



兒童青少年精神醫學通訊

第24卷 · 第1期

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.24 No.1



2025 春季號



本期主題

兒童青少年時期的強迫症新知

兒童青少年時期的強迫症新知

01 理事長的話

02 秘書處公告

03 專欄文章

重複但不可互換：妥瑞氏症 (TS)、強迫症 (OCD)、妥瑞氏強迫症 (TOCD) 與自閉症光譜疾患 (ASD) 中重複行為的相似與差異

Repetitive but Not Interchangeable: Similarities and Differences in the Repetitive Behaviors of Tourette Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder, Tourettic Obsessive-Compulsive Disorder, and Autism Spectrum Disorder

縮小兒童期強迫症的治療落差：分級照護模式下的認知行為治療與暴露反應預防

Closing the Gap for Children with OCD: A Staged-Care Model of Cognitive Behavioural Therapy with Exposure and Response Prevention

兒童與青少年的強迫症

Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents

虛擬實境暴露療法在治療強迫症—恐懼髒污障礙中的應用：針對健康與臨床人群的系統性綜述

Virtual Reality Exposure Therapy for Treating Fear of Contamination Disorders: A Systematic Review of Healthy and Clinical Populations

11 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：

春暖花開，萬物欣欣向榮，隨著 2025 年春天的到來，我們迎來本期《學會通訊》！本期學會通訊由彰化基督教醫院主持，主題聚焦於「兒童青少年時期的強迫症新知」。強迫症在兒童與青少年族群中的識別與治療一直是臨床實務的重要課題，透過本期專題，我們希望提供會員們最新的研究發展與實務應用，以提升臨床照護的品質。

學會近年來積極推動多項教育與學術活動，以回應會員們的需求。回顧過去，我們在 108 年曾舉辦語言相關課程，而今年 3 月初已順利完成「語言與溝通障礙評估與治療研討會」，協助會員取得開立語言治療資格。此外，學會亦持續努力爭取健保心理治療點數及日間病房費用的提升，以改善臨床服務的可及性與品質。

國際方面，兒童青少年精神醫學的發展也日新月異。值得關注的是，《Rutter's Child and Adolescent Psychiatry》教科書將於今年 7 月初推出新版，學會也預計在下一屆專科醫師培訓課程中採用新版教材，確保我國兒童青少年精神醫學教育與國際標準同步。

此外，學會正積極籌備 2027 年舉辦 ASCAPAP（亞洲國際兒童青少年精神醫學）國際學術會議，期望能藉此機會促進國際交流，提升台灣在兒童青少年精神醫學領域的能見度。距離上次台灣主辦該會議已經過了 20 年（2003 年），這次機會極為珍貴，需要會員們的共同努力與支持，才能讓台灣在國際學術舞台上再次發光發熱。

值得一提的是，今年 4 月，學會將與台灣精神醫學會合作舉辦「早發性精神病的回顧與前瞻：早期精神病介入與兒童青少年精神病」研討會，歡迎會員們踴躍報名，共同探討這一關鍵議題。

學會的發展仰賴每位會員的投入與支持。我們期待更多會員積極參與學會的運作，為台灣的兒童與青少年心理健康貢獻專業與熱忱。

敬祝 各位會員身心安康、萬事順心！

台灣兒童青少年精神醫學會 理事長
林健禾 敬上

2025 春季號通訊

秘書處公告

- 一、台灣兒童青少年精神醫學會第二十七週年年會暨學術研討會將於 6/8 假集思交通部國際會議中心舉辦，本次主題是數位時代的兒童青少年精神健康 / **Child and Adolescent Mental Wellbeing in Digital Era**。將邀請柯志鴻教授，專題演講「遊戲障礙症研究：反省與前進」。會前會亦針對遊戲障礙症（**Gaming Disorder, GD**）和柯慧貞教授的青少年遊戲成癮的心理社會介入方案來一場工作坊，歡迎大家踴躍參與第二十七週年年會。

- 二、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，申請資格審查時可一併繳交個案報告一式四份，相關報名資料、證明文件以郵寄方式或親自送達為之。
 - 擬定 6/23 完成資格審查作業。
 - 筆試報名日期：7 月 1 日至 7 月 15 日；原已繳交個案報告者，筆試報名表可以郵寄、Email 及傳真方式為之。
 - 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；報名口試之報名表，可以郵寄、Email 及傳真方式為之。
 - 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>

重複但不可互換：妥瑞氏症 (TS)、強迫症 (OCD)、妥瑞氏強迫症 (TOCD) 與自閉症光譜疾患 (ASD) 中重複行為的相似與差異

Repetitive but Not Interchangeable: Similarities and Differences in the Repetitive Behaviors of Tourette Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder, Tourettic Obsessive-Compulsive Disorder, and Autism Spectrum Disorder

Tamar C Katz, Tuba Rashid Khan, Olivia Chaponis, Kinga K Tomczak

Psychiatr Clin North Am. 2025 Mar;48(1):165-180.

彰化基督教醫院 張亞帆醫師

介紹：

多種神經精神疾病可能出現相似的重複行為，或同時發生，且不易區分。典型例子包括：TS 的複雜性抽動 (complex tics)、OCD 的強迫行為、ASD 的重複行為 (repetitive behaviors, RRBs)。

鑑別診斷：強迫行為與複雜性抽動的比較

兩者的行為序列可能類似，且同樣具有減輕先前不適的功能。然而，關鍵區別在於先前不適的本質：強迫行為的前驅因素是焦慮性思維，這是一種情緒上的不適，而抽動的前驅因素則是先兆衝動，通常是一種生理上的不適。

妥瑞氏強迫症 (Tourettic Obsessive-Compulsive Disorder, TOCD)：強迫性的複雜抽動？

TOCD 指同時具有抽動與強迫行為，且兩者交織的患者。動作由先兆衝動驅動的抽動開始，患者則強迫性地重複，直到達到「剛剛好」(just right) 的程度。

與 OCD 不同，TOCD 的焦慮源於緩解生理不適，而非恐懼入侵性情緒。因此，TOCD 介於抽動與強迫行為之間，被形容為「沒有強迫意念的強迫行為」或「認知抽動」。

強迫行為與複雜性抽動 vs. ASD 的受限與重複行為

OCD、TS 和 TOCD 患者之所以執行這些行為，主要是因為焦慮或壓力所驅動，而 ASD 患者則通常認為這些行為具有鎮靜與舒緩的效

果。

遺傳學與神經影像學研究：

TS、OCD 和 ASD 的遺傳特徵可能有重疊，但 TS 與 OCD 之間的遺傳關聯更緊密，與 ASD 的關聯較低。TS 和 OCD 主要源於兒童期發展的皮質-紋狀體-丘腦-皮質（CSTC）神經迴路功能異常，ASD 則從嬰兒期即顯示腦部解剖結構的變化。

討論：

所有的重複行為（repetitive behaviors）

可被視為處於「強迫-衝動光譜」（compulsive-impulsive spectrum）上，類似於 ASD 以光譜方式呈現的概念。而其中 TS 和 OCD 之間的高度相似性使其可能來自單一的神經精神病理機制（neuropsychiatric entity），而非兩種獨立的疾病。

TS 和 OCD 在臨床表現、遺傳學及神經功能上的高度重疊，可能意味著它們並非完全獨立的疾病，而是更廣泛的「衝動-強迫光譜」中的一部分，並可構成一個「迷你妥瑞-強迫光譜」（mini Tourettic-compulsive spectrum）。

縮小兒童期強迫症的治療落差：分級照護模式下的認知行為治療與暴露反應預防

Closing the Gap for Children with OCD: A Staged-Care Model of Cognitive Behavioural Therapy with Exposure and Response Prevention

Lara J Farrell, Allison M Waters, Eric A Storch, Gabrielle Simcock, Iain E Perkes, Jessica R Grisham, Katelyn M Dyason, Thomas H Ollendick

Clin Child Fam Psychol Rev. 2023 Jul 5;26(3):642–664.

彰化基督教醫院 張亞帆醫師

兒童期強迫症（**obsessive–compulsive disorder**，**OCD**）是兒童與青少年中最常見且最具破壞性的心理健康疾病之一。儘管關於兒童期 **OCD** 所帶來的壓力和負擔已有充分記錄，且已有實證支持的治療方法可用，但仍然存在不可接受的「治療落差」（**treatment gap**）和「品質落差」（**quality gap**）。

- 治療落差指的是大量兒童從未接受過 **OCD** 的心理健康服務。
- 品質落差則指即使獲得服務，許多兒童和青少年仍未接受基於實證的認知行為治療（**cognitive behavioural therapy**，**CBT**）與暴露反應預防（**exposure and response prevention**，**ERP**）。

本研究提出了一種新穎的分級照護模式（**staged-care model**），以改善高品質 **CBT-ERP** 的可及性，同時提升 **OCD** 患童的治療效果。

圖 1 展示了我們提出的分級照護（**staged-care**）**CBT-ERP** 模型，旨在協助臨床醫師根據 **OCD** 症狀嚴重程度、合併症及過往 **OCD** 治療史，確定適當的照護層級。該模型作為 **CBT-ERP** 的照護架構，可單獨使用或與藥物管理併用。

圖 1：兒童與青少年（CYP）OCD 分級照護 CBT-ERP 模型

	階段	症狀	指標	治療模式	描述
低強度	0	無症狀	OCI-CV-5 < 2	數位	自動化數位回饋
	1	次閾值強迫症	OCI-CV-5 ≥ 2 CY-BOCS 1-13	數位	- 數位 CBT-ERP（例如 iCBT） - 每 6 個月例行篩檢
中等強度	2	完整型強迫症	OCI-CV-5 ≥ 2 CY-BOCS ≥ 14		
	2a	輕度強迫症	CY-BOCS 14-21 若年齡 ≥ 13，則為 2b	數位 + 支持	- 數位 CBT-ERP + 支持（例如 iCBT 或家長 ERP 訓練）
	2b	中度強迫症	CY-BOCS 22-29	數位 + 支持 + 診所	- 數位 CBT-ERP + 支持（例如家長 ERP 訓練） - 診所內 CBT-ERP
高強度	2c	重度強迫症	CY-BOCS 30-40	數位 + 支持 + 診所 + 強化治療	- 數位 CBT-ERP + 支持（例如家長 ERP 訓練） - 診所內 CBT-ERP - 強化 ERP
	3	複雜 / 難治型強迫症	OCI-CV-5 ≥ 2 CY-BOCS ≥ 14 且符合以下條件之一： - 先前 CBT 失敗 或 - 合併症（DBD / ADHD / 憂鬱症 / ASD）	藥物回顧 + 數位 + 支持 + 診所 + 強化治療	- 精神科諮詢與藥物審查 - 數位 CBT-ERP + 支持（例如家長 ERP 訓練） - 診所內 CBT-ERP - 加強型 ERP（視需要增加）

縮寫：

ADHD：Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 注意力不足過動症

ASD：Autism Spectrum Disorder 自閉症光譜障礙

CBT：Cognitive Behavioral Therapy 認知行為治療

CBT-ERP：Cognitive Behavioral Therapy with Exposure and Response Prevention 認知行為治療結合曝露與反應防止治療

CY-BOCS：Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale 兒童耶魯 - 布朗強迫量表

DBD：Disruptive Behavior Disorder 破壞性行為障礙

ERP：Exposure and Response Prevention 曝露與反應防止治療

iCBT：internet-based Cognitive Behavioral Therapy 線上認知行為治療

OCI-CV-5：Obsessive-Compulsive Inventory – Child Version, 5-item 兒童版強迫症量表（5題簡短版）

兒童與青少年的強迫症

Obsessive–Compulsive Disorder in Children and Adolescents

Stiede JT, Spencer SD, Onyeka O, Mangan KH, Church MJ, Goodman WK, Storch EA. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2024 Jul;20(1):355-380. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-080822-043910. Epub 2024 Jul 2. PMID: 38100637.

彰化基督教醫院 劉怡君醫師

強迫症（OCD）是一種神經行為疾病，影響兒童與青少年的日常功能與生活品質。症狀表現因年齡而異，兒童較常出現與傷害相關的強迫性思維，而青少年則可能涉及宗教或身體相關的思維。家庭適應行為（family accommodation）在兒童 OCD 中扮演重要角色，雖能短期減輕焦慮，但長期可能加重症狀並影響治療效果。

病因與機制

OCD 的病因是多因素的，遺傳研究顯示其遺傳率約為 40% 至 50%。神經生物學研究則強調皮質 - 紋狀體 - 丘腦 - 皮質（CSTC）迴路的功能異常。心理學模型則包括行為學習理論（負增強）及認知理論（思維扭曲）來解釋症狀維持的機制。

認知行為治療（CBT）

CBT 結合暴露與反應預防（ERP）是 OCD 的黃金標準治療方式。治療內容包括功能性評估、心理教育、症狀監測、暴露治療及家長介入。ERP 作為 CBT 核心技術，讓患者逐步接觸觸發強迫思維的情境，並學習忍受焦慮而不進行強迫行為。

研究顯示，CBT 對兒童與青少年 OCD 的治療效果顯著，約 68% 至 70% 的患者在治療後有明顯改善。與單純藥物治療相比，CBT 效果更持久且副作用較少，並可根據年齡與發展階段調整，例如以具象語言或遊戲方式進行治療。

藥物治療

藥物治療適用於中重度患者，選擇性血清素再吸收抑制劑（SSRIs）如 Fluoxetine、Sertraline 和氟伏沙明 Fluvoxamine 為首選藥物。藥物與 CBT 的結合可進一步提升治療效果，特別適用於對 CBT 反應不佳或症狀嚴重的患者。

其他治療模式

1. 密集治療（Intensive Treatment）

針對重度或對標準治療反應不佳的患者，密集治療模式包括高頻率 ERP 訓練，通常於數週內完成。研究顯示，密集治療對於治療抵抗性 OCD 患者效果顯著，並能減少功能損害。

2. 家庭為基礎的治療（Family-Based Treatment）

家庭適應行為可能影響治療效果，因此此模式強調減少家庭對強迫行為的助長，並增強家長在治療中的積極角色。研究顯示，家庭參與可提高治療依從性並改善治療成效。

3. 技術輔助治療 (Technology-Assisted Treatment)

隨著科技進步，遠距醫療 (Telehealth) 與網路 CBT (iCBT) 提升治療可及性，特別適用於偏遠地區的患者。

結論

兒童與青少年 OCD 影響廣泛，早期干預對改善預後至關重要。CBT 結合 ERP 及 SSRI 藥物治療已證實有效，未來需進一步研究如何個性化治療策略，並探索新興技術應用，以提升治療效果與可及性。

虛擬實境暴露療法在治療強迫症——恐懼髒污障礙中的應用：針對健康與臨床人群的系統性綜述

Virtual Reality Exposure Therapy for Treating Fear of Contamination Disorders: A Systematic Review of Healthy and Clinical Populations

Ferraioli, F.; Culicetto, L.; Cecchetti, L.; Falzone, A.; Tomaiuolo, F.; Quartarone, A.; Vicario, C.M. Virtual Reality Exposure Therapy for Treating Fear of Contamination Disorders: A Systematic Review of Healthy and Clinical Populations. *Brain Sci.* **2024**, *14*, 510. <https://doi.org/10.3390/brainsci14050510>

彰化基督教醫院 張宇醫師

隨著科技進步，沉浸式虛擬實境暴露治療（Immersive Virtual Reality Exposure Therapy, iVRET）正成為治療強迫症（Obsessive-Compulsive Disorder, OCD）的先進工具，尤其針對與污染恐懼相關的症狀顯示出顯著成效。

什麼是 iVRET ？

iVRET 是一種結合虛擬實境（VR）技術與傳統暴露治療（ET）的創新心理治療方式。其核心原理是利用高度沉浸式的虛擬環境，模擬患者日常生活中可能引發焦慮或不適的場景。透過這種方式，患者可以在安全、可控的環境中，逐步面對並習慣這些觸發因素，從而減少恐懼與回避行為。

虛擬實境暴露治療的原理與優勢

傳統的暴露治療（Exposure Therapy, ET）如暴露與反應預防（Exposure and Response Prevention, ERP）是治療 OCD 的常用方式，透過讓患者直接接觸觸發焦慮的事

物，以減少恐懼和回避行為。然而，許多患者對於現實生活中的暴露感到過於焦慮或不願配合，這使得治療效果受限。

iVRET 透過虛擬實境（VR）技術，讓患者在一個安全、可控且沉浸感強的環境中，進行模擬暴露。研究發現，這種治療方式能有效降低 OCD 患者的焦慮感、噁心感和回避行為，同時保有傳統治療的優勢，並克服了現實暴露的限制。它不僅能精準模擬不同情境，還能根據患者的需求量身打造治療方案，進一步提高治療的接受度與效果。

臨床研究成果

根據近期系統性綜述的研究結果，iVRET 不僅對健康族群有效，對於臨床患者也展現了顯著的治療潛力。研究指出，特別是在污染恐懼的 OCD 患者中，iVRET 能夠顯著降低噁心感與焦慮反應。

在一項針對污染恐懼 OCD 患者的研究中，參與者接受了 15 週的個別化 iVRET 治療，透過 360° 沉浸式影像暴露於自身日常生活中的

污染場景。結果顯示，患者在焦慮、噁心感和回避行為方面有明顯改善，生活品質也顯著提升。

另一項隨機對照試驗中，iVRET 不僅有效減輕了患者的焦慮感，還顯著降低了 OCD 的核心症狀，包括重複洗手和檢查行為。研究顯示，虛擬環境中的情境模擬可以有效誘發真實的情緒反應，為 OCD 患者提供了新的治療途徑。

臨床應用與未來發展

iVRET 的最大優勢在於其可塑性和安全性，能為不同 OCD 症狀設計專屬的暴露場景，並提供即時回饋。對於難以接受傳統暴露治療的患者，iVRET 提供了更溫和且有效的選擇。

未來，結合多感官刺激（如觸覺和聽覺）與即時生理反應監測，將有助於提升治療效果。此外，人工智慧技術也可用於調整治療強度，根據患者的即時反應動態調整虛擬環境，達到最佳治療效果。

兒童青少年時期的強迫症新知

通訊考題

- () 1. 關於 Tourettic Obsessive-Compulsive Disorder (TOCD) 的描述，下列何者最符合其臨床特徵？
- (A) TOCD 的行為模式與典型 OCD 相同，皆由恐懼性入侵思維所驅動
 - (B) TOCD 患者的行為是先由生理性先兆衝動引發，並透過強迫性重複來達到「剛剛好」(just right) 的感覺
 - (C) TOCD 與 ASD 的重複行為本質相同，因為兩者都不涉及焦慮或衝動驅動
 - (D) TOCD 的病理機制完全獨立於 TS 和 OCD，屬於單獨的一類神經精神疾病
- () 2. 關於 TS (妥瑞氏症)、OCD (強迫症) 與 ASD (自閉症光譜障礙) 之間的遺傳與神經影像學關聯性，下列何者正確？
- (A) TS 和 OCD 之間的遺傳學關聯比 TS 和 ASD 更緊密，但神經影像學研究顯示三者在腦部結構上完全相同
 - (B) ASD 在嬰兒期即顯示腦部解剖變化，而 TS 和 OCD 則主要涉及兒童期發展的皮質 - 紋狀體 - 丘腦 - 皮質 (CSTC) 神經迴路異常
 - (C) ASD、TS 和 OCD 之間的遺傳學關聯性相等，因為它們都屬於「強迫 - 衝動光譜」的一部分
 - (D) TOCD 的遺傳特徵與 ASD 最為接近，因為兩者都涉及重複行為
- () 3. 某位 13 歲的患者被診斷為強迫症 (OCD)，其 CY-BOCS 指數為 20，但家長表示患者的症狀近來有惡化趨勢，且影響到學校生活。醫師考慮是否需要調整治療模式，請問以下哪種做法最符合 OCD 治療強度分級表的建議？
- (A) 維持數位 CBT-ERP (如 iCBT)，並每 6 個月追蹤一次
 - (B) 數位 CBT-ERP + 家長支持性 ERP 訓練，必要時進一步診所治療
 - (C) 診所內 CBT-ERP，並開始強化 ERP
 - (D) 進行精神科諮詢與藥物治療，並搭配診所 CBT-ERP 與強化 ERP
- () 4. 家庭適應行為 (family accommodation) 對兒童 OCD 治療的影響為何？
- (A) 有助於減輕長期症狀並提高治療效果
 - (B) 短期內減少焦慮，但長期可能加重症狀並影響治療效果
 - (C) 對 OCD 的症狀無影響
 - (D) 使兒童更容易接受治療並加速康復

- () 5. 沉浸式虛擬實境暴露治療 (iVRET) 的哪一項優勢最能幫助難以接受傳統暴露治療的患者？
- (A) 讓患者在現實中直接接觸恐懼物
 - (B) 提供可控且安全的虛擬環境進行情境模擬
 - (C) 強化患者的藥物治療效果
 - (D) 依靠群體治療來減輕患者焦慮
 - (E) 減少對生理監測的依賴，避免任何即時回饋

2024 冬季號解答：

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



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 | 彰化基督教醫院

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

善久達® 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個月週期療程後之患覺失調症病人。

[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，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，即將轉換前的兩個注射週期應使用相同的劑量規格。[警語及注意事項] ▪ 會升高失智症相關精神病老年病人的死亡率，INVEGA HAFYERA® 並未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应 (在雙盲階段的發生率至少為 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、胸悶、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 善久達® 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

最後一劑 PP1M 的劑量 **	INVEGA HAFYERA® 的起始劑量
156 毫克	1092 毫克
234 毫克	1560 毫克

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 PP3M 的劑量 **	INVEGA HAFYERA® 的起始劑量
546 毫克	1,092 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 J et al. 3.Ther Adv Psychopharmacol. 2023 Sep 29;13:20451253231200258.



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
消費者免付費專線：0800-211-688

