金森症，有三種方法：

1. 丘腦損毀術(thalamotomy)：即以微創手術方法切開腦部中的丘腦核(thalamus)。
2. 蒼白球損毀術(pallidotomy)：即以微創手術方法切開腦部中的蒼白球(globus pallidus)。
3. 深腦刺激術(Deep Brain Stimulation)

目的都是改善手腳的活動能力，不過，有研究發現，患者接受完手術後，說話能力也有所改變，部分變好，部分卻變差了。(Barlow, Iacono, Paseman, Biswas, & D' Antoniao, 1998; Shultz, Peterson, Sapienza, Greer, & Friedman, 1999; Theodoros, Ward, Murdoch, Silburn, & Lethelean, 2000)前兩種手術方法已沒人採用，深腦刺激術則是現時最有效的手術治療方法。其原理是把電極植入腦部深層的特定位置，以脈沖微電流調較不正常的腦神經訊號，用作減輕震顫、僵硬、動作遲緩和開關現象等徵狀。

不同研究 結果極端

有研究發現，把電極植入蒼白球內核(globus pallidus interna)或丘腦核(thalamus)，能改善患者的活動能力，卻有數個說話能力變差的報告。若放在丘腦下核(subthalamic nucleus)，可以幫助病人減藥，但對說話能力的影響則好壞參半*。在不同的研究中，出現矛盾的結果。

Kleiner-Fishmann及其同事在2006年所做的研究，總括了22個在丘腦下核進行深腦刺激術的個案，患者在經過Unified Parkinson Disease Rating Scale(UPDRS)的評估後，發現肌肉活動的能力有進步，一半患者的語言能力有改善。

不過，在另一個研究中，患者接受深腦刺激術後，其中二人的語言能力變差了，估計這是手術的副作用之一。患者的聲量變小，語調較從前呆板，咬字不清晰，欲張開口說話，卻較從前困難。此外，雖然另有4個研究顯示，患者在手術後說話能力改善了，但

是，其中一個研究未必準確反映事實，因為量度在手術剛結束時進行，患者沒有服藥，也還未啟動起搏器，故未能反映患者在日常生活中的狀況。

模擬手術 揭開謎底

Narayana於2009年進行了一項研究，利用經頭顱磁力刺激方法(Transcranial Magnetic Stimulation)，透過製造能夠穿透頭皮及頭蓋骨的磁場，把磁力發放到接受實驗者的腦底基，刺激腦神經，藉以模擬深腦刺激術，刺激不同的位置，看看為何做完手術後會影響說話能力(Narayana, Jacks, Robin, Poizner, Zhang, Liotti, Vogel, & Fox, 2009)。結果發現，如把電極放在丘腦下核，語言能力便會變差，包括咬字不清晰、音量變小等。把電極放在腦部的左邊或是右邊也有分別。假如放在左邊，可以改善聲量小的問題。

從腦素描的影像看到，在丘腦下核的位置植入了電極後，電極的開關，對電極區左PMd (left dorsal premotor cortex (Brodmann area 6))的反應過份活躍，顯示這部分也同時受到不必要的刺激，而影響了說話能力。

評估工具需具針對性

至於為何會有研究顯示手術後說話能力有改善呢？估計可能跟使用的評估工具不夠精細有關，UPDRS之中，只有一條問題用以評估語言能力(UPDRS 第18項目)，不夠準確，應該使用專門用來評估語言能力的工具才對，例如使用聲波分析(Gentil et al., 2001)，或者口腔力度測試(Gentil et al., 1999, 2003)等方法。也應在患者開着和關着起搏器時進行言語的評估，以作對比。

建議接受完深腦刺激術的患者，在手術後也應繼續接受言語治療，防備可能因深腦刺激術而引起的言語能力影響。醫學不斷進步，將來若可以在其他位置植入電極的話，或能改善以上情況。

*D'Alatri et al., 2008; Pinto, Ozsancak, et al., 2004; Krack et al., 2003; Rodriguez-Oroz et al., 2005; Gan et al., 2007; Rousseaux et al., 2004; Moretti, et al., 2003; Santens, De Letter, Van Borsel, De Reuck, & Caemaert, 2003

深腦刺激 絕處逢生

陳達明醫生

作者簡介：陳達明醫生為沙田威爾斯親王醫院腦外科副顧問醫生。

無語問蒼天

電影《無語問蒼天》描述了六十年代發現左旋多巴有效控制帕金森症後的一段歷史，電影中，患者絕望地躺在醫院裡，一天，他們服用了一種藥物後，卻一下子蘇醒過來，那種藥，正是左旋多巴。左旋多巴的出現，對當時以至今天的患者來說，實在是一大喜訊，為患者那「無語」、「無活動」的生活注入了無窮的希望和動力。然而，十多年後的今天，我們了解到左旋多巴的效用只能「治標」，隨著時間（五至十年）的過去，藥效減退和藥物引起的肌張力失調、「開關」現象等副作用，令患者再次掉進病患的深谷。幸好，在八十年代，一種立體定向功能神經外科手術——深層腦部刺激術的出現，卻再度為患者的生命注入希望和動力，又一次能絕處逢生，重燃人生的希望。

由無語問蒼天，到能夠跟生命對話，當中的歷程不足為外人道。以下是一位帕金森症患者（湯姆士）在絕處逢生後對生命的告白：

與生命對話

“數年來，我受盡帕金森症的煎熬，藥物一次比一次的增多，但病情一日比一日嚴重，扭曲的肌肉把我變成一個動彈不得的機械人，扭曲的身軀、扭曲的面容把我的人生一併扭曲。我本來是個熱愛生命的人，有段日子，卻不知自己天天為何而活；不吃藥就痛，吃藥後所有的肌肉又無力。我在眾目睽睽之下不知跌倒過多少次，手指骨、腳骨都曾跌斷，以前甚愛面子的我，已毫無尊嚴可言。

當我聽到有深層腦部刺激術的時候，我只是半信半疑，把兩條電線放入腦中可不是鬧著玩的，萬一放錯了怎麼辦？萬一癱了怎麼辦？變成植物人又怎麼辦？但藥越食越多，副作用越來越大，在痛不欲生的情況下，唯有破釜沉舟、背水一戰，我終於作出了一個重要決定：接受深層腦部刺激手術。

是威爾斯醫院腦科團隊嚴謹的工作態度、無微不至的關懷給了我信心。我把自己的性命都交給了他們，即使手術失敗，我也絕不後悔。

手術後「活」起來



手術做完後，奇迹出現了，六年來我未試過如此輕鬆地走路，我真的想歡呼、想跳、想笑。我太太六年來未曾好好睡過一覺，未曾開懷大笑過，今天，我終於看到她那发自内心的微笑。我終於不用吃很多藥，重過正常人的生活，可以做回我喜愛的工作，可以去見我的朋友，可以去商場和公園散步。繃緊的、毫無表情的面部肌肉動起來了、會笑了，手腳靈活了，走過死蔭幽谷後，失而復得，那份喜悅無法用言語來表達，連呼吸一口空氣，都是甜的。

未曾失去不會知道珍惜，今天我重掌自己的生命，開始新的生活，全賴嶄新的科技和威爾斯醫院裡這群仁心仁術而技術高超的醫護人員，沒有他們就沒有今天的我。我終於——脫苦海了。”

雖然直至今天，帕金森症仍未有「治本」的方法，但深層腦部刺激術得到全球的認同，亦已於世界各地廣泛使用，令絕望的患者最後重拾對人生的盼望，能夠跟生命來一場充滿喜悅的對話。

帕金森症短訊

- 美國一項研究證實，長期接觸殺蟲劑者，患上帕金森症的風險大大提高，因為殺蟲劑中含有的化學物質有可能破壞腦細胞。

香港柏金遜症基金

第二屆柏金遜症公眾研討會

講座撮要

講座 1 :柏金遜症的病理及治療最新發展

(講者：腦神經科專科楊漢明醫生)

講者簡介：楊漢明醫生為大埔雅麗氏何妙齡那打素醫院內科部高級醫生，現任香港運動障礙學會副主席及香港腦科學會義務司庫。

世界各地在基礎科學、基因、流行病學、造影及臨床醫學的研究推新出新，醫學界對柏金遜症的瞭解正逐步增加。目前較清晰的是，柏金遜病的核心病理是多巴胺腦神經細胞難以有效處理有害物質，導致該等細胞退化死亡。

關於柏金遜症的成因，基因可能影响5-10%的柏金遜病者。大規模的普查顯示，環境因素(如農藥)和柏金遜症也有聯繫。

病理方面，最近期的實驗研究，甚至發現病理可循「朊毒」模式在神經細胞傳播，蛋白分子改變結構後能進入神經細胞，由一個神經細胞跳到另一個神經細胞上，從而蔓延至其他位置。

目前，臨床診斷柏金遜症，準確率達9成。其他輔助方法包括正電子掃描、照超聲波，但都不能替代臨床診斷。在早期診斷上，醫學界正努力研究「經顱超聲波」的可行性。

在藥物治療的層面，藥理學家也致力開發「多目標、多功能」的藥物，也發現「持續藥物傳輸」能有效改善運動障礙(如舞蹈症)。患者該在何時開始藥物治療？最新的研究顯示，若及早服用Rasagiline，病情轉壞的速度或會較慢。亦有論証支持，即使是早期的柏金遜症，若有運動功能障礙並影響生活，就該開始藥物治療。(篇者按：蔡德康醫生於本期文章「改變策略早期服藥」會詳細討論柏金遜症用藥策略的新觀點)。

手術治療上，很多醫研團隊都嘗試發展新的方法，如利用病毒帶入「神經營養因子」基因、細胞移植(幹細胞、視網膜細胞)，但目前最多有效證據的，仍是「深層腦部刺激術」。新開發的「深腦刺激」座標是「腳橋核」，希望手術後能改善步行情況。

講座 2 :柏金遜症藥物常見問題

(講者：范上妍藥劑師)

講者簡介：范上妍小姐為香港註冊藥劑師，現於香港東區尤德夫人那打素醫院為執業臨床藥劑師，於2008年加入香港柏金遜症基金教育與培訓委員會，協助更新柏金遜症基金會之藥物字典內容，及撰寫季刊藥物資訊文章等等。

柏金遜症患者在服用息寧 (Sinemet[®]) 或美多巴 (Madopar[®]) 時，要注意食物會否影響了藥效。高蛋白質食物會減少左旋多巴 (Levodopa) 於腸內的吸收，但是，我們又必須進食含蛋白質的食物來補充營養。建議維持每天應有的蛋白質攝取量，別刻意增加或減少，但是早期柏金遜症病人可於餐後服藥，以減少腸胃不適。不過當出現藥物開關現象時必須在餐前30分鐘或餐後1小時才可服用柏金遜症藥物，以減少蛋白質阻礙對藥物的吸收。服用司來吉蘭 (Selegiline) 時，避免飲用含酒精、乳酸飲品，避免食用高酪胺 (Tyramine) 的食物種子、果仁、豆類製品、芝士、肉乾、醃製過的食物 (例如泡菜、酸菜)，以免出現血壓上升的現象。

此外，也要留意藥物之間的相互作用。若同時服用司來吉蘭及部分抗抑鬱藥，會增加出現血清素綜合症的機會。胃藥 (Antacid) /鐵質或鎂質補充劑，會影響左旋多巴的吸收，應避免同服。另外，典型抗精神病藥物、部份止嘔藥物，會影響柏金遜症病情，必須注意。

以下幾種是較新面世之柏金遜症藥物：Rotigotine (羅替高停)、Pramipexole (普拉克索)、Ropinirole (羅匹尼羅)，各有優缺點，服用前必須先了解藥性。

研究中的新藥則有Istradefylline (KW-6002)、Preladenant、Safinamide，主要用作左旋多巴或多巴胺受體激動劑之輔助治療。

講座 3 :柏金遜症藥物常見問題

(講者：麥潔儀博士)

講者簡介：麥潔儀博士為 註冊物理治療師，香港理工大學康復治療科學系副教授。現任香港柏金遜症基金教育與培訓委員會成員。麥博士的臨床及研究方向包括步態和平衡問題，以及提高神經系統疾病症特別是柏金森症患者自主活動功能的康復治療。

柏金遜症的主要症狀有動作緩慢、僵硬、手足震顫、站立不穩以及不同程度的功能限制。除了藥物治療以外，運動療法也是非常重要的。

僵硬導致肌肉硬化，令大部分病人出現「彎腰體位」，即圓肩和圓背脊，肘關節、髖關節和膝關節彎曲，令走路和維持平衡出現困難，因而容易跌倒。病人步幅短且拖地而行，當他們轉彎或要走過狹窄的通道時，可能會「死火」，更容易跌倒。此外，肌肉萎縮，加上動作緩慢和功能受限，可能誘發繼發性骨質疏鬆，增加骨折的危險性。

拉伸運動對於維持挺直的身體姿勢和防止肌肉縮短是非常重要的。走路是一項非常好的運動，可以改善肌肉力量、身體平衡和耐力。太極是傳統的中國武術，動作包括轉移身體重心和加強動作幅度，耍太極已被證實能改善平衡能力。其他運動包括游泳，跳舞亦能幫助病人 增強肌肉的力量以及增加運動耐力。最後，我們需要運動雙手，以提高它的能力，像寫字、書法、畫圖、織毛衣、園藝插花等是非常有益的。我亦建議大家做做家务，例如煮飯、清潔、掃地等。

總之，建議多做拉伸運動、力量練習、功能性訓練包括手功能、平衡訓練、耐力訓練和休閒性的運動例如太極，游泳和跳舞。將運動變成你的習

慣，因為持續運動可以維持肌肉力量，增加肌肉柔軟度、維持身體的平衡能力和功能。

講座4 吞嚥及言語困難的處理方法

(講者：言語治療師關陳立穎女士)

講者簡介：關陳立穎女士為香港柏金遜症基金教育及培訓委員，現任香港大學言語及聽覺科學部言語治療師。

柏金遜症患者因為肌肉僵硬、震顫而造成吞嚥困難。患者嗅覺功能減低，因而無法引起食慾，導致難以啟動嘴嚼。隨着病情的發展，吞嚥障礙亦變得愈嚴重。此外，服藥期間出現的「開關」現象，也會影響進食胃口。不適當的自理和護理，以及心理因素等等，也會造成吞嚥困難。

吞嚥障礙導致病人營養不良、抵抗力下降、容易缺水，進食流質食物時容易引起吸入性肺炎、睡覺時常咳嗽、食飯時間拖長，或未能完全吞食藥丸，患者及家屬對進食產生恐懼，甚至因而減少社交。

吞嚥障礙必須及時治理。建議先服藥，後進食，在藥力有效的時段內進食。注意改良進食期間的環境，專心地吃，別同時看電視。使用散熱較慢的食具；患者也必須處於適當的位置，以能保持平衡的身體姿勢，避免站起來夾菜。少食多餐。在流質食物中加入凝固粉，將之變成半固體，令吞嚥容易。溫暖的食物也能令吞嚥容易。

進食完後別即時躺臥，要坐下三十分鐘，防止食道裡的食物或胃液倒流。此時也應避免劇烈運動。注意口腔衛生，以免食物渣滓殘留在口腔內，令細菌滋生。避免進食堅硬、黏滑、或圓形的食物，以免哽塞。應按需要或個人吞嚥能力，把藥丸磨成粉末吞服，或請醫生處方藥水。

活動速遞

第二屆柏金遜症公眾研討會

香港柏金遜症基金於2009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已經順利完成。是次研討會共有約350位患者、照顧者及公眾人士參加，反應熱烈。



活動速遞 中秋大旅行

本基金贊助共174位柏金遜症患者、家屬及照顧者於2009年9月12日暢遊沙田文化博物館及享用自助午餐。



活動速遞

昂坪360 一日遊

本基金聯同愛心力量於2009年10月24日贊助多達200位柏金遜症患者、家屬及照顧者遊覽昂坪360及於寶蓮寺享用齋宴，締造創舉，並派出義工沿途照顧參加者，讓他們盡情享受心靈洗滌之旅。香港柏金遜症基金僅此鳴謝愛心力量鼎力支持。



《柏友新知》及香港柏金遜症基金 網頁讀者問卷調查

多謝讀者們一直以來的支持，為不斷提升《柏友新知》及香港柏金遜症基金網頁的質素，《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。

1. 您認為《柏友新知》及香港柏金遜症基金網頁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
《柏友新知》封面設計					
《柏友新知》內容版面設計					
《柏友新知》印刷質素					
《柏友新知》插圖質素					
《柏友新知》內容質素					
基金網頁外觀設計					
基金網頁相片					
基金網頁資訊性					
基金網頁內容實用性					

2. 您最喜歡季刊中哪一類型的文章？(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
☐ 其他 (請說明_____)

3. 您希望本季刊能增加哪一方面的內容？(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
☐ 其他 (請說明_____)

4. 您會否推介此季刊及此網頁給您認識的人？

季刊: ☐ 會 ☐ 否 網頁: ☐ 會 ☐ 否

5. 您認為基金網頁哪一部份最有用(可選多於一項)？

- ☐ 活動通訊 ☐ 病症資料 ☐ 資料庫 ☐ 藥物字典 ☐ 資訊速遞 ☐ 相關連結
☐ 其他 (請說明_____)

6. 您希望基金網頁能增加哪一方面的內容？

- ☐ 活動通訊 ☐ 病症資料 ☐ 資料庫 ☐ 藥物字典 ☐ 資訊速遞 ☐ 相關連結
☐ 其他 (請說明_____)

7. 你認為此在此網頁是否容易找到想要的資料？如否，請說明原因：

☐ 會 ☐ 否 (請說明_____)

8. 如有發現季刊或網頁中有錯字、別字或印刷錯誤，請指出有錯誤的地方、期數及頁數，好讓我們在加印時修正。

9. 請提供其他改善季刊或網頁的建議。

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) 8100 5223 傳真Fax: (852) 2396 6465