

# 雙相情感障礙症病患在急性胰臟炎膿瘍引流手術後之藥癮行爲——病例報告

方俊凱 施壽全\* 吳光顯 劉泰成\* 張佳寧

台北馬偕紀念醫院 精神科 \*肝膽胃腸科

## 摘要

配西汀 (meperidine) 是醫師用來處理難以控制的疼痛常用的鴉片類藥物，其缺點是容易成癮。本文報告一位 61 歲女性，罹患慢性胰臟炎合併有配西汀成癮行爲。病患 27 歲時即被診斷有雙相情感障礙症 (bipolar affective disorder)，就醫兩年後中斷治療。33 歲時因急性胰臟炎開始使用配西汀止痛，之後產生配西汀成癮，但因臨床醫師一直未診斷出病患有雙相情感障礙症，導致在臨床上產生困擾，造成醫療資源浪費，病患亦長達 28 年沒有得到完整的醫療照顧。在完整的精神科治療後，病患已二年餘未再使用配西汀。臨床醫師對長期使用某些特定藥物的病患，應評估其是否有雙相情感障礙症等精神疾病的可能。

關鍵詞：雙相情感障礙症 (Bipolar affective disorder)

躁鬱症 (Manic-depressive psychosis)

藥癮 (Drug addiction)

胰臟炎 (Pancreatitis)

配西汀 (Meperidine)

## 前言

急性胰臟炎 (acute pancreatitis) 是消化系統疾病的急症之一，最常見的原因是膽結石症與大量飲酒，有些則原因不明。部份酒精性或原因不明的急性胰臟炎在反覆發作後趨於慢性化，而變成慢性胰臟炎 (chronic pancreatitis)。慢性胰臟炎最常見的臨床表現即為腹痛 (abdominal pain) 1。鴉片類藥物則經常被用來治療慢性胰臟炎的腹痛 2。配西汀 (Pethidine, 又名 Demerol; 學名 meperidine) 是各科醫師用來處理難以控制的疼痛所常用的半合成鴉片類藥物。給藥途徑建議為皮下注射 (S.C.) 與肌肉注射 (I.M.)，雖然可以靜脈注射，但因易成癮，故不建議使用。本文報告一位病患，早年被診斷躁鬱症 (manic-depressive psychosis)，即近年來所指之雙相情感障礙症 (bipolar affective disorders)，日後因急性胰臟炎併發之膿瘍引流手術後，開始抱怨腹痛使而要求用配西汀，但各科醫師均未發現其躁鬱症病史，而多將病患診斷為藥癮 (drug addiction)，卻又難以有效評估其腹痛之程度，進而造成臨床醫師困擾長達 28 年。事實上，物質使

用相關疾患( substance-related disorders ) 的病患有精神疾病的盛行率是越來越被重視，特別是雙相情感障礙症<sup>3</sup>。本報告欲提醒臨床醫師應對使用某些特定藥物的病患評估其是否有情感障礙症( mood disorders ) 的可能，以期建立正確的診斷並給予妥善的治療，並減少不必要的醫療資源浪費。

### 個案報告

一位 61 歲離婚女性病患，於民國 87 年 2 月 3 日因抱怨腹痛住本院內科病房，診斷為慢性胰臟炎，第 44 次住院。

病患於民國 59 年 12 月 12 日( 33 歲 ) 因急性腹痛到本院第一次至本院住院，病患抱怨上腹部疼痛與噁心，理學檢查發現低度發熱、心跳加速，實驗數據發現血清澱粉( amylase ) 為 450 Somogyi unit，白血球為每立方毫米 18500，經內科醫師診斷為急性胰臟炎，並疑似膽道病變( cholecystopathy )。第一次以保守療法，以鼻胃管引流胃液、靜脈輸液，並以配西汀予以止痛，病情迅速獲得改善，遂於七天後出院。民國 60 年 3 月 4 日病患因上腹疼痛第二次住院，診斷為急性胰臟炎合併胰臟膿瘍( pancreatic abscess )，後由外科醫師進行胰臟膿瘍引流( external drainage ) 與膽囊切除手術並置放 T 型管引流( cholecystectomy and T-tube drainage )，病理切片報告為大網膜( omentum ) 脂肪壞死( fat necrosis )。由於病患疼痛難耐，故以配西汀口服與靜脈注射止痛。病情穩定後於 4 月 22 日出院，但同月 29 日至 5 月 3 日又因術後沾粘( adhesion ) 再度入院。出院後未使用配西汀。

61 年 11 月 3 日病患再因上腹疼痛再度入院，診斷為胰臟假性囊腫( pseudocyst of pancreas ) 住院，隨後開刀，術後診斷為慢性胰臟炎合併脂肪壞死、結腸周圍膿瘍( pericolic abscess )、及胰臟周圍沾粘。以配西汀口服與靜脈注射止痛。64 年 9 月，病患因子宮頸癌( 第一期 b ) 開刀，婦產科醫師亦用配西汀控制疼痛。此後，病患開始常到北台灣各醫院急診室與診所要求注射配西汀。病患於子宮頸癌手術後，有膀胱功能異常( bladder dysfunction )，因此個案常因泌尿道感染、慢性胰臟炎等診斷入院。在本院，於 87 年 2 月前，住院 43 次，但 64 年後均未再接受任何手術治療，雖數次血清澱粉( amylase ) 超過 200 Somogyi unit，但大多正常，然而每次的主訴都是腹痛，要求打配西汀。若在本院無法滿足需求，病患便到他處就醫，主訴亦然。因慢性胰臟炎，全民健康保險實施後，病患使用健保給付接受施打配西汀，如民國 86 年，病患之健保卡使用至 PP 卡。二十多年來，家屬曾送病患到戒癮機構或精神科專科醫院治療其藥癮，但均失敗。

家庭方面，病患 25 歲結婚，生有二個兒子。由於病患長期尋求藥物的行為造成嚴重困擾，導致先生無法忍受，於 60 年代末期離婚。二子在長大後，因害怕母親的行為模式而保持距離。病患數次控告先生與兒子惡意遺棄，雙方關係惡化。70 年代起，家屬都不讓病患知道住處，只以電話連絡。

86 年 10 月，第 42 次住院，內科醫師首度會診精神科醫師，要求評估病患是否真的腹痛而需給予配西汀。精神科醫師於第一次會談，發現病患滔滔不絕，內容

誇大，情緒高昂，注意力易分散，並未發現病患有腹痛，初步診斷為配西汀依賴 (Demerol dependence)，但亦懷疑有躁症。原本欲澄清病史，但因病患在內科病房大鬧，並稱醫師非禮她 (實為四肢保護約束)，遂辦理自動出院。出院後，控告精神科醫師，理由是精神科醫師不告訴她誰非禮 (約束) 她。

87 年 2 月 3 日，病患因慢性胰臟炎等診斷入內科病房，並第二次會診精神科。精神科醫師向兒子詢問病史，發現個案並非一年到頭尋求配西汀，而是間斷性的在一年中有三、四個時段會瘋狂的到處就醫，每次約二至三個月，並且會大量花錢，到處交朋友，常跑政府機關要求見首長，亦幾乎都不睡覺；其餘的時間則生活平穩，亦不會有到處就醫的情形。有時則是長期心情惡劣，什麼都不做，在家不出門，最長的一次是一年，那年幾乎很少就醫，但兒子否認病患曾有任何藥癮以外的精神科診斷。精神科醫師再與病患會談，病患又自我膨脹，表示認識許多名人，大家都喜歡她。當時的精神狀態檢查 (M.S.E.)：意識清醒，外觀過度打扮，強迫式說話 (pressure speech)，說話內容誇大 (grandiosity)，動作量大 (active)，情緒高昂 (elevated mood)，色情妄想 (erotic delusion)、誇大妄想 (grandiose delusion)，意念飛躍 (flight of idea)。詢問病患過去病史，病患興高采烈地說出民國 53 年的精神科就醫情形。病患自訴結婚一年後心情沮喪，不想出門，不想和別人說話，常躺床哭泣，自感生不如死，於 53 年到高雄某公立療養院看診，精神科醫師診斷為憂鬱症，後來又說她是躁鬱症，前後看了快二年。第一年因幾乎都不出門，故醫師常和護士來家裡看她，後來病患覺得醫師愛上了她，頻頻跑到醫院找醫師，造成醫師的困擾；當時甚至想參選高雄市議員。該次會診之精神科診斷為 (1) 第一型雙相情感障礙症，躁症覆發，嚴重 (DSM-IV：296.54)；(2) 鴉片類藥物依賴 (opioid dependence)。後經前夫証實，病患於 53 年的確如病患所言看精神科，最後診斷為躁鬱症，但因騷擾醫生，故阻止再就醫。87 年 2 月會診精神科之後，轉精神科病房治療。

轉至精神科病房，以控制躁症與戒癮為主要目標。該次出院計劃原以至復健病房住院半年，再轉門診治療，但因種種因素未能達成。雖然 87 年 3 月 16 日出院時，病患躁症已緩解 (remission)，但未再回門診治療。停藥後一週，又出現藥癮行爲。89 年 8 月 9 日，病患因躁症被送進本院精神科住院，藥物主要以 carbamazepine C.R. (200mg) 1# bid 與 risperidone (2mg) 1# hs，加上抗高血脂症與抗高血壓藥物，病情逐漸穩定。半個月後轉至桃園縣某私立精神專科醫院復健病房治療。89 年 5 月，病患自專科醫院出院，改至本院精神科門診治療。在門診，藥物以 carbamazepine C.R. (200mg) 2#hs 與 risperidone (2mg) 1# hs，加上抗高血脂症與抗高血壓藥物，並以行爲治療強化其醫囑遵從度，至 91 年 10 月已超過 2 年均未有使用任何止痛藥，包括配西汀。90 年與 91 年，健保卡亦均只使用到 D 卡。

## 討論

躁鬱症一詞由 Emil Kraepelin 於 1899 年在歐洲提出。幾經演變，在精神醫學兩大診斷系統中，1992 年世界衛生組織公佈之 ICD-10 命名為雙相情感障礙症

(bipolar affective disorders), 1994 年美國精神醫學會公佈之 DSM-IV 稱之為雙相障礙症 (bipolar disorders)。

物質使用相關疾患中, 物質濫用 (substance abuse) 是與物質依賴 (substance dependence), 臨床醫師一般將之稱為成癮 (addiction)。雙相情感障礙症的病患超過 60% 有物質或酒精濫用的病史, 比例相當的高 4。若比較精神分裂症 (schizophrenia)、分裂情感性疾患 (schizo-affective disorder)、重鬱症 (major depressive disorder)、雙相情感障礙症與物質使用相關疾患的關係, 結果顯示雙相情感障礙症的病患有較高的危險性 5。在臺灣, 至今尚缺乏全國性的以及連續性的藥癮流行研究, 但雙相情感障礙症與物質使用相關疾患的關係仍極為密切 6。

雖然先前的各項研究結論並不一致, 但我們已覺察到雙相情感障礙症的病患常常會有物質濫用的情形; 然而, 可能是臨床醫師對雙相情感障礙症的了解不足, 亦可能是物質使用的病患經常被貼上標籤, 而未被診斷出來。本個案在民國 53 年即有精神科醫師診斷為躁鬱症, 後來個案在民國 59 年之後的就醫, 雖然其不穩定的情緒經常造成內、外科醫師的困擾, 但臨床醫師只診斷出病患為配西汀成癮, 未曾發覺其他精神方面的問題, 亦未曾會診精神科醫師。特別是病患只有單一藥物使用的問題, 這更容易被忽略, 因為大部份的情感性疾病與物質使用疾患, 大多是使用多樣的物質 7。然而, 因為此個案確實有內、外科方面的疾患, 部分的醫療人員亦深信其對痛的抱怨是病患因慢性胰臟炎而會有難忍的疼痛, 亦未仔細評估是否個案的情緒是否會影響其對痛的感覺。在這二十多年來的就醫過程中, 雖曾看過其他精神科醫師, 但亦被其使用配西汀的狀況所混淆, 而未考慮其精神疾病的可能; 當然, 個案的前夫與其他親友未能提供先前病史, 亦是造成醫師無法做出診斷的重要因素。

在雙相情感障礙症合併有物質濫用的病患的治療方面, 使用鋰鹽、Valproate、Carbamazepine 等情緒穩定劑 (mood stabilizers) 可能有效果 8-9, 但是此類的病患須加強其服藥意願, 並戒除其原有的成癮行為 9-10。以藥物治療、行為治療、家庭治療、團體治療等更多原化的治療模式, 可以更有效處理躁症、鬱症與成癮的問題 11。

雖然雙相情感障礙症與物質使用疾患的共病現象已廣為人知, 但是在臨床上卻仍然常被忽略, 特別是在只發現病患有物質使用問題。本文中個案 28 年來斷斷續續有使用配西汀的病史, 雖早已有雙相情感障礙症病史, 但因無正確診斷導致病患未能獲得最有利的治療, 也因此造成醫療資源的浪費, 衍生許多家庭社會的問題。對藥物成癮的病患評估其是否有情感障礙症, 臨床醫師的確應該有更高的敏感度與警覺性。

## 參考文獻

1. Apte MV, Keogh GW, Wilson JS. Chronic pancreatitis: complications and management. *J Clin Gastroenterol* 1999; 19: 225-40.

2. Niemann T, Madsen LG, Larsen S, Thorsgaard N. Opioid treatment of painful chronic pancreatitis. *Int J Pancreatol* 2000; 27: 235-40.
3. Brady KT, Sonne SC. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 ( Suppl 3 ): 19-24.
4. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 1996; 37: 43-9.
5. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 48-55.
6. 陳喬琪：與酒癮或藥癮共患的精神疾病。 *中華精神醫學* 1996; 4: 315-23.
7. Bai YM, Lin CC, Hu PG. Risk factors for substance use disorders among inpatients with major affective disorders in Taiwan Chinese. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 377-80.
8. Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 17S-22S.
9. Sherwood BE, Suppes T, Adinoff B. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord* 2001; 65: 105-15.
10. Miller NS, Guttman JC. The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorder. *J Psychoactive Drugs* 1997; 9: 249-54.
11. Sutor B, Tinsley JA, Morse RM. Management of patients with bipolar mood disorder and substance dependence. *J Addict Dis* 1999; 18: 83-93.

Substance Addictive Behavior after Pancreatic Abscess Drainage in A Bipolar  
Affective Patient with Acute Pancreatitis---- A Case Report

Chun-Kai Fang, Shou-Chuan Shih\*, Kuang-Hsien Wu,  
Tai-Cherng Liou\*, and Chia-Ning Chang

Department of Psychiatry, Disorder of Hepato-Gastroenterology,

\*Department of Internal Medicine, Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

Meperidine is an opioid analgesic that is frequently used to treat intractable pain, but its addictive tendency is also clinically recognized. Here we present a 61-year-old female suffering from chronic pancreatitis with meperidine addictive behavior. The patient was diagnosed as bipolar affective disorder at the age of 27 in a psychiatric institute but lost follow up 2 years later. The patient began to use meperidine as analgesic at the age of 33 due to acute pancreatitis, and became dependence to

meperidine. However, due to the ignorance of her psychiatric disorder, her analgesic addictive behavior persisted and causing not only clinical treatment difficulties and wasting of medical resources, but also incomplete medical treatment of her illness. After complete psychiatric treatment, the patient has not used meperidine over 2 years. Therefore it is important for clinicians to assess the possible psychiatric illness among substance abusers. ( J Intern Med Taiwan 2003; 14: 37-41 )