



彭家雄醫生

神經外科專科醫生

專業範圍：腦神經、腦血管及脊椎神經，

持牌運作數碼減影血管造影儀器施行內血管治療

手抖不一定是帕金森症

手部不自主顫抖是許多中老年人常見的症狀，但大眾往往一發現手抖就聯想到帕金森症，造成不必要的恐慌。事實上原發性顫抖症（Essential Tremor, ET）才是臨床上最常見的動作障礙疾病，其盛行率是帕金森症的20倍。本文將從顫抖型態、伴隨症狀、疾病進程與治療策略等面向，幫助讀者正確區分這兩種疾病，並提供實用的自我觀察方法與就醫建議。

靜止性顫抖 VS 動作性顫抖

顫抖（Tremor）依照發生時機可分為兩大類，這是區分不同疾病的重要線索：

靜止性顫抖（Resting Tremor）

典型表現會在肢體完全放鬆、不受力時出現，例如雙手平放腿上或自然下垂時。帕金森症特徵常以「搓藥丸」動作呈現（拇指與食指有規律的搓揉），頻率約每秒4至6次。這種顫抖會隨自主動作（如拿杯子）而減輕，但動作停止後又會出現。其神經機轉與基底核多巴胺神經元退化有關，導致運動調節迴路異常。

原發性顫抖症的臨床特徵可歸納為三大類別：

姿勢性顫抖（Postural Tremor）

於維持固定姿勢時（如雙手平舉）症狀顯著加劇。

運動性顫抖（Kinetic Tremor）

進行目標導向性動作時（如持杯飲水、書寫等）顫抖尤為明顯。

意向性顫抖（Intention Tremor）

隨動作接近目標時振幅逐漸增大（多與小腦病變具相關性）。震顫頻率範圍通常介於每秒4至12次，相較於帕金森症患者的顫抖呈現更高頻特性，初始階段逾90%病例以雙手顫抖為首發症狀，之後可延伸至頭部（表現為點頭或搖頭動作）、發聲肌肉（導致語音顫抖），極少數患者會以腿部顫抖作為初始症狀。



原發性顫抖與帕金森症顫抖的主要差異

特徵	原發性顫抖症	帕金森症
顫抖型態	動作性 (姿勢性/運動性)	靜止性 (搓藥丸樣)
起始部位	雙側手部 (90%)	單側手/腳 (70%)
頻率	每秒4至12次	每秒4至6次
酒精影響	暫時抑制 (50至70%患者)	無明顯效果
伴隨症狀	可合併步態不穩	僵硬、動作緩慢、姿勢不穩

兩症的治療選擇

原發性顫抖症的治療選擇

一線藥物包括普萘洛爾（Propranolol） β 阻斷劑，約50%患者使用後有效；撲米酮（Primidone）抗癲癇藥，70%患者可改善症狀。二線藥物包括苯二氮平類（如Clonazepam）、加巴噴丁（Gabapentin）。

除了藥物治療，嚴重病例可接受深部腦刺激術（DBS），刺激丘腦腹中間核（VIM）；或接受磁波刀（MRgFUS）治療，這是一種最新引進的無創治療技術，透過聚焦超音波精準治療顫抖源頭。此外生活上應避免咖啡因、做好壓力管理，亦可使用加重餐具減輕顫抖症狀。

帕金森症的治療選擇

藥物上包括多巴胺替代療法，左旋多巴（Levodopa）雖最為有效，但長期使用可能導致異動症；多巴胺受體促效劑（如Pramipexole）。

手術治療包括深部腦刺激術，可刺激丘腦下核（STN）或蒼白球（GPi），這項治療需嚴格篩選患者，對震顫為主型效果最佳。而復健治療可透過太極、節奏性聽覺刺激訓練改善步態。

手抖雖是帕金森症的典型症狀，但原發性顫抖症才是更常見的原因。記住這個口訣「靜抖帕金森，動抖原發性；伴隨症狀多，就醫要即時。」有助於分辨。由於醫療技術的持續發展，現今已出現如磁波刀等先進的無創治療方式可供選擇。建議患者應及早就醫以獲得明確診斷，初期可先嘗試藥物治療；若藥物療效未達預期，可進一步評估是否採用磁波刀等手術治療方式，治療期間更要定期追蹤病情變化。



正確診斷與適時治療，能幫助顫抖症患者維持良好生活品質。若有相關症狀，建議諮詢神經內科或神經外科專科醫生，制定個人化治療方案。



帕金森症患者若同時有原發性顫抖，治療反應往往較差。近年研究發現，LRRK2基因突變的帕金森患者更容易合併明顯顫抖症狀。