

# 兒童青少年 精神醫學通訊



發行人：丘彥南  
秘書長：張學峯  
副秘書長：李洵、周妙純、林正岳、張介信、梁歆宜、劉士愷、林健禾  
理事：王雅琴、李鶯喬、李慧玟、林亮吟、周文君、侯育銘、華新慧、陳俊鶯、陳質采、劉珣瑛  
監事：宋維村、李儒卿、徐澄清、臧汝芬、鄒國蘇

總編輯：吳佑佑  
副總編輯：梁歆宜  
執行編輯：廖文瑜  
發行所：台灣兒童青少年精神醫學會  
編輯處：104台北市中山區松江路22號9樓之3  
聯絡電話：(02) 25682083 傳真：(02) 25683463  
學會電子郵件：tscap.tapei@msa.hinet.net

2007  
第四期

## 本期主題: 亞斯柏格症

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.6, No.4, Winter 2007



第十屆年會暨第二屆海峽兩岸兒童青少年精神醫學會議晚宴 2007年12月8日於蘇杭小館留影

## 目錄


創新、合作、共識 迎向學會的第二個十年.....	P. 1
曲終人散，謝謝大家！.....	P. 2
秘書處公告.....	P. 2
會議紀錄	
台灣兒童青少年精神醫學會第五屆第二次會員大會紀錄.....	P. 3
專論文章	
亞斯柏格症候群的爭議與疑惑.....	P. 4
自閉症與亞斯伯格症之相似及相異處.....	P. 6
Development and Current Functioning in Adolescents with Asperger Syndrome : A study.....	P. 8
會員投稿	
開業的心路歷程點滴.....	P. 10
文獻選讀	
Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.....	P. 14



## 創新、合作、共識 迎向學會的第二個十年

理事長 丘彥南

在張秘書長與文瑜率領所有工作人員的努力下，以及與會人士的熱烈參與中，第十屆台灣兒童青少年精神醫學會年會暨學術研討會暨第二屆海峽兩岸兒童青少年精神醫學會議於2007年12月8~9日順利召開，且精采地進行，為本會下一段的里程開了彩頭。感謝所有贊助單位的捐款和支援及兒童局的補助，讓收支得以平衡。



本次大會以「兒童精神醫療：化解衝突的議題」為主題，共188人與會，其中會員佔118人(會員大會中另有39人為委託出席)。兩題主題演講、一題專題演講、兩個教育工作坊、一節倫理課程均紮實而精采，獲熱烈迴響。25題口頭論文及19題壁報論文，將兩岸學術交流引入實質互動之歷程，相互激盪及啟發。特別感謝中國兒童精神醫學學組主任委員鄭毅教授率同十三位大陸醫師學者與會，擴展兩岸交流面。在兩岸兒童青少年精神醫療Q&A的時段裡，互相分享了臨床實務之資訊，也對未來之交流及合作交換意見，相當具有建設性。(例如：專有名詞之對照表、醫療資源轉介資訊之提供等。)由嬌生股份有限公

司贊助本會會員的保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學優秀壁報獎，首次頒發，由商志雍及黃蓉蓉兩位醫師獲獎。12月8日晚宴的氣氛更是歡愉而高亢，在會員活動的紀念相片襯景中，建中青年管樂五重奏、王亮人醫師的吉他熱力演唱及梁歆宜醫師領軍的美聲三人組，將宴會帶入高潮，由陳珠璋教授為學會切第十屆年會的生日蛋糕慶生，於主持人賴孟泉和林育如醫師的穿針引線下，兩岸醫師們相互介紹、敬酒致意、引吭高歌、舞動青春，展現白袍後的真實風貌，自然地使情誼增溫，增添美好的記憶。

第十一屆的年會暨學術研討會預定提前至2008年6月1日舉行，學術節目委員會已決定以「創造力(Creativity)、合作(Collaboration)、共識(Consensus)」為主軸，安排一天的議程，將有關於創造力的主題演講，以及身心障礙鑑定及資源系統合作服務的實務及倫理課程。因時間有限，論文發表討論將只採用壁報形式，由作者與大家近距離溝通。

盼望學會的第十年，在會員們創造力的匯聚下，對於我們專業領域所面臨的種種重大議題，能夠形成更好而具體的共識，樂觀地迎向下一個十年的挑戰。

**祝福大家 健康吉祥**



## 曲終人散，謝謝大家！

秘書長 張學岑

從來沒想到臨老還有機會玩「社團」！年會的籌辦其實有一點像大學時代的社團活動——從一開始像夢一般遠的事情，到必須定主題、敲時間、看企劃書、找贊助廠商...事情就一件一件發生了。

整個大會的順利完成中，我想會員們最應該感謝的靈魂人物們包含：丘理事長、各學術委員、學會秘書廖文瑜小姐、各副秘書長及台大的fellow群。丘醫師心思細密，總是會注意到眾人沒注意的細節；學術委員們一次又一次開會，把主題、流程等都一一敲定；文瑜從跑大陸醫師簽證到接洽大小瑣事（包含製作精美的出席證、獎狀！），全都一手包辦。大會的順利進行，也必須謝謝各贊助廠商，尤其是楊森公司Eva及Melissa，會前一天，我們與梁歆宜醫師四人在台大醫院挑燈夜戰當「女工」，整理會員們第二天報到時領取的袋子！

而會員們全程參與兩天的大會，是大家給學會最大的鼓勵及支持！！

我們要把棒子交出來了，so take my hand, my trusty friend, and give me your hand, and we will take a hearty drink together, in memory of

those days now in the past! (adapted from auld lang syne)

## 秘書處公告

1. 2007年「保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學優秀壁報獎」得獎者為高雄凱旋醫院黃蓉蓉醫師、臺大醫院商志雍醫師，恭喜兩位醫師。
2. 2008年3月29日增加辦理一次「兒童青少年精神科專科醫師甄審口試」，報名截止日期為2月29日。
3. 2008年會提前至6月1日舉辦，壁報摘要及論文投稿截止日期為3月31日，詳情請見學會網站[www.tscap.org.tw](http://www.tscap.org.tw)
4. 兒童春季繼續教育課程擬於2月24日假台大醫院精神部602舉辦，課程主題及簡章請見學會網站公告。
5. 2008年度重要國際會議預告：  
※ 18th IACAPAP / 4月30日~5月3日 / 土耳其  
※ 5th ASCAPAP / 8月29日~8月31日 / 新加坡
6. 本期通訊積分因故延期至下期刊登，敬請見諒。





## 會議記錄

### 台灣兒童青少年精神醫學會 第五屆第二次會員大會紀錄

1. 時間：民國96年12月8日16時00分至17時30分
2. 地點：台大醫學院102講堂
3. 應出席人員：283人
4. 出席人員：144人(本人出席105人，委託出席39人)
5. 主席：丘彥南 紀錄：廖文瑜
6. 大會開始

- (1) 主席就位
- (2) 主席致詞
- (3) 長官致詞

#### 7. 會務報告

#### 8. 討論提案

案由一、民國95年度收支決算案，請審核。(秘書處提)

說明：本案業經96年3月18日第五屆第二次理監事聯席會議審查，提會員大會討論。(請參閱第5-8頁)

決議：通過。

案由二、民國97年度收支預算案，請審核。(秘書處提)

說明：本案業經96年9月9日第五屆第四次理監事聯席會議

通過，提會員大會討論。(請參閱第9頁)

決議：97年度收支決算表第2-7項「提撥基金」說明部分改列為2%~5%。

案由三、第六屆會員大會提前至97年6月14、15日辦理，並辦理第六屆理監事改選，請討論。(第五屆理事會提)

說明：為避免與台灣精神醫學會年會太接近且避開颱風季節，建議每年年會提前至6月間舉辦。本案業經96年6月24日第五屆第三次理監事聯席會議通過，提會員大會討論。

決議：通過第六屆會員大會於6月上旬或中旬舉辦，並提前辦理第六屆理監事改選。惟本案請確認內政部同意本會辦理，否則仍依慣例於第五屆理監事任期即將屆滿前舉辦第六屆會員大會及理監事改選。

案由四、民國97年度工作計畫，請討論。(秘書處提)

說明：本案業經96年9月9日第五





屆第四次理監事聯席會議通過，提會員大會討論。

(請參閱第10-11頁)

**決議：**原則上採用工作計畫(草案二)，若內政部不同意本會第五屆理監事縮短任期案，則以工作計畫(草案一)替代。

## 9. 臨時動議

**案由一、**兒童日間留院開具住院證明案，請討論。(高雄市立凱旋醫院何志培醫師提)

**說明：**關於兒童日間留院案例，家長請精神科醫師開具住院證明以請領保險費，後遭保險公司質疑醫師偽造文書。建請學會尋求合宜之作業方式，以使從業之會員有所依歸。

**決議：**本案學會將請相關法規人員解釋，並協助確認健保、保險相關規定後，公告會員週知。

## 10. 散會

## 專論文章

### 亞斯柏格症候群的爭議與疑惑

衛生署草屯療養院 張介信醫師

#### 一. 亞斯柏格症的誕生

在1943年Leo Kanner在巴爾地摩報告了的自閉症後，緊接著在1944年Hans Asperger也在德國出版了Autistic psycho pathy的文章。肯定了這群個案是具備穩定的特質，且是與眾不同的，必須藉由教育的介入以建立其優勢能力並克服其缺陷和障礙。之後許多學者便展開了研究和探討，嘗試作進一步的分類，確立此一診斷是與自閉症不同的疾病。



#### 二. 亞斯柏格症的診斷

與自閉症不同的是亞斯柏格症的語言發展和認知功能並沒有明顯的落後，其在兩歲前就會使用單字，並在3歲前使用語詞溝通，但有些臨床觀察發現；其只是早慧的兒童，使用些成人的用語，並不適宜一般溝通的情境。其餘特徵與自閉症相同。



### 三. 亞斯柏格症容易與自閉症的區分嗎？

從基因遺傳研究發現兩個疾病族群都是異質性的組合，即使是嘗試純化其行為類型也不易明確地區分兩者的差異。亞斯柏格症與高功能自閉症相較，其語文智商較高，但操作智商較差，其空間概念和運動協調能力亦有相當的困難，而且在算術的學習，以及有關知覺運動方面的事務也有些困難。

從發展結果來看，發現許多高功能自閉症患者長大後變成符合亞斯柏格症的診斷。更使兩者的界限變得模糊。

從神經結構方面來論，亞斯柏格症與自閉症同樣具備微細管路（minicolumnar）組織結構的異常，所以一般認為亞斯柏格症只是較輕微的自閉症，或是自閉患者具備較佳的語言溝通能力即是亞斯柏格症。

### 四. 亞斯柏格症的發展歷程

確定自閉症診斷的平均年齡約在5.5歲，而確立亞斯柏格症的診斷要到在11歲左右。約在18個月大時即會察覺自閉症兒童的異常，而發現亞斯柏格症兒童的異常必須等到30個月大。所以發現亞斯

柏格症的異常和確立診斷的時間皆比自閉症晚。

### 五. 亞斯柏格症只是較輕微的疾病嗎？

亞斯柏格症患者的障礙程度雖較輕微，但卻經常發現其有運動協調方面的困難，並且有21%合併有閱讀困難，46%有特殊的算術障礙，且在面對較高的日常生活需求時，會有適應上的困難。

### 六. 亞斯柏格症社交上的障礙

他們想要結交朋友，但是太過自我為中心，且沈溺在自我的興趣中，很少考慮他人的感受，缺乏分享及同理的能力，大部份投注在物體的世界，人際互動顯得有距離。雖能夠辨識他人的情緒，但缺乏情感共鳴的能力，造成其在整合認知和情感兩者間的落差，而且其社會學習和社會知覺的能力差。另外他們對人臉的辨識能力差，在社會互動情境中較常注意人的嘴巴，而忽視人的眼神。與人對話時，容易偏離主題，反而專注於會話中的背景知識。因此其利用書寫來進行溝通表達的能力更勝於口語能力。

### 七. 亞斯柏格症的心智化能力較弱

年紀較小的亞斯柏格症患者，不





會說謊，也無法保守秘密，通常無法以人的心智狀態來臆測他人的行為。亞斯柏格症的社會知覺能力差，尤其是在現實的社會互動情境中，因為那樣的情境需要迅速且有效地辨識他人情緒，並立即做出反應。

#### 八. 腦部造影的研究

亞斯柏格症在運用心智化思考時，即推論他人的想法時，其枕葉外紋部及顳額葉的活化現象較弱。而其視覺空間運作的的能力較差，有知覺處理方面的障礙。另外其執行功能包括計劃能力和思考彈性亦有明顯的障礙。

#### 九. 在非社會領域的優勢和弱勢

因為缺乏由上至下（top-to-down）的訊息處理流程控制，使其對進入的資訊極盡所能地處理至極細微的細節，並且以固定和絕對的名稱和意義來理解情境，無法依相關的情境脈絡來分辨不同的意義。而且因其額葉紋狀體（frontostriatal）徑路異常，加上感覺運動徑路的缺陷，使其在抑制重覆性思考，言談和行動的能力不佳。

#### 十. 想像力和原創性

有些亞斯柏格症患者，也具備某些特殊的才能，如建築、空間設計等方面。但是沒有像自閉症患者那麼明確。

#### 十一. 聽聽亞斯柏格症患者的說法

他們長大後通常能夠回溯自己的經驗，也能夠談論自己的想法和感受，但對他人的想法和感受缺乏興趣，且對辨識自己內在的情緒亦有相當大的困難。他們經常顯得焦慮和沮喪，也無法從社交世界和人際互動中獲得快樂，對生活中的變動，其因應能力亦差，需要許多的協助和幫忙。（節錄自Uta Frith



2004年Emanuel Miller Lecture：Confusions and controversies about Asperger syndrome，草屯療養院張介信）

### 自閉症與亞斯伯格症之相似及相異處

許維堅醫師

自閉症是已被明確建立的診斷，而亞斯伯格症在目前DSM/ICD診斷系統中也被列為另一獨立診斷，但是亞



斯伯格症做為另一獨立診斷類別的效度尚未建立。

為確立亞斯伯格症是否是與高功能自閉症分立，許多設計良好，使用目前正式診斷標準，以及比較獨立於原來定義樣本的變相的實證研究是必要的。如果說這兩者是獨立的兩個不同診斷，那麼兩者之間應該有清楚而一致的質上的差異，如果沒有差異或者只有量上的差異，那麼兩者是同一症候群的不同表徵。



有許多已完成的研究，試著去回答亞斯伯格症是否是另一獨立診斷類別的疑問，這些研究分為兩類，一類是比較依目前診斷標準，分別被診斷為自閉症及亞斯伯格症的兩組之間的差異；另一類是用聚群分析(cluster analysis)對廣泛發展障礙(Pervasive Developmental Disorder)所做的亞型分類研究。根據目前的證據，並不能確定或排除亞斯伯格症與高功能自閉症是否是獨立的兩個不同診斷。目前許多研究使用簡化的DSM/ICD診斷標準，以至於跨研究間難以比較，一個相關的問題是使用這這簡化的診斷標準無法一致區分這兩個診斷。目前的證據顯示這兩者間只有極少數質上的差異，而大多數的症狀、

相關特徵、以及生物學指標在某些程度上是共同的或重疊的。這些差異似乎在兒童前期較明顯，兒童中期或之後則減少，此外這些差異常被解釋為選樣診斷標準所造成。用聚群分析(cluster analysis)所做亞型分類研究顯示這些由統計產生的亞型間，在質上並無一致的差異，而只是反應障礙嚴重程度的變異。

因目前並未辨識出質上的差異，亞斯伯格症有可能是自閉症的連續。但直到有更多的證據能讓大家達成共識前，下這樣的結論是太早的。

最近由Szatmari(1998,2000)所提出的理論是，自閉症與亞斯伯格症之相似及相異處，是因為原先兩個不同的發展軌道會隨著時間而交會所產生。亞斯伯格症在早年因其語言發展較好而在發展的一軌道上；自閉症早年因其語言發展有較大障礙以致影響溝通、社會化、及想像力的發展而在發展的另一軌道，隨著時間的增長自閉症患者發展出功能性語言，其發展軌道漸與亞斯伯格症患者交會，最後其各種技能將與亞斯伯格症者相當。

將亞斯伯格症視為一獨立症候群的效度尚未建立，目前診斷分類



系統中將其列為一獨立診斷有些太早，最好的解決方法是用較廣泛的分類名稱，如泛自閉症疾患(Autism Spectrum Disorder) 或其他相似的名稱，但仍應標示其亞型(自閉症或亞斯伯格症)，這將使研究者能繼續去研究兩者之間的關係。最後，只有設計良好的研究，精確紀錄兩者之缺損，才能提供目前診斷分類系統之效度以及應如何改進的有用資料。無可避免的，亞斯伯格症的診斷標準需要修改，以改善目前在臨床以及研究上的困難。(Adapted from Journal of Child psychology and Psychiatry 45:3(2004),pp 421-434 by Dr. Wei-Jian Hsu ,Tsao-Tun Psychiatric Center)

## Development and Current Functioning in Adolescents with Asperger Syndrome : A study

馬景野醫師

本文作者Gilchrist, Cox, Rutter, Green, Burton, & Le Couteur, 指出「亞斯伯格症」(Asperger

Syndrome) 兒童及「高功能自閉症」(High Function Autism) 兒童在早期發展的類型以及後續功能缺損所表現出的差異，在臨床上有助於及早鑑別出二者的診斷；在學理上，亦可做為「自閉症疾患」(Autistic Disorder) 的語言功能與社會功能缺損相關性的重要參考。此外，「亞斯伯格症」兒童所表現出的社交技巧的缺損與嚴重「品行疾病」(Conduct Disorder) 相關的社會理解缺損有、無性質上的差異，亦為眾多研究者關注的焦點。是故，本文意旨探討「自閉症疾患」患者有、無早期語言發展的延遲和其他功能構面的關聯，如早期行為、現在行為、與其智商輪等等差異；亦比較自閉症者與非自閉症者社會功能缺損的差異。



研究以符合國際疾病分類第十版(ICD-10) 診斷標準的20位11-19歲「亞斯伯格症」青少年(AS組) 與13位11-19歲「高功能自閉症」青少年(FHA組) 做為比較的對象。「亞斯伯格症」者的語言發展過程應無遲緩現象；「高功能自閉症」者的語言發展延遲定義為3歲之前尚未出現兩個字詞(包含動詞)、非仿說、有溝通意義的口語表達。非自閉症患者的比較，以至少最近兩年內符合國際疾病分類第十版診斷標準之20



位11-19歲「品性疾患」青少年（CD組）作為對照組。研究個案的早期行為參考「自閉症診斷會談」（Autism Diagnostic Interview）（Le Couteur et al., 1989）的家長報告；現在的功能狀況則依據「自閉症診斷會談」的家長報告、「自閉症診斷性觀察流程」（Autism Diagnostic Observation Schedule）（Lord et al., 1989）的行為觀察，以及智商報告於18歲以下使用WISC-R、18歲以上使用WAIS-R。

三組的特質經比較後得知，AS組與CD組在年齡及智商上無顯著差異；而HFA組的年齡明顯地較其他二組年長而「全智商」亦顯著低於AS組及CD組成員。一般而言，CD組無論在「自閉症診斷會談」、「自閉症診斷性觀察流程」、以及智商輪等評值的表現顯著地與AS組和HFD組有明顯差異；亦即CD組青少年的社交缺損(包括家庭與學校的人際關係問題、和他人分享情緒及情感反應的不良能力、早期社會互動有過動現象等等)與AS組、HFA組在相互溝通、社會互動缺損（如分享注意力及口語、非口語溝通的統整運用困難）都不相同。

經AS組與HFA組比較，AS組的早期行為異常程度不若HFA組者嚴重；

當然AS組無HFA組的語言表達的異常，但是在其他如溝通、社交、侷限/刻板行為等構面，AS組與HFS組都存在相當類似的困難型態。以青少年而言，在結構性的一對一互動過程中，AS組的交談能力優於HFA組：在智商輪上，AS組在語文評量方面有相對的優勢，在操作評量方面（the Block Design subtest of the WISC / WAIS）AS組與HFA組皆俱備有相對的好表現。

依據家庭及遺傳研究，「亞斯柏格症」與「自閉症」（Autism）被認為屬於同一光譜疾患（Spectrum Disorder）的兩種部份型態；而「品性疾患」與「自閉症」的社會功能缺損則是各有不相同的起因。本研究結論亦支持上述論點；亦即雖然二者的語言表達發展存在著差異，「亞斯柏格症」患者與「高功能自閉症」患者在青少年時期都可能有極為類似的行為表現。

(J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 42, No. 2, pp. 227-240, 2001)





## 會員投稿

### 開業的心路歷程點滴

花蓮同心診所王春惠

兒青開業在花東是首創，不過在討論思索開業當時，其實也沒想那麼多首首創的問題。歆宜向我邀稿，希望我談談開業的心情，仔細回想，其實會走上這個選擇早有端倪。

熟知我的人，都知道我從台北市立療養院（現今的臺北市立聯合醫院松德院區）訓練完畢後至今其實換過許多家醫院，也曾戲稱自己像過動兒般，動個不停。2002年離開台北市立陽明醫院，舉家返外子的家鄉花蓮定居。在當時選擇離家車程四十分鐘的鳳林榮民醫院而非離家五分鐘的佛教花蓮慈濟醫院，除了延續公職身分外，也有一部分是被陽明醫院龐大的業務量嚇壞了，擔心重複之前「醫院離家近但是回家晚」的痛苦。在鳳林榮院時兼職門諾會醫院的兒童青少年特別門診，漸漸的，星期三下午在門諾看診時間從三個小時延長為五個小時，然後八個小時甚至十個小時。

看診時間的難以掌控是我從事兒童青少年門診後，覺得最痛苦的事情。而因為看診時間的延遲，對於家

庭生活的影響，則是我最在意的。於是開始採取：提早一個小時看診並且先約一些要談比較久的病人在看診時間前先處理，限號特別是限初診量，初期還不錯，但是發現自己的個性不好，心軟是我最大的障礙，當學校老師、特教老師、醫院同仁、拜託，我就拒絕不了而加號，然後大家就知道了，包括掛號櫃檯會告訴約不進來的民眾說：「你當天來，王醫師人很好，一定會幫你加號。」，而我也總是不負眾望的，一再加初診號，累死自己也拖累別人。疲累的結果就是抱怨增多，每次看診前需要準備心情面對長時間的抗戰，但是反省之下，問題的癥結點還是在自己面對病人的請求時無法說不。



從2005年開始，鳳林榮院對於請假開始設限，但是兒童青少年的業務原本就需要與許多單位相結合：學校、教養院、特教中心、法院、家扶中心、善牧中心、少年之家、，在面對醫院的壓力下，只得減少與社區的互動。2006年因為鳳林榮民醫院的財政吃緊，已經數月發不出獎勵金，考量投資報酬率，以及門諾看診時間的壓力，期盼到佛教花蓮慈濟醫院後，因著看診時段的增多，能夠緩解看診時間的壓力，也期盼能在慈濟醫院專心從事兒童青少年的業務，因為整個



花蓮北區十幾二十萬的人口中只有兩個兒童精神科專科醫師，社區以及病人的需求量很大。

在花蓮慈濟的一年又一個月的日子中，深刻體認到，如果無法解決限號的問題，我只是在重複同樣的挫折以及衝突，然後逐漸削減自己服務的熱誠。因為以平均每個月增加五十位兒童初診量的速度，不到兩個月，我從「只有星期三下午看診八、九個小時」成為「除了特約診外，星期一、三、四都看診超過六小時」，孩子們必須面對是一個星期三和星期四無法在他們上床前回家的媽媽。而，我的老三才不到一歲。



外子和公婆一直提供我非常多的空間和自由在職場上發揮，甚至我可以一個月三個假日上台北開會研習，他們都十分支持。但是，當孩子們開始抱怨我陪他們的時間變少了、忌妒我陪妹妹的時間比較多，兄妹爭執增加、孩子功課有困難公婆的教導方式和老師上的不同而引發祖孫的衝突、面對這些，我都是一一安撫處理，但是，無法安撫的是自己日益增加的焦慮及自責。在經歷了小女兒熱驚變而我和外子都在醫院上班無法第一時間協助的驚嚇後，我做了一個夢：在夢中，我在照顧別人的小孩，

然後，赫然發現我的孩子不見了，在夢中拚命的尋找下，終於看到兩個哥哥牽著妹妹在越過小山後的草地上玩耍，放心了但也嚇醒了。決定，生活一定要改變。

在2007年初就開始反覆思量離開慈濟後的規劃，但是花蓮的各家醫院財政狀況都不是太好，財政比較好的又遠在玉里，和我想照顧家庭的想法背道而馳。在幾次研討會中遇見前輩陳信昭醫師，向他詢問開業相關事宜，陳醫師十分鼓勵我且提供我許多有用的資訊；也曾聯絡市療學長姐鍾偉恩醫師、葉佐偉醫師、陳能清醫師詢問，都得到熱誠的協助。能順利進行開業的事宜，真的十分謝謝這些前輩的協助！

因為我設定出來開業的目標，依照重要的次序分別為：照顧家庭和孩子、生活要有品質、專心從事兒童青少年精神醫療業務、持續目前的進修及學習，薪水反而比較沒在考量中，覺得比公務人員底薪高些就可。在決定開業的目標後，尋找合夥人十分重要，一般民眾對於診所的期待是：可近性高，收費低；所以診所不能一直是關上門的狀態，如果只有一個人，勢必時間都會需要在診所中，也無法輪休。很幸運的，我找到當時同在



花蓮慈濟醫院服務的王祥章醫師，且因為祥章醫師之前也是從市療訓練出來，當年在市療時就曾聽聞祥章醫師非常認真，且他本身專攻成人及老人精神醫學，我們的搭檔剛好涵蓋人類生命歷程的每個階段。

準備開業的過程中，從找地點、租房子、找護士（兩張醫師執照一定要有一個護士執照）、找藥師（但是因為花蓮的藥師不容易尋找，後來和藥局合作釋出處方簽）、申請電話（預先告知電信局要做診所之用，需要另外申請一條醫療網路）、裝設電話（我們所購買的電話是可以錄音，讓民眾在休診時打來可以聽取語音得知看診時間）、做招牌（診所名稱、預約電話、主治項目的內容要符合ICD的規範，不能寫像“腦神經衰弱”等字眼）、裝潢（其實不太需要器材，這是精神科的優勢。我們在設計時著重一個診間要有兩個門，危險時可以求救；合乎衛生局檢驗的項目為：要有兩個滅火器、兩個斷電指示燈、以及逃生路線燈）、和電腦軟體公司洽談（目前國內比較大的為展望、耀勝以及方鼎）、裝設保全系統（這是我們覺得精神科以及診所所有需要設置，杜絕一些可能的黑道或是攻擊性的病人帶來的威脅；且我們在櫃檯以及兩個診間甚至樓上團體的空間中都各

有一個緊急按鈕，需要時按下，警察以及保全人員就會趕到）、和健保局洽談、在裝潢以及招牌掛上後向衛生局遞申請表，等候查核通過就可以營業，拿到營業執照後到國稅局辦理登記及統一編號、帶著所有相關證件以及印章在銀行開戶、再到健保局確認屆時使用的銀行帳戶為何、到電信局水力電力公司將這些費用改為營業使用。另外，為了讓大家工作更放心，我們也購買了診所的醫療糾紛險以及公共責任險，並且也有診所的專責律師可供諮詢及服務。

當初最擔心的事情為申報健保的業務，因為之前我和祥章醫師都是待在醫院系統，從來沒有接觸過自己申報的流程，但是後來發現，因為有電腦軟體以及工程師，每個月申報時只要按照操作的指示表，電腦還會自動檢核出會被核刪的部份提醒要否修改，而且在和健保局每日連線上傳資料時，因為診所可以決定只先傳診斷碼或是診斷碼和醫令一同上傳，所以在申報時，發現有些一定會被刪的部份就直接不申報免得受罰。申報業務反而不難，因為遇到困難時問電腦工程師就可以了，當初購買電腦軟體時就有每年固定多少金額的電腦工程師服務費在裡面。





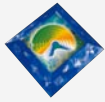
當初做招牌以及玻璃門上的看診時間壓克力板時，我和祥章討論看診時間如何安排，可能是我們出來開業的目標第一個都不是賺錢而是希望生活自主性能更高吧，我們兩個都不希望看夜間的門診，但是考量診所應該提供民眾可近性的需求，所以將看診時間訂為週一至週六的上午九點鐘到十二點鐘，以及週一至週五的下午三點半到七點半，希望這樣不會看太晚，同時一天工作時間也在八小時內符合勞工局的規定。而因為兒青業務需要和不同的單位密切合作，自從去年九月我就開始在花蓮啟智學校看診，在今年度啟智學校也申請到名額而讓我成為花蓮啟智學校的校醫，每週三上午到校看診。另外，每週四上午以及夜間（配合一些上學的孩子）我也在花蓮家扶中心為被安置的少女進行諮商。當然這些額外的業務，屬於“不在診所執行醫療業務”的部分都是需要發函衛生局以及健保局核准的。目前我在診所的看診時間為星期一到五的下午三點半到七點半，其它上午以及下午看診前的時間，有時會安排學校或機構邀請的演講以及個案討論會。而星期六上午的看診時間從原本的隔週看診，然後在去年十二月開始變成一週帶團體（ADHD家長衛教團體）一週看診，到今年年後即將改為每週六都有團體



以及約診。而我保留在花蓮慈濟醫院的星期一上午門診，因為必須地區醫院以上才能做殘障鑑定，診所不能執行；而且我和祥章在討論下，覺得因為仍不確定花東精神科開業的前景如何，目前診所並沒有心理師，所以心理測驗我仍舊是轉回花蓮慈濟醫院安排心理師做。

從去年十月開業至今，欣慰的事是還沒有虧本，不過當時投注的成本當然也還沒回來，每個月我和祥章的薪水自然還比不上之前在花蓮慈濟醫院的薪水。但是因為可以有絕對的自主性而且持續做自己熟悉以及喜歡的事，雖然有時因為接了演講以及研討會非常忙碌，但心情仍十分愉快。而且，生活的安排也更有彈性。我和社區學校以及機構的聯繫增加許多，彼此的討論增多，不但增加對於個案狀況的了解、學習不同角度的觀察、豐富處理個案的技巧、而且讓彼此的一致性增加，個案更加穩定。不過，開業總是增加許多繁瑣的業務需要處理，我們也還在熟悉、慢慢克服中。同時，我們和花蓮的診所之間也漸漸增加聯繫，企盼在和大家的聯繫討論中，開業這條路能走的長長久久。

下一期還有王雅琴醫師及陳信昭醫師的經驗分享，敬請期待！



## 文獻選讀

**JANSSEN-CILAG** TM / Novartis  
Janssen-Cilag Inc.  
電話：(02) 27326611  
地址：臺北市敦化南路2段319號8樓

### 題目：

# Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

出處：American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007

### 研究結果：

- 建議 1 ADHD篩檢應該是心理健康檢查的一部份。
- 建議 2 評估應該包括和患者及家長的面談，收集學校與日常功能的資訊，其他併存精神疾病的評估，以及患者醫療，社會，與家族史的回顧。
- 建議 3 實驗室或神經學檢查並不一定需要。
- 建議 4 診斷ADHD並不一定需要心理或神經心理測驗，但如果患者有智能偏低，或是語言或數學的低成就，這些測驗就有必要。
- 建議 5 臨床醫師需要評估ADHD患者是否有併存的精神疾病。
- 建議 6 對於每個ADHD的患者，都需要有一個完整而且深思熟慮的治療計劃。
- 建議 7 對ADHD患者的起始藥物治療，應該選擇被衛生主管機關核准的藥物。

### \* **Methylphenidate: Ritalin 與 CONCERTA**

- \* 短效型中樞神經刺激劑 (Ritalin) 的缺點，必須每天服藥2到3次才能控制一整天ADHD的症狀。
- \* 長效型 CONCERTA 提供更佳的安全性，保障隱私，並有更好的服藥遵從性。在最近5年內，有更多有關長效MPH(如：Concerta®)藥品的研究(Biederman et al., 2002, 2006; Findling and Lopez, 2005; Greenhill et al., 2002, 2006b; McGough et al., 2006b; Wolraich et al., 2001)，長效型MPH藥物對青少年和孩童均有效 (Spencer et al., 2006; Wilens et al., 2006)。
- \* 長效型MPH提供對病人和其家庭較佳的方便性，提高患者私密性，因為學齡病人不需在學校投藥，而且一天一次的給藥方式，使病人對用藥有更高的遵醫屬性。長效MPH相對於短效MPH，在青少年病人而言更能夠改善driving performance (Cox et al., 2004 {rct})。
- \* 醫師可以直接使用長效型MPH做為初始治療；調整適當劑量，不必要先處方短效型的MPH。短效型中樞神經活化劑通常用在很小的孩童(體重<16 kg)做為初始治療。
- \* MPH 劑量和臨床反應之間存在著線性關係：任何 ADHD 病人族群，較高劑量的中樞神經活化劑，會有更多的病人為有療效，且症狀會大幅改善。每位病人有其獨一無二的劑量-反應曲線，如果使用足夠的MPH劑量，大約有三分之一的學齡病人，在低(<15 mg/day)、中 (16-34 mg/day)或高(>34 mg/day)劑量下，會有初始最佳反應(Vitiello et al., 2001 {rct})；然而在治療持續進行時，大部分病人需要調高劑量。
- \* 在選擇最初劑量後，醫師可能每1到3週向上調整劑量，直到達到中樞神經活化劑的最大劑量、ADHD症狀減輕，或副作用影響無法做進一步調整為止。
- \* 藥物的選擇：The American Academy of Pediatrics (American Academy of Pediatrics, 2001), an international consensus statement (Kutcher et al., 2004), and the Texas Children's Medication Project (Pliszka et al., 2006a) 均建議 stimulants 為第一線治療選擇。  
許多研究顯示stimulants 療效優於 atomoxetine (Michelson, 2004)；(Wigal et al., 2004)；(Faraone et al., 2003)。
- 建議 8 如果上述藥物治療效果不佳，臨床醫師必須對診斷作仔細的回顧，然後考慮行為治療或是其他未被核准的藥物。
- 建議 9 在ADHD的藥物治療過程中，患者需要被監測治療相關的副作用。
  - \* Stimulants：多數副作用是暫時的，而且可能與治療沒有相關，因此需要評估這些副作用是否影響患者的健康或是正常功能。
  - \* Atomoxetine：常見：腸胃不適，嗜睡，食慾減退。頭痛可能會持續、肝毒性報告、自殺意念。
- 建議 10 如果患者對藥物治療有良好反應，而且有正常的學業，家庭，和社會功能，那單獨使用藥物治療ADHD是適當的。
- 建議 11 如果患者對藥物反應不夠理想，有其他併存疾病，或是家庭生活中有壓力源；那社會心理治療合併藥物治療通常是有幫助的。
- 建議 12 患者需要定期被評估，以決定是否需要繼續治療，以及症狀是否緩解。只要症狀持續而且造成影響，ADHD的治療就不能中斷。
- 建議 13 接受藥物治療的患者，需要在治療期間監測身高和體重的變化。
  - \* atomoxetine (Strattera)：需密集監測自殺意念與行為，症狀惡化，或任何不尋常的行為變化。



**CONCERTA** 專思達  
methylphenidate HCl  
一定收心，學習專心

(本文由楊森大藥廠提供)

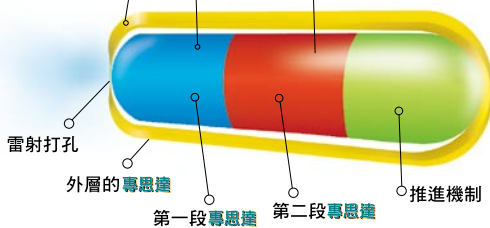
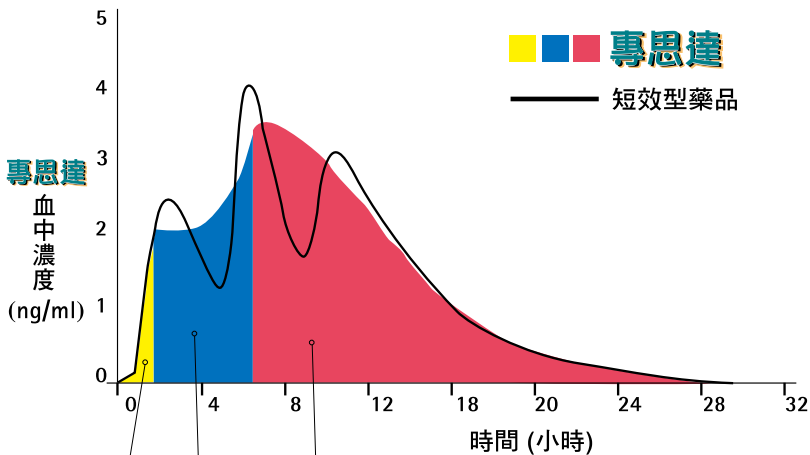
# 專思達

## 全心守護ADHD孩童

### From Home to Homework



- 7:00 am 服用一顆CONCERTA<sup>®</sup>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，老師誇我做得又快又正確！
- 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!!!



1. 早晨：外層包裹的專思達可以在第一小時內釋放22%的一日劑量。
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。

 JANSSEN-CILAG

兒童青少年  
精神醫學通訊

一天一次  
CONCERTA<sup>®</sup> 專思達  
methylphenidate HCl

一定收心·學習專心

18mg 衛署藥輸字 第023731號  
36mg 衛署藥輸字 第023880號  
54mg 衛署藥輸字 第024229號