

慢性疲勞病患之身體、精神症狀與人格特質調查

施瑩瑜¹ 李世代^{2,*} 郭聖達¹

YING-YU SHIH¹, SHYH-DYE LEE^{2,*}, SAN-DAR KUO¹

¹ 台北市立和平醫院家庭醫學科急診科

Department of Family Medicine and Emergent Medicine, Taipei Municipal Ho-Ping Hospital, Taipei, Taiwan

² 國立台北護理學院長期照護研究所，台北市萬華區內江街89號

Graduate Institute of Long-Term Care, National Taipei College of Nursing, No. 89, Nei-Chiang Street, Wan-Hwa, Taipei 108, Taiwan

*通訊作者Correspondence author. E-mail: shyhdye@ntcn.edu.tw

目標：慢性疲勞是醫療院所最常見的病症之一，本研究旨在觀察病患所合併的身心症狀及人格特質。**方法：**研究蒐集102位因慢性疲勞至家庭醫學科門診就醫的病患以及70位健康對照組，施以自填式問卷調查。**結果：**慢性疲勞病患除具較高的精神情緒疾病($p < 0.001$)、睡眠障礙($p < 0.001$)、免疫力失調($p < 0.01$)及消化性潰瘍病史($p < 0.05$)外，其平均合併的身體心理情緒障礙症狀數高達 12.13 ± 6.36 種，遠較對照組的 3.03 ± 3.63 種高($p < 0.001$)—半數以上的病患併有口乾、頸部僵硬、頭痛或頭暈、眼睛乾澀或模糊、記性變差、心神不寧以及注意力無法集中等症狀。病患在自評的性格上也較對照組易緊張、易操煩及易發脾氣($p < 0.05$)。**結論：**鑒於此類病患症狀多樣化、其儀器檢查多無異樣發現，且部分病患病症與心理情緒因子有關，臨床醫師在處置病患時應採生理心理社會模式—除針對病患的生理症狀做診治外，也應顧及其心理、人個特質。(台灣衛誌2003；22(5)：362-367)

關鍵詞：慢性疲勞、機能性身體化症候群、生理心理社會模式

An investigation to somatic symptoms, psychiatric symptoms and personality of chronic fatigue patients

Objectives: Chronic fatigue is one of the most common symptoms in medical care. This investigation is to explore the comorbidity of somatic & psychiatric symptoms and personality characteristic of patients. **Methods:** 102 patients with chronic fatigue and 70 healthy controls were evaluated by self-reported questionnaire. **Results:** Those with chronic fatigue had a higher prevalence of psychiatric diseases($p < 0.001$), sleep disturbance($p < 0.001$), immune impairment($p < 0.01$), and peptic ulcer($p < 0.05$). The amount of psychosomatic symptoms of patients was significantly more than the control group(12.13 ± 6.36 vs. 3.03 ± 3.63 , $p < 0.001$). There were more than half of the patients suffering from mouth dryness, neck tightness, poor memory, palpitation, headache or dizziness, eye dryness or blurred vision, irritability and poor concentration. The personality of patients showed more suspiciousness, sensitivity, and radicalism ($p < 0.05$). **Conclusions:** The symptoms of chronic fatigue patients frequently covered multiple organs without clear underlying medical explanations and related with psychological factors. Clinicians should approach chronic fatigue patients with a bio-psycho-social mode, intervening in patient's psychosocial variables as well as biological variables. (Taiwan J Public Health. 2003;22(5):362-367)

Key Words: chronic fatigue, functional somatic syndrome, bio-psycho-social model

前言

疲勞是種複雜、常發生在正常人與病患中的一種病症[1]。慢性疲勞則是一種原因不明、長期性、難以恢復的病態疲勞狀態，病患除身心的疲憊及多發性的不適會影響生活品質外，對個人的生活功能及工作表現也會造成重大影響[2-3]。據估計，20%基層醫療病患有慢性疲勞症狀，其中的13%以慢性疲勞為主訴而求醫[4]。因此，慢性疲勞具備社區罹病率高、對病患的影響大等特質，應為公共衛生研究的重要議題。

然而，或因台灣的醫療教育傾向於專科醫師的養成，加以症狀為導向的研究仍存有許多難以克服的困難[5-7]，國內醫學研究多以疾病及檢驗證據為導向，針對病患症狀做切入的研究內容相當少見。今以慢性疲勞病患做標的，藉著初探式、綜合性的調查與整理工作，冀能喚起醫界對病患整體性醫療照顧的重視。

材料與方法

研究以91年8月至10月間至和平醫院家庭醫學科門診就醫、以慢性疲勞為主訴的病患為對象。個案均需符合病態疲勞的診斷標準：(1)長期性、持續性或復發性的疲倦感達六個月以上；(2)疲勞感來源不明；(3)疲勞無法因休息而改善；(4)輕微的活動會造成過長時間的倦怠感；(5)病患因疲勞而降低日常活動功能等。所有收案對象均需排除明顯的內分泌疾病、慢性感染、癌症、控制不良的慢性疾病、自體免疫疾病、重度肥胖、酗酒或藥物濫用、藥物不良反應等醫源性病因。同時，研究另蒐集在同一研究期間至和平醫院體檢部門做一般體格檢查、其年齡與性別跟病例組相當的民眾做對照組。兩組皆施以自填式問卷調查。問卷的內容包括人口學資料、個案病史、於施測前一個月的身心症狀共計32種以及其與一般人比較的自評性格特質。

投稿日期：92年7月22日

接受日期：92年10月15日

問卷設計係在研究前先參考國內外相關之問卷量表，以前趨研究之病患為對象做面對面的訪談及自填式調查以確定其在本土慢性疲勞病患的適用性，然後將所蒐集的資料內容以因素分析刪除相對性缺乏效力的題項，爾後再邀集專家針對問卷量表的適宜性做評估後修正為正式之問卷量表。

統計分析以SPSS套裝軟體做建檔及分析。統計方法除描述性資料外，顯著性的檢定以Chi-square test檢定各類別變項間的差異性、以單因子變異分析(One way ANOVA)檢定數值變項的差異性。此外，因病例組與對照組在教育程度及職業狀態有明顯的不同，研究乃藉羅吉氏迴歸分析(Logistic regression)控制兩者的干擾。

結果

研究共蒐集病例組102人及對照組70人。表一為兩組基本資料的差異。與對照組比較，慢性疲勞病患之教育程度較低($\chi^2 = 12.35, p < 0.05$)、沒有工作者與不固定工作者之比例較高($\chi^2 = 14.33, p < 0.01$)。

表二為研究對象的病史分布。有四成慢性疲勞病患合併有睡眠障礙，1/5有精神情緒疾病、消化性潰瘍及免疫力紊亂的情形，其罹病率皆較對照組明顯為高($p < 0.05$)。

表三為研究個案於施測前一個月內的所發生的身體症狀。在所調查的19種身體症狀中，病例組平均合併的身體症狀數高達 7.31 ± 3.41 種，遠較對照組的 1.85 ± 2.32 高($F = 134.54, p < 0.001$)。慢性疲勞病患以口乾(68.6%)、頸部僵硬或疼痛(67.6%)、頭痛/頭暈(55.9%)、心悸(51.0%)、眼睛乾澀或模糊(50.0%)等症狀最多，出現胸悶或胸痛、全身僵緊/疼痛、嗜睡/缺乏活力、關節/肌肉僵緊痠、頻尿、腹瀉/便秘、腹脹或腹痛、手腳麻木或冰冷等症狀者亦高達四成。此等症狀的發生比例皆明顯較對照組為高($p < 0.05$)。

表四為精神心理症狀的分布情形。在所調查的13種症狀中，病例組平均合併的症狀數高達 4.81 ± 3.49 種，亦較對照組的 $1.16 \pm 1.$

表一 病例組與對照組之基本資料差異分析

項目	病例組(N = 102)		對照組(N = 70)		卡方檢定 χ^2	顯著性 p值
	人數	百分比	人數	百分比		
性別						
男	47	46.1%	36	51.4%	0.48	0.296
女	55	53.9%	34	48.6%		
年齡						
< 30歲	14	13.7%	8	11.4%	5.26	0.260
31-40歲	25	24.5%	12	17.1%		
41-50歲	30	29.4%	32	45.7%		
51-60歲	23	22.5%	14	20.0%		
> 60歲	10	9.8%	4	5.7%		
教育程度						
小學	6	5.9%	1	1.4%	12.35	0.015
初中	16	15.7%	3	4.3%		
高中	35	34.3%	21	30.0%		
大專	41	40.2%	44	62.9%		
研究所	4	3.9%	1	1.4%		
職業狀況						
無	17	16.7%	1	1.4%	14.33	0.002
有，不固定工作	21	20.6%	10	14.3%		
已退休	10	9.8%	15	21.4%		
有，固定工作	54	52.9%	54	77.1%		

表二 病例組與對照組之病史差異分析

項目	病例組(N = 102)		對照組(N = 70)		卡方檢定 羅吉氏迴歸	
	人數	百分比	人數	百分比	χ^2	Exp(B)
精神情緒疾病	28	27.5%	2	2.9%	17.42***	8.77**
抵抗力差	25	24.5%	2	2.9%	14.71***	12.06***
睡眠障礙	43	42.2%	11	15.7%	13.48***	3.57**
消化性潰瘍	24	23.5%	5	7.1%	7.75**	3.95**
過敏症	19	18.6%	6	8.6%	3.38*	2.61*
糖尿病	4	3.9%	4	5.7%	0.30	0.46
高血脂症	5	4.9%	3	4.3%	0.08	1.17
高血壓	12	11.8%	8	11.4%	0.01	1.28
其他疾病	22	21.6%	9	12.9%	2.13	1.99

註：顯著性檢定 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Exp(B) 為控制職業狀況及教育程度之odds ratio

表三 病例組與對照組之身體症狀平均數(±標準差)及各別症狀盛行率比較

項目	病例組(N = 102)		對照組(N = 70)		卡方檢定 羅吉氏迴歸	
	人數	百分比	人數	百分比	χ^2	Exp(B)
平均症狀數 ± 標準差	7.31 ± 3.41		1.85 ± 2.32		p < 0.001	
口乾	70	68.6%	12	17.1%	44.11***	13.68***
心悸	52	51.0%	5	7.1%	36.00***	12.82***
全身僵緊/疼痛	45	44.1%	3	4.3%	32.74***	23.58***
頸部僵硬或疼痛	69	67.6%	17	24.3%	31.20***	6.74***
胸悶或胸痛	45	44.1%	5	7.1%	27.52***	10.23***
嗜睡/缺乏活力	44	43.1%	5	7.1%	26.40***	10.56***
頭痛/頭暈	57	55.9%	13	18.6%	23.94***	4.92***
腹脹或腹痛	37	36.3%	4	5.7%	21.35***	10.34***
手腳麻木或冰冷	36	35.3%	4	5.7%	20.35***	7.47***
頻尿	40	39.2%	6	8.6%	19.89***	7.48***
眼睛乾澀或模糊	51	50.0%	13	18.6%	17.06***	4.15***
腹瀉/便秘	38	37.3%	8	11.4%	14.13***	4.09**
多汗/易起雞皮疙瘩	24	23.5%	2	2.9%	13.83***	7.44**
關節/肌肉僵緊痠	42	41.2%	11	15.7%	12.62***	3.40**
耳鳴/耳塞	28	27.5%	5	7.1%	11.04***	5.07**
氣喘或呼吸不順	15	14.7%	1	1.4%	8.67**	13.11*
體重不穩	23	22.5%	6	8.6%	5.78*	2.73*
胃口明顯改變	16	15.7%	4	5.7%	4.02*	2.26
性生活障礙	14	13.7%	4	5.7%	2.84	2.24

註：顯著性檢定 * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001"

Exp(B) 為控制職業狀況及教育程度之odds ratio

表四 病例組與對照組之心理情緒症狀平均數(±標準差)及各別症狀盛行率比較

項目	病例組(N = 102)		對照組(N = 70)		卡方檢定 羅吉氏迴歸	
	人數	百分比	人數	百分比	χ^2	Exp(B)
平均症狀數 ± 標準差	4.81 ± 3.49		1.16 ± 1.76		p < 0.001	
情緒憂鬱	48	47.1%	6	8.6%	28.55***	8.34***
無法專心/注意力不集中	50	49.0%	7	10.0%	28.53***	9.25***
明顯焦慮、緊張	47	46.1%	6	8.6%	27.39***	7.94***
煩躁/心神不寧	53	52.0%	10	14.3%	25.38***	7.21***
情緒浮動或不穩定	36	35.3%	3	4.3%	22.77***	12.73***
明顯怒氣/容易發脾氣	44	43.1%	8	11.4%	19.79***	6.81***
記性變差/健忘	67	65.7%	22	31.4%	19.51***	3.95***
感覺絕望/無助	22	21.6%	0	0.0%	17.31***	7222
有不安全感	39	38.2%	7	10.0%	16.89***	5.45***
糊塗/思考困難	25	24.5%	2	2.9%	14.71***	9.13**
無法克制哭泣、流淚	16	15.7%	1	1.4%	9.47***	9.47*
有自殺念頭	12	11.8%	0	0.0%	8.85***	1705
對活動興趣減少	32	31.4%	9	12.9%	7.84**	2.82*

註：顯著性檢定 * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Exp(B) 為控制職業狀況及教育程度之odds ratio

76高($F = 65.4$, $p < 0.001$)。症狀中以發生記憶性變差 / 健忘(65.7%)的比例最高,其次是煩躁 / 心神不寧(52.0%)、無法專心 / 注意力不集中(49.0%)、明顯焦慮 / 緊張(46.1%)明顯怒氣 / 容易發脾氣(43.1%)等;病患除有上述焦慮症狀及認知功能障礙外,在情緒憂鬱、感覺絕望 / 無助、無法克制哭泣 / 流淚、對活動興趣減少、有自殺傾向等憂鬱症狀方面亦比對照組明顯嚴重($p < 0.05$)。

表五為兩組個案自評的性格偏差之比較分析。病例組在容易緊張、容易操煩、易發脾氣等自評性格傾向上皆與對照組有明顯的差異($p < 0.05$);其中慢性疲勞病患自陳性格上有較一般人容易緊張、性子急、易操煩等傾向者高達七成以上。

討 論

機能性身體化症候群(functional somatic syndrome)是指一組臨床檢查無法解釋、症狀表現無特異性、彼此間常有重複或共同罹患(co-morbidity)現象的一組症狀。常見的症狀包括疲倦、睡眠障礙、頭痛、頭暈、肌肉或關節僵緊酸痛、記憶不佳、情緒浮躁或注意力難以集中、噁心或其他腸胃症狀、焦慮、憂鬱、心悸、氣喘、口乾等[8]。由於此類症候群涉及不同器官系統、儀器檢查少有異常發現,很容易在精密分工的專科醫師制度及講求實證科學的診療風氣下,讓病患接受片斷性、重複性、不適切的檢查及治療,進而

造成醫療資源的浪費[9-10]。因此,如何提昇醫師對機能性身體化症候群的診治能力,進而整合醫療資源的利用,應是當前應付此種常見症狀的重要議題。

研究結果顯示,慢性疲勞病患雖以多發性的身體症狀為主訴而求醫,但部分病患的心理及情緒障礙卻相當明顯,部分病患更具備有誘發下視丘—腦垂體—腎上腺軸(hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA axis)亢進、造就慢性壓力反應的性格特質(包含急性子、易緊張、易操煩、易發脾氣等)。故部分不明原因的慢性疲勞(或多發性的機能性身體化症狀)與憂鬱症等精神疾病間的相關性是忽略的事實。國外研究亦發現部分慢性疲勞病患確有明顯之精神情緒及認知功能障礙[11-12]。因此,臨床醫師在處置這類難以解釋的機能性身體化症候群時,應針對其所合併的心理社會障礙或人格特質進行矯治,如此才能給予病患有效的醫療照護[13-16]。

總之,疲勞是種临床上所最常見的複雜、多元性症狀表現,故診療處置時必須把持整體性的全人照顧模式[17-18]。臨床醫師在面對慢性疲勞及其相關病症時,應以身體、心理、社會模式(bio-psycho-social model)為主導,依據病患的個別差異而施以處方藥物、認知行為治療、心理治療、運動鬆弛處方等[19-20],如此才能真正落實高品質、高效率的醫療服務。

表五 病例組與對照組自陳與一般人相較之性格特質分析

項目	病例組(N = 102)		對照組(N = 70)		卡方檢定	羅吉氏迴歸
	人數	百分比	人數	百分比	χ^2	Exp(B)
較一般容易緊張	86	84.3%	41	58.6%	13.35***	3.54**
凡事比較容易操煩	72	70.6%	30	42.9%	12.57***	3.56***
較普通人容易發脾氣	52	51.0%	22	31.4%	6.11***	2.16*
性情較一般人急躁	76	74.5%	39	55.7%	4.41*	1.68
對事情要求較高	56	54.9%	35	50.0%	0.37	1.19

註:顯著性檢定* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Exp(B) 為控制職業狀況及教育程度之odds ratio

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

致 謝

本研究承蒙和平醫院家庭醫學科楊春娥小姐、保健科王紹榮主任及蔡妙枝小姐，台北護理學院林旭龍所長及國家衛生研究院張新儀博士協助資料蒐集及諮詢工作，在此謹致萬分謝意。

參考文獻

1. Grandjean E. Fatigue. *Am Ind Hyg Assoc J* 1970; **31**:401-11.
2. Herrell R, Goldberg J, Hartman S, Belcourt M, Schmaling K, Buchwald D. Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a co-twin control study of functional status. *Qual Life Res* 2002; **11**:463-71.
3. Liedberg GM, Henriksson CM. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia: an interview study. *Arthritis Rheum* 2002; **47**:266-74.
4. Cathébras PJ, Robbins J M, Kirmayer LJ, Hayton BC. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome. *J General Int Med* 1992; **7**:276-86.
5. Kroenke K. Studying Symptoms: Sampling and Measurement Issues. *Ann Int Med* 2001; **134**:844-53.
6. Fukuda K, Strauss S, Hickie I, Sharpe M, Dobbins J, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Int Med* 1994; **121**:953-9.
7. Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, et al. Chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *J Royal Soc Med* 1991; **84**:118-21.
8. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Int Med* 1999; **130**:910-21.
9. Smith GRJ, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; **146**:69-72.
10. Steven ID, McGrath B, Qureshi F, Wong C, Chern I, Pearn-Rowe B. General practitioners' beliefs, attitudes and reported actions towards chronic fatigue syndrome. *Aust Fam Physician* 2000; **29**:80-5.
11. Addington AM, Gallo JJ, Ford DE, Eaton WW. Epidemiology of unexplained fatigue and major depression in the community: the Baltimore ECA follow-up, 1981-1994. *Psychol Med* 2001; **31**:1037-44.
12. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a psychiatric perspective. *Environ Health Persp* 2002; **110**: 631-6.
13. Wessely S. Chronic Fatigue: Symptom and Syndrome. *Ann Int Med* 2001; **134**:838-43.
14. Ehrlich GE. Chronic Fatigue: Syndrome or Disease? *JAMA* 2000; **283**:744-5.
15. Allen L, Escobar JI, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL. Psychosocial Treatments for multiple unexplained physical symptoms: A review of the literature. *Psychosoma Med* 2002; **64**:939-50.
16. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; **40**:330-8.
17. Sharpe M, Wilks D. Fatigue. *BMJ* 2002; **325**:480-3.
18. Craig T, Kakumanu S. Chronic fatigue syndrome: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2002; **65**:1083-90.
19. Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clin J Pain* 2001; **17**:114-27.
20. Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. *Chronic Fatigue and Its Syndromes*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

