

雙相情感障礙症病人 之護理含自殺評估

主講者：林宜瑩

日期：2024年10月11日



BIPOLAR DISORDER

MANIC

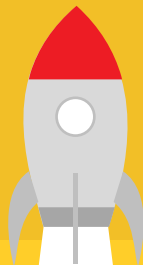
- Onset between 18-30 yrs old
- Mood:
 - Elevated
 - Expansive
 - Irritable
- Speech:
 - Loud-Rapid
 - Funning
 - Poor Judgment
 - Clanging
 - Vulgar
- ? Wt. loss
- Grandiose delusions
- Distracted
- Hyperactive
- ↓ Need for sleep
- Inappropriate Dress
- Flight of ideas



DEPRESSIVE

- Previous manic episodes
- Feelings of
 - Worthlessness
 - Guilt
 - Hopelessness
- ↑ Anger & Irritability
- ↓ Interest in pleasure
- Negative views
- Fatigue & ↓ Energy
- ↓ Appetite
- Constipation
- Insomnia
- ↓ Libido
- Suicidal preoccupation
- May be agitated or have movement retardation

©University Education Consultants, Inc.



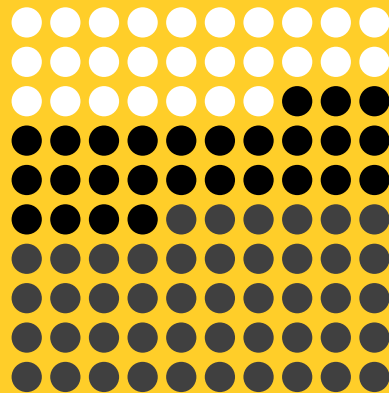
提到Bipolar 你腦海中浮現甚麼？
照護過程中你曾面臨哪些困境呢？

疾病盛行率

111年度全民健康保險醫療統計年報

情緒障礙症 (Mood [affective] disorders) 住院人數總計**32,894**人，佔精神、行為和神經發展疾患 (Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders) 分類中**27.49%**，**排名第二**位。

27%



12B的Bipolar disorder診斷別 比率

病房 12B 2023年依病房別診斷前十大

排名	ICD10 Code	疾病英文名	疾病中文名	百分比
1	F31	Bipolar disorder	雙相情緒障礙症	38.13%
2	F20	Schizophrenia	思覺失調症	17.63%
3	F25	Schizoaffective disorders	情感思覺失調症	15.11%
4	F43	Reaction to severe stress, and adjustment disorders	嚴重壓力的反應與適應障礙症	5.40%
5	F32	Major depressive disorder, single episode	鬱症，單次發作	5.04%
6	F06	Other mental disorders due to known physiological condition	已知生理狀況引起的其他精神疾病	2.16%
7	G30	Alzheimer's disease	阿茲海默氏病	2.16%
8	G31	Other degenerative diseases of nervous system, not elsewhere cl	其他處未分類的神經系統退化性疾病	2.16%
9	F10	Alcohol related disorders	酒精相關障礙症	1.08%
10	F23	Brief psychotic disorder	短暫精神病症	1.08%



大綱



01

雙相情緒障礙症定義

Bipolar I and II Disorder Diagnosis

02

雙相情緒障礙症臨床症狀

Bipolar Mania and Depression

03

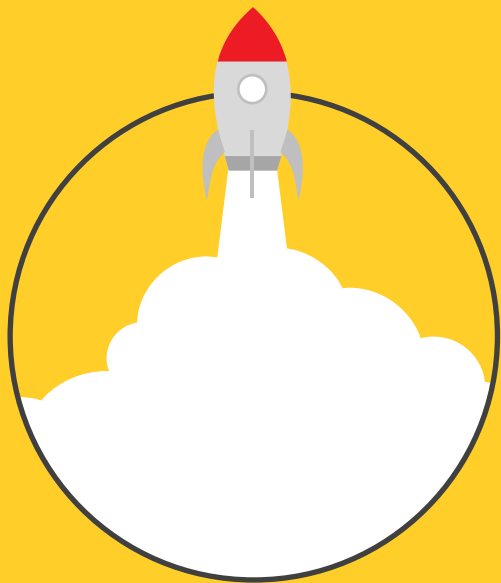
雙相情緒障礙症藥物處置

Medication therapy

04

雙相情緒障礙症護理過程

Bipolar patient care



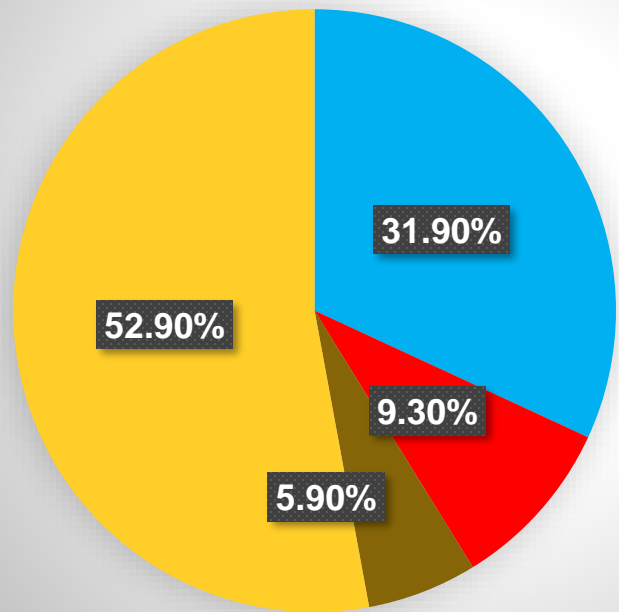
雙相情緒障礙症定義

Bipolar I and II Disorder Diagnosis

Bipolar I disorder V.S. Bipolar II disorder



第一型



躁期: 症狀持續7天
輕躁期: 症狀持續4天
鬱期: 症狀出現兩周

- 鬱期
- 躁期/輕躁期
- 混合發作
- 無症狀

第二型

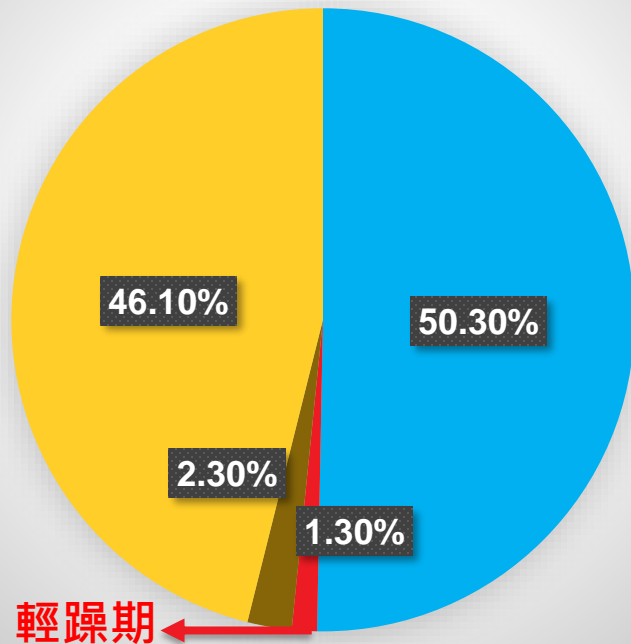
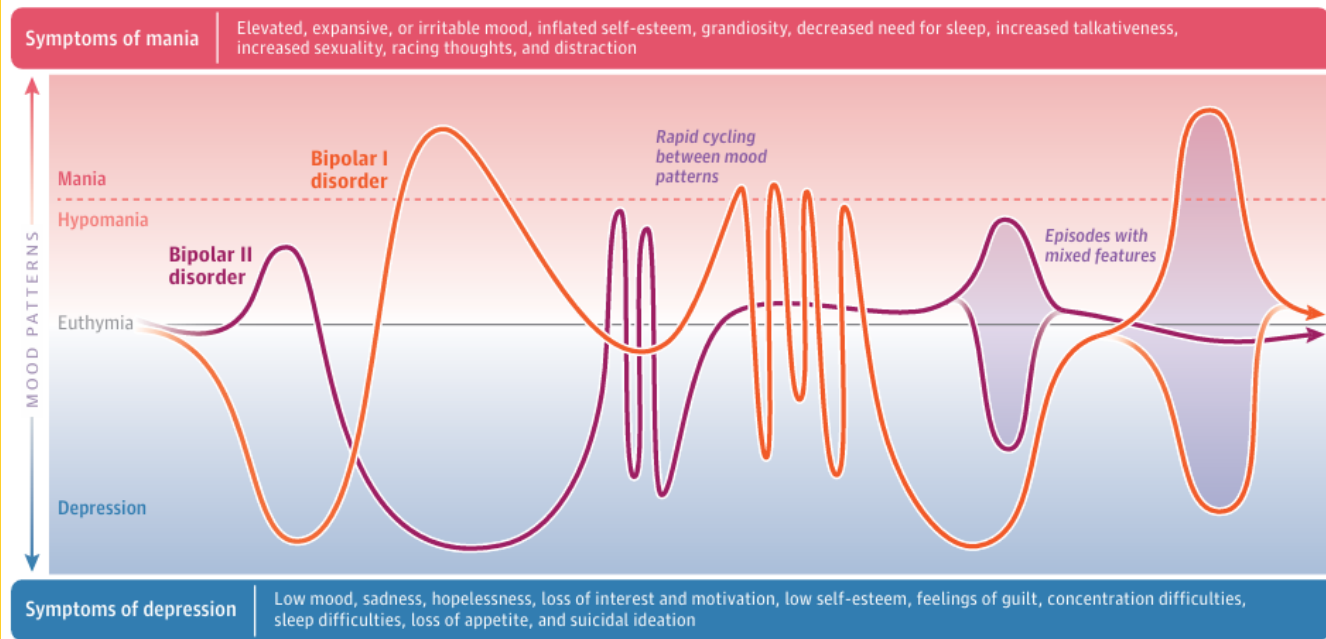


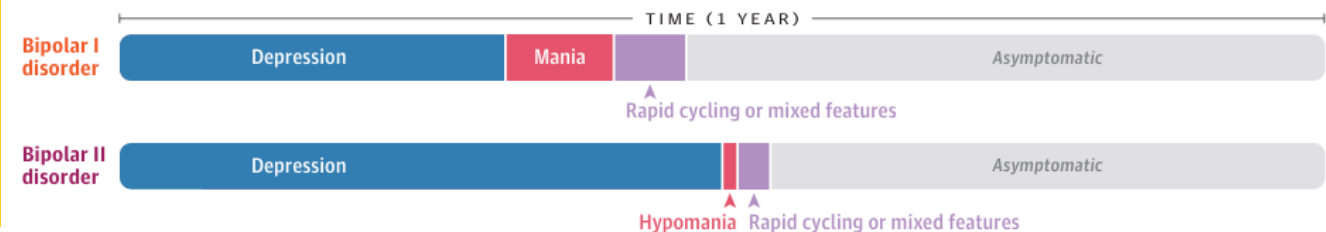
Figure. Mood Patterns in Bipolar Disorder

A Sample mood patterns in bipolar disorder subtypes

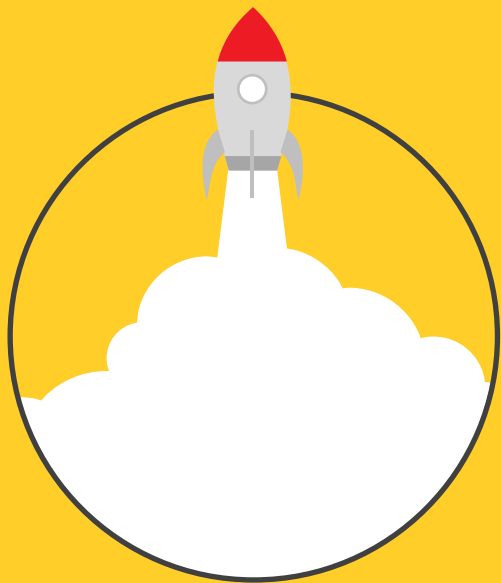


橘色線-Bipolar I
紫色線-Bipolar II

B Percentage of weeks spent with specific mood symptoms and asymptomatic during long-term follow-up of bipolar disorder subtypes



(Nierenberg et al, 2023)



雙相情緒障礙症臨床症狀

Bipolar Mania and Depression



Bipolar Disorder

躁期症狀 Mania

自信滿滿



思考跳躍



話多



能量高



精神症狀



睡不好



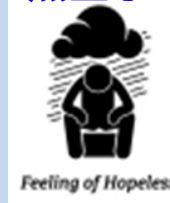
體重下降

情緒labile



鬱期症狀 Depressive

無望感



無法下決策



缺乏興趣



自殺



躁期症狀

- ① 高昂、激動
- ② 能量高、活動量大、購物量多
- ③ 睡眠時間減少、專注力差
- ④ 說不停、打不斷、計畫多
- ⑤ 思考跳躍、誇大言詞
- ⑥ 危險行為（暴力、自殺）



躁期症狀-臨床舉例

Manic episode with psychotic features

- ① 聽幻覺、自言自語或自述可跟神明、上帝對話
- ② 誇大言詞甚至妄想（總統、總裁、擁有很多金錢）
- ③ 能力卓越（具超能力、通靈能力、金剛不壞之身）

Manic delirium

- ① Disinhibition定向感錯亂（無法回應人時地）
- ② Disturbance behavior混亂行為（四處拆物品）
- ③ Psychotic symptoms精神症狀（聽幻覺）
- ④ Psychomotor agitation激動（衝動控制力差）



鬱期症狀

- ① 低落，青少年則以「易怒」表現
- ② 對周遭缺乏興趣、無價值感、過度罪惡感
- ③ 食慾下降、體重減輕
- ④ 失眠、疲倦、動作遲緩
- ⑤ 反覆自殺想法



鬱期症狀-臨床舉例

1. 反覆自殺想法，衝動控制力差，出現自傷行為。
2. 食慾下降、厭食、體重下降、營養攝取不足。
3. 無法以言語表達，反而情緒激動或攻擊來呈現。

14%的病人在使用**Antidepressant**時可能會**induced mania or hypomania**的狀況，且經歷過4次的**manic episodes**時會增加2.84倍的發生機率。

(Beaupre et al., 2020)



常用評估量表

楊氏躁症量表

- 最高60分，總分>13分「輕度」； >20分「中度」； >38分「極重度」

漢氏憂鬱量表

- 總分11-13分「輕度憂鬱」；14-17分「中度憂鬱」； ≥ 18 分是「嚴重憂鬱」
- 8-10分是「borderline」，7分以下是「正常」



楊氏躁症量表 (Young Mania Rating Scale, YMRS)

TAIWAN	Visit (Week) Visit Date <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> m m / d d / yyyy	Patient No: □□□□	Patient Initials □□□□
楊氏躁症評估量表			
1. 情緒高昂		7. 言語—思考障礙	
<input type="checkbox"/> 0: 無 1: 詢問時表示輕度或可能的情緒高昂 2: 明確地自覺情緒高昂、樂觀、自信、愉悅，情緒表現和言談內容相符 3: 情緒過份高昂，語言談內容不符，過份幽默 4: 情緒極度高昂，不適切的發笑、唱歌		<input type="checkbox"/> 0: 無困難 1: 冗言，主題因周圍事物而分散，思考迅速 2: 極易因周圍事物而分散，思考失去目標，時常變換話題，思考速度過快 3: 話題變化快、離題、難以聽懂；作詩、仿同言語等 4: 語言極度不連貫，無法溝通	
2. 活動量及精力增加		8. 思考內容	
<input type="checkbox"/> 0: 無 1: 自覺增加 2: 活潑，手勢和表情增加 3: 經歷過多，有時活動過度，顯得不安靜（但能被安撫靜下來） 4: 活動亢奮，持續地過度活動（無法被安撫靜下來）		<input type="checkbox"/> 0: 正常 2: 持有新計畫或新的興趣主題 4: 有特殊的計畫要做；對宗教比平常顯得過度熱忱 6: 有誇大意念或妄想意志、關係意念 8: 任何與誇大相關之妄想或幻覺	
3. 性的興趣		9. 干擾性—攻擊性的行為	
<input type="checkbox"/> 0: 正常，沒有增加 1: 輕度或可能的增加 2: 詢問時，明確地自覺增加 3: 自發性地談性方面的話題，敘說有關性的事，自述性慾的增加		<input type="checkbox"/> 0: 無，合作 2: 有時候諷刺或挖苦 4: 在病房內有過份要求或有威脅性之態度 6: 威脅會談者、咆哮，難以會談 8: 攻擊或破壞性行為，無法會談	
10. 儀表			

					2: 有時談談或報告 4: 在病房內有過份要求或有威脅性之態度 6: 威脅會談者、咆哮，難以會談 8: 攻擊或破壞性行為，無法會談
3. 性的興趣			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 0: 正常，沒有增加 1: 輕度或可能的增加 2: 詢問時，明確地自覺增加 3: 自發性地談性方面的話題，敘說有關性的事，自述性慾的增加 4: 有明顯的表達性慾的行為（對病友、工作人員或會談者）			10. 儀表		
4. 睡眠			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 0: 睡眠時間沒有減少 1: 睡眠時間比正常量少一小時左右 2: 睡眠時間比正常量少一小時以上 3: 自述對睡眠的需要減少 4: 自認不需要睡眠			11. 病識感		
5. 容易生氣			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 0: 無困擾 2: 自覺有增加 4: 會談中有时容易生氣，最近有數次動怒或干擾行為 6: 會談中常發脾氣，只能允許簡短會談 8: 敵視、不合作，無法會談			0: 具病識感，同意需要治療 1: 承認可能有躁症之疾病 2: 承認行為確有改變，但不認為有躁症之疾病 3: 承認行為可能有改變，但不認為有躁症之疾病 4: 不認為有任何行為上的改變		
6. 言談（速度和量）			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 0: 沒有增加 2: 覺得好說話 4: 有時速度或量增加，有時冗贅 6: 說話急迫，速度和量持續地增加 8: 說話迫速，無法打斷，綿綿不休			Total Score (1-11): _____		

漢氏憂鬱量表 (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

TAIWAN	Visit (Week) Visit Date <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> m m / d d / yyyy	Patient No: □□□□ Patient Initials □□□□
--------	---	---

漢氏憂鬱症狀評估量表

<p>1. 憂鬱情緒(憂鬱、無望、無助、無價值感)</p> <p>□ 0: 無 1: 只有問到後,病人才表露出有此憂鬱心情 2: 病人主動說出此種心情 3: 由非語言的溝通即可明顯察覺出病人有此心情,如由面部表情,身體姿態,音調及想掉眼淚等 4: 病人的語言及非語言所表達的都是這種心情</p>	<p>9. 激燥</p> <p>□ 0: 無 1: 病人看起來煩躁不安 2: 不只看起來煩躁不安,且會玩弄手,頭髮,衣服等 3: 站起來走動,不能安靜坐下 4: 緊握雙手,咬指甲,拉扯頭髮,咬嘴唇</p>
<p>2. 罪惡感</p> <p>□ 0: 無 1: 自責,覺得因自己做錯事或自己使別人遭遇不幸或拖累別人 2: 反覆去想過去的錯誤行為或罪惡行為,有罪惡感或愧疚感 3: 自覺目前的狀況是對自己的一種懲罰(達到罪惡妄想) 4: 聽到責難或恐嚇的聽幻覺及(或)經驗到威脅性的視幻覺</p>	<p>10. 精神焦慮</p> <p>□ 0: 無 1: 病人一直覺得緊張及煩躁易怒 2: 不只緊張煩躁,且會過度擔心各種小事情 3: 由表情及說話可看出不安 4: 不用問就可以看出病人的害怕</p>
<p>3. 自殺</p> <p>□ 0: 無 1: 覺得活著沒意思或生活沒價值 2: 希望自己已死了或有任何自己可能會死的方法,但沒有考慮到死的方法 3: 明確的自殺意念或做勢要自殺(已想到用什麼方法自殺) 4: 自殺企圖(任何自殺企圖均評4)</p>	<p>11. 身體性焦慮</p> <p>□ 生理上的焦慮如:腸胃不適、口乾,消化不良,腹瀉,腹痛,打嗝 - 心臟血管心悸,頭痛 - 呼吸 - 換氣過度,噴嚏,氣喘 - 頻尿 - 出汗</p> <p>□ 0: 無 1: 輕度,有時出現症狀,造成一些不舒服 2: 中度,常會出現症狀 3: 重度,已明顯影響到日常生活功能,造成病人很不舒服 4: 嚴重到病人無法進行一般日常生活之功能</p>

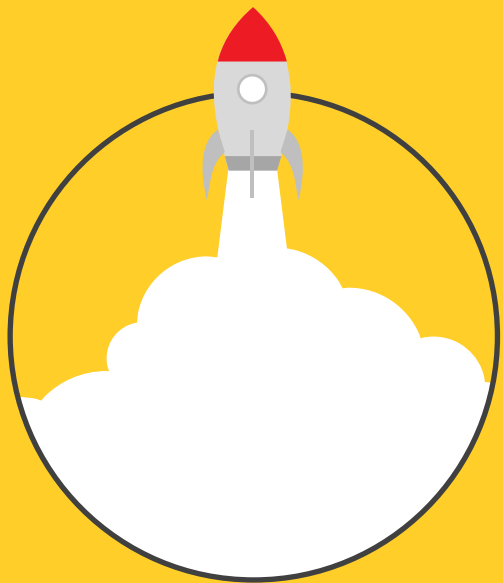
<p>□ 0: 無入睡的困難 1: 抱怨有時難以入睡(如長於半小時)(至少三天) 2: 抱怨幾乎每晚都難以入睡</p>	<p>□ 1: 胃口不好,感到餓卻吃不了仍無飽足感(至少兩天數次或曾) 2: 別人催促時,不願進食,要求通便劑,瀉藥,或其他的腸胃藥</p>
<p>5. 中期型失眠(睡眠中的困擾)</p> <p>□ 0: 無困擾 1: 病人抱怨經常夜間睡不安穩及易受干擾(至少三天) 2: 經常於半夜醒來(除了是為了上厕所小便或明顯外在因素外,任何起床都算2)</p>	<p>13. 一般的身體症狀</p> <p>□ 0: 無 1: 抱怨模糊廣泛的身體不適(四肢、背部及頸部沉重,頭痛,胃痛,肌肉酸痛,無力,容易疲勞) 2: 抱怨明確部位的身體症狀</p>
<p>6. 晚期型失眠(早醒型失眠)</p> <p>□ 0: 無困擾 1: 清早很早就醒了,但可以再入睡 2: 清早很早就醒了,並且無法再入睡(尤其是因此就起床了)(至少三天)</p>	<p>14. 性器官症狀(如:沒有性慾或月經失調)</p> <p>□ 0: 無 1: 輕重,(性興趣可能降低或性活動量降低) 2: 嚴重,(性興趣明顯降低或已無法進行性生活)</p>
<p>7. 工作及活動</p> <p>□ 0: 無困難 1: 對從事的工作,活動及嗜好覺得能力不足,疲憊或虛弱 2: 對工作,活動及嗜好失去興趣.可以直接由病人表達或間接觀察病人的無精打采,猶豫不決或經常改變主意而看出來(病人覺得必須勉強自己才能工作或參加活動) 3: 實際參與工作或活動的時間減少(如果病人在住院,每天除了病房日常生活的基本雜事外,參與活動(功能或娛樂嗜好)不足3小時) 4: 由於目前症狀而停止工作(如果在住院,除了病房日常生活的雜事外,不参加任何活動,或是在無人協助下病人無法完全病房雜事)</p>	<p>15. 虛病症</p> <p>□ 0: 無 1: 專注在自己身體功能的變化 2: 過度關注身體是否健康或擔心有病 3: 經常抱怨有許多不舒服,並主動尋求幫助或治療等 4: 虛病妄想</p>
<p>8. 遲緩(思考及說話緩慢,集中精神的能力不佳,活動量降低)</p> <p>□ 0: 說話及思考正常 1: 會談時有精神遲緩(如:表情平淡) 2: 會談時有明顯遲緩(如:音調非常單調,反應非常遲緩,傾向坐著不動) 3: 與病人進行會談有困難 4: 完全靜呆狀態,無法會談</p>	<p>16. 體重減輕(評A或B)</p> <p>□ A: 由病史評估 0: 沒有體重減輕 1: 體重可能有減輕,且是與目前的病情有關(非有意減肥等等) 2: 確定(由病人得知)因憂鬱而體重減輕 B: 若每週實際量體重,則依據實際體重變化來評估 0: 於一週內,體重減輕0.5公斤以下 1: 於一週內,體重減輕0.5到1公斤之間 2: 於一週內,體重減輕1公斤以上</p>
<p>17. 病識感</p> <p>□ 0: 知道自己憂鬱或生病了 1: 沒有明顯問題或知道自己病了,但找理由去歸因於食物,氣候,太多的工作,痛苦,需要休息等 2: 根本否認自己有病,有問題,或功能有受影響</p>	
<p>Total Score (1-17): _____</p>	

Bipolar 症狀評估整合

ABCD 交班單

A	外觀: 凌亂、濃妝豔抹、鬍渣、衣著不合時節、愁眉苦臉、專注力差 情緒: 高昂、愉悅、欣快、起伏、煩躁、易怒、低落、憂鬱、悲傷、沮喪、絕望、Labile
B	躁: 話多滔滔不絕打不斷、說話繞圈、急迫語速快、音量大聲、活動量大、行為忙碌、人際熱絡主動/人際衝突、購物量大、暴力/自傷行為 鬱: 話少簡答、多躺床拒活動、社交退縮、暴力/自傷行為
C	定向感錯誤、意念飛躍、計畫多、想法多、自殺/暴力想法、誇大妄想、宗教妄想、幻聽、負向思考
D	吃喝拉撒睡: 進食量、飲水量、大便型態、解尿狀況、睡眠





雙相情緒障礙症藥物處置

Medication therapy

Table 2. Pharmacological Treatments of Bipolar Disorder

Drug class	Use in bipolar disorder	Absolute rates; odds ratio for response to treatment vs placebo (95% CI) ^a	Adverse events	Monitoring schedule ^b
Mood stabilizers				
Lithium ²³⁻²⁵	Acute mania	1.45 (1.27-1.65)	Tremor (14%)	Serum levels: every 3-6 mo Urea and creatinine: every 3-6 mo Thyrotropin calcium and weight: at 6 mo then annually
	Acute depression	38.1% vs 34.7%; 1.16 (0.79-1.71) ^c	Sedation (10%) Weight gain (3%)	
	Maintenance ^d	24.5% vs 50.5%; 2.17 (1.33-3.57)	Hypothyroidism (14%) Hyperparathyroidism Chronic kidney disease (1%)	
Anticonvulsants				
Carbamazepine ²⁴	Acute mania	1.90 (1.41-2.57)	Sedation Nausea Teratogenicity (3%-6%)	Serum levels: as clinically indicated (every 6 mo for carbamazepine) Weight, complete blood cell count, liver function, electrolytes, urea, and creatinine: every 3 mo for the first year then annually Inquiry of menstrual changes every 3 mo for the first year (risk of teratogenicity)
Lamotrigine ^{23,25}	Acute depression	44% vs 35%; 1.51 (1.21-1.87)	Rash (5%-10%) Stevens-Johnson syndrome (0.02%)	
	Maintenance	38.4% vs 46.6%; 1.52 (1.03-2.22)	Alopecia	
Valproate ²³⁻²⁵	Acute mania	1.42 (1.19-1.71)	Sedation	
	Acute depression	59.7% vs 35%; 2.8 (1.26-6.18)	Weight gain Tremor	
	Maintenance	24% vs 39%; 2.04 (1.19-3.45)	Elevation in liver function tests Teratogenicity (6%)	



Antipsychotics			
Aripiprazole ^{24,25}	Acute mania	1.53 (1.33-1.76)	Akathisia Extrapyramidal symptoms Weight gain Akathisia Extrapyramidal symptoms Akathisia Sedation Nausea Sedation Nausea Weight gain (5%) Sedation Weight gain (28%) Extrapyramidal symptoms Akathisia Sedation Weight gain (18%) Extrapyramidal symptoms in higher doses Weight gain Hyperprolactinemia Akathisia Extrapyramidal symptoms in higher doses Weight gain Hyperprolactinemia Akathisia
	Maintenance	26.5% vs 51%; 2.63 (1.75-3.85)	
Asenapin ^{24,25}	Acute mania	1.28 (1.05-1.56)	
	Maintenance	8.7% vs 33.3%; 5.26 (2.6-11.1)	
Cariprazine ^{23,24}	Acute mania	1.56 (1.26-1.92)	
	Acute depression	44.5% vs 35%; 1.51 (1.18-1.93)	
Haloperidol ²⁴	Acute mania	1.64 (1.43-1.88)	
Lumateperone ²³	Acute depression	42.4% vs 35%; 1.39 (1.05-1.83)	
Lurasidone ²³	Acute depression	48.5% vs 35%; 1.77 (1.4-2.24)	
Olanzapine ²³⁻²⁵	Acute mania	1.59 (1.40-1.80)	
	Acute depression	44.3% vs 35%; 1.50 (1.15-1.96)	
	Maintenance	23.9% vs 56.4%; 3.85 (2.70-5.56)	
Paliperidone ²⁴	Acute mania	1.34 (1.10-1.76)	
Quetiapine ²³⁻²⁵	Acute mania	1.55 (1.31-1.83)	
	Acute depression	49% vs 35%; 1.81 (1.53-2.16)	
	Maintenance	21.5% vs 50%; 2.78 (1.64-4.76)	
Risperidone ²⁴	Acute mania	1.69 (1.41-2.02)	
Risperidone LAI ²⁵	Maintenance	39% vs 56.4%; 2.44 (1.67-3.57)	

Combination therapy with a mood stabilizer, such as lithium or valproate, associated with an antipsychotic medication, such as risperidone, quetiapine, asenapine, or aripiprazole, is frequently necessary and should be considered based on factors including previous treatment response, severity of mania, and tolerability concerns.^{21,27} Benzodiazepines and typical antipsychotics (such as haloperidol) may be prescribed for acute management of agitation, but are not recommended for long-term use.²⁷



第一線選擇

情緒穩定劑 + 第二代抗精神病藥

Agitation短期可搭配使用BZD跟第一代抗精神病藥(Haloperidol)



(Nierenberg et al, 2023)

Electroconvulsive therapy (ECT) is reserved for patients with bipolar depression that is refractory to medication, and is considered the most effective treatment for severe and treatment-resistant depression, including bipolar depression. Other indications for ECT include the need for rapid treatment response, such as in patients with suicidal ideation, patients with severe disease, and pregnant persons or older patients with low tolerability to medication. In a meta-analysis that included 567 patients with bipolar depression, ECT was associated with a 77.1% response rate in people with bipolar depression and a 52.3% rate of remission.⁴³ In a Swedish national register study that included 1251 patients with bipolar depression, 80.2% of patients had significant improvement with ECT, defined as a score on the Improvement component of the Clinical Global Impressions Scale of 1 ("very much improved") or 2 ("much improved"). However, the observational study design was a significant limitation and causal inferences must not be made.⁴⁴ Adverse effects of ECT are usually transient and include short-term memory loss (approximately 41%), headache (48%), nausea (23%), and muscle pain (15%).⁴⁵



電氣痙攣治療 ECT適用

- 快速治療效果
- 自殺想法強烈
- 懷孕女性
- 對藥物效果不彰之老人

副作用

- ✓ 41% 短期記憶力受損
- ✓ 48% 頭痛
- ✓ 23% 噁心
- ✓ 15% 肌肉疼痛



Highlights

- ECT+lithium is associated with 12-fold higher odds of delirium compared to ECT alone.
- Delirium is much higher in depressive episodes of mood disorders than manic episodes.



ECT combine Lithium

相比單用ECT，ECT+ lithium

導致譫妄的機率高出12倍。

Table 2

Distribution of the study population by primary diagnoses.

Variable	BD, depressed		BD, manic		MDD		Total	
	ECT	ECT + Li	ECT	ECT + Li	ECT	ECT + Li	ECT	ECT + Li
Mean age (SD), in years	49.8 (14.2)	50.1 (15.8)	49.6 (15.7)	45.2 (18.7)	54.1 (14.8)	51.3 (15.7)	52.6 (14.9)	50.5 (16.0)
Gender, in %								
Male	32	46.3	28.9	16.7	36.7	44.7	43.3	34.9
Female	68	53.7	71.1	83.3	63.3	55.3	56.7	65.1
Complications, in %								
Acute delirium	0.3	3.4	0.9	0	0.7	7.8	0.6	5.7
Cognitive impairment	0.2	0	0.5	0	0.6	4.1	0.5	2.4

The proportion between inpatients and patients receiving ECT and ECT + lithium were obtained using cross tabulation. SD: standard deviation; Li: lithium; BD: bipolar disorder; MDD: major depressive disorder.

比較Bipolar 憂鬱、躁期、MDD單用ECT跟合併理鹽導致譫妄跟認知障礙的比率



雙相情緒障礙症護理過程

Bipolar patient care



病程目標-以Maslow理論為基礎



疾病歷程目標

01

急性期-Acute Care

如何維持基本生理需求維持？
【吃、喝、拉、撒、睡】



02

高暴力跟自殺風險照護-High Risk

如何評估暴力前兆？
如何會談評估自殺風險？

03

恢復期 prevent recurrent

預防疾病復發，如何穩定疾病？



基本生理需求維持-1

Mania: 忙到沒吃飯、忘記喝水、或飲水量過大
Depression: 不想進食、整日躺床



我該**評估**什麼？



- **吃**：進食量、吞嚥狀況、點心分配、陪吃
- **喝**：飲水量 30ml/kg、是否嗆咳、塊凝寶使用
- **拉**：解便型態、量 (顆粒硬便、糊水便、水渣便)
- **撒**：撒尿狀態 (解尿量、有無UTI or dysuria)
- **睡**：睡眠時數TST (晚睡、中斷多次、時數少)



基本生理需求維持-2 我該怎麼做?

- **吃**：院伙種類(OS3牛奶、軟質)、治療飲食(常見低血鉀、低血鈉)、營養師
- **喝**：查房定點定時提醒、規劃每日飲水量(確認水瓶容量)
- **拉**：優酪乳、牛奶、益生菌、黑棗汁；軟便藥物、塞劑、灌腸；腹部按摩
- **撒**：落實身體清潔、夜間限制飲水量預防頻尿
- **睡**：建立規律作息、評估影響原因、不喝咖啡因及茶類、討論調整睡眠藥物

評估藥物副作用SE
是否有嗆咳情形?

評估藥物副作用SE
是否有便秘跟解尿困難情形?



評估是否為症狀或藥物副作用
【躁期/鬱期或靜坐不能】



基本生理需求維持-3

● 身體清潔、個人衛生習慣

- ① 每日刷牙、約定洗澡洗頭時間 (盡量白班完成)
- ② 每日更換新的衣物、內褲、內衣
- ③ 評估及協助訓練病人自我身體清潔技巧

● 外觀儀容修飾

- ① 評估符合時節的衣物 (避免穿過多衣物或曝露)
- ② 移除多量化妝用品及手飾 (留取必要即可ex:乳液)
- ③ 頭髮整理、修剪、止滑拖鞋



急性期藥物調整期間-預防跌倒



1. 跌倒衛教時機：入院、調藥、病況改變。
2. 討論家屬陪伴或申請看護。
3. 安排靠近護理站的床位或是監視器房間。
4. 離床報知機、保護室及四肢約束使用。
5. 注意病人服藥或打針後1-2小時步態變化。
6. 衣物符合尺寸、拖鞋要止滑。
7. 環境保持乾燥、減少雜物，防跌圖卡標示。
8. 行為忙碌活動量大更需特別注意。



疾病歷程目標

01

急性期-Acute Care

如何維持基本生理需求維持？
【吃、喝、拉、撒、睡】

02

高暴力跟自殺風險照護-High Risk

如何評估暴力前兆？
如何會談評估自殺風險？



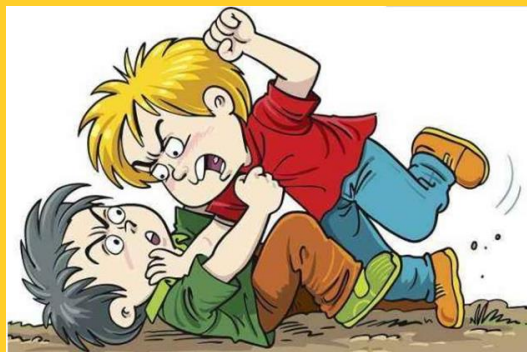
03

恢復期 prevent recurrent

預防疾病復發，如何穩定疾病？



潛在性暴力行為(8/27科部暴力演練)



- 評估暴力危險分數 (人際衝突多)
- ICU床必要性 (減少環境刺激)
- 安全檢查 (移除危險物品)
- 提醒工作人員高暴力風險 (白板註記)
- 鼓勵病人表達內心感受
- 評估情緒狀態、衝動控制力
- 與醫療團隊積極討論藥物調整
- 必要時給予隔離及約束處置
- 暴力處置 (人力、共識、注意SE)



自殺風險評估

藝術家：Sylvia Plath-取自其兩篇詩句

Two, of course there are two.
It seems perfectly natural now—
The one who never looks up, whose eyes are lidded
And balled, like Blake's.
Who exhibits

The birthmarks that are his trademark—
The scald scar of water,
The nude
Verdigris of the condor.
I am red meat. His beak

Claps sidewise: I am not his yet.
He tells me how badly I photograph.
He tells me how sweet
The babies look in their hospital
Icebox, a simple

Then the flutings of their Ionian
Death-gowns.
Then two little feet.
He does not smile or smoke.

The other does that
His hair long and plausive
Bastard
Masturbating a glitter
He wants to be loved.

I do not stir.
The frost makes a flower,
The dew makes a star,
The dead bell,
The dead bell.

Somebody's done for.

步向死亡，

是一種藝術，正如其他事物。

我最擅長於此。

迎向死亡讓我感覺在天堂中。

營向死亡讓我覺得如此真實。

我想你可以說我已備召喚了吧。

任何談話或非語言的關鍵時刻都可能存在透漏著對死亡的預告



自殺風險指標

「自殺念頭」(suicidal ideation)

不想活、想死、想了結生命的想法。

例如：「我想死，我想自殺」「死了算了，反正活著也沒什麼意思」「活著太痛苦，死了痛快」。

「自殺意圖」(suicide intent)

指的是有自殺的打算、意圖或決心。

有意圖自殺的人可能會說：「我如果現在有槍，我就會斃了我自己」「我已經下定決心要自殺。」

「自殺計劃」(suicide plan)

指的是具體自殺的方法、時間和地點以及其他準備自殺之行為。

例如寫好遺書：「我打算明天跳橋」「我已買炭要在家中燒炭」。

「自殺企圖」(suicide attempt)

指的是過去企圖或嘗試自殺，一般泛指自殺未遂的行為。

例如：「我曾經吃了很多安眠藥，後來被送進醫院。」「我上禮拜有割腕自殺。」

自殺危險性評估量表

程度	危險性	徵兆與症狀
第一級	無立即性自殺危險	<input type="checkbox"/> 無自殺史 <input type="checkbox"/> 無自殺嘗試、企圖
第二級	低立即性自殺危險	<input type="checkbox"/> 有自殺想法但無計畫 <input type="checkbox"/> 願意訂定不自殺的契約 <input type="checkbox"/> 有充分的社會支持 <input type="checkbox"/> 對目前問題有病識感
第三級	中度立即性自殺危險	<input type="checkbox"/> 有具體的自殺計畫 <input type="checkbox"/> 對訂定不自殺的契約很矛盾 <input type="checkbox"/> 對目前問題有少許的病識感 <input type="checkbox"/> 衝動的控制能力有限
第四級	高度立即性自殺危險	<input type="checkbox"/> 很清楚的表示要傷害自己 <input type="checkbox"/> 不願訂定不自殺的契約 <input type="checkbox"/> 對目前問題無病識感 <input type="checkbox"/> 衝動的控制能力很差 <input type="checkbox"/> 近來有自殺行為發生，使用致死性自殺方法(上吊、跳樓、撞車等)

會談

注意特定語句

- 1) 是否曾說過有關「死了算了」的話？
- 2) 曾否開過自殺的玩笑？
- 3) 曾否說過「事情很快就要過去了」之類的話？
- 4) 在家中是否有刀槍類器械、清潔劑農藥、囤積安眠藥物？
- 5) 以前是否試圖傷害自己？即便是輕微的方式也算
- 6) 是否看起來很憂鬱或很想哭？
- 7) 是否比平常更常獨處？



(Shawn, 2007)

會談引導問句

會談者保持平靜的會談態度會暗示對方和自己討論自殺議題是很安全的，藉此引導探索自殺意念想法跟計劃，並了解得知誘發自殺的可能因素。

會談空間安全性，選擇獨立空間進行談話內容

會談過程中不應分神，不應紀錄寫字，需仔細觀察對方的語言跟非語言肢體

你會怎麼回應？

範例：何女士：「生病後好像成為每個人的負擔，我想我死了對我先生會好些」



「聽起來____（指出對方的情緒感受），你願意多說一些嗎？」



「你是否想過傷害自己？ 或 你是否想過自殺？」

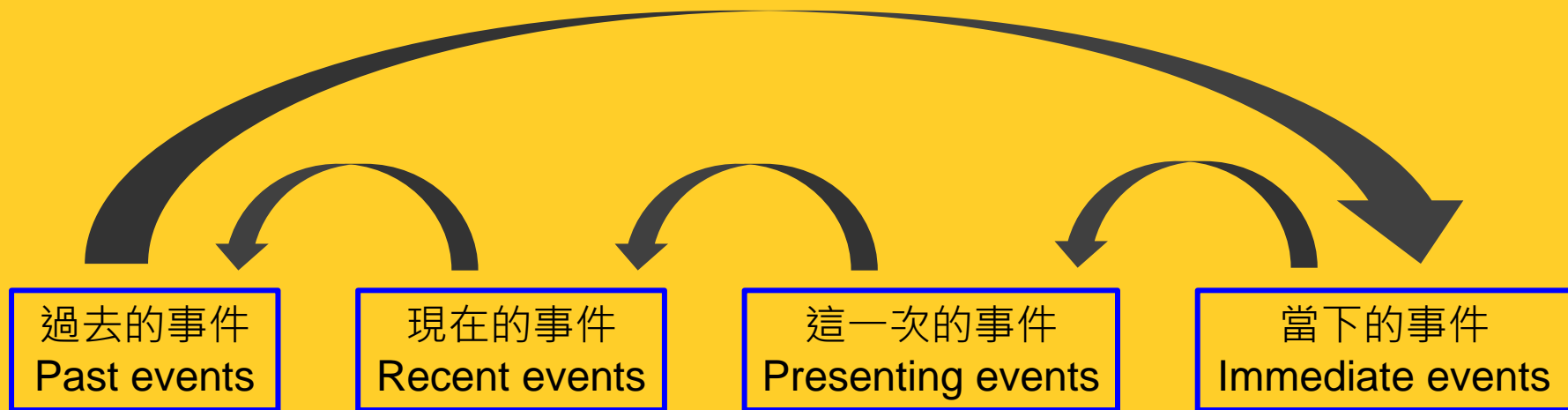


「你曾想過用甚麼方法來結束這種想法嗎？是否已做準備？」



會談

CASE自殺年代事件評估策略



*有精神症狀的患者自傷風險評估：1)命令性幻聽；2)被控制感；3)宗教信仰跟妄想

*藥酒癮病人可能存在長期慢性憂鬱，選擇高危險性自殺方式風險偏高

*三種人格在壓力下容易自殺：1)控制型人格；2)邊緣性人格；3)維持共生的人死亡

(Shawn, 2007)



會談問句

第一步驟：探索此次自殺事件(Exploration of Presenting Suicidal Events)

- 1.瞭解個案如何試圖自殺？使用什麼方法？
- 2.使用的方法有多麼嚴重？(服藥過量、割傷嚴重程度、燒炭失去意識、跳樓等)
- 3.尋死意願有多強烈→「自殺後有無通知任何人？」、「事先對誰暗示過？」、「試圖自殺的地點容易被人發現還是與外界隔離？」、「是否寫遺囑或交代後事？」、「交代保險事宜或事先與生命中重要親友預先告別？」
- 4.自殺未成功的想法→「對於現在還活著心中有什麼想法？」
- 5.此次自殺嘗試計畫是否很周密，或只是一時衝動導致？



會談問句

第一步驟：探索此次自殺事件(Exploration of Presenting Suicidal Events)

6. 對此次自殺嘗試，酒精或藥物是否扮演了部分角色？
7. 人際因素是否對此自殺嘗試占重要角色？
 - 包含失敗的感受【我死了對別人比較好】
 - 對他人的憤怒【自殺是為了讓其他人覺得罪惡感】
8. 是否有單一或一組特殊壓力源促發這次自殺嘗試？
9. 自殺嘗試之時，無望感受有多嚴重？
10. 自殺何以失敗？【怎麼被發現或怎麼停止自殺行動而去求助】



會談問句

第二步驟：探索最近的自殺事件(Exploration of Recent Suicidal Events)

調查過去**6-8週**有過哪些類型的自殺想法或行動，重要洞察曾經歷的自殺計畫與意念

1)找出個案已考慮了哪些計畫？ 吞藥、跳樓、上吊

2)判斷個案已進行這些計畫到怎樣的地步？ 囤積藥品放在朋友家、看過跳樓上吊資訊

3)找出個案花了多少時間在這些計畫和相伴的自殺思緒上？ 有時候一整天或一下爆發

● 【過去6-8星期之間你每天大概要花上多久時間想這些自殺的事情？】

● 從這段對話中獲得哪些訊息？



會談問句

第三步驟：探索過去的自殺事件(Exploration of Past Suicidal Events)

【過去使用過最嚴重的自殺嘗試是什麼？】 是否想要用同一種來評估此刻壓力程度

【過去大約有幾次自殺嘗試或做態性自殺？】 1.操縱性質；2.真的絕望想死

【最近一次的自殺嘗試是什麼時候？】

第四步驟：探索當下的自殺事件(Exploration of Present Suicidal Events)

【若你今晚或明天又有了自殺想法，你會怎麼做？】

【此刻你還有自殺的念頭嗎？】

【看起來約定不出現自殺、自傷行為讓你猶豫，不知道你心中正在想什麼？】



案例討論(護理紀錄)

5. 2019年首次發病，因當年4月7日案母過世，情緒壓抑、壓力大、失眠而住本院治療，陸續因與案父爭執，(覺給家人負擔，留遺書、想點火自焚、割傷頸部..等)而多次住本院與署南醫院(在署南曾喝清潔劑而至加護病房治療過)，出院後曾住過康家。 N3 高瑞勇
6. 本次為第8次住本院精神科病房，上次住院為2024年4~6月(因刀刺胸自殺行為)，2024/6/3出院後到6/27有至永華復健中心工作(表現認真)，但服藥遵囑性差且持續有自殺意念，從出院後就開始囤藥，近1~2週內有焦慮、睡眠不佳、負面想法及強烈自殺念頭、生活自理功能差(一個禮拜沒洗澡)，近4天則睡眠需求減少，出現情緒不穩、思考想法飛躍、誇大妄想(想成為死王，以死明志，救回地球)、食慾差之情形，因沒有去永華復健中心故被中心的潘主任和弟弟發現病人喝了藥酒故送至本院急診室。 N3 高瑞勇



案例討論(護理紀錄)

焦點內容

1. 案妻致電護理站表病人近幾日提及想自殺頻率增加，希望護理師多注意病人狀況，病人拒絕案妻陪伴，因擔心自己睡不好影響案妻夜眠，因此逼自己躺床但很痛苦，予傾聽。 /N3 黃鈺婷
1. 病人班內睡眠易中斷，醒時在房間或大廳靜坐，有社交性笑容，未要求再服藥或抱怨不適，可靜躺再入睡，總眠5小時，昨日自述自殺意念明顯，自殺危險3級。 /N2 方靖芳
1. 神情輕鬆及社交性笑容明顯較上週增加，關心時會玩笑用手對空做法，表示今天不想去做TMS，近中午會談時詢問可否坐陪客椅也會玩笑表護理師也可躺自己的床都沒關係，評估BSRS過程自殺念頭強度仍為4分，但表示自己不是衝動型的人，也不會造成家人或工作人員困擾，所以在這裡不會執行，做之前會先跟伴侶交代後事再去吞藥自殺，談及家庭議題時觀察未再出現哭泣情形，表示近日有跟案母表達自己內心的想法，持續予正向鼓勵。 /N3 郭權瑤



案例討論(護理紀錄)

會談提及自殺意念則頻嘆氣，表“那是根深蒂固的想法了”、“你們都知道的”、“這次已經是第四次了”，過程也會跳題，覺自己腦子轉很快、跳來跳去，滿腦子都在想死亡的事情，腦袋轉很快，要當世界第一人把死亡當興趣的人，想讓呂醫師無法回話、想成名覺成名要有意義，世界暖化也會讓人死亡，自己用自己的方式死亡就不用折磨，需鼓勵若有自殺想法時主動跟工作人員討論，則未回應。 /N4 簡春娥

評估自殺等級為三級。 /N4 簡春娥

1. 整體情緒易起伏，行為表現顯稚氣，案母表示病人入院前一天喝茶類4~5杯，要求病人在住院過程中逐漸減少茶類攝取，後查房時觀察病人難過喧鬧哭泣表示不開心，訴：「媽媽怎麼可以這樣...我好想家...姐姐為什麼都不來...」，需安撫，案母鼓勵病人自己打公共電話找姐姐，觀察情緒尚可緩和。 /N3 高瑞勇
2. 自殺等級2級，談及自傷念頭表示不會想自傷，住院前的撞頭行為只是想讓自己的頭紅紅的，但訴：「剛剛我媽媽叫我要戒掉茶類的時候我就很想要撞頭...但是我可以忍住不去撞」，因衝動控制力差仍需密觀。 /N3 高瑞勇



自殺危險傾向照護(續)



出院第一個月
通常是自殺危
險最高的時期

- 評估自殺危險等級(自傷行為)
- 家屬陪伴必要性 (隨時注意動向)
- 安全檢查 (物品夾層、衣物口袋等)
- 提醒工作人員高自殺風險 (白板註記)
- 鼓勵病人表達內心感受
- 約定當出現自傷想法先尋求協助
- 與醫療團隊預先共識處置
- 必要時給予約束協助自控行為



疾病歷程目標

01

急性期-Acute Care

如何維持基本生理需求維持？
【吃、喝、拉、撒、睡】

02

高暴力跟自殺風險照護-High Risk

如何評估暴力前兆？
如何會談評估自殺風險？

03

恢復期 prevent recurrent

預防疾病復發，如何穩定疾病？



人際與社會節奏

Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)

長期管理Bipolar的急性期和維持期共同的目標

- (1)改善睡眠障礙
- (2)促進健康的生活方式
- (3)情緒變化的監測
- (4)早期辨識患者的預警訊號
- (5)改善問題導向的因應策略



介入分為四個階段：

- 1) 著重於疾病史，確定壓力生活事件與情緒變化關係
- 2) 重點於重新組織社會節奏和提高應對社會壓力技能
- 3) 維持階段著重於加強新的社交節奏並建立對所學技術的信心，以防止未來的情緒發作
- 4) 最後討論透過 IPSRT 獲得的技能給予對未來的建議

作息紊亂與Bipolar發病風險增加有40%正相關，但評估的異質性是一個重大問題（是否有規則服藥、其他心理治療介入等）

From: Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial

	Group	T ₀	T ₁	T ₂	F	p	η ^{2a}
HAM-A 漢密爾頓 焦慮量表	Group 1	8.636	1.773	0.545	Time: $F(2, 41) = 0.816$	.449	
	Group 2	5.773	13.455	17.773	Group: $F(2, 41) = 13.076$	< .001	0.389
MRS 躁症量表	Group 1	9.864	0.636	0.727	Time: $F(2, 41) = 2.428$	.101	
	Group 2	5.500	7.273	8.091	Group: $F(2, 41) = 6.275$	.004	0.234
IDSSR 憂鬱量表	Group 1	16.273	11.318	3.727	Time: $F(2, 41) = 1.099$	.343	
	Group 2	15.136	28.955	25.273	Group: $F(2, 41) = 5.655$	.007	0.216
MADRS 蒙哥馬利抑 鬱評定量表	Group 1	7.636	4.182	1.545	Time: $F(2, 41) = 0.796$	.458	
	Group 2	6.364	8.955	8.318	Group: $F(2, 41) = 3.073$	.057	
GAF 整體評估 量表	Group 1	67.636	78.091	78.500	Time: $F(2, 41) = 1.293$	.285	
	Group 2	73.864	68.909	69.227	Group: $F(2, 41) = 9.170$	.001	0.309
ALDA scale 長期治療反 應回顧	Group 1	4.818	5.091	5.273	Time: $F(2, 41) = 1.187$	.315	
	Group 2	4.864	4.273	4.227	Group: $F(2, 41) = 8.792$	.001	0.300
AMI 情感發病 指數	Group 1		0.547	0.437	Time: $F(2, 41) = 21.700$	< .001	0.341
	Group 2		0.713	0.713	Group: $F(2, 41) = 21.700$	< .001	0.341

Group 1: control group, Group 2: IPSRT group

IPSRT介入後可達有效穩定情緒跟壓力因應

(Jr et al., 2020)



個人因應能力失調



- 引導說出感受跟給予同理心支持
- 與病人討論現實面臨的困境，了解問題
- 討論過去情境的因應方式的經驗
- 協助發展新的個人壓力因應技巧
- 利用情境演練、角色扮演，增加調適技能
- 鼓勵在現實情境中運行與之討論
- 適當給予正向鼓勵回饋



家庭因應能力失調



- 同理家屬長期照顧的負擔
- 連繫社工介入給予家庭情緒支持
- 請醫療團隊向家屬解釋病情跟治療計畫
- 安排病人與家屬共同參與決策(SDM)
- 給予家屬疾病衛教，建立病識感
- 家庭治療、支持性團體治療
- 後續出服照護計畫追蹤



參考資料



Nierenberg, A. A., Agustini, B., Köhler-Forsberg, O., Cusin, C., Katz, D., Sylvia, L. G., Peters, A., Berk, M. (2023). Diagnosis and treatment of bipolar disorder: A review. *The Journal of the American Medical Association*, 330(14), 1370-1380. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>

Beaupre, L. M. M., Tiwari, A. K., Foncalves, V. F., Lisoway, A. J., Harripaul, R. S., Miiller, D. J., Zai, C. C., Kennedy, J. L.(2020). Antidepressant-associated mania in bipolar disorder: A review and meta-analysis of potential clinical and genetic risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 40(2). 180-185. <http://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001186>

Martinez M. R., Bermudez J. R., Bayliss L., Nadurille M. E.(2020). Delirious mania as a frequent and recognizable neuropsychiatric syndrome in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Gen Hosp Psychiatry*, 64. 50-55. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.003>

American Psychiatric Association (2018) · DSM-5精神疾病診斷準則手冊 (台灣精神醫學會譯) · 合記。(原著出版於2014年)

衛生福利部統計處 (2023, 12月21日) · 111年度全民健康保險醫療統計年報。 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5103-113.html>

蕭淑貞 (2019) · 精神科護理概論 (十版) · 華杏。

參考資料



Patel, R.,S., Bachu, A., Youssef, N. A. (2020). Combination of lithium and electroconvulsive therapy (ECT) is associated with higher odds of delirium and cognitive problems in a large national sample across the United States. *Brain Stimulation*, 13(1), 15-19. <http://doi.org/10.1016/j.brs.2019.08.012>

Jr, L. S., Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P., Staltari, F., Garcia, C. S., Fazio, P. D., Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 19(15), 1-7. <http://doi.org/10.1186/s12991-020-00266-7>.

Scott, J., Etain, B., Miklowitz, D., Crouse, J.J., Carpenter, J., Marwaha, S., Smith, D., Merikangas, K., Hickie, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of sleep and circadian rhythms disturbances in individuals at high-risk of developing or with early onset of bipolar disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 135(104585), 1-11. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104585>

Shawn Christopher Shea (2007) · 精神科會談技巧 (陳文慶、孔繁鐘譯) · 合記。(原著出版於2004年)



Thanks for your attention