



林道102號瑪麗醫院香港大學內科部臨內科
36 6465 網址: www.hkpdf.org.hk

柏友 新知

ISSUE
Oct 2011
第二十期
二零一一年十月

香港柏金遜症基金季刊

編者的話

今期《柏友新知》請來李少雄醫生、楊黃倩君女士及黎詠雅女士三位客席作者，聯同范上妍藥劑師、麥潔儀博士及關陳立穎女士三位編輯部同事為《柏友新知》第二十期撰文，本人謹此致謝。

北區醫院腦神經科專科醫生李少雄醫生在文中介紹藥物 - 阿撲嗎啡的應用及進食前的注意事項。楊黃倩君、麥潔儀博士則在文中探討柏金遜症患者身軀側彎的問題，嚴重者在疾病的後期更會演變成畸型的脊柱側彎，多做運動可顯著改善此問題，但必須配合正確的姿勢。註冊社工黎詠雅小姐提出柏金遜症患者常常受到失眠的困擾，文中介紹了催眠治療法，讓失眠者身體及意識慢慢放鬆，一嘗優質睡眠。有關柏友睡眠的問題，有興趣的人士可以翻閱過往出版之柏友新知，內有相關受睡眠困擾之文章可供重溫。可以而麥潔儀博士、梁錦滔先生於文中亦發表了一項有關耍太極對改善柏金遜症的試點研究報告，研究的結果顯示耍太極能改善患者的肢體功能，包括走路、由坐下到站立、位置的轉移及轉彎，此項研究可讓我們後日有更多資料檢視太極對柏金遜症患者的效用。言語治療師關陳立穎女士及范上妍藥劑師則撰文大聲治療法之常見問題及解釋部分抗精神病藥物會否抑制柏金遜症藥物的藥效。我在文中則向大家介紹一份最新的研究報告，講及深腦刺激手術10年後仍有顯著的療效。

本基金一年一度的「柏金遜症公眾研討會」已於2011年10月9日假醫院管理局大樓順利舉行。一如以往，研討會接受報名初期已迅速滿額。本人謹代表基金感謝所有醫生、言語治療師、職業治療師、專業社工、物理治療師等專業醫護人士擔任是次研究會之講者，讓社會各界可以有機會多了解柏金遜症。

蔡德康醫生
香港柏金遜症基金董事
《柏友新知》主編
二零一一年十月二十四日



目錄



出版：香港柏金遜症基金
地址：香港薄扶林道102號瑪麗醫院香港大學內科部腦內科
電話：(852) 8100 5223 傳真：(852) 2396 6465
網址：www.hkpdf.org.hk

1

編者的話

2

目錄

3

深腦刺激手術10年後仍有顯著的療效
蔡德康醫生

4

阿撲嗎啡知多少？
李少雄醫生

5

能不吃抗精神病藥物嗎？
范上妍藥劑師

6

做運動 講姿勢
楊黃倩君女士、麥潔儀博士

8

催眠治療改善睡眠質素
黎詠雅女士

9

大聲治療法LSVT-LOUD® 的問與答
關陳立穎女士

12

耍太極有助改善柏金遜症嗎 一項試點研究
麥潔儀博士、梁錦滔先生與香港柏金遜症會共同研究

14

柏金遜症短訊
蔡德康醫生

16

活動推介
香港復康會



柏友新知第十八期 出版：香港柏金遜症基金

編輯委員會：蔡德康醫生（總編輯）何樹良教授 李常威醫生 梁錦滔先生 麥潔儀教授 鍾燕嫻博士 方乃權博士 關陳立穎女士 范上妍小姐
陳啓盈姑娘 吳順珠小姐 范心賢小姐

電話：(852) 8100 5223 傳真：(852) 2396 6465 電郵：info@hkpdf.org.hk 編輯部：九龍大角咀通州街135-137號明德中心2樓A室

《柏友新知》季刊所刊載之內文，部分來自採訪專業醫護人員或治療師，部分由專科醫生、治療師及專業人士撰寫，旨在增進普羅大眾對柏金遜症的認識；至於正確的診斷及治療，均需由專業的醫護人員視乎每位患者不同情況，作出正確的診斷及治療，因此，所有參與《柏友新知》製作、撰寫及提供文稿的人士，不會為任何人對本刊內容的應用，負上任何醫療或法律責任。

所有填寫訂閱、活動、講座、索取贈品表格的個人資料，只會用於《柏友新知》季刊的各項服務、發展及整體推廣計劃，若閣下不願意收到有關資訊，請來函通知。

訂閱熱線：8100 5223

深腦刺激手術 10年後仍有顯著的療效

蔡德康醫生

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。

把電極置於「丘腦下核」的深腦刺激手術已經有超過十年的臨床應用，治療的成效也在多個大型的醫學研究中被確認，可說經得起時間的考驗，是現今對晚期帕金森症病人最常採用的手術治療。雖然這手術不能根治帕金森症，但肯定可以大大改善柏友的活動能力及減少症狀。

不過，醫學界一直不肯定這手術療效可以維持多久，到底會否隨著時間而失去功能呢？

加拿大多倫多醫學院一直是研究及治療帕金森症的權威，亦是最早及做到最多「丘腦下核」深腦刺激手術的其中一間醫療中心。該中心的腦內科及腦外科教授聯手為做了這手術十年以上的柏友作出嚴謹及詳細的評估。這個重要的研究結果剛剛在九月底發佈，快將在醫學雜誌"Archives of Neurology"刊登。

研究總共在18名接受了手術十年的柏友中進行，以下精簡撮要了這個研究中最重要結果：

1. 手術後十年的評估發現患者的運動功能在刺激器開動的時候比關掉的時候有明顯的進步。
2. 深腦刺激手術十年後仍可改善患者的震顫、動作緩慢等症狀、提升活動能力及生活質素。
3. 接受手術十年後需服食抗帕金森藥物劑量比手術前還少。
4. 雖然手術的十年後仍有療效，但效果比手術後一年及五年的時候較差。
5. 手術對某些功能障礙的治療效果不太理想，包括走路姿勢、易失平衡等。

在香港「丘腦下核」的深腦刺激手術亦有多十過年的經驗，到現時超過一百個柏友接受了這手術，有不少人因為電池用盡了需要更換刺激器。我們的臨床經驗與這個研究的發現吻合，大部份的患者仍可以藉著刺激器的幫助去舒緩症狀及改善活動能力。但大家必須了解並不是所有帕金森症患者都適合接受手術，手術也有一定風險，必須經過小心及嚴謹的評估才能決定患者是否適合進行手術。

阿撲嗎啡

知多少？

李少雄醫生

李少雄醫生現為北區醫院腦神經科專科醫生

認識藥物猶如認識疾病一樣重要。在使用每種藥物前，除了遵從醫生的指示外，患者也宜裝備自己，加深對藥物的認識，了解其使用方法及副作用，那就能減輕疑慮，安心治病。下文讓我們認識一種名為阿撲嗎啡的皮下注射藥物。

阿撲嗎啡(apomorphine)是一種多巴胺受體激動劑，它能夠減輕帕金森症的症狀。

藥物是否歷史悠久？

五十年代初，在美國已經有醫生採用它。可是其臨床應用因為以下原因而受到限制：第一、它所引起的嘔吐副作用；第二、沒有口服途徑；第三、藥力短。直到八十年代初，多潘立酮(domperidone)被發現能有效制止阿撲嗎啡的嘔吐副作用，因此，阿撲嗎啡在歐洲多國開始被帕金森症患者所採用。到2009年，阿撲嗎啡(apomorphine)成為香港衛生署的註冊藥物，藥名為帕特捷® (APO-GO)。

什麼情況下適合使用？

阿撲嗎啡的藥效發揮得特別快，皮下注射後4至12分鐘內便見效。每次注射後，效果能夠持續45-90分鐘，因此它適合用於營救治療，例如患者持續出現開關現象(每一天超過30%時間關)，或患者暫時無法口服帕金森症藥物。

是否人人都適合使用？

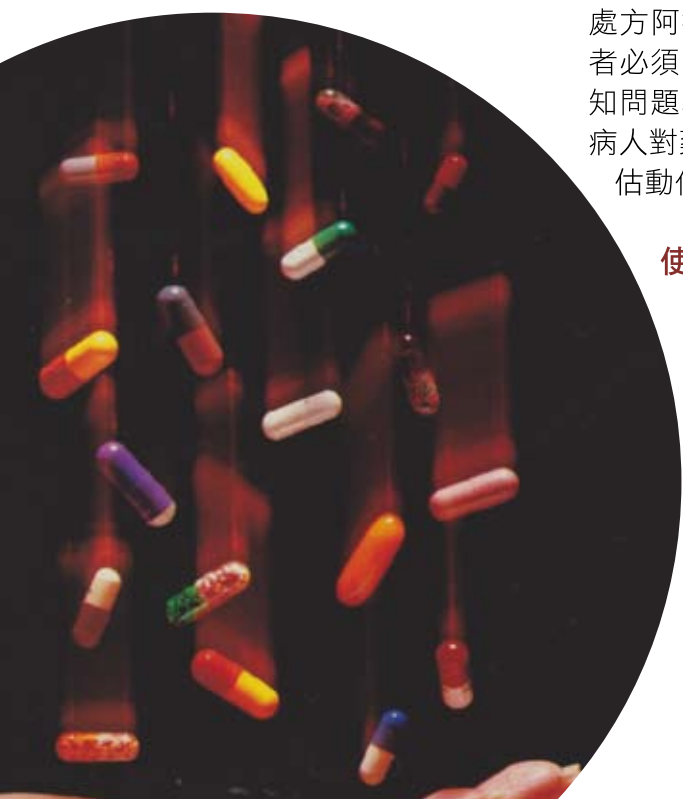
處方阿撲嗎啡前，醫生會仔細檢查病人是否適合使用。一般來說，患者必須患有原發性帕金森症以及持續出現開關現象、沒有精神病、認知問題和懷孕。醫生會安排病人進行阿撲嗎啡激發試驗，目的是測試病人對藥物是否有良好的反應，例如以帕金森症狀衡量表(UPDRS-III)評估動作功能和步行12米的時間是否有分別超過20% 和25%的改善。

使用方法是怎樣的？

阿撲嗎啡有兩種不同的皮下注射方式：1.間歇性皮下注射，2.可攜式泵作連續皮下注射。醫生會根據患者的情況和需要決定哪種方式比較適合，但是，病人或他們的家人也要學習如何注射藥物。一般皮下注射位置是在下腹、大腿外側或手臂外側。

有什麼副作用？

阿撲嗎啡常見的副作用包括嘔吐及腸胃不適、皮下注射位置出現紅腫、精神情緒混亂、血壓低等。在治療過程中，醫生會密切監測治療反應和副作用。



能不吃

抗精神病藥物嗎？



有醫學研究發現，同時患有帕金森症及精神病的患者，其服用的部分抗精神病藥物會抑制帕金森症藥物的藥效，影響病情。那麼，患者能不能不吃抗精神病藥物呢？在選擇用藥時又有什麼地方要注意？

7月號的醫學期刊Archives of Neurology中有醫學研究文獻提及到，患上

帕金森症及精神病的患者當中，大約有一半人均被處方抗精神病藥物，當中大多數為非典型抗精神病藥物(Atypical Antipsychotics)。這些患者很多時已踏入帕金森症的晚期，另外部份亦同時患有認知障礙症(Major Cognitive Disorder)。

哪些藥物對病情影響較深？

由於抗精神病藥物能對多巴胺受體有抑制的作用，患者服用這一類藥物會令帕金森症的症狀如僵硬及震顫產生負面的影響，即使服用第二代及標榜較少副作用的非典型抗精神病藥物如維思通®(Risperdal® - Risperidone)及再普樂® (Zyprexa® - Olanzapine)，亦同樣會影響帕金森症的病情。除此以外，亦有研究顯示，患有認知障礙症的長者若長期服用抗精神病藥物(包括非典型抗精神病藥物)，會增加患者的發病率及死亡率。

哪些藥物對病情影響較少？

於非典型抗精神病藥物當中，以可致律®(Clozaril® - Clozapine)及思瑞康®(Seroquel® - Quetiapine)對帕金森症的病情影響最少，上述研究文獻亦發現約三分之二同時患上精神病的帕金森症患者正服用思瑞康® (Seroquel® - Quetiapine)，但只有少於百分之二的患者被處方可致律® (Clozaril® - Clozapine)，其主要原因是擔心少數病人服用可致律® (Clozaril® - Clozapine) 後會出現可以致命的粒性白血球缺乏症，即使此藥於醫學研究中證明對帕金森症患者的精神病有明顯療效，它仍然只被視為第三線藥物。

可否不服用抗精神病藥物？

若然帕金森症患者被確診患上精神病，先要分析其正在服用的藥物中會否影響精神病病情，值得

一提的是，服用帕金森症藥物會增加患上精神病的風險，所以，先要諮詢你的腦神經科專科醫生，能否調校正在服用的帕金森症藥物劑量，以最低的劑量來控制病情。但很多時精神狀況仍然是未能得到改善，尤其是當患者出現幻覺或妄想症，在此時選用低劑量的非典型抗精神病藥物思瑞康®(Seroquel® - Quetiapine)作為第一線的抗精神病藥還是必須的。患者必須聽從醫生的吩咐服用藥物。

同時患有認知障礙症者要注意什麼？

文獻中顯示大約有三成患有精神病的帕金森症患者同時有認知障礙症，患上認知障礙症者應避免服用抗膽鹼能如安坦®(Artane® - Benhexol)，此類藥物經常與抗精神病藥物同時使用以減少抗精神病藥所引起的震顫問題，但由於抗膽鹼能類藥物會令服用者(尤其是年老患者)的認知功能受損，因此不建議用於患有認知障礙症的患者或長者。

順帶一提，本文所指的認知障礙症，即是大家熟悉的「癡呆症」。今年六月，本港執業精神科醫生協會、香港中風協會等十個醫學及長者團體組成的「關注癡呆症聯席」，向香港醫管局及衛生署建議，把原本帶有貶義的「癡呆症」(Dementia) 正名為「認知障礙症」(Major Cognitive Disorder)。

做運動



講姿勢



上一期我們探討過柏金遜症患者出現駝背姿勢的原因，並提到最近的證據顯示，駝背是一種不穩定的姿勢，或會增加向後跌倒的風險。臨床上，我們發現身軀側彎是另一種患者常見的姿勢，這可能會在疾病的後期演變成畸型的脊柱側彎。但是，這個問題對於抗柏金遜症藥物的反應卻不太理想。

身軀側彎 姿勢不良

2010年，Bartolo及其同儕對44位柏金遜症患者及10位健康人士進行了一項復康計劃研究，發現柏金遜症患者在挺直站立時，身軀彎曲及身軀傾斜度甚為明顯，平均分別為24度及23度。同時，患者在進行向前及彎向兩旁的任務時，動作的幅度也下降了分別10度至35度。患者接受連續四星期、每星期五日、每日90分鐘的個別訓練，以糾正姿勢的差異及改善身軀的活動能力。訓練計劃包括熱身運動(10分鐘)、伸展運動(15分鐘)、肌肉強化運動(15分鐘)、步態練習(20分鐘)、平衡練習(15分鐘)、以及鬆弛運動(15分鐘)。

運動顯著改善情況

此研究獲得了正面的成果，患者完成訓練後，站立時無論向前或彎向兩旁的角度明顯減少了約10度，而且在往後的六個月跟進內效果仍持續。同樣地，在進行彎腰的動作時，向前及彎向兩旁的幅度分別明顯增加了19度及14度。而站立時的姿勢角度跟柏金遜症衡量表輕微相關，顯示出這些數值或能用作評估柏金遜症病情進展的測定結果。

多層面 做運動

這項研究亦說明了多層面運動計劃的重要性，作為臨床物理治療師及研究員接觸柏金遜症患者時，我們發覺許多時候他們會把焦點放在所學整套動作裡的其中一兩個部分中，而忽略了其他重要的地方，例如姿勢的察覺性及穩定性、伸展至極限，以及耐力的建立。現時有更多的柏金遜症研究正進行中，以協助專業人員建立最適合有效的運動處方，去改善不同階段的患者之活動及平衡能力。我們期望這些研究會獲得令人滿意的結果，為他們帶來新希望。



楊黃倩君、麥潔儀博士

楊黃倩君為註冊物理治療師及博士研究生。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。

順帶一提，一個普遍的原則是不同類型的運動必須每天做最少30分鐘(可分數次做，每次最少做10分鐘)，才能保持身體健康，以及建立良好的運動習慣。不過，請謹記，大家必須以正確的姿勢來做正確的運動，以下是一些物理治療師給予的建議。下一期，我們將會進一步探討伸展運動。



良好正確姿勢(前方)

- 可對鏡子練習
- 動作前後要盡量保持不變
- 眼前望方，下巴微收，幻想有一無形繩從頭頂，往下至鼻尖及肚臍，將整個身體拉直及平均分為兩半，放鬆及微拉後肩部，手放兩側，胸膛挺直，微收腹肌
- 兩肩及兩邊盆骨同一高度，不要轉身或側傾，雙腳與肩部同一闊度，兩腳尖少許外向

良好正確姿勢(側面)

- 眼望前方，下巴微收，兩肩微向後拉，胸膛挺直，微收腹肌
- 耳尖、肩部側、臀部側及足踝前成一直線，雙腳並排至肩部闊，兩腳尖少許外向



Reference:

Bartolo M, Serrao M, Tassorelli C, Don R, Ranavolo A, Draicchio F, Pacchett C, Buscone S, Perrotta A, Anna Furnari A, Bramanti P, Padua L, Pierelli F, Sandrini G. (2010) Four-Week Trunk-Specific Rehabilitation Treatment Improves Lateral Trunk Flexion in Parkinson's disease. Movement Disorder 25:325-331



柏金遜症患者常常受到失眠的困擾，長夜漫漫，精神怠倦卻輾轉難眠，當中痛苦非筆墨所能形容。想擺脫失眠，可以嘗試催眠治療，讓身體及意識慢慢放鬆，然後一睡到天明。

註冊社工及催眠治療師 黎詠雅

黎詠雅小姐為香港復康會註冊社工暨催眠治療師

催眠治療 改善睡眠質素

什麼是失眠

根據美國精神疾病診斷標準第四版（DSM-IV）的定義，失眠是：

- 超過半小時也不能入睡
 - 中途醒過來超過30分鐘
 - 比慣常早醒超過1小時
 - 睡眠後好像沒有睡過一樣
- 以上的徵狀持續超過一個月，並每週出現兩次或以上。

什麼是催眠治療

各位若備受失眠的困擾，不妨嘗試接受催眠治療。催眠是一種心理輔導方法，現代醫療多把它歸類為自然療法或補充療法，在歐美及台灣十分流行。

催眠狀態下，腦電波處於Alpha狀態，即一個非常放鬆的狀態，此時身體及意識雖然鬆弛，但強調在這個時候，人仍保持基本的醒覺，感官系統像清醒狀態一樣運作。治療師會利用此狀態，讓當事人明白自己內心的感受，以處理或解決內心潛藏的問題。某些人以為，催眠後會失去知覺，同時會被控制，但正如上文所說，人的意識部分仍存在及仍醒覺，故被控制的說法只是一個誤解。

催眠如何處理失眠

睡眠失調的出現是表示我們沒法讓自己由日常或清醒狀態進入鬆弛或入睡狀態，而催眠就是一個有效達致鬆弛及入睡狀態的方法。在進行催眠治療時，催眠治療師會協助當事人讓思想及身體都進入一種鬆弛的狀態，就像接近睡眠之自在意境，使潛意識更容易接受提示，並接收一些正面、積極的信息，以紓解困擾、消除負面思想、幫助睡眠。

為一般人的身心健康來說，學習自我催眠以改善失眠是一個有效的方法，以下提供一個自我催眠步驟，可供練習：

1. 自我催眠的過程中，只需要放開一切，並讓自己完完全全放鬆，包括身體上和精神上的鬆弛意境，記著切勿催逼自己入睡！
2. 找一個舒適的位置，躺臥或坐下來（晚上要入睡，則舒適地躺在床上）。
3. 閉上雙眼，運用深呼吸練習——用鼻深深吸一口氣，以口輕輕呼氣，在每次呼氣時，都放鬆全身。
4. 重複深呼吸練習三、四次，同時腦裡可以想像自己去了一處美麗而寫意自在的地方，並讓自己好好地享受一下這個旅程，在心裡給予自己提示：「我可以『攤抖』一陣」或「我享受此刻舒服自在的感覺」。
5. 若果有煩擾在過程中出現，在心裡給予自己提示：「『由佢』啦！」。
6. 再進行深呼吸一、二次，繼續享受當刻的感覺，你就可以自然地進入夢鄉及完全休息的狀態。



關陳立穎

香港帕金森症基金會教育及培訓委員、香港大學言語及聽覺科學部言語治療師

大聲治療法

LSVT-LOUD® 的問與答

大聲治療法是針對原發性帕金森病患者的言語障礙而創立的言語治療方法，由美國的Ramig教授和研究團隊於1988年發表。原發性帕金森病會導致70%－95%病患者同時患上言語障礙，患者會聲線細弱，缺乏句調，咬字含糊，和說話過快或緩慢。大聲治療法是香港傳媒賦予(LSVT-LOUD®)的中文譯名，大聲治療原名為英文的Lee-Silverman Voice Treatment (LSVT-LOUD®)。名字裡的Lee和Silverman，是首兩位以此治療法得益的帕金森病患者。大聲治療法是一個非常密集的大聲聲量治療，為期一個月，包含十六個一小時與言語治療師面對面、單對單的訓練，和30天同期配合的在家練習。



Ramig 教授跟她的研究夥伴與2001年發表了兩篇臨床研究結果(Ramig et al., 2001a; Ramig et al., 2001b)，證明大聲治療法能使帕金森患者放大聲量，達8分貝之多(註：分貝(decibel,dB)是音量的量度單位)，而於結束治療後的兩個月，參與者能維持平均6分貝的聲量增長。在另外一個研究裡，參加過大聲治療法的帕金森患者，其音量的擴大，可以保持兩年之久。可見大聲治療法，比較藥物治療、手術治療、或其他言語治療方法，是最有效治療帕金森病引起聲線細小(Pinto et al., 2004)。

香港帕金森症基金會和香港大學言語及聽覺科學部於2008年邀請了Ramig 教授和 Fox博士來港引進 大聲治療法(LSVT-LOUD®)，並由香港帕金森症基金會資助了50名本地言語治療師，受訓成為(LSVT-LOUD®)認可治療師。培訓完了的言語治療師，也義務提供了大約400小時的大聲治療給當時有需要的帕金森病患者。



與者的咬字和速度，在大聲訓練之後，有一定的改善。

大聲治療法會令參與者叫破喉嚨嗎？

我們發出聲音，是先有肺部呼出氣流，往上震動喉嚨上端的聲帶，大聲治療的目的，是要參與者鍛鍊出健康，響亮和舒適的聲量，並不是廢勁地逼出大聲，不會因此叫破喉嚨，而且，負責治療的言語治療師，都能分辨出參與者不健康的用聲錯誤，會立刻加以制止和扶正。根據 Ramig 教授的研究和眾多的臨床經驗，參與大聲治療的帕金森病患者，放聲方法對的話，是不會破壞聲帶的。

不同帕金森病患者期的患者都能從大聲治療法得益嗎？

過去許多運用在帕金森病患者身上的言語治療，大多對早期病人，或者早中期病人起作用，對晚期的病患者，效能不大。大聲治療法的治療效果，也是循早，中，晚三期的病情而降低。晚期帕金森病患者會因為活動能力大幅度失去，加上認知能力可能出現障礙，和較為嚴重的藥物開關反應，是大聲治療的功効不能彰顯。筆者希望帕金森病患者，能在病情早期，活動和認知能力較佳的時候儘早開始大聲治療法，以防將來病情加劇，反倒限制治療的效果。

有沒有其他類型的大聲治療法？

曾有不少帕友向我表達他們對大聲治療很有興趣，可是當他們一聽到要花上整個月的時間不間斷地參加言語治療，他們每每卻步。帕友恐怕到診的路途遙遠，怕行動不便，又或是怕與其他的約會覆診時間有衝突，一個月的

從2008年開始，香港率先成為亞洲少數城市，為帕金森病患者提供大聲治療法的地方，減低病患者因帕金森症引起的言語障礙和溝通困擾。到目前為止，已經有大概50多個帕友接受過大聲治療法。如果你想聽聽他們的經驗，可以打電話到香港服康會社區服康網絡康山中心，預約觀摩他們的月會。

因應大家對大聲治療法的興趣，筆者把大家常問問題羅列，以供參考：

大聲治療法能改善參加者的咬字發音的準清晰度嗎？

大聲治療法最有效的地方，是放大帕金森病患者的音量說話變成很大聲，連帶結果咬字發音也得到適量的提升。Sapi與研究員們在2007發表的文獻上，提到他們發現在患者參與了大聲治療法後，患者的元音，比起沒治療之前，聽起來清晰，而舌頭在發音位置的活動穩定性也相應改良了。他們估計，接受大聲治療法後，患者在發出響亮的聲線時，也誇張了嘴型，使到本來被帕金森病影響的口腔活動也清晰利落了，咬字也就更清楚了。

大聲治療法能減低參加者的口吃毛病嗎？

很多臨床觀察發現，當參與大聲治療的帕金森病患者放大音量之後，他們相應自然地把說話速度放慢，減低了因病患而起的口吃現象。Dromey(2005)等研究人員也在他們研究對象中發現，參

言語治療實在不能完完全全出席。那到底有沒有既輕鬆又有效的大聲治療法呢？

Spielman 和研究團隊於2007 年嘗試了一個8星期的延長版的大聲治療法。這個叫做LSVT-X的治療法將原來的大聲治療法拖長，每星期只有兩小時的面對面言語治療，加倍在家練習，兩倍延長治療期，長達8星期。14個接受過LSVT-X治療法的帕金森病患者在治療後，平均聲量提高了8分貝，六個月後，聲量的提升依然保持7.2分貝的高水平。從這個研究看來，祇要透過參加者願意在家「加碼」練習，適得其法，4星期的密集大聲治療，可以以較放鬆的8星期LSVT-X代替。相信如果將來有更多類此的研究支持臨床治療，我們就會很快找到有輕鬆有效的大聲治療法了。

另外，治療師們想到利用現在日新月異的網上科技來減低大聲治療法的資源和不便。網上的大聲治療法，是透過電腦網絡，聯繫言語治療師和帕金森病患者，進行電子視像模式的大聲治療。病患者不需要舟車勞頓地每天與治療到診所會面，也不需要找一個診所；只要病患者安坐家中，定時上網，與在診所的言語治療師，透過視像，進行一樣的大聲治療法。從Theodoros(2006)和 Tindall(2008)進行的網絡大聲治療法的研究結果看來，參與過的帕金森病患者跟以上說述的面對面治療，一樣都得到了滿意的聲量的提升，衝破了聲音細小帶來的溝通困擾。我們希望，很快將來在香港，有需要的帕友也可以透過電腦，在家與在遠方診所的言語治療師進行網上大聲治療法。

參考資料：

Dromey, C., Ramig, L. O. (1995). Phonatory and articulatory changes associated with increased vocal intensity in Parkinson disease. A case study. *Journal of speech and Hearing Research*, 38, 751-764.

Pinto, S., Ozsancak, C., Tripoliti, E., Thobois, S., Limousin-Dowsey, P., & Auzou, P. (2004). Treatments for dysarthria in Parkinson's disease. *Lancet Neurology*, 3, 547-556.

Ramig, L.O., Sapir, S., Fox, F., & Countryman, S. (2001a). Changes in vocal loudness following intensive voice treatment (LSVT®) in individuals with Parkinson's disease: A comparison with untreated patients and normal age-matched controls. *Movement Disorders*, 16(1), p79-83.

Ramig, L., Sapir, S., Countryman, S., Pawlas, A.A., O'Brien, C., Hoehn, M., & Thompson, L.L. (2001b). Intensive voice treat (LSVT®) for patients with Parkinson's disease: a 2 year follow up. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 71, 493-498.

Sapir, S., Spielman, J. L., Ramig, B. H., Fox, C. (2007). Effects of intensive voice treatment (the Lee Silverman Voice Treatment [LSVT] on vowel articulation in dysarthric individuals with idiopathic Parkinson's disease: Acoustic and perceptual findings. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 899-912.

Spielman, J., Ramig, L. O., Mahler, L., Halpern, A., Gavin, W. J. (2007). Effects of an extended version of the Lee Silverman Voice Treatment on voice and speech in Parkinson's disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 95-107.

Theodoros, D.G., Constantinescu, G., Russell, T., Ward, E. C., Wilson, S. J., & Wootton, R. (2006). Treating the speech disorder in Parkinson's disease online. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(Suppl. 3), 88-91.

Tindall, L.R., Heubner, R.A., Stemple, J.C., & Kleinert, H. L. (2008). Videophone-delivered voice therapy: A comparative analysis of outcomes to traditional deliver for adults with Parkinson's disease. *Telemedicine and eHealth*, 14,1070-1077.



大聲治療法

LSVT-LOUD® 的問與答



要太極有助改善柏金遜症嗎

——一項試點研究

背景

已證實：太極有助年長者保持姿勢穩定

太極是一種傳統的中國武術，以其緩慢、呈打圈及流水狀的動作形態為特徵。曾有研究報告顯示，練習太極者能維持較長的單腳站立時間(1,2)；在轉移重心時，膝部肌肉在伸展的極限上擁有較高的穩定性(3)；在維持單腳站立的姿態時，身軀的搖擺速率較低、肢體的擺動也較少(4)。年紀較大的試驗者在進行8至16星期的太極訓練後，在以下各方面均有顯著的進步——他們維持單腳站立的時間增長了(5)；膝蓋的力量及肌肉運動的知覺也增加了(6)。此外，令人鼓舞的是，對於身體虛弱的長者來說，練習太極能減低跌倒的風險達48%(7)，對跌倒的恐懼也下降了31%至56%(8)。太極的動作揉合了力量、平衡、重心轉移及專注力，相信能改善姿態的穩定性(9)。雖然曾有研究指出，練習太極對個別長者的平衡力及保持骨質密度方面具正面的效用，但是，這些正面的數據能否普遍應用到柏金遜症患者身上，則仍是未知之數。

未證實：對柏金遜症患者同樣有幫助？

有見太極的正面效用，香港柏金遜症會邀請了香港太極總會及香港復康會，為柏金遜症患者設計一個太極課程。課程內容包括力量的鍛煉、重心的轉移及平衡力的訓練，本人則負責在太極課程開始之前及完結後，評估這些訓練能否提升柏金遜症患者的平衡力及機能的靈活性。評估及收集數據的工作在2009年開始，柏金遜症患者參加了10節的太極訓練，而我則在之前及之後作出評估。可惜，數據分析卻顯示，患者在接受完訓練後，在平衡力及步行表現方面均沒有顯著的分別。因此，我建議香港柏金遜症會把訓練的次數增加至20節。

2010年，40個參予試驗者完成了課程前的評估，最後有29人完成課程後的評估(表一)。分析顯示，患者完成站立、坐下動作5次所需的時間明顯減少了；無論以正常速度或快速步行時，步速也加快了；完成timed-up-and-go動作(即從椅子上站起來，向前走三米，再折返坐在椅子上)所需的時間也減少了；此外，在柏金遜症狀衡量表(UPDRS-III)中的得分也少了(表二)。

麥潔儀博士、梁錦滔與香港柏金遜症會共同研究 鳴謝：此研究由香港柏金遜症基金贊助

麥潔儀博士為香港柏金遜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。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。

試點研究：
太極對患者具正面效果

研究的結果顯示，20節的太極訓練能增加下肢的肌肉力量，並能改善患者的肢體功能，包括走路、由坐下到站立、位置的轉移及轉彎。這些都是跟跌倒相關的動作，得到了改善後，或能降低將來跌倒的風險。最令人感興趣的發現，就是柏金遜症狀衡量表(UPDRS-III)中的得分減少了，顯示20節的太極訓練或能降低柏金遜症的運動障礙，即有可能延緩病情的進展。不過，我們還是必須小心詮釋研究的結果，因為樣本人數很少，而且亦沒有對照組別可作對比。此外，很多患者中途退出了太極訓練，因而沒有進行課程後的評估。雖然如此，這個先導研究的正面結果卻為日後的大型隨機對照研究奠定了基礎，好讓我們能檢視太極對柏金遜症患者的效用。

參考資料

1. Tse SK, Bailey DM. Tai Chi and postural control in the well elderly. Am J Occup Ther 1992;46:295-300.
2. Hong Y, Li JX, Robinson PD. Balance control, flexibility, and cardio respiratory fitness among older Tai Chi practitioners. Br J Sports Med 2000;34:29-34.
3. Tsang WW, Hui-Chan CW. Effect of 4- and 8-wk intensive Tai Chi Training on balance control in the elderly. Med Sci Sports Exer. 2004;36(4):648-657.
4. Mak MK, Ng PL. Mediolateral sway in single-leg stance is the best discriminator of balance performance for Tai-Chi practitioners. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:683-686.
5. Schaller KJ. Tai Chi Chih: an exercise option for older adults. J Gerontol Nurs 1996;22:12-17.
6. Tsang WW, Hui-Chan CW. Effects of tai chi on joint proprioception and stability limits in elderly subjects. Med Sci Sports Exer. 2003;35(12):1962-671.
7. Wolf SF, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Oogler C, Xu T. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. Atlanta FICSIT Group. Frailty and Injuries: Cooperative studies of intervention techniques. J Am Geriatr Soc 1996;44:489-497.
8. Wolf SF, Barnhart HX, Ellison GL et al. The effect of Tai Chi Quan and computerized balance training on postural stability in older subjects: Atlanta FICSIT Group. Frailty and Injuries: Cooperative studies of intervention techniques. Phys Ther 1997;77:371-384.
9. Wu G. Evaluation of the effectiveness of Tai Chi for improving balance and preventing falls in the older population – a review. J Am Geriatr Soc 2002;50:746-754.

表一. 研究對象的特徵

	20 節 (人數=29)
年齡	63.0±9.6
性別(男：女)	16:13
柏金遜症患病年期	5.3±3.3
H&Y 分級量表 (0-5)	2.6±0.4
柏金遜症狀衡量表(0-108)	26.1±9.5
跌倒者	14

- 所有數據為平均數，正負標準偏差
- H&Y即Hoehn and Yahr 分級量表
- UPDRS-III即Motor examination subscale of Unified Parkinson Disease Rating Scale. (柏金遜症狀衡量表中的運動功能檢視量表)

表二. 柏金遜症患者在20節太極課程前及課程後的評估 (人數=29)

	課程前	課程後	P 值
以正常速度步行(米/秒)	1.0±0.2	1.1±0.2	0.001*
以快速步行(米/秒)	1.3±0.3	1.4±0.2	0.009*
做站立、坐下動作五次(秒)	14.9±4.8	13.0±2.9	0.016*
Timed-up-and-go測試(秒)	13.3±3.3	12.5±2.9	0.017*
UPDRS-III (0-108)	26.1±9.5	22.0±6.7	0.005*

UPDRS即柏金遜症狀衡量表
Timed-up-and-go測試即從椅子上站起來，向前走三米，再折返坐在椅子上
*p<0.05

帕金森症 短訊

速

1. 慎防營養不良

營養不良不獨是饑荒之下的產物，患有帕金森症，同樣要注意自己會否出現營養不良。

有調查顯示，最多24%的帕金森症患者出現營養不良，也有最多六成患者有較高風險會出現營養不良。但必須強調，這項研究評估出來的數字差異極大，必須小心判斷，不過，各位仍是不能掉以輕心。

帕金森症患者之所以有較高風險會出現營養不良，跟帕金森症的病徵有關，也源於藥物引起的副作用。

一方面，缺乏多巴胺會導致帕金森症，但另一方面，多巴胺亦由營養物質組成，包括維他命、礦物質及L-酪氨酸，這些通常可從高蛋白質食物中獲得。缺乏上述任何營養，最終會令多巴胺的製造變少。營養不良在帕金森症患者之中甚為常見，這不單助長了疾病，隨着時日過去更有可能會加深病情。

無論如何，一個人的營養水平下降，會為健康及生活質素帶來很多不利的後果。因此，研究人員認為，當確診患上帕金森症時，便應該對營養不良作出篩查。

醫食同源，其實，無論有否患上帕金森症，我們也應該好好注重飲食營養，善待自己。

(2011年9月7日，NPF引述Viatris)

2. 腦部創傷增加患病風險

帕金森症的成因眾多，可以是遺傳，可以是受到環境因素影響，可以是多種因素交互下的作用。大家又可知道，腦外傷也可以是病因之一？

近期一項研究發現，腦部外傷有可能是導致帕金森症的危險因子。研究人員相信，隨着腦部創傷的發生，患上帕金森症的風險便會增加。

美國洛杉磯加州大學利用老鼠作實驗，發現它們在遭受腦部創傷後，黑質多巴胺神經元立即減少了15%。缺少了這些神經元會引發帕金森症的病徵，例如運動不能、僵硬及震顫。此外，實驗室中的老鼠在腦外傷發生後26星期，那些神經元的水平更下跌了30%。當腦外傷跟已知的患上帕金森症的風險因素相結合時，如暴露於某些殺蟲劑之下，那30%的下跌速度便會更快。

(2011年8月24日，NPF引述Healthcare News)

3. 針灸治療帕金森症

針灸是傳統的中國醫學，它又能否應用到治療帕金森症上呢？

美國史丹福大學的一項研究發現，針灸具有抗氧化的作用，或是能用以治療帕金森症。越來越多證據顯示，氧化壓力會加速帕金森症病情的進展。

這項研究指出，以100赫茲的電針刺激小腿上的足三里穴(ST36)及三陰交穴(SP6)，便有保護腦部神經元的作用，因為電針是抗氧化劑。研究人員相信，以電針刺激以上兩個穴位，可以產生抗氧化及抗細胞凋亡的效果，從而保護中腦中稱為黑質的部分，黑質對活動能力的控制非常重要。

針灸是否真的能夠達致抗細胞衰亡的治療效果？相信仍有待更多的研究去證實。

(2011年8月17日，NPF引述Continuing Education Online)

遞

資料來源：

《Northwest Parkinson's Foundation》
(下稱NPF)

4. 尼古丁有助對抗帕金森症？

眾所周知，吸煙危害健康，不過，近期一項研究卻發現，香煙中能令人上癮的尼古丁卻能保護多巴胺神經元，或者有助對抗帕金森症。

美國一份學術期刊刊登的研究指出，透過活化 α -7尼古丁受體，似乎有可能拯救那些在實驗室中出現多巴胺神經元缺失的老鼠。不過，另一些經過基因改造、欠缺特定尼古丁受體(α -7子型)的老鼠，卻不受尼古丁治療的影響。這顯示尼古丁能夠增加腦部內的多巴胺水平。

上述發現燃點了以保護神經元為治療方法的新希望，提議以尼古丁受體作為研究目標，為治療帕金森症提供了可能的方向。

然而，吸煙者別高興得太早，必須強調，這項研究絕非等同贊成吸煙。即使吸煙真的能夠降低患上帕金森症的機會，你也未必會有足夠的壽命等到它病發，因為吸煙大大地增加了患上致命癌症及心血管疾病的風險。

(2011年8月3日，NPF引述The Scientist)

“

5. 藝術治療好處多

藝術不單能為人帶來身心的愉悅，而且也有助帕金森症患者舒緩情緒，甚至是改善肢體的活動能力，幫助發聲。

在外國，有醫院為帕金森症患者提供音樂及戲劇治療課程，望能改善疾病為肢體與情緒帶來的病徵。創意藝術課程由專業的音樂及戲劇治療師編制，要求參加者進入情緒的深處，然後驅動肢體，針對病徵及其帶來的心靈重擔，達致治療的效果。

該院一位腦神經科醫生及帕金森症運動障礙中心的董事相信，照顧患者並非純在醫學上，而是要作出全人的關顧。他稱：「透過提供音樂及戲劇治療，我們希望幫助患者尋找令生活滿足的新方法，同時望能改善身體病徵。」

這種嶄新的治療法望能改善身體的協調能力、活動功能、姿勢的自覺性，以及改善說話能力。在音樂課程部分，患者會學習節奏的概念，有助改善步態及活動能力。在戲劇課程裡讀劇本，則有助增強字詞的記憶及改善發音。聲音的訓練則在兩個課程中也會進行。此外，創意藝術相信也能提升情緒，培養正面的態度。創意藝術能否真的做到以上所述的治療效用，至今仍言之尚早，不過，它為生活加添色彩，調劑身心卻是不假的事實。

(2011年6月15日，NPF引述The Times of India)

”

活動 推介

自在好眠 自我催眠治療小組

日期：16/11至30/11/2011(三) 下午2:00-4:30

26/11至10/12/2011(六) 下午2:30-5:00

地點：香港復康會適健中心(九龍藍田復康徑七號地下)

查詢：2772-3366

香港柏金遜症基金認捐表格

捐款方法

- ☐ 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。
- ☐ 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。

我願意認捐港幣\$_____，支持香港柏金遜症基金。

捐款人士資料：

姓名：_____ (先生/太太/小姐) 電郵：_____

地址：_____

電話：_____ 傳真：_____

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) 2974 1171