



# 兒童青少年精神醫學通訊

第24卷 · 第2期

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.24 No.2



2025 夏季號



本期主題

青少年厭食症的藥物與非藥物治療

# 青少年厭食症的藥物與非藥物治療

01 理事長的話

02 秘書處公告

04 專欄文章

對患有神經性厭食症的青少年進行早期介入：  
住院前之門診團體治療的初步結果

Early Intervention for Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Evaluation  
of An Outpatient Group Therapy Prior to Inpatient Treatment

接受家族治療（Family-Based Treatment）之青少年神經性厭食症個案中，  
誰對調適性介入（Adaptive Intervention）有反應？一項隨機臨床試驗的結果  
Who Responds to an Adaptive Intervention for Adolescents With Anorexia  
Nervosa Being Treated With Family-Based Treatment? Outcomes From a  
Randomized Clinical Trial

針對青少年厭食症的進食障礙導向家庭治療成效：系統性回顧與統合分析  
Efficacy of Eating Disorder Focused Family Therapy for Adolescents with  
Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis

安全使用 Olanzapine 作為輔助治療於神經性厭食症青少年的治療性藥物監測  
Therapeutic Drug Monitoring in Adolescents with Anorexia Nervosa for Safe  
Treatment with Adjunct Olanzapine

12 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：

盛夏時節，陽光炙熱，願各位在繁忙的臨床與學術工作中，仍能尋得身心平衡的片刻。隨著學期結束與暑假來臨，青少年心理健康議題更顯迫切。本期通訊以「青少年厭食症的治療進展」為焦點，匯集最新實證指引，期盼為臨床實務提供助力，與各位共同守護年輕世代的身心健康。

回顧近期，學會在政策與學術場域的積極參與成果豐碩。從年度專科醫院評鑑的順利完成，到代表參與各項政府政策會議，再到教學資源的更新與國際合作，學會的努力為提升兒童青少年精神醫療品質奠定了堅實基礎。這些進展不僅強化了專業支持系統，更為受苦的孩子與家庭提供了更全面的幫助。

學會持續在政策與學術場域深耕。本年度專科醫院評鑑已圓滿完成，進一步提升兒童精神醫療品質；4月23日世界嬰兒兒童青少年心理健康日舉辦記者會，呼籲社會關注青少年身心健康；此外，學會代表積極參與多場政府會議，包括4月8日「衛生福利部身心障礙鑑定專家小組會議」、5月2日「社家署安置兒少心理健康支持措施研商會議」、5月22日「新增親職功能給付」專家諮詢會議，以及6月12日「衛生福利部兒童及少年福利與權益推動小組會議」。這些努力展現了學會在政策

倡議上的積極角色。

學術方面，6月8日年度學術研討會以「數位時代的兒童青少年精神健康」為主題，獲得熱烈迴響。指定教科書更新亦已完成，為會員提供最新臨床指南。在國家政策與早期療育推動上，本會推薦翁菁菁醫師角逐第14屆「早期療育棕櫚獎」，以表彰其在本領域的卓越貢獻。

本期通訊由中國醫藥大學附設醫院團隊精心策劃，聚焦「青少年厭食症的藥物與非藥物治療」。面對此複雜疾病，單一治療模式難以奏效，需整合家庭系統介入、藥物輔助、門診早期介入及住院強化治療等多元策略。本期內容旨在為臨床工作者提供實證指引，協助更有效應對挑戰。

展望未來，學會將持續推動多項重要計畫。7至9月將辦理專科醫師甄審，18位考生參與；8月22日將拜會健保署，爭取青少年精神醫療給付優化；7月27日及9月13日將分別協辦「精神健康政策研討會」與「心理韌性研討會」；10月將舉辦「兒青專科教學品質暨評鑑新進委員共識營」，培育專業人才。感謝各位會員的付出與支持，讓我們攜手為台灣兒童與青少年心理健康開創更光明的未來！

此致

林健禾 理事長

# 2025 夏季號通訊

## 秘書處公告

### 一、第二十七週年年會暨學術討論會

已於 2025 年 6 月 8 日假集思交通部國際會議中心圓滿結束，計會前會共 120 人參加，年會共 264 人（242 會員 +22 非會員）參加。

### 二、第三屆弘廬獎得獎人：

江惠綾：Physical Fitness and Risk of Mental Disorders in Children and Adolescents

### 三、保羅陽森博士台灣兒童青少年精神醫學優秀期刊論文獎得獎人：

陳錦宏：Associations of asthma and psychiatric comorbidities on suicide mortality among community adolescents: A 20-year cohort study

李佳蓉：Appetite hormones, neuropsychological function and methylphenidate use in children with attention-deficit/hyperactivity disorder

### 四、『保羅楊森博士』『台灣兒童青少年精神醫學』

優秀期刊論文得獎名單：

#### 保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學獎

##### ● 優秀講述論文獎得獎者：

張鎔麒：Mechanisms of the Gut-Brain Axis in Autism Spectrum Disorder: Evidence from Microbiome, Brain Morphology, and Clinical Symptoms

自閉症光譜障礙的腸腦軸機制：來自微生物群、腦形態與臨床症狀的證據

林海笛：Altered Gut-Microbiota Associated with Inattention and Executive Dysfunction in Drug-naïve Children with ADHD

未用藥之注意力不足過動症兒童：腸內菌相與注意力不足及執行功能之關聯

##### ● 優秀壁報獎得獎者：

商志雍：Associations between Hospitalization and Cognitive Impairment in Children with Long COVID

兒童長新冠之住院與認知功能障礙的相關性

### 台灣兒童青少年精神醫學會學術研討會論文獎

#### ● 講述論文獎得獎者：

倪信章：Exploring the therapeutic impacts of daily intermittent theta burst stimulation over the bilateral posterior superior temporal sulcus

探討每日間歇型 Theta 叢集性磁刺激術作用於雙側後顳上溝對於自閉症的治療效應：一個初步研究

江惠綾：Changes in White Matter Tract Microstructure Predict Persistent ADHD Symptoms in Adulthood

大腦白質束微結構的變化可預測注意力不足過動症持續至成年期的症狀

王亮人：Development of a Computer-Aided Cognitive Assessment System: Investigating Inhibitory Control Mechanisms in Internet Addiction

電腦輔助認知評估系統的發展：網路成癮的機制研究

#### ● 壁報論文獎得獎者：

林謙菱：What Factors Predict Faux Pas Recognition Test Performance in Autistic Adults?

哪些因素可預測自閉症特質成人在失言辨識測驗中的表現？

戴月明：The Satisfaction of a Cloud Large Language Models (LLMs) in Diagnosis Assistant for Youth's Mental Disorder via Self-Report Histories on a Web App

雲端人工智能大型語言模型使用自陳病歷協助診斷兒青精神疾病網路介面之滿意度研究

五、依 114 年 6 月 15 日第十四屆第五次理監事聯席會議，通過李冠霖及謝秉原為會員，通過王筱琪、洪端珮為預備會員。陳柏如補件後通過。

六、指定教科書修訂如下

- A. **Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 7<sup>th</sup> Edition.** Edited by Anita Thapar, Daniel S. Pine, Samuele Cortese, Cathy Creswell, Tamsin J. Ford, James F. Leckman, Argyris Stringaris.
- B. **Kaplan & Sadocks Synopsis of Psychiatry Twelfth, North American Edition by Robert Boland (Author), Marcia Verduin (Author), Dr. Pedro Ruiz MD (Author) Publisher: LWW; Twelfth, North American edition. 2022** (ISBN-10: 1975145569、ISBN-13: 978-1975145569)
- C. **DSM-5-TR 精神疾病診斷準則手冊 (Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5-TR) 2024/5** American Psychiatric Publishing. (ISBN: 978-9863685555)
- D. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5).** 2013. American Psychiatric Publishing. (ISBN: 978-0890425558)
- E. **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Rey JM & Martin A (eds). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2025.**

# 對患有神經性厭食症的青少年進行早期介入： 住院前之門診團體治療的初步結果

## Early Intervention for Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Evaluation of An Outpatient Group Therapy Prior to Inpatient Treatment

European Eating Disorders Review 2025;33:95–105.

中國醫藥大學附設醫院 潘有法醫師

### 研究背景與目的

在 COVID-19 大流行期間及後 COVID-19 時期，患有神經性厭食症（Anorexia Nervosa, AN）的青少年住院需求顯著增加，但因醫療量能有限導致住院等待時間漫長。因此為因應此挑戰並在 AN 早期提供支持，作者在其門診部推出了一項門診團體治療（Group therapy, GT），提供給等待住院的青少年 AN 患者參與。這種 GT 被視為一種早期介入策略，旨在縮短未接受專科治療的時間，並改善後續住院治療的起始條件。

### 研究方法

門診 GT 採取認知行為治療的模式進行，並為一個開放式團體，針對患有神經性厭食症（AN）的青少年，每週進行兩次，每次療程為兩小時。團體治療內容包括心理教育（例如：AN 的特徵、身心影響、身體意象成分）、理解個體疾病的起源（例如：個體疾患模型、功能失調的家庭模式、非理性信念）、促進改變動機（例如：問題與目標列表、AN- 我的朋友，我的敵人、十年後的我），以及情緒調節的支持。治療也強調透過營養諮詢和治療監督下的

共同晚餐來實現規律、足夠及均衡的飲食。此外，還包括定期體重檢查、身體檢查和家長團體諮詢。

這項研究是一項前瞻性對照性研究，比較了參加 GT 的介入組（intervention, INT, n=17）與未參加的常規治療組（treatment-as-usual, TAU, n=16）。評估時間點為首次參加門診 GT 的時間（T1）、住院開始的時間（T2）及住院後四週（T3）。作者們預期：1) INT 組在參加 GT 後，飲食失調精神病理學將減少、改變動機將增加。2) 與 TAU 組相比，INT 組從首次參加門診 GT 到住院期間體重減輕較少，住院時 Body Mass Index（BMI）較高、精神病理學較低。

### 研究結果

GT 和 TAU 兩組在年齡、一開始的 BMI 和共病診斷上相似，但在等待住院時間上 INT 組顯著長於 TAU 組。從首次參加門診 GT 到住院（T1-T2），TAU 組的體重顯著下降（ $p < 0.001$ ），而 INT 組的體重未見顯著下降（ $p = 0.412$ ）。儘管住院時（T2）的 BMI 組間差異未達統計顯著（ $p = .086$ ），但兩組的體重軌跡確實不同。在住院後四週（T2-T3），兩

組體重均顯著增加。並且，INT 組從 T1 到 T3 的總體體重變化是顯著增加的 ( $p = 0.028$ )，TAU 組則無相同的變化。在住院時 (T2)，INT 組的 AN 特定的心理病理學 (瘦身慾望) 顯著低於 TAU 組 ( $p = .049$ )。總體飲食失調心理病理學組間無顯著差異。參加 GT 的青少年 (INT 組) 平均給予「好」的評價 (2 分)。他們特別感謝能與有相同問題的人交流和連結，感到被理解和認真對待。這些社會互動被認為是治療中特別有幫助的方面。

INT 組在參加 GT 前後比較顯示總體飲食失調心理病理學 (EDI-2 總分) 無顯著變化。但 AN 特定的心理病理學 (例如：瘦身

慾望 Drive for thinness) 呈下降趨勢 ( $p = .067$ )。改變動機 (MoC) 顯著增加 ( $p = .008$ )，平均從 Transtheoretical Model 的「沉思期 (Contemplation)」轉向「準備期 (Preparation)」。

## 結論

這項研究初步顯示，如果在等待住院期間提供的門診 GT 可能對青少年 AN 患者有益，特別是有助於提升改變動機並減緩體重下降，同時患者對治療滿意度高，認為社會連結特別有幫助。

# 接受家族治療（Family-Based Treatment）之青少年神經性厭食症個案中，誰對調適性介入（Adaptive Intervention）有反應？一項隨機臨床試驗的結果

## Who Responds to an Adaptive Intervention for Adolescents With Anorexia Nervosa Being Treated With Family-Based Treatment? Outcomes From a Randomized Clinical Trial

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2024; 63(3): 605-614.

中國醫藥大學附設醫院 賴梓瑜醫師

### 研究背景與目的

青少年神經性厭食症（AN）是一種嚴重的精神疾病，復原率僅約 40%。目前青少年 AN 的首選治療方式為家族治療（Family-Based Treatment, FBT），因其具有最多證據支持，患有 AN 青少年在接受 FBT 後的 3-4 年內緩解率約 33-44%。接受 FBT 個案當中，有早期體重增加（在第 4 次治療前增加大於等於 2.4 公斤）可預測治療成效。本研究探討對於早期未增重者（early nonresponders），加入密集式父母輔導（Intensive Parental Coaching, IPC）是否能提升緩解率（remission，即體重達到 >94% 預期體重）。

### 研究方法

這個研究共收案 107 位年齡 12-18 歲的青少年 AN 個案，69 位為 early nonresponders 隨機分派至 (1) 標準 FBT（FBT-FBT）(2) FBT 加上 IPC（FBT+IPC，IPC 為 3 次介入）組別，

其餘 38 位 early responders 則繼續接受 FBT 治療。FBT 組進行共 18 次治療，平均歷時約 9 個月。主要方式為父母介入打斷厭食行為，例如節食，催吐，體重檢查等等。加入 IPC 組別，會有三次治療師介入，包括與父母討論失敗因素，以及實際指導飲食的介入。

### 研究結果

在全體 AN early nonresponders 中，FBT+IPC 組並未顯著優於 FBT-FBT 組。FBT-FBT 在 EOT（end of treatment）體重恢復率為 50.2%、FBT+IPC 為 37.8%。Early responders（非隨機組）為 63%。而 FBT-FBT 組的 EDE（Eating Disorder Cognitions，以 EDE Global score 評估）平均改善幅度優於 FBT+IPC 組。其中，主要調節因子為父母自我效能感（Parental Self-Efficacy, PSE）。PSE 較低者（PVA  $\leq$  19）在接受 IPC 後，體重恢復率由 39% 提升至 56%；PSE 較高者接受標準 FBT 效果反而

較佳。另外，AN 病程 >6 個月以上的個案在 FBT+IPC 組於第 3 個月有更好恢復率 ( $p = .050$ )。

### 結論

對大多數 AN early nonresponders，單純

延續 FBT 是合宜選擇，不需急於改變策略。IPC 建議針對 PSE 低落的家長族群作為調適性介入。建議在 FBT 初期（前 4 次治療）就使用 PVA 量表進行父母自我效能感評估，利於辨識潛在 IPC 受益者。最後，本研究再次驗證 early weight gain 是有效的早期預測指標。

# 針對青少年厭食症的進食障礙導向家庭治療成效： 系統性回顧與統合分析

## Efficacy of Eating Disorder Focused Family Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis

International Journal of Eating Disorders, 2025; 58:3–36

中國醫藥大學附設醫院 陳雨星醫師

### 研究背景與目的

厭食症 (Anorexia Nervosa, AN) 是一種危及生命且高度失能的精神疾病，會同時損害身體健康與心理功能。其年齡與性別調整後的死亡率約為一般人口的五倍。AN 多於青春期發病，約 40% 的新診斷病例發生於 15 至 19 歲之間。目前針對青少年患者的主流治療建議為「以進食障礙為焦點的家族治療 (Family-Based Treatment for Eating Disorders, FT-ED)」。FT-ED 含一系列源自 Maudsley 模式的家族治療方法，包含傳統的家庭本位治療 (Family-based therapy, FBT)、以父母為主的治療 (Parent focused therapy, PFT)、分開式家族治療 (Separated FT) 及行為家庭治療 (Behavioral family therapy, BFT)。本研究旨在系統性回顧並評估針對 FT-ED 在治療兒童與青少年 AN 方面，相較於其他所有形式的心理治療的療效。次要目標則是評估不同形式的 FT-ED (例如短期與長期療程、以父母為中心的治療等) 之間的相對療效。

### 研究方法

本研究以相關關鍵詞在四個資料庫中

(PsycINFO, MEDLINE, EMBASE, CINAHL) 系統性地進行檢索。共有 18 項隨機對照試驗中的 23 篇文獻符合納入標準 (1138 患有 AN 的青少年)，其研究結果包括體重、飲食病理心理特徵，以及緩解狀態等變項。研究品質由兩位獨立研究人員進行評估，並提取相關資料。

### 研究結果

#### FT-ED 與個別治療比較

接受 FT-ED 治療後的個案在體重恢復方面顯著優於個別治療，雖然在疾病緩解率與飲食病理心理病理特徵方面也有正向趨勢，但統計上尚未達到顯著差異。長期追蹤 (2–5 年) 發現這些優勢會逐漸減弱，可能反映個別治療後期的追趕效應或 FT-ED 效果自然消退。

#### 傳統共治模式 (Conjoint FT-ED)、分開式或以父母為主 FT-ED 比較

與傳統共治模式 (Conjoint FT-ED) 相比，分開式或以父母為主的 FT-ED 在治療結束時的成效更好，特別是在體重恢復與症狀緩解方面。對於家庭情緒張力較高者 (如高表達情緒家庭)，非共治模式有助於減少衝突、增進療

效。

### FT-ED 與其它治療的比較

僅有一項研究比較多重家庭治療 (Multifamily therapy, MFT) 與 FT-ED，其結果發現在短期內 MFT 成效略優於傳統 FT-ED，但長期效果無顯著差異。納入這次研究中的另一項研究發現針對經醫療狀況穩定住院後再接受 FT-ED (Medical stabilization with FT-ED) 的患者，其成效與體重恢復相對住院中接受 FT-ED 的患者 (Weight restoration with FT-ED) 差不多，但住院天數較少且成本較低。其他如藝術治療、情緒訓練 (Emotion coaching) 等結合型治療，目前證據有限，樣

本數不足，尚難評估其長期成效。

### 結論

FT-ED 為目前針對青少年 AN 最具實證支持的非住院治療選擇，尤其適合急性期的體重恢復。然而，治療效果可能隨時間減弱，臨床上應依照家庭動力與文化背景調整治療方式。對於家庭張力高的個案，採用 PFT 或 Separated FT 可能更合適。值得注意的是，目前研究樣本以白人女性為主，對其他族群與文化的療效仍有待補充。臨床實務上應重視治療族群的多元性，發展更具文化敏感性的治療策略。

# 安全使用 Olanzapine 作為輔助治療於神經性厭食症青少年的治療性藥物監測

## Therapeutic Drug Monitoring in Adolescents with Anorexia Nervosa for Safe Treatment with Adjunct Olanzapine

Euro Eat Disorders Rev 2024; 32: 1055-1068.

中國醫藥大學附設醫院 周鎡岑醫師

### 研究背景與目的

神經性厭食症 (Anorexia Nervosa, AN) 為一種嚴重的精神疾病，主要影響青少年，尤其是女性。雖然藥物在治療 AN 中並非第一線，但 Olanzapine (OLZ) 因其可能改善體重與減少病態思維的潛力，在臨床上被廣泛地被「非適應正使用 (off-label 的情況下)」。

然而對於該藥物在青少年 AN 患者中的安全性與劑量效果關係仍缺乏系統性的研究。因此，本研究旨在透過「治療藥物監測 (Therapeutic Drug Monitoring, TDM)」方法，在臨床環境中：

- 1) 探討 OLZ 劑量與血清濃度間的關係；
- 2) 評估 OLZ 的短期安全性 (副作用與實驗數據)；
- 3) 檢視臨床療效 (BMI 變化與臨床整體改善)；
- 4) 初步建立 OLZ 於青少年 AN 治療的參考濃度範圍。

### 研究方法

本研究為多中心的前瞻性觀察性研究，納入 2009 至 2018 年間，65 位年齡 10 至 18 歲的 AN 住院患者 (98% 為女性，98% 為限制型 AN)，皆接受 OLZ 治療，平均使用時間約 7.8 週。研究中使用的治療藥物監測包括測

量 OLZ 穩定狀態 (Steady state) 下的血中濃度、記錄不良反應 (ADRs) 及實驗室檢查變化，並評估臨床表現改善情形。臨床改善評估採用：CGI-S (臨床疾病嚴重程度)、CGI-I (整體臨床改善指標)、GAF (整體功能評估)、BMI (身體質量指數) 變化。

### 研究結果

#### 劑量與血中濃度

OLZ 平均每日劑量為 8.15mg (標準差：2.91)，而每公斤體重 0.19 毫克 (標準差：0.07)，平均血中濃度為 26.57 ng/mL (標準差：13.46)。每日總劑量與每公斤劑量與血中濃度之間的相關性分別為 0.72 (\*\*p < 0.001) 與 0.65 (\*\*p < 0.001)；該相關性在各亞組群 (含年齡、體重 (< 3 vs > 3 百分比)、單一用藥 vs 合併用藥) 中皆一致。

#### 臨床效果

約 75% 患者的 CGI-I 有改善，14.1% 無變化，11% 惡化。個案平均的體重顯著增加 3.9 公斤 (t = 10.9, p < .001)，BMI 增加 1.5 kg/m<sup>2</sup> (t = 10.6, p < 0.001) 和 BMI 百分比增加 5.7 (t = 5.7, p < .001)；GAF 顯著提升 (t

= 4.1,  $p < .001$ )。

### 不良反應與安全性

僅 6.3% 的患者出現影響功能的不良反應；最常見副作用為嗜睡 (60%) 疲倦 (46.2%)，與 OLZ 濃度呈中度正相關 ( $r = 0.28$ ,  $p = 0.022$ )；實驗室數據中僅泌乳激素 (prolactin) 於治療後有明顯上升，81.3% 高於正常範圍；其他血液指標變化不具臨床意義；嚴重副作用發生率為 3%，包括 2 例自殺未遂 (過去皆有相關病史)；未出現高於成人建議 OLZ 血中濃度 (20–80 ng/mL) 的案例。

### 初步治療濃度範圍

基於臨床改善 (CGI-I) 定義之治療反應者，其平均血清濃度為 25.90 ng/mL (標準差：13.97)。當個案使用 5, 7.5, 10 毫克 OLZ，其治療範圍的血清濃度約在 11.9–39.9 ng/mL (均值  $\pm 1$  標準差) 之間，而 IQR 為 15.0–33.5 ng/mL。若以每週體重增加至少 0.8

kg 作為療效標準，其平均血清濃度為 27.79 ng/mL (標準差：14.76)。當個案使用 5, 7.5, 10 毫克 OLZ (平均劑量為 8.4 毫克，標準差：3.37)，其治療範圍的血清濃度約在 13.0–42.6 ng/mL 之間，而 IQR 為 16.0–39.0 ng/mL。

### 結論

本研究為迄今最大規模的針對青少年 AN 患者使用 OLZ 並進行 TDM 的研究，結果顯示 OLZ 於專科團隊操作下為短期安全、耐受性良好的輔助治療選擇；OLZ 劑量與血中濃度高度相關，具預測性；初步提出疾病與年齡特異的治療血中濃度範圍，有助於日後制定個別化治療指引。建議於治療早期 (4–10 週內) 密切監測血中濃度及泌乳激素濃度，而長期使用應慎重，並搭配多面向的臨床治療模式。本研究填補了臨床實務上增加了青少年 AN 患者使用 OLZ 之安全性與劑量濃度的，並強調 TDM 在此族群中作為安全監控工具的實用價值。

# 青少年厭食症的藥物與非藥物治療

## 通訊考題

- ( ) 1. 根據德國愛爾朗根大學附設醫院針對等待住院青少年厭食症 (AN) 患者提供的門診團體治療 (GT) 的研究，在參與門診 GT 的介入組 (INT) 中，從首次參加門診 GT (T1) 到住院 (T2) 期間，觀察到哪一項心理測量指標有顯著的變化？
- (A) 整體飲食失調心理病理學顯著下降。
  - (B) 體重指數 (BMI) 顯著增加
  - (C) 憂鬱症狀顯著減輕
  - (D) 改變動機 (Motivation of Change, MoC) 顯著增加
  - (E) 厭食症特定心理病理學 (如瘦身慾望 Drive for Thinness) 顯著下降
- ( ) 2. 目前已知 FBT (家庭為本治療) 為青少年 AN 的首選證據治療方式，在進行 FBT 前提下，以下那些因素可以增加治療的 remission rate?
- (A) 父母自我效能感 (Parental Self-Efficacy, PSE) 較低的家庭以密集式父母教練 (IPC) 介入
  - (B) 父母自我效能感 (Parental Self-Efficacy, PSE) 較高的家庭暫不考慮密集式父母教練 (IPC) 介入
  - (C) Early responders (早期增重者，即在第 4 次治療前 weight gain  $\geq$  2.4 kg)
  - (D) 在 AN duration > 6 months 的個案，短期施用 FBT+IPC
  - (E) 以上皆是
- ( ) 3. 一名 16 歲女性個案被診斷為厭食症 (Anorexia Nervosa)，身體質量指數 (BMI) 顯著低於標準，近 3 個月體重快速下降，合併月經停止。她與父母一同前來門診，家庭氣氛緊張，母親表現出高度焦慮與批判，父親則經常缺席治療會談。經評估無需住院，可接受門診介入。根據實證研究與臨床考量，下列哪一項為最適合此個案的初始治療策略？
- (A) 安排每週個別心理治療，聚焦於病人身體意象與情緒調節
  - (B) 建議父母參加支持性團體，暫緩直接介入子女的飲食問題
  - (C) 執行傳統共治式的家族治療 (Family-based therapy, FBT)，由家庭全體成員共同參與
  - (D) 採用以父母為主導的 FT-ED 模式 (Parent focused therapy, PFT) 或分開式家族治療 (Separated FT) 避免與病人直接對抗
  - (E) 建議進行長期住院治療，直到病人自願進食為止

- ( ) 4. 關於本研究中使用 Olanzapine (OLZ) 於青少年厭食症 (AN) 患者之治療監測與臨床結果，下列何者正確？
- (A) 本研究指出 OLZ 血中濃度與劑量間無顯著相關性，難以預測個體化劑量
  - (B) 研究結果顯示，所有副作用均屬嚴重，需立即停藥
  - (C) OLZ 治療後的泌乳激素 (prolactin) 水準顯著下降，有助於荷爾蒙調節
  - (D) OLZ 在短期內顯示良好的耐受性，大部分患者無明顯功能受損之不良反應
  - (E) 根據本研究，OLZ 不建議用於青少年 AN 患者，因治療無顯著效益
- ( ) 5. Austin et al. 系統性回顧與綜合分析的 FT-ED (Family-Based Treatment for Eating Disorders) 的定義含以下哪些治療？
- 1. FBT (Family-Based Therapy)
  - 2. PFT (Parent Focused Therapy)
  - 3. Separated FT
  - 4. Individual psychotherapy
  - 5. BFT Behavioral Family Therapy
- (A) 1+4
  - (B) 1+2+4
  - (C) 1+2+3+4
  - (D) 1+3+4+5
  - (E) 1+2+3+5

2025 春季號解答：

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



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 | 中國醫藥大學附設醫院

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](mailto: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，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。

• 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。

• 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。

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、以及顆粒性白血球減少症。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 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.



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  
消費者免付費專線：0800-211-688

