兒童青少年精神醫學通訊

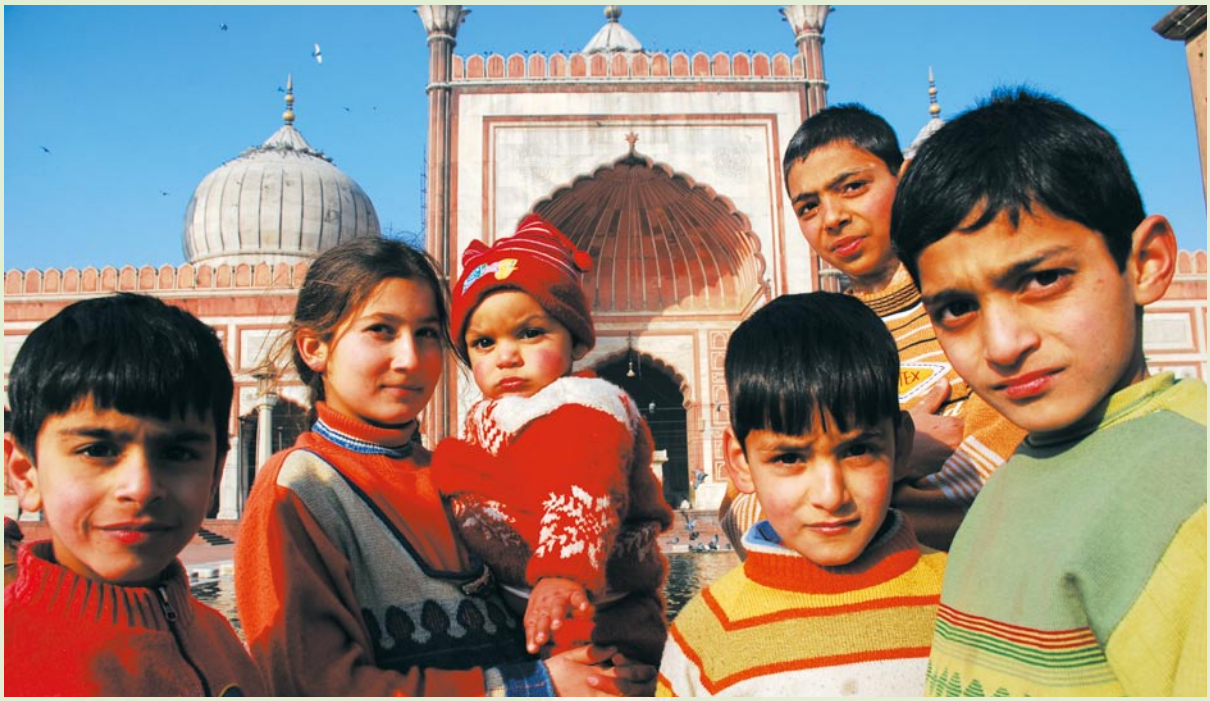
2008 春季號

發 行 人：丘彥南
秘 書 長：張學岑
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、畢新慧、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.taipei@msa.hinet.net

本期主題:兒童期反覆性腹痛

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.7, No.1, Spring 2008



印度德里 王亮人醫師 攝影 2008年2月

目 錄

秘書處公告 ..... P. 1
台大醫院兒童心理衛生中心搬遷預告 ..... P. 2
專論文章
兒童期反覆性腹痛 (Pediatric Recurrent abdominal pain) 簡介 ..... P. 2
兒童期反覆性腹痛 (Pediatric Recurrent abdominal pain) 預後不佳的危險因子 ..... P. 4
兒童期反覆性腹痛 (Pediatric Recurrent abdominal pain)的治療 ..... P. 7
春季號通訊考題 ..... P. 9
會員投稿
兒童精神科開業醫師的一些經驗 ..... P. 10
沒壓力的基層醫療執業方式之感想 ..... P. 12
文獻選讀
Symptom control in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder on switching from immediate-release MPH to OROS MPH ..... P. 14

春季號秘書處公告

一. 2008年度專科醫師訓練醫院評鑑即日起至4月30日止受理申請，符合以下資格之醫院可提出申請。

1.需為行政院衛生署評鑑合格之精神科教學醫院（包括醫學中心精神科、區域教學醫院精神科、地區教學醫院精神科、精神科專科教學醫院），或經由兒童青少年精神醫學會甄委員會審訂合格之醫院。

2. 開設之兒童青少年門診符合本會標準。

3. 至少需有二名專任兒童青少年精神科專科醫師。

4. 教學內容需符合兒童青少年精神科專科醫師訓練課程綱要。

二. 公告2008年度兒童少年精神科專科醫師甄審日期

資格審查：申請日期為6月2日至6月16日，申請資格審查時請一併繳交個案報告一式三份。

筆試報名日期：

7月1日至7月15日；

8月3日舉行筆試；

口試報名日期：

8月11日至8月25日；

9月7日舉行口試。

三. 本會十週年年會暨學術研討會訂於今年度6月1日舉辦，大會主題為「創造力、合作與共識」，會中邀請多位專家學者發表精采演講，敬邀會員及兒童青少年精神醫學相關領域專業人員共襄盛舉。大會資訊請參考學會網站 www.tscap.orw.tw 。

四. 本會訂於6月22日假台大醫學院舉辦「自閉症、智能障礙及慢性精神病身心障礙鑑定工作坊」，課程簡章請至學會網站下載，敬請踴躍報名參加。

台大醫院兒童心理衛生中心搬遷預告

台大醫院精神醫學部兒童心理衛生中心搬遷兒童醫療大樓憶往與前瞻紀念活動

~穹音憶影溉福田　見證台灣兒心史~

丘彥南

台大醫院兒心門診之醫療服務地點，將隨著兒童醫療大樓的啟用，預計於2008年7月遷至兒童醫療大樓四樓，原址將另有用途，風貌亦可能改變。值此重大搬遷之時刻，台大精神醫學部將於2008年5月31日下午一時至五時舉辦憶往與前瞻之活動，邀請曾在台大兒心服務及受訓的專業人員們同來見證留影。

台大醫院兒童精神醫療門診服務自1953年起，迄今滿五十五年，兒童心理衛生中心建物於1960年落成啟用，如今已四十八歲，它陪伴且庇蔭無數專業人員、兒童及家庭的成長，見證了台灣兒童青少年精神醫學及心理衛生史。一度，它面臨拆除之命運，目前雖被保留，然而將另有規劃。

本次之紀念活動將是一個溫馨而具歷史意義的聚會，預計將有歷屆主任們的精采回顧，以及現任主任的前瞻報告，更有共同的歡樂憶往和祈福活動。有團體合影，也有充分的時間供個別自由留影。詳細資訊請見網站 http://www.psych.org.tw 或洽(02)2312-3456轉分機2142吳佩怡小姐。

專論文章

兒童期反覆性腹痛 (Pediatric Recurrent abdominal pain) 簡介

林口長庚醫院
兒童心智科主任
張學岑醫師

兒童及青春期反覆性腹痛的定義「腹痛」，常是小兒科及腸胃科最常見的疾病類型；其中的「反覆性腹痛」約佔2至4%的一般兒科門診個案。

兒童及青春期反覆性腹痛的定義為：在4至16歲的兒童及青少年，而腹痛的嚴重性足以影響兒童的生活。反覆性腹痛的個案一般會出現

至少一項下列症狀：1.個別出現的突發性腹痛 2.腹痛伴有消化不良的症狀（消化不良的症狀包含：進食時出現胃痛、嘔吐、胸口悶、及過度打嗝等） 及3.腹痛伴有排便習慣的改變（排便習慣的改變包含：拉肚子、便秘或是自覺排便排不乾淨等）。

盛行率

在一些學校及社區研究中發現，兒童及青春期反覆性腹痛的盛行率為7至25%之間。在九歲前，男女個案的比例是一樣的；但在步入青春期後，女性個案的比例會較男生為多。有的研究顯示低社經地位的兒童較易罹患此病，目前較少研究探討此病與人種及文化等因素的相關性。

有一部份的反覆性腹痛個案在做腸子的 manometric evaluation 時，發現他們的小腸及大腸收縮強度較強，排空時間較久。源自於成人腸躁症的研究則是推測反覆性腹痛個案患有visceral hypersensitivity的現象。因為許多個案在腸道的各部位均有非特意性（non-specific）的發炎現象，因此建議醫師再治療時，應考慮這些個案是否有發炎或是免疫的問題。發炎現象帶來的生理變化也許是大腸收縮活動改變的原因之一。

多數反覆性腹痛為「功能性」障礙

大部分的反覆性腹痛個案是查不到足以解釋其病因的生理性致病機轉；尤其是如果個案並沒有體重減輕、腸胃道出血、出現全身性症狀（如：發燒、貧血）及嘔吐等症狀時，更不易查到病因。過去曾懷疑反覆性腹痛與食物或是gluten過敏、食物中缺乏纖維、lactose吸收不良等因素相關；但一些相關的處置（如：補充纖維、不食用lactose）卻無法有效改善症狀。

有的反覆性腹痛的個案也會出現頭痛、疲倦、昏眩及其他身體症狀；顯示個案也可能符合身體化疾患（somatization disorder）的診斷。患有反覆性腹痛的個案常會缺課、請病假、自覺身體狀況不佳以及出現較一般人頻繁的焦慮及憂鬱症狀。

大部分的反覆性腹痛是「功能性」的，也就是缺乏清楚的生理致病機轉來解釋其病因。因而許多醫師認為此病為「心因性」的疾病。反覆性腹痛的治療方法也以生物＋社會＋心理的「biopsychosocial approach」為主。反覆性腹痛的治療一般包含：向家屬及病患解釋無真正器質性病因（organic cause）、藥物治療則是以症狀治療為主。

參考文獻

1. Garder J, Zeman J, Walker L. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 648-56.
2. Liakopoulou-Kairis M, Alifieraki T, Protagora D et al. Recurrent abdominal pain and headache: psychopathology, life events and family functioning. Eur Adolesc Psychiatry 2002; 11:115-22.

兒童期反覆性腹痛 (Pediatric Recurrent abdominal pain) 預後不佳的危險因子

林口長庚醫院
兒童心智科
主治醫師　黃琦棻醫師

有身體化疾患的成人，在回溯自己身體不適的起始時，常是從很小的時候就已經出現這些不舒服。根據目前已有的文獻：兒童期的身體抱怨和腹痛問題，不只是預言著未來類似的功能性身體不適，比起一般人，也可能遭遇更多焦慮及憂鬱等精神疾患的困擾。此外，有反覆性腹痛的孩童在睡眠部分也較沒有此問題的孩童常見behavioral sleep disorders，nightmares以及白天倦怠等問題。早發的焦慮及憂鬱的病程常是慢性化並會造成功能缺損的，也容易在日後衍生出藥物濫用、學業成就低下、工作狀況不佳，甚至是自殺等問題。Campo JV於2001年發表的論文中指出，拿兒童反覆性腹痛病史和成人期出現的生理不適來相比，前者為更佳的成年早期情緒障礙發生的預測因子。

部分有腹痛問題的孩子，在接受初次評估後，症狀仍持續存在達數

年之久；但有一部分的個案，症狀在短時間內就好轉。因此，若可以辨認哪些特質是預後不佳的危險因子，將能夠對這些個案量身訂作適合的介入處理模式。

Mulvaney等人曾追蹤反覆性腹痛的兒童長達五年的時間，觀察這些孩子在此期間內的身體症狀變化以及功能受損的程度等情形。納入研究的個案，來自於因腹痛至醫院接受評估的孩童(6～18歲)。慢性疾病、器質性疾病、不完全的生理檢查，以及不符合診斷標準者為排除條件。收案數共132人。

藉由七份量表(The Children's Somatization Inventory，The Functional Disability Inventory，The State-Trait Axiety Inventory for Children，The Children's Depression Inventory，The Child Behavior Checklist，The Family Inventory of Life Events，The Self-Perception Profile for Children)以及疼痛頻率和強度的評量，分成7個部份來評估個案狀況: Somatic symptoms, Impairment, Anxiety/Depression, Maternal reports, Life events, Self-worth, & Pain characteristics。在進入研究的初始，1.5個月、1年，及5年結束時，一共有四次的評估。

經Cluster analysis，最後將個案分成3個各具特色的次群體(Low risk，Short- term risk，Long-term risk)：

- The Low-risk group一共佔樣本數中的70%。此群體中男性的比例較高，而且起始的症狀及失能程度都低，通常在2個月內就有所改善，在1-5年後還是可以維持不錯的狀態。自我價值感較高，焦慮或憂鬱的嚴重度低。
- The Short-term risk group在此樣本中的比例最低。此群體中女性的比例高(> 80%)。起始的身體症狀及失能程度為三者之冠，但是改善的速度介於三者中間，2個月內可見不錯的進步，在5年後仍可維持當初的進步水準。在憂鬱或焦慮的得分部分也是介於三者中間。
- The Long-term risk group佔了約14%左右。起始的憂鬱或焦慮程度、生活壓力事件、以及自我價

值感，都是三者中最糟糕的。一直到5年後，在症狀表現及失能程度上，仍是最後一名。

儘管這個研究有許多不足之處(追蹤集中於前半段期間，症狀處理方式的差異，缺乏正式精神評估，缺乏腸胃科診斷分類，研究結果無法代表基層醫療或一般人口的表現)，但提供了不同的思考方向：具有慢性化特質(long-term risk)的個案，在壓力事件下，傾向反應負面情緒以及神經質，而他們是最需要積極介入處理的一群，所以一併掌握除了腹痛以外的危險因子(女性、較高的焦慮及憂鬱程度、低自我評價)，有助於未來治療計畫的訂定。壓力事件則未必有相關性。

Cheryl AL建議，當反覆性腹痛孩童的非腸胃道身體抱怨超過3個以上時，就應該要評估是否有憂鬱症狀存在的可能性。這與Mulvaney等人的概念有類似之處。

參考文獻

1. Campo JV. Di Lorenzo C. Chiappetta L. Bridge J. Colborn DK. Gartner JC Jr. Gaffney P. Kocoshis S. Brent D (2001). Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it?. Pediatrics. 108(1):E1
2. Huntley ED. Campo JV. Dahl RE. Lewin DS. Sleep characteristics of youth with functional abdominal pain and a healthy comparison group(2007). Journal of Pediatric Psychology. 32(8):938-49
3. Shelagh Mulvaney, Ph. D (2006)., E. Warren Lambert, Ph. D.Trajectories of Symptoms and Impairment for Pediatric Patients With Functional Pain: A 5-year Longitudinal Study. Journal of America Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 45(6)737-44
4. Cheryl A. Little, Sara E. Williams, Martina Puzanovova, Erin R. Rudzinski, Lynn S. Walker(2007). Multiple Somatic Symptoms Linked to Positive Screen for Depression in Pediatric Patients with Chronic Abdominal Pain. Journal of Pediatric Gastroenterology and nutrition, Vol. 44 : 58-62

兒童期反覆性腹痛 (Pediatric Recurrent abdominal pain) 的治療

林口長庚醫院
兒童心智科
主治醫師　黃雅芬醫師

以【生物-心理-社會】模式為基本原則

近年來有關RAP的治療，隨著專家共識的形成與不斷修正，已從生物醫學的單一角度拓展到現今的【生物-心理-社會】模式 (bio-psycho-social model)1，治療團隊也從兒童內科醫護人員逐漸延伸到心理衛生相關專業。

再保證及衛教為最基本療法

再保證(reassurance)及衛教(education) 是RAP的基本治療方式。治療者向家屬及病童再保證，說明腹痛的原因並非器質性的，且病情會隨著時間而改善。治療者亦須教育家長與病童，未來治療將採取【生物-心理-社會】模式；病童的腹痛並非假裝而來，而是身心失調的結果。在治療的初期，可教導家屬及病童書寫“疼痛日記”，以協助尋找RAP的相關影響因素。

家屬在RAP治療中扮演重要角色

過去已有若干針對RAP兒童的認知行為治療(cognitive-behavioral therapy, CBT)所進行的隨機對照試驗(randomized controlled trials)，研究顯示CBT確實能夠減緩兒童RAP的疼痛程度，家屬在治療中的積極參與和持續支持孩子進行CBT，對症狀的改善扮演相當重要的角色。因此治療者必須確實讓家屬了解，他們在自己孩子的治療中的關鍵角色。藉由行為理論的運用，治療者教導家長以讚美或獎勵來增強病童的好行為、忽略非口語的疼痛行為、並促使病童從事些許活動以轉移對疼痛的注意力。治療者亦可直接教導兒童進行腹式呼吸、漸進式肌肉放鬆法、冥想放鬆法、正向自我對話等。家屬若能了解RAP的“功能性”意義，對病童的長期預後也將帶來正面影響。

各項生理療法的實證基礎仍顯薄弱

截至目前為止，飲食治療/調整(例如：增加纖維質或減少乳酸的攝取)對腹痛的改善效果不彰。如果腹痛對飲食調整有明顯反應，這可能

暗示其中有相關生理性因素存在。在進行飲食調整前，必須審慎思考此做法是否會對病童的生長與發展帶來額外的負面效果。

有關RAP的藥物治療實證研究，在近五年內稍稍露出一線曙光2。至今只有少數專門針對兒童RAP所進行的隨機對照藥物試驗，多數研究僅針對成人患者進行。目前有較強證據支持可用於兒童RAP的藥物包括：famotidine、pizotifen、以及peppermint oil。抗鬱劑citalopram在近期的一項開放性試驗中獲得不錯的結果，未來仍需更強的證據支持。

先區分亞型，可獲較佳治療效果

最新的兒童期功能性胃腸疾病的診斷與治療指引—Rome III criteria—已在2006年發表，適用年齡為4-18歲的兒童青少年3。Rome III criteria建議治療者應先區分出不同的疾病亞型，再進行相關治療方式，如famotidine (H2 blocker)對functional dyspepsia或epigastric abdominal pain有較佳效果；pizotifen (serotonergic agent)可改善abdominal migraine的症狀；peppermint oil 膠囊則對大腸激躁症(irritable bowel syndrome)的急性腹痛有幫助。

一般治療建議

臨床上針對兒童RAP的處理，第一步是進行再保證，並協助病童及家屬做好長期調適的準備。一方面也應積極尋找任何潛在的生理因素(如便秘)並加以處理。避免給予不必要的藥物，如非類固醇消炎藥(non-steroidal anti-inflammatory drugs)，針對特定亞型的病患則可嘗試較有證據力的治療藥物。鼓勵病童維持健康的生活及飲食習慣，若有需要可轉介營養師協助。如果病童有焦慮或憂鬱的人格特質，則應尋求心理方面的治療。治療者應長期追蹤病童的適應狀況，並進行以目標為導向的復健計畫，直到症狀解除為止。

參考文獻

1. Scholl J, Allen PJ. A primary care approach to functional abdominal pain. Pediatric Nursing 2007;33(3):247-259
2. Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systemic review of treatments for recurrent abdominal pain. Pediatrics 2003;111:e1-e11.

3. Rasquin A, Lorenzo CD, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterol

春季號通訊考題

1. 下列何者不是兒童期反覆性腹痛(Pediatric recurrent abdominal pain, PRA)常見的症狀？

選項：

(A) 腹痛伴有排便習慣的改變，拉肚子、便秘

(B) 個別出現的突發性腹痛

(C) 腹痛伴有消化不良的症狀

(D) 腰酸背痛

(E) 進食時出現胃痛、嘔吐、胸口悶、及過度打嗝等

2. 下列有關兒童期反覆性腹痛(Pediatric recurrent abdominal pain, PRA)的描述，何者是正確的？

選項：

(A) 有PRA時，宜考慮是否有焦慮或憂鬱症

(B) 不論兒童期或青春期均以女性為多

(C) 目前所知，其盛行率和社經地位無關

(D) 其腸道機能檢查發現大小腸收縮強度較強，排空較快

(E) PRA同等於成人的腸躁症，在腸道不會發現有發炎現象

3. 下列有關PRA可能病因的描述何者是錯誤的？

選項：

(A) 大多找不到器質上的病因可以解釋生理變化

(B) 目前認為和食物過敏、食物缺乏纖維有關

(C) 患者可能會有拒學症

(D) 除了腹痛也較易出現頭痛、疲倦等身體症狀

(E) 內視鏡檢查大多可以發現腸胃道非特異性的發炎

4. 下列有關PRA預後不佳的危險因子何者為正確的？

(1) 女性

(2) 較高的焦慮和憂鬱程度

(3) 神經質的人格特質

(4) 有生活壓力事件

(5) 低社經地位

選項：

(A) (1)+(2)

(B) (1) +(2)+(3)

(C) (1)+(2)+(3)+(4)

(D) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)
(E) (2)+(3)+(4)+(5)

5.以下對PRA的治療何者為是？
(1) 在最近的一個雙盲隨機試驗發表，抗憂鬱劑中的citalopram對PRA是有療效的
(2) 應以生物—心理—社會模式進行全面性的治療
(3) 再保證及衛教是PRA的基本治療方式
(4)「疼痛日記」可以協助瞭解發生PRA的相關影響因素
(5) 認知行為治療雖然被認為是治療PRA有效的方法之一，但是仍未有隨機對照研究的發表

選項：
(A) (1)+(2)+(5)
(B) (1)+(2)+(3)
(C) (2)+(3)+(4)+(5)
(D) (1)+(3)+(4)+(5)
(E) (2)+(3)+(4)

答案卡請自學會網站下載:
www.tscap.org.tw

會員投稿

兒童精神科開業醫師的一些經驗

王雅琴醫師
元和雅聯合診所負責人

幾天前，接到祕書長的來電，要我分享一些兒童精神科醫師開業的一些經驗，想想：我似乎是兒青精神科專科醫師踏入開業領域的第一個，開業至今，也已近13年，目前仍是以兒青的個案為主，就義不容辭的答應了。

從醫學院畢業進入醫療的領域，至今已超過25年了!前半段的13年在教學醫院服務，其中有三年在小兒科服務，並取得小兒專科醫師的資格，一年在台大兒童心理衛生中心受訓，其他的時間均在高雄醫學大學及附設醫院精神科擔任教學、服務及研究的工作。1995年轉入開業醫師的行列，但仍保留高醫特約醫師及兼任講師的身分。「凡是走過，必留下痕跡」，每一階段的耕耘，對目前的我都很有意義。

由教學醫院的受聘醫師轉為開業醫師，角色不同，面臨的問題也不同；由單純的只管醫療業務轉為什麼都要懂：包括診所設置的行政事務，健保業務，裝潢設備、人事規劃(藥師、櫃檯及行政人員、心理師、護理師)及聘顧、成本計算、環境整潔……等等，雖是繁瑣，但也是一種學習、成長。

很多個案、學生、家長對「精神科」有成見，好不容易鼓足勇氣、克服心理障礙，幾經掙扎，才抱著既矛盾有無可奈何的心境勉強踏入診所，一走進來的感受就很重要了！在我們的診所裡面，硬體設備環境除了窗明几淨、清爽明亮之外，更要營造溫馨的感覺。每一崗位的工作人員都要有親和力，抱著熱忱、親切有耐心的服務態度；書報雜誌的準備要顧及各年齡層、健康、大眾化，電視螢幕不播放一般的電視節目改以優質的卡通錄影帶，並把聲音調至最低，不干擾看書的一群，使大家各得其所。結果發現：老少咸宜且笑聲不斷，尤其兒童天真無邪的笑聲更造就了歡樂的氣氛。兒心有很多注意力不足過動症候群的個案，在裝潢設備時，要更考慮設備的安全性、耐摔與好清洗。

相對於很多科，甚至同是精神科的成人，兒童青少年精神科需要花較多的時間。為達較好的服務品質，並紓解個案擠在一起的壓力，本診所採用預約制，一個時段可看診的個案數有限，時間成本、人力成本較高，以目前的健保制度來說，較不符合經濟效益，賺不了大錢，但因兒青醫師供不應求，只要認真看診，用心協助個案，常會發生一個介紹一個的連鎖效應，加上良好的醫病關係，看診氣氛好，會忙會累但工作愉快，個案病情穩定後，就不必花太多的時間了，也達到另一種平衡。

走入開業醫的行列，說自由也自由，你可自主的決定看診的時間，一周看幾個時段，什麼時候要休假。說不自由，也真不自由，不能突然因事休診，沒有找到代診的醫師，病人的診療會開天窗。目前很多診所轉為聯合診所的模式，共用行政資源與設備(如藥師、行政人

員、護理師、診間……等)，也可互相支援，較有彈性。

一但成為開業醫，看門診成為主要的工作重心，可以撥出一些時間多參與一些社會福利與服務工作，如家庭扶助中心、兒保團體、社會局、教育局的活動，社區醫學保健教育講座，將兒童青少年精神醫療由門診拓展至學校、社區，除了可以服務更多的個案外，也讓開業醫的生活更多元化。目前我除了參加這些活動外，也加入「注意力缺陷過動症—觀察性研究」的研究工作，開業醫也可以不與「教學、服務、研究」脫節。

總之，每一行都有它的酸、甜、苦、辣，抱著一顆服務的心，認清自己的方向，該爭取要爭取，該表達要表達，該申覆要申覆，結果如何，不要太在乎，就可以在這領域中快樂地走下去，尤其每天接觸很多小朋友，心態也跟著年輕、活潑起來，這可是附帶的收穫喔!

沒壓力的基層醫療執業方式之感想

陳信昭醫師
Dr. Yin 心靈診所主治醫師

在醫學中心待了十多年之後，我才終於想通了做自己想要做的事情才是我最終追求的目標，也有信心相信自己不必仰賴醫院應該也可以過得很好，於是我在2006年3月底離開成大醫院，到殷建智精神科診所上班。選擇到殷醫師那裡工作，而沒有選擇自己開業，殷醫師的尊重當然是其中一個因素，但對不喜歡搞行政以及不喜歡被綁住的我而言，到診所工作應該是最沒有壓力才對；當然，與成人精神科醫師合作應該也是個不錯的組合，不會互相搶病人。過去將近兩年以來，我的工作主要有幾方面。每週固定的門診有五次，三次下午、兩次晚上，目前病患已多到快看不完，尤其是星期三下午及晚上的門診，這些時間方便學生看診當然是重要因素；每週一次到設在南一中的中等學校心理衛生諮詢轉介中心

做學生及輔導老師的諮詢，這個工作已經持續做了十二年；每兩週做一次個別心理治療團體督導，成員有住院醫師及諮商心理師，以及每個月兩次到學校對諮商師及輔導老師做個案督導；不定期巡迴到高雄縣的國小及國中做學生訪談，以便為轉介治療或諮商做準備，有幾次還深入偏遠山區學校；受邀到各級學校演講精神疾患的認識及處理，協助老師了解精神疾患，以及如何幫助學生；不定期開辦心理劇工作坊，做自己最喜歡的事情；從事個別心理治療；從事心理治療、諮商或精神醫學相關書籍的翻譯及校閱工作；此外，因為診所個案很多，也有許多機會可以跟研究生或其他醫院合作研究，對研究稍有興趣的人也不必全然放棄。

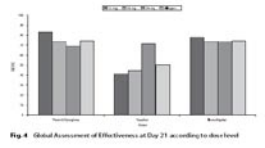
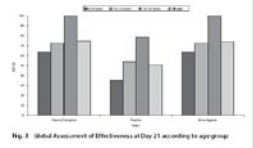
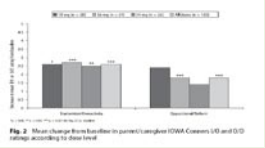
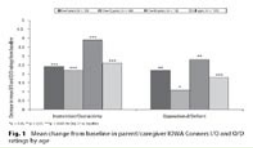
其實在基層執業之後，事情不但沒有減少，反而大大的增加，但是自己增加了選擇度及自由度，這些事情都是自己想做的事，因此也就很樂意繼續做下去。若是你問我薪事如何，我只能說我用以前一半的時間賺得了以前兩倍的錢，但以前的薪資是太低了，因此目前當然也沒有到發財的地步啦。當然，醫師之間合作必須彼此尊重、不能太計較小事，否則很難長遠；另外，兒青醫師平時可以盡量與國、高中及小學輔導室保持良好聯繫，在你基層執業之後，他們會是你最充沛的個案轉介來源；目前許多縣市都在成立學生心理諮商中心，會有許多諮商心理師在其中協助處理學生的問題，因此，尊重他們並與他們建立接觸管道應該不是件壞事。

想到基層執業嗎？試著考慮這個比較沒有壓力的方式。

文 獻 選 讀

JANSSEN-CILAG TAIWAN
電話：(02) 27326611
地址：臺北市敦化南路2段319號8樓

Symptom control in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder on switching from immediate-release MPH to OROS MPH

出　處	Symptom control in children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder on switching from immediate-release MPH to OROSR MPH Results of a 3-week open-label study
作　者	H. Remschmidt, P Hoare et al
研究目的	＊評估由短效型 methylphenidate (IR MPH) 轉換至長效型 methylphenidate (OROS MPH (CONCERTA)) 的治療效果。 ＊受試者爲被診斷有注意力不足過動症的兒童與青少年。
研究方式	＊這是一個爲期21天，多中心，開放型，在歐洲進行的臨床試驗。 ＊受試者： 受試者必須是被診斷有注意力不足過動症的兒童或青少年，在進入試驗前，他們必須已 經使用 IR MPH 10~60 mg 超過四周而且維持服用相同 IR MPH 劑量至少三周。 ＊劑量： 所有的受試者都根據之前服用IR MPH 的劑量轉換至 CONCERTA 的三種劑量：18 mg, 36 mg, 或54 mg / 每天。 (1) 5mg BID or TID --> CONCERTA 18mg QD 。 (2) 10mg BID or TID --> CONCERTA 36mg QD。 (3) 15mg BID or TID 或一天總劑量超過 45mg --> CONCERTA 54mg QD 在進入試驗後第七天和第十四天時，試驗主持人可以根據受試者的狀況 (療效與安全性)，調整CONCERTA 的劑量。 ＊評估工具： 1) 使用兩種治療效果的評估工具: IOWA Conners rating scale和Global Assessment of Effectiveness (GAE)。 2) IOWA Conners rating scale 包括inattention/over activity (I/O) 和 oppositional/defiance (O/D) 這兩部分，每部分各包含了5個項目；每個項目都是四分的刻度 (0: 完全沒有，3: 很多)。在試驗開始前及試驗進行後的第21天，父母/主要照顧者和學校老師必須完成此量表已評估口軟哺恂潔意力和行爲表現。 3) GAE是一個4分的刻度表 (0 = poor, 1 = fair, 2 = good, 3 = excellent) ，用來評估藥物是否能控制受測者的注意力不全與過動症狀。在試驗進行後第21天，父母，學校老師，和試驗主持人必須根據受試者的狀況來評估藥物的效果。 4) 所有在試驗中發生的不良反應都必須被紀錄，試驗主持人在試驗開始，第七天，第十四天，第二十一天時會主動詢問受試者的食慾和睡眠狀況。如果受試者之前有Tics的情況，任何嚴重度的變化也都會被紀錄下來。
研究結果	＊總共105個受試者進入本試驗，其中18位 (17%) 爲青少年 (13-16歲)，48位 (45.7%) 年齡在10到12歲之間，39位 (37.1%) 在6到9歲之間。 ＊其中 99 (94.3%) 個受試者完成這個21天的臨床試驗；完成率在各年齡組別是類似的 (88.9%-97.9%)。 ＊進入試驗時，20位 (19%) 受試者服用 CONCERTA 的劑量爲18mg，59位 (56.2%) 服用36mg，26位 (24.8%) 服用54mg。試驗終點時服用 18mg, 35mg, 54mg CONCERTA 的比例分別爲 11.9%, 54.4%, 33.7%。 <u>Efficacy</u> ＊在第21天時，家長 / 照護者評量的 IOWA Conners I/O 和 O/D ratings 較試驗前都有明顯的改善 ($p < 0.001$)。這些改善在不同年齡組別和不同的起始劑量上都可以發現 (Fig. 1 和Fig.2)。  Fig. 4 Global Assessment of Effectiveness at Day 21 according to dose level  Fig. 3 Global Assessment of Effectiveness at Day 21 according to age group ＊於第21天所作的GAE，74.3% 的 家長 / 照護者評價 CONCERTA 治療爲 good 或是 excellent；不同起始劑量，受試者的家長都有很好的評價 (Fig. 4) ，而年齡較高的受試者的家長似乎對此治療有更高的評價 (Fig. 3)。  Fig. 2 Mean change from baseline in parent/caregiver IOWA Conners I/O and O/D ratings according to dose level  Fig. 1 Mean change from baseline in parent/caregiver IOWA Conners I/O and O/D ratings by age ＊試驗主持人和老師對於年齡較大的受試者的治療有更佳的評價 (Fig.3 和 Fig. 4)。 ＊相對地，老師評量的 IOWA Conners I/O 和 O/D ratings 在試驗前和試驗後並沒有明顯的差別。 ＊在試驗21天時，有 88.1% 的家長 / 照護者希望他們的孩子繼續接受 CONCERTA 的治療。 <u>Adverse events</u> ＊綜合來說，受試者對 CONCERTA 有很好的耐受性；在所有的受試者中，7位 (6.7%) 產生較嚴重的不良反應，其中 5 位的不良反應推測與藥物相關，包括睡眠問題與頭痛等。 ＊在所有出現的不良反應中，超過 2% 得有頭痛 (7.6%)，肚子痛 (3.8%)。 ＊在試驗前和試驗21天時，各有 56.2% 和 57.8% 的家長評估孩子的睡眠品質爲 good 或是excellent。 ＊在試驗第7天和第21天時，各有 10.6% 和 9.8% 的家長認爲孩子的食慾較差，而有22.1% 和 14.7% 的家長人爲孩子的食慾變好了。 ＊有15位受試者在進入試驗前有motor tics，在試驗中只有不到9位受試者有 motor tics 的報告；verbal tics的受試者則由受試前的1位變爲受試後的三位。並沒有任何 Tics 被認爲是嚴重的。
研究結論	＊在這個試驗過程中顯示，由 IR MPH 轉換至 CONCERTA，可以改善被診斷有注意力不足過動症兒童與青少年的症狀。 ＊在家長 /照護者的 IOWA Conners ratings 上的改善，更顯示 CONCERTA 對這些孩子放學後那段時間的幫助。 ＊本試驗也顯示了 CONCERTA 有良好的安全性與藥物耐受性。

（本文由楊森大藥廠提供）

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

專思達

全心守護ADHD孩童

From Home to Homework

7:00 am — 服用一顆CONCERTA® 專思達

8:00 am — 專心上課四個小時，小case！

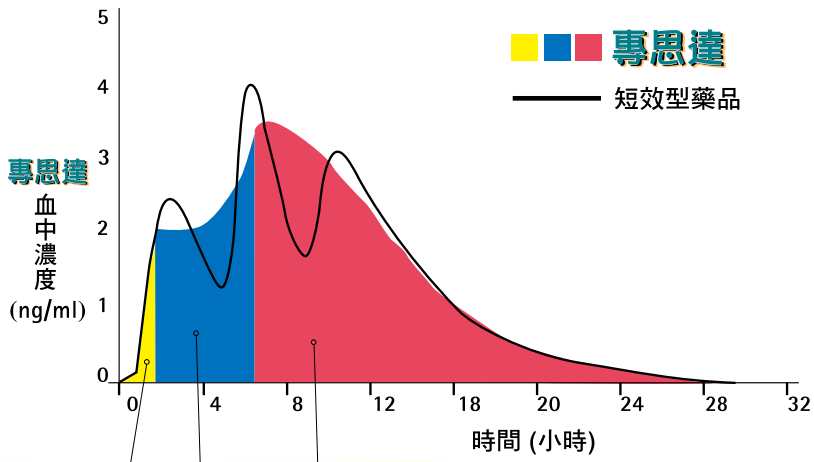
12:00 pm — 和同學一塊吃午餐！

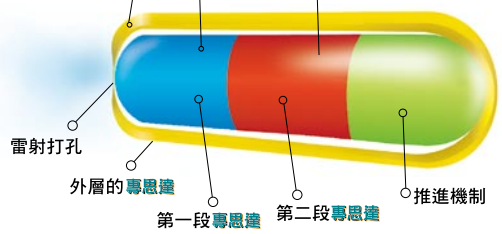
1:30 pm — 上數學課，老師誇我做得又快又正確！

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

一天一次
CONCERTA® 專思達
methylphenidate HCl
一鍵收心、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

兒童青少年精神醫學通訊