

個案報告

## 臨床表現類似精神分裂症之猝睡症：一例報告

陳俊興<sup>1</sup> 李宇宙<sup>3</sup> 徐崇堯<sup>2</sup> 蔡政櫻<sup>2</sup> 陳喬琪<sup>1</sup>

**目的：**報告一猝睡症的個案，其臨床表現以明顯的幻覺及妄想症狀為主，易被診斷為精神分裂症。**病例報告：**本文報告一位十七歲未婚女性的猝睡症患者，臨床症狀以視幻覺、聽幻覺及次發性關係妄想為主，最初被診斷為精神分裂症，經兩種抗精神病藥物治療反應不佳。進一步檢查，發現有白天過度嗜睡、猝倒及睡眠麻痺等症狀。在睡眠腦波、人體白血球抗原檢查的輔助下，證實為猝睡症，並以中樞神經興奮劑與三環抗鬱劑治療，症狀顯著改善。**結論：**某些猝睡症患者，臨床症狀與原發性精神病症狀不易區分。針對此一發現，本文回顧文獻，一些治療反應不佳的精神分裂症，後來證實為猝睡症的報告，並討論快速動眼期睡眠與精神症狀的關係。

關鍵詞：猝倒，精神分裂症，快速動眼期睡眠

(台灣精神醫學 1999; 13: 161~7)

前 言

猝睡症（narcolepsy）為一睡眠疾病，主要症狀為白天過度嗜睡，其他相關症狀包括猝倒（cataplexy）、臨睡幻覺（hypnagogic hallucination）或臨醒幻覺（hypnopompic hallucination）、睡眠麻痺（sleep paralysis）[1]。有時病人在白天有明顯的幻覺，並產生次發性妄想，而容易被診斷為精神分裂症。國外已有報告顯示一些所謂治療頑抗之精神分裂症患者，實際上是猝睡症[2]。並且進一步探討二者在睡眠生理學和基因學上之相關性[3,4,5]。回顧我國精神醫學界尚未有類似報告，因此提出一位女性，以視幻覺、聽幻覺及妄想為主訴，被診斷為精神分裂症，經深入

問診及檢查，證實為猝睡症的患者，以中樞神經興奮劑及三環抗憂鬱劑治療，症狀顯著改善。藉此討論有關猝睡症與精神分裂症鑑別診斷上可能遭遇之困難。由於快速動眼期 (rapid eye movement, REM) 睡眠與猝睡症的幻覺發生有關，本文就快速動眼期睡眠與精神分裂症的幻覺經驗，及其對其他精神疾病精神症狀發生的可能關係做探討。

個案報告

病人爲十七歲的未婚女性，自然產，出生體重正常，並無發展遲緩、身體重大疾病或藥物濫用病史。外祖母的妹妹疑似與病人有類似的情形。父母親於病人兩歲時離婚，目前與母親同住。

台北市立療養院成人精神科<sup>1</sup> 及神經科<sup>2</sup> 國立台灣大學附設醫院精神部<sup>3</sup>  
受理日期：1998年12月18日；修正日期：1999年2月26日；接受日期：1999年3月11日  
通信作者地址：李宇宙，台北市常德街一號 台大醫院精神部

病人約十四歲時開始出現在周圍沒有人的時候會聽到一些人叫她的名字，閉起眼睛會看到模糊的影像在彈鋼琴，並會問她彈得好不好，因此覺得很害怕，有時害怕到晚上不敢入睡，或在半夜出現驚叫大喊、睡眠中斷的情形，白天情緒變得易怒、嗜睡，甚至發生走在路上會覺得路人特別注意她，類似關係意念的現象，並覺得家中不太對勁、有問題，而且因為上述情形導致在校適應不良，成績退步。十五歲時因上述視幻覺、聽幻覺、及關係妄想持續近一年而至某醫學中心精神科門診求治。當時意識清醒，外觀清潔，衣著合宜，態度合作，情感表達適切，言談切題，行為合宜，無思考型式障礙（formal thought disorder）；思考內容呈現明顯的關係意念，在知覺方面有明顯的視幻覺及聽幻覺，在疑似精神分裂症的診斷下，以抗精神病藥物 trifluoperazine（Stelazine）10–15 mg/day 治療八個月，但視幻覺、聽幻覺仍持續存在，白天常躺床睡覺，並出現社交退縮的情形。

由於治療反應不佳，病人的母親又將病人送至另一所精神專科教學醫院，當時精神狀態檢查仍呈現明顯的關係意念與視幻覺、聽幻覺，臨床神經學檢查無異常發現，例行生化（包括甲狀腺功能）及血液檢查皆在正常範圍內，腦部核磁共振影像檢查無異常發現，在疑似精神分裂症的診斷下，以另一線的抗精神病藥物 sulpiride（Dogmatyl）200–400 mg/day 治療，但視幻覺、聽幻覺等精神症狀仍持續存在。由於幻覺常出現在睡覺前後，且在睡眠中會有驚嚇大叫的情形，在懷疑類睡症（parasomnia）的情況下安排多項功能睡眠腦波檢查。檢查發現在快速動眼期睡眠出現多次的驚醒，手腳揮動，符合快速動眼期行為疾患（REM behavior disorder, RBD）的診斷（圖一）；由於 RBD 在青少年極為少見，且

單純RBD並不會造成白天嗜睡，故進一步做多次入睡時間測定（multiple sleep latency test, MSLT），發現五次測定有三次在睡眠後 15 分鐘內即出現快速動眼期睡眠（圖二），且平均入睡時間（mean sleep latency）小於 5 分鐘（表一），為典型睡眠發生快速動眼現象（sleep onset REM, SOREM）。進一步澄清病史，病人除了幻覺的症狀之外，也出現當情緒激動，如大笑或生氣時，會覺得肌肉無力，好像快倒下去，或是無法合上嘴巴等類似猝倒（cataplexy）的現象；白天常感到嗜睡，且常常在上課時忍不住睡著，有時坐在機車上都會睡著，在短暫的睡眠之後，精神便可恢復。此外，人體白血球抗原檢查結果有 HLA-DR15 和 DQ6。在猝睡症的診斷下，嘗試停用抗精神病藥物，並開始使用methylphenidate（Ritalin）10 mg/day 及 chlomipramine（Anafranil）75–100 mg/day 治療；一週後，幻覺及猝倒的頻率明顯減少，白天精神也顯著改善。病人接受上述治療至今近二年，幾乎無白天嗜睡及幻覺的干擾，目前就讀某高中，可維持正常功能。

## 討 論

本個案先後被診斷為精神分裂症以及猝睡症，兩種疾病可能有類似的臨床表現。該患者是否為原發性精神分裂症患者，而逐漸產生續發性猝睡症狀；或為原發性猝睡症，而表現出類似精神分裂症性症狀，甚至是二者同罹共病的可能性為何，值得進一步探討。

根據個案持續的臨床表現：清醒時有明顯的聽幻覺，視幻覺，及關係妄想，持續時間已達一年以上，且造成課業退步，同時排除其他身體疾病（當時未排除睡眠疾病）或藥物濫用的影響；此外，病人心情低落與其它憂鬱症狀



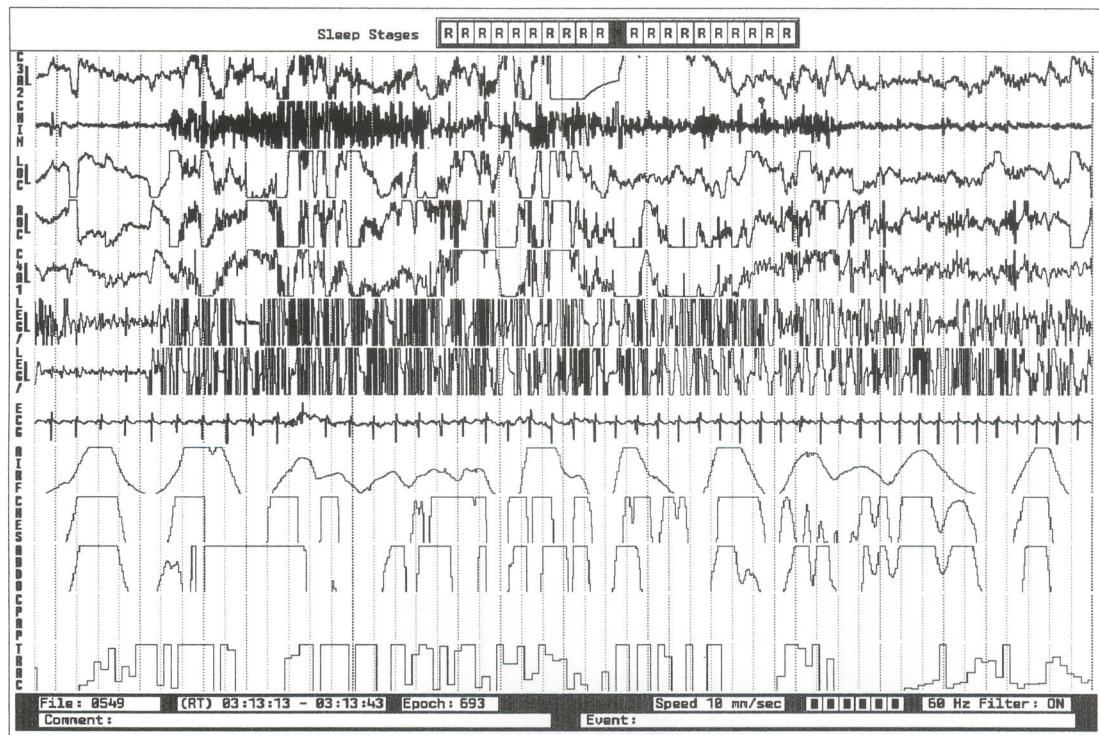


Fig 1. A nocturnal polysomnography of REM behavior disorder (RBD). In the second channel, the burst of high amplitude of EMG in chin muscle from atonic baseline characterizes the occurrence of REM behavior disorder. ECG: electrocardiogram; EEG: electroencephalogram; EMG: electromyogram; EOM: eye movements.

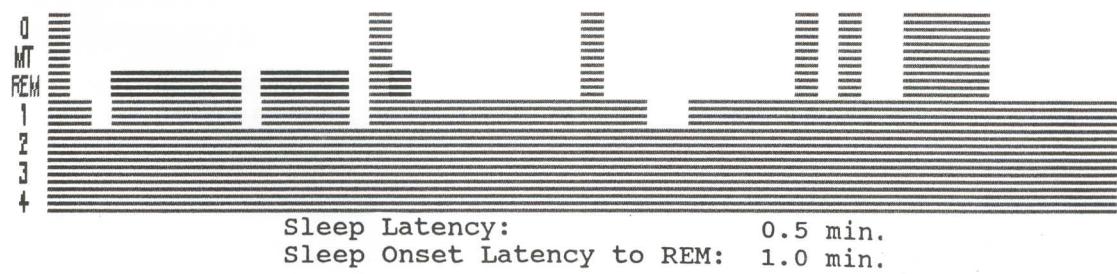


Fig 2. A typical sleep-onset rapid eye movement (SOREM). Rapid eye movement (REM) appears within one minute after sleep onset.

Table 1. Findings of multiple sleep latency test

SL SOREM							Mean 3/5
	2.0 min +	0.5 min -	0.5 min +	0.5 min +	1.5 min -	0.9 min	

Note: 1. Mean sleep latency is about 0.9 minute and SOREM is found in three out of five tests.

2. SL: sleep latency; SOREM: sleep onset rapid eye movement.

乃是因為幻覺的干擾與白天過度嗜睡而產生的，故當初排除原發性憂鬱症而診斷為精神分裂症，並以抗精神病藥物治療近八個月，但是治療的反應不佳。由於個案在睡眠中出現驚叫大喊的情形，多項功能睡眠腦波檢查呈現典型RBD的結果；RBD在青少年較為少見，且單純的RBD並不會造成白天過度嗜睡，然而此個案除了白天過度嗜睡外，常在睡前或醒來的前後出現幻覺，況且 Schenck 等人在一系列的RBD個案中發現約有12.5%的個案合併患有猝睡症[6]；經詳細檢查此個案之精神病理的相關因素，發現可能與猝睡發作的續發性表現有關，進一步澄清病史，個案在臨床表現有猝倒及睡眠麻痺等症狀；此外，多次入睡時間測定出現平均入睡時間小於5分鐘，及五次測定中有三次快速動眼期睡眠在15分鐘內出現的SOREM現象（表一），人體白血球抗原有HLA-DR15和DQ6，綜合上述資料診斷此個案為猝睡症合併RBD患者。猝睡症中有極少數是因為腦部病變所引起的，例如腦腫瘤、中風、或頭部外傷，但是從臨床神經學、生化血液檢查及腦部核磁共振影像皆正常來看，應可排除器質性腦病變引起猝睡症的可能性。個案以中樞神經興奮劑及三環抗憂鬱劑治療後，幻覺及妄想症狀明顯改善；倘若個案同時罹患精神分裂症，則在使用興奮劑後，其精神分裂症的相關精神症狀應會惡化[7]，但追蹤近二年來其幻覺等症狀有明顯的改善，未有惡化情形。

猝睡症的典型臨床症狀包括過度嗜睡，猝倒，臨睡幻覺或臨醒幻覺，睡眠麻痺[1]。根據美國精神醫學會所定之診斷準則第四版[8]，猝睡症包括1：持續三個月以上無法抗拒的嗜睡；2：有猝倒或其他快速動眼期相關的成分進入睡醒之間，如臨睡幻覺或臨醒幻覺、睡眠麻痺等；且排除物質引起的生理作用或身體疾病所引起。其他檢查如多次入睡時間測定至少出現兩次以上的SOREM或平均入睡時間少於5分鐘[9]；以及人體白血球抗原檢查有HLA-DR2和DQ1[10]；後來進一步發現上述HLA的特定片段為HLA-DR15和DQ6[11]。

正常人第一次的快速動眼期睡眠在睡眠後約70–90分鐘出現，快速動眼期與夢的形成有關，夢有視覺、聽覺的成分，且內容常是不連續性、片斷、甚至是相當怪異的，但這些經驗可用夢的活化理論來解釋，是屬於生理性（physiological）而非精神病性（psychotic）[12]。而猝睡症的病人在睡眠後15分鐘內即出現快速動眼期，這種早發的快速動眼期睡眠所產生類似夢境的成分，會在未完全喪失意識的情況下出現包括視幻覺、聽幻覺、或是與快速動眼期相關的肌肉失張（muscle hypotonia），如猝倒及睡眠麻痺，上述經驗有時是相當具威脅性，可能使人產生次發性的憂鬱症狀；甚至當幻覺與現實世界無法分辨時，可能產生次發性妄想，而與精神分裂症難以區分。當病患未主動提及猝倒的病史時，很



容易將猝睡症患者描述的症狀當作是原發性精神疾病[13]。例如在上課或工作時打瞌睡，出現無法抗拒的嗜睡時，被當做是懶散、疲倦、甚至是負性症狀；當病人有明顯的情緒反應，如生氣、大笑時，出現喪失肌肉張力而跌倒或嘴巴無法合攏等猝倒現象時，會被當做是歇斯底里、轉化症狀、甚至是僵直狀態；當在白天因快速動眼期出現而產生幻覺，甚至伴隨強烈的情緒反應或因此出現次發性妄想時，往往被當作是原發性精神病而忽略了潛在的疾病。在文獻中也有報告猝睡症患者出現類似精神分裂症精神病[14,15]，這些精神症狀的產生大多是鮮明夢境及臨睡前幻覺經驗的延伸。Coren 等人將猝睡症出現精神分裂症症狀分為兩類，一類是有典型的思考型式障礙、不恰當的情感、缺乏動機及病識感，這一羣實際上是精神分裂症與猝睡症恰巧同時發生；另一類主要是妄想及幻覺狀態，但是在許多方面不像典型的精神分裂症，例如其情感表達合宜、無思考型式障礙、有相當程度的病識感，這羣患者的精神病症狀與猝睡症相關之幻覺內容交織在一起，不易分辨[15]。

早期 E. Bleuler 和 C. G. Jung 推測精神分裂症的幻覺可能與夢的幻想內容有關。直到 60 年代多項功能睡眠腦波發展後，有關睡眠與精神分裂症的關係開始引起研究者的興趣，但是並未發現快速動眼期睡眠與精神分裂症有特殊相關[3,4]。雖然 Tandon 等人發現 40 位精神分裂症患者有 10 位快速動眼期的潛值小於 30 分鐘（其中有 7 位小於 10 分鐘），而控制組則沒有潛值小於 30 分鐘者；同時發現潛值大小與正性或負性症狀呈現負相關，也就是說，潛值愈短者精神症狀愈嚴重[16]。但針對未曾服藥的精神分裂症與正常人做比較，發現慢波睡眠與快速動眼期睡眠在兩組的差異，並無一致的結果[17,18,19]。一般報告精

神分裂症之睡眠障礙可能與先前的抗精神病藥物治療，或者和負性症狀形成的行為問題有關，而不一定是疾病的病態生理現象。而憂鬱症是與快速動眼期睡眠最有相關的原發性精神病，快速動眼期睡眠的潛值與憂鬱症精神症狀的出現是否相關，結果也不一致。Thase 等人發現有精神症狀的憂鬱症患者出現 SOREM 的比率為 52%，而無精神症狀的憂鬱症患者出現 SOREM 的比率為 31%[20]，但 Kerckhofs 等人比較有精神症狀與無精神症狀的憂鬱症患者之快速動眼期潛值，發現兩組並無顯著的差異[21]。

Douglass 等人在 1991 年提出 5 位對傳統抗精神病藥物治療無效，同時有視幻覺，聽幻覺及白天過度嗜睡的精神分裂病患者，以中樞神經興奮劑治療後，對幻覺的改善有顯著的效果[2]。進一步做睡眠腦波及 HLA 的檢查，發現這些個案為猝睡症患者。他們進一步將精神分裂病與控制組（正常人）做比較，發現精神分裂病組有 HLA DR15 和 DQ6 等猝睡症相關抗原（narcoleptic-associated antigen, NAA）的比率為控制組的 3.89 倍；就精神分裂病組而言，有 NAA 者，在簡短精神評量表（BPRS）的分數較無 NAA 者為高，住院次數也較多[5]。但是 NAA 是否與精神分裂症的病程或病因有關，則尚待進一步的研究。

猝睡症可能因快速動眼期在白天出現並伴隨幻覺，進而產生次發性妄想至精神科就診，不易與精神分裂症做區分。故當病人有多重幻覺，特別是以視幻覺為主，且幻覺集中在夜間躺床入睡或將醒之際，以及次發於幻覺的妄想，但卻無明顯思考型式障礙，也沒有明顯人格敗壞，對抗精神病藥物反應不佳，青少年發病，有猝睡症的家族史者，則需要進一步澄清是否有猝睡症的其他相關症狀。



## 參考文獻

1. Yoss RE, Daly DD: Narcolepsy. *Med Clin North Am* 1960;44:955-68.
2. Douglass AB, Hays P, Pazderka F, et al: Florid refractory schizophrenia that turn out to be treatable variants of HLA-associated narcolepsy. *J Nerv Ment Dis* 1991;170:12-7.
3. Dement W: Dream recall and eye movements during sleep in schizophrenics and normals. *J Nerv Ment Dis* 1955;122:263-9.
4. Rechtschaffen A, Shulsinger F, Mednick D: Schizophrenia and physiological indices of dreaming. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10:85-93.
5. Douglass AB, Shipley JE, Haines RF, et al: Schizophrenia, narcolepsy, and HLA-DR15, DQ6. *Biol Psychiatry* 1993;34:773-80.
6. Schenck CH, Mahowald MW: Motor dyscontrol in narcolepsy: rapid-eye-movement (REM) sleep without atonia and REM sleep behavior disorder (RBD). *Annals of Neurology* 1992;32:3-10.
7. Janowsky DS, Davis JM: Methylphenidate, dextroamphetamine and levamfetamine: Effects on schizophrenic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:304-8.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC, 1994.
9. Vogel G: Studies in psychophysiology of dreams: III. The dream of narcolepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1960;3:421-8.
10. Honda Y, Asaka A, Tanaka Y, et al: Discrimination of narcolepsy by using genetic markers and HLA. *Sleep* 1986;9:254-9.
11. Mignot E, Lin X, Arrigoni J, et al: DQB1\*0602 and DQA1\*0102 (DQ1) are better markers than DR2 for narcolepsy in Caucasian and black Americans. *Sleep* 1994;17:60-7.
12. J. Allan Hobson: The Brain as a Dream Machine: An Activation-Synthesis Hypothesis of Dreaming. In J. Allan Hobson: The Dreaming Brain. The United States of America, Basic Books, 1988:203-22.
13. Shapiro B, Spitz H: Problems in the differential diagnosis of narcolepsy versus schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1976;133:1321-3.
14. Eilenberg MD, Woods LW: Narcolepsy with psychosis: report of two cases. *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic* 1962;37:561-6.
15. Coren HZ, Strain JJ: A case of narcolepsy with psychosis. *Comprehensive Psychiatry* 1965;6:191-9.
16. Tandon R, Shipley JE, Taylor S, et al: Electroencephalographic sleep abnormalities in schizophrenia: Relationship to positive/negative symptoms and prior neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:185-94.
17. Lauer CJ, Schreiber W, Pollmacher T, et al: Sleep in schizophrenia: a polysomnographic study on drug-naïve patients. *Neuropharmacology* 1997;16:51-60.
18. Ganjili R, Reynolds CF, Kupfer DJ: Electroencephalographic sleep in young, never-medicated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;30:653-62.
19. Jus K, Bouchard M, Jus AK, et al: Sleep EEG studies in untreated, long-term schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1973;29:386-90.
20. Thase ME, Kupfer DJ, Ulrich RF: Electroencephalographic sleep in psychotic depression: A valid subtype? *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:886-93.
21. Kerkhofs M, Kempenaers C, Linkowski P, et al: Multivariate study of sleep EEG in depression. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:463-8.



## Narcolepsy with Schizophrenic-like Manifestations: A Case Report

Chun-Hsin Chen, M.D.<sup>1</sup>, Yue-Joe Lee, M.D.<sup>3</sup>, Chung-Yao Hsu, M.D.<sup>2</sup>

Cheng-Szu Tsai<sup>2</sup>, Chiao-Chicy Chen, M.D., Ph.D.<sup>1</sup>

**Objective:** We report the case of a narcoleptic patient, whose psychiatric symptoms consisted mainly of hallucinations and delusion of reference, suggestive of schizophrenia. **Case Report:** This 17 year-old female patient presented with visual hallucinations, auditory hallucinations and secondary delusion, leading to an initial diagnosis of schizophrenia. The hallucinations persisted in spite of treatment with two kinds of antipsychotics. Follow-up examination disclosed excessive daytime sleepiness, cataplexy and sleep paralysis. Multiple sleep latency test showed sleep onset rapid eye movement, and HLA-typing revealed positive HLA-DR15, DQ6. Nar-

colepsy was diagnosed and psychostimulant and tricyclic antidepressant therapy were administered under the diagnosis of narcolepsy. Her clinical symptoms improved markedly thereafter. **Conclusion:** Some of the clinical symptoms of narcolepsy, such as hallucinations and secondary delusions, are quite difficult to differentiate from those of schizophrenia. Indeed, some reported cases of treatment-refractory schizophrenia have turned out to be narcolepsy. The details of the present case are discussed with an emphasis on the relationship between sleep onset REM and primary mental symptoms. (Full Text in Chinese)

**Key words:** narcolepsy, schizophrenia, cataplexy, REM sleep

(Taiwanese J Psychiatry 1999; 13: 161~7)

---

Departments of Adult Psychiatry<sup>1</sup> and Neurology<sup>2</sup>, Taipei City Psychiatric Center  
Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital<sup>3</sup>

Received: December 18, 1998; revised: February 26, 1999; accepted: March 11, 1999

Address correspondence to: Dr. Yue-Joe Lee, Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital, No.1 Chang-Te Road, Taipei, Taiwan