



兒童青少年精神醫學通訊

第23卷 · 第4期

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.23 No.4



2024 冬季號



本期主題

急診室中的兒童青少年精神醫療

急診室中的兒童青少年精神醫療

01 理事長的話

02 秘書處公告

03 專欄文章

急診情境中兒童青少年激躁情形之評估與處置

兒童青少年的急診自殺評估

兒童及青少年心理健康問題的急診臨床路徑

兒童精神科急診服務的訓練與教育

15 本月考題



理事長的話

第十四屆理事長林健禾

親愛的會員們：

欣逢 2024 年冬季通訊出刊，本期特別聚焦於「急診室中的兒童青少年精神醫療」此一重要主題。透過四篇精闢的文章，包括兒童青少年躁動情形於急診情境之評估與處置、兒童青少年自殺評估、兒童及青少年心理健康問題的急診臨床路徑，以及兒童精神科急診服務的訓練與教育，深入探討急診情境下兒童青少年精神醫療的各個面向。這些議題不僅攸關臨床實務，更與整體醫療體系的完善息息相關。

過去三個月，本會積極參與衛生福利部兒少福利與權益推動小組的工作，為弱勢孩童發聲。在政策層面持續努力：高淑芬理事獲聘為健康台灣推動委員會委員，為兒童青少年提供專業建言，展現本會在政策參與上的重要性。

在健保政策方面，本會將持續為會員爭取權益，特別是兒童青少年心理治療費用點值的調整。這不僅關係到醫療服務的品質，更攸關

整體兒童青少年心理健康照護的可及性與永續性。

展望 2024 年上半年，本會將與精神醫學會合作舉辦繼續教育，並規劃語言治療研討會，協助會員取得符合健保規定可開立語言治療醫令的資格。這些努力都是為了讓會員能夠提供更完整的醫療服務，幫助更多需要協助的兒童。

在此新年之際，期盼透過我們持續不懈的努力，能為台灣的兒童青少年建立更完善的精神醫療體系。讓我們一同為守護下一代的兒童青少年精神健康而努力。

祝福大家

新年快樂 平安喜樂

理事長 林健禾 敬上
2024 年冬

2024 冬季號通訊

秘書處公告

- 一、台灣兒童青少年精神醫學會二十七週年年會暨學術研討會及會前會將在 2024 年 6 月 7、8 日集思交通部國際會議中心舉行。
- 二、2025「保羅楊森博士 台灣兒童青少年精神醫學優秀期刊論文獎」：申請截止日期：2025 年 2 月 28 日，以通訊方式申請，以通訊寄出日期為憑，逾期恕不受理。「保羅楊森博士兒童青少年精神醫學壁報論文獎」及「台灣兒童青少年精神醫學會學術研討會論文獎」；投稿截止日期：2025 年 3 月 31 日，以 E-mail 日期為憑，逾期恕不受理
- 三、114 年第三屆「弘廬傑出論文獎」已開放申請，即日起至 2025 年 2 月 28 日
詳細辦法與申請單，請至學會網站“文件下載”區塊之“補助 / 論文獎申請”處下載。
- 四、本會辦理 114 年度兒童青少年精神科專科醫師甄審，相關日期如下：
申請日期為 6 月 2 日至 6 月 13 日，
筆試報名日期：7 月 1 日至 7 月 15 日；請一併繳交個案報告一式四份。
8 月 3 日（星期日）舉行筆試；
口試報名日期：8 月 5 日至 8 月 16 日；
9 月 7 日（星期日）舉行口試。
甄試申請須知及相關表格文件請自本會網站下載 <http://www.tscap.org.tw>
- 五、114 年度兒童青少年精神科專科醫師訓練醫院評鑑自即日起至 114 年 2 月 28 日止受理申請，
相關訊息公告於本會網站 <http://www.tscap.org.tw>。
- 六、近年國際線上會議增多，如 ISAP、IACAPAP Lunch & Learn Webinar，請會員採個別核分申請。非屬公告會議者，依據現行兒童青少年精神科專科醫師繼續教育積分審查流程及原則第十五條辦理。
- 七、學會網站新增會員專區，僅限會員登入後使用，目前放置理監事會議紀錄。

急診情境中兒童青少年激躁情形之評估與處置

蔡敬衡醫師／李國平醫師

簡介

兒童與青少年在急診室出現急性激動對患者、家屬及醫護人員造成重大風險，因急診環境和資源不足，常導致行為升級及使用約束。激動率隨精神健康就診人數增加而上升，原因包括譫妄、心理創傷等。醫護人員若缺乏系統化管理，可能依賴鎮靜藥物，增加神經毒性風險。兒童精神科醫生應指導急診團隊採用安全有效的管理策略。

理解兒童青少年激躁可能因子

青少年出現激動或攻擊行為的風險因素可分為不可改變與可改變兩類。不可改變的風險因素包括過去的攻擊行為（特別是在就診前 24 小時內）、財產破壞、身體或性虐待、暴力經歷、精神科住院史、學校或其他環境中的紀律處分、腦外傷、發展或認知遲緩、男性性別、低家庭收入及犯罪或幫派背景。可改變的風險因素則涵蓋心理、精神健康與身體健康三方面。心理因素如衝動、挫折耐受能力差、缺乏洞察力、難以建立信任、負面世界觀、缺乏同理心及與權威人物的衝突。精神健康因素包括破壞性行為障礙、品行障礙、自閉症、焦慮、情緒不穩定、精神病、譫妄、緊張症及藥物使用或戒斷。身體健康因素則涉及中樞神經系統、代謝、內分泌及基因疾病，急性或慢性疼痛、睡眠不足、炎症及感染等問題也會增加風險。

對於激躁之非藥物處置及預防

在急診室管理兒童與青少年激動情況時，應優先採用非藥物策略，如改善環境、有效溝通與行為干預，這不僅可預防激動，也可能減少對藥物的依賴。早期識別激動風險至關重要，透過了解患者和家庭的行為觸發點及緩解方法，可有效預防行為升級。環境改善策略包括降低噪音與光線刺激、減少不必要的干擾及提供舒適工具，如喜愛的動畫或玩具。溝通時應使用平和語調、簡單語言，並提供選擇讓患者感受控制感。家庭的參與能減輕焦慮並穩定情緒，他們可提供情感支持或實物安撫，但需避免可能加劇問題的訪客干預。行為策略如分散注意力、提供應對工具及獎勵機制，對降低焦慮及促進合作有幫助。若非藥物方法失效且患者危及自身或他人安全，藥物干預可考慮，但應選擇針對病因且副作用小的藥物，並優先使用口服藥。約束與隔離應作為最後手段，並需嚴格監控其使用。

對於激躁之藥物選擇

治療急診室兒童與青少年急性激動的常用藥物包括抗組胺藥、苯二氮平類藥物及抗精神病藥，部分中心也採用 α -2 受體激動劑。Diphenhydramine 雖常用，但僅有一項隨機試驗顯示其效果與安慰劑無顯著差異，需注意反常反應（paradoxical reaction）與譫妄風險。苯二氮平類藥物因具抗焦慮效果廣泛使用，但對幼童及自閉症患者可能導致反常反

應 (paradoxical reaction)。抗精神病藥如 Risperidone 和 Olanzapine 對嚴重激動、躁狂或譫妄有效，但需警惕錐體外系症狀、QT 延長及心血管風險，特別是 Olanzapine 與苯二氮平類藥併用可能引發心肺抑制。總體而

言，這些藥物應謹慎選用，避免潛在副作用並強調個體化治療。

兒童青少年激躁之可能原因及其評估、處置方向

相關建議整理如下表：

表一、兒童青少年激躁之可能原因及其評估、處置方向

可能原因	考量	非藥物	藥物
注意力不足過動症 (ADHD)	<ul style="list-style-type: none"> 下午晚些時候和晚上興奮劑效果減弱 環境觸發因素 	<ul style="list-style-type: none"> 分散注意力技巧 參與有意義的活動 使用過往有效的平靜策略 	<ul style="list-style-type: none"> 興奮劑 Alpha-2 agonist Diphenhydramine 抗精神病藥物 (針對攻擊性情況)
精神病 (Psychosis)	<ul style="list-style-type: none"> 澄清診斷和致病因素 評估是否有緊張症 (catatonia) 評估是否合併焦慮或心理創傷 評估並監測身體健康 	<ul style="list-style-type: none"> 減少過度刺激 提供結構化和有規律的生活 明確護理團隊成員的角色及所提供的護理 提供安靜、平和、隱私的環境 監測是否有伴隨的疼痛或不適並進行治療 	<ul style="list-style-type: none"> 抗精神病藥物 Lorazepam
自閉症譜系障礙及智力障礙	<ul style="list-style-type: none"> 評估溝通需求及情感表達的能力 評估發展需求 評估並監測身體健康狀況 	<ul style="list-style-type: none"> 減少過度刺激 透過視覺輔助、照護者協助以及既有成功經驗的溝通策略來增強溝通 提供結構化及固定的日常作息 使用歷來有效的安撫策略 注意感覺需求 	<ul style="list-style-type: none"> Benzodiazepines Diphenhydramine Alpha-2 Agonists 抗精神病藥物

可能原因	考量	非藥物	藥物
譫妄 (Delirium)	<ul style="list-style-type: none"> • 徹底評估影響表現的臨床和藥理因素 (參見表二) • 減少使用苯二氮平類藥物、鴉片類藥物及抗膽鹼能藥物 • 注意發展及精神病學的基線狀態 	<ul style="list-style-type: none"> • 提供定期的言語安撫 • 不斷地重新定位患者的注意力 • 提供熟悉的物品或來自家的舒適物件 • 協助照護者參與降級策略 • 減少過度刺激 • 解決任何感覺剝奪問題 • 提供安靜、平和、隱私的環境 • 確保患者在適合的護理環境中，並強烈考慮轉送至醫療急診設置 	<ul style="list-style-type: none"> • 抗精神病藥物 • Alpha-2 Agonists
緊張症 (Catatonia)	<ul style="list-style-type: none"> • 評估醫學與精神方面的貢獻因素，尤其是過去是否有自閉症、發展遲緩、情緒障礙或神經病史。 	<ul style="list-style-type: none"> • 減少過度刺激 • 提供安靜、冷靜、私密的環境 • 讓照顧者參與降級策略 • 確保患者處於適當的護理環境中，並強烈考慮轉送至醫療急診科設置 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorazepam (通常劑量及使用頻率較高)
物質中毒或戒斷	<ul style="list-style-type: none"> • 密切評估身體健康，包括醫療共病和醫療穩定性 • 進行毒理學檢查，包括考慮使用氣相色譜-質譜聯用技術 (GC-MS) 	<ul style="list-style-type: none"> • 最小化過度刺激 • 提供語言上的安慰，若有共病的譫妄情況則進行重新定向 • 使用歷來有效的冷靜策略 • 確保患者處於適當的照護環境，並強烈考慮轉移至醫療急診科設置 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepines • 抗精神病藥物 • Alpha-2 Agonists

表二、引發兒童青少年譫妄之可能原因

心血管	貧血、休克、血管炎、高血壓性腦病
呼吸系統	呼吸不足、呼吸衰竭、氣胸
感染	敗血症、腦炎、尿路感染、腦膜炎、發燒、肺炎、氣管炎、蜂窩性組織炎 / 皮膚破損、手術部位感染
毒素	多重藥物治療、重金屬、藥物間相互作用
發炎	自體免疫與風濕性疾病
中樞神經系統	中風、癲癇、頭部創傷、顱內出血、腫瘤、缺氧損傷
濫用 / 戒斷	酒精、苯二氮平類藥物、鴉片類藥物、巴比妥類藥物
肝臟	肝功能不全、肝衰竭、高氨血症
便秘	
營養	電解質不平衡、營養缺乏、脫水
腎臟	腎功能不全或衰竭
內分泌疾病	血糖異常、甲狀腺疾病、副甲狀腺疾病、腎上腺疾病

參考資料

Gerson, R., Malas, N., & Mroczkowski, M. M. (2018). Crisis in the Emergency Department: The Evaluation and

Management of Acute Agitation in Children and Adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(3), 367–386. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.002>

兒童青少年的急診自殺評估

張雅茹醫師／宋成賢醫師

自 2008 年以來，自殺一直是 10 至 24 歲年輕群體的前三大死因。做為醫療評估的最前線，急診是識別高風險個案、提供介入措施以及促進後續治療的重要場所。然而自殺意念或其他心理健康問題往往並非患者前來急診的主訴，患者不在就診過程中主動提及這些問題，家長或監護人也常意識不到青少年的心理健康需求和高風險行為，包括非致命性的自我傷害和自殺企圖，導致未能向醫護人員提供相關信息。是以，急診醫療人員於診視病患時，應進行自殺風險評估，從患者及其相關信息來源（父母、其他照護者、門診醫生、心理師或老師）收集完整病史。青少年可能會試圖淡化自己的安全風險，例如不會提及曾向朋友發送自殺相關訊息。醫師可能需要與學校輔導人員交談，從其他學生那裡得知這些行為。

青少年自殺風險因素評估

1. 自殺意念：當下存在的自殺意念往往意味著更高的後續自殺風險。
2. 自殺企圖：過去的自殺企圖顯著增加了未來再企圖自殺及自殺死亡的可能性。
3. 急性和慢性壓力：在急診篩檢中出自殺風險的青少年，有 80% 報告最近經歷過生活壓力事件，如人際關係問題、校園壓力、自身或親友的健康問題、目擊或遭受暴力事件，以及霸凌等等。
4. 致命方法的可及性：最常致死的自殺方式包括窒息、上吊、槍械（註記）、藥物過量或中毒。
5. 性別：青少年的自殺死亡率中，男性顯著高於女性。男性常在因為與自殺無關的主訴前來急診就醫時，被篩檢出自殺風險。
6. 家族史：自殺行為可能與遺傳有關。同卵雙胞胎研究顯示，雙胞胎中若一方自殺，另一方的自殺風險有顯著增高。具自殺家族史的青少年也表現出更高的自殺風險。
7. 精神病史及近期住院史：具自殺意念的青少年，估計有 89.3% 符合 DSM-IV 的診斷標準。而至少有一次自殺企圖的青少年，則估計有 96.1% 符合 DSM-IV 的診斷標準。
8. 物質使用：青少年的酒精或物質使用與憂鬱症狀、嚴重自殺意念、近期自殺企圖及自殺死亡有關。一項研究表明，有物質使用問題的青少年比其他青少年更有可能發生隨後的自殺相關行為。
9. 人際暴力（如身體虐待、性虐待及霸凌）：過去曾經遭受虐待會增加自殺死亡之風險。霸凌事件與青少年的憂鬱和自殺行為密切相關。
10. 非自殺性自傷（NSSI）：特別需要關注的包括高頻率、持續時間超過 1 年、使用多種 NSSI 方法、隱瞞 NSSI 行為，以及導致嚴重身體傷害的 NSSI 行為。
11. 身體疾病：罹患慢性身體疾病會增加青少年 NSSI、自殺意念和自殺企圖的風險。
12. 社交關係：與父母的衝突和喪親的經歷會增加青春期前兒童自殺死亡的風險。在青少年自殺死亡的個案中，與朋友或交往對象發生的衝突則更為常見。

13. 特殊群體：LGBTQ 青少年有更顯著的情緒症狀、自殺意念、自殺企圖及更高的自殺傾向。

註記：本文參考文獻來自美國研究，台灣與美國國情不同，並未槍枝合法化，關於自殺致死方式之統計應進一步參照台灣相關研究。

參考資料：

Ambrose AJH, Prager LM. Suicide Evaluation in the Pediatric Emergency Setting. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2018 Jul;27(3):387-397. doi: 10.1016/j.chc.2018.03.003. PMID: 29933789; PMCID: PMC6822648.

兒童及青少年心理健康問題的急診臨床路徑

林昀醫師

摘要

兒童及青少年因心理健康問題就診急診室對臨床醫師和系統容量構成挑戰。為解決文獻中策略匱乏和系統性缺口，來自醫院與社區機構的領導代表開發了一條創新的臨床路徑，用於指導高效且可行的風險評估，並確保患者能及時轉介至適當的社區心理健康服務。本文章介紹並反思了這一專為兒童及青少年心理健康問題設計的急診室臨床路徑，其有效銜接醫院與社區服務，克服了傳統障礙，滿足了該群體的心理健康需求。

要點

- 越來越多的兒童及青少年因心理健康 / 成癮問題尋求服務，對急診室構成了日益增長的壓力。
- 針對急性心理健康 / 成癮問題的兒童及青少年，其護理服務碎片化，亟需通過標準化護理並促進急診室與門診服務間的銜接來改善管理。
- 一條急診室心理健康臨床路徑已被開發、傳播並在多個試點場所實施；線上還提供了實施工具包以支持本地化實施。
- 試點中的經驗提供了寶貴教訓，可用於未來實施的調整與優化。

急診臨床路徑

ED Triage

MH/A
Screening

Disposition

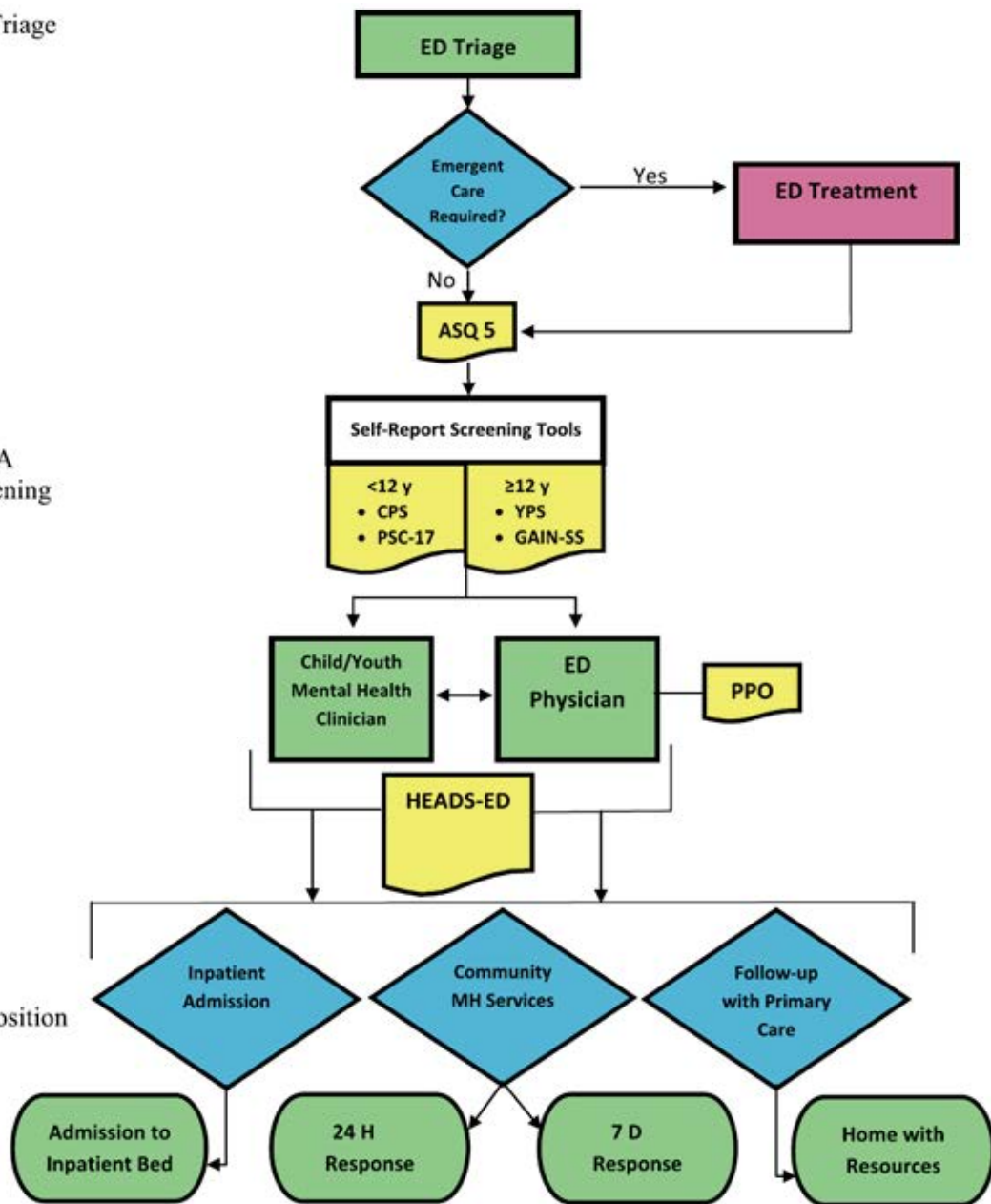


Fig. 1. Emergency department mental health clinical pathway algorithm. ED, emergency department; MH/A, mental health/addictions; Screening tools: ASQ 5, ask suicide-screening questions; C/YPS, caregiver perception survey/youth perception survey; GAIN-SS, global appraisal of individual needs-short screener; HEADS-ED, clinician screening tool; PPO, pre-printed order set; PSC-17: pediatric symptom checklist-17. (Modified from Jabbour M, Reid S, Polihronis C, et al. Improving mental health care transitions for children and youth: a protocol to implement and evaluate an emergency department clinical pathway. Implement Sci 2016;11(1):3; with permission.)

評估工具

Table 2 Description of screening tools included in the EDMHCP					
Screening Tool	Target Age		Description	Estimated Time for Completion	Completed/ Administered by
	<12 y	≥12 y			
Ask Suicide-Screening Questions (ASQ-5) ^{35,36}	—	✓	A rapid 5-item screening tool to screen youth for risk of suicide	<2 min	ED nurse
Caregiver Perception Survey (CPS) ³⁷	✓	—	General MH/A screening tool that addresses: <ul style="list-style-type: none"> • Main reason for ED visit • Other concerns • Stressors • Caregiver's perception of child's strengths/youth's perception of own strengths • Expectations for the ED visit 	5–10 min	Caregiver
Youth Perception Survey (YPS) ³⁷	—	✓		Youth	
Pediatric Symptom Checklist (PSC-17) ^{38,39}	✓	—	A 17-item screening tool to facilitate recognition of cognitive, emotional and/or behavioral problems.	5–10 min	Caregiver
Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) ⁴⁰	—	✓	MH/A screening tool targeted for adolescents. It identifies internalizing disorders, externalizing disorders, substance use, and crime/violence	5–10 min	Youth
HEADS-ED ^{41,42}	✓	✓	A 7-item tool to guide ED clinician's psychosocial history to aid assessment and decision making (for ages ≥6 years)	Context dependent	ED physician MH clinician

Abbreviations: ED, emergency department; EDMHCP, emergency department mental health clinical pathway; MH/A, mental health/addictions.

參考資料：

Jabbour, M., Hawkins, J., Day, D., Cloutier, P., Polihronis, C., Cappelli, M., Kennedy, A., & Gray, C. (2018). An Emergency Department Clinical Pathway for

Children and Youth with Mental Health Conditions. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(3), 413–425. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.005>

兒童精神科急診服務的訓練與教育

林峯立醫師

背景與重要性

兒童精神科急診的重要性與需求日益增加。急診室不僅成為兒童與青少年危機評估的場所，也成為心理健康服務的進入口。無論是專門從事急診工作的醫護人員或精神科學員，這些危機應對技能都十分必要。即使那些不主要在急診室工作的兒童精神科醫師，也需要具備處理心理危機的能力，無論是在電話諮詢、團隊協作中或獨立執業時。

在兒童精神科急診服務方面，有多種不同的服務模式，包括社區行動危機服務、獨立危機中心、急診室的精神科照會、急診室內專門的封閉區域，以及綜合的急診處遇計劃。此外，不同系統對兒童與青少年的評估方式也不相同，有些系統會由社工先行檢傷並決定合適的處遇，而其他系統則由精神科醫師評估每一位患者。在這些設置中，前線工作人員的培訓水平也不同。

急診精神科課程發展概述

由於兒童精神科急診服務缺乏標準化的照護模式，許多教育與課程模式被設計來適應各培訓計劃的特殊需求。例如，有些急診精神科服務為兒童精神科研究醫師設計了針對前幾個月培訓的“訓練營”課程。這些課程包含一些常見的主題，如處理激躁情緒、評估自殺與他殺風險，以及理解在特定照護系統中的法律及其他議題。另一方面，一些服務會在輪訓過程中安排學習機會，針對溝通與篩檢、危機評估、精神病初次發作的處理、急診室法律問題

及兒童保護法規等主題進行詳細教學。許多課程會採用兩者並行的方式。

由於培訓計劃在課程開發方面缺乏清晰的方向。為此，作者團隊進行了一項非正式調查，向美國兒童與青少年精神科學會（AACAP）中專門從事急診精神科的專家徵求意見。結果顯示，所有受訪者在培訓期間都有接觸過兒童精神急診情況，但僅有 65% 曾參與專門的兒童精神科急診輪訓，並有同時進行的教學活動。此結果提供了課程發展的建議依據，需考慮一般訓練模式及先前的教育經驗，來設計出應對兒童與青少年精神科急診的關鍵課程要素。

課程框架建議

作者提出了一個兒童精神科急診課程框架，以便評估、教育與評量學員。根據調查結果，不同機構雖採用了多樣的教學方式，但出現了一些共通的主題：評估學員的基礎知識、教授核心內容、發展基本技能及監督學員。這些主題符合 Bordage 和 Harris 提出的五大課程要素，包括待習得的能力、學員、評量、學習條件及學習的社會 - 政治 - 文化背景。這些都應被納入考慮，以創建一個有效的課程模型。

課程總介

學員需要瞭解在處理兒童和青少年危機時的規則和期望。學員必須理解，除非未成年患者處於極端危險中，否則在沒有法定監護人參與的情況下，不得決定任何精神藥物治療或處

置計劃。此外，課程必須讓學員熟悉當地的規定、法律和資源，以便提供相關的主題教育。例如，不同州的法律要求可能不同，包括自願住院的同意與應允、非自願住院、兒童和青少年的隱私保護、未成年人獨立以及虐待的強制報告。這些地方法規的教育對於學員能夠有效應對當地的兒科急診環境至關重要，特別是那些曾在其他地區接受過培訓的學員。

核心主題內容

課程應包含特定的核心主題內容。兒童急診精神醫學專家組合並調查了一份核心主題清單。儘管教學方式多種多樣，參與調查的相當多數專家都認為特定主題非常重要，例如，所有人都一致認為風險評估必不可少。在問卷所列的每一主題中，至少有三分之一的受訪者認為該主題很重要。以下是這些核心主題的列表：

- 風險評估
- 躁動管理
- 譫妄
- 毒品使用
- 法律狀況
- 與急診室人員的溝通
- 醫療記錄的使用
- 虐待 / 忽視
- 精神藥理學
- 精神病的醫學檢查
- 急性精神疾病的管理（例如抗精神病藥物惡性症候群、僵直症、血清素症候群）

某些主題需要更深入的討論。首先，風險評估往往僅限於自殺意圖，但實際上應涵蓋對他人和對自己的傷害風險，並考慮患者的當前環境。針對表露出不安全行為或自我傷害傾向的患者，可能需要進行環境介入，如安排專人持續觀察。

核心技能

急診室中面對的病例情況複雜多樣，學員需要學會檢傷、評估並提供適當的處置計畫。評估的第一步是收集基本資訊，包括患者陪同人員、患者來自何處以及誰具有法律決策權限。收集好檢傷資訊後，學員必須進行初步安全評估，以決定立即的治療和介入策略。

在急診室完成評估時，需要整合多個資訊來源，因此需要具備特定的訓練。許多兒科患者無法提供完整的病史，因此，輔助資訊來源變得至關重要。這些來源包括學校輔導員或老師、心理健康門診提供者、小兒科醫師以及州政府機構等。

在急診室中，病例的初步診斷可能是一個暫時性診斷，而非最終診斷，因為評估通常是橫斷性的。學員雖然不長期追蹤患者，但會見到患者在關鍵時刻的狀況。學員應該準備針對某一症狀產生廣泛的鑑別診斷，因為隨著時間推移，診斷可能會有所改變。學員應具備多方面資訊的整合技能，從而形成診斷並做出合適的處置決策。

監督：支持、反饋與評估

在急診室為學員提供支持、反饋和評估的機會有助於創建良好的學習環境。支持可以包括團隊指導或小組討論，以便學員分享遇到的挑戰性病例。此外，支持系統還有助於幫助學員管理過度負荷及情感壓力，以避免倦怠感。

除支持外，不同形式的監督也為學員提供了反饋機會。急診室提供了一個豐富的环境來培養訪談和評估技巧。某些急診室的運營模式允許學員從中獲得分層的監督經驗，並逐漸發展教學與監督技巧。例如，醫學生首先評估患者，然後與住院醫師討論，最後呈現給主治醫師。這樣的模式為學員的專業技能成長及即時反饋提供了多重機會。

未來發展方向

本文旨在為兒科精神科急診的學員課程設計提供指導，未來需要進行更多的正式研究以

支持進一步的教學發展。此外，還可以探索擴展教育課程的不同模式，例如結構化的培訓、基於技術的教學方法（如模擬演練、線上模組及視訊會議）。由於兒童精神科醫師人力短缺，必須培訓其他在急診室處理兒童危機的工作人員，如小兒科醫師和家庭醫師，未來的教育措施應考慮針對這些臨床從業人員的特定需求。

參考資料：

Amy Egolf, MD, Pamela Hoffman, MD, Megan Mroczkowski, MD, Laura M. Prager, MD, John W. Tyson Jr, MD, Kathleen Donise, MD (2018). Training, Education, and Curriculum Development for the Pediatric Psychiatry Emergency Service. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(3), 413–425.

急診室中的兒童青少年精神醫療

通訊考題

- () 1. 兒童及青少年因心理健康問題就診急診室面臨的主要挑戰是什麼？
- (A) 急診室醫護人員不足
 - (B) 系統性缺口和風險評估策略匱乏
 - (C) 缺乏兒童專科醫院資源
 - (D) 社區心理健康服務需求低
- () 2. 急診臨床路徑的主要目的是什麼？
- (A) 確保急診室可以單獨完成所有心理健康問題的治療
 - (B) 改善急診室與社區心理健康服務的銜接，確保患者及時獲得適當的後續照護
 - (C) 減少急診室的壓力，取消心理健康服務
 - (D) 為每個患者提供 24 小時全天候心理諮詢
- () 3. 以下哪一項並非引發青少年譫妄的常見原因？
- (A) 腎功能不全或衰竭
 - (B) 鴉片類藥物的戒斷反應
 - (C) 高血壓性腦病
 - (D) 低血糖性休克
- () 4. 根據研究，青少年自殺風險評估時，以下哪一項最有可能被患者刻意隱瞞？
- (A) 過去的自殺企圖
 - (B) 曾向朋友發送與自殺相關的訊息
 - (C) 近期經歷的生活壓力事件
 - (D) 非自殺性自傷行為 (NSSI) 的頻率
- () 5. 針對急診室中兒童精神科病例的初步診斷，受訓學員應如何應對？
- (A) 僅需對患者進行橫斷性評估，不必考慮長期追蹤的可能性
 - (B) 優先進行症狀的確定性診斷，避免提供鑑別診斷
 - (C) 整合多方資訊來源，提出暫時性診斷並進行適當處置計畫
 - (D) 完全依賴主治醫師的指導，不進行獨立判斷或診斷

2024 秋季號解答：

1. (X) 2. (O) 3. (X) 4. (X) 5. (O)



發行人 | 林健禾

秘書長 | 蔣立德

紀錄 | 許元彰、簡意玲

各區副秘書長 | 北區 楊立光、簡意玲、陳長聖

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 | 周文君、高淑芬、陳質采、蔡景宏

常務監事 | 劉弘仁

總編輯 | 謝依璇、許元彰、黃惠群

專欄策劃 | 衛生福利部桃園療養院

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





EXPLORE
NEW
POSSIBILITY

從善開始
長治久安^{1,2,3}

普久達® 持續性藥效肌肉注射懸浮劑

INVEGA HAFYERA® Prolonged-Release Suspension for Injection

[適應症] • 6個月型注射劑 用於已使用1個月型 paliperidone palmitate 持續性藥效注射用懸浮液充分治療至少4個月後，或已使用3個月型 paliperidone palmitate 持續性藥效注射用懸浮液治療至少一次3個月週期療程後之思覺失調症病人。
[禁忌] • INVEGA HAFYERA® 禁用於已知對 paliperidone 或 risperidone 過敏，或是對 INVEGA HAFYERA® 配方中之任一賦形劑過敏的病人。在使用 risperidone 及使用 paliperidone 治療的病人中曾有發生過敏反應的報告，包括嚴重過敏性反應與血管性水腫。Paliperidone palmitate 會轉化成 paliperidone，而 paliperidone 也是 risperidone 的代謝物之一。
[用法用量] • INVEGA HAFYERA® 必須每6個月一次由醫療專業人員以臀部肌肉注射的方式給藥。切勿透過任何其他途徑給藥。
• 從 PP1M 產品轉換成 INVEGA HAFYERA®，INVEGA HAFYERA® 的建議起始劑量應以先前的 PP1M 劑量為依據（參見表1）。應於預定投予下一劑 PP1M 的時間開始使用 INVEGA HAFYERA®。可於預定投予下一劑 PP1M 之前後1週內投予 INVEGA HAFYERA®。要從 PP1M 轉換成 INVEGA HAFYERA® 時，在開始使用 INVEGA HAFYERA® 之前，即將轉換前的兩個注射週期應使用相同的劑量規格。
• 從 PP3M 產品轉換成 INVEGA HAFYERA®，INVEGA HAFYERA® 的建議起始劑量應以先前的 PP3M 劑量為依據（參見表2）。應於預定投予下一劑 PP3M 的時間開始使用 INVEGA HAFYERA®。可於預定投予下一劑 PP3M 之前後2週內投予 INVEGA HAFYERA®。[警語及注意事項] • 曾升高失智症相關精神病老年病人的死亡率，INVEGA HAFYERA® 並未被核准用於治療失智症相關精神病。發生於失智症相關精神病老年病人的腦血管不良反應，包括中風。

抗精神病藥物惡性症候群。QT 間期延長。遲發性運動異常。代謝變化（高血糖與糖尿病、血脂異常、體重變化）。直立性低血壓與暈厥。跌倒。白血球減少症、嗜中性白血球減少症、以及顆粒性白血球缺乏症。高泌乳素血症。癲癇發作。吞嚥困難。陰莖異常勃起。干擾體溫調節。認知與行動能力可能會減弱。[副作用 / 不良反應] • 臨床試驗經驗：常見的不良反應：在 INVEGA HAFYERA® 臨床試驗中最常見的不良反應（在雙盲階段發生率至少為5%）為上呼吸道感染、注射部位反應、體重增加、頭痛、以及帕金森氏症。上市後經驗由於這些反應乃是由未知使用人數中主動通報而得，因此無法確切估算其發生頻率或確立其與使用藥物的因果關係：血管性水腫、緊張症、腸阻塞、夢遊、舌頭腫大、血栓性血小板減少性紫斑症、尿失禁、以及尿滯留。[使用前請詳閱說明書投藥須知、特殊族群的用法用量、警語及注意事項、特殊族群注意事項、不良反應] Reference: USPI Aug2021_v2201 普久達® 持續性藥效肌肉注射懸浮劑 北市衛藥廣字第113100123號 CP-445194/2025/10/17

表 1. 要從 PP1M* 產品轉換過來之成人病人的 INVEGA HAFYERA® 起始劑量		表 2. 要從 PP3M* 產品轉換過來之成人病人的 INVEGA HAFYERA® 起始劑量	
最後一劑 PP1M 的劑量 **	INVEGA HAFYERA® 的起始劑量	最後一劑 PP3M 的劑量 **	INVEGA HAFYERA® 的起始劑量
156 毫克	1092 毫克	546 毫克	1,092 毫克
234 毫克	1560 毫克	819 毫克	1,560 毫克

1. Tang T-C, et al. Taiwan J Psychiatry 2019;33:198-203 2. Pungor K, et al. BMC Psychiatry 2021;21:300. 3. Turkoz I et al. 3.Ther Adv Psychopharmacol. 2023 Sep 29;13:20451253231200258.



Johnson & Johnson

嬌生股份有限公司
地址：台北市中山區民生東路三段2號10樓及11樓
電話：02-2593-9888 傳真：02-2593-9100
消費者先付費專線：0800-211-688

