

# 兒童青少年 精神醫學通訊



發行人：丘彥南  
秘書長：劉士愷  
副秘書長：商志雅、梁歆宜、劉弘仁、王明鈺、  
周妙純、林建禾、王迺燕  
理事：王雅琴、丘彥南、李鶯喬、李慧玟、  
周文君、張學岑、吳佑佑、高淑芬、  
鄭瑋、侯育銘、陳映雪、葉啟斌、

監事：陳質采、陳俊鶯、劉珣瑛  
宋維村、陳信昭、李儒卿、臧汝芬、鄧國蘇  
執行編輯：吳佑佑、梁歆宜、王心怡  
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

2008  
秋季號

## 本期主題：兒童青少年精神醫學之身心障礙鑑定

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.7, No.3, Autumn 2008



里歐·沃默 (Leo Wolmer) / 照片：桃園療養院 宋成賢醫師提供

### 目錄

秘書處公告.....	P. 1
鑑定專欄	
試論台灣精神醫學界現今所面臨建立身心障礙鑑定共識之挑戰.....	P. 2
自閉症鑑定相關議題之思考與建議.....	P. 5
智能障礙鑑定之困境與共識.....	P. 7
人物專訪	
專訪里歐·沃默 (Leo Wolmer, M.A.).....	P. 9
文獻選讀	
在物質濫用的病人中診斷注意力缺陷過動症(ADHD).....	P. 11
文獻選讀	
Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.....	P. 15



## 秘書處公告

### 97秋季號秘書處公告：

#### 一、公告

- (一) 「學術暨節目委員會組織章程」  
(第六屆第二次理監事會通過，  
2008/10/10)：

#### 學術暨節目委員會組織章程

中華民國97年10月10日第六屆第二次理監事會通過

- 第一條 台灣兒童青少年精神醫學會（以下簡稱本會），為籌備學術研討活動事宜，推動學術交流，依本會章程第二十三條之規定，設立「學術節目委員會」（以下簡稱本委員會）。
- 第二條 本委員會置委員七至九人，其中一人為主任委員。委員由理事會就會員之學術代表性推選之，主任委員由理事會指派。主任委員及委員之任期，同當屆理事任期。
- 第三條 本委員會任務如下：  
1、籌備本會學術研討會之學術節目內容。  
2、評審各類學術研討會與教育演講之相關論文。  
3、訂定本會辦理或受託辦理之各項學術獎項申請與審核辦法。  
4、依據審核辦法審查各獎項，評審過程得聘請相關領域之專家會同審查，審查結果應提理事會核備。
- 第四條 本委員會之集會由主任委員召集，並擔任主席，每年至少開會乙次，必要時得召開臨時會議。會議得以傳真、電子郵件或其他視訊方式進行，但仍應做成書面決議。

第五條 本委員會之決議，應有委員過半數之出席或參與，採多數決原則，並經提報本會理事會通過後實施。

第六條 本章程經理事會通過，公告後施行。修正時亦同。

- (二) 兒童青少年精神科專科醫師甄審原則第九條，增列下述條款：  
(第六屆第二次理監事會通過，  
2008/10/10)

1、專科醫師如遇特殊狀況（出國、重病...等），以致繼續教育積分累計不足，可在證書到期前半年內提出說明，申請延長累計積分期限，經甄審委員會核可後，可延長累積積分期限至多為一年，延長期間期間，專科醫師資格暫停。

2、專科醫師資格一經終止後，如要取得專科醫師資格，須依程序提出重新甄審。

- (三) 台灣兒童青少年精神科專科醫師繼續教育積分認定辦法修訂下列條款：  
(第六屆第二次專科醫師甄審委員會通過，2008/10/10)

第四條 凡經本會認可之教學醫院、兒童青少年精神科專科醫院... 課程表及全程授課時數，連同申請書於活動舉辦四週前函請本委員會認可。申請時須具備完整資料文件，資料不符者不予審核。

#### 二、第六屆第二次專科醫師甄審委員會決議（2008/10/10）：

- (一)、 97年度甄審通過兒童青少年精神科專科醫師名單：



蔡芳茹、王鴻松、陳億倖、姚佩宇、林育如、黃國洋、蔡景淑、陳冠旭，共8人。

- (二) 1、本會繼續教育積分認可之範圍為直接與兒童青少年精神醫學有關的學術活動，訓練醫院日常教學訓練之個案討論及文獻研讀，非為認可之範圍。被認可之活動須為可開放報名或自由參加者。
- 2、對積分認定審核結果有疑義者，須於接獲通知後一週內提出申訴，甄審委員會召集人須於一週內，會同另一位委員完成審核並決議之。
- 3、學術活動之講師須為本會兒童青少年精神科專科醫師，或為國內外相關領域之學者專家。

### 三、第十次醫療策略委員會對全民健保問卷調查結果討論後，建議合理之健保申報對應碼為：

- (一) SPM/CPM、CCDI可申報45052C智能評鑑，但須有評估之觀察紀錄及分析報告。
- (二) 活動量表、文蘭適應症量表、SNAP- IV、其他社會適應功能評估量表可申報45012C精神科社會生活功能評估，但於病歷中應有充分之紀錄。
- (三) 氣質量表、CBCL、SCL-90可申報45055C人格特質評鑑，但須有評估之分析報告。

### 四、勸課：本會2008年會員手冊第35頁繼續教育積分申請表勸課：第十二條第三行：…一年不得超過40個單位…。

## 鑑定專欄

### 試論台灣精神醫學界現今所面臨建立身心障礙鑑定共識之挑戰

台大醫院精神醫學部 丘彥南醫師  
臺灣兒童青少年精神醫學會理事長

台灣之殘障福利法雖然於1980年立法通過，但是精神醫學界全面參與全國之身心障礙鑑定作業，是在1990年殘障福利法第一次修正之後。當時，臺灣精神醫學界的代表們參與智能障礙、自閉症、慢性精神病及老年痴呆症（後更改類別名稱為失智症）之鑑定等級、方法、工具等相關鑑定作業規範之訂定。直到2007年7月11日法的名稱改為「身心障礙者權益保障法」之前，雖然名稱曾修訂為「身心障礙者福利法」，但是在鑑定作業方面，有關精神醫學領域之障礙類別部份，僅有很少之變動。然而，在身心障礙者權益保障法中，有關鑑定分類之系統及鑑定作業方面，均有極大的改變，這將帶給台灣精神醫學界不小的挑戰。

過去十多年來，大家許多心力及時間耗在全民健保上，近年來的醫院評鑑及精神衛生法之修訂，也帶來巨大的壓力，故學會在身心障礙鑑定作業中所遭遇的種種問題上，相對地是著力不足的，以致許多問題無法改善，甚至惡化。時代的巨輪在不停地轉，社會的需求也不斷地在增加，在專業方面的要求和期待亦節節升高。（不論是專業的自我期待或是被社會大眾的期待）因此，我們台灣精神醫學界應加緊面對身心障礙者權益保障法之變革，積極地檢討過去的經驗，成立任務工作小組，集



合大家的智慧及專業經驗，就精神醫學界所應負責之領域，訂定合宜的作業規範並推動共識，祈使身心障礙鑑定達到協助身心障礙者獲得真正需求之目標，同時也讓專業同仁們執行鑑定業務時更有尊嚴、更順暢，並減少作業的壓力和困擾。

在身心障礙者權益保障法第五條中明訂：「本法所稱身心障礙者，指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：一、神經系統構造及精神、心智功能。二、眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。三、涉及聲音與言語構造及其功能。四、循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。五、消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。六、泌尿與生殖系統相關構造及其功能。七、神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。八、皮膚與相關構造及其功能。」其中與精神醫學最密切相關的是第一類，第三類亦有部份相關。而在衛生署的規劃中，應是以ICD-10搭配ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)來界定疾病類別、障礙程度及需求，這對許多習慣使用DSM系統的同儕而言，需要有相當的調適時間及歷程。雖然在精神疾病診斷分類中，DSM-IV與ICD-10已相當接近，但是仍有不同之處，這些相異之處是否會造成鑑定作業上的歧異，有待同仁們詳加檢視並探討之。例如：Recurrent depressive disorder (ICD-10)和Major depressive disorder, recurrent (DSM-IV-TR)。

在過去之慢性精神病的身心障礙鑑定中，最早先設定之情感性精神病是ICD-9-

CM中296的診斷範圍，但後來因ICD-10及DSM-IV之變遷及使用，以致身心障礙鑑定中適用之範圍產生了歧異。例如：有些鑑定者認為精神病症狀出現是必要的條件之一，有些鑑定者則認為不是必要條件。在2008年6月，台灣兒童青少年精神醫學會於「自閉症、智能障礙及慢性精神病身心障礙鑑定工作坊」中所進行的問卷調查顯示，約有五分二的精神科專科醫師填答者認為：「情感性精神病患者鑑定為符合身心障礙等級之必要條件中，不須訂定曾有明確之精神病症狀發生及持續之時限」、「憂鬱症患者鑑定為符合身心障礙等級之必要條件中，不須訂定明顯精神病症狀之發病年限」，約五分之三之精神科專科醫師填答者則持相對意見，認為須要將「曾有精神病症狀發生及持續之年限」及「明顯精神病症狀之發病年限」列入必要條件。筆者推斷，前述的歧異是造成慢性精神病身心障礙鑑定紊亂現象的原因之一。

在身心障礙者權益保障法將採用的ICD-10及ICF分類系統中，應涵蓋那些精神疾病範圍，是個非常需要詳細探討的課題。過去身心障礙者福利法所羅列的範圍較窄化，現今應擴大到其他對治療反應不佳，且對患者造成顯著功能偏離或喪失之各類精神疾病，但是鑑定是否符合身心障礙等級之標準卻不能過於寬鬆，以致真正需要者之福利被稀釋。在前述之問卷調查中，被個別填答者列舉應考慮涵蓋的精神疾病包括：嚴重且療效不佳的強迫症、社會畏懼症、學習障礙等。被個別列舉不應涵蓋的有：人格疾患、亞斯伯格症、物質使用疾患、行為規範障礙等。

要建立符合身心障礙等級的共識，存在著許多的挑戰。例如：社會功能顯著偏離



或喪失之定義為何？以何工具評估？那些專業人員應參與評估？要經過那些治療歷程才能判斷為治療反應不佳？若因治療合作度不佳以致病情惡化、功能顯著退化，必須等充份合作治療後才適合鑑定嗎？重新鑑定的合宜年限如何判定？

在前述之問卷調查裏，在兩題模擬案例中，顯現了不同鑑定者判斷基準的差異。在例題「若一兒童慢性精神分裂病患者在足夠劑量及時間治療下，病情穩定但每週仍偶有短暫之精神病症狀（例如：幻覺、妄想），具生活自理能力，學業成績比病前略退，但在班上仍屬中等程度，友伴關係仍可維持，只是比病前稍不熟絡」中，約有一半鑑定者認為可鑑定為符合身心障礙等級，另一半則認為不符合；在例題「若一兒童慢性情感性精神病患者在積極治療下，病情穩定，俱生活自理能力，學業成績比病前略退，但在班上仍屬中等程度，友伴關係仍可維持，在家庭偶而會鬧小脾氣」中，約有四分之一鑑定者認為可鑑定為符合身心障礙等級，另四分之三則認為不符合。

在新法的架構下，功能的評估由專業團隊完成，可避免單一鑑定者之獨斷差異，若有適當之評量工具及方式，可以減少單一鑑定者基準過度寬鬆之情形，但是鑑定之成本必然提高，作業時間也會增加，不同專業間之鑑定者之共識亦有待建立。再者，社會功能顯著偏離之界限劃分，就好比貧窮線之設定，是一種相對之狀況，且會受環境支持系統之影響，將挑戰鑑定團隊共識的形成。

在前述問卷調查之有關憂鬱症患者鑑定為符合身心障礙等級之必要條件中，其症狀導致其「職業功能、社交功能與日常

生活適應發生障礙，需家庭社會支持及照顧」之最低時限應如何訂定的題項中，鑑定者之意見如下：不須訂定（2人），須訂定為：一個月／年（2人），二個月／年（1人），三個月／年（10人），六個月／年（23人），九個月／年（2人），十二個月／年（9人），兩年（2人），無時限確定意見（1人）。由此可見，對於會有病情發作及緩解過程之患者之鑑定，在鑑定形成共識之過程中，會遭遇更大的挑戰。

鑑定者們對於治療之合作度（adherence）又會如何考量呢？在前述問卷題項「若一慢性精神分裂病患者曾對抗精神病藥物反應良好，致不符身心障礙標準，但後因服藥合作度不佳（non-adherence），以致社會功能顯著不佳且持續超過最低認定之時限」中，約有百分之二十八之鑑定者認為可鑑定為符合身心障礙等級，而約有百分之七十之鑑定者認為須俟其合作服用足夠劑量及時間後才鑑定之。在同類狀況若發生在慢性情感性精神病患者之題項中，約有百分之十八之鑑定者認為可鑑定為符合身心障礙等級，而約有百分之八十之鑑定者認為須俟其合作積極治療經足夠時間後才宜鑑定之。由此類例題之回應中，令吾人須深思在鑑定共識形成中，治療合作度之因素亦必須詳加討論。

在前述問卷「憂鬱症患者鑑定為符合身心障礙等級之必要條件中，是否須訂定接受必要適當治療之時限」之題項中，有百分之六的鑑定者認為不須訂定，百分之九十二的鑑定者則認為須訂定，而時限至少為：三個月（4人），半年（7人），一年（11人），二年（16人），未確定時限（2人）。由此可見，絕大部分之鑑定者認為必須訂定「必要適當治療時限」之門鑑，但是對於須治療多久才能判斷為對治



療反應不佳，有分歧之意見。在面對不同疾病時，我們當隨著實證醫學之進展而對治療反應之界定而有所改變，於此部份，精神科專科醫師之角色，是其他專業所無法取代的。因此，關於如何界定「必要適當治療」及「治療反應不佳」，我們的學會應建立共識。

在過去身心障礙鑑定人員資格限制之規定中，明列參加過「智能障礙鑑定課程講習」、「自閉症鑑定講習課程」之相關科別專科醫師方有資格，但是過去衛生署從未辦理這些講習課程。台灣兒童青少年精神醫學會在2007年9月15日成立身心障礙鑑定暨司法精神醫學工作小組之後，設計問卷，討論共識，而後在今年6月22日首次舉辦「自閉症、智能障礙及慢性精神病身心障礙鑑定工作坊」，獲得衛生署之部份補助，並已將成果回報。參加者的回饋問卷反應大致為良好，值得繼續推廣舉辦。期待在未來的鑑定人員訓練中，能夠落實必要之研習及評量認證的機制，以避免過去至今的許多亂象。

台灣兒童青少年精神醫學會已向台灣精神醫學會提出申請，希望在今年的年會學術研討會中，舉辦一場「身心障礙者權益保障法中，憂鬱症患者符合身心障礙等級之界定標準應如何訂定？」之辯論討論會，期待能為凝聚共識之過程有所助益。

身心障礙者權益保障法施行細則修正條文已於2008年4月15日通過，接著應進行相關作業辦法之修訂，但是迄今學會尚未收到衛生署邀請參與修訂之公文。由於此次法條大翻修的變動頗廣，對於依新修定法條辦理重新鑑定及需求評估或換發身心障礙證明之落日條款日期訂為民國一〇一年六月四日。時間看似寬裕，仍有三年九

個月，但若仔細思考每個待訂定與執行的環節，以及所需鑑定的量，時間實在是不多，需要醫療行政與專業之積極努力及配合，訂出較合宜的鑑定作業辦法，並據以施行之，方能落實身心障礙者權益保障法修訂之理想目標。

## 自閉症鑑定相關議題之思考與建議

署立桃園療養院兒童青少年精神科 劉士愷醫師  
長庚紀念醫院林口院區兒童青少年精神科  
吳佑佑醫師  
虎尾天主教若瑟醫院 宋維村院長

### 一. 自閉症診斷概念的演變

西元1943年，Leo Kanner發表對11名個案的觀察報告，並稱之為「early infantile autism」。在此之前，由於對於自閉症所知有限，描述上大抵都是延伸成人精神疾病的診斷，例如以Kraepelin的dementia praecox概念來描述及衍申為childhood psychosis或childhood schizophrenia。其後在建立診斷上的困難包括需要確立與早發性精神分裂症及嚴重智障的區別，界定相當廣泛的徵候群表現，以及隨著年紀改變的症狀表現(Soong, 1987; Volkmar and Cohen, 1988)。直到1980年代，自閉症才被正式列入American Psychiatric Association的診斷手冊(DSMIII)中，迄今未滿30年。經過遺傳學及流行病學上的研究，自閉症的診斷概念已經由唯一診斷(DSM-III)，加入發展概念(DSM-III-R)，到一個類別中包含數個診斷(例如DSM-IV的Pervasive developmental disorder中包括了Autistic disorder、Asperger's disorder及Rett's disorder等)；其中「非典型」自



閉症的概念也隨之擴大，由「殘餘症狀」(DSM-III)至今日的「PDD, NOS」診斷。後續的研究和討論中，更轉變為「連續譜系疾患」(spectrum disorder，學會翻譯為「類障礙」)。歐美的流行病學研究中，典型自閉症的盛行率也逐年上攀，由萬分之四至千分之三或更高。(Fombonne, 2005)

## 二. 身心障礙鑑定的難題

在國內，自閉症的診斷與評估除了要面臨前述診斷上的轉變，與非典型個案的增加，還要面對另一實務上的難題：身心障礙鑑定。根據現行身心障礙手冊所載的自閉症障礙程度之描述性定義，鑑定醫師必須判斷自閉症患者的社會適應能力及語言功能，依兩者的障礙程度界定其障礙等級。例如社會適應能力中度障礙，同時有語言功能重度或中度障礙者，其障礙程度會被評定為重度。

但是如前所述，自閉症患者的症狀表現會隨年齡變化，加上現行的社會適應能力及語言功能評估，缺乏廣被接納的評估性工具，加上臨床服務時間的壓縮，往往影響在障礙等級上的判斷差異。何況障礙的程度與可得的社會福利及教育資源（包括特殊教育服務及入學考試加分）有關，使得艾斯柏格症及非典型自閉症患者是否符合開立身心障礙手冊的爭議也不斷，有可能導致兒童青少年精神專科醫師面臨鑑定信度的質疑。台灣兒童青少年精神醫學會早在數年前即接到許多會員反應此類困境，經理監事會議決定，於97年度成立討論小組，針對身心障礙鑑定的問題發出問卷調查，並經小組討論形成共識及提出建議。

## 三. 建議事項

關於自閉症身心障礙鑑定的年齡部分，雖然根據DSM-IV的診斷準則需要「在三歲以前出現社會互動、社會性溝通語言、象徵性或想像性遊戲至少一項的遲緩或異常」，但由於兒青精專醫師在臨床上已經可以診斷兩歲以下的典型自閉症患者，故建議原則上不設鑑定的年齡下限。至於非典型、能力好的個案之症狀較為多樣，早期的鑑定則須特別謹慎。另外，考慮到多數個案的症狀會持續出現但隨年齡變化，鑑定的時間點建議可依個案狀況及需求調整。一般情況下至少於就學及發展的轉折點，如：六、十二、十五、十八歲左右，宜安排重新評估。相較於慢性精神病的鑑定規定，建議自閉症個案不宜每年重新評估，亦不宜輕率給予永久不必重新鑑定；有特殊考量者（例如：學齡前、就學階段正積極接受輔導矯治的個案，需更密集之評估）應於病歷上記載原因。

針對自閉症的個案有多數合併智能障礙，是否合適評定為多重障礙的問題，經討論後建議：由於現行身心障礙鑑定手冊中所載的「操作型定義」中，已內含生活自理及獨立工作等內容，原則上不開立為多重障礙。但考慮現行各縣市教育及社會福利的規定不一，例如有些地區可能需要有智能障礙之類別，較容易取得特殊教育資源，會員仍可自行就需求判斷調整。

在鑑定級度上關於社會適應能力及語言功能障礙程度界定，則建議仿照智能障礙鑑定等級(以標準差為主)，可參考之評估工具如發展評估測驗（語言表達及理解發展商數）、智力測驗（語文智商）、社會適應評估工具（如文蘭氏量表或中華適應行為量表等）來協助判斷，當然最重要的還是精神科醫師臨床的評估。



至於爭議較多的非典型自閉症，或所謂自閉症類障礙(Autistic Spectrum Disorders)之鑑定標準，因目前「連續譜系」的診斷概念，加上現行身心障礙手冊中的「輕度自閉症」被界定為輕度社會適應功能「或」語言功能障礙，對象可能會包括許多臨床症狀極輕的自閉症類個案。針對此點，小組建議臨床醫師應在門診追蹤期間提出環境調整之建議（例如學校教師的衛教與溝通、輔導或特教資源的提供），並回歸語言功能及社會適應障礙之臨床判斷，確實掌握個案的狀況。若在一般或適度調整後之社會情境中，仍出現明顯社會適應障礙，並積極治療追蹤超過一年者，則可考慮開立。艾斯柏格症患者亦適用此原則。

#### 四. 結語

台灣兒童青少年精神醫學會此舉為首度的嚐試，或許仍有不盡周嚴之處，但提出鑑定建議事項的目的，無非希望形成會員的初步共識，加強前述臨床上鑑定的信度、減少不合理或不公平的現象。後續仍需要廣徵所有人的意見來檢討，希望能形成更大的共識。誠摯歡迎各位來信發表意見或在年會時參與討論。

#### 參考文獻：

1. 宋維村, 幼兒自閉症與早發型精神分裂病之比較研究, *Taiwanese J Psychiatry* 1987; 1: 43-51
2. Volkmar FR, Bregman J, Cohen DJ, et al.: DSM III and DSM III-R diagnoses of autism. *Am J Psychiatry* 145:1404-1408, 1988.
3. Fombonne. E: Epidemiological studies of pervasive developmental disorders, in “Handbook of autism

and pervasive developmental disorders”, vol.I. Volkmar et al 2005, pp.42-69

身心障礙鑑定自閉症組成員：劉士愷、吳佑佑、宋維村

## 智能障礙鑑定之困境與共識

嘉義基督教醫院精神科 侯育銘主任

這幾年陸續有一些精神科醫師上了社會新聞的版面，而其涉案是因為重大傷病卡或身心障礙手冊的開立問題。雖然說精神疾病的診斷一直是行為症狀的描述，有賴於良好的醫病聯盟關係、病人的誠實告知與專業的判斷。但也的確存在一些模糊空間灰色地帶，也成為有心人士或不肖醫師的運作空間。學會實有必要做些規範或形成共識。要形成共識就需要有足夠的討論。在這些手冊的開立問題中，智能障礙的問題似乎最小。因為診斷分類自很早以前即已確立，而診斷標準一直還滿清楚明確。不管ICD- 10或DSM- IV都標明總智商要小於70，才能診斷為智能障礙。但其實仍有不少問題值得討論。

首先就是再鑑定之期限。不像慢性精神病之類別，直接明定什麼樣之身心障礙程度可給予手冊多久之期限，智能障礙類別並未有類似規範。於是乎會有三、四歲自閉症小朋友無法配合智力測驗，卻拿到永久毋須再鑑定之智障手冊，也有13歲的青少年家長質問為何需要每年鑑定。似乎會員當中大家之原則並不一致。在這裡我們建議智障手冊之鑑定年限可考慮配合教育資源需求，即可安排小朋友在6、12、15、18歲左右時重新鑑定，剛好是入國



小、國中、高中時之年齡。不宜輕率予以永久不用再鑑定，或要求家長每年鑑定。特殊情況如診斷需再觀察，或考慮智力測驗之誤差等，只給一兩年之智障手冊，應於病歷上載明理由。18歲之後由於智力本身已較穩定，且無教育資源需求之考慮方可給予永久無須再鑑定之智障手冊。當然在新的「身心障礙者權利保護法」實施後，每五年個案之支持需求都需要由社工等專業團隊重新評估。此點也呼應美國智障協會（American Association of Mental Retardation, AAMR，現改名為 American Association of Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD）在2002年提出取消四個嚴重等級之診斷分類，改採依個案所需要之支持來做診斷分類。

其次就是智商之切截點的問題。我們都知道身心障礙鑑定表上是以標準差而非70為切節點。雖說DSM- IV診斷標準有一個70的數字，然而仔細看還是標明「大約」（approximately）的字樣。其實智力測驗本身也有誤差值，如魏氏智力測驗就標明落後兩個標準差，考慮誤差值約在65- 75之間。美國智障協會在1983年也主張取消魏氏或比西智力測驗之參考值，直接以智商標準值改為70-75以下即需考慮智能障礙之診斷。在這裡還需要提醒大家，在臨床上要診斷智能障礙，依照ICD- 10或DSM- IV之診斷標準，除了智商「大約」70以下之外，還要求個案必須因此造成功能上至少兩個領域適應之困難。也就是個案也可能總智商小於70；可能因過動症狀，文化差異如原住民等所造成；但各方面適應沒問題，即不該診斷為智能障礙。個人也認為對於總智商在70- 75之間的個案從誤差本身去考慮，的確有討論的空間。然而從上述的經驗，當有灰色地帶時

即成為有心人士之操作空間，又不得不審慎為之。是不是仍採取較僵化之總智商70以下之底線，或是對70- 75之個案，須有其他夠充份之客觀評估結果（如老師填寫之文蘭適應量表、中華適應量表），足以證明個案仍有功能適應困難。此點仍需要大家討論形成共識。此外，中度以下之智能障礙，由於智力測驗之地板效應，常也無法依智商之標準差來做診斷，需要仰賴各種適應量表之結果再加上臨床判斷來做診斷。

至於幾歲以上可以診斷為智能障礙的問題，依衛生署「醫事人員身心障礙鑑定工作手冊」建議，除非明顯中樞神經、染色體異常，三歲前盡量不要鑑定為智能障礙。然而有時囿於家長苦苦哀求，或個案資源需求的考慮，常在內心交戰是否給予智障手冊。其他科的醫師對三歲之前的小朋友智障手冊的給予態度也常不一致。對此我們自己最好也能共識，三歲以前的小朋友如果僅是輕度落後，沒有明顯中樞神經或染色體異常，我們不建議給予殘障手冊。順道提醒，染色體異常所導致之智能障礙雖然標準雷同，然而卻屬小兒科鑑定範疇。應依家長需求選擇，給予智障手冊或轉介小兒科開立染色體異常之身心障礙手冊，不宜同時開立。

另外就是診斷之正確性的問題。偶而仍會見到自閉症兒童，由於無法完成標準化智力測驗，而被診斷為重度智能障礙，且持有永久有效之智障手冊。導致個案無法接受適當之教育社會資源。由於目前臨床心理師之訓練並不一定有完整之兒童精神醫學實習。因此臨床診斷需要精神科專科醫師把關，切勿完全依賴智力測驗之總智商結果。除了自閉症之外，其實語言發展障礙、學習障礙、過動、情緒障礙都可能



會影響個案實施智力測驗之結果。如果對於診斷不確定，或不清楚過動、情緒症狀影響智能的程度，可轉介相關之專家或追蹤治療一段時間後再評估。不宜輕率給予身心障礙手冊。尤其是語文智商與操作智商差距過大時，對於臨床診斷要再審慎考慮。再者，語言障礙手冊之開立屬於耳鼻喉科或復健科之鑑定範疇，鑑別診斷後須再適當轉介。

最後，嚴重情緒障礙或精神病，急性症狀時期之智力測驗結果常因病情影響導致低估。應等穩定期再追蹤智力測驗或參考病前之智商。而因其他神經疾患或精神病導致智能退化，在18歲後發生者應考慮為失智症而非智能障礙。因此成年後因精神分裂病所致之智能退化，不應再合併慢性精神病與智能障礙為多障。

共識的形成，無非是希望消除一些臨床上、社會上不合理的現象，同時也希望建立學會的專業形象。當然需要每一個人的努力，歡迎大家來信發表意見或者在年會時討論。

## 人物專訪

### 專訪里歐·沃默 (Leo Wolmer, M.A.)

訪問者：宋成賢醫師(行政院衛生署桃園療養院)

一、請談談您的出身背景，何時移居以色列？何時完成您的臨床訓練？

我在烏拉圭的蒙台維地歐(Montevideo)出生長大，1982年移居到以色列台拉維夫

(Tel-Aviv)，我在台拉維夫大學取得心理學與教育諮商學位，再繼續深造取得兒童臨床心理學的碩士。

二、為何選擇成為兒童心理師？何時決定投身受創兒童領域？

選擇成為兒童心理師對我而言是自然不過的事了。由於在非正式的情形下從事兒童教育多年，深感在短時間內統整學校與家庭資源協助兒童之重要。至於和受創兒童結緣，是我在台拉維夫社區心理衛生中心實習時候的事了。當時Nathaniel Laor教授在中心設有一個受創兒童的研究小組，我就躬逢其盛參與了。

三、據說您在從事臨床工作之前，在其他的領域已有相當豐富的工作經驗了，可以談談這些經驗對您帶來的影響嗎？

我在學生時代的工作和心理學其實風馬牛不相及，像是在餐廳洗盤子或是做三明治。之後被「升官」做過侍者，同時又在機場兼做搬貨員。比較清楚的轉戾點是在台拉維夫大學Arie Nadler教授讓我做他的助教和研究助理時；之後我還曾在高科技公司對高階經理人教授領導課程，一教就教了八年。

四、和Dr Laor是如何結識的？

就在1991年波灣戰爭發生幾週後，Nadler教授介紹我認識Laor教授，並建議我繼續在台拉維夫社區心理衛生中心把實習完成。同時藉由研究的參與，也可以把論文完成。

五、身為國際知名的研究者，同時又是經驗豐富的臨床治療者，何者最具挑戰性？何者最讓你如魚得水？何者讓你收穫最豐？

工作中最具挑戰性也最富創意的部分往



往是去釐清和界定手上的問題。這可以是研究上的問題或是臨床診斷的狀況。一旦問題看清楚了，後續的解決往往就事半功倍了。我常覺得我們花在釐清問題上的時間總是太少。

#### 六、談談對您影響深遠的書籍或個人？

我的妻子蘿拉(Laura)是使我變得更好的動力來源。她是一個很棒的朋友，也是絕佳的兒童心理師。在專業領域中，Laor教授常年以來一直是我在研究與臨床工作上的導師。至於影響深遠的書就不計其數了，其中印象深刻的是賀曼赫塞的作品，在我青澀少年的歲月中我的情感與經驗發聲。

#### 七、依您之見，何者是成為一名優秀心理衛生工作人員重要條件？

道德與操守，情緒的成熟與幽默感，好奇心與耐心，還有對他人的尊重與愛。

#### 八、談談你的休閒興趣。

踢足球是我長久的嗜好。我希望維持體力充沛。我也寫過兩部電影腳本，寫作期間相當辛苦難忘。基本上我是凡事好奇的人，喜歡各種領域的閱讀與學習。

#### 九、對台灣年輕一輩的兒童精神衛生專業人員有何建議？

我很榮幸在多次場合與台灣的資深專業們有過數面之緣，像是宋維村醫師、陳快樂醫師、高淑芬醫師和吳佑佑醫師，以及許多優秀同業。我對於他們投身提升台灣精神衛生專業水準的熱誠與使命感印象深刻。與台灣專業的相處經驗讓我有機會了解到貴國文化的深度，以及台灣人的智慧、謙沖與勤奮的獨特結合。

#### 十、談談您的台灣印象，包括最好的與最壞的……？

上次來台灣參加亞洲兒童精神醫學學術研討會以及在草療演講的經驗對我而言都是美好的回憶。最棒的是我在這裡所遇到的人，不論是同行還是學生們，都展現了高度的學習熱忱，同時對講者也不吝於給予回饋和讚美。如同我前面所提，我認為這是根植在貴國文化中的特點，蘊於智慧的好奇心，謙沖背後的堅韌，與勤奮不懈的能量。唯一的缺憾就是在台停留太短了，無暇接觸認識更多人，造訪更多地方！

#### 十一、談談您對新一年的期望。

祈祝遠在台灣各位同業健康、平安與豐收！也希望宋醫師您能將在以色列的美好回憶帶回台灣，未來兩地縱然相隔千里，會有更多合作與交流！



\*\*站在海邊戲水的以色列的小朋友，天真的臉上看不出這片土地屢經戰亂與恐怖攻擊的痕跡\*\*

後記：相信參加過第三屆亞洲兒童青少年精神醫學學術研討會(3rd ASCAPAP)的朋友對里歐·沃默學者應該不陌生。該年(2003)大會的主題是“Stress and Resilience”，他和Laor教授應邀前來主持“Immediate and Long Term Post Disaster Intervention and Assessment”之工作坊。2007年夏天筆者參加在佛羅倫斯的歐洲兒



童精神醫學年會時又繳錢上了他的課。11月到以色列Cohen and Harris Center受訓，Laor 教授派他做我的導師，在他們新的中心大樓落成前，有一個月的時間我都寄居在他的研究室。他為人風趣機智而熱情，我在中東異國沒有罹患選擇性不語症，全拜他之賜。他在災難心理領域廣為人知，但另一項興趣和專長卻鮮為人知。他目前應聘為以國青少年網球國手心理治療師，協助他們克服臨場障礙，發揮潛力。

附註：Leo Wolmer刊在重要學術期刊的論文發表約有33篇，但因篇幅有限，僅列2003年以後發表者

- **2006:** Laor Nathaniel; Wolmer Leo; Alon Moshe; Siev Joanna; Samuel Eliahu; Toren Paz  
**Risk and protective factors mediating psychological symptoms and ideological commitment of adolescents facing continuous terrorism.**  
The Journal of nervous and mental disease 2006;194(4):279-86.
- **2005:** Wolmer Leo; Laor Nathaniel; Dedeoglu Ceyda; Siev Joanna; Yazgan Yanki  
**Teacher-mediated intervention after disaster: a controlled three-year follow-up of children's functioning.**  
Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 2005;46(11):1161-8.
- **2004:** Laor Nathaniel; Wolmer Leo; Cohen Donald J  
**Attitudes toward Arabs of Israeli children exposed to missile attacks: the role of personality functions.**  
The Israel journal of psychiatry and related sciences 2004;41(1):23-32.

- **2003:** Wolmer Leo; Laor Nathaniel; Yazgan Yanki  
**School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators?**  
Child and adolescent psychiatric clinics of North America 2003;12(2):363-81.
- **2003:** Laor Nathaniel; Wolmer Leo; Spirman Smadar; Wiener Ze'ev  
**Facing war, terrorism, and disaster: toward a child-oriented comprehensive emergency care system.**  
Child and adolescent psychiatric clinics of North America 2003;12(2):343-61.

## 文獻選讀

### 在物質濫用的病人中診斷注意力缺陷過動症(ADHD)

Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Patients with Substance Use Disorder

行政院衛生署桃園療養院 林杰民、李國平醫師 摘譯

#### ◎引言：

研究顯示ADHD會影響3%到7%的孩子，ADHD症狀被認為到了青少年或成人早期會獲得改善。然而，縱貫性研究的資料顯示75%孩子的症狀會持續到青少年，並且有65%的孩子症狀會至成年時期，因此成年 ADHD的疾病盛行率為3%到5%。

許多資料顯示，患有ADHD比未患有ADHD的成人更常出現物質使用疾患。同樣地，物質濫用的族群也有較高比例



的ADHD盛行率，如鴉片依賴族群約有5%~22%的ADHD盛行率、古柯鹼依賴族群為10%~35%的ADHD盛行率、酒精依賴族群為33%~71%的ADHD盛行率。這些盛行率的差距很大，也顯示出各個研究使用不同的診斷標準或評估方式。若不論之前濫用的物質種類為何，則ADHD的盛行率為10%~24%。最低10%之盛行率主要是由於研究者使用的是較嚴格的ADHD準則，意即症狀必須在7歲前就發生。

成年ADHD的症狀也會導致許多負面的影響，如較高的離婚率、較差的教育成就、較多的逮捕罪行與較多的交通罰單。再者，物質濫用者若合併ADHD診斷會有較差的病程，使治療更加複雜。因此，在物質濫用族群中，ADHD應被詳細地診斷出來，並加以治療。

## ◎ 診斷成年ADHD

目前的診斷仍依據DSM-IV-TR之診斷準則，分三種亞型，並附加「部份緩解」(partial remission)之註解，指的是兒童時期符合所有的診斷準則，但目前並未完全符合準則。

## ◎ 難以診斷成年ADHD的因素

### ➤ 與發展年齡相稱的症狀表現

ADHD部份的核心症狀是針對孩童而設計的，但是成年後可能會出現不同的症狀表現。以過動症狀而言，成人可能會自述為「內在的坐立不安」，傾向選擇較動態的工作。持續性的過度活動會引起家庭的緊張，常會被抱怨像個工作狂或排了過多的行程。因此，在成年時期過動的症狀可能並非消失，而是在評估時問錯了問題。衝動的症狀若持續到成年可能會有更糟糕的後果，例

如衝動地中止人際關係、辭職、發脾氣、較低的挫折忍受度、常被逮捕或違法駕駛等。注意力缺陷的症狀表現則與孩童時期相近，當成人有這些症狀時，他們常會延誤工作，時間管理能力差，或是工作或日常活動慢吞吞，甚至毫無效率。

### ➤ ADHD NOS之效力

目前要確診成年ADHD，仍須回溯到孩童時期是否符合所有診斷準則。若只有部分ADHD的症狀，未達所有診斷準則，則被診斷為ADHD NOS。成年病人被診斷為ADHD NOS可能有兩種情形：(1)晚發型ADHD：除了未在七歲前發病，其他診斷準則皆符合；(2)未達閾值(subthreshold)之ADHD：兒童時期未達ADHD之診斷準則，但仍有幾個症狀持續，造成功能損傷。

然而，在詢問收集有關7歲以前之症狀時，多數的成人無法回憶兒時的症狀。因此，有些專家質疑DSM-IV定義7歲前要有症狀為準則的診斷效力。2006年Faraone等人在The American Journal of Psychiatry發表的期刊中，試圖評估上述兩種ADHD NOS之效力。研究設計中，將求診精神科的成人分為四組，分別為(1)部份緩解型ADHD；(2)晚發型ADHD；(3)未達閾值之ADHD；(4)非ADHD的病人。其中，1、2組不論在共病症、功能損傷與家族遺傳上，較3、4組更相似，意即晚發型ADHD比未達閾值之ADHD更類似典型之ADHD成人。有趣的是，83%晚發型ADHD病人的症狀是在12歲以前出現，而且大部分人能夠回憶小學時期的症狀，因此該篇文章認為症狀出現在7歲以前為診斷準則的定義太嚴格。另外，Wender Utah Rating Scale內容是詢問病人小學時之症狀，並無設定年齡的



切分點，只是此篩檢工具之方法未被DSM系統所採用。

精神疾病的共病症(Psychiatric comorbidity)共病症使得ADHD的診斷更複雜，包括重鬱症、焦慮性疾患與物質濫用都是常見的共病症。在鑑別診斷中，需要確認目前症狀是否可由單一疾病解釋或是為兩種疾病所造成的。

√ 憂鬱症與ADHD之鑑別診斷共同症狀包括注意力缺陷、無法專心、激動或坐立不安與睡眠障礙。但是ADHD更常有慢性的工作或學校功能損傷（除非憂鬱症狀是長期持續著）、組織能力差、衝動行為與較差的終身成就。相對的，憂鬱症比較會有疲倦、易怒、罪惡感或無價值感。

√ 雙極情感性疾患與ADHD之鑑別診斷共同的症狀包括過動、衝動、多話、工作障礙與注意力缺陷。但雙極情感性疾患常為循環性的發作，且較常出現憂鬱、易怒、心情開闊、誇大、精神病症狀、自殺意念或行為與睡眠需求減少等症狀，亦較容易有雙極情感性疾患家族史。

其他影響成年ADHD診斷的因素許多議題可能會使得ADHD的診斷被低估，包括無法確定7歲前出現的症狀、從未想過這個診斷、不知如何評估與會談、甚至認為症狀是由其他精神疾病所引起（如重鬱症、嚴重的焦慮、自殺與精神病），而忽略了可能是ADHD的診斷。相反的，過度診斷的原因包括內科問題（如貧血或甲狀腺問題）、佯裝ADHD症狀以獲得治療藥物、只在一種情境下出現ADHD症狀（如開快車、只有工作時無法專注），畢竟一般人亦可能經驗到與ADHD類似的症狀。所以

ADHD的診斷仍需回到診斷準則，包括在兩個以上的地點都有症狀、以及明顯功能損傷。

物質濫用病人的診斷議題在物質濫用病患中要診斷ADHD有許多困難，包含患者可能偷偷濫用酒精或其他物質，而使用物質後的急性或戒斷症狀也類似ADHD之症狀。因此，臨床的鑑別診斷，需要完成兩條病史的時序線，包括ADHD的病史，確認發生時的症狀、症狀的類別與不同時期症狀的改變；物質使用史則要紀錄大量使用、低量使用與停止使用的時間。若症狀發生在物質使用前或停止使用時，則傾向是ADHD診斷，若仍有使用或症狀出現後又消褪，則不傾向是ADHD診斷。

過度診斷的因素包括僅依賴篩選量表而未做追縱評估、忽略詐病獲取治療藥物的可能性、未評估家庭背景（如家庭成員有酒精與物質濫用情形，孩童在生長過程中可能呈現類似ADHD之症狀）。相對地，低估診斷的因素包括病人無法回憶七歲前的症狀（尤其使用物質容易導致認知缺損）、不易獲得客觀的資料來支持病患在兒童期有ADHD之症狀，另在物質濫用治療場所中，精神科醫師受限於只能評估是否有重大急症需立即治療，ADHD自然就被忽略了，甚至有些機構缺乏精神科照會系統。

## ◎ 結論

現今已有清楚的資料顯示ADHD常見於物質濫用者，且ADHD會惡化治療結果。因此，不論有無物質濫用的成人，臨床醫師都有義務診斷出ADHD。對於成年ADHD，目前尚無特殊的診斷測



驗，仍以臨床評估方式確立其診斷。醫師在物質濫用者的治療場所中，辨識出疾病是重要的，在確認診斷後才能正確加以治療。

## ◎臨床討論

本篇作者清楚地描述成年ADHD與兒童時期的症狀演變，與共病疾病如何作鑑別診斷，在物質濫用族群中亦列出過度診斷與低估診斷的可能因素，以提醒在臨床評估時需特別注意。

然而，作者企圖嘗試將ADHD中七歲的診斷準則放寬至十二歲，是否合理仍有爭議，畢竟當時DSM-IV是經過大型調查而定出此一年齡的準則，要改變診斷準亦需要大規模的重新評估。而放寬年齡限是減少ADHD NOS的方法，增加了ADHD的辨識度，但放寬後的族群本質未必仍然相同，故仍需謹慎看待。

在DSM與ICD的診斷系統差異，歐洲的疾病盛行率明顯低於美國的盛行率。目前國內的臨床醫師對於成年ADHD的診斷，並不如資料顯示有3%到5%的疾病盛行率，不曉得是否有國情或文化上的差異。另外，成人若無法做靜態的工作，而選擇較動態的工作，沒有明顯工作上適應的困難也不應該診斷為ADHD。

此篇文章在治療部份，並無太多著墨，物質濫用者為避免詐病與濫用的可能，可考慮使用非興奮劑之治療藥物，除了藥物治療，亦可藉由其他形式的介入與治療來協助成年ADHD患者的生活適應。

許多進到監獄中或面對物質濫用者的臨床醫師，試著以篩選量表來過濾當事者是

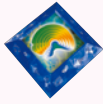
否患有ADHD，目前常見的量表有Wender Utah Rating Scale和adult ADHD self-report scale (ASRS)。不同物質濫用患者有不同的ADHD盛行率，也有些醫師認為國內常見的amphetamine濫用者有較多ADHD共病的診斷。Weiss功能障礙評量表也有自我評量的版本，可以針對青少年或成人因ADHD所造成的功能損傷做一評估，然而這些都是自填量表，仍需臨床評估澄清病史，以確定診斷。

ADHD之診斷是否會在司法精神醫學衍生新的問題，例如犯有刑事案件時，過去曾被診斷為ADHD，如何鑑定犯行是否受ADHD症狀所干擾、鑑定後需不需要再接受治療等都需要審慎評估，也可能是未來的挑戰與難題。

因此，對於成年ADHD的診斷在臨床實務中仍然是較困難的一環。現行制度仍然是依據DSM-IV-TR的準則，使用較“嚴格”的診斷標準，以免有過度診斷的現象。但對於ADHD NOS的病人是否需要治療，就如同其他NOS的精神疾病了，是否需要進一步治療則要靠醫師的臨床判斷了。僅期待未來出版的DSM-V在成年ADHD能有更好的診斷標準。

資料來源：

1. Review article : J Clin Psychiatry 2007 ; 68 (suppl 11)
2. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder : are late onset and subthreshold diagnoses valid ? Am J Psychiatry 2006 ; 163 : 1720-1729
3. DSM-IV-TR 2000



## 文獻選讀

**JANSSEN-CILAG** ANVAT  
Johnson & Johnson Inc.  
 電話：(02) 27326611  
 地址：臺北市敦化南路2段319號8樓

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

<b>出處</b>	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007	
<b>作者</b>	2007 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	
<b>研究結果</b>	<p><b>Recommendation 1</b> ADHD 篩檢應該是心理健康檢查的一部份。</p> <p><b>Recommendation 2</b> 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。</p> <p><b>Recommendation 3</b> 實驗室或神經學檢查並不一定需要。</p> <p><b>Recommendation 4</b> 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。</p> <p><b>Recommendation 5</b> 臨床醫師需要評估 ADHD 患者是否有併存的精神疾病。</p> <p><b>Recommendation 6</b> 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。</p> <p><b>Recommendation 7</b> 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。 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 <u>stimulants</u> 為第一線治療選擇。許多研究顯示 <u>stimulants</u> 療效優於 <u>atomoxetine</u> (Michelson, 2004)；(Wigal et al., 2004)；(Faraone et al., 2003)。</p> <p><b>Recommendation 8</b> 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。</p>	<p><b>Recommendation 9</b> 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Stimulants</b>：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。</li> <li>▪ <b>Atomoxetine</b>：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。</li> </ul> <p><b>Recommendation 10</b> 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，那麼單獨使用藥物治療 ADHD 是適當的。</p> <p><b>Recommendation 11</b> 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；那麼社會心理治療合併藥物治療通常是有幫助的。</p> <p><b>Recommendation 12</b> 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。</p> <p><b>Recommendation 13</b> 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>METHYLPHENIDATE</b> Ritalin 與 <b>CONCERTA</b> 短效型 (如 Ritalin ) 通常用於小小孩 (&lt;16kg) 的起始治療，但其缺點是一天需要服用兩次至三次來控制症狀。 長效型 <b>CONCERTA</b> 提供了更佳的安全性，保障隱私，並有最佳的服藥遵從性，但可能對晚上的食慾與睡眠有影響。</li> <li>• <b>SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR</b> 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。</li> </ul>



(本文由楊森大藥廠提供)



Blank area for text or images.