

病歷號		給表日期	
填寫人	☐ 本人 ☐ 家屬	回收日期	

帕金森氏症是否要進行深部腦刺激手術？

帕金森氏症是腦內稱做黑質部位出現了退化，導致未能產生足夠的神經傳導物質—多巴胺，使得肌肉活動受到不同程度的限制，直接影響身體的活動，阻礙患者的活動能力。目前仍沒有根治帕金森氏症的方法，但透過藥物、手術等治療可以明顯減緩症狀，使患者可以獨立生活，並享有較好的生活品質。

動作障礙依嚴重度分期（分五期），從輕到重可看到以下變化：

症狀	
第一期	單側肢體症狀。手會有些顫抖，也較僵硬，手部精細動作較笨拙。 
第二期	兩側肢體皆有症狀。行走時軀體及雙下肢皆較僵直、遲緩，此階段仍然有能力從事輕便工作、獨自完成日常生活、也可自我照顧。 
第三期	此時走路相當緩慢，不但步伐很小，動作很緩慢，甚至會有身體平衡障礙。 
第四期	病患行走時相當不穩，舉步維艱，需要旁人攙扶才能走動，日常生活(吃飯、洗澡等)皆需旁人協助。 
第五期	末期病患已無法行走，完全臥床。容易產生褥瘡、肺炎、營養不良，以致死亡。 

在早期病人大多能藉由藥物控制得到良好的行動改善，由於帕金森氏症為進行性的神經退化疾病，在多巴胺神經陸續死亡後，藥物反應會越來越差。隨疾病進展，帕金森的患者開始容易出現動作障礙以外之其他症狀、藥效減退及相關副作用。

非動作障礙症狀/因疾病本身或與治療藥物

相關副作用如下：

心血管症狀： 姿勢性頭暈/ 暈厥		認知功能受損： 注意力/記憶力/ 方向感變差	
幻覺與精神狀態：		情緒/憂鬱與焦慮：	
睡眠問題/疲倦：		性功能障礙：	
排尿問題：		便秘問題：	
其他：疼痛		其他：嗅覺異常	

個案背景描述:	
您的主要照顧者?	☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 兒女 ☐ 其他:
您目前工作?	☐ 已退休 ☐ 未退休，職業請註明:_____
家庭系統支持程度? (針對情感支持、是否能了解到您的需求、是否善於幫忙您解決問題等)	☐ 家庭系統支持性差 ☐ 僅部分支持 ☐ 絕大部份支持 ☐ 百分之百支持
家庭經濟狀況?	☐ 富裕 ☐ 小康 ☐ 普通 ☐ 清寒
您/您的家人是個個性獨立，不喜依賴他人的性格?	☐ 自尊心很高，自我要求很高，不能接受進食如廁需他人幫忙 ☐ 生病時若需要就只好將就 ☐ 可以接受進食如廁需他人幫忙 ☐ 未曾討論過
您/您的家人面對困難的反應?	☐ 過程雖然辛苦，但最終有收穫便會努力 ☐ 不太能承受辛苦但比較樂觀 ☐ 面對挫折與辛苦比較負面消極 ☐ 未曾討論過
您目前的生活品質為何?	☐ 無疼痛或不適，並能跟他人互動 ☐ 雖然有些疼痛或不舒服，但有時也是可以跟他人互動 ☐ 時常感到疼痛或不舒服，不太有能力跟他人互動 ☐ 大部分時間都感到疼痛或不舒服，無法跟任何跟他人互動

透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一：治療方式比較

	維持藥物治療	深部腦刺激手術+配合藥物治療
適用症	適用於第一至第五期帕金森氏症病患	適用於第三或第四期原發性的帕金森症病患，身體狀況良好，雖有藥物副作用但仍對藥物有反應者
費用	健保給付	若全自費使用相關醫材總價大約一百萬元，符合健保條件者，可健保給付（扣除健保給付，病人需自付約部分耗材費用）
長期效果	部份病人可藉由藥物的調整得到幫助	接受深層腦刺激手術後，可改善： 1.減少異動症(身體不自主運動) 2.降低「開、關」現象 3.減少藥物的劑量 4.改善顫抖、僵硬、動作緩慢等帕金森症狀 整體而言，大多病人可得到更好的控制，且服用的藥量減少
副作用	不同藥物會產生不同的副作用	*感覺異常:麻木、麻刺感 *語言問題:發音困難和言語障礙 *視力問題:複視 *眩暈或頭昏眼花 *面部和四肢肌肉無力/局部癱瘓 *異常的不自主運動（舞蹈症、肌張力障礙、活動障礙）
舒適性	須忍受藥物帶來的副作用和藥效變動	*術後並無明顯的受限性，可自由的洗頭和使用大多數的日常電子用品。 *仍須繼續服藥，會改善藥物帶來的副作用和減少服用的藥量

步驟二：請選擇您對手術部分最在意的因素與程度

	最不在意 ←————→ 最在意					
手術效果	0	1	2	3	4	5
手術風險/後遺症	0	1	2	3	4	5
手術所產生的傷口及外觀	0	1	2	3	4	5
手術治療費用	0	1	2	3	4	5
手術影響日常生活程度	0	1	2	3	4	5

步驟三：以下問題想了解您是否已經了解您的手術內容？

	是	否	不清楚 (請列出想了解資訊)
1.手術是否可治癒帕金森氏症？	☐	☐	
2.所有病人皆可接受深部腦刺激手術？	☐	☐	
3.對藥物反應不好的病人，接受手術仍可以減輕症狀？	☐	☐	
4.接受手術治療後可能伴隨治療風險跟後遺症？	☐	☐	
5.有想再了解的資訊？如有，請寫下：			

步驟四：您是否決定好您的治療方式？

1.我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(擇一)

- ☐維持藥物治療
☐深部腦刺激手術+配合藥物治療
☐我想要再與我的主治醫師討論我的決定
☐我想要再與其他人（包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者…）討論我的決定
☐對於以上治療方式，我想要再瞭解更多

請問您此次使用醫療決策輔助工具的經驗和看法

1.您此刻是否已經做好醫療選項（治療方案）的決定？

- ☐我目前仍無法決定。
☐我在使用本輔助工具前已做好決定。
☐我在使用本輔助工具前有決定，但使用本輔助工具後改變決定的選項。
☐我在使用本輔助工具後才做好決定。

2.此輔助工具能充份提供您目前面對醫療決策的相關知識？

- ☐非常不同意 ☐不同意 ☐普通 ☐同意 ☐非常同意

3.此輔助工具有助於您更瞭解目前面對的各種醫療選項優、缺點的内容？

- ☐非常不同意 ☐不同意 ☐普通 ☐同意 ☐非常同意

4.此輔助工具能協助您做出最適合的醫療選擇？

- ☐非常不同意 ☐不同意 ☐普通 ☐同意 ☐非常同意

5.對於本次醫療決策選擇的確認

- (1)您是否對您的最佳選擇感到確定？ ☐是 ☐否
 (2)您是否知道每個選項的好處與風險？ ☐是 ☐否
 (3)您是否清楚哪些好處與風險對您是最重要的？ ☐是 ☐否
 (4)您是否有的得到足夠的幫助、意見和支持去做選擇？ ☐是 ☐否

感謝您閱讀與填寫此輔助評估表

完成本份評估，請交回給醫療人員，若有問題可再與您的主治醫師討論