



兒童青少年精神醫學通訊

第22卷 · 第2期

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.22 No.2



2023 夏季號



本期主題
神經多樣性

神經多樣性

01 理事長的話

02 秘書處公告

04 專欄文章

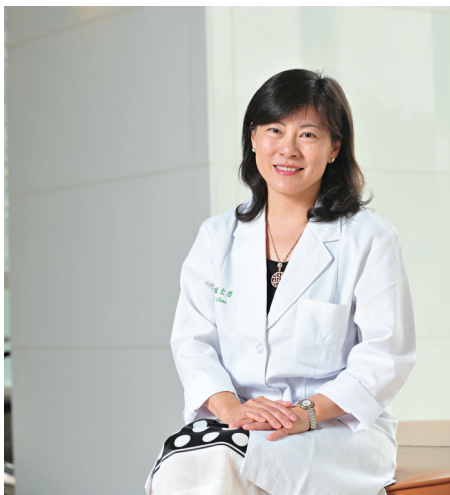
神經多樣性概念：對臨床醫師和科學家有幫助嗎？

給自閉症研究者的建議：避免健全主義語言

年度研究評論：從常態科學到神經多樣性在自閉症科學的轉變

年度研究評論：神經發展障礙症的跨診斷變革

12 本月考題



理事長的話

第十三屆理事長周文君

各位會員們，大家好！感謝大家熱烈參與加台灣兒童青少年精神醫學會第 25 週年年會暨學術研討會。因應新冠肺炎疫情已趨緩，此次會議將於 2023 年 6 月 10-11 日假集思交通部國際會議中心舉行實體會議，並恢復會前會及年會。

本次年會主題定為「後疫情時代兒童青少年精神健康的新挑戰」，目的是希望大家能重視與關懷兒童青少年在經歷疫情時，心理與精神健康所受到的衝擊，以及疫情過後，校園生活重建所面臨的挑戰。學會很榮幸邀請到 Professor Dennis Ougrin 擔任這一次年會的 keynote speaker 及會前會的演講者。他長期致力於兒童青少年社區精神健康照護，因此希望藉由這次的演講，讓我們見證兒童青少年精神疾病、嚴重情緒行為問題、自殺及自傷，在社區照護的模式，並促進兒童精神醫療專業的多元角色，走出醫療單位，將實證研究結果運用於社區及校園，落實心理精神健康臨床服務的可近性和在地化。同時也期待這次學術會議，能提供相關領域的專業人員，更多臨床及學術研究交流的機會與平台，學習更適合的治療模式，以尋求更好的醫療品質。

台灣兒童青少年精神醫學會，身負台灣兒

童青少年精神醫療照護之重責，須為兒童青少年爭取最佳福利與權益。今年學會也將透過各委員會的協助與運作，更積極爭取與健保相關的醫療資源，以維護學會會員的醫療權益；促進與其他學協會橫向聯繫與合作，以拓展會員知能學習的管道；積極參與政府政策的研議與推動，以展現學會參與公共事務的熱忱與形象。

學會經理監事會同意，已在學術節目委員會下設立教育小組，執行專科醫師繼續教育與教育推廣等相關事宜，以延續疫情期間，會員對於學會主辦的青少年精神健康系列課程以及每年的春秋季繼續教育線上學習熱烈的支持與回應。學會也將持續安排課程，讓偏遠、外島、國外或東部會員們的學習能不間斷。

最後，謹代表學會，向籌辦本次年會與會前會的所有工作人員與贊助單位，獻上誠摯的感謝，也謝謝理監事們的指導，以及會員們對學會各項活動的支持及積極參與。

敬祝各位會員
身體健康
萬事如意

周文君

2023 夏季號通訊

秘書處公告

一、第二十五周年年會暨學術討論會

已於 2023 年 6 月 11 日假集思交通部國際會議中心，計有會員 235 人，非會員 16 人參加。

二、『保羅楊森博士』『台灣兒童青少年精神醫學』

優秀期刊論文、壁報論文暨講述論文獎

得獎名單

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學獎

● 優秀講述論文獎得獎者：

倪信章：Exploring the therapeutic impacts of intermittent theta-burst stimulation over the right inferior frontal gyrus in autism spectrum disorder 探討 Theta 叢集性磁刺激術作用於右側前額下迴對於自閉症的治療效應

簡意玲：Do Sensory Symptoms Mediate Social Brain Development in Autism? 自閉症知覺症狀是否能調節社交腦的發育？

● 優秀壁報獎得獎者：

金韋志：Application of Machine Learning on Differential Diagnosis of Narcolepsy Subtypes in Adolescents and Young Adults using PET Imaging 青少年及年輕成人運用機器學習技術分析腦部正子影像以協助鑑別診斷不同猝睡症類型

江惠綾：Analysis of whole-brain white matter microstructure connectivity to identify ADHD: a machine learning approach for feature selection and classification 以機器學習演算法以尋找注意力不足過動症的腦部白質神經束的主要特徵

台灣兒童青少年精神醫學會學術研討會論文獎

● 講述論文獎得獎者：

洪宜安：Identification of Metabolites with Good Diagnostic Accuracy by GC-MS in Attention Deficit Hyperactivity Disorder 藉氣相層析質譜儀找尋具注意力不足過動症診斷效益之血漿代謝物

潘佩吟：Aberrant functional connectivity in children with DMDD and ADHD 共病侵擾性情緒失調症及注意力不足過動症兒童的異常腦功能連結

● 壁報論文獎得獎者：

郭家妤：Emotional and Behavioral Problems in Children post COVID-19 infection as compared to Children without exposure to COVID-19 比較感染新冠肺炎兒童與未感染兒童之情緒與行為問題

屈湘芸：The long-term relationship between different types of social support and tobacco use among adolescents 不同類型社會支持與青少年菸品使用之長期關係

三、有鑑於兒童青少年為國家未來發展的重要基石，臺灣在兒童青少年的精神醫學發展人才需求龐大，加上政府的醫療輸出政策，形成協助提升本土兒童青少年精神醫學專才在國際學術研究的地位，以臺灣為中心向外擴展的期願，提升台灣兒童精神醫學的國際學術地位，特設「弘廬傑出論文獎」，今年開始開辦。

四、秋季繼續教育預定於 11 月 26 日線上辦理，主題為「兒童青少年跨性別照護、性別平權與精神健康」

五、依 112 年 6 月 18 日第十三屆第五次理監事聯席會議，通過李若琦、李亭儀為預備會員；通過鄭沁綺、潘有法、莊偉辰、施昱如為個人會員。

The neurodiversity concept: is it helpful for clinicians and scientists?

神經多樣性概念：對臨床醫師和科學家有幫助嗎？

原文出處：Sonuga-Barke E, Thapar A. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8(7): 559-561.

三軍總醫院精神醫學部兒童青少年研究醫師王雅萱 摘譯

ADHD 和自閉症類群障礙症（以下簡稱自閉症）過去被認為是跟一般人有所區別的、類別性的（**categorical**）、始於兒童早期的神經發展障礙症，並且可能是腦功能異常的結果。這樣的定義提供了臨床實務的依循並引導近 40 年的研究發展。然而，臨床的經驗和研究證據卻挑戰了現有的概念：

- (1) ADHD 和自閉症的本質上都不是類別性的，而是一個群體中的行為特質維度（**dimensions**），在個體之間並沒有清楚的界線差異；
- (2) 不同的神經發展障礙症之間在臨床表現和基因都有高度的重疊；
- (3) 神經發展狀況有高度的異質性，具相似臨床表現的個案，可能具有差異很大的神經認知樣貌；
- (4) 新的成人型（**adult-onset form**）ADHD 和自閉症的證據也挑戰著「神經發展」的基礎。

在人人平等（**equality-for-all**）的提倡中，「神經多樣性」的概念與其他人權運動有很大的相似處：神經發展狀況是腦結構和功能的變異，個案所經驗到的「障礙」並不是「障礙症」的本質，而是他們的思考和行為模式與依據

典型神經發展（**neurotypical**）群體所建構的環境不符合。另外，「障礙症」的觀念可能會低估或損害神經多樣性個案的天賦、優勢和特質，造成汙名化及低自我價值而衍生心理健康問題。「神經多樣性」運動則將這些個案的觀點和經驗呈現給臨床醫師和科學家，並鼓勵個案掌控自己生命故事的敘述方式。

過去「障礙症」的研究架構著重在了解功能異常的生物心理社會機轉、改善症狀及減輕障礙。而「神經多樣性」的架構則將焦點放在了解環境結構如何限制神經多樣性個案、造成障礙、損害他們的自我及幸福感，同時也評估他們在環境中的生活經驗、發掘優勢和天賦，包括貼近原來特質的（例如：ADHD 的創造力和精力、自閉症的細節和條理思考）或可能被原有環境埋沒的。另外則是了解一般人對神經多樣性個案的態度，及這些態度對於汙名化、低自尊及心理健康問題的風險。新的研究方式中，神經多樣性個案將參與研究設計及新知的解讀，透過改變社會結構進而減輕障礙並重塑神經發展狀況的意義。研究重點為個案與環境的相符與否，而病生理機轉則是次要的。

臨床實務也將著重於環境適應，包括學校、工作場域、社交休閒團體等，塑造對神經

多樣性友善的環境，透過教育、訓練、政策和立法來減少汙名化、刻板印象和歧視，讓個案看到自己的優勢和能力，減少個案對專科照護的依賴及特殊資源的需求。

綜合上述，我們發現在原有的障礙症診斷及治療模式之外，結合神經多樣性概念在研究及臨床實務的許多優點，兩種方式皆有益，而加以結合則更能夠改善神經多樣性個案的生活。

Avoiding Ableist Language: Suggestions for Autism Researchers

給自閉症研究者的建議：避免健全主義語言

原文出處：Bottema-Beutel K, et al. *Autism Adulthood*. 2021; 3(1): 18-29.

三軍總醫院精神醫學部主治醫師黃郁絜 摘譯

根據美國一項 ASD 盛行率研究，年滿 8 文化上認同的常模和價值，以及對於有障礙的人的描述方式，造成了健全主義（ableism）的持續存在。健全主義又與種族歧視、性別歧視、同性戀歧視及跨性別歧視互相交錯。了解健全主義的概念，以及它如何表現在語言的選擇，對於自閉症研究者來說是非常重要的。語言的選擇能使污名化及邊緣化持續，並損害自閉症個案內化的自信。因此，研究者應該採取反健全主義的立場並慎重使用語言。

我們建議研究者使用自閉症社群裡主流偏好的語言—特質優先（identity-first）—autistic person（意指自閉症是一個人不可被分割的特質、與生俱來的對世界的體驗），而非人稱優先（person-first）—person with autism（意指自閉症是不好甚至不該有的特質），或是也可以使用較中性的詞彙—on the autism spectrum。

另外應該避免不精確的詞彙，例如：

(1) 用「高功能」及「低功能」指稱自閉症是否有智能障礙。因為這兩個詞都涉及污名化，且智力與適應功能在不同領域有很大的差異，而功能也會隨時間、環境及接受的資源支持而不同。

- (2) 僅用「嚴重（severely affected）」來描述自閉症，而不說明所依據分類的特質。
- (3) 挑戰行為（challenging behaviors）是一個充滿評價意涵的詞彙，且並未說明是指哪一種行為。
- (4) 自閉特質（autistic traits）是指一般人也有、影響程度低的自閉特徵（autistic characteristics）。然而，自閉症個案的特質差異大，「自閉特質」不應用來描述自閉症個案間不同且不相關聯的自閉特徵。
- (5) 使用典型神經發展（typically developing or neurotypical）來指稱比較組（comparison group），這個詞彙會造成非自閉症族群是「典型」的誤導，應使用非自閉症（non-autistic）來取代。

神經多樣性的概念視自閉症為自然的人類變異、一種不可分割的個人特質，不需要治癒或正常化。但有些研究者聲稱神經多樣性著重優勢而忽略障礙，這是不精確的。「障礙」和「差異」並不是二分法—「差異」在何種程度會影響功能並造成障礙是需要讓資源提供者以及相關的社會環境所了解的。

給研究者的建議

1. 自閉症研究的參與模式：讓自閉症個案參與

研究的過程、期刊編輯的決定，使研究更符合自閉症社群的偏好及議題優先性。另外，自閉症身份研究員能讓我們更了解自閉症並提供語言使用的指導。

2. 研究者需要檢視自己的語言使用對自閉症社群的影響。
3. 避免使用健全主義的詞彙（具體的範例及替

換詞彙整理在文中表一），但詞彙意涵的解讀還需要考量時間、場合及使用方式。

結論

當前研究者較以往更能在文字中考量自閉症個案的觀點，而更進一步，期刊應鼓勵自閉症研究者審視和解釋他們的語言選擇。

Annual Research Review: Shifting from 'normal science' to neurodiversity in autism science

年度研究評論：從常態科學到神經多樣性在自閉症科學的轉變

原文出處：Pellicano E & den Houting J. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022; 63(4): 381-396.

三軍總醫院精神醫學部主治醫師張廷碩 摘譯

生物醫學一直是自閉症研究的正統模式，認為自閉症是生物性的腦功能缺陷。在 DSM-5 與 ICD-11 的用字中，便可觀察到命名強調的持續性缺陷（**persistent deficits**）概念。儘管此模式在自閉症的科學突破大幅增進我們對自閉症的了解，但近來卻面臨越來越多的挑戰，一部份是由於自閉症個案的自我主張（**self-advocacy**）和神經多樣性運動，以及至今仍缺乏自閉症明確病因機轉的證據。因此，作者認為我們應該考慮以不同的方式從事自閉症研究與臨床工作。

傳統醫學模型在自閉症研究與臨床至少面臨三種挑戰。第一是強調「缺陷（**deficit**）」：作者認為這種概念化自閉症的方式，只看見了自閉症個案的限制，甚至有些研究將自閉症個案的優勢能力負向解讀為是「問題」。這種模式所對應的治療方式，也一直強調要「減少自閉」，彷彿自閉症是種悲慘的命運會帶來悲傷，也把自閉症視為社會經濟及家人的負擔。第二是醫學採取本質上的個人主義，視自閉症及相關障礙為個人與生俱來的缺陷，自閉症個案的困難是個人特徵而與環境無關，因此治療著重在「克服」功能缺損以達到正常程度的能力。例如，自閉症兒童持續地拍手

（**stimming**），常被視為是重複的無意義動作且會妨礙其他適應技巧的學習，而要針對此目標行為進行矯正，卻忽視這個行為對自閉症孩童的安撫效果。第三是研究常常排除自閉症個案自身的觀點與生命經驗、有些研究者聲稱自閉症個案無法表達他們的心理狀態並質疑他們生活經驗的可信度。自閉症個案對於研究議題的選擇和研究方法無法置喙，大部分研究聚焦自閉症基因與生物學的病因，卻背離自閉症社群的優先議題，包括更立即而直接的應用。

而神經多樣性模型是否能翻轉這些挑戰與問題呢？首先，神經多樣性指人類神經生物的廣泛多樣性，大部分人落在典型的神經發展範圍，有些人會在常模之外，兩者並無優劣之分；同時，神經多樣性能貢獻多元文化及生物多樣，增進系統內各部分的健康。再來，神經多樣性能說明社會作為的重要性。例如，主流學校環境—物理空間寬闊、吵雜及混亂，再加上固有的社會規則與期待—依照典型神經發展者設計，而忽略了神經發展歧異者（**neurodivergent**）的需要。因此，應該調整造成障礙的社會因素而不是改變自閉症個案。第三，自閉症個案應該主導研究方向，強調自決及自主的重要，也有助於自閉症與非自閉症

的相互理解。

總結

神經多樣性提供了自閉症研究進步的方法，而醫學模型與神經多樣性將會能夠互相

適應共處，例如重構障礙—ICF 系統—以及提升人與環境之間的適應。如此，我們才有機會創造典型神經發展者與神經發展歧異者兼容，兼具神經多樣性的「神經多重宇宙（Neurodiverse）」。

Annual Research Review: The transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders

年度研究評論：神經發展障礙症的跨診斷變革

原文出處：Astle DE, Holmes J, Kievit R, Gathercole SE. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022; 63(4): 397-417.

三軍總醫院精神醫學部主治醫師潘佩吟 摘譯

類別性 (categorical) 診斷是長期被認同的「基礎事實」，舉凡研究設計、受試者篩選、分析方法和理論都建立在「診斷反映了障礙症實體」的前提，形成了神經發展障礙症的科學架構。這個現狀卻面臨了三個問題：

- (1) 目前的分類學無法包括所有需要特殊支持的孩子，主觀的閾值無法反映只呈現較輕微障礙但實際經歷顯著困難的個案。
- (2) 同一個診斷的個案彼此症狀卻有高度的差異，這使得「診斷」在選擇受試者及治療方法上成為不可靠的準則。
- (3) 不同的診斷之間實際上常見同時共病，然而為了符合分類系統，研究在篩選受試者時，多數孩子的複雜樣貌及面對的困難卻因為不符合納入條件而未被研究。

什麼是跨診斷研究

跨診斷研究以特質和機轉為主題，而不需要符合任何傳統的診斷分類。雖然在研究中納入不同診斷的受試者 (case-control design) 能夠直接檢驗各診斷的效度，但這樣的研究設計不可避免地擴大了診斷間的差異，也排除了社區中症狀較輕微但確實有介入需求的個案。而不根據診斷的取樣方法則更能代表神經發展群體的全貌並挑戰現有的分類系統。

新的跨診斷研究方法

- (1) 維度 (dimensions)：使用多種測量產生連續性量尺對應到一個特質的廣泛潛在結構，並能夠適用到整個群體。這樣的特質測量能包含更多個體間的變異性、有助於了解相關機轉、對於個案發展過程中的改變能提供更多資訊。
- (2) 跨診斷群集 (transdiagnostic clusters)：使用多種測量並經數據演算找出同質性高的次族群 (subpopulation)。群集法能檢驗樣本中診斷分類的適當性，而在大規模長期追蹤的社區樣本則能對不同障礙／特質／困難隨發展階段改變的相對盛行率及共病率有更多了解。

跨診斷機轉

- (1) 認知和行為：一個特質維度或一個群集背後可能是多種且不同的神經認知機轉，其中參與的認知過程的結構次序與路徑能夠以結構模型的分析方式來檢驗。
- (2) 腦功能：測量到的任何認知行為特質的變異性可能與多種的大腦結構或功能性神經訊息處理有關，利用機器學習能整合多種神經測量與表現型性狀甚至基因

的資訊。新的分析方法——連接組學（**connectomics**）是將大腦模擬成由結點（**nodes**）組成的系統，彼此結點間結構性或功能性連結的強度不同，較現行分析方法更能檢驗局部神經作用對區域或整體大腦功能的影響。

- (3) 基因：相較於特定的診斷，多基因風險分數（**polygenic risk score, PRS**）更適用於辨認一組跨診斷的易感受性相關的細胞或生物路徑。而具罕見基因缺陷的神經發展障礙症個案經由跨診斷的功能缺損分類，更有助於研究基因與特質維度之間的分子生物機轉。

從跨診斷的概念到應用

- (1) 更精準辨識個別需求：鼓勵對認知與行為

做更廣泛的評估、提高對較輕微障礙的敏感度、關注不同發展階段的動態特質變化。

- (2) 跨診斷介入：從以診斷為中心（**diagnosis-centred**）到以個案為中心（**child-centred**）。
- (3) 包容性的教室：讓老師只針對孩子的特質和困難做教育與環境的調整，而不是孩子的診斷。

結論

具實證基礎的跨診斷取向較現有診斷準則有更多的彈性，更適用於神經發展障礙症此高度異質性的族群。

神經多樣性

通訊考題

- () 1. 關於神經多樣性概念，下列何者為非？
- (A) 神經多樣性的研究架構著重在了解功能異常的生物心理社會機轉
 - (B) 神經發展狀況是腦結構和功能的變異，造成思考和行為模式與依據典型神經發展（neurotypical）群體所建構的環境不符合
 - (C) 神經多樣性的研究架構焦點在發掘優勢和天賦
 - (D) 臨床實務著重於環境適應，塑造對神經多樣性友善的環境
- () 2. 以下對自閉症個案的稱呼，何者較具健全主義意涵？
- (A) autistic
 - (B) autistic person
 - (C) person on the autism spectrum
 - (D) person with autism
- () 3. 請問下列何者不是自閉症醫學模型所面臨的挑戰？
- (A) 關注缺陷
 - (B) 本質上的個人主義
 - (C) 缺乏自閉症社群的聲音
 - (D) 強調神經多樣性
- () 4. 現行診斷準則面臨的問題不包括：
- (A) 無法包含未達診斷但仍需要特殊支持的個案
 - (B) 同一個診斷的個案彼此症狀異質性太高
 - (C) 多種共病的個案常無法納入研究
 - (D) 診斷準則的效度不佳
- () 5. 針對跨診斷取向的敘述，下列何者錯誤？
- (A) 研究族群不需要符合任何傳統的診斷分類
 - (B) 研究方法包括維度（dimensions）和跨診斷群集（transdiagnostic clusters）
 - (C) 多基因風險分數（polygenic risk score, PRS）不適用於辨認跨診斷的易感受性（vulnerability）
 - (D) 能夠關注個案在不同發展階段的動態特質變化

2023 春季號解答：

1. (D) 2. (A) 3. (C) 4. (D) 5. (C)



發行人 | 周文君

秘書長 | 蔡景宏

總副秘書長 / 試務 / 紀錄 | 蔣立德

各區副秘書長 | 北區 楊立光

桃竹苗 謝依璇

中區 蔡佳勸

南區 李秋月

高高屏 蔡景淑、劉黛玲、許兆璋

東區 陳珮儀

常務理事 | 林志堅、侯育銘、高淑芬、陳質采

常務監事 | 劉弘仁

總編輯 | 謝依璇、許元彰、黃惠群

專欄策劃 | 內湖三總

發行所 | 台灣兒童青少年精神醫學會

編輯處 | 台北市中山區松江路 22 號 9 樓之 3

連絡電話 | 02-25682083

學會電子郵件 | tscap.taipei@msa.hinet.net

有任何問題，歡迎不吝來信喔



專思達

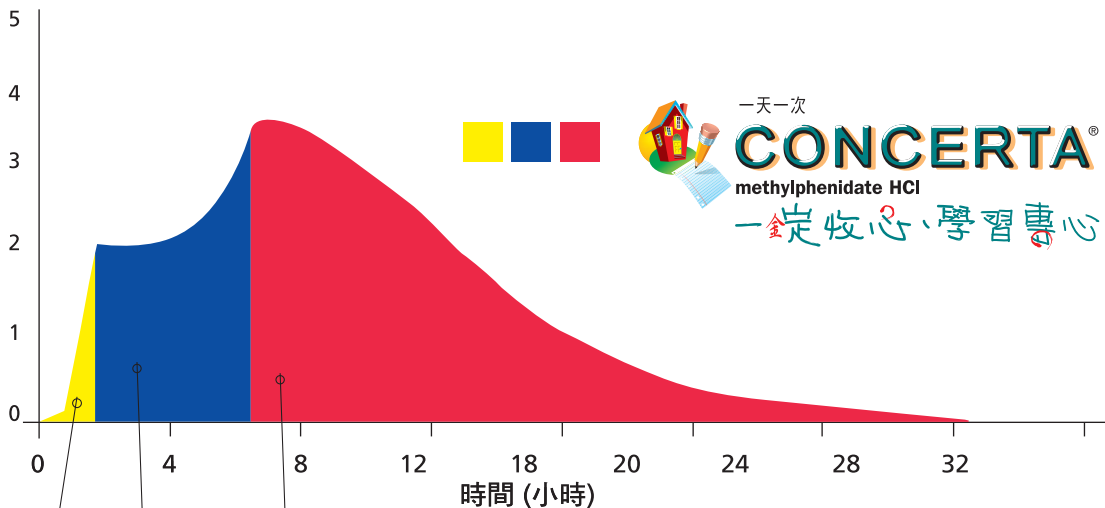
From Home to Homework

全心守護ADHD孩童

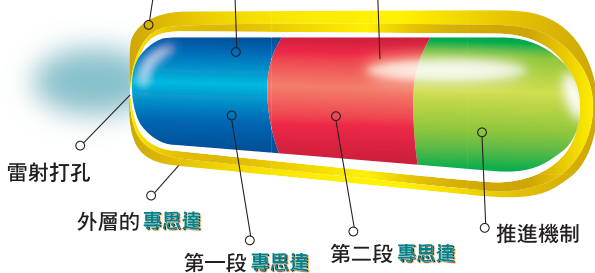


- 7:00 am 服用一顆CONCERTA® 專思達
- 8:00 am 專心上課四個小時，小case！
- 12:00 pm 和同學一塊吃午餐！
- 1:30 pm 上數學課，老師誇我很專心！
- 3:00 pm 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！
- 4:00 pm 吃個點心，晚上還要加油呢！
- 6:30 pm 家庭作業做完囉！媽媽好開心！YA !!!

專思達 血中濃度



一天一次
CONCERTA® 專思達
methylphenidate HCl
一定收心、學習專心



1. 早晨：外層包裹的專思達可以在第一小時內迅速吸收。
2. 一小時後：推進機制吸收液體後膨脹，就像是一個滲透幫浦，平穩傳輸的專思達，提供整個早晨有效治療的濃度。
3. 下午：更高劑量的專思達在下午釋放出來，形成上升型的藥物血中濃度，不受食物影響，繼續提供穩定的療效。

專思達®長效錠18毫克、27毫克、36毫克、54毫克 Concerta Extended Release Tablets 18mg, 27mg, 36mg, 54mg

[適應症]
• 治療6歲(含)以上及65歲(含)以下患有注意力不足過動症之兒童、青少年及成人病患。
[用法用量]
• 因服藥十二小時後仍有療效，故病患應於每天早上空腹或用完早餐後服用CONCERTA®一次，並與開水完全吞服。
• 切記不要咀嚼、剝半或壓碎。
• 對於目前未服用Methylphenidate或其他興奮劑的兒童及青少年病人，CONCERTA®的建議起始劑量為每日服用18毫克，成人則為每日服用18或36毫克 [目前正服用methylphenidate的病人、持續/長期治療、特殊族群的用法用量請詳見仿單]。
• 當病人於低劑量時未達最佳效果時，應間隔每週增加18毫克來調整劑量。目前尚未對兒童高於54毫克的劑量和青少年高於72毫克的劑量進行研究。成人最大劑量每日不得超過72毫克。
[禁忌症]
下列狀況禁用Concerta®：
• 已知對methylphenidate或其他本藥成分有過敏反應的病人。
• 明顯地焦慮、緊張和躁動不安的病人。
• 青光眼病人。
• 屬於動作型不自主抽動或有妥瑞氏症的家庭病史或診斷之病人。
• 接受單胺氧化酶(MAO)抑制劑治療期間，及停用MAO抑制劑未滿十四天(可能會造成高血壓危險)。
[詳見仿單之“交互作用”欄]

[特殊警語及注意事項]
• 有藥物依賴性或酗酒史的病患服用CONCERTA®時應小心謹慎。
• 嚴重心血管反應。
• 精神方面不良反應。
• 當癱瘓發生時，應停用此藥。
• 在兒童及成人病患中都有在使用methylphenidate產品(包括CONCERTA®)期間發生持續性及疼痛性陰莖勃起(有時必須手術介入治療)的報告。
• 用於治療ADHD的興奮劑(包括CONCERTA®)可能會引發周邊血管病變，包括雷諾氏症候群。
• 長期生長抑制劑。
• 胃腸阻塞的可能性。
• 與當前治療皆有眼睛調節作用困難以及視力模糊的案例通報。
• 上市後研究報告已有發生服用ADHD藥物患者曾發生自殺相關事件的通報，包含自殺意念、企圖以及非常罕見地發生自殺成功。

[副作用]
在雙盲臨床試驗中，於兒科病患中(兒童及青少年)最常見的不良反应(>5%)為上腹部疼痛。在雙盲臨床試驗中，於成人病患中最常見的不良反应(>5%)為食慾降低、頭痛、口乾、噁心、失眠、焦慮、頭暈、體重下降、易怒及多汗。

[使用前請詳閱說明書不良反應、特殊警語及注意事項]
Reference: Concerta USPI Jan2017_v1901

嬌生股份有限公司
楊森藥廠

地址：台北市中山區民生東路二段2號11樓
電話：02-2593-9888 傳真：02-2593-9100
消費者免費專線：0800-211-688

專思達長效錠 18 毫克 衛署藥輸字 第 023731 號
專思達長效錠 27 毫克 衛署藥輸字 第 023999 號
專思達長效錠 36 毫克 衛署藥輸字 第 023880 號
專思達長效錠 54 毫克 衛署藥輸字 第 024229 號



