

# 癌症病人的憂鬱症與身心科介入時機 (PHQ-9 / GAD-7 中文版)

*Depression and anxiety in cancer: PHQ-9 / GAD-7 screening and when to refer*

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期: 2026/05/12 · 最後更新: 2026/05/12 · 審稿: 林協霆 (2026/05/12) · 主題: 癌症病人焦慮與憂鬱 (Anxiety and depression in cancer patients)

DOI: 10.5281/zenodo.20131196 · 此版本 10.5281/zenodo.20131197 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/cancer-depression-psychiatry-referral>

## 摘要 · ABSTRACT

20–25% 癌友達到憂鬱症診斷標準、30–40% 有焦慮症狀，但少於 20% 接受專業治療。本文整理 PHQ-9 / GAD-7 中文版自我評估、輕中重度的處理路徑、藥物選擇（避免 paroxetine 在 tamoxifen 病人）、心理治療與藥物比較，與「立刻急診」的紅旗症狀。

**20–25% 癌友達到憂鬱症診斷標準、30–40% 有焦慮症狀，但只有 10–20% 接受專業治療。憂鬱症不是「想太多」、不是「不夠堅強」——是可治療的疾病，且未治療會影響治療順從度、生活品質、甚至存活。**本文整理 PHQ-9 / GAD-7 中文版自我評估、輕中重度的處理路徑、抗憂鬱藥選擇（避免 tamoxifen 病人用 paroxetine）、心理治療與藥物比較、與「立刻急診」的紅旗症狀。

## 自殺意念請立刻就醫

若您或您的家人有「不想活了」「結束這一切」的念頭，請立刻：(1) 撥打 1995 (安心專線，24 小時)；(2) 撥打 1925 (衛福部安心專線)；(3) 到任何醫院急診；(4) 告訴家人或朋友陪同就醫。自殺意念不是「軟弱」，是可以被治療的醫療緊急狀況。



## 適應性反應 vs. 臨床憂鬱症

---

適應性反應	重度憂鬱症 (MDD)
症狀持續數天 ~ 2 週	持續 ≥ 2 週
心情低落但可被分散	大部分時間低落、難分散
仍能享受部分活動	對所有活動失去興趣
仍能自我照顧	自我照顧困難
睡眠 / 食慾輕度變化	顯著體重或睡眠改變
沒有自殺意念	可能有死亡或自殺意念
隨時間自然調整	需專業介入

## DSM-5 重度憂鬱症診斷標準

---

≥ 2 週，至少 5 項（含至少 1 項核心症狀：情緒低落 或 失去興趣）：

1. 大部分時間情緒低落
2. 對活動失去興趣或樂趣
3. 食慾或體重明顯改變
4. 失眠或嗜睡
5. 精神運動激動或遲緩
6. 疲憊、無能量
7. 無價值感或過度罪惡
8. 注意力、決斷力下降
9. 死亡或自殺意念

## PHQ-9 (憂鬱) 中文版

---

過去 2 週內，您有多常被以下問題困擾？（0 完全沒有 / 1 幾天 / 2 一半以上 / 3 幾乎每天）

1. 做事缺乏興趣或樂趣
2. 感到鬱悶、沮喪或無望
3. 入睡 / 睡眠困難，或睡眠過多
4. 感到疲倦或沒精力
5. 食慾不振或暴食
6. 對自己感到失望，或覺得自己對家人是負擔
7. 注意力難集中

8. 動作或說話比平常緩慢，或反而激動 / 坐立不安
9. 覺得不如死了較好，或想以某種方式傷害自己

總分	等級	處理
0-4	無	自我照顧、規律生活
5-9	輕	心理諮商、追蹤
10-14	中	心理治療 ± 藥物
15-19	中重	強烈建議身心科 + 藥物
20-27	重度	立刻身心科介入

任何分數 + 第 9 題 > 0：立刻轉介身心科或專線。

## GAD-7 (焦慮) 中文版

過去 2 週內，您有多常 (0-3 同上)：

1. 感到緊張、焦慮或煩躁
2. 無法停止或控制擔憂
3. 對許多不同事物過度擔憂
4. 難以放鬆
5. 坐立不安，難以靜止
6. 變得容易煩躁或易怒
7. 感到害怕，好像有可怕的事要發生

總分	等級
0-4	無
5-9	輕
10-14	中
15-21	重度

## 治療：心理治療 vs. 藥物

治療	適合	起效時間
CBT (認知行為治療)	輕中度憂鬱 / 焦慮	4-8 週
正念認知治療 (MBCT)	反覆發作預防	持續練習
支持性心理治療	適應性反應	個別
意義中心治療 (meaning-centered psychotherapy)	末期 / 存在焦慮	8 週
抗憂鬱藥物 (SSRI / SNRI / mirtazapine)	中重度	4-6 週起效
抗焦慮藥 (短期 BZD)	急性焦慮	30 分鐘
電痙攣治療 (ECT)	嚴重藥物治療無效	1-2 週

輕中度：心理治療為主。中重度：心理治療 + 藥物併用效果最佳。

## 抗憂鬱藥選擇 (癌友)

藥	優點	注意
Sertraline	藥物交互少、安全	噁心、性功能
Escitalopram、citalopram	同上，劑量上限低 (QT)	QT 延長
Mirtazapine	兼鎮靜、增進食慾 (適合失眠、惡液質)	體重增加、嗜睡
Venlafaxine、duloxetine	對神經病變 + 潮熱有效	高劑量血壓升
Bupropion	無性功能影響、抗疲憊	避免在 tamoxifen 病人；癲癇病史禁

避免在 tamoxifen 病人用：

- Paroxetine (強 CYP2D6 抑制)
- Fluoxetine (強 CYP2D6 抑制)
- Bupropion (中等 CYP2D6 抑制)

較安全：sertraline、escitalopram、venlafaxine、citalopram。

## 自殺風險：高警覺

---

高風險時點	原因
診斷後 3 個月	衝擊期
末期階段	失去希望、疼痛、依賴
失能後	角色喪失
失去伴侶 / 主要照顧者	孤立
既往憂鬱或自殺史	個人因素
男性、年長、獨居	流行病學

---

癌友自殺率比一般人口高 2 倍（特別頭頸癌、肺癌、胰臟癌、年長男性）。

### SAFETY 詢問技巧

- Suicidal thoughts? 有自殺念頭嗎？
- Any plan? 有計畫嗎？方法？
- Feelings of hopelessness? 無望感？
- Evidence of preparation? 已準備？
- Time frame? 時間？
- Your safety net? 支持系統？

### 何時轉介身心科

---

#### 立刻轉介

自殺意念、計畫、自殘、嚴重失能、躁症、幻覺妄想。

#### 強烈建議

PHQ-9  $\geq$  15、GAD-7  $\geq$  15、藥物治療 4–6 週無改善。

#### 個別評估

PHQ-9 10–14、合併失眠 / 慢性疼痛 / 物質使用、複雜共病。

## 台灣資源

---

資源	內容
1995 安心專線	24 小時心理諮詢，免費
1925 衛福部安心專線	24 小時
0800-788-995 (張老師)	心理諮商
醫學中心心理腫瘤門診	台大、長庚、台中榮總、和信、奇美、北醫等
身心科 / 精神科	全國各醫院皆有
病友支持團體	各癌症協會
線上資源：自殺防治中心、台灣心理腫瘤學會	衛教資料

---

## 適用對象 / 不適用對象

---

### 本文適用

- 罹癌後心情困擾的病友與家屬
- 第一線住院醫師、家醫科、護理師衛教
- 想做自我評估的癌友

### 本文不適用

- 取代身心科專業診斷與處方
- 兒童 / 青少年 (量表與藥物不同)

## 副作用 / 風險揭露

---

### 抗憂鬱藥常見副作用

- 噁心、頭痛、性功能 (SSRI / SNRI)
- 嗜睡、體重增加 (mirtazapine)
- 血壓升 (高劑量 venlafaxine)
- 戒斷症候群 (突然停藥)

### 主要禁忌

- 對該藥已知過敏
- 雙相情感障礙 (單獨用抗憂鬱可能誘發躁症)
- 嚴重肝腎功能不全

- 與某些藥物嚴重交互作用 (MAOI、warfarin、特定 CYP 受質)



## 參考文獻

---

1. Mitchell AJ, et al. **Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies.** *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160–174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
2. Andersen BL, et al. **Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: ASCO Guideline Update.** *J Clin Oncol.* 2023;41(18):3426–3453. doi:10.1200/JCO.23.00293
3. Kroenke K, et al. **The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.** *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
4. Spitzer RL, et al. **A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.** *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
5. Henry M, et al. **Suicide in cancer patients: a systematic review of risk factors and protective factors.** *Cancer Med.* 2022;11(20):3741–3759. doi:10.1002/cam4.4828
6. Walker J, et al. **Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3).** *Lancet Oncol.* 2014;15(10):1099–1108. doi:10.1016/S1470-2045(14)70319-5
7. Riblet NB, et al. **Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials.** *Br J Psychiatry.* 2017;210(6):396–402. doi:10.1192/bjp.bp.116.187799

引用整理協力：ASCO 焦慮憂鬱指引 2023、PHQ-9 / GAD-7 原始驗證、Mitchell 2011 Lancet Oncol、SMaRT Oncology-3、台灣心理腫瘤學會、1995/1925 安心專線 (2026/05/12)。

---

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/cancer-depression-psychiatry-referral>

CITATION 林協霆. 癌症病人的憂鬱症與身心科介入時機 (PHQ-9 / GAD-7 中文版). 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/12. doi:10.5281/zenodo.20131196

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN / ASCO / ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。